Cinquante-huitième année N° 1 5 Janvier 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Antibes : J. Gaston (*Enf. à inf. arr.*).
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Maison de cure hélio-marine*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly, Gaveau.
Biarritz : Augey, Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E, Bousquet, Cadinouche, Caruette, Escarras, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), P. Houssiaux, Huet, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean, J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet, Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry, (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*) Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, E, Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St-Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pigne (*urol.*, *derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

N° 1. — On dem. doct. ou doctoresse, pour contrôle médical de l'Eure. Ecr. Dr Tessier, méd. chef du contrôle, à Evreux.

N° 2. — A céder poste très intéress, ds ch.-lieu canton, seul méd. propharm., pas de sage-fem. dans région, confr. à 18 km. Possibil. augmenter client. riche et payant compt. Maison confort. garage. Bail très avantag. Pays chasse et pêche. Touristes en été. Très bon climat.

N° 3. — Paris (XVIIIe). Cession appartem. méd. 70 ans existence, avec installat. Cession bail. Indemn. à débattre.

N° 4. — A vend. : 1 basiotribe neuf, 1 forceps avec boîte nickelée et housse, 1 Pachon, 1 appareil à anesthésie d'Ombredane, 1 sériographe de Rassurel, 1 grille radioscop. Ropiquet, 1 série complète de daviers, sthermocautère. S'ad. Dr Tèze, à Thouars (2 Sèvres).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET
1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Bourgogne. — Très intéressante clientèle ville Médecine générale sans crédit, affaire ancienne, population groupée ds. petit rayon. Superbe maison grand confort. A céder avec longue présentation.

Paris quartier central. Clientèle de consultations Médecine Générale. A céder pour cause double emploi, appartement 4 pièces. Indemnité 25.000. Urgent.

Renseignements

— Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), offre à conf. champagne 1er cru provenant exclus. des récoltes et des vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Sanatorium « **Les Sorbiers** », Aubure (Haut-Rhin), altitude 800 mètres. **Affections pulmonaires**. A partir de 26 francs. Directeur médecin : Docteur L. Borg.

« Le Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Le **chewing gum** français, c'est la TABLETTE DE MANGAÎNE qui nettoie la langue des fumeurs, rafraîchit le pharynx des causeurs et aseptise la muqueuse stomacale.

Villa du Parc. Saujon. (Char.-Infre). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election du bureau pour* 1936. — M. Martel est élu vice-président pour 1936 ; M. Georges Brouardel est réélu secrétaire annuel MM. Desgrez et Guillain sont élus membres du Conseil d'administration.

— **Légion d'honneur.** — Le médecin général inspecteur Rouvillois, membre de l'Académie de médecine, vice-président du Congrès de chirurgie de 1936, président du Comité consultatif de Santé militaire, vient d'être élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Le *Concours Médical* est heureux d'adresser au médecin général inspecteur Rouvillois, ses plus vives et ses plus sincères félicitations.

— Nous signalons avec grand plaisir la promotion, au grade de Commandeur de la Légion d'honneur, du Professeur Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants, membre de l'Académie de médecine.

Nous adressons à notre éminent collaborateur nos félicitations les plus sincères.

— **Académie de médecine de Belgique.** — L'Académie royale de Belgique a procédé à l'élection de son

bureau pour 1936. Sont élus : président, M. le Professeur P. Nolf (Liége) ; premier vice-président, M. le Professeur de Beule (Gand) ; deuxième vice-président, M. le Professeur Ide (Louvain).

— **Paris**. *Une rue du Docteur Germain-Sée.* — Sur la proposition de M. Fernand Laurent, le Conseil municipal de Paris vient d'adopter un vœu tendant à donner à une rue du quartier de la Muette le nom du Docteur Germain-Sée, pour honorer la mémoire de ce dernier, membre de l'Académie de médecine, médecin de Napoléon III et de Victor-Hugo. Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, Germain-Sée fut, à l'Hôtel-Dieu, le prédécesseur du Professeur Dieulafoy.

— **Faculté de médecine de Paris**. *Chaire de gynécologie.* — Le Conseil municipal de Paris a décidé le maintien, à la Faculté de médecine, de la chaire de gynécologie, fondation municipale dont le premier titulaire a été le Professeur Pozzi.

— **Ligue internationale du rhumatisme**. — Nous avons le plaisir d'annoncer que notre collaborateur et ami le Docteur Mathieu-Pierre-Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, s'est vu attribuer, avec le Docteur Kahlmeter (de Stokholm), le grand prix que la Ligue internationale du rhumatisme, d'accord avec le Gouvernement Russe, a mis au concours pour les travaux, concernant le rhumatisme, parus au cours de ces dix dernières années.

— **Paul Bourget et Dieulafoy**. — Paul Bourget, qui vient de mourir, avait été dans sa jeunesse étudiant en médecine et une très ancienne amitié le liait au Professeur Dieulafoy. Quelquefois, avant la guerre, nous le voyions à l'Hôtel-Dieu prendre place le samedi matin sur les gradins de l'amphithéâtre Trousseau pour assister aux leçons toujours si goûtées du maître éloquent qu'était Dieulafoy.

Un jour, il lui apporta... sa collaboration. Dieulafoy venait de présenter l'histoire clinique d'un malade qui avait simulé objectivement, à s'y méprendre, tout un groupe d'états morbides. Recherchant un nom à donner à cette maladie nouvelle, il s'adressa à Paul Bourget, assis en face de lui, qui répondit : pathomimie ! Et la *pathomimie* prit place dans la littérature médicale avec deux parrains célèbres : Dieulafoy et Paul Bourget. P. L.

— **Bucarest**. — L'Académie roumaine de médecine, récemment constituée, a nommé membres honoraires étrangers MM. les Professeurs Achard, J.-L. Faure, Hartmann, Roussy, Sergent et Vaquez.

— **Centenaire de Ranvier**. — La Société d'histoire de la médecine vient de célébrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon le centenaire de la naissance de Louis-Antoine Ranvier, le célèbre histologiste.

— **Le certificat présportif, en Belgique**. — A l'Association belge de rugby, les membres se soumettent à

un examen médical avant leur admission, et ont tous un certificat présportif d'aptitude physique.

— **Ecole française de stomatologie**, 20, passage Dauphine. — Les cours et conférences (publics et gratuits) de l'Ecole française de stomatologie, pour l'hiver 1936, auront lieu les mercredis (pathologie médicale) et les samedis (pathologie chirurgicale), à 18 heures.

Première conférence, le 8 janvier 1936, par M. le Professeur agrégé Oberling sur : les caractères généraux des lésions inflammatoires de la cavité buccale.

— **Hommage aux radiologues victimes des radiations.** — Nous avons publié un communiqué du Professeur Hans Meyer, de Brême, rédacteur en chef de la *Strahlenthérapie* qui se propose de réunir dans un Livre d'Or des notices concernant les médecins, opérateurs, infirmiers, morts victimes des radiations.

Le Docteur Dorioux, secrétaire général de la Société de radiologie médicale de France, a déjà dressé une liste approximative des victimes des rayons X de nationalité française. On peut lui adresser tous documents nouveaux (Docteur Dorioux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris, IX^e). La première liste déjà établie est la suivante :

Prof. Castex, Rennes. — Docteurs Jaugeas, Haret, Paris. — Prof. Bergonié, Bordeaux. — Docteur Ménard, Paris. — Docteur Caillods, Besançon. — MM. Puthomme, Infroit, Mlle Blanche Wiedman, Docteur Blanche, M. Radiguet, M. Ducrétet, Docteurs Kroutckoll, Bonniot, de Keating-Hart, Leray, Paris. — Docteur Reiss, Sœur Glossinde, née Katherine Klosser, Metz. — MM. Demenitroux, Delamander, Paris. — Docteur Barrois, Toulon. — Docteur Sorel, Le Havre. — Abbé Tauleigne, Docteur Ducroquet, Paris. — Docteur Deboissière, Le Havre. — Docteur René Chaperon, Robert Chaperon, M. Danne, Chauffour, Paris. — M. Gassend, Marseille. — Docteur Boeteau, Le Mans. — Docteur Guilloz, Nancy. — Docteur Billon-Daguerre, Paris. — Docteur Degouy, Amiens. — Docteur Marques, Montpellier. — Docteur Douarre, Toulon. — Docteur Destot, Lyon. — M. Carre, Cherbourg. — M. Richard, Le Havre.

— **Le gala de la médecine** offert gratuitement par les étudiants aux médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants de Paris, avec le concours des spécialités pharmaceutiques aura lieu à la salle d'Inéa, 10, avenue d'Inéa, le *samedi 1^er^ février de 22 heures à* 2 heures du matin.

Comme l'an passé, il revêtira la forme d'une soirée artistique avec le concours des plus grandes vedettes de Paris : Claire Franconnay, Willy Thunis, Jean Marsac, Pierre Dac, Goupil, Géo Charley, Alice Cocéa, Marianne Oswald, Pierre Bertin, Duvallès, Albert Préjean, etc. etc...

Les médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants

peuvent demander le nombre d'invitations qu'ils désirent au Comité des Fêtes des étudiants en médecine, 25, avenue d'Eylau (XVIe).

— **Bordeaux**. *Sanatorium Arnozan*. — Après concours, le Docteur Ch. Nancel-Pénard, ancien interne des hôpitaux, a été nommé médecin résident du sanatorium Xavier-Arnozan.

— **L'Assemblée française de la médecine générale** tiendra ses assises le 5 janvier, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du Docteur Georges Duhamel, de l'Académie française. Question étudiée : l'orientation de l'enfant.

— **XVIe Salon des médecins et du Corps médical**. — Le XVIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 2 au 9 février, à la Galerie Bernheim Jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique, le ministre d'Etat et les maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les sections peinture, sculpture, art décoratif et photographique seront présentées dans l'une des toutes premières Galeries d'art de Paris. D'autre part, une section nouvelle sera ouverte à l' « *Art dans la littérature médicale* ». Les journaux et revues médicales dont l'esprit est empreint d'une note artistique auront leur place dans ce groupe.

La clôture des inscriptions est fixée au 10 janvier 1936.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : Pierre Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

— **Nécrologie**. — Nous apprenons la mort, à l'âge de 60 ans, de M. René Sévenet, pharmacien, directeur des Laboratoires de l'Hémagène Tailleur, décédé le 27 décembre 1935, à Paris. Ses obsèques ont eu lieu le 31 décembre, en l'église Saint-Honoré-d'Eylau.

Le *Concours Médical* adresse à sa famille ses sincères condoléances et l'expression de sa profonde sympathie.

— **Mariage**. — Nous sommes heureux d'annoncer le mariage du Docteur Robert Grégoire, de La Ferté -sous-Jouarre, avec Mademoiselle Anne-Marie Boursier, qui a été célébré le 30 décembre à l'église Saint-Sulpice. Nos sincères félicitations et nos meilleurs souhaits aux jeunes époux.

J. N.

● ● ●

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 DÉCEMBRE

Ministère de la Santé publique.

M. le Docteur Coutela, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, est nommé Conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique et de l'Education physique.

Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin-chef de service des Asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 2 mars 1936, à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de 55 ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les candidats devront pour être inscrits au concours produire les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance ;

2° Certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice exigées par l'article 3 du décret du 25 novembre 1924.

(Le certificat d'exercice doit être délivré par le Préfet du département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions.)

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures : du lundi 27 janvier au samedi 8 février 1936 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté et revêtu de leur signature tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre de la Santé publique recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal*

Officiel du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal Officiel* du 22 mai 1926, et par le décret du 28 avril 1931, inséré au *Journal Officiel* du 12 mai 1931.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le prélèvement de 10 % est applicable aux mémoires des médecins pour soins aux pensionnés de guerre.

13.943. — M. Lacourt demande à M. le ministre des Pensions si les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935, instituant un prélèvement général de 10 p. 100 sur les dépenses publiques sont applicables aux mémoires produits par les médecins et pharmaciens, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. (*Question du* 3 *octobre* 1935.)

Réponse. — Le prélèvement de 10 p. 100 sur les dépenses publiques, institué par le décret du 16 juillet 1935, s'applique aux mémoires médicaux et indemnités kilométriques, mais ne s'applique pas aux mémoires pharmaceutiques.

(*J. O.*, 17 octobre 1935.)

Remboursement des spécialités aux assurés sociaux.

3.084. — M. Auguste Mounié, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si un assuré social, bénéficiaire de l'article 59, a droit au remboursement par la Caisse d'assurances sociales des 85 p. 100 des spécialités qui ne sont pas prises en charge, au titre de l'Assistance médicale, étant entendu qu'il supporte lui-même le ticket modérateur de 15 p. 100 et qu'il continue à obtenir les autres produits pharmaceutiques en sa qualité d'assuré indigent (bénéficiaire de l'article 59). (*Question du* 5 *mars* 1935.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 29 novembre 1935.)

Patente d'un médecin qui exerce dans plusieurs locaux

3.207. — M. Georges Dentu, sénateur, demande à M. le ministre des Finances s'il y a établissement distinct, au sens de la loi du 15 juillet 1880) et, par suite, s'il y a lieu à l'imposition de plusieurs taxes déterminées : 1° lorsqu'un médecin exerçant seul donne des consultations à son domicile et dans un autre local de la même localité ; 2° lorsque le médecin a un assistant rémunéré par un traitement fixe et que les consultations dans les deux locaux ne sont jamais faites. (*Question du* 18 *juin* 1935.)

Réponse. — Etant donnée l'importance primordiale que prend, en général, dans la profession de médecin la personnalité du patentable, on doit admettre que, le plus souvent, l'établissement suit en quelque sorte le praticien et est indivisible. Tou-

tefois, lorsqu'on se trouve dans une même commune ou dans des communes différentes, en présence de centres d'affaires différents comportant une clientèle propre et formant, vis-à-vis de cette clientèle comme au regard des concurrents, autant d'organismes complets, on peut conclure à l'existence d'établissements distincts, exploités d'une manière régulière quoique intermittente, et motivant chacun l'application d'un droit fixe. C'est conformément à ces principes que doit être appréciée la situation du médecin envisagé, au regard de la contribution des patentes, le fait qu'il aurait un assistant étant d'ailleurs sans influence en la circonstance dès l'instant où cet aide n'exerce pas habituellement seul dans l'un des cabinets de consultation. (*J. O.* 29 novembre 1935).

Droits d'un Directeur de Caisse d'assurances sociales sur la direction d'un traitement médical.

3.229. — M. Anatole MANCEAU, sénateur, demande à M. le ministre du Travail : 1° s'il est conforme aux dispositions de la loi sur les Assurances sociales qu'un directeur de Caisse n'ayant aucune compétence particulière s'occupe de la direction d'un traitement médical ; 2° si, lorsqu'il s'agit d'un traitement radiothérapeutique, au sujet duquel la nomenclature officielle prévoit un prix global forfaitaire, sans en préciser les détails d'application, un directeur de Caisse peut arbitrairement fixer le nombre de séances et l'intervalle de ces séances d'application de radiothérapie, au lieu de laisser cela à la libre appréciation du spécialiste ; 3° si, lorsqu'une malade, assujettie aux Assurances sociales, a réglé les honoraires correspondant au prix global d'un traitement radiothérapeutique, un directeur de Caisse est autorisé à lui refuser le remboursement qui lui est dû, sous prétexte que ce traitement ne serait pas terminé. (Dans le cas présent, le spécialiste s'était réservé le droit de reprendre ultérieurement ce traitement, si l'état de sa malade le nécessitait, mais sans demander évidemment de nouveaux honoraires pour cela, étant donné qu'il s'agit d'un prix global forfaitaire.) (*Question du 22 juillet* 1935.)

Réponse. — 1° Un directeur de Caisse d'assurances sociales n'a, au regard des malades que les pouvoirs de contrôle attribués aux Caisses par la loi du 30 avril 1930 et le règlement d'administration publique rendu pour son exécution, et que ces organismes peuvent déléguer et délèguent en fait à leur directeur ;

2° Réponse négative ;

3° Réponse négative, sous la double réserve que la feuille de soins atteste que les honoraires dus au spécialiste ont été effectivement acquittés par l'assuré et que le traitement à suivre prenne fin avant l'expiration du délai légal maximum de six mois ayant pour point de départ la première constatation médicale de l'affection qui nécessite l'intervention radiothérapeutique.

(*J. O.*, 29 novembre 1935.)

Promotions dans le Service de santé

(Réserve)

Par décret en date du 20 décembre 1935, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle *pour prendre rang du 25 décembre* 1935 :

MÉDECINS

Au grade de médecin colonel.

Les méd. lieut.-col. : Roussy, rég. Paris ; George, rég. Paris ; Thévenot, 14e rég.

Au grade de médecin lieutenant-colonel.

Les méd. comm. : Delater, rég. Paris ; Aubry, 19e C. A. ; Thévenot, 14e rég. ; Oster, 20e rég. ; Charroppin, 7e rég. ; Bazy, rég. Paris ; Renaud, 8e rég. ; Rhenter, 14e rég. ; Bénard, rég. Paris ; Lévy-Valensi, rég. Paris.

Au grade de médecin commandant.

Les méd. cap. : Vernié, 4e rég. ; Doliveux, 11e rég. ; Bernard, 11e rég. ; Bazin, 9e rég. ; Grégoire, 16e rég. ; Langeron, 1re rég. ; Delanoë, tr. Maroc ; Luce, 3e rég. ; Heully, 20e rég. ; Habault, 3e rég. ; Cautelet, rég. Paris ; Krouch, tr. Tunisie ; Gaujoux, 15e rég. ; Gontier, rég. Paris ; Perrin, 14e rég. ; Paillard, 13e rég. ; Birbis, rég. Paris ; Eliot, rég. Paris ; Bernard, 17e rég. ; Trarieux, 9e rég. ; Ferreyrolles, 13e rég. ; Béclère, rég. Paris ; Pison, 5e rég. ; Abely, rég. Paris ; Debré, rég. Paris ; Danget, 18e rég. ; Rafinesque, rég. Paris ; Doumié, 17e rég. ; Noël, 8e rég. ; Marcou, 16e rég. ; Poisson, 11e rég. ; Mouriquand, 13e rég. ; Aimard 13e rég. ; Genty, 20e rég. ; Faroy, rég. Paris ; Bourlon, rég. Paris ; Thibonneau, rég. Paris ; Testard, 3e rég. ; Mahieu, tr. Maroc ; Bertaux, 13e rég. ; Arbassier, 14e rég. ; Michel, tr. Levant ; Bel, 8e rég. ; Cordier, 1re rég. ; Monod, rég. Paris ; Cassard, 9e rég. ; Delotte, 9e rég. ; Simon, 20e rég. ; Bloch, rég. Paris ; Didier, rég. Paris ; Bonnet, 20e rég. ; Vermelin, 20e rég. ; Penot, 5e rég. ; Pretetin, rég. Paris ; Goulfier, rég. Paris ; Saint-Girons, rég. Paris ; Renevey, 5e rég. ; Cain, rég. Paris ; Tonne, rég. Paris ; Dekester, 1re rég. ; Arrivat, 1re rég. ; Kahn, rég. Paris ; Binet, 9e rég. ; Perin, rég. Paris ; Gimbert, 15e rég. ; Vallois, 17e rég. ; Vignal, rég. Paris.

Au grade de médecin capitaine.

Les méd. lieut. : Faury, 13e rég. ; Roman, 15e rég. ; Carton, 1re rég. ; Visquis, 15e rég. ; Berthier, 15e rég. ; Lamy, rég. Paris ; Jalenques, 13e rég. ; Péronnet, 14e rég. ; Maret, 6e rég. ; Haye, 4e rég. ; Durieux, 17e rég. ; Valette, 9e rég. ; Cayet, 6e rég. ; Sendrail, 17e rég. ; Collot, 20e rég. ; Trampol, 20e rég. ; Uhlrich, 20e rég. ; Ziegler, 7e rég. ; Filachet, 2e rég. ; Lévy, 7e rég. ; Erémond, 4e rég. ; Mougeolle, 8e rég. ; Gaboriaud, 1re rég. ; Poulet, 9e rég. ; Mussy, 19e C. A. ; Lemariée, 13e rég. ; Gayet, rég. Paris ; Gueulette, rég. Paris ; Cayla, rég. Paris ; Renard, rég. Paris ; Dumas , 4e rég. ; Rémy-Néris rég. Paris ; De Rougemont, 14e rég. ; Salmon, 2e rég. ; Dechaume, rég. Paris ; Baruk, rég. Paris ; Lévy, rég. Paris ; Lonjumeau, rég. Paris ; Berson, rég. Paris ; Kalt, rég. Paris ; Lambling, rég. Paris ; Kourilsky, rég. Paris ; Celice, rég. Paris ; Lévy, 6e rég. ; Schmite, rég. Paris ; Baudot, 20e rég. ; Bariéty, rég. Paris ; Decourt,

Voir la suite page LV-57

PROPOS DU JOUR

Le serment d'Hippocrate.
A la Faculté de médecine de Paris

M. le Professeur Laignel-Lavastine dans la belle conférence *Sur la spiritualité médicale dans la Grèce Antique*, conférence faite *Aux Voix Latines* et dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 15 décembre 1935, a lu le serment d'Hippocrate et annoncé qu'il était dorénavant prononcé à chaque soutenance de thèse de la Faculté de Paris. Nous ne saurions trop féliciter le Conseil de la Faculté et M. le doyen Roussy de cette innovation, du moins à Paris, car le serment traditionnel n'a jamais cessé d'être prêté à la Faculté de Montpellier. Il se prête en outre actuellement à Marseille, à Toulouse et à Alger. Souhaitons que les autres Facultés de médecine françaises suivent l'exemple.

Un article du Docteur René Matton, de Marseille, ex-interne des hôpitaux de Paris, publié dans le *Journal des Praticiens* du 14 septembre 1935, ne serait pas, nous affirme-t-on, étranger à l'innovation de la Faculté parisienne. Nous ne saurions trop l'en féliciter. Dans cet article le Dr Matton fait le tableau d'une soutenance de thèse à la Faculté de Marseille. Après les argumentations, et les félicitations d'usage, le jury se retire pour délibérer tandis que le candidat reste à son siège. « Au bout de quelques minutes, l'appariteur annonce d'une voix forte : « Le Jury ! » Il reparaît. Tout le monde se lève. Le président proclame alors le résultat de la courte délibération des juges et la note méritée. Celle-ci confère le titre de docteur, la porte du temple s'entr'ouvre, mais le néophyte ne sera vraiment investi du *Dignus intrare* qu'après qu'il aura prêté, debout, la main droite levée, le serment d'Hippocrate. C'est une déclaration solennelle et publique qui est écoutée avec recueillement par toute l'assistance restée debout, et par le jury, debout comme elle. Cette scène très simple est émouvante; elle se répète à chaque soutenance de thèse à Montpellier, à Marseille, à Toulouse, à Alger, et je me demande pourquoi les autres Facultés de médecine, à commencer par celle de Paris, en sont privées. Il y a là une lacune sérieuse. Sans cette dernière scène, qui est la véritable consécration sacerdotale du médecin, la cérémonie de la soutenance de thèse reste incomplète.

Cette fois, c'est fini. On applaudit. Le nouveau docteur est entouré, félicité, embrassé. Dislocation. »

Nous croyons devoir reproduire ici le serment d'Hippocrate tel que l'a traduit Littré :

« *Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants: Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire, ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Je dirigerai le régime des malades à leur avantage suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion, semblablement je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire* (1) ».

Il suffit de lire ce sermentpour y retrouver toute notre déontologie. Peut-être était-il mieux

(1) Littré. — Œuvres complètes d'Hippocrate, Tome IV, page 629 et suivantes.

observé, il y a un demi-siècle qu'à l'heure actuelle car les exigences de la vie se sont accrues depuis. Ainsi nous nous souvenons du dévouement que mettaient les meilleurs internes à instruire gratuitement dans les conférences d'internat leurs jeunes camarades et nous garderons toujours un reconnaissant souvenir à ceux qui sont d'ailleurs devenus des maîtres et qui généreusement se sont évertués à nous instruire. Ils s'appelaient Parmentier, Rieffel, Souligoux, Mauclaire, Legry, Mosny. Aujourd'hui, les difficultés de l'existence obligent les internes aux conférences payantes, ce que l'on aurait eu peine à concevoir il y a un demi-siècle.

Dans la *Revue pratique de Biologie appliquée* (mars 1934), M. Maurice Gille, dans un article très érudit sur les *serments médicaux*, rapporte la traduction du serment d'Hippocrate d'Anuce Foës, un peu moins littérale que celle de Littré, mais presque identique. Il reproduit le texte du serment prononcé à Montpellier depuis le premier Empire, beaucoup plus simplifié mais encore de belle tenue.

M. Maurice Gille reproduit la très belle *Prière du médecin* du Juif Moïse Maïmonide qui exerçait au XII^e siècle à Cordoue et qui mérite d'être connue :

Remplis mon âme pour l'art et pour toutes les créatures. — N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire influent dans l'exercice de mon art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais. Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre.

Que mon esprit reste clair près du lit du malade, qu'il ne soit distrait par aucune pensée étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures. Fais que mes malades aient confiance en moi et mon art, qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.

Eloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils et les gardes qui savent toujours tout car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art, comme une cuirasse, me rende invulnérable pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis.

Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers. Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la Science.

Eloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'art est grand, mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant (1).

Quelle différence avec le serment que la vieille Faculté de Paris, celle du temps de Gui Patin, faisait prêter à ses bacheliers où la morale professionnnelle cédait tristement le pas à l'observance des décrets, pratiques, coutumes et statuts de la Faculté et à la défense de ses privilèges.

Le serment au XVI^e siècle et au XVII^e siècle se prononçait dans la plupart des Facultés, notamment à celle de Poitiers.

Le Canada français a gardé pieusement les traditions de la vieille France et le jeune médecin de l'Université de Québec prononce lui aussi un serment lors de la soutenance de sa thèse.

Certains de nos modernes confrères souriront certainement en voyant renaître cet usage tombé en désuétude, nous, tout au contraire, nous pensons qu'on ne saurait donner trop de solennité à l'entrée de l'étudiant dans la carrière médicale, car c'est une date qui doit compter dans sa vie.

J. NOIR.

(1) Prière reproduite par le Docteur Jean Girard dans sa thèse soutenue à Nancy en 1929

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MÉDICATION DES SPASMES ARTÉRIELS

Par MM.

Ch. Aubertin — Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Médecin de l'hôpital de la Pitié

et

Robert Lévy — Médecin-assistant à l'hôpital de la Pitié

Le traitement des spasmes artériels a fait depuis quelques années de grands progrès, grâce à l'introduction en thérapeutique de médicaments nouveaux dont l'action physiologique a été démontrée et précisée par l'expérimentation. Mais les médicaments d'introduction récente ne doivent nullement faire oublier les traitements classiques des spasmes vasculaires : ils viennent s'ajouter et non se substituer à eux, et leurs indications qui commencent à être précisées, ne s'étendent pas à toutes les formes de spasmes vasculaires (1).

***

Rappelons d'abord qu'au point de vue physiologique, on peut, avec Clerc (2) diviser en plusieurs groupes, les médicaments vaso-dilatateurs.

D'abord, les substances qui agissent sur les *centres bulbaires* vaso-moteurs (le chloral, les barbituriques agissent en déprimant les centres) ; on peut y joindre l'yohimbine et les alcaloïdes de l'ergot de seigle qui sont des paralysants des vaso-constricteurs.

Ensuite, ceux qui agissent directement sur la *musculature lisse* de l'*ensemble des vaisseaux* : ce sont les nitrites, les nitrates, la papavérine, le benzoate de benzyle.

Puis, ceux qui agissent, non sur l'ensemble des vaisseaux, mais sur le *système artériolaire* : ce sont les dérivés de la choline (acétylcholine et acétyl-β-méthylcholine ou méthylacétylcholine) ; on peut y joindre l'yohimbine qui semble prolonger la vaso-dilatation produite par ces substances.

Enfin, ceux qui agissent plutôt sur les *capillaires* : ainsi l'histidine et surtout l'histamine dont l'injection provoque une rougeur avec œdème liée à la dilatation de ceux-ci.

Certains extraits organiques, les uns pancréatiques, les autres musculaires semblent doués aussi d'une action vaso-dilatatrice. Parmi les premiers, il faut citer les extraits pancréatiques désinsulinés et la vagotonine, régulatrice de l'activité fonctionnelle des facteurs qui agissent sur la pression artérielle. Quant aux extraits musculaires, retirés de muscles lisses en particulier (Myostone et Lacarnol), ils sont encore à l'étude, mais semblent avoir donné quelques résultats intéressants ; il va sans dire que leur action physiologique est fort controversée.

***

Comment choisir entre ces nombreux médicaments dans le traitement des spasmes artériels ? On sait que ces derniers jouent en pathologie un rôle considérable, mais leur étude est d'autant plus délicate que, par définition même, il s'agit d'un trouble fonctionnel et passager qui, de plus n'est pas toujours isolé et se trouve souvent surajouté à des lésions ou à des troubles définis, durables ou même permanents ; d'où la difficulté d'apprécier ce qui appartient à l'élément spasmodique et à l'élément lésionnel.

Quoiqu'il en soit, les spasmes artériels proprement dits, soit par l'importance des troubles fonctionnels qui sont immédiatement dans leur dépendance, soit par les phénomènes d'inhibition ou les désordres tissulaires qu'une ischémie brutale, même transitoire, peut créer dans certains organes, soit enfin parce qu'ils sont souvent le témoin ou le signe révélateur d'une lésion artérielle, nécessitent une double thérapeutique : thérapeutique d'urgence et thérapeutique préventive.

***

La thérapeutique d'urgence, et d'urgence absolue dans bien des cas, est réalisée par les agents vaso-dilatateurs d'action rapide qui font cesser le spasme : leur petit nombre est le garant de leur efficacité.

Le *nitrite d'amyle* en inhalation est, à cause de la rapidité extrême de son action, le type du vaso-dilatateur d'urgence. On en connaît les effets instantanés : rougeur extrême de la face,

---

(1) Ch. Aubertin et Robert Lévy. — La médication vaso-dilatatrice des spasmes artériels. *In* : Thérapeutique artério-dilatatrice, n° 6, de la collection « Les grandes Thérapeutiques » 1935.

(2) Clerc. — Bases physiologiques de la médication vaso-dilatatrice. Ibid.

sensation de battements dans la tête, malaise, tachycardie marquée, chute rapide de la tension artérielle : à ces effets, on peut ajouter la disparition rapide de certains phénomènes douloureux liés justement au spasme artériel (angine de poitrine en particulier) ; on peut y joindre la disparition brusque d'un phénomène pathologique récent : un hypertendu présentant une amaurose récente voit brusquement la vision revenir, en même temps que sa tension baisse après l'inhalation de nitrite d'amyle ; ou bien, c'est une aphasie récente qui cède tout à coup. Tels sont les effets, classiquement connus, du nitrite d'amyle : ils sont d'une telle netteté qu'ils ont, en quelque sorte, une valeur expérimentale absolue. Cependant, l'usage de ce médicament ne va pas sans inconvénients : en dehors même de la brutalité de son action, il faut reconnaître la possibilité de phénomènes réactionnels secondaires avec poussée hypertensive consécutive.

La *trinitrine*, en absorption par la muqueuse buccale à la dose de trois ou quatre gouttes de la solution alcoolique au centième, ou en dragées à noyau mou possède également une diffusion rapide, mais moindre cependant que le nitrite d'amyle ; elle provoque une vaso-dilatation moins soudaine qui se traduit seulement par quelques battements dans les tempes ; la chute de la tension artérielle est moins marquée, mais cependant facile à constater le plus souvent. La vaso-dilatation qu'elle produit n'expose pas à des manifestations réactionnelles violentes. Absorbée par voie gastrique, sous forme de la potion classique de Vaquez (trinitrine, chlorhydrate d'héroïne, eau de laurier-cerise), elle donne des résultats moins rapides mais également excellents.

La *papavérine* employée sous forme de chlorhydrate à la dose de 3 à 5 centigrammes a une action paralysante sur les fibres lisses qui est rapide et sûre. En injections sous-cutanées, elle donne des résultats plus nets, mais l'ingestion est également très efficace ; le *benzoate de benzyle* a un rôle inhibiteur sur la contraction et la tonicité des fibres lisses, mais son efficacité est moins constante.

L'*acétyl-choline*, en injections hypodermiques à la dose de 20 ou même 40 centigrammes constitue un vaso-dilatateur périphérique d'action rapide, prédominant sur les artérioles et n'affectant pas le tonus des capillaires. Il ne fait guère baisser, d'une façon immédiate, la tension artérielle.

Il n'en est pas de même de la *méthylacétylcholine*. L'injection de 1 c. c. (deux centigrammes) de cette substance produit en quelques minutes une hypotension de 3 à 4 cm. de mercure, portant à la fois sur la maxima et sur la minima, hypotension qui dure de vingt à trente minutes ; parfois, chez certains hypertendus, cette baisse de tension est brutale et s'accompagne des signes périphériques habituels dans l'hypotension du nitrite d'amyle ainsi que de sensations lipothymiques. Ce médicament est à retenir dans le traitement des spasmes artériels.

***

La thérapeutique préventive des spasmes artériels comporte de très nombreux moyens thérapeutiques, d'efficacité variable. Cette efficacité, d'ailleurs, est beaucoup plus difficile à apprécier que dans les spasmes constitués : l'expérience des divers médicaments devra porter sur un espace de temps relativement long, toutes choses restant égales d'ailleurs du côté du régime alimentaire et de la fatigue physique. C'est seulement quand on aura vu les spasmes s'espacer nettement ou disparaître que l'on pourra admettre comme prouvée l'efficacité d'une thérapeutique.

Parmi les moyens médicamenteux on pourra, selon les cas, avoir recours aux propriétés vaso-dilatatrices des nitrites, trinitrine, nitrite de soude ou esprit de nitre dulcifié, de l'acétylcholine, des extraits pancréatiques, ou s'adresser aux autres antispasmodiques, tels la papavérine, le gardénal, la belladone, l'éther amyl-valérianique, les bromures ; on devra fréquemment y associer des diurétiques (théobromine ou scille) et des iodures alcalins.

Les agents physiques offrent toute une gamme de ressources réellement efficaces depuis les applications chaudes (bains chauds locaux, air chaud, diathermie), les bains vaso-dilatateurs (bains carbo-gazeux de Royat en particulier), jusqu'à la haute fréquence, les ondes courtes, la radiothérapie des aires sympathiques et parfois la radiothérapie surrénale ; cette dernière est spécialement indiquée dans les grandes crises d'hypertension paroxystique des surrénalomes.

Enfin, dans certains cas rebelles, cas bien limités d'ailleurs, on pourra avoir recours à la chirurgie du sympathique, sympathectomie ou sympathectomie artérielle lesquels ont donné quelques très réels succès, mais surtout beaucoup d'échecs.

Il va sans dire que le traitement diététique et hygiénique de l'hypertension permanente devra toujours être continué, car c'est pratiquement sur un fond d'hypertension permanente que surviennent les spasmes artériels, et souvent ce sont seulement les spasmes artériels surajoutés à une hypertension permanente modérée qui font la gravité de cette dernière.

***

Ces différents traitements de l'élément « spasme artériel » ne sont pas tous, en pratique, applicables à tous les accidents de cette nature : il existe des indications et parfois des contre-indications afférentes à chacun d'entre eux. Pre-

nons quelques exemples parmi les plus fréquemment observés.

Les *spasmes artériels encéphaliques* sont très fréquents, en particulier chez les hypertendus : ils peuvent réaliser de multiples effets transitoires : hémiplégie, paralysies ou parésie localisées, aphasie, troubles oculaires caractérisés par une amaurose subite sans lésion, crises épileptiformes, troubles psychiques, migraines : le traitement aura pour effet de supprimer l'obstacle artériel et peut-être en plus d'éviter les désordres cellulaires irrémédiables consécutifs à une ischémie prolongée. Il ne faut pas oublier en effet que ces spasmes surviennent rarement sur des artères absolument saines : aussi sera-t-il parfois difficile de décider si le trouble déficitaire constaté est d'ordre lésionnel ou simplement fonctionnel. L'échec complet du traitement vaso-dilatateur d'urgence sera évidemment un argument important en faveur de l'idée d'une lésion oblitérante.

Ce sont surtout le nitrite d'amyle et l'acétylcholine qui trouvent ici leurs indications ; le premier est certes d'action plus rapide, mais sa brutalité même et les phénomènes réactionnels éventuels, surtout s'il s'agit d'hypertendus lui feront préférer le second, notamment lorsqu'on aura des raisons de mettre en doute l'intégrité des parois artérielles pour lesquelles une subite vaso-dilatation ne serait pas sans inconvénients. Quant aux cas plus complexes dans lesquels un spasme se surajoute à une lésion artérielle préalable (artérite oblitérante ou embolie), pour en accentuer les effets immédiats, il semble, à la lueur des constatations récentes, qu'il n'y ait pas toujours avantage à combattre l'élément spasmodique vaso-constricteur, la baisse tensionnelle consécutive à l'usage des drogues en question risquant d'accentuer les troubles ischémiques et de gêner le jeu des suppléances vasculaires.

La médication préventive de ces spasmes encéphaliques sera celle que nous avons envisagée plus haut : mais il faudra, le plus souvent y joindre une médication étiologique dirigée contre les lésions artérielles athéromateuses ou spécifiques.

Les *spasmes des artères coronaires* sont responsables de la majorité des faits d'angine de poitrine : ici les agents vaso-dilatateurs trouvent une de leurs indications primordiales ; le nitrite d'amyle, la trinitrine, la papavérine et surtout l'association de ces deux dernières exercent habituellement sur le paroxysme douloureux, une action suspensive quasi-immédiate qu'utilisent largement et avec reconnaissance la plupart des angineux, hypertendus ou non.

Au cours des accès mineurs, ou encore dans certaines manifestations cardiaques fonctionnelles mal définies, mais d'allure spasmodique, la trinitrine et la papavérine restent encore formellement indiquées. Dans l'intervalle des accès, les autres indications telles que le benzoate de benzyle, l'éther amyl-valérianique, les extraits pancréatiques, les extraits musculaires, le gardénal, les opiacés pourront exercer une action bienfaisante sédative ou suspensive ; il en sera de même des moyens physiques, diathermie, ondes courtes, radiothérapie, cure de Royat. Quant aux sympathectomies, elles seront réservées aux cas particulièrement menaçants et rebelles, mais sans insuffisance cardiaque.

Les *spasmes artériels des membres* se superposent généralement à des lésions artérielles plus ou moins accentuées, mais souvent latentes, et dont ils révèlent l'existence. Dans l'artérite commune des membres inférieurs, la phase de claudication intermittente précède de longue date la phase proprement oblitérante, et une thérapeutique bien conduite permettra dans nombre de cas de prolonger plusieurs années cette première phase et d'éloigner, parfois d'éviter, l'apparition de la gangrène. On combattra plus particulièrement l'élément spasmodique par les bains chauds locaux, les bains carbo-gazeux, l'acétyl-choline, les extraits pancréatiques désinsulinés, le benzoate de benzyle, en même temps qu'on mettra en œuvre les ressources thérapeutiques dirigées contre les lésions d'artérite : ici la sympathectomie péri-artérielle, voire la surrénalectomie peuvent trouver leurs indications.

La *maladie de Raynaud* est le type des affections liées à un vaso-spasme périphérique ; ici le spasme n'est plus à proprement parler artériel, mais essentiellement artériolaire ou artério-capillaire. Le traitement physiologiquement indiqué est donc essentiellement l'acétylcholine dont les cures prolongées se révèlent souvent très efficaces ; mais on devra y associer les agents physiques et les autres vaso-dilatateurs que nous avons passés en revue, et malgré tout, ce traitement est parfois bien décevant.

Enfin, les *grandes crises vasculaires*, poussées de vaso-constriction artérielle plus ou moins généralisée, aboutissent soit à une grande crise d'hypertension paroxystique, qui peut avoir des conséquences graves, soit à des accès éclamptiques comme ceux qu'on observe chez les hypertendus. Ces crises vasculaires peuvent survenir chez des sujets à tension absolument normale entre les crises (le fait est rare et se voit surtout dans le « surrénalome hypertensif ») ou, plus souvent, chez des hypertendus plus ou moins instables. Ici, la médication vaso-dilatatrice d'urgence trouve une de ses principales indications : mais parfois, elle est insuffisante et devant la menace de fléchissement du ventricule gauche et d'œdème aigu du poumon, il est indispensable d'avoir recours à une abondante saignée.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-ANTOINE (Service du Prof. LOEPER)

Ictères chez les syphilitiques traités

Résumé de la leçon du Docteur PERRAULT (1)

Chef de Clinique à la Faculté

La question des ictères chez les syphilitiques soumis au traitement par les arsénobenzènes soulève d'intéressants problèmes de pathologie générale, mais l'intérêt de leur étude n'est pas moindre du point de vue pratique.

En effet, le médecin traitant un syphilitique devra prendre une décision thérapeutique immédiate en présence d'un ictère chez son malade traité par l'arsénobenzène. Il devra aussi décider des modifications éventuelles à apporter à la conduite thérapeutique ultérieure vis-à-vis de l'infestation tréponémique. Or, ces deux décisions ne peuvent être fondées rationnellement que sur une saine appréciation du mécanisme pathogénique de ces ictères.

Les doctrines visant à expliquer la survenue des ictères chez les syphilitiques traités par les arsénobenzènes (et d'une façon plus générale au cours de tout traitement antisyphilitique) peuvent se résumer sous quatre chefs principaux :

1° La toxicité médicamenteuse ; 2° L'activation du virus syphilitique ; 3° Le biotropisme ; 4° L'intolérance.

Le plus souvent il s'agit d'un ictère banal, du type catarrhal qui apparaît au cours d'une série d'injections ou après celle-ci. Le début en est souvent marqué par des troubles digestifs, des vomissements, un état subfébrile. Les matières sont décolorées, il peut y avoir du prurit, de la bradycardie. Son évolution se fait en deux à quatre semaines, vers la guérison trés généralement, du moins dans notre pays. On voit l'ictère le plus souvent entre les troisième et neuvième mois de la maladie, mais il peut se manifester à toutes les périodes de la syphilis.

Voici deux observations caractéristiques. La première concerne une jeune femme âgée de 25 ans qui entra le 6 mai dans le service pour un ictère précédé de troubles digestifs. Il est léger, plus marqué aux téguments qu'aux conjonctives. Les urines sont foncées, caractéristiques, avec présence d'éléments biliaires. Les selles sont en partie décolorées : pas de gros foie, pas de grosse rate. L'azotémie est normale, à 0 gr. 40.

La maladie évolue rapidement et le 14 mai la malade est pratiquement guérie. Cet ictère revêt donc une allure aussi banale qu'il est possible, mais l'interrogatoire nous apprend que cette jeune femme est syphilitique. Elle eut, il y a quatre mois, un chancre de la grande lèvre droite, elle est à la période secondaire de la maladie. Au moment de la constatation du chancre la réaction de Wassermann est négative. On soumet la malade au traitement mixte arséno-bismuthique suivant la technique habituelle, et, en plus, deux injections de muthanol simple par semaine, l'injection intraveineuse de la dose totale de 5 gr. 25 de novarsénobenzol répartie selon les intervalles classiques et sans dépasser la dose de 0,75 par injection. Il n'y eut absolument aucun incident. On laisse la malade au repos un mois et on commence une seconde série identique à la première. Elle est fort bien supportée au début, mais le lendemain du premier 0 gr. 75, la malade a des vomissements, de la céphalée qui durent quelques jours, puis apparaît la jaunisse. Réaction de Wassermann négative. Les tests cutanés au novar sont tous négatifs.

On voit que seuls les anamnestiques établissent la liaison de cet ictère avec la thérapeutique antisyphilitique.

L'observation de notre second malade est nettement différente de la première. Cet homme, âgé de 41 ans, a fait un ictère de type catarrhal au cours d'un traitement anti-syphilitique. Il a eu en 1916 un chancre du gland, suivi de roséole. Cette spécificité fut traitée bien légèrement, par quelques injections de sels mercuriels, puis l'ingestion de sirop de Gibert et de pilules de Ricord. La réaction de Wassermann pratiquée au bout de dix-huit mois est négative à ce moment.

Depuis 1916, le malade fait régulièrement tous les ans une cure de sirop de Gibert. L'année dernière on lui fait une réaction de Wassermann dans le sang, elle est positive.

On lui conseille alors un traitement bismuthique. On pratiqua *une seule* injection intramusculaire d'un sel oléosoluble. Deux jours plus tard, apparition d'une urticaire généralisée, d'un œdème de Quincke à la face, d'arthralgies généralisées, de fièvre. En somme, le tableau d'une maladie sérique. Il n'a pas de troubles digestifs. L'ensemble dure 12 jours, s'exacer-

(1) Leçon du 14 mai 1935, résumée par Mme le Docteur Trifonoff.

bant par poussées, puis disparaît pour faire place à l'ictère. Il s'agit d'un ictère de type catarrhal très typique avec urines bilieuses, décoloration des selles, prurit, bradycardie. A l'examen un gros foie, de 18 cm. sur la ligne mamelonnaire, mais régulier. Le tubage duodénal montre l'absence d'obstruction cholédocienne. L'épreuve au galactose témoigne en faveur d'une hépatite aiguë. L'examen du sang, en dehors du Bordet-Wassermann très positif, ne montre rien d'anormal. Tests cutanés au bismuth négatifs. En raison du B. W. + + + +, on pratique six injections intraveineuses de cyanure de mercure, traitement que la diarrhée oblige d'interrompre. La jaunisse ne dura qu'une quinzaine de jours. Actuellement, cet homme n'est pratiquement plus jaune et son foie a repris un volume sensiblement normal.

On voit combien la séméiotique de ces ictères est commune. Dans le premier cas, banalité absolue ; dans le second, accompagnement et précession par l'urticaire ce qui est plus singulier, mais qui est loin d'être inconnu en dehors de la syphilis et en dehors de la chimiothérapie. Il n'en reste pas moins que chez nos deux malades l'ictère est survenu à l'occasion du traitement antisyphilitique. Quelle en est la nature ?

S'agit-il d'un ictère toxique ? On sait que l'arsénic minéral est nocif pour le foie ; on admit donc tout d'abord la possibilité de l'action toxique de l'arsenic organique.

Cependant, Ehrlich a bien montré que l'arnic organique était beaucoup moins toxique que l'arsenic minéral. Comme le fait remarquer Sézary, à transposer du lapin à l'homme on pourrait chez un sujet de 70 kgr. injecter la dose considérable de 9 à 10 gr. d'arsénobenzène. En Allemagne où beaucoup d'auteurs évitent les fortes doses de novarsénobenzol, on observe des ictères comme en France et même, fait paradoxal en apparence, il s'agit souvent d'accidents plus graves, l'ictère catarrhal aggravé étant très commun dans ce pays alors qu'il est très rare ici.

On a par ailleurs argué de l'hépatotropisme des arsénicaux organiques : en 1925, Masson a fait des dosages de la quantité d'arsénic qui se localise dans le foie après les injections de doses non toxiques d'arsénobenzènes. Ces dosages donnent les résultats suivants : huit jours après une série de quatre injections de 10 cgr. de sulfarsénol, Masson trouve 5 milligr. d'arsenic dans le foie et 10 milligr. dans les reins. Ce qui n'est guère en faveur d'un hépatotropisme très électif.

Enfin l'histologie ne donnant pas d'arguments valables, non plus que les épreuves biologiques dites d'exploration des fonctions hépatiques, on a donné en faveur de la théorie toxique des arguments cliniques : étant donné que l'ictère est parfois précédé d'érythème, d'urticaire, de fièvre, manifestations considérées naguère comme étant de nature toxique, on en pensait pouvoir conclure à la nature toxique de l'ictère lui-même. Or à l'heure actuelle la nature toxique de l'urticaire par exemple, n'est plus admise par personne, au moins sous cette forme simpliste.

D'autre part, certains auteurs ayant observé des ictères survenant par séries, ont incriminé la nocivité de certains lots d'arsénobenzènes. C'est là une opinion inadéquate aux faits.

Cette éclosion des ictères parathérapeutiques par série, semble en rapport nous le verrons avec le génie épidémique de l'ictère catarrhal et non avec la toxicité de la médication.

Passons à l'argument thérapeutique. On dit que l'ictère guérit si l'on arrête le traitement par l'arsenic. Mais Milian a montré de façon certaine que cet ictère guérit généralement aussi bien si l'on continue le traitement. D'autre part, il faut noter que l'ictère peut apparaître après l'injection de doses très faibles, de 0,15 par exemple ; ou bien qu'il peut ne survenir que quelques semaines après la fin d'une série d'injections.

Somme toute, si la théorie toxique peut s'appliquer dans quelques cas particuliers, elle se heurte à des objections fondamentales.

Examinons la théorie de l'activation du virus syphilitique. On en conçoit la possibilité théorique selon deux modes : réaction de Herxheimer, hépato-rechute.

La première de ces deux éventualités ne saurait s'appliquer qu'à un nombre de cas rarissimes.

Le seconde au contraire correspondrait pour certains auteurs, avec Milian, à de nombreuses occurrences. A cela il est facile d'objecter que l'ictère parathérapeutique survient presque toujours chez des malades traités correctement, souvent à réaction de Wassermann négative et qui le demeure au moment de l'ictère.

D'autre part, ce qui ruine cette théorie au moins dans la majorité des cas, c'est le fait que l'ictère au cours de la chimiothérapie n'est pas réservé aux syphilitiques. On l'a vu survenir chez des malades traités pour lichen plan, pour hémiplégie banale, pour pemphigus, pour psoriasis, pour maladie de Dühring.

Il est exact, du point de vue thérapeutique — et, d'après Milian — que l'on peut continuer pendant l'ictère la thérapeutique déclenchante, en l'espèce le plus souvent le novar, ou la reprendre ensuite, sans dommage grave, au moins dans la généralité des cas.

Cependant ce n'est pas une règle absolue, et on a publié des cas d'aggravations et de mort par la continuation du traitement (Sicard, Ravaut) ce qui plaide contre la nature syphilitique de ces ictères. Sézary a constaté d'autre part, que dans nos climats la guérison de l'ictère était chose constante, quand on supprime tout traitement spécifique. S'il s'agissait de syphilis, il

est vraisemblable, dit-il, qu'on aurait constaté parfois l'évolution de l'ictère vers la forme grave, éventualité à redouter dans les cas d'ictères syphilitiques authentiques.

Que peut-on dire de la théorie biotropique ? Cette théorie de Milian a été appliquée à l'explication du mécanisme pathogénique de la plupart des ictères parathérapeutiques par Sézary.

Il s'agirait selon cette conception d'un ictère catarrhal banal dont l'éclosion est favorisée par le traitement arsenical.

Quels sont les arguments en faveur de cette hypothèse ? Il semble que la courbe des ictères thérapeutiques soit celle des ictères catarrhaux. Quand il y a une épidémie de ces derniers on voit avec une fréquence plus grande les ictères chez les sujets traités par les arsénobenzènes.

Sézary dit d'autre part, que si les ictères post-arsénicaux ont en France une évolution habituellement bénigne, cela tient au fait que l'ictère catarrhal lui-même n'a pas de gravité en France. Il n'en est pas de même en Allemagne, l'ictère catarrhal dans ce pays peut devenir mortel.

Cette hypothèse pourrait expliquer la variabilité du moment d'apparition de l'ictère au cours du traitement arsénical. S'il y a une épidémie d'ictère catarrhal, il y a plus de chance que le syphilitique traité en fasse un à ce moment.

D'après Filiol, cette théorie ne peut expliquer la plus grande fréquence de l'ictère chez les syphilitiques que chez les non-syphilitiques. De plus elle ne peut être démontrée scientifiquement.

Voyons maintenant la dernière théorie proposée, celle de l'intolérance, de l'allergie (Tzanck).

Il y aurait intolérance du foie pour les arsénobenzènes (ou les autres agents de la chimiothérapie) et l'ictère en serait la manifestation. Cette théorie explique certainement nombre d'accidents cutanés survenant au cours du traitement arsénical, et quand l'ictère survient en même temps qu'eux, ou à leur suite comme c'est le cas pour notre deuxième malade, il y a là un argument très fort en faveur de la théorie allergique de l'ictère. On a voulu prouver la nature allergique de l'ictère en recourant à certaines épreuves biologiques : tests cutanés (la réaction intra-dermique, Prausnitz-Kütsner, etc...) transmission passive à l'animal. Il n'y a là rien de probant.

Des quatre théories aucune n'est sûre sans conteste. Il semble, cependant, que ce soit les deux dernières les plus admissibles, dans la majorité des cas.

Voyons ce que nous pouvons conclure pour nos malades. Chez la première malade nous pensons qu'il s'agit d'un ictère biotropique. Chez le second malade il s'agit vraisemblablement d'intolérance.

Comment faut-il agir au point de vue thérapeutique ? Si on se trouve en présence d'un ictère syphilitique, il faut poursuivre le traitement spécifique ; si l'ictère n'est pas syphilitique, on peut affirmer la nécessité de la suppression du traitement.

Lorsqu'on décide de continuer le traitement spécifique, malgré l'ictère (éventualité rare d'après ce que nous avons dit précédemment), il est préférable de changer de médication. Si par exemple, il s'agit d'un ictère survenu au cours du traitement arsénical, on commence par le cyanure de mercure qui, en plus de son action spécifique, aurait un pouvoir cholagogue. Si au bout d'une semaine ou de quinze jours l'ictère ne semble pas s'améliorer, il faut substituer au mercure les sels de bismuth. Si l'on est d'avis que l'ictère n'est pas syphilitique, on suspend la médication spécifique et on soumet le malade au traitement habituel de l'ictère catarrhal. Lorsque la jaunisse aura disparu, on pourra reprendre le traitement antisyphilitique. On commence par le cyanure de mercure, puis on peut faire des injections bismuthiques. Le novar, s'il est indiqué, ne sera repris qu'après trois à quatre mois et prudemment. Si l'on pense avoir affaire à un ictère par intolérance il ne faut *jamais* reprendre la thérapeutique déclenchante. C'est ainsi que chez notre deuxième malade il apparaît très imprudent de revenir au bismuth.

Y a-t-il une prophylaxie possible ? On doit être prudent dans la conduite du traitement : pas de doses excessives, ni séries trop copieuses. On évitera à coup sûr l'écueil de la toxicité.

Le traitement sera suffisant. Ainsi on ne craindra pas l'hépato-rechute. On pourra associer à la thérapeutique spécifique les anti-allergiques (hyposulfite de soude, *extrait hépatique*, gluconate de calcium, etc.) pour tenter de prévenir les réactions d'intolérance, qu'elles siègent à la peau ou aux viscères. La théorie biotropique qui nous paraît répondre à la majorité des cas n'entraîne guère de mesures prophylactiques rationnelles mais elle permet d'envisager les ictères qu'elle explique avec optimisme puisque —en France du moins — ils guérissent toujours, pour peu qu'on les laisse guérir, et ils n'entravent pas la reprise ultérieure du traitement même par la drogue dont l'action en a permis la survenue.

PROPOS D'ORTHOPÉDIE PRATIQUE

Une malade qui n'a pas de chance ou l'exacte histoire clinique d'un kyste osseux du fémur

Par M. Raphaël MASSART

L'histoire clinique de cette malade est si pleine d'enseignements que je ne puis la garder pour moi seul, et j'espère qu'elle frappera l'esprit de tous ceux qui, soucieux avant tout de restreindre les dépenses de leurs clients, en arrivent à supprimer des examens pourtant indispensables.

Il y a quelques années une robuste cultivatrice d'une quarantaine d'années, active, travailleuse, ayant eu des enfants solides qu'elle avait nourris, se plaignait de la région de la hanche gauche, elle accusait une certaine gêne pour s'asseoir, une lassitude à rester trop longtemps debout et ces phénomènes, à peine douloureux, qui entravaient son activité, et dont sans s'en inquiéter, elle était curieuse de connaître la cause, l'amenèrent à consulter son médecin à la ville voisine.

Au cabinet du médecin, les jours de marché, les clients sont nombreux, le temps de chaque examen est limité, il faut aller vite, c'est dire qu'on ne saurait déshabiller une femme corpulente, la faire coucher, palper le fémur et le bassin, examiner la mobilité articulaire et faire jouer son esprit de curiosité, pour pénétrer la cause du mal. A quoi bon tant de peine ! quand en quelques minutes, dans la pièce voisine on obtient grâce à la radio, un splendide cliché, où se projettent les ailes iliaques, le sacrum, les dernières lombaires, les articulations coxo-fémorales, et la naissance des diaphyses du fémur coupées au ras du petit trochanter.

Un simple coup d'œil sur le cliché, tandis que la malade se rhabille permet de dire avec certitude qu'il n'y a pas de lésion osseuse et qu'en toute tranquillité et malgré ses appréhensions, malgré ses douleurs profondes, diffuses, survenant parfois même la nuit, notre femme peut reprendre sa vie habituelle.

Comme la gêne persiste autour de la hanche la malade revient consulter, mais le médecin fort de son examen radiologique voit en elle une cliente un peu ennuyeuse, et conseille une série de rayons ultra-violets.

Deux fois par semaine notre cultivatrice vient exposer sa hanche, son fémur gauche aux ardeurs d'une lampe à arc, elle en ressent même du bien-être, jusqu'au jour où, en se couchant, pour s'exposer aux rayons, elle reste clouée sur place par une douleur intense brutale, à crier : sa cuisse n'obéit plus, elle est inerte, et l'infirmière affolée appelle le praticien qui constate une fracture complète du fémur. A grand'peine, car la malade crie et souffre, on la remet à plat, on va chercher une gouttière, du coton et dans un appareil de fortune, on la transporte chez elle, où on pourra en toute tranquillité la soigner.

La soudaineté, la brusquerie de l'accident, les cris d'une malade qui souffre font reculer, devant la prise d'un cliché ; d'ailleurs la mobilité anormale est grande, le diagnostic de fracture est certain ; la radio n'apparaît pas comme indispensable, elle serait pénible à supporter et comme la malade veut rentrer chez elle de suite, le praticien se rend à ses raisons.

Et notre brave femme revenue dans sa ferme est installée dans un bon lit, dont le matelas est coupé comme le faisait le père Hennequin. Notre confrère qui est un praticien habile met lui-même une extension continue et tout doit se passer à souhait. Deux fois par semaine au cours de sa tournée il viendra visiter l'appareil et dans deux mois, on remettra notre blessée sur ses jambes et tout ira pour le mieux.

Mais les deux mois passent et alors que l'os a grossi, que le cal est volumineux, il persiste une mobilité qui nécessite de prolonger l'extension.

Tous les récalcifiants sont mobilisés, les urines sont examinées, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, une prise de sang est faite, elle montre une formule sanguine normale et le Wassermann est négatif.

Trois mois ont passé, la cuisse mal consolidée, insuffisante pour donner un appui utile est retirée de l'appareil à extension. Quelques massages légers sont prescrits, ils améliorent la circulation du membre.

Puis le cinquième mois s'écoule, un sixième aussi et si le membre inférieur est à peine solide, il a pris une bien mauvaise position depuis que l'extension a été supprimée. Le membre s'est raccourci, même beaucoup, plus de six centimètres, le pied s'est tourné en dehors, la cuisse s'est étalée, le cal peu solide apparaît volumineux, et la situation est si mauvaise, que la malade démoralisée et désespérée réclame, en pleurant, l'avis d'un consultant, que notre confrère, accepte avec joie, il allait de lui-même le proposer.

Dans une telle conjecture où les événements vont chaque jour en se compliquant, la tâche difficile et ingrate du médecin traitant a souvent pour résultat de lui faire perdre cette netteté de vue, indispensable pour apprécier avec justesse ce qu'il est utile de faire.

Un nouvel avis, et souvent même il n'est point besoin de recourir à un prince de la science, suffit pour remettre les choses à leur juste place, et pour réformer des erreurs, dont la succession, je dirais même la cascade, sont arrivées à fausser le jugement du meilleur médecin.

Le consultant, après avoir écouté les longues explications, étudié les traitements prescrits auxquels il n'y avait d'ailleurs aucun reproche à faire, lu avec intérêt le compte rendu des nombreux examens pratiqués, demanda simplement à voir les radiographies de la malade.

Il n'en existait pas d'autre que celle du bassin, faite lors du premier examen, datant de plus d'un an, et jamais la fracture n'avait été examinée aux rayons X.

La complexité du cas méritait une étude plus approfondie, aussi consultant et médecin traitant décidèrent-ils d'hospitaliser la malade en clinique et de faire le nécessaire.

Aussitôt entrée, l'examen radiographique fut pratiqué, et on vit que la fracture du tiers supérieur du fémur était *une fracture pathologique* qui s'était produite à l'intérieur d'un kyste osseux siégeant au tiers supérieur du fémur.

Tout devenait alors extrêmement clair: la fracture spontanée s'expliquait, et c'est au développement du kyste qu'il fallait rapporter les premières douleurs, cette gêne de la marche, et tous ces troubles accusés par la malade lors de son premier examen ! En comparant les deux examens radiographiques on comprend que la radiographie faite au début, s'arrêtait sur le fémur, juste au niveau du petit trochanter, à quelques centimètres seulement de la limite supérieure du kyste osseux, il aurait suffi d'une légère différence dans le centrage pour révéler l'existence de la lésion ; une radiographie moins parcimonieuse, prenant la hanche dans son entier aurait été révélatrice et c'est faute d'avoir eu cette chance, que la malade, après avoir souffert pendant de longs mois, était devenue une infirme.

Il est bien évident que si le diagnostic du kyste avait été fait dès le début, il était indiqué d'intervenir à son niveau, de le réséquer en partie et de mettre en place des greffes ostéo-périostiques. L'opération pouvait se faire avant la fracture, on évitait ainsi cette complication grave et en quelques semaines, la malade était remise sur pied.

Cette chance elle ne l'a pas eue. Il va être nécessaire de faire une intervention importante sur le foyer de fracture pathologique mal consolidé, de réséquer les parois du kyste, de faire une greffe entre les deux portions diaphysaires restantes et ceci avec tous les aléas des interventions faites en tissu pathologique.

Si importante que soit l'intervention, elle est préférable à une abstention qui laisse un membre inférieur gauche sans valeur fonctionnelle, et avec une lésion osseuse dont l'évolution aggrave le pronostic et risque de nécessiter l'amputation haute de la cuisse.

Cette histoire lamentable montre une fois de plus qu'*en aucun cas un examen radiologique ne peut remplacer un examen clinique conduit avec méthode* : il est bien certain que plus curieux et moins pressé par le temps, notre confrère eût approfondi l'examen, trouvé un point douloureux, et cherché par la radio ce qui pouvait exister d'anormal au niveau même de ce point douloureux, *qu'il faut toujours marquer sur la peau au crayon dermographique.*

Si lors d'un premier examen le diagnostic ne pouvait se poser, il fallait revoir la malade, faire au besoin, un nouveau cliché, mais ne pas se satisfaire aussi facilement. Nous avons tous la très fâcheuse habitude lorsqu'un malade déclare qu'il n'est pas soulagé, de voir en lui un pusillanime, et si c'est un accident du travail un simulateur. Nous courrons le risque, en ne voulant pas aller au fond des choses, de passer à côté, et de méconnaître des lésions graves, dont l'évolution viendra nous confondre.

Le fait, lorsque se produisit la fracture, dont l'existence était évidente, de n'avoir pas eu la curiosité de préciser sa nature, trouve son explication dans cette erreur qui consiste à utiliser avant tout les rayons X pour faire un diagnostic et non comme un moyen de compléter un examen clinique, comme un renseignement de qualité supérieure, comme un état de lieu permettant de fixer les lésions et permettant au médecin de se mettre à l'abri de surprises aussi désagréables que celle qui fait l'objet de cette histoire.

Songeons que semblable aventure eût pu survenir à un accidenté du travail, à un assuré social, à un assuré individuel, ou même tout simplement à un de ces esprits revendicateurs dont nous connaissons de nombreux spécimens. Quelle source d'ennuis pour un praticien honnête et sérieux qui a consciencieusement utilisé des méthodes d'investigation et des thérapeutiques qu'il connaissait bien et auquel on ne pourrait reprocher qu'un manque de curiosité et un trop grand souci de ménager les finances de ses malades.

Dr Raphaël MASSART.

TECHNIQUE ET INDICATIONS DES VACCINATIONS ASSOCIÉES

Par G. RAMON

Nous envisagerons la technique et les doses concernant chacune des modalités des vaccinations associées actuellement en usage.

A. — Vaccination associée antidiphtérique-antitétanique

La vaccination antitétanique exigeant, dans l'état actuel de nos connaissances, trois injections pour conférer au sujet vacciné une immunité solide, la vaccination associée antidiphtérique-antitétanique comporte, elle aussi, *trois injections, à trois semaines d'intervalle,* de chacune :

2 c. c. du mélange { anatoxine diphtérique, 1 c. c. / anatoxine tétanique, 1 c. c.

Le mélange se fait dans la seringue (1) au moment de l'emploi.

B. — Vaccination associée antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique

Du fait de la nécessité qui est apparue au cours de ces dernières années de faire trois injections de vaccin T. A. B. (pour augmenter l'efficacité) cette vaccination associée comporte trois injections. Il est délivré, depuis quelque temps déjà (2) un vaccin mixte : mélange en proportions convenables de vaccin T. A. B. et d'anatoxine diphtérique. Mais le praticien peut également préparer son mélange extemporanément (dans la seringue).

Donc : *trois injections, à trois semaines d'intervalle, de chacune* :

2 c. c. du vaccin mixte (préparé d'avance dans l'ampoule),
ou 2 c.c. du mélange 1 c.c . T. A. B. (3).
(extemporané) 1 c.c. anatoxine diphtérique.

C. — Vaccination associée antityphoparatyphoïdique-antitétanique.

Si le vaccin mixte (mélange du vaccin T. A. B. et d'anatoxine tétanique) n'est pas délivré dans l'ampoule même, on le préparera dans la seringue.

Ici encore :

Trois injections, à trois semaines d'intervalle, de chacune :

2 c. c. du vaccin mixte préparé d'avance dans l'ampoule.
ou 2 c.c. du mélange { 1 c. c. T. A. B. (3).
(extemporané) { 1 c. c. anatoxine tétanique.

D. — Vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique-antitétanique.

Si le vaccin mixte (mélange du vaccin T. A. B. et des anatoxines diphtérique et tétanique) n'est pas délivré dans l'ampoule même, on le préparera dans la seringue :

Trois injections :

1[re] injection : 2 c. c. du vaccin mixte ou :
3 c. c. du mélange { 0 c. c. 5 vaccin T. A. B. / 1 c. c. anatoxine diphtérique. / 1 c. c. anatoxine tétanique.

après trois semaines :

2[e] injection : 3 c. c. du vaccin mixte ou :
3 c.c. du mélange extemporané { 1 c. c. vaccin T. A. B. / 1 c.c. anatoxine diphtérique. / 1 c. c. anatoxine tétanique.

Après un nouveau délai de trois semaines :
3[e] injection : même dose que la seconde injection.

Lieu d'élection des injections.

Dans chacune de ces formes de vaccination associées, les injections du vaccin mixte seront faites, après *asepsie très soignée* de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sus-épineuse.

Injection de rappel.

Faire une injection de rappel est ici encore une excellente précaution ; elle sera faite avec la sorte de vaccin mixte utilisé lors de la vaccination associée, de préférence un an après cette vaccination ou à n'importe quel moment, à l'occasion d'une épidémie menaçante, par exemple.

Réactions vaccinales.

Les mélanges de vaccins sont, en règle très générale, bien tolérés. Les réactions vaccinales que peuvent provoquer les vaccins mixtes ne sont pas sensiblement plus marquées que celles que chacun des vaccins, injecté séparément, peut entraîner.

---

(1) Nous étudions actuellement la possibilité de mettre en ampoules le mélange des deux anatoxines afin qu'il soit prêt pour l'emploi.
(2) Par l'Institut Pasteur.
(3) Chez les enfants au-dessous de dix ans, lors de la première injection, la dose de vaccin mixte ou le volume de vaccin T. A. B. entrant dans la composition du vaccin associé, pourra être diminué de moitié, cela afin d'éviter certaines réactions dues au T. A. B.

Contre-indications.

Ce sont celles indiquées à propos de chacune des vaccinations.

Apparition et durée de l'immunité.

L'apparition de l'immunité antitoxique spécifique se fait, après les vaccinations associées, dans les mêmes conditions qu'après les vaccinations anatoxiques simples.

L'immunité antitoxique étant, en général, d'un degré plus élevé après une vaccination associée, elle sera au moins aussi durable, sinon davantage, que celle faisant suite à la vaccination anatoxique simple de même spécificité. Ce que nous avons dit à propos de chacune de ces dernières s'applique également aux vaccinations associées. Ainsi, par exemple, si des signes de diphtérie apparaissent chez un sujet, soit au cours de la vaccination associée comportant l'anatoxine diphtérique, soit même lorsque celle-ci est terminée, on fera immédiatement une injection de sérum antidiphtérique.

Indications des « vaccinations associées ».

Les indications pratiques des « vaccinations associées » découlent, de leur principe même, des exigences des diverses prophylaxies et des circonstances.

Chaque fois que faire se pourra, et même systématiquement, il y aura lieu de mettre en œuvre les vaccinations associées.

Chez l'enfant, on pratiquera de préférence les vaccinations bi-anatoxiques (anatoxine diphtérique + anatoxine tétanique), ou mieux encore la vaccination triple (en adjoignant aux deux anatoxines le vaccin antityphoïdique). Peut-être, dans l'avenir, sera-t-on amené à y adjoindre d'autres vaccins encore, plus spécialement dirigés contre les maladies infectieuses de l'enfance.

Chez les adolescents et les adultes, on s'adressera, par exemple, aux vaccinations associées par les vaccins mixtes : T. A. B. + anatoxine diphtérique ou T. A. B. + anatoxine tétanique ; s'il s'agit d'immuniser des infirmières, par exemple, on aura recours à la première formule ; s'il s'agit de prémunir des soldats, on emploiera la seconde ou encore et de préférence la vaccination associée à triple effet : antityphoïdique, antitétanique, antidiphtérique.

***

La méthode des « vaccinations associées » apparaît, à la lumière des résultats déjà acquis, comme un perfectionnement certain des méthodes d'immunisation. Elle synthétise en elle-même tous les progrès réalisés depuis dix ans, grâce aux vaccinations anatoxiques. Elle permet d'effectuer deux ou plusieurs immunisations en une seule série d'opérations, et cela dans les meilleures conditions de commodité et d'économie, avec des chances de succès de plus en plus grandes. Il est donc infiniment désirable de la voir généraliser. C'est vraiment, comme nous l'avons dit déjà, la méthode d'avenir (1).

(1) *Revue d'immunologie*, nº 1, 1935.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Des infections amygdaliennes d'apparence banale, causes possibles de septicémies graves

D'après les Docteurs A. MEYER et PHAM-HUN-CHI (*)

GUÉRISON APPARENTE, LATENCE VARIABLE, PUIS DEUX SIGNES ESSENTIELS : **l'exacerbation thermique, et surtout le frisson**

Pareilles septicémies ou septico-pyohémies de haute gravité ne sont pas exceptionnelles : il faut savoir envisager cette éventualité comme on le ferait tout naturellement après une suppuration de l'oreille moyenne, après une infection utérine. La chose est d'importance en prévision d'une thérapeutique rationnelle efficace.

Presque toujours, il s'agit d'individus jeunes (20 à 30 ans), qui n'ont, en général, aucun antécédent pathologique, et semblaient au contraire jusqu'alors particulièrement bien portants.

L'angine, point de départ de l'infection, est d'aspect tout à fait banal. C'est, tantôt une forme érythémateuse, tantôt une amygdalite pultacée, lacuno-cryptique, et surtout ulcéreuse. Parfois l'existence d'une fausse membrane a pu en imposer pour une atteinte diphtérique. Notons aussitôt qu'à l'opposé de ces constatations cliniques, on constate très souvent, anatomiquement, des abcès de l'amygdale ou de la région amygdalienne.

L'atteinte des ganglions sous-angulo-maxil-

(*) A. MEYER et PHAM-HUN-CHI. — Les septicémies post-angineuses. (*Le Bulletin médical*, 28 septembre 1935.)

laires et cervicaux est très fréquente. L'adénopathie est presque toujours aisément mise en évidence à la palpation. Il est plus rare qu'elle soit assez importante pour déformer le cou. On note fréquemment une contracture douloureuse et une tuméfaction de la région cervicale, le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Les signes généraux sont souvent ceux que l'on observe dans l'angine la plus banale ; parfois cependant, ils peuvent être très accusés. La température oscille habituellement autour de 39° ou 40°. Le malade ressent des courbatures banales ; dans la plupart des cas, en même temps qu'apparaissent les signes pharyngés, il éprouve de petits frissons ou un grand frisson solennel ; mais on doit bien distinguer ce frisson du début, de ceux qui existeront plus tard, et qui auront une toute autre valeur sémiologique.

En somme, à cette période c'est un malade, atteint d'une vulgaire angine, parfois avec quelques complications locales : abcès latéro-pharyngés, otite, etc... Mais rien ne peut encore faire prévoir les événements ultérieurs, d'autant plus qu'en règle générale, cette angine évolue très simplement, et rétrocède en trois à huit jours

Puis vient une *période de latence*, qui oscille entre un et quinze jours, après que l'amygdalite et les phénomènes généraux ont cédé. Parfois, cependant, on passe insensiblement de l'affection locale à la septicémie : les signes généraux ne s'amendent pas, tandis que l'état de la gorge s'améliore.

Bientôt, deux phénomènes essentiels vont traduire la généralisation infectieuse : *l'exacerbation thermique* et *surtout le frisson*. Si le premier ne comporte aucune signification spéciale, et pourrait faire simplement redouter une reprise de l'atteinte amygdalienne, va pas de même du second.

Tout frisson survenant QUELQUES JOURS APRÈS *l'apparition d'une angine doit faire craindre une dissémination microbienne par voie sanguine.* Ce signe est de *haute gravité* et ne doit pas être sous-estimé. « Le malade ne s'y trompe pas, et c'est beaucoup plus alarmé par les frissons que par la reprise de la température qu'il revient à l'hôpital, ou qu'il rappelle son médecin ».

LA SEPTICÉMIE POST-ANGINEUSE CONSTITUÉE POSSÈDE UNE AFFINITÉ TOUTE SPÉCIALE POUR LES LOCALISATIONS MÉTASTATIQUES DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE.

Mais, d'autre part, les frissons tiennent toujours une place essentielle dans le syndrome d'infection générale. Bien souvent, ils vont se reproduire tout au cours de l'évolution morbide. Dans certains cas, ils sont d'une intensité remarquable, secouant le malade pendant un temps plus ou moins long, le laissant dans un état de prostration extrême, voisin du collapsus.

Si la température se maintient parfois en plateau, à 39° ou 40°, elle peut aussi se traduire par des crochets, à 40° ou même davantage, et coïncidant généralement avec des frissons, pour retomber ensuite au-dessous de la normale (35°5).

L'atteint de l'état général se révèle toujours sérieuse, et même grave, avec une véritable *cachexie*, extrêmement impressionnante ; la pâleur et l'amaigrissement font de rapides progrès.

La splénomégalie est assez constante, mais rarement importante. Les signes cardio-vasculaires ne comportent ni tachycardie exagérée, ni grosse hypotension en dehors des accès fébriles. Les autres manifestations : digestives, urinaires n'ont aucun caractère particulier ; cependant, on note assez souvent de la torpeur et du délire.

Quant aux métastases pleuro-pulmonaires, elles restent volontiers latentes durant un certain temps. Certes, on observe des points de côté violents, des crachats hémoptoïques, mais sans caractère de constance. La dyspnée, toujours importante, peut atteindre soixante respirations par minute, et même davantage ; mais le processus septicémique suffit à l'expliquer, sans qu'on soit en mesure d'en déduire le nombre et l'intensité des foyers pulmonaires. C'est l'examen physique, qui permet de reconnaître les lésions pleuro-pulmonaires, rapidement accentuées : la congestion pleuro-pulmonaire s'accompagne bientôt d'un épanchement pleural, susceptible de se résorber, quand il reste séro-fibrineux, ou de devenir louche, puis franchement purulent, mais rarement putride.

Lorsque, par hasard, les *frissons ont manqué*, ou n'ont pas attiré l'attention, *les localisations pleuro-pulmonaires, faisant suite à une amygdalite, évoquent immédiatement la septicémie post-angineuse.* Cependant, dans certaines formes foudroyantes, les manifestations pulmonaires n'ont pas le temps de se constituer.

Les atteintes articulaires (arthralgies des grosses articulations) sont également un signe de grande valeur, en raison de leur fréquence et de leur précocité. Si l'évolution de la septicémie se prolonge, on observe des arthrites aiguës pouvant évoluer vers la pyarthrose avec fusées purulentes dans le voisinage. Notons encore l'existence de collections suppurées dans les gaînes musculaires ; la fréquence de l'atteinte hépatique quand le germe causal est le bacillus funduliformis ; enfin, la rareté de la localisation endocarditique.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE, ET SURTOUT HÉMATOLOGIQUE, RESTE LA CLÉ D'UNE THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE ET EFFICACE

Bien souvent le malade a porté peu d'attention à l'angine du début, et c'est en pleine septicémie qu'il vient consulter pour la première fois. Il faut alors rechercher l'amygdalite primitive par l'interrogatoire et par l'examen du pharynx. Si, ultérieurement, la seule clinique peut donner la preuve de la septicémie post-angineuse, en raison des localisations septiques à distance (pulmonaires, parfois articulaires), il n'empêche que l'ensemble clinique, décrit plus haut, doit suffire pour y faire penser, et par suite commander une *hémoculture.*

Par conséquent en présence de toute angine, qui se prolonge, surtout lorsque la température reste élevée, et l'état général inquiétant, et s'il survient des frissons, il faut ensemencer le sang sur bouillon simple et en anaérobiose. Ainsi pourra-t-on connaître l'agent responsable, et expliquer par celui-ci certaines particularités cliniques, fixer les éléments du pronostic.

A côté de l'hémoculture, on pourra également utiliser, pour le diagnostic bactériologique de ces affections, le pus des localisations métastatiques, et, même dans certains cas, celui de l'abcès amygdalien.

Mais aussi une numération globulaire s'impose pour éliminer une leucémie aiguë, une angine à monocytes, une agranulocytose.

On isole le plus souvent le bacillus funduliformus (évolution d'une haute gravité) ; plus rarement le streptocoque (grave en raison de l'atteinte rénale), exceptionnellement le staphylocoque, assez rarement le bacille de Pfeiffer (pronostic moins grave).

Un mot de pathogénie pour mieux saisir les données essentielles d'un traitement rationnel : à la suite de l'angine, ou en même temps qu'elle se forment de petits abcès périamygdaliens souvent très discrets et généralement postérieurs. *A partir de ces abcès, l'infection gagne,* en principe, *les ganglions lymphatiques, puis le système veineux* et finalement la *jugulaire,* où se constitue une *thrombophlébite.* C'est de cette infection veineuse que les germes envahissent la circulation générale et vont se fixer sur d'autres viscères.

L'angine se rapproche ainsi des infections otitiques, appendiculaires, génitales, qui elles aussi procèdent souvent par thrombophlébite.

Dès lors semble s'imposer la même *sanction thérapeutique.* Le traitement des septicémies post-angineuses serait exclusivement *chirurgical.* Puisqu'il s'agit de thrombophlébite, pour certains, dès que le diagnostic est posé, il faudrait isoler le foyer de la circulation générale, en pratiquant une ligature veineuse, et même compléter par l'amygdalectomie ; ou agir par la méthode inverse.

La gravité des septicémies post-angineuses est telle, disent particulièrement les spécialistes, que seule l'intervention peut sauver le malade, et qu'il ne faut pas courir la chance rarissime de la guérison spontanée. Le fait est vrai surtout quand le germe en cause est le bacillus funduliformis, dont l'infection revêt un caractère de haute gravité. Aussi, avant toute détermination chirurgicale est-il indispensable de ne pas négliger l'appréciation de facteurs, que trop souvent on laissait dans l'ombre : notamment le résultat de l'hémoculture pour déterminer la nature du germe en cause.

Enfin, il ne faut pas négliger le traitement des collections métastatiques, étant donné le rôle qu'elles jouent dans l'entretien de la septicémie. En outre, celles-ci peuvent être dangereuses par elles-mêmes ; l'évacuation de certaines pleurésies purulentes pourrait dans certains cas, éviter une vomique, un pyopneumothorax qui ont été parfois les causes de la mort. On surveillera donc la plèvre de ces malades, se tenant prêt à intervenir dès qu'un épanchement purulent apparaîtra ; on suivra de près les arthrites suppurées, les collections intramusculaires, etc...

Toutes ces interventions chirurgicales prennent d'autant plus d'intérêt que les traitements médicaux employés l'ont toujours été avec insuccès. Ni la chimiothérapie, ni les transfusions sanguines n'ont paru influencer favorablement le cours de la maladie. Quant à la sérothérapie, qu'il s'agisse de streptocoque, de staphylocoque ou de pneumocoque, on sait combien son action est incertaine et contestable. Le faible pouvoir antigénique des anaérobies ne permet guère non plus d'espérer obtenir contre eux un sérum efficace.

***

« Ainsi donc, certaines angines d'apparence banale peuvent être le point de départ de septicémies. Leur extrême gravité est une de leurs caractéristiques. Elle exige qu'on sache les reconnaître, afin d'établir le pronostic qui convient, et peut-être de leur opposer une thérapeutique. C'est l'hémoculture systématiquement pratiquée en milieux aérobie et anaérobie, quand après une amygdalite apparaissent de la température et des frissons, qui permettra seule d'en assurer le diagnostic. »

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement électrothérapique des artérites oblitérantes.

MM. les Docteurs J. SURMONT et P. LE GO rappellent que l'action puissante et diverse des différentes formes de l'électrothérapie exige un examen clinique minutieux du malade afin que soient déterminées la nature et les caractéristiques des courants les mieux adaptés au cas à traiter.

Les différentes méthodes d'exploration de la circulation des membres seront mises en œuvre et les résultats obtenus constitueront autant de tests permettant de suivre l'évolution de l'état du membre au cours du traitement.

Complétant les signes physiques, la méthode oscillométrique et la réaction à l'histamine préciseront objectivement la valeur de la circulation de retour, tandis que les mesures de la température cutanée seront utiles pour distinguer les affections dues au spasme vasculaire de celles qui sont liées à l'oblitération artérielle.

La capillaroscopie confirmera les données de la réaction à l'histamine en précisant le siège des troubles circulatoires superficiels, alors que l'artériographie renseignera sur le niveau et l'étendue de l'oblitération, ainsi que sur la richesse de la circulation collatérale et l'état anatomique des parois vasculaires.

Quoi qu'il en soit, l'électrothérapeute variera sa technique selon la prédominance des phénomènes douloureux ou spasmodiques, la valeur des troubles de la circulation de retour, l'état des tissus en aval de l'oblitération.

Quand le tableau clinique sera dominé par les phénomènes spasmodiques comme dans la maladie de Raynaud, la maladie de Buerger, certaines artérites oblitérantes, les ondes courtes, la diathermie ordinaire, l'actinothérapie seront plus particulièrement recommandées. Les étincelles ou effluves de statique pourront être usitées pour déterminer une vaso-dilatation superficielle de dérivation. Enfin, lorsqu'on soupçonne un trouble glandulaire, la diathermie endocrinienne sera susceptible de donner de brillants résultats.

Lorsque les phénomènes douloureux prédomineront, le choix devra se porter sur les applications d'infra-rouges et de courants exponentiels.

La circulation de retour sera améliorée par la galvanisation ou l'ionisation à l'histamine ou à l'iodure de potassium, et dans certains cas, par la galvano-faradisation.

Enfin, les phénomènes gangréneux pourront tirer bénéfice de l'application d'air chaud en séances longues d'une heure répétées deux fois par jour.

En résumé, l'électrothérapie apporte une contribution extrêmement importante au traitement des artérites. Mais pour qu'elle donne les résultats qu'on peut en attendre, la technique doit être soigneusement adaptée à chaque cas clinique et modifiée selon les réactions du malade au cours du traitement. En l'absence de moyen de contrôle des doses utilisées, on ne saurait trop insister sur l'importance de la pratique habituelle de méthodes aussi délicates que les ondes courtes ou la diathermie, dont l'application faite selon des techniques omnibus avec des appareils insuffisants, peut réserver les pires mécomptes. (*La Pratique médicale française*, octobre 1935.)

A propos des traitements récents de l'hypertension artérielle.

Les traitements nouveaux de l'hypertension artérielle sont divisés schématiquement en deux groupes, par le Docteur M. RACINE. D'une part, ceux qui agissent comme vaso-dilatateurs artériels ou artériollaires. Dans cette catégorie rentrent les différents esters de la choline et le gaz carbonique en injections sous-cutanées ou intraveineuses. D'autre part, ceux qui agissent comme modificateurs humoraux, et qui entraînent secondairement l'abaissement tensionnel en s'attaquant à une ou plusieurs de ses causes. Au premier rang de ces éléments thérapeutiques, il faut mettre l'action de l'alcool octylique primaire.

Devant les résultats encourageants obtenus dans de nombreux cas d'hypertension artérielle, on peut considérer, que l'alcool octylique primaire doit entrer dans l'arsenal thérapeutique de l'hypertension. La conduite de son traitement est aujourd'hui bien réglée ; les contre-indications de la méthode sont pratiquement inexistantes. En effet, on peut poursuivre l'application thérapeutique, même si la participation rénale est manifeste, même s'il y a des œdèmes, l'alcool octylique primaire étant un diurétique puissant. La défaillance cardiaque n'est pas non plus par elle-même une contre-indication puisque expérimentalement, l'injection d'alcool octylique primaire ne s'accompagne d'aucune modification cardiaque, ni d'aucuns troubles électro-

cardiographiques. (*Journal des Praticiens*, 16 novembre 1935.)

Le traitement de la colibacillose entéro-uro-génitale par la triple vaccination.

Le Docteur M. Gallois fait un exposé critique de ce traitement qui n'exclut en aucune façon l'emploi des médications anticolibacillaires connues, lesquelles lui sont un excellent adjuvant. Il en est de même de l'usage des antiseptiques urinaires pris par la bouche, mais à la condition que ces derniers soient absorbés loin de l'heure matinale où est pris l'auto-vaccin buvable. Les deux autres points de cette triple vaccination consistent dans l'application directe de pansements vaginaux et utérins ainsi que dans les applications vésicales de l'auto-vaccin, mais en solution diluée en proportions définies (quand on a constaté, pendant les premiers jours du traitement, la tolérance des malades). L'antiseptique urinaire ne doit jamais être négligé dans les conditions exposées ci-dessus, lorsqu'il s'agit de colibacillose urinaire, cystite, pyélite, pyélonéphrite, etc... (*Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1935.)

Le syndrome pâleur-hyperthermie dans les interventions mastoïdiennes chez l'enfant.

Devant l'incertitude des diverses explications pathogéniques, le Docteur Schneider reconnaît toutefois la prédominance de certains éléments, et ces éléments nécessitent des mesures prophylactiques indispensables, notamment : la suppression de toute anesthésie générale, et la réduction au minimum de l'acte opératoire. Il apparaît que les résultats obtenus se sont améliorés depuis la mise en pratique de ces deux mesures préjudicielles. Ce sont deux grandes idées directrices, qui doivent commander toute notre thérapeutique, tout au moins en ce qui concerne la question otologique. (*Le Languedoc Médical*, octobre 1935.)

Les parts respectives de la contagion et de l'hérédité dans le développement de la tuberculose humaine.

De son intéressante mise au point le Docteur Jullien conclut que, dans son dogmatisme doctrinal, la thèse âprement défendue par M. Lumière se heurte à la réalité des faits observés ; en supprimant la lutte contre la contagion bacillaire, elle conduirait à des catastrophes. Mais, comme toutes les doctrines, si erronées soient-elles, par les discussions qu'elle provoque, elle nous conduit à une révision de nos idées et des différentes valeurs. A côté de son dangereux passif, on peut inscrire à son actif une réaction salutaire contre la phobie de la contagion tuberculeuse, née d'autres intransigeances doctrinales. Cette phobie de la contagion tendait à faire du tuberculeux un pestiféré, un paria, à qui toutes les portes étaient définitivement fermées, dont la collectivité voulait bien tenter de sauver la vie, pour lui interdire ensuite tout moyen de la gagner. Cette étape de la lutte antituberculeuse doit être révolue. Le tuberculeux ne doit plus être considéré, ni se considérer lui-même, comme une épave définitivement à la charge de la société. Redevenu en possession totale ou partielle de sa capacité de travail, il doit reprendre sa place dans le milieu collectif et y collaborer dans la mesure de ses forces à l'effort productif commun. A côté de l'action contre la contagion, la lutte antituberculeuse doit aussi s'attacher à créer un milieu social d'où disparaîtront les causes favorisantes et les hérédités prédisposantes, dans lequel le tuberculeux, précocement dépisté et soigné, pourra, une fois stabilisé ou guéri, trouver des conditions de vie et des habitudes mentales lui permettant de consolider sa guérison sans s'installer dans sa maladie comme dans une prébende. (*Le Mouvement sanitaire*, octobre 1935.)

Les troubles cardio-vasculaires d'origine endocrinienne

Le Docteur M. Poumailloux classe les troubles cardio-vasculaires d'origine endocrinienne en deux ordres : les uns, dépendant d'un dysfonctionnement glandulaire bien individualisé, sont connus depuis assez longtemps déjà, mais relativement peu fréquents ; les autres, observés beaucoup plus souvent en clinique par le cardiologue, sont, par contre beaucoup moins nets dans leurs caractères et moins sûrs comme étiologie, et relèvent bien souvent d'un trouble polyglandulaire.

Cependant, de tentatives thérapeutiques restées encore éparses, il faut retenir que l'opothérapie a aujourd'hui un vaste champ d'application dans la cardiologie, mais que, dans l'état actuel de nos connaissances, des règles pratiques peuvent à peine être esquissées, la prudence devant toujours guider des essais que légitiment les résultats déjà obtenus. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 novembre 1935.)

Résection partielle de la prostate par les voies naturelles

Le Docteur G. Fhosca estime que la prostatectomie de Freyer voit ses partisans diminuer chaque jour, et que la résection partielle endoscopique de Davis voit, au contraire, se développer de plus en plus ses indications, au fur et à mesure que sa technique et l'instrumentation spéciale fort délicate, qu'elle exige, se perfectionnent. (*Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de 35 cas de cancers primitifs multiples.

(M. HARTMANN ; 26-11-1935.)

M. Hartmann a eu l'occasion d'observer chez 35 malades des cancers primitifs multiples, le second cancer étant apparu un an, deux ans, cinq ans, douze ans, dix-sept ans après le premier. Il s'agissait de cancers de l'utérus, de l'estomac, du sein, de la langue, etc.

Tenant compte du nombre total des cancers qu'il a soignés ou opérés pendant sa carrière chirurgicale (hôpitaux, centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu), les 35 cas de cancers multiples en question forment un pourcentage d'environ 1 p. 100. Ce fait ne semble pas en faveur de la théorie généralement acceptée actuellement d'après laquelle le cancer est le résultat d'une irritation chronique ou la conséquence d'une cicatrice. Cette opinion, soutenue par M. Lumière en particulier, n'est pas partagée par M. Hartmann. Les cicatrices ont été nombreuses pendant la grande guerre et on n'a pas signalé de cancer sur les blessures cicatrisées de la guerre. Le gaz moutarde, qui est irritant, agit non comme favorisant mais comme empêchant du développement du cancer du goudron, quand on alterne les deux applications.

Le développement simultané ou successif de plusieurs cancers chez le même sujet s'explique mieux par l'existence de ce qu'on appelait autrefois une influence diathésique.

L'alimentation et l'hygiène publique.

(M. Et. BURNET, de Tunis ; 26-11-1935.)

Le Bureau d'hygiène de la Société des nations a entrepris une série d'études sur l'alimentation comme facteur de la santé publique. On parle aujourd'hui de surproduction mondiale de produits alimentaires, alors qu'une partie de la population ne mange pas à sa faim. En Angleterre, 15 millions d'habitants sont reconnus sous-alimentés ; 25 à 30 millions aux Etats-Unis. Cette sous-consommation porte préjudice à la population insuffisamment nourrie et aux producteurs de produits agricoles.

L'hygiène et l'économie, dit M. Burnet, souffrent du même mal, la paralysie des échanges. Pour l'une et pour l'autre, le remède serait identique : le rétablissement des échanges et l'augmentation de la consommation. L'argent dépensé par les gouvernements à restreindre la production, serait mieux employé à augmenter la consommation, à acheter à l'agriculture des aliments, surtout des aliments protecteurs (viande, lait, légumes...) pour les chômeurs et les travailleurs à faible salaire, et pour les enfants. Sir John B. Orr a suggéré, en Angleterre, de créer des offices subventionnés par l'Etat qui seraient chargés des achats et des ventes dans des conditions qui assureraient l'alimentation rationnelle des classes pauvres. Le même auteur a calculé qu'en Grande-Bretagne 15 à 20 millions d'habitants sont plus ou moins au-dessous du niveau d'alimentation optimum. Pour leur procurer une hygiène alimentaire convenable, il faudrait augmenter la consommation de 20 p. 100, ce qui créerait un débouché de 200 millions de livres sterling pour l'agriculture.

Telle est, conclut l'auteur, la politique proposée pour rompre, soit dans le monde, soit même à l'intérieur d'une nation le cercle vicieux qui nous étreint. L'hygiène apporte ici sa collaboration à l'économie. Pasteur avait montré déjà l'importance non seulement de l'hygiène de l'alimentation (pureté des aliments), mais aussi de l'hygiène par l'alimentation (l'aliment, facteur d'énergie, de croissance). En un mot, le problème de l'hygiène paraît appelé à jouer un rôle important dans la solution de l'économie troublée de la période actuelle.

La réserve alcaline dans la paralysie générale, après malariathérapie.

(MM. PAULIAN et TANASESCO. Présentation par M. SERGENT ; 19-11-1935.)

Après le traitement malarique, dans la paralysie générale, on note fréquemment un état sanguin d'acidose. Les auteurs estiment que, dans ces conditions, une alcalinisation du sujet serait utile avant et après le traitement.

Mortalité et natalité en Italie.

(M. G. ICHOK ; 19-11-1935.)

De 1900 à 1930, la mortalité en Italie a progressivement diminué, allant de 22 pour 1.000 à 15 pour 1.000. En Allemagne, les chiffres sont passés de 20 à 11 pour 1.000, en Angleterre de 16 à 11 p. 1.000, aux Etats-Unis, de 14 à 11 p. 1.000, en France, de 19 à 15, en Espagne, de 26 à 17 p. 1.000.

Parallèlement à une diminution de la mortalité, on constate en Italie une diminution de la natalité, celle-ci passant de 30 p. 1.000 en 1922, à 25 p. 1.000 en 1931. La dénatalité s'étend aussi à la plupart des pays. En Allemagne, de 1901 à 1928, elle a été quarante fois plus forte qu'au Portugal et cinq fois plus forte qu'en France.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

La méningite spirochétosique chez l'enfant.

(MM. Julien Marie et Pierre Gabriel ; 8-11-1935.)

Les observations communiquées démontrent, pour la première fois, qu'une épidémie saisonnière de méningite séreuse aiguë, fébrile et curable, a été déterminée par Spirocheta ictéro-hémorragiæ. La spirochétose méningée de Costa et J. Troisier peut donc affecter le caractère d'une maladie épidémique.

La période de l'année où ces faits ont été observés correspond aux mois chauds d'été (août et septembre), c'est-à-dire à la saison où l'homme se baigne volontiers dans les cours d'eau.

Ces trois observations de méningite spirochétosique sont les premières signalées chez l'enfant (l'âge des enfants est respectivement de dix ans, douze ans, treize ans)

Le tableau clinique présenté par ces malades, était celui d'une méningite aiguë, fébrile, à début brusque. Le liquide céphalo-rachidien clair présentait une forte réaction cellulaire contrastant avec la faible augmentation du taux de l'albumine. L'albumine du liquide rachidien revient rapidement au chiffre normal (vers le dixième jour). La réaction cellulaire persiste au contraire plusieurs semaines (quatre environ). Chez deux enfants, les éléments du liquide rachidien furent représentés, dès la première ponction, faite le sixième jour de la maladie, presque exclusivement par les lymphocytes. Au contraire, chez un autre enfant, ponctionné également le sixième jour de la maladie, les éléments étaient presque exclusivement représentés par les polynucléaires.

Ces trois malades ont guéri en quelques jours, sans séquelles et sans avoir présenté d'ictère. Aucun signe clinique particulier ne permettait de reconnaître avec certitude la nature spirochétienne de la maladie ; seules les réactions biologiques ont pu la démontrer : séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique positif à des taux considérables et spirochétose ictéro-hémorragique expérimentale du cobaye déterminée par l'inoculation des urines d'un malade.

Le fait que la méningite spirochétosique puisse prendre un caractère épidémique et saisonnier, tout au moins certaines années, permet de prévoir que le syndrome ne doit pas être aussi rare que le petit nombre d'observations rassemblé en quinze ans, le laisserait croire. On pense qu'il suffira de chercher à faire la preuve étiologique des méningites aiguës curables observées surtout pendant l'été et particulièrement chez l'enfant, période de la vie où les méningites sont les plus fréquentes et où toutes les immunités sont à conquérir, pour découvrir facilement un certain nombre de faits qui appartiendront à la spirochétose méningée.

La méningite spirochétosique paraît donc devoir prendre de l'extension dans l'avenir. Elle représente, sans doute, avec la poliomyélite et l'encéphalite, l'une des étiologies dominantes des méningites séreuses aiguës, dites méningites lymphocytaires bénignes.

Un cas d'ostéoporose vertébrale.

(MM. Pr. Merklen et A. Jacob ; 8-11-1935.)

Dans les premières observations rapportées à cette Société, il s'agissait de trois femmes déjà âgées, atteintes de douleurs progressives des vertèbres, et accessoirement d'autres os, réveillées par la pression, susceptibles d'irradier en ceinture. Continues avec paroxysmes, elles ne cédaient que partiellement au décubitus. Raideur sans ankylose. Aux rayons, ostéoporose diffuse aboutissant par places au ramollissement. Calcémie normale ou diminuée. Disparition totale des douleurs par l'ergostérol irradié, avec ou sans $CaCl^2$, avec heureux effets sur l'état général et peut-être même recalcification.

Dans une autre communication, on a retrouvé des faits analogues mais, en plus, avec un faible degré et une longue durée des douleurs, avec la possibilité de cyphose et de calcifications ligamentaires, avec une insuffisance calcique éventuelle.

A ces observations communiquées, celles des auteurs se superpose en se signalant par la violence des douleurs. Celles-ci remontent à un an et se sont installées progressivement et par crises. Elles entraînent une forte contracture des muscles paravertébraux et une impotence fonctionnelle pour ainsi dire absolue. Pas de point douloureux à la pression des vertèbres mais une sensibilité diffuse sans localisations. Calcémie normale. Les clichés radiographiques font voir une complète décalcification de tous les corps vertébraux, avec, en contraste, conservation à leurs contours d'une étroite zone opaque limitante, — vertèbres « bordées ». Pas de déformations ni d'ankylose. En un mot, tableau net d'une ostéoporose diffuse de toute la colonne vertébrale.

Presque tous les cas d'ostéoporose publiés jusqu'ici ont été traités avec succès par l'ergostérol irradié (vitamines D) et le calcium. Dans le cas présent, cette thérapeutique a échoué ; aussi a-t-on provoqué de petits chocs successifs à l'aide du sulfoïdol, dont on a l'habitude de se servir dans le rhumatisme chronique et dont il est facile de graduer les effets en variant les quantités. Les résultats ont été aussi favorables que possible, puisqu'après dix injections la patiente a pu marcher et que les heureux résultats se sont continués d'eux-mêmes par la suite. Toutefois l'état anatomique des vertèbres ne s'est en rien modifié. La nécessité de ces traitements différents semble prouver avant tout que l'ostéoporose se présente comme un symptôme de causes également différentes.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 8 novembre 1935

Mésentérite sclérosante rétractile et occlusion intestinale aiguë.

M. Monsaingeon fait un rapport sur l'observation suivante communiquée par M. Lefort (de Paris). Celui-ci voit et opère au cinquième jour d'une occlusion intestinale aiguë une femme de 83 ans. A l'intervention, outre deux brides épiploïques qui n'expliquent pas l'occlusion, il trouve un moignon d'appendice rattaché par une bride fibreuse à l'extrémité distale de l'appendice, fixée intimement à la surface du mésentère. Toute cette région est le siège de lésions intenses : plaques indurées, étoile fibreuse, brides scléreuses étendues jusqu'à l'intestin grêle et l'étranglant. Une libération patiente et prudente permet de lever les obstacles. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que l'appendicite, cause d'occlusion, remontait à 53 ans auparavant. Elle apporte une contribution aux faits de mésentérite rétractile d'origine lymphatique.

Deux observations d'infarctus partiel de l'intestin grêle. Une observation d'infarctus iléo-mésentérique dû à une hernie étranglée.

M. Blanc fait un rapport sur ces trois cas d'infarctus intestinal communiqués par M. A. Lefort (de Paris). Les deux premières observations correspondent à cette variété troublante appelée « Infarctus guérissant spontanément », au sujet de laquelle l'explication pathogénique proposée par Grégoire (manifestation localisée d'un shock anaphylactique grave) paraît très séduisante. Dans le troisième cas, M. Lefort s'est trouvé en présence d'une hernie crurale étranglée avec un infarctus iléo-mésentérique ; la malade très shockée a succombé. Rappelant les théories actuellement mises en avant pour expliquer ces lésions curieuses, inconnues il y a vingt ans, M. Blanc insiste sur l'intérêt que présentent les recherches à leur sujet.

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large mais esthétique.

M. Dupuy de Frenelle communique une série d'examens histologiques qui ont décelé des foyers cancéreux dans les pièces opératoires d'adénofibrome cliniquement typique, de mammite chronique localisée en foyer, de kyste solitaire du sein. Dans un cas, il existait des métastases cancéreuses dans des ganglions axillaires d'apparence et de volume normaux alors que la pièce mammaire, très largement enlevée, ne présentait que des lésions de mammite chronique. Ces observations montrent aussi que les lésions histologiques dépassent souvent, en étendue, dans la glande, la surface de la lésion apparente.

Se basant sur ces faits, l'auteur préconise l'ablation très large, d'une seule pièce, avec son pédicule axillaire, de toute lésion chronique du sein, nettement identifiée par la palpation, — mais en utilisant les procédés opératoires de la chirurgie esthétique. « La moindre induration mammaire chronique, écrit-il, le plus petit foyer de mammite doit devenir le prétexte d'une opération esthétique, car cette lésion, d'apparence clinique insignifiante, peut contenir un foyer cancéreux, gros de menace pour l'avenir. Une petite plaque indurée de mammite commande une large résection de la glande avec son pédicule lymphatique axillaire. Cette opération peut être faite largement, très consciencieusement et rester néanmoins esthétique.... La résection mammaire doit comprendre environ la moitié de la glande. La conservation du mamelon et d'un petit cône sous-mamelonnaire permet presque toujours une opération qui, en définitive, donne un résultat esthétique ». Cette conservation rend la mutilation moins disgracieuse que l'amputation classique qui est toujours indiquée lorsqu'on a le moindre doute clinique sur la nature cancéreuse de la lésion.

MM. Bovier, Brodier, Lanos, Papillon, Rubens-Duval, Dartigues, Burty, Raymond Petit, Peugniez, Charles Buizard considèrent comme très exagérées les conclusions de M. Dupuy de Frenelle en particulier en ce qui concerne les mammites chroniques qui rétrocèdent habituellement très simplement. Ils soulignent l'utilité de l'examen histologique (examen extemporané et examen secondaire plus approfondi). Ils s'élèvent contre le terme « opération esthétique », car on doit exclure toute préoccupation d'esthétique quand il s'agit d'enlever des lésions cancéreuses ou même soupçonnées d'être cancéreuses.

Société de médecine militaire française

Séance du 10 octobre 1935

Hépatite amibienne ou hépatite syphilitique hypertrophique.

MM. Huconot et Jaulmes présentent l'observation d'un malade colonial, chez lequel fut primitivement porté le diagnostic d'hépatite amibienne, en raison d'une congestion douloureuse fébrile du foie, avec leucocytose, sans ictère, sans ascite, malgré l'absence de preuves parasitologiques.

Après échec du traitement émétinien, la constatation d'une réaction de Bordet-Wassermann positive autorisa à penser à une syphilis du foie à forme hypertrophique fébrile ; cette hypothèse fut confirmée par l'action rapide et efficace du traitement mercuriel.

Pneumopathie chez un syphilitique.

MM. G. Hugonot, L. Ferrabouc, G. Veyssi et P. Guichenet, apportent l'observation d'un sujet chez lequel l'ensemble clinique permet de présumer

une syphilis pulmonaire ; l'examen radiographique montre un processus sclérosant tramaire et pleural diffus, des lésions parenchymateuses faiblement évolutives, avec un aspect progressivement densifiant.

Le vêtement du soldat et l'aisance de ses articulations

M. L. FERRABOUC montre comment une articulation en mouvement modifie les dimensions longitudinales du membre auquel elle appartient. La vareuse du soldat ne se prête pas à ces variations pour ce qui concerne l'épaule. Il y a lieu d'adopter une vareuse munie d'une manche dite « à pivot ».

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE

Constatations radiologiques. A propos des lavements

M. DELORT a pu se convaincre au cours d'examens radiologiques dont il apporte des témoignages photographiques que le lavement moyen si fréquemment employé sans délibération pour vider l'intestin : 1° provoquait une série de phénomènes auxquels on pouvait ne pas s'attendre (refoulement vers les parties supérieures du tube digestif de la matière à évacuer, contractions violentes, etc.) ;

2° Ne vidait qu'incomplètement le gros intestin ;

3° Paraissait n'agir qu'en provoquant un réflexe dont le résultat n'est pas différent de celui obtenu grâce aux laxatifs et aux purgatifs.

Il met en garde contre les inconvénients de cette thérapeutique. On a parlé à propos de cette méthode des méfaits de son abus ou de sa répétition, on n'a pas à son gré attiré suffisamment l'attention sur le danger qu'elle peut présenter même employée une seule fois sans direction éclairée.

Pseudo-tuberculose par appendicite chronique.

MM. P. FABRE et BAUDOT. — A l'encontre de l'opinion de certains auteurs, qui traitent ces formes de théoriques, ce mode d'apparition de l'appendicite chronique est loin d'être exceptionnel et peut prêter pratiquement à des difficultés d'interprétation. L'aérogastrie et l'aérocolie réflexes expliquent les troubles cardiaques et sympathiques qui peuvent prendre parfois une acuité extrême. Il y a souvent des troubles rhino-pharyngés qui contribuent à l'apparition de poussées fébriles. Le cas décrit par les auteurs correspond entièrement à ces données cliniques, auxquelles s'ajoutaient les constatations radiologiques : stase cæcale, appendice inapparent. L'examen histologique de l'appendice a confirmé les lésions de l'appendicite.

Le traitement de l'entorse tibio-tarsienne par la méthode de Leriche

MM. BERNARDBEIG et GARIPUY résument rapidement les travaux de Leriche sur la pathogénie et la thérapeutique de l'entorse. En suivant les indications, maintenant classiques, à la lettre, ils ont traité avec un entier succès douze cas récents d'entorses tibio-tarsiennes graves avec de larges ecchymoses et souvent diastasis radiographiquement constaté. Un cas ancien de plusieurs semaines a cédé à deux infiltrations alors que l'œdème et la déviation du pied en valgus signaient déjà une profonde atteinte de la trophicité de tout le membre.

Les eaux de Barèges sont-elles bactéricides

M. A. VALATX, après avoir vérifié l'absence de microbes pathogènes dans les eaux thermales de Barèges, a fait des émulsions de souches de staphylocoques et colibacilles, prélevés chez des blessés, dans les eaux des sources Tambour et Saint-Roch.

Ces émulsions mises à l'étuve, ont été ensemencées jusqu'à ce que les cultures restent stériles, ce qui s'est manifesté du dix-huitième au vingt et unième jour.

Il ressort de ces expériences que les eaux de Barèges sont très peu bactéricides : leur pouvoir bactéricide ne correspond pas à leur activité clinique et à leur action sur les fistules ou affections osseuses.

Epithélioma de l'oreille guéri par électro-coagulation

M. J. CALVET rapporte l'observation d'un homme présentant au niveau de l'anthélix un épithélioma spino-cellulaire à globes épidermiques, offrant les dimensions d'une pièce de 0,50, sans aucune réaction ganglionnaire. La destruction de la tumeur fut obtenue par diathermo-coagulation dépassant largement les limites de l'ulcération et portant sur le cartilage et la face postérieure du pavillon. Le résultat a été excellent avec cicatrice à peine visible : aucune récidive depuis plus de deux ans.

Fracture itérative des rotules

M. PONTONNIER et Mlle FONTANIER rapportent l'histoire d'un homme de 23 ans qui se fracture successivement les deux rotules en moins de quatre mois. La fracture de la rotule gauche se produisit en janvier 1935 à la suite d'une chute de 5 mètres de haut sur les talons : après cerclage au fil d'argent et mobilisation, le blessé avait recouvré la mobilité complète de son membre inférieur gauche.

Le 8 avril, à la suite d'une légère contracture musculaire faite pour éviter une chute en arrière, il se fractura la rotule droite, qui fut également cerclée.

Les auteurs après avoir rappelé que la fracture d'une rotule prédispose à la fracture de l'autre, et insisté sur l'insignifiance du second traumatisme, pensent qu'il faut incriminer dans l'étiologie les efforts excessifs que subit la rotule saine chez un individu, qui ménage une rotule récemment fracturée et impose un travail plus considérable à la jambe saine.

TOURNEUX.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Chez VIGOT FRÈRES,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (IVe).

Professeur J. BASSET, de l'Ecole vétérinaire de Lyon. — **Essai sur l'immunité**. Un vol. in-8o, 88 pages. Prix : 8 fr.

Dr FRANCK TISSOT (de Saint-Gervais). — **Pronostic et tempérament**. De l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des maladies. Préface du Prof. Sergent, Un vol. 108 p., 30 figures. Prix : 18 fr.

NOUVELLES EDITIONS LATINES,
7, rue Servandoni, Paris (VIe).

Serge ROGEAT. — **Mœurs et prostitution**. Les grandes enquêtes sociales. Un vol. 356 pages. Prix : 10 fr.

Chez LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr Bernard MÉNÉTREL, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Le carbone activé intraveineux en thérapeutique**. ESSAIS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX. Un vol. : 206 pages.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi.

Prof. L. DIEULAFÉ, de Toulouse, et R. DIEULAFÉ. — **La vascularisation de l'appareil génital de la femme**. Un vol. 84 p., 46 fig. Prix : 15 fr.

Librairie FÉLIX ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

Professeur E. LEBLANC, d'Alger. — **Synthèse des voies de conduction des centres nerveux** (topographie structurale). Un vol. 236 p. avec fig. Prix : 50 fr.

Chez MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

C. LEVADITI, de l'Institut Pasteur. — **Prophylaxie de la syphilis**. PROPHYLAXIE LOCALE. PRÉSERVATION *per os*. MÉTALLOPRÉVENTION. Un vol. 230 pages. Prix : 15 fr.

P. DESGEORGES. — **La coli-bacillose**. Un vol. 200 pages. Prix : 16 fr.

Dr Caude FRANCK. — **Vagotonine et système nerveux organo-végétatif**. Un vol. 520 pages.

Collection des « Petits Précis »
(A. CANTONNET, directeur.)

René FAU. — **Régimes**. Un vol. in-16, 110 pages. Prix : 12 fr.

Henri RENDU. — **Foie. Pancréas. Rein**. Un vol. in-16, 186 p. : 12 fr.

J. LEMELAND. — **Grossesse et accouchement pathologique**. Un vol. 116 p. Prix : 12 fr. 2e édition.

Librairie J. MONNIER,
17, rue Bréa, Paris (VIe).

Les lettres de Philippe Stark. — III. **Lettres d'Afrique**. Un vol. 230 p., 38 illustr. Prix : 30 fr.

SCIENCE ET MÉDECINE POUR TOUS
57, avenue d'Italie, Paris.

Dr Albert LEPRINCE. — **Radiesthésie médicale**.

Aux confrères curieux d'essayer le pendule je signale l'étude du Docteur Leprince. Ils y trouveront un guide succinct qui les « débrouillera » dans le diagnostic de la maladie, dans la recherche du médicament approprié, dans l'action des métaux et des couleurs, dans le diagnostic sur photographies. La radiesthésie est à la mode ; et, fort justement, le Docteur Leprince remarque que, « si l'on ne veut pas ouvrir aux irréguliers de la médecine une nouvelle brèche dans la forteresse médicale, c'est aux médecins d'abord qu'il appartient d'expérimenter et de proclamer la vérité ou l'erreur. » G. L.

Pour les nerveux. Le traitement simple et efficace du Dr Vittoz. A. JUNOD. En dépôt à la Maison du Livre français, Paris.

« Celui qui a pêché dans son corps se libèrera par les voies spirituelles.

« Celui dont l'erreur est dans l'esprit se sauvera par les voies sensibles ».

Telle est la substance de la méthode de Vittoz. Aux déprimés, aux scrupuleux, aux obsédés, aux neurasthéniques, Vittoz préconise le traitement par la rééducation du contrôle cérébral, l'acquisition de la « sensation exacte ».

Curieux petit manuel de psychothérapie qui vient à son heure en ce monde détraqué.

G. L.

Les Thèses

St. — Dr Christian Bernard. — **Contribution à l'étude des phlébites post-opératoires : leur traitement par l'infiltration du sympathique lombaire.** (Thèse de Strasbourg, 1935.)

Dans cet intéressant travail, inspiré par Leriche, l'auteur étudie une méthode d'application facile, sans danger et qui semble être d'un précieux secours dans les phlébites post-opératoires.

Ce procédé se fonde sur les expériences de Leriche et Jung, qui ont montré que dans la phlébite, l'obstruction n'est pour une grande part fonctionnelle, constituée par un spasme siégeant sur de nombreuses veines périphériques. Ce réflexe vaso-constricteur a surtout son point de départ dans les filets sympathiques de la paroi veineuse.

La technique est celle que Leriche et Fontaine ont si bien décrite. Le malade étant couché sur le côté, on enfonce une longue aiguille de 10 cm. à deux travers de doigt en dehors de l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire, obliquement en dedans. Il faut injecter lentement 10 à 15 c. c. de solution de novocaïne à 1 p. 100 pour être sûr que le liquide atteigne chaque fois par diffusion la chaîne sympathique.

Neuf observations détaillées et bien prises, montrent que, lorsqu'on agit précocement, dès les premiers signes douloureux, la méthode de Leriche permet d'obtenir d'excellents résultats. G. V. N.

Mp. — Dr P. Lafont. — **Contribution à l'étude des staphylococcémies.** (Thèse, 1935.)

L'auteur montre que dans les staphylococcémies, il faut envisager la lutte du terrain et du germe et réviser l'opinion jusqu'ici trop souvent soutenue de l'évolution fatale des septicémies à staphylocoques. Les traitements récents (injections intraveineuses d'alcool, carbone intraveineux, abcès de fixation, immunotransfusion, bactériophage intraveineux, etc.) ne manquent par d'activité et d'efficacité. Néanmoins, il convient toujours de les manier avec prudence, l'organisme du staphylococcique étant dans la règle en état de débilité.

L'HYPOSULFITE DE SOUDE EN THÉRAPEUTIQUE

Historique et état actuel de ses applications

(*Suite et fin*) (1)

Par le Docteur A. Sliosberg

IIe PARTIE

L'hyposulfite en pratique courante

Il est étonnant de constater que la grande majorité des travaux sur l'hyposulfite concerne ses applications thérapeutiques en négligeant son mode d'action et sa chimie physiologique ; aussi n'est-il pas facile d'en décrire les propriétés pharmacodynamiques dont beaucoup sont même totalement inconnues jusqu'ici ; ce chapitre sera donc forcément incomplet et les données qu'il contient très disparates.

Nous avons dit au début de cet article que la formule de l'hyposulfite lui confère des propriétés caractéristiques grâce à la présence d'un atome de soufre non oxydé ; en effet, il semble que ce soit là le facteur essentiel de l'action thérapeutique propre de l'hyposulfite, corps réducteur, à molécule fragile facilement dissociable en ions rapidement assimilables. Cette labilité moléculaire explique l'*action laxative* de l'hyposulfite qui, à doses moyennes ou fortes, agit comme le sulfate de soude, avec cet avantage toutefois qu'il ne donne pas de coliques, qu'il agit surtout sur le gros intestin et qu'il supprime les fermentations intestinales. Cette action, jointe aux propriétés *diurétiques et cholagogues* récemment mises en évidence par Kabelik et Lebduska, puis appliquées en clinique, par Gutmann et divers autres auteurs, font que l'hyposulfite de soude est un *stimulant puissant des fonctions d'élimination*. Il est aisé de s'apercevoir qu'en cette qualité, l'hyposulfite est également un *agent antitoxique*, d'autant plus que l'on sait que sous son influence, divers toxiques sont transformés en sulfo-dérivés atoxiques ; enfin, le thiosulfate semble jouer un rôle de protection du foie vis-à-vis des toxiques exo et endogènes, par un mécanisme complexe et mal défini ; les travaux modernes ont mis en relief l'importance primordiale du glutathion dans les échanges respiratoires et nutritifs et dans la défense contre les intoxications ; or, M. Binet et ses collabo-

(1) Voir *Concours Médical*, no 52 du 29 déc. 1935.

rateurs ont vu sous l'influence de l'hyposulfite une augmentation notable du glutathion dans différents organes de l'économie et surtout dans le foie, où le médicament semble pourvoir à l'apport du soufre aux cellules appauvries en cet élément au cours des intoxications.

Si nous ajoutons que l'on a signalé que l'injection intraveineuse d'hyposulfite de soude provoque une diminution de la glycémie, nous aurons une idée schématique des différentes actions de ce sel sur les organes vitaux de l'économie.

Nous avons vu plus haut que les remarquables propriétés réductrices, jointes à l'absence de toxicité, avaient conduit M. Ravaut à l'utilisation du thiosulfate en syphiligraphie et nous avons longuement décrit quel parti on a pu tirer de cette découverte ; nous avons d'autre part signalé les travaux de M. Lumière sur l'action antifloculante de l'hyposulfite ; il nous reste à dire que Kabelik et l'école tchèque ont pu démontrer l'empêchement de la coagulation du sérum par l'alcool en présence d'hyposulfite et nous aurons fait le tour d'horizon des différents modes d'action propres de l'hyposulfite de soude. Mais il ne faut pas oublier que ce sel particulièrement riche en soufre, extrêmement soluble et facilement dissociable porte en lui toutes les qualités d'un excellent sulfurant, et l'on connaît les multiples rôles que joue le soufre en biologie et en pathologie.

Nous ne dirons qu'un mot de l'*élimination* de l'hyposulfite ; il semble que cette question n'ait pas été révisée depuis que Rabuteau en fit une étude magistrale en 1868 ; nous admettons donc avec cet auteur qu'à dose faible l'élimination se fait sous forme de sulfate et qu'à dose forte le sel s'élimine en partie en nature et en partie transformé en sulfate.

La multiplicité des propriétés du thiosulfate permet de préjuger de l'étendue de son domaine thérapeutique, et celui-ci semble être un des plus considérables qui aient jamais été attribués à un médicament.

A. *Comme vecteur du soufre* l'hyposulfite trouvera son emploi tout d'abord dans différentes *dermatoses* : acné, séborrhée, furonculose, pityriasis (Luton, 1882), psoriasis et para-kératose, certains lichens, eczéma, prurigo, strophulus, l'herpès ; *dans les maladies de la nutrition* et, en premier lieu, dans les affections articulaires et péri-articulaires : les différentes formes de rhumatisme chronique, la goutte, les syndromes connus sous le nom de diathèse arthritique ; dans les *parasitoses* : gale (application externe), oxyures, ascaris (sous forme de lavement ou *per os*) ; *les affections hépatiques* et notamment dans la lithiase biliaire et les ictères bénins, l'insuffisance hépatique légère (hépatisme de Glénard) ; la *lithiase rénale. Les affections broncho-pulmonaires, la tuberculose pulmonaire* (?) (Xalabader) dans laquelle l'hyposulfite permet de rétablir les fonctions hépatiques compromises (Leuret) ; *la syphilis,* pour le traitement de laquelle, le soufre fut préconisé depuis des siècles ; les *affections intestinales.*

B. *Indications tirées de l'action propre de l'hyposulfite* :

a) Chaque fois que l'on est en droit de supposer *une affection par sensibilisation,* anaphylaxie ou allergie :

Les dermatoses par sensibilisation : accidents sériques, urticaire, œdème de Quincke, eczéma, strophulus, prurigo, érysipèle récidivant, éruptions idiosyncrasiques ou par photosensibilisation (Jausion).

La migraine (action sur le foie).

L'asthme.

Le prurit « sine materia ».

L'éclampsie.

b) *Les accidents de l'arsénothérapie ou de l'aurothérapie,* à titre préventif ou curatif : dermatites, ictères, accidents nerveux ;

c) *Les autres intoxications* : alimentaires, médicamenteuses, bismuthique, mercurielle, thalliques, saturnine, aurique, argyrique, iodique, industrielles (CN), par gaz de combat, etc. ;

d) La gangrène pulmonaire, les bronchites fétides, indication classique ;

e) Comme agent de renforcement d'autres médicaments : association avec le salicylate, synergie avec l'arsenic, le mercure, le bismuth en syphiligraphie, avec l'iode dans la cure des rhumatismes chroniques, avec la pilocarpine dans le traitement désensibilisant (voir plus bas) ;

f) Comme *purgatif ou laxatif,* suivant les doses, et à titre de *dépuratif,* dans l'arthritisme, l'obésité, les troubles de la nutrition des sédentaires, etc., les fermentations intestinales, les brûlures où il semble neutraliser les toxines et suppléer aux pertes en soufre de la peau ;

g) En applications locales : antiprurigineux (en association avec le phénol), la gale, les plaies putrides, les brûlures, les trychophyties, en lotions, glycérolés, saupoudrage ;

h) Dans toute une série de cas non catalogués, mais où l'on a cité des guérisons ou des améliorations très nettes : certains troubles psychiques, l'angoisse, l'instabilité émotive, les troubles de l'équilibre végétatif à prédominance vagotonique (Jausion).

L'absence de toxicité de l'hyposulfite de soude permet l'utilisation de doses très variables suivant le cas ; comme purgatif, on pourra donner 5 à 15 grammes en une fois ; à titre de laxatif, 1 gramme à 3 grammes en une ou plusieurs fois, parfois en association avec d'autres médicaments ; en particulier, l'association : hyposulfite de soude, sel de Seignette et citrate de soude, nous a donné maintes fois d'excellents résultats dans les constipations, surtout chez les obèses et les hypertendus. Comme désensibilisant, l'hy-

posulfite sera donné à faible doses. 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour, répartis en plusieurs prises de préférence avant le repas. Dans ce cas, on a intérêt à prescrire l'hyposulfite en dragées glutinisées, dosées à 0 gr. 25, pour éviter la décomposition du sel dans l'estomac sous l'action de l'acide chlorhydrique, ce qui a le triple inconvénient de diminuer l'activité par transformation trop rapide, donner lieu à des renvois d'acide sulfureux, et d'occasionner chez beaucoup de malades des brûlures d'estomac ; jamais de tels troubles ne nous ont été signalés par des malades auxquels nous avons prescrit des dragées glutinisées d'hyposulfite.

Quand on veut agir rapidement, on a recours à la voie intraveineuse (et même exceptionnellement intracardiaque) ; on injecte tous les jours ou tous les deux jours, une ampoule de 10 c. c. d'une solution à 20 % d'hyposulfite pur ; aucun trouble n'accompagne l'injection correctement effectuée, sauf très rarement un goût de soufre dans la bouche et exceptionnellement un léger état nauséeux sans conséquences. Dans certains cas, l'affection que l'on traite subit une légère exacerbation sous l'action de l'hyposulfite par exemple une exagération passagère de l'éruption ; loin de constituer une contre-indication ce phénomène doit inciter au contraire à poursuivre le traitement, quitte à diminuer légèrement la dose.

Parmi les associations médicamenteuses, nous avons dit le bien que nous pensons de l'association avec le salicylate de soude (nous prescrivons habituellement les deux sels dans les proportions suivantes : salicylate deux parties contre une partie d'hyposulfite). Nous voudrions insister particulièrement sur l'association avec le nitrate de pilocarpine, principe actif du Jaborandi ; cette synergie qui a donné entre les mains de notre maître M. Jausion, des résultats remarquables dans le traitement des états de sensibilisation diverse notamment dans la photosensibilisation, et d'une façon générale dans le traitement des exoséroses («réaction exsudative de la couche de Malpighi, signature de l'influx morbide du vague»): prurigos, eczémas, urticaires, etc., représente une association particulièrement heureuse, car elle combine les effets éliminateurs, régulateurs et excito-sécréteurs des deux substances et permet d'obtenir le maximum de résultats chaque fois que l'on désire obtenir un effet désensibilisant et antitoxique rapide.

Arrivé au terme de cette étude forcément incomplète étant donnée la complexité des phénomènes chimiques et des modes d'action qui jouent dans l'utilisation de l'hyposulfite de soude nous pouvons conclure que ce corps représente une arme chimiothérapique merveilleuse donnant au médecin qui l'emploie à bon escient des résultats qui comptent parmi les plus saillants au cours de l'exercice de l'art de guérir, hélas ! souvent fertile en déception. Il se dégage de plus un autre enseignement de l'esquisse historique que nous avons brossée : c'est que l'histoire thérapeutique de l'hyposulfite de soude suit pas à pas l'évolution des idées pathogéniques qui se sont succédées depuis les derniers trois quarts de siècle : théorie zymotique des maladies, recherches frénétiques d'un agent antiseptique capable d'exterminer les formes morbides, puis chimiothérapie raisonnée, intelligente dont la base est solidement établie et qui procède aussi bien de l'observation clinique que de l'expérimentation animale, enfin la vogue de la sensibilisation, de l'anaphylaxie, du choc colloïdo-clasique — telles sont les étapes que parcourt l'hyposulfite de soude dans son acheminement vers sa place primordiale dans la chimiothérapie moderne. Chaque année, le domaine de ses applications thérapeutiques s'élargit, et si l'on ne peut lui attribuer la qualité de panacée, du moins comprend-on pourquoi les anciens donnaient à son principe, le soufre, le nom de « divin ». (Θεῖος : Thios).

Bibliographie de quelques travaux sur l'hyposulfite de soude

Le cadre du présent travail ne nous a pas permis de donner une bibliographie complète de tous les travaux parus sur la question et nous renvoyons aux thèses de Misserlin et Talon pour les travaux antérieurs à 1931.

1° Achard et Binet. — *C. R. Acad. des Sciences*, 15 janvier 1934.

2° Binet, Vernes et Arnaudet. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, février 1932.

3° Burgraeve. — Acad. royale de méd. de Belgique 1862.

4° Chevalier. — *In* Le soufre. *Revue de Path. comparée*, Paris 1930.

5° J. F. Heymans et Masoin. — *Arch. intern. de pharm. et thér.*, 1897, t. 3, p. 77.

6° Isard et de Cilleuls. — Ref. du Formulaire Astier, 1934.

7° Jausion. — *Bull. Médical*, 1933, p. 683 et divers autres mémoires.

8° Kabelik. — *Presse Méd.*, 1933, n° 67.

9° Lancereaux. — *Cliniques Médicales*, 3e série 1890, p. 35.

10° Leuret, Lamothe et Coussebarie. — Marseille 1928 (Brochure).

11° A. Lumière. — *C. R. Acad. des Sciences*, 1920 et diverses autres publications.

12° Luton. — *In* Nouveau Dictionnaire de médecine (Jaccoud), 1882, V. 33 p., 361.

13° Misserlin. — Thèse Paris, 1922.

14° Paul (Constantin). — *Bull. gén. de thérapeutique* 1865, V. 69.

15° Polli cité par C. Paul.

16° Ravaut. — *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1921, et divers autres articles (voir thèse Talon.)

17° Rabuteau. — *C. R. Soc. de Biologie*, 1868, p. 217.

18° Talon. — Thèse Paris. 1931.

18° Xalabader. — *Rev. Méd. de Barcelone*, 1928, p. 560.

20° Zunz. — *Eléments de pharm. gén.*, Paris 1930, p. 299.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

AU GUI L'AN NEUF

Même s'il n'a logé qu'une nuit dans une chambre d'hôtel, tout homme, avant de s'en aller, fait ce geste d'y jeter un dernier coup d'œil. Il pense à regarder s'il n'a rien oublié, peut-être aussi à formuler un fugitif adieu. Quand nous arrivons au bout d'une année nous ressentons le même besoin d'envisager ce qu'elle fut, et de mâcher un peu d'amertume en nous répétant le mot fameux « Non pas le temps, Madame, mais *nous*, nous passons ».

Nos ancêtres gaulois ne roulaient pas ces pensées tristes, eux, dans la nuit de la Saint-Sylvestre : ils s'occupaient à cueillir le gui, la plante merveilleuse qui verdit sans cesse et porte bonheur ; au lieu de s'attendrir sur le passé ils étaient dans l'avenir et jonchaient de verdure allègre le seuil du nouvel an afin de le rendre propice. Mais nous sommes des esprits forts ; nous n'avons que dédain pour les superstitions de nos pères, et leur geste charmant est tombé en désuétude. Il est remplacé par les visites et les compliments !

A l'aube du premier janvier, tous les gouvernants de la terre se hâtent de revêtir leurs plus beaux atours ; tout en se mirant dans la glace ils ruminent les allocutions qu'ils vont prononcer, ils se composent un visage pour, à l'heure dite, accueillir les salutations guindées de leur clientèle. Je les aimerais mieux armés de la faucille d'or et faisant pleuvoir sur les peuples les porte-bonheur dont ils disposent : des gestes de paix, des réformes, des serments d'honnêteté, des volontés de justice, des allègements fiscaux. « Au gui l'an neuf » clamerait le populaire en liesse : ce serait toujours autant de pris sur l'avenir. Imaginez-vous, confrères, le spectacle émouvant de M. Laffont décrétant d'incompétence les chartistes, juristes et postiers de son cabinet et, apothéose ! se destituant lui-même pour ne s'être pas montré plus apte que ses subordonnés à régir l'hygiène publique.

***

Au gui l'an neuf : il serait beau que, avec le gui symbolique, chaque homme apportât à l'an neuf sa promesse de bonne volonté.

Par exemple les trublions aboyeurs et pourfendeurs de toutes races pourraient s'écrier la main sur le cœur : « Nous ne rêvons plus que de paix. Tous les millions que nous voulions employer à construire des avions ou des cuirassés prenez-les pour des travaux d'utilité publique ; il y en a trop dites-vous ? eh bien faites-en des papillottes, nous n'en voulons plus ! »

Les hommes politiques pourraient avouer : « Nous nous sommes trompés et, ce qui est plus grave, nous vous avons trompés : nous avions imaginé d'aménager ici-bas un vrai paradis, pour vous consoler d'avoir perdu le premier. Et ce paradis est un infâme guêpier où l'homme est plus malheureux que jamais. Nous retenons la leçon de Carrel, mais nous sommes trop bêtes et trop corrompus pour vous en faire profiter: chassez-nous ».

Les civilisés pourraient dire : « C'est bien vrai que nous dégénérons : l'auto nous a privés de nos jambes, le chauffage central de notre régulateur de température ; les fumées des villes ravagent nos poumons et nos nourritures sophistiquées nous empoisonnent. Foin de la civilisation ! nous ne sommes plus qu'un ramassis d'estropiés et de cacochymes ».

***

Et nous, médecins, qu'aurions-nous à ajouter à cette profession de foi générale ? Bien des choses et qui, pour n'être pas neuves, n'en auraient pas moins d'intérêt. « Nous voulons radouber notre galère qui fait eau de toutes parts, s'en va à la dérive et, d'un moment à l'autre, nous jettera à la côte. Assez de palabres ! c'est le moment d'arrêter notre attitude vis-à-vis de l'Etat, ce monstre dévorateur, et des collectivités, vermine qui nous suce. Non seulement nous voulons arrêter notre attitude, mais aussi nous faisons serment de *nous* arrêter à cette attitude ; cette nuance paraît byzantine mais dans le monde médical elle constitue tout un chapitre de la question, et le plus épineux.

Nous ne bouleverserons pas de fond encomble, sous prétexte d'être « dans le train », l'exercice de notre profession ; pour une fois que ces bons Yankees ont retiré pour nous les marrons du feu croquons avec sagesse les fruits de leur expérience ; mais nous ne serons pas non plus ces traditionnalistes acharnés aux yeux de qui la

plus menue réforme est une hérésie ; une tradition n'est pas une vérité immanente mais l'expression de la sagesse d'une époque. Un siècle est au moins autant que les Pyrénées une ligne de partage des eaux : vérité en deçà, erreur au delà.

Nous avons des Syndicats, des Fédérations et Confédérations, qui ne sont guère autre chose que des organismes de lutte. Nous avons des œuvres de charité. Nous voici même en passe d'avoir une coopérative. Fort bien : « ma guenille m'est chère ». Mais en tout cela, il n'est question que de sous. Rien qui veille à l'harmonie de la profession ; rien qui lui édifie un corps de doctrine. Certains pensent à une corporation ; le mot est séduisant, la chose l'est moins ; notre directeur, le Docteur Noir, analysant un ouvrage très documenté sur le sujet, rappelait ici il y a quelques années, que les corporations à l'ancien régime finirent par constituer une véritable féodalité dont les trusts et les cartels actuels ne sont qu'un pâle reflet. Elles furent l'une des bastilles qui déchaînèrent la Révolution. L'Ordre ? avant qu'il naisse ses formules de juridiction allument déjà la discorde. Et beaucoup de bons esprits affirment que le moindre mal qu'il faille en attendre c'est que la montagne accouche d'une souris.

Alors ? Il y a tout de même une anomalie assez inquiétante dans notre cas : nous nous donnons du : cher confrère à tour de bras, et ne cessons de nous observer l'un l'autre du coin de l'œil. Si vraiment frères il y a, on ne peut pas dire que la famille soit très unie. D'autres pourtant (et même pas mal d'entre nous mais en-dehors du domaine professionnel) sans s'interpeller avec une telle tendresse parviennent à constituer de vraies confréries dotées de disciplines librement consenties ; exemple : les cercles privés. Oui ! mais nous sommes 27.000, objectez-vous, et qui ne sont pas tous commodes. Sans doute, mon cher confrère ; mais je me suis laissé dire qu'en ce pays certaines organisations, sans code, sans juridiction, sans gendarmes, encadrent, et très étroitement, des effectifs largement supérieurs. Il y a, par exemple, telle ligue (pardon ! j'ai lâché le mot abhorré) renommée pour son homogénéité et qui grouperait 3 ou 400.000 adhérents. A comparer, nos 27.000 ne formeraient qu'une maigre escouade !

Toute discipline, tout renoncement à une certaine liberté, se doit d'être, comme dans l'armée, compensée par des avantages. Même si vous tenez ces 27.000 ci pour des gens matériels et rapaces, incapables de se repaître, comme ces 400.000 là, de satisfactions purement morales, on peut concevoir de plus palpables dédommagements : les jeunes seraient instruits de l'inélégance qu'il y a à saborder les vieux, les vieux de celle qui consiste à se retrancher dans d'inexpugnables prébendes. Donnant donnant. Puisqu'il n'est pas encore entré dans nos mœurs de tuer les vétérans, n'admettons pas davantage qu'un débutant soit par la misère réduit au désespoir. Or c'est au révoltant sacrifice des jeunes que nous courons. Assez d'une fois ! le souvenir de 1914 devrait nous inspirer quelque pudeur.

***

Tout cela, diront certains, est bel et bon, mais il nous semble déjà entendre dans le lointain sonner le glas de notre indépendance. Or le médecin se fait gloire d'être indépendant. Il a raison d'y tenir à son indépendance. C'est un bien précieux ; mais il n'a aucune valeur marchande. Tandis que l'union, elle,... fait la force, disent nos amis belges. Et la force est un autre bien, assez précieux aussi. C'est même, en beaucoup de cas, la seule sauvegarde de l'indépendance ; en se soumettant sur un front, on se libère sur un autre.

Voici toute une boule de gui que je viens d'effeuiller sur le seuil de la maison médicale. Je veux encore y ajouter une branche, dédiée à notre vie intellectuelle. Je voudrais qu'il fût possible à chacun, jusqu'au plus obscur praticien de la plus reculée des bourgades, de faire entendre sa voix s'il estime avoir quelque chose à dire, un sujet d'étude à proposer, un conseil à demander. Le *Concours* peut se flatter d'avoir, et depuis longtemps, rempli, dans sa mesure, une partie de ce programme. Les Assises de médecine française, sous l'inpulsion généreuse de Godlewski, en remplissent une autre. Mais ce n'est pas assez : le 27.000ᵉ médecin de France peut se trouver tout à coup, dans sa pratique, face à face avec l'épisode morbide le plus instructif de l'année ; il peut même l'avoir fort bien observé. Mais il est sans titres, timide ; et parce qu'il n'aura pas parlé l'éclair de vérité sera perdu pour tout le monde. Il ne faut pas qu'une oligarchie étrangle derechef un Duchenne de Boulogne.

Et aux lecteurs de ce journal, quel bonheur souhaiter ? Sans nul doute d'y trouver ce qu'ils y cherchent (ce à quoi j'espère qu'ils sont accoutumés) : une juste proportion d'utile et d'agréable, la « nourriture terrestre » mêlée à une pâture plus immatérielle, la continuation du *Concours* enfin ; non pas (ah Dieu ! non) les accents solennels d'une chaire magistrale (*vox clamans in deserto*), non pas les formules sèches d'un précis picorées à la hâte et comme on prend un comprimé d'aspirine, mais la conversation alerte d'un poste de T. S. F. doublé d'un standard téléphonique « Mes chers amis, vous allez entendre les nouvelles de notre monde ; voici, en outre, ce que nous avons recueilli pour vous d'in-

téressant, ce qui se dit dans les hôpitaux, ce qui se discute dans les sociétés, ce qui se prépare dans les laboratoires et dans les syndicats. Et puis voici encore ce que des gens comme vous n'ont pas le droit d'ignorer : l'idée qui court, le livre à lire, l'homme du jour. Allo Provence ! Allo Bretagne ! Allo Alsace ! quoi de nouveau chez vous ? »

Pour vous enfin en particulier, mon cher confrère, quel rameau de gui couperai-je ? Tout ce que je viens d'exposer vous semble bien vaste, beaucoup trop vaste pour que tant de bonheurs puissent tenir dans l'étroit giron d'une année ? Eh bien ! je me contenterai de vous rappeler que, à en croire les biologistes, rien ne s'oppose à ce que l'homme vive cent ans et plus ; s'il décède avant, c'est, disait le Docteur Guéniot, parce qu'il y a consenti ou bien par l'effet d'une distraction. Ne donnez pas votre consentement ! et, pour mieux éviter la funeste distraction, pensez à ce programme, dites-vous avec acharnement que vous voulez le voir réalisé.

Et je ne doute pas que cette résolution virile vous mette en possession d'une assez jolie marge que vous emploierez, après tout, au mieux de vos goûts personnels. G. LAVALÉE.

II

MÉDECINE — ADMINISTRATION — POLITIQUE

De leur association à l'Hôpital. Une déclaration du Ministre de la Santé publique

Il s'agit du *cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative* d'un établissement public hospitalier et *celles de médecin-chef ou de médecin, ou de chirurgien de l'établissement administré par la dite Commission.*

Ce cumul vient d'être interdit par un décret-loi du 30 octobre 1935. Ainsi se trouvent renversées toutes les décisions de jurisprudence, qu'avait obtenues le *Sou Médical* devant le Conseil d'Etat, et par lesquelles le cumul avait été autorisé en faveur de certains de nos confrères, intéressés par cette importante question. Qui plus est, cette mesure de rigueur devait atteindre même ceux qui, maires de leur commune, étaient de droit présidents de la Commission administrative. Notre ami Paul Boudin a donné sur ce sujet son avis de haute compétence dans le numéro 51 du *Concours Médical* (1935) ; il revient aujourd'hui encore sur cette question capitale.

Grand fut l'émoi de tous nos confrères et l'écho de ce trouble s'est traduit dans une intervention de l'un d'eux, M. Georges Cousin, à la Chambre des députés (17 décembre 1935).

Voici ses propres termes :

Par un décret pris en octobre dernier, M. le ministre de la Santé publique vient d'obliger les médecins-chefs et chirurgiens à donner leur démission de membres des Commissions administratives des hôpitaux. C'est une suspicion injustifiée qu'il jette sur le corps des chirurgiens et médecins des hôpitaux.

Pourquoi cette mesure ? Est-ce que les médecins et chirurgiens-chefs ont démérité ?

Il s'agit plutôt, m'a-t-on dit, d'un conflit administratif, de différences d'opinion dans les Commissions administratives entre les chirurgiens et les maires des communes. Cela a suffi pour qu'on prenne contre les médecins et chirurgiens une décision que je qualifie, pour ma part, de regrettable.

Et pourtant, qui les a nommés ? Ils ont été nommés, d'une part, par le Préfet qui les a choisis sur leurs titres et, d'autre part, par le Conseil municipal.

Nous sommes ici, devant des décisions qui iront non seulement contre les intérêts du Corps médical, mais aussi contre les décisions des municipalités.

Quand une municipalité aura décidé qu'un de ses membres a le droit de siéger dans une Commission administrative, le décret du ministre va-t-il l'en chasser ?

Bien mieux, le maire est membre de droit de la Commission administrative. Sera-t-il aussi chassé ? Je pose très nettement la question.

Monsieur le ministre, ce n'est pas que les médecins craignent la décision prise contre eux. Ils savent qu'un ministre peut prendre une décision contre eux, mais qu'un autre viendra leur rendre justice.

Depuis Molière, d'ailleurs, les médecins ont pris l'habitude de recevoir des volées de bois vert et ils ne s'en portent pas plus mal. Cela prouve que les attaques se retournent le plus souvent contre ceux qui les ont provoquées quand elles étaient injustifiées.

Voici la réponse du ministre de la Santé publique :

Ce décret du 30 octobre 1935 était destiné à mettre fin à des difficultés très nombreuses dans certaines communes. Il n'y a rien de désagréable, pour les médecins les plus éminents qui siègent dans les Commissions administratives, dans une loi qui ne les exclut pas du Conseil d'administration ni de la consultation, qui leur permettra demain — *je le répète dans une circulaire adressée aux préfets* — d'être appelés constamment par leurs collègues de la Commission à donner leur avis, mais leur interdit d'être à la fois, à *la Commission l'organe de direction et d'administration*, ensuite, *à l'hôpital, l'organe d'exécution.* Dans l'intérêt même du Corps médical des plus éminents de ses représentants, je crois que j'ai bien fait, que tous doivent me remercier.

Il y a des villes où les hommes qui, par leur science sont au sommet de la hiérarchie sociale, peuvent être discutés parce que mêlés à des questions de constructions, de travaux, de besognes matérielles. J'ai voulu les maintenir à leur véritable place. On les appellera, chaque fois qu'il sera nécessaire, à donner leur avis, qui doit l'emporter dans les questions techniques. Il n'y a contre eux aucune défiance.

La question des *maires* est une question particulière. Il y a conflit de deux droits.

Je crois que le décret devra s'incliner devant la règle générale qu'un maire, désigné par le suffrage de ses concitoyens, ne doit pas être, par une législation particulière, dépouillé de ce qui est son droit strict. (Applaudissements.)

Bref, le confrère, président-né de la Commission administrative, conserve ses droits au cumul, et d'autre part, une circulaire vient prescrire à cette Commission de demander leur avis qualifié à nos confrères, médecins ou chirurgiens de l'hôpital, chaque fois qu'il sera nécessaire.

Dans un hôpital, médecine et administration demeurent en principe incompatibles, la politique seule, permettra dorénavant cette union, pourtant si fertile en résultats heureux pour la santé publique. G. F.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Conflits hospitaliers

I. Un décret-loi du 30 octobre 1935 interdit le cumul des fonctions de médecin d'un hôpital avec celles d'administrateur de l'établissement

Un des nombreux décrets-lois du 30 octobre 1935 décide : « Est interdit le cumul entre les « fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement public hospita-« lier et de médecin-chef ou de médecin, ou de « chirurgien de l'établissement administré par « ladite Commission. »

Le Sou Médical avait maintes fois porté le litige devant le Conseil d'Etat et avait toujours obtenu de cette haute juridiction administrative la confirmation du droit de cumuler les fonctions de médecin et de membre de la Commission administrative d'un hôpital.

Le médecin devenait donc le collaborateur de l'établissement. Cependant, les bureaux du ministère ne désarmaient pas. Notre régime, dit républicain, s'inspire cependant, dans les hautes sphères administratives, des errements napoléoniens. Le médecin doit donc n'être désormais que l'employé et non le collaborateur de l'Administration.

Aussi, avec quelle hâte — je n'ose pas dire avec quelle joie — des ordres n'ont-ils pas été donnés pour qu'immédiatement après la parution du décret au *Journal officiel*, les médecins soient mis en demeure d'avoir à opter immédiatement avec leurs fonctions médicales et celles de membres de la Commission administrative qu'ils pouvaient tenir soit d'une délégation du Conseil municipal, soit d'une nomination par le Préfet.

Voici la lettre que nous venons de recevoir :

Etant chirurgien de l'hôpital local et délégué du Conseil municipal à la Commission administrative de cet établissement, je suis touché par le décret-loi interdisant le cumul de fonctions.

Le Sous-Préfet m'écrit pour me demander *d'opter d'urgence* pour l'une de ces deux fonctions.

Or, je n'ai pas l'intention de cesser la chirurgie de l'hôpital et, d'autre part, adresser ma démission de membre de la Commission administrative impliquerait l'acceptation, de ma part, d'un décret qui peut parfaitement être repoussé par les Chambres. Ma démission enregistrée serait acquise malgré tout.

Je vous prie de me dire ce qu'il doit légalement se passer si je n'adresse pas au Sous-Préfet la démission d'administrateur qu'il demande. Peut-il me révoquer d'une fonction pour laquelle je suis l'élu de l'assemblée municipale ? et dans l'affirmative quelles sont les voies de droit pour se pourvoir contre sa décision... ne fût-ce que pour traîner les choses en longueur.

Dr R.

***

Un décret-loi a la valeur d'une loi. Le Parlement pourra peut-être renverser M. Laval : ce sont des questions de cuisine politique ; mais il n'est pas sûr qu'il abroge ou modifie un ou plusieurs décrets faisant partie d'un des nombreux trains qui pèsent lourdement sur nos épaules.

On peut critiquer M. le ministre de la Santé publique d'avoir été quelque peu brouillon et touche à tout, en prenant des décisions arbitraires à l'instar d'un dictateur. Ce sont des questions que l'on peut discuter tant que l'on voudra, mais le fait brutal n'en est pas moins là : c'est que les décrets-lois ont paru au *Journal officiel* et que tous les citoyens français, quels qu'ils soient, sont dans l'obligation de leur obéir, que cela eur plaise ou non.

Vous êtes mis en demeure d'avoir à opter entre vos fonctions de médecin de l'hôpital et celles de membre de la Commission administrative délégué par le Conseil municipal. Vous devez obtempérer, sinon le Préfet demandera au Conseil municipal de vous supprimer vos fonctions d'administrateur de l'hôpital, et à la Commission administrative de l'établissement de prononcer votre révocation, qu'il s'engage par avance à approuver parce que vous êtes médecin de l'hôpital exerçant une fonction incompatible avec celle de membre de la Commission administrative de l'établissement.

Personnellement, je suis opposé à ce décret-loi parce que j'estime que les Commissions administratives des hôpitaux ont le plus grand avantage à retirer de la collaboration du Corps médical, pour la gestion de l'hôpital. Je ne sais à quels mobiles a obéi M. le ministre, mais je regrette sa décision, là, se borne mon action, le décret-loi a paru à l'*Officiel*, il faut y obéir.

II. Conflit entre un médecin propharmacien et un hôpital, à propos de l'exercice de la pharmacie

Les hôpitaux veulent gagner de l'argent par des entreprises commerciales. Le bénéfice que leur procure l'admission des malades payants n'est pas suffisant aux yeux de certaines Commissions administratives. Il faut encore gagner de l'argent, en exerçant, même illégalement, la pharmacie.

Le Sou Médical vient de s'occuper du conflit suivant :

Desireux de tenir à dater du 1er janvier 1936 la pharmacie, je me trouve être parfaitement en droit de le faire, puisqu'il ne se trouve dans la commune où j'exerce aucune officine ouverte, sauf pendant trois mois d'été, période pendant laquelle bien entendu je ne délivrerai pas de médicaments. Mais il existe ici un hôpital-hospice, dont je suis le médecin traitant, et tenu par des religieuses. Celles-ci délivrent tous les médicaments, à tous venants, et jusqu'à ce jour sous ma responsabilité, après entente avec la Municipalité.

Pour raisons personnelles et n'étant tenu par aucun contrat, je vais devenir propharmacien, et à mon seul compte. Suis-je pleinement en droit d'exiger la fermeture de l'officine de l'hôpital ? Je dois ajouter que je suis seul médecin exerçant.

Des questions municipales essayeraient de venir détruire mon projet : M. le Maire s'oppose entièrement à ce que je fasse de la propharmacie et menace de me boycotter (selon le compte rendu officieux qui m'a été fait de la séance de la Commission administrative de l'hôpital, tenue pour discuter de mon projet) si je persiste dans mon désir. Que dois-je faire ? — et particulièrement au cas où les menaces qui m'ont été transmises sembleraient devoir être mises à exécution ? Je pense que l'Union syndicale des médecins propharmaciens (dont je vous prie de bien vouloir me faire connaître l'adresse, afin de m'y faire inscrire au plus vite) saura me défendre : car il est inadmissible que les mandats politiques puissent permettre de tels abus, qu'ils contrecarrent les possibilités que possède un particulier de faire usage de son droit ?

Désireux de pousser cette affaire à fond pour le le respect que chacun doit avoir de notre profession, je vous serais particulièrement obligé si vous vouliez bien me fournir tous renseignements utiles en cette matière.

En résumé :

Suis je en droit d'être propharmacien ?

L'hôpital peut-il continuer à vendre des médicaments ?

S'il n'a pas le droit et qu'il continue pourtant à le faire, quelle attitude prendre ?

Que faire au cas où la Commission administrative de l'hôpital ou le Conseil municipal, prendrait une décision m'« interdisant » de tenir la propharmacie?

Dr B.

L'adresse du secrétaire général du Syndicat des propharmaciens est la suivante : Docteur Fougerat, à Bonneuil (Seine-et-Oise).

La question que vous nous posez est beaucoup plus une question de fait et un problème personnel qu'un litige d'ordre juridique.

En effet, la loi du 21 Germinal an XI ainsi que de nombreux arrêts de la Cour de Cassation, décident qu'une pharmacie ne peut vendre de médicaments au public que lorsqu'elle est gérée par un pharmacien diplômé. La loi ne fait qu'une seule exception par son article 27 pour les médecins dits pro-pharmaciens qui peuvent débiter des médicaments à leurs malades, lorsque, dans la commune de leur résidence, n'existe aucune pharmacie ouverte.

Il en résulte que si la pharmacie de votre hôpital délivre des médicaments sous votre propre responsabilité, la situation est assez irrégulière puisque vous ne possédez pas le diplôme de pharmacien, et qu'aux termes de l'article 27 vous ne pouvez délivrer de médicaments qu'à vos seuls clients.

D'autre part, si vous annexez la propharmacie à votre cabinet médical, l'hôpital est tenu de fermer son officine, à moins de la faire gérer par un pharmacien diplômé.

A vous de voir quel est votre intérêt.

Si vous invoquez la loi pour étendre votre champ d'action professionnelle en débitant des médicaments à vos clients, vous allez entrer en conflit avec la Commission administrative de l'hôpital qui cherchera un moyen quelconque soit pour vous éliminer de l'hôpital, soit pour faire venir un autre médecin, si c'est possible, à qui l'on confiera l'hôpital, soit enfin, pour essayer de faire installer dans la commune un pharmacien qui pourra gérer la pharmacie de l'hôpital.

Sous le bénéfice des directives juridiques que je viens de vous indiquer et que je pourrais vous développer s'il y a lieu avec textes à l'appui, il vous appartient de voir de quel côté se trouve votre intérêt.

Nous sommes à votre entière disposition pour vous donner tous les conseils dont vous pouvez avoir besoin.

III. Prélèvement de 10% ou de 3% sur le traitement d'un médecin d'hôpital

La question suivante nous est posée :

Les médecins des hôpitaux de Paris rentrent-ils dans la catégorie que vous indiquez dans le *Concours* 1935, page 3136. L'Assistance publique nous a depuis juillet, retenu 10 % sur notre indemnité (?) mensuelle qui était de 525 francs avant ce prélèvement (total 6.300 par an jamais touchés puisque cette indemnité n'est pas versée quand nous sommes absents, par exemple pendant les vacances).

Dr V.

A maintes reprises, j'ai écrit que l'argent que touchaient les médecins des hôpitaux en rémunération de leurs services dans ces établissements pouvait comporter des noms de baptême différents ; que ce soit un traitement, une indemnité, un salaire, ou tout autre vocable : ce n'en est pas moins de l'argent reçu pour un service rendu.

Il s'agit maintenant de prendre de toutes ces qualifications celle qui va être le plus favorable au Corps médical par rapport au dernier décret-loi.

Si c'est un traitement, la diminution sera de dix pour cent. Si ce sont des dépenses de personnel, l'abattement ne sera que de trois pour cent. J'abandonne donc l'idée de traitement pour dire que, juridiquement, quelles que soient leur science et leur haute situation professionnelle, les médecins et chirurgiens des hôpitaux font partie du personnel médical de ces établissements (Art. 14 de la loi du 7 août 1851).

Ils touchnt un salaire puisque les hôpitaux, qui sont des établissements publics, ont à leur service des personnes qui peuvent être considérées comme des fonctionnaires au point de vue de leur révocation (nombreux arrêts du Conseil d'Etat). Mais ce ne sont pas des fonctionnaires au sens propre du mot puisqu'elles sont nommées par les hôpitaux, n'ont pas de statut dépendant d'une loi, ne versent pas pour une retraite payée par l'Etat, ne détiennent en aucune sorte, ni dans aucun cas, une parcelle de la puissance publique.

Aussi pensons-nous que médecins et chirurgiens des hôpitaux font partie du personnel de ces établissements, et que l'argent qu'ils touchent ne doit subir qu'un abattement de trois pour cent (3 %) et non de dix (10).

Notre Ligue de défense professionnelle est décidée à accorder son appui moral et pécuniaire à ceux de ses adhérents qui voudraient porter le conflit devant la juridiction administrative.

Dr Paul BOUDIN.

EXERCICE ILLÉGAL PAR UN ÉTUDIANT

Le fait, pour un étudiant dont la scolarité est terminée, d'être engagé pour un pèlerinage à Lourdes, à l'effet de donner ses soins aux pèlerins, durant le voyage, constitue-t-il un cas d'exercice illégal de la médecine ?

Si, dans le train, ne voyage aucun docteur en médecine, si l'étudiant est seul comme homme de l'art, le délit est juridiquement constitué.

En effet, selon les termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, un étudiant, dont la scolarité est terminée, ne peut que solliciter l'autorisation préfectorale, pour remplacer momentanément un médecin absent ou malade.

Hormis ce cas, il lui est formellement interdit d'exercer la médecine, c'est-à-dire de « prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ».

On peut cependant nous faire remarquer que ledit étudiant ne donnera que des soins d'urgence, dans le train. Mais, le cas d'urgence n'excuse le délit que lorsqu'il n'est pas possible d'avoir recours à l'homme de l'art diplômé et que l'humanité fait une obligation de porter secours à un être humain.

Tel n'est pas le cas : par économie, par considérations d'un ordre quelconque, les organisateurs du pèlerinage croient devoir éviter la dépense qu'entraînerait le déplacement d'un docteur en médecine, par le train : sans le savoir, ils incitent l'étudiant, dont ils engagent les services, à commettre le délit d'exercice illégal, car les cas d'urgence, dans le convoi, peuvent être nombreux et les soins peuvent être répétés auprès de la même personne.

Voici du point de vue juridique pur ce que je puis répondre. Mais en pratique, le ministère public accepterait-il de poursuivre, dans un cas pareil ? Le Tribunal correctionnel ne serait-il pas enclin à donner le minimum avec sursis ?

Mieux vaut faire remarquer aux organisateurs du pèlerinage que leur esprit d'altruisme ne doit pas leur faire oublier le respect des lois et qu'il convient, dès lors, de faire appel à un docteur en médecine pour accompagner les malades pèlerins.

Dr Paul BOUDIN.

SUR LA NÉCESSITÉ DE LA VISITE MÉDICALE ANNUELLE ET DE L'INSTITUTION D'UN CARNET DE SANTÉ INDIVIDUEL

Par le Docteur H. BRIAND (Saint-Nazaire)

L'étude des sciences et leur avancement ont pour but d'apporter à l'humanité le plus de confort et le plus de bien-être possible avec le minimum de travail. Mais le progrès le plus grand et le plus désirable n'est-il pas pour l'homme de garder le plus longtemps possible sa jeunesse, et d'éloigner le plus possible cette mort qui lui enlèvera tôt ou tard toute la possession et toutes les joies de la terre qu'il cherche par ailleurs tant à développer.

Oui la mort est bien pour l'homme son plus grand fléau, son ennemi le plus grand, le plus sûr, et le plus certain. Pas un d'entre nous n'échappera à ce combat.

Lutter contre la maladie, et contre la mort essayer de garder la santé, la jeunesse, plus que ne l'ont fait nos aînés et nos ancêtres constitue bien vraiment un progrès et un avancement des sciences, et principalement de la science médicale.

C'est pourquoi je suis venu vous demander la permission de faire une communication, sur ce qui doit pouvoir, me semble-t-il, contribuer à ce progrès.

Nous verrons d'abord qu'elles sont les méthodes actuelles employées par l'humanité pour garder la santé, et nous verrons ensuite comment on peut simplement et très logiquement les améliorer.

L'homme avec juste raison veut vivre et garder ce qu'il considère, à bon droit, comme son bien le plus précieux : La santé.

C'est pourquoi nous avons vu depuis l'histoire des temps les plus reculés, la médecine et la chirurgie faire des progrès constants. Progrès tels que ces deux sciences sont arrivées à un degré de perfectionnement rarement égalé.

L'homme a donc à sa disposition des moyens de prophylaxie et de thérapeutique parfaits devant lesquels nous devons nous incliner.

Mais les emploie-t-il quand il faut et comme il faut.

Nous sommes malheureusement obligés de répondre par la négative à cette question.

L'homme recourt en général d'une manière très irrégulière au médecin, adapte par ignorance mal ses forces au travail, dépense beaucoup pour lutter contre les maladies, et s'aperçoit malgré cela beaucoup trop tard du mal qui se développe en lui.

L'homme a-t-on dit et c'est bien vrai est une véritable machine à combustion.

Si c'est une machine, il faut de la surveillance par ceux qui ont pour mission de veiller à son bon fonctionnement.

Pourquoi faut-il donc que de toutes les machines, seule celle dont aucun organe ne peut être quoi qu'il arrive remplacé et qui doit être si chère à celui qui la possède, soit si mal surveillée.

Il n'est pas rare de voir à nos consultations des gens qui ont passé 50 ou 60 ans, sans avoir même pensé à faire vérifier le fonctionnement de ce qu'ils aiment pourtant par dessus tout : leur propre corps.

Que de regrets, aussi n'entendons-nous pas quand on apprend à un pauvre malade que la maladie qui le mine, et pour laquelle il vient de consulter dure depuis dix, quinze parfois vingt ans... Que de larmes alors chez ces braves gens et pour nous médecins qui voudrions rendre et donner la santé à tous, quelle constatation douloureuse et quel serrement de cœur.

Et s'il y a quelques personnes qui reviennent souvent au cabinet du médecin par pusillanimité, on est obligé de reconnaître que pratiquement et d'une manière générale, la surveillance médicale est pour tous aujourd'hui irrégulière, désordonnée et sans suite.

Peut-on admettre en effet que des hommes se livrent sans aucun contrôle à toute espèce de travail.

Tout travail extérieur demandé à l'homme se fait au dépens du cœur.

Il faut donc que le travail soit en proportion des forces dynamiques possibles, ou si vous voulez du moteur plus ou moins fort que chacun possède.

Il ne faut donc pas que des hommes faibles de constitution se livrent sur nos quais au détriment de leur vie, à un travail bien au-dessus de leurs forces, et qu'au vingtième siècle dans nos villes des hommes jeunes sans doute mais peu vigoureux, ou que des vieillards portent sur leurs épaules des fardeaux trop lourds malgré leur grand essoufflement, jusqu'au jour ou ils tombent pour ne plus se relever.

Le travail doit être adapté aux forces de chacun. Voilà ce qu'on a trop oublié jusqu'à présent.

Et pourtant si l'on regarde autour de nous que de dispensaires de toutes sortes, que de médecins, que d'infirmières dont le but est de dépister et d'enrayer les maladies à leur début.

Pourquoi les résultats ne sont-ils pas ce qu'ils devraient être.

Tout simplement parce que la surveillance de chacun est laissée jusqu'à présent en général à l'initiative individuelle.

Ne vient au dispensaire que celui qui se rend de son propre gré ou qui est envoyé ou amené par quelqu'un.

Sans doute c'est déjà quelque chose, mais il ne s'agit que de quelques personnes prises plus ou moins au hasard dans le quartier, et qui n'atteignent pas on peut le dire plus de 5 % de la population, ou des maladies pour lesquelles il est trop tard de faire quelque chose.

Cette lutte qui coûte si cher donne pratiquement à l'heure actuelle peu de résultat pour l'amélioration de la santé, car elle n'est que trop superficielle et n'atteint les gens que trop tardivement.

Ainsi donc l'homme se surveille mal, vient trouver le médecin que trop rarement, ou trop irrégulièrement, proportionne mal ses forces au travail, et dépense pourtant beaucoup en essayant de lutter contre divers fléaux.

Après vous avoir montré ce qui se passe actuellement autour de nous, et qui peut être considéré, me semble-t-il, comme une erreur, voyons maintenant comment on peut y remédier, et comment de ce fait sans aucun doute, et très facilement, on pourra améliorer la santé et la longévité de tous.

Je le demande d'autant plus ardemment et de tout cœur, que le moyen que je vais avoir l'honneur de préconiser devant vous est extrêmement simple.

Il suffit en effet :

1) D'ordonner la visite médicale annuelle obligatoire pour tous.

2) De consigner les renseignements obtenus sur un carnet individuel remis à l'intéressé.

1° Dans l'état actuel du monde, nous l'avons constaté tout à l'heure, et de par l'expérience qui a été faite sur toutes les générations précédentes, l'homme laisse à l'abandon en général son propre corps, et chose curieuse s'en désintéresse jusqu'au jour où s'érigeant lui-même en propre surveillant, il s'aperçoit d'une anomalie ou de quelque chose d'anormal dans la marche de son organisme.

S'il est apte à diriger sa machine, il ne l'est pas pour en déceler le mauvais fonctionnement, la mauvaise carburation, la mauvaise filtration ou la mauvaise pression. Alors qu'il fait vérifier régulièrement et souvent tous les moteurs qu'il emploie, pourquoi hésiterait-il à faire vérifier de temps à autre cet organisme au rouage si délicat, dont il a la responsabilité.

Qu'il aille donc voir régulièrement celui qui est qualifié pour cet examen, et qui vraiment seul est capable de s'y connaître... Le médecin.

La surveillance médicale annuelle régulière est le moyen que tout homme doit employer pour garder sa santé, sa jeunesse, et avoir la plus grande longévité.

Et d'ailleurs, n'avons-nous pas pensé ainsi quand on a demandé à M. le Ministre de la Santé, il y a quelques années d'examiner régulièrement les jeunes bébés, plus tard les jeunes enfants à l'école.

Pourquoi faut-il donc que seuls les jeunes organismes, les nouvelles machines puis-je dire soient seules examinées, alors que les autres fatiguées par le travail ou par l'âge soient délaissées. Vous ne laisserez pas commettre plus longuement cette erreur, j'en suis sûr, et vous conviendrez avec moi qu'il est urgent que la visite médicale annuelle obligatoire pour tous soit instituée.

Mais cette visite médicale annuelle ne saurait se comprendre sans l'institution d'un carnet de santé où le médecin pourra mettre ses résultats et ses conclusions. Il est certain qu'on ne peut vraiment bien suivre un malade ou un sujet de loin en loin, sans établir un dossier ou une fiche. La mémoire est en effet infidèle et trompeuse.

Pour le médecin comme pour le malade, il est nécessaire que les résultats de l'examen annuel soient portés sur un livret : le livret de santé que chacun gardera et ramassera précieusement avec le livret de famille et le livret militaire.

Avec les antécédents et tous les renseignements depuis la naissance sur la croissance du sujet, il sera d'un précieux secours à l'autorité militaire, lors des incorporations.

Au moment de l'adolescence, il éclairera les jeunes gens sur la possibilité de la fondation rationnelle d'une famille.

Il enregistrera ensuite le développement complet de l'individu, puis hélas enregistrera peu à peu la décroissance, l'apparition de la maladie, et l'acheminement progressif vers la destinée de tout humain.

Précieux pour le sujet qui suivra ainsi scientifiquement son organisme, il le sera aussi pour les médecins qui peuvent être appelés à se prononcer ou à suivre l'individu du fait de ses déplacements, de ses voyages, ou malheureusement du fait des changements de médecins toujours possible.

Voilà pourquoi, j'ai l'honneur de proposer, un modèle de carnet ou de livret de santé qui a déjà reçu un précieux encouragement de M. le Ministre de la Santé et de l'Hygiène, et de très nombreuses autorités.

Avec la visite médicale, annuelle, obligatoire, nous ne verrons plus de maladie ignorée, ou non traitée pendant des années. Le sujet légèrement malade recevra les conseils adaptés à son cas et suivra le régime approprié s'il en a besoin.

Et cela justifierait seul la demande que j'ai l'honneur de faire.

Mais cette visite médicale annuelle, aura encore

d'autres effets aussi importants et aussi grands au point de vue social.

Elle permettra *de classer les hommes chaque année selon leurs forces, et de pouvoir faire une juste adaptation et répartition des ouvriers au travail.*

Les travaux de force ne seront plus acceptés vraiment que par ceux qui en sont capables. Quel encouragement sera donné à nos ouvriers, et à nos travailleurs quand ils sauront que la Faculté veille de près sur eux et sur leur santé, et quand ils verront qu'au moindre signe de fatigue physique ou de défaillance, un travail plus léger leur sera accordé et imposé, et quel honneur pour nous de relever chaque année de leur travail ceux qui sont blanchis par l'âge ou qui ont dépensé leurs forces au travail.

La classification du travail selon les forces, voilà ce que la visite médicale annuelle, et le carnet de santé, apporteront de nouveau à l'humanité.

Le dépistage précoce des malades, une juste adaptation de force au travail doivent constituer des beaux titres de gloire pour la visite médicale annuelle, mais, n'est-ce pas aussi un moyen de lutte pratique contre la tuberculose, le cancer, la syphilis, et toutes les maladies pour lesquelles la France fait tant de dépenses depuis de si nombreuses années.

Si chacun doit aller voir chaque année obligatoirement le médecin de son choix, n'est-ce pas, tôt ou tard de *sérieuses économies qui seront faites par l'Etat à l'heure* où il en réclame tant et où il en cherche partout.

Voilà des milliards d'économies en perspective.

Ce sera alors vraiment le retour du malade ou du sujet au médecin de son choix, le vrai médecin et seul le véritable médecin qu'on aurait jamais dû quitter.

Que l'homme fasse donc pour sa propre machine ce qu'il a fait pour les autres... qu'il la surveille régulièrement... Que le médecin choisi par lui pour sa visite en consigne fidèlement les résultats sur un carnet individuel de santé. Alors vraiment la moindre offensive de cet ennemi terrible qu'est la maladie sera enrayée et dépistée dès le début de l'attaque... Le travail sera justement et logiquement adapté aux forces de chacun... L'homme sera plus heureux encore qu'autrefois... L'Etat pourra faire s'il le veut de sérieuses économies en modifiant ce qui existe actuellement, et alors vraiment la science médicale, merveilleuse déjà par son outillage, par sa puissance, par son corps de médecin aura fait un grand pas, et aura sérieusement avancé pour le bien de l'humanité de tous, et par dessus tout la France.

LES CARACTÈRES DE L'HOMME DE NÉANDERTHAL SE RETROUVENT A NOTRE ÉPOQUE

M. le Prof. Boule dans l'étude si minutieuse qu'il a faite de la race de Néanderthal était persuadé que cette race trop primitive était complètement disparue et qu'on ne pouvait plus en trouver de vestige à notre époque. Cependant après avoir examiné et décrit le squelette de la Chapelle aux Saints, sans changer absolument d'opinion, il était devenu moins catégorique à cet égard. M. Clavelin a comparé au laboratoire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle des crânes du type Néanderthalien à des crânes des races primitives océaniennes et a fait part de ses constatations à la Société d'anthropologie. Les crânes d'indigènes australiens et de tasmaniens actuels, races qui se rapprochent le plus des races primitives, sont semblables aux crânes du type de Néanderthal. Nous disons type, car il serait téméraire à ce sujet, de parler de race. Les projections de ces crânes sont parfaitement superposables si l'on en excepte le chignon.

M. Clavelin a comparé le crâne d'un enfant de 8 ans environ, découvert et décrit par M. le Docteur Henri Martin à la Quina (Charente) au crâne d'un jeune tasmanien du même âge. Ces deux crânes sont identiques.

Les crânes des Néo-Calédoniens n'ont pas les caractères du type Néanderthalien. Ils se rapprochent du crâne du squelette découvert à Menton.

Mais la mandibule du Canaque néocalédonien est semblable à celle de l'homme de Néanderthal, comme cette dernière, elle est forte et puissante. On constate très fréquemment des lésions d'arthrite temporo-maxillaire chez les Néocalédoniens. Cette forte mandibule et ces lésions fréquentes de ses articulations s'expliquent par l'alimentation des Canaques qui consiste surtout en racines qu'ils sont obligés de broyer.

En somme, les caractère sanatomiques Néanderthaliens se retrouvent à l'heure actuelle chez les races primitives de l'Océanie. Il serait téméraire d'en conclure que ce sont là des survivances d'une race disparue.

J. NOIR.

AU BÉNÉFICE DES GENDARMES

Y a-t-il au monde état plus profitable et plus flatteur que l'état de gendarme ? Le gendarme « revêtu de son uniforme » est un militaire prestigieux près duquel les vulgaires porteurs de vestons ne sont plus que d'insignifiantes humanités. Il est le porte-glaive de la justice ; il incarne la Force publique. C'est près de lui que cherche refuge la vertu offensée. A la seule vue de cet archange moustachu lancé aux trousses du crime le galvaudeux se terre, le clochard tire au large.

Il semblerait que de telles prérogatives dussent suffire à l'esprit dominateur du gendarme. Mais il est sans pitié ! Et tel son dédain pour les simples contribuables qu'il les rançonne, les pressure comme la pompe à phynances du père Ubu.

Le plus déconcertant est qu'ils sautent d'eux-mêmes dans le pressoir et qu'ils crient à leur tortionnaire « Encore un tour de vis, gendarme, je me sens capable de dégorger quelques piécettes de plus ».

Et si vous me demandez où j'ai rencontré de tels héros, je vous répondrai avec un légitime orgueil « chez nous ; parmi nos confrères ». Qui d'autre qu'un médecin pourrait montrer une telle abnégation ?

Le gendarme, en effet, a fait un vœu : celui de ne jamais au grand jamais verser un maravédis dans une escarcelle médicale. Ce vœu, il l'accomplit avec une ténacité farouche et nul de nous ne peut se flatter d'avoir vu la couleur de son argent. Est-ce à dire que Monsieur, Madame et les enfants Gendarme jouissent d'une santé à toute épreuve ? Non pas ! il arrive aux enfants, tout comme à des enfants quelconques, d'attraper la rougeole. Madame n'est pas à l'abri des inconvénients de son sexe. Quant à Monsieur, les longs travaux et les vastes pensers l'éprouvent parfois cruellement. Non! mais le gendarme a découvert une formule d'exonération des droits ; elle est simple, mais encore fallait-il y penser : il exploite les poires !

Ici, il me faut présenter des excuses à tous ceux dont les noms figurent sur les longues listes de médecins dévoués à la gendarmerie. L'expression péjorative est d'un correspondant qui nous a écrit sur le sujet une diabribe pleine de verve. De verve et de rancœur : par quoi j'ai cru distinguer qu'il se pourrait bien qu'il fût lui-même accroché à une branche du poirier ! En ce cas aux excuses dédiées à ses compagnons d'infortune, je joins pour lui de cordiales condoléances.

Qu'est-ce qui a bien pu décider de braves et honnêtes médecins français à se laisser exploiter de la sorte par le gendarme ? Les explications varient : les uns supposent que l'espoir d'être mieux traités en cas de malheur n'y doit pas être étranger. Une contravention est vite attrapée en somme : il suffit d'une lanterne éteinte, d'un « sens interdit » violé, d'une ligne de clous dépassée dans un virage, d'un malheureux petit excès de vitesse. Et vlan ! l'archange jaillit soudain d'un buisson, vous cloue au sol d'un coup de sifflet et, l'œil chargé de reproches, vous demande vos papiers. Tandis que... ; c'est assurément très avantageux. Mais je ne ferai pas à mes confrères l'injure de croire qu'ils sont les Attilas de la route, et qu'il n'est pour eux ni code, ni règlements. S'ils ne méritent que de loin en loin une contravention et si, la veine aidant, ils ne sont que rarement pris sur le fait, on en vient à penser qu'il serait sans doute plus profitable de payer l'amende comme quiconque et d'être « décramponné » des soins à la gendarmerie.

Si les uns donnent de l'anomalie qui nous occupe cette explication prosaïque et intéressée, d'autres n'en veulent accuser que l'insondable naïveté des médecins. « Mais non ! ce qu'ils ambitionnent est bien plus immatériel que de « couper » aux contraventions ; ils veulent, après dix ans, une belle lettre d'éloges de Monsieur le ministre de la Guerre ; après quinze ans, la première médaille, après vingt ans la seconde. Et ainsi, de lettre en médaille et de bronze en vermeil, ils atteignent leurs trente ans de soins gratuits (trente ans, gendarme, qu'est-ce que vous en dites ?) Alors sonne l'heure fatidique : ils deviennent proposables pour la Légion d'honneur. Oui ! mais... il y a un mais, il y en a même plusieurs ».

Et ici je reprends la lettre débordante d'amertume de notre confrère . « Les croix attribuées à ce titre sont extrêmement rares et ne vont pas, soyez-en persuadés, jeunes confrères, aux plus méritants, aux plus anciens médecins de la gendarmerie ; pour les obtenir, il faut avant tout être mis en vedette par une situation politique quelconque : maire, conseiller d'arrondissement ou conseiller général. Ainsi donc, rentrez vos illusions et n'espérez pas obtenir, après trente ans de soins gratuits, la croix que vous *promet* l'officier de gendarmerie de votre région ....., à moins que vous n'ayez l'appui d'un député ou d'un sénateur ».

Dès lors qu'il faut et qu'il suffit pour obtenir le ruban convoité, de connaître un député ou un sénateur (et c'est la chose du monde la plus banale) on se demande avec surprise pourquoi tant de malheureux s'infligent le pensum supplémentaire de fréquenter le gendarme et de donner (c'est le cas de le dire), leurs soins à toute la famille dudit.

G. LAVALÉE.

LA PSYCHANALYSE OU D'HIPPOCRATE ET CERVANTÈS A FREUD ET IUNG

On sait que la psychanalyse représente une méthode pour explorer l'inconscient dont l'originalité consiste en ce qu'elle procède par une interprétation. Or, d'après Freud, le domaine psychique inconscient présente des degrés différents, plus ou moins éloignés de la zone consciente. Et, le Docteur Allendy, à qui nous empruntons cette définition, affirme qu'à la frontière existerait une région préconsciente qui serait le siège de nos « refoulements ». Le refoulement est « une activité dynamique qui contient, hors de la perception consciente, donc dans le domaine inconscient, les tendances, représentations ou affects indésirables ».

Le conscient ! L'inconscient ! Depuis qu'il y a des philosophes, des médecins et des psychologues sur notre petite boule terrestre ces mots ont été employés à bon escient ou mal à propos. Quant à la psychanalyse, aucun médecin n'ignore qu'Hippocrate, Gaston Baissette dans sa thèse sur ce périodeute nous l'apprend, l'utilisa pour guérir du mal profond de son âme le roi Perdiccas. L'aimée était Phila, dulcinée réelle. Les « refoulements » furent libérés avec la sexualité et l'amour satisfaits dans les joies du mariage. L'illustre asclépiade de Cos, sans créer le nom de « psychanalyse », se servait de la thérapeutique psychique ou psychologique adéquate, provoquant l'émotion salvatrice de l' « obsession » amoureuse secrète. En Europe, aux XVI^e^ et XVII^e^ siècles, les exemples de « refoulements », de « maladies » que l'on considérerait, aujourd'hui, comme devant être traités par les méthodes dites de Freud ou celles de Iung, abondent dans la littérature anglaise élisabéthaine et aussi chez les Espagnols comme Cervantes, Quevedo, Calderon. Mais il me semble que l'œuvre le plus puissamment nuancée au point de vue «psychanalytique ». — Cervantès eût été bien étonné si quelque Freud de son temps le lui avait dit — est certainement l'*Histoire de don Quichotte de La Manche.*

Il y a indubitablement « folie ». Un psychiatre trouverait facilement l' « étiquette ». Nous trouvons l' « éternelle » sexualité, transposée sur un autre « plan », dans la passion psychique pour Dulcinée l' « inexistante » ou que l' « invisible » a « enchantée ». La croyance en l'enchantement et la démence du remède de la senora du Toboso, soit les plus de trois mille coups de fouet sur les fesses de Sancho, pénitence accomplie du reste, heureusement pour la chair de l'écuyer de Don Quichotte, aux dépens des écorces des haies et des arbrisseaux — sont les syndromes les plus caractéristiques de l'affection « donquichottesque ». Le génie de Cervantès a même découvert la méthode psychothérapique, parente de la psychanalytique qui « aurait pu » guérir les deux « fous ». Toutes les aventures qui eurent lieu sur l'initiative du Duc et de la Duchesse, plus particulièrement celles de l' « amoureuse » Altisidore pourraient servir à alimenter l'imagination de médecins thérapeutes de l'âme. Le lecteur se rappelle que Don Quichotte ne « guérit » que sur son lit de mort, disant : « Je voudrais bien que ma mort fût d'une façon qui donnât à entendre que ma vie n'avait pas été si mauvaise que le nom de fou m'en demeurât. Je fus fou et, maintenant, je suis sage... »

Pourquoi la manière « psychothérapique » du Duc et de la Duchesse n'a-t-elle pas guéri Don Quichotte ? Parce que Cervantès (sans le savoir, et veuille le lecteur excuser mon « anticipation » trois fois séculaire) leur fait employer la méthode « Freud » et non la façon « Iung ». Je cite une fois encore le Docteur Allendy (1). Iung distingue deux couches dans l'inconscient. L'une, individuelle, formée de souvenirs effacés, refoulés, de perceptions que l'attention n'a pas fixées (subliminales ou subconscientes). L'autre collective, contenant les plus anciennes images ancestrales, les archétypes tels que ceux qui concernent les forces naturelles, les idées religieuses et que Platon avait appelés *Eidola.* Iung considère donc l'inconscient collectif sous son aspect, non plus d'hérédité physio-psychologique, mais plutôt de communauté spirituelle.

Freud déclare que cet inconscient, renfermant les caractères les plus profonds de l'âme de la race, ne présente pour la psychanalyse aucun intérêt. Le fait même qu'il soit commun à tous les hommes en élimine l'influence en ce qui concerne la genèse des troubles psychiques. Freud reconnaît que le noyau du *moi* dont fait partie l'héritage archaïque de l'âme humaine est inconscient. Mais il postule en outre l'existence d'un refoulé inconscient, dérivé d'une partie de cet héritage.

Or, le Docteur Allendy écrit que, dans son principe, la conception de Iung n'est pas en désaccord avec les idées de Freud. Nous croyons le contraire et laissons le lecteur juge. En tout cas, chose essentielle, les conséquences de ces manières de voir portent sur la « thérapeutique » qui ne peut plus être la même.

---

(1) Dans son livre : « La psychanalyse ». Denoël et Steele, éditeurs.

Une femme, Mme Ania Mendelssohn qui a écrit en Allemagne des ouvrages tels l'*Ecriture et l'Ame* et l'*Individu dans l'Ecriture*, résultats de ses travaux sur la psychologie analytique de Iung en rapport avec la graphologie, et qui avait fondé à Berlin « l'Institut central de graphologie scientifique », nous a éclairé les points où se séparent Freud et Iung.

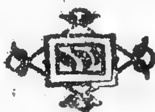
Freud s'arrête aux refoulements. Iung perçoit dans l'inconscient les forces élémentaires humaines. Freud se fixe à la « libération ». Iung veut enrichir la personnalité par le maximum d'apports de l'inconscient. Iung pousse ses analysés non seulement à relater, mais à dessiner, peindre et sculpter leurs rêves. L'effet thérapeutique est que le malade exprime plus complètement ses états psychiques. On est ainsi plus en contact avec le psychisme humain total. Avec Freud la «libido» se borne aux énergies sexuelles. Iung y renferme la totalité des forces psychiques. Les œuvres de Iung défendraient mieux sa cause, mais peu sont traduites. La traduction des ouvrages encore inconnus parmi lesquels *Le secret de la Fleur d'Or* composé en collaboration avec le sinologue Wilhelm, permettrait, peut-être, à la psychanalyse française de faire de plus rapides progrès.

Que la sexualité joue un rôle très important, voire parfois essentiel dans nombre de cas de névroses, psychopathies, démences — c'est indiscutable. Mais le « sexuel » peut se transposer sur d'autres plans d'énergie — psychique (sentiment) ou mentaux, témoin « Don Quichotte » et « Sancho ». Et que de « Chevaliers de la Triste Figure », aujourd'hui, dans les « analysés » chez les psychanalystes. Précisément, par suite de ces transpositions de plan, on ne doit pas se fixer à la tentative de libérer un être de ses refoulements, car ceux-ci sont presque exclusivement d'origine sexuelle. Une « psychologie » élémentaire chez le thérapeute qui laisse parler, s'épancher, se décharger le malade peut conduire à la libération. Pourtant cette méthode d'une part demeure trop exclusivement « individuelle » — à l'exemple du Duc et de la Duchesse vis-à-vis de Don Quichotte, — et, d'autre part, alors même qu'elle libérerait la créature, elle ne l' « enrichirait » pas, ne le « complexifierait » point pour l'armer contre des rechutes.

Il suffit pour cela que le médecin soit « psychologue » de culture moyenne. Alors que la méthode Iung nécessite une psychologie supérieure, car elle exige une connaissance des « forces élémentaires » qui jouent dans l'inconscient. La pénétration dans ce « laboratoire » mystérieux dans le but d'en tirer le « maximum d'apports » devient un travail merveilleux dont l'utilité pour améliorer l'état (nous n'osons dire « guérir ») de névrosés, psychosés ou déments nous semble incontestable. Et, c'est prendre le problème sous l'aspect collectif, racial — des Don Quichottes, des Sanchos — et non étroitement personnel. On va plus loin que l'« interprétation » des paroles, des rêves, des gestes même. Suivant une forte pensée du Docteur Arnault Tzanck, notre observation, nos expérimentations, n'atteignent que des témoins de la vie, non la vie elle-même. Certainement, toucher dans l'inconscient les caractères les plus profonds de l' « héritage archaïque » de l'âme humaine — c'est dépasser les témoins de la vie et se rapprocher de la « vie » elle-même.

A ce point de vue la « psychanalyse » peut, avec le temps, devenir une Science et un Art dans la pleine acception de ces termes. Médecins et écrivains — à condition qu'ils soient de vrais psychologues — devraient être capables de s'entr'aider pour le progrès de cette science. Ainsi déjà l'œuvre des Dostoievski, Marcel Proust, James Joyce et Virginia Woolf pourrait servir à des psychanalystes. Nous essayerons, un autre jour, de dire comment.

Marc SEMENOFF.



L'EXPOSITION DES PRIMITIFS FLAMANDS DE VAN EYCK A BRUEGEL AU MUSÉE DE L'ORANGERIE

Après la brillante exposition de Bruxelles, dont le clou fut la section d'art flamand, nous devons être reconnaissant à M. Huisman, directeur des Beaux-Arts, à M. Verne, directeur des Musées nationaux et à M. Jamot, conservateur du Louvre, qui ont réussi à grouper à Paris, une centaine de tableaux, des dessins, des sculptures et tapisseries savamment choisis et à présenter un ensemble de chefs-d'œuvres de l'art flamand, aux infortunés qui n'ont pas eu le loisir de se rendre dans la Capitale belge et à ceux qui, s'y sont rendu, de revoir ce qu'ils y avaient admiré. Cette exposition est limitée dans le temps. Elle embrasse deux siècles, du XIV^e au XVI^e, c'est-à-dire les débuts de l'art flamand primitif. Grâce aux concours de nos Musées nationaux, des Musées étrangers, grâce aussi à la bienveillante intelligence de riches amateurs, nous pouvons admirer une sélection d'œuvres qu'on ne reverra sans doute jamais réunies à nouveau.

Au XIVe et XVe siècles, l'art de la miniature avait atteint son apogée. Les scènes peintes sur des velins réalisaient tous les charmes de couleur et de composition. C'est à ce moment que nous voyons des artistes flamands transporter les scènes de miniatures agrandies sur des panneaux de bois et abandonnant la technique de la peinture à l'œuf et à la détrempe, inaugurer la peinture à l'huile, qu'ils ont inventé ou tout au moins rénové et perfectionné.

En pénétrant au Musée de l'Orangerie, nous admirons ce séduisant portrait de la *Femme de Fernagut* de Pierre Pourbus aux traits si finement modelés et aux mains d'un si magnifique dessin. A côté, nous trouvons le tableau dit *La Trinité*, de Colyn de Coter, avec un émotionnant *Christ descendu de la Croix.* Plus loin, le tableau de *Saint-Luc, peignant le portrait de la Vierge*, dans un intérieur opulent, donnant par une fenêtre vue sur la campagne.

Dans la salle centrale, sur le panneau de droite deux tableaux de Dirck Bouts ou Thierry Bouts, s'offrent à nos regards : *La Vierge pleurant*, d'une si pathétique expression et *La déposition du Christ* en état de rigidité sur les genoux de sa mère et dans le fond un très intéressant paysage. Il faut rapprocher ce tableau de celui de Van der Veyden traitant le même sujet : *La Pieta.* Quel sentiment de douleur chez cette Vierge soutenant d'une main la tête de son fils et de l'autre main entourant son corps.

De même, *La déposition de Jésus au tombeau* est d'une heureuse et émouvante composition. Plus loin l'artiste a représenté *L'idolatrie du roi Salomon.* On le voit entouré de personnages en face d'une statue devant laquelle on se prépare à immolerdes agneaux. Dans le lointain se profile un paysage.

Dans le tryptique de Bracque, nous admirons la belle tête du *Christ tenant en ses mains le globe du monde qu'il bénit*, entre la Vierge et Saint-Jean. A remarquer aussi la tête si finement traitée de la Madeleine aux riches vêtements si scrupuleusement détaillés.

Toujours du même peintre des portraits de valeur ; celui de *Philippe de Croy*, les mains jointes, celui de *Philippe le Bon* vêtu d'un justaucorps garni de fourrure avec le collier de la toison d'or, celui si renommé de *L'Homme à la flèche* et celui de *Méliaduse d'Este.* Van der Veyden est inégalé dans ses portraits.

Toujours sur ce panneau, se trouve la grande peinture sur bois de Gérard David. *La Vierge entourée de saintes.* L'Enfant Jésus est sur les genoux de sa mère, tient une grappe de raisin en ses mains. Plusieurs saintes portent en leurs mains, les attributs de leur martyre. Ensemble d'une grande maîtrise.

A droite, de ce tableau un autre représente *Les saintes femmes* et à gauche, un autre *Les juges juifs* escortés de soldats romains. Dans les deux, très intéressantes têtes à étudier, pour leur variété et le fini des traits du visage. Dans le même ensemble, deux figures sortent des données et traditions de l'époque. On les dirait d'une facture plus moderne. C'est une *Vierge avec l'Enfant Jésus.* Elle a les traits d'une femme réelle et non stylisée et conventionnelle, et le portrait d'*Un religieux bénédictin.*

De l'autre côté de la salle, se trouvent accrochées les œuvres d'une série de grands maîtres, tels que Memline, Van Eyck et Quentin Metsys.

Memline fut un merveilleux portraitiste et nous en trouvons la preuve dans ces *Portraits de Van Nieuwenhove*, dans le *Dyptique, la Vierge et l'Enfant* et du *Donateur*, dans celui de la *Sybille Sambetha*, jeune femme au col blanc, coiffée d'un hennin, couvert d'un voile, soit encore dans ce portrait de *L'Homme à la médaille* qui laisse voir dans le lointain un charmant paysage.

Dans la même série, il convient d'admirer la *Vierge et l'enfant*, sous une arcade qui découvre un agréable paysage à l'horizon et cette délicieuse *Vierge à la pomme*, présentant ce fruit à l'Enfant Jésus. A constater la finesse de dessin des deux mains.

Tout le monde connaît le *Martyr de Saint-Sébastien*, attaché le corps demi-nu à un arbre, entouré d'archers, le tout dans un splendide éclairage. L'aspect d'une ville moyennageuse

avec ses châteaux-forts à tourelles et ses maisons est du plus délicieux effet. Très bon *Portrait de Marguerite d'Autriche* avec coiffe blanche et guimpe plissée, de Bernard d'Orley.

A côté se trouvent les œuvres de Van Eyck ensemble peut-être le plus impressionnant de cette exposition.

Au centre, les deux volets du *Rétable de l'agneau mystique de Saint-Bavon* aujourd'hui reconstitué par le traité de Versailles, représentant Jodocus Vydt et sa femme, tous deux à genoux, portraits d'une exceptionnelle perfection, comme expression, dessin et coloris.

Que dire de la *Vierge d'Autun*, une des perles de notre Musée du Louvre où l'on voit le chancelier Rolin agenouillé devant la Vierge.

Il faut rapprocher de ce dernier, *La Vierge au Chartreux*, d'une conception analogue. Le moine en robe blanche, devant la Sainte-Vierge. Une splendide vision d'une ville entourée d'un cours d'eau apparaît derrière les arcades de la salle. Ce tableau d'une valeur de premier ordre, de la collection du baron Robert de Rothschild, est exposée ici pour la première fois.

La merveille des merveilles des œuvres du maître est le portrait dit de *La Femme du peintre*. Elle est vêtue d'un manteau d'étoffe grossière ornée d'une fourrure, la tête couverte d'une coiffure originale bordée d'une ruche, le tout d'une exécution parfaite. On ne saurait trop admirer du même artiste *La Sainte-Barbe*, qui donne plutôt l'impression d'un dessin très poussé figurant Sainte-Barbe, dans une robe ample aux plis multiples et harmonieux, placée au pied d'une tour de Gothique flamboyant.

Ce panneau est complété par des œuvres de Quentin Metsys. Parmi les pièces de choix exposées arrêtons-nous devant *La Madeleine* tenant un vase à la main en avant d'une arcade donnant vue sur une maison de l'époque et un paysage urbain. Puis une *Vierge et l'enfant* dans une sorte d'oratoire, d'une très riche décoration renaissance. La Vierge est d'une simplicité charmante, le visage encadré d'une longue chevelure blonde ondulée, le corps enveloppé d'une longue et ample robe à plis.

Les petites salles du fond sont consacrées, celle de droite surtout à Pierre Bruegel, celle de gauche à Jérome Bosch. La suite du premier peintre est des plus curieuses. Nous y retrouvons ces scènes si connues par leur humorisme, quelquefois un peu macabre, comme *Dulle Riet*, avec ses démons, ses gnomes, ses animaux fantasques traités de façon si amusante A rapprocher *Les douze proverbes*, *Les mendiants* et *La tentation de Saint-Antoine*.

Dans une autre série *La chute d'Icare*, *La fuite de Dédale et d'Icare* dont nous admirons le paysage maritime dans cette ville au bord d'un golfe, ses navires sur les flots, une atmosphère fidèlement rendue sont des œuvres des plus appréciées.

Le dénombrement de Bethléem est une pièce capitale. Ce paysage, qui place devant nos yeux, *Un village flamand* où se pressent de nombreux habitants venant de toutes les directions vers cette maison où attend foule de gens, est un tableau plein de vie et de mouvement.

Jérome Bosch est représenté par une suite de scènes amusantes, *La tentation de Saint-Antoine*, aux monstres fantastiques, aux détails comiques si finement réalisés *L'escamoteur en robe rouge* coiffé d'un grand chapeau noir, devant un public aux visages étonnés et grotesques est d'une hilarante perception. Signalons également, le *Saint-Jérome*, dans le dessert de Patinier, prétexte à un vaste et grandiose paysage.

Les dernières salles sont consacrées aux dessins des maîtres flamands. Ce n'est pas la partie la moins intéressante de cette exposition. Parmi ces nombreux dessins, il est difficile de faire un choix judicieux. Signalons toutefois la belle *Vierge avec l'enfant* à la pointe d'argent de Van der Veyden, gravée par Durer et les humoristiques croquis de Bruegel, le Vieux pour les scènes fantastiques qu'il a peint. Il y a aussi d'admirables études de têtes de Gérard David.

Cette exposition est complétée par quelques sculptures sur bois de haute qualité, morceaux de retables ou statues, notamment celle de *Saint-Jacques*, coiffé d'un vaste chapeau avec une barbe et une chevelure abondante et également une splendide *Sainte-Madeleine* du Musée de Cluny et une fort belle mise au tombeau.

Enfin deux salles étalent aux yeux du public, un ensemble de tapisseries des Flandres de tout premier ordre. Il convient de citer les tapisseries de l'*Adoration des mages*, celle de *La création du monde* en sept scènes, où apparaissent chaque fois les trois personnes de la Sainte-Trinité, figurées par des rois. En haut de la tapisserie Adam et Eve et leur expulsion du Paradis terrestre. Puis arrêtons-nous devant cette suite représentant des épisodes de la Passion. Très pathétique représentation de *La déposition de la croix* où le Christ est sur les genoux de sa mère, entourée des saintes femmes et de Joseph d'Arimathie et de Nicodème. *Le triomphe du Christ*, d'une composition très complexe est une des merveilles de cette exposition. J'en dirai autant de *La légende de Notre-Dame du Sablon*, figurant le transfert de la Vierge miraculeuse à Notre-Dame, avec un cortège de rois et de reines le tout d'une richesse inouïe de coloris.

On regrette de ne pouvoir énumérer toutes les pièces de cette exposition qui ne compte que des chefs-d'œuvre, qu'il faut voir et revoir.

Dr M. Vimont.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

En tenant compte du but poursuivi par le *Concours Médical* en publiant des Chroniques sur l'automobile, qui est de renseigner ses lecteurs non seulement sur ce qu'ils doivent faire pour réduire au minimum leurs frais de voiture mais encore et surtout peut-être sur ce qu'ils doivent éviter de faire, l'étude générale sur le graissage des moteurs et des carters serait évidemment incomplète si elle ne comportait pas un chapitre spécial sur le choix des huihles à employer.

La règle absole d'objectivité respectée dans mes chroniques ne me permet pas de recommander nommément une marque. En matière de graissage, ce serait d'ailleurs bien délicat, car plusieurs fabricants ont atteint un tel degré de perfection dans la qualité de leurs produits qu'il serait injuste de prétendre discriminer les meilleurs sinon par leurs caractéristiques qui conviennent plus ou moins bien à un usage déterminé. C'est ce que j'ai déjà fait ressortir dans une précédente chronique écrite à l'occasion du Salon de l'Automobile, dans laquelle, parlant des recommandations des constructeurs de voitures, j'exposais la variété des noms cités dans les notices d'entretien, au chapitre du graissage, variété ramenant cependant l'attention des clients sur quelques marques bien connues qui récoltaient ainsi le fruit de leurs efforts en vue d'une amélioration constante de leur fabrication.

Tout en restant sur le même plan d'impartialité, je voudrais montrer aujourd'hui le danger de céder à la tentation croissante, résultant de la crise économique, de rechercher beaucoup plus un bas prix qu'une bonne qualité.

Je suis le premier à reconnaître que bien des articles peuvent être achetés dans une qualité inférieure sans grand dommage pour l'acquéreur. Ainsi une clé anglaise n'a pas besoin d'être nickelée pour faire son service, un pneumatique avec « défauts d'aspect » fera le même kilométrage qu'un premier choix, mais il ne saurait en être de même pour des produits, comme les huiles de graissage, dont l'efficacité est fonction directe de leur pureté et de leur qualité.

Cependant, pour répondre aux demandes d'une clientèle mal renseignée, le marché des huiles s'est divisé en deux parties bien distinctes. D'un côté, il y a les grandes marques, et de l'autre une nuée de revendeurs plus ou moins scrupuleux, vendant des huiles sans marque aux caractéristiques aussi variables qu'imprévues. Où doit aller la *préférence* de l'acheteur ?

La réponse sera précisément la conclusion de cette chronique. Pour la justifier, il faut d'abord examiner la différence qui existe entre une huile de marque et une huile sans marque. Voyons d'abord quels sont les signes extérieurs par lesquels le moins technicien des automobilistes peut reconnaître une huile de marque.

Le plus important de ces signes extérieurs est l'organisation de la vente sur l'ensemble du territoire.

En effet, toutes les huiles ne peuvent pas être mélangées les unes aux autres sans graves inconvénients, la moindre adjonction entraînant une modification qui peut être capitale dans le pouvoir lubrifiant.

Or, il est à peu près impossible pour l'usager de se procurer la même qualité d'huile dès qu'il s'éloigne de sa résidence habituelle, sinon en adoptant précisément une marque qu'il retrouvera partout.

La possession par le vendeur de raffineries est également un signe extérieur qui permet de reconnaître une huile de marque.

Le contrôle de la fabrication ne peut en effet être efficace que dans les usines dirigées par le vendeur lui-même.

La possession de raffineries entraîne d'autre part celle d'un outillage perfectionné indispensable pour procéder aux expériences industrielles et pratiques, et l'ensemble, la constitution d'organismes à capital important, assurant la collaboration des meilleurs techniciens et d'une main d'œuvre sélectionnée, donc une constance de qualité des produits fabriqués.

Il serait évidemment ridicule de prétendre que seules les grandes marques vendent de bonnes huiles, mais il résulte de ce qui précède que l'usager qui, à moins de faire faire des analyses chimiques à chaque nouvel achat, n'a pratiquement aucun moyen de contrôler la composition des huiles sans marque qui lui sont offertes, de provenances les plus diverses, a intérêt, et à profiter de l'expérience de milliers d'automobilistes, et de la réputation que la grande marque doit nécessairement justifier pour subsister.

Agir autrement ne serait pas tellement grave si le dommage causé aux voitures par un mauvais graissage se révélait rapidement. Mais, malheureusement, ce n'est qu'après plusieurs milliers de kilomètres que l'on s'aperçoit, quand le mal est fait et qu'il est trop tard pour y remédier, des effets néfastes, pour ne pas dire des ravages occasionnés par une huile ne convenant pas au service que l'on en attendait.

Or, avez-vous calculé ce que représente l'économie immédiate réalisée en moyenne par l'achat d'une huile bon marché ?

Voulez-vous que nous le fassions ensemble ? Prenons comme exemple une 10 HP courante, qui use à peu de chose près 1 litre d'huile par 1.000 kilomè-

tres, soit la moitié d'un bidon dont la contenance est généralement de deux litres.

Le bidon « de marque » coûte environ 18 à 20 francs. Celui d'huile sans marque de 12 à 14 francs. L'économie pour 1.000 km. est donc de l'ordre de trois francs

Croyez-vous qu'il soit raisonnable, pour gagner trois francaux 1.000 km. de risquer de couler une bielle, quand ce n'est pas un réalésage complet du moteur ou le grippage d'une boîte de vitesses ou d'un pont arrière ? Poser la question, c'est évidemment y répondre par la négative

Et avant de terminer ma chronique je voudrais encore vous mettre en garde contre les appellations fantaisistes, aux consonances américaines ou autres, dont les vendeurs sans scrupules parent des huiles qu'ils achètent au plus bas prix possible sans le plus souvent avoir la moindre idée de leur composition, dans le seul but de tromper l'usager qui peut ainsi s'imaginer, parce que son huile s'appelle Quellequechoseoil C°, qu'il emploie réellement ce que l'on a convenu de dénommer une « huile de marque ».

Marcel TOUSSAINT.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE MAINE-ET-LOIRE

Le Syndicat médical d'Angers et la Fédération des Syndicats médicaux de Maine-et-Loire, considérant :

1° Que ses membres, tout en rendant hommage aux efforts méritoires du Président du Conseil, n'ont pas encore perçu un abaissement sensible du coût de la vie et particulièrement des dépenses forcées qui constituent leurs frais professionnels — domesticité, assurances, transports, outillage, livres, etc. — et que, dans ces conditions, un abattement global de 10 % sur les recettes brutes provoquerait, pour beaucoup de modestes praticiens de médecine générale, une rupture d'équilibre entre leurs recettes nettes et leurs frais professionels, déjà souvent contestés ;

2° En ce qui concerne les impôts, si la limitation de la patente aux locaux professionnels a pu procurer un allègement, celui-ci a été aussitôt ébréché par la suppression des abattements sur les tranches de l'impôt cédulaire par la création du droit fixe de patente et le retrait du droit de déduction des annuités en vue de la constitution d'une retraite, opérés en fin 1934 ; et il sera totalement annihilé par les décrets-lois de novembre 1935 augmentant le taux des patentes, par tranches, et accordant aux départements et aux communes un nombre de centimes additionnels compensateurs sur les côtes foncières, mobilières et les patentes, qui aggraveront considérablement cette catégrie de charges fiscales locales ;

3° Que le Corps médical français a pour tradition de demander à sa clientèle des honoraires variables suivant la situation des fortunes et les charges familiales... en sorte que les praticiens qui pénètrent dans l'intimité des familles n'ont pas besoin de décrets-lois pour faire à leurs clients « économiquement faibles » remise de tout ou partie de leurs honoraires ; mais ils tiennent essentiellement à ne faire ces libéralités que sous la seule inspiration de leur conscience et non sous la menace d'une autorité ministérielle dont ils ne reconnaissent ni la compétence, ni l'efficacité ;

4° Que le Corps médical a consenti depuis longtemps des honoraires inférieurs à ses tarifs au profit des mutilés de la guerre, des assistés médicaux, des accidentés du travail, des mutualités chirurgicales, des salariés des chemins de fer, etc., etc.. et même, il donne ses soins gratuits, sans raison plausible, à des agents de l'Etat qui ne sont ni des indigents, ni des assistés, tels que les gendarmes, forestiers, douaniers, etc., etc. ;

Estime qu'il n'y a pas lieu de modifier systématiquement son tarif syndical minimum ;

Mais admet, qu'à titre provisoire et exceptionnel, ses membres puissent accorder, à ceux de leurs clients qu'ils savent dignes d'intérêt, des remises charitables et personnelles.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Une conférence à l'Hôtel Chambon
Vues nouvelles sur la circulation du sang

Le Docteur Chauvois a fait à l'Hôtel Chambon, le 20 décembre 1935, une conférence sur son interprétation de la circulation du sang et les modifications qu'il convient d'apporter au schéma de Harvey.

Le Docteur Chauvois est un merveilleux conférencier et a toutes les qualités qui conviennent à l'enseignement. Il parle avec une remarquable facilité. Ses phrases sont correctes, simples, parfois spirituelles et élégantes. Les idées qu'il expose sont claires et pour les faire mieux comprendre il a recours aux plus ingénieuses comparaisons. Nos lecteurs savent comment il a établi un intéressant parallèle entre les diverses pièces de la machine automobile et de la machine humaine et l'analogie qu'il a exposée de leur fonctionnement. Il a *développé* cette conception au grand amphithéâtre de la Sorbonne dans une conférence dont nous avons rendu compte. Dans un intéressant ouvrage que nous avons aussi analysé dans ce journal, il a indiqué ses vues nouvelles sur la circulation du sang.

Les mérites du Docteur Chauvois ont d'ailleurs été reconnus par l'Académie des sciences qui lui a attribué tout récemment le prix Mège.

Dans sa conférence de l'Hôtel Chambon, tout en rendant hommage au génie de Harvey qui, après avoir pris connaissance des découvertes de Michel Servet, de Cisalpin et de Colombe, avait démontré le cycle circulatoire du sang dans l'organisme, le Docteur Chauvois a fait remarquer que le grand anatomiste anglais ne pouvait soupçonner les découvertes de Lavoisier, ni de Claude Bernard et que si, géographiquement, sa description du circuit circulatoire était exacte, ses interprétations, faites d'ailleurs par lui avec une très scientifique réserve, étaient erronées. Il est singulier que pendant plusieurs siècles on ait décrit la circulation du sang, comme si ce liquide se reproduisait lui-même et ne se renouvelait jamais, paraissant ignorer toutes les découvertes de ces derniers siècles. M. Chauvois a insisté sur l'importance des veines du système porte qui vont régénérer le sang en lui apportant les produits de la digestion que modifie le foie, et sur l'importance des chylifères et des vaisseaux lymphatiques qui viennent encore apporter à la circulation du sang des éléments nouveaux. De sorte que l'apport des veines périphériques n'est qu'un apport de récupération, récupération considérable mais qui ne joue pas seule le rôle principal.

M. Chauvois a démontré le rôle un peu trop simpliste que l'on a jusqu'à notre époque fait jouer au cœur. MM. Laubry, Tzanck, G. Delater et autres *ont montré l'importance que jouaient la vaso-dilatation* et la vaso-constriction des petits vaisseaux périphériques. La syncope par exemple est le plus souvent provoquée par la vaso-dilatation brusque des vaisseaux périphériques sans que le cœur y soit directement en cause et l'œdème aigu du poumon provient d'une vaso-constriction. Ces constatations ont une très grande importance non seulement pathogénique mais aussi thérapeutique. On peut considérer les petits vaisseaux sur lesquels agissent parfois si énergiquement et si secondairement les nerfs sympathiques vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs, comme de véritables cœurs périphériques.

M. Chauvois a illustré sa conférence par des projections et notamment par celle d'un film, due à l'ingéniosité de M. J.-P. Lévy, qui a su animer les schémas de M. Chauvois pour les rendre plus visiblement démonstratifs.

Des applaudissements unanimes et prolongés ont salué le conférencier qui a été chaleureusement félicité par ses auditeurs les plus distingués.

J. Noir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale de la Pitié** (M. A. Clerc, professeur). — M. Clerc a commencé son enseignement clinique et le continuera selon le programme ci-dessous, avec la collaboration de MM. Bascourret, Lenègre, Sée, Sterne, Zadoc-Kahn, chefs ou anciens chefs de clinique ; Mlle Gauthiers-Villars et M. Paris, chefs de laboratoire ; M. Frain, radiologiste des hôpitaux.

1° Tous les mercredis, à 11 heures : Leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur.

2° Les lundis, mardis, mercredis, jeudis, samedis, à 9 heures, enseignement élémentaire à l'usage des stagiaires par les chefs de clinique et de laboratoire.

3° Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures : Visite dans les salles, pavillon La Rochefoucauld (service 6).

4° Les lundis et jeudis, à 11 heures : Radioscopie ; électro- et phono-cardiographie.

5° Les mardis, à 10 heures (salle de conférences, service n° 6) consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Polyclinique par le professeur.

6° Les vendredis, à 11 heures (salle des conférences) présentation de malades et démonstrations pratique par le professeur, les chefs de clinique ou les chefs de

laboratoire. En outre, leçons sur un sujet d'actualité médicale, selon le programme ci-dessous.

Le 14 février, M. RACHET, médecin des hôpitaux : Formes cliniques et diagnostic des colites de l'adulte.

6° A partir du lundi 13 janvier 1936, sous la direction de MM. VAQUEZ, CLERC, AUBERTIN et de leurs collaborateurs, aura lieu un cours spécial de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Ce cours durera environ trois semaines.

— **Clinique thérapeutique chirurgicale** (Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard, XV^e^. Professeur : M. Pierre Duval.) — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, 9 heures : Examens gastroscopiques (M. F. MOUTIER) ; 10 heures : Leçon de radiologie clinique (M. H. BÉCLERE). — Mardi, 9 heures : Leçon clinique (M. RUDLER, chef de clinique) ; 10 heures : Consultation de chirurgie osseuse (M. MERLE D'AUBIGNÉ) ; 10 heures : Consultation de gastro-entérologie (MM. J.-Ch. ROUX et BELOUX) ; 10 heures : Visite des salles (M. le Professeur P. DUVAL). — Mercredi, 10 heures : Leçon clinique (M. MERLE D'AUBIGNÉ) ; 10 heures : Consultation de gastro-entérologie (M. F. MOUTIER) ; 10 heures : Opérations (M. le Professeur P. DUVAL). — Jeudi, 9 heures : Examen de malades (M. GATELLIER, agrégé) ; 10 heures : Consultation de gastro-entérologie (J.-Ch. ROUX) ; 10 heures : Visite des salles (M. le Professeur P. DUVAL). — Vendredi, 9 heures : Consultation de gastro-entérologie (M. F. MOUTIER) ; 11 heures : Leçon clinique (M. le Professeur P. DUVAL). — Samedi, 8 h. 30 : Consultation des anciens opérés du service (M. RUDLER, chef de clinique) ; 9 heures : Leçon clinique (M. BILLET, chef de clinique ; 10 heures : Visite des salles (M. le Professeur P. DUVAL).

En dehors de l'enseignement clinique, des consultations spéciales sont données à l'hôpital de Vaugirard : le lundi, consultation d'urologie ; le jeudi, ophtalmologie ; le vendredi, oto-rhino-laryngologie.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — Enseignement sous la direction de M. Fernand Lemaitre, professeur :

1° *Enseignement magistral* (clinique et technique) par le professeur, gratuit, sera donné dans le service de la clinique à l'hôpital Lariboisière et comprendra : *a*) une leçon clinique avec présentation des malades, le mardi à 10 heures ; *b*) des séances opératoires, les mercredi, vendredi et samedi à 10 heures ; *c*) des conférences faites à la Faculté, M. HALPHEN, agrégé (voir affiche spéciale).

2° *Enseignement aux stagiaires* par le professeur, les anciens chefs de clinique, les chefs de clinique et les chefsde laboratoire. Cet enseignement, gratuit, est réservé aux étudiants en médecine de cinquième année inscrits à la Faculté et aux médecins praticiens. Il consiste dans l'exposé des notions essentielles d'oto-rhino-laryngologie telles que doivent les connaître les médecins praticiens non spécialisés. Cet enseignement clinique avec présentation des malades sera fait les mardi, jeudi et samedi à 10 heures.

3° *Enseignement aux spécialistes oto-rhino-laryngologistes* : *a*) enseignement d'initiation. Cet enseignement propédeutique, réservé aux futurs spécialistes, est essentiellement technique, contrairement à l'enseignement destiné aux stagiaires, futurs praticiens. — *b*) Enseignement clinique complémentaire, sous la direction du Professeur, par MM. les chefs de clinique, chefs de laboratoire, assistants et internes du service. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine, français et étrangers, et aux étudiants en fin de scolarité qui sont déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Il aura lieu le matin aux mêmes époques que les cours de chirurgie opératoire spéciale qui auront lieu l'après-midi. — *c*) Enseignement d'anatomie pratique, en vingt leçons, aura lieu toutes les après-midi, il précédera les cours de chirurgie opératoire spéciale. — *d*) Enseignement de perfectionnement chirurgical, qui comprendra : deux cours pratiques de chirurgie opératoire spéciale, par le professeur et MM. les Docteurs AUBIN, laryngologiste des hôpitaux ; BÉRARD et VAN DENBOSSCHE, chefs de clnique. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire : ils seront donnés à l'amphithéâtre des hôpitaux, tous les jours à 2 heures.

4° *Enseignement aux spécialistes stomatologistes*, qui a lieu le vendredi matin à partir de 10 heures et comprend : *a*) une leçon clinique, avec présentation des malades par le Docteur Charles RUPPE, stomatologiste des hôpitaux ; *b*) une séance opératoire, avec explications anatomo-cliniques, par le professeur.

Pour tous renseignements, consulter les affiches spéciales ou s'adresser au Docteur Bérard, chef de clinique, hôpital Lariboisière.

— **Hôpital Necker.** — *Clinique urologique* (Clinique Guyon. Professeur : M. Marion). — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, 9 h. 1/2 : Visite dans les salles ; examen des malades, par M. MARION ; 10 h. 1/2 : Opérations par M. FEY. — Mardi, 9 h. 1/2 : Leçons de séméiologie et de pathologie urinaire, par MM. FEY, agrégé, NAGGIAR et H. MARION (grand amphithéâtre) ; Examen des malades externes, par M. MARION (salle Desormeaux) ; 10 h. 1/2 : Démonstrations de cystoscopie, d'exploration des reins, de technique opératoire endoscopique, par M. MARION (salle Desormeaux) ; 10 heures : Démonstration de radiologie, pyélographie, par M. TRUCHOT (service de radiologie) ; 16 heures : Exercices d'urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères, sous la direction de MM. BOUCHARD, BUSSON, MOTZ (service cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices). — Mercredi, 9 h. 1/2 : Leçon de clinique par M. MARION (grand amphithéâtre) ; 10 h. 1/2 : Opérations, par M. MARION ; 11 heures : Conférences pratiques sur l'examen des urines, par MM. CHABANIER ou COLOMBET (laboratoire de chimie). — Jeudi, 9 h. 1/2 : Visite dans les salles ; Examen des malades par M. MARION ; 9 h. 1/2 : Leçons de séméiologie par MM. FEY, agrégé, NAGGIAR et H. MARION (grand amphithéâtre). — 10 h. 1/2 : Opérations par M. FEY, agrégé ; 11 heures : Présentation de pièces anatomo-pathologiques et de préparations histologiques au laboratoire par Mlle KOGAN ; 16 heures : Exercice d'urétroscopie, de cystoscopie et de cathétérisme urétéral, sous la directionde MM. BOUCHARD, BUSSON, MOTZ (Service de cystoscopie). (S'inscrire pour ces exercices). — Vendredi, 9 h. 1/2 : Examen des malades externes par M. MARION (salle Desormeaux) ; 11 heures : Policlinique à l'amphithéâtre par M. MARION. — Samedi, 9 h. 1/2 : Leçons de technique opératoire à l'amphithéâtre par M. MARION ; 10 h. 1/2 : Opérations par M. MARION ; 10 heures : Démonstrations de radiologie pyélographie par M. TRUCHOT (service de radiologie).

Clinique. — Lundi, jeudi, à 9 h. 1/2 : au cours des visites dans les salles par M. MARION. — Mardis, mercredis, vendredis, samedis : Visites dans les salles, par M. FEY, ou par MM. NAGGIAR et H. MARION. — Mercredi, à 9 h. 1/2 : au grand amphithéâtre, leçons par M. MARION. — Vendredi, à 11 heures : Policlinique à l'amphithéâtre par M. MARION. — Tous les matins, à 9 h. 1/2 : Consultation externe par M. MARTIN, avec la collaboration de MM. GASTAUD et BARBELLION, pour les hommes (salle de la Terrasse), de M. R. BAIL, pour les femmes (salle de la consultation des femmes).

Séméiologie et pathologie. — Mardi, jeudi, à 9 h. 1/2 par MM. FEY, MAGGIAR, BOUCHARD et M. MARION.

Cystoscopie. — Mardi à 10 h. 1/2 : Démonstrations salle Desormeaux, par M. MARION. — Mardi, jeudi, à 16 heures : Exercices de cystoscopie, cathétérisme uré-

téral, service de cystoscopie, par MM. BOUCHARD BUSSON et MOTZ.

Technique opératoire. — Samedi à 9 h. 1/2 : Leçon à l'amphithéâtre par M. MARION.

Opérations. — Mercredi, samedi, à 10 h. 1/2, par M. MARION ; lundi, jeudi, à 10 h. 1/2, par M. FEY ; mardi, vendredi, à 10 h. 1/2, par MM. NAGGIAR et H. MARION.

Examen des urines. — Mercredi à 11 heures, laboratoire de chimie. Conférences pratiques par MM. COLOMBET ou CHABANIER.

Anatomie pathologique. — Jeudi à 11 heures : Présentations de pièces et de préparations au laboratoire d'anatomie pathologique par Mlle KOGAN.

Radiologie : Mercredi, samedi à 10 heures : Démonstrations de radiologie au service de radiologie par M. TRUCHOT.

Agents physiques. — Tous les jours à 10 h. 1/2 : Traitement et démonstrations par M. MATHIS et Mlle KONECHOWSKI.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. PETIT-DUTAILLIS, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le samedi 4 janvier 1936, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

PROGRAMME : Affections de l'abdomen, du rachis et de la moelle.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. WILMOTH, agrégé, a commencé son cours le mercredi 8 janvier 1936, à 17 heures et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

PROGRAMME. — Pathologie chirurgicale de l'appareil génital de la femme.

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Professeur : M. Georges Guillain.) — Durant l'année scolaire 1935-1936, des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

Vendredi 31 janvier 1936, Docteur Clovis VINCENT : Les abcès du cerveau. — Vendredi 21 février, Docteur André THOMAS : Le cervelet et le labyrinthe. — Vendredi 27 mars, Docteur J. LHERMITTE : Quelques types anatomo-cliniques de l'hémiplégie cérébrale. — Vendredi 24 avril, Docteur O. CROUZON : Les traumatismes et les maladies nerveuses. — Vendredi 4 juin, Docteur P. MOLLARET : L'explication chronaxique du fonctionnement du système nerveux. — Vendredi 19 juin, Professeur Georges DUMAS : La notion du surnaturel en pathologie mentale. — Vendredi 3 juillet : Docteur Th. ALAJOUANINE : Considérations sur la pathologie cérébrale vasculaire.

— **Pathologie médicale et générale** (Professeur : M. A. BAUDOUIN.) — *Deuxième série* (janvier-février) : M. G. LAROCHE, agrégé : Maladies de la nutrition ; M. H. BÉNARD, agrégé : Maladies infectieuses.

M. G. Laroche commencera ses leçons le mardi 14 janvier 1936, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, à l'Amphithéâtre Vulpian.

M. H. Bénard, commencera ses leçons le mercredi 15 janvier 1936, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure au Petit amphithéâtre.

— **Enseignement de la Radiologie et de l'Electrologie médicales.** 2e série : *Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.* — Ce cours commencera le 10 janvier, à la Faculté (amphithéâtre de *physique) et sera complété* par un stage dans les services de radiologie des hôpitaux.

— **Thèses.** — Lundi 4 novembre. — Jury : MM. Lemierre, Loeper, Henri Bénard, Troisier. — M. DENIS : Un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte simulant une suppuration pulmonaire.

Mardi 5 novembre. — Jury : MM. Carnot, Laignel-Lavastine, Tanon, Philibert. — M. DUGAST : Etude des phlébites familialesde la veine cave inférieure.

Mardi 12 novembre. — Jury : MM. Bezançon, Lereboullet, Lemaître, Halphen. — M. CONVERSE (John Marquis) : Les névralgies du glossopharyngien. — M. TANNON : La lutte antituberculeuse sur le réseau de chemin de fer de l'Etat. — M. CHAVARRY : Etude clinique de la maladie ostéogénique.

Jeudi 14 novembre. — Jury : MM. Balthazard, Gougerot, Nobécourt, Gastinel. — M. CHAUDRON : Diagnostic clinique et médico-légal de l'intoxication massive par la digitale et la digitaline. — M. MASSONNAUD : Epithéliomas baso-cellulaires syphiloïdes. — M. RABBE : Etude de l'ictère catharral du nourrisson.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'internat.** *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Ribadeau-Dumas, Pollet, Tinel, Vincent, de Brun du Bois-Noir, Desmarests, Auvray, Leibovici, Soupault, Cathala (Victor).

Première séance : lundi 20 janvier.

— **Prix Civiale.** — Un concours est ouvert en 1936, entre les internes en médecine et externes en premier pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (bureau du Service de santé) le 15 janvier 1936, au plus tard.

MM. les internes sont informés queles mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

— **Concours de l'externat.** — Composition du jury *Anatomie.* MM. Soulié, Seillé, Blondin (Sylvain). — *Pathologie médicale.* MM. Caroli, Marie (Julien), Mollaret (Pierre). — *Pathologie chirurgicale.* MM. Gueullette, Aurousseau, Lallemand.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Léon Frey, stomatologiste honoraire des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté de médecine de Paris. Léon Frey avait été un des premiers médecins s'étant spécialisés dans la stomatologie.

— **Le IXe Congrès français de stomatologie** aura lieu à la Faculté de médecine et à la Sorbonne du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence du Docteur Pont (de Lyon).

Premier rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. — Traitement médical et par les agents physiques (Docteur Soleil) ; Traitement chirurgical (Docteur Duclos).

Deuxième rapport : Incidents, accidents et complications du traitement orthodontique (Docteur Izard). — Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Docteur Quintero). — Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (Docteur Landais).

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général Docteur Dechaume, 182, rue de Rivoli.

— **L'Ecole des Parents** (31, rue Guyot). *Le diplôme d'éducatrice familiale.* — Pour obtenir le diplôme d'éducatrice familiale, que décerne en fin d'année l'Ecole des Parents, les élèves doivent justifier à la fois de leur assiduité aux conférences (seize) et de trois stages organisés par l'Ecole, au mieux des convenances des candidates : *a*) un stage de quatre matinées dans un service d'enfants déficients à l'hôpital, sous la direction du Docteur Fay ; *b*) un stage de quinze demi-journées dans un jardin d'enfants désigné par l'Ecole des Parents ; *c*) un stage de trente demi-journées ou de quinze jours comme externe dans une famille, sous le contrôle de l'Ecole des Parents.

Le diplôme d'éducatrice familiale est délivré après trois séries d'épreuves distinctes : *a*) les stages ci-dessus indiqués dûment contrôlés et annotés ; *b*) trois rapports écrits sur les stages effectués ; *c*) trois interrogations orales, ayant lieu dans le courant du mois de juin ou d'octobre et portant sur chacune des trois séries de conférences.

Les femmes ou jeunes filles sont reçues au cours de pédagogie familiale à partir de l'âge de 18 ans. Aucun diplôme n'est exigé à l'entrée.

Droit d'inscription pour les seize conférences et les stages : 100 francs + 10 francs d'assurances.

— **Ecole municipale d'Hygiène.** *Musée d'Hygiène*, 57, boulevard de Sébastopol. — Leçons de janvier-février 1936 :

Mardi 28 janvier 1936 à 20 h. 30. M. le Médecin-Colonel C. Cot : Les asphyxies accidentelles du temps de paix.

Vendredi 31 janvier 1936 à 20 h. 30. M. le Docteur Lemestre : Les intoxications saturnines, mercurielles, phosphoriques, arsenicales.

Mardi 4 février 1936, à 20 h. 30. M. A.-R. Guibert : L'hygiène imposée par les règlements de la Ville de Paris dans les immeubles.

Vendredi 7 février 1936, à 20 h. 30. M. A.-R. Guibert. De l'aménagement des cités, des villages, sanatoria, des îlots au point de vue hygiénique.

Mardi 11 février 1936, à 20 h. 30. M. Gaston Appert : L'aménagement des bâtiments industriels.

— **Prix de l'Association d'urologie.** — 1° *Prix de l'Association* en 1936.

2° *Prix Etienne-Taesch.* Ce prix, d'une valeur de 7.500 francs, est attribué à M. Jean Bernard, interne des hôpitaux de Paris, pour l'aider à poursuivre ses travaux sur les leucémies du goudron.

Ce prix, qui couronne des travaux d'ordre général, est décerné tous les cinq ans. Sa prochaine attribution aura lieu en 1940.

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *Vers le soleil..... à moitié prix.* — Voici un moyen de célébrer le plus agréablement du monde les fêtes du premier mois de l'année: Allez passer ne fût-ce que quelques jours sur la Côte d'Azur, le pays du soleil, des fleurs et des divertissements multiples.

Comme l'an dernier, le P.-L.-M. vous offre le voyage à moitié prix.

Des trains spéciaux de 1re, 2e et 3e classes quitteront la Capitale à 14 heures les 15, 29 janvier 1936 ; d'autres trains de même nature seront mis en marche par la suite.

Pour l'accès dans ces trains, il sera délivré, au départ de Paris, des billets d'aller et retour à demi-tarif de trente-trois jours pour les gares de Saint-Cyr-la-Cadière à Menton inclus, ainsi que pour celles d'Hyères, de Salins-d'Hyères et de Grasse. Vous aurez la facilité de revenir par un train quelconque dès le septième jour. Des arrêts au retour pourront avoir lieu à volonté sans bulletin d'arrêt. En outre, vous aurez la faculté de vous rendre en autocar de la gare destinataire de votre billet à la gare d'arrêt que vous aurez choisie, à la condition d'utiliser le service d'autocars P.-L.-M. Nice-Marseille. A cet effet, vous devrez vous munir d'un billet d'autocar.

Le nombre des places est strictement limité. La vente des billets a lieu uniquement à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot ; elle commence dix jours avant la date de départ de chaque train. Il n'est pas délivré de billets par correspondance.

Le Gérant : **R. Thiron**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

rég. Paris ; Iselin, rég. Paris ; Billard, 6e rég. ; Escalier, rég. Paris ; Hamburger, rég. Paris ; Gasteran, rég. Paris ; Poncet, 14e rég. ; Avon, 15e rég. ; Codet, 4e rég. ; Fredet, 4e rég. ; Demerliac, rég. Paris ; Gory, rég. Paris.

Laurent, rég. Paris ; Parfonry, rég. Paris ; Villey-Desmeserets, rég. Paris ; Soulas, rég. Paris ; Poirier, 11e rég. ; Barbot, 15e rég. ; Denecheau, 9e rég. ; Subra, 16e rég. ; Veillon, 9e rég. ; Montalègre, 17e rég. ; Orliac, 6e rég. ; Amsler, 9e rég. ; Bardoen, 1re rég. ; Mercier, 13e rég. ; Girod, rég. Paris ; Pouymayou, 15e rég. ; Hainault, 20e rég. ; Parres, 19e C. A. ; Vannieuwenhuyse, 1re rég. ; Merklen, rég. Paris ; Leboucher, 3e rég. ; Tarte, 20e rég. ; Gueugnon, 14e rég. ; Gadrat, rég. Paris ; Prieur, 3e rég. ; Berthe, 17e rég. ; Maronneaud, 18e rég. ; Bianquis, rég. Paris ; Ponet, rég. Paris ; Alfonsi, 4e rég. ; Gallouedec, 4e rég. ; Blanchet, 3e rég. ; Pennaforte, 6e rég. ; Plande-Larroude, tr. Maroc ; Raymond, 4e rég. ; Beynes, 9e rég. ; Gaudier, 1re rég. ; Lamarque, 16e rég. ; Kuentz, 14e rég. ; Lehmann, rég. Paris ; Agasse, 17e rég. ; Adnet, 6e rég. ; Perdu, 2e rég. ; Porcher, rég. Paris ; Bouys, 16e rég. ; Guillon, 15e rég. ; Pigot, rég. Paris ; Vassal, 2e rég. ; Arlaud, 17e rég. ; Tournier, 7e rég. ; Bertrand-Bord, 9e rég. ; Vaslin, 5e rég. ; Duthoit, 1re rég. ; Imbert, 16e rég. ; Hartglas, rég. Paris ; Raffalli, 15e rég. ; Ricord, 15e rég. ; Trail, rég. de Paris ; Pieri, 15e rég. ; Chefneux, rég. Paris ; Abely, rég. Paris.

Aucher, 9e rég. ; Destouches, 8e rég. ; Gallois, 9e rég. ; Pacaud, 9e rég. ; Berthet, 4e rég. ; Rainaud, 9e rég. ; Zillhardt, 20e rég. ; Bilger, 20e rég. ; Wolf, 20e rég. ; Hoff, 14e rég. ; Morel, 1re rég. ; Mathieu, 13e rég. ; Marchand, rég. Paris ; Puech, 16e rég. ; Cadenat, 17e rég. ; Vincenti, 15e rég. ; Baushalter, 20e rég. ; Guibal, 16e rég. ; Montassut, rég. Paris ; Husson, 6e rég. ; Toubert, 16e rég. ; Brettmon, rég. Paris ; Teiling, tr. Tunisie ; Mauvoisin, rég. Paris ; Viziez, rég. Paris ; Ingelrans, 1re rég. ; Razemon, 1re rég. ; Ternier, rég. Paris ; Hirschborg, rég. Paris ; Fruchaud, 9e rég. ; Fouet, rég. Paris ; Sicard, 19e C. A. ; Arnoux, 20e rég. ; Briand, 11e rég. ; Louet, 2e rég. ; Hillemand, rég. Paris ; Turpin, rég. Paris ; Joublot, 20e rég. ; Calmettes, 17e rég. ; Girard, 15e rég. ; Merat, 8e rég. ; Rime, rég. Paris ; Lubin, rég. Paris ; Leloup, 6e rég. ; Péron, rég. Paris ; Choay, rég. Paris ; Raiga, rég. Paris ; Ravina, rég. Paris ; Delore, 14e rég. ; Bernard, rég. Paris ; Suzor, rég. Paris ; Baloux, 15e rég. ; Plazenet, 13e rég. ; Boudry, 13e rég. ; Pargoire, 15e rég. ; Bouley, rég. Paris ; Rousseillier, 15e rég. ; Jacquinet, 6e rég. ; Caron, rég. Paris ; Charpin, 5e rég. ; Reboud, 14e rég. ; Frantz, 6e rég.

Quenouille, rég. de Paris ; Lougnon, 13e rég. ; Lefebvre, 1re rég. ; Duval, 3e rég. ; Mornet, 5e rég. ; Oberthur, rég. Paris ; Paris, 2e rég. ; Ferey, 4e rég. ; Genin, rég. Paris ; Chevereau, 5e rég. ; Demesy, 7e rég. ; Meurdrac, rég. Paris ; Juge, rég. Paris ; Hervé, 4e rég. ; Deconinck, 1re rég. ; Panis, 6e rég. ; Boccard, rég. Paris ; Marchand, rég. Paris ; Arrivot, rég. Paris.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

LÉGION D'HONNEUR

RÉSERVES

Service de Santé

1° Armée métropolitaine

Par décret du 25 décembre 1935, rendu sur la proposition du ministre de la Guerre sont nommés ou promus dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 17 juillet 1931, les militaires des réserves dont les noms suivent (susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi de finances du 16 avril 1930).

Au grade d'officier

Médecins

Potron méd. lieut.-col. 6e rég. ; de Saint-Rapt méd. comm. 14e rég. ; Jarry, méd. comm., rég. Paris.

Au grade de chevalier.

Médecins.

Janin, méd. capit., rég. Paris ; Lusinchi, méd. capit. 16e rég. ; Vigot, méd. capit., 3e rég. ; Foure, méd. capit., rég. Paris ; Racle, méd. lieut., 7e rég. Girard, méd. lieut., 13e rég. ; Bouchaud, méd. capit., rég. Paris ; Heitz, méd. capit., 7e rég. ; Moutard, méd. sous-lieut., 5e rég. ; Didier, méd. capit., 1re rég. ; Rouge, méd. capit., 16e rég. ; Moulonguet, méd. capit., rég. de Paris ; Rion, méd. lieut., 11e rég. ; Le Paumier, méd. capit., 2e rég. ; Faugerce, méd. capit., rég. Paris ; Villemeur, méd. capit., 17e rég. ; Simard, méd. capit., rég. Paris ; Noguiès, méd. capit., 18e rég.

Morault, méd. lieut., 3e rég. ; Alayranges, méd. lieut., 9e rég. ; Mugnery, méd. capit., 14e rég. ; Huermand, méd. lieut., 11e rég. ; Bougault, méd. lieut., 3e rég. ; Tissot, méd. lieut., 14e rég. ; Solanet, méd. lieut., 16e rég. ; Alinat, méd. lieut., 15e rég. ; Thiébaut, méd. capit. 6e rég. ; Delon, méd. lieut., 16e rég. ; Verger, méd. lieut. 8e rég. ; Championet, méd. capit., 7e rég. ; Cavailles, méd. capit., 5e rég. ; Ferret, méd. capit., 16e rég. ; Lhuissier, méd. lieut., 4e rég. ; Sebald, méd. capit., 3e rég. ; Courteville, méd. lieut., 1re rég.

Daurios, méd. capit., 17e rég. ; Joanny, méd. capit., rég. Paris ; Barry, méd. lieut., 16e rég. ; Poste, méd. lieut., 11e rég. ; Larrieu, méd. capit., 18e rég. ; Montero, méd. lieut., 19e C. A. ; Gaillard, médecin. capit., rég. Paris ; Le Blay, méd. lieut., 18e rég. ; Germain, méd. lieut., 20e rég. ; Renaud, méd. capit., rég. Paris ; Montlahue, méd. capit., rég. Paris ; Pilven, méd. capit, 11e rég. ; Gelas, méd. capit., 14e rég. ; Sada, méd. lieut., 16e rég. ; Barbier, médecin. capit., 14e rég. ; Dorvault, méd. capit., 16e rég. ; Longy, méd. lieut., 14e rég. ; Jeanjean, méd. capit., rég. de Paris ; Peignaux, méd. capit., 9e rég. ; Mevel, méd. capit., 15e rég.

Vacheron, méd. lieut., 17e rég. ; Carrière, médecin lieut., 17e rég. ; Renault, méd. capit., rég. de Paris ; Michel méd. lieut., 14e rég. ; Bremas, méd. capit., 20e rég. Perrin, méd. capit., 14e rég. ; Bartet, méd. lieut., 2e rég. ; Girard, méd. capit., rég. de Paris ; Chatellier, méd. lieut., 11e rég. ; Hay, méd. capit., rég. Paris ; Rossignol, méd. capit., 2e rég. ; Lehmann, méd. capit., rég. ; Paris ; Cunault, méd. lieut., rég. de Paris ; Le Normand, méd. lieut., 1re rég. ; Monod, méd. lieut., 18e rég.

Semenon, méd. lieut., 9e rég. ; Courbe, méd. lieut., 3e rég. ; Delacloche, méd. lieut., 9e rég. ; Grellier, méd. capit., 18e rég. ; Bernheim, méd. capit., 14e rég. ; Foucaud, méd. lieut., 15e rég. ; Michelet, méd. lieut., 18e rég. Champion, méd. capit., rég. Paris ; Cohen, méd. capit., rég. de Paris ; Boutin, méd. capit., 3e rég.

Par décret du 25 décembre 1935, rendu sur la proposition du ministre de la Guerre, sont élevés, promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931 (sans traitement), les militaires dont les noms suivent :

Au grade de commandeur.

Nobécourt, médec. col., rég. Paris.

Au grade d'officier.

Reverdy, méd. command., 4e rég. ; Crozet, méd. comm., 9e rég. ; Leclercq, méd. lieut.-col., 1re rég. ; Armbruster, méd. lieut.-col., 8e rég. ; Rambaud, méd. comm., 17e rég. ; Landret, méd. comm., 18e rég. ; Levieil, méd. comm., 4e rég. ; Foisy, méd. capit., 4e rég. ; Bousquet, médecin comm., 16e rég. ; Loubat, méd. comm., 18e rég. ; Sorrel, méd. commun., rég. Paris ; Chagavat, médecin capit., rég. Paris ; Vogelin, méd. comm., 15e rég. ; Florand, méd. capit., rég. Paris ; Paoli, méd. comm., rég. Paris ; Jaonnon, méd. capit., rég. Paris ; Janaud, méd. capit., rég. Paris.

Au grade de chevalier.

Ménard, méd. lieut., rég. Paris ; Louvard, méd. capit., 20e rég. ; Vogt, méd. lieut., 19e C. A. ; Craffe, méd. lieut., 2e rég. ; Fernet, méd. lieut., 2e rég. ; Allain, méd. lieut. 4e rég. ; Capart, méd. capit., 2e rég. ; Azam, méd. sous-lieut., 19e C. A. ; Pernin, méd. lieut., 19e C. A. ; Bitterlin, méd. capit., rég. Paris ; Jouisse, méd. capit., rég. Paris ; Maisondieu, méd. lieut., 9e rég. ; Sarrouys, méd. capit., 19e C. A. ; Carrie, méd. lieut., 2e rég. ; Moret, méd. lieut., 13e rég. ; Rourgon, méd. capit., 15e rég. ; Ducassy, méd. lieut., 16e ég. ; Bardon, méd. lieut., 3e rég.

Par décret du 25 décembre 1935, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent, susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi de finances du 16 avril 1930 :

Au grade de chevalier.

Médecins.

Resler, médec., lieut., Moreau-Fimelli, méd. lieut. ; Péchaud, médec., lieut.

2° ARMÉE COLONIALE

Par décret du 25 décembre 1935, rendu sur la proposition du ministre de la Guerre, sont nommés ou promus dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931, les militaires de réserve dont les noms suivent (susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 79 de la loi de finances du 16 avril 1930) :

Au grade d'officier.

Jaulin du Seutre, comm. serv. de santé. 9e rég. ;

Au grade de chevalier

Théron, médec. command., gr. Antilles ; Domergue, médec. lieut., gr. Antilles.

Par décret du 25 décembre 1935, rendu sur la proposition du ministre de la Guerre, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, au titre de la loi du 17 juillet 1931 (sans traitement), les militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier.

Pichon, médec. lieut.-col., serv. santé 9e rég.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Admissions

Dans sa réunion du 17 décembre 1935, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

11.361 ROCHE, Thiers (Pas-de-Calais). Syndicat médicalde Thiers. Admission du 17 décembre 1935 avec effet rétroactif du 17 septembre 1935.
11.473 AUJALEU, Négrepelisse (Tarn-et-Garonne). Syndicat médical de Tarn-et-Garonne.
11.474 BEMBARON, Montigny-les-Cormeilles (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Bouchard et Auclair.
11.475 BOULAY, 18 rue de Maubeuge, Paris (9e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.476 BRUTER, Tracy-le-Mont (Oise). Parrains : Docteurs Woimant et Caufman.
11.477 CAZENAVE, Bordeaux (Gironde). Syndicat professionnel des médecins bordelais.
11.478 COURAUD, Pons (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Jonchères et Cazaillet.
11.479 DEMONTEZ, Sète (Hérault). Syndicat médical de Sète.
11.480 GALAND, 177, boulevard Saint-Germain, Paris. Syndicat O. R. L.
11.481 GORRA, 3, rue de Siam, Paris. Parrains : Docteurs Benassy et Julien Marie.
11.482 HUCKEL, Héricourt (Haute-Saône). Parrains : Docteurs Lallemand et Pétrequin.
11.483 JOURDAN, Marigny (Manche). Parrains : Docteurs Lecouillard et Boscher.
11.484 Docteur JOURNEAULT, Château-la-Vallière (Indre-et-Loire). Syndicat médical d'Indre-et-Loire.
11.485 LABBÉ, Jarnac (Charente). Syndicat médical de la Charente.
11.486 LAURENT, Buxières-les-Mines (Allier). Syndicat médical de l'Allier.
11.487 LEJEUNE, Aumale (Seine-Inférieure). Syndicat de Neufchâtel.
11.488 LEPAGE, Arthon-Retz (Loire-Inférieure). Syndicat médical du pays de Retz.
11.489 MERLAUD, Centre d'hygiène mentale, boulevard Baille, Marseille. Association amicale des anciens internes des hôpitaux de Nancy.
11.490 MOUTARD, Héricourt-en-Caux (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins de la Région d'Yvetot.
11.491 MOISSET, Saint-Urcize (Cantal). Parrains : Docteurs Malet et Delort.
11.492 PETIT, Saint-Riquier (Somme). Syndicat des médecins de la Région d'Abbeville.
11.493 PICART, Montluçon (Allier). Association des anciens externes des hôpitaux.
11.494 PIETTE, Long (Somme). Syndicat des médecins de la Région d'Abbeville.
11.495 PONCELET, Donzy (Ardennes). Syndicat des médecins des Ardennes.
11.496 POURTAL, rue Bel-Air, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat médical de Marseille.
11.497 RAPHAEL (Gaston), 51, quai Rouget-de-l'Isle, Montluçon (Allier). Parrains ; Docteurs Valot et Sedel.
11.499 ROUZAUD (Pierre), 6, boulevard Galliéni, Argenteuil (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.
11.500 SURMONT, 18, rue de La Trémoille, Paris (8e). Syndicat des radiologistes.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

Eloge funèbre du Docteur Charles Levassort

prononcé à ses obsèques par le Docteur CHAPON
Président de l'Association générale des Médecins de France

Mesdames, Messieurs,

C'est dans cette jolie petite ville de Neauphle-le-Château que Charles Levassort naquit, voici 76 ans.

Bien qu'ayant vécu à Paris plus d'un demi-siècle, il voulut prendre le repos, qui, pour lui, commence aujourd'hui et sera éternel, dans les lieux mêmes où il connut toutes les joies de l'enfance.

Son père, qui possédait ici une charge de notaire, aurait assurément désiré que son fils lui succédât, mais Levassort sembla tout d'abord préférer l'industrie. Puis, attiré invinciblement, sans doute, par la médecine, il ne resta pas industriel, et devint un médecin fort justement apprécié.

Dès son installation, il comprit l'utilité des groupements professionnels et il s'affilia sans délai au *Syndicat des Médecins de la Seine*. Il fit bientôt partie du Conseil d'administration de cet important groupement qui lui confia la direction de l'Office chargé de réprimer l'exercice illégal de la médecine. Là, il livra aux forbans une guerre acharnée. C'est dans leur camp, et là seulement, qu'il eût fallu chercher ceux qui n'éprouvèrent pour Levassort aucune sympathie, ce qui était singulièrement honorable puisque tous les autres — on pourrait ajouter sans exception — l'entouraient de la plus profonde estime et de la plus grande affection.

On peut dire que la vie de Levassort fut consacrée sans défaillance au dévouement et à la bonté. Il fut toujours un militant infatigable dans les œuvres fondées pour secourir, protéger ou défendre les membres de notre corporation.

Ce sont ces qualités, ces vertus devrais-je dire, qui l'avaient désigné pour certains honneurs qu'à coup sûr, il n'avait pas recherchés ; que ce soit à la « *Mutualité Familiale* » ou au « *Sou Médical* », ces deux admirables filiales du « *Concours* » auxquelles il appartenait depuis plus de vingt ans ; que ce soit à *l'Association Générale* dont il fut le remarquable et brillant secrétaire général pendant de longues années ; que ce soit enfin à la « *Prévoyance* » dont il était depuis plus de quinze ans le président respecté.

C'est au nom de tous ces groupements, qui garderont de lui un inaltérable souvenir, que je viens saluer la dépouille de Levassort.

Malgré sa santé devenue précaire depuis quelques mois, il ne pouvait se contraindre à se reposer. Il tint à venir présider le Conseil d'administration de la *Prévoyance* à la fin du mois de novembre qui vient de s'écouler. Sa démarche était chancelante, ses traits étaient altérés, mais il avait conservé son habituelle sérénité.

Il fallait bien qu'il fût trahi, abandonné par ses

forces pour se résoudre à un relâchement dans l'accomplissement de la tâche qu'il avait acceptée. Il était constamment pénétré de ce sentiment élevé qu'on appelle le devoir, si complexe que personne au monde ne saurait le définir. Il est parfois difficile de le connaître, tout en ayant le souci constant de l'accomplir.

C'est précisément dans cette difficulté de discernement que résidait l'origine des scrupules incessants qui constituaient la particularité touchante du caractère de Levassort. On sentait que la seule question qui revînt sans cesse à son esprit était celle ci : « Fais-je mon devoir » ? Ces hésitations, ces scrupules, étaient pour lui la cause d'un perpétuel tourment et pourtant il est un de ces hommes, trop rares aujourd'hui, dont on puisse dire qu'entre l'intérêt et le devoir, c'est toujours le devoir qu'il eût choisi.

Nous ne le verrons plus, ce laborieux, à la fois si simple et si distingué, si modeste et si affable, mais nous l'associerons tous dans notre mémoire aux fidèles serviteurs de nos œuvres, fussent-ils les plus grands.

Et vous, Madame, vous ne verrez plus à vos côtés ce brave homme que nous pleurons. Je ne rechercherai pas, car je ne saurais le trouver, le mot qui essaie de consoler ; bornons-nous tous à prendre part à votre douleur en ajoutant que notre peine est grande, à nous aussi, car c'est un bon ami, un excellent ami que nous avons perdu.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

10.277. — Date à laquelle il doit être donné congé

Ayant mon loyer à terme échu, à quelle époque dois-je prévenir (et de quelle façon ?) mon propriétaire que je quitte mon appartement. Dr H.

Réponse

Les conditions dans lesquelles vous pouvez donner congé à votre propriétaire dépendent de la nature de votre contrat de location : bail ou engagement verbal, et aussi des formes et délais qui ont pu être prévus, pour la résiliation dans le contrat.

Pour pouvoir vous donner un avis formel, il faudrait donc que nous soyons mis à même de prendre connaissance de ce contrat.

En admettant, par hypothèse, que vous soyez titulaire d'une simple location verbale sans détermination de durée, suivant les usages de Paris, que votre loyer soit payable d'avance ou

à terme échu, vous pouvez donner congé à votre propriétaire par exploit d'huissier, au moins trois mois à l'avance, c'est-à-dire, par exemple, avant le 31 décembre au plus tard, si vous voulez déménager au terme d'avril.

9.529. — Prélèvement de 10 % sur les honoraires d'expertise

Les honoraires d'expertise ordonnée par les Tribunaux en accidents du travail sont-ils sujets à la retenue de 10 % ?

Ces frais réglés par l'Enregistrement, avance remboursée par les Compagnies d'assurances tombent-ils sous le coup des décrets-lois ?

Dr B.

Réponse

Les honoraires pour expert se en matière d'accidents du travail, sont soumis au prélèvement de 10 % institué par le décret-loi du 16 juillet dernier sur toutes les dépenses publiques. Il n'est pas douteux en effet que le paiement de ces honoraires constitue une dépense incombant à l'Etat, car, si ce dernier, dans la majorité des cas s'en fait rembourser le montant, il peut aussi avoir à supporter intégralement ces frais, lorsque l'accidenté n'a pas eu gain de cause et bénéficie de l'Assistance judiciaire. Il y a donc là l'acquittement d'une dette, avec possibilité aléatoire de recours, et non simple rôle d'intermédiaire.

Le décret du 16 juillet ne s'appliquerait-il pas, que les choses n'en seraient pas changées pour cela. Il résulte en effet, d'un décret-loi postérieur, du 8 août dernier, que les honoraires d'expertise, en quelque matière que ce soit (civile, criminelle, etc.) sont réduits de 10 %.

9.641. — Application de la réduction de 10 % sur les loyers

Je vous serais très obligé, comme abonné au *Concours Médical*, de bien vouloir me faire connaître le prix exact de mon loyer professionnel après déduction de 10 % pour les termes de juillet à octobre 1935 et à partir de janvier 1936.

Prix initial à M... de mon cabinet, 900 francs par an. Je n'ai pas de bail et j'ai subi les augmentations successives, charges 30 % sur 900 francs par an, c'est-à-dire 270 francs.

Voici les prix fixés par mon propriétaire : après réductions le terme de juillet à octobre 1935 sera de 708 francs. Les termes suivants à partir de janvier 1936 seront de 689 fr. 70.

Dr V.

Réponse

Suivant la législation sur les loyers en vigueur

antérieurement au décret-loi du 16 juillet dernier, vous deviez payer, à titre d'occupant de locaux à usage professionnel ou mixte, un loyer égal au loyer de 1914, majoré de 305 %. Vous aviez, en outre, à supporter certaines charges qui, en cas de forfait, ne pouvaient excéder 30 % du loyer de 1914.

La valeur locative en 1914 était de 900francs, votre loyer devait donc s'élever à $\frac{900 \times 305}{100} =$ 2.745 francs par an et les charges à $\frac{200 \times 30}{100} =$ 270 francs par an. Le montant de chaque terme devait donc être de : 686 fr. 25 + 67 fr. 50 = 753 fr. 75, plus le timbre-quittance.

La réduction de 10 % prescrite par le décret-loi du 16 juillet 1935 ne porte que sur le principal du loyer et non sur les charges. De plus, elle est applicable depuis le 17 juillet.

Pour le terme de juillet à octobre (nous supposons le loyer payable à terme échu), vous n'aviez droit à une réduction de 10 % que pour la période de jouissance allant du 17 juillet au 1er octobre, soit 76 jours sur 92. Le dixième du principal du loyer pour un terme étant de 68 fr. 62 la réduction devait être égale à $\frac{68,625 \times 76}{92} =$ 56 fr. 70.

Par conséquent, le terme d'octobre aurait dû être de 753 fr. 75 — 56 fr. 70 = 697 fr. 05.

Les termes ultérieurs devront être égaux à 753 fr. 75 = 68 fr. 65 = 685 fr. 10.

Assurance automobile

Je suis propriétaire d'une voiture automobile et je la confie à mon collaborateur qui la conduit tous les jours dans l'exercice de ses fonctions.

Je voudrais savoir à qui incombe le soin de faire assurer les risques consécutifs encourus en la circonstance contre les tiers. Aux termes de la loi, le conducteur tombe sous le coup de la loi pénale, mais le propriétaire reste, je le crois du moins, responsable civilement. Auquel de nous deux, en l'occurrence, revient la charge de faire assurer la voiture ?

Dr V.

Réponse

Lorsqu'un propriétaire d'automobile confie sa voiture à un tiers, une double responsabilité peut être encourue. Il peut y avoir, en effet, responsabilité du propriétaire et responsabilité personnelle du conducteur.

Il y a responsabilité personnelle du propriétaire de l'automobile lorsque la voiture est reconnue être restée sous sa garde ou sa surveillance, s'il a donné des ordres pour la mise en route, ou même, pour le parcours à effectuer. Elle peut

encore être recherchée si l'accident est dû à un vice de construction, ou à un défaut d'entretien du véhicule.

Cette responsabilité du propriétaire est, toujours, une responsabilité civile et à moins de faute lourde de sa part, une responsabilité pénale n'est pas à envisager.

La responsabilité du conducteur est basée sur une faute personnelle. Elle peut être double : soit civile, soit pénale. Dans la plupart des cas, elle est reconnue double : civile et pénale.

En ce qui concerne la responsabilité pénale, il n'est pas possible de garantir ce risque, les récents décrets-lois ont rendu illégale l'assurance des décimes d'amende.

Pour ce qui est de la responsabilité civile, théoriquement, un double contrat devrait être envisagé, mais, pratiquement, cette formule se heurterait à de graves inconvénients, et il est préférable de faire insérer, dans la police du propriétaire, une clause dite de « stipulation » pour autrui, que précisera que la responsabilité du conducteur, quel qu'il soit, sera garantie au même titre qui la responsabilité personnelle de l'assuré. Il est à remarquer, d'ailleurs, que la plupart des Compagnies insèrent, d'office, cette formule dans leurs contrats. De toutes façons, elle ne doit pas donner lieu à l'imposition d'une surprime.

P. R. BAGLIN
Conseil technique d'Assurances
Docteur en Droit

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

10.176. — Décorations des anciens combattants

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire savoir à quelles décorations j'ai droit et à qui dois-je faire la demande pour obtenir le droit de porter ces décorations.

Voici pour vous permettre une réponse précise — dont je vous remercie à l'avance — mes états de service : Sursitaire de la classe 1913. Mobilisé le 2 août 1914. Un mois de classe au n^e zouaves et départ au front où j'arrive en octobre comme soldat au n^e zouaves. Je reste ainsi soldat de 2e classe à ce régiment jusqu'en janvier.

En janvier, nommé médecin auxiliaire, je pars avec mon régiment sur l'Yser où nous restons.

J'y suis cité à l'Ordre de la brigade.

En mai 1915 je suis grièvement blessé en tranchée de première ligne et évacué.

Par la suite, je suis réformé définitivement no 1 avec pension de 40 %.

Je suis titulaire de la Carte du combattant. Dites-moi donc à quelles décorations tout ceci me donne droit ? Interalliée ? du combattant ? des blessés ? et... quoi encore ? et à qui dois-je m'adresser pour les obtenir ?

N'ai-je pas droit à la Médaille ou Croix belge des combattants de l'Yser. Elle ne serait plus accordée

actuellement, me dit-on. Pourtant en transmettant une demande par notre ambassade à Bruxelles, ne pourrais-je l'obtenir ?

Dr X.

Réponse

En plus de votre Légion d'honneur, vous avez droit à la Croix de guerre, à la Croix du combattant, à la Médaille commémorative de la Grande guerre, sans aucune formalité.

Pour le port de la Médaille interalliée, vous adresserez une demande au Directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, puisque vous êtes réformé.

Quant à la médaille de l'Yser, la circulaire du 8 juin 1920 limite son attribution à la présence sur le front de l'Yser pendant la période du 17 au 31 octobre 1914, dans certains corps de troupes, dont ne fait pas partie le n^e zouaves. Les demandes devaient être adressées au Cabinet du ministre de la Guerre, 2e bureau.

10.302. — Droit aux soins gratuits

Je soigne actuellement pour sténose pylorique un pensionné (article 64 de la loi du 31 mars 1919) dont le libellé de pension inscrit sur le carnet de soins était ; Tumeur nettement perceptible de la région duodéno-pylorique. Etat cachectique.

Les experts de la Commission de réforme en juin dernier ont rejeté cette affection comme non-imputable au service (mais il a été pensionné pour cela pendant quelque temps).

Puis-je continuer à me servir du carnet de soins pour des troubles digestifs graves par sténose, malgré l'avis contraire de la Commission de contrôle ?

Je vous signale que le nouveau libellé de pension est « Troubles hépatiques fonctionnels sans signes d'affection organique ».

Dr D.

Réponse

Pour éclaircir cette situation, il convient tout d'abord d'établir si, pour cette tumeur ou pour cette affection gastrique, l'intéressé était inscrit sur la liste permanente des bénéficiaires de l'art. 64, autrement dit s'il recevait, pour cette infirmité, une pension d'invalidité avec un titre de pension régulier, et non avec un titre d'allocation provisoire d'attente, bref, si la tumeur avait été reconnue imputable au service par le ministre des Pensions.

En ce cas, même si la pension vient à être supprimée par un taux devenu inférieur à 10 %, l'intéressé conserve, pour l'affection en cause le droit au bénéfice à l'art. 64 pour toute sa vie (Décret du 25 oct. 1922, art. 5, parag. 3). L'origine de l'infirmité, acceptée par le Ministre, ne peut plus être mise en cause (même par une

Commission de réforme, ni par la Commission de contrôle).

Par contre, si l'intéressé ne possédait pour cette tumeur ou pour cette affection gastrique qu'un titre d'allocation provisoire, et que le Ministre n'ait pas admis ensuite l'imputabilité, la radiation de la liste provisoire (et non permanente) sur laquelle il était inscrit, se fait automatiquement par le Préfet, auquel le Ministre a notifié sa décision (même décret, art. 13).

Peut-être est-ce là le cas de votre malade ? En ce cas, il n'a plus droit aux soins gratuits.

10.358. — Droit aux décorations de la guerre

Médecin aide-major, puis médecin capitaine, croix de guerre, vingt-huit mois de front, médaille de Verdun, je voudrais savoir :

1° Les décorations que j'ai droit de porter sans demande officielle.

2° Celles qu'il faut solliciter (et auxquelles j'ai droit).

Dr B.

Réponse

Sans demande officielle, vous avez le droit de porter : la Croix de guerre, la Médaille commémorative de la Grande guerre, et la Croix du combattant (si vous possédez, ce qui est probable, la carte du combattant).

Mais vous devez demander à votre Directeur du Service de santé l'autorisation de porter la Médaille interalliée.

10.513. — Périodes d'instruction obligatoires

J'ai reçu une lettre du directeur du Service de santé de la *n*e Région, me convoquant, à nouveau, pour une période militaire obligatoire, du 26 février au 21 mars inclus.

J'avais suivi votre conseil donné par votre lettre du 11 février 1935 et j'avais demandé l'ajournement de ma période à 1936 et cela, pour des raisons d'ordre professionnel.

Mais, pour plus de sûreté, me disiez-vous dans votre lettre, vous n'aurez qu'à, dans le dernier trimestre de l'année 1935, offrir votre démission de médecin de réserve au ministre par l'intermédiaire de votre actuel Directeur du Service de santé.

D'après votre lettre du 11 février 1935 — étant classe 1907 — je suis libérable le 15 octobre 1936.

Vous seriez bien aimable de me dire dans quels termes je dois offrir ma démission ?

Dr X.

Réponse

La Circulaire ministérielle du 30 septembre 1930, titre V, parag. A, dispose que les officiers de réserve ne peuvent être convoqués pour une période d'instruction au cours de la dernière année de leurs obligations militaires à moins qu'ils n'aient envoyé en temps opportun une demande pour être maintenus dans les cadres au delà de la durée légale.

Il ne s'agit donc plus d'offrir votre démission, mais d'écrire à votre Directeur du Service de santé pour lui dire que vous voulez bénéficier des dispositions de la circulaire précitée, attendu que vous ne demandez pas à être maintenu dans les cadres au delà de la durée légale.

FISCALITÉ

9.875. — Rectification d'une erreur sur le livre-journal

La loi interdit toute rature sur le « Livre-Journal » que nous devons tenir.

Que faut-il faire quand une somme vous ayant été versée après acquit daté et signé, il vous arrive de porter cette somme — par inattention — à une autre date voisine de la précédente ?

Réponse

Le mieux est de laisser l'inscription comme elle est sur le livre-journal et si par impossible le Contrôleur constatait qu'elle a été faite à mauvaise date, de lui dire que vous n'avez pas voulu modifier l'inscription pour éviter les rectifications.

A. Martinot.
Conseil fiscal

9.658. — Report du déficit d'une année sur l'année suivante

1° Pour quel exercice jouera la nouvelle disposition fiscale dite du « report déficitaire » ?

2° Si elle joue pour 1934-1935, ayant eu en 1932, un fort excédent de dépenses, puis-je en reporter une part sur ma déclaration (ou réclamation plutôt !) 1935, la troisième après mon installation en 1932 ?

Dr F.

Réponse

Le report du déficit étant admis par l'article 80 des décrets de 1934, il ne peut y avoir d'imputation qu'à partir des impositions suivantes, c'est-à-dire que le premier déficit imputable sera celui de l'exercice 1934 s'il y a lieu.

A. M.

Cinquante huitième année — N° 2 — 12 Janvier 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 5. — Doct. 56 ans, très actif, ayant cédé grosse client. de 30 ans, recherche remplacem. toute région, toute durée.

Nº 6. — On dem. doct. ou doctoresse, pour contrôle médical de l'Eure. Ecr. Dr Tessier, méd. chef du contrôle, à Evreux.

Nº 7. — A céder poste très intéress. ds ch.-lieu canton, seul méd. propharm., pas de sage-fem. dans région, confr. à 18 km. Possibil. augmenter client., riche et payant compt. Maison confort. garage. Bail très avantag. Pays chasse et pêche. Touristes en été. Très bon climat.

Nº 8. — Paris (XVIIIe). Cession appartem. méd. 70 ans existence, avec installat. Cession bail. Indemn. à débattre.

Nº 9. — A vend. : 1 basiotribe neuf, 1 forceps avec boîte nickelée et housse, 1 Pachon, 1 appareil à anesthésie d'Ombredanne, 1 sériographe de Rassurel, 1 grille radioscop. Ropiquet, 1 série complète de daviers, thermocautère. S'ad. Dr Tèze, à Thouars (Deux-Sèvres).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET

1, rue Dante, Paris (5e). - Tél. : Odéon 36-46

Oise. Très pressé, cause santé, importante clientèle médecine générale, à reprendre avec belle installation profes.

Région du Nord. Affaire de médecine générale et radiologie uniquement de consultations. Prix à débattre.

Région Parisienne et Franche-Comté, clientèles rurales à prendre sans indemnité.

Encore une victime des Rayons :
Le Professeur Laquerrière, de Montréal

Le Professeur Laquerrière, chef du Service de radiologie et d'électrologie de l'hôpital Notre-Dame, à Montréal, qui est allé au Canada soutenir brillamment la réputation de la médecine française, vient de subir une nouvelle et douloureuse opération, nécessitée par des accidents causés par les rayons. Son nom doit être ajouté à la liste déjà trop longue des martyrs de la radiologie.

Le *Concours Médical* qui a l'honneur de compter le Professeur Laquerrière parmi ses plus éminents collaborateurs et ses plus fidèles amis, lui adresse ses vives sympathies et ses meilleurs souhaits de complète et définitive guérison.

J. N.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Umfia ou Union médicale latine.** — Le dîner annuel de l'Umfia sera, cette année, offert en l'honneur de la science médicale et des médecins espagnols.

Ce dîner est fixé au lundi 3 février 1936, au Palais d'Orsay, à 20 heures très précises, sous la présidence de son Excellence de Cardenas y Rodriguez de Rivas, ambassadeur d'Espagne à Paris, assisté de MM. les Professeurs Maranon, de Madrid, et Portmann, sénateur de la Gironde.

Prière d'envoyer les inscriptions au siège social de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVI^e^) en y joignant chèque ou mandat-carte représentant le prix du dîner, soit 50 francs par personne (service compris).

— **Hôtel-Dieu.** *Réunions du dimanche pour les médecins praticiens.* Tous les dimanches, du jour de l'an à Pâques, à l'amphithéâtre Trousseau. — Dimanche 12 janvier, à 10 h. 30, Professeur Paul Carnot : Les vomissements stercoraux et les court-circuits digestifs. — Dimanche 19 janvier, à 10 h. 30, Docteur Sainton, médecin honoraire des hôpitaux : Sclérodermie et glandes endocrines. — Dimanche 26 janvier, à 10 h. 30, Professeur Cunéo :

Traitement chirurgical des artérites chroniques des membres.

— **Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.** — Les *cours cliniques* de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, faits par MM. Logre, Heuyer et Brousseau, sont repris depuis le 10 janvier.

— **Association d'enseignement des hôpitaux de Paris.** *Conférences du dimanche.* — Le 19 janvier 1936, à 10 heures, à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, conférence de M. Le Lorier sur : *l'opium et l'hypophyse en obstétrique.*

— **La patente des professions libérales.** — Nous lisons dans le *Siècle médical* le texte d'une lettre adressée au ministre par le groupement des professions libérales au sujet de la patente. Cette lettre signale à nouveau l'accroissement profondément injuste de la patente des médecins ayant un faible loyer et aussi l'exagération du droit proportionnel pour certains loyers professionnels parfois nécessairement élevés. Elle soumet au ministre les suggestions et le projet suivants, plus équitables, pour l'établissement des patentes des professions libérales. Projet :

A. — Le droit fixe de patente sera réduit de moitié :

1° Lorsque la valeur locative de l'ensemble des locaux professionnels ne dépassera pas:

2.000 francs à Paris ;

1.500 francs dans les autres villes de plus de 100.000 habitants :

1.200 francs dans les communes de 100.000 habitants et au-dessous.

2° Quelle que soit la valeur locative des locaux professionnels pour l'année pendant laquelle le patentable a commencé à exercer sa profession (pour les avocats, l'année pendant laquelle ils sont inscrits au tableau) et pour les deux années suivantes, ainsi que pour les années suivant celle au cours de laquelle le patentable a atteint l'âge de 65 ans.

Cette disposition ne s'applique pas aux titulaires de charges et offices.

B. — Le droit proportionnel est fixé comme suit :

Fraction de la valeur locative de l'ensemble de l'établissement professionnel :

Paris :	
Comprise entre 0 et 4.000 francs	20e
Comprise entre 4.001 et 30.000 francs	10e
Supérieure à 30.000 francs	5e
Autres communes de plus de 100.000 habitants :	
Comprise entre 0 et 3.000 francs	20e
Comprise entre 3.001 et 25.000 francs	10e
Supérieure à 25.000 francs	5e
Communes de 100.000 habitants et au-dessous :	
Comprise entre 0 et 2.400 francs	20e
Comprise entre 2.401 et 20.000 francs	10e
Supérieure à 20.000 francs	5e

— **Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris.** — A la dernière séance, la Société d'hy-

drologie a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus : président, M. Perpère ; vice-président, MM. Villaret et Gallup ; secrétaire général, M. Sérane ; secrétaire général adjoint, M. Du Pasquier ; trésorier, M. Debidour ; archiviste, M. Lassance ; secrétaire des séances : MM. Baron et Roubau.

— **Banquet de la Société médicale du XIIIe arrondissement.** — Le 19 décembre 1935, a eu lieu dans les salons du restaurant Laperouse, 51, quai des Grands-Augustins, le banquet annuel de la Société médicale du XIIIe arrondissement sous la présidence du Docteur Lacroix, président de la Société, animateur et organisateur habituel et dévoué de cette manifestation de bonne entente interconfraternelle.

Les confrères qui assistaient au banquet étaient les Docteurs Bloch, Bouhey, Castex, Chancel, Chausse, Chavany, ancien chef de clinique de la Faculté, Cousyn, Devimeux, Hubac, syndic du S. M. S., Janaud, Kreyts, Lacroix, président de la Société, Martin-Saint-Laurent, Quinqueton, Sassier, Schlesinger, Seguin, la Doctoresse Serin, médecin des Asiles et Vincant, auxquels s'étaient joints les Docteurs Barreston, Quenay, urologiste, et M. Porsin, biologiste.

Comme l'année précédente, une grande cordialité ne cessa de régner pendant le banquet ; le Docteur Lacroix, prit la parole au dessert et fut remercié ensuite pour sa parfaite organisation et applaudi chaleureusement. Les convives ont manifesté le désir de se réunira dans un second banquet où les dames pourraient être conviées au printemps ou au début de l'été.

— **Compétence !** — Mlle Marcelle Lafont, ingénieur-chimiste, vient d'être désignée par M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique (*Journal Officiel*, 28-12-1935) pour siéger à la Commission de surveillance du centre national de puériculture de Longchêne, dit sanatorium Marie-Georget-Boursin-de-Bullion, commission dont font partie les Docteurs Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, Weil-Hallé, directeur de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, Guérin, de l'Institut Pasteur, et Guinard.

— **L'Ordre des médecins à la Commission d'hygiène de la Chambre des députés.** — Le 18 décembre dernier, la commission d'hygiène de la Chambre des députés, après avoir entendu le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, a adopté sans modification le texte du Sénat portant création d'un Ordre des médecins.

— **Paris.** *Cartes de surcharge des médecins pour les transports en commun.* — Le renouvellement de ces cartes se fera à la Préfecture de police, escalier D, entresol, bureau 173, du 6 janvier au 14 février, de 9 heures à 18 h. 30 en semaine, et de 9 heures à midi le dimanche.

Se munir de la carte 1935 et d'une photographie.

— **Académie vétérinaire de France.** — M. G. Ramon, sous-directeur de l'Institut Pasteur, a été élu membre titulaire de l'Académie vétérinaire de France (section de zootechnie et industries animales).

— **Le certificat prénuptial en Allemagne.** — Le certificat prénuptial est obligatoire en Allemagne depuis le 10 décembre 1935. Valable pour six mois, il comporte des renseignements très détaillés sur l'hérédité, l'état physique, l'histoire pathologique du candidat, et la présence possible, chez lui, d'un sang non allemand.

— **Nécrologie.** — Le médecin-commandant Forgues, médecin des salles militaires de l'hôpital mixte de Nîmes, nous prie d'annoncer le décès de sa belle-mère, Madame veuve Faure, survenu à Perpignan le 24 décembre 1935.

Nos sincères condoléances.

— **Notre voyage au Maroc.** — Nous rappelons à nos lecteurs que nous organisons à Pâques un voyage au Maroc. Le départ aura lieu de Marseille le 4 avril sur le « Chella ». Le 7, à l'arrivée à Casablanca, des autocars particuliers Pullmann-luxe attendront les voyageurs et les conduiront successivement à Rabat, Fez, Meknès, Volubilis, Marrakech, Taroudant, Agadir, Mogador, Safi, Mazagan pour regagner le 18 avril Casablanca où ils s'embarqueront. L'arrivée à Marseille aura lieu le 21 avril à 7 heures.

Prix de ce voyage : 3.390 francs en 1re cl. ; 2.990 francs en 2e cl. Des renseignements plus détaillés seront publiés dans nos prochains numéros.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 DÉCEMBRE

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 22 décembre modifiant les modalités de remboursement et la procédure contentieuse relative aux mémoires présentés en payement au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1929.

Ce décret est publié dans la Partie Professionnelle du présent Numéro.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de Bureau municipal d'hygiène.

La vacance d'un poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Bordeaux est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 30 octobre 1935, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique sur proposition du Maire et parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la cir-

culaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 6e bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et produire une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire.

Le traitement alloué est fixé de 30.000 à 39.000 francs par an avec échelons de 3.000 francs tous les trois ans. La limite d'âge est fixée à quarante-cinq ans maximum, compte tenu du temps passé aux armées. Le directeur du Bureau d'hygiène n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

27 DÉCEMBRE

Assurances sociales.

Décret du 22 *août* 1935 *fixant le nombre et les circonscriptions des services régionaux des Assurances sociales.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

28 DÉCEMBRE

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre du Ministère de la Santé publique : MM. les Docteurs Barozzi et Branère, de Bordeaux.

Service de santé.

Honorariat

Par décision du 17 décembre 1935, et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décisions présidentielle de même date, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade médecin-colonel : Nobécourt.

Avec le grade de médecin lieut-col. : Faure, Carrière, Chifoliau.

Avec le grade de méd. command. : Contet, Gueniot, Barge, Monfort, Bénès, Honorat, Borrel, Soubeyran.

Avec le grade de médecin capitaine : Buron, Demanche, Desjardin, Gandois, Manuel, Rembert, Rendu, Blairon, Cagnard, Gontier, Martinet, Noël, Secret, Semper, Klein, Morin, Grojean, Marquet, Audebert, Fontanilles, Battesti, Benoit, Gontier de La Roche, Roumagoux, Sonder, Canivenq, Compayre, Barrue, Caillibaud, Harismendy, Rascot, Dreyfous, Jacquot.

Avec le grade de médecin lieutenant : Farcy, Molumar, Lafon, Lefèvre, Fourcade.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Exercice de la médecine par les étrangers

I

14.156. — M. Ballu demande à M. le ministre de la Santé publique si un étudiant en médecine, d'origine roumaine, terminant ses études et devant posséder dans deux mois son diplôme d'Etat, et désirant se faire naturaliser Français, aussitôt après, pourra exercer après l'accomplissement de son service militaire. (*Question du 4 novembre* 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine, pourra immédiatement exercer la médecine s'il a accompli le temps légal de service militaire actif.

(*J. O.* , 27 décembre 1935.)

II

14.189. — M. Ballu demande à M. le ministre de la Santé publique, si, en application de la loi du 30 juin 1935, dite loi Nast, sur l'exercice de la médecine par les étrangers : 1° un médecin stomatologiste français diplômé de l'Etat, peut employer pour la chirurgie dentaire (avulsions, obturations) un sujet étranger, réfugié russe, muni d'un diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de Nancy, décerné en juillet 1935 ; il n'est pas question pour un dentiste étranger de fonder un cabinet dentaire, mais seulement de collaborer sous la direction et la responsabilité d'un dentiste français ayant besoin d'un aide, pouvant le remplacer au besoin, l'étranger dont il s'agit serait possesseur d'une carte de travail délivrée par l'Office de placement sur présentation d'un contrat délivré par son éventuel patron ; 2° si, au cas où le sujet étranger serait possesseur d'un diplôme d'université au lieu d'un diplôme d'Etat, cette particularité entraîne des objections spéciales et si ces objections seraient identiques pour un opérateur de nationalité française. (*Question du 6 novembre* 1935.)

Réponse. — 1° Un chirurgien-dentiste étranger ne peut exercer, que ce soit seul ou sous le contrôle d'un médecin stomatologiste français, que s'il est titulaire du diplôme d'Etat et s'il a été autorisé à exercer avant la promulgation de la loi du 26 juillet 1935 ; 2° un chirurgien-dentiste, titulaire du diplôme d'université, qu'il soit français ou étranger, ne peut pas exercer l'art dentaire.

(*J. O.* , 27 décembre 1935).

LE COLPORTAGE EN PHARMACIE

La lecture de votre article sur le colportage pharmaceutique nous a causé un grand plaisir ; car voilà bientôt dix ans que les pharmaciens protestent contre cette nouvelle habitude commerciale et ont essayé par tous les moyens possibles de la faire disparaître.

Il y a longtemps qu'ils ont demandé aux médecins d'intervenir pour appuyer leurs doléances ; mais jusqu'à ce jour ils ont eu peu de succès, la plupart des Syndicats médicaux ne jugeant pas que la question présentait de l'importance au point de vue médical.

C'est pourquoi votre article nous semble très intéressant car il fait ressortir le tort immense que le colportage cause tant aux malades qu'aux médecins en général. Nous espérons que les médecins auront ainsi leur attention attirée vers ce problème et qu'à l'avenir ils consentiront à nous appuyer dans nos démarches.

Le dommage causé aux pharmaciens et propharmaciens est lui, hors de toute mesure ; il aboutit en effet à la disparition pure et simple de ces deux professions et comme vous le dites, en sonne le glas. Les pharmacies qui se disent commerciales ne sont plus elles-mêmes que des fournisseurs en gros, de ces commissionnaires et finissent elles aussi par ne plus pouvoir résister à des maisons toujours plus commerciales qui, sous une enseigne de pharmacie, sont en réalité de vulgaires bazars.

L'étude juridique que vous tracez est très précise et malheureusement comme vous le dites la jurisprudence de la Cour de cassation (5 juillet 1900) admet comme licite le fait d'être un simple mandataire qui se borne à transmettre les ordonnances et les commandes et à livrer aux clients les paquets à leur nom, préparés, scellés et envoyés par le pharmacien.

Or tout le problème est là et tous les colporteurs agissent ainsi officiellement et en apparence. Bien entendu, parce qu'ils y ont intérêt, ils se livrent fatalement au bout d'un temps plus ou moins long à de l'exercice véritablement illégal tant de la pharmacie (par la livraison à la demande et immédiate) que de la médecine (par le conseil et même l'examen des malades) mais les colporteurs qui savent bien où est l'illégalité n'agissent qu'à l'intérieur des maisons et chez des personnes dont ils ont capté la confiance.

Autant dire que la constatation et la répression en sont à peu près impossibles. Si par hasard un colporteur trop imprudent se fait prendre, lui-même et ses collègues se contentent de redoubler de prudence et ne changent pas leur façon d'opérer.

Voilà pourquoi après avoir lu l'étude très exacte que vous avez faite, je regrette que les solutions dont vous parlez se révèlent illusoires et inefficaces.

En effet nous possédons des cas concrets et précis de colportage tant licite qu'illicite de médicaments.

Quand il s'agit de colportage illicite la condamnation que nous obtenons n'empêche rien pour l'avenir. Quand il s'agit de colportage licite (suivant la jurisprudence) nous sommes déboutés de la poursuite.

Le principe que vous demandez de faire proclamer fera double emploi avec la jurisprudence actuelle sans supprimer les colporteurs qui apparemment se contentent de noter les commandes et de les rapporter aux clients.

L'action commune et concertée des Syndicats et de leurs Confédérations peut d'ailleurs s'exercer autrement : par la demande aux parlementaires et aux Pouvoirs publics d'une addition à l'art. 36 de la loi de germinal an XI.

Cette addition pourrait être la suivante :

« Il est interdit aux pharmaciens au même titre et sous les mêmes sanctions que les interdictions édictées par l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, de solliciter à domicile ou sur la voie publique, par l'intermédiaire de courtiers à leur solde, toute commande de médicaments ou de produits pharmaceutiques.

« En cas de contravention à cette interdiction, les mêmes peines frapperont les courtiers qui auront été les complices de cette contravention. »

Cette mesure se justifierait par la nécessité de protéger la santé publique en évitant la formation d'une nouvelle catégorie d'empiriques : les colporteurs en pharmacie véritables maîtres Jacques des soins aux malades (nous en connaissons qui font des piqûres, des massages, posent des ventouses, font de véritables consultations humaines ou vétérinaires avec examen des malades à domicile). Ils finissent par s'imposer à la confiance des habitants des communes rurales par un mélange de charlatanisme et de services rendus (ils rapportent les autres commissions de leurs clients et au besoin les transportent gracieusement en ville à l'occasion de leurs voyages).

Le mal est plus avancé qu'on ne le suppose. Il y a déjà deux ans que nous avons pu lire dans les petites annonces d'un journal de l'Est :

« Tournée de pharmacie à vendre, cinquante-six villages visités. Céderais pour 15.000 francs. »

Tout commentaire paraît superflu. Il est grand temps si l'on veut aboutir.

Voir la suite page I.V-125.

PROPOS DU JOUR

Le manque de méthode dans les réalisations d'hygiène
La médecine sociale devrait être avant tout préventive

En matière d'hygiène, la France ressemble un peu au pays du Père Ubu. C'est le chaos, c'est le gâchis dans le département sanitaire où règne sans éclat Son Excellence l'Incompétence. Soyons juste cependant, ce désordre ne date pas d'aujourd'hui, il fut de tous les temps.

Notre confrère Ali Colombet a décrit avec talent cette incohérence dans une conférence faite à l'occasion du Centenaire de la Société médicale de l'Opéra et qu'il a intitulée : *La médecine sociale devrait être avant tout préventive.*

Au cours d'un séjour au Maroc, le Docteur A. Colombet a été frappé de l'illogisme de certaines réalisations sanitaires, qui méritent cependant d'être admirées.

A côté d'hôpitaux et de dispensaires dont l'organisation approche de la perfection, on voit les indigènes vivre dans les conditions les plus misérables dans des taudis sans air et sans lumière. Des enfants insuffisamment nourris deviennent rachitiques dans ce pays où le blé est produit en telle abondance qu'on ne sait comment s'en débarrasser. Et A. Colombet se demande si, avant de construire de merveilleuses organisations sanitaires pour soigner la population malade, il ne serait pas préférable de prendre des mesures d'hygiène pour prévenir les maladies.

Cette situation paradoxale qui nous donne l'impression qu'on a mis la charrue devant les bœufs et qui a fortement frappé le Dr Colombet, il l'a retrouvée aussi frappante à son retour en France. Jusque-là l'habitude de la voir tous les jours l'avait empêché de la remarquer.

En entrant à Paris, où l'on enseigne les bienfaits de l'urbanisme, dont on vante les réalisations, le premier spectacle qui frappe est celui de l'horrible zone où « vivent des milliers de Français et des milliers d'enfants, dans de misérables baraques de planches et de bidons, dans des roulottes sans roues, devenues définitivement sédentaires, sans eau, sans égouts, dans une saleté repoussante, dans une promiscuité malfaisante à tous les égards. »

N'est-ce pas une honte que de laisser cette ceinture hideuse et dangereuse autour de Paris ? Et n'aurait-il pas été logique de la faire disparaître avant d'élever les hôpitaux de luxe qu'elle contribue du reste largement à remplir ? Il en est de même des groupes scolaires modernes. Oh ! nous ne critiquerons pas leurs confortables réalisations, on ne saurait jamais faire trop bien pour l'enfance, mais nous sommes de l'avis du Dr Colombet, elles auraient dû suivre et non précéder l'amélioration des habitations.

Au lieu de réclamer la déclaration obligatoire de la tuberculose, déclaration qui ne servirait à rien, pas même à nous donner une statistique d'une exactitude relative, n'y aurait-il pas avantage à inspecter les logements après chaque décès, après chaque maladie traitée par les soins de l'Assistance médicale gratuite, à faire peindre ou blanchir à nouveau les cloisons, à remplacer les parquets infectés par des carrelages susceptibles d'être lavés et à abandonner le simulacre de désinfection pratiqué actuellement, absolument inefficace qui donne au public l'impression hypocrite d'une fausse sécurité.

N'est-ce pas paradoxal et honteux de voir d'une part, l'Etat, se faisant propagateur de l'alcoolisme dans un but démagogique, battre monnaie sur cette plaie sociale, et d'autre part, ce même Etat construire à grands frais des hôpitaux et des asiles d'aliénés pour accueillir, nous ne disons pas pour guérir, les victimes du vice qu'il a évidemment provoqué ?

Le Parlement a facilité la fabrication de l'alcool en invoquant la liberté individuelle et l'inviolabilité de la propriété. Liberté individuelle que de crimes ne commet-on pas en ton nom ? Les mêmes Pouvoirs publics en font litière de cette belle liberté, lorsqu'il s'agit de la traite des blanches et des maisons de prostitution.

M. A. Colombet examine encore quelques fléaux sociaux, les avortements criminels devenus si fréquents à l'heure actuelle et qui jouent un rôle important dans l'étiologie de la dépopulation, l'insuffisance de surveillance de l'eau potable, des causes de souillures de l'air que

✦✦

nous respirons, le manque d'un contrôle suffisant pour le lait, la farine et le pain, etc., etc.

Il fait la critique des casernes de sous-préfecture, où les jeunes soldats sont exposés au péril vénérien, au péril alcoolique, à celui de l'oisiveté tout aussi grand que les autres, quand à tous les points de vue il serait si avantageux et si facile de faire mener à ces jeunes gens une vie saine et sportive dans des camps en pleine campagne hygiéniquement installés.

Et après ces tristes constatations et ces critiques sévères, M. Colombet conclut en réclamant une médecine préventive dont le médecin doit être l'organisateur. Il faut que les lois tendent avant tout à conserver au pays ses éléments les plus sains. Il ne suffit pas de dépister des maladies, de les traiter, ce qui est dispendieux et souvent inutile. Il est préférable d'éviter ces maladies en assurant dès l'enfance de meilleures conditions d'habitation et d'alimentation.

Nous ne demandons pas certes la suppression des déchets humains, nous ne bannissons pas pour eux le sentiment de la pitié et nous savons qu'en France, le cœur a des raisons que la raison ne connaît pas. Mais est-il besoin de sacrifier des milliards pour prolonger leur misérable existence sans espoir de l'améliorer ? Soyons logiques, si nous voulons qu'une race saine et vigoureuse s'épanouisse en France, efforçons-nous d'abord de faire avant tout de la médecine sociale une médecine réellement préventive.

J. Noir.

Modifications proposées à la loi sur l'exercice de la pharmacie

Le *Siècle médical* du 1er janvier 1936 publie une proposition de loi que le Docteur Amat, député, a fait adopter par la Commission d'hygiène de la Chambre.

Proposition de loi tendant à modifier les articles 27 et 32 du titre IV de la loi du 21 Germinal an XI, sur la police de la pharmacie.

Article premier. — L'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI est supprimé et remplacé par l'article suivant :

Art. 27. — Les docteurs en médecine établis dans les communes situées à plus de huit kilomètres d'une officine de pharmacie, pourront nonobstant les articles précédents, fournir des médicaments aux malades auprès desquels ils sont appelés et qui résident eux-mêmes à plus de huit kilomètres d'une officine ouverte au public (1).

Ces médecins ne devront en aucun cas avoir officine ouverte et ils ne pourront fournir que les médicaments prescrits par eux au cours de leurs consultations ou visites.

Les docteurs en médecine placés dans les conditions du présent article, devront en faire la déclaration à la préfecture de leur département dans le délai de six mois à partir de la promulgation de la présente loi, ou en cas d'installation nouvelle, dans le mois qui suivra leur installation. Après ce délai, tout médecin qui ne respecterait pas les dispositions du présent article se rendrait coupable du délit d'exercice illégal de la pharmacie.

Article 2. — L'article 32 de la loi du 21 Germinal an XI est complété par l'additif suivant :

La vente au public de médicaments ou produits présentés comme jouissant de propriétés curatives ou préventives, sur la voie publique, les marchés, dans les maisons ou magasins autres que les officines de pharmacie est rigoureusement interdite.

Il est également interdit aux pharmaciens de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes de médicaments soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial et de procéder par les mêmes moyens ou par services réguliers et organisés, au trafic ou à la distribution à domicile, des médicaments dont la commande aurait été ainsi sollicitée.

Toutes infractions aux prescriptions ci-dessus relative au colportage des médicaments seront considérées comme exercice illégal de la parmacie.

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que la loi de Germinal an XI, toujours en vigueur, ne tient compte d'aucune limite *kilométrique*, mais uniquement de territoire communal.

En ce qui concerne l'article 2 de cette proposition de loi nous n'avons rien à objecter, car le colportage de la pharmacie constitue un abus et un danger.

Nous ferons des réserves sur l'article premier qui tendrait en pratique à supprimer les médecins propharmaciens. Ils sont en France environ 3.000 qui ne pourraient gagner leur vie dans les localités où ils exercent sans l'appoint de la vente des médicaments. Leurs intérêts sont respectables, car, chassés de leurs postes, ils iraient grossir dans les villes le nombre des médecins faméliques. Mais ne tenons pas compte de leurs intérêts, ne songeons qu'à l'intérêt des populations. Beaucoup d'agglomérations se trouveraient privées de soins médicaux et combien serait pénible et onéreux aux familles l'obligation de faire dans nombre de cas quinze kilomètres aller et retour, pour faire exécuter une ordonnance dans l'officine la plus proche, en supposant encore que le médecin propharmacien qui exerçait dans le village soit resté à son poste. Nous appelons l'attention du groupe médical interparlementaire sur ces objections.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DES BRONCHO-PNEUMONIES DE L'ENFANT DU PREMIER AGE PAR LES TRANSFUSIONS DE SANG

Par MM.

P. Rohmer et E. Schneegans

Professeur — Chef de clinique

à la Faculté de médecine de Strasbourg

Les voies d'accès des infections pulmonaires sont aussi variées que la flore microbienne qui les provoque. Il en résulte les formes diverses de congestions pulmonaires, de broncho-pneumonies et de pneumonie lobaire que la clinique nous apprend à distinguer.

Nous avons eu recours à la transfusion sanguine dans toutes les catégories d'affections pulmonaires et pleurales, beaucoup d'autres infections et états pathologiques divers ; l'ensemble de nos résultats, qui ont déjà été partiellement publiés, seront communiqués à une autre occasion. Le présent travail ne se rapporte qu'aux broncho-pneumonies catarrhales que nous avons observées et traitées dans les services de nourrissons.

Le pronostic des broncho-pneumonies est variable, et si l'on entreprend de comparer les résultats thérapeutiques, il importe de spécifier la forme et la gravité des cas que l'on a traités. Il est donc indispensable de nous entendre d'abord sur la classification des broncho-pneumonies que nous employons à notre clinique. Notre classification est purement clinique ; nous classons les broncho-pneumonies simplement, sans aucune considération étiologique, d'après leur aspect clinique, qui est conditionné par l'intensité de l'infection d'une part, et par la réaction particulière de l'enfant de l'autre.

En nous plaçant ainsi sur le terrain clinique, nous avons l'habitude de distinguer deux formes de broncho-pneumonies : la forme simple et les formes graves.

Forme simple. — L'enfant présente les signes stéthacoustiques classiques. Il y a battement des ailes du nez, quelquefois les symptômes d'une irritation pleurale. La fièvre est assez élevée, mais les foyers n'ont qu'une faible tendance à l'extension. L'enfant résiste bien à l'attaque de la maladie ; le cœur reste bon ; les bruits sont bien frappés, le pouls de même ; la tension artérielle est normale ; il y a tout au plus une légère surcharge du cœur droit, avec un peu de cyanose et de dyspnée. L'appétit est conservé.

En somme, la maladie se présente comme une infection aiguë localisée aux poumons, mais sans retentissement sérieux sur l'économie générale. Le pronostic est bon ; la guérison survient généralement au bout d'une à deux semaines. Parfois, l'évolution est plus traînante, et la broncho-pneumonie devient subaiguë, mais elle peut aussi dans le cours de son évolution aiguë changer de caractère, et virer vers une des formes graves ; dans ce cas, on constate souvent une nouvelle extension des foyers.

Formes graves. — La broncho-pneumonie peut revêtir d'emblée un caractère de gravité manifeste, ou prendre ce caractère pendant son évolution.

1° Forme toxi-infectieuse. — C'est la forme la plus fréquente. La température est très élevée ; l'enfant présente un facies très infecté ; le teint est gris ; il y a abattement ou grande agitation ; l'anorexie est complète ; la toux et la dyspnée sont intenses. Le fléchissement cardio-vasculaire est accentué ; le pouls est faible, petit, très fréquent ; la tension artérielle est abaissée ; les bruits cardiaques sont assourdis ; le foie est gros et dur, la cyanose moyenne, pas excessive ; quelquefois, il y a de la diarrhée et des vomissements. On peut observer une grosse rate, de l'albuminurie, exceptionnellement du purpura.

2° Forme « bleue » ou « asphyxique ». — D'emblée ou dans le décours de la maladie, les signes de défaillance du cœur droit prédominent ; il y a une très forte cyanose, de la dyspnée intense, de l'angoisse ; le cœur est dilaté, surtout vers la droite ; les bruits sont assourdis ; le pouls est petit, irrégulier, mou, la tension artérielle basse. Généralement, les foyers broncho-pneumoniques sont étendus, soit multiples, soit pseudo-lobaires.

3° Forme blanche. — Elle peut, comme la forme précédente, être soit primitive, ou, ce qui est plus souvent le cas, secondaire. On est frappé par la pâleur des téguments ; le ventre est ballonné ; les extrémités sont froides ; la tension artérielle est particulièrement basse ; souvent, il existe une asthénie très marquée. Les vaisseaux splanchniques regorgent de sang ; le cœur gauche est petit, bat à vide ; le pouls est petit et fréquent ; la dyspnée et la cyanose sont moins accusées que dans la forme précédente. On rencontre parfois une hépatomégalie. Il y a donc dans cette forme une prédominance des symptômes vasculaires, que l'on expliquait autrefois par l'hypothèse d'une paralysie vaso-motrice, se manifestant essentiellement au niveau des vaisseaux splanchniques; à l'heure actuelle, on a tendance à l'interpréter comme la suite d'une excitation du parasympathique par des toxines, provoquant un barrage sus-ou sous-hépatique.

Fréquence des différentes formes. — Nous avons, dans une période déterminée, observé à la clinique infantile de Strasbourg, 161 cas de broncho-pneumonies du premier âge, présentant les caractères que nous avons indiqués plus haut. 69 d'entre eux appartenaient à la forme simple, et 92 aux formes graves ; ces dernières se répartissaient de la façon suivante : forme toxi-infectieuse 50 %, forme bleue et forme blanche, chacune 25 %.

Le **pronostic** des broncho-pneumonies du premier âge est toujours sérieux ; les chiffres varient suivant les auteurs, et diffèrent essentiellement suivant la manière plus ou moins rigoureuse dont est posé le diagnostic. Le pronostic de la forme simple est bon, si une complication ne survient pas ultérieurement, telle la pleurésie purulente, ou si elle ne change pas de caractère dans le décours de son évolution, ce qui est plutôt rare.

Le pronostic des formes graves est sévère. Nous avons eu, dans une statistique qui s'étend sur cinq ans, pour les cas graves qui n'ont eu qu'un traitement symptomatique, de 50 à 65 % de décès. Ces résultats ont d'ailleurs pu être modifiés très heureusement par certains traitements, et notamment par les transfusions de sang, dont nous allons exposer la technique et les résultats dans cet article.

La transfusion sanguine est employée à l'heure actuelle dans un grand nombre de maladies, et surtout aussi dans les états infectieux. Elle a été relativement peu utilisée dans les pneumonies et broncho-pneumonies aiguës. Dans la séance de la Société américaine de pédiatrie de mai 1929, le rapporteur, Grover T. Powers, ne conclut pas quant à la pneumonie. Thomas B. Cooley, de Detroit, a eu des déceptions dans le traitement des broncho-pneumonies aiguës. Carlton, Hacker et Oliver, n'ont pas vu de résultats

Dans la séance de la Société allemande de pédiatrie de 1925, le rapporteur, Opitz, ne comprend pas les broncho-pneumonies dans les indications de la transfusion sanguine. Baumann la rejette dans cette affection, pour ne pas surcharger la circulation ; il préfère les injections intramusculaires quotidiennes de sérum. Adam, Bossert-Buchholz, Spohn, nient son efficacité et la croient dangereuse. Siegl (de Vienne), ne lui reconnaît aucune action dans les broncho-pneumonies aiguës.

En France, M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée n'ont constaté aucune amélioration de pronostic dans les broncho-pneumonies graves des enfants du premier âge. Abricosoff également conteste son efficacité.

Nous avons nous-mêmes abordé les transfusions sanguines dans les broncho-pneumonies aiguës avec hésitation, et ce n'est qu'après l'examen critique des risques et des résultats obtenus que nous nous sommes décidés à l'employer sur une plus vaste échelle, et à recommander ce traitement.

Ce qui semble avoir arrêté les médecins d'enfants dans l'application plus générale de la transfusion sanguine dans les pneumonies et les broncho-pneumonies aiguës, ce sont :

1° Certaines difficultés d'ordre technique ;

2° Les dangers qui paraissent être inhérents à la méthode.

Technique. — Les doses qui sont recommandées par les auteurs varient entre 5 et 40 c. c. par kilo de poids (Carlton, 15 c. c. ; Davidson, 10 à 20 ; Rothmann, 10 à 40 ; Park, 5 à 40 c. c. par kilo de poids). Nous donnons généralement 15 à 20 c. c. par kilo de poids. Les résultats sont meilleurs si l'on ne donne pas des doses trop petites. Il est vrai que quelquefois, on est arrêté par des difficultés d'ordre technique.

Le sang non modifié est employé en particulier par L. Krahnlich et L.-A. Koch ; la plupart des auteurs préfèrent toutefois le sang citraté. Siegl le citrate à 0,3 %, ce qui, à notre avis, est trop faible. Nous ajoutons nous-mêmes 0,8 % de citrate de soude.

En ce qui concerne le lieu de l'injection, Meyenburg, Davison, Opitz, Petterson, se prononcent contre les injections dans le sinus, tandis que Huber, Abricosoff, Bratusch-Marrain et Siegl recommandent la voie sinusale. Park a recours au sinus et à la jugulaire, mais préfère utiliser la fémorale.

A notre clinique, on emploie le sinus, la jugulaire, la veine du pli du coude, ou toute autre veine utilisable. Il est plutôt rare que l'on ait besoins de dénuder une veine.

L'exsanguination est très importante. Y a-t-il

intérêt à pratiquer la saignée avant l'injection du sang ?

L'exsanguino-transfusion a été recommandée depuis 1921 par la Clinique pédiatrique de Toronto (Robertson, Brown et Simpson). Elle est en usage dans certaines cliniques américaines. Park indique qu'on doit retirer une quantité de sang un peu plus petite que celle qu'on a l'intention d'injecter, sauf en cas de cyanose ou d'autres signes de circulation défaillante. Au cours de ces états, la quantité de sang retiré doit être aussi grande que celle qu'on se propose d'injecter.

Rothmann, par contre, est d'avis que l'exsanguination n'est pas nécessaire, et dans une discussion qui a eue lieu à la séance de la Société suisse de pédiatrie, le 22 juin 1935, le Professeur Fanconi, de Zurich, a exprimé la même opinion.

En Europe, la méthode est généralement peu employée. A notre clinique, nous l'utilisons par contre systématiquement, chaque fois que nous nous trouvons en présence d'une atteinte cardio-vasculaire ; excepté dans les cas de grande faiblesse cardiaque, nous la pratiquons au sinus, avec certaines précautions : la tête est maintenue en anté-flexion, l'aspiration du sang se fait en 4 à 5 minutes, pour éviter d'une part un collapsus par un prélèvement trop rapide du sang, et pour empêcher d'autre part que la canule ne se bouche par coagulation, si on procède trop lentement (Tassovatz). Dans les cas très graves, nous faisons même la saignée et l'injection simultanément, en retirant alternativement de petites quantités dans une veine, et en injectant une quantité égale dans une autre veine.

Il faut injecter lentement. Carlton injecte 10 c. c. en 25 minutes, Rothmann la même quantité en une minute ; nous-mêmes donnons 20 c. c. par 5 minutes.

Incidents et accidents. — J. Debray considère que la méthode ne doit être employée que lorsque le pronostic semble fatal, et qu'elle est également contre-indiquée lorsque l'état général de l'enfant est trop gravement atteint. C'est aller trop loin ! La transfusion sanguine n'est pas une intervention d'une telle gravité pour justifier une limitation aussi sévère, qui serait presque prohibitive.

Il y a cependant des accidents qu'il faut connaître, et qu'il faut tâcher d'éviter dans la mesure du possible. Les uns sont d'ordre mécanique. Opitz met en garde contre l'injection dans la veine jugulaire ; il a vu un cas de mort subite après injection de 30 c. c. de sang. A ma clinique, nous avons observé trois cas de syncope grave, dont deux ont été mortelles, à la suite d'une saignée pratiquée au sinus, au cours de laquelle le sang avait été prélevé trop vite. L'injection trop rapide peut également provoquer des collapsus. Nous avons tenu compte de ces accidents en formulant les pescriptions techniques que nous avons énoncées plus haut.

On risque des *réactions anaphylactiques*, quand on utilise deux fois de suite, le sang du même donneur à plus de dix jours d'intervalle. Des observations de ce genre ont été signalées par Lesné et Dreyfus-Sée, de même que par György et Witelsky. Nous avons nous-mêmes vu une réaction violente après avoir employé une deuxième fois le sang du père, douze jours après la première injection. Dès le début de l'injection, l'enfant est devenu très pâle, le pouls très faible ; une forte fièvre s'est déclarée, suivie une heure après d'hypothermie, avec transpiration abondante. La réaction a duré six heures. L'enfant a été guéri.

Nous ne mentionnons que pour mémoire les *accidents par incompatibilité*, que l'on peut éviter si l'on vérifie les deux sangs immédiatement avant l'injection.

Les *réactions de choc* ont été peu mentionnées dans la littérature. Opitz n'a vu que de légères ascensions thermiques, peut-être un peu plus souvent après le sang citraté. Davison a constaté souvent de la fièvre. L. Krahnlich et L.-A. Koch ont observé, dans 9,8 % de leurs cas, des réactions éruptives urticariennes ou morbilliformes, accompagnées de fièvre, de toux, de cyanose, et d'apnée. Park ne mentionne qu'une élévation de la température, mais ni choc, ni collapsus ; la réaction a été plus violente chez les anémiques et les rachitiques.

A notre clinique, Tassovatz a spécialement étudié le phénomène du choc. Sa pathogénie n'est pas connue ; il est dû probablement à une modification colloïdale du sang. Il se produit avec le sang pur, mais semble être plus facilement déclenché par l'addition de citrate de soude. Il existe certainement une disposition constitutionnelle au choc, mais cette disposition peut aussi être créée ou augmentée par l'injection elle-même.

Nous distinguons un premier degré, au cours duquel le choc reste cliniquement latent ; il se manifeste par une leucopénie, l'abaissement de la tension artérielle, une certaine instabilité de température avec tendance à l'hypothermie.

Au deuxième degré, le choc se manifeste par la réaction thermique, hypothermie au début, puis ascension brusque jusqu'au delà de 40°, qui dure pendant une demi-heure à une heure, pour s'abaisser lentement après. Dans ces cas, les enfants ne présentent aucun symptôme inquiétant. Nous avons l'impression que ces chocs exercent une action favorable sur la maladie, et constituent une réaction ayant une valeur thérapeutique.

Il en est autrement pour le choc grave (troisième degré). Nous l'avons observé dans 5 % de nos cas, trois fois chez le nourrisson, quatre fois

chez l'enfant plus grand. Dix minutes après l'injection, il se produit des frissons, puis des vomissements ; le pouls devient fréquent et faible, la tension artérielle baisse ; l'enfant devient pâle, cyanosé, et les extrémités sont froides ; il y a de la dyspnée, une très forte fièvre, des convulsions et même du coma. Un de nos enfants est mort du choc.

Mode d'action. — On distingue différents modes d'action :

1° Action sur l'anémie (substitution, excitation de la moelle) ;

2° Apport d'anticorps spécifiques et non spécifiques (immuno-transfusion) ;

3° Relèvement de la circulation par l'apport de liquide, et augmentation de la tension artérielle ;

4° Stimulation des forces défensives de l'organisme. — C'est ce dernier mode d'action qui est généralement admis par les auteurs dans les broncho-pneumonies et, en général, dans les infections.

Indications et résultats thérapeutiques

Au début, beaucoup d'auteurs n'ont appliqué la transfusion dans les broncho-pneumonies que chez les enfants anémiques ou dans les formes traînantes. Ceci résulte entre autres de la discussion déjà mentionnée au Congrès américain de pédiatrie en 1929. Murray H. Bass, confirmé par Schick, rapporte dix observations de ce genre, avec neuf guérisons. Lewis B. Flinn communique le cas d'une fillette de seize mois, avec une broncho-pneumonie et anémie sévère (hémoglobine de 17 %). L'injection a été faite le neuvième jour de la maladie ; la transfusion a été suivie de la chute de la température et de l'amélioration de l'anémie. Thomas B. Cooley et Walter Lester Cass ont eu des déceptions dans les formes traînantes. L. Krahnlich et L.-A. Koch ont publié le travail américain le plus important sur ce sujet. Ils ont traité 73 cas, dont 72 avaient moins de dix-huit mois. Les cas étaient graves, avec beaucoup de complications : pleurésies, otites, mastoïdites, pyélites. La transfusion a été faite après échec d'autres traitements ; la chute de la température a souvent manifestement suivi l'injection. Ils n'ont eu que 24,6 % de mortalité.

Weston rapporte l'observation d'un enfant de deux ans, rachitique, atteint de dysenteri bacillaire et d'une pneumonie à pneumocoque III. Le poumon droit était complètement infiltré ; la maladie présentait une allure septicémique. Le cinquième jour, l'auteur injecta 200 c. c. de sang citraté ; la température tomba en vingt-quatre heures à la normale ; l'état s'améliora rapidement. Guérison.

Rothmann, Sisbury J. Burns, Ross et Hund, Arthur London, ont eu également des résultats favorables. Ribadeau-Dumas et J. Debray rapportent l'observation d'un enfant de 4 mois avec broncho-pneumonie, au cours de laquelle les signes d'intoxication disparurent après une transfusion de sang, qui enraya également la chute du poids.

Baumann, de Tubingen, recommande ce traitement dans les pneumonies migratrices, et dans celles qui sont compliquées de pleurésie purulente, à cause de la longue durée de la maladie et de l'épuisement qui en résulte ; mais il craint de donner des injections intraveineuses, pour ne pas surcharger la circulation. Il les remplace par des injections intramusculaires quotidiennes de 10 c. c. de sérum humain.

Voici nos propres résultats :

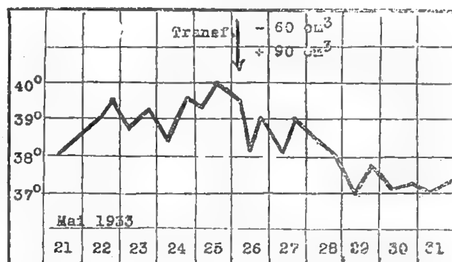
La *broncho-pneumonie simple* guérit sans transfusion. Dans les nombreux cas où nous avons tout de même eu recours à cette intervention, nous avons eu l'impression que la défervescence avait été plus prompte et la régression des foyers pulmonaires plus rapide. En voici un exemple :

Obs. 1. — A... Xavier, âgé de 3 mois, poids 6.000 grammes. Malade depuis quatre jours, fièvre à 38-39°, tousse beaucoup. Admis le 21 mai 1933, avec de la fièvre à 38°5, et des signes de bronchite diffuse, prédominante à la base gauche.

Le 22 mai, apparition d'un gros foyer de broncho-pneumonie au lobe inférieur gauche et un petit foyer au sommet droit. Radiographie, 13 septembre 1933, confirme le diagnostic clinique. La température est plus élevée, 39°5, l'état général est peu affecté.

Le 26 mai, l'infiltration pulmonaire s'est étendue à tout le lobe inférieur gauche, où l'on trouve submatité, bronchophonie, souffle aux deux temps et de nombreux râles sous-crépitants fins. L'enfant est devenu dyspnéique, soixante respirations par minute ; la toux est forte, par moment quinteuse ; la température se maintient en plateau à 39°5 ; le pouls est à 160 ; la facies est pâle et un peu infecté. Craignant une aggravation plus importante on intervient : on retire 60 c. c. et on injecte 90 c. c. de sang (cinquième jour de maladie).

Courbe 1



Le lendemain, le 27 mai, l'enfant est moins dyspnéique, a meilleure mine ; la température reste élevée. Le 28 mai, la température descend progressivement à 37° ; le pouls devient moins rapide, 130. Les jours suivants, l'enfant reste apyrétique ; les foyers de broncho-pneumonie se résorbent progressivement. La guérison est rapide et complète.

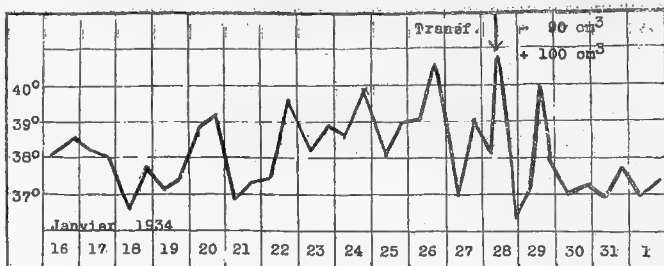
En cas de *broncho-pneumonie simple avec aggravation secondaire*, il suffit d'une seule transfusion pour obtenir la guérison. Il y a des cas où la température s'abaisse à la normale en douze à vingtquatre heures après la transfusion ; ces cas — très démonstratifs ! — sont assez fréquents. Dans d'autres cas, la guérison est moins brusque, la fièvre diminue à peine le lendemain, mais dans les jours qui suivent, la courbe thermique descend progressivement et l'apyrexie a lieu après trois à quatre jours.

Obs. 2. — H... Lily, âgée de 2 ans.

Au début du mois de novembre 1933, rougeole compliquée de broncho-pneumonie qui a guéri en quelques jours.

Le 4 janvier 1934, poussée de fièvre à 39°5, pouls à 160 ; dans la région axillaire gauche, on trouve une petite zone de submatité avec râles sous-crépitants, bronchophonie, léger souffle. Jusqu'au 10 janvier, la température oscille entre 38° et 39° ; le pouls est à 140 ; l'état général reste bon ; l'infiltration broncho-pneumonique s'étend sur toute la partie axillaire du lobe inférieur gauche. Le 16 janvier, la fièvre persiste moins élevée, 37-38°5 ; l'infiltration a gagné peu à peu tout le lobe inférieur gauche. Le 26 janvier, depuis trois jours, la fièvre est plus élevée, 38-40° ; on constate au lobe supérieur gauche de la submatité avec souffle intense dans la fosse sous-épineuse.

Courbe 2



Le 28 janvier, la broncho-pneumonie évolue depuis plus de trois semaines ; les foyers localisés au début dans le lobe inférieur gauche, ont envahi peu à peu tout ce lobe, et depuis quelques jours les foyers rapidement confluents ont apparu au lobe supérieur gauche. L'enfant a l'air fatiguée, pâle et un peu infectée ; la température est à 40°, le pouls à 160. On intervient par une transfusion ; on retire 90 c. c., et on injecte 100 c. c. (vingt-quatrième jour de maladie).

Le 29 janvier, poussée de fièvre à 40°, ne durant que quelques heures. Le 30 janvier, température à 37°, l'enfant n'est plus abattue ni infectée, elle est devenue plus vive, se tient assise dans son lit. Les jours suivants, la température reste à la normale, l'infiltration pulmonaire régresse rapidement et l'enfant guérit. (Examen radiographique). Cuti négative. Bordet-Wassermann négatif.

Quelle que soit l'évolution de la courbe thermique, l'effet de la transfusion sur l'état général est rapide et très net. L'enfant est transformé d'un jour à l'autre ; sa mine, son humeur, son appétit s'améliorent. La convalescence est courte, les foyers de broncho-pneumonie se résorbent en quelques jours. Les rechutes sont exceptionnelles.

Dans les *formes graves d'emblée*, l'effet favorable d'une première transfusion s'affirme généralement très nettement ; l'état général s'améliore ; la fièvre s'abaisse ; les signes de toxi-infection, l'abattement et l'asthénie sont moins accusés. L'état de l'appareil circulatoire est relevé ; la dyspnée, l'angoisse, la cyanose rétrocèdent.

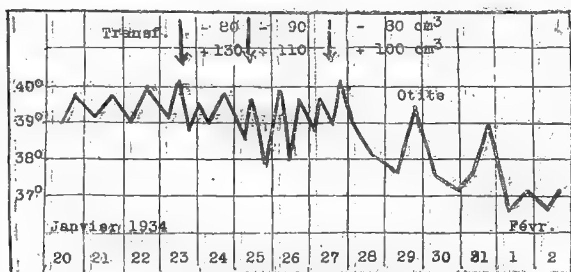
Malheureusement, cette amélioration est passagère ; au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, l'infection reprend le dessus. La deuxième transfusion entraîne une nouvelle amélioration transitoire, mais celle-ci est trompeuse aussi longtemps que les foyers de broncho-pneumonie continuent à progresser. Si, dans ces conditions, on ne répète pas l'intervention, on risque de nouvelles aggravations. On ne peut être certain de la guérison que lorsqu'on voit, deux à trois jours après la dernière transfusion, la température descendre à la normale et s'y maintenir.

Obs. 3. — La.... Fernande, âgée de 18 mois, assez bon état général ; encéphalite à l'âge de 1 an, qui laisse une hémiparésie. Malade depuis huit jours, forte fièvre, toux, dyspnée depuis quatre jours.

Admise le 20 janvier 1934. L'état général n'est pas fortement atteint, mais l'enfant est pâle ; l'abdomen bombe, le foie dépasse le rebord costal de trois travers de doigt. La température est à 39°, pouls 130, légère dyspnée. Au poumon, on constate tous les signes d'une infiltration compacte du lobe supérieur droit (matité, souffle tubaire, pas de râles) et des râles de bronchite au lobe inférieur droit.

Le 23 janvier, l'état général s'aggrave, l'enfant est abattue, pâle et un peu dyspnéique. On constate l'apparition d'un nouveau foyer de broncho-pneumonie dans le lobe inférieur droit, partie axillaire (submatité, léger souffle, râles fins). On fait une transfusion : 80 c. c. de retiré, 130 c. c. d'injecté.

Courbe 3



Le 25 janvier, état stationnaire ; le foyer du lobe inférieur ne progresse pas ; l'état général semble être meilleur ; la tem-

pérature se maintient entre 38°5 et 39°5. Deuxième transfusion : saignée de 90 c. c., injection de 110 c. c. de sang.

Le 27 janvier, après une amélioration passagère, l'infection reprend, température à 39° ; l'infiltration gagne rapidement tout le lobe inférieur droit et le lobe moyen (matité, souffle). Troisième transfusion : saignée de 80 c. c., injection de 100 c. c.

Le 28 janvier, l'état général est meilleur, température à 38°2. Le 29 janvier, les signes d'infiltration régressent assez rapidement dans le lobe inférieur et moyen, bien que la température remonte à 39°5 ; l'infiltration persiste dans le lobe supérieur. On trouve une otite suppurée bilatérale, et on ouvre les tympans.

Le 30 janvier, la température est à 37°5, puis le lendemain encore une dernière poussée de fièvre à 39° ; dans la suite, la température reste à la normale ; l'infiltration pulmonaire se résorbe peu à peu, l'état général s'améliore rapidement. Le 12 novembre, l'enfant quitte le service guérie.

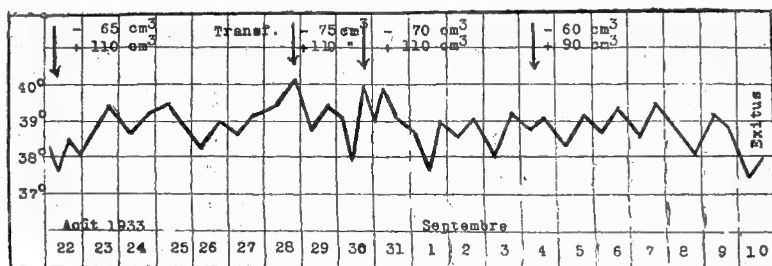
Obs. 4. — B... Roger, âgé de 5 mois 1/2, poids 5.200 grammes. Depuis quatre jours, présente de la dyspnée avec fièvre et anorexie et tousse souvent.

A l'admission, le 22 août 1933, température à 38°5 ; pouls faible, rapide ; facies pâle et gris, extrémités cyanosées, dyspnée avec battement des ailes du nez. On trouve au lobe supérieur du poumon droit de la matité, bronchophonie, souffle et nombreux râles fins. Bruits du cœur assourdis, foie gros.

On fait une transfusion : saignée de 65, injection de 110 c. c. Le lendemain, état général meilleur, mais l'infection continue. Du 23 au 28, la température oscille entre 38°5 et 39°5 ; l'infiltration pulmonaire et l'état général sont sans changement.

Le 28 août, l'état général s'est aggravé, la dyspnée est plus marquée. On refait la transfusion : saignée de 75, injection de 110 c. c. Le 29 août, pas d'amélioration. Le 30 août, nouvelle transfusion saignée de 70, injection de 100 c. c. Le 1er septembre, état général meilleur. Le 4 septembre, nouvelle aggravation, coïncidant avec l'entension du foyer de broncho-pneumonie au lobe inférieur droit. Transfusion : saignée de 60, injection de 90 c. c. Pas d'amélioration. Le 6 septembre, la broncho-pneumonie a complètement envahi le poumon droit, il y a des foyers à la base gauche ; la température oscille entre 38° et 39°5 ; pouls faible, à 150. Dyspnée très marquée, état de cyanose et de toxi-infection. Le 10 septembre, mort par asphyxie.

Courbe 4



Contre-indications. — Si la transfusion n'est pas toujours efficace, elle n'est pas non plus sans danger. Nous nous interdisons de pratiquer cette intervention si les lésions pulmonaires sont trop étendues et ont envahi, par exemple, un poumon en entier et une partie de l'autre poumon, et surtout lorsque nous nous trouvons en présence d'un fléchissement cardio-vasculaire très prononcé, surtout dans la forme « bleue ». Si l'on se décide tout de même à la transfusion, la saignée et la transfusion de sang doivent être faites très lentement, et, de préférence, en deux temps.

Cette communication comprend les broncho-pneumonies traitées par la transfusion sanguine depuis l'automne 1932 jusqu'au printemps 1934. Au cours de cette période, il a été admis à la clinique, 161 cas de broncho-pneumonie (sans compter les cas amenés *in extremis* et morts dans les premières quarante-huit heures, ni les broncho-pneumonies post-morbilleuses).

Parmi eux, 61 cas n'ont eu que le traitement habituel sans transfusion : 41 cas, qui appartenaient à la forme simple, en partie avec légère aggravation secondaire, ont guéri ; sur les 20 cas d'emblée ou tardivement graves, 64 ont guéri et 14 sont morts, ce qui fait une mortalité globale de 34 % et de 70 % pour la forme grave.

Un autre groupe de 100 cas a été traité par la transfusion : 28 cas de broncho-pneumonie simple (dont quinze évoluant vers une forme grave) ont tous guéri avec une seule transfusion, la guérison a été rapide (24 à 72 heures), la convalescence abrégée, sans rechutes ni complications. Sur 72 cas de forme grave (soit d'emblée, soit devenus très graves au cours de leur évolution), 50 ont guéri, 22 sont morts, ce qui fait une mortalité globale de 22 % et une mortalité de 30 % pour la forme grave. Dans 28 cas, une seule transfusion a été suffisante (cas tardivement graves) ; dans 44 cas, la transfusion a été répétée deux, trois ou quatre fois (forme d'emblée grave, suraiguë).

Dans les six derniers mois, le traitement a été appliqué systématiquement à tous les cas de broncho-pneumonie : sur 20 cas graves transfusés dans cette période, 16 ont guéri, 4 sont morts, ce qui fait, uniquement pour les cas graves, une mortalité de 20 % au lieu de 30 %. Les résultats pour cette période sont meilleurs, parce

que nous avons acquis une plus grande expérience dans l'application de cette thérapeutique.

Conclusion. — Nos observations apportent un témoignage impressionnant en faveur de l'action curative de la transfusion sanguine dans les broncho-pneumonies du premier âge. La forme simple ne nécessite pas la transfusion, sauf dans les cas, d'ailleurs assez fréquents, où l'infection se prolonge ou s'aggrave. Une seule transfusion suffit alors pour amener la guérison. Dans la broncho-pneumonie aiguë grave (formes toxi-infectieuse, bleue, blanche), ce traitement améliore considérablement le pronostic, à condition qu'il soit employé au début de la maladie, et que les transfusions soient répétées systématiquement jusqu'à ce que l'on obtienne l'apyrexie ; grâce à cette façon de procéder, la mortalité très élevée des formes graves (70 % d'après notre statistique) s'est trouvée nettement abaissée, d'abord à 30, puis, dans les six derniers mois, à 20 %.

BIBLIOGRAPHIE

BASS MURRAY (H.). — The Association of Anemia and Pneumonia in infants. *Am. Journal of dis. of Children*. Vol. 29, nº 3, 1915.

BAUMANN (W.). — Die Behandlung schwerer Ernährungsstörungen ex infectione Erkrankungen mit Uberpflanzung von menschlichem Blut oder Einspritzung menschlichem Serum. *Monatschr. f. Kinderheilk*, 45, 1929, p. 509.

BAYER (W.). — Ikterus nach Transfusion bei einem an Pyurie erkrankten Säugling. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1924, nº 19.

BECK. — Die Methodik der Bluttransfusion und die Vermeidung ihrer Gefahren. *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilk.*, Vol. 30, p. 150-220.

BELLOCQ (G.) et CORCAN. — Septicémie à streptocoque verdissant chez un nourrisson, traitée par la transfusion sanguine. *Bull. de Réunion Pédiatr. de Strasbourg*, 1928, nº 4.

BOGARDUS. — Influenza pneumonia treated by blood transfusion. *New-York med. Journal*, 1920, 3 May.

BRATUSCH MARRAIN ALOYSE et J. SIEGL. — Eine bewährte Methode zur Bluttransfusion beim Säugling. *Kinderärzliche Praxis*, Cah, 4, p. 38-39, 1933.

BUREN SIDBURY. — Transfusion in Infancy and Childhood. *Journal of Am. Med. Association*, 1927 (89).

CARLTON. — Bluttransfusion in der Kinderpraxis. *Lancet* 211, 1926, nº 15 (Cité par le Zentralblatt für Kinderheilkunde).

DEBRAY (Jacques). — La transfusion du sang chez le nourrisson. *Le Nourrisson*, p. 184, 1925.

FLINN LEWIS (B.). — Blood transfusion in anemia of infants with pneumonia. *Amer. Journal of Dis. of Children*, 37, p. 596.

FRANCOTTE. — La transfusion du sang dans la première enfance. *Revue franç. de Pédiatrie*, Vol. V, 1929.

GYÖRGY (V.). — Die Anwendung der Bluttransfusion im Kindesalter bei verschie denen Erkrankungen. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 128, p. 420.

HUBER et ABRICOSSOF (J.). — Mode opératoire et technique de la transfusion. *Le Nourrisson* 20, p. 341-351, 1932.

KRAHNLICH et KOCH. — Blood transfusion in diseases of infants and children. *Am. Journal of Dis. of Children*; XXXIX, 1930.

KÜHL (G.). — Schicksal und Wirkung transfundiertem Blutes. *Ergeb. der Inneren Medizin und Kinderheilk.* Vol. 34, p. 302.

LANDEN (J.-P). — Blood transfusion in the acute infectious diseases and analysis of 100 cases. *A. J. Med. Sciences*, p. 180, oct. 1930. *Am. Journ. of Dis. of Children*, 1931, vol. 41, p. 1190.

LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE. — Indications et technique de la transfusion sanguine chez le nourrisson. *Revue Franç. de Pédiatrie*, VII, 1931, p. 1.

LLOYD (E.-I.) et B.-E. SCHESINGER. — 4 cases of Immunotransfusion with remarks on the methods. *Arch. of. Dis. of Childhood*, 1926, p. 54-57, Vol. 1.

LONDON H. ARTHUR. — Experiences with blood transfusion in infants anchildren. Philadelphia pediatric society, Mai 1934. *Am. Journ. of Dis. of Children* 1930, Vol. 40, p. 1154.

MINOT (A.-S.). — Clinical action of sodium citrate as a cause of certain transfusions réactions. *Am. Journ. Dis. of Children*, 45, p. 32-40, 1933.

MISCHKE HILDEGARD. — Zur Behandlung septischer Erkrankungen im frühen Kindesalter mit Transfusionen. *Kinder ärtzliche Praxis*, avril 1935, cahier 4.

MOLL, SCHÖNBAUER et MASLOWSKI. — Uber Bluttransfusion im Säuglingsalter und Kleinkindesalter. *Wiener Klinische Wochenschr.*, 1932, p. 1199.

OPITZ. — Die Bluttransfusion in der Pediatrie. *Deutsche Gesellschaft f. Kinderheilk.* Karlsbad, 1925. *Monatschr. f. Kinderheilk.*, 31, 1926, p. 306.

PARK (E.-A.). — Bibliographie américaine. *Revue Franç. de Pédiatrie*, I, 1926, p. 244.

PETTERSON ANNA. — Uber Bluttransfusion im frühestem Kindesalter. *Nord. med. Tidsks.* 1932, 949-956.

PHELIZOT (G.) et TASSOVATZ (B.). — La transfusion sanguine comme traitement des broncho pneumonies graves de la première enfance. *Revue Franç. de Pédiatrie*, VIII, nº 6, 1932.

POWERS GROVER (P.). — Transfusion. *American Pediatric Society*, May 1929. *Am. Journ. of Dis. of Children*, 1929, p. 433.

REIMOLD (W.) et KRAMER (B.). — Uber Behandlung septischer Allgemeininfektionen im Kindesalter durch kontinuirliche Bluttransfusion. *Kl. Wochenschr.*, 1927, p. 305.

RIBADEAU-DUMAS et CATHALA. — Le traitement des broncho-pneumonies infantiles. *Paris Méd.*, 59, 1926, 170.

ROBERTSON L. BRUCE. — Exsanguination transfusion. A new therapeutic measure in treatment of severe toxemias. *Arch. of Sing.*, IX, 1924.

ROBERTSON L. BRUCE et R. SIMPSON. — Transfusion in children. Its indications and limitations. From an analysis of 600 cases. *North-west Medecine*, 1921.

ROHMER (P.) et TASSOVATZ (B.). — Le traitement de la broncho-pneumonie du premier âge par la transfusion du sang. *Revue Franç. de Pédiatrie*, Tome XI, nº 2, 1935.

ROSENTHAL. — Technique de la transfusion sanguine chez les enfants du premier âge. *Bull. général de Thérapeutique*, Paris 1923.

ROTHMANN PHILIP (E.). — Blood transfusion in children. *California Med.*, 34, 176-179, 1931.

SIEGL (J.). — Die Bluttransfusion im Kindesalter. *Wiener Klinische Wochenschr.*, 1934.

SPOHN HOWARD. — Blood Transfusion. *Arch. of Pediatrics*, XXXVIII, 1921.

SVASTITS (Paul). — Uber Intraperitoneale Bluttransfusionen bei Erkrankungen im Säuglingsalter. *Kinderärtzliche Praxis*, février 1935, p. 51.

WESTON (Ir.). — The Effect of Blood transfusion in Pneumonia and Septicemia. *Arch. of Pediat*, p. 381. 1927.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

L'accouchement sans douleur — L'accouchement dirigé : méthode de l'Ecole de Strasbourg

D'après une leçon du Professeur agrégé LACOMME

Pour qu'une substance anesthésiante puisse être employée dans l'analgésie obstétricale, il faut qu'elle soit sans danger pour la mère, sans danger pour l'enfant, qu'elle n'entrave pas le travail, et réponde aux effets recherchés. On éliminera comme ne remplissant pas ces conditions : le chlorure d'éthyle, qui donne une anesthésie trop passagère, non renouvelable sans inconvénient, les barbituriques en injections intraveineuses, qui peuvent d'ailleurs provoquer au réveil une agitation préjudiciable en pareil cas, l'évipan, insuffisamment connu encore, la rachianesthésie, en raison de ses suites possibles, qu'il n'est guère logique d'avoir à subir dans un accouchement normal.

Que reste-t-il alors, au praticien ? Les anciens anesthésiques, le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote. Ce sont, chez les femmes dont l'accouchement est très douloureux, les meilleurs agents de l'analgésie obstétricale. Avec le chloroforme, en particulier, employé suivant la méthode dite « à la reine », on peut obtenir non la suppression, mais une *sédation* très appréciée des douleurs. Quelle en est la technique ?

Tout d'abord, il conviendra de ne l'employer que chez les femmes assez observatrices, assez perspicaces — beaucoup le sont — pour nous renseigner avec précision sur l'état de leurs contractions utérines. Il s'agit en effet d'analgésie, et d'analgésie intermittente, procédant par aspirations de chloroforme discontinues, faites au moment même des douleurs. La femme doit prévenir du début des douleurs. On lui fait faire à ce moment deux ou trois inspirations de chloroforme versé en petites doses dans un cornet et l'on arrête quand elle se trouve légèrement somnolente et déclare qu'elle a « perdu le bout de ses doigts et le bout de ses pieds »... Elle n'a pas perdu connaissance, elle continue à causer, mais la douleur est atténuée. On procède de la même manière à chaque douleur, pendant une à deux heures. On ne saurait toutefois donner ainsi du chloroforme durant tout le travail et il vaut mieux ne commencer que vers la fin de la dilatation, quand arrive la période d'expulsion.

Cette analgésie peut être complétée par une courte période d'anesthésie totale au moment où la tête va passer à la vulve, quand on a besoin que la femme ne pousse pas trop violemment. On fait faire alors deux ou trois inspirations supplémentaires. Il se crée à cet instant, du fait de l'anesthésie plus complète, une pause de la mémoire chez la parturiente qui se réveille toute suprise que l'accouchement soit fini et en sait gré à son accoucheur. En réalité, elle aura dormi quelques minutes seulement. Ainsi, la méthode dite « à la reine » comprend : pendant une à deux heures quelques bouffées de chloroforme au moment des douleurs, et quelques minutes d'anesthésie au passage de la tête à la vulve. On sait que cette méthode fut employée pour la première fois en Angleterre, lors du premier accouchement de la reine Victoria. Depuis, il y a eu, parmi les parturientes, beaucoup de « reines ! »

***

Certains accoucheurs se sont proposés de *diriger* médicalement l'accouchement, de façon à en réduire la durée. C'est la méthode de l'Ecole de Strasbourg, de Schikelé et Kreis. Elle consiste, lorsque la femme, en travail, est arrivée à une dilatation de deux francs, à : 1° rompre les membranes, et 2° faire ensuite une injection sous-cutanée d'un médicament calmant, morphine, atropine ou — spécialité utilisée par les auteurs — spasmalgine. Les promoteurs de cette méthode considèrent que si l'accouchement de nos contemporaines traîne en longueur, cela tient à leur état nerveux, à la surexcitabilité de leurs utérus, qu'il faut calmer. Les chiffres donnés par les auteurs strasbourgeois sont, en effet, assez suggestifs et enregistrent en toute apparence, un réel raccourcissement de l'accouchement.

Cette façon de procéder toutefois ne semble pas être entièrement anodine. Si l'on ouvre l'œuf par la rupture des membranes, on risque des procidences et aussi l'infection. L'injection calmante systématique ne paraît pas toujours non plus logique, toutes les femmes ne se présentant pas de la même manière. Nous vivons certes au siècle de la piqûre ; ce n'est pas une raison pour en user à tout propos. Si la méthode de l'accouchement dirigé a pu donner de bons résultats entre des mains exercées, elle est susceptible d'avoir des inconvénients entre des mains moins au courant. M. Lacomme, en définitive, reste fidèle à la vieille pratique obstétricale qui ne cherche pas à diriger la nature mais à corriger ses insuffisances et n'intervient vraiment que dans les cas anormaux (1).

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (décembre 1935), recueillie par le Docteur P. LACROIX.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

des complications mastoïdiennes et méningées dans les otites

D'après les travaux du Docteur L. LARROQUE (1) et ceux du Docteur A. GASTON (2)

LE TRAITEMENT ET L'ÉVOLUTION D'UNE OTITE SANS COMPLICATIONS

Les médications antiphlogistiques les plus simples : pansements humides chauds, rayons infra-rouges, lavages de l'oreille sous très faible pression, soulagent la douleur, et débarrassent le conduit du pus stagnant. Le drainage par mèche se révèle également très efficace, mais à la condition que la mèche ne soit point tassée. Cette petite opération a besoin d'être renouvelée plusieurs fois par jour dans les suppurations abondantes, et, toute simple qu'elle paraisse, elle exige d'être faite par une main expérimentée.

Les antiseptiques doivent être avant tout inoffensifs, et, par conséquent, en solution très faible. Car il ne faut pas oublier que des soins intempestifs sont loin d'opposer une barrière aux complications.

Le Docteur Larroque précise qu'une des plus fâcheuses habitudes médicales paraît être l'emploi des vaccins à tout faire.

Et il ajoute, avec sa compétence particulière : « Croire à la vertu préventive ou curative des vaccins est une grosse erreur. Pour ma part, je n'ai guère vu d'otites moyennes suppurées, traitées simultanément par des instillations et des injections de polyvaccins (même par des préparations, très atténuées en injections intradermiques) ne pas donner lieu à des réactions mastoïdiennes le plus souvent sérieuses conduisant à une intervention.

Bref, la thérapeutique d'une otite simple se confond avec le traitement local d'un abcès chaud, y compris, le cas échéant, la paracentèse du tympan.

A propos de cette paracentèse, on peut même affirmer que cette intervention est la seule, qui puisse mettre le malade à l'abri de complications, (les soins médicaux à la phase suppurative n'ont guère d'influence), encore faut-il qu'elle soit *précoce et large.*

Précoce (mais non préventive) : dans tous les cas où l'otalgie s'accompagne de température avec *des signes tympaniques affirmatifs.*

Large : il ne faut pas hésiter à examiner, ou à faire examiner une oreille, dont la suppuration spontanée n'a pas totalement calmé les douleurs ; et alors, un élargissement de cette ouverture souvent punctiforme peut être nécessaire pour assurer dès le début un bon drainage.

Les signes d'une évolution favorable de l'otite seront les suivants :

La chute de la température se fera, soit brusquement quarante-huit heures après une paracentèse, soit en lysis dans les cinq à six premiers jours de l'écoulement.

On observera une atténuation progressive de la douleur, d'abord au niveau de la pointe, ensuite au niveau de l'antre dans les huit jours.

Enfin, la qualité du pus, qui au bout d'une quinzaine devient muqueux, sera une précieuse indication. Les signes otoscopiques seront alors fonction des signes cliniques.

SIGNES DE PRÉSOMPTION, DE CRAINTE ET DE CERTITUDE, POUR RÉGLER LA CONDUITE DE LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Présomption.

L'état du terrain, la nature et la virulence microbienne jouent un rôle considérable dans les otites les plus banales d'origine grippale, et consécutives à une légère atteinte naso-pharyngée. Certaines années, les complications oto-mastoïdiennes de la grippe sont brutales, et le processus infectieux est tel que les *phases auriculaires et mastoïdiennes évoluent simultanément.*

D'autre part, au début de l'hiver, les otites sont bénignes. Par contre, les froids tardifs, les temps pluvieux de l'approche du printemps, favorisent la virulence microbienne sur un organisme fatigué.

Quant aux agents microbiens, pneumocoques et streptocoques paraissent avoir la même nocivité. Cependant, on sait combien sont inquiétantes les suppurations de l'oreille post-scarlatineuses ou rubéoliques, avec leurs délabrements rapides, et malgré une suppuration abondante.

Crainte.

Les résultats d'un mauvais drainage diminuent l'écoulement du pus et amène sa *rétention.* Dans ces conditions, la *température* per-

(1) Docteur L. LARROQUE.— Les oto-mastoïdites des enfants. (*La Pratique médicale française,* mai 1935.)

(2) Docteur Alain GASTON. — Le traitement des méningites otogènes (Vigot, éditeur, Paris, 1935).

siste ; le malade perçoit des battements au niveau de l'oreille, ou même des sifflements ; objectivement, on voit des pulsations au niveau de la perforation.

Parfois encore, la *douleur* persiste à la pression de la mastoïde, et, malgré une baisse sensible sur les premiers jours, la *température* oscille autour de 38° ; l'*écoulement* reste très abondant ; après le nettoyage, en quelques instants déjà, un pus crémeux remplit de nouveau le conduit.

C'est aussi dès le début, une *douleur* à la partie postérieure, à deux travers de doigts du sillon rétro-auriculaire, qui indique la participation de cellules éloignées de l'additus, et, par suite l'éventualité d'un drainage assez difficile.

Tous ces signes de crainte commandent des réserves et une surveillance attentive au praticien.

Certitude. *Il faut intervenir* :

1° Dans les *mastoïdites phlegmoneuses* évidentes avec gonflement en masse de l'apophyse, traduisant une fistulisation de la corticale. Si les dangers d'une complication encéphalique sont peu à craindre, car le pus a trouvé une nouvelle issue il est inutile cependant d'attendre une fistulisation des parties molles.

2° Dans la mastoïdite résultant d'un *mauvais drainage*. L'écoulement est intermittent. La mastoïde est peu douloureuse, mais les phases de rétention coïncident avec une élévation de la température. En outre, le pli rétro-auriculaire est moins marqué ; un léger œdème donne la sensation tactile d'un os soufflé. Le conduit présente soit un œdème en masse, soit une chute de la paroi supérieure.

3° Dans la mastoïdite *à gros débit purulent*, qui persiste encore au bout de trois semaines, même si la réaction douloureuse du début a disparu. Une abstention opératoire serait regrettable ; ne pas attendre les complications encéphaliques.

4° Dans les *mastoïdites primitives des enfants*, que l'on observe à cet âge dans la proportion de 1 à 2 %. Celles-ci se présentent le plus souvent sous la forme d'un gonflement rétro-auriculaire haut placé, soit également sous forme d'une tuméfaction plus antérieure, uniquement zygomatique. Le tympan est sain dans ses trois quarts antéro-inférieurs ; seule la partie supérieure paraît, dans certains cas, légèrement affaissée. Une otalgie passagère, mais toujours peu accusée, a pu passer inaperçue. C'est une fusée purulente, au cours d'une poussée d'antrite aiguë. Après curetage des lésions, la guérison est rapide.

5° En présence d'une otite suppurée du *nourrisson* avec élévation intermittente de la température sans explications plausibles, il faut penser à la possibilité d'une *mastoïdite sournoise*, et l'on est en droit d'intervenir.

Voici comment évolue cette affection : au cours d'une affection pulmonaire qui s'atténue, un jeune bébé conserve une température très élevée. Spontanément, ou après une paracentèse, un écoulement auriculaire amène une rémission des phénomènes infectieux. Cependant, de nouvelles poussées thermiques ne paraissent expliquées ni par l'état pulmonaire, ni par l'état digestif. L'examen de l'oreille ne révèle rien d'anormal ; l'écoulement est assez abondant, mais le drainage paraît suffisant. L'enfant n'est point agité ; la pression de la mastoïde n'est pas douloureuse, ou est très délicate à interpréter. Or si, devant la persistance de la température, on décide une antrotomie exploratrice, on est tout surpris de se trouver en présence de grosses lésions étendues à toutes les cellules de l'apophyse, sans qu'il y ait la moindre réaction du périoste.

6° Dans les *otites internes, dans les labyrinthites*, les risques de méningite otogène sont plus fréquents.

Quand les labyrinthites sont encore restées « simples », se pose tout le problème de la prophylaxie de la méningite. Depuis longtemps, écrit le Docteur A. Gaston, on a insisté sur le stade d'*irritation méningée*, intermédiaire à la labyrinthite et à la méningite, dont l'apparition serait une indication absolue à la trépanation labyrinthique.

Par elle-même *l'atteinte labyrinthique peut être précoce ou tardive. Précoce*, éclatant dans la première semaine d'une otite aiguë, elle est le plus souvent d'évolution bénigne, avec *restitutio ad integrum*, donc inutile d'intervenir sur le labyrinthe. On doit se contenter d'un drainage de la caisse et de l'antre, soit par paracentèse large, soit par antrotomie, si l'ouverture du tympan semble insuffisante. La trépanation du labyrinthe serait non seulement inutile, mais dangereuse, puisqu'elle réaliserait l'infection secondaire d'une labyrinthite séreuse, par un germe très virulent. Exceptionnelles sont certaines labyrinthites précoces, *immédiatement* suivies de méningite mortelle ; c'est une véritable septicémie à localisation oto-méningée, dont le traitement chirurgical serait illusoire.

Au contraire de la précédente, la labyrinthite *tardive*, celle qui apparaît au troisième septenaire de l'otite aiguë, est le prélude menaçant de la méningite. L'indication chirurgicale est formelle : il faut faire une ouverture simple de la cavité vestibulaire ; un curetage poussé de l'oreille interne serait superflu, sinon dangereux.

Lorsqu'une labyrinthite aiguë éclate à la suite du *réchauffement d'une vieille otorrhée*, on temporisera : n'opérer qu'après la disparition des troubles réactionnels labyrinthiques, le délai étant de trois semaines environ ; ouvrir l'oreille interne après évidement pétro-mastoïdien. S'il s'agit d'une destruction muette du labyrinthe, accompagnant des *lésions encore évolutives de l'oreille moyenne*, recourir d'emblée à l'évidement

pétro-mastoïdien ; puis, trépaner systématiquement le vestibule dans le même temps opératoire, pour éviter des méningites post-opératoires. Si enfin les *lésions auriculaires sont éteintes*, se garder de toute intervention sur l'oreille moyenne comme sur le labyrinthe.

Il existe aussi des *labyrintites partielles*. Dans les otites aiguës, celles-si sont classiquement à l'abri d'une complication méningée, et il faut s'abstenir de toute intervention sur l'oreille interne, tant que les deux fonctions cochléaire et vestibulaire ne sont pas perturbées ou supprimées simultanément. Dans les otites chroniques, cependant, une lésion localisée, par exemple au limaçon, est capable de déclencher à elle seule une infection méningée ; dans de telles circonstances, la conservation d'une des fonctions labyrinthiques ne doit pas exclure la possibilité d'une propagation par la voie de l'oreille interne : il faut ouvrir le vestibule et explorer le limaçon. (Docteur Gaston.)

Plus grave est la situation, quand la complication méningée est annoncée par le stade intermédiaire de l'*irritation méningée*. L'étude du liquide céphalo-rachidien est ici capitale, puisqu'elle peut établir la réalité de l'infection des méninges. Même si le liquide est normal, se méfier d'un blocage possible entre les cavités cérébrale et médullaire. On se gardera de conclure à une évolution favorable ; d'une manière générale, on n'accordera de valeur à l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien que si ses modifications s'accompagnent d'un cortège de symptômes cliniques significatifs : céphalée localisée, début de signe de Kernig. Dès lors, la trépanation du labyrinthe après évidement pétro-mastoïdien s'impose de toute urgence (A. Gaston).

En tout cas, il importe de surveiller soigneusement les otorrhéiques, pour ne pas laisser inconsciemment passer la phase prodromique de la complication, et même parfois sa période de début. Il est dangereux d'attendre le développement des signes cliniques et de reculer la ponction lombaire ; sinon l'intervention vient trop tard, lorsque la méningite est développée.

Cas urgents

Ceux-ci sont classés d'après les facteurs suivants :

1° *Par la température* :

a) Douleur mastoïdienne accompagnée d'une température en plateau ou avec une rémission vespérale minime, malgré une large paracentèse.

Cet état indique la formation d'un gros empyème dans un espace osseux résistant, une corticale épaisse qui ne se laisse pas distendre, ou une virulence exaspérée dans certaines grippes, scarlatines ou rougeoles. Les fusées purulentes ne prendront pas une voie exogène, il faut donc intervenir.

b) Phénomènes pyémiques évidents : grandes oscillations de température, caractéristiques d'une septicémie. La réaction mastoïdienne n'est pas toujours très marquée ; peu de douleur parfois, ou tout au moins une douleur diffuse profonde, réveillée par une pression assez forte du doigt. Si le sujet n'accuse aucun réflexe pénible au niveau de l'antre et de la pointe, ne pas oublier de faire pression postérieurement, en arrière de l'apophyse : on sera surpris de trouver là un point très sensible, faisant craindre une phlébite du sinus latéral ou tout au moins une périphlébite.

2° *Par l'apparition de signes méningés* au cours d'un écoulement d'oreille, ou de signes n'ayant pas disparu dans les douze premières heures après la paracentèse. *Dans ces cas, aucune hésitation.*

Les lésions mastoïdiennes peuvent être minimes, le processus méningé paraissant parfois lécher simplement l'oreille. La ponction lombaire simultanée à la trépanation permettra, par son résultat, de mettre en œuvre un arsenal thérapeutique bien décevant dans ces cas. « Les chances étant minimes, les heures comptent. Si le patient cependant n'a présenté que des vomissements, une légère céphalée, sans raideur de la nuque, sans Kernig, le pronostic, est beaucoup moins réservé. »

***

Ce qu'il faut retenir, c'est la conclusion du Docteur Larroque :

Si l'otologiste est en droit d'intervenir précocement sur un tympan douloureux, il n'en est pas de même pour une mastoïde. Les algies mastoïdiennes sont une règle et s'atténuent rapidement avec un bon drainage de l'oreille moyenne.

Aussi, en dehors de la présence d'accidents cérébraux ou méningés qui n'autorisent aucune hésitation, la question d'extrême urgence ne se pose plus.

Dans les autres cas, si l'évidence d'une mastoïdite est discutable, le temps employé à éliminer les affections concurrentes, qui peuvent être cause d'un état général défectueux, n'est pas toujours du temps perdu.

La trépanation préventive n'offre pas que des avantages et, en dehors des risques que comporte toute intervention chirurgicale, les suites opératoires sont à considérer.

G. Fischer.

L'ÉMOTIVITÉ

Par le Docteur VITAL-LASSANCE

La place immense que tient l'*émotivité* dans la vie des hommes, et surtout dans la vie des femmes, ne peut manquer d'avoir frappé ceux qui se penchent sur la souffrance humaine.

Souffrance physique et torture morale, rien n'est épargné à ces hyperémotifs doués d'une sensibilité excessive, d'une redoutable faculté de réagir avec trop d'ampleur et trop de brusquerie à toutes les impressions qui les frappent.

En eux, les vibrations nerveuses, que déclenchent toutes les sensations et toutes les pensées, vont à travers un réseau de fibres ténues ébranler avec violence les centres nerveux de la moelle, du bulbe et du cerveau. Cet ébranlement réflexe constitue le *réflexe émotif*; il met en jeu toute la sensibilité générale, sensorielle et psychique, et les réactions qu'il entraîne traduisent l'émotion. Ce réflexe est toujours, chez l'hyperémotif, d'une violence anormale et disproportionnée à la cause qui l'a déterminé. Tout est pour lui une grande émotion ; les impressions banales qui peuplent notre vie, provoquent un ébranlement de tout l'organisme alors qu'elles devraient, normalement, être simplement perçues, sans aucun retentissement émotif ou avec une émotion minime et mesurée.

Il s'en faut, en effet, que tout émotif soit un malade ; nous sommes tous sujets aux émotions et sans elles, la vie serait d'une désespérante monotonie. Cette émotivité normale est pour l'homme pleine de bienfaits et de charme ; « rendons hommage à sa grandeur et plaignons ceux qui l'ont toujours ignorée » (Voivenel).

Pourtant, lorsque cette émotivité dépasse la mesure, lorsque se trouve réalisé ce que Dupré a si justement appelé la *constitution émotive*, caractérisée par un éréthisme diffus de la sensibilité, elle représente un état anormal, un terrain que révèlent déjà une foule de petits signes morbides et sur lequel va germer et s'épanouir la moisson douloureuse de l'*anxiété* et de *l'angoisse*.

I. — Voyons d'abord les petits signes et les troubles multiples qu'entraîne cette hypertensibilité caractéristique de la constitution émotive : les uns sont d'ordre subjectif, d'ordre moral ; les autres dépendent de troubles organiques.

Parmi les premiers, ce qui domine c'est une *impressionnabilité excessive*. Tout émeut ces malades d'une façon démesurée et souvent douloureuse. Ils sursautent et tressaillent au moindre bruit : une détonation violente, et aussi bien le simple craquement du plancher ou d'un meuble, peuvent leur produire une pénible impression de crainte ; une lumière trop vive qui les surprend, une rencontre imprévue, le spectacle d'un accident, la vue du sang retentissent douloureusement sur leur sensibilité.

Ils exagèrent le moindre ennui, la moindre préoccupation et en nourrissent leur inquiétude.

Il suffit même d'une pensée, d'un souvenir, d'un désir ou d'une déception pour les plonger dans un état pénible frisant l'anxiété. La musique, le chant, les impressionnent fortement ; ils vibrent et pleurent au spectacle, ils se grisent douloureusement d'un air qui les séduit ou d'une vision qui les charme. « Les paysages sont comme un archet qui joue sur mon âme », disait Stendhal.

Craintifs et *timides* à l'excès, ils ont peur de mal faire, de ne pas réussir, ce qu'ils doivent entreprendre. Souvent, cette crainte arrête et trouble leur activité. Enfants, ils vivent dans l'angoisse de la leçon qu'ils croient mal apprise et du devoir mal fait. Cette crainte, aux examens, les prive de tous leurs moyens. Plus tard, ils sont scrupuleux exagérément. Ils se replient sur eux-mêmes, s'analysent avec sévérité et restent souvent méconnus, car par timidité, ils sont volontiers silencieux et recherchent l'isolement. La pudeur, cette exquise timidité spéciale à la femme, et le trac qui a fait souffrir tant d'artistes sont des formes de cette émotivité.

Ces malades deviennent *susceptibles* : doutant d'eux-mêmes, ils doutent de la sincérité des autres. Craignant la raillerie, ils prêtent malice à tout ce qui se dit ; ils jugent mal les intentions de leur entourage et quelquefois s'irritent, par réaction, de la faiblesse dont ils souffrent.

Aussi la vie de l'hyperémotif s'écoule-t-elle à travers une inquiétude perpétuelle qui en assombrit les couleurs : il est privé de la douceur de vivre. Goethe, ce grand nerveux, arrivé à 80 ans, disait que, dans sa vie, il ne pouvait guère compter qu'une trentaine de jours de bonheur. La délicatesse de sa sensibilité était telle qu'elle vibrait toujours douloureusement.

Cette douleur morale, qui sourdement s'implante dans l'esprit et embrume toutes les pensées, entraîne peu à peu l'émotif vers l'*anxiété*. Tandis que jusque-là, il ne souffrait qu'à l'occasion d'une émotivité provoquée, et n'accusait que lui-même de ses déboires et de sa faiblesse, le malade finit par souffrir sans raison : une crainte vague, l'appréhension d'un malheur imminent, imprécis, inconnu, tourmente ses jours et ses nuits.

II. — En même temps, une foule de *signes objectifs*, de troubles fonctionnels traduisent l'excitabilité diffuse du système nerveux, comme les malaises précédents traduisaient l'excès de sensibilité affective.

L'éréthisme nerveux qui est à la base de la constitution émotive, touche tous les appareils. Il peut simuler et faire craindre toutes les maladies organiques, alors que n'existe aucune lésion réelle.

Les réflexes sensoriels s'accomplissent avec une délicatesse excessible et pénible. Sur la peau, le chaud, le froid, la moindre contusion font souffrir ; le chatouillement entraîne des réactions trop vives. La lumière et le bruit se répercutent douloureusement dans la tête.

La musculature striée entre en contraction pour le moindre prétexte : une surprise, une impression émotive un peu vive déclenchent un tremblement prolongé ; le malade sursaute, claque des dents ; sa parole s'embarrasse, il bégaye ou ne peut plus proférer un son.

Les muscles lisses, du côté des viscères, se contractent aussi, pour la moindre émotion, en des spasmes divers : la gorge se serre ébauchant la boule, dite hystérique. Les spasmes de l'estomac ou de l'intestin troublent la digestion, déterminant des crampes, du ballonnement et de la constipation dont la radiographie montre la nature spasmodique.

Le cœur souffre plus que tous les autres organes de cet excès de sensibilité nerveuse. « Le cœur est la clochette des émotions. Elle tinte à la moindre secousse morale, se précipite en sonneries rapides, s'arrête dans des silences impressionnants et reprend progressivement sa course sur le rythme normal » (Ch. Fiessinger). Le pouls est instable, rapide ou irrégulier. Le cœur est parfois douloureux, et quelquefois une sensation d'étreinte et de serrement peut rappeler la douleur angineuse et impressionner fortement le malade.

C'est quelquefois dans la tête que retentit l'ébranlement émotionnel : c'est une sensation, plus ou moins violente, de choc ou de serrement qui s'accompagne d'un pénible sentiment de vertige ou de nausée.

Parmi ces troubles divers, ceux qui sont les plus frappants et les plus fréquents, sont déterminés par l'instabilité vaso-motrice : c'est tantôt la rougeur et tantôt la pâleur du visage qui traduisent les émotions. Certains malades ont la peau chaude et brûlante, les autres sont glacés ; parfois, le visage est rouge et congestionné et les mains froides et moites ; les uns frissonnent et sont grelottants, les autres ont de pénibles bouffées de chaleur.

La même instabilité peut atteindre les divers appareils glandulaires, déterminant, tantôt la sécheresse de la peau, tantôt de la moiteur ou des sueurs profuses ; la sécheresse de la gorge ou une abondante salivation ; la diarrhée ou la constipation ; l'oligurie ou des mictions incessantes. Les larmes viennent si vite et si facilement qu'elles ne sont pas toujours le signe sincère de la tristesse ou d'un chagrin réel.

Enfin, puisqu'il existe une hyperexcitabilité diffuse, elle atteint la réflectivité générale. Dupré insistait sur la nécessité d'examiner les réflexes pour la découvrir. Tous les réflexes sont exagérés, les réflexes tendineux et cutanés sont amples et vifs et l'on voit, en particulier, un choc sur le tendon rotulien, entraîner une violente et brusque extension de la jambe.

Tel est le tableau clinique que nous montre l'hyperémotif : toutes ces réactions pénibles déterminées par un état d'instabilité, d'excitabilité, permanentes, sont cependant toujours *motivées* par une cause émouvante qui les déclenche. Elles en constituent la réaction naturelle, bien que démesurée, et elles ne tardent pas à s'apaiser dès que l'émotion est passée.

Sur ce fond d'excitabilité nerveuse diffuse, on voit parfois se dessiner des crises d'*angoisse*, comme sur l'émotivité est venue se greffer l'anxiété : alors les mêmes troubles, mais souvent plus pénibles et plus accusés, apparaissent en dehors de toute cause émotionnelle. L'angoisse survient spontanément, « immotivée », ou lorsque les circonstances qui auraient pu la déterminer sont déjà passées et lointaines.

L'angoisse aussi se caractérise par ce fait qu'elle est moins diffuse ; elle tend à se localiser sur un organe, sur un appareil. L'angoisse respiratoire simule la crise d'asthme ; l'angoisse cardiaque l'angine de poitrine et ainsi, dans tous les viscères, le tableau clinique de l'angoisse rappelle celui des affections les plus graves. La plupart du temps, à ces troubles s'ajoute une pénible sensation indéfinissable, un trouble de la conscience fait de douleur et de crainte.

A ce stade, le sommeil devient irrégulier, bourré de cauchemars, laissant persister une fatigue anormale et durable qui aggrave cet état et diminue progressivement la résistance du sujet.

III. — Il est intéressant de rechercher l'*étiologie* de cet état, si répandu, et qui trouble la vie de tant de malades.

Parfois, la constitution émotive est *héréditaire* et *familiale*. C'est là un fait connu de longue date. Il s'explique par le genre de vie, les habitudes alimentaires, la transmission des tares, l'altération héréditaire des viscères et surtout des glandes endocrines.

Plus souvent, elle est *acquise* : Son origine remonte à un choc moral, à une émotion violente ou un chagrin profond. Elle naît peut-être, encore plus souvent, de la « sommation » d'ébranlements nerveux, minimes mais incessants, qui

finissent par déterminer une sorte de sensibilisation émotive.

Un traumatisme physique, un accident grave et douloureux, une impression terrifiante peuvent, aussi bien que le surmenage, l'absence de sommeil, conduire à cet état. Les infections, les mauvaises conditions d'hygiène, les intoxications et surtout les auto-intoxications d'origine digestive, arrivent au même résultat.

Tous ces facteurs agissent en déréglant les fonctions organiques ; en particulier celles des glandes endocrines, et en fin de compte en déterminant une fragilité, une *hyperexcitabilité de l'appareil nerveux de la vie végétative.*

Si l'on envisage, en effet, le *mécanisme* de ces phénomènes, et ces considérations sont pleines d'intérêt pour en fixer, avec plus de précision, la thérapeutique, on est conduit à voir dans la réaction émotive, un *réflexe psycho-physiologique*. Le réflexe émotif est un réflexe psychichique ; le stimulus causal affecte l'âme, l'ébranle plus ou moins, dit Ribot. C'est, en même temps un réflexe physiologique, par lequel l'organisme tout entier répond à l'action extérieure qui a déclenché l'émotion.

Ces réflexes se passent entièrement dans le domaine du système nerveux végétatif ; s'ils sont exagérés et anormaux, c'est parce que cet appareil nerveux anormalement excitable réagit de façon excessive aux incitations qu'il reçoit.

Toutes les manifestations cliniques tendent à confirmer l'existence, chez les émotifs, de cette instabilité vago-sympathique. Les signes que nous venons d'énumérer sont exactement calqués sur ceux qu'on a désignés sous le nom de *signes cardinaux de la neurotonie*, qui aussi touchent tous les domaines, y compris le caractère.

Cette dystonie est à forme variable. Chez les hyperémotifs, dont le type est représenté par les hyperthyroïdiens, c'est la forme sympathicotonique qui domine.

Quand l'anxiété s'installe, il semble que l'hypervagotonie soit au premier plan. Les recherches des physiologistes ont montré que chez les anxieux le réflexe oculo-cardiaque, par son exagération, témoignait de cette prédominance du vague ; tandis que chez l'émotif, c'est le réflexe solaire qui est exagéré, témoignant d'une prédominance du sympathique.

Brissaud, Bonnier avaient déjà attribué cette prédisposition émotive, à un « énervement » du bulbe et des centres du vague, c'est-à-dire à la perte de l'équilibre fonctionnel de ces centres, qui sont en état d'irritabilité constante.

On a pu invoquer, pour expliquer cet état, des troubles humoraux, des perturbations dans l'équilibre endocrinien ou des altérations plus localisées de l'appareil nerveux, mais tout se résume dans cet « énervement », dans ce déséquilibre fonctionnel du vague et du sympathique.

Et ici, plus qu'ailleurs, il est difficile de discerner quel est celui de ces deux nerfs qui est en cause. Ils sont intimement accouplés et, suivant les moments, suivant l'organe qui réagit, leur action se combine et les perturbations dont ils sont responsables sont diffuses.

IV. — Cette conclusion doit guider la *thérapeutique* de ces états, thérapeutique à la fois pathogénique et symptomatique.

La psychothérapie a peu de prise sur les émotifs : ils ont parfaitement conscience de leur état, qu'ils analysent très bien et, plutôt que des paroles et des conseils, ils demandent le moyen de retrouver le calme qu'ils ont perdu et d'apaiser la trop grande sensibilité de leurs nerfs.

La médication qui va le mieux leur convenir est la médication sédative. Mais il faut une *médication douce* : il faut, comme l'a dit Ch. Fiessinger, éviter, pour eux, « les coups de trique médicamenteux », et à ce point de vue, les opiacés, les barbituriques sont à redouter. Leur action est trop violente et trop passagère.

D'autre part, il faut une *médication polyvalente* : elle doit à la fois atteindre le vague et le sympathique ; elle doit viser les spasmes viscéraux en même temps que les spasmes cardiovasculaires et les centres psychiques.

Aussi la médication phytothérapique polyvalente mérite toute notre préférence ; elle permet d'heureuses associations : le cratœgus qui diminue l'hypertonie sympathique et apaise les troubles cardio-vasculaires, peut s'unir à la valériane et à la passiflore plus actives sur le vague. La ballotte, d'autre part, est antispasmodique et le paullinia sorbilia tend à diminuer l'anxiété en créant un certain état d'euphorie particulièrement salutaire.

Enfin, cette médication dépourvue de toute toxicité, de toute action brutale, en permet l'usage prolongé, indéfini, pour ces malades qui sont, toute leur vie, menacés des mêmes malaises.

BIBLIOGRAPHIE

DANCENIS. L'émotivité, l'anxiété et l'angoisse. *Progrès Médical*, 5-x-1933. — M. DE FLEURY. L'angoisse humaine. 1 vol., Edit. de France, 1925. — Ch. FIESSINGER. Les défauts réactions de défense. 1 vol. Maloine, 1924. — GUILLAUME. Vagotonie. Sympathicotonie. Neurotonie. 1 vol., Masson, 1925. — HARTENBERG. Névrose d'angoisse, 1 vol., Alcan, 1902. — LECLERC. Précis de phytothérapie. 1 vol., Masson, 192 — A. LUMIÈRE. Les facteurs émotifs. *Presse Médicale*, 8 août 1928. — NEUBERGER. Séméiologie et traitement de l'émotivité morbide. *Journal des Praticiens*, 17-XII-1921. — RIBOT. La psychologie du sentiment. 1 vol. Alcan. — VINCHON. Les syndromes dépressifs. *La Médecine*, x 1930. — REVUE DE PSYCHOTHÉRAPIE. Années 1930 à 1934.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La sérothérapie antistreptococcique par un nouveau sérum spécifique.

Le Professeur H. VINCENT étudie ses applications et ses résultats ; il envisage notamment les points suivants : 1° Remarques générales sur le streptocoque, ses classifications, les causes qui favorisent son ensemencement chez l'homme la gravité de certaines localisations, l'invasion du sang. 2° Thérapeutique des streptococcies par la sérothérapie (sérum nouveau). Mode d'emploi du sérum dans les infections graves : méningite, arthrites suppurées, pleurésie suppurée, broncho-pneumonie, érysipèle ombilical du nouveau-né, infections chirurgicales, etc., enfin dans la septicémie.

Quant aux résultats, la sérothérapie antistreptococcique détermine une proportion très élevée de guérisons dans les formes les plus sévères de streptococcie et dans les streptococcémies d'origines diverses à pronostic jusqu'ici presque toujours mortel.

La statistique générale des malades septicémiques, traités par cette méthode sérothérapique et guéris dans la proportion de 81 %, ainsi que l'énumération de quelques-unes de ces complications si redoutables observées chez ces derniers, témoignent, en conséquence, de l'efficacité très active du sérum.

Il ne semble pas qu'aucune médication ait jamais apporté des résultats aussi favorables dans ces états infectieux, d'un pronostic habituel si sombre. Aussi bien, il n'est pas douteux que le pourcentage des guérisons dues au sérum, déjà élevé, ne puisse s'améliorer encore, lorsque les règles essentielles relatives à son emploi seront mieux connues et mieux appliquées. (*Bruxelles-Médical*, 15 décembre 1935.)

Le syndrome entéro-génital chez la femme en dehors de la grossesse.

Le Docteur GUILLAUMIN, dans un mémoire très complet, étudie dans tous ses détails l'infection colibacillaire génitale de la femme. Il envisage les différentes voies par lesquelles ces microbes intestinaux peuvent gagner l'appareil génital : voie lymphatique, voie directe, voie ascendante, voie sanguine. Il envisage ensuite les différentes manifestations cliniques provoquées par la colibacillose génitale. Enfin il précise que, pour être efficaces, les directives thérapeutiques doivent être orientées vers les trois buts suivants : intestin, lésions génitales, état général de la malade pour modifier le milieu humoral et le rendre plus apte à se défendre contre l'envahisseur. Il décrit avec détails : 1° une thérapeutique intestinale (vaccinothérapie buccale, régime, modifications du milieu humoral, cure thermale) ; 2° une thérapeutique utérine (vaccinothérapie locale et traitements habituels des atteintes microbiennes de la muqueuse génitale) ; 3° une thérapeutique du terrain ; 4° une thérapeutique chirurgicale applicable à certains cas bien définis (obstacles intestinaux par brides, coudures, adhérences ; déviations utérines à corriger ; adhérences inflammatoires des annexes ; appendice ou vésicule biliaire à réséquer en tant que réservoirs microbiens, sources d'adhérences et de coudures). (*La Rev. Méd. de l'Est*, mai 1935.)

Le traitement des syndromes post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses.

En conséquence de leur travail, MM. BENHAMOU, FOURES et GIXOUS estiment que l'atropine à hautes doses apparaît comme le médicament le meilleur dont nous disposions actuellement contre les syndromes moteurs post-encéphalitiques. Elle réussit souvent là où ont échoué la scopolamine, l'hyoscine, le datura. Déjà active, à doses relativement modérées, contre les mouvements involontaires de plus ou moins grande amplitude, torticolis spasmodique, spasmes de torsion, myoclonies, elle peut dans ces cas donner de véritables guérisons. Active encore, mais à doses plus élevées, contre les syndromes de rigidité et même de tremblement, elle permet une récupération sociale importante, les doses utiles ne pouvant être fixées que dans une maison de santé ou dans un service d'hôpital, sous le contrôle attentif du médecin. (*Paris Médical*, 14 décembre 1935.)

L'épidermo-réaction à la tuberculine en dermatologie

Le Professeur J.-J. PUENTE expose que l'épidermo-réaction à la tuberculine se montre positive chez la plupart des malades porteurs de lésions cutanées attribuées à l'étiologie tuberculeuse. Chez les malades de tuberculose pulmonaire sans lésions de la peau, la réaction est négative. On trouve 26 % de cas de dermatoses variées, sans relation avec la tuberculose, avec des

résultats positifs ; parmi ces derniers, la kératose pilaire est celle qui la montre positive avec le plus de fréquence.

Il n'existe pas un parallèle absolu entre l'épidermo et l'intradermo faites simultanément. On peut voir des malades avec des réactions négatives faire des positives après une deuxième ou troisième application du patchtest. Il y a des variations saisonnières : au printemps et en été, on voit une augmentation de leur fréquence et l'intensité des réactions.

Dans la syphilis secondaire, on observe une forte proportion de résultats négatifs, autant pour l'épidermo que pour l'intradermo. Cette dernière réapparaît généralement après le traitement. Dans l'eczéma, eczématides et érythrodermies arsenicales, on voit aussi un grand nombre d'épidermo avec des intradermo négatives. (*Bruxelles-Médical*, 17 novembre 1935.)

Séro-réaction de Bordet-Wassermann et réaction de floculation simultanées sur les sérums syphilitiques soumis aux novarsénobenzènes.

Le Docteur F. VAN DEN BRANDEN étudie l'action simultanée de la séro-réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction de floculation d'après KAHN, pratiquées simultanément sur les sérums syphilitiques qui ont été préalablement soumis à l'action des novarsénobenzènes. Il démontre que les sérums syphilitiques mis en contact, dans certaines conditions, avec une solution de novarsénobenzène, sont négativés à concurrence de 25 % au Bordet-Wassermann et de 11 % à la réaction de floculation d'après Kahn.

Ces pourcentages des sérums négativés sont trop peu élevés pour que la méthode puisse être employée comme test de contrôle thérapeutique des arsénobenzènes. (*Bruxelles-Médical*, 17 novembre 1935.)

Sur le diagnostic différentiel entre les ictères par obstruction cholédocienne et les ictères par hépatite.

MM. M. BRULÉ et J. COTTET établissent que dans les ictères catarrhaux et infectieux, le volume normal du foie ne subit guère de modification pendant toute la durée de l'ictère ; au début, les épreuves de galactosurie et de diurèse provoquées sont toutes deux troublées, les pigments et les sels biliaires sont retenus en abondance ; plus tard, la diurèse provoquée s'améliore rapidement, la galactosurie est plus longue à revenir à la normale ; enfin, il peut y avoir une rétention dissociée, les sels biliaires disparaissant du sang plus rapidement que les pigments. Dans les ictères par obstruction cholédocienne, le foie augmente progressivement de volume et proportionnellement à l'intensité de l'ictère ; au début la galactosurie et la diurèse provoquée sont sensiblement normales, les pigments et les sels biliaires sont retenus parallèlement ; plus tard, et à mesure que paraît l'hépatite par cholestase, la galactosurie et la diurèse provoquée deviennent de plus en plus mauvaises ; l'ictère ne se dissocie pas, sauf, dans certains cas exceptionnels, s'accompagnant de cachexie intense, après une évolution de plusieurs mois. (*La Presse Médicale*, 2 novembre 1935.)

La gangrène disséminée de la peau dans la première enfance.

Le Docteur R. TURQUETY fait une étude très complète et très documentée de cette intéressante question. Il étudie les symptômes de la gangrène secondaire, qui est le type le plus fréquent de nécroses disséminées de la peau, et qui ne s'observe guère que chez les enfants dont la vitalité est affaiblie par une maladie grave et aiguë. Puis il envisage la gangrène primitive qui, elle aussi, apparaît sur un terrain préparé mais s'oppose à la première par toute une série de caractères : absence de lésions préexistantes de la peau, symptômes généraux immédiatement sévères et mesurant d'emblée la gravité de l'affection, développement des éléments sphacelés.

Il faut insister sur le fait que, s'il est habituel de voir des complications pulmonaires terminer l'histoire clinique d'une gangrène primitive ou secondaire de la peau, jamais, cependant, à la connaissance de l'auteur, on ne l'a vue se compliquer de gangrène du poumon : on peut dire, d'une façon générale, que la gangrène qui débute au niveau de la peau reste localisée à la peau.

Quant au diagnostic, la gangrène disséminée des téguments présente, dans la première enfance, des caractères si typiques qu'on ne peut guère douter qu'ils'agisse d'une forme primitive ou secondaire. Il est toutefois nécessaire d'en distinguer l'ecthyma térébrant, parce que ces lésions affectent parfois un aspect plus ou moins nécrotique.

Quant au traitement, on isolera rigoureusement le malade. On luttera contre l'essaimage des foyers en supprimant bains, pansement humides et en isolant chaque élément.

On a préconisé les injections d'arséno-benzol et de sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur. Il faut bien reconnaître que, dans les formes sévères de gangrène et particulièrement dans la gangrène primitive, ces moyens thérapeutiques n'ont que bien imparfaitement répondu à l'espoir que l'on fondait sur eux. (*La Médecine infantile*, novembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'impaludation dans la thérapeutique psychiatrique au XIXe siècle, en Alsace.

(MM. E. GELNA et EISSEN, de Strasbourg ; présentation de M. CLAUDE ; 26-11-1935.)

L'inoculation de la malaria tierce dans le traitement de la paralysie générale, inaugurée par Wagner von Jauregg, date de 1917, mais c'est bien antérieurement que l'on avait entrevu dans la pyrexie paludéenne un moyen de traitement des maladies cérébrales.

Le vieil adage *Febris spasmos solvit* est applicable non seulement aux crises comitiales, mais à d'autres accidents mentaux. Un médecin allemand, Koster, a conclu dans sa thèse soutenue à Bonn en 1848, à l'action favorable de la fièvre intermittente sur les vésanies. Par contre, Dagonet, médecin de l'asile de Stephansfeld déclarait quelques années plus tard n'avoir pas noté cette action chez les malades de l'asile en question, au moment où sévit une épidémie de fièvre des marais apparue à l'occasion des grands travaux faits dans le département du Haut-Rhin pour la construction du chemin de fer de Paris et du canal de la Marne au Rhin. Quoi qu'il en soit, les documents apportés par MM. Gelma et Eissen prouvent que l'attention du monde médical se trouvait déjà attirée en Alsace comme dans les pays voisins, vers le milieu du XIXe siècle, sur les effets de la maria dans les encéphalopathies.

La vaccination anti-amarile.

(MM. MATHIS, DURIEUX et ADVIER ; 3-12-1935.)

MM. Mathis, Durieux et Advier reviennent sur la question suivante qu'ils ont déjà étudiée : la vaccination anti-amarile comporte-t-elle des dangers dans les régions où la fièvre jaune sévit épidémiquement et où les stegomyia abondent ? Autrement dit : un sujet en cours de vaccination, s'il est piqué par des stegomyia, peut-il procurer à ces moustiques des germes et les rendre vecteurs de contagion. Une nouvelle série d'expériences, confirmative des précédentes, a montré que ce danger était inexistant et qu'il n'y avait pas là un inconvénient à redouter de la vaccination.

Depuis juin 1934, le Docteur Laigret, venu en mission en Afrique occidentale française, a pratiqué plusieurs milliers d'injections de son vaccin (vaccin Sallards-Laigret), à des sujets de race blanche et de race noire. Aucun cas de fièvre jaune dans l'entourage des personnes vaccinées n'a été signalé jusqu'ici.

L'indigène de l'Afrique noire supporte bien ledit vaccin (virus-vaccin de cerveau frais de souris) et il apparaît possible de l'immuniser par une seule injection.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Atrophie vaginale traitée par la folliculine

(MM. R. PROUST, MORICARD et R. PALMER ; 23-10-1935.)

Les auteurs ont traité par injections de 30 milligr. de benzoate de folliculine, avec un résultat satisfaisant, un cas d'atrophie vaginale secondaire à une hystérectomie totale.

L'hystérectomie totale, la castration, est constamment suivie chez la femme d'un degré variable d'atrophie vulvaire et vaginale. Chez certaines malades on voit apparaître un syndrome d'atrésie vulvo-vaginale, assez mal accueilli par l'entrave qu'il apporte à la vie sexuelle. Peut-on atténuer cet inconvénient ?

Allen et Doisy ont mis en évidence un effet d'amplification du développement vaginal chez la souris castrée par l'injection de folliculine. On pouvait penser qu'une action analogue serait obtenue chez la femme. L'observation de MM. Proust, Moricard et Palmer concerne une femme de 43 ans se plaignant d'atrophie vaginale douloureuse consécutive à une hystérectomie pratiquée deux ans auparavant. L'orifice vaginal était rétréci, le fond du vagin très douloureux, le coït impossible. La paroi vaginale était atrophique, mais non lisse comme dans le kraurosis.

On fit une série d'injections de benzoate de folliculine : 3 milligr. par injection, en tout 30 milligrammes. Un mois plus tard, le vagin était devenu beaucoup plus extensible, non douloureux, permettant le coït.

On a pu recourir à ces doses apparemment élevées parce qu'il s'agissait d'une femme n'ayant plus ses ovaires. Une contre-indication serait la suspicion de néoplasme.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Spirochétose ictéro-hémorragique fébrile pure (Leptospirose fébrile pure).

(MM. J. TROISIER, M. BARIÉTY et Cl. MACREZ. 8-11-1935.)

Le spirochète, cause de la spirochétose ictéro-hémorragique, autrement dit de l'ictère infectieux à rechute, est susceptible de déterminer également des infections sans hémorragie ni ictère ; et celle-ci peut évoluer sous le masque d'une méningite fébrile souvent suivie d'une rechute. Mais les auteurs, se basant sur quelques faits cliniques et expérimentaux sont arrivés à conclure que la spirochétose dite ictéro-hémorragique pouvait réduire plus encore sa symptomatologie et se révéler en clinique comme une maladie presque uniquement fébrile. La preuve en est donnée par une observation recueillie cet été à Beaujon. Celle-ci se résume en un syndrome fébrile infectieux, assez flou, ne permettant guère un diagnostic de certitude. Un seul signe clinique s'impose, celui qui a permis d'envisager le diagnostic de spirochétose : l'injection conjonctivale. Ce signe, identique à celui qui existe si souvent dans la spirochétose méningée, s'accompagnait d'une photophobie marquée, sans cependant qu'il y eût d'iritis notable comme on a signalé lorsque l'inflammation du segment antérieur de l'œil est portée à son maximum.

Les auteurs se sont appuyés aussi sur la notion pathogénique d'une série de bains de Seine dans le mois qui avait précédé la maladie. Injection conjonctivale, azotémie légère, infestation aquicole étaient les trois éléments sur lesquels on pouvait étayer le diagnostic. Mais, de plus, des recherches expérimentales fournirent une réponse sans ambiguïté. Le séro-diagnostic spirochétique de Martin et Pettit, négatif le sixième jour, donnait au douzième jour une réponse positive au taux de 1 pour 1.000. Cette évolution de la séro-réaction montrait déjà avec évidence l'origine récente de la contamination. Elle fut corroborée par l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye qui provoqua la mort de ce rongeur en quinze jours avec de l'ictère, des hémorragies et des leptospires dans les frottis d'organes. C'était donc une nouvelle démonstration que chez l'homme la spirochétose peut présenter des formes extraordinairement dégradées.

En définitive on peut considérer comme établi en clinique, qu'il existe une forme fébrile pure de la spirochétose hémorragique. Pour la définir clairement au point de vue nosologique, les auteurs proposent de la dénommer « Leptospirochétose fébrile pure ».

MM. A. CAIN, R. CATTAN et A. BENSAUDE rapportent également trois cas atypiques de spirochétose ictéro-hémorragique. Il ne leur paraît pas douteux que ces trois malades aient été contaminés en prenant des bains de rivière. Ce mode de contagion semble avoir été la règle au cours de la petite épidémie qui s'est déroulée cet été.

Il est à remarquer que ces cas, contractés en dehors de tout contact avec les rats, furent pour la plupart d'une grande bénignité. Au cours de ces formes frustes ou larvées, le séro-diagnostic de Pettit prend une valeur très grande, car l'inoculation au cobaye n'a de chance d'être positive que si on la répète plusieurs jours de suite, ce qui n'est pas d'une réalisation facile.

M. KOURILSKY insiste sur l'existence de variations dans le génie épidémique de la spirochétose.

Il est certain que, dans nos régions, la proportion de formes anictériques — méningées ou simplement infectieuses — a été très importante cette année.

Spirochétose méningée pure à forme mentale.

(MM. G. GUILLAIN et J. LEREBOULLET ; 8-11-1935.)

Dans l'observation communiquée, un syndrome méningé à manifestations essentiellement psychiques a fait la preuve étiologique, clinique et sérologique de son origine spirochétosique.

Il convient d'insister sur la valeur séméiologique de l'injection conjonctivo-ciliaire pour le diagnostic de la spirochétose méningée ; ce symptôme est, comme l'herpès, et même plus encore que l'herpès, d'une réelle importance, car, par ailleurs, il est tout à fait exceptionnel de le voir associé à une réaction méningée.

Forme dysphagique de la syphilis nerveuse.

(MM. SÉZARY, JOSEPH et BARDIN ; 25-10-1935.)

La forme dysphagique de la syphilis nerveuse semble rare ; les auteurs rapportent l'observation d'une malade, qui a fait un ramollissement bulbo-protubérantiel syphilitique, à foyers multiples et disséminés dans le bulbe, la protubérance et les pédoncules cérébraux. Deux points sont particulièrement à noter : d'une part, la prédominance de la dysphagie sur tous les autres symptômes ; d'autre part, l'action rapidement curatrice du traitement intensif arséno-bismuthique institué malgré un taux d'urée très élevé.

Au total, quatre observations similaires sont connues actuellement. Le syndrome neurologique dépend sans doute de foyers multiples, d'artérite syphilitique dont Achard, Dieulafoy avaient jadis signalé la fréquence dans le tronc cérébral. Cette pathogénie explique la rapidité d'action du traitement antisyphilitique intensif. En effet les accidents nerveux subits, dus à une artérite syphilitique, sont souvent curables, si on les traite immédiatement et d'une façon intensive. Cette remarque ajoute à l'intérêt pratique que nous avons de bien connaître cette forme de syphilis nerveuse.

G. F.

Les Congrès

CONGRÈS D'ORTHOPÉDIE

La 17e Réunion de la Société française d'orthopédie s'est tenue à Bruxelles le 4 octobre dernier.

En raison du grand deuil qui frappe la Belgique et auquel tous les Français s'associent, il n'y a eu aucune fête officielle, toutes les réunions ont eu un caractère purement scientifique.

Notre collaborateur le Docteur Raphaël Massart avait été chargé de la rédaction d'un des deux rapports présentés. Nous l'avons prié de nous en donner, pour nos lecteurs, un résumé détaillé.

N. D. L. R.

LA MALADIE DE VOLKMANN

Rétraction ischémique des muscles fléchisseurs des doigts)
(Pathogénie et traitement)

Désireux de bien limiter son sujet, le rapporteur sépare de la maladie de Volkmann quantité de lésions qui n'ont de commun avec elle qu'une déformation en griffe des doigts et en particulier toutes les fausses maladies de Volkmann qui surviennent après des plaies, des infections, des suppurations, des blessures ouvertes des nerfs ou des artères.

Il réserve le nom de *Maladie de Volkmann*, à la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts, isolée ou associée à celle des pronateurs, qui survient en général chez l'enfant et presque toujours après un traumatisme fermé ayant fracturé l'extrémité inférieure de l'humérus ou les deux os de l'avant-bras.

I. Etude pathogénique de la maladie de Volkmann.

1° FAITS OBSERVÉS A L'ORIGINE DE LA MALADIE

Trois facteurs étiologiques peuvent s'observer soit isolément, soit tous trois réunis. Leur étude est capitale pour étudier la pathogénie.

A. *Le traumatisme.* Deux lésions fréquentes sont à la base du syndrome, la fracture sus-condylienne de l'humérus, la fracture des deux os de l'avant-bras, mais il ne faut pas méconnaître à côté de la fracture, les tentatives infructueuses de réduction et tout particulièrement les manœuvres désordonnées, aveugles, et souvent brutales qu'on retrouve avec une fréquence éloquente.

Il faut pour éviter l'apparition du Volkmann conseiller une extrême prudence dans la réduction des fractures qui siègent précisément dans une région de passage où l'artère humérale, le nerf médian, le nerf cubital et le nerf radial sont exposés aux violences de fragments osseux taillés à vif et coupants.

B. *Un appareil trop serré.* Jusqu'à ces dernières années c'est la striction par l'appareil qui était incriminée et on rendait volontiers responsable le médecin qui avait mis le plâtre.

En réalité cette constriction ne suffit pas à tout expliquer et il existe de nombreux cas de Volkmann sans appareillage où la compression est le fait des tissus et d'autres encore qu'un appareil même peu serré aggrave, sans en être la cause première.

Pour toutes ces raisons, et du point de vue médico-légal, le Volkmann ne saurait engager forcément la responsabilité du médecin qui a appareillé la fracture.

C. *L'infiltration intratissulaire.* Elle existe à l'origine de tout Volkmann et ce fait que signalent la plupart des observateurs n'a pas occupé jusqu'ici la place qu'il méritait.

En réalité, c'est un facteur important dans la production de la maladie, et on peut considérer que l'infiltration séro-sanguine du muscle enfermé dans sa gaine aponévrotique inextensible gêne la circulation de retour et réalise une striction interne avec stase veineuse.

Les observations dans lesquelles l'évacuation précoce de cet épanchement par aponévrotomie amène la sédation des phénomènes en fournissent la preuve ; il en est de même des cas de Volkmann se produisant chez les enfants hémophiles et où en dehors de tout traumatisme grave, on voit se former un important hématome sous-aponévrotique.

Les modifications du pouls. Elles sont constantes et doivent être recherchées par l'oscillométrie ; l'épreuve du bain chaud prolongé, l'infiltration novocaïnique du ganglion stellaire donnent d'utiles indications sur l'état du système artériel.

L'artériographie, de conception encore nouvelle, peut présenter chez ces malades quelque danger, elle doit être faite avec soin et en particulier les solutions injectées choisies en se souvenant du danger de tous les dérivés iodés.

La manière dont apparaît le Volkmann. Brusquement, en quelques heures avec un gonflement énorme du coude, des troubles vasculaires, des phénomènes paralytiques et vaso-moteurs que suivent rapidement des troubles trophiques étendus et graves.

Bien plus rarement le début est insidieux, lent, et c'est en enlevant l'appareil que la déformation apparaît avec tous ses signes.

2° CONSTATATIONS OPÉRATOIRES

Elles sont actuellement assez nombreuses pour qu'on puisse en faire état.

L'hématome. Il a été constaté et évacué par plu-

sieurs opérateurs, les caractères sont plutôt ceux d'une infiltration profonde des muscles où il est difficile de retrouver des fibres normales que ceux d'un simple suintement sanguin intra-aponévrotique.

L'origine de ce sang a justement préoccupé Leriche, il a fait remarquer que le foyer hématique le plus souvent ne communique pas avec les insertions des fléchisseurs, qu'on n'y trouve point de caillots et que l'infiltration ressemble à un *infarcissement* identique à celui qui existe dans les infarctus du myocarde ou du poumon.

Les lésions artérielles. Leriche a insisté sur leur fréquence au niveau de la bifurcation humérale, et au cours de maintes observations on a retrouvé l'artère rompue, soulevée par une saillie osseuse, étirée, oblitérée, entourée d'importantes réactions fibreuses allant des parties superficielles de la peau, aux parties profondes du coude.

Les lésions nerveuses portent sur les nerfs du bras, médian, cubital, radial elles se surajoutent aux lésions ischémiques aux altérations, musculaires et déterminent les atrophies, les paralysies, les contractures et les attitudes en griffe des doigts de la main.

Leur fréquence est telle qu'il faut les considérer comme partie intégrante du syndrome.

Les altérations musculaires tardives. Ce sont les lésions les plus caractéristiques de la maladie de Volkmann, il ne s'agit pas là de myosites rétractiles comme on l'a prétendu, mais de véritables nécroses aseptiques limitées présentant un aspect jaunâtre tranchant par leur forme, leur consistance, et leur aspect avec le muscle sain.

Le rapporteur qui en a observé personnellement un cas a pu l'étudier histologiquement et il a retrouvé avec une nécrose des éléments musculaires une intense prolifération du tissu cellulaire interfasciculaire.

Des figures originales illustrent ces descriptions.

3° Conceptions pathogéniques basées sur l'étude de la chronaxie

Ce chapitre a été confié par Massart à Bourguignon, l'éminent électro-radiologiste de la Salpêtrière.

La chronaxie permet d'étudier avec rigueur et précision les lésions des muscles et des nerfs et de révéler des altérations à la période du début alors que toutes les autres méthodes moins sensibles ne sauraient les déceler.

Dix fois la chronaxie a été utilisée par Bourguignon.

Les muscles rétractés ont une chronaxie peu atteinte et même normale.

Les nerfs, et en particulier le médian et le cubital présentent toujours au maximum au niveau de l'innervation de la main des signes de dégénérescence.

La maladie de Volkmann n'est donc pas une lésion de la fibre musculaire, elle apparaît comme constituée par un double processus qui résulte de la blessure simultanée des vaisseaux et des nerfs et c'est la blessure des nerfs qui entraîne la production de *la griffe.*

4° Les faits expérimentaux

La maladie de Volkmann n'a jamais été exactement reproduite sur l'animal et ce ne sont que des lésions présentant des analogies anatomiques et anatomo-pathologiques qu'on a pu produire.

Les principaux expérimentateurs n'ont jamais pu reproduire le Volkmann avec un appareil trop serré, pas plus d'ailleurs que par la seule oblitération artérielle.

Les expériences qui ont donné un Volkmann se rapprochant le plus de la lésion humaine ont dû non seulement oblitérer la voie vasculaire principale, mais encore établir l'arrêt de la circulation en retour par oblitération des veines et par immobilisation en appareil.

5° Dispositions anatomiques favorisant la localisation a l'avant-bras

On a invoqué pour expliquer le siège de prédilection à l'avant-bras :

La morphologie des loges aponévrotiques inextensibles formant un espace clos, dans lequel l'épanchement sanguin se met en tension et détermine une striction empêchant le retour du sang veineux;

La disposition anatomique des artères musculaires à type terminal, la faible irrigation des muscles fléchisseurs.

Conclusions pathogéniques. Raphaël Massart à la suite de cette étude montre la grande importance qu'il faut donner à la conception pathogénique du Professeur Leriche qui expliquant la succession des faits, trouve sa confirmation dans les constatations expérimentales et opératoires.

Dans un premier temps, l'artère est lésée au moment de la fracture, ou lors de sa réduction brutale. Cette lésion artérielle détermine dans un deuxième temps une lésion ischémique localisée du corps charnu des muscles fléchisseurs des doigts.

Dans un troisième temps apparaissent d'importantes réactions vasomotrices, autour de la zone ischémiée et il se fait un énorme épanchement séro-hématique, constituant un véritable *infarctus musculaire* occupant toute la partie supérieure de l'avant bras et le coude.

A cette époque la rétraction est un *phénomène réversible*, sur laquelle il est possible d'agir par une opération rationnelle.

Par la suite, l'infarctus s'organise, on assiste à des phénomènes de sclérose formant de véritables blocs fibreux qui envahissent les muscles, enserrent les vaisseaux et les nerfs et réalisent les dégâts complexes qu'on observe lorsque la maladie de Volkmann est devenue définitive.

Une telle conception pathogénique remet à sa juste place les troubles si importants de la période du début, elle permet de comprendre comment

peuvent agir, suivant les phases de la maladie, les diverses thérapeutiques préconisées, elle explique encore pourquoi la même intervention a donné des succès ou des échecs, suivant qu'elle a été faite à un moment propice ou non.

Deuxième Partie

Le traitement.

On ne peut concevoir une méthode unique pour guérir la maladie de Volkmann.

Le moment où l'on est appelé à observer les lésions doit guider le choix de la thérapeutique.

Trois méthodes doivent être envisagées :

La chirurgie ;

L'électrothérapie par diélectrolyse ;

L'orthopédie.

A. Méthodes chirurgicales

1° *Les interventions précoces.* Encore peu pratiquées. Elles ont donné de brillants résultats.

L'aponévrostomie. Elle consiste à inciser largement la région, à vider le séro-hématome intra et péri-musculaire et à refermer la plaie, après hémostase soigneuse.

Elle est à recommander de plus, parce qu'elle permet en évacuant le sang d'explorer le paquet vasculo-nerveux, et même de remettre en place, sous le contrôle de la vue, les fragments osseux séparés.

L'artériectomie précoce n'est pas nécessaire, et si le pouls reste imperceptible il semble préférable de réséquer la tunique adventice et les filets sympathiques péri-artériels ;

2° *Les interventions retardées.* Si quelques semaines ont passé depuis l'accident primitif, quelle conduite tenir ?

C'est comme le montrent tant d'observations, l'époque où les lésions sont encore susceptibles de rétrocéder si l'on intervient sur le sympathique *par artériectomie*, en cas d'oblitération de la voie principale.

Par sympathectomie si l'artère est restée perméable, en se souvenant que la résection péri-artérielle est avantageusement suivie d'un arrosage au sérum chaud et d'injections d'acétylcholine.

3° *Les interventions tardives.* Ce sont celles que l'on pratiquait habituellement jusqu'ici. Ce sont celles qu'il faudra savoir pratiquer lorsque les interventions précédentes auront échoué.

Elles peuvent porter sur les os, ou bien encore sur les muscles et leurs tendons.

Les opérations sur les os consistent à réséquer un segment osseux pour compenser la brièveté du corps des fléchisseurs, on peut le faire sur la diaphyse des deux os, radius et cubitus, ou au niveau du carpe osseux.

La résection diaphysaire est une opération qui chez l'enfant a donné bien des mécompes, et n'est pas toujours facile.

Les opérations tendineuses consistent à dédoubler les tendons fléchisseurs pour les allonger ; elles sont complexes, délicates et ne sont plus guère employées.

Les opérations sur les muscles sont les plus rationnelles et on s'étonne de les voir si peu pratiquées.

La transplantation du condyle huméral interne ne donne pas toujours un allongement suffisant, aussi Massart donne-t-il la préférence à l'ablation des blocs fibreux intramusculaires, dont il décrit la technique et qu'il a pratiquée avec succès. En agissant ainsi, au siège même des lésions on obtient rapidement un résultat efficace et durable.

B. Méthode électrique

La diélectrolyse d'iode. La technique est longuement et complètement exposée par M. G. Bourguignon qui l'a mise au point et en a obtenu d'excellents résultats.

L'ion-iode a été choisi en raison de son action résolutive sur les tissus fibreux et excitatrice des tissus normaux.

La diélectrolyse est complétée par une ingestion d'iode soit en solution d'iodure de potassium ou de teinture d'iode dans du lait.

Les résultats obtenus montrent qu'il y a une double action :

Sur les muscles dont l'induration ligneuse diminue, sur les nerfs dont la régénération se fait progressivement. L'action de la diélectrolyse sur la circulation est comparable à celle de la sympathectomie et ce point n'est pas sans expliquer la raison de son succès.

C. Méthodes orthopédiques

Ce sont les appareils à traction caoutchoutée, les tourniquets dont la description est bien connue.

Ces méthodes, insuffisantes lorsqu'elles sont employées seules, constituent un adjuvant précieux pour redonner aux doigts leur allongement définitif après le traitement chirurgical ou le traitement électrique.

Conclusions

Par les éléments mouveaux qu'il apporte à la pathogénie et au traitement de la maladie de Volkmann ce rapport marque une étape dans l'étude de cette grave lésion, il traite les facteurs constants et variables du syndrome et montre qu'il s'agit là d'une maladie évolutive débutant par des lésions artérielles et nerveuses produisant une ischémie locale, se compliquant de troubes vaso-moteurs intenses et aboutissant à un syndrome cicatriciel.

Dr Raphaël Massart.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau traitement des asthénies par les principes toniques de l'avoine

Notre époque riche en perturbations de toutes sortes favorise incontestablement les déséquilibres organiques. C'est pourquoi on assiste à l'heure actuelle à une véritable « inflation » du syndrome « dépression ». Le médecin est assailli par les demandes des malades qui se plaignent à juste titre d'asthénie et réclament une thérapeutique tonique pour retrouver leur équilibre.

Pour pallier à cet état de chose, il n'y a, semble-t-il, que l'embarras du choix dans l'arsenal médicamenteux. Au bout du stylo viennent en foule, formules ou spécialités offrant seuls, ou en associations plus ou moins heureuses, l'arsenic, la strychnine, les composés du phosphore, les caféiques, etc., etc... Toutes ces préparations ont donné des résultats incontestables, mais la plupart sont loin d'être toujours sans danger, de par leur toxicité. D'autre part, leur effet tonique se complique souvent de certaines manifestations nerveuses qui prédisposent à l'insomnie. Or, c'est un inconvénient fort ennuyeux chez des malades dont le système nerveux est instable et qui n'ont déjà que trop de tendance à la perte du sommeil.

Il n'est donc pas aussi simple qu'on pourrait le croire d'agir efficacement et sans danger sur le métabolisme de l'énergie et de redonner vigueur aux déprimés. C'est pourquoi, nous avons été extrêmement intéressés par les résultats que viennent de donner les récentes recherches consacrées aux principes toniques de l'avoine.

L'an dernier, le Professeur Laignel-Lavastine apportait à la Société de médecine de Paris ses premières observations relatives au traitement des asthénies par l'avoine. Administrant dans son service de la Pitié, les principes toniques de l'avoine, sous forme concentrée, aux malades les plus divers souffrant de dépression, il concluait à la grande efficacité de ce nouveau traitement.

Qu'il s'agisse de fatigue musculaire ou nerveuse, qui sont d'ailleurs si fréquemment associées, les résultats sont entièrement favorables ; même dans l'asthénie psychique, pourtant si rebelle, des améliorations sensibles furent notées, ce qui montrait la large sphère d'action de cette thérapeutique.

La nouveauté de ces faits, qui peut surprendre, devient claire à la lumière de la physiologie et de la chimie biologique. On se doutait à la vérité qu'il existait dans le grain d'avoine des principes spéciaux qui conféraient à cette graminée des effets toniques et dynamiques, puisqu'ils étaient particulièrement recherchés pour la nourriture des chevaux. Il est tout au moins curieux de constater que l'on ait attendu aussi longtemps pour les introduire dans la clinique humaine. Certes, on avait bien utilisé certains principes de l'avoine, entre autres ses éléments phosphorés (phytine) ; de même de nombreuses préparations tiraient du gruau des formes diététiques nutritives et engraissantes, — mais tout ceci n'avait rien à voir avec les éléments toniques. Ces principes sont en effet localisés en grande partie dans les *enveloppes des grains* d'avoine, et plus spécialement dans les variétés noires. Or, il est impossible d'administrer à l'homme ces éléments de l'avoine, qui sont en effet couverts de poils microscopiques *terriblement irritants pour l'intestin.* La chimie biologique, grâce à ses techniques les plus modernes, a pu extraire ces éléments qui confèrent à l'avoine ses propriétés. Ils sont constitués par un ensemble qui comprend :

1° Une huile essentielle aromatique ;

2° Une importante proportion de lipides riches en cholestérol et insaponifiables ;

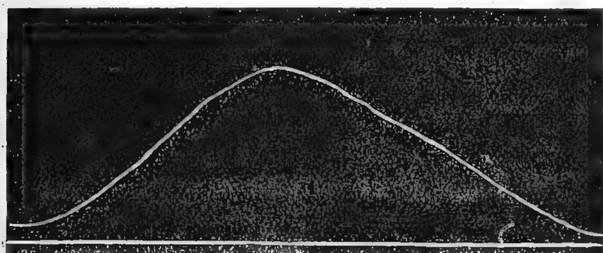


Fig. 1. — Contraction musculaire à l'état normal. Gastrocnémien de grenouille. Tracé pris au myographe de Marey.

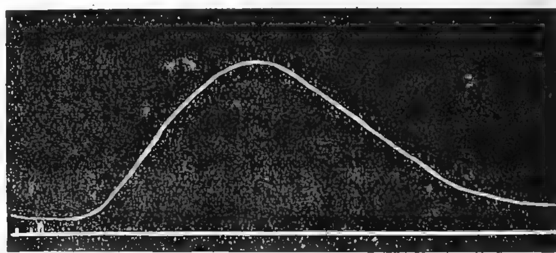


Fig. 2. — Contraction musculaire sous l'influence de l'avoine Le muscle se contracte du premier coup à son maximum. La rapidité de contraction est due à la brièveté de la période d'énergie croissante et de la période d'énergie décroissante.

3° Une hormone appelée auxine, très voisine de la folliculine et agissant sur la sphère génitale.

4° Des alcaloïdes découverts par Sanson et dont l'action porte électivement sur l'excitabilité neuro-musculaire.

C'est uniquement à ce complexe qu'est due l'*efficacité tonique de l'avoine*. Ses vitamines, peu abondantes d'ailleurs, ses éléments nutritifs n'y participent pas.

Il est facile de se rendre compte sur l'animal des effets intenses de ces principes de l'avoine et de leurs caractéristiques physiologiques. Sur le muscle de la grenouille (gastro-cnémien innervé par le sciatique), la courbe de contraction du muscle, excité électriquement avant et après l'action des principes de l'avoine, montre :

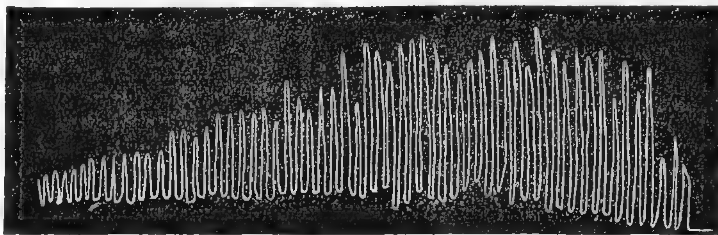


Fig. 3. — Excitations portées sur un gastro-cnémien de grenouille relié à l'ergographe de Mosso. Progression régulière de la fatigue.

1° Que la contraction est plus prompte, plus énergique, plus longue (*Fig.* 1 *et* 2).

2° Que la quantité de travail fournie par le muscle est très augmentée, *vu la résistance qu'il oppose à la fatigue sous l'action de l'avoine*. (*Fig.* 3 *et* 4).

Le Docteur Erroux dans sa thèse a montré d'autre part, l'action très intéressante de l'avoine *sur la respiration* : l'avoine diminue la fréquence et augmente l'amplitude des mouvements respiratoires, fait particulièrement intéressant à noter ; cette action facilite l'effort des sportifs, par exemple. L'avoine est en même temps un *tonique du cœur* dont elle renforce sensiblement l'énergie des contractions. Enfin, Erroux a montré que c'est un sensibilisateur des centres gris de la moelle, dont elle augmente l'excitabilité réflexe.

Dans une certaine mesure, les propriétés de de l'avoine pourraient se rapprocher de celles de la strychnine, mais son action physiologique beaucoup plus large ne se complique pas d'effets toxiques. Le gros avantage des principes toniques de l'avoine sur la strychnine, réside surtout dans cette absence de toxicité.

L'avoine en clinique. — A la suite de la communication du Professeur Laignel-Lavastine, les effets toniques de l'avoine furent vérifiés dans les grands services de clinique des hôpitaux de Paris, à Cochin, à Necker, à Saint-Antoine, à l'Hôtel-Dieu.

De l'avis des maîtres qui l'utilisent, c'est un médicament extrêmement précieux *dans tous les cas d'adynamie*. Son action stimulante s'exerce sur les systèmes musculaire, digestif, neuro-psychique, sur la fonction sexuelle, etc...

Toute la gamme des troubles asthéniques est justiciable du traitement par l'avoine, depuis le simple surmenage jusqu'aux formes les plus graves de l'asthénie psychique. Ce sont donc les convalescents (suite de grippe, par exemple), les surmenés physiquement et intellectuellement, les hypotendus, les vieillards, les apathiques, les sujets atteints de dépression mélancolique, qui retirent les meilleurs bénéfices du traitement par l'avoine. Ls résultats sont extrêmement rapides, le dynamomètre en quelques jours montre l'augmentation de la vigueur.

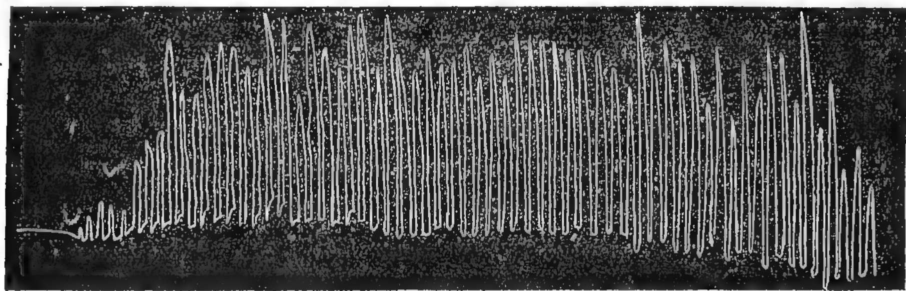


Fig. 4. — Sous l'influence de l'avoine, les contractions sont beaucoup plus énergiques et le phénomène de fatigue apparaît beaucoup plus tard.

Observations

M. B... E., employé pendant quatre ans dans un comptoir de l'A. O. F. Renvoyé en France pour « faiblesse générale ». Asthénie prononcée, impossibilité de tout travail manuel et intellectuel. Cet état dure depuis trois

mois, malgré tous les soins de son médecin. Cure intensive par les principes toniques de l'avoine. Guérison en six semaines.

Mme R... R., femme de ménage. Grippe grave ayant entraîné une asthénie tellement profonde que tout travail est devenu impossible. Après deux mois de soins, n'ayant provoqué aucune amélioration, on prescrit les principes toniques d'avoine. Guérison en un mois.

M. A... C., étudiant en chimie. A la suite d'une préparation intensive des examens, apparition d'une grande faiblesse accompagnée de neurasthénie et d'hypocondrie. Aucune amélioration à la suite d'un séjour de deux mois à la campagne et d'un traitement par des toniques de toutes sortes. L'administration des principes toniques de l'avoine amène la guérison en cinq semaines.

Action sur les bien-portants. — Mais il n'y a pas que les malades qui peuvent bénéficier des principes de l'avoine. Dans tous les cas où un individu aura un travail musculaire considérable à fournir, il pourra prendre de l'avoine. Le travail lui sera facilité. La fatigue ne viendra que tardivement.

Indiquons donc ce traitement aux sportifs, aux soldats, aux chasseurs, etc., bref à tous ceux appelés à fournir un effort physique intensif.

De même que le pur-sang, l'homme a maintenant à sa disposition un moyen de « doping » absolument physiologique.

Posologie. — Les principes toniques de l'avoine sont présentés en comprimés dosés à 0,05 (1). Dans la plupart des cas, la dose de six comprimés par jour est suffisante. Ces comprimés doivent être absorbés dans une gorgée d'eau, à raison, de deux avant chaque repas. Chez les sujets particulièrement déprimés ou ayant à à fournir un effort intense, il est préférable de répartir la dose de six comprimés en deux prises : trois à jeun le matin, trois vers 16 heures. Le produit étant dénué de toute toxicité, ces doses peuvent être dépassées si besoin était.

Dr R. CORNILLEAU,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris

(1) Spécialisés sous le nom de Pantavoine par les Laboratoires Corbière.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J. ALQUIER. — L'avoine et l'alimentation humaine (*Bull. Soc. Sc. hyg. aliment.*, 1926, p. 287).

DECHAMBRE et CUROT. — Les aliments du cheval. Un vol., 1903.

DENAISSE et SIRODOT. — L'avoine. Un vol., 1901.

V. EVEN. — Avantages comparés de l'avoine entière, aplatie ou concassée de l'alimentation des animaux. *Bull. Soc. vétér. pratique*, nº 2, 1927.

MORET. — *Idem*, p. 57.

A. HOUDINIÈRE. — L'avoine aplatie. La recherche des vitamines. Thèse vétérinaire, Paris, 1929.

PLUCHET. — L'avoine de l'alimentation humaine. *Bull. Soc. nat. d'agricult.*, juillet 1912.

F.-A. CSOUKA. — La glutéline de l'avoine. *The Journ. of biol. chem.*, 1927, p. 189.

A. SANSON. — Sur la propriété excitante de l'avoine. *C. R.* Ac. des Sciences, tome 96, p. 75, 1883.

MORGAN et C. BERGER. — Sur l'influence nuisible de la nourriture exclusive en avoine, ayant pour conséquence une intoxication acide. *Zeitsch. phys. chem.*, tome 94, p. 524, 1915.

MONCEAUX. — Recherches sur la proportion de substances digestibles de quelques céréales et légumineuses alimentaires. Un vol. Les Presses Universitaires, 1924.

KOGL. — Naturwissenschaften, 1933, 21, 7.

Prof. LAIGNEL-LAVASTINE. — Avoine et asthénies. Société de médecine de Paris, 11 mai 1934.

ERROUX. — Contribution à l'étude des propriétés physiologiques de l'avoine. Thèse de doctorat en médecine de Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

UN DÉCRET DU 22 DÉCEMBRE 1935 MODIFIE LE REMBOURSEMENT ET LA PROCÉDURE CONTENTIEUSE POUR LES MÉMOIRES DE FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU TITRE DE L'ARTICLE 64

On connaît toutes les difficultés de procédure, auxquelles a donné lieu, depuis de nombreuses années, le payement des mémoires de frais médicaux et pharmaceutiques pour soins aux invalides, pensionnés militaires.

Les mémoires, dont le payement avait été décidé par les Commissions départementales sans qu'aucune discussion ait été soulevée devant elles, se voyaient fréquemment contestés par l'Administration centrale, qui soumettait *directement à la Commission supérieure, juridiction d'appel*, un litige dont n'avait pas connu la juridiction de première instance qu'étaient les Commissions départementales.

Dans ces conditions les intéressés n'avaient pu être entendus tout d'abord par ces Commissions et se voyaient privés d'un degré de juridiction, contrairement à toutes les règles générales de procédure, et notamment à l'art. 33 du décret du 25 octobre 1922.

Le Sou Médical a toujours protesté contre cette manière irrégulière de procéder, pour défendre les droits de ses adhérents, et, chaque fois qu'il en a eu l'occasion il a obtenu gain de cause devant le Conseil d'Etat (V. not. arrêts des 28 mars et 11 avril 1935).

Or quelle était la thèse soutenue par le Ministre des Pensions ?

Le décret du 25 octobre 1922 (art. 31) avait classé au nombre des attributions *contentieuses* des Commissions départementales la vérification des notes et mémoires, produits par les diverses parties prenantes au titre de l'article 64. *Par suite*, une simple vérification de mémoires, suivie d'une simple décision de payement devait être considérée un acte contentieux. *Dès lors*, si l'Administration croyait devoir contester cette décision, elle ne pouvait le faire, soutenait le Ministre, *qu'en la déférant à la juridiction supérieure*, laquelle se trouvait ainsi statuer *en appel*, alors qu'il n'*y avait eu au premier degré ni contestation*, ni procédure contradictoire, *ni* par conséquent à proprement *première instance*.

Désormais l'Administration préfectorale remplira un rôle purement *administratif* : elle mandatera immédiatement les mémoires, qui ne soulèvent aucune contestation. Seuls, seront déférés à la Commission tripartite départementale les mémoires litigieux ; cette Commission sera donc cantonnée dans un *rôle contentieux, désormais distinct de ce rôle administratif*, précédemment confondu avec le premier.

C'est d'ailleurs le retour au règlement d'administration publique du 26 septembre 1919, dont les dispositions furent modifiées par la loi du 21 juillet 1922 et par le décret du 25 octobre 1922, qui institua les Commissions tripartites.

Jusqu'en 1922, l'art. 14 du décret du 26 septembre 1919, avait en effet réservé au Préfet le rôle administratif, en lui donnant la mission d'imputer à l'Etat les frais de maladie ; un droit de vérification lui était cependant donné par l'intervention d'un médecin délégué. Le contrôle des notes de frais médicaux et pharmaceutiques était analogue (art. 19) à celui pratiqué en matière d'Assistance médicale gratuite.

D'au're part, deux voies de recours étaient offertes au Préfet, lorsqu'il ne pensait pas pouvoir régler les mémoires : c'était l'avis d'une Commission composée de cinq membres nommés par arrêté préfectoral, parmi lesquels devait obligatoirement figurer un médecin (art. 28), — ou l'intervention du Tribunal départemental des Pensions (art. 14 et 29).

Cependant l'avantage de la création des Commissions tripartites fut d'organiser un meilleur contrôle, en y associant les intéressés eux-mêmes : mutilés d'Etat, médecins et pharmaciens. Et le rapporteur de la loi du 21 juillet 1922 d'ajouter, au moment de la discussion : « Lorsqu'il y aura des abus nets, catégoriques, reconnus, il faudra de la sévérité, car il va de l'intérêt des victimes de la guerre elles-mêmes et du Corps des médecins ».

Malheureusement, répétons-le, des anomalies de procédure étaient nées par l'institution de ces Commissions départementales, auxquelles était attribué un rôle à la fois administratif et et juridictionnel.

Désormais la question sera simplifiée, par la séparation des fonctions d'administrer (Préfet) et de juger (Commissions).

Si l'Administration préfectorale estime que les sommes réclamées en payement correspondent bien aux services faits, il n'y aura pas de contestation, et il sera inutile de faire intervenir une juridiction, puisque tout le monde sera d'accord; au besoin les mémoires auront pu être rectifiés d'un commun accord entre le Préfet et les parties prenantes. En ce cas le mandatement sera effectué sans délai. La décision du Préfet sera notifiée au Ministre des Pensions par l'envoi d'états nominatifs, sous pli recommandé avec accusé de réception (art. 55 du décret du 22 décembre 1935).

Au contraire, si l'Administration ou la partie prenante se trouvent en désaccord sur le montant de la somme à payer, la juridiction qualifiée devra être saisie, en l'espèce la Commission tripartite départementale en premier ressort, et, s'il y a lieu la Commission supérieure en appel.

Par cette simple procédure pourra être désormais appliquée la disposition de la loi du 21 juillet 1922, modifiant l'art. 64 et qui est ainsi conçue : « Toutes les contestations auxquelles donnera lieu l'application de l'art. 64 seront jugées en premier ressort par la Commission de contrôle du domicile de l'intéressé, et en appel par la Commission supérieure ».

Les art. 56 et 57 du décret du 22 décembre 1935 règlent, ainsi qu'il suit, la procédure devant la Commission départementale.

Art. 56. — Si une décision prise soit par le Préfet, soit par le secrétaire de la Commission, en application de l'art. 32 ci-dessus, n'est pas admise par le Ministre des Pensions ou par l'une des parties en cause, elle peut être déférée à la Commission tripartite départementale pendant un délai de deux mois, à dater de sa notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

Art. 57. — La Commission tripartite départementale ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et statue en première instance.

Les parties intéressées doivent toujours être invitées à prendre sur place communication du dossier et à fournir leurs explications, soit devant la Commission si elles désirent être entendues par elles, soit par écrit, dans le délai que la Commission aura fixé.

Les décisions de la Commission tripartite départementale sont exécutoires nonobstant appel sauf celles prises en application de l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926.

Ces décisions sont notifiées au Préfet, au Ministre des Pensions et aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception ; elles peuvent être déférées en appel devant la Commission supérieure pendant un délai de deux mois à dater de leur notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

Voici d'autre part comment procédera la Commission supérieure pour les appels.

Art. 58. — La Commission supérieure reçoit des appels, ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et arbitre sur pièces souverainement. Elle notifie ses décisions au ministre des pensions et aux Préfets intéressés, à charge pour ceux-ci de les notifier aux parties en cause par pli recommandé et d'en remettre une ampliation à la Commission tripartite départementale.

***

Enfin, l'attention de nos confrères doit être attirée *sur les pénalités* qu'ils pourront subir, s'ils envoient *en retard* leurs mémoires.

Les mémoires, spécifient l'art. 54 du nouveau décret, doivent parvenir à la Préfecture dans le délai maximum de *quinze jours suivant l'expiration du trimestre* ; passé ce délai, le retard pourra entraîner *sur décision de la Commission tripartite départementale*, une retenue calculée, après tous redressements nécessaires, à raison de 5 p. 100 par mois de retard, sur le montant de la somme arrêtée, sans toutefois pouvoir excéder 25 p. 100 de la dite somme. Ainsi se trouve légalisée une pratique suivie par les Commissions tripartites, mais dénuée jusqu'à présent de tout fondement juridique.

G. FISCHER.

Le décret du 22 décembre 1935

Modalités de remboursement et procédure contentieuse relatives aux mémoires présentés en paiement au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 1er. — Le texte du titre II du décret du 25 octobre 1922 est remplacé par le suivant :

TITRE II

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CONTRÔLE ET DE LA SURVEILLANCE DES SOINS

SECTION I

Commission départementale

Art. 25. — La surveillance et le contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques sont assurés dans chaque département par une Commission composée de douze membres désignés pour un an.

Quatre représentants de l'Etat.

Quatre représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

Quatre représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques (soit deux médecins et deux pharmaciens).

Art. 26. — Les représentants de l'Etat sont :

Le Préfet,

Un représentant désigné par le ministre des Finances,

Deux représentants désignés par le ministre des Pensions.

Le Préfet désigne son délégué.

Les ministres des Finances et des Pensions désignent un suppléant pour chacun de leurs représentants.

Art. 27. — Les représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 sont désignés par les mutilés des Offices départementaux des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation, parmi les pensionnés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Ne peuvent être désignés comme représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, les médecins ou les pharmaciens qui donnent des soins ou délivrent des produits au titre dudit article 64.

Art. 28. — Les représentants des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques sont désignés par les délégués des groupements qui existent dans le département. Ces délégués sont réunis à la diligence du Préfet.

Art. 29. — Les représentants des mutilés et des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques sont nommés pour un an, par arrêté préfectoral, sur la proposition de leurs groupements respectifs.

Les représentants suppléants sont désignés en nombre égal à celui des représentants titulaires et selon la même procédure.

Art. 30. — La Commission est présidée par le Préfet ou son délégué ; elle se réunit sur convocation de son président au moins une fois par mois ; en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Art. 31. — La Commission désigne chaque année un secrétaire choisi parmi les représentants du Corps médical.

Art. 32. — Le secrétaire a pour rôle de mettre en état les affaires soumises à la Commission, de prescrire le contrôle direct et d'expédier les affaires courantes.

Il est notamment chargé de recevoir les avis prévus aux articles 17, 18, 19, 21, 22, 24 *bis*, 68, 81, 82, et de leur donner la suite qu'ils comportent.

Art. 33. — La Commission constitue deux sous-commissions, l'une de compétence médicale, l'autre de compétence pharmaceutique. Ces sous-commissions examinent les affaires qui leur sont soumises par le président ou le secrétaire et les mettent en état de vue de leur présentation devant la Commission plénière.

Art. 34. — Les deux sous-commissions sont composées chacune de cinq membres :

La première comprend :
Deux représentants de l'Administration.
Un mutilé.
Deux médecins.

La seconde comprend :
Deux représentants de l'Administration.
Un mutilé.
Un médecin.
Un pharmacien.

Art. 35. — Dans le département où le nombre des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est particulièrement élevé, il pourra être créé plusieurs Commissions départementales de contrôle, sur proposition du préfet, soumise à l'approbation du ministre des Pensions.

Art. 36. — Il est alloué aux membres des Commissions et des sous-commissions, à l'exclusion des membres fonctionnaires, une somme de 9 francs par heure de présence effective aux séances de la Commission et des sous-commissions.

Art. 37. — Il est alloué au secrétaire une indemnité mensuelle dont le taux est arrêté pour chaque département par le ministre des pensions, d'après l'importance du service, dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances sans pouvoir dépasser la somme de 1.000 francs par mois.

Section II

Commission supérieure

Art. 38. — Il est institué au ministère des Pensions une Commission supérieure de surveillance et de contrôle.

Art. 39. — Cette Commission est composée de quinze membres désignés de la façon suivante :

Cinq représentants de l'Administration dont trois pour le ministère des Pensions et deux pour le ministère des finances.

Cinq représentants des Associations centrales de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919.

Cinq représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques, soit trois médecins et deux pharmaciens.

Art. 40. — Ces membres sont nommés pour un an par par arrêté du ministre des Pensions, sur la proposition de leurs Associations ou Administrations respectives. Sont nommés selon la même procédure quinze membres suppléants.

Art. 41. — Les représentants des Associations centrales de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 sont désignés par les mutilés, faisant partie de l'Office national des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la Nation, parmi les pensionnés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1910, membres des Associations centrales. Ne peuvent être désignés comme représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 les médecins ou les pharmaciens qui donnent des soins ou délivrent des produits au titre dudit article 64.

Art. 42. — Les représentants des Syndicats et Associations médicaux sont désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France. Les représentants des Syndicats et Associations pharmaceutiques sont désignés par les groupements nationaux de ces Syndicats et Associations.

Art. 43. — La Commission est présidée par l'un des représentants du ministère des Pensions à cet effet désigné par le ministre des Pensions. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 44. — La Commission désigne chaque année un secrétaire choisi parmi les membres de la délégation médicale.

Art. 45. — Une allocation est attribuée aux membres non fonctionnaires de la Commission supérieure dans les conditions et suivant le taux prévu pour les membres des Commissions départementales. L'indemnité du secrétaire est fixée par le ministre des Pensions dans la limite d'un maximum de 1.500 francs par mois.

Section III

Contrôle et surveillance

A. — Rôle et attributions des Commissions départementales

Art. 46. — Les Commissions départementales ont une mission générale de contrôle et de surveillance sur le fonctionnement de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, dans l'étendue de leur département.

Elles veillent à ce que les bénéficiaires reçoivent en qualité et en quantité toutes les prestations qui leur sont dues, tant au point de vue médical qu'au point de vue pharmaceutique. Elles s'assurent que ces prestations sont délivrées selon les règles d'un exercice correct et loyal de la médecine et de la pharmacie et s'appliquent exclusivement à la thérapeutique des infirmités ayant donné lieu à pension.

Art. 47. — Elles établissent chaque année un rapport sur le fonctionnement du service et les améliorations qui peuvent y être apportées et adressent ce rapport au ministre des pensions qui le communique à la Commission supérieure.

Art. 48. — Elles dressent chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et qu'elles ont agréés.

Art. 49. — Elles statuent sur les notes et mémoires

qui leur ont été déférés comme il est indiqué à la section ci-dessous, sur les cas dont elles sont saisies par application des articles 7 et 9 du présent décret, et, d'une façon générale, sur toutes les contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64 à la suite des décisions prises soit par le secrétaire de la Commission en application à l'article 32 ci-dessus, soit par le Préfet.

Elles prononcent les sanctions prévues par l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926 et signalent au Préfet les agissements susceptibles d'être déférés aux juridictions pénales.

Art. 50. — Elles font procéder chaque fois qu'elles le jugent utile au contrôle sur place. Celui-ci est assuré par les contrôleurs choisis parmi les membres des groupements ou administrations représentés près la Commission départementale et désignés annuellement par le Préfet sur une liste établie par la Commission et soumise à l'approbation du ministre des Pensions.

Art. 51. — Le contrôle sur place est ordonné exclusivement par la Commission ou par son secrétaire, agissant au nom de la Commission.

Le contrôle sur place consiste :

Soit dans l'examen du malade par le médecin contrôleur, le médecin traitant devant alors être prévenu vingt-quatre heures à l'avance et pouvant assister à l'examen sans avoir droit de ce fait ni à des frais de déplacement, ni au remboursement d'une visite.

Soit en enquêtes pratiquées ou dans les officines, ou au domicile du malade ou dans l'établissement qui le traite, par un contrôleur qualifié, médecin, pharmacien, mutilé et représentant de l'Administration.

Art. 52. — Le médecin contrôleur reçoit une allocation calculée d'après les dispositions de l'article 62 ci-après, à laquelle pourront s'ajouter une indemnité kilométrique et une indemnité de 25 francs par certificat détaillé, les autres contrôleurs peuvent recevoir une indemnité pour frais de déplacement dans les conditions fixées par décret contresigné par le ministre des pensions et par le ministre des Finances.

B. — Rôle et attributions de la Commission supérieure.

Art. 53. — La Commission supérieure a une mission générale de surveillance et de contrôle sur le fonctionnement de l'article 64 dans l'ensemble du territoire.

Elle examine sur pièces les appels formés contre les décisions des Commissions départementales.

Elle donne son avis au ministre sur toutes les questions qu'il lui soumet et lui adresse toutes suggestions utiles.

Elle examine le rapport annuel de toutes les Commissions départementales et établit un rapport d'ensemble qu'elle remet au ministre des pensions.

SECTION IV

Règlement des mémoires

Art. 54. — Les mémoires trimestriels des médecins et pharmaciens sont établis sous forme de bordereaux récapitulatifs en deux exemplaires, auxquels sont annexés les bulletins de visite et feuilles d'ordonnance extraits du carnet spécial et classés par malade. Ils doivent parvenir à la préfecture dans le délai maximum de quinze jours suivant l'expiration du trimestre ; passé ce délai, le retard pourra entraîner, sur décision de la Commission tripartite départementale, une retenue calculée, après tous redressements nécessaires, à raison de 5 p. 100 par mois de retard, sur le montant de la somme arrêtée, sans pouvoir toutefois excéder 25 p. 100 de ladite somme.

Les mémoires des hôpitaux, sanatoriums et établissements privés sont également établis en deux expéditions et doivent parvenir à la préfecture, aux mêmes dates et dans les mêmes délais.

Art. 55. — Les mémoires sont examinés par l'Administration préfectorale dans l'ordre d'arrivée.

Ceux qui ne soulèvent aucune contestation, qu'ils soient acceptés tels quels ou rectifiés d'un commun accord avec l'Administration préfectorale et les parties prenantes, sont mandatés immédiatement. La décision du Préfet est notifiée au ministre des Pensions par l'envoi d'états nominatifs sous pli recommandé avec accusé de réception.

Ceux que l'Administration préfectorale ne croit pas pouvoir mandater, soit qu'elle ne se considère pas comme suffisamment éclairée, soit qu'elle entende contester tout ou partie des mémoires, sont déférés par ses soins à la Commission tripartite départementale. La décision du Préfet est notifiée aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception.

SECTION V

Voies de recours

Art. 56. — Si une décision prise soit par le Préfet, soit par le secrétaire de la Commission, en application de l'article 32 ci-dessus, n'est pas admise par le ministre des Pensions ou par l'une des parties en cause, elle peut être déférée à la Commission tripartite départementale pendant un délai de deux mois, à dater de sa notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

Art. 57. — La Commission tripartite départementale ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et statue en première instance.

Les parties intéressées doivent toujours être invitées à prendre sur place communication du dossier et à fournir leurs explications, soit devant la Commission si elles désirent être entendues par elles, soit par écrit, dans le délai que la Commission aura fixé.

Les décisions de la Commission tripartite départementales sont exécutoires nonobstant appel, sauf celles prises en application de l'article 162 de la loi de finances du 19 décembre 1926.

Ces décisions sont notifiées au préfet, au ministre des pensions et aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception ; elles peuvent être déférées en appel devant la Commission supérieure pendant un délai de deux mois à dater de leur notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

Art. 58. — La Commission supérieure reçoit des appels, ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et arbitre sur pièces souverainement Elle notifie ses décisions au ministre des Pensions et aux préfets intéressés, à charge pour ceux-ci de les notifier aux parties en cause par pli recommandé et d'en remettre une ampliation à la Commission tripartite départementale.

Art. 2. — Le président du Conseil, ministre des Affaires étrangères, le ministre des Finances, le ministre des Pensions, le ministre de l'Intérieur, le ministre des colonies et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

Fait à Paris, le 22 décembre 1935.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

I

Assistance médicale gratuite et secret professionnel

Circulaire érronée d'un ministre

Le Docteur M. nous écrit :

Il y a quelques semaines, accusé par la Commission de contrôle d'Assistance médicale gratuite de la Préfecture, d'avoir fait à tort 48 visites à une malade, du 2 janvier au 21 mai 1935 (décès), je reçus une lettre du médecin contrôleur m'invitant à donner la nature et la gravité de la maladie ayant nécessité ces visites. Je répondis que je ne pouvais fournir de diagnostic en vertu de l'art. 378 du Code pénal et de votre note au *Concours Médical* du 31 juillet 1935 disant qu'est passible des pénalités le médecin qui communique le diagnostic de ses malades de l'Assistance médicale gratuite à son confrère chargé du contrôle alors qu'il obéit ainsi à un règlement départemental, ce dernier ne pouvant modifier les termes d'une loi, ni d'un code.

Je n'ai plus entendu parler de rien, mais hier la Préfecture m'envoie une réponse du Ministère de la Santé publique disant « de me faire connaître les dispositions du règlement départemental d'Assistance médicale gratuite applicable en l'espèce. D'une manière générale, il est désirable que les règlements départementaux prévoient que les médecins de l'Assistance médicale gratuite devront faire connaître le diagnostic des malades assistés, soignés par eux, aux Commissions de contrôle uniquement composées de médecins lorsque ces Commissions le réclameront ».

J'avais déjà fait poser la question par un député en novembre 1931 au ministère de la Justice ; il a été répondu qu'un médecin ne saurait être tenu de porter sur les bulletins de visite l'indication de la maladie ; que les Maires n'ont aucune qualité pour apprécier l'opportunité d'un traitement ou la délivrance d'un certificat ; que cette mission a été confiée par l'article 14 du règlement-modèle pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 aux Commissions de vérification des mémoires et notes de frais médicaux présidée parle Préfet ou son délégué.

Ceci me paraît en contradiction avec votre article du *Concours Médical.*

Je vous serais donc reconnaissant de me faire savoir, si le médecin contrôleur récidive sa question, si je dois lui indiquer la nature et la gravité de la maladie de la personne décédée après les 139 jours de sa maladie ayant nécessité 48 visites.

Y a-t-il eu des jugements dans le sens du silence ?

Si mes souvenirs sont exacts un confrère de l'Aube aurait eu des difficultés semblables avec cette même Préfecture de la Marne, entamé un procès et l'aurait gagné.

Au lieu d'ennuyer les médecins, elle ferait mieux de régler les notes d'assurés sociaux indigents notoires remontant à dix-huit mois.

Réponse

Le droit constitutionnel français maintient toujours la séparation des pouvoirs. Lorsque le pouvoir judiciaire s'est prononcé, le pouvoir administratif doit s'incliner devant ses arrêts.

En l'espèce, il est très regrettable que certains services du ministère de la Santé publique ne connaissent pas mieux les arrêts de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat. En effet :

1° En ce qui concerne la *légalité des Commissions de contrôle,* deux arrêts du Conseil d'Etat reconnaissent aux Conseils généraux le droit de confier l'épluchage des notes des médecins à une Commission ou même à une Sous-Commission, tant pour les frais médicaux que pharmaceutiques.

— *Conseil d'Etat,* 20 juillet 1932. — « Considérant que si l'art. 30 du règlement départemental de l'Assistance médicale gratuite de la « Seine a pu légalement créer une Commission « de contrôle comprenant notamment des médecins et des pharmaciens et chargée de la vérification avant payement sur le budget départemental des mémoires produits chaque trimestre par les médecins, pharmaciens et sage-femmes, cette Commission, organe purement « administratif, ne saurait faire obstacle au droit « des intéressés de porter leurs contestations « devant le Conseil de Préfecture, et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat conformément « aux dispositions de l'art. 33 de la loi du 15 juillet « 1893. »

— *Conseil d'Etat,* 27 mars 1931. — « Un « Conseil général peut légalement, par une disposition du règlement départemental sur « l'Assistance médicale gratuite, confier à une « Commission le soin de vérifier les mémoires des « médecins du service, et, en cas d'abus constatés, de réduire le montant des honoraires, sous « le contrôle du juge, c'est-à-dire du Conseil de « Préfecture.

« Considérant qu'aux termes de l'art. 14 « du règlement départemental adopté le 3 mai « 1921 par le Conseil général du Gard pour « l'application de la loi du 15 juillet 1893, « la Commission de vérification instituée par

« l'art. 11 dudit règlement examine les mémoi-
« res qui lui sont soumis et se prononce sur les « observations auxquelles ces mémoires ont « donné lieu de la part du Commissaire vérificateur ; si les abus proviennent du nombre « exagéré des visites médicales, la Commission « aura la faculté de réduire le montant des mé-« moires dans telle proportion qu'elle indiquera. « L'auteur d'un mémoire retenu pour application d'une pénalité pourra demander un nou-« vel examen de l'affaire par la Commission à « laquelle il fournira toutes précisions utiles. « La Commission statuera à nouveau et sa nou-« velle décision sera définitivement applicable.

« Considérant que le sieur... soutient en pre-« mier lieu que cet article établit au profit de « l'Administration une condition protestative « illégale, alors que ladite Administration est « liée par les Tarifs en vigueur, vis-à-vis des mé-« decins ayant adhéré au règlement dont s'agit ;

« Considérant que le Conseil général a pu léga-« lement et sans porter atteinte aux droits que « les médecins peuvent tenir desdits Tarifs, « confier par l'art. 14 à une Commission le soin « de vérifier les mémoires et en conséquence « d'en réduire le montant sous le contrôle du « juge, en cas d'abus constaté ;

« Considérant en second lieu, qu'il résulte « des pièces du dossier que la procédure instituée « par les deux derniers paragraphes susmen-« tionnés de l'art. 14 dans le cas où la Commis-« sion se refuse à entériner le montant des hono-« raires réclamés, a été régulièrement suivie, et « que le sieur... n'a été privé d'aucun moyen « de défense ».

De ceci il résulte que les médecins chargés par le Préfet de vérifier les mémoires d'honoraires des médecins traitants proposent au Préfet les mesures à prendre, lorsqu'ils ont constaté des abus, mais que la juridiction compétente pour prononcer judiciairement est le Conseil de Préfecture en première instance, et le Conseil d'Etat en appel.

2° En matière du *respect du secret professionnel*. Que sont les médecins membres de la Commission de contrôle ? Ils ne sont que les mandataires du Préfet, liés par le secret envers tout le monde sauf envers leur mandant, c'est-à-dire le Préfet. Autrement dit, ils doivent à ce magistrat tous renseignements, toutes divulgations, de ce qu'ils ont appris dans l'exercice de leur mandat, c'est-à-dire dans l'accomplissement de leurs fonctions de contrôleurs. Il est donc juridiquement faux de dire que le médecin traitant peut confier à d'autres médecins chargés du contrôle les secrets qu'il a appris dans l'exercice de sa profession.

Je rappelle sur ce point qu'en 1926, une Commission organisée par le ministre de l'Hygiène et dont je faisais partie, destinée à étudier les voies et moyens pour rendre obligatoires les déclarations des causes de décès, a dû suspendre ses travaux. Le Garde des Sceaux a, en effet, spécifié au ministre de l'Hygiène, qui l'avait consulté sur ce point, qu'en l'état actuel de la législation, doit être considéré comme violant le secret professionnel le médecin traitant qui déclarerait à un de ses confrères chargés des services départementaux d'Hygiène, les diagnostics exacts des causes de décès survenus chez des clients qu'il a soignés.

En cette matière d'A. M. G., deux arrêts du Conseil d'Etat ont affirmé que le secret professionnel devait être intangible et que le médecin avait le devoir de refuser la communication de tout diagnostic aux médecins de contrôle.

— *Conseil d'Etat*, arrêt du 9 novembre 1928 (*Concours Médical*, 1928. 3419). — « En l'ab-« sence de toute disposition expresse de la loi du « 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gra-« tuite, il ne saurait être dérogé à la règle géné-« rale et absolue sur le secret professionnel édictée « par l'article 378 du Code pénal. »

— *Conseil d'Etat*, 20 juillet 1932. — « Con-« sidérant que pour réduire la note d'hono-« raires concernant le sieur... , le Préfet de la « Seine s'est fondé sur ce que le requérant n'avait « pas, contrairement aux dispositions des art. « 19 et 20 du règlement départemental, men-« tionné son diagnostic ;

« Considérant qu'aux termes de l'art. 378 « du Code pénal, « les médecins, chirurgiens, « ainsi que les pharmaciens, les sage-femmes et « toutes autres personnes dépositaires par état « ou professions des secrets qu'on leur a confiés, « qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter « dénonciateurs, auront révélé ces secrets, se-« ront punis d'un emprisonnement de un à six « mois et d'une amende de 100 à 500 francs ;

« Qu'en l'état actuel de la législation et en « l'absence notamment de toute disposition « expresse de la loi du 15 juillet 1893, il ne sau-« rait être dérogé à la règle générale absolue, « édictée par l'art. 378 précité ;

« Que si le Préfet de la Seine fait état de « sa Circulaire, en date du 18 février 1929, qui « aurait concilié la nécessité du contrôle avec le « respect du secret professionnel par la trans-« mission directe au Préfet, sous pli cacheté des « feuilles de maladie, cette réglementation « n'était pas en vigueur à l'époque où ont été « donnés les soins du sieur... ; que, par suite, le « requérant est fondé à prétendre que c'est à « tort qu'a été effectuée, du montant de ses ho-« noraires, la réduction dont s'agit... »

En conclusion, je maintiens mon opinion sur l'absolutisme du secret professionnel, tant qu'une loi ne sera pas venue modifier l'article 378 du Code pénal qui nous astreint au secret.

II

Assurances sociales — Contrôle et secret professionnel

Un spécialiste de province a opéré un assuré social qui dépend de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise. Sur la feuille de soins spéciaux, le spécialiste a indiqué son opération : K × 80. Or, avant de rembourser son assuré, la Caisse a fait écrire la lettre suivante au médecin traitant par son médecin contrôleur.

« Auriez-vous l'obligeance de me donner à « titre confidentiel et sous le couvert du secret « le plus absolu, quelques renseignements sur la « nature de l'intervention pratiquée par vos « soins. » Le chirurgien répondit qu'il était lié par le secret professionnel.

Très courtoisement, le médecin chef de la Caisse répondit en ces termes : « Si nous importu- « nons parfois les médecins traitants, croyez « bien, mon cher confrère, que c'est uniquement « dans le but d'effectuer des règlements équi- « tables. Certains confrères ignorent, en effet, les « nomenclatures ; d'autres en emploient qui sont « périmées, si bien que nous nous trouvons cons- « tamment dans l'obligation de rectifier les coef- « ficients inscrits en toute bonne foi par les mé- « decins traitants.

« Ne voyez nullement dans notre lettre, une « marque de suspicion, mais seulement le souci « d'effectuer un règlement comme il doit l'être, « sans préjudice pour votre client.

« J'ose espérer, mon cher confrère, que vous « saisirez l'ingratitude de notre rôle et saurez « estimer comme nombre de médecins traitants, « la collaboration très loyale que nous vous « offrons. »

Si, pour répondre, je me place du point doctrinal pur, si je ne considère que la loi et la jurisprudence, je dirai que le secret professionnel est absolu. On ne peut pas dévoiler un diagnostic à un médecin, qui ne collabore pas au traitement du malade, bien que ce médecin s'engage à respecter le secret professionnel absolu.

D'ailleurs, quelle serait notre position au cas où, malgré sa promesse de garder comme confidentiels les renseignements qui lui sont fournis, le praticien était mis en demeure, par son mandant, — la Caisse — d'avoir à donner à cette dernière des détails professionnels ? Il serait obligé d'obéir à celui qui l'emploie.

Donc, toujours pour rester dans la doctrine pure, si le malade ne peut pas se faire payer, il n'a qu'à assigner sa Caisse devant la Commission cantonale du siège social deladite Caisse. La prestation a été faite, le malade a payé son chirurgien ; la Caisse doit le remboursement, selon son Tarif de responsabilité.

Malheureusement, la pratique vient détruire en partie cet absolutisme. Parce que nous voulons obéir à la loi et au Code, notre client éprouve des difficultés insurmontables pour se faire payer. D'un autre côté, le médecin contrôleur est dans son droit, lorsqu'il craint que le médecin praticien ne se soit, de très bonne foi, trompé dans son appréciation du chiffre-clé.

Tant qu'une loi ne sera pas intervenue pour réglementer ce contrôle au regard du respect du secret professionnel, on ne pourra que s'inspirer d'artifices, n'ayant pour but que de tourner la loi, mais ne préservant pas le médecin, même de bonne foi, des foudres de la justice correctionnelle, s'il dévoile un diagnostic au médecin de contrôle. Cette loi à intervenir serait assez facile à rédiger.

Bien des difficultés seraient de la sorte aplanies.

Pratiquement, le malade habite la province : il ne pourra qu'avec difficultés assigner à Paris la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise. Il a besoin de son argent.

Il pourrait demander à son médecin un certificat, qui serait remis à lui-même, pour qu'il l'adresse, s'il le juge à propos, à sa Caisse, à l'appui de sa demande de remboursement des frais chirurgicaux.

Les Caisses n'ont pas à connaître les médecins traitants, mais simplement leurs ressortissants. C'est à ces derniers qu'elles doivent demander toutes explications ou éclaircissements.

Disons, comme conclusion, que si j'ai le devoir impérieux de citer la loi, ou le Code, pour éviter à mes confrères des ennuis judiciaires, toujours possibles, je me rends cependant bien compte que l'absolutisme du secret professionnel constitue un obstacle insurmontable, pour la mise en pratique du contrôle, nécessité par l'application des lois sociales.

A la Confédération d'étudier avec ses juristes le texte d'une loi, qui pourrait être proposée au Parlement, afin que, respectueux du secret professionnel qu'il doit à son malade, le médecin traitant puisse cependant, sous le couvert de la confidence absolue devenue légale, donner à son confrère contrôleur les explications dont celui-ci a besoin pour accomplir sa mission.

Mais, en attendant le vote de cette loi, taisons-nous : c'est notre devoir envers nos malades et envers la loi.

III

Secret professionnel et dénonciation d'un crime

A propos de la dénonciation que pourrait faire un médecin, ayant constaté un crime, ou des sévices sur un enfant, on nous soumet l'opinion suivante de M. Jacomet, docteur en Droit, sur le secret professionnel.

M. Jacomet écrit : « *Sévices sur les enfants* : « Les coups entraînant la mort et portés sur un « enfant, nous paraissent le plus monstrueux, « le plus lâche de tous les crimes, par la faiblesse « innée de la victime et l'élan affectueux, l'émo- « tion tendre que cet âge inspire. On a parlé de « droit de protection de l'enfant. Je le crois inu- « tile. Il est essentiel pour la vie d'une collecti- « vité de protéger ceux qui portent en germe « l'humanité future. C'est la continuité de l'es- « pèce que le problème met en jeu. L'intérêt de « l'enfant l'emporte sur les autres intérêts. Le « praticien dénoncera les parents indignes ; « mais encore faudra-t-il faire cette dénoncia- « tion avec prudence et tact. S'inspirant des cir- « constances, comme de la gravité du fait, il est « préférable d'avertir officieusement les pouvoirs « publics. »

Commentons l'argumentation de M. Jacomet.

Appelé comme médecin traitant auprès d'un petit malade sur lequel il constate les traces de coups, de mauvais traitements, ou simplement une misère physiologique due à une sous-nutrition, etc., que doit faire le médecin ?

Je laisse de côté l'influence morale que le praticien peut avoir sur les parents pour leur démontrer l'odieux de leur conduite et les faire revenir à de meilleurs sentiments.

Mais le médecin peut se trouver en présence de véritables brutes ou de personnes haineuses qui désirent la mort du petit martyr. Il sent que son influence morale et sa persuasion seront absolument nulles et sans effet. Dans ces conditions, le médecin doit-il dénoncer le cas au Procureur de la République ?

A première vue, on peut dire que l'obligation au secret professionnel s'oppose à toute dénonciation, car c'est dans l'exercice de sa profession que le médecin a connu le résultat des mauvais traitements que subit l'enfant. Cependant, il y a une vie humaine qui est menacée, une vie qui peut s'éteindre si l'on ne porte pas remède et si l'on ne vient pas au secours de ce petit enfant qui ne peut se défendre lui-même.

On peut alors soutenir que le médecin agira dans l'intérêt de son client, c'est-à-dire de l'enfant, en faisant prendre par l'autorité publique toutes mesures nécessaires pour que la vie du petit être puisse être sauvée. D'ailleurs, l'article 30 du Code d'instruction criminelle fait une obligaion à tout citoyen qui a été témoin d'un crime ou d'attentat contre la vie d'autrui de se porter dénonciateur auprès de l'autorité judiciaire.

En d'autres termes, le médecin est pris entre deux devoirs aussi impérieux l'un que l'autre : d'une part, respect du secret professionnel en vertu de l'article 378 du Code pénal, d'autre part, sauvegarde d'une vie menacée en dénonçant au Parquet les auteurs des sévices.

De concert avec le Juge d'instruction, le Procureur pourra ordonner toute enquête nécessaire ; un médecin expert sera nommé et une intruction ouverte contre les parents.

Mais si la plainte ne paraît pas fondée, s'il y a une ordonnance de non-lieu en faveur des parents, ceux-ci pourront se retourner contre le médecin, l'accuser de dénonciation calomnieuse et lui demander des dommages-intérêts. Aussi, convient-il pour le praticien de se montrer d'une grande prudence. Je crois, à mon avis, qu'il serait bien, sous un prétexte quelconque, de faire venir un consultant, et les deux confrères, après avoir examiné la petite victime, décideront ensemble s'il y a lieu de porter plainte ou si, au contraire, on peut espérer ramener les parents à de meilleurs sentiments.

Au fond, j'arrive aux mêmes conclusions que M. Jacomet, mais par des arguments différents. Certes, l'intérêt de l'enfant paraît des plus intéressants, mais il convient aussi que le praticien respecte à la fois la tranquillité et l'honneur des familles, ainsi que ses obligations au secret professionnel.

Ce n'est donc que dans des cas très avérés, lorsqu'il sera certain de ne pas commettre d'erreur de diagnostic et qu'il se trouvera en présence de parents véritablement indignes que le praticien aura le devoir de protéger la petite victime et de se porter dénonciateur auprès de l'autorité publique.

Il ne faut pas dramatiser les situations. Le médecin doit agir avec tact et bon sens, s'entourer des avis d'un médecin consultant. J'ajouterai même le conseil suivant : c'est qu'il ferait bien de s'adresser au président de son Syndicat ou au président du Conseil de famille qui sont des hommes, en général, d'expérience, de pondération et de bon sens. Ils pourront agir pour le mieux des intérêts de l'enfant en conformité avec les devoirs de notre profession.

Paul BOUDIN.

LA PAGE SANS MÉDECINE

... Il entrait là-dedans de la mode et de la complaisance...

(André Gide).

99. — Pierre Louys. — **Psyché**, Roman suivi de la fin de « Psyché » par Claude Farrère. Un vol. 15 × 20 illustré de 60 illustrations en couleurs de Carlègle tiré à 1.700 ex. numérotés sur Japon, Hollande et Rives. *Editions Mornay*, Paris, 1935.

La préciosité érotique de Pierre Louys a quelque chose de la délectation morose des casuistes. Ce roman qu'il laissa inachevé n'est certes pas son chef d'œuvre, mais il est curieux par la fidèle transcription sentimentale qu'il nous donne des cœurs déchaînés de 1900. L'égocentrisme du romancier transpire sous l'intrigue mondaine, romantique, clair-de-lune (mais clair-de-lune langoureusement sensuel !) et deux personnages très sympathiques animent cette fadeur d'époque : le singe Tarquin et la jeune hindoue, Aracaeli. La banalité du thème est largement compensée par le talent d'exposition, mais certaines pages laissent deviner un écrivain vieillissant chez lequel l'amertume de l'imagination essaie de se parer des couleurs éteintes de la jeunesse. Cette grime du cœur où s'essouffle Louys augmente l'atmosphère de mélancolie qu'il a voulu créer et cette discordance du temps de rédaction avec notre temps de lecture éclate dans une recherche du détail, en effet mélancoliquement désuète : quand par exemple l'héroïne, parée d'un nom mythologique, sent dans l'ombre complice Aimery, paladin enfiévré tâtonner sur le busc, les cordons mêlés des jupons, les grands boutons plats du pantalon tiède. Ce ravissement d'extase amoureuse soutenu sur plus de deux cents pages nous paraît aujourd'hui lointain, tant depuis le temps marcha vite ; mais j'ai tort d'ironiser car ce charme frileux faisait partie d'une époque sans tourments où ces bagatelles pouvaient occuper toute une vie. Le livre correctement écrit est paré de qualités littéraires indéniables ; sa présentation typographique est fort soignée et la collaboration de Carlègle souligne malicieusement les gaucheries contemporaines. Carlègle a de l'esprit (et l'on ne saurait en dire autant de nombre d'illustrateurs) ; servi par une souplesse du trait prestigieuse il argumente délicieusement cette passade. A la page 180 il a même eu la coquetterie de dessiner des volumes sans personnalité propre pour sacrifier au conformisme du roman. Tout le reste de son illustration est remarquable : les feuilles mortes en bandeau, le corps bronzé d'Aracaeli, les statues du parc, le paon blanc, le singe attentif, les futaies, la petite gare, les mièvreries grecques de Monceau, le mythe du frontispice auréolé d'églantine épineuse, sont autant de perfections innocentes qui donnent au livre une vie presque ardente de couleurs et de formes. Je repense en les examinant à son admirable escargot des « *Graffiti* » qui est un véritable chef-d'œuvre monoligne. Carlègle est un très grand artiste et si vous ne croyez pouvoir goûter la touchante sentimentalité de cette louysade, je vous conseille tout de même de vous intéresser à ce livre, que Claude Farrère dit parfait et qui est en effet enrichi d'une parfaite illustration.

100. — Alexis Carrel. — **L'homme, cet inconnu.** Un vol. 13 × 20. *Editions Plon*, Paris 1935.

Que pourrais-je ajouter au substantiel compte-rendu paru dans un précédent numéro de ce journal ? Bien que, au seuil de sa préface, Carrel se défende d'être un philosophe son livre a une profondeur et une résonance qui dépassent le matérialisme des sciences biologiques. C'est une de ces œuvres qui marquent au temps de barbarie dont nous approchons l'éclatante survie de l'humanisme préoccupé des valeurs humaines à sauvegarder et surtout (malgré les fallacieuses apparences du progrès), à découvrir : pour sauver plus efficacement notre civilisation menacée.

101. — André Berry. — **Le Congé de Jeunesse**, suivi du Trésor des lais. Poèmes. Un vol. 11 × 17. *Editions Firmin Didot*, Paris 1935.

André Berry est un bon vivant et cette primordiale qualité ne l'empêche point d'être un remarquable poète ; il est de la lignée de Villon et sa muse comme celle de Raoul Ponchon s'attarde volontiers au cabaret ; ses souvenirs de folle jeunesse, sa bohème du cœur ont un accent émouvant de sincérité ; ses vers bien frappés ont une franche sonorité rabelaisienne et tendre tour à tour.

102. — Paul Bruzon. — **Simple histoire de mon verger.** Un vol. 12 × 19 de la collection « Les Livres de nature ». *Editions Stock*, Paris, 1935, 12 francs

Notre confrère a su faire avec bonhomie le tour de son jardin et sa géorgique est d'une

divertissante et très vivante diversité : arbres, fruits, hôtes de son verger sont alertement évoqués dans un style dense, clair et très entraînant.

103 — Jules ROMAINS — **Montée des périls. Les Pouvoirs.** Roman. Deux vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1935, 12 francs le volume.

VOICI conduits avec la même maîtrise les neuf et dixième tomes des « Hommes de bonne volonté » ; la guerre approche, la silhouette des hommes politiques domine la rumeur de l'ample figuration que Jules Romains conduit en excellent technicien.

104. — H.-L. MENCKEN. — **Défense des femmes.** Un vol. 12 × 19 préfacé par Paul Morand et traduit de l'anglais par Jean Jardin. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1935, 12 francs.

LA traduction a su conserver à ce singulier ouvrage sa causticité, son humour, son redoutable persiflage, dont notre compagne sort comme de la palette enfiévrée d'un flegmatique peintre cubiste.

Varia***

Au moment de clore ma chronique je reçois un opuscule que je vous présenterai dans ma chronique prochaine et qui est un chef-d'œuvre de typographie : *Diderot : Regrets sur ma vieille robe de chambre.* Le livre sort des presses de M. Léon Pichon. Et je me hâte de vous le signaler car il n'en est que soixante exemplaires dans le commerce.

* Dans le *Mercure de France* du 15 décembre, M. Duhamel au sortir de son élection à l'Académie française, parabole et s'occupe avec la sérénité du sage du « Gouvernement d'un jardin ». Nous souhaitons qu'il continue, en tête de chaque livraison de sa revue, à nous donner ainsi quelques pages claires avec sa mesure de la vie. Au même sommaire : une étude de Duhourcau sur François d'Assise, génie celte ; un article de John Charpentier : Humour anglais et humour américain ; l'envers d'un grand opéra : Aïda (où transparaît une préfiguration de l'actuelle guerre d'Ethiopie).

* Dans la *Nouvelle Revue Française* de décembre de rudes souvenirs de Paul Léautaud sur Rémy de Gourmont ; des fragments du journal de Gide, étrange potpourri de terrifiants lieux-communs et d'éclairs de magnifique talent.

* Vient de paraître (je me permets de le signaler à la « Page sans Médecine » puisque M. le Professeur Mauriac prétend que l'homéopathie n'est pas de la médecine) ! le « *Répertoire homéopathique* » du Docteur Renard qui peut aider les premiers pas dans le labyrinthe de la matière médicale homéopathique.

20 décembre 1935.

Dr Jean SÉVAL.

LE REQUIN DÉTECTIVE

Le décor représente une plage de sable près de Sydney. Entrent quelques pêcheurs, qui installent un grand piège marin pour capturer un méchant requin, mangeur d'hommes, qui rôde dans ces parages. Le requin est pris dans le piège, vivant, et transporté dans un grand bassin d'eau de mer, construit en son honneur au Zoo de Sydney. Pendant quelques jours, le requin était triste et semblait malade, ce qu'on attribuait à la nostalgie des océans ; mais soudain il s'agita, écuma de rage ou de douleur, on ne l'a jamais su, et, sous les regards horrifiés des badauds, accourus pour contempler ce spectacle, vomit un bras d'homme.

On repêcha ce morceau d'homme, on l'examina, et on constata qu'il portait des tatouages semblables à ceux que préfèrent les gars de la marine. La police reconnut bientôt que ces signes particuliers appartenaient à la fiche anthropométrique de James Smith, ancien marinier. James Smith, quelques jours auparavant était parti pour pêcher avec un certain Patrick Brady, lequel était revenu seul, racontant que Smith était tombé à l'eau ; mais comme le bras de Smith portait des marques indéniables de section à l'aide d'un instrument tranchant, on décida que le corps avait été démembré, et que Patrick était probablement le coupable. Devant cette évidence, Patrick avoua, et fut pendu, non sans maudire, vraisemblablement le requin et ses indigestions.

Ph. DALLY.

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre de l'Athénée :

« La Guerre de Troie n'aura pas lieu »

Pièce en deux actes de M. Jean Giraudoux.
« **Supplément au Voyage de Cook** », un acte du même auteur

Nous ne pensons pas qu'il faille tirer de la pièce de M. Jean Giraudoux des déductions philosophiques, et faire dire à l'auteur ce que lui-même n'a peut-être pas entendu nous faire penser. Nous savons que M. Jean Giraudoux, ainsi qu'il l'a prouvé dans « Amphytrion 38 », « Intermezzo » et particulièrement dans « Siegfried », donne à la raison humaine toute sa puissance au-dessus des bassesses de l'animalité mais il n'a confiance en elle que jusqu'à un certain point. Il tient pour perfectible cet attribut essentiel de l'homme, mais il sait aussi que ce dernier, même par l'influence de la raison, peut difficilement faire taire ses instincts qu'il est obligé de traîner comme un poids mort, et tout en donnant la prime à l'intelligence, il constate l'impossibilité pour cette dernière d'être totalement victorieuse.

Mais il y a autre chose, dans cette pièce, que l'affirmation de ces principes qui sont bien ceux du théâtre de Giraudoux ; il y a la volonté et la joie même de cet auteur, en transportant tous ses personnages sur un plan poétisé par le recul du temps, de nous donner une pièce forte, moins par les théories qu'elle exprime que par le style, l'expression de la pensée, la valeur des phrases et des mots : cette recherche de la difficulté, qui ne peut être chez lui que la preuve même d'une intelligence forte et peu commune.

Beaucoup de nos lecteurs ont déjà vu « La Guerre de Troie n'aura pas lieu » ; certains aussi ont pu la lire dans le tout dernier supplément de la revue « *L'Illustration* » ; je parle donc particulièrement pour ceux qui ont l'intention de l'aller voir à l'Athénée. Ils subiront pendant les deux actes si passionnants et si intéressants, une ambiance irréelle, stylisée tout d'abord par une mise en scène de toute beauté, représentant les murailles de Troie, une petite terrasse de rempart au premier acte et, au second, un square clos de palais à échappées sur la mer. Au centre du monument, le Portique de la guerre, dont les portes sont grande-ouvertes quand elle existe, et fermées quand c'est la Paix. Le tout avec un fond bleu ciel, et l'impression d'un soleil éclatant. Il y a plus encore, c'est la présentation, les attitudes, le débit même des personnages en présence ; au premier acte, Cassandre belle et énigmatique (Mme Marie-Hélène Dasté), Andromaque, l'épouse apeurée d'Hector (Mme Falconetti) et cette petite Hélène, l'enjeu de la Guerre de Troie, représentée par Madeleine Ozeray. Quelle pureté d'expression dans son personnage ; quelle finesse dans son visage diaphane ! quelle source d'intelligence et de mots étincelants !

Il y a aussi Hector (Louis Jouvet) qui donne l'impression d'un guerrier pacifique, et qui représente à lui seul l'allusion voilée aux guerres passées ou à venir. Il y a Pâris, le bel adolescent ravisseur de la blonde Hélène ; il y a Ulysse, auquel Pierre Renoir donne un reflet de puissance autant instinctive que fataliste ; il y a enfin Démokos, ce vieillard troyen, démagogue et le plus pur ami de la guerre, tout en la détestant ; Romain Bouquet donne de lui l'impression d'un fantoche têtu et ratiocineur qui va, à la toute dernière scène, *jusqu'à accuser un grec, qui* n'y est pour rien, de lui avoir porté le coup mortel, c'est de cette façon que, la voulant, il l'aura sa Guerre de Troie.

L'ambiance de ces moments héroïques est créée de plus par une foule d'autres personnages : messagers, guerriers, servantes, vieillards empressés auprès de la fée blonde représentée par Hélène et tous savent à n'en point douter se tenir sur une scène et l'animer puissamment.

Une fois de plus Louis Jouvet a créé un spectacle supérieur, difficile dans l'expression du texte. S'il n'est pas très reposant pour l'auditeur dont l'esprit est continuellement en éveil puisque chaque phrase, chaque mot est une des mille facettes par lesquelles se reflète la noble pensée de l'auteur, du moins il satisfait les sentiments les plus nobles, les plus élevés, les esprits les plus subtils et les plus exigeants.

Le supplément au voyage de Cook, dénote autant de finesse et de haute psychologie de la part de l'auteur, autant d'habileté et de talents chez les interprètes. Un détachement anglais débarque à Tahïti au XVIIIe siècle, entend civiliser par la persuasion et au besoin autrement les naturels de l'Ile. Ces gens qui vivent en paix sans même connaître le travail comprennent difficilement les règles, les bases, disons les préjugés, sur lesquelles est fondée la société européenne. On comprend tout le parti que Jean Giraudoux a tiré de cette situation avec la troupe infiniment souple et adéquate du théâtre de l'Athénée.

Jean Séjournet
de la Société des Auteurs

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DÉCERNÉS EN 1935

Prix de l'Académie (1.000 francs). — Question : Le pH urinaire, ses causes, ses variations. L'Académie attribue le prix au Docteur Violle, de Paris, auteur du mémoire : *Natura maxima miranda in minimis.*

Prix Albert Ier de Monaco (100.000 francs). — Le prix est décerné à M. Maurice Arthus, de Fribourg, pour ses travaux de physiologie et de microbiologie générale.

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs). — L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : *Pax et Labor,* pour titre : Les astrocytomes du cervelet chez l'enfant, et pour auteur M. Guy Loisel, interne des hôpitaux, à Paris.

Prix Apostoli (1.000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Argut (800 francs). — L'Académie attribue le prix à l'ouvrage qui a pour titre : La colibacillose et pour auteur le Docteur Strominger, de Bucarest.

Prix François Audiffred (24.000 francs). — L'Académie accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement, une subvention de 5.000 francs à chacun des auteurs des mémoires suivants, savoir : M. Metalnikov, de Viroflay (Seine) : Ensemble de travaux sur la tuberculose ; Mme le Docteur Jousset, de Paris: Etude et traitement de la méningite tuberculeuse.

Prix du Baron Barbier (2.500 francs). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : MM. Leroux-Robert, de Paris, et Costiniu, de Bucarest, 750 francs chacun pour leur mémoire : L'ozène : étiologie, pathogénie, bactériologie ; MM. Truffert, de Paris, et Viela, de Toulouse, 500 francs chacun, pour leurs travaux sur les : Suppurations péri-laryngo-pharyngées.

Prix Berraute (3.092 francs). — L'Académie partage les arrérages entre M. Oberling, de la Varenne-Saint-Hilaire (Seine) et M. Guérin, de Paris pour leurs divers travaux sur le cancer.

Prix Blondet (20.000 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. Lucien Parisot et Richard, de Nancy: Traité d'endocrinologie ; M. Paitre, de Paris : Pratique anatomo-chirurgicale ; MM. Lacaze, de Blida, Dupret, de Châtillon-sous-Bagneux, et Giraud, de Paris : Pratique anatomo-chirurgicale ; M. Wollmann, de Paris : Recherches sur la bactériophagie ; MM. Menegaux et Odiette, de Paris : Ostéosynthèse au point de vue biologique ; M. Merklen, de Paris : Le sinus carotidien ; M. Moricard, de Paris : Proliférine sexuelle femelle ; M. Diacono, de Tunis : L'hémolyse ; M. Fauvert, de Paris : Le foie vasculaire ; M. Lançon, de Bourges : Etude de l'intoxication par les polipeptides.

Prix Boggio (4.800 francs). — L'Académie décerne le prix à l'ouvrage intitulé : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire, dont les auteurs sont MM. Bernou, de Chateaubriant (Loire-Inférieure) et Fruchaud, d'Angers.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 francs). — L'Académie attribue le prix à l'ouvrage ayant pour titre : Contribution à l'étude clinique du bruit de galop, dont les auteurs sont MM. Routier, de Paris et Van Bogaert d'Anvers (Belgique).

Prix Henri Buignet (1.600 francs). — L'Académie attribue le prix à MM. Thivolle et Fontès, de Strasbourg, pour leurs : Divers travaux sur le sang et la thérapeutique de l'anémie secondaire par la transfusion.

Prix Cailleret (500 francs). — L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour titre : Les acquisitions récentes dans l'étude et le traitement du diabète sucré et pour auteur le Docteur Lyonnet, de Lyon.

Prix Chevillon (3.000 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur André Dufour, de Paris, pour son : Traitement chirurgical du cancer du rectum.

Prix Clarens (500 francs). — L'Académie décerne le prix au Docteur Belin, de Tours : Coquillages et fièvres typhoïdes.

Prix Demarle (750 francs). — L'Académie décerne le prix à l'ouvrage intitulé : Le rôle biologique du manganèse, dont l'auteur est le Docteur Garnier, professeur à la Faculté de Beyrouth.

Prix Desnos (3.600 francs). — L'Académie a attribué le prix au Docteur Lebel, chirurgien de l'hospice sanatorium de Brévannes (Seine-et-Oise).

Prix Desportes (1.500 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Maurice Roy, de Paris : La pyorrhée alvéolaire.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat. Cette année, ces arrérages sont attribués à M. Marc Bolgert, de Paris.

Prix Ferdinand Dreyfous (2.800 francs). — L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour titre : Crises hypotensives et pour auteur le Docteur Pierre Bernal, de Paris.

Prix Falret (1.500 francs). — L'Académie décerne le prix au mémoire qui a pour titre : Des stéréotypies, pour devise : *In una cogitatione defixus,* et pour auteur, M. Louis Caron, de Paris.

Prix Godard (1.000 francs). — L'Académie décerne le prix au Docteur Lecercle, de la Faculté de médecine de Damas : Eléments de chirurgie.

Prix Guérétin (1.500 francs). — L'Académie partage le prix entre M. Antonelli, de Paris, pour son mémoire : Contribution à l'étude clinique et anatomo-radiologique du poumon cardiaque au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche, 1.200 francs ; M. Liège, de Paris, pour son mémoire : Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale, 300 francs.

Prix Guillaumet (1.500 francs). — L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour titre : Les enfants qu'il faut réadapter et pour auteurs les Docteurs de Parrel et Mlle Hoffer, de Paris.

Prix Guzman (2.500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix mais attribue à MM. Bordet et Fischgold, de Paris, la somme de 2.500 francs, représentant les arrérages, en vue de les récompenser pour leur mémoire : Application de la radiologie et en particulier de la radiokymographie à l'étude des battements cardio-vasculaires.

Prix Catherine Hadot (3.600 francs). — L'Académie partage le prix entre les auteurs de trois mémoires, savoir : MM. Piery, de Lyon et Le Bourdelles, du Val-de-Grâce, pour leur mémoire : La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie, 600 francs chacun, soit 1.200 francs ; MM. Bouquier, de Berck, et Martin, d'Angers, pour leur mémoire : Les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur, 600 francs chacun, soit 1.200 francs ; M. Sivrière, de Passy (Haute-Savoie), pour son mémoire : Diagnostic et traitement des perforations pulmonaires, 1.200 francs.

Prix François Helme (1.500 francs). — L'Académie décerne le prix au Docteur Jean Canet, de Paris : Contribution à l'étude de la vaccination dans les fièvres exanthématiques.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs). — L'Académie attribue le prix à l'ouvrage ayant pour titre : Les astéréognosies et pour auteur le Docteur Delay, de Paris.

Prix Henri Huchard (8.000 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Choussat, de Beni-Hindel (Algérie).

Prix Jacquemier (2.500 francs). — La Compagnie at-

tribue le prix au mémoire qui a pour titre : Contribution à la recherche de la date de l'ovulation chez la femme, dont les auteurs sont les Docteurs Seguy et Brandwein, de Paris. Elle décerne une mention honorable au Docteur Bouquet, de Brest, pour son mémoire : Obstétrique ; physio-pathologie de la reproduction.

Prix Léon Labbé (3.000 francs). — L'Académie attribue le prix à MM. Chabanier et Lobo-Onell, de Paris, pour leur ouvrage : Hypochlorémie et accidents post-opératoires.

Prix Laborie (8.000 francs). — L'Académie décerne le prix au Docteur Jean Gosset, de Paris, pour son ouvrage : Cancer du côlon droit.

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent : M. le Docteur Fricker, de Strasbourg : La réaction de Schick, ses rapports avec l'endémie diphtérique en France ; M. le Docteur du Bourguet, de Paris : Les séquelles des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Fondation Laval (1.200 francs). — L'Académie attribue les arrérages de ce prix à M. Camille Desportes, préparateur délégué au laboratoire de parasitologie de Paris.

Prix Lefèvre (3.000 francs). — L'Académie accorde une mention honorable au mémoire qui a pour titre : Recherches étiologiques et cliniques sur la mélancolie de Morel, pour devise : Je me souviens, je souffre davantage, et dont l'auteur est Mme le Docteur Pascal, des asiles d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise).

Prix Le Piez (2.000 francs). — L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent : MM. Pham-Huu-Chi et Henri Brocard, de Paris : Le « bacillus funduliformis » et son rôle en pathologie humaine, 400 francs à chacun ; M. Odinet, de Paris : Recherches anatomiques et physiologiques sur le thymus, 600 francs ; M. Marx, de Paris : Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie, 600 francs.

Prix Leveau (2.000 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. Marchand, de Paris, et Courtois, de Chezal-Benoit (Cher), 250 francs chacun, pour leur ouvrage : Les encéphalites psychosiques ; M. Corman, de Nantes : La constitution physique des paralytiques généraux, 500 francs ; M. Géraud, de Toulouse : La sclérose en plaques, 500 francs ; M. Palazzoli, de Paris : L'impuissance sexuelle chez l'homme, 500 francs.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie décerne le prix au mémoire qui a pour titre : Tuberculose et démence précoce, et pour auteur M. Albane, médecin de la maison de santé interdépartementale de Clermont (Oise).

Prix A.-J. Marmottan (100.000 francs). — L'Académie attribue à titre d'encouragement, une somme de 4.500 francs, prélevée sur les arrérages de la Fondation, au Docteur Troisier, de Paris, pour son : Etude expérimentale de la sarcomatose spontanée des poules.

Prix Gustave Mesureur (2.500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Gomez, de Paris, pour son : Ensemble de travaux sur la pression artérielle et sur l'hypertension artérielle.

Prix Meynot (3.000 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Talbot, de Sfax : Divers travaux sur le trachome.

Prix Monbinne (1.500 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. Velu et Zottner, de Casablanca, pour leur mémoire : Prophylaxie de la Dourine.

Prix Nativelle (1.000 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Raymond Hamet, de Paris : Sur un nouvel alcaloïde cristallisé à action excito-respiratoire et hypotensive, extraite de « l'Ourouparia formosana matsumura et hayata » (rubiacées).

Prix Oulmont (1.000 francs). — Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine). Le prix est décerné à M. André Bosquet, de Paris.

Prix Pannetier (4.000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Georges Sée, de Paris, pour son travail sur : L'immunité antidiphtérique acquise.

Prix Perron (4.000 francs). — L'Académie partage le prix entre : M. de Chaisemartin, de Paris : Etudes cliniques et expérimentales sur l'aptitude fonctionnelle du cœur et des vaisseaux à l'effort ; M. le Docteur Rudolph, de Nevers : L'hypochlorémie ; M. le Docteur Calot, de Paris : Réactions d'hypersensibilité cutanée et diagnostic des maladies parasitaires ; M. le Docteur Perrault, de Paris : Essais sur la bacillémie et la dispersion bacillaire au cours de la tuberculose pulmonaire humaine.

Prix du baron Portal (1.500 francs). — L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : *Fortunæ sibi quisque faber* et pour auteur le Docteur Henri Durand, de Paris.

Prix Pourat (1.500 francs). — Question : Métabolisme basal et anesthésie. L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : *Dolendum est primum ipsi tibi* et pour auteurs Mlle Ratner et M. Ladislas Vitanyi, de Paris.

Prix Rebouleau (2.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Jean Reynal (1.500 francs). — L'Académie décerne le prix au mémoire qui a pour titre : Le darmous humain, pour auteurs MM. Gaud, Charnot et Langlais, de Rabat, et partage entre eux, par parts égales, les arrérages.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Thiéry, de Paris, pour son ouvrage : Diabète et tuberculose.

Prix Ricaux (tuberculose) (5.000 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. Troisier et Bariéty, de Paris : La primo-infection tuberculeuse de l'adulte ; M. Querangal des Essarts et Mme de Carbonnières de Saint-Brice, de Brest : Une œuvre de prophylaxie sociale de la tuberculose par la vaccination au BCG ; M. le Docteur Weiller, de Paris : Les lavages de la plèvre.

Prix Philippe Ricord (800 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Ch. Laurent, de Saint-Etienne : La lutte contre la syphilis.

Prix Albert Robin (600 francs). — L'Académie accorde une mention honorable à M. René Clogne et à Mme Drilhon, de la Bourboule, pour leur : Essai d'étude physiologique des eaux minérales.

Prix Roussilhe (10.000 francs). — L'Académie attribue le prix au Docteur Bory, de Paris : Ensemble de travaux sur les dermatoses, le soufre, le psoriasis.

Prix Marc Sée (1.200 francs). — L'Académie attribue le prix à MM. Salmon et Jacques Dor, de Marseille : Artères des muscles et du tronc.

Prix Tarnier (4.000 francs). — L'Académie attribue le prix à M. Hinglais, de Paris, pour son : Etude quantitative des hormones gonadatropes préhypophysaires. Elle décerne une mention honorable à M. Kehl, d'Alger, pour son mémoire : Contribution à l'étude de l'endocrinologie ovarienne de la grossesse.

Prix Vernois (800 francs). — L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour titre : Précis d'épidémiologie, médecine préventive et hygiène coloniales, et pour auteur M. Blanchard, directeur de l'Ecole vétérinaire de Dakar.

Médailles du service de l'hygiène et des maladies contagieuses (1935).

1° *Rappel de médaille d'or* : M. le Docteur Barbary, inspecteur général d'hygiène des Alpes-Maritimes.

2° *Médaille d'or* : M. le Docteur Loir, directeur du Bureau municipal d'hygiène du Havre.

3° *Rappel de médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Broquin-Lacombe, directeur des services d'hygiène de Troyes et de l'Aube ; Aublant, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise.

4° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Mallard, inspecteur départemental d'hygiène de la Côte-d'Or ; Poty, inspecteur départemental d'hygiène de la Mayenne ; Vaillant, inspecteur départemental d'hygiène du Pas-de-Calais ; Schmutz, inspecteur départemental d'hygiène du Bas-Rhin ; Lamy, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne ; Mans, inspecteur départemental d'hygiène de la Somme.

5° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Cassan, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aude ; Lesbroussart, inspecteur départemental d'hygiène du Calvados ; Prunet, inspecteur départemental d'hygiène du Cher ; Martin, inspecteur départemental d'hygiène de la Loire ; Moreau, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Loire ; Grenoilleau, inspecteur départemental d'hygiène du Loir-et-Cher ; Grehant, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Marne ; Chalut, inspecteur départemental d'hygiène du Rhône ; Troin, inspecteur départemental d'hygiène du Var.

6° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Poncet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ain ; Martin, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aisne ; Montus, inspecteur départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône ; Lièvre-Brizard, inspecteur départemental d'hygiène de l'Eure ; Isard, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Garonne ; Boymier, inspecteur départemental d'hygiène de la Gironde ; Raingeard, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ille-et-Vilaine ; Vidal inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère ; Delteil, inspecteur départemental d'hygiène du Lot-et-Garonne ; Estor, inspecteur départemental d'hygiène de la Marne ; Lévy (Robert), inspecteur départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle ; Triollet, inspecteur départemental d'hygiène du Morbihan ; Boulangier, inspecteur départemental d'hygiène de la Moselle ; Vielledent, inspecteur départemental d'hygiène du Nord ; Router, inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise ; Albertin, inspecteur départemental d'hygiène des Pyrénées-Orientales ; Picard, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Savoie ; Barrelle, inspecteur départemental d'hygiène de Saône-et-Loire ; Lassus, inspecteur départemental d'hygiène de la Savoie ; Jouen, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure ; Merle, inspecteur départemental d'hygiène des Deux-Sèvres ; Luvic, inspecteur départemental d'hygiène de la Vendée ; Vinches (Barthélémy), chef de poste de désinfection de la ville de Narbonne.

Médailles du service des eaux minérales (1935)

1° *Médailles d'or* : MM. les Docteurs Aubertot, de Royat ; Amblard, de Vittel.

2° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Françon (François), d'Aix-les-Bains ; Duhot, professeur d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Lille.

3° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Docteurs Delacroix, de Bourbonne-les-Bains ; Pouhy, de Capvern.

4° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Caujolle, chef de laboratoire à la Faculté de Toulouse ; Barraud, de Chatelaillon.

5° *Rappel de médaille de bronze* : M. le Docteur Dubois (Robert), de Saujon.

6° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Uzan (Maurice), de Vals-les-Bains ; Uzan (Lucien), de Vals-les-Bains ; Vital Lassance, de Bains-les-Bains ; Mme le Docteur Eyraud, de la Bourboule ; Sappey, d'Uriage-les-Bains.

Médailles du service de l'hygiène de l'enfance (1935)

1° *Médaille d'or* : M. Billard, inspecteur de l'Assistance publique de la Loire-Inférieure.

2° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Faure, inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Marne ; Bue, professeur à la Faculté de Lille ; Delille (Armand), secrétaire général de l'Œuvre de Préservation de l'Enfance contre la tuberculose à Paris ; Cassoute, de Marseille ; M. Roch, chef du Bureau de l'Enfance au ministère de la Santé publique.

3° *Médailles de vermeil* : MM. Leboulanger, inspecteur de l'Assistance publique de la Loire ; M. le Docteur Paucot, professeur à la Faculté de Lille ; M. le médecin général Cazanove, du ministère des colonies à Paris ; MM. les Docteurs Cruveilhier, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique à Paris ; Dufestel, inspecteur des écoles de Paris et de la Seine ; Felhoen, de Neuilly-sur-Seine ; Onillon, médecin inspecteur du Service des Enfants du premier âge à Nantes ; Rouèche, rédacteur en chef de la « Médecine Infantile » à Paris ; Fondet, chef de Bureau à la Préfecture de police à Paris.

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. Emperauger, inspecteur de l'Assistance publique des Hautes-Pyrénées ; Sautereau, inspecteur de l'Assistance publique du Cher ; Lelièvre, inspecteur de l'Assistance publique de la Sarthe.

5° *Médailles d'argent* : MM. Chauffour, inspecteur de l'Assistance publique d'Indre-et-Loire ; Frandon, inspecteur de l'Assistance publique de Vaucluse ; Plee, inspecteur de l'Assistance publique du Nord ; Randon, inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise ; Forestier, inspecteur de l'Assistance publique à Constantine (Algérie).

MM. les Docteurs Bohn (André), assistant aux Enfants-Assistés à Paris ; Dujol, accoucheur en chef des hospices à Saint-Etienne (Loire) ; Lafont, professeur à la Maternité d'Alger ; Lelièvre, président de la Section départementale du Comité national de l'Enfance de Maine-et-Loire ; Lestocquoy, chef de clinique à la Faculté, Paris ; Lombard, professeur à la Maternité d'Alger ; Marquaire, médecin de colonisation à Dra-el-Mizan (Alger) ; Pages, médecin de colonisation à Taher (Constantine) ; Pavillard, médecin de colonisation à Palikao (Oran) ; Pélissier, accoucheur en chef de la Maison Familiale de la Loire ; Poirier, à Coutures (Loir-et-Cher) Woehrel, chef du Service de la propagande du Comité national de l'Enfance à Paris.

6° *Rappels de médailles de bronze* : M. Théry, inspecteur de l'Assistance publique de l'Orne ; MM. les Docteurs Vallerant, médecin de la Protection des Enfants du premier âge à Bolbec ; Valette, à Marseille ; Mme Fournier-Mottaz, assistante sociale à l'Hôpital des Enfants-Malades à Paris.

7° *Médailles de bronze* : MM. Deprun, inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure ; Eynard, inspecteur de l'Assistance publique de la Côte-d'Or ; Feidt, inspecteur de l'Assistance publique du Territoire de Belfort ; Montagne, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Marne ; Parade, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aude ; Riu, inspecteur de l'Assistance publique de la Nièvre ; Vincent, inspecteur de l'Assistance publique du Doubs ; Gelly, inspecteur de l'Assistance publique d'Oran.

MM. les Docteurs : Baigue, à Besançon (Doubs) ; Bertrand, médecin-inspecteur du premier âge à Tourcoing ; Blain, de La Motte-Servolex (Savoie) ; Cazal, à Toulouse ; Herber, à Sète ; Jacquier, président de la Section des Bouches-du-Rhône du Comité national de l'Enfance à Marseille ; Gosselin, médecin inspecteur du premier âge à Lille ; Peschaud, à Murat (Cantal) ; Ribon, médecin inspecteur à Liancourt (Oise) ; Scherb, de Montpellier ; Vaillant, secrétaire du Comité d'hygiène sociale du Pas-de-Calais ; Violette, inspecteur départemental des Services d'hygiène des Côtes-du-Nord.

Médailles du service de la vaccine (1935)

1° VACCINATION ANTI-VARIOLIQUE.

1° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Aucaigne (Ch.), à Alger ; Barrault (Charles-Eugène-Louis-Victor), à Paris ; Roubaud (Emile-Justin-René), à Paris ;

Thebault (Robert-Edouard-Frédéric), à Paris ; Theulet-Luzie (Bertrand-André-Joseph), à Paris.

2° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Aubert (Jean-André), à Bry-sur-Marne (Seine) ; Bidel (Joseph-Anthime), à Paris ; Bricet (Charles), à Paris ; Freyburger (Adolphe), à Moyeuvre-Grande (Moselle) ; Grenoilleau (J.), à Frenda (Oran) ; Hutinet (Gaston-Eugène), à Paris ; Janin (Léon-Edgar), à Paris ; Juving (Paul), à Fort-National (Alger) ; Lavie (René-Pierre-Marie), à Paris ; Merklen (Félix-Pierre), à Paris ; de Mouzon (Adrien), à Corneillé (Constantine) ; Netter (Georges), à Paris ; Oppenheim (Simon), à Paris ; Pourtau (Adrien-Abel), à Marakech (Maroc) ; Rancurel (Eugène-Gaston), à Villemomble (Seine) ; Signoret (Henri-Maximin), à Paris ; Sourdel (Marcel-Victor), à Paris ; Viancin (Jean-Charles-Alfred), à Paris.

M. Balozet (Lucien), à Tunis.

3° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Docteurs : Gury (Victor), à Sierck (Moselle) ; Haag (Alphonse), à Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; Mély (Gustave), à Sarrebourg (Moselle) ; Mertz (Charles), à Fénétrange (Moselle) ; Payeur (Joseph), à Sarreguemines (Moselle) ; Schott (Léon-Marie-Joseph), à Strasbourg (Bas-Rhin).

M. Doyen (Paul), à Château-Salins (Moselle).

4° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Bascou, à Yaoundé (Cameroun) ; Bayard (Jean-François), à Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme) ; Bousseau (Jean-Marie), à Vitry-sur-Seine (Seine) ; Candegabe (Octave), à Paris ; Claude (Georges), à Paris ; David (Henry), à Safi (Maroc) ; Domec, à Quang-Ngaï (Annam) ; Ducatillon (Lucien), à Tourcoing (Nord) ; Gadreau (Alphonse), à Paris ; Gaillard, à Luang-Prabang (Laos) ; Gradel (Damien-Joseph), à Cunlhat (Puy-de-Dôme) ; Gaultier (René-Camille-Alphonse), à Paris ; Geniller (Pierre), à Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Gras à Yaoundé (Cameroun) ; Guerrier (Paul-Pierre-Octave), à Paris ; Hoffmann (Charles), à Delme (Moselle) ; Lemarignier (Alphonse-Marie-Alexandre-Louis), à Paris ; Lhez (Joseph), à Oujda (Maroc) ; Maitre (Paul-Pierre-Lucien), à Paris ; Marchal (Edouard), à Fellering (Moselle) ; Mazet (Antonin-Pierre), à Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Megnin (J.), à Sidi-Aïssa (Alger) ; Moulin (Joseph-Amable), à Paris ; Mousson-Lanauze (Jean-Baptiste), à Saint-Mandé (Seine) ; Neel (Philippe-Albert-Marcel), à Paris ; Nicolas (André-Marie-Joseph-Etienne-Fortuné-Désiré), à Menat (Puy-de-Dôme) ; Ohlmann (Joseph), à Bitche (Moselle) ; Palau (S.), à El-Milia (Constantine) ; Penel (Claudius), à Ambert (Puy-de-Dôme) ; Pillot (Abel-Jean-Sébastien), à Paris ; Pipet (Amable), à Besse (Puy-de-Dôme) ; Rabasse (Lucien), à Paris ; Retner (Véra), à Paris ; Routhier (Armand-Edouard-Jean), à Paris ; Touchard (André-Marie), à Paris ; Trocme (Pierre-Francis), à Paris ; Valat (Pierre-Armand), à Vincennes (Seine).

Mmes Duchemin (Marcelle-Jeanne), à Saint-Maur-des-Fossés (Seine) ; Hugnin (Lucy-Jeanne), à Saint-Mandé (Seine) ; Lhermitte (Elise-Jeanne), à Rouen (Seine-Inférieure).

Mlles Bureau (Marie-Thérèse), à Paris ; Iriart (Marguerite), à Paris.

MM. Benamar (Mohamed), à Taher (Constantine) ; Bensikhaled (Abdelmaleck), à Dra-el-Mizan (Alger) ; Bonnet (Gustave-Eugène-Gaston-Louis), à Paris ; Coulon (Auguste-Alfred), à Saint-Denis (Seine) ; Gilles (Georges), à Romainville (Seine) ; Kuntz (Auguste-Philippe), à Fontenay-aux-Roses (Seine) ; Moulin (Jean), à Tunis ; Nguyen-van-Tu, à Haidnong (Tonkin) ; Pham-Duy-Hanhn à Nam-Dinh (Tonkin) ; Prévost (Maxime-Fernand), Les Lilas (Seine) ; Raini-Oanoro, à Tananarive (Andraisora) ; Rappeneau (André-Robert-Paul), à Fontenay-aux-Roses (Seine) ; Schmit (Henri), à Montreuil-sous-Bois (Seine) ; Sechoy (Georges-Paul-Reynaud), à Ivry-sur-Seine (Seine) ; Tourbier (David), à Alfortville (Seine) ; Toure (Momo), à Pita (Guinée française) ; Yassini (Saïd), à Taniza (Oran).

2° Vaccination antidiphtérique

1° *Médailles de vermeil* : Mme Rogez (Adèle-Marie-Jeanne), à Saint-Denis (Seine) ; M. Martin (Auguste-Georges), Le Mans (Sarthe).

2° *Rappels de médailles d'argent* : Mme le Docteur Bataille-Sarthou (Denise-Germaine), à Marles-les-Mines (Pas-de-Calais) ;

MM. les Docteurs : Cleret (Henri-Antoine-Alexandre), à Montluçon (Allier) ; Poulain (Pierre-André), à Saint-Etienne (Loire) ; Poncet (Louis), à Bourg (Ain) ; Triollet (Louis), à Vannes (Morbihan).

3° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs Allimant (Henri-Charles), à Metz (Moselle) ; Faivre (Cyrille-Léon) à Melun (Seine-et-Marne) ; Gibert (Joseph), à Commentry (Allier) ; Legros (Victor), Le Mans (Sarthe) ; Riquiez (Ernest-Jean-Baptiste-Florentin), à Fauquembergues (Pas-de-Calais) ; Tissier (Marguerite), à Paris ; Turcan (Louis), à Fréjus (Var).

Mmes Desalvo (Yvonne), à Constantine (Algérie) ; Lagneau (Alice-Charlotte), à Ecouen (Seine-et-Oise) ; Rogez (Elisabeth-Céline-Stéphanie), Les Loges (Seine-et-Oise).

Mlles de Joannis (Jeanne-Elisabeth-Octavie), à Montrouge (Seine) ; Rogier (Anna-Marguerite), à Montrouge (Seine).

M. Bernard, à Bourg (Ain).

4° *Rappel de médailles de bronze* : M. le Docteur Camus (Louis-Salvator-Auguste), à Arras (Pas-de-Calais).

2° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Bussillet (Henri), à Coligny (Ain) ; Capron (Auguste-Eugène-Henri-Louis), à Arras (Pas-de-Calais) ; Chauvaux (Louis), à Chocques (Pas-de-Calais) ; Claveau (Marguerite-Marie-Victorine), à Metz (Moselle) ; Edouard (Victor), à Châtillon-sous-Chalaronne (Ain) ; Epitralba (Albert), à Ottange (Moselle) ; Huber (Ernest), à Neuville-sur-Ain (Ain) ; Lancet (Alphonse), à Ardres (Pas-de-Calais) ; Lecat (Henri-Isidore-Louis), à Billy-Montigny (Pas-de-Calais) ; Lefebvre (Paul-Laurent-Arthur), à Mont-Saint-Eloy (Pas-de-Calais) ; Lejeune (Gaston), à Metz (Moselle) ; Martel (Louis-Jules), à Estrées-Cauchy (Pas-de-Calais) ; Peiffert (Joseph), à Knutange (Moselle) ; Pierron (Henry-Marie-François), à Thionville (Moselle) ; Pierson (Charles-Marie-Basile), à Vic-sur-Seille (Moselle) ; Pillot (Paul-Octave), à Sarralbe (Moselle) ; Stourm (Jean-Mathias), à Novéant (Moselle) ; Tissot (Gaston), à Bâgé-le-Châtel (Ain) ; Tourcis (Edmond-Edouard-Charles), à Chacques (Pas-de-Calais) ; Veber (Paul-Marie-Alphonse), à Hettange-Grande (Moselle) ; Vinckel (Charles-Jules-Edmond), à Verny (Moselle) ; Wagner (Alfred-Emile), à Remilly (Moselle) ; Wagner (Bernard), à Dieuze (Moselle).

Mlles Barège, à Paris ; Poussot (Louise), à Paris.

MM. Danick (Jean), à Garches (Seine-et-Oise) ; Gillet (Jean), à Bâgé-la-Ville (Ain) ; Lanoë (Pierre), à Garches (Seine-et-Oise) ; du Marche (Gabriel), à Marboz (Ain) ; Mattrat (Marcel), à Priay (Ain) ; Mercier (Lucien), à Bourg (Ain) ; Picard (René-Marcel-Lucien), à Chavannes-sur-Beyssouze (Ain).

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

A la réunion médicale de la Maison de la chimie
L'exposé de la proposition de loi pour remédier aux abus de l'hospitalisation
par le Docteur Michel Weill

Après avoir exprimé sa satisfaction du succès obtenu par MM. Audain, Pecker et Marcel dans la campagne contre les abus d'hospitalisation, après avoir montré la nécessité de reformer les lois du 10 janvier 1849 et du 7 août 1851 qui réglementent les hôpitaux de Paris et souligné l'intérêt de la proposition de loi déposée par M. Raoul Brandon sur le bureau de la Chambre des députés, le 21 février 1935, proposition distribuée aux membres de la Commission d'hygiène qui a désigné le Docteur Fié, député de la Nièvre comme rapporteur, le Docteur Michel Weil a exposé comme il suit cette proposition de loi :

Quel est donc ce projet ?

Comme vous pouvez le penser, il visera d'abord à exclure de l'hôpital pour consultation, soins, et hospitalisation le malade riche, aisé et toute personne disposant de ressources suffisantes pour payer son médecin, sa maison de santé (et il y a des cliniques à des prix très abordables) et ainsi ne pas être à la charge de la collectivité.

Il va de soi que les portes de l'hôpital sont largement ouvertes à tous les cas urgents (accidents de la rue, hémorragie, malaises subits, etc...) quelle que soit la situation sociale du malade, quitte à récupérer le montant des frais si ces malades appartiennent à la classe aisée et à diriger ces malades soit à leur domicile, soit dans une clinique, dès que leur état le permettra.

Auront droit à la consultation et à l'admission dans les hôpitaux tout malade indigent inscrit au bureau de bienfaisance, les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les accidentés du travail et enfin les assurés sociaux.

Restait une catégorie sociale n'appartenant à aucune des catégories précédentes, c'est-à-dire des personnes non indigentes et momentanément privées de ressources (revers brusques de fortune) et qui, le cas échéant, auraient besoin de soins prolongés, dispendieux ou relevant d'une spécialité. Que pouvait-on faire pour ceux-ci ?

Pour ces sortes de malades, il a été prévu une carte dite « d'hospitalisation » dont le malade devra être porteur s'il veut bénéficier de son admission à l'hôpital.

Cette carte valable six mois, sera accordée par des Commissions spéciales dans lesquelles le Corps médical sera largement représenté et qui nous offriront donc toute garantie.

Ces Commissions jugeront sur pièces :

Quittances de loyer, certificat du bureau des contributions, certificat de l'employeur, déclaration signée du malade, etc., qui pratiquement rendront les fraudes difficiles.

Nénmoins des sanctions sévères sont prévues contre les fraudes éventuelles.

Mes chers confrères, pour ceux d'entre vous qui désireraient lire le texte de cette loi dans son intégralité, je leur signale qu'il a été publié *in extenso* dans différents journaux médicaux et en particulier dans *Le Phare Médical* du mois de juin 1935.

Cette loi bien entendu s'étendra non seulement aux hôpitaux de l'Assistance publique, mais encore aux hôpitaux privés ou libres (types Saint-Joseph, Bon-Secours, etc.) et *à tous les dispensaires privés.*

Ces derniers, comme vous le savez, constituent pour le praticien un danger énorme, et qui sous le masque de philanthropie ne sont bien souvent que des entreprises commerciales déguisées.

Une lutte particulière sera entreprise contre eux. Mais ce qu'il y a lieu de mettre en relief, ce sont les garanties que nous donnera le contrôle qui s'exercera à l'entrée des hôpitaux.

Contrôle administratif qui, à la porte de l'hôpital opérera le filtrage des malades qui, munis de pièces justificatives, devront en quelque sorte « montrer patte blanche » et qui aura sur le système pratiqué actuellement l'immense avantage de supprimer les enquêtes bien souvent tardives, inopérantes, inefficaces devant le mauvais vouloir des malades se dérobant au payement du montant des frais.

L'enquête se trouvant en quelque sorte toute faite par ce système de contrôle.

Le projet de loi en question est actuellement devant la Commission d'hygiène de la Chambre.

Le Docteur Michel Weill engage ses confrères à faire des démarches pressantes auprès des membres de la Commission d'hygiène de la Chambre et aussi auprès de la Commission d'assistance du Conseil municipal de Paris pour seconder les efforts de M. Raoul Brandon. L'orateur a été longuement applaudi et félicité de la campagne active qu'il a menée non sans succès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.** (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Ombrédanne.) — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examens de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson. — Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le Docteur LEVEUF, agrégé, chirurgien à l'hôpital Bretonneau, par le Docteur FÈVRE, chirurgien des hôpitaux, assistant du service, ou le Docteur Pierre PETIT, chef de clinique. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur. Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers. — Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (Docteur LANCE, Docteur HUC, Docteur AUROUSSEAU). — Tous les jours. Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland, par un chef de clinique. — Visite dans les salles. — Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme BOLTANSKI.

— **Thèses.** — Jeudi 21 novembre 1935. — Jury : MM. Carnot, Lenormant, Tanon, Schwartz. — M. COIRAULT : Contribution à l'étude de l'ethmoïdite hyperplasique. — Mlle LANCIEN : Remarques sur la séméiologie et la mortalité des hémorragies gastro-duodénales. — M. WEISSBERG : Étude sur les cystites consécutives aux inflammations chroniques du col utérin. — M. BAETEAUX : Étude du rhumatisme tuberculeux. Formes cliniques et traitement.

— **Thèses.** — Lundi 25 novembre. — Jury : MM. Gosset, D'Allaines, Quénu, Sénèque. — MM. LE MASLE : Le Professeur Adrien Proust (1834-1903).

Mardi 26 novembre. — Jury : MM. Carnot, Tanon, Joannon, Lemaire. — M. JARRY : Etude de la d'Arsonvalisation. — M. TABOURDEAU : Étude pathogénique et thérapeutique sur le mal de mer.

Mercredi 27 novembre. — Jury : MM. Clerc, Aubertin, Donzelot, Moreau. — M. MONIN : La forme embolique pleuro-pulmonaire de l'infarctus du myocarde.

Jeudi 28 novembre. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Laignel-Lavastine, Sézary. — M. POISSON : Les éléphantiasis tuberculeux. — M. RAVELO : Séro-diagnostic de la syphilis. — M. DE SAINT-LÉGER : Essai sur la centrothérapie.

Samedi 30 novembre. — Jury : MM. Claude, Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — M. GROSSIORD : Etude physio-pathologique de tremblements. — M. VINTZEL : Essai d'antigénothérapie locale dans certaines tuberculoses externes et en particulier dans les adénites tuberculeuses. — M. BAGUETTE : Traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. DUMOND : Les injections intra-péritonéales de sérum dans les états de deshydratation de l'enfance.

— **Thèses.** — Mardi 3 décembre 1935. — Jury : MM. Besançon, Claude, Marion, Heitz-Boyer. — M. CORNY : Etude du traitement intra-bronchique des abcès du poumon. — M. BURSZTYON : Schizophrénie et mentalité primitive.

Jeudi 5 décembre. — I. Jury : MM. Roussy, Lemaitre, Huguenin, Lemaire. — M. DEMALDENT : Le conduit auditif interne. — II. Jury : MM. Gougerot, Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — Mlle MILLANT : Dermatite érythémato-bulleuse des bains de soleil dans les prés (maladie d'Oppenheim). — M. CALVET : Traitement de l'hypertension artérielle par le nitrate de pilocarpine. — Mlle LYRAUD : Etude des lymphosarcomes du médiastin chez l'enfant. — M. THIBAUD : Quelques aspects cliniques de l'acrodynie infantile.

Vendredi 6 décembre. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Marcel Labbé, Lacomme. — M. FARES : Passage de certains métaux métalloïdes à travers le placenta — M. RABOURDIN : L'appendicite herniaire inguinale. —

— *Thèse vétérinaire.* — Mercredi 4 décembre. — Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — M. DANIEL : Affection pasteurellique des porcelets nouveau-nés.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Mutations de chefs de services.** — *Médecins.* — A Lariboisière, en remplacement de M. Garnier (limite d'âge) : M. Gauthier, de l'hôpital Laennec. A Laennec : M. Léchelle, de l'hôpital Tenon. A Tenon : M. de Gennes, de la Maison municipale de santé.

Chirurgiens. A Boucicaut, en remplacement de M. Labey (limite d'âge) : M. Okinczyc, de Beaujon-Clichy. A Beaujon-Clichy : M. Rouhier, de l'hôpital Necker-Enfants-Malades. A Necker-Enfants-Malades : M. Brocq, de la Maison municipale de santé.

Services temporaires. A Beaujon-Paris : M. Madier. A la Maison municipale de Santé : M. Girode.

Accoucheurs. A Saint-Louis, en remplacement de M. Cathala (limite d'âge) : M. Lemeland, de Tenon. — A Tenon : M. Cleisz, de la Maternité (service fermé).

Ophtalmologistes. A Lariboisière, en remplacement de M. Poulard (limite d'âge) : M. Magitot, de Tenon. A Tenon : M. Bollack, titularisé. A Saint-Antoine (service créé) : M. Velter, de Necker-Enfants-Malades. A Necker-Enfants-Malades : M. Monbrun, titularisé.

Consultations : A Cochin : M. Prélat. A Ambroise-Paré : M. Hartmann.

Oto-rhino-laryngologistes. A Laennec (en remplacement de M. Bourgeois, limite d'âge) : M. André Bloch, titularisé. A la Pitié (service créé) : M. Ramadier, titularisé.

Consultations : A Bretonneau : M. Lallemant. A Brévannes : M. Lemariey.

Electro-radiologistes. A Necker (en remplacement de M. Guibert, limite d'âge) : M. Thibonneau, de Trousseau. A Trousseau : M. Guénaux, de la Maison municipale de santé. A Tenon (en remplacement de M. Darbois, limite d'âge) : M. Gilson, titularisé.

— **Service central d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié** (83, boulevard de l'Hôpital, M. Delherm, chef de service). — *Radio-diagnostic*. Tous les jours à 9 h. 30 : Lecture des clichés ; à 10 heures : Examens radiologiques : Poste 1 : Tube digestif. — Poste 2 : Reins, vésicule, lipiodol, etc. — Poste 3 : Os, articulations. — Poste 4 : Cœur, poumons.

Traitements : Tous les jours, à 9 heures : Courants voltaïques, faradiques, ondulés de Laquerrière, de Lapicque. D'arsonvalisation. Diathermie. Odres courtes, etc... Rœntgenthérapie moyenne et profonde, ultra-violets, infra-rouges, bains de Luxeuil.

Mercredi et vendredi, à 10 heures : Traitements gynécologiques.

Mardi, à 8 h. 30 : Traitement des affections ano-rectales

Examens électriques : Sur rendez-vous.

Examens des malades, mardi et vendredi, à 10 heures, par M. Delherm ; mercredi par M. Morel-Kahn, ; lundi par M. Fischgold.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Un concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le 10 février 1936. Les candidats devront se faire inscrire du 13 au 22 janvier.

— **Concours d'électro radiologiste des hôpitaux.** — Un concours pour deux places d'électro-radiologiste sera ouvert le 16 mars 1936. Inscriptions du 17 au 26 février 1936.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Postes de secours sur route, en Lettonie.** — Après une étude approfondie du problème des secours sur route dans son ensemble, la Croix-Rouge lettone vient, conjointement avec le service sanitaire de l'état-major de la garde civique, d'ouvrir vingt postes de secours sur les routes à circulation plus intense, ainsi que sur celles de grande communication. Ces postes sont placés à une distance moyenne de 7 à 10 kilomètres et équipés conformément aux recommandations de la Commission internationale permanente des secours sur route.

Les postes sont installés et entretenus par la Croix-Rouge lettone, la question du personnel destiné à les desservir étant du ressort du Service sanitaire de l'état-major de la garde civique, dont les membres sont tenus de suivre les cours de premiers secours organisés par la Croix-Rouge.

Suivant les principes généraux adoptés dans l'œuvre des secours sur route, les interventions des postes sont gratuites et le personnel n'est pas rétribué. (*Revue Intern. de la Croix-Rouge.*)

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts, Paris (VIe). — PROGRAMME DE 1936. *Enseignement*. Les cours de l'Ecole de psychologie ont lieu d'octobre à juillet. — Les dimanches, à 10 heures : Conférences, séances de spsychologie collective, d'autosuggestion et de rééducation mentale, par les Docteurs BÉRILLON, Marcel VIARD, Pierre MÉNARD, M. H. GOSSET, Mlle Lucie BÉRILLON, professeur agrégée, Mlle Lucie GUILLET.

Les jeudis, à 17 heures : Cours du Docteur BÉRILLON : Applications médicales et pédagogiques de l'hypnotisme et de la psychothérapie.

A 16 h. 30 : Cours du Docteur MARTINIE-DUBOUSQUET : Les adjuvants neuro-psychologiques dans la thérapeutique journalière.

A 17 h. 30 : Cours du Docteur Pierre MÉNARD : La thérapeutique des péchés capitaux par l'écriture.

A 18 heures : Cours du Docteur Léon DUBAR : Rôle des cinq sens dans la formation de la personnalité.

A 18 h. 30 : Cours de Mlle Lucie BÉRILLON, professeur agrégée : Les conditions créatrices du bonheur et de la destinée.

Les jeudis, à 20 h. 30 : Cours du Docteur Marcel VIARD La psychologie objective ; à 21 heures : Cours de M. A. PETIT, médecin-vétérinaire : Psychologie générale et comparée.

Ces cours seront complétés par des conférences faites par Mme Lucie GUILLET, le Docteur HOLLANDE, le Docteur vétérinaire LEPINAY, le Docteur DERECQ; M. Georges QUILHERMET, avocat à la Cour ; M. C. DE HOGUES, professeur à l'Ecole de ehirurgie dentaire; le Docteur Raymond COURTOIS ; le Docteur ARTAULT DE VEVEY ; M. JOACHIM PARÉDIÉS (de Salvador).

D'autres conférences seront également faites par les Docteurs Paul FAREZ, Louis FAVRE, CAUVY (de la Malou), IRIBARNE, CHAUVOIS, BONNET-LEMAIRE ; M. Gustave KASS, M. E. LAREGINIE, M. CHOPLIN, etc.

Enseignement pratique à la clinique de psychothérapie, annexe de l'Ecole de psychologie.

— **La survie de Jeremy Bentham.** — Nous lisons dans *La saignee blanche* (vol. VIII, nº 111), brochure éditée par l' « Antiphlogistine » :

Jeremy Bentham est mort depuis plus de cent ans : néanmoins, il siège à chaque assemblée du Conseil de l'University College de Londres. Bienfaiteur et fondateur de l'University College, Jeremy Bentham demanda par testament que son squelette, habillé dans ses vêtements habituels, fût placé dans une vitrine de la salle du Conseil. Cette dernière volonté fut observée et c'est ainsi que cent ans après sa mort, survenue en 1832, J. Bentham continue à assister aux séances du Conseil de l'University College.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Nous avons déjà soumis tout un dossier à M. le ministre de la Santé publique qui nous a promis d'étudier la question.

Une protestation véhémente de la Confédération des Syndicats médicaux contre le danger public du colportage en pharmacie aiderait certainement à résoudre ce problème.

Votre dernière proposition d'agir par les Syndicats pharmaceutiques a déjà été mise en application et ce n'est pas « un respect trop marqué des intérêts individuels qui les paralyse » je vous assure. Malheureusement les confrères frappés quittent le Syndicat et n'en sont que plus libres ensuite. Si nous avions des pouvoirs syndicaux ou corporatifs efficaces la situation serait tout autre. C'est une solution que nous désirons tous. Un ordre corporatif dirigé par les praticiens de la profession est à l'heure actuelle la seule voie de salut. Il permettrait de sauver la profession à la fois de l'étatisme envahissant et de la commercialisation à outrance.

M. Mathieu.
Vice-président du Syndicat des pharmaciens de Meurthe-et-Moselle.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

10.117. — Assurances sociales et tiers payant au profit d'un seul médecin

Un de nos confrères syndiqués assure les soins aux ouvriers d'une société industrielle qui a organisé une Caisse.

Les ouvriers et leurs familles sont soignés gratuitement par ce médecin qui touche, d'après sa déclaration, des honoraires correspondant sensiblement au tarif de responsabilité de la Caisse. Il acquitte les feuilles de maladie et est payé par la Caisse.

La Société-Caisse ne refuse point à l'ouvrier le libre choix, mais en réalité elle le supprime par la gratuité qu'on lui offre lorsqu'il se fait soigner par le médecin de la Caisse, alors que les autres confrères lui font payer le tarif syndical.

Cette situation est exceptionnelle dans notre région très peu industrielle, c'est le seul cas semblable que nous ayions. Dans le nord elle doit être fréquente. Comment la solutionne-t-on ?

Une société doit avoir le droit d'avoir son médecin à elle et de faire soigner d'une façon ou de l'autre ses ouvriers gratuitement. Mais si elle constitue une

Caisse (ayant passé les conventions classiques avec notre Syndicat) elle doit être tenue à agir en conformité de la loi, c'est-à-dire à ne pas être un tiers payant et à ne pas gêner ou influencer le libre choix.

Si nous enjoignons au médecin de rompre avec elle, elle en prendra certainement un autre, syndiqué ou non.

Quelle serait à votre avis la meilleure politique à suivre ?

Dr P.

Réponse

La loi reconnaît à l'assuré social le libre choix de son médecin. L'article 67 de la dite loi prévoit des peines correctionnelles contre quiconque aura attiré, ou tenté d'attirer ou de retenir des assurés sociaux par des ristournes sur les honoraires médicaux, dans des cliniques ou des Caisses.

De ceci résulte qu'il faut d'abord prouver que la Caisse, qui honore le praticien selon le système du tiers payant, alloue à ce praticien des honoraires qui sont inférieurs au tarif de responsabilité.

En outre, il faut savoir si le ticket modérateur est retenu au malade, assuré social, car la loi impose ce ticket, qui est à la charge de l'assuré.

Il est évident que la Caisse est en droit de donner à ses ressortissants des avantages supérieurs à ceux que leur accorde la loi. Mais encore faut-il que ces avantages ne soient pas octroyés dans le but d'attirer les assurés dans le cabinet d'un praticien déterminé, au détriment des autres praticiens de la région.

Serait considéré comme étant dommageable le fait de faire soigner gratuitement (sans ticket modérateur) tout assuré par un praticien, qui a accepté des honoraires réglés directement par la Caisse, alors que si l'assuré entend user de son droit au libre choix et va chez un autre praticien, il se verra retenir ledit ticket modérateur et devra supporter également la différence entre le tarif de responsabilité (diminué du ticket) et le tarif syndical appliqué par un autre médecin.

Je crois que le Syndicat pourrait saisir le Préfet de cette situtaion irrégulière et si ce magistrat fait la sourde oreille, assigner la Caisse devant le Tribunal correctionnel, en vertu de l'article 67, motifs pris que ses tractations avec un seul médecin et l'abolition du ticket modérateur aboutissent au fait d'attirer dans un cabinet médical des assurés sociaux.

Le médecin en question pourrait être compris dans les poursuites, comme étant complice de cette violation de la loi.

Paul Boudin.

9.997. — Assujetissement aux Assurances sociales d'une femme de ménage

J'occupe une femme de ménage quatre heures par jour depuis sept ans. Cette femme n'a jamais voulu faire partie des Assurances sociales et je n'ai jamais versé aux Caisses pour elle. Je l'occupe environ quatre heures par jour et six jours par semaine, sauf pendant les vendanges. Suis-je susceptible d'avoir des ennuis avec les Assurances sociales ?

Dr M.

Réponse

Si votre femme de ménage travaille chez plusieurs employeurs, ce n'est ni à vous ni aux autres qu'incombe l'accomplissement de la déclaration et de l'immatriculation aux Assurances sociales, mais à elle seule. Il suffit donc, pour vous décharger de toute responsabilité à ce point de vue, de lui faire signer une déclaration attestant qu'elle est employée par plusieurs patrons et qu'elle prend à sa charge les formalités de l'immatriculation.

Bien entendu votre femme de ménage n'en reste pas moins assurée obligatoire, et les Caisses d'assurances sociales créancières des cotisations afférentes à son salaire depuis la mise en application de la loi. Les Caisses seront donc toujours en droit de vous demander le versement des cotisations patronales arriérées, ainsi que les intérêts de retard ; mais vous n'aurez pas à verser les cotisations ouvrières puisque vous ne les avez pas retenues, et vous n'encourrez d'autre part aucunes amendes.

10.063. — Recours contre le refus des prestations de l'assurance-maladie

Comment doit faire une malade à laquelle j'ai donné quinze jours de repos et à laquelle la Caisse ne règle pas ses quinze jours de demi-salaire après avis du médecin contrôleur pour pouvoir toucher? Quelle procédure ?

Dr H.

Réponse

La Caisse d'assurances sociales refuse sans doute de payer l'indemnité journalière à votre cliente en prétendant sur le rapport de son médecin contrôleur que cette assurée est actuellement en état de reprendre son travail. Il s'agit donc d'une contestation portant sur l'état de l'assurée ; conformément à l'art. 7 de la loi de 1930 cette contestation doit en conséquence être portée devant la Commission technique composée d'un médecin désigné par la Caisse, du médecin traitant, et d'un troisième médecin choisi par le Juge de paix.

Si cette Commission, après examen de l'assuré, donne tort à la Caisse et que celle-ci refuse de s'incliner, il y aura lieu alors, dans les dix jours de ce refus de saisir du différend la Commission cantonale, seule compétente pour prononcer une condamnation contre la Caisse, mais à laquelle les conclusions médicales de la Commission technique s'imposeront de manière obligatoire.

La Commission technique est saisie par simple lettre recommandée adressée au Juge de paix. La loi n'ayant rien prévu à ce sujet, il n'y a aucun délai pour ce faire, contrairement à ce qui se passe pour la Commission cantonale, et par suite aucune forclusion à craindre.

9.967. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Comme abonné au *Concours Médical* je me permets de vous demander les renseignements suivants au sujet d'un de mes clients assuré social (4e catégorie).

Ce malade est employé par le même employeur depuis 1931, mais ne travaille que six mois par an. Il a versé depuis 1931, mais seulement pendant les six mois de travail.

Le dernier trimestre versé (deuxième trimestre 1935, a été versé le 9 septembre 1935.

Ce malade a été malade depuis le 7 septembre 1935 (rhumatisme articulaire aigu, grave). La feuille-maladie part du 7 septempre 1935.

Les prestations maladie lui ont été refusées sous le seul motif suivant :

« ... vos cotisations du trimestre de référence ayant été effectuées trop tardivement. »

Décision du bureau du Conseil de la Caisse primaire du 19 octobre 1935.

Le malade peut-il avoir recours ?

Je m'intéresse à lui, car père de quatre enfants il est sans ressources, bien que je le crois possesseur d'un petit bien. Son patron n'est-il pas responsable de ce retard ?

La Caisse a accepté le versement du 9 septembre bien que en retard, cela ne régularisait-il pas sa situation ? Devait-elle accepter ?

J'ai déjà puisé dans votre journal beaucoup de faits instructifs, et je constate qu'il est bien difficile à un médecin de connaître toutes les modalités de la loi. Que dire du petit ouvrier ou paysan absolument ignorant !

Dr C.

Réponse

Votre client a droit aux prestations en espèces et en nature de l'assurance-maladie s'il a cotisé au moins soixante jours durant le trimestre civil précédant la première constatation de sa maladie, c'est-à-dire durant le deuxième trimestre 1935. Il importe peu que les doubles cotisa-

tions patronales et ouvrières aient été versées tardivement par le patron, du moment que, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, ce dernier a versé en plus des cotisations arriérées les intérêts de retard, et que d'autre part le précompte de la cotisation ouvrière a bien été exercé en temps voulu sur le salaire de l'assuré (V. not. Cass. civ., 1er juin 1934, *D. H.* 1934-362). On doit présumer d'ailleurs que cette condition est remplie lorsque l'employeur verse la double contribution et prend à sa charge la cotisation de l'assuré, car cette cotisation constitue alors un supplément de salaire, et le précompte se fait ainsi automatiquement (Trib. de paix du XVIe arrond. de Paris, 25 janvier 1935, *Gaz. Pal.*, 1er mars 1935).

Si donc les deux conditions nécessaires et suffisantes se trouvent remplies en l'espèce, il y a lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé par la Caisse, mais de saisir du différend la Commission cantonale, par lettre recommandée adressée au Juge de paix, dans les dix jours de la notification du refus.

Si par contre l'assuré se trouvait privé de son droit aux prestations par la faute de son patron, il serait en droit, d'après la jurisprudence de le poursuivre en dommages-intérêts par application de l'art 1382 du Code civil. Cette action est d'après la Cour de cassation de la compétence des Conseils de prud'homme ou à défaut du Juge de paix.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

10.487. — Pansements multiples de brûlures

Pourriez-vous me dire qui a raison, la Compagnie d'assurances ou moi dans le cas suivant :

Un ouvrier, assuré contre les accidents, travaillant au fer à souder dans un local saturé de gaz inflammables provoque une explosion.

Résultat : brûlures premier degré de la face et du crâne (cheveux, cils, sourcils complètement grillés) aspect d'une tête ébouillantée. Mêmes lésions aux deux mains et aux deux jambes.

Au moment voulu j'envoie ma note détaillée ainsi rédigée.

Pansement	de brûlures de la face et du crâne	50 francs
Id.	de deux mains	30 francs
Id.	de deux jambes	30 francs

La Compagnie d'assurances me renvoie ma note refusant de me payer les pansements des mains et des jambes (c'est-à-dire amputant le total ci-dessus de 60 francs) pour la raison suivante :

« Les pansements multiples se paient 15 francs l'un avec un total maximum de 50 francs. »

N'y-a-t-il pas de la part de cette Compagnie une erreur d'interprétation de l'art. 16 du tarif officiel des accidents du travail ?

Il me semble que la tarification qu'elle veut m'imposer n'est pas applicable aux brûlures, mais aux blessures.

Que me conseillez-vous de faire ?

Dr L.

Réponse

Il est exact que les « pansements multiples sur des membres différents » sont tarifiés avec un maximum de 50 francs (art. 16, poste 1er). Mais il s'agit là de pansements de brûlures dont la tarification est spéciale. Dans ce cas, il ne s'agit plus de « pansements multiples » mais de « la superficie totale que forment les surfaces additionnées » (voir note 2, de l'art. 16). En sorte qu'il y a lieu à une tarification qui n'est ni celle de l'Assurance, ni la vôtre.

Ici, l'ensemble des surfaces additionnées comprenant : face et crâne, plus deux mains, plus deux jambes, me paraît être comparable à une «vaste brûlure» 100 francs». Par contre, s'il s'agit d'une brûlure du premier degré ce ne serait plus que 50 francs (voir art. 16, les trois derniers postes).

Dr F. Decourt.

10.488. — Luxation de l'astragale

J'ai été appelé dernièrement, de nuit, pour un domestique agricole, qui, dans une écurie, était tombé d'une échelle, alors qu'il descendait du foin.

Le blessé présentait une luxation de l'astragale en avant et en dehors.

Après quelques tentatives de réduction je m'apprêtais à emmener mon blessé chez un chirurgien pour réduction sous anesthésie, lorsque dans une suprême tentative j'eus la joie d'obtenir la réduction. Suites normales, la luxation ne s'accompagnant pas de fracture.

Je ne trouve pas dans le tarif le prix de cette réduction de luxation, qui doit être assez rare.

A quoi l'assimiler ?

Cette visite et réduction ont eu lieu de nuit, à minuit, les hommes s'apprêtant à partir à la foire.

Dr R.

Réponse

Une réduction de « luxation de l'astragale » me paraît pouvoir être comptée 100 francs par analogie avec réduction de « luxation du coude ». En plus, ayant eu lieu à minuit, d'urgence, il doit être compté une majoration de 25 % (art. 8), soit en tout 125 francs.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

10.322. — Tenue du livre-journal

Je serais heureux d'avoir votre avis au sujet de la façon de présenter les éléments du livre-journal que tout médecin doit présenter à la réquisition du Contrôleur.

1° Dois-je noter en différentes colonnes : Recettes du compte postal ; recettes du compte banquaire ; recettes par mandat touché à domicile ; recettes des Assurances sociales art. 59 ; recettes des accidents de travail ; recettes de l'Assistance médicale ; recettes des différents fixes ?

2° ou dois-je noter en une seule colonne : *à devoir* : X visites accident travail ; X² consultation d'assistance ; X³ intervention non réglée ce jour, etc.. ?

Bref le Contrôleur peut-il pour chaque recette me demander un détail journalier, ou dois-je laisser à ce Contrôleur le soin de récapituler les sommes portées en bloc provenant d'un travail trimestriel ou de facilités de payement ? Il est en effet important de prouver que pour trois cent jours de travail annuel le nombre quotidien des actes médicaux ne peut dépasser une certaine moyenne.

Dr F.

Réponse

Le livre-journal doit être tenu de la façon suivante pour chaque recette : date et montant de la recette sur une ligne sans autre indication. Les inscriptions doivent se faire sans blanc, lacune, interligne ou report en marge.

Mais il serait bon d'avoir pour vous un livre vous permettant, en fin d'année, de donner un total par nature de recettes afin de répondre si on vous demande des renseignements (visites, consultations au cabinet, accouchements, accidents, etc.).

A. MARTINOT.
Conseil fiscal

10.077. — Un salarié est exempt de patente

J'ai vendu légalement par traité dûment enregistré mon installation, la suite de bail, etc., etc., à mon ancien assistant. Propriétaire de mon immeuble j'ai fait un bail de douze ans au Docteur X... mon successeur. Mais comme la vie est dure surtout pour ceux qui ont eu à secourir une nombreuse famille, je suis resté comme assistant à mon tour chez mon ancien associé.

Je suis salarié touchant tous les mois un pourcentage sur l'argent rentré et pensais ne plus avoir à payer de patente puisque je travaille pour un autre et pas pour moi-même. Je comptais simplement, comme mon acquéreur autrefois, payer l'impôt sur le salaire.

Mon ami, contrôleur principal des Directes, me dit qu'étant donné que mon salaire n'est pas fixe mais variable chaque mois je suis patentable. Je croyais le contraire. Qui a raison ?

Dr T.

Réponse

Le fait d'être rétribué d'une façon proportionnelle aux recettes n'enlève pas la qualité de salarié.

Vous avez cette qualité et n'êtes pas patentable si vous ne figurez pas en nom sur les imprimés, si vous n'avez pas de plaque personnelle, en un mot si vous n'agissez que pour le compte de votre successeur comme un simple assistant, et n'exercez pas en clientèle pour votre propre compte.

Si vous êtes patenté ou imposé sur le revenu à une cédule autre que celle des traitements et salaires, il y aurait donc lieu de réclamer dans les trois mois auprès du Directeur des Contributions directes.

A. M.

9.998. — Patente en cas de changement de domicile

Quittant T... au début de l'année prochaine pour aller à M..., serai-je obligé de payer la patente dans les deux localités si je ne suis pas parti le premier janvier ?

Dr B.

Réponse

Vous serez imposé à la patente dans la localité où vous serez au 1er janvier. Vous n'aurez à payer un supplément d'impôt dans votre nouvelle résidence que si la valeur locative de vos locaux professionnels y est supérieure à celle des anciens locaux.

A. M.

QUESTIONS DIVERSES

9.557. — En prescrivant un bas à varice chez une femme enceinte, une sage-femme fait-elle de l'exercice illégal de la médecine ?

Au cours d'une conversation privée, la sage-femme de mon village me demandait mon avis (ce qui est assez fréquent quand il s'agit de gens peu fortunés) sur une de ses clientes ayant des varices. Je lui recommandais de lui conseiller un bas à varices. Ce que la dite sage-femme lui ordonne. Quelques jours après la cliente rapporte l'ordonnance à la sage-femme pour ajouter la mention Assurances sociales. Ce qu'elle fait.

Aujourd'hui la Caisse des Assurances sociales s'adresse à la présidente du Syndicat des sages-femmes et demande des « sanctions ».

Ajoutant même (d'après ce qui a été rapporté à

ma sage-femme) que si celles-ci étaient insuffisantes, elle (la Caisse) demanderait au Syndicat des médecins de poursuivre l'affaire pour exercice illégal (bien que la cliente en question soit en état de grossesse et presque à terme).

Je vous demande :

1° Y a-t-il eu vraiment exercice illégal de la médecine ? si oui quelle peine légale encourt-elle ?

2° La Caisse est-elle en droit de demander des sanctions ? si oui lesquelles ?

3° Quel recours la sage-femme peut-elle avoir contre des exigences injustifiées de la part de la Caisse ?

Dr R.

Réponse

Les Caisses d'assurances sociales arrivent, par leur esprit tatillon, à empoisonner la vie professionnelle des médecins. Elles ont, certes, raison de défendre leurs caisses ; elles ont le droit, et même le devoir de signaler aux Syndicats médicaux les cas d'exercice illégal ou irrégulier de la médecine ; mais je ne leur reconnais pas le droit de prendre ce ton autoritaire et de matamore pour pourfendre tout ceux qu'elles considèrent comme leurs adversaires, c'est-à-dire les diplômés de la loi du 30 novembre 1892.

Dans le cas particulier, au lieu de parler d'emblée de «sanctions» et de «poursuites devant les Tribunaux », la Caisse eût agi avec beaucoup plus de tact en demandant, d'abord, au Syndicat médical ce qu'il en pensait.

Une sage-femme voit ses droits très limités par l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 ; elle ne peut prendre part qu'aux accouchements normaux, et ne peut prescrire que des médicaments dont la liste est extrêmement courte.

Dans le cas présent, le diagnostic de varices est fait par un docteur en médecine qui conseille le port d'un bas à varices. La sage-femme ne se fait que l'exécutrice de ce conseil médical, donné par un homme de l'art.

En second lieu, est-ce qu'un bas à varices peut être considéré comme un médicament ? On peut dire que cet appareil orthopédique peut servir au traitement d'une maladie, mais vraiment, il ne viendrait à l'esprit de personne — sauf à celui d'une Caisse d'assurances sociales — de chercher noise à une sage-femme qui a ordonné un bas à varices pour une femme enceinte qui souffre de cette infirmité si fréquente au cours de la grossesse. C'est vraiment vouloir défendre des intérêts pécuniaires avec une âpreté qui dépasse un peu la mesure.

Quant à la sage-femme, je ne lui conseille pas de se retourner contre la Caisse. Bien qu'elle le fasse d'une manière maladroite, cette dernière a cru agir pour le respect des termes de la loi de 1892, et elle est de bonne foi.

Il appartient donc au Syndicat des médecins

et au Syndicat des sages-femmes de répondre à la Caisse d'assurances sociales que, dans le cas particulier, selon la manière dont vous nous le présentez, la sage-femme n'a fait qu'exécuter le conseil qu'avait donné un docteur en médecine à propos d'une femme enceinte et, que de ce fait, elle n'a commis aucun délit.

Paul BOUDIN.

9.480. — Interdiction du cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative et celles de médecin d'un hôpital

Je suis administrateur des hospices et médecin-chef des hôpitaux de X. Les décrets-lois m'obligent à opter parce qu'il y a paraît-il incompatibilité. Notre secrétaire du Syndicat me dit que ce décret-loi n'est pas absolu et qu'il ne désigne pas les administrateurs qui ont cette fonction parce que conseiller municipal et c'est mon cas. Il m'a donc conseillé de vous écrire pour que vous m'aidiez à mettre cette question au point et pour que vous me fournissiez la documentation nécessaire.

Dr X.

Réponse

Le décret-loi du 10 octobre dernier portant interdiction du cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement hospitalier et de médecin ou de chirurgien de cet établissement est absolument formel et ne fait aucune distinction quant à l'origine de cette fonction. Il faut bien voir d'ailleurs qu'une telle distinction ne serait pas conforme à son esprit, tel qu'il est exposé dans le rapport préliminaire ; ce décret a en effet pour but d'éviter « des incidents graves ou de réelles difficultés » provenant de ce que « le médecin-chef ou le médecin d'un établissement hospitalier était ainsi appelé parfois à être juge et partie ».

Les dispositions de ce décret sont donc pleinement applicables à votre cas, et vousêtesobligé d'opter entre l'une ou l'autre de ces deux fonctions.

10.199. — Prescription des honoraires accidents

Je vous remercie bien de votre intervention auprès de la Compagnie pour règlement de mes honoraires.

Comme il s'agit d'assurances individuelles de petits propriétaires terriens, le délai n'est-il pas de deux années, comme pour les clients ordinaires ?

On ne peut invoquer je crois dans ce cas la loi de 1898.

Je vous serais reconnaissant de me renseigner à ce sujet.

Dr D.

Réponse

En vertu de la jurisprudence de la Cour de cassation (V. not, Cass, civ., 8 février 1932, D. H. 1932.202), le médecin a une action directe en payement de ses honoraires selon le tarif normal contre le blessé qui l'a choisi et a bénéficié de ses soins.

Il résulte d'autre part d'un récent arrêt de la Cour suprême (Ch. civ. 15 juillet 1935, D. H. 1935.509), que si le médecin qui a soigné la victime a été choisi par le chef d'entreprise, ce choix impliquant un engagement contractuel entre le chef d'entreprise et le médecin, l'action exercée par ce dernier en payement de ses honoraires est une action de droit commun, personnelle et mobilière, distincte de l'action de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, échappant par suite à la prescription annale de cette loi, et soumis à la prescription du droit commun, soit deux ans.

Les exploitants agricoles, assurés individuellement contre les accidents du travail et ayant adhéré à la législation sur le risque professionnel, réunissant sur une même tête la qualité de chef d'entreprise et de victime de l'accident, sont donc tenus, en vertu de la jurisprudence précitée, de vous payer dans les termes du droit commun, et ne peuvent vous opposer en fait de prescription que celle de deux années à partir de la terminaison des soins.

S'ils refusent de vous régler à l'amiable, il y aurait lieu de les poursuivre devant le Juge de paix de leur domicile respectif.

10.323. — Honoraires pour soins à un mineur devenu majeur par la suite

J'ai opéré le 22 octobre 1932, d'une appendicite à chaud, un jeune homme de 18 ans. La mère du jeune homme, à défaut du père qui est un alcoolique invétéré, m'a réglé une partie de mes honoraires le 12 novembre 1933. Il me reste à percevoir une somme de 655 francs. La mère du jeune homme refuse maintenant de payer ce solde, et cependant son mari est tombé dans une déchéance et un dénuement tels qu'il est incapable de me verser quoi que ce soit. Il est séparé de fait avec sa femme, sans qu'il y ait eu je crois séparation légale.

Le fils qui est maintenant majeur, tient avec sa mère, mais en son nom, un commerce assez prospère. Puis-je : ou bien poursuivre la mère du fait que le mari est dans l'impossibilité de s'acquitter de sa dette ou bien poursuivre le fils devenu majeur, et pour qui la dépense a été faite.

C'est un cas rare, un peu spécial, mais qui peut intéresser des confrères.

Dr M.

Réponse

Puisque le fils était mineur lorsque vous avez été appelé à lui prodiguer vos soins, ses parents sont débiteurs à votre égard du montant de vos honoraires, puisqu'ils sont tous deux légalement tenus de l'obligation alimentaire à l'égard de leur enfant.

D'autre part le fils, ayant bénéficié de vos soins, est lui-même débiteur de vos honoraires et tenu personnellement sur ses biens propres.

Vous pouvez donc poursuivre le mari, la femme et le fils conjointement et solidairement devant le Tribunal de paix du domicile de l'un d'eux.

9.962. — La déduction de 10% sur le loyer du garage

J'ai loué à mon voisin (avec qui je suis en excellents termes) un garage, mitoyen à sa maison et à la mienne : la porte de sortie du garage est commune pour lui et moi (une seule auto, qui est à moi, dans le garage) mais nous avons chacun une porte d'entrée dans le garage, venant de notre maison réciproque, permettant à l'un et à l'autre de sortir par ledit garage (mais le proprio n'a pas d'auto).

A titre d'indication, je désire savoir si je puis bénéficier de la remise de 10 % du loyer du garage.

Dr D.

Réponse

Le décret du 16 juillet dernier portant réduction de 10 % sur les loyers ne vise que les locaux professionnels ou d'habitation. Or il résulte de la jurisprudence de la Commission supérieure de Cassation en matière de législation d'exception sur les loyers que les locaux servant à remiser des voitures automobiles n'ont pas en principe ce caractère, et ne l'acquièrent que s'ils peuvent être considérés comme l'accessoire de locaux de cette nature, soit parce que formant avec eux un tout matériellement indivisible, soit parce que loué par le même contrat et faisant dans l'esprit des parties l'objet d'une indivisibilité contractuelle.

Il y a donc lieu d'étendre les principes posés par cette jurisprudence en ce qui concerne l'application du décret-loi du 16 juillet, ainsi que le reconnaît d'ailleurs une réponse ministérielle no 13.783 parue au *J. O.* du 30 novembre 1935.

Il faut en conclure par suite que vous n'êtes pas fondé, dans votre cas, à invoquer la réduction de 10 % sur le prix de location de votre garage puisque d'une part ce garage fait partie d'un autre corps de bâtiment que celui où vous habitez, et que d'autre part il fait l'objet d'une location séparée.

Cinquante-huitième année — N° 3 — 19 Janvier 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

● ● ●

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 10. — Méd. serait reconnaiss. à conf. qui lui indiquer. une maison de retraite suscept. prendre à un prix raisonn. personne âgée de caractère difficile et tombée dans l'enfance.

N° 11. — Paris. Quartier Anvers. Installat. mod. diatherm. et rayons, appartem. 6 p., loyer 10.000, à céder bas prix avec ou sans appareils. Conviendrait pour médec. génér., ou spécialité. Petit noyau.

N° 12. — Vaucluse. A céder poste méd. génér. tenu 39 ans par titulaire. Bon rapport prouvé.

N° 13. — Paris. A céder quartier latin, poste méd. génér. tenu par titulaire depuis 1910, 30.000 compt.

N° 14. — A céder : un laborat. de bactériologie.

N° 15. — J. F. 21 ans. Bach. diplôme simple U. F.F., manipulatrice radio, cherche emploi matinées seulement. O. Massie, 9, rue Jules César, Paris 12e.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

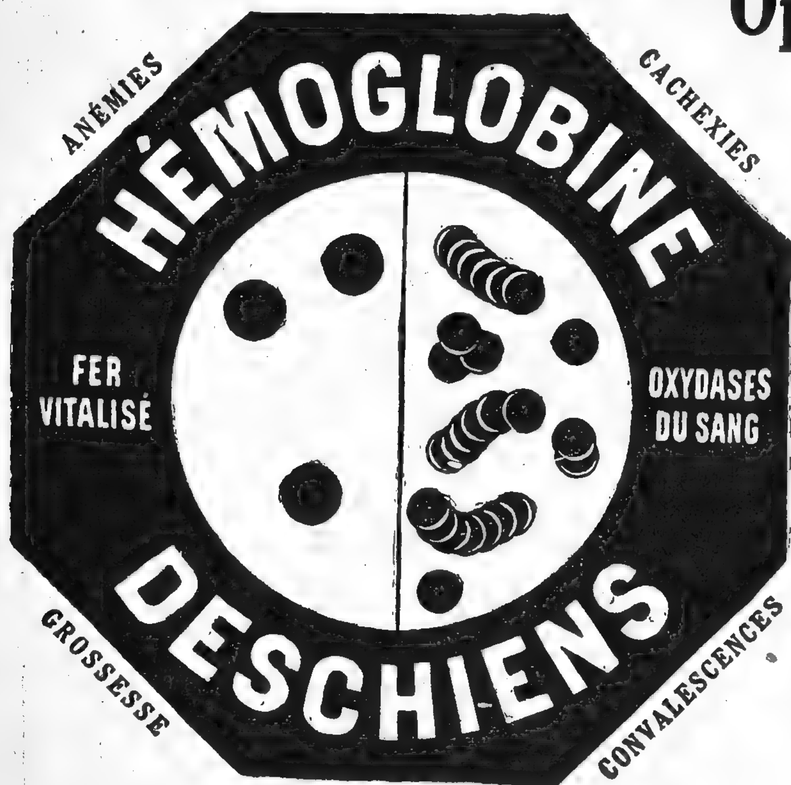
Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris (XVIIe). Suite décès à prendre immédiatement, importante clientèle dans quartier commerçant, possibilité augment., fixe, appartement 6 p., bain, loyer 6.800. Prix à déb.

Région Centre-Est, chef-lieu de canton très riche. Jolie clientèle avec fixes tenue 40 ans par titulaire. A céder d'urgence 50.000 moitié comptant.

Grande ville de Faculté. A céder pour raison de santé, laboratoire de biologie. Prix 140.000 francs.



Hommage au Docteur Fernand Decourt

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous faisons un devoir et un plaisir de publier :

Syndicat médical de Seine-et-Marne

Mon cher confrère

Le Docteur Decourt, qui a dû quitter la présidence du Syndicat pour raison de santé, a été élu par l'Assemblée générale du 17 novembre dernier, président d'honneur du Syndicat.

Pour lui témoigner notre reconnaissance, il a été décidé qu'un banquet serait organisé en son honneur. La date en a été fixée au dimanche 16 février 1936. Le repas aura lieu à 12 h. 30. au Palais d'Orsay.

Afin de donner à cette manifestation un caractère familial, nous prions instamment les femmes de nos confrères de bien vouloir accompagner leurs maris.

Au cours du banquet, un souvenir sera offert au Docteur Decourt.

Nous vous serions reconnaissant de bien vouloir adresser les souscriptions (50 francs par personne pour le repas), en y ajoutant votre don pour le souvenir à offrir, au trésorier, le Docteur Tixier, à Rebais (C/C Postal Paris 503-58) avant le 1er février 1936.

Le Secrétaire, Dr Pierre BUREAU.

Le Président, Dr Henri PUIG.

Nous nous associons d'autant plus volontiers à l'hommage rendu au Docteur F. Decourt qu'il est un de nos plus fidèles et plus anciens collaborateurs. Tant au *Concours Médical* qu'au Sou Médical dont il est vice-président, F. Decourt nous aide de son expérience et de ses conseils, surtout dans l'interprétation de la tarification des accidents du travail, pour laquelle il fait autorité.

Ceux qui, comme moi, ont collaboré avec Decourt à l'Union des Syndicats médicaux, dans les Commissions officielles, au Sou Médical et ailleurs savent seuls ce que les médecins-praticiens doivent tous au Docteur Fernand Decourt.

J. NOIR.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Anniversaires.** — En 1936 auront lieu les Centenaires de la naissance de Simon Duplay et de Charles Périer.

— **Hommage au Professeur Charles Richet.** — Le Conseil municipal de Paris vient d'être saisi par M. Fernand Brunerye d'une proposition tendant à donner à une rue de Paris le nom de *rue Charles-Richet.*

— **Médaillon du Professeur Chauffard.** — La cérémonie de la remise à la Faculté du médaillon du Professeur Chauffard a eu lieu le 11 janvier, à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, où l'éminent maître fit pendant nombre d'années son enseignement.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Nouvelles chaires.* — Le Parlement a voté les crédits pour la création de deux chaires, de cardiologie et de pathologie interne. D'autre part, le Conseil municipal de Paris a voté un ordre du jour tendant à la création, à la Faculté de médecine, d'une chaire de médecine sociale.

— **Collège de France.** — Le Conseil municipal de Paris a maintenu les crédits afférents à la chaire d'histoire du travail. Il a affecté ceux précédemment attribués à la chaire de prévoyance et assistance sociales à une chaire (créée) de psychologie et d'éducation de l'enfance.

— **Fédération nationale des Médecins du front.** (85 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris, VIII[e]). — La fête de bienfaisance organisée le 29 décembre 1935 par la Fédération nationale des médecins du front a remporté un vif succès. Les familles de médecins étaient venues en grand nombre assister à la réunion et apporter leur obole à cette œuvre de collaboration professionnelle créée pour soulager les misères médicales résultant de la guerre.

La fête comprenait une matinée artistique au cours de laquelle on a pu applaudir Mme Suzanne Devoyod, sociétaire de la Comédie Française, Mme Bécheau la Fonta et ses collaborateurs des Concerts historiques, Mme Géo Lemmer et M. Loisel, des Tréteaux mondains, et les élèves de la classe de Danse de M. Volinine.

Le Docteur Bidon, président de l'Association des Anciens combattants de Lyon et du Sud-Est a ému l'assistance en disant deux poèmes dont il est l'auteur.

A l'issue de cette partie artistique, les spectateurs passèrent dans les salons du premier étage pour assister au tirage de la loterie.

— **Association amicale des Anciens médecins des corps combattants.** — Une Assemblée générale extraordinaire a eu lieu le samedi 11 janvier, au siège social, 95, rue du Cherche-Midi, aux fins de : Modifications des statuts.

— **Concours de médecin inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris.** *Conditions pour les médecins étrangers naturalisés.* — Un arrêté du Préfet de la Seine du 12 décembre 1935, indique qu'à titre exceptionnel, les étrangers naturalisés et munis du diplôme d'Etat français de docteur en médecine qui ont obtenu le droit d'exercer la médecine en France depuis cinq ans au moins au 1er janvier 1936 pourront demander leur inscription sur la liste des candidats au concours de médecins inspecteurs scolaires, qui doit s'ouvrir le 27 janvier 1936.

Ce délai de cinq ans ne sera pas exigé des médecins qui, engagés volontaires, ont servi dans l'armée française au cours d'opérations militaires depuis 1914.

— **Institut Rockefeller.** — M. le Docteur Herbert-Spencer Gasser, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université Cornell, a été nommé directeur de l'Institut Rockefeller pour les recherches médicales, en remplacement du Docteur Flexner.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Externat.* — Sont nommés à la suite du dernier concours :

Externes titulaires : MM. Perrineau, Guennec, Collomb, Mlle de Saint-Mart, MM. Collin, Fraboulet, Coquelin, Etcheverry, Chassagnette, Mlle Corpereau, MM. Casty, Darmailhacq, M. Baud, Bounet, Garnier, Bannel, Pernot, Fallot, Wolff, Lanjeard, Duthou, Duchet-Suchaux, Brisbare, Conte, Lambert, Turpaud, Mme Hirsch, MM. Peltier, Clauzet, Morichau-Beauchamp, Muret, Nicaudie, Pouliquen, Prat-Rousseau, Campagne, Moretti, Laborit, Vergez, Menaut, Borie, Font-Lapalisse, Mlle Aragnieu, MM. Dubarry, Perron, Porte, Monaque, Lafitte, Rouan, Dumeau, Laporte, Pétriat.

Externes provisoires : MM. Galais, Flotte, Both, Puyo, Urutibéhéty, Puyou, Lafon, Mlle Foucault, MM. Papet, Rivière, Rondet, Labail, Hazera, Abdelmoula, Haulon, Auffret, Brun, Darjo, Mouliès, Barucq, Pujol, Labarbe, Roy, Suel.

— **Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes.** — *Bureau pour* 1936. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient d'élire son bureau pour 1936. En voici la composition : président, M. Paul Tissier ; vice-présidents, MM. Boëlle, Bourguignon ; secrétaire général, M. P. Barlerin ; secrétaires adjoints, MM. Deguy, Vaslin ; trésorier, M. Armand Lévy.

— ***Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.*** *Internat.* — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et cinq places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 17 février 1936, à l'hôpital Notre-

Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes, Paris (XIVe).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques : une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points ; une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 francs la première année ; 5.900 francs la deuxième et 6.200 francs la troisième.

Pour renseignements s'adresser à M. l'administrateur délégué, 66, rue des Plantes, le mercredi de 9 à 11 heures, et le samedi, de 14 à 17 heures, jusqu'au 1er février 1936 (dernier délai d'inscription).

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine).** *Internat.* — Un concours pour quatre places d'internes aura lieu à l'hôpital de Saint-Denis, les 27 et 28 janvier 1936. Conditions : avoir seize inscriptions, être Français ou naturalisé Français. Avantages : indemnité mensuelle de 550 francs, nourriture, logement. Inscription (jusqu'au 20 janvier) à l'hôpital, 7 *bis*, rue du Fort de l'Est, à Saint-Denis.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Michel-L. SACHNINE nous font part de la naissance de leur fils *Philippe* (30 décembre 1935, 2, rue du Printemps, Vincennes, Seine).

Nos sincères compliments.

NOTES FISCALES

Déclarations à fournir au Contrôleur avant le 31 janvier

Nous rappelons à nos lecteurs qu'en vertu de l'article 67 du décret codifiant les impôts sur le revenu, ils sont tenus de remettre dans le courant du mois de janvier au Contrôleur des Contributions directes un état indiquant les noms, prénoms et adresses des personnes qu'ils ont occupées l'année précédente, le montant des traitements, salaires et rétributions payés à chacune d'elles pendant l'année (avantages en nature compris) et la période à laquelle s'applique ces paiements si elle est supérieure à trente jours consécutifs. Cette déclaration n'est toutefois exigée pour les personnes rétribuées par un seul employeur que si leur traitement total annuel dépasse 10.000 francs.

A cet état doit être jointe en outre, par les contribuables relevant de la cédule des professions non-commerciales, une déclaration indiquant les sommes versées par eux à l'occasion de l'exercice de leur profession à titre de « commissions, courtages, ristournes, honoraires occasionnels ou non, » etc., lorsqu'elles dépassent 1.000 francs par an pour un même bénéficiaire (art. 68 du décret). Le contribuable qui ne produirait pas cette déclaration perdrait le droit de déduire ces sommes de son revenu imposable.

En vertu de l'art. 71 toute infraction à ces prescriptions donne lieu à l'application d'une amende de 100 francs sans décimes, encourue autant de fois qu'il est relevé d'omissions.

A TRAVERS L'OFFICIEL

31 DÉCEMBRE

Pensions militaires.

Arrêté du 28 décembre 1935 portant nomination de médecins membres titulaires et suppléants des Tribunaux départementaux des pensions pour 1936.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

Assurances sociales.

Circulaire du 30 décembre 1935 relative à la mise en vigueur du nouveau régime des assurances sociales.

(*Extraits*)

Le ministre du Travail à MM. les directeurs des Services régionaux des Assurances sociales.

Paris, le 30 décembre 1935.

Le nouveau régime des Assurances sociales, résultant des décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935, entre en vigueur le 1er janvier. Le règlement d'administration publique et les décrets prévus pour son application seront publiés prochainement.

Pour vous permettre de renseigner les assurés, les employeurs et les Caisses d'assurance sur leurs obligations et les avantages qui en résultent pour les bénéficiaires, j'ai l'honneur de vous fournir les renseignements ci-après que je vous prie de porter à la connaissance des intéressés.

Cotisations dues pour l'année 1935

Les cotisations dues pour les salariés qui ont été occupés au cours du 4e trimestre 1935 ou antérieurement continuent d'être régies par les dispositions jusqu'ici applicables. Ces cotisations devront être acquittées en timbres « assurances sociales » apposés sur les feuillets trimestriels d'assurance-maladie et sur les cartes annuelles d'assurance-vieillesse en cours au 31 décembre. Elles devront être calculées, comme précédemment, sur la base de la catégorie de salaire dans laquelle les assurés intéressés ont été rangés, ou éventuellement, pour les salariés dont les cotisations doivent être calculées sur le salaire réel, à raison de 4 p. 100 du salaire pour chaque contribution.

Transmission des feuillets trimestriels et des cartes annuelles en cours.

Les feuillets trimestriels et cartes annuelles de cotisations en cours au 31 décembre 1935 cesseront d'être valables à partir du 1er janvier 1936.

Ces feuillets et cartes ne pourront plus ainsi être utilisés pour les périodes de travail accomplies à partir du 1er janvier 1936.

Non seulement les feuillets du 4e trimestre 1935 devront être déposés à la poste avant le 11 janvier, mais également les cartes annuelles d'assurance-

vieillesse, quelle que soit la période de validité sur ces cartes. Si des assurés ou des employeurs ont conservé par devers eux des feuillets trimestriels ou des cartes annuelles munis de timbres « assurances sociales », ces feuillets et ces cartes devront tous, sans exception, être l'objet du même dépôt, pour être transmis aux Services des Assurances sociales. Il ne pourra être tenu compte des versements représentés sur les feuillets ou cartes qui ne seraient pas ainsi retournés à l'Administration.

De nouveaux feuillets trimestriels de cotisations, destinés à la constatation de la totalité des versements trimestriels, sans distinction entre l'assurance-maladie et l'assurance-vieillesse, se substitueront aux feuillets et cartes précédemment délivrés. Ils seront adressés aux assurés au cours du 1er trimestre 1936. Les employeurs n'auront besoin de ces feuillets le plus souvent qu'à partir du 1er avril prochain. Les numéros d'immatriculation portés sur les nouveaux feuillets seront les mêmes que sur les feuillets et cartes précédemment délivrés.

Cotisations dues pour l'année 1936.

Les nouvelles cotisations sont égales à 3,50 p. 100 du salaire pour l'assuré et à une somme égale pour l'employeur, le salaire étant entendu de la rémunération totale versée lors de la paye, déduction faite des allocations familiales, et compte tenu de la valeur des avantages en nature, s'il y a lieu. L'évaluation des avantages en nature reste déterminée sur les bases forfaitaires précédemment prévues.

La retenue à effectuer lors de chaque paye, comme la cotisation patronale correspondante, ne saurait être calculée sur un salaire net supérieur à 40 francs par jour si la paye est effectuée par jour, à 240 francs par semaine si le salaire est réglé par semaine (ou toutes les deux semaines) ou à 1.000 francs par mois s'il est réglé mensuellement.

Ces cotisations seront dues pour toute période d'emploi à partir du 1er janvier 1936.

Epoque de paiement des nouvelles cotisations.

Les nouvelles cotisations devront être acquittées par l'employeur dans les dix premiers jours de chaque trimestre pour les périodes de travail accomplies au cours du trimestre précédent

Toutefois, pour les assurés qui quitteraient leur emploi en cours de trimestre, les cotisations dues devront être acquittées dans les dix premiers jours du mois suivant.

Ainsi, ce n'est pas avant le début du mois de février ou du mois de mars 1936 que les employeurs auront à acquitter les nouvelles cotisations en ce qui concerne les assurés qui auraient quitté leur emploi pendant le mois de janvier ou le mois de février. Pour les autres assurés, les nouvelles cotisations devront être acquittées pour la première fois au début du mois d'avril.

Mode de versement des nouvelles cotisations.

Les nouvelles cotisations seront acquittées, soit en espèces à la poste, soit par ordre de virement sur le compte postal de l'employeur. Les employeurs qui occupent plus de dix assurés devront obligatoirement s'acquitter par virement sur leur compte postal. Les employeurs n'occupant pas plus de dix assurés auront la faculté d'utiliser ce procédé.

Lorsque le versement sera effectué directement à la poste, l'employeur devra déposer en même temps les feuillets trimestriels de cotisations qui lui auront été remis par les assurés, après avoir mentionné sur ces feuillets le montant de la double cotisation due pour le trimestre et joindre un bordereau sommaire des feuillets déposés. Si la somme à verser est supérieure à 20 francs, l'employeur pourra s'acquitter par chèque bancaire, dans les conditions où ce mode de payement est accepté par les receveurs des postes.

Lorsque l'employeur se libérera par virement sur son compte postal, il adressera directement au Service régional des Assurances sociales — lequel a son siège au chef-lieu de chaque région postale — les feuillets de cotisations, accompagnés d'un bordereau récapitulatif sommaire et d'un ordre de virement correspondant au montant total des sommes à acquitter.

Pour les assurés quittant leur emploi en cours de trimestre, l'employeur devra se procurer à la poste, ou au Service régional des Assurances sociales, des formules de duplicata des feuillets trimestriels de cotisations. Il établira ces duplicata à l'aide des feuillets de cotisations ou des cartes d'immatriculation, dont étaient en possession les assurés ayant cessé leur emploi, feuillets ou cartes qu'il devra restituer aux intéressés. Ce sont les duplicata de feuillets ainsi établis que l'employeur aura à utiliser, dans les conditions ci-dessus énoncées, pour s'acquitter de la double cotisation due.

Attestation de versement.

Les feuillets trimestriels de cotisations comporteront une partie détachable intitulée « attestation de versement ». Cette attestation de versement sera rendue par la poste au déposant ou renvoyée par le Service régional des Assurances sociales, revêtue d'un timbre à date. Cette attestation est destinée à l'assuré pour être présentée par lui, éventuellement, à la Caisse d'assurance, en vue de justifier de ses droits aux prestations.

Prestations.

Les prestations étant conditionnées par les versements opérés, il en résulte que le nouveau régime institué ne peut avoir d'effet, en ce qui concerne les conditions d'attribution et la quotité des prestations, qu'à compter du 1er avril 1936, c'est-à-dire qu'autant que les versements correspondant au nouveau régime auront été opérés au moins pendant un trimestre.

Jusqu'au 1er avril prochain, les organismes d'assurance devront ainsi continuer à accorder des prestations sur la base du régime précédemment établi. C'est seulement à partir de cette date qu'ils auront à tenir compte des nouvelles dispositions, tant pour la détermination du droit des assurés aux prestations que pour la fixation des avantages à leur accorder.

Par ailleurs, les assurés ne sauraient subir aucun préjudice du fait des modifications apportées par le nouveau régime à l'organisation technique de l'assurance. Ils devront, s'ils bénéficient de soins pour invalidité, continuer à bénéficier de ces soins, encore que la charge des soins aux invalides ne doive plus être assurée, à partir du 1er janvier 1936, par la Caisse générale de garantie et être assumée par les Unions régionales de Caisses primaires.

Régime spécial aux gens de maison.

Pour les gens de maison : bonnes à tout faire, femmes de chambre, cuisinières, valets de chambre, chefs de cuisine, chauffeurs, etc., les cotisations dues, tant par l'employeur que par l'assuré, à raison de 3,50 p. 100 du salaire, seront calculées sur un salaire forfaitaire tenant compte des avantages en nature dont ils bénéficient.

Les nouvelles cotisations applicables sont les suivantes pour toute période d'emploi de l'année 1936. Elles sont dues tant par l'assuré que par l'employeur :

	COTISATIONS mensuelles	
	Hommes	Femmes
	francs	francs
Villes de plus de 80.000 habitants et départements de la Seine	24 50	14 »
Autres communes	17 50	10 50

Juridiction.

A partir du 1er janvier, les contestations relatives aux Assurances sociales ne doivent plus être soumises aux Commissions cantonales. Seule est compétente dorénavant la Commission d'arrondissement. Les réclamations à porter devant cette Commission doivent être adressées, par lettre recommandée, au président, au greffe du Tribunal civil.

L.-O. FROSSARD.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour les postes de médecins directeurs et de médecins adjoints des sanatoriums publics ou assimilés.

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir les listes d'aptitude aux fonctions de médecins direc-

Voir la suite page LV-193.

PROPOS DU JOUR

Les heureux effets que pourrait avoir sur la pléthore médicale la constitution d'une pension de retraite suffisante : le repos possible à 60 ans. Pour beaucoup la nécessité de continuer à exercer néanmoins s'impose

Nous avons reçu deux lettres qui bien qu'exprimant des opinions différentes, méritent d'être prises en considération.

La première émane d'un de nos anciens abonnés du sud-ouest ; il prêche la prévoyance, engage les jeunes à se constituer une pension de retraite et d'y songer le plus tôt possible pour en réduire les primes à payer.

C'est ce que nous n'avons cessé, ne cessons et ne cesserons de faire. Notre correspondant prévoit que si le médecin praticien avait à 60 ans une pension de retraite *suffisante* pour vivre largement, il cesserait d'exercer et ce serait, selon lui, le meilleur remède à la pléthore médicale.

Mais voici cette lettre remplie d'excellents conseils.

Mon cher Confrère,

Votre article sur la pléthore médicale (du 10 décembre 1935), ses causes et ses remèdes, m'a vivement intéressé. C'est pourquoi je me permets de signaler à votre attention un remède que vous avez oublié et qui, à mon avis, serait le plus efficace de tous si les jeunes médecins voulaient être prévoyants dès le début de leur installation. C'est l'assurance retraite.

Comment se constituer une retraite à peu près suffisante à 60 ans ? D'abord — à la caisse de retraite de la Mutualité familiale du Corps médical français. Ici, je n'insiste pas, car il vous sera facile, au *Concours médical*, de donner à ce sujet toutes précisions nécessaires aux jeunes confrères qui désireraient être prévoyants. Ensuite et ici je m'adresse aux Confrères qui, ayant fait la guerre, ont la croix de guerre ou la carte de combattant. Ceux-là, et combien l'ignorent, peuvent après un versement annuel de 4.800 fr. (à capital réservé) à la Caisse nationale autonome de retraite des anciens combattants, par l'intermédiaire de l'Association de retraite des médecins du front, par exemple, peuvent après dix ans de versement, avoir à 55 ou 60 ans, une retraite de 500 francs par mois (6.000 par an) nets (sans retenue de 10 %) toute leur vie durant et de plus, à leur mort, leur veuve aurait le choix entre la restitution intégrale du capital versé, c'est-à-dire 48.000 fr. ou bien la continuation de la retraite de 6.000 fr. par an, à capital aliéné.

Joignez à cela la modique retraite du combattant, en tout 7.200. Si le médecin fait partie de la Prévoyance médicale, sa retraite est portée à 8.400. Si, enfin, à la Mutualité familiale du Corps médical français il a pris quatre parts de 1.200 fr., il arrive à toucher 8.400 + 4.800 = en tout 13.200 fr..

Ne croyez-vous pas qu'un médecin ayant des goûts modestes, quelques économies et pas de charges de famille excessives, peut, à 60 ans, *céder la place* à un jeune et jouir en paix du fruit de sa prévoyance. Je l'ai fait et en suis très heureux. Voilà, à mon avis, le problème de la pléthore médicale résolu.

Et si vous pouviez, ce qui serait fort intéressant, faire une statistique des médecins, âgés de plus de 60 ans et exerçant encore, non sans peine, leur profession, je suis convaincu que le nombre que vous trouveriez serait quatre fois supérieur à celui des jeunes médecins qui cherchent une situation ou qui végètent souvent lamentablement et sans avenir, soit à la ville ou à la campagne, dans des postes encombrés.

Dans votre journal auquel je suis abonné depuis trente cinq ans, menez une campagne suivie auprès des jeunes pour qu'ils deviennent prévoyants en s'assurant une retraite pour leurs vieux jours. Et si votre appel est entendu, vous aurez résolu, à mon avis, le problème de la pléthore médicale qui devient de jour en jour de plus en plus angoissant.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, mes plus cordiales salutations.

Dr Paul ABEILHOU,
(Elne-Pyrénées-Orientales)

Remarquons que notre correspondant ne parle pas de retraite obligatoire pour le praticien, car alors ce dernier deviendrait un fonctionnaire et nous risquerions plus d'y perdre que d'y gagner.

L'autre lettre émane d'un médecin colonial qui exerce depuis trente ans aux Antipodes. Il exprime une opinion sensiblement différente et le fait avec une vivacité excusable, car il avait été froissé du vœu très discutable émis par le Conseil d'administration du Bureau Universitaire de statistique.

→→

Mon cher Confrére

Je lis votre Propos du jour dans le *Concours* du 25 août 1935 (1).

Le Conseil d'Administration du Bureau universitaire de statistique aurait émis la proposition de « l'institution d'une limite d'âge pour l'exercice de la médecine.

Permettez-moi de penser que ce Conseil est composé de jeunes confrères bien avides de jouir et de faire de l'argent.

Pour ma part j'ai 70 ans, et comme j'ai toujours considéré (stupidement diraient les jeunes) ma profession comme un sacerdoce, dont je devrais vivre, mais, ainsi que d'un sacerdoce, il en résulte que je dois continuer à exercer ma profession et je le fais avec plaisir et joie, car elle me permet de parachever l'éducation et l'instruction de mes deux derniers enfants (15 et 18 ans).

Or, vous savez que j'exerce en Océanie et qu'il y a 80 ans j'y débarquai comme médecin de l'Assistance indigène. Et bien, les vieux canaques de cette époque, morts aujourd'hui, m'ont souvent raconté que, jadis, quand leurs vieux étaient trop vieux, ils les sacrifiaient, et que ceux-ci se laissaient faire, résignés à l'inévitable, n'étant plus bons à rien.

Et bien, les mœurs des jeunes du Conseil du bureau universitaire de statistique me semblent marquer un retour aux mœurs primitives des Canaques ; à moins qu'ils ne s'inspirent d'Hitler qui supprime ceux qui le gênent.

Entre les vieux Canaques anthropophages de jadis, et vos jeunes membres du Conseil du Bureau universitaire de statistique, si vous me permettez de choisir, je choisirais les Canaques.

Eux au moins ne supprimaient que les vieux trop vieux, inaptes à la pêche, à la chasse, bons à rien, bouches inutiles.

Mais nos jeunes ne font même pas la distinction que mes vieux sauvages avaient la sagesse de faire ; alerte ou gâteux, à X années interdiction au médecin âgé de gagner sa vie et celle des siens. Alors soyez logiques et faites lui une retraite honorable. Je fais aux jeunes une concession : interdisez l'exercice de la profession aux demi-aveugles, aux tabétiques, paralytiques, épileptiques, alcooliques, opiomanes ; rien de mieux.

J'ai connu un confrère épileptique (décédé aujourd'hui) qui, sur la quarantaine, au cours d'une opération une fois, au cours d'un accouchement une autre fois, tomba en état de mal.

Veuillez leur apprendre qu'à 70 ans, grâce à une vie sportive et sobre, je suis en état de tenir tête à un homme de 40 ans moyen, à pied, à cheval, à l'aviron ou le fleuret à la main. Quant au fait pour le médecin âgé accusé d'avoir moins de science, veuillez leur faire remarquer qu'il a pour lui l'expérience d'une vie ; que s'il a aimé sa profession, il est resté toute cette vie un éternel étudiant, se tenant au courant de tout, qu'il a vu ressusciter sous d'autres noms beaucoup de choses déjà connues et beaucoup de nouveautés prématurées mourir lamentablement.

Veuillez excuser, mon cher Confrère, ces réflexions jetées au galop de ma plume irritée par cette voracité de jeunes fauves dernier cri, et agréez, je vous prie, l'expression de mes sentiments les meilleurs et très cordiaux.

Dr N.

(1) Notons encore que cette lettre vient d'Océanie, d'où le retard mis à prendre connaissance de notre Propos du Jour et à y répondre.

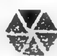
N. D. L. R.

Si notre correspondant pyrénéen insiste sur les avantages que pourrait avoir un médecin en se constituant une pension de retraite lui permettant de cesser l'exercice à 60 ans, et nous sommes bien de son avis. Notre confrère océanien dont on excusera l'irritation, fait remarquer qu'à soixante ans un médecin praticien peut avoir des charges de famille qui l'obligent à continuer de travailler, car une pension de retraite même importante ne pourrait lui permettre de subvenir aux besoins de plusieurs enfants en cours d'études.

Il faut noter que les médecins ne se marient pas jeunes, car la plupart attendent avec raison pour créer un foyer d'avoir une situation suffisante pour y assurer un minimum d'aisance qui contribue considérablement à assurer le bonheur dans un ménage.

Or à 60 ans, le médecin qui a des enfants, n'est pas débarrassé de tout souci. Il est obligé très souvent de subvenir aux frais d'études des plus jeunes, études longues et coûteuses, et parfois d'aider les aînés dont la situation n'est pas encore suffisante. On ne saurait donc en cette question établir une règle générale. Le mieux est l'ennemi du bien. Laissons donc chacun agir librement au mieux de ses intérêts ou plutôt des intérêts de sa famille. La médecine est une profession libérale ; évitons, en voulant faire trop bien, de lui enlever ce caractère.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DÉLIRES D'IMAGINATION ET PARAPHRÉNIES

Par le Professeur Henri CLAUDE (1)

Cette appellation — délire d'imagination — prétend qualifier certains délires qui intéressent d'une manière élective l'imagination reproductrice et surtout l'imagination créatrice. Cette activité psychologique est une fonction normale : à partir d'images, d'idées, elle réalise des combinaisons nouvelles, des groupements originaux qui ne correspondent plus à une réalité expérimentale. Tous, mais plus spécialement les artistes et les savants, nous venons puiser à cette source illimitée de richesses. Des emprunts à ce domaine fictif demeureraient illégitimes, si l'artiste oubliait le caractère gratuit de telles constructions, dont l'effervescence doit être limitée, si le savant n'exigeait le contrôle qu'il doit au réel, même si — paradoxe qui pourra être fécond ! — ce réel, rebelle à une logique stérilisante, se laissait mieux atteindre par les approximations imaginatives d'une intuition devineresse. Et c'est cet oubli, ce refus qui caractériseront le fonctionnement morbide de l'imagination : tout ce monde virtuel, où la vraisemblance peut être ménagée, où la logique conserve des droits, mais où la réalité refuse de se reconnaître, toute cette ambiance nouvelle, allant parfois jusqu'à figurer une véritable recréation cosmique, est admise sans discussion par le sujet, qui ne conçoit même pas de mettre en discussion la valeur de ce qui n'est que l'objectivation de ses rêves ou de ses tendances.

L'observation clinique des phénomènes morbides ressortissant plus patriculièrement au domaine de l'imagination, permet de préciser deux points :

D'abord, dans presque tout délire, on peut trouver quelque apport imaginatif — minime ou important — au même titre qu'on peut noter un apport interprétatif ou hallucinatoire. Les délires dits « d'imagination » ne se distinguent que par le rôle prépondérant joué dans la genèse et l'évolution du délire de cette capacité reproductrice et constructrice.

D'autre part, les délires à forte charge imaginative ne constituent pas, de ce fait, une unité clinique définie.

Dire « délire d'imagination », c'est affirmer un syndrome et rien de plus. Et ce n'est ni sur un syndrome pas plus que sur un quelconque symptôme — hallucination ou phantasme imaginatif — qu'on est en droit de se fonder pour opposer avec fruit les délires entre eux. L'essentiel, ce n'est pas le symptôme délirant, mais le fond psychopathique qui le sous-tend. Il ne faut pas confondre la valeur psychologique du syndrome avec sa valeur clinique. Et la valeur clinique — diagnostique et pronostique — d'un syndrome n'est que la valeur du fond mental sur laquelle il naît et se développe.

Cette dernière remarque — capitale à mon sens pour aborder n'importe quel problème psychiatrique — est évidence devant certains délires d'imagination apparaissant au cours d'affections mentales connues. De tels délires peuvent être symptomatiques d'une paralysie générale, d'une psychose maniaque-dépressive, d'un état confusionnel, d'une presbyophrénie... Ils n'apportent pas de lumières nouvelles, nosographique ou pronostique.

Les délires chroniques imaginatifs posent des problèmes autrement complexes. C'est alors surtout qu'apparaîtrait la stérilité d'une analyse qui se contenterait de l'étiquette sémiologique : délire d'imagination, sans pénétrer plus avant la structure du délire.

On ne peut plus parler désormais de structure délirante sans repartir de Kraepelin ; on ne peut pas aborder les délires à prédominance imaginative sans reparler de paraphrénies auxquelles, d'après lui, ils ressortissent. C'est en fonction des cadres kræpeliniens, légèrement remaniés, que je veux vous situer les délires d'imagination.

On sait comment Kræpelin créa entre la démence précoce et la paranoïa un « état tampon » : les paraphrénies, que par des tentatives multiples, il fit sortir, entrer (1904), puis finalement sortir (1912) du cadre de la démence précoce. Sous le terme de « paranoïde Verblödung », il a en vue « ces cas où ce ne sont pas les troubles de l'affectivité ou de la volonté qui prédominent, mais des constructions délirantes où l'affaiblis-

(1) Leçon faite le 7 avril 1935 à la Clinique de Sainte-Anne, recueillie par Mlle Derombies et M. Nodet, internes du service.

sement affectif est peu marqué jusqu'aux phases extrêmes de l'évolution ». Et il isole ainsi quatre sortes de paraphrénies : systématique, expansive, fabulatoire et fantasque.

La paraphrénie systématique est caractérisée par le développement insidieux d'un délire de persécution progressif avec idées de grandeur sans désagrégation de la personnalité : phase initiale d'inquiétude surtout interprétative ; pseudo-hallucinations, plus fréquentes dans le domaine auditif (voix mentales...) ; idées de grandeur. Les capacités intellectuelles restent longtemps intactes, et même en fin d'évolution, il ne s'établirait pas de dislocation vraie.

La paraphrénie expansive correspond à un délire mégalomaniaque luxuriant avec légère excitation. Les thèmes érotiques ou prophétiques sont fréquents, entremêlés de tableaux oniriques. Les malades sont bavards, souvent prolixes et obscurs. Ces cas ressemblent assez à ceux décrits par Régis sous le nom de « Manie chronique avec délire systématisé secondaire ». Kræpelin reconnaît lui-même : « J'ai pris longtemps ces malades pour des maniaques, mais il s'agit d'une manie unique ».

La paraphrénie fabulatrice est remarquable par la prédominance des paramnésies et sa confabulation. Ce serait une forme rare qui « par l'absence d'hallucinations nous amène tout à fait aux frontières de la paranoïa pure » (Kræpelin).

La paraphrénie fantastique se reconnaît à l'extravagance et l'incohérence des idées délirantes. Ce sont des représentations luxuriantes, étranges, décousues, mobiles sur des thèmes de persécution ou de grandeur. Les hallucinations paraissent multiples. Le malade est le héros ou le spectateur d'aventures inouïes, ce qui ne l'empêche pas de conserver à l'asile, une conduite ordonnée et même réfléchie.

Voilà la conception basale des théories kræpeliniennes sur les paraphrénies. Suivant la méthode chère à l'auteur allemand, c'est à l'évolution et non à la séméiologie d'un délire qu'il demande le dernier critère d'analyse. Et finalement cette division tripartite des délires témoigne d'une grande pénétration clinique : la paranoïa correspond aux délires chroniques sans affaiblissement psychique terminal ; la démence précoce paranoïde, aux délires chroniques avec dissociation (zerfall der Persönlichekeit), les paraphrénies aux délires chroniques avec dissociation limitée, Kræpelin semblant surtout établir entre la démence précoce et les paraphrénies une différence de degré.

Pour ma part, sans entrer dans les détails d'une discussion complète au sujet des paraphrénies, je ferai plusieurs restrictions, dont certaines au nom même de la méthode, chère à Kræpelin, de juger un délire par son évolution.

Tout d'abord, je ferai remarquer que certains délires systématisés hallucinatoires, type Magnan, que Kræpelin rangeait dans la paraphrénie systématique, évoluent parfois pendant quinze, vingt, trente ans sans le moindre affaiblissement psychique. Ces cas sont loin d'être exceptionnels. Inversemeut, l'évolution de certaines paraphrénies montre qu'il faut les rattacher très étroitement à la démence précoce. La statistique de Mayer à la Clinique de Munich sur les malades mêmes de Kræpelin accuse que sur 75 paraphréniques, 20 sont devenus d'authentiques déments précoces.

D'autre part, j'aimerais qu'il fût tenu compte davantage de la structure de la pensée délirante. Et il me semble qu'à ce point de vue, il n'y ait véritablement que deux modes à opposer : le délire *paranoïaque* à développement cohérent, architectural, dramatique, en contact étroit avec le monde extérieur et la pensée logique, et le délire *paranoïde*, étrange, croulant, absurde, à tonalité affective encore que souvent imperméable, paraissant témoigner d'un nouveau mode de pensée (dereistiches Denken).

Enfin, on ne peut pas faire abstraction des notions très pénétrantes que Bleuler a apporté avec la schizophrénie. Et cette donnée nouvelle dans le sens restreint où j'ai coutume de l'employer depuis plus de dix ans, ne peut être négligée dans la critique des paraphrénies.

C'est en fonction de ces remarques que j'ai proposé le cadre suivant.

DÉLIRES PARANOÏAQUES où je fais entrer une partie des paraphrénies systématiques, à cause de leur évolution sans affaiblissement psychique et de la structure « paranoïaque » de leur délire.

DÉLIRES PARANOÏDES que je divise en deux groupes qui ne sont peut-être que les deux formes extrêmes d'une même maladie :

— la *démence paranoïde hébéphrénique* que les troubles très profonds et primitifs de la personnalité rattachent à la démence précoce vraie.

— les *psychoses paranoïdes schizophréniques* où la dissociation schizophrénique ne réalise pas une démence véritable, et où la capacité d'action, malgré l'autisme délirant, arrive à se fixer efficacement sur un plan d'activité inférieur. Ce groupe correspondrait aux paraphrénies expansives, aux paraphrénies fantastiques et à quelques paraphrénies systématiques.

Je ferais une place un peu spéciale aux paraphrénies fabulatrices. Déjà Kræpelin, à cause du manque d'hallucinations, le mettait à la frontière de la paranoïa pure. Je crois l'argument illégitime. Il est cependant bien certain que ces paraphrénies, qui rappellent pour certains (Gelma), le délire d'imagination de Dupré, paraissent s'opposer aux autres psychoses paranoïdes. Elles y restent apparentées par le fond schizo-maniaque sur lequel elles évoluent. On peut,

plus ou moins clairement, retrouver au départ cette constitution schizoïde qui fait l'unité de tout ce groupe. Mais l'activité du délire qui n'aboutit jamais à l'incohérence paranoïde, la prédominance du rôle de l'imagination, le fond mental qui jamais n'est très altéré, tous ces caractères confèrent à ces délires une physionomie assez spéciale que je reconnaîtrais volontiers en leur laissant le vocable de « paraphrénie ».

Cet exposé théorique et nosographique terminé, je vais l'illustrer de plusieurs cas cliniques. Je vous rappellerai deux observations et vous présenterai trois malades actuellement en traitement à la Clinique.

Observation I. — Je vous rappelle d'abord le cas du jeune D..., étudiant de 21 ans, envoyé de l'Infirmerie spéciale avec le certificat suivant : « Excitation psychique avec délire systhématique déjà ancien ... convictions profondes d'origine illustre. . Intuition. Négation systématique... démarches à l'Ambassade d'Angleterre... ».

Comme antécédents on note que la mère du malade s'est suicidée en 1925 dans un accès de mélancolie, non sans avoir essayé d'étrangler son fils auparavant. Ce dernier passe facilement ses baccalauréats, puis entre à la Faculté de Droit tout en s'adonnant à la littérature. Il envoie en 1931 deux récits à la N. R. F. et une pièce de théâtre à la « Compagnie des Quinze ». Un de ses amis que nous avons pu interroger à ce sujet, lui-même élève de Normale supérieure (section Lettres) affirme que ces productions révélaient un réel talent. En 1930, D... avait quitté brusquement son père pour venir à Paris d'où il lui avait écrit pour affirmer sa résolution de ne pas rentrer et de trouver une situation. Tous les gens chez qui ils logent ne tarissent pas d'éloges sur lui : gentil, poli, travailleur, sérieux, réservé ; un peu sombre pourtant et ne se liant avec aucun des autres étudiants de la maison. Lui-même reconnaît ce désir de vivre totalement seul : « Je voulais et j'avais besoin de vivre replié sur moi-même ». Tout son entourage sera très surpris quand on apprendra son esclandre à l'Ambassade d'Angleterre. Cependant, un de ses propriétaires reconnaît « qu'il devait avoir des hallucinations... ; parce qu'il avait peur la nuit ; on l'entendait crier très souvent ». Du reste, après son arrestation, on retrouve chez lui une correspondance nettement délirante. Une lettre est adressée au roi d'Angleterre « Tu seras bien forcé de me reconnaître et de m'embrasser quand je serai mort... ».

En effet, son délire de filiation lui octroie le prince de Galles et Lady Churchill comme parents. C'est dans les photographies de l'*Illustration* qu'il a puisé cette conviction. « Je suis sûr de cette filiation, c'est une conviction intime, une intuition ». Il est parti en Angleterre d'où il a été immédiatement refoulé. De là il part pour Lyon se mettre sous la protection directe de M. Herriot. Il croit y apercevoir sa mère, celle qui l'a abandonné. Car sa mère n'est pas morte ; « Il y a eu une substitution de cadavre ». Il sait que c'est Lady Churchill « parce que je connais Ralph Spencer (un ami) et que les Churchill sont apparentés aux Spencer ».

Dans le service il est tout à fait calme. Il continue ses travaux littéraires et demande de s'occuper de la bibliothèque. Petit à petit son délire perd de son activité, et un mois après son entrée à la Clinique la rectification très explicite de ses idées délirantes témoigne du retour de son autocritique, et le malade peut être rendu à son père.

Il s'agissait d'un délire à forte charge imaginative, survenu épisodiquement, en bouffée, sur un fond de schizoïdie assez manifeste.

Observation II. — Voici également l'observation d'un malade décédé à la Clinique il y a quatre ans, dont l'histoire longue et complexe est assez instructive. L'anamnèse révèle dans l'enfance une constitution schizoïde. Doux, renfermé, T... vit surtout dans son imagination ; il se passionne pour les histoires de noblesse, pour Napoléon ; au jeu il s'adjuge le rôle de prince, de général, tout en restant assez distant avec ses camarades. Il est très impressionnable et facilement coléreux, et l'éducation qu'il reçoit paraît favoriser ses tendances à l'inertie pragmatique et volitionnelle. Il part au service militaire en 1913 et à partir de ce moment il présente toute une série d'accidents très particuliers.

Tout d'abord une paraplégie, à la suite d'une scarlatine, l'alite pendant plusieurs mois ; il présente de plus épisodiquement des états de prostration à allure léthargique. Il est réformé en 1915. En 1916-1917 une hémiplégie l'immobilise huit mois. L'année suivante, T... se marie, puis est opéré d'une tuberculose rénale (néphrectomie) : quelques petites crises névropathiques se déclenchent à cette occasion. En 1924, à la suite d'une contrariété apparaît une cécité brusque qui rétrocède ensuite progressivement. En 1927 il fait une fugue dans *le bois de Saint-Cloud* : errance, tentative manquée de suicide. En 1928 il fait son premier séjour à la Clinique. Il a une hémiplégie gauche sans signes organiques. Il a toujours le même état psychique impressionnable. Il se laisse aller à des constructions imaginatives avantageuses (l'aristocratie y conserve toujours un grand rôle) avec des discours, des attitudes et tout un comportement concordant. En quelques mois l'état mental et l'état somatique s'améliorent et le malade peut être mis en liberté.

Le malade revient à la Clinique en janvier 1931 dans un état marqué de misère physique et physiologique. Sa démarche est lente, engourdie comme celle d'un vieillard. Ses attitudes témoignent d'une inertie relative. Son élocution est facile, suivie, ses expressions choisies et les troubles éprouvés sont exposés avec cohérence et sur un ton de bonne foi modeste et rassurée.

Il apparaît très vite une indifférence frappante du malade pour son triste état qu'il décrit fort bien pourtant. Le contraste entre la déchéance apparente de sa personne et l'intégrité relative de ses facultés intellectuelles s'accuse encore lorsqu'il développe ce qui fait l'objet principal de sa pensée. On le sent vivre alors dans un monde irréel qui le touche de très près, pour lequel il s'exalte et dans lequel il puise tous ses intérêts de vie. Si bien qu'il se suggestionne, se croit le héros de l'histoire qu'il développe dans son imagination et éprouve quelque peine ensuite à se retrouver soi-même, Louis T..., miséreux sans profession. L'objet principal de son rêve est d'être gentilhomme de cour, premier serviteur du roi. Le roi, cœur généreux, intelligence supérieure, demi-dieu dont il exécute et fait exécuter les ordres avec un dévouement total. Si possible il voudrait devenir marquis et se vouer à la cause royale. Il se complaît dans un orgueil qui lui rend difficile le maintien de ses relations habituelles. Les siens se sont détachés de lui du fait de son attitude hautaine et désobligeante.

L'autisme du malade présenté depuis le jeune âge s'est accusé par crises successives entre lesquelles le malade travaillait, sans enthousiasme, à n'importe quoi. Ces crises, de type schizomaniaque, se sont accompagnées de manifestations pithiatiques. Ces impotences fonctionnelles lui ont servi d'alibi à l'abri duquel son autisme a pu, semble-t-il, se développer.

Le malade est mort peu de temps après d'une défaillance cardiaque au cours d'une broncho-pneumonie.

Observation III. — *Mme M... est entrée à la Clinique* le 21 mars dernier pour un état d'excitation délirante caractérisée par une « grande abondance de « phénomènes intuitifs, avec expression de certitudes « délirantes mêlées d'interrogations perplexes et d'at- « titudes anxieuses. La malade exprime des sentiments « d'influence, d'inspiration, de dépossession, de substi- « tutions opérées dans ses liens sociaux, elle n'a plus « d'état civil, on a volé tous ses papiers, on a substitué « son beau-frère à son mari... » (Certificat d'internement).

Mme M... est la femme d'un casernier qu'elle juge très sévèrement, et sa vie sexuelle paraconjugale a eu une influence indéniable sur le déterminisme psychologique de sa psychose. Ce sont ses parents qui lui ont imposé ce mariage avec ce sous-officier qui est « bête, mais bête... terriblement bête ». Et à dire vrai cette appréciation ne paraît pas très délirante ni même exagérée quand on a eu quelques entretiens avec ce mari diffluent et borné. Mme M... depuis le début de son mariage, a toujours eu des amants « par besoin d'affection ». Un seul domine d'autres conquêtes faciles et passagères, H..., celui qu'elle eut de 1919 à 1921. Ce fut un bonheur sentimental complet. Sexuel aussi, bien que la malade reconnaisse être peu portée « sur les sens ». Elle était surtout avide de tendresse : il la prenait dans ses bras et lui « disait de pleurer ». Il lui disait aussi qu'elle serait « sa fille » par quelque réincarnation. Il lui parlait facilement d'occultisme et la malade ne douta jamais de la possibilité des emprises à distance. Depuis sa séparation de H... elle sent son influence. « Cela passe sur son front, sur sa nuque. C'est comme « une pensée » qu'on lui envoie ». Brusquement elle « a l'impression forte » qu'il s'est tué d'un coup de revolver. Elle reste « suggestionnée », mais c'est peut-être l'influence concurrente d'autres voisins adonnés au spiritisme. Finalement elle ressent un véritable « envoûtement ». « Je souffrais et je sentais qu'il souffrait, « j'avais le cœur resserré ; comme je n'en pouvais plus « de souffrir j'ai voulu qu'il souffre aussi. Alors j'ai « piqué son cœur sur une photographie. J'ai fait ça « machinalement... ». Voici du reste cette photographie que la malade nous a remise, lacérée de seize coups d'épingles.

Ce comportement, encore peu délirant, est exprimé avec une parfaite cohérence. Il en est de même lorsqu'on interroge la malade sur les détails concrets de sa vie de garnison. Elle répond avec bonne humeur. Son bavardage plein d'entrain et de conviction est ponctué d'un comportement gestuel bien adapté. Mais brusquement les explications de la malade peuvent s'embrancher dans des constructions déroutantes. Il est bien difficile de suvire sa pensée et de saisir la finalité exacte qui la dirige.

Il est question d'un « don ». « On disait que j'étais « une réincarnation et que j'avais été enterrée plusieurs « fois. Chaque fois je le sentais, et c'était des pleurs, « des pleurs, des pleurs... » Son mari a vu un jour un homme étendu à côté de sa femme morte. « Mais ce n'était pas vrai du tout. Du reste c'est moi qui suis la « morte ». Son mari a vu plusieurs fois son propre enterrement (à lui). Il assistait à ses obsèques. On lui objecte que c'est une idée un peu folle. « Mais ce n'est « pas vrai. C'est un simulacre. C'était un cercueil vide. « Vous ne voyez pas que tout le monde se moque de mon « mari ? C'est de la diplomatie. »

Ce « don » lui a été fait par un Russe. De là une digression sur les cosaques du Don. « C'est ce qui a déclenché « la guerre. On disait que Clémenceau avait trouvé la « clef : la clef c'était moi-même. J'étais la reine ». « J'avais correspondu avec des Anglais, des Russes, et « les Américains m'avaient fait un don, un pouvoir. Ils « me disaient d'aller de l'avant avec bonheur, certi- « tude et joie... mais qui m'a pris mes papiers. Je « ne voudrais pas que cela déclenchât à nouveau la « guerre... ».

Ce matin, la malade déclarait que tout le monde s'appelait M... (le nom de son mari). « Mais oui, tout le « monde. Vous êtes M... sans l'être. Vous êtes le fils « de mon mari, vous êtes mon fils, vous l'êtes et ne « l'êtes pas. Vous vous ne l'êtes pas et vous l'êtes. Et « dans cette affaire là vous pouvez vous substituer à « lui ». Elle conclut que son mari est chef de l'Etat, par un syllogisme (?) assez spécieux : « Puisque tout le « monde s'appelle M..., le président Lebrun s'appelle « M..., donc mon mari est chef de l'Etat. Du reste « tout le monde vous le dira... ».

L'analyse de ce délire doit conduire au diagnostic de psychose paranoïde. Il ne s'agit pas d'un état démentiel, ni même d'un état rapidement progressif de dissociation. Les fonctions élémentaires sont correctes, et l'on maintient l'attention de la malade hors des limites de son délire, ses réponses sont tout à fait adaptées et pertinentes. D'autre part le délire lui-même est remarquable par son manque de systématisation. Les contradictions abondent, les constructions sont floues, croulantes et ne rappellent en rien la cohérence dramatique des délires paranoïaques.

Observation IV. — Mlle L... a été menée à l'Infirmerie du Dépôt sur la plainte de l'hôtel Matignon, et est à la Clinique depuis le 26 mars dernier. Nous n'avons que peu de renseignement sûrs sur ses antécédents, n'ayant que ceux qu'elle nous donne. Cette jeune fille, âgée de 28 ans, présente, comme vous pouvez vous en rendre compte une dysharmonie morphologique très prononcée, due à une cypho-scoliose, vraisemblablement rachitique : le thorax est globuleux, écrasé de bas en haut. Les épaules sont déviées, le sternum vient toucher le pubis. Malgré des membres inférieurs normaux, sa taille est très minime, avec une ceinture démesurément haute. A l'en croire cependant, elle n'a pas encore abdiqué toute séduction. Quand elle a coiffé Sainte-Catherine il y a quelques années à Brest, elle prétend avoir rapporté le premier prix d'élégance et de beauté : « Je représentais le Temple d'Angkor et l'Exposition coloniale avec un bonnet blanc et une robe perlée. » « C'est le plus beau jour de ma vie ». Ses amoureux étaient si nombreux que son frère dut venir la délivrer de leurs assiduités. Tous les marins l'aimaient beaucoup. L'un surtout se serait jeté à l'eau pour elle. « Je crois bien qu'il s'est tué ». Elle désire nettement se marier, bien que redoutant un peu l'accouchement. Son fils sera officier. « Malgré mes infirmités, j'ai beaucoup de capacités... J'ai du reste été très difficile à élever, vu mon intelligence... ».

« Ma vie est un vrai roman, on pourrait en écrire des livres ». Sans aller jusque-là, voici les deux dernières histoires dont elle est l'héroïne et qui l'ont conduite à l'Asile. Elles concernent chacune un homme politique en vue.

Depuis 1932 elle était cuisinière au Havre. A la suite d'une altercation avec une femme de chambre, elle est blessée d'un coup de couteau à l'avant-bras gauche. Disons en pasant que la justice est saisie de cette affaire et qu'elle se croit aimée de son avocat. Ce n'est qu'une des multiples aventures érotomaniaques dont toute sa vie est émaillée.

En février 1934 elle voit un jour un vieillard aux cheveux et à la barbe blanche qui se promène devant la maison de ses patrons. Il la dévisage et la salue. Elle sut plus tard qu'il avait dû prendre sur elle des renseignements à la Police secrète. Un mois plus tard voyant la photographie de M. Barthou partant à Marseille recevoir le roi de Yougoslavie elle reconnaît en lui le vieilard qui l'avait intriguée. Le lendemain on l'assassine. Il a la même blessure qu'elle : il meurt d'une hémorragie du bras gauche. Sa dernière parole d'après les journaux est « Il laissait par testament sa légataire universelle »

(*sic*), ce qui signifie manifestement qu'elle est son héritière, à cause de la similitude de leur blessure. Tout le monde au Havre l'a bien compris, on la salue avec respect. Barthou la considérait donc comme sa petite fille. Elle vient alors à Paris « pour se faire connaître ». Elle va à l'Institut, où on lui répond que le testament n'est pas encore ouvert, « qu'elle reste sage ! ». Elle se met alors à faire des vers : « Le Crucifix », « L'empire », « La différence entre l'empereur d'Allemagne, le roi de France et de Pologne », « Le ver de terre... ». Elle envoie ses productions à Léon Bérard, à Maurice Donnay, au président des Anciens combattants. Ce n'était du reste pas son coup d'essai littéraire. A la mort de son père qui l'avait violemment frappée, l'année précédente, elle avait écrit « La marquise de Nohant » avec Jean Le Frappeur, et quelque chose sur Napoléon.

La seconde histoire, la plus récente, met en scène le Président du Conseil, député du XVII^{e}, qui avait envoyé un secours à sa tante avec une lettre pour « sa protégée ». La nièce avait déjà présenté sous ce vocable un message d'amour. Un jour elle va dans un dancing du Havre. Elle commence par chanter « la chanson de l'Etoile » pour distraire tout le monde ; puis elle retrouve son avocat. Celui-ci lui présente M. Flandin qui vient d'arriver précipitamment, en criant « Flandin a dit : M... pour la Chambre ». Tout le monde acclame Flandin qui la fait danser et lui offre immédiatement son amour : « Vous plaisantez, riposte-t-elle en riant, mon lit est trop petit pour vous ».

Rentrée à Paris, elle écrit journellement à la Présidence du Conseil « Toutes les lettres que je lui ai écrites sont très artistiques. Moi je suis très imaginaire... » Elle fait plusieurs démarches infructueuses à l'Hôtel Matignon qui finalement dépose une plainte.

Depuis son internement, Mlle L... reste fixée à ces mêmes errements. Elle raconte ses succès et ses malheurs avec calme, bonne humeur, sans aucune agressivité. Les récits sont toujours les mêmes et exposés avec une conviction absolue, Mlle L... se plie très facilement à la discipline de la Clinique. Elle rend des services pour le ménage, tout en conservant intacte sa dernière passion présidentielle. Je vais vous lire un extrait de sa dernière lettre.

« Mon cher président, j'ai l'honneur de vous remercier « d'avoir représenté les deux parties du monde, avec « l'Amérique qui fait trois, dont nous avons tant besoin « en France qui fait quatre. Je vous présente mon « cœur de femme à tout jamais sincère et profond, et « les fonds de commerce de viande afin d'y introduire « aussi la pêche maritime. J'ai représenté les pêcheurs « et tous les pays, la Bretagne principalement. Avec « le plus grand bonheur, je désirais un beau poisson « pour lier ces trois puissances qui me sont chères. Et « représenter M. Louis Barthou qui a donné son sang « afin de défendre mon bras gauche blessé, et le droit « qui fait l'Angleterre et l'Italie, et puis l'Amérique qui « représente le noir et le blanc. J'ai représenté aussi les « asperges d'Argenteuil... ».

Ce délire appelle plusieurs remarques : tout d'abord, il est aisé de souligner toute l'importance compensatrice que revêt l'aspect imaginatif de ce délire : cette pauvre dystrophique ignore sa misère puisque le monde qu'elle crée lui prête grâces et intelligence. D'autre part, il faut reconnaître que ses « romans » successifs ont une certaine systématisation. Les interrogatoires les ont enrichis sans atteindre leur stabilité. Ceci est à rapprocher du caractère processif de ses démarches et de ses récriminations actuelles. Cependant, sans parler encore d'affaiblissement psychique important, il faut bien reconnaître chez elle quelque chose de plus qu'une simple débilité congénitale. A cet égard, cette dernière lettre que je vous ai citée affirme une incohérence qui fait fort soupçonner une évolution — peut-être lente — vers une dissociation schizophrénique.

Observation V. — Mlle Marguerite V... est internée à la Clinique depuis novembre 1927. Elle est née en 1883 et son dossier de la Préfecture de Police est muet sur les années antérieures à 1920. Un cousin germain la décrit comme une jeune fille ouverte, gaie, très sensible et très artiste. D'une intelligence nettement au-dessus de la moyenne, elle aurait toujours été fantasque, originale. Son caractère est souvent difficile car elle est assez orgueilleuse et facilement susceptible.

Elle attire plusieurs fois l'attention sur elle en faisant une conférence à la Société de géographie sur la théosophie et la réincarnation : ce fut un « succès d'hilarité sans précédent... » Cela lui coûte 400 francs par séance et elle dépense plusieurs milliers de francs en distribuant des médailles. Elle fait la connaissance d'un certain R..., escroc et illuminé, qui l'entraîne dans de mystérieuses pratiques pseudo-religieuses et dans d'étranges voyages « pour capter les forces psychiques contenues dans les océans ».

D'autre part, depuis 1923, elle assaille de lettres un compositeur connu, Z... qui aurait été l'amant de sa mère (?) et qui maintenant la demande en mariage (?) Ces lettres sont incohérentes, mais « l'incohérence, déclare-t-elle, qui n'est qu'apparente car il s'agit en réalité d'une forme ésotérique ». Voici quelques échantillons : « Elle entend la voix de Renommées obéissant à Dieu qui veut Z... grand maître de son Verbe sur la planète Terre, plénitude accomplie... — ... Ses quarante ans proches métapsychiques incantent chaque jour, que pour Z... sonne la treizième heure... — Quoi qu'on ait pu vous dire, Monsieur, c'est une pureté de vie qui vous regarde, voyez en les Asiles. Si vous accueillez sans rigueur leur blancheur douloureuse, vous aurez dispensé sa seule joie terrestre à qui jamais ne fut votre ennemie. Ses vœux et ses prières vous placent au zénith du Saint-Esprit. J'aurai offert assez pour que vous y montiez... ».

Finalement elle dilapide sa fortune, s'établit cartomancienne et a de tels démêlés avec ses voisins qu'elle est internée de mars à septembre 1927 à l'Asile de Marseille. Les certificats indiquent successivement : « Persécutée persécutrice », puis « délire imaginatif avec hallucinations visuelles et idées de grandeur ».

Sortie de l'Asile elle rentre à Paris où elle se déclare épouse du prince de Galles qu'elle essaie, sans succès, d'intéresser à sa cause. Elle se fait héberger chez d'anciens disciples, vit entièrement aux crochets de ses hôtes successifs. Elle erre des asiles de nuit aux péniches de l'Armée du Salut. Et avant la fin de l'année, sur la plainte de Z... et les démarches de l'Ambassade britannique, elle est conduite à l'Infirmerie du Dépôt.

Telle elle était en 1928, telle elle vous apparaîtra à l'interrogatoire d'aujourd'hui. Mlle V... conserve toute sa courtoisie et toute son activité délirante qu'elle exprime dans une syntaxe impeccable mais avec des expressions souvent hermétiques, du fait d'expressions spirites qu'elle suppose vulgarisées et admises.

Le délire reprend exactement le même thème : elle ne s'appelle pas Marguerite V... Son vrai nom est Duchesse Alexandra de Brunswich-Hanovre. Elle est fille d'Edouard VII et de la reine Alexandra. Le prince de Galles est son neveu et son mari, séparé d'elle pour des raisons d'Etat : ils passent l'un et l'autre pour de vieux célibataires. Elle a de lui deux enfants, Diane et George-Edouard qui sont élevés dans une famille russe.

Auparavant elle avait épousé le Tsarewitch Ivan Petrovitch, acteur de cinéma, dont Z... était jaloux. Cette union dont est né un enfant mort d'accident n'a duré que trois ans, car ils ont dû divorcer. Enfin Z... est toujours épris d'elle, mais par un étonnant paradoxe, il s'acharne à paraître l'éconduire.

Mlle V... parle complaisamment de ses « auditions », et surtout de ses « visions ». Déjà dans son enfance elle prévoyait l'avenir, devinait les existences des gens qu'elle rencontrait. A 36 ans elle est devenue médium et « clairaudiante ». En voici quelques exemples qu'elle donne :

— Ce matin une dame en gris est venue visiter une autre malade. Mlle V... a vu, au cou de cette personne « toute une église » qui s'édifiait, rappelant une photographie en couleurs. Cette personne devait emmener avec soi les fluides de l'église d'où elle sortait.

L'autre jour, Mlle V... a vu l'interne « double ». Sa vraie personne (grand, châtain, imberbe) et une autre qui coïncidait à peu près (brun, petit, rougeaud, moustache noire, robe tartare). Elle a failli éclater de rire : c'était une incarnation antérieure, « fluidique », donc impalpable, qui accompagnait le médecin.

Mlle V... se rappelle qu'autrefois elle voyait au théâtre une seconde scène se superposer à la première ; des jeux de couleur (du vert « pharaonique ») se déployaient suivant le cours du morceau.

Un jour — elle précise — 20 mars 1920 — elle était étendue éveillée. Bien que sachant qu'elle demeurait au lit, elle s'est sentie déplacée à une grande vitesse « dans le cosmos ». Puis pendant trois heures, dans un silence complet, elle a vu le « déroulement cosmique et cosmologique de la Genèse du Monde ». C'était « un vaste diorama » avec des « couleurs, des flammes, des forêts qui s'engloutissaient, et la mort des antédiluviens ».

Parfois elle a vu des inscriptions prophétiques, pour l'assassinat de Paul Doumer par exemple. Une autre fois c'était « une nuée blanche, intraduisible, venant d'un « astre et d'où partaient des rayons portant des inscriptions françaises et asiatiques ». Elle en reproduisit le dessin et part à la Nationale se le faire traduire. Ces inscriptions étaient quelquefois parlées.

Toutes ces « visions » précise bien Mlle V... se font par « les yeux de l'âme ». Elles persistent même si elle ferme les yeux du corps.

Son esprit ne subit aucune emprise. Celle de Dieu peut-être. Elle parle quelquefois « d'actes imposés » mais il s'agit là d'ordres intuitivement reçus et nullement d'impulsions motrices.

En quittant la salle, elle explique qu'elle ne demande pas sa sortie pour deux raisons : les médecins n'y peuvent rien tant que sa royale famille ne la réclame pas; d'autre part elle prévoit tellement d'ennuis si une fois sortie on ne reconnaît pas qu'elle est la princesse de Galles... Son silence n'est donc pas « passivité, mais sagesse... ».

C'est ce genre de délire que je serai tenté d'appeler « paraphrénie » : construction cohérente, à base d'imagination et d'intuition, déficit intellectuel extrêmement minime, si même on croit devoir affirmer qu'il existe.

***

Aussi, pour résumer, je classerais les délires d'imagination en trois grands groupes :

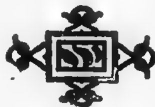
les *délires d'imagination passagers* : le plus souvent à allure schizomaniaque évoluant sur un fond schizoïde ou hystérique ou mythomaniaque ; parfois à l'occasion d'un état confusionnel (obs. I et probablement II).

Les *délires d'imagination paranoïdes*, où, à côté d'une cohérence suffisante pour les faits habituels de la vie, la pensée délirante se révèle incohérente, difficilement perméable et dont l'évolution se fait vers une dislocation psychique incomplète (obs. III, IV).

Les *délires d'imagination paraphréniques* où le délire paraît se développer très activement suivant une architecture claire et où tous les processus intellectuels paraissent indemnes. En réalité, ces délires s'apparentent quand même aux états schizophréniques par la légère dissociation qu'un examen attentif permet de déceler. La façon dont ces malades acceptent les conditions de vie — internement — créées par leur délire témoigne d'un certain trouble de la critique. Leurs réclamations sont rares et peu agressives. Il semble que leur délire autistique est suffisamment riche pour absorber et satisfaire toute leur activité (obs. V).

***

Ces distinctions, que l'analyse psychologique et évolutive paraît justifier, trouvent également leur raison d'être dans les mesures de protection que nécessitent de tels délires. Les délires d'imagination ne sont pas susceptibles de mêmes décisions d'assistance. C'est en proportion de la dissociation schizophrénique qu'un malade peut présenter des réactions antisociales plus graves, et on ne peut confondre le danger social d'un délirant paranoïde dont le comportement est fait d'impulsivité et de discordance, et le danger d'un paraphrénique qui apparaîtra toujours à ses contemporains comme un « doux visionnaire ».



EXISTE-T-IL UNE COXARTHRIE SYPHILITIQUE ?

Par F. Coste,
Médecin des Hôpitaux de Paris
J. Fauvet et P. de Chamant
Interne des hôpitaux

Dans un article paru en 1934 (1), deux de nous avaient attiré l'attention sur le rôle possible de la syphilis dans l'apparition de certaines coxarthries. Nous avions été orientés sur ce point d'étiologie par une observation curieuse présentée par MM. Carnot et Lenormant à une séance de la Ligue française contre le rhumatisme en 1932. Leur malade, atteint de coxarthrie du type déformant, n'était amélioré — et dans des proportions considérables — que par le seul traitement bismuthique. Nous avons depuis lors observé des faits analogues et recherché corrélativement quelle était la fréquence de la syphilis parmi les coxarthriques. En 1935 nous rapportions soixante-neuf observations de coxarthries recueillies en trois ans : sept malades étaient certainement syphilitiques, et il existait chez sept autres une suspicion de syphilis, ces proportions représentant d'ailleurs un minimum, car dans un certain nombre de nos cas, l'enquête anamnestique, clinique et sérologique était demeurée incomplète. Chez les sept syphilitiques, cinq fois le traitement avait donné une amélioration nette des douleurs et de la gêne fonctionnelle (sans modification de l'aspect radiologique). Il y avait eu un échec. Chez le septième malade le traitement n'avait pas été institué.

Reprenant l'ensemble de nos observations, nous arrivons actuellement aux chiffres suivants : sur 155 coxarthries, 17 syphilis avérées (11 %), 10 syphilis possibles. Les conditions défavorables où l'on se trouve dans une consultation surchargée font que maint malade n'a pas été à ce point de vue l'objet d'un examen suffisamment poussé. La proportion de syphilis, qui reste sensiblement la même qu'à notre premier recensement, est donc sans doute inférieure à la réalité. Chez nos nouveaux malades le traitement spécifique s'est montré moins souvent actif que dans la précédente série. Dans l'ensemble il apparaît cependant comme une ressource utile à connaître lorsque la coxarthrie évolue sur un fond de syphilis. A titre comparatif nous avons soumis des coxarthriques non syphilitiques au traitement bismuthique, sans aucun succès.

Il est permis de se demander si à Paris cette proportion de 11 % est supérieure à celle de la syphilis parmi les sujets indemnes de coxarthrie et apparemment bien portants. Il est très difficile de répondre, car les chiffres les plus variés ont été avancés quant à cette fréquence de la syphilis aux divers âges dans la population de nos grandes villes. Tout dépend de la manière dont les statistiques sont dressées et de l'importance attachée à certains signes cliniques, à certains antécédents, que les uns considèrent comme révélateurs, les autres comme sans grande valeur. Nos chiffres sont basés sur des constatations indiscutables : en général une syphilis connue du malade et antérieurement traitée, ou un syndrome de signification évidente (tabes par exemple) ou enfin l'existence de réactions sérologiques positives. Dans ces conditions, nous croyons bien que la proportion de 11 % de syphilis *avérées* est supérieure à la normale. A titre de comparaison, dans la polyarthrite chronique évolutive féminine, que nous croyons très généralement étrangère à la syphilis, nous avons relevé les chiffres suivants, qui nous paraissent correspondre à la normale en clientèle urbaine et hospitalière : 6 sur 96 malades, soit 6,2 %.

Il n'en reste pas moins que l'écart n'est pas considérable, s'agissant de séries peu nombreuses de malades. Il aurait beaucoup plus de valeur si, au lieu d'une centaine de sujets dans chaque catégorie, notre étude portait sur quelques milliers. Nous souhaitons que d'autres observateurs la reprennent en dehors de nous et apportent dans ce journal le résultat de leurs recensements.

Plus important que cette différence statistique apparaît l'heureux effet du traitement antisyphilitique chez plusieurs de nos malades. Là encore l'expérience demanderait à être élargie, pour savoir si l'on peut en tirer un argument en faveur de l'origine syphilitique des coxarthries ainsi améliorées.

Dans le détail des cas, trouve-t-on dans certaines successions d'accidents morbides ou certaines particularités cliniques, une indication en faveur du rôle étiologique de la syphilis lorsqu'on la dépiste chez les coxarthriques ? Le plus souvent il n'en est rien : l'examen du malade

(1) F. Coste et P. de Charmant. — Coxarthrie et syphilis. Médecine internationale illustrée, février 1934 (n° 2.)

révèle simplement la coexistence des deux affections mais il ne renseigne nullement sur les rapports qui peuvent les unir. De loin en loin on note pourtant une coïncidence curieuse.

Voici par exemple deux observations où l'on ne peut se défendre de soupçonner la syphilis d'avoir une responsabilité dans les lésions articulaires :

Premier cas. — M. Oc., 56 ans, vient nous consulter en 1931 pour une polyarthrite chronique datant de cinq ans. Elle intéresse la plupart des jointures, se caractérise par des proliférations synoviales importantes, des désaxations atypiques des doigts, une grande torpidité évolutive. L'examen sérologique révèle une syphilis ignorée du malade, et sans traduction clinique autre que la polyarthrite : toutes les réactions sérologiques sont fortement positives, la gono réaction restant négative. Un traitement énergique, à la fois arséno-bismuthique, ioduré et aurique, guérit en deux ans la polyarthrite dont il ne subsiste que quelques déformations et désaxations indélébiles, à certaines jointures. En cours de traitement un incident inquiétant est survenu que nous croyons rattachable à la syphilis : les deux tarses se sont déformés, un peu à la manière du pied tabétique et ils sont devenus douloureux ; le cliché a montré des lésions osseuses, particulièrement des scaphoïdes (précisons qu'il n'y a jamais eu de tabes : la sensibilité osseuse est restée intacte et la ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien normal). Une intensification du traitement (en particulier par l'adjonction de fortes doses de sels d'or), et le port de chaussures renforcées ont permis de stabiliser les lésions. En 1934 ce malade avait repris une vie assez active, et commençait à marcher avec des souliers ordinaires. Toutefois les réactions sanguines demeuraient subpositives. Le traitement se continuait à un rythme très ralenti. En avril 1935 le malade vient nous revoir parce qu'il souffre de la hanche droite. Celle-ci est fortement enraidie et la radiographie montre une image typique de coxarthrie, rapidement développée, à lésions déjà importantes. Echec du traitement arséno-bismuthique puis de la radiothérapie. Nous envisagions l'opportunité d'un forage, lorsqu'un traitement local par les ondes courtes a apporté un important soulagement.

Deuxième cas. — Mme Tho..., 40 ans, présente depuis l'enfance une subluxation des deux hanches. Cinq frères et sœurs sur six ont des luxations congénitales de la hanche. Elle se marie en mars 1934, et subit une contamination conjugale : en juillet 1934 apparaît une roséole avec Bordet-Wasserman positif dans le sang. On commence un traitement bismuthique. Au cours de la première série, peut-être (?) à la suite d'un « rhumatisme » qui aurait consisté en enflure un peu douloureuse et passagère des extrémités, et d'une « angine » (représentée sans doute par des plaques muqueuses), les deux hanches dont elle n'avait jamais souffert, commencent à être douloureuses et à s'enraidir. Le traitement syphilitique d'attaque n'empêche pas la progression du mal, et cependant les réactions sanguines deviennent rapidement négatives. Nous voyons cette femme au début de 1935 et c'est déjà une grande infirme. Les deux hanches sont presque fixées, elle marche très péniblement avec des cannes en claudiquant et en traînant ses membres inférieurs. La radiographie montre une image typique de double coxarthrie greffée en subluxations congénitales avec coxa vara. La déformation, jusque-là indolente, des hanches s'est donc brusquement compliquée d'arthropathies à l'éclosion de la syphilis. On pourrait à la rigueur invoquer aussi, comme point de départ de cette désastreuse transformation, un « rhumatisme bismuthique », mais il s'agirait vraiment alors d'une interprétation bien aventureuse. Le rôle de la syphilis apparaît bien plus vraisemblable, et l'aspect radiologique des lésions explique que le traitement spécifique n'en ait pas arrêté le développement.

Nous avons imposé à cette femme un repos absolu et nous lui avons fait des injections d'histidine, cependant que se porsuivait son traitement antsyphilitique L'effet a été excellent et rapide. Les douleurs ont à peu près disparu, les hanches ont repris une légère mobilité. Devant ce résultat la malade a refusé l'intervention chirurgicale et nous n'avons pas cru devoir insister.

Si, comme dans ces deux cas, la succession des faits morbides peut être assez éloquente, en revanche, il n'y a pas grand'chose à tirer du *type clinique et radiologique* des coxarthries évoluant sur fond de syphilis. Les clichés montrent les lésions habituelles : pincement supérieur de l'interligne, avec condensation osseuse de voisinage du cotyle et de la tête fémorale, décalcification aréolaire de cette dernière, qui peut se déformer « couler », prendre l'aspect, en « tampon de wagon », ostéophytose périarticulaire, double fond, tendance à l'évasion de la tête, etc.

C'est pourquoi nous avons toujours parlé de *coxarthrie* et non d'*arthrite syphilitique* de la hanche (*a fortiori* d'arthropathie tabétique, car nos malades n'étaient en grande majorité pas tabétiques) : l'allure clinique, l'aspect radiologique, dans tous ces cas sans exception, sont ceux non d'une arthrite inflammatoire, ou d'une arthropathie nerveuse, mais de la véritable coxarthrie, de l'arthrose de hanche.

Deux explications sont dès lors à envisager dans l'hypothèse (vraisemblable à notre sens) où la syphilis a vraiment joué dans l'apparition de certaines de ces arthroses un rôle étiologique effectif :

Ou bien il y a eu à un moment donné arthrite syphilitique et celle-ci a laissé des déformations articulaires qui ont ultérieurement servi d'amorce au processus arthrosique. Nous croyons cette première explication très peu vraisemblable, parce que l'arthrite syphilitique, dont on suppose l'existence à un moment donné, ne s'est traduite en clinique par aucun symptôme et qu'au surplus nous ne connaissons guère d'arthrites syphilitiques à la hanche (1).

Ou bien, sans provoquer d'arthrite préalable,

(1) On pourrait en dire presque autant des coxarthries qu'on suppose préparées par une arthrite gonococcique antérieure de la hanche : ces arthrites gonococciques de la hanche, qu'a bien décrites Mondor, sont en réalité rares, et lorsqu'on retrouve — éventualité naturellement fréquente — la gonococcie dans le passé des coxarthriques, elle ne s'est pratiquement jamais compliquée à l'époque d'atteinte douloureuse de la hanche. Bien entendu, à la phase coxarthrique, la gonoréaction est, sauf exception, négative.

la syphilis fait cependant partie des facteurs possibles d'arthrose, d'arthropathie dégénérative. Mais quel mécanisme invoquer alors ? Comme nous le suggérions en 1933, il pourrait s'agir d'un désordre circulatoire. On sait que de nombreux auteurs, en particulier allemands, supposent que l'arthrose de hanche relève avant tout d'un trouble de la vascularisation locale (artériosclérose ou athérome des artères articulaires) ; il provoquerait la dégénérescence du cartilage qui paraît bien être la lésion initiale de l'arthrose, et également la décalcification de la tête fémorale où quelques auteurs voient le fait anatomique primitif. Cette théorie vasculaire est certes discutable, aussi bien pour les arthroses de hanche que pour celles des autres jointures. Elle est cependant étayée par d'assez nombreux examens anatomiques, par la rareté relative (à notre avis) des malformations antérieures auxquelles Calot a voulu ramener toute la pathogénie du *morbus coxæ*, et par l'impossibilité de mettre en évidence dans cette maladie un trouble endocrinien précis. La théorie vasculaire reste donc la plus satisfaisante, bien qu'elle ne doive pas être exclusive. Or, si l'artériosclérose locale représente le principal facteur déterminant de la coxarthrie, elle n'est pas la seule lésion vasculaire qui puisse intervenir. La syphilis imite par ses déterminations artérielles la pathologie de l'artériosclérose et de l'athérome. On pourrait donc concevoir l'existence d'une véritable *coxarthrie syphilitique*.

Nous pensons avoir montré que la question mérite au moins d'être discutée, et sans prétendre la résoudre d'après une documentation personnelle qui reste forcément limitée, nous convions nos confrères à l'examiner et à confronter leur expérience clinique et thérapeutique avec la nôtre.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA VACCINOTHÉRAPIE CHIRURGICALE

D'après une leçon du Professeur CHEVASSU

Aujourd'hui, dans la thérapeutique des suppurations, à côté du traitement opératoire, le chirurgien est appelé à faire œuvre médicale en utilisant certains moyens qui peuvent offrir à l'organisme une aide dans sa lutte contre l'infection. Ce traitement biologique des infections des plaies se base sur une série de principes intéressants à rappeler.

Quand un malade atteint d'une infection guérit, c'est que l'infection s'est amendée et que les toxines microbiennes ont été neutralisées. Les agents de cette neutralisation sont les antitoxines, constituées par deux éléments : une sécrétion banale, la cytase, et une substance particulière à chaque infection, l'anti-corps, qui n'est pas détruit par le chauffage. Ces anticorps sont spécifiques, spécialisés en quelque sorte pour lutter contre des antigènes déterminés. Ils sont destinés à se fixer sur les antigènes de façon à les rendre attaquables par les cytases et à détruire ces agents vulnérants. Il existe de nombreux antigènes et anticorps. Chaque anticorps correspond à un antigène.

Un sujet est qualifié d'immunisé quand il lutte victorieusement contre une infection. L'immunité dure plus ou moins longtemps, en général pas indéfiniment. Quand l'immunité est persistante on dit que le sujet est vacciné. Le type des vaccinations est la vaccination antivariolique de Jenner. Or, même pour la vaccine de Jenner, l'immunité quoique longue n'est pas absolue dans le temps, et des revaccinations sont conseillées à certains intervalles.

Un individu vacciné contre une infection peut l'être d'une manière telle qu'il contracte alors cette infection sans aucune manifestation symptomatique (infection inapparente de Nicolle).

Le sujet peut avoir acquit un certain pouvoir de lutter sans être complètement vacciné : on le dit en état d'allergie. Chez lui, la deuxième infection est moins vive que la première, tout en ayant plus ou moins son ensemble habituel de symptômes.

Comment peut-on arriver à reproduire l'immunité artificiellement ? De deux façons : par la vaccination et la sérothérapie.

La vaccination est une pratique médicale née à Paris, des travaux de Pasteur (Pasteur, Roux et Chamberland, 1865 ; vaccination contre le choléra des poules, 1879) et qui a vu son épanouissement se faire à Paris également. Son principe on le sait est de provoquer une infection atténuée, une ébauche de maladie, suffisante pour créer l'immunité. On utilise à cet effet des germes eux-mêmes atténués. Pasteur avait signalé trois moyens d'atténuation : la chaleur, le froid, les agents chimiques. M. Ramon, en 1924, a indiqué un quatrième moyen qui a fait

faire un pas en avant à la méthode, la chaleur prolongée sur des cultures ayant reçu auparavant un peu d'aldéhyde formique. M. Ramon obtient ainsi ses anatoxines, qui ne contiennent plus de toxines et ont un pouvoir de vaccination intense.

Les découvertes de Ramon offrent un horizon que l'on commence seulement à entrevoir. Les nouvelles anatoxines, dont on parle depuis quelques mois, semblent devoir posséder un pouvoir vaccinant considérable. M. Ramon, dans de récentes expériences, a vu que si au lieu de préparer une anatoxine ordinaire, on l'incorporait à une substance spéciale (huile de vaseline et cholestérol), on obtenait un agent présentant des propriétés vaccinantes très grandes. Les expériences sont encore en cours, mais ces nouvelles anatoxine paraissent posséder un pouvoir de vaccination 2 à 300 fois supérieur à celui de l'anatoxine ordinaire. Nous sommes là probablement sur une voie très féconde.

Auto-vaccin ou stock-vaccin, auquel donner la préférence ? Les auto-vaccins ont paru d'abord être supérieurs aux stock-vaccins. En réalité, on est un peu revenu de cette opinion. Un premier inconvénient est qu'il faut assez longtemps pour faire un auto-vaccin, d'où une perte de temps. D'autre part, si la vaccination est en principe une immunisation spécifique, il n'en est pas moins vrai qu'un vaccin microbien déterminé est quelquefois capable — pour des raisons non encore bien établies — d'avoir une action sur d'autres microbes. L'entraînement de l'organisme à la défense ne se limite pas toujours au seul microbe du vaccin.

Comment emploie-t-on les vaccins ? Le plus souvent en injections superficielles. Le vaccin provoque une maladie atténuée, légère, mais réelle, qu'il faut pouvoir surveiller. Si l'on utilisait la voie veineuse, on ne saurait pas d'avance l'intensité de la réaction qu'on ne pourrait limiter. La voie habituelle est la voie sous-cutanée, en commençant par les petites doses pour avoir une action douce. On provoque en réalité une petite maladie avec généralement une réaction locale et générale (insomnie, céphalée) variable.

Les vaccinations ne sont pas seulement médicales, il en est de chirurgicales.

Les deux microbes principaux rencontrés dans les infections chirurgicales sont le staphylocoque (plus abondant) et le streptocoque (plus virulent). Mais, les infections à streptocoques et à staphylocoques ne vaccinent pas. Les staphylococcies sont même plutot récidivantes. On s'est dit alors : à quoi bon chercher à immuniser avec un microbe qui normalement ne vaccine pas ? C'est pourquoi, pendant longtemps, la vaccinothérapie chirurgicale n'a pas été l'objet d'études, a été inexistante. Est venue la guerre. En face des complications infectieuses des blessures de guerre, on a cherché des moyens thérapeutiques nouveaux, sans tenir compte des notions théoriques. C'est M. Delbet qui, en 1914, nous a donné un premier vaccin pour affections chirurgicales. Partant du pus lui-même, en atténuant la virulence microbienne par le vieillissement des cultures, il obtint un vaccin actif dans les suppurations staphylococciques. Par quel mécanisme biologique agit le bouillon-vaccin de Delbet ? Nous ne le savons pas avec précision. M. Delbet pense qu'il intervient par une forte lyse leucocytaire, faisant passer dans la circulation une grande quantité des substances — si utiles à la défense de l'organisme contre l'infection — produites par les leucocytes.

Ainsi est née la vaccinothérapie chirurgicale, qui depuis, s'est amplement développée (1).

(1) Leçon faite à la Faculté (nov. 1935), recueillie par le Docteur P. Lacroix.

LES TRAITEMENTS MODERNES DE LA MALADIE D'ADDISON

Par Georges BOUDIN
Interne des hôpitaux

Nos connaissances sur la maladie d'Addison se sont très notablement enrichies au cours de ces dernières années et ont permis l'application de thérapeutiques nouvelles.

On sait que la maladie d'Addison est due le plus souvent à une tuberculose des capsules surrénales et que son évolution est inexorablement mortelle en quelques années. Cliniquement elle se manifeste par des signes d'insuffisance surrénale : asthénie, hypotension, troubles digestifs, et par une mélanodermie dont l'origine pathogénique a suscité de nombreuses hypothèses. Son traitement jusqu'alors était basé sur l'administration d'extrait glandulaire surrénal, et d'adrénaline.

Des travaux physiologiques récents ont bien mis en évidence la dualité fonctionnelle des deux glandes dont l'union forme la surrénale : la corticale et la médullaire. La médullo-surrénale sécrète l'adrénaline et n'a au point de vue vital qu'une importance modeste : c'est une glande annexée au système nerveux végétatif (origine embryologique ectodermique commune), et sa sécrétion interne, déclenchée par voie nerveuse, est synergique du sympathique.

La cortico-surrénale, au contraire, est une glande métabolique primordiale dont l'ablation chez l'animal entraîne rapidement la mort au milieu d'accidents toxiques. Elle contient des substances lipoïdes, et des physiologistes américains ont mis en évidence la présence d'une hormone cortico-surrénale.

Des travaux expérimentaux ont montré l'étroite ressemblance clinique entre la maladie d'Addison et l'insuffisance cortico-surrénale expérimentale, à tel point qu'on peut considérer cette maladie comme une insuffisance cortico-surrénale justiciable des mêmes traitements que celle des animaux décapsulés. De plus des études biologiques ont permis d'insister sur certains tests qui peuvent aider au diagnostic de la maladie d'Addison. Nous signalerons :

1° La diminution du chlorure de sodium dans le sang ;

2° L'hypoglycémie et la sensibilité anormale à l'insuline ;

3° L'augmentation de l'azotémie (azote non protéique) ;

4° La diminution de la réserve alcaline ;

5° L'augmentation du potassium sanguin ;

6° Des modifications du soufre sanguin ;

7° La diminution du métabolisme basal;

8° L'importance de la radiographie des surrénales qui dans un cas sur trois révèle l'existence de calcifications surrénales.

Toutes ces épreuves n'ont qu'un but : faciliter les diagnostics difficiles pour permettre la thérapeutique, et nous ne faisons que les signaler.

Le traitement de la maladie d'Addison s'est entièrement transformé au cours de ces trois dernières années du fait de la découverte de plusieurs agents thérapeutiques très efficaces : l'hormone cortico-surrénale, le régime hyperchloruré, la cystéine.

L'hormone cortico-surrénale a une action remarquable, voisine de celle de l'insuline dans le diabète. Mais sa préparation est très délicate et les seules marques qui actuellement existent sont à des prix inabordables pour des bourses moyennes.

Son indication majeure est la *crise d'insuffisance surrénale.* On sait en effet que la maladie d'Addison n'a pas une évolution continue, qu'elle est caractérisée par une succession de périodes d'aggravation et de périodes d'amélioration spontanée. C'est dans les phases d'aggravation que l'hormone cortico-surrénale a une action particulièrement nette, même lorsqu'elle est administrée à des malades en plein collapsus. On l'emploiera également au cours des *infections et des intoxications intercurrentes,* habituellement si graves chez les addisoniens. L'hormone cortico-surrénale représente donc une thérapeutique des cas graves, et elle n'est pas nécessaire dans les périodes d'accalmies.

Sa posologie est difficile à préciser : lorsqu'on voit un malade en plein collapsus il faut injecter d'emblée une forte dose par voie intraveineuse, de l'ordre de 10 à 20 c. c. selon la préparation utilisée. On diminuera ensuite la dose et on cessera le traitement lorsque l'état général sera redevenu satisfaisant.

Ce traitement donne des résultats immédiats admirables : le malade sort du collapsus, les troubles digestifs disparaissent rapidement : les vomissements et la diarrhée cessent immédiatement, l'appétit augmente et le malade engraisse, les douleurs abdominales disparaissent, l'asthénie est très améliorée et tel malade, confiné au lit, peut reprendre ses occupations ; la tension artérielle remonte légèrement et la pigmentation peut s'atténuer.

Malheureusement ces beaux résultats ne sont pas éternels : cette merveilleuse thérapeutique de suppléance ne guérit pas la maladie ; une

cortico-résistance peut apparaître, et la mort subite est la terminaison habituelle de ces malades.

Le traitement de la maladie d'Addison par le *chlorure de sodium* constitue aux dires de Rivoire une acquisition thérapeutique d'importance presque égale à celle de l'hormone corticale.

C'est une médication de fond, à prescrire dans tous les cas, dans les périodes d'amélioration comme dans les périodes d'aggravation.

La méthode la plus simple consiste à ordonner au malade un régime hypersalé et à lui faire prendre en plus 5 à 6 grammes de NaCl en cachets tous les jours.

On peut encore faire tous les jours une injection intraveineuse de 20 c. c de sérum salé à 10 %, c'est-à-dire 2 grammes de NaCl.

Ce traitement ne peut se faire que s'il n'y a pas une insuffisance rénale surajoutée, pas de néphrite. Il transforme la vie des addisoniens : il fait disparaître les troubles digestifs et les douleurs abdominales, il diminue l'asthénie et l'hypotension artérielle, et permet aux malades de reprendre une existence presque normale.

Il n'empêche cependant pas l'apparition de crises d'insuffisance surrénale, ni l'évolution ultérieure de la maladie.

La cystéine est un excellent médicament de fond de la maladie d'Addison qui peut être harmonieusement associé au chlorure de sodium.

On mélange la solution de 20 cgr. de chlorhydrate de cystéine dans 2 c. c. d'eau distillée stérilisée par tyndallisation à 20 c.c. de sérum salé à 10 %. On injecte le tout par voie veineuse, tous les deux jours. Si celle-ci n'est pas possible, certaines préparations neutralisées peuvent être injectées par voie intramusculaire.

La cystéine semble avoir une action certaine, surtout sur la tension artérielle et la pigmentation.

Tels sont les progrès accomplis ces dernières années dans la thérapeutique de la maladie d'Addison. Celle-ci est une maladie irrégulière et on en connaît des survies assez longues en dehors de toute thérapeutique. Les traitements modernes, dont on ne peut encore apprécier tous les résultats avec certitude, ont donné de véritables résurrections de certains moribonds et ont transformé la vie des derniers mois des addisoniens ; aussi, quelle que soit l'évolution finale de la maladie d'Addison, il nous semble cependant que ces traitements modernes constituent une acquisition remarquable.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

I

L'énigme d'un « mal de reins » persistant

D'après le Professeur R. Boucher (de Montréal) (*)

Pareille étude vient à point pour faire suite à la « Pathologie du dos », au « *Mal de dos chez les femmes* », qui a fait l'objet de commentaires dans un des derniers numéros du *Concours Médical*, ainsi que dans les pages qui suivent plus loin cette mise au point du « mal de reins ».

Une curieuse observation de clinique

« Il est très fréquent, écrit le Professeur Boucher, de rencontrer, tant en clientèle urbaine qu'hospitalière, des malades qui se plaignent de douleurs lombaires. Que ce soient des néphritiques, des cardiaques, des hépatiques, des rhumatisants, des ménopausiques, des pyélitiques ou de simples grippés, toujours revient le même refrain : « *J'ai mal aux reins !* » *Neuf fois sur dix*, ces douleurs cèdent au traitement général ou à quelque panacée *loco dolenti*. »

Jusque-là rien d'anormal. Mais, c'est la *dixième fois*, qui devient intéressante, au point d'exciter la perspicacité du praticien, en ce que la *douleur lombaire persiste malgré tout dans son acuité*.

Le diagnostic se lance alors sur des *pistes variées, parfois trompeuses* ; aussi une analyse minutieuse des symptômes et un examen attentif s'imposent-ils.

Témoin, l'histoire d'une femme de 39 ans, qui s'est présentée, à l'auteur, au mois d'août 1933, avec un diagnostic de rhumatisme polyarticulaire aigu. Son état a pu être amélioré par le salicylate de soude ; mais la lombalgie est restée tenace durant un long temps. Pour quelle raison ? L'explication en sera donnée plus loin.

Jamais malade avant le mois de juin 1933, cette

(1) Professeur Roméo Boucher. — A propos d'un « Mal de reins ». (*L'Union Médicale du Canada*, décembre 1935.)

patiente n'avait rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels, pouvant faire soupçonner quelque tare ou quelque prédisposition particulière. La menstruation s'était installée normalement vers l'âge de 14 ans pour être interrompue, après le mariage, par dix grossesses menées à terme. Sept enfants sont vivants, deux étant morts de diphtérie et le troisième en bas âge.

Il y a deux mois, elle s'est levée, un matin, avec une douleur très forte au niveau des lombes, douleurs s'irradiant vers les membres inférieurs, avec œdème et asthénie profonde, douleurs qui vont en s'accentuant au point d'obliger la malade à s'aliter, deux semaines après le début de la maladie, incapable de tout mouvement des bras et des jambes. A ce moment survient un frisson, accompagné d'une forte accentuation des douleurs et de sueurs profuses, l'œdème augmente, devient très apparent. Elle décide alors d'entrer à l'hôpital.

En la voyant, on est frappé par la pâleur et par l'amaigrissement de son facies, par un œdème marqué des paupières. La malade est en décubitus dorsal, tout mouvement, même passif, lui arrachant des cris. Les avant-bras sont fléchis sur les bras, sans qu'on puisse les étendre. Les doigts sont cependant capables de saisir et de tenir un objet. Quant aux jambes, elles sont fortement œdématiées — œdème dur, blanc, sans godet — depuis les chevilles jusqu'aux genoux. La température est élevée. Les pupilles réagissent à la lumière, sont légèrement irrégulières, mais sans anisocorie. Le réflexe à l'accommodation est présent.

La langue est saburrale, les dents cariées, la gorge rouge, le nez fortement enchifrené.

Corps thyroïde normal.

Pas de ganglions cervicaux, ni sous-maxillaires.

Poumons, cœur et foie : normaux.

Abdomen : souple, non ballonné, parfaitement indolore. Fosses iliaques libres. Cependant les loges rénales sont douloureuses de même que les masses lombaires. Il existe aux lombes un peu d'œdème, et un *point fixe douloureux à la cinquième vertèbre lombaire.*

Quant aux réflexes tendineux, ils sont normaux, à l'exception des patellaires, un peu lents.

C'est donc un syndrome, où dominent un élément infectieux (fièvre, frisson, catarrhe nasal, lombalgie), de la douleur et de l'œdème des membres inférieurs.

L'état général médiocre fait surgir l'idée d'une bacillurie, ou d'une pyurie, déclenchée par un état infectieux, d'origine grippale.

Or, les urines ont une densité de 1.022, une réaction acide, de fortes traces d'albumine ; ni sucre, et surtout, ni pus, ni de bacilles. Trois autres examens urinaires révèlent encore l'absence de sucre, de pus, et de bacilles, mais chaque fois des traces d'albumine. Il n'existe ni polyurie, ni pollakiurie. Une radiographie rénale élimine toute idée de lithiase.

L'examen gynécologique ne montre aucun signe alarmant : annexes normales, utérus plutôt mollasse, col légèrement métritique.

Bordet-Wassermann : négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Cytologie du liquide céphalo-rachidien : trois éléments ; albumine 0 gr. 10, sucre 0 gr. 47.

Le 7 septembre, *statu quo,* malgré un traitement salicylé de moyenne intensité (4 à 6 grammes par jour). L'œdème des membres inférieurs persiste, de même que l'impotence et la douleur lombaire.

A ce moment, apparaissent quelques signes de congestion pulmonaire à la base droite. La toux, sèche et fréquente, arrache des cris à la malade, en raison de sa douleur lombaire. C'est une douleur tenace, à paroxysmes rapprochés, qui n'a pas le caractère passif du début de la maladie ; on augmente le traitement salicylé à 12 grammes par jour. Le 16 septembre, la malade remue les jambes ; le 23, l'usage complet des membres supérieurs est revenu ; l'œdème des membres inférieurs persiste, mais il a notablement diminué.

Seule, la *lombalgie reste tenace.*

***

A LA RECHERCHE D'UNE EXPLICATION :

une sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire

Ce qui frappait le plus dans cette histoire clinique, c'était la lombalgie, traduite par des plaintes continuelles et l'œdème des lombes propagé aux membres inférieurs.

L'*affection pulmonaire* devait être éliminée en tant qu'épisode aigu, rapidement disparu. Aucun signe ne militait davantage en faveur d'une néphrite ou d'une colibacillose. Pas non plus trace d'une affection gynécologique.

Quant à la possibilité d'un *tabès,* le liquide céphalo-rachidien ne présentait aucune des

réactions positives de cette maladie. Le B.-W. était négatif, de même que la cytologie. Du reste, rien ne donnait cliniquement l'idée d'un tabès, les douleurs dues à la syphilis médullaire étant violentes, fulgurantes, transitoires, en ceinture, cessant comme elles ont commencé, c'est-à-dire, brusquement.

Une *lithiase rénale,* dans ses crises paroxystiques, aurait pu être retenue ; mais, outre ses irradiations vers l'uretère, la colique néphritique n'est ni calmée par l'immobilité, ni augmentée par les mouvements. Le malade est alors fortement agité et non pas figé comme dans le cas actuel.

Le *lumbago* devait aussi s'éliminer. Son diagnostic se fonde sur le début aigu et subit des douleurs, sur une localisation aux masses sacro-lombaires, sur l'absence d'irradiations et s le peu d'intensité des signes généraux. Rien à dire non plus, du « tour de reins » ou *lumbago traumatique.*

Fallait-il alors penser à certaines affections rares telles que le *psoïtis,* maladie fébrile, à localisation unilatérale ? A l'*arthrite aiguë sacro-iliaque* et au *lumbago articulaire de Chomel* (arthrite vertébro-lombaire) à douleur médiane, avec empâtement au niveau des apophyses épineuses exclusivement ? Avait-on affaire à une *névralgie lombo-abdominale* ? Cette maladie présente des points fixes, douloureux, bien décrits. La douleur a un caractère unilatéral, spontané et lancinant, avec irradiations vers le flanc et les parties génitales, très différent de la douleur constatée chez la malade.

On restait donc avec le *rhumatisme polyarticulaire aigu,* diagnostic d'entrée de la malade, que l'efficacité de la thérapeutique salicylée défendait mais que l'examen clinique infirmait en bonne partie. En effet, si la douleur était localisée à la région lombaire, avec un peu de raideur de la nuque et impotence des bras et des jambes, aucune articulation n'était gonflée, rouge, douloureuse et chaude comme dans le rhumatisme articulaire aigu, et toutes les interlignes articulaires paraissaient libres. L'œdème des membres inférieurs n'avait rien de commun non plus avec le gonflement articulaire et localisé de la fièvre rhumatismale. Aussi fallut-il, sans aucun doute, *abandonner* cette opinon de rhumatisme *polyarticulaire franc,* comme il avait fallu abandonner celle de la *rachialgie lombaire,* qu'on trouve dans les grandes pyrexies telles que la variole, la grippe, la méningite cérébro-spinale, violente au début de la maladie, mais cédant avec elle et s'accompagnant des signes de la maladie causale.

Cependant, en étudiant notre tableau clinique et les formes localisées du rhumatisme aigu, on en trouve une, assez rare il est vrai, mais sur laquelle divers auteurs ont attiré l'attention (Ramon, Grenet), et qui serre de très près le syndrome douloureux, présenté par la malade observée. C'est le *rhumatisme vertébral infectieux.* « Toujours causée par une infection, le plus souvent banale, mais qu'il n'est pas souvent facile d'isoler parfaitement, cette maladie a toujours un début infectieux avec : fièvre ; atteinte profonde de l'état général ; *complication pulmonaire,* la plupart du temps bénigne, si le traitement salicylé est bien conduit, et dont la localisation secondaire sur le rachis peut être aidée par une *prédisposition spéciale* (torticolis multiples pour la région cervicale, *anomalies osseuses pour la région dorso-lombo-sacrée*) ». Neuf fois sur dix, cette forme de rhumatisme, occasionne des impotences fonctionnelles des membres qui suivent le trajet des nerfs. Du reste, les douleurs ont un siège latéral, plutôt qu'épineux ; on la décèle à la palpation soigneuse du rachis. Les *masses sacro-lombaires* participent à ces irradiations, et fréquemment on constate du côté des membres inférieurs, un œdème prolongé comme la douleur, lequel est en rapport avec les irradiations. *Les phénomènes douloureux sont ici entretenus par la prédisposition spéciale,* mentionnée plus haut.

L'auteur s'est donc arrêté au diagnostic de rhumatisme vertébral infectieux.

Restait à savoir si, au niveau du rachis, quelque anomalie osseuse, *à rechercher,* pouvait entretenir la douleur et l'œdème, comme il était à prévoir.

Or une radiographie vint montrer nettement une *sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire,* que rien ne faisait prévoir et qui serait complètement passée inaperçue, si elle n'avait servi d'*amorce* à cette localisation rhumatismale, et *d'épine pour entretenir une séquelle douloureuse.*

Cette lombalgie, qui avait survécu aux phénomènes rhumatismaux, put enfin être vaincue grâce à la radiothérapie et à la précocité du traitement salicylé. Depuis cette époque de guérison, la malade s'est continuellement bien portée, et n'a plus éprouvé son « mal aux reins ».

G. FISCHER.

II

A propos du mal de dos. La « dorsalgie »

Prenant en pitié l'embarras que trahissait ma présentation de ce syndrome, un très aimable lecteur a bien voulu reprendre la question. Et il la traite avec une érudition certainement enrichie d'expérience. Ceux qui auraient pu croire, en me lisant, à une fumisterie de salle de garde pourront s'assurer qu'il n'en était rien. Comme un candidat en difficulté, je n'avais pris un ton badin que pour masquer décemment la fragilité de mes connaissances. Et je me félicite du stratagème puisqu'un de mes juges (un lecteur n'est-il pas un juge ?) se révèle être la compétence que nous avions vainement cherchée autour de nous.

Un lecteur signale, dautre part, un livre anglais consacré au « Back-ache ». Un autre lecteur nous fait connaître l'utilité de la gymnastique suédoise en pareil cas.

Confrère S..., qui aviez initialement posé la question, avouez que le *Concours* surclasse le S. V. P. téléphonique de M. Mandel.

G. L.

Sous le titre : *Pathologie du dos,* avec cette verve amusante dont il a le secret, le Docteur G. Lavalée dans le numéro du *Concours Médical* paru le 15 décembre, ironise sur notre ignorance du *mal de dos* chez les femmes, qu'il propose, moliéresquement, de dénommer : *dorsalgie sine materia.*

Après tout, pourquoi pas dorsalgie ? Notre jargon médical compte bien d'autres appellations plus ridicules. Acceptons donc *dorsalgie,* en dépit de son étymologie gréco-latine.

Maladie fréquente, et pourtant, dit notre confrère, sujet inédit, affection qui permettrait de se tailler *une belle renommée* à l'inventeur de son traitement spécifique.

Comme étiologie, « en collaboration avec une grande marque d'automobiles, un peintre illustre, et un journal de modes», l'auteur croit pouvoir incriminer à la fois : l'automobile moderne, où la femme est assise non sur ses fesses, mais sur son dos recourbé en arc de cercle, et la tyrannie d'une mode qui, pour dissimuler l'exubérance indiscrète d'appâts décrétés inesthétiques, impose de tenir les épaules ramenées en avant. Ces attitudes étirant les muscles du dos, en provoqueraient la contracture, et leur protestation se traduirait par le symptôme douleur. Cette étiologie ne paraît pas inadmissible dans certains cas. Pourtant, elle ne saurait les expliquer tous.

Notre clientèle d'omni-praticien ne se recrute guère parmi les honneurs de ce monde qui roulent en auto ; pas davantage parmi les oisives, qui n'ont d'autre souci que celui de se conformer au Canon de la Vénus moderne, mais bien plutôt parmi celles qui peinent de longues heures à l'usine, ou devant la machine à écrire, et occupent ce qui peut leur rester de loisirs à torcher leur progéniture, préparer la cuisine et rincer la vaisselle. Eh bien, elles ne sont pas rares celles-là qui, parmi ces dernières, se plaignent de souffrir du dos.

Une attitude vicieuse prolongée peut, sans conteste, provoquer pareil symptôme, puisqu'on l'a même parfois dénommé *mal des couturières.* Mais bien des femmes en souffrent, chez qui l'on ne peut invoquer pareille étiologie. Il doit donc exister autre chose.

La dorsalgie est-elle vraiment *sine materia* ? ne se traduit-elle par aucun symptôme objectif ?

Constatons qu'*a priori,* il n'existe aucune maladie *sine materia.* Le souci de l'humilité qui devrait convenir à notre ignorance imposerait de dire : *sine materia cognita.*

Mais, en l'espèce, cette humilité n'est point de mise, car la cause, et son symptôme objectif sont très décelables : il s'agit d'une des nombreuses manifestations si variées de cette affection-protée qu'est la *cellulite,* affection si répandue, et que pourtant, malgré les importantes études dont elle a été l'objet depuis quelques années, on continue, en général, d'ignorer.

Nous voyons donc pourquoi la *dorsalgie* est une maladie surtout féminine, puisque la cellulite est plus particulièrement le triste apanage du sexe faible, ce qui n'implique pas que le sexe fort soit toujours épargné.

Nous n'avons ici, nulle prétention de rien innover : ouvrons seulement, à la page 50, l'ouvrage élémentaire de Guy Laroche et Mad. Meurs Blatter (1). Nous y trouvons un schéma, qui entre autres points d'élection de cette maladie, indique, comme points dorsaux : un *point sus-épineux,* un *point interscapulaire,* un *point dorso-lombaire,* chacun d'eux étant bilatéral. Nous ajouterons, pour en avoir maintes fois constaté la présence, deux *coulées cellulitiques* qui longent les côtes et les espaces intercostaux : la première prenant son origine un peu au-dessous du point interscapulaire, la deuxième siégeant le long des dernières côtes. Elles se prolongent souvent en avant jusqu'à la ligne axillaire, qu'il leur arrive de dépasser.

---

(1) La cellulite, par le Dr Guy Laroche et le Dr Lucienne Meurs Blatter, 1933. Librairie Félix Alcan.

Telles sont les localisations principales. Mais on en rencontre d'autres : sur l'omoplate, en dessous du creux axillaire, etc.

Comment les dépister ? Il arrive, quand l'induration est très accusée qu'un doigt exercé, glissant sur le revêtement cutané, les perçoive d'emblée. Sinon, il faut pratiquer le *palper-massage* : les dernières phalanges de l'index, du médius et de l'annulaire de la main droite, accolées et recourbées en crochet, à angle droit sur les phalangines, glissent, d'une pression soutenue sans être accusée, d'un mouvement assez lent et répété, au-dessus des apophyses épineuses, de haut en bas, entre la colonne et les omoplates, de dehors en dedans le long des côtes, etc... Au bout de quelques instants, les pulpes des doigts perçoivent l'induration cellulitique, dure, rénitente, rarement crépitante, ou la coulée épaissie, cependant que le sujet accuse, en ces mêmes points, une sensation douloureuse plus ou moins vive. Certes, un apprentissage préalable est nécessaire pour bien effectuer le palper-massage ; la pulpe des doigts ne s'éduque qu'à la longue à l'appréciation de délicates sensations tactiles. Ceux qui voudront bien s'y exercer se verront récompensés de leur peine, car ils sauront bientôt déceler le point de départ de maintes douleurs non seulement dorsales, mais siégeant en maints endroits de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen ou des membres, et de maints symptômes qui se rattachent à la cellulite : en particulier troubles circulatoires de toute nature, troubles sympathiques à distance, etc... La lecture, un peu pénible, il faut l'avouer de l'ouvrage d'Alquier (1) ouvrira sur ces sujets maints horizons ignorés.

Et maintenant, le traitement ? Naturellement, celui de la cellulite : général et local.

Traitement général. C'est surtout celui de la diathèse arthritique : soigner le foie, la constipation, les troubles endocriniens, ceux du métabolisme, les intoxications endogènes, les lésions focales (nez, gencives, dents, intestin), l'obésité, la sédentarité, la syphilis (surtout héréditaire, pensons-nous). Corriger les attitudes vicieuses qui, elles aussi, engendrent la cellulite. Et l'on voit qu'ici nous rejoignons notre distingué confrère.

Traitement local. Les remèdes sont inopérants, la physiothérapie infidèle, ou seulement calmante (infra-rouges) ou compliquée entre les mains du maître qu'est Alquier. La seule thérapeutique facile et efficace : c'est le *massage*.

Et voilà bien la pierre d'achoppement ! Combien de médecins, en effet, consentent à le pratiquer ? Combien ont appris à le pratiquer ?

(1) *La cellulite*. L. ALQUIER. — Perturbations vaso-motrices. Rétractions tissulaires. Masson et Cie, 1933.

Or, à notre avis, si la cellulite n'occupe pas encore, en médecine toute la place — nous ne disons pas seulement importante, mais insoupçonnée — qu'elle mérite (voir les études du regretté Léopold-Lévi parues au cours de 1933 dans *L'Esprit Médical*), si l'enseignement officiel ne lui fait qu'une toute petite place, qui demeure essentiellement théorique, mais aucunement pratique, c'est vraisemblablement parce que le massage, nécessaire pour sa recherche, son traitement, est considéré comme une besogne à réserver aux auxiliaires de la médecine et indigne du médecin.

La haute autorité du Dr Raphaël Massart vient corroborer cette opinion. Car c'est un curieux hasard que dans ce même numéro du *Concours* du 15 décembre, dans un article intitulé : « *Les paramédicaux* », il s'exprime ainsi :

« ... C'est pour avoir trop négligé l'étude de « cette branche de la thérapeutique, qu'est le « massage, la mobilisation..., que nous l'avons abandonnée à des empiriques *qui y trouvent* « *honneur et profit*... C'est un traitement médical... et le médecin n'aurait jamais dû s'en « dessaisir. Alors que tant de confrères recher- « chent péniblement à exercer leur art, il est « curieux de voir qu'une branche aussi impor- « tante de la médecine est laissée de côté, et que « le docteur en médecine, connaissant le massage, « devient une exception... Et quel champ illi- « mité pour une activité médicale que la kiné- « sithérapie dans les troubles circulatoires des « membres, dans le *traitement des cellulites* !... »

Peut-être la raison de cet abandon doit elle être recherchée dans l'extension récente de la physiothérapie. Quoiqu'il en soit, les empiriques en ont profité, et bien des laissés-pour-compte de la médecine ont, à notre grand dam, trouvé auprès d'eux, le soulagement que nous n'avons pas dû leur apporter.

Et nunc erudimini ! confrères, vous avez à *portée de la main*, sans métaphore, le moyen de vous tailler la belle renommée promise ; mais appliquez, si vous m'en croyez, le traitement vous mêmes, après vous y être initiés, car confié à des infirmières insuffisamment éduquées, il ne vous causera que déception.

Sur la fin de sa vie, Léopold-Lévi avait coutume de dire que s'il avait connu plus tôt les succès étonnants qu'est susceptible de donner le massage, plutôt que médecin, il se serait fait masseur. Un tel témoignage, venant d'un pareil maître peut servir de lettres de noblesse à cet acte médical trop méprisé.

Mais ne suffit-il pas que nous nous souvenions que nous sommes, avant tout, des *praticiens* ?

Dr H. NÉEL.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

De la tolérance de l'os aux corps étrangers métalliques.

Le travail du Docteur MASMONTEIL constitue une contribution à l'étude de l'ostéosynthèse, dont voici les conclusions :

La prothèse métallique devra être : 1° inerte biologiquement (asepsie absolue) ; 3° inerte mécaniquement par un montage correct et un ajustage précis ; 3° inerte chimiquement : inoxydabilité ; 4° inerte physiquement : état homo- et iso-électrique.

Si ces conditions sont réunies, la prothèse sera beaucoup mieux tolérée.

Non seulement les troubles d'ostéolyse disparaîtront (ostéite raréfiante, abcès, fistules), mais aussi les troubles ostéoplastiques (cals hypertrophiques).

Peut-être découvrira-t-on un jour au niveau du matériel de prothèse l'émission de radiations déjà connues ou encore ignorées, capables de déterminer des réactions organiques heureuses ou néfastes ; c'est le secret de demain.

Actuellement, si on tient compte des notions établies, il est possible de réaliser un matériel qui diminuera considérablement les accidents et incidents de l'ostéo-synthèse; et c'est là une acquisition qui ne nous semble pas négligeable pour l'avenir de la chirurgie osseuse. (*La Presse Médicale*, 27 novembre 1935.)

L'épicondylite des joueurs de tennis et son traitement

Le Docteur Raphaël MASSART rappelle que l'épicondylite humérale (tennis arm) est essentiellement caractérisée par une douleur épicondylienne extrêmement gênante et tenace qui s'observe presque uniquement chez des hommes ou des femmes adultes, pratiquant un sport violent comme l'escrime ou le tennis. Si pour le pathologiste, c'est là un désordre minime, c'est pour celui qui en est atteint une véritable infirmité.

Cliniquement, dans tous les cas observés, la douleur spontanée et provoquée a un siège électif et la zone douloureuse, extrêmement limitée, correspond exactement à l'insertion osseuse sur les bords de l'épicondyle huméral des faisceaux musculaires et tendineux des muscles extenseurs et des muscles supinateurs. Cette douleur est d'ailleurs vite calmée par le repos, mais elle se réveille dès qu'on mobilise un peu brusquement le coude et elle reprend toute son acuité, si on cherche à faire un mouvement un peu violent et en particulier si on cherche à refaire de l'escrime ou du tennis.

Actuellement c'est la diathermie, seule ou combinée à des mobilisations et à des massages, qui constitue le traitement le plus généralement conseillé. Mais celui-ci est long et ne correspond pas au but cherché par les sportifs, impatients de reprendre au plus tôt leur sport favori. L'auteur a employé avec succès l'injection analgésique au point douloureux très localisé. Il injecte indirectement sur l'épicondyle, directement au contact de l'os, et très lentement, 5 c. c. de percaïne ; aussitôt après, comme pour l'entorse, les mouvements, jusque-là douloureux, se révèlent aussitôt indolores. Généralement une seule injection suffit. S'il est nécessaire, huit jours plus tard, il suffit de renouveler le même traitement pour faire disparaître définitivement une douleur qui n'était pas entièrement calmée. (*La Presse Médicale*, 27 novembre 1935.)

Les extraits lipidiques de rate dans les dermatoses prurigineuses du nourrisson.

A la suite des travaux de Mayr et Moncorps, de Bory, Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier, Paul Chevallier, etc., la splénothérapie est aujourd'hui utilisée dans le traitement de certaines dermatoses prurigineuses, chez l'adulte.

Chez l'enfant, cette méthode, qui procède par injections intra musculaires de doses relativement élevées d'extraits aqueux de rate, a été, pour ce motif probablement, peu employée encore.

M. Pierre DELTHIL a permis une grande simplification du traitement chez le nourrisson, en montrant que des extraits spléniques autres que les extraits désalbuminés aqueux peuvent agir — et par voie buccale — dans les dermatoses prurigineuses, notamment dans l'eczéma du nourrisson. Un enfant de 9 mois, atteint d'eczéma suintant de la face, du cuir chevelu et du cou, fut soumis, après échec de différentes médications, à un extrait splénique en ingestion : la dermatose disparut presque complètement après une semaine.

Commentant le cas en question, le Docteur GROC pense qu'il serait intéressant de confirmer par de nouvelles observations ce beau résultat signalé avec l'emploi d'un extrait splénique

lipidique ingérable. Chez l'adulte, toutefois, dans les affections prurigineuses où la splénothérapie est indiquée, il est préférable de continuer à recourir aux extraits désalbuminés aqueux. (*Le Lien Médical*, novembre 1935.)

Les hémorragies dentaires.

M. A. WILCKEN passe en revue les moyens préconisés pour assurer en pareil cas l'hémostase. Ceux-ci sont nombreux : tamponnement par ouate et gaze, antipyrine en cristaux, eau oxygénée, ergot de seigle, le perchlorure de fer (à rejeter d'ailleurs ainsi que le nitrate d'argent). Une technique récente utilise le muscle d'oiseaux qui, d'après ses auteurs, donnerait de remarquables résultats. On a conseillé l'injection de sérum de cheval en injections intratissulaires, à doses faibles 1 c. c. 1 /2 dans l'épaisseur de la gencive qui encercle l'alvéole. L'auteur a imaginé un procédé qui lui a donné constamment satisfaction, même dans les cas apparemment redoutables. En voici la technique bien simple : dans un stérilisateur à air chaud, on stérilise une quantité de plâtre à modeler, qu'on met en réserve dans un flacon. Au cas d'hémorragie, on fait une boulette de coton hydrophile de grosseur convenable et on la route dans le plâtre à modeler qu'on a au préalable mélangé avec un peu d'eau distillée ou bouillie, et on enfonce ce tampon dans l'alvéole en le maintenant pendant une minute environ, jusqu'à complet durcissement.

Ce tampon bouche l'alvéole comme un bouchon de liège le fait d'une bouteille. Sous cette obturation le sang ne peut plus s'écouler et finit par se coaguler. Depuis qu'il a imaginé et employé ce procédé, l'auteur n'a plus d'émotion en présence d'hémorragie grave. Ce procédé est simple, agit rapidement et donne toute sécurité. Le tampon doit rester en place vingt-quatre ou quarante-huit heures. Pendant ce temps, on traite l'état général du sujet au point de vue de son hémophilie. Le tampon étant enlevé on n'a jamais constaté l'hémorragie secondaire. (*Le Progrès Médical*, 23 novembre 1935.)

Hernie diaphragmatique et grossesse.

On conçoit aisément, dit le Docteur H. VIGNES, qu'en cas de hernie diaphragmatique, le développement de l'utérus gravide soit néfaste pour les organes abdominaux devenus intrathoraciques. De ce fait, les troubles antérieurement ressentis sont augmentés pendant la grossesse ou même les troubles fonctionnels existent seulement pendant la grossesse pour disparaître dans l'intervalle. Ces faits sont, d'ailleurs, relativement rares et ils concernent volontiers des hernies congénitales.

Le début des accidents cliniques est en général tardif. Les symptômes observés ont été les suivants : signes d'occlusion intestinale ou, tout au moins, de sub-occlusion (arrêt des matières avec passage des gaz), douleurs dans l'hypocondre gauche, douleurs lombaires faisant penser à un avortement, vomissements dans presque tous les cas, nausées de plus en plus marquées dans le cas de Ganzow, dyspnée surtout marquée dans le décubitus dorsal, collapsus cardiaque. A l'examen on trouve de la matité au niveau de la hernie, la pointe du cœur est déviée vers la droite et il y a une absence de murmure vésiculaire. La plupart des femmes ont succombé au cours d'un accès de cyanose dû à la compression du médiastin. Cette mort a eu lieu plusieurs fois dans les premières heures où les premiers jours du post partum ; le plus souvent, le diagnostic n'avait pas été fait. (*Phare Médical de Paris*, août 1935.)

L'azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de foie.

Voici les conclusions d'un travail du Professeur NONNENBRUCH et de M. WEISEV : L'augmentation de l'azote résiduel correspond chez les hépatiques à une aggravation de l'état général. Elle décèle un trouble du métabolisme des protéines. Elle peut aussi être la conséquence d'élimination excessive d'urée au cours de polyuries élevées.

Un taux élevé de l'azote résiduel peut être abaissé par tous les processus qui augmentent le niveau de l'urée. Un état général altéré s'améliore en même temps d'une façon parallèle.

L'urée sanguine peut augmenter spontanément lorsque, après avoir été troublée, la désintégration des protéines redevient normale. C'est ainsi que les extraits hépatiques agissent. La polyurie relative due à l'insuffisance rénale, qui s'installe à la période terminale des affections hépatiques graves, peut produire une augmentation de l'urée et une diminution de l'azote résiduel. On peut parfois observer, au cours d'expériences de concentration faites au moment de fortes poyluries (diabète insipide), une diminution de l'azote résiduel avec parfois diminution de l'azote total.

L'augmentation de l'azote résiduel par administration d'ammonium et d'acides aminés fait fléchir l'état général. L'urée à petites doses peut agir brusquement, diminuer l'azote résiduel et améliorer l'état général.

Dans tous les cas d'augmentaton de l'azote résiduel, surtout chez les hépatiques, il convient d'essayer une thérapeutique à l'urée associée à des extraits hépatiques. (*La Presse Médicale*, 23 novembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'inscription de quelques substances vénéneuses aux tableaux A et C.

(M. TIFFENEAU ; 17-12-1935.)

L'Académie adopte les conclusions de M. Tiffeneau qui sont ainsi résumées :

I. Introduction au tableau C des substances suivantes :

a) Lobe postérieur d'hypophyse (Soluté injectable de).

b) Dinitrophénol.

c) Barbituriques :

Diallylmalonylurée (Dial), Diéthylmalonylurée (Véronal), Dipropylmalonylurée (Proponal), Ethylbutylmalonylurée (Sonéryl), Ethylcyclohexenylmalonylurée (Phanodorme), Ethylisoamylmalonylurée (Amytal), Isopropylallylmalonylurée (Numal), N.Méthylcyclohexénylméthylmalonylurée (Evipan) Phényléthylmalonylurée (Gardénal).

d) Anesthésiques locaux :

Benzoyl-diméthylamino-diméthyléthylcarbinol et ses sels (Stovaïne).

Benzoyl-tétraméthyldiamino-diméthyléthylcarbinol et ses sels (Alypine).

Para-amino-benzoyl-diéthylaminoéthanol et ses sels (Abdocaïne, Allocaïne, Carbaïne, Ethocaïne, Hérocaïne, Néocaïne, Novocaïne, Paracaïne, Planocaïne, Procaïne, Scurocaïne, Syncaïne).

Para-amino-benzoyl-diisopropylaminoéthanol et ses sels (Isocaïne).

Para-β-méthoxyéthyl-aminobenzoyl-pipéridinoéthanol et ses sels (Dolantine).

Para-amino-benzoyl-dibutylaminopropanol et ses sels (Butine, Butelline).

Cinnamyl-diéthylaminopropanol et ses sels (Apothésine).

Benzoyl-2-éthylamino-3-phénylpropanol et ses sels (Allocaïne S).

Para-aminobenzoyl-1-diméthylamino-2-méthyl-3-butanol et ses sels (Tutocaïne).

Para-amino-benzoyl-diéthylleucinol et ses sels (Panthésine).

Para-butyl-amino-benzoyl-diméthylaminoéthanol et ses sels (Pantocaïne).

Para-amino-benzoyl-2-diméthyl-3-diéthylaminopropanol et ses sels (Larocaïne).

Penta-méthyl-benzoyl-oxypipéridine carbonate de méthyle et ses sels (Eucaïne A).

Benzoyl-triméthyl-oxypipéridine et ses sels (Eucaïne B).

II. Introduction au tableau A de la substance suivante :

α-Butyloxycinchoninate de diéthyl-éthylène diamine (Percaïne).

III. Le décret de 1916 doit être modifié, d'une part en ce qui concerne les conditions à exiger pour l'ordonnance médicale prescrivant des substances du tableau C, d'autre part, en ce qui concerne la rédaction de l'article 26 dont le dernier alinéa doit être modifié de façon à ce que, lors de délivrance au public de spécialités contenant des substances vénéneuses (tableaux A, B, C), le pharmacien soit tenu d'apposer sur le conditionnement extérieur son cachet et le numéro du registre d'ordonnance.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Anesthésie aux dérivés de la malonylurée.

(M. HUARD, d'Hanoï ; 23-10-1935.)

On sait que les anesthésiques intraveineux de la série barbiturique peuvent être fabriqués en très grand nombre (Fredet). Mais si les chimistes ont déjà établi la formule d'une centaine de composés (Forgue), les chirurgiens n'en ont guère expérimenté plus de 7 ou 8. Il faut donc s'attendre à ce que de nouveaux uréides dérivés de la malonylurée soient employés. Nous ne sommes encore qu'à l'aube d'une nouvelle méthode d'anesthésie et il est prématuré de porter un jugement définitif à son sujet.

Sur les tumeurs osseuses.

(MM. ANSELME SCHWARTZ et HUARD ; 30-10-1935.)

MM. A. SCHWARTZ et HUARD signalent les difficultés du diagnostic de l'ostéite fibrokystique. L'examen radiologique et l'histologie ne fournissent pas toujours des renseignements probants, en pareils cas.

— M. SORREL croit, comme M. Schwartz, qu'il ne faut pas compter de façon trop absolue sur les renseignements que peut donner l'examen histologique des tumeurs primitives des os.

— M. SÉNÈQUE montre qu'il faut distinguer dans le diagnostic des tumeurs osseuses les cas faciles et les cas difficiles. Pour ces derniers il est indispensable de recourir à la biopsie.

— M. SCHWARTZ conclut que l'examen radiologique seul ne permet pas de poser un diagnostic de tumeur osseuse. L'examen histologique reste la clef de voûte de ce diagnostic, mais il importe d'être prudent et de savoir qu'il y a là encore des éléments d'incertitude.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Tétanos cérébral d'emblée compliquant une avulsion dentaire. Hémispasme facial. Guérison.

(MM. P. JACQUET, S. THIEFFRY, P. MAURY et NAFTALIS ; 8-11-1935.)

La rareté des troubles cérébraux au cours du tétanos : excitation violente, coma, vomissements, rendent intéressante l'observation rapportée.

Les manifestations cérébrales au cours du tétanos sont rares à tel point que l'intégrité de l'intelligence peut être considérée comme élément de discrimination important, de façon habituelle, entre certaines formes de tétanos et d'autres affections. Chez le malade en question, au contraire, le tétanos s'est manifesté d'emblée par des troubles cérébraux graves à forme pseudo-méningitique ou de délire aigu.

La forme cérébrale du tétanos a été individualisée par Bérard et A. Lumière en 1917. Chez leurs onze malades, tous blessés de guerre ayant reçu une injection préventive de sérum et ayant été atteints ensuite, malgré cela de tétanos, les manifestations cérébrales sont apparues tardivement, une quinzaine de jours en moyenne après les contractures. Il en a été tout différemment chez ce malade qui n'avait pas reçu préventivement de sérum et dont les troubles cérébraux sont apparus d'emblée, précédant les contractures et dominant la scène au début. Il semble donc qu'à côté de manifestations cérébrales tardives, survenant au déclin de tétanos prolongés par suite vraisemblablement de sérothérapie préventive insuffisante ou de microbisme latent tenant à la persistance dans la plaie de corps étrangers, il existe un tétanos cérébral d'emblée et dont le malade observé est le type.

Les manifestations cérébrales étant dues vraisemblablement à l'action directe de la toxine sur les centres nerveux, il est intéressant de souligner le caractère tangent des réactions albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien de ce malade, traduisant une irritation légère qui se maintenait trois semaines encore après la guérison effective que les auteurs n'ont pu attribuer à aucune autre cause et qui contraste avec l'intégrité habituelle du liquide céphalo-rachidien au cours du tétanos.

Revêtant les caractères du tétanos partiel, l'affection a évolué de façon très rapide, guérissant sans rechute en cinq jours avec la bénignité relative qui s'attache aux tétanos partiels en général et aux tétanos cérébraux en particulier. Cette tendance unilatérale s'est accompagnée à un moment donné d'hémi-spasme facial, symptôme rarement observé au cours du tétanos.

Survenant à titre de complication d'une avulsion dentaire, le tétanos paraît être d'une extrême rareté; il faut aussi noter chez le malade en question l'action quasi-immédiate sur les contractures d'un barbiturate administré par voie endo-veineuse constituant un traitement d'urgence qui mérite d'être retenu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le signe de Kérangal dans l'appendicite rétro-cæcale.

(M. G. PASCALIS ; 26-10-1935.)

De Kérangal a montré qu'en faisant coucher le sujet sur le côté gauche, le cæcum et l'appendice se trouvaient dégagés de la masse grêle, et facilement accessibles à la palpation. L'auteur a recherché ce signe systématiquement sur environ trois cents malades. Dans 80 % des cas la masse grêle se déplace et évacue la fosse iliaque droite, entraînant avec elle le cæcum lorsqu'il est mobile. Souvent lorsque le diagnostic était resté hésitant, on a pu obtenir à ce moment, grâce à une pression profonde, une vive réaction dans la zone de l'appendice, restée jusque-là muette. Toutes les fois que ce signe s'est montré positif, on a trouvé à l'opération un appendice rétro-cæcal et malade.

Lymphothérapie. Vaccinothérapie lymphatique.

(M. L. DHENIN ; 26-10-1935.)

La lympho-vaccination ou vaccination lymphatique, est l'introduction de vaccin au niveau de l'amygdale, organe le plus accessible de notre système de défense. Elle peut être pratiquée soit avec des auto-vaccins, soit avec des stock-vaccins spécialement adaptés. Son action est rapide, indolore, et ne provoque pas de choc.

Elle s'adresse à toutes les infections aiguës ou chroniques, aux manifestations de l'intoxication, telles l'asthme, les dermatoses, les entéro-colites, etc...

La micro-lympho-sérothérapie est l'injection de sérum antitoxique dans l'amygdale à doses minimes. Elle s'adresse à la diphtérie, et aux autres intoxications, et peut, dans certains cas, remplacer les injections massives de sérum.

Tumeur maligne de l'ovaire et puerpéralité.

(M. LE GAC ; 26-10-1935.)

Il s'agit de l'ablation d'un volumineux néoplasme de 7 livres compliqué d'occlusion intestinale. La guérison s'ensuivit.

Une malade accouche à terme d'un enfant de 2 kgr. 500 ; le ventre reste volumineux. Elle fait une occlusion du grêle, due à la coudure de l'intestin sur une bride unissant au mésentère la face postérieure d'une tumeur ovarienne droite, pesant 3 kgr. 500 (épithélioma qui est enlevé avec fistulisation du grêle) ; guérison sans incident. L'auteur insiste sur la latence de ces tumeurs malignes et sur la conduite à tenir pendant la grossesse (tout dépend de l'âge du fœtus au moment où le diagnostic est porté) et à la suite de l'accouchement.

G. F.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 4 novembre 1935

Anémie expérimentale et hépatothérapie.

M. A. Arthus rappelle que l'anémie saturnine expérimentale réalisée chez le lapin suivant une technique précise fournit des sujets chez lesquels la régénération spontanée est pratiquement supprimée On peut ainsi étudier l'action des produits qui agissent sur les organes hématopoïétiques.

L'hépatothérapie par injections intramusculaires d'un extrait hydro-alcoolique du foie agit remarquablement sur l'anémie saturnine expérimentale.

Est intervenu M. Blechmann, qui demande à l'auteur s'il peut préciser l'histologie lésionnelle des cellules sanguines et des tissus hémolymphatiques au cours de ses expériences.

Traitement des complications d'ordre spasmodique post-opératoires par un complexe calco-magnésien.

MM. R. Toupet, P. Viard, Gibert. — Le Docteur René Toupet et son interne Gibert ont étendu aux syndromes spasmodiques présentés par les opérés de l'abdomen en général et les occlusionnaires intestinaux en particulier, avec 50 % de succès complet et 25 % de succès partiel, le bénéfice des injections intraveineuses d'une association en milieu marin isotonique de chlorure de calcium fixé et amplifié par l'hyposulfite de magnésium.

Médication non toxique mais qui demande cependant à être injectée lentement — 1/4 de c. c. par 5 secondes — et de préférence loin du repas pour éviter les phénomènes vaso-moteurs périphériques subjectivement désagréables.

Sont intervenus : MM. Barishac, Delort qui demande au Docteur Viard s'il a fait à propos de ses observations des constatations radiologiques.

Clément-Simon. — M. R. Toupet signale plus particulièrement un très beau cas d'amélioration observé dans son service au cours d'une occlusion complète après injection du complexe calcomagnésien. D'autres cas ont été très favorables. Il suppose qu'on doit obtenir encore beaucoup mieux, en choisissant les cas et en ne se contentant pas d'une seule injection.

Deux cas d'occlusion intestinale ayant nécessité une dérivation chirurgicale après l'emploi d'anesthésique de base.

MM. Delort, Chicandard ont rapporté deux observations d'occlusion colique ayant suivi l'anesthésie au triboncéthanol.

Dans l'un et dans l'autre cas la terminaison des accidents a été heureuse mais après grandes angoisses et anus artificiel temporaire. Ils signalent ces faits à l'observation des collègues qui emploient fréquemment cette méthode.

Traitement de certaines anuries par injection d'adrénaline.

M. Longjumeau. — L'injection de deux ou trois ampoules d'adrénaline dosée à 1 milligramme suffit très souvent pour faire céder une anurie d'ordre sécrétoire qui s'est montrée irréductible à toute autre thérapeutique. Dans la plupart des cas traités ainsi avec succès l'anurie s'accompagnait d'un fléchissement plus ou moins important de la tension artérielle. Il se pourrait que ce soit en provoquant la brusque réascension de cette pression artérielle qu'agisse l'adrénaline. Ni l'âge, ni une sclérose vasculaire modérée, ni la constatation d'extra-systole ne constituent de contre-indication à son emploi.

Physiothérapie des furonculoses.

M. J. Meyer. — Les rayons X bloquent en un ou deux jours l'extension des foyers staphylococciques. Il y a lieu de les appliquer aux suppurations dangereuses de la région médio-faciale, à certains éléments très douloureux, et aux furonculoses régionales rebelles.

Les ondes courtes ont une action comparable mais moins rapide. On peut les appliquer sans aucun inconvénient, à tout furoncle ou anthrax. C'est le traitement de choix de panaris.

Les ultraviolets en irradiations locales hâtent la résolution des foyers staphylococciques et la cicatrisation des anthrax ouverts. En irradiations générales à l'arc polymétallique ils déterminent dans la majorité des cas la guérison de la furonculose, assurant dans un délai de trois semaines une véritable immunité qui dure environ trois mois. Tout se passe comme s'ils suscitaient une auto-vaccination cutanée.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie

Succès et insuccès de la sympathicothérapie

M. Ponsan, après avoir rappelé en quoi consiste la méthode de Bonnier, se déclare incapable d'expliquer scientifiquement comment agit le réflexe et se borne à exposer les faits cliniques.

Il indique que la touche est difficile, devant varier avec l'âge, le sexe, la situation sociale du malade : réalisée sans expérience, elle est susceptible d'occasionner une aggravation.

Il présente quatre malades guéris de sciatique, de névralgie faciale, d'asthme : le quatrième, femme d'un médecin, atteinte d'une tumeur de la colonne vertébrale, a vu disparaître ses douleurs et a pu reprendre une vie presque normale après une série de six touches. Il conclut en disant que la sympathicothérapie, qu'il expérimente depuis six ans, est une science jeune, qui ne doit pas faire crier au miracle, qu'elle ne guérit pas tout, mais qu'elle doit entrer

dans la pratique pour le traitement des chroniques, des algies, de l'asthme, des affections spasmodiques ou du sympathique.

Méningite herpétique récidivante, dix-sept atteintes en quatorze ans

M. Tamalet rapporte l'histoire d'un homme actuellement âgé de 33 ans, qui présenta pour la première fois en 1921, une éruption d'herpès génital, suivi au bout de 24 heures, d'un syndrome méningé caractéristique avec lymphocytose rachidienne accentuée. Depuis cette époque, le sujet présente chaque année et parfois deux fois par an, une poussée d'herpès génital toujours suivi d'une réaction méningée très vive : Bordet-Wassermann négatif, absence de germes, inoculation au cobaye négative.

Le syndrome méningé dure habituellement trois jours : le sujet se lève le quatrième jour et dès le sixième jour peut vaquer à ses occupations. On n'a jamais pu mettre en évidence à l'occasion des poussées herpétiques ni trouble humoral appréciable, ni infection quelconque préalable.

Pluralité des types d'arriération englobés sous la dénomination de mongolisme

MM. Sendrail et Bentin, en présentant six observations nouvelles de mongolisme, montrent que l'application des épreuves d'exploration endocrinienne et l'analyse neurologique permettent de reconnaître au moins deux types d'états de dégénération psychoomatique.

Il existe en effet des idioties encéphalopathiques à facies monglien, et des myxœdèmes cachés sous le même masque. Le mongolisme ne constitue pas une forme d'arriération originale et autonome : ni sur le plan clinique, ni sur le plan anatomo-pathologique on ne saurait découvrir de caractères qui lui soient propres.

Méningite varicelleuse

MM. Planques et Boulicand. — Au septième jour d'une varicelle régulière, après la défervescence thermique survient un syndrome méningé bruyant et fugace qui dure trois jours. La ponction lombaire donne un liquide puriforme aseptique avec forte dissociation cyto-albumineuse (649 cellules pour 0,50 d'albumine), polynucléose presque exclusive. L'enfant (12 ans) paraissait prédisposé par une encéphalopathie infantile antérieure.

Aspect radiologique de la spondylite mélitococcique

M. Castay résume les divers aspects que peut révéler la spondylite mélitococcique ; il y a lieu de distinguer deux types :

1) Spondylose simple avec becs ostéophytiques plus ou moins nombreux sur les bords des vertèbres, qui ne présentent pas de lésions, et dont les disques sont conservés.

2) Pseudo-mal de Pott. Disparition du disque avec tassement d'un ou deux corps vertébraux, le plus souvent lombaire, souvent quelques proliférations ostéophytiques. Il existe parfois un foyer de destruction osseuse localisée avec abcès.

Le diagnostic très délicat doit se baser sur les commémoratifs (rachialgie au cours de la convalescence), l'absence de raréfaction osseuse véritable, un pincement partiel du disque, la cicatrisation rapide des lésions destructives sans immobilisation plâtrée.

La réaction de Zambrini

M. Maurin. — Cette réaction a pour but d'apprécier la résistance d'un organisme, ainsi que les perturbations pathologiques d'un malade : elle se pratique sur la salive avec un réactif à dérivés anthraquinoniques. Il semble bien qu'aux extrêmes cette réaction peut apporter quelques renseignements aux cliniciens, mais en réalité, elle n'est autre chose qu'une détermination colorimétrique du pH. salivaire. Aussi, serait-il plus intéressant de lui substituer un réactif pour mesure du pH. qui donne une gamme de coloration plus nuancée.

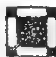
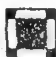
Diphtérie trachéale primitive sans angine ni croup

M. G. Calvet. — Enfant de 6 ans présentant une asphyxie brusque après deux jours de fièvre à 38° ; aucune localisation pharyngée et laryngée. On pratique un tubage qui amène une très petite amélioration, ainsi qu'une sérothérapie massive indiquée par la notion d'une épidémie de quartier ; le premier prélèvement dans le cavum et sur les amygdales est négatif.

Le lendemain et le surlendemain obstruction du tube par fausses membranes et expulsion par quintes de toux de moules bronchiques typiques ressemblant à des parcelles de macaroni.

L'intérêt de cette observation réside dans l'absence de germes dans le rhino-pharynx, ce qui n'est pas la règle dans les diphtéries trachéales ; l'auteur pense qu'il s'agit d'une localisation primitive du processus infectieux au niveau de la trachée.

Tourneux.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

J. PEYRONNET et Cie, éditeurs,
7, rue de Valois, Paris (Ier).

Docteur P. SCHRUMPF-PIERRON. — **Thérapeutique cardio-vasculaire.** Un vol. 300 p. Prix : 30 francs.

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain.

Félix LEJARS. — **Traité de chirurgie d'urgence.** Neuvième édition entièrement refondue par Pierre BROCQ, professeur agrégé, avec la collaboration de Robert CHABRUT, ancien chef de clinique. Un vol. 1.300 pages, 1.250 figures, 1936. Prix : 190 francs.

LIBRAIRIE GARNIER FRÈRES,
6, rue des Saints-Pères, Paris.

Mémoires du Cardinal de Retz. Préface, notes et table de Georges MONGRÉDIEN. Volumes III et IV. Chaque volume : 12 francs. Collection des Classiques Garnier.

Librairie E. MAUPETIT
144, La Canebière, Marseille.

Ch. MATTEI, professeur de clinique médicale, P. GIRAUD, professeur agrégé, M. AUDIER, chef de clinique, à la Faculté de médecine de Marseille. — **Question de garde de médecine**, 3e *édition*. Un volume in-16 jésus, 352 pages, 1936, 30 francs.

Le concours d'internat des hôpitaux de Marseille est pourvu depuis près d'un siècle d'une épreuve intéressante entre toutes, celle des « Questions de garde ». Après les épreuves écrites et cliniques, le candidat doit encore répondre en un temps très bref à trois questions de médecine, chirurgie ou obstétrique d'urgence.

Le programme des questions de garde de médecine a inspiré aux auteurs le très utile précis dont la troisième édition paraît aujourd'hui avec une excellente présentation.

Précédé d'un court rappel des doses et formules usuelles, on y trouvera, en huit chapitres substantiels l'exposé bref et pratique des principaux tableaux cliniques de médecine d'urgence, des problèmes de diagnostic et de traitement immédiat qu'ils peuvent poser.

Cas d'urgence de la pathologie digestive, respiratoire, circulatoire, urinaire, nerveuse, des maladies infectieuses, des intoxications, etc., sont étudiés de telle manière, que non seulement ce livre sera utile aux étudiants et aux internes, mais encore pourra rendre grand service aux praticiens.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des psychonévroses légères

Par le Docteur J.-M. POULIN

Il est indéniable que nous rencontrons dans la pratique courante un nombre sans cesse croissant de malades présentant des perturbations mentales légères. Bien que le terme ne soit pas très heureux, il est classique de les désigner sous le nom de « *petits mentaux* » ; nous acceptons cette appellation n'ayant pas la prétention d'en trouver une meilleure pour désigner cette foule de malades si différents en apparence. Celui-ci est un surmené que les préoccupations du labeur de la journée assaillent jusque dans son lit créant une véritable obsession. Celui-là, véritable loque humaine, traîne partout son effondrement physique, son apathie et sa lassitude. Cet autre vous accable de ses craintes, de ses regrets et de ses lamentations perpétuelles. Cependant tous ces sujets présentent un trait commun : ils jouissent tous d'un état de santé à peine altéré. Ce sont donc bien de « petits » malades. Ils exposent en général avec volubilité les malaises les plus bizarres et les plus variés, aussi leur entourage, qui ne peut comprendre que tant de malaises ne soient en rapport avec aucune lésion organique constatable, les taxe volontiers d'exagération, voire même de simulation et avec une nuance de mépris les classe parmi les malades imaginaires. On comprendra aisément que leur nombre augmente actuellement d'une façon étonnante si l'on tient compte de l'état d'instabilité perpétuelle dans lequel nous vivons, ainsi que du rythme accéléré imposé par la vie moderne, bien propres à créer un état d'âme col-

lectif fait à la fois d'inquiétude et d'énervement, état particulièrement propice au développement de troubles psychiques chez des sujets d'apparence normale, mais présentant un terrain spécial de fragilité nerveuse.

Comment soigner ces malades chez lesquels un examen clinique minutieux n'apporte la plupart du temps que peu de renseignements et ne révèle que bien rarement une déficience organique quelconque. La thérapeutique se précisera chaque fois qu'il sera possible d'incriminer soit une intoxication chronique (tabac, alcool, par exemple), soit la déficience d'une glande endocrine (inutile de signaler la fréquence de ces malaises au moment de la ménopause) soit une dystonie du vago-sympathique que l'on pourra mettre en évidence par la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Bien entendu on pensera toujours à la possibilité d'un héritage spécifique d'un passé plus ou moins lointain.

Bien plus souvent ne trouvant aucun signe anormal dans tous ces domaines, on appellera en vain l'aide du laboratoire, de la radioscopie et de l'électro-cardiographie.

Quel traitement instituer lorsqu'il a été impossible d'établir un diagnostic étiologique précis ? D'abord gagner la confiance du malade. Le problème se trouve en effet posé aux confins de la médecine et de la psychologie et ici chacun agira suivant son intuition et son propre tempérament ; l'intimidation pouvant réussir dans certains cas aussi bien que la persuasion la plus douce.

Ensuite, soulager le malade. Là, la thérapeutique symptomatologique reprend tous ses droits. La difficulté n'en est pas moindre, car comment choisir quelques signes dominants au milieu d'une symptomatologie dont la richesse n'a d'égale que son imprécision. En réalité deux symptômes prédominent pour ainsi dire toujours : l'anxiété et l'insomnie. Or, il est un médicament auquel on pense toujours en cas d'insomnie, tellement il est d'un usage courant et d'une action fidèle, c'est l'allyl-isopropyl-acétyl-carbamide, qui, heureusement pour notre mémoire a été spécialisé sous le nom beaucoup plus simple et surtout plus imagé de Sédormid, mais on ne pense pas assez souvent qu'il est aussi un des meilleurs médicaments de l'anxiété. Cela s'entend chez les petits anxieux, c'est-à-dire chez ceux que nous avons actuellement en vue.

Il nous arrive souvent de prescrire seulement du Sédormid quand nous voyons un de ces malades pour la première fois. La simplicité de cette prescription a un avantage. La plupart du temps ces pauvres gens ont eu recours, soit d'eux-mêmes, soit d'après différents conseils à une foule de remèdes et cela sans résultat : une thérapeutique compliquée risquerait de les rebuter et de ne pas être suivie du tout. Nous y joignons seulement quelques prescriptions d'hygiène générale (repos, vie au grand air loin des soucis, des fatigues, etc.).

La posologie du Sédormid pouvant varier dans d'assez larges mesures, il est facile d'en graduer les effets. Un comprimé suffira pour calmer les céphalées légères si gênantes pour l'accomplissement de la tâche journalière surtout chez des sujets dont le système nerveux est hypersensible. Par contre trois ou quatre comprimés pris dans le courant de la journée apporteront un soulagement à des malaises plus graves et amèneront à coup sûr la sédation d'un système nerveux trop irrité. Enfin deux comprimés administrés le soir au coucher provoqueront un sommeil réparateur sans réveil désagréable et surtout beaucoup moins brutal qu'avec les narcotiques ou les dérivés barbituriques, car, ne l'oublions pas, nous avons à soigner de petits malades certes, mais qui ont souvent besoin d'un traitement prolongé et par conséquent qui ne doit pas être toxique et surtout ne doit pas créer de toxicomanie.

Après ce traitement qui dans sa simplicité présente une certaine souplesse, nous avons toujours constaté une amélioration plus ou moins marquée. Chez ces sujets le système nerveux atteint en effet un tel degré de tension qu'il se recharge de lui-même si l'on peut dire. Le sédatif administré suffit souvent pour amener une détente qui replace en quelque sorte l'organisme dans un état normal.

La maniabilité du médicament permet de maintenir aussi longtemps qu'il le faut cet état d'équilibre au début fictif mais qui par la suite devient définitif. Nettement supérieur au bromure et à la valériane qui ont leurs indications spéciales, le Sédormid est moins sidérant que les narcotiques et les dérivés barbituriques, ce qui permet de l'employer aussi bien à titre temporaire que comme traitement de fond.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

LES CAISSES CHIRURGICALES MUTUELLES

Depuis quelques mois, je reçois des lettres de confrères me demandant avis sur les Caisses chirurgicales mutuelles et je désirais, pour les renseigner utilement, en parler librement avec mon ami et ancien collègue le Docteur François Delmas, (d'Agen) qui peut être justement considéré comme le père de ces fondations nouvelles. A l'usage leur action paraît salutaire, pour conserver au malade, économiquement faible, la possibilité d'être opéré, où bon lui semble, par le chirurgien de son choix, tout en conservant son médecin traitant.

La Fédération nationale des Caisses chirurgicales mutuelles, lors de son Congrès, tenu à Bordeaux en Mai dernier, a mis au point bien des détails particuliers que nos confrères, désireux de fonder une Caisse chirurgicale mutuelle, doivent connaître ; je pense leur être utile en reprenant, dans ce journal, les points principaux qui y furent discutés.

Notre confrère le Docteur R. Belly, président de la Fédération des Caisses chirurgicales mutuelles, a eu l'heureuse idée de réunir les rapports, les discussions, les contrats-types, en un fascicule que devront lire attentivement, tous ceux qui désirent fonder une Mutuelle chirurgicale.

... « *Les précurseurs de cette branche relativement jeune de l'activité mutualiste ... forts d'une expérience suffisante dans ce temps et dans l'espace, ont déterminé le type idéal des Mutuelles chirurgicales, tel qu'il peut être réalisé partout en France à quelques variantes de tarifs près, en toute sécurité, et en épargnant aux promoteurs toute mauvaise surprise et même toute difficulté sérieuse* » (1).

1° Organisation administrative

Dans un premier rapport, le Docteur André Cornac, directeur de la Mutuelle chirurgicale de Guyenne et Gascogne étudie l'organisation administrative des Caisses.

Si l'on veut vraiment mettre sur pied une Mutuelle chirurgicale qui donne à ses adhérents toute satisfaction, il faut que *tous les médecins* collaborent avec le Corps chirurgical et les cliniques existantes.

La chose est possible même avec les Syndicats médicaux les plus jaloux de leur autonomie et sans qu'il y ait à faire un abandon même minime des prérogatives médicales.

Le premier point à réaliser c'est l'établissement d'un tarif de responsabilité, d'accord avec les chirurgiens et les spécialistes, tarif comprenant un prix d'intervention, une durée de séjour, la rémunération des aides et éventuellement celle du médecin traitant.

Le barème ainsi établi doit être applicable aux assurés sociaux.

Le deuxième point c'est l'établissement d'une convention entre la Caisse chirurgicale et les cliniques, en basant le prix de la journée non seulement sur le prix hôtelier, mais en envisageant les frais de pansement et de pharmacie à l'exclusion des examens de laboratoire, des gardes particulières, des sérums et des vaccins à prix élevé.

Lorsque l'accord est réalisé, il est facile d'offrir comme avantage à l'adhérent *le libre choix total du chirurgien et de la clinique.*

Les adhésions pourront comprendre des malades isolés, des groupes mutualistes, des groupes familiaux.

L'isolé apporte les risques les plus nombreux, on aura intérêt à lui appliquer l'obligation d'un stage assez long, alors que ce temps pourra être considérablement réduit, si le groupe comprend un chiffre important de mutualistes.

Dans tous les cas, la *garantie totale du risque chirurgical* doit être prévue, c'est un élément de propagande et un facteur de succès.

2° Les relations des Caisses chirurgicales et des Assurances sociales

M. André Loisy, directeur de la Caisse chirurgicale mutuelle de la Gironde montre qu'il existe actuellement seize mutuelles chirurgicales qui fonctionnent et groupent 180.000 adhérents.

Parmi ces membres, 70 % en moyenne sont des assurés sociaux ou des membres de leur famille, bénéficiaires.

C'est dire que la question des relations entre les Caisses chirurgicales et les Caisses primaires d'assurances sociales est extrêmement importante, puisqu'on se trouve en face de *deux organismes payeurs.*

Elles peuvent *être réduites au minimum.* La Caisse chirurgicale règle directement sa parti-

(1) Création et fonctionnement des Caisses chirurgicales mutuelles. 1 vol., 118 pages. Prix : 5 francs. En vente au siège de la Fédération, 3, place du Marché, Agen.

cipation à la clinique et elle remet à l'adhérent un chèque barré qu'il devra endosser au nom de son chirurgien.

Pour l'établissement du chèque, il est tenu compte de la participation de la Caisse primaire et seul le complément est payé par la Caisse chirurgicale.

Cette dernière demandera donc à la Caisse primaire le montant du remboursement opéré ou surseoira au remboursement tant que le sociétaire n'aura pas fourni un double du décompte pour ses prestations d'Assurances sociales.

Cette manière de faire a l'inconvénient de ne pas permettre le règlement immédiat et sûr des honoraires chirurgicaux, et de faire disparaître un des grands avantages des Caisses chirurgicales mutuelles.

Des relations plus suivies entre Caisses d'assurances sociales et Caisses chirurgicales peuvent permettre justement de faire récupérer directement des Assurances sociales les sommes qu'elles destinent à leurs assurés.

Il est alors nécessaire qu'intervienne un accord entre les Assurances sociales et les Caisses chirurgicales, convention à durée limitée, avec dénonciation ou revision possibles et précisant les modalités de payement, de contrôle et de tarifs.

La Caisse chirurgicale devient ainsi un rouage de fonctionnement de la Caisse d'assurances sociales.

Sans entrer dans des détails de fonctionnement dont M. André Loisy a examiné minutieusement les modalités, nous pouvons considérer ce point comme un de ceux dont le règlement sera particulièrement délicat à établir par les fondateurs des nouvelles Caisses chirurgicales mutuelles.

3° FONCTIONNEMENT DES CAISSES

Dans un troisième rapport le Docteur Vignoli, secrétaire général de la Mutuelle chirurgicale des Bouches-du-Rhône, envisage LES MOYENS DE DÉFENSE DES CAISSES CHIRURGICALES contre tous les adhérents qui cherchent avant tout à en être les profiteurs.

Il y en *a trois* : Le stage, la visite à l'entrée, l'admission conditionnelle.

Le *stage* : Toutes les Caisses chirurgicales l'exigent de leurs adhérents.

Pour l'isolé il est absolument nécessaire et sa durée doit être au minimum d'*un an*.

Pour les familles, pour les groupements même, on ne saurait l'abaisser au-dessous de *trois mois*.

Ce stage doit être *absolu*, on ne saurait admettre pendant sa durée, la couverture partielle ou totale du risque encouru, on stipulera que pendant toute cette période l'adhérent n'aura droit à *aucune prestation*.

La visite à l'entrée : elle tarit le recrutement dans d'énormes proportions, elle est de plus gênante pour l'adhérent, peu concluante lorsqu'elle n'est pas sérieusement faite et onéreuse, si la Caisse chirurgicale doit l'organiser avec des médecins spécialement désignés.

Les admissions conditionnelles : il faut n'accepter les isolés qu'exceptionnellment, les rejeter s'ils sont sexagénaires et être très circonspect, avant de recevoir les adhérents porteurs d'une lésion justiciable, tôt ou tard de la chirurgie.

Il ne faut pas oublier, devant cette sévérité apparente, que les Caisses chirurgicales mutuelles sont des Caisses de prévoyance, qu'elles doivent protéger et défendre contre la cupidité des profiteurs, les intérêts des seuls vrais mutualistes prévoyants et consciencieux.

4° LES MUTUALISTES DE SITUATION AISÉE

M. Belly, président de la Mutuelle chirurgicale de Guyenne et Gascogne, s'il est tout disposé à consentir des sacrifices en faveur des mutualistes de situation réellement modeste, se refuse à les étendre à ceux qui jouissent d'une certaine aisance.

Cette prétention satisfait pleinement la justice, puisque les subventions données par l'Etat aux mutualistes proviennent de l'impôt fourni par la masse des citoyens.

L'exemple des deux mutuelles bordelaises qui ont inscrit dans leurs statuts la libre entente avec tout mutualiste qui ne serait pas de condition modeste (et on la définit cette condition modeste, par rapport aux limites de salaires servant de base aux Assurances sociales) cet exemple mérite d'être suivi.

5° LES TARIFS CHIRURGICAUX DES CAISSES CHIRURGICALES MUTUELLES

Ils se sont inspirés de la nomenclature établie par la Confédération des Syndicats médicaux français pour la loi des Assurances sociales, et l'expérience actuelle des Caisses chirurgicales qu'a le rapporteur, le Docteur Delmas, secrétaire général de la Caisse chirurgicale mutuelle du Lot-et-Garonne lui fait préférer à tous les autres le chiffre clé K = 20

Il lui paraît que ce chiffre, tout en restant modéré, permet la couverture totale du risque avec une cotisation comprise entre 30 et 40 francs.

Quelques risques inquiètent particulièrement les Caisses au point de vue financier. Ce sont tous les petits risques dont le prix ne dépasse guère 500 francs. En les éliminant on agit avec prudence et on laisse au médecin traitant toute la pratique de la petite chirurgie, qu'il connaît et pratique journellement.

Il est bien évident que l'équilibre entre les cotisations et les tarifs dépendent avant tout du

pourcentage opératoire. Il faut l'évaluer approximativement à 22 ou 23 opérés pour 1.000 cotisants. Cet équilibre est lié à la bonne entente entre les mutualistes, les médecins, les chirurgiens qu'un contrôle bienveillant sait départager et aussi d'une collaboration bien étudiée avec les Caisses d'assurances sociales.

J'aurai fait à peu près le tour du problème posé par ces organisations nouvelles que sont les Caisses chirurgicales, si je leur emprunte encore l'*Ordre des opérations qu'il faut faire, lorsque l'on désire en créer une.*

1° Entrer en relation avec la Fédération des Syndicats médicaux de son département et également les représentants des cliniques.

Après mise au point du Tarif de responsabilité des interventions et accord, signer la convention (dont divers modèles-types existent) qui réglera les rapports avec les chirurgiens et les conditions d'hospitalisation ;

2° Tenir une Assemblée générale constitutive qui permettra d'adopter les statuts ;

3° Demander au Ministère du Travail l'approbation des statuts en constituant un dossier de demande :

a) extrait du procès-verbal de l'Assemblée général constitutive (2 exemplaires) ;

b) Statuts de la Société de Secours mutuels (4 exemplaires ;

c) Liste des noms et adresses des personnes qui sous un titre quelconque seront chargées à l'origine de l'origine de l'administration et de la direction (4 exemplaires).

Ce dépôt doit s'effectuer un mois avant la mise en fonctionnement de la Caisse soit à la Préfecture, soit à la Sous-préfecture du siège social de la Société de secours mutuels ;

4° Commencer aussitôt le recrutement sans attendre l'approbation de la Société de Secours mutuels par le ministère du Travail.

Je suis persuadé que ces renseignements utiles que j'ai dû rapidement exposer et qui sont plus longuement étudiés dans les comptes rendus du Congrès dont je conseille vivement la lecture aux médecins désireux de défendre leur profession, intéresseront tous nos lecteurs et leur feront comprendre le grand intérêt que présentent actuellement les *Caisses chirurgicales mutuelles.* Dr Raphaël MASSART.

II

MÉDECINE — ADMINISTRATION — POLITIQUE

Nouvelles déclarations du Ministre de la Santé publique au Sénat, le 28 décembre 1935

Toujours à propos du décret-loi du 30 octobre 1935, qui interdit le *cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un hôpital et celles de médecin ou de chirurgien de cet établissement.*

Des protestations s'étaient aussitôt élevées contre cette mesure injustifiée, et le Ministre avait annoncé (Chambre des députés, 17 décembre 1935) l'envoi d'une circulaire aux Préfets pour permettre aux confrères, désormais exclus, d'être appelés constamment afin de donner leur avis à leurs anciens collègues de la Commission. De plus, une autre déclaration affirmait que les médecins, élus maires et par suite : présidents-né de la Commission administrative, feraient exception et conserveraient leur droit au cumul. Et nous avions terminé : « dans un hôpital, médecine et administration demeurent en principe incompatibles, la politique, seule, permettra dorénavant cette union, pourtant si fertile en heureux résultats ».

Plus récemment, M. Le Gorgeu a repris la question au Sénat. Il a exposé que s'il pouvait y avoir des inconvénients à ce qu'un médecin de l'hôpital, et en même temps membre de la Commission administrative, fut à la fois juge et partie, il y avait aussi un intérêt majeur à ce que dans la Commission administrative d'un hôpital se trouve un technicien. Ce n'est, en effet, pas la même chose d'être appelé à titre de conseiller sur telle question particulière et d'être membre de la Commission administrative.

De son côté, M. J.-P. Rambaud plaida également l'efficacité du cumul de ces deux fonctions, et il ajouta : « Plusieurs ministres ont donné à diverses reprises des instructions aux Préfets pour désigner de préférence des médecins pour les représenter dans les Commissions administratives des hôpitaux, dans lesquels ceux-ci exercent. Ceci est tout à fait légitime. Qui connaît mieux les besoins de l'hôpital que le médecin, qui y est attaché, les besoins des hospitalisés que le médecin qui les soigne ? Le fait d'avoir, pour être médecin ou chirurgien des hôpitaux, subi un concours difficile entre tous, le fait d'avoir été distingué par une Commission administrative d'hôpital parmi les médecins d'une ville, prouve le dévouement et la science, dont l'un d'entre eux fait preuve auprès de ses malades, par les titres scientifiques et hospitaliers qu'il possède ; va-t-il constituer un vice rédhibitoire pour la nomination à un poste d'administrateur d'hôpital ? Est-ce que se sera un vice rédhibitoire d'être médecin d'hôpital pour un maire, qui aura été élu par ses concitoyens et qui, de ce fait, est président-né de la Commission administrative ? »

Pourquoi aussi dire que les médecins ne peuvent être à la fois organe de direction et organe d'exécution. Dans l'Administration de l'armée, le médecin-chef d'un hôpital n'est-il pas en même temps directeur de l'hôpital. C'est lui qui administre l'hôpital avec l'aide de son officier gestionnaire, et c'est lui qui est le chef de l'hôpital. Les hôpitaux militaires ne s'en portent pas plus mal, et il n'y a pas de raison parce que les médecins ne collaborent pas à la fois à l'administration et à ce qu'on appelle l'exécution.

M. Gasnier Duparc essaya de démontrer au Ministre l'inutilité de son décret-loi, par ce fait les médecins ne font pas partie de droit des Commissions administratives.

« Ils y sont introduits par quelqu'un. Si c'est par le Conseil municipal, il ne peut y avoir de conflit entre l'autorité municipal et le médecin, puisque c'est l'autorité municipal elle-même qui aura introduit le médecin dans la Commission administrative.

« Certains délégués sont nommés par les Préfets ; mais je crois, ou tous au moins je suppose, que les Préfets ont des ordres à recevoir du Gouvernement. Si, donc, le Ministre de la Santé publique estime qu'il y a vraiment des inconvénients majeurs à ce qu'un médecin de l'hôpital fasse partie de la Commission administrative, il n'a qu'à donner des ordres au Préfet pour qu'il ne le nomme pas.

« Votre décret, qui édicte une mesure absolue devant s'appliquer partout et dans tous les cas, me paraît excessif. Vous avez toujours un moyen de réprimer les abus qui pourraient se glisser dans la méthode que je vous demande de conserver, puisque vous avez la haute main sur les Préfets, du moins en théorie, (*Exclamations*), et que vous pouvez leur donner des instructions.

« Pour ce qui est du pouvoir municipal, il n'aura qu'à s'en prendre à lui-même s'il nomme des médecins comme membres de la Commission administrative. »

Le Ministre de répondre qu'il n'entendait pas avoir à intervenir d'une façon particulière, comme un honorable sénateur le lui demandait tout à l'heure, parce que, développe-t-il une pareille intervention lui paraissait injurieuse pour telle ou telle personnalité médicale ou telle ou telle Commission administrative. Aussi, a-t-il voulu, par une disposition générale, montrer que, si haut placés que soient les collaborateurs d'une Commission administrative, si dévoués que soient ceux qui travaillent dans un hôpital, fussent-ils de grands savants et des hommes qui consacrent à leurs fonctions toute leur vie avec une conscience à laquelle on vient de rendre hommage, ils ne peuvent pas faire qu'on aille contre certaines règles. La conclusion, c'est qu'il faut séparer la direction et l'exécution.

A la question du cumul de la direction et de l'exécution, faisant probablement allusion aux décisions du Conseil d'Etat obtenus par le Sou Médical pour soutenir ses adhérents, qui étaient attaqués par ces raisons, le Ministre déclara :

« Je reste persuadé, malgré une décision contraire du Conseil d'Etat, qu'il n'y avait même pas de question et qu'en droit strict, il n'était pas convenable — je donne à ce mot toute sa portée — que l'on pût à la fois appartenir à un organe de direction et être un agent, si haut placé fût-il, de l'exécution. »

Finalement, M. E. Lafont déclare que *le cumul ne sera qu'une mesure pour l'avenir, et qu'il ne touchera pas aux situations acquises.*

« M. Le Gorgeu, ajoute-t-il, a parlé d'un décret-loi qui n'a pas eu l'heur de plaire à l'ensemble du Corps médical, et qui avait été pris non seulement sous l'inspiration du Ministre qui est devant vous, mais à la demande d'un assez grand nombre de magistrats municipaux qui avaient constaté que le cumul des deux situations de médecin d'hôpital et de membre de la Commission administrative, c'est-à-dire de l'organe de direction du même hôpital, pouvait prêter quelquefois à conflit avec la municipalité ou à des difficultés dans la gérance même de l'établissement.

« La formule a été excessive. Je tiens d'abord à rassurer quelques-uns de nos collègues en leur signalant que, par le jeu de la loi, nous aurions déjà dégagé les maires, puisqu'il paraît difficile de soutenir que le décret-loi ait pour objet d'enlever au maire une prérogative qu'il tient d'une loi générale.

« Nous aurons peut-être d'autres allègements à faire, notamment pour ménager les maires.

« J'avoue franchement que je n'ai jamais prétendu faire la moindre peine au Corps médical en général, ni en particulier aux médecins qui administrent depuis nombre d'années, avec dévouement et souvent avec éclat, les hôpitaux.

« *J'accepte bien volontiers de n'appliquer la règle que pour le futur* et ne n'avoir pas à dire à ceux qui sont en place : « Allez-vous en ! » C'est ce qu'ont demandé beaucoup de membres de cette assemblée et de la Chambre. En tout cas, je puis dire que je suis tout disposé à faire un nouvel examen pour trouver des aménagements qui, tout en parant aux cumuls qui ont provoqué souvent des conflits locaux, permettrait aussi de tenir compte de la thèse contraire, qui a produit des arguments dont j'apprécie le sérieux et la portée. »

C. Fischer.

LE CHIRURGIEN DENTISTE PEUT-IL PRATIQUER TOUTES LES OPÉRATIONS SUR LES MAXILLAIRES ?

Un assuré social, porteur d'un kyste du maxillaire d'un certain volume, a été opéré par un chirurgien-dentiste. Il demande à sa Caisse le remboursement selon le tarif de responsabilité. La Caisse refuse, sous prétexte que pareille intervention n'est pas du ressort du chirurgien-dentiste et ne devrait être pratiquée que par un docteur en médecine.

Pour étayer son refus, la Caisse invoque la loi du 30 novembre 1892, qui, d'après elle, limite l'activité professionnelle des chirurgiens-dentistes et la borne à l'exercice de la seule pratique dentaire : d'où la conséquence, c'est qu'en pratiquant pareille intervention chirurgicale sur les maxillaires, le chirurgien-dentiste a exercé illégalement la médecine et que la Caisse se refuse à rembourser ces actes ainsi irrégulièrement accomplis.

Enfin, la Caisse soutient que si l'intervention chirurgicale avait été pratiquée par un docteur en médecine, l'incapacité de travail aurait été moindre et que le nombre de journées d'indisponibilité, pour lesquelles, il a fallu verser un demi salaire, aurait été diminué. La Caisse est-elle fondée, dans son refus ? C'est ce que nous allons envisager en étudiant tour à tour la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et celle du 5 avril 1930 sur les Assurances sociales.

Considérations découlant de la loi sur l'exercice de la médecine

La comparaison des textes respectifs de l'article premier et de l'article 2 de la loi de 1892, établit que, d'une part, le docteur en médecine a le droit de pratiquer toutes les branches de l'art de guérir, tandis que le chirurgien dentiste doit borner son activité à l'exercice de la profession de dentiste.

Pour définir l'étendue de cette dernière, nous devons nous reporter aux débats parlementaires, qui ont précédé le vote de la loi.

Avant 1892, la profession de dentiste n'était pas légalement réglementée. Elle consistait principalement en l'extraction des dents ou leur obturation et à la pose d'appareils de prothèse. La pathologie des dents et de la bouche cédait le pas à la pratique de la mécanique et de la dextérité manuelle.

Aussi, ne sommes-nous pas étonnés de lire la discussion, qui se déroule le 18 mai 1892, à la Chambre des Députés. A M. Félix Martin, qui faisait remarquer que les chirurgiens-dentistes pourraient anesthésier des clients qui seraient porteurs de maladies du cœur, ou des vaisseaux, le Professeur Brouardel, commissaire du Gouvernement, fit remarquer que « le titre de chirurgien-dentiste, comme d'ailleurs celui d'officier de santé, ne pourra être qu'un titre provisoire, le doctorat en médecine devant devenir obligatoire à brève échéance ».

Au Sénat, à la séance du 21 mars 1892, le Professeur Cornil, rapporteur de la loi, disait : « Nous définirons l'exercice de la profession de « dentiste par la faculté donnée à une per- « sonne, munie de diplôme, de traiter habi- « tuellement les maladies de la bouche, « de la muqueuse buccale et des dents. « Ainsi les dentistes, ou chirurgiens-dentistes « seraient des hommes instruits, qui connaî- « traient très bien les malades de la bouche et « qui pourraient traiter non seulement les mala- « dies de la dent, mais aussi les maladies des gen- « cives, de la muqueuse buccale en général et « même jusqu'à un certain point des maxillaires. « Ils feraient aussi naturellement des extractions « de dents, des plombages et poseraient des appa- « reils. »

Ultérieurement, à la discussion devant la Chambre, le 18 mai 1892, cette mention du traitement des lésions du maxillaire fut supprimée, limitant ainsi la profession de dentiste au traitemnt des affections de la bouche, de la muqueuse buccale et des dents.

Stricto sensu, le chirurgien-dentiste qui opère une lésion de l'os maxillaire dépasserait les limites professionnelles qui lui sont assignées par la loi. Cependant, l'évolution même de cette profession, la dextérité manuelle, l'instrumentation perfectionnée ont conduit le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui à traiter des lésions, qui, dentaires ou paradentaires, dépendent nettement de la région osseuse.

Que ce soit une résection alvéolaire, une apiectomie, le drainage d'un petit kyste paradentaire : personne ne songerait à le reprocher au chirurgien-dentiste. La loi de 1892 devient un peu vieillotte, au regard de la profession de dentiste et c'est pour cela que beaucoup sont ceux, qui reprennent les idées de Brouardel, en déclarant que le dentiste d'aujourd'hui et surtout celui de demain devraient posséder le grade de docteur en médecine.

Quant à dire qu'il y a exercice illégal, du fait d'avoir, pour un chirurgien-dentiste, opéré un kyste paradentaire, il faut surtout étudier les considérations de fait et décider si, par son volu-

me, la gravité de l'intervention, l'état physiologique du sujet, le chirurgien-dentiste aurait mieux fait de s'abstenir, non seulement à cause du risque de responsabilité professionnelle, qu'il encourait, en se chargeant d'une opération, qu'il n'aurait peut-être pas menée à bien, mais encore à cause des limites précitées, indiquées par les débats parlementaires, à défaut de précisions incluses dans un texte de loi.

Considérations découlant de la loi sur les Assurances sociales

Ici, nous devons nous placer exclusivement au point de vue des rapports de la Caisse avec son ressortissant.

Celui-ci s'est vu conférer par la loi le droit absolu de choisir son praticien. Il n'a pas à se préoccuper de savoir si ledit praticien a le droit légal de lui donner tels et tels soins, à l'exception de tous autres. Il s'est fait délivrer une feuille de soins spéciaux, il a reçu ces derniers ; il a payé le praticien ; il réclame son dû à sa Caisse et c'est son droit absolu.

Pour son refus de payement, la Caisse peut-elle exciper, de cette considération, à savoir que le chirurgien-dentiste ne peut pas accomplir tous les actes, qui légalement sont permis à un docteur en médecine ?

Non, devons-nous répondre, car il appartient aux Syndicats professionnels de médecins de se saisir de cette question, lorsque leur contrôle technique aura été alerté par la Caisse.

Au Syndicat médical intéressé de discuter si le chirurgien-dentiste a, ou non outrepassé ses droits. A lui de savoir s'il convient de blâmer le praticien, ou même de le déférer devant la justice indiquée ; mais la Caisse ne peut que demander avis au Conseil technique du Syndicat.

D'ailleurs, un arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 14 mars 1934 (*Concours Médical*, 1934.239), a reconnu à l'assuré le droit libre de choisir son médecin, même si le praticien réside à l'étranger, à la condition que ce choix ne mette pas obstacle à l'exercice du contrôle prévu par ladite loi.

D'autre part, la prestation a été accomplie ; la malade a payé son praticien ; la Caisse doit rembourser son ressortissant selon son tarif de responsabilité. C'est ce qui ressort d'une réponse ministérielle, parue au *Journal officiel* du 19 novembre 1932, car, ajoute le ministre, les organismes d'Assurances sociales n'ont pas les moyens de vérifier si les praticiens, signataires des feuilles de maladie, se sont conformés aux prescriptions régissant leur profession.

Conclusion.

J'estime, pour ma part, que la Caisse doit s'acquitter vis-à-vis de son ressortissant et rembourser à ce dernier la part qui lui revient selon le tarif de responsabilité.

Mais, si la Caisse estime que le chirurgien-dentiste a outrepassé ses droits et que, par suite, elle a éprouvé un dommage, du fait que l'affection, traitée par un docteur en médecine, aurait plus vite guéri, elle doit se retourner vers le service du contrôle technique syndical.

Puisqu'il s'agit d'une question d'ordre chirurgical, le Syndicat des médecins sera alerté de préférence à celui des chirurgiens-dentistes. D'ailleurs, ces deux Syndicats peuvent conférer ensemble, pour apprécier les faits, juger de la conduite professionnelle du chirurgien-dentiste, lui appliquer s'il y a lieu des sanctions disciplinaires, ou autres, ou simpement lui faire remarquer qu'il a commis une grande impudence, en se chargeant d'une intervention, qui, si elle avait échoué, ou mal tourné, aurait pu engager fortement non seulement sa responsabilité civile, mais encore sa responsabilité pénale, dans le cas où l'affaire étant correctionalisée, les experts commis auraient eu à déclarer si l'intervention dont s'agit dépassait la compétence d'un chirurgien-dentiste.

Disons, pour terminer, que si l'assuré social éprouve des difficultés pour se faire rembourser, il devra assigner sa Caisse devant la Commission cantonale du siège social de la Caisse, en s'adressant au greffe de la Justice de paix.

Paul BOUDIN.

LE FUTUR MÉDECIN DE FAMILLE

On déplore beaucoup non seulement dans les milieux médicaux, mais aussi dans les milieux où se recrute la clientèle, la disparition du vieux médecin de famille. Ce représentant si important de notre profession au XIXe siècle était un élément social d'un relief éminent. La place qu'il occupait dans le monde était bien supérieure à celle qui nous est maintenant réservée, malgré les progrès de notre technicité et de nos moyens de diagnostic et de traitement.

Il suffit de relire les grands romans qui dépeignent la société du siècle dernier et notamment ceux de Balzac et des Goncourt pour se rendre compte du terrain perdu par notre corporation dans l'estime publique. Si nous avons perdu ce terrain, c'est à cause justement de nos progrès techniques. Le médecin nouvellement promu, s'il a fait des études consciencieuses, a un pouvoir utile beaucoup plus grand dès le début de sa carrière que n'en possédaient ces glorieux praticiens de Balzac dont M. Trillat (de l'Institut Pasteur) a reconstitué l'identification et l'histoire.

La médecine, à cette époque, commençait à peine à devenir science : c'était encore un art presque pur. La situation est inversée. Le médecin est de moins en moins artiste, de plus en plus scientifique et cela grâce aux élans donnés par Cl. Bernard et Pasteur.

Ces grands hommes ont appelé à la rescousse la chimie, la physique et ont plié avec énergie l'expérimentation à leurs lois rigides. L'électricité et même les sèches mathématiques sont venues également apporter un vigoureux appoint à la transformation de nos moyens d'action. La médecine reste toujours un art, car elle ne peut être exercée sans ce pouvoir intuitif, divinisé par les anciens, que possèdent seulement les élus. Mais cet art est maintenant bardé d'armes scientifiques qui lui font une épaisse carapace.

Ce bagage croissant est tellement considérable qu'il a fallu choisir et qu'il faudra de plus en plus choisir. Le médecin omniscient n'est plus possible : il succomberait sous le poids. La spécialisation, devenue obligatoire, a donc tué le médecin de famille.

***

Il y aurait grand intérêt à le ressusciter, mais sous une forme moderne. Le nouveau médecin de famille que nous souhaitons aurait un double rôle à remplir ; il serait à la fois un médecin préventif et un médecin aiguilleur. Tout cela demanderait, non seulement une vocation spéciale, mais une préparation particulière et une certaine modestie dans l'ambition. Ambition veut dire à la fois : désir de faire fortune et désir d'avoir des honneurs. Le médecin de famille que nous allons définir ne deviendra pas riche et sera rarement décoré.

Par contre, il jouira rapidement de la haute considération qui entourait son aïeul à chapeau haut-de-forme, à redingote, à cravate blanche. Entre parenthèses, je dois dire que cette popularité est un danger : elle a contribué à la disparition des anciens. Les derniers médecins de famille ont mal tourné : ils ont tous fini sénateurs ou députés, quand l'estime reconnaissante du public avait une part dans l'expression du suffrage universel.

Mais il ne faut pas exagérer et nous ne demandons pas que nos médecins de famille soient inéligibles, comme les officiers. Que quelques-uns deviennent parlementaires, cela les reposera et accélérera le renouvellement des cadres.

***

La médecine préventive, qui a maintenant des méthodes bien assises et constitue l'espoir principal des esprits soucieux d'assurer la santé publique, ne pourra donner des résultats vraiment effectifs que lorsque le médecin de famille fonctionnera à nouveau. Les praticiens actuels, médecins de quartier ou de campagne, sont entraînés à soigner les maladies usuelles et s'en tirent très bien : mais, ils ne voient les gens que lorsqu'ils sont malades. La maladie finie, le médecin est payé, plus ou moins bien, plus ou moins vite et tout est dit ; peut-être ne verra-t-il plus jamais l'homme qu'il a remis sur pieds. Les spécialistes aussi ne voient les appendices, les sinus, les mastoïdes, les utérus, les tumeurs blanches, les iritis, etc., que lorsque le mal est confortablement installé. Les temps sont durs et, malgré la difficulté pour la gent médicale de gagner sa vie (elle se montre de moins en moins exigeante), les prix pratiqués font cependant hésiter la clientèle : celle-ci ne va voir le médecin que forcée par le besoin impérieux de guérir ou d'être soulagée. La crainte de la dépense est l'ennemie de la sagesse.

Si, entre mon médecin rêvé et ses clients, des relations pouvaient s'établir de telle sorte qu'il se trouvât chargé de les surveiller avant qu'ils soient malades, la médecine préventive cesserait d'être une utopie. Pour ce faire, il faudrait une combinaison financière que je ne peux exposer, faute de compétence, mais qui serait ainsi caractérisée : le médecin n'aurait pas à compter ses visites et le client n'aurait pas à les appréhender

pour sa bourse. Je ne vais pas jusqu'à proposer la méthode chinoise, le médecin payé suivant le nombre des jours de santé, car il faut compter avec la fatalité qui domine toute prévention et toute thérapeutique.

Supposons le médecin de famille installé dans son rôle préventif, il y joindra forcément son rôle d'aiguilleur. Expliquons-nous. Un de nos meilleurs amis qui a des idées communes avec nous, a écrit autrefois un article où il comparait les médecins praticiens à des chefs de gare. Il montrait ces honorables fonctionnaires se promenant les mains derrière le dos sur les quais de la gare et, par quelques coups de sifflet mobilisant les trains, les arrêtant, les guidant dans les voies de garage et passant, en somme, leur vie à éviter les catastrophes. C'est une image du rôle du médecin de famille.

Je le vois volontiers s'occuper, avant sa naissance, d'un futur citoyen ou d'une future citoyenne. Il donne à la bientôt maman des conseils de circonstance, examine ses urines de temps à autre, surveille son mode d'existence et exige un examen préalable du spécialiste auquel sera confié l'acte final. Il le choisira lui-même, ce spécialiste, et l'assistera en second, car il ne doit pas prendre la responsabilité de l'accouchement, ce n'est pas son métier. L'enfant est né : il doit diriger son alimentation et son habillage, se préoccuper des diverses vaccinations et, sans aller, comme le voudrait Mme Despaux, jusqu'à lui faire pratiquer de l'éducation physique dans son berceau, il doit veiller à ce qu'aucune mauvaise coutume ne vienne entraver le libre développement de son thorax et de ses petits membres. Il fera de la prévention des avitaminoses et soignera les petites indispositions coutumières par la thérapeutique la plus simplifiée.

***

Le nouveau-né est devenu un bébé gazouillant et trottinant. Ce n'est pas le moment de le quitter, même si la famille s'offre le luxe d'une impérieuse nurse anglaise.

Ce qui convient aux petits enfants anglo-saxons, nés dans le brouillard n'est pas forcément adaptable aux bébés latins ou celtiques. A ceux-ci, la nourriture rationnelle française convient mieux et des précautions spéciales sont de mise pour l'acclimatement au froid et à la pluie si brusque et si cruel chez les Anglais.

C'est à ce moment que doit commencer vraiment le rôle de l'éducation physique, si bien mis au point par des médecins comme Boigey, comme Ruffier. Il ne faut pas dédaigner, évidemment, les méthodes des professeurs spécialistes, non médecins, comme Mme Despaux et le commandant Hébert : Mme Despaux enseigne à Bordeaux, avec succès, ce qu'elle a appris à Liége (c'est du Nord que nous vient la lumière), le commandant Hébert a fabriqué plusieurs générations d'athlètes, mais ces spécialistes, comme les nurses anglaises, ont tendance à interdire au médecin l'accès de leur territoire. Le Docteur Noir (1), dans ce journal, a relaté dernièrement la pratique déplorable, autant que commerciale, de certains professeurs de lycée. Education physique, oui, mais quoiqu'en pense le commandant Hébert, sur indication et surveillance médicales.

Pour que le corps du bébé reste harmonieux et se développe suivant la norme, le coup d'œil du médecin de famille est indispensable ; il saura mettre dans des méthodes, souvent trop théoriques et rigides, la souplesse biologique qui, forcément, échappe aux purs pédagogues. Et si, malgré sa surveillance, se dessinent scolioses, dystrophies osseuses ou articulaires, il saura intervenir à temps en aiguillant le sujet vers un spécialiste de chirurgie infantile.

Le développement intellectuel sera également, dans une mesure physiologique, sous sa responsabilité : il devra utiliser tout le clavier des endocrines dont Léopold-Lévi a si bien orchestré le jeu compliqué. Parer aux troubles intestinaux par une alimentation modifiée suivant l'âge, parer aux maladies infantiles simples et aux fièvres éruptives par une thérapeutique simplifiée, voilà, pendant les deux enfances, le rôle de notre médecin : il sera à l'affût des complications possibles et fera appel à l'oto-rhino avant que les lésions graves du nez, de la gorge et du larynx soient trop fortement installées.

Pour mémoire, je signale l'importance du développement des dents et de la collaboration du stomatologiste ; la surveillance de la vue avec collaboration de l'ophtalmologiste.

Il y aura deux tournants dangereux : la puberté et l'éveil sexuel. Le médecin de famille, confident et ami, aura beaucoup plus de facilité et d'autorité que les parents pour faire, aux jeunes mâles prêts à s'envoler, la leçon nécessaire de prophylaxie antivénérienne. C'est en assurant la santé des familles qu'on assurera la santé de la race. Pour les filles arrivées à l'âge du mariage, le rôle médical sera aussi important que difficile : il s'agira d'assurer, aux unions projetées, le bénéfice de certificats pré-nuptiaux d'avant la lettre... en attendant que la cause plaidée avec tant d'ardeur par Schreiber puisse avoir une consécration officielle.

Et la vie continuera. D'autres enfants viendront qui seront à surveiller à leur tour. Les mamans, sans vieillir, bien entendu, prendront de l'âge ; il faudra penser aux écueils de la ménopause. Le Pachon devra dire souvent son mot chez les grands-parents. Il y aura des prostates à

(1) *Concours Médical*, 1er décembre 1935.

surveiller, et l'urologue viendra se joindre aux autres conseillers que le médecin aura dû appeler à la rescousse.

***

Voilà comment on peut tracer le rôle du médecin de famille moderne. Parmi les lecteurs, les uns trouveront ma description trop délayée, d'autres trop résumée, mais tous s'accorderont à faire des objections. Voici celles qu'on peut prévoir.

Recrutement du médecin de famille ? Evidemment parmi d'honnêtes gens ayant la vraie vocation médicale et la seule ambition de jouer un rôle aussi modeste qu'éminent. Des études sérieuses, complètes, sans cours de perfectionnement luxueux suffiront à cette préparation. Notre médecin-chef de gare aura, comme Montaigne, des connaissances de tout, mais aucune connaissance poussée au point de l'inciter à mettre lui-même la main à la pâte, sauf pour la pratique courante. L'hygiène pré-natale, la puériculture, l'endocrinie, les lois du développement physique et la médecine usuelle sont des enseignements sans mystère. Un perfectionnement indispensable et qui doit durer toute la vie, c'est la lecture régulière et assidue d'un choix restreint de journaux médicaux de premier ordre. La médecine est un être vivant qui grandit et se modifie sans cesse : un peu de paresse et voilà le praticien dépassé par les événements scientifiques qu'il n'a pas suivis au jour le jour.

Autre condition : fréquentation des milieux médicaux, sociétés, associations, syndicats. Le médecin de famille doit choisir d'avance et en connaissance de cause les spécialistes auxquels il aura sans cesse l'occasion d'aiguiller les sujets dont il a la responsabilité. Ces relations seront utiles aux clients qui seront sûrs d'être adressés à des hommes compétents et n'ayant que des exigences proportionnées à leurs ressources. Les spécialistes verront le malade, accompagné de tous les renseignements concomitants nécessaires, dès que leur intervention est utile ; ils préféreront ce recrutement rationnel au hasard de la clientèle de passage qui leur arrive avec des lésions trop avancées. Les règles de la déontologie seront ainsi strictement observées, car il ne s'agira pas, bien entendu, de compérage. La pleine confiance du malade qui connaît son médecin depuis toujours l'incitera à remettre, entre ses mains, son droit de libre choix.

Mais, votre organisation de médecine familiale, dira-t-on encore, est une conception de luxe qui ne sera accessible qu'aux familles fortunées. C'est une erreur. La dépense annuelle qui pourrait être basée sur un forfait ou un abonnement (tout cela est une question que Boudin pourrait mieux résoudre que moi), sera compensée par une réelle diminution des frais médicaux et pharmaceutiques.

Eviter une mastoïdite suppurée coûte moins cher qu'une trépanation. Il serait facile de développer cette démonstration et il en découlerait ce corollaire que les Assurances sociales, si intéressées à la médecine préventive, auraient elles-mêmes grand avantage à développer l'instauration du médecin de famille.

***

En réfléchissant à cette reconstitution d'une personnalité médicale disparue et en cherchant à la réincarner par anticipation, on arrive à cette conclusion générale : l'Etat ne suffit pas à établir une médecine préventive effective. Il ne peut agir que par obligation : obligation de la vaccination jennérienne périodique, obligation de la vaccination T. A. B. pendant le service militaire, peut-être obligation de la vaccination antidiphtérique dans les Ecoles, obligation de la déclaration des maladies contagieuses. L'obligation est indispensable, mais elle est odieuse à la masse. Les résultats des vaccinations obligatoires sont indéniables : mais les mailles du filet sont assez lâches pour que beaucoup d'obligés échappent à la loi. La déclaration des maladies contagieuses, jusqu'ici, a fait à peu près faillite.

Les Assurances sociales ou privées, pour lesquelles la prévention aurait tant de prix, ont beau faire des efforts ; centres de diagnostic, préventoriums, examens de santé comme en Amérique, consultations et dispensaires gratuits, elles ont beau s'associer aux offices divers, elles n'atteignent que des isolés, séparés malgré les infirmières visiteuses, de leur atmosphère habituelle.

Plus que l'obligation publique, plus que la propagande sociale des Assurances et des Œuvres, doit agir la confiance personnelle. L'homme qui peut atteindre l'individu dans son milieu, en fonction de son milieu et sans cesse associé à son milieu, seul sera capable de faire de la véritable médecine préventive.

Briau.

OSAKA OU LES ANOMALIES DE LA MÉMOIRE

Osaka ?

Ce pseudonyme à désinence extrême-orientale cache en réalité le nom d'une jeune Française, douée d'une prodigeuse mémoire des chiffres. Originaire des environs de Barèges, elle fut loin d'être une enfant précoce : elle ne commença à marcher et à parler qu'à quatre ans ; de santé délicate, elle fréquenta à peine l'école. A 24 ans, elle sait juste lire et écrire. Personne ne soupçonne qu'elle soit douée d'une mémoire particulièrement remarquable ; la seule chose qui soit frappante chez elle, c'est que, sans écrire, elle conserve le souvenir précis des notes de toutes les commissions dont on la charge. Un jour, dans une foire, elle assiste à des exercices de calcul mental, réalisés par un bateleur. Enthousiasmée, elle veut l'imiter. Elle apprend alors l'addition, la soustraction, la multiplication , qu'elle ignorait ; mais la division lui paraît une opération trop compliquée (c'est évidemment ennuyeux pour elle, qui désire devenir une « calculatrice »). Par contre, elle s'aperçut qu'elle conserve plusieurs jours, dans sa mémoire, le souvenir de tous les nombres utilisés dans ses opérations. Elle renonce au calcul mental, et se consacre uniquement à des exercices de mémoire sur les chiffres.

Le Docteur Osty, directeur de l'Institut métapsychique international, a assisté à plusieurs de ses expériences ; c'est à l'une d'elles, organisée par notre aimable confrère *Je Sais Tout* en ses luxueux salons des Champs-Elysées, que le *Concours Médical* était invité.

Au cours de la séance Osaka se livre à trois sortes d'exercices :

1° Elle demande à vingt assistants de choisir chacun un nombre, non pas nombre à trois ou quatre chiffres, mais nombre le plus élevé possible, de trente à quarante chiffres juxtaposés. Chacun de ces nombres, dans un ordre indifférent, lui est alors épelé par tranche de trois chiffres. Tandis qu'un aide les inscrit dans vingt cases numérotées, sur un tableau noir, auquel elle tourne le dos (il n'y a aucune glace dans la salle), Osaka les répète les yeux fermés, la main sur le front, paraissant faire un effort, assez pénible d'ailleurs à constater. Elle est, dès lors, capable de répéter tous les nombres inscrits dans chacune des cases, dès qu'on lui indique le numéro de cette case.

2° Un spectateur, muni d'une table de calcul, lui demande d'élever n'importe quel nombre de deux chiffres à la deuxième, troisième, quatrième jusqu'à la dixième puissance ; de même, jusqu'à la cinquième puissance tout nombre de trois chiffres. Osaka, aussitôt, et sans aucune effort apparent, donne le résultat exact.

3° Deux spectateurs indiquent leur âge, aussitôt Osaka leur précise à combien de jours, heures minutes, secondes correspondent leurs années. Les calculs de vérification montrent l'exactitude des résultats.

Tels sont les trois exercices. Notons d'ailleurs qu'une fois les deuxième et troisième exercices terminés, Osaka est capable de répéter encore tous les nombres de la première expérience, et ce, dans n'importe quel ordre, à l'endroit ou à l'envers, par tranche de trois chiffres, ou chaque chiffre successivement.

Je dois avouer que ces exercices sont singulièrement troublants et qu'en y assistant, on a l'impression de se trouver en présence de faits véritablement supra-normaux et un peu inquiétants pour notre entendement, en tout cas, après ces expériences nous n'avons qu'une piètre idée de nos pauvres esprits d'humains moyens.

Ce qui faisait l'originalité et l'intérêt d'une telle présentation, c'est que le Docteur Osty avait pris soin que chaque assistant pût, une fois les expériences terminées, interroger à loisir Osaka, sur son extraordinaire faculté de mémoire.

Un premier point, bien établi grâce à la franchise d'Osaka, c'est qu'elle n'est pas une calculatrice. Evidemment, quand elle élève tel ou tel nombre à la puissance que vous lui indiquez, quand elle vous dit le nombre de jours représentés par vos années d'âge, on pourrait croire qu'elle a une faculté de calcul mental remarquable. Au contraire, elle précise bien qu'elle ne fait pas les calculs ; elle se rappelle seulement ceux qu'elle a faits ou appris une fois pour toutes. D'ailleurs l'impossibilité où elle avoue se trouver de faire une division montre assez qu'elle est loin d'avoir une facilité spéciale pour le calcul. Il ne s'agit donc chez elle que de mémoire — mémoire formidable — mais mémoire seulement.

Cette mémoire est une mémoire visuelle : elle voit, dit-elle, les chiffres comme si ils étaient inscrits en dehors d'elle ; elle les voit « en signes de feu sur un fond sombre ». Dès qu'elle entend l'énoncé d'un nombre, immédiatement elle transpose l'entendu en vu et voit les chiffres se dessiner.

Ne peut-on de l'étude de ce cas de mémoire anormale tirer des observations qui vaudraient pour les mémoires normales ?

D'emblée, une distinction semble s'imposer entre d'une part les exercices de la table de calcul et de l'âge évalué en jours... et d'autre part

l'exercice des nombres inscrits dans les vingt cases. Etudions en effet ces deux sortes d'expériences : quand Osaka donne la n^e puissance d'un nombre, quand elle donne le nombre de jours... correspondant à tel nombre d'années, elle répond immédiatement, sans aucune difficulté, aucun effort ; elle est souriante. Or que fait-elle dans ce cas ? elle se souvient seulement d'exercices de mémoire faits, refaits et repassés souvent dans son esprit. Elle a appris « par cœur » une succession formidable de nombres correspondants, comme nous avons appris « par cœur » la table de multiplication. Au contraire, dans l'expérience des vingt nombres inscrits sur le tableau au moment où on énonce ces nombres et où elle les répète, elle se prend la tête à deux mains, se recueille, écarte, dit-elle, de son esprit tout ce qui pourrait la distraire ; elle paraît souffrir de son effort; de même le rappel de ces nombres l'oblige à une attention, un recueillement intense ; elle se représente alors en son esprit le totalité des nombres inscrits sur le tableau ; elle est dans la même situation que nous, face au tableau noir ; mais c'est dans son esprit qu'elle lit ; on comprend dès lors qu'elle puisse lire les nombres dans n'importe quel sens. Elle n'a pas recours ici à un mécanisme perfectionné par l'habitude, mais à toutes les associations d'idées qui peuvent l'aider. Ainsi nous semblent caractéristiques les faits suivants : quand le nombre de la case 11 a été prononcé devant nous, l'aide s'est trompé et l'a inscrit dans la case 4, et on le lui a signalé à haute voix. Eh bien, chaque fois que ce nombre était demandé, Osaka mettait quelques instants à répondre, puis précisait qu'il y avait eu changement de case ; dans son esprit, le souvenir du nombre s'accompagnait de l'idée de changement dans son siège. De même pour un autre nombre, qu'un spectateur malicieux avait fait suivre des lettres etc... ; chaque fois qu'Osaka a prononcé ce nombre, elle paraissait hésiter à la fin, puis précisait qu'il était suivi de etc... ; or, seuls les chiffres, dit-elle, s'inscrivent visibles dans sa mémoire ; les trois lettres etc... elle s'en souvenait donc seulement grâce à une association d'idées entre ce nombre et un incident spécial qui avait accompagné son énoncé ; de même encore, nous dit-on, quand on lui demande, à quinze jours d'intervalle ou plus, ce qui était inscrit sur le tableau d'une séance précédente, elle arrive à retrouver quelques tranches de chiffres : dans ce cas, elle associe le souvenir de telle séance (tel spectateur, tel local) avec celui de la représentation visuelle du tableau de cette séance.

Or, il nous semble intéressant de remarquer que cette distinction des deux groupes d'expériences d'Osaka se superpose à la distinction que fait M. Bergson dans son livre « Matière et Mémoire », entre la mémoire habitude, et la mémoire proprement dite :

« J'étudie une leçon, et pour l'apprendre par cœur, je la lis d'abord en scandant chaque vers ; je la répète ensuite un certain nombre de fois. A chaque lecture nouvelle, un progrès s'accomplit ; les mots se lient de mieux en mieux ; ils finissent par s'organiser ensemble. A ce moment précis, je sais ma leçon par cœur ; on dit qu'elle est devenue souvenir, qu'elle est imprimée dans ma mémoire.

« Je cherche maintenant comment la leçon a été apprise, et je me représente les phases par lesquelles j'ai passé tour à tour. Chacune des lectures successives me revient à l'esprit avec son individualité propre ; je la revois avec les circonstances qui l'accompagnaient, et qui l'encadrent encore ; elle se distingue de celles qui précèdent et de celles qui suivent par la place qu'elle a occupée dans le temps ; bref, chacune de ces lectures repasse devant moi, comme un événement déterminé de mon histoire. On dira encore que ces images sont des souvenirs, qu'elles se sont imprimées dans ma mémoire.

« Dans le premier cas, il s'agit en réalité d'une habitude ; comme l'habitude, le souvenir de la leçon apprise par cœur s'acquiert par répétition; il devient un mécanisme tout monté qu'une impulsion initiale suffit à déclancher tout entier. Tout différent est le souvenir de telle ou telle lecture particulière ; l'image s'est imprimée tout d'un coup dans ma mémoire : c'est un événement de ma vie passée, qui conserve son originalité propre et qui porte une date ».

Et M. Bergson de conclure qu'il existe une différence de nature entre ces deux mémoires ; il reconnaît à la mémoire habitude une base physiologique ; la répétion des exercices a déterminé des modifications matérielles de la substance cérébrale qui fait que l'excitation de telle ou telle cellule met immédiatement en marche tout le mécanisme. Il envisage au contraire la mémoire proprement dite comme une mémoire pure, existant dans un tout autre plan, immatériel, domaine du rêve et de l'inconscient.

Cette conception, inspirée, se vérifie-t-elle dans le cas Osaka ? Il ne le semble pas.

Que les premiers exercices (table de calcul, âge en jours) ayant une base physiologique, soient expliqués par une modification matérielle de la substance cérébrale, d'accord. Mais les seconds exercices mettent-ils donc en jeu une mémoire d'une autre nature, suivant la conception bergsonienne ? Remarquons tout d'abord que cette conception mythique de la conservation dans l'inconscient représente une hypothèse purement gratuite, puisque cette conservation dans l'inconscient échappe par définition, à toute constatation. Ensuite, y a-t-il une telle différence entre les deux mémoires ?

dans les deux cas, il y a fixation du souvenir d'un nombre, conservation puis évocation. La seule différence, c'est que dans le premier cas c'est la répétition qui a affermi le lien entre les trois opérations, et permis par suite l'oubli de toutes les circonstances associées à la fixation du souvenir — dans le second cas, au contraire, toutes les associations d'idées doivent être mises en jeu pour retrouver le lien ténu qui conduit de la fixation du souvenir à son évocation. Quand un vieux chirurgien fait une appendicite, automatiquement, tous ses gestes se suivent, parce que l'habitude a constitué un lien solide entre eux. Quand un jeune chirurgien fait la même opération, il est obligé de se rappeler toutes les leçons qu'il a lues ou entendues, afin que la suite de ses gestes soit correcte. Il n'y a pourtant pas de différence de nature entre l'acte du vieux chirurgien et celui du jeune. Il paraît logique d'admettre que par l'effort qu'elle soutient, au cours de l'énoncé des nombres, Osaka réussit à déterminer une modification matérielle de sa substance cérébrale — anatomique, physique ou chimique, peu importe — modification qui représente la base physiologique, dont la mémoire n'est que la traduction. L'empreinte cérébrale est d'autant plus profonde, que la répétition l'a accentuée un plus grand nombre de fois, elle est légère si la fixation a été unique ; mais cette empreinte matérielle existe dans les deux cas.

Pour rendre sa mémoire plus malléable, Osaka ne manque jamais, avant sa première expérience, de boire deux tasses de café très fort. Dans la conception mythique comment le café agit-il sur l'inconscient ? On conçoit mieux l'action du café sur la matière cérébrale que sur l'inconscient nous semble-t-il ?

Une dernière remarque enfin : Osaka n'a que la mémoire des chiffres ; pour tout ce qui n'est pas chiffre, sa mémoire est très moyenne ; elle ne sait pas faire une division. Rapproche-t-on son cas de tous les calculateurs célèbres : Zorah, Cobhurn, Zacharias Dase, Henri Boudeux, Inaudi, Diamandi, Louis Fleury, on ne peut pas ne pas être frappé du contraste qui existe entre leur extraordinaire faculté de calcul, et la médiocrité de leur intelligence pour les autres facultés de l'esprit. Tout se passe comme si le développement anormal de la faculté de mémoire chez les uns, de calcul chez les autres, ne laissait plus de place à d'autres opérations de l'esprit — comme si toute leur matière cérébrale était occupée par la mémoire ou le calcul, et qu'il ne reste plus qu'une place infime pour le reste.

D'ailleurs, me direz-vous, la chose la plus intéressante ce serait, chez de tels phénomènes, d'étudier anatomiquement et histologiquement leur matière cérébrale, pour voir si telle ou telle région, telles ou telles cellules, ne sont pas anormalement développées.

Je ne vous cacherai pas que Osaka ne semble pas pousser la curiosité scientifique tellement loin. En fin de séance, elle nous a annoncé qu'elle se mariait le lendemain. Aussi, avant de porter à nos lèvres l'excellent porto que *Je Sais Tout* nous offrait, avons-nous levé notre verre à la santé de Mlle Osaka en lui souhaitant « longue vie et beaucoup d'enfants ». *Vivere primum, deinde philosophari*...

R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD.

CONTES NORMANDS du Dr Sylvain MALOUVIER

Maux de Saints, (1)

Notre confrère, le Docteur Malouvier, de Montivilliers vient de publier un volume de contes normands aux éditions du « Petit Havre ». C'est un recueil de 270 pages qui contient neuf histoires fort bien venues. La première, Maux de Saints, a donné son nom à l'ouvrage ; mais si, dans les autres récits, il est question quelquefois de la puissance curtive de quelques personnages célestes les sujets en sont totalement différents. Voici du reste quelques titres révélateurs : Le Curé de Bargeville, La Glace, les Etourditions de Maft'Tubmuf, Eugénisme, Danse macabre, etc.

L'auteur, dont la maturité de talent n'est pas douteuse, est un esprit original, observateur et qui sait écrire. La belle prose ! fluide, limpide, coulante ! et comme on voit bien que notre confrère qui a placé son livre sous l'invocation « des maîtres normands » est un admirateur de Flaubert, de Maupassant, Barbey d'Aurevilly ! Le folklore, les mœurs, les superstitions de nos campagnes sont habilement mêlés à des études sociales. Quelques types comme l'instituteur sectaire, le curé, la veuve de guerre, une famille de truands sont burinés sur le vif, de main d'artiste et, certains passages sont écrits d'une façon si vivante, si pathétique qu'ils émeuvent profondément le lecteur en lui donnant l'impression d'une histoire vécue.

Ajoutons que des dessins hors-texte du peintre bien connu R. Lecourt complètent fort heureusement cet ouvrage.

Beaucoup de nos confrères voudront posséder ce volume intéressant, tiré à un petit nombre d'exemplaires.

P. N.

(1) Librairie Lépouzé, place de l'Hôtel-de-Ville, Le Havre (Seine-Inférieure). Un volume, 15 francs.

LE CIMENT D'UNE RACE EST-IL ANATOMIQUE OU INTELLECTUEL ?

Le problème de la race est l'un de ceux qu'on peut dire « à l'ordre du jour ». Gobineau, ce Français illustre en Allemagne et illustre inconnu en France, l'a posé et résolu à sa façon au siècle dernier. Mais il était réservé à ses disciples modernes d'au delà du Rhin de le reprendre avec éclat, de dénaturer entièrement les idées du maître et d'en faire un cheval de bataille. Les têtes longues à cheveux blonds ont accablé de leur mépris les têtes courtes à cheveux bruns et les ont priées instamment de passer la frontière des états germaniques. Après quoi les pur-sang se sont frotté les mains et ont déclaré avec satisfaction que la vie n'était belle qu'entre Aryens. En se reportant aux sources, c'est-à-dire à *l'essai sur l'inégalité des races humaines*, de Gobineau, il appert que l'inspirateur de ces épurateurs localise précisément les vrais Aryens au delà des limites de l'Allemagne, c'est-à-dire en Belgique, en Angleterre, et dans le Nord de la France. Mais des fanatiques ne se laissent pas embarrasser pour si peu. Il faut avoir bien mauvais esprit pour s'inquiéter si les doctrines nazistes sont d'accord avec les textes qu'elles invoquent.

La question est pourtant singulièrement plus complexe que ne paraît le croire l'auteur de « Mein Kampf ». Qu'est-ce au juste qui détermine la race ? Certes l'hérédité y est pour quelque chose. Mais au long de l'histoire les remous des invasions et des migrations ont fait des peuples un tel salmigondis qu'une vache n'y reconnaîtrait pas ses veaux. Et si les Américains suent déjà sang et eau pour déceler les métissages variés entre blancs et noirs, peut-on se flatter de faire la classification des blancs ?

D'autant que le modelage de la race obéit sans doute à bien d'autres facteurs que l'hérédité. L'étude extrêmement documentée de notre confrère Delteil, analysée l'hiver dernier dans ce journal, faisait en outre état de la nature du sol, du régime des eaux, du climat ; toutes les circonstances extérieures influent en somme sur la constitution de l'individu tant humain qu'animal, et par l'individu atteignent le germe de la race. Enfin les individus, réunis en société, réagissent les uns sur les autres ; c'est peut-être là le facteur le plus intéressant et le plus essentiel de la constitution d'une race. Il explique l'agrégation des éléments étrangers dans la population du pays qui les accueille. Des deux côtés d'une frontière les types humains se rapprochent par leur constitution physique ; ils demeurent différents par la mentalité, les conceptions politiques, les convictions religieuses, la langue. Je ne pense pas que la couleur des cheveux ou la forme plus ou moins oblongue du crâne pèsent lourd au regard du reste.

***

Tandis que j'écris ces lignes, un orchestre de Berlin, à la T. S. F., joue une symphonie de Beethoven. Il la joue avec une sobriété, une précision, une netteté et, pour tout dire, une aisance qui m'ont fait lever la tête de mon papier. Il est indiscutable que cet auteur et ces exécutants sont faits pour s'entendre. Peu importe que 150 ans les séparent : la race les unit. C'est à l'allemande que les notes ont été disposées sur les portées ; et elles jaillissent plus belles d'instruments allemands comme font des fleurs qui ont trouvé leur sol. Après cela, il est fort possible que le chef d'orchestre et bon nombre de ses muciens soient israélites ; l'auditeur n'en saura jamais rien et ne s'en soucie du reste pas.

Il y a, à mon sens, et c'est aussi la conception que défend notre confrère René Martial, dans un livre passionnant dont notre directeur a rendu compte ici, dans le problème des races, quelque chose de bien plus vaste, plus profond et plus troublant que ses caractères physiques, c'est son intellectualité, ses aptitudes et ses incapacités. Qu'est-ce qui a valu au germanisme, cette efflorescence de grands musiciens, chacun avec ses caractéristiques propres, et tous pourtant reliés entre eux par de subtiles affinités ? Pourquoi l'Italien n'atteint-il guère la grandeur que dans les arts plastiques ? Et pourquoi la France a-t-elle dominé le monde avec ses prosateurs et ses juristes ? Expliquera-t-on que l'Angleterre dont les poètes sont parmi les plus pénétrants et les plus harmonieux, soit, dans les autres arts, d'une telle stérilité ; elle n'a produit que quelques bons peintres et jamais, je crois, un seul grand musicien. Les Aryens de l'autre côté de la mer du Nord, nos amis Belges, ont été, depuis tant de siècles, autrement riches en artistes de toutes sortes. Et pourquoi cet amalgame de toutes les races que sont les Etats-Unis d'Amérique au lieu de bénéficier de la vitalité de chacune les frappe-t-il toutes de stupeur au point de n'avoir à inscrire au palmarès qu'un Edgar Poë ?

***

Il en est d'une race comme d'un individu que les destins mènent par des chemins imprévus vers ce qui est écrit. Elle croît, s'épanouit, traverse des jours fastes et néfastes ; elle se raidit

ou s'abandonne, conquiert ou est conquise, et finalement à travers mille péripéties, s'achemine vers la mort. Et elle meurt dans le tragique effondrement d'un orgueilleux édifice lentement miné, comme est en train de mourir notre race blanche; ou bien à la façon d'un lumignon qui va jusqu'à sa dernière goutte d'huile, à la façon des Indiens d'Amérique.

Il y a, dans la même race, des fulgurances suivies de longues nuits : les Arabes ont été, pendant des siècles, un des ferments du monde. Et depuis des siècles ils n'ont plus su qu'*ânonner* leurs textes sacrés et recopier leurs ancêtres. Les Khmers ont construit les magnificences d'Angkor, et leurs descendants ne sont plus que de menus artisans bons tout au plus à tailler de la bimbeloterie. Pourquoi ?

Il s'est bâti des théories pour expliquer les dons naturels des diverses races ; l'on a invoqué pour les Italiens, la magnificience de leur ciel et pour les Allemands la rigueur de leur climat qui les cloître pendant de longs mois chez eux et les rejette vers cet art d'intérieur qu'est la musique. Ce sont là des explications qui semblent renouvelées des considérations de Bernardin de Saint-Pierre sur le melon. A ce compte, on n'expliquerait guère les écoles hollandaise et flamande de peinture. Et tout de même, il y a une musique italienne et une musique espagnole.

L'on invoque aussi les traditions. Peut-être : elles suscitent un orgueil de la race qui ne se résout pas à démériter et tend ses énergies pour maintenir le présent à la hauteur où, tout au moins, dans la voie du passé. Mais ces traditions elles-mêmes où naissent-elles et comment se font-elles jour en tant d'individus différents et séparés ?

L'éducation n'est rien si l'élan n'y est pas. Il ne suffit pas d'apprendre l'histoire de son pays pour apporter sa pierre à son édifice de gloire. Et l'ambitieux médiocre reste un médiocre, si la race ne lui a donné que l'ambition.

Tout cela n'est que mystères : leur étude en vaudrait la peine. Il semble que de la vie en société naisse une entité sans substance et dotée cependant d'une vie réelle, quelque chose comme l'âme de la ruche. Elle nous domine et nous mène, nous impose ses lois, inspire nos actes et nos goûts. Elle a de vastes desseins, les atteint par nous et malgré nous, et puis, d'un coup de rênes, elle détourne l'attelage, le lance dans une autre voie, à la conquête d'autres destins.

***

Gobineau ne s'est pas embarrassé de tant de considérations : il a séparé les dolichocéphales, des brachycéphales, a décerné aux premiers le prix d'excellence et a jugé que l'événement valait d'en écrire un livre. Ce livre est devenu l'Index des racistes où ils inscrivent leurs listes de proscriptions. Mais, tandis qu'ils se livrent à de ténébreux calculs de l'angle facial, j'imagine et j'espère que l'âme de la ruche les regarde d'un œil amusé et n'abandonne pas pour si peu ses lointains projets. Ne serait-il pas en tout cas, si l'on tient vraiment à comparer les races, plus expédient et plus profitable de voir par quoi elles se ressemblent et se complètent ; ou bien, en notant leurs différences, d'en faire un sujet d'amicale émulation plutôt que l'occasion de discordes et d'exils ?

« J'ay veu, de mon temps merveilles en l'indiscrette et prodigieuse facilité des peuples à se laisser mener et manier la créance et l'espérance où il a pleu et servy à leurs chefs, par dessus cent mescomptes les uns sur les aultres, par dessus les phantosmes et les songes. »

Ainsi parla Montaigne. Déjà ! !

G. Lavalée.

SYNDICAT DES MÉDECINS DU SUD-FINISTÈRE

Assemblée générale du 17 novembre 1935, à Quimper

Abaissement des tarifs. — L'Assemblée remarque que nous subissons déjà une retenue de 10 % sur nos mémoires de l'Assistance médicale gratuite, de l'art. 64, et des expertises. Or le prix de l'essence n'a pas diminué et les centimes additionnels nous promettent pour l'an 1936n des surprises. D'autre part, le médecin qui est un automobiliste *malgré lui*, va sentir peser lourdement sur sa tête la menace en cas d'accidents, d'amendes fantastiques que ne payeront pas les Compagnies d'assurances.

Le moment est-il donc bien choisi pour décider l'abaissement des tarifs ? Le Syndicat ne le pense pas et décide d'attendre un moment plus favorable pour étudier la question.

LE SALON DE L'ÉCOLE FRANÇAISE AU GRAND PALAIS DES CHAMPS ÉLYSÉES

Ce salon qui a déjà vingt-neuf ans d'existence mérite une certaine attention. Ce n'est pas un salon révolutionnaire. Il se rapproche plutôt des tendances classiques d'avant guerre. On l'accusera peut-être d'offrir quelques œuvres s'apparentant au chromo, mais à côté de ces œuvres trop finies, trop léchées combien y en a-t-il d'un réel intérêt ?

Parmi celles-ci, signalons les remarquables fusains de Bennetéau et aussi dans la sculpture, sa vivante et expressive effigie de Poincaré, *le vieux moulin de Bonneau* et sa suite de toiles sur la Bretagne.

Bouchor est toujours un maître qui se complaît avec succès dans ses scènes bretonnes, telles *Les Bannières de Saint-Tugen* et *Le Pardon de Rumengol.* Les pastels de Brisgand sont exquis, surtout ce *Portrait de Mlle J. B.*

Le pont sur l'Aubetin et *Les bords de la rivière de Charpaux* sont traités avec la plus grande maîtrise. Cornuff nous présente des dessins et aquarelles sur la Bretagne qu'on voit avec plaisir. J'en dirai autant des esquisses de Capgras, sur le même thème.

Cornil a abandonné pour une fois ses paysages de Paris. Il montre tout son talent dans l'ensemble des œuvres exposées et surtout dans cette charmante composition des *derniers rayons au jardin.*

J'admire les délicats portraits au pastel de Marie de L'Epinay si riches en couleurs.

Que dire des types bretons de Fougerat, ces dessins d'une si grande perfection, c'est un maître incontesté. Hortense Janvier nous offre une charmante vue très poussée des *environs d'Aix-les-Bains.*

Les aquarelles et dessins de J. Lacaze sont toujours pleins d'harmonie. Leleu expose une série d'intérieurs d'églises bretonnes ; il le fait avec une réelle habileté. Les œuvres de Mercier Mary sont parmi les meilleures productions de ce salon. On ne saurait trop admirer ce *Souck de Jérusalem* et son arcade si bien mise en valeur ou bien *Le cimetière d'Eyoub à Constantinople* et le panorama de cette ville en pleine lumière. Citons encore du même artiste, *Les vieilles maisons* et *La vieille porte de Vannes.*

A Delpey excelle dans ses natures mortes. Il a aussi présenté une vue *Du patio des Myrtes à l'Alhambra* d'un merveilleux effet. Délicieuses petites natures mortes où brillent les cuivres, de Monnot. Suzanne Ody a des notes personnelles dans ses nus et ses fleurs.

Quignon est toujours l'exquis paysagiste que nous connaissons. Maurice Rendersplait dans ses aspects de Bretagne. Les intérieurs de Plument avec ses curieuses études de cheminées et de feu dans l'âtre sont des études méticuleuses qui font honneur au peintre.

Qu'il s'agisse de ses délicats pastels, de ses dessins si étudiés ou de son tableau de *La baigneuse,* tout révèle chez Rousseau-Decelle un artiste de valeur.

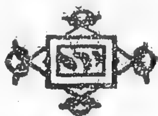
J. Weissmann a montré tout son talent dans ce beau *Portrait de M. N...* J'aime aussi beaucoup sa *Poissonnerie à Nice,* avec cette arcade s'ouvrant sur un second plan très lumineux.

Comme sculpture, nous admirons, ce symbolique monument du *Souvenir vendéen* et quelques stations d'*Un Chemin de Croix,* de Real del Sarte.

Quelques fantaisies humoristiques égayent ce salon : *Le café* et *Toi c'est moi* de Feuardent, l'*Amante forte, qui réconforte* de Gérardot et les silhouettes amusantes des présidents Herriot Laval et Doumergue de Lancieaux.

L'exposition est complétée par une suite de costumes bretons, de céramiques et de meubles qui nous rappellent avec plaisir nos excursions et séjours dans cette poétique Bretagne.

M. VIMONT.



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Poésies

Ludibria venti. Amusettes, par G. Espé de Metz. Edit. René Debresse, 33, rue de l'Université à Paris.

Notre très distingué confrère, G. Espé de Metz, à qui l'on doit l'ingénieux projet des « *Lieux de Genève* » destinés à mettre à l'abri des bombardements et des gaz en cas de guerre la population civile non-combattante (enfants, femmes et vieillards), sait agréablement

Passer du grave au doux et du plaisant au sévère.

Abandonnant pour un instant sa campagne en faveur des *Lieux de Genève*, dont l'essai pourrait et devrait bien être tenté en Ethiopie, ce qui éviterait le bombardement d'ambulance de la Croix rouge, il vient de faire paraître un petit volume de vers légers comme l'indique leur titre : *Ludibria venti.* Il y réunit à la fois le charme d'Anacréon, d'Horace, de Ronsard et de La Fontaine. Il débute :

La rime est un papillon
De coloris dur ou tendre :
Ocre, saphir, vermillon,
Gris de fer et gris de cendre.

Et G. d'Espé nous montre comment il sait jongler audacieusement avec la rime, soit dans les poésies qu'il qualifie : *Rimes mobiles*, où la rime est tantôt au début du vers, tantôt à la fin, parfois au milieu :

Exemples :

Si le pauvre affamé, vient frapper à ta *porte*,
Qu'importe si ses traits ont les *pâleurs* du vice !
Ne berne pas sa *faim* des *fleurs* de tes sermons,
Donne lui de ton *pain*.

Soit, prenant exemple sur de vieilles poésies bretonnes, il sème ses vers de rimes ou d'assonances intérieures fixes. Exemple :

Tous faisaient la *nique* à ce bon *Nicaise*
Le vieux *jardinier* d'âme un peu *niaise*.

Soit enfin quand, dans *Ineptase* (Pantorimes), il se livre à de véritables jeux de mots :

Rime et songe ? — Bêtise ; amusement, jeu, thème...
Ris, mais songe, Betty ; sa muse ment : je t'aime.

Mais tout cela n'est qu'amusette et dans *Ludibria venti*, il est plus d'une ode qui rappellent Horace ou Ronsard et plus d'un conte et d'une fable qui évoquent notre bon La Fontaine et c'est ce qu'il y a de mieux dans le recueil.

J. N.

Aux Confins du Songe, par Fernand Dauphin. Edit. Le Divan, 37, rue Bonaparte, Paris.

M. Fernand Dauphin n'est pas médecin mais il est un charmant et vrai poète. Il débute *Aux Confins du Songe* par *Le retour de Prospero*, qui rappelle A. de Musset, Un magicien, ayant perdu son pouvoir évocateur, se lamente :

Que me pèse Ariel, ma sagesse inféconde !
Etreint par le réel, je ne vois plus le vrai.
Hélas, je n'entends plus la musique du Monde.

Quelle douce et mélancolique inspiration dans les *Clartés frémissantes* où il consacre de si belles strophes à *Mon Jardin.*

Mon Jardin vit si purement dans la clarté
Que certains jours, j'hésite à troubler sa beauté.
. . . .
Souvent sur le bonheur j'interroge en marchant
Mes grands arbres : frémir, est-ce plus doux, feuillage,
Par un matin lucide ou par un soir d'orage ?
Qui réjouit le mieux, du silence ou du chant ?

La sagesse des Bois que le poète aime et chante comme il convient, fait songer à la forêt de Gâtine qu'a célébrée Ronsard :

Depuis ces bûcherons croisés dans la clairière,
Personne, ma forêt, ne s'est mis entre nous.

Dans *Les chants des jours limpides* qui terminent *aux Confins du songe*, M. Fernand Dauphin décrit une algue qui végète dans une source :

Le tout puissant courant se caresse à tes frondes,
Pour t'ouvrir ses secrets t'influant son esprit ;
De sa substance inépuisable il te nourrit,
Fait son délice de te voir inassouvie.
Et l'homme, désuni d'avec l'Etre, t'envie,
Algue amoureusement dénouée au milieu
De ta source, qui veux ce que ta source veut,
Qui jouit de sa force et qui vit de sa vie,
Folle félicité que l'âme espère en Dieu.

M. Fernand Dauphin dont les vers sont simples, harmonieux, d'une classique pureté, est un vrai, un excellent poète qui puise son inspiration au sein de la nature dont il sait interpréter et comprendre les moindres détails.

J. Noir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques** (Professeur Maurice Villaret.) — *Enseignement clinique d'hydrologie et de climatologie des hôpitaux de Paris* (Centre d'hydrologie et de climatologie des hôpitaux de Paris, Hôpital Necker, salle Renon). — Ce cours commencera le lundi 3 février 1936, et sera fait avec la collaboration de MM. Haguenau et L. Justin-Besançon, agrégés, médecins des hôpitaux ; Henry Bith, assistant du service ; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté ; Brin, Saint-Girons, R. Wahl, Jean Bourgeois et Roger Even, anciens chefs de clinique à la Faculté ; René Cachera, chef de laboratoire à la Faculté, ancien chef de clinique ; R. Wallich, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux ; R. Fauvert, préparateur de la chaire d'hydrologie, ancien interne des hôpitaux, et Quirin.

Programme des leçons. — Tous les matins, de 11 heures à 11 h. 30 : Leçon clinique avec présentation des malades sur les sujets suivants :

Les indications créno-climatothérapiques dans : Les maladies du nez, de la gorge et des oreilles. (Lundi 3 février.) — Les maladies du cœur. (Mardi 4 février.) — Les maladies des reins. (Mercredi 5 février.) — Les affections dermato-vénéréologiques et la gynécologie médicale. (Jeudi 6 février.) — Les maladies du foie et des voies biliaires. (Vendredi 7 février.) — Les rhumatismes. (Samedi 8 février.) — Les maladies des enfants. (Lundi 10 février.) — Les maladies de l'intestin. (Mardi 11 février.) — Le diabète. (Mercredi 12 février). — La tuberculose. (Jeudi 13 février.) — La goutte et l'obésité. (Vendredi 14 février.) — Les maladies de l'estomac. (Samedi 15 février.) — Les maladies des vaisseaux. (Lundi 17 février.) — Les maladies de l'appareil respiratoire. (Mardi 18 février.) — Les maladies du système nerveux central et périphérique et les troubles psychiques. (Mercredi 19 février.) — Les maladies des glandes endocrines et de l'appareil vago-sympathique. (Jeudi 20 février.)

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. Paul Carnot). — *Réunions du dimanche pour les médecins praticiens*, tous les dimanches, du Jour de l'An à Pâques 1936, à l'amphithéâtre Trousseau.

Programme. — Dimanche 2 février, à 10 h. 30, Docteur Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les traitements récents de l'hypertension artérielle. — Dimanche 9 février, à 10 h. 30, Professeur Baudouin, médecin de l'Hôtel-Dieu : L'activité électrique des centres nerveux. Les courants de Berger. — Dimanche 16 février, à 10 h. 30, Docteur Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : La conception actuelle de la pathogénie de la lithiase biliaire. — Dimanche 23 février, à 10 h. 30, Docteur Caroli, médecin des hôpitaux : Indications comparées des traitements médicaux et chirurgicaux des ulcères. — Dimanche 1er mars, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du médecin général inspecteur Rouvillois : L'abcès de fixation (indications et résultats). — Dimanche 8 mars, 10 h. 30, Docteur Noël Péron, médecin des hôpitaux : Le traitement des syphilis nerveuses (malariathérapie et chimiothérapie). — Dimanche 15 mars, à 10 h. 30, Docteur Bariéty, médecin des hôpitaux : Les septicémies à pneumocoques. — Dimanche 22 mars, à 10 h. 30, Docteur Lévy-Valensi, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les états anxieux constitutionnels. — Dimanche 29 mars, à 10 h. 30, Docteur Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu : L'encéphalite post-vaccinale.

— **Cours d'hygiène industrielle.** (Fondation de l'Association d'hygiène industrielle et du Comité « Biologia »). — *M. F. Heim de Balsac, agrégé, chargé du* cours, directeur de l'Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail, a commencé le cours le 8 janvier 1936 et le continuera les mercredi, jeudi et samedi, à 17 heures (amphithéâtre des travaux pratiques de chimie, Ecole pratique, escalier E).

Sujet du cours : Hygiène industrielle générale, applications aux principales industries.

Aspects particuliers dans le milieu industriel des questions de salubrité générale. — Les facteurs nocifs propres au milieu industriel : facteurs infectieux et parasitaires, physiques, chimiques, poussières. — Dispositifs généraux et individuels de préservation ; leur valeur hygiénique. — Les modes de travail et l'hygiène. Travail devant les feux, à l'humidité, sous l'eau, dans l'air comprimé, en milieu souterrain, en milieu irrespirable. — Conditions et améliorations hygiéniques du travail dans les diverses industries. — Surveillance médicale des ateliers et usines. Prophylaxie des maladies professionnelles. — Le moteur humain, sa conduite, son surmenage. — Nuisances extérieures de l'industrie : gaz et vapeurs, fumées, poussières, pollution des eaux. Dispositifs de suppression et d'atténuation. Rapports de l'hygiène industrielle et de l'hygiène publique.

Le cours sera complété par des démonstrations pratiques et manipulations, par des présentations de dispositifs d'hygiène industrielle et par des visites d'usines.

Les auditeurs qui désirent suivre les démonstrations, manipulations et visites doivent se faire connaître aux directeurs de l'Institut. Aucun droit d'inscription n'est exigé pour le cours.

Un certificat d'hygiène industrielle, exigé pour l'obtention du diplôme d'hygiène industrielle et médecine du travail, sera délivré, à la fin du cours, aux auditeurs qui auront satisfait à l'examen final.

Consulter au secrétariat la notice indiquant les fonctions auxquelles peuvent prétendre, dans l'industrie les médecins ou étudiants en médecine en possession du diplôme d'hygiène industrielle et médecine du travail.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** (Année 1935-1936.) — *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (Autobus : PC, 87, AN, Q, AF, SK). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE 1936. — 26 janvier. M. MOULONGUET : Traitement et surveillance des otites aiguës. — 2 février. M. AMEUILLE : L'avenir de la phtisiologie (projections). — 9 février. M. ROUHIER : Classification, diagnostic et traitement des infections pelviennes d'origine génitale chez la femme. — 16 février. M. SOULIÉ : La conception actuelle de la circulation coronarienne. — 23 février. M. BABONNEIX : L'hémiplégie infantile (projections). — 1er mars M. SAINTON : Les obésités prépubérales. — 8 mars. M. DESMAREST : Importance de la notion de terrain en chirurgie. — 15 mars. M. J. HUBER : Immunité et prévention contre les maladies infectieuses chez le nourrisson. — 22 mars. M. PIERRE-BOURGEOIS : Poussées menstruelles chez les tuberculeuses. — 29 mars. M. CAROLI : Données nouvelles sur le traitement médico-chirurgical des ictères.

Concours de l'Internat. *Oral.* — Jury définitif. *Médecins* : MM. Ribadeau-Dumas, Pollet, Tinel, C. Vincent, De Brun du Bois Noir. *Chirurgiens* : MM. Desmarest, Auvray, Leibovici, Soupault. *Spécialiste* : M. V. Cathala.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **A propos d'un argus très utile.** — *J'Analyse* va entrer dans sa neuvième année. C'est une publication présentée sous forme *d'argus* citant 140 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est de : 20 francs, France ; 30 francs Union postale ; 40 francs autres pays. Un numéro *specimen* sera envoyé sur demande adressée au Docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris (XIe).

— **Le prix de la journée dans les hôpitaux de Paris.** — Le prix de la journée dans les hôpitaux de Paris est en diminution. Il a pu être abaissé à 36 fr. 88 en médecine, et à 38 fr. 49, en chirurgie.

— **IIIe Congrès international de pathologie comparée** (Athènes, 15-18 avril 1936). — Ce Congrès, dont la date avait été remise l'an dernier, aura lieu à la Faculté de médecine d'Athènes sous la présidence du Professeur Bensis, du 15 au 18 avril 1936.

Les sujets suivants sont inscrits à l'ordre du jour :

Section de médecine humaine : 1) Echinococcoses ; 2) Néphroses et amyloses ; 3) Leishmanioses ; 4) Spirochétoses ; 5) Avitaminoses : Influence sur les fonctions digestives.

Section de médecine vétérinaire : 1) Les échinococcoses chez les animaux domestiques ; 2) Les spirochétoses animales ; 3) Les infections anaérobies chez les animaux domestiques ; 4) Les varioles animales ; 5) Les leishmanioses animales.

Section de pathologie végétale : L'immunité chez les végétaux.

Des réductions de 20 à 50 % seront accordées par les Compagnies de chemins de fer (français, italiens, helléniques, etc.) et de navigation. Différents prgorammes de voyages ont été établis.

Secrétariat général : Docteur Ant. Codounis, professeur agrégé, Club universitaire, 15, rue Hippocrate, Athènes.

— **Le produit de la vente du timbre antituberculeux.** — Depuis sa création, en 1925, la vente du timbre antituberculeux a enregistré les chiffres suivants :

1925 : 255.775 fr. 75 ;
1926 : 2.147.436 fr. 91 ;
1927 : 12.575.548 fr. 58 ;
1928 : 16.612.831 fr. 70 ;
1929 : 19.942.362 fr. 73 ;
1930 : 18.831.123 fr. 92 ;
1931 : 18.619.313 fr. 50 ;
1932 : 18.375.216 fr. 35 ;
1933 : 18.110.486 fr. 35 ;
1934 : 17.437.970 fr. 06 .

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

teurs, médecins chefs et médecins adjoints des sanatoriums publics ou assimilés, pour le premier semestre de l'année 1936.

Les traitements de début sont fixés à 39.000 francs pour les médecins directeurs et les médecins chefs, à 22.000 francs pour les médecins adjoints et peuvent, par avancements successifs, atteindre respectivement 52.000 francs et 36.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès aux emplois de médecins adjoints dans tous les sanatoriums et aux emplois de médecins directeurs dans les sanatoriums de femmes et d'enfants.

Peuvent seuls être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins directeurs et de médecins chefs, les médecins adjoints nommés régulièrement par le ministre et ayant deux ans de stage ou devant avoir deux ans de stage avant le 30 juin 1936. Les médecins directeurs ne pourront être titularisés qu'après avoir effectivement dirigé un sanatorium, à titre provisoire, pendant une année au moins.

Les candidats aux fonctions de médecins directeurs et de médecins-chefs devront faire parvenir au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, par l'intermédiaire du Préfet, qui devra joindre son avis, une demande accompagnée de leurs titres et des notes du médecin directeur du sanatorium où ils exercent.

Les candidats aux fonctions de médecins adjoints devront être âgés de moins de 35 ans, être de nationalité française, et, s'ils sont naturalisés Français, répondre aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. Toutefois, la limite d'âge de 35 ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis.

Les médecins de nationalité monégasque ont accès aux emplois de médecins adjoints, dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance, et s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

2° Extrait du casier judiciaire ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat, ou, en tout cas, une expédition certifiée conforme du diplôme soumis à la vérification ;

4° L'ensemble de leurs titres de toute nature, les justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux, et d'une façon générale, l'indication exacte de toutes les fonctions et situations qu'ils ont occupées ;

5° Pour les candidats à l'emploi de médecins directeurs, des références précises aux fonctions administratives remplies par l'intéressé et aux intérims de direction qu'il a pu faire ;

6° Renseignements sur la situation de famille.

Les candidats qui seront désignés comme médecins directeurs, médecins chefs ou médecins adjoints devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 31 janvier 1936 au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

1er JANVIER

Loi du 31 *décembre* 1935 *portant fixation du budget de l'exercice* 1936

(*Extraits*)

Art. 3. — Pour l'exercice 1936, le taux général des impôts cédulaires sur les revenus prévu par l'article 137 du Code général des impôts directs est fixé à 12 p. 100.

Art. 54. — Le troisième alinéa de l'article 2 du décret du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général de 10 p. 100 sur les dépenses publiques est modifié ainsi qu'il suit :

« Aucun prélèvement n'est exercé lorsque les émoluments nets globaux des agents sont inférieurs à 8.000 francs.

« Pour les agents dont les émoluments nets globaux sont compris entre 8.000 et 12.000 francs le prélèvement est fixé aux chiffres suivants :

« 2 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les émoluments nets globaux varient de 8.000 à 9.000 francs.

« 4 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les émoluments nets globaux varient de 9.001 à 10.000 francs ;

« 6 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les émoluments nets globaux varient de 10.001 à 11.000 francs ;

« 8 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les émoluments nets globaux varient de 11.001 à 12.000 francs.

4 JANVIER

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Justice :

Officier : M. le Docteur Cabannes.

Chevaliers : MM. les Docteurs Meuvret et Sannié.

NOTRE VOYAGE A PÂQUES AU MAROC

Afin de permettre à nos lecteurs qui, à Pâques, prendront part à notre voyage au Maroc, de se documenter succinctement sur l'itinéraire suivi, nous publierons dorénavant dans nos numéros quelques détails sur les différentes étapes et sur les régions traversées.

De Casablanca à Rabat

Dès le débarquement à Casablanca où attendent les autocars, les voyageurs ne s'attardent pas et filent immédiatement par la route nº 1 en direction de Rabat. D'emblée, c'est la campagne marocaine, pleine de fermes et de verdure où, après les Roches-Noires, les voitures gagnent *Aïn Harouda*, passent l'Oued Nefikich, l'Oued Cherrat et l'Oued Ykem avant d'atteindre *Temora* dont l'ancienne Kasbah et la Mosquée avec Minaret signalent l'approche.

93 kilomètres à peine séparent ainsi Casablanca de Rabat, vite atteint, où les voyageurs s'arrêtent pour déjeuner confortablement et commencer ensuite la visite de la ville.

***

Rabat (40.000 habitants), port sur l'Atlantique, doit plus à sa situation politique que géographique. En effet, Rabat est la capitale administrative du Protectorat français et du Gouvernement chérifien, en même temps que chef-lieu de la région de Rabat, et siège de la Résidence générale de France au Maroc.

La ville est partagée en plusieurs agglomérations distinctes, la Médina, le Mellah, et les quartiers modernes, l'Aquedal et le quartier de l'aviation.

Rabat et Salé les deux villes sœurs, sont remarquables par leur cachet pittoresque, leur décor harmonieux, la belle disposition de leurs édifices d'architecture mauresque, et les nombreux sites avoisinants, d'où l'on jouit d'une vue panoramique sur les deux villes.

Rabat (en Arabe « Ribât El Fath », camp de la victoire) fut ainsi nommée en souvenir des victoires remportées par les Musulmans à Alaréos et en Andalousie sur les chrétiens. Fondée au XIIe siècle, et d'abord florissante, cette ville perdit bientôt toute sa prospérité et ne la retrouve qu'au XVIIe siècle où, en 1608, des milliers d'Andalous, chassés d'Espagne, ayant obtenu du Sultan l'autorisation de s'y fixer, construisirent la Médina, créèrent une école de pilotage dans la Médersa, et organisèrent la fameuse flottille de course qui fut le début de la réputation des corsaires de Salé. A cette époque, Rabat avait pris le nom de Sala El Djedid (Salé le Neuf). République, en 1627, elle tomba, en 1666 sous le joug des Sultans Alaouites et l'un d'eux, Sidi-Mohamed (1757-1789), l'embellit de sept mosquées, y construisit deux Skalas (batteries), et des forteresses. Depuis l'établissement du Protectorat français en 1912, la prospérité de Rabat s'est accrue considérablement.

(*A suivre*).

Avis important. — *Le nombre des participants à ce circuit étant très limité, nous demandons instamment à nos lecteurs, désireux de prendre part à ce voyage, de nous envoyer le bulletin d'inscription paru dans notre numéro du 22 décembre, page 3568, le plus tôt possible.*

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Dans sa réunion du 26 décembre 1935, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs :

11.501 BADER, Boulogne-Billancourt (Seine). Syndicat médical de la Banlieue Ouest-Nord.

11.502 BONNEFOY, Sorgues (Vaucluse). Syndicat du Vaucluse.

11.503 DAYON, Saint-Ambroix (Gard). Parrains : Drs Saussine et Sobel.

11.504 GAUTHIER, Saint-Tropez (Var). Syndicat médical du Var.

11.505 LAYANI, 12, rue Cimarosa, Paris (16e). Parrains : Drs Dreyfus-Sée et Georges Fassina.

11.506 MARIAU, 18, avenue Auber, Nice (Alpes-Maritimes). Parrains : Drs Phipps et Barral.

11.507 MASSONNET Jean, Montembœuf (Charente). Parrains : Drs Massonnet Père et Lamoureux

11.508 PENET, La Plainte Saint-Denis (Seine). Parrains : Drs Masmonteil et Minvielle.

11.509 PUJADE, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.

11.501 REBOUL, Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins d'Aix.

11.511 RIPERT, Versailles (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.

11.512 SIGAUD, Argenteuil (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.

11.513 SKOSOWSKY, Saint-Aubin (Jura). Syndicat des médecins du Bas-Jura.

11.514 VERGEZ, Le Havre (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins du Havre.

11.515 VERNY, Asnières (Seine). Syndicat banlieue ouest et nord de Paris.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des Statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne onseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

Comment un médecin prévoyant peut utiliser une économie journalière de onze francs

Voulant me constituer une retraite et une assurance maladie, je m'adresse bien entendu à votre Mutuelle et vous soumets le problème suivant.

J'ai 32 ans ; ma femme a le même âge. Nous pouvons disposer de 4.000 francs par an.

Quelles combinaisons pouvez-vous nous proposer pour cette somme ?

Dr A.

Réponse

Avec 4.000 francs, la *Mutualité familiale* peut assurer pour vous et votre femme notre maximum danstoutes nos combinaisons.

En voici le détail :

Indemnité maladie-accidents maxima :

50 francs par jour puis 500 francs par mois	447
4.800 francs de retraite à 60 ans, primes contre-assurées	828
4.800 francs de retraite semblable pour votre femme	828
4.800 francs de retraite à 65 ans contre-assurée	492
4.800 francs de retraite semblable pour votre femme	492
1.800 francs de pension viagère à votre femme, à votre décès	477
Frais de gestion	356 40
Ce qui donne un total de	3.920 40

Grâce à lui, vous vous assurez contre le risque d'incapacité de travail de cause morbide.

— Vous assurez une pension à votre veuve.

— Et vous assurez au ménage à 65 ans une pension de 19.200, dont vous toucherez déjà la moitié, 9.600 francs, dès vos 60 ans.

Je ne puis que vous féliciter de votre intention. Un jeune ménage peut utiliser ainsi 11 *francs par jour* et dormir sur ses deux oreilles tout le reste de la vie.

Ci-joint statuts et dossiers de candidature. Renvoyez-les moi tout remplis : vous ne pouvez agir plus sagement.

Dr H. Mignon.

ASSURANCES SOCIALES

10.606. — Opérations. Prix global ou prix détaillé

Dans le *Concours Médical*, numéro du 15 décembre 1935, votre réponse à la question nº 9.428, relative à l'hospitalisation des assurés sociaux en cliniques privées, a attiré mon attention.

Pour éviter des erreurs d'interprétation aux confrères spécialistes, voulez-vous me permettre, en qualité de médecin contrôleur des Assurances sociales, de rectifier un point de votre argumentation ? vous écrivez :

« En second lieu le chirurgien a le droit d'opter « entre deux méthodes : fixer le chiffre K soit selon « l'acte global, soit selon l'acte isolé. Si le chiffre K « indique l'acte global, les honoraires des aides sont « compris dans le chiffre ainsi que les soins consécu- « tifs pendant vingt jours. Il ne saurait donc être « question de frais d'anesthésie ou autres.

« Si, au contraire, K. indique un acte isolé cela « dépend de la nature de l'intervention. Dans certains « cas, en effet, le prix de l'anesthésie sera compris « dans l'évaluation de K. Dans d'autres, au con- « traire, principalement pour des interventions de « petite chirurgie ou des opérations très simples, « le chiffre K étant très faible ne comprendra pas « les honoraires de l'anesthésiste. C'est donc ques- « tion d'espèce. »

Le spécialiste n'a nullement le droit d'opter ; la deuxième édition de la nomenclature des actes de chirurgie et de spécialités, actuellement en usage, contient, page VII, une délimitation très exacte de l'acte global et de l'acte isolé.

« Le tarif à l'acte isolé concerne les actes, qui, « par leur nature, ne comportent pas de soins con- « sécutifs ; par exemple une radiographie. Le tarif « à l'acte global concerne les actes qui, par leur « nature, comportent des soins consécutifs ; par « exemple, une opération d'appendicite........ « Le médecin n'a pas le droit de considérer comme « acte isolé l'intervention qui comporte des soins « consécutifs, et de marquer les visites ou pansements « ultérieurs, dans le but de les faire rembourser en « supplément à l'assuré. La règle à suivre est la « même si les soins consécutifs ne sont pas donnés « par l'auteur de l'intervention. »

La question est donc réglée très clairement. Il n'est pas inutile d'ajouter que d'assez nombreux confrères usent encore de la première édition de la nomenclature, ou n'ont pas observé que la deuxième ne contient plus l'énumération des actes globaux et des actes isolés, ni des catégories.

Des difficultés se produisent souvent du fait que les médecins ne se conforment pas rigoureusement au tarif fixé par la nomenclature, qu'ils font des assimilations hasardeuses, qu'ils inscrivent un indice conforme à la somme d'honoraires reçue, mais s'écartant notablement du chiffre de la nomenclature, et toujours au-dessous du tarif. Ceci motive de

nombreuses demandes de renseignements de la part du médecin contrôleur, sinon de la direction de la Caisse, qui doit assurément s'abstenir de semblable enquête.

A propos d'anesthésie votre réponse comporte une distinction, s'il s'agit d'actes isolés, entre les cas où le prix de l'anesthésie est compris dans la valeur de K, et certains autres, principalement pour les interventions de petite chirurgie ou les opérations très simples, où le chiffre K étant très faible ne comprendra pas les honoraires de l'anesthésie.

Cette discrimination n'est pas très exacte ; et il convient de noter que les opérations de petite chirurgie (ou de pratique courante) relèvent du tarif P. C., librement établi par chaque Syndicat départemental, ou Fédération départementale. C'est dans ce tarif que sont fixés les honoraires de l'anesthésiste (et non de l'anesthésie).

Pour les interventions de pratique courante, ces honoraires peuvent s'ajouter à ceux de l'intervention, si *un médecin est appelé pour pratiquer l'anesthésie.*

Je vous autorise à faire de ma lettre l'usage que vous voudrez, à la publier, en partie ou en totalité, au cas où quelques indications vous paraîtraient dignes d'intérêt pour les lecteurs du *Concours Médical.*

Dr MAFFRE
Médecin contrôleur des Caisses primaires de la Charente
Ancien président du Syndicat médical

10.530. — Assujettissement des salariés agricoles aux Assurances sociales

Un ouvrier agricole est employé chez deux patrons différents (ce sont deux frères, mais leurs entreprises agricoles sont différentes) trois jours par semaine chez chacun, depuis plusieurs mois ; l'ouvrier refuse de verser ses cotisations aux Assurances sociales auxquelles, jusqu'à ce jour, il n'est pas inscrit ; l'un des patrons désirerait savoir ce qu'il doit faire : considérer l'ouvrier comme un journalier employé chez des patrons multiples et le laisser se débrouiller seul avec les Assurances sociales, ou au contraire l'assurer ; et dans ce dernier cas : doit-il payer la cotisation patronale et la cotisation de l'ouvrier ? ou seulement la cotisation patronale sans s'occuper de la cotisation de l'ouvrier ? ou encore payer la cotisation de l'ouvrier, mais en la retenant (contre le gré de l'ouvrier) sur le salaire de celui-ci ? ou, enfin aviser la direction départementale du refus de l'ouvrier tout en payant lui-même sa cotisation patronale ?

Dr R.

Réponse

Sous l'ancienne législation, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1936, les ouvriers agricoles n'étaient assurés obligatoirement que s'ils travaillaient plus de 90 jours par an pour un même patron.

Mais cette disposition n'est pas reproduite

dans le décret-loi du 30 octobre dernier relatif au régime des assurés sociaux de l'agriculture. Les ouvriers même travaillant moins de 90 jours par an pour un même employeur, ou louant leurs services simultanément chez plusieurs patrons doivent donc être affiliés obligatoirement aux Assurances sociales.

Dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, chacun des deux patrons devra donc à partir du premier janvier prochain déclarer son ouvrier au service régional des Assurances sociales afin de le faire immatriculer et affilier à une Société de secours mutuels. Une fois ces formalités remplies, ils devront tous les deux retenir sur le salaire de leur employé le montant de sa cotisation, et ce malgré tout refus de sa part, et verser la double cotisation patronale et ouvrière à la Caisse d'assurances.

10.009. — Régularisation de défaut d'immatriculation aux Assurances sociales

J'ai occupé deux ans une bonne qui n'était pas inscrite aux Assurances sociales en arrivant chez moi, parce que son employeur avant moi, qui était médecin, n'avait pas voulu le faire.

Pour ne pas lui attirer d'ennuis et par négligence je ne l'ai pas fait non plus. Et aujourd'hui je voudrais régulariser avec le minimum d'ennuis. Voulez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la marche à suivre.

D[r] M.

Réponse

Pour régulariser de manière parfaite votre situation à l'égard des Assurances sociales, il serait nécessaire de déclarer votre bonne au Service départemental (ou plutôt régional depuis les derniers décrets-lois) afin de la faire immatriculer, et de verser les cotisations arriérées (patronales et ouvrières) majorées des intérêts de retard, depuis le jour où elle est entrée à votre service. Bien entendu vous serez en droit de déduire les cotisations ouvrières ainsi versées pour le compte de votre domestique sur la partie saisissable de son salaire (c'est-à-dire sur le 1/10e). Vous ne pouvez éviter ce versement des cotisations arriérées, car si vous déclarez votre situation, le Service des Assurances sociales ne tarderait sans doute pas à savoir que vous employez cette domestique depuis un certain temps, et vous risqueriez d'avoir à payer des intérêts de retard plus importants, et même une amende pour inobservation des obligations que la loi de 1930 mettait à votre charge. En agissant au contraire en toute franchise, vous pourrez obtenir des délais pour vous libérer de l'intégralité de la somme due si elle est d'une certaine importance.

9.952. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer dans quelles conditions et à qui il faudrait faire la demande pour que la dame qui se trouve enceinte de cinq mois actuellement ait droit au bénéfice des Assurances sociales.

Son mari a été embarqué depuis août 1934 jusqu'à fin avril 1935 et a payé régulièrement ses cotisations durant cette période. Puis, sans travail du début de mai jusqu'en juillet. De juillet au 20 octobre embarqué à nouveau et paye ses cotisations. Depuis le 12 novembre jusqu'à ce jour, il est à terre et paye aux assurances sociales terrestres.

Ce cas se produisant assez fréquemment; je serais heureux que vous puissiez me donner ces renseignements.

Dr P.

Réponse

En principe, il faut pour qu'une conjointe d'assuré social puisse prétendre aux prestations en nature de l'assurance maternité que son conjoint ait versé au moins 60 cotisations journalières durant le trimestre civil précédant la première constatation médicale de la grossesse.

Si nous supposons qu'en l'espèce cette constatation ait été faite au cours de ce trimestre, la période de référence serait donc le troisième trimestre de l'année 1935. Il semble donc que la condition de cotisation soit remplie en l'espèce, puisque l'assuré en question à travaillé au moins deux mois (c'est-à-dire août-septembre) au cours de cette période.

Si toutefois le nombre de ses cotisations était insuffisant par suite d'un chômage involontaire, il pourrait invoquer les dispositions du décret du 22 février 1933, et aurait droit au versement des prestations en nature intégrales si le montant des cotisations à son compte au cours de ce trimestre est au moins égal au minimum de la première catégorie (soit 15 francs). Une seule condition est exigée pour l'application c'est que l'assuré ait rempli les conditions légales de cotisations de sa catégorie (c'est-à-dire le versement du minimum de 60 cotisations journalières) durant le trimestre civil précédant celui au cours duquel les cotisations ont été insuffisantes.

Refus de remboursement pour soins donnés par une sage-femme pour avortement

Une sage-femme fait-elle de la médecine illégale en assistant une cliente dans un avortement, non provoqué, accouchement non laborieux, terminé sans instrument et suites de couches normales ?

Les Caisses des Assurances sociales *sont-elles* en droit de refuser les prestations à une assurée qui s'est fait assister par une sage-femme et non par un médecin dans le cas énoncé plus haut ?

La convention Caisse-Syndicat ne mentionne rien de particulier.

Mme G...
Présidente du Syndicat des sages-femmes

Réponse

Ma réponse doit porter sur deux points principaux : 1° la sage-femme peut-elle prêter les secours de son art pour un avortement ? 2° la Caisse d'assurances sociales est-elle fondée à refuser le remboursement de ces prestations ?

Sur le premier cas, je répondrai que le point de vue scientifique peut-être très controversé et qu'il appartiendrait à nos sociétés savantes et surtout à l'Académie de médecine de faire connaître leur opinion.

Un avortement est-il un accouchement ? Oui, est-on tenté de répondre *a priori*. C'est l'expulsion par les voies naturelles d'un produit de la conception.

Par suite, du moment où la sage-femme n'emploie pas un instrument pour obtenir le délivre ; du moment où elle n'utilise que les médicaments qui lui sont permis par décrets, elle n'outrepasse pas les droits qui lui sont conférés par l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892.

A cela, on peut répondre que l'avortement n'est pas un accouchement prématuré ; que fréquemment il est l'aboutissant d'une cause pathologique, telle qu'une maladie, ou un accident, s'il n'a pas été volontairement provoqué. Par suite, il faut le considérer bien plus comme un accident pathologique de la grossesse que comme un accouchement non-laborieux.

Tant que l'Académie de médecine ne se sera pas prononcée, raisonnons avec bon sens.

Une sage-femme est appelée auprès d'une femme qui saigne abondamment et qui expulse l'œuf. Il convient de donner les secours d'urgence. Mais, si cette urgence n'est pas telle que la sage-femme doive obéir aux lois de l'humanité, la praticienne pourra réfléchir aux conséquences de son intervention.

Prévoit-elle des complications d'ordre pathologique ? Le col est fermé ; il y a un peu d'infection ? Mieux vaut faire appel à un médecin, surtout à un chirurgien, car un curage instrumental est probable.

Au surplus, la prudence commande souvent cet appel au docteur en médecine, ne serait-ce qu'en cas d'avortement provoqué, si jamais plus tard, une instrumentation judiciaire était ouverte. Deux praticiens seraient au-dessus de tout soupçon.

Sur ce premier point, ma conclusion est donc la suivante : sans m'arrêter au problème scientifique, qui est du ressort des sociétés savantes, je ne discute pas le point de savoir si, scientifiquement un avortement, c'est-à-dire l'expul-

sion du produit de la conception avant six mois de vie intra-utérine, est ou non un accouchement simple : je conseille très vivement aux sages-femmes de ne pas hésiter à faire appel à un docteur en médecine, si elles prévoient des complications soit d'ordre technique, soit d'ordre judiciaire.

Une collaboration sera toujours profitable et à la malade elle-même et aux praticiens.

Sur la deuxième question, j'estime que les Caisses d'assurances sociales n'ont pas à décider si une sage-femme outrepasse ou non ses droits, à elle conférés par la loi de 1892, lorsque cette praticienne donne ses soins pour un avortement.

L'assurée a payé la sage-femme, pour une prestation en nature. La Caisse doit rembourser l'ayant droit, selon le tarif de responsabilité.

Si elle s'y refuse, la malade assignera la Caisse devant la Commission d'arr ndissement instituée par le décret-loi du 30 octobre 1935.

Mais si la Caisse croit cependant soulever une objection du point de vue technique, ou légal, elle doit s'adresser au président du Syndicat médical, lequel saisira le Conseil de famille. Une discussion sera ouverte, en présence de la sage-femme, pour apprécier si, dans les circonstances de fait, la sage-femme a pratiqué, comme s'il s'agissait d'un accouchement simple et normal, ou si les complications imprévisibles, comme suites de cet avortement lui faisaient un devoir de faire appel à un chirurgien, ou gynécologue.

Il n'appartient pas à la Caisse d'assurances sociales de décider si tel ou tel diplômé de la loi du 30 novembre 1892 est ou non sorti des limites que lui assigne la dite loi. Paul Boudin.

QUESTIONS DIVERSES

10 501.— Assujetissement aux allocations familiales

J'ai l'honneur de vous prier de me renseigner sur ce que je dois faire au sujet de mon application à une Caisse d'allocations familiales des professions médicales.

Je pensais que cette application n'était obligatoire que pour les employeurs qui utilisaient des hommes ou des femmes chargés de famille.

J'utilise dans ma maison trois jeunes filles de 18 à 22 ans. Sont-elles soumises à la déclaration ?

Dr D.

Réponse

Vous êtes assujetti aux *obligations* de la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales depuis le premier janvier 1935, et devez vous affilier à une Caisse de compensation, pour tous vos employés professionnels, qu'ils aient ou non des charges de famille.

La loi a eu en effet pour but de répartir, par l'intermédiaire des Caisses de compensation, la charge résultant des allocations entre tous les employeurs d'une même profession, et agir autrement eût été bien évidemment priver de toute possibilité d'emploi les salariés ayant des enfants.

10.248. — Recouvrement des honoraires contre des époux divorcés ou séparés

1° J'ai accouché une jeune femme qui, depuis, a divorcé ; contre qui ai-je recours pour poursuivre le recouvrement de ma créance ?

2° Une autre jeune femme que j'ai accouchée, est, depuis, séparée de biens et en instance de divorce. Elle m'a réglé la moitié de mes honoraires, et m'a prié de réclamer le reste à son mari. Que dois-je faire ? Dr G.

Réponse

Dans les deux cas que vous envisagez, vous avez un recours à la fois contre le mari et la femme, tenus à votre égard conjointement et solidairement.

Le mari est en effet votre débiteur d'une part en tant que chef de la communauté, qui n'était pas encore dissoute au moment où l'on a contracté avec vous, et d'autre part en vertu du devoir de secours et d'assistance qu'il a envers sa femme.

Celle-ci est d'autre part tenu personnellement et sur ses biens propres de payer les soins dont elle a bénéficié.

Si vous ne pouvez vous faire payer à l'amiable il y aurait donc lieu de poursuivre conjointement vos deux débiteurs solidaires, en les citant devant le Juge de paix du domicile de l'un d'eux.

10.354. — Réduction de 10 % sur le loyer des cliniques médicales

Un de mes amis, me demande si une clinique où il n'y a pas de malades couchés (consultations uniquement) peut bénéficier du 10 %, sur le prix du loyer, en tant qu'établissement non-commercial.

Je crois que oui, quelle est l'opinion des spécialistes et juristes du *Concours* ? Dr A.

Réponse

Une clinique ne présente un caractère commercial que lorsque les malades s'y trouvent hospitalisés et y reçoivent en même temps que des soins médicaux la nourriture et le logement.

Au contraire, un cabinet médical où les malades sont simplement reçus pour y recevoir des consultations est un local professionnel, quand bien même il se trouve situé au rez-de-chaussée d'un immeuble, dans une boutique.

Il en résulte que pour les cliniques de cette nature, la réduction de 10 % sur les loyers doit jouer au profit du locataire au même titre que s'il exerçait sa profession dans un appartement.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard, J. Bouix.
Amélie-les-Bains : Dr Alarjo, J. Bouix.
Antibes : J. Gaston (*Enf. à inf, arr.*).
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Maison de cure hélio-marine*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly, Gaveau.
Biarritz : Augey, Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Caruette, Escarras, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), P. Houssiaux, Huet, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean, J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet, Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbelg, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola. Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry, (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*) Nafilyan, Nicolas. Phipps (*derm.*), Piettri, E. Pôtheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St-Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pigne (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 16. — Méd. serait reconn. à conf. qui lui indiquer. une mais. de retraite suscept. prendre à un prix raisonnable personne âgée de caractère difficile et tombée dans l'enfance.

Nº 17. — Paris. Quart. Anvers, installat. mod. diatherm. et rayons, appartem. 5 p., loyer 10.000 à céder bas prix avec ou sans appareils. Conviendr. pour méd. génér. ou spécialité. Petit noyau.

Nº 18. — A céder : un laborat. de bactériologie.

Nº 19. — Occas. exceptionn. A céder cause double emploi, poste radiogr. très bon état de marche, générat. pupitre à pénétration variable, compensation automat. de tension, 40 milli sous 100 KV max., commande à distance, minuterie pour temps de pose, table bascul. à ampoule unique. Passage instantané ampoule sur table et sous table. Conviendr. tout spécialem. à omnipraticien.

Nº 20. — Doct. désire acheter, prix neuf, Blechmann « Les Feuillets du Pédiatre » 1re série.

Nº 21. — Finistère. Bonne suite à prendre dans import. centre maritime industriel, agricole. A. S., A. T., accouch. Client. balnéaire. Résidence agréable. Maison tout confort, garage.

Nº 22. — Conf. désire échanger superbe mâle Setter anglais, 30 mois, primé concours pédigrée illustre, pas chassé ; contre trois chiots setters ou pointers, pédigrée exigé.

Nº 23. — A vend. : bureau min. Louis XVI, noir, à doucine, 9 tiroirs ; gr. biblioth. noire Louis XVI, 1 m large ; garnit. de cheminée ; pendule et candél. Louis XVI, marbre noir et bronze, sujet Ste-Cécile.

Nº 24. — Doct. en pharm. lauréat Sté pharmac. Paris, méd. d'or des Facultés, 5 ans pratique industrielle, mettrait diplôme et connaiss. techniques à disposit. laborat. sérieux.

Nº 25. — Vichy. A vend. cause double empl., plein quartier thermal, villa complètem. installée pour méd. ou dentiste.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Quartier agréable et bien desservi, très ancienne clientèle sans accouchem. ni visite nuit, appartement sur boulevard, loyer 5.600, indemnité 35.000 fr.

Seine-et-Oise. — Grand centre, poste ville et campagne d'un bon rapport, tenu depuis 30 ans par cédant, maison avec jardin, indemnité 40.000 fr.

Normandie. — Chef-lieu canton, importance clientèle région agricole riche à céder immédiat. avec facilités paiement.

Renseignements

Confr. recomm. vins champagne propriété familiale. Vin nature : 5 fr. la bouteil. ; Champagne : 12 fr. gare départ. Vve Montgardien, Ecueil, près Reims (Marne).

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Cito, jucundeque curo acres et languentes stomachos; amaras linguas purgo. Ut pueri sane crescant, morbosa eorum viscera recreo.

A céder, cause maladie, Côte d'Azur, Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 27 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le dixième bal de la médecine française.** — Le vendredi 21 février 1936, sera donné le dixième bal de la médecine française au profit des veuves et orphelins de médecins, dans les salons du Centre Marcelin-Berthelot, 28*bis*, rue Saint-Dominique, à Paris.

A 22 h. 30, soirée artistique. Au programme, tableaux animés et décorés par Paul Colin, avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

A minuit, souper par petites tables servi par des jeunes filles du monde médical sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Au cours du bal, nombreuses attractions, orchestres en vogue, vente d'enveloppes-surprises, etc...

Prix des cartes : bal et soirée artistique 70 francs, étudiants 50 francs ; bal 40 francs, étudiants 35 francs ; souper 70 francs ; petit souper (étudiants) 25 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Littré 48-12.

— **Légion d'honneur.** — M. le Docteur SIREDEY, Commandeur de la Légion d'honneur. Notre vénéré maître, M. le Docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, le dévoué président de la Société des femmes et enfants de médecins et des amis de l'hôpital St-Antoine, vient d'être promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Nos plus vives félicitations à ce bienfaiteur de la famille médicale.

— Les Docteurs SÉBILLOTTE et BORY, officiers de la Légion d'honneur.

Nous adressons nos très vifs compliments au Docteur Sébillotte, ancien président du Conseil de famille du Syndicat des médecins de la Seine, ainsi qu'au Docteur Bory, ancien chef de clinique à Saint-Louis, un de nos fidèles collaborateurs dont les études sont particulièrement appréciées par nos lecteurs.

— Le Docteur Jean CROUZAT, chevalier de la Légion d'honneur. Nous sommes heureux d'annoncer que le Docteur Jean Crouzat, médecin adjoint de l'hôpital Foch, directeur du *Jeune Médecin* et de la revue *J'Analyse*, secrétaire général adjoint de l'*Association professionnelle des Journalistes médicaux français*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Docteur Jean Crouzat a été pendant plusieurs années secrétaire général du *Comité du sanatorium des étudiants*, et par son dévouement et son activité a contribué beaucoup à la réalisation de cette belle œuvre. Le *Concours Médical* qui compte le Docteur J. Crouzat parmi ses fidèles amis, lui adresse ses sincères félicitations.

J. NOIR

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 28 janvier à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle du Conseil, sous la présidence de M. Marx, directeur des Œuvres françaises à l'Etranger.

— **Académie de chirurgie.** *Séance annuelle et Séance solennelle d'inauguration.* — La *Séance annuelle* statutaire de l'Académie de chirurgie aura lieu le mercredi 29 janvier à 16 heures, 12, rue de Seine, sous la présidence de M. L. Marin, ministre d'Etat. *L'ordre du jour* comprend : *a*) Discours de M. Pierre Frédet, président ; *b*) compte rendu des travaux pendant l'année 1935, par M. Paul Moure, secrétaire annuel ; *c*) Eloge de M. Eugène Rochard, par M. Louis Bazy, secrétaire général ; *d*) proclamation des prix décernés par l'Académie.

La Séance solennelle d'inauguration de l'Académie de chirurgie aura lieu le mardi 4 février, à 21 h. 30, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. Albert Lebrun, Président de la République, et sous la présidence de M. Paganon, ministre de l'Intérieur.

L'ordre du jour comprend : 1º Discours de M. Pierre Fredet, président de l'Académie de chirurgie ; 2º Discours de M. le Professeur Gosset, président du Conseil de l'Académie de chirurgie ; 3º Remise des Adresses par les délégués étrangers ; 4º Discours de M. Louis

Bazy, secrétaire général de l'Académie de chirurgie ; 5° Discours de M. Paganon, ministre de l'Intérieur.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** *Bureau pour* 1936 : Président : M. Rist ; vice-président : M. Milian ; secrétaire général ; M. Cl. Gautier ; trésorier : M. Debray.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. Perrin, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur de clinique médicale à la même Faculté, en remplacement du Professeur Etienne.

Le *Concours Médical* est heureux d'adresser à son éminent collaborateur ses plus sincères félicitations.

— **Hôtel-Dieu.** *Conférences d'entérologie.* — M. Jean Rachet, médecin des hôpitaux, fera du 20 janvier au 19 mars 1936, à l'amphithéâtre Trousseau (clinique médicale de l'Hôtel-Dieu), une série de huit conférences sur *les grands syndromes intestinaux*. Elles auront lieu tous les jeudis à 18 heures. Première conférence le 30 janvier.

— **Pathologie expérimentale et comparée.** (Prof. N. Fiessinger). — M. Pierre Mollaret, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, fera le samedi 8 février, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, une conférence sur le sujet suivant : « Le problème des méningites aiguës lymphocytaires bénignes. Un nouveau virus de l'homme et de la souris responsable de certains cas. »

— **Académie méditerranéenne.** — Viennent d'être élus membres correspondants de l'Académie méditerranéenne (section scientifique), dont le siège social est à Monaco, MM. les Professeurs Laignel-Lavastine, de la Faculté de médecine de Paris, G. Giraud, de la Faculté de médecine de Montpellier et M. Piéry, de la Faculté de médecine de Lyon.

— **Dîner de l'Umfia.** — Nous rappelons que le dîner de l'Umfia aura lieu le lundi 3 février, dans les salons du Palais d'Orsay, sous la haute présidence de Son Excellence M. de Cardenas y Rodriguez de Privas, ambassadeur d'Espagne à Paris, sous la présidence du grand endocrinologiste espagnol, le Professeur Maranon, de Madrid, et sous la présidence scientifique française du Professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

— **Le Professeur Portmann, de Bordeaux, opérera-t-il le chancelier Hitler ?** — Une information du journal *Paris-Soir* nous fait connaître que le Professeur Portmann, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, sénateur de la Gironde, aurait été pressenti par les « milieux compétents » de Berlin pour, éventuellement, opérer le chancelier Hitler, qui serait atteint d'une affection du larynx.

Le chancelier a subi, en Allemagne, l'an dernier,

une première opération pour polype de la corde vocale droite. Depuis, à plusieurs reprises, le bruit s'est répandu qu'il souffrait encore du larynx. Le professeur Sauerbruch, le grand chirurgien berlinois, aurait indiqué sa préférence de ne pas opérer lui-même le chancelier. Le Professeur Neumann, de Vienne, ne fut pas appelé, dit-on, parce que « non aryen ». C'est alors que les «milieux compétents» de Berlin pensèrent au Professeur Portmann dont la réputation, comme chirurgien oto-rhino-laryngologiste, est mondiale. Le chancelier Hitler sera-t-il opéré par un chirurgien français ?

—Les médecins et les Caisses d'assurances sociales. — Le Conseil de famille de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a fait accepter par la Fédération le principe d'une commission de réprimande chargée de connaître des fautes vénielles signalées par les Caisses d'assurances sociales au contrôle technique des Syndicats ainsi que des plaintes de peu d'importance, mais qui n'en justifient pas moins un rappel à l'ordre. Le Conseil de famille, absolument débordé à l'heure actuelle, pourrait ainsi se consacrer aux affaires réellement graves.

Un médecin contrôleur d'une Caisse d'assurances sociales ayant été convaincu d'avoir détourné un client d'un médecin traitant, a été révoqué de ses fonctions par l'Administration de caisse à laquelle il appartenait, sur la plainte de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

— En Espagne. — Le ministre de l'Instruction publique, en Espagne, a décidé d'abaisser la dotation annuelle de la Faculté de médecine de Madrid, de 120.000 pesetas à 18.000 pesetas.

— Hôpitaux de Besançon. *Concours d'ophtalmologiste.* — Un concours pour une place d'ophtalmologiste adjoint de l'hôpital Saint-Jacques de Besançon aura lieu à la Faculté de Nancy, en juin 1936. Renseignements au secrétariat des hospices, à l'hôpital Saint-Jacques, Besançon.

— Hôpitaux d'Alger. — Un concours de médecin des hôpitaux d'Alger s'ouvrira dans cette ville le 9 mars 1936 (concours d'admissibilité) et sera suivi d'un concours d'admission le 25 mai. Inscription jusqu'au 6 février pour le premier concours et jusqu'au 23 avril pour le second.

— Examen de médecin sanitaire maritime. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 5 et 6 mars 1936.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

— Naissance. — Le Docteur et Mme Ed. CARVALLO nous font part de la naissance de leur fils *Michel.* (Marseille, 42, rue Sainte, le 1er janvier 1936.)

Nos sincères compliments.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 JANVIER

Service de santé militaire

Par décision du 8 janvier 1936, et par application des dispositions des articles 23 et 45 de la loi du 8 janvier 1925, sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre, les officiers de réserve du Service de santé rayés des cadres, ci-après désignés, sont admis dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médecin lieutenant. — Breysse, Danjard.

11 JANVIER

Conseil supérieur de l'Assistance publique

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

Au titre de sénateur : M. André Fallières, en remplacement de M. Leredu.

Au titre de député : M. le Docteur Daille, en remplacement de M. Jacquier.

Au titre de préfet : M. Gervais, préfet des Hautes-Alpes, en remplacement de M. Lebeau.

Au titre de compétence spéciale : M. Leredu, sénateur et ancien ministre, en remplacement de M. Fallières.

Rappel des prescriptions relatives au port de l'uniforme par les militaires des réserves

La Circulaire n° 331 K, du 10 janvier 1935 (*B. O.*, P.P., page 87) a rappelé les prescriptions réglementaires relatives au port de l'uniforme par les militaires des réserves.

Elle a précisé :

1° Que la tenue militaire devait toujours être correcte et réglementaire, à l'exclusion de tout insigne non prévu par les instructions ministérielles en vigueur ;

2° Que, lorsque la faculté est laissée aux personnels militaires des réserves d'assister, en tenue civile, à des séances des écoles de perfectionnement ne comportant pas la participation de la troupe, cette tenue civile ne doit comporter elle-même *aucun insigne, en dehors des décorations officielles.*

Or, il est signalé que des officiers et des sous-officiers de réserve, continuent à porter, sur leur tenue ou sur leurs vêtements civils, lorsqu'ils assistent à des séances d'écoles de perfectionnement, des insignes de groupements politiques.

Cette manière de faire, absolument contraire aux principes de neutralité que l'armée doit garder du point de vue politique, est susceptible de nuire à la bonne harmonie qui doit régner entre tous ses membres. Il convient de la faire cesser.

Le ministre prescrit de donner toutes instructions utiles en vue de l'application stricte des prescriptions en vigueur.

(*Circulaire* n° 559 K, du 13 janvier 1936.)

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

9.290. — Assurance incendie d'immeuble

Je viens d'acheter une maison dont l'entrée en jouissance partira du 1er juin 1936. Cette maison est assurée à l'X... par le vendeur.

1° Que dois-je faire pour régulariser cette assurance ?

2° Le vendeur habitera encore la maison jusqu'au 1er juin 1936. Si d'ici là un incendie détruisait l'immeuble, qui toucherait l'indemnité de l'assurance, le vendeur ou l'acquéreur ?

Et dans le cas où ce serait le vendeur (puisqu'il continue à payer les primes jusqu'à mon entrée en jouissance) est-il obligé de remettre en état l'immeuble afin de me le céder dans l'état où il se trouvait à la signature de l'acte de vente ?

Dr S.

Réponse

Lorsqu'un immeuble est vendu et que le vendeur se réserve la jouissance pendant un temps déterminé, le véritable propriétaire n'en est pas moins l'acquéreur dudit immeuble. Le vendeur qui s'est réservé l'occupation peut être considéré comme occupant à titre onéreux, donc comme un simple locataire, le prix du loyer étant représenté par une diminution théorique du prix de vente de l'immeuble.

L'occupant de l'immeuble, bien qu'ancien propriétaire, est soumis au droit commun, c'est-à-dire qu'il est responsable de plein droit de tous les incendies qui surviendraient dans l'immeuble qu'il occupe, à moins qu'il ne prouve soit un cas de force majeure (tel que la foudre), soit un vice de construction ou un défaut d'entretien.

Etant donné que le vendeur a assuré l'immeuble, quelle sera la répercussion d'un incendie en ce qui concerne l'attribution de l'indemnité ?

Il faut d'abord signaler que, théoriquement, il devrait y avoir deux polices : l'une, couvrant le propriétaire de l'immeuble — en l'espèce le nouvel acquéreur — l'autre, couvrant les risques locatifs de l'ancien propriétaire.

Cette solution est théorique : dans la généralité des cas, le notaire impose dans l'acte de vente la continuation de l'assurance des polices qui grevaient l'immeuble. L'acquéreur peut, néanmoins, les résilier, mais il devra payer à la Compagnie (à moins que le contrat ne soit résiliable annuellement, une indemnité fixée généralement à 25 % du cumul des primes restant à couvrir.

L'avenant de transfert ayant été signé au nom

du nouvel acquéreur, il peut être stipulé dans la police que l'acquéreur renonce aux risques locatifs contre son locataire (l'ancien propriétaire). C'est une simple faculté qui, généralement et dans le cas envisagé, n'entraînerait pas de surprime.

Si un incendie survenait avant que le transfert de la police ait eu lieu, l'indemnité ne serait pas versée à l'ancien propriétaire, puisqu'il n'apporterait pas de titre de propriété. Le fait de contracter une assurance ne suffit pas pour se faire payer des indemnités, si le souscripteur ne rapporte pas la preuve que l'objet détruit et dont il réclame le remboursement, lui appartient ou qu'il agit pour le compte d'un tiers en vertu d'un contrat spécial. L'indemnité serait payée au véritable propriétaire, même si le transfert de la police n'avait pas été fait, s'il était dans les délais réglementaires prévus pour ledit transfert. La Compagnie pourrait ne rien payer si l'acquéreur n'était plus dans les délais — environ deux mois — Le nouveau propriétaire n'aurait de recours que contre l'ancien propriétaire considéré comme locataire, mais ce recours, bien entendu, est subordonné à la solvabilité dudit locataire. D'autre part, si l'incendie était dû à un défaut de construction non caché (car le vice caché pourrait être une cause de rescision) ou à un cas de force majeure, aucune réclamation ne pourrait avoir lieu.

En résumé, nous conseillons d'accepter le transfert de la police de l'ancien propriétaire si la Compagnie est sérieuse et si le contrat est normal.

Il est indispensable de :

— vérifier si la valeur de l'immeuble est normalement assurée,

— vérifier si l'assurance des recours des voisins est prévue,

— de même l'assurance de la privation de jouissance,

— vérifier si le contrat est fait de telle sorte que la Compagnie ne puisse prétexter d'une vétusté en cas de sinistre,

— d'autre part, il y aurait lieu de déclarer dans le contrat que jusqu'à la date du ..... la Compagnie renonce au recours contre M. X... (ancien propriétaire).

P.-R. BAGLIN,
Conseil technique d'assurances,
Docteur en Droit.

10.301. — Accident du travail. Hospitalisation en clinique. Tout compris

Connaissant votre amabilité coutumière, je me permets de vous soumettre un petit problème d'accidents du travail.

Jusqu'à maintenant je soignais les accidentés du

travail à la clinique. Certaines Compagnies d'assurances me payaient mes honoraires conformément au Tarif des accidents du travail, payaient les fournitures de pansement et 25 francs par jour d'hospitalisation.

D'autres Assurances veulent, invoquant le tout compris ne payer que 25 francs par jour à la clinique. Elles ne me règlent pas d'honoraires, ni les fournitures de pansement.

Je ne sais pas quel est mon droit et je me permets de m'adresser à votre compétence bien connue pour me fixer à ce sujet.

Dr D.

Réponse

La jurisprudence de la Cour de cassation est actuellement bien fixée sur les points suivants : lorsqu'un blessé du travail est hospitalisé, aussi bien dans un hôpital public, que dans une maison de santé privée, le chef d'entreprise est seul tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, qui, tout compris, ne peuvent pas dépasser le prix fixé pour l'Assistance médicale gratuite majoré de 30 %.

Ce n'est que lorsque l'urgence le commande, ou si l'hôpital public ne peut pas recevoir le blessé faute de place, ou de services appropriés, manque de chirurgiens, etc., que, si le blessé est conduit dans une clinique privée, celle-ci est en droit de réclamer les honoraires chirurgicaux et les frais pharmaceutiques, en sus du prix de journée.

De même, est parfaitement licite l'accord intervenu entre le chef d'entreprise et la maison de santé, lorsque préalablement à l'admission du blessé, le chef d'entreprise s'engage, par écrit, à payer les frais chirurgicaux en sus du prix de journée.

Maints arrêts de Cassation ont proclamé ces principes. Nous les avons publiés en leur temps dans le *Concours Médical*. Un dernier arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation, du 25 juillet 1935 vient encore d'être rendu dans le même sens.

Si certaines Compagnies d'assurances consentent à payer sans difficultés les frais chirurgicaux en sus du « tout compris », c'est qu'elles trouvent qu'elles ont intérêt à faire soigner leurs blessés dans telle clinique privée, plutôt qu'à l'hôpital public.

Mais elles ont le droit absolu d'invoquer le tout compris, si, avant l'admission du blessé dans la clinique, l'Administration de cette dernière n'a pas pris la précaution de faire signer au chef d'entreprise, un engagement écrit, par lequel il reconnaît devoir payer les frais médicaux et pharmaceutiques en sus du tout compris.

Paul Boudin.

Voir la suite page LIX-265

PROPOS DU JOUR

L'Assemblée Générale des Assises de la Médecine française
L'Orientation professionnelle et intellectuelle à l'âge scolaire

Tous nos lecteurs connaissent les *Assises de la médecine française*, dues à l'initiative intelligente, nous allions dire géniale, de notre confrère Godlewski. Elles consistent à obtenir sur une question mise à l'ordre du jour, l'opinion des médecins praticiens, groupés par région ou par département. Ces derniers, après avoir discuté dans un centre local le sujet choisi, envoient à Paris un ou plusieurs délégués avec mission d'exposer dans une Assemblée générale de la médecine française les conclusions de leur examen et de leur discussion. Cette Assemblée générale se tient périodiquement à l'Hôtel-Dieu de Paris, à l'amphithéâtre Trousseau, sous l'égide du Professeur Paul Carnot. Un prix, dû à la générosité du Docteur Debat, est décerné à tour de rôle au département ou à la région dont les assises ont paru les plus actives et ces dernières désignent à leur tour dans leur sein, le praticien le plus qualifié pour bénéficier du prix.

***

La XIXe Assemblée générale de la Médecine Française qui s'est tenue le 5 janvier a été plus particulièrement brillante et intéressante par le nombre et la qualité des assistants et la question mise à l'ordre du jour. L'Institut, l'Académie de médecine, le Collège de France, les Facultés, le Service de santé militaire, les hôpitaux parisiens, etc., étaient représentés par leurs membres les plus qualifiés. La Présidence avait été offerte au Docteur Georges Duhamel, le nouvel élu de l'Académie française.

Après avoir proclamé le lauréat du Prix désigné, cette fois par le département des Pyrénées Orientales, et avoir indiqué que le Puy-de-Dôme sera le département chargé de choisir le prochain lauréat, le Professeur Carnot a fait un court éloge de Georges Duhamel, qui, bien qu'ayant abandonné la médecine pour la littérature, dont il est devenu un grand maître, n'a jamais oublié dans ses conférences ni dans ses écrits qu'il était médecin et ne se désintéressait pas de l'avenir de la médecine. Il céda la parole au Dr Louis Dalard, lauréat des Pyrénées-Orientales. Ce confrère avec une émotion difficilement contenue et une éloquence vibrante, exprima toute sa gratitude pour l'honneur qui lui était fait, remercia ses confrères de l'avoir désigné et reporta sur les praticiens du Roussillon, de la Catalogne et de la Cerdagne françaises, tout le mérite du prix qui lui avait été décerné. Le discours qu'a prononcé le lauréat a dépassé de beaucoup par son style imagé, par son éloquence émue, par la délicatesse des sentiments exprimés, même par la chaleur de son débit, les allocutions de ce genre que nous sommes habitués à entendre dans nos réunions médicales. Aussi a-t-il été longuement applaudi et acclamé.

M. Georges Duhamel a pris alors la parole. Il a remercié ses confrères de l'avoir désigné comme président et en particulier son ami, le Docteur Godlewski, qui fut son camarade d'études. Il a souligné toute l'importance du sujet mis à l'ordre du jour, l'*Orientation professionnelle et intellectuelle à l'âge scolaire.* Cette question amène à examiner le problème de l'Ecole unique. Certes, il fut dès l'origine partisan de l'école unique, car rien n'est plus désirable et équitable que de permettre à l'intelligence de l'enfant de se développer et de s'épanouir quelque soit la classe où l'a placé le hasard de la naissance. Mais il a été grandement déçu, car ce n'est pas l'école unique qui a été réalisée, mais sa caricature.

Tour à tour les délégués venus des quatre coins de France ont alors exposé leurs idées sur l'orientation professionnelle et intellectuelle à l'âge scolaire.

La question a été partout très sérieusement étudiée. Les confrères de province se sont entourés de tous les renseignements, de toutes les

consultations avant de prendre position. Les membres du corps enseignant, de l'instituteur au professeur de l'institution publique ou privée, à l'Inspecteur d'Académie et même parfois au Recteur, ont été consultés. Les pères de famille ont été appelés à donner leur opinion. Tous ont été unanimes à déclarer qu'il était téméraire de parler orientation professionnelle et intellectuelle à l'âge scolaire. Tous ont été unanimes à condamner le système de sélection permettant aux élèves de passer à la suite d'examens d'une classe dans une autre, le petit nombre des places vacantes et le grand nombre des candidats transformant ces examens en de véritables concours.

On en arrive à adopter un système appliqué depuis des milliers d'années en Chine, fait remarquer un confrère, et nous savons où cela a conduit cette nation.

Si l'entente est complète sur ces points entre les parents, les médecins et les membres du corps enseignant, elle n'est pas toujours parfaite avec les orienteurs psychotechniciens. Certains parmi ces derniers paraissent donner une importance beaucoup trop grande aux tests.

M. Vallon, professeur au Collège de France, M. Heuyer, médecin des hôpitaux et le Docteur Gilbert-Robin, dont on connaît la grande compétence en psycho-neurologie infantile, ont tour à tour exposé ce qu'ils pensaient de l'orientation et ce que l'on pouvait obtenir avec les tests. M. Ombredanne a fait part des curieux renseignements qu'il avait obtenus en classant les enfants, d'après leur intelligence, déterminée par des tests, et d'après leurs compositions et leurs interrogations. Or, il a constaté que les enfants qui, d'après l'épreuve des tests, devaient être considérés comme les plus intelligents, étaient fréquemment classés les derniers de leur classe.

Nous ne discuterons pas la valeur des tests qui peuvent indiquer l'âge « pédagogique » d'un enfant, âge qui ne correspond pas toujours à son âge normal. En permettant d'évaluer plus exactement les degrés d'arriération pédagogique d'un élève, ils peuvent permettre de le diriger vers la classe dont il pourra suivre les travaux avec le plus de fruit. Nous pensons encore que les tests peuvent rendre les plus grands services pour juger des aptitudes des candidats à la profession de chauffeurs mécaniciens et que l'examen psychotechnique, exigé avant l'admission à la Société des transports en commun de la région parisienne, a fait éliminer des employés inaptes à ces services et a permis ainsi de diminuer notablement le nombre des accidents et de réaliser de très sérieuses économies. Mais nous sortons ici de l'âge scolaire. Nous prétendons qu'à cet âge, on ne saurait établir l'orientation professionnelle sur des bases sérieuses. Une entente qui s'opère le plus souvent entre les parents (quand ils ne considèrent que l'avenir et le bien de leur enfant et non le profit immédiat qu'ils peuvent en tirer), le médecin et l'enseigneur, peut donner d'utiles indications pour le choix d'une profession. Mais le rôle du médecin doit se borner le plus souvent à des contrindications, empêchant un enfant d'adopter une profession que sa constitution physique, ses infirmités ou son état de santé ne lui permettent pas d'exercer.

Sur ce point l'Assemblée nous a bien paru avoir une opinion unanime.

Cette séance des Assises de la médecine française a bien démontré quelle pouvait être la grande utilité pour les enfants et la société, de cette collaboration des médecins praticiens de toutes les régions de France (Nord, Normandie, Bretagne, Orléanais, Champagne, Lorraine, Alsace, Bourgogne, Franche-Comté, Bourbonnais, Auvergne, Languedoc, Gascogne, Roussillon, Provence, Savoie, région lyonnaise, etc., etc.) et des maîtres qui, à Paris, envisagent les questions sous un aspect plus théorique et expérimental qu'absolument pratique.

Il existe à Paris des ateliers-écoles, créés par la Chambre de commerce, permettant de se rendre compte des aptitudes professionnelles des enfants à leur sortie de l'Ecole, mais ces ateliers-écoles ne comprennent pour les garçons que les industries du bois et du fer. Là, on peut dans une mesure parler sérieusement d'orientation professionnelle. Toujours à Paris, au Musée pédagogique, est un Institut national d'orientation pour former des conseillers techniques. En deux ans les élèves orienteurs doivent apprendre la physiologie, la pathologie générale, la psychâtrie, la psychologie, les sciences économiques, la pédagogie, la technique des métiers, etc. On peut se rendre compte avec un tel programme du surmenage auquel doit se livrer en deux ans un élève orienteur. Nous ignorons la valeur des conseillers techniques qui sortent de cet Institut.

Nous devons féliciter encore une fois M. Godlewski des brillants résultats qu'il a obtenus et ne cessera, nous l'espérons, d'obtenir.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Rhumatisme et endocardite scarlatineux chez l'enfant (1)

Professeur P. NOBÉCOURT

On observe, de temps en temps, avec une fréquence assez variable, au cours ou pendant la convalescence de la scarlatine, des arthropathies et des endocardites, tantôt intriquées, tantôt isolées.

Ces manifestations ont été décrites très souvent depuis environ un siècle.

Elles revêtent deux modalités principales qu'il faut bien distinguer.

Cette distinction a été faite nettement par Jaccoud dans deux leçons sur la *scarlatine grave*, données les 12 et 16 janvier 1886, et publiées dans ses *Leçons de Clinique médicale*, faites à l'hôpital de la Pitié en 1885-1886.

Parmi les ARTHROPATHIES, Jaccoud distingue :

1° Une *forme légère*, caractérisée par des douleurs articulaires avec ou sans épanchement de sérosité, qui est bénigne et guérit toujours, qui peut être associée à une endocardite, à une péricardite ou à une pleurésie ;

2° Une *forme maligne*, toujours suppurée, qui, dit-il, « survient presque toujours, pour ne pas dire toujours, à la suite de manifestations purulentes ou diphtériques ».

Pour les ENDOCARDITES, Jaccoud distingue de même :

1° Une *forme « simple*, non infectante, non suppurée..., endocardite bénigne, comparable à celle du rhumatisme articulaire aigu... Elle est isolée, ou bien elle coïncide avec la forme bénigne de l'arthropathie ».

2° Une *forme « infectante* et *ulcéreuse*, ... toujours précédée de manifestations purulentes ou diphtériques ».

Les ARTHRITES PURULENTES et les ENDOCARDITES MALIGNES sont causées par des infections secondaires réalisées généralement par le streptocoque.

J'ai consacré, le 9 juin 1923, une leçon à l'étude de ces *arthrites de la scarlatine chez les enfants*, qui est publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, sur les *Maladies infectieuses.*

La pathogénie des arthrites purulentes et des endocardites malignes ne soulève pas de discussions.

Au contraire, celle de la FORME LÉGÈRE des arthropathies et de l'endocardite est très controversée.

J'ai étudié cette forme légère dans plusieurs mémoires et leçons.

Dans *La Clinique* du 25 mars 1910, j'ai étudié *Le cœur dans la scarlatine de l'enfant.*

Le 8 octobre 1915, avec MM. Jurie des Camiers et Tournier, j'ai fait à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, une communication sur le *rhumatisme articulaire, endocardite* et *péricardite dans la scarlatine.*

Le 13 août 1918, à l'*Académie de médecine*, j'ai décrit *l'endocardite scarlatineuse.*

Le 15 janvier 1921, j'ai donné une leçon qui se trouve dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoiire*, sur *Les endocardites de la scarlatine et le rhumatisme scarlatineux chez les enfants.*

En 1922, mon élève, Louis Vernoux, a écrit une thèse sur *Endocardite simple et rhumatisme de la scarlatine.*

La nature du rhumatisme et de l'endocardite scarlatineux sont toujours objet à discussions.

Il me paraît intéressant de vous en entretenir aujourd'hui à propos de trois malades soignés actuellement dans notre service.

* * *

Le premier malade, Pierre, est né le 8 mai 1931, avec un poids de 4 kgr. Ses parents, ses quatre frères et sœurs sont en bonne santé. Il se développe régulièrement ; il a sa première dent à 6 mois, il marche à 2 ans. A 2 ans, il a la coqueluche, à 2 ans et demi, il a une congestion pulmonaire. Jamais il n'a souffert de douleurs articulaires.

Le 24 octobre dernier, il se plaint de mal à la gorge ; sa température est de 38°4.

Le 25, apparaît une éruption sur le tronc; la température est, le matin, de 37°5, le soir, de 38°9.

Le 26, troisième jour de la maladie, l'éruption est

(1) Leçon du 30 novembre 1935.

généralisée à la face et aux membres, la température est, le matin, de 39°4.

Dans l'après-midi, Pierre entre dans le pavillon de la scarlatine. Il est âgé de 4 ans 5 mois.

Il pèse 16 kgr. 500, alors que le poids moyen de son âge est de 14 kgr. 500. La température est de 40°1, l'éruption de scarlatine forte et généralisée; la langue, très rouge à la pointe et sur les bords, est saburrale à la base, le pharynx très rouge.

L'examen des viscères ne décèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les jours suivants, la température baisse graduellement; le 1er novembre, neuvième jour de la maladie, elle est de 37°5 le matin et le soir.

Le pouls se ralentit parallèlement; il est, le 28 octobre, à 130 pulsations, le 31 octobre à 120, le 3 novembre à 110. La pression artérielle reste fixe : 9 pour la Mx, 5 pour la Mn.

L'éruption s'éteint et a disparu le 31 octobre.

Entre temps, on constate les phénomènes suivants.

Le 28 octobre, cinquième jour de la maladie, la température étant de 38°8 — 38°7, l'enfant accuse des douleurs dans ses articulations radio-carpiennes ; on ne constate, à leur niveau, ni tuméfaction, ni rougeur ; les mouvements actifs et passifs sont indolents.

Le cœur a un volume normal. A l'auscultation, on perçoit sur la pointe un souffle systolique léger, constant, qui n'est pas modifié par la respiration et les changements de position et se propage un peu dans l'aisselle.

Le 29, les arthralgies ont disparu. La matité précordiale mesure 8 cm. 5 de la pointe à l'angle cardio-hépatique et dépasse de 1 cm. le bord droit du sternum. A la pointe du cœur, le premier bruit mitral est sourd et on perçoit le même souffle que la veille.

A partir du 1er novembre, neuvième jour de la maladie, l'apyrexie s'installe, avec deux crochets à 38°.

Le 9 novembre, dix-septième jour de la maladie, la température est de 37°3-37°8, la desquamation est très marquée. Le premier bruit a repris son timbre normal, mais le souffle systolique de la pointe persiste avec les mêmes caractères. Le pouls devient moins rapide; il est, le 5 novembre, à 100, le 7 novembre, à 84; à cette date la tension artérielle est de 7 pour la Mx, de 3 pour la Mn.

Puis, les 9 et 10 novembre, la température est le soir de 37°8 ; le 11 novembre, elle s'élève le soir à 39°9. On constate un début d'adénopathie sous-maxillaire et les signes d'une néphrite aiguë. Je vous parlerai de cette néphrite samedi prochain.

La deuxième malade est Simone. Ses parents et son frère sont bien portants.

Elle est née le 28 mai 1927. Son accroissement s'est fait régulièrement. Elle a eu la varicelle, la coqueluche et, paraît-il, deux fois la rougeole.

Depuis le 15 octobre elle est soignée pour de la bronchite et a une température de 38° le soir.

Le 12 novembre, elle éprouve du malaise et a une température de 38°8 ; on constate une angine.

Le 13, surviennent des vomissements et quelques douleurs abdominales. On constate une éruption sur l'abdomen et à la racine des membres.

Le 14 novembre, troisième jour de la maladie, Simone entre au pavillon de la scarlatine. Elle est âgée de 8 ans 5 mois. Le soir, la température est de 39°, l'éruption de scarlatine généralisée, la langue dépouillée, le pharynx rouge foncé, on trouve de gros ganglions sous-angulo-maxillaires.

L'examen des viscères ne décèle rien d'anormal. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Les jours suivants, la température reste élevée; d'abord au-dessus de 39°, puis autour de 39°. Les ganglions restent gros. Il n'y a pas d'albuminurie.

A partir du 23 novembre, douzième jour de la maladie, la fièvre commence à baisser. Les ganglions diminuent de volume. La desquamation est généralisée.

Ce jour-là, avec une température de 38°4-38°7, l'enfant se plaint de douleurs légères dans les genoux et l'articulation tibio-tarsienne gauche. La palpation provoque des douleurs assez fortes, les régions articulaires sont un peu chaudes ; on perçoit un choc rotulien, surtout à gauche.

Le pouls est régulier, à 110. Les bruits du cœur sont normaux.

Le 26 novembre, quatorzième jour de la maladie, les manifestations articulaires sont très diminuées, la température est de 37°4 le matin, 38°4 le soir. Le pouls est à 90, la pression artérielle au Vaquez de 9 pour la Mx, de 5 pour la Mn.

Le 25 novembre, la température est de 37°6-38°2, le pouls à 90.

A la pointe, le premier bruit est un peu sourd et légèrement soufflant, à la base, le second bruit un peu fort.

Le 27 novembre, seizième jour de la maladie, la température est de 37°5-38°1, les manifestations articulaires ont disparu, le volume du cœur est sensiblement normal, on perçoit, à la pointe, un souffle systolique léger, fixe et sans propagation.

Le 28 et le 29, le souffle se précise.

Le troisième malade, Emile, est né le 14 juillet 1928. Il entre au pavillon de la scarlatine le 20 novembre. Il nous est envoyé d'une institution pour enfants retardés. Nous ne savons rien sur ses antécédents.

Il est âgé de 7 ans 4 mois. Il pèse 23 kgr. 200. Son aspect général est bon. Sa température est de 39°5-39°.

Il présente une éruption de scarlatine sur la face interne des cuisses et les parties inférieures de l'abdomen. Sa langue est framboisée, son pharynx très rouge, ses amygdales sont grosses. Il n'y a pas d'albuminurie. La maladie est, semble-t-il, au troisième jour.

Le 24 novembre, septième jour de la maladie, la température est de 39°-38°1. L'éruption a disparu. Le pharynx reste rouge. L'enfant se plaint de douleurs dans ses articulations radio-carpiennes sans modifications apparentes ; les mouvements passifs et actifs sont douloureux.

Les jours suivants, la température s'abaisse à 38°-38°5, les douleurs disparaissent, puis reprennent au bout de quelques jours, enfin cessent définitivement le 28 novembre.

On perçoit à la pointe, le 25 novembre, huitième jour de la maladie, un premier bruit mitral un peu prolongé; le lendemain, un souffle systolique léger, constant. Le cœur est un peu gros. Les jours suivants le souffle persiste.

Le 28 novembre la desquamation commence, le souffle mitral persiste. Il n'y a pas d'albumine.

Par une curieuse coïncidence, le 28 novembre, est entrée pour scarlatine une quatrième malade, Simone, qui est âgée de 10 ans 3 mois ; elle se plaint de douleurs articulaires et à 0 gr. 50 d'albumine dans les urines.

Je ne vous en parle pas, car nous ne l'avons pas encore étudiée.

Les trois enfants, donc vous venez d'entendre les observations, ont présenté, au cours de la scarlatine, des manifestations articulaires et de l'endocardite, du type de celles de la maladie de Bouillaud.

***

Étudions d'abord les FAITS CLINIQUES répondant à la description du rhumatisme scarlatineux et de l'endocardite scarlatineuse.

On entend pas RHUMATISME SCARLATINEUX les manifestations articulaires semblables à celles du rhumatisme articulaire aigu, de la maladie de Bouillaud.

Je ne puis que répéter la description que j'ai déjà donnée dans mes leçons de 1921 et de 1923.

Voici d'abord quelques données sur les *circonstances étiologiques*.

Le rhumatisme scarlatineux se voit à tous les âges, chez les enfants et chez les adultes.

Chez les *enfants*, Cadet de Gassicourt, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfant*, en 1882, écrit l'avoir rencontré chez 10 % des scarlatineux.

Voici quelques autres statistiques. MM. Jean Hallé et Weill-Hallé l'ont observé dans 3 % des scarlatines, Variot et Roy dans 5,3 %. Moi-même, pendant les mois de novembre et décembre 1920, l'ai rencontré dans 2,95 %.

On ne l'a pas rencontré avant l'âge de 3 ans ; la scarlatine est d'ailleurs rare avant cet âge. Dans ma leçon de 1923, j'ai cité l'observation d'un garçon de 3 ans et 2 mois.

Victor Chevalet, en 1892, dans sa thèse de Paris sur les *Complications articulaires de la scarlatine (pseudo-rhumatismes infectieux)*, rapporte la statistique de Carslaw, publiée en 1891 :

De 3 à 5 ans le rhumatisme s'observe dans . .	6,7 %	des scarlatines
De 6 à 10 ans	9,7 %	—
De 11 à 15 ans	14,3 %	—

Chez les *adultes*, d'après Trousseau, le rhumatisme apparaît dans la scarlatine avec une grande fréquence. Se référant à cette opinion, Cadet de Gassicourt estime que le rhumatisme paraît être plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant.

Pendant la guerre, MM. Félix Ramond et Chambas, Florand et Prosper Mecklen trouvent le rhumatisme dans 19 et 20 % des scarlatines.

Moi-même, en 1914 et 1915, à Besançon, je l'ai constaté dans 8,39 % des scarlatines, et, en 1917, aux armées dans 12,5 %.

Le rhumatisme survient dans toutes les formes de la scarlatine : formes frustes et légères, formes moyennes, formes intenses.

L'époque de son apparition est très variable.

Pour nos trois malades, il débute, chez Pierre, le cinquième jour, quand la fièvre diminue et l'éruption s'éteint ; chez Emile, le septième jour, au moment d'une chute incomplète de la température, quand l'éruption est terminée ; chez Simone, le douzième jour, quand la fièvre diminue et la desquamation commence. Chez les malades mentionnés dans mes leçons précédentes, une fille et un garçon de 8 ans et demi, une fille de 12 ans, un garçon de 3 ans, les manifestations articulaires débutent les 8^e^, 12^e^, 19^e^, 23^e^ jours de la scarlatine.

On distingue souvent un rhumatisme précoce, survenant à la période d'éruption et pouvant même la précéder, et un rhumatisme tardif, débutant du huitième au trentième jours, principalement au cours des deuxième et troisième septénaires.

Cette distinction est plus théorique que réelle, comme le montrent les dates d'apparition chez mes malades.

Etudions maintenant les *symptômes*.

La *fièvre* est fréquente.

Lorsque les manifestations articulaires apparaissent à la période éruptive, la fièvre scarlatineuse ou bien n'est pas modifiée, ou bien se prolonge ; mais elle ne présente aucun rapport avec les phénomènes articulaires.

Si les manifestations articulaires débutent après la défervescence, tantôt l'apyrexie persiste, tantôt il y a une reprise de la fièvre ; celle-ci peut être légère et passagère ou bien élevée et persistante. En tout cas, la température n'est pas en rapport avec les arthropathies.

Quelquefois, il se produit une angine rouge, des adénites cervicales et même une néphrite.

Les *manifestations articulaires* sont révélées par la douleur. L'enfant se plaint spontanément d'une ou de plusieurs articulations. La douleur peut être provoquée par la pression, par les mouvements passifs ou actifs ; elle est généralement légère ou de moyenne intensité.

A l'examen de l'articulation, on ne trouve généralement pas de signes appréciables : il s'agit de la forme arthralgique. Quelquefois, l'articulation est un peu chaude, rouge, tuméfiée et on constate même un petit épanchement articulaire : c'est la forme séreuse. Parfois on constate une simple arthralgie au niveau d'une articulation, des phénomènes locaux au niveau d'une autre : on peut parler d'une forme mixte.

Généralement, le rhumatisme est oligo-articulaire, siège aux genoux, aux poignets, aux petites articulations des mains et des pieds. Quelquefois, il est mono-articulaire, intéresse un genou ou un poignet. Rarement, il est poly-articulaire, se promenant d'une articulation à l'autre.

Une localisation particulièrement intéressante est la localisation à la colonne cervicale, qu'a décrite Graves. Il en relate quatre cas : La douleur prédomine aux articulations atloïdo-axoïdiennes. Elle est très vive, elle empêche les mouvements du cou et entraîne de la raideur de la nuque. Cette symptomatologie peut faire penser à une méningite cérébro-spinale.

J'en ai rapporté une observation dans ma leçon du 11 décembre 1932 sur *Rhumatisme cervical* et *cervico-sciatique chez l'enfant*, leçon publiée dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants* sur les *Maladies infectieuses*. Il s'agit d'une fille de 7 ans : pendant huit jours, elle a de la fièvre, une éruption et du torticolis ; elle entre à l'hôpital, trois semaines après le début ; les dou-

leurs cervicales sont très atténuées et on constate un souffle d'insuffisance mitrale.

M. Veslot, mon chef de clinique, m'a communiqué l'observation typique d'un malade qu'il vient de soigner.

Un jeune homme de 21 ans est pris, le 12 octobre 1935, de vomissements, de frissons ; sa température monte à 40°.

Le 13, la température est de 39°5-39°8, on constate une forte angine érythémateuse.

Le matin du 14, la température est de 39°3 et est apparue une éruption de scarlatine.

Le soir, la température monte à 40°, le malade ressent une céphalée intense, des douleurs très vives dans la nuque, irradiant à l'occiput et dans les régions mastoïdiennes, exagérées par le moindre mouvement de la tête ; il existe une raideur très grande de la nuque, qui est figée ; la flexion est impossible, la rotation de la tête est limitée par la douleur.

Mais, il n'y a pas de signe de Kernig, la respiration et le pouls sont réguliers.

A droite, on trouve un ganglion cervical dur, sans périadénite, de la grosseur d'une noix.

M. Veslot porte le diagnostic d'arthrite atloïdo-axoïdienne et prescrit du salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour.

Le 15 octobre, l'éruption est généralisée, la température est de 39°-39°3, la douleur cervicale est moins vive.

Le 16, la température est de 38°, la douleur a disparu, les mouvements passifs et actifs du cou sont possibles.

Ensuite, la scarlatine évolue régulièrement. Actuellement, le jeune homme est guéri. Il n'a présenté ni endocardite, ni albuminurie.

L'évolution des manifestations articulaires est habituellement de courte durée ; les arthropathies disparaissent au bout de deux, trois, quatre ou cinq jours spontanément ou sous l'influence du salicylate de soude, qui calme les douleurs.

Quelquefois, les arthropathies durent huit à quinze jours ; dans ce cas, plusieurs articulations peuvent être intéressées successivement.

Il est rare qu'une reprise survienne après quinze à vingt jours.

La guérison est la règle. Il n'y a pas de reliquats. Le passage à l'état chronique, dont on a rapporté quelques observations est exceptionnel ; interviennent alors probablement d'autres facteurs étiologiques que la scarlatine.

Dans la suite, les récidives du rhumatisme sont rares.

Au cours du rhumatisme scarlatineux, surviennent, assez souvent, une endocardite, plus rarement une péricardite ou un syndrome myocardique caractérisé.

L'ENDOCARDITE SCARLATINEUSE s'observe avec une fréquence très différente suivant les auteurs.

P.-J. Teissier et M. Duvoir, en 1922, dans le *Nouveau traité de médecine*, opposent la statistique de Cassas, qui trouve de l'endocardite dans 30 % des scarlatines, à celles d'autres auteurs qui la rencontrent dans moins de 1 %.

Ces divergences peuvent être expliquées par la facilité des erreurs de diagnostic.

D'une part, on peut prendre un souffle extracardiaque pour un souffle orificiel.

Quand Bouchut, en 1884, dans la *Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades*, relate que, sur seize scarlatineux, il trouve treize fois un souffle mitral attribuable à une endocardite végétante curable, il commet très vraisemblablement une erreur de ce genre.

Les souffles extra-cardiaques sont, en effet, fréquents.

D'autre part, on méconnaît facilement l'endocardite, si on n'ausculte pas régulièrement le cœur des scarlatineux qu'ils aient ou non du rhumatisme.

Je ne cite que mes observations personnelles.

Chez les soldats, pendant la guerre, j'ai constaté l'endocardite dans 38,5 % des cas de rhumatisme scarlatineux ; les malades avaient de 19 à 24 ans.

Chez les enfants cités dans ma leçon de 1921, j'ai recueilli six cas d'endocardite ; les malades étant âgés de 6 à 17 ans ; dans quatre cas, ils avaient du rhumatisme. Dans ma leçon de 1923, je cite deux cas de rhumatisme scarlatineux sans endocardite. Mes trois malades d'aujourd'hui ont du rhumatisme et de l'endocardite.

Dans la scarlatine, l'endocardite peut s'installer sans qu'il y ait ou non des manifestations articulaires.

L'endocardite sans manifestations articulaires est relativement rare, mais il faut y penser.

Cadet de Gassicourt en cite un exemple typique. A propos de l'endocardite dans la scarlatine, il écrit : « Dans un autre cas, la scarlatine qui avait été intense, était déjà arrivée à son dixième jour, l'exanthème était effacé depuis quatre jours, la desquamation commençait à la face, au tronc et à la partie interne des membres, lorsqu'un matin, en auscultant le cœur selon ma coutume, mais sans aucun motif particulier, j'entendis un léger souffle systolique à la pointe du cœur. Ce souffle était si léger que je me demandai s'il était véritablement organique, car je suis très réservé dans l'appréciation d'un souffle cardiaque en dehors du rhumatisme avéré. Pourtant ce souffle augmentait deux jours plus tard et s'accompagnait d'un léger bruit de souffle à la base au premier temps. Les jours suivants, le souffle de la base s'accentuait sans devenir râpeux et, lorsque le malade quitta l'hôpital, trente jours plus tard, les signes stéthoscopi-

ques ne s'étaient pas modifiés. Il n'y avait pas d'hypertrophie du cœur ».

L'endocardite qui survient au cours des manifestations articulaires paraît être la plus habituelle. Elle débute en même temps que les arthropathies, dans les deux ou trois premiers jours ; mais elle peut n'être découverte que plus tard. Elle témoigne d'une localisation simultanée du virus sur l'endocarde et les articulations ; elle n'est pas la conséquence des arthropathies.

Il en est d'ailleurs de même pour la maladie de Bouillaud.

L'endocardite scarlatineuse ressemble à l'endocardite rhumatismale aiguë, simple, discrète, si souvent rencontrée chez les enfants.

Elle s'installe sans symptômes subjectifs ou fonctionnels. Elle ne se reconnaît que par les signes d'auscultation.

Il s'agit d'une endocardite mitrale, à laquelle peut s'intriquer une endocardite aortique. Dans mes observations, l'endocardite aortique n'existe pas sans endocardite mitrale.

Dans ma leçon de 1921, je relève : chez les soldats, deux endocardites aortiques sur sept endocardites mitrales ; chez les enfants, une endocardite aortique sur six endocardites mitrales.

Avec mes trois malades d'aujourd'hui, il y a donc, chez les enfants, une endocardite aortique sur neuf endocardites mitrales.

Dans l'endocardite mitrale, on constate, à la pointe, l'assourdissement du premier bruit, et, presque aussitôt, un léger souffle systolique apexien, fixe, holosystolique, à faible propagation ; quelquefois, en outre, un léger souffle diastolique ou présystolique.

Dans l'endocardite aortique, on perçoit, au foyer aortique, un souffle diastolique et un souffle systolique légers.

Je n'insiste pas sur les symptômes des endocardites.

Avec l'endocardite, il existe parfois une *péricardite.*

D'après Cadet de Gassicourt : « La péricardite paraît être un peu plus fréquente que l'endocardite »..... Je ne partage pas cette opinion. La péricardite est plus rare que l'endocardite ; je n'ai jamais rencontré de péricardite sans endocardite. Dans ma leçon de 1921, je donne les nombres suivants :

Chez les soldats, deux péricardites sur sept endocardites ; chez les enfants, une péricardite sur six endocardites. Avec les trois malades d'aujourd'hui, la proportion est, chez les enfants, d'une péricardite sur neuf endocardites.

La péricardite est sèche ; on perçoit un léger frottement, qui disparaît rapidement.

On observe parfois un *syndrome myocardique* fruste qui se traduit par une légère dilatation du cœur.

Voici un exemple de localisations multiples sur le cœur : je l'ai cité dans *La Clinique* de 1910.

Une fille de 6 ans a une scarlatine d'intensité moyenne, qui évolue régulièrement. Les onzième et quatorzième jours surviennent des otites avec fièvre pendant cinq ou six jours.

Le vingt-septième jour, sans fièvre, sans troubles cardiaques subjectifs ou fonctionnels, on constate un gros cœur et un souffle mitral fort. Le trentième jour, on perçoit un frottement péricardique. Le trente-troisième jour, apparaît un souffle diastolique aortique. Le quarante-sixième jour, le frottement disparaît, il persiste un souffle d'insuffisance mitrale et un souffle d'insuffisance aortique. L'évolution a été apyrétique. La malade sort de l'hôpital deux mois après le début de la scarlatine ; les souffles cardiaques persistent.

L'évolution de l'endocardite est différente suivant les cas : le souffle peut disparaître rapidement ou persister et se préciser.

Chez les soldats, cinq fois sur sept, d'après mes observations, dix fois sur quatorze, d'après Florand et Paraf, c'est-à-dire dans 71 % des cas, les bruits du cœur sont normaux à la sortie de l'hôpital, trente ou quarante jours après le début de la scarlatine.

Chez les enfants, les signes de l'endocardite peuvent disparaître rapidement. Dans ma leçon de 1921, je rapporte l'observation d'une fille de 8 ans et demi, Andrée, qui, un mois après le début de l'endocardite mitrale, a un premier bruit normal.

Dans d'autres cas, les signes de l'endocardite peuvent persister à la sortie de l'hôpital. Il en était ainsi chez la fille de 6 ans, observée en 1910, dont je viens de parler, et chez une fille de 12 ans, Germaine, citée dans ma leçon de 1921.

D'autre part, on rencontre des affections cardiaques anciennes chez des enfants ayant eu la scarlatine et n'ayant jamais présenté de maladie de Bouillaud.

J'en cite quatre cas, dans *La Clinique*, en 1910, trois filles et un garçon.

M. Etienne Boltansky, dans *Paris Médical* du 23 juillet 1927, rapporte trois cas analogues observés chez des adultes, au cours d'un article sur *le rhumatisme scarlatin évolutif avec endocardite* simple.

Il est difficile de préciser, faute de documents, l'avenir éloigné des malades atteints d'endocardite scarlatineuse. Il semble que souvent, étant donné que le processus évolutif s'arrête avec la scarlatine, que le myocarde est peu touché, l'affection mitrale consécutive soit bien tolérée.

La lésion mitrale peut même disparaître à la longue.

En voici un exemple :

César est né le 11 mai 1917. Il est toujours bien portant. A 3 ans et demi, il a une scarlatine lé-

gère, sans albuminurie. A 4 ans, en avril 1921, à l'occasion d'une grippe, le Prof. Breton, de Lille, constate un souffle au cœur.

Je vois l'enfant le 27 avril 1922. Il est âgé de 4 ans 11 mois, il ne présente pas de troubles cardiaques fonctionnels ou subjectifs. Le volume du cœur est normal. A l'auscultation du cœur, j'entends un souffle systolique mitral fort, piaulant, caractéristique d'une insuffisance mitrale.

Le 2 juillet 1923, à 6 ans, je retrouve le même souffle.

Je revois ce garçon le 1er mai 1935, à 18 ans. Son cœur a un volume normal, ses bruits sont normaux ; on n'entend aucun souffle.

***

Tels sont les faits cliniques.

Dans la scarlatine, les manifestations articulaires et les endocardites présentent les caractères des arthropathies et de l'endocardite de la maladie de Bouillaud.

Les observations ne prêtent pas à discussion.

Par contre, on n'est pas d'accord sur l'ÉTIOLOGIE.

Il existe deux opinions :

1° Pour les uns, il s'agit d'une maladie de Bouillaud intriquée à la scarlatine et peut-être même provoquée par elle ;

2° Pour d'autres, il s'agit d'un rhumatisme et d'une endocardite dus au virus de la scarlatine.

Les discussions ont commencé avec l'histoire du rhumatisme et de l'endocardite de la scarlatine. Elles continuent avec les mêmes arguments ; chacun reste sur sa position. La solution de la question est impossible, tant que nous n'aurons pas de contrôle bactériologique.

Examinons la *première opinion : il s'agit d'une maladie de Bouillaud.*

Les arguments donnés en sa faveur sont les analogies cliniques des arthropathies, la fréquence des endocardites avec ou sans péricardite et syndrome myocardique, l'efficacité du salicylate de soude, la possibilité des rechutes du rhumatisme une fois la scarlatine terminée depuis longtemps, l'apparition possible d'une chorée.

Pour certains médecins cependant, il faut distinguer, d'une part, le rhumatisme précoce, qui survient pendant le premier septénaire, qui est fugace, ne s'accompagne pas d'endocardite, qui relève de la scarlatine ; d'autre part, le rhumatisme tardif, qui appartient à la maladie de Bouillaud.

Considérons maintenant la *seconde opinion ; il s'agit d'une endocardite et d'un rhumatisme scarlatineux.*

D'après les auteurs qui soutiennent cette opinion, les arguments précédents ont peu de valeur.

Les caractères cliniques ne sont pas propres à la maladie de Bouillaud ; d'autres germes peuvent avoir la même action que le virus de Bouillaud.

L'efficacité du salicylate de soude n'est pas démonstrative : les arthropathies guérissent toutes seules et ce médicament n'influence pas les endocardites.

Quant à la chorée consécutive, elle est bien rare, et actuellement on revise l'étiologie de la chorée ; bien souvent, elle n'est pas rhumatismale elle paraît relever d'un virus neurophile.

Enfin, la distinction entre le rhumatisme précoce et le tardif est bien théorique ; l'endocardite existe dans le rhumatisme précoce comme dans le rhumatisme tardif ; elle peut d'ailleurs s'installer sans arthropathie.

Il existe, par ailleurs des arguments positifs.

Dans les cas où le rhumatisme et l'endocardite apparaissent au cours de l'éruption de scarlatine ou immédiatement après elle, il y a une coïncidence remarquable, vraiment impressionnante.

Dans les cas où le rhumatisme et l'endocardite sont plus tardifs, apparaissent du quinzième ou vingt-cinquième jour, il y a une chronologie, dont la signification est importante. C'est l'époque des autres manifestations tardives de la scarlatine, où apparaissent de la fièvre, des angines rouges, des adénites cervicales, des néphrites.

Certaines de ces manifestations sont dues à des infections secondaires, causées généralement par le streptocoque. Mais d'autres paraissent relever d'une reprise d'activité du virus scarlatineux, provoquée par un fléchissement de l'immunité ; c'est à cette même époque que surviennent les rechutes caractérisées de la scarlatine.

Cette hypothèse est soutenue par un assez grand nombre d'auteurs. Je l'ai développée à propos des adénites tardives de la scarlatine, dans un mémoire sur l'*adénopathie scarlatineuse isolée*, publié avec Lebée dans *Paris Médical* du 7 novembre 1925 et dans ma leçon du 28 mai 1927 sur *les adénites de la scarlatine*, qui est dans un de mes livres de *Clinique* consacré aux *Maladies infectieuses.*

Depuis longtemps, j'estime qu'il s'agit, dans les faits que nous venons d'étudier, d'un *rhumatisme* et d'une *endocardite scarlatineux.*

Les trois observations d'aujourd'hui plaident en faveur de cette opinion.

L'observation de Pierre, notre premier malade est encore intéressante par le développement de la néphrite tardive. Je poursuivrai son étude samedi prochain (1).

Leçon du 7 décembre 1935. Rhumatisme et endocardite mitrale précoces. Néphrite tardive au cours d'une scarlatine régulière chez un garçon de quatre ans. *Le Concours médical*, n° 5. du 2 février 1936.

LES ENFANTS IMPULSIFS

Irrascibilité. Opposition. Cruauté. Violences. Brutalité. Entêtement et impulsivité

Le caractère épileptoïde — Son traitement

Par le Docteur GILBERT-ROBIN

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris
Médecin assistant à l'Hôpital Lariboisière

Les maîtres connaissent bien — et redoutent de les voir dans leur classe — les enfants impulsifs, toujours prêts à bondir, soit pour des actes généreux et pour rendre service, soit pour se battre, pour « répondre », pour être insolents, ne mesurant pas la portée de leurs actes. Les actes s'échappent d'eux ; l'idéation est comme momentanément suspendue, et s'il s'agit d'un vrai impulsif c'est presque un individu-réflexe. Les maîtres conviennent que, souvent, *le fond n'est pas mauvais*, mais cette impulsivité irrépressible rend les enfants indésirables à l'école.

Il est bien évident que l'impulsion n'est qu'un symptôme qui peut se rencontrer au cours de bien des affections mentales. Il y a plusieurs manières d'être impulsif, et par conséquent plusieurs types d'impulsifs : *l'impulsif par éréthisme nerveux*, avec agitation, nervosité, émotivité hostile ; l'enfant bondit au moindre choc, au moindre chatouillement ; c'est un éclair du système nerveux mal contrôlé. Ce sont des enfants « soupe au lait ». Le fond affectif en général est normal.

A côté de l'impulsif par éréthisme nerveux, et, en somme, par excès de rapidité nerveuse, il y a au contraire *l'impulsif lent* ; c'est-à-dire que la lenteur habituelle à ces sortes d'enfants se manifeste par des explosions d'actes impulsifs à longue échéance, si l'on peut dire. On dirait une pile électrique qui met longtemps à se charger, et la décharge est d'autant plus brusque que la lenteur a été plus grande. Le comble de ces lenteurs impulsives se rencontre chez l'enfant épileptoïde de qui je parle plus loin. L'impulsif commet des actes brusques, l'épileptoïde est la proie de colères inopinées, paroxystiques, immotivées, acharnées et violentes.

L'impulsif par arriération intellectuelle se laissera facilement reconnaître. Ici manquent le jugement et la faculté de contrôle ; les réactions frénatrices qui conditionnent ces impulsions sont en général assez pauvres en leurs motifs, primaires et instinctives.

L'impulsif par dégénérescence mentale réalise sur le plan inconscient ce que l'obsédé réalise sur le plan conscient. Ces enfants ont en général une hérédité psychopathique très lourde. L'impulsion est tantôt d'ordre moteur (l'enfant se précipite pour griffer, pincer ; un autre tire obstinément la langue, et l'impulsion se rapproche parfois de la maladie des tics, de Gilles de la Tourette), tantôt sur le plan psychique, l'impulsif pouvant alors commettre des actes plus ou moins graves.

Tel Georges qui ne peut être gardé dans sa famille en raison d'impulsions violentes (il a 12 ans). Sans raison aucune, alors qu'il était assis à côté de ses parents sans parler, il bondit de sa chaise, s'attaque à sa mère et lui déchire ses vêtements. On dit « qu'il fait le chat ». Il s'avance à pas feutré près d'un enfant, lui caresse doucement le bras, puis tout à coup lui serre le cou jusqu'à le suffoquer. C'est ainsi qu'il a failli étrangler une petite fille. Il est cruel avec les animaux : il a jeté un chat par la fenêtre, a asphyxié un poisson dans un bocal. A l'hôpital où on l'a placé en observation, il a défoncé une porte, brisé des carreaux ; il a bousculé des infirmiers, les empêchant de se livrer à leurs occupations. Il est constamment en mouvement, et sa gesticulation serait exacerbée à la tombée de la nuit.

Il se ronge les ongles jusqu'au sang, les arrache.

L'incontinence diurne et nocturne est continue. Cet enfant de 13 ans est un grand arriéré. Son âge mental ne dépasse pas 7 ans. Ses perversions qui sont surtout cruelles et sexuelles sont survenues, il y a un an, dit le père, alors que Georges auparavant était propre jour et nuit, très doux, très affectueux A cette époque, on n'a pas constaté d'épisode infectieux, pas de strabisme, pas de diplopie.

Dans ces cas, l'impulsion est le symptôme le plus marquant de la dégénérescence mentale. On a l'impression d'impulsions au service de perversions cruelles profondes, ne se faisant pas jour consciemment et ne se manifestant qu'au cours de ces paroxysmes.

***

Le caractère épileptoïde

En présence de certains impulsifs, les maîtres, quand ils auront lu les remarques qui vont suivre, penseront qu'ils ont affaire à des épileptoïdes. Ils auront cette impression sans avoir constaté de crises épileptiques typiques, sans lesquelles le médecin n'ose pas parler d'épileptoïdie. Le médecin a tort, car l'épileptoïdie n'est que le terrain sur lequel peut se développer le paroxysme épileptique lui-même.

Le maître qui aura présent à l'esprit la notion de caractère épileptoïde « verra » mieux certains de ses élèves. Il comprendra qu'il a affaire à de véritables malades. Bien que la clinique démontre que les troubles intellectuels et psychiques de l'épileptoïdie se rencontrent *les mêmes*, avec ou sans crises comitiales nettes, porter le diagnostic d'épileptoïdie en dehors de ces crises paraît audacieux à bien des médecins. C'est là une notion nouvelle, importante à mon avis, en raison des conséquences thérapeutiques et pédagogiques qu'ellepeut avoir. Il s'agit en somme d'agrandir le cadre des manifestations larvées de l'épilepsie. Les objections ne manqueront pas. Certains auteurs ne parlent d'épilepsie que s'il y a perte de conscience. Sans doute, ils se laisseront convaincre. L'évolution se fait et se fera de plus en plus, car rien ne vaut contre les faits.

Comment donc reconnaître le caractère épileptoïde ?

Ce caractère est dominé par l'impulsivité. La colère est un trait fondamental. La colère épileptoïde à des traits caractéristiques. A la façon dont les parents décrivent telle ou telle colère d'enfant, un médecin averti soupçonne l'épilepsie et se trompe rarement. C'est pourquoi il faut toujours soumettre les colères d'enfant à un médecin spécialisé. On les soigne et les guérit. Cette colère est immotivée, ou éclate pour un motif futile, doncelle est, en général inexplicable. Elle est explosive, c'est un véritable transport. Elle atteint, presque d'emblée, son paroxysme.

Elle est aveugle : ou l'enfant ne sait pas ce qu'il fait, ou il ne se rend qu'imparfaitement compte de la situation.

Elle est brutale, violente, dangereuse. L'enfant se roule à terre, se cogne la tête contre les murs, s'arrache les cheveux, frappe, griffe, mord l'entourage, brise le mobilier, les carreaux, lance des objets à la tête des gens, se précipite sur eux, dans certains cas commet des actes meurtriers. Il est certes fréquent, au cours de ces colères que l'enfant profère des menace de mort et se livre à des actes non seulement brutaux, non seulement dangereux pour autrui, mais cruels, teintés de sadisme.

L'enfant est toujours prêt à « rouspéter », il est « à cran ». Irascibilité et impulsivité s'observent souvent quelques heures ou quelques jours avant les crises convulsives. Elles expliquent que ces enfants soient batailleurs et brutaux. Ils poussent leurs camarades, se fraient un passage coûte que coûte, foncent tête baissée. Nombreux sont, parmi ces enfants, ceux qui ne peuvent être gardés à l'école. Déjà, dès l'école maternelle, on les signale qui lancent des pierres à leurs camarades, les griffant, les mordant, les blessant, se battant sans cesse et cel d'une manière habituelle, en dehors des colères équivalentes, lesquelles atteignent à un paroxysme des plus redoutables.

***

Une certaine forme d'instabilité, de turbulence doit faire penser au caractère épileptoïde.

On m'amenait, il y a quelque temps, un enfant de treize ans que sa brutalité avait déjà fait renvoyer de plusieurs lycées.

Il se précipitait tête baissée, comme une brute, sur ses camarades. Il ne rêvait que batailles et se montrait agressif avec tout le monde. L'instinct combatif au maximum. En outre, turbulent, irascible, prêt à bondir et bondissant souvent en colères redoutables. L'ensemble de ces simples traits impulsifs m'avait fait penser immédiatement au caractère épileptoïde et cependant l'enfant n'avait jamais eu de convulsions, ni de pertes de connaissance.

Un jour, il dit à l'un de ses camarades : « Retenez-moi, je vais partir. Il faut que je parte ! » Personne ne put le retenir, malgré la lueur de conscience qu'il offrait, lueur qui était une aura épileptique. Après une fugue, il eut une crise convulsive qui se répéta le lendemain. L'épilepsie ne faisait pas de doute. Un traitement guérit non seulement les crises, mais l'impulsivité elle-même.

Si on avait estimé mon appréciation un peu forcée, si on l'avait jugée faite sous un angle trop volontairement médical, si on avait voulu se contenter de juger l'impulsivité uniquement comme un trait de caractère, comme un tempérament, on se fût privé du secours d'une thérapeutique active et par conséquent d'une appréciation exacte des phénomènes.

***

La turbulence est une forme tapageuse et brouillonne de l'instabilité. Elle vit plus de bruit que de mouvements. Elle bouscule plus qu'elle s'agite. Elle est lourde, brutale, aveugle. Elle alterne avec des phases d'inertie ou de

lenteur motrice. En ce sens, elle se laisse différencier des autres instabilités : maniaque, subchoréique, cérébelleuse, débilité motrice, etc...

Quant à l'humeur, Falret a décrit les épileptiques comme « timides, craintifs, obséquieux jusqu'à la bassesse, caressants et complimenteurs ». On a l'impression de quelque chose de forcé et de faux. Le regard du reste est souvent sournois. On note aussi des sentiments mystiques, des sentiments de soumission et d'humilité exagérés.

Cette sorte de bassesse et de feinte souplesse, dont les décharges impulsives montrent le véritable caractère, va de pair avec la morosité. Ces enfants se plaignent sans cesse ; ils allèguent des malaises divers, ce sont des hypocondriaques précoces ; ils sont maussades, grognons, pleurnicheurs, « cramponnants », « tannants ». On a l'impression d'un malaise intime qui se traduit par la mauvaise humeur.

L'entêtement, l'opposition sont également des traits caractéristiques de l'épileptoïdie. Le « non » revient souvent dans la bouche des épileptiques. Opposition, entêtement, morosité, maussaderie, pleurnicherie, obséquiosité, insistance lassante, hypocondrie, mysticisme, sont des traits assez spécifiques du caractère épileptoïde, pour mettre à eux seuls sur la voie de l'affection.

Un des traits de l'humeur épileptoïde est l'irrégularité dans ses manifestations. On dit de ces enfants qu'ils sont capricieux, oscillant entre l'affectivité doucereuse et l'impulsivité violente.

Au point de vue intellectuel, les enfants épileptoïdes présentent une grande lenteur dans les processus psychiques. Les opérations mentales les plus simples se font avec effort, comme si l'intelligence était intacte mais enlisée. Cette bradypsychie se manifeste dans le débit, dans les gestes, dans le comportement général. A certains moments, elle fait place à de véritables phases de suspension intellectuelle. Obnubilation passagère qui fait dire de ces enfants qu'ils sont distraits, inattentifs, dans la lune, rêveurs, pensifs. Cette sorte de distraction morbide, d'obnubilation se situe entre la bradypsychie et l'absence épileptique.

Le sommeil est souvent agité, coupé de cauchemars, de terreurs nocturnes suivies d'amnésie.

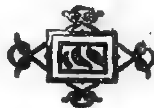
L'incontinence nocturne d'urine persistante est fréquente.

***

Le médecin consulté traitera ces enfants, si légèrement atteints qu'ils soient, même s'ils ne présentent que cette obnubilation intellectuelle qui passait pour de la paresse et de la distraction, comme s'ils étaient épileptiques. Mais il les traitera à la manière de Pierre-Marie. C'est-à-dire que les barbituriques n'auront pas sa préférence. Loin de moi l'intention de reprendre les arguments de Pierre-Marie, grand défenseur des tartrates qu'il préfère aux barbituriques. La discussion sur le plan strictement thérapeutique n'est pas close, pour bien des épileptiques, sans barbituriques les améliorations sont difficiles. Mais dans cette étude des enfants impulsifs, il ne s'agit pas d'épileptiques, il s'agit d'épileptoïdes, c'est-à-dire de manifestations larvées sur le plan psycho-moteur.

Les deux types de médication qui réussissent le mieux dans le syndrome épileptoïde (colères, turbulence, instabilité, impulsivité, équivalents psychiques) sont les tartrates d'une part et le calcium de l'autre. Le chlorure de calcium administré à hautes doses réalise à cet égard une heureuse préparation. Jusqu'à ces derniers temps on n'avait que le tartrate boricopotassique et boricosodique. Nous trouvons maintenant un tartrate boricomagnésien qui, à ses vertus calmantes, ajoute son action nutritive sur la cellule nerveuse.

La médication aussi bien calcique que boricosodique et boricomagnésienne doit s'administrer à hautes doses et se poursuivre pendant plusieurs mois.



LES OCYTOCIQUES

D'après une leçon du Professeur agrégé Lacomme

Les accoucheurs ont cherché à améliorer, à accélérer la marche de l'accouchement. C'est, apparemment, l'intérêt de la femme, et celui... de l'accoucheur, qui passe ainsi moins de temps à attendre l'expulsion fœtale. Il existe deux ocytociques principaux: l'ergot et l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, et d'autres ocytociques moins importants, la quinine, l'adrénaline, le sucre. De ces derniers, peu de chose à dire. On donnéra si l'on veut, pour accélérer l'accouchement, de la quinine (il en résultera, tout au moins,... quelques bourdonnements d'oreille !), de l'adrénaline (qui procurera peut-être quelques battements de cœur). Tout cela est sans grand inconvénient. Avec l'ergot de seigle, l'action devient plus sérieuse. L'ergot est un excitant très actif de la contraction utérine, qui malheureusement est capable de déterminer une véritable tétanisation, une contracture de l'utérus. Au point de vue fonctionnel, la contracture est une sorte de paralysie musculaire et l'on arrive alors à l'arrêt total du travail. L'ergot, qui va à l'encontre du but recherché, a été abandonné.

Que produit l'extrait de post-hypophyse ? Ses partisans prétendent que son action physiologique est un simple renforcement de la contraction utérine. Cela est possible en principe. En fait, ses effets sont très différents selon les cas. Il est d'abord difficile d'obtenir un dosage physiologique rigoureux du médicament, ce qui déjà est une chose sérieuse. En clinique, l'action est extrêmement variable. De temps en temps, on obtient il est vrai un simple renforcement des contractions. D'autres fois, il s'ensuit une sorte d'ouragan, une tempête de contractions, parfois enfin une véritable contracture. Tout le problème serait de savoir discerner dans quelles conditions se produisent la simple stimulation, la tempête et la contracture. Pratiquement, nous sommes très mal renseignés. Nous n'avons aucun baromètre clinique faisant prévoir la tempête des contractions et nous ne savons pas d'avance comment les choses vont se passer.

En tout cas, ne jamais employer l'extrait d'hypophyse sans un examen minutieux. S'en abstenir absolument s'il y a un obstacle à la sortie du fœtus, sous peine d'aboutir à la rupture de l'utérus. Pas d'ocytocique en pareille circonstance. L'utiliser de préférence quand le travail est déjà avancé. Si l'on y a recours au début du travail et que l'on détermine une « tempête » des contractions, il s'ensuit rapidement de la souffrance du fœtus. Ne jamais y recourir, enfin, quand l'utérus est dur et tendu en permanence. Entre deux contractions, l'utérus doit rester souple. On déterminerait alors de la contracture définitive et l'arrêt de toute la mécanique de l'accouchement. On voit de temps en temps des femmes être reçues à l'hôpital parce que des sages-femmes un peu pressées ont pratiqué une injection d'hypophyse et provoqué un état de contracture de l'utérus.

L'extrait hypophysaire sera réservé, en définitive, aux cas assez rares dans lesquels il y a une véritable paralysie flasque du muscle utérin, une absence presque complète de contractions, avec un utérus mou, ce qui ne s'observe à l'habitude que chez des multipares.

M. Lacomme fut ainsi appelé, un soir, auprès d'une multipare en travail. La femme, souffrant très peu, était occupée à lire le journal. L'utérus était mou, le travail assez avancé. Au bout d'une heure, la situation était restée stationnaire. La lecture du journal était finie, le temps passait... sans progrès. S'étant assuré qu'il n'y avait aucun obstacle à la sortie du fœtus, que la tête était bien engagée (autre condition *sine qua non*), M. Lacomme pensa qu'il n'y aurait pas grand risque à activer le travail avec une *faible dose* d'hypophyse ; il injecta 1/10e de cent. cube d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (dose extrêmement faible). Cela fut suffisant : 25 minutes plus tard, après quatre ou cinq contractions un peu puissantes, l'accouchement était terminé.

En somme, les indications de l'hypophyse comme ocytocique sont rares. Pour ne pas en subir les risques, il est généralement plus sage de ne pas y recourir (1).

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (décembre 1935), recueillie par le Docteur P. Lacroix.

LE PROBLÈME PRATIQUE DES COMPLICATIONS GASTRO-INTESTINALES POST-OPÉRATOIRES

Par Mario LEBEL,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Si l'on entend par complications les états — ou les manifestations des états — susceptibles ou capables d'aggraver le pronostic d'une intervention, il est certain que les complications gastro-intestinales post-opératoires, pour redoutables qu'elles soient, n'en sont pas moins rares. Mais nous ne pensons pas qu'il faille être aussi exclusif. A côté de la dilatation gastrique aiguë, de l'iléus paralytique, de l'occlusion intestinale, nous croyons qu'il faut faire une place à d'autres syndromes ou symptômes qui, s'ils n'aggravent pas toujours le pronostic porté, n'en constituent pas moins des manifestations, au minimum pénibles pour l'opéré, au maximum inquiétantes pour le chirurgien.

Avant d'envisager les problèmes pratiques qu'elles posent nous voulons insister sur le fait que du triple point de vue physiologique, clinique et thérapeutique, l'organisme d'un opéré se comporte de façon fort différente de celui d'un malade habituel. Bouleversé par le choc opératoire, trompé et intoxiqué par l'anesthésie, déshydraté par le jeûne et l'hémorragie, déséquilibré par la douleur, excité par la thérapeutique, surmené par la résorption des toxines et la réparation cellulaire, il paraît parfois échapper à certaines des lois habituelles.

Du point de vue physiologique, de profondes modifications se sont produites dont, en raison de l'impossibilité de la méthode expérimentale, seuls les examens de laboratoire peuvent nous donner la mesure. C'est là une notion capitale, qui, plus ou moins obscurement pressentie depuis longtemps, n'a été mise en valeur que ces dernières années, notamment par les travaux de Robineau et Max Lévy sur la chloropénie, et de Lambret sur l'hyperpolypeptidémie. Nous pensons d'ailleurs que la chirurgie n'est là qu'à l'orée d'une forêt touffue dont l'exploration difficile réservera des surprises et des découvertes grosses de conséquences pratiques.

Du point de vue clinique, le problème, pour se poser quasi quotidiennement à chacun n'en est pas moins ardu. La recherche de l'existence des signes, leur valeur, leur intensité déconcertante dans un sens ou dans l'autre, leur association parfois paradoxale en apparence, demande, pour leur interprétation, plus que jamais délicate, pondération, jugement, expérience. Les diagnostics abdominaux post-opératoires sont parmi les plus ardus, et bien souvent ne peuvent être posés de façon ferme.

Du point de vue thérapeutique, quel que soit le traitement envisagé — médical ou opératoire — deux conditions sont avant tout à remplir : action rapide, action inoffensive. Action rapide d'abord : il n'y a pas une heure à perdre pour aider au maximum cet organisme qui est près de la limite de sa résistance. Action inoffensive, par surcroît : l'opéré physiologiquement surmené et intoxiqué ne peut faire les frais de nouvelles neutralisations : il ne peut demander à ses cellules hépatiques, rénales ou cardiaques, un nouvel effort qui pourrait leur être funeste.

Accessoirement — et ce n'est à envisager que dans la thérapeutique médicale — nous pensons qu'il ne faut s'adresser qu'à des substances médicamenteuses ne produisant pas d'effet d'accumulation. La nécessité où l'on se trouve d'agir vite doit permettre d'utiliser des doses importantes, tout en gardant les mains libres en cas de répétition possible des accidents.

***

La péritonite suraiguë post-opératoire, qui n'appartient plus qu'à l'histoire de la chirurgie prépastorienne ne nous arrêtera pas. Son tableau de sidération infectieuse de l'organisme s'installant dans la journée même de l'intervention, s'intrique plus ou moins avec celui du choc et ne laisse guère d'espoir à une thérapeutique trop désarmée : laparotomie et large Mickulicz.

La dilatation gastro-duodénale aiguë, parfois très précoce, ne s'observe habituellement guère avant les deuxième, troisième ou quatrième jours. Les vomissements en sont le signe d'alarme ; apparaissant immédiatement, dès le début, ce sont eux qui attirent l'attention. Leur abondance, leur fétidité, leur facilité, et surtout leur fréquence extrême ne doivent pas les faire mettre sur le compte de l'anesthésie, mais commandent la recherche des signes de certitude : collapsus et distension abdominale. Pour peu que l'on ne soit en présence de l'opéré que quelques heures après le début des accidents, la gravité de l'état général éclate aux yeux de l'observateur le moins prévenu. Le facies rappelle celui d'une péritonite aiguë, mais d'une péritonite arrivée à sa phase terminale. Il y a un désaccord

entre l'apparence de ce facies et la rapidité avec laquelle il s'est constitué : le nez est déjà pincé, les yeux excavés et brillants, la pâleur extrême. Parallèlement, le pouls est petit, misérable, filant, souvent incomptable. L'abdomen est distendu au maximum, mais cette distension a débuté dans la région épigastrique, elle a progressé rapidement, sans jamais envahir les fosses iliaques ; il n'y a ni contracture, ni ondulations péristaltiques.

En présence de ces accidents si graves, d'allure si rapide que faire ? Ne pas mettre les vomissements sur le compte de l'anesthésie, le ballonnement sur celui d'une « paresse intestinale », le facies sur celui du choc opératoire.

Comme dans toute thérapeutique post-opératoire, l'action doit être simple, rapide, efficace. Lavage d'estomac et décubitus ventral sont les deux gestes indispensables et suffisants. Sans s'arrêter à ce que l'état collapsique a d'impressionnant, sans craindre une syncope terminale, il faut faire un lavage d'estomac abondant. Le tube devra, dans cette poche gastrique distendue, être poussé le plus souvent bien au delà des classiques 40 cent. si l'on veut qu'il atteigne le liquide noirâtre, horriblement fétide et si toxique qui clapote dans le bas fond. Bien des échecs ne sont pas dus à une autre cause. Aussitôt le lavage terminé on placera l'opéré en décubitus ventral, la tête tournée de côté, ou mieux le front soutenu par un coussin.

Ces deux manœuvres fort simples, que, nous le répétons, jamais la gravité de l'état général ne devra faire différer, amènent le plus souvent avec une rapidité étonnante, une amélioration considérable, qui fait figure d'une véritable résurrection.

La péritonite aiguë diffuse est en règle, elle aussi, un accident précoce, du deuxième au troisième jour.

Les signes d'alarme en sont :

— Les vomissements qui avaient cessé au plus tard à la vingt-quatrième heure reprennent, répétés, abondants, verdâtres le plus souvent.

— Les gaz ne sont pas rendus, malgré la sonde rectale, les lavements, les antispasmodiques. Il n'y a même pas de coliques gazeuses. Il ne faut pas, là encore, se leurrer, en attribuant les vomissements à l'anesthésie ou en constatant « qu'à force de lavements, le malade expulse quelques débris de matières fécales » (Rochard et Stern).

L'état général s'altère progressivement et rapidement en 24-36 heures, les traits se tirent, le nez se pince, les yeux s'excavent. Localement, l'abdomen se ballonne dans son ensemble sans que cette distension prédomine ou manque en un point. Il n'y a pas d'ondulations péristaltiques. Mais contrairement à ce que l'on observe dans les péritonites généralisées aiguës primitives, il est rare que l'on note de la contracture ; tout au plus rencontre-t-on une résistance élastique, une tension de la paroi. Sans se laisser abuser par l'absence de ce signe classique, il faut savoir poser le diagnostic de péritonite dès le début.

En raison de la rareté relative que présente la péritonite aiguë par rapport à la fréquence plus grande des réactions péritonéales on a le droit de tenter d'abord un traitement médical qui énergique et court peut parfois éviter à l'opéré une intervention itérative toujours sérieuse. S'y attarder au delà de quelques heures s'il s'avère sans action serait une erreur plus grave encore que de reintervenir d'emblée à la première menace de péritonite. Outre la large application de deux vessies de glace couvrant l'abdomen entier, les injections camphrées (huileuses ou mieux solubles) associées à la caféine et répétées toutes les trois heures, le sérum glucosé goutte à goutte à la Murphy, on s'appliquera à réveiller les contractions intestinales (Rochard et Stern), par un lavement purgatif du Codex et une injection de vingt centigrammes de lobe postérieur d'hypophyse.

Si, dans un certain nombre de cas, l'amélioration s'amorce au bout de quelques heures par l'émission de gaz ou d'une selle, la diminution des vomissements, l'affaissement progressif de l'abdomen, il en est malheureusement beaucoup où l'on a tout au plus l'impression de rester dans le *statu quo*. Il faut alors reintervenir sans tergiverser. Opération simple et rapide : laparotomie, drainage et parfois entérostomie sur l'anse grêle dilatée la plus basse, qui laissera évidemment derrière elle le redoutable pronostic des anus sur le grêle, mais aura permis de sauver le malade.

L'occlusion intestinale aiguë franche est rare au cours des premiers jours. Elle est surtout l'apanage de la deuxième semaine. Il faut néanmoins se souvenir qu'on peut la rencontrer dès la quarante-huitième heure relevant alors le plus souvent d'une coudure ou d'une compression liée à un drain, ou d'une hernie interne dans une brèche non réparée. Son traitement ne diffère en rien de celui de l'occlusion aiguë primitive : intervention et rechloruration.

Plus fréquent est l'*iléus paralytique* vrai qui évolue avec une distension abdominale progressive, ne s'accompagnant d'aucune douleur à type de colique, mais d'une simple sensibilité diffuse progressivement croissante. Le transit gazeux ne se rétablit pas, les vomissements reprennent. Toute thérapeutique est illusoire hormis l'héroïque lavement électrique.

En pratique, il est souvent difficile de faire un

diagnostic précis en présence d'un *syndrome de stase gastro-intestinale grave* débutant aux environs du troisième jour. Aussi pensons-nous que la conduite la plus logique en ce cas est la suivante :

— Lavage d'estomac et décubitus ventral d'abord. C'est le salut s'il s'agit d'une dilatation gastrique aiguë ; dans les autres cas ce sont des manœuvres inoffensives qui, par leur brièveté ne font pas perdre un temps précieux.

— glace, sérum, camphre, caféine, hypophyse, ensuite.

— si les conditions matérielles le permettent il sera toujours bon de pratiquer un dosage de chlorures sanguins, le syndrome de chloropénie sur lequel Robineau et Max Lévy ont attiré l'attention pouvant simuler à s'y méprendre une complication abdominale grave. On pratiquera toujours une injection intraveineuse de 20 c. c. de chlorure de sodium à 20 % qui amènera parfois une transformation surprenante de l'état du malade.

— Si, en six à huit heures ne s'est pas manifestée une amélioration des plus nettes, il faut reintervenir sans tarder.

***

Les coliques gazeuses post-opératoires — à côté de ces redoutables complications — font vraiment figure de parents pauvres. Nul ne s'en occupe hormis l'opéré. Le chirurgien les accueille le plus souvent avec la satisfaction que l'on a à constater un signe favorable ou de bon augure. Les infirmières les observent avec l'indifférence qu'entraîne la constatation quotidienne d'un phénomène qui paraît dans l'ordre naturel et inévitable des choses. Mais le malade ne partage pas la façon de voir de ceux qui l'entourent. Il considère ces manifestations douloureuses comme une véritable complication : de l'avis unanime des opérés « la journée des gaz » est une des plus pénibles, parfois plus pénible, même que celle de l'intervention (1). Il faut d'ailleurs remarquer que, d'une façon générale, le rétablissement du transit gazeux, qui témoigne de la reprise complète et effective des mouvements péristaltiques, s'accompagne de souffrances d'autant plus vives que cette reprise est plus tardive. Classiquement, pour les atténuer ou les éviter, on a le choix entre deux méthodes : réveiller précocement le péristaltisme intestinal ou supprimer la douleur liée à ces mouvements.

Pour exciter la musculature du grêle et du côlon, les moyens sont multiples : injection de 0,20 centigr. de lobe postérieur d'hypophyse, administration d'un lavement salé hypertonique (60 grammes de Na Cl pour 100 grammes d'eau), etc... Pour notre part, nous n'y recourons guère (1), car il nous a paru que dans l'immense majorité des cas, les phénomènes douloureux n'étaient guère moindres que lorsque l'on attend l'émission gazeuse spontanée.

Supprimer la douleur liée à la reprise des mouvements péristaltiques est chose plus malaisée. Nous nous sommes d'abord adressé aux opiacés (essentiellement sous la forme de chlorhydrate), dont l'action analgésique est hors de pair, mais que nous n'avons pas retenu en raison de leur action inhibitrice. Ensuite, nous avons employé les barbituriques (à raison de 0,05 cgr. trois fois par jour, ou mieux de 0,01 centigr. toutes les deux heures), mais il nous a semblé que leur action faible ne contre-balançait pas leur toxicité. Actuellement, nous nous sommes arrêté (2), à l'association de deux alcaloïdes synthétiques, la perparine et la novatropine, que nous administrons à raison de doses de 0,04 centigr. du premier et 0,0015 du second, la première par voie hypodermique aussitôt après l'intervention, les autres par voie rectale aux 10e, 24e, 30e et 36e heures. Il faut d'ailleurs remarquer que ces corps conformément à la loi générale des alcaloïdes synthétiques étant de toxicité très faible, ces doses peuvent être doublées ou triplées sans inconvénient.

On obtient ainsi un rétablissement indolent du transit gazeux, mais il est rare que celui-ci soit accéléré. Nous l'avons néanmoins observé parfois (3).

Dans tous les cas quelle que soit la méthode à laquelle on s'adresse, il sera toujours bon de placer une sonde rectale longue (30 cent. environ), qui évitera aux fibres intestinales d'avoir à lutter contre la contraction tonique du sphincter.

***

La réaction colique post-opératoire — ou colite post-opératoire — est un accident du troisième ou du quatrième jour. Liée en règle à « l'existence d'une colite antérieure, souvent ignorée du malade et du chirurgien » (Schwartz) et partant plus fréquente après une appendicite, elle apparaît parfois spontanément, plus souvent après l'ingestion de lait ou d'un fruit cru, plus souvent encore à la suite d'une de ces néfastes purgations post-opératoires dont le procès n'est plus à faire. Cliniquement, elle se traduit avant tout par une douleur intermittente, en rapport semble-t-il

(1) Nous avons le souvenir d'une poly opérée qui n'a accepté une quatrième intervention que sur l'engagement que nous avons pris de lui éviter « la terrible journée des gaz ».

(1) Dans les suites opératoires simples s'entend.

(2) Après plus de 60 observations personnelles satisfaisantes.

(3) En particulier dans un cas d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale (exsudat louche) ou l'émission des premiers gaz se produisit dès la douzième heure.

avec le passage des gaz, le plus souvent très aiguë. Parallèlement la température monte en flèche à 39°, parfois 40, avec un pouls régulier et plein. L'examen ne montre aucune contracture, mais réveille une douleur vive surtout marquée au niveau du côlon et particulièrement du côlon gauche qui est perçu comme une corde sensible. Un pareil tableau ne trompe pas un clinicien averti. On lui oppose classiquement la glace sur le ventre, la diète hydrique, qui suffisent le plus souvent à tout ramener dans l'ordre en quelques jours. Pour notre part, nous y adjoignons volontiers des antiseptiques urinaires (hexa-méthylène-tétramine et surtout dérivés chlorés de la pyridine) en raison de la fréquence extrême de la bactériurie en pareil cas et qui, méconnue, peut être à l'origine d'une colibacillose urinaire tenace.

Surtout on évitera l'administration intempestive d'un laxatif ou d'une purgation qui ne ferait qu'aggraver la colite au point que l'on a observé de véritables phlegmons péricoliques dont le traitement ne se différencie pas de celui des péritonites localisées que l'on observe parfois après les interventions pour appendicite aiguë ou ulcère perforé.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Comment reconnaître et traiter les principales causes de la stérilité féminine

D'après le Professeur F. Papin (1)

De la théorie a la clinique

En dehors des lésions évidentes, qui expliquent l'inaptitude à la reproduction, il existe une quantité d'inconnues, dont beaucoup se rattachent à des modifications humorales profondes et à l'endocrinologie. Mais, quelle part exacte attribuer à la femme dans la stérilité ? Question souvent difficile à résoudre.

Cependant, on peut considérer que : dans un tiers des cas, le mari est en cause directement par azoospermie ou oligospermie ; dans un tiers des cas, il est en cause indirectement par les lésions de salpingite ou de cervicite, qu'il aura provoquées chez la femme ; dans un dernier tiers enfin, la femme sera *primitivement stérile*, par opposition à la précédente *stérilité, dite secondaire*.

« Ce sont souvent des raisons très diverses, qui amènent les femmes à consulter pour stérilité. On en voit qui, très désireuses d'avoir des enfants viennent demander un conseil dès les premiers mois de leur mariage. D'autres ne s'en préoccupent qu'après plusieurs années, heureuses au contraire du répit qu'elles ont trouvé au début. Enfin, il n'est pas exceptionnel de voir une femme venir s'inquiéter de sa stérilité, souvent alors pour des raisons d'ordre social, à une période très tardive, pré-ménopausique.

« On peut dire qu'en principe la réponse à faire ne doit jamais être absolue, et qu'il faut, en pareil cas, rester toujours très prudent.

« C'est qu'en effet, il faudrait élucider le rôle du mari. Mais cet examen n'est point toujours possible, et, d'ailleurs, pratiquement il n'est point à rechercher. L'examen du sperme pour identifier l'azoospermie ou l'oligospermie ne peut pas permettre une réponse absolue au cas d'azoospermie constatée ; il faudrait répéter plusieurs fois cette constatation, pour qu'elle puisse être considérée comme ayant une valeur définitive. D'ailleurs la thérapeutique n'offre guère de ressources pour remédier aux causes de stérilité dépendant du mari, et c'est une raison de plus pour concentrer sur la femme tout l'interrogatoire et l'examen. »

Par l'interrogatoire, on saura d'emblée, s'il s'agit de stérilité secondaire ou de stérilité primitive.

Stérilité secondaire

C'est celle qui se montre chez une femme, qui a déjà eu une grossesse ou un commencement de grossesse. Quand une grossesse a déjà été menée à terme, il s'agit souvent d'une hyperévolution utérine, ou encore d'infections utéro-annexielles survenues ultérieurement. Quand, au contraire, il n'y a jamais eu de grossesse, menée à terme, mais des avortements successifs, ceux-ci montrent que la *conception a été possible* ; il convient, dès lors, de rechercher la *cause qui a pu interrompre la grossesse*, et notamment certaines maladies générales, telles que la syphilis. Quand ce sont des avortements très précoces, des fausses couches répétées, qui ne dépassent pas quelques semaines, on peut incriminer avec vraisemblance des troubles de nidation de l'œuf, ou bien encore une lésion ovarienne (petit kyste folliculaire),

(1) F. Papin. — La stérilité. (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 20 novembre 1935.)

Stérilité primitive

Il n'y a jamais eu de conception : le cas est fréquent ; il embarrasse particulièrement le praticien. L'interrogatoire devra porter successivement : *a*) sur les antécédents héréditaires et consanguins ; *b*) sur les antécédents personnels, en recherchant particulièrement la tuberculose, la syphilis, les maladies infectieuses susceptibles de toucher l'ovaire (oreillons) ; *c*) comme dans le cas précédent, sur l'existence d'une infection gonococcique par le mariage (en négligeant le terme « gonococcique », pour ceux de « pertes blanches », « pertes jaunes épaisses ») ; *d*) enfin sur les caractères des règles : aménorrhée, dysménorrhée, polyménorrhée, etc...

L'examen gynécologique

Les lésions principales à rechercher sont par importance : *l'utérus infantile* à col conique presque imperméable, à corps très antéfléchi ; la rétroversion utérine ; la métrite ou *l'endo-cervicite gonococcique*, qui, chez la nullipare, se présente volontiers de façon très discrète, et la *salpingite oblitérante* surtout d'origine gonococcique, car, plus que la puerpérale, elle aboutit à l'oblitération définitive du pavillon. L'attention doit se porter sur certaines petites tumeurs de l'ovaires, car les grosses (fibrome utérin, etc.) ne passent pas inaperçues ; toutes ces tumeurs peuvent causer la stérilité par un trouble de la sécrétion hormonale de l'ovaire.

Si ce premier examen ne révèle rien, alors se pose la question de l'exploration des trompes par insufflation ou par lipiodol ; mais il ne faut s'y résoudre qu'en pareil cas, et même seulement quand l'interrogatoire n'a mis sur la voie d'aucune infection utéro-annexielle.

Pour ces manœuvres, on choisira le moment le plus favorable, qui est ordinairement du troisième au sixième jour après les règles ; on ne devra utiliser qu'une technique parfaite, l'indication du manomètre étant indispensable pour éviter des accidents. Ceux-ci sont particulièrement à redouter dans les oblitérations tubaires ou les coudures, qui succèdent aux salpingites, et ils risquent d'aller jusqu'à la pelvipéritonite.

L'étude des troubles fonctionnels d'origine humorale

« Lorsque l'examen clinique sera absolument négatif, et que l'examen au lipiodol aura montré des trompes parfaitement perméables, on sera obligé d'en rester aux hypothèses de stérilité de cause maritale, ou bien de stérilité féminine, par trouble ovarien ou humoral.

La répétition fréquente de l'acte sexuel a pu être considérée comme une cause de stérilité, en raison d'une modification du milieu vaginal ; ainsi s'expliquerait parfois la stérilité des prostituées en dehors de toute lésion gonococcique.

Les spermatozoïdes doivent rester en vie quelques heures, et souvent plusieurs jours dans les voies génitales de la femme pour pouvoir féconder l'ovule. Encore faut-il qu'ils puissent y vivre le temps nécessaire ; et, c'est là qu'interviennent les modifications importantes du milieu où ils se trouvent déposés. Dans cette ordre d'idées l'hyper-acidité vaginale se révèle nuisible à la vitalité des spermatozoïdes. Par la même raison les modifications du milieu vaginal, consécutives à des injections antiseptiques trop souvent répétées, qui altèrent en particulier les ferments leucocytaires, aboutissent à une certaine stérilité ; c'est ainsi qu'après des années de « précautions », des femmes sont souvent déçues de ne pas avoir immédiatement la grossesse qu'elles souhaitent après avoir cherché à l'éviter longtemps.

Tout aussi importantes sont les modifications du «milieu utérin». Ainsi note-t-on pour nocives à l'égard des spermatozoïdes, certaines sécrétions utérines, indépendantes de toute infection. Les recherches modernes paraissent également avoir mis en évidence de façon certaine une stérilité par *incompatibilité humorale*; il se produirait entre les spermatozoïdes et les sécrétions de certains utérus une action nocive pour les premiers, et celle-ci serait à rapprocher grossièrement de l'incompatibilité qui existe entre deux sangs de groupes différents. On a cherché dans cet ordre d'idées l'explication des stérilités, qu'on peut observer dans les mariages consanguins.

De tels conjoints remariés, chacun de leur côté, peuvent avoir des enfants, alors que leur premier mariage s'était révélé infécond.

Parmi les troubles humoraux généraux, on invoque certaines intoxications, parce que plus tard un effet favorable a été obtenu à la suite d'un régime lacté prolongé ; il en est de même pour le diabète, pour l'obésité, surtout si elle est due à une insuffisance ovarienne. Enfin le rôle des glandes endocrines apparaît considérable en ce qui concerne l'ovaire, la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse. On peut décrire deux types principaux de ces femmes stériles par cause endocrinienne : un type infantile et un type pseudo-masculin. Mais beaucoup de cas cliniques ne sont pas aussi marqués, et la pathogénie endocrinienne peut jouer à des degrés moindres.

Les *troubles des règles* sont particulièrement intéressants à étudier dans la question qui nous occupe. Ainsi l'aménorrhée comporte ordinairement la stérilité, mais ce n'est point fatal, et il est absolument nécessaire d'insister sur ce point. La dysménorrhée peut, en effet, coïncider avec la stérilité soit du fait d'un obstacle

mécanique, sténose cervicale, etc., soit plutôt du fait d'un trouble glandulaire d'origine ovarienne, et ce dernier est à la fois à l'origine de la dysménorrhée et de la stérilité. Enfin, la polyménorrhée, qui est assez souvent un obstacle à la fécondation, mérite d'être connue parce qu'elle peut compotrer une thérapeutique efficace : c'est ainsi que lorsque sont en cause de petits kystes ovariens à activité folliculaire exagérée, leur résection fait disparaître la polyménorrhée et permet ensuite la nidation de l'œuf.

***

Sur le traitement de la stérilité féminine

« Rien n'est plus variable, ni aussi plus décevant que le traitement de la stérilité ». En cas d'oblitération des voies utéro-annexielles, il pourrait sembler logique d'ouvrir par des dilatations la route aux spermatozoïdes. Mais un canal, qui laisse passer le sang des règles n'est-il pas suffisamment ouvert pour le sperme.

Aussi les dilatations doivent-elles agir en réalité moins en ouvrant le canal cervical qu'en stimulant la trophicité et le développement de l'utérus. Il s'agit, en effet, bien souvent, en pareil cas, d'utérus resté petit, parfois infantile, antéfléchi : c'est surtout la stimulation de l'organe que l'on doit rechercher. Il paraît, dès lors, indiqué d'ajouter alors toujours aux dilatations un traitement endocrinien.

Au cas de rétroflexion utérine (rétroflexion indépendante naturellement de toute lésion annexielle), le massage gynécologique semble le plus indiqué ; et, s'il ne suffit pas à redresser l'utérus, l'indication d'une ligamentopexie chirurgicale (Doléris, etc.) est tout à fait légitime.

Très souvent, encore, la lésion utérine, que l'on constatera pour expliquer la stérilité, sera l'endocervicite gonococcique. En pareil cas, on devra naturellement mettre en œuvre les traitements de la métrite cervicale : ovules et tamponnements vaginaux, petits écouvillonnages du col, diathermo-coagulation, saisons thermales.

Restent enfin des lésions chirurgicales bien constatées : fibrome utérin, annexite, tumeur de l'ovaire.

Au cas d'annexite, c'est surtout le traitement médical et thermal qu'il faut conseiller chez une femme jeune et qui n'a pas d'enfants. Si les traitements médicaux et thermaux se montrent absolument inefficaces, il semble mieux d'intervenir par laparotomie, dans le but de faire une opération salpingienne conservatrice, plutôt que d'essayer une exploration au lipiodol susceptible, avec de telles lésions, d'avoir de gros inconvénients. Pour le fibrome utérin, c'est tout à fait le cas de la myomectomie, si celle-ci est possible ; les grossesses après myomectomie ne se voient guère, cependant, que dans 10 à 15 p. 100 des cas. Enfin, la constatlon d'une petite tumeur de l'ovaire indique, d'une façon formelle, l'intervention chirurgicale ; il peut, en effet, s'agir d'un de ces petits kystes ovariens, dont l'action hormonale est cause de stérilité, et dont l'ablation est assez souvent suivie de grossesse.

En l'absence de toute lésion utéro-annexielle objective, on se basera sur les résultats qu'aura pu fournir l'étude des troubles fonctionnels d'origine humorale. Aucune lésion précise n'ayant été découverte, on graduera la thérapeutique de façon empirique.

On recommandera d'abord le traitement endocrinien, en l'orientant suivant les résultats de l'examen somatique complet de la malade ; on aura recours aux modificateurs de la nutrition en général. Le massage gynécologique, et surtout les saisons thermales, trouveront ici une de leurs meilleures indications.

Cependant, au cas d'échec de ces moyens médicaux, une laparotomie pourrait encore être légitime, car elle serait susceptible de montrer de temps a autre une lésion non décelée ou une ovarite scléro-kystique, dont le traitement chirurgical a été, de temps à autre, suivi de grossesse.

G. Fischer.

LA COURBATURE SOLAIRE FÉBRILE

Dans un article du *Concours Médical* (n° 31, 4 août 1935) M. P. Baize décrit sous le nom « coup de chaleur du nourrisson », une entité nosologique bien déterminée dont il rapporte plusieurs observations.

Au cours de cet été, il nous a été donné d'observer, au camp de vacances de Verneuil-l'Etang (Seine-et-Marne), organisé par l'Association des « Amis de l'Enfance ouvrière », plusieurs cas d'une affection proche de la précédente, et de celle que les médecins militaires — qui la voient particulièrement souvent — appellent la « *courbature fébrile* ».

Cette affection, dont l'existence a été souvent mise en doute, du fait de sa faible fréquence dans la pratique civile courante, nous a paru au contraire parfaitement déterminée et intéressante à la fois dans la pratique militaire et dans la pratique civile, où ses conditions d'apparition sont parfois réalisées.

Au point de vue clinique, son étiologie semble dominée par la coexistence absolument nécessaire de trois facteurs : *chaleur, soleil, fatigue.*

C'est pourquoi elle est fréquente chez les jeunes soldats, soumis sous de chauds vêtements, à des exercices physiques rapidement épuisants.

C'est pourquoi, rare dans les agglomérations d'enfants, telles que les écoles ou les colonies banales de vacances, où les fatigues physiques sont restreintes, nous avons pu l'observer avec une fréquence relative (1,3 % du nombre total des enfants) au camp de Verneuil-l'Etang, qui, organisé sur des bases pédagogiques nouvelles et fort intéressantes, exigeait des enfants un travail plus intense que dans les camps de vacances ordinaires (1).

Le climat était celui de l'Ile-de-France, et, l'été, sans être particulièrement chaud n'a pas cessé d'être beau.

Les trois conditions du trépied étiologique se trouvaient donc réalisées.

***

Au point de vue *symptomatologique*, le début est très variable, mais en général brutal.

En pleine santé, parfois en plein travail, l'enfant ou l'adolescent est pris d'un violent et subit malaise : céphalées, vertiges, parfois, troubles digestifs.

Hyperthermie, anorexie et somnolence sont de règle à la période d'état : l'enfant est prostré, souvent un peu photophobique, redoute l'examen, le bruit, le mouvement, qui augmentent sa *céphalée*, qui reste le symptôme capital.

Les myalgies et arthralgies les plus diverses peuvent se rencontrer et compléter le tableau.

On note parfois quelques troubles digestifs objectifs : langue sèche et saburrale, abdomen douloureux (F. I. D. et G. douloureuses et gargouillantes). Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. Parfois légère hypotension artérielle. Pas de troubles des réflexes. Hyperthermie variable de 37°8 à 39°5 et même 40°. Urines : oligurie, urines foncées, ni sucre ni albumine. Pouls : rapide, non dissocié, bien frappé, régulier. En somme, les signes fonctionnels dominent toute la symptomatologie.

***

L'évolution se fera de façon variable :

soit rapidement : après une nuit de sommeil (aidé par des analgésiques antithermiques) l'enfant se réveille complètement dispos, apyrétique et euphorique ; soit lentement : en cinq ou six jours, avec plateau thermique ou fièvre en clochers, persévérance des signes pendant plusieurs jours, et disparition progressive de la céphalée, des algies, de l'hyperthermie. Soit chute en lysis (en deux ou trois jours) soit défervescence brutale, avec sudation, et parfois petit crochet thermique le lendemain, précédant la chute définitive.

***

Il existe autant de formes cliniques qu'il y a de malades tant cette affection revêt une symptomatologie protéiforme.

Il semble que les signes soient d'autant plus intenses que l'enfant est plus jeune.

Nous avons observé le cas d'une petite fille de 8 ans, avec début brutal, par céphalalgie intense, anorexie *complète*, somnolence et hyperthermie élevée. Pendant huit jours, fièvre à très petites oscillations autour de 40°, somnolence et obnubilation. Refus d'aliments. Quelques rares râles de bronchite aux deux bases, qui cédèrent à UN enveloppement sinapisé et un peu d'eucalyptol, sans que le reste de la symptomatologie s'en trouve modifié. Evolution en huit à neuf jours. Guérison.

Il existe bien d'autres variétés cliniques :

(1) Les camps créés par les « Amis de l'Enfance Ouvrière » sont basés sur l'auto-administration et l'auto-organisation des enfants de 11 à 16 ans qui y participent. Fort peu d'adultes s'en occupent et presque toutes les tâches matérielles incombent aux enfants eux-mêmes. Pour renseignements complémentaires, lire « Connaître pour construire », brochure éditée par « les Amis de l'Enfance ouvrière », 1, rue de l'Ave Maria, Paris (IVe).

— parfois, la symptomatologie est fruste : simple céphalée, légère anorexie, petit malaise fébrile, qui disparaît en vingt quatre heures ou moins ; — parfois le début est lent et progressif (rares) ; — parfois les signes sont intenses : avec haute hyperthermie et évolution prolongée ; — parfois, ils se trouvent associés : à une angine, à des troubles digestifs. Il est alors difficile de faire la part revenant à chaque affection.

Le sexe ne semble pas jouer de rôle particulier ; pourtant, les adolescentes qui viennent de subir la transformation traumatisante de la puberté semblent plus fragiles, et en état de moindre résistance au moment de leurs règles.

***

Le *diagnostic*, auquel on doit toujours penser lorsqu'on se trouve dans les conditions étiologiques favorables à l'éclosion de l'affection ne doit pas être un diagnostic d'élimination, ni être une étiquette commode, admise provisoirement et hypothétiquement, en attendant des signes plus manifestes d'une autre affection. La symptomatologie si essentiellement variable peut facilement en imposer :

Un jeune garçon de 17 ans, Tchécoslovaque, est admis par le « Poste de secours » du camp de Verneuil-l'Etang, et envoyé d'urgence à notre « Hôpital central » avec les symptômes suivants : céphalée, asthénie, somnolence, anorexie, hyperthermie à 39°.

A l'examen : Troubles digestifs : langue saburale, abdomen douloureux. Myalgies multiples. Le soir : 39°5. Le lendemain 40°, puis 40°5.

Le surlendemain : hyperthermie oscillant autour de 40° avec altération de l'état général : somnolence, urines rares et hautes en couleurs, langue rôtie, pouls légèrement dissocié : 120, bien frappé, non dicrote. Au cours de l'évolution qui se prolonge, d'autres signes attirent notre attention : diarrhée très liquide, douleurs abdominales, fosse iliaque droite gargouillante. Le malade a eu une épistaxis droite.

Nous envisageons, devant ce tableau, la possibilité d'une *dothiénentérie* malgré l'absence de dicrotisme du pouls, de tuphos véritable, de splénomégalie, et de taches rosées.

Pendant cinq jours la fièvre reste en plateau autour de 40°. Le lendemain légère chute thermique (quelques dixièmes) qui s'accentue le surlendemain. Chute à 37° en quarante-huit heures, avec disparition totale de tous les signes.

Chez une enfant de 8 ans et demi, le début brutal, l'hyperthermie, la céphalalgie atroce, la photophobie, les troubles digestifs avec vomissements faciles, un décubitus en chien de fusil, un certain degré de raideur, le refus de l'examen, pouvaient, au début, en imposer pour une méningite à méningocoques. Chez une jeune femme le caractère des douleurs a pu simuler une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Quoiqu'il en soit, en général, la connaissance du trépied étiologique, la symptomatologie atypique et bizarre, et l'évolution spontanée vers la guérison, même en dehors de toute thérapeutique, permettent de faire le diagnostic.

La *thérapeutique* est extrêmement simple.

Presque purement symptomatique : Repos au lit, au calme, en atmosphère fraîche. Semi-obscurité. Si céphalalgie : glace sur la tête. Contre l'hyperthermie, la céphalée et les myalgies : antithermiques analgésiques ordinaires, ou formules spécialisées. Traitement symptomatique des troubles associés (en particulier des troubles digestifs qui sont fréquents).

Boissons abondantes. Toniques. Alimentation dès que le malade en manifeste l'envie (parfois dès le début). Conserver le malade au lit vingt-quatre heures après la chute thermique par précaution. Reprise progressive de l'activité.

Nous n'avons jamais observé aucune complication, aucune séquelle, ni aucune rechute.

***

Il est également intéressant de noter que sur les quatorze cas que nous avons observés, aucun des enfants ou adolescents n'avait eu de « coup de soleil », aucun ne présentait de signes se rapprochant de ceux de la banale et courante « insolation ».

IL SEMBLE DONC QU'AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE IL NE S'AGISSE PAS D'UNE ACTION DIRECTE DU SOLEIL SUR LES CENTRES NERVEUX, MAIS PLUTÔT (*et c'est ce qui rapprocherait cette affection du « coup de chaleur du nourrisson »*), D'UN TROUBLE DU SYSTÈME RÉGULATEUR THERMIQUE.

Quoiqu'il en soit, cette affection est essentiellement bénigne (ce qui la distingue à la fois du coup de chaleur du nourrisson et de l'insolation de l'adulte). Ses rapports avec ces deux affections et sa pathogénie seraient intéressants à étudier plus amplement, et son existence, en tant qu'entité nosologique distincte, mérite d'être bien connue de tous les médecins qui s'intéressent à la pathologie de l'enfant.

Dr Robert LION.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les limites de la néphrectomie dans la tuberculose rénale unilatérale associée à la tuberculose pulmonaire.

M. Félix MARSAN est convaincu que plus d'une fois, un rein tuberculeux a été enlevé chez des malades porteurs de lésions pulmonaires méconnues : parfois anciennes et cicatrisées, d'autre fois latentes. Elles ont passé inaperçues, car il n'existait aucun signe permettant de les révéler.

La plupart sont restées silencieuses et ont continué à être ignorées ; d'autres ont subi, quelques jours après l'opération, une poussée congestive et se sont dévoilées, sans revêtir cependant une allure grave et mettre les jours du malade en danger. Ce n'est plus le cas quand la tuberculose rénale s'associe à une tuberculose pulmonaire reconnue et soignée depuis longtemps. Faut-il abandonner ces malades à leur malheureux sort, laisser évoluer la lésion rénale, avec ses complications douloureuses de cystite, ou au contraire pratiquer la néphrectomie si un rein est seul atteint et que l'autre, indemne, a un fonctionnement suffisant ? La tuberculose pulmonaire préexistante est-elle une contre-indication formelle à la néphrectomie, ou peut-on, dans certains cas, la pratiquer ? Quelles sont, en un mot, les limites de la néphrectomie dans la tuberculose rénale unilatérale, associée à la tuberculose pulmonaire ?

Il résulte de cette étude que dans la tuberculose rénale unilatérale associée à la tuberculose pulmonaire, la néphrectomie remplit un double but : elle supprime le foyer rénal et favorise la guérison du poumon. Ses contre-indications tiennent à la gravité des lésions pulmonaires, à l'existence d'autres localisations tuberculeuses viscérales ou ostéo-articulaires et enfin à l'insuffisance fonctionnelle de l'autre rein. (*Le Bulletin Médical*, 23 novembre 1935.)

La tuberculose de l'ombilic (forme tumorale).

Le Docteur BABES s'occupe dans cette étude d'une forme de la tuberculose de l'ombilic qui diffère entièrement de la forme ulcéro-caséeuse déjà décrite et mérite, en raison de ses caractères particuliers, la dénomination de « forme tumorale de la tuberculose ombilicale ».

Dans ces cas il faut procéder à un diagnostic différentiel entre la tuberculose à forme tumorale de l'ombilic et les tumeurs secondaires de cette région.

Le diagnostic différentiel est basé sur l'étude détaillée de l'affection intra-abdominale primitive en vue d'établir la nature tuberculeuse ou néoplasique de l'affection. S'il est impossible d'établir un diagnostic clinique, il faut nécessairement recourir à l'examen microscopique de la biopsie pratiquée sur les lésions ombilicales. (*Rev. Fr. de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1935.)

Remarques au sujet de l'association du flutter auriculaire et du blocage auriculo-ventriculaire.

Le Docteur F. VAN DOOREN a pu faire différentes constatations, qui lui permettent d'affirmer que la coexistence du flutter auriculaire avec le bloc auriculo-ventriculaire est une affection exceptionnelle. Cette rareté est sous la dépendance de l'existence simultanée d'une lésion ventriculaire organique étendue et d'un trouble auriculaire, pour une part fonctionnel et souvent passager. Le diagnostic du trouble de la conductibilité auriculo-ventriculaire n'aura rien de malaisé si l'on veut bien ne pas considérer les images auriculaires et leurs rapports avec les ventricules, mais rechercher les signes du rythme nodal et de la dissociation auriculo-ventriculaire. Le flutter prouve son origine fonctionnelle parce que, une fois disparu, l'aspect des complexes revient à la normale, alors qu'après la fibrillation, bien plus souvent, les ondes auriculaires demeurent anormales. (*Le Scalpel*, 30 novembre 1935.)

Conséquences médicales et eugéniques de la stérilisation.

Qu'il s'agisse d'interrompre une grossesse ou d'empêcher la procréation, les indications peuvent se ranger sous trois chefs : indications médicales, indications eugéniques, indications sociales.

Pour interrompre une grossesse sur indications médicales, le Docteur H. VIGNES rappelle que nous avons un critère : c'est qu'il s'agisse d'une maladie menaçant la vie (et, par extension, menaçant quelque autre grande fonction vitale), ou c'est que, d'autre part, cette *maladie soit* susceptible d'être guérie par l'interruption envisagée. L'indication eugénique de l'avortement

ou de la stérilisation est difficilement acceptée par le public médical français. Aussi, la loi allemande de stérilisation a-t-elle été accueillie avec un certain émoi.

La stérilisation eugénique ne manque pas d'arguments : 1° elle est une mesure humaine qui épargne les souffrances de la vie à des sujets appelés à être des dégradés et des inaptes ; 2° elle permet une économie pour la Société, en supprimant les frais d'assistance et de répression nécessaires promis à une tare héréditaire ; 3° elle concourt à limiter les effets de la surpopulation du globe ; 4° elle lutte contre la progression du nombre des tarés qui, pour d'aucuns, serait un phénomène mathématiquement inexorable.

En réalité, il convient d'être plus modeste que l'ont été les législateurs allemands, californiens ou autres. Avant d'envisager une vaste expérimentation avec des obligations, il faudrait envisager des cas plus concrets et qui rentrent mieux dans le cadre de la médecine. Si un couple est condamné inéluctablement à donner le jour à des enfants tarés, si ce couple s'adresse à un médecin en vue d'une stérilisation, si ce médecin consent, celui-ci n'est pas en règle avec la loi et il est exposé à des poursuites. C'est un premier point qu'il serait souhaitable de réformer par le moyen d'une loi qui tiendrait compte de la liberté individuelle et du risque héréditaire. C'est par l'étude de cas ainsi régis que l'on pourrait voir les bénéfices réels d'une loi comportant obligation. (*Bull. de sexologie*, février 1935.)

Efficacité de l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie traumatique.

Parmi les divers traitements de l'état de mal épileptique, les injections d'acétylcholine ont acquis une place importante. Leur efficacité, bien qu'inconstante, apparaît souvent indiscutable.

Le pouvoir préventif de la médication sur le renouvellement des crises est, au contraire, loin d'être universellement admis.

Les Docteurs Fribourg-Blanc, Lassale et Passa présentent les observations de deux malades traités, durant ces derniers mois, au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce. Tous deux porteurs de projectiles intracraniens, étaient atteints d'épilepsie traumatique partielle à forme grave. Chez tous deux, non seulement l'acétylcholine détermina une sédation rapide des manifestations convulsives mais encore elle semble bien avoir modifié le rythme évolutif de la maladie et exercé sur le renouvellement des accidents comitiaux une action frénatrice certaine. De leurs recherches il semble résulter que dans le plus grand nombre des cas, le développement de la crise épileptique paraît sous la dépendance de troubles circulatoires corticaux à type d'angiospasme diffus. Ces phénomènes semblent eux-mêmes commandés dans leur apparition par de multiples facteurs, au premier rang desquels se situe une instabilité toute spéciale du système vago-sympathique. Constantes dans les épilepsies, quelle qu'en soit l'origine, ces altérations de l'équilibre neurovégétatif apparaissent cependant particulièrement intenses dans les épilepsies traumatiques, témoins les troubles permanents, tels que : troubles trophiques, modifications de la pression artérielle différentielle, troubles de la température locale. En dehors de l'épilepsie même, on a bien mis en évidence l'importance des perturbations du sympathique cranio-facial chez les grands traumatisés craniens et leur retentissement circulatoire. En présence de ces faits, l'hypothèse ne paraît pas illogique d'une particulière fréquence et d'une particulière intensité des spasmes vasculaires dans l'épilepsie traumatique. Ce serait là l'explication de l'action manifestement favorable qu'a paru exercer, dans ces cas, l'acétylcholine. (*La Presse Médicale*, 23 novembre 1935.)

Le clavier neuro-cardiaque.

MM. P. Veil, Feuillade et J. Duguet étudient à ce propos l'influence de la ponction lombaire sur le rythme cardiaque, qui serait le témoin des lésions nerveuses centrales. Ces modifications du rythme cardiaque au cours de la ponction lombaire se révèlent parallèles à celles du liquide céphalo-rachidien, comme le montre l'examen cytologique. Il a même paru qu'elles seraient légèrement plus sensibles. Chose curieuse, ce sont seuls les malades au système nerveux central atteint de lésions organiques qui présentent cette véritable réaction cardio-rythmique à la ponction lombaire, tandis que, chez les nerveux fonctionnels, les individus normaux ou atteints de troubles ou de lésions indépendantes du système nerveux, elle n'apparaît jamais. Toutes les lésions organiques du système nerveux central, quel que soit leur siège, agissent sur le rythme cardiaque au cours de la ponction lombaire. Par contre, les auteurs n'ont encore pu établir de rapports précis entre la nature et l'intensité du trouble rythmique et la nature, l'intensité et la localisation de la lésion sur le système nerveux central. (*Quest. Méd. d'actualité*, octobre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Le traitement des intoxications mercurielles aiguës par l'alcalinisation massive (méthode américaine).

(MM. Nanu-Muscel et V. Clocalteu. — Présentation de M. Sergent ; 24-12-1935.)

Mac Nidder a montré, dans ses expériences sur le chien, que les intoxications par les sels d'uranium et et de mercure s'accompagnent d'une forte acidose et de tout un cortège de symptômes favorablement influencés par l'alcalinisation massive de l'organisme.

Ces recherches ont suggéré à Weiss et Rosenbloon, l'idée d'appliquer l'alcalinisation en clinique humaine aux malades intoxiqués par les sels de mercure. MM. Nanu-Muscel et Clocalteu, s'inspirant de cette méthode, ont utilisé chez les malades de leur service le traitement suivant : lavages gastriques pour évacuer le poison, alcalinisation de l'organisme à l'aide du sérum Fischer, rétablissement de la diurèse par le goutte à goutte glucosé et la théobromine.

Les résultats dépendent de plusieurs particularités : nature du sel de mercure ingéré (l'oxycyanure est plus toxique que le sublimé, à dose égale) ; quantité de toxique absorbée ; facteur individuel modifiant les statistiques (Weiss donne une mortalité de 6 p. 100. Dans la statistique de MM. Nanu-Muscel et Clocalteu, la mortalité a été de 25 p. 100).

Le « collage bleu » des vins, au ferrocyanure de potassium.

(M. Tanon ; 24-12-1935.)

Au nom d'une Commission composée de MM. Pouchet, L. Martin, Lapicque, Radais, Laubry et lui-même, M. Tanon présente un rapport sur l'autorisation éventuelle à accorder à un procédé connu sous le nom de « collage bleu » des vins, au ferrocyanure de potassium.

Cette pratique de vinification a pour but de clarifier certains vins blancs, clarification difficilement obtenue autrement et permettant la vente beaucoup plus facile de ces vins.

Les expériences qui ont été faites à ce sujet donnent bien l'impression que le ferrocyanure ainsi employé ne fait pas courir de danger aux consommateurs. Le ferrocyanure de potassium n'est pas considéré comme un toxique aux doses utilisées et les analyses de contrôle pourraient permettre de déceler toute menace provenant de quantités minimes d'acide cyanhydrique. Le « collage bleu » en question est d'ailleurs pratiqué à l'étranger et il arrive même que certains vins blancs français, mal vendus parce que troubles, reviennent d'Allemagne clarifiés par le ferrocyanure et ayant augmenté sensiblement de prix.

Une considération, toutefois, est intervenue pour ne pas autoriser l'emploi du ferrocyanure de potassium pour la vinification. L'utilité qu'il y a à conserver au vin sa qualité de produit non modifié chimiquement. La Commission académique pense aussi qu'il y aurait inconvénient à ouvrir la porte aux sophistications.

Sur une intervention de M. J.-L. Faure qui montre l'importance économique du collage bleu, le commerce des vins blancs étant nettement entravé par l'impossibilité (en dehors du ferrocyanure) de clarifier ces vins, l'Académie remet la question à l'étude.

Sur un projet de statut professionnel présenté par la Confédération des Syndicats de sages-femmes.

(M. Couvelaire ; 17-12-1935.)

Au nom d'une Commission composée de MM. Siredey, Bar, J. Renault, J.-L. Faure, Brindeau, Jeannin, et lui-même, M. Couvelaire présente un rapport sur un projet de statut professionnel établi par la Confédération des Syndicats de sages-femmes.

Les sages-femmes souhaiteraient étendre leurs attributions à la puériculture et à certaines fonctions d'assistantes sociales. La Commission pense que le meilleur moyen, à cet effet, serait d'exiger, à l'entrée des Maternités-Ecoles, des candidates au diplôme de sage-femme, les titres initiaux suivants :

a) Comme titre universitaire minimum, le brevet élémentaire ; *b)* Un diplôme d'infirmière d'Etat, mention hospitalière ou mention visiteuse de l'enfance.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

Action de quelques esters, sur la chronaxie.

(M. Lobstein et Mlle Jeanguyot ; présentation de M. Goris ; 3-12-1935.)

Depuis que le Professeur Lapicque a introduit dans la science la notion de chronaxie (1909) celle-ci a fait l'objet de nombreuses recherches, s'appliquant à la pharmacologie et à la clinique.

La chronaxie désigne la durée minima de passage, d'un courant électrique d'intensité connue, à travers un nerf ou un muscle, pour provoquer la plus petite contraction de ce dernier. La mesure chronaxique permet, en pharmacologie, de déterminer, à la suite de l'action d'un poison, la partie atteinte par le poison (nerf ou muscle).

Les formiates et acétates de méthyle, éthyle, propyle et butyle, esters utilisés comme solvants dans diverses industries et qui à ce titre, ont provoqué des intoxications professionnelles, ont entraîné une baisse de la chronaxie sur le nerf et une légère augmentation sur le muscle.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Les formes « pseudo-grippales » de la spirochétose anictérique.

(MM. R. KOURILSKY et H. MAMOU ; 8-11-1935.)

Deux observations recueillies à deux mois d'intervalle et tout à fait comparables.

Dans le premier cas, un jeune ingénieur, nageur fervent, ayant pris de nombreux bains de rivière jusque dans les jours immédiats qui précèdent la maladie, tombe brusquement malade avec une forte température, une vive courbature dans les lombes, puis dans les membres, une rougeur érythémateuse du pharynx accompagnée d'une légère stomatite. Le diagnostic de « grippe » est porté. La maladie se déroule en une huitaine de jours et aboutit à une défervescence brusque. On pense tardivement à la spirochétose ; on retrouve une note rénale très discrète avec une légère albuminurie et une azotémie à 0,65 ; la note hépatique est donnée par une légère tuméfaction du foie et une urobilinurie modérée. Le séro-diagnostic vient confirmer formellement le diagnostic.

Dans le second cas — dont l'étiologie est identique : bains de rivière dont le dernier remonte à dix jours — un jeune étudiant est pris brusquement d'une forte fièvre, d'une vive courbature, d'une angine érythémateuse fugace. Deux signes distinguent ce tableau du précédent : une rachialgie un peu plus marquée avec une raideur très légère de la nuque, sans méningite histologique nette (5 lymphocytes par millimètre cube, albumine normale) et une injection conjonctivale franche. Même note rénal avec un louche d'albumine qui persiste trois ou quatre jours et — malgré une diurèse normale — une azotémie à 0,67, puis à 0,72, retombant à la normale après cinq jours. Même note hépatique avec urobilinurie discrète. Même évolution bénigne en dix jours. La preuve de la spirochétose est donnée par le séro-diagnostic et, fait particulièrement intéressant dans ce cas, par l'inoculation du sang au cobaye faite le sixième jour.

Dans aucun de ces cas, il n'y eut le moindre subictère, la moindre trace d'herpès, la moindre hémorragie (pas même une épistaxis) ; aucun ne s'accompagna de syndrome méningé franc (la ponction lombaire faite au deuxième malade avait surtout pour but l'investigation biologique) ; tous deux guérirent rapidement sans la moindre rechute méningée ni fébrile.

Ces deux observations permettent donc d'insister, après les documents apportés par MM. Troisier, Bariéty et Macrez et par le Professeur Lemierre, sur les formes frustes, qu'on dénommera « pseudo-grippales » de la spirochétose anictérique. La difficulté diagnostique d'avec la grippe est incontestable devant un syndrome fait de fièvre, de courbature et accompagné de manifestations muqueuses (rougeur du pharynx, stomatite érythémateuse). Des médecins très avertis ont pu s'y tromper, à telle enseigne que ce diagnostic fut maintenu et défendu dans la deuxième observation par beaucoup de médecins.

D'autre part, les contradictions cliniques : il n'existe pas de rhino-pharyngite vraie ni de trachéo-bronchite diffuse chez ces malades ; les symptômes muqueux sont uniquement érythémateux et parfaitement disproportionnés avec l'importance du syndrome fébrile et algique. En dernier lieu, les arguments positifs : l'existence d'un syndrome méningé, même fruste, anormal dans une grippe chez un adulte ; l'existence de conjonctivite, sans le moindre catarrhe trachéal ou bronchique ; l'herpès éventuel.

Mais, à supposer que ces trois signes manquent, le diagnostic doit être soupçonné uniquement sur l'importance inexplicable de la courbature, de la rachialgie, des myalgies et des arthralgies dans cette pseudo « grippe » survenue en été, sans rhino-pharyngite ni trachéo-bronchite concomitante.

Le soupçon devient une quasi-certitude si l'antécédent récent de bains de rivière ou de quelque autre possibilité de contage professionnel peut être acquis.

Le diagnostic formel sera donné, en pratique courante, par le séro-diagnostic dans toutes les formes frustes. Mais la recherche de l'urobilinurie et de l'albuminurie, celle de l'urée sanguine, peuvent être déjà confirmatives durant l'évolution.

Notons, enfin, que celle-ci est remarquablement bénigne et d'une seule volée, sans rechute. Cette bénignité est un des caractères essentiels des formes anictériques de spirochétose.

Il n'en reste pas moins que, toute bénigne et fruste qu'elle soit, dans cette forme pseudo-grippale, la maladie se déroule du point de vue biologique, avec les mêmes caractéristiques générales : atteinte du foie, atteinte de la fonction uréique, et, enfin, que, tout en étant anictérique chez l'homme, elle reproduit, chez le cobaye, le syndrome expérimental typique d'une vraie spirochétose.

La répercussion des états endocriniens sur le cœur

(MM. L. BINET et G. WELLER ; 8-11-1935.)

L'étude systématique du taux du glutathion dans le muscle cardiaque des animaux en expérience a permis aux auteurs de constater une chute nette du taux de cette substance chez les animaux éthyroïdés et surtout chez les animaux dépancréatés, donnée biochimique confirmant la possibilité d'une répercussion des états endocriniens sur le muscle cardiaque.

G. F.

Société des Chirurgiens de Paris

Séance du 22 novembre 1935

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large mais esthétique.

(*Suite de la discussion du 8 novembre*)

M. Blanc considère comme exagérées certaines des conclusions de la communication faite par M. Dupuy de Frenelle à la séance du 8 novembre, surtout en ce qui concerne les mammites chroniques. Il souligne l'importance de l'examen histologique.

M. Dupuy de Frenelle précise quelques conclusions de sa communication faite à la dernière séance. En particulier, il note que l'ablation large ou totale du sein ne saurait s'appliquer à la mammite chronique banale qui se caractérise par une diminution de souplesse de la totalité du sein ou des deux seins.

Un cas de ténoplastie des muscles fléchisseurs des doigts pour une main en griffe (pseudo-maladie de Volkmann).

M. Raphaël Massart fait un rapport sur cette observation communiquée par M. Lucien Diamant-Berger (de Paris) et dans laquelle cet auteur a pratiqué, sur huit tendons, des allongements au niveau du canal carpien. L'amélioration apportée au malade a été considérable et s'est maintenue.

Fracture verticale de la rotule quatre ans après une opération de Krogius.

M. André Trèves fait un rapport sur un travail de M. Lucien Diamant-Berger (de Paris). Il s'agit d'un jeune homme atteint de luxation bilatérale de la rotule, à qui, en 1930, à l'âge de seize ans, fut faite des deux côtés, l'opération de Krogius-Lecène (un faisceau du vaste interne est transporté à la partie externe et passé en cravate au-dessus de la rotule). Quatre ans après, à la suite d'un traumatisme (chute sur le genou gauche) grosse hémarthrose. Six semaines après, à la suite d'un effort, fracture verticale avec déplacement en dehors du fragment externe. Cerclage. Guérison.

Le rapporteur fait observer que la rotule luxée congénitalement est malformée et peut présenter une fragilité spéciale. De plus, l'intervention plastique, en transposant seulement la rotule, coude au niveau de l'os, avec un angle à sinus externe, la tige que constituent le quadriceps, la rotule et le tendon rotulien. Il semble donc utile de compléter l'intervention par transfert en dedans de l'insertion tibiale du tendon rotulien, comme l'on fait Roux, Mouchet, etc...

Histoire clinique d'un cas de linite plastique.

M. Jean Lanos communique la suite d'une observation de linite plastique localisée au pylore pour laquelle il avait fait une hémigastrectomie en février 1933 et qui avait été publiée comme un cas de guérison en mai 1935 dans la thèse de J.-E. Martin ; mais à partir de juillet-août 1935, apparurent des signes de récidive et de généralisation : gros foie, ascite légère, masses abdominales, parfois rectales infiltrées. L'auteur conclut que le pronostic de la linite plastique, même opérée à son début par une exérèse large, reste très sombre : extension quasi-fatale du processus à tout le tractus digestif.

Fractures à retardement ou fractures avec déplacement en deux temps.

M. Masmonteil désigne sous cette dénomination des cas où l'accident initial ne détermine aucune lésion immédiate du squelette visible à la radiographie ; mais où un nouvel examen aux rayons X, pratiqué quinze jours plus tard, fait constater l'existence d'un grand déplacement. Il en communique deux cas caractéristiques : l'un de fracture du col du fémur, l'autre de fracture de la clavicule et il insiste sur l'intérêt de ces observations, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue médico-légal.

Diagnostic de la mortification de l'os par l'étude galvanométrique.

M. Masmonteil a observé, au cours d'études électrolytiques sur le matériel d'ostéosynthèse, que l'os vivant avait une tension électromotrice élevée, tandis que l'os mort une tension nulle ; aussi, l'auteur voit-il, dans le galvanomètre, un moyen facile de diagnostic pour connaître l'état de mortification de l'os, ainsi que l'étendue de celle-ci.

Appendicite opérée à chaud. Occlusion intestinale consécutive. Iléostomie. Fermeture ultérieure de la fistule par résection de l'anse et anastomose termino-terminale.

M. R. Français communique trois observations d'occlusion intestinale post-appendiculaire qui furent guéries par la ponction de l'intestin. Dans deux de ces cas, la fistule porta sur le cæcum ; dès la fin de la période d'occlusion, ces fistules se fermèrent spontanément. Dans un troisième cas, les accidents d'occlusion survinrent vers le septième jour, après une opération d'appendicite avec abcès. La ponction put être faite sur le cæcum ; elle porta sur l'anse grêle distendue qui se présenta la première ; les accidents d'occlusion cessèrent, mais, très vite, la fistule entraîna des ulcérations de la peau par l'action des sucs intestinaux et pancréatique et une cachexie rapide par dénutrition. L'action corrodante des sucs intestinaux empêchait la fermeture spontanée, à l'inverse de ce qui se produit lorsque la fistule est située sur le cæcum ou la portion avoisinante de l'iléon. Il fallut recourir à la résection de l'anus fistulisé et à une anastomose termino-terminale des

deux segments de l'intestin grêle qui amena la guérison rapide du malade.

L'emploi en chirurgie orthopédique de liquides hémostatiques.

M. Raphaël MASSART utilise couramment ces liquides qui simplifient et l'acte et les suites opératoires.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Phrénicectomie et hémoptysie

MM. DALOUS et CANTEGRIL, après avoir apporté une étude clinique des indications et des résultats de la phrénicectomie dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses, rappellent les accidents hémorragiques de la phrénicectomie, qui peut indifféremment arrêter ou provoquer des hémoptysies.

Ces deux actions seraient purement mécaniques, et il ne paraît pas possible d'admettre qu'une action vasculaire puisse donner des résultats aussi contradictoires. Les données anatomiques et physiologiques sur l'innervation pulmonaire ne cadrent pas non plus avec cette action vasculaire.

Les hémoptysies arrêtées par la phrénicectomie sont celles des tuberculeux fibreux chez lesquels la disparition du tonus diaphragmatique permet à la force rétractile du poumon d'exercer une véritable ligature vivante sur les vaisseaux pulmonaires de la même manière que le muscle utérin en se rétractant exerce une ligature des vaisseaux utérins après la délivrance.

Les hémoptysies parfois mortelles de la phrénicectomie seraient dues à des lésions traumatiques pulmonaires par arrachement lorsque le nerf phrénique en rapports internes avec la plèvre diaphragmatique a été englobé par le processus tuberculeux.

Phrénicectomie et hémoptysie

M. TAMALET relate le cas d'un homme de 28 ans, sans passé pathologique, qui fut pris brusquement d'hémoptysies très abondantes et hospitalisé d'urgence. A l'examen clinique, gros foyer pneumonique du lobe supérieur droit, fièvre élevée, hémoptysies extrêmement abondantes avec bacilles de Koch dans l'expectoration. Deux tentatives de pneumothorax ayant été faites sans résultat et les hémorragies devenant de plus en plus inquiétantes, une phrénicectomie est pratiquée d'urgence, qui arrête immédiatement les hémorragies. Actuellement, six mois après les accidents, l'état du malade est tout à fait satisfaisant tant au point de vue local que général.

Les menaces d'une insuffisance en quinquina et en quinine

M. MAURIN. — Nos besoins pour la lutte contre le paludisme avaient été satisfaits grâce aux riches plantations hollandaises à Java. Mais notre consommation (15.000 kgr. de quinine) réclame actuellement un taux beaucoup plus élevé pour combattre le paludisme dans nos colonies d'Orient et d'Afrique où pour nos 10 millions de paludéens nous aurions besoin de 500.000 kgr. de quinine par an.

Il serait urgent que dans certaines de nos colonies propres à la culture des cinchonas, des plantations soient largement aménagées, et cela d'autant plus que la production hollandaise peut subir des atteintes graves du fait des perturbations géologiques des îles de la Sonde.

Acrodynie infantile, action des ultra-violets.

M. DURAND-DASTÉS a institué un traitement par ultra-violets chez un enfant de 16 mois présentant de l'acrodynie infantile avec les symptômes suivants : pâleur, maigreur (perte de 1.600 gr. en deux mois), sueurs profuses et incessantes, érythème des mains et des pieds, cyanose des extrémités, hypotonicité musculaire (ne marche plus), caractère inquiet, insomnies. Au bout de huit jours, il y avait gain de 640 gr. Après dix séances l'enfant commence à se traîner sur le sol et marche seul après douze séances En septembre l'enfant est guéri.

Tumeur maligne de la vessie chez un enfant

M. DURAND-DASTÉS. — Il s'agit d'un bébé de 21 mois présentant des hématuries abondantes sans que l'examen permette de déceler une anomalie de l'appareil urinaire. Au bout de deux mois, le globe vésical grossit rapidement : on songe alors à une tumeur de la vessie dont l'existence est constatée par cystostomie (ablation de la tumeur et d'une partie de la vessie). Suites parfaites pendant vingt jours, puis prolifération et envahissement de la peau, et le petit opéré meurt d'infection urinaire. Cliniquement, il paraissait s'agir d'un sarcome.

Rhumatisme et tuberculose

MM. L. MOREL et LABRO communiquent le cas d'un jeune homme de 19 ans, hospitalisé pour rhumatisme articulaire aigu, chez lequel l'examen clinique fit reconnaître dans la partie supérieure du poumon droit de la matité avec exagération des vibrations vocales, souffle tubaire et râles crépitants. Le malade succomba au bout de six mois, malgré un pneumothorax et un traitement aux sels d'or.

Les auteurs discutent la nature de ce rhumatisme : ils rejettent l'hypothèse d'une maladie de Bouillaud, et pensent qu'il s'agit d'un rhumatisme tuberculeux.

J.-P. TOURNEUX

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Félix Lejars. — **Traité de chirurgie d'urgence.** Neuvième édition entièrement refondue, par le Professeur agrégé Pierre Brocq et le Docteur R. Charrut (1 vol. 1.299 pages, 1.250 figures et planches, 1936. Prix : 190 francs).

Dans un pieux sentiment de reconnaissance à leur vieux patron, Brocq et Chabrut font paraître une neuvième édition entièrement refondue et élargie de l'œuvre maîtresse de Lejars. Le côté technique y a été particulièrement développé, débordant sur les spécialités et élargissant peut-être même un peu le cadre primitivement assigné à la chirurgie d'urgence. Les auteurs s'en excusent d'ailleurs en faisant remarquer combien il est difficile de délimiter ce qui revient à l'urgence absolue et à l'urgence relative.

Pourquoi rappeler toutes les notions essentiellement pratiques et claires exposées dans les précédentes éditions : le matériel d'urgence, l'anesthésie, la sérothérapie d'abord ; puis les plaies, les fractures, les différentes lésions craniennes ; les affections chirurgicales du cou, de la poitrine, du rachis, de l'abdomen, du bassin ; le développement si important donné aux hernies étranglées ; le chapitre si net sur les luxations et fractures des membres ; et enfin toutes ces données si utiles sur les plaies, les brûlures, les amputations d'urgence, etc... qui ont fait le succès du livre de Lejars ?

Les auteurs ont su y ajouter tout ce que la médecine moderne comporte de moyens nouveaux de diagnostic et d'exploration, d'indications opératoires plus précoces, de techniques mieux réglées, de soins opératoires plus attentifs. Ils l'ont agrémenté d'une remarquable illustration et ont su ainsi « à la manière de Lejars », garder le traité vivant et à la mesure des drames humains ou des simples accidents.

P. S.

Marcel Rogeat. — **Mœurs et prostitution.** Nouvelles éditions latines, Paris.

Cet épais bouquin de 352 pages, écrit à la défense de la réglementation des mœurs telle qu'elle existe en France, se distingue par une particularité. Son extraordinaire densité en solécismes. Quant au lecteur il aura, page 23, un moment de franche gaité : quand l'auteur décide de remplacer les mots : prostitution, maison de prostitution et prostituée par ces termes descriptifs : service de soulagement sexuel, maison de soulagement et dames soulageuses !

G. L.

Philip Spark. — **Lettres d'Afrique.** Librairie J. Mounier, Paris.

Abrité sous ce pseudonyme, un de nos confrères retrace en lettres alternées, de l'un à l'autre et de l'une à l'un, la réconciliation de deux amants. Et ce sont, sur ce thème sentimental, des paysages, des ruelles et des souks du Maroc, d'Egypte et de Tunisie. A ceux qui vont voyagé en Afrique je recommande le volume édité par le secrétaire intime de ces amants voyageurs. Ils y retrouveront des visions dont ils restent hantés : la terrasse de Sidi-Bon-Saïd, la palmeraie de Biskra, le miroir d'eau de Philac, Philac dont il ne doit plus rien rester depuis que, pour l'amour du coton, les Anglais ont surélevé leur catastrophique barrage d'Assouan.

G. L.

Docteur Moliněry. — **L'Umfia en mission médicale en Espagne.** Aux éditions de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris, ou chez l'auteur, à Luchon (Haute-Garonne).

L'*Union médicale latine*, devait rendre à nos voisins et amis «*de tras los montes*», les visites, qu'avec tant de courtoisie, il nous font chaque année. Ainsi fut décidé le voyage de Pâques 1935, de l'Umfia en Espagne.

Les Universités de Madrid, de Saragosse, de Barcelone rivalisèrent pour réserver à nos confrères l'accueil le plus courtois. Recteurs, doyens, professeurs, étudiants reçurent, à la Faculté de médecine de Madrid, à la Cité universitaire de la capitale, et encore à Saragosse et à Barcelone les vingt-cinq membres de la mission. Partout d'intimes festivités marquèrent le passage de la mission.

Dans une élégante plaquette le Docteur Molinéry, secrétaire général de l'Umfia, interposant dans son texte les notes du « carnet de route » du Docteur Roland Leven, nous amène avec lui. Avec lui, nous nous arrêtons à Saint-Sébastien, à Burgos, à Ségovie, à Madrid, à Tolède, à Saragosse, à Barcelone et enfin... les Baléares

Les Thèses

Mp. — Dr A. Galibern. — **Cirrhose de Cruveilhier Baumgarten** (Thèse, 1935.)

Un syndrome à part, *a fortiori* un type spécial de cirrhose ne saurait être créé et rattaché à la persistance de la perméabilité de la veine ombilicale, cette persistance subsistant partiellement chez le sujet sain. Comme l'a dit Fiessinger, il ne s'agit là que d'une disposition anatomique spéciale, mise en évidence par les troubles du système porte, quelle que soit la cause hépato-rénale.

Bx. — Dr M. Cartron. — **Traitement des brûlures par l'acide tannique.** (Thèse, 1935.)

L'emploi de l'acide tannique, indiqué par Mason et Davidson (de Détroit, Etats-Unis) marque un progrès dans le traitement des brûlures. Le pansement tannique est analgésique et anti-toxique. Toutefois, il est contre-indiqué dans les cas de brûlres infectées et suppurant depuis plusieurs jours, ainsi que dans les brûlures bénignes déjà traitées par un corps gras.

On utilisera la solution aqueuse d'acide tannique à 4 1/2 %, soit en pulvérisations toutes les deux heures pendant 20 heures, soit en pansements humides pendant le même temps. Pour les brûlures de la face, le glycérolé d'amidon au tannin à 5 % est préférable en application pendant 24 à 48 heures.

Mp. — Dr J. Caderas de Kerleau. — **Contribution à l'étude des bassins viciés par luxation congénitale bilatérale de la hanche.** (Thèse 1935.)

Pendant la grossesse il faut explorer soigneusement l'état du bassin chez la femme atteinte de luxation congénitale bilatérale de la hanche. Si un rétrécissement notable est constaté, l'indication d'un accouchement prématuré provoqué peut se poser. Pendant l'accouchement, il est quelquefois indiqué, pour provoquer l'engagement, de lutter contre les effets de l'antéversion utérine et pelvienne par des manœuvres appropriées.

Lorsque l'orifice vulvaire est reporté très en arrière, il peut devenir nécessaire de modifier l'attitude de la patiente pour permettre le dégagement. Suivant les circonstances on utilisera la position ventrale, ou encore le décubitus latéral préconisé par les auteurs anglais et allemands.

On devra dans tous les cas modérer la rapidité habituelle de ce dégagement si traumatisante pour la tête fœtale et pour le périnée maternel.

S'il est nécessaire de terminer artificiellement le travail, le clinicien verra au moment opportun quelle intervention est nécessaire et dans quelles conditions elle doit être pratiquée. Il n'y a que des cas d'espèce, et toute schématisation est impossible. Le bon sens clinique dictera seul, la conduite à tenir.

— Mar. — Dr Caballero-Villaveces. — **Contribution à l'étude pharmacologique de l'acide dithiosalicylique et de ses sels.** (Thèse, 1935).

Ce travail, du laboratoire du Professeur Mercier, de Marseille, précise nos connaissances sur les propriétés et le mécanisme de l'action thérapeutique des *sels de l'acide dithiosalicylique* récemment introduit en thérapeutique, comme antirhumatismal, analgésique et antitoxinique. La présence de deux atomes de soufre liés dans la molécule confère à ces corps des propriétés nettement différenciées de celles des salicylates.

L'expérimentation sur les animaux montre que les dithiosalicylates ont une toxicité faible et qu'ils ne possèdent pas d'action irritante sur les divers tissus (1).

L'étude des effets de ces sels sur l'appareil circulatoire et sur le cœur, ne permet de déceler des modifications qu'à fortes doses ; à doses thérapeutiques, on ne constate pas de dépression cardiaque; l'accélération respiratoire qui se manifeste surtout à doses toxiques est d'origine centrale et est due à l'action du soufre et aux phénomènes d'oxydo-réduction, qui en sont la conséquence.

Cette action particulière du soufre dans l'organisme se fait sentir également sur l'intestin dont les mouvements et le tonus sont exagérés et sur la température qui augmente nettement, témoin de l'exagération des phénomènes d'oxydo-réduction.

Cette étude pharmacodynamique permet de comprendre les résultats thérapeutiques qui ont été obtenus avec les dithiosalicylates dans le traitement des rhumatismes chroniques et des algies rhumatismales.

(1) Les deux sels (dithiosalicylate de sodium et dithiosalicylate de magnésium) utilisés par l'auteur sont ceux préparés par les Laboratoires Kuhlmann.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

OÙ IREZ-VOUS CET ÉTÉ ?

La question est rituelle. Elle n'est peut-être pas rigoureusement d'actualité alors que la bise, le gel et d'interminables journées de pluie font durement sentir combien lointaines sont encore les vacances. Mais un projet a ceci de magnifique qu'il n'engage à rien et cependant apporte, rien que d'y penser, un allègement à la monotonie de la vie, cette vie dont un poète disait qu'elle est par trop quotidienne.

Au reste, confrères, si je devance de deux ou trois mois, l'époque où les salons de thé et les fumoirs entendent revenir ce sujet de conversation, ce n'est pas vaine curiosité ; mais j'ai hâte de vous faire une révélation et même, sans doute, une prophétie. « Moi ? dit l'un, mais j'irai dans mon petit coin de Bretagne, comme tous les ans ». « Et moi, dit un autre, je ne conçois pas de vacances où il n'y ait au moins deux ou trois cols à franchir et quelques levers de soleil à contempler d'une cabane de bergers ». Eh bien non ? vous n'irez pas à la mer, ni vous à la montagne. Il va falloir changer vos habitudes ; vous voyez que vous n'avez pas trop de plusieurs mois pour vous faire à cette perspective.

Du moins en sera-t-il ainsi si vous suivez le conseil d'un enthousiaste ami des arbres, notre confrère le Docteur Marcel Durand (1) ; il vous reproche, quand vous faites choix d'une villégiature, de vous décider surtout par caprice, par fantaisie, quand ce n'est pas par snobisme. Motifs futiles et indignes de vous : allez à la forêt, Parisiens, citadins, harcelés et à bout de nerfs. Tout ce que réclame votre organisme intoxiqué par les villes, vous le trouverez au royaume des arbres: l'oxygène d'abord puisque, comme chacun sait, la chlorophylle en fabrique, mais une atmosphère tellement suroxygénée que les travailleurs habituels de la forêt ont les parties découvertes du corps bistrées ; vous trouverez même l'ozone, l'air s'électrisant au contact des forêts de pin, et vous connaissez le rôle désinfectant de l'ozone ; vous trouverez encore, si surprenant que cela paraisse, la lumière, « la lumière intégrée aux substances minérales, végétales et animales qu'elle frappe ». Un mois en forêt, et votre organisme rafraîchi, se sera exonéré de toutes les pestilences des rues, des mixtures frelatées qui sont votre habituelle pâture.

Et pourtant, malgré ces engageantes promesses, vous hésitez, n'est-ce pas ? ? Décidément vous êtes bien citadins ; vous honnissez la fournaise qui vous dévore, mais elle vous hante à ce point que l'ayant quittée, vous la cherchez encore partout où vous allez. Vous fuyez Paris, mais c'est pour courir à ces « ersatz » que sont Deauville, Chamonix, *Vichy ou Aix. Vous répugnez* à la solitude ; si vous passez un jour tête à tête avec vous-même (et en disant un jour je pourrais aussi bien dire une heure) un noir personnage vient assister à cet entretien : l'ennui — Pauvre Parisien dont Balzac (oui ! Balzac, il il ya presque un siècle !) disait déjà « A force de s'intéresser à tout, il finit par ne plus s'intéresser à rien..., il murmure de tout, se console de tout, se moque de tout, veut tout, goûte à tout, prend tout avec passion, quitte tout avec insouciance... » Et quand je parle du Parisien c'est pour ne rien dire de la Parisienne !

Mais Paris n'est pas la France. Après tout s'il lui plaît, à lui, de s'étioler, de humer les fumées de houille, de manger un pain frauduleux, d'exaspérer ses centres nerveux, et de tourner en dérision cette homélie inspirée de notre confrère Durand, libre à lui. Adressons-nous aux gens raisonnables : il n'en manque pas en province. C'est même là qu'ils cherchent refuge contre l'inclémence des temps.

Vous ne trouverez pas seulement dans la forêt de quoi reconstituer votre être physique. Si vous alliez aux rivages de l'Océan ou sur les cîmes alpestres je gage que vous ne le trouveriez pas moins. Et le Docteur Durand lui-même n'en disconvient pas. Mais ce qu'il désigne comme particulier à la fréquentation et la contemplation des arbres, c'est un incomparable affinement sensoriel et intellectuel. « La forêt est une éducatrice ». Et notre auteur, qui est non seulement un apôtre mais aussi un érudit, invoque à son aide les effusions lyriques inspirées d'elle, de l'antiquité jusqu'à nos jours. Allez donc à la forêt, sinon pour vous, au moins pour vos enfants : réduits, le reste de l'année, à l'enseignement théorique et froid de l'école ils s'épanouiront dans une leçon de choses inin-

---

(1) La Forêt, *in* : « L'hygiène sociale », septembre 1935.

terrompue et de choses vivantes, mouvantes.

Car le milieu forestier s'adapte plus étroitement à l'échelle de notre perception et de notre entendement que la plupart des autres milieux de la Nature. Ainsi « la montagne domine et écrase par son immensité » ; ses coloris ont je ne sais quoi d'étrange et parfois de magique, la forme est souvent floue ; rien de tout cela n'est à la portée de l'enfant.

La plaine nue, aride et déserte est angoissante ; et si elle ondule, comme la Beauce, sous la mer dorée des blés mûrs elle ne vaut guère mieux.

Quant à la mer, c'est «un décor sans bornes entre deux lignes sans fin ». C'est « un vide sublime et triste, à l'air traître et hostile ». Et Homère comme d'Annunzio, Taine comme de Curel n'ont pas eu, paraît-il, assez d'épithètes dans leur vocabulaire pour la stigmatiser. Possible ! mais que le Docteur Durand permette à un amant de la mer de se rebiffer ! Rien autant que la mer ne met l'imagination en branle : au delà de l'horizon, qui n'est pas du tout une barrière mais un immense portail, celle-ci s'avance sans effroi comme une déesse marchant sur les eaux, elle court d'une traite jusqu'à l'autre rivage, elle y reconquiert le paradis perdu. Elle méconnaît et transfigure la réalité. L'Egypte est cent fois plus belle rêvée de ce bord-ci de la Méditerranée qui contemplée, lamentable steppe hérissée de quelques maigres plumeaux, du bateau qui va toucher à Alexandrie. Octave Mirbeau a écrit là-dessus quelques pages que je ne me reconnais pas le droit de parodier.

Cette menue querelle vidée, revenons à nos moutons. Avant toutes choses la forêt confère le sentiment de la Nature. De plus c'est le champ de culture idéal du sens visuel, de « l'art de voir » Apprendre à bien voir, à observer, discerner et fixer dans la mémoire les choses vues c'est acquérir de la sagacité, éviter les écarts de jugement, se munir de bon sens. Il convient non pas de « voir ce que nous pensons » mais bien de « penser ce que nous voyons ». Si l'on « projette hors de soi ce qui n'existe qu'en soi » on aboutit au déséquilibre mental de Don Quichotte (diable ! je n'avouerai jamais au Docteur Durand que, assis sur un rocher de la *Côte d'Azur*, j'ai « rêvé » l'Egypte !).

***

Menons un enfant en forêt : il va y trouver ce qui l'intéresse le plus : le mouvement, le relief, la couleur, et non pas la couleur grossière et conventionnelle d'une imagerie d'Epinal mais les teintes infinies des feuillages, des herbes, des champignons. Si son regard ne peut s'élever jusqu'à la cime des hautes futaies, il rencontrera à sa hauteur une riche moisson de sensations et d'impressions à enregistrer ; sans doute pas d'émotions lyriques, mais l'enfant n'en a que faire (voire, dirait Panurge : l'enfant est, à mon avis, un grand lyrique mais que les grandes personnes dédaignent parce que, trop alourdies de matérialités, elles ne comprennent plus son lyrisme). En forêt, la question se posera de s'orienter ; et pour s'orienter il faudra noter des points de repère, un ruisseau, un fossé, un pli du sol, un buisson. Or, plus simplement, il faudra se munir d'une boussole, après avoir appris à s'en servir. Le sens de l'orientation est d'autant plus à cultiver qu'il s'affaiblit et tend à se perdre chez les civilisés.

Se promener en forêt c'est encore se retremper dans le milieu ancestral ; n'oublions pas que nos Gaulois vivaient sous la voûte des arbres, et que ce genre de vie, en se prolongeant pendant des siècles, a dû imprégner profondément nos centres nerveux et y laisser des vestiges tenaces.

Déjà riche de tant d'acquisitions immédiatement utiles, l'enfant, s'il est conduit par un guide qui a médité sur la forêt, va encore concevoir des idées abstraites mises à sa portée par des exemples choisis : les traditions mystiques de tel arbre ou telle plante, la valeur de l'effort continu dans l'histoire d'un peuple comme dans le destin d'un chêne planté du temps de Colbert, la puissance vitale incluse dans un gland qui, en se libérant, donne naissance au géant végétal ; l'idée de la discipline sociale : « Comparez deux chênes, un chêne de futaie, ayant sa place étroitement mesurée et limitée par la collectivité qui l'entoure, avec un chêne solitaire égaré au milieu de la plaine : ce dernier, noueux, bosselé, avec ses bras démesurés qui gesticulent dans toutes les directions, dévore l'espace et le terrain, projette de l'ombre autour de lui, c'est un indiscipliné et un égoïste ».

Et le Docteur Durand, de concert avec le Herriot de « La forêt normande » se livre à des considérations de haute philosophie sur les diverses essences d'arbres et les divers caractères qu'elles semblent personnifier. La forêt est une véritable société ; il y a les essences principales et les essences d'ombre, vouées à la soumission. Herriot se révèle ici un poète ; ceux qui connaissent seulement de lui l'homme politique seront surpris par ce tableau dont je ne relate que quelques traits. « La forêt laisse à son égoïsme le frêne dont les longues racines semblent prendre plaisir à épuiser le sol, et qui paraît goûter une joie mauvaise à laisser tomber sur les plantes, ses voisines, dans l'instant même où elles se réjouissent de la pluie ou de la rosée, la liqueur visqueuse dont elles périront. L'orme, avec son air bonasse, son allure de bourru bienfaisant, est un bourgeois ; c'est un capitaliste qui croit se faire pardonner sa rapacité en donnant du pain aux hannetons. Le bouleau, ce prolétaire farouche, sobre mais insolent...

L'érable sycomore qui, dans sa hâte à croître, se jette à travers les fourrés, gêne et ravage : c'est un arriviste... Le hêtre a une tendance à dominer, mais ne sera qu'un commandant en second ; il voudrait être ministre, il est tout au plus bon à faire un sous-secrétaire d'Etat. »

Que de concepts de sociologie et de morale ne trouve-t-on pas, en cherchant bien, dans la forêt : une futaie de vieux chênes dont les dômes s'attribuent une même part de soleil, laisse une impression d'égalité de puissance : c'est le nivellement par le haut. Vienne l'ouragan ; les hauts et puissants seigneurs de la grande sylve sont déracinés et jetés à terre ; c'est au tour du menu peuple des herbes et des lianes de prendre sa revanche.

Enfin il n'est pas jusqu'au sentiment religieux qui n'ait son écho dans la contemplation d'une longue allée forestière, évocatrice des voûtes de cathédrales gothiques. Prêtez l'oreille au chant du vent dans les hautes branches : ce sont des incantations qui parlent à l'âme des choses éternelles.

A la vérité, je ne suis pas aussi sûr que le Docteur Durand que des enfants, tirent de promenades en forêts tant de mirifiques découvertes. Il faut être singulièrement cultivé et observateur pour transposer ainsi les contemplations silvestres en règles de vie ou en élans vers l'Inconnu. Mais il n'est pas impossible que de jeunes cerveaux, surtout s'ils sont judicieusement guidés, conçoivent quelques linéaments de ces abstractions, et que la forêt puisse devenir une attachante école de vacances.

Il vaudrait la peine de tenter l'expérience ; et c'est pourquoi, confrères, ainsi que je vous l'annonçais, vous n'irez cette année ni à la mer ni à la montagne. C'est le Docteur Durand qui vous en conjure !

II

LA FRANCE N'A PAS ASSEZ DE MÉDECINS

Telle est la révélation que nous apporte le journal *La République* du 25 décembre 1935. M. B. de B. a pris la peine d'écrire sur ce sujet, en vérité inédit, deux colonnes farcies de statistiques. Et il administre ainsi la preuve que, lorsqu'on s'aventure à parler de choses qu'on ne connaît pas, mieux vaut encore bavarder en l'air que se documenter avec des statistiques ; il y a moins de risques de dire des bêtises !

Vous connaissiez l'antienne : la France a 1 médecin pour 1.645 habitants ; mais l'Espagne en a 1 pour 1.000 habitants, et l'Autriche 1 pour 837 habitants. Paris a 1 médecin pour 630 habitants ; mais Bruxelles en a 1 pour 600, Genève 1 pour 413, etc., etc...

Et l'on tire des conclusions de ce genre : «Certes nous n'ignorons pas que le nombre des médecins a doublé en France depuis quarante ans ; mais l'hygiène publique a fait des progrès encore bien plus importants, le nombre et la capacité des établissements hospitaliers publics ou privés ont beaucoup plus que doublé, les médecins se sont spécialisés, la clientèle est devenue plus exigeante à tous points de vue. Si bien que l'on peut dire que le nombre des médecins a plutôt diminué par rapport aux besoins réels de la population ».

L'on peut dire aussi que nous ne nous en doutions pas, et même que nous avions une impression assez différente !

Monsieur B. de B., nous vous donnons céans un amical mais ferme démenti. Longtemps avant que vous ne vous en avisiez vous-même, les médecins avaient pensé à une mauvaise répartition possible, et avaient pensé à décongestionner les grands centres pour fournir certaines campagnes de praticiens. Et il y a longtemps que nous avons constaté le néfaste prestige exercé sur l'esprit des débutants par Paris et les grandes villes. Mais nous en sommes encore à chercher le remède ; si vous l'avez trouvé, voilà une belle occasion de prendre de nouveau la plume ; cette fois, vous nous rendrez service.

Quant à nos « territoires d'outre-mer » où vous incitez les jeunes à chercher fortune, il a été créé dans ce journal une page spéciale pour leur montrer que, jusqu'à présent, on y trouve plus d'épines que de roses.

Non ! il ne faut pas imprimer dans un quotidien ce titre à sensation « La France n'a pas assez de médecins ». Les dix, vingt, cinquante jeunes gens que vous pourrez ainsi aiguiller vers la médecine auraient, dans dix ans, trop de reproches à vous faire, Car, et c'est là le côté tragique de la question, il leur faudra ce temps là pour s'apercevoir, Monsieur B. de B., qu'en vous écoutant ils se sont fourvoyés.

G. Lavalée.

CONSTITUTION D'UNE RETRAITE POUR LE CORPS MÉDICAL HOSPITALIER

Ne serait-il pas juste que les médecins et chirurgiens des hôpitaux puissent avoir une retraite bien gagnée, lorsqu'ils arrivent au terme de leurs fonctions hospitalières ? N'ont-ils pas suffisamment payé de leur personne, en donnant gratuitement, ou presque leur science et leur dévouement, pendant leurs années de service à l'hôpital ?

Laissons de côté les soins aux malades payants car ces derniers devraient, à l'hôpital, constituer une classe à part et n'envisageons que le travail professionnel fourni dans les salles communes de l'établissement.

Ne serait-il pas juste que devant l'augmentation croissante des malades de médecine, de chirurgie et de spécialités, qui sont traités soit à la consultation externe, soit dans les salles communes, il soit constitué un fonds de retraite, au bénéfice de praticiens, qui ont consacré une grande partie de leur activité, pendant de longues années, au service des indigents et des personnes de condition modeste à l'hôpital ?

Tel est le projet qui m'est soumis par la lettre suivant, émanant d'un médecin des hôpitaux d'une de nos plus grandes villes de France.

J'ai lu votre article dans le *Concours Médica* au sujet des hôpitaux et je me suis promis de vous répondre puisque vous invitez vos confrères à le faire.

Mais aujourd'hui je voudrais vous entretenir en quelques mots d'un projet de retraites du Corps médical des hôpitaux que j'ai l'intention de présenter au Syndicat médical hospitalier, et pour lequel je désirerais avoir votre avis.

Nous sommes environ soixante-quinze médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux dans notre grande ville. Il serait possible (l'affaire est à l'étude et le Docteur Mignon, secrétaire de la Mutualité du Corps médical français est chargé par moi de ce travail) il serait possible, dis-je, de constituer une retraite de 9.600 francs à chaque médecin moyennant une majoration de 0 fr. 20 du prix de la journée de malade.

Par analogie avec ce qui se passe chez les avocats, je dis : tout malade entrant à l'hôpital est assujetti à un « droit de soins médicaux » (les avocats disent : tout plaideur perdant paye le « droit de plaidoirie »). Ce droit, eu égard à la comptabilité en usage dans les hôpitaux, est perçu sur chaque journée de malade.

Il s'agit donc de demander à l'Administration d'augmenter le prix de la journée de malade et d'imputer le prélèvement de 0,20 à une Caise de retraite.

Les avocats ont eu besoin d'une loi réglant la perception de leur « droit de plaidoirie » ; nous nous n'en avons pas besoin grâce à l'Administration et à sa comptabilité.

Le Conseil général, qui est intéressé à cette mesure, et dont je redoute l'intransigeance, aurait simplement à faire face, en ce qui concerne les malades ressortissant à son Administration, à un supplément de 29.000 francs nécessaire pour augmenter le prix de journée de 0 fr. 20.

Mais l'Administration des hôpitaux, qui ne me paraît pas hostile, *a priori*, peut faire supporter une partie de ce supplément, je suppose, par les payants et les malades externes.

En somme, c'est cette dernière qu'il faut amener à capituler. J'ai peur que mes collègues ne soient pas disposés à l'action, c'est pour cette raison que je vous soumets mes idées, attendant de vous quelques arguments convaincants.

J'ai vu le vice-président de la Commission des Hospices. Cette idée de faire contribuer le malade et l'Administration à la constitution de la retraite du médecin ne paraît pas lui déplaire. Il m'a demandé deux choses :

1° Lui faire connaître s'il n'existe pas déjà dans les hôpitaux du territoire une organisation de ce genre ;

2° Lui exposer par écrit un résumé du projet afin qu'il le soumette à l'examen de ses collègues.

Quant à moi, je voudrais savoir aussi, pour étayer ma thèse, si à l'origine de l'application de la loi de 1831, il n'y a pas eu, de la part de médecins d'hôpitaux, des réserves ou protestations au sujet des soins gratuits qu'on leur demandait d'assurer. Il est probable qu'il a été question, pour le principe tout au moins, de ce « droit de soins médicaux ».

Dr V.

Réponse

Je ne voudrais pas vous transmettre des paroles décourageantes, mais je crois que vous vous attaquez à très forte partie ; en tout cas, ne poursuivez les choses que pour les hôpitaux de votre ville.

La loi du 7 août 1851 donne à chaque Commission administrative une autonomie pleine et entière, et il serait peu probable que tous les hôpitaux de France soient consentants à suivre votre exemple.

En ce qui concerne la majoration du prix de journée, il faut que la Commission administrative puisse prendre une délibération qui sera soumise à l'approbation du Préfet, et, en cas de désaccord avec ce magistrat, soumise en appel à la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Voilà donc une première difficulté administra-

tive qui se pose, à savoir si l'autorité préfectorale admettra qu'une retraite soit octroyée au Corps médical hospitalier grâce à une majoration du prix de journée.

Le deuxième obstacle viendra du Conseil général lui-même qui, probablement, sera hostile à une majoration du budget hospitalier relativement à l'hospitalisation des bénéciaires de la loi de 1893 (Assistance médicale gratuite).

Supposons ces obstacles levés, reste à considérer le fonctionnement lui-même de la retraite.

Vous devez avoir un statut particulier qui ressemble vraisemblablement au statut hospitalier des autres grandes villes ?

A quel âge serait distribuée la retraite ? Après combien d'années de service ? etc... Autant de problème d'ordre pratique à élucider.

Au point de vue déontologique, ne craignez-vous pas que cette retraite hospitalière ne soit une corde au cou qui vous enchaîne définitivement à ce que j'appelle : « le salariat des hôpitaux » ?

Certes, je suis un des premiers à défendre au Conseil supérieur de l'Assistance publique de France, la situation de premier plan qui doit être celle de l'élite du Corps médical — j'ai nommé le Corps médical hospitalier ; — mais de l'autre côté de la barricade, les représentants des Administrations des hôpitaux me font remarquer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux, ne sont juridiquement liés à l'établissement que par un contrat de louage de services et que, quelle que soit leur science, les médecins ne sont juridiquement que les employés supérieurs de l'Administration de l'hôpital.

L'attrait d'une retraite ne serait-il pas un obstacle au cas où le Corps médical hospitalier voudrait faire entendre de justes revendications et voudrait faire aboutir celles-ci par des mesures énergiques ?

Je ne connais pas de système analogue fonctionnant en France.

J'ai été le rapporteur, il y a une douzaine d'années, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour que le Corps médical hospitalier, et surtout celui des internes des hôpitaux, puisse bénéficier de garanties en cas d'accident du travail ou de maladie contractée en service ; mais jusqu'à présent, jamais le mot de retraite n'a été prononcé, et je ne connais aucun système pouvant ressembler à celui que vous préconisez.

Néanmoins, votre question est intéressante, et je me mets à votre entière disposition poru vous aider de mes faibles lumières juridiques.

J'ajoute qu'à l'origine de l'application de la loi du 7 août 1851, aucune réserve ni protestation n'a été émise par le Corps médical au sujet des services gratuits qu'on lui demandait d'assurer. D'ailleurs, à cette époque, l'hôpital était surtout un asile de pauvres, de pèlerins, plus qu'un établissement de soins. C'est l'avènement de l'antisepsie et de l'anesthésie, qui, donnant un essor considérable à la chirurgie, a le plus contribué à transformer l'hôpital en établissement de cure, remplaçant l'ancienne « Hostellerie de Dieu ».

Paul Boudin.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES

Une Caisse primaire se refuse à faire état de la liste de candidature, dressée par les Syndicats de praticiens, pour que deux de ceux-ci figurent parmi les administrateurs de ladite Caisse.

Celle-ci émet la prétention de désigner qui bon lui semble. Que faire ?

Lorsque les Syndicats de praticiens ont passé des conventions avec les Caisses, ils doivent avoir deux délégués, au sein du Conseil d'administration des Caisses primaires, en vertu de l'article 26, paragraphe 7 et 9 de la loi sur les Assurances sociales.

Le décret du 28 janvier 1932 détermine leur mode d'élection. Article 5 : « La désignation des « administrateurs praticiens est faite par l'As- « semblée générale de la Caisse, sur présenta- « tion d'une liste établie par les Syndicats pro- « fessionnels de praticiens, si une convention a « été passée avec la Caisse par ces Syndicats, ou « directement dans le cas contraire.

« La Caisse invite à cet effet les Syndicats pro- « fessionnels liés par contrat avec elle, six se- « maines au moins avant la date fixée pour les « élections, a se concerter à lui faire parvenir cinq « jours au moins avant l'Assemblée générale la « liste des candidatures à soumettre à cette As- « semblée. Cette liste doit comporter un nombre « de candidats au moins double de celui à élire. »

Les contestations au sujet de ces élections sont de la compétence de la Commission cantonale du siège social de la Caisse primaire. Par conséquent, si une Caisse primaire ayant passé une convention avec un Syndicat de praticiens se refusait à soumettre à son Assemblée générale la liste de candidature des administrateurs praticiens, présentée par ledit Syndicat, il faudrait assigner la Caisse devant la Commission cantonale de son siège social (Greffe de la Justice de paix).

Dr Paul Boudin.

HYPOTHÈQUE LÉGALE D'UNE FEMME SUR LES BIENS DE SON MARI

Un mari hérite d'immeubles. Peut-il vendre ces derniers sans l'autorisation de sa femme, alors que les époux ont un contrat de mariage. Le mari reprendrait-il sa liberté d'aliénation de ses biens s'il venait à divorcer ? Mme A..., sage-femme.

Cette question ne comporte pas assez de précisions, pour qu'il me soit possible d'y répondre avec fruit. Je me demande quel est le contrat des deux époux ? Communauté réduite aux acquits ? Régime dotal ? Séparation de biens ?

On peut s'étonner que le mari ait besoin de l'autorisation de sa femme, pour vendre des biens qui lui sont propres.

Cependant, suivant le contrat de mariage, la femme a une hypothèque légale sur les biens du mari, justement parce que celui-ci a l'administration des biens de la communauté et que, par suite, il doit donner des garanties contre une mauvaise gestion.

Voilà pourquoi l'autorisation de la femme est nécessaire, pour donner mainlevée sur cette hypothèque légale.

Lorsque le divorce est prononcé, on fait la liquidation des biens propres et des biens communs ; le mari ne retrouve sa liberté de gestion de ses biens personnels que lorsque la femme a été complètement désintéressée et qu'elle est rentrée en possession de tout ce qui lui appartient.

EXPERTISES MÉDICALES

Un chirurgien-dentiste ne peut être désigné pour expertiser les soins donnés par un docteur en médecine

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (19e CHAMBRE) 19 *juin* 1935.

Parce qu'il n'est pas docteur en médecine, un chirurgien-dentiste ne peut pas être commis pour expertiser les soins dentaires donnés à un malade par un docteur en médecine stomatologiste.

Attendu que le Docteur C... est appelant d'un jugement rendu par M. le Juge de paix du XVe arrondissement de Paris le 17 avril 1935, lequel, sur une demande en payement de 2.000 francs, pour soins et fournitures d'appareils de prothèse dentaire, a commis le sieur C... chirurgien-dentiste, en qualité d'expert ;

Attendu que l'appel est recevable en la forme ;

Attendu que le Docteur G... soutient que l'expert commis par le premier juge n'est ni docteur en médecine, ni médecin des hôpitaux et n'est, par suite, pas qualifié pour procéder à l'expertise des soins donnés par un praticien, qui lui est supérieur en titres, qu'il demande la nomination d'un nouvel expert, docteur en médecine, médecin des hôpitaux, en remplacement de C..., chirurgien-dentiste, qu'il y a lieu de faire droit à cette demande ;

PAR CES MOTIFS : déclare l'appel recevable en la forme ; au fond, infirme le jugement rendu par M. le Juge de paix du XVe arrondissement de Paris, le 17 avril 1935 ;

Commet le Docteur Boz?, ancien directeur de l'Ecole française de stomatologie, stomatologiste des hôpitaux, avec mission sus-indiquée par le premier juge.

Commentaires

La Cour d'appel de Paris (Chambre des référés) avait décidé le 9 février 1928 (*Concours Médical*, 1928, 2287) qu'une chirurgien-dentiste peut être désigné comme expert, à propos d'une demande d'honoraires formulée par un docteur en médecine stomatologiste, lorsqu'il ne s'agit que de travaux de prothèse et non de soins médicaux.

Une espèce analogue avait été soumise au Tribunal civil de la Seine (7e Chambre) qui jugeant en appel le 17 novembre 1913 (*Concours Médical*, 1927, 3326) et réformant un jugement de paix du VIe arrondissement de Paris, avait annulé la nomination d'un chirurgien-dentiste, pour connaître de la demande formulée par un docteur en médecine stomatologiste, motifs pris que par application de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, les fonctions d'expert ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Or, un arrêt de la Cour de cassation, du 15 décembre 1914 (*Concours Médical*, 1928, 101) a nettement spécifié qu'en matière d'expertises civiles, il appartient au juge, aussi bien qu'aux parties, de choisir comme experts des médecins qui ne sont pas inscrits sur la liste établie annuellement par les cours d'appel, cette restriction n'étant applicable qu'en matière pénale.

Rappelons enfin une circulaire du Garde des Sceaux du 11 juin 1912 (*Bull. Min. Just.*, 1912, p. 226) qui recommande instamment, dans les affaires concernant spécialement les praticiens qui exercent la profession de dentiste, de confier autant que possible l'expertise à un expert possédant un titre au moins égal à celui du praticien en cause.

Paul BOUDIN.

L'HYGIÈNE SOCIALE EN FRANCE — ORGANISATION OU ANARCHIE ?

Par le Professeur DUVERNOY
de l'Ecole de médecine de Besançon

Toutes nos œuvres sociales vivent sous le signe de l'anarchie et de l'incoordination. Elles vivent aussi sous celui du tiroir.

Le respect du tiroir, en France, est intimement uni à celui du papier. Il n'est aucune organisation qui n'ait chez nous *ses* papiers, *ses* états, et pour la médecine, *ses* observations.

Mais, dans une nation où la bureaucratie est reine, il faut :

1° les classer (des papiers dans des tiroirs),

2° les conserver précieusement dans le tiroir en question, de peur que des mains non administratives ne les abîment. Le crime de lèse bureaucratie a remplacé celui de lèse majesté.

Lorsque nous avons voulu que ce qui se passe dans une de nos cellules administratives profite aux autres, ce fut une belle levée de boucliers contre cette astuce révolutionnaire.

Communiquer aux familles et au médecin-traitant une fiche de mensuration ! leur confier un livret de santé ! Mais cela va nous revenir sale, abîmé, déchiré, cela ne nous reviendra peut-être jamais ! Salir ou perdre des documents administratifs de gaieté de cœur, n'est-ce pas là le signe d'un étrange dérèglement d'esprit ?

Nous avons beau dire qu'il valait mieux salir, abîmer, déchirer des documents, pourvu qu'ils servent à quelque chose, plutôt que de les conserver jalousement intacts afin qu'ils ne servent à rien.

Nous pouvions en vain faire remarquer qu'une pièce confinée au fond d'un tiroir ne différait guère d'une pièce perdue. En a-t-il fallu des débauches de parlotte, et des utilisations de salive en quantité industrielle ! Enfonçons-nous cette idée dans la tête, dit une réclame bien connue. Mais les têtes administratives, par suite d'un long atavisme, sont plus solides que le fer. Et c'est grâce à cette résistance et cette solidité que M. Lebureau a pu asseoir son autorité, immuable et bravant tous les régimes.

M. Lebureau se nomme également légion. C'est ce qui fait que, chacune de ses individualités, s'abîmant dans la contemplation de son nombril respectif, ignore son voisin qui procède d'ailleurs de même.

Et qui pourra dénombrer les nombrils administratifs ! Il y en a d'individuels, il y en a de collectifs. Chaque ministère a le sien.

C'est ce qui fait que, du haut en bas de l'échelle et d'une échelle à l'autre, chacun s'ignore, pour le plus grand bien de sa tranquillité personnelle. Inch Allah ! ! !

Prenons un cas qui nous occupe depuis longtemps, la surveillance de l'enfance.

L'enfant commence à la naissance, il se termine à l'âge adulte.

Autrefois, il avait affaire uniquement au médecin de famille, de sorte que celui-ci arrivait à peu près à connaître tout ce qui intéressait la santé du petit enfant, puis du grand garçon et souvent du papa qu'il devenait à son tour.

Actuellement, rien de semblable. Une débauche d'œuvres, d'organisations publiques et privées, une débauche de philantropie s'est abattue sur ce malheureux pays. Chacun a voulu devenir philantrope, on parle de la pléthore médicale — qui parlera de la pléthore de la philantropie ?

C'est un métier pourtant où l'on ne chôme pas. Que ce soit avec son argent, ce qui est rare, avec l'argent des autres, ce qui est fréquent, le philantrope veut faire le bien. Souvent, astucieux à l'instar de l'apiculteur qui place du sucre dans une ruche pour que les abeilles rapportent bien davantage, le philantrope apporte une contribution, j'allais dire un appât personnel. Et il construit son œuvre, sa chose, sans s'occuper du voisin qui en fait autant.

Et toutes ces bonnes volontés, mues par un égal désir de bien faire, ont réussi à créer en France le mélange le plus incohérent qu'il soit possible de rêver.

Ne croyez d'ailleurs pas que tout cela soit une façon de créer, en marge du budget, une organisation d'hygiène sociale. Chaque œuvre a son député, son sénateur, son ministre, qui ne peut lui refuser sa subvention. Et le Pari mutuel, qui dira combien il a été mis à contribution ?

Le contrôle ? il n'y en a pas.

Le résultat ? des enfants ballottés d'œuvre en œuvre, de consultation en consultation, d'hôpital en dispensaire. Chacun recommençant l'examen qu'à fait le précédent, chacun donnant son traitement ou ses conseils, qui ne sont malheureusement pas toujours ceux qui ont été donnés avant lui. Et que de prises de sang, que d'examens radiologiques, que d'argent dépensé en pure perte, que de temps et de travail perdu !

Les enfants en sont-ils mieux soignés ? Ce n'est pas toujours le cas, et personne ne pourra nier qu'une coordination ne donne, et à moins de frais, un résultat meilleur

C'est cette coordination que nous avons voulu établir, c'est ce que d'autres aussi, à Bordeaux par exemple, ont commencé à réaliser.

D'une façon extrêmement simple, en ce qui nous concerne. Il faudrait que chaque famille possède, pour chacun de ses membres un livret individuel, qui serait le livret de santé.

Ce livret doit pouvoir contenir tout ce qui regarde la santé de l'enfant, quand ce serait une simple pochette, ou un carnet, cela vaudra déjà mieux que rien.

Mais il faut que la pochette ou le livret, comme on voudra, ne quitte pas la famille, ou le médecin traitant. Seul ce dernier doit en avoir connaissance.

Il faudrait aussi que chaque œuvre, chaque organisation publique ou privée, prenne l'habitude de donner une note concernant l'examen effectué, les mesures prises. Cette note, qui pourrait figurer sur un carton propre à l'œuvre, ferait seul le voyage entre le livret et l'œuvre en question.

Le médecin traitant, que ce soit celui de la famille, de l'hôpital, de l'internat, aurait à sa disposition une masse de documents qui l'aiderait dans son diagnostic, qui lui épargnerait des examens déjà effectués, l'enfant serait mieux soigné.

Le secret professionnel serait absolument sauvegardé. Et ceci a son importance.

Nous allons prendre un exemple, celui de l'inspection des écoles, telle qu'elle a été réalisée dans le Doubs.

Le livret de santé reste dans les mains de la famille. Un fascicule spécial sert à l'inspection des écoles. C'est ce fascicule qui sera apporté à chaque retour de vacances à l'école où le médecin inspecteur notera ce qu'il a à signaler aux parents, et qui reviendra ensuite à la famille.

Le médecin fait surtout, ou devrait faire, œuvre préventive. Mais a-t-il l'occasion de dépister autre chose que des affections banales, ganglions, amygdales, etc., quelque chose qui intéresse le secret professionnel, ilutilisera une carte-lettre fermée.

De sorte que, si chacun dans sa sphère, procédait de cette façon, il y aurait déjà une organisation de réalisée, une coordination et une collaboration effective pour le plus grand bien de l'enfant.

On ne considérerait plus alors l'enfant comme composé d'êtres différents, suivant qu'il est nourrisson, écolier, sportif ou soldat.

Cette organisation est en voie dans le ressort de l'Université de Besançon. L'Institut d'éducation physique de l'Université s'en est chargé. Donnera-t-elle les résultats escomptés ?

L'avenir nous le dira.

IL FAUT RENDRE A CÉSAR CE QUI EST A CÉSAR

.....Et aux Norvégiens, ce qui leur appartient. Dans une courte relation de voyage parue ici le 13 octobre dernier, j'indiquais que l'Amérique a été découverte non pas par Christophe Colomb, mais, vers l'an 1000, par Leif Erickson (certains disent Ericksen). Je me figurais que la découverte était tombée dans l'oubli et que Christophe Colomb n'avait eu le tort que d'arriver le second là où il se flattait d'être le premier. La vérité est bien plus savoureuse : elle est révélée par le très érudit D^r J. Regnault, de Toulon (1).

Erick le Rouge, père de Leif Erickson, avait découvert le Groenland. C'est de là que partit en réalité Leif Erickson pour découvrir successivement le Helluland (Terre-Neuve), le Markland (Nouvelle-Ecosse) et le Vinland, plus au Sud, où il établit son campement du côté de Rhode-Island. Quelques années plus tard, Thorfinn Karlsefne part à son tour pour le Vinland avec 160 hommes, et y fonde des colonies. En 1347, on notait encore en Islande l'arrivée de treize grands navires venant du Markland. Mais le contact entre les pays normands et l'Amérique se perdit.

(1) Ce n'est pas Christophe Colomb qui a découvert l'Amérique. Docteur J. Regnault. Société d'éditions géographiques, maritimes et coloniales, Paris, 1925.

En 1472, à l'instigation de Henri le navigateur, régent du Portugal, apparenté avec le roi de Copenhague, Christian I^er, celui-ci envoya une misson pour retrouver les colonies d'Amérique ; cette mission fut accompagnée par un Portugais. *Vers 1477, Christophe Colomb vint en Islande pour se documenter.* Lorsqu'il se mit en route pour son fameux voyage, il était accompagné de deux caravelles, la Pinta et la Nina, commandées par les frères Pinzone. Or, Vincent Pinzone était déjà allé en Amérique avec les équipages normands de Jean Cousin qui, eux, avaient abordé du côté des bouches à l'Amazone, mais il avait été chassé par les armateurs de Dieppe comme « indigne d'embarquer sur les navires normands ».

D'où il résulte que Christophe Colomb fut précédé en Amérique non seulement par les Norvégiens, mais par des Normands de chez nous et que c'est un élève de ces derniers qui l'y mena.

Sic vos non vobis......

Cette petite histoire, malicieusement contée par le D^r Regnault, n'est pas pour inspirer confiance en la grande, celle qui s'écrit l'Histoire, et où les escroqueries de ce genre n'ont pas passé de mode.

G. Lavalée.

LA MÉDECINE COLONIALE

La tuberculose en Afrique française

Le VII[e] Congrès national de la tuberculose qui devait d'abord se tenir à Rabat, s'est réuni en avril dernier à Marseille. La question médico-sociale mise à l'étude était la tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord. Elle ne saurait nous laisser indifférent. C'est une question qui est toujours malheureusement d'actualité depuis qu'il y a des colonies, des indigènes et des colons, et pour établir la liaison entre ceux-ci et ceux-là, des bacilles de Koch.

On sait la trop grande réceptivité des populations autochtones au virus tuberculeux. La première infection suffit à les décimer. Chez elles aucune résistance à la maladie nouvelle, pour laquelle la moindre défaillance physique constitue un merveilleux appel. Individus hypoalimentés, soumis à des variations de température brutales, que les vêtements ne viennent pas compenser, vivant dans des conditions d'hygiène déplorables, tous les facteurs sont réunis pour que l'affection puisse s'y développer sans frein.

Il faut reconnaître cependant que, si, dans les colonies, des commissions ont été organisées, des parlotes établies, de belles décisions prises, imprimées et notifiées, de longues circulaires multipliées, notre action ne s'est pas réduite seulement à la rédaction de rapports se répétant stérilement les uns les autres. Des efforts pratiques ont aussi été réalisés et ce n'est pas la faute des colonisateurs si les résultats recueillis sont aussi maigres, si les indigènes de nos colonies continuent de mourir à peu près dans les mêmes proportions, sinon plus grandes qu'autrefois. Car notre armement antituberculeux s'est développé un peu partout avec une certaine ampleur. Des services d'hôpitaux spécialisés ont été construits ou transformés, des offices publics d'hygiène sociale ont été organisés sur le modèle de ceux qui existent dans les départements français, des préventoriums ont été créées, des œuvres privées se sont occupées de l'enfance tuberculeuse, de fondations type Grancher. Et la vaccination par le B. C. G. est entrée dans la pratique courante un peu partout.

Il est hors de doute qu'on aura beaucoup plus de peine à déraciner le mal qu'on n'en aurait eue à l'empêcher de s'étendre. Plusieurs raisons à cela, et d'abord il est rare de trouver une colonie où les efforts soient tendus dans le même but pour la réalisation d'un même programme. Les opinions médicales divergent aujourd'hui sur la contagion de la maladie et sur son traitement. L'Algérie, par exemple, en est encore à attendre la construction de son sanatorium, parce que l'emplacement choisi d'abord ne put réunir l'unanimité des médecins. On posa, en effet, en 1930, dans la forêt de Saint-Ferdinand, aux environs d'Alger, à grand renfort probablement de coupes de champagne, la première pierre de cet établissement. Et l'on en resta là..... la première pierre aussi. Puis Léon Bernard vint... et il fut décidé d'abandonner Saint-Ferdinand, pour construire à Rivet. Il y a de cela plus de deux ans ; on hésite, sans doute, cette fois, à poser même la première pierre... ces cérémonies, en Algérie, ayant acquis la réputation de porter la guigne.

En réalité, des sommes considérables ont été consacrées à la lutte contre les fléaux sociaux et contre la tuberculose en particulier. Mais dans les programmes établis il n'a pas existé d'idée de suite. Chaque nouveau venu, bien loin de s'inspirer profondément d'abord du chemin parcouru par ses prédécesseurs, au moment où le flambeau leur tombait des mains, fait table rase du passé et recommence à l'α. Il n'arrive malheureusement jamais à l'o. Or, pendant ce temps les indigènes se tuberculisent, crachent, ensemencent généreusement et meurent. Un logement approprié, le « ventre plein », l'élimination des individus contagieux, Européens compris, seraient certainement d'un effet plus efficace que les meilleurs discours parlés ou imprimés, la nature devant faire le reste.

Les indigènes peuvent nous reprocher de leur avoir apporté avec la civilisation qu'ils ne recherchaient pas, cent autres choses désagréables. C'est un devoir pour nous de les en débarrasser. Encore convient-il de le faire avec méthode.

C'est Aubry et Thiodet, d'Alger, qui ont rapporté la question de la tuberculose et de la lutte antituberculeuse en Algérie. Ils ont noté, comme nous venons de le faire, que la maladie s'est développée de façon inquiétante, surtout dans la population indigène, depuis l'installation des Français, car elle était très rare à la conquête. Qu'il s'agisse d'infection tuberculeuse latente ou de morbidité tuberculeuse, le nombre des sujets atteints est d'autant plus grand que l'on se rapproche des régions habitées par l'Européen.

Quelles sont les causes de cette extension ? La principale, a-t-on dit avec raison, est le colportage de la maladie par les travailleurs indigènes. Le nombre de ces derniers a diminué aujourd'hui. Mais vers 1924, un mouvement d'émigration vers la Métropole s'était installé en Algérie. Des indigènes journaliers faisaient le va-et-

vient entre la France et leur pays d'origine. Périodes de travail et périodes de repos se succédaient. Quelques travailleurs même prolongeaient leur séjour sur notre sol pour augmenter leur pécule et rentrer définitivement. En 1915, on enregistrait 20.092 départs, en 1917, 34.955, en 1922, 44.466, en 1924, 71.026 : c'est le chiffre maximum atteint. La crise survient, en effet, à ce moment, le nombre des chômeurs augmente, les indigènes rentrent pour le plus grand nombre chez eux. Ils y ramènent leurs économies, quelques vices supplémentaires et des bacilles de Koch.

C'est ici qu'intervient la vanité des circulaires et des instructions. Il existe, en effet, à Paris, une œuvre consacrée aux Nord-Africains, pour lesquels quatre ou cinq dispensaires de soins médicaux fonctionnent. Il existe d'autre part à Alger, un directeur de la Santé maritime qui est en même temps inspecteur départemental d'hygiène. C'est notre confrère Massonet dont le dévouement et la conscience professionnelle sont connus de tous. Mais il n'existe aucune liaison entre Paris et Alger, si bien que les indigènes tuberculeux, évacués par les dispensaires Nord-Africains, quittent Paris, s'embarquent à Marseille, et à peine débarqués à Alger, ayant troqué leur casquette de « roumi » contre la chéchia rouge, s'empressent par auto-car ou par le train, de rejoindre leur tribu, où la tuberculose qu'ils apportent ne demandera qu'à se développer. Il suffirait cependant que ces malades fussent repérés, signalés et arrêtés dès leur arrivée en Algérie, pour qu'une décision immédiate soit prise à leur sujet. Cette organisation figure en belles lettres dans des rapports, mais ne figure que là, malheureusement.

Examinant dans leur étude, l'organisation de la lutte antituberculeuse, Aubry et Thiodet font justement remarquer que c'est la question climatique qui a été longtemps l'obstacle principal à l'organisation rationnelle de cette lutte. La mission du Professeur Léon Bernard, en 1933, contribua à mettre à peu près l'accord dans les esprits médicaux.

« Le climat, déclare-t-il, ne joue plus aujourd'hui dans la cure de la tuberculose le rôle à peu près exclusif qu'on lui attribuait naguère, alors que nous ne possédions pas les traitements de la maladie dont la science s'est enrichie récemment. Nous ne considérons pas qu'il y a un traitement climatique de la tuberculose ; les tuberculeux peuvent être soignés partout à la condition qu'on leur évite les éléments climatiques défavorables, et principalement le vent, l'instabilité maritime, l'humidité d'origine tellurique, l'extrême chaleur surtout par l'exposition directe aux rayons solaires.

« Par ailleurs, c'est un véritable abus de langage de parler du climat de l'Algérie, et du climat de France. Combien, en réalité, y a-t-il de climats différents en France ? Peut-on comparer les régions du Nord à celles du Centre, de la Provence, de la Riviéra, ou de la Champagne ? Dans une même région, celle de Bretagne, quelle différence entre les forêts de Huelgoat, et le littoral des Côtes-du-Nord ou du Morbihan ?

Des travaux récents ont montré qu'en fait de climat, le degré d'ionisation de l'atmosphère observée seul importait. C'est une étude nouvelle à entreprendre en Algérie, dans ses régions si tranchées de la zone maritime, des Hauts Plateaux, ou des Oasis, et l'on peut en attendre les enseignements les plus nouveaux et les plus intéressants.

L'organisation actuelle, poursuivent Aubry et Thiodet, est insuffisante et ne répond pas aux nécessités. Il convient d'améliorer d'abord ce qui existe et de le compléter par des fondations nouvelles. Quant au problème de la prophylaxie, elle ne relève pour le moment chez l'enfant que de deux méthodes, la vaccination par le B. C. G. et le preventorium. En ce qui concerne la première, la colonie a accordé l'an dernier sur son budget, une subvention de 900.000 francs à l'Institut Pasteur, pour la construction d'un laboratoire spécial destiné à la préparation du vaccin. Et chaque département, concurremment avec la direction des Territoires du Sud, a été invité à participer à l'allocation annuelle de 300.000 francs, nécessaire au fonctionnement de ce laboratoire. On voit par ces chiffres que l'Administration algérienne n'a pas hésité à s'imposer d'importants sacrifices pour lutter contre la tuberculose.

Guerre au taudis, dépistage, seront les mesures à envisager pour l'organisation de la prophylaxie chez l'adulte.

Et tout cela est évidemment parfait. Mais pour terminer, nous voudrions rappeler aux distingués rapporteurs algériens au Congrès de la tuberculose, une anecdote qu'ils connaissent certainement.

Le gouvernement général possède à Alger un immeuble, maison indigène, très pittoresque peut-être, mais manquant comme la plupart des constructions de ce genre d'aération et d'éclairage. Il y avait installé un de ses services. Peu de temps après, trois fonctionnaires de ce service étaient successivement atteints de tuberculose contractée dans les locaux, et mouraient.... L'Administration prit une mesure énergique dont il convient de la louer. Elle fit en effet évacuer les bureaux et déclara les locaux insalubres.

Quelques mois après seulement, on y logeait un nouveau service..... le Service d'hygiène lui-même.... L'histoire ne s'arrête pas là : un garçon de bureau de ce Service d'hygiène, un indigène, présenta en effet à son tour les symptômes

de la tuberculose et un congé de longue durée lui a été accordé. On ne saurait affirmer qu'il en bénéficie encore....

On le voit, en fait de prophylaxie, l'Administration algérienne a donné là un bel exemple à ne pas suivre.

Le communiqué relatif au rapport de Masselot et Bloch sur la tuberculose en Tunisie commence comme un problème d'arithmétique. On y lit en effet : « Le problème de la tuberculose en Tunisie est surtout un problème musulman pour deux raisons : les musulmans y sont quatorze fois plus nombreux que les Européens et les Israélites réunis et la tuberculose chez eux est deux fois plus fréquente qu'en milieu français, lequel est sensiblement plus atteint que le milieu israélite. »

Les Musulmans sont plus atteints et meurent plus que les Israélites, à la condition que ceux-ci continuent de vivre suivant le Talmud. S'ils s'en éloignent, ils deviennent aussi vulnérables que les Européens, comme si c'était une malédiction de Dieu !

Les Musulmans tunisiens font trois fois plus que les Européens des formes osseuses et ganglionnaires. La forme pulmonaire revêt chez eux la forme massive à bilatéralisation précoce, rapidement cachectisante. Le début de l'affection est aussi plus précoce et s'accompagne moins souvent d'hémoptysies.

Là encore, comme en Algérie, le paupérisme est le fourrier de la tuberculose, par hypoalimentation.

En Tunisie, l'armement antituberculeux est insuffisant. Nous apprenons qu'il manque à Tunis quatre cents lits d'hospitalisation pour tuberculeux et qu'en ce qui concerne l'intérieur, il n'existe qu'un service, celui de Bizerte, avec trente lits. Les préventoriums sont aussi insuffisants. L'unique dispensaire placé dans l'enceinte de l'hôpital, a manqué le but pour lequel il avait été créé d'attirer, les milieux indigènes.

La cause de cette insuffisance d'organisation, on le devine, découle de la situation financière déficitaire de la Résidence.

C'est le même son de cloche que l'on enregistre au Maroc. La tuberculose, disent J. Lapin et M. Bonjean, s'est révélée au Maroc, en voie d'augmentation depuis l'instauration du Protectorat. Les formes cliniques sont celles observées dans la Métropole, mais on note une proportion assez élevée d'atteintes laryngées et méningées chez l'enfant. Les facteurs de contamination sont les mêmes que partout ailleurs, avec cette aggravation que le climat marocain est incontestablement plus dur que le climat européen et que le contact avec la population autochtone encore mal éduquée, partant plus dangereuse, offre un péril certain. Les hommes sont plus atteints que les femmes, le maximum des atteintes mortelles s'observe de quinze à quarante ans, les musulmans sont plus touchés que les Israélites. Mais dans l'ensemble le taux global de l'infection indigène est moins élevé qu'en Algérie et qu'en France.

L'armement antituberculeux au Maroc, comporte sous l'action conjuguée de la direction de la Santé et de l'Hygiène publique et de la Ligue marocaine contre la tuberculose :

Cinq dispensaires créés et entretenus par la Ligue à Fez, Meknès, Rabat, Casablanca et Marakech.

Un préventorium (Jardin soleil de Rabat Salé).

La vaccination par le B. C. G.

L'Afrique Occidentale Française ne se dérobe pas non plus à la règle. Les apports tuberculeux dit le médecin-colonel Blanchard sont de deux sortes : apport européen et apport indigène, après infection en France ou au Maroc.

La maladie évolue chez le Sénégalais d'une façon toute spéciale. On signale, en effet, d'abord un stade ganglionnaire, d'une durée de deux mois qui constitue la période d'invasion. A ce stade peut succéder la forme polyganglionnaire classique s'accompagnant de suppuration et de généralisation rapide avec le type clinique de la granulie, de la pneumonie et surtout de la polysérite.

La granulie est l'expression anatomique et clinique la plus pure de la sensibilité des noirs à l'infection tuberculeuse. L'évolution se fait en deux mois environ, entrecoupée d'accalmies souvent trompeuses.

Les mesures prophylactiques prises en A. O. F. visent à réduire les apports bacillaires, d'une part au moyen de visites médicales, en maintenant d'autre part les indigènes reconnus tuberculeux dans les centres hospitaliers. Il existe à Dakar un centre permanent permettant de garder le temps voulu tous les travailleurs tuberculeux libérés de France.

Un dispensaire pourvu d'un outillage technique moderne et d'un personnel d'infirmières-visiteuses fonctionne aussi à la poly-clinique Roume, à Dakar.

De ce rapide voyage exécuté en Afrique française pour y faire en quelque sorte le point de l'infection tuberculeuse, quelques conclusions peuvent être tirées :

1° Les populations indigènes de nos colonies offrent un terrain des plus favorables à l'imprégnation tuberculeuse ;

2° Le nombre des cas d'infection est d'autant plus élevé que les contacts avec l'élément blanc sont plus nombreux et plus prolongés ;

3° De contaminés, les indigènes ne tardent pas à devenir contaminants et rendent pourrait-on dire, au centuple ce qu'on leur a donné.

4° L'organisation des services d'isolement et

de traitement des tuberculeux est certainement à favoriser dans nos colonies ;

5° Mais nos Administrations se doivent d'examiner le problème de plus haut : une solution exclusivement médicale ne suffit pas. La question tuberculeuse est en effet au premier chef une question médico-sociale à l'étude de laquelle doivent être appelés à collaborer tous les services, chacun en ce qui le concerne, pour chacun des points à envisager : habitation, alimentation, moyens de communication, vêtements, cultures, etc....

6° La lutte contre la tuberculose doit être une, c'est-à-dire faire dans chaque colonie l'objet d'un programme nettement établi, à la réalisation duquel chacun devra apporter sa pierre, sans pouvoir en modifier l'architecture.

L. SASPORTAS.

Ces lignes étaient écrites quand nous avons lu dans la *Revue d'hygiène et de médecine préventive* le texte de la conférence faite par Et. Burnet au Collège de France, sur la médecine expérimentale et la médecine sociale. Nous avons été heureux d'y relever les passages suivants qui viennent corroborer une partie de nos conclusions :

« La médecine sociale n'avance plus qu'en collaboration avec l'économie. A la Société des Nations l'organisation d'hygiène et le Bureau international du travail unissent leurs moyens. On ne conçoit plus une commission médicale à laquelle des économistes ne participent pas. On a aussi besoin d'ingénieurs pour l'exécution, mais les économistes sont nécessaires à l'établissement du principe. »

Et plus loin, Et. Burnet cite la conclusion d'une étude minutieuse de Neander sur la tuberculose dans un Comté de Suède :

« Le déclin qui a commencé et continué longtemps avant l'adoption des mesures spéciales a été favorisé par *tous les progrès qui ont amélioré le milieu.* Tout ce qu'on a fait pour *élever le niveau de la vie,* pour *améliorer l'hygiène du logement,* et de la *manière de vivre,* pour *l'assainissement* et pour les *soins aux malades,* pour les *progrès de l'instruction* et de *l'éducation* a contribué à faire *un milieu défavordable* à la tuberculose et même a constitué une défense contre elle..... C'est ce que nous pouvons appeler la DÉFENSE PAR LA CIVILISATION. La valeur des mesures spéciales consiste en ce qu'elles accélèrent la régression que d'autres formes sociales déterminent. »

POUR LES ANCIENS COMBATTANTS MUTUALISTES

LA SUPPRESSION DU PRÉLÈVEMENT DE 10% SUR LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT

Personne n'ignore que, par suite des décrets-lois, les subventions accordées par l'État aux Caisses autonomes mutualistes en vertu de la loi du 4 août 1923, et payées actuellement sous la forme d'une majoration des rentes servies aux mutualistes, ont été soumises au prélèvement de 10 %.

Pareille mesure, il n'est pas besoin de le dire, frappait lourdement les anciens combattants mutualistes. Contraire aux engagements pris, elle ne pouvait manquer d'avoir des répercussions sur les barêmes établis, d'autant plus qu'il est venu s'y ajouter un autre prélèvement de 10 % sur certaines catégories de revenus qui sont précisément les seuls, dont les Caisses autonomes mutualistes peuvent disposer en raison de la nature de leurs placements. Aussi les Caisses autonomes d'anciens combattants ont-elles aussitôt fait entendre leurs protestations.

Joignant leurs efforts, elles ont saisi le ministre des Pensions, et le ministre du Travail, de cette question, en les priant d'agir pour la suppression de 10 % sur les subventions de l'Etat, accordées, comme il a été dit plus haut, sous forme de majorations.

Satisfaction vient d'être donnée aux anciens combattants mutualistes.

La nouvelle est aujourd'hui officielle. Elle sera confirmée prochainement par une lettre du président du Conseil lui-même. L'amputation de 10 % prévue sur les majorations par l'Etat des retraites des mutualistes est supprimée.

(D'après le *Journal des mutilés et combattants.*)

AU XIIe CONGRÈS DE L'UNION HOSPITALIÈRE DU SUD-OUEST (5 et 6 octobre 1935)

Rapport présenté par le Docteur J. Tocheport

Ancien interne et lauréat des Hôpitaux de Bordeaux
Lauréat de la Société d'anatomie de Bordeaux
Vice-Président de l'association des médecins de la Dordogne
Administrateur de l'Hôpital-Hospice d'Excideuil

Petit à petit, et, si j'ose dire par infiltration, et aussi par la force des choses les malades payants se sont introduits dans les hôpitaux, autrefois destinés aux seuls indigents, si bien qu'aujourd'hui tous les jeunes administrateurs trouvent ce fait très normal et il leur paraît extraordinaire qu'on puisse discuter cette question. Mais, voici que naissent des hésitations des décisions différentes sont adoptées dans diverses régions. Je crois qu'il est bon de s'en occuper et c'est pourquoi j'ai rédigé ce rapport.

M. Paul Boudin a grandement facilité ma tâche en m'autorisant à puiser largement dans les articles qu'il a publiés sur ce sujet dans le *Concours Médical*.

Monsieur le Président,
Messieurs les membres du Conseil d'administration de l'Union hospitalière,
Messieurs ;

Lorsque les premiers hôpitaux ont été créés, c'était pour abriter les pauvres, les infirmes, les malades dénués de ressources. Dans notre pays le premier hôpital fut fondé à Lyon par Childebert fils de Clovis, en l'année 549 pour abriter les pauvres et le Concile d'Olréans défendit en ces termes d'en diminuer les dotations : « nous approuvons la fondation d'un hôpital fait dans la ville de Lyon par le pieux roi Childebert et son épouse. Que les revenus de cette fondation ne soient jamais diminués pour quelque cause que ce soit ; et que celui qui enlèverait une partie de ses biens soit frappé d'anathème comme *meurtrier* des pauvres ».

Je vous cite ces lignes que j'ai receuillies dans le très beau livre de M. Cros Mayrevieille, sur l'assistance hospitalière, parce qu'elles peuvent s'appliquer à la discussion d'aujourd'hui. Ces revenus étaient donc réservés aux seuls indigents.

Cette conception a été confirmée par l'article 1er de la loi du 7 août 1851. Je n'ai pas besoin de vous le citer. L'article 5 de la même loi appuie le fait en donnant des armes aux Commissions hospitalières pour faire rembourser les non indigents qui pourraient se faire admettre à l'hôpital.

La loi de 1893 semble bien confirmer l'affirmation de la loi de 1851.

Et maintenant si nous ouvrons un dictionnaire à l'article hôpital, nous le voyons défini ainsi :

Autrefois : Maison hospitalière où l'on recevait des hôtes, pèlerins, infirmes ;

Aujourd'hui : Etablissement où l'on traite des malades indigents.

C'est du reste pour cela que nous avons vu dénommés les hôpitaux « hôpital de la charité » — « hôpital de la pitié » etc.... Et si nous avons vu les hôpitaux recevoir des dons, des legs, c'était parce que le but de l'hôpital, de l'hospice était d'abriter des individus privés de ressources.

Et cependant, il me vient une hésitation, c'est que en plus des *données*, admis dans certains établissements, il y eût des malades payants dès le XIIe siècle dans les hôpitaux ou tout au moins dans les léproseries. M. Cros Mayrevieille nous dit dans son livre, tome 1er, page *105*, qu'à *Montpellier* un réglement a été publié en 1153 et il y est dit ceci : si parmi les malades de l'établissement, quelqu'un s'efforçait d'enfeindre nos prescriptions, qu'on le chasse à tout jamais, *eût-il payé* pour obtenir d'habiter la maison, et sans lui rendre son argent, qu'on ne lui laisse rien enlever de ce qu'il aura porté avec lui en entrant. Il était intéressant, Messieurs, de vous signaler cette curiosité. Il est vrai que ces payants s'introduisaient le plus souvent par fraude dans les établissements hospitaliers. C'étaient des resquilleurs, diraiton aujourd'hui. Plus tard, il y eut des abus favorisés par les maîtres hospitaliers eux-mêmes qui arrivaient à faire payer l'hospitalité qu'ils donnaient, transformant la maison charitable en hôtellerie payante. Ce fut considéré comme irrégulier et réformé. Au XVIIIe siècle on payait à l'hôpital pour obtenir des faveurs, notamment, pour avoir le droit de coucher seul, car vous savez qu'à cette époque, on mettait plusieurs malades dans le même lit.

Actuellement on oublie de plus en plus la loi de 1851, du moins dans ce qu'elle a de gênant et depuis quelques dizaines d'années les hôpitaux ont admis d'abord des payants libres. Etant interne des hôpitaux de Bordeaux, en 1895-97, je me souviens de quelques lits rassemblés dans une salle, il n'y en avait pas plus de cinq ou six, et on l'appelait *salle des Petits payants*, et de quelques chambres dénommées *chambres des Grands payants*. Malgré tout, soit par respect humain, soit pour éviter des contacts désagréables, ou pour toute autre cause, les malades non indigents ne voulaient pas entrer à l'hôpital pour s'y faire soigner, et en 1912 M. Cros Mayrevieille pouvait écrire, s'appuyant sur une circulaire Ministérielle que les malades payants ne pourront être acceuillis dans les hôpitaux qu'à titre tout à fait exceptionnel et dans une faible proportion. Il est vrai qu'à ce moment les lois de 1898 et 1928 n'étaient pas votées.

Mais l'infiltration s'accentue et le vote des dernières lois sociales a introduit dans les hôpitaux un grand nombre de payants. Loi sur les accidents du travail de 1898 ; loi pour les victimes de la guerre de 1919 ; loi sur les assurances sociales de 1928, à tel point que dans certains hôpitaux plus de 50 % des malades sont des payants. A Paris 49,05 % des hospitalisés sont des payants ; et ce qu'il y a d'extraordinaire c'est que les payants libres sont admis en nombre considérable : 7,47 % du nombre des hospitalisés. A Paris, il y a plus de payants libres que d'accidentés du travail (Rapport de M. Mourier au Conseil municipal de Paris du 30 décembre 1933).

Il n'est plus question de respect humain, de promiscuités gênantes. Ces malades payants libres, n'entrent certainement pas tous dans la catégorie instituée par l'article 3 de la Circulaire ministérielle du 31 mars 1920 qui stipule que peuvent être admis dans les hôpitaux les malades n'ayant pas de ressources suffisantes pour payer les frais d'une maison de santé. Certains sont fortunés, mais le désir de faire des économies ou tout autre raison peut-être moins honorable a étouffé chez eux tout respect humain. N'a-t-on pas dit que, dans certains hôpitaux les pauvres ne peuvent être immédiatement admis, et doivent attendre leur tour d'entrée, les lits étant occupés par les différentes catégories de payants. Or, actuellement encore l'hôpital a le devoir impérieux de remplir son rôle social, c'est-à-dire d'hospitaliser les malades privés de ressources.

Il faut bien convenir, que cet état de choses est contraire à l'esprit de la loi de 1851, qu'il entre en contradiction avec le décret du 28 décembre 1928 qui interdit aux hôpitaux de concurrencer l'initiative privée ; — quelle sera l'attitude du fisc s'il peut s'appuyer sur ce décret pour faire payer des patentes. Encore des procès.

A cela on opposera, l'arrêt du Conseil d'Etat du 14 décembre 1928. Mais cet arrêt ne tranche pas la question car il ne s'applique qu'aux personnes qui sans être dans un état d'indigence absolue n'ont pas de ressources suffisantes pour faire face au traitement dans des établissements lucratifs.

Dans certaines circonstances, qu'elle peut être l'attitude des donateurs, des exécuteurs testamentaires lorsqu'ils verront que les dons, les legs destinés uniquement aux pauvres, vont à des malades le plus souvent aisés, payants libres, ou bénéficiaires des lois de 1898 et de 1928, ne demanderont-ils pas à la justice la révocation des legs ou des dons ? On opposera à ces réclamations la Circulaire ministérielle du 31 mars 1920. Mais il sera facile de répondre qu'une Circulaire ministérielle est inexistante lorsqu'elle s'oppose à une loi.

Et les médecins, vont-ils continuer à ne rien dire ? Je crois, cependant, que ce mois-ci, la Commission hospitalière instituée par la Confédération des Syndicats médicaux a mis à son ordre du jour, l'étude de la position que doit prendre le Corps médical, au regard du problème hospitalier qui nous occupe.

Penserons-nous aussi à la protestation de M. Raoul Brandon au Conseil municipal de Paris ? M. Brandon, qui est député, ne se contentant pas de cette protestation vient de déposer à la ckambre une proposition de loi ayant pour but de faire interdire définitivement aux hôpitaux, aux hospices d'admettre des payants, en dehors d'une classe modeste et besogneuse. Il est vrai que, art. 8 de son projet de loi, M. Brandon accepte que le régime en vigueur actuellement continue à être appliqué pour les assurés sociaux et les accidents du travail.

Vous connaissez les sanctions qu'il réclamait au Conseil municipal contre ceux qu'il appelle des resquilleurs. Il réclamait le paiement d'une amende s'élevant à 50 fois le prix d'une consultation ou d'une journée.

Je sais que dans certains hôpitaux on réclame parfois aux malades payants, en plus du prix de journée, une taxe d'appareillage, de stérilisation. Eh bien si un malade refusait de payer cette taxe, il serait intéressant de savoir ce que feraient les Tribunaux. Condamnation des hôpitaux à l'est, des malades à l'ouest ou vice versa ; appels ; Cassation ; Conseil d'Etat. C'est très intéressant.

Enfin trouve-t-on bien légal que le budget de l'hôpital, budget entretenu par les contribuables, contribue à assurer des soins aux assurés sociaux payant mal assez souvent, aux accidentés du travail avec leur tout compris qu'adorent les très riches Compagnie d'assurances, voire même aux payants libres. Quoiqu'il en soit, M. Paul Boudin, dont l'autorité n'est pas discutable, peut écrire « j'estime que la situation présente des établissements hospitaliers publics n'est pas juridique. L'hôpital public n'a pas le droit de faire du commerce, et c'est faire acte de commerce que de vendre l'hospitalisation, même lorsque le profit de cette vente doit servir à l'amélioration du sort des pauvres ».

Il n'est certainement pas exagéré de dire qu'actuellement toutes ces lois qui s'ignorent les unes les autres, tous ces réglements, toutes ces circulaires qui parfois se contredisent organisent le désordre et facilitent les abus. Permettez-moi de citer une page du Docteur Massart qui après avoir constaté le désordre et les abus, écrit :

« Tous ce désordre, tous ces abus ne sont possibles que par l'existence de réglements trop vieux conçus à une époque ou la vie était toute différente et qu'on ne respecte plus. Ces réglements par eux-mêmes sont insuffisants pour dicter à chacun ce qu'il doit, ou ne doit pas faire. Ils suffissent cependant pour opposer les textes des lois aux initiatives et aux idées nouvelles et pour entraver tout essai d'adaptation. Tout cela ne se produirait pas s'il existait un *statut hospitalier* définissant nettement les droits et les devoirs de chacun ».

Et pour excuser le désordre on ne trouve que des arguments assez vagues, des raisons de sentiment.

M. Garguery nous dit : « Humanitairement, Socialement il est impossible de ne pas s'incliner de-

vant l'admission des payants dans les hôpitaux. » Certes cette phrase peut conquérir des auditeurs dans une salle non avertie.

Mais nous voulons qu'aux mots Humanitairement, Socialement, on puisse ajouter, Légalement, et rien n'est légal qui s'oppose à la loi du 7 août 1851 la la charte actuelle des hôpitaux et hospices de France. Oui, légalement, car c'est la seule façon d'éviter des complications, des procès qui ne peuvent que compliquer notre travail à nous administrateurs et par conséquent nuire à nos pauvres.

Du reste, ceux qui pensent que l'admission des payants dans les hôpitaux est légale, doivent tout de même admettre le désordre que je signale et doivent désirer le voir disparaître. Désordre puisque nous voyons, sur cette question des payants, adopter des solutions différentes suivant les localités. Voyez Nancy, que feront les autres demain ? Ne désirez-vous pas l'unité dans les solutions ? Ne désirez-vous pas qu'on aboutisse enfin à régler la grande Charte que l'assistance publique « attend toujours », laquelle Charte mettra tout le monde d'accor.

Et maintenant, je vous demande parce que j'a fait la critique de l'admission des payants dans les hôpitaux ou les hospices, et montré les défauts de l'organisation actuelle, de ne pas croire qu'avec M. Raoul Brandon je sois absolument opposé à cette admission. Non je sais qu'il faut être de son temps, accepter de modifier le passé, aider le progrès et envisager l'avenir. Il faut écouter la voix de ceux qui, comme MM. Garguery et Massart, nous disent, que de nos jours, à l'antique notion de l'hôpital, refuge exclusif des indigents, qui a fait son temps, il faut substituer la notion moderne de l'hôpital, Institution sociale, ouverte à tous. Il faut reconnaître avec M. Garnal, homme plein de bon sens, assoiffé de progrès et qui sur cette question a adopté le point de vue américain précisé en 1929 au Congrès international d'Atlantic City, il faut reconnaître, dis-je, que les hôpitaux sont appelés à devenir le pivot de la défense sanitaire et rester au service de tous et des diverses catégories sociales, qu'ils doivent être dans un avenir « des centres de protection du malade et les gardiens de la santé de toute la population située dans leurs sphères d'influence ».

Et c'est bien là l'avis du Corps médical, car M. Paul Boudin, membre du Conseil de direction du *Concours Médical*, m'écrit : « L'hôpital devient, qu'on le veuille ou non, dans chaque arrondissement ou même dans chaque canton, un centre de soins, et autour de lui, se cristallisent de plus en plus tant un centre de diagnostic qu'un centre thérapeutique ».

Mais gardons-nous bien de laisser dessécher nos cœurs par l'éclat de cette nouvelle conception et souvenons-nous que nous devons rester toujours et avant tout les protecteurs et les soutiens des pauvres et cela jusqu'au jour où le mot hôpital sera supprimé.

Mais ceci dit, j'affirme qu'il est urgent d'agir, de supprimer le désordre, de rendre absolument légal l'état de choses actuel et l'état de choses à venir, tout en ne perdant pas de vue qu'il y a des intérêts à respecter, ceux par exemple des médecins et de l'initiative privée.

Comment donc y arriver ?

On peut envisager plusieurs solutions.

1° Partir de ce principe que « charbonnier est maître chez soi », laisser les établissements hospitaliers libres d'agir à leur guise et faire par exemple comme Nancy qui divise ses hôpitaux en deux quartiers : les payants, les indigents, avec un budget distinct pour chaque catégorie. C'est bien compliqué.

2° Faire comme le voudrait Raoul Brandon, éloigner délibérément de l'hôpital ceux qui n'apparnent pas à une classe besogneuse et les obliger à avoir recours à des établissements privés. Solution inopérante, si on tient compte des nouvelles conditions de vie.

3° Modifier la loi de 1851 et par la suppression de certains mots, la mettre en harmonie avec les textes législatifs ou ministériels intervenus depuis. Cette harmonie sera, peut-être, tout à fait illusoire.

4° Enfin, comme le préconise Paul Boudin : « réglementer ce qui existe et autoriser, par un texte de loi, les établissements publics à faire acte de commerce, sous certaines conditions, destinées à sauvegarder les intérêts légitimes des malades, des médecins et des maisons de santé privées ».

Et pour conclure je vous soumets le vœu suivant :

L'Union hospitalière du Sud-Ouest réunie en congrès, à Brive, les 5 et 6 octobre 1935.

Considérant : 1° que les textes de loi votés et appliqués jusqu'à ce jour semblent être en contradiction avec l'article 1er de la loi du 7 août 1851 et qu'il peut en résulter un trouble dans l'Administration hospitalière, que ce trouble risque de porter un grave préjudice aux intérêts des malades ;

2° qu'il est inadmissible qu'en présence de la confusion des textes de lois, des circulaires, des règlements, des solutions différentes, quant à l'admission des payants, puissent être appliquées suivant les localités ou l'état d'esprit des membres des Commissions hospitalières ;

3° Mais que, d'un autre côté, l'hôpital ne peut rester ce qu'il était autrefois, c'est-à-dire un établissement destiné aux seuls individus privés de ressources, mais remplir un rôle social en rapport avec les nouvelles conditions de la vie ;

Emet le vœu :

Que la loi du 7 août 1851 soit modifiée par l'adjonction d'un texte autorisant d'une façon nette et ne pouvant prêter à interprétations différentes, les hôpitaux, les hospices à recevoir les personnes autres que celles visées par les lois du 7 août 1851, du 15 juillet 1893, du 14 juillet 1905, en faisant au besoin acte de commerce. Mais sous certaines conditions, permettant de ne pas perdre de vue qu'il faut surtout sauvegarder les intérêts des indigents et ensuite respecter les intérêts des médecins et de l'initiative privée.

LA TOXICOLOGIE CHINOISE AU TEMPS DU DRAGON IMPÉRIAL

En fouillant dans le tiroir des vieux souvenirs, nous avons retrouvé quelques notes médicales prises dans la Chine du Sud, au temps où elle était gouvernée par le Dragon Impérial.

Ayant eu occasion d'être appelé à traiter chez les habitants de la ville de Pak-Hoi, divers cas d'intoxication, les uns accidentels, les autres volontaires, nous avions eu la pensée de nous livrer à une courte enquête pour connaître l'idée que se faisaient de la toxicologie, les médecins de la localité. Nous allons transcrire quelques-unes de leurs formules en rappelant qu'à cette époque la médecine chinoise se réduisait à un recueil de préceptes archaïques transmis par la tradition. Nul diplôme ne consacrait la profession médicale. On était médecin comme on était traîneur de brouette et c'était une curieuse évocation de saluer, sur le seuil du XX^e siècle, des exemplaires surannés des mirifiques barbiers du Moyen-Age.

Poisons minéraux

Arsenic. — Les contre-poisons proposés sont aussi simples que nombreux :

1° Ecraser des pois germés bouillis dans un mortier avec un peu d'eau. Administrer ladite purée au malade ;

2° Saigner un canard et en faire couler le sang chaud goutte à goutte dans la bouche du patient, etc...

Charbon de terre. — (Pourquoi ce minéral était-il compris parmi les substances toxiques ?). — Préparer la même purée que précédemment et l'appliquer en emplâtre sur la figure.

Feuilles d'or. — C'est à ce métal précieux que s'adressaient quelquefois les Mandarins qui désiraient en finir avec l'existence. La feuille d'or avalée provoquerait la mort par asphyxie en s'appliquant sur l'orifice glottique. Contre-poison : sang de chèvre.

L'empoisonnement par d'autres *métaux* tels que zinc, fer ou argent est combattu par une préparation d'os calcinés et réduits en poudre que l'on fait prendre dans un bol de riz.

Poisons animaux

Rage. — Enlever la tête et les pattes de sept insectes dénommés « *pan-mido* » ; triturer le reste dans un peu d'alcool ; avaler.

On peut encore prescrire des résidus d'urine affectant la forme d'un chien.

Contre le *carabisme*, on fait usage d'une sorte de citrouille du pays. Par contre, les *crabes* sont désignés comme le contre-poison des anguilles de mer toxicophores.

La piqûre du *mille-pattes* est traitée par un emplâtre de poivre en grain mâché et appliqué sur la lésion causée par le myriapode.

Poisons végétaux

Opium. — Dans un cas d'intoxication mortelle et volontaire chez une jeune femme par l'opium, il nous est arrivé de surprendre en flagrant délit, la manœuvre de la pharmacopée chinoise. Pendant que s'écoulaient les minutes précieuses (nous fûmes appelé deux heures seulement après l'ingestion du poison), l'agonisante gisait inerte et stertoreuse, submergée sous une couche de sable où l'avaient pieusement ensevelie des mains superstitieuses. Les poignets encerclés de minces lianes de bambou, elle avait encore aux lèvres les traces sanglantes du sang de canard, l'orviétan des Célestes.

On ordonne encore du vinaigre de première qualité sucré et légèrement chauffé. Cette préparation simpliste amènerait le vomissement.

Croton tiglium. — « Celui qui en mange, dit un manuel chinois, a mal partout, est en proie à une soif intense et va sans cesse à la garde-robe ». L'antidote indiqué est une macération de lentilles.

Piments. — Mélanger à un peu d'eau des cendres de plumes de poulet et avaler la mixture.

Herbes empoisonnées. — Elles sont dénommées en chinois « *Tchien-tching* », c'est-à-dire qui coupent les intestins. On en distingue de deux sortes : la forme pointue et la forme ronde. Elles produisent, au bout de quelques jours, une fonte des muscles et des organes internes.

Contre-poison : Administrer incontinent du sang de chèvre ou un ou deux ta ls de la graisse de cet animal. La raison de cette médication curieuse est que les chèvres se nourrissant *impunément* de ces herbes, leur sang et leur graisse doivent forcément contenir l'antidote. D'aucuns auraient même réalisé l'expérience suivante : en mettant, dit l'expérimentateur, ces herbes dans une vessie de porc, on les voit circuler dans le sac urinaire qui diminue peu à peu de volume. Mais si on y inclut du sang ou de la graisse de chèvre, on voit aussitôt s'arrêter le mouvement giratoire exécuté par les herbes.

Dans l'intoxication par les *champignons*, prescrire deux bols d'eau mélangés d'argile.

Il serait sans utilité pour le lecteur de continuer l'énumération fastidieuse des remèdes usités comme contre-poisons par la vieille pharmacopée chinoise. Cependant, dans certaines pratiques — par exemple, l'administration contre la rage des cristaux urinaires ayant la forme d'un

chien — on trouve l'application irraisonnée et superstitieuse du vieil aphorisme médical : *similia similibus curantur.* Ainsi notre antique thérapeutique prescrivait dans les affections du poumon de la *pulmonaire* uniquement parce que les feuilles de la plante présentaient l'aspect marbré de l'organe.

Il est aussi intéressant de signaler la genèse ébauchée et incomprise de l'*immunité naturelle* dans l'exemple plus haut cité de l'intoxication par des herbes empoisonnées, devant lesquelles les chèvres se montrent réfractaires. Nos physiologistes contemporains souriront sans doute de cette tentation enfantine d'étude expérimentale et ces herbes qui circulent dans une vessie de porc pour s'immobiliser dès qu'elles sont en présence de la graisse du capridé témoignant bien de l'optique spéciale chinoise qui ne savait voir un fait qu'à travers une déformation préconçue et ne considérait le remède que comme une puissance mystérieuse devant laquelle elle s'inclinait avec le même respect que devant les divinités domestiques.

S. ABBATUCCI.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Joseph ou l'Ecole de la sensualité, par G. DELATER.
(Soc. française de librairie et d'édition, Paris)

Notre distingué confrère G. Delater, au début de son roman, en trace lui-même le croquis dans une analyse en quelques lignes : « Un hôpital pendant la guerre. Une infirmière belle veuve cultivée. Un grand sculpteur père de famille, n'ayant pour religion que celle de l'Humanité, ferme dans sa foi, sévère dans ses mœurs, lourd de la gravité du problème social, sensuel comme un artiste. Un médecin catholique compréhensif et généreux. »

A la table des officiers de l'hôpital toutes les opinions se heurtent dans des discussions passionnées.

Le sculpteur résiste à l'attrait de l'infirmière. Il ne veut pas « gaspiller les forces que multiplie l'excitation de ses sens, mais les canaliser au contraire vers une expression artistique plus vigoureuse ». C'est en cela que consiste tout le programme de l'Ecole de la sensualité.

Au cours du roman un épisode. Le sculpteur et le médecin ont été dirigés sur une formation sanitaire au Maroc et ils assistent au drame qui se termine par la mort d'un de ces agents pacificateurs de Lyautey, un médecin, pourvu de toutes les qualités, qui s'est laissé séduire par une indigène et s'est attiré la haine de la famille de cette dernière. Cela permet au Docteur G. Delater de brosser quelques tableaux vivants de cette Afrique du Nord qu'il connaît bien.

L'infirmière qui est devenue amoureuse du sculpteur, tente de le rejoindre au Maroc, mais fidèle à ses convictions et à sa famille il s'éloigne définitivement d'elle.

Le médecin en quelques lignes résume avec sagesse toute la philosophie de « Joseph ou l'Ecole de la sensualité ».

« La recherche du Beau, dit-il, est souvent dangereuse. Elle a pour condition une profonde jouissance sensorielle. Et celle-ci par son excès peut nous égarer. Elle conduit à une fièvre exclusive, à des exaltations artificielles, à l'idolâtrie de soi-même, qui éloigne des autres, qui efface la vision de l'intérêt général. Quand un homme en déguise ses aspirations sexuelles, devant le spectacle d'une belle forme féminine, cette recherche ne laisse pas d'éveiller chez celle qui en est l'objet une flatterie dont la caresse d'abord est si discrète qu'elle ne révolte pas, puis une curiosité, puis déjà l'orgueil et l'impatience du désir échangé : scandale à bas bruit, qui reste longtemps muet, mais qui, peut-être, prépare l'orage passionnel de quelque ultérieure rencontre.

Sur ce terrain, surtout, la recherche du Beau est un danger pour celui qui la conduit et pour celle qui la subit. »

Bien qu'elles aient aussi leurs risques, la recherche du Vrai par la science et celle du Bien par la morale, n'exposent pas à pareils sortilèges.

L'*Ecole de la sensualité* se termine par l'*Ecole du Pouvoir.*

Nous sommes après la guerre et le sculpteur et le médecin assistent au déchaînement de toutes les passions : courses à la femme, à l'argent, aux honneurs par les luttes de partis, les escroqueries, le gaspillage. Ils en arrivent après des échanges d'idées, au cours d'un voyage en Suisse interrompu par un drame, à conclure à la nécessité du sacrifice, devant un rigoureux dilemne : ou attendre froidement les lents et incertains dégagements de la force ascensionnelle de l'Humanité, — ou susciter le relancement de la révélation chrétienne et le réveil d'une mystique pour ranimer l'idéal des foules.

J. NOIR.

NOTRE VOYAGE A PAQUES AU MAROC

(départ de Marseille le 4 avril, retour le 21 avril)

Nous continuons ci-dessous la description détaillée des différentes étapes de notre voyage au Maroc.

De Rabat à Fès

Quarante kilomètres au milieu de chênes-liège, en passant par Salé-Plage, Salé-Plateau, Sidi Ben Knadel, et Sidi Taïbi et c'est *Port-Lyautey*.

Situé sur la rive gauche du Sebou, le plus grand fleuve du Maroc, *Port-Lyautey* compte 13.500 habitants. Au moment de l'arrivée des troupes françaises, en avril 1911, cette ville ne possédait qu'une Kasba, et se nommait alors Kenitra (petit pont) ; mais dès 1912, elle fut dotée d'un port moderne et de tous les aménagements nécessaires.

Après avoir abandonné la côte, et obliqué vers l'est, les voyageurs atteignent *Ouezzan*, près du massif des Djebala. Cette ville indigène de 16.000 habitants, est un lieu de pèlerinage célèbre. Elle a d'ailleurs été reliée à Port-Lyautey par un chemin de fer à voie étroite.

Déjeuner puis départ en direction de Fès. Dîner et coucher à Fès.

— Fès. — La journée du lendemain est consacrée à la visite de la ville, située à 350 mètres d'altitude, à l'intersection de la grande route impériale qui traverse le Maroc de l'Est à l'Ouest, et de la grande voie Nord-Sud qui met le Sahara en communication avec la côte méditerranéenne.

Cette situation particulièrement avantageuse explique l'importance de Fès, qui est la capitale du nord, avec 120.000 habitants. Résidence du Sultan et siège du commandant d'une subdivision, cette ville est le réel centre religieux, économique et politique de l'empire marocain. Son vieux quartier, surtout, offre un spectacle très pittoresque par le contraste entre les superbes édifices et les opulentes demeures des riches Maures, voisinant, sans transition, avec les souks bruyants, les pieux sanctuaires et les rues populeuses que l'on traverse certainement avec un vif intérêt.

On ignore encore l'origine de Fès ; on sait seulement qu'elle existait déjà au IX[e] siècle et qu'au XI[e] siècle les princes de la dynastie Zénète l'embellirent de mosquées, de marchés et de bains publics. Conquise par Youssef Ben Tachfine en 1069, elle s'agrandit encore, et des moulins hydrauliques y furent construits. Puis, en 1145, les Almohades s'en emparèrent en l'inondant, et détruisirent ses remparts pour en construire de nouveaux ; sous leur règne, la puissance de Fès s'accrut considérablement, et de nombreux édifices, maisons, fabriques, fontaines, y furent élevés. Dévastée par la famine de 1229 à 1232, des troubles y éclatèrent, amenant la domination des Mérinides en 1248. Ceux-ci créèrent le nouveau quartier « Fes-Djedid », le Mellah, et ouvrirent une Université célèbre. Fès était alors à l'apogée de sa splendeur mais tombée aux mains des Saadiens en 1547, une longue anarchie commença sa décadence.

Ce n'est qu'en 1873 que Moulay el Hassane y fit entreprendre de grands travaux pour transformer et embellir la ville.

Puis, l'autorité des Sultans s'affaiblissant, à la suite de révoltes, Fès se trouva investie par les rebelles, et en 1911, Moulay Hafid réclama l'aide de la France. Le 21 mai, nos troupes s'emparèrent de la ville, où fut signée, le 30 mars 1912, par le Ministre de France à Tanger, M. Regnault, et Moulay Hafid, une convention reconnaissant le protectorat de la France sur le Maroc.

Au mois d'avril suivant, le Général Lyautey, nommé résident général, eut à réprimer une attaque de Berbères, qui furent ensuite défaits par le Général Gouraud.

Depuis lors, la paix règne dans cette capitale, et grâce à l'œuvre civilisatrice entreprise par la France, elle recouvre peu à peu son ancienne splendeur.

Nous tenons à rappeler à nos lecteurs désirant participer à ce voyage de nous envoyer leur adhésion le plus rapidement possible. L'itinéraire détaillé a été publié dans notre numéro du 22 décembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. Tournay et Velter commenceront le mardi 4 février 1936, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren) une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure du 4 février au 7 mars, selon le programme suivant :

1. Mardi 4 février 1936, M. Velter : L'œil et le système nerveux central : rapports embryologiques et anatomiques ; processus pathologiques communs (première leçon).
2. Jeudi 6 février, M. Velter : L'œil et le système nerveux central (deuxième leçon).
3. Samedi 8 février, M. Tournay : Explications générales de neurologie utiles à l'ophtalmologiste (première leçon).
4. Mardi 11 février, M. Velter : Symptômes oculaires dans les affections des méninges.
5. Jeudi 13 février, M. Tournay : Explications générales de neurologie utiles à l'ophtalmologiste (deuxième leçon).
6. Samedi 15 février, M. Velter : Symptômes oculaires dans la syphilis des centres nerveux, le tabes et la paralysie générale.
7. Mardi 18 février, M. Velter : Symptômes oculaires des tumeurs cérébrales.
8. Jeudi 20 février, M. Tournay : Explications de neurologie concernant la motilité extrinsèque des yeux et ses troubles (première leçon).
9. Samedi 22 février, M. Tournay : Explications de neurologie concernant la motilité extrinsèque des yeux et ses troubles (deuxième leçon).
10. Jeudi 27 février, M. Velter : Symptômes oculaires dans les scléroses disséminées.
11. Samedi 29 février, M. Tournay : Explications de neurologie concernant la pupille et les troubles pupillaires.

12. Mardi 3 mars, M. Velter : Symptômes oculaires dans les traumatismes craniens.

13. Jeudi 5 mars, M. Tournay : Explications de neurologie concernant la sensibilité, la circulation et la sécrétion.

14. Samedi 7 mars, M. Tournay : Explications de neurologie concernant la vision et ses troubles.

— Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les Docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé, Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Suzor, Bompart, Bidoire, Adrien Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; De Manet, ancien chef de clinique adjoint ; Payet et Lévy, internes en médecine.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 17 février 1936 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Lundi 17 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 heures : Consultations des nourrissons. — 17 heures : Présentation de malades. — 18 heures : Les variétés postérieures dans la présentation du sommet (M. Merger).

Mardi 18 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 17 heures : Présentations de malades. — 18 heures : Diagnostic de la grossesse au début (M. Weill).

Mercredi 19 février, 9 h. 3/4 : Consultations des femmes enceintes. — 17 heures : Présentation de malades. — 18 heures : Les hémorragies de la délivrance et leur traitement (M. De Peretti).

Jeudi 20 février, 9 h. 3/4 : Leçon clinique par M. Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau. — 16 heures : Visite du Musée (M. De Manet). — 18 heures : Procidence du cordon (M. Bidoire).

Vendredi 21 février, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : De la présentation de l'épaule (M. Weill).

Samedi 22 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par le Professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Traitement de l'éclampsie (M. Suzor).

Lundi 24 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et récemment accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures : Tuberculose et grossesse (M. Merger).

Mardi 25 février, 9 h. 1/2 : Consultations des nourrissons. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Fibromes et puerpéralité (M. Bompart).

Mercredi 26 février, 9 h. 1/2 : Leçon clinique à l'hôpital Cochin par M. Chevallier, agrégé. — 16 heures : Exercices pratiques : La version. — 18 heures : Les ruptures utérines (M. Merger).

Jeudi 27 février, 9 h. 1/2 : *Opérations gynécologiques* : Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques : le forceps. — 18 heures : Le phlegmon du ligament large des suites de couches (M. Desoubry).

Vendredi 28 février, 9 h. 1/2 : Présentation de malades par M. Metzger, agrégé (Maternité de l'hôpital Bretonneau). — 16 heures : Exercices pratiques : Les embryotomies. — 18 heures : Les pyélonéphrites gravidiques (M. Lantuéjoul).

Samedi 29 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau. — 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis d'origine rachitique (M. Vaudescal).

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de Clinique, à la Clinique Tarnier. Droits : 200 francs.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— Assistants et service des consultations. *Nominations.* — I. *Médecins* (service des consultations). — MM. les Docteurs Gutmann, à l'Hôtel-Dieu ; Escaliers, à la Pitié ; Boltanski, à Saint-Antoine ; Lambling, à Necker ; Coste, à Cochin ; Decourt, à Beaujon-Clichy ; Dreyfus, à Beaujon-Paris ; Hamburger, à Lariboisière ; Basch, à Tenon ; Célice, à Laennec ; Weissmann, à Bichat ; Mme Bertrand-Fontaine, à Broussais ; MM. Rachet, à Boucicaut ; Clément, à Trousseau ; Levesque, à Bretonneau ; Pichon, à Hérold ; Péron, à Ambroise-Paré.

II. *Chirurgiens.* — Assistants : MM. de Gaudart d'Allaines, du Docteur Roux-Berger ; Moulonguet, du Docteur Gernez ; Gatellier, du Professeur P. Duval ; Bloch (Jacques), du Professeur Cunéo ; Petit-Dutaillis, du Professeur Gosset ; Fey, du Professeur Marion ; Charrier, du Professeur Gosset ; Sénèque, du Professeur Cunéo ; Michon, du Professeur Grégoire ; Maurer, du Docteur Lardennois ; Wilmoth, du Professeur Lenormant ; Oberlin, du Docteur Chevrier ; Huet, du Docteur Mondor ; Ameline, du Docteur Basset ; Thalheimer, du Docteur Desmarest ; Welti, du Docteur Lardennois ; Ménégaux, du Professeur Lenormant ; Banzet, du Docteur Baumgartner ; Fèvre, du Professeur Ombrédanne ; Huard, du Docteur Okinczyc ; Gueullette, du Docteur Capette ; Meillère, du Docteur Despias.

(Service des consultations.) — MM. Quénu, à Necker ; Braine, à Saint-Antoine ; Soupault, à Beaujon-Clichy ; Bloch (René), à Saint-Louis ; Bernard (Raymond), à la Pitié ; Redon, à Lariboisière.

MM. Schwartz et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées : MM. Schwartz, à Bichat ; Chifoliau, à Tenon.

III. *Oto-rhino-laryngologistes* (service des consultations). — MM. Bouchet, à Ambroise-Paré ; Chatellier, à Claude-Bernard ; Leroux, à Cochin ; Aubry, à la Policlinique du boulevard Ney ; Ombrédanne, à Hérold ; Lallemant, à Bretonneau ; Lemariey, à l'hospice de Brévannes, au sanatorium de Champrosay, au sanatorium de Champcueil.

IV. *Ophtalmologistes* (service des consultations). — MM. Prélat, à Cochin ; Hartmann, à Ambroise-Paré ; Favory, à Trousseau ; Parfonry, à Bicêtre ; Renard, à la Polyclinique du boulevard Ney.

— Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 24 février 1936. Inscriptions au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique du 20 janvier au 3 février.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Faculté de Bordeaux.** — *Diplôme de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXX^e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1935) a été suivie par vingt-six auditeurs dont sept ont bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Specia (marque Poulenc et Usines du Rhône).

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Bathias, Bichai, Billiottet, Briol, Caperaa, Capponi, Chevrier, Mme Chippaux, MM. Collet, Crozafon, Dayoub, Fidelin, Harris, M. le Docteur Lacoste, Mlle Lafitte, MM. Linhard, Ljunggren, Nownizon, M. le Docteur Pinaud, MM. Pruvost, de Reynal, Richard, Tailliandier, M. le Docteur Tourteau, MM. Vallat, Zozol.

Sont proposés au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. les Docteurs Bache, Bonnel, Carel, Chippaux, Dubroca, Eggenberger, Gay, Gineste, Gounelle, Guibert, Hiriberry, Lacoste, Lansac, Lemoine, Phelippeau, Pinaud, Seince, Viaud, Weber.

La XXXI^e série d'études aura lieu du 2 novembre au 24 décembre 1936. Renseignements au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Ecole française de stomatologie** (20, Passage Dauphine, Paris, VI^e). — *Cours et conférences publics et gratuits* (hiver 1936), salle des conférences de l'Ecole, à 18 heures :

Les mercredis (pathologie médicale), M. le Professeur agrégé Oberling ; 29 janvier : La carie dentaire et les périodontites ; 5 février : Les tumeurs des maxillaires. — M. le Docteur Lacaisse, stomatologiste des hôpitaux ; 12 février : Les manifestations bucco-dentaires de l'hérédo-syphilis. — M. le Docteur Lebourg, stomatologsite des hôpitaux ; 19 février : Les manifestations buccales des intoxications médicamenteuses. — Docteur Dechaume, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 26 février : Maladies professionnelles au niveau de la bouche. Leur importance médico-légale. — Docteur Chatellier, stomatologiste des hôpitaux, professeur adjoint à l'Ecole française de stomatologie ; 4 mars : Etiologie des polyalvéolyses (Maladie de Fauchard). Etat actuel de la question. — Docteur Vincent, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 11 mars : Formes cliniques et diagnostic des états pyorrhéiques ; 18 mars : Formes cliniques et diagnostic des états pyorrhéiques. — Docteur Leclercq, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 25 mars : La surveillance orthodontique des enfants en pratique courante. — Docteur Guilly, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 1^er avril : Prothèse fixe et prothèse amovible.

Les samedis (pathologie chirurgicale), Docteur Raison, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 1^er février : Les adénites cervico-faciales (Etude diagnostique). — Docteur Hénault, stomatologiste des hôpitaux ; 8 février : Les parotidites aiguës. — Docteur Lattès, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 15 février : Les parotidites chroniques. — Docteur Ch. Ruppe, stomatologiste des hôpitaux ; 22 février : Sémiologie des fistules buccales et péribuccales. — Docteur Houzeau, stomatologiste des hôpitaux, professeur adjoint à l'Ecole française de stomatologie ; 29 février : Les mycoses buccales et cervico-faciales. — Docteur Crocquefer, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 7 mars : Les dents en ectopie. — Docteur Thibault, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 14 mars : L'anesthésie régionale en chirurgie bucco-dentaire. — Docteur Merville, professeur à l'Ecole française de stomatologie ; 21 mars : Les différents procédés d'anesthésie pulpaire. — Docteur Omnès, stomatologiste des hôpitaux ; 28 mars : Les complications de l'extraction dentaire et leur traitement.

— **XV^e Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales** (Cinquantenaire de la fondation : I^er Congrès à Biarritz 1886). — Belgrade (Yougoslavie), Faculté de médecine, dates provisoires : 25, 26, 27, 28, 29 septembre 1936. Sous le haut patronage de Son A. R. le Prince Paul, régent royal de Yougoslavie, sous la présidence d'honneur du Professeur R. Stankevitch. — *Avant-programme* : 1° *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : « La cure thermale du diabète ». Rapporteur en chef : M. le Professeur Rathery ; 2° *Rapport d'hydrologie* : « Quelques problèmes nouveaux dans la biophysique de l'eau » ; 3° *Rapport de climatologie* : « Les influences climatiques dans la prévention et la thérapeutique chez les adolescents » (en dehors de la tuberculose) ; 4° *Rapport de géologie* : Géologie des stations hydrominérales yougoslaves ». Rapporteur en chef : M. le Professeur Loukovitch, de Belgrade.

Correspondance et renseignements : s'adresser au Professeur Nestkovitch, 42/1, rue Némanzina, Belgrade, (Yougoslavie), secrétaire général, ou au Docteur Garnier, 23, Francuska, Belgrade, secrétaire général, ou au Bureau permanent des Congrès d'hydrologie : président, Docteur Raymond Durand-Fardel (Vichy), 28, avenue Carnot, Paris (XVII^e) ; secrétaire général, Docteur H. Flurin (Cauterets), 19, avenue Mac-Mahon, Paris (XVII^e) ; secrétaire général adjoint : Docteur F. Françon (Aix-les-Bains), 55, rue des Mathurins, Paris (VIII^e).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

10.449. — Honoraires pour soins donnés à des patrons agriculteurs blessés du travail

La loi du 15 décembre 1922 assimile je crois les petits patrons artisans aux accidentés du travail. Cette loi nous oblige-t-elle à soigner ces soi-disant petits patrons au tarif « accident du travail », ou nous laisse-t-elle libres de leur appliquer le « tarif ouvrier local » ?

Le fait d'avoir agi de la sorte m'a valu les foudres d'un agent d'assurances qui m'a menacé *d'empêcher ses assurés de venir chez moi.*

Je serai très heureux d'avoir votre opinion sur cette façon de procéder.

D[r] P.

Réponse

Les petits exploitants agricoles assurés individuellement contre les accidents du travail et ayant adhéré à la législation sur le risque professionnel, ainsi que leur en donne la faculté la loi du 15 décembre 1922, réunissent sur une même tête la double qualité de patron et d'accidenté. En tant que patrons, ils pourraient invoquer le tarif ministériel des accidents du travail.

Mais en tant qu'accidentés et bénéficiaires des soins médicaux, ils sont tenus de payer leur médecin dans les termes et selon le tarif de droit commun, ainsi que le reconnaît une jurisprudence solidement établie de la Cour de Cassation.

Vous êtes donc parfaitement fondé à leur demander de vous payer conformément au tarif médical syndical minimum, et la lettre que vous avez reçue de la Compagnie d'assurances prouve simplement que celle-ci ne connaît rien à la question.

10.457. — Réduction de 10% des honoraires pour soins à un accidenté du travail des Ponts et Chaussées

A... travaille comme manœuvre aux Ponts et Chaussées. Son médius droit étant broyé je l'ampute, lui donne les soins consécutifs et le consolide. Puis j'envoie ma note aux Ponts et Chaussées : ceux-ci assurent eux-mêmes leurs blessés du travail. Or, on vient de me régler cette semaine ma note d'accidents du travail de 408 francs moins 10 % soit 367 fr. 20. J'aurais pu ne pas accepter mais le versement a eu lieu par chèque à ma banque et je n'ai pu refuser.

Le prélèvement de 10 % (décret Laval) est-il applicable aux accidentés du travail.

Si oui, je suis obligé de m'incliner. Si non, dans

l'intérêt professionnel et le mien propre, je protesterai.

Je vous demande votre avis sur la question.

Dr D.

Réponse

La réduction opérée sur vos honoraires pour soins donnés à un accidenté du travail au service des Ponts et Chaussées est faite en application du décret-loi du 16 juillet dernier portant prélèvement de 10 % sur toutes les dépenses incombant de manière générale aux collectivités publiques, ce qui est bien le cas en l'espèce puisque le paiement de vos honoraires était à la charge du Service des ponts pris en tant que chef d'entreprise tenu aux obligations de la loi du 9 avril 1898.

Il est vrai qu'en application de l'art. 4 de ce décret, commenté par l'instruction ministérielle du 7 août dernier, sont exemptés provisoirement du prélèvement les dépenses destinées à rémunérer des services rendus par des particuliers qui ne font pas partie à proprement parler de l'Administration. Mais cette exemption ne joue qu'à l'égard des honoraires, émoluments, etc., dont le montant est déterminé dans chaque cas particulier par une convention expresse ou tacite. Le prélèvement doit au contraire être appliqué, lorsque leur montant résulte d'un tarif ou d'un barème fixé ou approuvé par l'autorité publique, ce qui est justement le cas du tarif ministériel des accidents du travail.

Il s'en suit donc qu'en application de ce décret, il y aura désormais deux tarifs accidents du travail, l'un applicable aux particuliers, et l'autre, qui est égal au premier diminué de 10 %, applicable aux collectivités publiques.

Vous ne pouvez donc rien faire en l'espèce contre la réduction dont vous êtes victime, sauf si cela est possible, à vous retourner contre l'accidenté pour lui demander un complément d'honoraires, ainsi que la jurisprudence formelle de la Cour de Cassation vous en donne le droit.

10.505. — Un angoissant cas de conscience pour un Maire, médecin

J'ai lu avec intérêt votre article sur le secret professionnel et certificat de décès, car je suis comme beaucoup de confrères, maire de ma commune et par conséquent officier de l'Etat civil et officier de police judiciaire.

Or, voici quelques mois m'est arrivée l'aventure suivante :

Je suis appelé auprès d'une jeune fille qui faisait une fausse couche de deux mois. Bien que la fausse

couche ne fut qu'à son début; la malade avait 40° de température. Trouvant cette température extraordinaire je profitai d'un instant où j'étais seul avec la jeune fille et je lui dis à brûle pourpoint :

Qui vous a fait avorter ? Devant mon assurance et la brusquerie de la question elle me répondit : une sage-femme.

Il y avait donc bien eu manœuvres abortives ainsi que je m'en doutais, et comme conséquence infection.

La jeune fille fut très malade et faillit mourir par suite d'infection.

C'est à ce moment que je me posai cette question ? Si la jeune fille meurt que vais-je faire ? Vais-je en ma qualité d'officier de l'Etat civil signer le permis d'inhumer ou vais-je au contraire refuser de le signer ? J'eus un moment d'angoisse, me demandant quelle conduite je devrais tenir. Fort heureusement la jeune fille s'en tira et je n'eus pas à solutionner ce cas de conscience.

Quelle est à votre avis la conduite que j'aurais dû tenir ? En me donnant votre avis dans le *Concours*, vous me rendrez service, ainsi d'ailleurs qu'aux confrères assez nombreux qui sont maires de leur commune, et peuvent avoir un jour le même cas à solutionner.

Dr M.

Réponse

Effectivement, votre situation est très embarrassante car vous vous trouvez en présence de deux devoirs.

Comme médecin traitant, vous devez vous taire parce que tout ce que vous avez appris dans l'exercice de votre profession et tout ce qu'on vous a confié pour les besoins de la guérison, doit rester éternellement secret dans votre âme et conscience, alors que personne au monde n'a le droit de vous délier du secret professionnel, pas même la malade elle-même.

Mais les élections politiques ont fait de vous le premier magistrat de la commune parce que vos électeurs ont reconnu que vous étiez le plus qualifié pour la meilleure administration de la chose publique. Vous êtes dès lors un fonctionnaire, parce que vous détenez une parcelle de l'autorité publique. Et vous représentez l'autorité judiciaire pour la poursuite des crimes et délits.

Comme fonctionnaire, vous avez le devoir d'obéir à l'article 29 du Code d'instruction criminelle et d'informer le Procureur de la République de tous les crimes et délits qui sont parvenus à votre connaissance dans l'exercice de vos fonctions.

En présence de l'avortement provoqué dont vous nous parlez, quel aurait dû être votre devoir et votre conduite si la malade était morte ?

Au premier abord, je serais tenté de vous répondre : c'est comme médecin traitant que

vous avez su qu'il s'agissait d'un avortement provoqué. Si la malade vous a confié son secret et le nom de l'avorteuse, c'est qu'elle avait confiance dans votre personne de médecin traitant, et qu'elle savait que la confidence qu'elle allait vous faire pouvait lui sauver la vie. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé. Par conséquent, comme médecin traitant, vous devez vous taire.

D'autre part, vos fonctions publiques vous obligent d'un côté, à constater le décès pour la délivrance du permis d'inhumer (art. 77 du Code civil), et de l'autre côté, vos fonctions d'officier d'Etat civil vous créent l'obligation, aux termes de l'article 81 du Code civil, de faire vérifier l'état du cadavre, lorsqu'il s'agit d'une mort violente. Enfin, en vertu de l'article 44 du Code d'instruction criminelle, vous devez, en cas de mort violente, vous considérer comme officier auxiliaire de police judiciaire, et vous faire assister d'un homme de l'art pour vérifier l'état du cadavre.

Si vous obéissez à votre devoir de médecin traitant, et que vous délivriiez le permis d'inhumer, alors que comme médecin et comme maire vous savez qu'il y a eu délit, considéré par le Code pénal comme crime, vous sacrifiez un devoir à l'autre.

J'avoue franchement que ma science juridique ne me permet pas de dicter une ligne de conduite à mes confrères. Chacun de nous doit obéir à la voix de sa conscience et se conformer au devoir qu'il considère comme étant le plus impérieux. Personnellement, j'aurais considéré mon devoir de médecin comme étant supérieur à mes obligations de maire et j'aurais gardé le silence et délivré le permis d'inhumer.

Et cependant, si par commune renommée, le Procureur de la République vient à être informé qu'il y a eu crime, s'il ordonne une exhumation et une autopsie, et que des traces criminelles soient constatées sur le cadvare, le Procureur sera en droit de reprocher au Maire de ne pas avoir obéi aux articles précités du Code civil et du Code d'instruction criminelle. Il inculpera le Maire pour violation de ses devoirs et pourrait même aller jusqu'à le considérer comme complice du crime, parce qu'il aura, par son silence, tenté de laisser impuni le crime qui aura été accompli par l'avorteuse.

Heureusement que ces conflits de conscience sont rares. Mais une fois de plus, je regrette qu'il y ait parfois confusion des fonctions obligeant le même homme de se demander quel est son devoir, lorsque sa conscience est en face de deux obligations légales et sociales, aussi impérieuses l'une que l'autre.

Dr Paul BOUDIN.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

I. — Intervention quelconque faite à domicile

J'ai, une fois encore, recours à votre inlassable complaisance pour vous demander votre avis sur le point suivant :

Tarif accidents du travail

Intervention à domicile (banlieue parisienne) ne doit-on pas tarifer :

Prix + 3 fr. d'indemnité de déplacement.

Les faits sont les suivants : le 6 juillet, j'ai ouvert un volumineux adénophlegmon au domicile d'un accidenté ; le 5 juillet, j'avais à domicile, fait une injection en deux fois de vaccin antitoxique (propidon).

La Compagnie refuse de me verser l'indemnité de 3 francs pour le 5 juillet, *idem* pour le 6 juillet. Alors qu'elle accepte de la régler pour les visites à domicile des 4, 7, 8, 9 juillet.

N. B. — Ma note a été envoyée à la Compagnie le 29 septembre 1935, comme c'est la règle dans cette Compagnie, pas de réponse.

J'ai écrit au patron le 8 octobre 1935. Il me promet d'écrire à sa Compagnie, mais pas de réponse.

J'ai téléphoné au patron quinze jours plus tard en agitant le spectre de la Justice de paix. Reçu chèque de la Compagnie le 4 novembre, note réglée, moins les 6 francs litigieux.

J'ai écrit au patron le 15 décembre 1935.

La Compagnie répond le 20 décembre 1935 en maintenant son refus de régler les 6 francs d'indemnité de déplacement.

Faut-il mettre l'affaire en Justice de paix pour le principal ?

Dr P.

Réponse

1° Le prix de la visite à domicile se compose de deux éléments : *a*) le prix fixe pour toute la France de 15 francs (art. 1er) ; *b*) les frais de déplacements (art. 2). Or, ceux-ci, dans les villes de plus de cent mille habitants et leur banlieue (c'est-à-dire pour vous habitant la banlieue de Paris) sont fixés forfaitairement à « 3 francs, quelle que soit la distance ».

Il s'ensuit que le prix de la visite en un tel cas est de 15 + 3 = 18 francs et celui de l'intervention, à domicile, par suite, de : prix de l'intervention + 3 francs de déplacement.

2° Au cas où la Compagnie refuserait de payer de cette façon, vous pourriez demander à passer devant la Commission d'arbitrage en écrivant (avec dossier explicatif) à M. Marcel Daniel, secrétaire de la Commission d'arbitrage, 15 *bis*, rue Laffitte, Paris (IXe).

Dr F. Decourt.

56. — Les épreuves radiographiques négatives doivent être payées comme les positives

Veuillez trouver ci-joint : 1° une lettre « intéressante » d'un agent d'assurances. Je vous laisse le soin de la publier dans le *Concours* si vous le jugez utile.

Je désirerais que vous me la renvoyiez ultérieurement ;

2° La réponse que j'y ai faite.

Dr B.

Lettre de l'Agent d'assurances

J'ai le regret de vous informer qu'en raison des abus pratiqués journellement en matière de radio, la Compagnie se refusera désormais à payer les épreuves négatives, l'inutilité dans ce cas en étant nettement démontrée.

Veuillez, je vous prie, en prendre note et agréer, mon cher Docteur, mes empressées salutations.

Réponse

1° Il est évident que la lettre — comminatoire — de l'Assurance ne tient pas debout. On ne peut en effet, savoir si une épreuve radiographique sera négative sans pratiquer la radiographie même. Aussi est-il intéressant de publier ladite lettre dans le *Concours, ad usum medicorum.*

2° Votre réponse, toutefois, n'est pas « orthodoxe » sur un point. Vous dites que le médecin traitant « n'a pas à demander l'autorisation au patron responsable ou à son assureur substitué ; sa seule obligation est de l'en avertir ». Vous confondez l'art. 7 où on « donne avis préalable » et l'art. 27. — Observation qui a trait aux radiographies où il est dit que « l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant *d'accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours, etc... C'est à ma demande personnelle que cette dernière phrase a été ajoutée. En effet, avais-je fait remarquer, si le médecin patronal ne répond pas, c'est que « qui ne dit mot consent ».

Dr F. Decourt.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

20. — Injections intraveineuses médicamenteuses

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me faire savoir quel est le tarif des injections intraveineuses de cyanure de mercure faites à un pensionné de guerre ?

Dr R.

Réponse

D'après le décret du 30 juin 1930 (modifiant le décret du 25 octobre 1922), l'injection intraveineuse médicamenteuse (autre que celle de novarsénobenzol) est tarifée 30 francs. Mais n'oubliez pas que « lorsqu'au cours du traitement le médecin traitant estime nécessaire soit..., soit... soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle ». (art. 18).

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

10.628. — Droits du conjoint et des enfants d'un assuré social

Une jeune fille assurée sociale, épouse un employé de chemin de fer veuf et père de deux enfants, non assuré social. La jeune femme continue à travailler et à cotiser. Elle désirerait savoir si les enfants de son mari ont droit au bénéfice de l'assurance sociale pour laquelle elle cotise.

Notez que le père a droit aux soins gratuits du médecin de la Compagnie, mais non ses enfants.

Dr B.

Réponse

En vertu de l'art. 6 du décret-loi du 30 octobre dernier modifiant le régime des Assurances sociales, l'assurance-maladie couvre les frais médicaux et pharmaceutiques concernant l'assuré, son conjoint (à condition qu'il ne relève pas comme en l'espèce d'un régime spécial ou que son salaire annuel ne dépasse pas le chiffre limite des assurés obligatoires) et les enfants à la charge de l'un d'eux.

Les enfants qui peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance-maladie sont donc, en tenant compte des dispositions de l'art. 14, les enfants légitimes, naturels reconnus, recueillis, adoptifs âgés de moins de seize ans et non salariés, à condition toutefois qu'ils soient à la charge de l'assuré ou de l'un des deux conjoints.

Nous en concluons donc qu'en l'espèce les enfants du mari auront droit, du fait de sa femme, aux prestations des Assurances sociales, puisqu'ils sont à la charge du ménage.

10.637. — Situation des pupilles de l'Assistance publique assurés sociaux

Je vous remercie des renseignements que vous avez bien voulu me donner récemment et je me permets de nous en demander d'autres :

1° J'ai soigné une pupille de l'Assistance publique placée dans une famille comme domestique et assurée sociale. Après plusieurs envois de notes, tant à l'Ins-

pecteur qu'à la Caisse d'assurances sociales, j'ai fini par recevoir un mandat de la Caisse calculé uniquement sur le tarif de responsabilité soit 12 francs par consultation, alors que ma note comportait un tarif supérieur, celui habituellement pratiqué pour les assurés sociaux.

Quelle est en ce cas la tarification à adopter ?

Réponse

D'après une réponse ministérielle, n° 10.760 parue au *Journal officiel* du 30 décembre 1934, les pupilles de l'Assistance publique lorsqu'ils deviennent assurés sociaux restent placés sous la tutelle du Préfet ou de son représentant et sont soignés en cas de maladie par les médecins des enfants assistés, dans les conditions ordonnées par ces praticiens. Les Caisses primaires remboursent directement au Service départemental des enfants assistés suivant leur tarif de responsabilité les prestations dues aux pupilles assurés sociaux, la quote-part qui incomberait aux pupilles s'ils étaient assurés sociaux ordinaires étant assumée par ledit service.

Les pupilles de l'Assistance publique ne constituent donc pas des assurés ordinaires. Si, d'autre part, les assurés sociaux jouissent en principe du libre-choix de leur médecin, ils restent bien entendu soumis aux règles de droit commun qui veulent qu'un mineur ne peut en principe contracter librement, mais doit s'en remettre à son tuteur, qui est en l'espèce le Préfet.

Comme ce dernier organise dans son département un service médical pour les enfants assistés, il est fondé à exiger que les soins médicaux ne leur soient donnés que par les médecins chargés de ce service. Ceux-ci étant liés contractuellement avec le Préfet ne peuvent réclamer d'honoraires à l'assisté et n'ont droit qu'à la rémunération fixée, par leur contrat.

Si donc vous n'étiez pas médecin de l'Assistance publique vous n'aviez théoriquement pas qualité pour soigner l'enfant assisté en question. Toutefois, l'ayant fait, vous aviez équitablement droit à une rémunération, et la Préfecture, désirant que l'inobservation des règles du service des enfants assistés ne soit pas l'occasion d'un supplément de dépenses, vous offre ce qu'elle touche de sa Caisse d'assurances sociales, c'est-à-dire le montant de son tarif de responsabilité. Nous pensons que vous ne pouvez qu'accepter.

---

354. — Versements des employeurs non assujettis aux Assurances sociales

Très ancien abonné au Sou Médical et au *Concours Médical*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien demander à votre collaborateur compétent pour les Assurances sociales le renseignement suivant :

La Circulaire du Ministre du Travail du 30 décembre 1935 parue dans le *Journal officiel* du 31 décembre 1935, page 13829 porte « quant aux contributions que les employeurs sont tenus d'acquitter dans le courant du mois de janvier de chaque année pour les salariés gagnant de 15.000 à 25.001 francs qu'ils ont occupé l'année précédente, elles devront également être acquittées en janvier prochain dans les conditions du régime antérieur ».

Questions. — Quelles sont ces conditions et comment acquitter la contribution d'un chauffeur salarié à 19.000 francs et qui n'a pas voulu être assuré facultatif, qui, par conséquent n'a pas été déclaré. Le patron doit donc quelque chose pour un salarié audessus du cours de 15.000 francs, célibataire sans enfant ? et si oui quel est le taux de cette contribution, où faut-il la payer ?

A supposer que ce chauffeur célibataire sans enfant qui gagne 14.000 francs, veuille devenir assuré facultatif pour la portion inférieure à 15.000 francs, le peut-il et dans ce cas quelles démarches doit-il faire et à quelle adresse.

Dr B.

Réponse

La loi de 1930 sur les Assurances sociales obligeait en effet, par son art. 2, § 6, les employeurs occupant des salariés non assurés obligatoires gagnant un salaire annuel compris entre le dernier plafond de 25.000 francs et les maxima légaux pour l'assujettissement, à verser une cotisation forfaitaire, ayant pour but d'éviter que les salariés célibataires ne soient employés de préférence aux personnes chargées de famille qui, à salaire égal auraient donné lieu par suite de ces charges au versement de cotisations.

Le montant de cette cotisation devait être fixé chaque année par le ministère du Travail entre deux limites déterminée par la loi, c'est-à-dire entre le tiers et les deux tiers de la cotisation patronale correspondant à la cinquième catégorie. Par un décret du 31 décembre 1935, paru au *Journal officiel* du 9 janvier dernier, le ministre a fixé cette année le taux de la cotisation en question à la moitié de la cotisation de base, c'est-à-dire à la moitié de 480 = 240 francs par an.

Le versement de cette cotisation est effectué au moyen du bordereau rose nº 7, pour les salariés rémunérés de 15.000 à 25.000 francs chargés de famille ou non.

Votre chauffeur ne peut être assuré social facultatif pour la double raison suivante : parce que premièrement le régime de l'assurance facultative a été supprimé par le décret-loi du 30 octobre 1935 et parce qu'en second lieu, ce régime était expressément réservé aux « non salariés ».

10.407. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Un de mes clients, assuré social, se marie vers le 10 juin, interrompt travail et versements Assurances sociales pendant vingt jours. Il reprend l'un et l'autre le 1er juillet. Sa femme tombe malade le 27 septembre ; en décembre, elle n'est pas encore guérie. Or, la Caisse refuse toute prestation. Motif : il n'y a pas trois mois pleins de cotisations consécutives. Je réponds : c'est entendu pour la première visite, mais ce n'est plus vrai pour octobre, ni pour novembre. La Caisse refuse à nouveau. Motif : il s'agit toujours de la même maladie dont le début a eu lieu avant la fin des trois mois de cotisations du mari.

Qui a raison, à votre avis ?

Et comment résoudre cette difficulté en faveur d'un jeune ménage ouvrier particulièrement intéressant ? Dr G.

Réponse

Pour que le droit aux prestations de l'assurance-maladie soit ouvert, il n'est pas nécessaire, comme vous paraissez le croire, que l'assuré ait cotisé trois mois pleins. Il suffit au contraire qu'il ait versé au moins soixante cotisations journalières durant le trimestre civil précédant la maladie. Si cette condition est remplie en l'espèce, le refus de la Caisse, la première comme la seconde fois, n'est nullement fondé. En cas contraire, la Caisse est dans son droit en opposant un refus tant pour le remboursement de la première que pour le remboursement de la seconde visite.

En effet, les conditions de cotisation s'apprécient non pas pour chaque acte médical séparé, mais pour tous les actes médicaux nécessités par une même maladie et c'est la date du début de cette maladie qui permet de déterminer le trimestre de référence.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

10.568. — Droit à pension militaire

M. Th., âgé de 21 ans et demi, a été mobilisé le 24 avril 1935. Après avoir fait ses classes dans le génie, sans un jour de maladie, il entre à l'infirmerie régimentaire le 4 octobre 1935 pour bronchite, puis est ensuite dirigé sur l'hôpital de la garnison le 7 octobre 1935 où est posé puis confirmé par la radio le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec lésions évolutives du sommet droit.

Le 30 octobre, M. Th. est réformé D2 par la Commission d'X. et renvoyé dans ses foyers le 31 octobre 1935.

Avant son incorporation, M. Th. était très robuste et travaillait aux mines de L... M. Th. est marié, père d'un enfant de 4 mois et actuellement sans ressources.

Je voudrais savoir si ce malade a droit à une pension pour tuberculose pulmonaire et dans ce cas quelle est la marche à suivre pour qu'il puisse obtenir satisfaction. Dr D.

Réponse

Les jeunes gens appelés à faire leur service militaire actif, ne bénéficient plus de la présomption légale d'origine après trois mois d'incorporation. Depuis 1933, ils doivent faire la preuve d'une relation de cause à effet entre un fait de service (fatigues spéciales, refroidissement, etc.), et l'infirmité invoquée.

Si telle est la possibilité pour votre client, qu'il demande à son ancien chef de corps d'établir un rapport en ce sens, et lui indique en même temps le fait invoqué et les noms de deux ou trois témoins.

Muni de ce document, il adressera par pli recommandé, au médecin chef du Centre de réforme dont il dépend, un demande afin d'être soumis à une Commission de réforme en vue d'être indemnisé.

10.889. — Renouvellement de la carte de combattant

Très ancien abonné du *Concours*, je suis titulaire d'une carte de combattant délivrée en juin 1931.

Je désire en obtenir le renouvellement.

Je sais que je dois m'adresser à la Préfecture d'où j'ai ma carte.

Dois-je accompagner ma demande de certains actes ou bien envoyer ma carte actuelle ?

Dr F.

Réponse

Pour faire renouveler votre carte de combattant, il faut vous adresser à l'Office départemental du Combattant, qui vous a délivré la première fois cette carte,

A votre demande, vous joindrez le numéro de votre carte actuelle (que vous garderez jusqu'à envoi de la nouvelle carte), plus deux photos-identité.

Afin de faciliter l'enquête faite à propos de chaque renouvellement (art. 11 du décret du 1er juillet 1930), il sera bon de rédiger en même temps une note détaillée sur vos états de service, blessures, etc., pendant la guerre, en insistant sur la durée de votre séjour dans les corps combattants, ou reconnus comme tels.

10.438. — Maintien dans les cadres

1° Classe 1907 — dégagé de toutes obligations militaires le 15 octobre 1936, je viens de recevoir une note de service m'invitant à accomplir une période de quatorze jours en mars 1936.

2° A ce moment-là je serai dans ma neuvième année de grade de capitaine, treizième année de che-

valier de la Légion d'honneur (trois citations : armée, corps d'armée, division).

3° Pensez-vous qu'en accomplissant cette période, je puis espérer être nommé médecin-commandant de réserve au cours de 1936 ?

Si oui, j'accomplis ma période, si non, je l'élude et donne ma démission d'officier de réserve.

4° Quelle serait ma solde si je faisais une période en mars 1936 ? Dr X.

Réponse

Si vous ne désirez pas être maintenu dans les cadres après la libération normale de votre classe, vous pouvez éviter votre période en 1936, puisqu'en principe, les officiers de réserve ne doivent pas être convoqués au cours de la dernière année de leurs obligations militaires.

Si, au contraire, vous avez l'intention de demander à être maintenu dans les cadres, faites votre période. Cependant, celle-ci arriverait trop tard pour faciliter votre inscription au tableau d'avancement de 1935, et vous permettre ainsi d'être promu au cours de l'année 1936.

Votre solde de capitaine sera basée sur le tarif budgétaire de 28.990 francs par an.

FISCALITÉ

10.114. — Primes d'assurances. Déductibilité du revenu

Lors de ma déclaration d'impôts de l'an dernier, j'avais compris dans mes frais professionnels l'assurance-vie pour les 6/7e de sa valeur, ce que j'avais fait les années précédentes.

Cette année, l'Administration des Contributions m'informe qu'elle n'accepte pas, estimant que l'assurance-vie n'est pas déductible du montant des revenus professionnels.

Pourriez-vous m'indiquer si je puis réfuter la décision de l'Administration et quels arguments puis-je employer pour la convaincre ?

Dr R.

Réponse

Primes d'assurances déductibles :

1° Toutes les primes d'assurances ayant pour but de couvrir un risque professionnel ;

2° On pourrait prétendre, contrairement à l'avis de l'Administration, que les sommes versées pour retraite avec capital aliéné sont déductibles jusqu'à concurrence de 6 % des recettes brutes professionnelles, car la nomenclature des dépenses déductibles de l'article 79 du décret de codification du 27 décembre 1934 n'est pas limitative étant précédée du mot « notamment ».

Primes non déductibles : Celles qui ont pour objet une assurance à capital réservé.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal

Cinquante-huitième année | N° 5 | 2 Février 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 26. — A vend. : bureau min. Louis XVI, noir, à doucine, 9 tiroirs ; gr. biblioth. noire Louis XVI 1 m. large ; garnit. de cheminée ; pendule et candél. Louis XVI, marbre noir et bronze, sujet Sainte-Cécile.

N° 27. — Médecin, Légion d'honneur, ferait remplacements.

N° 28. — A vend. réduct. import. sur prix normal, moto Peugeot 2 CV, 4 temps, éclair. altern., neuve sous cadre (gain tombola) garantie départ date achat.

N° 29. — Hte-Marne. A vend. pour cause décès, 601 Peugeot limousine 6 pl. nov. 1934, roulé 5.000 km., état neuf. Faire offres Vve Gaudez, Bologne (Hte-Marne).

N° 30. — Dr Algan, ocul. à Epinal, recomm. chaleureus. à confr. parisiens, infirmière diplômée restée 8 ans à sa clinique et habit. actuell. Paris (Gardes, assist. opératoires, pansements).

N° 31. — Jne femme recomm. au courant soins, secrétariat médical, sténo-dactylo, cherche place chez confr. Paris et banlieue.

N° 32. — A vend. bas prix, meubles, bibelots, lustre, salamandre, spiroscope. Très pressé.

N° 33. — Pension pour enf. chétifs ou débiles de 5 à 12 ans, médec. et institutr. résidents. Excell. climat de montagne (506 m.) à 60 km. mer. Prix modérés. S'ad. Villa Repos à Aups (Var).

N° 34. — Interne hôpit. province, ancien int. sana, marié, scolarité terminée, ayant fait nombr. remplacem., excell. réf. profess. et moralité, cherche place assistant sana, clinique, mais. santé.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Proche banlieue. Très importante clientèle. A céder pour raisons de santé avec grande maison, tout confort et jardin.

Paris, quartier commerçant, ancien cabinet, bon rapport, loyer 4.000. Indemnité 60.000 fr. à débattre.

Portes de Paris, agréable résidence, excellente affaire médecine générale sans accouchements, bel appartement grand confort. Prix 65.000 fr. à débattre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Projet de loi relatif à l'exercice de la médecine vétérinaire.* — Ayant reçu, pour avis, du ministre de l'Agriculture, le texte d'un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine vétérinaire, l'Académie a votéla résolution suivante :

« L'Académie de médecine, sur la proposition de sa section de médecine vétérinaire, considère qu'à tous égards il est d'intérêt public de réserver aux seuls vétérinaires et docteurs-vétérinaires, l'exercice de la médecine vétérinaire, dans les conditions stipulées dans le projet de loi envisagé. »

— **Académie de chirurgie.** *Séance solennelle d'inauguration.* — En raison de la mort de S. M. le roi d'Angleterre et du deuil national de quinze jours observé par la France à cette occasion, la séance solennelle d'inauguration de l'Académie de chirurgie, qui devait avoir lieu le mardi 4 février, est reportée au *mercredi* 5 *février*, à 21 h. 30, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, pour permettre à Monsieur le Président de la République d'assister à cette cérémonie.

— **L'Assistance médicale gratuite dans le département de l'Aisne.** — Un conflit vient de se produire entre le Corps médical de l'Aisne et le Conseil général de ce département. Nous avons reçu à ce sujet une documentation très complète qui nous permettra d'exposerles raisons de ce différend que nous regrettons de ne pouvoir publier dans ce numéro.

J. N.

— **Le Serment d'Hippocrate rétabli à la Faculté de médecine de Bordeaux.**— Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 9 décembre 1935, a décidéle rétablissement à la date du 1er janvier 1936 du Serment d'Hippocrate au moment de la soutenance de la thèse. Le texte du Serment sera imprimé à la fin de chaque thèse et le jour de la soutenance le candidat lira le Serment devant le jury debout.

Le Serment d'Hippocrate se trouve donc ainsi exister, actuellement, dans les Facultés de Paris, Nancy, Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Marseille et Alger.

— **Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.** *Bureau pour* 1936. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine vient d'élire son Bureau pour 1936. En voici la composition : président, M. Herpin ; vice-présidents, MM. Fanton d'Andon, Gourichon ; secrétaire général, M. Dournel ; trésorier, M. Bongrand.

— **Association amicale des anciens médecins des Corps combattants.**— Au cours de l'Assemblée générale extraordinaire du 11 janvier 1936, l'Association s'est opposée formellement à toute modification con-

cernant l'article 4 des statuts qui a été maintenu intégralement. Les autres modifications proposées par le Comité concernant l'administration et la trésorerie ont été adoptées.

— **Légion d'honneur.** — Nous relevons avec plaisir dans la dernière promotion de la Légion d'honneur le nom de M. le Professeur Godechot, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, qui vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

M. le Doyen Godechot est le beau-père de notre confrère le Docteur Viniezki, de Chazelles-sur-Lyon (Loire).

— **XVIe Salon des médecins.** *Vernissage.* — Le vernissage du XVIe salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu le dimanche 2 février, à 14 heures, en présence du ministre de la Santé publique et du président du Conseil municipal. Le salon (galerie Bernheim, 83, faubourg Saint-Honoré) restera ouvert jusqu'au 9 février 1936, de 10 à 12 heures et de 14 à 18 heures.

— **Médecins amateurs de jardin.** — Un groupement est en voie d'organisation entre les médecins amateurs de jardin et s'intéressant à l'horticulture. Son but est de servir de lien entre ces confrères et de favoriser ce goût commun.

Pour renseignements et adhésions, écrire au Docteur Herbinet, président de la Société horticole de Pontoise, 2, rue Victor-Hugo, à Pontoise (Seine-et-Oise), ou au Docteur Dejust, 58, rue Saint-Lazare, Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise).

— **Val-de-Grâce.** *Conférences préparatoires au concours d'admission à l'Ecole de Lyon* (Candidats à 4 inscriptions de médecine). — Ces conférences commenceront le lundi 3 février. Les inscriptions, qui sont gratuites, seront reçues au début de la première conférence, le 3 février, à 20 h. 30, au Val-de-Grâce (Petit amphithéâtre de l'Ecole).

— **Fédération de la Presse médicale latine.** — L'Association des libraires italiens ayant décidé, en raison des « sanctions » de ne plus s'approvisionner de journaux étrangers, le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine a voté une adresse de sympathie aux médecins italiens, complétée par les résolutions suivantes :

« 1° Le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine demande aux revues et journaux fédérés de continuer le service régulier de leurs fascicules aux revues et journaux médicaux italiens avec lesquels ils sont actuellement en relations d'échange, et cela même en cas de non-réciprocité.

« 2° Le Comité permanent de la F. P. M. L., désireux de continuer à tenir les lecteurs des revues et journaux fédérés au courant du mouvement médical italien — auquel il saisit cette occasion de rendre l'hommage dû à son importance et à sa valeur — prie

instamment ses collègues italiens de vouloir bien ne pas interrompre l'échange de leurs revues et journaux avec ceux des Nations latines.

« 3° Le Comité permanent de la F. P. M. L. engage les revues et journaux fédérés à assurer, durant l'année 1936, le service gracieux de leurs fascicules à ceux de leurs abonnés italiens qui ne reouvelleraient pas leur abonnement pour cette année. »

— **Hôpitaux de Tunis.** *Concours de médecins.* — Un concours pour trois emplois de médecins des hôpitaux de Tunisie aura lieu au siège de la Faculté de médecine de Paris dans le courant du mois d'avril 1936.

Les postes à pourvoir sont les suivants :

1° Médecin à l'hôpital Ernest-Conseil, de Tunis (médecine générale). Date du concours : mercredi 22 avril 1936.

2° Médecin à l'hôpital civil français de Tunis (neuro-psychiatrie). Date du concours : jeudi 30 avril 1936.

3° Médecin à l'hôpital régional de Sfax (médecine générale). Date du concours : lundi 27 avril 1936.

Pour se présenter au concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° adresser à la direction de l'Intérieur, à Tunis (Service de la Santé publique), une demande avec indication de leur résidence actuelle ; 2° être Français ou Tunisien (le poste de médecin-chef de service de neuro-psychiatrie à l'hôpital civil français est réservé aux Français) ; 3° avoir le diplôme d'Etat de docteur en médecine conféré par une Faculté française ; 4° produire une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs ; 5° ne pas être âgé de plus de 40 ans (compte tenu des services militaires).

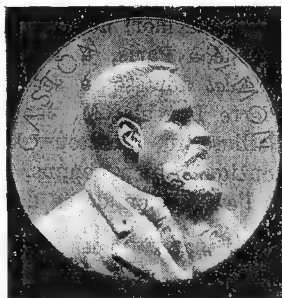
Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 francs. La liste d'inscription sera close le 14 mars 1936. La date d'entrée en fonctions pour les trois emplois est fixée au 1er juin 1936.

— **Nécrologie.** — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de M. Emile Logeais, pharmacien, décédé à Paris, à l'âge de 81 ans. Le *Concours médical* adresse à ses fils et gendre, le Docteur Pierre Logeais, M. Jacques Logeais et M. Henri Paillusseau, directeurs des Laboratoires pharmaceutiques bien connus, ses sincères condoléances et l'expression de sa douloureuse sympathie.

— **Sanatorium des Escaldes et sanatorium des Pins.** — Le docteur Hervé remercie les nombreux confrères et amis qui, au cours d'événements récents, lui ont apporté le témoignage réconfortant de leur sympathie. Il est heureux de leur faire savoir que, à la suite d'accords intervenus, il conserve la Direction des deux Etablissements qu'il a fondés et où les malades, atteints d'affections tuberculeuses, pulmonaires ou osseuses, continueront d'être reçus dans les conditions que précisera le prospectus envoyé sur demande.

UNE MANIFESTATION DU SYNDICAT NATIONAL DES VÉTÉRINAIRES EN L'HONNEUR DE MM. RAMON ET GUÉRIN

A la Maison des vétérinaires, 28, rue des Petits-Hôtels, à Paris, s'est déroulé, le jeudi 16 janvier, l'hommage offert par les vétérinaires français à leurs illustres confrères, MM. Ramon, sous-directeur, et Guérin, chef de service à l'Institut Pasteur.



La cérémonie était présidée par M. Ernest Laffont, ministre de la Santé publique, assisté du Professeur Noël Fiessinger, représentant le ministre de l'Education nationale, et de M. Drouin, directeur au ministère de l'Agriculture, représentant M. Cathala. Une brillante et très nombreuse assemblée s'était réunie pour c:tte grande fête.

En un discours chaleureux et de haute tenue littéraire, M. Clavet, président du Syndicat, exprima à MM. Ramon et Guérin l'admiration de leurs pairs. Il retraça à grandes lignes la carrière de chacun d'eux, commencée sous l'œil de maîtres aimés à l'Ecole d'Alfort, continuée à l'Institut Pasteur aux côtés de Roux et de Calmette, pour s'épanouir aujourd'hui dans les sphères prestigieuses où se meuvent les grands serviteurs de la Science. « La Beauté n'est pas seulement dans l'œuvre d'art ou dans la pensée philosophique. Le savant, reclus dans son laboratoire, y atteint aussi par des voies plus austères mais non pas moins élevées ».

Le Professeur Fiessinger dit la gloire bienfaisante de ces deux hommes qui ont mené une guerre et remporté des victoires. Mais les vaincus s'appellent : diphtérie, tétanos, tuberculose.

Et le butin ce sont les hommes, de tous les pays et de toutes les races, qui se le partageront.

Tous les orateurs, qu'ils parlent au nom de la Société de pathologie comparée, de l'Académie de médecine ou de l'Institut Pasteur, célébrèrent à l'envi l'alliance cordiale des deux médecines, l'humaine et l'animale, leurs efforts conjugués pour maîtriser les ennemis communs. Où, mieux qu'à l'Institut Pasteur auquel appartiennent MM. Ramon et Guérin, cette fraternité d'armes, trouve-t-elle son vrai « climat » ?

Ici, dans un journal lu par des médecins, il convient, à cette occasion, de proclamer hautement tout ce que la médecine humaine doit à l'autre, et notre déférence pour l'école d'Alfort, Leclainche, Vallée, Petit, Ramon, Guérin, cinq noms de cette envergure en une seule génération, c'est beaucoup plus qu'il ne faut pour gagner ses lettres de noblesse.

G. Lavalée.

Le Banquet de la Société médicale des Praticiens

C'était le 22 janvier 1936, au « Restaurant des Capucines, 4, boulevard des Capucines, — l'ancien « Café américain » d'illustre renommée, qui a laissé tant de gais souvenirs, en particulier aux « plus de quarante ans, et davantage » ! Le grand salon du premier étage, complètement transformé, éclairé par de douces lumières irrisées bleu-horizon, rose, vert, orné de fleurs, formait un cadre magnifique où l'on avait dressé de magnifiques tables, qui annonçaient les meilleures joies gastronomiques.

Une animation progressive se manifesta par l'arrivée de la foule empressée des convives en toilettes de soirée et en habits noirs.

L'habile organisateur du banquet, le Docteur Peckers, avait tout prévu, et avec un mot aimable indiquait à chacun sa place. Un délicieux verre de porto, et ce fut un véritable repas de gourmets, qui devait satisfaire les becs les plus fins. Aussitôt après, quelques artistes bien connus, dont Suzy Polidor, Geo Charley, vinrent charmer l'auditoire par leur talent. Puis fut tirée une loterie très amusante, sans fin, *car tout le monde* devait probablement gagner...

Le *Concours Médical* avait été fort gracieusement invité à cette fête charmante, qui fut pleine d'entrain. Il adresse ses plus vifs remerciements à la Société médicale des Praticiens pour l'accueil chaleureux, qu'elle a bien voulu lui réserver.

G. F.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 JANVIER

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène du Creusot est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 30 octobre 1935, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique sur proposition du maire et parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 6e bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par le Préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine. En outre ils doivent produire une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué est fixé à 3.600 francs par an et le titulaire du poste est autorisé à faire de la clientèle.

15 JANVIER

Enseignement de la médecine.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Nanta, agrégé libre, chargé de cours permanent et à M. Brustier, agrégé pérennisé à la Faculté de Toulouse.

M. Weber, professeur d'histologie et embryologie à la Faculté d'Alger est transféré dans la chaire d'hygiène et d'hydrologie de ladite Faculté.

La chaire de pathologie générale et clinique psychiatrique de la Faculté d'Alger est transformée en chaire de clinique psychiatrique (titulaire : M. Péret).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

La médaille d'argent a été attribuée, pour services exceptionnels à MM. les Docteurs Berchon et Louvet, de Bordeaux et Loyer, de Creil.

Soins aux pensionnés de guerre.

Prix des fournitures pharmaceutiques faites au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Par arrêté du 14 janvier 1936, les dispositions de l'arrêté du 1er août 1935 ont été prorogées jusqu'au 31 décembre 1936.

16 JANVIER

Enseignement de la médecine.

M. Corsy, professeur sans chaire, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté d'Aix-Marseille.

Exercice de la médecine.

Sont autorisés à exercer la médecine sur le territoire français, dans les conditions de l'article 1er, dernier paragraphe, de la loi du 26 juillet 1935, les médecins sarrois ci-après :

M. le Docteur Otto Levita, domicilié à Paris, 6, rue Paul-Dupuy ;

M. le Docteur Erich Drucker, domicilié à Marseille, 47, rue Daumier.

Commission supérieure des soins gratuits aux pensionnés de guerre.

Arrêté du 15 janvier 1936 portant nomination des membres de la Commission supérieure.

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1936, comme membres titulaires :

Représentants de l'Administration.

M. le Docteur Lamoureux, président ; M. le Docteur Paloque, chef des Services médicaux au ministère des Pensions ; Mlle Mallet, sous-chef de bureau au Service des soins gratuits et de l'appareillage ; M. Allix, sous-directeur de la comptabilité publique. M. Laure, inspecteur des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

M. Robert Greslin, président de la Fédération des Associations de mutilés de l'Aisne, administrateur de l'Union fédérale ; M. Breuil (Pierre), vice-président du groupe de la Région parisienne de l'Union nationale des combattants ; M. Delsuc, secrétaire général de la Fédération nationale des blessés du poumon et des chirurgicaux ; M. Gérard, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; M. Delahaye, membre de la Fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le Docteur Lenglet, de la Seine ; M. le Docteur Fanton d'Andon, de la Seine ; M. le Docteur Piot, de la Seine ; M. le Docteur Barthet, de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ; M. le Docteur Lamarre, du Syndicat des grandes pharmacies de France et des colonies.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'Administration.

M. Gellé, chef du bureau des Tribunaux de pensions ; M. le Docteur Legendre, chargé de Service des expertises médicales au ministère des Pensions ; M. Morin, sous-chef de bureau au Contentieux du ministère des Pensions ; M. Borrossi, chef de bureau à la Direction de la comptabilité publique ; M. Rovani chef de bureau à la Direction de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

M. Devos, administrateur de l'Union fédérale ; M. Pezzini, membre de la Fédération nationale des combattants républicains ; M. Compigli, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés et anciens combattants ; M. Perroux, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; M. Favret, vice-président de l'Union des aveugles de guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le Docteur Caillaud, du Loiret ; M. le Docteur Fougerat, de la Seine ; M. le Docteur Vaslin, de la Seine ; M. le Docteur Lépine, de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ; M. le Docteur Faucher, de l'Union nationale des pharmaciens français.

17 JANVIER

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés, au titre du ministère de la Santé publique :

Officier : M. le Docteur Lahaye, de Longuyon.

Chevaliers : MM. les Docteurs Breteille, Carteaud et Crouzat, de Paris ; Darras, de Saint-Omer ; Gassend, de Digne ; Huchet, de Paris ; Liautard, de Marseille ; Oberlin, de Paris ; Pize, de Quingey ; Quiquandon, de Clermont-Ferrand ; Sommelet, d'Arc-en-Barrois.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Exercice de la médecine par les étrangers.

I

14.157. — M. Ballu, demande à M. le ministre de la Santé publique au sujet de l'application de la loi

Voir la suite page LV-333

PROPOS DU JOUR

Le médecin comme chef, comme organisateur

L'inaptitude du médecin à s'adapter aux nécessités matérielles, son incapacité d'organisation, sauf de rares exceptions, sont choses trop connues pour que nous en citions de patents exemples.

Chez le médecin, l'esprit critique est poussé très loin, il devient même parfois esprit de contradiction et, chez les vaniteux, la contradiction et la critique aboutissent au dénigrement. Cela n'a qu'une importance secondaire, car les vaniteux sont toujours de petits esprits et les petits esprits sont le plus souvent des impuissants.

Toutes ces considérations que M. le Professeur CHAVIGNY développe dans un livre des plus intéressants : *Le médecin comme chef, comme organisateur* (1) lui fait conclure que, sauf exception rarissime, le médecin n'a pas les qualités d'un chef, ni d'un organisateur. Et le Professeur Chavigny s'appuie sur son expérience de médecin militaire en temps de paix et en temps de guerre, sur sa connaissance des Facultés de médecine où règne une anarchie intellectuelle relative que démontre bien l'incoordination des cours et des programmes.

Il aurait pu cependant citer quelques-unes de ces rarissimes exceptions où des médecins ont fait preuve de qualités de chefs et d'organisateurs. Parmi elles (qu'on nous le pardonne) citons notre *Concours Médical* qui, depuis ses débuts, a eu à sa tête des médecins qui ont fait figure de chefs et d'organisateurs ; nous ne citerons que les disparus : Auguste CÉZILLY à qui l'on doit le *Concours Médical*, beaucoup d'intéressantes tentatives et l'épanouissement des Syndicats médicaux ; JEANNE qui, avec ses collaborateurs encore vivants, créa, organisa et dirigea sous l'égide du *Concours Médical* des œuvres en pleine prospérité, après une quarantaine d'années d'existence, telles que *la Mutualité familiale du Corps Médical français* et la Ligue de Défense individuelle, le *Sou Médical*; Gaston DUCHESNE qui sut contribuer à donner un nouvel essor aux œuvres de nos devanciers. Mais M. le Professeur Chavigny ne connaît pas l'histoire du *Concours Médical*, il ignore les campagnes qui y ont été menées depuis trente ans environ pour la réforme des études médicales (internat obligatoire) et pour l'organisation pratique du Corps médical, campagnes qui ont porté leur fruit et ont donné lieu à plus d'une tentative intéressante. Néanmoins nous sommes bien d'avis avec M. le Professeur Chavigny que le médecin a rarement, très rarement, les qualités d'un chef et d'un organisateur.

Quelles sont donc ces qualités? Le Professeur Chavigy va nous les énumérer et nous l'en remercions sincèrement, car il est bon que les médecins le connaissent.

M. Chavigny nous les expose en prenant pour guide le livre d'un ingénieur très distingué, directeur d'une importante société industrielle, M. Henri FAYOL, qui a publié en 1927 *L'éveil de l'esprit public* (Dunod édit.) et surtout, en 1931, *Admiuistration industrielle et générale*, ouvrage qui a eu un succès sans précédent puisque son tirage atteint le 19e mille.

Le Directeur d'une affaire quelle qu'elle soit n'a pas besoin d'être un savant, ni un grand technicien. Les savants sont le plus souvent de mauvais organisateurs et administrateurs. Il est nécessaire seulement qu'il ait une culture technique de base. Il est indispensable au directeur de posséder un corps de doctrine, formé d'idées directrices, de vues d'ensemble, de règles générales.

C'est le directeur qui doit donner l'impulsion à ses collaborateurs, coordonner leurs efforts en un ensemble harmonieux et producteur. Sa tâche ne consiste pas à tout faire. Il ne doit pas être un employé supérieur ; il faut qu'il soit quelqu'un. Organiser, c'est avoir des idées simples, réalisables, répondant aux nécessités du moment. Pour atteindre ce but, avant de donner un ordre, il doit réfléchir, attendre que cet ordre soit mûr et autant que possible éviter les contre-ordres.

Le Directeur doit soigneusement éviter les questions personnelles, éloigner de lui toute influence familiale, bannir le sectarisme et les mesquineries de tous genres. Il doit se méfier des conseillers, qui bien que de bonne foi, peuvent être mal avisés et il lui faut discerner entre la logique du sentiment et la logique rationnelle. La pondération, la réflexion, un sain équilibre, un jugement droit doivent être ses facultés maîtresses. Il doit être observateur, regarder, écouter, chercher à se rendre exactement compte pour agir avec opportunité.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1935.

Il ne procédera à des innovations qu'après s'être assuré qu'elles sont justifiées et utiles. Il n'admettra pas la contradiction systématique. s'appuiera sur la logique des faits et non sur la logique théorique. Jamais il ne sera l'esclave d'un système, d'une formule. Pour cela, il faut qu'il jouisse d'un équilibre mental à toute épreuve, qu'il soit doué d'une moralité et d'une probité indéfectibles. Il faut qu'il ait un caractère qui lui permette de savoir vouloir.

Il faut en outre qu'il soit entouré de collaborateurs, de sous-ordres en qui il puisse avoir confiance, qu'il se méfie des esprits faux et les éloigne autant que possible. Les esprits faux sont incurables, ce sont de grands vaniteux, néfastes dans une organisation. Quant à l'agent technique pur, c'est un agent d'exécution et, quelque soit sa valeur, son rôle est secondaire.

Même dans les entreprises médicales, l'organisation financière doit être une des grandes préoccupations du Directeur. Autant que possible, il devra s'efforcer d'obtenir la simplification des écritures. Il doit savoir être intelligemment économe et veiller à un contrôle strict de la comptabilité.

Nous nous permettrons ici quelques réflexions personnelles. Dans les sociétés et les entreprises médicales, on a coutume de nommer commissaires aux comptes des confrères connus pour leur honorabilité indiscutable, mais qui n'ont aucune compétence spéciale. Le trésorier, toujours choisi parmi les hommes dont aucun soupçon ne peut effleurer la probité, est le plus souvent aussi incompétent et, si la société ou l'entreprise est de quelque importance, la comptabilité, faite par un employé, n'est pas réellement contrôlée. Aussi avons-nous demandé et obtenu pour nos œuvres du *Concours Médical*, qu'aux commissaires aux comptes médecins soit toujours adjointe une personnalité qui professionnellement soit compétente et puisse faire un rapport sérieux sur le contrôle de la situation. Les bilans complets et clairs de nos sociétés sont publiés et tous leurs adhérents peuvent, s'ils le désirent, connaître l'emploi de leur argent jusqu'au moindre centime.

Une des grandes difficultés de la direction est la constitution d'une équipe. Le Professeur Chavigny qui a très sérieusement étudié le sujet qu'il a d'ailleurs magistralement traité et qui a lu et médité pour cela une vingtaine d'ouvrages ayant trait à l'organisation et à la direction des entreprises, s'est inspiré pour traiter de la constitution d'une équipe d'une étude de M. Coureau ingénieur, intitulée *Le patron et son équipe.*

Le Patron, le chef, doit diriger son équipe, obtenir la cohésion, ne pas souffrir de collaborateur qui joue dans la coulisse, un rôle occulte principal. Il doit ne pas souffrir le népotisme, le favoritisme, éliminer les profiteurs, les ambitieux, les esprits faux qui, sous des apparences de logique, font sombrer une affaire et s'entourent eux mêmes d'esprits faux. Le Directeur doit être modeste. Il doit savoir reconnaître les défauts de son organisation et en combler les lacunes. Son contrôle doit être sérieux mais jamais tatillon. Son autorité ne doit pas avoir pour base la crainte ni la peur. Ceux qui s'appuyent sur elles sont des incapables.

Il ne doit pas être l'ennemi de toute évolution, ni réfractaire à toute conception nouvelle. Il doit avoir le sens des valeurs.

Le maréchal Lyautey, à qui on parlait de ses qualités de technicien, répliquait en proclamant que le chef était le technicien des idées générales. Il se révèle un peu par son intelligence, beaucoup par son caractère et principalement par son jugement. Il doit se méfier des habiles rhéteurs qui le plus souvent ne visent que leur intérêt personnel ; il doit apprendre à discuter sobrement. Dans une organisation solide, une discipline est nécessaire et une « politique professionnelle » continue doit être adoptée.

En un mot le médecin organisateur et directeur doit d'abord être sain de corps et d'esprit, bien équilibré, pourvu d'un jugement parfait. Son choix ne doit pas dépendre de ses titres mais surtout de sa vie personnelle passée.

Telle est la conception de M. le Professeur Chavigny sur le médecin comme chef et comme organisateur. Nous constatons que ces règles ont été suivies dès le début dans nos propres organisations et que nous nous efforçons de les y maintenir.

M. le Professeur Chavigny développe la nécessité de leur application dans nos Syndicats, dans nos Facultés, surtout dans le service de santé militaire ; malgré tout l'intérêt des chapitres qu'il leur consacre, nous ne pouvons le suivre sur ces terrains, mais nous devons le remercier d'avoir donné dans son livre une leçon pratique à nos confrères et espérons qu'elle portera ses fruits.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

Rhumatisme et endocardite mitrale précoces, néphrite tardive au cours d'une scarlatine régulière chez un garçon de 4 ans (1)

Par le Professeur P. Nobécourt

Samedi dernier (2), je vous ai raconté la première partie de l'histoire de Pierre. En voici la suite.

Il est né le 8 mai 1931. Le 26 octobre 1935, à l'âge de 4 ans 5 mois, il entre au pavillon Trousseau, au troisième jour d'une forte scarlatine qui évolue régulièrement. Le soir de l'entrée, la température est de 40°1.

Les jours suivants, la température baisse en lysis et le 1er novembre, neuvième jour de la maladie, l'enfant est apyrétique.

Entre temps, le 28 octobre, cinquième jour de la maladie, l'enfant se plaint de douleurs articulaires qui ne persistent pas. A l'examen, nous constatons des signes d'une endocardite mitrale, simple, discrète, qui continue son évolution.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Du 1er au 8 novembre l'enfant reste apyrétique ; on ne note rien de particulier.

Le 9 et le 10 novembre, la température est de 37°1 et 37°3, le matin, de 37°8 le soir.

Le soir du 11 novembre, dix-neuvième jour de la maladie, la température, qui était, le matin, de 37°6, monte à 39°9 ; le lendemain la température est de 39°-40°.

L'enfant est très pâle. On trouve dans la région sous-angulo-maxillaire gauche une tuméfaction douloureuse formée par un ou deux gros gangions et de l'empâtement péri-ganglionnaire.

Le pharynx est légèrement rouge.

Le pouls est rapide, à 140. La pression artérielle au Vaquez est de 9-4.

La matité précordiale est augmentée, on entend toujours, sans modification, le souffle systolique mitral ; le second bruit aortique est un peu plus fort que le second bruit pulmonaire.

Les urines, qui étaient limpides les jours précédents sont troubles, foncées, rougeâtres, et contiennent, de l'albumine. Une néphrite s'est installée.

Le 13 et 14 novembre, la température reste aux environs de 38°. Le 15 au soir, elle remonte à 39°6.

Les jours suivants, la fièvre persiste au-dessous de 39°, avec de faibles oscillations quotidiennes, et s'abaisse peu à peu.

Le 27 novembre, trente-cinquième jour de la scarlatine, la température est normale; elle le reste dans la suite.

Pendant ce temps, on applique sur le cou des compresses humides très chaudes. Les phénomènes inflammatoires régressent rapidement ; mais il persiste un ganglion assez gros, dur, indolore avec périadénite assez marquée, qui rétrocède lentement et a presque complètement disparu aujourd'hui.

Les seules autres manifestations sont la néphrite et la cardiopathie.

Analysons les symptômes de la néphrite.

Ces symptômes sont apparus le 12 novembre, vingtième jour de la scarlatine.

Le volume des *urines* diminue ; il tombe par vingt-quatre heures :

Le 13 nov., à 200 cm³
Le 14 nov., à 150 cm³
Le 15 nov., à 70 cm³

Puis il augmente graduellement :

Le 16 nov.	120 cm³
Le 17 nov.	150 cm³
Le 18 nov.	250 cm³
Le 19 nov.	300 cm³
Le 21 nov.	770 cm³

Depuis, il se maintient à ce taux. Le 28 novembre, dix-septième jour de la néphrite, il est de 740 c. c.

L'examen microscopique des urines donne les résultats suivants.

Le 19 novembre on y trouve des hématies et des leucocytes en grand nombre, des cylindres hématiques ; on ne voit pas de streptocoques, mais seulement des colibacilles, qui n'ont aucune signification, les urines ayant été recueillies par mictions et non par sondage.

Le 22 novembre, les urines sont plus claires, mais toujours rouges ; elles contiennent des hématies et des leucocytes en grand nombre ; on n'y voit plus de cylindres.

Le 27 novembre, seizième jour de la néphrite, les urines ont un aspect normal.

Le 5 décembre, vingt-quatrième jour de la néphrite, on ne trouve plus que quelques rares leucocytes isolés ; il n'y a pas d'hématies, pas de cylindres.

La quantité d'albumine est d'abord :

Le 16 nov., de 1 gr. par litre.
Le 17 nov., de 2 gr. par litre.

Ensuite, elle diminue rapidement ; elle est:

Le 18 nov., de 1 gr. par litre.
Le 19 nov., de 0 gr. 90 par litre.
Le 20 nov., de 0 gr. 50 par litre.
Les 22, 23 et 24 nov., de 0 gr. 40 ou 0 gr. 50 par litre.
Le 25 nov., de 0 gr. 10 par litre.

A partir du 26 novembre, quinzième jour de la néphrite, l'albumine tombe à l'état de traces. Le 4 décembre, vingt-troisième jour de la néphrite, elle a disparu.

---

(1) Leçon du 7 décembre 1935.

(2) Leçon du 30 novembre 1935. Rhumatisme et endocardite scarlatineuse. Le *Concours Médical*, n° 4, de 1936.

Pierre ne présente pas d'œdème apparent. Son *poids* se modifie cependant.

Avant la néphrite, il reste fixe : il est le 27 octobre de 16 kgr. 600, le 2 novembre de 16 kgr. 500.

Pendant la néphrite, il est :

Le 15 et le 16 novembre, de 16 kgr. 800.
Le 18 novembre, de 16 kgr.
Le 21 novembre, de 15 kgr. 100.
Le 1er décembre, de 14 kgr. 600.

Du 15 novembre au 1er décembre, la diminution est de 2 kgr. 600 ; elle doit être attribuée plus à la sous-alimentation qu'à la déshydratation.

Actuellement le poids reprend un peu ; le 5 décembre, il est de 15 kgr. 100.

Il existe une *azotémie*, qui diminue peu à peu et a actuellement disparu. Le taux de l'urée par litre de sérum est :

Le 14 novembre	1 gr. 05
Le 18 novembre	1 gr. 50
Le 22 novembre	0 gr. 81
Le 2 décembre	0 gr. 37

le retour à la normale est constaté le vingt et unième jour de la néphrite.

Le 18 novembre, septième jour de la néphrite, on dose 1 gr. 50 de *cholestérol* dans le sérum sanguin.

Le *cœur*, examiné le 20 octobre, au début de l'endocardite, a un volume sensiblement normal; la pointe bat dans le cinquième espace au-dessous du mamelon, a distance de la pointe à l'angle cardio-hépatique est de 8 cm. 5 et le débord à droite du sternum de 1 cm.

Jusqu'à la néphrite la matité précordiale ne se modifie guère.

Dès le début de la néphrite, elle augmente. Le 12 novembre, premier jour de la néphrite, la matité est allongée transversalement ; la distance de l'angle cardio-hépatique à la pointe est de 12 cm. 5 et le débord à droite du sternum de 3 cm.

Le 15 novembre, quatrième jour de la néphrite, la matité a diminué : les mesures précédentes sont de 10 cm. 5 et de 2 cm. 5.

Le 19 novembre, huitième jour de la néphrite, elles ne sont plus que de 9 cm. 5 et 1 cm. 7.

Le 2 décembre, vingt et unième jour de la néphrite, la distance de l'angle cardio-hépatique à la pointe est toujours de 9 cm. 5, le débord à droite du sternum n'est plus que de 1 cm. 3.

Le souffle systolique mitral persiste, toujours léger, holo-systolique, constant. Le second bruit aortique est accentué ; il est nettement plus fort que le second bruit pulmonaire.

Depuis le 3 décembre, le premier bruit mitral est assez bien frappé, le souffle systolique est très diminué, difficilement perceptible.

La *pression artérielle*, prise au Vaquez, ne présente pas de grandes modifications.

Du 28 oct. au 5 nov., la Mx est de 9, la Mn de 5 ;

Le 7 novembre, la Mx est de 7, la Mn de 3 ;

Le 12 novembre (premier jour de la néphrite), la Mx est de 9, la Mn de 4 ;

Le 14 novembre, la Mx est de 8, la Mn de 3,5 ;

Le 16 novembre, la Mx est de 7, la Mn de 3.

Ensuite la pression se maintient à 7,5 ou 8 pour la Mx, à 3 pour la Mn. Le 3 décembre elle est de 7,5-3.

Le *pouls* est régulier, sa fréquence en rapport avec la température. On enregistre, le matin :

	Température	Pouls
12 novembre	39°	140
14 novembre	37°6	98
16 novembre	38°	98
10 novembre	37°6	96
21 novembre	37°4	94
Du 26 au 28 novembre	37°5	98

Le pouls reste un peu fréquent, malgré la disparition de la fièvre.

Voici comment a évolué le néphrite.

Comme traitement ; au début, on applique des ventouses scarifiées sur les régions lombaires, donné de l'eau lactosée et du lait ; puis on a institué le régime lacté jusqu'au 27 décembre ; ensuite on recommence la réalimentation sans donner de sel.

En résumé : le vingt et unième jour de la scarlatine, débute une néphrite hématurique, caractérisée par le syndrome urinaire ; il n'y a pas d'œdème, il y a une azotémie moyenne et un syndrome cardio-vasculaire discret.

L'amélioration est rapide. Le vingt-troisième jour de la néphrite les urines sont claires et ne contiennent plus ni éléments cellulaires ni albumine. Le vingt et unième jour l'azotémie est normale.

Pierre a présenté une NÉPHRITE AIGUE TARDIVE DE LA SCARLATINE.

Cette néphrite est décrite depuis longtemps par nombre d'auteurs. Moi-même, j'ai donné une leçon, le 22 décembre 1923, sur *les néphrites de la scarlatine chez les enfants*, qui se trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*.

J'aurais peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit dans cette leçon. Je ne veux donc pas reprendre l'étude de ces néphrites dans leur ensemble Je désire seulement :

1° Analyser l'observation de Pierre ;

2° Attirer votre attention sur l'existence, chez le même malade, d'une endocardite et d'une néphrite.

***

ANALYSONS L'OBSERVATION DE PIERRE

La *néphrite débute le vingtième jour.*

C'est l'époque habituelle de début des néphrites tardives de la scarlatine ; elles s'installent généralement entre le quinzième et le vingt-cinquième jour, quelquefois pendant le deuxième septénaire, quelquefois jusqu'au sixième septénaire.

Chez Pierre, la néphrite est *précédée de fièvre, d'une adénite sous-maxillaire*, et d'*une angine rouge, très discrète*, qui apparaissent le dix-neuvième jour de la scarlatine ; elle débute presque immédiatement après l'apparition de ces phénomènes.

Arrêtons-nous sur l'*adénite.*

Il s'agit d'une *adénite cervicale tardive.*

J'ai étudié cette adénide dans ma leçon du 28 mai 1927, sur *les adénites tardives de la scarlatine*,

publiée dans un de mes livres de *Clinique médicale des enfants*, consacrés aux *Maladies contagieuses*.

On distingue deux variétés d'adénites tardives :

1° *Les adénites cervicales liées à des angines graves.* Je n'en parlerai pas.

2° *Les adénites tardives*, appelées encore *adénites secondaires, adénites post-scarlatineuses*, qui tantôt sont liées à une angine discrète, tantôt s'installent sans inflammation pharyngée appréciable.

Cette dernière variété a été décrite par Leichtensterin en 1882, Jürgensen, Filatow, Stembo, en 1900, et surtout par Bela Schick, en 1905.

Avec M. Lebée, j'ai étudié cette *adénopathie scarlatineuse isolée* dans *Paris Médical* du 7 novembre 1925.

Ces adénopathies ne sont pas très fréquentes, Bela Schick en a observé 71 cas sur 990 scarlatines, soit dans 7,2 % des cas.

J'en ai relaté six cas : celui du garçon de 11 ans observé avec Lebée et cinq autres dans ma leçon de 1927.

Elles apparaissent le plus souvent durant la troisième et la quatrième semaines de la scarlatine, quelquefois dans la deuxième, quelquefois dans la cinquième ou la sixième. Elles revêtent trois formes cliniques principales.

Dans la forme légère, la fièvre est modérée, le ganglion peu volumineux.

Dans la forme moyenne, la fièvre s'élève brusquement ou progressivement à 39° ou 40° ; tantôt elle se termine au bout de trente-six ou quarante-huit heures ; tantôt elle dure quelques jours.

Les ganglions sont assez gros ; il y a de l'infiltration et de l'empâtement périganglionnaires. La résolution en est lente.

Dans la forme sévère, la température est élevée, irrégulière ; elle persiste pendant dix à quinze jours. Les ganglions sont très gros, les tissus environnants œdémateux

Quelle que soit la forme, l'adénite se termine presque toujours par résolution. La suppuration est rare ; Bela Schick ne l'a observée que dans 2,8 % des cas ; la suppuration est tardive, s'installe presque à froid.

Les adénites siègent habituellement dans la région sous-angulo-maxillaire ; elles peuvent s'étendre à la chaîne cervicale ; parfois elles débutent dans la région sus-claviculaire.

Les auteurs insistent sur la fréquence des *néphrites* dans ces adénopathies. Elles apparaissent précocement, un, deux ou trois jours après le début de l'adénopathie. Sur mes six malades, je n'ai rencontré qu'une néphrite.

D'autres manifestations peuvent accompagner les adénites. Je ne citerai que le *rhumatisme* et l'*endocardite*.

Dans ma leçon du 15 janvier 1921 sur *les endocardites de la scarlatine et le rhumatisme scarlatineux*, qui est dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire*, je rapporte l'observation d'une fille de 12 ans : elle est atteinte d'une scarlatine légère ; le dix-neuvième jour, elle a de la fièvre, une angine rouge, une adénite cervicale, elle se plaint d'arthralgies ; bientôt je constate une endocardite mitrale.

L'étiologie des adénites cervicales tardives de la scarlatine prête à des discussions. En réalité, elle n'est pas univoque. Il y a deux ordres de faits :

1° Des adénites cervicales qui apparaissent au cours d'angines sévères, membraneuses, ulcéreuses ou ulcéro-membraneuses, de rhino-pharyngites suppurées et sont dues à des infections secondaires par le streptocoque pyogène ;

2° Les adénites cervicales qui s'installent au cours d'une angine rouge ou sans angine: pour les uns, elles relèvent d'infections secondaires, sont des complications de la scarlatine ; pour les autres, elles relèvent du virus scarlatineux.

Cette dernière opinion est soutenue par les auteurs que je citais tout à l'heure et notamment par Bela Shick. Ils l'établissent sur les arguments suivants.

Le virus de la scarlatine ne disparaît pas avec l'éruption ; il persiste longtemps en particulier dans le pharynx ; on sait que le malade reste longtemps contagieux.

La scarlatine immunise. Mais, chez certains malades, l'immunité est incomplète, fragile ; alors, on peut voir le virus reprendre de l'activité; cette reprise survient habituellement pendant le deuxième et le troisième septénaires.

C'est le virus scarlatineux qui détermine la fièvre, l'angine rouge, les adénites, la néphrite, le rhumatisme et l'endocardite, parfois même une rechute.

Suivant cette opinion, l'angine n'est pas la cause du rhumatisme et de la néphrite; ce sont des manifestations de la scarlatine.

La différenciation n'est pas facile à établir ; mais, dans certains cas, elle paraît nette.

En tout cas, le rôle de la scarlatine, qu'il s'agisse d'une reprise d'activité du virus ou d'une infection secondaire, est indiscutable ; l'époque de la maladie où ces manifestations se produisent en est une preuve.

Pour Pierre, je ne puis conclure.

Toutefois, l'absence d'angine, la rougeur discrète du pharynx, plaident en faveur de l'origine scarlatineuse de l'adénite cervicale.

Du point de vue clinique, les *néphrites tardives de la scarlatine* peuvent présenter les *diverses modalités* des néphrites infectieuses aiguës.

Chez Pierre, la néphrite a revêtu une forme assez commune. Voyons les symptômes de cette forme.

Le syndrome urinaire occupe la première place. Le volume des urines est diminué ; leur aspect

est trouble, leur couleur foncée et hématique ; elles donnent les réactions de l'hémoglobine, contiennent de nombreuses hématies, des cylindres hématiques, des leucocytes. La quantité d'albumine varie de quelques centigrammes à 2 ou 3 grammes et même plus. Ce syndrome caractérise une néphrite hématurique.

L'absence d'œdème est fréquente ; on observe tout au plus une légère bouffissure des paupières et de la face. Il peut y avoir cependant un certain degré de rétention hydro-chlorurée, dont témoignent les variations du poids.

Ce type s'oppose à la néphrite œdémateuse, à la néphrite avec anasarque.

Ces différences de modalité tiennent, pour une part tout au moins, au régime suivi par le malade.

Si le malade est au régime lacté ou déchloruré, il ne fait que peu ou pas d'œdème.

Si le malade reçoit l'alimentation habituelle, qui est salée, il fait de l'œdème ; comme l'a remarqué Victor Hutinel, la néphrite œdémateuse est plus fréquente dans les scarlatines méconnues que dans les scarlatines avérées, soignées à l'hôpital. L'alimentation salée n'est pas la cause de la néphrite, mais de l'œdème.

L'azotémie est assez fréquente.

J'ai constaté avec Darré, en 1905, chez un garçon de 4 ans, une azotémie de 1 gr. 77 ; avec Harvier, en 1908 chez un garçon de 12 ans, une azotémie de 1 gr. 23 ; chez un garçon de 3 ans, cité dans une leçon de 1923, une azotémie de 1 gr. 46. Depuis, j'ai constaté l'azotémie bien souvent. Chez Pierre, elle est de 1 gr. 05.

L'azotémie se rencontre souvent dans les néphrites aiguës de causes diverses. Dans une communication à l'*Académie de médecine*, le 20 mai 1919, sur *la rétention des chlorures et de l'urée dans les néphrites aiguës des enfants*, je relève sur douze cas de néphrite : quatre fois l'absence d'azotémie, trois fois une azotémie de 0 gr. 50 à 1 gramme, cinq fois une azotémie de 1 gramme à 6 grammes.

Généralement l'azotémie reste occulte, on n'observe pas le syndrome clinique décrit par Widal.

Le syndrome cardio-vasculaire est souvent discret. Il n'est constaté que par un examen méthodique du cœur. Celui-ci tantôt ne présente pas de modifications appréciables, tantôt subit une dilatation modérée dans sa totalité et surtout dans ses cavités droites, car les parois du ventricule droit sont moins résistantes que celles du ventricule gauche.

Chez Pierre, cette dilatation est nettement appréciable. On constate, au début de la néphrite, une augmentation et un allongement de l'axe transversal de la matité précordiale.

Cette augmentation a coexisté avec une légère élévation de la pression artérielle : la maxima est passée de 7 à 9, la minima de 3 à 4.

Bientôt la matité a diminué tandis que la pression revenait à 7-3.

Ces faits s'opposent à ceux dans lesquels, au début de la néphrite, se produit une poussée brusque ou rapide d'hypertension. Alors, suivant que le cœur se dilate ou non, les manifestations sont différentes : si le cœur résiste et ne se dilate pas, on peut voir survenir des accès d'éclampsie ; si le cœur se dilate, on peut voir s'installer la forme cardiaque des néphrites aiguës, décrite par V. Hutinel dans les néphrites de la scarlatine.

Quelle que soit la forme clinique des néphrites scarlatineuses, leur début est brusque ou rapide. Dans la forme que nous étudions, c'est le syndrome urinaire qui attire l'attention. Dans d'autres formes, c'est l'œdème ou un accès d'éclampsie.

Les symptômes persistent plus ou moins longtemps.

Généralement une amélioration se produit assez rapidement : les urines augmentent et deviennent moins rouges, l'albuminurie et le nombre des éléments cellulaires diminuent. Cependant, les symptômes urinaires peuvent persister pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois avant de disparaître.

Chez Pierre, l'évolution a été particulièrement rapide ; le vingt-troisième jour, les urines sont devenues normales, tandis que l'azotémie a disparu. Une évolution aussi rapide n'est pas rare.

Sauf exception, le pronostic immédiat est favorable. Quant au pronostic éloigné, il diffère d'un malade à l'autre et il est d'ailleurs impossible à préciser. Toutefois, la guérison est la règle.

L'installation d'une atrophie rénale à la suite des néphrites scarlatineuses semble être exceptionnelle.

***

Etudions maintenant l'INTRICATION DE L'ENDOCARDITE MITRALE ET DE LA NÉPHRITE.

Pierre, le cinquième jour de la scarlatine, présente des arthralgies passagères et une endocardite mitrale qui poursuit son évolution lorsque, le vingtième jour de la maladie, débute une néphrite.

Une telle intrication est rare.

En voici un exemple,

J'ai publié, pendant la guerre, avec H. Gimbert, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 19 avril 1918, une observation de *complications multiples au cours d'une scarlatine : rhumatisme articulaire, endocardite mitrale, néphrite, tachycardie tardive.*

Il s'agit d'un jeune fantassin de 19 ans.

Le 1er novembre 1917, débute une scarlatine. Le 3 novembre, il entre dans mon ambulance de contagieux à Vauxbuin : l'éruption est généralisée, la fièvre élevée. L'évolution se poursuit régulièrement ; la fièvre s'abaisse à partir du septième jour ; la température est normale le onzième jour.

Entre temps, le cinquième jour, apparaissent des douleurs au niveau de la colonne lombaire, du poignet droit, du cou-de-pied gauche, des genoux, dans lesquels on constate un peu de liquide. On donne de l'aspirine. Les symptômes articulaires rétrocèdent rapidement.

Le septième jour de la scarlatine, deuxième jour du rhumatisme, on constate un assourdissement du premier bruit mitral. Les jours suivants l'assourdissement augmente.

Le quatorzième jour de la scarlatine, neuvième jour du rhumatisme, on constate, dans la région sus-apexienne, un frémissement et un souffle présystoliques, légers, à la base, une accentuation du second bruit pulmonaire, dans le dos, une augmentation de la matité de l'oreillette gauche.

Deux jours après, la matité précordiale augmente, on perçoit un léger souffle systolique à la pointe.

L'endocardite mitrale continue son évolution.

Le trentième jour de la scarlatine on constate l'apparition d'albumine en petite quantité dans les urines, sans éléments cellulaires et sans diminution du volume des urines.

Les jours suivants, apparaissent de l'œdème de la face, des lombes et des bourses. Nous apprenons que le malade, soigné par une infirmière trop zélée, buvait 5 litres de lait et d'eau par jour. Nous prescrivons la restriction des boissons. L'œdème se résorbe, le poids tombe de 59 kgr. 700 à 57 kgr. 600 en l'espace de trois jours.

Nous constatons des modifications importantes de la pression artérielle, enregistrée avec l'appareil de Pachon :

	Mx	Mn
Premier jour de l'albuminurie.	19	9
Troisième jour de l'albuminurie	17	8
Ensuite	18	8,5
Enfin	15,5	7

Entre le début et la fin le Mx diminue de 3,5, le Mn de 2.

Le volume du cœur ne se modifie pas ; on perçoit pendant quelques jours une accentuation du second bruit aortique. Les modifications du bruit mitral persistent.

On dose dans le sérum sanguin 0 gr. 20 ‰ d'urée, le troisième jour de la néphrite.

L'albuminurie persiste pendant une huitaine de jours. Les signes d'endocardite s'atténuent.

Finalement, cinq semaines après le début de l'endocardite mitrale, le cœur est normal quoiqu'un peu gros, il ne persiste aucun signe de néphrite.

Voici une autre observation qui a été l'objet de deux leçons reproduites dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*, l'une, du 5 mars 1921, *sur une fille atteinte d'une néphrite aiguë et d'endocardite mitrale*, l'autre du 30 avril 1921, sur *les néphrites hématuriques de l'enfance.*

Jeanne est née le 27 août 1907.

Au début de janvier 1921, à l'âge de 13 ans 4 mois, elle a un mal de gorge. Huit jours plus tard, elle ressent des douleurs dans les genoux et les coudes ; elle n'a pas de fièvre et continue d'aller à l'école.

Le 10 février, apparaît de l'œdème des chevilles, qui, le lendemain, s'étend aux pieds et aux jambes et, d'autre part, atteint le visage.

Jeanne entre à l'hôpital le 14 février. L'œdème est modéré. Les urines sont rares troubles, brunâtres ; elles contiennent 8 gr. d'albumine par litre ; la réaction de Meyer est positive ; on trouve de nombreux leucocytes, des cylindres hématiques et quelques hématies.

La pression artérielle est normale. Le cœur est gros, allongé transversalement ; à la pointe, on entend un souffle systolique mitral et un léger roulement diastolique ; à la base, le second bruit est accentué. Le sérum sanguin contient 3 gr. 18 d'urée par litre.

Peu à peu, le roulement diastolique et le souffle systolique s'atténuent.

Les symptômes de la néphrite persistent assez longtemps, puis ils régressent.

Pour Jeanne, nous ne pouvons pas affirmer l'étiologie de l'endocardite et de la néphrite. Cependant, l'existence d'une endocardite mitrale et l'apparition d'une néphrite aiguë, un mois après l'angine, font penser à une scarlatine fruste. La maladie de Bouillaud peut causer une angine, des arthropathies, une endocardite mitrale ; mais la néphrite, surtout une néphrite tardive, est exceptionnelle. Les angines et les rhino-pharyngites simples sont des causes fréquentes de néphrite, même tardives, mais des causes rares d'endocardite.

Jeanne quitte l'hôpital le 10 juillet, à 13 ans 10 mois, après un séjour de cinq mois ; son état général est bon ; ses urines ne contiennent que 0 gr. 15 à 0 gr. 20 d'albumine par litre ; son cœur est un peu gros et, à la pointe, on entend un léger souffle systolique.

Nous revoyons la malade en mars 1922, à 14 ans 7 mois, pour une congestion pulmonaire aiguë qui guérit rapidement. Son état général est bon. Son cœur est encore un peu gros, mais on n'entend pas de souffle mitral ; l'urine ne contient pas d'albumine ; l'élimination du chlorure de sodium et de l'urée est normale.

Donc, quatorze mois après leur début, l'endocardite et la néphrite sont cliniquement guéries.

Chez Pierre et chez les deux autres malades, le point particulier est l'installation d'une néphrite au cours d'une endocardite en évolution.

Recherchons les conséquences de cette intrication.

1° L'installation de la néphrite peut entraîner la dilatation du cœur : nous l'avons constaté nettement chez Pierre.

Les facteurs de cette dilatation sont, d'une part, l'augmentation de la pression artérielle, d'autre part, la diminution de la tonicité et de l'élasticité du myocarde, influencé par les troubles fonctionnels ou les lésions dues à la scarlatine.

Pour justifier l'intervention de ces deux facteurs, je vous rappelle l'observation du *syndrome myocardique subaigu de cause indéterminée et néphrite intercurrente chez une fille de 10 ans*, que je vous ai présentée dans ma leçon du 23 novembre dernier.

Chez les trois malades dont je viens de parler, la néphrite n'a pas empêché l'évolution favorable de l'endocardite.

2° L'endocardite antérieure n'a pas d'influence sur les caractères cliniques et l'évolution de la néphrite ; l'évolution de celle-ci a été favorable.

Dans les faits précédents, il s'agit d'endocardites simples et de rhumatismes scarlatineux.

Il peut y avoir d'autres modalités d'intrication, quand la scarlatine n'est pas simple, quand interviennent des infections secondaires, par exemple, une septicémie à streptocoques.

J'en cite un exemple dans ma leçon du 22 décembre 1923.

Maurice, à 2 ans 10 mois, est atteint d'une scarlatine Le troisième jour, apparaît une otite suppurée double. qui est même une synovite suppurée du poignet ; le pus, contient des streptocoques. A l'auscultation du cœur, on trouve un premier bruit mitral, sourd, prolongé, puis un léger souffle systolique. Les urines sont rares, contiennent 0 gr. 80 d'albumine par litre, sans leucocytes, ni cylindres.

L'enfant meurt le onzième jour. A l'autopsie on trouve des petites granulations sur la valvule mitrale pas reins gros et congestionnés.

***

Revenons à Pierre. Il m'a paru intéressant d'exposer son histoire à cause des enseignements qu'elle comporte.

Il est atteint d'une scarlatine régulière.

Le cinquième jour de la maladie, il présente des arthralgies, puis une endocardite mitrale simple, discrète ; il s'agit d'un rhumatisme scarlatineux et d'une endocardite scarlatineuse.

Ces deux manifestations paraissent bien être attribuables au virus de la scarlatine. Ce ne sont pas des complications, mais des manifestations de la scarlatine, de même que les arthropathies et les cardiopathies de la maladie de Bouillaud sont des manifestations et non des complications de cette maladie.

Le dix-neuvième jour, Pierre a de la fièvre et une adénite sous-angulo-maxillaire, sans véritable angine.

Le vingtième jour, débute une néphrite hématurique.

On peut discuter l'étiologie de ces manifestations. Il peut s'agir, soit d'une infection secondaire, soit d'une reprise de l'activité du virus scarlatineux. Il est difficile de préciser, mais la seconde hypothèse ne doit pas être éliminée, car elle a, en sa faveur, des arguments sérieux.

Suivant l'interprétation choisie, il s'agit soit de complications, soit de manifestations de la scarlatine.

Il est intéressant, d'autre part, de noter qu'au bout de quarante jours les signes de l'endocardite sont à peu près nuls, que cette affection semble près de guérir cliniquement, que les symptômes de la néphrite ont disparu vingt-trois jours après son début et que cette affection est cliniquement guérie.

Naturellement, nous devons nous montrer réservés pour l'avenir. Mais d'autres observations établissent la réalité de la guérison des endocardites et des néphrites de la scarlatine.

CLINIQUE CHIRURGICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Polyclinique du lundi : M. le Professeur Ombrédanne

Abcès du sein du nouveau-né

Ce bébé de 25 jours, nous est apporté pour tuméfaction rouge et chaude du sein droit ; du côté gauche le sein semble aussi congestionné. La tumeur est douloureuse, sa palpation arrache des cris au bébé. C'est l'abcès du sein des nouveau-nés. Il s'agit là d'une galactophorite. Dans les premiers jours qui suivent la naissance, on peut observer chez les bébés des deux sexes, la tuméfaction de la glande mammaire, qui devient rouge. A ce moment, on peut en pressant la glande en faire sortir une sécrétion analogue à du lait ; c'est ce qu'on appelle le lait de sorcière.

A cette congestion de la glande peut s'ajouter un processus d'infection. Est-ce grave ?

Non ; très souvent, on obtient la guérison tout simplement par l'injection d'un vaccin polyvalent.

Les poussées congestives de la glande mammaire s'observent : chez le nouveau-né, à la puberté, et chez la femme en lactation. Dans les deux sexes à la puberté, on peut observer au niveau du mamelon une vive sensibilité ; il s'érige au simple contact des vêtements. Ces phénomènes durent un an ou dix-huit mois et encore ne sont-ils qu'intermittents. Jamais ces poussées congestives n'aboutissent à la formation d'un abcès.

La galactophorite suppurée est l'apanage de la femme qui allaite, ou du nouveau-né.

PARALYSIE GÉNÉRALE ET TABES

Par le Docteur Yvonne BURDIN

Ancienne interne des Asiles de la Seine

Nos collègues de l'Ecole de médecine de Michigan, Udo-s.-Wile, Duncan O. Poth, et Burton F. Barney se proposent de rechercher, dans un article du *Journal of the American Medical Association*, l'âge où s'observent le plus fréquemment la paralysie générale et le tabes.

Alors qu'il est classique, en Europe tout au moins, de considérer la méningo-encéphalite diffuse comme exceptionnelle avant 30 ans, les auteurs ont été frappés par le grand nombre de paralytiques généraux et tabétiques jeunes soignés à la clinique de Ann Harbor.

Ils se sont attachés — dans une étude portant sur huit années (1925-1933) —à réunir en vue de comparaison un grand nombre de cas de ces deux affections, soit 436 cas de paralysie générale, 378 de tabes.

Sans tenir compte des formes dites « juvéniles », ils constatèrent que 18 % des paralystiques étaient âgés de moins de 30 ans. Chez les tabétiques, le pourcentage s'élevait seulement à 5,5 %.

Quoique fort intéressante, cette constatation n'est pas absolument neuve. Kirshbaum et Petersen ont exposé déjà de longues études sur la neuro-syphilis des jeunes, non hérédo-spécifiques.

Mais les auteurs s'élèvent contre certaines conclusions de ceux-ci relatives à la fréquence, la durée d'incubation, les facteurs prédisposants, l'action du traitement, l'influence de l'âge sur le degré d'affaiblissement psychique. Et, dans divers chapitres que nous analyserons plus loin, ils énumèrent les faits précis sur lesquels sont basées leurs conclusions personnelles.

Auparavant, et pour rendre plus claire cette exposition des faits, nous admettrons la distinction que font les auteurs : 1° le groupe des jeunes i. e. des moins de 30 ans. 2° Le groupe des vieux, si l'on peut appeler ainsi les malades ayant dépassé 30 ans. Pour chacun de ces groupes sont étudiés les éléments cités plus haut.

Sexe et âge

La table adjointe à l'article montre que, dans les deux sexes, l'âge habituel de la paralysie générale varie entre 30 et 50 ans ; celui du tabes entre 40 et 60.

Cependant (et ce point est particulièrement souligné) de nombreux cas ont été observés avant 30 ans : 18 % dans la statistique de Ann Harbor, 6 % seulement à Saint-Peters State Hospital (Petersen).

La paralysie générale, surtout, se verrait chez les jeunes : trois fois plus que le tabes qui, au contraire, domine après 50 ans (deux fois plus).

Quant au sexe, c'est dans tous les cas le sexe mâle le plus atteint : près de cinq hommes pour une femme dans la paralysie générale, quatre pour une dans le tabes.

La proportion est cependant moitié moindre chez les jeunes. Et à mesure qu'on remonte vers les plus jeunes malades connus, on trouve de plus en plus de femmes. Le seul cas de tabes survenu avant 22 ans fut en effet observé chez une femme, de même que toutes les paralysies générales avant 20 ans.

Chose curieuse (et Petersen l'avait déjà observé) la paralysie générale, plus que le tabes, atteint les femmes et de préférence les femmes jeunes. Le sexe apparaît donc, dans la jeunesse, comme un important facteur prédisposant.

Profession. Nationalité

Les notions de profession, nationalité et race peuvent avoir une part dans la détermination des troubles neuro-syphilitiques.

Pour les auteurs, le facteur profession a la même valeur dans le tabes et la paralysie générale ; aussi l'étudient-ils simultanément.

Les syphiligraphes et psychiatres sont d'accord pour considérer la paralysie générale comme atteignant électivement les classes intellectuelle. Or ce qui frappe, dans cette étude, est que la majorité des cas observés frappent des travailleurs manuels. En effet, seuls 4,5 % des paralytiques, 3 % des tabès sont des intellectuels.

Il ressortirait donc, de ce fait, que l'intellectualité ne joue pas un rôle important dans l'apparition de la neuro-syphilis.

Mac Kinlay, dans un article paru en février 1929, est du même avis.

Quant à la nationalité, elle jouerait un rôle variable selon l'âge. Considérant en groupe tous les étrangers soignés à la clinique médicale de Michigan, on trouve un nombre de tabes supérieur à celui des nationaux. Il frappe de préférence les jeunes, dans la proportion de 28,5 %. D'autre part, l'étude de l'origine respective de chacun de ces étrangers permet de constater que les races latines (Grecs et Italiens) représentent le tiers des paralytiqnes généraux, le septieme seulement des tabétiques.

Bref, dans l'ensemble, que la susceptibilité médullaire est plus marquée chez les étrangers

Age de l'infection syphilitique

L'affaiblissement psychique du paralytique général ne permet pas, au premier examen, de préciser l'histoire de la maladie. Et, là où des renseignements ont pu être fournis par un tiers, l'infection était le plus souvent passée inaperçue ou niée par le malade.

Dans le tabes, où l'intégrité psychique est plus fréquente, on peut presque toujours être mieux renseigné. Un tableau joint à l'article montre que chez les « vieux » malades, la neuro-syphilis est — dans la moitié des cas environ — une manifestation précoce (tabes surtout dans la proportion de 55 %). Le laps de temps séparant la contamination et l'apparition des troubles est en moyenne de seize ans dans le tabes, quinze dans la maladie de Bayle.

Exceptionnellement ce temps de latence se trouve réduit au tiers : il s'agit alors d'une syphilis particulièrement virulente dont il ne peut être fait état dans les statistiques.

Mais, chez les jeunes, la question est très différente, et c'est sur ce point moins connu qu'insistent les auteurs : La période qu'on pourrait appeler « d'incubation » est en moyenne de cinq ans pour la paralysie générale, six pour le tabes, soit trois fois moins longue que dans le groupe sus-mentionné.

On peut voir — mais rarement — des cas où l'évolution est plus rapide encore, et les auteurs relatent en détail l'observation de deux malades intéressants à ce point de vue. Nous les résumons brièvement :

Premier cas. — Homme jeune, traité dès l'apparition du chancre par six injections de novarsénobenzol. Il reste quelques mois sans traitement, puis vient consulter à la clinique six mois plus tard. A ce moment, l'examen et la ponction lombaire affirment le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse. Il est gardé en traitement pendant plus de dix mois, mais sans qu'aucune amélioration ne soit constatée dans aucun domaine. La mort survient dans les deux ans.

Deuxième cas. — Le malade, très jeune, consulte pour gène à la marche et engourdissement dans les jambes. La syphilis remonte à deux ans. A l'examen, ataxie typique et abolition totale des réflexes aux membres inférieurs. Par ailleurs, le Wassermann est positif dans le sang et le liquide spinal présente les modifications classiques.

Déjà traité par l'iodure et des frictions mercurielles, on l'impalude en pratiquant simultanément le traitement As et Bi. Au dernier examen, il était très amélioré subjectivement : à peine subsistait-il quelques douleurs dans les jambes. Mais il existe un contraste curieux entre le liquide spinal parfaitement normal et la persistance de signes tels que : Argyll, Romberg, abolition des réflexes aux membres inférieurs, et, surtout, une précoce atrophie optique qui assombrit le pronostic.

En conclusion la paralysie générale apparaît plus précocement que le tabes, tant par rapport à la date de contamination que par rapport à l'âge du malade.

Traitement antérieur

Le traitement prévient-il l'apparition de la neuro-syphilis ?

Les auteurs ont étudié, de ce point de vue, un grand nombre de malades, notant avec soin : la date de contamination, les modalités et l'époque du traitement. Ils ont constaté (d'accord en cela avec Moore et les Corporative clinical studies) que la protection apportée par un traitement adéquat et fait à temps est réelle. En effet, sur 160 paralytiques généraux et 196 tabes, seuls six malades avaient été traités d'une façon complète ; les autres n'ayant reçu qu'un traitement irrégulier, insuffisant ou... nul.

Pour Caldewell cet auteur, le pronostic de la maladie de Bayle est meilleur chez les jeunes. Cependant, et Kirshbaum avait déjà beaucoup insisté sur ce point, la désintégration psychique est nettement plus précoce et plus profonde avant 30 ans. Dans plus de la moitié des cas, on note très tôt de la dysarthrie, de la désorientation, une euphorie, remplacée parfois par de l'irritabilité.

Kirshbaum explique cette atteinte précoce et violente par une fragilité constitutionnelle du système nerveux.

Il accuse, d'autre part, l'imprégnation alcoolique d'être un puissant agent sensibilisateur. Mais, sur ce point, les auteurs sont en désaccord avec lui; ils font remarquer (argument est fragile) que la période pendant laquelle ils ont observé le plus grand nombre de leurs malades était celle de la prohibition...

Ainsi la neuro-syphilis ne serait pas plus fréquente chez les alcooliques.

En résumé, les auteurs adoptent les conclusions suivantes qui éclairent certains points mal connus de ces deux complications de la neurosyphilis : la paralysie générale et le tabes.

1° Par rapport à la date de contamination, la paralysie générale est plus précoce que le tabes.

2° Les femmes sont prédisposées à la paralysie générale, beaucoup plus qu'au tabes.

3° Les quatre seuls cas de méningo-encéphalite diffuse observés avant 20 ans, l'ont été chez des femmes.

4° Les professions libérales et le degré de développement intellectuel n'ont aucun rôle prédisposant.

5° Le tabes apparaît plus souvent que la paralysie générale chez les étrangers observés à la clinique de l'université de Michigan.

6° La paralysie générale, dans l'ensemble des cas, se développe plus tôt que le tabes.

7° L'insuffisance ou le mauvais choix du traitement joue un rôle prépondérant dans le développement ultérieur de la neuro-syphilis.

8° Enfin, chez les malades de moins de 30 ans, la maladie de Bayle apparaît comme plus grave que le tabes.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

I

Urines sanglantes ou roses. Urines purulentes, et moyens d'exploration urologique

D'après les travaux du Professeur G. MARION (1) et ceux du Docteur GUILLAUD-VALLÉE (2)

LES MOYENS D'EXPLORATION POUR ARRIVER AU DIAGNOSTIC DES LÉSIONS

Remarques préliminaires. — « Pour interpréter les résultats, fournis par ces explorations *il faut tenir le plus grand compte des symptômes cliniques*, que présentent les malades, symptômes qui orienteront les hypothèses et les diagnostics dans un sens ou dans l'autre, et justifieront l'emploi de telle ou telle méthode d'exploration, qu'on ne doit pas employer sans raison, et sans idée préconçue, comme on le fait trop souvent » (Marion).

Cystoscopie

Elle consiste dans l'éclairage de la vessie au moyen de la lumière électrique. Ce moyen d'exploration précieux, familier à tout spécialiste des voies urinaires, ne doit pas rester étranger au médecin praticien, qui désire faire un peu d'urologie. Cependant, s'il n'est pas difficile en général, sauf chez les prostatiques, d'introduire un cystoscope dans une vessie, seule une grande expérience permettra de reconnaître au premier coup d'œil diverses lésions vésicales et de les rapporter à leur véritable cause. Il existe deux sortes de cystoscopie : 1° à vision directe ; 2° à vision en milieu liquide.

On n'oubliera pas quelques contre-indications à cette méthode : cystite très aiguë, surtout blennorragique ; très mauvaise capacité vésicale (au-dessous de 40 à 50 grammes) ; mauvais état du canal (urétrite aiguë, méat étroit, rétrécissements, grosse hypertrophie de la prostate).

Division des urines

C'est une exploration capitale, qui nous montre la déficience rénale, ne résultant pas d'une distension du rein : elle traduit une diminution de valeur fonctionnelle, qui est absolument capitale pour le diagnostic de l'affection. D'autre part, elle nous indique le rein malade, en même temps que l'intensité de ses lésions ; elle nous fait savoir, enfin, chose essentielle, si le rein opposé est sain ou s'il ne l'est pas.

L'opération consiste à introduire une sonde dans les deux uretères, ou dans un uretère en recueillant les urines de l'autre rein par une sonde vésicale. C'est la meilleure méthode de séparation des urines, celle qui donne les résultats les plus certains ; mais elle nécessite une grande connaissance des instruments, et une bonne expérience urologique, car elle est impossible dans certains cas : vessie trop petite, orifices urétéraux impossibles à voir, impossibilité de pénétration dans les uretères. Enfin ses résultats ne sont pas toujours commodes à interpréter : évacuation incomplète de l'urine de chaque rein, troubles passagers apportés à la fonction rénale par l'opération elle-même, etc...

En cas d'impossibilité, on se renseignera sur les probabilités de lésions unilatérales ou bilatérales par *l'appréciation de la valeur globale des reins*. Si la constante, l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine sont franchement mauvaises, il est inutile d'insister ; il faut considérer le malade comme ayant une tuberculose rénale bilatérale. Si, au contraire : constante, élimination de phénol-sulfone-phtaléine sont bonnes, on pourra espérer que l'un des reins est sain, et, dans ces cas, il faudra essayer d'améliorer la vessie, renouveler les tentatives de division ou enfin recourir à l'urographie.

Urographie

Elle consiste à injecter dans le sang une substance à base d'iode, qui, s'éliminant par l'urine, lui donne une opacité suffisante, pour qu'elle puisse apparaître sur les radiographies. Cependant, la façon, dont s'éliminent les liquides ainsi injectés dans le sang, ne peut nous renseigner sur la valeur fonctionnelle des reins, ainsi qu'à un certain moment on a voulu le croire, mais à tort.

Par contre, l'urographie peut nous faire constater une anomalie de l'appareil urinaire, que la pyélographie n'aurait pas démontrée, parceque, en particulier, la sonde par laquelle on introduit

(1) Prof. G. MARION. — De l'emploi des méthodes d'exploration urologique dans quelques grands syndromes urinaires (*Journ. des Praticiens*, 14 décembre 1935.)

(2) Dr F. GUILLAUD-VALLÉE. — A propos d'un cas d'urines rosées. (*Soc. de médecine de la Vienne*, 14 juin 1935.)

le liquide aurait dépassé un croisement d'uretère surnuméraire, qui ne serait pas trouvé injecté, lors de la poussée du liquide.

En générale, il faut lui préférer la pyélographie, à moins que celle-ci ne soit impossible.

Pyélographie

C'est la méthode, qui injecte dans le rein par une sonde urétérale un liquide opaque. Elle nous donne des images plus nettes, plus complètes que l'urographie ; on comprend, en effet, que certaines poches rénales puissent ne pas apparaître avec l'urographie, parce que l'urine arrivant dans le bassinet et s'éliminant immédiatement ne le distend pas. Et même, dans certains cas où les reins sont parfaits, le bassinet n'apparaît pas, tant est rapide l'élimination de l'urine opaque ; de sorte que, si l'on veut avoir des précisions très exactes sur la forme, le volume, etc., du bassinet et des reins, c'est à la pyélographie qu'il faut recourir : elle seule donne des images nettes et complètes par la réplétion des poches, grâce à la pression, par le liquide injecté.

Radiographie

En dehors des épreuves précédentes, qu'elle vient compléter, la radiographie révélera la présence d'un calcul, ou encore, dans certaines pyélo-néphrites chroniques, une dilatation du bassinet, du rein, une hydronéphrose.

***

LES DIFFÉRENTES LÉSIONS DÉCELÉES PAR DES URINES SANGLANTES OU PURULENTES

Urines sanglantes ou urines roses

Le premier point à élucider c'est la question des *urines roses*, car, malgré leurs apparences qui peuvent impressionner, le cas n'est pas grave, attendu qu'il s'agit d'une réaction chimique, qui se produit parfois après l'émission sous l'influence de certains médicaments qu'avait pu absorber le patient : phénol-phtaléine, pyramidon, rhubarbe, acide phénique, etc...

Voici une observation probante, communiquée par le Docteur Guillaud-Vallée :

« Mme T..., âgée de 64 ans, présente depuis plusieurs mois des signes de néphrite chronique. Son médecin lui ayant demandé de recueillir soigneusement ses urines pendant quelques jours, elle a pris l'habitude, depuis le début de l'année, d'en mesurer exactement le volume toutes les vingt-quatre heures. Grand a été son étonnement, la semaine dernière, quand elle a constaté, à son réveil, que son bocal contenait des *urines roses*. Elle en a prélevé un échantillon et me l'a apporté, pensant que cette coloration anormale était l'indice d'une grave lésion rénale.

« La couleur des urines ressemble à celle du sirop de groseille fortement additionné d'eau. Cette particularité m'a permis de penser qu'il ne s'agissait pas d'une urine hématurique ou hémoglobinurique, mais bien d'une réaction chimique. Toute supercherie pouvait être écartée, puisque la malade reconnaissait que les urines étaient normales à l'émission ; pour cette même raison, on ne pouvait songer à l'action d'un médicament, type pyramidon par exemple.

« J'avoue que mon embarras eût été grand, si je n'avais lu, la veille, le compte rendu d'une communication d'un confrère de Limoges sur le même cas. Dans l'observation rapportée, il s'agissait d'une malade qui, après avoir absorbé du Loraga, avait présenté des *urines rouges* ; l'auteur accusait la phénolphtaléine, que contient ce laxatif dans la proportion de 1,36 pour cent, d'avoir coloré les urines en présence d'une « quantité extraordinaire de phosphates alcalins et alcalino-terreux ».

« Malheureusement, ma malade n'avait pas pris de Loraga ; je finis par savoir qu'elle prenait le soir un comprimé de Mucinum. La littérature de cette spécialité m'apprit que chaque comprimé contenait 0,075 pour cent de phénolphtaléine : l'explication était trouvée !

« Ces urines roses sont, elles aussi, franchement alcalines et il suffit d'y verser quelques gouttes d'acide acétique pour qu'elles reprennent leur aspect normal. Par conséquent, seul, un abaissement marqué de l'acidité urinaire est responsable de ce changement de coloration en pré-présence de phénolphtaléine. Tout se passe donc comme au cours de l'épreuve d'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine. « Si la réaction chimique sur laquelle repose cette méthode colorimétrique est bien connue, je ne crois pas que celle que je vous présente et que je qualifierai de spontanée ait été fréquemment observée. »

Il faut mentionner encore les *urines rouges : fébriles, ou urobilinuriques, ou hémoglobinuriques*, qui pourraient imposer pour des urines contenant du sang ; la recherche des globules rouges par l'examen microscopique permettra de faire le diagnostic. A peine est-il besoin de rappeler que, chez les femmes, une erreur paraîtrait possible par le sang des règles mélangées aux urines.

Comment savoir à présent si l'*hématurie* est d'origine rénale ? Au cours de l'expérience des trois verres, la possibilité d'un calcul vésical étant éliminée, le sang passera dans le deuxième verre, celui du premier verre signifiant une lésion urétrale ou prostatique, celui du troisième verre indiquant une cystite, une prostatite ou un néoplasme vésical ; cependant l'héma-

turie rénale est généralement totale, les urines étant colorées également d'un bout à l'autre.

Bref, l'hématurie se caractérise par l'émission d'urine sanglante, quelquefois avec caillots. La constation de caillots vermiformes juge également l'origine de l'hématurie. Lorsqu'un seul rein saigne, — dans un intervalle de sang assez court, une journée par exemple, on peut voir alternativement le malade émettre des urines limpides et des urines sanglantes ; cela parce qu'un caillot peut oblitérer l'uretère du rein qui saigne.

D'autre part, lorsqu'un malade consulte pour une *hématurie d'apparence rénale*, il faut d'abord savoir si elle s'accompagne ou non, de pus, et pour cela pratiquer l'*examen des urines*.

Une *hématurie sans pus* peut être causée par une tumeur, un calcul, une hydronéphrose, un rein polykystique, une néphrite hématurique, une néphrite aiguë ou un infarctus rénal.

Disons aussitôt que pour l'hématurie des néphrites aiguës, les explorations n'ont pas leur raison d'être, car le syndrome se caractérise suffisamment par lui-même, par suite des conditions, dans lesquelles il se présente, (angine, scarlatine, etc.).

Quand un malade est vu en période d'hématurie, pratiquer d'emblée une cystoscopie, afin d'obtenir une notion capitale au point de vue diagnostic : *savoir le rein qui saigne*. Ceci fait, si cet organe est gros, ou si le sujet a souffert, pratiquer avant tout une radiographie.

Un examen radiographique éliminera le calcul, auquel il faut toujours penser : d'abord quand l'hématurie est provoquée par la marche, la fatigue, les secousses, mais également en présence d'une hématurie aussi persistante et aussi abondante que celle du néoplasme.

S'il n'y a pas de calcul, faire une division d'urines, et en même temps une pyélographie du côté qui saigne. Cependant celle-ci ne sera pratiquée que lorsque le malade sera resté quelques jours sans avoir de sang, afin d'éviter des modifications de l'image pyélographique du fait de caillots, qui seraient restés dans le bassinet ou les calices.

Si l'on ne possède *aucune notion sur le rein qui saigne*, on fait une pyélographie double et en même temps une *division d'urines*.

Au cas de tumeur, il existera une déficience totale du rein, qui a saigné. Dans l'hydronéphrose, la diminution de valeur du rein n'existera que si celle-ci est déjà assez importante, et alors il y aura diminution de la concentration uréique, mais le débit urinaire pourra se trouver très augmenté par l'évacuation d'une poche rénale. Dans le rein polykystique, au début tout au moins, il n'existe pas de déficience pour l'urée, les chlorures, mais la phénol-sulfone-phtaléine s'élimine mal. Enfin la néphrite hématurique et l'infarctus, ne provoquent pas de modifications de la valeur fonctionnelle du rein, à moins d'un infarctus considérable.

Quant à la *pyélographie* elle donne des résultats extrêmement précieux au cas de tumeur. Tantôt elle montre une amputation des calices ; tantôt ce sont des modifications considérables de la forme du rein, des calices, avec suppression de la plupart d'entre eux. L'hydronéphrose se reconnaîtra soit par la modification de forme du bassinet (bombement de la partie supéro-interne de sa paroi), soit par sa distension considérable, qui atteint même les calices ou le rein dans les cas plus avancés. Le rein polykystique donne un allongement plus ou moins considérable des calices. Aucun renseignement pour la néphrite hématurique ; on devra suivre l'évolution de cette affection, pour surveiller l'apparition possible de pus (tuberculose).

Urines purulentes

Ce sont avant tout des urines troubles ; aussi faut-il éliminer les troubles dus aux phosphates (quelques gouttes d'acide acétique rétablissent la limpidité), ou bien aux urates (nuages disparaissant par la chaleur).

Quant à l'origine rénale, elle est démontrée parce que le pus est uniformément réparti dans l'urine, et non à la fin de miction (prostate ou vessie) ; enfin parce qu'il forme au fond du vase un dépôt abondant de plusieurs centimètres de hauteur. Dans certains cas, la pyurie se caractérise également par la présence de glaires collant au fond du vase. Mais alors il s'agit (d'urines alcalines, tandis que les urines des tuberculoses rénales sont toujours acides.

Il faut, en effet, penser à la tuberculose, si un malade attire l'attention par la pyurie. Toutefois celle-ci peut exister aussi par pyélonéphrite, par pyonéphrose, calcul ou tumeurs.

La situation est d'ailleurs la même, lorsque une hématurie accompagne la pyurie. L'examen bactériologique des urines permettra d'y découvrir peut-être des bacilles de Koch. La cystoscopie pourra révéler des lésions nettement tuberculeuses dans la vessie ; la division des urines montrera une diminution de la valeur du rein pyurique, sans qu'il existe de dilatation de ce rein. C'est enfin par la pyélographie, qui démontrera la présence d'ulcérations ou de cavernes, que l'on arrivera, dans le doute, à faire le diagnostic de tuberculose dans ces cas.

Mais, s'il subsiste une hésitation, on aura recours à la *sédimentation*, le sang des malades tuberculeux sédimentant d'une façon extrêmement rapide, en moins de soixante minutes, tandis que le sang de sujets non tuberculeux sédimente en deux heures environ. On utilisera

aussi les *inoculations* au cobaye ; on répétera les examens d'urines.

L'existence d'une tuberculose rénale n'ayant pas été révélée, on envisagera aussitôt le calcul et une radiographie qui démontrera très souvent qu'une pyurie, non douloureuse mais tenace, avait pour cause précisément une lithiase rénale.

Si maintenant la radiographie ne démontre pas le calcul, il faudra envisager la possiblité d'une pyélonéphrite hématurique ; en ce cas l'examen des urines démontrera une infection banale, et la division d'urines établira qu'il existe un fonctionnement égal des deux reins, à moins qu'il ne s'agisse d'une hydropyonéphrose.

Dans le cas de *tumeur avec pyurie,* c'est la *pyélographie* qui permettra de l'affirmer en faisant constater, soit des amputations de calices, soit des déformations du bassinet et des calices.

Quant à *l'hydronéphrose,* elle sera décelée par la *pyélographie,* qu'il faudra pratiquer en position vésicale, afin d'en sitner en même temps sa cause dans un rein mobile. Ensuite on observera, soit simplement une modification de la forme du bassinet (si l'hydronéphrose est encore de petit volume), soit une dilatation plus ou moins considérable du rein.

***

En terminant l'attention des praticiens doit être appelée sur les erreurs, auxquelles peuvent conduire toutes ces explorations, qui cependant semblent apporter de grandes précisions à nos diagnostics. Ausii ne faut-il les considérer que comme des informations supplémentaires aux données de la clinique.

G. FISCHER.

II

DANS QUELLES PROPORTIONS LA SYPHILIS PRÉDISPOSE AU CANCER

Au cours d'une précédente étude, faite d'après les travaux du Docteur Touraine, nous avons rappelé que l'on retrouvait la syphilis dans les deux tiers ou les trois quarts des cas, si on la recherchait avec soin : toujours une syphilis ancienne, mal ou non soignée.

De ces considérations, nous devons rapprocher les conclusions, auxquelles est arrivé le Docteur G. JOUBERT (de Niort) au cours d'un travail d'enquête très consciencieux, effectué dans le département des Deux-Sèvres :

« En résumé, dit cet auteur, *rien ne permet d'établir, dans les Deux-Sèvres, un lien de causalité entre la syphilis et le cancer.* Les facteurs provocateurs essentiels de celui-ci sont inconnus, mais celle-là ne doit jouer qu'un rôle très effacé. L'enquête a besoin d'être complétée ; il serait surprenant qu'elle aboutit à une solution finale très différente.

« Cette conclusion « locale » peut-elle être généralisée ? Pour répondre, il faudrait plus de compétence et de documents. Il n'est pas question de dénier à la syphilis tout pouvoir d'appeler le cancer, particulièrement sur certains organes. Mais je ne serais pas surpris si d'autres enquêtes régionales ramenaient à de modestes proportions la thèse de la syphilis cancérigène, malgré son aspect imposant. »

Aussi intéressantes sont les idées développées dans la lettre ci-dessous, qu'il nous adresse :

G. F.

J'ai lu avec intérêt votre article du 13 décembre 1935 (Pour éviter le cancer, *Concours Médical*), où vous semblez admettre comme indiscutable l'action prépondérante de la syphilis dans la genèse du cancer. Je reconnais que les arguments de Touraine sont impressionnants et de nature à forcer la conviction en l'absence de l'épreuve contradictoire. Je suis convaincu que c'est un édifice très fragile. Je n'ai pu passer au crible toute l'enquête. Tout au moins d'emblée, elle est passible de reproches. Il est manifeste qu'elle repose sur certaines prémisses fausses dont, tout au moins, la sous-estimation de la mortalité générale par cancer, l'âge des grands ravages du cancer qui n'est pas de 45 à 60, mais au delà de 60 ans. Je soupçonne les statistiques d'avoir été dressées en milieux fortement syphilisés : d'où beaucoup de syphilitiques parmi les cancéreux. Elle aboutit à des conclusions absurdes, auxquelles l'auteur n'a pas pris garde. Si l'on rapproche d'une part le taux, admis par Touraine, des cancéreux syphilitiques, d'autre part, les tables de mortalité générale les plus dignes de foi, il y aurait sur 100 décès de 25 à 35 syphilitiques. L'admettrez-vous ? Moi, pas.

Je crois que l'enquête est à reprendre sur d'autres bases. Nourri dans l'opinion du rôle cancérigène important de la syphilis, la pratique m'en a fait revenir. J'ai l'heur d'exercer dans une région où le problème se présente avec une simplicité relative, sans incidence de facteurs embrouillés : département agricole, syphilis peu fréquente ; statistique des causes de décès d'une exactitude imparfaite encore, mais sans doute unique en France.

Cela m'a permis l'étude que j'ai faite dans les *Annales de l'hôpital-hospice de Niort,* (nº 2, p. 14). Elle me paraît infirmer la thèse de Touraine. Si vous me faites l'honneur de la lire, peut-être admettrez-vous ou que cette thèse est chancelante, ou que les Deux-Sèvres se comportent d'une façon tout à fait originale. En tout cas, je crois que la solution du problème appartient à de telles enquêtes locales....

P. S. — Depuis mon article, j'ai poursuivi mes examens sérologiques, qui portent maintenant sur 93 cas de cancers avérés (autopsies, biopsies ou opérations) avec moins de 5,4 % de Hecht positifs (et pourtant le Hecht est réputé trop sensible). (*Précédemment, l'auteur avait relevé la proportion de* 8 %). Nous voilà loin du 40 % dont parle Touraine.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'hystéroscopie et le diagnostic des lésions intra-utérines.

M. Edouard Durand fait une étude très complète de cette question. L'appareillage actuel nous permet, dit-il, une bonne vision de la muqueuse utérine sans danger pour la malade ; on conçoit donc facilement tous les services que peut rendre aux malades une bonne utilisation de la méthode.

Facilité pour le médecin qui pourra trancher le diagnostic et classer la métrorragie dans le cadre nosologique des néoplasmes du corps utérin, des métrites, des polypes intra-utérins, au besoin après biopsie et analyse anatomo-pathologique.

Facilité pour le traitement puisque le diagnostic précis pose de lui-même les indications opératoires et que le traitement pourrait être effectué grâce à l'appareil.

La possibilité de poser un diagnostic ferme grâce à l'hystéroscope rendra donc de grands services aux malades ; elle permettra de poser les indications opératoires et même de traiter directement la muqueuse utérine sans être contraint de recourir aux exérèses larges, aux hystérectomies comme on est encore obligé de le faire actuellement.

Diagnostic précis, indication opératoire précise, sont des possibilités de l'hystéroscopie non encore réalisées actuellement ; le difficile de la méthode n'est pas la technique, mais l'interprétation des images. (*Rev. Méd. de l'Est*, 15 septembre 1935.)

Les facteurs étiologiques de l'énurésie infantile.

MM. E. Lesné, J.-A. Lièvre et Mme J.-A. Lièvre tirent de leur étude des déductions pathogéniques et thérapeutiques. Ils pensent que l'énurésie, probablement indépendante de toute lésion grossière , est un trouble fonctionnel qui trouve son origine dans un désordre physiologique. Sans doute, à l'état de veille, l'évacuation vésicale se fait correctement ; la miction involontaire elle-même a l'aspect d'une miction normale. Mais si le réflexe mictionnel ou la miction une fois déclenchés s'effectuent bien, il ne s'en suit pas qu'ils ne puissent être mis en jeu de façon pathologique, si un trouble porte sur la sensibilité ou la réflectivité vésico-urétrale.

Déjà André Léri avait noté que, chez beaucoup d'énurétiques, la miction diurne était impérieuse, ce que les auteurs ont vérifié nombre de fois. Or, la miction impérieuse répond ici au retard du besoin d'uriner (celui-ci devrait être provoqué par la réplétion vésicale) et à la pénétration de l'urine dans l'urètre déterminant à la fois la sensation de miction en cours et l'incoercibilité de celle-ci.

On comprend aisément que la réduction de la réplétion vésicale par la suppression plus ou moins complète des liquides en fin de journée empêche le trouble de se déclencher. Quant à la correction du pH urinaire, il n'est pas impossible qu'elle permette un fonctionnement normal de la sensibilité vésicale ou du réflexe d'occlusion sphinctérienne : la muqueuse vésico-urétrale est sensible à la qualité des liquides mis à son contact. Tout se passe donc comme si l'énurésie était liée à un trouble d'ordre fonctionnel portant sur la sensibilité ou sur la réflectivité vésico-urétrale.

Enfin, on a maintes fois constaté que, lorsque le trouble a été corrigé pendant un certain laps de temps, il y a souvent une amélioration persistante ou définitive en dépit du retour aux conditions physiologiques antérieures. Il y a donc eu rééducation et c'est là ce qui explique que des tentatives méthodiques, pédagogiques, puissent être suivies du succès. Mais on pense volontiers qu'un tel entraînement n'est point seulement psychique, mais bien vésico-urétral. (*La Presse Médicale*, 20 novembre 1935.)

Effets de l'analgésie obstétricale par barbituriques sur la contraction utérine et sur le fœtus.

Le Docteur H. Vignes et J. Chatain se demandent si l'emploi des barbituriques est sans inconvénient sur la bonne marche de l'accouchement : contractions utérines, rétraction utérine et délivrance, état général de la mère, santé de l'enfant. Au total, des milliers d'anesthésies obstétricales ont été réalisées grâce aux divers barbituriques associés ou non à la morphine, à la scopolamine, au protoxyde, au chloroforme, etc... La plupart des opinions sont favorables à la méthode, mais il reste quelques notes discordantes. Il faut toutefois se méfier d'un excès d'enthousiasme, qui fait passer sur certains défauts.

En ce qui concerne l'effet sur les contractions, il semble bien que l'on puisse conclure à l'innocuité de ces produits, voire même à leurs avan-

tages. Il est même intéressant de remarquer avec Tritsch et Brown que « la durée du travail est d'autant plus courte que le degré de l'analgésie et de l'amnésie est plus grand ».

En ce qui concerne la santé de la mère, il n'y aurait rien à reprocher aux dérivés de la malonylurée, si surprenant que cela puisse paraître avec les doses employées.

En ce qui concerne le but que l'on se propose en les employant, il faut bien reconnaître que l'on réalise l'inconscience et le demi-coma plus que la suppression de la douleur et il faut mettre en balance les inconvénients très marqués de l'agitation.

Enfin, il convient de signaler le grand nombre d'enfants, très narcotisés, nés en état de mort apparente. Si dans la très grande majorité des cas, tout finit par s'arranger, il n'en est pas moins vrai que la méthode doit être rendue responsable d'un certain nombre de morts « imméritées » et que ceci doit donner à réfléchir. (*La Presse Médicale,* 23 novembre 1935.)

Tuberculose et grossesse.

La conduite à tenir en présence d'une grossesse évoluant chez une tuberculeuse pose des problèmes thérapeutiques extrêmement complexes. Les auteurs tendent à considérer comme une coïncidence l'éclosion d'une poussée évolutive de tuberculose au cours de la grossesse. Ils attribuent le réveil de la tuberculose du post-partum à une cause inconnue mais liée à la disparition des hormones présentes dans la circulation maternelle durant la gestation.

M. le Professeur Emile SERGENT et R. MORICARD considèrent que ces modifications humorales ne doivent pas faire rejeter les notions bien établies qui ont démontré l'importance des facteurs mécaniques dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire du post-partum. Dans une observation qu'ils rapportent, une notion paraît importante à retenir. Malgré le repos absolu, ils ont constaté une modification des signes physiques caractérisée par l'apparition de craquements au sommet droit. Dans l'évolution de la tuberculose, il est désormais admis que la grossesse est un facteur d'aggravation. L'évolution simultanée d'une tuberculose et d'une grossesse n'est pas une coïncidence, mais un réveil de la tuberculose déterminé par l'évolution de la grossesse. On ne doit pas oublier que, lors du développement de l'utérus, il y a ascension progressive du diaphragme, et qu'aussitôt après l'accouchement, il y a chute brusque du diaphragme. Ce déséquilibre entraîne, pour une grande part, l'éclosion de la tuberculose du post-partum. Ces troubles d'ordre mécanique paraissent fondamentaux et la notion de leur existence est démontrée par les résultats de cette collapsothérapie au cours de la grossesse ainsi que par sa suppression après l'accouchement. Si l'on peut faire intervenir également l'existence de facteurs humoraux, on ne doit pas, pour cela, rejeter ces facteurs mécaniques. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 octobre 1935.)

Considérations sur le syndrome électrique du rétrécissement mitral.

MM. Charles LAUBRY et J. FAHRMANN démontrent qu'il existe une notable proportion de rétrécissements mitraux qui ne font aucun doute au point de vue du diagnostic clinique et même radiologique, et qui cependant ne présentent à l'examen électrocardiographique aucune image caractéristique.

Dans un nombre de cas également important il existe une conjonction de signes électriques qui consistent dans une certaine altération de l'onde P, et une déviation de l'axe électrique assez constante pour étayer le syndrome, déjà fort riche, de la sténose mitrale.

Reste à savoir si cet appoint se montre d'une utilité quelconque au diagnostic. Son inconstance, la fragilité de ses données, l'existence, non seulement de chacun de ses composants, mais encore de leur réunion dans un certain nombre de cardiopathies qui n'ont rien de commun avec la sténose mitrale, sont autant de raisons qui doivent en faire douter.

Dans ces conditions, on ne saurait accorder aux deux symptômes électriques précités plus de valeur qu'ils n'en possèdent. A côté des cas litigieux, il y a les cas composites, lorsqu'un rétrécissement mitral par exemple est accompagné d'une lésion aortique, qu'on désire éclairer la signification des bruits de la pointe, et trancher le diagnostic classique entre un roulement de Flint, c'est-à-dire un bruit de galop, un souffle systolique d'insuffisance fonctionnelle, ou un rétrécissement mitral surajouté à une lésion aortique. Or les auteurs n'ont jamais vu la seule image électrique juger le différend.

En résumé, le syndrome électrique du rétrécissement mitral constitue une entité morphologique curieuse. Mais il ne lui appartient pas en propre ; il n'en est pas le compagnon fidèle et constant. Ainsi son intérêt diagnostique est diminué, il offre surtout une valeur d'appoint, et dans certaines circonstances seulement une valeur indicatrice réelle. Plus importante apparaît sa coexistence avec l'image radiologique de stase pulmonaire. (*La Presse Médicale,* 30 novembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Recherches sur les épanchements pleuraux séro-fibrineux.

(MM. NANU-MUSCEL, D. JONESCO et Mlle GEORGESCO ; pésentation par M. SERGENT ; 24-12-1935.)

Les auteurs concluent de leurs recherches que les ensemencements sur milieu de Löwenstein avec les liquides des pleurésies séro-fibrineuses, dans lesquels il est très rare de mettre en évidence la présence de bacilles de Koch, ont donné des résultats positifs dans cinq cas sur vingt et un. Les inoculations de liquide pleural ont donné trois cas positifs sur quinze.

L'ensemencement sur le milieu de Löwenstein, facile à réaliser au point de vue technique, présente l'avantage de mettre le bacille de Koch en évidence dans un temps beaucoup plus court que l'inoculation au cobaye.

Affections à « Rickettsia ».

(MM. DONATIEN et LESTOQUARD, d'Alger ; présentation par M. GUÉRIN ; 24-12-1935.)

Les *Rickettsia* causent chez l'homme certaines fièvres exanthématiques du bassin méditerranéen. L'agent de transmission est une tique, *Rhipicephalus sanguineus*.

MM. Donatien et Lestoquard ont fait connaître il y a quelques mois l'existence d'une Rickettsia pathogène du chien qu'ils ont proposé d'appeler : *Rickettsia canis*. Ce parasite détermine chez le chien une maladie grave, fébrile, avec troubles nerveux, maladie elle aussi transmise par Rhipicephalus sanguineus.

On peut se demander si *Rick. canis* n'est pas identique à *R. conori*, agent de la fièvre boutonneuse de l'homme. La démonstration de cette identité n'est pas encore faite. Un point intéressant établi par MM. Donatien et Lestoquard, est la longue persistance de R. canis dans l'organisme de l'animal guéri, conférant à cet animal la prémunition. Peut-être en est-il de même pour d'autres infections à Rickettsia, de l'homme et des animaux.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les infarctus viscéraux expérimentaux

(MM. Raymond GRÉGOIRE et Roger COUVELAIRE ; 6-11-1935.)

La pancréatite hémorragique, l'infarctus de l'intestin, l'apoplexie utéro-tubo-ovarienne, la thrombose du testicule ont toujours été considérés comme autant d'états morbides propres à chacun de ces viscères et n'offrant aucun rapport les uns avec les autres. Ceci apparaît exact quand, dans ces affections, existe une oblitération des vaisseaux nourriciers de l'organe atteint.

M. Raymond Grégoire estime qu'il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons déjà fait connaître son opinion qui rapporte un certain nombre de ces infarctus viscéraux à l'anaphylaxie, à une atteinte du système nerveux végétatif par un poison endogène ou exogène, aboutissant ainsi à une pathogénie univoque s'appliquant aux infarctus des divers organes et réunissant ceux-ci dans un même groupe Il expose aujourd'hui le résultat d'une série d'expériences toutes réalisées suivant la même technique : sensibilisation du sujet et trois semaines plus tard injection déclenchante au niveau de l'organe en expérience (pancréas, intestin, etc.). Il en est résulté un syndrome, d'une part général, d'autre part local (lésions semblables à celle de la pancréatite hémorragique, de l'infarctus intestinal, etc.).

Ainsi, la pancréatite hémorragique, l'infarctus intestinal, l'apoplexie utéro-tubaire, la thrombose testiculaire seraient, pour tout un groupe de cas, du moins, une seule et même maladie, résultante d'un choc d'intolérance du système neuro-végétatif. Une telle pathogénie conduit à une orientation nouvelle de la thérapeutique. On aura à la fois à remédier aux phénomènes de choc et à vérifier l'état de l'organe.

— M. BROCQ se demande si dans les expériences de M. Grégoire il s'agit vraiment de pancréatite hémorragique typique ou de simples suffusions hémorragiques.

— M. Maurice CHEVASSU parle de l'infarctus du testicule. Que devient la torsion du testicule, origine habituelle de cet infarctus, avec la théorie de M. Grégoire ?

— M. MONDOR remarque, par contre, que l'infarctus utérin qui succède parfois à l'injection intra-utérine d'eau savonneuse (faite dans un but abortif), trouve une explication convenable dans les phénomènes de choc.

— M. PICOT a observé un cas analogue à ceux auxquels fait allusion M. Mondor : infarctus utéro-ovarien consécutif à une injection d'eau savonneuse. Les accidents ont évolué (hémolyse, subictère, anurie) vers la mort.

— M. GRÉGOIRE répond qu'il distingue les faits d'infarctus consécutifs à des lésions vasculaires de ceux où la circulation sanguine ne paraît pas entravée. Ce sont ces derniers auxquels s'applique la notion du choc anaphylactique. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Maladie de Basedow et insuffisance cardiaque.

(MM. M. LABBÉ, P. UHRY, Sylvain BLONDIN et MÉNÉTRAL ; 15-11-1935.)

Il s'agit d'une malade basedowienne déjà traitée par radiothérapie qui, à l'occasion d'une poussée nouvelle de son affection, a présenté une insuffisance cardiaque avec tachyarythmie, rebelle à la cure de digitale : la thyroïdectomie en un temps pratiquée en pleine insuffisance cardiaque a permis la guérison de la maladie de Basedow et des troubles cardio-vasculaires.

Cette observation est une des rares qui comportent, à l'appui des constatations cliniques, des tracés électrocardiographiques antérieur et postérieur à l'intervention, permettant ainsi de juger l'extraordinaire transformation de la contractilité et de la conductibilité du muscle cardiaque.

Si les troubles du rythme cardiaque ne constituent plus depuis longtemps une contre-indication au traitement chirurgical du goitre exophtalmique, il n'en a pas été de même des manifestations d'insuffisance cardiaque.

Tous les chirurgiens se plaignent du moment tardif où la plupart des malades leur sont confiés, et c'est à ce seul fait que Welti attribue les échecs de la thyroïdectomie : l'observation semble lui donner satisfaction à cet égard, et c'est peut-être à la minime attente médicale, à l'empressement de la malade qu'on est redevable de l'heureux résultat rapporté.

La thyroïdectomie dans l'asystolie basedowienne.

(H. WELTI, présenté par M. J. Paraf ; 15-11-1935.)

L'auteur rapporte les résultats obtenus dans vingt-quatre cas d'asystolie basedowienne traités par thyroïdectomie. La mortalité opératoire pour cette importante série d'asystolie, a été nulle. Une bonne préparation, des opérations prudentes sous anesthésie locale, des résections thyroïdiennes en plusieurs temps, à quelques semaines d'intervalle, permettent d'opérer sans risques appréciables, même les cas en apparence désespérés. Il en est ainsi en particulier en cas d'asystolie et celle-ci, loin d'être une contre-indication, est, au contraire, une indication opératoire formelle. Les résultats tardifs ont été des plus satisfaisants. Pour vingt cas suivis d'une manière prolongée, seize fois les accidents d'insuffisance cardiaque ont rapidement rétrocédé, et la guérison a été durable. Pour obtenir ces résultats favorables, il est nécessaire de pratiquer des thyroïdectomies très larges, presque totales. Il ne faut conserver qu'une étroite bande de tissu thyroïdien à la partie postérieure de chaque lobe. Les hémi-thyroïdectomies, les résections qui ménagent l'isthme ou des moignons thyroïdiens importants, sont insuffisantes et vouées à l'échec. Elles ne font disparaître ni l'hyperthyroïdisme, ni l'asystolie qui en est la conséquence. La thyroïdectomie totale est donc inutile. Dans l'asystolie basedowienne elle doit être réservée à des cas très particuliers.

Sur les propriétés coagulantes du venin de vipère Daboia.

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE, P. C. HUËT et N. T. KORESSIOS ; 15-11-1935.)

Le venin de vipère Daboia possède des propriétés coagulantes remarquables. Des doses de 1/10 de milligramme arrivent à coaguler *in vitro* en une minute 20 c. c. de sang total humain. Il agit seul, et son action n'est pas augmentée par l'adjonction de chlorure de calcium.

In vivo, il forme un caillot noirâtre, consistant, adhésif.

De l'étude d'une cinquantaine de malades, chez lesquels les auteurs en ont fait l'application, il résulte que ce venin n'est pas caustique. Il ne donne lieu à aucun phénomène d'intoxication immédiat ou lointain. Il agirait à la façon d'un extrait d'organe.

Des recherches ultérieures en fixeront l'utilisation et les applications dans les diverses branches de la thérapeutique.

Les intolérances méningées.

(M. A. TZANCK ; 8-11-1935.)

Le fait n'est pas absolument exceptionnel au cours de la chimiothérapie ; ces réactions méningées sont comparables en bien des points à tant d'autres réactions tissulaires et organiques. Ces réactions doivent être rapprochées des méningites sériques ; le plus souvent fébriles elles peuvent donner le change avec des méningites infectieuses. Très précoces, elles surviennent parfois également le dixième jour. Souvent alors elles coexistent avec d'autres manifestations secondaires de la chimiothérapie (rash divers, arthralgies, etc.). Comme tant d'autres intolérances, elles peuvent être spécifiques et pour un sujet ne survenir que pour une seule cause ; elles peuvent également se manifester pour des réactogènes divers.

Au point de vue pratique, si on méconnaît la signification de ces réactions méningées, on risque de poursuivre un traitement dangereux pour le malade, et d'accentuer les accidents. Si au contraire on reconnaît leur nature réelle, qui est d'ordre réactionnel, on cherchera à s'adapter aux circonstances et notamment à changer la médication.

Comme tant d'autres complications de la chimiothérapie au cours de la syphilis, il faut avant tout interpréter les accidents et distinguer les manifestations syphilitiques qui guérissent par le traitement des réactions d'intolérance le plus souvent aggravées par lui.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 9 décembre 1935

Un cas de résection des apophyses épineuses pour une cyphose dorsale douloureuse.

M. Raphaël MASSART fait un rapport sur un travail de M. VIDAL-NAQUET (de Paris) consacré à une technique qui a déjà été expérimentée par le Prof. Leriche et qui lui a donné dans le cas présenté un excellent résultat, en calmant les douleurs, en supprimant les contractures et en rendant une vie active possible à un malade qui, depuis des années, souffrait du dos. Le rapporteur fait un parallèle entre cette méthode et le forage dans les arthrites chroniques de la hanche.

Nouveaux cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage.

M. Jean GUISEZ communique les observations de trois malades atteints nettement de cancer de l'œsophage, vérifiés à la biopsie, dans lesquels, sous l'action du radium appliqué localement, la sténose a complètement disparu à l'endoscope. Parallèlement, la déglutition est redevenue possible aux aliments solides. Il insiste sur ce fait que les malades ont repris une vie absolument normale et des occupations souvent pénibles (boulanger, boucher). Il cite de nouveau et, pour mémoire, les cas résumés de trois malades présentés à la séance du 3 mars 1934 de la Société des chirurgiens de Paris et qui sont toujours vivants, quatre ans et demi, trois ans et deux ans et demi après traitement par le radium. On n'obtiendra, par ce traitement, de résultats durables que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage, c'est-à-dire lorsque le diagnostic a été posé de façon précoce. Or, l'endoscope peut seul établir celui-ci de façon précise à cette période de début. Dans plusieurs cas, soignés récemment et bien qu'il se soit agi de formes avancées, l'association des rayons X profonds aux applications locales de radium a donné de très bons résultats.

Au sujet du traitement des brûlures par le tannin.

M. Etienne BERNARD fait remarquer les dangers de la formule communément utilisée pour le tannage des brûlures. Il rappelle l'instabilité du tannin et la difficulté de préparation d'une solution susceptible d'un emploi chirurgical. Il présente la formule d'une solution neutre, aseptique et sans danger d'intoxication.

Les épithéliomas profonds de la face à évolution bénigne.

M. DUFOURMENTEL présente quelques malades et un certain nombre d'observations d'épithéliomas, tous vérifiés par l'histologie et ayant évolué de façon bénigne. Les uns siègent à la mâchoire inférieure, d'autres dans le palais, d'autres dans les glandes salivaires, plus rarement, dans d'autres régions de la face. Ils ont tous le caractère commun d'être des épithéliomas nés au niveau d'inclusions embryonnaires et, malgré l'examen histologique, malgré des récidives, restent toujours des tumeurs bénignes. Ils ne se compliquent jamais d'adénopathie ni de métastase, respectent indéfiniment l'état général, comme le prouve un des malades, qui, à l'âge de 70 ans, en est à sa septième récidive, alors que la première apparition s'est faite aux environs de 20 ans (opérée par Doyen) et la deuxième aux environs de 30 ans (opérée par Chaput). Il convient donc d'appliquer à ces épithéliomas le traitement conservateur en rapport avec leur évolution bénigne.

Lyon

Eclat d'obus vraisemblablement inclus dans le myocarde.

(MM. B. POMMÉ, H. FOURNIÉ et P. RAYMOND. — *Société médicale des hôpitaux* ; 18-6-1935.)

Le malade se présente avec une atteinte de tuberculose pulmonaire confirmée d'ailleurs par une bacilloscopie positive, actuellement en poussée évolutive et s'accompagnant de manifestations laryngées graves.

La radioscopie montre une diminution de transparence non homogène des deux sommets et des deux tiers supérieurs des champs pulmonaires. Mais en outre elle révèle la présence d'un éclat métallique se projetant au milieu de l'opacité de la silhouette cardiaque en position frontale, un peu au-dessous de la partie inférieure de l'arc moyen. Cet éclat est animé de battements synchrones aux pulsations du cœur. L'exploration dans les incidences obliques montre qu'il est inclus superficiellement au niveau de la face antérieure de l'organe.

L'étude des antécédents du malade ne permet pas de préciser le début de la tuberculose constatée actuellement ; par contre elle donne des renseignements intéressants concernant la présence de cet éclat.

Au mois de septembre 1915, le sujet a été « pris dans un éclatement » d'obus et il a reçu des blessures multiples, à la face, aux quatre membres et au tronc. Après une perte de connaissance de courte durée il fut relevé par les brancardiers et put marcher avec leur aide jusqu'aux premières formations sanitaires. De là transporté rapidement au poste de secours divisionnaire, il est laissé avec les « morituri », son état s'étant aggravé par suite d'une dyspnée intense avec suffocation et hémoptysies répétées. Le lendemain cependant il peut supporter un trajet en automobile d'une dizaine de kilomètres jusqu'à une formation plus importante. Il y reste quelques jours pendant lesquels des phénomènes généraux apparaissent : la température est très éle-

vée, la dyspnée toujours vive, les hémoptysies fréquentes. Une ponction pleurale à gauche permet de retirer du sang en voie de transformation suppurée. Des interventions sont pratiquées au niveau des membres pour extraire quelques projectiles inclus dans les parties molles.

Deux semaines après la blessure, le malade peut être évacué sur une ambulance de l'arrière. Points de côté, palpitations, crachats hémoptoïques persistent et s'accompagnent de sensations vertigineuses. De nouveaux éclats sont extraits au niveau des membres, et deux mois après, le sujet part en convalescence pour, de là, rejoindre son unité.

Après cet épisode initial jusqu'aux constatations actuelles, le même cortège de signes fonctionnels domine le tableau clinique. Ce sont une asthénie et une fatigabilité extrêmes, une dypnée au moindre effort, des hémoptysies fractionnées, des sensations vertigineuses avec, en plus, des crises de suffocation, accompagnées d'une sensation de constriction thoracique sans caractères angineux précis. L'existence du projectile intracardiaque avait été mentionnée lors du passage devant une Commission de réforme.

Cette observation est intéressante en ce qui concerne la localisation du projectile. L'éclat n'est pas libre dans la cavité ventriculaire, car il ne présente pas de mouvements de tourbillon. Il se déplace avec le cœur d'une façon rythmée par les pulsations cardiaques.

On peut penser qu'il est dans le myocarde lui-même et assez superficiel.

Un autre point à noter c'est la tolérance du cœur vis-à-vis de ce corps étranger; celle-ci semble d'ailleurs être fonction de la région atteinte ; moins graves seraient les blessures du ventricule, plus sérieuses les lésions des oreillettes. Les symptômes fonctionnels sont généralement peu importants. On note de l'essoufflement rapide à l'effort, quelques douleurs précordiales parfois constrictives, également des modifications psychiques avec instabilité et hyperémotivité, attribuées à un déséquilibre vaso-sympathique. Le diagnostic ne peut être qu'un diagnostic radiologique de localisation.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du mardi 5 *novembre* 1935

Anticoagulants et glycolyse

MM. Paget, Deconninck et Mlle Dupont ont étudié l'action anticoagulante et antiglycolytique du citrate de soude, de l'oxalate et du fluorure de sodium, du sulfate de zinc et du polyanétholsulfonate de sodium. Faisant varier concentration et température ils ont pu préciser l'influence de ces divers facteurs sur le phénomène glycolytique et caractériser ainsi les propriétés de chacun de ces anticoagulants.

Action des sécrétions thyroïdiennes sur la chronaxie des éléments nerveux périphériques isolés des centres.

MM. Le Grand, Aujoulat et Gamelin. — Par une série de recherches antérieures, les auteurs ont démontré l'influence du corps thyroïde sur les chronaxies périphériques. Ils examinent actuellement la part que prend le système nerveux dans les variations d'excitabilité qu'ils provoquent sur la classique préparation « sciatique-gastrocnémien », — en sectionnant tantôt les racines du sciatique, tantôt la moelle elle-même. Dans la première alternative, ils ne constatent pas de modifications ; dans la seconde, au contraire, ils observent une hausse chronaxique, dont ils recherchent l'explication.

Traitement des calculs de l'uretère.

M. Lepoutre. — D'après une expérience déjà longue et selon huit nouveaux cas observés en l'espace de quatre mois, l'auteur fait une étude complète des calculs de l'uretère, en s'aidant d'excellentes radiographies. Il distingue les calculs lombo-iliaques, pelviens, intramuraux et juxta-vésicaux. Il en étudie la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic et s'attache tout particulièrement à préciser les indications et les méthodes de traitement.

Fracture du scaphoïde tarsien et du cuboïde ; vissage du scaphoïde (présentation de radiographies).

MM. Courty et Castel rapportent un cas de fracture du scaphoïde, avec gros déplacement et luxation en haut du fragment postéro-supérieur, associée à un écrasement du cuboïde. Le vissage des fragments du scaphoïde a permis d'obtenir un résultat anatomique et fonctionnel très satisfaisant.

A ce propos, ils passent en revue les procédés de traitement des fractures du scaphoïde : d'après les faits, ils montrent qu'il s'agit toujours de fractures graves, dont le pronostic éloigné s'avère sombre ; ils précisent ensuite les indications du traitement sanglant ou non sanglant.

Contribution à l'étude du rôle de la syphilis dans un service de médecine.

MM. Langeron et Cordonnier dressent la statistique du Service de médecine de l'hôpital de la Charité de Lille de 1927 à 1934 inclusivement. Sur un total de 4.108 malades, ils ont trouvé 284 syphilitiques, soit une proportion de 6,91 %. Les auteurs donnent le total des B. W. positifs et le détail des manifestations spécifiques qui ont conduit les sujets à l'hôpital. Ils insistent sur la fréquence de ces manifestations dans un service hospitalier.

Les Congrès

LE XLIV^e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

PREMIÈRE QUESTION

Les infarctus du mésentère.

Le rapport présenté par MM. AMELINE (Paris) et LEFEBVRE (Toulouse) définit l'infarctus comme l'ensemble des troubles circulatoires qui aboutissent une irruption du sang dans les tissus du mésentère et aussi de l'intestin correspondant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les artères mésentériques dont la disposition est bien connue présentent une richesse anastomotique considérable, et dans la circulation sanguine, en dehors des données classiques de la vis à tergo, des mouvements abdominaux et de l'aspiration thoracique il faut faire intervenir le foie qui règle la circulation porte et les anastomoses porto-caves dont le rôle est à peu près ignoré.

Sans pouvoir différencier les infarctus de cause artérielle et ceux de cause veineuse on doit séparer les infarctus spontanément curables des infarctus sans lésions vasculaires apparentes.

Dans l'ensemble il s'agit presque toujours d'infarctus segmentaire siégeant sur le grêle, accompagné d'épanchement séro-hématique péritonéal et d'exsudation sanglante dans l'intestin.

ETIOLOGIE. — Il faut tout d'abord retenir la réunion dans un même ensemble des lésions artérielles et des lésions veineuses qu'on a jusqu'ici trop séparées. Les relations anatomiques et fonctionnelles entre artères et veines sans l'intermédiaire des capillaires a été mise en valeur par Haoliak.

L'infarctus est plus fréquent que le volvulus ou l'invagination.

Il y a des infarctus de cause locale :

mécaniques : les traumatismes abdominaux, les corps étrangers, les compressions par brides, ganglions, tumeurs, les hernies, les torsions ;

pathologiques : les ulcères gastro-duodénaux, la dysenterie, l'appendicite, la typhoïde, les parasites intestinaux, les cirrhoses, les cholécystites, des affections uro-génitales même.

Il y a des infarctus de cause générale :

a) troubles cardio-vasculaires, lésions des valvules, athérome, artério-sclérose, les artérites, les veines et les altérations sanguines comme l'hémophilie et le purpura ;

b) des infections, la pneumonie, les abcès pyohémiques, les suppurations pelviennes ;

c) les maladies de la nutrition, les intoxications ;

d) les troubles endocriniens (le goitre, les tumeurs surrénales) ;

e) les complications post-opératoires après des opérations sur le tube digestif : 71 cas sur 490 observations dépouillées ;

f) les causes inconnues donnant ces *infarctus cryptogénétiques*.

ETUDE CLINIQUE. — Le mal débute souvent brutalement. C'est une douleur violente qui se traduit par des qualificatifs imagés et variés. Douleur occupant tout le ventre avec une prédilection pour la fosse iliaque droite, l'ombilic, l'épigastre.

Avec la douleur apparaissent des vomissements alimentaires, surtout bilieux et muqueux, rarement sanglants.

Le transit intestinal est troublé momentanément par un arrêt complet auquel succède une diarrhée séreuse sans mélæna.

Le ventre est légèrement augmenté de volume ; il y a de la défense, mais sans rigidité, ni ventre de bois, plus fréquemment un empâtement diffus localisé à un segment abdominal.

La percussion révèle du tympanisme qui cède par place à de la matité et traduit l'existence de la zone infarcie, dilatée, épaissie.

Très vite s'installe un état de shok appréciable avec agitation extrême, pouls accéléré au-dessus de 100 pulsations, température normale et même hypothermie.

Dans l'ensemble début brusque, troubles abdominaux diffus, grosse altération de l'état général forment un trépied clinique qui doit retenir l'attention.

La recherche du sang extravasé,

L'examen du sang montrant une leucocytose élevée à prédominance de polynucléaires,

L'examen radiologique,

constituent des examens utiles, mais non probants.

On voit quelles difficultés il y a à séparer au point de vue diagnostic l'infarctus, des crises abdominales aiguës.

L'erreur la plus fréquente se fait avec l'occlusion, la péritonite, l'appendicite aiguë. Ce n'est que par un examen serré et méthodique notant toutes les nuances qu'on peut arriver à un peu plus de précision.

L'évolution et le pronostic de l'infarctus sont graves. Sur 450 cas, 331 décès (opérés ou non). Cependant des études récentes une notion se dégage, celle des infarctus spontanément curables dont les rapporteurs ont réuni vingt et un cas authentiques.

PATHOGÉNIE ET MÉCANISME. — Dans le déterminisme de l'infarctus l'expérimentation a fait la part trop belle à l'obstruction artérielle ou veineuse.

L'infarctus de cause artérielle résulte de l'oblitération du tronc ou d'une grosse branche de l'artère mésentérique mais cette explication ne tient nul

compte du rôle du sympathique adventitiel, et elle suppose un système vasculaire absolument sain.

L'infarctus de cause veineuse succéderait à une thrombose des veines mésentériques.

En réalité pour ces deux infarctus il paraît difficile de séparer les lésions artérielles et veineuses, que la pathologie montre si souvent conjuguées.

L'obstruction à la fois artérielle et veineuse est un facteur *indiscutable* d'infarctus.

Il existe des infarctus *sans lésions vasculaires apparentes.* Ce sont les infarctus segmentaires qui peuvent évoluer vers la guérison ou la mort, et ces cas nous éloignent des pathogénies classiques.

Dans la pathogénie, il faut faire intervenir le système veineux entéro-mésentérique, qui agit soit par spasme, soit sous l'influence de toxines neurotropes.

L'infection peut encore dans certaines entérites ulcéreuses segmentaires amener l'infarcissement.

Enfin certains infarctus inexpliqués sont d'origine anaphylactique et ils ont pu être reproduits expérimentalement par injection intramésentérique d'histamine.

Traitement. — La laparotomie a permis des guérisons.

Si l'anus contre nature, l'entéro-anastomose paraissent illogiques, l'extériorisation pure et simple de l'anse a ses défenseurs.

La résection a réussi dans ces cas désespérés. Actuellement les rapporteurs devant tant de cas d'espèce ne peuvent donner de directives. d'autant que d'autres thérapeutiques semblent pleines d'avenir (traitement antichoc, novocaïnisation des ganglions cœliaques, adrénaline, eupavérine).

***

Au cours de la discussion qui a suivi ce rapport, nous avons successivement entendu :

M. Haolicek (Tchéco-Slovaquie) dont les travaux ont montré l'existence d'anastomoses directes artério-veineuses précapillaires qui régularisent et assurent la circulation de retour.

En irradiant avec des rayons ultra-violets le champ opératoire il a pu activer et artérialiser la circulation veineuse.

M. Carnioley (de Genève) a réalisé des expériences qui lui permettent de croire :

que l'infarcissement débute dans les capillaires de la muqueuse et se poursuivent dans la musculaire et la musculeuse ;

qu'il y a chromatolyse et plasmolyse des fibres musculaires ;

qu'il n'y a pas d'obstruction artérielle ou veineuse par thrombose des portions mésentériques ;

que les troubles de la circulation lymphatique lui apparaissent comme un facteur pathogénique.

Le Professeur Leriche pense que les causes multiples invoquées par les rapporteurs ne sont que des circonstances secondaires amenant la production de cette lésion sur un terrain préparé par une cause toujours la même.

Il pense qu'il faut envisager la circulation intestinale en faisant jouer au système vaso-moteur artériel un rôle de premier plan.

La pathologie artérielle est une pathologie fonctionnelle et l'infarctus relève d'un mécanisme général C'est un phénomène secondaire à l'ischémie et cette infiltration hémorragique *secondaire* est fonction des conditions de circulation locale.

Etant donné ce mécanisme où l'élément nerveux prédomine, on comprend que l'infarctus puisse tourner court et guérir par des moyens simples, que l'infiltration paravertébrale, que l'extériorisation de l'anse soient logiques. Des faits très précis de retour progressif à la vie d'une anse extériorisée ont été observés par Leriche.

MM. Fontaine et Kunlin (Strasbourg) exposent des expériences faites dans la clinique du Professeur Leriche qui montrent :

que l'ischémie entéro-mésentérique se traduit par une nécrose improprement appelée infarctus blanc ou par un infarcissement rouge avec hémorragie dans les tuniques intestinales. Pour déterminer cette seconde lésion la ligature artérielle est insuffisante il faut y ajouter une vaso-constriction périphérique, et vider l'anse ischémiée de son sang ;

la ligature de l'artère mésentérique au delà de la 6e collatérale est incompatible avec la survie.

Des injections d'adrénaline en amenant une vaso-constriction périphérique peuvent produire l'infarctus rouge.

Les ligatures veineuses tronculaires peuvent donner des infarctus.

M. Dziembowski (Pologne) étudie d'après ses observations personnelles la symptomatologie et le diagnostic des infarctus.

M. Cotte (Lyon) a vu deux cas d'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Dans le premier, une iléostomie a fait céder un iléus paralytique sur une anse infarcie.

Dans le second, qui se termina par la mort et où le mauvais état de la malade empêcha toute intervention, il assista à l'évolution d'une thrombo-phlébite, avec apparition de pyélophlébite.

M. de Fourmestraux (Chartres) a observé cinq cas très instructifs.

Quatre fois il tenta une thérapeutique active, par résection ou par extériorisation de l'anse. Sans succès.

Une fois il se contenta d'une simple laparotomie exploratrice et la malade guérit.

M. Pilatte (Cannes) apporte deux cas personnels, il fit les deux fois une extériorisation, une fois avec anastomose au pied, ce qui ne guérit pas le malade.

MM. Contiadès, Palmer, Unger (Paris) ont fait des expériences pour étayer une explication neuro-humorale histaminique de l'infarctus.

Ils en expliquent le mécanisme :

1° Stimulus des terminaisons nerveuses de la sensibilité vasculaire, ou excitation antidromique de leur trajet.

2° Mise en liberté d'une substance histaminique au niveau de ces terminaisons. Réflexes d'axone.

3° Vaso-dilatation consécutive avec raptus hémorragiques.

DEUXIÈME QUESTION

Les fractures du calcanéum.

Les rapporteurs, MM. Paître (du Val-de-Grâce) et Boppe (de Paris), après avoir dans leurs prémisses montré comment il fallait radiographier le calcanéum et résumé l'anatomie et la physiologie normales de cet os proposent de réunir en trois groupes les différentes fractures du calcanéum.

a) *Fractures extra-thalamiques*, lésions isolées siégeant surtout sur la grosse tubérosité et sur les apophyses n'ayant aucune répercussion sur les articulations astragalo-calcanéennes.

b) *Fractures juxta-thalamiques* caractérisées par des traits transversaux intra-articulaires et associées à des enfoncements discrets; elles peuvent être pré ou rétro-thalamiques.

c) *Fractures thalamiques*: elles intéressent le massif critique de l'os, elles comprennent les fractures sous thalamiques à trait transversal et les fractures thalamiques où l'enfoncement est horiozntal, vertical ou total.

Ces différents types sont étudiés au point de vue de leur mécanisme et permettent de suivre la thérapeutique qui est la partie capitale du rapport.

Les auteurs vont en effet successivement passer en revue ces trois grands chapitres :

I. Les fractures récentes thalamiques et juxta-thalamiques.

II. Les fractures récentes des apophyses calcanéennes.

III. Les fractures anciennes vicieusement consolidées.

I. LES FRACTURES RÉCENTES THALAMIQUES ET JUXTA-THALAMIQUES. — Elles sont justiciables ou de l'immobilisation simple ou de l'immobilisation après réduction ou des arthrodèses.

L'*immobilisation simple*. — C'est ainsi que sont soignées presque toutes ces fractures.

Après un repos et un appareil, le blessé commence à marcher et on le soumet à des traitements physiothérapiques.

Ce traitement laisse des séquelles souvent importantes, parfois graves.

Dans les juxta-thalamiques les séquelles sont liées à des déplacements des fragments, elles deviennent vite définitives et en général en moins de six mois les blessés sont consolidés avec une incapacité permanente partielle d'environ 10 %.

Dans les thalamiques la consolidation est plus longue, dépasse six mois avec une incapacité permanente partielle qui varie de 30 à 40 % et dans des cas graves et bilatéraux peut aller jusqu'à 60 %.

Tous les troubles douloureux sont liés à l'appui imparfait de l'astragale sur le calcanéum. La non reconstitution du plateau articulaire avec incongruence persistante des surfaces, déviation du calcanéum en valgus et surtout en varus détermine une arthrite chronique sous-astragalienne. C'est seulement lorsque l'ankylose est devenue définitive que le malade peut marcher avec aisance; on comprend pourquoi la gravité de la fracture et l'impotence qu'elle détermine ne sont pas forcément liées l'une à l'autre.

La réduction. — C'est une méthode difficile car il faut reconstituer l'os, et ceci de façon précoce, puis l'os réduit doit être maintenu d'une façon rigoureuse et ce pendant deux à trois mois, car la consolidation se fait avec lenteur.

Deux méthodes s'offrent, l'orthopédique, la voie sanglante.

a) *Réduction orthopédique.* — La diversité des techniques montre les difficultés rencontrées. Les déplacements du fragment postérieur tubérositaire (adduction, ascension, déplacement en avant sous l'influence des muscles de la plante) peuvent être corrigés par une traction directe d'abord dans l'axe de la jambe puis selon un axe oblique en bas et en arrière, ou bien encore par des clous enfoncés sagittalement de bas en haut et d'arrière en avant.

Le déplacement dorsal inconstant du fragment antérieur apophysaire est de correction malaisée et les auteurs utilisent en conseillant l'extrême prudence l'ostéoclaste de Philps-Goht.

Pour l'élargissement, les différences de hauteur, on les corrige par des pressions latérales, pour lesquelles un étau compresseur bien manié peut rendre des services en déplissant comme un accordéon l'os écrasé, mais cette manœuvre est forcément aveugle et aléatoire.

Après ces manœuvres de réduction l'immobilisation même dans un plâtre soigneusement fait est insuffisante.

Il est indispensable de noyer dans un plâtre les broches de traction et de contre-traction, et de les laisser en place huit à douze semaines.

On peut aussi ne pas faire de plâtre, laisser des extensions continues.

Les résultats de la méthode orthopédique sont bons si on a soin d'exercer une grande surveillance pour éviter le sphacèle ou l'infection. Les broches peuvent laisser longtemps des orifices suintants ou croûtelleux, mais les rapporteurs n'ont jamais eu connaissance de désastres.

Si morphologiquement les résultats sont bons au point de vue fonctionnel ils ne sont pas sans reproche, les blessés ne marchent guère qu'au bout de six mois, ils redoutent encore le sol inégal, les entorses et leur sous-astragalienne reste douloureuse. Ce n'est guère qu'au cours de la deuxième année qu'une

ankylose s'établit en bonne position et que la marche et l'appui sont indolores.

b) *Réduction sanglante.* — Leriche est le promoteur de cette méthode.

Le calcanéum doit être abordé par sa face externe, les péroniers sectionnés et réclinés. Une incision en L est commode. Les manœuvres de réduction chercheront avant tout à relever le thalamus enfoncé, grâce à une spatule manœuvrée de bas en haut et introduite dans le foyer de la fracture sous-thalamique.

Cette manœuvre n'est logique que s'il y a enfoncement vertical du thalamus avec diastasis calcanéo-astragalien.

Si l'astragale est enfoncé dans le calcanéum, il faut désenclaver les os.

Pour corriger l'élargissement on peut grâce à la réduction par une vis enfoncée dans le sustentaculum rapprocher les fragments disjoints.

Pour réaliser la contention deux méthodes s'opposent :

L'ostéosynthèse dont Leriche a publié quarante cas.

Si la prothèse est efficace dans les fractures juxta-thalamiques, dans les thalamiques où les fragments sont petits friables, elle est bien difficile à mettre en place.

Les greffes ostéo-périostiques. — Le procédé décrit par Lenormant et Wilmoth consiste à soutenir le thalamus par des greffons dont on bourre la géode sous-thalamique.

Les résultats de la méthode sanglante. — Ceux obtenus par l'ostéosynthèse paraissent nettement supérieurs.

L'opération dite de Lenormant-Wilmoth donne des résultats anatomiques médiocres ou mauvais pour plusieurs raisons.

La mise en place des greffons fait négliger le temps capital de la réduction. Les greffes sont placées au hasard, il a fallu quelquefois en extirper secondairement.

Le rôle mécanique des greffons ne paraît pas très efficace, et les rapporteurs ont observé la reproduction du déplacement primitif.

Nous arrivons aux méthodes indirectes préconisées pour traiter les fractures comminutives et utilisée depuis longtemps en Amérique : *Les arthrodèses.*

Si cette opération permet une plus rapide récupération fonctionnelle c'est une opération de résignation.

D'ailleurs pour être efficace l'arthrodèse doit être sous-astragalienne, médiotarsienne et succéder au temps important d'une réduction bien faite.

Conclusion très nette, toutes ces émthodes constituent un progrès incontestable sur la classique abstention ; néanmoins, elles ne donnent leurs pleins résultats que sur des malades en bon état, non tarés, au-dessous de la cinquantaine.

II. Les fractures récentes des apophyses calcanéennes. — Les fractures de la grosse tubérosité peuvent être réduites par voie sanglante ou non, puis fixées par cerclage ou enclouage.

Pour les autres (fractures du sustentacule) l'immobilisation plâtrée simple suffit.

III. Les fractures anciennes vicieusement consolidées. — Seules sont justiciables de l'intervention celles où une arthrite douloureuse sous-astragalienne rendent la marche et l'appui difficiles.

La double arthrodèse devra non seulement être fixatrice mais correctrice en corrigeant la déviation du calcanéum.

Ce long rapport largement illustré et faisant bien le point d'une question depuis longtemps à l'étude a été suivi d'une discussion.

M. Böhler (de Vienne) expose sa technique de réduction par traction à l'aide d'un clou pour réduire le raccourcissement et l'angulation ;

par compression à l'aide de son étau pour réduire l'élargissement.

Sur 200 malades traités 88 % n'ont aucune incapacité permanente.

M. Jimeno-Vidal (de Barcelone) fait un chaud plaidoyer en faveur de la méthode orthopédique qu'il estime supérieure aux réductions sanglantes.

M. Herman (Anvers) est aussi plus partisan des méthodes orthopédiques.

M. Chiarolanza (Naples) ne trouve dans son service de traumatologie que treize cas sur 5.000 fractures.

L'auteur éclectique dans ses conclusions thérapeutiques manifeste une préférence certaine pour l'abstention.

M. Leriche (Strasbourg) insiste avec force sur la *nécessité de réduire*, c'est le temps essentiel.

Il reste fidèle à la fixation par clous et agrafes, il défend l'incision à la face externe.

M. Stulz (Strasbourg), de l'étude de vingt-cinq observations du service du Professeur Leriche il conclut à la nécessité d'une réduction correcte et précise.

La réduction du massif thalamique est assurée par des agrafes métalliques placées à des endroits bien déterminés, et dans des directions étudiées d'après les traits de fracture.

L'emploi de cette technique a donné des résultats très satisfaisants.

M. Trueta-Raspall (Barcelone) se basant sur quarante-trois cas personnels, n'emploie pas les procédés de Böhler.

Le traitement le plus rationnel est à son avis un traitement orthopédique consistant en une compression latérale forcée associée à l'extension continue pendant vingt jours, et suivie d'une immobilisation de dix semaines.

M. Chavannaz (Bordeaux) croit d'après son expérience que les résultats de l'abstention classique ne sont pas fameux, ils laissent des incapacités permanentes graves et on doit encourager l'emploi des

traitements plus modernes orthopédiques ou sanglants.

MM. Hamant et Grimault (Nancy) ont observé quarante deux cas. Le traitement par les vieilles méthodes donne des résultats meilleurs qu'on ne le croit puisque sur une série de malades revus les incapacités permanentes partielles sont en moyenne de 10 %.

Ils n'interviennent chirurgicalement qu'après avoir épuisé les méthodes non sanglantes.

Ils insistent de plus sur la fréquence relative des fractures ouvertes et sur la nécessité de leur traitement précoce.

M. Bachy (Saint-Quentin) se montre très éclectique dans ses conclusions, il a recours à la chirurgie dans les enfoncements du thalamus et se montre satisfait des techniques de Lenormant et Wilmoth.

M. Delagenière (Le Mans) a utilisé la voie postérieure transachilléenne pour réduire une fracture, les greffons qu'il a pu ainsi introduire difficilement ont maintenu la réduction.

Dr Raphaël Massart.

Les Livres

André Demaison. — **Le jeu des trente-six bêtes** (Edité par les Laboratoires Deglaude, 15, boulevard Pasteur, Paris.)

Après la Princesse Palatine de Reboux et Sang Gitane d'Escholier, les Laboratoires Deglaude nous offrent maintenant une nouvelle d'André Demaison remarquablement présentée et illustrée. Abandonnant cette fois-ci les héros qui lui sont familiers et qui ne nous le sont pas moins (le titre pourrait prêter à confusion) l'auteur nous emmène auprès des hommes, à Madagascar, où il nous a déjà entraîné plusieurs fois à sa suite. Et là, dans le cadre d'un fait divers — l'assassinat d'un commerçant chinois par des coreligionnaires —l'auteur nous présente un de ces drames fréquents, ignorés des Blancs, qui se jouent dans ces milieux si fermés pour nous. Tous ces tranquilles négociants que l'on voit nonchalamment vaquer à leurs occupations pendant le jour se muent brusquement, la nuit venue, autour de la table du jeu des trente-six bêtes, en de pâles crapules. Scrutant ces boutiquiers dont l'aspect paisible frappe seul l'esprit de l'Européen, D. fait un récit qui dépasse de beaucoup une histoire criminelle banale et soulève l'éternelle énigme que l'Asiatique cache et cachera toujours pour nous ; cette énigme qu'il est pour lui-même. « Nous ne nous connaissons pas. Nous avons trop de siècles dans notre tête, trop de millénaires qui encombrent notre cerveau, notre cervelet, notre moelle épinière. Alors, nous cherchons. Nous sommes tout pareils au voyageur égaré dans la grande forêt et qui se perd au milieu d'arbres aux espèces trop variées, qui trébuche sur des chefs-d'œuvre envahis par les lianes, qui dort sur des ruines fantastiques, et qui pense pourtant à boire et à manger... Nous nous cherchons sans cesse, voulant faire croire à chacun que nous nous sommes trouvés. Lorsque nous sommes las de cette constante et infructueuse recherche, nous nous évadons vers le ciel, ou vers quelque autre part, cherchant encore des mondes disparus ou des mondes à venir... »

Cette mystérieuse fantaisie enveloppe toute la nouvelle, écrite dans le style si sobre et si attachant propre à Demaison et très joliment présentée et illustrée de dessins modernes dus à l'humour de J. Darcy.

P. S.

Masson et Cie, éditeurs.
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Actualités médico-chirurgicales. Troisième série. Treize conférences par les chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. Un vol. de 214 pages : 25 fr.

Deux séries de ces conférences ont déjà été publiées précédemment.

On trouvera dans le présent volume une mise au point de quelques grandes questions de pratique actuelle, intéressantes pour le praticien parce qu'elles sont quelquefois discutées : Le neurotropisme infectieux ; Les cancers secondaires de l'os ; Les hémorragies des cirrhotiques, etc.

Imprimeries réunies de Chambéry

Docteurs L. Bertier, L.-G. Blanc et L. Folliet. — **Les techniques thermales d'Aix-les-Bains et leurs applications cliniques**. Un volume de 91 pages avec 9 figures.

Il n'avait jamais été fait de travail d'ensemble sur le traitement thermal d'Aix-les-Bains. L'ouvrage que viennent de publier les Docteurs Bertier, Blanc et Folliet, comble cette lacune. Il est divisé en trois parties : 1° Les techniques thermales d'Aix ; 2° L'action physio-pathologique de la cure ; 3° Les applications des techniques thermales aux différentes catégories de malades traités à Aix-les-Bains.

C'est donc une mise au point très complète du traitement thermal d'Aix-les-Bains.

Les Thèses

P. — Docteur F. Tissot. — **Pronostic et traitement.** (30 figures, 1935.)

Cette étude, préfacée par le Prof. Sergent, est consacrée à l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des maladies. L'homme réagit en effet aux influences morbides suivant son tempérament, suivant qu'il fait partie des « forts » ou des « faibles ».

Partant de cette opposition entre les deux types de tempérament, l'auteur examine tout d'abord dans quelle mesure l'évolution des maladies dépend de la constitution des individus ; à l'appui de ses documents personnels, il apporte l'avis autorisé de plusieurs cliniciens.

Ensuite, il tente une interprétation de ces faits, en faisant appel à la conception morpho-physiologique du tempérament de Corinau. A la faveur de cette doctrine, est mesurée l'importance que peut avoir pour le pronostic des maladies les habitudes fonctionnelles de l'organisme en bonne santé.

Li. — Docteur P. Emile Petit. — **Des dangers de la ponction hypogastrique de la vessie.** (Th. 1935.)

La ponction hypogastrique de la vessie avec le trocart et même avec l'aiguille capillaire des aspirateurs comporte des dangers (phlegmon prévésical, péritonite), si la vessie est altérée et infectée surtout. Aussi, faut-il lui préférer la cystostomie sus-pubienne dont la bénignité est presque absolue.

P. — Docteur René Saliou. — **Epidémiologie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant,** d'après une statistique de 470 cas recueillis de 1923 à 1935 dans le service du Docteur Lesné, à l'hôpital Trousseau. (Th. 1935.)

La mortalité par méningite bacillaire est élevée au cours de l'enfance ; à Paris, elle atteint 4,8 pour 100 de la mortalité générale infantile et à l'hôpital Trousseau, 7,4. Tous les cas de méningite tuberculeuse constatés à l'hôpital Trousseau se sont terminés par la mort, quel qu'ait été le traitement employé.

La méningite tuberculeuse est pratiquement toujours secondaire à une autre localisation tuberculeuse, généralement ganglio-pulmonaire. On relève, dans la grande majoritée des cas, un contact avec un tuberculeux évolutif dont l'expectoration est bacillifère, mais la contamination se passe assez souvent en dehors du milieu familial et peut être difficile à dépister. Il ne semble pas que le « bacille de rue » soit à l'origine de la maladie.

Chez les enfants tuberculeux évolutifs, les interventions sanglantes, notamment l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, doivent être différées pour éviter une dissémination du bacille.

Mp. — Dr L. Sagols. — **Action des radiations sur la division cellulaire et les mutations.** (Thèse, 1935.)

L'auteur a étudié l'action des radiations (des radiations ultra-lumineuses en particulier) sur la division cellulaire, les modifications infinitésimales subies par les chromosomes, et les mutations ou variations qui en résultent.

P. — Docteur Robert Legras. — **La transfusion sanguine dans la septicémie puerpérale.** (Thèse 1935.)

La transfusion du sang peut, au cours des septicémies puerpérales, donner lieu à des améliorations remarquables. Les résultats sont variables selon les sujets. Bien que d'autres thérapeutiques puissent procurer des effets analogues, il conviendrait néanmoins de lui réserver une place de faveur dans des septicémies puerpérales.

P. — Docteur H. Chastagnol. — **Rôle de la sécrétion gastrique dans les anémies,** en particulier dans les anémies pernicieuses. (Th. 1935.)

La plupart des anémies pernicieuses sont dues à un trouble profond de la sécrétion gastrique. La régénération globulaire est commandée par un principe hémopoïétique provenant de l'interaction d'un facteur intrinsèque, sécrété par l'estomac, et d'un facteur extrinsèque, contenu dans l'alimentation.

Le facteur gastrique intrinsèque est de nature chimique indéterminée. Il est indépendant de la pepsine, de l'acide chlorhydrique et du lab ferment.

Le principe hémopoïétique en question est emmagasiné dans différents viscères, surtout le foie, ce qui explique l'action du foie de veau dans les anémies. Ce principe lui-même, qui constitue peut-être une thérapeutique de l'avenir, est actuellement d'utilisation pratique difficile. La question est d'ailleurs plus complexe encore puisqu'il est des anémies pernicieuses qui ne réagissent ni à l'hépatothérapie, ni à la gastrothérapie, et relèvent d'une inassimilation de substances diverses : fer, cuivre, acides aminés, etc.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

LA RENAISSANCE DU SPIRITUALISME EN MÉDECINE

Toute action porte en elle-même le stimulant, le sens et l'amplitude de la réaction. Cette loi universelle nous régit avec une rigueur plus impérieuse encore que celle de Newton. En réalité, ce que nous nommons équilibre est une vue de l'esprit ; il n'existe pas. L'équilibre est la résultante idéale d'un jeu de bascule bien réglé qui entraîne sans cesse l'être considéré en deçà et au delà. Les phénomènes physiques, biologiques, psychologiques, sociaux procèdent, à cet égard, de la même façon. Il faut que le flux de la marée soit compensé par le reflux ; l'anoxhémie de l'apnée déclenche dans le bulbe la mise en jeu du mécanisme inspirateur ; à la fièvre obsidionale font pendant les orgies d'après-guerre ; la liberté chez un peuple glisse à l'anarchie qui suscite la soif de discipline, et la soif de discipline mène à l'autocratie qui dégénère en tyrannie. Depuis que le monde est monde, les peuples ont oscillé entre ces deux réflexes : abattre le pouvoir quand il les opprime, édifier le pouvoir lorsqu'ils se sentent abandonnés à eux-mêmes. Mais à peine ont-ils, à grands dépens de force et de sang, changé de phase qu'ils se prennent à regretter la précédente. S'il en allait autrement, ils n'auraient pas d'histoire ; c'est-à-dire qu'ils seraient heureux.

La médecine a une histoire ! qui la montr e, en matière de doctrine, aussi incertaine et insatisfaite que sont les peuples de leur forme de gouvernement. Dès l'antiquité, le mécanisme et le vitalisme l'ont tiraillée ; elle s'est tirée de cet écartèlement à la façon commune, en allant successivement à l'un et à l'autre parti.

Aristote, Pythagore et Epicure en ont discuté ; le Moyen-Age et la Renaissance reprirent le débat qui fut l'occasion de plus d'une nasarde entre l'école de Paris et l'école de Montpellier. Actuellement, où en sommes-nous ?

Depuis Descartes, le mécanisme n'avait guère fait, et malgré quelques protestations, que marquer des points. Il a atteint son apogée au XIX[e] siècle et c'est probablement l'une des raisons pour lesquelles notre confrère Léon Daudet voue au mépris public ce siècle « stupide ». Pas si stupide que cela, du reste, et, en tous cas, gros et probe travailleur. La somme de connaissances que, avec le premier quart de son successeur XX[e], le stupide XIX[e] siècle a apportée aux hommes est véritablement admirable. Et il me semble qu'on n'a pas le droit de souffleter si impertinemment celui dont on a touché l'héritage. Le plus grand tort de ce siècle fut de pousser avec tant d'entrain le pendule que celui-ci est arrivé au bout de sa course. Et la loi de réaction exigeait qu'il reprît sans plus attendre son ballant en sens inverse.

Toujours est-il que le XIX[e] siècle a pris, on peut le dire, au berceau ou même dans les limbes la plupart des sciences exactes, et qu'il les a menées d'une traite au point où nous les voyons aujourd'hui. Qu'était, avant lui, la physique et, même après Lavoisier, la chimie ? Où en étaient l'anatomie, l'histologie, la physiologie, l'anatomie pathologique ? Pouvait-on parler de clinique avant Laënnec ? et des maladies infectieuses avant Pasteur ?

Avait-on idée des rouages humains avant Claude Bernard ? Quant à la thérapeutique, c'est peu de dire qu'elle a été bouleversée par l'éclosion de la chirurgie et des agents physiques et biologiques. Trop magnifiques conquêtes qui devaient fatalement monter à la tête de leurs conquérants et les griser d'un peu d'orgueil. Les hommes qui se sont vus soudain en possession du catalogue des espèces microbiennes et de l'atlas décrivant leurs méfaits dans les tissus étaient bien excusables d'estimer qu'ils avaient forcé les derniers retranchements de la médecine et de s'écrier « L'avenir est à nous ».

Dès lors ils agirent, pensèrent et tracèrent leur avenir en positivistes endurcis.

Le « Que sais-je ? » de Montaigne fut pour eux un affront ; ils le changèrent en « Si je ne le sais pas encore, je le saurai un jour ». La science fut article de foi ; et la mystique biffa de ses dossiers l'Inconnaissable pour inscrire à la place « Découvertes urgentes ».

***

Nous en étions là il y a une quinzaine d'années. Autant dire que la plupart d'entre nous ont été de ces positivistes ; et beaucoup sans doute le sont encore. Pourtant la grande coupure de la guerre avait, sans que nous nous en fussions avisés, rejeté dans le passé l'arrière-garde du XIX[e]

siècle. Et soudain, une inquiétude passa parmi nous. Ce dont nous avions été le plus assurés se trouvait, on ne sait comment, remis en question. De partout à la fois, éclataient des ricanements qui insultaient à nos certitudes.

En vain, nous cherchions des yeux les vieux maîtres qui nous avaient instruits ; ils étaient morts ou trop affaiblis pour nous défendre en se défendant. Nous connûmes Einstein sapant les bases de la mathématique ; nous connûmes Planck et de Broglie, démolisseurs de l'atome ; nous connûmes la transmutation des corps, la théorie corpusculaire de la lumière. Tout s'effondrait, tout renaissait, nous vivions dans un autre monde. Pourtant dans notre domaine médical, nous tenions bon. Le cataclysme avait beau faire rage autour de nous ; nous étions trop sûrs des fondations de notre maison pour avoir la moindre inquiétude. Cette révolte de la pensée (où, il faut bien l'avouer, nous ne saisissions guère que des schémas), nous apparaissait comme quelque chose d'anarchique, une espèce de chahut à mettre dans le même sac que le jazz, les garçonnes et les nouveaux enrichis : le dernier mauvais tour de la guerre. Et nous nous félicitions *in petto* d'avoir été distingués par le destin pour maintenir, dans ce monde en délire, un grain de sagesse et de bon sens.

C'est à peu près vers cette époque, il y a treize ou quatorze ans, que parut le « Traité de métapsychique » de Richet. Ce fut chez nous un vaste éclat de rire et des mines de compassion à l'adresse du vieux physiologiste qui, au soir de sa carrière, commettait une telle bouffonnerie. Des amis à qui je parlais de ce livre me répondaient en haussant les épaules «La villa d'Alger ne lui a donc pas suffi ? ». Charles Richet n'était pas homme à céder à l'effroi du ridicule. Avec sérénité, il donna à l'Institut de métapsychique, le patronage de son grand nom ; et il poursuivit son chemin en laissant aboyer les chiens, lesquels finirent pas se lasser.

Ils n'étaient pas encore remis de cette alerte que leur vint un autre sujet de colère : les sourciers faisaient parler d'eux ! Et si bien parler que nombre de maires et d'industriels en quête d'eau, plutôt que de déranger un ingénieur ou un géologue (ou bien après les avoir dérangés... mais en vain) faisaient appel au pouvoir magique du coudrier. Rapidement, les sourciers avaient eu d'autres ambitions que de faire jaillir des fontaines et ils prétendaient percer les mystères du corps humain. Des médecins vinrent à la rescousse : la radiesthésie médicale était fondée.

Et ce fut encore un grand tumulte au temple d'Epidaure. Comme il se produisait des phénomènes troublants et qu'on ne peut indéfiniment nier quand l'évidence vous aveugle, on proposa une explication, une paix « honorable » : à la base de tout cela, il y a les radiations. Quelles radiations ? on ne sait pas ; mais connaissait-on davantage la vertu dormitive de l'opium ? Si l'on ne devait plus affirmer que des faits amplement démontrés, en vérité, il n'y aurait plus de conversation possible. Et qu'adviendrait-il même de nos traités les plus sérieux ?

Il n'est pas jusqu'à la Faculté qui ne batte aujourd'hui sournoisement en brèche les dogmes bactériologiques. « Il faut considérer le terrain... Tout est affaire de tempérament ». Terrain ? Tempérament ? à un mot près, les vitalistes n'ont jamais dit autre chose. Car il va sans dire que pas plus qu'eux lorsqu'ils évoquaient le fluide vital, nous ne savons de quoi nous parlons quand nous disons : terrain et tempérament.

Dans une telle débandade chacun, pour l'heure, tiré de son côté et se constitue à la hâte une doctrine, ou quelque chose qui en tienne lieu, en ramassant par-ci par-là quelque bribe. Celui-ci penche vers la chiromancie et se demande s'il ne va pas trouver là un élément de diagnostic ou de pronostic. Cet autre imagine de lire sur l'iris l'état morbide de son sujet. Celui-là se toque de la graphologie et essaye d'y démêler quelques traits de ce fameux tempérament dont tout le monde parle. La psychanalyse nous rappelle la toute puissance du spirituel sur le matériel. Et bientôt l'astrologie renaîtra de ses cendres. Que dis-je ? Renaître ? Si elle attend son heure pour régir les médecins (du moins je le suppose), nos clients en sont déjà férus. La plupart des journaux lui consacrent une rubrique et avertissent leurs lecteurs que si, aujourd'hui, leur foie est menacé, c'est sur leurs poumons qu'ils feront bien de veiller demain.

Voilà où nous en arrivons à l'heure où nous pensions avoir échafaudé une médecine hautement scientifique ! C'est vexant, mais c'est ainsi. Le public, et, avec lui, pas mal de confrères, est las de nos appareils de mesure sur lesquels, il s'était pourtant jeté avec frénésie à leur parution : chacun de nous a connu et connaît encore dans sa clientèle des gens qui estimeraient n'avoir été que superficiellement examinés si le sphygmomanomètre n'était de la partie, et dont le premier réflexe, quand ils nous voient réfléchir à propos d'une infection puerpérale est de s'écrier, « si on radiographiait ? ». Voilà où nous en sommes à l'heure où l'auteur d'un article médical se mépriserait lui-même s'il n'avait inséré en bonne place le graphique de l'électro-cardiogramme, la constante d'Ambard, le tyrannique pH et quelques bonnes colonnes de chiffres susceptibles de conférer à ses réflexions l'apparente rigueur des cours de bourse.

Faut-il pleurer ? ou vaut-il mieux en rire ? Ni l'un, ni l'autre, sans aucun doute : nous ne changerions en rien le cours des choses et ne démontrerions rien sinon que nous sommes dénués de l'élémentaire équité scientifique. Tout fait est

bon à observer, toute idée digne d'examen. Même, et l'on peut dire surtout, si ce fait et cette idée contrecarrent des systèmes qui nous sont chers. Car il y a quelque chose de plus lamentable que l'ignorance, c'est le parti-pris ; on peut méconnaître la vérité, nul n'a le droit de s'insurger contre elle. Malheur à qui « pèche contre la lumière ».

C'est pourquoi, j'ai salué avec sympathie, il y a douze ans, et salue aujourd'hui avec le respect dû à ceux qui ne sont plus Charles Richet ; plutôt que de commettre ce péché-là, péché mortel pour un vrai savant, il brava les moqueries et la déconsidération. Et c'est aussi pourquoi Carrel est plus grand à mes yeux d'avoir ouvertement exprimé dans son livre son adhésion à la télépathie et aux phénomènes mystérieux de Lourdes et cela simplement parce qu'il les a constatés. Il n'y a pas place ici pour des convictions béatement accueillantes ni pour des dénégations systématiques. *Le tout est de voir.* Honni soit, des hommes de bonne foi, celui qui ne craint pas de faillir à cette probité intellectuelle.

Et, quelles que soient nos inclinations personnelles, à nous les héritiers du raisonneur et sceptique XIXe siècle, admettons que règne une médecine spiritualiste si elle doit nous mener plus loin dans la connaissance des êtres et nous assurer de nouvelles victoires sur la douleur humaine. C'est encore au livre de Carrel, réquisitoire dressé contre la rigueur rationnaliste de Descartes, que je pense en supportant la conquête de nos places-fortes par le spiritualisme renaissant. Les systèmes Américains ont, en faisant faillite, causé une si profonde et universelle déception, que la réaction devait en être accélérée. L'atteinte au portefeuille a été pour beaucoup le plus décisif facteur de changement d'orientation intellectuelle : le mécanisme les a réunis, et ils le pourchassent jusque dans les domaines philosophiques. Toutes les époques troublées disposent aux reniements, comme les maladies longues à changer de médecin. Nous ne pouvons pas, nous, changer de médecin mais nous nous disposons, sans trop de scrupules, à changer de médecine.

Je serais tout de même curieux de parcourir un programme des cours qui se donneront à la Faculté dans cinquante ans. G. Lavalée.

II

LE GENDARME EST SANS PUDEUR

Le Docteur C..., de l'Isère, veut bien compléter par un trait tiré de ses archives personnelles le tableautin que j'ai consacré il y a quelques semaines à la mentalité du gendarme.

Dans sa localité il a jusqu'ici consenti à veiller gratuitement sur la chère personne du gendarme, mais s'est obstinément refusé à soigner au même prix Madame et les enfants. Attitude inadmissible d'un mauvais citoyen insurgé contre les prérogatives et, en quelque sorte, les droits reconnus de tout temps à Messeigneurs de la maréchaussée.

Aussi l'un de ceux-ci, il y a quelques mois et « sur l'ordre de ses chefs », se présenta-t-il au domicile du délinquant. Hé là ! que va-t-il se passer ?

Ceci : le capitaine de gendarmerie informait notre confrère qu'il serait *admis* à soigner gratuitement non seulement les gendarmes mais encore leurs familles sous la condition de signer une demande en bonne et due forme.

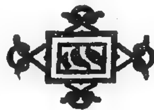
Signer une *demande* pour être *admis* à... Le Docteur C. n'en est pas encore revenu !

Proclamons une fois de plus l'ineffable prestige de l'uniforme, en ce doux pays de France.

Car j'imagine que, tout autre citoyen lui apportant une proposition de ce calibre, le Docteur C. l'eût, d'un prompt et juste coup de de botte au derrière, fait repasser le seuil.

Mais le séant d'un gendarme est couvert par la Loi !

G. Lavalée.



TRANSMISSION DE MALADIES CONTAGIEUSES

Responsabilité du médecin en cas de placement d'enfants

Un de nos confrères, conseiller médical du Comité de patronage d'un dispensaire, nous demande quelle peut être la responsabilité que lui-même, ou le dispensaire, peut encourir en ce qui concerne le placement d'enfants dans des familles mercenaires.

Il faut parfois enlever un enfant sain d'un milieu bacillaire. D'autres fois, il faut venir en aide à une famille nombreuse et placer un ou plusieurs enfants chez des nourriciers.

Or, un enfant peut être porteur d'une maladie contagieuse et la communiquer aux membres de la famille, qui l'a recueilli. Quelle est la responsabilité du médecin, qui a certifié que l'enfant ne lui paraissait atteint d'aucune maladie transmissible ? Ledit certificat ne doit-il résulter que d'un simple examen clinique ? ou faut-il faire faire d'autres recherches de laboratoire ?

Quid au cas où l'enfant serait en période d'incubation de coqueluche, de rougeole, d'oreillons, de diphtérie, de méningite cérébro-spinale, etc. ?

Faire faire systématiquement des examens de laboratoire, pour dépister ces maladies en incubation serait d'une pratique difficultueuse et fort chère.

Que faire, pour se mettre à l'abri de toute responsabilité ?

Cette notion de la responsabilité, en matière de contagion d'une maladie transmissible, acquiert une importance qu'on ne saurait nier. A l'heure où l'on cherche à lutter contre les fléaux sociaux, à restreindre leurs ravages et surtout à diminuer leur propagation, il me semble nécessaire — et surtout utile pour mes confrères — de rédiger une véritable revue générale sur cette question.

Prenons comme point de départ un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 12 janvier 1904, qui décide que « la communication d'une maladie « contagieuse par une personne à une autre « constitue une faute de nature à engager la « responsabilité de celui qui a communiqué la « maladie, alors même que la communication « n'a pas été intentionnelle et qu'elle est due « uniquement à une imprudence, ou à une négli- « gence de celui qui est atteint de cette maladie. »

Il en résulte que celui qui est contaminé par la faute, ou la négligence d'autrui, est en droit de demander réparation du dommage.

Voici pourquoi nous trouvons des décisions de jurisprudence se rapportant à la contamination d'une nourrice par un nourrisson, ou réciproquement. Nous lisons également des jugements et arrêts concernant la transmission de maladies vénériennes conjugales, ou extra-conjugales.

On est allé plus loin, en incriminant le locataire ou le propriétaire d'un appartement contaminé qui a été loué à de nouveaux locataires, sans avoir été au préalable désinfecté.

En quoi consiste la faute de celui qui sera condamné à payer des dommages-intérêts à la personne contaminée ? C'est ce que nous allons passer en revue dans les subdivisions suivantes.

Contamination conjugale ou extra-conjugale.

Est déclaré responsable des suites d'une maladie vénérienne celui qui se sachant atteint d'une maladie transmissible, telle que la syphilis ou la blennorragie, la communique à sa maîtresse. Ainsi décident : Cour d'appel de Paris, 12 janvier 1904 ; Tribunal d'Orléans, 4 mars 1921 ; Cour d'appel de Paris, 9 mai 1923 ; Tribunal civil du Havre (2e Chambre), 22 janvier 1926 ; Tribunal civil de la Seine, 13 décembre 1930.

Signalons en passant que les Tribunaux de certains pays étrangers se montrent d'une très grande sévérité, en ce qui concerne la dissémination des maladies vénériennes. La législation de ces pays permet une répression énergique du délit de contamination, par les personnes qui se savent atteintes d'un mal transmissible.

Nous lisons, en effet, dans la *Revista de medicina*, 1932, nº 64, qu'en Argentine, un individu a été puni de quatre ans de prison, pour, se sachant atteint de blennorragie, l'avoir communiquée à une femme.

De même la *Gazette de Lausanne*, du 5 juillet 1930, nous apprend que le Tribunal cantonal de Zurich a condamné en appel une servante à trois mois de prison, pour avoir contaminé trois hommes, en assimilant ce délit à celui de blessures corporelles volontaires.

Appartements contaminés.

Lorsqu'une maladie contagieuse se produit dans un appartement, le locataire doit faire procéder à une désinfection sérieuse, sinon sa responsabilité peut être engagée soit envers le locataire, qui lui succède, soit envers les autres locataires de l'immeuble, soit envers le propriétaire (Tribunal de paix de Menton, 31 mai 1893 ; Tribunal de la Seine, 30 juin 1893 ; Cour d'appel de Poitiers, 21 janvier 1893 ; Cour d'appel de Pau, 21 juillet 1902).

Le propriétaire est passible de dommages-intérêts, si, après le déménagement d'un locataire chez lequel vient d'être soignée une maladie

contagieuse, il a loué l'appartement contaminé sans s'être assuré que la désinfection en avait été faite (Tribunal de paix d'Oran, 4 février 1895).

Il en est de même pour un hôtelier, chez lequel un voyageur a été atteint de maladie contagieuse et qui n'a pas fait procéder à une désinfection, avant de louer la chambre à un autre client (Cour d'appel de Paris, 1er février 1895).

Allant même plus loin, un locataire assigna en référé un autre locataire de la maison, parce qu'il a a appris que ce dernier allait faire venir chez lui un enfant atteint de scarlatine. Le président du Tribunal de la Seine, jugeant en référé le 2 décembre 1916, reconnut le droit de s'opposer à la venue d'un malade, qui risquait de contaminer l'immeuble.

Au surplus, la Cour d'appel de Pau, par arrêt du 21 juillet 1902, a reconnu au propriétaire le droit de forcer son locataire à faire désinfecter à ses frais.

Contamination de nourrices ou de nourrissons.

Nous abordons, dans ce chapitre, les cas les plus nombreux et les plus probants, en ce qui concerne le départ des responsabilités.

Il ne faut pas, en effet, toujours mettre la faute à la charge du médecin ; il ne convient pas de le rendre responsable d'un examen clinique prétendu hâtif, ou non étayé par des examens de laboratoire. Les parents, ou les Administrations ont également leur part de responsabilité et c'est ce que nous allons étudier tour à tour.

1° Mise en cause du médecin

A) *Le médecin est reconnu coupable d'une faute*

Un nourrisson est contaminé par sa nourrice syphilitique, qui a été insuffisamment examinée par le médecin : responsabilité du praticien (Cour d'appel d'Amiens, 12 août 1893 ; 6 février 1922).

Sera également reconnu coupable de faute à l'égard de la nourrice le médecin qui, ayant accouché une cliente, qu'il savait être syphilitique, n'a pas averti la nourrice des dangers qu'elle courrait en prenant le nourrisson au sein (Tribunal civil de la Seine, 9 novembre 1906 ; Tribunal civil de Nice, 29 avril 1915).

Doit également être reconnu coupable le médecin, qui ayant constaté certains signes, tels qu'état chétif, coryza, muguet, difficulté à prendre le sein, n'a pas pensé à la syphilis congénitale et a délivré un certificat autorisant l'allaitement au sein.

B) *Absence de culpabilité du médecin*

Lorsqu'au jour de l'examen du praticien, aucun signe de maladie transmissible n'est constaté ni chez la nourrice, ni chez l'enfant, le médecin ne saurait être reconnu coupable de négligence, si la syphilis se déclare quelques jours après. Ainsi en décident : Cour d'appel de Dijon, 14 mai 1868 ; Tribunal civil de la Seine, 21 avril 1886 ; Cour d'appel de Paris, 16 mars 1896 ; Tribunal civil de la Seine, 9 novembre 1906.

Egalement n'est pas coupable le médecin qui, au cours d'un examen ultérieur et découvrant des signes de syphilis congénitale chez un nourrisson, avertit immédiatement la nourrice des dangers qu'elle court (Cour d'appel de Paris, 16 mars 1896).

Dans certains cas, l'erreur de diagnostic n'est pas reprochée au médecin, lorsque, dès le début, il a pris pour des crevasses du sein, une petite ulcération syphilitique du mamelon chez la nourrice, alors que l'enfant présentait des lésions ressemblant plus à de la gourme qu'à des signes cutanés de syphilis héréditaire (Tribunal de la Seine, 5e Chambre, 11 décembre 1912).

2° Culpabilité des parents

Commettent une grave imprudence, dont ils sont rendus responsables, les parents qui, bien que se sachant atteints de syphilis, n'hésitent cependant pas à confier leur enfant à une nourrice au sein, sans avertir celle-ci de la contagion possible (Tribunal civil de la Seine, 24 octobre 1906 ; 9 novembre 1906 ; 13 mars 1923 ; Tribunal civil de Nice, 29 avril 1915 ;

Cependant leur responsabilité ne serait pas retenue dans le cas où ils ignoreraient leur syphilis (Tribunal civil de la Seine, 11 décembre 1912).

3° Responsabilité de l'Assistance publique de Paris

L'Administration de l'Assistance publique de Paris a été condamnée à payer des dommages-intérêts, lorsqu'il a été reconnu que les enfants assistés ont été placés en nourrice, sans examen médical préalable, ou après un examen trop superficiel (Cour d'appel de Paris, 23 avril 1890 ; Tribunal civil de la Rochelle 9 janvier 1906 ; Cour d'appel de Lyon, 11 juillet 1911 ; Cour d'appel de Bourges, 14 avril 1902).

Commentaires.

De ceci, nous devons déduire que le médecin, qui examine consciencieusement un malade suspect de maladie transmissble, ou qui cherche à déceler chez lui un signe de contagiosité, ne sera pas rendu responsable, si le certificat qu'il délivre, apporte la preuve du sérieux de l'examen.

Certes, lorsque le praticien a tout lieu de soupçonner une infection cachée, il a le devoir de faire faire pratiquer tous les examens nécessaires. Croit-il à la possibilité d'une syphilis congénitale chez un enfant ? il devra faire procéder à tous examens sérologiques utiles.

Examine-t-il un enfant dont les frères ou sœurs, ou les camarades de classe viennent d'être atteints de rougeole, ou de scarlatine, ou

d'oreillons, il devra faire toutes les réserves nécessaires, dans son certificat, pour que des mesures spéciales de surveillance soient prises onéreux, nependant la durée de l'incubation.

Mais s'agit-il d'un enfant sain en apparence, provenant d'un milieu sain, on ne saurait contraindre un praticien à faire procéder à toutes sortes d'examens de laboratoire, qui sont très onéreux et sont pas toujours probants.

Quid ? dans le cas plus particulier d'enfant, né dans un milieu bacillaire, ou vivant avec des parents contaminés. L'examen clinique est normal ; en apparence l'enfant n'est pas atteint. Le médecin pourrait-il être rendu responsable, au cas où l'enfant serait accusé d'avoir apporté la tuberculose chez ses nourriciers ?

L'Administration d'un préventorium, ou d'un dispensaire pourrait-elle également être recherchée de ce fait ?

Je ne le crois pas. En laissant de côté les discussions doctrinales, pour savoir si oui ou non la tuberculose est contagieuse, il est cependant facile de prévenir les nourriciers de l'état de santé des parents, pour que le nourrisson ou enfant soit plus spécialement surveillé par le médecin inspecteur de la protection du premier âge, ou par le médecin de la famille.

Dès l'apparition des premiers symptômes, l'enfant sera repris et confié à l'établissement *ad hoc*, alors que la contagion n'aura pas eu le temps de se manifester.

A plus forte raison, le médecin ou l'Administration publique ou privée, chargée du placement de l'enfant ne saurait être rendu responsable, au cas où l'enfant, mis en placement, serait en incubation d'une maladie transmissible, telle que rougeole, scarlatine, oreillons, etc...

Pendant leur période d'incubation, bien des maladies ne se manifestent par aucun signe extérieur. Tel est le cas de la coqueluche, qui, en impose pour une bronchite banale, jusqu'au jour où la toux émétisante, puis le chant du coq mettent sur la voie du diagnostic.

N'est pas coupable le médecin qui a tout fait pour éviter une erreur de diagnostic et qui peut certifier qu'au moment où il a pratiqué l'examen, l'enfant lui a paru ne présenter aucun signe de maladie transmissible. C'est cela seul qu'il peut affirmer et non certifier que l'enfant n'est pas atteint de maladie contagieuse.

Si le praticien a des doutes, il peut demander d'être informé du nom du médecin, qui ultérieurement sera chargé de la surveillance de l'enfant, ou de celui du médecin traitant de la famille nourricière. Il sera possible d'avertir directement le confrère des craintes, ou des soupçons qu'on peut avoir pour qu'il soit possible de faire exercer une surveillance plus active pendant la période probable de l'incubation, lorsqu'il y a des motifs sérieux pour craindre une contagion possible.

Pour nous résumer, nous pouvons dire qu'il n'est pas encore venu à l'esprit de quelqu'un de porter plainte contre une école, dans laquelle un enfant à contracté une maladie contagieuse. Comment se fait la transmission des germes ? Pour certaines maladies, on est encore dans l'incertitude.

Aussi, les Administrations font-elles tout leur devoir, en faisant examiner les enfants douteux par un médecin et celui-ci n'encourt aucune responsabilité, si, par la rédaction de son certificat, il donne la preuve que l'examen, qu'il a pratiqué, a été sérieux et consciencieux.

Paul BOUDIN.

CONDITIONS POUR EXERCER LA PROFESSION DE DENTISTE EN FRANCE PAR LES DIPLOMÉS ÉTRANGERS

Un docteur en médecine italien, diplômé et titulaire du brevet de stomatologie exigé dans son pays peut-il commencer ses études en France, pour être chirurgien-dentiste et à quelles conditions ?

Pourra-t-il obtenir des dispenses quelconques, du fait qu'il est docteur en médecine et stomatologiste, bien que diplômé étranger ?

Pour exercer la profession de dentiste en France, il faut, selon les termes de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892, posséder soit le titre de docteur en médecine d'Etat français, soit le diplôme de chirurgien-dentiste délivré par une Faculté française.

De plus, selon les dispositions de la loi du 26 juillet 1935, il faut qu'il soit Français, ou naturalisé Français pour pouvoir exercer son art en France.

Quant aux études à entreprendre en vue de l'obtention du grade de chirurgien-dentiste, il faut, selon les termes du décret, des 19 juillet 1932 et 25 août 1933, posséder le baccalauréat de l'enseignement secondaire français.

Depuis la rentrée des Facultés, en novembre dernier le brevet de l'enseignement primaire supérieur n'est plus accepté.

Des dispenses et équivalences peuvent être accordées — (mais avec grandes difficultés) pour la dispense du baccalauréat français, nécessaire pour se faire inscrire dans une Faculté de médecine, en vue des études de chirurgien-dentiste.

Dr P. B.

LA CLINIQUE ET LE LABORATOIRE

Les causes principales du malaise médical

Par Auguste LUMIÈRE,

Correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine

I. — Aperçu historique

Le nombre des substances de la chimie organique utilisées en médecine, au siècle dernier, était insignifiant et c'est seulement de nos jours que l'on a vu proposer et employer, dans l'art de guérir, de multiples composés synthétiques qui, pour la plupart, nous sont arrivés d'Allemagne.

Pourquoi, dans ce domaine, sommes-nous restés à la remorque des chimistes d'Outre-Rhin, alors qu'en France, les initiatives abondent et les novateurs sont légion !

C'est que, pendant de longues années, il a manqué à nos compatriotes une clef sans laquelle il est impossible de pénétrer les mécanismes des réactions de la chimie organique : cette clef, c'est la notation atomique que nous devons à Laurent et Gerhardt, défendue dans notre pays avec beaucoup de courage par Wurtz, adoptée aussitôt par les chimistes allemands, mais contre laquelle s'est élevé, chez nous, l'ostracisme officiel, sous la pression de Berthelot ; en s'entêtant à faire conserver, dans l'enseignement, pendant plusieurs années, le système des équivalents, cet auteur, cependant éminent, mais bien peu clairvoyant, a été la cause d'une infériorité de notre industrie chimique, dont nous subissons encore les effets cinquante ans plus tard. Nos voisins ont pris, à l'origine, une telle avance qu'il ne nous a pas été encore possible de regagner le temps perdu.

Ne trouvons-nous pas, dans ce cas, un exemple frappant de l'influence néfaste du dogmatisme auquel s'attachent, trop souvent, hélas ! ceux que l'on considère comme les maîtres de la Science ? Ils entravent ainsi le progrès qu'ils auraient cependant pour mission capitale de favoriser.

Nous avons eu et nous avons encore personnellement trop à pâtir de tels errements pour ne pas en faire mention quand l'occasion nous en est donnée.

La notation atomique était depuis peu introduite dans l'enseignement classique quand nous avons réussi à découvrir les lois des développateurs photographiques, grâce à une expérimentation guidée par le nouveau mode de représentation des composés organiques ; nous avons pu préciser ainsi la nature et l'arrangement des fonctions chimiques susceptibles de conférer, à la molécule, les propriétés développatrices, ce qui nous permettait de prévoir, d'un seul coup, toutes les substances de la série aromatique capables de révéler l'image latente.

C'est à ce moment que notre attention a été attirée par la suprématie de l'Allemagne, en ce qui regarde la pharmacodynamie, et nous avons aussitôt formé le projet de créer un centre de recherches où seraient appliquées les méthodes qui venaient de nous réussir en chimie photographique. Notre objectif était, en somme, d'établir les rapports qui peuvent exister entre les fonctions chimiques et les propriétés thérapeutiques des corps qui les renferment, en vue de découvrir des médicaments nouveaux et, dans la mesure de nos modestes moyens, de ne pas laisser à l'étranger le monopole exclusif que les circonstances lui avaient réservé jusque-là.

Nous avons alors consacré toutes nos ressources personnelles à la fondation d'un Institut qui, pour remplir le but proposé, devait nécessairement comporter trois ordres d'investigations bien distinctes, mais concourant aux mêmes réalisations :

1° Des recherches chimiques destinées à l'obtention de composés organiques renfermant les groupements fonctionnels à étudier ;

2° Une expérimentation physiologique des produits ainsi préparés ;

3° Un contrôle clinique des résultats du laboratoire.

C'est sur ces bases que nous avons construit et aménagé trois groupes de locaux correspondant à ces diverses investigations.

Cet Institut, fondé il y a plus de trente ans, semble bien avoir rempli ses fonctions à souhait ; nous n'entreprendrons pas ici de mentionner les multiples substances médicamenteuses nouvelles qui en sont sorties et qui ont pris rang dans l'arsenal thérapeutique, nous avons seulement le désir d'envisager le développement considérable de l'une des branches de notre organisation, celle des applications cliniques, dont la destination s'est trouvée notablement modifiée, par la force des choses, au cours de ces dernières années.

II. — Le développement de la clinique de nos laboratoires

Bien que ces laboratoires aient été, en principe, spécialement destinés aux recherches pharmacodynamiques, les moyens matériels qu'ils mettaient à notre disposition, nous ont engagé à

étendre nos investigations à un certain nombre de problèmes de la pathologie ; les mémoires que nous avons publiés sur ces questions, depuis quinze ans, attestent l'activité qui a été le résultat de cette extension.

Parmi les sujets traités, nos travaux sur les colloïdes avec la conception du rôle de la destruction de l'état colloïdal ou micelloïdal, dans la genèse de la maladie, nous a peu à peu amené à la notion du traitement humoral des affections chroniques fonctionnelles.

En stabilisant les humeurs et en remédiant aux causes d'altération de leur colloïdité, nous avons pu parvenir à améliorer l'état et à guérir des malades, chez lesquels les thérapeutiques classiques s'étaient montrées antérieurement inopérantes.

Ces succès, qualifiés la plupart du temps d'inespérés, par ceux-là même qui en ont bénéficié, nous ont valu, en quelque sorte automatiquement, des sollicitations de plus en plus nombreuses de la part de malades atteints de ces affections dont notre méthode avait triomphé, les malades guéris nous en amenant d'autres auxquels il eût été cruel et inhumain de refuser des soins.

La clinique de nos laboratoires qui était un organisme d'étude et dont les locaux suffisaient primitivement à cette affectation, est devenue ainsi beaucoup trop exiguë, pour répondre au nombre toujours grandissant des consultants, si bien que nous avons été conduit à construire un nouveau dispensaire assez vaste pour satisfaire aux demandes du moment. Notre petit centre d'étude a fait place à un centre de traitement important, auquel sont attachés actuellement dix médecins et une vingtaine de collaborateurs chargés des analyses de laboratoire et des examens auxquels sont soumis systématiquement tous les malades.

Le nombre de nos consultations a plus que doublé depuis un an et, il ne cesse de croître, si bien qu'il nous est impossible de prévoir le développement que prendra cette institution dans l'avenir. Les sujets qui y sont traités et qui nous viennent de tous les points de la France et même de l'étranger, sont invariablement des laissés pour compte de la thérapeutique ; classique ils s'adressent à nous en désespoir de cause, et après avoir, en vain, épuisé le plus souvent tous les moyens de traitements préconisés par les Traités, voire aussi par les empiriques.

La technique des investigations auxquelles les malades doivent être soumis et les détails des médications qui leur sont appliquées ont été décrits dans notre ouvrage « La Renaissance de la médecine humorale » ; nous n'y reviendrons pas ici, nous proposant seulement d'en préciser un certain nombre de points particuliers dans un mémoire ultérieur.

III. — Les critiques dont notre organisation est l'objet

Le succès de notre clinique et de nos méthodes devait nécessairement porter ombrage à certains membres du Corps médical, surtout dans les temps de crise que nous traversons où le praticien a souvent beaucoup de peine à se créer une situation en rapport avec ses facultés et ses connaissances et aussi parfois avec ses charges de famille.

Certes, nous n'avons pas volontairement créé l'état de chose qui pourrait être interprété, par les personnes mal informées, comme une concurrence regrettable aux médecins ; il est la conséquence inévitable des circonstances qui sont commandées par la conduite des Maîtres de la pathologie, à notre égard.

Depuis bientôt quinze ans, nous avons exposé notre théorie colloïdale de la vie et de la maladie ; nous avons écrit quatre ouvrages et une centaine de mémoires dans lesquels nos conceptions, en cette matière, ont été développées, et, à l'heure présente, quand les auteurs qui font autorité abordent des questions sur ce terrain, nombre d'entre eux se réfèrent encore à la fausse colloïdoclasie de Widal, se refusant de faire état de nos travaux.

Ainsi abandonné, nous avons bien été obligé d'agir par nos propres moyens. Il ne nous était pas possible de laisser étouffer des méthodes qui constituent une véritable rénovation de la thérapeutique des maladies chroniques fonctionnelles, ni de laisser souffrir tant de malades qu'il est possible de soulager.

Ceux qui récriminent contre notre Centre d'étude et de traitement n'ont qu'à s'en prendre aux personnalités médicales qui ont voulu ignorer nos recherches et nos résultats. Il nous était absolument interdit d'agir autrement.

Nous ne pouvons prévoir ce qu'il adviendra du développement de notre Clinique, mais pour limiter son extension, un seul moyen bien simple s'impose, c'est de reconnaître le bien-fondé de nos conceptions, et de généraliser, par ailleurs, les procédés que nous avons institués.

Il faut reconnaître que l'une des difficultés de cette généralisation réside dans la quasi-impossibilité de l'emploi, cependant indispensable, dans certains cas, de notre dermo-désensibilisateur antibacillaire, objet d'un ostracisme officiel qui tourne à la persécution. Nous avons demandé à trois reprises différentes, depuis dix ans environ, l'autorisation de délivrer aux pharmaciens, cette préparation aussi efficace qu'inoffensive, sans avoir pu l'obtenir, sous des prétextes qu'il serait trop long de commenter dans la présente note et en prétendant nous imposer des conditions difficilement réalisables qui n'ont jamais été exigées pour les nombreux agents thérapeutiques soumis à la même réglementation.

En présence de ces différentes considérations, nous ne pensons pas que l'on puisse nous reprocher d'avoir créé notre clinique, puisqu'elle constitue, pour nous, le seul moyen de démontrer l'exactitude de notre thèse et de soulager ou de guérir de nombreux malades qui, sans elle, auraient continué à souffrir, toutes les autres voies qui auraient pu conduire à ces résultats nous ayant été fermées par un dogmatisme stérilisant.

IV. — Les véritables causes du marasme dans la profession médicale

Nous ne croyons pas inutile de saisir l'occasion qui nous est offerte de justifier la fondation de notre Institut, pour attirer l'attention du Corps médical sur les principales raisons véritables des difficultés de plus en plus grandes qu'il éprouve quand il s'agit d'assurer à ses membres les moyens d'existence larges et honorables auxquels ils ont droit.

Certes la pléthore, avec un nombre toujours croissant d'élèves dans les Facultés de médecine, sans augmentation correspondante des populations, constitue l'un des éléments de la crise actuelle, mais il en est d'autres, autrement importants, dont le développement s'accentue de jour en jour, pour devenir de plus en plus menaçants.

Tout d'abord la clientèle des tuberculeux des villes échappe maintenant complètement aux praticiens ; ce sont des malades qui, par centaines de mille, leur sont enlevés par les dispensaires, les sanatoriums et les hôpitaux, sous prétexte de lutte contre la tuberculose.

Il y avait, en France, en 1934, 834 dispensaires dont 789 centres d'examen qui ont enregistré pendant cette même année 1.574.152 consultations.

Sur les 890.056 consultants qui se sont présentés dans ces dispensaires, on n'a compté, pendant ce temps que 335.199 tuberculeux ; il y a donc eu 554.857 consultations donnés à des non-tuberculeux.

Il y a eu, en outre, 1.221.955 visites faites à domicile par les infirmières visiteuses, en augmentation de 85.822 sur l'année 1933.

La même année de 1934 comptait 72.561 lits de sanatoriums ou préventoriums, parmi lesquels nous devons déduire 24.143 lits de préventoriums et 14.442 lits de sanatoriums héliomarins qui sont d'une utilité incontestable et certainement efficaces dans leurs effets.

D'autre part, les hôpitaux drainent un nombre toujours plus considérable de malades qui ne devraient pas y être admis.

Nous trouvons dans le *Phare médical de Paris* de janvier 1935, une documentation bien suggestive montrant le vrai péril qui menace le médecin. D'après cette publication, le nombre des journées d'hospitalisation, à Paris, qui était de un million en 1920, a atteint treize millions en 1933, soit une augmentation de un million de journées par an ! !

Sur cent malades, on en compte environ cinquante qui sont payants, soit par les Assurances sociales, accidents du travail, ou payants libres et qui, par conséquent, ne devraient pas en principe, y avoir accès.

13.330.000 journées d'hospitalisation, dans la capitale, en 1933, à 40 francs par jour, en moyenne, cela fait 533.200.000 francs plus d'un demi-milliard, avec un budget d'Assistance publique, chaque année en déficit: le contribuable doit ainsi payer des impôts qui ne devraient pas lui incomber et, pendant ce temps, les médecins n'ont plus de clients ! !

Les malades trouvent certes parfois, dans les hôpitaux, des soins qu'ils ne pourraient avoir à domicile et cela justifie, dans une certaine mesure, l'accroissement relevé, mais cela n'est pas toujours vrai.

Les tuberculeux pulmonaires, par exemple, quand ils ne sont pas justiciables de la collapsothérapie, seraient généralement mieux soignés dans leur famille qu'à l'hôpital où la méthode expectante est en honneur et où on se contente d'assurer leur subsistance par l'ordinaire de l'hôpital.

Et ces malades sont légion.

Sous le prétexte qu'il n'y a pas de remède spécifique contre la tuberculose, on laisse sans soins les malheureux phtisiques ; nous accusons cette expectation d'avoir fait beaucoup de mal ; nous avons de très nombreux exemples de malades ainsi abandonnés dont l'état s'est immédiatement amélioré dès qu'on a combattu leur hyperthermie, qu'on les a soumis au traitement aurique, qu'on s'est occupé de remédier à toutes les dysfonctions organiques. Dans cette affection, qui procède par poussées successives, il faut souvent peu de chose pour arrêter un processus évolutif qui s'opère même spontanément dans bien des cas, mais que l'on peut incontestablement faciliter ou même provoquer grâce à des soins judicieux et appropriés que le médecin praticien de la famille pourrait prescrire mieux que quiconque.

L'armement antituberculeux, basé sur le principe inexistant et maintenant périmé de la contagion exclusive, s'est organisé en portant les plus graves préjudices aux médecins praticiens.

Le moment n'est-il pas venu de réagir contre de tels errements ? Les Syndicats médicaux n'ont-ils pas là un vaste champ d'action, en vue de rendre, au médecin, le sacerdoce admirable qu'il exerçait autrefois dans les familles, et qui s'efface de plus en plus au profit d'une socialisation de la médecine, où le malade ne compte plus que comme un numéro ?

CRIME ET CHIRURGIE

Dillingen, l'ennemi public nº 1, avait confié à un chirurgien que l'on pourrait qualifier d'inesthétique ses doigts et sa figure. Le chirurgien avait ordre d'altérer les empreintes digitales et de modifier les traits, de façon à dérouter la police. Cela ne suffit pas, comme on sait, à lui éviter une arrestation organisée, le 22 juillet 1934 : et quand, après son exécution, on se livra à un examen attentif du cadavre, on retrouva tout de même 300 signes caractéristiques permettant son identification.

Aux Etats-Unis, l'état civil, quant aux noms et aux prénoms, est inexistant. Chacun prend le nom ou le surnom qui lui plaît, et c'est sur d'autres preuves que l'onomastique que l'on vérifie la personnalité d'un individu. La police est donc obligée d'utiliser d'une façon extensive les méthodes les plus complètes d'identification. Il y a, dans le Bureau fédéral d'investigation, plus de 5 millions d'empreintes digitales, auxquelles 8.000 agences locales en ajoutent chaque année près de 3.000.

La vie des criminels devient donc très difficile dans ce pays, où il y a beaucoup de vocations pour ce métier. La police est en possession d'apporter la preuve digitale de la vie passée des accusés ; ils ne peuvent plus plaider l'entraînement d'un moment, et sont convaincus de crime habituel. Ces messieurs durent donc chercher un système pour rendre leurs pulpes digitales méconnaissables, et ils firent appel à la science médicale.

Le chirurgien de Dillingen fut poursuivi comme complice, et sera vraisemblablement puni pour sa belle intervention ; mais il y en a d'autres.

Quel est l'avenir de cette méthode de transfiguration ? Il n'est pas brillant ; car on ne conçoit pas d'opération si bien faite, qu'elle aboutisse à munir un individu de pulpes digitales autres que celles fabriquées par sa sainte mère. Il n'y a pas de partie du revêtement cutané qui, greffé, puisse remplacer les élégants sillons de nos doigts, et il est facile d'ailleurs de voir qu'ils ont été abrasés et qu'on a essayé de donner le change sur leurs sinuosités.

Si, au lieu d'une greffe, on tente une destruction par des caustiques ou la brûlure, il en est de même ; on trouve sur les doigts au lieu de sillons un tissu cicatriciel tout à fait suspect, et le seul résultat sera une longue enquête d'identification.

***

Mais il se pose ici une question légale : quelle est la responsabilité, devant la loi, du chirurgien qui se rend complice d'efforts regrettables pour tromper la police ?

On pourrait plaider que, puisqu'il est absolument impossible d'éviter à un accusé l'identification, même en altérant ses pulpes digitales, le crime est impossible, et par conséquent inexistant, ainsi que la complicité ; mais ce système, même soutenu par un avocat très astucieux, aurait peu de chances de réussir. On peut dire aussi qu'un chirurgien, soll cité par un individu dont il n'a pas à connaître les intentions, de pratiquer sur lui une opération semblable, obéit simplement aux désirs de son client, et n'a pas à en envisager les conséquences, n'ayant aucune obligation d'aider la justice répressive. Cela encore n'aurait aucun succès, car il serait trop facile de lui répondre qu'il n'est pas obligé non plus d'aider le crime.

Si le chirurgien s'est contenté de pratiquer sur la face une modification plastique, sa responsabilité est moindre ; car il n'y a aucune raison au monde pour qu'un individu veuille altérer ses empreintes digitales, tandis qu'il peut avoir envie d'avoir un autre profil : et le chirurgien ne peut pas toujours soupçonner les motifs réels de cette fantaisie.

Il est bien certain qu'un chirurgien honnête ne pratique pas une opération esthétique, ou même simplement plastique, sans se rendre compte par une enquête discrète des intentions de son client. Mais supposez que le criminel ait le nez camus, ou des bajoues, ou un nævus pileux caractéristique, il est difficile à moins d'être par hasard informé de sa personnalité de lui refuser le plaisir d'une correction esthétique. Et voilà comment le médecin le plus scrupuleux du monde peut devenir l'auxiliaire d'un bandit.

Ph. DALLY.

VÉTÉRINAIRES ET MÉDECINS

Il se trouve que des vieilles familles ont émis, de génération en génération, des branches divergentes dans des milieux différents. Les membres de ces branches arrivent bientôt à ne plus connaître leur parenté : puis un hasard finit par mettre en présence ces cousins si éloignés, dans des conditions telles qu'ils retrouvent l'unité de leur origine ; ils redeviennent des frères et proclament la communauté de leurs affinités ancestrales.

C'est le phénomène qui, depuis 150 ans, réunit de plus en plus étroitement les médecins et les vétérinaires. On en trouvera la démonstration dans un bel ouvrage (1) que vient de publier le Professeur E. Leclainche, vétérinaire, membre et vice-président de l'Académie des sciences, qui est un des représentants les plus éminents de la biologie générale actuelle. Il continue la lignée de ces vétérinaires illustres qui, après avoir enrichi la physiologie expérimentale, se sont consacrés à continuer, à développer et à enrichir l'œuvre de Pasteur, côte à côte avec les médecins et les chimistes, dans une émulation féconde.

Il apparaît bien que les vétérinaires, ayant enfin conquis la place qui leur est due dans le monde scientifique, au début du XIXe siècle, se soient trouvés dotés d'emblée d'un matériel de travail exceptionnel. Les autres biologistes n'ont pu progresser à ce même moment qu'en leur empruntant ce matériel qui ne leur était pas aussi familier : ce qui explique la fréquente prééminence des vétérinaires qui furent appelés, comme Chauveau et Arloing, à enseigner dans les Facultés de médecine, ou, comme Nocard et bien d'autres encore vivants, à collaborer à l'édification de la bactériologie et à son développement progressif.

Quand, aux notions de thérapeutique individuelle, ne s'appliquant qu'aux cas isolés, se sont substitués des principes de thérapeutique collective, les médecins des hommes et ceux des animaux se sont trouvés rapprochés. On ne traite pas un homme malade comme un cheval ou un bœuf, mais les mesures de lutte contre une épidémie sont du même ordre que les barrages opposés à une épizootie : les individus ne comptent plus, seules sont envisagées des collectivités biologiques.

Le rapprochement est devenu égalité et unité quand la nécessité de la médecine préventive a dominé toutes les thérapeutiques individuelles ou collectives. La dictature des idées générales a mis au même niveau tous les biologistes, quelles que fussent leurs spécialisations.

L' « Histoire de la médecine vétérinaire » du Professeur Leclainche expose avec une documentation complète et définitive, l'origine commune des deux médecines, leur séparation prolongée d'ordre philosophique et religieux, la longue éclipse de l'art vétérinaire, enfin sa résurrection éclatante et sa réunion à l'art médical. Avant d'en exposer les détails dans un texte aussi intéressant que considérable (plus de 800 pages) l'auteur condense, dans une courte et lumineuse préface, l'exposé de l'évolution de cet art vétérinaire qu'il a illustré.

Il y expose le parallélisme entre les phases diverses de cette évolution et les successives étapes de la philosophie humaine. Les hommes primitifs se sont préoccupés de la recherche de la divinité. En Egypte, ils ont cru voir des dieux dans les animaux qu'ils ont domestiqués : il fallait soigner les incarnations du bœuf Apis avec autant de respect que les pharaons. D'autres peuplades moins évoluées ont pris les animaux pour totems (voir le Docteur Marcel Baudoin) d'où égalité entre les deux médecines.

Chez les Hébreux, les maladies des hommes et des animaux sont d'origine surnaturelle, au même degré. Les plaies d'Egypte, envoyées par Jéhovah, atteignent le bétail comme les hommes. Les minutieuses prescriptions édictées par la Bible ne constituent qu'une seule médecine, dans laquelle préexiste, suivant certains auteurs, l'hygiène moderne.

Dans les Indes, la vénération des bovidés atteignit son point suprême : seuls les prêtres étaient dignes de soigner la vache mère des dieux.

Ce haut rang atteint par les animaux fut aboli par la philosophie grecque. Celle-ci étudie l'âme humaine, les animaux n'ont pas d'âme. Le christianisme accentue encore la différence entre l'homme et les autres êtres vivants, et l'art vétérinaire se sépare pour des siècles de l'art médical, son objectif devenant de plus en plus matériel, et même immonde. Les animaux ne sont plus des incarnations divines, mais de simples choses et même des cachettes pour le démon.

Puis c'est la longue nuit médiévale pendant laquelle les hommes ne furent du reste guère mieux soignés que les animaux : mais tandis que ceux-ci, si utiles au pauvre peuple, étaient soignés par des sorciers clandestins, les autres étaient l'objet des pratiques des astrologues, mires et superbes magiciens, ou de l'intercession solennelle de saints très glorieux.

(1) E. Leclainche. — Histoire de la Médecine Vétérinaire. Office du Livre, Toulouse, rue Alsace-Lorraine, 42.

La Renaissance, si curieuse de tout, commença à s'intéresser à l'art vétérinaire, et les pages du Professeur Leclainche sur Léonard de Vinci sont particulièrement suggestives. Ce n'est pas uniquement par conscience artistique que cet homme universel disséquait des chevaux : il devait avoir un but philosophique, peut-être précurseur de la philosophie matérialiste du XVIII^e siècle. Les ardents penseurs de cette dernière époque revendiquèrent pour tout être vivant le droit à l'existence que les hommes s'étaient si jalousement approprié, et l'on put s'occuper, sans déchoir, de soigner les animaux.

Les variations d'ordre philosophique ne sont pas seules responsables de l'évolution de la médecine vétérinaire. Elle a subi une autre influence, extrêmement importante : l'utilitarisme. Dès que les animaux domestiques furent devenus une des principales richesses des peuples, ceux-ci durent s'appliquer à les soigner, à les conserver. Ils furent presque aussi attérés par les épizooties que par les massives épidémies. D'autre part, sans cavalerie, les peuples guerriers auraient été paralysés : il fallut s'occuper des races qui donnaient la viande, le lait et la laine, et des races qui donnaient la victoire.

Il semble bien du reste que cette dernière nécessité ait prédominé dans la constitution de la corporation actuelle, qui, d'après le Prof. Leclainche, descend de « nos ancêtres les maréchaux » (1). Les maréchaux étaient primitivement les écuyers, serviteurs qui avaient la responsabilité des chevaux des grandes maisons, en Angleterre et en Allemagne, comme en France. Ils étaient assistés des forgerons chargés de la ferrure, et c'est par une amphibologie qu'a été créée l'appellation de maréchal-ferrant, unissant le praticien d'une certaine culture avec l'artisan sans instruction.

Mais ce sont ces maréchaux-ferrants qui ont servi au recrutement des vétérinaires comme les barbiers de courte ou longue robe ont engendré les chirurgiens. Intéressante analogie entre deux professions si parentes.

L'enseignement officiel de l'art vétérinaire, commencé en France par Bourgelat, en 1763, à Lyon, prit aussitôt une rapide extension que l'auteur décrit dans toute son ampleur, et qui termine la partie historique proprement dite.

L'ouvrage expose ensuite d'une façon complète la situation actuelle en France de la corporation vétérinaire comme enseignement et comme organisation civile et militaire. Puis un tableau analogue est tracé pour les institutions vétérinaires dans le monde. Ce tableau, qui intéresse cinquante nations différentes, donne les détails les plus minutieux sur chaque organisation qu'unit entre elles un Office international des Epizooties, siégeant à Paris. Si toutes les sciences sont internationales, la science préventive, vétérinaire comme médicale, ne saurait exister sans ce caractère d'universalité qui lui imprime cet office très agissant, où quarante-quatre Etats sont représentés.

Telle est, trop rapidement esquissée, la substance de cet ouvrage qui renferme, sous une forme attrayante, une énorme documentation. Sans doute, l'art vétérinaire évoluera-t-il encore, les progrès du machinisme diminueront l'importance de la race équine, l'accroissement de la consommation des viandes, de l'utilisation du lait et des sous-produits les plus inattendus dans la thérapeutique médicale, la fabrication des vaccins, ouvriront sans cesse de nouveaux débouchés aux études vétérinaires. Le tableau actuel, si complet maintenant, pourra plus tard demander à être modifié ; mais il ne paraît pas possible qu'un auteur futur puisse trouver à glaner du nouveau dans la documentation de l'art vétérinaire avant 1936 :la partie historique de cet ouvrage est une œuvre définitive sans retouche possible.

BRIAU.

POÉSIES

Variation sur Horace

Nous venons de recevoir de notre confrère Paul GROSSIER, de Saint-Fargeau, une pièce de vers, accompagnant ses vœux de nouvel an, selon sa coutume ; nous lui retournons nos propres souhaits en prose, car nous regrettons de ne pas être poete.

Les stances du Docteur Paul Grossier avec leurs allusions politiques, la flétrissure des abus et le tableau des misères du temps, s'apparentent plus aux œuvres de Juvénal qu'à celles d'Horace. Nous citerons la dernière stance :

Etudiants, étudiantes,
Savants de bonne volonté,
Enseignez de vos voix puissantes
Le vrai, le droit et l'équité.
Chassez les lâchetés tremblantes
Devant la tâche de bonté,
Et réalisez l'unité
Du cadre de l'humanité.

J. N.

(1) Revue générale de Médecine vétérinaire, 1926.

LA MAISON DU DOCTEUR BLANCHE

C'est de la première en date, celle de Montmartre, que nous voulons parler ; celle de Passy, non moins illustre, mérite aussi une étude que nous lui consacrerons. La maison du Docteur Blanche, à Montmartre, peu de gens s'en doutent, existe toujours ; elle doit depuis longtemps disparaître pour céder la place au passage d'une voie neuve ou à la construction d'immeubles de rapport, mais l'expropriation envisagée depuis plus de trente ans n'a pas encore eu lieu ; formons le souhait qu'elle soit indéfiniment ajournée.

Tous les Parisiens — et de nombreux provinciaux et étrangers — connaissent la place du Tertre au sommet de la Butte. C'est à deux pas de là, au 22 de la rue de Norvins, que s'élève la maison ; les habitants du quartier, les anciens surtout, savent quel est son passé ; quant aux curieux et aux touristes qui, après une visite au Sacré-Cœur ou aux cabarets de la place du Tertre passent devant, ils ne lui accordent pas un coup d'œil ; aucune plaque n'indique ce qu'elle est ou plutôt ce qu'elle fut. Il faut le dire, sa façade rue de Norvins n'est pas particulièrement attrayante : elle est même assez laide, trouvons-nous, d'une pauvreté aussi qui détourne le regard plus qu'elle ne l'attire. Les yeux préfèrent se fixer, pour sourire, sur le nº 18 tout voisin, à l'angle de la rue Norvins et de la rue des Saules. Des écriteaux très voyants permettent au passant de faire le point. Il est là dans la commune libre du vieux Montmartre. Une deuxième indication précise qu'il se trouve à la « frontière Clignancourt ». Et pour le cas où il serait Savoyard ou Auvergnat, on l'informe que les consulats de Savoie et d'Auvergne se trouvent ici-même, au 18.

Mais revenons au 22, ou plus exactement au 22 *bis*, car le 22, à en croire le Bottin, n'existe pas dans la rue de Norvins. Pourtant, il y a bien un 22, mais sa porte cochère, dont le mauvais état des piliers en pierre meulière rongée atteste l'ancienneté, n'a pas de sonnette. L'entrée du 22 *bis* accolé au 22, est manifestement plus récente ; deux plaques difficilement déchiffrables :

Pensionnat normal	Cours d'éducation
Préparation à la carrière de l'enseignement	Externat Préparation aux examens Musique,Dessin,Langues

certifient qu'une institution scolaire a bien existé dans l'immeuble. Apparemment, elle a cessé d'être et n'est plus qu'un souvenir. Un érudit, E. de Crauzat, qui, en 1910, publia une intéressante brochure sur la maison du Docteur Blanche (1), d'après des documents et sans visite personnelle des lieux, semble-t-il, mentionne cette institution. Plus hardi, nous sonnons au 22 *bis*, et — faut-il le dlre ? — presque contre toute attente — la porte s'ouvre immédiatement. Deux marches franchies, nous voici dans le parloir du Pensionnat du Sacré-Cœur, exposant à une dame notre désir de jeter un coup d'œil dans la maison qui nous intéresse. On nous laisse une seconde pour aller consulter la directrice ; elle veut bien nous autoriser à parcourir le rez-de-chaussée et à nous promener dans le jardin. Le bâtiment est vétuste et n'a guère été modernisé ; des papiers peints qui n'ont pas dû être changés depuis un demi-siècle font corps avec les murailles ; d'assez beaux meubles dont quelques-uns datent peut-être du Docteur Blanche, une très belle gravure, épreuve unique, représentant Napoléon entouré de ses maréchaux sur un champ de bataille, mobilier et objets anciens, ne nous livrent pas le secret des jours passés ; ils ont été les témoins impersonnels de misères et de joies humaines ; ils restent muets. Les pièces, ni très vastes ni très hautes, les larges corridors, peuvent être éclairés au gaz ; constatation curieuse, le chauffage central est installé, mais pas l'électricité. Notre cicerone, figure aimable, depuis trente ans au Pensionnat, ignore à peu près tout du passé lointain que nous voudrions faire revivre. La vue du jardin où nous le suivons enchante véritablement. Etait-il plus grand autrefois ? Tel quel , c'est encore une vaste étendue aujourd'hui, sans grands arbres, mais charmant cependant avec ses acacias, ses poiriers, ses marronniers, ses cerisiers, moitié cultivé, moitié sauvage, parsemé de plate-bandes et de buissons en arceaux. Un vaste bassin, plus long que large, peu profond, acccueillait autrefois dans ses ondes les pensionnaires malades. C'est de ce jardin qu'il faut voir la maison du Docteur Blanche. Quelle autre allure vraiment elle a de ce côté qui regarde Saint-Denis, incomparable avec le triste aspect aperçu rue de Norvins. Certes, c'est une vieille demeure, mais encore belle, assez grandiose même ; remaniée et restaurée, elle constituerait une bien agréable résidence ; à l'époque de sa construction et pendant de longues années, splendide dans un isolement presque total avec, de toutes parts, un horizon infini, elle justifiait amplement ce jugement : « Cette maison est située d'une manière unique sous le rapport de la pureté de l'air et de la beauté du site ».

(1) E. de Crauzat. — La Folie Cendrin (Maison du Docteur Blanche).

***

E. de Crauzat a tenté de remonter aux origines de la propriété ; celle-ci a été longtemps dénommée la Folie Cendrin ou Sandrin, ou maison des Rochers, mais on ignore ce qu'elle fut avant Cendrin et pendant qu'il l'occupa. Il s'en était rendu acquéreur le 12 mars 1774. Cendrin ou Sandrin demeure quant à présent un mystérieux personnage, sauf sur un point : on ne doute pas qu'il fût riche, car il dépensa beaucoup d'argent pour enclore le domaine de murs solides et aménager luxueusement l'habitation. Le terme de « Folie Cendrin » incite E. de Crouzat à penser qu'il s'agissait peut-être « d'une de ces maisons discrètes, fort à la mode au XVIII^e siècle, dans lesquelles, les grands seigneurs de l'époque, avec une incomparable élégance et un luxe échevelé, avaient habilement su combiner bons repas, bon gîte et le reste ». Quoiqu'il en soit, la Folie Cendrin changea de mains vers 1795, achetée par un sieur Pruneau, marchand de vin, demeurant à Paris, rue d'Orléans-Honoré. Nous retrouvons dans la description qui en fut faite à l'occasion de la transaction, de nombreux détails très faciles à vérifier actuellement. La propriété, d'une contenance d'un arpent et demi environ, comprenant maison, jardin, remise et bosquets, avait ses limites à droite et par derrière sur le chemin qui conduit de Montmartre à Saint-Denis, à gauche sur une petite voie conduisant au même lieu et par devant sur la rue de Paris. La maison consistait en un grand corps de logis d'environ vingt-cinq mètres, élevé sur caves, avec trois entrées dont une porte-cochère sur la rue Traînée ; une cour précédait l'immeuble, celui-ci éclairé au midi par vingt-sept croisées, par le même nombre au nord et par quatre au couchant. Le rez-de-chaussée était distribué en un grand salon, un boudoir, une salle de billard, la salle à manger, une grande cuisine et un office. Au premier étage, neuf pièces de plein-pied dont les cheminées s'ornaient de glaces, et une grande cuisine ; neuf pièces de même au second étage ; enfin, de grands greniers au-dessus des appartements.

Vers 1805 un aliéniste, disciple de Pinel, le Docteur Prost, installa une maison de santé à la Folie Cendrin. Il avait étudié les tares physiologiques des aliénés et n'ignorait pas qu'il allait se heurter à mille embûches ; cette perspective ne fit pas reculer l'apôtre qu'il était :

« — Je connais toutes les difficultés de la tâche que je m'impose, a-t-il dit, et je l'entreprends avec la confiance que rien de ce qui pourra m'aider à la remplir ne sera négligé par moi. Celui qui se consacre à la direction d'un pareil établissement doit être à la fois le médecin, l'infirmier, l'ami, le consolateur de ses malades. Toujours au milieu d'eux, les observant, les dirigeant, épiant leurs dispositions secrètes, il doit mettre à profit toutes les circonstances, toutes les actions, tous les mouvements qui, quoiqu'en apparence indifférents, décèlent aux yeux de l'observateur éclairé des causes profondément cachées. »

Parmi les pensionnaires notoires du Docteur Prost — voilà qui nous montre que celui-ci ne recevait pas que des fous à la Folie Cendrin, — citons le poète Legouvé atteint d'ébranlement cérébral consécutif à une chute dans le parc du château d'Ivry chez Mme Parny ; la maladie de Legouvé, père d'Ernest Legouvé, membre de l'Académie française mort en 1903 à 96 ans, relevait davantage de la mélancolie ou de la neurasthénie que de la folie. Il ne guérit point et le chagrin qu'il ressentit de la mort de sa jeune femme décédée à 33 ans, accéléra sa fin. Il se rendait chaque jour au cimetière du Nord, peu distant, où reposait l'aimée ; sur la tombe, il avait fait graver ces lignes :

Ce monde n'était pas digne de la posséder
Elle en est sortie pour en chercher un meilleur.

Lorsqu'à son tour il trépassa, on ajouta cette seconde épitaphe préparée par lui :

Dans cette même tombe
près d'une épouse chérie
repose
Gabriel-Marie-Jean-Baptiste Legouvé
Membre de l'Institut National
et de la Légion d'honneur
décédé le 30 août 1812.

1814 vit l'envahissement de la capitale par les Alliés. Montmartre, quoique héroïquement défendu, fut pris par les troupes ennemies et un général de corps d'armée russe, le comte de Langeron, résida quelques jours à la Folie-Cendrin ; la maison avait été choisie pour lui par un de ses officiers en raison de son emplacement élevé et de sa belle apparence. L'aide de camp la croyait inhabitée ; pourtant à peine le général y fut-il entré, les pensionnaires accoutrés bizarrement l'entourèrent, l'effrayant ou du moins le surprenant fort ; la directrice survenant alors réussit à les faire rentrer chez eux.

En 1818, le Docteur Prost agrandit l'immeuble ; ses affaires, si on peut dire, n'allaient donc pas mal ; il se retira pourtant deux ans plus tard et ne mourut qu'en 1832. Son successeur, le Docteur Esprit Blanche, allait donner la célébrité à cette maison de santé déjà connue. Il appartenait à une famille de médecins normands. Son père, le Docteur Antoine-Louis Blanche Duparc, avait dirigé l'asile d'aliénés de la Seine-Inférieure. Esprit Blanche choisit la même profession et fit sa médecine à Paris. A la Folie-Cendrin, il ne changea nullement les méthodes du Docteur Prost, son prédécesseur, étant comme lui adepte de Pinel. D'heureux résultats acqui-

rent rapidement au nouveau directeur une notoriété qui ne devait aller qu'en s'accentuant, tandis que sa bonté et sa douceur à l'égard de ses malades devenaient proverbiales. Voici comment Béclard apprécie cet homme de bien :

«... Il a puissamment contribué par ses efforts à opérer dans le traitement des maladies mentales une révolution aujourd'hui à peu près accomplie. Au régime de l'intimidation, régime commode pour le médecin, mais désastreux pour le malade, il a fait succéder celui de la persuasion, de la patience et de la bonté. Doué d'une remarquable énergie que tempérait d'ailleurs un cœur tendre et sensible, M. Blanche savait se faire aimer et se faire obéir. Dévoué à l'œuvre qu'il avait entreprise, vivant lui et les siens, au milieu des malades, partageant leurs repas, leurs promenades, leurs distractions, M. Blanche a donné à son établissement un caractère qui lui est propre et qui restera comme un de ses bienfaits. Lorsque, rendus à la santé, les malades se séparaient de cette famille devenue la leur, ils revenaient la visiter souvent. Jamais, peut-être, un médecin n'inspira reconnaissance plus vive et plus sincère ».

Esprit Blanche n'avait pas innové ; il suivit seulement, nous l'avons dit, la voie tracée par Pinel ; des esprit rétrogrades parmi lesquels un confrère, le Docteur Leuret, attaquèrent sa méthode. Esprit Blanche riposta par deux ouvrages : *Du danger des rigueurs corporelles dans le traitement de la folie* (1839), et *De l'état actuel du traitement de la folie en France* (1840) ; l'Académie de médecine eut à prononcer son mot dans la polémique et par les voix autorisées d'Esquirol et de Paris et approuva le Docteur Blanche.

Dans le cénacle d'artistes et d'écrivains dont tant de membres firent un séjour plus ou moins prolongé à la Folie-Cendrin, cette maison était bien connue. Béclard l'a dit : ceux qui avaient été malades retournaient volontiers voir le Docteur et Mme Blanche, femme charmante et dévouée, qui leur réservaient bon accueil et table servie, mais on devine l'appréhension qui tournait quelquefois en monomanie, de ceux qui s'imaginaient être en train de devenir fous.

Frédéric Soulié a été de ce nombre ; il redoutait l'aliénation, mais n'avait nullement le désir d'un traitement préventif ou d'une captivité éventuelle. Or, se trouvant un jour à déjeuner l'invité du Docteur Esprit Blanche, il questionna son hôte :

— Comment faites-vous, docteur, pour enfermer les fous que l'on vous désigne ?

— C'est bien simple, répondit le médecin, surtout quand je les connais. Je les rencontre comme par hasard dans la rue ...

Le romancier fronça les sourcils.

— Oui, comme vous m'avez rencontré ce matin, docteur,

— Précisément. Nous causons : et sans avoir l'air de rien, je les invite à déjeuner. Ils refusent d'abord. J'insiste. Et je fais si bien qu'ils finissent par accepter.

— Toujours comme moi, reprit Soulié, qui pâlissait visiblement. Et vous les attirez ainsi chez vous ?

— Oui, et une fois qu'ils y sont, je les retiens pensionnaires.

Soulié n'en entendit pas davantage, sauta sur son chapeau et prit la fuite (1). Etait-il lui aussi une victime de la névrose comme — parmi d'autres écrivains de talent qui, eux, ne se déplurent point à la Folie-Cendrin — cet Antonin Deschamps par exemple, qui resta à demeure chez le Docteur Blanche et le suivit de Montmartre à Passy, ou bien Gérard de Nerval (de son vrai nom Gérard Labrunie), poète délicat, romancier, auteur dramatique, collaborateur d'Alexandre Dumas et de Méry. Plus neurasthénique que fou, Gérard de Nerval n'en était probablement pas moins incurable, et périodiquement revenait à la Folie-Cendrin où le Docteur Blanche l'hébergeait et le soignait gratuitement. A chaque départ, il emportait l'illusion d'être guéri :

— « J'ai laissé ma folie chez Blanche », prétendait-il. Hélas ! on le sait, il ne se sépara de sa maladie qu'en mettant fin lui-même à son existence.

Charles Lassailly, autre malade du Docteur Esprit Blanche, n'a qu'un bagage moins important en quantité et en qualité. Il conservera néanmoins sa petite place dans l'histoire littéraire anecdotique, ayant été une semaine le secrétaire de Balzac. Léon Gozlan, dans *Balzac en pantoufles*, a relaté que l'auteur de la *Comédie humaine* embaucha Lassailly pour dégrossir le canevas de l'*Ecole des ménages* et l'emmena aux Jardies. Les deux écrivains dînèrent dès cinq heures fort copieusement, à la grande joie de Lassailly qui avait rarement l'occasion de faire bombance. Balzac, le dîner à peine achevé, envoya son assistant se coucher, mais il le réveilla sur le coup de minuit : c'était le moment de se mettre au travail jusqu'à l'aube. Lassailly tenta vainement de s'adapter à cette nouvelle existence ; il y renonça promptement et, abandonnant la partie, laissa Balzac seul à l'ouvrage. Du livre le plus connu de Lassailly : *Les Roueries de Trialph*, paru en 1843, L.-J. Arrigon (2) écrit que c'est « une parodie échevelée des œuvres ultra-romantiques du temps : il renferme trois assassinats, un incendie, un suicide et une exécution capitale ! » Malgré ce concours de faits destinés à frapper le lecteur, le roman pourrait être banal. Il ne l'est point, paraît-il, et tient pour l'amateur d'extravagances ce que lui promet-

(1) La Libre Parole, 10 novembre 1909.
(2) Balzac et la « contessa ».

taient quelques mots, ou plutôt quelques syllabes et quelques mots inscrits après le titre. Les voici : « *Ah ! Eh ! Eh ! Hi ! Hi ! Hi ! Oh ! Hu ! Hu ! Hu ! Hu ! Profession de foi par l'auteur* ». Sans ajouter d'autre point d'exclamation, disons que Lasailly ne se contentait pas d'être romancier ; il rimait aussi. Sainte-Beuve, durement, l'appelait *Apollon timbré*. Lassailly répondait : « Soit, mais quiconque n'a pas traversé la folie n'arrive à aucun sommet ». En effet, ce ne fut qu'un pauvre hère, très laid physiquement — affligé d'un nez formidable qui lui valait force quolibets — et que n'enrichirent ni sa prose, ni ses vers. Bien souvent cet original, ce bohême détraqué, cet être effarant qui lança des éclairs de génie, n'avait de quoi manger. Alfred de Vigny et Lamartine compatissants le firent entrer à la Folie-Cendrin ; il mourut en juillet 1843 ; les frais de ses funérailles furent réglés par le département.

Lorsque les clients du Docteur Esprit Blanche devinrent de plus en plus nombreux, et qu'il se trouva avec eux trop à l'étroit, l'aliéniste, à regret sans doute, abandonna la Folie-Cendrin et transporta son établissement à Passy dans l'ancien hôtel Lauzun-Lamballe ; c'était en 1847 ; il allait pendant cinq ans, jusqu'à sa mort, poursuivre son œuvre de bien qui ne devait pas s'éteindre avec lui ; son fils, le Docteur Antoine-Emile Blanche, reçu docteur en 1848, l'assista d'abord, lui succéda ensuite, continuant sa tâche. Il sut conserver à la « Maison du Docteur Blanche » son juste renom.

Michel RENAULT.

SYNDICAT MÉDICAL DE CHARTRES

Assemblée générale du 24 novembre 1935

— *Proposition.* — Le Bureau a reçu une lettre d'un confrère observant qu'il est paradoxal d'avoir au Syndicat des membres qui n'ont jamais paru à une réunion et qui témoignent vouloir ignorer leurs voisins. L'observation vient à son heure, le titre de syndiqué fidèle pouvant sous peu donner des droits nouveaux. Le secrétaire propose et fait adopter que *tout candidat ne sera définitivement admis que quand il aura fait acte de présence à une assemblée générale et qu'après avoir pris contact avec ses confrères les plus voisins.* Les cas exceptionnels seraient par écrit soumis au bureau pour décision.

Infirmières. — Un procès récent a montré qu'il peut exister des inconvénients graves à introduire dans les familles des infirmières ou aides dont le *curriculum vitæ* est ignoré. Le secrétaire en exposant devant ses confrères succinctement les faits dans les limites où la loi le permet, se demande s'il n'y aurait pas lieu d'envisager les moyens pratiques d'éviter les méprises sérieuses par un certain patronage syndical des aides honorablement connues et sérieuses. Ce patronage, pouvant entraîner des responsabilités imprévues, la question est réservée et sera soumise au Contentieux de la Confédération.

Soins dans les Parcs d'Etat. — Les conventions étant dénoncées par l'Administration, il y a eu appel « au moins disant ». Pour les parcs de Chartres, l'entente se fit d'abord sur un projet syndical demandant le libre choix du médecin traitant à domicile. Il fut rejeté par les deux ministères intéressés, Air et Guerre. Un deuxième projet plus administratif est présenté, comportant la même clause. Accepté dans l'ensemble par la Guerre il est rejeté par l'Air. En conséquence, à la date du 1er janvier, le Docteur Poirel, fidèle à ses engagements confraternels, cesse son service qui incombera très probablement pour la deuxième fois au Service de santé militaire. Il y a recul net sur ce point tandis qu'une expérience intéressante de médecine plus libre sera tentée aux *Parcs d'artillerie et du génie.* A noter que les usagers, les ouvriers eux-mêmes, se sont désintéressés de la question, ce qui n'est pas, pour l'avenir immédiat, en faveur de la séparation de la médecine de soins et de contrôle, d'autre part si peu en faveur près des Administrations.

Le Secrétaire,

Dr POIREL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal, Professeur : M. Couvelaire). — *Stage et cours de perfectionnement*, du 10 février au 22 mars. Ce cours dirigé par le Professeur Couvelaire avec la collaboration de MM. Rudaux, Devraigne, Le Lorier, Lévy-Solal, Levant, Guéniot, et l'assistance de MM. Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Sureau, accoucheurs des hôpitaux ; Marcel Pinard et Laporte, médecins des hôpitaux ; Aurousseau, chirurgien des hôpitaux ; Powilewicz, Chabrun, Mmes Anchel-Bach et Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique ; MM. R. Couvelaire, chef de clinique chirurgicale ; Lepage, chef de clinique ; François, chef de clinique adjoint ; Mme Kreis, ancien interne ; MM. Coen, Grasset, Landrieu, Lauret, internes des hôpitaux ; Mouchotte, aide de clinique, est réservé aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

A) Stage clinique. — Le stage pratique comporte : *a*) des exercices cliniques individuels (examen des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique. *b*) L'assistance aux présentations de malades et aux discussions d'observations cliniques par le Professeur Couvelaire.

B) Conférences. — Technique générale de l'accouchement et de la délivrance (M. Lepage). — Diagnostic de la gestation pendant les premiers mois (M. Digonnet). — Hémorragies au cours de la période de délivrance (M. Le Lorier). — Avortement (Mme Fayot-Petit-Maire). — Le colibacille en obstétrique (M. Rudaux). — Môle vésiculaire et chorio-épithéliome (M. Digonnet). — Physiologie et pathologie de l'appareil urinaire pendant la gestation (M. R. Couvelaire). — Albuminurie ; hypertension, rétention chlorurée au cours de la gestation (M. Levy-Solal). — Eclampsie à forme convulsive et à forme hémorragique (M. Levy-Solal). — Vomissements graves (M. Digonnet). — Pathologie de la contraction utérine (M. Sureau). — Anomalies de la dilatation du col utérin (M. Sureau). — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta (M. Ravina). — Diagnostic des viciations pelviennes (M. Desnoyers). — Thérapeutique des viciations pelviennes (M. Desnoyers). — Anomalies de situation de l'utérus gravide (M. Levant). — Ruptures utérines (M. Devraigne). — Suites obstrétricales des opérations gynécologiques (M. Guéniot). — Traitement des infections puerpérales (M. Levant). — Gestations multiples (M. Ravina). — Tuberculose et fonction de reproduction (M. Lacomme). — Gonococcie et fonction de reproduction (Mme Anchel-Bach). — Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique ; prophylaxie et traitement (Marcel Pinard). — Causes essentielles de la mortalité infantile. Prophylaxie des morts fœtales pendant la gestation (M. Lacomme). — Prophylaxie des causes de mort du nouveau-né après la naissance (M. Lacomme). — Traumatismes fœtaux. Mort apparente du nouveau-né (Mme Anchel-Bach). — Indications opératoires chez les nouveau-nés (M. Aurousseau). — Allaitement au sein des enfants normaux et prématurés (M. Powilewicz). — Allaitement artificiel (M. Chabrun). — Obstétricie sociale (M. le Prof. Couvelaire).

C) Opérations obstétricales. — (Démonstrations. Exercices pratiques individuels. Présentations de films cinématographiques). — Indications des applications de forceps (M. Sureau). — Forceps dans les variétés directes (O. P. — O. S.) (M. Landrieu). — Forceps dans les variétés obliques antérieures (M. Landrieu). — Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures (M. Landrieu). — Forceps dans les présentations de la face et du front (M. Lauret). — Présentation du siège et extraction (M. Grasset). — Présentation de l'épaule et version par manœuvres internes (M. Coen). — Basiotripsie (M. Lepage). — Embryotomie rachidienne (M. Lepage). — Dilatation artificielle du col (Mme Kreis). — Hystérotomies par voie vaginale (M. Digonnet). — Césarienne corporéale (M. Sureau). — Césarienne basse (M. Portes). — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (M. Portes). — Hystérectomies intra et post-partum (M. Sureau). — Pelvitomies (M. Desnoyers). — Délivrance artificielle. Traitement de l'inversion utérine (M. Digonnet). — Réparation des déchirures vaginales, périnéales et cervicales (M. Sureau). — Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition (M. Sureau). — Chirurgie des gestations ectopiques (M. Sureau).

Droit d'inscription : 300 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

— **Thèses**. — Mercredi 11 décembre. — Jury : MM. Loeper, Tanon, Abrami, Moreau. — MM. Savigon Etude des phénomènes *météoropathologiques en pathologie* humaine. — M. Ghelber : Etude de la désinfection dans les maladies contagieuses. — M. Lesauvage : Méningites et otites à pneumococcus mucosus.

Jeudi 12 décembre. — Jury : MM. Claude, Gougerot, Nobécourt, Aubertin. — M. Gérard : L'actualité et les psychoses. — M. Bardel : Les dermatoses par bois toxiques. — M. Patey : Le facteur myocardique dans la maladie de Bouillaud chez l'enfant et chez l'adulte.

Vendredi 13 décembre. — Jury : MM. Fiessinger, Ombrédanne, Quénu, Troisier. — M. Gillon : Malformations congénitales des voies biliaires avec ictère chez les nourrissons.

Samedi 14 décembre. — Jury : MM. Cunéo, Lenormant, Brocq, Schwartz. — M. Duverdier : Considérations à propos de plusieurs cas de diverticules du duodénum. — M. Boquet : Etude des ostéomyélites aiguës, primitives des os du crâne. — M. Ténine : Etude de l'anesthésie générale en petite chirurgie.

Thèse vétérinaire. — Mercredi 11 décembre. — Jury : MM. Strohl, Panisset, Robin. — M. Saillard : Radio diagnostic dans le cancer et la tuberculose intrathoracique du chien.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Salpêtrière.** — M. Raymond GARCIN, médecin des hôpitaux, fera à la clinique neurologique de la Salpêtrière, une série de quinze conférences, les mardi, jeudi, samedi à 17 heures. (1re conférence, le 1er février), sur *l'anatomee, la physiologie et la pathologie des nerfs craniens.*

— **Concours de l'Internat.** — *Oral.* Séance du lundi 20 janvier. *Questions posées* : Les phlegmons du plancher de la bouche. Symptômes et diagnostic des abcès du poumon.

Ont obtenu : Mlles Mage, 20,2 ; Juster, 18,8 ; MM. Guillemin, 22,8 ; Azoulay, 20,5 ; Jamain, 22,9 ; Robey, 23,7 ; Veyrières, 19,4 ; Témine, 19 ; Lesieur, 18 ; Raynaud, 15.

— **Prix de l'Internat.** — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT. *Questions du concours* : Les lymphatiques de l'appareil génital de la femme. Le cancer du corps de l'utérus.

Questions restées dans l'urne : Les vaisseaux sanguins et lymphatiques du testicule. Les orchi-épididymites non tuberculeuses. Les lymphatiques de la mamelle. L'envahissement ganglionnaire dans les cancers de la mamelle et les indications qui en résultent pour la technique opératoire de l'ablation du sein cancéreux.

Ont obtenu : la médaille d'or, M. MIALARET ; la médaille d'argent, M. BOUDREAUX ; un accessit, M. LANCE.

MÉDECINE. *Epreuve théorique anonyme.* — Questions posées : Le rôle du chlorure de sodium dans l'organisme humain. Les infantilismes.

Questions restées dans l'urne : métabolisme de la cholestérine. Les accidents cérébraux de l'hypertension. La fonction pigmentaire de la peau. La migraine.

— **Prix Civiale.** — *Jury* : MM. Laignel-Lavastine, Nobécourt, Guillemot, Chevassu, Lardennois.

— **Prix Fillioux.** — *Jury. Oto-rhino-laryngologistes* : MM. Rouget, Aubry, Lemaître. *Médecin* : M. P.-E. Weill. *Chirurgien* : M. Cadenat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès de médecine du Maroc de 1936.** — La Fédération des « Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord » tiendra au Maroc, en 1936, les 3, 4 et 5 avril, son VIe Congrès annuel.

Les réunions auront lieu à Rabat et à Casablanca.

La question mise à l'ordre du jour du Congrès est : L'amibiase en Afrique du Nord », ses formes cliniques, sa répartition géographique, son étiologie particulière et son aspect dans les différents groupements ethniques. Des rapports seront présentés par l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. Les communications se rapportant à l'amibiase seront acceptées.

Le Comité d'organisation désirerait voir étudier plus particulièrement les questions suivantes : 1° Rapport entre l'Amoeba dysenteriæ, Amoeba dispar, et les Amibes parasites ou saprophytes de l'homme ; 2° Y-a-t-il des réservoirs de virus animaux pour l'amibiase humaine ? ; 3° Méthodes de culture des amibes ; 4° Les formes anormales de l'amibiase ; 5° Etude pharmacodynamique et physiologique de l'émétine.

En dehors des fêtes et des réceptions qui seront offertes aux congressistes, un programme touristique a été prévu pour la visite du Maroc.

Le Comité d'organisation est ainsi composé : président du Congrès, M. le Médecin général Spick ; vice-présidents, M. le Docteur Gaud, directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques du Maroc ; M. le Docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc ; M. le Docteur Velu, vétérinaire commandant, chef du laboratoire du Service de l'élevage ; secrétaire général permanent de la Fédération, M. le Professeur Sennevet ; secrétaire général annuel du Congrès, M. le Docteur Lépinay ; secrétaires adjoints, M. le Docteur Fournier et M. le Docteur Zotner ; trésorier annuel du Congrès, M. le Docteur Rochedieu ; le Comité de direction de la Société de médecine et d'hygiène du Maroc ; le *Maroc Médical*.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, Docteur Fournier, 26, boulevard du 4e Zouaves, Casablanca (Maroc).

— **Prix des « Archives Hospitalières » en 1936.** — *Quatre prix de* 500 *francs*, attribués en cours d'année aux meilleurs travaux inédits présentés par un interne ou ancien interne d'hôpital libre. (Jury : Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.)

Trois prix de 500 *francs*, attribués en fin d'année à des internes d'hôpitaux libres après concours sur une consultation écrite et une consultation orale. (Jury : Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.)

Un prix de 1.000 *francs et un prix de* 500 *francs*, attribués en fin d'année aux auteurs des deux meilleurs travaux écrits ou parus dans l'année. (Jury : Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres après désignation des admissibles par suffrage des médecins.)

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

de juin 1935 relative à l'exercice de la médecine par les étrangers : 1° si un médecin étranger qui n'a pas demandé sa naturalisation, marié avec une étrangère, ayant passé sa thèse en mars 1935 et installé en France en mai 1935, peut continuer à exercer ; 2° si un étudiant en cours d'études au 21 avril 1933 ayant demandé sa naturalisation avant la promulgation de la loi et marié avec une Française qui a conservé sa nationalité, pourra exercer en France après avoir passé sa thèse ; 3° si le mariage avec une Française ayant conservé sa nationalité, doit pour emporter son effet légal, quant au délai d'attente, avoir été célébré avant la promulgation de la loi, ou s'il peut être célébré après. (*Question du 4 novembre* 1935.)

Réponse. — 1° Oui ; 2° oui, après avoir obtenu la nationalité française ; 3° le mariage doit avoir été célébré avant la promulgation de la loi.

(*J. O.*, 15 janvier 1936.)

II

3.336. — M. Justin Godart, sénateur demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° si un étudiant de médecine étranger, soumis comme tel à la loi du 26 juillet 1935, peut exercer, sans délai d'attente si, possédant le diplôme d'Etat, étant en cours d'études au 21 avril 1933, et marié avec une Française, il n'a pas obtenu sa naturalisation bien que l'ayant demandée ; 2° si un étudiant en médecine étranger de 5e année, pour le diplôme universitaire, reçu interne en 1934, ayant demandé sa naturalisation, devrait pour pouvoir exercer en France après avoir obtenu sa naturalisation et accompli son service militaire, refaire le P. C. B. et les examens de 1re, 2e, 3e et 4e années et, dans l'affirmative, devant quelle Faculté ces examens devraient être subis ; 3° si la loi du 26 juillet 1935 a abrogé la possibilité de transformer le diplôme d'université en diplôme d'Etat. (*Question du 9 décembre* 1935.)

Réponse. — I. — La réponse à la première question posée est de la compétence de M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique.

II. — L'étudiant dont il s'agit tombe sous le coup de l'article 2 de la loi du 26 juillet 1935 aux termes duquel :

« Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une Université française et les étudiants en cours d'études pour ce diplôme qui postulent le diplôme d'Etat français doivent :

« 1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français y compris le diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

« 2° Satisfaire à tous les examens (1er, 2e, 3e, 4e, 5e et cliniques). »

Il n'a donc pas à subir à nouveau les épreuves afférentes au certificat d'études physiques, chimi-

ques et biologiques s'il est déjà possesseur de ce diplôme.

D'autre part, obligation n'est pas faite à cet étudiant de postuler le doctorat d'Etat devant la Faculté où il a poursuivi ses études en vue du diplôme universitaire de docteur en médecine.

Le transfert de son dossier scolaire de sa Faculté d'origine à une Faculté de son choix peut lui être accordé sous certaines réserves.

III. — La loi du 26 juillet 1935 n'a pas abrogé la possibilité de transformer le diplôme d'université de docteur en médecine en diplôme d'Etat puisqu'elle fixe dans son article 2 les conditions de cette transformation.

(*J. O.*, 17 janvier 1936.)

Les sages-femmes n'ont pas à faire vérifier leur diplôme.

3.379. — M. Justin Godart, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique si les sages-femmes sant tenues de faire vérifier et authentifier leur diplôme en vertu de la loi du 30 juin 1935 relative à l'exercice de la médecine. (*Question du 26 décembre* 1935.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 17 janvier 1936.)

NOTRE VOYAGE A PAQUES AU MAROC

(départ de Marseille le 4 avril, retour le 21 avril)

De Fès à Meknès

Voici la suite de la description de notre voyage au Maroc, dont le début a paru dans nos numéros précédents.

Le départ a lieu le lendemain matin en direction de Mecknès. Bientôt apparait Volubilis à 400 mètres d'altitude.

Volubilis (Ksar Pharaoun en Arabe), qui fut identifiée par Tissot, était la ville principale de la Maurétanie Tingitane, colonisée par les Romains, et dont Tanger était la capitale. Le Forum, à droite duquel se trouve la statue de Marcus Valerius Severus est particulièrement remarquable ainsi que la basilique construite en l'année 158 de notre ère. Celle-ci est reliée par le « *Cardo* » à l'Arc-de-Triomphe de Caracalla, élevé en 217 par le procurateur impérial Marc Aurèle Senastène. Plus loin la Maison aux Colonnes, dont le péristyle est orné d'un bassin de forme circulaire, et la Maison du Chien. Le Musée, commencé en 1916, renferme deux magnifiques œuvres d'art d'un superbe réalisme : le Chien de bronze, découvert en 1916 dans la Maison du Chien, et l'Ephèbe à cheval, également en bronze.

Après les ruines, la route prend à droite, à environ 300 mètres, et rejoint la piste touristique conduisant au refuge du Zehroun puis à *Moulay Idriss.* C'est dans cette ville, située dans l'un des sites les plus sauvages du Zerhoun, que s'élève le sanctuaire et la zaouïa de Moulay Idris, fondateur de la première dynastie arabe. C'est un lieu de pélerinage très fréquenté au mois de mai. Dans le quartier Khiber se trouve une Ecole

coranique et, près de là, sur une terrasse, on jouit d'un superbe panorama de la ville sainte, la vallée et la montagne.

Quittant Moulay Idris, en 25 km. nous arrivons à *Mecknès* pour le déjeûner.

Située sur un plateau à 514 mètres d'altitude, entre le Moyen Atlas et le Massif du Zehroun, Meknès est traversée par l'Oued Fekrane. La Médina, édifiée sur un long éperon, couvre une superficie de plusieurs kilomètres carrés, et nous offre les tableaux pittoresques d'une vie musulmane intense. L'ancienne ville possède quatre enceintes de quarante kilomètres de développement ; la ville nouvelle s'élève sur une éminence voisine et, grâce à sa belle situation ainsi qu'aux nombreuses ressources du pays, elle est appelée à une grande prospérité.

Il est intéressant de parcourir l'histoire de Meknès (en arabe Meknassi « ville impériale ») qui fut, à l'origine, une agglomération de villages fortifiés par les Almohades. Au XIIe siècle, le fondateur de la dynastie almohade, Mahdi Ibn Toumert, y prêcha, sans succès, la guerre sainte. Après un siège de plusieurs années, ses successeurs réussirent à s'emparer de Meknès, en 1150. Au XIIIe siècle, les Mérinides s'y installèrent, puis à leur tour les Saadiens, en 1547.

Pendant le règne de Moulay Ismaïl (1672-1727) qui la transforma en une ville splendide, Meknès connut une ère de prospérité. Ce fut le Versailles marocain. A cette époque, Moulay Ismaïl demanda en mariage la princesse de Conti, une des filles de Louis XIV, mais sa démarche n'eut aucun succès. Puis, sous la domination de Moulay Abd Allah, la décadence de la ville fut rapide. Cependant, de 1757 à 1790, Sidi Mohammed y fit encore construire plusieurs mosquées.

En 1908, Meknès choisit comme sultan Moulay Hafid, contre Abd El Aziz, ce qui occasionna de longs troubles terminés par la soumission de la ville au Général Moinier en 1911. De 1913 à 1917, les opérations de la colonne Henrys et du général Poëymirau étendirent la zone soumise jusqu'à la Moulouya.

Nous rappelons à nos lecteurs que le détail de l'itinéraire et des conditions de ce voyage ont paru dans notre numéro du 22 décembre.

Le prix est de francs : 3.390 *en* 1re *classe ; et francs :* 2.990 *en* 2e *classe.*

Un itinéraire détaillé sera envoyé sur demande. Nous prions nos lecteurs de bien vouloir s'inscrire le plus tôt possible, le nombre des participants à ce voyage étant strictement limité.

Organisation des Centres interrégionaux du Service de Santé d'instruction

Répartition du personnel officier convoqué

Les officiers de réserve du Service de santé convoqués en 1936 dans les centres interrégionaux d'instruction seront répartis dans les quatre centres, d'après la région de leur résidence, conformément aux indications ci-dessous :

Camp de Sissonne. — Région de Paris, 1re région, 2e région, 5e région, 6e région, 20e région : 560 environ, soit 140 par cycle d'instruction de sept jours.

Camp de Coëtquidan. — 3e région, 4e région 9e région (ex-9e), 11e région : 270 environ, 70 par cycle d'instruction de sept jours.

Camp de La Valbonne. — 7e région, 8e région, 13e région, 14e région, 15e région : 400 environ soit 100 par cycle d'instruction de sept jours.

Camp de Souge. — 9e région (ex-12e), 16e région, 17e région, 18e région : 300 environ, soit 75 par cycle d'instruction de sept jours.

CORRESPONDANCE

Comment le médecin peut se garantir pour le cas d'incapacité d'exercer

J'ai 30 ans. Je suis abonné au *Concours Médical*. J'y lis les articles concernant votre Mutualité familiale. Mais j'hésite encore avant de m'y inscrire.

Voudriez-vous m'envoyer tous les documents nécessaires et me dire, de la maladie ou de l'accident, quel est le risque le plus sérieux, avec, si possible, exemples à l'appui ?

Dr C.

Réponse

Notre M. F. n'assure pas le fait d'être malade ou blessé, mais bien l'incapacité professionnelle qui résulte de la maladie ou de l'accident, quelles qu'en soient les causes.

Voici deux exemples :

Le Dr X. a eu au printemps 1935 une fracture de jambe : 50 jours d'arrêt : 2.500 francs d'indemnité. Quinze jours après sa reprise de travail, accident d'auto ; 45 jours d'arrêt : 2.250 francs d'indemnité, car il est assuré à la combinaison MA5 pour 50 francs d'indemnité quotidienne.

Et je vous affirme que le fait est rigoureusement vécu.

H. MIGNON, *secrétaire général.*

FISCALITÉ

10.756. — Amortissements divers. Frais professionnels

Je serais heureux d'avoir les renseignements suivants, que vous avez dû déjà donner plus d'une fois, mais qui sont toujours d'actualité pour les nouveaux médecins :

1o En combien d'années doit-on amortir, pour le fisc : le prix d'achat de l'auto ; le prix d'achat du mobilier (salon, cabinet, etc.) ; le prix d'achat matériel de radio ;

2o Pour l'entretien de la voiture et les frais qu'elle nécessite, combien doit-on attribuer comme frais professionnels, et combien comme frais personnels (j'opinerais personnellement pour : 6/7e de frais professionnels et 1/7e de frais personnels correspondant à la circulation du dimanche) ;

3o Le total des frais professionnels peut-il être majoré d'une somme forfaitaire pour dépenses non contrôlables, 5 ou 10 % par exemple pour timbres, pourboires, frais divers de réception, etc., inhérents à la profession et qu'il est cependant impossible de chiffrer. ?

Dr S.

Réponse

L'amortissement de l'auto est variable suivant le service qu'elle fait et le mode de remplacement ; en moyenne, on admet cinq ans.

Pour le mobilier, dix ans.

Pour les appareils, il faut tenir compte de la période après laquelle il faut les remplacer.

La ventilation des frais d'auto en frais professionnels et frais personnels varie suivant l'usage qui en est fait. Les 6 /7 de frais professionnels demandés paraissent admissibles.

Les frais professionnels doivent comprendre même ceux qui ne sont pas contrôlables (correspondance, pourboires, etc.), mais chacun est juge de leur estimation.

A. Martinot,
Conseil Fiscal

ACCIDENTS DU TRAVAIL

10.566. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron d'un accidenté du travail

Je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner sur le cas suivant : un domestique de ferme reçoit en pleine figure un coup de pied de cheval qui lui casse les quatre incisives supérieures avec léger enfoncement des alvéoles et du palais.

J'avise la Compagnie et envoie le blessé vers un dentiste. L'Assurance vient de prévenir le patron que son ouvrier aura à supporter les frais de prothèse, la Compagnie d'assurances ne remboursant pas ces dépenses. Est-ce exact ?

Dr D.

Réponse

Suivant une jurisprudence constante, en matière d'accidents du travail, seuls peuvent être mis à la charge du patron responsable, à titre d'accessoires des frais médicaux et pharmaceutiques, les appareils destinés à concourir au traitement de la blessure.

Quant aux appareils de prothèse, qui ne sont pas employés dans un but curatif, ils restent à la charge personnelle du blessé.

Cette solution est extrêmement rigoureuse pour les victimes d'accidents et il est question de la modifier dans les projets de révision de la législation sur les accidents du travail. Mais, tant que la loi n'aura pas été modifiée sur ce point, c'est la jurisprudence actuelle qui continuera à s'appliquer.

10.547. — Le « charbon » est-il un accident du travail ?

Voudriez-vous me faire connaître si le charbon, contracté dans une tannerie, peut être considéré

comme accident du travail et de ce fait garanti par la loi de 1898.

Dr J.

Réponse

La maladie du charbon ne figurant pas dans la liste des maladies professionnelles bénéficiant par exception de la protection de la loi du 9 avril 1898, l'ouvrier qui en a été atteint ne pourra invoquer les dispositions de cette loi et demander à son patron le versement des indemnités légales qu'à la condition de pouvoir établir qu'il s'agit d'un « accident », c'est-à-dire de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain.

La jurisprudence a déjà considéré comme accident des cas analogues lorsqu'il ressortait des circonstances de l'affaire que la maladie avait été contractée par l'ouvrier de manière brusque et soudaine (maladie contagieuse par exemple). (V. not. Cour d'appel d'Alger, 17 avril 1930, *Concours Médical*, 1931, page 2028, typhus contracté par un employé dans l'exercice de ses fonctions).

Mais si scientifiquement le charbon ne peut être considéré comme résultant d'une atteinte brutale, et présente plutôt les caractères d'une « maladie », c'est-à-dire de l'action lente et progressive d'une cause tenant à l'exercice continu du travail, la législation sur les accidents du travail ne peut être invoquée. La victime n'est d'ailleurs pas pour cela déchue de tous droits à l'égard de son patron, car d'après la jurisprudence, une maladie non classée comme professionnelle donne lieu à l'application des art. 1382 et suivants du Code civil, et notamment à l'art. 1384 qui rend responsable le propriétaire d'une chose (en l'espèces les peaux à tanner) des dommages qu'elle cause aux tiers par son fait (V. not. Cour de Grenoble, 10 mars 1933, *Rev. des Ass. terr.*, 1934, 199.)

---

464. — Intervention postérieure à la consolidation

Un accidenté du travail reçoit un coup de pied de vache. Je l'ai envoyé d'urgence à l'hôpital où il est opéré : au moment de la consolidation de sa blessure, il persiste une éventration au niveau de la région épigastrique pour laquelle je l'ai proposé pour un pourcentage de 45 %, présenté par l'Assurance à un contre-expert, ce dernier propose une incapacité de 30 % mais lui fait savoir qu'il aurait besoin d'être opéré de nouveau. Le Tribunal a accordé 30 %.

Ce blessé a-t-il droit à l'heure actuelle à se faire opérer aux frais de l'Assurance si son état le nécessite ?

Quel est le délai ?

Ce blessé peut-il demander une contre-expertise ? il juge que ce pourcentage n'est pas suffisant.

Dr C.

Réponse

En matière d'accidents du travail, les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle, c'est-à-dire à partir du jour où la lésion se trouve guérie ou consolidée.

Si donc votre client se trouve avoir besoin d'une intervention chirurgicale, postérieurement à la date de consolidation retenue par le Tribunal, c'est lui seul qui doit faire face aux frais de l'intervention, sans pouvoir exiger une participation quelconque du patron responsable ou de l'Assurance.

A l'amiable, toutefois, l'Assurance peut consentir à prendre en charge les frais de l'intervention.

Avant de se faire opérer, il serait donc bon que votre client s'informe auprès de la Compagnie si elle accepte de supporter les frais de clinique et les honoraires médicaux.

10.670. — Prescription des honoraires accidents

J'ai soigné du 29 août au 22 septembre 1934 un accidenté du travail.

Malgré de nombreux envois de notes la Compagnie d'assurances me répond seulement le 7 décembre 1935 que la police du patron est suspendue depuis juillet 1934.

J'ai en ma possession l'avis du sinistre, signé par le patron, sur une feuille de la Compagnie d'assurances, ce qui constitue en quelque sorte un abus de confiance.

La prescription annuelle peut-elle être invoquée par le patron que je vais poursuivre (bien que la Compagnie d'assurances ne se récuse que le 7 décembre 1935).

Dr P.

Réponse

La prescription des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail est d'une année à dater du jour de l'accident, de la fin de l'enquête du Juge de paix ou du dernier payement de l'indemnité journalière.

Cette prescription n'est nullement interrompue par une simple réclamation adressée à la Compagnie d'assurances qui n'est d'ailleurs pas obligée de prévenir le médecin de la non couverture du patron.

Son application ne peut être écartée qu'en cas de renonciation expresse ou tacite de la partdu débiteur. Elle peut, d'autre part, être appliquée d'office par le Juge.

Comme il paraît vraisemblable que le patron ne manquera pas de vous l'opposer en l'espèce, le succès des poursuites que vous voulez intenter apparaît comme très aléatoire.

10.733. — Privilège pour les honoraires accidents

J'ai eu à soigner il y a quelques mois des blessés victimes d'accidents du travail, au service d'un entrepreneur qui vient d'être mis en faillite. Cet entrepreneur n'était pas assuré pour les petits risques.

Ai-je un droit de prioritédans l'actif de la faillite pour ces honoraires d'accidents du travail et pour les fournitures pharmaceutiques ?

Dr R.

Réponse

Aux termes de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898, la créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit, relative aux frais médicaux et pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2.101 du Code civil.

Le patron responsable des accidents venant d'être déclaré en faillite, il faut donc, en votre qualité d'ayant droit des victimes des accidents, que vous produisiez votre créance d'honoraires et de fournitures pharmaceutiques entre les mains du syndic de la faillite, en demandant expressément votre admission au passif privilégié, en vertu des articles 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 nº 6 du Code civil.

Vous devrez ensuite être payé sur l'actif disponible de la faillite avant tous autres créanciers ne disposant pas d'un privilège préférable au vôtre et sans avoir à subir la loi du concours avec les créanciers ordinaires.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

316. — 1° Injections sclérosantes ; 2° Demande d'un « supplément » au blessé de guerre

Abonné au *Concours Médical* je vous prie de me dire à quel tarif je dois compter à l'Etat une injection sclérosante sous-muqueuse chez un pensionné pour : (article 64) « Hémorroïdes procidentes et saignantes ». Naturellement j'ai demandé à la Commission départementale des soins gratuits l'autorisation de pratiquer ce traitement et elle a été accordée. Peut-

on, par analogie avec une injection sclérosante pour varices, adopter le taux de 40 francs par injection ; et dans l'affirmative la somme totale doit-elle ne pas dépasser 200 francs ?...

A-t-on le droit, si le blessé accepte, de lui demander de verser le supplément si le total des injections dépassait cette somme ?

Dr B.

Réponse

1° Vous avez à compter 40 francs par séance « quel que soit le nombre des injections sclérosantes pratiquées au cours de la même séance ». De plus, « le total des séances... ne pourra excéder la somme de 200 francs » (Décret du 24 mai 1933).

2° Des confrères ont déjà été condamné pour avoir touché de l'Etat avec la feuille de visite et avoir demandé un supplément au pensionné de guerre.

Dr F. Decourt.

292. — Séances de radiothérapie

Je vous serais obligé de me renseigner sur le point suivant concernant la loi des Pensions.

J'ai traité un pensionné atteint de sciatique, par la radiothérapie. J'ai fait, comme toujours en pareil cas et comme il est classique de le faire, plusieurs applications, ou champs à chaque séance, et j'ai porté sur la feuille que je détachais du carnet le nombre de champs et le tarif par champ : « trois champs, à 30 francs, 90 francs ».

Jusqu'ici, je n'ai jamais eu ni difficulté ni discussion sur ce point (je fais de la radio depuis avant la loi des Pensions.) Du reste la radiothérapie se compte toujours par « champ » ou « application », sauf le cas de prix global appliqué quelquefois en médecine privée et en matière d'Assurances sociales. Or, voici que maintenant l'Administration, sans m'avoir jamais averti du changement, rogne de mon mémoire tout ce qui dépasse une application par séance. Le secrétaire de la Commission de contrôle, confond « séance » et « champ ».

Quel recours puis-je avoir contre cette interprétation, qui rend la radiothérapie impossible ?

Dr P.

Réponse

Ce n'est pas le « champ » mais la « séance » qui est tarifée. L'art. 80-6° dit expressément : « Séances de radiothérapie : Radiothérapie (au domicile du médecin) quel que soit le nombre des séances, chaque, 30 francs ».

Je n'ai pas trouvé, dans les décrets susccessifs, publiés depuis celui de 1922, de tarification autre à ce sujet et sur laquelle vous puissiez vous baser pour compter non plus « par séance » mais « par champ », comme vous le demandez.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

103. — Droits de la veuve d'un pensionné militaire

Un pensionné hors-guerre pour tuberculose pulmonaire (50 %) meurt en laissant une femme et deux enfants. Sa femme a-t-elle droit à quelque chose ? Si oui, voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire les démarches à faire ?

Dr L.

Réponse

Si ce pensionné pour tuberculose est décédé des suites de tuberculose, les droits de pension sont ouverts à sa femme et à ses enfants. Un certificat médico-légal devra attester que les causes de la mort résultent directement de la maladie pensionnée.

La veuve devra, par pli recommandé, adresser une demande de pension à l'Intendant départemental des pensions. Celui-ci lui indiquera les pièces à fournir pour constituer son dossier. En attendant les enfants continuent à percevoir les majorations qui leur étaient allouées en raison de la pension d'invalidité de leur père.

---

223. — Admission des pensionnés de guerre à la gratuité des soins

Un de mes clients, ancien combattant, demande en 1920, comme beaucoup d'autres, une pension de guerre ; le Conseil de réforme (Centre spécial de réforme) l'examine et conclut à l'existence de troubles gastro-intestinaux entraînant une invalidité de 9 pour cent. Notre homme souffre beaucoup de son estomac, se soigne avec des remèdes de la dernière page des journaux et me consulte vers Noël 1935. Il me communique ses papiers, d'après lesquels je vois qu'il est reconnu partiellement invalide (9 %) pour une affection gastro-intestinale. Croyant bien faire, je l'envoie à la mairie demander un carnet pour soins médicaux aux invalides de guerre ; la Préfecture répond que sans certificat de ma part il n'aura pas de carnet. Je crois que la Préfecture a tort, et moi raison. Même s'il n'est pas pensionné pour une affection reconnue contractée en service de guerre, il a droit aux soins médicaux aux frais du fameux article 64.

La délivrance d'un certificat pour le Centre de réforme en vue d'une nouvelle expertise du malheureux (pour cause d'aggravation et de pensionnement) est une autre affaire. Dr S.

Réponse

Deux conditions sont exigées pour justifier le bénéfice des soins gratuits :

1° L'imputabilité au service de l'infirmité en cause ;

2° Un minimum de 10 % de taux d'invalidité.

Si votre client réalise la première, il ne peut exciper de la seconde, puisque son taux d'invalidité n'a été évalué qu'à 9 %.

QUESTIONS DIVERSES

10.222. — Prélèvement de 10% sur les honoraires d'expertise accident

Je vous communique une lettre de la Compagnie la X... Il s'agit du règlement d'une expertise accident de travail, demandée par le Tribunal et payée habituellement 200 francs. Je fais d'assez nombreuses expertises et seule jusqu'à présent la X... réduit de 10 % les honoraires, les autres Compagnies ont effectué jusqu'à ce jour un règlement intégral.

Que faire ? votre réponse sera communiquée au Syndicat de Cannes, c'est d'accord avec lui que je vous écris. Dr C.

Réponse

Nous avons bien reçu votre lettre relative au règlement de vos honoraires pour expertise d'un accidenté du travail par une Compagnie d'assurances.

Il faut reconnaître qu'en l'espèce ses prétentions sont fondées ; il est en effet exact qu'un décret loi du 8 août 1935, publié au *Journal Officiel* du 9 août, a décidé, dans son art. 1er, qu'« à titre exceptionnel et temporaire, sont réduits de 10 % les droits et émoluments des experts, administrateurs judiciaires, etc., près les Tribunaux répressifs, et les juridictions civiles, administratives et commerciales ».

Cette réduction de 10 % doit profiter à celui qui est débiteur de vos honoraires, c'est-à-dire en l'espèce soit au chef d'entreprise, soit à l'Assurance qui lui est substituée.

10.636. — Prélèvement de 10% sur le traitement d'un médecin d'hôpital

Je vous serais obligé de me fixer sur le point suivant : toujours à propos de la retenue de 10 %.

Je suis médecin de l'hôpital-hospice de X... et du préventorium. Il m'est alloué pour ces fonctions un traitement annuel de 6.600 francs, soit 1.650 francs par trimestre. Pour le troisième trimestre la retenue a été pratiquée au taux de 3 %. Pour le quatrième trimestre en cours, le percepteur qui est en même temps receveur de l'hospice prétend — en vertu d'interprétations qu'il a faites d'une circulaire de la Trésorerie générale de M... — m'appliquer le taux de retenue de 10 % avec retenue pour le troisième tri-

mestre payé, rétroactive. J'ai pris connaissance dans le *Concours Médical* du 22 décembre d'une réponse nº 9.399 à un confrère (directeur du Bureau municipal d'hygiène) qui lui donnerait tort ?

D'autre part : je suis médecin-inspecteur des écoles de Z..., et touche pour ces fonctions un traitement forfaitaire annuel de 1.300 francs. Dois-je subir la retenue de 3 % ou de 10 % ? Je fais l'inspection au mois de juin et suis mandaté en fin d'année. Cette retenue doit-elle s'appliquer sur six mois seulement ou sur toute l'année ?

Dr X.

Réponse

Pour déterminer le taux du prélèvement institué par le décret-loi du 16 juillet dernier, sur les traitements à la charge des collectivités publiques, il est nécessaire de faire le total de tous les émoluments nets reçus par vous de collectivités de cette nature et ayant le caractère de traitement. Ce total est égal en l'espèce à :

6.600 + 1.300 = 7.900 francs.

Comme il est inférieur à 8.000 francs, le taux du prélèvement ne doit être que de 3 %. Il n'est pas douteux en effet que la rémunération que vous touchez en tant que médecin inspecteur des écoles ou de médecin de l'hôpital constitue un traitement et est versée en exécution d'un contrat de louage de services, ainsi que le Conseil d'Etat l'a maintes fois reconnu (V. not. arrêt du 9 décembre 1932, *Gaz. Pal.*, 24 janvier 1933, arrêt du 27 mai 1935, aff. Docteur Vilpelle).

Cette thèse n'est d'ailleurs pas contraire aux instructions ministérielles, puisque la Circulaire du ministère des Finances du 18 novembre dernier prévoit qu' « il y a lieu d'admettre que le tarif dégressif est applicable aux émoluments des personnes remplissant la double condition suivante :

1º Etre lié par un contrat de louage de services à l'une des collectivités visées à l'art. 1 du décret du 30 juillet 1935 ;

2º Ne pas avoir d'autres employeurs que ces collectivités pendant la durée d'exécution du contrat », condition qui paraît ajouter au décret, mais qui est remplie dans votre cas.

Quant à la date d'application de la retenue, c'est en principe l'échéance postérieure au 17 juillet 1935, sans qu'il importe que ce traitement corresponde à une période antérieure au décret-loi.

Si vous désirez résister aux prétentions de l'Administration, il y aurait lieu de porter l'affaire devant le Conseil de Préfecture, qui est compétent pour en connaître en application du décret-loi du 5 mai 1934.

Cinquante-huitième année — N° 6 — 9 Février 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : **60 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

● ● ●

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard,
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Antibes : J. Gaston (*Enf. à inf, arr.*).
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Maison de cure hélio-marine*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly, Gaveau.
Biarritz : Augey, Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E, Bousquet, Cadinouche, Caruette, Escarras, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), P. Houssiaux, Huet, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : D de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean, J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet, Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola. Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry, (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*) Nafilyan, Nicolas. Phipps (*derm.*), Piettri, E, Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
St-Pierre-de-Chartreuse Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pigne (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal enf.*), Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL,** ***Paris*** **167-95.**

Nº 35. — Doct. en pharm., lauréat Sté pharm. de Paris, méd. d'or des Facultés, 5 ans pratique industrielle, mettrait diplôme et connaiss. techniques à disposition laborat. sérieux.

Nº 36. — Paris. A céder cause départ, poste radiologiste avec matériel complet et récent, bel appartem. 140.000 y compris installat., moitié comptant.

Nº 37. — Table radio-diagnostic debout, couché, inclinaisons variables par manivelle, téléradiographie, avec bel écran 40 × 40 : 6.500. Pied, cupule et ampoule thérapie 140.000 et différents accessoires.

Nº 38. — Nice. Appartem. méd. 5 p., quartier très central, à prendre de suite, loyer à partir avril, prix avantageux. Conviendr. à sage-femme ou spécialiste. Ecr. Mme Nicolas, 19, boulev. Gambetta, à Nice.

Nº 39. — Suis acheteur appareillage de radio-diagnostic même incomplet.

Nº 40. — Cause santé, dans ville, vieille client. de 25 ans, méd. génér. et Ray. X., cabinet et matériel modernes, 50.000 dont 30.000 compt. Grande maison tout confort.

Nº 41. — Interne hôp. province, anc. int. sana, marié, scolarité terminée, ayant fait nombr. remplacem., excell. référ. profess. et morales, cherche place assistant, sana, clinique, maison santé.

Nº 42. — Jeune femme recommandée, au courant soins, secrétar. méd., sténodactylo, cherche place chez confr. Paris ou banlieue.

Nº 43. — Chef-lieu canton Vosges, client. en plein accroissem. Pas d'indemnité. Bail et petits frais d'installation.

Nº 44. — Confr. serait acheteur forceps Tarnier en très bon état, et trousse de petite chirurgie d'urgence.

Nº 45. — Céderai gratuitem. à première demande reçue, cinq actions Sté thermale des Abatilles, libérées de deux quarts. Docteur Lesenne, Cognac (Charente).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Bonne client. de quartier, très ancienne, sans accouchements ni visites nuit. Bel appartement sur Bld., loyer 5.600. Indemn. 35.000 francs.

Pyrénées. Importante client. d'O. R. L., seul spécialiste, maison agréable confort. Prix très intéressant vu l'urgence.

100 km. Paris-Sud, client. ville et campagne avec petit fixe, tenue 40 ans par cédant. Prix 30.000 francs.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Journées médicales de Bruxelles** (XVe session) se tiendront à l'Université libre de Bruxelles, du 20 au 24 juin 1936, sous la présidence de M. le Professeur Robert Danis.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

— **Congrès français de prophylaxie de la syphilis.** (Paris, Institut Alfred Fournier, 12-13 mars 1936.) — La Société française de prophylaxie sanitaire et morale, la Ligue nationale française contre le péril vénérien, la Société française de sérologie et de syphilis expérimentales organisent une réunion de médecins pour la commémoration du 30e anniversaire des premières recherches de Metchnikoff et Roux sur la Préservation individuelle de la syphilis.

Les droits d'inscription à ce *Congrès de prophylaxie de la syphilis* sont fixés à cinquante francs. L'adhésion est gratuite pour les membres titulaires de la Société de prophylaxie, de la Ligue et de la Société de sérologie.

Les adhérents venant de la Province bénéficieront d'une réduction de 40 % sur les transports en chemin de fer.

Programme : jeudi 12 mars 1936, à 14 heures, réunion à l'Institut Alfred Fournier, visite de l'Institut Alfred Fournier.

Rapports de MM. le Professeur Spillmann, le Docteur Clercq, le Docteur Gauducheau, le Professeur Levaditi, le Professeur Gougerot. — Vendredi 13, à 9 h. 30, communications et discussion.

Adresser la correspondance, à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), compte chèque postal : 627-00.

— **Hôtel-Dieu.** — *Réunions du dimanche* à l'amphithéâtre Trousseau. — Par permutation réciproque, la conférence du dimanche 9 février, à 10 h. 30, sera faite par M. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu, sur : l'encéphalite post-vaccinale.

La conférence du dimanche 29 mars, à 10 h. 30, sera faite par le Professeur Baudouin, médecin de l'Hôtel-Dieu, sur : l'activité électrique des centres nerveux et les courants de Berger.

— **Hôpital Foch** (Les Médaillés militaires). — *Conférences médico-chirurgicales* (gratuites) sur *les actualités médicales pratiques*, ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins à l'hôpital Foch, le dimanche matin de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans la salle des conférences de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud (XIIIe).

Programme : 16 février, 9 h. 30, M. Deniker : La chirurgie des capsules surrénales ; 10 h. 30, M. Gastinel : Notions actuelles sur la poliomyélite. — 23 février, 9 h. 30, M. Coutela : Valeur séméiologique des troubles pupillaires et déductions thérapeutiques qu'ils comportent ; 10 h. 30, M. de Sèze : Les spasmes vasculaires cérébraux. — 1er mars, 9 h. 30, M. Devraigne : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine ; 10 h. 30, M. Thiroloix : Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine. — 8 mars, 9 h. 30, M. Dausset : La physiothérapie endocrinienne ; 10 h. 30, M. Hautant : Indications et résultats thérapeutiques dans le cancer du larynx. — 15 mars, 9 h. 30, M. Moulonguet : L'électro-coagulation dans le traitement des cancers externes ; 10 h 30, M. Delafontaine : Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. — 22 mars, 9 h. 30, M. Ravina : Le diagnostic biologique de la grossesse ; 10 h. 30, M. Brin : Les réactions sérologiques irréductibles dans la syphilis. — 29 mars, 9 h. 30, M. Lamy : Diagnostic et traitement de la luxation congénitale de la hanche ; 10 h. 30, M. Paul Descomps : Traitement des algies des membres inférieurs. — 26 avril, 9 h. 30, M. Le Gac : Les diverticules sigmoïdiens et leurs complications ; 10 h. 30, M. de Sèze : Traitement des algies faciales et cervico-brachiales. — 3 mai, 9 h. 30, M. Coutela : Les céphalées d'origine oculaire ; 10 h. 30, M. Deval : Technique des prélèvements pour le laboratoire. — 10 mai, 9 h. 30, M. Dausset : Trois ans de pratique des ondes courtes ; 10 h. 30, M. Lortat-Jacob : Indica-

tions de la cryothérapie en dermatologie. — 17 mai, 9 h. 30, M. DENIKER : L'ostéosynthèse : état actuel de la question ; 10 h. 30, M. THIROLOIX : Traitement de l'hypertension artérielle. — 24 mai, 9 h. 30, M. LAMY : Diagnostic et traitement du mal de Pott ; 10 h. 30, M. Pierre BOURGEOIS : Le pneumothorax contro-latéral.

Moyens de locomotion : Métro : Glacière et Tolbiac ; tramways et autobus : AR — AR *bis*, CM. 93. 123-124 — K. AA.

— Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — *Séance solennelle.* — La séance solennelle de la « Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris » aura lieu lundi 16 mars à 16 heures, au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

Elle sera consacrée à l'étude des séquelles des affections aiguës des voies respiratoires intra-thoraciques.

Deux rapports seront présentés par M. Rist, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, pour l'étude clinique de ces états séquelles et par MM. Flurin (de Cauterets), Galup (du Mont-Dore), Jumon (de La Bourboule), Du Pasquier (de Saint-Honoré), pour la thérapeutique hydrominérale.

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion, sont priés de s'adresser au Docteur Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe).

— Société de sexologie. — Les séances de la Société de sexologie pour 1936 auront lieu salle Laguesse, à la Faculté de médecine, le jeudi 12 mars, le jeudi 14 mai, le jeudi 9 juillet, le jeudi 10 novembre.

— Ecole du Service de santé militaire de Lyon. *Modifications au programme des concours.* — Quelques modifications viennent d'être apportées au programme des concours de l'Ecole du Service de santé militaire. Les candidats désirant se présenter à ces concours pourront se renseigner à la Direction de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

— Bal de l'Ecole du Service de santé militaire. (Lyon). — Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire donneront leur 8e bal de bienfaisance le samedi 15 février 1936, à 22 heures, dans les salons de l'Hôtel de Ville de Lyon, sous la présidence de M. le Président Herriot, député du Rhône, maire de Lyon et de M. le Général de division Dosse, gouverneur militaire de Lyon.

Placé sous les auspices de la Société amicale des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce, ce bal a pour but de venir en aide à une œuvre de charité, qui s'est donné pour mission de secourir les familles nécessiteuses des médecins et pharmaciens militaires morts pour la France et de contribuer à l'éducation de leurs orphelins, pupilles de la Nation.

Les cartes d'entrée au bal seront remises, à LYON, au siège du Comité : 18, avenue Berthelot et au Cercle des officiers, 19, place Bellecour, à partir du 13 février 1936, de 16 à 19 heures, ou bien encore contre mandat-carte adressé à M. Mutinelli, trésorier du Comité (chèques postaux, c/c. Lyon 18036).

Prix des cartes : officiers généraux, 50 francs ; officiers supérieurs, 30 francs ; officiers subalternes, 20 francs ; dames, 20 francs ; cavaliers, 30 francs ; famille de trois personnes, 50 francs.

— **Une épée d'honneur au Docteur Georges Duhamel.** — Un Comité comprenant des hommes de lettres et des médecins, parmi lesquels les Professeurs Gosset et Charles Nicolle, vient de se constituer pour offrir une épée d'honneur à notre confrère, le Docteur Georges Duhamel à l'occasion de son élection à l'Académie française.

Les souscriptions sont reçues au *Figaro*, rond-point des Champs-Elysées, à Paris.

— **Paris.** — Le Conseil municipal a adopté une proposition tendant à donner à des rues de Paris les noms de Bourneville et de Magnan.

— **Ronde de nuit.** — Nous lisons, sous ce titre, dans la *Gazette des hôpitaux* : Depuis que l'on a nettoyé le chef-d'œuvre de Rembrandt et constaté que la prise d'armes est en plein jour, Amsterdam n'a plus de Ronde de nuit. Mais, grâce à M. le ministre de la Santé publique — aujourd'hui ex-ministre — Paris a eu sa ronde de nuit.

M. E. Lafont a voulu constater « de visu », comme un gendarme de Courteline, comment les internes assuraient la garde pendant la nuit. Il a été étonné de voir que le service de garde fonctionnait normalement. M. le Directeur de l'Assistance publique a appris le lendemain par la Presse ce raid ministériel. Il a dû être flatté de cette marque de confiance.

Allons, M. Mourier, un bon mouvement, mettez la nuit une sentinelle à la porte des hôpitaux pour crier « Halte au falo ».

— **Hôpitaux de Saint-Etienne.** — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'ouvrira à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, le lundi 25 mai 1936.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 15 mai.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Jean DE CHABERT, ancien externe des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Michel de Chabert, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, avec Mademoiselle Camille RONDONI.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le jeudi

9 janvier 1936 en l'église Saint-Jean-Baptiste, à Neuilly-sur-Seine, dans la plus stricte intimité.

Tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Mademoiselle Geneviève BOELLE, fille de notre collaborateur, le Docteur Boelle, et de Madame, avec M. Raymond GENTIZON, licencié en droit.

Le bénédiction nuptiale leur sera donnée le mardi 11 février 1936 à 11 h. 3/4, en l'église de l'Immaculée-Conception, rue du Rendez-vous, Paris.

Le *Concours Médical* adresse aux futurs époux ses meilleurs souhaits de bonheur et ses sincères comments à Madame et au Docteur Boëlle.

— **Inauguration du XIII[e] Salon des arts ménagers.** — Le XIII[e] Salon des Arts ménagers vient dêtre inauguré par M. Roger Picard, délégué par M. le ministre de l'Education ntaionale en raisondu deuil national, et M. Villey, Préfet de la Seine.

Ils ont été accueillisau seuil du Grand Palais par MM. Paul Breton, commissaire général du Salon des Arts ménagers ; Faure, vice-président du Comité français des Expositions ; Edmond Labbé, commissaire général de l'Exposition de 1937 ; André J.-L. Breton, député ; Gaillard, secrétaire général du Conseil municipal de Paris, représentant le Président.

Le cortège officiel a parcouru les allées principales des stands, s'intéressant tout particulièrement aux remarquables ensembles constitués par les fabricants d'appareils ménagers et les produits d'alimentation ainsi qu'à la Quinzaine du caoutchouc, l'Exposition de l'habitation, la Rétrospective de l'Art ancien dans la Vie moderne, les Appartements de la famille française.

M. le Préfet de la Seine et M. Roger Picard ont vivement félicité les organisateurs et les exposants de cette manifestation qui marque chaque année un progrès sensible sur les Expositions précédentes.

— **Æsculape.** *Sommaire de janvier* 1936 : Une image du Plantain (1 ill.). — En marge de la médecine : La complexion amoureuse de George Sand et de Chopin exposée par George Sand, par le Docteur Benjamin BORD, ancien interne des hôpitaux de Paris (suite, 6 ill.). — L'Autruche, d'après Diodore (1 ill.). — Le Masque de Henri IV, par Marcel REINHARD, agrégé d'histoire (3 ill.). — Eloge du pou, par Daniel HEINSIUS (12 ill.). — La femme à deux barbes, tableau de Willem KEY (1 ill.). — Supplément (19 ill.).

Syndicats médicaux de l'Aisne

Le Syndicat de Laon, Soissons et Vervins au cours de son assemblée générale a discuté la question de la diminution des honoraires médicaux. De l'avis général il a été admis que le tarif minimum de 1931 fixant à 15 francs la consultation et 20 francs la visite ne pouvait être abaissé, étant donné que les frais généraux n'avaient subi aucune diminution et qu'en particulier les frais d'auto étaient augmentés par suite de la suppression des droits trimestriels très largement compensée par l'élévation du prix de l'essence. Dans les actes de petite chirurgie le Syndicat admet que les confrères sauront tenir compte de la situation des familles pour amoindrir certains prix qui ont été plus largement calculés dans le tarif 1931. L'esprit désintéressé des confrères a toujours su comprendre les dures nécessités de l'existence pour la clientèle pauvre et n'a pas attendu les recommandations des pouvoirs publics pour se montrer charitables.

La fédération des Syndicats médicaux de l'Aisne a depuis plusieurs années demandé au conseil général l'élévation des tarifs Assistance médicale gratuite (6 francs la consultation et 8 francs la visite). Elle a accepté avec patience les désirs du Conseil de remettre à plus tard cette question dont l'importance est grande pour les confrères car de toute la France ils sont les plus mal payés. Pour les récompenser de leur soumission un nouveau règlement élaboré en dehors de toute entrevue avec les divers Syndicats de la Fédération, a été appliqué au 1er janvier 1936. Non seulement les tarifs n'ont pas été augmentés, mais les indemnités kilométriques sont totalement supprimées à partir de la 4e visite. Le Conseil général veut imposer des contrevisites par des médecins fonctionnaires, des soins obligatoires aux dispensaires, etc.

Devant un tel règlement qui est une atteinte à la dignité professionnelle des médecins, la Fédération des Syndicats médicaux de l'Aisne a décidé de rompre tout contrat avec la Préfecture pour les soins d'assistance médicale gratuite.

Pour montrer à la classe pauvre que les médecins sont prêts à se sacrifier quand il le faut, la Fédération a décidé que toutes les consultations seraient données gratuitement aux assurés médicaux gratuits au cabinet de même que la première visite à domicile, les autres restant à la charge du malade.

Aux dernières nouvelles le Conseil général aurait décidé au cours d'une réunion extraordinaire de revoir en avril le nouveau règlement qu'il a voulu nous imposer.

(*Communiqué*).

L'assassinat du Docteur Taubmann

C'est avec une profonde émotion que le corps médical a appris par les journaux quotidiens, l'assassinat du Docteur Taubmann. Ce praticien qui exerçait dans le IIe arrondissement de Paris était extrêmement aimé de tous ses confrères. Il était président de Sociétés médicales ; ses malades appréciaient chez lui son esprit de bonté et de générosité. Jamais un malheureux, jamais une Société qui s'occupe d'assistance n'avait en vain frappé à sa porte. Le Docteur Taubmann avait soigné pendant un certain temps un malade, dont l'affection était plus chronique qu'aiguë. Il fut nécessaire de l'envoyer à l'hôpital. Une opération fut décidée, et paraît-il, l'opéré ne se réveilla pas. Il paraîtrait que des paroles malencontreuses auraient été prononcées dans l'établissement hospitalier. Le frère du défunt, prenant acte de ces propos inconsidérés, aurait ressenti un chagrin considérable et aurait rendu responsable le Docteur Taubmann du décès de son frère. D'où le drame....

Nous nous inclinons respectueusement devant la dépouille de ce martyr de la profession. Nous nous rappelons que comme lui sont tombés le professeur Pozzi et le Docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ancien président dn Syndicat de la Seine. Nous nous souvenons que le Docteur Duhamel d'Agen, fut blessé également par un fou. La croix de la Légion d'honneur et la médaille d'or de l'Assistance publique ont été les récompenses posthumes du Docteur Taubmann, noble martyr de la profession médicale.

Mais cette affaire ne doit pas en rester là. Avec la famille du défunt, le corps médical donnera toute son assistance morale pour démontrer aux jurés de la Cour d'assises qu'il est inadmissible qu'on vienne par des aveux rendre responsable un médecin d'une prétendue erreur de diagnostic en la traitant de négligence. En effet, chacun de nous soigne ses malades avec sa science, et surtout avec sa conscience. Mais nous savons très bien que nos moyens sont très limités, surtout en présence d'affections aussi graves que celle présentée par le malade. D'ores et déjà avant même de connaître l'issue du procès, nous pouvons donc dire que si vraiment les paroles maladroites qui ont été prononcées, dit-on, par un interne ou par toute autre personne, attachée à l'établissement hospitalier, ces propos inconsidérés ont eu pour conséquence la mort d'un homme qui était estimé de tous ses confrères et de tous ses malades.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette malheureuse affaire, pour plus tard, après le verdict de la Cour d'Assises, en tirer les conséquences déontologiques qui s'imposeront.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 JANVIER

Stations hydrominérales et climatiques.

Liste des Stations hydrominérales et climatiques à la date du 1er janvier 1936

Cette liste sera publiée ultérieurement.

21 JANVIER

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Commandeurs : MM. les Docteurs Desgrez et Siredey, de Paris.

Officiers : MM. les Docteurs Bory, Le Sourd et Sébillotte, de Paris ; Jouffray, de Cannes et Villette, de Saint-Brieuc.

Chevaliers : MM. les Docteurs Bordier, de Guéret ; Jourda de Chabanelles, de Chamonix ; Meugé, de Neuilly ; Perpère, du Mont-Dore ; Verdeaux, de Lyon.

Tarif pharmaceutique national.

Voir ses modifications au J. O. du 21 janvier 1936

22 JANVIER

Commission consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

Décret du 16 janvier 1936 modifiant le décret du 5 avril 1927 portant réorganisation de ladite Commission.

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 5 avril 1927, modifié le 29 mai 1935, est modifié ainsi qu'il suit :

1° Remplacer le deuxième alinéa par le suivant :

« Les membres nommés par le ministre sont au nombre de quatorze, savoir :

« Neuf membres civils choisis par les membres de l'Académie de médecine.

« Cinq membres militaires choisis parmi les médecins généraux inspecteurs ou les médecins généraux appartenant à la 1re ou à la 2e section du cadre des officiers généraux. »

2° Dans le cinquième alinéa (membres de droit) :

a) Remplacer : « le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales », par « le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de la Santé publique » ;

b) Supprimer : « l'inspecteur des Services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée ».

Art. 2. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Voir la suite page LV-401

PROPOS DU JOUR

L'assistance médicale gratuite dans le département de l'Aisne
Un regrettable conflit

Depuis que la loi du 15 juillet 1893 a rendu obligatoire l'Assistance médicale gratuite, de grands progrès ont été réalisés dans ce domaine grâce à la collaboration des Syndicats médicaux avec les Conseils généraux et les Administrations préfectorales.

Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France lors des débuts de l'application de la loi, nous avons pu nous-même nous rendre compte des difficultés que les médecins ont rencontré pour faire comprendre aux Conseils généraux les avantages du libre choix du médecin par l'indigent et la nécessité d'assurer à ce dernier malade les mêmes soins que ceux qui sont donnés aux malades payants. Nous devons reconnaître que les justes réclamations des Syndicats médicaux trouvèrent un précieux appui au ministère de l'Intérieur auprès des directeurs de l'Hygiène et de l'Assistance d'alors, M. Monod d'abord et M. Mirman ensuite, secondés par M. Rondel et le Docteur Léon Petit. Grâce à eux l'application de la loi s'opéra peu à peu, les conflits s'aplanirent et, depuis quelques années, grâce au développement du syndicalisme médical et à la création de Syndicats départementaux ou de Fédérations départementales, les rapports s'établirent plus faciles et plus courtois entre les médecins, le Conseil général, ses commissions et l'Administration préfectorale, si bien qu'à peu près partout en France l'Assistance médicale gratuite ne donnait plus lieu à des conflits. Il y avait bien de temps à autre de ci de là, quelques abus; mais ils n'étaient jamais très graves et les Syndicats médicaux étaient les premiers à faciliter leur répression par les Commissions de contrôle.

Aussi avons nous été très surpris d'apprendre que dans le département de l'Aisne un conflit sérieux avait éclaté et que la Fédération des Syndicats médicaux de ce département avait decrété la grève administrative.

***

Voici les renseignements que nous avons reçus sur la genèse et les phases de l'affaire. A l'appui de ces renseignements, nous avons entre les mains de nombreux documents : règlement départemental de l'Assistance médicale gratuite, modifications à ce règlement, circulaires de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Aisne, avis publiés dans la *Presse locale* et affiche apposée avertissant la population du conflit, de ses causes et de ses conséquences, copie du rapport de la Commission d'Instruction publique, d'Assistance et d'Hygiène publiques du Conseil général, correspondance, etc..., documents qui ne nous permettent pas de douter de la parfaite exactitude du récit que nous allons faire :

***

Depuis 1929, les Syndicats médicaux de l'Aisne avaient demandé, sans obtenir satisfaction, le relèvement du tarif de l'Assistance médicale gratuite, qui était un des plus bas appliqués en France. Le Préfet fit la sourde oreille. Une nouvelle demande fut faite en 1933. Le Conseil général qui en fut saisi en 1934, arguant des circonstances économiques critiques, éluda la question.

Or en juillet 1935 fut publiée la fameuse circulaire du ministre de la Santé d'alors, demandant sur un ton discourtois et comminatoire un abaissement des tarifs des médecins. Cette circulaire stimula le zèle des conseillers généraux qui crurent malin d'élaborer en tapinois une attaque en règle contre le Corps médical, attaque qui fut déclanchée à la session de novembre du Conseil général, en modifiant le règlement de l'Assistance médicale au détriment des médecins.

Le Conseil général de l'Aisne ne compte qu'un seul médecin parmi ses membres. Ce méde-

cin négligea de prévenir ses confrères de ce qui s'était tramé dans le plus profond mystère et la Fédération des syndicats médicaux de l'Aisne ne fut alertée qu'au début de décembre. A la suite des Assemblées générales des syndicats, le président de la Fédération fit une démarche auprès du Préfet, lui demandant d'intervenir au Conseil général et de surseoir à tout changement jusqu'à la session d'avril, permettant aux délégués des médecins de collaborer au nouveau règlement. Malgré cela la Préfecture adressait le nouveau règlement à tous les maires et à tous les praticiens. La Fédération riposta le 6 janvier en décrétant la grève administrative dans un communiqué publié dans tous les journaux locaux et affiché dans toutes les communes. Les médecins s'engageaient par raison d'humanité à donner gratuitement des consultations aux indigents et à faire aux alités une première visite gratuite. Mais ils refusaient de continuer gratuitement leurs soins à ces derniers et de remplir tout imprimé administratif sauf les bulletins d'hospitalisation.

Le Conseil général tint une session extraordinaire le 13 janvier. Des orateurs rendirent hommage aux médecins, se défendirent d'avoir jamais songé à les brimer et il fut décidé de consulter le Corps médical avant de procéder en avril à un nouvel examen de la question, les décisions adoptées en avril auraient un effet rétroactif, mais le nouveau règlement devait rester en vigueur. Quelques conseillers généraux néanmoins, furieux de la tournure que prenaient les choses, se seraient aller à dire qu'en avril on materait les médecins, qu'à Paris il y en avait assez qui crevaient de faim et qu'on les ferait venir pour remplacer et concurrencer les autres. Comme la Préfecture, ni le bureau du Conseil général n'avaient rien notifié à la Fédération, cette dernière n'a rien modifié à son attitude et a confirmé et précisé ses instructions par une nouvelle circulaire.

Les principales causes du conflit portent : 1° sur les efforts faits pour dissocier le bloc syndical et traiter séparément avec le syndicats locaux en dehors de la Fédération ; 2° sur la diminution du tarif kilométrique réduit de 1 fr.50 (prix qu'exigent les garagistes) à 1 fr. 25, ce dernier prix étant grévé du 10 % par le décret-loi ; 3° par la suppression de l'indemnité kilométrique à partir de la troisième visite faite au même malade ; 4° par l'obligation imposée aux malades vénériens et tuberculeux d'aller se faire soigner aux dispensaires d'hygiène sociale, imposant ainsi à la plupart de ces indigents des longs déplacements et la perte de leur journée de travail ; 5° par l'attribution du contrôle technique de l'Assistance médicale gratuite aux médecins des dispensaires d'hygiène en dehors de toute ingérence des syndicats. Il y a bien en outre une foule de tracasseries dans ce nouveau règlement portant sur le choix des médicaments, la liste des spécialités permises, etc... etc... Mais nous ne pouvons en reproduire le texte en entier.

***

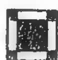
Voilà où en sont les choses. La population paraît favorable aux médecins. La plupart des conseillers généraux sont très ennuyés, leur amour-propre leur rend très pénible la nécessité de se déjuger.

L'unique médecin du Conseil général, blâmé par ses confrères, s'efforçant de se disculper, a donné sa démission de médecin syndiqué ; ce n'est pas une solution ; il eût été mieux inspiré à notre avis d'exposer sa conduite et les raisons qui l'ont guidée dans une assemblée syndicale, car son absence aux diverses réunions médicales auxquelles il avait été convoqué, aurait produit une très fâcheuse impression à ses confrères.

Espérons que la cause syndicale triomphera, que le Conseil général comprendra qu'il n'est pas digne d'un corps élu de prendre sournoisement des mesures dictatoriales contre un groupe de citoyens comme les médecins, sans daigner l'avertir ni lui exposer ses raisons et écouter ses objections.

Nous ne saurions admettre ce *sic volo, sic jubeo*, même d'une assemblée départementale. En attendant ce sont les malheureux qui en souffrent.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'OSTÉO-ARTHRITE DÉGÉNÉRATIVE DE LA HANCHE

(*morbus coxæ senilis*)

EST-ELLE VRAIMENT UNE MALADIE LOCALE ?

Par M. Mathieu-Pierre WEIL

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Sans vouloir aborder aujourd'hui le vaste problème de l'existence de maladies locales, je voudrais essayer de montrer que, nonobstant les opinions classiques, l'ostéo-arthrite dégénérative de la hanche, le morbus coxæ senilis des anciens auteurs, type de la maladie localisée, ne saurait être compris sans faire intervenir des conditions générales propres au sujet.

Il s'agit là d'une question particulièrement intéressante à laquelle, avec mon élève Charles Polak (1), j'ai consacré un rapport d'ensemble à la Journée tenue à Paris, le 28 octobre, par la Ligue française contre le rhumatisme.

***

1° La notion du sexe

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la proportion relative de l'un et l'autre sexe parmi le malades atteints d'ostéo-arthrite dégénérative de la hanche. Duvernay trouve, sur cent malades, cinquante-huit femmes, quarante-deux hommes ; Delrez (de Liége) reconnaît également aux femmes une prédisposition morbide ; Matthew B. Ray croit la maladie beaucoup plus fréquente chez les hommes ; Massart et Vidal-Naquet, sur vingt-trois forages, notent treize hommes et dix femmes. Les cinquante-deux malades dont avec Ch. Polak j'ai colligé les observations pour la rédaction de notre rapport se groupent en vingt-huit hommes et vingt-quatre femmes.

Si ces statistiques donnent l'impression d'une fréquence somme toute à peu près égale dans l'un et l'autre sexe, cette conclusion doit être tempérée par une double constatation. L'une, accessoire, est la *prédominance chez la femme de l'ostéro-arthrite* considérée dans son ensemble (262 cas chez la femme contre 218 chez l'homme dans la statistique de Figdor) ; l'autre, capitale, est la fréquence, dans l'étiologie des lésions dégénératives de la hanche, de la *luxation congénitale*, qui, de l'avis des orthopédistes et chirurgiens, est environ sept fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Cette double réserve permet de conclure que l'ostéo-arthrite dégénérative de la hanche devrait être infiniment plus fréquente dans le sexe féminin . De sa fréquence effective à peu près égale dans l'un et l'autre sexe, on peut donc conclure à une *prédisposition masculine*. L'homme est voué aux lésions dégénératives de la hanche comme il l'est à celles de la colonne lombaire, la femme l'étant au contraire à celle dont les genoux et les doigts sont le siège.

2° La notion de l'âge

La désignation de morbus coxæ senilis, partout répétée, a fait considérer la maladie comme de nature sénile. Certes la connaissance ultérieure de formes juvéniles devait apporter une atténuation à cette notion ; il est indiscutable que non seulement l'affection peut s'observer dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais même chez l'enfant : Nové-Josserand et Vignard l'ont observée chez deux malades de 14 et 10 ans ; Gerbasi en a noté l'apparition chez deux fillettes de 4 et 5 ans. Les malades de Nové-Josserand et Vignard étaient tous deux atteints de graves altérations congénitales de la calotte ou du col fémoral ; il serait intéressant de rechercher si le morbus coxæ juvenilis n'est pas constamment lié à de pareilles lésions locales prédisposantes. Mais ce que l'on ignore généralement, lorsqu'on envisage la forme la plus commune de la maladie, c'est qu'Adams, peu après qu'il eût utilisé cette appellation demeurée célèbre, s'efforça d'en effacer le terme, tant il avait vu de cas où le mal apparaissait à 30 ou 40 ans. De fait, *il est moins l'apanage de la sénilité que des périodes avancées de l'âge adulte.* La statistique

---

(1) MATHIEU-PIERRE WEIL et Charles POLAK. — Rapport sur les conditions génératrices de l'ostéo-arthrite de la hanche. *Revue du rhumatisme*, novembre 1935.

de Figdor est particulièrement intéressante : sur 480 cas personnels, il note la maladie dix fois au-dessous de 30 ans, quarante-sept fois de 30 à 39 ans, 133 fois de 40 à 49, 114 fois seulement de 50 à 59 ans, et si entre 60 et 70 ans une recrudescence se manifeste (124 cas), la maladie ne survient qu'exceptionnellement plus tard : 32 fois de 70 à 80 ans, deux fois seulement au-dessus de 80 ans. Elle est un peu *plus précoce chez la femme* que chez l'homme : Figdor note son maximum de fréquence entre 40 et 49 ans chez la femme (dix cas de 20 à 29 ans, 37 de 30 à 39 ans, 75 de 40 à 49, 56 de 50 à 59, 10 de 60 à 69, 14 de 70 à 79) tandis que sa fréquence maximum se place chez l'homme aux environs de la cinquantaine (0 cas de 20 à 29 ans, 10 de 30 à 39, 58 de 40 à 49, 58 de 50 à 59, 72 de 60 à 69, 18 de 70 à 79, 2 à 80 ans ou au-dessus).

Anisi donc, l'heure de l'ostéo-arthrite de la hanche est moins celle de la sénescence que du *retour d'âge*. Le fait est intéressant : il fait pressentir le rôle des glandes endocrines à l'origine d'un certain nombre de cas au moins. D'ailleurs n'a-t-on pas vu apparaître la maladie précocement, dès 26 ans, après une grossesse, comme par exemple dans une observation de Nové-Josserand.

3° La notion du métier

Il serait intéressant de posséder une vaste statistique de la fréquence de l'ostéo-arthrite selon les professions. Elle n'est cependant pas encore possible à établir. Mais il est un fait qui m'a frappé de longue date : la fréquence relative de l'ostéo-arthrite dégénérative de la hanche chez les individus qui ne sont soumis, à *aucun travail de force*, sédentaires, intellectuels, etc... Sur seize dossiers pris au hasard nous notons avec Ch. Polak : un comptable, un dessinateur, un fleuriste, un imprimeur travaillant assis, un employé de bureau, contre un emballeur, deux ébénistes (nous sommes à Saint-Antoine !) une couturière piquant à la machine, une femme, ayant fait les marchés pendant vingt ans, deux blanchisseuses-repasseuses, un camionneur, un garçon de courses, une cuisinière, un cocher livreur. Heine, dans un travail récent, aboutit à la même constatation : sur cent individus exerçant des métiers de force (travailleurs manuels, montagnards, cultivateurs, domestiques, forgerons, maçons, etc...) observés entre 50 et 95 ans, il trouve l'ostéo-arthrite, dans ses diverses localisations : absente dans neuf cas, légère dans cinquante-quatre, modérée dans trente et un, importante dans six, tandis que sur cent travailleurs d'autres professions (travailleurs intellectuels, employés, musiciens, négociants, horlogers) observés aux mêmes âges, la maladie est absente neuf fois, légère cinquante-cinq fois, modérée vingt-neuf fois, forte sept fois, somme toute dans une proportion absolument identique. La profession ne joue don qu'un rôle réduit dans l'*apparition* de la maladie dégénérative ostéo-cartilagineuse. Mais son influence s'exerce dans sa *localisation* : c'est ainsi que chez les montagnards elle affecte les membres inférieurs, chez les cochers les membres supérieurs, et qu'elle frappe avec prépondérance le côté droit, quel que soit le métier.

Ainsi les facteurs microtraumatiques locaux ne peuvent expliquer la genèse de l'affection.

4° Les malformations congénitales

Il est une notion sur laquelle on a longuement et judicieusement insisté : l'importance des malformations congénitales dans l'apparition de l'ostéo-arthrite dégénérative de la hanche. De fait, il est banal de noter chez ces malades l'existence de hanches « subluxables » par redressement du col sur la tête fémorale, de « hanches congénitalement désaxées » selon l'expression de Massabuau et Marchand, de hanches « mal ajustées » (Broca), d' « incongruence articulaire » (Preiser) ; la coxa-vara, la coxa-valga, l'ostéo-chondrite épiphysaire, l'ostéo-chondrite disséquante sont communes chez ces sujets. Plus fréquente encore est la subluxation.

Cependant, quelle que soit la fréquence de ces anomalies, elles ne répondent pas à la généralité des cas : Gordon ne les observe que dans 37 % des cas, Duvernay dans 50 % seulement. Nos observations personnelles nous rapprochent plus de l'opinion de Gordon que de celle de Duvernay. Il importe d'ailleurs toujours de penser que la subluxation et les modifications de structure du col peuvent être, non pas primitives, mais secondaires au remaniement osseux qu'entraîne la lésion articulaire, et qui, loin de se borner aux surfaces ostéo-cartilagineuses en présence, porte ses effets à longue distance sur le fémur ou l'os coxal.

L'observation de Rœderer, que les hanches les plus mal façonnées donnent lieu aux déformations secondaires maximum, que « la coxa-vara qui entraîne un appui stable et perpendiculaire dans le fond du cotyle est moins nocive que la coxa-valga dont l'appui dérape et qui, par surcroît, possède un cotyle aplasique », souligne l'importance de ces lésions antérieures. Mais à ces lésions il est impossible de réduire les conditions génératrices de la maladie.

5° Le traumatisme

Un grand traumatisme peut constituer le point de départ d'une ostéo-arthrite dégénérative de la hanche. Parmi les malades atteints de *luxations réduites de la hanche*, Welti note l'apparition consécutive d'ostéo-arthrite dans 35 % des cas. Celle-ci est particulièrement fréquente lorsque la luxation a entraîné d'importantes lésions cartilagineuses, ou un arrachement des

vaisseaux nourriciers de l'extrémité articulaire. De pareilles lésions vasculaires peuvent être entraînées par la répétition des tentatives de réduction : dans un tel cas Bonn a pu observer une nécrose s'étendant à la totalité du tissu spongieux de la tête fémorale.

Les *fractures* de la région peuvent entraîner également une ostéo-arthrite de la hanche, fractures du col, consolidées ou non par un traitement sanglant, fractures du cotyle, simplement marginales parfois. Mais l'articulation peut ne pas avoir été directement intéressée, le traumatisme ayant porté par exemple sur *le grand trochanter*, comme chez un malade qu'il nous fut permis d'étudier, ou sur des *régions plus lointaines* encore, en un point quelconque de cette unité fonctionnelle, de cet ensemble interdépendant que constitue un membre, ou même l'ensemble des deux membres.

Cependant l'ostéo-arthrite traumatique est rare : Zollinger, sur un nombre considérable de cas, n'en relève que dix-huit observations. D'autre part on n'oubliera pas combien les malades ont tendance à incriminer, dans la genèse de leurs maux, des raisons étrangères à eux-mêmes, et combien les lois sur les accidents du travailles y incitent. Aussi convient-il, croyons nous, d'être sévère en la matière, et, avec P. Ewald, Quirin, de ne rapporter l'affection au traumatisme que si la souffrance est survenue, sinon le jour même, du moins dans les tout premiers jours qui ont suivi l'accident, si l'arthrite s'est manifestée moins d'un an après, si le traumatisme a eu une importance suffisante et a porté sur les parages articulaires. Par contre une ostéo-arthrite à évolution rapide, entraînant précocement des déformations graves avec apparition de corps ostéo-cartilagineux dont la libération aura interrompu l'évolution morbide, constituera un ensemble particulièrement favorable à l'origine traumatique de l'affection.

Bien plus fréquent que le grand traumatisme apparaît le *petit traumatisme*, les petites entorses d'apparence bénigne, ces circonstances minimes, mais répétées, que j'ai groupées il y a quelques années sous le nom de « *microtraumatisme* », que j'ai eu le plaisir de voir généralement accepté. C'est ainsi qu'agissent certaines attitudes vicieuses, les sports mal compris, le surmenage professionnel, celui des danseuses, des acrobates, des cultivateurs astreints à une marche pénible sur un sol inégal, irrégulier, le port d'appareils prothétiques, les lésions congénitales de la hanche, et celles à distance, déviations vertébrales, arthrites sacro-iliaques, genu valgum, pied bot, etc... C'est sur la hanche traumatisée qu'en règle se développera l'ostéo-arthrite. Cependant l'ostéo-arthrite peut se manifester du côté opposé : chez un de nos malades amputé de cuisse pour tumeur blanche se développa sur l'autre hanche une ostéo-arthrite dégénérative.

Parmi les facteurs micro-traumatisants un rôle important revient à l'*obésité*. Il est extrêmement fréquent d'en noter l'existence chez ces malades. Le problème d'ailleurs est ici très complexe : l'âge, une nutrition générale déficiente et, peut-être, comme le croit Pommer qui lui attribue une grosse importance, la surcharge graisseuse des épiphyses et la présence de nodules cartilagineux au sein du système osseux médullaire, semblent jouer en la matière un certain rôle.

Mais même dans les cas simples, *ce serait se faire de la maladie une représentation inexacte que de ne la considérer toujours que comme une affection locale.* Alors qu'il existe de gros délabrements articulaires, l'apparition d'une ostéo-arthrite n'est pas fatale ; des interventions chirurgicales importantes portant sur l'articulation ne laissent en général aucune séquelle inflammatoire ou dégénérative ; des projectiles de guerre ont pu déterminer de gros dégâts osseux au niveau des jointures sans que par la suite se soient développées des lésions d'arthrite.

Inversement un traumatisme survenu chez un sujet jeune demeurera sans suites, alors qu'à l'âge moyen de la vie ou plus tard il pourra déterminer une ostéo-arthrite ; la réduction d'une luxation de l'épaule n'entraîne aucune séquelle chez le jeune : à l'âge mûr elle peut donner naissance quelques mois plus tard à une altération chronique de la jointure ; l'ablation d'un ménisque du genou chez le jeune est sans suite : il n'en est plus de même après 40 ans ; dès 4 ans 1 /2, note Nové-Josserand, on peut observer, après réduction de subluxations congénitales de la hanche, des réactions articulaires susceptibles d'en compromettre le résultat : mais celles-ci sont d'autant plus fréquentes que les malades sont opérés plus tard. Une ischémie expérimentale, (expériences de Goldhaft et Pemberton), n'entraîne d'ostéo-arthrite que chez les chiens âgés ; sur les animaux jeunes elle est sans effet.

6° Ostéo-arthrites dégénératives et artério-sclérose

Le rapport entre l'ostéo-artrhite et l'artério-sclérose est souligné par la statistique suivante empruntée à Heine :

Travailleurs de force entre 50 *et* 95 *ans* :

	Absentes	Légères	Moyennes	Marquées
Lésions dégénératives articulaires ..	9	54	31	6
Artério-sclérose	3	46	42	9

Autres travailleurs (entre 51 et 95 ans) :

	Absentes	Légères	Moyennes	Marquées
Lésions dégénératives articulaires ..	9	55	29	7
Artério-sclérose	3	36	42	19

La gravité relative de l'artério-sclérose chez les sédentaires ressort de ces chiffres.

Entre l'état vasculaire et l'état cartilagineux existent par ailleurs des relations étroites : Engelhardt a montré que des troubles de la vascularisation déterminent secondairement une perte de l'élasticité du cartilage, et par suite de l'arthrite.

Ce fait explique peut-être en partie l'altération habituelle du cartilage, observée par Beitzke, à partir de l'âge de 40 ou 50 ans. De son côté Heine, sur 1.000 autopsies, trouve à la hanche des altérations histologiques de ce tissu dans 10 % des cas à l'âge de 40 ans, dans 20 % à 50, dans 40 % à 60, dans 60 % à 70, dans 85 % chez les sujets ayant dépassé 80 ans. Cette dégénérescence, en quelque sorte physiologique, est plus précoce au genou où, dès 50 ans, elle s'observe dans 20 % des cas, et à 40 ans dans plus de 50 %. Elle est également plus fréquente et précoce au coude qu'à la hanche, tandis qu'à l'épaule elle demeure plus tardive et limitée.

C'est peut-être aussi du fait de lésions vasculaires qu'à partir de 40 ou 50 ans le tissu compact de l'os se résorbe, et que la belle architecture des travées tend à s'affaisser ; au niveau de la hanche, sans cesse sollicitée par le poids du corps, apparaissent alors des phénomènes d'ovalisation qui peuvent être grossiers : le cotyle se creuse, le sourcil cotyloïdien est repoussé en haut et en dehors, tendant à créer et à augmenter une subluxation de la tête .

Mais ces conditions ne sauraient être envisagées comme de nature locale : les travaux rapportés ici le démontrent surabondamment.

7° Bilatéralité et généralisation

On se fait trop facilement une représentation monoarticulaire de l'ostéo-arthrite dégénérative de la hanche. L'attention de la plupart des auteurs a été trop étroitement retenue par la seule altération coxo-fémorale. Or il est relativement exceptionnel que la maladie s'en tienne là. Dans la grande généralité des cas l'affection tend à la bilatéralité et à la généralisation.

Lorsque la maladie est bilatérale, on peut penser que c'est à la souffrance d'une hanche qu'est liée l'atteinte secondaire de la hanche du côté opposé. Mais cette interprétation est insuffisante : non seulement les lésions des deux hanches peuvent être contemporaines, mais la tendance à la bilatéralité est un *caractère commun à toutes les formes de l'ostéo-arthrite* ; on la retrouve, non seulement aux membres inférieurs où s'expriment les processus statiques, non seulement à la mâchoire, mais aux coudes, aux métacarpo-phalangiennes, aux phalangino-phalangettiennes des doigts, etc.

D'autre part, c'est avec une extrême fréquence que l'*ostéo-arthrite se généralise.* On a abusé depuis Adams de la notion de mono-arthrite. Rien n'est banal (nous retrouvons le fait dans la moitié de nos cas) comme de voir coexister, chez le même sujet, une ostéo-arthrite de la hanche, des genoux, de la région lombaire, des pouces, des autres doigts. Et l'atteinte si fréquente chez ces malades des articulations des membres supérieurs montre encore que ce n'est pas un simple retentissement d'une arthrite sur les jointures avec lesquelles l'articulation initiale est plus ou moins en liaison physiologique, qui est en cause. Il y a véritablement généralisation du processus, lente certes, qui se distingue de celle souvent si rapide de l'arthrite rhumatoïde, mais n'en est cependant pas si foncièrement distincte qu'on a pu se le figurer.

***

Ainsi donc, quel que soit l'intérêt descriptif du terme d'ostéo-arthrite, ou mieux d'ostéo-chondro-arthropathie dégénérative, l'*affection de la hanche reste un rhumatisme*, un rhumatisme dans les conditions d'apparition duquel on retrouve la part personnelle, innée, propre au sujet, et la possibilité d'extension et de généralisation qui caractérise ces affections.

Liée tout à la fois à des conditions locales le générales dont le rapport est éminemment variable, relevant tantôt du traumatisme mais, dans d'autres cas, d'altérations vasculaires, de la ménopause, de troubles du métabolisme, ou de ces facteurs constitutionnels et mystérieux encore qui sont à la base du rhumatisme, l'ostéo-arthrite se présente moins comme une malade locale à étiologie précise et univoque, que comme *une modalité banale de réaction vis-à-vis de perturbations variées*, physiologiques ou pathologiques, mécaniques, dyscrasiques, vasculaires, endocriniennes ou autres, à la condition peut-être que leur action soit longue et leur intensité modérée. Aussi, *on ne saurait se borner à traiter l'ostéo-arthrite de la hanche comme un simple trouble localisé.*

Certes, la localisation du processus implique des indications thérapeutiques particulières : la marche, l'effort, le surmenage articulaire sont nuisibles, car ils exagèrent les dégâts anatomiques. Mais à ces indications on ne saurait limiter la thérapeutique de l'affection. L'état général, la constitution du sujet seront analysés : on étudiera son état vasculaire, son poids, son fonctionnement endocrinien ; on en corrigera les déficiences ; on s'attaquera aux troubles complexes générateurs de la mono-arthrite. Le régime, l'opothérapie, les médications générales trouveront ici leurs indications respectives. L'iodothérapie surtout. Elle sera massive, administrée par voie parentérale. Elle revendique une place prépondérante dans la thérapeutique de l'ostéo-arthrite dégénérative considérée en général, de l'ostéo-arthrite de la hanche considérée en particulier.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

VINGT-QUATRIÈME LETTRE

Encore des hémorragies

Par le Docteur CAMESCASSE,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines

J'écris *encore* en manière d'excuses adressées aux lecteurs du *Concours Médical*, mais, si ces lecteurs veulent bien faire, de mémoire, l'inventaire de ce qu'ils ont vu, en fait d'*hémorragies*, ils trouveront facilement que je suis loin d'avoir épuisé ce sujet — qui les a mis à la gehenne quelquefois... pas souvent... mais très durement chaque fois et de très différentes façons (1).

Quand ça saigne, aucun de nous n'a envie de rire. Dans les deux circonstances que je vais dire, l'angoisse qui nous vient mérite tout particulièrement d'être connue.

Il s'agit, d'ailleurs de données anciennes à propos desquelles nos prédécesseurs n'avaient pas manqué de nous chapitrer.

C'est ainsi que, dans le Manuel de PETITE CHIRURGIE qui m'a servi, — il y a longtemps, — à préparer pour l'externat des questions alors possibles telles que *Marteau de Mayor, sonde de Belloc* ou bien *sangsues*... ou bien encore *complications de la saignée veineuse*, on pouvait lire des recommandations singulières comme celle-ci :

— Après la saignée, il ne faut pas oublier d'ENLEVER LE GAROT, *même si l'écoulement du sang a cessé de lui-même*.

Et la menace suivait :

— Faute de quoi, le patient, qui a pu s'endormir grâce au soulagement (congestion passive) apporté par cette saignée, pourrait bien MOURIR d'une hémorragie veineuse, — SANS SE RÉVEILLER.

On expliquait les choses ainsi : un petit caillot avait *provisoirement* obstrué la veine ; ce caillot *suffisait* pendant quelques heures, puis — mouvement intempestif, ou frottement, ou mieux être général, — ce caillot était emporté... d'où reprise insidieuse de l'hémorragie. De tels accidents avaient dû être assez fréquents au temps où l'on saignait..... beaucoup sinon toujours ; à coup sûr, ils restaient dans les traditions.

Par deux fois, — au moins, — j'ai pu observer des accidents analogues.

Racontant ailleurs l'histoire du PENDU-DÉPENDU, j'ai signalé le fait d'une reprise de la saignée survenant spontanément après mon départ. Cette reprise, d'ailleurs bienfaisante en l'espèce, ne fut spontanée qu'en apparence : les gens qui gardaient la malade avaient, sans s'en apercevoir refoulé, sur le gras du bras, le lien qui aurait dû maintenir un léger pansement au pli du coude ; ils avaient ainsi transformé ce lien en garrot.

L'autre fois la chose devait beaucoup plus mal tourner quoique due au même mécanisme. Il s'agissait d'un homme de 60 ans que j'avais saigné, cette nuit-là, pour une rechute d'œdème aigu du poumon.

La première saignée datait de plus de six années en deçà. Tout s'étant fort bien passé, l'entourage vivait en confiance n'écoutant guère le propos du pauvre homme qui répétait volontiers « *en avoir assez de cette vie-là !* »

Tout de même quelqu'un devait rester à côté du patient ; quelqu'un que j'appellerai *ON* et qui fut désigné après que, les étouffements calmés et les râles disparus, j'avais pu me retirer... et les autres aussi.

Or, il advint que ON vit une tache de sang sur la chemise et une autre sur le drap, puis la petite plaie qui saignait goutte à goutte. Puis, tout près, la bande qui aurait dû maintenir au pli du coude le petit pansement de rigueur. ON fit alors du zèle ; au lieu d'appeler, il décida que cette bande lâche avait besoin d'être serrée ; opération à laquelle, il procéda incontinent avec la louable intention de surveiller cela et, au besoin de serrer plus fort... Mais le malade s'étant endormi, ON fit de même.

Quand je fus mandé, au petit jour, le malade était mort depuis longtemps.

L'affaire ne fit aucun bruit. Bien que les femmes de lessive et le matelassier se soient étonnés de la quantité de sang qu'un homme pouvait perdre »..... ils n'ont pas ajouté « quitte à en mourir »... moi non plus.

Les mœurs de ce temps-là n'étaient point favorables aux enquêtes sensationnelles... autant que malfaisantes.

— Pourquoi, aurais-je contristé ces gens ? Je leur devais de respecter le secret professionnel.

Et puis, aucune malice ne pouvait être supposée de la part de ON que taquinait seulement le fait de s'être endormi, mais qui affirmait : « j'avais cependant bien serré le garrot ! »

(1) Voir *Concours Médical* du 22 décembre 1935 et *Médecine Pratique* du 30 juin 1935.

D'ailleurs, avait eu le temps d'arriver le véritable chef de cette famille ; une sœur largement aînée du défunt, qui me retint au déjeuner qui suit ordinairement les funérailles.

ELLE, elle savait... j'avais eu l'occasion, longtemps auparavant, de lui expliquer qu'il y a hémorragie et hémorragie; qu'une plaie veineuse n'est pas une plaie artérielle ; qu'une bande-pansement n'est pas un garrot, etc...

L'attitude de cette femme m'avait d'emblée requis de me taire... Secret professionnel ! Mais elle voulait plus : à savoir que je m'abstienne d'instruire ON.

Au cours de ce déjeuner, elle fit mieux que se taire, commentant le propos « en avoir assez de vivre ... ».

« *Elle le connaissait bien,* Elle ! IL ne voulait « pas dire que le courage lui manquait, de conti- « nuer à vivre de privations. Il voulait dire que « sa carcasse ne *tiendrait plus le coup* bien long- « temps »... « à preuve qu'au lieu des deux années « qui avaient séparé les premières saignées, il ne « s'était écoulé que trois mois entre les deux der- « nières ».

Et de me regarder bien en face... pour détourner ON du remords d'avoir succombé au sommeil..... il ne fut point question du malencontreux garrot.

A cette invite, j'ai obéi et, quand ELLE est morte, j'ai suivi son convoi. Ne tiquez pas, ami lecteur : pour un médecin de campagne c'est de la psychothérapie pratique que marquer considération aux gens qui font le bien et cette femme là méritait mon respect, aussi bien pour ce qu'elle avait dit que pour ce qu'elle avait pris sur elle-même *de ne pas dire.*

D'autres vous ont montré les culs-terreux en leurs laideurs ! Il est bon que vous sachiez que d'aucuns sont capables de droiture et de véritable bonté.

Par deux aussi, comme celles veineuses, ont été les hémorragies *graves,* secondaires à des applications de SANGSUES, que j'ai rencontrées.

Voici le cas de l'homme : 50 ans, vigoureux ; il est atteint d'une pneumonie à forme congestive. D'ailleurs, il se tirera d'affaire et de cette pneumonie et de l'hémorragie.

Pour lui, l'utilisation des sangsues répondait à une tradition de famille ; il avait même chargé le commissionnaire de m'informer et de la forme *congestive* de la maladie, dite avec raison *fluxion* de poitrine, et de son désir d'être saigné par les *sangsues.*

Mieux encore : il savait la dose « six sangsues, ni plus ni moins » comme l'art de s'en servir « les laisser tomber quand elles sont saoules » et « mettre ensuite un cataplasme pour avoir encore un peu de sang ».

Vers 1890, ce n'était pourtant plus guère l'usage. De la saignée, en général, la mode (1) n'était pas revenue non plus. Mais puisque je saignais, en fait, autant employer les sangsues que la lancette.

Les six sangsues furent donc disposées dans un verre assez large qu'on renversa un peu plus haut que le téton gauche ; une de ces sangsues rechigna (qui fut mise au feu), les cinq autres se saoûlèrent dont quatre lâchèrent pied presque à la même minute.

La cinquième demeurait, énorme, gonflée à craquer. Sollicitée par des attouchements prudents, elle lâchait de sa queue, non de sa tête. Cependant, les trous des autres saignaient, tout doucement mais assez pour salir toutes choses aux alentours.

A moi, le Manuel de petite chirurgie ! Où était-il, hélas ? — Mais ma mémoire fonctionnait encore au commandement, en 1890 ! et le souvenir me revint du grain de sel qu'il suffit de déposer tout contre la bouche entêtée. Ça ! ça les dégoutte, ces bêtes et celle-ci de débouler, non sans commencer à vomir.

Ici, je dois en passant, signaler un moyen de connaître la masse du sang tiré. Dans leur saladier commun, assaisonnez vos aides — je veux dire les bestioles — de quelques grains de sel : aussitôt elles régurgitent à qui mieux mieux. N'oubliez pas de les mettre au feu ensuite, car ainsi purgées, elles retrouvent un appétit féroce qui les incite à se mettre en chasse, au détriment de n'importe qui.

Ça ne saigne plus, je peux m'en aller. On mettra deux cataplasmes tièdes, chacun pendant une heure et, ensuite, on pansera à plat avec de l'amadou. Je repasserai tantôt, quoique le nombre des kilomètres, à parcourir derrière la queue de mon cheval, soit respectable. Que diable ! on ne met pas six sangsues tous les jours !

Bien nous en prit. Quand je revins l'homme ne geignait plus comme il faisait ce matin ; masi son facies vultueux avait fait place à une pâleur extrême..... il était bel et bien en train de mourir d'une hémorragie lente à laquelle nul n'avait pris garde *puisqu'il était grandement soulagé.* D'ailleurs, de cette hémorragie nous ne connaîtrons l'importance qu'après l'ouverture du lit de plumes.

Tout à fait inutile de m'écrier que je n'avais pas voulu ça ! J'avais assez à faire, ayant soulevé l'amadou, d'improviser un moyen d'obturer un des orifices, celui-ci aux bords éversés, par lequel s'écoulait, avec une régularité effarante, une petite nappe de sang... qui n'était plus ni noir

(1) Voir in *Médecine Pratique* de juin 1934, la très intéressante indication, de l'usage des sangsues, contre l'hypertension des sujets à facies floride (Docteur DURAND).

comme au début, ni rouge comme sur les cataplasmes, mais seulement rose clair !

Une aiguille courbe, une pince, un crin (le tout bouilli extemporanément) assurèrent le nécessaire, c'est-à-dire la ligature en masse d'un large morceau de peau. Grogs épicés et café noir ramèneront... la fluxion de poitrine, mais fortement amoindrie quant à sa violence.

Mais j'ai dû noter, les jours qui suivirent l'alerte, que ma ligature en masse n'avait pas assuré directement l'hémostase. Je n'avais fait, obturant l'orifice cutané, que provoqué la compression secondaire par formation d'un hématome sous-cutané : une tache noire bien visible au milieu d'une large ecchymose diffuse.

Je n'aurai l'explication du phénomène que beaucoup plus tard, à l'occasion d'un rappel du point de côté.

L'explication ? L'explication probable. L'homme présentant un réseau de veinules sinueuses de toute la face antérieure du tronc, j'ai *supposé* que l'une des sangsues avait ouvert un de ces vaisseaux... l'hirudine était encore dans les limbes.

L'autre hémorragie incoercible (?), due aux sangsues, a été suivie de la mort de la patiente, vers l'an 1900 et quelques. Un pharmacien extraordinaire se livrait alors à l'exercice illégal de la médecine..... *à domicile* (c'est à cette particularité que ..... etc.). Il avait ainsi appliqué douze sangsues, — douze, étant partisan de la manière forte ! — sur le ventre d'une femme de cinquante ans atteinte (je le saurai à Morgagni, c'est-à-dire à côté du médecin légiste), de ce que nous appelions encore une pérityphlite.

Mais cet illégaliste manquait de patience. Deux des sangsues tardant par trop à quitter la place, il avait arraché l'une et coupé le cou à l'autre, deux procédés qui ont pour résultat de laisser en place la mâchoire à trois branches, — les trois scies que nous connaissions dès ce temps-là. Demeurèrent aussi dans la place des glandes salivaires à sécrétion anticoagulante, dont nous ne connaissions pas le principe actif.

Quoiqu'il en soit, la femme continua de saigner. Elle saignait encore quelque vingt-quatre heures plus tard quand on m'a appelé. J'ai eu juste le temps de voir un beau spectacle, de patauger dans les caillots épars, d'écraser une sangsue au passage et... de recueillir le dernier soupir de la malheureuse.

Cette fois-là, j'ai tout de même refusé de délivrer le certificat de décès coutumier. Le parquet viendra. Le médecin légiste me montrera une péritonite droite mal enkystée... mais au principal, l'affaire ne sera pas suivie parce que....

Parce que depuis quelques années, on parlait bien d'appendicite et non plus de pérityphlite, mais tout le monde n'admettait pas la cascade des égalités : *Appendicite, laparotomie, guérison.* Si donc, elle n'était pas morte d'hémorragie, la patiente serait morte quelques heures plus tard, d'une péritonite : total égal !

L'ANÉMIE HYPOCHROME CHRONIQUE IDIOPATHIQUE

Par le Docteur Charles AUBERTIN

Il ne s'agit pas d'une affection nouvelle, mais d'une maladie décrite par Hayem sous le nom de « chlorose dyspeptique » et, par la plupart des auteurs classiques sous celui de « chloro-anémie d'origine digestive ». C'est dire que la notion de diminution de la valeur globulaire dans une anémie en rapport avec des troubles digestifs chroniques a été remarquée et soulignée depuis longtemps. Récemment Knud Faber, Merklen, Gounelle et Chaudre, Chevallier ont attiré l'attention sur ce syndrome et ont précisé quelques points importants de son histoire qui, on l'a remarqué déjà, s'oppose hématologiquement à l'anémie de Biermer.

Beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle est généralement diagnostiquée à l'âge adulte, entre 30 et 50 ans ; le début s'observe presque toujours chez des femmes réglées depuis plusieurs années, et d'ailleurs réglées de façon normale.

Ni les défauts d'alimentation (soit qualitative soit quantitative), ni les grossesses répétées ne semblent jouer de rôle étiologique. Cependant, parfois on a signalé un état anémique pendant l'adolescence des malades : cette anémie avait-elle les caractères hématologiques de la chlorose ? C'est là un fait que nous ignorons.

Le *début* en en est très lent et très insidieux : la pâleur et la fatigue en sont les seuls signes.

La *pâleur* est moins intense que dans l'anémie pernicieuse ; de plus, elle n'est jamais d'un jaune citron et il n'y a jamais de subictère conjonctival ; les signes fonctionnels sont ceux de toute anémie et leur intensité est en rapport avec la perte en hémoglobine ; les souffles cardiaques et veineux sont habituels.

Le *chiffre globulaire* n'est que modérément abaissé, généralement aux environs de 3 millions, parfois même il reste aux environs de 4 millions. Mais l'hémoglobine est très diminuée (de 60 à 30 p. 100) de sorte que la valeur globulaire est très basse (autour de 50 p. 100).

L'anisocytose existe, mais il y a peu de macrocytes ; au contraire, on trouve un grand nombre de *microcytes* et le diamètre moyen des hématies est diminué : il y a peu de polychromatophilie et les réticulocytes sont en nombre normal.

Les leucocytes sont sensiblement normaux, à part une légère lymphocytose ; les plaquettes sont aussi sensiblement normales. Le sérum sanguin n'est pas jaunâtre comme dans l'anémie de Biermer, il est pâle et contient peu de pigments biliaires.

La rate et le foie ne sont pas augmentés de volume ; il n'y a pas d'adénopathies, ni de tendance hémorragique. Les urines sont pâles ; leur teneur en urobiline est discutée.

Les *troubles digestifs* sont le plus souvent légers et peu caractéristiques : lenteur de la digestion, pesanteur après les repas, anorexie pour la viande, atonie gastrique, constipation, parfois nausées. Meulengracht insiste même sur le peu d'importance des troubles fonctionnels gastriques.

Cependant l'étude du *chimisme gastrique montre* une déficience qui porte à la fois sur l'acide chlorhydrique et sur les ferments. L'acide chlorhydrique libre est absent ou très diminué ; l'acide chlorhydrique combiné peut toutefois exister encore en quantité assez notable. Il y a également diminution de la sécrétion de pepsine, mais l'apepsie est généralement bien moins marquée que l'achlorhydrie.

La *gastroscopie* a montré à Chevallier et Moutier une atrophie extrême des plis de la muqueuse gastrique qui est d'une pâleur marquée ; ces lésions siègent surtout à la petite courbure et à la grosse tubérosité.

Il existe d'autre part, une *glossite* analogue à celle de la maladie de Biermer (muqueuse lisse, dépapillée, atrophique et parfois luisante).

L'*état général* reste relativement bon ; la fatigue est marquée, les malades ont les traits tirés et les yeux cernés, mais il y a très peu d'amaigrissement. L'œdème est rare. Les règles sont peu modifiées, plutôt diminuées ou irrégulières ; il existe une légère élévation thermique sans état fébrile caractérisé.

L'*évolution* est très lente ; parfois elle progresse, mais alors très lentement, parfois elle semble se stabiliser ; mais on n'observe pas chez ces malades, les rémissions suivies de rechutes si spéciales à l'anémie de Biermer. Elle n'est pas non plus régulièrement progressive ; les malades succombent à des affections intercurrentes, mais non aux progrès de l'anémie.

L'*anatomie pathologique* en est peu connue du fait de la rareté des autopsies qui d'ailleurs concernent des malades ayant succombé à des affections intercurentes. Toutefois, la moelle osseuse étudiée tant à l'autopsie que sur le vivant par ponction sternale, est rouge et en pleine activité : elle contient de nombreux globules nucléés qui sont tous des normoblastes : ainsi l'anémie hypochrome essentielle s'accompagne d'une suractivité de l'hématopoïèse normale (Chevallier). Les lésions du tube digestif et particulièrement de l'estomac n'ont pas été étudiées.

Le *traitement* essentiel est, comme dans toutes les chloro-anémies, le fer. En effet, le foie ou ses extraits, ainsi que les extraits gastriques échouent complètement en pareil cas. Par contre, le fer employé *soit* aux doses classiques (0,60 à 0,80 de protoxalate), soit aux doses fortes (de 2 à 3 grammes) avec ou sans adjonction de cuivre améliore rapidement les malades ; l'amélioration hématologique passe comme dans la chlorose par une première phase de multiplication des hématies, — pendant laquelle, on peut voir l'hypochromie s'exagérer encore, — puis par une seconde phase, toujours beaucoup plus lente, pendant laquelle l'hémoglobine augmente à son tour et rejoint peu à peu son chiffre normal. L'amélioration clinique l'accompagne : l'appétit reprend, les malades reprennent du poids, la glossite peut même s'améliorer : mais l'achlorhydrie persiste généralement. D'ailleurs nombre de malades restent incomplètement guéries avec une valeur globulaire qui demeure basse : chez elles, une infection intercurrente pourra facilement déclencher une rechute.

La *pathogénie* de cette chloro-anémie semble fort simple : l'achylie, ou plus exactement le trouble gastrique aboutissant à l'achylie modifie le métabolisme du fer et gêne la formation des globules rouges. Encore faut-il expliquer pourquoi dans certains cas la même achylie produit une anémie hyperchrome du type Biermer ou bien, dans d'autres cas, une chloro-anémie ; et pourquoi dans certains cas d'anémie hypochrome, l'achylie manque. C'est dire que nous connaissons très mal la pathogénie intime de cette affection qui, pour avoir changé de dénomination, n'est guère mieux connue que naguère. (1)

(1) *L'Année Médicale Pratique*, 1936, (à paraître en Avril 1936.)

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

L'examen de la rate indispensable pour éclaircir certains diagnostics jusqu'à l'âge de deux ans

D'après le Docteur Baize (1)

La technique a suivre pour étudier la rate chez le nourrisson

La splénomégalie revêt une importance considérable au cours des infections aiguës, et surtout chroniques, ainsi que dans les hémopathies, depuis la naissance jusqu'à la fin de la deuxième année. Non seulement, en effet, la rate contribue au maintien de l'équilibre humoral du milieu intérieur, elle crée des leucocytes et détruit les globules rouges, mais aussi elle phagocyte les microbes, les parasites et corps étrangers divers qu'elle emmagasine dans ses tissus.

A l'état normal, chez les nourrissons comme chez l'adulte elle est complètement cachée par les fausses côtes. Située dans la partie la plus externe et la plus élevée de l'hypocondre gauche, en arrière et au-dessus de la grosse tubérosité gastrique, au-dessus du rein gauche et de l'angle colique gauche, il faut la *rechercher assez loin en dehors et en arrière, sur la ligne axillaire.* Chez le nourrisson, la percussion n'est d'aucun secours ; seule compte à cet âge la *palpation.* Pour déceler des hypertrophies modérées, la stricte observance de la technique suivante s'impose.

« L'enfant étant étendu sur une table ou sur les genoux de sa mère, les cuisses demi-fléchies sur l'abdomen, le médecin se place à sa gauche du côté de la tête ; il pose la main gauche à plat sur la face antérieure du thorax, entre les lignes mamelonnaire et axillaire, de façon que les deux dernières phalanges des quatre derniers doigts débordent le rebord costal et reposent sur l'abdomen. Par flexion douce de ces doigts repliés en crochet, il explore l'hypocondre gauche et la région sous-costale, profitant des courtes rémissions entre les cris, si l'enfant est indocile, ou mieux chargeant la mère ou un aide de *distraire le nourrisson,* en lui donnant à téter un peu d'eau bouillie. L'opérateur doit procéder *avec la plus grande douceur,* car toute pression trop brusque déclenche une contraction de défense des muscles sous-jacents, contraction qui gêne l'examen ou peut en imposer pour une splénomégalie en réalité inexistante.

« Lorsque la rate est grosse, la pulpe des doigts sent alors, sous le rebord costal qu'elle déborde, une masse plus ou moins arrondie, régulière, à bords mousses, généralement assez ferme, un peu mobile, qu'une légère pression de bas en haut peut faire remonter passagèrement derrière les côtes. Bien entendu, toutes ces précautions sont inutiles quand il s'agit d'une *très grosse rate,* tout de suite sentie dans l'abdomen et parfois visible au premier coup d'œil par la voussure qu'elle détermine ; il y a alors intérêt, pour identifier avec certitude la tumeur perçue, à rechercher sur son bord antéro-interne, les *échancrures* ou *incissures,* caractéristiques de l'organe. »

Les *petites splénomégalies,* où la rate déborde les fausses côtes d'un ou deux travers de doigt, risquent plus d'être méconnues que confondues ; il importe cependant de se prémunir contre deux causes d'erreur.

D'abord, *toutes les rates palpables ne sont pas des rates pathologiques,* ni même nécessairement hypertrophiées ; il en est ainsi chez les enfants à thorax évasé, ou dont la peau de l'abdomen amaigrie se laisse facilement déprimer ; surtout que l'organe est alors lui-même quelque peu *ptosé.*

D'autre part, il arrive que, même dans un examen bien conduit, on sente sous le rebord costal une masse ferme, arrondie et mobile qui n'est autre que l'*extrémité de la 11e côte* ; un peu d'attention suffit pour éviter cette erreur, ainsi que celle, qui consiste à prendre pour une grosse rate la contracture globuleuse de la partie supérieure du muscle grand droit sous la main qui explore.

Quant aux *grosses splénomégalies,* facilement palpables et parfois visibles, il est parfois difficile de les distinguer d'un gros rein gauche (hydronéphrose congénitale, sarcome du rein), cependant plus développé en arrière, donnant le contact lombaire, et la sensation de ballottement lombo-abdominal, — ou exceptionnellement des kystes développés sur le pancréas ou le mésentère ; la perception de la rate à côté de la tumeur, les incisures caractéristiques du bord splénique, ainsi que des signes concomitants permettront généralement la différenciation.

(1) P. Baize. La grosse rate en pathologie du premier âge. (*Le Bulletin médical,* 19 octobre 1935.)

***

LE DÉPISTAGE IMPORTANT DE CERTAINES MALADIES CHRONIQUES : LA SYPHILIS, LA TUBERCULOSE

La recherche de la splénomégalie au cours de certaines maladies infectieuses aiguës de la première enfance, y compris la leucémie aiguë, offre moins d'intérêt ; car il s'agit surtout de splénomégalie réactionnelle. Il n'en est plus de même lorsque, faisant partie du tableau symptomatique d'une affection chronique, elle doit en permettre le dépistage.

La syphilis

Persistante à plusieurs examens successifs, une splénomégalie plus ou moins marquée chez un nourrisson doit faire penser tout d'abord à la *syphilis, surtout avant six mois, et lorsque* le sujet n'a pas encore été vacciné, puisque cette opération donne parfois lieu à une réaction transitoire de la rate. Plus tard, dans les mêmes circonstances, il faut, de parti pris, *suspecter et rechercher la syphilis,* pour n'envisager un autre diagnostic que lorsque la spécificité est éliminée. L'hérédo-syphilis est en jeu dans les trois quarts des cas.

Car cette recherche prime tout, au cas d'une syphilis atténuée ou larvée. Des manifestations morbides, sans aucun caractère bien particulier dominent alors la scène, et n'évoquent pas immédiatement l'idée d'hérédo-syphilis. La découverte d'une grosse rate possède ainsi une valeur confirmative de premier ordre ; il est cependant nécessaire d'appuyer le diagnostic sur une enquête étiologique serrée, sur l'examen complet de l'enfant, et sur les résultats des réactions sérologiques.

Le plus souvent, le nourrisson est amené, par exemple pour un état de dénutrition progressive, voire d'athrepsie, que n'expliquent aucun trouble digestif, aucune faute alimentaire ; — ou bien pour une pâleur liée à une anémie croissante, ou encore pour des convulsions, pour une hydrocéphalie à développement lent. Et c'est au cours de l'examen méthodique que l'on découvre la splénomégalie, ordinairement modérée ; quelquefois même, la grosse rate est le seul symptôme anormal chez un nourrisson en apparence bien portant.

Minutieux sera l'interrogatoire des parents, voire même des grands-parents. On recherchera l'angine de poitrine, l'anévrysme, les morts subites, l'hémorragie cérébrale ; chez la mère, les fausses-couches antérieures, l'expulsion de fœtus macérés.

Pour l'enfant lui-même, ce sera la notion de prématuration, de débilité congénitale, le poids du placenta, qui ne doit pas excéder 1 /5e du poids du corps. Son examen clinique sera très fouillé, mais il ne faudra pas trop compter sur les syphilides cutanéo-muqueuses, ni sur le gros foie, ni sur la pseudo-paralysie de Parrot. Avec une grosse rate, on ne rencontre le plus souvent que des *signes de probabilité :* coryza léger, mais tenace, induration testiculaire, hydrocèle persistante et irréductible, ganglion sus-épitrochléen veinosités crâniennes, front olympien, crâniotabes congénital, etc., tous symptômes de peu de valeur quand ils sont isolés, mais dont le groupement, et surtout l'association avec une splénomégalie, sont assez suggestifs. Enfin, la radio graphie systématique des os longs révèle assez souvent des lésions discrètes, mais certaines d'ostéochondrite.

Restent les *réactions sérologiques* ; chez les parents (et surtout chez la mère), elles ont leur intérêt ; cependant, chez les nourrissons, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien, *elles se montrent négatives avec une fréquence excessive,* même chez des enfants présentant d'indiscutables signes de syphilis active. On ne peut donc guère tenir compte que des résultats *positifs;* cependant un Bordet-Wassermann négatif chez un nourrisson suspect ne doit, en aucun cas, faire rejeter le diagnostic de syphilis.

Enfin, dans les cas évidents ou faciles de *syphilis majeure,* la splénomégalie n'est plus qu'un élément du tableau clinique ; le diagnostic, le plus souvent évident, repose alors sur plusieurs *signes de certitude,* entre lesquels on a que l'embarras du choix. Dans ces formes complètes, qu'on observe généralement vers le deuxième ou le troisième mois, mais qui peuvent être retardées jusqu'au cinquième ou sixième mois, le diagnostic s'impose.

La tuberculose

C'est surtout après le sixième mois de la vie que s'observe la tuberculose ; et la splénomégalie est loin d'être rare dans les *formes atténuées,* subaiguës ou chroniques, de l'infection tuberculeuse, dont la radiologie et la cuti-réaction à la tuberculine ont montré la fréquence.

Dans ces conditions, une rate ordinairement très ferme, pouvant déborder de deux ou trois travers de doigts, met sur la voie du diagnostic. En général, c'est un nourrisson de six à sept mois, correctement nourri, que ses parents amènent parce qu'il ne prend plus de poids, parce qu'il tousse, et parce qu'il a de la fièvre, plus ou moins irrégulière, plus ou moins élevée ; chez cet enfant pâle, hypotrophique, on découvre aussi de la micropolyadénopathie, des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, un foie gros et ferme.

L'attention est éveillée vers la tuberculose par

la splénomégalie ; mais, pour en confirmer le diagnostic, trois procédés d'investigation sont encore indispensables : la recherche de la contagion, la cuti-réaction, l'examen radiologique.

Fort important également est l'interrogatoire des parents. Pratiquement, une enquête serrée permet toujours de retrouver, dans l'entourage immédiat des petits tuberculeux, le cracheur de bacilles, d'où procède la contagion. Très souvent, c'est la mère elle-même ; souvent aussi, c'est la nourrice ou la bonne d'enfant, ou toute autre personne chargée des soins ; c'est encore le père, les frères et sœurs, les amis, vieux tousseurs et bronchitiques chroniques, dont on ne se méfie pas, et qui sèment des bacilles de Koch autour d'eux.

Très intéressants sont, au cours du premier âge, les résultats de la *cuti-réaction* à la tuberculine, car celle-ci *n'est positive que chez les sujets porteurs de lésions tuberculeuses en évolution* ; négative, elle élimine sûrement la tuberculose. Cependant, il est prudent de répéter la réaction à quelques semaines d'intervalle, au cas où un premier résultat négatif serait imputable à la phase antéallergique de la maladie ; puis, on ne doit pas oublier que certaines affections (la rougeole surtout) peuvent momentanément négativer la cuti-réaction. Enfin, la cuti-réaction (intradermoréaction) est très souvent positive (97 %) chez les enfants vaccinés au B. C. G., sans que ceux-ci présentent pour cela de tuberculose en évolution.

La radiographie apporte un complément précieux d'information, en montrant les lésions pulmonaires quasi-constantes, mais dont le plus souvent la nature ne peut pas être affirmée sans la cuti-réaction.

Nous ne parlerons pas de la splénomégalie, que l'on peut observer lorsque le diagnostic de tuberculose ne fait pas de doute : formes généralisées, granuliques, ou broncho-pneumonies et pneumonies tuberculeuses, qui tuent en deux ou trois semaines.

Quelques autres causes de splénomégalies chroniques

Une grosse rate peut être constatée au cours de certaines anémies banales ou chlorotiques, si fréquentes dans la première enfance ; elle s'associe parfois au rachitisme ou à certains ictères des premiers mois. Toujours elle doit éveiller l'idée de la syphilis, qui se trouve parfois à l'origine de ces syndromes.

Il faut encore citer une splénomégalie associée à une hépatomégalie, toutes deux considérables dans l'anémie pseudo-leucémique, qui est assez particulière à la première enfance. Ce sont des enfants, ayant presque toujours dépassé le dixième ou le douzième mois, très souvent hypotrophiques ou rachitiques, qui présentent rapidement une anémie grave, un état fébrile plus ou moins accusé.

L'hypertrophie de la rate se rencontre aussi dans le paludisme, et surtout dans le *kala-azar*, qui devient relativement fréquent après un an. Il faut y penser quand on se trouve en présence d'un enfant très amaigri, très anémié, atteint d'une fièvre élevée, mais irrégulière et comme « désarticulée », chez lequel l'examen révèle, avec un gros foie et des adénopathies multiples l'existence d'une énorme rate, dure et lisse, pouvant atteindre la crête iliaque ou le pubis. Le diagnostic se fait par la ponction de la rate ; le parasite y abonde, libre ou inclus dans le protoplasma des grands mononucléaires.

Il faut se le rappeler : la cause essentielle des splénomégalies chroniques du premier âge est la *syphilis*, et c'est elle qui, en cas de grosse rate doit toujours être suspectée, surtout lorsque la rate hypertrophiée se présente isolément, ou associée à d'autres syndromes sans caractère spécial : ictérique, anémique, rachitique.

C'est seulement quand la syphilis aura été dûment éliminée par la clinique, par une enquête étiologique serrée et par les réactions sérologiques, qu'il sera permis de penser à la *tuberculose*, puis au cas d'investigation également négatives, d'envisager enfin d'autres causes étiologiques, sans oublier la possibilité d'associations morbides entre celles-ci, et notamment la syphilis.

G. FISCHER.

UN TRAITEMENT DE L'ASTHME REBELLE ET SUBINTRANT

Il s'agit du traitement par inhalation d'un mélange d'hélium et d'oxygène. (1)

L'hélium, autant qu'on le sache, est, dans le corps humain, un gaz aussi inerte que l'azote. Sa valeur dans le traitement de l'asthme repose uniquement sur ce fait qu'il est très léger. L'hydrogène a une molécule biatomique dont le poids est de 2 ; l'hélium a une molécule monatomique du poids de 4 ; le poids moléculaire de l'azote est 28 et celui de l'oxygène 32. La vitesse des molécules gazeuses varie en raison inverse de la racine carrée de leur densité. Dans les conditions ordinaires de température et de pression, la vitesse d'une molécule d'hydrogène est approximativement de 1.840 mètres par seconde (plus grande par conséquent que la vitesse d'une balle de fusil) ; la vitesse d'une molécule d'hélium est de 1.300 m., d'une molécule d'azote de 500 m., d'une molécule d'oxygène de 460 m.

Deux facteurs interviennent dans la ventilation des poumons : le déplacement mécanique de l'air par expansions et contractions successives de la paroi thoracique ; et la diffusion. Chacun d'eux est favorisé par la substitution d'un gaz léger à un gaz lourd. Comme les bronches se divisent en bronchioles de plus en plus petites pour se terminer au niveau des alvéoles, les échanges gazeux dépendent moins du travail mécanique des muscles thoraciques que de la diffusion. Quand les bronchioles terminales sont presque obturées par l'œdème ou le spasme il sera plus aisé aux molécules rapides de diffuser jusqu'aux alvéoles pour les maintenir à un degré à peu près normal de distension.

La technique du traitement est rendue délicate par ce qui fait précisément son succès dans l'asthme : la rapide diffusibilité de l'hélium. Les moindres fuites de l'appareillage feront perdre de grandes quantités de gaz. Il faut une tente à oxygène rigoureusement imperméable terminée par une sorte de capeline juste assez grande pour la tête et serrée autour du cou.

Un « fellow » de la clinique Mayo, Boothby, a expérimenté sur lui-même les effets de l'inhalation d'hélium, ou plutôt d'un mélange de 70 % d'hélium et 30 % d'oxygène, pendant plusieurs séances d'une durée de cinq à quinze minutes. Il se produit d'abord des modifications dans la voix qui devient nasonnée et change de timbre, probablement à cause de la substitution de molécules légères aux molécules lourdes de l'azote dans l'arbre bronchique et les sinus de la face. A noter aussi un goût métallique particulier dans la bouche, une sensation de sécheresse dans les voies aériennes supérieures et un léger mal de tête. Tous ces symptômes disparaissent rapidement quand on cesse l'administration de l'hélium. Barach, (le promoteur de la méthode) a expérimenté sur des animaux et n'a noté aucune conséquence fâcheuse d'une inhalation prolongée. En somme, aucune contre-indication du fait de ces inconvénients.

Les auteurs relatent trois cas d'asthmes rebelles à tous les traitements, y compris l'inhalation d'oxygène. Deux d'entre eux, parmi lesquels un enfant de huit ans, avaient un asthme de longue date progressivement aggravé jusqu'à devenir une dyspnée continuelle et extrêmement pénible. Le troisième, sensibilisé à l'aspirine, avait déclenché, en prenant, par inadvertance 0 gr. 65 de cette drogue, une crise sévère. En fait l'état de ces trois malades était alarmant et la cyanose si marquée que, malgré la rareté du fait, il semblait que l'issue fatale fût à craindre.

Dès que, sous la tente à oxygène, le mélange d'hélium et d'oxygène fut substitué à l'air oxygéné, la condition des trois malades s'améliora immédiatement, tant subjectivement qu'objectivement. La respiration se fit moins difficile, la cyanose disparut ; un peu de repos devint possible grâce à quoi le mieux se consolida davantage. En l'espace de dix-sept heures le malade sensibilisé à l'aspirine vit sa crise jugulée ; trois jours après il était capable de subir une opération. Quant aux deux autres, bien que non guéris, ils virent leurs crises obéir de nouveau aux traitements usuels.

Dans l'asthme rebelle, la fatigue respiratoire et l'anoxhémie semblent se joindre en un cercle vicieux qu'il s'agit avant tout de rompre. Les médicaments ordinaires sont sans effet : l'adrénaline, même à fortes doses, ne procure que de brèves accalmies, la morphine est dangereuse ; L'éther intrarectal n'a donné que quelques résultats.

Il semble que le mélange hélium-oxygène puisse aussi être employé dans certaines obstructions laryngées ou trachéales (œdèmes laryngés post-opératoires), dans les corps étrangers des voies respiratoires, dans les paralysies temporaires des cordes vocales compliquant un acte opératoire sur la glande thyroïde. Malheureusement, l'hélium coûte cher, environ neuf fois plus que l'oxygène (disent nos Américains), et je crois qu'il est pratiquement impossible, jusqu'à présent du moins, de se procurer de l'hélium en France. Il est à craindre qu'il nous faille encore attendre avant de pouvoir appliquer la curieuse méthode de Barach.

G. LAVALÉE.

(1) Proceedings of the staff meetings of the Mayo Clinic, 11 décembre 1935.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement des hydrocèles vaginales et des kystes de l'épididyme par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée.

Le traitement chirurgical de l'hydrocèle vaginale, par le retournement de la vaginale est incontestablement la méthode la plus sûre, car elle évite toute récidive. Elle présente cependant quelques petites inconvéinents : immobilisation du patient au lit durant au minimum dix jours, aléas de toute opération comportant une anesthésie, risques rares, il est vrai, d'une complication opératoire (hématome et suppuration secondaire).

Devant ces inconvénients, étant donnée la bénignité de l'affection, on a cherché un mode plus simple de guérison. La ponction simple ne donnant aucun résultat le liquide se reproduisant toujours, on a cherché par des injections modificatrices à empêcher cette reproduction. On s'est heurté à de nouvelles difficultés quel que soit le liquide injecté (teinture d'iode, glycérine phéniquée, sublimé) : réactions inflammatoires violentes, douleurs locales marquées, symptômes d'intoxication variables avec le liquide modifiateur employé (iodisme, intoxication mercurielle). Ces inconvénients réduisaient singulièrement les avantages du traitement médical, d'autant qu'il se produisait assez souvent des récidives.

Les progrès réalisés dans l'emploi des substances sclérosantes pour la cure des varices et des hémorroïdes a fait penser que l'utilisation de ces nouveaux médicaments pourrait être intéressante dans le traitement de l'hydrocèle. Dès le début de leur emploi on s'est aperçu que la plupart des défauts du traitement médical disparaissait et que cette méthode devenait de ce fait facilement ambulatoire. Blavier, de Liége, a publié le premier en 1934 un article très documenté sur le traitement des hydrocèles vaginales par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 25 % en eau glycérinée. D'après cet auteur, sur dix-huit hydrocèles traitées, dix-huit guérisons.

Le Docteur Ch. Motz a vérifié les résultats de cette méthode dans dix-sept cas.

La technique employée est celle que préconise Blavier, avec cette différence que les solutions sont à 30 % de produit actif. Pour une hydrocèle dont le volume n'excède pas 75 c. c., on fait, après évacuation totale du liquide, une seule injection de 3 c. c. de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée. Si le volume est plus élevé, on injecte en une seule fois 6 c. c. de la solution. Pour obvier à l'inconvénient de piquer et de pousser l'injection dans le testicule, ce qui occasionnerait une douleur vive, on utilise les fins trocarts employés pour le pneumothorax artificiel. La ponction est très facilement supportée, même quand il s'agit de sujets particulièrement pusillanimes. La pénétration du liquide modificateur est indolore. Dans les deux heures qui suivent la douleur est toujours absente, et elle n'apparaît d'ailleurs le plus souvent que très légère, après ce laps de temps. L'innocuité du médicament aux doses indiquées rend cette méthode de traitement médical très nettement supérieure à celles préconisées jusqu'à présent.

La même technique appliquée aux kystes de l'épididyme semble donner des résultats encourageants. (*Le Progrès Médical*, 30 novembre 1935.)

Sommes-nous bien fixés sur la valeur du B. C. G.

Le Professeur Ferru (de Poitiers) a fait une longue étude sur cette question et voici sa conclusion :

Le vaccin de Calmette nous a été donné comme absolument inoffensif et *certainement efficace*. Mais ces affirmations reposent sur des faits expérimentaux encore discutés et sur une étude clinique insuffisamment rigoureuse parce que trop dispersée.

L'innocuité du B. C. G., pour être habituelle, n'est pas aussi parfaite qu'on l'a dit et, si les accidents graves sont assez rares, ils ne sauraient être méconnus.

L'efficacité du B. C. G. *per os*, conditionnée par une absorption qui devrait être régulière, mais qui se montre très inconstante, a été agencée hâtivement, sur des statistiques restreintes, discutables, et sur des données cliniques ou biologiques souvent contradictoires. Elle n'est pas confirmée par l'étude objective des faits actuellement connus.

Il faut donc, avant de risquer des accidents qui ne sont pas compensés par la garantie d'une incontestable protection, renvoyer le B. C. G. au laboratoire, reprendre au pied l'étude expérimentale de la vaccination antituberculeuse, et ne proposer un vaccin aux praticiens qu'avec la

certitude scientifique de sa valeur prémunisante contre une maladie qui ne confère pas elle-même l'immunité. (*L'Actualité Médico-chirurgicale*, novembre 1935.)

Asthme et syphilis.
L'asthme : crise viscérale pulmonaire.

Le Professeur LANGERON relate une observation clinique, qui démontre qu'on peut observer chez une syphilitique des crises d'asthme avec réaction méningée, et que d'autre part sur ces crises le traitement spécifique exerce une influence favorable. La syphilis réaliserait ainsi une véritable crise viscérale pulmonaire.

Au point de vue thérapeutique, la notion d'un asthme lié à la syphilis ne change rien aux considérations classiques, traitement de la crise, modification du terrain, préservation ou suppression de la cause par les moyens connus et sur lesquels il est inutile d'insister.

Par contre, elle indique en plus, un traitement spécifique, qui, à lui seul, peut donner des résultats intéressants. Sur ce traitement, rien à dire de spécial, sauf qu'il vaut mieux s'abstenir d'injections intraveineuses, susceptibles de déclencher des phénomènes de choc. (*Journ. des Sciences Méd. de Lille*, 8 décembre 1935.)

De quelques erreurs de diagnostic en matière de tuberculoses osseuses.

Le Docteur BLANKOFF s'est proposé d'exposer systématiquement toutes les erreurs possibles de diagnostic en matière de tuberculose chirurgicale, sans vouloir diminuer l'extrême difficulté et la délicatesse de certains diagnostics. En moyenne ces erreurs se présentent dans la proportion de 20 %, ce qui est énorme si l'on songe aux multiples conséquences (morales, budgétaires, etc.) qu'entraînent de semblables erreurs. Au point de vue régional, ce sont surtout la hanche, la colonne et le genou qui payent le tribut principal à ces erreurs ; la chose se comprend aisément puisque c'est précisément la colonne, le fémur et le tibia que la tuberculose frappe par ordre de fréquence. On peut ou bien déclarer atteints de tuberculose des malades qui n'en ont pas (c'est le cas le plus fréquent), ou bien méconnaître la nature tuberculeuse de l'affection. Il n'est pas indifférent en effet de confondre tuberculose et rhumatismes et de rendre impotent par ankylose inutile un malade qui n'en a pas besoin. Or, l'ankylose reste jusqu'à preuve du contraire le meilleur moyen de guérir une tuberculose osseuse. Il faut aussi songer au côté moral et individuel de la question. Quelle ne deviendra pas la mentalité spéciale de cet invalide par erreur, incapable de subvenir complétement à ses besoins, dominé par ce spectre de la tuberculose, n'osant se créer un foyer et fonder une famille. Aigri et désespéré, il deviendra en plus une charge pour la société. (*Le Scalpel*, 7 décembre 1935.)

Médication sthénique nouvelle par l'association des acides aminés et du phosphore organique

MM. QUIGNON et M. LIGNAC signalent les résultats durables, obtenus en thérapeutique tonireconstituante par l'association : acides aminés hématogènes à l'état pur (histidine, tryptophane), extrait total muscle-muqueuse gastrique, et phosphore organique des embryons de graminées.

Administrée par voie buccale, cette association exerce une action remarquable et quasi-immédiate sur l'*anorexie*. Le réveil de l'appétit, au bout de 4 à 6 jours est la règle. La modification de l'état général est profonde et prolongée. Une augmentation de poids s'observe parallèlement : chez les amaigris et convalescents 1 kgr. à 1 kgr. 500 en trois semaines de traitement. Chez les anémiés, en trois semaines, le chiffre des leucocytes passe de 3 millions à 4 millions 500.000.

La tolérance stomacale parfaite est due à la présence de muscle et de muqueuse gastrique qui joint un pouvoir peptique non négligeable au facteur anti-anémique. Le maintien de l'amélioration augmente l'intérêt de cette thérapeutique.

Deux de constituants : le tryptophane et la lysine, indispensables à l'équilibre azoté et au maintien du poids, permettent chez l'être jeune de combattre efficacement les troubles de croissance. De plus, le calcium organique des céréales amène chez les surmenés une sédation rapide des troubles nerveux et le retour du sommeil.

Cette association, est une application nouvelle des travaux sur l'acidaminothérapie (Aron, Weiss, Fontès et Thivolle). Le complexe en question utilise parallèlement le phosphore organique directement assimilable et les noyaux cycliques des acides aminés hématogènes. Les résultats sanctionnent ce que la théorie laisse prévoir : retour progressif à l'état physiologique par une nutrition polyvalente, atoxique, rationnelle, du tissu sanguin et du tissu nerveux. (*Clinique et Laboratoire*, décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La répétition des cas de cancer dans une même famille est-elle un argument en faveur de l'hérédité du cancer.

(M. Auguste Lumière, présentation de M. Hugounenq ; 7-1-1936.)

On connaît les idées très originales de M. Auguste Lumière sur les rôles de la contagion et de l'hérédité en matière de tuberculose et de cancer. Pour ce qui concerne le cancer, en particulier, M. Lumière ne croit pas à l'hérédité et il accorde une part importante, dans la genèse des tumeurs malignes, à certaines conditions locales (cicatrices, irritations chroniques, etc.)

La répétition des cas de cancer dans une même famille semble, en première apparence, un argument en faveur de la notion d'hérédité des néoplasies malignes. Pour M. Auguste Lumière cet argument est basé sur une interprétation défectueuse des statistiques.

Réunissant les chiffres fournis par Lebert, Snow, Sibley, Greillot et Lichtenstein, il trouve 853 fois l'existence du cancer chez les parents de 5.510 néoplasiques, soit 16,50 pour 100 des cas en moyenne. Mais, il convient de noter ceci. La mortalité habituelle par cancer s'élève à 7 % des décès totaux. Pour les 5.510 malades néoplasiques en question, les parents (père et mère) représentent 5.510 × 2, soit 11.020 personnes. En leur appliquant la proportion de 7 % de décès habituels par cancer, on arrive au chiffre de 771, c'est-à-dire 14 %. En définitive, la mortalité par cancer trouvée chez les parents de cancéreux correspond approximativement à la mortalité cancéreuse chez des sujets pris au hasard. Le caractère familial du cancer serait ainsi une pure apparence.

Reste l'argument des familles à cancer, signalées par d'assez nombreux médecins. Cet argument, dit M. Lumière, perd sa valeur si l'on tient compte de la loi des probabilités qui veut que des coïncidences fortuites se produisent d'une façon inévitable. Voici une technique expérimentale venant l'établir. M. Lumière a mélangé dans un sac 1.000 billes noires et 14.000 billes blanches, ces nombres se tenant exactement dans la proportion des décès par cancer et des décès pour toutes autres causes (poportion, 1 pour 14) ; il procède ensuite à un grand nombre de tirages, effectués au hasard, de groupes de 10 billes représentant des familles de 10 membres. Sur 4.000 prélèvements de 10 billes, 1.935 fois toutes les billes étaient blanches..., 17 fois, il y avait 4 noires et 6 blanches, 4 fois 5 noires et 5 blanches. Par conséquent ; du seul fait du hasard, si nous prenons 4.000 familles de 10 membres, nous en trouvons 21 dans lesquelles la moitié (ou presque) des membres de la famille doit succomber au cancer. Ces dénombrements n'ont évidemment rien d'absolu et varieront avecles expériences.

M. Auguste Lumière conclut que le problème est à reprendre en éludant ce qui peut être considéré comme de simples coïncidences.

Académie de chirurgie

Apophysite de l'épine iliaque antéro-supérieure

(M. J. Dupas, de Toulon (Marine) ; Rapport de M. Mouchet ; 6-11-1935.)

Les apophysites des adolescents sont surtout fréquentes à la tubérosité antérieure du tibia et à l'extrémité postérieure du calcanéum. L'épine iliaque antéro-supérieure est un siège peu connu de cette affection et à ce titre sont intéressantes les observations rapportées par M. Dupas. On y retrouve au complet le tableau clinique des apophysites : l'âge (dix-sept à dix-huit ans), l'anamnèse (petits traumatismes), les signes locaux (douleur limitée à la saillie osseuse, calmée par le repos, réveillée par la pression, tuméfaction), l'absence de signes généraux (état général excellent). La radio montre un aspect normal, ou hypertrophique avec pommelures, ou érosif.

Si l'on n'est pas prévenu, l'affection peut en imposer pour une fracture, un arrachement de l'épine, une ostéite, une tumeur osseuse. Le pronostic est bénin. La douleur et la gêne fonctionnelle disparaissent par le repos, la chaleur et les injections anesthésiantes locales (infiltration novocaïnique), mais les signes radiologiques persistent. Le massage aggrave les douleurs.

L'électro-chirurgie dans certaines formes de cancers ano-rectaux

(M. Gernez ; 13-11-1935.)

M. Gernez applique la méthode de l'électro-coagulation dans le traitement des cancers ano-rectaux non accessibles aux ressources habituelles de la chirurgie. Il s'agit de néoplasmes étendus aux téguments, à la fosse ischio-rectale, de malades atteints de tares générales contre-indiquant l'opération normale. L'amputation périnéale du rectum faite au moyen de l'électro-coagulation procure des résultats très appréciés des malades : atténuation quasi-complète des douleurs, suppression des éprein-

tes, des hémorragies, des suppurations, survie assez prolongée. L'opération est rapide, non shockante, exsangue.

— MM. Louis BAZY, HEITZ-BOYER, ROUYER et GRÉGOIRE félicitent M. Gernez de s'être attaché à cette chirurgie spéciale, délicate, mais si utile, qui demande pour le chirurgien un grand dévouement, les lésions de ces malades étant souvent un objet de répulsion pour tous ceux qui les approchent.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

La tension vésiculaire provoquée caractérisant les distensions vésiculaires.

(MM. M. CHIRAY et M. MALINSKY ; 8-11-1935.)

La manœuvre proposée par les auteurs est d'une grande simplicité. Son but est non plus de faire sentir la vésicule au palper, mais plutôt de la faire voir. Le malade, en état de relâchement musclaire aussi complet que possible, respire tranquillement par la bouche. L'observateur situé à sa droite, les mains à plat sur l'abdomen, déprime doucement, mais aussi profondément que possible, la paroi du bout des doigts dont les pulpes forment une ligne située à une distance suffisante du bord inférieur du foie préalablement repéré, ou mieux, presque au contact du pôle inférieur présumé de la vésicule distendue. Au lieu de la pulpe des doigts, on peut placer à plat le bord radial de l'index de la main droite dont le pouce en cercle le flanc. Si le malade fait alors une inspiration profonde, on voit, dans les cas favorables, la vésicule, coincée entre le doigt à l'affût et le foie qui vient à sa rencontre, se tendre en une légère saillie globuleuse qui s'efface à l'expiration et reparaît à l'inspiration suivante. Si les pulpes réunies des doigts sont placées obliquement, on voit même cette saillie globuleuse se déplacer sur la gauche ou la droite, en même temps qu'elle se tend, par un mécanisme aisé à concevoir.

Ce signe, plus difficile et surtout plus long à exposer à un lecteur qu'à rendre patent pour un observateur, paraît très subjectif, la manœuvre faisant apparaître une vésicule que la simple palpation à la limite inférieure même du foie refoulerait sans la faire sentir. Par la déformation particulière de la saillie produite, elle démontre à la fois la nature liquidienne et même la mobilité de la tumeur vésiculaire.

A propos de l'uricémie goutteuse.

(MM. F. COSTE et A. GRIGAUT ; 8-11-1935.)

Il y a lieu en clinique de tenir compte uniquemen des chiffres d'acide urique plasmatique. On a décri, des gouttes sans hyper-uricémie et même avec hypo-uricémie. On est allé trop loin dans cette voie. La question des gouttes sans hyper-uricémie a été démesurément grossie. Les dosages effectués par les auteurs montrent qu'à condition de s'adresser à des goutteux francs, chez qui le diagostic ne saurait hésiter, l'hyper-uricémie plasmatique existe pratiquement toujours, et qu'elle atteint parfois un niveau très élevé (100 milligrammes et plus par litre). Toutefois — et là se trouve peut-être la raison de certaines divergences d'opinion, le niveau de l'uricémie goutteuse est variable. Il est arrivé (très inconstamment d'ailleurs) qu'un régime apurinique, persévéremment suivi, l'abaisse, sans toutefois, dans aucun des cas rapportés, l'avoir ramené à la normale. Ce qui est peut-être moins exceptionnel, c'est qu'au moment de l'accès, ou durant les périodes troublées avec accès, l'hyper-uricémie s'atténue. Dans deux cas même, les auteurs l'ont vue revenir passagèrement à la normale (entre 45 et 50 milligrammes par le procédé de Grigaut) pour remonter ensuite, quand l'état du malade s'améliorait. Mais là encore il ne s'agit pas d'un phénomène régulier ni constant. La possibilité d'un tel fléchissement de l'hyper-uricémie au moment des accès doit retenir l'attention et sans doute pourrait-il donner matière à d'intéressantes déductions pathogéniques.

Sur l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

(MM. W. BENSIS, membre correspondant et Prof. GOUTTAS, d'Athènes ; 15-11-1935.)

Cette intéressante observation peut se résumer ainsi qu'il suit :

Bilieuse hémoglobinurique grave au cours d'un paludisme secondaire en activité, avec anurie déclenchée manifestement par traitement quininique. Trève paludéenne pendant l'étape anurique. Reprise d'activité paludéenne après rétablissement de la diurèse. Rechute hémoglobinurique après reprise du traitement quininique progressif. Nouvelle poussée paludéenne finalement jugulée. Guérison définitive.

En ce qui concerne le traitement des cas où l'hématozoaire fut noté en abondance dans le cours du syndrome, le problème thérapeutique hésitait entre la nécessité de juguler la plasmodihémie et la crainte légitime d'exagérer le syndrome hémoglobinurique, même par le traitement quininique à des doses infinitésimales et progressives. Le progrès de la thérapeutique antipaludéenne permet aujourd'hui d'affronter souvent le traitement avec une sereine efficacité.

G. F.

LE CLAQUAGE (1)

Par M. Henri TISSIER

On désigne sous cette appellation une manifestation douloureuse qui se déclenche brusquement au niveau d'un muscle ou d'un tendon au cours d'un exercice violent.

Cet accident particulièrement redouté des sportifs présente de nombreux points de ressemblance avec le classique « coup de fouet ». Dans les deux cas, la pathogénie est obscure et si, dans le coup de fouet, on a parlé de rupture variqueuse ou de déchirure musculaire, plus spécialement affectant le plantaire grêle, ces lésions ont dû être bien rarement observées.

Le claquage, comme le coup de fouet s'annonce par une douleur musculaire vive et subite à l'occasion de la marche ou d'un effort violent.

Le malade éprouve une sensation de déchirure et c'est sans doute ce qui a fait penser qu'il se produisait une solution de continuité.

Il est malaisé, chez l'homme, de se faire une idée exacte de ce qui se passe ; mais les vétérinaires plus favorisés que nous ont fait des constatations nécropsiques du plus haut intérêt.

Le muscle du cheval claqué, dans sa partie tendineuse, est quelquefois rompu ; mais le plus souvent, on ne trouve qu'une infiltration œdémateuse et hémorragique sans déchirure du tendon. La rupture, quand elle se produit, semble donc se faire se ondairement.

Toutefois certains auteurs ont tendance à maintenir le claquage du cheval dans l'ordre des accidents presque essentiellement mécaniques.

Il semblerait que le claquage des sportifs se rapproche davantage d'une autre affection du cheval déterminant chez lui de l'impotence fonctionnelle par altérations musculaires ; il s'agit de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. Dans cette maladie, une myosite évolue vers la dégénérescence amyloïde de la fibre musculaire et sa nature toxique se manifeste dans les urines. La similitude pathogénique entre les deux affections apparaît telle qu'elle m'incite à tenter chez le cheval, les essais thérapeutiques que j'ai faits chez les sportifs. On sait que le travail musculaire intensif fait naître des déchets toxiques qui s'éliminent normalement chez les sujets sains. Si, pour une raison quelconque, ce travail d'évacuation est troublé, soit que la production de toxines musculaires existe trop abondante, soit que les émonctoires fonctionnent mal, les cellules musculaires, resteront encombrées ; il y aura myosite toxique et le claquage se fera.

Les médecins qui s'intéressent aux sportifs ont toujours été frappés, dans le claquage, par la disproportion qui existe entre les troubles subjectifs, qui commandent l'arrêt complet et immédiat, et les troubles objectifs presque toujours légers. Un peu de défense musculaire, aucune déformation, aucune ecchymose. Dans le coup de fouet, c'est exactement la même chose.

L'épreuve du traitement est parfois en médecine un guide précieux ; je l'ai recherchée ici.

L'électricité statique active les échanges cellulaires. J'ai fait porter son action *loco dolenti*. Dans les heures qui suivaient, la douleur disparaissait, aussi bien du reste dans le coup de fouet que dans le claquage, et l'impotence fonctionnelle se trouvait elle-même limitée à ces quelques heures. J'en ai conclu qu'il n'y avait pas autre chose que de l'engorgement cellulaire.

Ceci semblant acquis, ne peut-on réveiller par avance l'activité cellulaire pour une action préventive.

J'ai pris un coureur de cross-country, fréquemment arrêté par ce malaise et je l'ai traité régulièrement pendant quelques mois. Ce garçon a fait, l'an dernier, toutes les épreuves, sans la moindre atteinte, se classant toujours dans les premiers, sinon le premier ; Voici la relation médicale de son état à l'arrivée du cross de l'*Auto* de 6 kilomètres 800. On a trouvé huit minutes après l'arrivée : le pouls à 110, régulier et bien frappé ; la respiration à 20 ; la pression sanguine au Boulitte à 12/8, le rythme était normal et sans bruits anormaux.

Il avait terminé avec grande aisance et obtenu un très bon classement, le dixième.

Cette observation et quelques autres m'ont fait entrevoir dans l'électricité statique un moyen d'entraînement sportif intéressant, d'une innocuité absolue dont l'effet se maintient quelques semaines. Un des effets les plus remarquables est le retard d'apparition de la fatigue.

Ce phénomène capital au cours d'une épreuve, semble caractéristique du réveil apporté au fonctionnement cellulaire du muscle.

Le recherchant alors en série dans des équipes de rugby j'ai vu que les joueurs traités de cette façon arrivaient en fin de partie bien moins fatigués que les autres. Cela donnait, un avantage considérable à l'équipe tout entière et j'ai réussi de cette façon à faire battre une équipe du Midi, dans le Midi, par une équipe de Paris.

La même théorie pathogénique peut s'appliquer, je crois, aux douleurs musculaires de nature diverse si l'on admet la théorie de la floculation et de la précipitation dans les masses musculaires au cours de l'arthritisme. Les quelques essais que j'ai tentés dans le lumbago et dans des points douloureux intercostaux semblent en apporter la preuve.

(1) Société de Médecine de Paris, 7 novembre 1935.

Les Congrès

XLIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Les communications particulières

L'analgie post-opératoire par les radiations. — M. Paschoud (de Lausanne) expose les résultats de son expérience personnelle, sur les suites opératoires ainsi améliorées.

Traitement des ulcères et des plaies ulcéreuses. — M. Chaton (Besançon) utilise l'acide nucléinique et le benzol.

L'acide nucléinique leucocytogène est en solution à 1 %; il donne une belle coloration aux plaies atones.

Le benzol est utilisé en solution huileuse: 30 parties de benzol et 70 d'huile d'olive dont on imbibe des compresses.

Ce mélange a une action sur l'épidermisation des plaies à cicatrisation traînante.

La nocivité paraît insignifiante.

A propos de la suture de la paroi abdominale après la laparotomie. — M. André Chalier (Lyon) montre l'importance d'une suture anatomique, minutieuse en quatre plans, un péritonéal au catgut en surjet, un plan musculaire au catgut, un plan aponévrotique très soigné, car il est le pivot de la solidité pariétale, il doit être fait à crins perdus, un plan cutané aux agrafes. Cette suture a fait ses preuves avec Chalier qui pratique le lever précoce

La véritable physionomie anatomo-radiographique de la maladie de Madelung.— MM. Rocher et Danton (Bordeaux) montrent qu'il s'agit là d'une dysmorphose congénitale du poignet dont le pivot anatomique est l'hémi atrophie congénitale de la moitié interne de l'épiphyse radiale inférieure ; toutes les autres lésions (ascension du carpe, dislocation radio-cubitale, incurvation radiale) sont des lésions annexées et d'intensité variable ; ainsi s'expliquent à côté des Madelung typiques, des Madelung atténués.

Préparation extemporanée du protoxyde d'azote et appareillage spécial.— M. Lambret (Lille) montre un ingénieux appareil réalisé par son assistant M. Carré. Il permet de faire l'anesthésie régulièrement dans une atmosphère stable.

L'évipan comme anesthésique complet. — M. Gauthier (Angers) emploie la technique de Jentzer, injections de 1 c. c. toutes les 20 secondes ; avant l'opération, injection préopératoire de pantopon. Après l'opération 1 c. c. de coramine.

(1) V. *Concours médical*, no 5 du 2 février 1936.

Diagnostic entre l'appendicite chronique et la lithiase urétéro-rénale. — M. Perrin (Lyon) montre les difficultés de ces diagnostics, et insiste sur la nécessité de toujours faire la radiographie avec une sonde urétérale opaque pour éliminer des calculs urétéraux paraissant évidents.

Etat actuel du traitement du cancer de l'œsophage. — M. Guisez (Paris). — Si l'extirpation de la tumeur est possible dans la région cervicale, en réalité les malades sont souvent observés tardivement, alors que l'extirpation est complexe et la récidive à peu près certaine. Les efforts de la thérapeutique se sont tournés vers la radiumthérapie.

Le radium a une action incontestable sur le cancer et la fonte de la tumeur que l'on observe permet de nouveau une alimentation normale.

Il est nécessaire de faire un diagnostic précoce avant qu'il y ait propagation aux voies respiratoires, aux ganglions voisins, les données de l'œsophagoscopie permettent à un œil exercé le dépistage précoce.

Avantages de l'anesthésie générale en clinique gastro-duodénale. — M. Yves Delagenière (Le Mans) montre d'après la pratique de son père que l'anesthésie générale permet d'obtenir des résultats supérieurs à ceux donnés par l'anesthésie locale, à condition bien entendu que la narcose soit confiée à un anesthésiste de métier.

Indications opératoires dans les gangrènes par ischémie. — M. Jeanneney (Bordeaux). — Au stade de prégangrène il faut agir par artériectomie sur l'artère malade, ou indirecteement par sympathectomie ganglionnaire ou surrénalectomies.

Une fois la gangrène confirmée il faut être très réservé, et éviter les opérations indirectes qui abaissent la pression artérielle. L'amputation sera faite en s'entourant des renseignements fournis par l'oscillométrie et les épreuves au Moscowiz.

Le test d'Aldrich-Mac Clure dans les phlébites chirurgicales et obstétricales. — M. Ducuing (Toulouse). — A la période pré-œdémateuse la valeur de l'épreuve est faible et le test apparaît après les signes sympathiques, dans la phase de régression sa valeur est relative, car on ne l'attend pas pour commencer la mobilisation.

Surrénalectomie pour hypertension permanente. — M. G. Le Filiâtre (Paris). — Un malade albuminurique et hypertendu a vu sa tension redevenir

normale et son albuminurie améliorée par une surrénalectomie combinée à une décapsulation du rein.

Phlébite post-opératoire. Résection précoce de la veine iliaque externe. — M. Contiades (Paris). — Il semble que cette opération, faite aux premiers jours de la phlébite, soit simple et bien réglée ; elle peut modifier l'évolution ultérieure, améliorer le résultat fonctionnel, et permettre une mobilisation précoce.

Chirurgie réparatrice du nez. — M. Burian (Prague) montre sur des photographies les résultats obtenus dans l'autoplastie du nez.

Traitement osmothérapique dans l'hypertension intracranienne post-traumatique. — M. Dziemborosky (Pologne).

Section du trijumeau par voie postérieure selon la méthode de Dandy. — M. Ferey (Saint-Malo). — Cette voie d'abord lui paraît plus anatomique et plus simple avec elle pas de troubles oculaires, conservation de la racine motrice, accès de la tumeur dès son début. Sa contre-indication c'est l'adiposité avec cou court.

Diagnostic biologique du cancer du testicule. — MM. Béclère, Gibert, Hinglais (Paris). — Il faut dès le premier soupçon de la tumeur étudier dans l'urine l'étude de l'élimination des prolans urinaires. L'analyse doit être qualitative, porter sur le prolan B dont l'excrétion est l'indice d'un pronostic grave, surtout si sa présence se maintient ou s'accroît dans l'urine.

Traitement des déviations utérines douloureuses.— M. Besson (Nice) préconise l'emploi de la ligamentopexie et l'infiltration analgésique des ligaments ronds et utéro-sacrés.

Conservation des annexes dans la chirurgie des fibromes. — M. Desmarest (Paris) insiste sur l'avantage qu'il y a à faire une conservation des trompes et des ovaires.

Pronostic de la myomectomie.—M. Brindeau (Paris).

Efficactité de la greffe ovarienne. — M. Mayer (Bruxelles) cherche toujours à rester conservateur, il pratique la greffe intramusculaire de fragments d'ovaire.

Thoracectomie élastique extrapériostée.— MM. A. Maurer et Dreyfus le Foyer (Paris). — Ce mode de thoracoplastie est à recommander chez les malades qui en raison d'un mauvais état général ou d'un degré d'évolutivité ne peuvent supporter les deux ou trois temps d'une thoracoplastie. Les auteurs rendent la paroi thoracique élastique par des résections extra-périostées portant sur les arcs antérieurs des côtes.

Désarticulation de la hanche. — M. Guyot (de Bordeaux) a pu sans lier l'iliaque primitive et en liant successivement au fur et à mesure tous les pédicules vasculaires, enlever un sarcome musculaire de la cuisse. Le choc a été réduit au minimum et la guérison a été obtenue.

Traction au fil, dans les fractures du fémur chez l'enfant. — M. Bairos-Lima (Brésil). — Ce mode de traitement permet une correction parfaite du raccourcissement, il est bien supporté, ne coupe pas l'os, ne lèse pas le cartilage conjugal.

La chirurgie chez les rhumatisants chroniques. — M. Raphaël Massart (Paris) en est un des promoteurs, et les résultats encourageants qu'il a obtenus en supprimant des appuis douloureux à la hanche, au genou, au pied l'ont amené à étendre les indications chirurgicales dans le traitement des rhumatismes chroniques, en particulier aux lésions vertébrales.

Les injections intra-artérielles de mercuro-chrome dans les infections des membres. — M. Fredet (Chartres) a obtenu ainsi une amélioration des plaies contuses, des lymphangites, dans une arthrite suppurée du genou, et, dans une gangrène gazeuse échec complet.

Traitement sanglant des fractures du coude chez l'enfant. — M. Verbrugge (Anvers) en est partisan ; il lui reconnaît les avantages suivants : intervention rapide, réduction, mobilisation précoce, pansement simple, maintien solide et définitif de la réduction.

Trois cas de pseudarthroses traitées par l'ostéosynthèse avec fixation externe. — M. Judet (Paris) préfère la fixation externe de l'os, elle ne nuit pas à l'ostéogénèse, et n'oblige pas de retirer un matériel métallique mis au contact de l'os. Il apporte à l'appui de sa thèse des observations.

Traitement de la rétraction ischémique de Volkmann. — M. Calot (Paris) réduit progressivement la déformation avec un appareil amovo-inamovible à serrage progressif, de construction facile. Il a donné jusqu'ici toute satisfaction à son auteur.

Le télescopage des fragments dans le traitement des fractures du col du fémur par double vissage. — M. Descarpentries (Roubaix) revient sur ce temps important qui permet un engrènement thérapeutique, et ultérieurement un cal solide. Cette coaptation est complétée par l'auteur d'un vissage double.

Etude électrique du matériel d'ostéo-synthèse et de l'os. — M. Masmonteil (Paris) a étudié les tensions électriques des pièces de prothèse et de l'os et il pense qu'un matériel pour être bien toléré doit avoir une tension électrique homogène et voisine de celle de l'os (prothèse homo et iso-électrique).

Névrectomie périphérique dans la thrombo-angéite oblitérante. — M. Roviralta (Barcelone) pense qu'avant de recourir à une sympathectomie lombaire, la névrectomie doit être conseillée.

Films et projections

Chirurgie réparatrice de la joue. — M. Esser (Monaco).

Stérilisation totale du milieu opératoire. — M. Gudin (Brésil).

Analgie post-opératoire par radiations. — M. Paschaud (Suisse).

Suspension de la grande courbure dans la ptose gastrique. — M. Lambret (Lille).

Chirurgie esthétique du menton. — M. Bourguet.

Traitement des arthrites purulentes du pouce. — M. Montant.

Evolution de la coxa vara congénitale. — M. Roederer.

Traitement des fractures du rachis. — M. Grinda (Nice).

Le prochain Congrès aura lieu le lundi 5 octobre 1936 ; il sera présidé par M. Victor-Pauchet.

Raphaël Massart.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

« L'Archer »
37, boulevard Dugommier, Marseille

J.-A. Coulanges. — **Les mille et ... quelques manières d'égorger le contribuable.** Un vol. 352 pages, illustré. Prix : 12 francs.

Chez G. Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon

Prof. Louis Courty et M. Ansel. — **Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie.** Un vol. in-8, 312 pages, 36 fig. 31 courbes. Prix : 60 francs.

Librairie Lipschutz
4, place de l'Odéon

Docteur Robert Le Masle. — **Le Professeur Adrien Proust (1834-1893).** Une broch. 60 p.

Chez Vigot frères, éditeurs
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Professeur A. Guillaume. — **S'il y avait la guerre ! Protégeons-nous contre les attaques aériennes.** *Guide pratique à l'usage des sanitaires*, médecins, pharmaciens, infirmières, assistantes, secouristes, brancardiers. Préface du général Niessel. Un vol. 206 pages avec fig., 1936. Prix : 12 francs.

Docteur Charles Fiessinger. — **Aphorismes sur la réussite dans la clientèle médicale.** (Edité par les Laboratoires Midy, 67, avenue de Wagram, Paris).

Le Docteur Ch. Fiessinger, aidé de l'expérience que lui confère ses longues années de pratique médicale, demande aux jeunes qui entrent dans la profession à écouter la voix d'un ancien, dont l'intention est de leur être de quelque secours. Au moment de s'installer, les connaissances techniques ont été jugées suffisantes par la Faculté, mais la bonne mère a négligé d'apprendre au futur praticien l'A. B. C. de sa nouvelle vie : l'art de connaître, de manier une clientèle et celui de se faire connaître et apprécier par elle. C'est à quoi nous convie l'auteur qui nous formule quelques maximes d'une sérieuse philosophie sur les médecins en général, les maîtres et les autres : médecins de ville et médecins de campagne, les rapports avec la clientèle, les femmes en particulier, les relations confraternelles, etc... Tout ceci, écrit avec bonhomie, compose un agréable petit volume, élégamment présenté par les laboratoires Midy, et qui nous prouve qu'en toutes circonstances, l'intuition doit chez le médecin marcher de pair avec l'intelligence, mais que le cœur demeure encore la qualité maîtresse.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

P. Rivoire, chef de clinique à la Faculté de Paris. — **Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.** Seconde édition entièrement refondue et augmentée. Un vol. de 306 pages, 36 francs.

Peu de branches de la médecine ont connu un développement aussi rapide et en peu de matière les travaux faits à l'étranger comme en France justifiaient au même degré une « mise au point » renouvelée.

Le premier chapitre de cet ouvrage est consacré à l'endocrinologie parathyroïdienne ; le deuxième à l'endocrinologie surrénale ; le troisième au pancréas ; le quatrième à l'endocrinologie ovarienne ; le cinquième à l'endocrinologie testiculaire ; le sixième à l'endocrinologie hypophysaire.

Cette édition n'est pas une reproduction modifiée de la précédente. Elle est entièrement nouvelle, envisageant surtout les acquisition récentes de l'endocrinologie.

Les Thèses

P. — Dr Magdeleine Sardin-Blanchard. — **Contribution à l'étude des rapports du fibrome utérin avec le dysfonctionnement endocrinien.** (Th. 1935.)

La physiologie, l'expérimentation, la clinique et la thérapeutique mettent en valeur le rôle des glandes endocrines dans la pathogénie des fibromes utérins. L'élément directeur paraît être l'hypophyse, l'ovaire n'étant qu'un intermédiaire dans l'histogénèse du fibrome, où l'utérus est la victime.

P. — Dr J. Leclercq. — **Contribution à l'étude des stomatites.** *Traitement par les colorants d'acridine.* (Th. 1935.)

Dans toute stomatite, existe un élément infectieux initial ou surajouté, ce qui explique l'action du traitement antiseptique local.

Dans ce traitement, l'auteur donne la préférence aux colorants d'acridine, qu'il a utilisés sous forme de pastilles de gonacrine à 3 milligr. La dose convenable semble être de 10 pastilles.

Il n'y a pas de contre-indications et l'acridine peut être utilisée chez les enfants et les sujets âgés à viscères fragiles.

P. — Dr H. Jean-Joseph. — **Tension artérielle au cours de l'apoplexie utéro-placentaire.** (Th. 1935.)

Au cours de la gestation normale, la tension artérielle est elle-même normale. L'hypertension artérielle est un symptôme accompagnant et souvent précédant l'éclampsie convulsive.

Pratiquement, la recherche systématique de la tension artérielle est capitale au cours de la gestation, au même titre que la recherche de l'albumine dans les urines ; elle permet de suivre l'évolution de l'hémorragie utéro-placentaire au cours du travail et fait constater le retour à l'état normal pendant les suites de couches.

P. — Dr Alex S. Littner. — **La fièvre du neuvième jour, sans éruption, au cours du traitement par les arsenicaux.** (Thèse 1935.)

Il existe au cours des traitements arsenicaux, qu'ils soient buccaux ou par injections, une fièvre du neuvième jour, pouvant aller jusqu'à 40°, non accompagnée d'éruption.

Par l'étude clinique, on retrouve en général la cause de cette fièvre : soit une angine rouge ou pultacée, soit une arthrite, soit une otite.

L'existence de ces fièvres infectieuses du neuvième jour renforce la théorie infectieuse biotropique des érythèmes du neuvième jour, observés dans les mêmes conditions.

P. — Dr Jean Braillon. — **Les agranulocytoses de l'aurothérapie.** (Thèse 1935.)

L'agranulocytose est une complication grave mais très rare de l'aurothérapie chez les tuberculeux. C'est une réaction d'intolérance qui peut se produire après emploi, même de doses faibles.

Le premier symptôme est la fièvre, à laquelle viennent se joindre des phénomènes associés (angine ulcéro-nécrotique, purpura, etc.). L'examen du sang montre la diminution extrême des polynucléaires neutrophiles. Le traitement comporte, outre la cessation des injections d'or, diverses médications (transfusions répétées, hépatothérapie).

Le pyramidon pouvant également provoquer l'agranulocytose, il faudra proscrire ce médicament au cours de l'aurothérapie.

Bx. — Dr P. Delmas-Marsalet. — **Contribution à l'étude de la trophicité dans les varices.** (Thèse 1935.)

L'existence de troubles trophiques au niveau des tissus dépendant d'un territoire variqueux est un fait banal. On serait tenté d'y voir une simple conséquence de la stase veineuse, mais l'observation clinique montre que le problème est plus complexe. L'état général (vagotonie, sympathicotonie...) du sujet doit certainement intervenir en créant des déterminations locales qu'une étude plus approfondie pourra sans doute préciser.

Mp. — Dr Jean-Marie Bert. — **Recherches sur les conditions d'apparition des souffles systoliques de la base du cœur.**

Intéressantes recherches cliniques, anatomiques, et pathogéniques de cardiologie faites dans le service du professeur Giraud, recherches consacrées aux souffles systoliques basilaires d'origine aortique.

St. — Dr Ch. Weissheyer. — **Un cas de tumeur du lobe frontal.** (Thèse, 1935.)

L'auteur analyse les altérations du langage dans un cas de tumeur du lobe frontal droit ayant touché, en outre, le noyau caudé et la couche optique.

THÉRAPEUTIQUE

La querelle des barbituriques

Par le Docteur S. CAMREDON

Existe-t-il vraiment une querelle des barbituriques ? Il est un fait certain : ces produits ont rendu en médecine des services si éminents que leur usage, surtout au cours de ces dernières années, s'est considérablement répandu. Des articles de vulgarisation plus ou moins heureux, dans des revues à prétentions littéraires ou scientifiques n'ayant aucun caractère médical, ont introduit dans le public des précisions plus ou moins opportunes, qui ont fait insensiblement leur petit bonhomme de chemin. Et maintenant, il nous suffit d'ouvrir notre journal quotidien à la rubrique des faits divers, pour relever la fréquence d'un nouveau genre d'intoxications que nous voudrions bien croire accidentelles, mais dont, ces derniers temps, la répétition est devenue véritablement impressionnante.

Il nous appartient, à nous médecins, de ramener à ses justes proportions, dans l'esprit de nos malades qu'intéresse la question, une situation qui n'a vraiment rien de tragique, et de remettre posément les choses au point.

Il est évident, avant toute autre considération, qu'il ne saurait pas plus être question de renoncer aux éminents bienfaits des barbituriques, que de rayer de la thérapeutique des agents comme la quinine, la digitale ou le salicylate. Prescrits aux doses normales, les barbituriques calment les phénomènes d'anxiété, luttent contre l'excitation cérébrale, combattent l'insomnie et ramènent rapidement un sommeil tranquille et réparateur, absolument comparable au sommeil physiologique normal. Ce sont des médicaments puissants et fidèles, extrêmement précieux dans les cas les plus divers, et réalisant efficacement toutes les indications de la médication hypnotique et sédative.

Mais, en tel état de cause, il est essentiel de rechercher un dérivé barbiturique possédant les propriétés fondamentales de ces médicaments sans en avoir les inconvénients. Et c'est pour satisfaire à cette nécessité qu'après une longue série de travaux, d'expérimentations comparatives sur de très nombreux animaux et d'expériences cliniques, Redonnet, Wiki et Ritz ont démontré que l'allylisopropylmalonylurée est un hypnotique très actif, donnant les mêmes effets que la diéthylmalonylurée avec des doses quatre à cinq fois moindres, donc infiniment moins toxique, et dont l'action thérapeutique est plus étendue, le cœfficient thérapeutique (c'est-à-dire le rapport entre la dose juste active et celle encore juste supportée) étant de 1 à 3 au lieu de 1 à 2,7 pour la diéthylmalonylurée.

Ainsi nous pouvons disposer de dérivés tels que l'allylisopropylmalonylurée possédant au plus haut degré tous les avantages de ces produits, mais avec une toxicité moindre.

Mais il y a plus et mieux. L'efficacité des barbituriques, qui sont des hypnotiques purs, présente une lacune importante : ils sont insuffisants contre les insomnies douloureuses, parce qu'ils sont impuissants à combattre l'algie causale. De là l'idée d'associer aux propriétés sédatives et progressivement hypnogènes d'un barbiturique non toxique comme l'allylisopropylmalonylurée, les propriétés antalgiques d'un analgésique éprouvé comme la diméthyl-amino-antipyrine, pour obtenir un véritable hypnotique renforcé efficace dans la totalité des cas : l'allonal.

Les expérimentations physiologiques et cliniques ont amplement confirmé les qualités et propriétés que l'allonal doit à sa constitution même. Ce sel nettement défini, de couleur jaune clair, fondant à 92°5, soluble dans le benzène à l'état non dissocié, est extrêmement facile à manier sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 16. La dose sédative est de 1 comprimé ; la dose hypno-analgésique est de 2 ou 3 comprimés.

Nous pouvons donc, pour conclure, rassurer hardiment ceux de nos malades timorés qui se piquent de connaissances médicales, puisque nous disposons ainsi d'un produit sûr, n'ayant aucune action nocive sur les principaux appareils et capable de lutter contre l'anxiété, l'excitation et l'insomnie, et en outre grâce à ses propriétés antalgiques, pouvant parfaitement supplanter dans ses applications la morphine elle-même, dont il n'offre pas non plus les inconvénients d'accoutumance ni les risques de toxicomanie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

LA FIN D'UN RÈGNE

Georges Duhamel a été l'un des premiers à élever une protestation contre la formule américaine de civilisation. Il l'a fait en 1929, en un temps où New-York et Chicago rayonnaient d'un éclat souverain sur le monde, et il y avait du mérite ! Je me rappelle combien de gens (et pas seulement des négociants et des usiniers, mais aussi des intellectuels ?) accusèrent ses «Scènes de la vie future » d'être superficielles et partiales. Quelques mois plus tard le grand craquement de Wall Street se répercutait à travers les deux continents, et la banqueroute de tout le système donnait tragiquement raison à l'écrivain français.

Depuis, les penseurs, les sociologues et les économistes ont à qui mieux mieux expliqué pourquoi « cela ne pouvait pas durer » ; ils ont fort congrûment donné les mille raisons qui rendaient inévitable la catastrophe. Mais à Duhamel reste le mérite de l'avoir prédite, et d'avoir stigmatisé le travail à la chaîne alors qu'il paraissait à beaucoup le dernier mot du progrès.

On a pu, ici même, apprécier le point de vue du biologiste, développé par Alexis Carrel dans son livre prestigieux « L'homme, cet inconnu ». S'il proteste, lui, contre la civilisation occidentale, c'est parce qu'il l'accuse de mener la race à la dégénérescence physique, intellectuelle, morale. En diffusant le confort, en affranchissant l'homme de nombreuses nécessités qui jusqu'à présent l'assujettissaient mais aussi le tenaient en haleine, elle agit comme un stupéfiant, amical par son abord et dégradant à l'usage. Et l'on a vu avec quelle force persuasive, il sonnait l'alarme et donnait le signal de la contre-attaque.

Aujourd'hui, c'est dans l'intéressante revue *France-Japon* (nos 12-13) que je trouve un écho de ces préoccupations, sous la signature du Professeur Masaharu Anesaki, membre de l'Académie Impériale du Japon. Ainsi d'Europe, d'Amérique et d'Asie s'est élevé le même anathème contre la domination de la machine. Le fait valait sans doute d'être noté en un temps où l'homme est si désorienté et las qu'avant de retrouver sa voie , il risque de commettre les pires folies (en admettant qu'il n'ait pas déjà commencé !)

« En 1900, écrit le Professeur Anesaki, lorsque je vins à Paris pour la première fois, la grande Exposition me laissa une inoubliable impression... il me semblait voir la naissance d'un nouvel âge d'or.

«A présent que trente-cinq ans se sont écoulés, je me demande en quoi tous ces progrès matériels ont rendu l'humanité plus heureuse... Non seulement, le Japon a dû s'initier en quelques décades à tous les perfectionnements industriels, mais son esprit traditionnellement recueilli et religieux s'est trouvé en contact avec le matérialisme du machinisme, avec le positivisme des sciences exactes. C'est là, sans nul doute, ce qui heurta le plus la conscience orientale. La guerre mondiale et ses conséquences vinrent à leur tour entamer le respect qu'avait eu pour l'Europe au début son disciple enthousiaste d'hier.

«...Le désappointement que le Japon éprouve à l'égard de la civilisation moderne, la méfiance qu'a suscitée la grande guerre ont produit une réaction nationale : les idéals moraux, les aspirations spirituelles se reforment plus vives que jamais.

«Naturellement, il n'est pas question de revenir actuellement en arrière : l'industrialisation fait maintenant partie intégrante de la civilisation japonaise. Si nous ne voulons admettre que l'homme se soumette entièrement à la machine, ce qui équivaudrait à sa propre mécanisation, il faut donc, à mon sens, que notre évolution nouvelle nous permette de nous élever au-delà du conflit et des chaos présents, à un sommet de la culture spirituelle où science et religion, Orient et Occident, pourraient vivre non point seulement des vies parallèles, mais une symbiose de parfaite harmonie.

«Peut-être est-ce à nous, Japonais, imprégnés comme nous le sommes d'idées morales et de croyances mythiques, à trouver et à donner au monde cette synthèse supérieure dans laquelle pourraient cohabiter le régime industriel et la vie spirituelle. »

N'est-elle pas saisissante et digne d'attention cette conjonction de deux pensées ? Carrel à New-York, Anesaki à Tokio, capitale qu'on nous

représente comme une réplique transpacifique de l'autre, ressentent en même temps, les mêmes inquiétudes, les expriment dans les mêmes termes, et proposent le même remède.

Allons-nous assister à une réaction spiritualiste ? Sera-t-elle philosophique ? Sera-t-elle religieuse ? D'où partira-t-elle ?

G. LAVALÉE.

II

LE RECOURS AU CONSEIL D'ÉTAT N'EST PLUS GRATUIT

pour les pensions d'invalidité, supprimées par la révision

Les voies normales des recours, formés à propos des pensions d'invalidité, que rejette le Ministre des Pensions, sont : le Tribunal des Pensions, la Cour régionale, puis le Conseil d'Etat. Or le législateur de 1919 avait admis la gratuité pour toutes ces formalités ; c'est ainsi que l'Assistance judiciaire était accordée de droit sur simple demande, et que « les recours au Conseil d'Etat avaient lieu sans frais » (art. 43).

Depuis lors, et en dehors du jeu normal de l'article 67 de la loi du 31 mars 1919, la revision de certaines pensions a été prescrite, soit par la loi des Finances du 31 mai 1933, soit par le décret-loi du 8 août 1935. Mises à part, celles qui avaient été accordées aux combattants, on a décidé de reviser les pensions, dites abusives, ainsi que celles qui étaient basées sur le bénéfice de la présomption d'origine, la preuve devant être rapportée comme sous l'empire de la vieille loi de 1831.

Mais on a prévu que nombreuses deviendraient les instances contre les décisions de rejets, que le Ministre serait susceptible de prendre dans ces conditions, et de nouveaux moyens de recours ont été instaurés. C'est d'abord, l'appel fait dans les deux mois devant la « *Commission supérieure de revision* » par la présentation d'un mémoire ; c'est ensuite le recours devant une « *Commission spéciale de cassation des pensions, adjointe au Conseil d'Etat* ».

Ce dernier organisme a été surtout créé pour accélérer la bonne marche des affaires en instance devant le Conseil d'Etat. Pour parfaire ce but, une simplification importante a été apportée aux formalités préalables ; on a supprimé la déclaration au Greffe de la Cour régionale, qui a rendu l'arrêt attaqué. La chose est logique puisque les Tribunaux et Cours des pensions ne doivent plus intervenir. La déclaration au Greffe est donc devenue inutile ; on ne peut que s'en féliciter.

A l'avenir, les recours seront envoyés directement par les intéressés, en franchise, à M. le Président de la Commission spéciale de cassation de pensions, au Palais-Royal, Paris (1er). Jusque-là tout est bien : simplification des formalités et gain de temps. Il faut espérer que les réclamants n'auront plus deux ou trois ans à attendre pour qu'il soit statué sur leur affaire.

Mais, les rédacteurs du décret-loi du 8 août 1935 ont glissé dans le texte la phrase suivante : « *Sont applicables les dispositions de l'article* 4 *de la loi du* 17 *avril* 1906 ».

Cette phrase supprime désormais la gratuité du recours. Une circulaire de cette Commission spéciale, en date du 14 novembre 1935, précise que : « pour être recevable en la forme, les dits recours devront être rédigés sur papier timbré et enregistrés en débet (au bureau de l'Enregistrement du domicile du requérant) pour la somme de 187 fr. 50. *En cas de rejet total ou partiel d'un recours*, les droits dus *au Trésor s'élèvent à la somme de* 481 *francs, la dite somme étant, sous peine d'amende, exigible du requérant dans les vingt jours*, qui suivent la date de la décision du Conseil d'Etat ».

Sait-on, d'autre part, que dans 98 % des cas, les intéressés ne s'engagent dans cette voie de recours que sur les conseils d'un avocat, qu'il faut encore honorer ; pareils pourvois ne constituent pas, en effet, de simples demandes, ce sont des mémoires de défense, véritable travail juridique, qui ne peut, le plus souvent, être rédigé que par un idoine.

N'est-il pas regrettable de limiter ainsi pour beaucoup le moyen de se faire rendre justice, alors que le nombre des requêtes admises par le Conseil d'Etat se révèle pourtant d'importance !

A la critique de cette mesure injustifiée pour la classe non aisée, on répondra qu'il est encore possible de demander le bénéfice de l'Assistance judiciaire. Mais celui-ci ne semble devoir être effectivement accordé qu'aux personnes nécessiteuses, car dit le décret-loi du 30 octobre 1935, ce bénéfice ne peut être accordé que si les ressources des intéressés de dépassent pas 3.000 francs par an, quelle qu'en soit la provenance.

Ajoutons, que ces mesures restrictives ne sont entrées en vigueur que le 1er novembre 1935 ; en conséquence les déclarations de recours reçues dans les greffes avant cette date seront transmises comme par le passé et jugées sans frais.

G. FISCHER.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Hospitalisation d'urgence d'un indigent — Appel à un chirurgien étranger à l'établissement — Refus de paiement des honoraires par le Préfet

L'appui du Sou Médical est demandé pour le cas suivant : un blessé grave est hospitalisé dans un établissement public de campagne, dont le médecin ne peut pas pratiquer des opérations d'une certaine importance. Appel est fait à un chirurgien, demeurant dans une localité voisine Il opère et guérit son malade.

Il adresse son mémoire d'honoraires à la Préfecture, puisqu'il s'agit d'un bénéficiaire de la loi sur l'Assistance médicale gratuite.

Le Préfet refuse, arguant qu'il appartient à l'hôpital de faire donner les soins nécessaires aux malades hospitalisés. Cet établissement reçoit un prix de journée forfaitaire. Par suite, le service départemental d'assistance n'a pas à ordonnancer les honoraires d'un chirurgien, à propos de soins donnés à des indigents opérés à l'hôpital.

Que ce praticien se fasse payer par la Commission administrative de l'hôpital : c'est son droit; mais la Préfecture refuse tout subside.

Bien entendu, notre confrère s'insurge contre cette fin de non-recevoir, qu'il trouve aussi inhumaine qu'incompréhensible et il nous demande ce qu'il peut faire.

Voici ma réponse :

Pour bien voir le problème sous son véritable jour, nous devons d'abord nous reporter aux textes de lois, qui régissent la question.

L'article 3 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite oblige chaque commune à être rattachée, pour le traitement de ses malades indigents, à un ou plusieurs hôpitaux les plus voisins.

L'article 24 de ladite loi stipule que le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements, ou de l'Etat, est réglé, par arrêté du Préfet, sur la proposition des Commissions administratives de ces établissements et après avis du Conseil général du département.

Il en résulte que lorsqu'un hôpital admet un malade privé de ressources, régulièrement muni d'un certificat médical d'admission à l'hôpital, contresigné par le président du Bureau d'assistance ou son délégué, les soins, qu'il reçoit dans l'établissement, ne peuvent donner droit qu'au payement par le département dun prix de journée forfaitaire, établi selon les termes de l'article 24 précité.

L'Administration préfectorale est donc endroit de renvoyer à la Commission administrative la charge de frais chirurgicaux, même extraordinaires, qui sont réclamés en sus du prix de journée forfaitaire.

Pareil conflit a déjà été soumis à la Cour de cassation, en matière d'accidents du travail. L'hôpital-hospice de La Loupe n'avait pas de chirurgien attaché à cet établissement. Un blessé du travail est hospitalisé. Son état est fort grave. On fait appel à un chirurgien voisin, qui n'a aucune attache avec l'hôpital. Il opère le blessé et réclame sa note d'honoraires.

Par arrêt du 22 mars 1909 (*Concours Médical*, 1909.976), la Cour de cassation (Chambre civile) a décidé que les honoraires d'un chirurgien étranger à l'hôpital, appelé pour y opérer un blessé du travail, sont à la charge, non pas du chef d'entreprise, mais de la Commission administrative de l'hôpital, si l'opération ne pouvait pas être faite par les médecins et chirurgiens titulaires de cet établissement.

Je comprends parfaitement que cet arrêt, de même que le refus du Préfet du département, heurtent à première vue le bon sens et l'équité. Il paraît absurde de mettre à la charge de la Commission administrative d'un établissement hospitalier les frais chirurgicaux, concernant un blessé admis d'urgence et dont l'état présentait un tel caractère de gravité qu'il a fallu faire appel d'urgence, la nuit comme le jour, le dimanche ou jours de fête, à un chirurgien capable de sauver la vie du patient.

Ne serait-ce pas au service départemental d'assistance de payer ces frais pour un indigent, ou au chef d'entreprise responsable, pour un accident du travail ?

Cependant, si nous nous reportons respectivement aux textes des lois qui régissent la question de l'Assistance médicale gratuite, ou celle des accidents du travail, nous voyons que le Préfet, comme la Cour de cassation ont juridiquement parfaitement raison.

Du moment où l'hôpital accepte des malades, selon un tarif forfaitaire, basé sur un pix de journée qui enlgobe toutes les dépenses, il doit ou bien se refuser à admettre un blessé, parce qu'il n'y a pas de chirurgien capable d'opérer, faisant partie du personnel de l'établissement, ou bien avoir l'humanité de ne pas laisser ce blessé mourir en route, s'il est dirigé sur un hôpital, parfois fort éloigné, capable de lui faire donner les soins nécessités par son état, mais il supportera les conséquences de son geste humanitaire.

Je crois qu'il appartient au Syndicat de se oindre à la Commission administrative de l'hô-

pital, pour exposer au Préfet, les conséquences de l'application du Droit pur.

Refuser de faire supporter au budget départemental les honoraires du chirurgien, appelé d'urgence, dans un cas de gravité extrême, forcera désormais l'hôpital à fermer sa porte aux cas chirurgicaux, au risque de compromettre des vies humaines.

Au surplus, les termes mêmes de la loi du 15 juillet 1893 autorisent un hôpital de s'entendre avec l'autorité préfectorale, pour fixer le prix de journée de l'établissement. Il peut dès lors être décidé que, pour les cas chirurgicaux graves, qui seraient intransportables dans un établissement chirurgical le plus proche, le service départemental d'assistance supportera, en sus du prix de journée, les honoraires du chirurgien, étranger à l'hôpital, selon les prix marqués au tarif départemental d'Assistance médicale gratuite.

Le Conseil général, ainsi que la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en cas de conflit, ne sauraient refuser leur approbation à cette mesure, prise dans un but d'humanité pure, pour qu'il soit fait tout le possible, afin de sauver une vie humaine.

Opéré d'urgence et pansé en temps utile, un blessé, dont l'état est grave, peut guérir, alors qu'il risque de succomber, ou de voir son état être aggravé, par les cahots et les secousses d'un transport dans un hôpital éloigné, mais doté d'un service et d'un personnel chirurgical, alors que l'opération sera forcément pratiquée plus tard et dans des conditions très défavorables.

Si le Préfet, refuse, un médecin, conseiller général pourrait se saisir de la question, la soumettre à nouveau au Préfet et l'exposer, s'il y a lieu, à la plus prochaine réunion du Conseil général.

En 1936, la décentralisation de la chirurgie, les commodités du téléphone et surtout de l'automobile permettent de modifier certaines rigueurs, administratives, qui découlent d'un texte de loi datant de 1893.

La Confédération pourrait être utilement saisie de ce problème, qui, malhureusement, s'il était porté devant les Tribunaux administratifs, (Conseil de préfecture, puis Conseil d'Etat), serait, selon toute vraisemblance, résolu dans le sens indiqué par le Préfet du département.

Paul BOUDIN.

EXERCICE ILLEGAL PAR DES REPRÉSENTANTS DE COMMERCE OU DES AGENTS D'ASSURANCES

Dans le *Concours Médical*, je lis un compte-rendu de l'Association Professionnelle internationale des médecins. Cet article me rappelle, une récente vie de la part d'un Monsieur, il y a six mois encore agent d'assurance.

Ce Monsieur s'est présenté chez moi, il y a quinze jours environ pour me faire connaître les produits d'un certain laboratoire fabriquant des sucs de plantes. Ces sucs sont extraits par un docteur en médecine résidant près de Bâle.

Il s'agit de sucs de carotte, betterave rouge, gui, pissenlit, valériane, etc., en tout au nombre de 17.

Voici, à peu près, le langage que m'a tenu le représentant, ex-agent d'assurance :

« De par mon ancienne profession, je connais pas « mal de monde. Je vais donc trouver une ancienne « connaissance dans chaque village ; je lui demande « de m'indiquer les personnes souffrant du foie, du « diabète, de rhumatismes, du sang trop épais. J'ex- « plique à ces personnes que les médecins n'ont pu « les guérir et qu'elles devraient essayer un traite- « ment conforme à la nature, c'est-à-dire composé « de plantes fraîches. Je les questionne sur leur état « général pour ne pas donner de flacon contre-indi- « qué. Je leur demande, par exemple, s'ils ne sentent « pas le cœur leur monter à la gorge (*sic*). Et puis, « je prends commande pour une cure dont le coût est « d'environ 150 francs. Au bout d'un mois ou deux « je passe de nouveau chez le malade et je conseille « une cure complémentaire ».

— « Mais, dis-je, comment pouvez-vous vous lancer dans un diagnostic médical sans aucune connaissance en la matière » ?

— « C'est que, me dit-il, le médecin de l'entreprise « nous a fait des cours largement suffisants, et tous « les soirs je potasse le Quillet. D'ailleurs, en cas de « doute, j'envoie le malade chez un médecin pour « faire faire le diagnostic, et ensuite je me charge du « traitement ».

— « Et quel est le propriétaire du Laboratoire ? Un médecin ? Un pharmacien ? »

— « C'est une société qui est propriétaire. Il y a un « médecin, mais pas de pharmacien. Mais ce que je « voulais vous dire, c'est que nos produits sont extra- « ordinaires et que vous pourriez à l'occasion les « conseiller à vos clients ».

Voilà, en somme, le préambule de notre conversation. Je regrette d'avoir laissé détruire le prospectus que m'a laissé ce représentant, je devrais dire ce confrère, puisqu'il lui est loisible d'exercer la médecine comme à vous et à moi.

Le nom du représentant ? Peu importe, ils sont assez nombreux pour rayonner sur le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, le Doubs et le territoire de Belfort. Ils se réunissent le samedi soir à Belfort, à Mulhouse, pour échanger leurs impressions et discuter leurs succès.

C'est une affaire toute régionale, direz-vous ! Erreur, l'affaire va s'étendre à la Côte-d'Or et à la région parisienne. Il paraît qu'on engage déjà les représentants. Mais comme les visites de ces médecins-express sont discrètes (sauf en ce qui concerne ce naïf qui est venu me voir), la chose peut durer longtemps avant d'être bien connue. C'est pourquoi, j'ai voulu vous en faire part.

Pourquoi, diable faire des études longues et coûteuses afin d'obtenir un diplôme, qui, somme toute n'est qu'un chiffon de papier. Un agent d'assurance raté soulage mieux l'humanité que nous-mêmes. Preuve : La prospérité de ladite Société.

D[r] F.

Réponse

La situation que vous me signalez est extrêmement intéressante et mérite de retenir notre attention. Malheureusement les sociétés publicitaires de ce genre sont légion: qu'elles s'appellent Cures de l'Abbé Hamon, Jouvence de l'Abbé Soury, ou Cures de M.Vincent, pharmacien à Grenoble, ce sont toujours des plantes qui doivent guérir, et guérir toutes les maladies, sans avoir besoin de recourir à la médecine officielle.

Que faire contre pareil état de chose ? Je crois qu'il serait utile que votre Syndicat puisse avertir la Confédération des Syndicats médicaux pour que celle-ci puisse se concerter avec vous pour voir de quelle manière entraver ce petit commerce.

De quels délits se rendent coupables ces placiers en jus de plantes et de fruits ?

Tout d'abord de délit d'exercice illégal de la médecine, car les représentants qui ne sont pas docteurs prennent part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ; telle est la définition de l'exercice illégal de la médecine selon l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

En second lieu, de délit de l'exercice illégal de la pharmacie, car la loi du 21 germinal an XI exige le diplôme de pharmacien pour qu'on puisse préparer, vendre ou débiter au public des préparations médicinales. Or, des arrêts de la Cour de cassation ont décidé qu'il ne fallait pas s'arrêter aux propriétés médicinales ou pharmaceutiques des composants d'un produit ; il suffit que ce produit soit vendu dans un but thérapeutique, ce qui est le cas.

Je crois donc qu'il serait utile d'alerter la Confédération des Syndicats médicaux, et de mon côté, si vous n'y voyez par d'inconvénient, je pourrais signaler le fait dans les colonnes du *Concours*.

P. B.

HONORAIRES MÉDICAUX A L'HOPITAL

PREMIÈRE QUESTION : *Sur les honoraires qu'elle perçoit des Caisses d'assurances sociales, une Commission administrative d'hôpital peut-elle percevoir* 10 % *et faire inscrire cette faculté dans le contrat passé avec les Caisses ?*

Je réponds que la Commission administrative est entièrement libre de son administration intérieure. Par conséquent, elle est en droit de retenir les 10 %, sous prétexte de frais de recouvrement, ou autres ; elle fera de cet argent ce que bon lui semble et lui donnera telle ou telle affectation, qui lui plaira.

Mais c'est affaire d'ordre intérieur, qui ne regarde nullement les Caisses d'assurances sociales ; par suite, la convention, ne doit pas en faire mention. La Caisse paye ce qu'elle doit, c'est-à-dire le prix de journée, plus les frais médicaux.

A l'hôpital de faire ensuite la ventilation que bon lui semble, ventilation établie par un accord intervenu entre l'hôpital et son Corps médical.

DEUXIÈME QUESTION : *Des chambres payantes séparées des services généraux peuvent-elles être considérées comme constituant une maison de santé. Par suite les hôpitaux font-ils acte de commerce dans ces chambres ?*

Une véritable anarchie juridique existe à l'heure actuelle dans le fonctionnement des hôpitaux par rapport aux malades payants.

Il conviendrait que le budget de ces chambres payantes fut nettement séparé de celui de l'hôpital proprement dit. Ainsi cela se passe à Nancy, où la maison de santé organisée par l'hôpital a son budget séparé et son existence financière propre.

Paul BOUDIN

L'HYGIÈNE DE L'AVIATEUR

Par M. le Médecin-commandant HUGONOT
Professeur agrégé au Val-de-Grâce

L'aviation a pris, de nos jours, un essor prodigieux que les anticipations les plus hardies n'auraient osé soupçonner il y a seulement une trentaine d'années. Elle joue dans le domaine des activités sociales un rôle de plus en plus important.

Mais, plus encore peut-être que les conditions économiques, l'aviation paraît destinée à révolutionner la physionomie du combat au cours d'un conflit armé. Dès à présent, la « cinquième arme » apparaît comme un des éléments essentiels de la Défense Nationale.

Or, la pratique habituelle du vol en avion implique la soumission de l'organisme à des conditions d'existence anormales, et son adaptation à un « milieu » bien différent de celui dans lequel il est accoutumé de vivre.

Des facteurs complexes, les uns atmosphériques, les autres propres à la machine, d'autres enfin inhérents au pilotage additionnent ou intriquent leurs effets pour provoquer un surmenage que ne sont en état de supporter que des organismes particulièrement résistants. Et même pour les sujets rigoureusement sélectionnés, la mise en pratique d'une série de mesures de protection s'impose pour pallier à des accidents qui pourraient être fort graves. L'étude et la réalisation de ces moyens de protection constituent un chapitre nouveau de l'hygiène, l'*hygiène de l'aviateur en vol*, qui fera l'objet de cette étude.

***

Les conditions physiologiques particulières du vol en avion.

A. — *Facteurs atmosphériques*

La température de l'air s'abaisse progressivement en fonction de l'altitude. Le refroidissement est d'environ un demi-degré par 100 mètres en atmosphère saturée de vapeur d'eau ; il peut atteindre un degré par 100 mètres en air sec. C'est ainsi que l'air étant à + 15° au sol, il faut s'attendre à rencontrer — 15° à 5.000 mètres. Et l'abaissement de température se poursuit jusque vers 11.000 mètres, altitude au-dessus de laquelle persiste une température constante de — 56° environ.

L'état hygrométrique de l'air est très variable au niveau du sol, selon les circonstances de temps et de lieu. Mais quoi qu'il en soit, la tension de vapeur d'eau s'abaisse dans l'air à mesure que l'on s'élève. On admet qu'elle décroît en proportion géométrique quand l'altitude croît en proportion arithmétique. C'est dire qu'à partir d'une certaine altitude la sécheresse de l'air devient extrême.

La pression atmosphérique diminue à mesure qu'on s'élève. Mais son abaissement n'est pas proportionnel à l'altitude. Pour des variations de niveau égales, la pression barométrique s'abaisse ou s'élève d'autant moins qu'on considère une altitude plus grande. C'est ainsi qu'entre le sol (pression = 760 m/m) et l'altitude de 1.000 mètres (pression = 674 m/m) la variation de pression est de 86 millimètres de mercure, tandis que de 5.000 mètres à 6.000 mètres, la variation de pression n'est que de 52 m/m Hg (405-353°).

La variation de la tension partielle des gaz de l'air est proportionnelle aux variations de la pression barométrique, la composition de l'atmosphère restant sensiblement la même, quelle que soit l'altitude considérée. La tension partielle de l'oxygène reste donc toujours sensiblement égale au 1/5° de la pression barométrique ; mais son abaissement est tel que, à 5.000 mètres par exemple, elle n'est plus que de 11,28 % d'atmosphère (au lieu du 21 %).

La ventilation est intense en avion, résultant à la fois de l'action du vent, du déplacement de l'appareil et du souffle de l'hélice. L'aviateur respire dans un courant d'air continuel et d'une violence extraordinaire. Or, l'effet de cette ventilation est d'accélérer et d'aggraver les troubles qui peuvent être produits par les autres facteurs atmosphériques et, en particulier, ceux qui sont dus au froid. Les observations des explorateurs ont montré depuis longtemps qu'il est presque aisé de supporter des températures extrêmement basses en atmosphère calme, tandis que le moindre vent rend intolérable une température qui n'est que de quelques degrés au-dessous de zéro.

B. — *Facteurs dus à l'appareil.*

Les gaz d'échappement des moteurs résultant de la combustion des carbures d'hydrogène consistent en vapeur d'eau, en anhydride carbonique et en oxyde de carbone. La proportion d'oxyde de carbone est variable selon la qualité du carburant, et pour un carburant donné, selon le type du moteur et son régime. Ces gaz pouvant pénétrer dans la carlingue de l'avion, on conçoit, étant donnée en particulier l'extrême nocivité de l'oxyde de carbone, même à très faible taux que l'éventualité d'une intoxication des équipages ait pu être discutée. Flamme aurait ainsi

décelé, dans les carlingues d'avion, à l'aide du papier au chlorure de palladium, la présence d'oxyde de carbone en quantités importantes. Mais Beyne et Goett, utilisant la méthode au sang de Nicloux, sont arrivés à cette conclusion que l'oxyde de carbone ne se trouvait jamais en quantité suffisante pour avoir des effets nocifs.

Il faut ajouter que d'autres produits toxiques ou malodorants, vapeurs de benzol, produits de transformation des huiles, peuvent contribuer à vicier l'atmosphère dans laquelle respirent les aviateurs.

Les bruits que subissent les aviateurs à bord des appareils actuels sont extrêmement intenses : bruits des explosions des moteurs, sifflements des tendeurs métalliques des ailes de l'appareil, bruit de l'hélice vrillant l'air.

La vitesse de l'avion est incapable de provoquer par elle-même des troubles fonctionnels, au moins dans le vol en ligne droite et au cours des accélérations progressives. Tout au plus, intervient-elle en favorisant l'action de certains facteurs, tels que les variations de pression barométrique. Mais, il en est peut-être différemment dans certaines circonstances particulières, telles que les virages ou les brusques variations de vitesse. Flamme a montré que, dans ces cas, l'organisme du fait de l'inertie de sa masse, subit de véritable « chocs aériens » qui, se faisant particulièrement sentir au niveau des organes thoraco-abdominaux, peuvent être à l'origine d'accidents réflexes.

C. — Facteurs propres à l'aviateur.

Il importe de noter enfin que l'exercice même du travail aérien — pilotage, tir du mitrailleur — peut être un facteur additionnel de surmenage, non négligeable.

Le travail musculaire est d'ordinaire très réduit, aussi bien pour le pilote que pour l'observateur, mais son exécution aux altitudes élevées est beaucoup plus pénible qu'au sol.

La tension nerveuse est particulièrement marquée et elle prend, particulièrement en aviation de guerre, une importance de premier plan.

* * *

Troubles engendrés par la pratique de l'aviation
Le mal des aviateurs.

L'influence des divers éléments que nous avons énumérés a pour résultat de provoquer chez l'aviateur l'apparition de troubles, dont les uns peuvent présenter un caractère aigu, les autres une forme chronique.

Troubles aigus. — Ils sont particulièrement observés chez les jeunes aviateurs. L'inadaptation physiologique et le manque d'entraînement contribuent certainement pour une part à leur production.

Au cours de la montée, se manifestent tout d'abord des *troubles circulatoires* : tachy-arythmie, palpitations, qui apparaissent à d'autant plus faible altitude que la montée a été plus rapide. Puis survient une *gêne respiratoire*, d'autant plus marquée que le travail musculaire est plus intense.

Il se joint à ces troubles essentiels, particulièrement dans les vols d'altitude, *une diminution de la force musculaire* avec maladresse des mouvements, de la céphalée, de la dépression intellectuelle, avec fléchissement de l'attention, des troubles de la perception et de la coordination motrice qui réalisent une véritable « ivresse de l'altitude ».

Dans certains cas, peuvent survenir des nausées et vomissements. Dans d'autres, surtout chez les sujets présentant une mauvaise perméabilité tubaire, des bourdonnements d'oreille.

Après l'atterrissage, on observe couramment, une *excitation nerveuse passagère* avec tremblement des extrémités et exagération des réflexes tendineux. Il se manifeste, au contraire, parfois, un état de torpeur avec dépression nerveuse. Le besoin de sommeil peut être impérieux, surtout après les vols prolongés.

Accidents chroniques. — Ces derniers s'observent chez les aviateurs soumis à un surmenage intensif, comme ce fut le cas au cours de la dernière guerre, ou encore chez les aviateurs de raid ou d'altitude.

Au premier degré, il ne s'agit que d'une *fatigue intense* caractérisée par une dépression générale, avec augmentation de l'émotivité, et un besoin impérieux de sommeil ; il peut s'y ajouter de l'hyperglycémie, avec tachycardie, hypertension artérielle et tremblements, troubles rapportés par D'Arcourt-Got et Gasset à une hypertonie d'origine endocrinienne.

A un deuxième stade, se caractérise le « mal des aviateurs », syndrome ainsi dénommé par Cruchet, Moulinier et Ferry, qui l'ont décrit en 1917-1918. Il se manifeste par les signes ordinaires, mais accentués du surmenage.

Les sujets accusent une fatigue profonde, avec perte de l'appétit, parfois nausées et troubles digestifs nets. Le sommeil est troublé, entrecoupé de cauchemars ou au contraire, il y a des envies irrésistibles de dormir. Le visage est amaigri, le teint plombé, l'aspect préoccupé et sombre. Le facies est assez caractéristique pour avoir été dénommé par certains auteurs « *masque de l'aviateur* ». Les céphalées sont fréquentes. Les sujets manifestent du découragement et de l'irritabilité. La résistance à la fatigue est diminée ; il y a tendance aux éblouissements et aux vertiges.

L'examen clinique montre un pouls affaibli et irrégulier ; au cœur on note un assourdissement et un dédoublement du deuxième bruit, dans

lequel Ferry a voulu voir un signe prémonitoire. Etienne et Lamy ont noté de façon constante une hypertrophie légère du cœur gauche. La tension artérielle est basse ; l'abaissement portant le plus souvent sur *Mx*, mais quelquefois aussi sur *Mn*. La toxicité urinaire serait nettement augmentée et on observerait en même temps une rétention azotée. D'après d'Arcourt-Got et Gosset, il y aurait de façon constante hypoglycémie et hyperglobulie (5.800.000 à 6.200.000 GR.). Pour Josué enfin, l' « asthénie des aviateurs » serait l'expression d'une insuffisance surrénale, avec les trois éléments cardinaux de ce syndrome : l'asthénie, l'hypotension artérielle et le signe de la ligne blanche de Sergent.

Pathogénie du mal des aviateurs.

Il apparaît certain que le « Mal des aviateurs » ainsi défini, résulte de facteurs complexes, dans lesquels interviennent pour une part les éléments d'un surmenage général non spécifique, mais également d'une façon non négligeable des influences nocives spéciales à l'aviation.

Les variations rapides de pression barométrique, particulièrement importantes dans les vols à faible altitude, déterminent sans doute, comme le suppose Beyne, une hypertonie vaso-motrice qui élève la pression artérielle moyenne, et se trouve être secondairement un facteur de surmenage cardiaque.

Le froid excessif agit non seulement par ses effets locaux, mais représente également un gaspillage d'énergie et constitue un facteur de fatigue nerveuse par la souffrance qu'il provoque.

La *siccité* de l'air, la *ventilation* aggravent, comme nous l'avons déjà dit, l'influence nocive du facteur précédent.

Contre l'effet de la *diminution de la tension de l'oxygène* de l'air et contre la gêne qu'il en résulte pour l'hématose, l'organisme met en jeu, dans une certaine limite, des mécanismes compensateurs : une *polyglobulie* de défense s'installe par un double processus de migration splénique (L. Binet) et l'hématopoïèse (Gemelli) ; la *ventilation pulmonaire* s'accroît ; une *vaso-dilatation générale* particulièrement marquée au niveau du poumon (C. Monge) contribue à faciliter les échanges. Malgré tout, et même en l'absence de tout malaise défini il arrive un moment où ces mécanismes physiologiques compensateurs sont insuffisants et où l'organisme souffre d'un surmenage auxquels participent particulièrement le cœur et les reins (acidose du mal des aviateurs ou du mal des montagnes).

Enfin tous les autres facteurs que nous avons signalés : viciation de l'atmosphère de la carlingue par produits volatifs toxiques ou malodorants, traumatismes acoustiques, influence « choquante » de la vitesse, prennent leur part dans la pathogénie complexe des accidents du vol. Leur influence respective est sans doute difficile à apprécier, à doser d'une manière précise. Leur nuisance accumulée est incontestable.

***

Les remèdes.
La protection de l'aviateur en vol.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'une sélection physique rigoureuse, d'une part, sur les exigences d'une hygiène générale sévère, d'autre part. Les nécessités professionnelles de l'aviation réclament des organismes sans tares ni défaillances et une conservation attentive de l'équilibre physiologique.

Ces conditions n'ont rien de spécifique, encore que ce que nous avons dit du surmenage de l'organisme par la pratique de l'aviation explique qu'elles soient strictement exigées.

Mais, dès à présent, le vol en avion, soumet ceux qui le pratiquent à des conditions spéciales d'existence qui dépassent les limites de l'adaptation physiologique possible. Et il est aisé de prévoir, que les progrès de la technique, par l'emploi d'avions de plus en plus rapides et puissants, par l'élévation du plafond de vol, imposeront de plus en plus le recours à des moyens correcteurs, à défaut desquels l'homme serait rapidement inadapté à son matériel.

C'est la mise en application de ces méthodes de protection qu'il nous reste à envisager.

***

Protection contre le froid.

La protection contre le froid doit être assurée de façon d'autant plus rigoureuse et systématique que les accidents qui en résultent sont plus sournois et imprévus. C'est précisément le moment où dans la partie du corps refroidie s'atténue l'impression de froid, l'instant où elle devient indolore, qui marque la phase critique de la gelure. Il ne faut pas perdre de vue également que le refroidissement est au moins autant à craindre au printemps et en été qu'au cours de l'hiver, et bien qu'à altitude égale, les températures soient, généralement, moins basses ; et ceci parce que l'organisme semble se défendre moins bien contre le froid pendant la saison chaude. Le refroidissement du corps chez l'aviateur résulte surtout des pertes de chaleur par conductibilité. En raison de la ventilation très active, l'air extérieur a tendance à traverser les vêtements et à renouveler sans cesse la couche gazeuse qui est au contact immédiate de la peau.

Cette protection contre le froid peut être réalisée soit par des vêtements qui empêchent la déperdition extérieure de la chaleur animale, soit par des vêtements producteurs de chaleur.

Il importe d'ajouter que le vêtement doit

assurer non seulement la protection contre le froid, mais également contre le feu, toujours à craindre sur les avions ; que, d'autre part, il doit être suffisamment souple et léger pour être facilement supportable et qu'il doit être facile à mettre et à enlever, en cas de brûlure ou de blessure ; et qu'enfin, il ne doit pas comporter de substances comme la colle de poisson ou le verre pilé qui, introduites dans les plaies, en aggraveraient singulièrement le pronostic.

Ces diverses considérations ont conduit à abandonner les fourrures, lourdes, encombrantes, et difficiles à ignifuger. Le meilleur vêtement, aussi bien en ce qui concerne la protection contre le froid et le feu, que pour sa souplesse, et sa légèreté, est un vêtement de cuir chromé doublé de tissu en cocons de soie ignifugés.

De plus, quelle que soit la valeur calorifuge des vêtements, l'aviateur, contraint à une immobilité presque absolue, ne peut conserver une chaleur suffisante au bout de quelques heures d'un vol à très basse température. Il est indispensable de pouvoir lui fournir un supplément de chaleur. Le meilleur procédé paraît être le port de sous-vêtements électriques, veste, caleçon, passe-montagne, sandales et gants chauffants ; ils comportent des circuits chauffants, constitués par des fils résistants très souples, généralement en ferro-nickel et reliés par un fil souple à un rhéostat qui permet de régler la température. L'alimentation est fournie par la source électrique du bord.

Il importe qu'ils soient indépendants des vêtements ordinaires de vol, n'étant utilisés que pour les vols de longue durée, à très basse altitude.

Le visage peut être protégé par l'emploi de pâtes spéciales, et mieux par un masque de soie ou de peau de chamois. Aux grandes altitudes, le masque à inhalation d'oxygène réalise une protection chauffante.

Dans les cabines fermées, le chauffage peut être assuré soit par des résistances électriques à basse tension, alimentées par batteries d'accumulateurs ou par dynamo ; soit par catalyse ; soit par les gaz d'échappement du moteur, en évitant cependant de faire pénétrer dans la cabine les tuyauteries d'échappement qui pourraient laisser filtrer des gaz toxiques.

Protection contre les variations de pression atmosphérique.

Nous avons vu que les variations de pression atmosphérique provoquaient une hypertonie vasomotrice périphérique qui avait pour conséquence une élévation de la pression artérielle avec, à la longue, un retentissement cardiaque.

C'est surtout au cours des descentes que les variations de pression peuvent être rapides, et cela d'autant plus que le vol s'effectue à plus basse altitude. Il en résulte qu'il est d'une précaution hygiénique élémentaire pour les aviateurs, de réduire, dans la mesure du possible, ces descentes rapides.

L'action des variations de pression se fait sentir non moins sûrement et peut-être plus rapidement sur l'oreille. L'équilibre de pression entre l'air de l'oreille moyenne et l'air extérieur est assuré par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, et cela par des mouvements de déglutition périodiques qui ont pour effet d'ouvrir largement l'orifice de la trompe.

Si ces mouvements de déglutition ne sont pas effectués, ou s'ils sont rendus inopérants par une lésion de la trompe ou le gonflement de la muqueuse pharyngienne, on peut assister à des accidents parfois fort graves. Dans les descentes, la pression de l'air sur la face externe du tympan que n'équilibre plus de pression sur la face interne, va provoquer une distention de la membrane avec des douleurs fort vives. La rupture du tympan et des vertiges graves peuvent en être la conséquence. En tout cas, chez certains pilotes, prédisposés par l'état de leur cavum, on voit couramment survenir une hypoacousie qui semble bien ne pas reconnaître d'autres causes.

Il importe, pour écarter ces accidents, d'éviter toutes les causes d'irritation du pharynx, de restreindre en particulier l'usage du tabac et d'éviter de voler, même avec un simple coryza. En vol, l'aviateur ne devra pas négliger d'effectuer des mouvements de déglutition périodiques, principalement dans les variations de hauteur. Une bonne précaution est de sucer des pastilles qui entraînent une déglutition en quelque sorte automatique. Mais il faut proscrire la manœuvre de Valsalva qui peut être provocatrice de vertiges.

Enfin, une remise de l'avion en palier pourra arrêter rapidement le développement d'accidents provoqués par une descente trop brusque.

Protection contre l'abaissement de la tension de l'oxygène.

Dès que la tension partielle de l'oxygène s'abaisse au-dessous d'une valeur voisine de 11 %, les mécanismes compensateurs que nous avons envisagés deviennent incapables d'assurer le jeu de l'hématose. On estime qu'à partir de 3.500 à 4.000 mètres, les diverses fonctions de l'organisme tendent à défaillir.

Il importe, dès ce moment d'utiliser des moyens de protection. On a pu envisager, pour résoudre le problème, diverses solutions.

Une première conduirait à utiliser des *cabines étanches* dans lesquelles la pression serait rétablie automatiquement à un taux suffisant. Cette solution apparaît cependant difficilement réalisable. En fait, le caisson ne sera jamais complètement étanche ; il faut, en effet, prévoir

l'évacuation de l'air vicié et celle-ci pourra se faire par les multiples orifices percés dans les cloisons pour le passage des commandes. Il en résulte la nécessité d'utiliser des turbo-compresseurs et non des réservoirs dont l'usage serait illusoire. Or, les compresseurs ont à la fois l'inconvénient d'être très encombrants et lourds, d'augmenter la température et d'être susceptibles de pannes subites. Enfin, en cas de fuite dans l'enveloppe de la cabine, une décompression brutale pourrait être suivie de troubles graves, analogues à ceux de la « maladie des caissons ».

A défaut de cette solution que la technique ne permet guère de retenir le problème est actuellement résolu par la méthode des *inhalations d'oxygène*. Elle consiste à incorporer à l'air que respire le sujet une quantité d'oxygène telle, que soit rétablie, dans le mélange, un tension partielle d'oxygène, suffisant à assurer aux échanges respiratoires une valeur normale.

Nous n'insisterons pas sur les données techniques du problème. Disons simplement que les appareils respiratoires utilisés sont constitués :

1° Par une réserve de gaz, proportionnelle à l'altitude à atteindre et à la durée du vol à effectuer. Elle est généralement constituée par des obus d'oxygène comprimé ;

2° Par un appareil de réglage de débit, détendeur-régulateur qui proportionne le débit à la dépression et aux besoins de la consommation ;

3° Enfin, un masque respiratoire, qui doit répondre à diverses conditions, bien précisées par Beyne et Bergeret, pour assurer d'une façon satisfaisante le mélange de l'oxygène avec l'air inspiré, et qui, par ailleurs, doit être muni d'un dispositif chauffant électrique pour éviter les condensations de vapeur d'eau à la sortie du masque.

La substitution du carbogène (mélange d'oxygène et de gaz carbonique à 13 %) à l'oxygène est actuellement à l'étude.

Notons enfin, que tout récemment, Rosenthield a proposé l'utilisation, pour les vols en haute altitude, d'un *scaphandre* en tissu imperméable et calorifugé, muni d'un casque léger en aluminium, alimenté soit par des réservoirs d'oxygène, soit par du carbogène, et dans lequel le débit de gaz est réglé par un détenteur automatique. Cet appareil aurait été récemment expérimenté avec des résultats encourageants.

Protection contre les bruits.

Nous avons dit que les « traumatismes acoustiques » subis en vol, pourraient être des facteurs non négligeables du « mal de l'aviateur » en provoquant, particulièrement chez les débutants, de la fatigue, de la somnolence, de l'hypoacousie et des bourdonnements d'oreille plus ou moins marqués.

La protection des oreilles pendant le vol est particulièrement nécessaire chez les pilotes d'appareils de bombardement terrestre et d'hydravions ainsi que chez les pilotes d'autres spécialités pendant les vols de groupe

On lutte habituellement contre les bruits par des procédés simples. Certains utilisent le casque de cuir classique, doublé au niveau des oreilles d'une peau de lapin ou d'agneau. D'autres se contentent d'un simple tampon d'ouate non serré, engagé dans le conduit auditif, et appliquent par-dessus de l'ouate en feuille, de façon à couvrir le pavillon de l'oreille.

Il existe dans le commerce des boulettes de coton spécialement préparées à cet usage.

On a construit aussi des casques munis de deux poches latérales qui amortissent les bruits.

Il existe également dans le commerce des appareils spéciaux, tels que l' « Ear defender » (Mallock-Armstrong) qui affecte la forme d'une olive, dont l'extrémité externe est formée par un petit filet métallique. Cet appareil a été utilisé avec succès par les pilotes italiens dans leur croisière orientale de 1925.

Un appareil de conception analogue avait été proposé, en 1918, par le Docteur Vérain, qui se proposait d'éliminer les bruits nocifs à grandes longueurs d'onde, tout en laissant passer les bruits utiles (note du moteur — bruits de soupapes) à faible longueur d'onde.

Protection de l'œil.

L'œil doit être protégé à la fois contre l'action des corps étrangers et contre celle du vent et du froid. Les lunettes Mérowitz, en usage dans l'aviation, assurent cette protection de façon satisfaisante. Elles ont, de plus, l'avantage d'être très peu vulnérantes en cas d'accident.

***

L'utilisation des différentes mesures que nous avons exposées réalise une défense susceptible d'assurer à l'aviateur en vol une protection efficace et de lui faciliter une adaptation à des conditions physiologiques anormales.

L'aviateur militaire, plus particulièrement dans les circonstances difficiles du combat aérien, a besoin de toutes les ressources d'un équilibre organique parfaitement adapté.

Il ne peut que gagner à l'entretenir par la stricte observance d'une hygiène rationnelle (1).

---

(1) *Revue médicale française*, octobre 1935.

MÉDECINE POPULAIRE EN ALLEMAGNE

En mai dernier s'est tenue à Nuremberg une exposition de médecine populaire allemande, qui suscita un grand enthousiasme, parce qu'elle flattait les partisans de la médecine naturiste, laquelle est protégée par le gouvernement national-socialiste, comme aryenne et non sémite. Les découvertes modernes ont été faites par des Juifs, ou des demi-juifs, ou des judaïsants ; l'hydrothérapie, les herbes, l'homéopathie, sont donc préférables à ces inventions fallacieuses de sérothérapie, chimiothérapie, etc...

Le mouvement naturiste prétend grouper plus de douze millions d'adhérents, et plus de un million de familles font partie des *gesundheitsvereine*, ou clubs de santé, où le médecin est mal vu.

Le Docteur Wagner, qui est le *fuehrer* de la médecine allemande, a annoncé au cours d'une cérémonie imposante que les tendances actuelles de la science médicale sont d'unir dans une heureuse harmonie la médecine traditionnelle et la médecine naturiste. On organisera cet enseignement éclectique dans les universités stupéfaites et les biochimistes, les ostéopathes, les disciples de Kneipp, les homéopathes, toutes les sectes de médecine mystique y prendront part.

« Une époque matérialiste, dit le Docteur Wagner, a l'audace d'affirmer que les secrets de la vie peuvent être pénétrés uniquement avec l'aide des sciences exactes... Il ne faut pas supposer que, dans une période angoissante et trouble, comme celle que nous vivons, la grande révolution s'arrêtera aux portes des universités allemandes, ou devant les barrières érigées par les scientistes. Le fondement d'un nouveau système de médecine n'est pas la science exacte, mais seulement les vues universelles du national-socialisme, qui comprennent les lois naturelles et biologiques d'où dépendent tous les événements... »

Voilà des théories simples, qui nous changent des idées abondantes et complexes où l'on avait coutume de se débattre, quand on abordait les travaux des savants germaniques.

D'autre part, le *Deutsches Rerzteblatt* nous annonce la création d'un Reichsarbeitsgemeinschaft der Naturaerzte, c'est-à-dire un bureau central des écoles naturistes et anti-officielles, qui, d'après le Professeur Kötschau, réussissent souvent là où échouent les systèmes scientifiques. La biologie, d'après lui, sera plus utile pour combattre les épidémies et les maladies endémiques que la médecine officielle, basée sur la déformation des processus naturels, la stérilisation exagérée, la désinfection et la conservation. Le fameux Professeur Krehl, de Heidelburg, partage cette confiance dans la thérapeutique naturiste, tout en essayant de défendre la médecine officielle de la vieille école, dont il est, depuis trente ans, un éminent représentant.

Les portes des Facultés sont donc forcées par des idées nouvelles et violentes, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles n'ont aucun rapport avec les anciennes ; et l'on se demande comment les professeurs chargés de concilier deux systèmes aussi disparates parviendront à les faire entrer ensemble dans la cervelle de leurs élèves.

***

Mais ces doctrines tumultueuses allemandes peuvent donner matière à quelques réflexions. Le mouvement naturiste, pour employer une expression générique, englobant toutes les formes hérétiques de l'art de guérir, mystiques, cultuelles, physiques, et en général antimédicales, se répand très rapidement dans le monde ; c'est un fait qu'il serait vain de nier. Il signifie que la médecine traditionnelle, je veux dire celle des universités, si respectable et éminente qu'elle nous paraisse, a cessé d'inspirer confiance aux malades ; qu'on ne croit plus à ses vertus, qu'on ne fait plus foi dans son avenir, et qu'à côté des médecins en robe un groupe considérable d'autres guérisseurs conquiert peu à peu la vogue et la popularité.

Ce fut ainsi de tous temps ; mais on avait espéré que le bel essor des sciences médicales, au siècle dernier, aurait fait disparaître, pour le grand bénéfice des malades, tout charlatanisme. Le charlatanisme, en dernière analyse, est la confiance personnelle d'un malade dans le pouvoir guérisseur d'un homme, quelle que soit sa valeur intellectuelle ou morale, mais cette confiance est renforcée si le magicien possède et base sa puissance sur la *vix medicatrix naturæ*, sous une forme quelconque.

Ce sont ces forces naturelles, peut-être irrationnelles ou obscures, mais certainement efficaces, que la science des universités a peut-être trop négligées. Si on nous avait appris les moyens d'action que nous fournissent les forces de la nature, — et j'emploie à dessein, dans mon ignorance personnelle, un mot vague, — nous aurions peut-être pu garder sous notre contrôle légitime les masses qui s'éloignent de nous, parce qu'elles ne croient plus aux drogues, et qui préfèrent l'eau, l'air, le soleil, le mouvement, une vie plus près de la nature, aux pages jaunies du Codex ou aux composés pharmacodynamiques longs de soixante-deux lettres.

Ph. DALLY.

LONGÉVITÉ

La disparition graduelle de la race blanche est un sujet triste sur lequel M. Decugis vient d'écrire un livre parfaitement documenté, si j'en crois l'analyse qu'en a donné le Dr P. Desfosses dans un des derniers numéros de *La Presse Médicale*.

La rapidité de cette décroissance, qui pratiquement aboutira à la disparition en 150 ans, est marquée par le vieillissement des populations, qui maintient des chiffres statistiques, mais aggrave chaque jour la situation, car une nation de vieillards ne fait pas d'enfants. Mais dans notre état actuel de civilisation, fécondité à part, il y a peu de différence qualitative entre un homme de vingt-cinq ans et un homme de cinquante.

Une des caractéristiques démographiques, la plus constante, depuis ce siècle, est l'abaissement progressif de la mortalité infantile. Elle est surtout remarquable en ce qui concerne les nourrissons : un grand nombre de petits enfants sont ainsi soustraits à une mort précoce. Mais, dans ce progrès, que devient la qualité ? Combien d'enfants, marqués d'une tare congénitale, ont pu, grâce à la médecine préventive passer le cap des premières années, et devenir des adultes, mais en restant marqués de déterminismes pathologiques redoutables ?

Combien de débiles, qui auraient été victimes de la diphtérie, ou de la scarlatine, ou de toute autre infection de l'enfance, n'ont survécu que pour mourir après 40 ans d'un cœur insuffisant ou lésé ?

C'est pourquoi l'on observe cette tendance générale de la mortalité, qui se caractérise par la diminution des décès par maladie infectieuse et l'augmentation de ceux qui sont dus aux maladies dégénératives.

Cette tendance a été signalée depuis longtemps aux Etats-Unis, et notamment dans les savantes études statistiques du Dr L. I. Dublin. Le Dr L. Cahana nous en apporte, pour la France une nouvelle confirmation (1), en ce qui concerne les maladies organiques de cœur, dont le taux de mortalité est passé entre 1884 et 1931 de 131 à 148 : mais avec cette particularité qu'au-dessous de 10 ans la mortalité a diminué, qu'entre 10 et 40 ans elle est stationnaire, et que l'aggravation se remarque uniquement au-dessus de 40 ans.

Depuis longtemps en Amérique les maladies de cœur sont au premier rang des causes de décès : depuis l'an dernier, elles tuent plus en France que la tuberculose et le cancer.

La longévité présente d'ailleurs des conditions héréditaires, et l'opinion publique ne s'y trompe pas, en reconnaissant les familles où l'on meurt jeune, ou celle où l'on résiste à l'âge. Raymond Pearl a étudié la longévité des dix ancêtres immédiats d'un grand nombre d'individus ; il confirme (1) que la longévité est de caractère biologique, individuel, comme la stature : et que l'hérédité influence la longévité à un plus haut degré que l'ambiance.

Citons aussi Nakayama, qui a interrogé 10.000 octogénaires nippons : il a établi qu'ils étaient de familles de macrobes, que le plus souvent leurs parents les avaient eus jeunes, et qu'ils étaient les aînés de leurs maisons. Ils appartenaient pour la plupart aux classes moyennes ; en second rang, aux classes pauvres ; rarement aux classes riches (2).

***

Quant à l'art de vivre vieux, je crois que tout le monde est d'accord, et notre regretté doyen, le vénéré Dr Guéniot nous a donné la même recette que Cornaro : mener une vie calme sans excès, sans passions violentes (les passions tranquilles sont permises) ; rester optimiste, contrôler les besoins de son appétit, mais sans esprit maniaque ; en un mot, retarder plutôt qu'accélérer l'inévitable processus de vieillissement, qui est fatal, mais dont le rythme est en grande partie entre nos mains.

La médecine des vieillards, qu'on pourrait appeler la gériatrique, n'est pas encore fondée, peut-être parce qu'il n'y a pas longtemps qu'il y a tant de vieillards. La gériatrique doit se baser sur la connaissance de la sénescence, qui n'est pas identique pour tous les organes. Un thymus meurt avant l'adolescence ; un ovaire vers 50 ans, un testicule vers 65 : mais ces dates ne sont pas fixes, non plus que celles où commencent les dégénérescences tissulaires. On peut concevoir telles épreuves cliniques ou biochimiques capables de nous renseigner non seulement sur les conditions générales de vieillissement, mais sur l'état présent de sénilité générale ou partielle d'un individu donné : cette science a pour champ d'application la méthode des examens préventifs de santé, seule capable de maintenir aussi longtemps que possible les effectifs menacés de la race blanche.

Ph. DALLY.

(1) *Sur la fréquence croissante de la morbidité et de la mortalité dues aux affections cardio-vasculaires.* Thèse de Paris, 1935.

(1) *Human Biology*, février 1934.

(2) *Journal of the American Medical Association*, 30 septembre 1933.

POUR DOCUMENTER NOS JEUNES CONFRÈRES

De l'évolution dans l'exercice professionnel

Un ciel bas et gris de décembre. Une bise âpre souffle faisant voltiger les premiers flocons de la neige qui bientôt va recouvrir la terre glacée d'un blanc linceul. Confortablement installé dans mon auto, je brave impunément la bise et le froid et je songe. Ma pensée se reporte à trente-huit ans en arrière, au début de mon exercice professionnel. Les médecins n'avaient alors comme moyen de transport que le cheval et la voiture. Un bon cheval pouvait faire une moyenne de 12 kilomètres à l'heure, mais, comme la plupart des médecins s'attachaient à leur compagnon de route ils le laissaient vieillir sous le harnais et cette moyenne se trouvait peu à peu réduite. Comme voiture, les uns adoptaient le cabriolet haut perché sur ses deux roues, mais dans lequel on était mieux défendu contre les intempéries parce que mieux calfeutré, les autres préféraient la charrette anglaise moins confortable puisque la bise avec la pluie ou la neige pouvaient tourbillonner autour de vous, mais plus pratique en ce sens qu'avec ses quatre places, elle pouvait servir de voiture de famille ; le duc à quatre roues était le véhicule des riches ou des vieux...

Dès la mi-novembre, dans nos pays du Nord, il fallait penser à faire poser au cheval la ferrure d'hiver, c'est-à-dire le fer percé de quatre trous taraudés dans lesquels on pouvait visser des crampons permettant au cheval de marcher par les temps de verglas ou de neige. L'hiver, avant de monter en voiture, le médecin de campagne devait s'assurer que dans le coffre contenant les instruments professionnels, il y avait en réserve une vingtaine de crampons à glace dont l'urgence pouvait s'imposer.

En ce temps-là, le médecin de campagne était aussi dentiste car on ne soignait guère les dents, on ne connaissait qu'un seul moyen de guérir la rage de ents : l'extraction. Il faut dire que, dans la plupart des villages, le médecin était concurrencé par le forgeron, le charron ou un habitant quelconque, qui, avec la clef de Garengeot et une poigne solide, venait à bout d'extraire les dents les plus difficiles. Il est vrai que souvent une partie plus ou moins grande du rebord alvéolaire venait avec la dent, mais le patient s'en consolait en apprenant que sa dent était barrée et tout juste s'il n'en éprouvait pas une certaine fierté.

A propos des crampons à glace qu'il me soit permis de relater un vieux souvenir.

Certaine nuit d'hiver, je fus réveillé par un homme qui m'apportait un billet d'une sage-femme me priant d'aller terminer au forceps un accouchement qui traînait, à 5 kilomètres de chez moi.

J'attelai mon cheval et partis avec l'homme qui était le mari de la parturiente. Depuis quelques jours, il faisait un froid sibérien et il gelait à pierre fendre. Le vent soufflait du Nord-Est et la nuit était d'encre que la lumière de mes deux lanternes arrivait à peine à percer. Malgré l'ample couverture que j'avais prise, mon compagnon et moi sentions l'âpre morsure du froid.

Enfin, nous arrivâmes. Sur les indications de mon compagnon, j'attachai mon cheval et lui jetai sur le dos la couverture.

La maison où je devais me rendre était au bout d'une ruelle ; une petite maison basse composée d'une seule chambre au sol de terre battue avec comme mobilier le lit de la parturiente, une vieille armoire, une horloge, une table, quatre chaises et un poêle sur lequel se trouvait une marmite d'eau bouillante. Un quinquet fumeux accroché à une solive éclairait la pièce.

Quand j'entrai dans cette pièce qui me parut une véritable étuve, la sage-femme déjà âgée et une voisine devisaient assises auprès du feu, la sage-femme était là depuis la soirée.

J'examinai la parturiente. Les eaux étaient parties, la dilatation presque complète, mais pas d'engagement, la tête restait au détroit supérieur. L'enfant souffrait, la femme paraissait à bout, il fallait intervenir immédiatement. Aidé par le mari, je transportai la femme sur la table. Le mari faisant la contre-extension, la sage-femme et la voisine tenant chacune une jambe, éclairé par le mauvais quinquet, ayant un pied contre le mur pour éviter de glisser, je fis l'application de forceps en deux temps, et après bien des efforts, je parvins à extraire un enfant vivant de 4 kilos 500 sans dommages pour le périnée.

Pendant que la sage-femme s'occupait du poupon, je me reposai et j'attendis. La délivrance se fit toute seule. Après avoir constaté le fameux globe de sûreté de Pinard et remis la femme arrangée dans le lit, je pensai à prendre le chemin de retour et comme de reconduire la sage-femme jusque chez elle au village voisin ne *m'occasionnait qu'un léger détour*, je lui offris de partager ma voiture. Quand tous deux nous sortîmes de la maison, nous faillîmes tomber. Pendant que je faisais l'accouchement, il avait plu... une petite pluie fine et il y avait un verglas comme rarement j'en vis. Je dus enlever mes souliers pour gagner ma voiture et là, aidé de l'homme qui m'éclairait d'une des lanternes que j'avais enlevée je dus après les efforts que j'avais

faits et la chemise trempée de sueur au dos, passer une demi heure sous la pluie pour cramponner mon cheval. Heureusement, mon Boulot était une bête docile qui me laissait lui lever les pieds sans faire le moindre mouvement de défense. La couverture que je lui avais jetée sur le dos était transformée en glaçon et je la jetai d'une pièce dans la voiture.

Bref, je pus reconduire la sage-femme et rentrer chez moi sans accidents après 4 heures d'absence et j'eus la chance d'éviter la pneumonie ou même la simple bronchite.

Voilà ce que ne connaîtront plus les jeunes, pas plus qu'ils ne connaîtront l'angoisse qui étreignait parfois le cœur du petit médecin de campagne lorsqu'il se trouvait isolé (car il eût fallu au moins quatre heures pour avoir l'aide d'un confrère), en face d'un de ces cas heureusement assez rares où une vie est question de minutes et dépend du savoir et de l'esprit de décision : hémorragies de la délivrance, du placenta prævia, accouchement dystocique, accidents graves, etc...

Maintenant avec le téléphone, l'auto, le médecin de campagne peut avoir presque aussitôt un confrère qualifié pour l'aider ou faire transporter le malade à l'hôpital ou dans une clinique.

La médecine tend de plus en plus vers la fonctionnarisation... Si l'évolution continue, il faudra dire adieu à ce qui constituait les beautés morales de notre profession : la liberté, l'indépendance et aussi la confiance, la sympathie et parfois la reconnaissance des malades. Le bon Monsieur Benassis de Balzac serait remplacé par un des ronds de cuir chers à Courteline..., car je vois, c'est un rêve sans doute (mais ne sera-t-il pas la réalité de demain), la disparition du médecin de campagne, la division en circonscriptions médicales avec au centre l'hôpital avec tous ses services spécialisés. Y a-t-il un malade, vite on téléphone à l'hôpital et le médecin de service arrive aussitôt avec l'auto-ambulance et l'enlève. Le médecin de service comme tous ses confrères spécialisés est un fonctionnaire : quarante-huit heures de travail par semaine et par roulement. Deux dimanches de liberté sur trois, un mois de congé payé par an, ascension progressive de classe, retraite à 55 ans, etc...

A l'hôpital, le malade passe dans tous les services qui établissent chacun leur fiche et finalement échoue dans le cabinet du médecin chef qui, sans même le regarder, mais après avoir examinée les fiches, fixe le traitement à suivre.

Il est vrai qu'alors avec les stérilisations à l'Hitler avec le certificat prénuptial... on n'aura plus qu'une race absolument sélectionnée qui, de plus, immunisée *ab ovo* contre toutes les maladies ne sera plus malade.

Ce sera l'âge d'or de la médecine à moins que... ce ne soit précisément le contraire.

Dr P. BLANCHARD,
d'Avesnes-les-Aubert (Nord).

LA PAGE SANS MÉDECINE

...On devrait bien l'envoyer alàlaïc (comme disent les Tyroliens) pour l'apprendre à déchiffrer la lettre imprimée...

(J.-P. TOULET).

1. DIDEROT. — **Regrets sur ma vieille robe de chambre.** Une plaquette 12 × 18, réemboîtée sous carton, tirée sur les presses de M. Léon Pichon à 130 exemplaires numérotées. *Editions Léon Pichon*, 5, rue Christine, Paris, 1935.

IL est encore, m'affirme-t-on, des bibliophiles capables de s'intéresser primordialement au prix, au poids, au volume d'un livre ! Leur attention ne saurait s'abaisser jusqu'à cette légère plaquette que vient d'imprimer Monsieur Pichon et où la perfection typographique prend plus de relief et d'audace d'être étroitement consacrée à un si menu épisode de quelque vingt-cinq pages. Les « regrets » de Diderot n'y sont pas sincères. Toute la fausse sentimentalité du XVIIIe s'épanouit dans cette modestie affectée de l'écrivain. Je crains que Monsieur Pichon, fort érudit, n'ait machiavéliquement voulu jouer un mauvais tour à la mémoire de l'illustre encyclopédiste en nous le montrant, carré dans son aisance neuve, drapé dans sa nouvelle robe écarlate, et composant, avec sa mielleuse causticité les pieds au chaud, un confortable discours français sur les vertus de la pauvreté.

A cette subtile érudition d'humaniste, Monsieur Pichon joint une merveilleuse connaissance de son « métier ». Il a opportunément habillé son livre d'un papier chaud qui semble d'étoffe fanée. Ni trop haut, ni trop bas sur cette couverture de circonstance, il a encollé un titre rapporté sur papier blanc-ancien, délicatement encadré de fleurs d'époque, sobrement établi. Ce titre repris en rouge et noir en tête du « regret » est admirablement composé. Monsieur Pichon redonne ainsi, comme de coutume, à ses textes, une pureté et une grandeur de véritable classicisme. Quelle leçon de mesure, de clarté pour les imprimeurs improvisés d'après-guerre, qui par leurs outrances ont déprécié le livre de luxe. Ici refleurissent toutes les vertus de conscience professionnelle,

de talent méticuleux qui animaient les « artisans ». La suite du texte est à l'avenant dans une somptueuse et élégante ordonnance ; et cet ensemble constitue une fois de plus, à l'actif du grand « imprimeur » un joyau des lettres, égaré par sa main rude dans notre époque de barbares.

2. Jacques Boulenger. — **Toulet au bar et à la poste.** Un vol. 14 × 20 de la Collection « *Saint-Germain-des-Prés* ». *Editions « Le Divan »*, Paris, 1935.

La plume de Toulet musardait en délicieuses épistoles ; celles que Monsieur Boulenger doit à son amitié d'avoir pu rassembler sont très démonstratives de la qualité rare, de la finesse de cet esprit qui n'a pas eu dans la poésie contemporaine la place à laquelle il a droit. Il a dit de ses personnages « *Si j'avais eu du talent, ils auraient ressemblé à des honshommes du grand Wateau* ». Point n'est besoin de ce trop modeste conditionnel pour que ses irréelles créatures s'apparentent réellement à ces marquises, aux farandoles, aux falbalas, aux masques et minois du grand peintre. Les « *Contrerimes* » sont d'une légèreté de touche qui rappelle bien Wateau et Fragonard. Un illustrateur contemporain a réussi la tâche ardue de les illustrer : c'est Laboureur dont je vous présentai voici quelques années la remarquable réussite accompagnant une typographie de qualité établie par Daragnès sur sa presse à bras. Et que vous pouvez mettre dans votre bibliothèque si vous pouvez vous procurer cette rarissime édition (1). De Monsieur Jacques Boulenger aussi, je vous signale aux éditions Gallimard les « Contes de ma cuisinière », légendes corfiotes merveilleusement contées. Et qui sont une vivante suite aux « Soirs de l'Archipel » parus aux mêmes éditions et écrits aussi dans cette langue nonchalante et d'une extrême pureté qui est celle de Monsieur Boulenger.

3. Paul Morand. — **Bucarest.** Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris 1935.

La vision aiguë de Paul Morand excelle à saisir le pittoresque des cités et à entremêler à leur présent leur histoire et leur petite histoire, une singulière géographie anecdotique qui sont de nature à nous réconcilier avec ces sciences réputées exactes mais ailleurs ingrates. Le style de Morand se dépouille, se décante ; moins toboggan et assagi, il nous promène avec moins de heurts qu'aux temps de « l'Europe galante » dans une Ville où il a su retrouver l'âme d'un peuple.

(1) Aux confrères qui voudraient essayer de se procurer cette édition, je donnerai par lettre le moyen d'avoir... peut-être un des exemplaires non souscrits et enrichi d'un dessin original de Laboureur qui a bien voulu faire cette exception pour les lecteurs du *Concours*.

4. René Mazedier. — **Le roman du saumon.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1936, 15 francs.

C'est bien roman qu'il importe de dénommer cette vie vagabonde du saumon poursuivi par les braconniers, traqué par les pêcheurs dans le bassin du Haut-Allier. Et qui est une prodigieuse aventure où l'homme muni d'une gaule fait triste figure devant ce poisson grand seigneur.

5. Milred Cable et Francesca French. — **Par la porte de jade.** Un vol. in-8° écu avec un frontispice et une carte hors texte. *Editions Plon*, Paris, 1935, 16 fr. 50.

Trois femmes missionnaires anglaises, depuis vingt-cinq ans en Chine décident d'évangéliser l'Extrême Nord-Ouest. Leur périple les conduira jusqu'au Transsibérien à Omsk au travers de péripéties où elles font preuve d'un tranquille courage et d'une admirable sérénité. Le journal de cette fantastique randonnée est rédigé sans emphase comme si traverser le désert de Gobi et le pays des lamas était dominicale promenade.

Varia***

Aux éditions Plon un copieux album sur *l'Art flamand* », de Van Eyck, à Bruegel composé de très nettes reproductions, préfacé par Edouard Michel.

*Dans le « *Mercure de France* » du 1er janvier de mélancoliques réflexions de Georges Duhamel sur l'avenir incertain du livre menacé lui aussi par la « mécanique » ; les origines de la beauté classique ; si la guerre éclatait (article où deux éminents spécialistes envisageant les zones neutres oublient de signaler le tenace effort poursuivi dans ce sens depuis des années par le médecin inspecteur Saint-Paul préconisant les « lieux de Genève »).

*Dans la « *Nouvelle Revue française* » de janvier, l'écheveau embrouillé du « Journal » de Monsieur Gide ; une étude... lyrique du mouvement stakhanoviste qui ressemble étrangement au travail selon les lois du servage.

*Le « *Crapouillot* » de janvier flétrit les guerres « coloniales ».

*Dans le « *Figaro illustré* » de janvier un inédit de Giraudoux ; modes ; ameublement et ici encore témoignages de l'art flamand.

* Dans « l'*Archer* » de janvier, la cérémonie de Capoulet présidée par le maréchal Pétain et le Docteur Voivenel. De fortes paroles de Campagnou et un pompeux discours préfectoral.

*Dans le « *Divan* » de janvier, une volée de bois vert à Monsieur Gide et trois poèmes limpides de Chabaneix.

*Les « *Livrets du Mandarin* » (nouvelle adresse : 2, impasse Guéménée, à Paris) reparaissent. *Puissent-ils* en ces temps difficiles revivre vigoureusement. C'est une acerbe revue de littérature et de justice distributive, rédigée dans un français sans fêlure : un admirable pamphlet tenu par un véritable écrivain, aussi haï que le mérite son redoutable talent.

Jean Séval

(15 janvier 1936)

CINQ SIÈCLES DE LA TAPISSERIE D'AUBUSSON AU MUSÉE DES ARTS DÉCORATIFS

Les visiteurs qui se sont rendus à cette exposition ont pu, grâce à elle, comprendre l s particularités de la tapisserie d'Aubusson et suivre l'évolution au cours des siècles de cette industrie bien française et toujours en honneur dans notre pays.

Nous connaissons tous la tapisserie adaptée au mobilier, joyau de l'industrie du meuble. Nous admirons toujours ces fauteuils et canapés décorés de ces tapisseries aux sujets empruntés à la mythologie, mais nous connaissons moins ces splendies tentures murales dignes de rivaliser avec les Gobelins ou Beauvais.

Je ne puis suivre en détail l'évolution de l'industrie de la Marche groupant Aubusson, Felletin, Bellegarde. Je me contenterai de signaler certaines pièces.

C'est à l'entrée, cette tenture du XV^e siècle, la licorne soutenant un écu et un heaume sur un fond de fleurs.

Dans la salle du XVI^e, très belle verdure à grands feuillages avec dans le haut, Lions et licorne.

Le XVII^e, a produit également de magnifiques tentures, telle celle d'Ariane accueillant Mélinte à Syracuse, d'après le frontispice dessiné par Claude Vignon et cette scène des évangiles, *Jésus chez Marthe et Marie*, Marthe préparant le repas au feu d'une cheminée.

Que dire du *Martyre de Sainte-Barbe* peut-être à mon sens la plus belle pièce de cette exposition avec ses riches coloris, ses merveilleux détails dans le groupement des personnages et sa savante composition.

D'autres tapisseries sont d'une richesse inouïe, les scènes de *La vie de Saint-Saturnin*, celle de la vie de Jeanne-d'Arc. *La France délivrée*, d'après un dessin formant le frontispice de a Pucelle de Chapelain.

Le XVIII^e siècle, la belle époque de la tapisserie est représentée par des pièces capitales, d'abord cette figuration du Christ lavant les pieds à ses apôtres, du Musée des Gobelins, puis cette splendie verdure d'après un carton d'Oudry: *Chiens poursuivant un lièvre*, dans un décor de feuillage remarquable. Puis vers le milieu du siècle, ce sont les tentures somptueuses *L'Adolescence*, le *Colin-Maillard*, d'après Lancret, les scènes chinoises, d'après Boucher, *La Barque du pêcheur*, *Le Berger à la houlette*, *Le Pêcheur au carrelet* et dans la seconde moitié du même siècle *La Bascule*, *La Tricherie reconnue*, scènes galantes si vivantes.

Enfin, ces tapisseries attribuées à Oudry, *Le Loup et le Renard plaidant devant le singe*, *Le Lion malade*, *Le Léopard blessé d'une flèche* ou encore *La Génisse, la Chèvre et la Brebis, en société avec le Lion.*

En passant regardons quelques jolis sièges des fables de la Fontaine. Pour mettre en valeur ces riches tentures, quelques meubles de choix signés des grands ébénistes se voient de place en place, le long des murs de ces galeries.

Au XIX^e siècle, décadence de la tapisserie d'Aubusson qui ne sert guère de décoration murale, sauf pour des établissements publics, mais reste adaptée au mobilier. Signalons une belle œuvre : *tête à tête*, sanglier faisant face à la meute, pièce exécutée pour l'exposition universelle de 1900.

Arrivons maintenant aux tapisseries contemporaines que vous jugerez mieux après avoir vu les pièces de la bonne époque. Je ne me risquerai pas à les apprécier, je laisse ce soin aux visiteurs, sûr d'avance que nous serons du même avis.

Dr M. Vimont.

BUREAU DE TOURISME DU " CONCOURS MÉDICAL "

Certains lecteurs, non intéressés par notre voyage du Maroc, nous ont demandé de leur signaler les principales croisières organisées pendant les vacances de Pâques.

A leur intention, nous donnons ci-dessous la liste de ces croisières.

Notre Bureau de Tourisme se met gracieusement à leur disposition pour leur envoyer les programmes détaillés et pour leur procurer les billets, sans aucune majoration de tarif.

Adressez les lettres au Concours Médical (Bureau de Tourisme) 37, rue Bellefond Paris.

DATES	Ports de départ	DURÉE (jours)	PAQUEBOTS	Tonnage	ITINÉRAIRE	PRIX minimum
Avril 1	Boulogne-s-Mer	—	CARIBIA	12.300	Santander, La Barbade, Trinidad, La Guaira, Puerto Caballero, Curaçao, Puerto Colombia, Carthagène. Cristobal, Port Limon, Puerto Barrics, Livingston, Port Limon, Cristobal, Carthagène, Puerto Colombia, Curaçao, Puerto Caballero, La Guaira, Trinidad, La Barbade, Santander, Plymouth, Cherbourg	4.150 frs
— 3	Marseille	18	X	......	Alexandrie, Caïffa Tibériade, Nazareth, Jérusalem, Bethléem, Tel Aviv, Port-Saïd, Le Caire, Alexandrie, Marseille	2.650 frs
— 4	Le Havre	16	DESIRADE	9.644	Madère, Santa Cruz de Ténériffe, Casablanca, Cadix, Bordeaux	1.500 frs
— 4	Trieste	24	KRALJICA MARIJA	17.500	Split, Bizerte, Alger, Cadix, Madère, Santa Cruz de Ténériffe, Ceuta, Malte, Dubrovnick, Susak	Din. 5.800
— 5	Gênes	18	MILWAUKEE	16.700	Naples, Messine, Port-Saïd, Haïfa, Santorin, Athènes. Cattaro, Gravosa, Venise	R. M. 375
— 5	Le Havre	15	CHAMPLAIN	28.600	Leixoes, Malaga, Casablanca, Ténériffe, Funchal, Punta, Delgada, Le Havre	sur demande
— 6	Venise	20	GÉNÉRAL VON STEUBEN	14.690	Dubrovnick, Kotor, Bouches de Cattaro, Corfou, Ithéa, Delphi, Katakolo, Thera, Santorin, Phalère, Athènes, Istanbul, Candie, Crête, Nauplia, Mykenae, Tripoli, Malte, Porto, Anpedocle, Agrigente, Naples, Gênes	R.M. 425
— 9	Southampton	23	ATLANTIS	16.000	Ceuta, Baie de Phalère, Gallipoli, Istanbul, Malte, Lisbonne, Southampton	£ 42.0.0
— 10	Le Havre	4	NORMANDIE	80.000	Vigo, Le Havre	sur demande
— 10	Marseille	77	CAP TOURANE	8.009	Port-Saïd, Djibouti, Colombo, Singapour, Saïgon, Haïphong, Tourane, Saïgon, Pnom-Penh, Angkor, Singapour, Colombo, Djibouti, Port-Saïd, Marseille	7.950 frs
— 17	Gênes	21	MONTE ROSA	13.882	Palerme, Port-Saïd, Haïfa, Rhodes, Corfou, Bouches de Cattaro, Dubrovnick, Spalato Venise	R. M. 220
— 23	Lisbonne	10	CARVALHO ARAUJO	8.375	Madère. San Miguel, Terceira, Graciosa, Santa Cruz, San Jorge, Pico, Caes, Fayal, Flores, Santa Cruz, Flores, Lagens	Esc. 585
— 24	Marseille	28	X	......	Alexandrie, Le Caire, Jérusalem, Tel Aviv, Bethléem, Nazareth, Tibériade, Damas. Baalbeck, Beyrouth, Tripoli, Rhodes, Izmir, Istanbul, Le Pirée, Athènes, Naples, Pompéi, Marseille	6.950 frs
— 25	Venise	19	MILWAUKEE	16.750	Bouches de Cattaro, Athènes, Baie d'Agio, Oros, Istanbul, Constantza (Bucarest), Sinaïa, Yalta, Batoum, Dardanelles, Santorin, Catane, Messine, Naples, Gênes	R.M. 385
— 28	Susak	19	KRALJICA MARIJA	17.500	Kotor, Budva, Corfou, Phalère (Athènes), Istanbul, Santorin, Beyrouth, Dubrovnick, Split, Trieste	Din. 5.000
— 29	Gênes	21	GÉNÉRAL VON STEUBEN	14.690	Sousse, Kairouan, Tripoli, Rhodes, Théra, Santorin, Chios, Mudania, Brussa, Istanbul, Varna, Belos, Phalère, Athènes, Candie, Crête, Catane, Messine, Gênes	R.M. 435

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. le Docteur LANTUÉJOUL, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique, le jeudi 12 mars 1936, à 17 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

SUJET DU COURS : Syndromes hémorragiques ; dystocie ; infection puerpérale.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** (Professeur : M. E. Brumpt). — M. le Professeur E. BRUMPT commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 5 mars 1936, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Chirurgie des membres* : deuxième cours par M. P. PADOVANI, prosecteur, sous la direction de M. Mathieu, professeur.

Ouverture du cours le lundi 16 mars 1936, à 14 heures.

1° *Chirurgie vasculaire.* — Ligatures artérielles. Sympathicectomie. Artériectomie. Traitement des anévrysmes artériels et artério-veineux.

2° *Traitement des plaies des tendons* (tendons extenseurs et fléchisseurs). Sutures et greffes tendineuses.

3° *Voies d'abord de l'avant-bras et du poignet.* — Traitement opératoire des fractures des deux os de l'avant-bras et des traumatismes du carpe. Résection du poignet.

4° *Voies d'abord du coude.* — Traitement opératoire des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'olécrâne et de l'extrémité supérieure du radius. Résection du coude.

5° *Voies d'abord de la diaphyse humérale et du nerf radial. Plaies des nerfs.* — Sutures et greffes nerveuses.

6° *Voies d'abord de l'épaule.* — Traitement opératoire des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Résection de l'épaule. Traitement des luxations récidivantes et des luxations anciennes de l'épaule. Traitement de la luxation acromio-claviculaire (procédé de Cadenat).

7° *Voies d'abord du cou-de-pied et du calcanéum.* — Traitement des fractures récentes et des cals vicieux du cou-de-pied. Astragalectomie. Traitement des fractures du calcanéum.

8° *Voies d'abord de la diaphyse fémorale et du genou.* — Traitement opératoire des fractures de la diaphyse fémorale, de l'extrémité inférieure du fémur et de la rotule. Méniscectomie. Résection du genou.

9° *Voies d'abord de la hanche.* — Butée. Arthrodèses. Résections arthroplastiques. Traitement opératoire des fractures et des pseudarthroses du col du fémur.

10° *Traitement des pseudarthroses et des cals vicieux en général. Traitement des fistules osseuses.*

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n°4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R M.).

Thèses. — Lundi 16 décembre. — MM. Couvelaire, Grégoire, Sergent, Lacomme. — M. AVRANE : Puerpéralité chez les primipares de moins de 16 ans. — Mlle MOURLON : Etude d'une technique de ponction pleurale avec insuffisance d'air.

Mardi 17 décembre. — Jury : MM. Balthazard, Carnot, Hazard, Piédelièvre. — M. SIMON (Paul) : Intoxications par quelques antihelmintiques. — Mlle KLEIN : Etude médico-légale de la démence précoce — M. BABOCK : Vaccination intradermique, antistaphylococcique dans le zona.

Mercredi 18 décembre. — Jury : MM. Tanon, Alajouanine, Joannon, Turpin. — M. GRINBERG : Hygiène de l'industrie de la paraffine. — M. GUILLAUME : Les névrites pneumoniques. — M. IMANN : Le corps médical en face du péril aéro-chimique. — Mme MOULIN : Le dépistage des lésions bucco-dentaires dans les milieux scolaires. — M. PROSSI : Etude de l'ostéome de l'orbite. — M. THÉODOROFF : Etude de la fièvre scarlatine en Bulgarie. — M. STORCK : L'hormonothérapie ovarienne dans l'hémophilie familiale. — Mme DE PALMA : La surveillance médicale dans les crèches.

Jeudi 19 décembre. — Jury : MM. Bezançon, Lemaître, Nobécourt, Halphen. — M. MITOFF : La pyélonéphrite du nourrisson. — M. FALK : Etude du pneumothorax spontané dans la première enfance. — M. PEDRAZA : Résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfance. — M. NOBOA-RECIO : Etude des kystes amygdaloïdes.

Thèse vétérinaire. — Jeudi 19 décembre. — Jury : MM. Tanon, Letard, Simonnet, Panisset, Verge. — M. GAPAIS : L'ajonc. — M. MALEKZADEH : La morve et sa prophylaxie dans l'armée.

Vendredi 20 décembre. — Jury : MM. Gosset, Coquot, Lesbouyries. — M. ARNOUX : Quelques laparotomies chez les carnivores.

Thèses. — Mercredi 8 janvier. — Jury : MM. Lœper, Mathieu, Lemaire, Turpin. — M. BERNARD : Emploi de l'amidopyrine lactique dans le traitement de la typhoïde. — DE SORIA : Phono-mécanocardiographie.

Samedi 11 janvier Jury : MM. Claude, Lereboullet, Tanon, Maurice Villaret. — M. BABMOFF : Les rizières en Bulgarie comme foyer d'impaludation. — M. CARNIOL : Etude du cancer primitif des voies biliaires intrahépatiques.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux** (admissibilité). — Jury : MM. Mouchet, Wiard, Capette, Desplas, Petit-Dutaillis, Robert Monod, Leveuf.

Censeurs : MM. Soupault, Huet, Redon, Funck.

Lecteurs : MM. Ameline, Sénèque, Blondin, Meillière, Welti, Leibovici, Banzet, Oberlin.

— **Concours de l'internat.** — *Oral.* — Séance du 22 janvier 1936. Questions données : « Signes et diagnostic des néphrites au cours de la scarlatine. — Diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires (type Dupuytren). »

MM. Debost, 18,4 ; Milliez, 22,2 ; Adam, 16,2 ; Boulenger (P.), 26,8 ; Sayons, 19,3 ; Robert (J.-P.), 18,3 ; Netter (R.-F.), 20 ; Schapira, 24 ; Bonduelle, 19,9 ; Allilaire, 23.

Séance du 24 janvier. *Questions données :* « *Signes et diagnostic des paralysies diphtériques.* — Signes, évolution et diagnostic des perforations des ulcères duodénaux. »

MM. Debeyre (J.), 21,3 ; Livory (M.), 13,5 ; Eudel, 22,1 ; Bancaud, 18,1 ; Rougé, 22,3 ; Schaefer, 20,9 ; Verstraete, 19,7 ; Mozziconacci, 26,7 ; Mlle Eyraud, 20,5 ; M. Le Sueur (Guy), 21,2.

Séance du 27 janvier. — *Questions posées* : Les panaris du pouce. Symptômes et diagnostic des paraplégies par compression de la moelle dorsale.

MM. Le Loch, 20,5 ; Frebet, 15 ; Bouvier, 19,8 ; Rozée Belle Isle, 22,5 ; Vincent, 20,8 ; Torre, 19,4 ; Petit, 20 ; Gaumé, 21 ; Mlles Olivier, 25,7 ; Sachnine, 24,2.

Séance du 29 janvier. *Questions posées* : Symptômes et diagnostic du coma de l'hémorragie cérébrale. — Complications des hémorroïdes.

MM. Loiseau, 17,3 ; Gimault, a filé ; Lamotte, 18,8 ; Bourgine, a filé ; Bonnet, 13,8 ; Tulou, 13,4 ; Pequignot, 20,4 ; Pellerat, 13,4 ; Zivy, 19,4.

— **Concours des prix de l'internat.** — *Médecine.* — MM. Facquet, 65 ; Mahoudeau, 65 ; Netter, 65 ; Bernard, 64.

Epreuve supplémentaire. — MM. Netter, 19 ; Mahoudeau, 18 ; Facquet, 17.

Médaille d'or : M. Netter ; médaille d'argent : M. Mahoudeau ; accessit : M. Facquet.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **IIe Congrès international des médecins catholiques.** — Du 28 mai au 2 juin aura lieu à Vienne (Autriche) le IIe Congrès international des Médecins catholiques. Le premier s'est tenu en 1935, à Bruxelles.

Le Congrès de Vienne s'occupera surtout des *questions eugéniques et de stérilisation, ainsi que de la prévoyance médicale aux missions.* Un statut international pour la collaboration des Sociétés nationales est à l'étude et sera soumis à l'assemblée.

Il y aura naturellement de nombreuses excursions et manifestations à cette occasion, aussi bien à Vienne qu'aux environs.

Tous les renseignements seront donnés par les Sociétés nationales de Saint-Luc.

— **La statistique du P. C. B.** — Le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. est le suivant pour les quatorze dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398 (en plus 49).
En 1924 : 1.682 (en plus 284).
En 1925 : 1.900 (en plus 218).
En 1926 : 2.211 (en plus 311).
En 1927 : 2.414 (en plus 203).
En 1928 : 2.991 (en plus 577).
En 1929 : 3.078 (en plus 87).
En 1930 : 3.371 (en plus 293).
En 1931 : 3.233 (*soit* 138 *en moins*).
En 1932 : 2.971 (*soit* 262 *en moins*).
En 1933 : 3.092 (en plus 121).
En 1934 : 3.298 (en plus 206).
En 1935 : 2.899 (*soit* 399 *en moins*).

Voici — à la date du 31 juillet 1935 — la répartition de ces étudiants par Facultés ou Ecoles, par nationalité et par sexe.

Statistique des étudiants inscrits en vue du certific at d'études P. C. B.

Facultés ou Ecoles	Français		Etrangers		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Alger	85	13	2	»	100
Amiens	18	2	»	»	20
Angers	13	2	»	»	15
Besançon	16	2	3	»	21
Bordeaux	142	19	5	1	167
Caen	33	5	1	»	39
Clermont	72	13	3	3	89
Dijon	30	4	4	»	38
Grenoble	31	4	16	2	53
Lille	116	19	2	1	138
Limoges	14	6	»	»	20
Lyon	141	25	25	2	193
Marseille	137	25	11	3	176
Montpellier	120	29	39	4	192
Nancy	75	12	15	1	103
Nantes	40	16	»	»	56
Paris	586	172	114	13	885
Poitiers	57	11	»	»	68
Reims	22	2	7	»	31
Rennes	109	11	»	»	120
Rouen	54	17	10	3	84
Strasbourg	53	17	10	2	82
Toulouse	133	18	7	1	159
Tours	22	7	19	2	50
	2.119	451	293	36	2.899
	2.570		329		

Soit 399 de moins que l'an dernier, se décomposant comme suit : 122 français et 277 étrangers.

Sauf à Besançon où le chiffre est resté le même et à

Caen, Clermont, Grenoble, Poitiers et Rouen où il a légèrement augmenté, il y a diminution dans toutes les Facultés et Ecoles. (*Vie médicale.*)

— Le budget de l'Assistance publique à Paris pour 1936. — Du rapport de M. de Fontenay, conseiller municipal, nous extrayons les chiffres suivants :

L'ensemble du budget de 1936 de l'Assistance publique de Paris s'élève à 648 millions, soit 8 millions de moins que le précédent. La subvention de la ville est de 284 millions, en diminution de 4 millions par rapport à 1935, et de 58 millions par rapport à 1932 (qui eut le chiffre le plus élevé depuis la guerre).

En 1934, 342.277 personnes ont été hospitalisées dans les différents établissements de l'Assistance publique de Paris, avec 13.083.215 journées d'hospitalisation. On a créé, en 1935, 1.392 lits nouveaux (Hôpital Beaujon-Clichy principalement.)

— Semaine oto-rhino-laryngologique. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris organise du 4 au 9 mai 1936 une « Semaine oto-rhino-laryngologique » avec le concours de MM. Aubin, Aubry, Baldenweck, André-Bloch, Bouchet, Bourgeois, H.-P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P.-C. Huët, Lallemand, Lemaître, Lemariez, Le Mée, Louis-Leroux, Moulonguet, Ombrédanne, Ramadier, Rouget, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris.

PROGRAMME. — Lundi 4 mai, matin (Saint-Antoine), M. LALLEMANT : Laryngoscopie en suspension ; soir (Beaujon), MM. BALDENWECK et CHATELLIER : Le nystagmus oculaire.

Mardi 5 mai, matin (Tenon), M. HAUTANT : Diagnostic et traitement du cancer du larynx ; soir (Amphithéâtre de Clamart), M. HUËT : Laryngectomie totale ; M. AUBIN : Traitement chirurgical des diverticules de l'hypopharynx.

Mercredi 6 mai, matin (Lariboisière), M. LEMAÎTRE : Cancer de l'amygdale et du maxillaire inférieur ; soir (Laennec), M. Louis LEROUX : Ostéomyélite envahissante du crâne ; M. André BLOCH : Les hémorragies en oto-rhino-laryngologie.

Jeudi 7 mai, matin (Boucicaut), M. MOULONGUET : Traitement chirurgical de l'ozène ; soir (Amphithéâtre de Clamart), M. RAMADIER : Les pétrosites.

Vendredi 8 mai (Tenon), M. AUBRY : Chirurgie du labyrinthe ; soir (Amphithéâtre de Clamart), M. OMBRÉDANNE : Section du nerf vestibulaire.

Samedi 9 mai, matin (Saint-Louis), M. HALPHEN : Diagnostic et traitement des ethmoïdites ; soir (Enfants-Malades), M. LE MÉE : Radiographie du rocher et des sinus craniens ; M. BOUCHET : Exercices de lecture et d'interprétation des films. De quelques instrumentations pour la laryngoscopie directe chez l'enfant.

Droit d'inscription : 200 francs. Conditions spéciales aux internes et externes des hôpitaux de Paris.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 avril 1936, par M. Louis-Leroux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

— La Chambre des médecins du Reich et le statut des médecins en Allemagne. — Le statut des médecins en Allemagne est officiellement organisé et la Chambre des médecins du Reich aura son chef nommé par le Führer.

Les honoraires sont fixés d'après un tarif maximum et un tarif minimum établis par le ministre de l'Intérieur. Le tarif maximum ne pourra, même avec l'assentiment du malade, être dépassé qu'avec autorisation de la Chambre. L'obligation du secret professionnel est susceptible d'être levée dans l'intérêt général.

Les médecins « marrons » seront rigoureusement éliminés. De même les médecins « non aryens », sauf, pour ces derniers, exceptions justifiées par la valeur morale et scientifique.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XLe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936.

Présidents : M. le Docteur O. Crouzon, membre de l'Académie de médecine, et M. le Docteur A. Repond, médecin-directeur de la maison de santé de Malévoz, à Monthey (Valais). — Vice-président : M. le Docteur O. Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois. — Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord). — Secrétaire annuel : M. le Docteur O.-L. Forel, privat-docent à l'Université de Genève. — Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLe session.

Psychiatrie : L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques. — Rapporteurs : M. le Docteur W. BOVEN, privat-docent à l'Université de Lausanne, et M. le Docteur A. BROUSSEAU, médecin de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris.

Neurologie : Etude séméiologique, étiologique et pathogénique du mouvement choréique. — Rapporteur : M. le Docteur Jean CHRISTOPHE, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris.

Thérapeutique psychiatrique : Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles. — Rapporteur : M. le Docteur Hans-W. MAIER, professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14e, c/c postal 456-30, Paris.

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'Association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XLe session inscrits avant le 10 juin 1936 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Médecine coloniale.

Décret du 18 janvier 1936 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux Colonies et prescrivant la vérification et l'authentification des titres et diplômes de tous les médecins et dentistes exerçant aux Colonies.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire dans les colonies, pays de protectorat et territoires sous mandat relevant du ministre des Colonies, s'il n'est :

1o Muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ;

2o Citoyen ou sujet français, ou ressortissant de pays placés sous le protectorat de la France, ou administrés sous mandat français.

Art. 2. — Dans un délai de six mois à dater de la promulgation dans les différentes colonies du présent décret, les titres et diplômes de tous les médecins et dentistes y exerçant devront être vérifiés et authentiqués par les soins des hautes autorités locales, et avec la collaboration des Syndicats médicaux, des Syndicats de chirurgiens-dentistes et de l'Administration des Contributions directes.

Passé ce délai, les praticiens qui ne se seront pas soumis à cette mesure recevront, par les soins des gouverneurs et dans la quinzaine, une lettre recommandée les invitant à se conformer à la disposition précédente. Si, dans les quinze jours francs qui suivront la réception de ces avis, ils ne se conforment pas à la loi, ils seront passibles d'une amende de 16 à 50 francs.

Quiconque exerce la médecine ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, sera puni d'une amende de 500 francs.

Un rapport avec état nominatif précisant entre autres la nationalité du praticien ou sa date de naturalisation, la nature ou la date exacte du diplôme ou de ses titres, le lieu de dépôt du diplôme ou des titres, sera envoyé au ministère des Colonies, dans le mois qui suivra la clôture de la vérification faite par les gouverneurs.

Les modifications apportées à l'état nominatif ci-dessus seront adressées au ministre des Colonies, chaque année, dans la première quinzaine du mois d'avril.

De instructions du ministère des Colonies fixeront les détails de ces opérations de vérification ainsi que les moyens de justifier des titres et diplômes dont auront pu être dépossédés les médecins et les dentistes.

Art. 3. — Les dispositions de loi applicables aux praticiens alsaciens et lorrains et aux praticiens étrangers dans la métropole le seront également dans les colonies, pays de protectorat et territoires à mandat.

Art. 4. — Les conditions d'exercice de la médecine et de l'art dentaire pour les médecins ou dentistes

indigènes formés dans les Ecoles de médecine des colonies continueront à être soumises aux dispositions spéciales qui les régissent.

Art. 5. — Toutes dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

Art. 6. — Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

23 JANVIER

Citation à l'Ordre de la Nation.

Le Gouvernement de la République française cite à l'ordre de la Nation :

M. Taubmann (Jean), docteur en médecine, naturalisé français après avoir combattu pour la France pendant la guerre ; a toujours fait preuve du plus grand dévouement et de la plus haute conscience dans l'exercice de sa profession.

A été tué alors qu'il accompissait son devoir de médecin, le 13 janvier 1936.

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Officier : M. le Docteur Michel, de Saint-Eloy-les-Mines.

Chevaliers : MM. les Docteurs Ardouin, de Cherbourg ; Cauvin, de Nice ; Chanez, de Lyon ; Diard, de Tonnerre ; Duchein, de Sedan ; Ely, de Poitiers ; Eschbach, de Bourges ; Gomot, de Melun ; Guilluy, Jouffray et Leblan, de Paris ; Macheras, de Fours ; Muller, dit Bullinger-Muller, d'Alger ; Pelas, de Verdun ; Mme Poli, d'Alger ; Tarneaud, de Paris ; Werner, de Metz.

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté en date du 21 janvier 1936, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le Docteur Guran (Noé), chirurgien de l'hôpital de Beauvais (Oise), pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

24 JANVIER

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Docteur Marion, médecin des dispensaires d'Ermont-Eaubonne ; Taubmann, de Paris, tué alors qu'il accomplissait son devoir de médecin.

Exercice de la médecine.

Sont autorisés à exercer la médecine sur le territoire français, dans les conditions de l'article 1er,

dernier paragraphe, de la loi du 26 juillet 1935, les médecins sarrois ci-après ;

Docteur François Franke, domicilié à Sarreguemines ;

Docteur Otto Hirsch, domicilié à Bordeaux ;

Docteur Léopold Hirsch, domicilié à Cauderan.

Médaille d'honneur des épidémies.

Médaille d'or : MM. les Docteurs Durand, de Tunis ; Cerné, de Rouen.

Médaille de vermeil : M. le Docteur Villain, de Tunis.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Chaubet, d'Ouezzanz (Maroc) ; Louis Martin, de Casablanca ; Dupoux, de Tunis ; Beydoun Wafik, de Beyrouth ; Olieu, des Hautes-Alpes ;

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Saint-Yves, de Chalamont ; Esmenard, de Marseille ; Faraggi, de la Bachellerie ; Dubourg, de Bordeaux ; Peytard, de Corps ; Bacou, de Perpignan ; Vignalou, de Niort ; Berger, d'Ouezzane ; Me Monasterew, de Monastir.

Médaille d'honneur de l'hygiène publique.

Médaille d'or : M. le Docteur Foveau de Courmelles, de Paris.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Aurientis, d'Aix ; Colliez, de Longwy ; Saleur, de Meurthe-et-Moselle ; Béthuel, de Paris ;

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Aweng, de Jœuf ; Arnoux, de Baccarat ; Ducret, de Lunéville ; Triollet, du Morbihan ; Perron, de Paris ; Liégard, de Paris ; Gounelle, de Strasbourg.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Frais de dernière maladie à déduire de l'actif de la succession

14.163. — M. Martel expose à M. le ministre des Finances qu'aux termes de l'article 17 de la loi du 16 avril 1930 « les frais de dernière maladie du de cujus » sont déduits de l'actif de succession, pour le payement des droits de mutation par décès, dans la limite d'un maximum de deux mille francs, et demande : 1° si une distinction doit être faite entre les frais ou si toute dépense nécessitée par le traitement est déductible et si un receveur est fondé à exiger la ventilation dans une facture de clinique, des frais médicaux et pharmaceutiques proprement dits et des frais de pension et à refuser à ces derniers le bénéfice de la déduction ; 2° si la partie de frais excédant deux mille francs peut, en outre, être déduite de l'actif héréditaire sans limitation, sur la simple production d'un extrait des livres de l'établissement trai-

tant (clinique ou hôpital) justifiant de l'existence de la dette au décès. (*Question* du 4 novembre 1935.)

Réponse. — 1° Par l'expression « frais de dernière maladie », il faut entendre les frais afférents à la maladie qui a entraîné le décès, notamment, les honoraires des médecins, le prix des médicaments, les salaires des gardes-malades, et les frais de logement ou de nourriture dans un hôpital ou une clinique ; 2° Réponse affirmative, si l'hôpital envisagé est un établissement public, dont les registres présentent le caractère de registres publics, et à la condition que l'extrait de ces livres soit certifié par l'autorité administrative. (*J. O.*, 15 janvier 1936).

Accidents exclus des Assurances sociales

14.141. — M. Beltrémieux expose à M. le ministre du Travail que l'article 8, paragraphe 1er, de la loi des Assurances sociales stipule que « ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées, par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail » ; qu'en vertu de la loi du 18 juillet 1907, articles 1er et 2, M. le ministre du Travail et les employés auxiliaires des Assurances sociales ont la faculté d'adhérer à la législation des accidents du travail ; et demande : 1° quelle suite une Caisse doit réserver à une demande de prestations faite par un auxiliaire du Service départemental des Assurances sociales, à la suite d'un accident du travail ; 2° si, dans le cas où l'assuré ne pourrait se prévaloir d'autres dispositions que celles du droit commun, la Caisse est en droit de réclamer à l'Etat, conformément à l'article 61 de la loi des Assurances sociales, le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques et des demi-salaires avancés par elle. (*Question* du 31 octobre 1935.)

Réponse. — La Cour de cassation a jugé, par un arrêt en date du 20 novembre 1934, que l'assuré, victime d'un accident du travail contre lequel il ne pourrait être couvert, conformément à la législation relative au risque professionnel, qu'en contractant bénévolement une assurance spéciale, ne peut être exclu du champ d'application de l'assurance-maladie prévue par la loi du 30 avril 1930. La Caisse doit les prestations, mais elle est fondée, aux termes de l'article 60 de la loi du 30 avril 1930 susvisée, à se retourner contre le tiers responsable de l'accident en application de l'article 1382 du Code civil.

(*J. O.*, 17 janvier 1936.)

Frais professionnels à déduire des recettes

13.928. — M. Eugène Pierre demande à M. le ministre des Finances : 1° si un Contrôleur des Contributions directes a le droit de refuser à un docteur, n'ayant pas de clientèle propre, mais travaillant uniquement pour le compte de deux sociétés, soit chez lui, soit chez les malades, l'admission en déduction des salaires perçus, des frais professionnels inhérents

à l'exercice de sa profession ; 2° si le même fonctionnaire a le droit, sous prétexte que la profession envisagée ne figure pas dans l'arrêté du ministre des Finances prévu par l'article 64 des lois codifiées, de n'admettre ces frais professionnels que jusqu'à concurrence de 10 p. 100 du montant des salaires ; 3° à quels moyens peut avoir recours le contribuable ci-dessus visé pour faire admettre, par son Contrôleur, la déduction exacte des frais occasionnés par l'exercice de sa profession. (*Question du* 30 *septembre* 1935.)

Réponse. — La dernière phrase de l'article 61 du Code général des impôts directs qui prévoyait que, pour les catégories de professions salariées comportant normalement un pourcentage de frais supérieur à 10 p. 100 du revenu brut le taux et le maximum de la déduction forfaitaire seraient fixés par arrêté du ministre des Finances vient d'être remplacée, avec effet du 1er janvier 1935, par une disposition suivant laquelle les contribuables passibles de l'impôt sur les traitements et salaires sont admis à justifier du montant de leurs frais réels (art. 2 du décret-loi du 30 octobre 1935, n° 4 du ministère des Finances). Par suite, le médecin envisagé peut valablement demander au Contrôleur que son imposition de 1935 soit établie sous déduction des frais inhérents à sa profession qu'il a réellement supportés en 1934, à condition de fournir à cet égard toutes justifications utiles. Si l'imposition figure déjà dans les rôles, l'intéressé devra adresser une demande en réduction au Directeur des Contributions directes de son département.

(*J. O.*, 17 janvier 1936).

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

10.647. — Prélèvement de 10% sur les honoraires d'Assistance médicale gratuite

Au début d'octobre, selon l'habitude et le règlement préfectoral local, j'ai rédigé et envoyé mes mémoires d'Assistance médicale gratuite pour les trois premiers trimestres de l'année.

Le payement de ces mémoires s'est effectué avec la retenue de 10 % d'après le décret-loi du 16 juillet 1935.

Est-ce normal que cette retenue s'effectue sur la totalité des actes médicaux effectués, même ceux antérieurs au 16 juillet 1935.

Je croyais que la retenue n'était valable que pour les actes postérieurs à la publication du décret-loi.

Pas plus tard que le 20 décembre 1935 j'ai touché à la banque des coupons de rente française, échus fin juin et oubliés de toucher jusqu'alors, et l'on m'a fait remarquer que la retenue n'était pas faite parce que coupons antérieurs.

De plus nous avons la faculté d'envoyer nos mémoires à la Préfecture à la fin de chaque trimestre, surtout ceux qui ont de gros mémoires. Ce n'est pas mon cas, loin de là. Or ceux qui ont agi ainsi fin mars, ont eu leurs mémoires réglés sans retenue tan-

dis que ceux qui l'ont fait seulement fin septembre ont été amputés de 10 %. Est-ce juste ? Dr S.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet dernier portant prélèvement de 10 % sur les dépenses publiques ne s'applique aux termes de son art. 1er qu'aux dépenses « venues à échéance postérieurement à la date de sa publication ». Par contre celles qui étaient liquides et exigibles avant cette date n'ont pas à subir ce prélèvement, quand bien même le payement n'en serait demandé que postérieurement.

Il semble cependant qu'en l'espèce la Préfecture ait raison ; en effet vos mémoires d'honoraires pour soins donnés aux assistés n'étaient pas exigibles par eux-même à la fin de chaque trimestre. Il était nécessaire auparavant qu'ils aient fait l'objet d'un examen et d'une vérification soit par les Services de la Préfecture, soit par une Commission de contrôle (liquidation) et que le Préfet en ait décidé le payement (ordonnancement) après avoir constaté qu'aucun abus n'avait été commis.

C'est donc à ce moment, et à ce moment seulement que votre mémoire est devenu exigible, et c'est à cette date qu'il faut se placer pour savoir s'il était ou non assujetti au prélèvement de 10 %. Comme vous n'avez envoyé vos mémoires à la Préfecture que postérieurement au 17 juillet, la date de leur exigibilité ne peut donc qu'être postérieure, et nous pensons alors que la légitimité du prélèvement peut être difficilement contestée.

10.632. — Prélèvement de 10 % sur les traitements

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant, au sujet de l'application des décrets-lois dans les services hospitaliers, au point de vue de la retenue de 10 % sur les traitements médicaux.

1° Pour la détermination du taux du prélèvement qui varie de 3 à 10 %, est-il légal d'ajouter au traitement fixe du médecin d'un établissement hospitalier la somme représentée par les honoraires médicaux versés par les Caisses d'assurances sociales pour les malades hospitalisés ?

Exemple : le médecin d'un hôpital reçoit un traitement fixe annuel de 5.000 francs. En application des décrets-lois, la retenue à lui faire sur son traitement est donc de 3 %. Mais du fait des honoraires médicaux qu'il touche des Caisses d'assurances sociales (forfait de 4 francs par jour) et qui lui sont versés par l'Administration de l'hôpital, la somme globale qu'il reçoit (traitement fixe plus honoraires) dépasse 10.000 francs. Est-il légal de lui appliquer un taux de prélèvement de 10 % sur son traitement de 5.000 francs, au lieu de 3 % ?

2° Est-il légal d'appliquer ce prélèvement de 10 % à la totalité de ses émoluments (traitement fixe plus honoraires). Dr A.

Réponse

Pour déterminer le taux du prélèvement à effectuer, en application du décret-loi du 16 juillet dernier, sur les traitements versés par des collectivités publiques, il y a lieu de faire le total des émoluments nets reçus par chaque intéressé de collectivité de cette nature ayant le caractère de traitement, ou d'accessoire du traitement. Il ne faut pas par contre y faire entrer les rémunérations versées pour des services rendus en dehors de tout contrat de louage de services, qui ont le caractère d'honoraires.

Dans le cas particulier que vous envisagez, le traitement d'un médecin d'hôpital se borne à la rémunération fixe annuelle qui lui est versée. Quant aux sommes qu'il perçoit pour soins donnés aux assurés sociaux à l'hôpital, il s'agit là non pas d'un supplément de traitement, mais de véritables « honoraires » ainsi que le reconnaissent formellement les termes des conventions et des textes ayant trait à la question. En outre il ne s'agit pas là de dépenses publiques, c'est-à-dire de dépenses incombant à une collectivité publique, puisque ces sommes ne sont reversées par l'hôpital au Corps médical de l'établissement qu'en accomplissement d'un simple mandat, et que d'autre part les Caisses d'assurances sociales constituent au point de vue juridique de simples organismes privés.

Ces honoraires échappent donc à tout prélèvement résultant des décrets-lois, et ne doivent pas être ajoutés au traitement pour la détermination du taux de réduction.

---

10 657. — Exercice de la propharmacie

Quelles sont les formalités à remplir pour faire de la propharmacie ? Quels sont les registres ou cahiers à tenir ?

Faut-il demeurer à une certaine distance kilométrique du plus proche pharmacien, ou est-ce la limite seule de la commune qui sert de séparation ?

A-t-on le droit de délivrer tous les produits, ou seulement un certain nombre d'entre eux.

Dr C.

Réponse

En vertu de l'art. 27 de la loi du 21 germinal, an II, la condition nécessaire et suffisante pour qu'un médecin puisse exercer la propharmacie est qu'il soit établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte.

Dans ce cas, il peut alors délivrer des médicaments aux malades qu'il soigne, mais non tenir boutique ouverte à tout venant. Il est naturellement dans l'obligation de respecter toutes

les formalités imposées aux pharmaciens, c'est-à-dire de tenir un livre d'ordonnances, un livre de toxiques. Il doit en outre porter sur son livre-journal fiscal les recettes qu'il tire de l'exercice de la propharmacie, car elles ne constituent qu'un accessoire de son activité professionnelle principale de médecin.

Le propharmacien peut délivrer tous les produits pharmaceutiques dans les mêmes conditions qu'un pharmacien ordinaire.

9.632. — Exercice illégal par les orthopédistes ambulants

Je vous envoie une réclame qui paraît périodiquement dans les journaux de la ville. Il s'agit d'une des plus grandes pharmacies. Pouvez-vous me dire s'il s'agit d'exercice illégal et que puis-je faire pour supprimer ces habitudes. Je ne crois pas pouvoir compter sur l'autorité du Syndicat qui n'est pas très bien organisé.

Dr D.

DEMAIN

à la Grande Pharmacie Régionale, un spécialiste diplômé orthopédiste se tiendra à la disposition de la clientèle pour la prise de mesures et l'essayage des corsets orthopédiques pour scolioses et mal de Pott, appareils pour paralysie enfantine, redresseurs, bras et jambes artificiels, etc...

N. E., 18 nov. 1935.

Réponse

La réclame que vous nous communiquez est, juridiquement, bien rédigée. Pratiquement, elle incite les clients à croire que le spécialiste en orthopédie est médecin, et que, par suite, il pourra prendre part au traitement des maladies.

Cette question de l'exercice illégal de la médecine par les bandagistes et orthopédistes a fait l'objet d'un rapport au Congrès de l'exercice illégal de la médecine qui s'est tenu à Paris en 1906. J'ai eu l'honneur d'être le rapporteur de cette question, et mes conclusions furent les suivantes : il est interdit, par la loi du 30 novembre 1892, de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies, lorsqu'on n'est pas muni du diplôme de docteur en médecine.

Or, est-ce vraiment prendre part au traitement des maladies que d'appliquer un appareil de contention pour une scoliose, pour une ptose abdominale, pour redresser un pied-bot ou soutenir une malformation quelconque ? Non, car dans ce fait il n'y a pas plus exercice illégal de la médecine que lorsqu'un malade va trouver un opticien et lui dit : « J'ai une myopie ou une presbytie de tant de dioptries, donnez-moi des lunettes avec des verres correcteurs. »

Le fait répréhensible consisterait, pour celui qui n'est pas docteur en médecine, à poser

d'abord un diagnostic, puis à faire un traitement. C'est ainsi que serait coupable d'exercice illégal le bandagiste qui examinerait une grosseur dans l'aîne, ferait le diagnostic de hernie, et vendrait ensuite un appareil approprié. Il se pourrait très bien que cette grosseur soit une adénite, et que l'erreur de diagnostic puisse être très dommageable au client.

Aussi votre Syndicat local peut-il faire faire une enquête, et s'il trouve que deux malades ont été examinés par l'orthopédiste qui a posé un diagnostic, et ensuite, a appliqué un traitement, il pourra dès lors poursuivre en exercice illégal.

Une définition s'impose encore au sujet du traitement. S'agit-il d'une lésion définitive, incurable ? Il n'y a pas de traitement possible, mais simplement appareil de contention et de soulagement pour diminuer, autant que possible, l'infirmité fonctionnelle. S'agit-il, au contraire, d'une affection curable, qui peut être améliorée par un traitement ? L'orthopédiste ne peut s'occuper du malade qu'en se conformant aux prescriptions qu'aura données un docteur en médecine.

Il s'agit donc là de questions de fait, qui ne peuvent être révélées que par une enquête, et le Sou médical sera à votre disposition ou à celle de votre Syndicat, pour étudier si, juridiquement, tels ou tels faits reprochés peuvent donner lieu à l'application des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 qui fixent et répriment l'exercice illégal de la médecine.

Paul Boudin.

FISCALITÉ

10.494. — Déclaration de revenu en cas de décès

Dans ma famille vient de décéder une personne sujette à la déclaration de l'impôt sur les revenus.

Doit-on, quand même, faire cette déclaration au début de 1936, et au nom de qui doit-elle être faite ? au nom de la décédée ou au nom des héritiers directs ?

Dr D.

Réponse

Voici les règles édictées par l'article 134 du décret du 27 décembre 1934 pour le cas de décès :

Les revenus dont le contribuable a disposé pendant l'année de son décès et les bénéfices industriels et commerciaux qu'il a réalisés depuis la fin du dernier exercice taxé, sont imposés d'après les règles applicables au 1er janvier de l'année du décès. Il en est de même de revenus dont la distribution ou le versement résulte du décès du contribuable, s'ils n'ont pas été précédemment imposés et de ceux qu'il a acquis sans en avoir la dis-

position antérieurement à son décès. En ce qui concerne les revenus évalués forfaitairement, le montant du forfait annuel est réduit suivant la durée de la période écoulée entre le 1er janvier et la date du décès.

La déclaration des revenus imposables en vertu de l'alinéa qui précède est produite par les ayants droit du défunt dans les six mois de la date du décès. Elle est soumise aux règles et sanctions prévues à l'égard des déclarations annuelles.

A. Martinot.
Conseil Fiscal

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

467. — Prix d'un pansement et prix d'une fixation de taux d'incapacité permanente partielle

Je viens solliciter de votre obligeance, les renseignements suivants :

1° Je fais actuellement des pansements journaliers à un blessé pour un phlegmon diffus de cuisse drainé (4 drains). Il y a huit jours grosse suppuration, décollement sous-cutané de toute la cuisse.

Je fais une irrigation des plaies pendant vingt minutes, en fait chaque pansement me prend plus d'une heure étant obligé de tout faire seul. Je trouve que 15 francs ne représente pas des honoraires appropriés : que pourrais-je demander à la Compagnie d'assurances ?

2° Soignant un blessé atteint de fracture du calcanéum, cette même Compagnie m'a prié personnellement de lui adresser, à consolidation, un certificat descriptif avec taux d'incapacité permanente partielle. Or ce blessé est assuré individuel et par conséquent me règle mes honoraires. Aussi, je voudrais savoir si c'est la Compagnie qui doit me régler le certificat demandé et combien prendre ?

Dr T.

Réponse

Premier cas : Certes non, 15 francs ne représentent pas, dans ce cas, le travail effectué... et cependant, il n'y a pas d'autre tarification à établir d'après le Tarif des accidents du travail puisque, à part les prix spéciaux pour pansements de brûlures, il n'y a pas dans le Tarif des accidents du travail, de prix spéciaux pour « pansements longs et compliqués », ainsi qu'il est dit dans le Tarif des pensionnés de guerre.

Deuxième cas : S'il s'agit d'un blessé de droit commun, c'est lui qui doit vous régler vos honoraires, fût-il ou non « assuré individuel ». Et cela aussi bien pour vos interventions que pour tout certificat dont il peut avoir besoin pour défendre ses intérêts devant la Compagnie à laquelle il s'est assuré. Mais ce n'est pas un simple

certificat, puisque vous aurez à fixer le taux de l'incapacité permanente partielle, c'est une expertise pour laquelle vous avez à demander dans les 60 à 100 francs suivant la situation personnelle de votre client.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

567. — Fin des obligations militaires ; démission

Je suis médecin capitaine de réserve, classe 1908, ancien médecin d'active ayant démissionné en 1920. Quelle serait ma situation en cas de mobilisation (j'ai quatre enfants), si j'offrais actuellement ma démission au ministre ?

Dr R.

Réponse

En cas de mobilisation, vous ne serez libéré de toute obligation militaire que le 15 octobre 1937, avec les hommes de votre classe 1908.

De toutes façons, même sans vos quatre enfants vous appartenez à la deuxième réserve et comme tel il vous est possible d'offrir au ministre votre démission d'officier de réserve. Vous redeviendriez alors médecin auxiliaire.

ASSURANCES SOCIALES

10.588. — Pas de délai minimum pour les versements aux Assurances sociales

J'ai engagé une bonne et dans les huit jours de son entrée chez moi, je l'ai déclarée aux Assurances sociales. Je viens de recevoir ses feuillets de versement, mais elle part après vingt-huit jours de service. Suis-je obligé de verser à la Caisse pour ces vingt-huit jours de travail ? Ne faut-il pas pour qu'un salarié soit assujetti aux Assurances sociales, qu'il ait travaillé quatre-vingt-dix jours ?

Dr S.

Réponse

Vous êtes obligé de verser les doubles cotisations patronales et ouvrières correspondant au temps pendant lequel vous avez eu cette domestique à votre service, quand bien même il ne s'agirait pas de quatre-vingt-dix jours.

Le délai minimum de quatre-vingt-dix jours ne s'appliquait qu'aux salariés agricoles. Encore est-il supprimé, à partir du 1er janvier par le décret-loi du 30 octobre dernier, modifiant le régime des assurés sociaux des professions agricoles.

10.563. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Je vous communique la lettre ci-incluse, qu'un de de mes malades vient de recevoir de la Caisse à laquelle il est affilié.

Comme vous le verrez, le refus des prestations est motivé par l'insuffisance de temps écoulé entre la date présumée de l'accouchement et la date d'immatriculation.

Mon certificat de grossesse portait, en effet, novembre comme date probable de l'accouchement. Or, ce dernier n'a eu lieu que le 3 décembre.

Mon certificat était donc inexact et je suis de ce fait, rendu responsable des conséquences de cette inexactitude, que la famille me reproche : refus des prestations de la part de la Caisse.

Ne faut-il pas voir ici un prétexte pour ne pas rembourser les frais entraînés par un accouchement dystocique avec suites de couches pathologiques ?

Quoiqu'il en soit, je me permets de vous poser ici la question suivante :

Est-ce la date présumée de l'accouchement qui doit compter dans ce cas particulier ou la date réelle?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me retourner la lettre ci-incluse avec votre réponse, en me disant si l'assuré peut avoir un recours quelconque contre cette décision ou s'il doit tout simplement s'incliner devant elle.

Dr C.

Réponse

Il est exact qu'en principe, l'Assurance ne pouvant garantir des éventualités déjà réalisées à son point de départ, les prestations de l'assurance maternité ne peuvent être allouées à une assurée ou conjointe d'assuré lorsque son immatriculation est antérieure au début présumé de la grossesse (V. réponse ministérielle, n° 9.046, *J. O.*, 18 août 1934).

Mais bien évidemment la date présumée du début de la grossesse doit se calculer d'après les faits, c'est-à-dire en se fondant sur la date à laquelle l'accouchement a réellement eu lieu, et non sur la date que vous aviez présumée.

Malheureusement en l'espèce ce mode de calcul ne changerait rien au droit de vos clients, puisque le début présumé de la grossesse se placerait au 3 mars, et resterait ainsi antérieur de quelques jours à l'immatriculation.

Vous n'avez donc commis aucune faute et causé aucun préjudice à vos clients ; quant à ces derniers, ils ne peuvent que s'incliner devant le refus qui leur est opposé.

Nous vous retournons la lettre que vous nous avez communiquée, et vous prions d'agréer tous nos remerciements pour le don que vous voulez bien faire à la Caisse de notre Ligue.

Cinquante-huitième année | N° 6 bis | 12 Février 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE DU MÉDECIN

PAR LA

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

(Sou Médical)

A NOS LECTEURS

Le Sou MÉDICAL est dans une période de *prospérité croissante*, ainsi que le prouvent les listes d'adhésions, publiées dans le *Concours Médical.*

Le passé du Sou MÉDICAL, qui remonte à 1897, prouve que non seulement le médecin est défendu, au cas où sa *responsabilité professionnelle* est mise en jeu, cette dernière étant couverte par l'adhésion au Sou et au *Concours* jusqu'à 500.000 *francs*, mais que le praticien reçoit aide et assistance *pécuniaire* dans tous les cas où l'exercice de sa profession le conduit tant à se défendre qu'à attaquer devant les Tribunaux.

***

Témoins les exemples suivants qui, dans aucun cas, ne sont couverts par une assurance contre la responsabilité professionnelle seule.

Avant tout organe de défense professionnelle, le Sou médical tient a protéger l'honorabilité de ses membres et par là même, la réputation du Corps médical tout entier. C'est ainsi qu'il n'hésite pas à engager des sommes importantes (plusieurs milliers de francs depuis le début de l'affaire) pour soutenir l'un de ses adhérents victime d'une campagne de calomnie et de lettres anonymes, afin de faire découvrir et condamner sévèrement les auteurs de cette lâche diffamation.

Dans un autre ordre d'idées un membre du Sou médical, médecin sanitaire maritime, avait été l'objet d'une grave sanction administrative, que rien ne justifiait et qui lui avait été infligée sans que les garanties légales eussent été respectées ; le Sou médical a porté l'affaire au Conseil d'Etat et a été assez heureux pour faire annuler cette mesure préjudiciable à son adhérent ; ce dernier lui en exprime tous ses remerciements et témoigne sa gratitude par un don à la Caisse de la Ligue.

***

Le Docteur D... avait été victime d'un autre genre de tracasseries administratives : le paiement de ses

honoraires pour soins à des assistés médicaux gratuits lui avait été refusé, parce que, prétendait la collectivité d'assistance, les soins eussent dû au terme du règlement être donnés à l'hôpital. Sur les conseils du Sou médical l'affaire a été portée devant le Conseil de Préfecture qui a accordé pleinement gain de cause au médecin injustement lésé de ses honoraires, et ce dernier remercie la Ligue dans les termes suivants, qui montrent combien il a compris et apprécié son rôle : « J'ai le plaisir de vous annoncer que je viens de gagner mon procès, et en même temps, de vous remercier de l'appui que vous m'avez accordé si largement et qui était garant du succès... Dans l'état actuel de la médecine procédurière (et ce n'est qu'un commencement) le médecin ne peut s'opposer seul à la force d'inertie à laquelle il se heurte constamment, ni éviter les écueils et embûches dont les voies de recours sont semées. Seule votre organisation, avec ses conseils judicieux et sa compétence quasi-universelle, permet au médecin de faire respecter son droit ».

***

Le médecin est aussi hélas trop souvent en butte à la mauvaise foi de ses clients pour lesquels tous les pretextes sont bons pour ne pas payer. Souvent ainsi l'intéressé prétend avoir été mal soigné ou n'avoir pas été guéri, et espère que le chantage au procès en responsabilité professionnelle arrêtera toutes réclamations. Dans ce cas, le Sou médical ne craint pas de prêter son appui et son soutien à son adhérent pour intenter des poursuites en recouvrement de ses honoraires, au risque de déclencher une demande reconventionnelle en dommages-intérêts dont il aurait à supporter éventuellement les conséquences pécuniaires.

***

Ainsi en a-t-il été dans l'affaire du Docteur D..., de Paris, qui nous écrit en ces termes :

« L'affaire B... pour laquelle le Sou médical m'a s aimablement accordé son concours moral et pécuniaire se termine à mon entière satisfaction... Je vous prie une fois encore de remercier chaleureusement les membres du Conseil d'administration de l'appui si efficace qu'il a bien voulu m'accorder dans cette affaire et sans lequel très certainement j'aurais beaucoup hésité à faire valoir mes droits judiciairement. »

***

Les lois sociales et le développement du tiers-payant ont d'autre part par trop répandu l'idée chez leurs bénéficiaires qu'ils n'ont pas à payer leur médecin.

Le Sou médical a déjà fait trancher à plusieurs reprises par la Cour suprême le droit pour le médecin traitant d'un accidenté du travail de se retourner contre ce dernier pour obtenir un complément d'honoraires et de ne pas se contenter ainsi du tarif de responsabilité patronal.

Sur les conseils de la Ligue, le Docteur Le P... s'était adressé directement à un accidenté du travail, dans les termes du droit commun, pour obtenir le paiement de ses soins. Contrairement à toute attente le Tribunal saisi se déclare incompétent en soutenant que les poursuites eussent dû être intentées devant la juridiction instituée par la loi de 1898. La Cour confirme le jugement. Le Sou médical n'hésite pas alors à saisir de l'affaire la Cour de Cassation pour faire trancher cette importante question de l'entente directe en matière d'accidents du travail.

***

Nous signalerons enfin que le Sou médical ne désarme pas non plus devant cet autre ennemi du médecin qui a nom le Fisc.

Un de ses adhérents est-il injustement imposé à la cédule des professions libérales, alors qu'il relève de la cédule des traitements et salaires, le Sou médical le

soutient successivement devant le Directeur, le Conseil de Préfecture et le Conseil d'Etat et fait en définitive consacrer son bon droit.

Dans un cas analogue une pétition rédigée par les soins de la Ligue fait obtenir auprès du Directeur 1.600 francs de dégrèvement.

Des succès du même ordre sont obtenus également en matière de patente que les Contrôleurs calculent trop souvent sur des valeurs locatives excessives ; un adhérent du Sou médical dégrévé par les soins de la Ligue de plus de 2.400 francs lui écrit à ce sujet : « Je tiens à vous remercier très vivement de vos conseils dont le résultat fut particulièrement favorable : plus de 50 % de réduction ! Que deviendraient les contribuables médecins sans le Sou médical ! Merci encore... ».

Ainsi, le Sou médical constitue bien une Ligue pour la défense professionnelle des *intérêts particuliers* des médecins. Aux *Syndicats, cette Ligue ne saurait enlever leur monopole des intérêts généraux* de la profession ; c'est pour tous les confrères un véritable devoir d'y adhérer.

Le Sou médical groupe plus de 7.019 adhérents à ce jour et, à l'heure actuelle, il est riche de 2.219.545 fr. tant dans sa caisse de garantie que dans ses réserves (valeur au cours de la Bourse le 31 décembre 1935).

Pour 100 francs par an cette caisse de garantie couvre ses membres contre le risque de la responsabilité civile, à l'occasion de leurs actes cliniques et thérapeutiques, jusqu'à concurrence de CENT MILLE FRANCS ; et cette garantie est portée à CINQ CENT MILLE FRANCS pour ses adhérents, qui sont en outre abonnés au journal *Le Concours Médical*, par le jeu d'une réassurance.

En plus de cette garantie de risque, le Sou médical prend à charge tous les frais de procès ; il donne aux confrères embarrassés tous les conseils juridiques et contentieux, dont ils peuvent avoir besoin : loyers ; affaires fiscales ; soins aux assurés sociaux, accidentés du travail, pensionnés de guerre ; diffamation ; exercice illégal ; difficultés entre confrères ; recouvrement litigieux d'honoraires, etc...

Le Sou médical est donc réellement autre chose qu'une Compagnie d'assurances, car il donne ce qu'on ne saurait trouver dans ces compagnies. Celles-ci sont d'ailleurs des entreprises commerciales destinées à réaliser des bénéfices, et elles conduisent leurs affaires avec cet objectif, d'ailleurs parfaitement respectable.

Confrères, lisez bien cet exposé ; pour 150 francs par an, vous recevrez un journal, bien informé au point de vue scientifique comme au point de vue professionnel ; d'autre part, vous serez garantis, jusqu'à 500.000 francs par an, sans compter les charges d'un procès, et en plus vous recevrez, le cas échéant, tous conseils et appuis juridiques.

Plus loin, page 471, si vous le voulez bien, vous trouverez un bulletin d'adhésion.

Dr G. Fischer.
Secrétaire général adjoint

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

Remerciements au « Sou Médical »

Je reçois lettre et chèque concernant le règlement de l'affaire M... Je vous félicite de l'heureux résultat et je vous remercie de la ténacité bienveillante avec laquelle vous m'avez soutenu.

Vous me signalez que vous me versez l'intégralité de ma créance 3.320 francs sans en déduire les 320 francs de frais. Je vous remercie de votre beau geste — mais pour vous montrer en quelle estime je tiens le Sou Médical auquel j'appartiens depuis si longtemps, je vous retourne en un chèque barré la somme de 500 francs (correspondant à ces frais d'avoué 320 francs, que j'arrondis pour la porter à 500 francs, c'est-à-dire 320 + 180), dernière somme dont vous ferez l'usage qui vous conviendra.

J'y joins mes meilleurs remerciements. Je prêche à mes jeunes élèves à l'Ecole de médecine la nécessité pour eux lorsqu'ils s'installent de faire partie de suite du Sou Médical et je veux montrer moi-même l'exemple pour cette belle œuvre qui a à lutter contre la fourberie et la mentalité de l'époque actuelle.

Dr V.

687.-Assistance médicale gratuite partielle Honoraires du médecin

Je vous avais écrit il y a quelque temps, pour vous demander votre avis au sujet d'un droit que voulait s'arroger un maire de refuser des billets de visite aux indigents officiellement inscrits sur la liste de l'Assistance médicale gratuite. Vous m'aviez répondu qu'il n'en avait pas le droit. Du reste, il n'a pas mis son projet à exécution. Mais il a inventé autre chose, il a décidé qu'à partir du 1er janvier 1936 les indigents inscrits sur la liste d'Assistance auraient à payer 50 % sur le montant des frais médicaux et pharmaceutiques. C'est la première fois que je vois un maire prendre une telle décision et je me demande si elle est bien légale. D'un autre côté, si elle l'est, il me semble que je n'ai pas à m'en préoccuper et que, à la fin du semestre, j'établirai mon mémoire comme d'habitude, en comptant le prix entier de la visite. Mais comment pourra-t-il obliger les indigents à lui verser les 50 % qu'il leur impose ?

Je vous serais donc reconnaissant de bien vouloir me donner des renseignements précis :

1° Sur la légalité de cette mesure ;

2° Sur la manière dont je dois me comporter.

Dr C.

Réponse

Voici le texte de la circulaire du ministre de l'Hygiène du 22 avril 1926, instituant le service

de l'Assistance médicale gratuite partielle. Cette circulaire doit donc servir d'addition et de modification au règlement-modèle de l'Assistance médicale gratuite de 1894.

« Article 1. — Remplacer le second paragraphe par les dispositions suivantes :

« Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements.

« Une mention particulière sur la liste d'Assistance indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais du traitement à domicile, soit une partie des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

« En outre, l'admission d'urgence pourra être prononcée soit au cours d'une maladie prolongée après épuisement des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical ou autre, reconnu indispensable dont le coût dépasse les ressources du malade.

« Cette admission d'urgence sans rétroactivité pourra également ne comporter la gratuité que pour une partie seulement des soins à domicile ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier. Ces admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin appelé à donner ses soins ou des représentants de l'hôpital qui doit recevoir le malade.

« Article 4. — Ajouter à cet article.

« En cas d'admission à la gratuité partielle, la délivrance de ces pièces (carnet de tickets de visites et feuilles de maladie) est subordonnée à l'une des conditions suivantes : versement par l'intéressé au Service départemental de la somme laissée à sa charge (versement total ou partiel), consignation suffisante pour répondre de son payement, ou engagement écrit de s'en acquitter à une date déterminée.

« En cas d'admission partielle au bénéfice de l'hospitalisation gratuite, d'un récépissé délivré par le comptable public compétent constatant le versement par l'intéressé de la somme laissée à sa charge ou d'une consignation suffisante pour en répondre, ou encore engagement écrit par l'intéressé de s'en acquitter à une date déterminée. »

De la lecture de ce document, nous devons conclure que le médecin de l'Assistance médicale gratuite n'a pas à connaître si les malades, auxquels il doit donner des soins au nom du service départemental, sont des indigents totaux

ou des indigents partiels. Il recevra pour les uns comme pour les autres les mêmes bons, ou feuilles de visite et de consultation, puis, en fin de trimestre, de semestre ou d'année, il enverra sa note d'honoraires au Service de la Préfecture.

C'est au maire ou au bureau d'assistance local de prendre, selon les termes de la circulaire précitée, des précautions suffisantes pour que le malade qui a obtenu le bénéfice de l'Assistance médicale partielle puisse rembourser au Service départemental la part qui reste à sa charge.

Paul BOUDIN.

10.846. — Un chirurgien d'hôpital est tenu au secret professionnel

Chirurgien d'hôpital je soigne un blessé, qui, travaillant sur la voie du chemin de fer pour une entreprise, fut happé par un rapide. Le médecin traitant avait vu ce blessé et l'avait fait hospitaliser. Je fais le traitement nécessaire et aussi le pronostic : mortel, à très brève échéance.

Le médecin traitant me téléphone et je lui signale la gravité exceptionnelle d'un cas malheureusement banal pour qu'il puisse en aviser le patron responsable de l'accident.

Je suis ensuite — après la mort du blessé — harcelé : 1° par le patron à qui je refuse tout renseignement, puisque j'ai connu son blessé comme chirurgien d'hôpital. Adressez-vous au médecin traitant lui dis-je.

2° Mais je suis aussi harcelé par le directeur du service de la Compagnie qui me laisse... un questionnaire à remplir, la petite note de service.

Le diagnostic, l'état du blessé à l'entrée dans mon service, les causes de la mort, etc., etc., telles sont les questions posées.

Je réponds : mille regrets, mais je suis chirurgien traitant, lié par le secret professionnel et je m'étonne que vous me demandiez à moi tous ces renseignements que je n'ai pas le droit de donner et donc que vous n'avez pas le droit de me demander.

Fureur du bonhomme à qui « depuis trente-cinq ans qu'il est commissaire de la Compagnie, aucun médecin n'a fait pareille réponse ». Faut-il que je sois original.

Je sais parfaitement que j'ai agi comme il convient, et que le secret professionnel joue ici indiscutablement. Mais je crois qu'en publiant mon cas vous éviterez aux confrères qui depuis trente-cinq ans ont renseigné ce monsieur, ignorant de la loi de ses droits et de ses devoirs de fonctionnaire, de continuer de tels errements.

Ceux-ci ne sont pas sans inconvénients. Le patron ici répond : mon ouvrier a été blessé en dehors de son travail ; la Compagnie cherche à se disculper. Il va y avoir procès si on sort mon certificat (que légalement je dois refuser) ; les parents du blessé mort

Voir la suite page XXXIX-465

PROPOS DU JOUR

La Retraite du Médecin

La question de la retraite du médecin, toujours à l'ordre du jour, mérite d'être examinée.

Les hommes de notre âge vécurent pendant de longues années avec la conviction que le médecin praticien mourait jeune et qu'il lui était peu utile de se constituer une pension de retraite. La jeunesse médicale d'alors avec une belle insouciance, se souciait peu de l'avenir. Le médecin ne commençait à s'en inquiéter qu'après avoir atteint 40 ans, les archives de notre *Mutualité familiale* en font foi. Or, peu à peu, il fut démontré que le médecin atteignait souvent un âge avancé, que les statistiques basées sur les notes nécrologiques, publiées dans les journaux médicaux, qui annonçaient la mort des jeunes médecins et ignoraient celle des vieux praticiens qui n'exerçaient plus, avaient trompé dans leurs prévisions, ceux qui avaient tenté d'organiser les premières Caisses professionnelles de retraites. Ces Caisses, après un certain nombre d'années, avaient été obligées de liquider, car on pouvait prévoir l'époque prochaine où elles ne pourraient plus tenir leurs engagements. Récemment *Le Mouvement Sanitaire* (décembre 1935) a publié, d'après *Difesa sociale* d'août 1935, une statistique portant sur la mortalité des médecins aux États-Unis et au Canada. On y relevait qu'en 1934, il était mort en Amérique du Nord 3.304 médecins et que l'âge moyen des décédés était 64 ans. Tout nous porte à croire qu'il en est sensiblement de même dans notre pays.

Si le praticien a de sérieuses raisons pour espérer dépasser 65 ans, il est de toute nécessité pour lui de songer à se constituer une pension de retraite. Et nous avons pu constater avec satisfaction que nos jeunes confrères deviennent de plus en plus prévoyants et actuellement le plus grand nombre des nouveaux adhérents à notre *Mutualité familiale* ont moins de 35 ans.

Pour se constituer une pension de retraite, il convient de s'assurer que cette pension : 1° sera *suffisante* ; 2° qu'elle offrira de sérieuses *garanties de sécurité.*

Il faut que la pension de retraite soit *suffisante*. En principe elle devrait atteindre le taux de celle d'un fonctionnaire moyen (24.000 francs environ, soit 2.000 francs par mois).

Le médecin qui, pendant qu'il exerçait, jouissait d'une vie large et confortable, ne saurait se contenter, sans souffrir, de mener lors de sa retraite une existence misérable de restrictions et de privations trop pénibles.

C'est pour cela que nous prétendons que nos diverses caisses de retraites qui donnent de petites pensions, ne doivent pas se concurrencer mais se compléter.

L'âge de la retraite doit être variable et répondre aux forces du médecin, aux conditions d'exercice de sa profession, et à ses charges de famille.

Il est des praticiens qui, à 60 ans, sont encore vigoureux et valides et si, à cet âge, ils ont à subvenir à l'éducation et aux frais d'études de leurs enfants, s'ils exercent dans des conditions peu fatigantes, on ne saurait décemment leur reprocher de continuer à travailler et de reculer l'âge de leur retraite. 65 ans nous paraît l'âge limite à adopter, l'âge le plus propice.

Moyens pour assurer cette retraite. — Il faut d'abord poser comme principe que tant au point de vue moral, qu'au point de vue pratique, le médecin doit faire un effort personnel pour s'assurer une pension de retraite suffisante et sûre. En ne versant rien, on ne saurait songer à s'assurer pour plus tard une pension certaine. Aussi nous sommes de ces gens raisonnables qui sont convaincus que le médecin doit lui-même, de ses propres deniers, contribuer pour la plus large part à se constituer sa retraite.

Deux systèmes s'offrent :

La *capitalisation* et la *répartition.*

La capitalisation à laquelle nous donnons la préférence, consiste à verser régulièrement une cotisation, variant suivant l'âge de l'assuré au moment de son adhésion à la Caisse de retraite, suivant l'âge auquel la pension commencera à être servie, et enfin suivant le taux auquel s'élèvera annuellement cette pension.

La répartition consiste à distribuer chaque année aux retraités les cotisations reçues par la Caisse. Ce système exige un nombre considérable de cotisants pour être à l'abri de toute surprise, car il est basé sur la loi des grands nombres. Il ne saurait donc convenir à nos Caisses professionnelles dont le nombre des adhérents est forcément assez limité.

Comme les médecins praticiens pour la plupart désireraient toucher la retraite la plus élevée possible en versant la cotisation la plus faible, c'est-à-dire, comme l'Avare de Molière, faire bonne chère avec peu d'argent, des confrères ingénieux ont songé à demander aux candidats à la retraite une cotisation annuelle minime qui serait considérablement accrue par des dons plus ou moins volontaires, ou par le produit plus ou moins important de divers procédés de publicité qui seraient offerts, par exemple, aux spécialistes pharmaceutiques, aux fabricants d'appareils orthopédiques, d'objets de pansements, d'instruments divers, etc., etc. Les sommes ainsi réunies seraient annuellement réparties entre les « ayant-droit » à une retraite. Remarquons que ce ne serait pas là des pensions de retraite à proprement parler, mais des allocations annuelles telles qu'elles sont prévues par l'art. 25 de la loi sur la Mutualité du 1er avril 1898, qui permet de distribuer chaque année en allocations non viagères tout ou partie des fonds disponibles. Nous ne nions pas l'intérêt que pourrait présenter cette répartition pour les retraités dont elle bonifierait la pension, mais il convient de faire remarquer que l'allocation annuelle ne saurait remplacer la pension parce qu'elle est basée sur des ressources aléatoires, dues à la générosité de certains ou aux bénéfices d'entreprises com-

merciales dont la prospérité ne saurait être toujours régulière et immuable. Il serait déplorable de faire espérer à un vieux médecin une subvention annuelle appréciable sur laquelle il compterait pour vivre et qui pourrait lui faire défaut en partie ou en totalité du jour au lendemain et le laisser dans la gêne ou même dans le dénuement absolu. Certains proposent d'étudier un système mixte qui consisterait à verser dans la caisse de fonds commun assurant la retraite par capitalisation ou au compte des livrets individuels de chaque retraité, le produit des libéralités et des bénéfices publicitaires ou commerciaux pour augmenter le taux de la pension. Tout cela est à étudier en s'assurant l'avis compétent des actuaires.

Il n'est pas douteux que ceux qui ont étudié le mécanisme des pensions et qui y ont longuement réfléchi, sont partisans, avec les actuaires, du système de la capitalisation pour nos Caisses professionnelles.

Les partisans des allocations annuelles font une objection qui n'est pas sans impressionner.

Sans doute, disent-ils, en temps d'équilibre économique le système de capitalisation est le plus sûr et doit être préféré. Mais, depuis la grande guerre, nous vivons sous un régime de déséquilibre économique et d'instabilité monétaire qui peut réduire considérablement et même annihiler complètement les capitaux accumulés, même en supposant qu'ils aient été placés dans les meilleures conditions et à l'abri de toute spéculation. Que deviendra alors la pension qui doit provenir de la distribution des intérêts de ces capitaux ?

C'est exact. Si le franc est déprécié au point de réduire encore de moitié sa valeur d'achat, la pension sera indiscutablement réduite de la même façon, mais s'il n'en est pas de même pour les allocations annuelles réparties, cela dépendra de la reprise aléatoire des affaires commerciales ou d'un effort plus grand des donateurs, ce qui est dubitatif, car il est loin d'être certain que la dévaluation de la monnaie augmente leur prospérité.

Nous concluerons : il est sage pour le médecin de s'assurer une pension de retraite suffisante pour l'âge de 60 ans ou de 65 ans. Il convient pour payer une cotisation peu élevée d'adhérer à une Caisse de retraites le plus tôt possible. Les Caisses professionnelles offrent l'avantage de venir en aide par des Caisses auxiliaires ou un système d'assurances à leurs adhérents qui du fait d'une maladie ou d'une catastrophe quelconque, seraient dans l'impossibilité de payer momentanément leur prime ; elles facilitent en outre les formalités. Il serait indiscutablement intéressant d'étudier de quelle façon on pourrait faire bénéficier les pensionnés d'allocations annuelles complémentaires, mais il ne faudrait pas borner à ces seules allocations qui pourraient varier, la somme que le retraité considérerait comme un revenu fixe auquel il croirait avoir droit.

J. Noir.

Nous croyons intéressant de donner à nos lecteurs à titre de document le résumé suivant qu'a bien voulu rédiger notre distingué collaborateur, M. Jean Mignon, licencié en droit, diplômé des Hautes Etudes commerciales, trésorier-adjoint de notre Mutualité familiale :

Pensions des fonctionnaires, (Régime des décrets-lois de 1934)

Principe : 1/2 du traitement moyen des trois dernières années.

Limitation : La portion de retraite comprise entre 30 et 40.000 francs est réduite de moitié, des 3/4 entre 40 et 60.000. Le principal de la pension ne peut donc dépasser 40.000 francs.

Minimum : dans la limite de 6.000, 60 % du traitement moyen.

Majorations : la pension peut être majorée, dans la limite de 70 % du traitement de base par des allocations pour charges de famille et par des bonifications résultant d'annuités supplémentaires ou de services spéciaux.

Conditions d'acquisition : 60 ans d'âge, 30 ans de service effectif.

Régime financier : Une loi de 1924 a créé une Caisse des pensions destinée à capitaliser les retenues effectuées sur les traitements. Mais la loi du 24 décembre 1934 a autorisé le ministre à en ajourner la mise en œuvre. Le régime financier est donc toujours celui de la *répartition*. Il le restera d'ailleurs au moins en partie, les pensions n'étant pas égales au montant des retenues capitalisées.

Tarif de la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse (1936)

Pour obtenir une retraite différée de **24.000** francs, l'âge du premier versement étant 30 ans, il faut verser une prime annuelle donnée par le tableau suivant :

Age d'entrée en jouissance	Prime annuelle (capital aliéné)	Prime annuelle (capital réservé)
60 ans	0,1376 × 24.000 = **3.023,40**	0,2090 × 24.000 = **5.016**
65 ans	0,12040 × 24.000 = **2.889,60**	0,15473 × 24.000 = **3.713,50**

Mutualité Familiale

Minimum de la retraite sur une tête à 65 ans : 4.800 fr. à 60 ans + 4.800 fr. à 65 ans = **9.600** fr.
Deux conjoints peuvent donc se constituer une retraite totale de **19.200** francs.
Cotisation annuelle (âge d'entrée : 30 ans) :

	prime simple	prime contre-assurée
Jusqu'à 60 ans	616 + 348 = **964**	724 + 432 = **1.156**
De 60 à 65 ans	**348**	**432**

(Cotisations qu'il y a lieu de majorer de 10 % pour frais de gestion).

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA NUTRITION

Ensemble des phénomènes complexes, dont l'harmonieux équilibre se traduit par cet état que l'on nomme « santé »

Par Guy Laroche,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Tenon

Qu'est-ce que la nutrition ? Nutrition vient du mot latin « nutrire » — nourrir. Nourrir, c'est donner l'ensemble des substances nécessaires à conserver la vie individuelle, et par suite la vie de l'espèce, but essentiel de la nature. La nutrition, c'est l'acte primordial des êtres vivants, destiné à assurer leur existence et la perpétuité de l'espèce.

Ainsi définie, la nutrition semble un phénomène fort simple. On pense aussitôt à la respiration : prise de l'oxygène dans le milieu extérieur, rejet du gaz carbonique. En réalité, même la respiration met en jeu des phénomènes complexes et encore mal connus, telle la respiration cellulaire. Et la respiration ne représente qu'un chapitre, peut-être le plus simple, de la nutrition. L'organisme prend dans le milieu extérieur les substances très différentes qui sont à sa portée ; il les brasse, les malaxe, les désintègre en éléments de plus en plus simples. Ces éléments simples, il les reprend enfin, et leur imprime sa personnalité. Alors intervient la nutrition cellulaire ; l'organisme assimile certains de ces éléments simples, abandonne les autres qu'il éliminera avec les substances de désassimilation. Tous ces phénomènes sont régis par l'action des diastases et des ferments. Oxydations, réductions, coagulations, dissolutions, hydratations, déshydratations sont les modes d'action de ces diastases. Ces diastases, nous n'en connaissons qu'une faible partie ; les diastases du tube digestif et des glandes annexes, peut-être les moins importantes ; mais combien d'autres nous ignorons, surtout dans le cadre des diastases cellulaires. Berthelot disait avec raison que les diastases sont peut-être les éléments essentiels de la nutrition.

Et ces diastases ont des actions complexes, en liaison les unes avec les autres : le diabète, l'obésité, la goutte ne sont pas seulement des maladies au cours desquelles respectivement existent des troubles du métabolisme du sucre, des graisses, de l'acide urique ; mais, dans chacune d'entre elles intervient toute une série d'actions et de réactions complexes. Fait-on absorber du sucre à un sujet ? le taux du sucre sanguin monte ; la fonction glycogénique du foie est excitée et les îlots de Langerhans du pancréas se mettent en hyperfonctionnement ; alors se produit une hypoglycémie. Par suite de cette symbiose fonctionnelle, toute hyperactivité de telle ou telle glande est rapidement contrecarrée par l'activité réactionnelle d'une glande à action inverse.

C'est grâce à cette synergie que l'organisme vit, que l'individu se développe, que l'espèce se perpétue. En effet, existent de nombreux mécanismes régulateurs qui assurent la fixité de l'équilibre de l'organisme, son homéostasie, suivant le mot de Cannon.

Ces mécanismes régulateurs, ce sont :

— le système nerveux central, dont le rôle est souvent trop oublié aujourd'hui, devant l'importance qu'on attribue au :

— système nerveux neuro-végétatif représenté par le sympathique, le para-sympathique, le vague, et aussi les éléments neuro-végétatifs des centres protubérantiels et sous-thalamiques agissant sans doute souvent en liaison avec l'hypophyse ;

— les glandes à sécrétion interne :

Le corps thyroïde — qui, de même que le soufflet de la forge, par son souffle plus ou moins puissant, attise ou éteint le foyer, par ses hormones excite ou inhibe tout le mécanisme de la nutrition. Quel médecin n'a pas été frappé de son importance, en voyant ces malades atteints de maladie de Basedow, en agitation perpétuelle, cachectiques, n'ayant plus que la peau sur les os, en proie à une véritable incandescence intérieure — ou ces myxœdémateux, au faciès lunaire, immobiles, apathiques, ces gros bouffis dans leur graisse !

les îlots de Langerhans et leur insuline ;
les capsules surrénales et leur adrénaline ;
l'hypophyse, cette glande véritable chef de file des autres glandes endocrines, avant même le corps thyroïde, auquel elle commande par les hormones thyro-tropes.

Sur tous les tissus, leur action s'exerce par les hormones, excitant de la nutrition et les chalones, inhibant celles-ci.

Un exemple de ces corrélations ? Voici un sujet en période d'activité cérébrale : son système neuro-végétatif et son corps thyroïde sont en pleine activité — le taux de l'adrénaline augmente.

Ainsi comprend-on que ce que l'on nomme santé, c'est l'harmonieux équilibre de tous ces phénomènes complexes, dont l'ensemble constitue la nutrition.

Mais cette santé, cet équilibre ne sont pas chose identique à toutes les phases de la vie :

L'équilibre du nourrisson, qui est toute activité de croissance, est différent de l'équilibre du vieillard, dont toutes les glandes sont en somnolence ; et entre l'un et l'autre de ces termes, l'organisme passe par toute une série de périodes, où d'autres équilibres s'établissent : le nourrisson devient enfant ; puis, c'est la puberté, à laquelle succède l'âge adulte, réalisant un équilibre prolongé de tous ces phénomènes de la nutrition, équilibre stable, homéostasie presque parfaite, mais chez l'homme seulement ; chez la femme, l'équilibre est provisoire ; chaque mois, le drame de la menstruation survient, rompant cet équilibre, et l'on sait combien il serait inexact de croire qu'à ce moment les ovaires sont les seules glandes qui réagissent ; ou c'est la grossesse, nouvel équilibre, mais équilibre si fugace, si fragile, si instable, qu'il avoisine la pathologie. Enfin survient la ménopause, plus tard chez l'homme que chez la femme, nouvel équilibre, marqué dans les deux sexes par la disparition de l'activité et la résorption des glandes génitales.

La santé n'est pas un seul équilibre, mais, au cours de la vie, une série d'équilibres successifs.

Mais laissons là, un peu, ces considérations philosophiques, indispensables pour comprendre les phénomènes complexes de la nutrition.

Comment, nous médecins, jugerons-nous de ces troubles de la nutrition ? Ferons-nous un bilan de toutes les substances ingérées, de toutes les substances excrétées ? Les physiologistes, dans leurs laboratoires peuvent se livrer à des telles expériences. Pour les cliniciens, c'est naturellement impossible. Parfois cependant, ils peuvent avoir recours à certains bilans particuliers, s'ils désirent étudier le métabolisme de l'eau, du calcium, du phosphore par exemple.

L'étude du sang ? Depuis vingt ans, grâce au perfectionnement des méthodes de dosage qui permettent d'opérer sur des quantités de sang finérieures à 20 ou 30 c. c., ces dosages se font quotidiennement. Mais le médecin doit se défier de deux choses : le sang ne donne pas un reflet exact de ce qui se passe dans les tissus, car il est un tissu lui-même, qui vit, qui donne et qui reçoit, qui a sa personnalité propre — un trouble sanguin que l'on décèle n'est pas isolé ; il ne faut pas se contenter du dosage d'une seule substance, pour affirmer qu'existe seul un trouble du métabolisme de cette substance. Il faut considérer ces examens de sang comme des sondages intéressants, mais n'ayant qu'une valeur relative.

La mesure du métabolisme basal ? C'est la mesure de l'énergie dépensée par un être, par mètre carré de surface exprimée en grandes calories ; pour être exacte, cette mesure doit être pratiquée chez un sujet au repos complet, au réveil, à jeun depuis la veille au soir (le sujet ne doit même pas avoir pris, le matin, le petit café noir). Ces calories varient avec l'âge. La courbe du métabolisme de base normal chez un individu, après une rapide ascension, suivie d'une descente jusqu'à 20 ans, est à peu près rectiligne de 20 à 60 ans.

La recherche de l'équilibre acide base ? La mesure du pH ? L'organisme a besoin d'un certain équilibre acide-base ; il est extrêmement sensible à toute variation vers l'acidité ou l'alcalinité ; le pH normal du sang est environ 7,35. A 7,42 ou à 7,32, la mort est inéluctable. Le pH se maintient en équilibre grâce à l'existence de substances tampons, les phosphates mono, bi ou tri-calciques, l'acide carbonique, le chlorure de sodium, les albumines du sang, dont les ions en se chargeant positivement ou négativement permettent de rétablir l'équilibre.

Comment mesure-t-on ce pH ?

La mesure du pH iso-électrique du sang est délicate ; en clinique, on calcule le gaz carbonique du sang, c'est-à-dire la quantité de gaz carbonique qui s'échappe d'une quantité connue de sang ; c'est ce qu'on nomme la réserve alcaline. L'équilibre correspond à 50 ou 60 volumes. Quand il y a augmentation, évolution vers l'alcalose — diminution, acidose.

L'étude des éliminations urinaires ? (en effet, l'étude des éliminations par la sueur, n'est pas entrée dans la pratique).

Les reins se comportent de manière différente suivant les substances ; ils font un choix : certaines substances constituent des déchets sans aucune utilité pour l'organisme ; le rein les élimine aussitôt complètement ; c'est le cas de l'indoxyl, c'est ce qui se passe pour le phénol-sulfo-phtaléine ; d'autres, au contraire, utiles à l'organisme, sont conservées en quantité suffisante, nécessaire à la vie : ce sont les substances à seuil.

C'est le chlorure de sodium : seuil à 5,60 ; le glu-

cose-seuil 0,80 à 1,10 ; de même, certains acides aminés, etc...

Quand tout va bien, quand l'équilibre est stable; quand l'organisme est « en bonne santé », ces seuils sont conservés ; au contraire, une modification de ces seuils est révélatrice d'un déséquilibre de la nutrition. Toutes ces méthodes sont donc à la disposition du médecin, pour le renseigner, par autant de sondages simples, sur les mécanismes complexes de la nutrition.

En pratique, quand le médecin examine un malade, atteint d'un trouble nutritif (diabète, obésité, goutte, maladies du foie ou des reins), voici quelle doit être sa conduite :

Il doit demander *un examen des urines* de vingt-quatre heures. La feuille d'examen que le pharmacien lui enverra ? composée de plusieurs pages, de tableaux ou de courbes, elle contient toute une série de chiffres, parfois de couleurs différentes, qui n'ont strictement aucun intérêt : dosage du phosphore, du soufre, que sais-je encore ? Ils n'ont aucune valeur, puisqu'on n'a pas fait de bilan, et que celui-ci est impossible à faire.

Le praticien ne devra retenir que :

l'urée sanguine qui le renseignera sur ce que le sujet ingère habituellement d'albumines ; le chlorure de sodium, sur ce qu'il absorbe de sel ; l'acide urique, sur ce que le sujet mange ordinairement de viande.

Ces chiffres permettront au médecin d'orienter son interrogatoire sur ces habitudes de régime alimentaire, si variables selon les individus, les familles.

Un examen de sang :

Selon les cas, le praticien demande :

— un dosage d'urée, d'acide urique, ce qui constitue des sortes de sondages sur le métabolisme des matières protéiques ;

— un dosage de cholestérol qui donne une notion du métabolisme des graisses, beaucoup plus exact que le dosage des graisses, souvent mal fait, sauf par des chimistes spécialisés ;

— un dosage de la glycémie, qui permettra de juger du métabolisme des matières hydro-carbonées, chez un obèse ou un diabétique.

Le dosage du calcium, du phosphore sanguin sont demandés s'il existe une maladie des os, mais ils n'ont de valeur que par comparaison avec la quantité, au moins approximative, de calcium ou de phosphore ingérée.

Tous ces dosages doivent être pratiqués sur des échantillons de sang prélevés à jeun, c'est évident ; mais il est toujours nécessaire de le préciser au malade, car en règle générale, cette précaution indispensable est toujours omise, ce qui enlève toute valeur aux dosages.

En dehors de l'examen des urines et des dosages sanguins, le médecin demande :

Un métabolisme basal, surtout s'il soupçonne un dysfonctionnement thyroïdien.

Une réserve alcaline, chez les néphrétiques ou diabétiques.

Quant à la recherche du pH urinaire, elle est intéressante pour savoir si le sujet vit en acidose ou alcalose. Elle ne devra pas être demandée au pharmacien ou au laboratoire ; le praticien doit la faire lui-même, à l'aide d'indicateurs colorés, très faciles à manier ; il faut en effet qu'elle soit faite sur des échantillons d'urines prélevées à plusieurs heures de la journée, car ce pH varie et décrit une courbe aux ondulations plus ou moins élevées, courbe qui seule a de la valeur. Normalement, ce pH oscille entre 5,4 et 6.

C'est par tous ces examens que le médecin pourra classer le cas observé dans telle ou telle maladie de la nutrition, dont le tableau suivant donne une idée.

TROUBLES DES APPORTS :

A. Quantitatif : excès, obésité ;
Défaut : inanition, amaigrissement.
B. Qualitatif : inanitions partielles, avitaminoses, carences.
C. Sensibilisation et anaphylaxie alimentaire.

DÉVIATION PATHOLOGIQUE DE LA NUTRITION :

A. Troubles des échanges nutritifs : eau phosphore, calcium, hydrates de carbone, acide urique, lipides et lipoïdes (cholestérol).
B. Troubles de l'équilibre acide-base.
C. Troubles des éliminations rénales :
— rétentions rénales non toxiques : chlorure de sodium, œdèmes, rétention sèche.
— rétentions rénales toxiques : urée, acide urique, acide oxalique, créatinine, indoxyl, polypeptides.

Classer un cas particulier dans le cadre général des maladies de la nutrition est bien ; c'est un temps indispensable et commode, tant pour fixer l'étiologie, que les indications thérapeutiques générales.

Mais le praticien doit avoir toujours présent à l'esprit le vieux et toujours moderne précepte d'Hippocrate : « Il n'existe pas des maladies mais des malades ».

LES DIAGNOSTICS CHIRURGICAUX AU LIT DU MALADE

La cancérisation des fibromes

Pourquoi et comment doit-on en porter le diagnostic précoce ?

Par M. Barthélemy,
Professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Nancy

Qu'est-ce qu'un fibrome cancérisé ?

Pour être en demeure de répondre clairement à cette question, il est indispensable de bien préciser quelques points.

On a trop tendance à confondre le fibrome et le gros utérus fibreux. Au point de vue anatomo-pathologique, ce sont deux formations complètement distinctes.

Le gros utérus fibreux est l'expression habituelle de la sclérose utérine. C'est tout simplement un utérus, dont la paroi s'est modifiée par prédominance et hypertrophie des éléments conjonctifs.

Le fibrome utérin est une tumeur constituée par des tourbillons de fibres conjonctives et musculaires nouvellement formées et développées dans la paroi utérine, dont elles dissocient et écartent le tissu propre. Cette tumeur est un fibromyome.

Le fibromyome, tumeur bénigne du type conjonctif ne peut dégénérer qu'en une tumeur maligne du même type, le fibrosarcome.

Qu'il s'agisse d'un utérus normal, d'un gros utérus fibreux ou d'un utérus atteint de fibrome, le corps utérin est tapissé à l'intérieur par un épithélium cylindrique. Cet épithélium est toujours susceptible de dégénérer en épithélium du même type, c'est-à-dire en épithélioma cylindrique.

Si cette dégénérescence apparaît sur un utérus normal ou sur un gros utérus fibreux, on dit qu'il y a cancérisation ou cancer du corps utérin. Si elle apparaît sur un utérus atteint de fibrome, on dit qu'il y a cancérisation du fibrome.

La cancérisation ou cancer du corps utérin et la cancérisation du fibrome ont un mode évolutif complètement différent.

La caractéristique du cancer du corps utérin est d'évoluer au ralenti. La raison en est facile à comprendre. Comme ce cancer apparaît le plus souvent après la ménopause, il se développe sur un organe dont toutes les fonctions physiologiques ont cessé depuis longtemps, sur un organe qui a perdu toute vitalité, qui s'est sclérosé, et qui constitue un terrain peu propice à l'extension des bourgeons néoplasiques. Ces bourgeons végètent en surface dans le fond de la cavité utérine, et ne s'infiltrent que lentement et discrètement dans l'épaisseur de la paroi dense et résistante. Pendant très longtemps, l'état général de la malade reste indemne.

La cancérisation du fibrome se caractérise au contraire par son extension facile et rapide, et par son prompt retentissement sur l'état général. Le fait s'explique aisément. Que rencontrent les boyaux cancéreux à leur contact ? Tantôt une paroi utérine hypervascularisée dissociée et désorganisée par les lobes du fibrome, tantôt le fibrome lui-même, où la présence de foyers de nécrose aseptique et de dégénérescence kystique est très fréquente. C'est un terrain tout préparé, éminemment favorable à leur développement et à leur extension rapide en profondeur. Très rapidement le cancer creuse le fibrome et y forme des cavernes, qui deviennent des diverticules de la cavité utérine déjà élargie.

Comme les cavernes communiquent indirectement par cette cavité avec le vagin, elles s'infectent et les produits de désintégration du fibrome, qu'elles renferment, sont rapidement frappés de gangrène et de putréfaction. Il en résulte la formation de toxines extrêmement virulentes, mal drainées et en grande partie résorbées par l'organisme.

L'infection et la cachexie atteignent bientôt l'état général qui périclite, et même si la tumeur est encore mobile et opérable au moment où le diagnostic exact et complet peut être posé, le pronostic opératoire se trouve considérablement aggravé.

Il y a donc le plus grand intérêt à pouvoir porter le diagnostic précoce de cancérisation d'un fibrome, afin de ne pas risquer de laisser passer le moment opératoire et de pouvoir imposer l'hystérectomie totale d'urgence avant la période de déchéance de l'organisme.

La nécessité de ce diagnostic est d'autant plus pressante que depuis que la radiothérapie des fibromes s'est vulgarisée, et a pris une telle exten-

sion, bien des malades n'acceptent plus l'intervention chirurgicale sans discuter et insistent même pour avoir d'abord recours aux agents physiques. Comment agissent les rayons ? En stérilisant les ovaires tout simplement, et en supprimant par une ménopause artificielle le trouble fonctionnel le plus important : les hémorragies. Les rayons n'ont aucune action curatrice directe sur le fibrome, qui persiste après comme avant. Tout au plus cesse-t-il dans certains cas de se développer davantage, et la malade peut vivre en bonne intelligence avec son fibrome.

Mais si ce fibrome porte avec lui un germe de cancer, ce cancer n'est nullement détruit par les rayons. Il continue à se développer et à poursuivre son œuvre destructrice. Brusquement les pertes apparaissent ou reparaissent. De nouvelles séances de radiothérapie sont aussitôt prescrites. Elles restent évidemment sans succès et quand la cancérisation est reconnue, il n'est souvent plus temps d'intervenir utilement. La partie est définitivement perdue.

Nous avons compris pourquoi, il est indispensable de savoir porter le diagnostic précoce de cancérisation d'un fibrome. Voyons maintenant comment on doit pouvoir porter ce diagnostic.

La situation se présente le plus souvent de la manière suivante :

Il s'agit d'une malade qui présente depuis longtemps des hémorragies utérines tantôt uniquement menstruelles, tantôt aussi intermenstruelles. Son ventre a légèrement grossi et le palper a reconnu au-dessus de la symphyse une tumeur dure et globuleuse.

En combinant le toucher au palper, vous avez trouvé que la tumeur dure, ligneuse, bosselée fait corps avec l'utérus nettement augmenté de volume. Bref, depuis longtemps vous avez diagnostiqué un fibrome interstitiel. Mais, comme les troubles fonctionnels sont restés modérés, sur la demande de la malade, vous avez temporisé, vous contentant d'un traitement symptomatique.

Comment et dans quelle mesure l'apparition d'un cancer, dans la cavité de cet utérus atteint, de fibrome va-t-elle modifier la symptomatologie que nous venons de rappeler ?

On sait que le cancer du corps utérin se caractérise habituellement par deux signes importants : 1° L'apparition d'écoulements utérins chez une femme, qui avait dépassé l'âge de la ménopause, et qui depuis longtemps « ne voyait plus rien » ; 2° l'augmentation de volume du corps utérin, qui donne au palper et au toucher combinés la sensation d'une balle de caoutchouc.

Eh bien, s'il s'agit non plus d'un cancer du corps utérin, mais d'un fibrome cancérisé, ces deux signes se trouvent masqués et perdent toute leur valeur au point de vue du diagnostic : la malade ayant un fibrome perdait depuis longtemps quel que soit son âge, et elle n'a pas cessé de perdre. L'écoulement, bien que modifié par le cancer ainsi que nous allons l'indiquer, n'est pas un fait nouveau susceptible d'attirer son attention.

Quant à la sensation spéciale au toucher d'un utérus ayant la consistance d'une balle de caoutchouc, il est impossible d'obtenir cette sensation à travers la coque du fibrome longtemps respectée par le cancer.

La cancérisation du fibrome restera-t-elle donc méconnue à ce stade précoce, où il serait capital de pouvoir la dépister ? Non, grâce aux signes spéciaux que nous allons exposer. Ils sont au nombre de trois et quand l'un d'eux apparaît, il faut immédiatement avoir l'attention en éveil et soupçonner la tumeur maligne.

Ces signes sont par ordre de fréquence :

1° Les douleurs ;
2° Les pertes fétides ;
3° L'amaigrissement.

1° *Les douleurs.* — Un simple fibrome interstitiel, mobile, exempt de complications n'est pas douloureux. Il ne devient douloureux que dans trois cas :

S'il s'enclave. Il cesse alors d'être mobile et il occasionne des compressions des organes pelviens, compression de l'uretère qui se traduit par de la dilatation du bassinet et des douleurs lombaires, compression du tube digestif qui peut provoquer des coliques, compression d'un ovaire réveillant de vives douleurs dans le Douglas, compressions vasculo-nerveuses avec douleurs irradiées dans la racine des cuisses.

S'il se tord sur son axe ; la torsion comme l'enclavement fixe l'organe et se traduit par un syndrome de péritonisme.

Enfin, s'il est flanqué de salpingites qui peuvent être l'origine de poussées de pelvi-péritonite, et qui, par les adhérences qu'elles créent fixent aussi le fibrome.

Qu'il s'agisse d'enclavement, de torsion ou de salpingite, un examen attentif permet en général de reconnaître la complication et l'origine des douleurs. L'examen permet au moins de constater un signe physique important et nouveau : la fixité du fibrome, et, comme la complication commande l'intervention, le diagnostic se précise à l'ouverture du ventre. Dans ces trois cas, les douleurs s'expliquent facilement, et leur origine est manifeste.

Mais *si le fibrome reste mobile*, exempt de complications apparentes, et que des douleurs apparaissent, douleurs à siège pelvien avec irradiations dans les lombes et dans la racine des cuisses, ce symptôme qui ne peut passer inaperçu doit être considéré comme grave et faire craindre très sérieusement la cancérisation de la tumeur.

2° *Les pertes fétides.* — Nous avons dit qu'une malade atteinte de fibrome a déjà souvent et de longue date des pertes. De quelle nature sont ces pertes ? Ce sont essentiellement des hémorragies menstruelles, c'est-à-dire des ménorragies.

Dans l'intervalle des règles, la malade peut aussi avoir des pertes de sang, tantôt à l'occasion d'une fatigue, d'un exercice violent, tantôt sans cause apparente. Ces pertes sont toujours discontinues. Elles sont constituées par du sang pur, quelquefois, par intervalle, par un liquide rosé, séro-sanguin. Qu'il s'agisse de sang pur ou de liquide séro-sanguin, en aucun cas l'écoulement provoqué par un fibrome interstitiel n'est un écoulement fétide. Si le fibrome interstitiel est compliqué d'un polype fibreux, c'est une autre affaire. Ce polype peut se tordre dans la cavité utérine, se gangréner et donner lieu à un écoulement fétide ; il suffit souvent de pratiquer un examen au spéculum pour apercevoir, au niveau du col, le polype qui met le nez à la fenêtre ; et si cet examen ne suffit pas, la dilatation du col, l'hystéroscopie, le toucher intra-utérin font le diagnostic.

En l'absence de polype surajouté et gangréné, le fibrome interstitiel simple, nous le répétons, ne donne jamais lieu à un écoulement mal odorant. De telle sorte que si, chez une malade atteinte d'un tel fibrome, les pertes changent de nature, si, dans l'intervalle des hémorragies à caractère intermittent, apparaît un écoulement continu d'un liquide sale, sanieux, d'odeur fade et franchement fétide, ce fait nouveau ne peut pas ne pas attirer l'attention de la malade et de son médecin. Dès que le médecin le constate, il doit penser à la cancérisation du fibrome.

3° *L'amaigrissement.* — Quand une femme est atteinte de fibrome, elle peut être pâle, anémiée et affaiblie par des hémorragies profuses.

Mais si elle a le teint jaune paille, si elle perd l'appétit, si elle maigrit, si son état général décline, si elle a un léger œdème malléolaire, de petites poussées fébriles, il faut sans retard dépister ces signes précurseurs et penser à la cachexie cancéreuse avec résorbtion de toxines au niveau de la cavité du fibrome cancérisé.

Dès que vous avez été mis sur la voie du diagnostic par cette triade symptomatique ou simplement par un seul de ces trois signes, le point essentiel est acquis.

Faites une hystérométrie. Elle pourra déjà vous indiquer l'agrandissement de la cavité utérine, et surtout vous révéler des inégalités de la surface cavitaire. Ayez recours si vous en avez la possibilité immédiate à l'hystérographie, à l'hystéroscopie. Mais sans aucun délai, en toute urgence, j'insiste sur ce point capital, faites à la curette mousse où même au doigt, — je ne dis pas un curettage — mais un simple prélèvement de débris très prudent, très discret, et faites procéder à l'examen anatomo-pathologique des débris que vous aurez ainsi prélevés. Le compte rendu de l'étude microscopique sera la signature du diagnostic et commandera impérieusement l'hystérectomie totale.

***

De cet exposé rappelez-vous surtout cette *conclusion pratique* : la cancérisation du fibrome est une complication grave qui doit être connue et diagnostiquée à temps. Il faut toujours y penser et ne consentir à aucune tentative d'irradiation avant d'avoir exigé une consultation chirurgicale autorisée pour éliminer à coup sûr ce diagnostic, et ne pas risquer d'exposer une malade aux conséquences déplorables que pourrait avoir la radiothérapie d'un fibrome cancérisé.

L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE CHEZ L'ENFANT

Par Fr. Saint Girons

Chef de laboratoire de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades
Médecin adjoint de l'Hôpital Saint Joseph

On méconnaîtrait complètement l'importance du foie dans la pathologie infantile, si l'on se contentait de tenir compte des maladies définies et nettement déclarées de cet organe : elles sont en effet peu fréquentes, comme nous y avons insisté récemment avec notre maître P. Lereboullet (1). Au contraire, on voit très souvent chez l'enfant des réactions du foie à des influences multiples, qui amènent soit des altérations anatomiques, congestives ou dégénératives, soit simplement des perturbations fonctionnelles se traduisant par ce qu'on est convenu d'appeler l'insuffisance hépatique (2) ; mais le cadre de celle-ci est fort imprécis à l'heure actuelle, et il ne nous paraît pas inutile d'essayer de la délimiter, et d'envisager avec quelques détails sa symptomatologie et sa thérapeutique.

Il faut prononcer le mot d'insuffisance hépatique toutes les fois qu'un symptôme ou un syndrome peut être mis avec quelque vraisemblance sur le compte d'un fonctionnement déficient de l'organe pour une ou pour plusieurs raisons cliniques, biologiques, ou thérapeutiques.

Causes. — L'étiologie de l'insuffisance hépatique est aussi complexe qu'imprécise. Toutes les *infections aiguës* telles que diphtérie, scarlatine, fièvre typhoïde peuvent toucher l'organe ce qui assombrit le pronostic de l'affection et peut ultérieurement laisser un trouble durable des fonctions hépatiques ; il en va de même dans les *infections chroniques* comme la tuberculose et la syphilis.

Mais les facteurs les plus importants de l'insuffisance hépatique sont sans contredit ceux qui arrivent à l'organe par la veine porte ; celle-ci lui apporte d'une part les produits de désintégration des différents aliments que la cellule hépatique doit transformer et absorber et d'autre part, bien souvent, des bactéries et des toxines d'origine intestinale que le foie doit détruire ou éliminer. C'est dire l'importance des régimes alimentaires mal dirigés : abus des viandes, surtout de conserve, des gibiers faisandés, des coquillages surtout quand leur fraîcheur n'est pas irréprochable, des graisses en excès, des fritures, des sauces ; c'est dire également le rôle des toxi-infections d'origine intestinale qui ont été particulièrement étudiées dans leur retentissement rénal, par Heitz-Boyer : mais, au syndrome entéro-rénal de cet auteur, il faut adjoindre un syndrome entéro-hépatique (Brulé et Garban), ou, mieux encore, il faut parler avec N. Flessinger et H. Walter de syndrome entéro-hépato-rénal car « bactéries, toxines microbiennes, substances toxiques de la série des polypeptides sont résorbées au niveau de la muqueuse intestinale et passent dans la circulation pour être éliminées au niveau du foie et des reins ». La constipation joue un rôle important, surtout quand il s'agit de constipation droite, comme y ont insisté P. Duval et J. Ch. Roux.

En outre, il faut dans ce groupe faire une place toute spéciale à l'***appendicite***, surtout lorsque celle-ci reste larvée et longtemps méconnue : il est fréquent après intervention de voir disparaître des signes d'insuffisance hépatique contre lesquels on avait lutté jusque-là en vain par des moyens médicaux. Enfin, on ne saurait trop insister sur l'importance du facteur *hérédité* dans l'étiologie de l'insuffisance hépatique ; les descendants d'arthritiques, de cholémiques, de lithiasiques, de cirrhotiques sont très souvent, de par leur hérédité seule, et bien plus encore si d'autres facteurs étiologiques agissent sur un terrain aussi favorable, des sujets dont le foie est fragile, en dysfonctionnement virtuel ou manifeste. C'est un point sur lequel ont depuis longtemps insisté mes maîtres A. Gilbert et P. Lereboullet dans leurs travaux classiques sur la cholémie familiale.

Symptômes. — Les manifestations cliniques de l'insuffisance hépatique sont extrêmement variées, ce qui était à prévoir étant donné la complexité des fonctions de l'organe, lesquelles peuvent être touchées ensemble ou séparément. Il est donc impossible de décrire des types cliniques sous peine d'être obligé de les multiplier à l'excès.

Les *signes digestifs* sont fréquents : langue blanche, accompagnée d'une anorexie souvent marquée, crises de vomissements bilieux, selles décolorées, diarrhée post-prandiale ; parfois, on retrouve dans le passé une phase d'intolérance lactée, et il est fréquent que certains aliments soient mal supportés : c'est le cas en particulier pour le chocolat, les œufs et toutes les graisses cuites : l'intolérance envers ces divers aliments

(1) Article Maladies du foie, *in* Traité de Médecine des Enfants de P. Nobécourt et L. Babonneix. Masson, 1934.

(2) Dans un article auquel nous ferons de nombreux emprunts (*Journal médical français*, septembre 1927), N. Fiessinger et H. Walter ont proposé le terme heureux d'hépatite chronique latente.

possède une réelle valeur séméiologique. Souvent le facies est terreux, le teint jaunâtre, mais le subictère des conjonctives, beaucoup plus typique, est observé rarement.

Les *signes hématiques* ne sont pas fréquents : on a signalé l'anémie, les saignements faciles.

L'*état général* est souvent touché et G. Mouriquand a insisté récemment (1), sur ce qu'il a appelé les *petits hépatiques inassimilateurs* ; il s'agit de sujets dont l'appétit est normal, les fonctions digestives satisfaisantes, sauf en ce qui concerne les selles souvent malodorantes et exagérément volumineuses ; il existe un retard plus ou moins marqué de l'accroissement pondéral surtout ; parfois aussi le développement statural est insuffisant ; par ailleurs, on ne trouve chez l'enfant aucun signe d'infection aiguë ou chronique rhino-pharyngée, pulmonaire, digestive, urinaire ; enfin un traitement approprié suffit, en améliorant les fonctions hépatiques, à permettre un développement pondéral satisfaisant.

Les *signes nerveux* manquent rarement. L'un des plus fréquents est l'*asthénie*, sur laquelle a insisté Glénard, qui l'appelait « fatigue hépatique » et la montrait surtout fréquente au réveil, s'exacerbant au moindre écart de régime, au surmenage, aux émotions et se dissipant avec les premiers exercices journaliers ; en réalité, comme l'ont indiqué N. Fiessinger et H. Walter, ce n'est là le fait que des formes légères, et le plus souvent, cette fatigue revient par accès et dure même toute la journée, le malade pouvant devenir incapable de tout effort physique ou intellectuel. Souvent, avec ou sans asthénie, on constate un changement plus ou moins marqué du *caractère* : l'enfant perd son entrain, devient triste, susceptible, exigeant, irritable, insupportable à lui-même et à son entourage. Son travail s'en ressent, avec une paresse de l'attention, une diminution de la mémoire, qui l'amènent rapidement à la queue de sa classe. Les *céphalées* accompagnent fréquemment cet état ; elles vont de la simple lourdeur de tête, débutant dès le réveil, augmentée après les repas, en passant par la céphalalgie vraie, frontale ou sous-orbitaire, jusqu'à la migraine vraie (migraine hépatique de Bouchard) accompagnée ou non de vomissements.

D'autres troubles nerveux sont moins fréquents : les *vertiges* ont été signalés ; les modifications du *sommeil* se manifestent sous forme de tendance à l'assoupissement après les repas, et surtout d'insomnie nocturne entre deux et quatre heures du matin, sur laquelle insistait Glénard.

Les troubles de la *thermo-régulation* sont de deux ordres : tantôt la température rectale est à un ou deux dixièmes de degré au-dessous de la normale et l'enfant se plaint constamment de froid, surtout aux extrémités ; il est obligé de se couvrir exagérément ; tantôt, surtout quand l'insuffisance hépatique est consécutive à l'infection intestinale, la température est anormalement élevée pendant une période plus ou moins longue, et il faut penser à l'origine entéro-hépatique possible de ces fièvres, qui ne restent cryptogénétiques qu'à un examen insuffisant.

(1) *Nutrition* 1932, T. II, n° 1.

Les *manifestations cutanées* ont une particulière importance : il s'agit tantôt d'urticaire, tantôt de prurigo, tantôt et surtout de *prurigo strophulus* (1), qui se caractérise, selon l'expression de M. Marfan, par « une papule de prurigo durable se développant sur une plaque d'urticaire éphémère. » L'éruption atteint surtout les membres, particulièrement du côté de l'extension, le tronc, plus rarement la face et la tête ; la durée de l'accès varie de deux à quatre semaines ; les récidives sont fréquentes. L'affection, qui est désagréable par le prurit et les lésions de grattage consécutives, débute après les premiers mois de la naissance et guérit en général avant 5 ans. Chez les sujets atteints de prurigo strophulus, l'insuffisance hépatique agit en permettant l'absorption de produits incomplètement transformés de désintégration de certaines albumines, d'où choc et déclenchement brusque des accidents cutanés dans un organisme préalablement sensibilisé ; cette manière de voir apparente l'urticaire et le prurigo aux accidents d'anaphylaxie alimentaire dont nous avons été des premiers, dès 1912, avec Guy Laroche et Ch. Richet fils, à soutenir la réalité. Le prurit isolé n'est pas rare ; quant aux taches pigmentaires et aux nævi fréquents chez l'adulte, ils ne sont pas d'observation courante chez l'enfant.

Les *vomissements périodiques avec acétonémie* semblent souvent être sous la dépendance plus ou moins exclusive de l'insuffisance hépatique. Ils sont, comme on le sait, caractérisés par des crises récidivantes de vomissements incoercibles survenant à l'improviste et le plus souvent sans cause provocatrice nette chez des enfants de deux à dix ans ; la crise dure d'un à six jours et s'accompagne d'un état général alarmant, du fait de la dénutrition considérable due aux vomissements ; l'acétonurie, l'ammoniurie et l'hyperacidité urinaire y sont presque de règle, tandis que la fièvre est rare ; la crise se termine assez brusquement par la cessation des vomissements, puis des nausées, avec réapparition rapide de l'appétit et guérison complète. Dans cette affection le rôle du foie est certain, comme l'a le premier signalé Richardière, dont il est opportun de citer les termes : « Les vomissements

(1) Fr. SAINT GIRONS. — Le prurigo strophulus. *Nutrition*, 1932, t. II, n° 1.

bilieux, l'augmentation de volume et la douleur du foie, la teinte subictérique des téguments sont les petits signes de l'hépatisme dans les vomissements à répétition. Ces signes considérés isolément dans chaque cas particulier pourraient paraître négligeables si, dans d'autres cas, ils n'étaient soulignés et expliqués par l'apparition d'un ictère vrai ».

Certains auteurs ont étendu encore davantage le terrain de l'insuffisance hépatique, en y faisant rentrer la débilité arthritique de Lesage, l'hépatisme de F. Glénard, l'hépato-arthritisme de G. Mouriquand, de G. Blechmann et A. Bohn, et en admettant l'origine hépatique de l'eczéma et de l'asthme.

On voit donc combien est mal délimité le terrain de l'insuffisance hépatique ; si, dans bien des cas, il est possible de l'affirmer de par le seul examen clinique parce qu'on en trouve un signe de certitude ou plusieurs signes de probabilité, bien souvent aussi il ne s'agit pas d'un diagnostic qu'on pose, mais d'une hypothèse qu'on émet. Il serait donc important, dans ces conditions, de tirer argument de l'examen physique et de l'exploration fonctionnelle du foie : nous étudieront brièvement ces deux points.

Examen physique du foie. — Chez l'enfant, l'exploration physique du foie ne permet guère d'arriver au diagnostic d'insuffisance hépatique : d'une part, le foie peut être à peine modifié de forme et de consistance, et présenter un déficit fonctionnel important ; d'autre part, lorsqu'il est hypertrophié, il peut n'être que faiblement touché au point de vue fonctionnel.

Exploration fonctionnelle du foie. — Les très nombreux travaux qui, chez l'adulte, ont porté dans ces dernières années sur l'exploration fonctionnelle du foie, ne sont pas arrivés encore à une précision satisfaisante chez l'enfant. Nous laisserons de côté les épreuves, quel que puisse être leur intérêt, qui n'ont pas été appliquées en pédiatrie, et nous signalerons seulement celles qui ont une réelle importance pratique.

Au premier rang, il faut placer l'examen des *selles*. Nous avons déjà indiqué qu'elles sont fréquemment décolorées, d'aspect mastic, ce qui témoigne le plus souvent d'hypocholie ou d'acholie ; mais on sait par ailleurs que cette décoloration des fèces peut être due, non pas à l'absence, mais à la transformation des pigments biliaires qui, par réduction excessive, dépassent les stades stercobiline et stercobilinogène, et arrivent à la leucostercobiline, *pigment blanc*. On peut donc conclure à tort à une insuffisance biliaire. Mais cette erreur est facilement évitable, car on doit à Triboulet un procédé pratique pour caractériser la bile dans l'intestin : c'est la réaction du sublimé acétique, lequel, ajouté à la dose de XV gouttes dans les matières fécales diluées à 5 pour 100 d'eau, donne au bout d'une demi-heure, et parfois plus tard, une coloration rouge brique en présence de la biliverdine ; Grigaut a proposé une autre réaction, qui emploie parties égales d'acide chlorhydrique et de matières diluées et une goutte de perchlorure de fer ; en cas d'acholie, la coloration reste jaune ; s'il y a de la stercobiline, elle devient rouge intense et verte en cas de bilirubine. Ces réactions sont surtout intéressantes, quand l'aspect blanc mastic des selles fait penser à une acholie vraie, et que cette hypothèse est infirmée par la constatation de stercobiline ou plutôt de son leucodérivé ; l'existence de celui-ci témoigne de putréfactions intenses dans le tube digestif, fréquentes au cours de l'allaitement artificiel. Toutefois, comme le font remarquer A.-B. Marfan et H. Dorlencourt, il ne faut pas exagérer la fréquence de ces selles blanches contenant de la stercobiline et, en général, les selles mastic sont bien l'apanage de l'insuffisance hépatique. Il est un autre élément dont il faut aussi tenir compte dans l'examen des selles : c'est leur teneur en graisse; quand celle-ci est anormalement élevée, on peut en conclure à l'insuffisance de la sécrétion biliaire.

L'examen du *sang* ne donne pas des renseignements décisifs ; la cholémie est rare ; le dosage de la cholestérine, intéressant à d'autres égards, notamment au cours des infections, ne semble pas avoir grande importance en séméiologie hépatique de l'enfance. Il serait intéressant de doser l'azote résiduel, dont la recherche a donné à P. Brodin, chez l'adulte, des résultats fort précis

Les *urines* ne donnent des résultats significatifs que dans le cas, où on y décèle des pigments ou des sels biliaires.

Par contre, l'épreuve de la glycosurie alimentaire provoquée de Colrat et Lépine a sa place dans l'exploration fonctionnelle du foie chez l'enfant ; mais il faut se rappeler, avec P. Nobécourt, que le foie de l'enfant fixe environ 4 grammes de glucose par kilogramme de poids ; on doit donc donner des doses beaucoup plus importantes qu'à l'adulte (5 à 6 grammes par kgr. au lieu de 1 gr. 75) et ne tenir compte de la réaction que dans les cas où elle est fortement positive. Peut-être y aurait-il avantage à lui substituer l'épreuve de la galactosurie provoquée, récemment étudiée en France par N. Fiessinger, Thibaut et Dieryck.

Enfin, il est une étude intéressante chez l'enfant : celle de l'*acidose* qui, ainsi qu'y a insisté récemment M. Labbé, présente des relations étroites avec l'insuffisance hépatique : car la transformation incomplète des albuminoïdes donne des acides aminés qui passent dans le sang et les urines où on les décèle sous forme d'acétone ou d'acide diacétique.

Traitement. — La thérapeutique de l'insuffisance hépatique est d'autant plus importante qu'elle s'adresse à un état souvent mal défini,

soupçonné plus que diagnostiqué, de telle sorte que les résultats obtenus fourniront un argument de valeur pour affirmer ou infirmer l'opinion émise. Mais il faut se souvenir que, étant donné la complexité des fonctions hépatiques, on n'obtient pas toujours du premier coup des résultats favorables de la thérapeutique instituée : il faut sans se décourager la modifier avant de renoncer à l'hypothèse formulée : j'ai souvenir d'un enfant de huit ans, type achevé de petit hépatique inassimilateur, auquel avaient été appliqués avec un égal insuccès divers traitements fort corrects de l'insuffisance hépatique : il augmenta de poids de façon impressionnante à partir du moment où il prit certain extrait hépatique. Par ailleurs, il est des cas où, à l'insuffisance du foie s'ajoute une autre insuffisance glandulaire : c'est le cas notamment pour l'insuffisance pancréatique, de sorte qu'une thérapeutique associée peut donner des résultats là où un traitement uniquement dirigé vers le foie n'a provoqué aucun changement.

Le traitement de l'insuffisance hépatique ne doit pas être seulement curatif : il est important de prévenir dans la mesure du possible toutes les causes de dysfonctionnement du foie.

Le *traitement préventif*, comme l'indiquent G. Blechmann et A. Bohn à propos de l'hépato-arthritisme infantile (1), peut être institué dans trois conditions : avant la naissance, chez le nourrisson et chez l'enfant.

a) *Le traitement prénatal* est certainement le plus important : il aurait fallu en convaincre ces jeunes femmes qui, jusque dans ces dernières années, d'abord pour obéir à la mode, ensuite par goût, ont fait un abus aussi stupide des coktails, porto et autres apéritifs : le régime alimentaire des parents est, en effet, primordial, surtout chez ceux qui ont une hérédité hépatique et, chez la femme, pendant la grossesse. L'hygiène alimentaire doit être sévère, proscrivant les boissons fortement alcoolisées (le vin en quantité modérée a, au contraire, une action favorable sur le foie, comme l'ont montré les travaux récents de M. Loeper), évitant l'abus de la viande, des mets épicés, des graisses cuites ; il faut aussi obtenir une bonne hygiène générale. Il est souvent indiqué de prescrire des cures hydrominérales, au premier rang, Vichy et Vals, moins souvent Vittel ou Contrexéville. Enfin, il ne faut pas oublier que l'hérédo-syphilis est un facteur important d'insuffisance hépatique et l'on doit traiter activement, avant et pendant la grossesse, la syphilis des parents, toutes les fois qu'on peut la déceler.

b) *Chez le nourrisson*, le régime est le seul élément d'une thérapeutique préventive. L'allaitement au sein est naturellement le meilleur de beaucoup. Dans l'allaitement artificiel, il faut éviter un lait trop riche en beurre, le donner en quantité plutôt inférieure à la normale et introduire assez précocement dans l'alimentation les féculents et les légumes ; par contre, l'usage des œufs doit être exceptionnel et celui de la viande assez tardif ;

c) *Dans la seconde enfance*, il faut proscrire l'abus de la viande et des corps gras, à l'exception du beurre frais, et l'usage des œufs et du chocolat, en même temps qu'on veillera soigneusement à l'hygiène générale de l'enfant. Dans certains cas lorsque l'hérédité hépatique est particulièrement chargée, on peut tenter une cure hydrominérale préventive, à Vichy ou à Vals.

Le *traitement curatif* de l'insuffisance hépatique donne des résultats d'autant plus satisfaisants qu'il a été institué plus précocement et qu'il a été suivi avec exactitude et persévérance.

Le *régime* en est naturellement un élément essentiel : on proscrira le chocolat, les œufs, les poissons gras, les viandes grasses, les abats, les fritures et les sauces ; on insistera sur les farineux, les légumes verts cuits à l'eau, le beurre frais, les fruits cuits ; on permettra le maigre de jambon, les viandes rôties et grillées. Le lait est recommandé à condition qu'il ne soit pas trop riche en corps gras.

Les *médicaments* qui ont été proposés contre l'insuffisance hépatique sont innombrables. La plupart d'entre eux agissent sur la fonction biliaire, soit, comme l'ont montré Brugsch et Horsters, en excitant la sécrétion biliaire (cholérétiques), soit en agissant sur la motilité des voies biliaires, et provoquant la chasse de la bile (cholagogues proprement dits). On peut les classer en trois groupes : les médicaments chimiques, les médicaments d'origine végétale et les produits opothérapiques. Dans un quatrième paragraphe, nous envisagerons le traitement hydrominéral de l'insuffisance hépatique.

a) *Les médicaments chimiques*. — 1° *Le calomel* est probablement le plus anciennement employé; il reste un des plus efficaces ; c'est un puissant excitant de la cellule hépatique ; il agit également comme antiseptique intestinal et, ce qui le rend particulièrement précieux, au cas de spécificité soupçonnée, comme antisyphilitique. On le donne par périodes de cinq à dix jours, le matin à jeun à la dose d'un à deux centigrammes.

2° Les *alcalins* ont une action stimulante incontestable sur le foie, quand ils sont pris à jeun dans de l'eau chaude. On peut prescrire, seuls ou associés le bicarbonate, le phosphate, le sulfate et le citrate de soude, ce dernier ayant l'avantage de donner une solution plus limpide. On peut recourir à une spécialité ou formuler, par exemple, pour un enfant de 8 à 10 ans :

(2) *Nutrition*, 1932, T. II, n° 1.

Bicarbonate de soude.....	âà	0 gr. 30
Phosphate de soude......		
Citrate de soude..........		0 gr. 15

pour un paquet n° 5 à prendre le matin à jeun dans un verre à bordeaux d'eau chaude qu'on peut sucrer ou aromatiser légèrement. L'absence de sulfate de soude rend cette formule très supportable.

3° Le *sulfate de magnésie* est très employé, depuis les travaux de Meltzer sur le tubage duodénal, pour réaliser le drainage des voies biliaires ; il est presque toujours associé à la peptone et doit être pris le matin à jeun, au lit ; il est recommandé que l'enfant se couche une demi-heure sur le côté droit ; on prescrit généralement, une spécialité comme l'agocholine, à la dose d'une à deux cuillerées à café. D'autres spécialités donnent le magnésium sous forme d'hyposulfites associés aux peptones et à l'hyposulfite de soude (anaclasine), ou bien sous forme de citrate avec peptone et lactosérum.

4° L'*hexaméthylène tétramine* (urotropine) possède surtout une action antiseptique ; la dose pour un enfant de 8 à 10 ans est de 0 gr. 75 à 1 gramme par jour en deux ou trois prises ;

5° L'*acide cholalique* a un pouvoir cholérétique sur lequel ont insisté Neubauer, et plus récemment Bratianu et Salomon (1). On le prescrit à la dose de 3 centigr. quatre fois par jour, à la fin des repas. Les deux médicaments précédents sont associés dans la félamine.

b) *Les médicaments d'origine végétale.* — 1° *L'huile de Haarlem*, préconisée depuis longtemps par Chauffard dans la lithiase biliaire, est un goudron liquide provenant de la distillation d'un genévrier ; elle est assez rarement utilisée dans l'insuffisance hépatique de l'enfant ; G. Parturier et R. Feldstein (2), la réservent aux cas où existe en même temps de la ptose du foie ; elle amène alors une excitation favorable de la contraction vésiculaire. Le Caparlem, à base d'huile d'Haarlem, se prescrit à la dose d'une à deux capsules par jour, au milieu des deux principaux repas.

2° *Boldo.* — Cette plante est fréquemment utilisée chez l'enfant soit sous forme d'infusion soit sous forme de teinture à la dose de X à XV gouttes par jour ;

3° *Le Kinkélibah* ou *Combreturm Rambaultii* possède des propriétés analogues au boldo ; il s'administre surtout sous forme d'extrait. Certaines spécialités associent le kinkélibah au boldo, tel le jecol ou le choléo-combrétol boldinisé.

4° *Le romarin* est d'utilisation plus récente ; il s'administre sous forme d'extrait.

Il entre dans la composition de plusieurs spécialités comme le romarène et le romarantyl.

5° *L'artichaut* connaît depuis quelques années, une grande fortune dans les diverses affections du foie ; on emploie l'extrait de feuilles à la dose de quinze centigr. quatre à douze fois par jour ou on recourt à une préparation comme le chophytol. L'artichaut est associé aux trois plantes précédentes dans une spécialité qui porte le nom de cyanabiline.

6° *L'eucalyptus* a été récemment introduit dans le traitement de l'insuffisance hépatique par G. Parturier et R. Feldstein. Ils le prescrivent sous forme d'infusions de feuilles à 20 pour 1.000 à raison de 3 à 600 c. c. par jour à doses fractionnées avant les repas. Ils conseillent parfois d'adjoindre à l'infusion d'eucalyptus une cuillerée de la préparation suivante, qui dissimule le goût de l'eucalyptus.

Tartrate double de potassium et de sodium	âà	40 grammes
Citrate de soude......		
Lactose...............		20 grammes
Essence d'anis.........		Q. S.

c) *Médication opothérapique.* L'usage des extraits de foie et de bile, connu depuis longtemps, s'est généralisé depuis que la méthode de Whipple en a montré l'efficacité dans les anémies et que la préparation des extraits en a facilité la technique. Nous indiquerons successivement les différentes façons d'instituer l'opothérapie hépato-biliaire.

1° *L'extrait de bile de bœuf* est rarement employé seul ; on peut prescrire l'extrait en pilules à la dose de 1 à 4 grammes ou la poudre de bile en cachets aux mêmes doses. Mais l'extrait biliaire entre dans la composition de bon nombre de spécialités, associé à quelques-uns des médicaments chimiques ou végétaux que nous avons déjà signalés : telle la panbiline.

2° *Le foie cru* de porc et mieux de veau a connu un renouveau depuis les publications de Whipple ; on le donne cru, râpé, dans du bouillon ou à peine cuit à la dose de 60 à 100 grammes ; mais il est malaisé d'obtenir des enfants qu'ils ingèrent pendant assez longtemps une quantité suffisante de foie cru ; on est donc amené à utiliser les extraits hépatiques.

3° *Les extraits hépatiques* préparés industriellement ont été pendant longtemps des extraits totaux ; depuis ces dernières années, on se sert davantage au contraire des extraits préparés par une méthode analogue à celle qui a été mise au point pour la fabrication de l'insuline.

Les *extraits totaux* sont des poudres de foie préparées à froid dans le vide et qui sont présentées sous forme de cachets ou de comprimés dosés à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50. Leur activité semble assez faible et l'on a avantage comme l'ont montré M. Villaret, Justin-Bezançon et R. Guillemin, à utiliser les extraits injectables par voie sous-cutanée, à doses assez fortes.

On a obtenu également des résultats satisfai-

(1) *Annale de médecine*, 1935, n° 5.
(2) *Paris Médical*, 20 mai 1933

sants d'extraits préparés par exolyse des organes frais et présentés sous forme liquide (exo hépatine) à la dose de deux à trois cuillerées à dessert par jour.

Les extraits hydrosolubles délipoïdés et déprotéïnés sont actuellement préparés industriellement par un grand nombre de maisons ; ils se présentent le plus souvent sous forme d'ampoules buvables, dont il existe en général des modèles plus petits pour enfants, et qu'on fait absorber dans un peu d'eau avant les repas (hépacrine, héparmone, hépatrol, hépaglycérol, etc.) ; il existe également des extraits sous forme de granulés dragéifiés (hépamult). On a réalisé aussi des formules complexes qui associent à l'extrait de foie différents médicaments : protoxalate de fer (hépanème, hépaphos, hépathémo, opoferrine), suc musculaire de bœuf (hépatocarnine). Enfin, il existe pour les cas rebelles des extraits hydrosolubles entièrement déprotéinés et qu'on peut injecter par voie intramusculaire (hépatrol injectable).

M. Villaret, L. Justin-Besançon et H. Desoille ont récemment (1) utilisé un extrait injectable traité successivement par l'alcool et le chloroforme et dont ils ont employé des doses variant de 0 gr. 10 à 10 grammes d'extrait sec ; ils ont obtenu des résultats fort démonstratifs dans diverses manifestations d'insuffisance hépatique et posent la question fort importante pour le clinicien, de savoir si l'opothérapie hépatique constitue un agent d'excitation spécifique du foie ou bien si elle a une action substitutive ; dans le dernier cas, il faudrait utiliser l'extrait de foie de façon très prolongée et à doses parfois considérables, comme l'insuline dans le diabète ou l'extrait thyroïdien dans le myxœdème.

D'autres opothérapies peuvent être employées conjointement à l'opothérapie hépatique : certaine préparation associe heureusement foie, rate, rein et surrénale (pancrinol) ; il est souvent indiqué, surtout chez les petits hépatiques inassimilateurs, d'alterner les opothérapies hépatique et pancréatique ou même de les associer (pancrépatine).

On voit combien est complexe le traitement médicamenteux de l'insuffisance hépatique chez l'enfant ; il reste malheureusement assez empirique : à chaque cas, même bien défini cliniquement, ne correspond pas une thérapeutique toujours efficace, et le plus souvent on en est réduit à l'humiliation de procéder par tâtonnement. Il est presque toujours commode de commencer le traitement par le calomel, les alcalins et le boldo ; ultérieurement, on pourra s'adresser aux autres éléments de la phytothérapie, puis aux différents extraits en se rappelant que l'un d'eux peut réussir là où les autres ont échoué.

(1) Nutrition 1932, T. II, nº 1.

Les *cures hydrominérales* constituent le dernier élément et sans aucun doute le plus puissant du traitement de l'insuffisance hépatique de l'enfant. Pendant longtemps, on a considéré, à tort, que ces cures étaient « trop fortes » pour les enfants : en réalité, à ce moment on donnait l'eau des sources avec une excessive générosité : mais aujourd'hui comme l'a écrit H. Mauban (1). « La thérapeutique thermale, plus scientifiquement et plus délicatement conduite, sait faire des nuances et sans brusquerie adapter la cure à chaque cas particulier ». Tous les enfants atteints d'insuffisance hépatique bénéficient des cures thermales, et celles-ci sont particulièrement indiquées dans les trois conditions suivantes : enfants présentant une hérédité hépatique ou arthritique chargée ; accidents sérieux et récidivants parmi lesquels il faut signaler au premier rang les vomissements périodiques avec acétonémie ; manifestations ayant résisté à un traitemnet prolongé et varié.

Si les indications des cures hydro-minérales chez l'enfant, à foie insuffisant, sont formelles et souvent impérieuses par contre les contre-indications sont fort rares, puisque, par définition, il ne s'agit pas de sujets atteints d'une affection aiguë ou chronique, Quant à l'âge auquel on peut prescrire les cures, il semble, contrairement à ce qu'on a cru pendant longtemps, qu'il y a tout avantage à les ordonner de bonne heure, à partir de trois ans : en effet, plus un enfant est jeune et plus, il est facile de modifier le terrain, de transformer un organisme encore malléable et de le mettre plus ou moins complètement et pour plus ou moins longtemps à l'abri des inconvénients de l'insuffisnce hépatique.

Vichy est la station qui semble le plus souvent indiquée et la plus efficace, la cure doit être surveillée de près tant pour la qualité des sources prescrites que pour la quantité d'eau ordonnée : il ne faut pas dépasser par jour le centième du poids de l'enfant, comme l'a depuis longtemps indiqué Nivière, et souvent la durée de la cure n'atteindra pas les trois semaines habituelles. A la cure interne seront associées avec avantage l'hydrothérapie et les exercices physiques. Il est souvent avantageux d'envoyer les enfants à Vichy avant le 15 juillet et après le 15 août à cause de la chaleur et de l'encombrement.

D'autres cures sont également indiquées dans l'insuffisance hépatique de l'enfant. Vals possède une action analogue à celle de Vichy avec une note plus sédative. Châtel-Guyon est indiqué au cas de manifestations intestinales concomitantes; Brides, chez les hépatiques obèses, Vittel dans les cas où, en même temps, existent des manifestations accentuées d'arthritisme ou de lithiase rénale.

(1) *Journal médical Français*, mai 1934.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

La « tache rubis », test d'une insuffisance hépatique

Cette « tache rubis » ou plutot ces taches rubis n'ont-elles pas toujours, surtout quand elles siègent à la face, décélé à l'observateur averti une insuffisance hépatique, et plus spécialement *l'insuffisance hémocrasique du foie* ?

Il y a longtemps, en effet, que les cliniciens ont insisté sur la signification particulière des petites taches angiomateuses. M. Paillard et Mlle R. Chapelo (1) viennent d'y consacrer une intéressante étude. Les taches rubis, disent ces auteurs, sont parfois associées à d'autres manifestations hémorragiques, fréquemment observées au cours des maladies du foie, telles que : épistaxis, purpura discret, étoiles vasculaires, petites hémorragies gingivales ou intestinales. Elles font alors partie du syndrome hémocrasique de l'insuffisance hépatique, tel qu'il a été décrit par P. Emile-Weil et son école.

Ces taches rubis *siègent* de préférence à la face antérieure du tronc, plutôt dans la moitié sus-ombilicale que sous-ombilicale. On peut en observer quelques-unes à la face dorsale du tronc, mais en beaucoup moins grand nombre qu'à la face antérieure. Elles ont un *volume*, qui varie d'une très petite tête d'épingle à une lentille ; leur *coloration* est rouge vif ; leur surface, plane pour les éléments petits et jeunes, devient souvent papuleuse pour les éléments plus importants et plus anciens. A noter également que, lorsque les lésions vieillissent et se flétrissent, elles peuvent prendre, en même temps qu'elles s'affaissent, une petite pigmentation ocre. Elles sont au *nombre* de 10, 15, 20, parfois davantage ; elles ne s'effacent pas à la pression du doigt ; elles sont strictement indolores.

Si l'on va au fond des choses, on trouve qu'elles apportent une preuve de la réaction des petits vaisseaux ; ceux-ci s'altèrent, en effet, et deviennent fragiles ; ils peuvent se dilater ou se rompre. Dès lors ces altérations artériolaires ou capillaires au cours des maladies du foie viennent constituer un syndrome tissulaire, qui s'ajoute au syndrome humoral (N. Fiessinger).

Autre fait intéressant : les *taches rubis ne sont pas immuables,* et peuvent même *disparaître sous l'influence d'un traitement rationnel.*

Aussi lorsqu'on établit la carte des taches rubis, d'une année à l'autre, constate-t-on que certaines taches disparaissent, que de nouvelles apparaissent : d'une façon générale, si l'insuffisance hépatique s'accentue, les taches rubis sont susceptibles d'augmenter de nombre ou d'importance.

La *variabilité* dans ces taches n'est d'ailleurs pas un phénomène isolé, en ce qui concerne les *signes hémorragiques de l'insuffisance hépatique.* On sait depuis longtemps que le temps de saignement varie d'une semaine à l'autre chez les hépatiques aigus ou chroniques, et que les hémorragies spontanées, telles que les épistaxis, sont susceptibles de se produire avec de grandes variations de fréquence et d'importance.

Une observation, rapportée par M. Paillard et R. Chapelo, montre bien que dans un laps de temps relativement court (trois semaines), les ecchymoses spontanées, ou à peine provoquées, sont susceptibles de se réduire d'une façon nette.

« La malade a été observée deux fois à Vittel ; les deux fois, elle est arrivée avec des ecchymoses nombreuses, un foie en mauvais état, une fatigue générale accentuée. Sous l'influence de la cure, la vésicule devenait nettement moins sensible, l'asthénie diminuait, et, fait intéressant, les ecchymoses *s'effaçaient* presque complètement. Cependant les traumatismes minimes ne manquaient point, car, pendant tout son séjour à Vittel, la malade a fait très régulièrement la cure d'exercice, ce qui constituait pour elle une activité physique beaucoup plus grande que dans sa vie normale.

« Voici l'indication des temps de saignement :

« 1911 : à l'arrivée, non mesuré ; au départ, deux minutes et demie.

« 1934 : à l'arrivée, quatre minutes ; au départ, deux minutes et demie.

« Ainsi, la fonction hémostatique du foie varie comme les autres fonctions hépatiques, et elle est appréciable avec assez de nuances par l'évolution des ecchymoses spontanées ou survenant à la suite d'un micro-traumatisme.

« On peut donc améliorer le syndrome hémocrasique au cours des maladies du foie, comme on améliore la glycosurie, le métabolisme de protéiques et l'uréogénèse, comme on améliore les syndromes ictériques ou subictériques. »

Un excellent test d'observation est fourni par les taches rubis.

(1) M. Paillard et Raymonde Chapelo. (*La Clinique*, juin-B, 1935.)

II

L'anémie pernicieuse, type Biermer ; son traitement spécifique par les extraits de foie

Aspect clinique

La maladie de Biermer apparaît d'ordinaire vers 40 ou 50 ans. L'anémie progresse rapidement avec un cortège symptomatique bien connu : pâleur extrême, asthénie complète, troubles circulatoires (céphalées, bourdonnements d'oreille, hypotension avec tachycardie), tendance hémorragique discrète, fièvre irrégulière au-dessous de 39°. Au point de vue hématologique, l'affection se caractérise par l'extrême réduction du nombre des globules rouges (souvent, moins de un million) et par une augmentation de la valeur globulaire, qui dépasse l'unité. Ce dernier fait possède une valeur telle, qu'il permet à lui seul de porter le diagnostic : la maladie de Biermer est hyperchrome.

A ce tableau se joignent fréquemment des troubles digestifs, dus en grande partie à l'achlorhydropepsie, et des troubles nerveux réalisant divers syndromes neuro-anémiques.

Traitement

« C'est à la maladie de Biermer, anémie pernicieuse cryptogénétique, affection considérée jusque-là comme fatale, que s'adresse avec de très grandes chances de succès l'hépatothérapie, à tel point que le *pronostic de la maladie apparaît transformé* ». Le Docteur Cain et les auteurs américains vont même jusqu'à voir dans cette action la preuve thérapeutique du diagnostic : un cas non guéri ne serait pas un Biermer. Toujours est-il que, dans une statistique importante de 3.700 cas, Buongiorno n'en a trouvé que 52, où l'action du foie était restée insuffisante.

M. P. Emile-Weill (1) envisage de la manière suivante le mode d'administration, les effets cliniques et l'appoint des thérapeutiques associées :

C'est l'absorption du foie de veau très frais, qui fournit les meilleurs résultats. Le viscère, débarrassé de ses vaisseaux, est haché menu. Le hachis cru est mis dans une passoire, que l'on place dans une tasse de bouillon de viandes ou de légumes ; puis, avec un pilon, il est exprimé complètement. Le bouillon, réchauffé ou non, est additionné de sel et de beurre, puis consommé en une ou deux fois par le malade.

Cette préparation est, en général, bien absorbée ; mais il est bon de ne pas dépasser 200 à 300 grammes de foie de veau. Quand il est nécessaire d'aller au-delà, on complète la dose avec des extraits hépatiques buvables. Ceux-ci offrent certes, une action réelle ; mais leur valeur, à dose représentative de foie originel, est de 30 à 40 % moindre que la dose de foie en nature correspondante.

Les extraits injectables possèdent cependant une action plus nette que les produits à ingérer ; ils ont fourni des succès là où le foie de veau cru n'avait pas donné, pour des raisons diverses, le succès escompté. Les injections sont faites par voie intra-musculaire, à raison d'une ampoule chaque jour, puis tous les deux jours.

Les effets de cette thérapeutique sont remarquables. Très rapidement, le nombre des hématies augmente, atteint 4 millions en deux à trois mois, 5 millions en cinq mois environ. En même temps, la valeur globulaire baisse lentement, pour tomber au-dessous de l'unité, quand le chiffre normal est atteint. La disparition de l'hyperchromie est d'un bon pronostic. L'asthénie, la pâleur, les troubles cardiaques, les hémorragies ne persistent plus. Seule demeure une achlorhydropepsie.

Il sera bon de continuer le traitement jusqu'à l'apparition d'une hyperglobulie aux environs de 6 millions. On ne permettra la reprise du travail que sous le couvert de cette hyperglobulie, entretenue par un régime permanent de foie de veau cru. L'abandon de la cure exposerait aux dangers d'une rechute à l'occasion d'un incident quelconque : il ne faut jamais oublier que l'affection peut toujours présenter une de ces poussées paroxystiques de déglobulisation, qui la caractérisent et compromettent rapidement le résultat de cures prolongées.

A l'hépatothérapie est venu se superposer récemment le traitement par l'estomac ou les extraits d'estomac. Les résultats sont comparables à ceux que fournit le foie.

Il sera bon, dans tous les cas, d'associer au traitement l'administration d'une préparation de suc gastrique pour faciliter une digestion qu'entrave l'achlorhydropepsie. L'insuline peut être utilisée pour augmenter l'appétit du malade. En cas d'urgence une ou deux transfusions rendront des services, à condition de ne pas s'en tenir là, car leur action est temporaire.

« Le grand moyen reste l'ingestion de foie cru, quel qu'en soit le désagrément. C'est au médecin à convaincre le malade, et, malgré ses dégoûts, à l'empêcher de renoncer à une cure, dont l'interruption complète expose à de graves rechutes ».

G. Fischer.

(1) *Journal des Praticiens*, 14 décembre 1935.

LA SPIROCHÉTOSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE, SES FORMES CLINIQUES, SA FORME MÉNINGÉE

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES-MÉNARD,
Interne des Hôpitaux de Paris

Hépato-néphrite due au spirochète de Inada et Ido, parasite du rat, qui le transmet à l'homme, la spirochétose ictéro-hémorragique est relativement fréquente en France ; en effet, aux cas d'ictères spirochétosiques s'ajoutent les cas de spirochétose méningée, qui ne semblent pas exceptionnels. Pour expliquer l'augmentation du nombre d'observations de spirochétose, on a mis en cause les bains de piscine, de rivière, plus à la mode aujourd'hui qu'autrefois. Les récentes inondations qui ont dévasté les diverses régions françaises détermineront-elles l'éclosion de nombreux cas de spirochétose ?

La forme typique est représentée cliniquement par l'ictère infectieux à recrudescence fébrile.

Après une incubation de six à dix jours, le début est brutal : frissons, température à 40, vomissements, douleurs lombaires ; c'est, en somme, le début d'une maladie infectieuse banale.

Cependant, certains symptômes doivent attirer l'attention :

— quelques vésicules d'herpès péri-labial, un rash, une vaso-dilatation spéciale des téguments, l'injection des conjonctives ;

— parfois une épistaxis ;

— des douleurs, arthralgies, ostéalgies, surtout myalgies à la face postérieure des cuisses, aux mollets ;

— très souvent des signes méningés : céphalée, vomissements, raideur de la nuque, Kernig ;

— presque toujours une albuminurie, incitant à pratiquer un dosage de l'urée sanguine, qui se révèle au-dessus de la normale : 0,40 ; 0,50.

En présence de tels symptômes, si l'interrogatoire révèle que le malade est un habitué des bains de piscine ou de rivières, ou que sa profession l'expose au contact des rats, on est en droit de soupçonner la spirochétose, et de rechercher le spirochète dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien.

Quatre à six jours plus tard, l'*ictère* apparaît : ictère de coloration spéciale, teinte jaune et vaso-dilatation donnant une coloration flamboyante, grenade mûre aux téguments. Les muqueuses sont colorées. Les selles incomplètement décolorées. Dans les urines, les réactions de Hay, de Gmélin sont, en général, positives ; parfois cependant l'ictère est dissocié, c'est-à-dire que les urines contiennent des sels biliaires, mais non des pigments. La réaction de Pagniez, anneau de coloration verte, dans le tube d'urine chauffé, après addition d'acide acétique, n'a pas la valeur pathognomonique qu'on lui avait d'abord attribuée. Le prurit peut exister ; la bradycardie manque habituellement. C'est un ictère par hépatite : le foie est un peu gros, douloureux. La rate est parfois augmentée de volume.

En plus, existent des signes de *néphrite* : oligurie, albuminurie, avec cylindrurie, l'urée monte à 2, 3 grammes et plus.

Cette hépato-néphrite s'accompagne de *signes nerveux* : le sujet est prostré, adynamique. Les signes méningés sont fréquents : céphalée, vomissements, constipation. La nuque est raide. Le signe de Kernig, positif.

Peu d'*hémorragies* en général : épistaxis, gingivorragies, quelques taches purpuriques, des ecchymoses, rarement des hémorragies viscérales, souvent des hématuries microscopiques. Mais la tendance hémorragique peut être mise en évidence par la recherche du signe du lacet, du temps de saignement et de coagulation, la numération des plaquettes sanguines.

L'*état général*, à ce moment ?

Souvent un amaigrissement, assez important. Une anémie, que confirme la numération globulaire.

La fièvre, à partir de l'apparition de l'ictère, descend en lysis, le pouls se ralentit. La tension artérielle est assez basse.

Vers les dixième et douzième jour de la maladie,
la température est revenue à la normale,
la tension artérielle remonte,
la torpeur se dissipe,
et survient une crise urinaire de 2 à 5 litres,
l'ictère s'atténue, l'urée descend.

C'est à partir du douzième jour qu'on peut rechercher le spirochète dans les urines, que le séro-diagnostic devient positif.

Au quinzième ou dix-huitième jour, rechute fébrile, non accompagnée d'aggravation de l'état général ou de recoloration des téguments, d'habitude.

Cependant, il est fréquent de noter à ce mo-

ment un peu d'oligurie à nouveau, et une nouvelle et légère augmentation de l'azotémie. (On a beaucoup épilogué sur la signification de cette rechute fébrile : certains, se basant sur l'action nocive *in vitro* de la bile sur les cultures de spirochète, attribuent la rechute à la disparition de la rétention biliaire. D'autres invoquent le rôle hypothermisant de l'urée ; quand l'urée tombe, la fièvre monte. Peut-être, en réalité, le cycle évolutif du spirochète lui-même explique-t-il cette rechute ; le spirochète de Inada et Ido est en effet de la famille des spirochétidés, à laquelle appartiennent aussi le germe spirolé de la fièvre jaune, dont la courbe de température présente une « reprise fébrile » caractéristique — et le germe spiralé de la fièvre récurrente).

D'ailleurs, après le nouveau clocher fébrile, la température redescend pour revenir à la normale au vingtième ou vingt-cinquième jour.

Le sujet reste longtemps asthénique ; on pourrait observer une chute temporaire des cheveux (alopécie en clairière), l'anémie persiste quelque temps.

Parfois plusieurs rechutes fébriles se succèdent avant que ne s'affirme la guérison; elles réalisent ainsi des formes prolongées.

Certaines complications peuvent aggraver l'évolution de la maladie : hémorragies viscérales, myocardite ou surrénalite, parotidite suppurée.

Telle est la forme typique, la plus fréquente, de la spirochétose ictéro-hémorragique, du moins en France.

Mais la spirochétose peut réaliser tous les types d'ictères ; avant tout les ictères graves :

avec signes nerveux intenses dès le début ;
ictère apparaissant précocément ;
hypothermie ;
hémorragies multiples ;
anurie, azotémie énorme (5, 6 grammes) aboutissant rapidement au coma mortel.

Chez de tels malades se déclenche parfois inopinément une crise urinaire, amenant la guérison ; l'existence de ces ictères pseudo-graves, comme aussi celle des ictères aggravés, rend tout pronostic bien délicat, en matière de spirochétose.

A l'opposé, ictères infectieux bénins, ictère catarrhal même ; le séro-diagnostic peut bien souvent n'être que le seul moyen de rapporter à la spirochétose le plus banal des ictères.

Nous citerons certaines formes typhoïdes, avec prostration extrême, hémorragiques, rappelant les formes rencontrées en Extrême-Orient, et qui ont valu le nom de spirochétose ictéro-hémorragique à la maladie.

Parfois des signes pulmonaires sont associés (formes pulmonaires) ou des troubles digestifs (formes intestinales).

Les séreuses peuvent réagir : forme à type de polysérite.

Enfin, on a décrit des formes pseudo-grippales, myalgiques pures, fébriles pures, etc. (on est peut-être même allé un peu loin ; et au train où vont les choses, on décrira un de ces jours une forme de spirochétose latente, sans spirochètes, sans signes cliniques ni sérologiques ! ! !)

Nous insisterons surtout sur les formes anictériques : la forme à type de néphrite aiguë : avec douleurs lombaires, albuminurie, cylindrurie, azotémie, qu'il est difficile, sans le séro-diagnostic, de rapporter à la spirochétose, formes laissant des séquelles rénales.

Restent les formes méningées :

Ces formes méningées méritent une attention particulière ; (Costa-Troisier, Troisier-Boquien); en effet, elles sont loin d'être rares ; mal connues à l'étranger, elles méritent d'être mieux connues en France ; au cours de 1935, n'en a-t-on pas reconnu une vingtaine de cas probables en France (Mollaret, Mlle Erber) ?

Cliniquement, on constate des signes méningés : céphalée, vomissements, constipation, raideur de la nuque, Kernig.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre:

Une hypertension de ce liquide ;

Une augmentation du taux de l'albumine ;

Au début des polynucléaires, rapidement une réaction lymphocytaire nette ;

L'absence de germes dans le liquide.

L'examen des urines révélant une légère albuminurie avec cylindrurie — et le dosage de l'urée sanguine, révélant une petite azotémie, — l'étude de la courbe fébrile, présentant une rechute — peuvent parfois attirer l'attention.

On pourrait au début rechercher le spirochète dans le liquide céphalo-rachidien, plus tard dans les urines.

En réalité, le séro-diagnostic dans le sang semble le moyen le plus facile de reconnaître cette spirochétose méningée.

A ce propos, le fait suivant est curieux à noter : dans un ictère spirochétosique, le séro-diagnostic est très fortement positif dans le sang, très faiblement positif dans le liquide céphalo-rachidien ; il serait logique de penser *a priori* que dans la spirochétose méningée serait noté l'inverse, que le séro-diagnostic serait plus positif dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang — et que, peut être pour ces cas, on devrait envisager une porte d'entrée spéciale du spirochète, oculaire ou ethmoïdo-nasale, ou même une souche spéciale du spirochète. Tout au contraire, l'expérience montre que, dans la spirochétose méningée comme dans l'ictère spirochétosique, le séro-diagnostic est plus positif dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. D'où une double conclusion —

pratique : c'est dans le sang, dans tous les cas qu'on doit faire pratiquer un séro-diagnostic, quand on soupçonne une spirochétose — théorique : la réaction méningée, maladie de membrane, a sensiblement la même valeur qu'une simple détermination viscérale, au cours des spirochétoses, peut être toujours septicémiques ; il n'est pas nécessaire pour les formes méningées d'envisager une porte d'entrée spéciale ou une souche particulière de spirochètes (Mollaret). En dehors de la spirochétose, ce fait peut-il avoir un intérêt au point de vue de la pathologie générale ? Peut-être que non. On ne saurait cependant oublier qu'entre spirocheta ictero-hemorragiæ et treponema pallidum, existe un certain cousinage.

Telles sont les formes méningées ; nous signalerons quelques rares observations de spirochétoses ayant paru atteindre le système nerveux central : formes paraplégiques, formes mentales.

On a décrit une forme associée à la fièvre typhoïde : hémoculture révélant un Eberth au cours d'un ictère, mais séro-diagnostic positif à la spirochétose. L'Eberth doit-il être considéré comme un simple germe de sortie ?

Le diagnostic de la spirochétose se pose, dans la forme typique avec :

les ictères secondaires dus à une intoxication, une anesthésie chloroformique ;

les ictères au cours de la syphilis, ictères syphilitiques, arsenicaux, biotropiques ;

l'ictère des angiocholites, avec poussées ictériques et fébriles, frissons ;

les ictères survenant à la suite d'une septicémie, d'une pneumonie, d'une appendicite.

Il est plus délicat avec les ictères dits primitifs :

les ictères au cours desquels l'hémoculture révèle un Eberth, un paratyphique, un colibacille, un pneumocoque, un streptocoque, un anaérobie.

Les ictères infectieux et contagieux, d'origine inconnue, très fréquents : sans séro-diagnostic on ne peut affirmer qu'ils ne soient pas dus à la spirochétose (signalons que dans certains cas, le tableau clinique est tout à fait celui de la spirochétose, mais le séro-diagnostic est et reste ultérieurement négatif ; s'agirait-il d'infections parachétosiques ?)

Enfin, nous avons vu que, exceptionnellement, la spirochétose peut simuler un ictère catarrhal banal, dont le distingue habituellement l'absence de signes infectieux et d'altération de l'état général.

Les ictères graves spirochétosiques doivent être différenciés de l'ictère grave par atrophie jaune aiguë (type Rokitansky), où l'ictère est à peine marqué ;

les signes nerveux sont au maximum ;

l'urée est normale.

Le diagnostic des formes anictériques est particulièrement délicat :

Formes rénales avec les néphrites aiguës ; surtout formes méningées avec les méningites lymphocytaires ; méningite tuberculeuse ou méningites lymphocytaires bénignes, groupe encore mal défini, ou, en dehors de la spirochétose méningée, on a individualisé les méningites herpétiques zonateuse, poliomyélitiques...

On voit combien le diagnostic clinique peut être difficile. C'est dire l'importance du laboratoire :

Au début, jusqu'au huitième, dixième jour, on peut rechercher le spirochète de Inada et Ido dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien :

par l'examen direct : imprégnation à l'argent ;

par l'inoculation au cobaye : ictère mortel en 8-12 jours.

A partir du douzième jour, le spirochète est dans les urines ; l'examen direct ou l'inoculation au cobaye permettent de le mettre en évidence

Ces examens, réalisables à l'hôpital ou en cliniques, par des bactériologistes, ne sont pas à la portée des praticiens qui n'ont ni le temps, ni les moyens matériels nécessaires.

Mais un examen, auquel tous peuvent facilement avoir recours, c'est le séro-diagnostic. Après le douzième jour de la maladie, une prise de sang dans un tube, une bonne fermeture à ce tube, un petit emballage correct — et le sang est envoyé à l'Institut Pasteur, service du Professeur Pettit. Le séro-diagnostic y sera pratiqué suivant la technique : culture de spirochète sur sérum de lapin, au contact de taux divers du sérum. L'agglutination sera étudiée à l'ultramicroscope. Parfois, l'agglutination est incomplète ; un deuxième examen, sur une nouvelle prise de sang, sera nécessaire : si l'agglutination est devenue complète, le séro-diagnostic est positif ; si elle reste incomplète, il est négatif (peut-être s'agirait-il dans ce cas d'affections paraspirochétosiques ?). Afin de permettre une statistique intéressante, un petit mot d'observation accompagnera toujours l'envoi du sang.

Le diagnostic posé, quel traitement ?

Hygiène, diète lactée, bains tièdes, boissons abondantes, sérum glucosé en goutte à goutte rectal, sérum salé isotonique en injections sous-cutanées, parfois intra-veineuses ; urotropine ; extraits hépatiques injectables.

Le traitement spécifique par le sérum de Pettit sera associé ; en France, la bénignité habituelle de la maladie permet difficilement d'apprécier l'activité de la sérothérapie.

Quant à la *prophylaxie*, elle dépend essentiellement de l'épidémiologie de la maladie. Celle-ci a été précisée peu à peu à mesure que la spirochétose ictéro-hémorragique était mieux connue.

L'Ictère spirochétosique a été décrit avant même que le germe spécifique ne soit connu : Lancereaux, Mathieu, Weil, puis, en 1908, Widal et Abrami en indiquent à peu près tous les signes cliniques.

En 1914, Inada et Ido découvrent le spirochète, cause de l'affection. Pendant la guerre, Costa, Troisier, Garnier et Reilly observent de nombreux cas ; Martin, Pettit, Vaudremer précisent les caractères du spirochète et les milieux de culture favorables.

La guerre terminée, seuls les auteurs qui avaient eu l'occasion d'observer la spirochétose aux armées, ont d'abord l'attention attirée par les cas beaucoup plus rares de la maladie. Ce n'est qu'à partir de 1923 que, la spirochétose étant mieux connue, le service de séro-diagnostic organisé à l'Institut Pasteur, au Laboratoire du Professeur Pettit, par Mlle Erber, peut établir des statistiques intéressantes : de 1923 à 1932, le nombre des séro-diagnostics fut de 1.048 pour Paris et la Seine, 184 pour les autres départements ; au total, 286 réponses positives.

Les notions, acquises à ce jour, se résument ainsi qu'il suit : le spirochète de Inada et Ido, est un parasite du rat ; il ne détermine pas de maladie chez cet animal, qui n'est, en somme que le réservoir de virus. Le rat transmet le spirochète à l'homme, parfois directement par morsure, le plus souvent indirectement par ses urines. Mais alors semble intervenir ici un facteur essentiel, l'acidité du milieu. Un exemple ? celui que rapporte Lavergne est curieux : un cuisinier militaire est atteint de spirochétose ; on recherche le contage ; un pain paraît à l'origine de l'infection. En effet, pendant la nuit la cuisine est visitée par de nombreuses bandes de rats — et ceux-ci s'oublient sur les seuls aliments qui restent de la veille : quelques morceaux de pain. Le matin, aussitôt sonné le réveil, les cuisiniers accourrent et s'empressent de couper, pour leur propre usage, les premières tranches de pain. Que le pain infecté par l'urine transmette la spirochétose, on le conçoit fort bien. Mais pourquoi observe-t-on un seul cas de spirochétose, et non une petite épidémie ? Voici l'explication que propose Lavergne : les milieux acides sont de très mauvais milieux de culture pour le spirochète ; or, les urines de rat et le pain sont acides. Il a donc fallu un concours exceptionnel de circonstances pour que notre cuisinier ingère juste une tranche de pain, récemment infectée par l'urine d'un rat ; les autres militaires qui, ultérieurement ont mangé du même pain n'ont pas été malades, parce que le spirochète n'a pu continuer à vivre dans ces milieux acides.

Ainsi s'éclaire, par contre, la transmission du spirochète par les eaux, qui diluent d'abord les urines, et diminuent d'autant leur acidité ; souvent alcalines, elles constituent alors un milieu très favorable à la survie des spirochètes. C'est donc des eaux alcalines, des terrains boueux et alcalins qui sont à l'origine de la contagion. Et, en effet, à Arras, en 1865-66, une épidémie d'ictère infectieux à recrudescence fébrile, coexista avec les travaux de curage de petits ruisseaux boueux, et de la rivière le Crinchon. Les observations du Docteur H. Bonnel, dans sa thèse tout à fait récente (la spirochétose dans la région de Bordeaux, décembre 1935) confirment cette hypothèse.

Ces divers modes de contage expliquent les conditions diverses, dans lesquelles peut survenir la spirochétose ; elle atteint des égouttiers, des terrassiers, des cureurs de marais, mineurs, maraîchers, bouchers, cuisiniers, employés des abattoirs, équarisseurs, garçons de restaurants, sans compter les amateurs de bains de piscine ou de rivière.

La prophylaxie se déduit de ces considérations :

— le germe est bien connu : donc un vaccin a pu être préparé ; c'est celui qu'emploient les Japonais, pour lutter contre les épidémies si fréquentes et si graves de spirochétose en Extrême-Orient ; les statistiques sur l'efficacité de ce vaccin chauffé sont impressionnantes ; ce vaccin n'est pas préparé en France, puisque la maladie n'y est ni très fréquente, ni très grave ;

— l'épidémiologie a été précisée : donc on pourra lutter contre la propagation de ce germe ; la destruction des rats sera la première condition à remplir ; en outre, l'assèchement des marais, l'acidification des boues, l'emploi d'engrais acides dans les régions, où sévit la spirochétose, permettront de détruire le spirochète. Si en France, on voyait éclore de petites épidémies de spirochétose dans telle ou telle région inondée, les services d'hygiène ne se trouveraient donc pas sans armes contre les spirochètes.

Et cela est bien réconfortant ! comme disait un de nos maîtres, doué d'un certain scepticisme, quand il était témoin par hasard d'un fait où la médecine et l'hygiène lui paraissaient pouvoir jouer, tout de même, quelque rôle...

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur la valeur pratique des examens bactériologiques en chirurgie abdominale d'urgence

M. et Mme CLAVEL développent ce thème, à savoir qu'au cours d'une laparotomie exécutée d'urgence pour péritonite, le premier geste du chirurgien, à l'ouverture du péritoine, devait être de recueillir à l'aide d'une seringue autoclavée, quelques gouttes de liquide péritonéal. Pendant que l'opération se poursuivrait, le bactériologiste examinerait ce liquide au microscope. En quelques minutes, le temps de placer des compresses, un écarteur, le chirurgien obtiendrait des renseignements précieux :

Parfois renseignements d'ordre diagnostique : péritonite à pneumocoque, à gonocoque, ulcère perforé.

Toujours, renseignements d'ordre pronostique : épanchement puriforme aseptique, pronostic favorable ; épanchement microbien, pronostic sévère, d'autant plus grave que le liquide a été prélevé dans le péritoine plus loin du foyer causal de la péritonite.

Enfin, indications précieuses sur l'inutilité, ou au contraire sur la nécessité et la modalité du drainage, ceci particulièrement dans l'appendicite et les perforations d'ulcère duodénal. (*Lyon médical*, 5 janvier 1936.)

Le danger des tuberculeux pulmonaires réputés guéris

D'après M. BERGERON et Mlle MÉZIÈRE, le blanchîment dû à cette excellente méthode thérapeutique qu'est la collapsothérapie se révèle très souvent plus tardif qu'on ne le croit communément sur la foi des bacilloscopies sur lames positives. Dans ce fait il faut voir une raison nouvelle d'établir précocement le pneumothorax, chaque fois qu'il semble indiqué, et de le prolonger très longtemps. Il faut savoir aussi que les tuberculeux fibreux en apparence stabilisés, ont encore, et presque dans la moitié des cas, des bacilles décelables par culture dans leurs crachats, bien que les examens sur lames de ces crachats, répétés pendant des mois et même des années, soient demeurés constamment négatifs. Une vieille vérité reste donc toujours exacte : il faut se méfier des tuberculeux réputés guéris. Les tuberculoses prétendues refermées sont bien souvent des tuberculoses encore entr'ouvertes. (*La Clinique*, janvier 1936, A.)

Influence du travail musculaire sur l'élimination des doses toxiques d'alcool

M. le Professeur E. SOREL et M. ROUBILLE démontrent que par le travail musculaire on peut traiter le coma alcoolique. Au lieu de laisser un ivrogne « cuver son vin » tranquillement dans un coin, et risquer de le laisser mourir, on a intérêt à le mobiliser et à le traiter par des méthodes physiothérapiques. Les auteurs se proposent de publier dans un prochain article l'action de substances capables de favoriser, d'aider ou d'intensifier ce travail musculaire et ils illustreront cette publication par les courbes complètes de l'élimination. (*Toulouse médical*, 1er janvier 1936.)

La spécificité chimique en sémiologie

La préoccupation du clinicien consiste surtout dans l'étude approfondie du symptôme, dans son dépouillement et son isolement, dans la recherche de sa valeur primordiale pour le diagnostic ou le pronostic d'une maladie.

Pour Claude Bernard, la maladie n'était que l'exagération des réactions physiologiques, l'exagération habituelle tout au moins de réactions physiologiques connues.

Il apparaît aujourd'hui, dit le Prof. Maurice LOEPER, qu'elle a souvent sa cause dans la production ou l'excès d'un corps chimique normal ou dans la production d'un corps nouveau. Si ce corps est dissimulé et quintessenciel, comme l'hormone dans la glande ou le principe actif dans la plante ; s'il se confond souvent en un complexe nébuleux, il est certain qu'il existe ou qu'il doit exister et de nombreux exemples prouvent qu'il est trouvé.

Nous connaissons déjà bien des syndromes chimiques dans les maladies.

Les signes que Widal a eu le grand mérite de séparer dans les néphrites appartiennent à l'azotémie et à la chlorurémie. Il y en a d'autres qui dépendent des bases aminées, des polypeptides, des composés aromatiques et de l'acidité. Chacun sait que le diabète a deux syndromes, l'un glucidique et l'autre acide ; ce ne sont pas les seuls. Pour les affections digestives, aussi bien hépatiques qu'intestinales, et pour toutes les autres, sanguines ou vasculaires, il faudra faire des distinctions analogues et sans doute infinies.

Cette doctrine de la spécificité chimique en sémiologie est féconde non seulement dans l'explication des maladies, mais aussi dans leur traitement. Elle permet, en outre, des thérapeutiques plus sûres, plus électives. (*Presse médicale* ; 4 janvier 1936.)

L'atélectasie pulmonaire au cours des cancers sténosants des grosses bronches

Le Docteur B. Paquet (de Québec) établit que la sténose bronchique est un syndrome relevant de plusieurs causes dont la plus importante est le cancer. Le cancer sténosant peut être extrinsèque ou intrinsèque.

Le diagnostic de cancer intrinsèque se fera surtout par la radiographie après lipiodol, la bronchoscopie et la biopsie.

Le syndrome broncho-phrénico-récurrentiel et la présence de ganglions durs et indolents dans le cou ont une grande valeur de présomption pour le diagnostic clinique de cancer de la bronche.

Pour le diagnostic d'atélectasie, la radiologie est le complément nécessaire d'un bon examen clinique ; elle montre principalement le rétrécissement hémithoracique, la déviation du médiastin qui subit un mouvement de balancement, et l'élévation du diaphragme qui n'est pas déformé et animé de légers mouvements. Cette mobilité des organes est le principal point de diagnostic avec la sclérose rétractile du poumon.

L'atélectasie lobaire ou de tout un poumon est la conséquence directe de l'oblitération bronchique. Son diagnostic entraîne à coup sûr celui de cette dernière, sans présumer de la nature de sa cause. Mais quand elle survient insidieusement, sans cause provocatrice connue, telle, par exemple, l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires, elle doit toujours faire penser à une cause grave, surtout le cancer de la bronche. (*Archives médico-chirurg. de l'app. resp.*, Tome X, nº 5, 1935.)

Le kala-azar de l'enfant et de l'adulte

M. D'Œlsnitz établit un parallèle entre ces deux aspects de la maladie.

L'infection leishmanienne de l'enfant, subaiguë ou aiguë, s'aggrave progressivement et, en l'absence de l'application d'un traitement spécifique, est une affection à peu près fatalement mortelle.

Tel n'est pas le cas chez l'adulte. Longue durée de l'incubation, évolution beaucoup plus lente, parfois véritablement chronique (Piétri), possibilité de rémissions parfois prolongées, avec bon état général et même apyrexie, autant de raisons pour que le médecin n'embrassant pas une longue période évolutive méconnaisse aisément l'existence même de la maladie parasitaire. Mais ces faits sont maintenant mieux connus et l'on doit penser à l'existence possible du kala-azar dans toute spléno-mégalie fébrile ou non qui n'a pas fait la preuve de son origine.

Que l'apparence clinique du kala-azar soit nette ou douteuse, il faudra toujours en révéler la réalité par une série d'épreuves biologiques capables de certifier le diagnostic. (*La Presse médicale*, 4 janvier 1936.)

Les méfaits de l'héliogravure.

L'étude du Docteur Gilbert est destinée à mettre en garde contre une variété d'intoxication professionnelle, peu connue du grand public médical. Intoxication grave dont la fréquence progressive devient alarmante.

Il s'agit d'ouvriers imprimeurs qui s'occupent d'un procédé relativement nouveau : l'héliogravure. Les corps nocifs sont des hydrocarbures de la série aromatique portant le nom commercial de xylols. Le signe d'alarme le plus visible est une pâleur un peu olivâtre des téguments. Les symptômes, à la période d'état, sont déterminés par une action destructive très énergique de tous les éléments figurés du sang (anémie aplastique). (*Bruxelles Médical*, 8 décembre 1935.)

Chronaxie statique et chronaxie dynamique.

Des faits exposés par le Docteur Bourguignon on peut tirer les conclusions suivantes :

Chez le sujet normal, la chronaxie, déterminée sur les organes au repos, peut changer de valeur, au cours du fonctionnement du système nerveux ;

Il y a donc lieu de distinguer une chronaxie statique, chronaxie des organes au repos et qui les caractérise, et une chronaxie dynamique, qu'ils acquièrent passagèrement au cours du fonctionnement, volontaire ou réflexe du système nerveux, ou pendant certains états comme la fatigue et le sommeil.

Les chronaxies dynamiques actuellement connues sont celles de la fatigue, du sommeil, de la douleur, du mouvement volontaire et des réflexes conditionnés.

En pathologie, on peut observer les altérations isolées de la chronaxie statique et de la chronaxie dynamique. L'étude de la chronaxie dynamique en pathologie, tout entière à faire, paraît devoir être féconde, d'après les quelques résultats que l'auteur a eus dans l'étude de la myasthénie.

La chronaxie statique paraît être la base de l'architecture physiologique du système nerveux ; la chronaxie dynamique paraît être la base de son fonctionnement. Son importance paraît donc considérable en physiologie normale et pathologique du système nerveux. (*Gazette Médicale de Nantes*, novembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'examen fonctionnel des poumons séparés.

(MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN, SOULAS, GUILLAUMIN et CACHIN ; 7-1-1936.)

On peut faire aujourd'hui la séparation, d'une part de l'air émis par le poumon droit, et d'autre part de l'air émis par le poumon gauche, comme on fait la séparation des urines. L'instrument dont on se sert, à cet effet, est le bronchoscope modifié et adapté à cet usage.

L'application de la bronchoscopie à la division des airs est récente et le premier travail paru sur la question est celui de Jacobeus, de Stockholm, présenté au Congrès de la tuberculose de Marseille, en avril 1935.

Jacobœus se sert d'un bronchoscope dont l'une des branches est introduite dans la grosse bronche gauche, l'autre branche s'arrêtant dans la trachée. L'extrémité bronchique du tube bronchoscopique est garnie d'un manchon que gonfle une soufflerie, une fois l'appareil en place, pour fermer la bronche. L'autre extrémité de l'appareil comporte un tube de sortie de l'air du poumon correspondant.

Avec un instrument analogue, M. Bezançon et ses collaborateurs ont pratiqué, chez trente malades atteints de tuberculose pulmonaire ou autres affections pulmonaires, la séparation des airs et l'examen fonctionnel des poumons séparés. Le cathétérisme bronchoscopique entre des mains prudentes et expérimentées n'a entraîné aucun accident. C'est toutefois une technique très délicate, qui ne doit être exécutée, il va sans dire, qu'avec la plus grande douceur.

M. Bezançon signale quelques résultats déjà obtenus par cette méthode dont les données seront toujours comparées à celles de l'examen radiologique.

Dans des cas simples, on note le parallélisme entre l'importance des lésions constatées à la radio et la réduction de l'activité fonctionnelle constatée avec la séparation des airs.

Dans les cas, plus complexes, où cette concordance n'existe pas, l'examen fonctionnel des poumons séparés vient donner des renseignements complémentaires qu'il convient, dans chaque cas, d'interpréter. Ainsi, par exemple, voici un malade dont le poumon gauche est profondément atteint, le poumon droit le paraissant très peu. Or, avec la division des airs, on voit que le poumon gauche concourt encore pour 40 % aux échanges globaux. On peut en conclure que le poumon droit est plus sérieusement atteint qu'il ne le semble.

Cette étude, encore toute nouvelle, pourra permettre, on le conçoit, d'obtenir des renseignements très intéressants de pathologie pulmonaire.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Résultats éloignés des fractures du calcanéum.

(M. AUVRAY ; 27-11-1935.)

M. Auvray apporte une statistique des résultats éloignés de trente-deux cas de fractures du calcanéum qu'il a été appelé à examiner en expertise. Sept malades avaient été traités opératoirement, les autres non.

Les fractures du calcanéum par écrasement (dans lesquelles l'astragale agit à la façon d'un coin enfonçant le calcanéum) laissent souvent un certain degré d'invalidité définitive. On note de l'œdème du cou-de-pied, des douleurs au niveau de la plante du pied, de l'atrophie des muscles du mollet, une déformation de la voûte plantaire avec attitude vicieuse du pied, de la claudication. Ces troubles ont été plutôt plus accentués chez les malades opérés.

L'incapacité définitive a varié de 10 à 50 % pour les cas non opérés et de 20 à 50 % pour les cas opérés. L'opération ne semble donc pas, du moins dans la règle, apporter une grosse amélioration au pronostic, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille jamais y recourir.

Assurément, il y a mieux à faire, au moins dans un certain nombre de cas graves, que d'abandonner les blessés au lit, avec quelques bains de pied et massages. M. Auvray croit, en pareille circonstance à l'utilité d'un traitement orthopédique par les manipulations, le modelage du calcanéum, le façonnage de la semelle plantaire effondrée, pratiqués sous anesthésie, guidés par de bonnes radiographie, et suivis de l'application d'un appareil plâtré assurant l'immobilisation absolue pendant deux mois. Peut-être même la réduction orthopédique instrumentale, si les résultats de la méthode de Böhler se précisent, s'imposera-t-elle dans l'avenir.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le début des ulcères gastriques

(MM. R.-A. GUTMANN et G. VOULPIOTIS ; 6-12-1395.)

La période de début de l'ulcère gastrique est généralement décrite comme composée de troubles dyspeptiques plus ou moins vagues, à type de douleurs, de sensations dites « hyperchlorhydriques, de régurgitations, de vomissements : peu à peu, de façon lentement progressive, s'installeraient les signes de ce que l'on appelle la période d'état de l'ulcère. Pendant cette « période de début », le diagnostic ne pourrait être fait ni par la clinique, ni par la radiologie.

Dans la réalité, les choses se passent autrement. On sait que l'ulcère est une maladie qui évolue par une série de poussées : celles-ci, on le sait aussi, ont des caractères très spéciaux ; brusquement, un jour un malade commence à souffrir, il a des douleurs à type de crampes tardives, ces douleurs se reproduisent chaque jour pendant un temps variable : huit, quinze jours, un, deux mois ; ensuite, très rapidement, il cesse de souffrir et il reste apparemment guéri jusqu'à la prochaine poussée qui peut ne se produire que des mois ou même des années plus tard.

Dès que la poussée éclate, les signes radiologiques existent en leur plénitude ; ils durent aussi longtemps qu'elle ; ils diminuent ou même s'effacent quand elle se termine . Ce n'est le plus souvent qu'avec le temps que ce caractère épisodique de l'ulcère disparaît et que tout son appareil, signes, lésions et images, devient permanent. Cette description de l'ulcère étant connue, celle de la « période de début » de l'ulcère est bien facile à faire : elle est tout simplement représentée par la première poussée.

L'observation de ces faits suggère plusieurs remarques :

1° La première est que tout sujet qui, à un moment donné, se met brusquement, et tous les jours, à souffrir de douleurs tardives est suspect d'ulcère.

2° La reconnaissance des premières poussées permet de se rendre compte que l'ulcère n'est pas l'apanage des sujets jeunes. Très souvent il débute après la quarantaine ou la cinquantaine ou plus tard encore.

3° Il est classique de dire que, chez un individu ayant dépassé la quarantaine, des douleurs gastriques survenant pour la première fois, doivent faire penser au cancer ; or elles doivent aussi bien faire penser à la possibilité d'une première poussée ulcéreuse.

4° Il faut suivre l'évolution de la lésion, sa disparition radiologique étant un des meilleurs signes de bénignité, et sa persistance, un symptôme inquiétant.

5° Une extrême prudence s'impose dans l'interprétation des essais thérapeutiques, lorsqu'il s'agit d'une maladie composée de poussées dont la guérison spontanée est non seulement l'évolution naturelle mais même la définition.

Anémie pernicieuse et tuberculose.

(MM. A. CAIN, R. CATTAN et A. BENSAUDE ; 13-12-1935.)

L'observation rapportée est une contribution à l'interprétation des anémies secondaires de type pernicieux. Cette interprétation est basée sur l'action médicamenteuse du foie de veau. Lorsque l'hépatothérapie ramène à la normale les caractères cliniques et hématologiques d'une anémie pernicieuse avérée, on est autorisé à faire entrer celle-ci dans le cadre de la maladie de Biermer, affection primitive, même si des circonstances étiologiques précises, telles que l'infection tuberculeuse, semblent être à l'origine de l'anémie.

Au cours d'une tuberculose évolutive, une anémie biermérienne a été mise en cause avec tous ses caractères cliniques et hématologiques. Or, l'hépatothérapie a amené une sédation rapide et notable des signes cliniques et hématologiques de la maladie de Biermer tandis que les signes pulmonaires s'aggravaient. Il y a eu une véritable dissociation entre les deux séries de symptômes, et l'on pourrait presque dire que cette tuberculeuse est morte guérie de son anémie.

Il est évident qu'en pareil cas, on ne peut avoir en vue que les anémies graves, celles à qui leurs caractères hématologiques et cliniques permettent d'attribuer l'appellation de « pernicieuses ». Les anémies légères ou moyennes, si fréquentes chez les tuberculeux, même lorsqu'elles s'accompagnent d'une réaction normoblastique du sang, ne sauraient prêter à confusion, et l'hépatothérapie peut alors exercer son action, sans qu'on puisse en tirer argument contre leur nature tuberculeuse.

Il en est de même pour l'anémie pernicieuse chez la femme enceinte. La cause ne doit en être recherchée ni dans l'intervention d'une substance toxique élaborée par le produit de conception et qui inhiberait la moelle osseuse, ni dans un agent hémolytique d'origine fœtale qui détruirait les globules rouges maternels. Dans ces deux hypothèses, on ne saurait en effet comprendre que ces anémies puissent être guéries par l'administration de foie de veau, en dehors de tout arrêt de la grossesse. En réalité, d'après les auteurs, l'anémie pernicieuse de la puerpéralité serait due, comme la maladie de Biermer primitive, à un défaut passager dans le suc gastrique « du facteur spécifique intrinsèque ».

Ce qui vient d'être dit de la tuberculose et de la grossesse peut être dit de toutes les anémies pernicieuses symptomatiques et, en particulier, des anémies cancéreuses où l'hépatothérapie se montre tantôt active, tantôt inefficace et permet d'introduire une différenciation entre des faits en apparence identiques. G. F.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du mardi 3 décembre 1935

Ostéo-arthropathie syphilitique de la colonne vertébrale, avec présentation de malade et de radiographies.

MM. DEREUX et COUSTENOBLE. — Femme âgée de 60 ans, atteinte d'une ostéo-arthropathie syphilitique de la colonne vertébrale.

Cette affection presque indolore s'est révélée, par un affaissement subit de la colonne vertébrale; elle a été la manifestation révélatrice d'un tabes fruste, complètement ignoré de la malade.

Chirurgie esthétique du sein.

M. CALLENS. — A propos d'une intervention qu'il a pratiquée chez une jeune fille de 22 ans, l'auteur décrit la technique qu'il a suivie, montre le résultat heureux qu'il a obtenu et souligne les avantages de cette chirurgie esthétique, qui mériterait d'entrer davantage dans la pratique courante.

Fistulisation externe, intramammaire, d'un pyopneumothorax.

MM. LANGERON et D'HOUR. — A l'occasion d'un épanchement pleural purulent survenu au cours d'un pneumothorax artificiel, une malade présente une tuméfaction mammaire. La radioscopie de face montre un niveau liquide banal dans la plèvre ; mais un examen de profil relève un second niveau liquide, antérieur celui-là et situé dans le sein. Des ponctions exploratrices prouvent qu'il s'agit du même liquide.

Les auteurs insistent sur l'utilité de l'examen radiologique en oblique et de profil.

Un cas de choc post-partum.

M. D'ORGEVILLE. — Primipare de 25 ans, ayant présenté des phénomènes graves de choc, après un accouchement rapide. Les divers traitements restent inefficaces, mais la transfusion amène une véritable résurrection. Durant la convalescence, grosse albuminurie transitoire, phlébite double peu accentuée, mais qui a provoqué une embolie pulmonaire. Guérison complète après six semaines.

L'auteur souligne les bons effets de la transfusion. Il attribue l'albuminurie passagère à une résorption rapide des hématies du donneur, par un mécanisme analogue à celui qui est invoqué pour expliquer certaines hémoglobinuries que l'on peut observer après transfusion.

Alger

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1935

Extrait épiphysaire et psoriasis

MM. SARROUY et CHIAPPONI. — Enfant de 9 ans et demi, débile mental simple par troubles de la mémoire ; N. M. et N. S. = 6 ans et demi. Marche à 2 ans et demi. Parle à 5 ans. Enurésie diurne et nocturne. Stigmates de dégénérescence. Père alcoolique, trois frères morts en bas-âge. Un frère retardé de la parole. Pas de fausse-couche.

Psoriasis caractéristique qui s'est développé en quelques mois pour devenir envahissant au mois d'octobre 1935.

Aucune action de l'extrait épiphysaire *per os*.

Extrait épiphysaire injectable. Dès la troisième injection amélioration des placards psoriasiques. Cicatrisation après la douzième injection.

Origine d'une épidémie de fièvre typhoïde.

MM. THIODET, MARCHETTI, GERSTLE. — L'épidémie de fièvre typhoïde qui a débuté en août a eu une origine marine. Les moules pêchées en certains points, où sont installés des bains de mer, sont fortement contaminées par les colibacilles. Il y a danger à consommer des coquillages ne provenant pas de parcs contrôlés. Il y aurait intérêt à exercer une surveillance des bains de mer.

Syndrome malin secondaire de la diphtérie.

MM. THIODET, MARCHETTI, GERSTLE. — Une jeune fille de 14 ans atteinte de diphtérie banale tardivement traitée, a fait un syndrome malin secondaire caractérisé par des manifestations rénales et cardiaques. L'albuminurie légère s'est accompagnée d'une grande hyperazotémie (4 gr. 90), avec disparition des chlorures urinaires, et chloropénie plasmatique. D'autre part, la malade a fait une myocardite avec inhibition du faisceau primitif et bradycardie (22 pulsations à la minute).

Les auteurs attirent l'attention tout particulièrement sur la chloropénie plasmatique qu'ils attribuent à un trouble important de l'équilibre des protides du sérum.

La radiothérapie dans les furoncles et les inflammations aiguës de la face.

Mme et M. Henri TILLIER présentent les observations de deux anthrax et deux furoncles de la lèvre supérieure, un furoncle de l'aile du nez, un phlegmon à tendance diffusante de la paupière, tous guéris en trois séances au plus de radiothérapie, avec doses totales variant de 1.200 à 200 r. Ces résultats concordent avec ceux qu'ont obtenu de nombreux auteurs par les mêmes doses faibles.

Les Livres

J.-B. BAILLIÈRE et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Professeur Robert DEBRÉ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Hérold. — **Traitement et prophylaxie de la diphtérie.** Un vol. grand in-8 de 62 pages, 12 francs. Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ».

Il y a quarante ans, Roux, avec ses collaborateurs Louis Martin et Chaillou, fondait une thérapeutique nouvelle, la sérothérapie, appliquée tout d'abord à la diphtérie. Cette découverte, entrevue par Ch. Richet et Héricourt, basée sur les recherches de Behring, elles-mêmes rendues possibles par les études de Roux et Yersin sur la toxine diphtérique, a permis de sauver des milliers de vies humaines. Depuis ces dernières années, la sérothérapie a paru moins efficace aux yeux de certains médecins. En réalité c'est la gravité du mal, la fréquence des formes hypertoxiques qui ont augmenté. Le sérum, tel qu'il est fabriqué actuellement à l'Institut Pasteur et fourni aux médecins français, est supérieur à celui du début de l'ère sérothérapique, il reste une arme excellente entre les mains du praticien, qui l'applique à temps, à bon escient, et avec une bonne posologie.

L'avenir apportera, sans doute, de nouveaux progrès encore à la sérothérapie antidiphtérique ; il n'en reste pas moins que l'effort ne doit pas être ralenti en faveur de l'immunisation active par la vaccination, essayée il y a vingt ans par Behring et que la découverte de l'anatoxine par G. Ramon rend aujourd'hui largement applicable.

J.-B. BAILLIÈRE et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Maurice HAMBURGER, médecin des hôpitaux de Paris. — **Le traitement de la dysenterie amibienne.** Un vol. grand in-8o de 84 pages : 12 francs. Collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ».

Avant d'envisager les divers modes de traitement de la dysenterie amibienne, il est indispensable de préciser les circonstances cliniques où ce traitement doit être prescrit. Il ne s'agit pas, en effet, de connaître et de combattre la seule dysenterie amibienne aiguë de première atteinte, mais de dépister et de traiter tous les méfaits de l'amibiase, affection qui du fait de la guerre est devenue en France une maladie endémique, trop souvent méconnue.

Trois méthodes d'investigation permettent de déceler l'existence d'une amibiase : 1o l'examen des selles ; 2o la rectoscopie ; 3o le traitement d'épreuve.

L'auteur fait un exposé de ces trois méthodes et indique les traitements appropriés : émétine, arsenicaux, yatrène, garcinia mangostana, kho-sam, simarouba, uzara, benzo-méta-crésol, etc.

Les Thèses

Mp. — Dr S. DOMINIC. — **Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle.** (Thèse, 1935.)

La tuberculose annexielle se présente sous deux formes : abdominale (péritonéale) et annexielle. Dans la forme abdominale on note de l'ascite (libre ou enkystée), de l'aménorrhée, de l'amaigrissement, des douleurs dans le Douglas. Y penser chez une femme jeune. Eliminer les ascites cardiaque, alcoolique, cancéreuse.

La forme annexielle est plus difficile à reconnaître. L'annexite chez la vierge ne peut être que tuberculeuse ; l'annexite colibacillaire est rare. La constatation de gonocoques dans les lésions, malgré son intérêt, ne permet pas de rejeter absolument le diagnostic de tuberculose : gonocoques et bacilles de Koch peuvent coexister.

Le traitement est médical, et chirurgical en cas d'échec.

P. — Dr P. CAZETTES DE SAINT-LÉGER. — **Essai sur la centrothérapie.** (Th. 1935.)

Les indications de la centrothérapie endo-nasale, méthode découverte par Bonnier, ne doivent être posées qu'après un examen clinique soigneux ; après avoir pratiqué tous les examens de laboratoire nécessaires.

Il est absurde de prétendre guérir ainsi des affections telles que : hémiplégies ; paralysies de toutes sortes (sauf pithiatiques) ; tabes.

On doit formellement s'abstenir de cette méthode dès que *la fonction n'existe plus et quand elle est altérée par une lésion anatomique définitive.*

Les sympathoses — et encore non toutes, mais les sympathoses réflexes ou fonctionnelles — sont susceptibles de guérir ou d'être améliorées par cette méthode.

TRAITEMENT DE L'AÉROPHAGIE ET SES CONSÉQUENCES

INSOMNIES
TROUBLES CARDIAQUES
TROUBLES NERVEUX
TROUBLES PULMONAIRES

AÉROPHAGYL

1 à 2 comprimés
délayés dans l'eau
au milieu des repas

Boite de 45 comprimés:
14 F.

LABORATOIRES G. BEYTOUT
12, Bould Saint-Martin _ PARIS (Xe)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE SOCIALE ET MÉDECINE FAMILIALE TRADITIONNELLE

Il est indéniable qu'un malaise profond se constate actuellement dans les rapports de malade à médecin. L'art de guérir semble se ressentir de l'ambiance sociale et paraît prendre une apparence plus anonyme, plus rapide, plus industrielle même.

Le médecin de famille d'autrefois

Nous l'avons connu ; nous-même avons jadis été l'ami, le confident, le conseiller de la plupart de nos clients. Connaissant les misères pathologiques des parents, ayant mis au monde les enfants, ayant pris une part des joies et des peines d'un foyer, le praticien était considéré comme immeuble par destination familiale.

C'est à lui qu'on s'adressait pour demander son avis sur un projet de mariage, sur le choix d'une carrière ; c'est lui qui trouvait toujours le mot de consolation à dire pour soulager une peine, dissimuler une faute et surtout en diminuer les conséquences.

Les bases de cette médecine de famille ? Une trilogie qui constitue ce qu'on nomme la Charte de la médecine traditionnelle : le libre choix du médecin par le malade, l'entente directe entre eux, le respect absolu du secret professionnel.

Ce libre choix reposait uniquement sur la confiance que l'homme de l'art savait inspirer autour de lui. On savait reconnaître les cures qu'il avait faites; on appréciait son bon sens clinique, son diagnostic sûr et rapide, basé sur la connaissance qu'il avait des familles qui se confiaient à lui.

On était certain de trouver dans sa bouche, la parole qui console devant l'irrémédiable, le mot de réconfort et d'encouragement au cours de la maladie longue et désespérante.

Bref, le malade choisissait librement celui en lequel il avait toute confiance tant du point de vue des compétences scientifiques que des qualités de cœur et de dévouement.

Aussi les questions d'honoraires, ces difficultés brûlantes d'argent étaient-elles fréquemment atténuées entre celui qui avait reçu les soins et celui qui les avait donnés. Le premier savait que ce n'était pas quelques pièces d'argent qui pourraient le libérer d'une reconnaissance morale envers celui qui l'avait soulagé, guéri, sauvé même, ou qui avait rendu la santé à un être bien cher.

Si le médecin savait proportionner l'honoraire au service rendu, en tenant compte de la situation de fortune du client et surtout à ses charges de famille, le malade trouvait toujours moyen de prouver sa reconnaissance par des dons en nature, des attentions, des cadeaux de valeur diverse, mais qui prouvaient qu'on ne saurait reconnaître la science et le dévouement d'un médecin, à l'heure du danger, par la simple remise d'une somme d'argent.

Mais le ciment le plus fort qui liait le malade à son médecin, c'est la certitude absolue que quoi qu'il arrive, le praticien, confident nécessaire des misères, des tares, des faiblesses saurait toujours se taire.

Le secret professionnel est la base même de cet abandon nécessaire du malade, qui livre son corps et souvent sa moralité, à celui qui doit apporter sinon la guérison, tout au moins le soulagement et même la consolation.

Ce devoir du silence, consacré par les termes mêmes de l'article 378 du Code pénal, est le lien le plus puissant qui unit le malade à son médecin, parce qu'entre eux, aucune contrainte, aucune pudeur physique ou morale, aucune hypocrisie ne sauraient s'interposer dans la recherche d'un diagnostic et d'un traitement.

En conclusion, nous pouvons dire que ceux de ma génération se souviennent de leurs premières années d'exercice de la médecine : entre le malade et nous, aucune interposition de tiers ayant un droit de regard sur le diagnostic et sur le traitement. Librement choisis par le malade, qui avait confiance en nous, nous pouvions en toute liberté traiter une maladie, faire autant de visites que besoin en était, surtout aux heures où le diagnostic était encore incertain, la vie du malade menacée, alors qu'il fallait être prêt à parer à

toute éventualité. Pas de tarif, pas de décompte de visites, pas de note détaillée pour les honoraires.

Le client et sa famille s'abandonnaient en toute confiance, sachant que le praticien avait souci de la santé de son malade, sans obérer ses possibilités de payement, étant surtout certains que jamais, quoi qu'il puisse arriver, le médecin ne viendrait à manquer à son devoir par rapport au secret professionnel.

Evolution sociale

Mais progressivement sont intervenus un certain nombre de facteurs, qui ont profondément modifié ces mœurs anciennes.

Jadis, le médecin était appelé par lettre, ou par exprès au chevet d'un malade. Il s'y rendait avec des *moyens de locomotion* peu rapides, au trot de son cheval.

Le téléphone est venu supprimer les distances, l'automobile a raccourci les trajets, la surproduction de médecins, la pléthore qui sévit dans notre profession ont permis aux malades de se montrer moins patients que jadis, plus exigeants. Si un médecin ne peut venir de suite, on en appelle un autre ; bienheureux si on ne réclame pas à la fois la visite de tous les praticiens du bourg. Car ce n'est pas la maladie, mais le malade qui est pressé.

Evolution de la science médicale

Un autre facteur des plus importants de la disparition du médecin de famille doit se trouver dans la modification profonde de l'art de guérir.

Jadis, la seule clinique présidait au diagnostic : par son expérience, son bon sens, sa faculté d'observation, le praticien décelait la nature de la maladie, ses causes et il en déduisait le traitement.

Aujourd'hui, les sciences exactes comme la mathématique, les instruments divers et compliqués, les laboratoires interviennent non seulement pour contrôler les résultats de l'examen clinique du malade, mais aussi pour déceler certains symptômes, certaines lésions que l'œil, l'oreille, le palper ne peuvent reconnaître.

Ce sera la radiographie, les divers examens électriques, les résultats des analyses de laboratoire qui aideront le praticien dans ses investigations ou dans son traitement.

Aussi comprend-on pourquoi bon nombre de médecins se soient spécialisés dans telle ou telle branche de l'art de guérir.

D'où le résultat, c'est que le malade, qui a mal aux yeux, va consulter le spécialiste pour les yeux, de même qu'il se rendra chez le spécialiste des maladies de l'estomac, des bronches, des oreilles, etc., etc...

Que devient dans tout cela le médecin de médecine générale, l'ancien médecin de famille ? Son rôle diminue, puisqu'on se passe de ses services, ou plutôt de ses conseils, pour aller consulter le spécialiste.

Cependant, ce médecin de famille d'antan savait que tels malaises cardiaques ne proviennent pas du cœur du malade qu'il connaît bien, mais de son système digestif ; que tel autre, qui se croit tuberculeux, ferait mieux de faire examiner son pharynx et son cavum, plutôt que de se soumettre à de nombreuses radiographies pulmonaires ; que telle femme qui croit souffrir d'une appendicite, a des trompes en mauvais état.

Rien à faire contre la croyance du peuple : pour lui, l'examen radiologique doit faire découvrir immédiatement, à la vue, l'organe qui est malade ; de même qu'il ne saurait comprendre que le mauvais fonctionnement d'un organe peut provoquer des phénomènes à distance et simuler la maladie d'un autre organe éloigné.

Ce morcellement de la médecine en tranches spécialisées a donc progressivement aidé à détruire la confiance d'antan dans le médecin de famille.

La médecine gratuite, à bon marché. Les Uniprix de la médecine

Nous assistons, à l'époque actuelle, à une floraison intense de dispensaires gratuits, ainsi qu'à une transformation complète des hôpitaux publics.

Jadis, l'hôpital était réservé aux pauvres, qui y trouvaient moins des soins médicaux qu'un asile et un secours momentané d'hébergement.

Le développement des services chirurgicaux, de spécialités a conduit vers l'hôpital une clientèle de malades, appartenant non seulement à la classe des bénéficiaires des lois d'assistance, mais aussi à la classe modeste, aux mutualistes, aux blessés du travail, aux petites gens.

L'hôpital n'est plus considéré comme un lieu de souffrance, antichambre de la mort pour les vaincus de la vie, mais, comme un établissement de soins donnés par un personnel médical sélectionné par des concours longs et difficiles.

Aussi les personnes aisées, mais soucieuses d'économies se sont-elles présentées à la porte de l'hôpital, à celle des dispensaires, avec parfois de faux papiers, pour déjouer toute réglementation et pouvoir se faufiler dans un établissement où, à bon compte, on peut avoir l'opinion d'un maître ou des soins coûteux.

Le dépistage

Joignons à cela le zèle parfois intempestif des visiteuses sociales qui suivent à domicile les personnes sorties de l'hôpital, qui prolongent, dans les familles, les secours hospitaliers, en surveillant si les soins sont bien donnés et même

font du dépistage. Admiratrices du maître, les visiteuses ont tendance à faire refluer vers l'hôpital toute une clientèle, qui échappera désormais au médecin de quartier.

Ce dépistage des maladies est inscrit parmi les buts que se propose la loi sur les Assurances sociales. Mieux vaut prévenir les maladies que les guérir. Aussi voyons-nous une floraison d'établissements, destinés au seul diagnostic, qui, sous les noms de dispensaires d'hygiène sociale, centres de diagnostics, etc., doivent théoriquement s'adonner exclusivement à la recherche des maladies et ne pas faire de traitements.

Malheureusement, on commence par donner des soins et des médicaments aux individus privés de ressources ; puis, progressivement, les malades de condition modeste, ceux de condition aisée prennent le chemin desdits établissements pour avoir à très bon compte, examens spéciaux, diagnostics et soins.

Que reste-t-il dès lors, comme clientèle, au médecin praticien ?

L'application des lois dites sociales

La première en date est celle du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite. Puis est venue la loi du 9 avril 1898, protégeant les ouvriers et employés contre les accidents du travail. La Mutualité, avec la loi du 1er avril 1898, a institué un système de prévoyance facultatif contre la maladie et la vieillesse. Enfin, la loi sur les Assurances sociales est venue rendre obligatoire cette garantie contre l'interruption ou la cessation du travail par cause pathologique.

De leur côté, les grandes firmes industrielles, ou commerciales, des usines, des entreprises minières, etc., ont organisé un service médical pour leur personnel. Des médecins salariés rémunérés par l'entreprise, doivent donner gratuitement leurs soins à tout le personnel de l'entreprise, que ce soit une usine, un grand magasin, une entreprise minière, etc...

D'où les conséquences : entre le malade et son médecin s'interpose un tiers, qui paye les frais médicaux et pharmaceutiques et qui entend, très justement, avoir un droit de regard.

Le malade sera soigné selon une règlementation imposée tant à lui-même qu'au praticien. Le libre choix est fréquemment impossible ; le tarif des actes médicaux est fixé par celui qui paye et n'est plus laissé au libre débat entre malade et médecin.

Un service de contrôle est organisé, qui dégénère parfois en suspicions, en opinions préconçues, car le contrôleur a tendance à voir des fraudeurs partout.

Joignons à cela une nomenclature pharmaceutique, dont le médecin ne peut se départir, ainsi que l'obligation de prévenir lorsqu'il désire faire pratiquer un examen spécial, ou procéder tant à des opérations qu'à des traitements en série.

Certains vont jusqu'à prétendre que le médecin doit demander l'autorisation avant de pratiquer tel traitement, ou tel examen spécial.

Les contrats collectifs

Pour se protéger, le médecin isolé a senti le besoin de se réunir avec ses autres confrères en Associations professionnelles, en Syndicats, pour opposer la collectivité médicale aux collectivités diverses, publiques ou privées, qui tendent à lui imposer une règlementation et une clientèle.

Ce sont alors des tractations collectives, des contrats comportant des conventions et des tarifs avec des contrôles. Mais pour le médecin, comme pour le malade, ce système entraîne la rédaction de nombreux certificats, ou déclarations, l'établissement de feuilles de maladie et de soins régulièrement tenues à jour ; toute une paperasserie, indispensable certes, mais qui jadis n'intervenait jamais dans les rapports entre le médecin de famille et les malades lesquels, depuis toujours, avaient confiance dans leur vieux docteur.

Résultat

Après cette étude critique de l'évolution moderne des rapports entre malade et médecin, si nous nous reportons aux formes mêmes de la Charte de la médecine traditionnelle et de famille, nous constatons que les Associations professionnelles médicales et les Syndicats ont eu beaucoup à lutter pour conserver aux malades les garanties d'indépendance qu'ils ont intérêt à trouver dans le Corps médical.

Le libre choix du médecin est inscrit dans certaines lois sociales, telles que celles des pensionnés de guerre, des accidents du travail et des Assurances sociales. En fait, il en est de même pour le fonctionnement de la loi sur l'Assistance médicale.

Mais le choix du malade est limité aux praticiens qui ont accepté la réglementation et le tarif du service, en d'autres termes, qui ont accepté un contrat unilatéral de travail imposé par la collectivité qui dispense les soins.

L'entente directe entre le client et le praticien devient malaisée. Si, dans le principe, elle est littéralement respectée, il n'en est plus de même, dans la réalité. Le tiers, qui paye, ou rembourse, a tendance à vouloir connaître ce que le malade a versé au praticien, ne serait-ce que pour éviter des collusions et des ristournes, ou des bénéfices illicites.

Quant au troisième terme de la Charte médicale, le respect du secret professionnel, il est de plus en plus en danger, constituant même un obstacle insurmontable au fonctionnement de

certaines lois, de certains services et surtout *d'un contrôle effectif et efficace.*

Le respect du secret professionnel en conflit avec l'application de la médecine publique, ou collective.

Si la disparition presque totale du médecin de famille d'antan constitue une étape, bonne ou mauvaise en soi, dans l'évolution des rapports entre malade et médecin, il n'en est plus de même en ce qui concerne le maintien, ou l'abolition du secret professionnel.

D'ordre public, instituée pour le seul profit du malade, qui doit avoir une confiance illimitée dans le confident nécessaire, la règle du secret professionnel a de tout temps constitué la base la plus solide de la médecine traditionnelle et *individualiste.*

Aujourd'hui, ce secret devient une gêne : l'intérêt de l'individu malade se heurte à l'intérêt des collectivités publiques, ou privées, qui supportent la charge des soins. Certains ont consacré des ouvrages, battant en brèche le principe même de ce pauvre secret et demandant si véritablement, il ne conviendrait pas, à l'heure actuelle, d'abroger les dispositions de l'article 378 du Code pénal.

Tour à tour, nous allons étudier cette opposition de l'intérêt individuel et de l'intérêt collectif, au regard de ce secret médical.

A) Le secret professionnel en opposition avec le service médical des collectivités publiques ou privées.

De plus en plus nombreux surgissent les conflits. Le service de contrôle a besoin de connaître le diagnostic exact et complet de la maladie invoquée par le bénéficiaire, l'employé, l'ouvrier, pour obtenir soit le remboursement ou le payement des prestations de maladie, soit pour l'obtention d'un congé.

Certes, dans l'immense majorité des cas, il n'y aurait aucun inconvénient à ce que le médecin traitant puisse indiquer en toute franchise le diagnostic exact de l'affection traitée.

Cependant, dans bien des cas particuliers, le secret doit être conservé au malade, soit pour les soins donnés à une maladie — dite honteuse, même à l'heure actuelle —, soit parce que l'indication du diagnostic précis pourrait faire perdre sa place au malade, soit encore parce que le patient lui-même est le premier intéressé à ne pas savoir exactement l'affection qui probablement doit l'emporter dans un temps limité, tel un cancer par exemple.

Le secret professionnel dépasse, dans certains cas, le respect de la confidence nécessaire. Par humanité, le praticien est conduit à se taire vis-à-vis du malade lui-même, pour éviter des crises de désespoir et la perte de confiance dans une guérison même impossible.

Certains ont cru pouvoir libérer leur conscience en délivrant des certificats incomplets, gazés, comportant des sous-entendus. Mauvaise méthode qui doit être condamnée, car la vérité ne saurait être truquée ou dissimulée.

Cependant le refus de certification a provoqué des conflits, qui ont eu leur dénouement soit devant le Conseil d'Etat, soit devant la Cour de Cassation.

C'est un médecin qui se refuse à dévoiler au service préfectoral de contrôle, en matière d'Assistance médicale, le diagnostic exact des maladies traitées chez certains assistés. Et, par arrêt du 9 novembre 1928 (*Concours médical*, 1928. 3372), le Conseil d'Etat a décidé qu'en l'état actuel de la législation sont contraires aux dispositions de l'article 378 du Code pénal les dispositions d'un règlement départemental relatif à l'Assistance médicale, qui exige d'un médecin la déclaration d'un diagnostic.

Un accord intervenu entre le Syndicat médical et une collectivité — telle une Caisse d'assurances sociales — pourrait-il décider que ladite collectivité nommerait des médecins chargés du contrôle, lesquels garderaient pour eux seuls les diagnostics confiés par les médecins traitants, concernant les malades contrôlés ?

Ce procédé ingénieux n'est pas juridique : le médecin de contrôle n'est qu'un mandataire : il doit à son mandant — la Caisse d'assurances sociales — l'accomplissement complet du mandat qui lui a été confié. De sorte qu'à tous moments, la Caisse est en droit d'exiger de son médecin de contrôle, la connaissance exacte des diagnostics concernant tel ou tel assuré.

B) Confusion des fonctions médicales

Ces difficultés du contrôle proviennent très souvent de ce fait que le même praticien est, à la fois, chargé, tantôt de soigner, tantôt de contrôler le même malade.

Certaines Administrations publiques, ou privées, croient pouvoir investir de leur confiance tel et tel médecin, à l'exclusion de tous autres. Ces praticiens, qui, dans certains cas, sont dits médecins assermentés, sont seuls qualifiés pour remettre aux malades, qui les sollicitent, les certificats de maladie, destinés à motiver une demande de congé.

Or, il n'est nullement interdit à ces praticiens de donner des soins à ces clients qu'ils sont appelés à contrôler. De sorte que ceux-ci, pour s'attirer ses bonnes grâces, se font traiter par celui même qui rédigera le certificat.

A plusieurs reprises, le Corps médical a signalé la défectuosité de pareil errement : il ne faut pas que le même homme puisse représenter deux intérêts divergents : comme médecin traitant du ma-

lade, il doit se montrer bienveillant pour celui-ci, afin de conserver sa clientèle, alors que, médecin contrôleur, il doit défendre les intérêts de l'Administration qui l'a commis.

Ceci ne serait pas grand'chose —, car un médecin sait rester honnête —, si le devoir du secret professionnel n'intervenait pas pour obliger le médecin contrôleur à ne pas faire état, dans son certificat, ou rapport, de ce qu'il a pu apprendre comme médecin traitant. D'où des conflits de conscience, des oppositions d'intérêts, alors qu'il devrait être interdit au médecin de contrôle de donner des soins aux malades dont il est appelé à vérifier l'état de maladie.

Voici pourquoi le Corps médical a pu obtenir à juste titre que, dans la loi du 30 avril 1930 sur les Assurances sociales, en son article 7 et dans le décret du 25 juillet 1930, en son article 25, il soit interdit au médecin contrôleur de donner des soins, ou de s'immiscer dans le traitement des assurés sociaux affiliés à la Caisse, qui les a chargés du contrôle.

Rappelons également que l'article 17 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, décide que l'expert, qui est commis pour apprécier médicalement le degré d'invalidité d'une victime, ne peut jamais être celui qui a donné des soins audit blessé. La jurisprudence a toujours prononcé la nullité radicale de l'expertise confiée par erreur au médecin traitant.

C) Secret professionnel et hygiène publique

Pour permettre la détermination et la localisation des foyers d'épidémie, pour dresser une carte géographique des centres où sévissent plus particulièrement telles et telles maladies, les hygiénistes voudraient obtenir des médecins traitants le diagnostic exact des causes des décès.

Dans certains départements, des tentatives ont été instituées, pour que le secret professionnel soit autant que possible sauvegardé.

Mais les juristes impénitents, dont je suis, ont fait observer que pareils procédés étaient en violation flagrante avec les dispositions de l'article 378 du Code pénal ; que le médecin traitant ne peut révéler à quiconque ce qu'il a appris dans l'exercice de ses fonctions, sauf lorsque le praticien, auquel il peut se confier, est appelé lui-même à donner ses soins au malade.

Enfin, le médecin inspecteur départemental d'hygiène, ou directeur municipal de Bureau d'hygiène, est un fonctionnaire et comme tel, obligé d'obéir aux termes de l'article 29 du Code d'instruction criminelle, à savoir donner connaissance au procureur de la République de tous les crimes, ou délits, qu'il a connus dans l'exercice de ses fonctions.

Ainsi le diagnostic exact, porté par le médecin traitant, pour une cause de décès, pourrait se transformer en dénonciation indirecte.

En 1926, une Commission, dont je faisais partie, fut instituée par M. Paul Strauss, alors ministre de l'hygiène, pour rechercher les moyens propres à obtenir du médecin traitant la déclaration exacte des causes des décès. Au bout de quelques séances, la Commission dut interrompre ses travaux, à la suite de la réponse faite par le Garde des Sceaux au ministre de l'Hygiène : en l'état actuel de la législation, le médecin traitant serait coupable de violation du secret professionnel en déclarant, même à un autre médecin, chargé des Services publics d'hygiène, les causes des décès survenus chez les malades qu'il aurait soignés. Une loi serait nécessaire pour obliger à pareille déclaration.

Certains cependant ont voulu établir une analogie avec l'obligation, imposée par la loi aux médecins, de déclarer les maladies transmissibles (loi du 30 novembre 1892, article 21 ; loi du 15 février 1902, article 27).

Mais ne perdons pas de vue qu'un arrêt de la Cour de cassation, du 13 mars 1897 (*Concours médical*, 1897.156) décide que même dans le cas de déclaration de maladie contagieuse, les médecins ne sont relevés de l'obligation au secret professionnel que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique. La Cour ajoute que ces communications, secrètes par leur nature, conservent le même caractère aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent. Dans le même sens, Cour d'appel de Rouen, 23 juillet 1897 (Pand. fr., 98. 2.4).

Cet absolutisme actuel du secret s'impose, rappelons-le, au médecin, tant pour ses dépositions en justice, que pour la délivrance des certificats *post mortem*, en matière d'assurance sur la vie.

A maintes reprises, la Cour de cassation a décidé que le praticien violerait le secret professionnel en délivrant soit à la famille du *de cujus*, soit à la Compagnie d'assurances, un certificat mentionnant la cause exacte du décès, alors même que, de son vivant, l'assuré aurait autorisé par avance le médecin à délivrer pareille attestation.

D) Secret professionnel et hygiène sociale

Tous ceux qui s'adonnent à la lutte contre les fléaux sociaux, voient fréquemment leurs efforts être arrêtés par le respect du secret médical.

Que ce soit en matière de répression des avortements, ou de lutte contre la syphilis et autres maladies vénériennes, toujours le médecin traitant doit, au nom de la loi, refuser son témoignage il doit toujours se taire tant sur la maladie elle-même que sur les auteurs du crime, ou de la contagion.

Ainsi quel peut être le devoir du praticien qui apprend de son client lui-même, lequel est atteint

de maladie vénérienne, dans le période aiguë, qu'il va contracter mariage et ainsi contaminer non seulement sa future épouse, mais aussi les produits de la conception ?

Conclusions

Deux intérêts se trouvent actuellement en conflit aigu : l'individu se débat contre un socialisme d'Etat qui l'étreint et cherche à l'absorber. Plus peut-être que dans le domaine économique, nous retrouvons ce duel social dans l'exercice même de la médecine.

Le problème qui se pose est le suivant :

Convient-il de soigner, comme jadis, chaque individualité pour elle-même et pour elle seule ? Faut-il sauvegarder chaque vie humaine, grâce au maintien de l'absolutisme du secret professionnel ? De la sorte, par la protection de cette loi du silence, l'intérêt de l'individu malade est primordial, même parfois au détriment de la collectivité, comme cela se produit en matière de maladies contagieuses, de maladies sociales ?, etc...

Convient-il, au contraire, de protéger les intérêts des collectivités publiques ou privées, qui dispensent des soins aux malades ? Cette médecine collective, administrative, froide et sèche, ne saurait se concilier avec le respect du secret professionnel. La gestion, le contrôle, la surveillance ne peuvent tolérer que l'ayant-droit aux soins puisse se retrancher derrière le silence et le mystère.

A ces deux intérêts opposés se superpose l'intérêt social, celui de la Nation entière. Le dépistage des maladies, le traitement rapide en série et même gratuit de ces dernières permettent de conserver, ou de récupérer, les forces vives de la collectivité laborieuse et, partant, d'augmenter les richesses de la production nationale.

Le secret ne saurait donc se concilier avec la lutte contre les fléaux sociaux, d'autant que, dans les milieux administratifs, se dessine un vaste courant vers une médecine socialisée. L'hôpital, établissement public, entretenu si besoin en est, par les finances publiques, serait largement ouvert à quiconque a besoin de soins, ou d'examens de dépistage.

Une médecine d'Etat est même envisagée par certains, soit par un Corps médical hospitalier, suffisamment payé pour que l'exercice médical soit interdit en dehors de l'établissement, soit par création de postes médicaux, mensuellement appointés, pour dispenser des soins gratuits aux bénéficiaires de certaines lois sociales, telles que celles des Assurances sociales.

Nous aboutissons donc, non pas à une médecine fonctionnarisée (car le fonctionnaire a un statut et une retraite), mais à une médecine salariée : le praticien louant ses services à une collectivité.

Or, le secret professionnel reste la clef de voûte de tout cet édifice. Son maintien ne peut se concevoir avec cette médecine future, collective, administrative et impersonnelle.

Faut-il abroger purement et simplement les dispositions de l'article 378 du Code pénal, puisqu'elles empêchent tout contrôle utile et s'opposent à la répression de certains crimes sociaux, comme au bon fonctionnement des Services d'hygiène publique ?

Faut-il, au contraire réagir de toutes nos forces et, s'appuyant sur l'intégrité absolue du secret professionnel, revenir, si possible, à l'ancienne médecine traditionnelle, basée sur le respect des droits de l'individu malade ?

Faut-il enfin envisager l'état social tel qu'il est et non tel qu'il devrait être, essayer, par suite, de concilier les droits respectables de l'individu au regard des droits non moins importants de la collectivité ?

Personnellement, je verrais avec faveur la réunion de juristes avertis et de sociologues, auxquels se joindraient des délégués des Administrations publiques, pour étudier, de concert avec les Syndicats médicaux, ce vaste problème du maintien du secret professionnel, dans le cadre de la médecine sociale et collective actuelle.

Une solution juridique et humaine peut très bien être discutée en ce qui concerne le contrôle d'une part et, de l'autre, la protection de la santé publique, notamment au sujet de la déclaration des causes des décès.

Tout en étudiant les droits et devoirs de l'individu malade au regard de la collectivité à laquelle il appartient, ladite Commission envisagerait les répercussions sociales et économiques que peut avoir cette tendance, quelque peu désordonnée, à l'heure actuelle et qui nous entraîne vers un socialisme d'État, en matière de soins et de dépistage.

C'est vers cette étude confiée à des personnalités idoines que vont tous mes vœux.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINE SOCIALE, MÉDECINE DE CONTROLE ET SECRET PROFESSIONNEL

Par le Docteur L. Barot (d'Angers)

Comme suite au remarquable exposé de notre confrère et ami Paul Boudin, docteur en médecine et docteur en droit, un des médecins français les plus avertis en matière de médecine sociale, je me permettrai de relever quelques appréciations sévères sur une catégorie de médecins — trop souvent honnis dans nos réunions corporatives, et injustement honnis — les médecins assermentés.

Que sont donc ces médecins ? De simples experts choisis au même titre que les experts désignés par les Tribunaux, par les Compagnies d'assurances-accidents ou vie ; seulement ces experts, qui, comme tous les experts doivent l'exacte vérité à la collectivité qui les a choisis, sont désignés par telle ou telle Administration publique pour donner leur avis sur l'état de santé d'un malade ou d'un bien portant.

Or, comme le formalisme administratif ne saurait être déficient, il est d'usage que ces experts prêtent serment devant le Préfet : c'est pour cela qu'ils se nomment assermentés. Les jeunes confrères s'imaginent que ce titre qui n'en est pas un, mais un simple qualificatif, leur assure des ressources enviables : quelle erreur ! et combien loin de la réalité !

J'estime, comme Paul Boudin, qu'en tant qu'assermenté, un médecin ne peut examiner un sujet dont il est le médecin traitant. Il ne doit ajouter son qualificatif d'assermenté que lorsqu'il a été commis à ce titre, pour une expertise ou un contrôle.

En fait, dans notre petite province, les choses se passent ainsi ; et pour ma part, depuis vingt ans, j'ai rarement vu les confrères angevins assermentés agir autrement.

Il est aussi impossible d'interdire aux Administrations de choisir leurs experts que de vouloir l'interdire aux Compagnies d'assurances et aux Tribunaux.

La seule chose qu'il soit juste de demander, c'est que les médecins experts, qui sont au fond des médecins de contrôle, soient choisis parmi des praticiens déjà expérimentés, ayant quinze ou vingt ans d'exercice de la médecine ; or, c'est exactement le contraire qui tend à s'établir dans le contrôle médical des lois d'Assurances sociales.

Les Caisses d'assurances sociales veulent des médecins fonctionnaires ; elles veulent qu'ils puissent se créer des droits à une retraite ; — que par suite, ils soient à même de subir les retenues pendant les vingt-cinq ou trente annuités prévues par les lois. Elles les prennent donc jeunes, — savants en théorie, certes, — mais inexpérimentés en pratique. Et comme ils n'exerceront jamais, ils ne pourront jamais acquérir cette expérience qui ne se base que sur la pratique.

« L'art est long, la vie est brève, l'expérience est trompeuse, le jugement difficile », disaient nos maîtres antiques. Cette sentence se vérifie encore davantage dans la médecine d'expertise et de contrôle.

En sorte que la conception moderne de la médecine de contrôle fonctionnarisée conduit fatalement les médecins qui s'y livrent à n'être que des applicateurs de mesures administratives qui sauvegardent sans doute, les ressources des Caisses, mais qui méconnaissent souvent les intérêts des individus. (Témoin la grosse erreur des six mois limitatifs de soins pour le même diagnostic).

Ajoutez à cela que les médecins traitants, farouchement respectueux du secret professionnel, ne donnent aux confrères-contrôleurs aucun diagnostic, ni aucune histoire de la maladie : les médecins de contrôle doivent donc se faire une opinion sur les dires des intéressés, souvent déformés ou exagérés, sinon incohérents.

Est-ce de la médecine, cela ? — Non ? Est-ce même du contrôle ? — Non plus ! Ce n'est qu'une illusion inopérante de contrôle.

Toujours et partout, sous tous les aspects de la médecine dite « sociale », actuelle, nous voyons se dresser devant nous l'antagonisme qui met aux prises les droits de l'individu et la puissance de la collectivité. C'est volontairement que je ne dis pas les droits de la collectivité, car ils ne sont que le droit du plus fort : la loi est la volonté du plus grand nombre ; si le plus grand nombre se trompe, la loi est injuste, mais elle est la loi !

Quant à l'individu, nous les médecins, disciples d'Hippocrate et fidèles à son serment, nous prétendons le préserver de cette sorte d'anéantissement social qui ne ferait plus de lui qu'une unité passive et anonyme dont un numéro matricule résumerait toute la personnalité ; nous voulons sauvegarder son entité physique et morale : le soigner quand il souffre, le relever quand il tombe, l'encourager quand il doute, le consoler quand il pleure.

C'est ce rôle qui a fait de la médecine, pendant longtemps une sorte de sacerdoce et qui

fait qu'aujourd'hui encore elle reste un art, non une science exacte, — un art intuitif qui peut et doit s'appuyer sur des données expérimentales, mais ne doit jamais oublier que le malade est un complexe physique et psychique, métapsychique même, dont les éléments fondamentaux étroitement unis, mais non confondus retentissent l'un sur l'autre, au point qu'on ne sait parfois ce qui l'emporte dans un traitement, de l'action thérapeutique ou de l'influence psychique.

Sous couleur de règlements égalitaires qui assureraient à la collectivité une sécurité physique purement matérielle, il n'est pas permis, dans l'état actuel des sciences, de faire table rase des sentiments, de l'émotivité, de la pudeur, de l'amour-propre, des aspirations intellectuelles, des croyances morales et des espérances qui caractérisent les individus.

Du fait que les médecins français sont dans leur ensemble farouchement individualistes et de plus en plus spiritualistes, s'en suit-il qu'il ne se puisse trouver un terrain d'entente avec les conceptions collectivistes de l'hygiène sociale de demain ? Je ne le crois pas. Il y a longtemps que j'ai réfléchi à ce problème : voici ce que j'écrivais en 1920 à ce sujet : dans une brochure intitulée : « Mutualité et médecine ».

Le Corps médical français offre le plus étrange amalgame d'idées avancées dans l'ordre théorique et de routine professionnelle dans l'ordre pratique. C'est pourquoi l'exercice de la profession médicale ne s'est pas adaptée à l'évolution sociale.

Des praticiens de grand bon sens, comme Noir et Diverneresse, n'ont cessé depuis dix ans de mettre en garde tous les médecins contre cet esprit de conservatisme professionnel fâcheux : ils ne semblent pas avoir été compris.

Ceux qui ont suivi l'évolution de la médecine depuis quinze ans savent qu'il se crée deux catégories de médecins correspondant à une séparation très nette qui s'établit dans la science médicale : les médecins de laboratoire et les médecins traitants.

Les premiers, par leurs études bactériologiques, physiologiques, toxicologiques, ont créé la médecine sociale, — médecine préventive qui surveille l'homme sain, lui signale les causes des maladies, les moyens de les éviter, mais qui peut aussi le suivre pas à pas dans sa vie normale, observer les fluctuations de sa santé et, dès la première menace de fléchissement, l'inviter à se faire soigner sans retard. Cette catégorie n'est aujourd'hui représentée que par les rares médecins hygiénistes ou sanitaires, les chefs de laboratoires cliniques, les inspecteurs des services d'hygiène.

Les seconds, par leur pratique journalière médicale, sont les médecins traitants proprement dits, ceux qui soignent et guérissent les maladies déclarées par des moyens médicaux ou chirurgicaux. C'est dans ce dernier groupe qu'une spécialisation naturelle s'est faite entre les différents praticiens : chirurgiens et médecins d'abord : puis dans la catégorie des chirurgiens, ceux de chirurgie générale et ceux de chirurgie spéciale : dans la catégorie des médecins, ceux de médecine générale et ceux de médecine spéciale, enfin entre ces deux groupes, des spécialistes communs aux uns et aux autres : les radiologues, les masseurs et les médecins de villes d'eaux : stations thermales, balnéaires, climatiques, etc...

Eh ! bien, dans un avenir tout proche, comme conséquence fatale des mesures légales que le Gouvernement et le Parlement vont être obligés de voter à bref délai pour enrayer la course à la mort de la race française, ces deux médecins vont se différencier de plus en plus dans leur services, comme dans leur mode d'action.

Les médecins hygiénistes.

A la médecine préventive se rattacheront tous les services d'hygiène et de prophylaxie sociale.

Chaque ville devra être dotée, — en face et parallèlement à son Hôtel-Dieu où sont soignés les malades, — d'un Institut municipal sorte de *preventorium*, où les bien portants seront, autant que possible, préservés dans leur santé.

Cet Institut devra comporter deux grands services :

a) Service d'hygiène, qui aurait à connaître de la salubrité des habitations, de l'assainissement des rues, de la stérilisation des eaux potables, du traitement des eaux résiduelles et des vidanges, — de la désinfection des foyers épidémiques, du contrôle sanitaire maritime, — des statistiques sanitaires, du contrôle des décès, de la défense de l'homme contre les pandémies et des animaux domestiques contre les épizooties, etc., etc...

b) Service de prophylaxie individuelle, qui aurait à assurer les vaccinations préventives diverses, la surveillance de la prostitution, les conseils de revision ou de réforme militaires ou civils, l'inspection sanitaire des écoles, des casernes, des sociétés sportives, des ateliers, les examens d'aptitude physique à toutes fonctions, les demandes de congé et de mise à la retraite pour maladie, etc., etc...

Ces deux services seraient naturellement doublés d'un vaste laboratoire de recherches chimiques, bactériologiques, toxicologiques, auquel pourrait être adjoint un laboratoire de phytologie et de parasitologie générale.

Il va de soi que ces services de l'Institut préventif, devraient comprendre, à côté des médecins hygiénistes, des pharmaciens et des vétérinaires hygiénistes, car l'hygiène humaine a des rapports trop étroits avec l'hygiène animale pour

que l'organisme administratif de surveillance ne soit pas commun.

Ces Instituts de préservation sociale seraient donc de véritables temples de la santé publique, en opposition avec les hôpitaux qui sont les temples de la douleur et de la maladie.

Les médecins praticiens.

Parallèlement au groupe des médecins hygiénistes et en complète collaboration avec eux, les médecins praticiens continueraient, eux, à soigner les maladies : les uns dans des centres hospitaliers complets dotés de tous les services nécessaires en harmonie avec les données de la science moderne, — les autres dans des cliniques privées, — les autres au domicile particulier des clients...

Cette médecine traitante garderait l'apparence générale de son fonctionnement actuel ; elle devrait, cependant, s'adapter aux exigences économiques et sociales de la vie actuelle. Telle que nous la pratiquons en ce moment, elle n'est plus en rapport avec les loisirs des classes laborieuses.

Il faudra donc, sous peine de perdre une partie notable de leurs bénéfices, que les médecins praticiens évoluent à leur tour, se modernisent et s'adaptent.

La meilleure méthode est, à mes yeux, l'association.

Je vois très bien un groupe de praticiens composé de six, huit ou dix médecins, chirurgiens ou spécialistes, ouvrant un institut populaire des examens et traitements modernes, accessible par la modération de ses prix aux classes moyennes, — par suite aux mutualistes, — et où les malades non alités pourraient trouver des soins surveillés, effectifs et scientifiques.

Un Institut de cette nature comporterait nécessairement :

a) Des consultations médico-chirurgicales à l'usage des classes moyennes ou ouvrières données aux heures de loisirs ou de repos, soit entre 11 heures et 13 heures, soit entre 18 et 20 heures ; elles seraient, suivant le nombre des médecins participants et leurs spécialisations, arrangées de manière à représenter toutes les branches de la médecine ;

b) Des séances de traitements ou de pansements fixées aux heures accessibles aux travailleurs : de 7 heures à 9 heures, de 11 heures à 14 heures, de 18 heures à 21 heures, où s exécuteraient les médications prescrites par les médecins : injections hypodermiques, intra-musculaires, pansements, massages, lavages gynécologiques ou vésicaux, etc. ; des étudiants en dehors de leurs heures de cours, des infirmières diplômées des sages-femmes pourraient, contre rémunération, assurer ces services ;

c) Des examens particuliers : analyses cliniques, bactériologiques, sommaires, — examens rapides radiologiques, électriques, etc., etc., nécessitant un outillage un peu complexe que les praticiens ne peuvent posséder isolément. Ces examens seraient pratiqués et par les spécialistes et par des pharmaciens participants ;

d) Un dépôt de médicaments usuels, d'ampoules de traitements, d'objets de pansements, donc une annexe de pharmacie assurée par un ou plusieurs pharmaciens.

L'existence de cet Institut n'empêcherait nullement les médecins participants de continuer leurs consultations dans leurs cabinets personnels et leur permettrait d'adresser, pour traitements, leurs malades propres à l'Institut.

Cette évolution de la médecine est fatale : l'individualisme professionnel ne peut plus résister à la cherté croissante de l'exercice de la profession, ni à l'élargissement des spécialisations médicales et des modes de thérapeutique : le temps de l'omni-science est passé : il faut s'appuyer à chaque instant sur les connaissances plus approfondies des confrères... de là à s'associer, il n'y a qu'un pas ! On conçoit, dès lors, très bien que, si des collectivités (départements, communes, mutualités) ont un intérêt à favoriser la naissance des Instituts de préservation dont nous avons parlé, elles puissent également favoriser la constitution d'Instituts de traitements, tels que nous venons de les décrire.

Je m'excuse de rappeler ces lignes lointaines, mais il me semble qu'elles n'ont rien perdu de leur actualité et que, peut être même, l'application de la loi des *Assurances sociales* leur en donne une nouvelle.

Je n'en veux pour preuve que la récente suggestion lancée par le Conseil national de la Fédération des Syndicats médicaux de France en vue de faire créer par le Corps médical des « *Centres de diagnostic* » qui ressemblent terriblement aux « *Instituts populaires de soins* » dont je vous parlais plus haut.

Le Corps médical, dans sa majorité, se montre encore hostile à ces conceptions, je crois qu'il a tort : il sera débordé par la marche inéluctable des idées et les transformations sociales que nécessite l'activité moderne ; ce qu'il n'aura pas voulu réaliser en ce sens, le sera tôt ou tard, sans lui et peut-être contre lui.

La pierre d'achoppement de cette résistance du Corps médical réside toujours dans la volonté ferme de respecter envers et contre tous le secret professionnel.

Il faut donc à cette question cruciale trouver une solution.

La solution préconisée par notre ami Boudin — une Commission de juristes et de médecins — ne me satisfait pas, l'état d'âme des juristes et des médecins étant presque inconciliable.

A mon sens, il faut chercher cette solution

dans des voies nouvelles, hors du cadre habituel de nos institutions.

Il faut laisser aux médecins praticiens la charge de soigner, conseiller, guérir, dans le respect absolu du secret professionnel.

Il faut encourager la spécialisation des médecins hygiénistes que je viens de vous décrire.

Mais il faut avoir le courage d'admettre que les *médecins de contrôle* sont nécessaires et qu'ils ne peuvent être choisis que parmi les praticiens. Les faire désigner par les Syndicats, comme quelques-uns le recommandent, c'est embrouiller les questions.

Ce doit être à l'ORDRE DES MÉDECINS définitivement constitué, qu'il appartiendra de choisir, par départements, des médecins de contrôle *ayant vingt ans d'expérience professionnelle* : ils accepteraient ce mandat avec toutes les restrictions *de clientèle qu'il comporte*, mais par contre, toutes les collectivités publiques et privées seraient tenues de n'avoir recours qu'à eux et leur assureraient des honoraires compensateurs. Ces médecins ne seraient ni fonctionnaires, ni salariés, ils seraient mandatés par leurs confrères pour une mission bien définie, qu'ils rempliraient, dans ces conditions, avec une indépendance et une autorité incontestables.

Entre les médecins praticiens et les organismes sociaux, ils seraient des médiateurs, des arbitres dont les arrêts n'auraient pas à être motivés, ce qui assurerait le respect du secret professionnel.

Il faut, en un mot, implanter dans le Corps médical français, l'antique et sage tradition britannique qui choisit ses juges *uniques et responsables* parmi les Maîtres écoutés et expérimentés du barreau.

Tel est à mon sens, la formule qui concilierait *l'intangibilité du secret professionnel* avec le *droit des individus* et les *obligations des collectivités* (1).

PAUCINATALITÉ ANGLAISE

Dans le *Times*, un membre du Parlement, M. Robert Rankin, déplore la faible natalité anglaise, en considérant que plus des trois quarts du bel empire sont vides. L'Australie, par exemple, si elle était peuplée seulement comme les Etats-Unis, qui ne le sont guère, aurait 46.000.000 d'habitants au lieu de 7.700.000 Jusqu'en 1930, le taux des naissances dans les Dominions aurait suffi à doubler leur population en trente-cinq ans. Aujourd'hui l'immigration est interdite, et la natalité est en décroissance. Dans cette même Australie qui ferme ses portes aux nouveaux venus, le taux de natalité était en 1914 de 17,4 pour 1.000 habitants ; il est actuellement de 7,1 et rien n'indique que cette décadence soit terminée.

La population des Etats-Unis, prise ici comme standard, est d'ailleurs très au-dessous de ce qu'elle pourrait être. Si les Etats-Unis avaient une densité égale à celle de la France, — et rien ne l'empêche, ni le climat, ni la stérilité du sol, remarquablement riche au contraire, ils pourraient contenir dix fois plus d'habitants ; s'il avaient la densité de la Grande-Bretagne, cinq fois plus. Les divers territoires de population anglaise en grande majorité, y compris ceux d'Amérique, dont la croissance est due à l'immigration, et où l'on refuse strictement aujourd'hui d'accueillir les populations européennes (sans compter les noirs et les jaunes) en excédent, ont dans l'ensemble (si l'on exclue la Grande-Bretagne, pays peuplé), une densité moyenne de 50. Les terres anglo-saxonnes sont donc comparables, comme taux de population, à des pays vides comme la Russie ou désertiques comme le Yemen. Voilà une vérité démographique qu'il faut répandre dans les pays à forte natalité comme l'Italie, la Pologne, le Japon.

Ph. DALLY.

(1) Note présentée au Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale le 5 octobre 1935, après le rapport du Docteur P. BOUDIN, sur le même sujet.

LA MÉDECINE QUE NE FONT PAS LES MÉDECINS

L'autre soir, poussé par une vaine curiosité, et obéissant à une invitation égarée chez moi, j'ai été voir un sorcier. C'est un sorcier très moderne, docteur en médecine d'ailleurs, un de nos confrères parisiens. Bien que sa barbiche grise l'incorpore au Corps médical des années 90, il cherche encore sa voie ; il est passé de l'homéopathie à la radiesthésie, de l'imposition des mains à la médecine par les plantes : c'est un de ces esprits inquiets et centrés sur leur pensée qui mettent toute leur foi à ne croire qu'en eux-mêmes, toute leur intelligence à s'élever des statues et n'utilisent la science de tout le monde que pour ne pas faire comme tout le monde ; sincère, de bonne foi, d'ailleurs, je n'en doute pas : son diplôme lui donne le droit absolu, d'ailleurs, d'avoir des idées à lui.

La salle était remplie. C'était une sorte de temple dédié à la théosophie, mais tout à fait pareil à n'importe quelle salle de conférences. Le conférencier s'était fait accompagner d'une machine bien chromée, avec des cadrans et des boutons, qui avait, sur l'estrade, à côté de lui, une place d'honneur. C'était la prima donna de ce beau spectacle, et on ne parlait que d'elle.

Non sans raison. Notre confrère nous expliqua, avec l'amour qu'avait Jupiter pour la fille de sa cuisse, qu'à l'aide de ce radiobioscope, ou bioradioscope, il pouvait en quelques instants repérer toutes les maladies, et trouver le médicament qui devait leur être opposé, et la dose nécessaire.

Cette grande découverte valait la peine d'une conférence, et l'orateur démontrait son excellence au moyen d'assertions et d'historiettes que personne ne songeait à mettre en doute, ni ne pouvait d'ailleurs.

Mais voyez combien ce système diffère de nos traditions. En religion, en politique, en amour, on affirme ; il arrive même d'être cru. Mais, dans le domaine étriqué de la science ! Quand un savant croit pouvoir établir un fait ou une technique nouvelle, son premier soin est d'en entretenir une société d'autres savants. Je sais bien qu'il est parfois mal reçu, qu'on l'appelle ventriloque comme Charles Cros, ou âne bâté, comme Pasteur, ou imposteur, ou plagiaire, comme beaucoup d'autres ; mais il n'y a pas d'exemples, cependant, qu'une grande découverte ait été très longtemps étouffée par la négation ou l'insulte.

Les tenants de la radiesthésie, du radiobioscope, ou bioradioscope, n'ont pas suivi ce chemin. Ils ont eu raison, ils ont gagné du temps ; et, en évitant la discussion, en restant seuls à parler, ils ne redoutent pas la contradiction. Ils se présentent comme s'ils tombaient du ciel avec leurs miraculeux appareils ; tombés du ciel, mais sans apporter, comme Prométhée, aucune étincelle du feu divin.

Supposons qu'ils aient raison, qu'ils aient vraiment trouvé un système capable de déceler et de guérir toutes les maladies : tant mieux. Espérons seulement que sur leurs bénéfices, qui ne peuvent manquer d'être considérables, ils feront une petite pension aux médecins et aux pharmaciens devenus inutiles, puisque la simple lecture d'un cadran sur lequel se déplace un *spot* lumineux, remplacera toute la clinique et toute la thérapeutique.

***

Si j'ai bien compris, il s'agit d'un double poste émetteur et récepteur d'ondes courtes, que l'on appelle, car toute religion est d'abord un vocabulaire, des microrayons. Si l'on interpose sur le passage de ces ondes une excrétion, ou une sécrétion, ou un tube de sang provenant du malade, les radiations qu'émettent ces substances gênent ou favorisent les microrayons, et des aiguilles fidèles vous indiquent une harmonie ou une discordance. Si on intercale une drogue bien choisie, l'harmonie se rétablit, et les aiguilles sourient au lieu de grincer. A la dose convenable, l'accord est parfait, et il n'y a plus qu'à administrer la drogue et à attendre la guérison.

Cela s'appelle le courant d'ionisation, ou la syntonisation ; car une autre particularité de ces découvertes, où le Mystère galope sur l'Affirmation sans Preuves avec le Postulat en croupe, c'est l'usage et l'abus de termes empruntés à des sciences voisines, et qui sont déjà, dans celles-ci, des hypothèses ou des concepts provisoires. La radio a prêté ses mots, bon gré mal gré, à toutes les techniques rayonnantes ou qui se disent rayonnantes. Pour le profane, c'est un prestige ; pour l'homme de science, c'est une horrible faute de méthode, méritant l'anathème majeur, mais peu importe aux illuminés. Ils ne parlent pas la même langue que nous.

La syntonisation que permet ce petit buffet nickelé ouvre un champ immense d'utilisations médicales ; on peut connaître à tout moment, par cette sorte de double pesée, l'état de notre biologie, et faire l'inventaire de tous nos troubles physiques ou mentaux.

***

Et quelles belles perspectives ! Cet appareil n'est pas seulement destiné, comme dit son prospectus, « à indiquer les aliments et les médications contre-indiqués, les produits indifférents et ceux utiles à l'organisme, ainsi que la

présence ou l'absence de microbes ou de parasites » ; elle peut, cette charmante boîte à syntonisations, rendre d'autres et non moins éminents services, que seule la modestie évidente des inventeurs les a empêchés de contempler.

Dans un grand bioradioscope, plaçons par exemple d'un côté une faucille et un marteau, de l'autre, une carte de France, ou la pile des volumes du *Bottin* ou le *Rapport général sur le budget* ; nous saurons en un clin d'œil, si le marxisme convient à notre pays, et si le ministère convient au marxisme. Mettons notre future fiancée, ou même notre future belle-mère, à côté de nous dans l'appareil ; syntonise-t-elle ? vive l'hyménée. Nous cherchons un métier pour notre fils ? Il suffit de faire défiler à côté de lui les *Manuels Roret* pour savoir celui qui syntonise. Le radiobioscope simplifie tout, et non pas seulement la médecine.

***

Je ne pense pas que la médecine ait beaucoup à craindre de ces fantaisies, que nous voyons se succéder depuis toujours sans jamais prendre corps. Mais les médecins en souffriront, tant dans leur prestige que dans leurs intérêts. Il suffit de regarder autour de soi pour se rendre compte du nombre de gens malades ou croyant l'être, ayant envie en tout cas de se soigner, et qui apportent aux sorciers leur confiance et leur argent. Beaucoup ne seraient pas nos clients, n'étant pas de vrais malades auxquels nous puissions être utiles : mais beaucoup aussi, dans leur intérêt et dans le nôtre, devraient rester avec nous. Pourquoi nous ont-ils quittés ?

Je crois que la faute en est presque exclusivement aux médecins. L'éducation rigoureusement scientifique que nous avons reçue ne correspond pas au métier incertain que nous faisons. On nous a enseigné des choses positives, indiqué des méthodes aussi solides que possible, on nous a imprégnés comme s'ils étaient inébranlables des résultats décevants de notre art ondoyant et divers ; et on nous a demandé de prendre comme base positive de notre pratique une science qui n'est faite que de rudiments.

A côté de nous, des hommes ignorants, que n'embarrassait aucun bagage de science, ont usé librement de dons de sympathie, d'intuition, d'observation, qui ne sont pas donnés à tous les médecins, et que beaucoup d'entre nous, qui les possédaient peut-être, ont neutralisés, ont oubliés, ont méprisés, comme dignes seulement des charlatans.

Les charlatans ont ramassé ces armes dédaignées ; ils se sont installés dans le vaste domaine de l'influence psychothérapique, ils ont ramené les malades incompris. Ils ont récolté des succès, c'est-à-dire des clients. Ils se sont prétendus en possession de dons divins ou surhumains, ont fait appel à des forces naturelles, à des effluves, à des émanations, ou à des théories à la portée de tous, associant ainsi le malade à sa guérison. Au lieu de vouloir tout expliquer par l'abstrait de la science, ils ont affirmé des faits, avec des explications quelconques ; mais on les a crus parce que leurs explications étaient aisées, faciles, bornées, parce qu'ils faisaient appel à des puissances mystérieuses dont la seule évidence était les bienfaits qu'elles apportaient, disaient-ils, aux pauvres malades.

Les charlatans ont fait mieux ; ils ont appelé à leur secours les médications naturelles. L'air, l'eau, le soleil, les rayons cosmiques, ils ont évoqué tous les grands dieux, et la *vis medicatrix naturæ*, que les médecins semblaient avoir oubliée en faveur de leurs drogues, les charlatans en ont fait leur alliée ; ils accusent la médecine de combattre et d'étouffer la nature, nomment poisons ce que nous appelons remèdes, et même, dans des sectes extrêmes comme la Christian Science, dressent contre le bistouri et la sérothérapie, qui sont de l'homme, la prière qui est divine.

Il est temps de battre notre coulpe, et de reconquérir un domaine qui nous a été ravi. Tout en conservant ce que la médecine chimique ou biologique a de bienfaisant, il faut y ajouter une mentalité plus naturelle, et ceci non seulement pour plaire à nos clients et à leurs mysticités, mais encore pour les guérir, car les agents naturels guérissent, ne l'oublions pas, et tout ce qui guérit est notre bien.

Il nous faut redevenir un peu sorciers, embellir nos gestes d'un agréable parfum de magie. Quelques-uns d'entre nous le savent, et ils ne s'en plaignent pas, leurs clients non plus. L'influx personnel, la persuasion, les prestiges, voire l'empirisme, voire la suggestion, seront peut-être un jour des faits scientifiquement expliqués et décrits ; en attendant, servons-nous de ce qu'ils ont d'utile, précisément parce que nous pouvons seuls connaître et éviter ce qu'ils ont de mauvais. Il y a là dedans de l'ivraie et du bon grain. Tandis que nous dormions, un ennemi est venu et a semé l'ivraie au milieu de notre blé ; *superseminavit zizania in medio tritici.* Soyons comme le bon père de famille qui sépara l'ivraie, et remplit son grenier de blé loyal.

Ph. DALLY.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« LE SOU MÉDICAL »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

11.516 Amphoux, Vannes (Morbihan), Syndicat médical de Vannes.
11.517 Bernard, 2 rue des Vignes, Tanger (Maroc), Syndicat de Tanger.
11.518 Bompart, Port-Gueydon (Alger), Syndicat des médecins de colonisation d'Algérie.
11.519 Bonsirven, Lavaur (Tarn), Syndicat médical de Castres-Lavaur.
11.520 Bouillet, Saint-Eloy-Les-Mines (P. de C.). Parrains : Drs Michel et Chanelet.
11.521 Bousquet, Bédarieux (Hérault), Syndicat médical Béziers-Saint-Pons.
11.522 Butin, Vigy (Moselle), Syndicat des médecins de Metz-campagne.
11.523 Chuffart, 178, rue Jeanne-d'Arc prolongée, Paris (XIIIe). Syndicat des stomatologistes de la région de Paris.
11.524 Colard, Audincourt (Doubs). Syndicat du Doubs.
11.525 Combris, Saint-Amand-Roche-Savine (P. de D.). Syndicat médical de l'arrondissement d'Ambert.
11.526 Couturier, Chambon-sur-Voueize (Creuse). Syndicat des médecins de la Creuse.
11.527 Degrave, Beaurainville (P. de C.). Syndicat des médecins de Montreuil-Saint-Pol.
11.528 Dogny, Saujon (Ch.-Inf). Parrains : Drs Dubois et Dumolt.
11.529 Dufour, Pleuhiden (C. du N.). Parrains : Drs Huet et Maris.
11.530 Duval, 21 rue Alex. Leleux, Lille (Nord). Parrains : Drs Tiprez et Baron.
11.531 Faleur, Ribemont (Aisne). Syndicat médical de l'arrondissement de Saint-Quentin.
11.532 Filderman, 2 rue Rosa-Bonheur, Paris (XVe). Société de médecine de Paris.
11.533 Fougères, Rennes (I. et V.). Syndicat de Rennes.
11.534 Fourgard, Metz (Moselle). Parrains : Drs Gaillemin et Thirion.
11.535 François, 119 rue Alphonse-Daudet, Marseille (B. du R.). Société médicale Saint-Luc, Saint-Come et Saint Damien.
11.536 Iselin, 1 rue Auguste Vacquerie, Paris. Parrains : Drs Decourt et Bellencontre.
11.537 Kocher, Valence (Drôme). Syndicat des chirurgiens français.
11.538 Labarriere, Amiens (Somme). Syndicat médical d'Amiens.
11.539 Laffaille, Bayonne (B. Pyr.). Syndicat du Pays basque.
11.540 Latour, Le Puy (Hte-Loire). Syndicat des médecins de l'arrondissement du Puy.
11.541 Lehmann, 231 rue Lafayette, Paris (Xe). Société médicale du Xe arrondissement.
11.542 Leleu, Quarouble (Nord). Syndicat des médecins de la région de Valenciennes.
11.543 Le Petichaud, Pontrieux (C. du N.). Syndicat médical de Guingamp.
11.544 Leplat, Wattrelos (Nord). Parrains : Dr Leplat et Desrousseaux.
11.545 Leveque, Fourchambault (Nièvre). Parrains : Drs Sallé et Duncombe.
11.546 Moussier, Vorey (Hte-Loire). Syndicat des médecins de la Haute-Loire.
11.547 Munz, Le Conquet (Finistère). Parrains : Drs Barbaro et Friedrich.
11.548 Ravina, 55 boulevard Lannes. Paris, S. M. S.
11.549 Serrus, Magalas (Hérault). Syndicat des médecins de Béziers-Saint-Pons.
11.550 Tribouley, Chatillon-sur-Seine (C. d'Or). Parrains : Drs Chureau et Quanquin.
11.551 Virolleaud, Brie-sous-Archiac (Ch. Inf). Société de médecine de Jonzac.
11.552 Wallet, Jouarre (S. et M.). Syndicat médical de S. et M.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans la quinzaine de la présente publication (Art.5 des Statuts).

Dans l'affaire du Docteur L., la Cour d'appel a rejeté l'appel principal et l'appel incident. Elle a déclaré que le médecin qui a soigné un accidenté du travail ne peut agir pour le paiment de ses honoraires contre le blessé qu'après avoir fait payer par le patron responsable la part des honoraires qui lui incombe.

Conformément à l'avis de M. Auger, le Conseil estime qu'il y a lieu de former un pourvoi en cassation contre cet arrêt et accorde à cet effet l'appui pécuniaire au Docteur L.

Le juge de paix a réduit de 2.500 francs à 1.800 francs les honoraires réclamés par le Docteur B. à un client et mis la moitié des dépens à sa charge.

Le Conseil accorde au Docteur B. l'appui moral et pécuniaire pour interjeter appel de ce jugement.

Le Docteur V. a poursuivi devant la Commission Cantonale le maire de la commune domicile de secours d'un assuré social notoirement indigent pour obtenir paiement de ses honoraires et a obtenu gain de cause. Mais le Maire a interjeté appel de cette décision devant le Tribunal Civil.

Le Conseil accorde au Docteur V. l'appui moral et pécuniaire pour défendre à cet appel.

Le Docteur B. a été l'objet d'une réduction de 50 pour 100 de son mémoire d'Assistance Médicale gratuite pour le premier semestre de

1935 et de plus, a vu mettre à sa charge 50 pour 100 de ses prescriptions pharmaceutiques pendant la même période. Après examen du dossier, M. Auger estime que la décision prise contre le Docteur B. l'a été en violation du règlement départemental et qu'il convient de former un recours devant le Conseil de Préfecture.

Le Conseil accorde à cet effet l'appui moral et pécuniaire au Docteur B.

Le Docteur C. ayant renvoyé une infirmière de sa clinique, est menacé par elle d'une action en indemnité devant le Conseil des Prud'hommes.

Le Conseil lui accorde éventuellement l'appui moral et pécuniaire pour le cas où cette action serait exercée contre lui.

Le Docteur B. ne peut obtenir paiement d'une note d'honoraires de 105 francs par un client qui conteste une partie des soins donnés.

Le Conseil lui accorde l'appui moral et pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Docteur D. a donné ses soins à la victime d'un accident d'automobile, sur la demande de l'auteur de l'accident. A l'envoi de la note s'élevant à 325 francs, l'automobiliste a fait répondre par son Assurance qu'il ne devait rien, qu'il avait agi par humanité et qu'au surplus, il contestait avoir encouru une responsabilité dans l'accident.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur D. de l'appui moral et pécuniaire pour poursuivre solidairement l'auteur et la victime de l'accident.

Les Docteurs H. et S. ont donné leurs soins à un automobiliste qui avait été victime d'un très grave accident et ont dû lui faire une restauration complète du nez. Il est dû 3.500 francs au Docteur H. et 2.000 francs au Docteur S. Le blessé, revenu à Paris, refuse de payer sous prétexte qu'une mèche aurait été oubliée dans la cavité nasale, ce qui aurait nécessité une nouvelle intervention.

Le Conseil décide de faire bénéficier les Docteurs H. et S. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Le Docteur B. avait obtenu l'appui de la Ligue pour recouvrer une somme de 75 francs pour soins donnés aux victimes d'un accident d'automobile. Après jugement, l'huissier a obtenu le payement de cette somme, qui se compense avec ses frais et honoraires.

Ceux-ci étant supportés par la Ligue, le Conseil ordonnance l'envoi au Docteur B. de la somme de 75 francs.

Le Docteur B., ayant fait admettre dans son service à l'hôpital une femme en cours d'avortement, celui-ci s'est effectué dans des conditions difficiles et aussitôt après se sont produites des complications pour lesquelles ni lui-même, ni le chirurgien de l'hôpital n'ont pu porter un diagnostic. La femme étant décédée, le mari entend rendre le Docteur B. responsable du décès et l'a assigné en référé afin de nomination d'expert.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur B., dans cette affaire, de l'appui moral et pécuniaire et de la garantie de la Caisse spéciale

Le Docteur B a accouché une femme dans des conditions difficiles et et a dû faire une application de forceps très laborieuse. La femme a conservé une fistule vésico-vaginale et a dû subir une nouvelle intervention. Son mari réclame le payement des 6.000 francs que lui a coûtés la seconde intervention.

Le Conseil décide de faire éventuellement bénéficier le Docteur B., qui est assuré en premier rang par une Compagnie d'assurances, de l'appui moral et pécuniaire et de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Docteur V. avait présenté une réclamation au Directeur des Contributions directes pour imposition de ses traitements à la cédule des bénéfices non commerciaux. Cette réclamation a été rejetée, mais M. Martinot est d'avis qu'il convient de porter l'affaire devant le Conseil de Préfecture.

Le Conseil donne à cet effet l'appui moral et pécuniaire au Docteur V.

Le Docteur F. a déjà obtenu l'appui de la Ligue dans une affaire fiscale relative à ses bénéfices professionnels de 1929, affaire qui est pendante devant le Conseil de Préfecture. Mais il est également en contestation avec le fisc pour ses bénéfices de 1930 et 1931. Deux réclamations présentées contre les impositions supplémentaires relatives à ces années ont été rejetées par le Directeur.

Conformément à l'avis de M. Martinot, le Conseil décide de faire bénéficier le Docteur F. de l'appui moral et pécuniaire pour déférer ces décisions au Conseil de Préfecture.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Les aspects actuels de la Prévoyance

Une rumeur a couru naguère : « La prévoyance se meurt ! La prévoyance est morte ! »

Ce n'était qu'une illusion. Je n'en veux pour preuve que l'intérêt grandissant soulevé dans nos milieux médicaux par les différents projets de Caisses de retraites qui éclosent de tous ceux, et dont J. Noir vous parle d'autre part ; citerai-je aussi la nombreuse correspondance à laquelle je dois faire face et qui émane le plus souvent de confrères sur le retour pressés d'assurer à leurs vieux jours un salutaire complément de ressources ? Citerai-je aussi la progression continue des Caisses de Retraites de notre Mutualité familiale ?...

Mais, savez-vous, chers lecteurs, chez qui, parmi nous, médecins, elle reste vivante ?...

Surtout chez ceux que la veillesse menace, ceux qu'a dédaignés la fortune, ceux que guette la cinquantaine ou qui l'ont dépassée...

A ceux-là, il nous faut répondre : « Trop tard ! » la loi inexorable exige quinze années de participation dans toutes nos Mutuelles à base de capitalisation, les seules vraiment solides.

Elle se manifeste aussi chez ceux dont la santé chancelle et qui craignent une invalidité prochaine ou une mort précoce...

Et voilà pourquoi beaucoup de candidatures ne peuvent recevoir de suite favorable. L'âge fatidique, les 45 ou 50 ans, déjà sonnés, ou la santé déjà atteinte interdisent l'admission.

C'est ainsi que tant de quinquagénaires se trouvent abandonnés à leur triste sort... ils ont attendu trop tard !

Et alors je me retourne vers nos jeunes confrères et je leur crie de toutes mes forces :

« Prenez garde ! Ne faites pas comme vos aînés ! N'attendez pas ! Venez à nous pendant que vous avez encore jeunesse et santé, les deux conditions essentielles et nécessaires pour que vous puissiez vous garantir tous les droits dont vous aurez tous besoin un jour ! »

Et voici que de plus en plus les jeunes m'écrivent et viennent à nous.

De plus en plus nombreux ceux qui me disent :

« Je dispose de telle somme, que m'offrez-vous pour ce prix ? »

L'un d'eux à la chance de pouvoir utiliser 4.000 francs à sa prévoyance personnelle et à celle de son foyer. Il n'a que 32 ans. Je lui réponds qu'à cet âge l'indemnité maladie-accident de 50 francs, 4.800 francs de retraite à 60 ans, 4.800 francs de retraite à 65 ans, 1.800 francs de pension à sa veuve, 4.800 francs de retraite à sa femme à 60 ans, 4.800 francs à 65 ans, tous frais compris, même la contre-assurance, bref notre maximum dans toutes nos Caisses ne lui coûtera que 3.950 francs, donc moins que ses 4.000 francs disponibles, — et le voilà des nôtres, tranquille désormais sur tout son avenir.

Un autre, de 30 ans, ne peut risquer que 2.500 francs : alors je lui propose l'indemnité maladie de 50 francs et les deux pensions maxima de 4.800 francs pour lui et pour sa femme : et lui aussi vient à nous !

Evidemment, tous ne peuvent pas faire le même geste. Mais songez que les deux ménages auront à 65 ans 19.200 francs *de pension* et pourront ainsi se reposer et laisser leur clientèle à des jeunes ! Ce serait la vraie solution contre la pléthore, si on voulait le comprendre !

A ceux qui n'ont pas les mêmes possibilités, je réponds : « Faites selon vos moyens : Et au fur et à mesure de vos disponibilités, vous pourrez augmenter vos participations aux Caisses qui vous intéressent : pour 500 francs, vous pouvez vous assurer, 20 francs d'indemnité-maladie et les deux retraites maxima des combinaisons à 60 et 65 ans, si vous n'avez pas dépassé 30 ans. »

Enfin, je crois devoir bien préciser ce qui suit :

Nous ne concurrençons personne. Tous nos adhérents ont le droit d'adhérer à toute autre œuvre qu'il lui plaira. Nous ne pouvons pas tout faire et nous engageons nos confrères à chercher dans nos autres sociétés les combinaisons qu'ils ne trouvent pas chez nous. Car nous estimons que toutes les sociétés professionnelles sont faites pour leurs adhérents et non pas ceux-ci pour elles.

Dans la symphonie des Œuvres de prévoyance notre Mutualité familiale joue son rôle de son mieux. Mais elle entend le jouer en harmonie parfaite avec nos autres organisations professionnelles : Association générale, Prévoyance médicale, Société Lagoguey, Confraternelle, etc., etc., sans compter toutes celles qui viendront à leur tour se joindre au concert.

Jeunes confrères, venez en toute confiance, à nous qui avons quarante-deux *ans* de fonctionnement, et plus de sept millions et demi de réserves au cours du jour, pour vous garantir contre les trois grands risques : *maladie-accident, vieillesse, mort prématurée.* Venez-y en toute liberté et sachez bien que notre Mutualité familiale restera toujours au fond *la vieille Association amicale de ses fondateurs.*

Dr Henri MIGNON.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les bougies d'allumage

Continuant la série d'études sur les différentes parties de la voiture automobile, j'aborderai aujourd'hui, à la demande de plusieurs lecteurs, la question beaucoup plus sérieuse qu'il est souvent pensé, de la bougie d'allumage. Pour documenter utilement les automobilistes qui veulent bien suivre mes chroniques, j'ai adopté la méthode que j'avais employée déjà pour les pneumatiques et les huiles de graissage, c'est-à-dire que je suis allé interviewer l'un des meilleurs fabricants de bougies et aussi l'un des plus puissants du monde entier, la Société des BOUGIES CHAMPION, qui, fort aimablement, heureuse de rendre service aux médecins, parmi lesquels elle sait compter de nombreux clients, m'a fourni les précieux renseignements suivants.

Pour bien comprendre le rôle de la bougie d'allumage, il convient d'abord de se rappeler les quatre temps du cycle de fonctionnement d'un moteur courant d'automobile : admission des gaz ; compression des gaz ; inflammation des gaz et expansion rapide des produits de la combustion créant l'effort moteur ; enfin échappement des gaz brulés.

La combustion instantanée et complète est le facteur principal du rendement du moteur, c'est-à-dire de la conversion en énergie mécanique du plus haut pourcentage possible de l'essence employée.

La combustion complète à tous les régimes assure la marche de la voiture, la facilité des manœuvres en petite vitesse, les reprises énergiques, la grande vitesse, et la puissance dans les côtes.

L'étincelle qui se produit aux électrodes de chaque bougie doit avoir toute son intensité à toutes les vitesses du moteur et dans toutes les conditions de fonctionnement, pour donner l'impulsion initiale nécessaire à la combustion presque instantanée et à l'extension des gaz comprimés.

Elle dépend entièrement de l'efficacité des bougies elles-mêmes.

Dans le cas où l'étincelle est faible, il se produit un retard dans la combustion qui, de ce fait, est incomplète, d'où diminution du rendement du moteur.

Il est absolument nécessaire que les bougies soient du type convenant à la voiture sur laquelle elles sont montées et qu'elles soient aussi parfaites que possible, tant dans leur conception que dans leur fabrication. Elles doivent rester suffisamment chaudes aux bas régimes du moteur pour se préserver de tout encrassement, et cependant ne pas s'échauffer exagérément aux hauts régimes pour éviter l'auto-allumage.

De plus, l'isolement du courant à haute tension doit être absolu à tous les régimes et au cours de tous les changements de température auxquels les bougies sont soumises pendant les diverses phases du fonctionnement du moteur.

Si les bougies ne sont pas du type qui convient ou présentent des défectuosités de fonctionnement, les gaz compressés ne brûlent pas assez rapidement. La combustion n'est pas complète et une partie seulement de l'essence est convertie en force.

L'excédent, sous la forme d'un mélange gazeux d'air et d'essence ne participe pas à la combustion. Une partie de ce gaz est évacuée par la soupape d'échappement, le reste séjourne dans le cylindre où il constitue des dépôts charbonneux qui formeront plus tard la calamine, véritable obstacle à la bonne marche du moteur.

Il y a lieu cependant de noter ici qu'il existe d'autres causes de combustion incomplète qui ne proviennent pas de l'état de la bougie.

Afin de bien montrer le rôle capital de la bougie, une série de questions et de réponses donnera sous une forme pratique, les renseignements que tout automobiliste doit connaître.

Il est en tout cas un fait certain : c'est une bien mauvaise économie d'employer des bougies dites bon marché au lieu des meilleures et des plus efficaces, un peu plus chères peut-être, mais dont on récupère facilement le prix d'achat en assurant une combustion parfaite et en supprimant toute perte de puissance et d'essence non brûlée.

Qu'est-ce qu'une bougie d'allumage ? Quel est son rôle ?

La bougie est l'appareil destiné à amener le courant électrique à haute tension dans le cylindre du moteur et à l'utiliser sous la forme d'une étincelle qui allume les gaz combustibles assurant ainsi le temps moteur de chaque cylindre.

La bougie est constituée par deux fils isolés l'un de l'autre avec beaucoup de soin.

Ces fils sont séparés pour former un écartement destiné au passage de l'étincelle à la partie inférieure de la bougie qui se trouve dans la chambre de combustion.

Quelles sont les parties les plus importantes d'une bougie ?

1° La plus importante est L'ISOLANT qui doit conserver ses qualités d'isolement à toutes les températures et à toutes les pressions dans la chambre d'explosion du moteur.

Les principaux isolants employés sont l'alumine, le mica, la porcelaine, la stéatite et la sillimanite.

CHAMPION se sert exclusivement de la sillimanite, minerai naturel cristallin, non métallique, dont il a acquis les seuls gisements connus dans le monde, situés sur la pente Sud-Ouest des Montagnes-Blanches en Californie, auquel il attribue les qualités exceptionnellement isolantes de ses bougies.

2° LES ÉLECTRODES qui doivent avoir des propriétés catalytiques tendant à empêcher le carbone ou autres résidus de s'y déposer.

Marcel TOUSSAINT.

RÉUNIONS SYNDICALES

Syndicat des médecins des Ardennes

Réunion du Conseil d'administration du 6 décembre 1935.

Assurances sociales : *Contrôles. — Caisse* 8. *Docteur X.* — Un confrère avait inscrit sur l'ordonnance d'un assuré un médicament pour la femme de l'assuré, alors que ladite personne était malade depuis plus de six mois et n'avait plus droit à l'assurance ; même si elle y avait eu droit, il y avait faute de la part du médecin d'inscrire sur une feuille de maladie des médicaments pour une personne autre que le titulaire de la feuille.

Le confrère explique qu'il ne pensait pas commettre un délit et qu'il avait agi de bonne foi, croyant avoir en main la feuille de la femme.

Le Secrétaire fait remarquer que le fait d'inscrire sur une feuille un médicament pour une personne autre que celle pour laquelle la feuille a été délivrée tombe sous l'application de l'article 27, paragraphe 1 et 5 du décret loi du 30 octobre 1935 ainsi conçus :

« Est passible d'une amende de 16 à 500 francs quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues......

« Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'Assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés ils sont passibles en outre d'une amende de 100 à 2.000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet. »

Pour conclure, le Conseil, tenant compte de la bonne foi du confrère incriminé, se borne à lui adresser un avertissement.

Le médecin demande s'il ne serait pas possible d'avoir des feuilles de couleurs différentes pour les hommes, les femmes, et les enfants. Cette suggestion est retenue et sera communiquée aux Caisses.

Caisse 8. *Docteur Y.* — Le Docteur Y a acquitté au nom d'un laboratoire l'analyse qu'il avait prescrite lui-même. La Caisse demande s'il est régulier qu'un médecin acquitte au nom d'un laboratoire une analyse qu'il n'a pas faite lui-même.

Le Conseil est d'avis que l'acquit doit émaner du laboratoire.

Contrôle Caisse 5. — Lecture est donnée d'une lettre du Comité d'entente au sujet d'une ordonnance sans nom et sans matricule, datée d'un jour autre que celui des consultations délivrées.

Le Conseil rappelle aux confrères que les ordonnances délivrées aux assurés sociaux ne doivent porter ni le nom, ni le prénom du malade, mais simplement le n° matricule.

De par l'art. 2 de la Convention Caisse-Syndicat tout bénéficiaire des Assurances sociales qui consulte un médecin doit lui présenter sur sa demande la carte d'immatriculation dont il se réclame, et l'art. 4 prescrit que le médecin formule ses ordonnances sur du papier à en-tête ou portant son cachet, en inscrivant de façon très lisible en-dessous de l'en-tête ou du cachet le n° matricule de l'assuré précédé des lettres A. S.

Contrôles Caisse 30. — Au sujet d'un traitement par piqûres le secrétaire répondra que le Conseil n'a rien pu décider sur cette question, n'ayant pas l'avis du médecin contrôleur de la Caisse.

La Caisse 30 se plaint des agissements d'un médecin dont les malades donnent lieu à des poursuites en correctionnelle (malades travaillant alors que le médecin leur a prescrit du repos). La Caisse demande que des mesures énergiques soient prises pour qu'elle n'ait plus à craindre d'être lésée dans de telles conditions.

Des observations seront faites au confrère, qui n'est pas syndiqué, et qui compte les injections sous-cutanées à C.2 au lieu de C.

Initiatives intempestives. — M. le Docteur J. demande que des mesures énergiques soient prises pour que des employés de Caisses ne refusent pas de leur propre autorité de rembourser des prescriptions qui leur paraissent extraordinaires et auxquelles ils n'ont rien compris.

Le Président demande au Docteur J. de lui adresser les renseignements par écrit.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Concours du humatisme** — Au cours du quatrième congrès international du rhumatisme à Moscou, le Gouvernement des Soviets avait mis à la disposition du Conseil de la Ligue internationale contre le rhumatisme deux prix de mille roubles-or chacun, pour le meilleur ouvrage clinico-scientifique et médico-social.

Il n'a pas été attribué de prix pour le meilleur ouvrage médico-social, les études, envoyées de U. R. S. S. et surtout celles du Professeur Danischewsky, de Moscou, étant prédominantes, mais déclarées hors-concours.

Les prix furent répartis en quatre prix de 500 roubles-or chacun et attribués aux Docteurs G. Kalhmeter (Stockholm), Mathieu-Pierre Weil (Paris), Ernest Freund (Vienne) et B. Schlesinger (Londres).

— **Neuvième Congrès de l'association française de pédiatrie.** — Le neuvième Congrès de l'Association française de pédiatrie se tiendra à Bordeaux les jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 mai 1936 sous la présidence de M. le Docteur Ch. Rocaz.

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° Épidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile, rapporteur : M. PÉHU (Lyon) ; 2° Insulinothérapie chez l'enfant, rapporteur : 1° M. AUBERTIN (Bordeaux) et 2° M. LELONG (Paris) ; 3° Déformations dystrophiques du thorax, rapporteurs : 1° M. LÉVEQUE (Paris) et 2° MM. OMBRÉDANNE et GARNIER (Paris).

Peuvent faire partie du Congrès : Membres titulaires : les membres titulaires et correspondants français de la Société de pédiatrie de Paris sont de droit membres du Congrès.

Les membres correspondants étrangers de la Société de pédiatrie de Paris, sont de droits membres du Congrès après versement d'une cotisation de 100 francs. Ils jouissent des mêmes avantages que les membres titulaires.

Les médecins français ou étrangers membres d'une Société de pédiatrie régulièrement constituée et présentés par le bureau de leur Société et sous sa responsabilité, après payement d'une cotisation de 100 francs, jouissent des mêmes droits que les membres titulaires.

Membres participants nommés pour la durée du Congrès : tous les médecins français ou étrangers autres que les précédents sous la réserve que leur candidature soit acceptée par le bureau du Congrès et qu'ils versent une cotisation de 100 francs.

Membres adhérents : les femmes et enfants des congressistes peuvent faire partie du Congrès au titre de membres adhérents moyennant une cotisation de 50 francs. Ils participent à tous les avantages du Congrès mais n'ont pas droit aux comptes rendus.

Le Congrès prévoit une réception à Arcachon. Une journée d'excursion dans les vignobles du Sauternais et de Saint-Emilion, une journée d'excursion dans le Pays-Basque. Tous renseignements pratiques sur les excursions parviendront du reste en temps voulu aux membres du Congrès.

Les inscriptions et les demandes de renseignements doivent être adressées au Docteur Boisserie-Lacroix, 27 *bis*, cours Xavier-Arnozan, Bordeaux, secrétaire général ou au Docteur Ed. Dubourg, 132, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux, trésorier (Compte de chèques postaux : 91.29, Bordeaux).

— **Journées internationales périodiques de cardiologie à Royat (Auvergne).** *Conférences de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaires* (31 mai-1er juin 1936). — Les différents groupements professionnels de Royat et plus spécialement la Société médicale, la Compagnie fermière des Eaux minérales, la Commission de publicité, le Syndicat hôtelier, le Syndicat d'initiative, les Municipalités ont décidé d'organiser à intervalles réguliers des « Journées internationales périodiques de cardiologie » à Royat.

Les premières journées internationales périodiques de cardiologie auront lieu à Royat pour la Pentecôte 1936 (31 mai-1er juin). La question mise à l'ordre du jour est : Le spasme vasculaire.

M. le Professeur Vaquez a accepté de présider en personne ces journées entouré de MM. Clerc, Laubry, Castaigne, Lian, Gallavardin et Dumas.

Les rapports ont été confiés à : MM. les Professeurs C. Heymans (de Gand) et Lucien Brouha (de Liége) : Sur le tonus vasculaire (physiologie). — Risier (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale. — Leriche et Fontaine (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres. — Maranon et Duque (de Madrid) : Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie. — Loeper (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire-général : Docteur Boucomont, Royat (Puy-de-Dôme).

N. B. Les médecins de Royat se sont interdits d'un commun accord toute communication lors des « Journées ».

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

seront indiscutablement en droit de me poursuivre pour avoir violé le secret professionnel .... même pour faire plaisir au commissaire de la Compagnie.

Croyez-moi : une foule de confrères ignorent cela, et la partie de leurs certificats qui ne doivent jamais être remis à des tiers. Et cela est à répéter dans la correspondance du *Concours* car les médecins ne le croient pas ou l'ignorent. Dr T.

10.453. — Réduction de 10 % sur les honoraires d'expertise

Un décret-loi du 8 août 1935 porte réduction de 10 % du montant des droits et émoluments des experts... près les Tribunaux répressifs et les juridictions civiles, administratives et judiciaires.

En vertu de ce décret les mémoires de frais d'expertise en matière d'accidents du travail, lorsqu'ils sont recouvrés sur l'Etat, subissent de la part de l'Administration de l'Enregistrement la réduction dont il s'agit.

Lorsque les frais incombent à une Compagnie d'assurances demanderesse en réduction de rente, cette même défalcation de 10 % doit-elle être appliquée par la Compagnie ? Jusqu'à présent j'avais reçu le montant intégral de la taxe ; pour la première fois, une Compagnie, invoquant le décret, prélève 10 %. Interprète-t-elle correctement les dispositions du décret ? Dr G.

Réponse

Le décret-loi du 8 août dernier n'a réduit de 10 % que les honoraires des experts désignés par un Tribunal pour éclairer celui-ci sur une question de fait échappant à sa compétence technique.

Mais vous n'avez nullement la qualité d'expert, au sens propre du terme, lorsque vous êtes désigné par une Compagnie d'assurances pour examiner un accidenté du travail et rendre compte de son état à la Compagnie, afin que cette dernière puisse exercer le cas échéant l'action en révision de la rente prévue par l'art. 19 de la loi de 1898.

Dans un tel cas, la Compagnie doit vous honorer selon le prix convenu, ou conformément au Tarif syndical, mais elle n'est nullement fondée à invoquer le décret du 8 août et à opérer un prélèvement de 10 % sur un chiffre d'honoraires qui n'est d'ailleurs fixé par aucun tarif, et ne dépend que de l'entente des parties.

10.750. — Assujettissement à la loi sur les allocations familiales

J'ai à mon service un ménage. La femme remplit l'office de cuisinière, l'homme celui de chauffeur et de valet de chambre. Comme chauffeur il conduit

mon auto, comme valet de chambre il fait le service de la maison et en plus celui de la porte. J'ajoute que je le compte en déduction dans mes dépenses professionnelles pour ma déclaration d'impôts sur le revenu.

A cause de lui je me suis inscrit à une Caisse d'allocations familiales. En réalité suis-je dans l'obligation de le faire ? Les uns m'ont dit oui, les autres, non. Un avis autorisé serait le bienvenu.

Dr M.

Réponse

D'après une réponse ministérielle n° 2921 parue au *Journal Officiel* du 25 janvier 1935, vous n'êtes assujetti aux obligations de la loi du 11 mars 1932 sur les obligations familiales que pour vos employés et domestiques uniquement professionnels, ou consacrant la majeure partie de leur activité à leur service professionnel.

Il nous semble qu'en l'espèce votre chauffeur serait le seul pouvant rentrer dans les prévisions de la loi ; quant à sa femme, son utilisation professionnelle n'est que l'accessoire de sa profession principale de cuisinière ; vous pouvez donc vous considérer comme échappant à la loi en ce qui la concerne.

Vous n'avez donc à payer de cotisations à la Caisse de compensation que sur le salaire de votre chauffeur.

10.821. — Responsabilité des parents pour soins donnés à leurs enfants

Appelé fin janvier 1934 à donner des soins à un nourrisson dont les parents habitaient chez la mère de la jeune femme. Refus de payer mes honoraires sous prétexte que le jeune ménage est en divorce. Or c'est la grand-mère en question qui m'a fait appeler et c'est dans son appartement que j'ai donné mes soins pendant toute la durée de la maladie.

J'ajoute que cette dame est directrice d'école laïque et paraît bien loin de la misère.

Ai-je un recours contre elle ? Comment faut-il m'y prendre ? J'avais pensé à un commandement d'huissier. Qu'en pensez-vous ?

Dr F.

Réponse

Il n'est pas douteux que les parents de l'enfant que vous avez soigné sont tous deux tenus à votre égard du payement de vos honoraires, quand bien même ils auraient été à cette époque en instance de divorce. Ils sont en effet tous deux débiteurs à l'égard de leur enfant de l'obligation alimentaire, et doivent lui fournir tous les soins nécessaires à son état.

Mais d'autre part il résulte de la jurisprudence (V. not. Cour de Chambéry, 20 avril 1932), que le tiers qui fait appeler un médecin auprès d'un malade, et fait soigner ce malade chez lui, est

présumé s'être tacitement engagé à prendre à sa charge les honoraires du médecin, puisque c'est à lui et non au malade que ce dernier a fait confiance, du moment qu'il est prouvé qu'il avait un intérêt matériel ou moral à la guérison. Cet intérêt n'est en l'espèce pas douteux puisque le tiers en question est la grand'mère de l'enfant.

Vous êtes donc en droit de vous adresser à l'un ou l'autre de vos débiteurs pour le payement de votre note. Si vous ne pouvez obtenir ce payement à l'amiable, il vous faudra en poursuivre le recouvrement devant le Juge de paix du domicile de l'un d'eux, et ce avant que la prescription de deux ans ne puisse vous être opposée, c'est-à-dire avant la fin de février 1936, la prescription courant de la date de la terminaison des soins.

Tenez-nous au courant si vous êtes obligé d'entreprendre une action judiciaire ; nous demanderons à ce moment à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour intenter les poursuites.

---

109. — Accident causé par une rixe

Voici un cas d'espèce qui m'embarrasse, j'en ai fait la déclaration comme accident du travail. Ai-je tort ou raison.

Un employé chauffeur mécanicien, remercié, revient dans ma clinique, sous prétexte d'emporter mes affaires, et chercher noise à celui qui l'avait remplacé et qui était occupé à son travail normal. Dispute et coups réciproques. Mon ouvrier actuel abîme son adversaire, mais a lui-même la jambe cassée on ne sait comment : coup de pied, chute, ou coup de barre métallique.

Est-ce un accident du travail ? Suis-je responsable en quelque manière, et ma Compagnie d'assurances accident doit-elle payer ?

Dr B.

Réponse

D'après la jurisprudence de la Cour de cassation (Cass. civ., 5 janvier 1925, *D. H.* 1925.79, Cass. civ., 20 avril 1912, *D.* 1913.1.64), dès l'instant que la rixe a eu lieu à l'heure et sur les lieux du travail, il s'agit bien d'un accident professionnel mettant en jeu la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée. En effet le travail a bien été l'occasion de la rencontre des deux employés, et il appartient au chef d'entreprise de maintenir l'ordre dans l'intérieur de son exploitation.

Vous avez donc eu parfaitement raison de déclarer l'accident selon les formalités de la loi de 1898, et votre Compagnie d'assurances doit verser au blessé les indemnités légales.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

698. — Pose de forceps chez une assurée sociale notoirement indigente

Voulez-vous avoir l'amabilité de me renseigner sur une question de tarif assuré social notoirement indigent.

Appelé avant-hier par une sage-femme auprès d'une femme qui présentait une très forte hémorragie, j'ai constaté un placenta prævia ante partiel avec une grossesse gémellaire.

J'ai dû effondrer le placenta, faire un forceps très haut sur la tête du premier enfant, faire une extraction du deuxième et délivrance artificielle.

Immédiatement après, injection de 1 litre 1/2 de sérum physiologique.

Que faut-il demander pour ces diverses interventions ?

Dr M.

Réponse

a) Depuis le 1er janvier, ce n'est plus le Tarif des accidents du travail pour les Assurés sociaux notoirement indigents, mais le Tarif de responsabilité (non de remboursement) de la Caisse dont dépend l'assuré (décrets-lois).

b) S'il s'agit d'une note antérieure (donc suivant le Tarif accidents du travail), le prix d'un accouchement est de 375 francs (visites en plus), sans qu'il soit spécifié sur le Tarif un prix supérieur en cas de pose de forceps. Toutefois, dans certains départements, il y eu parfois un accord à ce sujet entre l'Administration préfectorale et le Syndicat médical. Il y a donc lieu de vous adresser au Syndicat de votre région.

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

795. — Minoration de 50% au sujet d'injections intraveineuses

Une fois de plus je viens demander un conseil au Sou et au *Concours*.

Sur l'avis d'un phtisiologue j'ai entrepris une série d'intraveineuses de Pélospanine B à un de mes clients réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire.

J'en averti la Commission de contrôle qui me répond que le malade payant les médicaments, mes intraveineuses ne seront tarifées que 15 francs au lieu de 30 francs. Cette interprétation de la Commission est-elle juste ? Je vous communique la note du médecin secrétaire.

Dr J.

Réponse

a) L'injection intraveineuse médicamenteuse autre que novarsénobenzol » est tarifée 30 francs (décret du 3 juin 1930). Il n'est nullement spécifié que le médicament ainsi injecté doit être approuvé par la Commission et payé par l'Etat.

b) En cas de... « une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il (le médecin) doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle ». Si vous avez donné cet « avis » (qui n'est pas une demande d'autorisation) vous êtes en règle avec le décret de 1922, dont je viens de citer l'art. 18, dans la partie qui concerne votre cas.

c) Si la Commission a un contrôle spécial à instituer pour ce cas, elle doit ordonner (art. 57) un examen du malade par un médecin contrôleur, lequel devra prévenir le médecin traitant vingt-quatre heures à l'avance.

Conclusion. — Je ne vois pas sur quel article des décrets successifs, concernant la matière, se base la Commission de contrôle de votre département pour vous signifier sa décision de réduire de moitié vos honoraires En tout cas, cette décision doit vous être signifiée officiellement, après avoir entendu vos explications (art. 54), la décision communiquée ayant été motivée (art. 32). Et si vous ne l'acceptez pas, vous pourrez faire appel devant la Commission supérieure dans les deux mois après signification de la décision.

Dr F. Decourt.

FISCALITÉ

310. — Calcul de la patente

Etant en pourparler pour louer une maison, je vous serais très obligé de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

1° Quelle sera ma patente : loyer 5.000 francs (maison bourgeoise avec parc et jardin), la maison comprenant neuf pièces d'habitation y compris la cuisine, j'en occuperai deux pour ma profession (salle d'attente et cabinet de consultation). La population de X. est de 4.000 habitants.

2° Je prends la succession de la situation suivante : la propriété comprend un petit pavillon où est logée gratuitement une famille d'Italiens, à charge pour le chef de famille d'entretenir sans aucune rémunération (sauf le partage de la récolte) le parc et le jardin potager.

Quelle sera leur situation vis-à-vis de moi ? Seront-ils des salariés, avec toutes les charges (fiscales et d'assurances) que cela entraînera pour moi ?

3° Si l'impôt foncier est à ma charge (en plus du

loyer) cette clause déterminera-t-elle une augmentation de ma patente ?

Dr X.

Réponse

La patente est calculée au moyen de centimes additionnels variant suivant les communes. Il est donc impossible d'en fixer le montant sans avoir les avertissements de l'année dernière sous les yeux.

Voici ce que nous pouvons vous dire :

Si l'on considère que votre loyer est professionnel, on a	1.250 fr.
dont le 20e est de	62,50
La taxe déterminée à X. sera de	22
Total	84,50

En multipliant ce chiffre par le montant des centimes additionnels locaux, vous aurez le montant approximatif de la patente.

Si vous payez en plus l'impôt foncier, cette charge s'ajoutera au prix du loyer.

Pour le jardinier, nous pensons qu'il y a lieu de le considérer comme salarié payé en nature.

Regardez la culture du jardin comme faite par vous sans rien déclarer en sus au foncier.

A. MARTINOT
Conseil fiscal.

696. — Déclaration du salaire d'une domestique

J'ai lu dans le *Concours Médical* du 19 janvier 1936, dans « Notes fiscales ». Déclaration à faire avant le 31 janvier, article 31 du décret codifiant les impôts sur le revenu.

J'ai une bonne qui s'occupe à la fois du ménage et de l'entretien des locaux à usage professionnel. Dois-je d'après le décret en question en faire la déclaration avant le 31 janvier ? Nous pourrions faire figurer sur mes dépenses son salaire et sa nourriture.

Dr F.

Réponse

Vous n'avez à faire de déclaration avant le 31 janvier pour votre bonne que si ses salaires en espèces et ses rémunérations en nature (logement, nourriture, etc.), dépassent 10.000 francs par an.

A. M.

ASSURANCES SOCIALES

797. — Cumul des prestations de l'assurance-maladie avec le bénéfice des soins gratuits aux pensionnés de guerre

Je viens profiter de votre obligeance habituelle pour vous demander quelques renseignements.

Je soigne actuellement un ouvrier au bénéfice des Assurances sociales, mais il se trouve que celui-ci

a aussi un carnet de réformé de guerre, peut-il bénéficier de ce carnet pour les médicaments en même temps qu'il est malade pour les Assurances sociales ? il me semble qu'il ne peut profiter à la fois de ces deux choses. Dr L.

Réponse

Si la maladie pour laquelle vous soignez votre client est celle qui a motivé l'attribution de sa pension, il a droit aux soins gratuits en vertu de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, mais ne peut cumuler le bénéfice de cette législation avec celle des Assurances sociales ; il ne peut donc prétendre au versement des prestations en nature de l'assurance-maladie (art. 18 § 2 du décret loi du 30 octobre 1935).

Mais en vertu de ce même article, il conserve ses droits aux prestations en espèces, c'est-à-dire à l'indemnité journalière pendant la durée de son incapacité temporaire.

---

94. — Soins aux assurés sociaux agricoles notoirement indigents

J'ai accouché le mois dernier une mère de famille assurée agricole en règle avec la Caisse et inscrite sur la liste de l'Assistance de sa commune. J'ai fait trois visites consécutives. Or, d'après un arrêté préfectoral la mairie délivre dans ce cas une simple feuille d'Assistance médicale gratuite sur laquelle est portée la mention : Assurances agricoles sociales agricoles et le médecin doit établir son mémoire de fin d'année conformément au Tarif de l'Assistance du département, c'est-à-dire 150 francs pour l'accouchement lorsque c'est un médecin qui l'a pratiqué. Ceci me semble tout à fait contraire à la réponse que vous avez faite à un confrère dans le dernier *Concours*, je désirerais avoir votre avis à ce sujet. Dr H.

Réponse

Il est exact que la Cour de cassation a formellement consacré, dans son arrêt du 8 janvier 1935, le principe que les assurés sociaux indigents des professions agricoles relèvent comme les assurés indigents ordinaires de l'art. 59 de la loi sur les Assurances sociales, et qu'en conséquence les médecins sont légalement fondés à établir leur mémoire en ce qui les concerne sur la base du Tarif ministériel des accidents du travail et non sur celle de l'Assistance médicale gratuite.

Mais ce principe est contesté par l'Administration qui refuse de s'incliner devant cette jurisprudence fort nette, et continue à considérer les assurés indigents agricoles comme de simples assistés médicaux gratuits relevant de la loi du 15 juillet 1893.

D'autre part, même en admettant en principe

---

que le Tarif des accidents du travail soit applicable, l'Administration et les Caisses d'assurances sociales prétendent que cette application doit être écartée en ce qui concerne les accouchements, car il ne prévoit, et pour cause, que les accouchements « traumatiques, » lesquels comportent généralement des difficultés particulières ; aussi à défaut d'indication spéciale dans le tarif de la loi de 1898 faut-il se reporter au Tarif de l'Assistance médicale gratuite » (Trib. civ. de Dunkerque, 18 avril 1935).

Dernière difficulté enfin : pour pouvoir faire trancher ces deux questions de fond, il serait nécessaire de poursuivre la collectivité responsable devant la juridiction compétente. Or cette question de compétence fait l'objet de controverses qui n'ont pu encore être tranchées de manière définitive, et l'Administration, dans chaque affaire ne manque pas de soulever l'exception d'incompétence, quelle que soit la juridiction saisie.

Pour faire reconnaître votre droit à l'application du Tarif accidents du travail, il serait donc nécessaire d'aller une première fois devant la Cour de cassation sur la compétence, une seconde fois sur l'application du Tarif des accidents du travail aux assurés agricoles, et enfin devant le Tribunal de renvoi pour faire trancher la question de son applicabilité au cas particulier des accouchements.

Comme depuis le premier janvier, les dispositions du décret-loi du 30 octobre sont entrées en vigueur, ces questions n'offriraient plus qu'un intérêt restrospectif qui ne vaudrait pas les frais d'une telle procédure. Aussi ne pouvons-nous que vous conseiller d'accepter les propositions de la Préfecture.

Nous vous rappelons que désormais, les honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés indigents seront réglés d'après le Tarif de responsabilité des Caisses des assurés, en ce qu'il s'agisse d'assurés ordinaires ou agricoles (art. 19, décret-loi 30 octobre 1935 étendu aux assurés agricoles par l'art. 13 du décret-loi de la même date sur le régime des Assurances sociales dans l'agriculture).

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN

par le SOU MÉDICAL

Plus de sept mille praticiens français sont membres de la Ligue médicale de Défense professionnelle, le « Sou Médical », et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels, dont ils sont menacés dans l'exercice de la profession médicale, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte six juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'appel de Paris et un avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat. En outre, une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les sociétaires, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats-conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie dotée d'une réserve de 1.250.000 francs destinée à faire face, jusqu'à 100.000 francs, *en outre* des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours Médical*, les membres de la Ligue bénéficient d'une couverture supplémentaire de 400.000 francs, soit au total **cinq cent mille francs.**

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, payement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

Cinquante-huitième année — N° 7 — 16 Février 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical* de MM. les Docteurs Latour, du Puy ; Coutaud, d'Auterive ; Gros (A.), d'Apt et Foreau, de Chartres, la somme de cent francs pour bons offices du journal.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** ***Paris*** **167-95.**

Nº 46. — Finistère. A céder chef-lieu cant., région touristiq., petite client. suscept. bon rapport. Maison neuve confort.

Nº 47. — Maison santé chirurgicale de Paris, cherche nouveaux correspondants, de préférence S.-et-O., S.-et-M., Oise, Aisne, Eure. Conditions très intéres.,

Nº 48. — On prendr. pension enfants fatigués de 3 à 10 ans, bon climat près bois, soins maternels. Recommandé par docteur. Mlle Archambault, à Angliers (Vienne).

Nº 49. — Finistère. Excell. poste méd. génér., accouchem., proximité grande ville, logement neuf tout confort. Conviendr. à méd. actif et habitué accouch.

Nº 50. — Nord. Méd. achèter. d'occasion voiture fermée 10 à 12 CV, aérodynam., mod. 1935, bon état : Hotchkiss, Delahaye ou Unic.

Nº 51. — Actionnaire pour chasse giboyeuse 100 km. ouest Paris, jusqu'à fin avril et à partir septembre. Cassan, 10, Marché, Neuilly-sur-Seine.

Nº 52. — Pas-de-Calais. Confr. cherche remplaç. sérieux, au courant clientèle, pour remplacement de longue durée et en vue succes. éventuelle.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Franche-Comté. Bon poste ancien dans petit centre agricole riche, petit loyer, 6 grdes p., eau, électr. Facilités de payement.

Morvan. — Excellent poste avec fixes. Joli pays (chasse, pêche). A céder avec longue présentation.

Normandie. Chef-lieu canton sur grande ligne, clientèle très ancienne d'un rapport intéressant à augmenter avec accouchement, belle habitation. Indemnité 35.000 dont 20.000 comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. DONATIEN, d'Alger (Institut Pasteur), est élu correspondant national dans la cinquième division (*médecine vétérinaire*).

— **X^e bal de la médecine française.** — Nous rappelons que le X^e bal de la médecine française aura lieu le vendredi 21 février 1936 au Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, sous la présidence d'honneur de M. le Président de la République.

Bal à 22 heures. A minuit, souper par petites tables servi par des jeunes filles du monde médical, sous la direction du Docteur E. de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Bal et spectacle : 70 francs. Souper : 70 francs. Pour inscriptions, s'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi. Tel. Littré 48-12.

— **Institut de France.** *Election de M. Albert Buisson.* — M. Albert Buisson, ancien président du Tribunal de commerce de Paris, fondateur des laboratoires qui portaient son nom, vient d'être élu membre de l'Institut de France. Il succède à M. Lyon-Caen, à l'Académie des sciences morales et politiques.

Le *Concours médical* est heureux d'adresser à M. Albert Buisson, animateur éminent du commerce français et de l'industrie pharmaceutique de notre pays, ses plus sincères félicitations.

— **Dîner amical des anciens de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Les anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux se sont réunis le jeudi 30 janvier 1936 à l'hôtel Continental en un dîner amical présidé par le Professeur Rocher.

L'heureuse idée de ce groupement qui rapproche les Bordelais fixés à Paris revient au Docteur Claoué qui a voulu dans un esprit d'entr'aide assurer l'enchaînement des générations, et grouper des camarades de même formation en parfaite concordance d'idées et de cœur.

Au cours de ce dîner nous avons entendu le Docteur Claoué, M. Rauzy, représentant le ministre de la Santé publique, le Docteur Caron, président des anciens élèves de l'Ecole de la marine, les représentants des étudiants bordelais MM. Hiriberry et Maigne et enfin le Professeur Rocher dont le verbe persuasif et les accents sincères déchaînèrent les applaudissements.

De nombreuses personnalités de la médecine civile et de la médecine navale honoraient de leur présence cette réunion très réussie.

R. M.

— **Société des chirurgiens de Paris.** *Bureau pour* 1936. — Président, M. Trèves ; vice-président, M. Planson ; secrétaire général, Ch. Buizard ; secrétaire gén. adj., Raphaël Massart ; trésorier, M. Burty.

— **Bourses de stagiaires en phtisiologie du Comité national contre la tuberculose.** —Des bourses de stagiaires dans un service hospitalier spécialisé de tuberculeux pulmonaires, bourses de 4.000 francs, peuvent être accordées par le Comité national contre la tuberculose à des médecins et à des étudiants en médecine en fin d'études, à la condition qu'ils aient été attachés pendant une année à un service hospitalier spécialisé de tuberculeux ou à un sanatorium de pulmonaires et désirant poursuivre des recherches et compléter leurs connaissances en phtisiologie, en vue de se spécialiser pour remplir une fonction dans l'un des divers organismes antituberculeux ou pour exercer en clientèle comme phtisiologues.

S'adresser au Comité national contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

— **Institut de paléontologie humaine** (1, rue René-Panhard, boulevard Saint-Marcel, Paris, XIIIe). — Des conférences auront lieu à l'Institut de paléontologie humaine, à 17 heures, aux dates suivantes :

Samedi 22 février : M. H. Breuil, professeur au Collège de France et à l'Institut de paléontologie : L'emploi de l'os dans les vieilles industries paléolithiques. — Samedi 29 février : M. R. Vaufrey, professeur à l'Institut de paléontologie humaine : L'âge des gravures rupestres du Nord de l'Afrique. — Samedi 7 mars : M. R. Verneau, professeur à l'Institut de paléontologie, professeur honoraire au Muséum : Les Atlantes, race préhistorique.

— **Hommage au Docteur Frey.** — La Société de stomatologie, dans sa séance du 21 janvier dernier, a rendu un émouvant et officiel hommage à la mémoire d'un de ses membres les plus éminents, le Docteur Léon Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien secrétaire général adjoint de la Société de stomatologie, stomatologiste honoraire des hôpitaux, chargé de cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, décédé à Nice le 22 décembre 1935.

En présence des membres les plus proches de la famille du savant disparu, le président de la Société de stomatologie, puis le Docteur Chompret, chef des travaux pratiques de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris ; le Docteur Ch. Ruppe et Mme la Doctoresse Chevallier-Oppenot —amis, collaborateurs ou parents du Docteur Frey — évoquèrent, en termes émus, le souvenir de leur regretté collègue, dans le cadre d'intimité et de simplicité qu'il aimait particulièrement.

— **Légion d'honneur.** — Les amis du Docteur Béliard (alias Jean Valincourt) désireux de fêter sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur et de lui en offrir les insignes, se réuniront le

mercredi 4 mars à 20 heures précises, au Restaurant Griffon, 6, rue d'Antin, (avenue de l'Opéra).

Le dîner sera présidé par le Professeur Jean-Louis Faure. Les médecins qui désireraient participer à cette fête à laquelle ils sont conviés ainsi que leurs femmes devront envoyer leur adhésion au Docteur O'Followell, 9, rue d'Argenteuil (1er) avant le 25 février 1936.

Pour la bonne organisation de la soirée, prière de joindre à chaque adhésion la somme de cinquante francs, montant de la cotisation.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — La prochaine réunion clinique de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le mercredi 19 février 1936, à 10 heures du matin, dans le service du Docteur Mathieu-Pierre Weil, à l'hôpital Saint-Antoine (rue Saint-Antoine).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue : 2, rue Guynemer, Paris (VIe).

— **Le Président de la République visite le XIIIe Salon des arts ménagers.** — Le Président de la République a longuement visité le XIIIe Salon des arts ménagers. M. Lebrun a été intéressé par de nombreux stands, entre autres ceux des producteurs vinicoles et laitiers, de l'art ancien, du mobilier, de l'habitation. Les présentations des matériaux insonores, le concours de la Cité de Weed-End et les stands des jeunes décorateurs ont également retenu son attention.

— **Le Congrès mondial des médecins juifs en Palestine.** — Le 21 avril prochain aura lieu, à Jérusalem, l'inauguration du Congrès mondial des médecins juifs.

A l'ordre du jour : La situation sanitaire des populations juives dans des différents pays ; les problèmes professionnels des médecins et étudiants juifs en Allemagne et dans d'autres pays ; la lutte contre le préjugé du racisme.

L'adhésion de membre, 40 francs. Pour tous les renseignements s'adresser à l'Union Ose, 92, avenue des Champs-Elysées, Paris (Tél. Balzac, 07-27).

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion se tiendra le lundi 24 février, à 17 heures, à la Maison des centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIe).

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

— **Mariage.** — Nous apprenons le prochain mariage du Docteur Charles MOUGIN, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, avec Mlle Simone THIOU.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le lundi 24 février 1936, à 11 h. 1/2, en l'Eglise Notre-Dame de Fay-aux-Loges.

Nos meilleurs souhaits de bonheur.

— **Naissance.** — Le Docteur Jean SVARTMAN et Madame Simone BREITMAN-SVARTMAN, avocat au Barreau de Romorantin, nous font part de la nais-

sance de leur fille *Claude* (1er février 1936, Le Prieuré, Mennetou-sur-Cher).

Nos sincères compliments.

— **Nécrologie**. — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort du Docteur André Coste, d'Alès (Gard), qui a succombé, victime du devoir professionnel, aux suites d'une piqûre anatomique.

Il était le fils du Docteur Em. Coste, de Marvejols (Lozère), à qui nous adressons l'expression de notre profonde et douloureuse sympathie.

A propos du nouvel hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français

Notre ami, le Docteur Jayle, dans la *Presse Médicale* du 8 février 1936, a consacré un long article à l'origine du syndicalisme médical français, à propos de l'acquisition par la Confédération des Syndicats médicaux français de l'Hôtel de Juigné, 60, boulevard de La Tour-Maubourg. Dans ce très bel et vaste immeuble la Confédération pourra installer largement et confortablement tous ses services.

Dans cet article, le Docteur Jayle rappelle le rôle important que joua le *Concours Médical* dans les origines et l'évolution du syndicalisme médical. Nous le remercions d'avoir bien voulu faire connaître l'histoire de nos Syndicats que beaucoup de nos Confrères ignorent et qui mérite d'être rappelée.

Action syndicale sur la création d'une pouponnière municipale à Draguignan

Le Comité antituberculeux du Var a créé à Draguignan, dans le courant de 1933, une pouponnière aux frais de l'édification de laquelle il a contribué pour 220.000 francs, une subvention de l'Etat de la coquette somme de 1.200.000 francs faisant le reste.

Ne pouvant suffire à l'entretien de cette pouponnière, le Comité en fit don à la Ville, qui accepta.

Devant les irrégularités et infractions aux lois de la protection de l'enfance, dans ses règlements et dans son fonctionnement, le Syndicat médical du Var jugea nécessaire de formuler des observations au Préfet du Var et par la voie de la presse. Devant le refus opposé, le Syndicat a employé la voie légale ; deux recours au Conseil d'Etat.

Un premier recours contre l'arrêté d'ouverture du 30 septembre 1933. Ce procédé produisit alors les résultats escomptés et sur les instructions mêmes du ministre de la Santé publique, deux nouveaux arrêtés furent pris, le 19 mai 1934 et le 25 avril 1935. Si bien qu'avant même la décision du Conseil d'Etat,

ils donnaient satisfaction en partie. Deux points restaient seuls à trancher : la possibilité d'admettre à la pouponnière des enfants *débiles* (terme imprécis pouvant entraîner fort loin) et la forme commerciale donnée à cet établissement.

Sur le premier point le Conseil d'Etat a jugé que *débile* et malade n'étaient pas la même chose et que même si le règlement était enfreint, cette circonstance ne pouvait entacher l'arrêté qui posait le principe de l'éviction des *malades*.

Sur le deuxième point il nous renvoie devant un autre juridiction.

Le deuxième recours visant l'illégalité d'admettre les enfants aux frais de l'Assistance médicale gratuite, comme dans un hôpital, a eu satisfaction pleine et entière, et le Conseil d'Etat a annulé purement et simplement l'arrêté du Préfet qui approuvait ce compte.

Dans ces deux recours, le Syndicat a été puissamment aidé par les conseils de la Ligue de défense professionnelle « Le Sou Médical » qui a pris à sa charge tous les frais du procès. Le Syndicat est heureux de lui adresser ses remerciements.

La Commission d'hygiène
du Syndicat médical du Var.

◆ ◆ ◆

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 JANVIER

Soins aux pensionnés de guerre aux colonies.

Décret du 22 janvier 1936 relatif à l'organisation, au contrôle et au tarif des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions.

Ce décret sera publié ultérieurement.

26 JANVIER

Conseiller technique sanitaire.

Par arrêté du ministre de la Santé publique et de l'Education physique en date du 21 janvier 1936, M. le Docteur Santenoise, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, inspecteur honoraire des Services administratifs, directeur du laboratoire d'hydrologie de Nancy, conseiller technique sanitaire adjoint, est nommé conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique et de l'Education physique.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), par suite du décès de M. le Docteur Pochar.

28 JANVIER

Assurances sociales.

Arrêté du 27 janvier 1936 fixant le montant des cotisations dues par les maîtres de maisons pour les Assurances sociales.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

30 JANVIER

Soins aux marins blessés ou malades.

Décret du 31 décembre 1935 portant règlement d'administration publique relatif au délaissement forfaitaire des marins blessés ou malades.

Ce décret sera publié ultérieurement.

31 JANVIER

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Limoux, par suite du décès de M. le Docteur Piquemal.

1er FÉVRIER

Ecole du Service de santé militaire.

Avis de concours pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de santé militaire.

Un concours sera ouvert le 25 juin 1936, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1936 est fixé comme suit :

A. — *Section métropolitaine.*

Cent quinze pour les étudiants en médecine (étudiants à 4 inscriptions et étudiants P. C. B.).

Trois pour les étudiants en pharmacie (stagiaires et candidats à 4 inscriptions).

B. — *Section médecine, troupes coloniales.*

Dix pour les étudiants en médecine (étudiants P. C. B.).

NOTA. — Tous les élèves admis soit dans la section métropolitaine, soit dans la section médecine, troupes coloniales, devront effectuer leur scolarité devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Pour renseignements, s'adresser :

Soit au ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1re bureau personnel) ;

Soit aux directeurs du Service de santé des régions.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

791. — Privilège des honoraires en cas de faillite

J'ai l'honneur de vous soumettre une affaire de recouvrement de créance et de vous demander votre appréciation et qui sait, peut-être votre concours.

J'ai donné mes soins en 1932 et 1933, à M. M... sa femme et ses enfants. Ce Monsieur qui exerçait un commerce a été mis en liquidation en 1933. Je n'ai pas produit à ladite liquidation, sur la promesse que je serais payé intégralement (promesse faite à moi-même et à mon secrétaire à plusieurs reppises). Ces jours-ci je lui ai fait présenter ma note par huissier; il a répondu par écrit qu'il ne devait plus rien étant couvert par le concordat. Je tiendrais d'abord à le faire payer, mais aussi à lui donner une petite leçon de probité.

Ma note portant surtout sur des soins donnés à sa femme, ne puis-je avoir recours direct sur elle et ses biens propres ? Mon secrétaire évidemment ne peut servir de témoin, il serait récusé. Mais comme il ne nie pas sa dette bien qu'il se prétende couvert, il pourrait m'autoriser me semble-t-il à demander à Mme M..., le payement des soins qui lui ont été donnés personnellement.

Dr T.

Réponse

N'ayant pas produit à la liquidation judiciaire de votre client, le concordat qu'a obtenu ce dernier de ses autres créanciers ne saurait vous être opposé, et vous conservez contre lui tous vos droits pour obtenir sur son actif le règlement intégral de votre créance.

Puisque d'autre part les soins concernaient sa femme, cette dernière est personnellement débitrice et tenue de payer sur ses biens propres les soins dont elle a bénéficié.

Vous pourriez donc poursuivre conjointement et solidairement le mari et la femme devant le Tribunal de paix de leur domicile. Mais il est à craindre toutefois que vos débiteurs, s'ils sont de mauvaise fois, ne vous opposent la prescription, qui est de deux années à compter de la terminaison des soins. Les poursuites ne pourraient donc être engagées avec chances de succès que si vous avez la possibilité de combattre ce moyen, c'est-à-dire si vous possédez des écrits de vos clients contenant reconnaissance expresse ou tacite de la dette qu'ils ont contractée envers vous.

732. — Accident survenu à un cantonnier

J'ai soigné en avril 1934 un cantonnier atteint de fracture de la malléole externe. J'ai pris le prix du tarif ordinaire des médecins du département, soit 678 francs.

La Préfecture ou plutôt le Service vicinal réduit ma note à 403 francs. Malgré mes explications, elle ne veut pas en démordre.

Ai-je le droit de demander le supplément au cantonnier lui-même ? J'attends votre réponse pour lui envoyer ma note totale. Dr R.

Réponse

Si le cantonnier que vous avez soigné n'était pas un fonctionnaire affilié au régime des pensions civiles, il relevait de la législation sur les accidents du travail. Vous étiez en conséquence fondé à agir directement contre la collectivité qui l'employait pour obtenir le paiement de vos honoraires, en vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898.

Mais la collectivité qui avait à l'égard de ce cantonnier la qualité de chef d'entreprise est fondée à opposer à vos réclamations le tarif limitatif des accidents du travail, et à ne vous régler votre note que sur la base de ce tarif.

Ce tarif n'a par contre aucune valeur dans vos rapports avec votre client, et il est de jurisprudence constante que vous avez une action contre lui pour obtenir le paiement de la partie de vos honoraires excédant le tarif ministériel (V. not. Cass. civ., 8 février 1932, D. H., 1932, 202).

En tant que membre de notre Ligue, vous avez droit gratuitement à toutes consultations ou avis concernant des sujets d'ordre professionnel.

10.654. — Que faut-il entendre par compérage ?

Le Médecin de France et Cibrie mettent en garde contre « le compérage ». Or, je suis membre du Conseil d'administration d'une Société anonyme au capital de 400.000 francs, régulièrement constituée, déclarée, etc., qui contrôle la fabrication, l'exploitation, la publicité de diverses marques de spécialités pharmaceutiques. Suis-je répréhensible ce faisant ?

D'autre part, pourrais-je être personnellement propriétaire de spécialités ou d'instruments de mon invention (seringue de jubé, par exemple) que je ferais bien entendu commercialiser et exploiter par des fabricants qualifiés, avec un pourcentage de répartition des bénéfices à étudier ? Puis-je de même acheter une spécialité déjà existante, prendre à ma charge le lancement publicitaire, et la faire exploiter à mes bénéfices ? Le tout sans encourir les foudres de la loi.

Dr E.

Réponse

Par compérage, il faut entendre les bénéfices occultes que le médecin peut retirer d'une manière plus ou moins illégale, en étant intéressé directement ou indirectement à la vente de ses prescriptions pharmaceutiques.

Ainsi les Tribunaux se sont toujours refusés à

Voir la suite page LV-529

PROPOS DU JOUR

A propos de la Création de la Nouvelle Académie de Chirurgie.

L'histoire est *en apparence* un éternel recommencement.

Sous l'ancien régime, les médecins et les chirurgiens formaient deux Corporations absolument séparées et leurs rapports étaient loin d'être confraternels.

Après une courte anarchie qui suivit la suppression des Corporations par l'Assemblée législative le 18 août 1792, et partant la Faculté de médecine et l'Académie de chirurgie, la Convention, le 14 frimaire an III (4 décembre 1794), rendit un décret sur la proposition de Fourcroy, créant en France trois Ecoles de Santé (Montpellier, Strasbourg et Paris), où était confondu l'enseignement de la Médecine et de la Chirurgie.

L'Ecole de Santé de Paris fit en l'an IV frapper une médaille comme prix de l'Ecole Pratique, portant à l'avers les effigies accouplées de Jean Fernel et d'Ambroise Paré avec l'inscription « *la Médecine rendue à son Unité Primitive* ».

Est-ce qu'un nouveau divorce se perpétrerait entre la Médecine et la Chirurgie 142 ans après leur union ? La création d'une nouvelle Académie de Chirurgie à côté de l'Académie de Médecine pourrait le faire croire. Mais ce ne peut être qu'une apparence, car le Président actuel de l'Académie de médecine est un de nos plus éminents chirurgiens, le Professeur Hartmann. Nous croyons plutôt que les chirurgiens, dont la valeur et l'importance augmentent chaque jour, ont jugé que le nombre des fauteuils qui leur sont attribués à l'Académie de Médecine sont insuffisants et comme beaucoup d'entre eux ont le légitime désir de se qualifier académiciens, titre qu'ils n'avaient guère l'espoir d'obtenir, ils se sont efforcés de faire créer une nouvelle Académie de chirurgie et y ont réussi sans bouleverser pour cela la vieille Académie de médecine.

Quoiqu'il en soit, un décret de M. le Président Albert Lebrun a transformé la *Société Nationale de Chirurgie* en *Académie de Chirurgie*, comme il y a 188 ans, le 2 juillet 1748, le Roi Louis XV autorisa par des Lettres Patentes, la *Société académique des chirurgiens de Paris* à s'intituler *Académie de Chirurgie de Paris*. Rien ne fut, ni ne sera changé, si ce n'est le titre, et la mutation d'une Société en Académie se borne généralement à une brillante cérémonie officielle.

Nous ne referons pas l'histoire de l'ancienne *Académie de chirurgie* ; à propos de son deuxième centenaire nous avons relaté, avec quelques détails et documents, ses origines, dans le *Concours Médical* du 25 octobre 1931. Nous résumerons néanmoins sa brillante carrière et cela nous sera d'autant plus facile que nous venons de recevoir un beau volume du Professeur J.-L. Faure : *En marge de la Chirurgie* (tome IV) (1), dans lequel l'éminent chirurgien, membre de l'Institut, reproduit le discours qu'il prononça le 7 octobre 1931 à la célébration du deuxième centenaire, sur l'*Œuvre chirurgicale de l'Académie royale de Chirurgie*.

Cette œuvre fut considérable et trop ignorée à notre époque et les chirurgiens du XVIII[e] siècle, sans anesthésie, sans antisepsie, firent des merveilles.

Déjà, le successeur de Félix qui guérit Louis XIV de sa fistule, Georges Mareschal, fit

(1) Edit. Jean Crès, 158, avenue de Suffren, Paris, 1935.

✦✦

avec succès les opérations les plus graves. Ce fut lui qui incita son futur successeur, La Peyronie, à fonder l'Académie et ce fut chez lui et sous sa présidence que se tint sa première séance.

La Peyronie, le fondateur de la Société académique des chirurgiens, savait diagnostiquer les abcès du cerveau et les traitait par la trépanation. Quesnay recommandait la trépanation dans les fractures du crâne, surtout lorsqu'il s'était produit des enfoncements.

Louis, Saviard et Ritsch posaient les indications de l'opération rapide de la hernie étranglée.

J.-L. Petit avait démontré la nécessité d'ouvrir la vésicule biliaire pour en enlever les calculs.

Lafitte défendait la nécessité de faire l'ablation du rein quand s'établissait une suppuration avec fistule au cours de la lithiase rénale et envisageait la néphrotomie dans la lithiase rénale, même en l'absence de suppuration.

Daviel en 1752 pratiquait l'extraction du cristallin dans la cataracte et obtenait 182 succès dans 206 opérations.

Le Dran et Foubert insistaient sur la nécessité de la prompte ablation des cancers et diagnostiquaient les métastases pulmonaires des cancers du sein.

Louis pratiquait la trachéotomie rapide dans l' « esquinancie inflammatoire » (le croup) et dans le traitement des corps étrangers du larynx.

Faget donnait d'excellents conseils pour le traitement des abcès du périnée. Des discussions fort intéressantes eurent lieu sur les moyens de remédier aux déviations de la colonne vertébrale. L'œsophagotomie fut pratiquée pour l'ablation de corps étrangers de l'œsophage. Les fractures du fémur furent sérieusement étudiées. Un anonyme indiqua le rôle du périoste dans la régénération des os. Un chirurgien du nom prédestiné de Faure, conseilla de traiter les ulcères par la chaleur et l'insolation. Petit, le fils, traita à l'Académie des épanchements sanguins du bas ventre. Bordenave étudia les plaies de l'abdomen. Le Dran y fit part de la guérison après suppuration d'un kyste de l'ovaire qu'il avait ouvert, et de la Porte et Morand en proposèrent l'ablation.

La bataille de Fontenoy (1745) fut le triomphe de la chirurgie d'armée à l'Académie. Boucher soigna 120 blessés de plaies articulaires, de fractures compliquées ; tous guérirent. A Douai, dix amputations furent suivies de dix guérisons.

La Martinière écrivit un mémoire remarquable sur le traitement des plaies par armes à feu. Il conseillait l'enlèvement des esquilles, le drainage, les contre-ouvertures et proscrivait surtout l'emploi dans les pansements des médicaments «gras et pourrissants ». Levret enlevait les polypes utérins, pratiquait la délivrance artificielle, donnait des injections intra-utérines. Simon fixait les indications de l'opération césarienne et huit opérations donnaient lieu à sept succès. Il s'intéressait à la « conception ventrale » (grossesse extra-utérine). Pibrac conseillait d'éloigner des plaies toutes les substances qui empêchent l'œuvre de réparation utile de la nature. Cannac pansait avec succès les plaies par écrasement avec « un gros de sublimé corrosif dissous dans une chopine de vin rouge un peu chaud ».

Tout cela est relaté dans les mémoires de l'Académie.

Outre ses mémoires, la vieille Académie publiait en volumes, les travaux auxquels elle avait décerné un prix. Elle se montrait fort libérale dans l'attribution de ces prix. Nous avons sous les yeux, le tome VI du *Recueil des Pièces qui ont concouru pour le prix de l'Académie royale de chirurgie* de 1759 et nous y trouvons une *dissertation sur les Ecrouelles* du célèbre médecin Bordeu et cependant les rapports de l'Académie avec la Faculté étaient alors plutôt tendus (1).

Espérons que la collaboration de la médecine et de la chirurgie plus que jamais nécessaire, continuera et que l'unité de la médecine proclamée en 1794 persistera dans son intégralité.

Une constatation mérite d'être soulignée.

Jean-Louis Petit, qui fut le premier directeur la Société académique des chirurgiens de Paris, avait débuté dans la carrière comme chirurgien militaire attaché à l'armée du Maréchal de Luxembourg et la chirurgie d'armée tint souvent la première place à l'Académie royale de chirurgie, notamment lors de la bataille de Fontenoy. Or, le premier Président de notre récente Académie de chirurgie est le médecin général inspecteur Rouvillois, chef de la médecine militaire, universellement aimé et estimé.

On a longtemps discuté sur l'opportunité d'un brevet de chirurgien. A l'heure actuelle, le nombre des Sociétés qui groupent les chirurgiens permet au public d'être fixé sur la compétence du praticien qui se prétend chirurgien. Enumérons-les dans leur ordre hiérarchique : nous trouvons d'abord le Syndicat dee chirurgiens, les Sociétés des chirurgiens de Paris et de Province, puis l'Académie de chirurgie, en troisième lieu, la Section de chirurgie de l'Académie de médecine et en dernier lieu les sièges trop peu nombreux laissés aux chirurgiens à l'Académie des sciences. Voilà, certes, toute une carrière académique bien hiérarchisée, ouverte aux chirurgiens légitimement ambitieux.

Souhaitons qu'en stimulant leur émulation, elle multiplie leurs prouesses opératoires !

J. Noir.

---

(1) Bordeu ne fut pas le seul, le premier prix fondé en 1732 par La Peyronie fut décerné à un médecin de Paris, Médalon.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA GOUTTE DU SYSTÈME NERVEUX

Par L. Rimbaud

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier

Si l'on passe au crible d'une critique sévère les nombreuses observations des troubles nerveux attribués à la goutte, on constate qu'elles manquent presque toutes d'une base vraiment scientifique. Pour la leur donner, il faudrait que nous disposions d'un indiscutable critérium de nature goutteuse. Les recherches chimiques très poussées de ces dernières années pouvaient faire croire que l'on trouverait à la goutte un test humoral et que ce test serait l'hyperuricémie seule (Klemperer, von Jacksch) ou associée à l'hyperoxalémie (Loeper), à l'hypercholestérolémie (Chauffard, Grigaut et Brodin), à l'hypercalcémie (Rathery), à l'augmentation des albumines du sérum.

Le procès de ces chimériques espoirs fut rapidement fait, la goutte sans hyperuricémie, l'hyperuricémie sans goutte sont de constatation banale.

Chez les quatre derniers goutteux articulaires que j'ai observés, je relève les chiffres suivants d'acide urique sanguin : 0 gr. 052, 0 gr. 048, 0 gr. 032 et 0 gr. 087 p. 1.000 (ce dernier malade était atteint de néphrite chronique avec albuminurie et azotémie de 0 gr. 78).

Donc trois goutteux sur quatre à uricémie normale ; le quatrième avait un taux d'acide urique du sang élevé, mais il s'agissait d'un insuffisant rénal, ce qui enlève, on le sait, à l'hyperuricémie toute sa signification comme facteur d'accidents goutteux.

D'autre part, les dépôts d'acide urique et d'urate de soude dans le cerveau (Moore) et dans les méninges (Ollivier, Watson, Dufour) chez des sujets ayant présenté des accidents d'encéphalopathie d'apparence goutteuse ou des dépôts uratiques du névrilème (Schröder) dans la névrite périphérique goutteuse n'ont été que très exceptionnellement constatés. La présence de cristaux d'urate ou d'oxalate de soude (Cornil, Abel), dans le liquide céphalo-rachidien est sans valeur.

Si l'hyperuricémie n'est pas constante chez les goutteux, on peut, au contraire rencontrer de l'hyperurirachie dans les méningites tuberculeuses et cérébro-spinales (Lickint). Et, de même dans la néphrite urémigène (sans méningite), le taux de l'acide urique du liquide céphalo-rachidien est très augmenté, comme celui du sang, et jusqu'au rapport de 100 p. 100.

Enfin, étudiant les lésions de la goutte, Tapie et Garipuy viennent d'affirmer que « l'anatomie pathologique n'a pas fourni la preuve d'une goutte nerveuse ».

Nous n'avons donc finalement comme test de la nature goutteuse des divers accidents nerveux que leur caractère aigu, mobile, paroxystique, leur alternance avec la crise de goutte métatarso-phalangienne type, leur balancement avec l'atteinte articulaire, leur apparition soudaine en coïncidence avec la disparition de la poussée articulaire, leur caractère fluxionnaire et métastatique enfin qui est la signature de tous les accidents aigus de la diathèse goutteuse. Les accidents nerveux ainsi compris sont en réalité fort rares.

1° *Accidents nerveux au cours de l'accès de goutte.*

Les accidents nerveux qui accompagnent la crise de goutte sont de constatation banale.

La céphalée est habituelle, fixe, avec paroxysmes ; l'irritabilité, l'irrascibilité sont classiques. « Le comble du mal, dit Sydenham, c'est que, pendant toute la durée de l'accès, l'esprit n'est pas moins malade que le corps, et qu'il est en proie à la colère, à la crainte, au chagrin et à toutes les passions de cette nature, dont la faiblesse où il est réduit par la maladie le rend très aisément susceptible. »

Mais dans certains cas, les troubles cérébraux sont au premier plan : il s'agit d'excitation psychique, d'agitation pouvant simuler la manie aiguë et même de vrai délire, tantôt incohérent, tantôt systématisé. Legendre, Féré, G. Ballet en citent des exemples et plus récemment Colleson en rapporte un cas observé en 1923 dans le service du Professeur Etienne.

D'ordinaire, ces manifestations graves coïncident avec la décroissance des phénomènes articulaires et s'atténuent ou disparaissent quand la fluxion articulaire reprend toute son intensité.

2° *Goutte cérébrale dite « goutte remontée ».*

Il faut en rapprocher les accidents dits de « goutte remontée ».

On sait qu'ils consistent en véritable *ictus apoplectique* frappant les goutteux, soit au cours d'un accès, soit à l'occasion d'une fatigue, de surmenage, de repas trop copieux. La mort peut survenir. Plus souvent le sujet sorti de son coma reste hémiplégique avec ou sans aphasie.

Parfois il s'agit de *crises convulsives* du type épileptique isolées ou s'enchaînant en véritable état de mal, de *coma* plus ou moins profond, plus ou moins prolongé.

Certes quelques-unes de ces manifestations, celles surtout qui sont les plus brutales, mais aussi les plus passagères, les plus curables, peuvent être attribuées à une fluxion encéphalique, à une poussée œdémateuse cérébrale ayant les mêmes causes que la fluxion articulaire : décharge soudaine et mobilisation de l'acide urique salifié ou combiné, déséquilibre vago-sympathique entraînant des vaso-dilatations locales, avec précipitation de l'urate de soude sur la méninge et l'encéphale, rupture de l'équilibre colloïdal sanguin et floculation des albumines, véritable accident anaphylactique et choc protéinique cérébral et allergie tissulaire suivant les conceptions actuelles de l'accès de goutte.

Mais, ce sont là certainement les cas les plus rares. La « goutte remontée » est d'ordinaire l'apanage des vieux goutteux, à rein et à cœur déficients, à artères dures et fragiles, à tension élevée, parfois avec diabète associé.

C'est dire qu'il s'agit le plus souvent, chez un néphrétique hyperazotémique, ou hyperchlorémique, de troubles urémiques créés peut-être par une soudaine imperméabilité spécifique du rein à l'acide urique, mais aussi d'hémorragie ou de ramollissement cérébral, de poussée hypertensive, d'intoxication acidosique, etc. déclenchés indirectement par l'accès de goutte avec les réactions fébriles et vaso-motrices qu'il détermine, les déchets qu'il entraîne, les manifestations leucocytaires et humorales qui l'accompagnent. La fluxion articulaire joue elle-même un rôle de fixation, de dérivation ; si cette fluxion cède spontanément ou sous l'action d'un médicament parfois lui-même doué d'une certaine toxicité (colchique), les accidents encéphaliques éclatent peut-être par inflammation hyperargique. *L'accès fut l'occasion* des manifestations cérébrales, *la goutte n'en est pas la cause.*

3° *Artérite cérébrale goutteuse.*

S'il est indiscutable que la goutte comme le diabète et toute auto-intoxication est facteur d'artériosclérose, il est moins certain que la goutte puisse donner à l'artérite une individualité histologique et clinique.

Expérimentalement, les lésions d'artérite ont pu être réalisées chez l'animal soumis à une intoxication lente par l'acide urique. Dyce Duckworth insiste sur l'épaississement pariétal et l'aspect béant des petites artères chez les goutteux et ajoute que ces lésions se voient surtout sur les vaisseaux cérébraux, Bence Jones et Branson notent l'importante proportion d'acide urique trouvée dans les plaques athéromateuses des goutteux. L'infiltration des parois vasculaires par l'urate de soude (Legendre) ou par la cholestérine (Chauffard) serait spéciale à l'artérite goutteuse.

Choltus dans un très intéressant travail consacré à l'artérite goutteuse a rapporté plusieurs observations : quatre concernent des artérites cérébrales se traduisant par les symptômes classiques de l'hémiplégie. La caractéristique des accidents serait la brusquerie des phénomènes initiaux et la régression relativement rapide des paralysies, peut-être en raison du rôle des variations tensionnelles et des alternatives de vaso-dilatation et de vaso-constriction artérielles produites par les modifications du tonus du système organo-végétatif qui accompagnent les manifestations goutteuses (Finck). Enfin, particularité qu'elles partagent avec les artérites syphilitiques, elles sont plus précoces que les angio-scléroses toxiques ou d'évolution.

Elles se voient surtout dans les formes chroniques ou « asthéniques » de la goutte, chez des sujets porteurs de « tophus » pathognomoniques ; mais, comme pour les manifestations encéphaliques satellites de la goutte aiguë, c'est encore l'alternance avec les poussées articulaires qui est le meilleur test de leur nature.

4° *Accidents médullaires goutteux*

Nous ne les citons que pour mémoire, Tapie et Garipuy n'admettent pas la myélite goutteuse. Les cas d'hématomyélie (Critchett et Curling) ou de sclérose médullaire observés chez les goutteux ne peuvent l'être que par association d'autres états toxi-infectieux, syphilis surtout, ou par l'intermédiaire de l'artérite goutteuse sur laquelle, nous venons de nous expliquer.

5° *La méningite goutteuse*

Elle a été décrite pour la première fois par Carrière (de Lille), en 1903 ; il rapporte l'observation de deux enfants, l'un de 6 ans 1/2, l'autre de 22 mois, ayant présenté des accidents méningés très nets avec fièvre, céphalée, obnubilation, Kernig, hyperréflectivité (et Babinski chez l'un d'eux), troubles pupillaires, etc... La ponction lombaire donna un liquide céphalo-rachidien d'apparence normale, sans réaction cytologique, mais avec présence de « cristaux absolument identiques à ceux d'urate acide de soude en aiguilles ». Ces deux cas évoluèrent heureusement vers la guérison.

Reprenant récemment (1930) la question de la méningite goutteuse, Colleson à propos de deux cas, l'un de Mathieu, l'autre d'Abel, en envisage la pathogénie.

On peut admettre avec cet auteur qu'il s'agit sans doute moins d'une action directe de l'acide urique sur la séreuse que de réactions méningées par choc toxique, comme dans les méningites urémique, acétonémique, saturnine ou alcoolique. Ici vraisemblablement, comme pour la goutte articulaire, le choc est protéinique, analogue au choc méningé des accidents sériques (Bezançon, M. P. Weil et de Creunes).

6° *Névrites, névralgies et myalgies goutteuses.*

Si, pour affirmer l'existence de la névrite goutteuse, il est nécessaire de constater dans le nerfs des dépôts d'urate de soude (Schreder, Luff), les cas authentiques doivent se compter. Je n'ai pu en retrouver une seule relation scientifique indiscutable. « Le poison goutteux, dit Critzman, provoque très rarement les inflammations névritiques avec leur cortège d'anesthésies, paresthésies, paralysies périphériques et d'atrophies musculaires. La clinique ne connaît pas de névrite goutteuse ».

Si l'on donne l'étiquette de « goutteux » à tous les phénomènes douloureux du type névralgique et myalgique qui ne font pas leur preuve chez des sujets de souche arthritique et à terrain hyperuricémique, on doit considérer la localisation de la goutte sur le système nerveux périphérique comme étant d'une extrême fréquence : qu'il s'agisse de sciatique, de névralgie du trijumeau, de névralgie sous-occipitale, de névralgie intercostale, elles sont de constatation banale chez les bradytrophiques, les diabétiques, les auto-intoxiqués digestifs, hépatiques et rénaux et, bien entendu, chez les goutteux.

Et nous en revenons à exiger encore le critérium d'alternance nette entre une crise de goutte articulaire et une atteinte névralgique, la substitution d'une localisation à l'autre, la nature métastatique et fluxionnaire du trouble nerveux périphérique pour affirmer le diagnostic de névralgie goutteuse. Sans nier son existence, nous pouvons affirmer qu'ainsi envisagée, elle est exceptionnelle.

Il est regrettable que l'on ait trop de tendance à abuser de la dénomination de « goutteuse » ou de la dénomination plus souvent employée encore de « rhumatismale » pour désigner des troubles douloureux que rien n'explique.

Sous la plume de certains auteurs ces deux termes « goutte » et « rhumatisme » semblent devenus synonymes. Dans l'étude si complète et si cliniquement neurologique que H. Roger a consacrée à la sciatique, cet auteur donne l'étiquette de « rhumatismale » au groupe dit « essentiel » ou « arthritique ». Le principal avantage qu'il trouve à cette dénomination, c'est qu'elle est « assez vague » pour « englober un ensemble de manifestations subaiguës ou chroniques à type le plus souvent douloureux qui ont entre elles un certain air de parenté et que l'on voit apparaître vers la quarantaine ou la cinquantaine dans les tissus périarticulaires, les muscles, les nerfs, le tissu cellulaire. Il s'agit d'individus fréquemment atteints par ailleurs de précipitations calculeuses dans les canaux excréteurs du rein, du foie, dans le tissu cellulaire (tophi goutteux), d'individus antérieurement sujets aux crises de migraine, d'asthme, aux accidents congestifs (hémorroïdes en particulier), d'individus souvent entachés d'hépatisme et eux-mêmes fils d'arthritiques ». Mais Roger eut eu autant de raisons d'appeler sa sciatique essentielle « sciatique goutteuse » que de l'appeler « sciatique rhumatismale », épithète qu'il faut laisser, comme le dit Verger, « au seul usage des malades dont elle satisfait la soif pathogénique ».

Depuis longtemps, dans mon enseignement, j'en ai limité soigneusement l'emploi et ne consens à l'appliquer qu'aux manifestations articulaires ou extra-articulaires de la maladie de Bouillaud.

Soyons aussi rigoureux en ce qui concerne le diagnostic de nature goutteuse des diverses manifestations nerveuses centrales ou périphériques. Ne l'employons pas pour couvrir notre ignorance à l'égard d'un certain nombre de maladies d'origine incertaine (W.-T. Pride).

Pour porter ce diagnostic il faut, à mon avis, exiger d'abord l'alternance avec l'accès de goutte articulaire type, ou au moins la coexistence de tophi, de lithiase rénale, de troubles du métabolisme des purines, d'hyperuricémie. Il faut considérer aussi le terrain sur lequel se développent ces troubles nerveux, terrain neuro-arthritique, tempérament goutteux héréditairement transmis, tenir compte des effets favorables des médicaments dits spécifiques de la goutte, tels que colchique ou atophan et des méfaits, parfois graves, d'un traitement intempestif entraînant une dangereuse dérivation du processus goutteux.

C'est donc enfin à l'analyse clinique que nous aurons surtout recours pour fixer une juste limite aux troubles nerveux de nature vraiment goutteuse, pour les différencier des états nerveux qui ne sont qu'associés à la goutte et de ceux qui sont un équivalent de ses manifestations articulaires.

Cette délicate discrimination faite, nous pourrons alors utilement les combattre et efficacement les prévenir.

LES HÉMOPATHIES BENZÉNIQUES

D'après MM. Ch. AUBERTIN et Robert LÉVY

L'intoxication par le benzène est fréquente chez les ouvriers qui travaillent dans les ateliers dont l'atmosphère est viciée par les produits volatils de la benzine et du benzol, mélanges complexes qui contiennent tous deux du benzène. Il s'agit de fabriques d'objets en caoutchouc ou caoutchoutés (pneumatiques, chaussures, imperméables), ou d'ateliers de dégraissage ou de teinture, ou d'industries où l'on emploie des vernis au benzol.

La grande hémopathie benzénique est surtout fréquente chez la femme et apparaît après plusieurs mois, parfois plusieurs années de travail dans les vapeurs benzéniques. La forme aiguë est un purpura aboutissant rapidement à l'aleucie hémorragique. La forme chronique, plus fréquente, commence par des troubles assez particuliers : pâleur, état anémique, légère faiblesse et dyspnée, ménorrhagies, petite tendance aux saignements et aux ecchymoses ; ces signes nets sont précédés de légers troubles fonctionnels peu caractéristiques (céphalée, vertiges, palpitations).

Puis apparaissent des hémorragies importantes, rebelles et récidivantes : épistaxis, gingivorrhagie, métrorrhagies, puis purpura sous forme de petites pétéchies et de grandes ecchymoses. Il existe quelquefois de petites ulcérations saignantes de la muqueuse buccale. La fièvre s'élève, le malade est pâle et dyspnéique : le tableau est donc celui d'un purpura hémorragique d'allure infectieuse avec anémie grave.

Le chiffre globulaire tombe rapidement, et peut tomber au-dessous d'un million, la valeur globulaire étant normale ou élevée ; il n'y a pas d'hématies nucléées. Les leucocytes sont toujours diminués de nombre, souvent au-dessous de 2.000 et même de 1.000. Il y a abaissement considérable du taux des polynucléaires qui tombe au-dessous de 30 p. 100. Les autres éléments sont moins diminués, parfois cependant il y a tendance à l'aleucie ; quelques cellules jeunes peuvent se trouver dans le sang. Les plaquettes sont toujours diminuées (au dessous de 50000). Le temps de coagulation est généralement prolongé, il y a coagulation plasmatique et irrétractilité du caillot. Le temps de saignement reste normal, signe du lacet est négatif.

En somme tous les éléments du sang sont touchés ce qui explique que, selon la prédominance des symptômes, ces faits aient été étiquetés purpura, anémie aplastique hémorragique, syndrome agranulocytaire, aleucie hémorragique. Il s'agit là, bien évidemment, d'une seule et même maladie. Cependant les éléments les plus constants et les plus précoces sont la leucopénie avec neutropénie et la thrombopénie : il semble donc que le benzène frappe initialement et électivement la leucopoïèse granuleuse et la thrombopoïèse. Dans les cas à évolution favorable ces modifications des neutrophiles et des plaquettes sont également les plus lentes à disparaître et peuvent persister de longs mois après la guérison apparente.

Tel est le type le plus fréquent de l'hémopathie benzénique : un syndrome destructif subaigu de la moelle osseuse portant sur tous les éléments du sang. Mais il convient de signaler que, dans certains conditions encore mal connues, le benzène peut produire au lieu de phénomènes destructifs, des phénomènes hyperplasiques amenant un état leucémoïde, sinon leucémique : c'est ainsi qu'on a pu voir une splénomégalie avec syndrome sanguin de leucémie myéloïde aleucémique (P.-E. Weil) et un cas de leucémie aiguë (Delore). Dans ces cas exceptionnels il s'agissait d'une intoxication de très longue durée, et l'on sait que le benzène, comme les corps radio-actifs peuvent à doses petites et longtemps prolongées provoquer des phénomènes d'excitation du côté de la moelle osseuse.

Indépendamment des mesures prophylactiques destinées à protéger les ouvriers qui vivent dans les vapeurs nocives, il y aurait lieu semble-t-il, de soumettre ces ouvriers à des examens hématologiques systématiques, comme on le fait actuellement pour le personnel des laboratoires de radiologie (1).

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, à paraître en avril 1936.

LES VÉSICULES BASSES ET LE DIAGNOSTIC DES SYNDROMES DOULOUREUX ABDOMINAUX

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES-MÉNARD

Interne des Hôpitaux de Paris

MM. Faroy, Deron et Carlotti, dans un article récent, Carlotti dans sa thèse (Marcel Vigné, éditeur) ont étudié les vésicules biliaires en position basse.

Grâce à leurs observations, ils ont pu déterminer la technique des examens radiologiques de la vésicule et préciser la pathogénie de certains phénomènes douloureux. C'est ainsi que la prise chez chaque malade de trois clichés, un en décubitus dorsal, un en procubitus ventral, un en orthostatisme leur a montré que la vésicule dans la succession de ces positions subit un double déplacement : déplacement vertical de haut en bas, la vésicule suivant la descente du foie, déplacement latéral de droite à gauche, la vésicule accompagnant le lobe droit dans sa rotation autour du pédicule hépatique, qui fait que le bord inférieur du foie d'oblique en bas et à droite devient vertical. C'est ainsi qu'ils ont pu démontrer que la ptose vésiculaire proprement dite, c'est-à-dire isolée, impliquant l'existence d'un mésocholécyste développé, est exceptionnelle — qu'au contraire, les vésicules basses, en général, sont dues à une ptose du foie lui-même, coïncidant souvent avec une ptose abdominale généralisée. C'est ainsi qu'ils ont été amenés à conclure que bien souvent les phénomènes douloureux relèvent autant de cette ptose généralisée que d'une cholécystite. Sur tous ces points leurs travaux feront autorité, car, croyons-nous, c'est la première étude d'ensemble qui ait été faite sur les vésicules basses.

Mais nous voulons insister surtout sur les conclusions pratiques de cette étude. Elles sont de deux ordres, radiologique et clinique.

Radiologique ? On doit considérer comme en position anormale, une vésicule dont le fond est au-dessous du plan transversal rasant le bord supérieur de la IVe vertèbre lombaire ou qui franchit le plan sagittal médian ; par contre, il faut être très réservé dans l'interprétation des irrégularités de contours d'une vésicule après opacification ; en effet, ces irrégularités peuvent n'exister que dans une position du malade et s'effacer dans une autre ; telle vésicule qui, en position couchée présentait une plicature pouvant en imposer pour des adhérences, en position debout présente des contours absolument réguliers, la plicature s'étant effacée. De même, le changement d'incidence des rayons suivant la position du sujet peut donner des images qui paraîtraient pathologiques, si les autres clichés ne révélaient que ces images anormales ne sont dues qu'à cette position.

Clinique ? deux choses.

— En premier lieu, la situation basse des vésicules étudiées permet de vérifier et de préciser la valeur de certains signes classiquement décrits comme caractéristiques des cholécystites.

Tel le signe de Murphy. Demandez à un étudiant de première année (si nous le prenons comme bouc émissaire, c'est afin de ne faire nulle peine à des praticiens chevronnés), d'examiner un malade chez qui on soupçonne une cholécystite ; il enfoncera un doigt sous les côtes du patient ; si le malade se plaint, cholécystite, affirmera-t-il. Voire....

Murphy, en effet, a attaché son nom à deux manœuvres : la première, c'est la recherche de la douleur provoquée par la percussion d'un doigt tenu perpendiculairement à la paroi au niveau de l'extrémité du IXe cartilage costal. Cette manœuvre décèle seulement un point douloureux phrénique. Ce point ne correspond pas évidemment à la vésicule, puisque par définition, il reste fixe, alors que la vésicule est révélée abaissée sur les clichés. Ce peut être un signe de souffrance vésiculaire, bien sûr ; mais il est inconstant dans les cholécystites, peut exister en dehors d'elles — la deuxième manœuvre de Murphy, c'est l'accrochage de la vésicule par les doigts recourbés au-dessous du bord inférieur du foie, au cours d'une inspiration profonde ; mais, chez tous les sujets la palpation de la vésicule provoque une sensation de malaise ; pour que ce signe ait une valeur, il faut donc que la douleur soit vive, qu'elle bloque brusquement le mouvement inspiratoire, qu'elle irradie vers la partie haute de l'épigastre ; elle est encore plus caractéristique, en cas d'irradiation scapulaire ou de réflexe nauséeux.

Avec de telles précautions, cette deuxième manœuvre de Murphy permet-elle d'affirmer à coup sûr une cholécystite ? Non pas toujours, en particulier lorsqu'il existe une ptose hépato-vésiculaire. Dans ce cas, il faut avoir recours à la manœuvre suivante : « le malade étant debout, nous nous plaçons derrière lui, et nous palpons de la main droite le rebord hépatique. L'échancrure cystique étant repérée, si sa pression est douloureuse, nous relevons en masse l'abdomen à l'aide de la main gauche, comme dans la manœuvre de Glénard. Quand la ptose hépato-vésiculaire est seule en cause, la douleur provoquée au niveau de l'échancrure cystique s'atténue et disparaît » (Faroy et Deron).

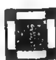
En effet, la douleur pouvait seulement être liée à la souffrance des plexus nerveux tiraillés par la chute du foie et de la vésicule ; la ptose réduite, elle disparaît. Persiste-t-elle au contraire, elle témoigne sûrement d'une cholécystite.

— En second lieu, l'étude des vésicules basses apporte une nouvelle preuve de la difficulté du diagnostic des syndromes douloureux iliaques. Un sujet présente des douleurs abdominales, vomit ; on provoque une douleur à la pression du point de Mac Burney ; il n'en faut pas plus pour que le malade soit aussitôt confié au bistouri du chirurgien. Ce n'est que plus tard, quand de nouvelles crises surviendront, que, devant ce ventre barré d'une cicatrice iliaque droite, on songera à la cholécystite, faute de pouvoir, cette fois, avoir recours (et pour cause !) à l'appendicite, diagnostic de facilité. Certes, chez un sujet « neuf » (pourrait-on dire ? ?), quand le moindre doute hante l'esprit du médecin, quand il soupçonne l'appendice d'être en cause, l'adage conserve toute sa valeur : « toute appendicite diagnostiquée doit être aussitôt opérée ». Mais il est de nombreux cas où l'appendicectomie aurait pu être épargnée au malade ; un examen clinique plus minutieux, un interrogatoire plus précis auraient dû orienter le praticien : les douleurs irradient vers l'épaule droite — la constipation est absente ; au contraire, les selles ne sont pas modifiées, restent quotidiennes, de consistance molle — les douleurs se répètent après tous les repas, véritablement post-prandiales — elles surviennent après l'absorption d'aliments gras, d'œufs, d'alcool — surtout dans les antécédents, on retrouve des crises semblables, s'accompagnant d'une légère fièvre, d'un peu de subictère, de vomissements bilieux, provoquées par certains aliments que le malade lui-même a reconnu lui être contre-indiqués — autant d'éléments qui doivent orienter le médecin vers la cholécystite. En cas de crise aiguë, encore le médecin peut-il avoir la main forcée par la hantise de laisser passer une appendicite ! Mais en cas d' « appendicite chronique » (?), jamais l'appendicectomie ne devrait être décidée avant qu'un lavement baryté, une exploration radiologique de la vésicule, de préférence simultanés, n'aient à coup sûr permis d'éliminer la cholécystite. Ainsi non seulement une opération inutile pourra être évitée ; mais surtout sera évité le rôle nuisible de cette intervention, cause adjuvante de périviscérite.

Loin d'être la simple étude d'une curiosité anatomique, le travail de MM. Faroy, Deron et Carlotti constitue donc une critique très sévère des divers points douloureux abdominaux classiques, et, s'intégrant dans la tradition de la vieille clinique française, vient une fois de plus, mettre en garde le praticien contre les examens trop superficiels et insister sur l'importance, dans tous les cas, même le plus simple (une simple appendicite... !) d'un examen clinique complet, accompagné d'un interrogatoire prolongé.

Et pourtant, ce serait tellement plus commode !

Tel le « lifter » des grands magasins qui n'a qu'à appuyer sur un des divers boutons de l'ascenseur pour conduire le client au rayon de la pâte dentifrice ou à celui des cerfs-volants, tel l'employé des « Uniprix de la médecine » (suivant l'expression imagée du Docteur Boudin) n'aurait qu'à appuyer sur le point de Mac Burney ou sur celui de Murphy pour envoyer le patient au rayon des tubages duodénaux ou à l'appendicectomiste spécialisé...



LE TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR L'ASSOCIATION DE L'UROTROPINE INTRAVEINEUSE A LA SÉROTHÉRAPIE

Par le Docteur E. MOURRUT (de Béziers)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

L'association de l'anesthésie chloroformique à la sérothérapie intra-rachidienne, préconisée par Dufour, a renouvelé le traitement du tétanos. Les succès de cette méthode sont actuellement très nombreux et dans certains cas particulièrement démonstratifs — tel était l'un de ceux que nous rapportions avec notre maître Dufour en 1929 — elle a obtenu la guérison après échec des traitements habituels.

L'efficacité de cette technique ne peut donc être mise en doute, mais l'interprétation de ces faits indiscutables reste encore soumise à de nombreuses controverses. Dufour attribue l'action de sa méthode à une modification profonde du métabolisme cellulaire par l'anesthésie augmentant la perméabilité des cellules cérébrales aux antitoxines. Alors que les antitoxines du sérum n'agissent que sur la toxine libre et non sur celle qui est fixée par les cellules nerveuses, le chloroforme, par sa fixation élective sur les tissus nerveux, permet également l'incorporation plus facile aux cellules cérébrales des anticorps du sérum portés à leur contact.

Cependant de nombreux auteurs, à la lumière des expériences anciennes de Marie et Tiffeneau reprises en 1929 par Le Clerc, interprètent les faits un peu différemment et estiment que le rôle de l'anesthésique consiste surtout à libérer la toxine tétanique fixée par la substance cérébrale. Le fait essentiel serait une action de déplacement toxinique, la toxine libérée du tissu nerveux redevenant accessible à la sérothérapie, quelle que soit d'ailleurs sa voie d'apport. Or le chloroforme n'est pas la seule substance capable de rompre l'association stable de la toxine à la substance nerveuse ; tous les anesthésiques — c'est l'éther qui a servi à la plupart des expériences — et d'autres corps tels que l'alcool sont capables des mêmes effets.

C'est à la fois sur ces deux conceptions que s'est appuyé Couvy dans ses tentatives de traitement du tétanos par l'association de l'urotropine au sérum. Son point de départ a été les travaux de Le Fèvre de Arric et Millet et ceux de Mutermilch et Delaville établissant la propriété de l'urotropine de modifier la perméabilité méningée. Il espérait donc pofiter en quelque sorte de cette perméabilité artificielle pour permettre aux antitoxines l'accès des centres nerveux.

Plus tard, s'inspirant également de la théorie du déplacement toxinique, il lui a « paru prudent de faire précéder l'administration d'urotropine par une injection de sérum destinée à neutraliser la toxine qui pourrait être libérée par l'urotropine ». Cette seconde conception s'appuyait sur les travaux de Cruchet montrant que la décomposition de l'urotropine avec production de formol, dont l'affinité pour les centres nerveux est connue, pourrait produire une action phylactique analogue à celle des anesthésiques.

La technique actuelle de Couvy est donc celle-ci :

— tout d'abord, injection intraveineuse de 20 c. c. de sérum antitétanique ;

— une heure et demie à deux heures après, injection intraveineuse de 0 gr. 50 à 1 gramme d'urotropine ;

— une demi-heure après nouvelle inoculation de sérum ;

— les jours suivants, une ou deux injections quotidiennes de sérum précédées chacune d'administration d'urotropine.

Les doses de sérum et la prolongation du traitement sont variables suivant les cas, mais elles sont restées toujours modérées, ne dépassant pas 620 c. c., la dose initiale pour un adulte étant de 80 à 120 c. c.

Les résultats de cette méthode paraissent vraiment remarquables puisqu'elle a obtenu vingt-six guérisons sur trente et un cas de tétanos dont quelques-uns particulièrement graves. Sa dernière série de dix-sept malades dont plus de la moitié présentait une atteinte très sévère et qui comportait deux cas de tétanos ombilical

a été traitée par l'injection intraveineuse de sérum précédant l'urotropine. Elle compte seize guérisons. Nous ne connaissons pas de série aussi nombreuse avec un aussi bon résultat.

Nous avons eu récemment l'occasion d'employer la méthode de Couvy dans deux cas de tétanos franc généralisé avec un succès qui nous incite à faire connaître ces observations.

Observation I. (En collaboration avec le Docteur Chabardès de Pézénas). — Mme F..., 45 ans, ayant un passé de lithiase biliaire a été vue le 15 juillet 1935 par le Docteur Chabardès. Depuis une dizaine de jours, elle se plaignait de raideur et de difficulté à ouvrir la bouche. Les 13 et 14 juillet, elle fut prise de « crises » où les membres se sont raidis. Le Docteur Chabardès constate du trismus et des raideurs articulaires mais le diagnostic de tétanos reste hésitant. La température se tient autour de 37°8 et il n'y a pas eu de plaie récente. Notons toutefois que la malade présente plusieurs ulcères variqueux et qu'elle aurait été piquée à leur niveau par un fil de fer quelque temps auparavant dans un clapier à lapins.

Devant l'exagération des symptômes la sérothérapie antitétanique est commencée le 17 juillet. La malade reçoit en six jours 140 c. c. de sérum, d'abord ordinaire puis purifié, par voie intramusculaire et sous-cutanée, soit en tout 56.000 unités antitoxiques. Malgré ce traitement, les signes s'accentuent et les crises paroxystiques douloureuses deviennent fréquentes. La température tend à monter, le pouls dépasse 100.

Le 23 juillet nous trouvons une malade en orthotonos absolu, avec trismus complet et invincible, que l'on peut cependant alimenter grâce à l'absence de plusieurs dents. Le pouls est à 105 pour une température de 38°3 ; la respiration un peu rapide. L'intelligence est complètement conservée. L'hypertonie est intense avec hyperréflectivité extrême. Notre examen, pourtant sommaire, déclenche plusieurs crises paroxytiques très douloureuses.

Le traitement suivant est institué :

Injection intraveineuse de 20 c. c. de sérum antitétanique ordinaire.

Une heure au moins après, injection intraveineuse d'une ampoule d'uroformine suivie de l'injection de 40 cent. cubes de sérum intra-musculaire et de 40 cent. cubes sous-cutanés.

La thérapeutique sédative complémentaire est réalisée par le chloral à la dose de 10 gr. par jour par voie buccale et rectale, et par une injection quotidienne intramusculaire de 2 c. c. de Somnifène.

Ce traitement fut continué intégralement pendant huit jours.

Le soir même, il n'y avait plus de crises toniques, paroxystiques.

Le lendemain le trismus commençait à céder et le 25 juillet la langue pouvait être examinée. Dix jours après la malade pouvait se lever et bientôt la guérison était complète.

Le malade a reçu en tout depuis le début de la méthode de Couvy :

160 cent. cubes de sérum intraveineux,

680 cent. cubes de sérum intramusculaire ou sous-cutané ;

8 injections de 0 gr. 25 d'Uroformine.

En résumé : tétanos d'abord subaigu mais qui n'a été vu médicalement qu'une dizaine de jours après le début probable. Aggravation rapide en une semaine malgré la sérothérapie intramusculaire ou sous-cutanée. Etat alarmant avec nombreuses crises paroxystiques au moment où fut commencé le traitement par la sérothérapie intraveineuse et intramusculaire associée à l'uroformine. Amélioration presque immédiate et guérison rapide. Le traitement fut continué huit jours par prudence mais il semble que la guérison aurait été obtenue même s'il avait été supprimé plus tôt.

Observation II (en collaboration avec le Docteur Renoux, de Pézénas). —Le 20 septembre 1935 l'enfant B..., âgé de 15 ans, se plaint de difficulté à ouvrir la bouche et de raideur à la nuque. Les jours suivants les signes s'exagèrent et le Docteur Renoux qui craint le tétanos, injecte en trois jours 50.000 unités de sérum antitétanique purifié. La porte d'entrée probable est une blessure insignifiante faite le 6 septembre au pouce droit par un couteau de boucher. La température n'a pas dépassé 37°8 (axillaire).

Nous voyons l'enfant le 23 septembre et sous nos yeux apparaît, avant toute tentative d'examen, une crise tonique paroxystique typique. L'enfant se raidit en véritable opisthotonos, le bassin soulevé au-dessus du plan du lit, les mâchoires contractées, les muscles de la face tendus pour réaliser le rire sardonique le plus caractéristique.

La crise terminée, nous pouvons constater que si le trismus est incomplet (l'enfant peut sortir en partie sa langue) les contractures sont généralisées à tout le corps ; elles prédominent toutefois à la nuque qui est soudée, au membre inférieur gauche et aux muscles abdominaux. Les réflexes sont très exagérés ; le pouls est à 92 pour une température de 37°7. Les urines sont abondantes. L'examen viscéral est négatif. La blessure du doigt entièrement cicatrisée est insignifiante ; il n'y est pas touché.

Immédiatement on institue le traitement par la méthode de Couvy. L'enfant reçoit 20 c. c. de sérum ordinaire intraveineux non dilué ; puis une heure après une injection intraveineuse d'une ampoule d'uroformine et 40 c. c. de sérum intra-musculaire. Il y a en plus, par jour 4 grammes de chloral en lavement.

Ce traitement est répété tous les jours pendant six jours. Les premiers résultats favorables sont enregistrés après deux jours de traitement. Les crises paroxystiques généralisées qui étaient restées fréquentes le 24 septembre sont remplacées par de simples crampes localisées à la cuisse gauche. Le trismus et la raideur s'atténuent beaucoup mais le résultat étant encore incomplet on ajoute au traitement habituel une seconde injection de 40 c. c. de sérum intramusculaire le matin.

Nous revoyons l'enfant le 29 septembre en pleine maladie sérique. Le trismus n'a pas entièrement cédé en raison d'une arthrite sérique temporo-maxillaire bilatérale mais la colonne cervicale est absolument souple : le menton peut toucher le sternum.

Le traitement est entièrement arrêté. Quelques jours après l'enfant mange et se lève en dépit de la température due aux accidents sériques qui ont été particulièrement prolongés.

L'enfant a reçu en tout : 120 c. c. de sérum intraveineux ;

350 c. c. de sérum intramusculaire ; six injectons intraveineuses de 0,25 d'uroformine.

En résumé, tétanos d'allure subaiguë si l'on se fie à la température et à la durée d'incubation mais généralisé avec de nombreuses crises paroxystiques très violentes et s'aggravant rapidement pendant trois jours malgré la sérothérapie à doses moyennes. Arrêt de la maladie après deux jours de traitement par la méthode de Couvy. Guérison en six jours.

Nous croyons utile à propos de ces observations de faire quelques remarques sur la technique employée.

Tout d'abord, nos doses d'urotropine n'ont été que d'une ampoule de 0 gr. 25 par injection. A la réflexion, cette dose nous paraît faible, mais nous ne connaissions pas encore tous les détails de la technique de Couvy et nous nous proposons le cas échéant de l'augmenter.

Nous avons injecté la dose de sérum intramusculaire immédiatement après l'uroformine et non une demi heure après. Si nous comprenons la nécessité d'apporter des anticorps à l'organisme avant l'injection d'uroformine qui peut libérer la toxine (c'est le but du sérum intraveineux une à deux heures avant l'uroformine) nous n'avons pas saisi la raison de la seconde attente et nous nous en sommes dispensés. De même, nous nous demandons si la séparation des temps entre le sérum intraveineux et l'uroformine est vraiment utile les jours suivants alors que l'organisme est déjà saturé d'antitoxine. Nous l'avons respectée par scrupule ; mais le fait de pouvoir — après le premier jour — injecter successivement le sérum intraveineux et l'uroformine sans attente serait une petite simplification qui aurait sa valeur pratique.

Le premier avantage de la méthode de Couvy est en effet son extrême simplicité. La technique de notre maître Dufour, dont l'efficacité est encore une fois indiscutable, nécessite en pratique pour chaque séance de traitement la présence de deux médecins dont un anesthésiste et de plusieurs aides. Au contraire les injections intraveineuses de sérum et d'urotropine sont à la portée de tout praticien isolé et se passent de toute « mise en scène » spéciale. Elles restent donc une méthode très facilement applicable en clientèle alors que l'injection intrarachidienne de sérum sous chloroforme est avant tout une technique d'hôpital ou de clinique.

Le second et sans doute le plus gros avantage de l'association uroformine sérum est son innocuité. L'uroformine, antiseptique anodin d'utilisation courante dans tous les états infectieux, évite les inconvénients de l'anesthésie au chloroforme. En effet la phase d'excitation du début de l'anesthésie la rend toujours délicate chez un tétanique. Elle peut provoquer dans certains cas un véritable état d'apnée, transitoire mais fort impressionnant.

D'autre part et surtout, la toxicité du chloroforme pour le foie rend son emploi discutable chez les hépatiques et les tarés. Tout dernièrement Warembourg et Driessens rapportaient trois cas de mort avec hyperpolypeptidémie chez les tétaniques où l'autopsie montra d'importantes lésions hépato-rénales. Ces trois malades avaient tous été endormis par le chloroforme au cours d'un traitement varié. Les auteurs ont pu se demander, sans conclure d'ailleurs, la part que prenaient les manœuvres thérapeutiques et en particulier la chloroformisation dans cette insuffisance hépato-rénale avec hyperazotémie.

Par contre il est juste de porter à l'actif du chloroforme son influence sédative sur les contractures qui, en dehors même de son rôle dans l'efficacité de la sérothérapie, est loin d'être négligeable. On sait combien les tétaniques sont fragiles. Louis Bazy rappelait récemment que la mort subite à l'occasion d'un paroxysme, d'un examen, d'un bruit même, n'est pas exceptionnelle. Il est donc nécessaire d'ajouter à tout traitement sérothérapique une thérapeutique hypnotique. Le chloroforme fort précieux à cet effet ne dispense pas d'utiliser le classique chloral. Il est inutile d'ajouter que cette règle ne doit pas être transgressée dans l'application de la méthode de Couvy.

Les avantages que nous venons de reconnaître à l'association de l'uroformine au sérum ne seraient rien si l'on pouvait douter de son efficacité. Or la méthode de Dufour, le meilleur des traitements actuellement classiques du tétanos, a pour elle le contrôle de très nombreux thérapeutes alors que la série publiée par Couvy, pour impressionnante qu'elle soit, est encore, à notre connaissance, à peu près isolée. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rapporter ces deux observations qui lui sont entièrement favorables. Lorsque le temps lui aura permis de confirmer sa valeur, cette technique qui a déjà pour elle son innocuité et la grande simplicité de son emploi méritera de passer au tout premier rang de la thérapeutique du tétanos.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

La syphilis pulmonaire sous le masque de la Tuberculose

D'après les travaux des Docteurs J. Gaté et H. Gardère (1), ainsi que ceux du Docteur Barraud (2)

Tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire peuvent être simulés par la syphilis

Aussi les aspects cliniques de la syphilis pulmonaire sont-ils d'une frappante ressemblance avec certaines formes de tuberculose. En présence d'une pneumopathie syphilitique, c'est d'abord à une forme de tuberculose que l'on doit penser, et ce n'est qu'après avoir éliminé celle-ci que le diagnostic de syphilis sera porté. On peut, d'autre part, concevoir des poussées évolutives de tuberculose au cours d'une syphilis, de date souvent ancienne.

Voici quelques exemples typiques.

Forme simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë

Le début est brusque : point de côté, fièvre, expectoration muco-purulente. Quelques jours plus tard : douleur locale persistante ; gêne respiratoire très marquée, qui est due partiellement au point de côté ; toux, fièvre entre 38° et 39° ; langue sèche ; crachats muco-purulents ; parfois hémoptysies. Matité de la base pulmonaire ; vibrations vocales bien perçues ; souffle franchement tubaire en arrière et dans le creux axillaire ; en avant, frottements superficiels, véritable cortico-pleurite symptomatique.

L'évolution va être longue ; elle se fera pendant plusieurs semaines, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, des recrudescences irrégulières de la fièvre, de l'amaigrissement, une marche qui tend lentement vers la cachexie.

La radiographie, au bout d'un mois, montre dans le poumon des images de gommes. Un traitement à l'iodure de potassium, insuffisant d'ailleurs, ne change pas la marche traînante de la maladie. C'est alors qu'intervient la thérapeutique arsenico-mercurielle, qui procure un résultat rapide et brillant. Cinq mois après le début, la radiographie annonce enfin la disparition complète des gommes pulmonaires.

Parfois cependant, dans d'autres cas analogues, la mort, précédée d'une dyspnée grave, survient en quelques jours à la suite de lésions multiples du poumon.

---

(1) J. Gaté et H. Gardère. — La syphilis pulmonaire. (*Quest. d'actualité médicale*, août 1935).
(2) G. Barraud. — Sur l'hérédo-syphilis respiratoire. *Gaz. méd. de France*, 1er décembre 1935).

Forme simulant la tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse chronique, avec ou sans ulcération

Après un début insidieux et progressif, le malade consulte : quelques semaines ou quelques mois auparavant, il a ressenti les premières manifestations d'une affection broncho-pulmonaire. Parfois c'est une bronchite avec expectoration muqueuse ou muco-purulente qui persiste, tend à s'aggraver malgré le traitement. D'autres fois, des symptômes plus alarmants se manifestent : toux incessante ; douleurs thoraciques, un point de côté ; expectoration sanglante par intermittences ; une véritable dyspnée permanente, qui oblige au repos. Enfin, l'état général est atteint : amaigrissement, asthénie, anorexie. La fièvre peut être légère à 38°, mais persistante. Bref l'ensemble de ce début évoque celui de la tuberculose fibro-caséeuse.

A la *période d'état*, chaque cas devient un groupement original de quelques symptômes.

La toux, une des premières manifestations, prend so vent une réelle gravité : quinteuse, incoercible durant des mois, ne cédant pas à la thérapeutique, elle tourmente le malade jour et nuit. Cependant, dans la majorité des cas, sans ce caractère pénible et grave, elle évoque simplement un catarrhe chronique.

L'expectoration existe presque toujours, souvent muco-purulente. Parfois elle évoque la dilatation des bronches, sanglante par intermittences, sans qu'il s'agisse de véritables hémoptysies. Notons dès maintenant qu'elle ne recélera aucun bacille de Koch, et que l'inoculation restera négative, qu'enfin, seul le traitement spécifique la guérira définitivement.

La dyspnée est fréquemment signalée, continue, grave, mais aussi légère.

Durant un certain temps, les signes généraux peuvent être nuls, contrastant ainsi avec l'importance des lésions pulmonaires ; mais, bientôt, il se fera une évolution cachectique. Il est cependant des formes, qui, comme dans la tuberculose, débutent par une atteinte profonde de l'état général. Mais un amaigrissement, même notable, rétrocédera rapidement sous l'influence du atritement spécifique.

La fièvre est rare, peu élevée ; mais, elle n'est nullement un argument contre la syphilis.

Les signes physiques offrent une grande diversité ; dans la moitié des cas, le simple examen clinique ne donne aucune idée de l'importance des lésions pulmonaires.

La radiographie montre des images de cavernes, de gommes solitaires, de syphilome pulmonaire ou médiastino-hilaire, de lobites.

Dans dix cas sur dix-neuf (Gaté et Gardère), la réaction de Wassermann a été positive ; dans quatre cas, elle a été expressément négative.

Non traité, le malade meurt comme un phtisique, ou bien ses lésions deviennent définitivement scléreuses. Au contraire, les formes diagnostiquées et traitées énergiquement évoluent par une rapide rétrocession des symptômes fonctionnels ; mais, il faut plusieurs mois pour que la guérison radiologique soit complètement obtenue.

Les cortico-pleurites syphilitiques

Que l'évolution soit bénigne ou grave, le diagnostic de cortico-pleurite évoque une étiologie tuberculeuse. Le début peut être latent, et la cortico-pleurite sera une découverte d'auscultation ; ou bien il sera simplement insidieux, et se révéler par un point de côté et de la toux.

A la période d'état, apparaît une expectoration soit muqueuse, soit légèrement gommeuse ou hémoptoïque. A l'auscultation, ce sont vers la base, ou dans l'aisselle, ou dans la région sous-mammaire : de fins bruissements pleuraux, associés à des râles, bulleux superficiels. L'état général est peu atteint: ni fièvre, ni amaigrissement. L'allure de la maladie est traînante ; le repos ne suffit point à la guérison.

L'étiologie syphilitique ne peut être soupçonnée que grâce à l'interrogatoire, ou à l'examen général, qui apporte la certitude d'une syphilis, ancienne d'ailleurs, datant de plus de dix ans, dont la thérapeutique a été négligée.

Dans la tuberculose, le traitement spécifique est mal toléré ; dans la syphilis, il est rapidement efficace : tantôt, la guérison est complète, tantôt, il subsiste de l'obscurité respiratoire et une symphyse pleurale définitive.

La granulie syphilitique

Il faut la distinguer d'une autre syphilis pulmonaire grave : la cyanose aiguë avec gommes et vaso-dilatation.

Mais la granulie syphilitique vraie simule às'y méprendre la granulie tuberculeuse. Cliniquement elle apparaît chez un malade qui présente depuis quelques années des signes de sclérose ou de dilatation bronchique. L'interrogatoire peut à ce point de vue fixer certains points caractéristiques de son évolution : 1° l'existence de l'expectoration matutinale purulente, abondante, d'odeur fade ; 2° l'existence intermittente d'hémoptysies sans altération de l'état général et sans fièvre, sous forme plutôt de crachats rouges que d'hémoptysies vraies ; 3° l'existence depuis quelques années d'un peu de dyspnée (la syphilis pulmonaire est plus dyspnéisante que la sclérose tuberculeuse).

Quant à la dyspnée asphyxique, elle apparaît subitement, ou se développe en un jour ou deux. L'aspect clinique est alors celui d'une granulie. L'accélération du rythme respiratoire est de 30 à 60. La cyanose est généralisée. La face est tigrée de taches violettes. Le nez, les oreilles, les ongles, les lèvres, la langue, la gorge sont cyaniques ; les sclérotiques ont une coloration hortensia. L'ensemble des téguments revêt une coloration mauve. Cependant, le malade supporte sans angoisse sa dyspnée ; il n'éprouve pas, à l'inverse des cardiaques, le besoin pressant de s'asseoir et de s'étayer d'oreillers toujours plus nombreux.

Le cœur est accéléré, mais il n'y a aucun signe d'asystolie : pas de gros foie douloureux, pas de battements épigastriques, pas d'hydrothorax, pas de signes, de dilatation cardiaque.

L'expectoration peut rester banale, mais souvent elle aboutit à une purulence abondante, qui fait penser à la dilatation des bronches. Au début, on a noté des hémoptysies. A l'auscultation, une tempête de ronchus et de sibilances, des râles humides aux bases. La fièvre est entre 38° et 39°.

La rate n'est pas grosse et il n'y a pas de signes méningés.

La radiographie révèle les travées fibreuses du poumon syphilitique et des granulations miliaires.

L'évolution se fait en deux semaines environ et aboutit à la mort par asphyxie. Jusqu'à ce jour, aucun cas de granulie syphilitique authentique n'a reçu de traitement d'épreuve ; on ignore donc si l'affection est curable.

L'hérédo-syphilis des nourrissons et des enfants

Ce peut être un *faux pneumothorax*, décelé à la radiographie, chez le nourrisson après une longue période de latence clinique ; il est accompagné de dyspnée, de toux, d'accès de cyanose.

Ce sont aussi des *dilatations kystiques congénitales*, qui relèvent de l'hérédo-syphilis, car on a trouvé des tréponèmes dans les parois de bronches monstrueusement dilatées.

En général, dans les manifestations *broncho-pulmonaires* de la syphilis, la dyspnée et la cyanose sont au premier plan ; les signes physiques sont très réduits, consistant surtout en foyers de râles persistants et récidivants. Parmi les signes généraux, l'apyrexie est de règle. « Cette *absence de réaction fébrile* chez des enfants, porteurs d'une pneumopathie, doit naturellement attirer tout particulièrement l'attention et plaider fortement en faveur d'une étiologie spécifique » (Barraud).

D'une façon générale, jusqu'à l'âge de 3 ans, il est exceptionnel que la syphilis broncho-pulmonaire se traduise cliniquement par des signes physiques ou fonctionnels, permettant d'affirmer son existence ; jusque-là, c'est la phase silencieuse ou latente de la maladie.

***

L'absence de bacille de Koch dans l'expectoration, fait capital pour le dépistage de la syphilis

La syphilis respiratoire, héréditaire ou non, revêt donc un *masque essentiellement protéiforme et trompeur*, que l'absence du bacille de Koch aidera grandement à lever.

L'examen bactériologique des crachats sera répété plusieurs fois et à intervalles assez éloignés, en mettant en œuvre l'homogénéisation. On pratiquera l'inoculation au cobaye, car elle est de toute importance chez les malades, qui ne crachent pas ; on pourra également déceler le bacille de Koch dans le contenu gastrique.

Cependant, on n'est pas en droit d'éliminer la tuberculose chaque fois que ces recherches demeurent négatives. Ainsi, dans les cortico-pleurites, dans les granulies, il ne faut guère s'attendre, même si elles sont tuberculeuses, à trouver le bacille. Par contre, dans les formes s'accompagnant de lésions parenchymateuses étendues, ou même de cavernes, l'absence du bacille de Koch dans les crachats revêt une haute signification, car il est bien anormal de ne pouvoir faire par la bacilloscopie la preuve de telles formes de tuberculose. Encore ici faut-il se méfier de quelques rares exceptions.

Au total, on peut dire que l'absence du bacille de Koch est une condition indispensable au diagnostic de syphilis pulmonaire, mais rien de plus.

La tuberculose éliminée, il faut faire la preuve de la syphilis

La syphilis peut être établie par l'aveu du malade, par l'examen général, qui décèle une viscéropathie ou des stigmates nerveux syphilitiques, enfin par la sérologie dont seuls les résultats positifs ont de la valeur.

Cependant, mises à part les bronchites secondaires, on n'affirmera la syphilis pulmonaire qu'en présence d'une syphilis ancienne, datant de plus de dix ans. A l'appui de ce diagnostic, la radiographie peut montrer des images caractéristiques de gommes pulmonaires ; d'autres fois, celles-ci n'ont rien de pathognomonique, et, pour le cancer notamment, la progression rapide, inexorable solutionne le problème.

Le traitement d'épreuve, pierre de touche

Cette pierre de touche du traitement spécifique possède dans certains cas, une réelle valeur ; elle intéresse à la fois le diagnostic et le traitement. Sous son influence, en effet, on voit les tuberculeux vrais, même s'ils sont syphilitiques, maigrir, prendre de la fièvre, cracher. D'autre part, dans le cas de syphilis pulmonaire, une médication spéciale instituée sans retard donnera parfois des succès sinon inespérés, du moins inattendus, à la condition toutefois d'agir avec une certaine prudence ; les signes fonctionnels s'amélioreront et le poids s'élèvera, même si le malade n'était pas amaigri.

Le traitement doit être énergique. Insuffisant, il peut aboutir à un échec, alors qu'on est réellement en présence d'une syphilis. Il devient alors une cause d'erreur diagnostique des plus graves. Ses résultats doivent être rapides, nets. S'ils sont obtenus au cours d'une affection déjà ancienne et stagnante, nul doute qu'il ne s'agit pas de coïncidence.

Les radiographies en série permettent dans les cas des gommes et des syphilomes scléro-gommeux d'enregistrer un succès avec plus de précision et de leur donner une valeur démonstrative plus grande.

Les arsénobenzènes et le bismuth sont les traitements les plus actifs dans la syphilis pulmonaire. Le mercure, sous forme de cyanure, est plus anodin, mais beaucoup moins actif, et il peut conduire à des échecs. Quant à l'iodure, qui a autrefois guéri des syphilis du poumon ; actuellement, on le juge plutôt dangereux dans les affections pulmonaires et il n'y a aucune raison d'en faire un traitement d'attaque.

Lorsque le traitement d'épreuve aura apporté la certitude qu'il s'agit de syphilis pulmonaire, il devra être poursuivi avec énergie. Il fera à la longue disparaître les signes physiques qui sont les plus longs à rétrocéder ; mais il laissera surtout persister un certain nombre de signes définitifs. Ainsi, il complétera le diagnostic en discrimant, parmi les lésions observées, celles qui sont scléreuses et définitives de celles, qui sont évolutives.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Pour MM. J. Canton et P. Lafargue, la conduite à tenir devant une algie de Trousseau paraît devoir être la suivante : établir un diagnostic précis et exact de névralgie faciale à l'aide d'un examen clinique sérieux et complet. Pour cela, mettre s'il le faut tout en œuvre et faire appel à la compétence des spécialistes. Ce diagnostic nettement établi, laisser de côté, résolument, les médicaments. Conseiller et faire pratiquer les injections d'alcool sur le ou les trajets douloureux incriminés. A la première récidive, sauf indication toute particulière, ne pas insister et proposer la neurotomie rétrogassérienne.

Dans les cas, très rares, de névralgie siégeant à la fois sur les trois branches émergeant du ganglion de Gasser, proposer d'emblée la neurotomie rétrogassérienne. (*Bordeaux Chirurgical*, janvier 1936.)

La transfusion du sang de cadavre aux êtres humains.

Il résulte des travaux du Professeur Judine, de Moscou, que la transfusion de sang de cadavre aux êtres humains, fondée sur des travaux expérimentaux, a été pleinement justifiée par les nombreux résultats cliniques existant déjà.

Le sang de cadavre recueilli pendant les premières heures (six à huit) après le décès reste stérile et conserve entièrement ses propriétés vitales.

Les réactions sérologiques, les épreuves bactériologiques et les données de l'autopsie scrupuleuse donnent des garanties suffisantes au receveur. Grâce à la fibrinolyse, le sang des sujets morts subitement reste liquide pendant un temps prolongé et peut être conservé stérile plus de trois semaines.

L'effet clinique de la transfusion du sang de cadavre ne diffère absolument en rien de la transfusion de sang de donneurs vivants, effectuée directement ou avec addition de citrate. Par rapport au pourcentage de légères réactions, le sang de cadavre présente même des avantages.

La technique de la récolte du sang du corps est très simple et n'exige aucun appareil spécial. L'organisation de stations pour la récolte, le contrôle et la conservation du sang frais de cadavre, est parfaitement réalisable dans les grandes villes, surtout dans les grands hôpitaux de secours urgent. Dans ces circonstances, les matériaux seront fournis par les cadavres des personnes ayant subi des traumatismes dans la rue et présentant des lésions fermées, ainsi que par les services de médecine où les cas de décès par angine de poitrine ne peuvent être rares. (*La Presse Médicale*, 11 janvier 1936.)

Sur le mécanisme des accidents d'hypoglycémie.

L'étude du mécanisme des accidents dits hypoglycémiques mène à des considérations intéressantes, mais malheureusement incomplètes. MM. A. Baudouin, J. Lewin et E. Azerad pensent avoir bien établi que ces accidents sont indépendants de la glycémie ou de ses variations, c'est-à-dire de la valeur absolue ou relative de la chute, de sa rapidité comme de sa durée. Mais ils ne pensent pas qu'il faille y voir une sorte d'intoxication insulinique. L'action favorable de l'ingestion ou de l'injection de glucose montre bien que les symptômes sont secondaires à un trouble du métabolisme hydro-carboné. Ce trouble doit sans doute apporter des modifications plus ou moins profondes dans l'équilibre physico-chimique des centres nerveux, soit qu'il y favorise la production d'un œdème, soit qu'il y entraîne une diminution des oxydations avec état anoxémique accentué. Quoi qu'il en soit, de nouvelles recherches s'imposent. (*La Presse Médicale* 15 janvier 1936.)

L'avenir des pneumothorax artificiels précocement abandonnés.

Plusieurs années après l'abandon précoce du pneumothorax, le Professeur Jean Minet et J. Cornille ont trouvé 68,4 % de cas favorables et 31,6 % de cas défavorables. Ce qui montre que la guérison produite par un pneumothorax de courte durée est solide en général bien que dans un certain nombre de cas, il n'y ait eu ni symphyse pleurale intense, ni thérapeutique nouvelle pour prolonger l'action du pneumothorax.

Les pleurésies qui engendrent les symphyses les plus accentuées sont, en même temps que la cause la plus fréquente de l'interruption précoce de ces pneumothorax, l'élément capital de leur pronostic. Ces facteurs pleuraux très favorables et qui n'existent pas ou à peine dans les pneumothorax de longue durée, paraissent expliquer

le fait que, en moyenne, il y a autant sinon davantage de cas favorables dans les pneumothorax interrompus avant deux années d'existence, le plus souvent forcément, que dans les pneumothorax de plus longue durée. Malgré ce résultat, il ne semble pas que l'on doive abandonner volontairement tous les pneumothorax d'une durée inférieure à deux ans, même dans le cas de guérison clinique apparente.

Par contre, les auteurs croient que, si une symphyse s'installe au cours du pneumothorax, il ne faut pas intervenir pour la combattre, ni pour l'intensifier. Quant à la création de la pleurésie ou de la symphyse, il semble qu'elle est théoriquement recommandable lorsque le pneumothorax doit être abandonné précocement à cause de son inefficacité ou de la volonté du malade, mais la réalisation pratique de cette pleurésie ou de cette symphyse exige encore de nouvelles recherches cliniques et expérimentales. (*Arch. méd. chir. de l'app. resp.*, tome X, n° 5, 1935.)

Les principes d'une nouvelle thérapeutique des toxicomanies.

Pour le Docteur R. Krainik, de l'Institut d'actinologie, la toxicomanie chronique serait conditionnée par l'équilibre instable entre deux facteurs d'intoxication différente : *a*) une intoxication exogène (due au toxique importé), qui entraîne une neurotonie vagale et altère les éléments de la défense, etc. ; *b*) une intoxication endogène, réflexe à la première, qui serait imputable aux produits chimiques et microbiens élaborés (du tractus digestif ou d'ailleurs) ; ces produits seraient mobilisés dans certaines conditions. L'intoxication endogène exigerait la présence constante de stupéfiant, amplifierait la tolérance et créerait l'accoutumance.

L'auteur a observé que, sous l'effet d'une infection banale, un toxicomane peut réduire ses besoins vis-à-vis du stupéfiant sans que la volonté de son médecin ait à intervenir. En réalisant expérimentalement un état semblable à celui d'une infection passagère (sous l'effet d'antigènes banaux), il a réussi à placer le malade en conditions comparables.

En traitant par des moyens appropriés, les intoxications exogène et endogène (en associant le blocage des réactions endocrino-végétatives individuelles à la réaction vaccinale), l'auteur a obtenu la désaccoutumance dans un délai très court tout en supprimant le stupéfiant dès le premier jour, sans accidents de sevrage.

Cette méthode thérapeutique peut entraîner la guérison de la toxicomanie, en empêchant les récidives attribuables au retour des souffrances spécifiques. Néanmoins, diverses causes mentales peuvent intervenir, facilitant une rechute : le retour dans un milieu de toxicomanes, les crises de mélancolie, le surmenage intellectuel, etc... Ces malades pourront bénéficier davantage, par la suite, des méthodes psychiatriques.

De ce fait, cette nouvelle méthode s'adresserait, en premier lieu, à la toxicomanie accidentelle, par accoutumance thérapeutique, et en second lieu aux intoxiqués contaminés par un milieu excentrique. Les malades, une fois désaccoutumés de leurs stupéfiants, devraient être traités, d'une double manière : un traitement qui viserait la disparition des troubles organiques et un autre dont le but serait la normalisation de leur état mental. (*Le Monde Médical*, 15 novembre 1935.)

Le diabète sucré est-il curable par une intervention chirurgicale ?

MM. L. Gondard et L. Hédon font une critique de la conception pathogénique qui a conduit à essayer de guérir les diabétiques par l'énervation des surrénales.

Du point de vue physiologique, il semble bien que l'on doive rejeter la théorie de l'origine adrénalinique du diabète pancréatique, et les auteurs pensent que si l'adrénaline intervient à l'état physiologique dans la régulation de la glycémie, sa suppression ne saurait compenser une insuffisance sérieuse de la sécrétion interne du pancréas. Il paraît très douteux que des diabètes vraiment graves puissent être guéris d'une façon stable par l'énervation des surrénales, à plus forte raison d'une seule.

D'autre part, il n'est pas niable qu'une brusque décharge d'adrénaline est capable de provoquer la transformation rapide du glycogène hépatique en sucre, et il est probable que la piqûre diabétique du bulbe agit par l'intermédiaire des surrénales. Il n'est donc pas impossible que certains diabètes, d'origine adrénalinique, puissent être guéris par la section des nerfs adrénalino-sécréteurs. Mais ce ne sont là en général que des cas relativement bénins qu'une bonne diététique et un traitement temporaire par l'insuline guériraient peut-être aussi sûrement qu'une intervention chirurgicale, sans comporter les mêmes risques.

En résumé, la thérapeutique chirurgicale du diabète n'a donné jusqu'à présent aucun résultat intéressant. La pathologie expérimentale ne justifie pas les interventions sur les glandes surrénales, récemment proposées. (*Montpellier Médical*, décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Contagions hospitalières dans les salles à box d'isolement incomplètement fermés.

(MM. P. ARMAND-DELILLE, Ch. LESTOCQUOY et J.-L. HERRENSCHMIDT ; 7-1-1936.)

M. Armand-Delille présente une note sur les contagions hospitalières dans les salles de médecine infantile à box d'isolement individuel incomplètement fermés.

Dans son service des douteux, du Pavillon Grancher de l'hôpital des Enfants, les box sont individuels mais les cloisons intermédiaires ne montent qu'à 2 m. 30 alors que le plafond atteint 5 mètres. Malgré les précautions habituelles (changement de blouse, lavage des mains, etc.), on a observé un certain nombre de surinfections. Ainsi, sur 1.329 petits malades hospitalisés en dix-huit mois, M. Armand-Delille a eu un cas intérieur de coqueluche, 4 de diphtérie, 4 de scarlatine, 31 de varicelle et 58 de rougeole. En ce qui concerne les maladies à contage exclusivement direct, les contaminations ont été peu nombreuses. Par contre, elles ont atteint un nombre assez important pour les affections se transmettant plutôt par l'air. Lorsqu'un enfant est entré dans un box avec une rougeole à la phase contagieuse, on peut voir la maladie apparaître avec le délai classique de quatorze jours chez les enfants hospitalisés dans les box voisins, même éloignés. M. Armand-Delille est arrivé à admettre la possibilité du passage des germes d'un box à l'autre pardessus la cloison comme le fait s'observe facilement pour la fumée d'une cigarette produite dans un box déterminé et que l'on voit franchir la cloison et se répandre dans les box voisins.

A titre d'expérience, il a fermé, dans son service, le haut de trois box par un simple plafond de tarlatane arrêtant les poussières et complété la porte par un rideau de même tissu : les enfants réceptifs placés dans ces box n'ont pas contracté la maladie, alors qu'il y avait des rougeoleux dans les box voisins.

Rôle hygiénique des aromates.

(M. Maurice BOIGEY ; 7-1-1936.)

M. Maurice Boigey réhabilite les aromates, non pas tous certes, mais certains d'entre eux. Il ne saurait être question de prôner l'usage habituel et constant de la moutarde, du paprika, des piments, cornichons, pickles, tous condiments nocifs pour les estomacs, les foies et les reins susceptibles. Ces substances ne devraient être employées qu'à doses minimes.

Mais cet ostracisme ne doit pas englober les aromates proprement dits : thym, fenouil, cannelle, clou de girofle, noix muscade, laurier. Le thym et le fenouil ont des propriétés désinfectantes, antiputrides, pour l'intestin. La cannelle est un aromate sécréteur, la noix muscade et le laurier sont à la fois sécréteurs et antiseptiques ; le clou de girofle également. Pour conserver à ces substances leurs vertus sécrétrices et antiseptiques, M. Boigey pense qu'il faut non pas les ajouter dans les préparations culinaires en voie de cuisson, mais les utiliser à l'état nature, sous forme de poudre obtenue en broyant la partie de la plante qui les fournit. Placée dans un flacon *ad hoc*, cette poudre est versée sur les aliments au moment de les consommer, pendant le cours même des repas.

L'usage des aromates, employés de cette manière, répond à une foule d'indications thérapeutiques, notamment aux cas de flatulence et d'anorexie, ou encore pour rendre moins pénibles certains régimes, les régimes sans sel par exemple. La valeur des aromates a d'ailleurs été sanctionnée par le temps : la « poudre royale » dont Louis XIV usait dans les dernières années de sa vie pour saupoudrer les mets, était célèbre.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus de l'utérus.

(MM. Pierre MOCQUOT et BENASSY ; 13-11-1935.)

Une femme de 25 ans entre à l'hôpital Bichat pour d'abondantes métrorrhagies et des signes d'infection utérine, suite d'avortement. La malade expulse d'ailleurs des débris placentaires fétides. A l'examen, le col utérin présente une coloration violacée, noirâtre.

On apprend que la malade s'était fait plusieurs jours de suite après la constatation de son retard de règles des injections d'eau bouillie, puis d'eau additionnée d'une cuillerée à soupe de lusoforme (solution de savon formolé). Le soir de cette dernière injection, l'avortement s'amorce et le lendemain apparaissent les premiers signes d'infection.

Dès l'entrée à l'hôpital, on pratique une hystérectomie vaginale. Suites simples. Guérison.

A l'examen de la pièce enlevée, tout le segment inférieur de l'utérus et le col ont une coloration violacée noirâtre. Les coupes montrent une infiltration sanguine massive du myomètre. Il s'agit d'un infarctus vrai de la paroi utérine, diagnostiqué et opéré assez tôt pour guérir.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Pleuro-péritonite aiguë exsudative au cours d'une syphilis secondaire (guérison rapide et complète par le traitement antisyphilitique).

(MM. GATÉ, membre correspondant, P. DUGOIS et J. RACOUCHOT ; 6-12-1935.)

Il s'agit d'une jeune femme qui, en pleine période secondaire d'une syphilis à manifestations cutanées florides, s'accompagnant d'hépatomégalie, a présenté un syndrome aigu de pleuro-péritonite du type Fernet et Boulland. Ces polysérosites secondaires sont rares.

L'intérêt majeur de cette observation réside évidemment dans le problème étiologique qu'elle a posé, les faits cliniques observés et les résultats de laboratoire obtenus pouvant donner lieu à des interprétations fort diverses.

Tous les arguments, au premier rang desquelsse placent la rapidité d'évolution et la remarquable efficacité du traitement antisyphilitique, amènent à penser que la syphilis n'est pas simplement intervenue chez cette malade, soit pour constituer le terrain favorable sur lequel s'est développée ultérieurement la tuberculose des séreuses, soit comme cause occasionnelle ayant réveillé cette dernière par un véritable phénomène de biotropisme, mais qu'il lui revient une part active dans la production même des épanchements. Par ailleurs, il reste bien certain que le rôle de la tuberculose est indéniable du seul fait des inoculations positives.

Aussi est-on enclin à considérer le syndrome pleuro-péritonéal observé comme un complexe morbide, comme la réplique sur le plan viscéral de ces manifestations hydrides syphilitiques et tuberculeuses avec lesquelles on se trouve fréquemment aux prises dans le domaine de la syphilis cutanée.

Maladie d'Addison et hormone cortico-surrénale

(M. Paul VÉRAN, de Nantes ; Présenté par M. R'st ; 8-11-1935.)

La présente observation tend à prouver, à côté de quelques autres, que l'hormone cortico-surrénale *peut être* un médicament d'une puissance surprenante, non seulement dans les crises d'insuffisance surrénale aiguë, mais encore dans les états chroniques, avancés et très graves du mal d'Addison où elle permet, non seulement une pause temporaire de la maladie comme il s'en produit spontanément, mais une rétrocession de certaines de ses manifestations réputées les plus implacables. Malgré la véritable résurrection maintenue pendant un an chez une malade observée autrefois moribonde, les auteurs ont eu cependant la constante impression que l'hormone n'était qu'un palliatif, merveilleux sans doute mais incomplet, puisque son effet demeurait dissocié sur les accidents de la maladie et que là même où il se montrait quasi-miraculeux, sur l'asthénie par exemple, il n'était pas total. La participation de la médullaire et du sympathique, dans le mal d'Addison, explique que l'hormone corticale n'agisse que sur une partie des symptômes, et que cette endocrinothérapie ne soit qu'un adjuvant, très brillant, certes, mais rien de plus. Complétée utilement par l'administration de dextrose, de sel, de cystéine, elle n'en marque pas moins un grand pas victorieux dans le traitement de ce mal contre lequel nous étions, hier encore, sans armes.

La médulloculture.

(MM. R. DEBRÉ, M. LAMY, H. BONNET et R. BROCA ; 13-12-1935.)

La ponction sternale peut être utilisée aussi pour la médullo-culture en vue du diagnostic d'un certain nombre d'infections. On a pu trouver dans la moelle osseuse des germes microbiens, même dans les cas où la culture du sang donnait un résultat négatif. C'est ainsi que récemment la culture a pu mettre en évidence la présence de bacilles de Koch dans la moelle chez un enfant tuberculeux.

M. MILIAN souligne l'existence du bacille d'Eberth dans la moelle osseuse des typhiques. Cependant sa présence n'est pas la démonstration absolue de la nature typhique d'une ostéite ; car, il existe des périostites syphilitiques déclarées au cours de la fièvre typhoïde qui guérissent admirablement par le traitement anti-syphilitique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Sur la grippe dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire.

(Docteur MEDIONI ; décembre 1935.)

Chez un sujet réputé sain, un incident grippal survenant en dehors d'une épidémie (c'est-à-dire dont le diagnostic est incertain), doit, s'il est accompagné ou suivi d'une certaine altération de l'état général, faire suspecter une tuberculose pulmonaire au début, et inciter à user des méthodes modernes, radiologie et bactériologie, pour infirmer ou confirmer cette suspicion ;

Chez un tuberculeux pulmonaire évolutif ou stabilisé, un incident grippal peut être une grippe vraie ou la simple traduction d'une poussée évolutive ; dans les deux cas, il conviendra de répéter les examens radiographiques et bactériologiques, afin d'instituer, si elle est indiquée et encore possible, la thérapeutique active appropriée, et en particulier le pneumothorax artificiel.

G. F.

Les Congrès

ASSISES NATIONALES DU DIMANCHE 5 JANVIER 1936 A L'HOTEL-DIEU DE PARIS

L'ENFANT A L'AGE SCOLAIRE

(Son orientation intellectuelle et professionnelle jugée par le médecin)

Sous la présidence de M. Georges DUHAMEL, de l'Académie française
Docteur en médecine

par G. BLECHMANN

Tous nos confrères ont lu le Propos du Jour (Nº 4 du *Concours Médical*), consacré à ces Assises présidées par G. Duhamel — qui doit beaucoup à la médecine et auquel nous devons bien plus encore, car il a enrichi le patrimoine humain.

Reportez-vous donc à la prose de notre ami J. Noir : avec un rare bonheur d'expressions, il a reconstitué cette ambiance unique faite d'une foule de praticiens réunis dans un vieil amphithéâtre et s'efforçant de dégager de tant d'exposés brillants et parfois contradictoires, une vérité utilisable.

Synthèse des conclusions des Assises départementales

(H. GODLEWSKI)

Il y a unanimité pour admettre que l'enfant montre rarement dans le jeune âge ses aptitudes d'avenir. La Provence, le Roussillon comme la Bretagne notent que les prédispositions les plus précoces sont celles de l'artiste (surtout en musique et en dessin) ; encore faut-il un observateur pénétrant pour les apprécier : l'enfant les fait plus apparaître durant les loisirs, en vacances, qu'à l'école même (Loir-et-Cher).

La puberté, d'apparition variable, est l'étape de transformations physique, intellectuelle et morale, aussi il n'est guère possible de parler d'orientation pour l'enfant avant 12-14 ans (Puy-de-Dôme) ; 14 à 16 ans même pour les garçons en Charente-Inférieure, Doubs, Haute-Savoie, Vaucluse ; « en un mot, *après la puberté* », dit le Gard et le Vaucluse ajoute : « Il est prématuré de dire d'un enfant qu'il sera un prodige ; il est encore plus aventureux de dire d'un autre qu'il ne fera rien de bon ».

L'admission aux Lycées et Collèges de l'Etat, en sixième, dépend d'appréciations pédagogiques, basées sur l'extériorisation des connaissances de l'enfant — à dix ans. Vouloir décider de l'avenir d'un écolier, à l'âge le plus instable, apparaît aux cliniciens « un non sens physiologique ». Un tel barrage arrête certains enfants capables de se révéler plus tard, et en laisse filtrer d'autres, par méprise.

La gratuité de l'externat est en fait un avantage dont les ruraux ne bénéficient pas. Malgré cela, « *l'examen* » de sixième est en réalité un concours à nombre de places limitées, en fonction des locaux disponibles. Ainsi l'ensemble des dispositions en vigueur peine les éducateurs et inquiète les chefs de famille.

Nos six Assises de Provence, celles du Languedoc, d'Alsace, des Flandres, de Beauce, du Berry, du Périgord, de Saintonge, d'Anjou, de Franche-Comté, d'Auvergne, transmettent cette opinion générale.

L'examen médical familial — et à son défaut l'inspection médicale des écoles — fournira utilement sur l'état de l'enfant des indications périodiques, utilement consignées sur un *livret* à la fois familial, scolaire et médical, éclairant sur l'intelligence et ses manifestations, ainsi que sur le caractère et sur la santé (Lot, Alpes-Maritimes).

Quant à fonder l'orientation de l'enfant sur des tests, l'épreuve du temps manque pour apprécier leur valeur. L'observation clinique montre qu'il faut au guide de l'enfant beaucoup plus d'esprit de finesse que de géométrie (Pas-de-Calais, Gard, Charente-Inférieure, Dordogne, Lot, Lot-et-Garonne).

Toutes les Assises mentionnent les nombreuses perturbations observées chez l'écolier par le médecin de famille et liées à la croissance, à la puberté, aux fonctions des glandes endocrines, aux infections de l'enfance, à l'insuffisance digestive, etc., et qui empêchent l'enfant de s'adapter à l'enseignement scolaire. La plupart de ces troubles, y compris les manifestations nerveuses et psychiques de sujets dits « anormaux », sont modifiables par des soins appropriés. Le surmenage scolaire, lié à la surcharge des programmes, est aussi à la base de fréquents accidents, souvent méconnus à leur début (Alpes-Maritimes, Nord).

La documentation confrontée des parents, des instructeurs et des médecins — « trinité » constituant un impartial *conseil d'orientation* — est la solution, proposée d'un commun accord, aux Assises et préconisée chaleureusement par les Alpes-Maritimes, le Var, le Vaucluse, les Bouches-du-Rhône (section de Marseille, Aix et Aubagne), l'Ille-et-Vilaine, les Côtes-du-Nord, l'Indre-et-Loire, le Maine-et-Loire, l'Eure, l'Eure-et-Loir, la Sarthe, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault, la Haute-Loire, le Nord, le Pas-de-Calais, le Lot, le Lot-et-Garonne, la Dordogne, le Puy-de-Dôme, la Seine et la Seine-et-Oise, la Haute-Savoie, le Doubs, le Cher, le Loiret, le Gard, le Bas-Rhin.

Voici le résumé de la discussion qui — en particulier — voit aux prises les partisans et les adversaires des « tests ».

M. Robert DUBOIS, de Saujon. — A nos assises de la Charente-Inférieure, tous nos collègues furent unanimes pour affirmer qu'il est impossible de juger surtout par un examen pédagogique, la valeur intellectuelle future d'un enfant de 10 à 11 ans. La croissance et l'évolution glandulaire peuvent tellement modifier ses caractères !

M. JANY, de Perpignan. — Nous avons tous été d'accord à notre section des Pyrénées-Orientales, pour constater que les aptitudes d'avenir ne se jugent qu'à l'adolescence.

Le médecin de famille a un rôle considérable à jouer comme conseiller, malheureusement, en l'état actuel des coutumes et institutions, ce rôle est maintenant modeste.

M. Jean DEROIDE, de Calais. — Je veux résumer l'opinion de nos confrères du Pas-de-Calais.

Sauf de très rares exceptions où s'affirment de bonne heure de remarquables dispositions intellectuelles,on ne peut — c'est une impossibilité physiologique — à l'âge où l'enfant devrait entrer en sixième, pronostiquer son avenir.

La poussée pubérale est un facteur d'une importance capitale qui peut venir déjouer d'une étonnante façon les pronostics prématurés. La psychotechnique, dont nous ne méconnaissons pas les services qu'elle peut rendre pour l'admission dans certaines carrières ou emplois, doit, en pédagogie, modérer ses ambitions. On mesure des tropismes ; on mesure même des réflexes conditionnés. Peut-on sans danger d'erreur grave leur assimiler les si complexes phénomènes intellectuels et émotifs que met en jeu chez un enfant le plus simple examen.

M. SCHMID, de Strasbourg. — A Strasbourg, le Professeur Chavigny a fort bien rappelé que le système de sélection en cours d'études à l'aide d'examens multiples échelonnés sur toute la période d'études, ne vient pas de chez nous : il a été inventé et appliqué par les Chinois il y a plus de mille ans, et les a conduits là où ils sont.

M. M. DESRUELLES, de Saint-Ylie, Jura. — Voici les résultats d'une enquête faite en Franche-Comté non seulement auprès des médecins, mmais aussi auprès des pédagogues.

Il n'y a aucun test qui permette de prévoir quel sera, dans l'avenir le niveau mental d'un enfant.

C'est là une tâche difficile à laquelle les psychologues ne sont pas encore parvenus. Les tests ne nous donnent que des renseignements sur le passé et sur le présent, mais il ne nous laissent qu'espérer l'avenir ;

Les hiérarchies scolaires ne sont pas définitives, et elles ont d'autant moins de signification qu'elles classent des sujets plus jeunes.

Il faut insister sur le rôle important du médecin qui peut découvrir que certaines déficiences intellectuelles sont liées, soit à des déficiences organiques, soit à des intoxications, des infections et des insuffisances de fonctions.

M. D'ŒLSNITZ, de Nice. — Les assises départementales des Alpes-Maritimes ont surtout souligné les conséquences fâcheuses constatées actuellement du surmenage et des erreurs touchant à l'alimentation et aux exercices physiques.

Le problème concernant la tuberculose à l'âge scolaire a été pris en grande considération : un effort doit être réalisé pour obtenir à cet égard une surveillance plus rigoureuse.

M. Bernard CHANTEGREIL (de Bordeaux). — Le dépistage systématique des petits tuberculeux à l'âge scolaire, constituerait, croyons-nous, un grand progrès.

Mme le Docteur Blanche GALLAND, de Berck, est médecin-adjoint de la Fondation franco-américaine de Berck, qui possède un centre d'apprentissage dans cette ville et qui fonctionne depuis dix ans avec un effectif de quatre-vingts lits (enfants malades).

Une quantité d'enfants arrivent ici avec une idée arrêtée sur le métier qu'ils désirent apprendre (goût naturel ou imposé par les parents). On juge leurs aptitudes par des passages répétés dans les diverses sections d'apprentissage et c'est par la pratique que l'on s'efforce de convaincre l'enfant de la nécessité de changer son orientation, mais il faut entreprendre la lutte avec les parents. L'esprit de collaboration de ceux-ci est, en général, ce qui fait le plus défaut.

M. Marcel HODANGER. — L'orientation professionnelle des cardiaques est parfois très difficile.

Dans certains cas, je suis obligé de décider un changement d'orientation professionnelle. Si cela est possible, ces enfants seront dirigés vers des petits métiers compatibles avec leur état : reliure, maroquinerie, gainerie, décoration, dorure, lingerie ou broderie pour les filles.

M. G. BLECHMANN. — La mentalité de certains, parents parisiens est incroyable : un brillant sujet de 9 ans est déjà destiné à l'inspection des finances ! Pourvu confrère Duhamel, qu'il ne rencontre pas sur son chemin quelque pierre d'Horeb.

Est-il exact que les décrets-lois aient implacablement amputé les bourses scolaires et post-scolaires ?

M. Gilbert ROBIN. — Il existe toute une catégorie d'enfants qui, tout en n'étant ni arriérés, ni névropathes ni psychopathes, sont les derniers de la classe, des mauvais élèves : paresseux, distraits, enfants difficiles.

Or, c'est pour ceux-là qu'il faut étendre la notion de maladie, et faire entrer dans la pratique médicale courante les déficients et les malportants.

Si la neuro-psychologie infantile a tant à faire avec l'éducation, si, par la psychothérapie, la psychanalyse, l'orientation, elle peut tant sur tous les troubles du caractère et de l'humeur de l'enfant, sur ses complexes effectifs, ses conflits, elle a aujourd'hui un rôle de premier plan en pédagogie car les succès thérapeutiques que d'ores et déjà on obtient rendent la collaboration du médecin et du pédagogue indispensables, plus ou moins, selon les cas.

M. Henri FLURIN, de Cauterets. — Au risque de sortir du sujet, je crois que nous en sommes dans l'évolution de l'enseignement scolaire à un tournant, où il va falloir choisir : ou se tourner vers la connaissance du présent et des sciences actuelles de plus en plus développées, ou renoncer à tout connaître du passé, somme toute, aux humanités classiques, qui sont « la civilisation même ».

M. Louis LAPLANE, de Marseille. — Dans notre département (Marseille, Aix et Aubagne), le surmenage scolaire — ou plutôt le *malmenage scolaire* sur lequel notre ami Charpin, d'Aix-en-Provence, a particulièrement insisté — a été sévèrement jugé.

M. ESTRABAUD, d'Ecommoy. — L'orientation doit être faite par un « *triumviral* » : le médecin, la famille et l'instituteur.

L'écolier rural, après un long trajet pour venir en classe, manque souvent, à midi, d'un repas chaud. La qualité de son travail s'en ressent, la santé en souffre, son développement physique est moins bon.

Il existe à la campagne des enfants psychiquement anormaux, arriétés ou instables, qui peuvent cependant être récupérés par le service social à condition d'être placés dans des écoles spéciales. Mais ces écoles n'existent que dans les grandes villes et n'ont pas d'internat permettant de recevoir les ruraux.

La création de ces internats, dont le type est à étudier très soigneusement, serait un bienfait.

M. Henri PAILLARD, de Clermont-Ferrand. — Certains d'entre nous ont pensé que le mouvement d'idées créé par notre Assemblée pouvait être l'occasion de quelques modifications assez profondes dans les techniques de l'enseignement secondaire.

Analyser et commenter des textes des auteurs classiques, c'est bien et cela doit rester, encore que l'on fasse parfois un peu trop d'honneur à des auteurs dont le mérite est contestable ; *mais ne serait-il pas souvent préférable d'utiliser des tests d'une intellectualité plus personnelle en mettant les élèves en face d'un tableau, d'une photographie, d'un paysage, d'un film muet en leur demandant de traduire par une rédaction ce qu'ils ont vu, compris ou pensé ?*

M. Charles ROBERT, de Versailles. — L'inspection médicale scolaire devrait être obligatoire et l'éducation physique rationnelle dans les établissements d'enseignement.

M. CHEVREY, d'Orléans. — L'Office d'orientation professionnelle fonctionne à Orléans depuis trois ans

et les enfants sont examinés par la méthode des « tests » de Piéron.

Résultats. — Sur 806 enfants : 40 % de redressement, de désirs professionnels exprimés.

Grosse majorité de désirs professionnels pour les professions mécaniques : 47 % des garçons, et les professions de luxe pour les filles : 67 %.

Les candidats sont d'ailleurs suivis et si une erreur toujours possible, mais rare, est signalée, ils sont revus de trois à six mois après.

M. Martiny. — Je ne puis pas vous parler comme il le faudrait, de l'œuvre accomplie par la Chambre de Commerce de Paris.

L'orientation professionnelle y est faite dans le cadre naturel des métiers et étagée sur quelques mois alors que l'apprenti a accompli un stage dans diverses branches de l'industrie du fer, du bois, de l'alimentation, de la confection, de la vente. Un examen médical et psychologique préalable permet d'établir les contre-indications négatives. Les indications positives n'apparaissent qu'au cours même de l'orientation professionnelle demandant quelques semaines d'observation pour se préciser. L'orientation professionnelle est définitivement fixée par la décision du chef de famille en tenant compte des conditions économiques et du goût de l'enfant, mais elle reste l'œuvre de l'éducateur-orientateur et du médecin. La symbiose de ces divers éléments est indispensable.

M. Paul Durand, de Courville. — L'inspection médicale scolaire en province, est organisée par les soins des municipalités. Mais ces dernières ne sont pas libres, et particulièrement dans notre département l'autorité préfectorale ne tolère pas que soient englobées écoles publiques et écoles privées ! !

Cette mesure est proprement odieuse.

M. Julien Huber. — Le projet de loi envisage la « fonctionnarisation » de l'inspection médicale des écoles qui serait assurée, non par les médecins praticiens qui comptent dans ce corps tant de pédiatres, avertis, mais par des médecins fonctionnaires qui s'acquitteraient de cette tâche à l'exclusion de toute autre. L'importance du débat qui nous occupe aujourd'hui ne doit pas nous détourner de ce projet contre lequel je me suis élevé récemment, si préjudiciable aux enfants, dans le cas où ce projet serait pris en considération.

M. Jean Ducuing, de Versalles. — Au cours de mon inspection dans une école de filles de la ville de Versailles, j'ai trouvé 16 enfants (soit environ 8 %) dont le retard scolaire était marqué.

Ces enfants peuvent être rangés en trois groupes : ceux à fréquentation scolaire irrégulière (un tiers environ) ; ceux à insuffisance endocrinienne ; ceux qui ne tirent aucun profit de leur séjour dans une classe normale : il constitue les deux tiers des enfants ayant un retard scolaire.

M. Freyss, de Strasbourg. — L'inspection scolaire obligatoire a été introduite par la municipalité de Strasbourg dès 1905 et l'orientation professionnelle peu de temps après en 1906. L'orientation professionnelle a lieu à l'école primaire en vue du choix d'un métier ou d'une profession à la fin de la scolarité : pour les garçons à l'âge de 14 ans et pour les filles à l'âge de 13 ans.

L'artisanat joue un grand rôle dans nos départements où il est organisé et on l'a fêté, dans les derniers mois.

M. Roger Amsler, d'Angers. — Concluant de l'observation régulière annuelle d'une population scolaire forte d'un millier d'enfants, d'innombrables entretiens avec eux, nous n'hésitons pas à redire ici quelle relativité il faut accorder aux résultats des tests visant à devenir les « machines à parcourir l'avenir intellectuel » du sujet... et à établir des sélections qne le surpeuplement scolaire actuel transforme en évictions farouches ..

M. G. Heuyer. — Il faut bien comprendre qu'il y a des enfants qui ne sont pas aptes aux études secondaires. Il serait utile d'avoir dans les lycées français, comme il en existe dans les collèges américains, un conseiller ou un Comité d'orientation, où le médecin pourrait jouer un rôle important.

Pour résoudre la question, il faut : 1° qu'il existe des médecins-inspecteurs des écoles primaires ; 2° que ces médecins-inspecteurs ne se désintéressent pas de l'évolution intellectuelle de l'enfant et qu'ils puissent être au courant de toutes les méthodes d'appréciation ; 3° qu'il existe des services et des laboratoires d'études de l'enfant, au point de vue anthropologique, physiologique et psychique.

On peut dire que cette étude de l'enfant est à peine ébauchée.

M. André Ombrédanne. — L'opinion générale des médecins ne paraît guère favorable à l'utilisation de la méthode dite des tests.

Pour ma part, je m'attache actuellement à négliger le résultat global (réussite ou échec) d'une épreuve, pour retenir la nature du procédé mis en jeu par l'enfant, son degré dans l'évolution, les limites de son succès, l'ordre de substitution des procédés inférieurs, suffisants ou non, aux procédés supérieurs, dans la réussite ou l'échec des conduites intellectuelles.

M. Henri Wallon. — La réalisation de l'Ecole unique que certains, dont notre Président, préconisaient au lendemain de la guerre pour des raisons d'équité, mais aussi d'intérêt social — le pays mutilé se voyant dans la nécessité d'utiliser au mieux ses ressources en hommes — se heurte à bien des difficultés. Ce qui est en réalisé jusqu'à ce jour n'en est, en quelque sorte, que la caricature, et les inconvénients semblent bien l'emporter sur les avantages.

C'est actuellement la solution la plus paresseuse, mais la plus brutale, qui a été adoptée : la sélection. Sur les tests se fondent des procédés d'enquête statistiques avec retour à l'individu qui permettent, non seulement de situer chacun à sa place dans l'échelle des aptitudes considérées, mais encore de chercher quels sont les rapports des aptitudes entre elles et finalement quelle est la structure de l'activité psychique.

Retardons autant qu'il paraîtra nécessaire l'âge des décisions : soit ! Mais que l'étude psychobiologique de l'enfant soit entreprise dès son plus jeune âge.

Ceux qui ont pu voir et suivre l'évolution intellectuelle de très nombreux enfants savent que des jugements prématurés sont pour le moins imprudents. Des moyens d'analyse trop schématiques et trop absolus éveillent notre méfiance.

M. Paul Barbarin. — On peut faire au point de vue physique la même constatation qu'au point de vue intellectuel. Fatigué par des reproches incessants, des remarques humiliantes, quelquefois même des bourrades, l'enfant qui n'aboutit pas à l'attitude qu'on lui demande parce qu'il ne la comprend pas, cesse la lutte.

M. Molinéry, de Luchon. — C'est à une véritable *politique de l'enfance* que M. Godlewski a convié nos Etats Généraux : il appartient, sans plus tarder, à nos Assises médicales françaises, d'en imposer, formellement, les directives à notre Gouvernement.

M. Lesné. — Si vous présentez les vœux en haut lieu, je vous demanderai d'y ajouter ceci tel ou modifié, ou résumé :

— Suppression des devoirs et leçons supplémentaires en dehors des heures de classes ;

— Modifications des heures de classes :

Trois heures le matin comme actuellement, avec 5 à 10 minutes de récréation par heure ; deux heures l'après-midi de 4 à 6.

— Organisation et surveillance des sports et des jeux de plein air durant les heures ainsi libérées ;

— Multiplication des écoles de plein air, des lycées et des écoles dans les petites villes et à la montagne au lieu de surpeupler les lycées des grandes villes.

M. Lereboullet. — Les programmes multiples et surchargés, du fait du développement général des con-

naissances, le souci de chaque maître de vouloir faire retenir à l'élève ce qu'il croit un minimum indispensable, la nécessité de sanctionner par des examens l'assiduité et le travail de l'élève ont créé — au moins pour les enfants qui ne restent pas passifs — de multiples causes de fatigue et de surmenage.

M. J. RENAULT. — Mes vœux sont les suivants : 1° assurer d'une façon large, équitable et rationnelle l'accès de la sixième à tous les enfants susceptibles de tirer profit de l'enseignement secondaire ; 2° utiliser à cet effet tous les renseignements que peut donner l'examen complet de l'enfant, non seulement au point de vue pédagogique, mais et surtout au point de vue médical, compte tenu aussi des tests, dont le contrôle serait confié au médecin scolaire ; 3° organiser un conseil d'orientation tripartite, composé de parents, d'éducateurs, de médecins ; 4° s'efforcer d'éviter les inconvénients, les dangers de l'erreur scolaire (nombre trop grand des heures de classes, devoirs et leçons supplémentaires, insuffisance et mauvaise répartition des heures consacrées aux exercices et aux sports, trop grand nombre d'élèves dans une même classe, surpeuplement des lycées des grandes villes, inexistence des lycées de plein air, etc.).

M. Henri GODLEWSKI. — Voici l'énoncé des conclusions.

Au début de l'adolescence, entre 12 et 15 ans, l'enfant subit les transfosmations physiques et psychiques, dont dépendent ses aptitudes d'homme. Une sélection d'avenir, à 10 ans, tel que l'examen, en réalité concours pour l'admission en sixième est donc prématurée.

L'enfant subit, à l'occasion de la puberté, des troubles bénins ou graves, parfois sous l'influence d'une hérédité, dont le médecin de famille peut posséder seul les éléments et le secret.

L'orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant pubère doit s'appuyer sur la documentation confrontée des parents, médecins et pédagogues, ces derniers comme conseillers du chef de famille qui doit rester en définitive, seul maître de la décision.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité

RÉFLECTIONS PERSONNELLES. — Ayant suivi un grand nombre d'enfants parisiens durant leur carrière scolaire, puis universitaire, j'avais extrait de mes observations quelques remarques pour les Assises.

Tout d'abord, je reconnais la bonne fortune de l'aphorisme : « Il n'y a pas d'enfants paresseux, il n'y a que des enfants malades ». On amène donc aux pédiatres quelques premiers de la classe parce qu'ils sont surmenés — et nombre de ceux qui ne sont pas premiers... donc malades !

En vérité, *même* parmi les bons élèves, la paresse à l'état pur existe avec des tests normaux, sans maladies, sans troubles glandulaires.

Autre point : un grand nombre de filles ont envahi les avenues du baccalauréat qui ne mènera nulle part la plupart d'entre elles. Essayons de convaincre leurs mères que parmi les orientations des candidates, il y en a une qui n'est pas absolument négligeable, celle vers la maternité.

Sauf quelques lignes de la p. 562, je n'ai guère vu dans le compte-rendu des Assises départementales que l'on s'occupât des prédispositions médicales. Que faire de nos jours afin qu'un nouveau Bretonneau ne rate pas sa voie si glorieuse ? J'ai eu communication des notes de quatrième d'un de nos collègues les plus réputés : brillant en français et en version latine, il était absolument nul en grec, en thème latin et en mathématiques : la rigueur du baccalauréat de nos jours l'aurait certainement éliminé de la médecine.

Pour clore, d'amères réflexions me viennent à l'esprit.

En effet, cette incursion académique à travers le jardin des racines grecques trouve devant elle le mur des réalités infranchissables : chômage et menaces de guerre. Orientez si vous pouvez, mais combien de ces futurs licenciés en TOUT et de ces ajusteurs de précision sont voués d'avance à l'impossibilité absolue de gagner leur vie.

Tandis que nous essayons d'aménager pour nos enfants la maison spirituelle du présent et de l'avenir, les « jeunesses » bottées et harnachées d'une partie du continent, se préoccupent d'orientations moins intellectuelles ou professionnelles...

***

Les prochaines Assises (XX^e session) auront lieu le dimanche 1^er mars 1936 : L'ABCÈS DE FIXATION (indications et résultats).

Les livres qui viennent de paraître....

OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES DE BIENFAISANCE
175, boulevard Saint-Germain, Paris.

Paris charitable, bienfaisant et social, publié par l'Office central des Œuvres de bienfaisance (Reconnu d'utilité publique). *Nouvelle édition*, 1936. Un vol. 1.700 pages. Prix : 38 fr.

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain.

Le diabète sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie. Leçons professées à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par MM. E. AUBERTIN, Ed. BESSIÈRE, P. BROUSTET, HIRSCH, P. MAURIAC, SARIC, M. et F.-J. TRAISSAC. Un vol. 214 pages, 32 fr.

G. WORMS et H. Pierre KLOTZ. — **Le thymus.** ANATOMIE, HISTOLOGIE, PHYSIOLOGIE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. Un vol. 152 p., 65 fig. Prix 30 fr.

Noël FIESSINGER. — **Endocrinologie.** Un vol. de la *Collection des Initiations médicales*, 152 p. avec fig. Prix : 20 fr.

Les Livres

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, place de l'Odéon

Dr Robert LE MASLE. — **Le professeur Adrien Proust (1834-1903)**. Une broch. 59 pages, 1936.

Cette biographie a été présentée à la Faculté de médecine de Paris le 18 novembre 1935, pour le treizième anniversaire de la mort de Marcel Proust.

Adrien Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris fut un hygiéniste éminent. Il eut deux fils, Robert Proust, récemment décédé, professeur de clinique gynécologique à la Faculté, et Marcel Proust, l'écrivain très connu. La brochure biographique du Docteur Robert Le Masle est un pieux hommage écrit à la mémoire de cette famille médicale et littéraire, plus peut-être à la mémoire de Marcel Proust. De cette intéressante biographie je ne veux retenir qu'un contraste, signalé par notre confrère Le Masle : Le Professeur Adrien Proust et son second fils, le Professeur Robert Proust, écrivirent peu ; ils n'*aimaient pas* écrire ; à l'opposé, Marcel Proust a donné tout son temps, toute sa vie, jour et nuit, à son œuvre littéraire.

P. L.

Gaston DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe.)

Louis COURTY, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille et M. ANSEL, chargé de cours à la Faculté libre de médecine de Lille. — **Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie.** 1 vol. in-8 de 312 pages avec 36 figures et 31 courbes : 60 fr.

Le traitement des goitres hyperthyroïdiens avec ou sans exophtalmie est entré, depuis quelques années, dans la phase chirurgicale. A l'étranger, en particulier en Angleterre et en Amérique, les statistiques opératoires portent sur des chiffres considérables, et la mortalité, si lourde autrefois, est devenue tout à fait minime.

Il semble bien qu'en France, les médecins hésitent encore à confier aux chirurgiens les cas rebelles au traitement médical, par manque de documentation.

Le livre que vient de publier le Professeur L. COURTY (de Lille) avec la collaboration de M. ANSEL, vient donc opportunément attirer l'attention sur la chirurgie du Basedowisme ; il comble aussi une lacune.

Avant de décrire les techniques opératoires, les auteurs rappellent quelques notions indispensables de pathologie thyroïdienne. Ils étudient en quelques chapitres les hyperthyroïdies, les syndromes parabasedowiens, les variations de l'hyperthyroïdie, les poussées aiguës de basedowisme.

Un chapitre spécial est consacré à la préparation des malades et au traitement iodé préalable. Sont exposés ensuite les principes directeurs de l'intervention : anesthésie locale, choix du moment favorable à l'intervention, en dehors des poussées évolutives d'hyperthyroïdie ; interventions fractionnées. Vient finalement la technique opératoire.

J. PEYRONNET et Cie, éditeurs,
7, rue de Valois, Paris (Ier)

Docteur P. SCHRUMPF-PIERRON. — **Thérapeutique cardio-vasculaire**. Un vol. 300 pages, 30 francs.

Ce livre, qui sort un peu des voies classiques, a été médité par l'auteur pendant dix années passées en Egypte, à l'Université du Caire. La thérapeutique qui y est étudiée allie volontiers l'allopathie, l'homéopathie, la réflexothérapie, etc... La matière médicale, allopathique et homéopathique, y est particulièrement abondante.

Librairie LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain.

Docteur Raoul GARLING PALMER. — **Physiopathologie des opérations sur le foie et les vaisseaux hépatiques.** *Le mécanisme des accidents.* Préface du Professeur Noël Fiessinger. Un vol. 104 p.

Toute suspension de l'apport portal à un territoire hépatique entraîne l'atrophie de ce territoire. Tout arrêt de la circulation portale provoque en un quart d'heure, une anémie grave avec hypotension. La ligature de l'artère hépatique peut, du moins chez le chien, déterminer la mort par hypoglycémie. La ligature de l'artère et de la branche portale d'un lobe sur le chien provoque une nécrose massive de ce lobe et la mort en moins de vingt heures par intoxication hépatolytique.

Les manœuvres qui troublent la circulation hépatique sont donc importantes par leurs conséquences et la technique opératoire doit s'efforcer de respecter la libre circulation du sang hépatique. Pour l'auteur, la crainte de la nécrose hépatique doit remplacer la crainte de l'hémorragie.

Les Thèses

P. — Dr J. Grünberg. — **Hygiène de l'industrie de la paraffine.** (Thèse 1935.)

Les affections cutanées causées par le contact avec les paraffines se présentent sous diverses formes : érythème simple, comédons, folliculites, dermatites d'un caractère spécial, épithéliomas.

Ces lésions se localisent avec prédilection au niveau du dos de la main, de l'avant-bras, du dos du pied, de la jambe et du scrotum, parties du corps qui sont, ou découvertes pendant le travail ou exposées à un frottement.

La prophylaxie de ces maladies de la peau consiste *dans la création* d'ateliers de travail commodes et bien aérés, l'installation de nombreuses cabines de bains avoisinantes, dans l'application des substances isolantes et occlusives sur les parties de la peau découvertes, le port des vêtements protecteurs pendant le travail, et une hygiène rigoureuse individuelle après le travail.

Une surveillance médicale régulière et périodique est indispensable pour dépister à temps les moindres lésions susceptibles de s'aggraver.

P. — Dr Marcel Rachet. — **Les manifestations bucco-dentaires de l'acrodynie infantile.** Travail du service du Prof. Lemaître, à l'hôpital Lariboisière (Th. 1935.)

L'auteur a réuni dans une étude d'ensemble les manifestations bucco-dentaires de l'acrodynie infantile dont on ne trouve dans les littératures française et étrangère que des observations éparses.

Cliniquement on observe surtout des troubles trophiques du système dentaire (chute des dents, folliculite expulsive) ; des troubles trophiques des muqueuses (ulcérations atones) ; des troubles trophiques osseux (résorption du rebord alvéolaire, nécrose aseptique du maxillaire, pouvant entraîner de véritables formes mutilantes). Il faut ajouter une forme algique pure et un trouble sécrétoire banal, la sialorrhée.

Tous ces phénomènes sont *d'ordre essentiellement trophique* : l'infection, quand elle existe, se montre comme une complication surajoutée.

Les données récentes de l'anatomo-pathologie, en établissant l'atteinte du système sympathique et du para-sympathique, confirment la conception actuelle de l'acrodynie, syndrome de dystonie neuro-végétative.

Sous l'angle stomatologique, le caractère trophique des désordres bucco-dentaires paraît apporter un argument nouveau à l'appui de cette conception.

P. — Dr G.-F. Tannou. — **La lutte antituberculeuse sur le Réseau des chemins de fer de l'Etat.** (Th. 1935.)

L'organisation de la lutte antituberculeuse sur le réseau des chemins de fer de l'Etat comprend des consultations spécialisées de phtisiologie assurées dans tous les grands centres et dans de nombreuses gares de la banlieue parisienne grâce au wagon radiologique ; un gain de temps assuré dans les consultations, le spécialiste ayant à sa disposition immédiate le laboratoire bactériologique et l'appareillage radiologique, ce qui lui permet d'éliminer rapidement les faux tuberculeux qui encombrent les consul*tations* ; un *gain de temps* dans le traitement de la maladie, les délais d'admission dans les sanatorias conventionnés étant très courts.

L'organisation reste perfectible, mais, en résumé, sur le réseau des chemins de fer de l'Etat, fonctionne et se développe une organisation de prophylaxie et de lutte contre la tuberculose qui a déjà la valeur d'une expérience étendue.

P. — Dr Paul Simon. — **Sur les intoxications par quelques antihelminthiques.** Fougère male. Pelletiérine. Semen contra. Chenopodium. (Th. 1935.)

Les antihelminthiques possèdent des propriétés telles que leur dose toxique est proche de leur dose thérapeutique. Ils ne devraient être délivrés que sur prescription médicale.

L'intoxication par ces produits se traduit par une symptomatologie digestive et surtout nerveuse dont la plus grande caractéristique est d'être sensorielle : cécité souvent durable avec la fougère mâle ; cécité passagère avec la pelletiérine ; xanthopsie avec la santonine ; surdité parfois prolongée avec le chenopodium.

La mort n'est pas exceptionnelle avec le chenopodium et avec la fougère mâle. Elle est rare avec la santonine et la pelletiérine.

La mort, qui se produit par syncope respiratoire, est plus précoce avec la fougère mâle (entre 6 et 20 heures) qu'avec le chenopodium (entre 1 à 4 jours).

Les cas d'intoxication suivis de guérison sont moins fréquents avec le chenopodium qu'avec la fougère mâle.

P. — Dr Pierre Rabbé. — **Ictère catarrhal du nourrisson.** (Th. 1935.)

L'ictère catarrhal du nourrisson est rare. Il en est rapporté une dizaine de cas dans la littérature, en dehors de ceux de l'auteur. Il apparaît entre 5 et 15 mois. La période d'état se caractérise par un syn-

drome qui comporte tous les éléments de l'ictère catarrhal, en particulier l'augmentation de la résistance globulaire.

Le pronostic est favorable, la guérison survient toujours, mais elle est lente, entrecoupée d'accidents d'ordre gastro-intestinal.

Le diagnostic sera à faire, non pas tant avec l'ictère physiologique du nouveau-né, l'ictère par anomalie des voies biliaires, ictères qui sont plus précoces, mais surtout avec l'ictère hérédo-syphilitique. La négativité des réactions humorales, la guérison en l'absence de tout traitement spécifique permettent d'admettre la nature catarrhale de cet ictère.

La thérapeutique se réduit à une diététique comportant la diminution de l'apport en graisse compensée par l'augmentation des hydrates de carbone.

P. — Dr Raymond FRAK. — **Contribution à l'étude des soins de la bouche dans le milieu hospitalier.** (Th. 1935.)

Les soins de la bouche et des dents ont pris au cours des dernières années, une importance considérable dans le milieu hospitalier et il faut s'efforcer de donner une grande extension aux services de consultations dentaires.

L'auteur pense que les services de stomatologie devraient être munis de lits destinés à recevoir les malades dont les soins nécessitent l'hospitalisation.

La stomatologie s'intègre de plus en plus dans la médecine. Par conséquent, le stomatologiste doit être en rapport étroit avec les médecins qui traitent les affections générales.

P. — Dr J. DELAROCHE. — **Typho-bacillose et sérum de Jousset.** (Thèse 1935.)

L'auteur pense que la sérothérapie antibacillaire de Jousset est, en matière de typho-bacillose, supérieure à tout autre moyen thérapeutique, et il conclut :

a) Le sérum de Jousset est le traitement de choix de la typhobacillose infantile ;

b) L'érythème noueux doit être considéré comme l'équivalent d'une typhobacillose et traité comme tel, lorsque la cuti et l'examen radiologique apportent la preuve de cette assertion ;

c) Le diagnostic doit être précoce et appuyé sur la cuti ;

d) Le sérum doit être pratiqué à doses massives par voie sous-cutanée avec les précautions habituelles ;

e) La défervescence obtenue, la cure de repos et d'altitude sont toujours indiquées ;

f) La coexistence d'infiltrat organisé persistant après extinction du processus congestif et fluxionnaire pose la question de thérapeutique de fond par les moyens traditionnels et par l'appel à «l'allergine de Jousset ».

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des hémorragies, plus particulièrement des hémorragies génitales chez la femme

Par le Docteur Georges CHAMPION

Les hémorragies génitales, qui ont fait l'objet de nombreux rapports au IVe Congrès français de Gynécologie, peuvent reconnaître des causes locales et des causes générales. On peut ranger parmi les causes locales (directes), un certain nombre de celles qui se trouvent, en réalité, sous la dépendance d'une cause générale (indirecte) ; c'est le cas des hémorragies par troubles endocriniens : hémorragies hyperfolliculiniques, hypofolliculiniques, hyperlutéiniques, qui se produisent à la faveur d'une modification hormonale du système vasculaire utérin.

Il est à remarquer, en effet, que l'insuffisance, comme l'excès de l'hormonémie génitale, peuvent donner lieu à des ménorragies ou métrorragies. Hémorragies du type hyper et polyménorrhéique de l'infantilisme génital, ayant pour cause un utérus petit, inerte, atone ; ménométrorragies profuses de l'hyperfolliculinisme due à une endométrite hyperplasique fongueuse, villeuse, parfois même polypeuse.

L'hyperfonctionnement du corps jaune peut donner lieu, aussi, à des hémorragies du type suintement sanguin presque ininterrompu, dues à la transformation déciduale de la muqueuse utérine sous l'influence d'une hypercrinie lutéinique.

Cette question a été fort bien exposée par Paul Ulrich au dernier Congrès de Gynécologie. L'infection, la coli-bacillose en particulier, sont aussi des causes fréquentes d'hémorragie utérine, de même que les vices de position, rétro et antéflexion, qui sont une cause d'engorgement pelvien.

Les causes générales sont en rapport étroit avec un trouble de la crase sanguine lié au neuroarthritisme, à l'hérédo-syphilis, à l'hémophilie, à l'hémogénie et aux insuffisances hépatiques. P.-E. Weil a montré que les altérations du sang étaient à l'origine de beaucoup d'hémorragies, dites « essentielles », jusqu'au jour où un examen clinique approfondi révèle leur véritable origine.

Le traitement de ces hémorragies génitales doit s'inspirer d'abord des notions que nous ve-

nons de rappeler brièvement, mais presque toujours, on devra instituer un traitement symptomatique au moment où se produit le phénomène hémorragique. Nous rejetons dans la plupart des cas, les applications chaudes ou froides dont l'action est des plus aléatoires. Le traitement physique doit se borner au repos. Mais il y a lieu d'instituer une médication hémostatique et coagulante, agissant symptomatiquement dans les cas où la crase sanguine n'est pas en cause, et étiologiquement dans ceux où il y a altération des propriétés du sang avec déficience de la coagulation.

Les sérums, certains extraits d'organes, la gélatine, la pectine, sont donnés comme ayant la propriété d'activer la coagulation. Leur action est loin d'être démontrée et certaines de ces préparations ne sont pas sans danger en raison du risque anaphylactique que comporte leur administration.

Mais il existe un véritable coagulant physiologique : c'est un extrait de plaquettes qui apporte au sang déficient les éléments qui lui manquent pour coaguler dans les délais normaux, et qui renforce ainsi, dans une notable mesure, l'aptitude à coaguler du sang normal. Cet extrait, dénommé *Coagulène*, est présenté par la maison Ciba en flacons-ampoules scellés qui, ouverts au moment de l'emploi, sont absorbés par voie digestive. Il se trouve également en ampoules injectables pour administration hypodermique, plus active, mais non nécessaire dans la plupart des cas.

Le Coagulène n'est nullement toxique ; il peut être administré aussi longtemps qu'il est utile et, s'il le faut, à doses croissantes jusqu'à ce que le résultat soit obtenu. Nous l'avons administré dans plusieurs cas d'hémorragie génitale où il nous apparaissait nécessaire de stimuler l'aptitude à la coagulation du sang de nos malades, et aussi dans quelques cas d'hémorragies digestives. Cette médication nous a paru la mieux adaptée au traitement de ces hémorragies inaccessibles en dehors d'une indication chirurgicale.

Nous l'administrons à la dose de 2 à 5 ampoules buvables par jour jusqu'à obtention du résultat, ce qui peut demander quelques heures, ou deux ou trois jours au maximum, et nous en continuons l'usage aussi longtemps que persiste le risque hémorragique.

Voici un résumé des cas où nous avons employé cette médication :

I. — Chez une femme enceinte de sept mois et présentant une hémorragie, avec menace d'accouchement prématuré. Lit, glace et coagulène. Tout rentre dans l'ordre et l'enfant naît à terme.

II. — Chez une gestante de deux mois ayant fait une chute dans un escalier, suivie d'avortement et d'hémorragies, je décide un curettage, mais en présence d'un état d'hypo-coagulation sanguine caractérisé — « si je me pique en cousant, ça saigne toute la journée » — je fais prendre à la malade du Coagulène l'avant-veille et la veille de l'intervention, Le curettage s'effectue sans aucune complication hémorragique.

III. — Appelé au Majestic à deux heures du matin auprès d'une jeune femme que j'ai mise au monde en 1912, et au mariage de laquelle j'ai assisté la veille, je la trouve baignant dans son sang après rupture hyménale. Comme elle me supplie de lui épargner la forcipressure que je me disposais à faire, je me borne à un tamponnement avec Pengawar et Coagulène intus et extra. J'attends, prêt à intervenir d'une façon plus directe s'il y a lieu. Deux heures après l'hémostase me paraissant solide, je laisse la malade jusqu'au lendemain. Suites simples. Grossesse deux mois après.

IV. — Chez une femme de 42 ans, mariée depuis vingt deux ans, mais *virgo intacta* parce que le premier contact fut horriblement douloureux, je propose une dilatation sous anesthésie. A noter que la malade, ménopausée depuis sept ans, est dans un état d'adipose prononcée. A la dilatation, éclatement d'un hymen parcheminé. Grosse hémorragie. Compression et Coagulène. Arrêt de l'hémorragie, état normal à la contre-visite du soir.

V. — Une malade de 74 ans présente des hématémèses et du mélæna. Cependant la percussion, la palpation, la radio, ne décèlent ni néo ni ulcus. Comme, d'autre part, la malade ne maigrit pas et n'accuse aucune fatigue, je conclus à une suffusion sanguine de la muqueuse gastrique par congestion hépatique et prescris un traitement de deux jours par le Coagulène. Au troisième jour, tout est rentré dans l'ordre et la coagulation sanguine est normale.

Deux fois encore, à huit mois d'intervalle, la même médication fut instituée avec le même succès pour les mêmes accidents.

Avec P.-E. Weil, Turpault, Wisner, Isch Wall et Benzaquen, Roskam (Liége), et plusieurs autres auteurs, nous estimons que l'administration d'un extrait de plaquettes (Coagulène) constitue un moyen de correction de la crase sanguine que le clinicien ne doit pas négliger de mettre en œuvre lorsqu'il se trouve en présence d'un état hémorragique et, personnellement, nous en avons constaté l'efficacité dans plusieurs cas d'hémorragie génitale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

SILENCE ! !

Injonction qui tient de l'aboiement, séculaire prérogative des cuistres d'écoles et des huissiers-audienciers. Je ne doute pas, honnêtes gens, que vous l'ayez entendue ailleurs qu'en Correctionnelle ; et que ce soit en souvenir du temps où vous polissiez studieusement les bancs scolaires avec votre fond de culotte, qu'elle vous fait sursauter et, instantanément, vous coupe la parole. Je rêve d'un haut-parleur qui, de la même façon péremptoire, éteigne les bruits du monde lorsqu'ils se font excessifs et nous ramène pour un moment la grâce de n'entendre rien. Hélas ! partout le tumulte nous étreint et nous pénètre ; quand nous naissons il est là, et jusqu'à notre heure dernière il nou s accompagne. Est-ce donc un cinquième élément ? une nouvelle vitamine ? La vitamine E antiméditative ? S'il venait tout à coup à manquer tomberions-nous malades ?

Il fait subir, en tout cas, à notre système nerveux de cruels sévices dont quelques bons esprits ont commencé de s'émouvoir. Notre directeur a déjà, et à plusieurs reprises, sonné l'alarme dans les colonnes de ce journal. Depuis plusieurs années le Touring-Club mène campagne contre les bruits inutiles ; à son instigation le Préfet de police à Paris et nombre de maires dans les départements (en particulier ceux des stations thermales et balnéaires) ont pris des arrêtés pour défendre la paix de nos nuits contre ces trublions. L'allègement qu'ils nous ont procuré est vraiment bien peu de chose. Sommes-nous donc condamnés, martyrs du XX^e^ siècle, à ignorer désormais cette magnifique volupté du silence ?

Je le crains : depuis trop d'années tout ce que les hommes ont implanté de nouveau sur la machine ronde s'est d'abord signalé par un bruit inconnu. A chaque fois, ils en furent d'abord fiers et charmés : le hurlement strident d'un rapide de nuit faisait courir dans leurs moelles un frisson délicieux, survivance peut-être, des âges où le chasseur en embuscade écoutait le fauve. Les conducteurs des premières automobiles (et aujourd'hui encore, les chauffeurs néophytes) s'enivraient à faire pétarader leur moteur et grincer leur changement de vitesse ; disposaient-ils, en outre, d'une sirène de taille à jeter l'alarme dans tout un canton ? Alors leur bonheur était à son comble.

Et depuis, n'est-ce pas, il y a eu la T. S. F. ! !

Ainsi, peu à peu, en collectionneurs fervents, nous avons meublé notre domaine auditif de bibelots qui nous amusaient un moment, que nous écoutions avec faveur, quitte, après un temps, à les remplacer par d'autres. Malheureusement les anciens, même relégués par nous au rang de vieilleries sans intérêt, ne se laissaient pas étouffer par les nouveaux venus ; ils n'en continuaient pas moins leur partie et, allègrement, menaient l'assaut de nos tympans. Ainsi nous connûmes dans le même orchestre le grondement caverneux des rames de métro, le cri déchirant des locomotives, le crescendo tonitruant des poids lourds, la fusillade des motocyclettes, le grand frisson du téléphone, le crissement de l'aspirateur, les gammes de la voisine et les ronflements du voisin. Nous eûmes, en plus, pour berceuse, la basse des vols de nuit descendant du firmament. Nous nous croyions malheureux et commencions à gémir. En vérité, nous ne connaissions pas notre bonheur. Il nous restait encore à essayer la lampe à trois électrodes.

Je m'exprime mal et semble honnir la T. S. F. alors que je ne nourris pour elle qu'admiration et amitié. Ce sont les hommes qui usent mal de cette merveille et la discréditent ; certains soirs d'été, quand chaque fenêtre ouverte projette dans la rue sa quote-part de cacophonie, il faut avouer que la gloire de Branly et de Marconi paraît à leurs contemporains bien rude à porter.

Ce qui rend notre sort vraiment déplorable et presque désespéré, c'est que le bruit a envahi la terre entière jusqu'en ses retraites les plus reculées. Les autocars violent de timides localités ; par des chemins qu'un homme de bon sens jugeait inabordables d'impavides campeurs s'insinuent et portent au cœur des forêts leur batterie de cuisine et leur phono. Les glaces du Pôle, les pics des Cordillères, le Hoggar, les hauts plateaux du Thibet rien, non ! rien n'arrête les

bruiteurs déchaînés. Où donc aller pour connaître le repos ?

Il y a quelques années Duhamel, en proie à cette même désolation, criait pitié pour les hommes que l'infernal tintamarre est en passe de rendre fous. Et il proposait de créer des lieux d'asile, des « réserves de silence » où ils pussent apaiser leurs nerfs surmenés : quelque chose d'analogue aux parcs nationaux que les Etats-Unis ont créés pour y préserver des races animales menacées de disparaître. Tout bruit de machine y serait interdit, et les hommes auraient enfin l'occasion d'écouter de nouveau la Nature. En ces lieux privilégiés, ils viendraient faire une cure de silence et soigner leur système nerveux, comme ils vont ailleurs soigner leurs poumons. Peut-être, au prix de retraites de cette sorte judicieusement espacées parviendraient-ils à tenir sans trop de dommages contre les maléfices du siècle.

Cette solution, suggérée par l'écrivain-médecin sur un mode mi-plaisant, la situation est telle qu'il faudra peut-être la reprendre et même en aggraver les prescriptions. S'il est vrai, comme le soutient Carrel (et plus on réfléchit, plus cela semble vrai) que la civilisation du XX[e] siècle soit antihumaine, ou bien l'homme voudra en garder les commodités et il mourra, ou bien, pour vivre il consentira à la répudier. Ou, tout au moins à se mettre en état de défense contre ses méfaits. Les « réserves de silence » devront être aussi des réserves d'air pur, des réserves de maisons ensoleillées, d'espaces où courir, de terres à cultiver, de vies individuelles à sauver de la mise en forme collective et des réserves où toute la population puisse prendre place et s'installer.

La centralisation, la standardisation, peut être garderont-elles leur valeur de conditions de travail aisé, rapide et de haut rendement. Mais que là se bornent leur rôle et leur ambition. Nous savions déjà que l'homme est un loup pour l'homme. Les cinquante dernières années, ces années où l'on a vu les sociétés humaines floculer progressivement en agglomérations de plus en plus démesurées, nous ont appris que c'était peu d'être un loup ; l'homme est aussi une peste, une maladie mortelle pour l'homme. La nécessité où sont aujourd'hui les citadins d'envoyer au loin des cohortes sans cesse grandissantes d'enfants qui n'ont pas de force à vivre, d'adolescents gâtés, d'adultes vaincus, la nécessité où ils se trouvent eux-mêmes de s'enfuir périodiquement de leur geôle, aurait dû, depuis longtemps, leur ouvrir les yeux. Mais leur vanité ne l'a pas permis. Elle est telle, cette vanité, et si grande leur dérèglement d'esprit qu'ils tiennent à honneur de se cachectiser et de n'être plus que rebuts d'humanité. Il est honorifique (dira-t-on jamais pourquoi ?) d'habiter Paris, Lyon ou Marseille. Le plus épais butor s'y estime imprégné d'esprit de finesse et en droit de marquer son dédain aux campagnards.

En définitive, peut-être (et tel est mon souhait!) va-t-il en être de notre vie sociale comme, il en a été de nos routes. Pour suffire au trafic des diligences et des chaises de poste elles étaient entretenues et surveillées au mieux des ressources du moment. Survint le chemin de fer ; en l'espace de quelques années ce fut le délaissement presque total, la ruine des auberges de relais, la richesse des « hôtels de la gare ». L'automobile entre en jeu : l'hôtel de la Gare fait faillite, la vieille auberge redore son blason, on se préoccupe d'élargir les routes. Oui ! mais l'avion déjà est apparu, et peut-être verrons-nous l'herbe pousser sur les autostrades.

Ainsi, à l'heure où nous sommes le plus orgueilleux de nos grandes villes, ferions-nous bien d'envisager la nécessité (qui viendra !) de les abandonner au rôle ingrat d'usines, d'entrepôts, de bureaux, tristes infrastructures d'une vie qui s'épanouira ailleurs.

En cet « ailleurs » peut-être manquera-t-il à l'homme quelques-unes des conquêtes du confort moderne. Il vivra néanmoins, puisqu'ont vécu ses ancêtres, même démuni de distribution de chaleur et de froid, d'escalier de service et d'ascenseur. Mais peut-être la race, abâtardie par l'excès d'artificiel retournera-t-elle enfin dans la simplicité, dans l'adaptation aux conditions extérieures et dans le silence, les humbles recettes qui font des hommes ; cela a assez duré de cultiver des plantes de serres.

G. LAVALÉE.

UNE MÉTHODE DE RÉÉDUCATION AUDITIVE CONSTITUE T'ELLE UN TRAITEMENT ?

Un membre du Sou Médical demande à notre Ligue quelle est la situation juridique d'une personne qui, n'étant pas munie du diplôme de docteur en médecine, se livre cependant à la rééducation des sourds, en collaboration plus ou moins étroite avec un oto-rhino.

Sa question soulève d'ailleurs un certain nombre de problèmes juridiques que nous allons résoudre tour à tour. Voici la lettre de notre confrère et notre réponse.

Je fais de la rééducation auditive qui se fait ainsi : massage, vocalises faites avec tube acoustique, rééducation de l'audition par l'audition d'un morceau de musique, rééducation de l'équilibration, lecture de mots à distance variable. J'ai appris à ma belle-sœur à exécuter ce travail. Elle n'a pas de diplôme d'infirmière. Je contrôle ce travail de temps en temps, car il est exécuté dans mon cabinet.

Je ne donne aucun salaire à ma belle-sœur. Mais elle est rémunérée par le client. Et pour me couvrir de mes frais d'éclairage, chauffage, usure du matériel de salon, usure des disques du phonographie et du matériel phonographique je lui demande un versement de 25 %.

1° Ma belle-sœur a-t-elle le droit d'exécuter ce travail.

Je le crois car je ne connais pas de loi intervenant dans ce cas.

Y a-t-il une loi concernant la réglementation de l'exercice d'infirmière ?

2° Ma belle-sœur est-elle assujettie aux Assurances sociales ? Je ne le crois pas.

3° Ne doit-elle être assujettie à la loi sur le revenu.

4° Ne doit-elle pas avoir de patente ?

Dr C.

Le cas que vous nous exposez est très délicat car il nous oblige d'envisager l'application d'un certain nombre de lois.

Somme toute, votre belle-sœur, exerce, en toute indépendance, un traitement de la surdité par la rééducation. Doit-on concevoir ce traitement comme entrant dans la définition donnée par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 et par la jurisprudence ultérieure à cette loi ? Doit-on, au contraire, considérer qu'il ne s'agit que d'une méthode de rééducation ?

Dans le premier cas, si le traitement appliqué par votre belle-sœur comporte un risque quelconque pour le malade, s'il est considéré comme une méthode thérapeutique destinée à l'amélioration d'un état pathologique, ou supposé tel, il est bien certain qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, seul un docteur en médecine peut appliquer cette méthode thérapeutique.

En effet, ledit article 16 stipule : « qu'exerce illégalement la médecine quiconque, qui, n'étant pas muni du diplôme de Docteur en médecine, prend part habituellement ou par une direction suivie aux traitements des maladies. »

Cependant, en ma qualité de médecin et de juriste, je crois qu'il serait peut-être excessif d'appeler « traitement » au sens dudit article 16, une méthode de rééducation pour une infirmité qui n'est pas, ou n'est plus, une maladie, alors que la méthode de rééducation ne fait courir aucun risque au malade. En d'autres termes, si la méthode échoue chez un malade, elle n'aggravera certes pas la situation du patient.

Je crois donc qu'il s'agit beaucoup plus d'une méthode pédagogique s'adressant à une infirmité de l'oreille, et que dans ces conditions point n'est besoin d'être docteur en médecine pour l'appliquer.

Cependant, à mon avis, il serait très prudent qu'en votre qualité de docteur en médecine vous puissiez examiner tous les malades avant de les confier à votre belle-sœur, de voir si aucune amélioration thérapeutique ou opératoire n'est possible. Ce ne serait que devant les lésions définitives que vous prescririez vous-même la méthode de traitement par la rééducation. De plus, pendant tout le cours de cette rééducation, vous pourriez surveiller la méthode, et même donner votre opinion sur mon application.

Aucune loi ne réglemente la fonction d'infirmière ; seul, un décret du 27 juin 1922 a institué le programme des études et celui des examens pour obtenir le diplôme d'infirmière. Celui-ci n'est qu'un certificat d'études, car il ne confère à son titulaire aucun droit ni aucune prérogative pour se livrer au traitement des maladies. Ce dernier ne peut être entrepris que par un docteur en médecine, et, s'il doit être exécuté par un infirmier, ce sera toujours sous la surveillance et la direction suivie du docteur. L'infirmière ne peut agir que comme un auxiliaire du médecin, n'ayant aucune indépendance thérapeutique et devant se conformer aux prescriptions de l'homme de l'art. Le diplôme institué par le décret de 1922 sert d'accréditif pour recommander le titulaire au praticien qui veut avoir recours à ses services,

En ce qui concerne la question assurances sociales, pour que cette loi soit applicable à un travailleur, il faut, avant tout, être salarié. Or,

ce n'est pas le cas de votre belle-sœur qui, en toute autonomie, exerce sa profession de rééducatrice sous le contrôle d'un docteur en médecine. Elle n'est pas votre salariée, puisque elle est rémunérée directement par des malades, et dans ces conditions, ne doit pas être assujettie à la loi sur les Assurances sociales.

Relativement aux impôts, effectivement l'argent qu'elle touche provenant des soins qu'elle donne à ses clients, doit entrer dans le compte de son impôt sur le revenu, défalcation faite des 25 % qu'elle vous donne. D'ailleurs, ces 25 % doivent entrer dans votre revenu personnel et sont susceptibles d'être déclarés au fisc.

Mais votre belle-sœur n'a pas de patente à payer. En effet, elle n'exerce pas la médecine puisque elle n'a aucun droit pour cela ; elle se livre simplement à une méthode pédagogique concernant les infirmes de l'ouïe. Qu'elle fasse donc au début de chaque année la déclaration de tous ses revenus, chose normale ; mais si le Contrôleur des Contributions directes croyait devoir l'assujettir à la patente, elle n'aurait qu'à adresser une réclamation au Directeur des Contributions directes de son département dans le mois qui suivra la publication du rôle.

Paul Boudin.

ASSURANCES SOCIALES — ARTICLE 59 — BÉNÉFICIAIRES NON EN RÈGLE

Un Président de Syndicat nous communique, pour avis, une Circulaire préfectorale, d'où nous extrayons le passage suivant :

« Un certain nombre d'assurés sociaux, immatriculés mais *non cotisants* sont portés à tort « par les docteurs sur les mémoires trimestriels « des bénéficiaires de l'article 59. Le rejet de la « Caisse primaire entraîne immédiatement l'application du Tarif de l'Assistance médicale « gratuite et non celui des accidents du travail. « Les mémoires médicaux subissent de ce fait « des réductions appréciables, qui pourraient « être évitées si ces assistés figuraient normalement sur les mémoires d'Assistance médicale « gratuite.

« Je vous prie de veiller à l'application des « prescriptions ci-dessus.

Le Préfet.

Pour avoir droit aux prestations, un assuré social doit avoir cotisé régulièrement. Par suite, si son chef d'entreprise, ou employeur, n'a versé aucun précompte, le malade ne saurait se prévaloir des dispositions de la loi sur les Assurances sociales : il reste un client de droit commun.

Est-il indigent, il ne saurait bénéficier des dispositions de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930, mais simplement de celle du 15 juillet 1893.

L'Administration préfectorale est donc en droit de signaler aux praticiens de vérifier si les indigents, qui se présentent chez eux, apportent bien la feuille spéciale, prévue pour les assurés sociaux notoirement indigents, ou s'ils ne sont porteurs que de la feuille d'Assistance médicale gratuite délivrée par la mairie.

Mais si, à tort, la Caisse d'assurances sociales commettait la faute de délivrer, pour le praticien, une feuille de bénéficiaire de l'article 59, elle devrait supporter les conséquences de son erreur.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE FISCALE

La déclaration fiscale du médecin en 1936

Nous n'avons pas l'intention de traiter à nouveau tout au long cette question, mais nous croyons utile, à l'approche du 29 février, date extrême à laquelle la déclaration doit parvenir au Contrôleur, de rappeler à nos lecteurs les grandes lignes de cette déclaration, en ce qui concerne leur revenu professionnel, et d'indiquer les quelques changements survenus depuis l'année dernière :

1° Cédule des professions non commerciales

Le revenu imposable est constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession. Le revenu brut se compose donc de toutes les sommes encaissées au titre de la profession au cours de l'exercice 1935, les honoraires dus n'ayant pas à y figurer. Il est égal au total des sommes figurant sur le livre-journal fiscal de 1935. Quant aux dépenses déductibles, elles comprennent les frais professionnels réellement exposés, à savoir :

a) La valeur locative des locaux professionnels ; lorsque le contribuable est propriétaire des locaux qu'il occupe, il doit déduire sous ce chapitre le revenu net foncier cadastral (ou plutôt la part de ce revenu correspondant aux locaux utilisés pour la profession) (art. 79 du dé-

cret de codification) auquel il y a lieu d'ajouter les charges immobilières (frais d'entretien et amortissements de l'immeuble et des réparations) ainsi que la contribution foncière (circulaire de l'Administration des finances du 28 décembre 1934, art. 79) ;

b) Les frais de chauffage et d'éclairage afférents à ces locaux ;

c) L'amortissement (et non la déduction totale) du prix d'achat du matériel et du mobilier professionnel, à un taux correspondant à sa durée probable ;

d) Les frais de personnel (salaires en espèces, plus avantages en nature, cotisations aux Assurances sociales et aux Caisses de compensation des allocations familiales) ;

e) Les frais de transport (amortissement du prix de revient de la voiture et des réparations, frais annuels d'essence, d'huile, de garage, d'assurances, etc.) dans la mesure où ils correspondent à l'exercice de la profession ;

f) Les frais d'assurance, contre un risque professionnel (assurance des locaux, du matériel et du mobilier professionnel, assurance contre la responsabilité professionnelle, contre les maladies ou accidents professionnels). La question de la déduction des primes d'assurance-vie ou des versements pour retraite faits à capital aliéné est controversée ; l'Administration ne l'admet pas, et le Conseil d'Etat n'a pas encore statué. Il est en tout cas certain que la déduction ne peut pas être faite si l'assurance est à capital réservé.

g) Les impôts professionnels (patente, impôt cédulaire de l'année précédente) ;

h) Les frais divers : frais de bureau, livres et revues scientifiques, cotisations syndicales, frais de recouvrement d'honoraires, etc. ;

i) Enfin *le report déficitaire.* Nous attirons tout particulièrement l'attention des jeunes médecins nouvellement installés sur cette disposition qui constituait certainement l'innovation la plus intéressante du décret de codification de décembre 1934 (art. 80) pour la cédule des professions non commerciales, et qui a été modifiée dans un sens plus libéral encore par un décret-loi du 30 octobre 1935. En vertu du nouvel article 80 « si pour une année déterminée les dépenses déductibles dépassent les recettes, l'excédent peut être reporté sur les bénéfices des années suivantes *jusqu'à la cinquième* inclusivement ». Le déficit de l'année est considéré comme une charge de l'exercice suivant et déduit du bénéfice réalisé pendant ledit exercice. Si ce bénéfice n'est pas suffisant pour que la déduction puisse être intégralement opérée l'excédent du déficit est déduit du bénéfice réalisé pendant le deuxième exercice suivant l'exercice déficitaire, et ainsi de suite jusqu'au cinquième. L'Administration a admis que cette disposition recevra sa première application pour l'établissement des impositions de l'*année* 1936 ; en conséquence pourront être déduits de cet exercice les déficits réalisés au cours des années 1931, 1932, 1933 et 1934.

2° Cédule des traitements et salaires

Relèvent de cette cédule les rémunérations que le médecin touche pour remplir une fonction l'assujettissant à certaines règles de services, à une certaine subordination administrative à l'égard d'un tiers, que ce tiers soit une personne privée ou une personne publique. Ainsi en est-il des médecins d'hôpitaux, de dispensaires (Conseil d'Etat, 27 mai 1935) de Compagnies de chemins de fer (Conseil d'Etat, 9 décembre 1932), de maison de santé, de sanatoria, des médecins remplaçants ou assistants, des médecins contrôleurs de Caisses d'assurances sociales ou de Compagnie d'assurances lorsqu'il existe entre le médecin et cet organisme un lien de dépendance suffisant, etc.

Le revenu net imposable à cette cédule se détermine en retranchant du revenu brut :

a) Les retenues supportées ou les versements faits pour la constitution d'une retraite, à la condition que celle-ci soit faite à capital aliéné (Conseil d'Etat, 3 juin 1932), dans la limite de 6 % du revenu brut ;

b) L'impôt sur les traitements et salaires de l'année précédente ;

c) Les frais inhérents à la fonction, lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales. En ce qui concerne au contraire les dépenses donnant lieu à l'attribution d'indemnités, la déduction s'opère par voie de compensation en laissant ces indemnités en dehors du revenu brut (circulaire de l'Administration des Contributions directes du 28 décembre 1934, art. 64-4°). Quant à la déclaration à effectuer du chef des frais professionnels elle est en principe forfaitairement fixée à 10 % du revenu brut après défalcation des retenues *a* et *b*. Par suite de ce caractère forfaitaire la déduction de 10 % peut toujours être opérée même si le contribuable ne peut justifier d'aucun frais réel. Mais d'autre part, il résulte d'un arrêté du ministre des Finances du 9 juillet 1935 concernant spécialement les médecins, et d'un décret-loi du 30 octobre 1935, qui constitue une mesure générale, c'est-à-dire s'appliquant à tous les contribuables relevant de cette cédule, que les *intéressés sont également admis à déduire le montant de leurs frais réels, à condition d'en justifier.*

3° Contribuables relevant des deux cédules

En vertu de l'article 101 du décret codifiant les impôts sur les revenus, le contribuable disposant à la fois de revenus relevant de la cédule des traitements et salaires, et de bénéfices de

professions non-commerciales est imposé pour l'ensemble de ces revenus et bénéfices, déterminés suivant le mode propre à chaque catégorie au titre de la cédule à laquelle correspond le chiffre du revenu le plus élevé. Deux opérations distinctes sont donc à accomplir :

1° Il faut tout d'abord déterminer le revenu net relevant de chacune des deux cédules selon ses règles propres ;

2° Il y a lieu ensuite d'additionner les deux revenus nets dont le total est imposé à la cédule du plus important de ces deux revenus.

La première opération (détermination des revenus nets) était susceptible de présenter en pratique des difficultés, certains frais pouvant malaisément être attribués à une cédule plutôt qu'à l'autre. L'arrêté du ministre des Finances du 9 juillet 1935 précité est venu trancher ces difficultés : « Les dépenses professionnelles communes aux deux branches d'activité sont évaluées dans les conditions prévues par l'article 79 du Code général des impôts directs), c'est-à-dire conformément aux règles applicables à la cédule des professions non-commerciales) et une quote-part proportionnelle est imputée au revenu brut de chaque catégorie.

Les opérations à accomplir dans un tel cas sont donc les suivantes :

1° Retrancher du revenu brut relevant de la cédule des traitements et salaires les versements pour retraites, et la diminution forfaitaire de 10 % ;

2° Déterminer le revenu brut relevant de la cédule des professions non-commerciales ;

3° Déterminer suivant les règles exposées dans notre premier paragraphe le montant des frais professionnels communs aux deux activités ;

4° Obtenir la quote part de frais afférents à chaque cédule en multipliant le total des frais déductibles par le rapport du revenu de chaque cédule au total des deux revenus et retrancher cette quote-part afin d'obtenir le revenu net de chaque cédule ;

5° Totaliser les deux revenus nets, et les porter au titre de la cédule à laquelle correspond le revenu net le plus élevé.

Un exemple nous fera mieux comprendre : soit un médecin recevant une somme de 20.000 francs à titre de traitements, réalisant un chiffre de recettes brutes de 60.000 francs versant 2.000 francs par an pour se constituer une retraite et ayant 32.000 francs de frais professionnels :

Traitements bruts		20.000
à déduire :		
Versement pour retraite 6 %	1.200	
Déduction forfaitaire 10 %	2.000	
	3.200	3.200
		16.800
Quote-part de frais imputables aux traitements		$32.000 \times \frac{20.000}{60.000 + 20.000} = 8.000$
Traitements nets	16.800 — 8.000 = 8.800	
Quote-part de frais imputables aux bénéfices non-commerciaux		$32.000 \times \frac{60.000}{60.000 + 20.000} = 24.000$
Bénéfice net	60.000 — 24.000 = 36.000	

Le total de ces deux revenus nets, soit 36.000 + 8.800 = 44.800 sera imposé à la cédule des bénéfices non-commerciaux.

4° Impôt général sur le revenu

Nous n'avons à signaler, depuis l'année dernière, qu'une seule modification, apportée par un décret-loi du 30 octobre 1935 en ce qui concerne le calcul du revenu imposable des propriétés immobilières louées ou affermées. L'art. 111 3e alinéa du décret codifiant les impôts directs et ainsi modifié : « le revenu net foncier des propriétés bâties ou non bâties est évalué, en ce qui concerne les propriétés dont le contribuable se réserve la jouissance ou qu'il exploite directement ou par métayer d'après les règles applicables pour l'impôt foncier. Il est évalué en ce qui concerne les propriétés louées ou affermées en appliquant au revenu brut ;

a) Une réduction forfaitaire de 20 % à titre de frais de gestion d'assurances et d'amortissement ;

b) Une déduction égale au montant des travaux exécutés pour l'entretien des immeubles ».

D'après l'opinion générale, ne peuvent être déduits au titre du § *b*) que le montant des travaux d'entretien et de réparation proprement dits, mais non celui des travaux d'amélioration tels qu'installation de chauffage, embellissement, etc.

Jean MIGNON.

MÉDECINE DU TRAVAIL

Ouvrier sain — Travail salubre

Le médecin fait de la philosophie s'il le peut. Le malade lui importe plus que l a maladie. Les causes attribuées à l'emploi, les probabilités du diagnostic étiologique, lui sont moins apprises par la contemplation sociale que par l'obligation professionnelle. Appelé à conserver le métier à l'homme, de même que l'homme à son métier, à faire la part de responsabilité de l'un et de l'autre dans les dommages, il se tourne vers les savants qui, dans les grands centres industriels, les institutions privées pour la protection légale, les chaires de médecine du travail, sont combien peu à répandre la lumière, à graver l'ébauche d'une connaissance pratique.

Cependant, des conflits d'intérêts et de vues sont élevés. L'étude et la mise en œuvre des lois de préservation ou d'assurance des travailleurs, l'armement contre les fléaux sociaux, les exigences du *safety first* et de l'hygiène du travail, la prophylaxie en éveil devant des procédés industriels intenses et renouvelés, l'avance lente et coûteuse d'un outillage médical perfectible ; l'apparition de la médecine collective dans l'organisme de la production, comme dans le milieu familial et privé, font sourdre de l'incertitude et néanmoins progressent.

La conviction s'acquiert qu'un champ peu défriché de la médecine est assigné là, par les développements industriels, à l'activité de l'esprit humain.

Les lecteurs du *Concours Médical* trouveront à grands traits, dans l'adresse du directeur du Bureau international du Travail au récent Congrès des accidents et des maladies du travail à Bruxelles (1), le linéament de l'orientation nouvelle.

H. ROSENHEIM.

***

Messieurs,

Le VII^e Congrès international des accidents et des maladies du travail vous a réunis à Bruxelles à une date qui est aussi, par une heureuse coïncidence, celle du trentième anniversaire de la Charte d'hygiène du travail de Belgique. Je souhaite que la collaboration des savants spécialisés soit aujourd'hui encore aussi fructueuse qu'elle le fut en cette circonstance.

Il est permis de penser que la médecine et la chirurgie du travail étendent chaque jour leur domaine, qui adhère intimement à celui des Assurances sociales et de leurs applications. Si je dois envisager surtout la médecine du travail, c'est que, pour des raisons contingentes, le Bureau international du travail s'y intéresse plus qu'à la médecine des accidents, dans son activité quotidienne. Science d'abord, prévention ensuite, la médecine du travail doit arriver à forger l'armement nécessaire à la lutte contre les causes de dommage et à l'assainissement du travail humain. Je pense en ce moment non seulement à la santé physique, mais aussi à la santé psychique et morale.

J'ai dit science d'abord. On oublie trop souvent que, sans pathologie, sans clinique, et surtout sans physiologie, il n'y a pas d'hygiène professionnelle, l'homme réagissant sur le milieu et le milieu sur l'homme d'une façon si étroite et si interdépendante qu'il est difficile de trouver, en dehors de l'organisme humain, un réactif aussi sensible que lui pour le dépistage des conditions nuisibles à l'homme.

Il y aura bientôt vingt ans que Sir James Mackenzie écrivait : « If we do not know the early signs of the diseases there is little hope of our achieving the aim of medicine ». Parce que, ajoutait-il, « the study of the early stages of a malady brings us near the circumstances which provoke that malady ». Ce n'est donc qu'à travers une connaissance aussi exacte que possible de l'organisme — au point de vue des variations pré-pathologiques — notions fournies comme nous le savons par la physiopathologie surtout, qu'on arrive à individualiser la cause du dommage.

Une préparation toute spéciale, indispensable, a lentement abouti avec un succès croissant, à un manipule d'abord, à une légion ensuite, de ces médecins du travail auxquels nous devons certainement les progrès de la protection légale.

Je ne peux pas oublier l'apport précieux des médecins praticiens. Leurs relevés quotidiens, au cours de l'assistance aux malades, les mettent à même de signaler, au jour le jour, des faits d'une utilité positive. Le contrôle des médecins experts leur est redevable de pouvoir préciser, à ce moment, des causes de dommages qui, jusque-là, passaient inaperçues. Nous ne devrons d'ailleurs pas nous étonner de ces découvertes. Le malade est, plus que la maladie, l'objet de vos préoccupations. Il ne suffit pas de savoir que des symptômes connus sont caractéristiques d'une certaine maladie, comme l'a appris la Faculté. Chaque jour des faits nouveaux amènent à constater la relativité des connaissances acquises à cet égard. Si je juge d'après vos intéressantes contributions au Congrès, je vois, par exemple, que le plomb est aujourd'hui mis en cause dans des états morbides qui ne le reconnaissaient pas jusqu'à hier parmi leurs facteurs étiologiques.

D'autre part, il faut évidemment étudier avec tout le soin nécessaire les mesures pratiques indispensables pour atténuer ou supprimer, dans les locaux de travail, l'action nuisible des fumées, des gaz et vapeurs, des poussières, etc... Ici on devra nécessairement solliciter le concours des techniciens qui réaliseront vos suggestions, mais c'est à vous qu'il incombera de contrôler, alors, si ces mesures de protection assurent l'intégrité physique du travailleur. Causes de dommage spéciales à certaines industries ; causes de déviation de l'activité physiologique amenant lentement l'individu qui travaille à la fatigue, au surmenage, au seuil de la maladie, à la maladie même peut-être, toutes ces causes peuvent être corrigées ou supprimées par l'étude attentive du

(1) Comptes rendus du VII^e Congrès international des accidents et des maladies du travail. A la Société belge de médecine et de chirurgie du travail, à Bruxelles, 23, rue du Commerce, 1935.

cas particulier, et par la réalisation de mesures adéquates.

Santé et médecine présentent de grandes parties encore dans la pénombre ; mais d'autres sont en pleine lumière. Ce que votre science a acquis depuis trente ans permettrait d'obtenir, pour tous les travailleurs et les populations en général, un niveau de santé et de réserve vitale qui n'est que le privilège d'une infime minorité. Il faut assurer aux travailleurs des villes et des campagnes des habitations salubres, une alimentation saine et suffisante ; une organisation sanitaire animée de l'esprit de renforcement de la santé, de l'esprit de prévention des maladies ; une organisation d'hygiène veillant à l'entretien de la propreté individuelle et collective, à l'élimination des poussières et des gaz nuisibles, à la suppression de la fatigue excessive, des maladies professionnelles, rendant le travail inoffensif à la vie et conservant la vie au travail, et créant enfin des occasions qui donnent au travailleur la joie de vivre et le bonheur dans le travail.

Ces grandes lignes de votre activité scientifique et pratique, le Bureau international du travail les a faites siennes, mettant à profit la précieuse collaboration de nombre d'entre vous, tout particulièrement du Docteur Glibert, qui personnifie cet esprit d'assimilation raisonnée, de bon sens profond et de patience au travail, qui est l'un des plus beaux caractères du peuple belge en général et de ses savants en particulier.

Au cours de ses quinze années de vie, notre Service d'hygiène et son Comité de correspondance ont développé une activité portant presque exclusivement sur la prévention des maladies professionnelles. Tel a été du reste le programme tracé par la Commission des travaux insalubres de la conférence internationale de Washington.

De ce programme est sortie toute une série de documents de recherches, de discussions et de résultats qui seront utiles aux catégories professionnelles visées: documentation nécessaire pour aboutir au projet de convention de 1921 interdisant l'emploi de la céruse, ce qui signifiait la prévention du saturnisme ; avec le même but, recherches pour supprimer l'emploi du plomb dans l'émaillage sur fonte ; étude du danger du plomb-tétraéthyle. Large documentation et expériences pratiques faites en collaboration avec des techniciens et des industriels de plusieurs pays, pour la désinfection des cuirs et peaux, que rendait indispensable la prévention de l'infection charbonneuse. Documentation technique et médicale concernant l'éclairage. « Tests de vision des couleurs ». Etude du facteur humain dans la prévention des accidents. Etudes préparatoires de longue haleine pour aboutir aux « standards d'hygiène » (1), documentation utile dont plusieurs pays ont bien voulu, encore récemment, nous témoigner leur reconnaissance. Visite périodique dans certaines industries insalubres. Inspection médicale du travail. Problème des solvants, du cancer professionnel, des maladies de la peau, de l'hygiène des mines.

Vous savez toute l'activité déployée par le Bureau international du travail dans l'étude de la silicose depuis la réunion de Johannesburg en 1930, la documentation technique et clinique préparée pour la session de la conférence de 1934, qui a abouti à l'inscription de la silicose dans la liste des maladies à réparer, question qui mérite l'examen à plusieurs points de vue, dont un très important, figure d'ailleurs à votre ordre du jour.

Certains problèmes de physio-pathologie n'ont pas échappé non plus à l'attention du bureau ; tels ont été la fatigue, les tests pour la dépister, l'alimentation, le rôle du médecin dans l'orientation professionnelle. De même, les problèmes techniques de l'hygiène, ventilation, air des ateliers, chauffage, humidité, etc., qui ont été traités dans l'*Encyclopédie d'hygiène du travail* (1), à laquelle on collaboré près de cent experts parmi les plus éminents des différents pays.

Mais le Bureau international du travail sait que des tâches encore très grandes l'attendent. Il prépare une documentation sur la pratique de la réparation de la silicose dans les trois pays qui l'ont édictée depuis longtemps. S'il s'est préoccupé de la réparation des maladies professionnelles, qui a fait l'objet de deux conventions internationales, il suit l'évolution des idées qui se font jour à cet égard. Il s'efforce de mettre la production scientifique à la disposition des experts et des intéressés par l'édition, chaque trimestre, de sa *Bibliographie d'hygiène industrielle* (2). Il espère publier avant la fin de 1935 une brochure exposant les *méthodes pratiques* qui permettront aux médecins et aux inspecteurs de contrôler les conditions d'hygiène sur le champ du travail. Il présentera en 1936 un premier *supplément annuel* à son Encyclopédie pour que les intéressés puissent tenir à jour la documentation que cet ouvrage met à leur disposition.

Cette contribution, si modeste soit-elle, dans le domaine de la médecine du travail, le Bureau n'aurait jamais pu l'apporter s'il n'avait pas compté aussi sur la collaboration inlassable des médecins de l'Inspection, des savants, des associations internationales de l'éclairage, de la ventilation, de la chimie, etc., enfin des industriels, des organisations ouvrières mêmes, auxquels je veux exprimer ici notre reconnaissance pour la part qu'ils ont eue dans notre labeur. Faut-il avouer qu'aucun aboutissement à la protection sanitaire du travail n'aurait été possible sans l'appui des techniciens et des savants ?

La médecine est art et science ; art parce qu'application de la science. Si elle est parfois insuffisante, cette insuffisance inévitable est due à l'extrême complexité des phénomènes biologiques, à l'imperfection des connaissances, surtout dans la médecine appliquée au travail, à la lenteur propre à tout progrès, à la difficulté d'utiliser les conquêtes scientifiques et cela pour des raisons multiples surtout économiques aujourd'hui.

Ces difficultés peuvent être surmontées. Vous en donnez au monde le magnifique exemple. Paix, Union, Travail ont grandi la Belgique et la glorifieront dans les siècles qui viennent, pour les contributions scientifiques de ses chercheurs, pour la hardiesse de ses réalisateurs et de ses inventeurs d'hypothèses fécondes.

(1) *Standards d'Hygiène du Travail.* Bur. int. du Trav. Etudes et Documents, Série F., n° 14. Genève, 1934.

(1) *Encyclopédie « Hygiène du Travail »* 2 vol. Bur. int. de Trav. Genève 1930-1932.

(2) *Bibliographie d'Hygiène industrielle* ; ibid-publ. trimestrielle.

COLPORTAGE DE PHARMACIE ET PROPHARMACIE

Nous recevons du Docteur Fougerat, secrétaire général de l'Union syndicale des médecins propharmaciens français, l'article suivant que nous nous faisons un devoir de publier.

Comme il le dit fort bien, il ne faut pas que la suppression en fait de la propharmacie serve de rançon à la disparition de l'abus intolérable du colportage pharmaceutique. Nous défendons les propharmaciens d'abord parce qu'ils sont très utiles aux malades qui sans eux seraient privés de médicaments et souvent de secours médicaux ; ensuite parce que les 3.000 praticiens qui vivent de la propharmacie, seraient obligés de chercher des postes ailleurs et reflueraient fatalement vers les villes où les médecins sont en surnombre.

Il est possible que certains propharmaciens aient commis des abus. Est-ce une raison pour supprimer la propharmacie ?

Viendrait-il à l'idée d'une personne de bon sens de demander la suppression du Conseil d'Etat, parce qu'un Président de section honoraire de ce Conseil à forfait à l'honneur et l'a avoué dans une lettre cynique qui, dans un procès retentissant a été rendue publique ?

Viendrait-il à l'idée de quelqu'un de supprimer la médecine et la pharmacie parce que deux douzaines de médecins ou de pharmaciens marrons ont causé des scandales dans ces dernières années ?

Cette question ne doit même pas être discutée. L'intérêt public doit tout primer, surtout quand il concorde avec l'intérêt professionnel.

J. Noir.

***

C'est avec un vif intérêt que nous avons lu les articles parus sur cette question dans le *Concours Médical*.

L'article du Docteur Boudin du 17 novembre 1935 est une mise au point si parfaite de la question que nous avons tenu à le reproduire dans le *Propharmacien* du 15 décembre suivant, étant donné l'importance angoissante de cette question si funeste à la santé publique (1).

Le commentaire de cet article de M. Mathieu, vice-président du Syndicat des pharmaciens de Meurthe-et-Moselle a retenu aussi toute notre attention et nous avons été heureux de voir ses idées concorder avec les nôtres sur ce grave problème. Nous avons été, cependant, surpris de voir cet honorable pharmacien ignorer la position prise par *le Corps médical* à ce sujet.

D'abord la campagne menée contre *le Colportage* par l'Union des propharmaciens depuis immédiatement après la guerre que concrétise très bien *primum non necere* de notre excellent confrère Martin, licencié ès-sciences, alors médecin à Vitry-aux-Loges (Loiret), paru dans notre *Bulletin*, le 15 septembre 1920, parmi les multiples articles de notre regretté fondateur le Docteur Carayon qui saisissait parfaitement le péril de ces pratiques pourtant, alors, encore fragmentaires, tout en luttant de toutes ses forces contre le projet Vincent qui voulait détruire *la propharmacie*

L'Union des médecins propharmaciens de France devenue, en 1929, l'Union syndicale des médecins propharmaciens français n'a jamais cessé de s'élever contre *le Colportage* et grâce à son action l'ordre du jour suivant était adopté à l'unanimité par notre Grand Organisme National Médical :

« Le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux de France réuni ce jour, 23 juin 1933, considérant que le colportage des médicaments est une violation formelle de la loi de Germinal an XI ;

« Considérant que ce colportage organise, en

(1) Nous tenons à donner ici, parmi les multiples et douloureux exemples des dangers du *Colportage* que nous connaissons, un fait personnel qui illustre tragiquement ce danger : Un dimanche d'août, par une journée accablante, on nous mande d'urgence chez des gens que nous soignions, de temps à autre, depuis deux ans. Nous nous trouvons en face d'un enfant de trois mois en plein choléra infantile, lançant toutes les secondes des glaires sanglantes. Devant une urgence de minutes, nous bondissons sur le fourneau pour faire du sérum physiologique, l'eau n'était même pas chaude que le bébé mourait malgré l'huile camphrée et la coramine. A notre reproche de ne pas nous avoir appelé plus vite cette réponse : « *C'est demain que X..* (ici le nom d'une grande pharmacie commerciale qui inonde de ses voitures les pays d'alentour) *passe, il nous livre lait et médicaments, nous pensions lui demander conseil* ». Et selon ces conseils le gosse qui essayait, pourtant, de se défendre, de se mettre à la diète, recevait régulièrement cuillerées d'une boîte de lait condensé ouverte depuis onze jours avec, quand nous la prîmes, une pellicule microbienne d'un doigt. Sans le *Colportage* cet enfant serait vivant et fort, nous en sommes sûr, et combien d'ignorés, combien d'adultes, d'adolescents, de vieillards tués, dans l'ombre, par cette criminelle activité.

Entre plus de 100 articles sur ce sujet, depuis la guerre, nous tenons à donner ici référence des plus importants et des plus récents :

Le Colportage de Pharmacie, Propharmacien des 15 août 1933 et 15 avril 1934. — *Epiciers-Pharmaciens* Propharmacien du 1er septembre 1933. — *Alerte !* no spécial 1933. — *En Garde*, Propharmacien du 15 juin 1935. — *La Loi de Germinal an XI*, Propharmacien du 15 octobre 1933. — *Dans l'Oubli des Enseignements de Renaudot*, Propharmacien du 15 novembre 1935 et no spécial 1935. — En Garde ! — *Colportage en Pharmacie*, Propharmacien du 15 décembre 1935. — *Epiciers-Pharmaciens*, Propharmacien du 15 janvier 1936.

grand, un exercice illégal de la médecine des plus dangereux pour la santé publique ;

« Demande aux autorités compétentes la répression impitoyable dudit colportage et des dépôts illégaux de médicaments. »

L'action clairvoyante et énergique de notre Syndicat qui, là, *comme sur toutes les questions communes à* LA MÉDECINE *et à* LA PHARMACIE, a toujours tenté l'accord et la bonne entente des deux professions sœurs, nous rend particulièrement à l'aise pour repousser le projet de Loi AMAT, dans sa partie qui supprime pratiquement LA PROPHARMACIE en France sans souci de l'intérêt des médecins, SANS SOUCI SURTOUT DE L'INTÉRÊT SACRÉ DU MALADE comme l'a dit si bien le Docteur NOIR dans son article du 12 janvier 1936 (1) où il dénonce, clairement et courageusement, la néfaste économie de ce projet dangereux.

Le Colportage, danger public, doit être détruit.

Sa destruction ne doit pas comporter, comme une rançon jetée à l'avidité de certains pharmaciens, la destruction de LA PROPHARMACIE.

La Médecine Rurale Intégrale avec ses 3.207 membres à l'heure actuelle, est d'une nécessité trop vitale pour LA MÉDECINE et LE PAYS

Dr FOUGERAT,

Secrétaire général de l'Union syndicale des médecins propharmaciens français

NOTRE VOYAGE DE PAQUES AU MAROC

DÉPART DE MARSEILLE LE 4 AVRIL, RETOUR LE 21

(Suite de nos articles descriptifs)

Etape Meknès-Kasbah Tadla

(Suite de nos numéros précédents)

Le départ de *Meknès* a lieu le matin par la porte de Fès. La route se dirige vers le Sud, les forêts, les cèdres et la haute montagne.

Bientôt, ce sont les ruines de la *Kasba Bou Fekrane*, qui fut édifiée en 1734 ; puis, un peu plus loin, *El Hajeb*, sur sa falaise rocheuse, chef-lieu des Beni Mtir, confédération de 3.500 tentes environ. C'est ici que s'ouvre la plaine de Sidi Aïssa des Aït Yakoub, par laquelle on gagne Ito, poste militaire installé par le Colonel Claudel, en juin 1913. De la terrasse du poste, s'étend une vue superbe sur le cirque et la vallée du Tigrigra, affluent de l'Oued Beht, et sur le Moyen Atlas. A l'est, s'étend la forêts de Djaba, à une altitude de 1.450 mètres.

Au milieu d'un site charmant, apparaît *Ifrane*, située à 1.600 mètres, au bord de l'oued du même nom, charmante rivière ombragée de frênes, offrant une végétation surprenante. Vision irréelle, paysage lunaire où dans un cadre merveilleux bruissent les ruisseaux riches en truites.

Le déjeuner a lieu à *Azrou* au milieu du curieux accoutrement de la population berbère (Moulay Ismaïl y fit construire la Kasba en 1684). En quittant cette ville (voir en outre, la forteresse du XVIIe siècle et le pont portugais), la route pénètre dans les forêts de chênes, puis de cèdres, dont certains atteignent jusqu'à 40 mètres de hauteur. Elle gagne Aïn Leuh, les sources de l'Oumer Rebia, superbe cascade au milieu des bois, puis l'Aguelmane de Sidi Ali, lac de montagne dans un ancien cratère, à 2.130 mètres d'altitude.

La route en rocade longe ensuite l'Atlas. Ici, la lutte fut rude contre les montagnards berbères. *Khénifra* fut le centre de la résistance. Sa Kasbah de Moya symbolisa longtemps le « prestige de la montagne insoumise ». Irréductible pour lui-même le vieux chef, en un ultime combat, s'offrit aux balles françaises. Ses treize fils, sur son ordre, s'étaient loyalement soumis. C'est le pays des tapis de haute laine où la paix française règne désormais.

Puis, apparaît le but de l'étape : *Kasbah Tadla*, capitale du Tadla, dont la richesse s'annonce grande ; caractérisée par son immense citadelle et son pont de dix arches où passèrent les 25.000 cavaliers arabes allant à la conquête du moyen Atlas. Ce superbe pont de pierre de 150 mètres de long, est jeté sur l'Oum Er Rebia qui a, en cet endroit, 40 mètres de large. Le coup d'œil sur les premières cimes du Moyen Atlas, qui s'élèvent à environ cinquante kilomètres, est ici magnifique.

Nous rappelons à nos lecteurs que ce magnifique voyage organisé par le Concours Médical *est strictement limité et qu'il est nécessaire de s'inscrire le plus rapidement possible.*

Le prix de ce voyage est de 3.390 *francs en* 1re *classe paquebot et* 2.990 *francs en* 2e *classe paquebot, pour les médecins et leur famille.*

Demandez nous notre itinéraire détaillé, qui vous sera envoyé par retour du courrier.

Afin de permettre à nos lecteurs désirant participer à ce voyage de bénéficier des meilleures places en s'inscrivant le plus tôt possible, nous les prions de joindre la somme de 100 *francs par inscription qui leur sera intégralement remboursée si l'inscription est annulée avant le* 15 *mars.*

Adresser la correspondance au « Concours Médical » Bureau de Tourisme 37, rue de Bellefond à Paris.

(1) Cf. : *Concours Medical* 1936, no 3, page 88.

VARIÉTÉS

UN PEU DE MORALE : CE QU'ON NE SAIT PAS ASSEZ

Tuer sans laisser de soupçons.

Nous abordons une question, qui, hélas ! est toujours d'actualité, d'une redoutable actualité. Il nous faut, pour cela, pénétrer dans la classe la plus abjecte de la Société, dans celle qui s'intitule « le milieu spécial ».

Ce « milieu », ramassis de souteneurs et de filles, constitue bien une « classe », car il a ses lois et ses mœurs. N'y entre pas qui veut ; n'en sort pas qui veut.

Ces « Messieurs » se distinguaient autrefois par une tenue particulière dans les endroits, où il régnaient. Coiffés d'une casquette à trois ponts, ornés du foulard rouge, ils portaient le pantalon « mince des genoux, large des pattes ». Lorsqu'il leur fallait plus de discrétion, ils arboraient volontiers le melon, et les chaussures fines et élégantes. Souvent leur visage s'ornait des « rouflaquettes ». Aujourd'hui, ils ont évolué, et, si parfois ils portent encore la casquette, mais la casquette banale, leur mise reste plutôt soignée, surtout quant au faux-col et à la cravate.

Il existe chez les « Alphonse » une véritable hiérarchie, allant depuis les chefs jusqu'aux apprentis. La capitale est divisée par eux en zones de travail, soumises chacune à la direction de l'un de ces « Messieurs », et spécialisées dans leur action. Le néophyte est mis à l'épreuve durant un certain temps, au bout duquel on peut lui dire « qu'il ne plaît pas au milieu », qu'il ne doit pas compter sur son appui, et cela avec toutes les raisons valables : il ne sait pas s'y prendre avec les femmes ; il est trop bavard ; il est maladroit ; il est trop dépensier ; il n'a pas rendu les services qu'on attendait de lui, n'a pas su arracher un camarade aux recherches de la police, etc.. Enfin, on compte aussi la secte des « affranchis ».

Les femmes semblent plus facilement admises dans le « milieu » ; mais par contre, une fois entrées, il leur est pratiquement impossible de s'en évader. On ne saurait croire combien de « jeunesse » on y trouve : dix-sept à vingt ans est l'âge de beaucoup d'entre elles ; on les appelle cependant des « faux poids » ! D'ailleurs celles-ci ne tardent pas à être, comme il convient, inscrites sur les registres de la police, soit qu'elles exercent librement leur métier, soit qu'elles appartiennent aux clandestines, aux maisons de rendez-vous ; tout cela dépend des « zones », et des quartiers de la Capitale. Disons aussitôt que certaines de ces zones sont encore spécialisées dans la « traite des blanches », pour la France et pour l'Etranger.

Ces dames sont parfois même les épouses légitimes de ces « Messieurs », lesquels les obligent ensuite à courrir les trottoirs. Quoiqu'il en soit, *les plus beaux bénéfices des « princes », c'est que* leurs sujettes doivent leur rapporter de l'argent.

Le montant de ce rapport est fixé d'avance par les lois du milieu. Ainsi un « Alphonse », du haut-du-pavé, celui qui ne travaille pas et vit entièrement de ces ressources spéciales, doit recevoir chaque jour cinquante francs. Cela s'appelle « l'impôt » ; la femme est obligée de le payer, dût-elle faire vingt heures de « tapin » par jour.

Il est même permis aux princes de cette classe d'avoir deux femmes ; c'est ce qu'on appelle le « doublage » ; les bénéfices de ces seigneurs, qui prennent le nom « caïds », s'en trouvent ainsi augmentés. Les autres « gens du milieu » exercent rarement un métier ; toutefois, ils peuvent se procurer des ressources supplémentaires, en ce qu'ils font partie de bandes de cambrioleurs, de carambouileurs, de pilleurs de gare, etc.

Tous ces termes un peu particuliers n'étonneront pas, quand on saura que le « milieu » possède aussi un langage spécial ; c'est ce qu'on appelle « la langue verte » !

Une des principales lois du « milieu », c'est de « parler peu et d'agir beaucoup ». Jamais on ne pardonne à l'un de ses membres de trop parler. C'est d'ailleurs une des raisons, pour lesquelles la police recherche rarement parmi eux des « indicateurs » ; elle s'en tiendrait exceptionnellement à ceux, dont l'origine est au Nord de la Loire.....

Entre « gens du milieu », les lois spéciales sont sévèrement appliquées ; les questions se règlent dans le silence ; et même si l'un d'eux est, par un « jugement spécial », sévèrement blessé, il s'en tire comme il peut ; tant pis pour lui si la blessure est grave ; mais jamais, il ne portera plainte contre son justicier d'occasion, ou alors, malheur à lui : s'il a la chance d'en revenir, quelqu'un se chargera de lui fermer la bouche pour toujours.

Mais qu'il s'agisse d'une plainte portée, et que, pour toute autre raison, le coupable agresseur tombe entre les mains de la Justice, que l'on se

tranquillise sur son sort ; toutes précautions auront été prises, et la preuve de culpabilité sera difficile à établir.

D'abord, en raison de la loi du silence, qui est imposée dans le milieu : personne n'a rien vu ; l'agresseur nie jusqu'au bout.

Ensuite, le revolver ou le surin a toujours disparu, jeté aussitôt dans le fleuve ou en quelque endroit difficile à explorer.

Enfin, le grand truc, c'est l'alibi aussitôt créé, prévu même d'avance, et toujours adroitement combiné. Un ami a attendu dans l'ombre, à quelque distance, au volant d'une auto. Comment ces « Messieurs », souvent carambouilleurs, ne disposeraient-ils pas d'une voiture au moment voulu ?

Jamais, ils n'utiliseront l'honnête taxi, hélé au passage, et facile à retrouver par la suite. Vite l'ami aura transporté l'agresseur à une distance, d'autant plus grande qu'elle rendra l'alibi plus vraisemblable, en un endroit où d'utiles amis seront là pour constater sa présence, et en témoigner ensuite devant la justice : ce sera la seule exception permise à la loi du silence. N'est-ce cependant pas là la préméditation dans le crime, qui ferait encourir jusqu'à la peine capitale ! L'alibi aura sauvé toute la situation. L'accusé aura glissé entre les mains de la Justice, tel un poisson... à dos vert.

Mieux encore un habile défenseur tombera dans le piège, et développera la fragilité sur laquelle va reposer l'accusation en raison de l'alibi. Et ce sera l'acquittement ! Que penser de pareils procédés ? Nous parlons d'un bon défenseur, et l'on peut se demander avec quelles ressources un accusé de ce genre aura la possibilité de s'offrir pareil luxe. Un instant... : le « milieu » possède ses moyens de défense, sa caisse noire, les collectes faites parmi les amis de la zone, et il en acquittera facilement les frais.

Mais là ne se bornent pas les choses ; il semble qu'il existe dans le milieu de véritables écoles du crime, qui apprennent non seulement à tuer sans se faire, sinon prendre, du moins condamner, mais encore à donner sûrement la mort. Les chevaliers du revolver et du surin ne visent-ils pas toujours leurs victimes au milieu de la poitrine à bout portant (mort rapide par hémorragie du cœur ou des gros troncs artériels), ne plantent-ils pas toujours leur couteau dans le ventre de ceux qu'ils veulent blesser ?

D'ailleurs ces écoles du crime prolongent leurs « travaux pratiques » jusque dans la salle des Assises ; nombreux sont les élèves qui suivent avec attention les débats, afin d'apprendre comment, ayant agi, il faut faire pour « s'en tirer ».

Et maintenant, est-il possible d'espérer qu'un membre du « milieu », touché un jour par l'esprit de la Morale, soit susceptible d'en sortir ?

Oui, pour les hommes ; rien ne leur interdit de reprendre le droit chemin, s'ils le veulent réellement. Mais combien en compte-t-on, qui soient malgré tout capables d'abandonner une vie de fainéantise, de paresse honteuse, de profits inavouables...

Pratiquement non, pour les femmes, à qui il est défendu de rester dans l'inaction, et qui doivent se sacrifier, quoiqu'il arrive, aux exigences de leurs maîtres. Certaines, profondément désabusées, revenues à la saine réalité, ont voulu s'échapper et se refaire une vie honnête ; elles ont même parfois réussi à s'éloigner du centre malsain pour tenter de créer un foyer familial. Il est rare que le « milieu » n'ait pas fini par les découvrir, et même s'il les a laissé faire ; mais un jour est arrivé où l'on est venu trouver le nouveau conjoint pour lui révéler le passé de son épouse, où l'on a fini, à la suite de misères sans nombre, par la faire rentrer au bercail maudit.

Et il faut ajouter que dans le but de leur nuire définitivement, de les maintenir au nombre des brebis galeuses, « le milieu » n'hésite pas à marquer au visage d'un signe spécial les filles, qui ne sont pas arrivées à lui plaire, ou qui lui ont déplu. On leur fait la « *croix des v...* ».

Voici la recette de cette opération honteuse : prendre un canif ou un rasoir ; en délimiter une longueur de quatre centimètres ; tremper cette extrémité dans du jus de citron pour éviter une cicatrisation trop rapide de la plaie ; puis entailler sur la face ou sur le front une vaste croix.

Ne pourrait-on pas appeler plutôt ce genre de croix : la croix des martyres ?

***

Nous nous excusons d'avoir narré tant de choses, dont l'ignominie soulève le cœur. Mais, nous avons cru devoir lever le voile sur un bas-fond de la société, où il faudrait porter le fer rouge au nom de la Morale pour y détruire tous les ferments de vice, que fortifie l'oisiveté, et qui mènent aux mœurs les plus honteuses, souvent au crime, dont l'impunité est trop fréquente.

G. FISCHER.

ON A VOLÉ VOTRE VOITURE ! QUE FAIRE ?

Minuit et demi dans un quelconque quartier du Paris. Cette soirée de bridge s'est prolongée un peu tard, mais votre voiture vous attend en bas, n'est-ce pas, feu de stationnement allumé, le radiateur bien au chaud sous le couvre-capot.

Vous voici dans la rue. Un pincement au cœur. Elle n'est plus là.

***

L'aventure est pénible, certes, mais ne vous laissez pas gagner par le désarroi. Courez immédiatement au plus proche poste de police, faites votre déposition en donnant bien entendu le signalement et le numéro de police de la disparue. Puis rentrez chez vous et tâchez de dormir.

Le lendemain matin, à la première heure, avisez sans faute votre Compagnie d'assurances et attendez...

Le poste de police, dès votre départ, a donné l'alerte partout. Le vol est signalé, grâce à une organisation spéciale de la Préfecture de police, aux agents cyclistes et gardiens de la paix qui prennent leur service en pleine nuit. Ils vont à leur tour prévenir leurs camarades en faction. Un vaste filet est ainsi tendu rapidement dans toute l'agglomération parisienne pour faire trébucher le voleur avant qu'il ait eu le temps de changer les numéros ou de les maquiller. Il faut agir vite, car la voiture peut servir à quelque mauvaise besogne : attaque nocturne, cambriolage, etc...

Les statistiques de la Préfecture de police sont rassurantes. Elles nous apprennent que sur les 350 à 400 voitures qui sont volées chaque mois dans Paris et dans sa périphérie, les deux tiers sont retrouvées, 20 à 25 % étant déjà récupérées dans les quelques heures qui suivent le rapt.

Le hasard, le dieu hasard se fait bien souvent, il faut le constater, le complice des policiers. Le mauvais garçon qui vient de voler votre voiture, ne l'a pas tout de suite bien en mains, il joue mal de ses lumières, il manœuvre lourdement, klaxonne sans le vouloir, bref il « conduit nerveux », si bien qu'il lui arrive de se faire siffler tout comme se ferait siffler un conducteur qui la nuit ferait les mêmes fautes. S'il s'arrête, les numéros — nos numéros — le dénoncent et c'est fini. S'il ne s'arrête pas, c'est la poursuite qui s'organise, poursuite presque toujours victorieuse pour la police. Il peut arriver que votre voiture n'ait pas été volée à vrai dire, mais « empruntée » par des amateurs de déplacements rapides et à bon compte. Ils l'abandonnent alors au petit jour dans quelque endroit désert, réservoir vide, batterie à plat. Si ces amateurs ne l'ont pas trop malmenée, il n'y a que demi-mal, mais on peut la retrouver dans un pitoyable état, ayant donné du capot ou de l'aile dans un arbre ou un réverbère Dans ce cas, il est vrai, la Compagnie d'assurances qui vous a assuré contre le vol prendra toutes les réparations à sa charge.

Les grandes Compagnies d'assurances ont toutes une organisation effective pour rechercher les voitures que l'on vole à leurs clients Elles conjuguent d'ailleurs leurs efforts avec ceux de la police et les résultats sont *excellents. L'an dernier, sur 292 voitures* signalées volées à une de ces compagnies, 239 ont été retrouvées.

Celles qui ont été récupérées dans le mois même ont été rendues à leurs propriétaires après une complète remise en état. Les autres ont été remboursées sur la base de leur valeur vénale au moment du vol.

***

Si donc vous vous trouvez — bien malgré vous — dans les 350 ou 400 automobilistes qui, chaque mois, se font voler ou « emprunter » leur voiture, prévenez immédiatement la police et votre Compagnie d'assurances.

En agissant vite vous risquez non seulement de retrouver votre voiture et son ravisseur, mais aussi vous mettez votre responsabilité à couvert ! Car, s'il est pénible de se faire voler sa voiture, il l'est plus encore d'être poursuivi comme responsable d'un accident que le voleur a provoqué avec la voiture volée. Le cas s'est présenté plusieurs fois et les Tribunaux, en s'appuyant sur le fameux article 1384 (« on est responsable, non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore par le fait des choses que l'on a sous sa garde »), ont souvent condamné le volé.

Si la « chose » que vous avez sous votre garde, c'est-à-dire votre automobile, a provoqué un accident à deux heures du matin, alors que vous avez signalé à minuit et demi sa disparition, il est plus que probable que les Tribunaux vous mettront hors de cause. Mais il ne faut pas qu'ils établissent qu'il y a eu négligence de votre part. Oui, s'il est prouvé que vous ayez laissé votre voiture en stationnement, glaces ouvertes et portières non verrouillées, vous pouvez être inquiété, comme ayant rendu le vol possible, faute de précautions.

Volé et de plus condamné pour un accident provoqué par votre voleur, parce que vos glaces n'étaient pas levées, ni vos portières bloquées, voilà une soirée de *bridge qui peut vous coûter cher* (1).

F. T.

(1) U. N. A. T. *Bulletin officiel de l'Union nationale des Associations de tourisme,* janvier-février, 1936.

RÉUNIONS SYNDICALES

Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace

A PROPOS DE RÉDUCTION DES HONORAIRES. — Dans sa séance du 8 décembre, l'assemblée des délégués de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace a voté la motion suivante :

Invitée par MM. les Préfets du Bas-Rhin et du Haut-Rhin à envisager la réduction des honoraires médicaux,

l'assemblée des délégués de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace,

prie MM. les Préfets de considérer que la crise économique pèse lourdement sur le Corps médical et qu'elle s'ajoute, pour de nombreux médecins strasbourgeois, aux privations que leur impose la suppression du libre choix du médecin par des Caisses d'assurance obligatoire qui groupent la majorité de la population de la ville.

Elle regrette de constater que la situation morale et matérielle du Corps médical de la région serait moins pénible, si les Pouvoirs publics n'avaient jusqu'à ce jour accueilli ses vœux avec la plus grande indifférence, même lorsqu'elle demandait simplement tout ou partie du régime français de médecine sociale, ou, plus modestement encore, le respect des lois françaises déjà introduites dans les départements recouvrés.

Consciente néanmoins de ses devoirs envers le Pays, l'Assemblée continue à donner l'exemple de la discipline civique,

1° en acceptant silencieusement les réductions imposées par l'Etat sur les payements des Pouvoirs publics au Corps médical, notamment pour les soins donnés aux victimes de la grande guerre ;

2° En acceptant, pour les soins donnés aux assurés sociaux, c'est-à-dire à quatre-vingt pour cent de la population de la région, des honoraires qui sont environ le quart de ceux payés par les assurés sociaux du reste de la France ;

3° En rappelant à ses adhérents que les traditions de la médecine leur font un devoir de toujours adapter leurs honoraires à la situation sociale des malades et que la dureté du temps présent rend ce devoir plus impérieux que jamais vis-à-vis des économiquement faibles.

Syndicat des Médecins de Tahïti

Lettre-circulaire adressée aux médecins civils exerçant librement dans les colonies françaises de l'Océanie

Papeete, le 1er novembre 1935.

Mon cher confrère,

Vous êtes, comme nous, en possession de la dernière circulaire ministérielle réglant l'exercice de la médecine libre et la protégeant contre la concurrence irrégulière des médecins fonctionnaires, militaires et civils.

Vous avez sans aucun doute remarqué que la circulaire leur interdit la clientèle payante, mais semble autoriser la clientèle gratuite sous prétexte de « libre choix ».

Ce codicille ouvre la porte à tous les abus.

L'heure est venue d'agir. La circulaire nous est favorable dans son esprit, les circonstances s'y prêtent :

1° Il faut faire préciser au Ministre que toute pratique de la clientèle est formellement interdite aux médecins militaires, aussi bien clientèle gratuite que clientèle payante ;

2° Il faut obtenir des Gouverneurs que les promesses du Ministre ne restent pas lettre-morte : en particulier, que les médecins civils remplacent les médecins militaires dans les hôpitaux et services urbains annexes au fur et à mesure des départs.

Pour mettre de notre côté toutes les chances, vous admettrez certainement avec nous, mon cher confrère, qu'il faut que nous nous unissions. Il faut que de toutes les parties du monde, du plus petit coin de terre française, parvienne au Ministre la même voix, la même exigence.

La médecine civile aux médecins civils. Pour donner plus de poids à notre action nous avons pensé qu'il pourrait être procédé de la façon suivante :

1° Constituer un syndicat local là où la chose n'est pas encore faite ; si vous êtes seul, vous affilier au Syndicat de la colonie la plus voisine.

2° Constituer à Paris, au Siège du Syndicat des médecins de France auquel vous êtes affilié ou allez vous affilier, le Syndicat des médecins de la France d'Outre-mer.

Ainsi seraient centralisées nos doléances, nos vœux, et le Président de notre Syndicat étant à Paris, pourrait facilement rester en contact étroit avec les députés de nos différentes colonies qui seraient chargés d'appuyer notre action auprès du Ministre jusqu'à complet aboutissement.

Le Dr Serge RABINOVITCH.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Président du Syndicat des médecins de Tahïti.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

I

LA SÉANCE SOLENNELLE INAUGURALE DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les hommes de notre génération ne sont point habitués à voir naître des Académies, et la soirée du 5 février 1936 laissera dans notre mémoire, le souvenir d'un événement important qu'il convenait d'entourer d'une pompe et d'une solennité, auxquelles l'après-guerre ne nous a plus habitués.

La naissance de cette nouvelle Académie a surpris quelques esprits traditionnalistes, pour lesquels les cadres existants sont immuables. Faut-il se laisser enfermer dans des barrières étroites, alors que la chirurgie évolue et étend son domaine sur des millions d'humains, faut-il, pour rester fidèles à des traditions, priver le chirurgien d'une tribune à sa taille ?

Il est vraisemblable que toutes ces questions embarrassantes se seraient posées, et auraient été l'objet de longues discussions, si un beau jour, l'Académie de chirurgie ne s'était d'elle-même imposée à nous, en nous faisant part de sa naissance.

La séance solennelle du 5 février 1936 avait pour cadre le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Cette investiture, donnée au sein même d'une des plus vieilles universités, contribuait à créer l'ambiance nécessaire à une séance inaugurale où, des représentants de toute l'intelligence française venaient fêter et donner leur consécration, au dernier venu de tous les Corps constitués.

Le Président de la République, les présidents du Sénat et de la Chambre, le Cardinal Maglione, le Maréchal Pétain, Georges Duhamel, l'Institut, l'Académie de médecine, la Faculté, des représentants des universités de province, de l'étranger, des délégations de sœurs de charité, des infirmières, des élèves, des amis, des parents, tous remplissaient le grand amphithéâtre trop étroit pour contenir tant d'invités. Les robes professorales se mêlaient aux uniformes et toute cette foule élégante, chamarrée se leva aux accents de la *Marseillaise*, jouée par la Garde Républicaine, pour accueillir le chef de l'Etat.

Le Professeur Gosset, dont cette fête constitue la véritable apothéose et restera comme un des plus grands moments de sa vie chirurgicale, a tout le mérite de cette création. C'est comme président du Conseil d'administration de l'Académie qu'il siégeait à la droite du président, M. Paganon, ancien ministre de l'Intérieur.

A la gauche du ministre siégeait le premier président de l'Académie ; c'est lui qui le premier prit la parole. En quelques mots, le Docteur Fredet retraça l'histoire de l'Académie, comment l'idée germa dans l'esprit des fondateurs, comment elle prit corps, comment elle se réalisa.

Aussitôt après, le professeur Gosset, en habit vert, se leva pour évoquer quelques grands noms de la chirurgie française, louer le rôle éminent du chirurgien dans la société et montrer que seule l'union des chirurgiens est féconde. La nouvelle Académie doit grouper tous les hommes de bonne volonté, accueillir tous les savants dont le labeur est utile au chirurgien et représenter vraiment la chirurgie française.

Après ce discours très applaudi le Professeur agrégé Basset fit l'appel des *délégués français et* étrangers venus remettre entre les mains du président de la nouvelle Académie des adresses.

Tous les délégués furent très applaudis et les adresses cependant très nombreuses n'ayant pu parvenir toutes, des télégrammes d'excuses et de félicitations les remplaçaient.

Le secrétaire général de l'Académie, Louis Bazy, développa, en un discours substantiel, l'évolution de la chirurgie française, au cours des deux siècles derniers. Il montra comment l'Académie royale de chirurgie disparue n'avait pu renaître après la Révolution, comment la Société de chirurgie de Paris avait continué la tradition et comment, aujourd'hui, l'Académie nouvelle reprenait le flambeau, abattu en 1793.

M. Paganon prit le dernier la parole, fit l'éloge du chirurgien français qui défend les œuvres de la vie et leva cette séance mémorable, au milieu des applaudissements de toute l'Assemblée.

Après de tels débuts, l'Académie de chirurgie, doit poursuivre sa brillante carrière, elle est autre chose que la communauté des maîtres chirurgiens-jurés, elle est assez différente de l'ancienne Académie royale de chirurgie, elle tient à marquer une différence avec la Société de chirurgie dont elle est née.

Au moment même où se posent tant de problèmes, intéressant le chirurgien dans sa formation, dans l'exercice de sa profession, dans son existence matérielle même, l'apparition d'un corps constitué composé surtout de chirurgiens, nous laisse croire qu'il y aura autre chose qu'une réunion scientifique, où seuls seront conviés quelques privilégiés. Le Professeur Gosset nous a fait entrevoir une Académie accueillante à tous ceux qui contribuent à l'essor de la chirurgie, étendant largement et partout son influence, donnant des avis écoutés, prenant des initiatives, défendant les intérêts du Corps chirurgical tout entier. Puisse-t-elle en devenant l'« *Alma mater* » du chirurgien se faire une place importante à côté des Corps constitués déjà existants et réaliser, entre tous ceux qui tiennent entre leurs mains la vie et la mort, une union féconde.

Dr Raphaël MASSART.

II

UNE FÊTE DE L'AMITIÉ

Nous avons déjà annoncé que le Docteur Crouzat avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur pour la part très active qu'il avait prise dans la fondation du sanatorium des Etudiants, création qui paraissait une utopie à l'origine et qui, grâce à l'activité du Comité qu'animait son secrétaire général, le Docteur Crouzat, est devenue une réalité.

Le Docteur Crouzat, directeur du *Jeune Médecin* et de *J'Analyse*, deux très intéressantes publications médicales, a été fêté récemment à cette occasion par les *Amis du Sanatorium des Etudiants*, et un certain nombre de ses collaborateurs et de ses amis personnels.

Le Docteur Paillot, de Semur, député de la Côte-d'Or, qui présidait le dîner, vieil ami du Docteur Crouzat et de sa famille, a fait l'éloge du nouveau chevalier et a rendu hommage à sa foi dans l'avenir de l'œuvre entreprise qui, malgré de nombreux obstacles, a été menée à bien.

Le Docteur Crouzat a répondu dans une improvisation chaleureuse. Il a rendu ce qui leur revenait à ses collaborateurs de la première heure, beaucoup d'ailleurs étaient parmi les assistants. Il a eu pour chaque convive un mot aimable, notamment pour le *Concours Médical* et ceux qui le représentaient, qui sont ses amis.

Parmi les assistants, citons les sénateurs Chauveau, ancien ministre et Honnorat, de la Cité Universitaire, les députés Besset et Saurin, M. Toutain, secrétaire général de la *Presse Scientifique*, le général de division Gellion, M. Duvoir, professeur agrégé, les Docteurs Lehmann, Boudin et Noir, et les propagandistes du sanatorium, ses anciens collaborateurs.

Le dîner avait été servi dans le grand salon de Marguery et les convives purent apprécier outre le menu, d'excellents vins, car le héros de la fête et la plupart des assistants étaient de Bourgogne, patrie des bons vins et de la gastronomie.

Au cours du repas, des artistes distingués charmèrent les invités, notamment Mlle de Saint Pierre, jeune et gracieuse danseuse de l'Opéra, MM. de Vellac, Secrétan et Théroine. Ils furent longuement applaudis.

En somme brillante et aimable soirée dans un cadre cordial et tout intime dont nous garderons le meilleur des souvenirs. J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire d'hygiène.** — *Cours des grandes endémies tropicales. (Etudes de pathogénie et de prophylaxie).* — Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'Hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. Tanon et de M. le Médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des Colonies, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du mercredi 11 mars 1936, par des médecins d'active et de réserve du Corps de santé des Troupes coloniales. Il aura lieu les vendredi, lundi et mercredis suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

PROGRAMME DU COURS. — Mercredi 11 mars, Docteur LABERNADIE : Géographie médicale de l'Inde. — Vendredi 13 mars, Docteur BLANCHARD : La rage dans les colonies françaises. — Lundi 16 mars, Docteur ALAIN : La lymphogranulomatose. — Mercredi 18 mars, Docteur PASSA : Géographie médicale de la Guadeloupe. — Vendredi 20 mars, M. COUSIN : Les eaux de boisson. — Lundi 23 mars, Docteur LAURENCE : Géographie médicale de l'Indochine. — Mercredi 25 mars, Docteur GIRARD : Peste et vaccination antipesteuse. — Vendredi 27 mars, Docteur ROBINEAU : L'Institut central de la lèpre à Bamako. — Lundi 30 mars, Docteur PELTIER : Géographie médicale de la Côte des Somalis.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (*Professeur* : M. Pierre Duval.) — *Chirurgie d'urgence.* — Premier cours par M. A. MOUCHET, prosecteur, sous a direction de M. le Professeur Grégoire. Ouverture du cours le lundi 2 mars 1936, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Membres, crâne, cou, thorax.* — 1° Plaies accidentelles. Sutures des muscles, tendons nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main. Panaris. Ostéomyélite aiguë. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomies. Traitement des fractures ouvertes. — 4° Traumatismes du crâne. Trépanations. Opération d'Ody. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Gastro-entérostomie. Sutures intestinales. — 3° Splénectomie. Gastrostomie. Cholécystectomie. Cholécystostomie. Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cæcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 330 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— **Chaire de pathologie expérimentale et comparée** (Professeur : M. Noël Fiessinger). — M. le Docteur TROISIER, agrégé, commencera ses conférences le Mardi 3 mars 1936, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la

Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : Maladies infectieuses expérimentales.

— **Puériculture.** — M. B. WEILL-HALLÉ, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera le mardi 10 mars à 16 heures, à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, une série de leçons sur la prophylaxie de la tuberculose dans l'enfance, et la vaccination par le B. C. G.

En outre des démonstrations pratiques seront faites aux jours et heures suivants :

Jeudi à 10 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, consultation de vaccination contre la tuberculose.

Samedi à 15 heures, à l'Ecole de puériculture, exposé clinique et application pratique de la vaccination contre la tuberculose.

Mardi à 14 h. 30, au dispensaire d'hygiène de l'enfance de l'Ecole de puériculture, examen des nourrissons et étude des cas médico-sociaux.

— **Hôpital Cochin.** — *Clinique chirurgicale de la Faculté* (Professeur : M. Ch. Lenormant.) — M. le Professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 5 mars 1936, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Mardi et jeudi, à 10 heures : Leçon clinique avec présentation de malades. — Lundi et vendredi : Opérations. — Mercredi et samedi : Visite dans les salles.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Leçons de sémiologie et de thérapeutique chirurgicales avec démonstrations pratiques, par MM. WILMOTH, agrégé, chirurgien des hôpitaux, MENEGAUX, chirurgien des hôpitaux; MOUCHET, PERGOLA et LEBEL, chefs de clinique, PATEL, ancien chef de clinique, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 30.

— **Clinique médicale des enfants** (Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres, Professeur : M. Nobécourt.) — M. NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le lundi 2 mars 1936, à 9 heures.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine et de thérapeutique pratiques, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections de l'appareil digestif, par M. Jean CATHALA, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon TIXIER, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur.

— **Thèses.** — Mardi 14 janvier. — Jury : MM. Balthazard, Sergent, Mouquin, Piédelièvre. — M. HAMONIAUX : Les erreurs de statistiques du cancer. — M. ANGLADE : De l'actélectasie pulmonaire.

Mercredi 15 janvier. — Jury : MM. Clerc, Couvelaire, Donzelot, Lacomme. — MM. TORREL : Le diagnostic clinique du rhumatisme articulaire tuberculeux. —M. DE COCCOLA : Contribution à l'étude des galactogogues.

Mardi 21 janvier. — Jury : MM. Balthazard, Carnot, Desgrez, Piédelièvre. — M. ANGELICI : Sur l'étiologie des ictères de la chimiothérapie. — M. PELLETEUR : Etude des polypeptides. — M. ROBERT : Etude des calcifications pleurales.

Mercredi 22 janvier. — I. Jury : MM. Couvelaire Gosset, Harvier, Lacomme. — M. LEVOLUNSKI : Vraies et fausses grossesses extra-utérinesintraligamentaires. — M. RIVERON : A propos du carcinome de la prostate. — M. DE CHIRAC : Etude de la maladie de Mikulicz. — II. Jury : MM. Tanon, Henri Bénard, Joannon, Vallery-Radot. — M. DELIGDISCH : L'infection diphtérique des plaies. — M. GORDON : Epidémiologie, sérothérapie et vaccination contre la poliomyélite épidémique aux Etats-Unis. — M. GOTTELAND : La santé par la terre. Docteur Lancry et son œuvre médicale. — M. PHAM-QUANG-ANH : Pratique obstétricale dans la médecine sino-annamite. — M. REWITCH : Les gaz de combat. Historique et protection.

Jeudi 23 janvier. — I. Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Lenormant, Schwartz. — MM. CHOMET : Technique orthopédique et mécanisme de la réduction des fractures transversales sus-condyliennes de *l'humérus chez* l'enfant. — M. VOULÉTITCH : Etude du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — M. COUTURIER : Des imperforations congénitales de l'œsophage. — M. CAILLARD : A propos d'un cas d'occlusion tardive après gastrectomie. — II. Jury : MM. Bezançon, Guillain, Laignel-Lavastine, Boulin. — M. GAU : Hormonothérapie génitale. — M. JADOT : Etude des troubles fonctionnels de la circulation dans les extrémités des membres. — M. MARCHAND : Sur quelques formes particulières de l'amylose rénale. — M. DE PALMA : L'hémiplégie spinale ascendante chronique. — M. CHAIGNEAU : Illustration anatomique dans l'œuvre d'André Vésale.

Samedi 25 janvier. — Jury : MM. Brindeau, Gougerot, Nobécourt, Gastinel. — M. GATTÉ : Considérations sur le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire dans ses formes graves. — M. RICHARD : Etude des grossesses triples, considérations radiologiques. — M. STRULOVICI : Injections de post-hypophyse dans le muscle utérin à travers la paroi abdominale dans les hémorragies de la délivrance. — M. ROY : Etude du traitement des colibacilloses par le bactériophage. — M. MONIEZ : Le babeurre. — Mme ORGEOLET : A propos de cinq cas familiaux de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

— *Thèses vétérinaire.* — Jeudi 23 janvier. — MM. Tanon, Panisset, Vergé. — M. BELLŒUF : Viandes hydrohémiques.

— **Thèses.** — Mercredi 29 janvier. — Jury : MM. Strohl, Tanon, Dognon, Joannon. — M. MONNIER : La radiographie pulmonaire sans écrans renforçateurs. — M. MORIN : Statistique de la mortalité infantile et ses causes. — M. WELT : Brûlures par le brome dans l'industrie et leur traitement.

Jeudi 30 janvier. — Jury : MM. Carnot, Lereboullet, Gastinel, Huguenin. — M. BARDON : Etude du cancer primitif du poumon chez l'enfant. — M. HOLLIER-LAROUSSE : Les dyspnées chez le nouveau-né. — M. BERIOT-VELT : L'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

Samedi 1er février. — Jury : MM. Bezançon, Claude, Mouquin, Philibert. — M. FOURNIER : Etude de la législation antituberculeuse française. — M. GILLOT : Terrain asthmatique et tuberculose. — M. LEBRETON : Etude de la pathogénie de l'hippocratisme digital. — M. KERN : Etude clinique et pathologique des délires spirites.

Thèses vétérinaires. — Jeudi 30 janvier. — I. Jury : MM. Tanon, Lesboueyries, Letard. — M. LEROY : Espèce bovine dans le département de la Somme, ses produits. — II. Jury : MM. Gosset, Bresson, Coquot. — M. THOMAS : Entérotomie et entérectomie lors de corps étrangers intestinaux chez le chien.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Bretonneau.** — *Conférences cliniques de médecine infantile.* — M. H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile.

La première conférence a eu lieu le vendredi 7 février 1936.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (admissibilité). — Jury : MM. Darré, Gautier, Apert, Jacob, de Massary, Boidin, P.-E. Weil, Herscher, Rist, Binet, Etienne Bernard, Cathala.

Censeurs : MM. Hamburger, Pichon, Julien Marie, Clément, Lamy, Caroli, Bourgeois, Azerad.

— **Prix Civiale.** — Jury définitif : MM. Laignel-Lavastine, Nobécourt, Guillemot, Chevassu, Lardennois.

— **Concours de l'internat.** — *Oral. Séance du 31 janvier. Questions posées* : Infarctus pulmonaire. Diagnostic des épididymites.

Notes : Mlle Marquis, 17 ; MM. Cornet, 20,9 ; Gibon, 16,3 ; Beaufils, 17,3 ; Hacker, 23,5; Rudaux, 22; Saks, 19 ; Sénéchal P., 18 ; Placa, 22,5 ; Mousseau, 23.

— *Séance du 4 février.* — *Questions posées* : Signes et diagnostic de l'intoxication mercurielle aiguë. Formes cliniques et traitement des arthrites gonococciques du genou.

Notes : MM. Martinon, 15,7 ; Meyer (Henri), 19,5 ; Fischgrund, 17,5 ; Mlle Casalis, 19,3 ; M. Cahen (Jacques), 16,8 ; Mlle Brille, 19,4 ; MM. Taveau, 20,5 ; Bourdin, 17,5 ; Chappelart, 11.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* **« Demi-Colonnes »**)

— **Ve Congrès français de gynécologie.** — Le Ve Congrès organisé par la Société française de gynécologie aura lieu à Paris du 18 au 21 mai 1936. La question à l'ordre du jour est *La stérilité féminine.*

Cinq rapports seront présentés :

1° Considérations générales sur la stérilité féminine. Indications de la lutte contre la stérilité, par M. André BINET (Nancy) ;

2° La physiologie de la fécondation et de la nidation, par M. CHAMPY (Paris) ;

3° Etude clinique et étiologique de la stérilité féminine, par M. Jean SEGUY (Paris) ;

4° Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine, par M. André CHALIER (Lyon) ;

5° Les traitements physiothérapiques et thermaux, par M. FAVREAU (Lille).

Des séances opératoires, des visites de services hospitaliers et de laboratoires, des excursions, fêtes et réceptions compléteront le programme de ce Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservaoire, à Paris (IXe).

— **VIe Congrès de la Société internationale d'urologie.** — A la suite de circonstances imprévues le VIe Congrès international d'urologie avait dû être remis à une date ultérieure. Il se tiendra du 9 au 12 septembre 1936 à Vienne dans les salles du Künstlerhaus sous la présidence de M. le Président de l'Etat Fédéral d'Autriche.

Le programme demeure le même. Le 9 septembre : Ouverture du Congrès. Première question : Le traitement du cancer de la prostate. Discussion. — Le 10 septembre, deuxième question : Les suppurations du parenchyme rénal. Discussion. — Le 11 septembre, troisième question : Physiologie et pathologie de l'excrétion rénale. Discussion. — Le 12 septembre : Assemblée générale. Communications libres.

A la fin du Congrès, une excursion collective à Budapest sera proposée.

Pour tous renseignements s'adresser au Prof. V. Blum, Alserstrasse 43, Wien VIII.

— **Première conférence internationale sur la thérapeutique par la fièvre.** — Le premier Congrès international sur la pyrothérapie se tiendra à New-York en septembre 1936. L'emploi de la fièvre, produite par les agents physiques ou autres agents, comme procédé thérapeutique, a reçu l'attention universelle depuis les dernières années. La conférence de New-York se propose de faire le point et d'amener des discussions intéressantes sur les divers aspects : physiologique, pathologique et thérapeutique de la question.

Cette conférence internationale est la suite logique de cinq conférences nationales qui s'étaient tenues aux Etats-Unis. Les trois premières réunions eurent leur siège à la « Rochester University Medical School » en 1931, 1932 et 1933. La quatrième se tint à Colombia University College of Physicians and Surgeons en 1934 ; la cinquième, en 1935 à Miami Valley Hospital, Dayton Ohio.

Pour tous renseiguements sur le Congrès de 1936, s'adresser au secrétaire M. William Bierman, 471, Park avenue, New-York City (U. S. A.).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

admettre qu'un praticien puisse s'entendre avec un pharmacien, pour que le premier rabatte chez le second les malades qui ont confiance dans sa science et dans son honnêteté.

Constitue un acte de compérage le fait, pour un médecin, de prescrire des médicaments sous des noms particuliers, avec des formules secrètes, médicaments que le malade ne peut acquérir que chez le pharmacien, compère du médecin.

Compérage encore ces ententes illégales entre un pharmacien et un groupe de médecins, ces derniers devant toucher un tantième sur les bénéfices de ventes des produits pharmaceutiques.

Compérage ces sociétés diverses, ayant toutes pour but de tourner les illégalités radicales, qui frappent les ententes entre médecins et pharmaciens, que ce soit sous le nom de sociétés en participation, pour l'exploitation de certaines marques, que ce soit dans un but prétendu d'expérimentation, ou de contrôle de certaines spécialités.

Toujours est-il que le médecin ne saurait s'associer plus ou moins licitement avec un pharmacien, ou avec une firme de spécialités, alors que les praticiens toucheraient un tant pour cent sur la vente des produits, qu'ils auraient intérêt à prescrire à leurs malades.

Voici pourquoi, au nom de la loi du 21 germinal an XI et pour protéger la moralité et la santé publiques, les Tribunaux ont toujours déclaré nulles les associations diverses médico-pharmaceutiques.

Autre chose serait, pour un praticien, d'être actionnaire d'une grande firme, dans laquelle il aurait acquis des actions, non pas comme médecin, mais comme simple prêteur d'argent. Il toucherait l'intérêt du capital engagé, il percevrait ensuite, comme tous les autres actionnaires, les dividendes de ses actions ; mais il ne serait pas obligé comme médecin de prescrire les produits de la firme, souvent d'une manière abusive, ou même inutile, uniquement parce que, s'il ne prescrivait pas, il n'aurait droit à aucune répartition de dividendes occultes.

Un médecin peut être propriétaire d'une marque de spécialité pharmaceutique, s'il a déposé cette marque selon les règles habituelles. Mais, parce qu'il n'est pas pharmacien, *il lui* est interdit, non seulement d'exploiter ces marques lui-même, mais encore de s'associer avec un pharmacien, pour la préparation et la vente desdits produits.

Tout au plus peut-on conclure un accord, par lequel le médecin vend le monopole de l'exploitation de sa marque de fabrique à un pharmacien, ou délivre un certain nombre de vignettes, que le pharmacien est tenu d'apposer sur chaque flacon, ou boîte de vente.

J'ai maintes fois traité cette question dans le *Concours.*

Quant aux instruments de chirurgie, ou autres, n'importe qui peut les inventer, les fabriquer et les vendre. Il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'un produit pharmaceutique, dont la préparation et le débit seraient réglés par les dispositions de la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie.

En ce qui concerne la publicité, un médecin peut très bien devenir agent, ou courtier, pour lancer le produit, le faire connaître par placards dans les journaux, articles, réclames ou affiches sur les murs de la cité. Mais bien entendu le rôle du praticien doit se borner à cette seule publicité, car la préparation et la vente au détail, ou en gros de médicaments sont interdites par la loi à quiconque n'est pas titulaire du grade de pharmacien.

Dr Paul Boudin.

---

259. — Exercice de la radiologie par un non médecin

Un mien parent non médecin, a installé en 1930, un cabinet d'électro-radiologie.

La loi de 1934, ne l'oblige pas à fermer son cabinet. *Rétro-activité.*

Depuis quelques jours il veut rééquiper son cabinet surtout en ce qui concerne l'électrothérapie et la radiothérapie (app. diatherm., ondes courtes, radio profonde, etc.).

Je lui déconseille, car je crains pour lui des avatars, car il ne doit pas avoir le droit de faire de la thérapie (radio ou électricité) s'il conserve le droit de faire des graphies et scopies.

Comme du reste il ne doit pas avoir le droit d'interpréter celles-ci.

Il a toujours tourné et il tourne la difficulté en ne faisant des applications que sur ordonnance des médecins traitants et sous leur contrôle.

A votre avis peut-il faire ces nouvelles et fortes dépenses sans danger ? En opérant dans les conditions présentes, n'aura-t-il jamais des ennuis ?

Qu'en pensez-vous ?

Dr N.

Réponse

En vertu de la loi du 16 mars 1934 complétant l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine « toute personne qui non munie du diplôme de docteur en médecine utilise les rayons rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ». Votre parent, n'étant pas docteur en médecine, ne peut donc plus depuis cette loi exercer la radiologie, c'est-à-dire effectuer des radiographies ou des radioscopies.

Il ne peut davantage faire de l'électro ou de

la radiothérapie, sous peine de contrevenir à l'art. 16 1° de la loi de 1892 et d'exercer illégalement la médecine en prenant part de façon habituelle et suivie au traitement des maladies.

La seule activité qui lui soit permise est de faire fonctionner ses appareils sous le contrôle et la surveillance d'un médecin, à titre d'aide ou d'assistant de ce dernier ; mais une ordonnance médicale ne suffit pas, il faut que le médecin diplômé assiste effectivement aux radiographies, radioscopies ou aux traitements.

Si un médecin se bornait à couvrir cet exercice de son nom, il se rendrait lui-même coupable de complicité d'exercice illégal.

---

264. — Prélèvement sur les honoraires d'un médecin conventionné par le Ministère de la Guerre

Je vous prie de me faire savoir si les traitements de médecins conventionnés sont soumis à la retenue de 10 %.

J'avais lu en effet dans le *Concours Médical* que « ... les émoluments, honoraires, commissions... qui résultent et... ne seront exonérés que dans le cas où leur montant est déterminé dans chaque cas particulier par une convention expresse ou tacite... ».

Dr Z.

Réponse

Il nous paraît incontestable que les rémunérations qui vous sont allouées en tant que médecin conventionné sont soumises au prélèvement institué par le décret-loi du 16 juillet dernier puisqu'il s'agit bien d'une dépense publique, et que d'autre part, conformément à l'instruction ministérielle du 7 août dernier, leur montant ne résulte pas d'un accord exprès ou tacite dans chaque cas particulier, mais est fixé suivant un tarif approuvé par l'autorité publique.

Reste à déterminer quel doit être le montant de ce prélèvement. Il sera de 10 % si ces rémunérations doivent être considérées comme des honoraires ; il devra être au contraire d'un taux plus réduit suivant son montant, s'il s'agit d'un traitement, c'est-à-dire si vous pouvez être considéré comme lié à l'Administration par un contrat de louage de services. A vrai dire cette dernière hypothèse paraît peu vraisemblable, car il n'y a entre vous et l'Administration aucun lien de subordination, et la convention passée entre vous et elle ressemblerait plutôt à un contrat d'entreprise. Nous croyons donc que l'Administration est dans son droit en retenant 10 % sur les sommes qui vous sont dues.

10.489. — La réduction de 10 % du prix des loyers n'est pas applicable aux charges

Comme abonné du *Concours Médical* je vous serais reconnaissant de me faire connaître s'il n'a pas paru une modification au décret-loi concernant le 10 % des loyers au point de vue des charges ?

Il y aurait paraît-il un pourcentage admis sur les charges, pourcentage gradué suivant certaines conditions.

Dr S.

Réponse

Il est exact qu'un décret-loi du 30 octobre 1935 a modifié le décret-loi du 16 juillet sur les loyers et précisé que la réduction de 10 % n'était pas applicable aux charges locatives.

Aux termes du décret-loi du 30 octobre, lorsque les charges sont comprises dans le prix global du loyer, le montant en est fixé forfaitairement à 15 % du loyer et à 25 % en cas de chauffage de l'immeuble.

Cette disposition ne doit d'ailleurs produire effet qu'à partir du terme à courir au 1er janvier 1936

170. — Qu'entend-t-on par charges locatives !

Comme explications complémentaires à questions diverses nº 8896 du 15 décembre 1935 du *Concours*, voudriez-vous me dire ce qu'on entend par « charges comprises dans le principal du loyer » ?

Dr P.

Réponse

La réponse en question a trait au décret-lo du 30 octobre 1935 qui a précisé les dispositions du décret du 16 juillet dernier. De l'avis général, et ainsi que le précise le nouveau-décret, la réduction de 10 % ne s'appliquait pas aux charges locatives, mais seulement au principal du loyer.

Une difficulté s'élevait alors lorsque le prix du loyer était stipulé « charges comprises », c'est-à-dire que le bail ou l'acte de location ne faisait pas de distinction entre le loyer proprement dit (prix de la jouissance des locaux) et la valeur des prestations fournies par le propriétaire et remboursées par le locataire (c'est-à-dire les charges : chauffage, tapis, ascenseur, etc.).

L'art. 1er § 2 du décret du 30 octobre a résolu la question : si les charges sont comprises dans le prix global du loyer, leur montant en sera fixé forfaitairement à 15 % du loyer et à 25 % en cas de chauffage de l'immeuble. Ces sommes soustraites du loyer total échapperont à l'application des 10 %.

9.737. — Les droits des sages-femmes en matière de gynécologie et de pédiatrie

Abonné du *Concours* et président du Syndicat local, je vous serais gré si vous pouviez me fixer de manière exacte sur les limites de l'exercice de la profession de sage-femme. Ont-elles le droit de recoudre un périnée ? Jusqu'où vont les consultations de puériculture ? que peuvent-elles formuler ? Jusqu'à quel âge peuvent-elles soigner les enfants et dans quelles limites ?

Nous sommes inquiets de voir ici les consultations de sages-femmes prendre de l'extension jusqu'à un âge avancé et leurs prescriptions thérapeutiques s'étendre de jour en jour.

Dr P.

Réponse

L'article 4 de la loi de 1892 précise que les sages-femmes ne peuvent se livrer qu'à l'art des accouchements, à la condition que ceux-ci soient normaux. Elles peuvent cependant pratiquer des vaccinations et des revaccinations antivarioliques.

En ce qui concerne les médicaments, elles ne peuvent prescrire que ceux qui ont été arrêtés par décret, après avis de l'Académie de médecine. A la vérité, ces médicaments, qui concernent uniquement l'exercice de l'art des accouchements sont en nombre extrêmement réduit.

Ceci posé, les sages-femmes n'ont pas le droit de se servir d'un instrument. Il en résulte que, *stricto sensu*, elles sont incompétentes pour recoudre un périnée. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une déchirure banale et simple, la sage-femme peut appliquer quelques agrafes pour permettre la reconstitution du plancher périnéal. Mais si ce dernier est largement endommagé et nécessite l'apposition de points de suture, seul, un docteur en médecine peut se servir de l'aiguille pour reconstituer ledit périnée.

Quant aux consultations de nourrissons, les sages-femmes ne peuvent se livrer qu'aux pesées, mensurations ; elles peuvent donner des conseils de diététique, mais il leur est interdit de se livrer à l'exercice de la médecine, c'est-à-dire de prendre part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies. Au cours de ses consultations, s'aperçoit-elle qu'un enfant est athrepsique, qu'il présente des signes de syphilis congénitale, ou autre diathèse quelconque, la sage-femme ne peut pas donner de conseils médicaux et doit se contenter de conseiller à la mère de consulter un docteur en médecine.

Elle n'a pas plus le droit de prendre part au traitement des maladies d'enfants qu'au traitement des maladies des femmes. A ce sujet, je rappellerai, qu'en dehors des nombreux procès en exercice illégal qui ont été intentés aux sages-femmes, un jugement du Tribunal

Correctionnel de Bernay du 19 décembre 1910, (*Concours Médical*, 1911, 468) condamne une sage-femme à faire disparaître de la plaque apposée à la porte d'entrée de sa maison, la mention : « maladies des femmes ».

Pratiquement, aucun âge n'est indiqué pour l'admission aux consultations de nourrissons. Néanmoins, il semble que ces dernières ne sont réservées qu'à la première enfance, la protection de la seconde enfance étant beaucoup plus du domaine du docteur en médecine.

Quant aux médicaments pour les enfants, la loi n'accorde aux sages-femmes aucun droit de prescription, puisque le décret rendu après consultation de l'Académie de médecine ne concerne que quelques produits nécessaires à l'accouchement.

Paul BOUDIN.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

61. — Conditions du droit à une pension militaire

Soldat accomplissant son temps légal de service quitte le régiment à 17 heures, le 14 août 1935 pour une permission dans sa famille. Le lendemain 15, il s'alite et je suis appelé : frottements pleuraux, râles multiples, etc.. Je crains une broncho-pneumonie et j'en fais part à la famille en lui conseillant d'avertir l'autorité militaire. Celle-ci est alertée le 16 au matin et le malade est évacué le soir à l'hôpital militaire. Diagnostic : broncho-pneumonie bientôt suivie de pleurésie purulente et intervention le 2 septembre.

Le malade sort de l'hôpital militaire (son temps de service actif est par ailleurs terminé) et est réformé temporaire n° 2.

1° A-t-il droit actuellement à une pension militaire et que faire pour l'obtenir ? (ce malade se plaint de points de côté, de dyspnée d'effort) ;

2° Y a-t-il lieu à démarches pour ménager ses droits à pension dans l'avenir en cas de complications ultérieures ?

Réponse

Ce malade n'aura droit à une pension d'invalidité que s'il peut faire établir, par un rapport de l'autorité militaire que, dans les délais normaux d'incubation, cette affection pulmonaire, constatée dès l'arrivée en permission, est bien en relation d'effet à cause, avec un fait de service (refroidissement prolongé au cours d'une manœuvre, pluie, etc)...

Si la chose était jugée possible, cette demande devrait être immédiatement adressée au chef de corps, en même temps que l'intéressé, par pli recommandé, solliciterait du médecin-chef du Centre de réforme, dont il dépend, une visite pour pension d'invalidité.

ASSURANCES SOCIALES

298. — Allocation des prestations aux assurés sociaux notoirement indigents

Jusqu'alors, les demandes d'autorisation — pour radiographies ou traitements spéciaux à faire aux assurés sociaux article 59 — devaient être adressées à la Préfecture.

Je reçois aujourd'hui une note disant que « depuis le 1er janvier courant, les demandes d'autorisation de traitements spéciaux, de radiographies, etc., concernant les assurés assistés doivent être adressées aux Caisses d'assurances sociales intéressées ».

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si, pour faire une radiographie ou entreprendre un traitement aux assurés sociaux indigents, on doit avoir, au préalable, l'autorisation ou bien s'il suffit de prévenir les Caisses d'assurances.

Dr D.

Réponse

La thèse de l'Administration était en effet jusqu'à maintenant que les demandes d'autorisation pour traitements spéciaux devaient être adressées à la Préfecture, et que de manière générale la délivrance des prestations en nature et des soins médicaux aux assurés sociaux notoirement indigents était régie par le règlement départemental d'assistance. Nous avons d'ailleurs toujours combattu cette thèse et soutenu que les assurés indigents ne devaient pas être assimilés aux assistés médicaux gratuits, mais aux assurés ordinaires, et que la délivrance des soins et prestations les concernant était uniquement réglée par l'art. 4 de la loi sur les Assurances sociales. Nous avons fait récemment consacrer notre point de vue par la jurisprudence (Tribunal civil de Reims, 4 décembre 1935).

Mais depuis le décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, la question n'est plus douteuse ; en effet l'art. 19 de ce décret relatif aux assurés notoirement indigents stipule expressément que les prestations concernant ces derniers « sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicables à ces assurés ».

Ceci veut donc dire que la délivrance des soins aux assurés indigents sera désormais régie comme pour les assurés ordinaires par les dispositions des règlements intérieurs des Caisses d'assurances sociales. Si donc ce règlement subordonne la délivrance des prestations à l'accord préalable de la Caisse, le médecin lorsqu'il s'agira d'assurés indigents devra s'entendre, avant d'entreprendre le traitement en question, avec le médecin-contrôleur de la Caisse, ou à défaut d'entente saisir la Commission technique. Pour tous les autres cas non prévus par le règlement intérieur, le médecin conservera en ce qui con-

cerne les assurés indigents, comme pour les assurés ordinaires, sa plus entière liberté ; il devra simplement, conformément à l'art. 19 précité, informer la Caisse de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants.

227. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Une de mes clientes, mariée au début de mai 1935, va accoucher vers la fin janvier ou le début de février 1936.

Son mari est immatriculé aux Assurances sociales depuis le début d'avril 1935. Vraisemblablement, son accouchement nécessitera une hospitalisation pour césarienne.

1° L'assurance-maternité joue-t-elle ? ou bien, faudrait-il, comme il a été répondu au mari, qu'il soit immatriculé depuis janvier l'an dernier ?

2° En cas d'hospitalisation pour césarienne et si l'assurance-maternité ne peut jouer, cette malade ne peut-elle pas invoquer le bénéfice de l'assurance-maladie afin de toucher l'indemnité d'hospitalisation ?

Dr G.

Réponse

Pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, il faut et il suffit que l'assuré ait été immatriculé aux Assurances sociales avant le début présumé de la grossesse et ait à son compte au moins soixante cotisations journalières durant le trimestre civil précédant la première constatation médicale de cette grossesse. S'il en est ainsi en l'espèce et que la Caisse d'assurances sociales refuse le versement des prestations, il y aurait lieu de conseiller à vos clients de saisir du différend la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée au Président du Tribunal civil dans les dix jours du refus.

Si la grossesse devient pathologique, l'intéressée passera alors sous le régime de l'assurance-maladie, et touchera les indemnités prévues en cas d'hospitalisation si elle entre dans un établissement ayant passé une convention avec les Caisses d'assurances sociales ; en cas contraire elle serait considérée comme soignée à domicile.

23. — Assujettissement des femmes de ménage aux Assurances sociales

1° La femme de ménage que j'occupe habituellement est malade chez elle depuis quinze jours ; elle ne travaille plus par conséquent chez moi depuis cette époque. C'est pourquoi j'ai cessé depuis ce moment de verser pour elle les cotisations aux Assurances sociales et je ne reprendrai ces versements qu'à son retour. Ce faisant, suis-je dans mon droit et en accord avec la loi ?

2° J'occupe cette femme de ménage trois heures par jour à raison de 2 francs l'heure. De ce fait, elle faisait partie de la première catégorie.

Dorénavant, les catégories sont supprimées. Comment à son retour vais-je établir les cotisations ? Etant donné le salaire de 6 francs par jour, comme j'ai dit, comment dois-je établir les versements réciproques, ouvrier et patron ? cette femme est payée à la semaine.

Dr E.

Réponse

Vous n'avez effectivement aucune cotisation à verser aux Assurances sociales si vous n'occupez pas actuellement votre femme de ménage à condition toutefois que cette période d'incapacité temporaire ne provienne pas d'un accident du travail ; dans ce cas en effet le nouveau régime oblige le patron à continuer ses versements pour que l'assuré puisse garder ses droits aux prestations.

En vertu de la circulaire ministérielle du 30 décembre 1935, prise en application de l'art. 2 § 14 du décret-loi du 30 octobre dernier, les cotisations relatives aux gens de maison sont fixées d'une manière forfaitaire pour l'année 1936 à 10 fr. 50 pour les femmes dans les communes de moins de 80.000 habitants. Mais ce régime ne semble pas devoir s'appliquer aux femmes de ménage qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs. Le montant de la cotisation patronale sera donc fixé en ce qui la concerne à 3,5 % de son salaire.

715. — Pension d'invalidité d'un assuré social

Un de mes malades, âgé de 30 ans, marié sans enfant, mécanicien dans une sucrerie, est affilié aux Assurances sociales depuis le début de leur application. En octobre dernier, il présente une embolie pulmonaire en rapport avec une sténose mitrale ignorée jusqu'alors. Depuis cette date, le malade conserve évidemment ses signes de cardiopathie assez mal compensée qui l'oblige à un repos complet et à une cure presque constante de toni-cardiaques. Il me paraît bien que cet individu est susceptible de recevoir une pension d'invalidité (« affection valvulaire ayant entraîné des signes d'insuffisance cardiaque »).

Mais ce malade me demande si cette pension lui serait définitivement acquise, c'est-à-dire si elle ne lui serait pas enlevée s'il arrivait à regagner un salaire équivalent à celui d'avant sa maladie (ce, par un travail sédentaire, de bureau par exemple). Je n'ai su que lui répondre

Il lui serait en effet impossible de vivre, sa femme et lui, avec sa seule pension d'Assurances sociales. D'autre part, son état de santé lui permettrait tout de même de fournir un travail peu pénible.

Je vous serais très reconnaissant de me donner votre avis à ce sujet. Je résume cette histoire par cette question : « Un assuré social atteint d'une invalidité de 66 % peut-il, *tout en conservant le droit à pension*, fournir un travail rémunérateur ? »

D L.

Réponse

Le taux de la pension d'invalidité en matière d'assurances sociales est indépendant du taux de l'incapacité ; un assuré peut donc être pensionné et continuer cependant à travailler.

Mais la pension n'est accordée qu'à titre temporaire ; elle peut être suspendue lorsque la capacité de travail est devenue supérieure à 50 %, ce pourcentage étant apprécié, en cas de désaccord, par la Commission régionale prévue par le nouvel art. 10 § 3. La suspension est d'autre part possible dans le cas où le salaire touché par l'assuré invalide qui a repris le travail, augmenté du montant des diverses pensions qu'il touche dépasse le salaire touché avant l'invalidité ; dans ce cas la pension peut être provisoirement réduite à due concurrence de ce dépassement (art. 10 § 7).

---

66. — Situation des assurés sociaux notoirement indigents

Je m'excuse de venir vous importuner encore une fois au sujet de la question litigieuse des *assurés sociaux indigents*.

D'après les décrets-loi du 31 octobre 1935 (en particulier, art. 19, paragr. 3, publié dans le *Concours Médical* du 24 novembre 1935, page 3310), il semblerait bien que l'Etat se décide à considérer les assurés sociaux notoirement indigents comme de véritables assurés sociaux. En est-il bien ainsi ? Et en particulier, en ce qui concerne les analyse, médicales y aura-t-il dorénavant liberté entière de prescription, ainsi que vous l'avez toujours réclamé.

Dr V.

Réponse

Il est exact que le décret loi du 30 octobre dernier modifiant le régime des Assurances sociales vient de consacrer expressément par son art. 19 § 3 la thèse toujours soutenue par nous que les assurés sociaux notoirement indigents doivent être assimilés en principe aux assurés ordinaires. La question n'est actuellement plus douteuse, puisqu'il est stipulé que « les prestations... pour les assurés bénéficiaires du présent article sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés ». Il en était d'ailleurs de même sous le régime de la loi de 1930 ainsi que nous l'avons fait juger récemment par le Tribunal civil de Reims (4 décembre 1935).

Il faut donc en déduire que les assurés sociaux notoirement indigents pourront invoquer les dispositions de l'art. 6 du décret relatif à la délivrance des prestations en nature, et pourront notamment choisir librement leur praticien, sans même être limités en cela par les dispositions d'un autre décret loi du 30 octobre qui vise les seuls assistés relevant de la loi du 15 juillet 1893. Quant au médecin il jouira à leur égard, en principe, de la plus grande liberté en matière de prescriptions et de traitement ; il sera toutefois limité en cela, comme pour les autres assurés, par les règlements intérieurs des Caisses qui pourront subordonner la délivrance de telle prestation à un accord préalable avec le médecin contrôleur, sous réserve, en cas de différend, d'un recours devant la Commission technique.

---

957. — Application du décret-loi modifiant la loi des Assurances sociales

Une fois de plus, j'ai recours à la bienveillance du *Concours* pour le renseignement suivant concernant les assurés sociaux indigents (art. 59, devenus art. 19).

Depuis le 1er janvier, j'envoyais à la Caisse interdépartementale un avis préalable concernant chaque nouveau malade indigent bénéficiaire de l'article ci-dessus. Le directeur de la Caisse me répond que les décrets-lois n'entrent en application que le 1er avril prochain, et je crois comprendre que c'est seulement à partir de cette date que nous serons tenus, nous praticiens, de faire cet avis préalable, sous peine de ne pas être payés. En est-il bien ainsi ?

Nous n'avons d'ailleurs pas encore vu, sur les feuilles de maladie délivrées par les mairies, le volant détachable que l'on nous aurait promis. Ce fait est-il aussi exact ?

Par ailleurs, en fin de trimestre, devrons-nous encore ce coup-ci tarifer nos états suivant le tarif accident du travail, et comment tarifierons-nous pour le deuxième trimestre ?

A noter que la lettre mentionnée du directeur de la Caisse des assurances sociales fait les plus expresses réserves sur les droits aux prestations des indigents mentionnés ; c'est la lenteur mérovingienne du travail de vérification de ces débits qui est actuellement invoquée pour légitimer les scandaleux retards infligés au mandatement de nos états (un an et plus). Dans le régime futur, seront-ils mandatés plus vite ?

Cette question me paraît intéresser de nombreux confrères de banlieue ; c'est avec plaisir que nous la verrions traiter dans notre excellent journal.

Dr L.

Réponse

Le décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, devait d'après

---

son art. 42, entrer en vigueur à compter du 1er janvier 1936. Mais il devait aussi auparavant être complété par un certain nombre de décrets d'application qui n'ont pas encore paru. Aussi, dans le but d'obvier à ce retard, et de permettre, sans doute une adaptation administrative au nouveau régime, la circulaire ministérielle du 30 décembre 1935, publiée en son temps dans le *Concours Médical*, est-elle venue préciser que « ce nouveau régime ne pourra avoir d'effet en ce qui concerne les conditions d'attribution et la quotité des prestations, qu'à compter du 1er avril 1936, c'est-à-dire une fois que les versements correspondant au nouveau régime auront été opérés pendant au moins un trimestre ».

Jusqu'à cette date, continue la circulaire, les organismes d'assurances devront continuer à accorder les prestations sur les bases du régime précédemment établi. C'est seulement à partir du 1er avril prochain qu'il y aura donc lieu de tenir compte des nouvelles dispositions tant pour la détermination des droits des assurés que pour la fixation des avantages à leur accorder.

Il faut donc en conclure que les seules dispositions nouvelles actuellement en vigueur sont celles relatives à la procédure ; par ailleurs le régime de la loi de 1930 subsiste. En ce qui concerne notamment les assurés notoirement indigents, le payement et la tarification des frais médicaux continue donc à être régi jusqu'au 1er avril par les dispositions de l'art. 59 et non par le nouvel article 19 du décret ; les médecins n'ont donc pas actuellement à prévenir la Caisse de la maladie de leurs clients, ils doivent d'autre part établir leurs mémoires pour le premier trimestre de l'année 1936 sur la base du Tarif accidents du travail.

Il faut espérer que lorsque le nouveau régime sera entré en vigueur, le règlement des honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés indigents sera plus rapide et soulèvera moins de difficultés de procédure ou de fond que sous l'ancien régime. Le décret-loi donne en effet aux Caisses plus de facilité de contrôle sur la situation administrative et médicale de l'assuré et organise une meilleure coordination entre service d'assistance et service d'assurance ; d'autre part l'application uniforme du Tarif de responsabilité des Caisses pour les assurés ordinaires et agricoles résoudra bien des questions autrefois controversées.

Cinquante-huitième année N° 8 23 Février 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :
Alger : Adda, Dana, Picard,
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Antibes : J. Gaston (*Enf. à inf, arr.*).
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Maison de cure hélio-marine*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly, Gaveau.
Biarritz : Augey, Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E, Bousquet, Cadinouche, Caruette, Escarras, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), P. Houssiaux, Huet Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean, J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet, Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry, (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*) Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, E. Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pigne (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 53. — A vend. au Cap d'Antibes, grande villa avec jardin pouvant convenir pour maison repos. S'ad. Dr. Chauvenet, Plombières-les-Dijon (Côte-d'Or).

Nº 54. — Mons., 40 a., anc. combat., sér. et intègre au travail, bonne instruct. et présentant bien, cherche laborat. sérieux pour public. médicale Paris, banlieue, et éventuell. gde banlieue. Référ. de tout prem. ordre.

Nº 55. — Secrétaire profess. urologie demande emploi chez médecin ou autre, pour après-midi.

Nº 56. — Allevard-les-Bains. 1º Pet. villa proche du Thermal, 6 p., 4 lits, eau, gaz, élect. buanderie, garage, tennis, jardin particul. et parc boisé en montagne ; 2º Pour cure d'air, maison confortable face aux glaciers, à 20 min. au-dessus ville, 10 lits, piano, téléph., garage, tennis, vastes prairies, ombrages. Pour louer, Dr. Boel, propriét.

Nº 57. — Pas-de-Calais. Confr. cherche remplaç. sérieux, au courant clientèle, pour remplac. de longue durée et en vue success. éventuelle.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Belle banlieue proche, cabinet médecine gle d'un excellent rapport, sans accouchement, appartement avec grand confort. A céder avec longue présentation.

45 minutes de Paris, importante clientèle industrielle (peu de déplacement) grande maison avec jardin, conditions à débattre.

Savoie, station climatique. A céder clientèle avec fixes transmissibles appartement 5 p. tout confort. Indemnité 20.000 dont moitié cpt.

Renseignements

A céder, cause maladie, Côte d'Azur, Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 27 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Cito. Jucundeque curo. Acres et languentes stomachos, amuras luiguas purgo. Ut puerf sane crescant, morbosa eorum viscere recreo. MANGAÏNE, trois tablettes par jour, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de MM. les Docteurs Leroy, de St-Remy-de-Provence et Coutaud, d'Auterives, la somme de soixante-dix francs pour bons offices de cette Société.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine**. — *Elections*. — Sir Thomas Barlow, de Londres, et M. Alessandri, de Rome, sont élus Associés étrangers de l'Académie.

— **Collège de France**. — Le Professeur Leriche, suppléant le Professeur Charles Nicolle dans la chaire de médecine du Collège de France, a commencé son cours le 14 février et le continuera le vendredi et le samedi de chaque semaine, à 18 heures. Sujet du cours : *La chirurgie de la douleur.*

— **Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M.** — L'Assemblée générale annuelle de l'*Association pour le développement des relations médicales* vient de se tenir à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Marx, directeur des Œuvres françaises à l'étranger au Ministère des Affaires étrangères.

Après une allocution du Professeur Gunéo, assesseur remplaçant M. le Doyen Roussy, souffrant, M. Hartmann a fait l'exposé de l'activité de l'Association, en particulier de son bureau de renseignements. Au cours de cet exposé il a donné le relevé des étudiants étrangers régulièrement inscrits à la Faculté de Paris pendant la période décennale 1926 à 1935 et celui des auditeurs des cours de perfectionnement

pendant la même période. Après le compte rendu financier par le trésorier de l'Association, le Professeur Lemaître, M. Marx a pris la parole. Il a vivement félicité l'A. D. R. M. de son action, a fait un exposé des œuvres françaises à l'étranger : Facultés de médecine, Instituts Pasteurs, hôpitaux, a montré les avantages qu'il y a à envoyer des conférenciers dans les pays amis et réciproquement à inviter des professeurs étrangers à venir dans notre pays, de faire bon accueil aux étrangers, ceux-ci au retour dans leur pays contribuant pour une grande part au rayonnement de la France.

— **Assemblée française de médecine générale.** — Nous rappelons que les prochaines assises nationales auront lieu le dimanche 1er mars 1936, à l'Hôtel-Dieu de Paris, amphithéâtre Trousseau, sous la présidence du médecin général inspecteur Rouvillois, membre de l'Académie, président de l'Académie de chirurgie. La séance sera consacrée à l'*abcès de fixation*.

— **Association des médecins et pharmaciens écrivains.** — L'Association des médecins et pharmaciens écrivains vient de se constituer. Elle se propose de grouper et de défendre les intérêts des médecins, pharmaciens, étudiants et anciens étudiants en médecine ou en pharmacie auteurs d'ouvrages littéraires.

La présidence a été confiée pour 1936, à M. le Professeur Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, le vice-présidence au Docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, et au médecin général Saint-Paul.

Un prix littéraire sera décerné en 1936.

— **Voix latines.** *Conférence.* — La prochaine conférence des Voix latines aura lieu, sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine, le 18 mars prochain, à 21 heures, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, et sera donnée par le Docteur Colombani, directeur général honoraire de la Santé et de l'Hygiène publique au Maroc, sur : « *Sous le signe de Lyautey, médecins et médecine au Maroc* ».

Cette conférence sera présidée par M. le Ministre Lucien Saint, ancien résident général de France au Maroc.

— **Amicale des médecins de Bretagne.** — L'Amicale des médecins de Bretagne s'est réunie en Assemblée générale annuelle le 5 février, sous la présidence du Docteur Baratoux, dont on fêtait le doyennat.

La prochaine réunion aura lieu après Pâques, probablement hors Paris. S'adresser, pour renseignements, au président, M. Larcher, 1, rue du Dôme, Paris (XVIe). Tél. Passy 20-03.

— **Association internationale des médecins radiesthésistes.** — La prochaine réunion de cette

Association aura lieu le samedi 29 février 1936, à 20 h. 30, à la Mairie du VI[e] arrondissement, place Saint-Sulpice, Paris.

Ordre du jour : Etude de quelques procédés de suppression des radiations nocives du sol; Nécessité d'un vocabulaire radiesthésique ; Résultats de l'enquête de la Vie médicale sur la radiesthésie.

Pour tous renseignements écrire au secrétariat de l'A. I. M. R., 9, rue Etex, Paris (XVIII[e]).

— **Croisière classique en Grèce, à Pâques.** — Dans l'énumération des croisières parue dans notre numéro du 9 février, page 397, nous avons omis de signaler la croisière organisée du 7 au 27 avril par les Messageries Maritimes, à bord du *Champollion*. L'itinéraire de ce très intéressant voyage sera le suivant : Marseille (départ le 7 *avril*), Palerme, Corfou, Olympie, Gythéion, Mistra, Sparte, Santorin, Syra, Le Pirée, Athènes (*du* 15 *au* 17, *Congrès de pathologie comparée*), Nauplie, Mycènes, Epidaure, Delos, Mykonos, Smyrne, Ephèse, Patmos, Kalymnos, Rhodes, Candie, Syracuse, Marseille (arrivée le 27 *avril*).

Voyage magnifique comportant une réduction de 5 % à nos lecteurs qui peuvent s'inscrire à notre Bureau de tourisme qui leur adressera sur demande tous renseignements utiles.

— **La semaine odontologique** (51[e] Congrès dentaire et Exposition d'art dentaire). — Organisée par la Confédération nationale des Syndicats dentaires, avec la collaboration scientifique de la Fédération dentaire nationale, la Semaine odontologique aura lieu du 29 mars au 5 avril, salle Jean-Goujon, Grand-Palais.

Trois journées scientifiques sont prévues : jeudi 2, vendredi 3, samedi 4 avril. Ces journées sont organisées par la Commission scientifique nommée par la Fédération dentaire nationale qui groupe toutes les Associations scientifiques professionnelles. Des démonstrations techniques seront faites le matin, des conférences et des communications l'après-midi et le soir. Une assemblée générale de la C. N. S. D. aura lieu le dimanche 5 avril, où seront traitées les questions importantes professionnelles.

Au sein du Congrès sera installée une exposition de matériel, de fournitures dentaires et de produits spécialisés.

Le samedi 4 un banquet, qui clôturera cette manifestation, sera donné à l'hôtel Continental.

— **Musée de la France d'Outre-Mer** (293, avenue Daumesnil). — *Conférence* de M. René Pottier sur : « Le Sahara vu par un peintre », dimanche 23 février, à 15 h. 30. Prix d'entrée : 3 francs, donnant droit à la visite du Musée.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 FÉVRIER

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin-directeur est vacant à l'Asile de Vauclaire (Dordogne), par suite de la nomination de M. le Docteur Briau à l'Asile de Clermont (Oise).

7 FÉVRIER

Assurances sociales.

Décret du 30 *janvier* 1936 *déterminant les modalités de versement des cotisations d'Assurances sociales applicables aux travailleurs à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin-directeur est vacant à l'Asile de Mont-de-Marsan, par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Mahon.

8 FÉVRIER

Médecine sanitaire maritime.

Arrêté du 6 *février* 1936 *modifiant l'arrêté du* 28 *juillet* 1932 *relatif à l'examen pour l'obtention du brevet de médecin sanitaire maritime.*

Article unique. — L'article 3 de l'arrêté du 28 juillet 1932 est complété ainsi qu'il suit :

« Les épreuves écrites et les épreuves orales sont cotées de 0 à 20.

« Aucun candidat ne pourra être admis s'il n'a obtenu une moyenne de 10 pour les différentes épreuves de l'examen ou s'il a obtenu une note inférieure à 5 pour l'une quelconque de ces épreuves. »

9 FÉVRIER

Enseignement de la médecine.

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 8 février 1936, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique et pathologie médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 26 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Réponse d'un ministre à la question d'un Député

Le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène.

14.647. — M. Ballu demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° quels sont les effets de la nationalisation des inspecteurs départementaux d'hygiène actuellement en fonctions, réalisée par le décret-loi du 30 octobre 1935 ; 2° si le régime des retraites qui leur sera applicable sera le régime des fonctionnaires d'Etat et si, en conséquence, les versements antérieurs faits au département seront valables ; 3° si un concours sera exigé des médecins actuellement en fonctions ; 4° si un médecin pourra être mis à la retraite d'office avant quinze ans de services ; 5° dans l'affirmative, que deviendront les retenues effectuées par le département. (*Question du 17 décembre* 1935.)

Réponse. — Le règlement d'administration publique prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935 fixera le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène et arrêtera, notamment les mesures transitoires destinées à sauvegarder les droits acquis de ce personnel.

(*J. O.*, 31 janvier 1936.)

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Rang d'ancienneté

Par décret du 16 janvier 1936 et par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, récemment libérés du service actif est fixé ainsi qu'il suit, et, par décision du même jour, ces officiers sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affection actuelle :

Les médecins sous-lieut. : (rang du 21 mars 1930) Sacrez, 6e rég., aff. 20e rég. ; Sauvy, 15e rég. (rang du 21 mars 1931) Girard, 7e rég. ; Granjon, 15e rég. ; Marcenier, 20e rég., aff. 6e rég. ; Buron, 19e C. A.

(Rang du 21 mars 1932) Carrière, rég. Paris ; Causse, rég. Paris ; Franchet, rég. Paris ; Lespinat, rég. Paris ; Plaussu, rég. Paris ; Schneider, rég. Paris ; Tusques, rég. Paris ; Bock, rég. Paris ; Burel, rég. Paris, aff. 9e rég. ; Cauêt, 1re rég. ; Poiteau, 1re rég. ; Dancourt, 4e rég. ; Heem, 1re rég. ; Pernin, 1re rég. ; de Renty, 1re rég. ; Tison, 1re rég. ; Faille, 1re rég. , aff. 4e rég. ; Guillon, 1re rég.

Verhaeghe, 1re rég. ; Dieny, 2e rég., aff. rég. Paris ; Dupont, 2e rég. , aff. 1re rég. ; Guillot, 2e rég. ; Debouvry, 2e rég., aff. rég. Paris ; Penez, 4e rég. ; Rinckenbach, 4e rég. , aff. rég. Paris ; Lemaire, 6e rég. , aff. 1re rég. ; Vanmière, 6e rég., aff. 2e rég. ; Lair, 6e rég. ; Hermann, 6e rég., aff. 6re rég. ; Barré, 6e rég. ; Jooss, 7e ré. ; Goby, 7e rég. ; Martini, 7e rég. ; aff. rég. Paris ; Sexe, 7e rég. ; Planson, 8e rég., aff. 7e rég.

Marchand, 8e rég., aff. 14e rég. ; Martrou, 9e rég. ; Couturier, 9e rég., aff. 13e rég. ; Doussinet, 9e rég., aff. rég. Paris ; Arradon, 11e rég. ; Fleurance, 11e rég. ; Fouché, 13e rég., aff. rég. Paris ; Lafarge, 13e rég. ; Christiens, 14e rég., aff. 1re rég. ; Léger, 14e rég. ; Doucet-Bon, 14e rég. ; Chastel, 14e rég. ; Berger, 14e rég. ; Car-

rière, 14e rég. ; Bernard, 14e rég. ; Castillon, 14e rég. ; Durand, 14e rég. ; Faysse, 14e rég.

Génevois, 14e rég. ; Rack, 14e rég., aff. 7e rég. ; Samsoen, 14e rég., aff. 16e rég. ; Scherrer, 14e rég. ; Bernard, 15e rég. ; Farnarier, 15e rég. ; Gallian, 15e rég. ; Lamy, 15e rég. ; Gosse, 15e rég., aff. 16e rég. ; Grouès, 15e rég. ; Deleuze, 15e rég. ; Bousquet, 16e rég. ; Dulcy, 16e rég. ; aff. 15e rég. ; Esparcel, 16e rég. ; Mazeran, 16e rég. ; Serre, 16e rég. ; Adnès, 17e rég. ; Pradère, 17e rég. ; Laurent, 17e rég. ; Arjac, 17e rég.

Boyer, 17e rég. ; Bouyssou, 17e rég. ; Goumain, 18e rég. ; Godard, 18e rég., aff. 19e corps d'armée ; Beauvieux, 18e rég. ; Esbelin, 18e rég. ; Larrieu, 18e rég. ; Grondeau, 18e rég. ; Skosowsky, 20e rég., aff. 7e rég. ; Singer, 20e rég., aff. 1re rég. ; Weis, 20e rég. ; Vioget, 20e rég., affec. rég. Paris ; Adrian, 20e rég. ; Frey, 20e rég. ; Helluy, 20e rég. ; Leclerc, 20e rég. ; Mouton, 20e rég. ; Blum, 20e rég. ; Harmand, 20e rég.

Zablot, 19e corps armée ; Delort, 10e corps ; Lacoste, 19e corps armée, aff. 18e rég. ; Simeray, 19e corps armée ; Coste, 19e corps armée ; Lansac-Fatte, 19e corps armée, aff. 18e rég. ; Dilon, 19e corps armée, aff. 13e rég. ; Vallat, 19e corps armée, aff. 11e rég. ; Lavial, 19e corps armée, aff. 11e rég. ; Bernard, des tr. de Tunisie, aff. 20e rég. ; Sénellart, tr. de Tunisie, aff. 1re rég. ; Raphaël, tr. de Tunisie, aff. rég. Paris ; Magenc, tr. de Tunisie, aff. 19e rég. ; Martinon, tr. de Tunisie, aff. 13e rég.; Vital, tr. du Maroc, aff. 17e rég.

Gillet, tr. du Maroc, aff. 2e rég. ; Jubier, tr. du Maroc aff. 4e rég. ; Leprêtre, tr. du Maroc, aff. rég. Paris ; Clary-Bousquet, tr. du Maroc, aff. rég. Paris ; Meyer, tr. du Maroc, aff. 20e rég. ; Martin, tr. du Maroc, aff. 18e rég.; Fauvé, tr. du Maroc, aff. 6e rég. ; Lafon, tr. du Maroc, aff. 9e rég. ; Forster, tr. du Maroc, aff. 20e rég.

(22 mars 1932), Eouzan, 4e rég. ; (26 mars 1932), Poncet, rég. Paris aff. 7e rég. ; (27 mars 1932), Royer, rég. Paris ; Courteheuse, 3e rég. ; Devallet, 9e rég., aff. rég. Paris ; Pagès, 9e rég. ; (28 mars 1932), Lépine, rég. Paris, aff. 13e rég. ; (31 mars 1932), Degrave, 2e rég., aff. 1re rég. ; (3 avril 1932), Bochereau, 9e rég. ; Sachot, 11e rég. ; (5 avril 1932), Thibairenq, 16e rég. ; (6 avril 1932), Tiché, 16e rég. ; (7 avril 1932), Carlin, 15e rég. ; (9 avril 1932), Guyot, rég. Paris ; Casanoval 19e C. A.

(10 avril 1932), Géraud, 19e C. A., aff. 16e rég. ; (13 avril 1932), Jacquin, 6e rég. ; (14 avril 1932), Cottenceau, 15e rég., aff. 9e rég. ; (1er mai 1932), Meyrieux, 14e rég., aff. 13e rég. ; (2 mai 1932), Combalot, 15e rég. ; (11 mai 1932), Prat, 4e rég. ; (14 mai 1932), Penez, 4e rég. ; Trompette, 20e rég., aff. 6e rég. ; (16 mai 1932), Gireaux, 4e rég., aff. rég. Paris ; (19 mai 1932), Daumezon, rég. Paris ; (23 mai 1932), Lemarchand, 18e rég.

(25 mai 1932), Gardrinier, 4e rég. ; (16 juin 1932), Vincart, 6e rég., aff. 1re rég. ; (28 juin 1932), Rothenhofer, 20e rég. ; (4 juillet 1932), Dubœuf, 13e rég. ; (10 juillet 1932), Hessemann, 20e rég. ; (12 juillet 1932), Kowalski, 11e rég. ; (13 juillet 1932), Hostier, 18e rég. ; (16 juillet 1932), Thomas, 19e C. A., aff. 20e rég.

(21 septembre 1932), Boulègue, rég. Paris, aff. 9e rég. ; Bataille, rég. Paris ; Lévèque, rég. Paris, aff. 5e rég. ; Petit, rég. Paris ; Potin, rég. Paris ; Wallet, rég. Paris; Beley, rég. Paris ; Pélabon, 1re rég. ; Drecq, 1re rég. ; Olivier, 1re rég. ; Delevoy, 1re rég. ; Macke, 1re rég. ; Zéghers, 1re rég. ; Quêtu, 1re rég.

Bridoux, 1re rég. ; Lherbier, 1re rég. ; Giraud, 2e rég. ; Gérard, 2e rég., aff. 1re rég. ; Dazin, 2e rég., aff. 1re rég. ; Latour, 4e rég ; Dupont, 4e rég. ; Rossier, 6e rég., aff. région Paris ; Démarez, 6e rég., aff. rég. Paris ; Bar, 6e rég., aff. 1re rég. ; Mauz, 7e rég. ; Tupin, 7e rég. ; Rabaté, 9e rég. ; Dubois, 9e rég. ; Maugenest, 9e rég. ; Rouessé, 9e rég., aff. rég. Paris ; Hubert, 11e rég., aff. rég. Paris ; Thévenin, 13e rég. ; Astorgue, 13e rég. ; Hay, 13e rég.

Didier, 14e rég. ; Mathevon, 14e rég. ; Fumoux, 14e rég., aff. 13e rég. ; Monges, 15e rég. ; Achard, 15e rég. ;

Dayon, 15e rég. ; Rey, 15e rég. ; de Brux, 16e rég. ; aff. 17e rég. ; Aussilloux, 16e rég. ; Bosq, 17e rég. ; Guichard, 18e rég. , aff. 9e rég. ; Labarthe, 18e rég. ; Renou, 18e rég., aff. 17e rég. ; Royer, 20e rég., aff. rég. Paris ; Pontet, 20e rég., aff. 8e rég. ; Sonrier, 20e rég., aff. 8e rég. ; Goujard, 20e rég., aff. rég. Paris.

Callot, des tr. de Tunisie, aff. rég. Paris; Apffel, tr. de Tunisie, aff. 6e rég. ; Akoum, tr. de Tunisie, aff. 19e corps armée ; Amphoux, tr. du Maroc, aff. 3e rég. ; Duflo, tr. du Maroc, aff. 3e rég. ; Barut, troupes du Maroc, aff. 14e rég. ; (21 mars 1933), Cérest, 14e rég. ; Porot, 19e corps armée ; (21 sept. 1933), Déplante, 14e rég. ; Méneault, 19e corps armée, aff. 14e rég. ; (24 sept. 1933), Picart, 20e rég., aff. rég. Paris ; (3 octobre 1933), Kaplan, rég. Paris.

(24 octobre 1933), Zakhajm, 16e rég. ; (21 janvier 1934), Spindler, 8e rég., aff. 13e rég. ; (2 février 1934), Luc Emeric de Chantal, 1re rég., aff. 2e rég. ; (26 avril 1934), Decraene, tr. du Maroc, aff. 1re rég.

Les pharmaciens sous-lieut. : (21 mars 1933), Rolland, rég. Paris; Petit, rég. Paris; Masson, rég. Paris; Martin-Lavigne, rég. Paris ; Gauduchon, rég. Paris ; Cougout, rég. Paris ; Chaigneau, rég. Paris ; Boyer, rég. Paris, aff. 4e rég. ; André, rég. Paris ; Clément, rég. Paris ; Bertrand, 1re rég. ; Mouy, 1re rég. ; Henne, 1re rég. ; Lamblin, 2e rég. ; Fouquet, 3e rég. ; Barbé, 3e rég. ; Cointement, 4e rég. ; Pascal, 4e rég.

Zolt, 5e rég. ; Krieger, 5e rég. ; Danchaud, 5e rég. ; Milhiet, 5e rég. ; Girard, 5e rég. ; Lebret, 5e rég. , aff. rég. Paris ; Lardé, 6e rég., aff. 2e rég. ; Malaquin, 6e rég., aff. 1re rég. ; Jeannin, 6e rég. ; Merville, 6e rég. ; aff. 1re rég. ; Vaudois, 6e rég. ; Wonner, 6e rég. ; Tischmacher, 7e rég. ; Mathieu, 7e rég. ; Blonde, 8e rég. aff. rég. Paris ; Rousseau, 8e rég., aff. rég. Paris ; Lescaroux, 9e rég. ; Nivaud, 9e rég., aff. 5e rég.

Bihel, 9e rég., aff. 4e rég. ; Pagnon, 9e rég. ; Le Breus, 11e rég. ; Roger, 11e rég. ; Bardiaux, 13e rég. ; Dufay, 13e rég., aff. 14e rég. ; Pernod, 14e rég. ; Paclet, 14e rég. ; Massot, 14e rég. ; Coutin, 14e rég. ; Larue, 14e rég. ; Gradel, 14e règ. ; Béruard, 14e rég. ; Boissenot, 14e rég. ; Carraz, 14e rég. , aff. 15e rég. ; Tourette, 15e rég. ; Goddé 16e rég., aff. 9e rég. ; Stivil, 16e rég. ; Podevigne, 16e rég. ; Feneyrou, 16e rég.

Vidal, 16e rég. ; Parent, 16e rég. ; Baronet, 17e rég. ; Brunet, 18e rég. ; Germain, 18e rég. ; Régner, 18e rég. ; Planès, 18e rég. ; Monsarrat, 18e rég. ; Tanazacq, 20e rég., aff. rég. Paris ; Revel, 20e rég. , aff. 7e rég. ; Raoul, 20e rég., aff. rég. Paris ; Moulin, 20e rég. ; Melet, 20e rég.; Lépice, 20e rég., aff. rég. Paris ; Hossard, 20e rég., aff. rég. Paris ; Herr, 20e rég., aff. 6e rég. ; Hecquet, 20e rég., aff. 1re rég. ; Grévin, 20e rég., aff. 7e rég.

Grangiens, 20e rég., aff. rég. Paris ; Bonnemain, 20e rég., aff. rég. Paris ; Bonnard, 20e rég. ; Hess, 19e corps armée, aff. 20e rég. ; Gasparoux, tr. de Tunisie, aff. 13e rég. ; Moinet, tr. de Tunisie, aff. 11e rég. ; Longequeue, tr. du Maroc, aff. 9e rég. ; Dutheil, tr. du Maroc ; (30 mars 1933), Daguin, 20e rég., aff. rég. Paris.

(10 mai 1933), Lacoste, 20e rég. aff. rég. Paris ; (21 septembre 1933), Willaume, rég. Paris ; Schmit, rég. Paris ; Rochard, rég. Paris ; Massuelle, rég. Paris ; Lesourd, rég. Paris ; Léger, rég. Paris ; Champart, rég. Paris ; Hutin, 1re rég. ; Delhay, 1re rég. ; Héry, 3e rég. ; Feutry, 3e rég. ; Harel, 3e rég. ; Reusse, 3e rég. , aff. rég. Paris ; Petit, 5e rég., aff. rég. Paris ; Gonnard, 6e rég. aff. rég. Paris ; Vieillescazes, 6e rég., aff. rég. Paris.

Pelou, 6e rég., aff. rég. Paris ; Rey, 7e rég., aff. rég., Paris ; Jéquier, 8e rég. ; Laporte, 9e rég., aff. 13e rég. ; Rousseau, 9e rég. ; Dersoir, 9e rég. ; Bessot, 9e rég. ; Rosin, 9e rég. ; Joët, 14e rég. ; Marquet, 14e rég. ; Lacoste, 17e rég. ; Demazan, 18e rég. ; Pégourie, 20e rég., aff. rég., Paris ; Dlesnis, 20e rég., aff. 15e rég. ; Luzy, 20e rég., aff. rég. Paris ; 20e rég., aff. rég. Paris ; Dupeyroux, 19e corps armée, aff. 13e rég. ; Bacri, 19e corps armée ; Guillon, tr. du Maroc, aff. 9e rég.

Par le même décret, sont promus et maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant.

Les méd. sous-lieut. : (21 mars 1934), Bergès ; (21 septembre 1934), Sacrez ; Sauvy ; (21 mars 1935), Girard ; Granjon ; Mercenier ; Bureu ; (21 septembre 1935), Carrière ; Causse ; Franchet ; Lespinat ; Plaussu ; Schneider ; Tusques ; Bock ; Burel ; Couët ; Pointeau ; Dancourt ; Heem ; Pernin ; de Renty ; Tison ; Faille ; Guillon ; Verhaeghe ; Diény ; Dupont ; Guillot ; Debouvry ; Penez ; Rinckenbach ; Lemaire ; Vannière ; Lair.

Hermann ; Barré ; Jooss ; Goby ; Martini ; Sexe ; Planson ; Marchand ; Martrou ; Couturier ; Doussinet ; Arradon ; Fleurance ; Fouché ; Lafarge ; Christiaens ; Léger ; Doucet-Bon ; Chastet ; Berger ; Carrière ; Bernard ; Castillon ; Durand ; Faysse ; Genevois ; Rack ; Samsoen ; Scherrer ; Bernard ; Farnarier ; Gallian ; Lamy ; Gosse ; Grouès ; Deleuze ; Bousquet ; Dulcy ; Esparcel ; Mazeran ; Serre ; Adnès ; Pradère ; Laurent.

Arjac ; Boyer ; Bouyssou ; Goumain ; Godard ; Beauvieux ; Esbelin ; Larrieu ; Grondeau ; Skosowski ; Singer ; Weis ; Vioget ; Adrian ; Frey ; Helluy ; Leclerc ; Mouton ; Blum ; Harmand ; Zablot ; Delort ; Lacoste ; Simeray ; Coste ; Lansac-Fatte ; Dilon ; Vallat ; Lavial ; Bernard ; Senellart ; Raphaël ; Magenc ; Martinon ; Vital ; Gillet ; Jublier ; Leprêtre ; Clary-Bousquet ; Meyer ; Martin ; Faugé ; Lafon ; Forster ; (22 septembre 1935), Eouzan ; (26 septembre 1935), Poncet ; (27 septembre 1935), Royer ; Courteheuse ; Devallet ; Pagès ; (28 septembre 1935), Lépine ; (1re octobre 1935), Degrave.

(Rang du 3 octobre 1935), Bochereau, Sachot ; (rang du 5 octobre 1935), Thibairenq ; (rang du 6 oct. 1935), Tiché ; (rang du 7 octobre 1935) Carlin ; (rang du 9 octobre 1935), Guyot, Casanova ; (rang du 10 octobre 1935), Géraud ; (rang du 13 octobre 1935), Jacquin ; (rang du 14 octobre 1935), Cottenceau.

Le Syndicat des médecins de Sanatoriums publics nous adresse, pour insertion, la communication suivante :

Syndicat des médecins de Sanatoriums publics

Le Syndicat des médecins de Sanatoriums publics a pris connaissance des sentiments et vœux exprimés par le Syndicat national des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire et regrette leur expression tendancieuse dépourvue de tout esprit confraternel et basée sur une interprétation inexacte des faits et des textes.

1° Les médecins de Sanatoriums publics usent de leur droit de consultation dans les conditions légales, n'enflent en aucune façon les budgets et s'étonnent que des confrères tentent de les priver d'un avantage légitime en portant contre eux des accusations sans fondement.

2° Les médecins des sanatoriums publics qui donnent des consultations payent une patente.

3° Les médecins des sanatoriums publics qui n'ont jamais pu empêcher l'installation de confrères ni l'essor de la lutte antituberculeuse nationale laissent à d'autres le soin d'apprécier dans ce domaine la part contributive et le désintéressement de leurs collègues du Syndicat national exerçant en clientèle libre.

Voir la suite page LXIII-605

PROPOS DU JOUR

En l'honneur de l'Espagne et de la science médicale espagnole

La célébration du vingt-cinquième anniversaire de l'Union médicale franco-ibéro-americaine (U.M.F.I.A.). Une leçon à retenir du Professeur Marañon, de Madrid

En 1912, deux médecins français, les Docteurs Dartigues et Gaullieur l'Hardy et un de leurs confrères espagnols, habitant Paris, le Docteur Bandelac de Pariente, fondèrent une Association dont pouvaient faire partie les médecins parlant la langue espagnole. Cette association s'étendit à toute la péninsule ibérique, puis à toutes les nations de l'Amérique latine. Elle prit le nom d'*Union Médicale francc-ibéro-américaine, d'Umfia*, diminutif proposé par Gaullieur l'Hardy et qui fit fortune. Elle ne tarda pas à compter plusieurs centaines d'adhérents.

Si la grande guerre la plongea dans un sommeil relatif, elle se réveilla en 1920 avec de prodigieuses ambitions. Elle voulut élargir ses cadres les trouvant trop étroits et étendre son action à toute la latinité. Avec une énergie peu commune, son président-fondateur Dartigues, bien secondé, parvint par son verbe enflammé, par ses écrits enthousiastes, à donner une vie intense à l'*Umfia*. Rien ne put résister à sa Foi dans le succès de son œuvre ; il ne se laissa désarmer ni par l'indifférence du plus grand nombre, ni par l'ironie méprisante des impuissants et des incapables, ni par les propos envieux de quelques jaloux. Il suivit sa voie à la poursuite de son idéal, indifférent aux obstacles qu'il sut vaincre, et, en 1927, ayant obtenu l'adhésion de l'Italie, puis de la Roumanie, il transforma l'*Umfia*, l'*Union médicale franco-ibéro-américaine*, en *Union Médicale latine*.

Aujourd'hui les adhérents de l'Union se comptent par milliers et sont répandus dans les deux hémisphères. Des centaines de participants prennent part à toutes ses manifestations, banquets, fêtes, conférences (Les Voix Latines). Les ambassadeurs des Nations latines, des hommes éminents dans les arts, les sciences et les lettres et même la politique, parfois le Président de la République, montrent par leur présence et souvent en les présidant, l'intérêt qu'ils portent aux fêtes de l'*Union Médicale latine*.

En somme, Dartigues a triomphé et au bout de vingt-cinq années son œuvre est en pleine prospérité.

Il fallait fêter dignement ce vingt-cinquième anniversaire et pour cela, on ne pouvait mieux faire que de remonter à l'origine de l'*Umfia* et de donner cette cérémonie jubilaire en l'honneur de l'Espagne et de la science médicale espagnole.

Dans ce but un grand banquet, comptant plus de 300 convives, a été donné le 3 février dans les salons du Palais d'Orsay. L'ambassadeur d'Espagne à Paris, S. Exc. de Cardenas y Rodriguez de Rivas, et le Professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, présidaient, assistés par le Professeur Marañon, de Madrid, une des gloires de la médecine, de nombreux diplomates de nations latines, par le Professeur Hartmann, président de l'*Académie de médecine* et de l'*A. D. R. M.*, par le docteur Pierre Fredet, président de la nouvelle *Académie de chirurgie*, par le Professeur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, et par de nombreux maîtres de l'Institut, du Muséum, de nos Facultés de médecine françaises, de nos hôpitaux parisiens. La présence de nombreuses dames donnait à la fête un caractère plus gai, presque familial.

Au champagne, le secrétaire général Molinéry, en une brève et chaleureuse allocution, très applaudie, exprima les regrets des personnalités marquantes, obligées de s'excuser, et indiqua l'importance de la célébration de ce vingt-cinquième anniversaire.

Le Président Dartigues avec sa fougueuse éloquence, résuma l'histoire de l'Umfia depuis sa fondation et rendit hommage à l'Espagne et

à ses très distingués représentants. Le Docteur Bandelac de Pariente lut une lettre du Professeur Martinez-Vargas, recteur honoraire de l'Université de Barcelone, exprimant son inaltérable attachement à l'*Union médicale latine.*

M. le Doyen Lépine prononça un discours d'une très belle tenue littéraire où, avec une éloquence pleine de distinction et une remarquable finesse d'esprit, il fit l'éloge de la science médicale espagnole et de son plus éminent représentant, le Professeur Marañon. Il rappela en passant que du sang espagnol conlait dans ses veines, car une de ses grand-mères était castillane.

Le Professeur Grégorio Marañon prit ensuite la parole. M. Marañon dont chacun sait l'importance des travaux et le grand renom de savant et de clinicien, est un brun au beau visage énergique qui donne l'impression d'une étonnante jeunesse. Son discours sortit de la banalité des congratulations coutumières. Il y exprima quelques leçons qui mériteraient qu'on en fit profit un peu dans toutes les nations.

La médecine, dit-il en substance, est une profession, un art et une science. Il ne faut pas que le professionnalisme, pris dans un sens étroit et malfaisant, nuise à la science médicale.

Il s'élève contre deux sortes d'abus. D'abord contre cette multiplication absurde de Congrès inutiles, encombrés de communications sans valeur, contre cette effarante abondance de publications de mauvaises observations, d'expériences mal conduites qui nuisent aux travailleurs sérieux en les trompant. On ne peut dans les recherches bibliographiques séparer les travaux consciencieux du fatras des mémoires sans portée. De sorte qu'il est préférable à celui qui veut faire œuvre utile de faire table rase de tout ce qui a été publié et de partir à pied d'œuvre. Ce déplorable abus qui nuit à l'activité du véritable travailleur, se double d'un deuxième encore plus dangereux, celui d'une abondance inouïe d'innovations thérapeutiques ne reposant sur aucune base scientifique et induisant le praticien en erreur (1).

Bien que de très nombreux assistants aient pu prendre leur part des leçons que donnait le Professeur Marañon, des applaudissements unanimes et prolongés accompagnèrent les conclusions du maître, rappelant ses auditeurs à la méthode et à la clarté latines.

S. Exc. de Cardenas y Rodriguez de Rivas, ambassadeur d'Espagne, clôtura la série des discours. Dans un fançais très pur, d'une correction remarquable et avec une diction parfaite, l'ambassadeur remercia au nom de l'Espagne les organisateurs de la fête et souhaita une grande prospérité à l'*Union Médicale latine.* Citant quelques pensées du célèbre médecin espagnol, Ramon y Cajal, et établissant un parallèle entre lui et le Professeur Maranon dont il lut aussi des maximes, il fit remarquer que ces deux grands savants méritaient la réputation de grands poètes et de grands philosophes qu'on leur attribue en Espagne.

Tous les discours prononcés furent salués par de triples bans et les convives se séparèrent, convaincus de la vitalité et de la puissance spirituelle de l'*Union médicale latine* dont la clarté bienfaisante rayonne sur la latinité toute entière.

J. Noir.

(1) Rappelons que Pasteur déplorait lui-même le verbiage médical : « Je leur apporte, disait-il en sortant d'une séance de l'Académie de Médecine, je leur apporte des expériences répétées et bien conduites et ils me répondent par des discours ».

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SYNDROMES PSEUDO-CHIRURGICAUX EN CLINIQUE MÉDICALE

Par le Docteur Ed. Maison
Chef de clinique à la Faculté

De nombreuses affections médicales dont le diagnostic n'offre pas de difficultés particulières lorsque leur symptomatologie se manifeste suivant le caractère habituel, se présentent dans d'autres cas suivant des modalités cliniques telles qu'elles en imposent pour une affection d'ordre chirurgical, c'est-à-dire comportant une sanction opératoire.

A ce titre, leur méconnaissance revêt une importance capitale, puisqu'elles exposent le malade à un acte chirurgical dont les conséquences peuvent être désastreuses, alors que dans de nombreux cas, elles sont justiciables d'une thérapeutique particulière qui, seule, peut apporter la guérison.

L'atmosphère chirurgicale est le fait d'une symptomatologie brutale se manifestant chez un sujet en parfaite bonne santé apparente.

La gravité initiale des symptômes réalise dans ces cas ce que l'on dénomme à juste titre : le « drame abdominal ».

Tantôt le tableau est celui d'une atteinte péritonéale diffuse ou localisée, tantôt des manifestations intestinales à type paralytique en imposent pour une occlusion, ou bien une symptomatologie à type de douleurs épigastriques pose le problème d'une ulcération perforante gastro-duodénale, tantôt enfin une manifestation viscérale isolée peut faire discuter les différentes affections chirurgicales susceptibles de frapper cet organe.

Les affections les plus variées peuvent se manifester cliniquement suivant ces différents aspects : des maladies infectieuses, des intoxications, des altérations endocriniennes, cardio-vasculaires ou du système nerveux peuvent être à l'origine de ces syndromes pseudo-chirurgicaux.

Dans un premier groupe de faits, nous étudierons les manifestations intestinales et péritonéales survenant au cours des maladies infectieuses, des septicémies ou des bactériémies.

Les formes pseudo-chirurgicales de la fièvre typhoïde. *L'appendiculo-typhus* en constitue une des manifestations les plus fréquentes. La localisation prédominante des lésions intestinales sur le segment terminal de l'iléon, l'atteinte fréquente de l'appendice cæcal qui, par sa richesse en tissu lymphoïde a été comparée à une plaque de Peyer enroulée en tube, explique que les symptômes douloureux abdominaux se localisent surtout dans la fosse iliaque droite. Que les manifestations douloureuses aient débuté brusquement dans une dothiénentérie à début brutal comme Widal, Abrami, Brissaud et Weissembach, Vincent, Moutard-Martin, Siredey en ont rapporté des exemples, on comprend parfaitement que le premier diagnostic qui vienne à l'idée soit celui d'appendicite aiguë en présence d'une douleur provoquée par la pression dans la région iléo-cæco-appendiculaire. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de pratiquer dans tous les cas d'appendicite aiguë, un examen général du malade. Dans certains cas, l'attention peut être attirée par le début un peu traînant des malaises, par l'évolution progressive des symptômes, par l'importance précoce du météorisme abdominal. L'examen du pouls et de la température apportent un élément important pour la réforme du diagnostic d'appendicite. Il faut faire le plus grand cas d'une dissociation même légère entre le pouls et la température.

La constatation d'une splénomégalie même modérée, voire de quelques tâches rosées, constitue enfin l'élément ultime qui fera pencher le diagnostic vers l'appendiculo-typhus que les examens biologiques viendront ultérieurement confirmer. En l'absence d'une complication telle que l'évolution vers la péritonite par perforation, le traitement sera celui de la fièvre typhoïde. Mais le pronostic de ces dothiénentéries à début appendiculaire est particulièrement sérieux, car elles traduisent l'importance de l'atteinte des plaques de Peyer. Les hémorragies intestinales, la péritonite par perforation viennent avec une particulière fréquence compliquer leur évolution. C'est dire avec quelle attention il faudra surveiller l'état abdominal de ces malades, si l'altération du facies, l'accentuation même minime

des douleurs ou des hémorragies répétées font craindre une aggravation du processus ulcéreux. L'accentuation et la diffusion de la contracture, difficiles d'ailleurs à apprécier chez un malade prostré, doit faire craindre la perforation. L'appendicite typhique ne se différencie plus alors d'une appendicite aiguë sinon par son extrême gravité et l'intérêt capital de l'intervention chirurgicale pratiquée d'urgence.

Le syndrome pseudo-péritonéal du collapsus typhique.—Le syndrome est caractérisé par l'apparition d'un météorisme abdominal intense accompagné parfois de contraction musculaire, de hoquets, d'un facies véritablement péritonitique et en impose pour une véritable péritonite par perforation, si bien que l'on discute la nécessité d'une intervention chirurgicale. Mais à ce syndrome péritonéal s'associe un syndrome de collapsus cardio-vasculaire caractérisé par un effondrement de la tension artérielle, de la tachycardie, de la cyanose. Quoique son pronostic soit infiniment plus grave que le collapsus simple, le collapsus cardio-péritonéal a pu, dans certains cas, guérir par une thérapeutique énergique : injections intraveineuses d'adrénaline, d'ouabaïne.

Les manifestations abdominales à type d'appendicite aiguë se retrouvent également dans les septicémies dues aux germes les plus variés : streptocoques, pneumocoques, staphylocoques, gonocoques, et dans les endocardites malignes. Dans certains cas, la septicémie reste méconnue et peut ne s'extérioriser pendant quelque temps, du fait d'un processus embolique unique, que par des symptômes localisés réalisant ainsi une des formes régionales décrites par Eichorst. Parmi celles-ci, la plus connue est la forme méningitique mais il a été observé des formes intestinales ou péritonéales qui, dans certains cas, en ont imposé pour une appendicite aiguë, une péritonite primitive, jusqu'à ce que la constatation d'une splénomégalie douloureuse, d'éléments purpuriques, ou d'une endocardite viennent réformer le diagnostic que confirmera là encore l'hémoculture..

La forme, pseudo-appendiculaire de la pneumonie est observée presque exclusivement chez l'enfant chez lequel le siège franchement abdominal du point de côté joint à l'importance des vomissements peut en imposer pour une appendicite aiguë, d'autant plus que la contracture abdominale peut manquer dans l'appendicite la plus authentique de l'enfant. Il faudra donc pratiquer un examen pulmonaire soigneux, rechercher le skodisme sous-claviculaire, l'existence d'un souffle tubaire ou de râles crépitants à l'examen soigneux de l'aisselle avec le stéthoscope, à moins que l'existence d'un herpès buccal ou anal ne viennent mettre d'emblée sur la voie du diagnostic.

La migraine à forme abdominale sur laquelle a insisté récemment le Professeur Debré, doit également être envisagée chez l'enfant. Par l'existence au cours de son évolution de manifestations abdominales douloureuses et de vomissements importants, elle peut être prise pour une appendicite dont on connaît la fréquence et le caractère atypique chez l'enfant. En faveur de la migraine, plaideront la diffusion de la douleur, l'absence de localisation précise et de contractures véritables, l'absence de syndrome infectieux et surtout la notion de terrain arthritique souvent familial et de crises de migraines typiques avec céphalée unilatérale.

Les formes abdominales du purpura étudiées par Guinon et Vieillard en 1907, Lavallée, 1911, s'observent surtout chez les enfants et presque exclusivement dans le purpura rhumatoïde. Dans certains cas, cette affection se manifeste par des crises abdominales paroxystiques caractérisées par des douleurs violentes, des vomissements fréquents ou même incoercibles, des selles sanglantes dysentériformes parfois remplacées par une constipation opiniâtre, une rétraction de l'abdomen ou du météorisme. On a même noté une altération grave du facies qui prend l'aspect péritonéal. Ces crises coïncident avec l'éruption cutanée du purpura, mais parfois elles la précèdent de plusieurs jours. On comprend que le diagnostic a pu être porté d'appendicite aiguë, ou d'invagination intestinale à cause du melæna. Dans certains cas, le diagnostic a pu rester hésitant jusqu'à l'apparition de quelques pétéchies ou de douleurs articulaires.

Malgré leur apparente gravité, ces crises abdominales du purpura rhumathoïde se terminent habituellement par la guérison. Leur pathogénie est encore discutée, on invoque soit une poussée de purpura intestinal ou péritonéal soit des lésions toxi-infectieuses de la moelle ou du système sympathique.

Les formes abdominales du rhumatisme articulaire aigu. — Au cours du rhumatisme articulaire aigu typique, il existe parfois des manifestations douloureuses abdominales d'allure paroxystique qui prennent l'aspect d'une réaction appendiculaire péritonéale, voire vésiculaire. Ces formes atypiques du rhumatisme articulaire aigu sur lesquelles a insisté Grenet, et dont MM. Guttmann, Beaugeard et Mlle Abadie publiaient récemment encore une belle observation (compte rendu de la S. M. H. P., 20 avril 1934), ont pu en imposer pour une appendicite et Grenet signale des cas de malades opérés d'urgence.

Existe-t-il des formes pseudo-chirurgicales au cours du rhumatisme articulaire aigu, atypique, abarticulaire ? Elles n'ont, en réalité jamais été observées à l'état de pureté. La seule preuve de leur existence en dehors de la survenue d'une attaque de rhumatisme articulaire franc et de l'installation d'une cardiopathie serait leur curabilité rapide par le salicylate de soude. Le pronostic des formes abdominales du rhumatisme articulaire aigu n'est d'ailleurs pas toujours bénin; parfois, l'affection revêt un type malin, l'évolution se faisant vers la mort dans un cortège de localisations viscérales multiples: telle est l'observation de Grenet, Sauvé et A. Guérin qui relatent un cas de cholécystite rhumatismale probable avec fièvre élevée tombant rapidement par l'administration de salicylate de soude, mais qui se complique d'une lésion endopéricardique qui détermine la mort dans l'asystolie, l'hémoculture étant restée constamment négative.

Au cours des intoxications, on peut observer également des manifestations abdominales paroxystiques. C'est le cas de l'auto-intoxication de l'*acidose diabétique*.

Ces manifestations consistent en douleurs très violentes accompagnées de ballonnement du ventre. Leur siège est fréquemment épigastrique et M. Lereboullet a insisté sur l'épigastralgie prémonitoire du coma. Dans certains cas, leur intensité et leur diffusion est telle qu'elles en imposent pour une péritonite aiguë, une appendicite, réalisant les formes péritonitiques décrites déjà par Jaccoud. En général, leur survenue au cours de l'évolution d'un diabète grave impose le diagnostic d'intoxication par les corps cétoniques que la recherche de stigmates urinaires à l'aide de réactions de Gerhardt et de Legal permettra de déceler et que la diminution de la réserve alcaline du sang viendra confirmer en en montrant le degré de gravité.

Mais lorsque le diabète n'est pas connu, ou dans les cas du diabète de l'enfant chez lequel les symptômes abdominaux prennent souvent la première place, le diagnostic des manifestations péritonéales peut rester hésitant, éventualité redoutable étant donnée l'urgence qu'il y a à instituer le traitement insulinique, élément indispensable de guérison. Aussi comprend-on la nécessité de rechercher systématiquement et d'urgence les stigmates urinaires de l'acidose en présence de tout syndrome douloureux abdominal dont la nature n'apparaît pas évidente.

Au cours des altérations endocriniennes.

Les manifestations gastro-intestinales sont constantes au cours de l'évolution de l'insuffisance surrénale aiguë ou progressive. Elles consistent en troubles gastriques avec prédominance de vomissements, en troubles intestinaux, la constipation alternant avec des crises de diarrhée profuse pouvant simuler un empoisonnement et enfin en manifestations douloureuses lombo-abdominales spontanées, mais cependant souvent influencées notamment par la pression à l'extrémité antérieure des 12e côtes. Dans certains cas, les douleurs s'étendent à tout l'abdomen et réalisent par leur intensité un véritable tableau de péritonite aiguë (formes pseudo-péritonéales de la maladie d'Addison de Netter et Nattan-Larier). Le plus souvent, ces manifestations abdominales paroxystiques surviennent au cours de l'évolution d'une insuffisance surrénale manifeste. Elles traduisent une poussée aiguë d'insuffisance surrénale et sont provoquées par une fatigue ou tout autre cause occasionnelle. A ce titre, elles sont justiciables d'un traitement médical d'urgence : les injections à fortes doses et répétées d'hormones cortico-surrénales dont on doit la découverte aux biologistes américains Stewart et Logoff, puis à Hartmann, Swingle et Piffner qui obtinrent un peu plus tard des extraits particulièrement actifs. A ce traitement hormonal, on associera des traitements plus récents et également particulièrement actifs par le chlorure de sodium et la cystéine en injections intra-veineuses. Grâce à cette thérapeutique, R. Rivoire est arrivé à faire céder plusieurs cas d'insuffisance surrénale aiguë caractérisés notamment par l'importance des troubles digestifs et des douleurs abdominales.

Mais bien plus délicat est le diagnostic des manifestations abdominales paroxystiques qui surviennent comme premier symptôme d'une insuffisance surrénale jusque-là latente alors que manque le symptôme le plus objectif, la pigmentation bien particulière. Mais dans ces cas, l'examen de la tension artérielle révèle toujours une hypotension considérable atteignant les chiffres de 9, 8 et même moins quant à la maxima. Il faudra toujours se méfier d'un symptôme douloureux abdominal paroxystique survenant au cours d'une telle hypotension et avoir présent à la pensée l'existence des insuffisances surrénales aiguës se manifestant brutalement par une symptomatologie pseudo-chirurgicale.

Syndromes pseudo-chirurgicaux abdominaux d'origine réflexe.

1° Au cours de la colique néphrétique, les manifestations digestives sont des plus fréquentes et consistent en nausées et en vomissements alimentaires ou bilieux qui sont presque constants mais qui sont parfois remplacés par de la flatulence et des douleurs dues à la distention gazeuse de l'abdomen. Dans certains cas, le météorisme abdominal peut être considérable et s'accompagne d'une constipation opiniâtre, d'arrêt complet des matières et des gaz. Ce tableau

ainsi réalisé simule une obstruction intestinale, c'est la forme pseudo-occlusive de la colique néphrétique déjà signalée par Guyon et bien étudiée par Quénu.

Le diagnostic de cette forme particulière de colique néphrétique est bien souvent extrêmement difficile à faire avec une occlusion intestinale et il est arrivé dans certains cas que l'erreur de diagnostic ou l'incertitude a conduit le malade à l'opération qui a montré que les symptômes étaient sous la dépendance d'un iléus réflexe dont la véritable origine est éclaircie par l'émission d'un calcul dans les urines.

D'après Quénu, on se basera pour faire le diagnostic d'une pseudo-occlusion due à une lithiase rénale, non pas sur le peu d'altération du facies, ni sur la persistance de quelques évacuations gazeuses par l'anus, ni sur la conservation d'un bon état *général, signes qui peuvent* exister dans l'occlusion vraie, mais on tiendra grand compte des caractères particuliers de la douleur, toujours intense dans la colique néphrétique, qui est le symptôme le premier en date, précédant de longtemps l'arrêt des gaz et des matières.

On sera frappé par l'absence de bruits intestinaux, véritable « silence intestinal » et par le peu de sensibilité du ventre au palper dans l'intervale des crises. On ne manquera pas de pratiquer l'examen des urines qui peut déceler l'existence de dépôts uratiques abondants ou d'une hématurie occulte.

L'existence d'antécédents de lithiase doit faire suspecter d'emblée la possibilité d'une pseudo-occlusion lithiasique. Dans les cas de doute, il faudra avant d'intervenir pratiquer une exploration radiologique intestinale et rénale.

2° AU COURS DU TABES, un tableau de pseudo-occlusion intestinale peut se manifester également.

La symptomatologie se réduit d'ailleurs à une constipation opiniâtre qui s'accompagne d'une parésie intestinale et d'une météorisme important. Lorsque ces symptômes surviennent précocement au cours d'un tabes fruste, le diagnostic peut être très difficile.

La persistance d'un bon état général, malgré la durée des symptômes d'occlusion doit attirer l'attention et de même qu'en présence de manifestations douloureuses épigastriques frappant par leur brutalité et leur intensité, ou de troubles urinaires non explicables par l'exploration vésico-prostatique, on pense à la possibilité d'une crise gastrique du tabes ou de troubles sphinctériens tabétiques, de même la constatation d'un syndrome de pseudo-occlusion mal défini doit inciter à rechercher systématiquement les symptômes du tabes. L'existence d'une aréflexie tendineuse, d'une anomalie pupillaire doit faire suspecter l'atteinte médullaire que viendra confirmer parfois l'apparition d'une manifestation plus typique, crise viscérale ou douleurs fulgurantes, ou la découverte d'une sérologie positive.

3° *Au cours des lésions cardio-vasculaires* enfin on peut noter l'apparition brutale de manifestations abdominales d'allure très graves qui peuvent réaliser un véritable tableau pseudo-chirurgical. C'est, avant tout le fait de l'INFARCTUS DU MYOCARDE, dans sa forme *épigastrique* (état cardio-gastro-angineux de Lian et Pollet, état cardio-gastro-péritonéal de Gallavardin), caractérisée par des douleurs violentes accompagnées de nausées, de vomissements, de hoquets, de diarrhée ou de constipation avec météorisme, et d'un véritable état de schok.

On rattachera ces symptômes à leur véritable origine, l'ischémie myocardique par oblitération coronarienne, à l'aide de symptômes propres à cette affection :

— des antécédents cardio-vasculaires du malade ;

— des irradiations hautes, rétro-sternales et au membre supérieur gauche, de la douleur angineuse ;

— des symptômes de collapsus vasculaire : l'effondrement tensionnel, accessoirement le frottement péricardique.

En cas de doute, avant de recourir à une laparotomie exploratrice, on aura recours à un examen spécial : l'électrocardiographie qui montrera des altérations bien particulières du complexe ventriculaire dont la valeur diagnostique est considérable.

Nous voyons donc l'importance d'un examen médical bien conduit, en présence d'un syndrome abdominal paroxystique qui éveille à première vue l'idée d'une affection de nature chirurgicale.

C'est par un examen général systématique, par des recherches bactériologiques et biologiques que s'éclairera la vraie nature des symptômes alarmants présentés par le malade et contre lesquels sera app iquée une thérapeutique appropriée : traitements anti-infectieux, salicylate de soude, insuline, extraits cortico-surrénaux et rechloruration, sédatifs nerveux, antispasmodiques ou tonicardiaques selon le cas.

L'EXAMEN EN CLIENTÈLE DU SEGMENT ANTÉRIEUR DE L'ŒIL MALADE PAR LE PRATICIEN, NON SPÉCIALISTE

Docteur TERSON (1)

Le praticien, tôt ou tard, mais forcément, voit *le premier et seul*, un œil atteint d'un traumatisme, d'une complication de maladie générale, d'une affection oculaire quelconque, d'un trouble visuel, subit ou lent, sans lésion apparente. Parfois contraint d'agir d'urgence, il doit, en tous cas, apprécier la situation, si spéciale qu'elle soit, et donner un avis, positif, hypothétique, négatif, mais motivé.

Tout cela comporte un examen immédiat, élimination des grosses erreurs et des fautes lourdes, précisant ce qui peut être précisé, exécutant ce qui peut être exécuté, sans ou avant l'intervention du spécialiste.

Ce dernier dispose de son expérience et de son matériel particuliers. Et cependant nous affirmons qu'un examen simple, souvent décisif, à la portée de tout praticien patient, méthodique et de bonne volonté, permet une exploration déjà très concluante des annexes de l'œil, des paupières, de l'orbite et du sac conjonctival. Il en est de même de la région antérieure de l'œil, sclérotique, cornée, chambre antérieure, iris, pupille et son domaine, aspect cristallinien.

Nous affirmons encore qu'avec une méthode raisonnée et un très petit nombre d'instruments, conduits avec une habileté et une délicatesse moyennes, cette exploration donne des résultats rapides, et fréquemment suffisants.

Trop souvent encore, sous prétexte qu'il n'est pas outillé, qu'il peut faire plus de mal que de bien, qu'il est pressé, le praticien n'entreprend pas cet examen et se borne, en temps utile, à donner l'adresse d'un ophtalmologiste qui sera consulté dans un délai trop variable. Le praticien, pressé ou ne se rendant pas compte du danger, ne procède pas à cet examen à temps : un ou plusieurs jours se passent devant les yeux fermés ou vus de loin, d'un enfant photophobe, devant des yeux rouges dont l'ulcère superficiel n'attire pas l'attention et, sans multiplier les exemples, lorsque les événements forceront à l'exploration, les dégats ne seront ni toujours, ni entièrement réparables ; on pourra trouver la cornée perforée ou pire encore.

Il faut donc voir par soi-même, au plus tôt, *tout de suite*. Comment voir sans danger, sans douleur, sans difficultés insurmontables ? Le voici, et ici pour voir, il faut toucher.

Voir d'abord AU GRAND JOUR, et ne pas croire qu'il faut omettre cet examen ou se borner à lui. Le jour est indispensable pour juger des couleurs des yeux enflammés, des taches diverses possibles. L'examen avec une lumière artificielle en chambre obscure le complète nécessairement, mais ne doit pas le remplacer, malgré son importance supérieure et terminale.

Le jour ne doit pas venir en face du malade, qu'il éblouit, qu'il gêne, dont il contracte les pupilles et les paupières. Le malade est donc placé, le jour venant *de côté*, et même, dans son lit, la tête peut être disposée dans ce but.

Il s'agit d'un ADULTE, car l'examen des *enfants* demande des précautions supplémentaires que nous grouperons tout à l'heure.

Alors, mains savonnées ou passées à l'alcool, vous examinez la forme et la situation, comparées des deux côtés, des sourcils et des paupières, de leurs bords, des cils et des points lacrymaux, bien placés ou déviés, de la saillie oculo-orbitaire. D'un coup de pouce ou d'index, vous appuyez sur le *sac lacrymal* pour le « traire » et vérifier s'il en sort, sous la pression, du muco-pus ou des larmes sales qui refluent vers l'œil, par le méat lacrymal. Puis, aussi vite, mais aussi nettement, vous notez l'état de la sclérotique et ses teintes, ses vaisseaux, l'aréole vasculaire péricornéenne des yeux à cornée ou iris malades, les veines gorgées, « en sangsues », du glaucome chronique, les néoformations bénignes (pinguecula, etc.), ou malignes éventuelles. Le reste de l'examen de l'œil antérieur se fera pour le mieux à la lumière artificielle ; c'est pourquoi, tant que vous vous trouvez au jour, il faut savoir maintenant, et non supposer, ce qui se passe *derrière les paupières*, derrière les volets de l'œil, et enfin, après avoir vu, de vos yeux vu, ce qui se passe derrière les volets palpébraux, il faut aller encore plus loin, et savoir, et non supposer, ce qu'il y a dans les culs-de-sac, dont l'un, le supérieur, est immense, reculé, rarement exploré ou bien exploré — qui entourent l'œil d'une poche muqueuse et lubréfiante, condition de sa mobilité facile et de l'intégrité de sa transparence kératique.

D'abord, le *cul-de-sac* INFÉRIEUR. Ici rien que de simple et d'ultra-rapide. L'index ou le pouce, appuyés doucement sur le bord ciliaire inférieur,

(1) Ce travail venait d'être terminé lorsque le Dr Terson fut victime de l'accident aux suites duquel il succomba, il y a quelques mois. En publiant cet article posthume, nous adressons un souvenir ému à la mémoire de notre très regretté collaborateur.

La Rédaction.

l'attirent en bas et le fixent *fermement,* sur l'os sous-jacent. Ce cul-de-sac muqueux surgit, fait hernie, si le malade, sur votre injonction, *regarde en haut,* il se montre, sans erreur ni omission possibles, en entier. Son contenu anormal, liquide (pus, filaments, corps étrangers, etc.), solide (granulations, follicules normaux ou grossis, etc.),est en évidence de diagnostic et d'intervention.

Pour le CUL-DE-SAC SUPÉRIEUR, les difficultés, réelles, seront surmontables. Mais, comme prologue, retournons la paupière supérieure, *ce qui n'est que la première moitié de l'examen,* disons-le une fois pour toutes.

Tout praticien doit ou devrait savoir réaliser ce premier temps et cependant quelques-uns ne s'y hasardent pas ou ne s'y hasardent plus.

Ceux qui ne s'y hasardent pas ont été mal instruits. Ils ont vu certains ophtalmologistes prendre entre le pouce et l'index de la main gauche, à plein bord ciliaire, la paupière et la retourner, d'un seul coup et d'une seule main. Ce petit et brusque tour de force étonne certes les badauds, est assez désagréable au malade et donne aux praticiens et à l'étudiant l'impression d'un « tour de maître », que seul le spécialiste peut et doit exercer avec virtuosité ; mais, qu'après maints essais pénibles et avec certains doigts assez gros, on réussira, ou l'on ne réussira pas. Ce tour de force est non seulement plutôt nocif, car il peut blesser une cornée saine ou déjà ulcérée mais, sauf pour la galerie, il est totalement inutile. Laissons-le aux manchots qui ne pourraient pas faire autrement, et agissons avec calme. Disons au malade assis en face de nous sur une chaise un peu basse. Regardez en bas, vos genoux ou vos pieds, fixement, *tant que je ne vous dirai pas de regarder en haut* ; je n'ai aucun mal à vous faire ». Vous saisissez entre votre index et votre pouce gauche, les cils du patient (ou un peu de la peau au-dessus des cils, si ceux-ci manquent). Vous attirez vers vous la paupière, puis, avec votre *petit doigt* (toujours assez petit) de la main droite, vous appuyez sur le haut de la paupière supérieure : le tarse bascule sous votre petit doigt, et la face profonde du volet palpébral est retournée ; elle est à l'air. Vous tenez un instant fixée contre le rebord osseux orbitaire supérieur la paupière étalée, où vous trouvez le corps étranger, l'ulcère, les granulations, les concrétions, les néoplasies éventuelles, ou la rougeur et l'inflammation supposées, ou un état normal, qui n'est pas moins important à préciser. « Regardez au plafond, dites-vous» et la paupière reprend instantanément sa place.

Si votre petit doigt ne vous réussit pas, employez pour luxer la paupière un très petit instrument mousse, stylet de trousse, sonde cannelée, ou un objet de ménage (passe-lacet, allumette lisse). Au besoin, l'U d'une épingle à cheveux, une *pièce de monnaie* un peu mince, large, pas trop, une pièce de un franc par exemple, tenue entre le pouce et l'index droit, fait très bien basculer le tarse et s'insinue aisément dans le sinus cutané qu'elle crée : de même une carte de visite repliée.

Tout cela s'est passé sans douleur, *cito et tuto,* si 1° vous avez su persuader votre malade de se laisser aborder ; 2° s'il a tenu la tête fixe, ou appuyée à un dossier ou à un meuble ; 3° s'il a regardé *constamment* en bas.

Ne triomphez pas. Tout n'est pas fini. La boutique sous palpébrale et périoculaire supérieure a deux compartiments. Vous avez vu la boutique, le théâtre. L'arrière-boutique, la coulisse restent totalement cachées, malgré la paupière bien renversée, et souvent il s'y cache aussi des lésions ou des habitants d'un volume parfois *monstrueux.*

Comment visiter cette caverne inexplorée, ou mieux comment la *voir* avec la même totale *évidence* que la conjonctive de la paupière supérieure ?

Voyons ce qui se faisait autrefois et ce qui se fait quelquefois encore dans les mains des *ophtalmologistes.*

Nos maîtres, soupçonnant un corps étranger que le retournement palpébral n'avait pas montré, passaient dans le cul-de-sac, derrière la paupière renversée, une curette mousse (à cataracte) pour « récurer » le fossé muqueux invisible : ils ramenaient quelquefois un corps étranger en tout ou en partie (on cite des cas où on a ramené un jour le corps d'une mouche et le lendemain, sa tête), ou s'il était pointu, l'enfonçaient dans la muqueuse au lieu de l'en tirer. D'autres soulevaient l'arête tarsale de la paupière retournée, avec un crochet à strabisme et essayaient de voir ce qui se passait derrière : vision incomplète et précaire. Quelques-uns prétendaient qu'en pressant violemment sur l'œil avec la paupière inférieure, la paupière supérieure étant maintenue renversée, un peu du cul-de-sac supérieur, de toutes parts, faisait hernie : pressions dangereuses et résultat presque nul.

Dès 1895, j'ai essayé, et peu après publié, de placer un vulgaire releveur de Desmarres, creux en avant, sur la *peau* de la paupière supérieure, en haut du tarse et de le faire basculer. En appliquant fortement sur le front le manche de l'instrument, on voit le cul-de-sac muqueux à peu près en entier surtout si avec mon modèle de releveur, plus creux que celui de Desmarres et à manche oblique, on a une action plus sûre.

Depuis j'ai créé un instrument spécial à manche cannelé roulant comme une cigarette entre les doigts, et qui a connu un succès mondial sous le nom de *propulseur du cul-de-sac conjonctival supérieur,* pour l'examen intégral et aussi le traitement intégral de ce cul-de-sac.

Cet instrument (*Fig.* 1) permet d'examiner les deux yeux, car il passe (toujours tenu de la main droite), aisément sur la racine du nez quand, après l'œil droit, on veut examiner l'œil gauche. Il faut demander (maison Moria-Dugast) l'instrument simple « *creux en avant et à gauche*).

En voici la manœuvre, simple et instantanée pour un ophtalmologiste, facile à apprendre en une minute par un praticien à qui on la « montrerait », s'il n'arrive pas à la réaliser du premier coup.

a) Le malade doit avoir, si possible, la tête droite mais appuyée (mur, dossier de fauteuil) ou soutenue. Il ne faut pas qu'il recule, quoiqu'on n'aie aucun mal à lui faire;

Fig. 1.

b) Il doit regarder, sans trêve, *en bas* (ses genoux ou le plancher), aussi bas qu'il le peut, et ne doit pas regarder en haut, sauf avis contraire ;

c) L'instrument, tenu de la main droite, est placé *sur la peau* (jamais sous la paupière) et son anse mise presque verticalement, appuie par son bord juste au-dessus de la partie élastique et dure (tarse) de la paupière supérieure ;

d) On appuie, la paupière supérieure se retourne : vous continuez à enrouler la paupière et sa suite muqueuse, en roulant le manche doucement, mais fermement dans vos doigts. La paupière est déroulée : tout le cul-de-sac muqueux, propulsé, apparaît à ciel ouvert (*Fig.* 2). Vous avez retourné la pieuvre comme un gant ;

e) Vous examinez (vous traitez au besoin, corps étrangers, granulations, cautérisations, raclages, etc.), puis vous laissez la paupière reprendre sa place, en roulant le manche en sens inverse et en disant au malade : « Regardez en haut ». Et c'est fini. Le malade n'a ressenti, quoique sans aucune anesthésie locale, qu'un tiraillement léger : il n'a pas souffert. Je répète qu'il doit avoir sa tête immobile et ne la remuer sous aucun prétexte.

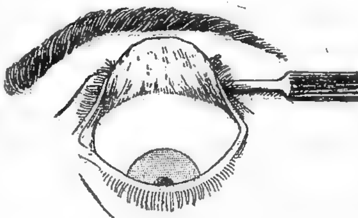


Fig. 2.

Si vous voulez « chausser » de même la paupière avec un simple releveur, vous l'employez de même, *toujours creux en avant et toujours sur la peau*, et vous obtenez un résultat le plus souvent suffisant, mais moins complet.

Vous obtenez ainsi, instantanément, à la fois le retournement palpébral et le retournement à ciel ouvert, de l'immense cul-de-sac muqueux supérieur.

Voilà donc chez l'adulte, chez l'adolescent, souvent chez l'enfant raisonnable et bien élevé, les uns et les autres préparés, ou apprivoisés par quelques paroles calmes, claires, souriantes, mais sans exagération, l'examen intégral péri-oculaire réalisé sans douleur, avec une rapidité sans brusquerie, *festinando lente*... telle est la règle..., dans les 9/10es des cas.

Il y a les exceptions à toute règle : les rebelles, volontaires et involontaires. Ces derniers sont ceux qui ont des paupières extrêmement gonflées, tendues et douloureuses (ophtalmie blennorragique, phlegmons orbitaires, etc.), ou ce sont de très petits enfants inconscients ou inabordables. Les volontaires sont extrêmement rares. Il y a le monsieur ou la dame qui vous dit, quoique vous lui ayiez promis l'indolore : « Je n'accepte pas qu'on me retourne la paupière », et qui vraiment ne vous laisseront pas les toucher. Il y a les timorés qui acceptent, mais qui s'enfuient dès que vous tenez les cils de la paupière à retourner, et qui, même à une seconde expérience, fuient encore, en criant : « C'est plus fort que moi», vaginisme ophtalmologique et purement moral, puisqu'ils ne ressentent aucune douleur.

Vous abandonnez les rebelles volontaires à leur sort et quant aux involontaires, il y a toujours la ressource de coucher le malade et, après forte anesthésie par instillation et injection, au-dessus du bord ciliaire, de quelques *gouttes* de novocaïne forte (4 % adrénaline qui déforme peu), de saisir à plein et horizontalement la paupière avec une pince à arrêt, qui nous permet d'enrouler sur elle la paupière. Notre pince à pression continue, à mors étroits, est, de beaucoup, l'instrument le plus doux pour cette manœuvre et lâche la paupière aussi instantanément qu'elle l'a prise. Tout cela est plutôt affaire d'ophtalmologiste quoique pouvant être bien réussi par un praticien qui a quelque habitude ophtalmologique et qui l'a vu faire une ou deux fois, comme tout ce qui précède et ce qui suit.

II

Vous avez ensuite le devoir d'examiner la partie oculaire accessible à votre œil nu, le *segment antérieur de l'œil* (cornée, iris, pupille, territoire pupillaire du cristallin). Ayez une loupe quelconque, pas trop grande et une lampe électrique de poche.

La lumière artificielle doit ici toujours *interve-*

nir. La chambre est obscurcie par des rideaux, des draps, etc. Il m'est arrivé, dans certaines occasions, où une obscurité suffisante était impossible à obtenir, de recouvrir la tête du malade et la mienne par une vaste étoffe légère, plutôt noire (lustrine, etc.) (ma chambre noire de poche) et de nous mettre ainsi — sous voile et en plein jour — dans une nuit convenable où je manœuvrais avec ma lampe électrique et une loupe, parfois même l'ophtalmoscope, la lampe étant alors tenue par le malade à hauteur de son oreille.

L'électricité est naturellement préférable à toute source lumineuse (bougie, lampe à pétrole, qui, cependant valent ici mieux que celle du jour). On vous proposera d'amener près du malade des lampes portatives. Leur verre non dépoli laisse un éblouissement aussi pénible au malade qu'à vous-même. Là encore pis-aller et tenir la lampe de côté.

En outre, toutes ces sources, et même une lampe banale de poche, ont le défaut de se diffuser, de ne pas se localiser sur l'œil examiné, la lumière reste dispersée, vague. Vous pouvez la grouper sur l'œil avec la loupe tenue latéralement, mais vous pouvez agir souvent sans cette loupe.

C'est pourquoi, depuis bien des années, nous avons adapté à une lampe de poche, ayant son ampoule, non sur le bord, mais *sur le ventre du boîtier*, un spéculum auriculaire qui se visse ou, dans un autre de mon modèle, se fixe à frottement autour du cadre de l'ampoule. Nous en avons divers exemplaires de longueur et d'ouverture différente.

Ce projecteur concentre la lumière ; sa fusée caresse la cornée en éclairage *latéral* — constamment latéral — et rasant, en détermine les lésions, couche par couche (ulcères, taies, foyers interstitiels, corps étrangers), explore la sous-cornée (chambre antérieure et son contenu pathologique), l'iris, l'aire pupillaire du cristallin (cataractes, corps étrangers). Aucun appareil n'est meilleur pour examiner les formes et *réactions pupillaires* de toute sorte, Argyll en tête.

Quand il vous semble que la pupille n'est pas régulière et mobile, il est bon, si la pupille est étroite, de la dilater légèrement, NON *avec l'atropine* qui empêchera, une semaine, le malade de lire, l'affolera et peut lui donner une hypertension glaucomateuse, mais avec quelques gouttes de cocaïne (1/20), ou d'éphédrine (1/30). La vision est peu ou pas troublée et la mydriase est passagère, avec très peu d'éventualités hypertensives.

Alors apparaîtront souvent les adhérences, les *franges* pupillaires, d'une iritis aiguë ou chronique, et, parfois, les opacités du cristallin, mises largement à nu.

Si vous avez une loupe sur vous ou si le malade possède une loupe de bureau, vous la tiendrez avec la main gauche *au devant* de l'œil, et non plus latéralement, et cette loupe grossira et montrera plus vite et plus complètement les détails de l'œil antérieur, examiné sous la fusée de la lampe que vous tenez de la main droite.

Tant que vous êtes au devant de l'œil, vérifiez sa TENSION, jamais avec un seul doigt ou deux doigts d'une main, mais avec vos deux index appliqués sur la paupière supérieure, *le sujet regardant fortement en bas*. Ainsi vous percevrez le degré de rénitence, de dureté, de flaccidité oculaires, exactement en recherchant la fluctuation d'un abcès ou d'une hydarthrose.

Dans toute kératite, pensez à la possibilité — grave — d'une *anesthésie cornéenne*, que vous vérifiez tout de suite en promenant sur la cornée un fin stylet mousse, parfois un crin trempé un instant dans l'alcool ou l'eau bouillante.

Rien de ce qui concerne l'*endoscopie* profonde et l'ophtalmoscopie rétro-irienne ne peut être réalisé par vous, si vous ne les avez pas longtemps apprises et exercées, mais vous pouvez toujours vous rendre compte : 1° de la *vision comparée* de chaque œil pour loin (titre d'un journal placé à cinq mètres et de près (quatrième page d'un journal à trente-trois centimètres) : 2° de son *champ visuel* — chaque œil étant successivement fermé et l'autre regardant fixement devant lui, la tête bien immobile, vous promenez un petit objet (une pièce de dix sous, par exemple, tenue au bout d'une pince) en tous sens, ce qui vous permet parfois de déceler de grosses lacunes (hémianopies, glaucome chronique, etc.) ; 3° de la motilité oculaire normale et de la *diplopie* possible (vertiges).

Tout cela, le praticien peut le faire et doit, en outre, fournir au spécialisé, si celui-ci devient nécessaire, une observation générale complète et moderne. Il aura pour principes de faire ce qu'il peut bien faire et de faire faire le reste aux autres, selon le mot égoïste, mais efficace, de Talleyrand ou selon l'aphorisme altruiste de la Bruyère : « Un bon médecin est celui qui a des remèdes spécifiques ou, s'il en manque, qui permet à ceux qui les ont de guérir son malade » s'il le leur permet à temps.

RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Par R. BARTHÉLEMY

Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

La question des accidents chancriformes chez des syphilitiques plus ou moins anciens a été l'objet de controverses passionnées. S'agit-il d'un nouveau chancre, d'une nouvelle syphilis, ou d'un réveil solitaire et inattendu de la précédente, dans des conditions sinon surprenantes, du moins particulièrement rares ? Autant de questions difficiles à résoudre, chacun des éléments prêtant au doute.

L'accident primitif, dit chancre induré, qui constitue à peu près toujours la première manifestation clinique de la syphilis, a des caractères couramment fort nets pour un praticien entraîné. Son aspect superficiel et érosif, son aire régulière, rosée, peu humide, sa base franchement indurée et non empâtée, même si l'induration est mince, sa réaction ganglionnaire toute spéciale par une dureté, une limitation, une mobilité, une indolence frappantes, tout cela est classique.

Ce qui l'est moins, parce que moins clinique, ce sont d'une part les caractères microscopiques et d'autre part l'évolution de la sérologie selon l'âge et l'authenticité du chancre.

Pour l'homme de laboratoire, la présence du tréponème dans le chancre, constatée soit avec des colorations appropriées, soit à l'ultra-microscope, est un fait constant. Pour le clinicien aussi, mais à condition que les circonstances soient favorables, et que la pommade au calomel, la vaseline boriquée, les antiseptiques variés (et jusqu'à la teinture d'iode) utilisés par le patient, parfois le simple savon employé *larga manu*, n'aient pas fait fuir le tréponème qui ne pourra alors être rejoint, en temps utile, que par ponction ganglionnaire.

Chacun sait que la séro-réaction de Bordet-Wassermann ou ses succédanés sont négatifs, même par les variantes les plus sensibles, dans les premiers jours du chancre. Mais, par rapport au jour de la contamination (jour si difficile à fixer avec tant de sujets quelque peu volages), ce chancre, phénomène clinique et donc *sujet à variations*, n'apparaît pas toujours rigoureusement dans le même délai. Un chancre jeune d'une dizaine de jours peut donc dès qu'il est montré au médecin, s'accompagner déjà d'une réaction au moins partiellement positive, s'il a mis lui-même longtemps à se montrer. Un chancre de quinze ou vingt jours peut inversement s'observer quelquefois chez un sujet ayant encore — pour peu de temps certes — toutes ses réactions sérologiques négatives, s'il est apparu, comme cela se voit, dès la deuxième semaine après le contact infectant.

Ce préambule était, quoique banal, nécessaire pour rappeler combien difficile est la comparaison des observations. Et si l'on est d'accord pour admettre qu'un chancre jeune, avec séro-réaction négative, a toutes les chances de guérir complètement par un traitement énergique et bien conduit, encore faut-il — pour l'acceptation légitime des possibilités de la réinfection — que l'observation d'une réinfection présumée relate pour la critique tous les détails de la sérologie et de son évolution dans cette période initiale. Car si le malade est parvenu à une positivité totale au début ou au cours du traitement de son premier chancre, la vraisemblance d'une réinfection diminue surtout si la période de positivité a été assez durable, atteignant par exemple plusieurs semaines.

Voyons maintenant quels sont les accidents chancriformes qui, chez un sujet jadis frappé de syphilis, mais indemne actuellement de tout signe de cette syphilis, souvent depuis plusieurs années, peuvent faire croire à une réinfection.

D'abord l'accident *tertiaire* : qu'il siège ou non sur l'emplacement du premier chancre, cet accident est une GOMME. Gomme un peu particulière si l'on veut, puisqu'elle a l'aspect chancriforme, mais dont l'histoire peut, avec du soin, être rétablie. Ce qui a commencé en effet, ce n'est pas une ulcération épidermique, une érosion suivie d'induration, c'est au contraire un nodule sous-cutané sous un tégument d'abord normal. Peu profonde, cette gomme s'est érodée, puis s'est ulcérée et fondue, vidée, devenant cratériforme, cavitaire, en tout cas beaucoup plus profonde que l'ulcération d'ailleurs exceptionnelle d'un chancre.

Dans cet accident tertiaire, même avec les circonstances les plus favorables, on ne trouve pas de tréponèmes. De plus la réaction ganglionnaire, alors tout à fait rare, présente, une allure bien moins franche que dans le chancre, par son ganglion moins dur, plus empâté, moins mobile quoique indolent lui aussi. Et elle se produit tardivement, avec ou après la fonte.

La sérologie n'est pas catégorique. Car positivité comme négativité peuvent laisser un doute, puisque la réaction de Bordet-Wassermann, dans ces accidents tertiaires solitaires, est tantôt négative, tantôt positive à parties à peu près égales, et puisqu'en outre un traitement antisyphilitique donne à l'habitude une poussée de « positivation » à ces sérologies tertiaires torpides.

L'accident chancriforme SECONDAIRE, vu et

décrit jadis par Fournier, est en somme une plaque muqueuse solitaire. S'il contient couramment comme tout accident secondaire des tréponèmes révélables sans trop de peine, il n'est vraiment guère chancriforme, car il lui manque à peu près constamment ces deux caractères essentiels : l'induration, l'adénopathie. Ce n'est donc qu'une lésion érosive, qui de plus constitue souvent le signe avant-coureur et passager d'une poussée secondaire étendue, poussée *trop proche* pour être la roséole ou l'explosion secondaire consécutive à un chancre légitime. Cet avant-coureur et cette poussée accusent au contraire l'allure récidivante d'une syphilis presque toujours mal soignée ou, à la rigueur, particulièrement *résistante* si elle a été bien traitée. Ce dernier point est en effet confirmé par un autre phénomène, vraiment exceptionnel dans la syphilis secondaire insuffisamment soignée : il s'agit d'une *négativité* du Wassermann (Hudelo et Rabut) bien inattendue, mais qui témoigne d'anomalies « allergiques » dans l'évolution plus ou moins torpide cliniquement de syphilis secondaires prolongées, donc de syphilis non guéries.

L'accident chancriforme *primitif* (qu'on nous passe cette expression bizarre que le contexte éclaircira peut-être), troisième alternative d'un pseudo-chancre ressortissant toujours à la *première* syphilis, n'est autre que le chancre *redux*, c'est-à-dire ressuscité *sur place* après un temps de cicatrisation, de guérison apparente, plutôt court que long, quelques semaines, quelques mois au plus. Ce point suffit à repousser l'hypothèse d'une guérison de la première syphilis.

Dans l'ensemble, et le chancre redux mis à part, il existe de réelles ambiguïtés, pour le diagnostic assuré d'une réinfection véritable, sauf pour ceux qui n'admettent pas la guérison de la syphilis. S'il ne s'agit pas d'une reviviscence de la première infection, c'est alors une « super » infection : la première syphilis n'est pas guérie, mais latente pour toute la vie peut-être ; le potentiel morbide n'est pas annulé, il est seulement tombé jusqu'à une sorte de seuil réceptif permettant à la deuxième syphilis d'évoluer comme sur un organisme neuf, depuis et y compris le nouveau chancre.

Il est bien certain qu'autrefois on voyait des syphilis *cliniquement* latentes (ponction lombaire, sérologie, recherche du tréponème, etc., n'existaient pas) faire très tardivement, après des dizaines d'années, des accidents typiques gommeux surtout, et quelquefois précisément chancriformes. Mais Fournier lui-même a montré qu'il ne s'agissait pas alors d'autre chose que de signes de l'*ancienne* syphilis, différenciables, même par la seule clinique, d'un chancre d'infection.

On ne voyait pratiquement pas, chez un syphilitique ancien, dans les délais classiques après une contamination nouvelle, surgir un chancre pourvu de ganglions, suivi en temps normal d'une éruption secondaire, etc... On le voit aujourd'hui, avec un tréponème constatable, avec un Wassermann suivant la courbe normale de la plus neuve des syphilis, et c'est ce contraste qui nous fait penser qu'on guérit aujourd'hui des syphilis autrefois inguérissables. En effet il n'y a pas de *raison raisonnable* pour refuser d'accepter que, si l'immunité de la peau tombe jusqu'à laisser un chancre nouveau se former, les viscères et l'organisme entier ne puissent jouir d'un privilège comparable, chez des sujets peut-être bien défendus constitutionnellement contre le tréponème, mais surtout précocement et puissamment soignés, à la moderne.

Et voici, répété encore une fois, le fait pratique capital auquel tendait cet article. La syphilis exagère ce qu'on voit dans tant d'autres infections : la longévité de son agent causal, et l'adaptation symbiotique de celui-ci dans certains organes (cerveau du P. G. par exemple). Mais cet agent est vulnérable beaucoup plus qu'autrefois, grâce aux médicaments modernes *si l'on peut s'y prendre assez tôt*, alors qu'il est en guerre de mouvement et non pas encore installé dans ses centres de résistance, foie, rate, tissus conjonctifs divers, substance nerveuse, définitivement et symbiotiquement organisés.

Ce sont les syphilis prises au début et réduites au silence, à la période du chancre et de la sérologie négative, qui permettent une contamination nouvelle avec évolution complète d'une syphilis où tout se passe comme si elle-même était nouvelle aussi. Cette deuxième syphilis, bien soignée doit guérir comme la première.

Dans un cas analogue au suivant, il faut une offensive immédiate, par voie intraveineuse et, à mon avis, par 914 si les conditions le permettent.

Observation. — M. X... a un chancre fin 1929 vu au 15-20e jour environ, ultra-positif. B.-W. partiellement positif. Traitement arsenical intraveineux, puis bismuthique intramusculaire. Tous B.-W. négatifs depuis, le dernier fin décembre 1934, sans jamais aucun signe clinique, avec traitement continué cinq ans (bismuth, huile grise, suppositoires mercuriels). En décembre 1935, nouveau chancre, cliniquement certain, avec ganglion, tréponèmes, Wassermann négatif, trois semaines après relations avec une femme qui s'est avouée atteinte de syphilis récente, que X... ne connaissait pas auparavant, et vérifiée porteuse d'accidents secondaires.

Le traitement entrepris, cyanure le premier jour, le malade n'étant pas à jeun, 0,60 de 914 le second jour chez ce gaillard athlétique, puis cyanure pour le retour en province où le 914 a été continué et supporté, permet d'espérer la possibilité de bientôt contracter un troisième chancre, sinon une troisième syphilis.

L'INSTILLATION INTRAVEINEUSE — MÉTHODE GÉNÉRALE

Par le Docteur R. LEHMAN, de Pau

L'intéressante leçon que M. le Professeur Lereboullet a consacrée au traitement du tétanos chez l'enfant (1), me donne l'occasion de reparler de ma méthode d'instillation intraveineuse non plus seulement comme traitement curatif du tétanos, mais aussi comme méthode générale dans les cas de maladies infectieuses.

Dois-je rappeler d'abord, ainsi que je l'ai fait ici-même (2), que c'est en 1917 que j'ai, le premier, employé le chloroforme dans les instillations intraveineuses bi-quotidiennes de sérum antitétanique, afin d'introduire au plus vite, mais sans risque, le sérum équin antitoxique dans l'organisme d'un blessé, dont la gravité du tétanos confirmé se manifestait, dès son entrée dans mon ambulance, par une vingtaine de crises d'opisthotonos par jour.

Je pensais alors que, par le courant circulatoire, le sérum parviendrait plus sûrement et plus vite aux centres nerveux imprégnés de toxine, avec laquelle l'antitoxine entrerait plus directement en contact pour mieux la neutraliser. Le succès a couronné ma conception.

Depuis la guerre, la technique que j'avais imaginée, si heureusement mise en pratique, et que j'ai maintes fois publiée (3), demeura pour moi « méthode habituelle et systématique » à l'exclusion de tout autre.

D'ailleurs cette association chloroforme-sérum, à laquelle on rend universellement hommage aujourd'hui, a fini par devenir classique ; elle a même dépassé les frontières. Mon procédé d' « instillations intraveineuses biquotidiennes de sérum antitétanique, sous anesthésie chloroformique » est connu à l'étranger sous le nom de « méthode Lehman ».

Or, huit ans après la guerre, en 1925, Dufour guérit un tétanique en lui injectant le sérum non dans les veines, mais dans le canal rachidien, après l'avoir placé, comme je l'avais fait, sous anesthésie chloroformique. Vu le succès de ce nouveau procédé, il l'érigea en système, à son tour ; et ce fut une autre méthode, celle de Dufour.

Le procédé de Dufour et le mien sont donc complètement distincts et n'ont de commun que l'anesthésie chloroformique, imaginée par moi le premier en 1917. Toutefois, la méthode de Dufour consiste en injections massives intrarachidiennes, faites avec une seringue ordinaire ; tandis que la mienne est un goutte à goutte, une lente instillation, pratiquée dans la veine, avec un instillateur de précision.

Bien que toute confusion soit donc impossible entre les deux procédés, c'est elle qui cependant se trouve à la base des « omissions », dont font preuve toutes les énumérations didactiques de « traitements curatifs du tétanos », où ne figurent point les instillations intraveineuses de sérum antitétaniques, sous anesthésie chloroformique, de Lehman.

A la Société médicale du 17e arrondissement de Paris, j'ai le premier fait connaître le 27 octobre 1931 que le sérum antitétanique n'est curatif que sous anesthésie chloroformique, ou ne peut l'être qu'au bout de plusieurs semaines et avec des doses tellement considérables de sérum qu'elles occasionnent des accidents parfois très graves, dont j'ai (observations en mains) rappelé la triste énumération (1).

D'autre part, j'ai souvent signalé que, contrairement aux autres méthodes, la sérothérapie intraveineuse, biquotidiennement pratiquée au moyen d'un instillateur de précision, jamais autrement (2), apporte à elle seule, la quantité d'antitoxine nécessaire à la guérison. C'est que le sérum introduit dans la circulation sanguine pénètre par les plus petits capillaires dans l'organisme tout entier, sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter encore des injections hypodermiques, intramusculaires, rectales ou intrarachidiennes. La voie intraveineuse est assez puissante pour se suffire à elle-même ; et, j'insiste à dessein sur ce point, l'adjonction simultanée d'autres voies d'introduction sérique n'accélère en rien la guérison et n'a pour résultat que d'abaisser rapidement le seuil de l'anaphylaxie, en occasionnant maladies sériques et shocks plus ou moins sévères.

Enfin, il existe aujourd'hui des masques permettant d'administrer les anesthésiques avec toute la sécurité désirable. On peut sans arrière-pensée les utiliser à la place du procédé dit « à la reine », que je ne pouvais qu'utiliser seulement jadis.

Mais si je pensais il y a quelques années que ma technique constituait un progrès immense et indéniable en thérapeutique, en ce qui concerne le tétanos, je me suis rendu compte par la suite

(1) Leçon de thérapeutique infantile, faite à la Clinique Parrot, parue dans le *Concours Médical* du 17 novembre 1935.
(2) *Concours Médical*, no 34, du 23 août 1931.
(3) *La Clinique*, no 193 de novembre 1932. — *Le Monde Médical*, no 836 du 1er novembre 1933.

(1) *Le Journal médical français*, no 12, décembre 1931.
(2) Instillateur intraveineux, maison Collin et Cie, 6, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

que ce qui est vrai pour le sérum antitétanique, pouvait l'être également pour tout autre sérum de l'Institut Pasteur, ainsi que pour d'autres produits thérapeutiques, nécessitant une prudente et lente administration, comme les novarsénobenzènes, par exemple.

Il n'y a aucune raison pour qu'il n'en soit pas ainsi. C'est en effet, ce que démontre la pratique à l'heure actuelle, lorsqu'on applique ma méthode à d'autres cas cliniques.

Il en résulte que les instillations intraveineuses constituent aujourd'hui une méthode générale offrant aux praticiens non seulement prudence et sécurité d'intervention, mais aussi puissance et rapidité d'action intéressantes et vraiment dignes d'être signalées.

Ainsi les instillations intraveineuses présentent le plus haut intérêt en thérapeutique, non seulement dans la cure du tétanos confirmé chez *l'adulte, mais aussi* :

1° Dans la prévention antitétanique ;
2° Dans la guérison du tétanos chez l'enfant ;
3° Dans divers cas de maladies infectieuses graves, comme les streptococcies, par exemple ;
4° Dans la syphilis.

1° Vaccination préventive antitétanique

On recommande aujourd'hui de répandre le plus possible la vaccination antitétanique par l'anatoxine de l'Institut Pasteur. Toutefois, la triple vaccination nécessaire, espacée chacune de trois semaines, ne devient immunisante pour la vie, qu'après la troisième injection seulement, soit au bout d'une soixantaine de jours ; mais, en attendant les suivantes, la première injection ne garantit pas le patient contre un tétanos immédiat, susceptible de se déclarer dans les premiers jours qui suivent la blessure (douze jours et plus).

Afin d'éviter ce tétanos immédiat, on conseille de faire immédiatement après la première injection d'anatoxine, une autre injection, mais celle-là « avec du sérum antitétanique », injection qui « doit être unique et sous-cutanée ».

La guerre nous a démontré hélas que cette *unique* injection sous-cutanée de sérum antitétanique ne met pas les blessés à l'abri du tétanos.

Il n'est, au contraire, pas une seule observation connue de tétanos immédiat, après une seule et unique instillation intraveineuse de sérum antitétanique. J'ajoute qu'en aucun cas, même chez les sujets sensibilisés par des injections sériques antérieures, une seule et unique instillation lente intraveineuse ne fut suivie de shock anaphylactique.

L'innocuité et l'efficacité de l'instillation intraveineuse d'une seule et unique ampoule de sérum *de 10 c. c., à raison d'une goutte par seconde*, est absolument remarquable. L'instillation intraveineuse, devrait donc, en toute logique, remplacer l'injection sous-cutanée conseillée en haut lieu, immédiatement après celle d'anatoxine. L'instillation a du moins le mérite d'être efficace et sans danger.

Ainsi introduite dans le torrent circulatoire, l'antitoxine parvient en quelques secondes au centre cérébral, avant même que la toxine du bacille de Nicolaïer ait eu le temps de s'y fixer. C'est pour cela que les instillations intraveineuses, dans la prévention antitétanique, réussissent là où les injections hypodermiques n'offrent, comme on sait, aucune garantie.

2° Guérison du tétanos chez l'enfant

Trois observations de tétanos chez l'enfant guéris par le traitement combiné de l'anesthésie chloroformique avec la sérothérapie.

(« La méthode suivie fut celle de Lehman ».)

Par le Docteur Germain Castillo, de Managua (Centre Amérique).

Première observation. — C... I.-P., garçon de 7 ans. Douze jours après une chute sur le coude et le menton, avec plaie, douleurs de gorge et de l'abdomen. Huit jours après, premières contractures. Trismus. Les contractures deviennent subintrantes : rigidité de la nuque, rire sardonique, fièvre, etc...

Le premier jour, cautérisation de la plaie. Puis injection de 3.000 unités de sérum antitétanique par voie sous-cutanée.

Le jour suivant, « Principe de la méthode Lehman » : instillation intraveineuse de 3.000 unités internationales (1.500 U.) de sérum antitétanique (Parke-Davis), goutte à goutte. Les trois jours suivants, on instille seulement 3.000 unités quotidiennement, toujours par voie intraveineuse et sous anesthésie chloroformique. L'amélioration s'accentua de jour en jour, de manière remarquable.

Le quatrième jour, on supprima le traitement de Lehman, parce qu'il n'y avait plus de contractures.

Deuxième observation. — G... A.-R., garçon de 11 ans. Ecrasement du cinquième orteil par roue de charette.

Après pansement et cautérisation de l'orteil, on injecta d'abord de l'acide phénique, suivant la méthode de Baccelli, parce que dans l'hôpital, il n'y avait plus de sérum antitétanique.

Pendant ce temps-là, il n'y eut aucune modification dans le cadre symptomatique ; bien au contraire le trismus s'accentua davantage. Les crises d'opisthotonos devenaient si fréquentes qu'elles laissaient au malade à peine le temps de se reposer quelques minutes. La rigidité de la nuque et de l'abdomen était très forte et la fièvre constante.

Heureusement le cinquième jour, on put se procurer des ampoules de sérum antitétanique à 3.000 U chacune, qui furent administrées quotidiennement selon la méthode de Lehman, en combinaison avec l'anesthésie chloroformique.

L'amélioration se notait après chaque instillation, au point qu'après la dernière, il n'y eut que de très légères contractures qui disparurent bientôt avec le trismus et la raideur du corps.

Troisième observation. — O... H., garçon de 7 ans. Le cas de cet enfant est très bénin ; car bien que le trismus soit caractéristique, les contractures sont assez

espacées. Comme porte d'entrée, on ne trouve qu'une légère écorchure à la face dorsale du pied droit, dont l'origine est ignorée.

A cet enfant, on n'instilla qu'une seule ampoule de sérum antitétanique « Bayer » de 3.000 U. I. (1.500 U. A.), par la même méthode.

L'amélioration ne se fit pas attendre et le jour qui suivit l'instillation, les crises d'opisthotonos ne se reproduisirent plus.

COMMENTAIRES DU DOCTEUR CASTILLO

L'observation de ces trois cas me paraît suffisante pour déclarer d'une grande valeur thérapeutique la déjà fameuse méthode du Docteur Lehman, dont les résultats avantageux et constants sont concluants.

Nous n'avons eu à employer qu'une quantité minime de sérum, si on la compare aux quantités nécessaires avec les autres méthodes.

En relatant le brillant résultat obtenu par la méthode de Lehman, je le fais avec la ferme conviction qu'elle offre des bénéfices incalculables, surtout dans notre pays où abondent les cas de tétanos, dont la mortalité a toujours été élevée. Outre que d'autres méthodes sont dangereuses pour certains sujets, elles font perdre beaucoup de temps. Au contraire, la méthode de Lehman est sûre et surtout rapide. Après chaque instillation, l'amélioration était manifeste.

3° Cas de maladies infectieuses par streptocoque

A. — Fièvre puerpérale

4 mars. Primipare. Grossesse normale. Tête en O. I. G. A

5 mars. Rupture artificielle des membranes par une sage-femme. Le soir application de forceps par un médecin, sur la tête descendue dans l'excavation. Extraction d'un enfant vivant qui meurt trois jours après. Déchirures vaginales et vulvaires.

6 mars. Grand frisson. Température 38°. Pouls au-dessus de 100. Lochies fétides. Mauvais état général.

8 mars. La femme est envoyée dans une maternité. Hémorragie abondante par inertie utérine. Faciès hémorragique. Abdomen ballonné. Lochies purulentes et fétides. Erythème par larges plaques sur les cuisses et l'abdomen. On fait deux injections hypodermiques de sérum antistreptococcique, avec deux abcès de fixation. Aucun résultat.

12 mars. L'état s'aggrave. Ecoulement vulvaire fétide abondant. Température 39°. Pouls irrégulier à 140. Prostration. Oligurie. Jugeant le cas désespéré, on décide d'essayer les instillations intraveineuses biquotidiennes de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur, dont on avait fait deux injections hypodermiques sans résultat.

13 mars. A 10 heures, première instillation intraveineuse de sérum (une goutte par seconde) ; à 17 heures, deuxième instillation.

14 mars. A 10 heures, troisième instillation intraveineuse de sérum (une goutte par seconde) ; à 17 heures, quatrième instillation.

L'état s'est rapidement amélioré. La température est tombée à 37° ; le pouls à 90. L'écoulement vulvaire s'est transformé en un suintement très réduit.

Les instillations intraveineuses sont suspendues.

En résumé : guérison rapide de cette fièvre puerpérale, obtenue en quarante-huit heures avec 40 c. c. de sérum.

Au cas d'infection puerpérale due à une association microbienne, on doit utiliser un sérum polyvalent ; mais la méthode reste la même.

B. Scarlatine puerpérale

P... J., 29 ans. Grossesse normale. Accouchement à terme en O. I. G. A. Expulsion spontanée d'un enfant vivant et normal. Température rectale, 37°5. Pouls 75.

Mais, au cours de sa grossesse, la parturiente a fait un certain nombre de visites dans une maison où l'on soignait une fillette atteinte de scarlatine.

Le lendemain de la délivrance, la température s'élève à 38°5.

26 mars. — Température rectale 40°1. Pouls au-dessus de 120. Ni hémorrhagie, ni pertes purulentes ; lochies normales. Mais angine érythémateuse diffuse, avec, au niveau du palais, de larges plaques tuméfiées et framboisées. Pointe de la langue rouge, le reste saburral. Ganglions sous et rétro-maxillaires énormes. La température oscille entre 40° et 41°.

Oligurie. Albuminurie. La malade tombe dans le coma.

C'est à ce moment qu'on essaye les instillations intraveineuses de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

27 mars. Température rectale 40°5. Pouls 160. Tension au Laubry-Vaquez. Mx = 7 ; Mn = 4.

A 17 heures, première instillation intraveineuse de sérum (une goutte par seconde).

28 mars. A 10 heures, deuxième instillation intraveineuse de sérum (une goutte par seconde) ; à 17 heures, troisième instillation.

29 mars. A 10 heures, quatrième instillation intraveineuse de sérum (une goutte par seconde) ; à 17 heures, cinquième instillation.

La température descend en deux grandes oscillations de 40° à 38° pour atteindre définitivement 36°7 le matin et 37° le soir.

Résultat : La malade est sortie du coma : plus d'albuminurie. Guérison en trois jours avec 50 c. c. de sérum antistreptococcique.

C. Erysipèle de la face

M... S., 40 ans. Après grattage à l'ongle d'un petit furoncle de la face postérieure du pavillon de l'oreille gauche, l'oreille tout entière devient rouge et s'œdématie.

21 octobre. Grand frisson. Température axillaire = 40°. Urines rouges et rares.

22 octobre. Grandes oscillations de température. Une plaque rouge se développe en avant de l'oreille gauche. Céphalée, abattement général. Délire.

31 octobre. Je vois le malade pour la première fois. Diagnostic. Erysipèle de la face. Immense plaque rouge couvrant toute la joue gauche, bordée d'un bourrelet. Ganglions sous et rétro-maxillaires volumineux. Nez énorme et rouge, écoulement nasal purulent. Oligurie. Pas d'albumine. Température oscillant entre 39° et 40°. Pouls 120. Tension au Laubry-Vaquez Mx : 12 ; Mn : 7.

Le soir l'érysipèle a gagné les deux ailes du nez, le front, le cuir chevelu, la lèvre supérieure et le côté droit de la face ; malade méconnaissable. Mauvais état général.

1er novembre. A 17 heures, première instillation intraveineuse de sérum antistreptococcique (une goutte par seconde).

2 novembre. A 10 heures, deuxième instillation intraveineuse de sérum antistreptococcique (une goutte par seconde) ; à 17 heures, troisième instillation.

3 novembre. A 10 heures, quatrième instillation intraveineuse de sérum antistreptococcique (une goutte par seconde) ; à 17 heures, cinquième instillation.

4 novembre. A 10 heures, sixième instillation intraveineuse de sérum antistreptococcique (une goutte par seconde ; à 17 heures, septième instillation.

5 novembre, A 10 heures, huitième instillation intraveineuse de sérum antistreptococcique (une goutte par seconde).

La température est rapidement tombée à 36°9 où elle se maintient définitivement. La face monstrueuse est devenue normale. Les ganglions sont presque normaux. Le pouls est à 80. Résultat : guérison obtenue en quatre jours avec 80 c. c. de sérum antistreptococcique, sous forme d'instillation faite avec l'instillateur spécial.

4e Syphilis

Pour « blanchir » un syphilitique par les arsénobenzènes, il est d'usage de faire une série d'*injections* intraveineuses à doses croissantes à raison d'une ampoule par semaine.

Malheureusement, la toxicité des arsénicaux est telle que certains malades les supportent mal ; et des accidents parfois mortels ont été observés immédiatement après l'injection pratiquée. Or, quand cet accident doit survenir, il se manifeste généralement par des symptômes prématurés, tels que : congestion de la face, céphalée intense et brusque, palpitations, sensation *d'étouffement*, *angoisse précordiale* et défaillance. Le pouls s'accélère, devient incomptable ; la tension devient nulle. C'est le shock nitritoïde.

Pour éviter tous ces accidents, il n'est que de substituer à l'injection massive habituelle, éminemment brutale, la prudente instillation intraveineuse, lentement pratiquée avec l'instillateur intraveineux de précision.

Si le moindre symptôme fâcheux se manifeste dès les premières minutes de l'instillation (qui nécessite au moins dix minutes pour 10 c. c. d'arsénobenzène), on n'a qu'à interrompre l'intervention, évitant ainsi d'introduire dans la circulation la dose totale, dangereuse et « shockante ».

Ainsi l'instillation intraveineuse permet-elle de blanchir un syphilitique avec toute la prudence désirable et de le mettre à l'abri d'accidents regrettables.

Conclusions

Comme on le voit l'instillation intraveineuse est aujourd'hui une méthode générale, à la portée de tout praticien, susceptible d'être appliquée à une multitude de cas, dont je n'ai pu donner ici que quelques exemples, où elles ont permis de sauver des malades, même *in extremis* ou dans un état désespéré.

Car, il est remarquable que dans des infections où les injections massives avaient été tentées, puis abandonnées en raison de leur inefficacité, les instillations intraveineuses ont pu rétablir la santé du patient avec une rapidité surprenante et sans adjonction d'autre médication.

Lorsque la toxine se fixe sur les éléments nerveux, comme dans le tétanos, par exemple, l'association chloroforme-sérum aujourd'hui classique, permet au chloroforme suivant les expériences de Marie et de Tiffenau, d'exercer son pouvoir de « solvant des lipoïdes nerveux ».

C'est par cette action « neurotrope » qu'il libère la toxine et la replace dans la circulation sanguine, où elle entre en contact avec l'antitoxine qu'y introduit l'instillation intraveineuse, à doses progressivement croissantes.

Toxine et antitoxine sont alors constamment brassées ensemble dans le courant circulatoire. Et l'on comprend aisément comment la neutralisation toxinique se réalise avec plus de sûreté et de rapidité dans le sang même, que lorsque l'antitoxine est introduite dans l'organisme par tout autre voie détournée, hypodermique, intramusculaire, rectale ou intrarachidienne.

Comme l'a dit Billard, le chloroforme, éminemment « phylactique », se fait en ce cas protecteur du système nerveux.

Aussi, comme pour le tétanos, faut-il toujours l'employer, dans tous les cas de maladies nerveuses (poliomyélite, méningite cérébro-spinale, etc., etc.).

Mais, lorsqu'on a affaire à une maladie infectieuse, dont la toxine est sans affinité pour la substance nerveuse, l'anesthésie chloroformique n'a plus d'utilité. On peut s'en passer.

C'est le cas des streptococcies, par exemple. En introduisant alors, sans anesthésie chloroformique, le sérum pur en instillation intraveineuse, on obtient des effets rapides dans le minimum de temps.

Dans la prévention antitétanique, et par l'instillation intraveineuse de sérum, la circulation permet à ce dernier de neutraliser la toxine au fur et à mesure de son émission intravasculaire, au niveau de la plaie d'entrée, bien avant qu'elle ait eu le temps de se rendre et de se fixer aux éléments nerveux.

C'est de la même façon que dans la vaccination par anatoxine, dont l'effet définitivement immunisant n'est qu'encore éloigné, l'unique instillation sérique intraveineuse préventive s'oppose momentanément au tétanos imédiat.

Comme dans les cas de streptococcies graves rapidement guéris et présentés plus haut, les instillations intraveineuses rendront des services tout aussi intéressants dans une infinité d'autres cas infectieux non moins sévères, occasionnés par staphylocoque, pneumocoque (péritonites à pneumocoques), méningites cérébro-spinales, bacille d'Eberth, peste, colibacille, etc., etc.

Mais demandera-t-on, pourquoi l'instillation intraveineuse est-elle supérieure à l'injection sous-cutanée ?

C'est que dans tout volume sérique massivement injecté sous le derme, il en est une partie qui ne parvient que difficilement à la toxine, après le long parcours qui lui est imposé avant

d'entrer dans la circulation, en passant par la citerne de Pecquet. Une autre reste sur place, inagissante. Une autre encore est probablement transformée dans les tissus lymphatiques. En un mot, toute la quantité « injectée » n'a pas d'action efficace.

Au contraire, par la voie intraveineuse, chacune des gouttes « instillées », autovectrice d'antitoxine, est entraînée dans le courant sanguin même, où circule la toxine, et agit pour son propre compte. Et grâce à celles qui la suivent, son attaque contre la toxine se trouve sans cesse renouvelée, régénérée, à la manière de combattants que de frais renforts viennent constamment soutenir et dont le nombre s'accroît régulièrement et sans arrêt. La totalité du sérum instillé est ainsi utilisé avec plus d'efficacité et donne inévitablement son maximum de rendement.

Quand faut-il interrompre l'anesthésie chloroformique dans les cas de maladies infectieuses affectant les éléments nerveux ? Dans le *Concours Médical*, n° 32 du 7 août 1932, j'ai signalé qu'il ne faut administrer le chloroforme que prudemment et seulement jusqu'à disparition des réflexes oculaires. Il est inutile, dangereux même, de pousser plus loin l'anesthésie générale et de la prolonger au delà du temps nécessaire à l'instillation intraveineuse (dix minutes pour 10 c. c. de sérum), afin de ne pas ajouter une intoxication chloroformique à l'intoxication tétanique déjà existante, ce que le cœur ne supporte pas. Sitôt donc l'instillation terminée, il faut laisser le patient se réveiller.

Quand faut-il cesser les instillations intraveineuses ? En ce qui concerne le tétanos, il ne faut jamais les interrompre avant que le trismus ait totalement disparu ; car, première manifestation clinique du tétanos, il en est aussi la dernière à disparaître. C'est pour avoir négligé ce détail important que le tétanos a pu renaître plus tard et devenir cette fois mortel.

Mais, dans les cas de maladies infectieuses, sans affinité pour la cellule nerveuse, il ne faut cesser les instillations antitoxiques que lorsque la température du malade est descendue au-dessous de 38°, ou même est revenue à 37° et, surtout ne manifeste plus de tendance à remonter. C'est la courbe thermique seule qui indique si l'on doit ou non suspendre le traitement.

Quoiqu'il en soit, la technique des instillations intraveineuses est identique dans tous les cas. Il ne faut jamais dépasser le rythme d'une goutte par seconde.

Les praticiens ne doivent plus ignorer aujourd'hui que *la méthode générale des instillations* intraveineuses a un pouvoir curatif puissant et rapide dans une infinité de cas cliniques. Avec ou sans anesthésie chloroformique, selon les cas, cette méthode présente un champ d'action et de recherches illimité ; elle mérite hautement d'être utilisée dans la pratique courante, et d'être appliquée dans des cas même désespérés.

ESSAI SUR LES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU

Par M. DEPARIS

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Voici un travail très important, inspiré par le Professeur Baudouin.

Deparis nous fait d'abord un exposé clinique où sont rappelés les caractères des deux grandes variétés de névralgies du trijumeau : les névralgies intermittentes, et les névralgies continues. Il insiste sur la nécessité de faire un diagnostic étiologique et de ne conclure à une névralgie essentielle qu'après avoir éliminé toute cause tumorale ; en particulier l'opposition schématique entre les formes intermittentes essentielles et les formes continues symptomatiques est trop absolue, et Deparis nous apporte quatre observations de tumeurs de la fosse cérébrale postérieure qui se sont traduites pendant plusieurs années par des crises douloureuses du type essentiel.

La plus grande partie de cet ouvrage est consacrée au traitement. Les infections neurolytiques donnent des beaux résultats, mais souvent passagers, et c'est à l'avantage du traitement chirurgical que Deparis conclue. La meilleure opération lui semble être la neurotomie partielle juxta-protubérantielle de Dandy, qui, faite par des chirurgiens exercés, est une intervention bénigne dont la mortalité est inférieure à 1 %. Elle donne une guérison définitive des névralgies essentielles et permet parfois de découvrir une tumeur méconnue ; Deparis nous en apporte 31 cas opérés qui, par la suite, n'ont présenté que des troubles minimes de la sensibilité objective de la face, sans paralysie masticatrice, sans kératite. Seuls, dans les cas où prédomine une névralgie ophtalmique, ses résultats sont incertains, et c'est une neurotomie totale qu'il faut alors faire ; mais elle doit être faite très postérieure pour éviter autant que possible les risques de complications oculaires. Et Deparis termine sa belle thèse par un essai sur la systématisation de la racine sensitive du trijumeau d'après des coupes en série.

Georges BOUDIN.

LA CLINIQUE VÉNÉRÉOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

I

Les chancres syphilitiques de la verge, masqués par une inflammation banale

D'après MM. Paul Vigne et Jean Bonnet (1)

Les différents masques

L'intérêt pour le praticien de connaître ces différents masques est capital. En face de tels malades, il est absolument nécessaire qu'il ne *laisse pas échapper un diagnostic de syphilis* ; il n'est pas sans intérêt non plus d'affirmer *le plus tôt possible* ce diagnostic, afin d'instituer précocement un traitement d'attaque. Attendre l'apparition d'une roséole ou de toute autre manifestation secondaire cutanée ou muqueuse, ou le premier Wassermann d'une série systématiquement faite, doit être une méthode d'exception.

Précisons aussitôt qu'à l'origine de ces masques inflammatoires, on trouve facilement des causes générales (alcoolisme, surmenage, diabète), et des causes locales (malpropreté par incurie ou par ignorance ; topiques irritants ou cautérisations intempestives).

L'inflammation du chancre lui-même. Son aspect, sa consistance et sa sécrétion sont modifiés. Le chancre se tuméfie, se boursouffle, s'entoure d'un halo rouge. Sa surface très rouge, vineuse, noirâtre par endroit, donne issue à un liquide sanieux, roussâtre, strié de sang. De plus, il devient *douloureux,* soit spontanément, soit à la palpation.

Les parties voisines sont également atteintes : un œdème inflammatoire envahit les téguments, qui se boursouflent et deviennent pâteux ; c'est parfois un œdème rosé sur le prépuce et une partie du fourreau. Les lymphatiques et ganglions s'enflamment à leur tour.

Ajoutons, pour être complet, que le « chancre mixte » a constamment un caractère plus ou moins inflammatoire; ainsi qu'une suppuration parfois abondante.

Le chancre enflammé peut encore produire les « masques suivants », comme aussi en être parfois la résultante.

(1) Paul Vigne et Jean Bonnet. — Les complications inflammatoires des chancres indurés de la verge. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques,* 10 septembre 1935.)

Le phimosis inflammatoire. C'est particulièrement un phimosis, avec aspect de coque rigide. Il devient alors épaissi, tuméfié, dur et résistant, au point de rendre la palpation incapable de distinguer des degrés dans cette dureté, de spécifier les parties dures qui peuvent correspondre à des chancres sous-jacents.

La balanité et la balano-posthite. Précédant ou suivant le phimosis inflammatoire, dues le plus souvent à l'association fusospirillaire, ces deux complications sont susceptibles de masquer un chancre à l'état naissant. Cela d'autant plus qu'à leur douleur propre se joint celle du chancre enflammé, devenu douloureux, puis celle de l'adénite inflammatoire.

Quant au **paraphimosis**, il est bien moins souvent le résultat direct de l'inflammation du chancre que d'une imprudence : le malade, ayant forcé son phimosis, n'a pu ramener le prépuce sur le gland ; il a attendu ; puis est apparue une tuméfaction du gland semi-étranglé avec la formation d'un ou de plusieurs bourrelets œdémateux, en arrière de la rainure. Le chancre s'enflamme alors, perd son aspect normal, devient rouge vineux, violacé, livide, s'enflamme, parfois même se gangrène.

Un chancre gangréné devient méconnaissable par une plaque étendue de sphacèle, gris noirâtre, qui finit par tomber, soit en bloc, soit par lambeaux, ou parcelles, découvrant une plaie simple d'un beau rouge, qui ne tarde pas à bourgeonner, et tend d'une façon rapide à la cicatrisation. Mais encore, la gangrène peut gagner le prépuce, qui se perfore, et « le gland met le nez à la fenêtre ». D'autres fois, cette gangrène évolue vers le phagédénisme : le chancre s'étend en même temps qu'il se creuse ; il devient une ulcération d'un rouge ardent, et parfois vineux, à auréole hyperémique, à sécrétion séro-sanieuse ou sanguinolente.

A noter que le phagédénisme peut entraîner deux sortes d'accidents graves : les hémorragies et la septicémie.

***

COMMENT SOUPÇONNER ET RECONNAÎTRE L'EXISTENCE DE CES CHANCRES MASQUÉS ?

Le médecin dispose, pour son diagnostic, de plusieurs éléments :

Il peut être éclairé par l'interrogatoire, mais cette méthode nécessite un malade ayant su s'observer et capable de décrire la lésion initiale.

D'autre part, il ne doit pas compter sur les différences théoriques existant entre la balano-posthite simple et celle compliquant le chancre induré : — la première ayant une physionomie plus inflammatoire, plus aiguë, avec des téguments rosés, tendus fortement œdémateux et donnant un pus abondant phlegmoneux jaune verdâtre, — la seconde, au contraire offrant « une allure moins éréthique et un flux bien moindre ». Présomptions, probabilités, mais rien de plus.

L'exploration directe s'impose. Soutenue, par la main gauche, la verge sera palpée et explorée par les doigts de la main droite.

Dans les cas heureux, ce toucher révèle en profondeur, sous le prépuce, un ou plusieurs noyaux durs, caractérisés par leur délimitation nette d'une part, et leur induration cartilagineuse de l'autre. Mais il ne faudra pas, cependant, prendre pour un chancre, un bouquet de végétations, une lymphangite nodulaire, un corps étranger, tel qu'un petit tampon de coton tassé et macéré.

« Dans d'autres cas, ce toucher ne révélera qu'une induration en masse du prépuce formant une coque rigide qu'interdit l'exploration des parties profondes. Dans ces conditions, il ne nous restera pour étayer notre diagnostic que *l'étude de l'adénopathie* ».

La recherche des tréponèmes sera, en effet, illusoire ; on n'en trouvera aucun dans le pus, qui s'écoule de ce phimosis ou de ce « battant de cloche », ni sur le chancre, modifié dans sa structure : ce ne sont que les spirochètes et les spirilles les plus divers.

Par contre **l'adénite satellite** est incontestablement le meilleur, c'est-à-dire le moins aléatoire des éléments de diagnostic. Et cependant, du fait même de l'inflammation du chancre et des tissus voisins, cette adénopathie enflammée va obliger à plus de circonspection.

Elle est annoncée par de véritables traînées rosées ou rouges de lymphangite sur la verge ; Fournier les a comparées à des ficelles tendues, car elles donnent à la palpation, l'impression de véritables canaux durs, douloureux à la pression, renflés par endroits. Si on les suit vers les plis inguinaux, on trouve une adénite inflammatoire, d'un degré avec ses lésions causales pouvant aller jusqu'à la suppuration.

Dans cette adénopathie inflammatoire, *c'est la disposition des ganglions, qui signera le diagnostic de syphilis,* puisque, le plus souvent, le chancre aura été le premier en date pour imprimer à l'adénopathie son allure spécifique. Dans l'adénopathie du chancre, les ganglions sont multiples, inégaux, indépendants, mobiles, durs. Le volume sera modifié ; l'indolence habituelle aura fait place à une réaction plus ou moins vive, et l'inflammation pourra aller jusqu'à la suppuration.

C'est dans l'adénopathie elle-même qu'on effectuera la *recherche du tréponème* ; mais ici, au lieu de choisir comme d'habitude le ganglion le plus gros, « le préfet de l'aine », on préférera celui qui aura gardé le mieux son caractère syphiloïde, c'est-à-dire un ganglion petit, dur, le moins touché par l'inflammation.

Voici la *technique de cette ponction ganglionnaire.*

« On fixe le ganglion entre les doigts ; on enfonce perpendiculairement une aiguille fine et courte de 15 mm. à biseau court, d'une lumière d'environ 0 mm. 5 ; on traverse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et on arrive dans le ganglion. On aspire avec une seringue de 1 à 2 c. c. Si la ponction reste blanche, on injecte par l'aiguille restée en place 5 à 10 gouttes d'eau physiologique stérile, et on masse légèrement le ganglion pendant deux à trois minutes autour de l'aiguille. Après cinq à six minutes, on aspire. Même sans addition d'eau physiologique, on retire toujours une gouttelette suffisante pour un examen ultra-microscopique ou une coloration. »

***

LE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS-MASQUES

En cas de syphilis reconnue, le traitement spécifique s'impose dans toute sa rigueur.

Le chancre enflammé sera traité comme un chancre syphilitique et comme un chancre mou : cautériser au chlorure de zinc à 1 % dans l'alcool à 60°, puis poudrer avec un mélange d'acide borique et d'hypochlorite de chaux.

En cas de bubon, intercaler, entre les injections de médicaments spécifiques, des injections intraveineuses de Dmelcos à doses progressivement croissantes.

Quant aux complications inflammatoires, mettre les malades au repos absolu du lit, ou au repos relatif. Chaque jour, grand bain prolongé à 35° ou 36° ; plusieurs fois par jour, bains de verge avec de l'eau blanche au 1/5e, ou une solution faible de permanganate. Entre les bains, enveloppements humides, avec les mêmes solutions.

En cas de phimosis, faire, deux ou trois fois par jour, à l'aide d'une petite sonde molle en caoutchouc introduite sous le prépuce, des irrigations de nettoyage à l'eau bouillie, puis des instillations de quelques centimètres cubes de nitrate d'argent à 1 ou 2 %. En général, la balanite ainsi traitée diminue assez rapidement d'intensité. Mais, quand on se trouve déjà devant une menace ou un début de gangrène, il faut sans hésiter pratiquer, au bistouri ou aux ciseaux, un débridement du prépuce : incision verticale et médiane portant sur toute la hauteur de l'organe à sa face supérieure. Les lambeaux écartés, et les régions sous-jacentes mises à jour, faire de grands lavages avec un liquide antiseptique ; puis envelopper la verge avec un pansement imbibé de sérum antigangréneux.

Un procédé simple pour réduire un paraphimosis, si le simple taxis n'en vient pas à bout, c'est d'employer la compresse froide au jet de kélène, ou bien, après nettoyage du bourrelet et badigeonnage au liquide de Bonain, c'est de faire au galvanocautère plusieurs petites mouchetures, qui dégorgeront le bourrelet œdémateux, et en permettront la réduction.

Mais, pour un paraphimosis trop serré, si de plus le chancre est tuméfié, œdémateux avec tendance au phagédénisme et à la gangrène, on recourra d'emblée à l'incision libératrice sur la face supérieure de la verge. Tant qu'il n'y a pas menace de phagédénisme et de gangrène, mieux vaut attendre, avant d'inciser ; l'action d'un traitement antiphlogistique convenable et la dilatation progressive permettront de pratiquer plus tard la réduction.

Le phagédénisme et la gangrène commandent l'augmentation et la répétition des bains d'une durée de quinze à vingt minutes, puis des pansements au sérum antigangréneux.

Mais le meilleur adjuvant de toutes ces manœuvres, c'est encore le traitement antisyphilitique, qu'on aura institué d'emblée. On sera surpris de voir la rapidité avec laquelle s'atténueront les complications, même si elles semblaient devoir, par leur intensité même, devoir se prolonger ou provoquer des mutilations.

Leur disparition sera une confirmation qu'à leur origine était le chancre masqué ou défiguré, qu'on avait su dépister.

II

Le meilleur traitement de la blennorragie

C'EST LA RÉSULTANTE DE L'ÉQUATION : TECHNIQUE, INDICATIONS ET POSSIBILITÉS INDIVIDUELLES.

Le Docteur CARLE (1) avec une compétence incontestable et plus de vingt ans de pratique, reconnaît avec MM. Barbellion et Tant (2), l'incontestable supériorité des traitements antiseptiques, injections et lavages vésicaux, sur tous les autres procédés. En 1913 déjà, il avait pu se baser sur 2.000 cas, bien surveillés et contrôlés jusqu'à guérison, pour affirmer que la méthode expectative du laisser-couler prolongé avec les alcalins et les infusions avait à son actif le maximum de complications locales ou générales et de chronicité. Aujourd'hui, le long usage des vaccins et de nombreux essais de médications chimiothérapiques n'a pas été probant. Son opinion : il considère les premières comme peu efficaces dans les cas ordinaires, et les seconds, comme ayant la valeur de bons balsamiques.

Ceci posé : il *n'existe pas un traitement standard de la blennorragie*, applicable à tous les cas, même semblables en apparence. La meilleure thérapeutique — celui qui guérit — est en réalité la résultante d'une équation, dans laquelle entrent non seulement la technique, mais encore l'adaptation de cette technique au cas présent, et aux possibilités sociales de traitement du malade, élément très important et trop souvent oublié. Simplifier la méthode thérapeutique, la mettre à la portée du malade, est aussi une condition essentielle de réussite.

Voici à cet égard quelques explications de l'auteur.

Il y a des cas qu'il faut laisser couler : *les formes très aiguës*, avec écoulement abondant, méat congestionné, urèthre infiltré, mictions douloureuses ou encore les cystites avec pollakiurie, ou les menaces de prostatites. Si partisan que l'on soit des lavages, on hésitera à les ordonner en présence de certaines inflammations uréthro-vésicales aiguës. On laissera aux balsamiques, à la gonacrine, aux vaccins, au repos et au régime, le soin de calmer ces organes, de diminuer l'écoulement, d'éclaircir le second verre d'urine, etc... Après quoi, on interviendra

(1) M. CARLE. — Le choix d'un traitement dans la blennorragie. (*Bruxelles Médical*, 9 février 1936.)

(2) Le traitement le plus efficace de la blennorragie aiguë. (*Le Concours Médical*, 20 décembre 1935.)

avec les solutions antiseptiques. Il en sera de même en présence des complications.

Mais il y a de nombreux cas intermédiaires, où l'hésitation est permise : écoulement de 6 à 8 jours, méat rose, urèthre sensible, second verre déjà opaque... Que faire ?

C'est là, qu'intervient un élément individuel, qui a sa valeur. Si le malade, dûment instruit du maniement de la seringue, peut, de surcroît, venir chaque jour, sous une surveillance médicale subir un grand lavage et un contrôle, on le met, sans hésiter, au traitement antiseptique, injections et grands lavages ; car dans ces cas l'unique grand lavage quotidien reste insuffisant et même néfaste. Les lavages immédiats doivent également être préconisés, même dans un cas avancé, chez les récidivistes rompus au maniement de la seringue et du bock. D'autre part le plus possible, il faut supprimer vite l'écoulement chez un homme marié, acculé à larévélation ou la contamination de son épouse. Si, au contraire, c'est un jeune indifférent, un paysan lointain, un ouvrier très tenu par son travail, on le laisse couler. Car, entre ses seules mains, la seringue estplus encore le bock-laveur, seront générateurs d'accidents, de complications et d'échecs.

Plus encore : pour les *cas chroniques*, on doit se poser le problème de l'indication. Il sera souvent inutile de soumettre aux grands lavages des gouttes militaires entretenues par des folliculites de l'urèthre antérieur. Ou du moins, les combinera-t-on avec des injections argentiques bi ou tri-quotidiennes prolongées et fortement dosées, seules efficaces, avec les dilatations, en pareil cas.

Enfin, si la plupart du temps, ces glandulites uréthrales antérieures, sont l'explication des chronicités, il en est d'autres où la prostate est en cause, réclamant massages et instillations. Que le médecin certifie toujours par le microscope l'authencicité de la goutte chronique, car les phobiques et anxieux, tireurs de verge et compteurs de filaments, sont aussi nombreux à la campagne qu'à la ville, dans les usines que dans les salons. La dilatation par les Béniqués n'est presque jamais, pas plusque le grand lavage, une nécessité absolue ; dans ces cas chroniques, l'injection argentique est le vrai remède.

G. FISCHER.

LES RÉCENTES INONDATIONS ET LA RECRUDESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Ruisseaux, rivières et fleuves sont sortis de leurs lits. Véritables torrents sont devenus de minces filets d'eau, qui circulaient paisiblement entre les rochers. Et cette abondance de l'élément liquide est venu réaliser un véritable lavage de toutes les terres, plus ou moins souillées de germes bactériens, des fumiers, des terrains d'épandage. Dans les conditions normales les microbes pathogènes devaient en cette saison y subir la concurrence vitale des saprophytes, qui tout au moins les eût rendus inoffensifs. Or voilà qu'entraînés par l'énorme masse d'eau, ils ont essaimés au loin, et sont venus souiller par voie directe les puits d'alimentation, comme peut-être même certaines nappes souterraines, grâce à des fissures produites accidentellement dans les couches homogènes de filtration habituelle.

On devine que le bacille d'Eberth s'est trouvé parmi les plus nombreux germes, ainsi remis en circulation. Les praticiens ont pu vérifier la réalité de cet accident par la recrudescence de fièvres typhoïdes et d'embarras gastriques, qu'ils ont observés dans les régions soumises aux inondations. Plus que jamais, la consommation de l'eau des puits s'est révélée comme la cause la plus importante et la plus souvent mentionnée de la fièvre typhoïde.

Sur le littoral marin, on a pu également signaler à nouveau une recrudescence de dothiénentéries par la consommation de coquillages crus. En temps normal déjà, ce danger est très grand ; des ordres sévères sont donnés par les Comités d'hygiène aux gardes-pêche et à la gendarmerie, afin de poursuivre impitoyablement les ramasseurs de coquillages, qui choisissent pour lieux de pêche des endroits manifestement insalubres. Ainsi en est-il, par exemple, pour la grande « vasière » de Lorient, à l'endroit où débouchent les égouts de la ville.

Mais récemment, les inondations ont également souillé les bancs d'huîtres de différents estuaires, centres extrêmement importants d'ostréiculture.

Les pluies persistantes de ces dernières semaines ont exercé encore une autre action sur ces parcs d'huîtres, en ce qu'elles y ont produit des apports considérables d'eau douce. Il en est résulté que les mollusques ont baigné dans de l'eau, qui n'était plus assez salée pour leur permettre de se développer, et que ceux-ci ne sont dès lors plus comestibles ; bien plus on a constaté chez eux une mortalité anormale.

Ainsi s'explique l'apparition, dans les régions inondées, ou dans les agglomérations que celles-ci

ravitaillent, de fièvres typhoïdes occasionnées par la consommation de coquillages contaminés, ou d'embarras gastriques par des coquillages qui étaient devenus impropres à la consommation.

Les mesures qu'il convient de prendre pour éviter tout accident sont connues de tous.

Pour les Services d'hygiène, il faut redoubler d'attention dans la surveillance des eaux destinées à la boisson ; assainir rapidement les régions qui ont été inondées ; surveiller les centres d'ostréicultures ; punir sévèrement les colporteurs de coquillages malsains.

Pour les individus, ne consommer que de l'eau convenablement épurée, ou des huîtres et coquillages de provenance surveillée, mais aussi veiller au bon fonctionnement de l'intestin, et particulièrement du foie comme des reins.

L'intestin constitue, en effet, la porte d'entrée des germes nocifs, dont nous avons signalé l'actuelle recrudescence par suite des inondations, quels qu'en soient les vecteurs, — et nous savons que l'action du bacille d'Eberth, au niveau des plaques de Peyer, détermine un véritable chancre d'inoculation. Mais nous ne devons pas oublier non plus le repaire important que constitue la vésicule biliaire pour ces germes pathogènes, puisqu'on a pu les y retrouver plusieurs années après la contamination.

D'autre part, à l'état normal, le foie exerce une *véritable action bactéciride* sur les germes en circulation. De plus, il transforme les matières azotées, et notamment les polypeptides, qui résultent de la digestion des albumines.

Or on sait que si des troubles digestifs sont provoqués par l'absorption d'une eau polluée, ils amèneront une quantité plus grande de polypeptides au foie, si grande que la glande hépatique faillira à sa tâche destructive, et subira un même temps l'action toxique de ces produits nocifs. Devenu insuffisant, le foie ne pourra plus contribuer à la défense de l'organisme contre la fièvre typhoïde ; il le pourra d'autant moins que, sur lui, le bacille d'Eberth exerce une action de prédilections, si bien que toujours elle y détermine des troubles durables, après toute attente de dothiénentérie.

Toutes ces raisons commandent plus que jamais en l'occurrence d'éviter l'apparition d'une insuffisance hépatique, pour laquelle on n'oubliera pas l'importance des régimes alimentaires mal dirigés : abus des viandes, surtout de conserve ; des crustacés et coquillages ; des graisses, des fritures, des sauces. On en surveillera les symptômes prémonitoires : anorexie ; langue blanche, crises de vomissements bileux, diarrhée post-prandiale, intolérance lactée ; asthénie ; troubles du caractère ; céphalées ; prurigos, etc... En cas de menace, ne pas négliger les médicaments qui ont été proposés contre l'insuffisance hépatique.

Le calomel est probablement le plus anciennement employé, il reste un des plus efficaces ; c'est un puissant excitant de la cellule hépatique ; il agit également comme antiseptique intestinal et, ce qui le rend particulièrement précieux. On le donne par périodes de cinq à dix jours, le matin à jeun à la dose d'un à deux centigrammes.

Les *alcalins* ont une action stimulante incontestable sur le foie, quand ils sont pris à jeun dans de l'eau chaude. On peut prescrire, seuls ou associés le bicarbonate, le phosphate, le sulfate et le citrate de soude, ce dernier ayant l'avantage de donner une solution plus limpide. On peut recourir à une spécialité ou formuler, par exemple, même pour un enfant de 8 à 10 ans :

Bicarbonate de soude .... }	āā 0 gr. 30
Phosphate de soude .... }	
Citrate de soude	0 gr. 15

pour un paquet n° 5 à prendre le matin à jeun dans un verre à bordeaux d'eau chaude qu'on peut sucrer ou aromatiser légèrement. L'absence de sulfate de soude rend cette formule très supportable.

On sait que le Docteur Saint-Girons a recommandé contre l'insuffisance hépatique constituée des cures hydrominérales, telles que celles de Vichy ou Vals, en donnant toutefois la préférance à cette dernière, en ce qu'elle est plus sédative que la précédente. Dès lors, pourquoi, en cette période d'inondations ne pas consommer aux repas ou entre les repas l'eau de Vals-la-Reine, si agréable à boire en raison de sa richesse en acide carbonique dissous. C'est la seule des eaux de Vals qui possède cette qualité à un degré aussi élevé. De plus, elle est d'une alcalinité utile avec ses trois grammes de bicarbonate de soude par litre ; enfin, si les troubles digestifs ont apparu, elle sera admirablement supportée grâce à sa minéralisation moyenne.

Il faut ajouter que les qualités diurétiques de la Reine-de-Vals permettront de compléter l'action de préservation entreprise, en ce qu'elles opéreront un véritable lavage du sang, pour en extraire toutes les toxines qu'il peut charier ; de même sera facilitée l'élimination des polypeptides, dont la charge incombe au rein. Le Professeur Castaigne n'a-t-il pas démontré récemment le rôle important de la diurèse hydrique, au point de vue de la dépuration urinaire : celle-ci permet, lorsqu'elle est abondante, d'augmenter le débit urinaire des substances excrémentitielles, alors qu'elle restreint notablement ce débit lorsqu'elle est insuffisante.

Dr GEORGE.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur onze autopsies d'angine de poitrine.

L'ensemble des constatations faites par le Professeur LANGERON est en faveur de l'angor, maladie coronarienne ; mais les deux exceptions, angor sans lésions et lésions sans angor, imposent les réserves déjà énoncées.

Dans six de ces cas, il avait été fait un électrocardiogramme, aucun de ces tracés ne présentait l'onde de Pardee, donnée comme caractéristique des oblitérations coronariennes, mais seulement quelques altérations banales témoignant du mauvais état myocardique.

Tous les cas examinés électriquement comportaient pourtant des lésions coronariennes et l'un d'eux un infarctus. Il est possible, cette onde de Pardee étant considérée comme assez transitoire, que les tracés n'aient pas été pris au bon moment ; mais de toutes façons, il y a là un fait qui réduit singulièrement la portée pratique de cette donnée. (*La Presse Médicale*, 15 janvier 1936.)

Etude clinique et expérimentale des injections intracardiaques d'ouabaïne

On connaît l'efficacité des injections intracardiaques d'adrénaline dans le traitement de certaines syncopes, notamment dans les syncopes du pouls lent permanent.

Or, disent MM. C. LIAN et J. FACQUET, l'ouabaïne en injection intracardiaque paraît susceptible dans certains cas d'être substituée à l'adrénaline.

Chez deux cardiaques valvulaires arrivés au stade ultime de l'asystolie et ayant succombé à une syncope brutale, C. Lian et Abaza ont pratiqué, quelques minutes après l'arrêt des mouvements respiratoires et des contractions cardiaques, une série d'injections intracardiaques d'ouabaïne. Dans les deux cas, ces injections ont provoqué la reprise des contractions ventriculaires sans toutefois entraîner la réanimation définitive. Dans le premier cas, l'injection intracardiaque d'ouabaïne s'est montrée plus efficace que l'adrénaline administrée en premier lieu par la même voie. Dans le second cas, l'injection d'ouabaïne fut capable à elle seule de provoquer de nombreuses contractions ventriculaires jusqu'à quarante minutes après la constatation clinique de la mort.

Ces deux observations montrent que les injections intracardiaques d'ouabaïne sont capables à elles seules de ranimer un cœur semblant définitivement arrêté et qu'elles sont susceptibles dans certains cas d'avoir une action plus efficace que l'adrénaline.

Certains auteurs, le Professeur Clerc, M. Ch. Flandin ayant émis l'opinion que l'ouabaïne, en injection intracardiaque, pourrait être dangereuse, C. Lian et Abaza ont poursuivi la question sur le terrain expérimental.

Des injections intracardiaques d'ouabaïne et d'adrénaline ont été pratiquées chez huit chiens anesthésiés au chloralose. Aucun des chiens en expérience n'a succombé à ces injections. L'action de l'ouabaïne et de l'adrénaline s'est montrée toutefois *assez différente*.

L'ouabaïne en injection intracardiaque augmente l'excitabilité ventriculaire, mais beaucoup moins que l'adrénaline. Par contre, la durée de l'action sur l'excitabilité est plus longue avec l'ouabaïne qu'avec l'adrénaline. D'autre part, l'ouabaïne n'a provoqué dans aucune expérience de la tachycardie ventriculaire, mais seulement à deux reprises des extra-systoles ventriculaires. Enfin, l'ouabaïne n'a jamais produit de modifications des complexes ventriculaires.

En résumé, ces recherches expérimentales confirment que l'adrénaline intracardiaque augmente beaucoup plus l'excitabilité myocardique ventriculaire que l'ouabaïne intracardiaque. Par conséquent, la fibrillation ventriculaire est beaucoup plus à redouter avec les injections intracardiaques d'adrénaline qu'avec celles d'ouabaïne ; l'action de l'ouabaïne est moins brutale et plus prolongée.

En conclusion, on dispose donc à l'heure actuelle de deux médicaments susceptibles d'être administrés en injection intracardiaque dans les arrêts du cœur. Ce sont l'adrénaline et l'ouabaïne. C. Lian et Abaza précisent ainsi leurs indications respectives.

1° L'ouabaïne mérite d'être employée *in extremis* en injections intracardiaques, après échec des médications intramusculaires et intraveineuses, dans les états de mort apparente dus à une syncope brutale.

2° Pour les cas exceptionnels où l'on peut recueillir un électrocardiogramme pendant l'état de mort apparente, l'ouabaïne paraît devoir être préférée à l'adrénaline dans les cas de fibrillation ventriculaire ; au contraire, l'adrénaline est à choisir dans les arrêts ventriculaires.

3° En l'absence de contrôle électrocardiographique le produit à préférer en injection intracardiaque semble être l'ouabaïne à la dose de 1/4 de milligramme dans les syncopes d'origine cardiaque (syndrome de Stokes-Adams, grande insuffisance cardiaque), et l'adrénaline à la dose de 1 milligramme dans les syncopes d'origine vasculaire (états de shock). D'autre part, l'ouabaïne semble préférable à l'adrénaline dans les syncopes au cours de l'anesthésie chloroformique, car il y a lieu de compter avec le phénomène dit de la syncope adrénalino-chloroformique.

4° De toute façon après l'échec manifeste de l'un de ces deux produits, il est justifié de faire appel à l'autre. (*L'Année médicale pratique*, 1936.)

Sur les causes des pseudarthroses dans les fractures transcervicales du col du fémur.

MM. G. Rousseau et C. Adamesteanu ont voulu attirer l'attention sur deux faits :

1° Qu'il existe un moment critique dans le traitement de ces fractures, vers la cinquième ou sixième semaine après l'accident ;

2° Que la mise en rotation interne — surtout forcée — paraît être une position défavorable à la contention de la fracture du fait de l'exagération de l'élongation musculaire qu'elle détermine.

Whitman s'est toujours contenté de la mise en abduction forcée dans le traitement des fractures transcervicales. Böhler préconise une rotation interne minime, de quelques degrés seulement. (*La Presse Médicale*, 30 novembre 1935.)

Conditions nécessaires, résultats et technique de l'artériectomie dans les oblitérations artérielles.

Le Professeur R. Leriche et le Docteur R. Fontaine basent leur travail d'après quatre-vingt opérations récentes. Leur procédé de l'artériectomie est basé sur ces notions expérimentales que : 1° une oblitération limitée engendre à distance des troubles vaso-moteurs par vaso-constriction ; 2° la résection du segment artériel oblitéré fait cesser ces vaso-spasmes et substitue au régime circulatoire déficitaire un régime bien plus riche de vaso-dilatation active. Les opérations se décomposent ainsi : deux artériectomies pour oblitération artérielle syphilitique ; trente-quatre artériectomies pour thrombo-angéite ; trente-quatre artériectomies pour thrombose artério-sclérotique ; quatre artériectomies pour thrombose embolique ; quatre artériectomies pour thrombose traumatique. Voici le pourcentage des résultats obtenus dans la maladie de Buerger. Mortalité : zéro. Résultats inconnus à longue échéance : 14,7 %. Echecs : 29,4 %. Améliorations passagères (minimum de trois mois) : 20,6 %. Bons résultats (absence de douleur, guérison des ulcérations, mais sans reprise de l'activité professionnelle) contrôlés au delà de un an : 5,9 %, moins de un an : 11,8 %. Très bons résultats (disparition de tous les symptômes, reprise de l'activité professionnelle) contrôlés au bout de plus d'un an, quelques-uns, après sept à six ans : 17,6 %. Ces résultats montrent que l'artériectomie doit avoir une place de choix dans la thérapeutique des artérites. (*Presse Médicale*, 4 décembre 1935.)

L'infiltration périfocale et l'épituberculose.

L'épituberculose est constituée anatomiquement par une réaction péri-focale importante autour de lésions tuberculeuses discrètes, situées tantôt au voisinage du hile, tantôt dans le centre du parenchyme pulmonaire.

MM. R. Benda et H. Molard résument leurs convictions actuelles dans deux propositions :

1° L'inflammation périfocale est un processus banal au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire (probablement, aussi, au cours du développement des tuberculoses extra-pulmonaires, quels que soient l'âge du malade et l'âge de la maladie).

2° Chez la plupart des malades bien que sa responsabilité ne soit nullement négligeable dans la symphonie des symptômes et dans l'évolution des images radiologiques, l'infiltration périfocale ne joue qu'un rôle de comparse, qui se superpose au rôle du foyer. Il est des cas pourtant où ces signes dominent les signes de la lésion. La réaction périfocale l'emporte alors sur la réaction focale, et elle constitue l'épituberculose dont les pédiatres ont distingué un type, mais qui peut revêtir bien d'autres expressions.

Il résulte de leur étude que l'épituberculose est une réaction périfocale, qui domine anatomiquement et cliniquement le foyer, autour duquel elle s'est constituée. On est amené à concevoir des épituberculoses aiguës ou chroniques, bruyantes ou larvées, spontanées ou consécutives à des thérapeutiques. Au point de vue clinique certaines sont apparemment autonomes, alors que d'autres évoluent chez des sujets porteurs de lésions avérées. (*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*, 25 novembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de Médecine

La mortalité opératoire peut être abaissée. Traitement et prophylaxie des accidents toxiques post-opératoires.

(M. Max-M. Lévy ; 7-1-1936.)

Les opérations importantes (gastrectomies, hystérectomies, prostatectomies, etc.) pratiquées chez les gens âgés ou tarés comportent encore, malgré les progrès de la technique chirurgicale, une certaine mortalité.

Un grand nombre de ces morts demeuraient inexplicables. On ne constatait ni suppuration, ni hémorragies, ni embolies, ni complications pulmonaires. Or, des travaux récents ont montré l'existence d'une véritable toxémie liée à l'acte opératoire lui-même et qu'il apparaît maintenant possible de modifier heureusement.

Cette toxémie se traduit par des symptômes divers : asthénie, parésie intestinale, rétention de gaz, réduction des urines, hypotension, troubles qui, dans les cas sérieux, s'accentuent, avec altération du facies, langue sèche, pouls rapide, parfois vomissements, réalisant le tableau de l'occlusion intestinale, hyperthermie, etc... Les dits phénomènes peuvent être plus ou moins intriqués, évoluer rapidement ou se prolonger quatre, six jours ou plus, quelquefois s'aggraver soudainement du matin au soir.

Le mécanisme de cette toxémie commence à être connu (Chabanier et Lobo Onell, Max Levy, Legueu, Fey, P. Duval). Il relève d'altérations du métabolisme azoté (élévation de l'azote résiduel et polypeptidique dans le sérum sanguin), du métabolisme du chlore (appel du chlore dans la zone opérée, hypochlorémie), et de l'équilibre acide-base. L'élévation de l'azote résiduel et particulièrement l'hyperpolypeptidémie paraît commander tous ces phénomènes.

Comment traiter les accidents toxiques en question ? Par la rechloruration. Après un examen chimique du sang et de l'urine qui aura montré une diminution du chlore dans l'urine et dans le sang (chez les sujets qui vivaient sur un taux de chlore sanguin supérieur à la normale, cette dernière diminution peut être moins appréciable), on aura recours à la médication chlorurée : on injectera 20 à 30 gr. (solution à 4 %) de sel le premier jour, 10 à 20 le deuxième, 5 à 20 le troisième. Les résultats sont remarquables.

Les injections intraveineuses de NaCl peuvent être employées aussi comme traitement prophylactique post-opératoire : la mortalité post-opératoire est alors notablement diminuée.

Prophylaxie vaccinale des complications broncho-pulmonaires de la coqueluche et de la rougeole en milieu hospitalier.

(M. F. Chevrel, de Rennes ; 7-1-1936.)

M. Chevrel a employé dans ses services de la rougeole et de la coqueluche de l'Hôtel-Dieu, de Rennes, la vaccination préventive chez les enfants hospitalisés pour ces deux affections. Il a utilisé un vaccin polyvalent (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, entérocoques, M. *catarrhalis*), injecté en quatre piqûres à 48 heures d'intervalle.

Alors que, avant l'emploi de la vaccination préventive, la mortalité par broncho-pneumonie des enfants hospitalisés pour coqueluche s'élevait à 20 p. 100, depuis la vaccination elle n'a plus été que 0,75 %.

Pour la rougeole, en cinq années, 238 enfants ont été soumis à la vaccination préventive et 12 seulement ont contracté une broncho-pneumonie, avec 5 morts.

Sur l'emploi du ferrocyanure de potassium pour la vinification

(M. Barthe ; 21-1-1936.)

M. Barthe n'est pas partisan d'autoriser l'emploi du ferrocyanure de potassium pour la clarification des vins blancs. Le « collage bleu » des vins, dit-il, n'atténuera pas la mévente de ces vins, peut-être même l'accentuera-t-elle, car certains consommateurs s'en abstiendront par crainte d'intoxication.

Les trois reproches opposés à cette pratique persistent. Le vin clarifié de cette manière ne serait plus pur, mais sophistiqué ; il pourrait retenir de l'acide cyanhydrique, même en quantité minime ; le ferrocyanure est toxique. Certes, diverses analyses n'ont pas retrouvé, ni l'acide cyanhydrique ni le ferrocyanure. Cependant, peut-on affirmer que les vins ainsi traités en seraient toujours exempts. La surveillance ne pourrait consister qu'en des analyses soigneuses, de chaque échantillon de vins. En pratique, on s'éloignerait sensiblement de ce minimum nécessaire.

M. Barthe est, d'autre part, persuadé que nous possédons des moyens suffisants pour filtrer ces vins, sans recourir aux toxiques. Il demande que dans l'intérêt des régions vinicoles et même de notre pays, l'Académie s'oppose à l'emploi du « collage bleu ».

P. L.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris

La myélographie.

(MM. R. Debré, M. Lamy et G. Sée ; 13-12-1935.)

Protégée par la dureté du squelette, la moelle osseuse a longtemps échappé aux investigations des cliniciens. Cependant l'importance de son rôle dans l'hématopoïèse permettait de soupçonner l'importance que pourrait avoir la biopsie médullaire pour le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre de maladies. Cette méthode nouvelle mérite d'entrer dans la pratique courante.

La ponction du sternum ne présente aucune difficulté et ne fait courir au malade aucun risque. Il est préférable d'anesthésier la peau, le tissu cellulaire et le périoste en injectant localement 1/2 ou 1 c. c. d'une solution de novocaïne à 1 % ou à 2 %. Le lieu d'élection de la ponction est le manubrium sternal ou le corps du sternum à la hauteur du deuxième ou du troisième espace intercostal. Il est préférable de ne pas ponctionner dans le prolongement d'une côte pour éviter les nodules cartilagineux que l'on rencontre parfois à ce niveau. Il vaut mieux éviter de ponctionner strictement sur la ligne médiane, car c'est là que l'épaisseur du tissu spongieux est le plus faible. On utilise une aiguille de 23 millimètres de longueur, de 1 millimètre de diamètre intérieur, pourvue d'un mandrin et qui s'adapte à une seringue de 1 à 2 c. c. munie d'un embout métallique. Les auteurs ont fait construire un curseur mobile qu'il est facile de fixer sur l'aiguille, à une distance quelconque, dans le but de limiter sa course et d'éviter à coup sûr sa pénétration dans le médiastin. D'après les mensurations d'Arjeff, l'épaisseur de la lame sternale antérieure varie chez l'adulte entre 1/2 et 1 millimètre et celle du tissus pongieux, entre 5 et 15 millimètres. L'épaisseur des parties molles est naturellement très variable avec les sujets, mais peut être appréciée très facilement avec l'aiguille utilisée pour l'anesthésie locale.

Le curseur étant placé à une distance de 10 à 15 millimètres de la pointe, l'aiguille munie de son mandrin est enfoncée perpendiculairement ou un peu obliquement jusque dans le tissu spongieux. Il est quelquefois nécessaire chez un adulte vigoureux, d'exercer une forte pression pour vaincre la résistance de la lame compacte. Le mandrin est ensuite retiré et on aspire avec la seringue une très faible quantité de tissu médullaire. L'effort exercé ne doit pas être trop grand si l'on veut éviter les ruptures capillaires et l'aspiration de sang dans la seringue. L'aiguille est retirée aussitôt et la faible quantité de tissu médullaire obtenue est étalée sur une lame, fixée et colorée par les méthodes utilisées en hématologie.

La lecture des myélogrammes présente certaines difficultés et pour être faite correctement, exige un certain apprentissage. En dehors des troubles de l'hématopoïèse, où elle permet une affirmation formelle du diagnostic, où elle donne des indications capitales pour le pronostic et le traitement, la myélographie rendra également de grands services aux nosologues. Elle paraît aussi la méthode de choix pour la recherche des leismania, peut-être aussi pour celle des hématozoaires.

Au sujet d'une épidémie rurale bénigne de brucellose.

(MM. L. Bethoux et G. Giraud ; 22-11-1935).

Depuis longtemps déjà, des formes sévères de fièvre de Malte étaient signalées, en particulier dans le Midi de la France, surtout des formes pseudotyphiques avec tuphos et ataxo-adynamie. Ces temps derniers on a observé en Dauphiné des formes plus diffuses, parfois mortelles. Les auteurs rapportent l'histoire d'un cas de ce genre, survenu au cours d'une épidémie rurale mixte animale et humaine, d'ailleurs bénigne ; ce cas fut mortel, pseudotyphique avec anergie. A cette occasion il est fait une étude clinique et épidémiologique de la maladie. Etant donné que ce cas grave est survenu au milieu d'une épidémie dont l'allure était bénigne, il y a tout lieu de supposer que, dans les brucelloses humaines comme dans l'infection tuberculeuse, on doive tenir compte à la fois de la virulence du germe infectant et des modalités de réactions de l'organisme, c'est-à-dire du terrain. C'est sans doute l'intrication complexe de ces deux facteurs, qui conditionne le grand polymorphisme clinique de l'infection mélitococcique.

Traitement chirurgical de l'asystolie basedowienne.

(MM. M. Labbé, R. Boulin, D. Petit-Dutaillis, P. Uhry et Antonelli ; 13-12-1935.)

Les auteurs présentent deux nouveaux cas de maladie de Basedow, compliqués d'insuffisance cardiaque grave et irréductible, guéris par la thyroïdectomie. L'insuffisance cardiaque, rebelle aux diverses thérapeutiques, iodées, radiothérapiques et toni-cardiaques, a bénéficié d'une intervention chirurgicale, pratiquée en plusieurs temps en raison de la gravité de la situation ; en l'espace d'un peu plus d'une année, on a obtenu dans un cas une guérison complète dont l'examen clinique et les tracés électrocardiographiques fournissent la preuve indiscutable, et dans l'autre cas une guérison incomplète. Il faut distinguer l'insuffisance cardiaque véritable avec troubles du myocarde des troubles du rythme cardiaque qui dépendent du système nerveux du cœur. La thyroïdectomie rend au myocarde sa tonicité et supprime les crises d'asystolie, mais elle laisse persister les troubles du rythme cardiaque en les atténuant seulement. Il y a d'ailleurs beaucoup de précautions à prendre si l'on veut opérer avec sécurité des basedowiens atteints de grands troubles cardiaques.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 décembre 1935

Un nouveau cas de scaphoïdite tarsienne de l'enfant.

M. R. CHUREAU (de Châtillon-sur-Seine), GUENEAU et DETOUILLON communiquent l'observation d'un enfant de sept ans présentant de la douleur du pied gauche avec tuméfaction de la face dorsale au niveau du scaphoïde. L'examen radiographique a montré l'aspect classique (opacité et aplatissement) de la scaphoïdite tarsienne de l'enfant. Les auteurs étudient les divers points de cette affection assez rare.

Cancers du col après hystérectomie subtotale.

M. P. SÉJOURNET communique une observation de cancer du moignon survenu cinq ans après hystérectomie subtotale pour salpingite et une seconde où le cancer est apparu deux ans après un cancer du corps opéré, pour des raisons de technique, en subtotale. Il oppose les cancers du moignon dits primitifs ou tardifs, aux cancers dits secondaires ou précoces. Ceux-ci, souvent méconnus (l'auteur en apporte deux exemples) sont interprétés comme traduisant l'évolution d'un néoplasme existant déjà au cours de l'opération initiale, mais le cancer peut n'être qu'en gestation, non décelable par les moyens d'investigation actuels. Contrairement à l'opinion courante, acceptée par les chirurgiens, le cancer du moignon est une complication que les radiumthérapeutes estiment à 5 % de l'ensemble des cancers du col : elle est donc relativement fréquente. Cette notion de fréquence, encore peu répandue, jointe à la gravité du pronostic chirurgical et à la résistance au radium, conduit l'auteur à se demander si l'hystérectomie subtotale doit continuer à rester une opération d'exception et si, en particulier pour le fibrome, elle ne doit pas laisser la place à l'hystérectomie totale.

Etudes électriques et métallographiques en vue de l'ostéosynthèse

M. MASMONTEIL a étudié le potentiel électrique de certains métaux et, plus particulièrement, des alliages susceptibles d'être utilisés pour la fabrication du matériel d'ostéosynthèse. Or, il a remarqué que tous les métaux et alliages favorables à l'ostéosynthèse avaient une tension électrique voisine de celle de l'os ou même inférieure à elle ; tandis que les métaux nocifs ont une tension électrique supérieure à celle de l'os. Il a pu faire ainsi un choix qui, sensiblement, correspond à celui que MENEGAUX avait obtenu en partant de la méthode biologique des cultures osseuses. Cette coïncidence des résultats est déjà un fait intéressant, et elle souligne l'importance de la nature du métal, du point de vue de la tolérance de l'os envers la prothèse.

Mais la nature du métal n'est pas seule en cause ; sa structure ne doit pas être altérée par des manœuvres d'écrouissage ; l'auteur montre, par des clichés métallographiques, ce que les traitements thermiques et mécaniques peuvent produire comme bouleversement au milieu des pièces de prothèse, créant ainsi dans leur épaisseur, des zones hétérogènes, origine des corrosions.

La prothèse doit donc être homo-iso-électrique, c'est-à-dire avoir une constitution homogène et une tension électrique voisine de celle de l'os.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1935

La méthode rhino-bronchique scuroformée sans cocaïne au service du laryngologue.

M. F. ROSENTHAL. — L'anesthésie du larynx peut s'obtenir par une injection nasale d'huile scuroformée à saturation. L'emploi de l'huile scuroformée par voie nasale a l'avantage de déterminer une anesthésie laryngée suffisante et de ne pas exiger une technique au miroir. On peut utiliser la technique rhino-bronchique sans cocaïne ce qui est un avantage pour le tuberculeux, l'asthmatique, etc...

Intérêts de la méthode pour le laryngologue :

c) La méthode rhino-bronchique est le traitement prophylactique et curatif du rhume de cerveau ; il faut alors utiliser le vaccin en suspension huileuse ; cette thérapeutique agit parce que seule une attaque simultanée du nez et de la trachée est efficace.

b) La méthode rhino-bronchique scuroformée facilite l'examen complet du larynx chez le sujet à rhinopharynx irritable.

c) Elle rend le repos et le calme au larynx.

d) Elle est une manœuvre indispensable à la préparation du malade avant toute intervention bénigne ou grave sur le larynx.

e) Elle est la base de la thérapeutique de la laryngite chronique.

Zona de la face avec paralysie faciale, otite suppurée, érysipèle et épithélioma secondaire du pavillon.

M. BONNET-ROY. — Débuts simultanés de zona et d'otite (paracentèse). Quatre jours après se déclare un érysipèle : le malade est traité par les vaporisations de Lucas-Championnière de phénosalyl dilué. L'érysipèle se prolonge pendant dix-huit jours et à ce moment une paralysie faciale se manifeste qui dure une dizaine de jours. Les douleurs de la face et du pavillon persistent pendant très longtemps, environ cinq mois et s'accompagnent d'une chondrite extrêmement pénible et tenace. L'ulcération du conduit se cicatrise après quelques séances de diathermie. Six mois plus tard une ulcération apparaît sur le pavillon, l'exérèse de cette ulcération montre qu'il s'agit d'une ulcération épithéliomateuse : cicatrisation normale.

Il est difficile de déterminer si l'otite n'est qu'un épiphénomène, une complication du zona de la VII^e^

paire ou s'il s'agit d'un zona de la caisse qui frappe celle-ci. Il est exceptionnel qu'un zona auriculaire se complique d'un érysipèle et si l'examen histologique n'avait levé les doutes on eût fait de l'ulcération épithéliomateuse sur le pavillon un trouble trophique tégumentaire.

Les épithéliomas d'inclusions

M. Dufourmentel. — Sous ce titre sont groupées des tumeurs différentes par leur localisation et leur évolution mais ayant des caractères communs.

1° Un malade présente une énorme tumeur de la mâchoire inférieure, tumeur qui récidive pour la cinquième fois après avoir été opérée chaque fois. Le malade est en parfait état général. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma adamantin *typique*.

2° Un malade est porteur d'une tumeur ulcérée du palais évoluant depuis plus de cinq ans, il est opéré. On conclut après examen histologique qu'il s'agit d'une tumeur glandulaire atypique, développée aux dépens des glandes acineuses de la muqueuse palatine. L'état général du malade est parfait, pas de ganglions.

3° Un malade est atteint d'une tumeur de la parotide qui se développe depuis cinq ans. Cette tumeur a été deux fois opérée et a récidivé ; elle est opérée une troisième fois. On conclut à épithélioma au niveau des glandes salivaires et revêtant l'aspect d'un cylindrome. Etat général parfait, pas de ganglions.

4° Un malade est opéré d'un épithélioma adamantin du maxillaire inférieur, cet épithélioma récidive deux fois et est opéré chaque fois. Un kyste se forme dans le temporal, ce kyste est extirpé en totalité.

Tous ces épithéliomas siègent aux points où des invaginations ectodermiques se font dans la profondeur des tissus. Ces invaginations laissent des inclusions épithéliales qui sont le point de départ des tumeurs.

Les débris épithéliaux peuvent devenir cancéreux mais ces tumeurs semblent évoluer comme des parasites sans atteindre le sujet qui les porte. La tumeur agit et évolue pour son compte sans aucune atteinte de l'état général du malade. Un certain nombre de ces variétés de tumeurs sont fréquentes.

Société de médecine militaire française

Séance du 14 *novembre* 1935.

A propos d'un abcès de la base de la langue.

MM. Pesme et Klizowski relatent l'observation d'un malade atteint de phlegmon de la base de la langue. Ils discutent l'angine de Ludwig et insistent sur le fait que dans la région envisagée tout processus phlegmoneux circonscrit peut se terminer par un phlegmon diffus hyperseptique. L'incision médiane sus-hyoïdienne semble la meilleure pour aller aux plans profonds.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Séance du 29 *novembre* 1935

Le traitement du psoriasis par les sels de manganèse, action élective sur les arthropathies.

MM. J. Margarot et P. Rimbaud. — Le manganèse, utilisé sous la forme d'une préparation à petits grains constitue un bon médicament du psoriasis. Il mérite de prendre place à côté des autres agents thérapeutiques mais ne leur paraît pas supérieur dans les formes habituelles de la dermatose. Par contre son efficacité s'affirme dans le psoriasis arthropathique. Les résultats ont été surprenants dans les deux cas apportés

A propos de quatre cas d'érythème du neuvième jour.

MM. J. Margarot et P. Rimbaud. — Quatre observations nouvelles, s'ajoutant à de nombreux faits antérieurs, établissent que l'érythème du neuvième jour est très souvent rencontré chez des sujets porteurs d'infections focales. Laissant de côté tout essai d'interprétation pathogénique, les auteurs se bornent à souligner le fait et à attirer l'attention sur le réchauffement fréquent du foyer infectieux chez ces malades.

Séance du 6 *décembre* 1935

Deux nouveaux cas de neuro-épithéliome de la rétine.

MM. Dejean et Broussy présentent deux observations de cancer de la rétine des jeunes enfants communément appelé « gliome ». Les deux yeux furent énucléés précocement. L'un des enfants a survécu sans complication ni rechute. L'autre est mort après récidive orbitaire.

Histologiquement, les tumeurs ne présentent aucune rosette contrairement au cas présenté l'an dernier. Elles sont formées de cellules rondes avec très peu de protoplasme, groupées en manchons autour des vaisseaux. L'évolution clinique et le type histologique rapprochent ces tumeurs de neurospongiomes intracraniens, ou mieux des *neuroblastomes*, puisqu'elles dérivent de la souche nerveuse et non de la lignée névroglique.

Psoriasis tabétiforme ; amélioration par les sels de manganèse.

MM. Margarot et P. Rimbaud. — Une malade atteinte de psoriasis arthropathique présente une distension globuleuse des deux genoux rappelant par ses caractères morphologiques l'arthropathie tabétique. Après l'échec d'un traitement salicylé, la disparition de l'hydarthrose et la réduction de la subluxation sont obtenues très rapidement par des injections de manganèse en suspension colloïdale.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Les touches nasales et auriculaires en réflexothérapie.

M. F. FAVRE après un rapide historique des différentes méthodes réfléxothérapiques (centrothérapie, réflexothérapie, sympathicothérapie) s'élève contre le mystère dont certains entourent la pratique des touches sympathicothérapiques. A son avis, les touches, pour être efficaces, doivent déclencher des réflexes particuliers facilement mis en évidence. L'auteur, à côté des touches nasales et buccales, signale l'existence de points sensibles dans le conduit auditif, dont l'excitation provoque le réflexe à la toux, et qui, chez ces malades, donne des améliorations supérieures aux touches nasales et buccales.

Ostéites du calcanéum.

M. VALATX présente les observations avec radiographies de deux blessés, ayant eu une fracture ouverte du fémur pendant la guerre, mais avec cicatrisation dans les délais normaux. Une fistule avec suppuration abondante, durant respectivement depuis sept et deux ans, rebelle à tout traitement (staphylocoque), apparut au niveau du talon treize et dix-huit ans après la blessure. Les radiographies montrent dans le premier cas une ostéite de la partie postérieure du calcanéum avec un petit séquestre osseux, et chez le deuxième blessé une production ostéophytique au niveau de l'intersection du tendon d'Achille avec une zone de décalcification dans la partie antérieure et supérieure de l'os.

L'examen des deux blessés montre une intégrité complète de tous les appareils, y compris celui du système nerveux. Aucune étiologie précise ne peut être relevée en dehors de la fracture du fémur : il est difficile d'expliquer la pathogénie de ces ostéites.

Métastases du cancer du sein chez un homme

M. DURAND-DASTÉS. — Un homme âgé de 61 ans, opéré en 1933 pour tumeur du sein gauche, présenta quelques mois plus tard des métastases au niveau du creux sus-claviculaire, du sternum et de l'orbite. Le traitement radiothérapique ne produisit pas d'amélioration.

Fracture du cuboïde.

MM. J.-P. TOURNEUX et LAZORTHE rapportent l'observation d'un homme de 32 ans, qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de trois mètres sur les orteils du pied droit, accusait des phénomènes douloureux en arrière de la tête du cinquième métatarsien. La présence en ce point d'une ecchymose fit soupçonner l'existence d'une fracture du cuboïde, qui fut confirmée par la radiographie.

Les auteurs signalent le peu de fréquence des fractures du cuboïde (0,95 des fractures du pied), surtout lorsqu'elles sont isolées, et insistent sur la rareté des facteurs indirects, qui résultent d'une compression de l'os entre les quatrième et cinquième métatarsiens et le calcanéum.

Les résultats de l'électro-diagnostic dans les sciatiques anciennes essentielles.

M. P. MARQUIS expose la technique de recherche et la valeur des petits signes électriques de la sciatique dits signes de Léri. Sur 18 cas de sciatique essentielle ancienne, remontant à la dernière guerre, il a observé une hypoexcitabilité dans 27 p. 100 des cas, la clause des jumeaux dans 11 p. 100 des cas et le signe électrique de Babinski dans 11 p. 100 des cas. Il n'a jamais observé de modification qualitative de l'excitabilité électrique galvanique. L'examen électrique et en particulier la recherche des petits signes de la sciatique sont nécessaires en vue d'établir un diagnostic précis lorsqu'il s'agit pour un sujet d'établir un taux d'invalidité.

Perforation d'ulcère simple de l'instestin grêle

MM. P. FABRE et ROCHÉ ont eu à intervenir chez un homme de 58 ans, qui avait présenté subitement tous les signes classiques des péritonites. Une intervention montra qu'il s'agissait d'une perforation d'une anse grêle, survenue chez un sujet à passé digestif très chargé (troubles digestifs, diarrhée, hémorragies intestinales), mais qui depuis plus de deux ans n'avait présenté aucun trouble.

Fracture du trochiter dans la luxation de la tête humérale

MM. J. P. TOURNEUX et LATCHÉ ont observé deux cas de cette complication des luxations de l'épaule chez des sujets où la réduction avait été obtenue sans difficultés par le procédé de Mothes. Bien qu'il n'exista aucune impotence fonctionnelle, la présence d'une ecchymose assez étendue et d'un point douloureux net au niveau du trochiter avait fait soupçonner l'existence d'une solution de continuité osseuse, qui fut confirmée par la radiographie. Dans les deux cas, l'épaule fut immobilisée dans un appareil plâtré pendant une quinzaine de jours, au bout desquels on pratiqua du massage et de la mobilisation ; les résultats furent des plus satisfaisants.

Sinistrose et délire de revendication.

M. E. SOREL, ayant eu l'occasion d'étudier deux accidentés de droit commun considérés comme de simples sinistrés, a pu reconnaître chez ces blessés l'état mental de la psychose interprétative aggravée par le traumatisme chez des psychopathes latents. Il profite de ces deux cas pour présenter une revue générale de la sinistrose et du délire de revendication, en insistant sur le rôle toujours très délicat de l'expert.

J.-P. TOURNEUX.

NOUVEL APERÇU DE L'IMPORTANCE BIOLOGIQUE DES ACIDES AMINÉS

Dans une étude à la fois expérimentale et clinique formant un assez fort volume édité chez Doin en 1934 sous ce titre « Les diastases de défense », le Docteur Pierre Etienne-Martin, de Lyon, a montré que les tissus nécrosés subissent dans l'organisme une digestion qui aboutit à leur transformation partielle en acides aminés, atoxiques, formant matériaux d'apport pour la reconstruction des tissus.

En outre, ces acides aminés possèdent une fonction de neutralisation sur les matériaux insuffisamment transformés, tels que peptones et ultra-peptones qui sont toxiques, de même que sur les toxines microbiennes.

Conclusion : c'est par la qualité et l'abondance de ses acides aminés qu'un organisme obtient l'état d'immunisation passive absolue, sans réaction, sans allergie.

Je ne saurais suivre l'auteur dans toutes ses déductions et conclusions, qui l'ont mené à un essai de thérapie du cancer. Mais l'affirmation précédente, basée sur des travaux de laboratoire personnels et étrangers, se présente avec une logique rigoureuse, qui m'autorise, créateur moi-même de l'oxyaminothérapie (premier mémoire en juillet 1925), à mettre en relief combien mon travail de synthèse, fondé sur la seule clinique et aboutissant à la certitude de l'activité thérapeutique de certains acides aminés dans la tuberculose et toutes les déficiences organiques, se trouve hautement justifié par d'importants travaux de laboratoire, partis d'une idée première fort différente.

Je me permets, en outre, de rapprocher de la conclusion citée plus haut une de celles qui terminent, mon travail sur l'*allergie devant la statistique,* ainsi énoncée : « La conception de l'anergie demande une revision complète, il est des « anergies marquant une défense extrêmement « vigoureuse ». (*Concours Médical,* 16 février 1930.)

Le Docteur Pierre Etienne-Martin s'appuie d'ailleurs sur des travaux antérieurs, notamment ceux du Professeur Sivori publiés en 1929 dans *Annali delle Instituto Maragliano,* dont il épouse entièrement l'idée d'une spécificité des acides aminés en rapport avec leur origine, c'est-à-dire avec les organes qui leur ont donné naissance, mais en niant qu'elle soit due à leur constitution chimique propre.

Cette dernière conception semble nettement en désaccord avec les faits. Tout ce que l'on a pu vérifier jusqu'ici, tant sur les acides aminés que sur d'autres substances organiques, dément cette hypothèse.

On sait qu'un produit organique quel qu'il soit obtenu par synthèse chimique a les mêmes propriétés et la même valeur que s'il est obtenu par analyse.

La vérité est dans la loi suivante que j'ai énoncée il y a quelques années : « Chaque organe fabrique des acides aminés plus ou moins person- « nels, et qui peuvent être d'action biologique « divergente ». Il est regrettable que les procédés d'analyse soient insuffisants. L'auteur dans les expériences dont il donne le détail prouve la présence des acides aminés par leur réaction à la ninhydrine ; mais il ignore auxquels il a affaire leur personnalité lui demeure inconnue.

Je souhaite que l'on puisse bientôt serrer de plus près ce problème et identifier les divers acides aminés présents avec leurs propriétés physiques, chimiques et biologiques. Car ainsi que je l'ai dit plusieurs fois en réponse à des contradicteurs, c'est une erreur fondamentale d'imaginer les acides aminés comme des soldats de même grade et de même force, donc interchangeables. La question est d'importance, et l'on ne peut la négliger ou l'escamoter sans risquer d'aboutir à une impasse.

Ces travaux d'un grand intérêt, ouvrent de beaux aperçus sur les mystères biologiques. Mais seule l'étude des acides aminés isolés, l'expérimentation physiologique et clinique de chacun d'eux permettra d'aller loin dans la biopathologie et dans la thérapeutique qui en découle nécessairement.

Il s'agit d'un monde de grande importance qu'il ne faut pas se borner à contempler en bloc ; il exige d'être exploré en détail.

Dr Dani HERVOUET.

Les Congrès

XLIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

TROISIÈME QUESTION

Technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée)

Ce rapport est divisé en deux parties : la technique a été traitée par M. MENEGAUX (Paris), les conséquences physiologiques par M. COSTANTINI (Alger).

PREMIÈRE PARTIE

Sont justiciables d'une intervention :

les malformations congénitales compatibles avec la vie, les hernies rétro-xiphoïdiennes, les hernies de l'hiatus oésophagien ;

les traumatismes : ruptures, plaies avec ou sans hernie, mais alors que les plaies de l'hémidiaphragme droit protégées par le foie guérissent sans intervention, celles du côté gauche se cicatrisent mal ;

les lésions de l'orifice œsophagien ;

l'éventration diaphragmatique ;

les tumeurs ;

les lésions sus et sous-phréniques (abcès, kystes), qu'il faut aborder par le diaphragme.

Un examen clinique et radiologique pratiqué par le chirurgien lui-même est indispensable pour préciser la nature des viscères herniés, s'il y a lieu.

Des opérations préliminaires comme la phrénicectomie peuvent relâcher la tension musculaire et faciliter les sutures.

Le pneumothorax préliminaire n'est pas sans danger.

Conduite générale de l'intervention. Ces interventions doivent être menées rapidement, et il est commode de recourir à la *Baronarcose* ou narcose sous pression atteignant 7 à 8 centimètres d'eau pour le temps thoracique et se maintenant à 3 ou 4 centimètres.

Les soins postopératoires ont une grosse importance, en particulier la morphine à haute dose, pour calmer les douleurs et la polypnée.

MENEGAUX conseille *comme voies d'abord* :

a) *Pour la coupole gauche* une voie combinée commençant par le temps abdominal.

b) *Pour l'orifice œsophagien* la voie abdominale avec mise en place d'une sonde œsophagienne.

Parfois la médiastino-phréno-laparotomie de Grégoire et Braine pourra être indiquée.

c) *Pour la coupole droite* c'est la voie thoracique sous-pleurale transdiaphragmatique ou transpleuro-diaphragmatique plus souvent indiquée que la voie abdominale pure.

d) *Pour la pente de Larrey* la voie abdominale ;

e) *Pour l'hiatus de Boechhdalek* la voie thoracique postérieure.

Dans un dernier chapitre, le rapporteur étudie l'intervention sur le diaphragme lui-même et il envisage les diverses opérations qu'on peut pratiquer lorsqu'on l'a atteint.

DEUXIÈME PARTIE

M. Costantini apporte dans un premier chapitre le résultat d'expériences faites sur le chien, dont on a artificiellement traumatisé et excité le diaphragme.

Les excitations diverses apportées au DIAPHRAGME SAIN ne provoquent que des réactions circulatoires analogues à celles qui suivent les mêmes excitations exercées sur d'autres régions, sur la paroi abdominale par exemple.

Ni le pneumothorax, ni la phrénicectomie préalable ne modifient les résultats expérimentaux.

Les réactions circulatoires et respiratoires sont d'autant moins marquées que la pression est plus basse.

Le fait de s'adresser au diaphragme malade ne paraît pas modifier les résultats expérimentaux.

Le DIAPHRAGME OPÉRÉ examiné à la radioscopie à une mobilité diminuée.

Le rapporteur met en parallèle la bénignité de la voie abdominale, comparée aux dangers du pneumothorax dans la voie thoracique.

Quoiqu'il en soit l'exécution technique des opérations portant sur le diaphragme est difficile et on ne peut prévoir la gravité des interventions ouvrant la cavité pleurale.

Ces réserves faites, les résultats éloignés des opérations diaphragmatiques sont en général satisfaisants.

La préparation du malade nécessite des examens cliniques, radiologiques répétés, qui doivent toujours être faits par le chirurgien lui-même.

Les voies d'abord de la coupole gauche peuvent se faire par l'abdomen, le thorax, ou par les deux cavités à la fois.

Il paraît, de l'étude des différentes techniques, logique de recommander la laparotomie transformée en laparo-thoraco-phrénotomie à la moindre difficulté.

La conduite générale de l'intervention doit se faire comme si on devait fatalement faire une thoracotomie.

La position du malade en antéro-latérale surélevée, cambrée, le membre supérieur relevé sur la tête.

La *baronarcose* permet d'atténuer les accidents du pneumothorax opératoire, on gradue la pression suivant la phase de l'opération.

Le temps diaphragmatique consiste souvent à suturer une brèche musculaire, il faut le faire par avivement avec des fils non résorbables ; on pourra en sectionnant le phrénique au cou faciliter le temps de la réparation.

Les plasties aponévrotiques se sont révélées excellentes.

Au cours de la discussion qui a suivi :

Le Professeur SAUERBRUCH (de Berlin) a défendu la voie thoracique et exposé le résultat de sa longue expérience.

M. HARRINGTON (de Rochester) préfère la voie abdominale et sur 105 cas opérés il a obtenu 88 fois une guérison définitive.

Le Professeur LAMBRET (Lille) a opéré par voie thoracique une éventration diaphragmatique et obtenu de bons résultats.

MM. DELHERM et THOYER-ROZAT exposent la technique de la kymographie qui permet d'étudier les organes en mouvement.

MM. JENTZER et CHERIDJIAN (Genève) apportent des observations de méga-œsophages opérés.

M. GUYOT (de Bordeaux) a opéré deux cas par la voie transpleuro-diaphragmatique.

M. PASCALIS emploie peu la voie thoracique pure, il la réserve aux cas adhérents, et il conseille de commencer par la voie basse, même si par la suite on doit poursuivre par le thorax.

Docteur Raphaël MASSART.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ DOIN et CIE
8, place de l'Odéon

Professeur Georges CARRIÈRE et Cl. HURIEZ, de Lille. — **Le sang des hypertendus**, d'après l'étude des propriétés physico-chimiques du sang de 105 cas d'hypertension permanente. Un vol. 392 pages. Prix : 50 francs.

CHEZ MASSON ET CIE,
120, boulevard SAINT-GERMAIN,

Questions cliniques d'actualité. 5e SÉRIE. LEÇONS PROFESSÉES A LA CHARITÉ (*Service du Professeur Sergent*). Un vol. 306 pages, 55 figures. Prix : 50 francs.

R. MONIER-VINARD. — **Neurologie**. Un vol. (*Collection des initiations médicales*), 222 pages avec 2 figures. Prix : 22 francs.

IMPRIMERIE MURET et CLAVEL
Gap.

Docteur L. BERNARD. — **Aux alpins et paysans.** DIABLES BLEUS ! DIABLES ROUGES ! Combattants du beau et doux pays de France. Au front, Noël 1916. Un vol. 240 pages. Prix : 15 francs.

CHEZ N. MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

FAUST ZAMBRINI. — **Le thermomètre de la résistivité vitale.** PTYALO-DIAGNOSTICS ET PTYALO-PRONOSTICS. Un vol. 220 pages avec planches. Prix : 125 francs.

Pour paraître prochainement :

L'Année médicale pratique, volume annuel publié sous la direction du Dr C. LIAN, prof. agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon, 300 articles courts, classés par ordre alphabétique exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial, et questions prof.) 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 15 mars : France et Colonies, 22 fr. 25, Etranger avant le 15 avril : Union postale : 24 fr., autres pays : 26 fr., à R. Lépine, 39, rue d'Amsterdam, Paris, c. chèques postaux : Paris 712.04.

MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dans le format réduit qui a fait le succès des petits précis paraît :

Accouchements (LEMELAND). — Ici se trouvent rapidement et méthodiquement exposées les notions élémentaires que doit posséder un médecin non spécialisé sur l'examen clinique de la femme enceinte, sur l'accouchement normal, les présentations dystociques, la délivrance pathologique avec ses difficultés et ses complications, les suites de couches pathologiques, etc...

Suivent des chapitres condensés sur l'influence réciproque de l'état puerpéral et des états pathologiques des différents appareils, et enfin la pathologie de l'accouchement tant du côté maternel que du côté fœtal.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

« TROP PARLER NUIT »

M. Raphaël MASSART

Il y a quelques jours, j'ai, à une réunion syndicale, émis le vœu que « *tout médecin examinant un malade déjà soigné par un autre médecin prêtat une extrême attention à ses paroles* », elles peuvent toujours être mal interprétées et entraîner, à l'insu de celui qui les a prononcées, des complications familiales, déontologiques, parfois même des drames.

Cette discrétion du médecin, cette mesure dans ses propos, ne fait pas partie de l'éducation première de l'étudiant, il est regrettable qu'à l'hôpital, dès le premier jour, on ne l'invite pas à être plus ménager de ses critiques, de ses appréciations, de ses jugements sur ses maîtres, sur ses camarades, sur ses collègues. On l'habituerait ainsi, à ne pas cultiver ce travers qui consiste à juger tout un chacun, sans avoir les éléments indispensables pour se faire une opinion exacte.

Au cours des études, la critique un peu vive, le jugement téméraire constituent un jeu de l'esprit assez apprécié dans les salles de garde, et il est de bon ton d'assaisonner le déjeuner avec la dernière gaffe du patron, de son assistant ou même d'un petit camarade ; on se fait, à fort bon compte, la réputation d'un camarade spirituel, à la dent un peu dure et ainsi, sans s'en rendre compte, on développe une habitude de tout critiquer. Le procédé est en tous points semblable à celui qu'utilise, dans le monde, l'homme qui s'habitue à faire de l'esprit, en déchirant son ami le plus cher.

Cette tournure d'esprit ne serait qu'un travers et elle pourrait rester une erreur de jeunesse que nous avons tous commise, moi le premier, si nous savions, tout en restant bienveillants, nous débarrasser avec l'âge de cette habitude fâcheuse de déblatérer systématiquement tout ce qui ne vient pas de nous et devenir un peu plus indulgents aux fautes, aux erreurs, et aux manières de faire de nos contemporains.

Le fait d'exercer la médecine, d'être appelé dans l'intimité des familles comme l'arbitre de la vie et de la mort, d'être investis d'une confiance quelquefois irraisonnée, n'oblige pas seulement à faire travailler son esprit pour aboutir à l'établissement d'un diagnostic, il impose des devoirs ; la bienveillance, et la correction vis-à-vis de tous ses confrères figurent parmi les premiers.

Cette éducation de l'étudiant devient d'autant plus nécessaire que la médecine actuelle, avec ses contrôles, avec ses inspections, avec ses spécialités multiples, amène le même malade à l'examen séparé de plusieurs médecins. Toute cette médecine deviendra bientôt impossible à exercer, si à chaque nouvel examen le malade a le sentiment que tous ceux qui *l'ont soigné, jusque-là, étaient* des imbéciles ou des escrocs, ou même des assassins.

Je n'exagère point ici les termes que j'emploie, et c'est parce que je les ai entendus quelquefois prononcer, que j'ai cru habile, par un vœu, d'attirer notre attention à tous, sur la nécessité de mesurer nos paroles.

La manière dont on parle à la légère de ses confrères varie selon les circonstances, elle est parfois le fait du désir de nuire, quelquefois aussi c'est par vengeance, presque toujours c'est pour se mettre en valeur.

En voici un bien bel exemple :

Dans une société scientifique, un chirurgien fier de ses techniques et de son habileté, montrait à ses collègues un patient, opéré d'une affection bilatérale. Et tandis qu'il détaillait avec complaisance, les perfections du côté opéré par lui, il se plaisait à énumérer et à monter en épingle les imperfections (d'ailleurs légères) qu'il pouvait relever du côté opposé, opéré par un de ses collègues.

Il est bien évident qu'emporté par l'enthousiasme de sa jeunesse et désireux de convaincre son auditoire, de l'excellence de ses méthodes, notre confrère passait les bornes de la correction et jetait, dans l'esprit du malade, un discrédit certain sur le premier opérateur.

Ces réflexions faites sans méchanceté, sans souvent même y porter attention, sont à la base de bien des procès en responsabilité. Jamais le malade n'aurait songé à avoir recours à la justice, si un médecin au cours d'un examen ne lui avait dit avec compassion et sans mesurer ses paroles : « Mon pauvre ami, comment avez-vous été soigné ? »

Nous voyons souvent au Sou Médical dans les procès en responsabilité, le malade faire grand cas d'un propos qu'il dit tenir d'un médecin connu, en allant au fond des choses, on apprend que si le propos a bien été tenu dans son service, c'est le premier roupiou venu, ou même le garçon de salle qui se sont permis de donner un avis. Sans jamais s'en douter, ils seront la cause de bien des soucis, et de bien des peines, pour un malheureux confrère qui, souvent, a fait, avec les moyens dont il dispose, du mieux qu'il a pu.

Ce sont surtout ces propos, tenus à la légère par un étudiant qui, demain, sera comme praticien soumis à la même critique, qu'il faut à tout prix proscrire. Un véritable éducateur ne devra jamais supporter qu'on les tienne devant lui, ils n'ajoutent rien à la gloire, à l'habileté, à la science du maître autour duquel ils sont prononcés, et ils produisent, sur ceux qui les entendent, sans les voir sévèrement relevés, le plus déplorable effet. Il ne suffit pas pour instruire les jeunes de leur inculquer des techniques, des méthodes, des idées, il faut développer en eux cette finesse, ce tact et cette retenue sans lesquels il n'est point de bon, ni de grand médecin.

A côté de ces propos inconsidérés et maladroits il y a ceux qui sont tenus, en connaissance de cause, souvent avec des réticences, des sous-entendus, des hésitations, qui sont volontairement méchants et dont le but est de détruire la confiance du malade en son médecin.

La médecine de contrôle compte parmi ses médecins quelques confrères dont la discrétion n'est point exemplaire et qui, pour se faire valoir des malades qu'ils contrôlent, jugent des hommes, des méthodes, des résultats.

Le médecin contrôleur doit avoir vis-à-vis du malade qu'il contrôle la *bouche cousue*. Il doit garder pour lui et ceux qui l'envoient toutes ses réflexions, ses appréciations. Il commet de par sa fonction, une *faute grave et lourde*, lorsqu'il se permet de juger un traitement institué, le résultat d'une opération faite, une ordonnance quelle qu'elle soit, et lorsqu'il donne au malade, même à mots couverts, son opinion personnelle sur la manière dont il a été traité.

Nous devons poursuivre avec la plus grande sévérité tous les manquements à cette règle dans l'intérêt même du contrôle.

On peut considérer la période actuelle comme les premiers pas de la médecine de contrôle, c'est le moment de redresser vigoureusement ses erreurs, pour l'engager dans la bonne voie qui est celle de l'*extrême discrétion* de ses médecins.

La pléthore, la concurrence, la lutte pour l'os à ronger sont à la base de la plupart de ces petites vilenies et c'est bien une maladresse suprême de la part d'un médecin, que de juger sévèrement ses confrères au moment même où la confiance dans la médecine sérieuse diminue. Faut-il s'étonner que le grand public qui en a tant entendu sur les uns et sur les autres, sur les meilleurs, sur les plus grands, ceux qui sont notre orgueil, sur les plus respectables d'entre nous, ne sache plus où est la vérité, et qu'il aille se jeter chez les charlatans, les guérisseurs, les astrologues, les animateurs de pendule dont au fond, on ne dit pas plus de mal.

S'il y a parfois dans les jugements sévères que nous portons les uns sur les autres, des querelles d'écoles dont nos pères et surtout nos grands-pères nous ont laissé les facheux exemples, presque toujours c'est un peu d'envie qui est à l'origine de tous les propos désobligeants.

Envie mesquine d'une situation plus rémunératrice.

Ça n'est pas la peine d'avoir une si belle clientèle pour soigner aussi mal ses malades.

Envie d'une situation plus honorifique.

Ça n'est pas la peine d'être professeur pour vous estropier comme cela.

Envie d'une réussite imprévue.

Rien d'étonnant que son malade soit mort, il n'a jamais rien appris.

Envie sous toutes ses formes, celles qui s'étalent au grand jour, celles qui prennent tous les masques possibles, celles qui prennent l'apparence de la compassion.

Il est vain d'essayer de corriger la nature des hommes, *même s'ils sont médecins*, mais il est possible d'imposer à celui qui exerce une profession, une règle. Il faut lui apprendre au début de ses études, exactement comme on lui explique qu'il ne faut pas toucher une plaie sans s'être lavé les mains, qu'il ne faut pas parler en mal de ses confrères, et se permettre de juger leurs actes. L'habitude une fois prise, deviendra règle de conduite, et ce jour-là la Faculté aura bien mérité de tout le Corps médical.

Je suis persuadé que l'exercice de la médecine en sera rendu plus agréable, et que le médecin, moins critiqué par ses confrères, retrouvera près du public, l'estime et la confiance qu'il a toujours mérité d'avoir.

Dr Raphaël MASSART.

PRÉSENCE D'UN MÉDECIN DANS LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DES HOPITAUX

Un Président de Syndicat médical nous demande le texte de la Circulaire Breton, ainsi que les textes qui réglementent la composition des Commissions administratives des hospices et hôpitaux.

Voici tout d'abord le texte de la Circulaire Breton :

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance
et de la Prévoyance sociales
à Messieurs les Préfets.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 21 mai 1873 modifiée par la loi du 5 août 1879, les Commissions administratives des hospices et hôpitaux sont composées du Maire et de six membres renouvelables. Quatre de ces administrateurs sont nommés par le Préfet.

La loi ne restreint en aucune façon votre libre choix à cet égard. Votre droit de désignation est absolu. Vous devez uniquement être guidés par le souci de choisir des personnalités dont l'expérience des affaires, les qualités administratives, l'instruction, la probité incontestée, etc., ne peuvent qu'être profitables à la gestion des intérêts hospitaliers.

Mais, en raison de l'importance que prennent aujourd'hui dans la vie des hôpitaux et des hospices, les questions purement techniques, je crois devoir, cependant, appeler votre attention sur l'utilité de faire figurer un médecin parmi les membres de la Commission administrative.

Quand la Commission discutera des problèmes techniques (installation de salles de chirurgie, aménagement de laboratoire radiographique, etc.), la présence d'un médecin, capable de donner à tous des explications détaillées ou des éclaircissements sera certainement appréciée des autres administrateurs, et une décision, prise par tous, en connaissance de cause, ne pourra qu'être favorable à la marche normale des services.

J'ajoute qu'en vue d'associer le Corps médical tout entier au bon fonctionnement des établissements d'assistance, il me paraît que le médecin désigné pour être administrateur pourrait être proposé à votre choix par les Associations professionnelles locales.

Je vous prie de faire connaître quelle suite vous aura donnée à la présente circulaire sur laquelle j'appelle toute votre attention et compte que vous voudrez bien vous en inspirer au fur et à mesure que, dans votre département, vous aurez à procéder au renouvellement des mandats des administrateurs d'établissements hospitaliers.

Le ministre : BRETON.

Quant à la composition des Commissions administratives des hospices et hôpitaux, elle est réglementée par le décret-loi du 5 novembre 1926, qui, en son article 60, modifie les lois des 21 mai 1873 et 5 août 1879 :

« Les Commissions administratives des hospi-
« pices et hôpitaux et celles des Bureaux de bien-
« faisance, sont composées du Maire et de six
« membres renouvelables. Deux des membres
« de chaque Commission sont élus par le Conseil
« municipal; les quatre autres sont nommés par
« le Préfet ou le Sous-préfet. »

Mais, comme je le fais remarquer à notre correspondant, ces textes n'ont plus actuellement beaucoup de valeur, en ce qui nous concerne, nous médecins. M. Lafont a profité de son passage au ministère de la Santé publique, pour faire signer, par le Président de la République, un décret-loi du 30 octobre 1935, décidant qu'il y a incompatibilité entre les fonctions de médecins rétribué par un hôpital et celles de membre de la Commission administrative dudit établissement.

Cependant, deux arrêts du Conseil d'Etat avaient décidé que cette incompatibilité n'existe pas (Conseil d'Etat, 3 avril 1908, *Concours Médical*, 1911.140 ; Conseil d'Etat, 17 mai 1934, *Concours Médical*, 1934 2171).

Souhaitons que la Confédération des Syndicats médicaux puisse obtenir du nouveau ministère de la Santé publique le dépôt d'un projet de loi, abrogeant purement et simplement le décret Lafont. Ajoutons qu'à l'Assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France, en sa séance du 27 janvier 1936, le Docteur Cibrie et moi avons été assez heureux pour obtenir de la haute Assemblée le vote d'un ordre du jour, déposé par Cibrie, et demandant que soit rapporté le décret en question.

En tout cas, la Circulaire Breton peut être invoquée en faveur du choix d'un médecin, qui, n'étant pas ou n'étant plus médecin de l'hôpital, demande sa désignation comme membre de la Commission administrative de l'établissement, soit comme Conseiller municipal, soit comme membre désigné par le Préfet.

Pareille collaboration du Corps médical avec l'Administration des hôpitaux est des plus souhaitables, alors que les médecins peuvent donner à leurs collègues administrateurs, les conseils et avis dus à leur technicité et à leur expérience.

Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE

Assurances sociales

Assurés sociaux notoirement indigents. — Non-assimilation aux assistés médicaux de la loi de 1893 — Droit au bénéfice des dispositions de la loi sur les Assurances sociales. — Libre-choix du médecin.

Tribunal civil de Reims

4 décembre 1935

Un arrêté préfectoral organisant un service de soins gratuits aux malades inscrits à l'Assistance pour les maladies vénériennes et édictant des prescriptions spéciales à observer par les médecins du département qui auront accepté de se conformer à ce règlement ne saurait être opposé à un médecin réclamant à la collectivité d'assistance le payement de ses honoraires pour soins de cette nature donnés à une assurée sociale notoirement indigente en application de l'article 59 *de la loi de* 1928-1930.

En effet, aucune assimilation n'est à faire entre les deux catégories de malades, les assurés sociaux notoirement indigents d'une part, et les inscrits à l'Assistance médicale gratuite d'autre part. Une assurée sociale notoirement indigente ne relève pas des dispositions de la loi du 15 *juillet* 1893 *et du règlement départemental d'assistance, mais sa qualité d'assurée sociale lui permet d'invoquer à son profit toutes les dispositions de la loi de* 1928-1930, *et notamment celles se rapportant à l'assurance-maladie. Elle peut donc choisir librement son praticien conformément à l'article* 4, § 2 *de ladite loi.*

Dr T. contre Ville de Reims
(*Archives du* Sou Médical).

Le Tribunal,

Vu les mémoires produits après avoir entendu en son rapport en audience publique Monsieur Guidon, rapporteur, Monsieur le Procureur de la République en ses conclusions orales et écrites, après avoir entendu en son audience publique du 26 novembre en 1935 en leurs observations Me Droit, avoué, Me Salle, avocat, et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant publiquement et en dernier ressort ;

Attendu que le Docteur T.., est appelant d'une décision de la Commission cantonale du premier canton de Reims du 22 mai 1935 qui a rejeté la réclamation en paiement d'une somme de 225 francs adressée à l'Union mutualiste Marnaise pour visites et soins donnés à la dame X. inscrite comme assurée sociale, notoirement indigente ;

Attendu que la Commission a fondé sa décision en faisant application à la demande du Docteur T... de l'arrêté préfectoral du 19 décembre 1929 qui a organisé un service de soins gratuits aux malades inscrits à l'Assistance médicale gratuite pour les soins spéciaux dont avait besoin la malade du Docteur T. et édicté les prescriptions spéciales à observer par les médecins du département de la Marne, qui auront accepté de se conformer à ce règlement ;

Attendu que devant la juridiction d'appel le Docteur T... demande que la malade et la catégorie de soins donnés soient appréciés non par l'application de l'arrêt préfectoral susvisé auquel il ne s'est jamais conformé et qui ne concerne pas sa malade, mais par application de l'art. 59 de la loi du 30 avril 1930 qui a créé une catégorie nouvelle d'assurés sociaux dans laquelle doit être comprise la malade à laquelle il a donné ses soins et pour lequel il demande la rétribution légale des soins donnés ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que la femme X. est une assurée sociale notoirement indigente ;

Attendu qu'à ce titre elle ne doit pas bénéficier des dispositions de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, et que par conséquent sa qualité d'assurée sociale lui permet d'invoquer à son profit toutes les dispositions de la loi sur les Assurances sociales et particulièrement les dispositions se rapportant à l'assurance-maladie ;

Attendu que pour l'assurance-maladie, l'assuré social, d'après l'art. 4, parag. 2 de la loi sus-visée choisit librement son praticien ;

Attendu que dans l'espèce le médecin librement choisi par la malade assurée sociale a été le Docteur T..., que ce dernier est donc fondé à réclamer la rétribution des soins donnés ;

Attendu que la Commission cantonale s'est basée sur la maladie spéciale traitée par l'appelant pour appliquer l'arrêté préfectoral susvisé ;

Attendu que cet arrêté préfectoral ne peut concerner que les malades indigents et inscrits à l'Assistance médicale gratuite ;

Qu'aucune assimilation n'est à faire entre les deux catégories de malades, les assurés sociaux notoirement indigents d'une part et les inscrits à l'Assistance médicale gratuite d'autre part, que la condition des malades couverts du risque maladie relevant de la loi du 30 avril 1930 s'est améliorée, que cette loi n'a pas distingué entre les divers risques de maladie qu'elle a simplement pour les assurés sociaux notoi-

rement indigents réglementé leur inscription sur une liste spéciale, qu'après cette inscription les assurés sociaux qui ont encouru le risque maladie ne pouvaient qu'invoquer les dispositions de cette loi et bénéficier de son avantage ;

Attendu par conséquent que malgré la nature spéciale des soins donnés, il ne peut être donné application à la réclamation du Docteur T... et à la femme X., de l'arrêté préfectoral dont s'est inspirée la décision de première instance, qui doit être réformée ;

Attendu en outre que c'est à tort que la décision a été qualifiée rendue en dernier ressort.

Par ces motifs,

Dit l'appel du Docteur T. recevable et fondé, infirme la décision de la commission cantonale du premier canton de Reims, rendu le 22 mai 1935 ;

Condamne la ville de Reims et en tant que besoin la Caisse primaire d'assurances sociales, l'Union mutualiste marnaise à payer au Docteur T. la somme de 225 francs pour soins donnés.

Condamne la ville de Reims intimée, aux dépens. H. Payen, vice-président, Me Droit, avoué, Me Salle, avocat.

Commentaires

Cet intéressant jugement obtenu par le Sou Médical pour l'un de ses adhérents met bien au point une question fort importante et qui a soulevé de nombreux conflits entre le Corps médical et l'Administration. Celle-ci s'étant vu confié par l'art. 59 de la loi sur les Assurances sociales le payement des frais médicaux et pharmaceutiques concernant les assurés indigents dont elle ne supportait que 20 %, les 80 % restant étant à la charges des Caisses, en avait conclu tout naturellement que les assurés indigents devaient être traités comme des indigents ordinaires relevant de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, avec cette seule différence que le médecin était honoré dans le premier cas au tarif des accidents du travail et dans le second, selon le tarif départemental d'assistance.

Nous avons toujours combattu cette thèse d'assimilation un peu simpliste, et soutenu au contraire que les assurés sociaux notoirement indigents devaient être traités en principe comme des assurés ordinaires, sous réserve des dispositions exceptionnelles de l'art. 59 de la loi de 1930.

Notre thèse trouvait appui tout d'abord d'une manière implicite dans le texte même de la loi de 1930. En effet, l'art. 59 seule disposition de la loi relative aux assurés indigents, étant dérogatoire au droit commun des assurés sociaux, devait faire l'objet d'une interprétation restrictive ; ne traitant que la question du payement des frais médicaux et de leur répartition entre organisme d'assistance, et organisme d'assurance, il laissait donc aux assurés indigents le bénéfice des dispositions générales de la loi et notamment de celles contenues dans l'art. 4 relatif à l'assurance-maladie.

Mais cet argument de texte était renforcé en outre par des considérations de logique et d'équité: un assuré social même indigent paye des cotisations comme les autres assurés, ce n'est nullement un assisté à la charge totale de la communauté, et c'est précisément l'organisme d'assurance qui a perçu ces cotisations qui supporte la presque totalité (les 80 %) des frais médicaux ; il est donc de tout justice que cet assuré indigent puisse bénéficier de tous les avantages d'un régime dont il supporte les charges comme les autres assurés.

La Cour suprême nous avait d'ailleurs déjà donné raison, mais seulement de manière implicite elle aussi, lorsqu'elle a décidé, par un arrêt du 11 juillet 1933 que *« l'intervention des Services* d'assistance dans le payement des frais médicaux afférents aux assurés notoirement indigents n'avait pas pour effet de soustraire à la compétence de la juridiction instituée par la loi sur les Assurances sociales la connaissance de contestations venant à s'élever au sujet du règlement de ces frais ». Elle avait par cet arrêt rejeté les prétentions de l'Administration qui prétendait au contraire que la juridiction compétente était celle prévue par la loi du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G., c'est-à-dire le Conseil de préfecture, et marqué ainsi de manière non douteuse qu'il ne s'agissait pas d'*assistance* mais bien d'*assurance sociale*. Le jugement que nous publions ci-dessus nous a permis de faire trancher la question de façon encore plus nette et plus formelle : un médecin de Reims s'était vu refuser en l'espèce le payement de ses honoraires pour un traitement antisyphilitique concernant une assurée notoirement indigente, motif pris de ce qu'un règlement départemental obligeait les assistés médicaux gratuits à se faire soigner dans un dispensaire public créé à cet effet. Sur nos conseils, notre adhérents avait poursuivi la collectivité d'assistance devant la Commission cantonale, qui lui avait donné tort. Sur appel, le Tribunal civil a infirmé la décision de cette Commission en reconnaissant comme nous l'avions soutenu que le règlement d'assistance ne trouvait pas application en l'espèce puisqu'il ne s'agissait pas d'une assistée, mais d'une assurée sociale notoirement indigente.

Ce principe d'assimilation aux assurés ordinaires étant fixé, il en résulte alors les conséquences suivantes :

a) De manière générale, la délivrance des pres-

tations médicales n'est pas régie par le règlement d'assistance, mais par les dispositions de la loi sur les Assurances sociales (article 4 de la loi de 1930, art. 6 du décret-loi du 30 octobre 1935).

b) En particulier, les assurés indigents ont le libre choix absolu de leur médecin et de leur établissement de soins. Ils peuvent donc se faire soigner par tout médecin exerçant légalement en France, et ce, quand bien même les assistés ne jouiraient pas du libre choix dans le département et devraient s'adresser à des médecins nommés ou agréés par le Préfet.

c) Le médecin jouit de la plus grande liberté, de traitement et de prescription, dans les seules limites fixées par la loi sur les Assurances sociales. Il peut donc prescrire aux indigents assurés sociaux toutes les spécialités pharmaceutiques de vente légale en France, même si elles ne figurent pas dans la nomenclature de l'Assistance médicale gratuite.

d) Le médecin qui soigne des assurés indigents n'est pas soumis aux règles de contrôle de l'Assistance, mais il relève du contrôle technique des Syndicats médicaux. S'il y a contestation sur l'état du malade, cette contestation doit être tranchée par la Commission technique. Enfin, les litiges portant sur le règlement des prestations et des frais médicaux et pharmaceutiques sont de la compétence, non pas du Conseil de Préfecture, mais de la juridiction des Assurances sociales (Cass. civ., 11 juillet 1933) qui est la Commission d'arrondissement depuis le décret-loi du 30 octobre dernier.

Ajoutons que ce jugement, quoique intervenu dans une affaire relevant du régime de la loi de 1930 garde tout son intérêt à l'heure actuelle. Le principe qu'il pose est même renforcé par les dispositions du nouveau régime ; en effet, alors que l'assimilation aux assurés ordinaires n'était qu'implicite dans la loi de 1930, le décret-loi du 30 octobre 1935 l'a expressément consacrée en stipulant dans son art. 19, § 3, alinéa 3 que « les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les assurés bénéficiaires du présent article (c'est-à-dire les assurés indigents) *sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et leur sont accordées suivant les modalités* et sous réserve du contrôle *applicables à ces assurés* ».

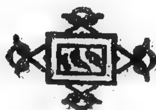
Il n'est pas inutile de rapprocher cette disposition d'un autre décret-loi de la même date relatif au libre choix des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, en vertu duquel « l'assisté devra indiquer au moment de la confection de la liste d'Assistance médicale ou à l'occasion de sa première maladie le nom du médecin du Service départemental auquel il entend recourir ». Ce choix ne pourra être modifié, ajoute le décret, « avant l'expiration d'un délai d'un an, que pour motifs graves, sur avis conforme du fonctionnaire chargé du contrôle sur place des Services d'assistance. »

Etant donnés les termes de l'art. 19 précité, il n'est pas douteux, contrairement à certains commentaires, que ce décret-loi ne concerne en rien les assurés indigents et ne vise que les assistés relevant de la loi du 15 juillet 1893.

Un assuré indigent, ayant le libre-choix absolu de son praticien en vertu de l'art. 6, § 2, du nouveau décret sur les Assurances sociales, pourra changer de médecin en cours d'année sans avoir aucune formalité à accomplir ou aucun motif, grave ou non, à invoquer.

Nous signalons enfin que le nouveau régime des Assurances sociales a mis fin à la question fort controversée de savoir si les assurés indigents *agricoles* devaient subir le même sort que les assurés indigents *ordinaires*. En effet, l'article 13, § 1er du décret du 30 octobre 1935 relatif aux Assurances sociales agricoles a expressément spécifié que l'article 19 du décret-loi relatif au régime général s'appliquait un régime spécial de l'agriculture. Ainsi donc il n'y a plus lieu désormais de distinguer entre assurés indigents ordinaires et assurés indigents agricoles, ces deux catégories d'assurés, confondues en une seule, relèvent bien en principe, non pas du régime de l'Assistance, mais de son supérieur d'un degré dans la hiérarchie sociale, du régime de l'Assurance.

Jean MIGNON.



LA QUESTION DE L'HOSPITALISATION DES MALADES AISÉS A PARIS UNE LETTRE DE RECTIFICATION DE M. LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE PARISIENNE

Dans un article récent (Concours Médical *du 5 février* 1936) : La Clinique et le Laboratoire, *un des nos éminents correspondants, M. Auguste* Lumière (*de Lyon*), *recherchant les causes de la crise médicale qui sévit plus particulièrement à Paris, a cité les chiffres, publiés dans le* Phare Médical, *qui tendraient à démontrer que des abus intolérables d'hospitalisation existeraient dans les hôpitaux parisiens. M. le Docteur* Mourier, *directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, nous a, à ce propos, adressé la lettre suivante, qui rectifie ces chiffres et en explique certains qui auraient été mal interprétés.*

Le seul but que nous poursuivons est de rechercher les causes de la crise médicale pour pouvoir efficacement la combattre ou l'atténuer si possible; aussi, en publiant la lettre de M. le Directeur général de l'Assistance publique, nous apportons un document officiel et précieux à ceux de nos confrères qui étudient cette question angoissante pour le Corps médical et surtout pour le Corps médical parisien.

J. Noir.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris

Le Directeur général Paris le 13 févrirr1936

Monsieur le Docteur J. Noir
Directeur du *Concours Médical*
37, rue de Bellefond
Paris. (IXe).

Monsieur le Directeur,

Je relève dans le numéro du 2 février 1936 du *Concours médical* un article intitulé « La Clinique et le Laboratoire. Les causes principales du marasme médical », dans lequel (page 323), mon Administration est mise en cause au sujet des dépenses hospitalières et des conditions d'admission des malades dans les hôpitaux parisiens.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que votre collaborateur, en ce qui concerne mon Administration, se réfère à des renseignements et des chiffres erronés qui appellent de ma part les rectifications suivantes :

L'article indique que le nombre de journées d'hospitalisation en 1920 était de 1.000.000 et qu'il a atteint en 1933 le chiffre de 13.300.000, soit une augmentation de un million de journées par an. La réalité est bien différente. En 1920, le nombre de ces journées de malades n'était pas de 1.000.000 mais de 5.884.000. En 1933, il n'a pas été de 13.300.000, mais seulement de 9.174.000. Le chiffre de 13.300.000, cité par l'article, comprend en outre des journées de malades dans les hôpitaux, celui des journées de vieillards recueillis dans les hospices et les maisons de retraite.

D'autre part, l'article que vous avez publié indique que les dépenses entraînées par l'hospitalisation des malades se sont élevées à 533.200.000 francs. Là encore il y a une erreur. En réalité cette somme doit être ramenée à 380 millions.

Autre erreur lorsqu'il est indiqué que, sur cent malades admis dans les hôpitaux, on en compte environ cinquante qui sont payants, soit par les Assurances sociales, les accidents du travail, ou payants libres.

La vérité est que les « payants libres » acquittant l'intégralité des frais de leur séjour dans les hôpitaux de Paris sont au nombre de un pour cent. Cinq pour cent payent une partie seulement de ces frais ; il s'agit là d'une forme d'assistance partielle à des personnes qui sont en situation de payer une fraction variable selon les cas, mais non la totalité de ce qu'a coûté leur hospitalisation.

Six pour cent sont des accidentés du travail ou de la voie publique dont l'admission à l'hôpital est imposée par la loi ou le caractère urgent des soins à donner.

Vingt-huit pour cent sont des assurés sociaux ; mais il convient d'observer que les Caisses d'assurances ne remboursent que partiellement les frais de leur séjour, le surplus restant d'une manière générale à la charge de l'Assistance publique, étant donné que cette catégorie de malades est de situation modeste.

En résumé, la situation est la suivante : soixante pour cent de malades nepayent absolument rien ; trente trois pour cent ne payent

qu'une partie, un pour cent de « payants libres » payent l'intégralité ; six pour cent (accidentés) ont des répondants juridiques qui payent également l'intégralité.

J'ajoute que, bien loin d'attirer les malades fortunés, mon Administration depuis longtemps, a pris pour écarter les abus, des mesures qui ont été rappelées et précisées notamment dans les instructions adressées aux directeurs d'hôpitaux le 8 juin 1934.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

L. MOURIER.

LA MÉDECINE CHINOISE

J'ai lu avec intérêt l'article publié dans *Le Concours Médical*, le 26 janvier, par mon excellent camarade et confrère Abbatucci, qui, autrefois, me succéda à Mon-Cay (Haï-Ning).

Il n'a vu que des empiristes et a pu croire que la médecine chinoise « se réduisait à un recueil de préceptes archaïques transmis par la tradition ».

Il y avait cependant autre chose « au temps du Dragon impérial » et depuis des milliers d'années. Alors que je connaissais le tonkinois et un certain nombre de caractères chinois, c'est seulement au bout de dix-huit mois de recherches que j'ai pu me documenter un peu sur la médecine et la pharmacie chinoises, quand je me suis efforcé de faire connaître la question en France et de déterminer la nature des 494 principaux médicaments utilisés (1).

La médecine et la pharmacie ont été fort en honneur en Chine depuis les temps les plus reculés ; d'après un proverbe « on connaît la richesse d'un homme à sa note chez le pharmacien » ...

Un empereur qui régnait vers 2737 avant notre ère, Chên-Long, aurait le premier fait classer une centaine de plantes médicinales et constitué un herbier. Cent ans plus tard, il y a plus de quatre mille cinq cents ans, Hoâng-Ti fit réunir et coordonner en un seul livre les connaissances médicales jusque-là éparses. Pour comprendre certaines idées, certaines théories des Extrême-Orientaux, il faut faire table rase de nos théories éphémères d'Occidentaux et « se chinoiser » pour quelque temps, afin de considérer les choses sous le même jour que les Chinois et Annamites (2).

L'acupuncture a provoqué le sourire de beaucoup d'Européens, cependant elle donne des résultats inespérés dans certains cas

Aujourd'hui, où on commence à entrevoir l'importance de la réflexothérapie (1), les Européens l'adoptent et certains l'appliquent à tort et à travers, d'une façon qui pourrait la déconsidérer.

En ce qui concerne les autres applications médicales, le Docteur Bouffard a écrit ces lignes, que j'ai approuvées : « Il ne faudrait pas faire fi de la thérapeutique et de la pharmacopée chinoises, dans lesquelles il y aura beaucoup à glaner quand on la connaîtra mieux, quand on pourra apprécier cette riche flore médicale et apprécier ce que l'expérience de milliers d'années a fait connaître aux médecins indigènes ».

Les Japonais, après avoir manifesté un grand engouement pour la médecine européenne, en reviennent souvent aujourd'hui à diverses applications de la médecine chinoise.

On raillait les Chinois, qui, pour diverses affections, en particulier pour celles du foie, prescrivaient de la bile, du suc de foie de porc, du suc de tiges de bambou fraîches ou qui employaient le *Mâ Hoâng* (Ephedra) pour arrêter des hémorragies... Aujourd'hui les extraits de foie et la bile sont d'un usage courant dans la médecine européenne et l'éphédrine est considérée comme le meilleur hémostatique...

Les insectes (*Pan Mâo* ou *Pan Mieou*) que le Docteur Abbatucci a vu donner contre la rage, sont des coléoptères (*Mylabris cichorii*) dont l'action a été comparée à celle des cantharides. On les emploie à l'extérieur au niveau des abcès et, à l'intérieur, comme abortif et aussi contre la rage et la syphilis.

En ce qui concerne l'emploi du sang de tel ou tel animal comme antidote, nous n'avons pas à sourire, tant que des expériences n'ont pas montré que le traitement est inactif. En France ne préconise-t-on pas l'estomac et la cervelle de lapin contre les empoisonnements par les champignons ? et ce serait, dans certains cas, le le seul remède pouvant sauver le malade.

Dr Jules REGNAULT.

(1) Docteur Jules REGNAULT. — *Médecine et pharmacie chez les Chinois et les Annamites*, 236 p. ; Challamel, édit. Editions géographiques, maritimes et coloniales, boulevard Saint-Germain, Paris.

(2) Docteur Jules REGNAULT. — Biodynamique et radiations, 1936 (sous presse).

(1) J. REGNAULT. — *Les méthodes d'Abrams*. N. Maloine, éditeur, Paris, 1927.

VARIÉTÉS

Les coulisses du grand reportage

Nous extrayons d'un intéressant article de M. Henry DE FORGE, *paru dans la* « Tribune de la Presse » (1), *quelques aperçus médicaux sur la vie du journaliste faisant du grand reportage, véritable explorateur voyageant souvent dans les pays les moins civilisés :*

De plus en plus, maintenant, le grand reportage lointain, compliqué, périlleux, a la vogue auprès du public. Certains journalistes sont devenus des as dans cette formule difficile. Ils surmontent avec une ténacité remarquable, des difficultés qu'ils ont pu prévoir et celles qui surgissent inopinément. Le caractère français s'adapte bien à ces réalisations.

Nous allons envisager ici ce dont ces journalistes ne parlent guère, dans leurs descriptions bien faites, dans leurs informations sagaces, dans leurs notations savoureuses. C'est — si l'on peut dire — les coulisses du reportage ».

Nous avons questionné un des plus expérimentés, dont le labeur constant de journaliste est fait, en quelque sorte, de reportages à répétition, dans des contrées souvent lointaines et les plus diverses suivant l'actualité. Il est obligé de s'adapter chaque fois, qu'il s'agisse du fond de la vieille Asie, de l'Amérique, des bagnards ou du cœur de l'Afrique.

Il boucle ses bagages et se met en route, ayant préparé, dans le silence, son itinéraire et essayé de prévoir les obstacles pour les surmonter.

Nous lui avons posé différentes questions professionnelles dont la réponse doit intéresser tous ceux qui rêvent de voyager ainsi.

Le problème de l'argent de poche

N'est-elle pas assez aléatoire, cette provision de numéraire que l'on doit emporter, afin d'être à même de tenir le coup, dans les endroits les plus variés ?

« Il y a deux manières de se lester au départ, nous explique Jean Perrigault : ou bien compter à son journal, en les prévoyant, toutes les dépenses éventuelles et se faire ouvrir un crédit, ou bien établir un prix forfaitaire, en supposant qu'on se débrouillera, s'il y a des surprises.

« Une part de cet argent doit être emporté en numéraire, mais c'est la petite part. La meilleure façon d'être muni est de se faire donner un compte à l'*American Express*, admirable organisation qui délivre des travellers-chèques (chèques de voyageurs) libellés en dollars ou en livres, suivant la stabilité supposée de la monnaie du pays où l'on va. Ils peuvent être échangés contre la monnaie locale, que ce soit des roupies, des straits dollars ou des west indies. Ces chèques portent la signature du voyageur.

« Mais incontestablement, même avec ces papiers précieux, on perd au change. Il faut compter 10 % en moyenne. Songez donc qu'en Chine, il existe vingt-huit provinces qui ont chacune leur monnaie et chacune leur banque, qui n'admet guère les travellers-chèques. Il faut avoir pris la précaution de s'organiser dans une grande ville comme Canton, avant de s'enfoncer dans les terres, pour se faire délivrer des lettres de crédit, particulières à chaque province.

« Quelques commodités sont données par des postes de missionnaires qui tous, Dieu merci, font le change. Ils existent d'ailleurs autre part qu'en Chine et les régions les plus sauvages de l'Afrique ont pour le journaliste en voyage, cet appui bancaire précieux et mal connu du public.

« Eviter, en voyage, d'avoir trop d'argent en métal. Ces caisses sont lourdes, mal maniables et tentatrices, surtout en Chine pour les brigands. Et j'ai trouvé, en pleine Afrique, des indigènes, à qui j'offrais un peu de cette monnaie qui rouspétèrent parce qu'ils savaient parfaitement qu'en Europe elle avait perdu de sa valeur. »

Le problème de la santé

« Je conseillerais de s'abstenir, déclare nettement Jean Perrigault, à tous ceux qui n'ont pas le coffre solide. Les climats tropicaux surtout sont pénibles. En tous cas, faire comme moi : ne pas manquer de prévoir la nécessité d'une quinisation préventive (25 centigr. tous les jours). Emporter du sérum antivenimeux, de la teinture d'iode, des pansements individuels et surtout du stovarsol contre la dysentérie (1).

« Ne pas compter sur les secours venus des indigènes Ils estiment que si le blanc emporte des médicaments, c'est, avant tout pour les assister et ils disent froidement, quand il se trouve qu'on les a soignés : « Ça t'a fait plaisir de me guérir ! Fais-moi cadeau ! »

« En Chine, le fétichisme imbu de traditions quelquefois bimillénaires se concilie mal avec nos

(1) Mai 1935.

(1) Des vaccinations préventives, variant avec les pays à visiter, seraient aussi des mesures utiles, à prendre avant le départ. (N. D. L. R.)

besoins physiques modernes. Un Européen doit s'en méfier. »

Quelques exceptions pourtant. C'est ainsi que Titayna, dans le Haut Mexique, ayant été piquée par un mauvais scorpion, de vastes proportions, et allant se faire inoculer un sérum par un de ses porteurs mexicains, eut raison de préférer la médication d'un indigène qui, ayant pris le scorpion responsable, l'ouvrit, retira son foie et — comme Tobie — pansa la plaie avec ce foie tout chaud, ce qui la guérit.

Le problème de la nourriture

« Il n'est pas si terrible, même pour ces immenses randonnées, continue Perrigault. Ne pas oublier que les porteurs ne doivent, réglementairement, porter sur leur tête que 30 kilos. Cela ne facilite guère la provision nécessaire de champagne et de liqueurs, indispensables à emporter, non pour soi-même, mais pour remercier de leur bienvenue les postes qui nous accueillent dans la brousse.

« Ces porteurs reçoivent 5 francs par jour, ou plutôt c'est le chef des porteurs — lui qui ne portant rien, surveille — qui encaisse. Peut-être bien garde-t-il la moitié pour lui, mais ce service de portage est généralement correct. Les indigènes ont trop peur, s'ils sont fautifs, d'être battus, laissés sur place ou emprisonnés au retour. Le blanc a gardé tout son prestige.

« Une seule fois j'ai vu du grabuge parmi mes porteurs. C'étaient d'inoffensifs cannibales (la viande du blanc leur fait horreur), mais que j'emmenais sur la frontière d'une tribu pareillement cannibale avec qui ils étaient, par tradition, en guerre. Tous les bagages furent abandonnés. Je dus avoir recours aux ennemis, ou plus exactement à leurs femmes, car les hommes étaient en expédition. Elles portèrent, très obligeamment.

« J'emporte peu de conserves, quelques boîtes de petits pois, du « singe » réglementaire, du thé et quelques marmelades. On vit beaucoup sur place où la chasse est si facile. J'ai toujours avec moi un mousqueton de cavalerie et un fusil de chasse, du moins en Afrique, car en Chine on n'a droit qu'à un couteau. Mais j'ai le souvenir de gigot de petite autruche fort délectable et d'escalopes de chimpanzé qui ressemblaient à du mauvais veau.

« La seule difficulté véritable qu'on a à vaincre, c'est le problème de l'eau potable pour le thé, même bouillie. En Chine, je ne trouvais que de l'eau croupie ou mêlée de purin.

Le problème du repos

« Je n'ai jamais emporté de tente, ni de lit démontable, bagage encombrant. On est toujours accueilli dans les cases indigènes. Le chef du village, si l'on s'adresse à lui, ne manque pas aux lois de l'hospitalité.

« S'il y a quelque hésitation, le droit de réquisition fait partie du prestige du blanc et il en peut user sans hésiter.

« Au Sahara, j'ai le plus souvent trouvé accueil la nuit, notamment dans des postes militaires, qui avaient un parfait outillage de campement. On est d'ailleurs si bien sur le sable ! Dans tous mes voyages, en prenant évidemment la précaution continuelle du moustiquaire, je n'ai jamais été piqué. Deux fois seulement ma couverture fut visitée par une vipère curieuse, mais tout de suite fort inquiète de moi et qui s'éclipsa quand je remuai.

Le problème du langage

« Il est moins compliqué que je n'aurais cru. L'essentiel est d'avoir, ainsi que je l'ai, un fond d'anglais. Dites-vous bien qu'un peu partout on trouve d'abord ce qu'on peut appeler la « langue de liaison ». C'est la langue « *mandarine* » en Chine et la langue « *bambara* » en Afrique. Les colporteurs en usent — forcément — et la répandent. Beaucoup d'indigènes la baragouinent suffisamment.

« Ensuite, un peu partout, on trouve, moyennant une dizaine de francs par jour, des interprètes, anciens soldats, qui parlent déjà français ou anglais et qui sont faits à l'idiome de la contrée. En Afrique, surtout, on se tire d'affaire bien mieux qu'on ne croit. En Chine, les missionnaires contribuent beaucoup à assurer, si l'on peut dire, la liaison des conversations.

Le problème de l'isolement

« Evidemment, il est total à bien des points de vue. Toutefois, la T. S. F. est un grand lien avec le reste du monde et même avec la famille. Tous les postes, toutes les missions ont la T. S. F., reliés avec un point central de la colonie. Pour les voyageurs, moyennant une somme assez forte, on peut demander à émettre un radiotélégramme, en Europe, avec réponse payée. J'ai pu ainsi trois fois communiquer, à Saint-Malo, avec mon père qui est âgé. Mêlé à la légion étrangère en expédition, je pus faire partir mes lettres pour la France, et gratis, avec le timbre du 4e régiment.

. . . .

« Les vrais professionnels du reportage lointain ne sont pas légion en France. Il faut admirer des hommes comme Louis Roubaud, Helsey, de Montfreid, Jean d'Esme, Gerville-Réache ; des femmes comme Andrée Viollis, Titayna, Marcelle Prat. Rude tâche et qui exige une santé de fer. Elle exige aussi l'étude préalable approfondie, par les livres, de la contrée qu'on va parcourir. Il faut encore avoir une culture générale. Tout cela réuni doit permettre d'étonner les indigènes par la connaissance qu'on a d'eux-mêmes et de leurs mœurs.

LES SIBYLLES DE CUMES ET DE TIVOLI

Par le Docteur DELEON, de Lancey (Isère).

A Rome, environ cinq cents ans avant l'ère chrétienne, dans un Temple bâti par les Tarquins et dédié à Jupiter Capitolin, existait une chambre souterraine où l'on gardait avec soin d'antiques prophéties. L'importance qu'elles avaient ou qu'on leur attribuait était grande, deux personnages, duumvirs, formant collège, étaient préposés à leur conservation et reçurent d'abord les livres de la Sibylle de Cumes, présentés sous une forme de puissante originalité.

« Un jour, une femme inconnue, qui n'était autre que la Sibylle de Cumes, apporta au roi Tarquin l'Ancien neuf livres d'oracles dont elle demanda trois cents philippes d'or. Le roi n'avait pas le goût des livres ou ne soupçonnait pas la valeur du trésor qu'on lui offrait, il trouva le prix excessif et tourna en dérision cette femme qu'il traita de folle. Sans s'émouvoir, sans faire un effort pour convaincre le prince, l'inconnue jeta au feu devant lui trois des livres et demanda qu'on lui payât toujours le même prix pour les six qui lui restaient. Tarquin continuait à se moquer d'une telle prétention, lorsque la Sibylle ayant brûlé trois autres livres et n'ayant rien rabattu du prix qu'elle avait fixé d'abord, il s'étonna de cette persévérance et donna les trois cents philippes d'or. »

Il venait ainsi d'acquérir des prophéties qui intéressaient la destinée du peuple romain. Plus tard, ce précieux dépôt s'accrut d'un autre volume trouvé dans des circonstances devenues également légendaires. A Tivoli, dans un trou profond de la rivière l'Anio, on découvrit une statue de femme, tenant à la main un livre de prophéties, que le Sénat transporta à Rome et enferma aussi dans la chambre souterraine du Temple de Jupiter Capitolin, à côté des oracles de Cumes.

Ces prophéties venaient de loin : en effet, dès le VIII^e siècle av. J.-C., elles avaient acquis une solide réputation dans le monde grec, parlant des grands événements passés et futurs, elles donnaient aux cités et aux peuples des conseils, des avertissements, cherchaient à inspirer le respect et la crainte des Dieux, touchaient à la politique comme à la religion. Le témoignage unanime des anciens historiens montre qu'il y eût toujours au début des émigrations helléniques un oracle pour guider et encourager les voyageurs, ceux-ci prennent dans la métropole le feu sacré qu'ils doivent transporter sur les rives étrangères et suivent la volonté des Dieux. Varron indique très expressément dans son livre, « Antiquités des choses divines », l'origine du mot Sibylle, qu'il tire du dialecte éolien, Sios (Teos) et Bulè (Boulè), ce qui veut dire volonté divine : l'oracle renferme l'ordre des Dieux, c'est l'étendard et la patrie des peuples modernes.

Les livres des Sibylles de Cumes et de Tivoli furent donc enfermés dans un caveau souterrain, « camera subterranea », cachés aux regards des profanes, à l'endroit à peu près où se trouve aujourd'hui le Palais Caffarelli, sur la colline la plus rapprochée du Palatin ; les duumvirs, sous peine de mort, ne devaient rien révéler de ce qu'ils contenaient. Comme ils étaient écrits en langue grecque, langue peu connue aux premiers temps de Rome, deux esclaves publics furent attachés en qualité d'interprètes au collège des duumvirs : tracés, partie en vers, partie en signes allégoriques ou hiéroglyphiques, sur des feuilles de palmier, de métal ou de bois, disposés en long et de grandeur égale, ils étaient fort propres à être mêlés ou tirés au sort, exactement comme des tarots chez une cartomancienne ; documents d'Etat, ils étaient consultés solennellement dans les circonstances extraordinaires et les grandes calamités : leur nom de « libra fatalia », livres du destin, indique leur puissance.

Il faut alors se rappeler que Cumes avait été fondée en 1050 av. J.-C. environ, par des habitants de Chalcis en Eubée et de Cyme en Eolide, l'accroissement de population et d'influence fut assez rapide : mère et fondatrice à son tour d'autres cités, Dicaearchia (Pouzzoles), Neapolis (Naples), Cumes a été la reine des colonies chalcidiennes de l'Italie centrale, elle refoule les peuplades italiotes vers les Apennins et lutte avec les Etrusques. C'est alors qu'elle transmet, aux premiers temps de Rome, avec le dépôt de ses oracles d'Orient, son écriture, ses institutions, ses usages et ses volontés secrètes, faisant ainsi l'éducation politique et religieuse du peuple qui devait commander à l'univers. Par Tivoli, vieille cité de fondation grecque, suivant Cicéron qui l'habita et y écrivit ses Tusculanes, Cumes, avec l'artifice d'une statue jetée dans l'eau, renouvelle ses ordres. Affermis dans leur volonté d'abattre une puissance rivale et redoutable, les Romains commencèrent leur histoire militaire par les luttes mêlées de revers et de victoires qui aboutirent à la prise et à la destruction de Veïes, capitale des Etrusques, destruction telle, que la citadelle et les remparts ont été abattus pour toujours, et, qu'aujourd'hui encore, on a peine à en reconnaître les vestiges.

Un autre exemple de l'importance des oracles sibyllins nous est donné par Cyrène. Vers le VII^e

siècle av. J. C., la Sibylle de Delphes ordonna aux Théréens (habitants de l'île de Santorin), d'aller fonder cette cité. Malgré des ordres pressants et réitérés, ceux-ci hésitaient à partir, il fallut que le Dieu les menaçât des pires fléaux. Finalement, ils prirent la mer, sous la conduite de Battus de Thera, abordèrent sur un îlot voisin de la côte libyque, puis dans un petit port, Azyris, mais comme c'était encore insuffisant, Apollon les obligea à pénétrer dans le pays et à s'installer au sommet d'une colline, dans la position très forte qui fut Cyrène. La raison véritable était que cette expédition barrait la route aux Carthaginois, redoutables concurrents du commerce grec, l'affaire n'a pas si mal réussi puisque Cyrène a prospéré, devenant le grand centre de l'hellenisme dans l'Afrique du Nord. Les fouilles et reconstitutions entreprises par le gouvernement italien permettent à cette ville d'être mieux connue et attirent un mouvement touristique de plus en plus important. Une fois, au moins, elle s'est surpassée, en donnant à la civilisation et à l'humanité une œuvre admirable et immortelle, la Vénus qui porte son nom.

La Vénus de Cyrène a été trouvée dans la salle des Thermes de cette ville, elle est actuellement à Rome, au Musée National, dans la « Saletta dei Capolavori », petite salle des chefs-d'œuvre. Elle représente Vénus sortant des ondes, sujet connu, classique, multiplié dans les principaux musées du monde. Un dauphin, dressé à ses côtés, tient la tunique aux plis tombants dont elle doit se revêtir, permettant une plus grande variété dans les effets de lumière et d'ombre qui s'opposent à la teinte de vieil ivoire prise par le marbre sous l'effet du temps et d'un long séjour dans l'eau. La déesse est debout, appuyée légèrement sur la jambe droite, la gauche fléchit sur le genou, la tête et une partie des bras manquent. Le relevé des seins, les attaches musculaires du thorax et de l'abdomen, le mouvement délicat du ventre permettent de croire, dans une admiration attentive, que la divine femme vit, et ce qui est encore plus extraordinaire, qu'elle respire. Elle respire, il n'y a rien de plus beau au monde, ce mot dit tout, elle respire, et, en elle, remercions l'antique Sibylle dont elle est un dernier présent.

Au cours de récents voyages en Italie, nous avons, ma femme, une jeune amie et moi, parcouru les lieux consacrés aux Sibylles et en avons contemplé les vestiges. Nous sommes allés d'abord à Tivoli, où le peu de choses qui subsiste est masqué par l'enchantement des Villas d'Este, avec la statue de la Sybille Albunea ou de Tivoli, et Gregoriana, autour des cascades de l'Anio. En regardant les colonnades circulaires du Temple de Vesta et les chutes de la rivière, on ne peut qu'imaginer, dans les tourbillons du courant, l'endroit d'où fut extraite la statue légendaire : le temple qui les domine lui était dédié et les plus grands écrivains de Rome en ont toujours parlé avec une crainte et un respect pieux. Vierge à Lourdes et à la Salette et nous en connaissons tous les conséquences mystiques et mythiques.

Mais au contraire, à Cumes, bien autre mise en scène, évocation à grand spectacle et qui a traversé les âges. Certain jour de printemps, par un soleil lumineux et chaud, dans l'air transparent qui colore ce pays d'une beauté immortelle, nous avons pris le tramway Naples-Pouzzoles. Le Pausilippe franchi sous un tunnel, nous dépassons Fuorigrotta et arrivons au bord de la mer que nous allons suivre. A notre gauche, Baïes, le cap Misène, ferment la courbe du golfe, la petite île de Nisida dresse son château devant nous, les masses hautes et noires d'Ischia et de Procida s'élèvent sur les flots, d'un autre côté, Capri, que prolonge la péninsule de Sorrente et le Vésuve dont le panache blanc tourne au gré des vents ; à notre droite, les collines, couronnées de vignes et de fleurs, parsemées d'orangers, de citronniers, d'amandiers, noircies par le parasol découpé des pins, forment avec le bleu de la mer plus bleu encore que le bleu du ciel un spectacle incomparable, chanté par tous les poètes, depuis le vieil Homère qui y conduit Ulysse. Les rivages sont bordés d'étuves, de bains chauds et d'établissements thérapeutiques qui utilisent les sources thermales et les jets de vapeur de ce sol volcanique.

A Pouzzoles, terminus du tram, nous arrivons sur une petite place, où attendent des cochers qui agitent et font claquer leur fouet. Pour un prix relativement modique, nous faisons marché avec un grand gaillard, maigre, basané, la figure ouverte et lui disons : « Sibylla ». Il comprend de suite, ce peuple intelligent, ami des légendes, les connaît toutes, il en forge même au besoin. Il nous conduit d'abord devant le Temple de Sérapis, ancien marché public, dont les colonnes sont enfoncées aujourd'hui sous un mètre d'eau et enfile une route sans ombre, vestige de l'ancienne Via Herculea. Une colline, couverte de vignes et de cultures, se rapproche de nous, le cocher, se retournant, nous la montre en conjurant le sort, et dit d'une voix pleine de crainte : « Ah ! Montenuovo ! ». Nous en connaissons l'histoire redoutée : c'est une hauteur volcanique, 139 mètres, qui s'est produite brusquement le 30 septembre 1538, à la suite d'un grand tremblement de terre ; elle s'est élevée sur la plaine, en détruisant les villages qui étaient à sa place et faisant de nombreuses victimes, la mer recula de 200 mètres devant un nouveau rivage qui existe toujours. Nous contournons ce monticule, et gagnons, un peu cahotés sur la route pierreuse et poudreuse, le lac Lucrin.

Celui-ci, connu et exploité par les Romains,

célébré par ses huîtres, a été modifié au moment de l'éruption du Montenuovo, il a été alors séparé de la mer et très diminué en étendue, son eau n'est plus qu'à moitié salée. Nous passons à l'endroit, où, selon la légende, Hercule entraîna les bœufs dérobés à Géryon, d'où le nom de Via Herculea donné plus tard. Une villa, dite de Cicéron, était proche, entourée de bois, de promenades, de jardins, avec une bibliothèque et un portique donnant sur la mer, elle servit de séjour de repos au philosophe qui y écrivit son « De Republica » et y reçut César ; par la suite, devenue propriété impériale, Hadrien y termina sa vie. Devant nous, les rivages de Baïes se prolongent jusqu'au cap Misène, masse rocheuse, isolée, dominant la mer de ses 92 mètres, au centre d'un système compliqué de langues de terre, de détroits, de lacs, de baies et de promontoires. Un grand chemin aboutit au lac Averne.

Strabon, au temps des Romains, décrit ainsi cette région : « C'est dans l'Averne que l'on place « la Nekyia, (évocation des morts), homérique, « là était un oracle, là vint Ulysse. L'Averne « est cerclé de hauts sourcils abrupts, dressés « tout autour, sauf à l'entrée du côté de la mer. « Les pentes étaient couvertes autrefois d'une « forêt impénétrable et sauvage dont les grands « arbres bordaient le lac d'une ombre favorable « aux superstitions. Les indigènes racontent « que les oiseaux tombaient asphyxiés quand ils « volaient au-dessus du lac. C'était le pays des « Kimmériens : pour sacrifier aux Dieux Mânes, « on y venait sur des barques et des prêtres, « moyennant salaire, y enseignaient les rites. « Non loin de la mer est une source donnant « naissance à un petit fleuve, c'était le Styx, « disait l'oracle. Il y avait aussi un courant « d'eau chaude, le Pyriphlégéton, (fleuve de « feu), et encore l'Acherousia. Les Kimmériens, « dans le voisinage, habitaient des maisons sou- « terraines communiquant l'une à l'autre et « conduisaient les étrangers vers l'oracle qui « lui-même était au fond d'un souterrain. Ils « vivaient de leurs mines et de l'oracle et ne « sortaient que la nuit, Homère a pu dire en « parlant d'eux : jamais le soleil ne les éclaire. »

Le mot Averne, Avernus, vient du grec, Aornos, sans oiseaux, il est très possible, qu'à cette époque lointaine, la vie ait été rendue difficile à certains endroits où soufflaient des gaz méphitiques. Nous venons de voir qu'Homère y a placé le pays des Kimmériens, il l'entoure d'une brume épaisse due à des exhalaisons de vapeurs, alors bien plus abondantes qu'aujourd'hui, il y fait sacrifier Ulysse et sortir les âmes de l'Erèbe par la porte des Enfers ; celles-ci accourent, attirées par l'odeur du sang, auprès de la fosse que le héros a creusée et il parle à celles qui lui sont chères. Hannibal, respectueux des antiques prophéties, vient y sacrifier à Pluton. Virgile, décrit en ces lieux l'entrevue d'Enée et de la Sibylle et enfin les écrivains byzantins, à leur tour, transmettent la légende qui y place la porte des Enfers. Deux galeries souterraines, en partie détruites ou comblées par des tremblements de terre, faisaient communiquer le lac Averne, l'une avec le lac Lucrin, l'autre avec la mer, près de Cumes.

Nous approchons de ce rivage ; le cocher, muet, arrête sa voiture devant une petite baraque de planches d'où sort un homme auquel il nous confie sans dire mot. Vêtu seulement d'une chemise, de sandales et d'un court pantalon, celui-ci passe devant nous, faisant signe de le suivre, nous nous enfonçons dans un chemin creux, herbeux, entouré de chênes verts, de pins parasols, d'églantiers sauvages et de chèvrefeuilles et arrivons, après l'avoir parcouru quelques centaines de mètres, devant un retrait de la colline, déjà dans l'ombre, et que ferme une porte de bois, avec un verrou et un cadenas rouillés. La porte est recouverte de cartes de visite, d'attestations piquées par des clous enfoncés dans le bois et qui sont le régistre original et suggestif des voyageurs qui nous ont précédés. Nous sommes à la porte de l'antre de la Sibylle, notre conducteur l'ouvre, prend deux lampes à acétylène qu'il allume, (autrefois on se servait de torches dont la fumée a noirci la voûte), et commence à descendre d'un bon pas. Nous le suivons, le terrain durci sonne le creux, l'obscurité se fait rapidement, l'éclairage de nos lampes permet cependant de constater que nous parcourons un corridor large et haut de 3 à 4 mètres dans les deux sens, que les parois en sont de tuf bien taillé et que le sol est bien nivelé. Après une dizaine de minutes, le guide arrête notre marche : « Le Styx, dit-il, et moi Charon », et commente en italien une explication préliminaire des Enfers. Un couloir étroit se présente de côté, il prend une lampe, me passe l'autre et se glisse le premier, se retournant pour nous éclairer car nous le suivons, les pas mal assurés, sur un terrain humide et mou, taillé en forme d'escalier. Nous arrivons enfin devant un bassin rempli d'eau noire, lugubre sous la lumière fumeuse, et, pensant être au terme du voyage, nous marquons un temps d'arrêt. Mais, tout à ses fonctions, l'homme se met à l'eau, nous le voyons disparaître à un tournant, l'entendons barboter dans le lointain, il a placé sa lampe dans un retrait qui nous est caché, mais d'où nous vient une faible lueur et retraverse satisfait « A qui, dit-il ? ». Nous comprenons alors qu'il faut traverser à notre tour, mais comment, et lui expliquons que nous sommes contents, que nous avons assez vu : nous sommes seuls avec lui, qui est également seul, indécis, nous nous demandons où il veut nous conduire. Alors, tant bien que mal, il déclare qu'il est autorisé par le Gouvernement, qu'il

a transporté, lui-même, sur ses épaules, trois fois, la princesse Marie José, et qu'il va en faire de même avec nous. « C'est le Styx, reprend-il, je vous le fais traverser, vous aller parcourir les enfers, où je vous porterai, car je suis Charon, le moderne Charon. » Il y tient, après tout, son explication en vaut une autre, et puis nous ne pouvons reculer. Aussi, il nous charge, c'est bien le mot, sur ses épaules, à peu près comme un sac de farine, la tête un peu et même beaucoup basculée en avant, le nez sur l'eau, et nous passe de l'autre côté du bassin, près de la première lampe. Il fait ses cinq voyages, trois pour nous, deux pour les lampes. Nous sommes dans une situation encore plus désagréable qu'avant, il nous a placés sur une planche posée à plat, au dessus d'un creux en forme de baignoire, adossés à la paroi de tuf grasse et suintante, les lampes près de nous pour y voir mieux, avec de l'eau, devant, dessous et par côté. Lui-même, enfoncé jusqu'aux cuisses, va de long en large, pour nous montrer les cavités souterraines où se trouvait la Sibylle, les orifices, cachés derrière la muraille, par où sa voix se faisait entendre : dans le fond, apparaissent des fragments de pierres, sculptées grossièrement, de mauvaises fresques, de pavé réticulé. Toujours dans l'eau, il élève les bras et commente Virgile, qu'il paraît connaître par cœur ; je n'en suis pas étonné, car le savoir des guides italiens m'a souvent stupéfié ; un jour, à Herculanum, j'en ai entendu un qui me parlait des égoûts chez les Romains et des fouilles préhistoriques de Sicile, avec une exacte connaissance de ces choses abstraites et difficiles : donc, le nôtre, inspiré, dans son Empire des morts, paraphrasait Virgile : « Là, dit-il, la Sibylle de Cumes annonçait ses mystères redoutables, mugissait dans son antre, enveloppant la vérité de ténèbres, là, coule le Styx, avec les noirs replis de ses ondes. Vous l'aurez traversé à votre tour deux fois, mais vous reverrez la lumière du jour, je vous ai descendu aux Enfers, conclut-il, je vais vous en sortir ». Notre moderne Charon, comme il s'intitule, prépare la mécanique d'un second passage du bas-fond plein d'eau, il le conduit avec ordre et méthode, les deux lampes et nos trois personnes, mais, cette fois-ci, le trajet est moins long, il nous porte d'un autre côté et nous dépose sur une espèce de petite plage, qui se continue par une galerie mieux aménagée que la précédente, et, de plus, éclairée par un lucernaire vertical, à travers lequel, une échancrure de la paroi laisse apparaître des restes de piliers et de constructions.

Nous remontons lentement ce second tunnel qui rejoint le premier, nos pas retentissent sur le sol sonore et mystérieux, et revenons vers l'entrée qui apparaît dans la lumière faible et voilée du sous-bois, les lampes sont déposées par terre et éteintes, la porte refermée et recadenassée, nous retrouvons le petit chemin bordé d'arbres et de fleurs en respirant plus largement, et gagnons la cabane, au bord du lac, où le cocher attend paisiblement, fumant son mauvais cigare noir à bout de paille, pendant que son cheval broute les herbes du talus. Nous nous asseyons pour regarder le paysage, morne, sans vie et sans mouvement, pas une barque, pas un pêcheur, pas d'autres êtres humains que nous ; à petite distance se dressent des ruines élevées, restes d'un édifice, dit le Temple d'Apollon ; la voûte de la salle polygonale s'est écroulée, laissant apparaître des niches rectangulaires et des absides semi-circulaires : au temps des Romains, c'était un établissement thermal, avec de nombreux couloirs par où pénétrait la chaleur des fumeroles sortant du sol. Le bleu du ciel éclaire mal l'eau que ne ride pas le souffle du vent, que ne traversent ni le cri ni le vol des oiseaux, l'ombre des collines et des arbres ajoute aux reflets de plomb et nous pensons à la voix de la Sibylle, elle commande de fuir ces lieux, gardiens des secrets redoutables de la terre et de l'invisible :

« Procul, o procul, este profani
Conclamat vates, totoque abstistite luco. »

Loin d'ici, profanes, crie la prêtresse, loin d'ici, sortez de ce bois sacré.

Nous partons, en donnant l'ordre de revenir au pas, pour prolonger la vision de ces endroits de légende, et rentrons à Pouzzoles, en pleine nuit, lanternes allumées, le long des rivages de ce golfe merveilleux : les reflets de la lune tremblent dans les vagues de la mer, au loin les lumières de Chiaia dessinent la courbe de Naples et la bordent d'un gigantesque décor de fête.

Pour être complet, je dirai que j'ai acheté à Rome un livre qui venait de paraître : « Les Champs Phlégréens, de la tombe de Virgile à l'antre de Cumes », par Amedeo Maïori. Les dernières découvertes placent à Cumes même l'antre de la Sibylle et sa chambre sacrée ; ce que nous avons vu, et, qui, jusqu'à présent, passait pour tel, visité par Gœthe, le président de Brosses et tant d'autres, n'aurait été que les bains de la Sibylle. Qu'importe, nous avons traversé les Enfers, interrogé la prêtresse, elle ne nous a pas dévoilé l'avenir, nos destins nous sont restés cachés, nous avons simplement vécu des souvenirs trois fois millénaires.

Nous souhaitons à ceux qui nous lisent de faire le même voyage, en pensant alors, comme nous, au vieil Héraclite d'Ephèse, contemporain de la Sibylle, qui, dans l'inquiétude et l'anxiété de la vie, a dit cette phrase admirable et qui contient tout :

« Je me suis cherché moi-même »

L'EXAMEN DES FONCTIONNAIRES COLONIAUX PAR LES MÉDECINS MILITAIRES

Nous recevons de notre excellent confrère, le Docteur E. Forgues, médecin commandant, médecin-chef des Salles militaires de l'Hospice mixte de Nîmes, la lettre très intéressante suivante que nous nous faisons un plaisir de publier.

J. N.

Nîmes, le 27 janvier 1936,

Mon cher Confrère,

Il n'est jamais trop tard pour bien faire et vous permettrez au vieil abonné de répondre à un article, déjà ancien, de « notre » *Concours*, celui du 8 septembre 1935 intitulé : « De l'emploi abusif des médecins militaires pour délivrer des certificats « aux fonctionnaires civils des Colonies ».

Je suis d'autant plus libre pour vous répondre que « je fus, de 1909 à 1914, médecin civil, intégralement civil, syndiqué et... membre du *Concours*, de ses filiales (dont je reste toujours membre !) ; d'autre part, comme médecin militaire métropolitain, j'ai vécu vingt ans en Afrique, dont deux au Sénégal ; cela m'a permis de connaître de nombreux confrères et camarades et j'en ai conservé un souvenir particulièrement agréable ; à tel point que je crois devoir rassurer nos confrères civils, dont les diverses correspondances ont inspiré votre « Propos du Jour », dans le numéro du *Concours*, précité. Ce propos du jour se termine par votre affirmation que rien d'antimilitariste n'entre dans vos intentions. Je vous remercie de cette affirmation et j'ajoute, pour éclairer la situation, quelques explications; vous les publierez, si vous le jugez utile et convenable.

Il est indéniable que nous (les médecins militaires de l'active, métropolitains, coloniaux, marins, etc...), que nous voyons, examinons, expertisons de multiples fonctionnaires coloniaux civils.

Mais, il faut ajouter que nous procédons à ces divers examens, « par ordre » ; dans un but (sans doute louable) d'économie, les Offices et Services coloniaux des ports d'embarquement nous « ordonnent » d'examiner X ou Y, fonctionnaire colonial, de tel ou tel service, assimilé tel ou tel grade ; et cet examen doit être précédé d'une hospitalisation réelle ; c'est-à-dire qu'il ne faut pas, comme cela eut lieu, autrefois, se contenter d'un examen sommaire avec, pour conclusion, un certificat accordant la prolongation — ou l'autorisation — demandée. Les cas où l'hospitalisation est inutile sont tellement rares, que chaque dossier de fonctionnaire colonial comporte régulièrement, un billet d'hôpital, en blanc, destiné à hospitaliser, à peu près systématiquement, le fonctionnaire en cause.

Voilà le procédé habituellement pratiqué par les Offices et Services coloniaux. La conclusion s'impose :

Les médecins militaires reçoivent l'ordre d'examiner à fond M. X... qui désire trois mois de plus en France, à l'expiration de son congé administratif ; ou Mme Z..., qui sollicite un poste de professeur au Cambodge ou M. Y..., qui (rarissime cas ! !) demande à rejoindre son poste outre-mer avant l'expiration du congé officiel ou le jeune M. P..., qui, désireux de passer un concours pour l'emploi de commis de trésorerie à Madagascar, doit être, au préalable, jugé sain, robuste, bien constitué, etc., par un médecin « militaire » ! !

La suite des opérations se devine ; une hospitalisation comporte les examens les plus complets : radio, laboratoires, spécialistes, etc... Tout doit être mis en œuvre pour que le médecin de l'hôpital désigné puisse rédiger un rapport complet, circonstancié, définitif ! !

Et tout cela, exécuté *par ordre*, est, naturellement gratuit !

Je puis assurer les confrères civils qui réclament que, en ce qui me concerne, je ne verrais aucun inconvénient, à ce que ces examens délicats, longs et minutieux, soient demandés aux médecins civils, experts, assermentés, ex-coloniaux, etc. ; et que ces examens entraînant, pour le bénéficiaire, une conclusion désirée, (sauf les cas où l'on répond, catégoriquement, « non »), que ces examens, dis-je, soient réservés aux médecins spécialisés dans les questions coloniales, avec honoraires.

Il y a quelques mois, une dame me demandait de certifier son aptitude somatique à rejoindre l'Annam, comme professeur ! ! Elle et moi sentions le ridicule de nos positions respectives ! ! Mais... le Service colonial ordonnait au médecin-chef des Salles militaires de l'Hospice mixte de Nîmes (— moi ! —) d'émettre un avis précis... ! Je n'avais qu'à obéir ! Je suis militaire ! Mais je crois pouvoir affirmer qu'un médecin ayant déjà l'expérience de l'Annam aurait été plus indiqué que moi ... !

Encore une fois, à la base de tout ceci, il y a une raison d'économies en deniers. Je l'admets ; je demande simplement aux confrères civils, qui réclament contre cet état de choses, d'admettre, de leur côté, cette primordiale raison d'économies budgétaires. Et je leur assure que, d'une

façon générale, les médecins militaires en service dans la Métropole, ne verraient nul inconvénient à ce que les fonctionnaires coloniaux soient examinés et expertisés par des médecins civils, entraînés à ce genre d'expertises et susceptibles de recevoir des honoraires proportionnés au travail demandé.

Je crois qu'il leur appartient (aux médecins civils, payant patente *et électeurs*...) de modifier les errements actuels (ou de les « faire modifier ») par les élus. Pour l'instant, qu'ils soient assurés de mes meilleurs sentiments de cordiale confraternité. Mes camarades militaires et moi accomplissons ces divers examens, par ordre, gratuitement, avec toute notre science et conscience, sans aucune arrière-pensée de jalousie, tout au contraire !

E. FORGUES.

D'UN SIÈCLE A L'AUTRE

Si nous essayions un peu de voir clair dans nos chagrins d'amour ? Ils furent, pendant longtemps, inspirateurs d'élégies aux harmonieux désespoirs. Mais nous vivons à une époque où la chimère n'a plus cours. Il nous faut des réalités, des actes, morbleu ! Celui qui, aujourd'hui, interpréterait son infortune conjugale en alexandrins alternés passerait pour un jobard complètement dénué de virilité. Je ne sais quelle revue anglo-saxonne ayant, ces jours-ci, ouvert une enquête parmi ses lecteurs sur ce que doit faire un époux trompé, la grande majorité des réponses se sont partagées entre ces solutions à la mode : le divorce, la peine du Talion, un duel avec le complice, l'extermination pure et simple du ou de la coupable.

Grâce à ces conceptions le chagrin d'amour est devenu matière juridique et, de par l'intrusion des experts médicaux aux prétoires, du domaine de la psychiâtrie, Mme le Docteur Constance-Pascal est donc parfaitement fondée à lui consacrer une étude très attachante et très subtile (1).

***

L'amour psychogène, dit-elle, créateur de troubles mentaux, n'est plus une donnée psychologique populaire, mais un problème scientifique..... Le conflit sexuel est au psychisme ce que l'antigène est à l'organisme. L'amour contrarié, la déception amoureuse brutale, la haine post-passionnelle, le dégoût, le mépris, enfin tous les désenchantements de l'amour sont susceptibles de créer directement des lésions..... Le chagrin d'amour perturbe le sentiment vital, diminue les réactions humorales de défense, arrête ou exagère les sécrétions endocriniennes, déséquilibre à la fois le vague et le sympathique, baisse ou augmente la tension artérielle, la coagulabilité dans le sang, agit sur la température, arrête la leucopoièse, perturbe la réserve alcaline, etc !! »

A la suite d'une pareille énumération cet : etc., est positivement terrifiant. S'il se trouve, après cet : etc. des gens assez imprudents pour tomber encore amoureux qu'ils s'enrôlent pour la prochaine guerre : aucun bombardement ne pourra les faire reculer.

On s'explique qu'ayant exposé en ces termes la pathologie du chagrin d'amour, Mme Constance Pascal ne se montre pas tendre pour le virus capable de causer une telle avalanche de maux. Aussi lui règle-t-elle son compte en quelques formules empreintes de la plus grande élévation.

« L'amour est un intrus qui désorganise le psychisme..... Non métabolisé il est le péché, celui qu'on traque et que le moi triomphant condamne à mort..... L'amour trompe la soif de l'absolu et de la beauté ; il ne fournit que des illusions vite perdues. Il dégrade le psychisme et fait « taire l'âme » disait Fr. Rauh. Dynamisme sans élévation il est incapable de réaliser les valeurs les plus hautes. Il est nocif parce qu'il remue la vase de l'inconscient, éveille les instincts possessifs, agressifs et destructifs et mêle la douleur et la peur au bonheur éphémère. Il est dangereux parce qu'il déprime et épuise ; il prépare l'éclosion du crime et de la folie ».

Et dire qu'il s'est trouvé des esprits assez légers pour glorifier l'amour ! « Musset et Lamartine en font une école de purification. Proust écrivait qu'on ne pouvait pas être inspiré sans avoir connu la douleur d'amour..... Mais les romantiques n'ont décrit que l'amour senti par les larves possessives et sexuelles qui vivent, souffrent et meurent, sans sortir de leur phase érotique ».

***

Dépouille devant tous l'orgueil qui te dévore,
Cœur gonflé d'amertume et qui t'es cru fermé.
Aime et tu renaîtras ; fais toi fleur pour éclore.
Après avoir souffert il faut souffrir encore ;
Il faut aimer sans cesse après avoir aimé.

Evidemment ceci est beaucoup, beaucoup moins savant que cela. Mais ce n'est pas mal non plus !

G. LAVALÉE.

(1) Chagrins d'amour et psychoses. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

LE XVI^e SALON DES MÉDECINS

Le 2 février dernier était inauguré par le ministre de l'Education nationale et le président du Conseil municipal, le XVI^e Salon des médecins, au milieu d'une grande affluence de visiteurs. Ce Salon est toujours attendu avec une certaine impatience. Il présente des œuvres variées, souvent de réels artistes, œuvres de délassement des vacances de confrères heureux d'oublier pour quelques instants les soucis de la vie du médecin.

Cette exposition est toujours intelligemment organisée par notre aimable confrère le Docteur P. Malet.

Faisons le tour des salles. Nous voyons les toiles très intéressantes de Paulette Genet, *Chrysanthèmes* (175) et des *Aspects variés de montagne* (176-179), une belle *Vue du Pont-Neuf* (403), de Sorton, à rapprocher du *Pont des Arts dans le brouillard* de L. Marceron (302).

Camescasse revient à ses intérieurs d'églises. Il a peint avec sa maîtrise habituelle la *Chapelle Marie-Antoinette à Saint-Denis* (57). *Le chalet en Valgaudemar* (450) de Zicca, est des plus intéressant. Vidal (437) a su nous présenter avec talent la *Chapelle de Saint-Honorat des Aluscamps*. Les aquarelles de Ch. Fège, surtout *La citadelle de Jacca* (*Espagne*) (139) ne manquent pas de Charme. Il en est de même des *Paysages de Provence* de A. Fouquier. C'est avec émotion que nous voyons la rétrospective de Laure Brouardel, souvent bienfaitrice des médecins. Nous nous arrêtons avec plaisir devant ses tableaux de Venise et l'*Intérieur de Saint-Marc* (3-4). Georges Caussade a comme toujours un ensemble remarquable surtout dans ses *Vues de Saujac* (*Ardèche*) et de *La Presles* (*Pyrénées-Orientales*) (65-66). Paul Desarmenien a su donner une vie très pittoresque à ses *Coins d'Alès*, qu'il s'agisse des *Vieilles arcades* ou de la *Rue de la Causseterre* (96-97).

Les eaux-fortes et dessins de Desbois intéressent tous les médecins, puisqu'ils consacrent le souvenir des *Anciens bâtiments hospitaliers de Paris* dans lesquels nous avons vécu (100-104-108). A côté, curieuse composition, intitulée *XVI^e siècle*, de Vicherat, où dans un décor moyenageux, grouille une foule de guerriers en pleine bataille (435).

Wilborts Adrien nous offre une suite agréable de *Vues de l'Ile Breat* dans une note qui lui est toute personnelle (464-667-448). Série très réussie de sanguines d'Henri Gurlie, *Vues de Bayonne et du Pays Basque* (207-213). Pierre Malet nous plaît dans ses *Vieilles rues de Serignan* (*Hérault*) (295-296). Schlesinger a peint d'une façon savante sa *Rue à Gentilly* (389).

Peu de portraits dans ce Salon. Il faut toutefois signaler celui de la *Femme moderne* à l'aimable sourire de Marie Dutout (129), celui de cette cette vieille femme *La grand'mère à sa lecture*, en pleine lumière de Barbié Emile et le portrait à la plume de *Mlle Adeline Hébert-Stevens* de Peugniez (350).

La sculpture dans ce Salon est, à mon sens, supérieure à la peinture. Nous retrouvons les maîtres Villandre avec le buste de Tuffier, la femme à la fontaine de R. Sabouraud, le buste si ressemblant du Docteur Fège par J. Malet (292), le petit buste d'enfant de G. Guignard celui du Docteur Moreau-Defarge, d'Anna Quinquaud, le portrait de E. Billiard de Madeleine Mocquot, qui a également exposé de charmants nus, *Salambo* (328) et *Etude* (329) la délicieuse statuette de Denise Ledoux-Lebard, la maquette de la médaille du Docteur Jayle si vivant dans son gai sourire de Herain et du même un exquis dessin de nu. Signalons aussi les danseuses de F. Forel, les ivoires de Hervochon et enfin la merveille de ce Salon, l'*Esclave* de Jean Brouardel d'un modelé si délicieux.

Cette année le salon s'est enrichi d'une section de reliure ou nous admirons le beau travail de Suzanne Moineau et de Geneviève Senlecq.

Cette dernière a fait preuve d'un goût éclairé et d'un réel talent dans ses reliures des œuvres de G. Duhamel : *Plaisirs et les Jeux et Possession du monde*.

D^r M. VIMONT.

NOTRE VOYAGE DE PÂQUES AU MAROC

(départ de Marseille le 4 avril, retour le 21 avril)

(suite de nos articles descriptifs)

Après *Kasbah Tadla*, la route assez rude longe l'Atlas, vers *Beni-Mellal*, la « Capoue berbère ». Les frustes montagnards viennent ici oublier la vie pénible de leurs sommets. Par suite de l'abondance des eaux vives, une merveilleuse végétation, de beaux jardins et vergers d'oliviers, mûriers et peupliers, font de cette bourgade indigène un véritable enchantement.

Mille détails pittoresques attirent ici l'attention : les danseuses indigènes, les « *Filles de la douceur* », parées d'amulettes bizarres, les laveuses bruyantes....

Après l'arrêt du déjeuner, la route continue vers le Sud. Par des ravins profonds, longeant des murailles à pic d'où jaillissent des cascades, coule le R'Nim. *El Kelaa* offre bientôt la première vision des villes du Sud, avec sa mosquée au dôme curieux, ses places immenses, souvenirs d'une ancienne prospérité.

Marrakech. — *Les Remparts.*

Au milieu de sites verdoyants, apparaît enfin *Marrakech*, l'une des villes les plus captivantes et pittoresques du Maroc, terme de notre étape, dont le climat hivernal est incomparable.

La Tour de la Koutoubia domine cette vieille cité arabe, dans l'immense plaine du Haouz, arrosée par l'oued Tensift et bordée au sud par le Haut Atlas. Marrakech, grand centre commercial est le « port » du grand désert proche.

La ville actuelle, créée en 1062 par Youssef Ben Tachfine, fut successivement agrandie et embellie sous les diverses dynasties qui y régnèrent. Au XIII[e] siècle l'Evangile y fut prêché, et le pape Grégoire IX y fonda même, en 1233, un évêché, supprimé ensuite au XVI[e] siècle.

Marrakech. — *Place Djema-el-Fna.*

Moulay Abd El Aziz y séjourna de 1895 à 1902 et ce fut lui qui fit édifier la Bahia, résidence actuelle. Moulay Hafid fut acclamé sultan dans cette ville où les troupes françaises entrèrent pour la première fois le 7 septembre 1912 sous le commandement du colonel Mangin.

Actuellement c'est une fête perpétuelle du lever au coucher du soleil : sur la grande place Djemaa El Fna où s'exposaient jadis les têtes salées des rebelles vaincus, voisinent aujourd'hui marchands, barbiers, conteurs, bouffons, acrobates, charmeurs de serpents, danseurs chleuhs. Spectacle unique, vision inoubliable.

Les jardins de l'Aguedal et de la Menara, plantés avec ordre, où la végétation se reflète dans les bassins et pièces d'eau ; la magnifique mosquée de la Koutoubia, dont la tour, d'environ 68 mètres, a sept étages, le mausolée des Chérifs saadiens, véritable bijou d'architecture par le fini et la beauté des sculptures ; la Medersa Ben Youssef, ancienne Mosquée, aujourd'hui collège islamique ; les nombreuses fontaines publiques, toutes plus jolies et plus diverses les unes que les autres, une des particularités de Marrakech; voilà ce qu'une journée entière permettra aux voyageurs d'admirer sans se lasser. Et puis il y a les Souks, si curieux, où les marchands, artisans et ouvriers, sont groupés par corps de métiers et où l'on aime à flaner. Les innombrables échoppes aux tapis, cotonnades, poteries, vanneries, poignards, sacs brodés, cuirs excisés, babouches, bijoux damasquinés, s'y succèdent au milieu d'une foule bariolée, dans le plus pittoresque des décors, qui sera pour nous inoubliable.

Le nombre des participants à ce magnifique voyage, organisé par le *Concours Médical*, est strictement limité, et nous rappelons à nos lecteurs qu'il est nécessaire de s'inscrire le plus rapidement possible.

Demandez-nous notre itinéraire détaillé, qui sera envoyé par retour du courrier. Afin de permettre à nos lecteurs de bénéficier des meilleures places en s'inscrivant le plus tôt possible, nous les prions de joindre la somme de 100 francs par inscription, qui leur sera intégralement remboursée si l'inscription est annulée avant le 15 mars.

Adresser la correspondance au Concours Médical, *Bureau de tourisme, 37, rue de Bellefond, Paris*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Urologie.* Quatrième cours, par M. LONGUET, prosecteur, sous la direction de MM. les Professeurs Marion et Cehevassu. Ouverture du cours le lundi 4 mai 1936, à 14 heures,

A. — *Chirurgie du rein et de l'uretère.* — 1° Découverte du rein par voie lombaire. Ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphrectomie lombaire. — 2° Chirurgie de la lithiase rénale. Pyélotomie. Pyélotomie élargie. Petite néphrotomie. Grande néphrotomie. — 3° Néphrostomie. Néphropexie. Décapsulation des reins. — 4° Néphrectomies trans et para-péritonéales. — 5° Découverte de l'uretère. Ablation des calculs de l'uretère. Urétrocysto-néostomie

B. — *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urètre et des organes génitaux de l'homme.* — 1° La cystostomie. Les voies d'abord de la vessie. — 2° Chirurgie des tumeurs vésicales. Les cysetctomies partielles et totales. — 3° Chirurgie de la prostate. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomies transvésicale et périnéale. — 4° Chirurgie de l'urètre. Urétrotomie. Chirurgie des ruptures traumatiques de l'urètre. Autoplasties de l'urètre. — 5° Cure des hypospadias. Epididymectomie. Castration.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4) de 14 à 16 heures ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière** (Professeur A. Gosset, chargé de cours de radiologie clinique R. Ledoux-Lebard). — Le Docteur René A. GUTMANN, médecin des hôpitaux, fera tous les vendredis matin, de 9 heures très précises à 10 heures, une conférence consacrée à l'interprétation des radiographies (maladies du tube digestif).

Première conférence : Vendredi 21 février 1936.

— **Thèses.** — Jeudi 6 février. — Jury : MM. Gougerot, Sergent, Boulin, Sezary. — Mlle BARRÉ : La cheilite du rouge. — M. DANIELS : Prurit et dermatoses invisibles. — M. WODNIK : Dermites dues aux hypochlorites. — M. AGEORGES : Les aspects radiologiques du poumon après abandon du pneumothorax artificiel. — M. LAGEY : Spasmes artériels au cours des artérites des membres inférieurs.

Vendredi 7 février. — Jury : MM. Couvelaire, Lemierre, Robert Debré, Chevallier. — M. BERNARD : Polyglobulies et leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron.

Samedi 8 février. — Jury : MM. Bezançon, Guillain, Et. Bernard, Mouquin. — M. ROSTAIN : Symptômes, dépistage et traitement de la phtisie sénile. — M. POIDEVIN : Valeur pratique de la réaction de Verne -résorcine dans la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant. — M. SALLES : Les tumeurs mélaniques près du système nerveux central.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Admissibilité). — Liste des candidats: MM. Alain Mouchet, Dufour, Guillot, Hepp, Cordier, Couvelaire, J. Gosset, Padovani, Dreyfus Le Foyer, Audouin, Longuet, Chabrut, Zagdoun, Patel, Vuillième, Baumann, Lecœur, Petit, Sauvage, Reinhold, Gérard-Marchand, Billet, Merle d'Aubigné, Rudler.

Séance du 10 février. Epreuve théorique anonyme. *Questions données* : Artère iliaque externe et ses branches. Volvulus du côlon pelvien.

Questions restées dans l'urne : Artère poplitée et ses branches. Anévrysmes artériels poplités. Anatomie du nerf phrénique gauche. Diagnostic et traitement des plaies du cœur.

Epreuve de médecine opératoire. Questions posées : Désarticulation du gros orteil. Artère cubitale au tiers supérieur.

Notes : MM. J. Gosset, 10 ; Padovari, 9 ; Sauvage, 9 ; Gérard-Marchaud, 9 ; Guillot, 5 ; Rudler, 6 ; Zagdoun, 7 ; Patel, 8 ; Dufour, 6 ; Petit, 6.

Questions posées : Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. Désarticulation du poignet.

Notes : MM. Lecœur, 8 ; Couvelaire, 7 ; Audouin, 5 ; Cordier, 4 ; Billet, 5 ; Baumann, 6 ; Vuillième, 5 ; Longuet, 7 ; Hepp, 5 ; Dreyfus Le Foyer, 4.

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 7 février. Questions posées* : Symptômes et diagnostic des endocardites rhumatismales (maladie de Bouillaud). Les abcès aigus du sein.

Notes : MM. Cahuet, 20,5 ; Motte, 20,1 ; Dubois, 24,3 ; Daverne, 18,5 ; Marre, 19,5 ; Israël, 21,1 ; Tardieu, 23,3 ; Villey-Desmescrets, 21,5 ; Sénéchal, 19,1 ; Toulouse, 13,3.

Séance du 10 février. Questions posées : Examen clinique et diagnostic d'une épaule traumatisée. Symptômes et diagnostic des artérites oblitérantes des membres inférieurs.

Notes : MM. Genevrier, 19,2 ; Desfosses, 17,3 ; Boissonnat, 22,8 ; Lévy, 23 ; Klotz, 23,5 ; Goudot, 17,5 ; Lascaux, 22,4 ; Coulombeix, 18,9 ; Sagaut, 22,7 ; Mme Aldou, 23,2.

Séance du 12 février. Questions posées : Diagnostic des angines de poitrine. Invagination intestinale aiguë chez le nourrisson.

Notes : MM. Gautreau, 19 ; Botreau-Roussel, 19 , Chevalier, 20,5 ; Trémolières, 15,7 ; Perol, 14,1 ; Samain 24 ; Deguillaume, 18 ; Duret, 23,6 ; Canetti, 22,5 ; Mlle Levachkevitch, 23,6.

Séance du 13 février. Questions posées : Adénites

inguinales aiguës et chroniques. Symptômes et diagnostic. Fracture de l'étage moyen de la base du crâne.

Notes : MM. Raymondeau, 17,2 ; Walther, 17,9 ; Villanova, 16,3 ; Deuil, 21,1 ; Maschas, 23,6 ; Cotillon, 17,6 ; Pahmer, 16,1 ; Magder, 18,5 ; Mlle Provendier, 10 ; Mlle Boulenger, 18.

— **Hôpital Beaujon Clichy.** — *Ozonothérapie.* — Chaque matin, à 11 heures, dans le service d'électro-radiologie du Docteur Aubourg, M. le Docteur M. Legoux fera une démonstration des applications médicales de l'ozone, sur le nouvel appareil Carpentier-Duflot, producteur de O^3.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Transport de malades par avion.** — La Société aérienne « Air Dispatch Ld », de Londres-Croydon, a organisé un service de transports sanitaires, avec l'aide de la Croix-Rouge britannique. Elle a aménagé un appareil pour le transport des blessés et des malades, qui est mis à la disposition du public, jour et nuit, avec un personnel spécial, un lit confortable, un brancard, etc... En quinze minutes, sur un simple coup de téléphone, l'appareil peut quitter l'aéroport de Croydon pour toutes destinations. Des transports sanitaires ont ainsi été effectués récemment pour Nice, Lausanne, et diverses villes d'Angleterre.

— **Exposition internationale de 1937.** *Journées internationales de la santé publique.* — Des journées, qui auront lieu du 1er au 10 juillet 1937, à l'Exposition internationale de 1937, sont en voie d'organisation. Elles comprendront les subdivisions suivantes : Journées de la maternité et de l'enfance ; Journées d'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires ; Journées de la Marine militaire ; Journées de la Marine marchande ; Journées médicales coloniales ; Journées médico-sociales ; Journées de l'urbanisme, de l'habitation et de l'organisation sociale ; Journées d'aviation sanitaire.

Comité d'organisation : président, Professeur Tanon. Secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris. Tél. : Prov. 76-74, 76-75.

— **Prix de l'Académie de chirurgie.** *Prix Edouard Laborie.* — Le prix est partagé entre deux mémoires : Docteur Louis Weitzel (Lille). Les adénofibromes du sein chez l'homme ; Docteur Charbonnier (Genève). L'auscultation dans les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen.

Prix Dubreuil. — Docteur Mantout (Paris). Contribution à l'étude de la physiopathologie des contusions et fractures fermées des phalanges des doigts. Traitement orthopédique et traitement physiologique par les infiltrations répétées de novocaïne.

Prix Jules Hennequin. — Docteur Mutricy (Paris). Les fractures du calcanéum. Le problème thérapeutique qu'elles posent.

Prix Aimé Guinard. — Docteur Contiadès (Paris). Phlébites traumatiques et thromboses révélées par un effort.

Prix des élèves du Docteur Eugène Rochard. — Docteur Demirleau (Paris). La lobectomie pulmonaire. Etude historique, expérimentale et chirurgicale.

Prix Le Dentu. — Décerné selon la volonté du donateur à l'interne ayant obtenu au concours la médaille d'or de chirurgie : M. Mialaret.

Les prix Duval-Marjolin, Gerdy, Demarquay, Ricord n'ont pas été décernés.

— **IIIe Congrès international du paludisme.** (Madrid, 12-18 octobre 1936.) — Ce Congrès, dont la date primitivement fixée en 1935 fut retardée, aura lieu à Madrid du 12 au 18 octobre 1936.

Les membres effectifs auront droit au vote, à la présentation de communication, aux sessions du Congrès ; ils pourront prendre part aux excursions et réceptions officielles organisées en leur honneur. Ils recevront, à titre gracieux, les publications du Congrès. La cotisation de ces membres sera de Ptas. 50 (cinquante pesetas). (Envoi par chèque ou mandat-poste).

Les membres associés (familles) ne recevront pas les publications officielles. Toutefois, ils pourront se joindre aux excursions et assister aux actes officiels qui seront célébrés en l'honneur de MM. les congressistes. La cotisation pour ces membres est de Ptas. 25 (vingt-cinq pesetas).

Toute demande d'inscription sera accompagnée de deux photographies (5 × 3,5 c/m.), pour la carte de congressiste indispensable pendant le Congrès ainsi que pour bénéficier des réductions établies sur les prix de transport.

Adresser la correspondance au Docteur Manuel-G. Ferradas, secrétaire du Comité organisateur, Instituto Nacional. Calle de Recoletos, 19, hotel, Madrid (Espagne).

— **Le 28e Congrès universel de l'esperanto à Vienne.** — Après le 27e Congrès universel de l'esperanto, qui a eu lieu à Rome, en présence de M. Tumedei, sous-secrétaire d'Etat, délégué du gouvernement, le 28e Congrès se tiendra en août 1936 à Vienne. Le Chancelier Schuschnig a promis aux organisateurs du Congrès l'appui officiel du gouvernement.

— **Réunion de gastro-entérologie de Marseille.** — Une Société réunissant des médecins, chirurgiens, radiologistes s'intéressant à la spécialité gastro-entérologique vient de se fonder à Marseille, sous la présidence du Prof. J. Monges, médecin des hôpitaux. Les réunions se tiendront tous les deux mois au siège de la Société, 3, Marché des Capucins.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

CHRONIQUE FISCALE

La vérification des déclarations

Il nous revient qu'un grand nombre de médecins auxquels les Contrôleurs notifient l'intention d'opérer ies rehaussements sur leurs bénéfices professionnels consentent à se laisser taxer supplémentairement pour éviter toute discussion ou dans la crainte de se voir appliquer une pénalité.

Cette manière d'agir est des plus dangereuse parce qu'elle jette la suspicion sur l'honnêteté fiscale de tout le Corps médical et qu'il n'y a aucune raison pour que chaque année les déclarations ne soient pas l'objet de modifications de plus en plus élevées.

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à tenir avec régularité et exactitude le livre-journal qui est le seul document comptable de leurs recettes.

Ayant ainsi respecté les prescriptions légales, ils ne doivent accepter aucune modification de leur déclaration lorsqu'elle est motivée d'une façon vague (réputation, importance de clientèle, etc.).

Ils doivent répondre aux Contrôleurs que leur déclaration est exacte et conforme aux prescriptions du livre-journal qui font foi tant qu'on ne peut prouver l'omission d'une ou de plusieurs recettes.

Si les critiques portent sur les dépenses prosionnelles, il est facile d'y répondre au moyen des factures, du compteur de l'auto et des présomptions résultant de l'exercice même de la profession.

Si le différend persiste, il faut nous adresser le dossier avant de comparaître devant la Commission afin que nous ayons le temps de rédiger le rapport à adresser au président de la dite Commission.

N'admettez aucune modification à vos déclarations sans nous consulter.

A. Martinot
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable Français.*

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 28 janvier 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

11.576 Lavergne (Jean), Belâbre (Indre). Syndicat médical de l'Indre.
11.577 Lecomte (Paul), Saint-Saturnin (Cher). Parrains : Docteurs Dubreuil et Guyot.
11.578 Le Gac (Pierre), 26, avenue de la Grande-Armée, Paris (17e). Syndicat des chirurgiens français.
11.579 Marchal (Georges), 55, avenue Marceau, Paris (16e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.580 Martin (Georges), Amplepuis (Rhône). Syndicat des médecins du Rhône.
11.581 Mesplier (Charles), 25, rue Plornoy, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Brienne et Bosredon.
11.582 Meyer (Ernest), Aiguilles (Hautes-Alpes). Syndicat des médecins du département des Hautes-Alpes.
11.583 Miliet-Lacombe (Georges), Saint-Pardoux-la-Rivière (Dordogne). Syndicat des médecins de la Dordogne.
11.584 Pelosof (Salomon), 4, rue Laferrière, Paris (9e). Parrains : Docteurs Arama-Michel et Erlanger.
11.585 Philbert (Maurice), 235, rue Lafayette, Paris (10e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.586 Poirier (Emile), Durtal (Maine-et-Loire). Syndicat médical de Baugé (Maine-et-Loire).
11.587 Pulvenis (Raymond), 53, avenue de la Grande-Armée, Paris (16e). Parrains : Docteurs Huet et Savelli.
11.588 Seta (Paul), Mauprevoir (Vienne). Parrains : Docteurs Chamaillard et Babaud.
11.589 Svartman (Jean), Mennetou-sur-Cher (Loir-et-Cher). Parrains : Docteurs Breitman et Olivier.
11.590 Tempier (Aimé), Nîmes (Gard). Syndicat de Nîmes.
11.591 Thierry (Françoise), 23, rue Madame, Paris (6e). Parrains : Docteurs Aubin et Oppenot.
11.592 Vaissie (Roger), Eymet (Dordogne). Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.
11.593 Wagner (Félix), Lieurey (Eure). Syndical arr. de Pont-Audemer.
11.594 Weis (Michel), 50, avenue A.-France, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Docteurs Bonnet et Weis.
11.595 Albrecht, Ecole de Stomatologie, Paris.
11.596 Barder (Joseph), Ecole de Stomatologie, Paris.
11.597 Fieux, Ecole de stomatologie, Paris.
11.598 Fragoso (Antonio), Ecole de stomatologie, Paris.
11.599 Gilles (Pierre), Ecole de stomatologie, Paris.
11.600 Hodac (Cuno), Ecole de stomatologie, Paris.
11.601 Jacowski (Mme), Ecole de stomatologie, Paris.
11.602 Joseph (Pierre), Ecole de stomatologie, Paris.
11.603 Lebrun (Raymond), Ecole de stomatologie, Paris.
11.604 Ta Trung, Ecole de stomatologie, Paris.

11.605 Mlle VACHER (Camille), Ecole de stomatologie, Paris.
11.606 VAN AERDE, Ecole de stomatologie, Paris.
11.607 WALKOWYSKI (Salomon), Ecole de stomatologie, Paris.
11.608 NAGELBERG (Mlle Cécilia), Ecole de stomatologie, Paris.
11.609 PASCAL (Mlle Suzanne), Ecole de stomatologie Paris.
11.610 PAUCOT (Roger), Ecole de stomatologie, Paris.
11.611 ROUEL (Marcel), Ecole de stomatologie, Paris.
11.612 LESSUER (Sami), Ecole de stomatologie, Paris.
11.613 METTEY (Guy), Ecole de stomatologie, Paris,
11.553 ALLARD (Louis), Berck-Plage (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Berck.
11.554 BAGOT (René), 19, rue du Château, Brest (Finistère). Syndicat médical de Brest.
11.555 BALLEREAU (Jean), 2 *bis*, rue Dugommier, Nantes (Loire-Inférieure). Syndicat des médecins de Nantes.
11.556 BERTHO (Paul), Villefranche-du-Périgord (Dordogne). Syndicat des médecins de la Dordogne.
11.557 BLUMEN, Provins (Seine-etMarne). Syndicat de Seine-et-Marne.
11.558 BOCHEREAU (François), Yzernay (Maine-et-Loire). Syndicat médical de l'Anjou.
11.559 BOULARD (Pierre), 30 avenue de la Grande-Armée, Paris (17e). Parrains : Docteurs Bréger et Antonelli.
11.560 BOURGEOIS (Georges), Fumay (Ardennes). Syndicat médical des Ardennes.
11.561 CADILHAC (Maurice), 22, avenue Victor-Hugo, Brioude (Haute-Loire). Syndicat des médecins de l'arr. de Brioude.
11.562 CARLES (Firmin), 12, rue du Commandant-Arnoult, Bordeaux (Gironde). Syndicat professionnel des médecins de Bordeaux.
11.563 CHABARDES (Henri), Pezenas (Hérault). Syndicat des médecins de Béziers-Saint-Pons.
11.564 DARCANNE (Mme), 191, rue de l'Université, Paris (7e). Association des femmes médecins.
11.565 DARNIS (Frédéric), Neuville-Vire (Calvados). Syndicat médical de Vire.
11.566 DE MANET, 1, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris (17e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.567 DEMIRLEAU (Jean), 2, rue Catulle-Mendès, Paris (17e). Parrains : Docteurs Boudin et Jodin.
11.568 EISENSTEIN (Fridel), 18, rue Malher, Paris (4e). Syndicat médical de la Seine.
11.569 FELTGEN (Jean-Henri), Rosières-aux-Salines, (Meurthe-et-Moselle). Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle.
11.570 GAYARD (André), 13, rue Nationale, Draguignan (Var). Parrains : Docteurs Chaix et Pelloux.
11.571 GAZANIOL (Auguste), Pont-de-Claix (Isère). Syndicat médical du S. E. de l'Isère.
11.572 GOULET (Moïse), Liévin (Pas-de-Calais). Association des médecins de Liévin.
11.573 GUEGUEN (Charles), Pontivy (Morbihan). Parrains : Docteurs Caradec et Thibaudet.
11.574 HÉRAUX (André), 9, rue Gœthe, Paris (16e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.575 LASSALLE (Joseph), Estang (Gers). Syndicat des médecins du Gers.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

654. — Accident de droit commun ; recouvrement des honoraires

M'autorisant de mon titre de membre du « Sou », je viens vous demander conseil pour le cas suivant ; j'ai pratiqué, il y a environ un mois une ostéosynthèse pour fracture irréductible du tibia (soignée sans succès antérieurement par un confrère par appareil plâtré) sur un blessé *ayant une assurance individuelle.* A son entrée à la clinique, je lui avais fait remarquer que je ne connaissais nullement sa Compagnie et n'avais affaire qu'à lui seul. A sa sortie de la clinique, il y a une quinzaine de jours le blessé m'a demandé mon relevé d'honoraires que je lui ai remis pour 2.000 francs. Il m'assura qu'aussitôt rentré chez lui, il m'enverrait ce qu'il me devait. N'ayant rien reçu le 14 janvier, je lui écrivis pour lui rappeler sa promesse, voici sa réponse :

« Monsieur,

« En réponse à votre lettre du 14 janvier, l'agent général est venu me voir, il m'a dit que l'Assurance payerait, que j'avais besoin de m'occuper de rien. »

« Voici son adresse :

. . . .

« Sincères salutations. »

J'ai toujours eu mille difficultés à me faire régler dans des cas semblables. Que me conseillez-vous de faire ? Dr D.

Réponse

Dès lors qu'il s'agit d'un blessé de droit commun couvert par une simple assurance individuelle, il n'y a aucune raison pour que vous consentiez à entrer en rapport avec son Assurance pour le règlement des honoraires qui vous sont dus.

Il appartient à votre client de vous payer et ensuite de vous demander un reçu acquitté de vos honoraires pour pouvoir se faire rembourser par l'Assurance dans les conditions prévues à la police, sans que vous ayez personnellement à intervenir dans ce règlement.

Envoyez donc une lettre à votre client pour lui dire que vous ne voulez pas connaître son Assurance et le mettez en demeure de vous régler personnellement d'ici la fin du mois au plus tard. Si cette mise en demeure reste sans effet, avisez-nous et nous pourrons alors demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour saisir le Juge de paix.

707. — Prélèvement de 10 % sur des indemnités allouées par des communes

Je touche annuellement, de la part des différentes

communes que je dessers, diverses indemnités dont le total atteint 3.000 francs (subventions).

Ce total étant inférieur à 8.000 francs, le prélèvement que j'ai dû subir (10 %) sur ces indemnités était-il régulier ?

S'il ne l'était pas, à qui puis-je m'adresser pour qu'il ne soit plus opéré à l'avenir ? Puis-je obtenir le payement des sommes indûment retenues et que faut-il faire pour cela ? Dr X.

Réponse

Pour pouvoir bénéficier du taux de prélèvement dégressif prévu par l'art. 2 du décret loi du 16 juillet 1935 et l'art. 54 de la loi de finances du 31 décembre dernier, il ne suffit pas de ne recevoir des collectivités publiques que des allocations totales inférieures à 8.000 francs, il faut encore que ces allocations soient versées en exécution d'un contrat de louage de services liant l'intéressé aux collectivités en question.

Or nous ne pensons pas qu'en l'espèce vous puissiez être considéré comme lié par un contrat de cette nature avec les communes que vous desservez. Il s'agit au contraire d'une subvention qui laisse entièrement de côté toute idée de subordination et de dépendance.

Nous concluons donc qu'en l'espèce le bien-fondé du prélèvement de 10 % qui a été effectué sur vos indemnités pourrait être difficilement contesté.

728. — Paiement des honoraires médicaux pour soins donnés aux assistés partiels

J'avais lu dans le *Concours Médical* du 24 mars 1935, page 939 (réponse à un confrère de la Haute-Vienne) que c'était au département à faire rembourser aux demi-nécessiteux la part d'Assistance médicale gratuite laissée à leur charge.

Mon dernier mémoire semestriel comportait quelques assistés partiels, j'ai adressé mon relevé d'honoraires au début de 1936, sans tenir aucun compte des fractions. La Préfecture me retourne aujourd'hui mes notes en me priant de me faire rembourser par les assistés la fraction qui leur incombe :

« Si votre documentation est exacte, veuillez faire le nécessaire auprès des services préfectoraux. »

Dr D.

Réponse

Je vous prie de trouver ci-après copie de la circulaire du ministre de l'Hygiène du 22 avril 1926, instituant le Service de l'Assistance médicale gratuite partielle, qui doit servir d'addition et de modification au règlement-modèle de l'Assistance médicale gratuite de 1894.

ASSISTANCE MÉDICALE PARTIELLE

Modifications proposées au règlement modèle de 1894. Circulaire du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 22 avril 1926 à MM. les Préfets.

Article 1er. — Remplacer le second paragraphe par les dispositions suivantes :

Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie, et de l'art des accouchements.

Une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais du traitement à domicile, soit une partie des frais du traitement hospitalier soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

En outre, l'admission d'urgence pourra être prononcée soit au cours d'une maladie prolongée après épuisement des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical ou autre, reconnu indispensable dont le coût dépasse les ressources du malade.

Cette admission d'urgence sans rétro-activité pourra également ne comporter la gratuité que pour une partie seulement des soins à domicile ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier. Ces admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin appelé à donner ses soins ou des représentants de l'hôpital qui doit recevoir le malade.

Article 4. — Ajouter à cet article.

En cas d'admission à la gratuité partielle, la délivrance de ces pièces (carnet de tickets de visites et feuille de maladie) est subordonnée à l'une des conditions suivantes : versement par l'intéressé au Service départemental de la somme laissée à sa charge (versement total ou partiel), consignation suffisante pour répondre de son paiement, ou engagement écrit de s'en acquitter à une date déterminée.

En cas d'admission partielle au bénéfice de l'hospitalisation gratuite, d'un récépissé délivré par le comptable public compétent constatant le versement par l'intéressé de la somme laissée à sa charge ou d'une consignation suffisante pour en répondre, ou encore engagement écrit par l'intéressé de s'en acquitter à une date déterminée.»

De la lecture de ce document, nous devons conclure que le médecin de l'Assistance médicale gratuite n'a pas à connaître si les malades auxquels il doit donner des soins au nom du Service départemental, sont des indigents totaux ou des indigents partiels. Il recevra pour les uns comme pour les autres les mêmes bons et feuilles de visite et de consultation, et, en fin de trimestre, de semestre ou d'année, il enverra sa note d'honoraires au service de la Préfecture.

C'est au maire ou au bureau d'assistance local

de prendre, selon les termes de la circulaire ci-jointe, des précautions suffisantes pour que le malade qui a obtenu le bénéfice de l'Assistance médicale partielle puisse rembourser au Service départemental la part qui reste à sa charge.

Vous pourriez, en conséquence, retourner vos mémoires au Préfet — parce que vous seul avez qualité pour réclamer ce qui vous est dû — et accompagner votre envoi de quelques réflexions inspirées de la documentation et des arguments que je vous adresse, ce Service étant chargé de récupérer les sommes dues au titre d'Assistance médicale gratuite partielle et non le médecin.

Ds Paul BOUDIN

---

951. — Déchéance des créances contre l'Etat, les départements et les communes

Par négligence, j'ai oublié d'adresser les mémoires d'Assistance médicale des années 1932-33-34.

Tous mes bons de visite sont en règle et je viens d'établir les mémoires.

Il me semble avoir vu à ce sujet un jugement du Conseil d'Etat que vous avez publié. Il s'agissait d'une Préfecture qui avait refusé le payement des mémoires arriérés.

Vous seriez bien aimable de me communiquer ce jugement si je ne m'abuse pas.

Dr P.

Réponse

Il est exact que le Conseil d'Etat par un arrêt du 6 juillet 1934 a reconnu que la déchéance quinquennale ne visait que les créances contre l'Etat, mais non celles contre les départements et les communes, et que par suite ce moyen ne pouvait être invoqué à l'encontre d'un médecin pour lui refuser le payement de mémoires d'Assistance médicale gratuite arriérés. Nous vous faisons parvenir par ce même courrier le n° 47 du *Concours Médical* de 1934 dans lequel cet arrêt a été publié et commenté.

Nous vous signalons toutefois que cette jurisprudence ne vaut plus maintenant que pour le passé. En effet la déchéance quinquennale, devenue depuis 1934 quadriennale, a été déclarée applicable par un décret-loi du 30 octobre 1935 à toutes les créances contre les collectivités publiques (Etat, départements, communes, établissements publics), du moment qu'elles sont venues à échéance postérieurement au premier janvier 1936.

---

909. — Indication sur les bulletins de visite des pensionnés de guerre des raisons d'ordre médical

J'ai envoyé les bulletins de visite aux mutilés, à la Préfecture.

Je n'ai pas sur ces bulletins indiqué, estimant que

le secret professionnel est absolu, le motif de la visite, j'ai reçu la pièce suivante, que dois-je répondre ?

Dr L.

Réponse

Il est exact que vous êtes obligé d'indiquer sur les bulletins en question les raisons pour lesquelles vous avez donné vos soins à chacun des bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, et que si vous ne le faisiez pas l'Administration serait en droit de se refuser à vous payer en prétendant que vous empêchez son contrôle de s'exercer.

Il ne saurait être question de secret professionnel en cette matière ; en effet vous ne pouvez demander à l'Etat que le payement des soins et actes médicaux faits à propos de la maladie qui a motivé à l'intéressé l'attribution d'une pension. Ce motif de pension est évidemment connu de l'Administration, il n'est donc pas secret de sa nature, et vous n'êtes pas tenu en ce qui le concerne aux obligations résultant de l'art. 378 du Code pénal.

879. — L'état antérieur dans les accidents du travail

Je joigne une dame X., accidentée du travail : petite contusion d'une jambe ; au bout de quinze jours environ, la contusion est à peu près guérie, mais la dame a deux jambes variqueuses au dernier degré et redoute d'ailleurs à juste titre la reprise du travail. Ne sachant quelle attitude prendre, je demande moi-même une contre-visite à l'assurance. Son chirurgien vient qui admet l'invalidité pour accident du travail et cela dure depuis deux mois au moins. Plus personne ne bouge, et il est bien évident que dans l'état actuel de la blessée, l'accident n'est plus qu'un lointain souvenir ; il est d'autre part bien gênant pour moi de signer une reprise du travail fictive, la malade ne pouvant effectivement travailler du fait de ses varices. Que dois-je faire ?

Dr B.

Réponse

En vertu d'une jurisprudence bien établie de la Cour de cassation, du moment qu'un traumatisme ou que toute autre cause extérieure survenue au cours du travail a déclenché un mal jusque là latent ou a eu une répercussion quelconque sur son évolution, la lésion consécutive à l'accident constitue bien un accident du travail au sens de la loi de 1898 et met en jeu la responsabilité patronale, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'état antérieur ou des prédispositions morbides de la victime. Il n'en va autrement et le patron n'est exonéré de toute responsablité que s'il lui est possible d'établir que l'état actuel de l'accidenté est dû unique-

ment à ces prédispositions, abstraction faite de toute autre cause extérieure.

Si donc en l'espèce l'état actuel de votre cliente peut être attribué au moins en partie au traumatisme initial, et si ce dernier a eu une influence sur l'évolution de ces varices, il s'agit toujours bien d'un accident du travail, et la blessée peut prétendre à juste titre au versement des indemnités légales.

Si au contraire l'état variqueux actuel ne provient que des prédispositions de cette femme, sans qu'il soit possible de le rattacher en quelque manière à l'accident dont elle a été victime, il y aurait lieu de lui délivrer un certificat, non pas de guérison, mais de consolidation de la lésion causée par cet accident. Ce certificat n'a nullement besoin de conclure à la possibilité de reprise du travail, si cette reprise est actuellement impossible pour une autre cause, mais il mettra fin au versement de l'indemnité journalière, et à la prise en charge par le patron des frais médicaux.

---

723. — Assujettissement à la loi sur les allocations familiales

J'ai comme personnel, une infirmière, deux femmes de chambre, une cuisinière (célibataires).

Dois-je les déclarer toutes, ou seulement l'infirmière, à une Caisse de compensation pour les allocations familiales ?

Y a-t-il une Caisse de compensation réservée aux médecins, à laquelle je pourrais m'affilier ?

Dr T.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales a été rendu applicable par décret aux professions médicales, et en particulier aux maisons de santé, depuis le 1er janvier 1935. Vous auriez donc dû depuis cette date vous conformer aux obligations que cette loi vous imposait, c'est-à-dire vous affilier à une Caisse de compensation ayant pour but de répartir entre les employeurs les charges résultant de la loi et de servir aux intéressés les allocations prévues.

Vous devez déclarer à la Caisse dont vous ferez partie tous les employés au service de votre exploitation professionnelle (mais non les domestiques et gens de maison à votre service personnel) qu'ils aient ou non des charges de famille. N'astreindre en effet aux charges résultant de la loi que les patrons occupant des employés ayant des charges de famille, eût eu pour seul résultat de priver ces derniers de toute possibilité d'emploi.

Les Caisses de compensation sont organisées, territorialement, dans le cadre départemental ; nous ne pouvons donc vous donner aucun ren-

seignements précis au sujet de la Caisse à laquelle il y aurait lieu de vous affilier ; mais vous pourriez vous adresser sur ce point au Syndicat médical local.

---

793. — Limitation du privilège du médecin

A la suite d'un accouchement avec déchirure du périnée, une sage-femme me fit appeler pour pratiquer une périnéorraphie. Les honoraires ne furent pas exigés immédiatement et entre temps une saisie-arrêt fut ordonnée par le propriétaire.

J'ai présenté ma créance que je croyais privilégiée et l'huissier s'appuyant sur un arrêt de la Cour de cassation, 1923, je crois, me répond qu'il n'en est rien, le privilège ne jouant que pour le titulaire et non pour les membres de sa famille ; il me semble qu'il n'y a pas lieu à cette discrimination dans le cas d'un accouchement, l'enfant étant le fait des deux conjoints.

Y a-t-il possibilité de procès ? La somme réclamée est de 672 francs y compris les honoraires de la sage-femme.

Dr B.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de la jurisprudence (voir notamment : Tribunal de commerce de Toulouse, 10 mars 1935, *Gazette du Palais*, 17 avril 1935) que l'article 2.101 du Code civil qui déclare privilégiés les frais quelconques de dernière maladie quelle qu'en ait été la terminaison, n'a pris en considération que la maladie du débiteur lui-même sans en étendre le privilège aux frais de maladie de tous les membres de la famille du failli. Par conséquent, votre note d'honoraires ne viendra, dans la faillite, qu'au rang des créances chirographaires, et vous ne pourrez être payé, sur l'actif, qu'au marc le franc. Par contre, vous avez une action personnelle contre la femme pour vous faire payer sur ses biens propres.

---

263. — Rang du privilège du médecin

J'ai soigné au cours de sa dernière maladie un fermier. Il s'agissait d'une bacillose pulmonaire et mes soins s'échelonnèrent sur trois mois environ. Le montant de mes honoraires était de 1.000 francs. Le notaire m'en envoie 110 francs car il prétend que mon privilège passe après celui du bailleur. Or celui-ci est le propre père du fermier défunt qui va ainsi toucher d'un coup plusieurs termes en retard.

Je désirerais savoir si je dois poursuivre et si ma créance passe avant celle du bailleur, après celles des frais de justice et des frais d'enterrement.

Dr B.

Réponse

Suivant la jurisprudence, les privilèges comme celui du bailleur, qui ne portent que sur la

valeur des meubles garnissant les lieux loués, doivent s'exercer avant les privilèges généraux comme le privilège pour frais de dernière maladie.

Si la somme qui vous était attribuée provenait de la vente des meubles, du matériel de la ferme, il n'est pas douteux que tout votre privilège se trouvait primé par celui du propriétaire.

Et si, après payement des frais de justice et des frais d'enterrement, il ne reste de disponible qu'une somme de 110 francs, seule cette somme devait vous être attribuée.

952. — Un angoissant cas de conscience pour un Maire, médecin

Il me semble que dans le cas signalé le Maire s'est mis dans l'embarras par des agissements antérieurs à son arrivée à la mairie et à l'incident qui est la cause de son inquiétude.

Il avait probablement l'habitude, avant d'être Maire de fournir les certificats de décès de ses propres clients en indiquant la cause des décès et il a continué à le faire étant maire jusqu'au jour où il s'est trouvé pris entre deux devoirs.

S'il n'avait jamais signé le certificat de décès de ses propres clients, devenu Maire, il aurait laissé le médecin qui avait l'habitude de les soigner, continuer à le faire.

Dès lors au moment du décès par avortement : ou le médecin de l'Etat civil n'aurait rien su et dès lors, comme maire, il ne savait rien ; ou le médecin de l'Etat civil indiquait qu'il s'agissait d'un avortement criminel, et dès lors c'est comme Maire qu'il avait connaissance du fait.

Vous me direz que comme Maire, il était obligé de constater le décès pour délivrer le permis d'inhumer, mais il pouvait déléguer un médecin.

Or, par économie, les Maires des petites communes ne veulent jamais déléguer de médecin et chargent toujours les familles de se procurer les certificats ; et les médecins qui osent les refuser passent pour des individus difficiles et risquent de perdre la clientèle de la famille.

Dr G.

Réponse

Vous avez parfaitement raison, et tous ces cas de conscience proviennent de la confusion des fonctions entre médecin traitant soumis au secret professionnel, et médecin de contrôle, qui n'est pas tenu au secret professionnel vis-à-vis du malade, et doit surtout déclarer à celui qui l'a commis la vérité et toute la vérité.

Malheureusement, aussi bien les Maires que les médecins ne connaissent pas, ou ne veulent pas connaître les différentes lois et articles des Codes qui régissent notre profession.

EAU DE St CYPRIEN

de La Roche-Posay (Vienne)

Eau des Arthritiques et des Rénaux :

rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux ; rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertendus.

SAINT-CYPRIEN se recommande par son *Calcium* et par sa *Silice* (0 gr. 45 et 0 gr. 03 par litre). C'est une eau puissamment diurétique, lixiviante ; c'est aussi une eau préventive des scléroses menaçantes et même modificatrice des scléroses constituées (sclérose rénale, artériosclérose, rhumatismes fibreux et ankylosants). C'est l'eau de régime des uratiques, l'eau de table des bien portants.

En vente chez tous pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

La caisse de 50 bouteilles : **106 fr. 50,** *gare La Roche-Posay*

SAINT-CYPRIEN est par excellence l'eau des **ARTHRITIQUES,** des **RENAUX,** des **HYPERTENDUS ;** l'eau de tous ceux que tourmente l'acide urique. Elle est délicieuse, légère, rapidement diffusible. Son pouvoir diurétique est énergique et rapide. Elle expulse les graviers et calculs du rein et de la vessie. Sa silice la recommande aux hypertendus et aux scléreux.

Cinquante-huitième année N° 9 1er Mars 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Le Néalgyl Bottu

agit

sur toutes algies

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

AVIS

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 58. — Maison santé chirurg. Paris, cherche nouveaux correspondants préférence S.-et O.,-S. et-M., Oise, Aisne, Eure, Condit. très intéress.

N° 59. — Côte d'Azur. Ollioules. A céder pension famille propre faire maison repos. Mobilier neuf, bail 7 ans. A traiter urgence. Châtaignier, La Sirène, Ollioules (Var).

N° 60. — Nord. Méd. vend occas. voiture presque neuve 12 CV Chenard et Walker 1935, cond. intérieure excell. état.

N° 61. — Secrétaire profess. urologie demande emploi chez médec. ou autre, pour après-midi.

N° 62. — Pas-de-Calais. Confr. cherche remplaç. *sérieux, au courant clientèle, pour remplacem. de* longue durée et en vue success. éventuelle.

N° 63. — Directeur administratif cherche emploi dans clinique, France ou Algérie, pour administration, comptabilité, économat. Très sérieux. Licencié en droit. Référ. médicales.

N° 64. — Confr. céderait au plus offrant collection complète du *Concours Médical* depuis 30 ans. Faire offres Dr Pintaud-Desallees, La Rochefoucauld (Charente).

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Ophtalmologie, affaire très ancienne et très importante. Longue collaboration.

Paris. — Excellente situation. A céder très belle installation, grand appartement avec tout confort.

Sud-ouest. — Seul médecin. Poste ancien, rapport important. Belle habitation. Loyer 3.000. Indemnité : 70.000 fr. à débattre.

CHRONIQUE DE LA BIENFAISANCE

Tous nos lecteurs ont connu la générosité bienfaisante de notre très regretté confrère, le Docteur Plantier d'Annonay, générosité qui se manifestait avec une telle discrétion qu'on eût cru que cet excellent homme s'excusait en aidant à secourir ses confrères malheureux.

Les enfants du Docteur Plantier ont désiré suivre le si noble exemple de leur père. C'est ainsi que notre confrère, M. Boisson de Chazournes, gendre du Docteur Plantier, en son nom et au nom de son beau-frère, pharmacien, nous a écrit une lettre touchante, trop intime pour nous permettre de la publier, contenant un chèque important pour nous aider à soulager quelques criantes infortunes de la famille médicale.

Ce don généreux nous a permis, dès le lendemain, de venir en aide à un malheureux confrère très cruellement et irrémédiablement affecté, à la veuve et à l'orphelin d'un médecin qui bien qu'ayant occupé une situation, a laissé sa famille dans le dénuement le plus absolu, à une autre veuve de médecin sans ressources, à un confrère qui, ne pouvant payer une cotisation du fait d'une grave maladie, a épuisé ses réserves et étant encore dans l'impossibilité de reprendre immédiatement l'exercice de sa profession, allait perdre les avantages que lui offrait son adhésion à une société professionnelle.

Ces secours tout récents, joints à une longue série d'autres que nous n'avons pas publiés, sont en grande partie dus à la générosité presque anonyme de la famille du Docteur Plantier.

Nous l'assurons de toute notre gratitude, car elle nous permet de faire discrètement un peu de bien. Il va sans dire que l'emploi des sommes qui nous ont été confiées et celles que nous réservons nous même à notre Caisse de secours, ne sont employées qu'à bon escient et que seules les personnes véritablement intéressantes et sur lesquelles nous pouvons nous renseigner utilement, sont secourues.

J. N.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Leriche, de Strasbourg, et Sergent, d'Alger, sont élus associés nationaux de l'Académie.

— **Une belle et émouvante cérémonie, à l'hôpital des enfants, en l'honneur du Professeur Nobécourt.** — Le samedi 15 février, au cours d'une touchante cérémonie, les élèves du Professeur Nobécourt ont remis à l'éminent maître une croix de la Légion d'honneur pour commémorer sa récente promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Dans l'amphithéâtre Hutinel, de la Clinique médicale des enfants, trop étroit pour que tous aient pu y trouver place, étaient réunis autour du maître, ses collègues, ses anciens élèves, ses élèves et ses amis, auxquels s'étaient joints une délégation des infirmières des ambulances qu'il avait dirigées pendant la guerre et un groupe de ses petits malades de l'hôpital. M. le médecin général inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de chirurgie, dans une belle et poignante allocution, fit l'éloge du Professeur Nobécourt et rappela ses souvenirs de guerre et les grands services qu'il rendit dans les hôpitaux du front et de l'Est où il fut affecté. La science et le dévouement du savant pédiatre furent évoqués en des termes élevés, qui ne pouvaient être qu'au-dessous de ses mérites, car le verbe est quelquefois impuissant à traduire la réalité ! Mais, mieux peut-être que les paroles, l'émotion intense de l'auditoire — émotion si vive que l'on put surprendre des larmes aux yeux de nombreux assistants, de médecins et de chirurgiens les plus réputés — témoigna à notre éminent collaborateur de l'affection profonde dont il est entouré par ses élèves, ses malades, et par ceux — comme nous-mêmes au *Concours médical* — qu'il veut bien honorer de son amitié. P.-L.

— **Médaille du Docteur Georges Labey.** — Les amis et les élèves du Docteur Georges Labey ont l'intention, à l'occasion de son départ des hôpitaux, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Ch. Pillet.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux-Paris 599.)

— **Journées médicales belges de 1936.** — Il a été décidé de revenir, pour cette session de 1936 des Journées médicales belges, à la formule primitive, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de sujet imposé, une grande part étant faite aux applications pratiques dans les hôpitaux et aux séances opératoires, et le

conférencier exposant à ses auditeurs la question qu'il a particulièrement étudiée. C'est la formule de l'enseignement postuniversitaire, raison d'être de ces journées, et qui a connu, de par le monde, un si légitime succès.

Parmi les conférenciers annoncés, nous pouvons citer dès aujourd'hui MM. Georges Blanc, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc ; C. Van Iterson (Leiten) ; Aldo Castellani (Rome) ; L. Devraigne (Paris) ; R. Jemma (Naples) ; Reynaldo dos Santos (Lisbonne) ; Milos Netousek (Bratislava) ; Louis Merklen (Nancy) ; Emile Burgi (Berne) ; P. Gastinel (Paris) ; Jean Dechaume (Lyon) ; V. Demole (Bâle) ; J. Leclercq (Lille) ; E. Ramel (Lausanne) ; A. Weiss (Strasbourg) ; I. Pavel (Bucarest) ; R. Grégoire (Paris) ; J. Barré (Strasbourg), et parmi les Belges MM. Albert (Liége), Ernest Renaux (Bruxelles). Van Caneghem (Bruges) et G. Vermeylen (Bruxelles).

— **A la Société de médecine légale.** *La Société de médecine légale va changer son titre et devenir Société de médecine légale et de médecine sociale de France.* — A la suite de l'étude faite par une Commission composée de MM. Leredu, ancien ministre, président, Dervieux, Duvoir, Leclercq et Crouzon, la Société de médecine légale, dans sa séance du 10 février, a décidé de modifier ses statuts et son titre.

Après approbation ministérielle, elle s'appellera : Société de médecine légale et de médecine sociale de France. Le nombre des membres titulaires sera porté de 100 à 130. Sa section médicale comportera quatre sous-sections (médecine légale et sociale ; chirurgie légale et des accidents ; neuropsychiatrie médico-légale ; chimie toxicologique et police scientifique).

— **Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.** — Le prochain voyage de la Société médicale du Littoral méditerranéen se déroulera pendant la semaine de Pâques, du 12 au 19 avril prochain. Comme de coutume les différentes stations de la Côte d'Azur seront successivement visitées.

Ce voyage, destiné aux médecins et à leur famille, constituera les plus agréables vacances. Les parcours seront tous effectués en autocars, et les séjours seront assurés avec le luxe et le confort traditionnels de la Société médicale. Des conférences et démonstrations seront faites chaque jour par les professeurs qui accompagneront le voyage, et par les médecins du Littoral. Les adhérents recevront des permis de parcours à tarif réduit, valables pendant un mois sur les chemins de fer français, italiens et roumains. Les étudiants en médecine seront admis aux mêmes conditions que les médecins. Le secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement, dès à présent, le programme détaillé du voyage et tous les renseignements qui lui seront demandés.

— **Ecole de médecine d'Hanoï.** *Agrégation.* — D'une lettre du ministre de l'Education nationale adressée

à M. le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, il résulte que les candidats se destinant au professorat à l'Ecole de médecine d'Hanoï devront se mettre en rapport préalablement au concours d'agrégation avec le ministre des Colonies, pour subir l'examen médical d'aptitude au service colonial. Ce n'est que s'ils sont reconnus aptes à ce service qu'ils pourront figurer sur la liste des candidats autorisés à participer au concours.

— **Internat de Brévannes, Sainte-Périne, Champrosay.** — Le concours d'internat de l'hospice de Brévannes, de l'institution Sainte-Périne, de l'asile pour enfants de Hendaye, du sanatorium Joffre, à Champrosay s'ouvrira le 24 mars à l'Assistance publique de Paris, salle des concours, rue des Saints-Pères, 49. Inscriptions du 2 au 9 mars, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé, Assistance publique de Paris).

— ***Voyage de Pâques au Maroc.*** — L'abondance des matières nous empêche de publier aujourd'hui la suite de la description de notre voyage de Pâques.

Les lecteurs intéressés par ce magnifique voyage qui aura lieu du 4 au 21 avril (de Marseille à Marseille) sont priés de demander à notre Bureau de Tourisme, toutes indications utiles.

— **Les Sociétés médicales de Paris.** — *Addendum.* — A la liste des Sociétés médicales de Paris parue dans notre supplément documentaire de février (23 février 1936), il faut ajouter la *Société française de gynécologie*, 95, rue du Cherche-Midi, dont les séances ont lieu le troisième lundi du mois, à 17 heures.

— **L'Association professionnelle des Journalistes médicaux français** au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son Bureau pour 1936 : *président* : M. J. Minet (de Lille) ; *vice-présidents* : MM. Larrieu (de Montfort-l'Amaury) et O'Followell (de Paris) ; *secrétaire* : M. Albert Garrigues ; *secrétaire adjoint* : M. Labignette (de Paris) ; *trésorier* : M. Mathé ; *Conseil d'administration* : MM. Crouzat (de Paris) ; Loir (du Havre), Molinéry (de Luchon) et Noir (de Paris).

— **La Caisse mutuelle de retraites des Journalistes médicaux français** a ainsi constitué son bureau pour 1936 : *président*, M. J. Minet (de Lille) ; *vice-président* : M. Molinéry (de Luchon) ; *secrétaire* : M. P. Labignette ; *secrétaire adjoint* : M. Robert Lehmann (de Paris) ; *trésorier* : M. Albert Garrigues ; *administrateurs* : MM. Paul-Manceau, Bouland et Crouzat.

— **Mariage.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de Monsieur Regino SERFATY, fils de Madame et du Docteur Maurice Serfaty, avec Mademoiselle Antoinette ROGER.

La célébration du mariage a eu lieu dans la plus stricte intimité le samedi 8 février 1936, à la Mairie du IIe arrondissement de Paris.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 FÉVRIER

Enseignement de la médecine.

La chaire d'histologie et d'embryologie de la Faculté d'Alger et la chaire de thérapeutique de la Faculté de Nancy sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

13 FÉVRIER

Assurances sociales.

Arrêté du 3 février 1936 portant fixation des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'assurances sociales au profit des marins.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

Stupéfiants.

Arrêté du 11 février 1936 relatif à la limitation de la fabrication et de la distribution des produits stupéfiants.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

14 FÉVRIER

Sérums thérapeutiques.

Décret du 9 février 1936 autorisant la préparation et la vente de produits visés par la loi du 14 juin 1934.

Ce décret sera publié ultérieurement.

15 FÉVRIER

Légion d'honneur.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique : M. le Docteur Legrand, d'Auberchicourt (Nord).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Fixation des tarifs de responsabilité des Caisses d'assurances sociales.

14.798. — M. Maurice DORMANN, demande à M. le ministre du Travail : 1° quelles seront, dans la réglementation à intervenir pour l'application des décrets-lois sur les Assurances sociales, les modifications apportées aux taux des prestations accordées aux assurés pour les soins chirurgicaux, dans l'assurance-maladie ; et ajoute qu'actuellement les Caisses payent soit le Tarif des établissements de l'Assistance publique ou assimilés, soit le Tarif dit des « soins à

domicile », ce dernier étant calculé forfaitairement suivant la valeur du chiffre-clé inscrite au Tarif national de réassurance (K. 8 ou 15) et les coefficients de la nomenclature des actes de chirurgie de la Confédération des Syndicats médicaux ; 2° s'il est exact que ce dernier Tarif doit disparaître au moins pour les actes comportant hospitalisation ; 3° par quoi il sera remplacé et quelles sont les raisons de ce remplacement, attendu qu'il est le seul des trois qui permette, dans le libre choix du praticien et de la maison de santé, d'écarter les assurés sociaux de l'Assistance médicale gratuite et de n'entraîner pour eux que la moindre dépense complémentaire, lors de chaque intervention. (*Question du* 27 *décembre* 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 6, paragraphe 18 du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des Assurances sociales, le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, et compte tenu des Tarifs syndicaux minima, les Tarifs limites de responsabilité. Cette disposition n'apporte, en ce qui concerne la forme suivant laquelle doivent être établis les Tarifs limites, aucune modification à la législation antérieure (art. 4, § 12, de la loi du 30 avril 1930). En ce qui concerne l'hospitalisation dans les établissements hospitaliers visés par la loi du 13 juillet 1935, l'article 6, paragraphe 15, du décret-loi du 28 octobre 1935 précise que la part à supporter par la Caisse dans les frais d'hospitalisation, ainsi que dans les honoraires médicaux, est fixée par le Tarif de responsabilité des Caisses. (*J. O.*, 5 février 1936.)

Sur le règlement du concours de l'agrégation.

15.074. — M. Jules UHRY demande à M. le ministre de l'Education nationale si le nouveau règlement du concours de l'agrégation de la Faculté de médecine comporte, pour les candidats, une limitation du nombre des concours. (*Question du* 21 *janvier* 1936.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 7 février 1936.)

Conditions du changement de Faculté d'un étudiant.

15.020. — M. Gaston THIÉBAUT demande à M. le ministre de l'Education nationale si un étudiant de clinique dentaire ayant échoué deux fois à ses examens peut être autorisé à s'inscrire à une autre Faculté pour réparer ses échecs. (*Question du* 16 *janvier* 1936.)

Réponse. — Le transfert d'un dossier d'un étudiant ayant échoué à un examen est exceptionnel. En effet, aux termes de l'article 22 du décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des Universités : « L'étudiant ajourné à un examen ne peut changer de Faculté ou Ecole sans une autorisation spéciale du doyen ou directeur. Cette autorisation ne peut être accordée que pour motif grave. Mention du motif est faite au dossier de l'étudiant ».

(*J. O.*, 8 février 1936.)

Taxe sur les spécialités pharmaceutiques.

14.566. — M. Paul REYNAUD demande à M. le ministre des Finances si la taxe unique de 5 p. 100 doit être calculée sur le prix de vente d'une spécialité pharmaceutique ou sur ce prix majoré du montant du transport par la poste lorsqu'elle est expédiée franco, en faisant observer que sur le montant du transport par la poste le commerçant ne perçoit aucun bénéfice. (*Question du* 12 *décembre* 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 77 du décret de codification du 27 décembre 1934, la taxe unique de 5 p. 100 est exigible sur le prix de vente au détail des spécialités (impôt compris,) prix dont l'inscription sur les étiquettes en caractère apparent est obligatoire.

(*J. O.*, 7 février 1936.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne onseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

● ● ●

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Par décret du 5 février 1936, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant.

Les médec. sous-lieut. : (rang 12 sept. 1934) Pourquie, rég. Paris ; (rang 8 février 1935) Sterin, rég. Paris ; (rang du 24 mai 1935) Hude, rég. Paris ; (rang 30 sept. 1935) Santoracci, 15e rég.

(Rang 6 oct. 1935) Beaufils, rég. Paris ; Boyer, rég. Paris ; Broun, rég. Paris ; Debray, rég. Paris ; Delert, rég. Paris ; Dufour, rég. Paris ; Fabre, rég. Paris ; Forêt, rég. Paris ; François, rég. Paris ; Herzlich, rég. Paris ; Manin, rég. Paris ; Monestier, rég. Paris ; Olive, rég. Paris ; Rosenbach, rég. Paris ; Salamon, rég. Paris ; de Soria, rég. Paris ; Tissier, rég. Paris ; Derewetz, 1re rég. ; Hubert, 1re rég. ; Cappelle, 2e rég. ; Marchand, 3e rég. ; Chapon, 4e rég. ; Lallement, 6e rég. ; Nomblot, 8e rég. ; Bredier, 9e rég. ; Chazeaux, 9e rég. ; Gaudebert, 9e rég. ; Laroche, 9e rég. ; Lieffring, 9e rég. ; Pitou, 9e rég. ; Quivy 9e rég. ; Signac, 9e rég. ; Vincent, 9e rég. ; Alet, 14e rég. ; Goujon, 14e rég. ; Montagnard, 14e rég. ; Guérin, 13e rég. Nicolaï, 15e rég. ; Waton, 15e rég. ; Amiel, 16e rég. ; Conturie, 16e rég. ; Ducros, 16e rég. ; de Ginestet, 16e rég. ; Baisset, 17e rég. ; Cayrou, 17e rég. ; Cassaigne, 18e rég. ; Marchadier, 18e rég. ; Sedeilhan, 18e rég. ; Thé, 18e rég. ; Got, 20e rég. ; 20e rég. ; Hinschberger, 20e rég. ; Hun, 20e rég. ; Margotton, 20e rég.

(Rang 13 oct. 1935) Aliker rég. Paris ; Allain, rég. Paris ; Boutet, rég. Paris ; Brochard, rég. Paris ; Broutman, rég. Paris ; Brunot, rég. Paris ; Frezouls, rég. Paris ; Ganière, rég. Paris ; Genty, rég. Paris ; Gresy,

rég. Paris ; Haguier, rég. Paris ; Jacobe, rég. Paris ; Jouanneau, rég. Paris ; Kipfer, rég. Paris ; Laporte, rég. Paris ; Mahé, rég. Paris ; Mouchotte, rég. Paris ; Mouchotte, rég. Paris ; Para, rég. de Paris ; Paris, rég. Paris ; Parrot, rég. Paris ; Petit, rég. Paris; Vacher, rég. Paris ; Vautier, rég. Paris ; Robert, 1re rég ; Thibault, 1re rég. ; Vincart, 1re rég. ; Bobard, 3e rég. ; Bridgman, 3e rég. ; Duvernois, 3e rég. ; Nel, 3e rég. ; Albertini, 4e rég. ; Dorange, 4e rég. ; Boucher, 5e région ; Dubreuil, 5e rég. ; Grosbois, 5e rég. ; Simonin, 7e rég. ; Chaillet, 8e rég. ; Gillet, 8e rég. ; Barbot, 9e rég. ; Guillaume, 9e rég. ; Boure, 11e rég. ; Crochet, 11e rég. ; Duclos, 11e rég. ; Hardy, 11e rég. ; Leuhède, 11e rég. ; Moinard, 11e rég. ; Queinnec, 11e rég. ; Richard, 11e rég. ; Nasica, 14e rég. ; Nidague, 15e rég. ; Sauvet, 15e rég. ; Stolzenberg, 15e rég. ; Bonsirven, 16e rég. ; Cellier, 17e rég. ; Costes, 17e rég. ; Laval, 17e rég. ; Madrange, 17e rég. ; Zwiebel, 17e rég. ; Mises, 18e rég. ; Pillière de Tanouarn, 18e rég. ; Marx, 20e rég.

Rang 20 oct. 1935, Luccioni, 15e rég. ; Barsalou, 16e rég. ; Dubaud, 19e C. A. ; Seror, 19e C. A. ; (rang 27 nov. 1935) Martellière, 5e rég. ; (rang 27 oct. 1935) Kollistch, rég. Paris ; (rang 23 déc. 1935) Bugnard, 17e région.

Par décision du 12 février 1936 les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris. — Le méd. command. Escalier, de la 14e rég.

Les méd. lieut. : Soderlindh, de la rég. de Paris (p. o.) Train, du 19e C. A.

Le méd. sous-lieut. Determe, de la 9e rég.

A la 1re région. — Les méd. lieut. : Benoit, de la rég. de Paris ; Douvry, de la 2e région.

Le médecin sous-lieut. : Vanneecloo, de la région de Paris.

A la 2e région. — Le méd. sous-lieut. Marcou, de la région de Paris.

A la 3e région. — Les médecins lieut. : Normand, de la 2e région ; Bazin, de la 14e région.

A la 4e région. — Le méd. lieu. Adrien, de la région de Paris.

A la 5e région. — Le méd. lieut. Peytavin, de la région de Paris.

A la 7e région. — Le méd. lieut. Vichard, de la 20e région.

A la 9e région. — Le méd. sous-lieut. Marsat, de la région de Paris.

A la 11e région.—Le méd. lieut Hubert, des troupes du Maroc.

A la 13e région. — Le méd. capit. Poulain, de la 14e région.

Le médecin sous-lieut. Metzquer, de la rég. de Paris.

A la 14e région. — Le méd. lieut.-col. Brissot, de la 11e région.

Les méd. lieut. : Herbert, de la région de Paris ; Janin, de la région de Paris ; Laquerrière, de la région de Paris.

A la 15e région. — Le méd. comm. Garrigues, du 19e corps d'armée.

Le médecin capit. Hostalrich, de la région de Paris.

Les méd. lieut. : Fuschs, de la rég. de Paris ; Vallet, de la 16e région.

Les méd. sous-lieut. : Autran, de la rég. de Paris ; Robinson de la région de Paris.

A la 16e région. — Le méd. lieut. Gasne, de la région de Paris.

A la 17e région. — Les méd. lieut. : Polge, de la 13e rég. ; Gouarré, de la 16e région.

Au 19e C. A. — Le méd. sous-lieut. Simon, de la rég. de Paris.

Voir la suite page LV-673

PROPOS DU JOUR

Hommage à Fernand Decourt.
Un bon serviteur du Corps médical français

Le Syndicat des médecins de Seine-et-Marne a fêté, dimanche 16 février, au Palais d'Orsay, son président d'honneur, le Docteur Fernand Decourt, ancien président de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, vice-président du *Sou Médical*, secrétaire général de l'*Association professionnelle internationale des médecins*.

Après un déjeuner de cent couverts environ, auquel avaient pris part outre de nombreux médecins de Seine-et-Marne, la famille du Docteur Decourt dont son fils, le distingué médecin des hôpitaux de Paris, des délégués de la Confédération des Syndicats médicaux français, du Syndicat des médecins de la Seine, du « Sou Médical » et du *Concours Médical* et de nombreuses dames, le président du Syndicat des médecins de Seine-et-Marne, le Docteur Puig, de Crécy-en-Brie, remercia Decourt de tout ce qu'il avait fait pour ses confrères.

Le secrétaire général de la Confédération, Docteur Cibrie, retraça la vie syndicale de F. Decourt, rappela sa présidence de l'Union des Syndicats médicaux de France, son rôle important dans la Commission qui, après la scission, parvint à refaire l'unité dans notre syndicalisme, la part qu'il prit à la rédaction du *Médecin de France* et la création et l'organisation remarquable de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.), qui permet d'opposer à Genève au cours des réunions du Bureau international du travail un groupe international, formé par les dirigeants des grandes associations médicales. Cette Association internationale des Caisses, en outre, par une succession d'enquêtes, nous permet d'être renseignés sur l'organisation de tout ce qui intéresse le médecin dans de nombreux pays. En terminant Cibrie annonça que le Conseilde la Confédération avait décerné sa médaille à F. Decourt.

Le Docteur Tissier-Guy, président du Syndicat des médecins de la Seine, associa son Syndicat à l'hommage rendu à Decourt dont l'action a largement dépassé les limites de son département et s'est manifestée à Paris.

Chargé de prendre la parole au nom du *Concours Médical* et aussi du *Sou Médical* (le Docteur Vimont, président du Sou Médical, présent, n'ayant pas voulu par un nouveau discours éterniser la cérémonie) j'ai rappelé tout le passé de Decourt, intimement lié au *Concours Médical*. Par le fait de notre âge, de nos origines médicales, de nos études, de notre désir de servir la cause professionnelle, nous avons été rapprochés l'un de l'autre et toutes ces affinités ont créé entre nous une solide et inaltérable amitié.

J'ai rappelé les interventions de notre ami à l'époque des Congrès des praticiens, son entrée au Conseil d'administration du *Sou Médical* en 1912, la part qu'il prit aux fêtes de notre *Concours*, émaillant de chansons spirituelles et légères les sketchs qu'y faisait jouer notre regretté Duchesne.

Survint la guerre; elle fut la pierre de touche des solides amitiés. Decourt mobilisé ne nous oublia pas. Nous reçûmes des lettres de lui en 1915 et 1916 du front de Picardie. Sa correspondance se multiplia en 1917, alors qu'il dirigeait une ambulance dans le secteur de Verdun. Ces lettres étaient plaisantes et enjouées, parfois elles s'accompagnaient de pièces de vers malicieux que nous avons publiés. Il nous arriva cependant en juillet 1917 une lettre et une poésie qui nous émurent jusqu'aux larmes. Decourt, médecin chef d'une ambulance, venait d'accueillir trois jeunes médecins auxiliaires, qui gaiement partagèrent son repas. Puis ils gagnèrent le poste de secours où ils devaient s'installer. Une heure après on rapportait à l'ambulance les corps des trois jeunes gens, broyés par un obus. Decourt, au cœur bon et à l'âme sensible, nous exprimait éloquemment sa douleur.

La paix survint et Decourt collabora de plus en plus avec nous. Il devint vice-président du *Sou Médical* en 1932 ; nous fîmes partie tous les deux de la Commission supérieure des pensionnés de guerre, qu'après dix ans, nous avons tous deux abandonnés, et nous faisons, encore tous deux, partie de la Commission de tarification des accidents du travail. Ce fut dans cette dernière Commission qu'il rendit les plus signalés services, services qu'on ignore trop et dont pas un seul praticien en France n'a cessé de bénéficier. Par sa courtoisie, sa franchise, sa loyauté, sa ténacité, il acquit sur les représentants des Compagnies d'assurances une réelle influence et obtint quelquefois plus que primitivement nous avions l'intention de demander.

Decourt s'est fait une spécialité de l'interprétation du tarif qu'il connaît si bien et toutes les semaines le *Concours Médical* publie ses réponses aux nombreuses questions qui nous sont posées à leur sujet.

Il préside encore avec impartialité et autorité la Commission d'arbitrage pour le réglement des honoraires de soins donnés aux accidentés du travail.

◆◆

Après les renseignements que Cibrie avait donné sur l'A. P. I. M. je n'avais rien à dire sur ce chapitre. J'ai tenu cependant à faire remarquer qu'il ressort de ses enquêtes, si bien menées par Decourt, que le Corps médical français n'a rien à envier à l'étranger dans les domaines de la Défense professionnelle, de la Mutualité, de la Prévoyance et de la Bienfaisance médicales. Sur plus d'un point nous pourrions même servir d'exemples.

Telle a été la carrière de Fernand Decourt, modèle de médecin de campagne, notre loyal et fidèle collaborateur et le meilleur de nos amis.

F. Decourt a répondu, en évoquant la mémoire de son père auquel il succéda à Mitry-Mory et dit combien il est heureux de voir ses deux fils réussir brillamment dans la carrière médicale. Il fit un tableau émouvant de la vie du médecin de campagne, sensiblement différente de ce qu'elle est devenue aujourd'hui avec le téléphone et l'automobile. Associant Madame Decourt à son existence de labeur et d'activité, il fit en termes émus et aux applaudissements de tous, l'éloge de la femme du médecin et termina en montrant la nécessité pour ses confrères de collaborer à la médecine et à l'hygiène sociales, s'ils veulent éviter la fonctionnarisation dont ils sont sérieusement menacés.

Après les applaudissements enthousiastes, un ban fut battu en l'honneur de Decourt et un superbe buste en bronze (*La Volonté*, du sculpteur Constant Raux) fut offert en souvenir au héros de la fête (1).

J. Noir.

La chirurgie au Collège de France

Vendredi, 14 février, le Professeur Leriche (de Strasbourg), suppléant le Professeur Nicolle, a fait sa première leçon à la chaire de médecine du Collège de France. Devant un très nombreux auditoire, il a abordé l'étude de la douleur physique, phénomène peu étudié, très peu connu ou plutôt très mal connu.

Certains en font une exagération de la sensibilité, d'autres une réaction de défense de l'organisme. M. Leriche démontre combien sont fausses ces conceptions de la douleur et signale le rôle considérable que joue le système nerveux sympathique dans sa pathogénie.

A une époque où l'on a craint un divorce entre la médecine et la chirurgie, nous sommes heureux de voir, un chirurgien à la fois habile et savant, à l'esprit synthétique et à l'intelligence largement ouverte, occuper même occasionnellement la chaire qu'au siècle dernier illustrèrent Portal, Corvisart, N. Hallé, Laënnec, Récamier, Magendie, Claude Bernard, Brown-Sequard, etc.

Notre collaborateur, R. Massart donnera un compte rendu plus développé de la belle leçon du Professeur Leriche. J. Noir.

Ceux qui s'en vont et qui ne doivent pas être oubliés

Une de nos lectrices nous adresse une lettre indignée, dictée par un indiscutable désir de rendre justice à un éminent médecin, désir doublé d'un sentiment très respectable de reconnaissance d'une malade envers celui qui l'a guérie. Nous avons omis d'annoncer la mort d'un savant clinicien, d'un grand phtisiologue, du Docteur Georges Küss.

Nous serions impardonnables si cet oubli avait été volontaire, mais la mort de G. Küss sur laquelle aucun journal n'avait jusqu'alors insisté, avait été ignorée de nous.

Georges Küss fut un des plus éminents phtisiologues de notre époque, un des plus consciencieux et partant des plus modestes. Directeur d'un dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale, il avait fait faire de grands progrès à la collapsothérapie en faisant construire l'appareil qui porte son nom et qui a été adopté par la plupart de ceux qui pratiquent le pneumothorax artificiel tant en France qu'à l'Etranger.

Georges Küss avait été le premier médecin en chef du sanatorium d'Angicourt. Nous nous souvenons qu'il voulut bien nous servir de guide dans une visite que nous fîmes, il y a près d'une quarantaine d'années, à ce sanatorium.

Nous avons eu l'avantage de rencontrer Georges Küss dans diverses Commissions et nous avions été séduit par son savoir, sa réserve, sa prudence et sa conscience. Il se confinait dans ses travaux et les soins minutieux qu'il donnait à ses malades. Ennemi de toute publicité tapageuse, il laissait à quelques autres phtisiologues, ceux-là trop connus, et qui étaient très loin de le valoir, le soin de battre le rappel sur la grosse caisse de la lutte antituberculeuse.

Cette excessive modestie fut cause que sa mort passa tout d'abord presque inaperçue.

Il donna durant la guerre l'exemple du plus grand dévouement et était adoré et vénéré de tous ses malades.

Le Docteur G. Küss était officier de la Légion d'honneur. J. Noir.

(1) Decourt a été décoré en août 1916, il y aura bientôt 20 ans. Il est encore chevalier de la Légion d'honneur, quand tant d'autres qui sont loin d'avoir ses états de services portent depuis fort longtemps la rosette d'officier.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES POLYNÉVRITES INFECTIEUSES

Par le Dr Georges Boudin

Interne des Hôpitaux de Paris

Bien que la notion d'intoxication domine l'étiologie des polynévrites, l'hypothèse d'une cause infectieuse a été soulevée dès leurs premières descriptions. Sans entrer dans les détails de l'historique des polynévrites infectieuses, on peut, à l'heure actuelle, distinguer trois ordres de faits. D'une part, des polynévrites ont été signalées au cours de nombreuses maladies infectieuses, dont elles représentent, à la vérité, une complication souvent exceptionnelle. D'autre part, la notion d'une infection surajoutée a été envisagée comme cause adjacente au cours de certaines polynévrites toxiques. Enfin, plus récemment, certaines polynévrites d'apparence primitive, d'étiologie inconnue, et vraisemblablement infectieuse, ont été attribuées, par certains auteurs, à des virus neurotropes.

***

I. Les polynévrites au cours des maladies infectieuses. — Les plus fréquentes parmi les polynévrites survenant au cours des maladies infectieuses sont *les paralysies de la diphtérie*, et ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'on a signalé des polynévrites au cours de la syphilis, de la tuberculose, des fièvres éruptives, ou de la convalescence des fièvres typhoïdes. La nature microbienne de toutes ces polynévrites n'est cependant pas certaine, et l'exemple le plus frappant en est celui des paralysies de la diphtérie, où, depuis Roux et Yersin, la polynévrite est interprétée comme une manifestation toxinique.

Cependant, quelle qu'en soit la pathogénie, ces polynévrites se groupent dans le bloc des complications des maladies infectieuses, et montrent comment une infection générale peut engendrer une polynévrite.

Nous n'insisterons pas sur les paralysies de la diphtérie qui ont suscité de nombreux travaux cliniques et pathogéniques, et parmi les plus récents nous citerons ceux de Ramon, Debré, et Uhry, qui en font une maladie essentiellement périphériques. Ce sont des polynévrites, touchant électivement certains territoires (voile du palais, accomodation), et ne donnant que tardivement une atteinte des membres ; celle-ci est plus ou moins généralisée, associée parfois à des troubles importants de la sensibilité profonde et des phénomènes ataxiques (formes pseudo-tabétiques) ; elles évoluent spontanément vers la guérison, mais leur pronostic est toujours délicat à affirmer devant la possibilité d'une mort subite, ou dans certains cas graves d'un syndrome secondaire malin de Marfan.

Des polynévrites ont encore été signalées au cours de la dysenterie bacillaire, de la convalescence des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, du typhus exanthématique, de la pneumonie, du paludisme, de la fièvre de Malte, de la grippe, de la rougeole, de la varicelle, de l'érysipèle, de la scarlatine, des oreillons, etc... Dans tous ces cas, s'opposant ainsi à la diphtérie, la polynévrite représente toujours une complication exceptionnelle, la moins fréquente de toutes les complications nerveuses. Elle est intéressante par sa symptomatologie toujours uniforme, *qui, en elle-même, ne permet pas de présumer de l'infection causale.*

Au cours de la syphilis, les polynévrites, habituellement exceptionnelles, ont une évolution souvent chronique et leur diagnostic n'en est fait que par la positivité des réactions sérologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Au cours de la *tuberculose,* les polynévrites ont soulevé de nombreuses discussions. Il est classique d'insister sur la fréquence des polynévrites alcoolo-tuberculeuses faites d'une association de polynévrite toxique et d'une tuberculose pulmonaire. Beaucoup plus exceptionnelles sont les polynévrites tuberculeuses pures où la tuberculose semble jouer un rôle direct dans la genèse de la polynévrite. Les observations en sont exceptionnelles et les interprétations pathogéniques varient souvent avec chaque auteur.

En fait, la seule chose intéressante à retenir de toutes ces polynévrites survenant au cours des maladies infectieuses, c'est *leur analogie symptomatique* qui semble faire croire que, comme pour certaines encéphalomyélites, la maladie

infectieuse ne jouerait qu'un rôle déclenchant, et que la polynévrite, quelle que soit la maladie causale, serait peut-être due à un virus unique dont le rôle pathogène surviendrait à l'occasion de l'infection initiale.

***

II. **Au cours des polynévrites toxiques**, et en particulier des polynévrites alcooliques, la possibilité d'une infection surajoutée a été, dans certains cas, envisagée par de nombreux auteurs. Nous venons déjà de signaler l'association d'une tuberculose à une polynévrite alcoolique ; et, dans certains cas particulièrement évolutifs de polynévrite généralisée et souvent rapidement mortelle, on peut se demander si l'alcool est seul en cause, et s'il ne faut pas invoquer l'adjonction d'une infection surajoutée, soit tuberculeuse si on la trouve, soit indéterminée, de nature banale, ou peut-être liée à un virus neurotrope.

Certes les polynévrites alcooliques sont de beaucoup les plus fréquentes de toutes les polynévrites, à tel point que, chez beaucoup de médecins, c'est un reflexe devant une polynévrite de rechercher l'alcool, et parfois même de vouloir l'affirmer alors qu'on ne le trouve pas. Mais, si les polynévrites alcooliques sont le plus grand nombre, il faut aussi savoir que *toutes les polynévrites ne sont pas alcooliques*, et que, pour affirmer l'étiologie éthylique, il est utile de trouver, en dehors de la polynévrite, d'autres manifestations de l'intoxication causale.

Des faits analogues ont été envisagés au cours d'autres polynévrites toxiques, en particulier, dans certains cas de polynévrites saturnines généralisées.

Et cette infection surajoutée apparaîtrait peut-être par un phénomène biotropique analogue à celui que nous venons d'envisager pour les polynévrites des maladies infectieuses.

***

III. Beaucoup plus intéressantes sont certaines observations de **polynévrites généralisées d'apparence primitive**, liées, pour certains auteurs à un virus neurotrope (encéphalite épidémique pour les auteurs lyonnais), et qui semblent actuellement augmenter de fréquence.

Cliniquement, elles sont spéciales par la diffusion des paralysies qu'elles entraînent et par la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'une dissociation albumino-cytologique souvent importante. Ce sont des polynévrites qui se généralisent peu à peu, prenant tous les membres et souvent la face. Elles évoluent, habituellement, vers la guérison, ne laissant derrière elles aucune séquelle, et ce n'est que très exceptionnellement que la mort peut survenir par envahissement des nerfs respiratoires et cardiaques.

Anatomiquement, elles sont caractérisées par des lésions inflammatoires touchant tous les nerfs et leurs racines, qui justifient le terme de « *poly-radiculo-névrites généralisées* » que plusieurs auteurs leur ont donné (1).

Elles atteignent, habituellement, des sujets jeunes, en pleine santé apparente, et débutent par une association de troubles sensitifs subjectifs à type de douleurs et de paresthésies, et de troubles moteurs constitués par une sensation de faiblesse progressive dans les membres inférieurs ; en quelques jours s'installent des paralysies diffuses touchant les deux membres inférieurs, le tronc, les membres supérieurs, et souvent la face. Ces paralysies sont bilatérales et symétriques, intenses, empêchant tout mouvement des jambes, flasques, hypotoniques, peu atrophiques, et s'accompagnent d'une abolition des reflexes tendineux. Les réactions électriques montrent une hypoexcitabilité nerveuse diffuse. Il n'existe, habituellement, aucun signe de la série pyramidale ou cérébelleuse. Les troubles sensitifs, en dehors des phénomènes subjectifs douloureux, consistent en une hypoesthésie tactile et thermique plus ou moins marquée, à topographie distale, et surtout une douleur provoquée à la palpation des masses musculaires à l'élongation et à l'étirement des troncs nerveux (signe de Lasègue bilatéral). Le sens des positions, la stéréognosie, sont perturbés. Les sphincters peuvent être touchés, donnant des troubles spéciaux à type anesthésique, qui semblent révéler d'une atteinte périphérique des paires sacrées. Des signes méningés peuvent exister sous forme de signe de Kernig et d'une légère raideur de la nuque. *La ponction lombaire* montre un liquide clair ou parfois xanthochromique dans lequel la numération cytologique faite à la cellule de Nageotte donne un chiffre à peu près normal : 0,2 à 1 lymphocyte par millimètre cube, et où le dosage de l'albumine donne un chiffre souvent élevé, dépassant le gramme ; on trouve facilement 1 gr. 50 et même 2 ou 3 grammes par litre.

Cette *dissociation albumino-cytologique* est, par sa fréquence, un des symptômes majeurs de ces polynévrites.

L'évolution se fait spontanément vers la guérison : c'est une *guérison lente*, étalée sur plusieurs mois et qui surviendra sans séquelle définitive ; tel malade qui, quelques mois auparavant était grabataire et quadriplégique, avec paralysie faciale, va récupérer peu à peu tous ses mouvements, et redevient un individu nor-

(1) On trouvera les références bibliographiques de ce sujet dans l'ouvrage suivant Georges BOUDIN. — Les poly-radiculo-névrites généralisées avec dissociation albumino-cytologique. Etude anatomo-clinique et considérations sur les infections à virus neurotrope touchant avec prédilection les nerfs. Préface du Professeur agrégé ALAJOUANINE. — Édit. MALOINE, 1936.

mal chez lequel la maladie n'a laissé aucune trace.

Un des caractères plus particulier de ces polynévrites est *l'atteinte fréquente des nerfs crâniens*, en particulier du nerf facial. Celle-ci survient, avant, en même temps, ou après, celle des membres ; c'est une atteinte périphérique, souvent *bilatérale*, et *l'association d'une diplégie faciale à des symptômes de polynévrites des membres* est un des caractères les plus particuliers des polyradiculo-névrites généralisées.

D'autres nerfs crâniens peuvent être atteints, mais d'une façon habituellement plus incomplète que celle du facial ; cette atteinte peut d'ailleurs manquer. Certaines de ces formes sans atteinte les nerfs crâniens, *évoluant spontanément vers la guérison*, ont été décrites sous le nom de « *syndrome de Guillain et Barré* ».

Anatomiquement, ces polynévrites présentent des *lésions localisées aux nerfs et leurs racines*. C'est une radiculo-névrite touchant tous les nerfs, de type inflammatoire, avec infiltration lymphoplasmocytaire périvasculaire et interfasciculaire, modifications des cellules de Schwann, atteinte plus légère de la myéline et de certains cylindraxes. Ces lésions, très importantes au niveau des racines et des plexus, vont en diminuant d'intensité de la racine à la périphérie du nerf. Elles envahissent les ganglions rachidiens, mais restent fasciculaires. La moelle et le cerveau sont normaux, en particulier les cornes antérieures, le mésocéphale et les noyaux des nerfs craniens ont un aspect à peu près normal. Les méninges présentent des lésions inflammatoires exsudatives, avec une importante dilatation vasculaire.

Un aspect spécial a été signalé sous le nom de *polynévrite pseudo-myopathique*. Ce sont des formes où la distribution topographique des paralysies reste localisée aux muscles du tronc et de la racine des membres, et, de ce fait, entraîne des troubles morphologiques et statiques analogues à ceux que l'on voit dans les myopathies vraies. Le diagnostic différentiel entre ces myopathies et ces polynévrites pseudomyopathiques est d'un intérêt capital en raison de la différence pronostique qu'il comporte. En faveur des polynévrites, on constate une évolution plus rapide, une absence d'antécédent familial, un début subaigu, une conservation des réflexes idiomusculaires, une abolition des réflexes tendineux, la possibilité de troubles sensitifs associés, en particulier de douleurs à la pression des masses musculaires, la possibilité d'une dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien, et enfin, à l'analyse électrique, une réaction de dégénérescence souvent incomplète et diffuse.

Toutes ces polynévrites d'apparence primitive ont suscité d'importantes discussions *étiologiques*. Certains auteurs ont voulu en faire des formes périphériques de l'encéphalite épidémique, se basant sur la possibilité de diplopie fugace et de léthargie associées. En fait, toutes leurs observations sont critiquables, et l'absence d'apparition ultérieure d'un syndrome parkinsonien dans tous ces cas, semble montrer qu'il s'agit d'une autre maladie que de celle d'Economo.

Par leur côté purement descriptif, les polyradiculo névrites généralisées s'opposent sur plusieurs points à la poliomyélite antérieure aigue : cliniquement, les formes ascendantes de poliomyélite à type de syndrome de Landry ont une évolution plus régulière ; on y note l'absence de paralysie faciale, de troubles sensitifs, et une évolution mortelle par syndrome bulbaire vrai. Les formes douloureuses de poliomyélite s'en rapprochent davantage, mais toujours les séparent la topographie des paralysies et l'état du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose dans la poliomyélite, albuminose dans les polynévrites). Anatomiquement, la pioliomyélite est une maladie des cellules motrices périphériques, la polynévrite est une atteinte des nerfs.

Du point de vue purement étiologique, les problèmes sont beaucoup plus complexes.

L'hypothèse de *polynévrites infectieuses dues à un virus filtrant inconnu*, véritable *névrovirus* à localisation élective sur les nerfs, paraît vraisemblable ; et si, l'on compare tous ces cas aux polynévrites secondaires des maladies infectieuses, on est tenté de les réunir dans une même hypothèse pathogénique où un même germe pourrait donner des formes primitives et des formes secondaires, comme cela est déjà connu pour l'herpès et le zona. Mais ceci reste à l'état d'hypothèse, et celles d'une intoxication, d'une maladie par carence et, en particulier, d'une avitaminose, ne peuvent être complètement écartées ; si bien qu'actuellement, l'étiologie de toutes ces polynévrites est encore inconnue.

***

En conclusion, nous voyons la complexité des problèmes que soulèvent les polynévrites infectieuses ; leur pathogénie est encore du domaine des hypothèses, mais leur étude anatomo-clinique nous permet d'individualiser une véritable entité nosologique de *polyradiculo-névrites généralisées d'apparence primitive, avec dissociation albumino-cytologique rachidienne et atteinte fréquente des nerfs crâniens*, qui vient se placer à côté des polynévrites survenant au cours de quelques maladies infectieuses, et à côté de certaines formes généralisées de polynévrites toxiques où l'hypothèse d'une infection surajoutée a, de tous temps, été envisagée.

VALEUR DU PHÉNOMÈNE DU « COLLET » DANS LA PTYALO-RÉACTION ZAMBRINI

Par le Docteur Ph. N. BARBATIS (de Monte-Carlo)

Il me paraît nécessaire pour les lecteurs de ce journal de résumer en quelques mots les bases et principes de cette méthode qui, depuis le premier exposé dans le *Journal des Praticiens* du 18 mars 1933, a vu se développer toute une série d'études qui toutes ont confirmé les services précieux qu'elle est appelée à rendre en clinique.

La ptyalo-réaction Zambrini est basée sur ce fait que la salive est par sa composition le reflet complet de toutes les humeurs de l'organisme, si légère soit leur altération. Une échelle colorimétrique, que D'Arsonval a dénommée le thermomètre de la résistivité vitale, permet d'enregistrer ces changements

L'épreuve, très simple, consiste à recueillir dans un tube une petite quantité de salive sous certaines précautions, et à y ajouter une dose déterminée du liquide réactif. La coloration propre au sujet est donnée instantanément après une courte agitation. Outre le degré colorimétrique, la réaction permet de constater la présence d'un trouble plus ou moins marqué, à dépôt d'allure variable, trouble lié à un terrain humoral acquis ou héréditaire d'importance inégale. Elle révèle aussi dans certains cas, à la surface du liquide obtenu par le mélange réactif-salive la présence d'un phénomène particulier que l'auteur a dénommé phénomène du « collet ». Il est rendu plus visible par une inclinaison du tube observé avec une lampe lumière du jour. *Ce collet est l'indice certain d'une imprégnation toxinique humorale.*

Déjà nous savons par les travaux sur la physiologie salivaire de Cl. Bernard, Ch. Robin, Ch. Nicolle, etc., que dans les affections microbiennes à symptômes manifestes ou latents, la salive est d'une toxicité particulière. D'autre part la présence de micro-organismes pathologiques dans différents processus infectieux a été signalée dans la salive. Citons le staphylocoque doré, le pneumocoque, le pneumobacille, les bacilles d'Eberth, de Pfeiffer, le virus de la rage, l'entérocoque, etc., etc... Mais ce ne sont pas là les causes essentielles de la formation du *collet* dans la réaction Zambrini. Celui-ci est avant tout le signe de l'envahissement des humeurs, du sang en particulier par les sécrétions des micro-organismes. Il est naturellement de règle dans les affections microbiennes nettes, à symptômes évidents ; mais l'intérêt est, de le trouver dans les affections microbiennes latentes. Ceci vient à l'appui de l'assertion d'Arthur Vernes qui dit : « La tuberculose peut débuter par une évolution latente, une sorte d'incubation, au cours de laquelle elle s'inscrit dans les humeurs de l'organisme, avant l'apparition de tout autre symptôme ». Qui ne voit l'importance de la possibilité de ce dépistage, avant tout signe clinique, par la réaction Zambrini. Le phénomène du *collet* peut ne pas persister, car la maladie n'évolue pas toujours, et d'autre part une thérapeutique appropriée peut être capable à cette période de latence, de redresser l'organisme dévié. De même dans la tuberculose avérée, si la virulence du bacille de Koch s'atténue, le *collet* peut disparaître, et le degré de résistivité s'élever, tant que dans cette affection l'organisme se défend à merveille par des déclenchements successifs et répétés de résistivité vitale.

La présence du *collet* apporte donc un élément nouveau pouvant compléter et aiguiller l'examen clinique, lorsque les signes d'une affection microbienne ne sont pas évidents, ou que celle-ci reste latente. C'est ce point de vue, dont l'importance ne saurait échapper, qui a fait adopter sur une large échelle la réaction Zambrini par la ville de Milan pour le dépistage et le contrôle des enfants de ses écoles. Jusqu'à présent les résultats de ces épreuves se sont montrées des plus concluants. Zambrini a signalé dans son livre, et le Docteur Laurenti a exposé au Congrès du lymphatisme de la Bourboule de 1934, que la période de croissance est caractérisée par des crises au cours desquelles la présence du *collet* est fréquente, indice d'une diminution du degré de la résistivité ; ce fait doit tenir le médecin en éveil, car cette résistivité décrue favorise toute évolution microbienne, celle de la tuberculose en particulier (prétuberculose). Ce qui rend pratique l'application de la méthode, c'est la facilité avec laquelle la réaction s'effectue, et sa rapidité relative quand il s'agit d'un groupement important

Je dois ajouter que, même dans les affections microbiennes évidentes, le *collet* n'est pas toujours présent. Si l'on fait selon la technique habituelle une série de tests, on peut remarquer des alternatives de présence ou d'absence du *collet*. C'est là un signe que l'organisme réagit efficacement contre les toxines, qu'il les neutralise ou les élimine ; et cette alternance permet de porter un pronostic favorable, autre donnée précieuse à l'actif de la réaction Zambrini, qui doit en rendre souhaitable la vulgarisation.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures isolées de la diaphyse péronière

M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Il y a trois semaines environ entrait dans notre service un charpentier, âgé de 37 ans, qui avait été renversé la veille par une charrette dont une des roues lui avait passé sur la jambe droite. Lorsque nous l'avons examiné ensembles, nous avons tout d'abord constaté l'intégrité absolue du tibia ainsi que l'absence de toute espèce de lésion au niveau des deux malléoles, et tout ce que nous avons pu relever en en dehors d'un très léger gonflement et de phénomènes douloureux diffus étendus à toute la région moyenne des faces externe et postérieure du membre inférieur, se réduisait à une douleur très vive ressentie lors des pressions exécutées au niveau du point précis où avait porté le traumatisme, situé à 15 centimètres de la pointe de la malléole externe.

Pas de déformation, pas de mobilité anormale, pas de crépitation, même dans la recherche par le stéthoscope préconisée par Lisfranc, ou au cours de la manœuvre conseillée par Larrey et Nélaton, pas non plus d'impotence fonctionnelle : s'agissait-il dans ce cas d'une simple contusion superficielle ou au contraire d'une fracture de la diaphyse péronière, il était permis d'hésiter.

Pourtant, malgré l'absence de tout signe de certitude et en me basant uniquement sur l'intensité d'une douleur précise, causée par la pression en un point fixe, j'ai incliné vers l'idée d'une solution de continuité osseuse et mon avis fut confirmé le lendemain par l'examen radiographique, qui nous montra l'existence d'une fracture du tiers moyen du péroné, dont le trait transversal, sans être nettement horizontal, était dirigé très légèrement de haut en bas, de dedans en dehors et d'arrière en avant, sans aucune espèce de déplacement. La radiographie nous renseigna en outre sur l'intégrité de l'articulation tibio-péronière, où l'on ne voyait aucune trace de diastasis. D'ailleurs, l'apparition sur la face externe de la jambe d'une ecchymose tardive, puisqu'elle ne se manifesta que quatre jours après l'accident, aurait suffi, à défaut de la radiologie pour nous montrer la nature exacte de la lésion.

Il s'agissait donc bien, comme je l'avais pensé d'une fracture simple de la diaphyse péronière et, du fait de l'absence de déplacement fragmentaire et de diastasis, il n'était nullement indiqué d'immobiliser le membre ni étroitement, ni bien longtemps. Aussi laissant de côté tout appareil plâtré, je me suis borné à prescrire en plus du repos au lit, l'application d'un bandage légèrement compressif, qui fut laissé en place pendant une dizaine de jours, au bout desquels furent commencés le massage ainsi que la mobilisation active des articulations. Les résultats obtenus jusqu'ici sont des plus satisfaisants, et dans quelques jours notre blessé pourra quitter la salle Saint-Pierre pour reprendre son travail.

Voyons maintenant d'un peu plus près ces fractures dont je viens de vous rapporter un cas très net, et recherchons tout d'abord de quelle manière il faut les comprendre.

On doit entendre sous le nom de fracture isolée de la diaphyse péronière, toutes les solutions de continuité pouvant atteindre le seul péroné sur toute la hauteur de sa diaphyse, c'est-à-dire depuis un plan passant à deux travers de doigt au-dessous du col de cet os jusqu'à un plan passant à 7 centimètres de la pointe de la malléole externe. Toutes les lésions osseuses, qui surviennent au-dessus, sont désignées sous le nom de fractures de l'extrémité supérieure alors que celles qui se produisent au-dessous constituent les fractures isolées de la malléole (fractures géniennes et sus-géniennes de Quénu) : les fractures supra-malléolaires qui siègent au dessus de la jonction tibio-péronière rentrent dans le cadre des fractures diaphysaires.

Il s'agit là de lésions qui pour les auteurs classiques passaient encore il y a une trentaine d'années pour très rares : en réalité, elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait, et, comme l'a bien indiqué Tanton, c'est à la radiographie que l'on doit d'avoir reconnu cette fréquence : sur 286 fractures de jambe, Plagemann a relevé trente fractures isolées de la diaphyse, Sauer en compte six sur quatre-vingt-un cas de fractures, en sept ans Hopfengärtner en a observé personnellement trente-neuf cas, et ici même nous avons eu l'occasion d'en voir cinq cas en trois ans.

Elles sont assurément beaucoup moins fréquentes que les fractures de l'extrémité inférieure, décrites sous le nom de fractures isolées de la malléole externe, mais l'emportent nettement sur celles de l'extrémité supérieure, qui comprennent les fractures de la tête et du col péronier, et qui sont celles que l'on rencontre le moins souvent.

Pouvant assurément se voir à tout âge, même pendant la vie intra-utérine, puisque Van Ossen a rapporté un cas de fracture péronière congénitale, elles sont plutôt rares dans le jeune âge et dans la vieillesse et s'observent surtout de 20 à 45 ans : comme toutes les lésions traumatiques, elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, moins exposée par son genre de vie. Elles atteignent avec une légère prédominance le côté droit, on ne connaît pas de cas de bilatéralité.

Alors que l'on croyait autrefois que les fractures de la diaphyse péronière ne pouvaient être déterminées que par une violence directe, on sait actuellement qu'elles peuvent également succéder à des violences indirectes, et peut-être même à la contraction musculaire.

Les fractures de cause directe, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, se voient à la suite d'un traumatisme violent porté directement sur la face externe de la jambe, chute d'un corps pesant, coup de pied de cheval, chute sur un corps dur et anguleux comme le bord d'un trottoir, passage d'une roue de voiture, exceptionnellement projectile d'une arme à feu. Le foyer de la fracture siège toujours au point d'application de la violence, et peut être comminutif si cette dernière a été considérable; dans ce cas il s'accompagne ordinairement de lésions plus ou moins graves des parties molles (téguments, muscles, vaisseaux, etc.).

Les fractures de cause indirecte, niées autrefois, se produisent soit par torsion ou par flexion : c'est la torson qui intervient lorsqu'un sujet exécute un mouvement de rotation forcée de la jambe le pied étant immobilisé ; il s'agit au contraire de flexion par redressement de la courbure normale de l'os après une chute sur les pieds. Ces fractures indirectes occupent de préférence le tiers inférieur ou l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, qui constituent les points les plus faibles de la diaphyse.

D'après certains auteurs, et en particulier Hopfengärtner, qui a eu l'occasion d'en voir un certain nombre de cas chez des jeunes soldats, les solutions de continuité diaphysaire survenant au cours d'exercices gymnastiques, à la suite d'un saut, et surtout d'un saut maladroit, relèveraient de la contraction musculaire par action antagoniste des péroniers et des fléchisseurs. Ce qui pour lui tendrait à le prouver, c'est que ces fractures surviennent exclusivement dans les premières semaines après l'incorporation, alors que les efforts musculaires coordonnés, nécessaires dans la gymnastique et dans la marche, ne sont pas encore familiers aux recrues.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut observer chez l'enfant tous les degrés des lésions osseuses, depuis la simple courbature traumatique jusqu'à la fracture complète, en passant par les inflexions ou fractures en bois vert, les infractions ou fractures sous-périostées et les fissures.

Chez l'adulte, au contraire, on ne rencontre que la fracture complète, qui peut être unique avec trait transversal oblique, ou spiroïde, ou double ou encore comminutive.

Les fractures transversales, qui d'après la plupart des auteurs seraient les plus fréquentes, succèdent toujours à un traumatisme direct : le trait peut être exactement horizontal, il est parfois légèrement oblique en bas et en dehors ou en dedans. Dans certains cas, les surfaces fracturées sont irrégulières et dentelées ce qui permet l'engrènement.

Les fractures obliques reconnaissent ordinairement la flexion et rarement la torsion comme mécanisme de production : le trait est généralement dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors : la disposition inverse, de dehors en dedans et d'avant en arrière est plus rare. L'obliquité des fragments peut parfois être très considérable et simuler presque une fracture longitudinale comme l'a montré le cas rapporté par Tridon.

Quant aux fractures spiroïdes ou hélicoïdes qui relèvent uniquement de la torsion, elles seraient presque exceptionnelles d'après von Bruns. Le plus souvent la spire de longueur variable se dirige de haut en bas et de dedans en dehors, elle s'accompagne assez souvent de la production d'un troisième fragment détaché totalement de la face postérieure de l'os sous la forme d'une aiguille latérale comprenant la moitié et parfois même plus de la diaphyse.

Les fractures doubles, dans lesquelles une portion de la diaphyse est isolée par deux traits situés à quelque distance l'un de l'autre, se voient presque exclusivement après les traumatismes directs : suivant la violence et l'étendue de l'agent causal le fragment intermédiaire offre des dimensions plus ou moins considérables. Quant aux fractures comminutives, consécutives aux écrasements et aux coups de feu, elles présentent en plus d'esquilles plus ou moins nombreuses des lésions toujours graves des parties molles.

Dans les fractures diaphysaires du péroné les fragments osseux ne présentent presque toujours qu'un déplacement des plus insignifiants, qui s'effectue uniquement suivant l'épaisseur : par suite de l'intégrité du tibia, il ne saurait, en effet, y avoir de chevauchement ou de rotation.

Le déplacement latéral, surtout dans les fractures indirectes, en raison des insertions musculaires étagées sur presque toute la hauteur de l'os, et l'intégrité à peu près complète de la membrane interosseuse, est généralement nul ou très peu marqué. Quand il existe, c'est ordinai-

rement le fragment supérieur qui sous l'influence du biceps se porte légèrement en dehors et en avant du fragment inférieur. Cependant, dans les fractures directes, par suite de l'intensité de la violence, il peut y avoir déplacement d'un des fragments vers l'espace interosseux ; dans le cas de fracure double, ce déplacement peut devenir, mais rarement, un véritable enfoncement du troisième fragment.

Il convient en outre de ne pas oublier que les fractures des tiers inférieur et supérieur de la diaphyse préronière de cause indirecte sont rarement complètement isolées et que le plus souvent, comme l'a bien montré Quénu, elles s'associent à un diastasis tibio-péronier inférieur. Dans les cas où à la lésion péronière haute ou basse viennent s'ajouter un arrachement du ligament latéral interne, une fracture de la malléole interne ou une fracture marginale postérieure du tibia, il s'agit non plus de fracture de la diaphyse péronière mais bien de fracture bi-malléolaire.

Dans un très grand nombre de cas, les fractures de la diaphyse péronière passent totalement inaperçues et souvent, même après la consolidation, par suite du peu de déplacement des fragments, le col n'est que très difficilement perceptible.

Qu'il s'agisse de fractures complètes ou de fractures incomplètes, la symptomatologie est en effet des plus frustes, car le tibia demeurant intact, il ne peut y avoir ni déformation véritable, ni mobilité anormale ni même impotence fonctionnelle.

A la suite d'un traumatisme quelconque, direct ou indirect, au cours duquel, en raison de la faible importance osseuse, il n'a pas perçu de craquement, le blessé accuse une douleur diffuse sur la face externe de la jambe ainsi qu'au niveau du mollet : parfois une très légère gêne à la marche vient s'y ajouter. La recherche d'un point douloureux précis, dont vous connaissez la valeur, est souvent assez délicate, car dans la région où s'observent le plus souvent les fractures péronières, l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, l'os, recouvert par les masses musculaires, se trouve assez profondément situé. Il en est de même de la dépressibilité que présente dans certains cas le foyer de fracture par suite du léger déplacement des fragments.

Douleur nettement constatée en un point précis de la diaphyse et dépressibilité anormale localisée au même point acquièrent du fait de leur association une très grande valeur au point de vue du diagnostic.

La crépitation qui constitue le signe pathognomonique des solutions de continuité osseuse est extrêmement difficile à percevoir par la palpation directe : on peut parfois l'obtenir en faisant exécuter au pied de légers mouvements de torsion sur la jambe. Dans le but de la déceler, différents procédés ont été imaginés : c'est ainsi que Lisfranc préconisait l'application d'un stéthoscope de distance en distance sur toute la longueur du péroné pendant que le blesé remuait doucement la jambe, et que Larrey et Nélaton ont conseillé dans les cas où l'examen direct ne donnait pas de résultats satisfaisants de rechercher les trois symptômes possibles des fractures du péroné, à savoir la douleur localisée, la dépressibilité et la crépitation par une manœuvre indirecte, qui leur a permis dans plusieurs circonstances de les retrouver.

Ce procédé consiste à saisir à pleine main l'extrémité supérieure de la jambe, les doigts ou le pouce embrassant le péroné et à exercer une constriction de manière à rapprocher le péroné du tibia. Lorsque le péroné est brisé en un point, le rapprochement se fait sans difficulté, puis la pression cessant, l'os revient à sa place première : le déplacement ainsi provoqué détermine toujours de la douleur au niveau du foyer de fracture et quelquefois de la crépitation.

C'est en vain que chez notre blessé, j'ai cherché à utiliser le procédé de Lisfranc, et il en a été de même de la manœuvre de Larrey et de Nélaton ; j'ajouterai que cette dernière, qui peut assurément donner de très bons résultats dans les cas de fractures transversales ou de fractures obliques en dedans, devient beaucoup moins satisfaisante lorsque le trait est dirigé en dehors, car la pression ne refoule pas le fragment supérieur contre le tibia, mais bien contre le fragment inférieur.

Au sujet des autres symptômes que l'on relève ordinairement lors des solutions de continuité osseuse, je vous dirai que le gonflement, assez inconstant, est toujours très modéré et que l'ecchymose, qui ne manque jamais, n'a de valeur dans ces fractures directes que lorsqu'elle survient tardivement.

Il convient cependant de reconnaître que dans certains cas, la tableau clinique peut devenir beaucoup plus net : il en est ainsi dans le cas de farctures comminutives ou de fractures doubles dans lesquelles la mobilité anormale et la crépitation sont en général évidentes : il en est de même de certaines fractures des extrémités supérieure et inférieure de la diaphyse péronière avec diastasis tibio-péronier ou déplacement des fragments.

Il résulte de tout ce que je viens de vous dire que dans l'immense majorité des cas, le diagnostic clinique des fractures de la diaphyse péronière est le plus souvent très difficile et que même dans une très grande proportion il ne serait pas porté si l'on ne possédait pas la ressource de la radiographie, qui elle ne laisse passer aucune espèce de solution de continuité osseuse. Mais souvenez-vous qu'il faudra toujours examiner

la jambe sous deux angles différents, de face et de profil sans quoi certains déplacements fragmentaires pourraient passer inaperçus.

Le pronostic de ces lésions qui demandent de vingt-cinq à trente jours pour se consolider est ordinairement bénin, la guérison sans complications étant la règle. Toutefois, en dehors des fractures ouvertes qui, comme vous le savez, présentent toujours une certaine gravité et sur lesquelles je n'insiste pas, on a signalé quelques cas de pseudarthrose par interposition musculaire, ainsi que des lésions du nerf sciatique poplité externe ou du nerf musculo-cutané dans des fractures haut situées. Ces lésions nerveuses, qui sont toujours immédiates, traduisant une élongation, une compression et exceptionnellement une section, déterminent en plus de phénomènes douloureux bien accusés, des troubles de la sensibilité ainsi que des paralysies des muscles des loges antérieure et externe de la jambe, les extenseurs et les péroniers.

Il existe également quelques rares cas dans lesquels les fragments se sont consolidés vicieusement, réalisant un angle obtus à sommet interne, qui entraîne la suppression de l'espace interosseux. Cette angulation détermine à l'occasion des mouvements de circumduction ou d'abduction du pied des craquements analogues à la crépitation osseuse dus au frottement du col péronier sur le tibia, mais sans entraîner aucune espèce de gêne fonctionnelle.

Au sujet du traitement des fractures de la diaphyse péronière, comme l'indiquait déjà Malgaigne, étant donné le peu d'importance du déplacement des fragments, ou même son absence complète, la contention est en général complètement inutile : après quelques jours d'immobilisation dans un bandage légèrement compressif destiné à faire disparaître le gonflement, c'est au massage précoce et à la mobilisation articulaire que vous devez vous adresser, à moins que vous ne vouliez recourir à un appareil de marche qui ne présente ici aucun inconvénient.

Ce n'est donc que dans quelques cas particuliers, dans le cas de diastasis tibio-péronier ou de saillie d'un fragment qu'il conviendra de procéder à une réduction très exacte et à une immobilisation du pied dans un appareil plâtré. Il faudra en outre intervenir chirurgicalement dans les cas de lésion nerveuse, comme dans les cas de fracture ouverte, où débridement et curettage sont formellement indiqués.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

M. C. Levaditi

Dans un ouvrage récent (1), M. Levaditi apporte l'expérience de trente ans de médecine préventive de la syphilis et expose ses idées personnelles sur la question. En rappelant les divers moyens employés jusqu'ici dans la prophylaxie de la syphilis, il tente de ramener les différentes méthodes à leur valeur réelle et montre les avantages et les inconvénients de celles-ci.

1° Prophylaxie par application locale de topiques virulicides. Ce chapitre étudié très objectivement et étayé de nombreuses observations scientifiques, cliniques et expérimentales, aboutit à la conclusion que, quelque faillible qu'elle soit, cette méthode représente encore une des armes et non des moins efficaces, dirigées contre le péril vénérien.

2° Prophylaxie par administration orale de dérivés arsiniques. S'appuyant encore sur des essais faits sur l'homme et sur l'animal, l'auteur montre, qu'en dépit des critiques formulées, l'efficacité et l'opportunité de sa méthode d'utilisation du stovarsol et de ses succédanés ne paraissent pas douteuses.

3° Métalloprévention. C'est la prophylaxie effectuée au moyen de dérivés bismuthiques ou telluriques, de l'or, du mercure ou de l'arsenic administrés par injection. L'état réfractaire obtenu est en rapport avec la nature de l'élément, la composition chimique du corps administré et la quantité injectée. Il dure aussi longtemps que l'organisme se trouve sous une « pression métallique » suffisante. C'est sur cette méthode que l'auteur fonde le plus d'espoir. Bien employée et parfaitement dirigée (comme elle l'a été, expérimentalement et sur l'homme, par Sonnenberg) elle serait capable, pour Levaditi, d'exterminer à tout jamais le fléau syphilitique.

(1) *Maloine, Éditeur.*

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

VINGT-CINQUIÈME LETTRE

Métastases des humeurs peccantes

Par le Docteur CAMESCASSE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines
Banlieue Montparnasse (1)

L'auto-observation qui suit a été rédigée par un homme qui a beaucoup trop fréquenté les médecins. Beaucoup trop en ce sens qu'il a eu souvent besoin des secours de la médecine. Beaucoup trop en ce sens aussi qu'ils lui ont enseigné une quantité de choses, parfois contradictoires, dont il a fait, pour son propre compte une salade assaisonnée, à la fois, d'un scepticisme indulgent et d'une curiosité intense (2).

Il court sa soixante-quinzième année d'âge, je vous le dis pour combler une lacune de son texte, texte que je vais rapporter après y avoir mis un peu d'ordre.

***

Du plus loin que je me connais, je suis sujet à des douleurs. On a expliqué cela par le fait d'une hérédité homologue : sciatiques chez les ascendants et chez des collatéraux.

Les médecins m'ont appris, d'autre part, que les microbes n'étaient pas étrangers au fait que mes douleurs, névralgies et myalgies, avaient peu à peu pris cette habitude de quasi continuité que je connais si bien et qui fait de moi le parfait baromètre dont on s'amuse. (Comme j'ai bon caractère je m'en amuse comme les autres.)

Les microbes que j'ai cultivés sont des plus banaux : depuis le B. K. (avant la lettre, en 1880) jusqu'au pneumocoque, en passant par le staphylocoque (furonculose, panaris) et le streptocoque (érysipèles) — sans oublier celui de la grippe — et en en oubliant quelques autres (fièvre typhoïde, rougeole, etc.).

Mais, de par une cinquantaine de rhino-trachéo-laryngo-bronchites, avec ou sans sinusites mal closes, espacées de 1889 à 1935, mon principal ennemi fut le pneumocoque, — associé ou non.

Ce pathogène-là a réussi à me marquer, ce que les autres n'avaient pu faire.

Les radio-scopo-graphies témoignent de cette diminutio capitis : elles m'accusent d'être porteur d'une sclérose pulmonaire aussi diffuse que généralisée. On n'a pas utilisé le lipiodol pour mesurer mes dilatations bronchiques, mais je sais, moi, que je suis un essoufflé et que je crache tous les matins.

Cette BRONCHORRHÉE matinale, c'est la *première* de mes quatre maladies actuelles — je veux dire de celles qui, depuis quatre mois, s'entremêlent ou se succèdent pour mon plus grand déplaisir.

Grand déplaisir ? N'exagérons pas : je suis résigné à pâtir, m'étonnant seulement d'être encore vivant après... entre autres choses, deux fluxions de poitrine (1928 et 1933).

La bronchorrhée chronique a franchi ces deux obstacles, revenue comme devant. Elle mérite une description un peu détaillée.

Pour moi c'est bien simple : je crache tous les matins un quart d'heure durant, non sans renâcler. Je tousse à fendre l'âme, comme on dit, expulsant péniblement une ou deux douzaines de *colles*, chacune grosse comme une cerise dénoyautée. Ces colles, en temps normal, sont incolores et transparentes.

Elles sont accompagnées de mucosités rhino-pharyngées (dont je mouche une grosse part) et de salive. Mais ici le souci de la vérité veut que je dise que je m'entête à fumer ce qui veut qu'on fasse une part à la dégouttante pituite. (J'utilise des pastilles de réglisse-goudron, pour aider cette expectoration.)

Si je viens à pincer un rhume, les colles deviennent plus abondantes ; elles perdent leur transparence et se colorent en jaune, en vert (en rouge aussi aux deux dates ci-avant rapportées). A la belle saison tout cela diminue nettement, mais ne disparaît pas.

En mars 1935, un rhume a pris tournure de bronchite à peine fébrile. Six grammes de benzoate de soude et quelques pastilles en sont venus à bout, m'ont guéri à telle enseigne que j'en ai été réduit à n'expulser que une ou deux colles à mon réveil.

Anachronisme flagrant ; guérison de la bronchorrhée en mars ?

Toutefois, comme il faut prendre son bien là où on le trouve, je constate que je n'entends plus les sifflements prémonitoires aux expectorations

(1) Pour les lettres seulement et pour faire enrager M. Mandel qui voudrait nous qualifier de *Banlieue Ouest*, en grande confusion avec Saint-Lazare.

(2) Bien entendu ce n'est pas de moi qu'il s'agit.

coutumières. Suis-je aussi un peu moins essoufflé ?... il me semble qu'il en est ainsi.

Mais voilà que mon bras droit me fait mal... très mal. Il ne s'agit pas d'une crise barométrique cette fois-ci. Même je ne ris plus car cela me rappelle la terrible névralgie-névrite qui m'a torturé trois semaines durant, au commencement de 1913.

Cependant les secousses fulgurantes manqueront cette fois-ci ; tout au moins seront-elles à peine esquissées.

Par contre les souffrances dureront deux mois et demi — et, à plus d'une reprise, excéderont ma tolérance en me rendant quasi-infirme, fort empôté à coup sûr.

Ce sera-là, si vous voulez bien, la *deuxième* de mes maladies actuelles.

Elle évoluera de façon singulière : LES DOULEURS que je ressens changeront de place mais ne changeront pas de forme.

Ces douleurs sont spontanées ou provoquées. Pour une part les douleurs spontanées seront continues ; il est arrivé quelquefois que cette part, spontanée et continue, prenait assez d'importance pour m'empêcher de m'endormir ou bien pour me tourmenter au point... de me faire avaler cinquante centigrammes d'aspirine (cure de jour), ou encore deux comprimés de codoforme (cure vespérale).

Ici, je m'endormais. Là, j'obtenais un répit relatif dont je savais me contenter, considérant qu'il faut *savoir souffrir* (voir Voivenel) (1).

Le siège — les sièges, plus exactement — des souffrances méritent d'être cités. A l'un ou l'autre membre supérieur, ce seront, et l'interstice qui sépare les deux faisceaux du deltoïde, — et le milieu d'une phalange. De la main droite, la phalange moyenne du médius est la principale intéressée ; de la main gauche, la phalange proximale de l'annulaire [exactement le lieu où d'autres portent une alliance] demeurera douloureuse sans arrêt.

Au membre inférieur droit, c'est l'expansion de la patte d'oie. A gauche, ce fut moins précis.

Mais aucune de ces localisations *spontanées* n'a persisté pendant les onze semaines ; elles se sont succédées. L'une disparaissant en lysis tandis que l'autre s'affirmait progressivement ; la continuité de la dose *totale* de souffrance était parfaitement assurée quoique la quotité propre à chaque point ait varié.

En dehors de nombreuses exacerbations passagères et fantaisistes les douleurs provoquées connaissaient une remarquable occasion de devenir très pénibles — elles s'accroissaient régulièrement pendant le sommeil. *Régulièrement* chaque nuit, que mon sommeil fut entièrement spontané ou qu'il ait été aidé. Régulièrement aussi elles allaient croissant en intensité au fur et à mesure que durait mon repos.

Réveillé plusieurs fois par ma quatrième maladie (SUEURS dont je parlerai plus loin), je pouvais, à chaque fois, constater que mon *impotence douloureuse* augmentait d'heure en heure et se généralisait aux quatre membres.

Ici je dois préciser que je ne connaissais cette accumulation de souffrances, d'impotence douloureuse, que lors du premier mouvement. Le mal existait en puissance mais demeurait en position de réserve, — aussi longtemps que je n'essayais pas de bouger.

Comme l'animal homme se dresse à tout, j'en suis arrivé à m'accorder un répit, quasi-total, entre le moment où le froid du linge mouillé me réveillait et l'accomplissement du geste nécessaire pour sonner qui devait venir à mon aide.

Mais ce premier mouvement suffisait pour déclencher la crise. D'abord rappel des points fixes au membre qui était de service cette semaine-là ; ensuite des autres points fixes... enfin douleurs étendues à tout ce qui me reste de muscles, de tendons et d'aponévroses ; *beaucoup plus à ces expansions fibreuses* qu'aux masses charnues elles-mêmes.

Le spectacle, que je donnais lors de ces réveils, était parfaitement ridicule. Pour citer un exemple, il m'arrivait — mon bras gauche étant le malade et son annulaire étant le lieu exacerbé — d'aller chercher ce membre sous les draps, qu'il ne pouvait soulever, avec ma main droite incomplètement invalide.

Autre exemple : quand la patte d'oie droite dominait, mon membre inférieur gauche étant inhabile à semblable service, je devais attendre qu'un tiers m'eut découvert — jusqu'au delà des pieds — et, m'ayant fait pirouetter autour d'un axe vertical fictif (voir sacrum), appuyât sur mes deux genoux pour me permettre de me redresser... en voltige.

(Retenez ce tableau pour comprendre la beauté du jeu des changements de linge).

Les gens qui m'entourent ayant très vite appris les précautions utiles, j'ai peu souffert des douleurs provoquées par autrui : une poignée de main ne m'eût jamais été pénible si j'avais pu supprimer le réflexe qui me porte à rendre étreinte pour étreinte.

Donc douleurs provoquées incontestablement, mais ordinairement provoquées par ma propre activité.

Mais voilà il est très difficile *de faire le mort... instantanément.*

Devant un médecin prévenu j'y arrivais cependant. Alors que j'étais incapable de me vêtir seul, voire même de me moucher avec ma main

(1) *Le Médecin devant la Douleur et devant la Mort.* Mais pourquoi diable V. n'a-t-il pas dit « *devant la Vie* » ? Problème qui occupe ses cent premières pages.

droite, le radio-thérapeute saisissait ce membre disgracieux ; en fléchissait puis allongeait les doigts et la main qu'il faisait passer de pronation en supination, et réciproquement ; fléchissait le coude, élevait le bras et, finalement, me mettait à même de me gratter l'occiput, sans que je souffrisse !

Cette liberté totale des articulations, demeurées indemnes d'un bout à l'autre de l'histoire, ne fut pas sans surprendre plus d'un dont le diagnostic eût volontiers dévié de *douleurs en rhumatismes*, tendance vers laquelle l'esprit était dirigé par le fait des œdèmes : *troisième* maladie.

Ces ŒDÈMES ont occupé successivement le dos de la main gauche, puis l'une ou l'autre région pré-tibiale, puis le dos de la main droite.

La première localisation, des douleurs au bras droit, n'avait pas été suivie d'un tel œdème.

Ce n'est qu'au sixième jour de l'algie, passée au bras gauche, que le dos de la main gauche s'est empâtée. L'algie supérieure gauche aura presque complètement cédé la place à l'algie du membre inférieur droit, lorsque cet œdème de la main gauche atteindra son maximum, pour ensuite s'effacer lentement.

Mais désormais les phénomènes observeront le même rythme sur chaque membre. Algies qui s'accusent progressivement pendant plusieurs jours, aussi bien les *spontanées* localisées que les *provoquées* qui s'étendent à tout le membre, puis, mais avec un retard de plusieurs jours, apparition de l'œdème.

Cet œdème augmentera lentement, pour diminuer assez rapidement, mais ses migrations seront toujours en retard sur celles des algies. Aux membres supérieurs, il sera exactement localisé au dos de la main ; pour les membres inférieurs, il sera prétibial.

A aucun moment il ne sera douloureux, ni même le siège d'une sensibilité particulière.

LES MUTATIONS de ces deux phénomènes seront nombreuses : le bras droit sera pris cinq fois (ses deux dernières crises ont raté sous l'influence des ondes courtes qui avaient déjà jugulé la troisième) ; — le bras gauche sera pris trois fois ; — quant à mes jambes... je sais boiter, sauf à crier quand je veux quitter mon fauteuil.

Je crie même d'avance !

Du moins les spectateurs l'affirment, eux qui ne sentent pas que l'*intention*, qu'on peut avoir d'accomplir un mouvement donné, suffit à provoquer le déchaînement des souffrances liées à ce mouvement lui-même.

En mon espèce d'ailleurs, la *répétition*, lente et modérée, de ce même mouvement (la marche surtout) procurait un soulagement réel.

Et voici ma *quatrième* maladie : SUEURS.

Dès longtemps, le drainage matinal de mes bronches et la toux pénible provoquent une suée limitée au cou et à la tête. Ça ne dure pas.

Dès longtemps, sinon depuis toujours, les efforts physiques, la marche un peu prolongée, etc., me mettent en nage.

Mais depuis la fin d'avril, c'est-à-dire vers la troisième semaine des algies, il s'agit de tout autre chose.

Je dors ! je dors profondément quand je suis réveillé par une sensation de froid. Je constate alors que mon linge de corps est trempé.

C'est là que se place la petite comédie sus-décrite de la mobilisation de mes membres endoloris, car il me faut changer de linge.

Lors de la première crise de chaque nuit, j'arrive encore à me tirer d'affaire tout seul.

Mais il n'en va pas de même pour la seconde, la troisième... et jusqu'à la cinquième SUEUR NOCTURNE.

Le linge est plus ou moins mouillé ; c'est un rien. Ce qui est grave c'est que la provision de souffrances que mes mouvements vont mettre en œuvre va croissant d'heure en heure... pendant que je dors et que je sue *sans le savoir*. Suis-je légitimement fatigué (sueurs, réveils répétés) ou bien seulement découragé et en état d'appréhension (je vais me faire mal par tout le corps) ? La discrimination est difficile.

Toujours est-il que j'appelle à l'aide.

Car il m'arrive encore, cinq mois écoulés, — les œdèmes dès longtemps disparus, — les douleurs si atténuées que j'en peux rire, — il m'arrive encore — ayant changé tout seul de linge vers deux heures du matin, d'appeler pour la seconde de ces sueurs nocturnes, — réduites à deux depuis que nous sommes en été.

Je note que ne sue pas quand je suis en état d'insomnie ; que les calmants que j'ai utilisés, rarement, assurent facilement le sommeil... et, par lui, la multiplication des sueurs.

J'ignorerais donc comment la sueur vient, si le Docteur Buhler, en m'inondant d'ondes courtes — de ces ondes courtes qui m'ont grandement soulagé de mes douleurs, — n'avait provoqué chaque fois une poussée de sueurs.

Les ondes me donnent une sensation très nette de chaleur, d'abord localisée à la région traitée mais bientôt généralisée à tout le corps. C'est alors que je me mets à transpirer, mais la localisation de la transpiration n'est pas réglée par celle des ondes courtes. Les sueurs obéissent à mon idio-syncrasie individuelle : le tronc, les épaules, le cou et la tête entrent seuls en action comme il en est pour mes sueurs nocturnes, de l'apparition desquelles aucune chaleur prémonitoire ne m'avertit.

Ces sueurs ne m'ont pas fait perdre de poids. Mes urines, un peu plus colorées, sont devenues moins abondantes. Aux plus mauvais jours (cinq sueurs par nuit) les matières fécales sont devenues moins molles, et même dures trois ou quatre jours durant.

Maintenant, mi-juillet, tout le tableau morbide s'est tellement atténué que je dois me considérer comme guéri... ni plus ni moins éclopé que je n'étais depuis des années et des années.

***

MÉTASTASES. Car, en douze séances, Buhler m'a pratiquement guéri, — débarrassé de ce qui était le plus pénible, c'est-à-dire des grandes DOULEURS ; — accessoirement des œdèmes, complètement effacés eux.

Ma BRONCHORRHÉE, ELLE, EST REVENUE A SON TAUX NORMAL. Je crache, chaque matin, une douzaine de colles, — c'est la dose d'été.

Les médecins, — ils évitent de discuter sur les sueurs, — les médecins, dis-je, ne veulent pas me reconnaître le droit d'avoir *quatre maladies à la fois.*

Ils prétendent d'abord que les œdèmes et les algies dépendent d'une même perturbation des systèmes vago-sympathiques.

Ils ont employé le mot MÉTASTASE deux fois : une première fois pour exprimer le fait de la translation des symptômes d'un membre à l'autre : le rhumatisme articulaire se comporte ainsi ... paraît-il ; la seconde fois ce fut pour qualifier la disparition, puis le retour de la bronchorrhée, mais ici, ils manquaient de conviction.

Quand, pour me venger d'eux, j'ai emprunté, où vous savez, les mots de MATIÈRES PECCANTES, j'ai été assez mal reçu, mais pas aussi mal reçu que je pensais.

Quand je leur ai dit que ces douleurs, — l'endolorissement de mon bras droit en particulier, — me rappelait furieusement ces courbatures que me valait, en mon jeune temps, une nuit de bal, l'un d'eux a exprimé l'opinion que voici : — ces excès, une fatigue inhabituelle, perturbaient mon pH ; alors, au lieu d'éliminer sous la forme d'acide lactique normal le déchet du glycogène consommé, je suis un individu qui fabrique un para-lactique algogène : qui fabrique avec exagération cet endolorisseur commun aux chevaux fourbus !

Mais, à partir de mars 1935, pourquoi ai-je employé, suivi si longtemps ce processus défectueux ; si j'ai, à cette époque, commis quelque erreur à l'égard de mes muscles (de ce qui en reste et qui est fort peu de chose) ce ne peut être que par faute d'emploi.

Et puis il y a les crachats, ces crachats quotidiens qui emporteraient les susdites matières peccantes.

Quant à mes sueurs ? Que ne métastasent-elles et me laissent tout à fait dormir en paix !

Une chose me turlupine encore : pourquoi les médecins ne m'ont-ils pas dit le nom de ma maladie ? N'ont-ils donc aucun diagnostic connu à offrir à ma curiosité ?

Pour copie non conforme,

Dr J. C.

P. S. — Janvier 1936. Cet animal-là, sauf son essoufflement, a toutes les apparences d'un homme... âgé mais bien portant.

DE LA VACCINATION INTRADERMIQUE ANTISTAPHYLOCOCCIQUE DANS LE ZONA

Docteur B. BABOCK

Parmi les traitements généraux du zona, certains paraissent avoir des risques propres disproportionnés à la possibilité de formes bénignes de l'infection ; d'autres sont assez pénibles pour le malade, coûteux, difficiles à appliquer en clientèle, ou doivent être réservés aux complications nerveuses.

Les succès thérapeutiques de la vaccinothérapie sous-cutanée locale antistaphylococcique, suivant les règles de CAMESCASSE et CRAPS, dans les zonas, nous ont conduit à réunir les avantages de l'introduction intradermique de vaccin et de la vaccinothérapie habituelle.

La vaccinothérapie intradermique antistaphylococcique dans le zona exige cependant un vaccin concentré, actif, ne donnant ni réaction locale importante, ni réaction générale.

La vaccinothérapie intradermique dans cette affection paraît agir en stimulant les défenses de la peau et de l'organisme et en attaquant directement le mécanisme même des algies zostériennes.

Nous apportons neuf observations de malades de consultation ; dans tous ces cas, il n'y eut ni complications locales, ni séquelles nerveuses ; l'action thérapeutique parut se manifester à la sixième injection intradermique et être maxima à la dixième.

La vaccinothérapie intradermique antistaphylococcique, par sa simplicité, son innocuité et son activité, doit, à notre avis, prendre une place importante dans la thérapeutique anti-zostérienne.

(*Thèse de Paris*, 1935.)

INDICATIONS POUR CHOISIR LE PROCÉDÉ DE CÉSARIENNE LE MIEUX APPROPRIÉ A CHAQUE DYSTOCIE PARTICULIÈRE : CÉSARIENNES ABDOMINALES SIMPLES OU MUTILATRICES

J. Courtois

Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Avant tout, nous éliminerons, comme sortant du sujet, les *césariennes* et *hystérectomies vaginales* que nous réservons aux femmes avant terme, quand il n'y a pas de lésion des pédicules veineux ni d'adhérences de l'utérus à l'intestin par infections anciennes.

Par ailleurs, l'*hystérectomie* est réservée *d'emblée*, sans discussion, aux tumeurs utérines et péri-utérines inextirpables seules après césarienne simple, — à l'ostéomalacie ; aux hémorragies inquiétantes (rupture utérine ; déchirures vagino-cervicales ; certains placenta prævia centraux ; atrésies cervico-vaginales indilatables, pour permettre le drainage des lochies).

Cas purs, sans la moindre infection.

Lorsque la femme, à terme, débute son travail, sans rupture de la poche des eaux, et sans infection générale d'origine génitale ou extra-génitale, on a affaire à un cas pur.

Les dystocies insolubles par voie basse sont alors justiciables de la *césarienne basse* ; sauf lorsqu'il est impossible de la réaliser (tumeur de la face antérieure du segment inférieur, malformation utérine) ou lorsqu'il faut aller très vite : éclampsie, asphyxie (accidents gravido-cardiaques, affections pulmonaires non-infectieuses, déformations thoraciques), gros enfant chez une obèse ou une diabétique : dans ces conditions, la *césarienne haute*, corporéale, classique est tout à fait indiquée.

Dans ces cas purs, césarienne haute et césarienne basse donnent les mêmes excellents résultats, c'est-à-dire une mortalité maternelle presque nulle (Bar, 0 % ; Trillat 2,3 %) sauf en cas d'éclampsie (où la mortalité variant de 6 % à 15 % semble supérieure à celle du traitement médical) et de placenta prævia.

Cas suspects d'infection

L'état général est bon, même si la femme est diabétique, obèse, albuminurique, ou légèrement saignée.

La température ne dépasse pas 37°8.

Le travail dure depuis longtemps.

Il y a eu des touchers nombreux ou suspects.

On a même pu tenter des manœuvres obstétricales. On constate parfois des procidences (cordon, membres).

La poche des eaux est rompue depuis cinq à six heures.

Le col s'œdématie, il peut même s'agir d'une dystocie des parties molles.

La *césarienne basse* est l'opération de choix : sa mortalité oscille alors entre 4,1 % et 8,3 % (dans ces mêmes conditions, la corporéale classique donne de 10 % à 27 % de morts).

Cas impurs

L'état général est encore bon, mais le facies est déjà altéré.

La langue est humide, la température atteint 38°1, le pouls accéléré n'atteint pas 100 en permanence, la femme est en travail, poche des eaux rompue, depuis plus de douze heures.

La dilatation du col est avancée, les pertes sont douteuses, le liquide est un peu odorant (infection amniotique commençante), l'enfant est vivant.

Selon beaucoup d'auteurs s'il s'agit d'une multipare tenter une *symphysiotomie partielle sous-cutanée à la Zarate*, chaque fois qu'elle peut réussir, sinon pratiquer une *césarienne mutilatrice classique* (12 % de mortalité), ou l'*opération de Portes* [du 8 % (Jeannin) à 27 % (Ramos) de mortalité immédiate].

S'il s'agit d'une primipare âgée, s'orienter vers une *césarienne basse classique* (de 18 % à 25 % de mortalité et de fréquentes cellulites et phlébites) ou peut-être une *césarienne basse technique modifiée par Jeannin*, avec Mickulicz extrapéritonéal sur la suture utérine (qu'on a pu réaliser avec succès avec 39° passés de température, un pouls à 110, après 48 heures de travail, poche des eaux rompues). Mais nous nous méfions d'erreurs dues à des comparaisons de cas fébriles qui ne sont pas analogues (par exemple 39° dus à une colibacillose et 39° dus à une infection amniotique à streptocoques ou à anaérobies).

En tout cas, opération de Portes et césarienne basse, plus simple à exécuter, donnent des résultats semblables.

— Quant à nous, nous penchons pour la *césarienne mutilatrice classique* dès que la température dépasse 38°, même avec un pouls normal ou dès que le pouls dépasse en permanence 100, même avec une température normale (« le pouls prime tout » : Kreis) ou dès que l'odeur du liquide amniotique est fétide.

— Ces cas donnent au moins 8 % de mortalité fœtale, et il est bon de refermer la paroi abdominale en un seul plan aux fils de bronze.

CAS INFECTÉS

L'état général est très grave (surtout s'il y a grippe) : la femme a été surmenée par son travail. Sa température atteint 39°, elle frissonne, sa langue est sèche, le pouls est rapide, souvent à 130.

Le liquide amniotique est épais, verdâtre ou brunâtre, fétide. L'enfant est encore vivant ; il est souvent compromis, infecté (plus de 15 % de mortalité). On doit cependant essayer de l'extraire vivant, surtout s'il s'agit d'une primipare âgée qui le désire vivement.

L'anesthésie générale doit être extrêmement légère, on peut même envisager l'anesthésie locale seule. On pratiquera une *césarienne mutilatrice* avec extraction de l'œuf *en bloc* et *Mickulicz* pelvien (entre 12 % et 15 % de mortalité).

Dans ces cas, la césarienne basse donne entre 33 % et 50 % de mortalité (Trillat) et l'opération de Portes : 27 % (Ramos).

Si l'enfant est mort, on fera l'impossible pour tenter une *embryotomie* surtout s'il s'agit d'une multipare.

CAS TRÈS INFECTÉS :

S'il y a *physométrie* : on pratiquera une *césarienne mutilatrice de Porro* avec extraction *en bloc* du fœtus (19 % de morts).

Dans tous ces cas, fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze et désinfection soignée du fœtus (sérums, *bactériophage antipyogène* dans les narines et la bouche).

Nos cas personnels de césariennes donnent : 94 cas.

Pour les corporéales : aucune mort sur six cas.

Pour les basses : 5,79 % de mortalité sur 70 cas et seulement 4,34 %, si on exclut une mort par éclampsie.

Pour les mutilatrices : 22 % de mortalité sur 18 cas et seulement 12,5 %, si on exclut deux morts par apoplexie utéro-placentaire toxique.

C'est dans les *suites opératoires* des femmes infectées que la thérapeutique médicale joue un rôle important :

Immédiatement, on luttera *contre le choc* et l'*hémorragie* par une transfusion de sang, de l'ouabaïne, de la spartéine, de la strychnine (nous transfusons quand la tension maxima tombe à 7, quand la différentielle est inférieure à deux).

La femme réveillée, sera mise en *position* demi-assise, et, s'il y a mauvais drainage des lochies, on rouvrira le col et on injectera dans une sonde de Malécot, un antivirus approprié, analogue à celui qui aura été répandu dans le péritoine lors de l'intervention.

Contre l'infection grave : abcès de fixation immédiat.

Contre les complications pulmonaires : alcool, créosote, enveloppements thoraciques, oxygène.

Contre les complications cardiaques : digitale et ouabaïne.

Contre les troubles de la chlorémie : cortico-surrénale à doses élevées, voire même sérum hypertonique intraveineux, s'il y a subocclusion ou dilatation gastrique (dans ce dernier cas : lavage d'estomac) ou urémie progressive.

Contre la thrombose : alcalinisation selon le taux de la réserve alcaline, collargol en suppositoires et régime sans viande et sans lait.

Contre l'hyperglycémie post-opératoire : insuline selon la glycémie.

Et pour terminer, un principe : éviter le plus possible d'opérer des grippées ou lors d'une épidémie de grippe (épidémies de péritonites puerpérales et de phlébites) : dans ces cas, si on ne peut éviter l'intervention, s'attendre à une mortalité des plus tragiques, sur laquelle peut-être seule, l'hystérectomie avec Mickulicz a le plus de prise parce qu'elle supprime l'involution utérine, les suites de couches et avec eux le terrain humoral de la puerpéralité éminemment favorable aux infections généralisées suraiguës mortelles.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Les périodes silencieuses du Diabète sucré

D'après le Docteur R. JOUVE-BALMELLE (1)

Le praticien ne doit pas oublier que le diabète sucré peut présenter des périodes de silence. Le Docteur G. Jouve Balmelle vient d'exposer cette question d'une manière fort instructive et intéressante. Il a été surpris de constater « un mode d'évolution du diabète suivant lequel, à certains moments et pendant des périodes plus ou moins prolongées, *tous* les symptômes classiques — y compris la *glycosurie* — s'atténuaient et disparaissaient, alors que les événements ultérieurs démontraient que le malade n'était point guéri ».

Cet auteur n'étudie, bien entendu, que le diabète chronique, dit sucré, et non le diabète aigu, faisant rapidement son évolution fatale.

Il insiste tout d'abord sur ce fait qu'une analyse *unique* des urines ne possède aucune valeur absolue pour infirmer le diagnostic de diabète, ni pour fixer la bénignité du diabète, car chez un même malade le taux de la glycosurie est très variable, sans raisons apparentes.

Toujours est-il que ce travail est basé sur des cas de diabète avéré.

Ceux-ci sont au nombre de 192, suivis pendant un très long temps. Parmi eux, 46 sont dénués d'un intérêt spécial, car les sujets ont continué, malgré un régime et un traitement occasionnel, à présenter une glycosurie permanente, avec persistance plus ou moins complète des symptômes cliniques.

Mais, chez les 146 autres diabétiques, surveillés soigneusement pendant plusieurs années, il a été constaté à plusieurs reprises, une atténuation des symptômes cliniques avec *disparition de la glycosurie* pendant des périodes plus ou moins longues, et pour le plus grand nombre *sans raisons appréciables*, le régime alimentaire et le genre de vie restant les mêmes.

Durant ces périodes silencieuses, ni l'essai d'une atténuation de régime, ni le retour passager à une alimentation normale, ni même le recours à des repas d'épreuve, n'ont pu réveiller la glycosurie.

Ne serait-on pas tenté dans ces conditions de croire à une guérison définitive, après plusieurs analyses négatives ? Il n'en est malheureusement pas ainsi, car ces diabétiques restent bien diabétiques. Cette période silencieuse plus ou moins prolongée pourra, d'un moment à l'autre, céder la place à une poussée active sérieuse, quelquefois accompagnée de complications graves (acidose, tuberculose aiguë, etc.) ; et cette *poussée active se produira sous l'effet d'une cause déterminante, physique ou morale,* de nature variable suivant les sujets, mais souvent la même pour le même sujet, souvent aussi la même que celle qui paraît avoir créé la maladie.

Voici, à cet égard, deux observations typiques. La première est l'auto-observation d'un médecin, qui, à ce titre a pu surveiller pas à pas l'évolution de sa maladie, en apprécier tous les symptômes, procéder à des analyses fréquentes d'urine et — ne redoutant pas les prises de sang — à des examens répétés de la glycémie.

OBS. I.— *Action d'un travail cérébral prolongé.* Médecin rural surmené, mais bonne santé. Plutôt obèse : 112 kilogs pour 179 de taille, en 1914, à l'âge de 44 ans. Aucune manifestation pathologique jusque-là. Fin 1914, commotion par éclatement de bombe d'avion, sans blessure apparente. Quelques jours après, symptômes rapides : troubles circulatoires douloureux du côté des membres inférieurs avec œdème tigré, mortification de l'extrémité des gros orteils. Diagnostic étiologique non établi.

Plusieurs semaines seulement après l'évacuation, les symptômes d'asthénie, d'amaigrissement, de polyurie, appellent une analyse d'urine. Glycosurie 28 ‰ pour trois litres. Régime adapté, rigoureusement suivi; pas de thérapeutique médicamenteuse.

Pendant plusieurs années, la glycosurie, vérifiée tous les quinze jours, persiste à un taux variant de 4 à 22 gr. ‰. Amaigrissement de 18 kilogs pendant cette période. Asthénie marquée à tel point que le confrère, démobilisé en 1919, ne peut reprendre sa clientèle d'avant-guerre et se soumet à un repos relatif, ce qui explique peut-être l'amélioration constatée ensuite, certainement favorisée, d'autre part, par des cures annuelles à Vichy.

Dans tous les cas, à partir de cette époque, se produisent des *accalmies* pendant lesquelles, en vérité, le silence n'est pas complet : l'amaigris-

(1) Docteur G. JOUVE-BALMELLE. — L'observation des diabétiques ; les périodes silencieuses du diabète. (*Marseille médical*, 5 décembre 1935.)

sement continue, mais moins rapide qu'au cours des périodes aiguës (perte de 26 kilogs depuis le début). La *polyurie* demeure élevée (2.500 à 3.500 par vingt-quatre heures) sans polydipsie *sensible* ; mais, néanmoins, dans ces périodes, il y a *tout au moins silence de la glycosurie* (0) *et de l'hyperglycémie* (1 *gr.* 10).

Ces périodes de silence glycosurique, vérifié par des analyses bi-hebdomadaires, ne *subissent aucun changement sous l'influence de certaines infractions de régime volontaires*, et pas davantage à la suite d'une ingestion de glucose. Elles durent pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs mois.

Mais sous l'effet d'une émotion, de soucis, d'un travail cérébral prolongé, la glycosurie reparaît pendant plusieurs jours, de 8 à 12 gr. ‰ ; accompagnée d'une recrudescence des symptômes cliniques diabétiques ou paradiabétiques (prurit, vertiges, troubles oculaires, etc.), et, par une asthénie suffisamment marquée, pour que le malade puisse affirmer que, à ce moment, il « urine du sucre », sensation confirmée par l'analyse.

Obs. II. — *Action du facteur moral* (émotions, soucis).

Homme, 54 ans, industriel. Diabète reconnu en 1928, à la suite d'un choc moral. Glycosurie moyenne 18 ‰ pour 2.500 c. c. Glycémie 1 gr. 80. Régime rigoureusement suivi. Trois cures annuelles à Vichy. La glycosurie, qui a persisté pendant quatre ans, disparaît en même temps que les symptômes cliniques s'atténuent. *Phase silencieuse de treize mois* : les analyses d'urine, répétées tous les quinze jours, restent négatives.

En 1933, soucis intenses déterminant une psychasthénie assez marquée. Glycémie 1 gr. 80. Glycosurie 32 ‰. L'état du malade impose le repos et l'éloignement, pendant un an. Amélioration, période silencieuse, aglycosurie pendant plusieurs mois.

Le malade revient à ses affaires ; les symptômes se réveillent. Glycosurie moyenne à 18 ‰ persistant actuellement.

Déductions pratiques

Il faut d'abord enregistrer la difficulté que présente l'établissement du diagnostic de diabète au cours de ces périodes silencieuses.

Comment le médecin appelé pour la première fois auprès d'un de ces malades, comment le chirurgien à la veille d'une intervention, pourraient-ils songer, *en présence de symptômes cliniques imprécis, sans glycosurie*, à adapter leur traitement aux contre-indications imposées par le diabète, si le malade ne connaît pas, grâce à un diagnostic antérieurement établi, sa diathèse — ou si, la connaissant, il ne la révèle pas ! « Et combien nombreux sont les sujets qui ne renseigneront pas le médecin soit par ignorance, soit parce qu'ils sont persuadés de leur guérison » ?

Toujours est-il, que le médecin qui constate, chez un malade, un symptôme qui éveille en lui le diagnostic de diabète, ne doit pas trop aveuglément s'incliner devant une *unique* analyse d'urine négative. *Il ne faut pas plus attribuer de valeur diagnostique à une réponse négative du laboratoire qu'à l'absence d'un des symptômes dits cardinaux.* Il en va de même que pour l'absence de bacilles de Koch dans les crachats chez un tuberculeux pulmonaire, ou encore pour un séro-diagnostic négatif au cours d'une fièvre typhoïde avérée.

Malgré, la régularité des opérations de laboratoire, le *diabétique en évolution peut ne pas présenter constamment de la glycosurie.*

Il serait donc prudent de conseiller à l'intéressé des analyses *fréquentes* d'urine, et, si possible, des examens de sang répétés à intervalles éloignés, *alors qu'il* n'est soumis à aucun régime spécial, et qu'il reçoit, au contraire, une alimentation riche en hydrocarbones.

D'autre part, ainsi qu'il est logique de le penser, le médecin *ne pourra jamais affirmer la guérison d'un diabétique, malgré* une atténuation plus ou moins marquée des symptômes cliniques, malgré une disparition de la glycosurie et de l'hyperglycémie pendant une période même prolongée et cela spontanément, ou sous l'effet du régime, du repas, du traitement.

Le malade, même en période silencieuse, ne devra jamais abandonnner le régime qui lui est nécessaire ; il conviendra qu'il se soumette à une surveillance médicale régulière.

Enfin, *on ne doit pas baser le pronostic du diabète* sur le taux de la glycosurie et de la glycémie que l'on a constaté accidentellement, car celui-ci varie considérablement d'un jour à l'autre : « *on ne peut affirmer*, comme on a tendance à le faire, qu'*un diabète est bénin, du fait que, le jour de l'examen du malade, on constate une glycosurie peu élevée.* »

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Thoracoplastie de substitution et thoracoplasties complémentaires sur pneumothorax homolatéral.

Les conclusions de l'important travail dû à MM. BERNOU et FRUCHAUD, sont les suivantes :

Les indications de l'association d'une thoracoplastie complémentaire homolatérale au pneumothorax semblent très réduites. L'entretien du pneumothorax de base ne présente d'intérêt que s'il maintient parfaitement collabées des lésions localisées à la partie inférieure du poumon. Elle présente surtout l'avantage, en ce cas, de ne pas sacrifier définitivement la base saine du poumon.

Chaque fois que l'indication d'une thoracoplastie de substitution s'imposera, il n'y a aucune raison de retarder l'intervention chirurgicale jusqu'à ce que la résorption du pneumothorax soit complète ou que l'on soit assuré de la constitution d'une symphyse pleurale, à la condition que l'on prenne la précaution de réduire convenablement la pression du pneumothorax résiduel avant et après l'intervention. (*Paris Médical*, 4 janvier 1936.)

Le kala-azar autochtone.

MM. D'ŒLSNITZ, A.-D. RONCHÈSE et G. FAURE-BRAC exposent les acquisitions récentes du diagnostic biologique de cette affection. Après une révision analytique et critique, ils pensent que les procédés de diagnostic biologique doivent faire l'objet, dans la pratique courante, d'une importante sélection.

Parmi les réactions humorales émergent la réaction de Chopra et la formol-leucogélification, toutes deux consacrées par une longue expérience aux Indes, puis dans les régions méditerranéennes. Dégagées de leurs causes d'erreur, et surtout mieux codifiées qu'elles ne le sont actuellement, concordantes et en concordance avec des syndromes cliniques cohérents, elles fournissent aux praticiens, dans la majorité des cas, des éléments de présomption suffisants pour justifier la mise en œuvre du traitement spécifique. A côté d'elles, sont apparues de nouvelles réactions, dont certaines paraissent, soit théoriquement, soit pratiquement dans leurs premières applications, d'une plus grande sensibilité ou d'une interprétation plus facile. De plus longues recherches sont nécessaires pour décider dans quelle mesure, elles réaliseront un progrès pour l'affirmation du diagnostic.

Les procédés tendant à la découverte des parasites dans leurs localisations organiques sont seuls susceptibles d'apporter une certitude absolue. Mais, certains d'entre eux comportent quelques difficultés techniques et exceptionnellement de légers risques pour le malade. Aussi, si, dans l'avenir, il est possible de remplacer progressivement, à résultats égaux, la ponction splénique par celle de la moelle osseuse et mieux encore, par les frottis dermiques et la culture du sang, l'on aura infiniment simplifié les problèmes que pose actuellement le diagnostic biologique de la leishmaniose interne. (*La Presse Médicale*, 15 janvier 1936.)

Crises nerveuses sympathiques.

Le Professeur J.-A. BARRÉ, de Strasbourg, étudie les caractères et la place que peuvent prendre les crises nerveuses sympathiques auprès des crises hystériques et épileptiques. Leur étude, qui a pour point de départ des observations cliniques, conduit tout naturellement aux intéressantes conclusions qui suivent :

1° En présence d'une crise nerveuse, il paraît indiqué de se demander si la crise est épileptique ou sympathique. Même si l'on accepte sous bénéfice d'inventaire la légitimité de ce nouveau-né dans la pathologie, on n'aura pas à regretter l'enquête qui sera faite pour en rechercher la cause, puisqu'elle pourra quelquefois déceler des lésions qu'un traitement médical ou chirurgical permettra de faire disparaître. L'auteur a donné quelques exemples de ces lésions causales, et dit que jusqu'à maintenant leur siège habituel se trouvait dans l'appendice, l'ovaire, des adhérences péritonéales, une cicatrice, une blessure faciale, etc...

2° Le traitement devra être double, et s'adresser : *a*) à la cause organique elle-même, etc. ; *b*) à l'hyperexcitabilité sympathique ancienne ou récente du sujet, qui sera le plus souvent, mais non pas exclusivement, une femme. A ce point de vue, l'isolement, la valériane, l'éthyl-phényl-malonylurée, la belladone, la jusquiame, et même un peu de codéine devront être mis en activité, sous des formes, des combinaisons et à des doses variées. Mais on ne manquera pas, pour éviter le virage si facile vers l'hystérie, d'inculquer à la malade l'idée qu'une fois traitée avec sérieux, elle deviendra responsable des cri-

ses qui pourraient se produire, et de lui faire un tableau un peu chargé des complications qu'elle pourrait amener dans sa vie personnelle, familiale et sociale si elle en favorisait leur persévération. Il a été ainsi possible quelquefois de guérir avec facilité des malades que leurs médecins, trop imbus des idées pathologiques classiques, avaient qualifiés d'hystériques et qu'ils avaient abandonnés sans les entendre et parfois sans les examiner. Le plus grand bien peut être attendu de cette idée qu'il existe des crises sympathiques auprès des crises d'hystérie et d'épilepsie. (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 décembre 1935.)

Les modifications du taux de l'urée sanguine et de l'azote polypeptidique au cours du traitement par le venin de cobra.

Le Docteur Koressios a effectué plus de trois cents examens de sang en vue de déterminer les répercussions de l'action vaso-dilatatrice capillaire du venin de cobra sur le rein et sur le foie ; il a, en outre, cherché à expliquer le mécanisme de l'effet stimulant, qu'il semble exercer sur l'état général des malades auxquels on l'injecte. De ses recherches, il ressort :

1° Qu'aux doses d'un vingtième à un cinquantième de milligramme, le venin de cobra non filtré provoque une diminution marquée, rapide et durable du taux de l'urée sanguine. Les épreuves de la constante d'Ambard et de la phénolsulfophtaléine ne varient pas parallèlement à l'abaissement du taux de l'urée sanguine.

2° Qu'aux mêmes doses, il provoque une diminution du taux de l'azote polypeptidique ;

3° La notion d'une augmentation du taux de l'azote polypeptidique, non seulement chez les cancéreux ayant un mauvais état général, mais aussi chez les non-cancéreux en état de cachexie ; celle qui veut que les variations du taux de l'azote polypeptidique soient en rapport direct avec l'état fonctionnel hépatique, suffisent à nous expliquer les bons effets du venin de cobra sur l'état général des malades. (*La Pratique médicale française*, décembre 1935.)

A propos de l'emploi du venin de cobra dans les algies cancéreuses.

L'analyse de différents cas ne permet pas au Docteur Desaive d'affirmer avec certitude une action calmante du venin de cobra vis-à-vis des douleurs des cancéreux ; il constate bien des améliorations passagères, mais celles-ci, en mettant peut-être à part un effet heureux permanent dans quelques cas, ne paraissent pas pouvoir être suffisamment dégagés des atténuations spontanées qu'on observe transitoirement dans l'évolution habituelle des algies cancéreuses.

Si donc on se limite au seul effet analgésique (en écartant toute possibilité, d'ailleurs fort incertaine, d'action directe sur la tumeur), il semble que l'emploi du venin de cobra ne se justifie pas d'une manière absolue dans la thérapeutique anticancéreuse : les incertitudes de cette médication, les dangers qu'elle présente (et, en particulier les exacerbations douloureuses parfois observées et les hémorragies constatées dans certains cas de cancers ulcérés) et enfin son prix élevé, autorisent jusqu'à nouvel ordre, à lui préférer la médication sédative ordinaire, représentée essentiellement par les succédanés les plus récents et les moins toxiques de la morphine. (*Liége Médical*, 22 décembre 1935.)

Les tumeurs, dites bénignes du sein.

Le Docteur Dupuy de Frenelle estime que toute lésion chronique du sein peut contenir un germe du cancer. Il faut donc l'enlever très largement par une opération qui peut rester esthétique, ainsi qu'il le démontre par des arguments et des observations cliniques. Cependant cette intervention doit comprendre le plus souvent un curage minutieux de l'aisselle. (*Technique Chirurgicale*, octobre 1935.)

La curiethérapie des hémorragies utérines d'origine bénigne.

Le Docteur L. Phaneuf base son étude sur l'observation de 150 cas personnels, d'où il tire les considérations suivantes :

La curiethérapie, appliquée dans des cas méticuleusement choisis, rend des services importants dans les hémorragies utérines d'origine bénigne. Elle trouve sa plus grande indication dans les hémorragies à l'époque de la ménopause sans grosse altération macroscopique de l'utérus. Elle peut être utilisée, avec circonspection, pour éviter l'hystérectomie dans les hémorragies de l'adolescence, lorsque les thérapeutiques médicales, endocriniennes et hémostatiques, ont échoué. Ici, une faible dose est de rigueur. Son usage pour la régularisation des règles et pour favoriser la grossesse est discutable, vu le risque encouru pour le produit de conception. Elle a une certaine valeur dans le traitement des fibromes interstitiels moyens, chez les femmes arrivées à l'époque de la ménopause. Elle peut être associée aux interventions portant sur le col, pour la cystocèle et la rectocèle et pour la réfection du périnée. Elle n'exerce aucune influence défavorable sur le résultat de ces interventions. Une seule application d'une dose appropriée suffit pour obtenir une aménorrhée définitive. La mortalité est nulle si les cas sont sélectionnés avec soin. Ces hémorragies sont traitées avec succès par une quantité limitée de radium (0,050 milligr.) et au moyen d'appareils peu coûteux.

(*Bruxelles Médical*, 22 décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *février* 1936

(Communication de M. le Professeur POUCHET.)

Au sujet du dinitrophénol.

M. le Professeur Pouchet présente à l'Académie un mémoire très documenté sur l'action physiologique des dinitrophénols et leur emploi en thérapeutique.

« Dans tous les cas, où peut se poser l'indication d'accélérer les combustions dans l'intimité de l'organisme et d'élever le métabolisme basal, le dinitrophénol intervient avec une efficacité certaine. Son action est remarquable dans le domaine des ralentissements de la nutrition ». On l'emploie surtout dans le traitement de l'obésité, où il évite les inconvénients parfois graves (troubles cardiaques et nerveux) de la thyroxine, dont la dose efficace est très voisine de la dose toxique. De plus, on a vu fréquemment ces accidents persister après l'administration même d'une seule dose de ces préparations thyroïdiennes, ce qui entraîne l'impossibilité de les arrêter immédiatement par la simple suspension du médicament. Or, à côté de son action spécifique sur le métabolisme basal, le dinitrophénol offre cet avantage précieux que la cessation de son emploi au moindre signe d'intolérance arrête toute manifestation fâcheuse.

Les recherches du Professeur Mayer ont permis de fixer les règles de l'emploi du dinitrophénol. Doses et rythme d'administration sont actuellement bien déterminées, et il est démontré que les accidents ou incidents sont dus à des imprudences ou à des erreurs de doses. Un cas de mort, dû au dinitro*crésol*, a été publié en Angleterre. Les cataractes survenues aux Etats-Unis, au même moment et au même endroit, sont dues au dinitro*naphtol*, impureté d'un dinitrophénol mal préparé.

M. Pouchet, après une étude du dinitrophénol sur le métabolisme basal, rappelle les 170 observations d'obèses rapportées par le Professeur Tainter, qui sont des plus démonstratives ; à la dose moyenne de 33 centigrammes par jour, le dinitrophénol a permis un amaigrissement moyen de 0 kgr. 700 par semaine, et une perte totale de poids de 7 à 10 kgr. en 82 à 111 jours de traitement, sans aucun trouble.

Etudiant ensuite le mécanisme intime de son action, M. Pouchet montre que le point d'attaque est directement cellulaire, par oxydation des graisses et des glucides, sans que le fonctionnement d'aucun organe ne soit modifié.

Correctement employé, sous contrôle médical, le dinitrophénol pur a toujours donné d'excellents résultats. « C'est un médicament dont il serait difficile de se passer actuellement ».

Les règles d'administration doivent être rigoureusement observées :

— ne pas dépasser 3 milligr. de produit pur par kilogramme de poids corporel,

— ne pas dépasser trois mois de cure sans interruption,

— absorber la dose quotidienne en une seule fois, ou suivant les cas en deux ou trois fois,

— suspendre le traitement en cas d'intolérance, et reprendre à doses plus faibles,

— surveiller le poids, et le fonctionnement du foie et du rein,

— prudence chez les diabétiques et les rénaux.

La dinitrophényl-lysidine, dont la synthèse a été récemment réalisée, en France, présente des avantages sur le dinitrophénol : elle augmente la tolérance du médicament et favorise l'élimination des déchets. Sa solubilité permet la forme injectable.

Fréquence de la paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine.

(M. P. DOROLLE, présentation par M. THIROUX ; 14-1-1936.)

On a admis longtemps que les neuro-syphilis étaient rares dans les races indigènes des pays tropicaux. Il semble bien qu'il faille revenir de cette opinion. En 1922, Fontoynant signalait déjà la fréquence de la paralysie générale chez les indigènes de Madagascar. M. Dorolle montre, à la suite d'autres auteurs (Montel, Tung, etc.) qu'il en est de même en Cochinchine.

En dix-huit mois, dans un service spécialisé, 27 cas de paralysie générale ont pu être réunis, se répartissant sur dix-neuf Annamites, six Chinois et deux Cambodgiens. L'âge moyen était de 40 à 45 ans, avec une seule forme sénile (63 ans) et une précoce. Dix malades n'avaient jamais été traités, trois avaient reçu des traitements insuffisants et on ne possédait pas de renseignements sur ce point pour les autres malades. A part quatre cas, tous les paralytiques généraux observés étaient des paysans ou des coolies, et non des sujets ayant une activité psychique spéciale. Enfin, quinze d'entre eux étaient des paludéens, ce qui semblerait établir que l'inoculation naturelle de l'hématozoaire ne protège pas contre le neurotropisme du virus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Troubles myocardiques dans les états anémiques.

(MM. G. MARCHAL, P. SOULIÉ et A. ROY ; 22-11-1935.)

Les observations d'insuffisances authentiques du myocarde, liées aux divers états anémiques sont encore très rares dans la littérature ; les auteurs en rapportent quelques cas personnels, et ils insistent sur les déformations correspondantes de l'électrocardiogramme. Il s'agirait là d'une variété de myocardie, ou mieux d'insuffisance fonctionnelle du cœur.

Celle-ci ne possède qu'un nombre très restreint de critères cliniques. La dyspnée, les souffles et les œdèmes, si communément observés dans les grandes anémies chroniques, ne sauraient entrer en ligne de compte. L'angine de poitrine est un symptôme indubitable mais exceptionnel ; aussi, avant d'en affirmer l'origine anémique, faut-il éliminer soigneusement toutes les causes possibles de l'angor. Le rythme de galop est le seul signe clinique irrécusable de la défaillance cardiaque au cours des anémies pernicieuses. Enfin, parmi les investigations de laboratoires c'est l'électrocardiogramme qui apporte les renseignements les plus précieux. Les déformations en sont inconstantes, mais paraissent néanmoins plus fréquentes que le bruit de galop. Dans les anémies progressives elles se résument ainsi : aplatissement, élargissement et empâtement de l'onde rapide, inversion de l'onde T, laquelle peut s'accompagner d'un isodiphasisme de QR en troisième dérivation. Mais ces altérations ne sont pas pathognomoniques ; elles correspondent à celles des myocardies, et parfois à celles de l'angine de poitrine. Dans l'anémie post-hémorragique on a relevé les modifications électrocardiographiques suivantes, entre 30 et 40 minutes : extrasystole transitoire, accentuation de T ; déformation puis décalage de ST ; aplatissement et inversion de T ; accentuation de l'onde Q en troisième dérivation.

Le traitement des myocardies anémiques est à la fois étiologique et palliatif. En s'attaquant à l'anémie, le traitement étiologique bien conduit permet d'effacer très vite l'insuffisance du myocarde correspondante. Quelle que soit la nature de l'anémie grave en cause, aiguë ou chronique, la thérapeutique de choix, à mettre en œuvre d'urgence, est la transfusion sanguine. Mais les médications de fond des anémies, hépatothérapie, gastrothérapie et fer à hautes doses (dans les anémies hypochromes) soutiennent utilement les effets des transfusions, et peuvent même suffire à l'effacement de l'insuffisance cardiaque. Les tonicardiaques n'ont qu'une action palliative, qui parfois fait disparaître le galop et masque l'insuffisance cardiaque : digitale, ouabaïne intraveineuse. Mais cette variété de myocardie ne guérit que dans la mesure où l'anémie en cause est curable.

L'infarctus perforant de la cloison interventriculaire

(MM. G. BICKEL et J. J. MOZER ; 22-11-1935.)

L'infarctus perforant du septum, bien qu'il n'en existe dans la littérature qu'une vingtaine d'observations, dont la plupart sont des trouvailles d'autopsie, n'est certainement pas aussi rare qu'on pourrait le penser. Les auteurs en ont observé deux cas qui montrent que la perforation myomalacique du septum, si elle peut passer inaperçue, lorsqu'elle frappe un cœur épuisé et atone, est susceptible d'autres fois de présenter un tableau clinique et une évolution suffisamment caractéristiques, pour que le diagnostic soit possible, et même facile pour un clinicien averti.

Dans un cas ce fut la forme bruyante, et dans un autre la forme silencieuse, qui se distinguait de la première par l'absence de tous signes susceptibles de faire penser soit à un infarctus, soit à une perforation de la cloison. La forme bruyante est de beaucoup la plus fréquente ; presque toujours elle évolue d'une manière caractéristique en deux temps. Dans une première phase s'installent brutalement les symptômes d'une oblitération coronarienne aiguë, spécialement l'état de mal angineux et le collapsus circulatoire. Dans une seconde phase, parfois à la suite d'un nouvel état syncopal, apparaissent les signes auscultatoires caractéristiques de la maladie de Roger, soit le souffle holocystolique transversal et le gros frémissement systolique. La perforation la plus habituelle, celle qui suit l'occlusion du rameau descendant de la coronaire gauche, occupe la région antéro-inférieure du septum, tandis que la perforation consécutive à l'oblitération de la branche descendante de la coronaire droite siège sur la portion postéro-supérieure de la cloison. Cette localisation est en relation directe avec la topographie élective des formes banales de l'infarctus du myocarde. La situation habituelle de la perforation, immédiatement au-dessus de la pointe, explique que le souffle systolique de l'infarctus perforant du septum occupe, dans la règle, une situation plus basse que celui de la communication inter-ventriculaire congénitale. Cette même localisation apexienne de la perforation rend compte de l'absence habituelle, dans l'infarctus perforant du septum, de tout trouble de la conductibilité auriculo-ventriculaire, et même de tout blocage, des branches du faisceau de His.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 *novembre* 1935

La pancréatine antichoc et anti-anaphylactique. Etude expérimentale.

M. A. LEGRAND montre que la pancréatine antichoc et anti-anaphylactique administrée suivant les règles précises qu'il a formulées par ailleurs est actuellement la médication qui offre le maximum d'efficacité et de sécurité contre les accidents sériques et anaphylactiques.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 décembre 1935

Mammectomie totale et grossesse ; présentation de malades.

M. le Docteur DARTIGUES présente une jeune femme, chez laquelle il a pratiqué, il y a quatre ans alors qu'elle avait 28 ans, une mammectomie bilatérale totale, avec greffe aréolo-mamelonnaire libre

Avant d'être opérée, cette jeune fille avait une aréole de 10 cm. de diamètre et l'hypertrophie était du quatrième degré. Les seins descendaient au-dessus de l'ombilic. Il y avait sept travers de doigts entre le pli sous-mammaire et le bout du sein. L'auteur a fait l'opération suivant son procédé ; les seins qui lui ont été enlevés pesaient 5 kgr.

M. Dartigues après avoir passé, en quelques mots, en revue les divers procédés de chirurgie plastique du sein et dit l'impossibilité, dans les cas d'hypertrophie monstrueuse, d'obtenir un résultat callimorphique par les autres procédés, montre que, seule, la *mammectomie totale avec la greffe de l'aréole* pour sauvegarder le décor de la poitrine est indiquée et donne un résultat favorable. L'exemple de la malade présentée suffit à montrer, à l'encontre de ce que prétendent beaucoup de chirurgiens, que la greffe peut prendre. Chez la malade présentée, il y a conservation de la sensibilité de l'aréole et du mamelon : sensibilité au froid, à la chaleur, sensibilité tactile, et même sensibilité *élective*.

Ce qu'il y a de plus curieux dans le cas de cette malade, c'est qu'il y a un an, elle est devenue enceinte ; elle a mené une grossesse parfaitement régulière, et l'accouchement s'est fait à terme, dans de bonnes conditions.

Une des particularités curieuses de l'action de la grossesse, c'est qu'il y a eu une pigmentation noire très accentuée de l'aréole et du mamelon greffé.

Cette malade après son accouchement n'a naturellement pu nourrir et a dû recourir à l'allaitement artificiel de son bébé. Elle a eu comme résultat physiologique de pouvoir mieux respirer, et par conséquent de chanter avec beaucoup plus d'aisance. Dartigues insiste sur les connexions nerveuses certaines qui ont dû s'établir entre l'aréole greffée et le restant de la peau, des filaments nerveux ont dû se faire pour aller prendre des connexions avec le réseau nerveux périphérique.

En conclusion :

La mammectomie est la seule opération plastique judicieuse dans certains cas d'hypertrophie énorme.

La supériorité de ce procédé, c'est son caractère absolument permanent ; en ce sens qu'à un âge avancé la malade a conservé les seins qu'on lui a réalisés, ce qui n'existe pas dans les autres procédés, où la glande a été conservée, et où se produisent une déficience et une chute nouvelle par l'évolution de la vie.

Les manifestations histiocytaire de la diathèse goutteuse.

M. J. SÉDILLOT rappelle qu'au Congrès de la goutte à Vittel (15 septembre dernier) plusieurs rapporteurs ont insisté sur l'intervention des histocytes dans la formation du tophus, soit que ceux-ci fassent naître l'acide urique aux dépens des oxypurines (uricogénèse, Professeur Fiessinger) soit qu'ils fixent seulement l'acide urique dans les tissus (uricopexie, professeur Merklen).

L'auteur montre pourquoi ces doctrines sont inacceptables (Professeur Rathery) : «Le trophus est un accident non constant, survenant surtout chez de vieux goutteux, donc longtemps après les premières crises ; il peut manquer chez des goutteux invétérés ».

On voit tout de suite l'objection irréfutable : *ce seraient donc les accès de goutte les plus francs, chez les goutteux les plus jeunes, qui manqueraient constamment leur but, la formation du tophus.*

Le traitement syphilitique dans les hypertensions artérielles.

M. P. RENAULT dans la première partie de son étude, envisage l'importance de la syphilis dans la pathogénie des hypertensions artérielles. Il note les divergences d'opinion des auteurs sur cette question et plus encore sur la question du traitement antisyphilitique. Dans la deuxième partie du travail il rapporte un nombre important d'observations personnelles. Quatorze syphilitiques hypertendus simples, dix-huit syphilitiques hypertendus porteurs d'autres lésions, dix syphilitiques douteux ont été traités par les médications arsenicales, bismuthiques ou mercurielles .Les résultats sont médiocres avec le bismuth mais favorables avec l'arsenic ou le mercure. L'auteur préconise l'usage exclusif des sels solubles de mercure qui améliorent assez souvent le chiffre de la tension et toujours les signes fonctionnels.

L'auteur a traité des hypertendus non syphilitiques par le cyanure de mercure et a obtenu des résultats favorables. Il explique cet effet par l'action de ce sel sur la diurèse et la masse sanguine.

Un cas d'acrodynie à évolution mortelle par hématémèse.

M. J. DUCUING rapporte l'histoire d'un enfant de 16 mois présentant de la fièvre s'accompagnant d'hypotonie. La fièvre s'apaise. Des troubles digestifs apparaissent auxquels s'ajoutent des troubles psychiques (somnolence, indifférence), des troubles vasomoteurs (gonflement, froid et rougeur des extrémités, sueurs), de la tachycardie. Ces troubles s'accusent progressivement. Le malade succombe brusquement le dix-huitième jour de la maladie à une hématémèse mortelle.

Société de médecine militaire française

Séance du 14 novembre 1935.

Psychonévrose associée à un rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte.

M. Henri présente un sujet, porteur d'un rétrécissement isthmique de l'aorte et chez lequel existe un syndrome mental caractérisé par une hyperémotivité avec phases d'anxiété et tentative de suicide, jusqu'alors considéré à tort comme séquelles d'encéphalite. L'auteur étudie les conséquences circulatoires de cette malformation et leurs répercussions psychiques.

Myélite aiguë transverse au cours d'une pleurésie purulente à pneumocoques.

MM. Brouard et Pareire relatent l'observation d'un malade qui, au cours d'une pleurésie purulente à pneumocoques, a présenté une paraplégie flasque complète avec anesthésie à tous les modes, troubles sphinctériens et trophiques. Ils en discutent l'étiologie et la pathogénie et concluent à une myélite secondaire à une embolie microbienne.

Orchite mélitococcique.

MM. Farjot et Dumond rapportent un cas de mélitococcie contractée dans l'Ardèche et dont la principale manifestation, avec les arthralgies, a été une orchi-épididymite avec vaginalite. L'hémoculture permet d'isoler « Brucella melitensis ».

Faut-il déterminer le groupe sanguin de tous les soldats ?

MM. Farjot et Balgairies concluent par la négative : le groupe sanguin ne peut être déterminé de façon scientifique que sur un nombre peu élevé d'individus.

Le syndrome de cardiaque noir chez les gazés de guerre.

MM. Hugonot et Goumel relatent deux observations de syndrome d'asystolie cardio-pulmonaire apparu chez des anciens gazés de guerre. Après un long passé bronchique et pulmonaire les malades avaient vu survenir une dyspnée et une cyanose intense et rapidement progressive avec polyglobulie. Ces manifestations, jointes à l'artérite pulmonaire objectivée par les examens radiologiques, réalisaient le tableau classique du syndrome d'Ayerza.

Névrite au cours d'une scarlatine compliquée de pleurésie streptococcique et traitée par le sérum antistreptococcique de Vincent.

MM. J. Lassale, L. Ferrabouc, G. Andrieu et P. Moutier discutent l'étiologie de cette névrite. Ils penchent pour l'origine scarlatineuse.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du 19 novembre 1935

Sur les indications et les résultats, immédiats et éloignés, des interventions parathyroïdiennes, dans les rhumatismes chroniques.

MM. Langeron, Callens et Fournier. — A propos d'une malade qu'ils présentent, les auteurs précisent les indications de cette méthode de traitement : les conditions qui leur paraissent les plus favorables sont celles de l'ostéo-arthrite sèche (arthroses), avec calcémie supérieure à la normale. Les arthrites inflammatoires semblent peu influencées.

Les résultats, impossibles à prévoir, peuvent être extrêmement rapides, presque immédiats et persister longtemps (trois ans dans un cas). L'état anatomique n'est pas modifié ; l'amélioration porte sur les douleurs, qui disparaissent et sur la fonction, qui redevient presque normale.

Il est probable qu'il s'agit d'actions plus nerveuses et vasomotrices, qu'endocriniennes.

Polypose nasale et méningite syphilitique (Maladie de Woakes).

M. Cordonnier. — Jeune homme de 14 ans, plusieurs fois opéré de polypes des fosses nasales, présente brusquement une affection aiguë fébrile, caractérisée par un syndrome respiratoire et par des signes méningés, pour lesquels on envoie le sujet à l'hôpital. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien fait penser à une méningite tuberculeuse.

Cependant la guérison se dessine. On pense alors à la syphilis que confirme bientôt un B. W. positif dans le sang et l'on fait un traitement spécifique dont les résultats sont des plus favorables.

Deux images radiologiques rares de l'ulcère duodénal : bulbe annulaire et bulbe en nid d'abeille.

M. Bernard. — L'œdème péri-ulcéreux du bulbe duodénal donne des déformations radiologiques bien connues, affectant les courbures et les faces. L'auteur en étudie deux variétés, également caractéristiques de l'ulcère de face.

Un nouveau cas de guérison de psoriasis par le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur.

M. Delattre. — Femme de 37 ans, traitée pour un psoriasis récent par des injections à doses croissantes de vaccin anti-staphylo. Guérison rapide. L'auteur a publié l'an dernier, un fait analogue ; il attribue l'activité du vaccin à une petite dose d'anatoxine qu'il contiendrait et signale à ce propos que l'Institut Pasteur commence à préparer une anatoxine staphylococcique, qui pourrait rendre de grands services.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole de médecine

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publiés sous la direction d'Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Appareil respiratoire. *Deuxième édition.* Tomes I et II. Deux volumes, de 484 pages et 576 pages, avec figures, 1936.

Léon POLLET, médecin des hôpitaux de Paris. — **Les maladies professionnelles. Leur législation.** Préface du prof. agrégé Duvoir. Un vol. 334 p., Prix : 50 francs.

Dr Arthur VERNES. — **S. O. S. Pour la défense de la race.** Préface du docteur Alexis Carrel. Un vol. 64 pages, 1936. Prix : 3 francs.

Chez Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris VIe

Médicus 1936, guide annuaire du corps médical français. Un vol. in-8, relié, 1420 p. Prix : 30 francs.

Médicus 1936 a été établi dans le même esprit que les éditions précédentes de cet annuaire et avec toutes les modifications qui étaient nécessaires. En particulier, les adresses des médecins ont été mises complètement à jour.

Edition DELMAS
6, place Saint-Christoly, Bordeaux

Dr ROCAZ. — **L'hygiène de l'enfant.** CAUSERIES. Un vol. 470 p. Prix : 40 francs.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, 120, Paris

Prof. Noël FIESSINGER, médecin de l'hôpital Necker. — **Endocrinologie.** Un vol. de 152 pages, avec 19 figures. (*Collection des Initiations médicales.*) Prix : 20 francs.

Le cadre de l'endocrinologie est très vaste, si on comprend sous ce nom tous les organes, tous les tissus, toutes les cellules qui possèdent une sécrétion interne. Le Professeur Fiessinger n'a conservé dans ce livre que ce qui intéresse le médecin, limitant son étude aux seules glandes endocrines dont on connaît une ou des hormones.

Division de l'ouvrage : I. Généralités. Les fonctions endocriniennes. — II. Notions préliminaires. — III. L'examen de l'endocrinien. — IV. Les explorations fonctionnelles. — V. Les syndromes cliniques. — VI. Les insuffisances endocriniennes *par entraînement*. — VII. Les syndromes pluriglandulaires. — VIII. Les insuffisances pluriglandulaires frustres. — IX. Les directives thérapeutiques.

Librairie Félix ALCAN
108, boulevard Saint-Germain

E. LEBLANC, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine d'Alger. — **Synthèse des voies de conduction des centres nerveux.** (TOPOGRAPHIE STRUCTURALE). Un vol. in-16, 230 p. nombreuses fig. Prix : 50 francs.

Principaux chapitres : Livre I. MOELLE. — Structure de la substance grise. — Structure de la substance blanche. — Systématisation de la substance blanche de la moelle. — Livre II. TRONC CÉRÉBRAL. — Remarques générales. — Voies de projection entre le tronc cérébral et la moelle ; entre le tronc cérébral et le cervelet ; entre le tronc cérébral et le cerveau. — Voies courtes ne sortant pas du tronc cérébral. — Livre III. CERVEAU. — Voies et centres de projection. Régions sous-optique, sous-lenticulaire, infundibulo-tubérienne, appareils sensoriels.

Imprimerie Muret et Claud, Gap.

Docteur BERNARD. — **Aux Alpins et paysans.**

Souvenirs de guerre, tout frémissants d'enthousiasme et de lyrisme, d'un médecin engagé volontaire à 46 ans. En se remémorant celle qu'on nomme la « grande » il pense avec amertume à celle qui vient. Et pourtant on nous disait « jusqu'au bout ! c'est la dernière ».

G. L.

PUBLICATION DE L'OFFICE CENTRAL DES ŒUVRES DE BIENFAISANCE
175, boulevard Saint-Germain, 175, Paris. (VIe)

Paris charitable, bienfaisant et social. *Edition* 1936. (Un vol. in-16 relié de 1.700 pages. Prix : 38 fr. ; franco, 40 fr.)

Ce vaste répertoire des œuvres de bienfaisance publiques et privées de Paris et du département de la Seine a été mis à jour au 1er novembre 1935. Des notices claires donnent sur chaque œuvre tous les renseignements nécessaires puisés aux sources

mêmes (titres, adresses, conditions de placement, nombre de lits, prix demandés, etc.)

Le *Paris charitable* 1936 est divisé en trois parties. La première partie, *Paris*, comprend les institutions de service social des vingt arrondissements de la capitale. L'assistance des chômeurs, la réadaptation des malades et la rééducation des infirmes ont fait l'objet de notices nouvelles. La deuxième partie, *Seine*, comprend les institutions de service social des quatre-vingts communes du département. La troisième partie comprend des *renseignements utiles aux œuvres*.

Cet ouvrage, très complet, fournit une foule d'adresses, pour les placements les plus divers, en particulier.

Maloine, éditeur
27, rue de l'Ecole de médecine. Paris

Collection des Petits Précis :

Foie. Pancréas. Reins (Rendu). — L'auteur après avoir sur chaque organe rappelé quelques mots d'anatomie et de physiologie, montre comment il faut explorer chacun d'eux en complétant l'examen physique par l'examen fonctionnel. Il passe ensuite en revue les différentes affections auxquelles donne lieu leur atteinte, et insistant, quoique brièvement, sur les grands symptômes pour lesquels un malade vient consulter (ictère, ascite, hématurie, polyurie, anurie...), il montre quelle doit être dans chaque cas l'attitude du médecin.

NOTE THÉRAPEUTIQUE

L'Orthosiphon Stamineus

Diurétique désintoxicant

De récents travaux cliniques et pharmacologiques (1) ont appelé l'attention des thérapeutes sur une drogue, peu employée jusqu'à ce jour en Europe, mais d'utilisation plusieurs fois centenaire dans son pays d'origine, les Indes Néerlandaises, l'Orthosiphon Stamineus.

Plante de la famille des labiées du genre Ocymum, l'Orthosiphon Stamineus, sorte de basilic géant est doué de propriétés diurétiques très marquées et aussi très particulières. Utilisées en infusion les feuilles d'Orthosiphon provoquent en même temps qu'une augmentation considérable de la diurèse une véritable désintoxication de l'organisme en exaltant l'élimination de tous les déchets : urée, acide urique et urates, en particulier.

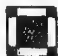
Sous son influence le volume urinaire ainsi que le taux de l'urée excrétée double et parfois triple, quant à l'acide urique son élimination peut dans certains cas être quintuplée par une période de 24 heures. En même temps l'urée sanguine diminue dans de telles proportions que de petits urémiques ont vu leur état s'améliorer puis redevenir normal avec le seul traitement par l'Orthosiphon. Des uricémiques, arthralgiques, voire impotents ont vu leurs douleurs cesser et leurs membres récupérer leur capacité fonctionnelle, au bout de trois jours de traitement, cette amélioration coïncidant avec une élimination massive des urates. Des hypertendus azotémiques ont vu leur tension artérielle s'abaisser au fur et à mesure que leur chiffre d'urée sanguine décroissait.

Enfin, outre son action diurétique, l'Orthosiphon exerce une action sédative très nette sur tous les phénomènes douloureux du tractus urinaire, sous son influence les cystalgies s'apaisent et les urines s'éclaircissent notablement.

La forme pharmaceutique qui semble la plus efficace d'après les travaux récents, est l'infusion de feuilles à 12 pour mille à la dose d'un demi-litre par jour. Agréable au goût cette infusion est indiquée dans tous les cas d'insuffisance hépathique, de lithiase, d'arthrite, d'azotémie, d'uricémie et dans tous les troubes d'origine rénale ou vésicale.

(1) Decaux F. — L'orthosiphon Stamineus. *Presse Médicale*, 22 mai 1935. — L'Orthosiphon Stamineus en Pathologie urinaire. Le *Courrier Médical*, 10 Novembre 1935.

MM. Fernand Mercier, Léon-Justin Mercier et François Decaux. — Essais pharmacodynamiques et cliniques sur les effets diurétiques de l'Orthosiphon Stamineus. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, Séance du 8 janvier 1936.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

L'INTELLIGENCE SOUS LA TOISE

Aux dernières Assises nationales de médecine du 5 janvier 1936, consacrées, comme on le sait, à l'orientation intellectuelle et professionnelle de l'enfant à l'âge scolaire, l'unanimité des orateurs s'est prononcée contre l'examen d'entrée en sixième. Cet examen, on le sait aussi, est celui qui mêle les enfants venus des écoles primaires aux élèves des établissements secondaires et qui, parmi eux, départage ceux qui seront dignes de « l'école unique ».

Georges Duhamel a reproché au système de ne pas avoir donné ce qu'il promettait et ce que beaucoup de partisans (desquels il se flatte d'avoir été) en attendaient. De fermer plus de portes qu'il n'en ouvre ; d'éliminer brutalement des enfants qui n'ont pas pu donner toute leur mesure.

Et la suite des débats a montré que médecins et parents d'élèves en totalité, qu'universitaires en grand nombre pensaient comme lui.

C'est un nouvel exemple d'entreprise bonne, généreuse et logique en son principe qui se révèle à l'usage décevante et funeste.

Les opposants reprochent aux modes d'élimination scolaires d'être rigides, dépourvus de nuances, d'ignorer l'individu ou plutôt de le brimer au nom d'un conformisme rigoureux, bref de ressusciter la méthode sommaire de Procuste.

A cette occasion, il s'est produit une intervention que j'ai écoutée avec un vif intérêt. C'est celle du Docteur André Ombrédane, agrégé de l'Université et assistant de psychologie pathologique à la Sorbonne. L'assistance lui a fait le plus mérité des succès. Cet homme parlait avec clarté et maîtrise d'un sujet qu'il possédait manifestement à fond et qui, aussi manifestement, le passionnait.

Comme tout le monde, le Docteur Ombrédane a exprimé sa défiance à l'endroit des examens scolaires. « Ils sont incapables de discriminer les fonctions qui entrent en jeu dans une tâche donnée parce que les tâches qu'ils proposent, loin d'être adaptées au niveau d'évolution des procédés intellectuels de l'enfant, sont simplement des réductions de tâches pour adultes »... « La stabilité motrice, la docilité du caractère, la continuité et la rapidité de l'attention, le développement de la mémoire auditive verbale, favorisent les succès scolaires. Ces propriétés auront moins d'importance, lorsqu'il s'agira de conduites où l'expérience devra jouer le premier rôle ». Et analysant de quoi sont faits les succès scolaires, l'orateur développe une distinction subtile, à laquelle, peut-être, beaucoup d'entre vous, confrères, n'avaient pas plus que moi réfléchi, et qui paraît tout à fait judicieuse.

On dit, par exemple, d'un enfant qu'il est doué pour le latin. Or « un enfant peut être apte à apprendre par cœur des règles mnémotechniques de grammaire latine et à les appliquer dans le thème, mais être inapte à comprendre des enchaînements logiques, ce qui le desservira dans la version. Il fera un assez bon élève de latin en sixième, mais sera de moins en moins bon élève par la suite, si la fonction logique ne se développe pas suffisamment. En revanche, un enfant de mémoire verbale médiocre, mais ayant un développement plus rapide de la fonction logique, sera inférieur en latin dans la sixième, mais prendra progressivement le pas sur son camarade dans les classes supérieures ».

***

S'il rejoint les autres orateurs des Assises pour combattre les examens scolaires, par contre le Docteur Ombrédane se sépare de la plupart d'entre eux en ce qui concerne les *tests*. On sait ce qu'est la méthode des tests. Inventée par Binet, propagée par Binet et Simon, et adoptée actuellement dans tous les pays, elle se proposait à l'origine de résoudre un problème de simple sélection : trouver un critère qui permet d'éliminer à l'entrée des classes, les enfants incapables de suivre celles-ci avec profit ». Binet imagina de leur poser des questions n'exigeant aucun apprentissage préalable et dont une enquête antérieure avait montré qu'elles étaient résolues par la majorité (75 %) des enfants fréquentant la classe en question, en même temps que trop difficiles pour la majorité (75 %), des enfants de la classe inférieure » (Henri Wallon). Binet se flattait de *mesurer* ainsi l'intelligence d'un sujet. Prétention outrecuidante contre quoi se sont élevés à juste titre les médecins.

Le Docteur Ombrédane, si enflammé qu'il soit pour les tests, n'est pas tombé dans ce travers. Il borne son ambition à « discriminer l'existence, le nombre, le degré, l'équilibre des fonctions intellectuelles d'un enfant à un mo-

ment donné de son évolution ». Et il admet, en outre, que les tests établis jusqu'à ce jour sont encore, pour la plupart, des épreuves constituées un peu statistiquement *sans qu'on se soit préoccupé de déterminer exactement ce qu'on mesurait.* La réserve est suffisante pour justifier les médecins quand ils flairent avec circonspection ce bloc enfariné. Il résulte de tout ceci que Binet a mis sur pied une méthode rigoureuse en son principe, qui mensure des processus intellectuels en long, en large et en travers, énonce des chiffres, distribue des notes, établit des classements, et qui s'avère en fin de compte incapable de nommer ce qu'elle a mesuré et de justifier son classement. Les blackboulés d'une telle sélection seront donc en droit, tout comme les victimes des examens scolaires, de réserver leur désespoir pour de plus hautes conjonctures.

Le Docteur Ombrédane a confronté les résultats des deux méthodes de classement : le scolaire et le métrologique. Il a étudié 21 enfants qui tous avaient été jugés incapables de suivre les cours de la classe supérieure à celle d'où ils sortaient (4e). Il les a, à son tour, examinés à l'aide de toutes sortes de tests adaptés à leur âge. Sur ces 21 recalés, il a trouvé un être tout à fait exceptionnel, dépassant de quatre points le seuil des intelligences très supérieures, trois enfants appartenant aux intelligences supérieures, douze normaux et quatre insuffisants intellectuels. Les plus brillants sont parmi les plus jeunes.

Comparant ses résultats avec les notes scolaires, il s'est aperçu que l'espèce de génie décelé par les tests s'il construit des codes de langage secret à fins policières et dessine les plans d'un canot automobile à hélice aérienne est, par contre, vingtième en latin et que les trois intelligences supérieures lui font bonne compagnie à la queue de la classe. En mathématiques, ces jeunes prodiges ont deux quatrièmes, un dix-septième et un vingtième. Pas très brillant !

Le plus mauvais élève aux tests est cinquième en latin et quinzième en mathématiques. Et c'est pourtant une sorte de recordman pour la mémoire auditive verbale. Au cours de l'année, le cours d'histoire de l'année précédente ayant été perdu par le professeur, cet élève le reconstitua en le récitant par cœur. En quittant cet intéressant élève, je m'en voudrais de ne pas lui indiquer une voie à laquelle le prédisposent de si exceptionnels moyens : les concours de médecine. Il y fournira une carrière foudroyante ; s'il est un peu dépourvu d'originalité, cela n'en vaudra que mieux. Nul, dans trente ans d'ici, ne s'avisera de lui remémorer qu'il fut, un temps, considéré comme un insuffisant intellectuel.

***

De tout cela que conclure ? Le Dr Ombrédane lui-même nous donne le mot de la fin : « Vouloir déterminer l'intelligence d'un enfant, cela n'a pas de sens »... « A la vieille notion métaphysique d'une intelligence donnée une fois pour toutes et comparable à elle-même à chaque moment de l'évolution, l'expérience conduit à substituer la notion de fonctions qui apparaissent successivement au cours de l'évolution avec des vitesses et des modalités d'équilibre extrêmement variables ».

Il est singulièrement aventureux de qualifier, et bien plus encore, de mesurer l'intelligence d'un être, fût-ce un enfant, fût-ce un homme. Il y a tout de même encore, en ce bas monde, des choses qui ne se mesurent pas. Fort heureusement pour nous ! Imaginez-vous une société où l'amour, la haine, l'envie, le goût, la volupté, le courage passeraient à la jauge et figureraient à la fiche anthropométrique ? Et où tout cela pourrait être réglé comme l'avance à l'allumage d'un moteur à explosion ? J'aime mieux partir tout de suite que connaître un tel régime.

Rebuter un enfant, le proclamer insuffisant, le vouer à l'ironie de ses camarades et au mépris de soi-même, tout cela au nom d'épreuves entre toutes discutables et fragiles, voilà, en vérité, un triste travail auquel j'espère que des médecins refuseront toujours de s'associer. Ils savent, eux, que rien de ce qui touche à l'homme n'est définitif, mesurable, matière à arrêt ; non rien en vérité ni l'instant et les auspices de la naissance, ni l'échéance de la mort, ni les penchants de son cœur, ni les voies de sa pensée.

Les examens scolaires pas plus que les tests ne peuvent heureusement, dans leur pédantesque outrecuidance, étouffer la lumière qui attend son heure pour jeter ses rayons. Mais ils peuvent par malheur la charger d'un opprobre et la faire douter d'elle-même. Et pour ce méfait là, ils méritent d'être discrédités.

Et c'est encore au Docteur Ombrédane que j'emprunterai la conclusion, la pitoyable et pathétique conclusion de cette étude.

« Un sujet qui a été renvoyé d'un grand nombre de lycées et de pensions pour indiscipline et défaut de travail scolaire nous a révélé, au cours d'une véritable confession, la première qu'il eût jamais faite, qu'il souffrait depuis les débuts de sa fréquentation des écoles, d'un complexe d'infériorité lié à son nom qui prêtait à de cruelles plaisanteries, non seulement des camarades, mais souvent aussi des maîtres. »

Voilà ! On s'était mis en devoir de mesurer son intelligence, à ce gosse, et on l'avait éliminé comme un cancre vulgaire. Mais personne n'avait pensé que ce cancre pût aussi avoir de la fierté et en souffrir au point de se replier dans un solitaire effacement.

G. Lavalée.

CONSULTATIONS JURIDIQUES DU SOU MÉDICAL

I

Les diplômés de la Faculté de Beyrouth pourront-ils désormais exercer en France ?

Membre de la Commission d'authentification des diplômes, le Président d'un Syndicat médical nous demande des précisions réglementaires sur la Faculté de médecine de Beyrouth, la valeur légale des diplômes et quels sont les droits des titulaires pour exercer la médecine en France.

La Faculté de médecine et de pharmacie de Beyrouth a été fondée le 25 novembre 1883 par les Jésuites de la province de Lyon. En 1887, le Gouvernement français en sanctionna les études, en instituant un diplôme français.

A partir de 1894, et après le décret du 28 février 1899, organisant les études, le diplôme de Beyrouth conféra à ses titulaires le droit de venir s'installer en France et d'y exercer comme diplômés d'Etat.

La Faculté n'est ouverte qu'aux Orientaux, ou aux Européens dont les familles sont fixées définitivement en Orient et qui sont nés en Orient. Point n'est nécessaire d'être bâchelier, ni titulaire du P. C. B., pour pouvoir être admis à faire ses études. Pas de soutenance de thèse.

Les études sont de cinq années et comprennent un enseignement analogue au P. C. N.

Ceci posé, les docteurs de la Faculté de Beyrouth installés en France, continueront à pratiquer dans notre pays. Mais, en ce qui concerne les futurs docteurs, ou ceux qui n'étaient pas inscrits en France, ou n'ont pas déposé leur diplôme avant la loi du 26 juillet 1935, on doit leur refuser le droit d'exercer la médecine en France, pour plusieurs motifs.

S'ils ne sont pas naturalisés Français, ils ne peuvent pas être considérés comme ressortissants de pays placés sous le Protectorat français, puisque la Syrie n'est pas un pays protégé de la France.

Mais, si le docteur de Beyrouth est français par naissance, ou par naturalisation, son diplôme d'Etat ne devra pas être pris en considération, puisque pour son obtention, le titulaire n'a pas justifié des titres initiaux pour l'inscription au Doctorat français.

La loi du 26 juillet 1935 empêche donc les diplômés de Beyrouth de venir désormais s'installer en France, étant bien entendu que ladite loi ne peut pas violer les droits acquis par ceux qui étaient installés régulièrement avant la promulgation de la loi.

Dr Paul BOUDIN.

II

Authentification des diplômes de chirurgiens-dentistes

Un autre président de Syndicat médical nous demande, pour les besoins de la Commission départementale d'authentification des diplômes, le libellé exact du diplôme de chirurgien-dentiste d'Etat. Il nous demande également s'il existe un diplôme d'Université pour les chirurgiens-dentistes.

Quelle est enfin la situation légale de certains dentistes, qui exercent sans diplôme, se disant « patentés » ? En particulier, un praticien exerce la profession de dentiste sans diplôme, mais se refuse à pratiquer toute anesthésie. Il ne paraît pas très âgé, ce qui permet de croire qu'en 1892, il était trop jeune pour être assujetti à la patente. Quelle peut donc être sa situation véritable ?

Voici le libellé du diplôme d'Etat des chirurgiens-dentistes :

« Le Ministre de l'Instruction publique,
« Vu le certificat d'aptitude au grade de chirur-
« gien-dentiste accordé le .... par le Jury
« de la Faculté de médecine de .... Acadé-
« mie de...... à Monsieur........ né à........
« département de....... le......
« Vu l'approbation donnée à ce certificat par le
« Recteur de ladite Académie,
« Ratifiant le susdit certificat,
« Donne par les présentes, à M...............
« le diplôme de chirurgien-dentiste.
« Fait à Paris sous le
« sceau du Ministre de
« l'Instruction publique
« le .... Le Ministre de l'Instruction publique
« Pour expédition conforme :
« Le Directeur de l'Enseignement supérieur :
Le Recteur de l'Académie à...........

D'autre part, en vertu de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, les Universités ont le droit de

délivrer, après examen sur des programmes fixés par elles, des diplômes de doctorat d'Université.

De ceci résulte que principalement pour le doctorat en médecine, il y a deux diplômes : l'un délivré par le ministre au nom de l'Etat français et donnant seul le droit d'exercer en France ; l'autre, délivré au nom d'une Université et ne conférant qu'une attestation d'études, mais ne donnant aucun droit d'exercice légal.

A ma connaissance, il n'existe pas de diplôme d'Université pour les chirurgiens-dentistes ; mais, néanmoins, en vertu des dispositions du décret du 21 juillet 1897 cité plus haut, les Universités ont parfaitement le droit de délivrer des diplômes d'études pour les étudiants étrangers.

Un régime spécial a été organisé pour les dentistes Alsaciens-Lorrains.

Quant aux dentistes dits patentés, l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 leur maintient le droit d'exercer l'art dentaire pourvu qu'ils justifient leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892. Ils ne doivent plus être bien nombreux en France maintenant.

Il faut apporter la preuve que le dit dentiste exerçait effectivement l'art dentaire à cette époque. Ainsi, en décide la Cour de cassation, Chambre criminelle par arrêt du 28 octobre 1926, concernant un dentiste qui s'était fait inscrire au rôle des patentes en 1888, alors qu'il n'avait que seize ans. Condamnation, car il ne justifiait pas être patenté le 1er janvier 1892.

Cet article 32 leur interdit cependant de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur en médecine.

Le Tribunal correctionnel de Montbéliard, par jugement du 30 janvier 1896 (*Concours Médical*, 1897.357) a condamné un patenté qui pratiquait seul des extractions par anesthésie locale, par pulvérisations de chlorure d'étyhle.

Dr Paul BOUDIN.

LA PRATIQUE DES AUTOPSIES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Administration générale de l'Assistance publique à Paris
—
SERVICE DE SANTÉ

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ ÉGALITÉ FRATERNITÉ
—

Paris, le 14 janvier 1936

Le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, à MM. les Directeurs des hôpitaux et hospices.

A l'occasion d'accidents survenus au cours d'autopsies effectuées dans un établissement hospitalier, mon attention a été attirée sur les conditions dans lesquelles ces opérations sont généralement pratiquées.

Aux termes de l'article 75 du règlement sur le Service de santé « les autopsies sont faites sous la direction des chefs des services dans lesquels les malades sont décédés ».

Il ne fait aucun doute que, d'une manière générale, ces dispositions ont été perdues de vue.

En effet, à la suite des constatations faites au cours de l'enquête à laquelle je viens de faire procéder j'ai pu relever que l'exécution de ces opérations est très souvent confiée à des élèves externes auxquels le règlement précité (art. 136) n'a conféré aucune attribution en cette matière.

Je vous prie en conséquence d'appeler l'attention des chefs de service sur l'intérêt que j'attache à ce que les externes n'interviennent en aucun cas d'une manière active dans la pratique des autopsies.

Vous les informerez que les externes qui enfreindraient ces dispositions, ne pourraient, dans l'éventualité d'un accident tel qu'une piqûre anatomique, invoquer le bénéfice des dispositions inscrites à l'article 327 *bis* du règlement concernant la garantie des risques professionnels en cas de blessures imputable à l'opération.

Les externes qui pratiqueraient néanmoins des opérations de cette nature, agiraient sous la responsabilité personnelle des chefs de service.

Vous devrez donc exercer une surveillance très active sur le service des morts au moyen de visites fréquentes à l'amphithéâtre de votre établissement.

Vous vous assurerez en outre que, dans tous les cas, la procédure des autorisations administratives requises en vue des autopsies a été régulièrement suivie, et vous veillerez à ce que les prescriptions réglementaires soient strictement observées en ce qui concerne l'exécution des autopsies par le chef de service lui-même ou, à cet effet.

La présente circulaire sera portée à la connaissance des chefs de service, des internes et des externes.

Signé : Docteur Louis MOURIER.

Commentaires

Cette circulaire doit être considérée sous des angles divers.

1° Du point de vue de l'Administration de l'Assistance publique.

Afin d'éviter aux Services de l'assistance — par conséquent aux contribuables de la Ville de Paris — le poids de la responsabilité civile en cas d'accident survenu à un externe, qui aurait été atteint d'une piqûre anatomique au cours d'une autopsie, M. Mourier trouve très simple d'interdire au dit externe la pratique des autopsies. De la sorte, si un externe vient

a enfreindre ces ordres, il devra en supporter personnellement toutes les conséquences, ou les faire supporter à son chef de service qui lui aura donné l'ordre de préparer une autopsie.

2° Du point de vue médical

Lorsqu'un chef de service veut accomplir ses fonctions d'une manière absolument correcte — et nous osons croire que c'est la grande majorité des cas — il se sert des vérifications post-mortem dans un but scientifique pour lui et son interne, et dans un but d'enseignement pour les élèves.

Or, une autopsie comporte deux genres d'opérations différentes : d'une part, l'ouverture du cadavre, la sortie des pièces, le nettoyage, etc., d'autre part, la coupe et l'examen de ces pièces.

La première partie est essentiellement mécanique. Un externe est donc prié, vers la fin de la visite, de descendre à Morgagni, de faire l'autopsie matérielle et de présenter ensuite les pièces lorsque le patron et le service descendront. A ce moment, c'est le chef et son interne qui vont vérifier les poumons, le cœur, les reins, etc., faire les coupes nécessaires, faire les prélèvements en vue d'examen anatomo-pathologique, et enfin, sur le vu de ces pièces discuteront le diagnostic qui a été posé, la cause de la mort, et en déduiront l'enseignement qu'il faut prodiguer aux élèves qui assistent à la nécropsie.

C'est donc pour gagner un temps précieux pour l'enseignement, c'est pour permettre au chef de service et à son interne de rester plus longtemps dans la salle des malades que le patron donne l'ordre à un externe d'aller préparer le sujet sur lequel doit porter son enseignement pratique.

3° Conséquence de la circulaire

Dans ces conditions que va-t-il en résulter ? Ce n'est pas la circulaire de M. Mourier qui va changer les choses, puisque M. le directeur général permet à un chef de service de donner l'ordre à son externe, d'aller, sous sa propre responsabilité, commencer l'autopsie. Ce n'est par suite qu'un simple déplacement de responsabilité pécuniaire qui va être la conséquence de la circulaire de M. Mourier.

Pourtant, M. le directeur général qui est docteur en médecine doit savoir que la pratique des autopsies à un intérêt capital, non seulement pour la formation scientifique des élèves, mais également pour le développement de la science elle-même. C'est par la vérification sur le cadavre que les médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui constituent l'élite scientifique de notre profession, peuvent patiemment faire des recherches et aboutir enfin à la guérison de certaines maladies. Sans autopsies, les progrès de la science médicale seraient très entravés.

Aussi, puis-je constater à l'heure actuelle, qu'on est aussi en retard que du temps où j'étais interne des hôpitaux de Lyon. Il faut toujours solliciter de la Commission administrative d'un hôpital, l'autorisation de faire une autopsie, et je n'ai pas besoin de dire que ladite Commission administrative, bien que composée de philanthropes, est absolument incompétente du point de vue médical pour accorder ou refuser les nécropsies.

D'autre part, les familles ont le droit de s'opposer aux autopsies. Certaines ligues de braves gens, mais qui n'y connaissent rien, se sont formées pour réclamer les cadavres pour qu'ils ne soient pas souillés par les mains des « carabins ». Ces absurdités ne devraient pas exister à l'heure actuelle, et les hôpitaux civils devraient suivre l'exemple donné par les hôpitaux militaires, dans lesquels les chefs de service ordonnent l'autopsie s'ils la croient utile pour leurs recherches ou pour l'enseignement, et les familles n'ont pas le droit de s'opposer à ces constatations post-mortem.

D'autre part, avouons que la circulaire de M. Mourier comporte un geste qui n'est pas d'une grande élégance. Pour pouvoir démontrer à la cinquième Commission du Conseil municipal de Paris qu'il est très économe des deniers de la ville, M. Mourier, d'un trait de plume, se débarrasse de la responsabilité que son Administration peut encourir au cas bien rare où un externe serait victime d'une piqûre anatomique, pour transporter le poids de cette responsabilité civile soit sur l'externe lui-même, soit sur le chef de service de ce dernier.

Pas d'économie de bouts de chandelle. Et je suis bien certain que si M. le directeur général de l'Assistance publique savait tenir un ferme langage devant la cinquième Commission, il pourrait aisément démontrer que l'intérêt de la science et de la santé publique exige que, sous la responsabilité scientifique du chef de service et la responsabilité civile de l'Administration de l'Assistance publique, les externes peuvent exécuter les ordres qui leur sont donnés pour préparer le travail de nécropsie.

Aussi, une fois de plus, puis-je regretter qu'il n'y ait pas collaboration étroite entre l'Administration purement matérielle d'un hôpital et le Corps médical, qui, non seulement donne des soins aux hospitalisés, mais fait progresser la science française. Que M. Mourier administre les biens matériels de l'Assistance publique, c'est très compréhensible, mais l'Administration scientifique de nos hôpitaux devrait appartenir au Corps médico-chirurgical, sinon à la Faculté de médecine.

Dr Paul Boudin.

A PROPOS DES CAISSES CHIRURGICALES MUTUELLES

A la suite de mon article, j'ai reçu du Docteur Delmas (d'Agen) une lettre que je reproduis intégralement et qui montre la lutte qu'entreprennent les Mutualités contre des organisations médicales destinées à offrir aux malades des soins éclairés à des prix modestes. Nous avons relevé dans cette lettre une phrase de M. Heller qui nous a particulièrement choqués, et quand on connaît le dévouement dont fait preuve le Corps médical, même pour favoriser la mise en route de lois sociales, on s'étonne de la trouver dans la bouche d'un président de la Mutualité.

Dr Raphaël MASSART.

La Fédération des Caisses chirurgicales mutuelles

La Fédération des C. C. M. approuvée par le Ministère du Travail le 5 janvier 1935, groupe un certain nombre de C. C. M. qui se classent en quatre groupes:

1° A. — Créées par le Corps médical au point de vue technique, mais gérées par un Conseil d'administration mutualiste et affiliées à l'Union des Sociétés de S. M. du département ou à la Fédération nationale de la Mutualité française ;

2° B — Créées par le Corps médical, mais gérées par un Conseil d'administ. à prédominance médicale, par suite de l'hostilité de la Mutualité officielle.

3° C — Créées par la Mutualité officielle.

4° D — Créées par la Mutualité confessionnelle (Familiales) en accord avec les données techniques fournies par le Corps médical.

Parmi ces groupes, le 2° B et le 4° D subissent l'hostilité déclarée de la Mutualité officielle.

Le groupe C est composé de Caisses à cotisations trop basses. Leur faillite est probable. Il est à craindre que, pour se sauver, ces Caisses n'abandonnent le libre choix, c'est-à-dire renoncent à leurs principes fondamentaux. Elles seraient, *ipso facto*, exclues de la Fédération.

Outre la liaison entre toutes les C. C. M., la Fédération a pour objet de donner à chaque adhérent de C.C.M. des avantages matériels importants en échange d'une cotisation minime (0,07 centimes par an en moyenne). Or, la Fédération nationale de la Mutualité française, au moment des Etats généraux de la Mutualité a réuni les représentants des C. C. M. et des cliniques mutualistes. La réunion particulièrement confuse a abouti à la nomination de deux sous-commissions dont l'une s'occupant des C. C. M. était présidée par M. Maisier, de Marseille, partisan convaincu des cliniques mutualistes.

La Fédération des C. C. M. n'avait pas été invitée à cette réunion, ni aucun délégué des C. C. L. qui la composent.

A la suite de cette réunion, il a été décidé de fonder une Union des C. C. M., mais ne groupant que les C. C. M. affiliés à une Union départementale reconnue par la Fédération nationale, ou par une société de S. M. affiliée directement à cette Fédération.

Ceci pour éliminer de la Mutualité officielle les C. C. M. dites « Médicales » et les C. C. M. d'origine confessionnelle.

On sait que les cliniques mutualistes, qui ne peuvent fonctionner qu'avec des effectifs considérables, recrutés sur plusieurs départements, obligent les malades : 1° A se faire opérer à la clinique et par un chirurgien de la Mutualité. Ils doivent payer les frais de déplacement pour eux et leur famille et, en cas très urgents, ils ne peuvent pas toujours profiter de la clinique, le transport étant impossible ; 2° De payer des frais de clinique et de pharmacie dont l'importance varie avec chaque cas.

Dans les C. C. M. au contraire, la cotisation couvre *tous les frais* et le malade, opéré sur place, reste au au contact de sa famille et de son médecin habituel. Il est toujours opéré à temps.

Cependant, le président de la Mutualité, M. Heller, tient à la formule « Clinique » et nous a affirmé que c'était le seul moyen d' « empêcher les chirurgiens de ruiner leurs malades modestes ».

Devant une telle incompréhension, devant le sectarisme de la Mutualité officielle qui, quoi qu'elle puisse dire, mêle à la Mutualité des considérations politiques, la Fédération des C. C. M. attire l'attention des chirurgiens et des mutualistes et tient à n'être pas confondue avec une hypothétique Union des C. C. M. créée par la Mutualité.

Nous avons toujours estimé que les cliniques mutualistes provoquaient un détournement de clientèle aux dépens des chirurgiens éloignés de l'établissement et qu'elle aboutissait à un trust de la chirurgie au bénéfice de chirurgiens moins titrés que bien en cour dans certaines sphères administratives.

Les intérêts matériels des chirurgiens sont en cause et il n'est pas sans gravité, pour le public, de restreindre leur situation étant donné la responsabilité dont ils disposent. Les intérêts de la chirurgie sont également en péril, car la formule de la Mutualité aboutirait à la suppression des concours et aux nominations de faveur. Les C. C. M. respectant et équilibrant les intérêts de chacun donnent aux malades des garanties techniques telles qu'elles doivent déterminer un abaissement sensible de la mortalité chirurgicale et des résultats opératoires supérieurs à ce qu'ils ont pu être.

Elles fonctionnent avec des effectifs qui peuvent être très faibles et pour une cotisation qui va de 50 à 30 francs par tête et par an, avec d'importantes diminutions pour les familles. Ces cotisations sont, évidemment, plus élevées que celles des cliniques mutualistes ; mais les *prestations ne sont pas comparables*.

Dr François DELMAS, d'Agen.

LES DÉCRETS-LOIS SONT-ILS ENCORE EN VIGUEUR ?

Un de nos lecteurs nous communique un article de presse, d'après lequel les décrets-lois du 16 juillet-8 août et 30 octobre 1935 pris en exécution de la loi du 8 juin dernier sur la défense du franc seraient devenus caducs depuis le 1er janvier 1936 comme n'ayant pas été ratifiés par le Parlement. Voici au reste les passages principaux de cet article :

Les Décrets-Lois sont caducs

Par J. Jolain

....

Les décrets-lois ont leur source dans la loi du 8 juin 1925 ainsi conçue :

« En vue d'éviter la dévaluation de la monnaie, le Sénat et la Chambre des députés autorisent le Gouvernement à prendre par décrets jusqu'au 31 octobre toutes dispositions ayant force de loi pour défendre le franc.

« Ces Décrets, pris en Conseil des Ministres, seront soumis à la ratification des Chambres avant le 1er janvier 1936. »

On sait qu'en conformité de cette loi plusieurs centaines de Décrets furent publiés.

Tous portent « in fine » cette mention :

« Le présent décret sera soumis à la ratification des Chambres conformément à la loi du 8 juin 1935. »

Le 1er janvier 1936 est derrière nous depuis plus d'un mois ; les décrets n'ont été ni ratifiés ni même soumis aux Chambres, du moins à notre connaissance.

Quelles en sont les conséquences ?

C'est que tout prélèvement sur le paiement normal ne peut plus être opéré.

Qu'il s'agisse de l'Etat débiteur, du locataire, du fermier, etc....

Un délai était imparti pour la ratification. Ce délai est expiré. C'est donc l'ancien règlement qui seul est en vigueur.

Ce qui serait fait en vertu de Décrets-Lois périmés et caducs serait illégal puisque ces décrets sont inexistants.

Le créancier a donc le droit d'exiger l'intégralité de ce qui lui est dû.

Nous devrions même, pour être logique, ajouter qu'il est en droit de répéter ce qui lui a été retenu en vertu desdits décrets proclamés exécutoires immédiatement, mais sous la condition suspensive qu'ils seraient ratifiés avant le 1er janvier 1936.

Cette date étant depuis longtemps passée, les décrets non ratifiés doivent rigoureusement être considérés comme inexistants et il y a lieu à répétition de l'indû.

Quelles que soient les nombreuses critiques qu'ont pu soulever ces décrets-lois, et même la dureté et l'injustice de certains d'entre eux, nous croyons devoir retirer à nos lecteurs toute illusion à ce sujet, et les mettre en garde contre cette prétendue caducité qui n'existe que dans l'imagination de l'auteur de cet article. Les décrets-lois sont et resteront en vigueur jusqu'à ce qu'une loi viennent les modifier ou les abroger.

Laissons hors du débat la question de la validité constitutionnelle de ce procédé législatif. Il y a certes de forts bons arguments pour démontrer son inconstitutionnalité : le Parlement n'ayant que l'exercice et non la disposition du pouvoir législatif ne saurait le déléguer valablement au Gouvernement ; mais l'on peut répondre à cet argument que les décrets-lois ne sont pas pris en exécution d'une délégation des Chambres, mais en vertu du pouvoir réglementaire propre du chef de l'Etat, après délégalisation par le Parlement de certaines matières législatives, cette délégalisation étant parfaitement valable puisque la constitution de 1875 n'a pas tracé de frontières rigides entre matières législatives et matières réglementaires (Barthélemy, Traité de droit constitutionnel, p. 775). En outre, cette question est dépourvue de tout intérêt pratique puisque aucune juridiction en France ne s'est reconnu le pouvoir d'apprécier la constitutionnalité des lois.

La thèse de M. Jolain est la suivante : d'après la loi du 8 juin 1935 et les décrets-lois eux-mêmes, ceux-ci devaient être soumis à la ratification des chambres avant le 1er janvier 1936. Aucune loi n'ayant prononcé avant cette date cette ratification, les décrets-lois sont anéantis pour l'avenir *et pour le passé*. Cette thèse est totalement inexacte ainsi que nous allons le montrer.

La seule obligation imposée au Président de la République par la loi du 8 juin dernier est que les décrets-lois soient « soumis à la ratification des Chambres avant le 1er janvier 1936 ». Il n'est évidemment pas nécessaire que le Parlement statue formellement, car ce dernier est libre de son action, et le Président de la République ne peut être responsable du retard des Chambres.

Celui-ci a rempli tout son devoir et respecté les formes légales du moment que les décrets-lois ont été déposés par lui sur le bureau des Chambres avant le 1er janvier.

Aussi, tant que la décision du Parlement n'est pas intervenue, le décret soumis à la ratification a-t-il force obligatoire. Comme le déclarait le Président du Conseil au Sénat, à propos des décrets-lois de 1926, « la ratification n'interviendrait jamais qu'ils auraient éternellement force de loi » (Séance du 18 mars 1927. Débats parlementaires, p. 283, Barthélemy, *op. cit.*). Par suite, en admettant même que le Parlement n'ait pas ratifié encore les décrets-lois, ceux-ci sont encore en vigueur tant pour l'avenir que pour le passé. La seule conséquence du défaut de ratification consiste simplement en ce que les décrets-lois restent soumis au régime juridique des règlements : un autre règlement pourrait les modifier ou les abroger ; ils sont, d'autre part susceptibles de recours pour excès de pouvoir, devant le Conseil d'Etat (jurisprudence constante sur ce point : V. not. Conseil d'Etat, 29 novembre 1935, *Semaine juridique*, 1936-119).

Il appartient dans ce cas au requérant de démontrer que le Gouvernement est sorti des limites tracées par le législateur, et que la mesure incriminée ne peut avoir pour but de défendre le franc. Le Conseil d'Etat a fait preuve sur ce point d'une jurisprudence très extensive ; nous croyons malgré tout qu'il ne pourrait trouver que de bien lointains rapports entre la défense du franc et l'interdiction du cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement hospitalier et de médecin de cet établissement, chère à M. Ernest Lafont. Mais passons...

Ainsi même si les décrets-lois n'ont pas encore été ratifiés, leur validité resterait entière, contrairement aux conclusions de M. Jolain. Mais ce dernier, est-il bien sûr que cette ratification ne soit pas intervenue, au moins pour le plus important d'entre eux, à savoir pour celui instituant un prélèvement général sur les dépenses publiques. Notons en effet qu'il n'est nullement nécessaire qu'elle soit prononcée formellement par une loi de circonstance, et qu'elle peut n'être qu'implicite. Or, cette ratification implicite ne résulte-t-elle pas de la loi de Finances du 31 décembre 1935 dont l'art. 54 s'exprime ainsi : « Le troisième alinéa de l'art. 2 du décret du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général de 10 % sur les dépenses publiques est modifié ainsi qu'il suit, etc. ». D'autres décrets-lois sont ainsi visés dans la loi de Finances ; cette modification partielle par une loi entraîne d'elle-même à notre avis la ratification du décret qu'elle vise. Cette ratification a d'ailleurs pratiquement peu d'importance ; ses seules conséquences consistent à faire passer le décret du régime juridique du règlement sous le régime juridique de la loi, à empêcher ainsi sa modification ou son abrogation ultérieure par un autre décret, et à le rendre insusceptible de recours juridictionnel.

Aussi, pour conclure, abandonnerons-nous notre titre dubitatif, et répondant à une affirmation par une affirmation, nous dirons quelque regrettable que cela puisse être, que « *les décrets-lois sont toujours en vigueur.*

Jean Mignon.

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Tarif à appliquer aux séances radiothérapiques

J'ai reçu de mon confrère et ami Bobrie, de La Rochelle, la lettre suivante à laquelle était jointe une « Consultation » (c'est le mot propre) donnée, sur sa demande, par le ministère des Pensions au sujet du Tarif à appliquer pour des séances radiothérapiques. Cette réponse intéressera beaucoup de confrères radiographes.

F. Decourt.

Je suis resté un fidèle lecteur du *Concours* et, dans un dernier numéro, j'ai lu votre réponse à un confrère qui vous avait demandé un renseignement pour le tarif à appliquer aux séances de radiothérapie.

Comme vous êtes la Providence des médecins dans l'embarras je me permets de vous adresser copie d'une réponse du Ministre des Pensions à une question que je lui avais posée sur le même sujet et que j'ai adressée aux radiographes de mon département.

Dr Ch. Bobrie.

Ministère des pensions — Paris, le 8 avril 1935

Service des soins gratuits

A Monsieur le Préfet de la Charente-Inférieure,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que : les instructions prévues par le décret du 24 mai 1933 (versement de la radio au dossier de l'intéressé) n'entraînent aucune dépense nouvelle, attendu que ce décret prévoit le dépôt au dossier de l'inscrit *d'originaux* et non de *copies* : la radio elle-même pour les examens radiologiques et le calque pour la radioscopie.

En ce qui concerne le tarif à appliquer aux séances de radiothérapie et les différents cas à envisager, la Commission supérieure, saisie de la question, s'est arrêtée aux conclusions suivantes :

« Il y a lieu de considérer pour chaque cas d'espèce les conditions cliniques et les nécessités thérapeutiques.

On ne saurait décider que compte tenu de ces conditions ; Par exemple s'il s'agit d'un cancer viscéral profond les irradiations doivent être faites, le cas échéant, par des portes d'entrées distinctes, les faisceaux de rayons devant converger vers la tumeur sans passer par les mêmes territoires cutanés.

Ces rayons devant, dans certains de ces cas, émaner ou d'appareils à tension supérieure à 200.000 volts ou, dans d'autres cas, d'appareils à tension moyenne comprise entre 150 et 200.000 volts. Il convient donc :

1° De tenir compte du nombre des portes d'entrée ;

2° De la puissance de l'appareillage employé ;

3° De demander une stricte application de l'article 18 du décret du 25 octobre 1922, les Commissions devant être averties dès la décision des médecins, du traitement qu'ils pensent nécessaire d'appliquer et des modalités propres à chaque traitement : fixation des portes d'entrées ; de la quantité d'R à faire pénétrer et de la puissance des appareils employés.

Les tarifs doivent être, tenant compte de ces bases, compris dans la limite des tarifs de l'article 80 paragraphe 6 soit entre 30 et 150 francs ; soit : les tarifs de 30 à 75 francs correspondant aux applications superficielles faites avec des appareils de puissance inférieure à 150.000 volts et pour des séances de 500 à 1.000 R ; le tarif de 75 à 100 francs s'appliquant aux applications faites avec des appareils de puissance de 150 à 200.000 volts pour des séances de 500 à 1.000 R.

Le tarif supérieur applicable aux appareils de 200.000 volts et au-dessus pour des doses de 500 à 1.000 R.

Chaque application d'une dose nouvelle faite au même malade au cours de la même séance, pouvant, après avis de la Commission tripartite, être rémunérée bien que faite au cours d'une même série ».

A PROPOS D'UN ARTICLE DE PRESSE SUR LE NOMBRE ET LA RÉPARTITION DES MÉDECINS

Il y a quelques semaines paraissait dans un journal politique un article sur le Corps médical en France et dans les Colonies. L'auteur, M. B. de B., concluait qu'il n'y avait pas assez de médecins, et que la répartition était détestable et à l'appui de sa démonstration, il apportait des statistiques.

Déjà, un de nos confrères a relevé le caractère tendancieux de cet article, dans un des derniers numéros du *Concours Médical*. Nous ne voulons pas revenir sur tous les détails, ni sur les comparaisons apportées par l'auteur. D'abord, le problème médical est différent, selon qu'il se pose en France ou aux Colonies. Nous pouvons seulement regretter qu'on ait pensé bien tard à offrir aux médecins des Colonies des situations honorables, encore que bien des questions ne soient pas résolues. Et quand on compare leurs situations (compte tenu du travail exigé, et de ses dangers) aux situations faites par exemple aux membres du Corps enseignant français détaché en Egypte, il reste une certaine amertume.

Quoiqu'il en soit, je veux simplement attirer l'attention sur la façon dont un journaliste politique sollicite les chiffres pour défendre une thèse. Nous voulons bien admettre *a priori* que M. B. de B. en écrivant l'article était sincère, qu'il n'avait aucune arrière-pensée, et qu'il n'était «mandaté» (sans jeu de mot) par aucune organisation pour jeter le trouble dans le Corps médical. Il n'en reste pas moins que de la lecture de l'article se dégagent pour les personnes informées deux conclusions :

1° Trop de journalistes, ou prétendus tels, se préoccupent peu de la vérité fondée sur des faits exacts ;

2° Ces journalistes en s'appuyant sur des chiffres apparemment exacts et en tirant des conclusions fausses trompent l'opinion.

C'est ainsi que, pour ne prendre qu'un exemple que nous connaissons parfaitement, M. B. de B. signale dans la Somme, le canton de Nouvion (7.700 habitants), comme possédant un seul médecin, alors qu'à côté le canton de Rue (12.200 habitants) en possède un pour 1.700 habitants. D'où insuffisance et mauvaise répartition.

Si M. B. de B. avait bien voulu se renseigner au lieu de prendre un annuaire, il aurait appris qu'il y avait un autre canton voisin, celui d'Ailly (7.700 habitants), qui possède sept médecins, soit un pour 1.100 habitants ; et que ces trois cantons réunis possèdent quinze médecins pour 27.600 habitants soit un pour 1.800 habitants. D'où il aurait pu conclure : 1° qu'un médecin pour 1.800 habitants est plus que suffisant (si l'on veut bien admettre qu'un médecin a droit au pain quotidien, avec un peu de beurre dessus) ; 2° que les communes du canton de Nouvion sont, pour les trois quarts, desservies par les médecins des cantons de Rue et d'Ailly. Tout cela est une question de situation géographique.

J'arrête cette discussion.

Cependant le ton tendancieux de l'article de M. B. de B. doit nous mettre en alerte. Déjà, il y a quelques mois, avait paru dans *Excelsior*, une interview (?) de M. le directeur de l'Enseignement supérieur qui avait fait rire le Corps médical « Ils ont tous des autos (?!) ; ils vont aux sports d'hiver (?!), ils gagnent trop... ». La plupart d'entre nous avaient ri ; mais quelques-uns avaient grogné, qui savaient que certains milieux politiques veulent mettre à mal le Corps médical pour le punir de garder une liberté de pensée et d'expression qui est vraiment un peu trop rétrograde !

Est-il permis d'espérer que ces Messieurs voudront bien réfléchir avant de continuer leur campagne, et qu'ils comprendront qu'il vaut mieux être avec nous que contre nous ?

D[r] HERDÉ.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Docteur CABANÈS. — **Grands névropathes.** Tome III. (édition Albin Michel).

Dès 1886, Cabanès se livrait à l'étude de la psychopathologie et publiait un article sur *Les Souverains Névropathes.* Il se passionnait pour cette sorte d'études et c'est pour faciliter les recherches de ce genre qu'il fonda en 1907 la Société médico-historique. Sous le titre de *Grands Névropathes*, il fit paraître deux volumes sur les grands hommes qui furent des névropathes. Il eût, certes, s'il eût vécu, complété cette série. Mme Bl. Cabanès, groupant des études dispersées du regretté historien, a fait paraître un nouveau volume sur les Grands Névropathes qui sera vraisemblablement le dernier de cette série. Douze hommes de lettres ou artistes étrangers font chacun l'objet d'un chapitre.

Hoffmann à la fois musicien, peintre, comédien et auteur dramatique, était dès son enfance un mystique qui devint alcoolique et halluciné. L'excitation alcoolique joua certainement un rôle dans l'inspiration de ses Contes. Il mourut atteint de polynévrite alcoolique avec troubles gastro-hépatiques.

Henri Heine, disciple de Hegel, s'était converti au protestantisme pour devenir docteur en droit.

Il souffrit pendant de longues années un véritable martyre. Ptosis, paralysies, contractures, névralgies paraissent les symptômes du tabès. Ses souffrances furent un stimulant à son génie et accrurent l'ironie qui le caractérise. Il mourut avec sérénité, bien qu'ayant conservé ses croyances épicuriennes.

Jonathan Swift, l'auteur des voyages de Gulliver, était un original qui se plaisait aux mystifications même auprès de ses paroissiens, car il était curé dans un misérable bourg d'Irlande. D'un orgueil insensé, peut-être accru par les humiliations qu'il subit dans sa jeunesse, il mourut épileptique et dément.

Thomas de Quincey fut un visionnaire, mythomane et opiomane.

Coleridge, instable, mélancolique, visionnaire devint aussi opiomane.

William Cooper, poëte original, fut interné à la suite d'une tentative de suicide. Atteint de délire mélancolique avec idées d'auto-accusation et de persécution, il mourut présentant de l'anasarque, probablement dûe à une cardiopathie.

Alfred Tennyson, le poëte lauréat, était un névropathe, sujet à des crises d'extase à l'état de veille et était persuadé de l'origine divine de son inspiration de poëte.

Chopin était un grand névropathe ; son existence tourmentée fut un long martyre. Sa nervosité était excessive. Recherché et adoré par les femmes, il eut une liaison avec George Sand, dont il fut victime et qui hâta l'évolution de la tuberculose qui devait l'achever.

Nicolas Gogol sombra dans le mysticisme et la folie.

Goutcharov, un émule de Gogol, était hypochondriaque, sujet au spleen, un demi fou, qui atteint néanmoins le seuil de sa quatre vingtième année.

Lermontov qui fut un des représentants les plus brillants du romantisme russe, était atteint d'un orgueil maladif. Ses difformités physiques le rendaient hargneux et vindicatif. Il fut tué dans un duel provoqué par son ironie blessante.

Dostoïevsky qui a été souvent comparé à J.-J. Rousseau, était épileptique, sujet à des crises d'amnésie. Son affection a certainement influencé son art. Il se plaisait à peupler ses romans d'aliénés.

J. N.

Gœthe : **Werther.** Introduction d'Edmond PILON.
Illustrations en couleurs de A. CALBET. (L'édition d'art H. Piazza, Paris., MCMXXXV).

Werther, le premier chef-d'œuvre de Goëthe, est le roman de sa jeunesse. Nous nous souvenons l'avoir lu à 18 ans et nous être apitoyés sur les souffrances de ce jeune amoureux et un peu plus tard, le drame lyrique de Massenet, tiré du roman, a réveillé chez nous les mêmes émotions. Pour les ressentir, il faut être jeune et comme l'a fait remarquer Sainte-Beuve, dans un de ses *Lundis* : « Ce n'est pas le désespoir, c'est plutôt l'ivresse bouillonnante et la joie qui président à la conception de Werther : c'est le génie de la force et de la jeunesse... »

M. Edmond PILON, avec sa sensibilité et sa délicate compréhension de tout ce qui touche à la nature et à la vie sentimentale, était bien le critique désigné pour écrire une introduction à la belle édition de Werther, si délicieusement illustrée par M.-A. Calbet.

M. E. Pilon rappelle les jugements de Napoléon, de Herder, de Barrès qui ont reproché avec quelque raison à Goëthe d'avoir conduit Werther au suicide non seulement par la souffrance morale de sa passion malheureuse pour Charlotte, mais encore par les chagrins causés par son ambition froissée.

Il faut considérer deux parties dans Werther, l'idylle charmante, adornée de descriptions champêtres dont la fraîcheur et le coloris évoquent les plus belles pages des *Confessions* de J.-J. Rousseau et la terminaison dramatique qui, un peu artificiellement, vient servir de dénouement à cette œuvre romanesque. La première partie, l'élégie champêtre,

est inspirée par le souvenir de scènes sentimentales de la jeunesse de Goethe et cette inspiration est d'autant plus captivante qu'elle a été vécue. Le dénouement est emprunté à un simple fait divers qui fit quelque bruit à l'époque, le suicide d'un jeune diplomate, Jérusalem, devenu amoureux fou et sans espoir de la femme d'un de ses collègues. Quelle différence entre le Goethe de *Werther* et celui de *Faust* et des *Affinités électives* !

J. Noir.

Raymond Groc. — **Le Désir mis à nu.** Poèmes. Dessins de Paul Alex Deschmacker, 3e édition. (Le Bon Plaisir, 2, rue Romiguières, Toulouse 1935).

R. Groc, bien que médecin, est poète. Mais il n'est pas de ces poètes langoureux et larmoyants dont la T. S. F. ressassent à nos oreilles excédées les vers et les chansons sentimentales. Il fait fi de l'amour-sentiment et chante le désir, *le désir mis à nu* parfois un peu brutalement. Les dessins très suggestifs de Deschmacker illustrent comme il convient les poésies de R. Groc. Certains trouveront que la conception assez crue de l'auteur est quelque peu cynique. D'autres approuveront son mépris de l'hypocrisie conventionnelle qui se recouvre du manteau de la pudeur et qui est au fond plus perverse que les strophes les plus audacieuses. Après tout R. Groc n'a pas écrit ses poèmes pour en enrichir une anthologie à l'usage des jeunes filles.

Mais le cynisme affecté de R. Groc ne cacherait-il pas tout simplement une peur morbide de l'amour-sentimental et par une sorte de bravade sexuelle ne chercherait-il pas à nous donner le change sur ses vrais sentiments ? On pourrait le croire en lisant certains poèmes, tel celui-ci :

« Certain soir, brûlant d'amoureuse fièvre,
Vous me plaisiez tant que j'étais à vous
Si vous aviez pris brusquement mes lèvres,
Enlacé ma taille et puis osé tout !

Mais au lieu d'agir, d'un air par trop grave,
Vous voilà tremblant, me faisant la cour ;
Je vous plantais là craignant d'être esclave,
Non de mon plaisir, mais de notre Amour. »

J. N.

Syndicat des Médecins du Rhône

6 novembre 1935

Jugement du Conseil de famille (cas du Dr X...) — Le Conseil de famille départemental du Rhône,

. . . .

Considérant que, si le Docteur X... ne fait pas partie du Syndicat des médecins du Rhône, tout médecin, même non affilié à un Syndicat, relève de la juridiction du Conseil de famille, lorsqu'il a adhéré à la convention Syndicat-Caisses, ou lorsqu'il participe, de façon effective, au fonctionnement de la loi sur les Assurances sociales en signant notamment les feuilles de soins ;

Considérant que le Docteur X... remplit ces conditions, puisqu'il a signé des feuilles de soins des assurés sociaux ;

Considérant que, sans vouloir apprécier du point de vue doctrinal la méthode thérapeutique (sympathicothérapie) utilisée par le Docteur X.... chez Mme Z..., il apparaît que dans son application, le Docteur X... a demandé des honoraires à forfait et payés d'avance, qu'il s'agit là, pour lui, d'une pratique assez habituelle, qu'il se livre d'autre part à une publicité dans la grande presse, de tels actes étant contraires aux règles traditionnelles de l'exercice de la médecine ;

Pour ces motifs, donne défaut contre le Docteur X..., non comparant quoique régulièrement convoqué ;

Prononce contre le Docteur X... par application de l'art. 19 des Statuts du Syndicat, la peine de l'*exclusion temporaire pour dix ans* du droit de donner des soins aux assurés sociaux de toutes les Caisses d'assurances sociales avec lesquelles le Syndicat a passé convention.

LE SALON DES INDÉPENDANTS

Le Salon des Indépendants redevient cette année lui-même. Les grandes vedettes qui l'an dernier avaient boudé, ont repris contact avec leurs collègues : c'est la trêve, c'est la réconciliation. Cela réalise une renaissance de ce Salon et si ce retour n'y apporte pas un afflux de chefs-d'œuvre, il crée néanmoins un nouvel élément de curiosité. Du reste, aux Indépendants on trouve de tout, depuis les incohérents et les fauves jusqu'aux purs classiques.

Parcourons les 44 salles de ce salon renfermant environ 4.000 œuvres diverses qu'il faut apprécier avec sa sensibilité personnelle.

Une des premières toiles qui attire les regards est la *Symphonie d'été* de Chapelain-Midy d'une tonalité particulière, puis les paysages de Lucien Aubert, la *Vallée de l'Ouvèze* (*Vaucluse*) et les *Gorges de la Restonica* (*Corse*), morceaux d'une charmante harmonie (3). Dans la salle voisine (4) on voit les *Fleurs* si riches en couleurs de Nerée-Gautier et aussi sa *Nature morte*, les *Paysages de Paris* de J. Lefort et surtout sa *Rue de Rivoli*, la vue de *La mer à marée basse* si réaliste de Léopold Pascal, enfin cet ensemble de *Vues de Paris et des environs* de L. Bauche où il y a des choses intéressantes (5).

Très artistique marteau de porte, la *Femme aux serpents*, de A. Destouesse (6). Nous prenons le plus grand plaisir à admirer la série des toiles de M. Berthe, son *Canal à Couilly* et plusieurs paysages d'agréable composition et le *Portrait* de Clément Serveau d'une savante facture (7). Nous signalerons, salle 8 le *Paysage provençal*, de H. Baret. C'est aussi dans cette salle qu'on peut regarder la *Symphonie verte* et la *Symphonie rouge* de Valensi, que je m'efforce mais en vain de comprendre. Tableau très émouvant dans sa simplicité : *Deuil en Saintonge* de J. Bouchez, *Les marronniers* d'Etève, la *Vieille rue de Vence* de Gisèle Limouzi et *Un nu* qui ne manque pas de qualité de Suzanne Cattan sont des œuvres qui doivent retenir l'attention. Dans la très intéressante rétrospective de Loiseau salle 9, nous avons surtout admiré le *Clocher de Saint-Maclou à Pontoise*, la *Cathédrale de Chartres par brouillard* et l'*Avenue de Friedland* toute ensoleillée. Quelques *Bustes* de G. Muguet (10), en pâte de son procédé, accusent de grandes qualités. Curieuse technique d'Haugou dans ses bas-reliefs peints de la *Trinité de Vendôme* qui donnent de réalistes perspectives.

Dans la salle 12 des paysages de Veillet ne manquent pas de charme. J'en dirai autant de ceux de Chenard-Huché, la salle 13 est consacrée à quelques as des Indépendants, artistes plus faciles à citer qu'à apprécier, c'est *Notre-Dame de Paris* d'Utrillo, la tête de femme, *Dignité* de Waroquier, le *Coin de table* de Bonnard, deux *Paysages* nuageux et humides de Wlaminck, la *Plage* de Laboureur, les *Nus* riches en opulence de chair de Suzanne Vallodon, le *Nu couché* d'Othon Friesz et pour terminer la très remarbquable vue des *Quais de Paris* par brouillard de Marquet, pièce capitale.

Suzanne Fegdal (15) nous offre de fraîches *Vues de plage* et Berjonneau nous présente une *Opération du Dr Claoué*. Nous nous arrêtons avec satisfaction devant la rivière animée par une foule de barque de Urbain (17) et la *Figure accoudée* de B. Py.

La salle 2 est le domaine du nu et je répéterai cette appréciation si juste d'un critique : « Il y en a pour tous les goûts, surtout les mauvais. La tendance est ici tétonnière et fessue ». Je pourrais en dire autant de la salle 25, en donnant une mention spéciale de satisfaction au *Noir et Blanc* de Louise Lavrut.

La rétrospective de Signac décore de ses marines bleutées la salle 22. Bon portrait de l'artiste par sa fille.

Adrienne Jouclard (26) est moins mouvementée que d'habitude dans ses tableaux *de Chambrey* et sa *Moisson*. Bel effet de soleil sur mer dans ses *Vues du Morbihan* de Lefèvre-Defive (27). Agréables *Paysages* de P. Berjole (29) . Assez bon *Nu vu de dos* de Schelley (31).

La rétrospective de Vuillemier, avec ses *Etudes de Barques et de ports*, présente d'heureuses recherches (32) *Le matin clair en Bourgogne* de G. Venet est d'une vision agréable. J'aime également l'*Arrivée au village* de Coulomb (Seine-et-Marne). Nu bien étudié de Suzanne Philippon (33). Dans la salle 34, surtout destinée à la sculpture on apprécie la *Femme assise* et le *Buste de Bourdelle* de Barry. Consciencieuse nature morte, le *Chou*, de R. Natter (35). La salle 36 est encore une salle de maîtres ; c'est le salon carré des Indépendants. On y voit la *Barque* de Dufy d'une puérilité naïve, les *Lignes de la main* de Gromaire d'une exécution très particulariste, les œuvres très personnelles de L'Hote et les deux grands tableaux d'inspiration politique *le 14 juillet* et le *Front populaire* avec glorification du drapeau rouge. Séguin nous montre les *Vues pittoresques de Martigues* (37). Nous nous arrêtons au passage devant un excellent *Portrait* à la sanguine *du Dr Roucayrol* de E. Aillet (38), la *Rue Saint-Julien-le-Pauvre* de G. Sceveau d'un éclairage si lumineux est une des meilleures choses de ce Salon (37) devant le

Pardon en Bretagune de Massin et le *Portrait du Dr Flandin* de F. Courché (37). Plus loin salle 39 nous signalons le panneau *de fleurs* aux tons si chauds de Cheppy, la *Sieste* de Villain (40), charmante physionomie d'un enfant dormant la tête sur les genoux d'une fillette. J. Weismann nous charme toujours (41) avec ses nus d'une touche si délicate comme sa *Vénus* de 1935. Comme curiosité les *Portraits* peinture-sculpture de Daisy-Brice et la *Joconde* de Boccani à comparer avec celle du Louvre (42) puis la charmante composition de *Pierrette et Arlequin* de René Péan, le *Chemin de ferme à Moissy* de Marguerite Rey, l'*Ensemble* d'Andrey-Prevost (43), la *Vision d'une ambulance du front* d'Amblard. Terminons par le *Nu couché* de A. Nagorski bien construit (32).

Peu de choses dans la sculpture mais une mention spéciale pour la magnifique amazone bien classique de Chauvel, le nu, bronze de Popineau, la jeune fille de Gimond et le colossal masque d'Herriot, grosse tête mais rien dedans dit un visiteur.

N. B. — Les numéros indiqués sont ceux des salles.

M. Dr Vimont.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration

16 *janvier* 1936

Présents : MM. Noir, *président* ; O'Followell et Pamart, *vices-présidents* ; Fischer, *trésorier* ; Jean Mignon, *trésorier adjoint* ; Henri Mignon, *secrétaire général* ; Boëlle, Henne, Mazeroux, et Marcel Mignon, *membres* ;

Excusés : MM. Gassot, Boudin et Maurat.

Indemnités maladies et accidents

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons B et MA

2	Maurat, 45 jours	470 fr.
19	Delobel, 36 jours	360 »
25	Armand, 3 mois	300 »
42	Roy, 60 j. + 1 mois et 10 j. chr.	733 35
49	Salles, 3 mois	300 »
133	Archambault, 3 mois	300 »
142	Duclaux, 2 m. et 25 j. chr. (mort le 25 septembre 1935)	283 25
145	Simonneau, 42 jours	420 »
199	Tissier, 2 jours (mort le 26 décembre 1935)	20 »
367	Rossigneux, 3 mois	300 »
375	Pierrhugues, 45 jours	450 »
400	Lablancherie, 60 jours	600 »
458	Santelli, 15 jours	150 »
483	Levassort, 2 mois et 18 j. chr. (mort le 18 décembre 1935)	259 95
504	Delucq, 3 mois	300 »
523	Ferrand, 3 mois	300 »
569	Cadilhac, 3 mois	300 »
616	Daubois, 3 mois	300 »
634	Pize, 25 jours	250 »
653	Duhamel, 3 mois	300 »
668	Douare, 45 jours	450 »
670	Giraud, 3 mois	300 »
700	Rey, 3 mois	300 »
801	Roche, 1 mois et 27 j. chr. (mort le 27 novembre 1935)	190 »
908	Gardette, 3 mois	300 »
910	Mendel, 3 mois	300 »
946	Bézy, 3 mois	300 »
975	Garès, 47 jours	470 »
1002	Traby, 3 mois	300 »
1038	Coste, 3 mois	300 »
1044	Davet, 20 jours	200 »
1075	Guidi, 3 mois	300 »
1102	Mouribot, 58 jours	580 »
1122	Jullien, 57 jours	570 »
1216	Allanic, 49 jours	490 »
1259	Rilhac, 3 mois	300 »
1272	Molinéry, 3 mois	300 »
1281	Kerrieu, 3 mois	300 »
1298	Quesnel, 7 jours	70 »
1319	Mathieu, 3 mois	300 »
1359	Manesse, 60 j. à 10 fr. + 1 mois et 8 j. chr.	726 65
1363	Bernard, 3 mois	300 »
1377	Cortet, 3 mois	300 »
1395	Odéyé, 25 jours	250 »
1524	Jourdin, 60 j. à 10 fr. + 1 mois et 27 j. chr.	790 »
1671	Gerbier, 26 jours	260 »
1693	Leibovici, 3 mois	300 »
1714	Daubret, 27 jours	270 »
1718	Abarnon, 3 mois	300 »
1799	Castagnoni, 3 mois	300 »
1866	Laufer, 35 jours	350 »
1896	Roure, 3 mois	300 »
1964	Aujaleu, 20 jours	200 »
1967	Guillard, 1 mois et 9 j. chr (mort le 9 août 1935)	130 »

Combinaison MA^2

26	Vire, 32 jours + 1 mois et 20 j. chr.	973 20
333	Delou, 30 jours	600 »
393	Godniodnsky, 24 jours	480 »
524	Fraikin, 17 jours	340 »
763	Rault, 3 mois	600 »
777	Thomas, 16 jours	320 »
1003	Lapeyre, 13 jours	260 »
1069	Leroy, 3 mois	600 »
1130	Virenque, 5 jours	100 »
1172	Renoult, 3 mois	600 »
1187	Nicolas, 18 jours chr.	120 »
1703	Mons, 31 jours	620 »
1758	Mourre, 2 mois et 8 jours chr.	453 30
1942	Ruais, 16 jours	320 »

Combinaison MA[3]

712	ROUCHOU, 5 jours	150 »
1952	BARLATIER, 30 jours	900 »

Combinaison MA[4]

107	BENTKOWSKY, 12 jours	480 »
1229	MATTÉI, 31 jours + 2 mois chr.	2.040 »

Combinaison MA[5]

62	NOUGARET, 11 jours	150 »
148	DUCRUET, 24 jours	1.200 »
599	CALAZEL, 28 jours	1.400 »
704	BONAFOUS, 22 jours	1.100 »
862	CENDRÈS, 29 jours	1.450 »
900	ALLOTTE DE LA FUYE, 27 jours	1.350 »
933	BORREY, 6 jours	300 »
955	ROGER, 12 jours	600 »
1339	VIGUIER, 32 jours	1.600 »
1430	DELBÈS, 11 jours	550 »
1431	VAUDIER, 3 jours	150 »
1470	BAPTESTE, 10 jours	500 »
1930	VIARD, 26 jours	1.400 »

Comme pour les années précédentes et pour la dernière fois, le Conseil décide que la Caisse auxiliaire prendra à sa charge la cotisation du Docteur Kerrien.

Le Docteur Odeyé, qui est à la limite d'âge, et sort le 1er janvier 1936, fait don à la Caisse auxiliaire des 250 francs que le Conseil vient le lui voter à titre d'indemnité. Le Conseil adresse au confrère Odeyé, ses remerciements les plus sincères pour le geste généreux qu'il fait à notre Caisse auxiliaire si précieuse pour nos membres dans la gêne.

M. le Docteur Laufer, de Paris, n'ayant pas fait sa déclaration de maladie dans les délais exigés par les statuts, le Conseil décide qu'il sera retenu sur son indemnité, à titre d'amende, une somme de cent francs qui seront versés à la Caisse auxiliaire.

Pensions aux veuves

4	Madame LEPAGE (Paris)	150 »
13	Mineur DESHUSSES (Haute-Savoie)	25 »
27	Madame GALLOIS (Côte-d'Or)	150 »
43	Madame CHEVREUX (Paris)	150 »
38	Madame GILLETTE (Calvados)	150 »
45	Madame VALOT (Hautes-Alpes)	60 »
51	Madame ROUSSELOT (Haute-Marne)	150 »
42	Madame DE NAZARIS (Lot-et-Garonne)	150 »
31	Madame DELTHIL (Loiret)	60 »
	Total	1.045 »

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 31 décembre 1935.

Ratifications d'admission

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 1er octobre 1935, le Conseil prononce les admissions définitives de Messieurs :

Combinaison MA[5]

MM. les Docteurs ALBEAUX-FERNET, de Paris ; GRIMAUD, de La Rochelle ; DURIN, de Compiègne ; QUARTIER, de Nueil-sur-Layon (Maine-et-Loire) ; DROUART, de Braine (Aisne) ; COMBOURIEU, de Monsalvy (Cantal) ; CAFFEAU, de Coye (Oise) ; GAUDICHON, de Pacy-sur-Eure (Eure) ; BOYER, de Lyon.

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes aux combinaisons d'indemnités maladies et accidents.

Ces admissions seront rendues définitivs au 1er avril 1936, si aucune protestation n'arrive au Conseil à leur sujet avant cette date :

Combinaison MA[2]

STOLZENBERG, Seyne (Basses-Alpes).
MORVAN, Elliant (Finistère).

Combinaison MA[3]

BUDIN, Rives (Isère).

Combinaison MA[5]

ARSONNEAU, Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise) ; FABRE, Saint-Sulpice-la-Pointe (Tarn) ; BARDE, Vayres (Gironde) ; ROY, Baugé (Maine-et-Loire) ; GAUDIOT, Mirebel (Jura) ; LEMOINE, Charly-sur-Marne (Aisne) ; BARBE, Le Mans (Sarthe) ; PRADINES, Epernon (Eure-et-Loir) ; FILHOL, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; ANGERAS, Paris (11e) ; PAZOT, Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) ; LUSSAC, Le Haillan (Gironde) ; BERNARD, Buis-les-Baronnies (Drôme) ; GIRAUD, Marseille (Bouches-du-Rhône) ; CANDON, Yvetot (Seine-Inférieures) ; BONNARD, Paris (6e) ; COURTEVILLE, Bruay-en-Artois (Pas-de-Calais).

Combinaison V

ARSONNEAU (Mme), Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise) ; LUSSAC, Le Haillan (Gironde).

Admissions définitives aux Caisses de retraites

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes aux combinaisons retraites :

Combinaison P

COSTES, Decazeville (Aveyron) ; RÉGY, Montredon-Labessonnié (Tarn) ; ARSONNEAU, Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise) ; CANDON, Yvetot (Seine-Inférieure) ; LEMOINE, Charly-sur-Marne (Aisne) ; BOUVET, (Mme Bonnard), Paris (6e) ; ANGERAS, Paris (11e) ; CLÉMENT, Cerilly (Allier) ; CANDON (Mme), Yvetot (Seine-Inférieure) ; BONNARD, Paris (6e) ; BOYER, Paris (5e) ; ARSONNEAU (Mme), Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise).

Combinaison R

ARSONNEAU, Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise) ; CANDON, Yvetot (Seine-Inférieure) ; LEMOINE, Charly-sur-Marne (Aisne) ; CLÉMENT, Cérilly (Allier) ; CANDON (Mme), Yvetot (Seine-Inférieure) ; ARSONNEAU (Mme), Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16 heures.

Le Secrétaire des séances.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les bougies d'allumage (*Suite*)

J'ai exposé dans ma précédente chronique, le commencement de la documentation que la Société des Bougies Champion a bien voulu me fournir à l'intention des lecteurs du *Concours Médical*, d'abord sur le fonctionnement des quatre temps d'un moteur courant d'automobile, et ensuite sur la bougie d'allumage, son rôle et sa fabrication.

Cet exposé continuera aujourd'hui par la fin de l'étude sur la fabrication de la bougie et son utilisation pratique.

Gamme thermique des bougies.

On dénomme gamme thermique des bougies leur classement selon leur degré d'aptitude à évacuer la chaleur depuis l'extrémité de l'isolant jusqu'à l'eau ou l'air de réfrigération.

Pourquoi est-il nécessaire d'avoir divers types de bougies ?

Pour faire varier la facilité d'évacuation de la chaleur, facilité qui dépend de la longueur et de la forme de l'isolant, de son extrémité inférieure jusqu'au joint intérieur. Ainsi, un siège d'isolant bas rend la bougie froide et un siège haut, rend la bougie chaude. Les meilleures bougies sont munies d'un seul type d'isolant distribuant automatiquement la chaleur. Ce dispositif maintient le bec assez froid pour empêcher la surchauffe de l'extrémité et l'auto-allumage, et le col assez chaud pour empêcher tout dépôt d'huile et de carbone susceptible de provoquer l'encrassement.

Quelle peut-être la cause de la rupture de l'isolant ?

La rupture de l'isolant est très rare. Sa cause prinpciale est la pression exercée sur l'électrode centrale pour le réglage de l'écartement.

Ce procédé force l'électrode qui, en s'échauffant, tendra à casser l'isolant. C'est toujours l'électrode de masse qui doit être pliée pour le réglage des électrodes.

La rupture de l'isolant peut aussi être causée par la chaleur excessive qui peut provenir :

a) D'un mélange trop pauvre ;

b) Des soupapes qui grippent ou portent mal sur leur siège ;

c) D'une bougie trop chaude pour le travail demandé.

Si un ou plusieurs cylindres tendent à encrasser les bougies, quelle peut en être la cause ?

1° Il peut y avoir perte de compression dans les cylindres en question. Il est facile de tourner le vilbrequin à la main pour déterminer quels sont ces cylindres. Cette perte de compression peut provenir soit des pistons, soit des segments de pistons, soit des cylindres ovalisés ou des soupapes. La tige d'une soupape peut gripper, le siège peut être abîmé ou les poussoirs mal réglés, empêchant ainsi les soupapes de se fermer ;

2° Le fil allant du distributeur à la bougie peut être défectueux ou cassé ;

3° Le moteur peut avoir un défaut inhérent à l'alimentation, c'est-à-dire que les gaz ne sont pas répartis uniformément dans tous les cylindres ;

4° L'extrémité supérieure de la bougie peut être sale ou avoir reçu de la peinture, ce qui produit un arc allant du chapeau de cuivre à l'écran de serrage ;

5° Les électrodes peuvent être mal réglées. Dans la plupart des cas, l'écartement est trop petit.

Pourquoi certaines voitures neuves, sortant de l'usine tendent-elles à encrasser toutes les bougies ?

1° Cet encrassement peut être dû à l'huile mise dans l'essence pour faciliter le rodage, si cette huile n'a pas les qualités requises pour brûler complètement, sans produire un résidu charbonneux qui se dépose sur les bougies.

2° L'encrassement peut également provenir de l'huile versée à l'usine sur le sommet des pistons pour les recouvrir et les protéger contre la rouille et le grippage.

3° Il peut être aussi provoqué par une longue marche au ralenti effectuée pour rôder le moteur ;

4° Par un mauvais réglage du carburateur ;

5° Par un emploi trop répété du volet d'air ou du starter ;

6° Des vis platinées défectueuses ou mal réglées

9° D'une bobine ou d'un condensateur trop faibles ;

10° D'un écartement trop faible des électrodes.

Pourquoi un raté d'allumage se produit-il de temps à autre aux grandes vitesses ?

Parce que :

1° Les vis platinées du rupteur sont mal réglées ;

2° La bobine ou le condensateur sont trop faibles ;

3° La carburation est mauvaise ;

4° Un ou plusieurs poussoirs de soupapes ont besoin d'être réglés ;

5° L'écartement des électrodes est trop grand.

Quelles sont les principales causes des ratés en côte ou au moment d'un effort du moteur ?

1° Une bougie trop faible ;

2° Trop d'avance à l'allumage ;

3° Une carburation incorrecte ;

4° Une perte de compression dans un ou plusieurs cylindres ;

5° Une partie de la surface de l'isolant est en court-circuit, c'est-à-dire qu'un dépôt de carbone se forme sur l'isolant en quantité suffisante pour qu'au moment où le moteur peine, une partie du courant traverse cette surface charbonneuse au lieu de passer par l'extrémité des électrodes ;

6° Un mauvais écartement des électrodes.

Causes d'un mauvais ralenti.

Les causes les plus fréquentes qui occasionnent un mauvais ralenti du moteur sont :

1° Un mauvais réglage du carburateur ;

2° Des fuites au joint du carburateur ou à l'admission, ou encore dans la tubulure des essuie-glaces marchant par décompression ;

3° Mauvais contacts du distributeur ;

4° Une bobine ou un condensateur trop faibles ;

5° Perte de compression ;

6° Poussoirs des soupapes mal réglés ;

7° Mauvais calage des soupapes ;

8° Callage des tiges de soupapes ;

9° Ecartement trop faible des électrodes.

(*A suivre.*)

Marcel Toussaint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. le Professeur Hovelacque commencera ces conférences le mercredi 4 mars 1936, à 16 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ces conférences s'adressent spécialement aux étudiants redoublants de première année.

Sujet des conférences : Anatomie de l'abdomen et du bassin.

— **Conférences de physiologie.** (Professeur : M. Léon Binet). — M. Ch. Richet, agrégé, commencera ses conférences le lundi 2 mars 1936, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Système nerveux, muscles, chaleur animale, sécrétion rénale.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Sénèque, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 4 mars 1936, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme : Membre inférieur.

— **Clinique médicale de la Pitié.** (M. A. Clerc, professeur.) — M. Clerc recommencera son enseignement le mercredi 11 mars, à 11 heures (amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié) et le continuera selon le programme ci-dessous.

1° Tous les mercredis, à 11 heures, Leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur. — 2° Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures, visite dans les salles. Pavillon La Rochefoucauld (service 6). — 3° Les lundis et jeudis, à 11 heures, radioscopie, électro- et phono-cardiographie. — 4° Les mardis, à 10 heures (salle de conférences, service n° 6) consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Polyclinique par le professeur. — 5° Les vendredis, à 11 heures (salle de conférences) présentation de malades par le professeur ou les chefs de clinique. En outre, leçons sur un sujet d'actualité médicale, selon le programme ci-dessous.

Le 27 mars, M. Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié : Insuffisance cardiaque dans l'aortite syphilitique. — Le 24 avril, M. Alajouanine, agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre : Les troubles de la circulation artérielle cérébrale. — Le 24 mai, M. Mouquin, agrégé, médecin des hôpitaux : Troubles cardiaques au cours des syndromes thyroïdiens. — Le 21 juin, M. Boulin, agrégé, médecin des hôpitaux : L'acidose en clinique.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance* (Clinique Parrot). — M. le Professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 11 mars, à 10 h. 45, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

L'enseignement des stagiaires commencera le lundi 2 mars.

Organisation de l'enseignement. — Le lundi à 11 heures : Conférence d'actualité pédiatrique par les chefs et anciens chefs de clinique et par les assistants du service. — Le mardi, à 10 h. 45 : Policlinique au pavillon Pasteur. — Le mercredi, à 10 h. 45 : Leçon clinique par le professeur. Le jeudi, à 10 heures : Consultation de nourrissons et policlinique. — Le vendredi, à 10 h. 45 : Conférences de diététique et de thérapeutique du nourrisson (avec présentation de malades). — Le samedi, à 10 h. 45 : Consultation de nourrissons et policlinique.

Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

Un cours de perfectionnement aura lieu à Pâques, du jeudi 2 avril au vendredi 10 avril, un autre sera fait en juillet 1936.

Le cours de Pâques portera sur les questions récentes concernant l'hygiène, la clinique et la thérapeutique du nourrisson. Les inscriptions devront être reçues avant le 8 mars.

— **Clinique médicale propédeutique** de l'hôpital Broussais, 96, rue Didot (Professeur Emile Sergent). — Le *Cours de perfectionnement* sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du 30 mars au 4 avril inclus.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

— **Clinique médicale thérapeutique de la Pitié.** (Professeur : M. F. Rathery.) — *Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles.* — Une série de dix conférences sur les thérapeutiques nouvelles sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche matin à 10 h. 30 à partir du 8 mars 1936.

Programme des conférences. — 8 mars, M. le Professeur Rathery : Le traitement des gangrènes dia-

bétiques. — 15 mars, M. le Docteur PASTEUR VALLERY-RADOT, agrégé : Le traitement des migraines. — 22 mars, M. le Professeur Paul MATHIEU : Le traitement chirurgical des rhumatismes chroniques. — 29 mars, M. le Docteur HUREZ, chef de clinique à la Faculté : Le traitement des broncho-pneumonies infantiles. — 26 avril, M. le Docteur M. LELONG, médecin des hôpitaux : Le traitement du choléra infantile. — 17 mai, M. le Professeur M. LOEPER : Le traitement des intoxications alimentaires. — 24 mai, M. le Docteur A. LEMAIRE, agrégé : Le traitement de l'asystolie basedowienne. — 7 juin, M. le Professeur A. BAUDOUIN : Le traitement des algies faciales. — 14 juin, M. le Docteur M. DUVOIR, agrégé : Le traitement d'urgence des intoxications. — 21 juin, M. le Docteur Félix-Pierre MERKLEN, chef de clinique à la Faculté : Le traitement de la maladie d'Addison.

Ces conférences sont libres, mais elles sont plus particulièrement réservées aux médecins praticiens.

— **Cours d'Electrologie Photothérapie.** — Ce cours commencera le 2 mars 1936, à l'Amphithéâtre de Physique, à 18 heures.

— **Cours pratique de sympathologie clinique.** — Le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Alajouanine, Paul Chevalier, Bailliart, Justin-Besançon, Bourgeois, Didsbury, Bonnard, Vinchon, Largeau, Fay, G. d'Heucqueville, Sterne, Sambron et Moulinier, commencera le mercredi 4 mars 1936, à 10 heures, à la Pitié, service 4, un cours pratique sur les actualités sympathologiques en douze leçons avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours, fait les lundis, mercredis et samedis à 10 heures, comprendra une introduction anatomo-physiologique par M Laignel-Lavastine, une conférence et des exercices pratiques.

ORDRE DES LEÇONS. — 1. Mercredi 4 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Anatomo-physiologie du sympathique. — 2. Samedi 7 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Anatomo-physiologie du sympathique (*suite*), (avec projections). — 3. Lundi 9 mars, M. ALAJOUANINE : Les arthropathies. — 4. Mercredi 11 mars, Paul CHEVALLIER : L'urticaire. — 5. Samedi 14 mars, M. BAILLIART : La circulation rétinienne. — 6. Lundi 16 mars, M. DIDSBURY : La migraine. — 7. Mercredi 18 mars, M. ROSENTHAL : Le sympathique des tuberculeux. — 8. Samedi 21 mars, M. BOURGEOIS : L'asthme. — 9. Lundi 23 mars, M. STERNE : L'électro-cardiographie en sympathologie. — 10. Mercredi 25 mars, M. JUSTIN-BESANÇON : Les corps sympatholytiques. — 11. Samedi 28 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Le sympathique des périodiques. — 12. Lundi 30 mars, M. DELHERM : Physiothérapie des sympathoses digestives.

Ce cours est gratuit.

— **Thèses.** Mardi 11 février. — Jury : MM. Balthazard, Tanon, Mouquin, Piédelièvre. — M. EISENBERG : La mort est-elle un remède licite de la souffrance. — M. BAJ Moïse : Lutte antivariolique en Pologne et son organisation. — M. Norbert SIMON : Etude critique du taudis. — M. WEISNER : Valeur et fréquence de l'hypertension artérielle chez les jeunes.

Mercredi 12 février. — I. Jury : MM. Gosset, Ombrédanne, Mathieu, Petit-Dutaillis — MM. BOUDREAUX : Les tumeurs primitives du rachis. Chirurgie du corps vertébral. — M. LANGE : Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. — II. MM. Robert Debré, Lemierre, Loeper, Abrami. — M. DOULLÉ : Pseudo-sténose et lavage de l'estomac chez le nourrisson. — M. FRUMUSAN : Sur une forme de splénopathie cirrhogène. La cirrhose hypertrophique anictérique. Mécanisme des hémorragies digestives dans la cirrhose.

Jeudi 13 février. — Jury : MM. Bezançon, Guillain, Nobécourt, Gastinel. — M. MARJOLET : De la thoracoplastie complémentaire des pneumothorax partiels. M. EL HAÏM : Souffle systolique apexien et insuffisance mitrale. — M. FAYE : Les éléments du pronostic des paralysies diphtériques généralisées chez l'enfant.

Vendredi 14 février. — Jury : MM. Fiessinger, Harvier, Alajouanine, Moreau. — M. BOUDIN : Les polyradiculo-névrites généralisées, avec dissociation albumino-cytologique. Etude anatomo-clinique. — M. ORBIZ Y RAYES : Le domaine clinique de la poliomyélite et son traitement spécifique.

Lundi 17 février. — Jury : MM. Baudouin, Marcel Labbé, Donzelot, Haguenau. — M. ALÉPÉE : Traitement de la dysphagie douloureuse chez les tuberculeux. — M. MARKOVITO : Troubles vasculaires conditionnés par les côtes cervicales et les apophysomégalies de la 7e vertèbre cervicale.

Mardi 18 février. — Jury : MM. Tanon, Joannon, Mouquin, Sézary : MM. BENIUMINOVICI : Répartition de la pellagre en Roumanie. — M. CHARBONNIER : Etude. Prophylaxie antivénérienne à Hanoï. — M. EL AKROUT : Les pratiques de la prière et l'hygiène chez les musulmans. — M. FISCHER : Le problème médico-social de l'ouvrière enceinte. — M. HULA : Hygiène du cuir chevelu. — M. QUIJANO : La lèpre en Colombie. — M. WINTERNITZ : Travail et orientation professionnelle des tuberculeux guéris.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — ADMISSIBILITÉ. *Liste des candidats* : MM. Delay, Bousser, Antonelli, Roudinesco, Cattan, Albeaux, Desoille, Sée, Lenègre, Lièvre, Pautrat, Meyer, Albot, Pommeau-Delille, Oumansky, Sterne, Schwob, Deparis, Thiébaut, Degos, Zadoc-Kahn, Uhry, Persault, Launay, Fouquet, Worms, Kaplan, Rouquès, Goldberg, Maison, Michaux, Thoyer, J. Lereboullet, Klotz, Gilbrin, J. Weill, Benoist, Busson, Ducas, Joseph, Bize, Chabrun, Froment, Cahen, Bernal, Derot, Mauric, Merklen, Périsson, Fauvert, Wallich, Even, Thiroloix, Ribadeau-Dumas, Racine, Blondel, Moussoir, Sigwald, Cachera, F. Thiébaut, Gouyen, P. Guillain.

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 14 février. Questions posées* : Rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire. Myxœdème acquis de l'adulte.

Notes : MM. Robin, 18 ; Loeper, 22 ; Tiret, 24,1 ; M. Olivier, 21 ; Chigot a filé ; Brissaud, 24,1 ; Lacorne, 18 ; Glenard, 22 ; Debelut, 22,5 ; Dennewale, 18,6.

Séance du 17 février. Questions posées : Complications des goitres. Examen clinique d'un tabétique.

Notes : MM. Roulland, 17,5 ; Schneider, 19,8 ; Thoyer-Rozat, 22 ; Pauzam, 21 ; Butzbach, 20,2 ; Joublin, 22,5 ; Guenon des Mesmards, 25 ; Chiche, 24,3 ; Gharib, 21,5 ; Mlle Meunier, 22,5.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Tillaye, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Tours ; du médecin inspecteur général Mignon ; du Docteur Ernest Gasne, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris ; du Docteur Reverchon, ancien professeur au Val-de-Grâce, professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté libre de Lille ; du Docteur Hubert Muller, de Strasbourg.

— **Le Congrès de médecine physique de Londres.** — L'Association internationale de médecine physique et de physiothérapie, dont le Professeur Gunzburg, d'Anvers, est le président, et dont le Professeur Carnot est vice-président, organise à Londres, du 12 au 16 mai 1936, le VI[e] Congrès international de médecine physique.

Le Congrès s'occupera de trois ordres de questions : 1° L'étude physiologique et biologique des agents physiques, en mettant particulièrement en relief les récentes découvertes dans ce domaine ; 2° Les indications cliniques et thérapeutiques des diverses branches de la médecine physique ; 3° L'étude des questions sociales qui s'y rapportent, ainsi que le rôle de la médecine physique dans l'enseignement supérieur.

La cotisation pour les membres titulaires est fixée à 250 francs belges, et celle des membres associés, à 100 francs belges.

Adresser les adhésions et les sujets des communications à l'Association internationale de médecine physique et de physiothérapie, 1, rue des Escrimeurs, Anvers, ou bien au secrétaire général du Congrès, le Docteur Albert Eidinow, 4, Upper Wimpolestreet, Londres, W. I.

— **Statistique.** — Le nombre des diplômes de docteur en médecine enregistrés à la Préfecture de Police de Paris au cours des seize dernières années est le suivant :

1920 : 365. — 1921 : 332. — 1922 : 299. — 1923 : 245. — 1924 : 278. — 1925 : 269. — 1926 : 302. — 1927 : 263. — 1928 : 253. — 1929 : 236. — 1930 : 253. — 1931 : 241. — 1932 : 271. — 1933 : 303. — 1934 : 304. — 1935 : 474.

(*Vie médicale.*)

— **Belgique.** *Service de transfusion sanguine.* — Des services de transfusion sanguine organisés par la Croix-Rouge de Belgique existent à Bruxelles, Anvers, Liège, Gand et Alost.

Les donneurs sont soumis à un examen trimestriel.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Fondation Chauveau.* — La Faculté de médecine de Lyon vient de décerner le prix annuel (2.000 francs) de la Fondation Chauveau, qui était attribué pour 1935 à la Section de médecine, à M. Etienne Berthet, interne lauréat des hôpitaux de Grenoble, pour un mémoire consacré à l'étude expérimentale et clinique du rôle des voies lymphatiques cervicales dans l'infection interstitielle du poumon (tramite et périlobulite).

Le prix Chauveau de 1936 aura un caractère social et de solidarité médicale. Il sera affecté à soulager une infortune (revers, maladie) d'un membre de la plus grande famille médicale (confrère, femme ou enfants de médecins, étudiants en médecine).

Les dossiers des postulants devront parvenir, sous pli recommandé, au secrétariat de la Faculté de médecine, 8, avenue Rockefeller, Lyon-Monplaisir, en double exemplaire, avant le 25 octobre 1936, date de la clôture rigoureuse du registre d'inscription.

— **Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques.** — Au cours de l'Assemblée générale de cette Association, tenue à Nice fin décembre 1935, sous la présidence du Professeur Piéry (de Lyon), le Docteur M. Faure a fait connaître l'ensemble des résultats obtenus par le poste inauguré en 1933, à l'Observatoire de Nice et consacré à la surveillance de la surface solaire. Cette surveillance, a-t-il dit, permet de prévoir et d'annoncer les orages solaires et les périodes catastrophiques terrestres qui les accompagnent (recrudescence de troubles morbides ; morts subites ; perturbations atmosphériques ; accidents d'automobile, d'aviation, de chemins de fer; explosions-déflagrations, incendies ; tempêtes, cyclones, inondations ; éruptions volcaniques, tremblements de terre, etc.). Les observations de ce poste faites par M. Cailliatte, assistant à l'Observatoire, sont consignées dans un Bulletin spécialement édité par l'Association, lors de l'apparition ou de la prévision de chaque orage solaire. La comparaison des résultats de l'année 1935 avec ceux des années 1933 et 1934, a-t-il ajouté, montre que le soleil est entré actuellement dans sa période de recrudescence undécennale, ce qui explique la fréquence et l'intensité des graves accidents de toute sorte, auxquels nous assistons actuellement.

Outre la station de Nice, d'autres postes ont été installés à Barcelone, à La Tour-du-Pin (Docteur Dénier), et à Marcoussis, Seine-et-Oise (Docteur Mercier).

Secrétariat de l'Association et de la *Revue* : Cosmobiologie, 24, rue Verdi, Nice.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine

Communiqué du Comité de Défense professionnelle

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement dans sa séance du 13 janvier 1936, a décidé à l'unanimité :

1° De recommander aux Sociétés médicales d'arrondissement l'insertion dans leurs statuts d'articles nouveaux tendant à interdire l'admission dans ces Sociétés ou à prononcer l'exclusion des confrères, faisant de la réclame médicale franche ou déguisée.

2° D'envoyer à tous les professeurs, honoraires, en exercice ou agrégés des Facultés et des Ecoles de médecine de France, à tous les médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux, aux présidents des différentes sociétés scientifiques ou professionnelles ; aux présidents des différents Syndicats médicaux de France, la lettre suivante :

Monsieur et très honoré maître,

Depuis quelques années, à la suite sans doute, d'une crise particulièrement sévère et d'un relâchement des mœurs infiniment regrettable, un certain nombre de nos confrères ont cru bon d'étaler devant le grand public le « fruit de leur expérience » et le résultat de leurs « travaux ».

Certains usent à cet effet d'une réclame tapageuse par les voies les plus variées de la publicité moderne ; d'autres plus scrupuleux, sinon plus discrets, se cantonnent aux articles, dits de « vulgarisation ».

Or, vous n'êtes pas sans avoir eu vent du discret rappel à l'ordre — à l'occasion d'un incident récent — que le Gouvernement de l'époque, sous la pression de ses agents diplomatiques et de l'effet désastreux produit à l'étranger, a été obligé de faire à notre Corps médical.

Il nous a paru, d'autre part, que le grand public ne possède pas un esprit critique suffisant, qui lui permette de faire le départ entre les différentes méthodes thérapeutiques, qui lui sont exposées ou de différencier les articles d'hygiène sociale ou générale, signés des noms les plus respectés, des plaidoyers « pro domo » de quelques confrères imprudents ou peu scrupuleux, qui « monopolisent » des traitements plus ou moins scientifiques et fréquemment nocifs.

Outre que ces pratiques sont préjudiciables à la santé de nos concitoyens, elles jettent un discrédit certain sur le Corps médical français tout entier.

Aussi, un grand nombre d'Associations scientifiques ou professionnelles parisiennes, n'ont pas manqué de manifester leur émotion en deux vœux, qui réprouvent hautement *toute publicité médicale franche ou déguisée.*

D'autres, en attendant le rétablissement officiel de la charte médicale traditionnelle, se proposent d'éliminer systématiquement ceux de leurs membres qui passeraient outre.

Dans cette œuvre de véritable salubrité, que nous entreprenons, nous sommes certains, Monsieur et très honoré maître, de vous avoir à nos côtés ; par la parole, par des recommandations précises autour de vous, et par l'exemple vous nous aiderez.

C'est dans cet espoir que nous vous prions d'agréer, Monsieur et très honoré maître, l'expression de nos sentiments dévoués.

Pour le Président du Conseil
Le Secrétaire général,
Signé : D'AYRENX.

Pour nos stations thermales climatiques et touristiques

Une conférence au Ministère des Travaux publics

Tout récemment, sous la présidence de M. Roland-Marcel, commissaire du Gouvernement au tourisme, se réunissait, au ministère des Travaux publics, une conférence en faveur de nos stations thermales et climatiques.

M. Roland-Marcel avait fait appel aux professeurs, aux maîtres, aux praticiens, aux journalistes qui se sont plus particulièrement spécialisés dans ces questions.

Tout le monde est maintenant d'accord sur l'importance du développement d'action scientifique de l'Institut d'hydrologie de Paris et des chaires et des laboratoires qui y sont annexés. *Tout le monde est convaincu de la nécessité de porter*, plus que jamais, *sur le terrain expérimental*, les recherches qui doivent conditionner la clinique thermale et climatique.

Or, au moment même où M. Roland-Marcel prenait l'initiative heureuse d'une consultation qui doit être immédiatement réalisatrice dans ses effets, notre ami, le Docteur Pierret, publiait dans le numéro du 15 février 1936 de *La Presse thermale et climatique*, sous le titre de «simples réflexions à propos de la propagande en faveur des stations thermales et climatiques à l'Etranger» un vigoureux, et très didactique article sur cette difficile question.

Cette propagande, dit M. Pierret, *doit être individualisée et médicale, scientifique et universitaire, accessoirement générale et publicitaire.* Les voyages d'études collectifs, auprès des stations thermales et climatiques, ont donné des résultats qu'il convient de signaler ; grâces soient rendues à leurs fondateurs : Landouzy et Carron de la Carrière. *Il faut conserver ce mode unique de propagande.* Pourquoi vouloir empêcher que l'agréable y soit joint à l'utile... ? Mais que l'utile prime l'agréable ? nous sommes d'accord. Aux organisateurs de faire le nécessaire. A la direction générale des Réseaux des chemins de fer et des Compagnies de navigation, de créer un organe de liaison qui, *se basant sur la richesse incomparable du thermo-climatisme français*, mette *immédiatement* en œuvre un programme sur lequel nous sommes tous unis en y incorporant les exigences nouvelles de la médecine sociale. Dr MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

691. — Assujettissement d'une femme de ménage aux Assurances sociales

J'occupais depuis trois ans une femme de ménage quatre heures par jour. A son entrée en fonction elle m'a déclaré ne pas vouloir entendre parler d'Assurances sociales et depuis, bien que j'aie insisté à plusieurs reprises, ne m'a jamais remis ses feuilles pour y apposer les timbres.

Je l'ai congédiée ces jours derniers et elle me menace de réclamer à ce sujet.

Il me semble que c'était à elle de se faire inscrire et non à moi, car elle ne travaillait pas chez moi.

Je n'ai jamais refusé de verser pour elle ma part de contribution, ainsi que je le fais pour les autres personnes que j'emploie et suis prêt à le faire le jour où elle me présentera ses feuilles.

Mais si elle réclame, ne me forcera-t-on pas à payer les deux parts, la sienne et la mienne, ce qui me semblerait un peu abusif.

Enfin que dois-je faire pour me mettre en règle ?

Dr C.

Réponse

Il est exact que d'après le décret du 24 mai 1930 les formalités de déclaration et d'immatriculation aux Assurances sociales incombent aux salariés eux-mêmes, et non au patron, lorsqu'ils travaillent pour le compte de plusieurs employeurs.

Si tel était le cas de votre femme de ménage, vous n'avez donc commis aucune faute en ne la déclarant pas, et elle ne peut actuellement que s'en prendre à elle-même si elle n'est pas assurée. Il eût cependant été préférable pour votre tranquillité personnelle que vous ayiez fait signer une attestation constatant que travaillant pour le compte de plusieurs patrons elle prenait à sa charge les formalités.

Il n'en reste pas moins que cette femme était assujettie obligatoirement aux Assurances sociales ; le Service des Assurances sociales serait donc actuellement en droit de vous réclamer les cotisations arriérées, mais seulement pour la part qui vous incombait, c'est-à-dire les cotisations patronales.

1.111. — Honoraires du médecin troisième membre de la Commission technique

En janvier 1935, j'ai été désigné sur proposition du Juge de paix, par le Président du Tribunal pour présider une Commission technique des Assurances sociales.

J'ai réclamé à plusieurs reprises mes honoraires

au malade, partie perdante en l'espèce, qui ne m'a même pas répondu.

Dans le *Concours Médical*, j'ai trouvé il y a peu de temps la réponse suivante, que je vous joins, disant que la Caisse d'assurances devait faire l'avance des frais d'expertise.

J'ai donc demandé à la Caisse de faire cette avance. Elle me répond par la lettre ci-jointe.

Je vous serais obligé de me dire comment je dois faire pour me faire régler. S'il y a des difficultés pour le remboursement, est-ce moi qui dois en avoir la charge ou la Caisse ?

Je ne comprends pas bien la distinction que fait ladite Caisse entre la provision et les honoraires d'expertise.

Dr P.

Réponse

Les termes exacts de la réponse ministérielle nº 524 publiée au *Journal Officiel* du 4 juillet 1933 sont les suivants : « En principe les honoraires du médecin troisième membre de la Commission technique sont à la charge de la partie condamnée ; toutefois la Caisse doit régler directement ce troisième médecin sous réserve de son droit de recours contre l'assuré s'il succombe. »

Il a été d'autre part répondu sous le nº 13.000 (*Journal Officiel*, 6 août 1935) par le ministre du Travail que « les Caisses sont invitées le cas échéant à avancer les honoraires du médecin surarbitre lorsque celui-ci demande à être honoré à l'avance ».

De ces réponses il résulte que l'Administration enjoint ainsi aux Caisses d'assurances sociales de faire l'avance des honoraires du médecin désigné comme président de la Commission technique afin que ce médecin accepte de remplir sa fonction et que l'assuré n'ait pas de provision trop importante à verser pour faire valoir ses droits.

Le principe n'en subsiste pas moins que c'est à la partie perdante qu'il appartient en définitive de supporter ces frais ; c'est donc juridiquement contre elle que vous avez une action. Par contre aucun texte ne vous donnerait le droit de poursuivre la Caisse en recouvrement de vos honoraires.

La leçon à tirer de cette affaire est que les médecins ne doivent accepter le rôle de président de la Commission technique qu'après versement par la Caisse d'assurances sociales d'une provision suffisante, que cette dernière ne peut leur refuser.

1.237. — Responsabilité de l'employeur qui n'a pas versé les cotisations

Dans le *Concours Médical* du 31 mars 1935 à la rubrique Assurances sociales, page 1006, nº 2.045 « Responsabilité de l'employeur qui n'a pas versé les cotisations », vous écrivez dans le premier paragraphe de votre réponse :

« L'existence d'une faute de la part du patron résulte suffisamment de ce qu'il n'a pas rempli les obligations à lui imposées par la loi ; mais elle peut être considérée comme atténuée d'après certaines décisions, lorsque la non-immatriculation résulte d'un refus ou d'une complicité du salarié. »

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir à quelles décisions de justice se réfère votre remarque.

Je vous serais obligé en outre de me dire, à votre connaissance, quels sont les faits susceptibles d'être invoqués pour atténuer la faute d'un employeur qui aurait négligé l'immatriculation.

Dr G.

Réponse

Par son arrêt du 22 juillet 1935 (*Gaz. Pal.*, 23 octobre 1935) la Cour de cassation vient justement de confirmer la jurisprudence résultant des décisions antérieures que nous visions dans la réponse faisant l'objet de votre lettre. En vertu de cet arrêt: «A supposer que l'employé ait été d'accord avec son patron pour que les contributions le concernant ne soient pas versées au Service des Assurances sociales, cette circonstance, si elle est de nature à engager la responsabilité de l'employé, dans le préjudice subi par lui, ne saurait exonérer le patron de la faute qui lui est reprochée ; le patron qui doit retenir la part contributive de l'employé sur le montant du salaire au moment de la paye, sans que celui-ci puisse s'opposer à l'opération du précompte, est en faute s'il ne satisfait pas aux obligations que la loi a mises à sa charge. Est donc justifié le jugement qui condamne le patron à la réparation partielle du préjudice, en tenant compte du partage de la responsabilité. »

Les faits atténuant la responsabilité de l'employeur à l'égard du salarié qu'il n'a pas déclaré aux Assurances sociales doivent donc être recherchés, soit dans un refus persistant de l'intéressé en ce qui concerne l'accomplissement des formalités et le précompte de la cotisation lui incombant sur le montant du salaire, soit dans l'accord intervenu entre lui et son patron pour échapper aux obligations légales, accord qui le rendant complice de la faute le rend mal venu dans une certaine mesure à se plaindre du préjudice qu'il a subi.

1.043. — Cotisation aux Assurances sociales pour les salariés de plus de 60 ans

Je me permets de vous écrire au sujet des Assurances sociales.

J'ai un chauffeur qui a 65 ans. Je paie depuis le mois d'octobre 1935, les allocations familiales : 62 francs pour le quatrième trimestre 1935 et 46 francs pour le premier trimestre 1936.

Suis-je obligé de payer les Assurances sociales pour un chauffeur de cet âge et qui ne peut bénéficier d'une retraite ? D'ailleurs, à cet âge, il ne doit pas verser la contribution ouvrière.

Dr M.

Réponse

Votre chauffeur, ayant plus de 60 ans, n'est plus assujetti aux Assurances sociales. Mais vous n'en restez pas moins débiteur de la cotisation patronale, calculée forfaitairement puisqu'il s'agit d'un salarié rentrant dans la catégorie des « gens de maison ». Cette cotisation s'élève pour l'année 1936 à 24 fr. 50 par mois pour un un homme dans une ville de plus de 80.000 habitants.

Ce versement, qui va à un fonds de majoration et de solidarité, a pour but d'éviter que les employeurs n'aient tendance à préférer les salariés de plus de 60 ans aux salariés encore assujettis aux Assurances sociales obligatoires.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.023. — Plaie profonde sur le dos du pied

Sous anesthésie locale, certain jour je nettoie et suture une plaie profonde du dos du pied, et présente ma note comme ci-joint.

Or la Compagnie refuse mes 100 francs d'honoraires sous le prétexte que cette intervention ne peut être faite sous anesthésie.

Je réponds à la Compagnie en lui disant que l'anesthésie locale a été faite et que je ne l'ai pas mentionnée sur ma note parce que le Tarif ne la mentionne pas lui-même.

Aujourd'hui la Compagnie me refuse encore ces 100 francs d'honoraires pour cette intervention « parce qu'elle a été effectuée sous anesthésie locale ; ces honoraires ne sont prévus que pour intervention sous anesthésie régionale ou générale ».

Que dois-je faire pour que cette Compagnie me rémunère comme il convient ce petit travail qui pour moi a été un gros travail ?

Dr G.

Réponse

S'il s'agit du dos du pied, il me paraît qu'une « plaie profonde » ne pourrait pas ne pas intéresser les tendons sous-jacents ou être sans lésions ostéo-articulaires.

Il s'ensuit que je crois que la Compagnie est

dans son droit en refusant le prix de 100 francs, mais pour d'autres raisons que celles invoquées par elle et qui ne tiennent pas debout.

Dr F. Decourt.

924. — Certificat d'origine et certificat de consolidation

Un Juge de paix réclame au patron d'un ouvrier que j'ai soigné pour un accident du travail un certificat médical de consolidation, prétendant que celui que j'ai fourni n'indique pas les lésions et les conséquences probables de l'accident ainsi, écrit-il, que l'exige l'art. 11 de la loi du 9 avril 1898.

Si je comprends bien cet article, les lésions doivent être décrites dans le certificat initial, et pas dans le certificat final sauf il me semble s'il reste une incapacité permanente partielle.

Ai-je bien fait de répondre que j'avais remis au blessé conformément à la loi les certificats nécessaires ?

Dr D.

Réponse

S'il s'agit d'un « certificat médical de consolidation » sans qu'il y ait incapacité permanente partielle, c'est là un certificat de guérison ou de reprise du travail sur lequel il n'y a qu'à constater la guérison ou la possibilité de reprise de travail, sans plus; par contre, dans un certificat de consolidation, avec incapacité permanente partielle, le médecin traitant peut donner tous les détails utiles sur l'état d'incapacité permanente partielle de son client, mais cela n'est ordonné nulle part dans la loi, ce me semble, et sûrement pas à l'art. 11 qui ne vise que le certificat d'origine de la blessure, à fournir « dans les quatre jours qui suivent l'accident ».

Dr F. Decourt.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

971. — Consultation avec un médecin spécialiste

J'ai l'honneur de vous demander un renseignement concernant la loi des pensions.

Je suis médecin-secrétaire de la Commission tripartite.

Un confrère demande l'autorisation (il devrait simplement aviser) d'avoir une consultation pour un de ses malades avec un chirurgien des hôpitaux de X... (ville de Faculté), spécialiste des maladies osseuses.

Or, il y a dans sa ville un chirurgien, il y en a deux autres à 40 kilomètres et ledit spécialiste est à 80 kilomètres.

Combien peut être payée cette consultation ?

A mon avis c'est consultation entre confrères plus indemnité kilométrique du chirurgien le plus rapproché. Est-ce cela ? Dr D.

Réponse

1° Le médecin traitant n'a pas à demander « l'autorisation » en cas de « consultation avec un autre médecin », mais « en donner avis » dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle » (art. 18).

2° « Le prix de la visite est majoré de 50 pour 100 lorsqu'il y a consultation entre deux médecins... » (art. 62).

3° « Le montant total de l'indemnité de déplacement ne peut, en aucun cas, excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché » (art. 64, alinéa 2).

4° Conclusions. — La consultation dont vous parlez doit être payée, étant donné qu'il y a un chirurgien dans la ville habitée par le malade : 15 francs + 7 fr. 50 = 22 fr. 50.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

798. — La présomption d'origine en matière d'accidents ou maladies contractées au service militaire

Pourriez-vous me renseigner sur les droits d'un de mes malades.

Service armé de la classe 1932 est tombé malade après sept mois de présence au corps, pleurésie séro-fibrineuse avec quatre mois d'hôpital.

A passé un conseil de réforme en février 1935 qui l'a réformé à 20 % sans pension.

Ce malade n'a-t-il pas droit à une pension ayant contracté sa pleurésie séro-fibrineuse au régiment après un long séjour ?

Dr C.

Réponse

Depuis la loi des finances de février 1933, les hommes qui accomplissent leur service militaire actif ne bénéficient plus de la présomption légale d'origine même après trois mois de présence au corps. En cas d'infirmité il leur appartient d'apporter la preuve d'une relation de cause à effet entre un fait de service (refroidissement, etc.) et la maladie invoquée.

Votre malade n'ayant vraisemblablement pas rapporté cette preuve, il s'est trouvé normalement réformé sans pension. La preuve d'imputabilité doit être établie par un rapport du Corps, avec témoignage à l'appui.

906. — Demande de pension militaire

Un de mes clients a eu en 1916 les deux pieds gelés : évacué, il a fait trois mois d'hôpital après lesquels il a été envoyé à Salonique. Revenu en 1919 il se porte

bien jusqu'au début de 1935 (noter cependant, à ses dires, plusieurs accès de paludisme), époque à laquelle apparaissent les accidents que voici : les deux membres inférieurs (jusqu'aux genoux) sont recouverts de squames très épaisses, sous lesquelles on découvre des fissures, saignantes et très douloureuses, en particulier à la face plantaire des pieds.

Les téguments sont indurés et il y a sur tout le territoire touché diminution très nette de la sensibilité. Le malade ne peut plus, ou presque, marcher et il est facteur de son état, donc va être réduit à ne plus pouvoir gagner sa vie.

En plus, père de famille.

Ce malade aurait-il le droit à une pension, en tous les cas, pourrait-il demander à se présenter devant le Centre de réforme ? Que doit-il faire pour cela ?

Quant à moi quelles pièces devrai-je alors lui fournir ?

Dr P.

Réponse

Si, de 1919 à 1935, vous avez pu constater des troubles trophiques des deux membres dont les pieds avaient été gelés en 1916, n'hésitez pas à délivrer un certificat de filiation entre l'accident de la guerre et l'infirmité actuelle. L'intéressé bénéficie encore d'un délai jusqu'au 30 juin 1936 pour demander une pension, mais à la condition qu'il soit titulaire de la carte de combattant (décret-loi du 30 octobre 1935).

Par lettre recommandée, adresser au médecin-chef du Centre de réforme le plus proche une demande de visite pour pension ; y joindre un certificat médical de filiation, ainsi que la copie certifiée conforme de toutes les pièces d'origine : billet d'hôpital, etc...

1.461. — Périodes d'instruction obligatoires

J'ai reçu votre réponse à ma demande de renseignements militaires. Je complète mes renseignements, j'ai été promu lieutenant en 1917 et ai donc fait ma période de sept jours de l'an dernier avec ce grade ; je m'étonne d'être rappelé pour faire vingt-quatre jours, au lieu de vingt et un, période normale, et croyais en avoir fini vu mon âge et ma classe. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si je ne puis me faire dispenser définitivement de cette période.

Dr X.

Réponse

On vous applique donc les dispositions de la Circulaire ministérielle de 30 novembre 1934 (réorganisation des périodes d'instruction) qui exige un total de trente-deux jours dans le grade de lieutenant. Vous avez fait sept jours, on vous en demande le complément.

Vous pouvez toujours demander l'ajournement à 1937 en invoquant des raisons professionnelles ; vous réfléchirez ensuite.

Cependant, si vous pouvez invoquer une infirmité qui, pendant six mois au moins, vous mette dans l'impossibilité de remplir vos fonctions militaires, demandez votre passage devant une Commission de réforme, afin d'obtenir, si possible, une mise en non-disponibilité temporaire. Sous le coup d'une convocation, vous ne pouvez pas démissionner.

FISCALITÉ

420. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile

Je vous serais très obligé de me dire comment je dois établir ma déclaration fiscale concernant l'achat d'une voiture d'une part et la réception de 25.000 francs provenant d'une assurance-vie dans le cours de l'année 1935.

J'ai acheté une 301 Peugeot 18.900 francs mais ma vieille voiture m'a été reprise pour 2.000 francs ce qui fait que je n'ai déboursé que 16.900 francs pour l'acquisition de ma voiture. D'autre part j'ai touché en mai 1935, 25.000 francs d'une assurance-vie la X., les versements que je faisais à la X. n'étaient pas mentionnés dans mes déclarations antérieures puisque je n'y étais pas tenu.

J'ai payé ma voiture sur mes 25.000 francs. Dans ma déclaration de frais professionnels de 1934 j'avais déclaré en ce qui concernait mon auto entretien, réparations, huile, essence, prime d'assurance, quantum 50 %, 2.465 francs sans détailler.

Je ne crois pas pouvoir faire entrer les 16.900 francs de ma voiture dans mes frais professionnels; d'autre part je ne veux pas déclarer 25.000 francs puisque ma voiture payée il ne m'est resté que 8.100 francs.

Je vous prierai donc de me dire ce que je dois faire.

Dr X.

Réponse

Depuis les décrets les dépenses d'achats ne se déduisent plus, mais s'amortissent. Si vous aviez déduit le prix de votre ancienne voiture vous n'avez plus que 16.500 francs à amortir en cinq ans si vos voitures servent en moyenne pendant cette période.

Vous n'avez pas à tenir compte des 25.000 francs versés par l'assurance-vie; c'est un capital qui s'ajoute à celui que vous pouviez déjà posséder.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

1.052. — Déductions pour charges de famille

Je serais très heureux de savoir si les réductions de charges de familles pour l'établissement sur l'impôt sur les bénéfices et sur le revenu n'ont pas été modifiés par les décrets-lois.

Dr C.

Réponse

Les déductions pour charges de famille sont modifiées pour l'impôt cédulaire par l'article 102 et pour l'impôt général par l'article 115 du Code du 27 décembre 1935 :

Impôt cédulaire : 10 % pour chacun des deux premiers enfants à la charge du contribuable ;

30 % pour chaque enfant à la charge à partir du troisième.

Le montant total des déductions sur chaque impôt ne peut excéder 800 francs par enfants.

Impôt général : 5.000 francs pour la femme ; 5.000 francs pour chacun des deux premiers enfants ; 8.000 francs pour le troisième ; 9.000 francs pour le quatrième ; 10.000 francs pour chacun à partir du cinquième.

A. M.

1.059. — Déduction des réparations du revenu foncier

Je possède deux maisons, l'une d'elles a eu cette année des réparations importantes, ravalement en ciment, remplacement des chéneaux, pose du chauffage central, soit environ 40.000 francs. Puis-je les déduire du revenu de cette maison louée 10.000 francs ou du revenu des deux maisons ou bien puis-je amortir cette grosse dépense sur plusieurs années ?

Dr A.

Réponse

Il ne faut pas confondre les réparations avec les améliorations ou constructions nouvelles ajoutant de la valeur à l'immeuble comme l'installation du chauffage central ; le coût des premières peut seul être déduit du loyer.

Vous pouvez déduire pour le revenu foncier à comprendre dans votre revenu global 20 % des loyers pour frais de gérance, assurances, etc., amortissements et le montant du prix des réparations.

Si vous habitez l'immeuble, vous déclarez le revenu net foncier servant au calcul de cet impôt ; c'est un forfait qui ne donne lieu à aucune réduction.

A. M.

QUESTIONS DIVERSES

1.397. — Le point de départ du prélèvement de 10%

En ma qualité d'adhérent au Sou Médical, je me permets de solliciter votre avis pour le cas suivant: je viens de recevoir de la Préfecture un mandat de 300 francs pour honoraires relatifs au fonctionnement de la consultation des nourrissons au pays où j'exerce pour 1935 ; mais mon mémoire est amputé de 10 %, décret-loi du 16 juillet 1935. Le dit décret-loi a-t-il un effet rétroactif et son application s'étend-

elle au travail fourni avant la promulgation. Il m'aurait paru légitime de ne me faire subir la retenue qu'à partir du 16 juillet 1935. Que dois-je faire, Encaisser mon mandat sans rien dire ? Encaisser tout en protestant à la Préfecture ? Refuser mon mandat ? Je serais heureux d'avoir votre avis.

Dr C.

Réponse

Aux termes mêmes de l'art. 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement de 10 % sur les dépenses publiques, ce prélèvement ne doit être effectué que sur les dépenses venues à échéance postérieurement au 17 juillet 1935. Comme, ainsi que le reconnaît la Circulaire ministérielle du 6 août dernier, une dépense « est venue à échéance » dès lors qu'elle est liquide et exigible, et que vous étiez en droit de demander vos honoraires à l'Administration dès la consultation opérée, votre mémoire d'honoraires ne devait être amputé de 10% que pour toutes les visites ou consultations postérieures à l'entrée en vigueur du décret. Tous les actes antérieurs doivent au contraire vous êtes payés au tarif entier.

Nous vous conseillons de ne pas vous incliner devant la façon d'agir de l'Administration, mais de n'encaisser votre mandat qu'en l'accompagnant d'une réclamation auprès de la Préfecture par lettre recommandée avec accusé de réception.

1.488 — Limitation du prix des loyers

Le 13 mars 1935 j'ai passé, avec mon gérant, un acte enregistré réduisant mon loyer de 1.200 francs à partir d'octobre 1935, date d'expiration de mon bail.

Les décrets-lois ayant été promulgués en juillet 1935, ai-je le droit à la réduction de 10 % en plus des 1.200 francs de réduction que le gérant m'avait consentie en mars ?

Dr K.

Réponse

Il résulte de la circulaire du Garde des Sceaux, du 16 août dernier, ainsi que de l'opinion général des commentateurs, que le décret-loi du 16 juillet dernier a entendu par son art. 1er instituer un prix limite des loyers égal à celui payé au 17 juillet diminué de 10 %.

Si en vertu de l'accord passé avec votre gérant, votre loyer au 1er octobre 1935 s'est trouvé être par suite de la réduction accordée inférieur au prix limite ci-dessus défini, vous n'avez droit à aucune réduction supplémentaire.

Si au contraire cette diminution de 1.200 francs n'a pas eu pour effet de réduire votre loyer à celui payé au 17 juillet moins 10 %, vous avez droit à une réduction complémentaire, afin que votre loyer atteigne le prix limite.

Cinquante-huitième année | N° 10 | 8 Mars 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard,
Amélie-les-Bains : Dr Alardo, J. Bouix.
Antibes : J. Gaston (*Enf. à inf, arr.*).
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly, Gaveau.
Biarritz : Augey, Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E, Bousquet, Cadinouche, Caruette, Escarras, Fournier, Léon Huet (*Derm.*), P. Houssiaux, Huet, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hauteville : A. Wigniolle.
Hyères : Clément, Fohanno, Pierrhugues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean, J. M. Jaubert.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet, Pierre Plat.
Menton : Camaret, Griffault, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Bernardbeig, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola. Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry, (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*) Nafilyan, Nicolas. Phipps (*derm.*), Piettri, E, Potheau (*Psych.*), Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
St-Pierre-de-Chartreuse : Brianes.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pigne (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Héraut (*mal. enf.*), Lefrançois (*femm. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

Nº 65. — Dans pet. ville des Vosges, import. cab. méd. génér. à céder. Gros chiffre, petit compt. exigé. Belle installation.

Nº 66. — Directeur administratif cherche emploi dans clinique France ou Algérie pour administ., comptab. économat. Très sérieux. Licencié en droit. Référ. médicales.

Nº 67. — Mais. santé chirurgic. Paris, cherche nouveaux correspondants préfér. S.-et-O., S.-et-M., Oise, Aisne, Eure. Condit. très intéress.

Nº 68. — A vend. appar. radiothér. profonde, très bon état de marche, 200.000 volts, 43 centim. étincelle. Courant continu. 4.000 francs, courant altern. 5.000 fr.

Nº 69. — Radiologiste met à disposition d'hôpital ou clinique, appareil de radiographie et de radiothérapie profonde.

Nº 70. — Occasion. Porte-mant. genre ancien (val. 1.200), à 350 francs. Belle table dorée ovale, dessus marbre (val. 1.200), à 350, lustre en fer forgé, 5 feux (val. 800), à 150, 2 redresseurs tension plaque à 50 francs chaque. Dr Chavagat, 8, boulevard Saint-Michel, Paris.

Nº 71. — Nord-Est. Très bon poste propharmac., gros rendement, libre en juillet.

Nº 72. — Allevard-les-Bains, 1º pet. villa proche du Thermal, 6 p., 4 lits, eau, gaz, électr., buanderie, garage, tennis, jard. particul. et parc boisé en montagne ; 2º pour cure d'air, maison confort. face aux glaciers, à 20 min. au-dessus de la ville, 10 lits, piano, téléph., garage, tennis, vastes prairies, ombrages. Pour louer : Dr Boel, propriét.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Importante clientèle de quartier, très ancienne, appartement 7 p. Indemnité 80.000, avec moitié comptant.

Grande ville nord-ouest. Médecine générale et accidents du travail d'un gros rendement. Habitation tout confort. Prix à débattre.

Midi. Affaire chirurgicale avec clinique. Prix demandé 950.000 dont 400.000 francs comptant.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. le Professeur Champy est élu membre titulaire dans la IVe section (*Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Conférence.* — M. le Docteur I. HOLMGREN, professeur de clinique médicale à l'Université de Stockholm, fera une conférence le samedi 14 mars 1936, à 18 heures, au Grand amphithéâtre, sur le sujet suivant : *Études sur le B. C. G. au point de vue thérapeutique.*

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de stomatologie.* — Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa séance du 27 février, a proposé à une très forte majorité, pour les fonctions de chargé de cours de stomatologie à la Faculté, le Docteur Charles RUPPE, ancien interne des hôpitaux de Paris, stomatologiste des hôpitaux, en remplacement du Docteur Léon Frey, décédé.

Tous ceux qui connaissent les grandes qualités d'enseignement et la haute valeur scientifique et professionnelle du Docteur Charles Ruppe se réjouiront de sa nomination.

— **Les Journées médicales belges de 1936.** — La Société nationale des chemins de fer belges vient de

faire connaître au Comité qu'à l'occasion de la XVe session des Journées médicales, elle accorderait aux congressistes une réduction individuelle de 35 % sur les prix normaux des billets de voyageurs.

— **Hommage au Docteur Antoine Béclère.** — Les amis et les élèves du Docteur Antoine Béclère, à l'occasion du quatre-vingtième anniversaire de sa naissance, le 17 mars 1936, désirent lui exprimer leur affection et leur admiration. Ils ont pensé que la meilleure manière de lui manifester leurs sentiments serait de lui offrir une médaille et un livre : la médaille portera l'effigie du maître ; le livre jubilaire contiendra un petit nombre d'articles, résumant l'ensemble de son œuvre scientifique.

Tout souscripteur d'au moins 100 francs recevra un exemplaire de la médaille et du Livre jubilaire.

Les souscriptions sont reçues chez M. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

— **A « Rive gauche » Vieux-Colombier.** *Une conférence du Professeur Pierre Mauriac*, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Docteur Pierre Mauriac a donné à « Rive Gauche », au Vieux-Colombier, 21, rue du Vieux-Colombier, le 6 mars à 17 h. 30, une conférence sur « L'influence des grands médecins de 1870 à 1936 », beau sujet où les grandes personnalités sont nombreuses : Charcot, Babinski, Potain... pour ne parler que des morts. Influence littéraire, influence politique et sociale, souvent plus profonde qu'on ne le pense ; qui mesurera, en effet, l'importance de l'apport médical dans l'œuvre d'un Zola ou d'un Paul Bourget, d'un Proust aussi ?

Sans compter que cette influence des grands médecins continue à se faire sentir aujourd'hui et sans doute le Professeur Mauriac était-il particulièrement bien placé pour nous renseigner sur ce dernier point... Quoi qu'il en soit, cette conférence de l'éminent doyen de Bordeaux obtint un vif succès.

— **Association de la Presse médicale française.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Association de la Presse médicale française, qui, rappelons-le a été fondée par A. Cézilly, le créateur du *Concours Médical*, a eu lieu le 15 février dans les salons du restaurant Drouant, sous la présidence de M. le Professeur Loeper. Quarante-deux membres assistaient à la réunion.

Après le dîner usuel s'est tenue la séance de travail au cours de laquelle ont été lus différents rapports et en particulier ceux de MM. Masson et Boulanger.

L'Assemblée générale a procédé ensuite à la réélection de son Conseil d'administration qui sera composé de la façon suivante pour 1936 : MM. Loeper, Le Sourd, Fiessinger (Noël), Portmann, Gardette, Baillière, Pierret, Georges Masson, Noir et Pierra.

Enfin l'Assemblée a admis la candidature des journaux suivants :

1° Membres titulaires : *Revue du Rhumatisme, Re-*

vue française de Puériculture, Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, Gazette Médicale de Nantes, Bulletin Médical de l'Anjou et du Maine, Le Médecin d'Alsace et de Lorraine, Le Médecin chez lui.

2° Membres associés : *Société Médicale des Praticiens, La Prophylaxie anti-vénérienne, Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de La Rochelle, Bulletin du Syndicat des Médecins du Rhône, Bulletin du Syndicat des Médecins de la Seine.*

— **Société odontologique de France.** *Bureau pour* 1936.— Président, M. Seimbille ; premier vice-président, M. J. Zzaoui ; deuxième vice-président, M. J. Filderman ; secrétaire général, M. Marmasse ; secrétaire général adjoint, Mlle Liger ; secrétaire des séances, M. Corbineau ; trésorier, M. Boucher ; trésorier adjoint, M. Clavier.

— **IIIe Congrès international de pathologie comparée** (Athènes, 15 au 18 avril 1936). — Nous rappelons que le IIIe Congrès international de pathologie comparée se tiendra à Athènes du 15 au 18 avril 1936, sous la présidence du Professeur Bensis.

Des réductions sont accordées sur les chemins de fer, bateaux, logements, etc...

Pour ce qui concerne voyages et séjour s'adresser à l'Agence Neptos, 4, rue de l'Echelle, Paris ou à l'Agence Exprinter, 28, avenue de l'Opéra.

Une croisière de vingt jours sur le *Champollion* des Messageries Maritimes, partira de Marseille le 7 avril pour y revenir le 27 avril, avec séjour à Athènes pendant le Congrès.

— **Défense passive.** *Sous-commission sanitaire de défense passive.* — Dans sa dernière séance, la sous-commission examinant avec les directeurs des différentes sociétés de secours, le recrutement du personnel médical et infirmier, a décidé de demander aux médecins dégagés de toute obligation militaire, de vouloir bien adresser leur adhésion de principe, aux directeurs des Sociétés de la Croix-Rouge, ou à M. François, chef de service à la Préfecture de police, deuxième division, boulevard du Palais, Paris (IVe).

Ils seront convoqués ultérieurement pour signer un engagement et seront affectés aux divers postes de secours actuellement installés.

Pour le Professeur Tanon, Président
F. Le Sourd

— **Hôpital Saint-Michel** (Service de gastro-entérologie, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris). *Internat.*— Une place d'interne est à attribuer dans le service du Docteur Delort. L'interne est nommé pour une année, partant du 1er mai, et reçoit une allocation mensuelle de 300 francs, plus logement et nourriture.

En principe les internes de l'hôpital Saint-Michel doivent être de nationalité française et catholiques.

Adresser les demandes du 15 au 31 mars, à Mme

la Supérieure de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres. Mettre sur l'enveloppe « concours de l'internat ».

— **Bordeaux.** *Concours de médecin-adjoint de l'Assistance médicale gratuite.* — Un concours pour deux places de médecins adjoints de l'Assistance médicale gratuite à domicile, s'ouvrira le 20 avril *1936*, au siège de l'Administration, rue du Loup, 63.

Les concurrents devront déposer avant le 6 avril 1936 leur demande d'admission accompagnée :

1° De pièces établissant qu'ils ont au moins 28 ans accomplis et qu'ils sont français ou naturalisés français et un certificat de bonne vie et mœurs.

2° Leur diplôme constatant qu'ils sont docteurs en médecine de l'une des Facultés françaises et une note de leurs titres scientifiques ou administratifs.

3° L'engagement écrit de se conformer au règlement du Service de santé de l'Administration du Bureau de bienfaisance.

Tous renseignements complémentaires seront fournis au secrétariat du Bureau de bienfaisance.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur Elie Roux, croix de guerre, ancien correspondant du *Concours Médical*, décédé le 20 février 1936, dans sa 61e année, à Saint-Gervais-les-Bains.

Nous adressons à sa famille, à Madame Elie Roux, sa veuve, à ses enfants, à Madame et au Docteur Joseph Mouthon, conseiller général de la Haute-Savoie, l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous avons le vif regret d'annoncer la grande perte que vient de faire le Corps médical lyonnais en la personne du Docteur Louis Phélip.

Né le 15 mars 1892, fils d'un urologiste réputé dont il suivit les traces et adopta la spécialité, parent du grand chirurgien Ollier, Louis Phélip fit la guerre comme médecin auxiliaire et, malgré une santé délicate, resta attaché à l'ambulance que dirigeait le Prof. Gayat dans la région de Verdun. Après la guerre il continua ses études, fut reçu interne des hôpitaux de Lyon. Docteur en 1920, il fut admis en 1921 à l'Association d'urologie, fut assistant des Professeurs Rochet et Gayet et attaché comme urologiste aux hôpitaux Sainte-Foy et Saint-Joseph.

Outre sa valeur professionnelle qui était grande, le Docteur L. Phélip qui avait une haute idée de la situation que devait occuper le médecin-praticien, se consacra activement au syndicalisme médical et assura la rédaction du *Bulletin du Syndicat des médecins du Rhône*, qui devint, sous sa direction, un des organes syndicalistes les plus intéressants et les mieux rédigés.

Le *Concours Médical* prend part au deuil qui frappe le Corps médical lyonnais et adresse à la famille du Docteur Phélip ses sympathies les plus sincères.

J. Noir

— **Mort de Charles Nicolle et du Professeur Pawlow.** — Le Docteur Charles NICOLLE, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, vient de mourir dans cette ville. Né à Rouen en 1866, il prit, très jeune encore, la direction de l'Institut Pasteur de Tunis, où il poursuivit pendant de nombreuses années avec ses collaborateurs, CONSEIL entre autres, une série d'études si fructueuses pour la science.

En 1909, Ch. Nicolle découvrit le mode de propagation du typhus et sa découverte permit de faire une prophylaxie efficace de cette grave maladie par la destruction des poux. Rappellerons-nous aussi les conceptions si puissantes du savant maître, sa notion des « infections inapparentes » en particulier ?

Ch. Nicolle avait été nommé Professeur au Collège de France. La maladie l'avait obligé, cette année, à se faire suppléer par le Professeur Leriche.

— De Moscou nous parvient la nouvelle de la mort du célèbre physiologiste russe PAWLOW.

Déjà très connu pour ses travaux sur la physiologie du tube digestif, Pawlow était allé aux Etats-Unis fonder un Laboratoire à l'Institut Rockefeller. Puis, il revint continuer ses recherches en Russie soviétique. Lors du dernier congrès de physiologie, dans son pays natal, le grand savant reçut l'hommage des physiologistes du monde entier.

La mort de Charles Nicolle et de Pawlow met la science en deuil.

P. LACROIX.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 FÉVRIER

Asiles publics d'aliénés

Mlle le Docteur Jacob, reçue au concours de médecin des Asiles de 1934 est nommée médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

M. le Docteur Thuillier, médecin chef à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas de-Calais).

19 FÉVRIER

Un poste de médecin-chef de service (poste créé) est vacant à l'Asile public d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée).

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), par suite de la mise en congé de M. le Docteur d'Heucqueville

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or, à titre posthume : M le Docteur Taubmann, de Paris

Médaille d'argent : MM les Docteurs Guyot, de Paris et Diez, de Neufchâteau (Vosges)

20 FÉVRIER

Asiles publics d'aliénés

Concours de médecins des Asiles publics d'aliénés

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 17 février 1936, un concours pour neuf emplois de médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, le lundi 27 avril 1936

Les candidats adresseront à la *Direction* du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché (1er bureau), pour le vendredi 27 mars au plus tard, les pièces suivantes : leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, leurs états de service, un exposé de leurs titres, un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, les pièces établissant leur stage, les pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande

22 FÉVRIER

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), par suite de la nomination de M. le Docteur Thuillier, à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais)

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie), en remplacement de Mme le Docteur Collet, non installée

23 FÉVRIER

Sérums thérapeutiques

Décret du 19 *février* 1936 *autorisant la préparation et la vente de sérums thérapeutiques.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Cumul des prestations des Assurances sociales et des indemnités d'accidents du travail.

3.389. — M. PAVIN DE LAFARGE, sénateur, expose à M. le ministre du Travail qu'un exploitant agricole est victime d'un accident survenu au cours ou à l'occasion du travail de son exploitation. Cet exploitant agricole s'est assujetti à la législation des Assurances sociales en donnant une adhésion le garantissant contre les risques de répartition (maladie-maternité

et décès). Il n'est, par contre, pas garanti contre les accidents du travail, soit au titre d'assujetti facultatif aux lois de 1922-1926 sur les accidents du travail agricole, soit au titre de l'assurance contractuelle de droit commun ; et demande, étant donné : *a*) les termes de l'article 8, paragraphe 1er, de la loi du 5 avril 1928, 30 avril 1930 : « ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 ci-après, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail » ; *b*) les termes de l'article 20, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, déclaré applicable au régime agricole : « Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent des assurances-maladie, invalidité et décès, sous réserve des dispositions ci-après, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail » ; *c*) les statuts de la Caisse mutuelle agricole d'assurances sociales à laquelle l'intéressé a adhéré et qui font la loi des parties, statuts ainsi conçus (et approuvés par arrêté ministériel) : « la maladie ou la blessure donne droit à l'attribution de l'indemnité journalière à la condition d'entraîner une incapacité totale du travail à l'exclusion pour tous les sociétaires des incapacités provenant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles assimilées » ; si une Caisse agricole d'assurances sociales est tenue d'allouer les prestations statutaires d'assurances sociales à l'un de ses adhérents qui a été victime d'un accident survenu au cours de son travail agricole proprement dit, accident qui était susceptible d'être couvert comme accident du travail, et si la solution serait la même : *a*) s'il s'agit d'un accident survenu au cours de son travail agricole personnel, à un journalier agricole en même temps petit propriétaire, qui est blessé, non quand il effectue un travail salarié, mais alors qu'il travaille dans sa propriété personnelle, cet accident étant susceptible d'être garanti par une police accident si la victime avait pris la précaution de se couvrir ; *b*) s'il s'agit d'un accident survenu au cours de son travail agricole personnel, à un exploitant agricole qui est assuré social facultatif, mais qui n'a pas pris la précaution de se couvrir contre les accidents pouvant lui survenir dans son travail professionnel d'agriculteur ; en résumé, s'il suffit à un agriculteur de ne pas s'être garanti contre les accidents du travail auprès d'une Société d'assurances accidents pour être en droit de faire appel aux prestations des Assurances sociales à l'occasion d'accidents qui auraient été susceptibles d'être couverts comme accidents du travail. (*Question du 6 janvier* 1936.)

Réponse. — Aux termes de l'article 20, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, applicable au régime agricole, ne sont exclues du bénéfice des prestations maladie-invalidité-décès des Assurances sociales que les maladies ou blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail.

Un accident survenu au cours d'un travail agricole ne peut être indemnisé au titre de la loi sur les accidents du travail que dans les deux cas suivants :

1° Lorsque la victime est un salarié ;

2° Lorsque la victime, bien que non salariée, est placée sous le bénéfice de la législation des accidents du travail, par suite d'une adhésion de l'exploitant à ladite législation (article 4 de la loi du 15 décembre 1922).

Hors ces deux cas et nonobstant toute disposition contraire des statuts de sa Caisse d'assurance, tout assuré agricole victime d'un accident est, suivant la jurisprudence de la Cour de cassation, en droit de réclamer le bénéfice des Assurances sociales, alors même que, pour les accidents qui lui surviendraient par le fait ou à l'occasion de son travail, il aurait contracté une assurance dans les termes du droit commun.

Toutefois, dans cette dernière hypothèse, il y aurait lieu, en raison du cumul d'assurances, à partage des frais correspondant aux prestations en nature entre les organismes d'assurance intéressés, sur la base de leurs obligations respectives.

(*J. O.*, 5 février 1936).

Taux-limite du loyer

1.685. — M. Arsène Gros demande à M. le ministre de la Justice : 1° si la non-application par le bailleur de la réduction des loyers de 10 p. 100 prévue par décret-loi peut être considérée comme une majoration illicite permettant au locataire de demander la réduction au prix licite selon les disposition de l'article 14 de la loi du 29 juin 1929 ; 2° si l'action en révision des locations verbales des artisans, commerçants et industriels est recevable, la loi du 12 juillet 1933 ne le permettant pas. L'esprit du décret étant de provoquer une baisse du prix du loyer et se rapportant aux formes et conditions de ladite loi, il apparaît anormal qu'une seule catégorie de locataires, déjà défavorisée par la forme de leur location, soit exclue du bénéfice que l'esprit du décret a recherché; 3° s'il existe en faveur des fonctionnaires appelés à occuper leur poste dans une autre localité des mesures spéciales leur permettant, pour ce cas de force majeure et indépendant de leur volonté de résilier auprès de leur bailleur leurs locations écrites ou verbales et leur évitant de payer à ces derniers une indemnité de résiliation anticipée en cas de bail écrit ou une indemnité de relocation en cas de bail verbal, qui, selon les usages locaux, serait un an. (*Question du 19 décembre* 1935.)

Réponse. — 1° Le fait pour le bailleur d'un local à usage d'habitation ou professionnel de ne pas consentir la réduction de 10 p. 100 prescrite par le décret du 16 juillet 1935 équivaut à une majoration illicite

Voir la suite page LV-741

PROPOS DU JOUR

A l'Assemblée française de Médecine générale
La mort du Docteur A. Netter

L'Assemblée française de médecine générale a tenu sa séance le dimanche 1er mars, à l'amphithéâtre Trousseau, sous la présidence du Médecin général Inspecteur ROUVILLOIS, membre de l'Académie de médecine, Président de l'Académie de chirurgie, assisté du Prof. P. CARNOT, président de l'Association, du Docteur GODLEWSKI, secrétaire général, et d'un grand nombre de professeurs de Paris et de Province et de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux parisiens. Le nombre des assistants était considérable et beaucoup de délégués, venus des quatre coins de France, assistaient à la réunion.

Dès le début, le Prof. CARNOT fit savoir que le lauréat du prix délivré à chaque séance (fondation du Docteur Debat), qui devait être désigné par le département du Puy-de-Dôme, était le Docteur LABESSE (de Durtol). Ce dernier remercia en une éloquente allocution faisant l'éloge de la clinique française et reportant le mérite de l'honneur qui lui était fait sur ses confrères du Puy-de-Dôme et sur le Professeur CASTAIGNE, médecin des hôpitaux de Paris, Directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, qui a su donner un nouvel essor aux études médicales de cette région.

Le Professeur Carnot annonça que la prochaine réunion se tiendrait à Nice, où nos confrères des Alpes-Maritimes organisent les Assises médicales franco-italiennes. Le délégué des Alpes-Maritimes remercia l'Assemblée et son Président et affirma que, s'étant assuré du concours des médecins italiens des Comités France-Italie et Francia Italia, tout faisait prévoir que ces assises auraient un grand succès.

On passa à l'ordre du jour. La question qui y avait été portée était *l'abcès de fixation*.

Après qu'un certain nombre de délégués eurent exposé que dans tous les départements l'opinion de la majorité des praticiens était en faveur de l'abcès de fixation, après que M. le Prof. PIC, de la Faculté de médecine de Lyon, ancien élève et ami du Prof. FOCHIER, l'inventeur de l'abcès de fixation, ait longuement exposé les très nombreuses indications de cette méthode thérapeutique et vanté ses résultats, M. le Docteur Arnold NETTER, membre de l'Académie de médecine, fit, malgré son grand âge, une brillante exposition de la question et en particulier de l'application de l'abcès de fixation au traitement des encéphalites, qu'il a préconisé depuis plusieurs années. Une ovation fut faite au vénéré maître tant à cause de la qualité de sa communication que pour lui démontrer l'estime, l'affection et l'admiration qu'avaient pour lui les médecins présents dont beaucoup, devenus des maîtres, avaient été ses élèves.

M. le Docteur J. COMBY, encore un vétéran et un maître de la Pédiatrie française, qui, tout comme le Docteur Netter, a droit à notre affection et à notre estime, crut devoir faire quelques réserves sur l'enthousiasme que quelques orateurs précédents avaient témoigné pour l'abcès de fixation, faisant remarquer que nombre de guérisons qui lui étaient attribuées, notamment dans les affections à pneumocoques, s'opéraient spontanément.

Le Prof. BRINDEAU apportait l'opinion d'un accoucheur et faisait remarquer que la fièvre puerpérale se manifestait encore spontanément dans les maternités parisiennes, malgré tous les soins d'asepsie qui y étaient pris, quand on vit le Docteur A. Netter s'affaisser tout à coup et tomber de sa chaise. On peut juger de l'émotion anxieuse de tous les auditeurs. M. Netter fut transporté en dehors de l'amphithéâtre, quelques minutes après on venait annoncer sa mort.

Cette fin qui interrompit si brutalement la séance, plongea dans la consternation tous les assistants. On rappelait les mérites et la haute situation du maître dont la disparition en pareilles circonstances évoquait un drame à la manière de Shakespeare.

Membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé de la Faculté de Paris, médecin honoraire de l'hôpital Trousseau, Arnold Netter, octogénaire, avait consacré sa longue et laborieuse existence à la médecine infantile et aux recherches scientifiques médicales ; son œuvre est considérable, elle a trait surtout aux bronchopneumonies, à la méningite cérébro-spinale, à la paralysie infantile, à l'encéphalite léthargique, aux rapports du zona et de la varicelle, etc., etc.

Mais Arnold Netter n'était pas seulement estimé et aimé pour ses travaux scientifiques. Il était l'homme bon par excellence ; poussant jusqu'aux dernières limites la conscience pro-

◆◆

fessionnelle, il avait donné à ceux qui l'ont connu d'innombrables exemples de générosité et de désintéressement, allant jusqu'à refuser tout honoraire quand, appelé en consultation, il jugeait le milieu où il était venu comme trop peu fortuné.

Sa mort a été infiniment douloureuse pour tous ceux qui l'ont connu, mais pour un homme de sa valeur et ayant son passé, quelle belle mort ! Il est tombé, jouissant de toutes ses facultés, après avoir exposé avec une méthode et une clarté merveilleuses l'objet de ses études et les résultats de son expérience. Il est tombé après avoir été acclamé par ses élèves et ses confrères, stupéfaits de voir un vieillard faire avec un pareil talent et une remarquable aisance une véritable conférence.

Cette fin pour un maître et un médecin est aussi glorieuse que celle d'un soldat mort au champ d'honneur.

Peu ont été aussi favorisés par l'implacable Destin et, en cherchant bien dans nos souvenirs, nous ne trouvons que le Docteur René Blache, qui mourut subitement en auscultant un malade et Lucas-Championnière qui, comme Arnold Netter, succomba brusquement en faisant une communication à la tribune de l'Académie des sciences.

« La mort qui prévient la caducité, a dit La Bruyère, arrive plus à propos que celle qui la termine. »

Aussi pouvons-nous proclamer que la fin brusque d'A. Netter a été une apothéose, c'est une belle et glorieuse mort.

J. Noir.

Nous publierons un compte-rendu détaillé de la réunion de l'Assemblée française de Médecine générale et notamment de l'émouvante séance qui fut tenue dans l'après-midi du dimanche 1er mars, au Val-de-Grâce où fut glorifiée la Médecine militaire française.

La nouvelle Ecole Pratique de la Faculté de Médecine de Paris sur l'emplacement de l'ancienne Charité

Nous avons été émus par le projet du gratte-ciel qui devait être élevé sur l'emplacement de la Charité et destiné à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris. Outre une masse énorme qui, dépassant de beaucoup les constructions voisines les plus hautes, et dont l'effet fâcheux aurait pu être constaté de tout Paris, on menaçait le faubourg Saint-Germain d'une tour de 56 mètres dont le voisinage aurait écrasé le clocher de Saint-Germain-des-Prés.

On est revenu à de plus saines conceptions de l'urbanisme devant les protestations unanimes.

Si les plans qui ont été communiqués à la Commission du Vieux Paris, sont réalisés, (ce qui paraît probable, nous ne disons pas certain), les constructions seraient abaissées de trois étages et on renoncerait à l'édification de la tour dont la nécessité ne paraît pas se faire sentir dans une école de médecine. Les nouveaux bâtiments ne dépasseraient pas de beaucoup le faîte des plus hautes maisons du voisinage et c'est à peine qu'on les apercevrait de la terrasse du Jardin du Luxembourg, du quai du Louvre et de la Place de la Concorde.

Reste un danger auquel il conviendrait de veiller, c'est aux cheminées de l'Ecole ; il ne faudrait pas qu'à défaut de tour, on dotât ces bâtiments de véritables cheminées d'usine.

Le quartier de Saint-Germain-des-Prés est appelé à être modifié. Dans un avenir prochain la rue Bonaparte sera élargie et continuera la rue de Rennes jusqu'à la Seine. Il ne faudrait pas au Centre de Paris détruire l'harmonie qui fait la beauté de la Capitale.

Nous comprenons très bien que les architectes d'aujourd'hui désirent faire preuve d'originalité et ne se confinent pas dans les styles Louis XV et Louis XVI, mais ils peuvent tenter leurs expériences sur des emplacements plus propices que ceux du Centre de Paris.

Telle que nous av. ns vu les plans, nous n'avons pas admiré la façade de la Nouvelle Ecole de médecine. Elle sera, paraît-il, grandiose, mais nous trouvons singulièrement minuscules les portes qui donneront accès dans ce monument.

Il est vrai que nous sommes incompétents en matière d'architecture et que nous n'avons pas la prétention de monopoliser le bon goût et le sens commun.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

VOMISSEMENTS ACÉTONÉMIQUES CHEZ L'ADULTE

Par

Paul MICHON et Louis COLLESSON

Médecin des hôpitaux
Chargé de cours

Ex-chef de clinique médicale

à la Faculté de médecine de Nancy

La limitation temporelle des vomissements acétonémiques au domaine de la seconde enfance constitue, on le sait, un des caractères cliniques essentiels de cette maladie. Selon les termes même de Marfan, si cette dernière « peut dans quelques cas exceptionnels se prolonger jusqu'à 14 ans, l'enquête montre que le premier accès s'est toujours produit avant 10 ans ». La douzième année est unanimement considérée comme étant l'âge moyen qui marque la disparition du syndrome.

Cependant, à côté des cas français de Doussain, quelques observations publiées depuis cinq ans en Allemagne, en Autriche et en Pologne sont venues montrer que la limitation des vomissements acétonémiques au seul domaine de la pédiatrie n'était pas absolument rigoureuse.

Si l'on voulait résumer d'une manière complète la question des vomissements avec acétonémie chez l'adulte, il faudrait aborder le problème si complexe de l'acidose post-opératoire et de certains vomissements incoercibles de la grossesse. Un tel exposé nous éloignerait par trop du cadre auquel nous voulons limiter cet article, consacré à rapporter l'observation d'un cas de vomissements avec acido-cétose survenu chez une jeune femme non gravide. Nous rappellerons simplement à ce sujet que Marcel Labbé écrivait, il y a quelques sept ans, « qu'il est intéressant de rapprocher les crises de vomissements incoercibles accompagnés d'acidose chez les femmes enceintes des crises de vomissements incoercibles avec acidose, ou acétonurie, comme ceux qui s'observent chez les enfants. Il y a là une même évolution et probablement une même pathogénie ».

Schlosz rapporte que déjà en 1908, Magnus Lévy, dans un mémoire sur l'acidose, avait publié des observations de patients qui souffraient de perturbations gastriques avec acétonémie et dont la description paraît bien être celle de cas de vomissements acétonémiques.

Mais, sauf erreur bibliographique de notre part, il semble bien que les premières observations de vomissements acétonémiques de l'adulte publiées comme telles sont dues à Narbeshuber. Cet auteur a, en effet, observé dans l'hyperthyréose un syndrome clinique qui, pour lui, est absolument identique à celui des vomissements cycliques de l'enfance.

Quelques mois plus tard, Jakob Schlosz faisait paraître dans le *Deutsches archiv fur Klinische Medizin*, un important mémoire sur la question.

Nous ne saurions reprendre ici la description détaillée des faits minutieusement décrits par cet auteur. Nous nous contenterons de les résumer puisqu'ils établissent le bien fondé du diagnostic chez l'adulte d'une maladie qui classiquement est l'apanage de l'enfance.

Les patients observés par Schlosz sont au nombre de cinq dont une femme et quatre hommes âgés respectivement de 32, 60, 22 et 30 ans.

Tous furent pris pour la première fois à l'âge adulte de vomissements récidivants, qui apparaissaient par crises. Celles-ci duraient deux à cinq jours, débutaient brusquement sans prodromes, en pleine santé apparente. Les vomissements étaient très fréquents allant jusqu'à se reproduire cinq fois par heure.

Ils étaient réveillés par la moindre tentative d'alimentation. Le liquide rejeté était blanc, filant, parfois teinté de bile.

Durant l'accès, ces patients étaient abattus, prostrés, dans un cas même il y avait somnolence entrecoupée de délire.

En dehors de ces signes, aucun autre symptôme qu'une odeur acétonique de l'haleine et la présence d'acétone et d'acide diacétique dans les urines. A l'examen des différents appareils aucun symptôme pathologique.

Retenir que le pouls était un peu accéléré, la tension artérielle normale. Pas de fièvre. La glycémie pratiquée en pleine durée des crises donna chaque fois des valeurs variables bien qu'un peu basses.

Brusquement, comme ils étaient apparus, les vomissements cessaient, tandis que l'acétonurie bien souvent durait quelques jours encore. Puis, tout rentrait dans l'ordre et les malades retrouvaient un état de santé absolument parfait. Chez trois patients qui purent être suivis suffisamment longtemps, Schlosz a noté la récidive des crises. « En somme, écrit cet auteur, à la question de l'âge près, il s'agit de cas de vomissements avec acétonémie chez l'adulte, dont la description concorde étroitement avec le tableau clinique ainsi dénommé chez l'enfant ».

Notons qu'une contre épreuve intéressante fut faite par Schlosz qui rechercha systématiquement la cétonurie dans bien des syndromes digestifs de l'adulte s'accompagnant de vomissements répétés, tels que la sténose du pylore. Jamais il ne trouva de corps cétoniques urinaires dans ces cas.

Kuppers, en 1934, rapporte à son tour huit observations de vomissements acétonémiques de l'adulte nerveux sur un lot de 300 psychopathes, soit deux cas chez 125 épileptiques et six cas chez 142 schizophrènes.

Nous retiendrons particulièrement du mémoire de cet auteur l'existence chez ces patients d'une hypoglycémie transitoire, contemporaine des crises de vomissements.

C'est là un fait que Schlosz n'avait pas rencontré. Nous retiendrons aussi que pour Kuppers les vomissements avec acidocétose de l'adulte ne seraient qu'un des aspects d'une persistance d'un état infantile. L'autre aspect de cette persistance se retrouverait dans la nature des troubles psychiques observés chez ces malades. Pour terminer cette rapide revue des publications qui concernent les vomissements acétonémiques chez l'adulte, mentionnons le travail d'Offenberg, paru à Lwow, et dont nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer le texte.

***

Voici donc une jeune femme âgée de 25 ans dont le passé hépato-biliaire était assez chargé depuis une grossesse datant de dix-huit mois.

A plusieurs reprises, elle avait eu des coliques hépatiques, dont une crise très prolongée, véritable état de coliques vésiculaires subintrantes ayant duré six semaines.

Brusquement, en pleine bonne santé apparente, alors que depuis quelques mois les symptômes vésiculaires s'étaient bien estompés, la malade est prise soudain pendant la nuit de vomissements qui se répètent une quinzaine de fois en quelques heures.

Examinée au cours de la matinée, la patiente, bien que très inquiète de ces vomissements, présente un bon aspect général qui contraste avec le grand état de fatigue dont elle se plaint. A l'examen somatique, nul signe digestif pathologique : il n'y a notamment du côté de la vésicule absolument aucune douleur, tant spontanée qu'à la palpation même profonde. Absolument pas le moindre signe de Murphy même en enfonçant profondéemnt la pulpe des doigts sous le rebord des côtes. Du côté appendiculaire absolument rien non plus.

Les vomissements de la nuit ont été conservés, il y en a environ un litre, ils sont fluides, légèrement teintés de bile.

Du côté de l'appareil circulatoire quelques signes cependant sont à noter. Le pouls est lent à 48 pulsations par minute. La tension artérielle très basse : 8,5/6 au Yacoël, alors que l'avant-veille elle avait été trouvée à 11/7, chiffres habituels de cette patiente.

L'auscultation des bruits du cœur ne révèle rien d'autre que la bradycardie.

Pas de fièvre.

L'absence de température, et de tout signe somatique du côté du tube digestif permettait d'éliminer tous vomissements symptomatiques d'une affection fébrile au début ou d'une affection abdominale douloureuse, telle que l'appendicite, la colique hépatique, néphrétique, l'occlusion intestinale, etc...

La chute brutale de la tension pouvait-elle faire penser à une insuffisance surrénale aiguë ? Une telle hypothèse semblait à peine devoir être envisagée, car véritablement aucun des anamnestiques n'orientait vers un tel diagnostic.

La patiente avait fait sa chute tensionnelle en bonne santé apparente, en dehors de toute maladie infectieuse. L'hypothèse d'un syndrome addisonien traversé d'une poussée aiguë était absolument à rejeter, aucun élément de ce syndrome n'étant habituellement présent.

Nous pensâmes alors être en présence d'une intoxication alimentaire.

Aucune erreur de régime alimentaire n'avait été commise ; la veille, la patiente avait mangé du jambon et des légumes frais.

Il n'était entré dans son alimentation ni œufs, ni crème, ni champignons, ni aucune préparation dont l'effet toxique ou anaphylactique aurait pu être suspecté. De plus, un fait nous frappait, c'était l'absence de toute algie autre, qui n'eût certes pas manqué dans le tableau clinique d'une intoxication d'origine alimentaire.

Une injection d'extrait surrénal est pratiquée. Le pouls remonte rapidement à 60, la tension à 9/7. La malade est mise à la diète. La journée se passe sans aucun incident et le lendemain matin,

la tension est à 9,3 /7, le pouls à 70. La malade se sent tout à fait guérie bien qu'un peu fatiguée et demande à reprendre l'alimentation. Celle-ci lui est accordée sous forme de légumes et de laitage.

Deux jours se passent, quand la patiente, d'elle-même, prend au repas du soir deux tranches de jambon. Quelques heures après, dans la nuit, les vomissements recommencent, aussi fréquents que la première fois, se répétant à courts intervalles durant toute la nuit. Ils ont le même aspect fluide, légèrement teintés de bile.

L'examen somatique ne révèle rien. On ne trouve même plus les symptômes cardiotensoriels antérieurement notés, c'est-à-dire que le cœur bat a 60, que la tension est à 11 /7.

Il ne pouvait cette fois plus être question d'une intoxication alimentaire. Malgré les dénégations de la patiente qui avait été réglée pour la dernière fois, trois semaines auparavant, nous nous demandâmes alors si nous n'étions pas en présence de vomissements très précoces d'une grossesse à son extrême début. Disons tout de suite que l'avenir a montré l'inexactitude d'une telle supposition.

Quoiqu'il en soit, nous recherchâmes alors dans les urines de la malade s'il n'y aurait pas de corps cétoniques. La réaction de Legal pratiquée fut nettement positive.

On pouvait donc conclure à la présence indubitable d'acétone et d'acide diacétique dans les urines. Ces corps ne s'y trouvaient d'ailleurs qu'en petites quantités car la réaction de Gerhardt n'était que faiblement positive.

A noter qu'il n'y avait ni sucre, ni albumine dans les urines.

Nous constituons alors une thérapeutique alcalinisante intérieure. La journée se passe bien, mais, durant la nuit, sans aucune tentative alimentaire, les vomissements reprennent, et se répètent jusqu'à une quinzaine de fois en quelques heures.

Le lendemain matin qui est un dimanche, la malade se sent bien, à partir de ce jour-là, elle ne vomit plus. Dès le lundi les corps cétoniques ont disparu des urines. La patiente peut se lever et elle reprend son alimentation exclusivement lacto-végétarienne.

Huit jours se passèrent ainsi en excellente santé, quand brusquement à nouveau des vomissements du même type reprirent pendant une nuit et se prolongèrent durant la matinée suivante.

Durant les huit jours de bonne santé qui séparèrent ces deux crises, nous avions systématiquement recherché les corps cétoniques des urines. Ceux-ci en furent absents jusque dans la journée qui précéda la nuit où les vomissements reprirent.

Ce fait mérite d'être souligné, car il apporte la preuve que la cétonurie, chez cette malade, n'était pas due au jeûne, et qu'on ne pouvait l'attribuer à un état de dénutrition consécutif aux vomissements. Nous retrouvons là un fait bien connu des pédiatres.

Cette dernière crise de vomissements cessa au bout de quelques heures ; l'acétonurie persista pendant la journée du lendemain.

Puis, tout rentra dans l'ordre, tant au point de vue clinique qu'au point de vue des analyses d'urine.

Quelques jours après la patiente pouvait à nouveau recourir à une alimentation mixte, ajouter de la viande à son régime alimentaire, sans que se produise le moindre vomissement.

De ceux-ci, il n'a plus été question depuis bientôt un an.

***

Le diagnostic de vomissements acétonémiques chez une adulte nous paraît être ici le seul diagnostic convenable.

En effet, tout comme dans les cas de Narbeshuber, Schlosz et Kuppers, il s'agit d'un tableau clinique absolument identique à celui que les pédiatres ont isolé, c'est-à-dire celui de vomissements survenant brusquement, disparaissant de même, évoluant par crises, séparées par des périodes d'état général satisfaisant. L'examen somatique le plus minutieux fait pendant la crise et les examens complémentaires pratiqués entre temps ne révèlent absolument rien de particulier. Le seul symptôme objectif donné par le laboratoire est la présence de corps cétoniques dans les urines, synchrone du développement des crises de vomissements.

Nous regrettons toutefois de n'avoir pu pratiquer chez notre patiente un dosage de la glycémie. Il eût été intéressant de noter ses variations éventuelles et de constater si, comme dans les cas de Kuppers, il y avait hypoglycémie, ou bien si le taux du sucre sanguin était demeuré normal comme chez les malades de Schlosz, ou même s'il était exagéré, comme dans certains cas où l'acétonémie peut être alors tenue pour l'expression d'un diabète latent. Mais en ce dernier cas, l'acétonurie est élevée : ainsi notre maître, le Professeur Richon, nous a fait observer une femme de 55 ans, non glycosurique, atteinte d'une violente crise de vomissements et ptyalisme, avec une acétonurie de 10 gr. 77 pour une glycémie de 2 gr 01, chiffres tombés respectivement, en une semaine, à 1 gr. 33 pour l'acétonurie et 1 gr. 60 pour la glycémie. Or, notre patiente n'avait qu'une assez faible cétonurie n'excédant à aucun moment 0 gr. 40 par litre, d'après les tableaux de Bigwood. Ce taux correspond bien à ceux habituellement notés en pédiatrie.

L'intensité du syndrome clinique n'est pas,

en effet, proportionnelle à la quantité de corps cétoniques excrétés. C'est là un fait acquis, sur lequel même est basée l'opinion des pédiatres qui considèrent que l'acidose et les vomissements, loin d'être reliés par un rapport de cause à effet, ne sont que deux termes parallèles, deux symptômes différents d'un même trouble métabolique encore indéterminé.

L'état du tonus neuro-végétatif chez notre patiente était assez dissemblable de celui qui est habituellement observé.

Dans les observations des auteurs que nous citions au début de cet article, il n'est pas question d'un syndrome d'hypervagotonie analogue à celui que présenta notre malade au cours de sa première crise de vomissements. De même que chez les enfants, chez l'adulte durant la crise, le pouls est plutôt accéléré. Chez notre malade, il était tombé, on l'a vu, à la fréquence de 48 pulsations à la minute.

Si quelques auteurs ont noté un abaissement de tension pendant la crise, il est rare de trouver les chiffres de 8,5 /6 que nous avons relevés pendant quelques crises chez notre patiente.

Sans vouloir tirer de ces chiffres aucune déduction pathogénique, il nous paraît intéressant de les rapprocher de la théorie par laquelle Knolpffelmacher croit pouvoir expliquer la pathogénie des vomissements. Pour cet auteur, écrit Marfan, « les accès de vomissements acétonémiques doivent être considérés comme la manifestation d'une hypervagotonie familiale. Certains enfants naissent avec une excitabilité excessive du nerf vague et en même temps une disposition du système sympathico-surrénal à l'épuisement. Il arrive qu'on peut mettre en évidence ces états par l'étude du réflexe oculo-cardiaque et par les épreuves pharmaco-dynamiques ».

Comme le fait bien reamrquer Marfan, les fondements de cette théorie sont fragiles et toutes ses parties appellent la démonstration.

Sans vouloir trancher ce problème, nous nous contenterons de verser aux débats l'observation de l'existence transitoire chez notre malade d'un état hypervagotonique accentué.

Celui-ci d'ailleurs ne se produisit qu'au cours d'une seule crise.

Nous avons vu au début de cet article que pour Kuppers l'existence de vomissements acétonémiques était la preuve d'une persistance d'habitus infantile, qui se traduit notamment aussi par des troubles psychiques. Notre malade n'était certes pas une psychopathe ; toutefois, il nous paraît intéressant de noter que cette jeune femme avait un psychisme assez puéril.

A titre d'hypothèse étiologique, il nous paraît plausible d'invoquer l'insuffisance hépatique, assez communément admise à l'origine du syndrôme acétonémique cyclique de l'enfant. Notre malade avait un passé hépato-biliaire assez chargé. Il est néanmoins remarquable de constater que nulle réaction locale de ce côté n'accompagnait les vomissements.

Quoiqu'il en soit, le caractère acétonémique de crises d'intolérance gastrique chez des insuffisants hépatiques avérés demandera à être systématiquement recherché, car sa mise en évidence donnera à la thérapeutique une orientation très précise et une rapide efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Doussain. — Quelques observations sur l'auto-intoxication acétonémique primitive non diabétique. (Société de pathologie comparée, 10 février 1925.)

(2) Jakob Schlosz. — Uber azetonämisches Erbrechen beim Erwachsenen (*Deut. Archiv. f. klinische Medizin*, 1930, p. 347.) Avec 16 références bibliographiques.

(3) Offenberg. — Spontaneous periodic vomiting acetonemia in adults (*Polska gazeta lekarka*, Lwow 23 août 1931, 10-645-47.)

(4) Karl Kuppers. — Vomissements acétonémiques chez les adultes psychopathes et leur signification. (*Munch. mediz. Wochenschrift*, 15 avril 1931, p. 661.

A PROPOS DE LA POSOLOGIE CHEZ LE NOURRISSON

Par Fr. Saint Girons

Chef de Laboratoire à l'Hôpital des Enfants-Malades
Médecin adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

Cet article a été demandé au *Concours Médical* par plusieurs confrères qui déclaraient ne pas trouver dans les formulaires les précisions désirées sur la posologie des médicaments dans le premier âge ou bien constataient d'un ouvrage à l'autre des contradictions d'importance. De fait, la posologie chez le nourrisson est assez délicate, car elle n'est pas toujours, à beaucoup près, le reflet de celle dont on a l'habitude chez l'adulte ; on a bien essayé de calculer par rapport à celui-ci la dose qui convient au nourrisson ; mais le chiffre adopté varie selon les auteurs pour un nourrisson d'un an entre 1/10 (Gaubius) et 1/20 (Baginsky). En outre, si, pour la plupart des médicaments, on peut partir de la posologie de l'adulte, il en est un certain nombre que la majorité des pédiatres proscrivent chez le nourrisson et d'autres pour lesquels il est nécessaire d'administrer, afin d'obtenir un effet utile, des doses relativement considérables ; aussi, sans méconnaître ce que cette classification a d'arbitraire, nous distinguerons trois classes de médicaments :

1° Médicaments à proscrire, au moins dans les premiers mois.
2° Médicaments à posologie spéciale.
3° Médicaments à posologie ordinaire.

Avant de les énumérer il n'est peut-être pas inutile de présenter quelques remarques d'ordre général. Chez le nourrisson comme chez l'adulte il faut se méfier de ces phénomènes réactionnels violents, imprévisibles qu'on désigne commodément sous le nom d'idiosyncrasie ; il est donc prudent de commencer toujours par une dose faible, nettement inférieure à la dose active. Par ailleurs comme l'absorption et l'élimination sont particulièrement rapides chez le nourrisson, il importe de fractionner systématiquement les doses. Mais on sera autorisé à les augmenter avec prudence si l'effet désiré n'est pas obtenu des doses normales. Le chiffre que nous indiquons est celui qui convient, pour une journée, à un nourrisson d'un an environ ; avant 6 mois il faut le diminuer de moitié et avant 3 mois des trois quarts.

I. Médicaments à proscrire, au moins dans les premiers mois.

Opium. Ce médicament était autrefois proscrit absolument chez le nourrisson ; actuellement, pour la plupart des auteurs, l'abstention n'est rigoureuse que jusqu'à trois mois. A partir de cet âge on peut prescrire l'élixir parégorique (XV gouttes par année d'âge), le sirop diacode (4 grammes par année). Les recherches récentes tendent à prouver que la morphine, à doses actives identiques, est moins dangereuse que l'opium chez le nourrisson ; on en donnera donc, en injection sous-cutanée, un quart de centigramme par année d'âge et, par la bouche, le sirop de morphine peut être administré à la dose de 2 grammes par année (Dorlencourt).

Calomel à doses purgatives. Est proscrit par A.-B. Marfan en raison des phénomènes de colite dysentériforme qu'il peut provoquer chez le nourrisson. Mais le calomel à la dose de 1 à 2 mmgr. est un antisyphilitique actif et un bon excitant de la cellule hépatique.

Thymol : proscrit chez le nourrisson.

Santonine: proscrite par la plupart des auteurs jusqu'à 2 ans au moins.

Podophyllin : 1 à 2 mmgr. par année, *pyramidon* 2 cgr. par année, *bromoforme* II gouttes par année, proscrits avant 12 à 18 mois.

Menthol. Ne doit pas être prescrit chez le nourrisson pour la désinfection du naso-pharynx.

II. Médicaments à posologie spéciale.

Sulfate de strychnine. Son amertume empêche qu'il soit administré *per os* en solution aqueuse ou sous forme de teinture de noix vomique. Mais il peut être utilisé par voie sous-cutanée à la dose considérable de 1 à 2 mmgr. par jour en les répartissant en plusieurs injections, notamment dans la diphtérie.

Adrénaline. Peu employée chez le nourrisson par voie sous-cutanée ou rectale, l'adrénaline est utilisée par la bouche à la dose de X à XV gouttes sur un morceau de sucre ou dans très peu d'eau.

Gardénal. La dose normale est de 2 à 3 cgr. par année ; mais, dans les convulsions, on peut arriver progressivement à la doubler.

Drosera (Teinture de). Ce médicament particulièrement précieux dans la coqueluche du nourrisson et dans les toux quinteuses doit être donné à doses fortes : L à C gouttes et davantage (P. Lereboullet).

Fer (Protoxalate de), 10 cgr. par année.

Sérums. La sérothérapie chez le nourrisson comporte, principalement dans la diphtérie, des doses proportionnellement plus fortes que chez

l'adulte étant donné que la surface d'absorption des toxines est relativement considérable (P. Lereboullet). Dans l'angine diphtérique commune on injectera couramment au total 15 à 20. 000 unités antitoxiques. Dans un cas de tétanos d'allure grave traité assez tardivement en l'absence de porte d'entrée nous avons obtenu avec P. Lereboullet et Odinet un heureux résultat en injectant au total 210.000 U. A. dont 50.000 par voie intrarachidienne (enfant de 3 ans).

III. **Médicaments à posologie ordinaire.**

Nous ne signalerons que les plus usuels et pour la commodité de l'exposé nous étudierons d'abord ceux qu'on administre par voie sous-cutanée, ensuite ceux dont l'activité est particulièrement grande, enfin les autres médicaments.

A) Médicaments administrés sur tout par voie sous-cutanée :

Caféine : 5 à 10 centigr. par année en plusieurs injections.

Camphre (Huile camphrée) un demi à un cent. cube.

B) Médicaments très actifs :

Digitale (teinture), V gouttes par année.

Digitaline cristallisée, sol. au millième : 1/2 à 1 goutte.

Aconit (teinture), II gouttes.

Belladone (teinture), II gouttes et plus par année.

Mercure (Lactate de) sol. au millième : XII gouttes par kilo avant trois mois et X gouttes plus tard.

Arsenic (Liqueur de Boudin), X gouttes par année.

Tréparsol, 1 à 2 cgr. par kilogr.

Stovarsol, même posologie.

Sulfarsenol en injections sous-cutanées, 1/3 de centigr. par kilogr. à la première injection et monter progressivement à un centigramme et davantage ; injections trois puis deux fois par semaine ; totaliser 12 à 15 injections.

C) Autres médicaments :

Pour que leur posologie soit plus facile à retenir nous les avons rangés d'après celle-ci.

1° Médicament dont la dose quotidienne est 0 gr. 10 par année : Analgésine ou antipyrine.

Aspirine.

Quinine ; per os : ethylcarbonate ou euquinine ou aristochine ; en suppositoires ; les autres sels.

Uroformine.

Théobromine.

Benzonaphtol.

Bétol.

Terpine : 0 gr. 05 comme expectorant ; 0 gr. 15 comme asséchant.

Benzoate de soude.

Poudre d'ipéca.

Hydrate de chloral.

2° Médicaments dont la dose quotidienne est 0 gr. 25 par année : Iodure de potassium.

Bromures.

3° Médicaments dont la dose quotidienne est de 0 gr. 50 par année : Acétate d'ammoniaque.

Salicylate de soude.

Extrait éthéré de fougère mâle.

Hydrate de magnésie.

Carbonate de bismuth.

Carbonate de chaux.

Chlorure de calcium.

4° Médicaments dont la dose quotidienne est de 1 gramme par année : Acide lactique.

Citrate de magnésie.

Huile de ricin.

L'HYPERAZOTÉMIE POST-OPÉRATOIRE, ÉLÉMENT POSSIBLE DE PRONOSTIC FAVORABLE

M. Pierre Duval a déjà attiré l'attention sur l'infidélité de l'azotémie dans le pronostic post-opératoire. Une élévation de l'azotémie après l'opération n'est pas toujours, selon lui, un élément inquiétant ; il pourrait même être un élément de pronostic favorable.

M. Pierre Duval, on le sait, a fait une longue étude des polypeptides en chirurgie opératoire. Ces corps toxiques qui pénètrent en quantité plus ou moins grande dans le sang après toute opération, sont éliminés par les reins, et, surtout, transformés par le foie en urée. L'urémie post-opératoire traduit donc la destruction par le foie des polypeptides. Si l'on veut établir un pronostic des suites opératoires il faut ainsi tenir compte surtout des polypeptides, l'élévation de l'urée sanguine n'étant pas inquiétante si elle ne correspond pas à une augmentation sensible des polypeptides. M. Pierre Duval signale effectivement, à l'Académie de chirurgie, des cas où l'urée sanguine s'est élevée à 1,50 et 2 grammes avec polypeptidémie modérée. Les malades ont guéri alors que le pronostic, basé sur l'urémie, avait été considéré comme mauvais.

Bien entendu, il s'agissait de malades ayant des reins en équilibre normal. Dans ces conditions, avec état normal ou faible élévation de la polypeptidémie, l'élévation de l'urée sanguine — habituelle d'ailleurs après les opérations — n'est pas d'un pronostic défavorable.

M. Maurice Chevassu pense, il est vrai, qu'il ne faudrait pas trop attaquer la valeur assez généralement attribuée à l'azotémie post-opératoire. Certes celle-ci est spéciale. Mais, si l'on peut réunir bien des observations d'évolution bénigne malgré une azotémie momentanément haute, on en peut réunir aussi beaucoup dont l'azotémie progressive s'est terminée en catastrophe.

P. Lacroix.

LE DIAGNOSTIC, CHEZ L'ENFANT, DES MÉNINGITES PURIFORMES ASEPTIQUES

Par le Docteur R. TURQUETY,

Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris

La méningite puriforme aseptique ne constitue pas, chez l'enfant, une exceptionnelle rareté. Elle a été, cependant, peu étudiée chez les sujets de cet âge, ainsi qu'en fait foi une rapide enquête dans la bibliographie française et étrangère.

Qu'on l'observe chez l'adulte ou chez l'enfant, l'affection est soumise, il est vrai, dans les deux cas, à la même diversité d'origines ; toutefois, parmi les causes qui l'engendrent, certaines méritent qu'on s'y attarde parce qu'elles sont particulières à l'enfance ou prédominantes à cet âge.

Dans l'observation que nous relatons ici, il n'a pas été possible de faire, d'une façon péremptoire, la preuve de la nature des accidents, malgré les multiples examens biologiques auxquels la longue durée de l'évolution nous a donné le loisir d'avoir recours. Ceci n'est pas pour nous surprendre : les auteurs qui, comme nous, ont méthodiquement recherché chez l'enfant la cause de l'affection, partagent bien souvent l'incertitude qui est le nôtre, ou n'aboutissent qu'à des hypothèses.

Comme l'écrivait Widal, en 1909, à propos de ces états méningés « c'est en raison même de l'imprécision de leur diagnostic que ces cas méritent d'être étudiés et enregistrés ».

C'est à Widal, en effet, que revient le mérite d'avoir isolé, dans le cadre des affections des méninges, une entité morbide à caractères constants : intégrité des polynucléaires dans un liquide céphalo-rachidien stérile, pronostic favorable, si inquiétants que soient les signes cliniques.

Il faut signaler, toutefois, que la polynucléose aseptique du liquide céphalo-rachidien avait été reconnue antérieurement par Stadelmann, Belin et Bauer, en 1905.

En collaboration avec Lemierre et Boidin, puis seul, Widal fait une étude complète, clinique et cytologique, de la méningite puriforme aseptique (1906 et 1909).

L'*intégrité des polynucléaires* constitue pour lui l'élément caractéristique de cette affection. Dans les épanchements purulents septiques, les polynucléaires, avariés à la suite de la lutte soutenue contre les microbes et leurs toxines, présentent une déformation de leur noyau et de leur protoplasme, qui caractérise les globules de pus. Ici, au contraire, les polynucléaires, n'ayant eu aucun assaut offensif à soutenir, conservent toute la pureté de leur contour et l'intégrité de leurs noyaux. Toutefois, ajoute Widal, quand ces épanchements sont à leur déclin, on trouve, au milieu des polynucléaires intacts, quelques polynucléaires vacuolisés : éléments en *sénescence*, bien distincts des éléments nécrosés des épanchements purulents septiques.

Cette sénescence, qui ne frappe que peu d'éléments, ne saurait, selon lui, être confondue avec la nécrose précoce et constante, globale si l'on peut dire, des polynucléaires d'un épanchement purulent septique.

Quand tout est prêt à rentrer dans l'ordre, la lymphocytose se substitue à la polynucléose, alors même que des signes méningés subsistent encore.

Disons de suite que, dans plusieurs cas d'épanchements purulents aseptiques, cette intégrité des polynucléaires, tenue par Widal pour une règle absolue, n'a pas été retrouvée par certains auteurs tant français qu'étrangers. Chez l'adulte, Widal a observé ces états méningés dans des conditions très diverses.

La *syphilis* des centres nerveux est la cause qui, tout d'abord, a été le plus souvent reconnue à leur origine (observations de Lemierre et Boidin, de Boidin et Poulard, de Ravaud et celle, un peu antérieure, de Belin et Bauer). C'est au cours de la *syphilis en période tertiaire* que ces méningites ont été le plus souvent rencontrées, particulièrement au début de la paralysie générale. C'est parfois aussi dans les périodes où règnent *la grippe et la pneumonie* qu'on les a vues apparaître (Widal et Philibert).

Vers la même époque (1907) de Massary et Weill, Rist, Lapointe décrivent les premiers cas de méningite puriforme aseptique d'origine otitique.

Widal s'est encore attaché à montrer *le polymorphisme clinique* de ces méningites : tantôt les signes en sont atténués, la fièvre peu élevée et la guérison survient en quelques jours. Tantôt, au contraire, les signes prennent une allure apparente de haute gravité, les troubles méningés se déroulent avec toute leur intensité et une température élevée persiste pendant plusieurs semaines.

La guérison, dans l'un comme dans l'autre cas, en est la terminaison quasi-constante ; c'est là le point capital de leur histoire. Le retour à un état de santé normal est habituel, mais on peut,

surtout dans les formes hautement fébriles et prolongées, observer des séquelles : altération des réflexes, persistance de troubles encéphaliques, sensoriels et moteurs.

Depuis ces travaux, de nombreux apports sont venus élargir le cadre de l'affection. Le groupe le plus important sans doute est celui des méningites *par irritation locale,* dont la *méningite sérique* est la mieux connue. Sicard et Salin, injectant sous l'arachnoïde lombaire du sérum de cheval, dans un but thérapeutique de choc humoral, déterminent en quelques heures un exode abondant de polynucléaires intacts avec liquide trouble. Cette méningite aseptique se dissipe en deux ou trois jours. Roch et Katzenelbogen, dans leur essai de traitement de l'encéphalite épidémique par injection intrarachidienne de caséine, provoquent une réaction identique.

Ravaut et Aubourg constatent, après injection intrarachidienne d'une solution non isotonique de cocaïne dans l'eau distillée, une polynucléose plus ou moins marquée avec éléments intacts.

Signalons encore les méningites puriformes aseptiques attribuées *à l'intoxication urémique* (Chauffard et Vincent), à l'*intoxication alcoolique* (Mosny et Saint-Girons), à l'*intoxication oxycarbonée* (Legry et Duvoir).

Elles peuvent aussi accompagner les *lésions en foyer de l'encéphale* comme, récemment encore, Charles Flandin, H. Gallot et R. André en ont observé un cas chez un sujet porteur d'un foyer hémorragique pariéto-occipital affleurant le cortex sans le détruire.

Observation. — (Docteurs Adrien Marcotte et Roger Turquety). — Enfant âgé de dix-huit mois en janvier 1931. Né à terme, pesant 3.500 grammes, élevé au biberon. Croissance en poids et en taille normale. Très bonne santé habituelle jusqu'au début de la maladie actuelle. Parents bien portants ; la mère n'a pas perdu d'enfant ni fait de fausse couche. Une réaction de Wassermann et de Hecht, faite chez les parents, lors de cette maladie, est négative.

L'affection débute brusquement en hiver, dans une période où sévit la grippe, par une ascension de température à 39°, l'enfant présentant à ce moment les signes habituels du catarrhe saisonnier des premières voies respiratoires. Cinq jours après le début de la maladie, on observe chez l'enfant un certain degré de raideur de la nuque, du Kernig, quelques vomissements. Estimant que ces signes méningés discrets peuvent être révélateurs d'une réaction otitique, on examine les tympans. Ils ne bombent pas, sont à peine rosés : on pratique par sécurité une paracentèse bilatérale. Il ne s'écoule pas de pus et l'examen des oreilles, auquel on procédera régulièrement les jours suivants, ne montrera à aucun moment de localisation auriculo-mastoïdienne.

Les signes méningés devenant de plus en plus manifestes, on pratique le lendemain une ponction lombaire : elle donne issue sous pression à un liquide franchement trouble, puriforme, avec un abondant culot de sédimentation. Pas de germes sur le frottis : cultures stériles. Trois autres ponctions lombaires sont pratiquées les neuvième, treizième, dix-septième jours de la maladie : chaque fois on note le même aspect du liquide et sa stérilité.

L'état de l'enfant reste sans changement durant toute l'évolution, sans modification des signes méningés. Pas de rechute. La guérison survient au vingt-quatrième jour de la maladie, le syndrome méningé ayant lui-même duré dix-sept jours. L'état général reste jusqu'au bout satisfaisant. On n'observe pas de séquelle apparente physique ni psychique, sauf un certain degré d'hypoacousie difficile à mesurer chez un enfant de cet âge, liée sans doute à une altération du nerf auditif.

Les examens suivants ont été pratiqués :

a) *Examens cliniques.* — Oreilles : examens négatifs. Yeux : pas de troubles de la musculature externe de l'œil, pas de troubles pupillaires, fond d'œil normal.

b) *Radiographie du crâne* : pas de disjonction des sutures, image cérébrale normale.

c) *Examens de laboratoire.* — Liquide céphalo-rachi-

dien franchement purulent, avec un abondant culot de centrifugation.

Hyperalbuminose modérée (0 gr. 75 à 0 gr. 95 selon les examens), moins abondante qu'elle ne serait dans une méningite suppurée septique.

Sucre en légère diminution (0 gr. 30 à 0,35).

Lors de toutes les ponctions, polynucléaires très altérés : protoplasme homogène avec disparition des granulations, réseau chromatinien des noyaux peu apparent.

Cultures sur gélose, gélose-ascite, gélose-hémoglobine stériles.

Une inoculation intrapéritonéale du liquide céphalo-rachidien faite le septième jour de la maladie ne provoque chez le cobaye ni ictère, ni hémorragies.

Cuti-réaction à la tuberculine négative.

Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien négatif.

En résumé ; méningite puriforme aseptique à polyclunéaires altérés, survenue au cours d'un état infectieux en apparence grippal. Aucune localisation septique préalable du côté des oreilles ou des ventricules du cerveau n'a expliqué son apparition.

Le diagnostic positif de la méningite puriforme aseptique est basé sur la constatation de ces deux caractères :

L'intégrité des polynucléaires ;

La stérilité du liquide.

Ces deux éléments étant, pour Widal, étroitement liés en une véritable équation.

Polynucléaires altérés = liquide septique.

Polynucléaires intacts = liquide aseptique.

Comme toutes les formules biologiques celle-ci qui, effectivement, se vérifie dans la plupart des cas, ne saurait présenter la rigueur d'une règle absolue.

Widal a apporté, lui-même, à cette loi un amendement quand il attribue à la *sénescence* l'altération d'un certain nombre d'éléments. Et les caractères distinctifs de la sénescence et de la désintégration infectieuse sont parfois difficiles à établir en se basant sur l'aspect objectif des leucocytes.

Ce fait d'ailleurs a, dès longtemps, attiré l'attention des observateurs. Dans nombre de cas publiés par des auteurs français, on a noté que les polynucléaires, intacts lors de la première ponction lombaire, présentaient des signes de désintégration évidente lors des ponctions ultérieures, le liquide ayant conservé, macroscopiquement, le même aspect et étant cependant demeuré stérile (Lombard et Passot).

Schiff (de Berlin), qui a particulièrement étudié les méningites puriformes aseptiques de l'enfance, a signalé, lui aussi, des altérations importantes des cellules blanches et de leurs noyaux.

C'est, semble-t-il, au cours des formes prolongées et hautement fébriles de la méningite puriforme aseptique que l'on observe la désintégration leucocytaire. Elle fait constamment défaut, par contre, dans les formes brèves, épisodiques, dont la méningite sérique est le type.

Quelle que soit donc, du point de vue du diagnostic, l'importance de cet élément d'intégrité des leucocytes, il doit, sans conteste, céder le pas à cet autre élément : *La stérilité du liquide.*

Mais on n'oubliera pas, en arrivant à ce temps du diagnostic, que la simple coloration par le Gram, associée à la culture sur les milieux usuels ne suffit pas, à elle seule, pour qu'on soit en droit d'affirmer l'asepsie d'un liquide céphalo-rachidien. Quelques causes d'erreur subsistent, qu'il convient de rappeler.

C'est tout d'abord la *méningite tuberculeuse puriforme* : le liquide y est louche ou franchement purulent, la polynucléose presque pure et cela, sans qu'il y ait surinfection par d'autres germes (Chalier, *Lyon Médical*, 29 novembre 1931). Dans un pareil cas, le diagnostic de la nature vraie de l'affection erre souvent, du moins au début : la recherche des germes n'est pas suffisamment poussée à cause de l'aspect du liquide qui rend peu plausible l'hypothèse de méningite tuberculeuse, les ensemencements sur milieux usuels sont négatifs. C'est ainsi que parfois a été porté à tort, dans le cas d'une méningite tuberculeuse puriforme, le diagnostic de méningite aseptique.

Citons enfin comme cause plus exceptionnelle encore, la *méningite spirochétosique pure, sans ictère.* Elle est, de par ses conditions d'apparition, très rare dans la petite enfance. En outre, c'est, le plus souvent, une méningite à liquide clair et à formule mixte de polynucléaires et de moyens monos. Cependant quelques cas ont été rapportés — dont celui de Laignel-Lavastine et Boquien — où la ponction ramena un liquide franchement trouble avec prédominance des polynucléaires.

Là encore les colorations courantes ne montrent pas de germes dans le liquide retiré par ponction lombaire.

L'inoculation du sang et du liquide céphalo-rachidien au cobaye, la recherche du spirochète dans les urines, le séro-diagnostic seront nécessaires pour déceler la nature véritable de l'affection.

L'élimination rapide de ces deux causes d'erreur : la méningite puriforme tuberculeuse et la méningite spirochétosique pure, sans ictère, nous conduit au *diagnostic étiologique de la méningite puriforme aseptique*, chez l'*enfant.* L'affection participe, dans l'ensemble, au point de vue de l'étiologie, de l'évolution et du pronostic, de celle de l'adulte. Ici, comme là, elle peut être due à l'injection dans le sac arachnoïdien d'une substance irritante ; elle peut se développer autour d'un foyer septique de voisinage, d'origine auriculaire, par exemple. Elle peut, d'autres fois, survenir au cours d'une infection ou d'une intoxication. Certaines, parmi ces causes, méritent qu'on s'y attarde parce qu'elles ont, dans l'enfance, une prédominance particulière ; ce sont, tout d'abord, les foyers septiques de voisinage :

pyocéphalie du nourrisson et otorrhée de l'enfance.

La pyocéphalie ou méningo-épendymite suppurée est une maladie des premiers jours ou, du moins, des premières semaines de la vie. Elle peut débuter brusquement par des convulsions et une température élevée à 39° ou 40°, ou insidieusement par de petites convulsions sans fièvre. Parfois, plus fruste encore, elle est découverte à l'occasion d'un examen fortuit. Les signes méningés, bien souvent, sont réduits au minimum, mais l'enfant se développe mal, s'alimente difficilement et l'examen de la boîte crânienne montre la disjonction des sutures, l'élargissement et la voussure de la grande fontanelle. On trouve, à l'examen du fond d'œil, de la stase papillaire par hypertension. Ces signes imposent à l'esprit l'idée d'une distension ventriculaire et, selon la courbe thermique, le médecin s'oriente vers le diagnostic d'hydrocéphalie ou de pyocéphalie. La rachicentèse, que l'on pratique en premier, montre très souvent un liquide trouble ou franchement purulent, riche en polynucléaires plus ou moins altérés et presque toujours stérile. Le liquide qui sera soustrait par ponction ventriculaire sera lui aussi franchement purulent, mais riche en microbes, et c'est lui qui décèlera la nature véritable de la maladie.

On sait, d'autre part avec quelle fréquence l'*infection de l'oreille* intervient chez l'enfant pour susciter des réactions méningées. On serait donc en droit de penser qu'il y a là, chez lui, une cause fréquente de méningite puriforme aseptique.

En réalité, il n'en va pas tout à fait ainsi.

Les méningites et états méningés aseptiques d'origine otique — étudiés dans la thèse de Raymond Passot — peuvent être groupés en deux classes :

a) Les états de simple *hypertension*, caractérisés par une surproduction du liquide céphalo-rachidien, sans élévation du taux de l'albumine, ni augmentation du nombre des éléments cellulaires : méningite séreuse de Quincke ou hydropisie méningée ;

b) Les *méningites aseptiques*, séreuses ou puriformes, dans lesquelles se retrouvent les caractères chimiques et cytologiques des véritables inflammations : albumine en excès, augmentation du nombre des éléments blancs.

Les états de simple hypertension sont ceux que l'on observe le plus souvent chez les sujets porteurs d'une suppuration récente de l'oreille.

Les lésions auriculo-mastoïdiennes sont légères, les lésions d'ostéite peu marquées, le toit de l'antre intact ; en un mot, la présence de lésions d'ostéite avancée n'est pas nécessaire à leur apparition. Ils sont, pour cette raison, d'observation courante dans la petite enfance, au cours des otites aiguës grippales ou morbilleuses. Il n'est même pas rare que l'apparition de signes méningés ou de convulsions fébriles ne soit, dans ces affections, révélatrice d'une suppuration de la caisse.

Par contre, les vraies méningites aseptiques, séreuses ou puriformes, surviennent habituellement au cours des otorrhées chroniques aggravées d'ostéite diffuse. Le processus d'ostéite ou le cholestéatome ont détruit progressivement la coque osseuse du labyrinthe : la labyrinthite sub-aiguë est l'étape ordinaire entre l'otite et la méningite aseptique.

Les méningites localisées sont, elles aussi, une des causes fréquentes de méningite aseptique : il s'agit généralement d'une plaque de méningite localisée au niveau du rocher, sur la convexité latérale de l'encéphale et contenant des germes pyogènes.

Si l'on considère les états méningés aseptiques comme des congestions péri-inflammatoires (Widal), on ne doit pas s'étonner de les voir compliquer avec une grande fréquence, les collections purulentes extradurales et les abcès du cerveau. La thrombose du sinus latéral paraît également susceptible de réagir sur les méninges.

En résumé, l'otite aiguë de l'enfant traduit des lésions osseuses superficielles qui, dans la règle, sont impuissantes, à elles seules, à provoquer une méningite puriforme aseptique.

Pour réaliser celle-ci, il faut une otorrhée chronique ; le lien nécessaire entre la méningite puriforme aseptique et l'otorrhée chronique étant représenté par une ostéite diffuse, une plaque de méningite localisée, un abcès extradural ou un abcès du cerveau.

Ces conditions expliquent pourquoi la méningite puriforme aseptique otogène n'est pas d'observation plus courante dans la petite enfance, malgré la fréquence, à cet âge, des réactions auriculaires.

Widal avait signalé l'apparition de certains cas de méningite puriforme aseptique dans les périodes où sévissent *la grippe et la pneumonie* ; avec Philibert, il en avait relaté une observation relevant de cette origine. Le cas que nous avons rapporté dans cet article paraît bien être de cet ordre : il s'est développé dans un milieu grippal, avec, comme prodrome, un catarrhe des premières voies respiratoires. Aucune complication apparente, auriculaire ou autre, n'est intervenue ici pour que soient déclenchés les premiers signes méningés.

Par contre, aucun cas de méningite puriforme aseptique n'a été signalé, à notre connaissance, au cours des encéphalites des maladies infectieuses, rougeole, varicelle, rubéole, coqueluche, ni au cours de l'encéphalite de la vaccine. Dans ces diverses affections, le liquide céphalo-rachidien, s'il n'apparaît pas normal, présente de l'hypertension ; il est clair, parfois hyperalbumineux

avec de la lymphocytose, parfois séro-sanglant, mais *jamais puriforme*.

La syphilis a-t-elle, dans la genèse de la méningite puriforme aseptique de l'enfant, le rôle prépondérant qu'on lui a reconnu dans celle de l'adulte ? On peut, sans hésitation, répondre par la négative.

La méningite hérédo-syphilitique subaiguë de l'enfant était considérée, voici quelques années, comme relativement fréquente et on rapportait volontiers à ce diagnostic toute une série de méningites subaiguës simulant plus ou moins la méningite tuberculeuse, présentant à la ponction lombaire un liquide clair, à formule lymphocytaire, sans bacille de Koch. L'expérience a montré que beaucoup de ces méningites curables devaient, en réalité, être rapportées à des infections à virus, virus de l'encéphalite épidémique ou de la poliomyélite.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe cependant de pareilles méningites syphilitiques, avec Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien ; mais il faut bien savoir qu'elles sont peu fréquentes. Plus rares encore sont les méningites puriformes aseptiques hérédo-syphilitiques : le Professeur Marfan en a observé un cas, M. Coffin en a signalé un autre à la Société de pédiatrie (juin 1935).

Pour exceptionnelle qu'elle soit, la méningite puriforme aseptique hérédo-syphilitique ne semble guère discutable. Quand on se trouvera en présence de l'affection que nous étudions ici, si la cause n'en est pas évidente, on n'omettra donc pas de pratiquer une réaction de Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

L'*insolation* paraît susceptible, chez l'enfant comme chez l'adulte, de réaliser le syndrome que nous étudions ici, mais sous une forme atténuée, du moins quant à la réaction cellulaire : liquide hypertendu, trouble, contenant 60 à 80 p. 100 de polynucléaires peu altérés (Dopter, Pottelet).

Signalons un cas de méningite puriforme aseptique de la petite enfance attribué à une *intoxication par le gaz d'éclairage* (cas de Zabel, rapporté par Schiff).

Dès longtemps, on a admis l'*origine vermineuse* de certains états méningés : les parasites intestinaux — il s'agit en général d'ascaris — ont été tenus pour responsables de l'apparition de ces accidents. Ceux-ci peuvent être caractérisés soit uniquement par des signes cliniques, soit, plus rarement, par un double syndrome clinique et biologique, ce dernier représenté par une altération légère du liquide céphalo-rachidien. Il s'agit dans ce cas d'une hyperalbuminose discrète avec lymphocytose modérée ou, plus rarement, comme dans le cas publié par Guillain, d'une formule mixte de lymphocytes et de polynucléaires dans un liquide eau de roche.

P. Gautier (de Genève) a consacré une étude aux méningites puriformes d'origine vermineuse et fait un rappel des cas décrits par lui, avec Mme Chausse-Klinck, dans la *Revue française de pédiatrie*.

Il cite, entre autres, l'observation d'une fillette qui présentait tous les signes d'une méningite aiguë : la ponction lombaire avait donné issue à un liquide opalescent, renfermant 0,25 d'albumine et 90 à 95 p. 100 de polynucléaires intacts, liquide stérile.

Toutes les explorations cliniques et biologiques furent négatives, mais l'examen des selles rejetées après une prise de calomel montra de nombreux œufs d'ascaris. L'élimination de parasites intestinaux après absorption d'un vermifuge marqua la disparition des signes de méningite et le retour du liquide céphalo-rachidien à la normale.

De cette observation, P. Gautier rapproche le cas d'Abel qui trouve un liquide hypertendu, opalescent, à prédominance polynucléaire ; l'enfant guérit après expulsion de douze ascaris.

L'auteur, sans vouloir être trop catégorique sur la nature de ces accidents, considère cependant comme vraisemblable, dans tous ces cas, l'hypothèse d'une intoxication d'ordre parasitaire.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien, dans la méningite puriforme aseptique, sont, comme on le voit, d'intensité variable.

Le liquide peut n'être qu'opalescent, « eau de riz » même, dans les formes légères et transitoires (méningite helmintique, par exemple).

D'autres fois, le liquide est franchement trouble et contient, en proportion variable, des polynucléaires altérés (dans la pyocéphalie, par exemple).

Dans les formes sévères et durables, telle celle dont nous avons rapporté l'histoire, le liquide est franchement purulent et les polynucléaires présentent bien souvent des altérations massives.

Widal voyait dans cette manifestation, le résultat d'une congestion péri-inflammatoire, véritable fluxion blanche des méninges. D'aucuns tendent à la définir comme une méningite toxique — toxine chimique, parasitaire, ou même microbienne — et à l'opposer aux méningites purulentes septiques dues à l'action directe des corps microbiens.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Le diabète sucré dans ses formes variées

Périmées sont les théories du diabète, trouble de fonctionnement d'un organe unique

D'après le Docteur Paul SAINTON (1)

L'ÉVOLUTION DE LA QUESTION DIABÉTIQUE EST D'UNE IMPORTANCE PRATIQUE

A la fin du siècle dernier, on distinguait essentiellement deux grandes formes de diabète sucré : c'était, d'une part, le diabète gras, de bon aloi, dans lequel un rôle prépondérant était attribué au foie, à l'arthritisme ; d'autre part, le diabète maigre, plus sévère, dénommé encore diabète maigre et nerveux, et plus tard diabète pancréatique.

A mesure que se développèrent les notions d'*endocrinie*, on vit se multiplier les facteurs de troubles dans le métabolisme des sucres. Certes, l'organe principal de la glycogénèse, le foie, restait un élément primordial de diabète, lorsque ses fonctions étaient troublées. De même, le pancréas, sécrétant l'insuline destructrice du sucre sanguin, gardait un rôle essentiel. Mais encore certaines glandes à sécrétion interne se révélaient peu à peu comme hyperglycémiantes, même hypoglycémiantes, par leurs sécrétions aussi bien normales que déficientes. Bref, on établissait qu'un certain équilibre entre les endocrines était nécessaire afin d'arriver à une glycémie normale. De plus, si cet équilibre pouvait être détruit en raison de lésions des glandes ellesmêmes, il était également régi par le grand régulateur de leur fonctionnement, par le *système nerveux* en tous ses éléments. La glycémie reconnaissait ainsi des causes lésionnelles, et des troubles fonctionnels.

C'est ainsi que, depuis les travaux de Castro en 1923, on sait que l'innervation du pancréas semble dépendre en grande partie du *nerf pneumogastrique*, et que ce nerf est le régulateur de la sécrétion d'insuline, même à l'état physiologique. Lorsqu'on transfuse le sang de la veine pancréatique d'un chien normal vers la veine jugulaire d'un chien diabétique, l'hygerglycémie de ce dernier s'abaisse. *Mais*, il n'en est plus de même lorsque la transfusion se fait après vagotonie du chien donneur.

(1) Paul SAINTON. — Les syndromes diabétiques associés aux syndromes endocriniens. (*Le Progrès Médical*, 11 décembre 1935.)

Si la régulation nerveuse existe, il est donc logique, de remonter progressivement dans l'axe nerveux pour tâcher de se rendre compte s'il existe des centres nerveux supérieurs qui règlent le métabolisme hydrocarboné. Ainsi, on a décrit dans la *moelle allongée* des cellules, dont l'excitation déterminerait de l'hypoglycémie. Ces cellules agiraient, d'après le Docteur Slosse (1) en quelque sorte comme des centres moteurs, en ce sens que leur excitation entraînerait immédiatement une modification glycémique.

A côté de ces zones, il paraît y avoir des centres supérieurs, que l'on appelle glyco-sensibles, parce qu'ils sont sensibles aux variations glycémiques. Ces centres sont probablement situés dans la *zone thalamique*.

D'autre part, le Prof. Fathery reconnait comme certaine une régulation nerveuse, d'origine centrale, de la sécrétion d'insuline, qui explique les syndromes hyperglycémiques observés au cours des encéphalites, et au cours de certains cas d'hémorragie cérébrale.

Pour le praticien, la question était angoissante devant l'*incertitude de trouver parfois une thérapeutique efficace* ; elle réclamait de sa part des éclaircissements, et surtout les données d'un traitement, qui pourrait être réglé en toute sécurité dans chaque cas particulier. Certes, il savait fort bien que le régime était essentiel dans le diabète hépatique ; déjà l'insuline lui procurait de beaux succès dans le diabète pancréatique. Mais une difficulté apparaissait avec le nombre grandissant des *insulino-résistants* ; il devenait dès lors impossible de continuer à considérer dans la majorité des cas insuffisance insulinique et diabète comme synonymes. La découverte de nouvelles hormones respons bles viendra-t-elle au secours de la pratique médicale ?

(1) SLOSSE. — Conceptions actuelles sur la pathogénie du diabète. (*Bruxelles-Médical*, 19 janvier 1396.)

***

LES MUTLIPLES FACTEURS ENDOCRINIENS DU DIABÈTE

Le pancréas

L'insuline est l'hormone principale du pancréas. Celle-ci a la propriété, non seulement d'utiliser les sucres, mais encore de les fixer, pour la constitution de réserves.

Cependant, elle ne représente pas la seule sécrétion hormonale du pancréas. La vagotonine, découverte et étudiée par Santenoise et ses collaborateurs, *excite le vague* et fixe le glycogène dans le foie.

Il y aurait donc deux hormones pancréatiques, une *hormone de combustion, l'insuline,* et une *hormone de fixation, la vagotonine.*

Corps thyroïde

Certains auteurs admettent l'existence d'un diabète thyroïdien.

La *clinique* nous apprend, en effet, que, dans 2 ou 3 p. 100 des cas, on noterait l'association du syndrome de Basedow et du diabète sucré, surtout chez la femme. Mais, on ne peut établir d'une manière absolue, la prédominance d'un syndrome sur l'autre, en raison des cas de basedowisme fruste. Il est cependant à retenir, pour bien montrer l'apparentement des deux syndromes, qu'il y a coexistence dans certaines familles de l'hyperthyroïdie et du diabète sucré. Lorsque les maladies évoluent côte à côte, nombre de cliniciens ont signalé que poussées d'hyperglycémie et poussées d'hyperthyroïdie sont parallèles, que les exaspérations de l'une se montrent en même temps que les exaspérations de l'autre, qu'elles s'apaisent simultanément : chez une basedowienne, le traitement thyroïdien amena l'apparition du sucre ; la thyroïdectomie fut suivie d'une meilleure utilisation pour les hydrates de carbone. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. On a remarqué aussi que la superposition des deux malades aggraverait le pronostic.

Quant aux *faits expérimentaux,* ils sont contradictoires ; la glycosurie a été observée aussi bien chez les animaux hyperthyroïdés que chez les animaux éthyroïdés.

On a observé des syndromes diabétiques dans lesquels hyperthyroïdie et hypoinsulinie étaient parallèles, témoignant d'un antagonisme thyro-pancréatique. Cependant, il existe d'autres cas où il ne paraît y avoir qu'une coïncidence, et où chaque affection évolue pour son propre compte.

Surrénales

Les documents cliniques sur l'existence d'un diabète surrénal sont peu nombreux. P.-Emile Weill a pu attirer l'attention sur la coexistence du diabète et de l'hirsutisme, mais la fréquence du diabète chez les femmes à barbe n'est pas démontrée. Cependant, un très grand nombre de chirurgiens ont cru utile de pratiquer des interventions sur les surrénales dans le diabète ; ils étaient guidés par les travaux de Blum (1901), montrant que l'injection d'adrénaline chez les animaux amenait une élévation de la glycémie et provoquait la glycosurie. Cette action de l'adrénaline est en relation interne avec le *système nerveux sympathique* et s'exerce par stimulation des extrémités nerveuses périphériques.

La médullo-surrénale ne joue pas seule un rôle dans le métabolisme des glucides ; cependant la cortico-surrénale serait moins active.

Glandes génitales

On connaît le rôle que peut jouer l'insuffisance ovarienne dans les diabètes, survenant au moment de la ménopause. Sur 735 femmes diabétiques, les symptômes ont apparu entre 40 et 50 ans (Marañon).

Aschner estime aussi l'âge critique comme singulièrement propice au diabète, que le pancréas intervienne ou non. Rien n'est plus démonstratif pour confirmer cette théorie que l'observation de Carnot, Terris et Caroli ; c'était une malade aménorrhéique, *insulino-résistante,* chez laquelle *la glycosurie suivait l'évolution du cycle sexuel,* et tombait tous les vingt jours de 100 à 140 grammes à 20 ou 30 grammes trois, jours avant la période menstruelle. Cette malade bien qu'insulino-résistante, vit réapparaître ses règles sous l'influence d'injections de folliculine, qui améliorèrent en même temps l'état hyperglycémique. D'autre part, Rathery et Rudolf ont montré qu'au moment où la folliculine est abondante, certaines diabétiques présentent une sensibilité spéciale à l'insuline, et qu'elles bénéficient de l'association de la folliculine à l'insuline, car celle-ci serait susceptible de déterminer chez la patiente une chute de la glycémie et de l'acétonémie.

Quant à l'activité testiculaire, elle abaisse la glycémie, et inversement. Cependant, il semble que les rapports soient moins étroits entre l'hormone testiculaire et les hormones pancréatiques qu'avec l'hormone ovarienne.

Hypophyse

Les premiers cliniciens, au moment de la découverte de l'acromégalie, avaient été tentés de croire que le diabète concomitant était la conséquence d'un diabète nerveux, dû à la compression du plancher du 4e ventricule par la tumeur. Actuellement, le *rôle de l'hypophyse dans le métabolisme des hydrates de carbone* est admis par tous.

Celui-ci serait influencé par des produits hormonaux multiples, soit par une action directe, soit par une action indirecte sur d'autres glandes.

Il convient de mentionner également le rôle possible d'une régulation de l'hypophyse par l'appareil végétatif hypothalamique. Roussy et Gournay ont montré que la lésion du tuber cinéréum produisait un « diabète sucré tubérien » ; c'est le premier exemple de lésion nerveuse déterminant une glycosurie tardive et de longue durée.

Lorsqu'il y a lésion de l'hypophyse, on note dans 12 1/2 % des cas de diabète, et dans une proportion de 25 % la glycosurie (Cushing). Le syndrome diabétique peut se rencontrer au grand complet chez les malades atteints d'adénome antehypophysaire ; la polyphagie, la polydypsie, la polyurie sont intenses. Le taux du sucre éliminé atteint parfois de 700 à 1.500 grammes par jour ; les métabolismes azoté, phosphatique et calcique sont en général normaux. Souvent, le diabète procède par véritables vagues, déclenchées en même temps que la poussée d'hyperpituitarisme et suivies de phases d'accalmie. Malgré la quantité de sucre éliminé, ce diabète est souvent bien toléré, il ne s'accompagne pas de dénutrition, l'acidose est exceptionnelle ; le coma est très rare. Ce diabète peut alterner avec le diabète insipide, qui le précède ou le suit.

L'action de l'insuline est variable ; il y a souvent insulino-résistance absolue, ou tout au moins relative. La radiothérapie hypophysaire, et l'hypophysectomie influencent favorablement ce diabète.

En résumé, les syndromes endocriniens associés au diabète les plus fréquents sont les syndromes hypophysaires, puis les syndromes thyroïdiens, enfin les syndromes ovariens.

Le fait capital, au point de vue hormonal, en mettant de côté le rôle du foie dans la glycogénèse est : que l'insuline, la vagotonine, l'hormone splénique, l'hormone parathyroïdienne et peut-être une hormone salivaire, sont hypoglycémiantes ; que les hormones thyroïdiennes, génitales et surrénales sont hyperglycémiantes. Cependant, toutes elles sont dominées par la glande qui est au sommet de la hiérarchie endocrinienne, l'hypophyse, qui les tient sous sa dépendance, mais il ne faut point négliger la notion que la fonction de celle-ci est intimement liée à celle de l'appareil végétatif hypothalamique, avec lequel elle forme un complexe solidaire.

* * *

Comment reconnaitre en clinique les diabètes endocriniens

Existe-t-il des caractères, qui permettent de les distinguer d'un diabète banal ?

Si l'on s'en tient aux enseignements de la clinique, les conditions suivantes seront réalisées pour déclarer qu'un diabète est dû à une perturbation endocrinienne.

1° Il doit y avoir coexistence du syndrome diabétique avec un syndrome d'hyperendocrinie ou d'hypoendocrinie certain ;

2° Les poussées diabétiques doivent coïncider avec les exaspérations du syndrome endocrinien et s'apaisser en même temps qu'elles ;

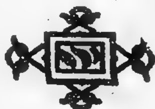
3° Le syndrome diabétique doit être amélioré par le traitement propre au syndrome endocrinien associé, que ce traitement soit opothérapique, chirurgical ou radiothérapique ;

4° Le syndrome diabétique endocrinien est en général insulino-résistant total, ou tout au moins relatif ;

5° Il est moins influencé par le régime alimentaire que le diabète banal.

A noter néanmoins que vraisemblablement, il peut y avoir coexistence des deux syndromes, endocriniens et diabétiques, sans qu'il y ait interdépendance, et que leur association soit le fait d'une coïncidence.

G. Fischer.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos du traitement par les radiations des formes inopérables de cancers du sein.

D'un exposé fait par le Docteur DESAIVE, il ressort que les radiations (et, en particulier, les radiations γ du radium, de préférence associées aux rayons X) sont applicables avec des chances réelles de résultat favorable définitif, aux cas avancés de cancers de la mamelle, chez la femme ou chez l'homme.

La thérapeutique radiologique, pratiquement sans danger chez des sujets encore résistants, n'est contre-indiquée que par l'existence de métastases viscérales (pulmonaires principalement).

Il est donc à souhaiter que le médecin praticien, en présence d'une forme grave, non chirurgicale, de cancer du sein, ne désespère pas *a priori* : la connaissance du principe, actuellement bien établi, de la radio-sensibilité variable, mais positive, du cancer de la mamelle, lui permettra dans bien des cas, de poser un pronostic réservé, mais non nécessairement funeste. (*Le Scalpel*, 21 décembre 1935.)

Les principaux aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire infantile.

Si l'on énumère les difficultés diagnostiques que soulève l'examen de la tuberculose infantile aux rayons X, on pourrait être tenté de rejeter, comme d'interprétation trop délicate, ce procédé d'exploration pratique. A vrai dire, on serait aussi mal fondé de le faire que de méconnaître actuellement l'importance de la réaction à la tuberculine.

Le Professeur CAUSSADE précise certaines règles simples, grâce auxquelles, il est généralement facile d'éviter les erreurs.

1° Tout en examinant minutieusement les clichés, il ne faut pas y chercher trop de nuances ; les petites ombres hilaires, les voiles des sommets, le feston diaphragmatique, les petits éclaircissements du parenchyme, ne correspondent la plupart du temps à aucune lésion, et ils sont sans intérêt diagnostique ; seules comptent les modifications grossières, évidentes pour tous ;

2° Il faut renouveler les examens de façon à pouvoir faire des comparaisons fructueuses, notamment sur l'évolution de la maladie ;

3° Il convient d'associer les radioscopies à la radiographie, pour être fixé sur l'état des poumons en mouvement.

Enfin, il est toujours nécessaire de tenir compte dans l'interprétation des clichés des résultats de la cuti-réaction et des indications données par l'auscultation du malade. (*Revue Médicale de l'Est*, 1er novembre 1935.)

Formes insolites ou compliquées des accès de vomissements périodiques avec acétonémie.

Le Professeur MARFAN démontre que les accès d'acétonémie peuvent se manifester autrement que par des vomissements, et, certains syndromes, accompagnés d'une production excessive de corps cétoniques, doivent être regardés comme des équivalents de la crise de vomissements périodiques. On a sans doute trop allongé la liste de ces syndromes. Cependant, il n'est pas douteux qu'on doit regarder certaines manifestations comme étant de même nature que les accès de vomissements : ce sont celles qui apparaissent aussi sous forme d'accès, s'accompagnent d'acétonémie, disparaissent soudainement, et qui, chez un même sujet, alternent avec des accès typiques de vomissements périodiques. Les syndromes suivants remplissent ces conditions et paraissent par suite devoir être considérés comme des équivalents de ces accès :

Accès de fièvre éphémère, durant de quelques heures à quelques jours, sans aucune localisation et accompagné d'une forte acétonurie.

Accès de sommeil comateux, avec forte acétonémie, durant un ou deux jours, faisant craindre une méningite et guérissant brusquement.

Accès de convulsions répétées et séparées par un état soporeux, parfois avec symptômes méningitiques : pouls lent et irrégulier, respiration ralentie, troubles vaso-moteurs, signe de Kernig, etc., mais sans vomissements ; parfois véritable état comitial disparaissant par le traitement de l'acétonémie. (*Revue de Médecine*, octobre 1935.)

La télérœntgenthérapie totale et ses indications.

La télérœntgenthérapie totale est le traitement par des irradiations simultanées et homogènes du corps humain tout entier. Pour obtenir cette irradiation homogène tant en profondeur qu'en périphérie, il faut, conformément aux principes physiques, éloigner considérablement l'ampoule du malade, d'où le nom de télérœntgenthérapie.

MM. P. COTTENOT et J. CABEZAS résument ainsi les avantages de ce procédé :

1° Les rémissions dans les leucémies, notam-

ment dans la leucémie myéloïde, sont plus complètes et de plus longue durée que dans la méthode classique ;

2° La radio-résistance acquise est très tardive, ce qui permet d'instituer sans inconvénients des traitements d'entretien ;

3° Les doses employées permettent d'écarter tout danger pour les téguments.

Les inconvénients des irradiations totales, qu'il faut éviter grâce à une technique prudente, sont les suivants :

1° Le mal des rayons, généralement bénin, qui se borne à un peu de céphalée, à quelques nausées ou quelques vertiges. Il serait plus fréquent chez les malades atteints de granulomatose maligne ;

2° La ménopause provoquée a été quelquefois observée. D'autre fois, il se produit au contraire une excitation ovarienne sous l'influence des très faibles doses. Ces troubles sont assez négligeables au cours du traitement de maladies aussi graves qu'une leucémie ou une maladie de Hodgkin.

3° Les destructions massives des hématies et peut-être plus encore la chute brusque des leucocytes sont les inconvénients les plus sérieux que l'on doit éviter au cours de la téléræntgenthérapie totale. On y parvient grâce à une technique correcte et prudente et à des examens de sang systématiquement répétés. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 décembre 1935.)

Diabète et traumatisme.

La controverse persiste entre cliniciens et médecins légistes relativement à la réalité d'un diabète traumatique. Une observation du Docteur M. Sandrail, plus démonstrative en apparence que la plupart des précédentes, ne résoud cependant pas le problème, ni ne permet de l'éluder : elle suggère simplement quelques réflexions. Les caractéristiques de ce cas obéissent cependant à toutes les conditions qui suffisent, selon les exigences des médecins légistes, pour établir les relations de dépendance d'un état diabétique à l'égard d'un traumatisme : défaut de toute glycosurie avant l'accident ; défaut de tout facteur diabétigène autre que l'accident ; délai d'apparition très bref après l'accident ; trauma cranien susceptible d'avoir intéressé les centres glycorégulateurs.

Aussi l'auteur a-t-il pensé équitable de conclure affirmativement. Cependant, la vérité biologique ne se confond pas nécessairement avec les vérités médico-légales. Certes dans le cas observé, les rapports chronologiques de l'accident et des manifestations initiales sont établis dans des conditions qui offrent, semble-t-il, des garanties suffisantes. En revanche, la preuve de l'intégrité du malade avant le trauma n'est fournie que par le caractère négatif des examens urinaires. Or, on n'ignore pas que des diabètes légers ou d'intensité moyenne peuvent présenter, soit spontanément, soit sous l'influence d'une restriction alimentaire, des phases prolongées d'aglycosurie. Cependant on a dû remarquer que le trouble glyco-régulateur, présumé continuellement latent avant le traumatisme, serait, immédiatement après, devenu continuellement manifeste, puisqu'aux aglycosuries préalables ont succédé depuis lors de constantes glycosuries. Le traumatisme aurait donc tout au moins modifié les caractères cliniques de l'état diabétique.

L'auteur en dépouillant ses dossiers, a relevé 1,3 % de cas où le traumatisme avait été spontanément mis en cause par le malade lui-même. Mais la très grande majorité de ces faits ne saurait être reconnue. Une grande prudence s'impose donc, et, en réalité, le diabète traumatique doit être tenu pour tout à fait exceptionnel. Cependant d'assez nombreux cas de traumatismes générateurs de polyuries insipides ou de syndromes adiposo-génitaux, cas dont nul ne songe à contester la signification, attestent que ces territoires névraxiques ne sont pas invulnérables. En résumé, alors même qu'aucun fait clinique digne de crédit ne serait venu suggérer la notion d'un diabète traumatique, il conviendrait, sur la foi des documents expérimentaux, d'en prévoir l'éventualité. (*La Pratique Médicale française*, novembre 1935.)

La primo-infection du jeune adulte.

MM. Courcoux et Alibert exposent les affirmations permises à l'heure actuelle et les résument ainsi qu'il suit : beaucoup de jeunes adultes ne réagissent pas à la tuberculine. Un sujet non réagissant à la tuberculine, lorsqu'il est appelé à séjourner dans les hôpitaux, est exposé à la contamination les deux premières années du stage, souvent beaucoup plus tôt, constatation objective, disons-le en passant, qui ne s'accorde guère avec les théories de l'hérédité de la tuberculose.

La primo-infection s'accompagne ou non de manifestations morbides ; lorsqu'il existe une lésion pulmonaire, celle-ci ne revêt pas nécessairement un type spécial ; l'image radiologique de la primo-infection peut être analogue à celle de la tuberculose habituelle de réinfection. C'est donc une erreur de ne considérer comme primo-infection que les seuls cas où se constate le complexe ganglio-pulmonaire.

L'évolution est le plus souvent très bénigne, mais les évolutions graves ne sont pas négligeables. Les formes très graves paraissent rares.

Enfin, la primo-infection paraît d'autant plus bénigne que l'organisme se trouve dans de meilleures conditions de vie. (*La Presse Médicale*, 21 décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'emploi du ferrocyanure de potassium dans la vinification.

(MM. TANON, G. BERTRAND, MARION, LAUBRY et J.-L. FAURE ; 4-2-1936.)

La discussion sur l'emploi du ferro-cyanure de potassium dans la vinification est close. L'Académie a finalement voté un amendement de M. Pouchet défavorable à l'addition de toute substance étrangère à la composition naturelle des aliments.

Rappelons quelle a été la marche un peu mouvementée de cette discussion. Le ministre de la Santé publique avait demandé l'avis de l'Académie sur l'emploi éventuel du ferrocyanure de potassium pour la clarification des vins. Certains vins blancs, de la région bordelaise principalement, conservent malgré les collage habituels un aspect trouble qui en rend la vente difficile. Il en est qui ont été renvoyés d'Amérique, à cause de leur aspect non appétissant. Or, ces vins peuvent être facilement clarifiés par l'addition d'une petite quantité de ferrocyanure de potassium, pratique qui est admise par les Pouvoirs publics dans divers pays étrangers, en Allemagne par exemple. Faut-il autoriser, en France, ce mode de clarification ?

Il y a assurément de gros avantages, pour la vente et à un certain point de vue pour la consommation, à avoir des vins blancs clairs. Mais l'addition d'une substance chimique à un produit alimentaire est toujours une chose sérieuse, en matière hygiénique, et d'autre part, dans ferrocyanure de potassium, il y a « cyanure », c'est-à-dire une menace de toxicité, qui peut effrayer le consommateur. Les analyses chimiques faites sur les vins ainsi traités ont certes été négatives, mais il serait osé d'affirmer que le ferrocyanure mis entre les mains de tous, même réglementé, sera toujours inoffensif.

La question en était là et la première Commission nommée par l'Académie s'était déclarée défavorable à l'autorisation de l'emploi du ferrocyanure de potassium pour la clarification des vins. C'est alors que se produisit une intervention — éloquente — en faveur des viticulteurs du Midi, celle du Professeur Jean-Louis Faure, qui ébranla les convictions par sa chaleur et son exposé de la situation des viticulteurs français, éprouvés par la mévente du vin. Une deuxième Commission, émanation de la première, fut nommée, qui reprit l'étude du problème.

Il convient de remarquer d'abord une particularité. L'autorisation sollicitée d'employer le ferrocyanure, intéresse seulement les viticulteurs bordelais, du Midi, car pour la Bourgogne et la Champagne, la question ne se pose pas : les vins blancs de Bourgogne et de Champagne sont clarifiés sous difficulté par les collages habituels.

Quoiqu'il en soit, une nouvelle réunion de la Commission eut lieu à la suite de laquelle il fut proposé de donner un avis favorable à l'emploi du ferrocyanure, mais avec diverses réserves. Le rapport fait au nom de la Commission par M. Tanon vient d'être longuement discuté. Voici, en résumé, cette discussion :

— M. Gabriel BERTRAND émet des doutes sur l'innocuité de l'addition de ferrocyanure, innocuité en tout cas non démontrée.

— M. MARION remarque que le contrôle sera difficile chez les petits propriétaires. Au point de vue œnologique, le ferrocyanure viendra altérer la qualité des vins, transformant cette substance vivante qu'est le vin en substance morte. La réputation des vins français relève de leurs qualités, qu'ils prennent en vieillissant. Le ferrocyanure ne va-t-il pas stériliser ce travail du vieillissement ? Les hospices de Beaune, dont les vins sont particulièrement recherchés, n'ajoutent jamais quoi que ce soit au moment de la vinification. Le seul nom de ferrocyanure pourra effrayer les consommateurs et restreindre la vente. Il serait sage de procéder à des expériences comparatives sur des vins traités et non traités par le ferrocyanure et d'attendre cinq à six ans avant de se prononcer.

— M. LAUBRY, prenant le point de vue du consommateur, de l'amateur, se range aux côtés de M. Marion. Il estime que la meilleure façon de favoriser le commerce des vins de France est de leur conserver intacte la qualité. On dit qu'il y a une chimie du vin, qu'on doit la respecter et tendre à la perfectionner. Il est à craindre que dans quelques années cette chimie n'arrive à reléguer le raisin au rang d'accessoire.

— M. Jean-Louis FAURE fait remarquer qu'il ne faudrait pas tomber dans l'extrême opposé. A la suite des travaux de Pasteur sur les fermentations on a pu par des additions chimiques favoriser le développement des levures normales et améliorer la qualité des vins. Un certain degré d'acidité, par exemple, favorise les bonnes levures et la pratique de l'addition d'acide tartrique rend de grands et légitimes services à la viticulture. Il faut aussi tenir compte des conditions climatiques, qui sont différentes à Saint-Emilion et à Chambertin.

La discussion s'est terminée par le vote de l'amendement de M. Pouchet ainsi conçu :

L'Académie, s'en tenant aux principes qui ont toujours été défendus dans son enceinte, propose de répondre qu'elle continue à s'opposer à l'addition de toute substance, même inoffensive, étrangère à la composition naturelle des aliments.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Hémiplégie marquant le début d'une septicémie Eberthienne à forme vasculaire.

(MM. DE LUNA et A.-X. JOUVE (de Marseille) ; présentés par M. Marcel LABBÉ ; 22-11-1935.)

Cette observation concerne une infection eberthienne indiscutable : deux hémocultures positives, la culture du bacille par ensemencement sur bile du liquide céphalo-rachidien, le séro-diagnostic, en garantissent la signature étiologique. Mais sa physionomie clinique est si éloignée des formes convenues qu'il importe d'en discuter les traits essentiels.

L'histoire de cette petite malade est caractérisée par l'apparition successive de localisations infectieuses variées. Après un début subit par hémiplégie vraisemblablement capsulaire, est survenue une réaction méningée, puis une artérite de la jambe droite, enfin une phlébite du membre inférieur gauche. Cependant, le processus infectieux sur lequel se sont inscrites ces complications demeurait des plus discrets : pas de tuphos, pas de troubles gastro-intestinaux, courbe fébrile absolument folle, dessinant uniquement les localisations successives de l'infection. Seule l'apparition éphémère de quelques taches rosées, coïncidant avec une augmentation également transitoire du volume de la rate, a orienté le diagnostic causal : la culture du sang, celle du liquide céphalo-rachidien ont confirmé ces fragiles présomptions.

De ce schéma se détache un premier fait : l'apparition d'une hémiplégie chez une enfant au début d'une infection eberthienne. Cette hémiplégie brutale, par artérite aiguë de la sylvienne annonçait le début d'une septicémie eberthienne.

Deux faits sont encore à retenir : 1° le tropisme vasculaire dominant, l'évolution du processus infectieux, qui présenta une séméiologie presque uniquement artérielle et veineuse ; 2° la possibilité d'obtenir sur bile une culture de bacilles d'Eberth par ensemencement du liquide céphalo-rachidien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 novembre 1935

Tests endocriniens.

M. DAUSSET présente un film fait à l'Hôtel-Dieu montrant les tests endocriniens employés dans le service, métabolisme basal, angle d'impédance de Lamy et temps de réduction de l'oxyhémoglobine au spectroscope. On établit ainsi suivant la méthode de Ferrier un électrodiagramme endocrinien, en excitant successivement l'hypophyse, la thyroïde la mamelle, l'ovaire. Cela donne des indications très nettes sur les insuffisances glandulaires.

Les anomalies du sein en dehors des hypertrophies et du prolapsus.

M. DARTIGUES, dans une série de dispositifs a projeté les cas les plus divers allant de l'absence totale du sein ou *amastie* jusqu'aux *polymasties* les plus variées (glandes surnuméraires), et les possibilités actuelles de les guérir. A ce propos, l'auteur montre l'exemple le plus rare, connu jusqu'à ce jour, un sein surnuméraire, dans le dos, au niveau du sacrum dont lui a envoyé la relation le Professeur Banbridge, de New-York.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Etude statistique sur la grippe à Paris.

(Docteur G. ICHOK ; décembre 1935.)

La grippe se présente, en France, depuis le début du siècle, comme une endémo-épidémie à mortalité relativement importante. En dehors de 1918 et 1919 avec ses 91.465 et 35.326 décès, on a pu noter des chiffres allant de 3.437, minimum enregistré en 1930 jusqu'au 16.568 en 1929. A Paris, les deux années de sinistre mémoire ont emporté 6.394 et 2.270 victimes. Les taux les plus bas ont été signalés en 1915 et en 1934 (90 et 94 décès) et le plus élevé en 1923, soit 877.

L'analyse par groupe d'âge, au cours de la décade 1922-1931, montre son minimum de 50 à 70 ans. Le point culminant est atteint par les vieillards, chez lesquels les décès par grippe se rencontrent de 75 à 79 ans, avec une proportion de 116 p. 10.000 décès en général. Chez les adolescents de 10 à 14 ans, les décès par grippe atteignent presque le même niveau : 109,3 p. 10.000 décès.

Les statistiques de mortalité grippale par arrondissement ne permettent pas d'établir le rôle de facteurs sociaux, si décisifs pour l'extension de certaines maladies infectieuses. La grippe ne « profite » pas de la misère, mais elle aggrave la mortalité favorisée par celle-ci. C'est ainsi que pendant l'épidémie grippale, la mortalité par tuberculose est plus prononcée qu'avant l'épidémie et après elle. On est obligé de conclure que la grippe a agi, dans certains cas, comme un coup de fouet sur l'évolution de la tuberculose.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séances des 10 et 24 janvier 1936

Pour la réhabilitation des cercles de Parham en particulier et de l'ostéosynthèse en général.

M. F. MASMONTEIL présente un blessé polyfracturé atteint d'une fracture sous-trochantérienne du fémur à trois fragments, qui fut traité par l'ostéosynthèse avec trois cercles de Parham hypoélectriques. Le blessé consolida en soixante jours et présenta une récupération anatomique et fonctionnelle complète, mais en même temps, on observa la régression d'une myosite ossifiante visible sur les radiographies vingt jours après l'accident et huit jours après l'intervention ; le cal hypertrophique du début est en régression progressive. L'auteur insiste sur le rôle favorable des prothèses iso ou hypoélectriques qui, non seulement activent l'ostéogénèse, mais assurent la résorption des ostéomes du voisinage et des cals hypertrophiques. L'ostéosynthèse avec un matériel iso ou hypoélectrique ne doit plus être considéré comme un pis-aller, justiciable des contre-indications du traitement orthopédique, mais comme un traitement de choix permettant d'obtenir non seulement une bonne réduction mais aussi l'accélération et la régularisation du processus de l'ostéogénèse.

Mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. Etude expérimentale.

M. R. PETIT, depuis de nombreuses années, a l'habitude, à la fin de toute laparotomie, de verser dans la cavité péritonéale et d'y abandonner 20 c. c. de sérum de cheval chauffé, milieu très favorable à la vie cellulaire et à la réparation rapide des tissus provoquant une leucocytose générale et un appel de phagocytes au point d'application et ayant, en outre, une action hémostatique immédiate très marquée. Au cours de laparotomies itératives, l'auteur avait constaté le fait suivant: pas d'adhérences quand au cours de la première laparotomie, on avait versé du sang de cheval chauffé ; adhérences quand on n'avait pas employé de sérum de cheval. Il reprit, suivant une technique personnelle, des expériences faites antérieurement par le Professeur J. Catacuzène et E. Soru, publiées dans *Les Archives roumaines de pathologie expérimentale et de microbiologie* » (tome IV, n° 2, juin 1931). Il constata l'existence d'un courant électrique dont le pôle positif était toujours à l'épiploon et le pôle négatif à l'intestin, la différence de potentiel variant de 6 à 12 millivolts. Lorsqu'on blesse profondément l'intestin la différence de potentiel s'accroît instantanément, par un phénomène d'ordre électrostatique ; l'accolement de l'épiploon à la blessure intestinale coïncide toujours avec l'accroissement de potentiel entre ces deux points chargés, l'un positivement, l'autre négativement. L'attraction est suffisante pour amener électivement l'épiploon au contact de la blessure intestinale et l'y maintenir jusqu'à l'apparition de l'inflammation très rapide ; ainsi se constitue l'adhérence. Dans une de ses expériences, l'auteur a pu constater un fait curieux : les électrodes étant en place et les mesures de potentiel effectuées, après avoir versé dans le péritoine du sérum de cheval chauffé, l'épiploon positif devient négatif et l'intestin qui était négatif devient positif aussitôt qu'il est lésé ; dans le même temps, on note une chute de différence de potentiel. L'attraction de l'épiploon vers l'intestin lésé ayant changé de signe, il y a non attraction mais répulsion de l'épiploon, répulsion accentuée encore par la chute de potentiel. Ces conditions sont essentiellement défavorables à la production des adhérences.

Les ostéotomies de l'extrémité supérieure du fémur dans le traitement des arthrites douloureuses de la hanche et des luxations invétérées en particulier.

M. MASSART étudie les résultats éloignés des ostéotomies qu'il a pu pratiquer depuis une dizaine d'années chez des malades qui ne lui paraissaient pas susceptibles d'être améliorés par une des opérations plastiques justement conseillées au cours de ces dernières années (butées, arthrodèses, résections arthroplastiques, forages). C'est ainsi que si un grand nombre d'opérés l'ont été pour des luxations invétérées, il a fait aussi l'ostéotomie sur des rhumatisants jeunes dont les hanches douloureuses, en mauvaise position, avaient perdu leur bon appui normal. Il apporte un total de seize opérations. Après avoir étudié les diverses techniques, l'auteur montre comment il réalise un nouvel appui latéral le long du bassin. Il insiste sur le temps orthopédique de la mobilisation, et sur la reprise de la marche qui nécessite une véritable rééducation dans les formes bilatérales. Après ces interventions, les douleurs disparaissent, la statique s'améliore du fait de la correction de la bascule du bassin, et aussi les douleurs sacro-lombaires s'atténuent. Plusieurs opérés qui avaient cessé tout travail ont pu reprendre une vie active. L'ostéotomie, opération simple, peu traumatisante, peu hémorragique, doit être plus souvent pratiquée et conseillée, et ceci pour le plus grand bien des malades, condamnés à l'impotence et à la douleur.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 décembre 1935

Mastoïdectomie et suture immédiate totale.

M. CHABERT. — La suture immédiate totale après mastoïdectomie devrait être généralisée. Notre expérience nous permet d'affirmer qu'elle ne présente aucun risque. Les pansements doivent être soigneusements faits, l'opération doit être tardivement pratiquée, après l'exploration initiale et être complétée. La suture immédiate présente les avantages suivants :

1° Suppression des pansements douloureux ; 2° Guérison plus rapide ; 3° Supériorité esthétique.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 20 janvier 1936.

Etude de la cholestérolémie chez les asthmatiques.

M. A. Debidour et Mlle M. Nageotte, examinant au laboratoire d'hydrologie de l'Etablissement thermal du Mont-Dore le sérum sanguin de 50 asthmatiques, ont constaté dans 80 % des cas un taux de cholestérol dépassant 2 grammes, atteignant et dépassant parfois 3 grammes.

C'est à l'insuffisance fonctionnelle du foie habituelle chez les asthmatiques, à la déficience si fréquente de leur fonction respiratoire avec hématose imparfaite qu'ils attribuent cette hypercholestérolémie.

Cette dernière leur paraît jouer un rôle important dans la constitution du terrain asthmatique et dans la crise d'asthme. Celle-ci est considérée par eux comme un *syndrome* de défense localisé aux bronches, déterminant par l'expectoration une élimination des éléments en surcharge dans le sang au niveau du poumon et suivi d'une diminution parallèle du cholestérol sanguin et de l'éosinophilie sanguine.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du 3 décembre 1935

Volumineux anévrisme de l'aorte descendante, avec érosions multiples des corps vertébraux (présentation de radiographies).

MM. DEREUX et COUSTENOBLE. — L'examen radiologique a décelé un volumineux anévrysme de l'aorte thoracique descendante, non animé de battements. Mais on constate à l'écran, de multiples érosions des corps vertébraux, avec les caractères particuliers qu'on leur assigne.

A propos d'un cas de talalgie gonococcique améliorée par la sympathectomie. Importance de l'ostéoporose et moyens de la traiter.

MM. LANGERON et DESPLATS. — Homme de 50 ans, ayant une double talalgie gonococcique ; la radiographie montre une double épine calcanéenne, avec décalcification. Il est revu six ans après ; une sympathectomie péri-artérielle double, qui remonte à cinq ans, a été suivie d'amélioration, mais tardive et progressive. Une nouvelle radiographie montre des épines calcanéennes beaucoup plus visibles, mais une recalcification manifeste.

Les auteurs tirent cette conclusion que la douleur était due à l'ostéoporose et n'a disparu qu'après recalcification lente et progressive, la sympathectomie ayant agi dans ce cas de la même façon que la radiothérapie, ainsi qu'ils ont eu l'occasion de le constater, en maintes circonstances du même ordre.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Calcifications pleurales.

M. CASTAY présente un certain nombre de clichés radiographiques de calcifications pleurales sous la forme de :

1° Calcifications en traînées de bougie, en larmes, consécutives à une plaie de poitrine par éclat d'obus au cours de la dernière guerre.

2° Calcifications en ailes d'oiseau chez un ancien blessé de 1914 avec projectile inclus dans le poumon.

Les calcifications chez les blessés sont consécutives à des hémothorax qui se sont organisés : on peut également en trouver, quoique plus rarement, à la suite de pleurésies banales, mais avec pachypleurites importantes.

L'origine de ces processus est due vraisemblablement à un trouble du métabolisme calcique, entraînant des dépôts de calcium localisés dans une région traumatisée ou anciennement infectée.

Goitre plongeant thoracique.

M. CASTAY. — Sujet présentant un goitre cervical volumineux avec troubles dyspnéiques nets, circulation collatérale en pèlerine de la région thoracique supérieure.

La radiographie révèle une énorme masse tumorale vaguement arrondie, à contours nets, indépendante de l'aorte, que les diverses incidences permettent de localiser dans le médiastin antérieur faisant suite au goitre cervical qu'elle prolonge dans le thorax.

Chorée avec insuffisance mitrale au décours d'une fièvre typhoïde.

M. R. SOREL rapporte l'obervation d'un enfant de 12 ans, qui présente une chorée de Sydenham classique pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, en dehors de tout milieu épidémique de chorée, de rhumatisme ou de toute autre maladie infectieuse. Trois semaines environ après le début des accidents choréiques s'installa un souffle d'insuffisance mitrale sans qu'il y ait eu à aucun moment de phénomènes articulaires.

Les mouvements involontaires et les signes de nature striée disparurent en un mois environ sous l'influence de la liqueur de Boudin et du salicylate de soude par voie veineuse et buccale ; la lésion endocardique persista.

L'auteur discute l'étiopathogénie de cette chorée : il ne pense pas qu'il se soit agi d'une striatite typhique, mais plutôt d'une manifestation encéphalitique due à un virus de sortie.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

ÉDITIONS DU PARTHENON
15 et 19, boulevard Saint-Germain

Roger LARNAUDIE. — **La vie surhumaine de Samuel Hahnemann, fondateur de l'homœopathie.** Un vol. in-8, 280 p. Prix : 18 francs.

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain

Henri VIGNES, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. G. LAURET, Jean OLIVIER et P. OLIVIER-PALLUD. — **Maladies des femmes enceintes. I. Affections du tube digestif.** Un vol. 320 p. Prix : 40 francs. — **II. Affections du foie, du pancréas. Maladies de la nutrition. Parois abdominales. Péritoine.** Un vol. 206 p. Prix : 25 francs.

Editions J. OLIVEN
65, avenue de la Bourdonnais, Paris (VIIIe)

Jean D'ORGEMONT. — **Comment se servir de la méthode Coué.** Avant-propos du Docteur René Fauvel. Un vol. 82 p. Prix : 5 francs.

BAILLIÈRE et Fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris.

H. BORDIER et T. KOFMAN. — **Néodiathermie à ondes courtes.** Un vol. 135 pages, 1936.)

Après avoir rappelé quelques notions essentielles sur les oscillations électriques : courants de haute fréquence, ondes courtes, capacité électrique et self induction, les auteurs étudient dans une première partie les dispositifs pour obtenir, mesurer et répartir celles-ci ainsi que les moyens de propagation et d'application à l'homme (nombreux appareillages longuement étudiés).

Dans une deuxième partie, ils rappellent les propriétés physiques (calorifiques et proprement spécifiques) des ondes courtes et leurs effets biologiques sur les végétaux, les micro-organismes, les colloïdes et les toxines, les petits animaux, sur l'homme enfin. Ils montrent les modifications que font subir aux tissus et organes les ondes courtes ainsi que le mécanisme de ces modifications.

Dans un troisième chapitre, ils en arrivent aux conclusions thérapeutiques et insistent en particulier sur la technique, les doses, les indications et les contre-indications :

1° Des applications *segmentaires* dans les rhumatismes, les arthrites, les lésions cutanées inflammatoires, les affections du tube digestif, les différentes névralgies, etc...

2° Des applications *générales* (fièvre artificielle, pyrothérapie, thermothérapie) dans les maladies du système nerveux, les affections de l'appareil circulatoire, les maladies de la nutrition, les insuffisances endocriniennes, les maladies allergiques.

3° Des applications *chirurgicales*, opératoires ou post-opératoires.

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

Le diabète sucré. Questions controversées de clinique et de pathogénie. — Leçons professées à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (Service du Professeur Mauriac), par MM. E. AUBERTIN, Ed. BESSIÈRE, P. BROUSTET, O. HIRSCH, P. MAURIAC, R. SARIC, M. TRAISSAC, F.-J. TRAISSAC. (Un vol. 214 p. : 32 fr.).

I. Hépatomégalies de l'enfance avec troubles de la croissance et du métabolisme des glucides, par Pierre MAURIAC. — II. Les comas diabétiques sans acétonurie, par Pierre BROUSTET. — III. Les diabètes juvéniles à réaction insulinique intense et brève, par Marcel TRAISSAC. — IV. Les diabètes intermittents, par Pierre MAURIAC et R. SARIC. — V. Les complications nerveuses du diabète, par Pierre BROUSTET. — VI. Complications oculaires du diabète, par Ed. BESSIÈRE. — VII. Examen et surveillance d'un malade diabétique, avant, pendant et après le traitement insulinien, par F.-J. TRAISSAC. — VIII. Dans quelle mesure est-il possible de dépister cliniquement une carence en insuline à l'origine d'un diabète sucré, par Emile AUBERTIN. — IX. Le comportement individuel de la glycémie dans diverses épreuves fonctionnelles et son rapport avec différentes constitutions physiques, par O. HIRSCH.

Les Thèses

P. Dr J. Delmond. — **Essai sur la schizophasie.** (Thèse, 1935.)

La schizophasie est l'incohérence du langage particulière à la schizophrénie dont elle reproduit les caractères propres dans l'ordre idéique, affectif et moteur. M. Delmond l'a observée et étudiée dans les diverses formes de la démence précoce (hébéphrénie, catatonie, psychose et démence paranoïde).

P. Dr J. Kunstlich. — **Valeur alimentaire et thérapeutique des fruits.** (Thèse, 1935).

En diététique, le régime lacto-végétarien sera souvent remplacé avantageusement par le régime fruitarien ou fruito-lacto-végétarien.

Le praticien prescrira avec profit les fruits et incitera à leur consommation dans les familles. La propagande pour le jus de fruits peut faciliter la solution du problème de l'alcoolisme.

P. Dr H. Tuchmann. — **Essai de synthèse sur les idées actuelles sur le problème de la sexualité.** (Thèse, 1935.)

Le sexe, union de deux potentialités, une fois déterminé, reste inaltérable et non accessible aux conditions extérieures, mais il garde néanmoins au cours du développement la marque de la bipotentialité.

On connaît les recherches de Champy et sa découverte des caractères ambo-sexuels de l'individu de l'un et l'autre sexe. La connaissance de ces faits oblige à revoir la notion de spécificité hormonique.

P. Dr J. Duverdier. — **A propos de plusieurs cas de diverticules du duodénum.** (Thèse, 1935.)

Les diverticules congénitaux du duodénum sont fréquents. Les uns sont latents, d'autres s'accompagnent de troubles cliniques de stase duodénale.

Le diagnostic radiologique — qui vérifiera les soupçons cliniques — est assez délicat et demande le plus souvent des radiographies en série. Le pronostic, en général bénin, est parfois sérieux. Le traitement médical ne s'applique qu'au cas où les troubles sont légers. Le traitement chirurgical est seu radical.

N. — Dr Claude Franck, chef de clinique à la Faculté de Nancy. — **Vagotonine et système organo-végétatif.** (Thèse, 1935.)

La vagotonine, hormone pancréatique découverte par le Professeur Santenoise, agit sur le tonus organo-végétatif, traduisant une prédominance du parasympathique, bien mise en évidence par l'étude du rythme cardiaque, de la pression artérielle, du tonus vasculaire, de la motricité intestinale.

L'analyse de la part respective des modifications fonctionnelles parasympathiques et sympathiques, dans les modifications de réflectivité végétative produites par la vagotonine, montre que cette hormone agit sur les deux systèmes, accroissant la réflectivité parasympathique et diminuant la réflectivité sympathique.

L'administration de vagotonine est suivie, au bout d'un certain temps : *a)* de l'augmentation des effets cardio-modérateurs de l'excitation du bout périphérique du nerf pneumo-gastrique ; *b)* d'une diminution des effets de l'excitation des nerfs accélérateurs cardiaques ; *c)* d'un redressement des lois de sommation du bout périphérique du nerf splanchnique vaso-constricteur ;

On observe parallèlement : *a)* une augmentation considérable de l'efficacité de l'acétylcholine ; *b)* une diminution fort importante de l'efficacité de l'adrénaline.

Cet ensemble de faits précisant, à la suite de très nombreuses expériences, l'action de la vagotonine sur le système organo-végétatif, souligne l'importance du rôle joué par le pancréas dans cette régulation.

P. — Docteur Ch. de Coccola. — **La yohimbine dans l'hypogalactie.** (Thèse, 1935.)

On sait que, contre l'hypogalactie, on a proposé des remèdes innombrables, mais presque toujours fort médiocres, sinon inopérants. Il ne semble point en être de même pour le dernier en date, *la yohimbine*, dont Cramer et Marshall avaient, dès 1908, signalé les effets sur la glande mammaire. Le Docteur de Coccola a repris ces expériences avec le chlorhydrate de yohimbine pure de Houdé. Il emploie la solution à 0,50 p. 100, en ampoules de 1 c. c. (soit 5 milligr. d'alcaloïde par ampoule), à raison d'un ampoule le premier jour, et de deux les jours suivants en injections sous-cutanées, le traitement pouvant être prolongé durant une semaine, à la rigueur par voie buccale (granules à 2 milligr. 5, à raison de quatre par jour).

Sur 22 observations, il n'y a eu que quatre insuccès et encore deux relevaient de cas d'agalactie complète. La durée d'action a dépassé en général quatre mois, et elle est d'autant plus marquée que la yohimbine est employée plus précocement. Le lait est augmenté non seulement en quantité, mais en qualité. Enfin on n'a constaté aucun phénomène congestif du côté de l'utérus, ni le moindre effet toxique pour la mère ou l'enfant. La yohimbine doit donc être indubitablement préconisée dans le traitement de l'hypogalactie primaire et secondaire.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

DEUX HOMMES REPRÉSENTATIFS DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

Par M. Raphaël MASSART

Nous avons la bonne fortune d'avoir actuellement à Paris deux grands noms de la médecine française qui, en dehors de la Faculté de médecine de Paris, et c'est dommage, donnent l'un au Collège de France, l'autre dans un hôpital libre un enseignement très suivi.

Le Professeur Leriche (de Strasbourg), le Professeur Portmann (de Bordeaux), ont depuis longtemps imposé leurs travaux, leurs méthodes, dans leur Faculté d'origine, dans toute la France, et un peu partout à l'étranger, où ils sont des types très représentatifs de la médecine française. Il n'était guère que le médecin et l'étudiant parisiens qui n'aient jamais eu l'occasion de profiter de leur enseignement qui fussent curieux de les voir, de les entendre et aussi de les mettre en parallèle avec les maîtres qu'ils connaissent ou dont ils ont suivi l'enseignement. Cette dernière conquête n'était pas la plus facile ; le nombre de leurs auditeurs, l'intérêt que chacun prend à les écouter, la fidélité avec laquelle on revient à leurs cours suffisent à nous montrer qu'ils ont bien fait de venir à nous et que leur enseignement de plus en plus apprécié, les classe parmi les belles figures de la médecine contemporaine.

***

C'est au Collège de France que deux fois par semaine le vendredi et le samedi à 6 heures, le Professeur René Leriche donne son cours. Dans la chaire de Charles Nicolle, il a choisi comme sujet de ses leçons : *La chirurgie de la douleur* et c'est cette question complexe, à laquelle depuis tant d'années, il se consacre, qu'il nous expose clairement, en appuyant sur son expérimentation et sur son expérience des idées d'apparence audacieuse, d'aucun diront révolutionnaires, mais que cependant des faits bien observés viennent toujours confirmer.

Le Professeur Leriche, s'il est un imaginatif est aussi un Lyonnais, et cette qualité suffit à le mettre à l'abri des exagérations délicieuses qu'on pourrait à tort lui prêter ; ayant grandi près d'un Jaboulay et d'un Poncet, il a compris très jeune que la chirurgie était autre chose qu'un acte manuel, que l'esprit du chirurgien ne devait pas se borner à étudier la meilleure manière de faire un nœud ou de placer une pince, qu'il lui était permis d'aborder les grands problèmes de la pathologie et de la physiologie humaines, mieux placé que nul autre pour en vérifier l'exactitude sur le vivant.

C'est le fruit d'un travail qui depuis trente ans a mûri dans son cerveau que Leriche apporte à tous les chirurgiens qui n'ont pas eu comme lui, la bonne fortune d'avoir été préparés par leur formation et par la tournure de leur esprit, à féconder la science chirurgicale.

Abordant le problème de la douleur, Leriche nous montre que contrairement à ce qu'on a pu dire ou écrire, il n'est point utile de souffrir, presque toujours dans le drame pathologique qui se joue en deux actes, le rôle de la douleur est des plus effacés au cours du premier. Qu'il s'agisse d'un cancer, d'une tuberculose, d'un ulcère ou

de la plupart des maladies, la douleur laisse le mal évoluer sans se manifester, il devient grave, étendu, incurable, et c'est alors au second acte alors que souvent les thérapeutiques sont impuissantes, qu'elle se manifeste brutale, continuelle, déprimante, implacable, diminuant encore, sur l'organisme malade, cette résistance si nécessaire pour guérir.

Pour se traduire, la douleur a emprunté les comparaisons les plus diverses, les morsures, les déchirures, le fer rouge et tous ceux qui souffrent et qui, chaque jour, utilisent cette manière d'extérioriser leur souffrance font appel à leur imagination malade, car nul d'entre eux n'a jamais ressenti ni ces morsures, ni ces déchirures ni ces brûlures dont il parle si facilement.

Les caractères des douleurs n'ont d'ailleurs du point de vue de l'étude que le chirurgien voudrait en faire, aucun intérêt, et pour être fructueuse, l'étude de la douleur doit se borner à constater des faits.

Deux exemples sont pour Leriche très caractéristiques de deux ordres de douleurs.

Le premier exemple est fourni par le malade qu'une névralgie du trijumeau a obligé à quitter ses occupations, qui vit retiré en un coin de son appartement, dont le caractère modifié, rend toute vie familiale impossible et qui, en dehors de ses crises est parfaitement sain, parfaitement normal. Mais dès que la crise survient, son visage se crispe, tout son être se concentre autour de sa douleur et rien n'existe plus que ce mal, cette névralgie dont la topographie ne dépasse pas le nez en avant, le lobe de l'oreille en arrière, qui ne diffuse pas, qui reste localisée au territoire du trijumeau et peut être considérée comme le type de la lésion nerveuse cérébro-spinale.

L'autre exemple peut être fourni par la blessure manuelle d'allure insignifiante, l'amputation d'un doigt qui peu à peu rend douloureux le moignon, la main, le poignet, qu'accompagnent des troubles trophiques. Avec les jours, le mal s'étend, diffuse, gagne le coude le bras, l'épaule et atteint quelquefois même le thorax en déterminant des crises d'angor. On ne retrouve là aucune topographie nerveuse habituelle, c'est le sympathique qui est en cause, c'est lui l'élément nerveux sur lequel il faut agir, c'est par lui et entièrement en dehors de l'axe cérébro-médullaire que le trouble nerveux s'est produit.

Analysant alors ces deux types de douleurs, le Professeur Leriche reprend à son compte des idées émises au Collège de France même, il y a cinquante ans par François Frank qui pensait qu'il y avait des fibres sympathiques, centripètes, transmettant la sensibilité des organes. Ces hypothèses d'alors il les confirme par des faits en montrant que sur le malade anesthésié par rachi-anesthésie que chez l'animal dont la moelle est sectionnée, l'artère pincée traduit sa réaction vaso-motrice au niveau des autres membres.

La connaissance exacte et précise de tous ces faits sur lesquels Leriche attire notre attention est grosse de conséquences, ils nous montrent qu'on peut en agissant sur les éléments sympathiques largement répartis, modifier des conditions physiologiques.

La réalisation pratique, nous en est fourni par l'action des infiltrations analgésiques des ganglions sympathiques cervicaux et dorsaux qui modifie les phénomènes douloureux, dissocie ce qui est sympathique et cérébro-spinal, et constitue un grand pas en avant dans l'étude de la douleur.

Ces quelques idées exposées devant un nombreux et brillant auditoire où l'on reconnaissait Georges Duhamel, le Professeur Regaud, beaucoup de médecins connus, beaucoup de jeunes, quelques chirurgiens, Leriche va les reprendre, les développer, les commenter pendant toutes les prochaines leçons qui seront consacrées à cette formule chirurgicale nouvelle. *Traiter chirurgicalement la douleur.*

***

Il faut aller au fond du quartier Croulebarbe pour écouter le Professeur Portmann.

Ses occupations politiques, sa vie publique lui laissent encore le temps de professer, de préparer des cours difficiles, de réunir d'intéresser des mé-

decins spécialisés et d'attirer ceux qui comme moi aiment les innovations et sont curieux des hommes qui ont assez de personnalité pour rompre avec les habitudes et s'éloigner des sentiers battus.

De sa formation première, Portmann a gardé quelque chose du marin, il est net, il est précis, il aime l'exactitude, l'ordre, on sent qu'il a su s'imposer une discipline, qu'il y est fidèle, on sent dès qu'il parle, qu'il va vous imposer sa manière.

Le Professeur Portmann aime l'enseignement, il l'aime à tous les degrés, il s'intéresse aussi bien aux débutants, aux jeunes qui ignorent tout de la spécialité oto-rhino-laryngologiste, qu'au praticien consommé ayant déjà une longue pratique du métier.

L'enseignement donné à l'hôpital de la Glacière comprend des *cours théoriques* où à propos de lésions bien déterminées, il est fait un rappel des connaissances anatomiques et pathologiques nécessaires pour profiter complètement de la démonstration. Les *démonstrations pratiques* sont conçues de telle façon qu'elles comprennent à la fois, des examens cliniques, des présentations de malades, des séances opératoires. Elles permettent d'intéresser les spécialistes consommés venus pour apprécier des techniques, tandis que des moniteurs, et le professeur lui-même donnent aux jeunes élèves cet *enseignement primaire de la spécialité*, sans lequel il n'est point de progrès.

Les élèves bénévoles, et le fait nous a frappé, ne viennent pas là *en amateurs*, Portmann, et le fait vaut d'être cité, leur impose une discipline de l'heure, des présences et tous se soumettent facilement à cette règle librement consentie.

Les occupations multiples d'une vie très remplie ne me permettent pas d'aller à la Glacière, voir le maître et l'ami, autant que je le voudrais, mais je sais bien que si j'avais un jour à organiser un enseignement quelconque, je tirerais grand profit de ce que j'ai vu chez Portmann.

Il y a longtemps, je crois que nous n'avions eu la possibilité d'entendre à Paris des maîtres éminents auxquels beaucoup d'entre nous ne peuvent aller rendre visite en province.

Pourquoi laissons-nous s'établir entre Paris, et les provinces, ces cloisons, que dis-je ces murailles, qui empêchent les échanges d'idées, pourquoi n'y a-t-il pas plus de provinciaux qui viennent à Paris, plus de Parisiens qui aillent en province c'est une bizarrerie que la guerre où nous avons, tous vécu ensemble, aurait dû faire disparaître et qui persiste au grand détriment des progrès et de l'unité de la médecine française.

II

RÉVISONS L'HISTOIRE !

Pas besoin, pour cela, de convoquer les chartistes rendus libres par la dissolution du cabinet de ce bon M. Lafont, notre ex-ministre. Restons entre nous ! c'est inouï comme notre confrérie abonde en hommes qui se plaisent aux jeux désintéressés de l'esprit. Qu'un point de doctrine soit en question ; ils s'en vont d'un pas tranquille décrocher leur violon d'Ingres ou, si l'on préfère, tirer un dossier et vous étalent sans coup férir une documentation qui vous laisse pantois.

Il y a quelques semaines je donnais ici la parole au Docteur J. Regnault, de Toulon, qui déclare avec véhémence (et prouve !) : « Ce n'est pas Christophe Colomb qui a découvert l'Amérique ».

Aujourd'hui vient le tour du Docteur Cathelin, en qui je connaissais, comme tout le monde un prestigieux urologue mais non, je le confesse, un historien. Il m'a fait l'amitié de m'envoyer, en riposte aux affirmations du Docteur Regnault, un tirage à part d'un travail qu'il a publié dans *Hippocrate* de 1933 et qu'il intitule « Christophe Colomb et les médecins ; le rôle des médecins dans la découverte de l'Amérique ». Bombez le torse, confrères ; un rayon de gloire se pose sur votre front !

Or, donc, conte le Docteur Cathelin, dès 1474, dix-huit ans avant son triomphe, Colomb s'ouvre de ses idées sur le continent de l'Ouest à un médecin florentin du nom de Paul, célèbre par ses connaissances en cosmographie. Et ledit Paul approuve le projet, et encourage Colomb. Celui-ci fait une demande de subsides au Sénat de Gênes, et se voit évincé.

Colomb s'en va dès lors trouver Jean II de Portugal qui l'envoie à son ami l'évêque de Ceuta, Diégo Ortiz. Celui-ci, complètement ignorant en astronomie, confie « l'expertise » à deux médecins juifs Rodrigo et Joseph, réputés cosmographes. Il est constitué une Commission qui envisage de monter l'expédition mais en laissant Colomb au port, en d'autres termes de voler à celui-ci son projet. Mais la traitrise échoue dans l'œuf. Enfin Colomb se rend en Espagne, s'y heurte à de nouveaux obstacles, a la chance de persuader Jean Perez, prieur du couvent de Rabida, près Palos. Celui-ci accepte de plaider la cause auprès des souverains, et s'adjoint, pour exposer le plan scientifique du projet, un médecin du voisinage. Cette fois la partie est gagnée : *alea jacta est*.

Par trois fois les médecins intervinrent pour épauler Colomb et ils finirent par emporter toutes les résistances.

G. LAVALÉE.

AVANT DE DÉPOSER UNE PROPOSITION DE LOI, APPRENEZ, M. LAFONT, A CONNAITRE LES LOIS DÉJA EXISTANTES !

Une bien bonne de M. Lafont, ancien ministre plus ou moins incompétent de la Santé publique, qui, parce qu'avocat, devrait avoir cependant quelques connaissances juridiques !

Dans son ire contre le Corps médical en général et contre la Confédération, en particulier, M. Lafont a cru pouvoir se venger des praticiens en déposant vingt-deux amendements au projet de loi, concernant l'Ordre des médecins, mis en discussion à la Chambre.

Voici le vingt-deuxième amendement :

« Sont abrogées les dispositions de la loi du « 30 novembre 1892 et du 31 mars 1905 en ce qui « concerne la reconnaissance de la légalité des « Syndicats de médecins. »

Il est triste de constater que ce législateur, en mal de transformation de nos textes législatifs, ne connaisse pas les lois qu'il veut modifier.

Nous pouvons apprendre à M. Lafont que si l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, a autorisé les médecins à se former en Syndicats, c'est parce que pendant de longues années le Corps médical avait refusé de se soumettre à un arrêt de la Cour de cassation, du 27 juin 1885, qui déclarait illégaux les Syndicats de médecins, lesquels s'étaient constitués sous l'impulsion donnée par le *Concours Médical*.

Cet article 13 de la loi de 1892 était donc une victime du Corps médical. Mais actuellement, cet article, qu'entend supprimer M. Lafont, pour nous jouer un vilain tour, n'a plus sa raison d'être, étant donné que la loi du 12 mars 1920 et l'article 2 du Livre III du Code du travail (textes qu'ignore probablement M. Lafont) autorisent les personnes qui exercent des professions libérales à se constituer en Syndicats.

Supprimez donc votre article 13 de la loi de 1892, M. Lafont, cela nous est bien égal, car votre amendement n'a aucune application pratique.

Quant à la loi du 31 mars 1905, qui modifie celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, elle se borne à prévoir, en son article 4, § 2, que le Tarif de responsabilité patronale sera arrêté par le ministre du Travail, après avis d'une Commission où siègent des représentants des Syndicats médicaux.

Puisque M. Lafont veut supprimer nos Syndicats, pourquoi n'a-t-il pas également visé la législation sur les Assurances sociales, qui donne aux Syndicats de praticiens la possibilité d'organiser le contrôle technique et de réprimer les abus ? Pourquoi a-t-il négligé la loi du 21 juillet 1922, qui, modifiant l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, institue des Commissions départementales et une Commission supérieure de contrôle, dans lesquelles siègent des représentants des Syndicats médicaux ?

Pourquoi, M. Lafont, omettez-vous, dans votre énumération vengeresse, les textes législatifs, concernant la fixation des impôts, qui, depuis la loi du 28 février 1933, confèrent aux Syndicats médicaux le droit d'intervenir pour la préconciliation et de désigner des délégués pour siéger au sein de la Commission de taxation ?

Pourquoi votre texte de loi n'interdit-il pas désormais aux Tribunaux de reconnaître les Syndicats médicaux comme étant qualifiés pour représenter les intérêts collectifs de la profession, en matière de répression de l'exercice illégal ?

M. Lafont agirait donc sagement en prenant au sérieux ses fonctions de législateur : avant de déposer une proposition de loi, qu'il apprenne à connaître les lois déjà existantes.

Au surplus, ce ne sont pas seulement les médecins de son arrondissement législatif, qui, aux prochaines élections, pourront se souvenir du passage de ce ministre à la Santé publique, mais également tous les travailleurs, qui pourront voir en lui un adversaire des classes laborieuses, puisqu'il entend supprimer à certains les libertés syndicales, qui sont actuellement à la base de notre Code du Travail.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Responsabilité professionnelle. Traitement d'une avortée. Perforation utérine

Nous avons reçu la lettre suivante qui expose un problème médico-juridique des plus curieux.

Institutue Medico-legal Cluj (Roumanie)
Cabinetul Directorului le 18 Novembre 1935

Monsieur et cher confrère,

De l'activité prodigieuse que vous développez dans les colonnes de l'excellente revue « *le Concours Médical* », j'ai tiré la conclusion que vous êtes un profond connaisseur des problèmes de droit et de déontologie médicale. C'est pourquoi je prends la liberté de vous exposer un cas difficile d'avortement, qui touche de très près la responsabilité médicale.

Il s'agit d'un médecin libre-professioniste en milieu rural, qui pratique depuis sept années. L'un des jours du mois dernier, une femme gravide qui, d'après ses dires, avait présenté une sécrétion vaginale fétide, vient le consulter. Le médecin constate un avortement incipient et procède à l'avortement médical. Le premier jour il tente la dilatation du col avec quelques bougies de Hégar, mais comme la dilatation restait insuffisante, il introduit deux laminaires. Le deuxième jour, en continuant, il extrait avec la pincette de Schultze des fragments du fœtus. A un moment donné il extrait jusque dans le vagin une anse intestinale.

Se rendant compte du danger il conduit la malade avec une automobile jusqu'à la ville la plus proche et la fait interner dans un sanatorium. Le même jour, quelques heures après, on intervient chirurgicalement, résection de l'intestin et hystérectomie totale. A l'opération on constate : un décollement de l'intestin du mesentère sur une distance de 70 cm. et l'introduction de cette portion de l'intestin dans la cavité utérine. Dans le voisinage du cœcum, la paroi intestinale présente deux perforations pénétrantes et une troisième perforation au niveau de l'anse introduite dans la cavité utérine. On trouve aussi une lésion superficielle du rectum et une perforation au niveau de la paroi antérieure du vagin. Suivant l'opinion de l'opérateur gynécologue, cette dernière perforation serait de beaucoup plus ancienne appartenant, d'après son avis, à une intervention non médicale. La malade succombe dix jours après à la suite d'une péritonite généralisée.

A l'examen de l'utérus, dans la région qui correspondait au lieu de pénétration de l'intestin, les opérateurs prétendaient qu'on y trouvait deux perforations, on constate une masse hémorragique proéminant à la surface de l'utérus et faisant l'impression d'un bouchon implanté dans la paroi du fonds de l'utérus. Cette région était friable, permettant avec aisance le passage de la sonde, sans avoir tout de même l'aspect d'une perforation, comme l'on rencontre habituellement en pratique médico-légale.

A la section, cette portion faisait l'impression d'une tumeur. L'examen microscopique révéla qu'il s'agissait d'un cancer utérin et en l'espéce d'un chorioépitéliome malin. Le professeur Robert Mayer de Berlin, le plus compétent anatomo-pathologue des organes génitaux de la femme, confirme le diagnostic par sa lettre du 28-x-1935. Conformément à l'opinion qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, cette variété de cancer, provoquerait « *une friabilité particulière de la paroi utérine, une rupture ou une perforation instrumentale, étant inévitable* ».

Nous nous trouvons par conséquent dans le cas d'une femme qui en dehors de la grossesse présentait une anormalité de la paroi utérine qui permettait au médecin de la franchir sans rencontrer de résistance, le même cancer pouvant d'autre part, conduire à une rupture spontanée de l'utérus et énivitablement à la mort.

Dans ces circonstances, en tenant compte qu'il s'agit d'un médecin qui pratique en milieu rural depuis sept années, en tenant compte du fait qu'il n'a pas été poursuivi en jugement, jusqu'au présent, il a été fait contre lui une seule dénonciation qu'on a classée ensuite, je vous prie de bien vouloir nous communiquer votre opinion sur les points suivants :

1° Le fait d'avoir perforé l'utérus justement dans la région occupée par le cancer, une zone extrêmement friable et manquant de résistance, peut-il constituer une erreur médicale grave qui soit de nature d'attirer après la responsabilité médicale ?

2° Le fait d'avoir pénétré dans la cavité abdominale en franchissant cette anormalité utérine et d'avoir extrait une anse intestinale, constitue-t'il une erreur médicale grave due à l'ignorance, à la négligeance ou à un abatement des normes médicaux ?

3° En tenant compte de la personne du médecin, libre-professioniste en milieu rural, du fait qu'il a conduit la malade dans un service de chirurgie dès qu'il a constaté l'erreur, du fait qu'il a utilisé les méthodes courantes en pratique de l'avortement médical, n'est-il plutôt question d'un médecin peu expérimenté et peu habile ?

4° Suivant votre opinion, quelle sorte de responsabilité est applicable en ce cas : pénale, civile, les deux ou nulle ?

Si vous êtes d'avis que ce cas pourrait intéresser les lecteurs de la revue du conseil de direction de laquelle vous faites partie, je vous serais obligé si vous me répondiez dans la revue même, en reproduisant les passages essentiels de ma lettre.

En l'attente de votre réponse, je vous prie bien, Monsieur et cher Confrère, d'agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

M. Lernbach
Professeur universitaire,
Directeur de l'Institut médico-légal
Cluj (Roumanie)

Réponse

Je crois que, dans le cas que vous voulez bien me soumettre, la question de fait prime celle de droit.

En effet, un médecin praticien examine une femme, qui présente des écoulements vaginaux fétides. Il découvre une grossesse arrêtée dans son évolution. Son devoir est donc de pratiquer un curage utérin.

Il dilate avec des Hégar, puis avec des laminaires et procède à un curage instrumental.

Jusqu'ici, il a pratiqué selon les règles de l'art et a correctement agi en la circonstance.

Or, la cavité utérine est d'une friabilité pathologique, à cause d'une infiltration néoplasique. Le praticien était dans l'impossibilité de le soupçonner.

Il n'a pu adresser la malade à un chirurgien que lorsqu'il s'est aperçu de la présence à la vulve d'une anse intestinale.

Si nous examinons les faits, pour les rapprocher des lésions observées, nous pouvons nous demander si la perforation utérine n'a pas été obtenue d'abord par les manœuvres abortives, que la malade a dû pratiquer, ou faire pratiquer avant de venir consulter le praticien.

N'a-t-on pas, en effet, constaté des traces anciennes de lésions de date peu récente sur le fond de l'utérus ?

Il est fréquent, en effet, de constater, chez des femmes qui ont tenté de se faire avorter par l'introduction de sondes dans la cavité utérine, des perforations de l'organe. On ne s'en aperçoit souvent, lors d'un curage, que parce que les liquides servant à l'injection intrautérine ne reviennent qu'en très petite quantité, le reste ayant tendance à pénétrer dans la cavité péritonéale.

En second lieu, les cas ne sont pas rares où l'on peut constater que des bougies d'Hégar, maniées par des mains expertes, ont cependant perforé la paroi utérine.

On a fréquemment constaté que, même en dehors de toute lésion pathologique de la paroi utérine, cette dernière présente cependant une friabilité anormale, du fait même de la gestation.

En troisième lieu, on peut également supposer que l'exubérance néoplasique, ayant été accrochée par l'instrument qui sert à pratiquer le curage, ait provoqué une perforation de la paroi.

De la constatation de ces lésions anatomopathologiques, peut-on en déduire une faute à la charge du médecin praticien ?

Je réponds par la négative : à mon avis, le praticien n'est pas coupable.

En effet, consulté par une femme qui fait une fausse-couche, il avait le devoir de procéder le plus rapidement possible au curage utérin, pour éviter les possibilités d'infection, d'autant que sa patiente présentait un écoulement vaginal fétide.

Une dilatation aux bougies d'Hégar a été tentée, puis une dilatation avec des laminaires : la pratique était absolument normale et régulière.

Le praticien ne pouvait pas savoir, à l'examen de la malade, qu'il y avait, dans le fond de l'organe utérin, une tumeur néoplasique dont la présence n'était révélée par aucun symptôme. Il s'agit là d'une complication extrêmement rare, qui échappe à la connaissance des chirurgiens les plus avertis.

Lorsqu'il a vu que l'intestin apparaissait à la vulve, le praticien a correctement agi, en conduisant sa malade dans un service de chirurgie, pour qu'une hystérectomie soit immédiatement pratiquée.

Je conclus donc en disant que le praticien a correctement agi, selon les règles de l'art et qu'il ne peut être rendu responsable d'une fatalité que ni lui, ni de plus avertis n'auraient été capables de déceler. D'autant que, dans l'hypothèse d'une hystérectomie primitive, pratiquée non pour avortement, mais pour lésion néoplasique du corps de l'utérus, la malade n'en aurait pas moins rapidement succombé à la suite de généralisation péritonéale, comme cela est la règle.

Il n'y a pas eu erreur de diagnostic, il n'y a pas eu faute de technique.

Nous nous trouvons en présence d'un cas, rare heureusement, où la fatalité se trouve être l'adversaire à la fois et du malade et du praticien qui est appelé à donner ses soins.

Dr Paul Boudin.

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE ET LES PRATICIENS

La protection sociale de la Santé publique a eu, pour conséquence, la promulgation d'une série de lois dont certaines ont été accueillies, sinon avec enthousiasme, tout au moins avec un sentiment de calme satisfaction. On avait l'impression nette que leur application rencontrerait un terrain favorable, et qu'il ne serait point question d'avoir recours à une coercition quelconque. Les mesures, ainsi préconisées, entrent vite dans nos mœurs, pour le plus grand bien de tant de candidats à une déchéance précoce, voire même à une mort prématurée, mais sauvés en temps utile.

Malheureusement, rares sont les initiatives bienfaisantes, sorties de l'atmosphère, parfois surchauffée, du parlement, et qui trouvent, sans heurts, leur application plus ou moins complète. Malgré une période d'attente assez longue, malgré les concessions et les retouches, la loi fait penser à une étrangère, sympathique et remplie de bonne volonté, mais restée incomprise et mal reçue.

Pour éviter le grave écueil de la non-application d'une loi sanitaire ou médico-sociale, pour ne point discréditer devant l'opinion publique, les efforts hardis et louables, il faut des pionniers, des praticiens dévoués qui agissent sur la masse lui inculquent des notions saines, et la mettent sur la bonne voie. Il n'est pas facile, disons-le de suite, de jouer le rôle, dur et ingrat, de propagandistes zélés et désintéressés, et dont le nombre est encore beaucoup trop restreint. A titre d'exemple, nous voudrions citer le praticien Paul Bertrand, issu d'une famille où l'on est médecin de père en fils, depuis de nombreuses générations.

Artisan infatigable des œuvres de médecine préventive, le Docteur P. Bertrand, de Saint-Paul-les-Vaudes, dans l'Aube, a consacré, depuis plus de trente ans, son activité de praticien à la réalisation de théories dont on doit s'inspirer en dehors de son département. Malgré les incompréhensions, les mesquineries et les obstacles de toutes sortes, M. Bertrand ne se décourage pas : il poursuit sa tâche, dont nous allons tracer une image raccourcie, notamment d'après une récente thèse, présidée par M. le Professeur L. Tanon et écrite d'après les documents et les indications de l'éminent praticien (1).

C'est en 1902 que, sous l'impulsion vigoureuse de M. Bertrand, s'est formée la Société d'études d'applications sanitaires du département de l'Aube, constituant « un syndicat de lutte, par l'hygiène et la prévoyance, contre l'ignorance, la maladie et la misère » (1). La création de la Société fut aussitôt suivie d'un programme d'action comprenant des causeries et des conférences populaires. Ainsi, pendant les hivers 1903 et 1904, des orateurs firent tout le tour du département, et parlèrent dans les plus petits cantons, sur des problèmes sociaux.

Les conférences traitaient les questions les plus diverses : depuis le rôle de la viande et de sa cuisson, du terrain, de l'alcoolisme, de l'alimentation, du surmenage, des dangers de certains métiers jusqu'à la campagne contre les robes longues qui soulevant la poussière, favorisent la tuberculose. Ainsi, jusqu'aux hameaux, on enseignait à cette époque les bienfaits des connaissances sanitaires. De cette façon, on clouait au pilori le manque de soins dans la laiterie, ou bien on instruisait sur les dangers du taudis, on expliquait aux fournisseurs, producteurs et propriétaires, leurs devoirs à remplir à l'égard de la Société, etc., etc.

Le 1er février 1906 marquait un pas en avant par la création d'une Société d'éducation familiale, dont le but était l'éducation morale et sociale de la femme dans un sens pratique en vue de la formation des femmes d'intérieur, épouses et mères. Suite et complément de l'Instruction proprement dite, et spécialement des cours primaires, elle s'adressait essentiellement à la jeune fille de 14 à 18 ans, mais elle ouvrait aussi ses portes aux femmes de tous âges et de toutes conditions : institutrices publiques ou privées, mutualistes, ouvrières...

L'action si utile de la Société d'éducation s'exerçait par une série de cours-conférences, qui avaient lieu pendant les mois d'hiver, dans chaque arrondissement, et portaient sur l'hygiène de la famille, de l'habitation, de l'alimentation, sur la pratique ménagère et agricole, sur la préservation des maladies évitables, et sur la science des soins à donner aux enfants.

La conclusion logique de ces efforts était la création, à la fin de l'année 1906, d'une école ménagère qui comprenait un cours d'enfants, un cours d'adultes, et un cours de monitrices. La même année, la Société d'études faisait paraître un bulletin mensuel *L'éducation sociale*, trait d'union entre les personnes contribuant à la poursuite de l'amélioration des conditions journalières de la vie ouvrière. Le périodique renseignait sur les efforts accomplis par la Société

(1) S. Lew. — La maison sociale au dispensaire. Thèse Paris, 1935. Jouve, éditeur, 30 pages.

(1) La lutte pour l'hygiène dans l'Aube. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. 31, no 12, 1909, 1277-1295.

pour mener à bien l'œuvre d'éducation morale et hygiénique du peuple. Il faisait suite à la publication en tracts de toutes les conférences.

En 1907, est fondé un musée permanent d'hygiène sociale. Des affiches, des photographies, des gravures représentaient, du fait de leur enseignement visuel, un procédé d'instruction de tout premier choix, résumant la science et l'hygiène, l'indication du mal et celle du remède. Différentes sections sont créées : la section de l'enfance, la section antialcoolique, antituberculeuse, la section d'économie domestique, d'alimentation et d'habitation. Ajoutons que la création d'une bibliothèque d'hygiène sociale complète l'œuvre d'éducation.

En 1908, aux organismes nouveaux se sont ajoutés :

1° Une école d'hygiène des malades où on s'efforçait de préparer des ménagères auxiliaires, pour la défense pratique du foyer contre les contagions ;

2° Une école de laiterie.

En 1909, enfin, a été créé l'Institut de prophylaxie sociale, couronnant, en quelque sorte, les œuvres précédentes de M. Bertrand, dont l'inépuisable esprit d'initiative avait besoin d'aller toujours plus loin. Sans suivre l'infatigable médecin hygiéniste pas à pas, mentionnons encore la station de Nazareth, près Troyes, dont les puériculteurs sauront, — on veut l'espérer, — apprécier toute la valeur.

Pour terminer, disons encore quelques mots des Journées d'études, organisées, chaque année, par M. Bertrand, et au cours desquels se trouve traitée, dans son sens le plus large, une question d'éducation, d'hygiène, de prévoyance ou d'assistance sociale. En réponse à l'appel, adressé par l'organisateur, des personnalités d'une autorité incontestée se réunissent pour discuter, et, si l'on peut dire ainsi, clarifier les principaux problèmes d'un seul sujet choisi d'avance. Avec méthode, sous la direction éclairée d'un président de séance, les divers points de vue sont affrontés pour aboutir aux conclusions pratiques, sous forme de vœux dont la répercussion devrait être grande, non seulement dans l'Aube, mais dans le pays tout entier.

La doctrine, défendue par M. Bertrand, ne réunit pas l'unanimité des suffrages de ses amis, admirateurs ou simples auditeurs, mais l'activité de cet homme reste d'un intérêt exceptionnel, car elle montre combien un praticien trouve devant lui, s'il sait donner à sa mission un caractère de médecine préventive, un vaste champ de travail. Le prestige du praticien n'en souffre pas, mais, bien au contraire, est rehaussé d'un bel éclat, digne de nos tendances modernes d'hygiène, de médecine et d'assistance sociales.

Dr G. ICHOK.

Syndicat des Médecins de la Vendée

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 6 NOVEMBRE 1935

MODIFICATION DES TARIFS SYNDICAUX. — L'Assemblée a adopté, sur ce sujet, l'ordre du jour suivant :

Considérant :

1° Que les médecins ne s'opposent pas par principe à l'examen de la question de l'abaissement des tarifs d'honoraires, mais qu'ils font toutefois remarquer que la crise agricole et le chômage, tout en diminuant le nombre des actes médicaux par suite des restrictions de demandes que s'impose la clientèle, augmentent la proportion déjà très grande des actes impayés et irrécupérables

2° Que, déjà, le décret ministériel du 15 juillet 1935 les frappe d'une retenue de 10 % sur les honoraires de médecine publique (assistance, mutilés, fixes divers) et que, pour certains d'entre eux, il s'agit là d'un prélèvement important qui n'est compensé par aucune baisse corrélative des charges et des impôts ;

3° Mais que, comme les autres catégories de citoyens, ils veulent consentir à une diminution de leurs recettes ;

Décide d'accepter une réduction de 10 % sur le tarif de la petite chirurgie tout en laissant à chacun la faculté de consentir des concessions sur les visites et les consultations aux clients de condition modeste ou pouvant être considérés comme économiquement défavorisés. » (*Unanimité.*)

LA CHRONIQUE DE LA BIOLOGIE

LA VIE, SOURCE DES RADIATIONS LES PLUS VARIÉES, DANS LE RÈGNE ANIMAL COMME DANS LE RÈGNE VÉGÉTAL.

Cette question, particulièrement intéressante pour le règne animal, a été également étudiée, à certains points de vue, dans la vie des plantes.

Que toute chose vivante émette des *sons*, la chose ne se discute pas pour ceux que nous entendons ; cependant on ne saurait nier d'emblée qu'il n'existe pas des infra-sons, inacessibles à notre organe auditif, mais pouvant être perçus par des êtres de même espèce que ceux qui les émettent. D'autre part, des microphones n'ont-ils pas décelé des vibrations sonores, que nous ne soupçonnions pas, par exemple celles que provoque la montée de la sève dans les plantes ?

Les radiations *odorantes*, ou les parfums ne soulèvent aucune objection non plus. Dans le règne végétal, on connaît trop les odeurs agréables des fleurs, des fruits, de certaines plantes ; quelques-unes cependant ne sont pas appréciées. On sait aussi que certaines cultures microbiennes dégagent des odeurs spécifiques. Et, dans le règne animal, les chiens à l'odorat subtile ne savent-ils pas retrouver la trace de leur maître ou repérer le gibier d'après les émanations laissées sur le passage ? Chaque être humain, chaque race humaine possède également une radiation ou une émanation particulière ; mais celle-ci, que l'homme sait reconnaître, varie avec l'état physiologique ou la maladie. Tel le fameux parfum de pomme reinette, révélateur d'acétonémie, et autrefois considéré comme « odeur de sainteté ».

Quant aux *couleurs*, chaque espèce vivante émet des radiations, qui peuvent neutraliser la partie du spectre solaire, complémentaire de la couleur qu'elle présente.

Cette intéressante question des radiations émises par tout ce qui vit a été longuement étudiée, et mise au point par le Docteur Jules Regnault (1). A propos de la lumière ou de la *phosphorescence*, cet auteur rappelle l'histoire d'un petit pavillon qui, à l'Exposition de Paris en 1900, avait été éclairé par la lumière vivante, c'est-à-dire au moyen de ballons de cultures de microbes lumineux, jouant le rôle de lanternes. « En passant de la Mer Rouge dans l'Océan Indien, écrit encore le Docteur Regnault, j'ai vu le navire flotter dans une zone de feu : le phénomène était dû à la présence de Noctiluques, petits protozoaires dont le choc, provoqué par le bateau, augmente la phosphorescence ». Enfin, de la profondeur des mers, diverses missions, en particulier celle organisées par le Prince Albert de Monaco, ont retiré des poissons, qui portent sur leur tête de petites lanternes pour éclairer leur route dans l'obscurité des abîmes.

Dans le même ordre d'idées, on connaît des insectes lumineux : lucioles, ou vers luisants. Certains êtres humains seraient, eux aussi, capables d'émettre de la lumière ; c'est ainsi qu'on a étudié longuement en Italie, la femme lumineuse de Pirolo, qui émettait des lumières pendant son sommeil.

On sait encore que tout être vivant émet de la *chaleur* : plante ou animal. En voici quelques exemples.

Les micro-organismes, pendant une action fermentative, provoquent une élévation de température du milieu. Des fermentations survenues dans des foins, qui avaient été rentrés insuffisamment secs, ont parfois provoqué des incendies par inflammation spontanée. Au moment de la germination, les plantes peuvent présenter une élévation de température. Il suffira enfin de citer la classification des animaux en homéothermes « à sang chaud », ou hétérothermes « à sang froid », suivant qu'ils maintiennent ou non à un degré constant, la température qu'ils produisent. Une source de chaleur se traduit encore par l'élévation de température du corps au moment des réactions de l'organisme contre certaines invasions microbiennes, ou sous l'influence d'oxydations complémentaires, que nécessite la destruction des toxines.

L'*électricité* joue de même un rôle capital dans les phénomènes de la vie.

Dans les liquides en fermentation, on note des différences de potentiel de 0,03 à 0,05 volt. D'autre part, si on fait passer un courant dans un liquide contenant diverses espèces de microbes, les unes vont au pôle positif, les autres au pôle négatif. Enfin, les micelles des colloïdes et, en particulier, des cellules vivantes ne restent normales qu'avec des charges électriques, disposées sans doute en une zone positive et en une zone négative. Et lorsque ces micelles ont perdu

(1) Docteur J. Regnault. — Biodynamique et radiations. (*Hippocrate*, décembre 1935.)

leur charge électrique, il y a floculation, c'est-à-dire vieillissement et mort (Auguste Lumière). On sait d'ailleurs que ces charges électriques se modifient avec l'état acido-basique, avec l'état vago-sympathique.

Il a été encore signalé que dans certain végétal circulaient continuellement de faibles courants électriques : une plante américaine, la phytolaccéa donne à la main, qui coupe cet arbuste, une secousse semblable à celle que ferait ressentir une machine électrique ; l'aiguille d'une boussole est même, influencée par cette plante à plus de trois mètres de distance. Il s'agit bien là d'un phénomène physiologique, car celui-ci varie d'intensité parallèlement à celle des fonctions végétatives et avec l'heure du jour (minimum la nuit, maximum vers 14 heures).

Dans le règne animal, rappellerons-nous l'exemple de la Torpille, poisson plagiostome qui donne une décharge électrique assez forte pour tuer les petites proies, dont il se nourrit, et pour engourdir le bras de la personne qui le touche. Ne connaît-on pas les phénomènes électriques, qui se manifestent dans le fonctionnement des organes et la contraction des muscles : pour le cœur, ils nous sont révélés par l'"électro-cardiogramme. L'influx nerveux n'a-t-il pas été comparé à un courant électrique qui circule dans les cordons nerveux à une vitesse d'environs trente mètres par seconde ?

Certaines personnes ont une charge d'électricité capable d'influencer un électromètre par l'approche des extrémités de leurs doigts. Dans cet ordre d'idées, le Docteur Gentile a publié la photographie d'une femme dont la chevelure dégageait des effluves électriques ayant impressionné la plaque. On a cité également le cas d'un officier de marine qui ne pouvait s'approcher des compas (boussole du bord) sans y produire des perturbations. Boyd, de Glasgow, a montré que la surface cutanée du corps présente des charges électriques et que, d'autre part, autour de lui, existe un champ électrique, qui varie continuellement.

D'autres radiations existent encore, qui sont à l'étude et que l'on a appelées des *fluides, du magnétisme animal.* « Les anciens admettaient chez certains hommes une influence radiante, bienfaisante ou malfaisante. Des saints et des divinités ont été représentés avec une auréole autour de la tête ou avec des rayons bienfaisants partant des extrémités digitales. Dans le geste hiératique fait par les divinités ou les prêtres des diverses religions, l'influence est supposée se transmettre par une main, dont les trois premiers doigts sont étendus et les deux derniers repliés. Dans la prière et la méditation profonde, les mains sont jointes ou les extrémités des doigts des deux mains sont en contact. On attribue une action salutaire au souffle ou à l'imposition des mains. On reconnaît une grande puissance au regard » (J. Regnault).

Ce qu'il y a d'intéressant à savoir, c'est que par la suite, on a cherché à démontrer l'existence du fluide par de multiples procédés : simple aiguille de papier ou de mica placée sur un pivot comme une aiguille de boussole ; moulinets en papier de Trémelin, etc.,.

Grâce à la photographie, M. Nodon a pu déterminer l'intensité des radiations des insectes, et noter que leur radio-activité est proportionnelle à leur vitalité, et qu'elle atteint de trois à quinze fois celle de l'uranium, pour un même poids. Le pouvoir radiant des végétaux est égal à celui de l'uranium, et plus élevé pour la fleur que pour la feuille. Divers auteurs ont eu recours également à la photographie pour déceler les radiations humaines.

Enfin, le Docteur Albert Abrams, de San Francisco, a utilisé les réflexes comme détecteurs d'énergie. En intercalant dans un circuit un résonateur, dit réflexophone, il a pu sélectionner diverses formes d'énergie d'après le point de résonance. Il a étudié les points de radiation les plus nets (extrêmités des doigts et des orteils, yeux, creux épigastrique, septième cervicale), mais aussi les radiations des organes sains ou malades, celles des microbes, etc...

D'autre part, chaque organe ou extrait d'organe comporterait son pouvoir radiant propre, qui, par résonance, ferait entrer en action l'organe correspondant chez celui qui l'absorbe ; c'est, dit le Docteur Regnault, la base de l'opothérapie. Et il ajoute que, dans les interactions des êtres vivants, s'applique la loi de Lenz : « Un courant induit naît dans un conducteur chaque fois que celui-ci se trouve placé dans un champ magnétique non constant, soit par variation de ce champ magnétique, soit par variation de position du conducteur dans le champ », et il ajoute ici l'influence de la syntonisation, des accords ou résonances, qu'il a déjà fait intervenir pour expliquer la télépathie, la suggestion mentale, et diverses actions à distance.

Des appareils ont été créés notamment par Muller (de Zurich), par Abel Martin (de Paris), et par le Docteur A. Leprince (de Nice) pour mettre en évidence la radiation humaine.

Les modifications observées au moyen de ces appareils en face des organes malades expliqueraient le fait que, sur un sujet et pour un expérimentateur donné, le pendule (ou la baguette) prend en face d'un organe malade un mouvement inverse de celui qu'il accuse sur un organe sain, et que ce pendule reprend son mouvement normal dès que, sous une influence quelconque,

le champ électromagnétique du patient est ramené à la normale.

Les radiations humaines sont, en effet, susceptibles de se modifier sous l'influence de maladies aiguës ou chroniques, de même que sous celle de lumières colorées, de champs magnétiques d'ondes hertziennes très courtes, enfin des radiations humaines émises par une autre personne.

Ainsi l'on peut arriver à expliquer la perception des radiations émises par l'organisme humain sain ou malade, en un mot à la *radiesthésie médicale.*

CEPENDANT, L'INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS RECUEILLIES PAR LES RADIESTHÉSIES DOIT ÊTRE RÉSERVÉE AUX SEULS MÉDECINS, TELLE UNE ÉPREUVE DE LABORATOIRE.

De la sorte pourra être éliminée la si dangereuse et si néfaste intervention des *radiesthésistes non médecins,* qui veulent remplir le rôle de guérisseurs, abusant de la confiance de malades trop crédules. (1)

Nous ne voulons pour preuve de ce danger qu'une lettre reçue par nous, à la suite d'un récent article (2). Elle nous est écrite par le Docteur A. Valmyre (d'Hyères) ; en voici quelques extraits :

Mon cher confrère,

J'ai lu avec le plus grand plaisir votre article sur le pendule et la baguette paru dans le *Concours médical* du 29 décembre 1935, article plein de bon sens et de mesure. Comme vous, je crois que la radiesthésie s'explique par « cette découverte récente que tout vibre et rayonne, et par suite, le phénomène du pendule (j'ajouterai celui de la baguette) se réfère à une physique dans laquelle l'instrument ou l'organisme de l'opérateur, ou tous deux à la fois, joueraient le rôle de récepteurs révélateurs.

Cette faculté de perception, renforcée par la baguette et le pendule, que possèdent certaines personnes étrangères à la médecine justifie-t-elle leur prétention de détenir l'art de guérir ? C'est aussi ridicule que de se proclamer astronome parce qu'on voit une étoile à travers une lentille.

....

Un vulgaire pendulisant, un vulgaire baguettisant, seraient-ils physiciens, peuvent-ils prétendre à cette technique très scientifique ?

Evidemment non. La radiesthésie appliquée au traitement des maladies doit rester l'apanage des médecins. Seuls, par leur éducation, par leurs connaissances, ils sont aptes à appliquer avec intelligence cette science nouvelle des radiations et des ondes.

Certaines personnes, dîtes-vous, sont quelquefois capables de prendre notion du siège d'un trouble organique, et peut-être de désigner le remède correspondant.

Ce ne peut être qu'une exception.

A côté de ces phénomènes, combien de sourciers, non médecins, jettent par leur jactance, le désordre sur la voie radiesthésie et quelquefois la désespérance dans les familles.

Je n'en veux, comme preuve, que cette fiche concernant un de mes clients, et adressée à sa mère, qui, tout éplorée, me demanda d'examiner son fils.

« L'examen de vos photos m'indique :

« *Respiration* : Poumon gauche, voile demi-supérieur avec infiltration tuberculeuse. Poumon droit, léger voile sommet, petites infiltrations bacilles de Koch.

« *Digestion* : Colibacillose généralisée de tout l'appareil, estomac ptosé, pancréas (colibac.), les deux reins avec inflammation et infection (colibac.).

« *Vers*, estomac et intestin.

« *Circulation du sang* : Infection colibacillaire, fatigue cardiaque.

« *Muscles* : Raideur de la nuque et muscles lombaires (coli), trace ancien accident coude gauche et pied gauche. « Inflammation aux orteils du pied droit et à la verge.

« *Lymphe* : Engorgement des ganglions auxillaires et inguinaux.

« *Nez*: Anomalie aux cornets et végétations.

« *Oreille gauche* : Légère obstruction trompe d'Eustache.

« *Yeux* : Infection légère forme conjonctivite.

« *Malaises éprouvés* : Sensation de lassitude au réveil principalement, toux, sensation de crachat collé dans la gorge. Se mouche peu, et respire mal du nez, digestion lente, prurit nasal et anal ; nervosité, insomnie assez fréquentes, lassitude morale, raideur lombaire à la nuque, état fiévreux, urines troubles avec filaments et pus. »

Or, l'analyse radiesthésique de l'urine ne donnait aucune imprégnation de parasites intestinaux ou de bacille de Koch, de colibacille, et la résonance avec le bacille de Koch, le colibacille, était négative ainsi que l'exploration clinique du reste. Quant à l'analyse biologique, elle fut exempte de parasites et de germes intestinaux et le reste de la fiche constituait un tissu d'inepsies et d'erreurs.

Il faut, dans l'intérêt des malades séparer de cette tourbe qui nous infeste et qui nuit à l'avenir de la radiesthésie. Dr A. VALMYRE

(1) FOVEAU DE COURMELLES. — Radiotellurie et radiesthésie. (*Le Courrier médical,* 19 janvier 1936).

(2) Que penser du pendule et de la baguette ; attentention aux guérisseurs non-médecins (*Concours Médical,* 29 décembre 1935.)

***

La question serait simple, en effet, *si la radiesthésie était devenue une méthode de laboratoire à la portée de tous les médecins.*

Puisqu'il n'en est pas ainsi, que tous les médecins ne sont pas radiesthésistes, qu'il soit seulement permis aux vrais radiesthésistes non-médecins d'aider au diagnostic des maladies; mais que là se borne entièrement leur rôle, et que jamais ils n'agissent en dehors du praticien, qu'ils n'agissent même que sur sa demande.

Le médecin non-radiesthésiste, ne cherchant pas à l'être, pourra recourir aux radiesthésistes de profession, médecins ou non, comme l'on recourt au confrère, au masseur, au photographe, à l'infirmier. *La radiesthésie sera ainsi capable de perfectionner le diagnostic, mais, à elle seule, elle ne permettra pas de l'établir,* tant qu'il n'existera pas d'appareils susceptibles de remplacer l'opérateur humain sujet à trop d'influences et à trop de causes d'erreurs. Elle ne peut remplacer l'auscultation ni les méthodes ordinaires d'investigation, elle ne fait qu'aider, confirmer ou guider.

G. FISCHER

Voici à cet égard l'opinion autorisée de quelques confrères (1) :

Docteur OSTY, directeur de l'Institut métapsychique de Paris : Je puis résumer ainsi les mises à l'épreuve, en vue de diagnostics de maladies, des radiesthésistes venus depuis une dizaine d'années à l'Institut métapsychique faire démonstrations de leurs pouvoirs.

« Très rares ont été les pendulisants qui se sont montrés fréquemment capables d'indications véridiques. Et le plus souvent celles-ci étaient trop imprécises pour être pratiquement utiles. Fréquentes étaient leurs erreurs.

« Relativement nombreux ont été les pendulisants qui décelaient quelquefois le siège d'une affection, mais beaucoup plus souvent se trompaient.

« Bien plus nombreux ont été ceux pour lesquels l'erreur était la règle, au point de donner à croire qu'ils n'étaient que des automates improductifs. Cela n'empêchait, d'ailleurs, ni leur prétention à faire de la « physique, ni leur certitude d'être infaillibles. »

Docteur RAMBEAU, de Marburg :

« Seulement un médecin, à qui ses études permettent de recourir à beaucoup de méthodes diverses pour ses diagnostics, comprendra que la radiesthésie peut constituer un moyen très utile.

« Travailler seulement avec la radiesthésie, sans s'occuper d'autres méthodes de recherches qui pourraient aider avantageusement au diagnostic, n'est pas une méthode recommandable.

« La radiesthésie peut constituer une aide efficace pour le diagnostic exclusivement dans les mains d'un bon docteur qui connaît son métier.

« Dans les mains d'une personne qui n'a jamais fait d'études dans cette diretion, la radiesthésie n'est qu'une exagération qui mène très facilement au charlatanisme. »

Docteur Th. ROUX DE LAROQUE, de Saint-Raphaël (Var) :

« .... La radiesthésie doit être étudiée et pratiquée par les membres du Corps médical, qui sont doués des qualités biophysiologiques requises et nécessaires, *afin que le public ne soit pas rejeté vers les charlatans et les illégaux.*

« Un médecin radiesthésiste, bien spécialisé dans ces recherches, *collaborant étroitement* avec le médecin traitant peut répondre avec précision aux questions posées par la fiche clinique du malade et guide avec sûreté l'examen en indiquant parfois aussi la nécessité d'autres recherches, telles que radiographies, ponctions etc. »

Professeur M. STROHL, professeur de physique médicale (Paris) :

« Il en est de la radiesthésie comme de la métapsychie ; tant qu'on se fondera, pour la justifier, sur des coïncidences favorables, fussent-elles en très grand nombre, sans prouver le déterminisme des phénomènes par des épreuves scientifiquement conduites et pouvant être contrôlées à volonté, on ne parviendra pas à entraîner la conviction des gens sans opinion préconçue.

« On ne peut s'empêcher en outre, de remarquer que les auteurs qui décrivent ces méthodes entretiennent une équivoque pour le moins regrettable entre des termes qui, dans la science ont un sens nettement défini comme un champ magnétique, une longueur d'onde, etc., et des phénomènes qui n'ont aucun rapport avec ces grandeurs physiques. Cette confusion n'est pas faite pour pousser l'homme de laboratoire à s'intéresser à des questions où tout est encore imprécision et mystère. »

Voici enfin quelques passages intéressants que nous relevons dans les conclusions que tire le Docteur Morhardt d'une vaste enquête menée par la *Vie Médicale* (10 février 1936.)

« En vérité, on est un peu stupéfait de voir que la méthode scientifique, plus de cinquante ans après la mort de Pasteur et trois siècles après Bacon et Descartes, soit encore si mal connue. Est-il donc si difficile de faire en sorte que dans l'étude des phénomènes naturels, les éléments subjectifs perturbateurs soient convenablement éliminés ? Il est vrai que quelques-uns d'entre nos correspondants en appliquant aux radiesthésistes le qualificatif d' « illuminés » (Gaudichard, G. Ackermann) nous expliquent qu'on trouve sous la plume d'un de nos baguettisants que « la radiesthésie met en œuvre des phénomènes qui relèvent de la physique », affirmation à laquelle Osty répond implicitement en remarquant combien cette manière de voir est « illusoire ». Ce qualificatif nous explique encore que tel radiesthésiste nous annonce froidement qu'il guérit ses syhpilitiques avec le « gaz O^8 » ?

« Nous avons cependant quelques remarques à noter : celles de Osty qui parle du chaos intellectuel que représente l'usage du pendule, celle de Rochu-Méry, pour qui les radiesthésistes ne sont pas à court d' « explications de haute fantaisie », celle de A. Gaussel qui fait une allusion discrète « à l'exploitation de la crédulité populaire », celle de Gaudichard d'après qui tant qu'il n'existera pas un appareil susceptible de remplacer l'opérateur humain, la radiesthésie ne pourra permettre d'établir un diagnostic, celle de J.-L. Pech qui n'accorde à la radesthésie aucune place dans les sciences médicales.

« Mais cela ne suffit pas. Il faut aller au fond des choses avec R. Rendu qui s'occupe des « sourciers » dont les prétentions sont à l'origine des prétentions des radiesthésistes médicaux et peuvent être vérifiées.

« C'est ainsi, dit-il, qu'un récent concours s'est terminé par un échec retentissant des sourciers : les résultats ont été exactement ceux que laissait prévoir le cal-

(1) *La Vie Médicale*, 10 février 1936.

cul des probabilités : tout s'est passé comme si le pendule obéissait aux lois du hasard et non à des radiations émises par la masse d'argent que recherchaient les concurrents ; ceux-ci autrement dit, seraient arrivés au même résultat (9 échecs sen moyenne sur 10) si, au lieu d'interroger leur pendule ou leur baguette, ils s'étaient contentés de « tirer à la courte-paille ». Ne pourrait-on pas mettre les sourciers d'accord avec leurs adversaires en soutenant que la « courte-paille » est une vétitable petite baguette divinatoire ».

M. Gignoux, professeur de géologie à l'Université de Grenoble, a pu, en qualité de collaborateur principal au Service de la carte géologique de France, contrôler les recherches et projets d'eau des communes de plusieurs départements, et a eu l'occasion fréquente d'examiner des travaux et recherches entrepris sur les indications de « sourciers » et voici comment il les juge : « Ces expériences personnelles m'amènent à la conviction que les phénomènes de « radiesthésie » invoqué par les sourciers ne correspondent à aucune réalité Les quelques succès obtenus s'expliquent à mon avis : 1° soit par la chance ; 2° soit parce que certains d'entre eux raisonnent, comme les géologues, d'après les indices tirés de l'aspect et de la nature géologique du sol... Les cas d insuccès, dont personne n'a intérêt à parler (ni les sourciers ni leurs victimes), sont extraordinairement nombreux ».

« L'allusion d'un de nos correspondants, A. Gaussel, à l'exploitation de la crédulité populaire est valable également pour l'Allemagne. Johannes Behr s'élève lui aussi, contre ces publications relatives aux rayonnements terrestres prétendûment capables de donner le cancer, publications qui inquiètent inutilement. Pour Friedrich, les appareils de protection qu'on a construit contre ces radiations et qu'on vend fort cher, n'ont aucun sens au point de vue physique. Ils sont d'ailleurs si différents les uns des autres qu'on peut conclure de là que l'efficacité de l'un exclut l'efficacité de l'autre. »

LE « LACTAIRE »

Le « lactaire » est une institution sud-américaine qui fonctionne dans certaines villes, telles que Buenos-Ayres, et avec succès, depuis quatre ou cinq ans.

On pourrait aussi l'appeler « lactarium », ou, comme là-bas « lactario ».

C'est un établissement placé sous le patronage et sous le contrôle de l'Etat, qui, sans avoir d'autre but commercial que de couvrir les frais d'entretien, en réalité peu onéreux, qu'il entraîne, consiste à extraire, à conserver et à distribuer du *lait de femme*.

Cette institution nous paraît très séduisante et nous incite à désirer vivement qu'on l'adopte chez nous. D'abord parce qu'elle permettrait de nourrir au lait de femme un certain nombre de nourrissons débiles pour lesquels le lait de femme est le seul aliment vraiment salutaire, ensuite parce qu'elle nous semble un excellent moyen de lutter contre les dangers de l'allaitement mercenaire. Certes, elle n'est guère applicable que dans les villes importantes, mais elle est très réalisable, car elle permet à la mère de garder son enfant près d'elle et ne lui coûte pas plus de temps et de déplacement que lorsqu'il s'agit de le conduire à la crèche ou à la garderie d'enfants pour lui donner l'allaitement au lait de vache.

Et quoiqu'on ait pu faire pour améliorer les qualités et la propreté du lait du commerce, le vieil aphorisme reste vrai qui dit que le lait de vache est fait pour les veaux, et que toutes les fois que cela est possible, il faut donner au petit de l'homme, du lait de femme.

Il serait également facile de concilier cette conception théorique avec les exigences françaises des traditions, de la mentalité locale, de la réalisation pratique et de l'hygiène, par quelques dispositions facilement exécutables, telles que celles qui suivent : l'extraction du lait se fait deux fois par jour à un groupe de 10, 20 ou 30 femmes, volontaires ou rétribuées selon leur situation sociale, et groupées par quartier afin de leur infliger le minimum de déplacement et de perte de temps.

Il est entendu que la donneuse est préalablement soumise aux examens nécessaires à justifier la qualité de son lait et l'absence de causes de contagion. Il est plus facile, à coup sûr, de contrôler l'origine d'un lait de syphilitique ou de tuberculeuse, lorsqu'il provient d'une femme, que lorsqu'il provient d'une étable lointaine comprenant un grand nombre de vaches.

Afin d'éviter les abus, on peut aussi) et nous avons assez d'infirmières visiteuses pour le faire sans grever le budget) contrôler l'enfant de la donneuse afin qu'il ait, lui d'abord, sa ration, et que le lait vendu ne soit que l'excédent. Et nous voyons chaque jour des femmes capables de nourrir deux enfants.

Dès son extraction, le lait est immédiatement mélangé et conservé par refroidissement ou par congélation à la neige carbonique, et ceci d'autant plus facilement qu'il sera nécessairement consommé très peu de temps après l'extraction.

La vente du lait s'effectuera à un prix légèrement supérieur à celui qui est payé à la donneuse, ce qui permet de le fournir gratuitement aux enfants pauvres ou aux hôpitaux.

Dr Robert Jeudon,
Maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes
Médecin des consultations de nourrissons du département de la Seine

ORGANISATION DU SERVICE DE TRANSFUSION SANGUINE A L'HOPITAL DE NIORT

Le premier temps de l'organisation du centre de transfusion a été de chercher, parmi les personnes de bonne volonté, celles qui pourraient être classées dans le groupe des « donneurs universels ». Cette sélection n'a porté que sur le personnel médical, infirmier et ouvrier de la maison, de façon à posséder sans cesse sous la main, en cas d'urgence, le donneur nécessaire. Plus de 60 personnes ont été examinées dans ce but ; 22 furent reconnues aptes à donner leur sang.

Le contrôle a été fait par le Laboratoire départemental d'Hygiène installé à l'hôpital même. Ce premier contrôle a été complété par une seconde épreuve effectuée à Paris au centre de transfusion de l'hôpital Saint-Antoine. Ces épreuves sont du reste renouvelées périodiquement. Les plus grandes garanties ont donc été accumulées pour réduire au minimum les accidents de la transfusion.

Le règlement suivant précise le mode de fonctionnement du service :

Règlement pour le service de transfusion sanguine d'urgence de l'hôpital-hospice de Niort.

Article premier. — Il est institué à l'hôpital-hospice de Niort un service de transfusion sanguine d'urgence dont le fonctionnement est défini ainsi qu'il suit :

TITRE I. — DONNEURS

Art. 2. — Les donneurs seront recrutés de préférence parmi le personnel infirmier ou employé de l'hôpital-hospice, et, à défaut, parmi toutes les personnes de bonne volonté étrangères à l'hôpital qui en feront la demande et qui répondront aux conditions exigées par les paragraphes suivants :

Pour être donneur, il faut :

1° Etre bien portant et mener une vie régulière ;

2° Pouvoir être facilement atteint en cas d'urgence et s'engager à se rendre à tout appel dans le moindre délai ;

3° Se soumettre à tous les examens médicaux nécessaires en vue de la vérification des qualités du sang transfusé.

Art. 3. — Il sera accordé à chaque donneur :

1° Une indemnité de 10 francs pour toute séance d'examen de contrôle. Cette indemnité sera réglée par le receveur de l'hôpital ;

2° Chaque transfusion fera l'objet pour le donneur d'une indemnité fixe établie d'après le barème suivant :

Jusqu'à	200 grammes	100 francs
De 200 à	300 grammes	150 —
— 300 à	400 grammes	200 —
— 400 à	500 grammes	250 —
— 500 à	600 grammes	300 —
— 600 à	700 grammes	350 —
— 700 à	800 grammes	400 —
— 800 à	1.000 grammes	500 —

Art. 4. — Après chaque transfusion, le donneur bénéficiera d'une journée de repos complète.

Art. 5. — La rémunération des donneurs sera effectuée dans tous les cas par le *receveur de l'hôpital*, sur présentation d'un certificat délivré par le transfuseur pour toute transfusion effectuée par lui.

Les ouvriers de l'établissement qui seront pris comme donneurs ne recevront aucun salaire pendant leur absence.

TITRE II. — TRANSFUSEURS

Art. 6. — Les donneurs de l'hôpital ne pourront être utilisés que par les médecins, chirurgiens ou spécialistes agréés par la Commission administrative et le Syndicat médical.

TITRE III. — CONTRÔLE

Art. 7. — Le Laboratoire départemental est chargé de la tenue des fiches et de l'exécution des examens relatifs à l'organisation ci-dessus.

TITRE IV. — FRAIS

Art. 8. — Les frais de transfusions seront supportés par l'hôpital-hospice pour tous les malades ressortissant à l'Assistance médicale gratuite, accidentés du travail, réformés de guerre, et plus généralement ceux dont le prix de journée est acquitté par une collectivité.

Les frais de transfusions seront à la charge des malades appartenant à toutes les autres catégories, majorés de 10 francs pour les malades de deuxième pension, et de 20 francs pour les malades de première pension.

Ces prix sont comptés indépendamment des honoraires médicaux.

LES INTERNES DES HOPITAUX ET LES NÉCESSITÉS DE L'EXISTENCE

Les deux prix Gobey annuels de 5.000 francs

Cette année, comme les précédentes, M. Roussel a mis à disposition de l'Association des Internes en exercice les deux prix Gobey, de 5.000 francs destinés à porter aide à deux Internes en fin de quatrième année, au moment de leur thèse et de leur installation.

Ces deux prix, c'est le bureau de l'Association, élu par tous les Internes en exercice, qui est chargé d'en choisir les bénéficiaires. Combien ce choix est difficile et dur, devant les lettres navrantes que le bureau reçoit ! Que de situations tragiques, exposées simplement, sans phrases, chiffres à l'appui. Les Internes précisent leurs conditions de vie, leurs difficultés, leurs charges de famille. Comment choisir ? L'un a sa mère complètement à sa charge, l'autre doit aider ses frères et sœurs plus jeunes, orphelins ; tel autre est marié, père de deux enfants ; et tous ne savent comment ils pourront faire face aux frais d'impression de leur thèse, aux premiers frais indispensables d'installation, dans l'attente problématique du client.

Je ne sais si de telles misères se sont rencontrées de tous temps ; je ne peux le croire...

Comment d'ailleurs peuvent-ils arriver à faire vivre leurs familles, quand déjà leurs ressources sont totalement insuffisantes à assurer leur vie propre ?

Savez-vous à combien se montent les indemnités qu'ils reçoivent de l'Assistance publique ? comment s'établit leur budget ?

Recettes : 383 francs (première année) ou 487 francs (quatrième année) par mois d'indemnité fixe,plus 180 francs pour le logement, quand le nombre de chambres de l'hôpital est insuffisant pour les loger.

Dépenses : nourriture : une popote est organisée dans la salle de garde de chaque hôpital ; grâce aux aliments fournis en nature par l'Assistance publique, le prix des repas ne revient qu'à 4 francs en moyenne par repas ; deux repas par jour, au bout du mois, cela fait tout de même 240 francs.

En outre pour accommoder les aliments, pour faire le ménage, une cuisinière et selon l'importance de la salle de garde une ou deux femmes de ménage sont payées par les Internes, soit environ 50 francs par mois pour chaque Interne.

Conclusion : 383 francs ou 487 francs moins 290 francs restent donc 93 francs (première année), 197 francs (quatrième année).

Avec cette somme, l'Interne doit se vêtir, assurer ses frais de blanchissage, ses frais de transports journaliers, acheter les revues médicales ou les livres de médecine nécessaires à son travail.

Evidemment, dit-on, mais le travail n'est pas très prenant ? Chaque Interne assure en réalité un travail effectif à l'hôpital de 4 heures par jour, plus une garde de vingt-quatre heures hebdomadaire : quarante-huit heures par semaine (la journée de 8 heures...)

Les vacances ? oui, l'Interne a le droit de prendre un mois et demi de vacances dans l'année — mais ces vacances ne sont pas payées.

Mais les internes sont des étudiants, des jeunes gens en cours d'études ; les autres étudiants ne touchent rien ; comparativement, les Internes sont donc favorisés ? Les Internes ont dans l'immense majorité terminé leurs études à la Faculté ; leur âge moyen est de 27 ans 3/4 ; un tiers d'entre eux sont mariés (je sais bien qu'on leur a reproché de se marier ; « on ne se marie pas, quand on n'a pas de situation ». Avec cet argument, la fameuse repopulation... ?)

Les Patrons les emmènent en ville : aides opératoires, injections intraveineuses, gardes ? Je ne crois pas trop m'avancer en disant que cette excellente pratique est de moins en moins fréquente en chirurgie, tout à fait exceptionnelle en médecine.

Alors, comment vivent-ils ? — Eh ! bien, de deux choses l'une : ou leurs familles peuvent les soutenir (et combien qui croyaient au début de leurs études se ranger dans cette catégorie, se trouvent maintenant par la crise rejetés dans la seconde) — ou ils sont réduits à eux-mêmes : ils doivent se débrouiller. Alors ? aussitôt leur service quotidien terminé, ils s'empressent de quitter l'hôpital, à l'affut du moindre salaire qui, ajouté à leur indemnité, leur permettra de vivre : l'un se fait représentant de produits pharmaceutiques, l'autre assiste un médecin dans une consultation à prix réduits, un dispensaire, et fait ainsi involontairement tort aux médecins installés dans le voisinage. Quand vient la période des vacances, ils doivent renoncer au repos indispensable à leur santé, et trouver des remplacements de médecins.

Et on s'étonne d'une part que les internes ne se livrent plus à des recherches scientifiques dans les laboratoires dénudés des hôpitaux = d'autre part que, chaque année, tel ou tel camarade tombe épuisé, parte en sanatorium, et se trouve dans la situation à la fois paradoxale et tragique de ne savoir comment subvenir, lui internes des hôpitaux, aux frais de son propre traitement !

Une autre conséquence : si, en cours d'Internat, par hasard, une situation intéressante se présente, ils démissionnent ; l'Assistance publique perd ses vieux Internes de troisième ou quatrième année, ceux qui étaient le mieux susceptibles de diriger leurs jeunes collègues dans les soins à donner aux malades.

Et chaque jour, des Externes demandent conseil : excellents sujets, mais dépourvus de ressources, ils hésitent à se lancer dans ce concours qui, s'ils arrivent, ne leur permettra pas de vivre, Que répondre ? Les sages leur disent : pas de fortune, pas d'internat, conception très démocratique... ?

Il serait tout à fait injuste de croire d'ailleurs que parmi les Pouvoirs publics, personne ne se soit soucié de cette situation. Au Conseil municipal de Paris, le Docteur Lobligeois, MM. Castellaz, Pinot, le Docteur Calmels, MM. Braudon, Georges Prade s'occupent de la question. M. le Docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique étudie le problème, ainsi que plusieurs membres éminents du Conseil supérier de l'Assistance publique.

Mais avant qu'une décision soit prise (décision qu'évidemment rendent délicate actuellement les difficultés budgétaires), les internes doivent vivre. Les prix Gobey leur permettent au moins de venir en aide chaque année à deux des plus éprouvés d'entre eux. C'est pourquoi ils sont si reconnaissants à M. Roussel d'avoir pris l'initiative de cette assistance privée aux internes de l'Assistance publique.

R. FASQUELLE.

P. S. Au moment de mettre sous presse, nous apprenons une bonne nouvelle : depuis l'existence des Assurances sociales, une partie de la somme que l'Assistance publique reçoit pour les soins médicaux est, sur la demande des Patrons, partagée entre les Internes : cette indemnité supplémentaire a été de 950 francs en 1932, 2.100 francs en 1933, 1.650 francs en 1934 ; et il avait été laissé à entendre qu'elle serait encore réduite. Or, au contraire, paraît-il, M. Mourier aurait décidé de la porter à 2.250 francs. Si cette indemnité supplémentaire est à nouveau augmentée et portée à un chiffre suffisant, si de variable elle devient fixe, qu'elle soit versée au titre des Assurances sociales ou à tant d'autre titre, peu importe ! la solution à la situation difficile des Internes sera trouvée...

L'APPLICATION DU PRÉLÈVEMENT DE 10% SUR LES HONORAIRES DES MÉDECINS REMPLISSANT UNE FONCTION PUBLIQUE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

M. le Préfet de la Seine vient d'adresser aux Maires de Paris, la Circulaire suivante ayant trait à l'application du prélèvement de 10 % sur les honoraires des médecins remplissant une fonction publique dépendant du département, notamment les médecins de l'Etat civil. On pourra se rendre compte par la lecture de cette circulaire, des conditions singulières que doivent remplir les médecins pour bénéficier du tarif dégressif prévu par la loi de Finances du 31 décembre 1935 :

Le Préfet de la Seine

à Messieurs les Maires de Paris,

L'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1935 a modifié en les termes suivants l'article 2 du décret du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général de 10 % sur les dépenses publiques, et par incidence certaines des dispositions de l'article 4 du décret du 38 juillet 1935 qui fixait les modalités d'application du décret précité du 16 juillet 1935 :

. . . .

« Le 3e alinéa de l'article 2 du décret du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général de 10 % sur les « dépenses publiques est modifié ainsi qu'il suit :

« Aucun prélèvement n'est exercé lorsque les émo« luments nets globaux des agents sont inférieurs à 8.000 francs.

« Pour les agents dont les émoluments nets globaux « sont compris entre 8.000 et 12.000 francs le prélève« ment est fixé aux chiffres suivants :

« 2 % pour les fonctionnaires et agents dont les émo« luments nets globaux varient de 8.000 à 9.000 francs.

« 4 % de 9.001 à 10.000 francs.
« 6 % de 10.001 à 11.000 francs.
« 8 % de 11.001 à 12.000 francs.

« Une circulaire préfectorale du 14 janvier 1936 établie conformément aux instructions de M. le ministre des Finances a apporté aux différents services les précisions et commentaires destinés à faciliter l'application des dispositions légales précitées. Cette circulaire précise notamment (page 5) les conditions que devront remplir les agents administratifs n'ayant pas la qualité de fonctionnaires (tels les architectes, médecins, etc.) pour pouvoir bénéficier du tarif dégressif prévu à l'article 54 de la loi de Finances du 31 décembre 1935. L'une de ces conditions est la suivante :

« Ne pas avoir d'autre employeur que la Préfecture de la Seine pendant la durée d'exécution du contrat. »

En ce qui concerne l'application de ces instructions aux honoraires des médecins de l'Etat civil, il y a lieu de considérer que la plupart des intéressés cumulent, avec les vacations afférentes au Service de l'Etat civil, les émoluments qu'ils perçoivent en raison des fonctions médicales exercées auprès d'un autre Service adminis-

tratif et les honoraires versés par leur clientèle privée.

On peut donc admettre que dans la majorité des cas, les médecins de l'Etat civil ne remplissent pas la condition susvisée, et qu'en conséquence, le prélèvement de 10 % doit être opéré sur les honoraires qu'ils reçoivent en tant que médecins de l'Etat civil, quel que soit le montant des dits honoraires.

Pourront seuls bénéficier du tarif dégressif, parmi les médecins de l'Etat civil:

1° Ceux qui n'auraient pour seuls émoluments que leurs vacations ;

2° Ceux qui, n'ayant aucune clientèle particulière ou emploi extérieur, n'exerceraient de fonctions médicales, en sus du Service d'Etat civil, que pour l'Administration préfectorale (Préfecture de la Seine et Administrations annexes, Préfecture de police) et ne toucheraient *au total* pour ces fonctions (y compris leurs vacations de médecins de l'Etat civil) que les émoluments inférieurs à 12.000 francs.

Afin d'appliquer de façon certaine ce tarif, il convient suivant les instructions de la circulaire susvisée du 14 janvier 1936, d'inviter le médecins de l'Etat civil qui s'estiment fondés à en réclamer le bénéfice, à souscrire :

1° *En ce qui concerne les médecins de la 1re catégorie susvisée* :

Une déclaration suivant laquelle ils ne perçoivent pas d'autres émoluments que les vacations qu'ils reçoivent à l'occasion des constatations de naissances et de décès effectuées par eux en qualité de médecins de l'Etat civil de la Ville de Paris.

2° *En ce qui concerne les médecins de la 2e catégorie* :

Une déclaration dans laquelle ils mentionneront, en prenant pour base les chiffres afférents à la dernière année :

a) Le montant des vacations qu'ils ont reçues comme médecins de l'Etat civil ;

b) Le montant des émoluments qu'ils ont reçus au titre de médecins d'un autre service de l'Administration préfectorale.

Les dispositions précitées de l'article 54 de la loi de Finances du 31 décembre 1935 devant être appliquées aux états produits à partir du 1er janvier 1936, il y a lieu de rectifier en conséquence les états établis en vue du paiement aux médecins de l'Etat civil, des honoraires afférents *au mois de décembre*. Je vous retourne ci-joint lesdits états pour vous permettre de procéder à cette rectification, en opérant sur le montant des honoraires qui y sont portés, le prélèvement de 10 % qui leur est applicable, sauf pour les médecins qui auront souscrit les déclarations susvisées et aux honoraires desquels sera appliqué le tarif dégressif.

Je vous prie de bien vouloir me retourner ensuite ces états dans le moindre délai possible, pour ne pas retarder le paiement desdits honoraires.

Pour les Préfet et par autorisation,

Le Directeur des affaires municipales et du contentieux,

Signé : P CABOUAT

Et il existe des politiciens qui prétendent que les médecins sont privilégiés ! !

***

Les médecins de l'Etat civil ne sont pas les seuls atteints par la retenue de 10 % dans le département de la Seine, les médecins inspecteurs le sont à leur tour. Le directeur de l'Enseignement vient d'adresser aux Maires des vingt arrondissements de Paris, la circulaire suivante :

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en vue de l'application du décret-loi du 16 juillet dernier, il y a lieu d'opérer, à titre conservatoire et jusqu'à nouvel ordre, une retenue de 10 % sur le montant des indemnités allouées aux médecins inspecteurs des Ecoles.

Un de nos confrères intéressés à qui je demandais son avis sur cette question me répondait :

Il n'a jamais été imposé aux médecins de l'Etat civil, pas plus qu'aux médecins inspecteurs des Ecoles de ne pas faire de clientèle. S'il en était ainsi il leur conviendrait de toucher une indemnité de 40.000 francs et la retenue de 10 % serait légitime. Si pour opérer cette retenue on se base sur les ressources tirées de l'exercice libre de leur profession ajoutées à leur indemnité pour atteindre un chiffre supérieur à 10.000 francs, il faudrait aussi imposer la retenue au médecin n'exerçant pas, mais ayant quelques rentes qui, ajoutées à son indemnité lui ferait plus de 10.000 francs de revenus. Le rentier loue son capital à la collectivité qui en retour lui verse un salaire sous forme de rentes ; le médecin praticien loue de même son travail à la collectivité qui en retour lui verse des honoraires. Pourquoi le médecin rentier, n'exerçant pas, toucherait-il son indemnité intégrale, tandis que le praticien besogneux, obligé de travailler pour vivre, verrait-il opérer une retenue sur cette même indemnité ? Quoiqu'il en soit, étant donnée l'importance des services rendus et l'indemnité modique, parfois ridicule, attribuée à ces fonctions médicales, la retenue qui n'offre aucun intérêt pour le Trésor est une mesure inique et sans doute illégale.

J. N.

NOTRE VOYAGE DE PÂQUES AU MAROC

(Départ de Marseille le 4 avril, retour le 21)

(suite de nos articles descriptifs)

Après *Marrakech*, c'est la région du Sud, d'un aspect tout nouveau, qui réserve encore bien des sites inoubliables à contempler.

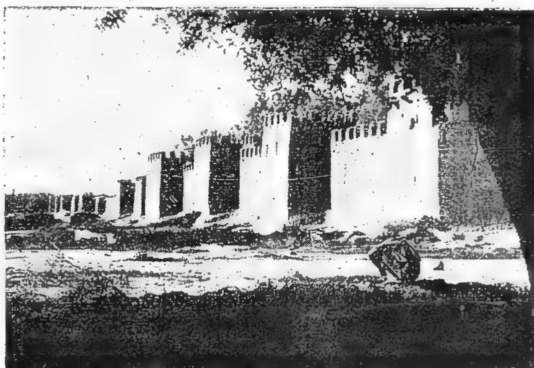
Dès le départ de la ville se succèdent toutes ces petites bourgades aux casbahs curieuses, avec leurs tours à l'architecture si spéciale, aux décorations anciennes. Après l'hallucinant col du Tichka, à Télouet, c'est le Dar Glaoui imposant par sa masse, son mystère, son animation rurale, toute médiévale, qui commande la route du Sahara.

Dans l'Ourika, les vallées bien arrosées, à la végétation luxuriante, présentent à nos yeux émerveillés une palette de couleurs éblouissantes : la belle Nature, sous le ciel du Sud, revêt ici ses plus beaux atours. C'est une promenade unique à travers monts, cols et vallées. Voici *Tahanaout*, bien curieux dans l'ocre de ses murs au milieu des cerisiers et des grenadiers, *Yacoub-Ijoukak*, au bord de l'Agoundis, où embaument les cytises, puis le col du Tizin'Test, à 2.200 mètres d'altitude. Enfin *Taroudant*, immense caravansérail au milieu de jardins admirables où croissent des oliviers centenaires.

Agadir. — *La plage*

Obliquant alors vers l'Ouest, pour se rapprocher de la côte, la route traverse un pays de légende, curieux par ses croyances populaires, peuplé d'hommes bleus et de femmes aux voiles noirs, réputées pour leur grande beauté.

Mais l'océan est proche et voilà bientôt *Agadir*, port militaire sur l'Atlantique, ancienne petite république conquise en 1505 par les Portugais, puis reprise par les Arabes en 1541, alors que son commerce était florissant. C'est maintenant la côte jusqu'à Casablanca. D'abord *Mogador*, ville d'artisans réputés, bâtie sur une presqu'île sableuse, très étroite. Le site est curieux et d'un rare pittoresque, avec ses bizarres installations de pêcheurs berbères et ses barques décorées



Taroudant. — *Les remparts*

Puis apparaît *Safi* blottie à l'abri d'un petit cap, près de hautes falaises grises que l'estuaire d'un oued ébrèche largement, sous la protection de ses murs crénelés et de sa Kechla. Aux pieds de celle-ci, adossée à un éperon qui descend rapidement du plateau d'Abda vers la mer, se déroule une cascade de maisons blanches à toits plats. Safi est une cité gracieuse, au climat délicieux, aux vestiges portugais imposants, tels que ce « Château de la Mer », construit sur le rivage. La Kechla, les Souks, où s'est conservé l'art de la poterie céramique, la ville indigène, curieuse par ses maisons dont seuls les étages sont habités, et auxquels on accède par des escaliers extérieurs, le rez-de-chaussée n'étant occupé que par des boutiques, ont beaucoup de pittoresque.

Le lendemain l'étape se poursuit vers *Mazagan*, coquette cité, avec belle plage de sable fin, station estivale réputée. C'est également un port actif, exportateur de céréales d'une région des plus fertiles du Maroc. Pendant 35 ans, à partir de 1509, les Portugais la fortifièrent ; la salle des gardes, les remparts, sont les témoins de leurs efforts. Ils furent chassés ensuite par les Arabes, et, avant de partir, mirent le feu à tout ce qu'ils possédaient, faisant même sauter une partie de la ville. Mazagan conserve néanmoins de curieux monuments et des vestiges de cette domination portugaise : la belle église de l'Assomption, le Palais de l'Inquisition, et surtout la vaste salle d'armes souterraine, dite Citerne, à six voûtes et cinq rangées de lourds piliers, qui constitue une des plus belles curiosités de la ville.

Au passage, *Azemmour*, apparaît d'un seul coup, la route surplombant la ville et ses remparts, qui se reflètent dans les eaux de l'Oum Er Rebia.

Et puis brutalement revoici le présent. *Casablanca*, le grand port du Maroc français, déroule devant nous la longueur considérable de ses quais où viennent accoster les plus importantes unités navales, et ses tranquilles bassins préservés, par des jetées, des houles océanes.

La ville, ancienne bourgade marocaine de Dar-el-Beida (Maison Blanche) a remplacé vers 1515, la vieille cité d'Anfa. Une colonie de commerçants français et espagnols commença à s'y fixer vers 1830, et, depuis, la prospérité du port ne cessa de s'accroître.

L'immigration européenne a pris de grandes proportions et une cité nouvelle, percée de larges boulevards, dotée de superbes parcs et de nombreux jardins, a été construite.

De cette ville, le cachet particulier de l'architecture et l'unité de style méritent d'être retenus. A côté des

quartiers d'affaires et de plaisance ou de sport, l'ancienne Médina, avec ses ruelles où voisinent les commerces les plus hétéroclites et où grouille une population extrêmement variée, offre un spectacle sans apprêt, et infiniment pittoresque.

A voir divers édifices religieux : la Grande Mosquée, le tombeau de Sidi-Bou-Smara, la mosquée de Si-Allai-Kairouani, et le marabout de Sidi Beliout.

Enfin, dans la nouvelle ville indigène, construite au voisinage du Palais du Sultan, il est du plus haut intérêt de se rendre compte des excellents résultats obtenus par l'Association du plus pur style marocain aux règles modernes de l'hygiène urbaine.

Et puis ce sera le retour : pendant deux jours, en mer, dans le calme d'une traversée à bord d'un luxueux paquebot, vous pourrez goûter encore les dernières heures de vos vacances, grâce à l'ample moisson de souvenirs que vous rapporterez de ce merveilleux voyage, pendant lequel vous n'aurez eu qu'à vous laisser guider, libres de tout souci, et dans le plus grand confort.

Nous rappelons que le nombre des participants étant strictement limité, nos amis ont intérêt à s'inscrire le plus tôt possible, en nous envoyant un bulletin d'inscription, avec la somme de cent francs par place à retenir, somme qui serait intégralement remboursée en cas d'annulation du voyage avant le 15 *mars.*

Nous disposons encore de quelques excellentes cabines, et nous nous empressons de faire une offre à nos lecteurs dès reçu de leur demande.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance** (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — *Cours de vacances de Pâques* 1936. — Le cours de perfectionnement aura lieu à partir du jeudi 2 avril jusqu'au vendredi 10 avril, sur les questions récentes concernant l'hygiène, la clinique et la thérapeutique du nourrrisson.

Ce cours sera fait sous la direction de M. le Professeur Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux ; MM. Lelong et Pichon, médecins des hôpitaux ; MM. Baize, Benoist, Bohn, Bosquet, Garnier, Gavois, Joseph Odinet, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire ; MM. Saint Girons et Roudinesco, assistants du service ; M. Aime, électro-radiologiste de l'hospice des Enfants-Assistés.

Ce cours comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire.

Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le jeudi 2 avril, à 10 h. 45 du matin; il se poursuivra chaque jour, le matin à 10 h. 45 et l'après-midi de 16 heures à 18 heures. Il sera terminé le 10 avril; il sera précédé de la visite dans les salles à 9 h. 30.

Sont admis à ces cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4).

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, avant le 20 mars, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant.

— 44e **Cours de perfectionnement** (Pâques 1936, 23 mars au 5 avril, sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Necker).— *La thérapeutique médicale et hydrologique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives* à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 23 mars 1936, à 9 h. 30, à l'hôpital Necker (salle Renon), avec le concours de M. G. Marion, professeur de clinique des voies urinaires à la Faculté de médecine, et avec la collaboration de MM. Henri Benard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; L. Justin-Besançon, agrégé de la chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, médecin des hôpitaux ; Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux ; Henry Bith, ancien chef de clinique de la Faculté, assistant du service ; Fr. Saint Girons, Pierre Grellety-Bosviel, Robert Wahl, Roger Even, René Cachera et Henri Desoille, anciens chefs de clinique à la Faculté ; J. Odinet et M. Racine, chefs de clinique à la Faculté ; Robert Wallich, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux, et R. Fauvert, interne des hôpitaux, préparateur de la Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques. Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 h. 30 ; l'après-midi, à 15 heures et 16 h. 30. Il comprendra trente-huit leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice Villaret et le Docteur Henry Bith, avec démonstrations de radiologie par le Docteur Brunet, assistant du service, et de techniques nouvelles de laboratoire par M. Ch. Mentzer, interne en pharmacie.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Le 44e Voyage d'études hydrologiques des cours de perfectionnement sera organisé après le cours sur les maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, c'est-à-dire après les vacances de Pâques, du 17 au 19 mai à Vichy. — Les élèves des deux cours et des autres enseignements de perfectionnement dirigés, par le Professeur Maurice Villaret, qui seraient désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire au Laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 200 francs et de 300 francs pour les deux cours, dans le second a lieu après Pâques.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — JURY APRÈS ACCEPTATION : MM. Darré, Gautier, Apert, Jacob, De Massary, Boidin, P. E.-Weil, Rist, Herscher, Binet, Et. Bernard, Cathala.

Censeurs : MM. Hamburger, Pichon, Jean-Marie Clément, Lamy, Caroli, Ravina, Basch.

Questions données : Maladie bronzée d'Addison. Tétanie.

Question restées dans l'urne : Maladie amyloïde. Formes cliniques de la spirochétose dite ictéro-hémorragique. Manifestations cardiaques de la maladie de Basedow. Erythème noueux.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — JURY (TIRAGE AU SORT) : MM. Aubourg, Gibson, Barrel, Mahar, Poisseau, Mathieu, Gosset. *Censeur* : M. Desgrez *Lecteurs* : MM. Morel-Kahn, Marchant.

— **Concours de l'Internat.** — ORAL. SÉANCE DU 20 FÉVRIER. *Questions posées* : Symptômes et évolution des grossesses tubaires. Diagnostic de la fièvre typhoïde non compliquée au 8e jour.

Notes : MM. Feld, 17,5 ; Liénard, 16,4 ; Labayle, 17,8 Guiot, 21,2 ; Rougier, 20 ; Bouche, 21,4 ; Vermenouze 16,2 ; Tran-Van-Con, 16 ; Mlle Damiens, 20,8 ; Barillon 23.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER. — *Questions posées* : Formes cliniques des cancers du foie. Signes, diagnostic, traitement des fractures de l'extrémité inférieure du fémur.

Notes : MM. Wolfromm, 18,9 ; Darris, a filé ; Rousset 19,1 ; Zwillinger, 25,2 ; Lefebvre, 22,6; Trouvé, 22,1 ; Freret, 20 ; Froissant, 19,5 ; Di Matteo, 18,80 ; Maurice, 19,5.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER. *Questions posées* : Abcès froids de la paroi thoracique. Signes, diagnostic des hémorragies gastro-duodénales.

Notes : MM. Magne-Rouchaud, a filé ; Bretton, 16,3 ; Champagne 16,9 ; Aslanian, 17,1 ; Pinet, 21 ; Musset, 20,8 ; Gallant, 20,3 ; Joly, 22,1 ; Mlle Montalant 18,6 ; Mme Thaon, 20,6.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Cours de service social antivénérien** pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. (7e année) treizième session, mai 1936. Treize leçons, du 11 au 16 mai 1936, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) et à la clinique Baudelocque.

Outre les leçons faites par MM. Gougerot, Milian, Marcel Pinard, Rabut et Sicard de Plauzoles, deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur Brodier : le jeudi 14 mai, à 16 heures, et le samedi 16 mai, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée. Droit d'inscription : 10 francs (No compte chèque postal 627.00).

— **Chemins de fer P.-L.-M.** — *Vers le soleil.... à moitié prix.* — Des fêtes qui plaisent et qui recommencent, une lumière du jour aux nuances gaies et franches, un air léger aux parfums de fleurs.... des trains à moitié prix, voilà des choses qui parlent à votre imagination et vous invitent au voyage vers la Côte d'Azur.

Des trains spéciaux de 1re, 2e et 3e classes quitteront la Capitale à 14 heures les 18 mars, 1er, 6 et 22 avril.

Pour l'accès de ces trains, il est délivré au départ de Paris, des billets d'aller et retour à demi-tarif de quarante jours, pour les gares de Saint-Cyr-la-Cadière à Menton inclus, ainsi que pour celles d'Hyères, des Salins d'Hyères et de Grasse. Vous aurez la facilité de revenir par un train quelconque dès le septième jour. Des arrêts, au retour, pourront avoir lieu à volonté, sans bulletin d'arrêt. En outre, vous aurez la faculté de vous rendre en autocar de la gare destinataire de votre billet à la gare d'arrêt que vous aurez choisie, à la condition d'utiliser le service d'autocars P.-L.-M. Nice-Marseille. A cet effet, vous devrez vous munir d'un billet d'autocar.

Les trains spéciaux ne comporteront pas de wagon-restaurant, mais vous pourrez vous procurer des paniers repas en gares de Paris et Dijon.

Le nombre des places est strictement limité. La vente des billets a lieu uniquement à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot ; elle commence dix jours avant la date de départ de chaque train. Il n'est pas délivré de billets par correspondance.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

du loyer, de nature à donner lieu à l'application des dispositions de l'article 13 de la loi du 1er avril 1926, 29 juin 1929 ; 2° l'article 2 du décret du 16 juillet 1935 permet aux locataires de locaux à usage commercial, industriel ou artisanal de demander la révision du prix de leur loyer dans les formes et conditions prévues par la loi du 12 juillet 1933. Or, cette loi prévoit seulement la révision des baux d'une durée contractuelle égale ou supérieure à six années ; 3° les locations d'immeubles effectuées par les fonctionnaires sont soumises aux règles du droit commun

(*J. O.*, 12 février 1936.)

Le Xe Bal de la Médecine française

Le 21 février a eu lieu dans les salons du Centre Marcelin Berthelot le Xe bal de la médecine française. Celui-ci s'est déroulé avec le succès habituel grâce à une assistance très brillante où l'on remarquait nombre de nos maîtres les plus réputés.

La soirée débuta par une causerie culinaire d'Henri de Pomiane, puis Suzy Solidor dit avec beaucoup d'accent ses poèmes réalistes, Charpini et Brancato dans leur duos grotesques montrèrent un comique bon enfant qui amusa beaucoup jeunes et vieux. Mais le clou de la soirée fut la révélation de la petite Janine Charrat qui, si elle manque encore de technique, unit un talent précoce à une grâce et un rythme extraordinaires. Présentée par Jean Wiener, avec sa virtuosité habituelle, elle conquit littéralement l'assemblée.

La fête se continua par quelques sketches amusants présentés par de généreux laboratoires et quelques stations hydrominérales, et se termina par un bal qui ne finit qu'au matin, entrecoupé d'un souper qui, cette année, comme les précédentes, retrouva son énorme succès. Dans une atmosphère de bonne et de saine gaieté, d'élégants convives se pressaient autour de tables magnifiquement décorées et gracieusement servies par des jeunes filles de confrères qui avaient emprunté au Grand siècle le burlesque costume de Diafoirus mais avaient gardé pour les soupeurs leur grâce et leur sourire.

Au milieu de membres de l'Académie de médecine, de professeurs à la Faculté, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, on remarquait un représentant du Président de la République, Mme et Mlle Nicolle, femme et fille du ministre de la Santé publique, Mme la générale Georges, de nombreux sénateurs et députés médecins, etc., etc...

Nous nous réjouissons que la dureté des temps ait permis quand même à la charité confraternelle de se manifester là comme ailleurs. Grâce à elle et grâce au dévouement de Mme Jayle, présidente du Comité d'organisation, veuves et orphelins de médecins pourront cette année encore être dignement secourus.

● ● ●

Les consultations de nourrissons

Aucun texte législatif ou réglementaire ne règle le fonctionnement des consultations de nourrissons. Elles sont organisées, tantôt par des sociétés publiques, tantôt par des sociétés privées; c'est dire que, tant au point de vue du fonctionnement que des honoraires, les modes les plus divers sont de règle.

Dans certains cas, la consultation est faite par une sage-femme ou par une infirmière munie du diplôme de puéricultrice, dont leur rôle consiste à examiner les enfants, les peser, les mensurer, donner des conseils de diététique pure, et lorsque la sage-femme ou l'infirmière constate que l'état de l'enfant lui paraît anormal, elle donne à la mère le conseil de conduire le bébé chez le médecin de son choix pour le faire examiner et le faire traiter.

Lorsque c'est un docteur en médecine qui est chargé de la consultation de nourrissons, il est, en général, assisté d'une sage-femme ou d'une infirmière qui pratique la besogne matérielle de pesées, de mensurations. On présente simplement au médecin les enfants avec leur courbe de poids, etc., pour que le praticien puisse, en examinant l'enfant et sa fiche, voir s'il n'y a pas quelque chose qui cloche dans la croissance. A l'homme de l'art, alors, de donner les conseils non seulement de diététique, mais de thérapeutique ou d'engager la mère à faire examiner l'enfant par le médecin de son choix.

J'insiste bien sur cette différence entre ce que peut faire la sage-femme ou l'infirmière, qui ne peut s'occuper que de diététique, de courbes de croissance, et le docteur en médecine, qui est seul qualifié de par son diplôme pour donner des conseils de thérapeutique et de traitement.

Convient-il d'ouvrir ces consultations le plus largement possible ? Je crois, qu'au nom de la protection de la santé publique, il faut répondre affirmativement. Comme ces consultations, en principe, ne concernent que la première enfance, c'est-à-dire qu'on y conduit les enfants jusque vers l'âge de 2 ou 3 ans, je crois, à mon avis personnel, qu'il faut se montrer extrêmement large et accueillir toutes les mères quelle que soit leur condition sociale ou leur situation de fortune.

On peut faire de bonne besogne en indiquant à la maman les conseils de puériculture banaux qui sont souvent ignorés, même dans les milieux riches ou aisés. On peut également faire du dépistage de maladie et signaler à une mère par trop insouciante que son enfant ne va pas et qu'il est même en danger de contracter une maladie qui peut l'emporter.

En effet, ces consultations de nourrissons

concernent la classe ouvrière, la classe indigente, la classe des assurés sociaux et, enfin, la classe des personnes de condition modeste. Or, en l'état de crise actuelle, cette classe de condition modeste a grande tendance à englober les gens qui, en apparence, sont fortunés. Voilà pourquoi, à mon avis, point n'est besoin de faire de discrimination à l'entrée de ces consultations. Ouvrons-en largement les portes, car il est plus que probable que le dépistage, opéré gratuitement à la consultation, rapportera un bénéfice professionnel au Corps médical de la ville, puisque les mères seront alertées à temps de la santé déficiente de leur enfant, et pourront faire soigner leur bébé par un praticien de la localité.

Quels honoraires demander pour le médecin qui préside à ces consultations ? Je crois qu'il est préférable de prévoir un forfait plutôt qu'un payement à l'acte séparé. Il serait, en effet très difficile de dire qu'on a reçu aujourd'hui XX enfants, qu'hier, on en a reçu YY , et avant-hier ZZ, ce qui donnerait au médecin un honoraire par enfant examiné. Cet honoraire ne saurait être que modique, puisque la consultation de nourrissons a beaucoup plus pour but d'examiner l'enfant du point de vue mensurations et pesées, que du point de vue médical pur. Au contraire, un honoraire à forfait à tant la consultation donnera plus de souplesse, et peut-être moins d'injustice.

Ces honoraires sont extrêmement irréguliers, et je crois qu'il convient au Syndicat médical de discuter le quantum que devrait recevoir le médecin pour procéder à ladite consultation de nourrissons.

En ce qui concerne les Assurances sociales, elles exigent que les enfants soient suivis à la consultation de nourrissons pour que les mères puissent bénéficier de certaines prestations en nature ou en argent après l'accouchement. C'est une obligation qui est inscrite dans la plupart des règlements intérieurs des Caisses.

Paul BOUDIN.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 11 février 1936, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs :

11.614 Baup, Neuilly-sur-Seine (Seine). Société de Médecine de Paris.
11.615 Beyler, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle.
11.616 Cabanie, Tanger (Maroc). Association professionnelle des médecins de la zone de Tanger.
11.617 Chazel, 21, rue Ampère, Paris. S. M. P.
11.618 Crozet, Périgueux (Dordogne). Syndicat médical de la Dordogne.
11.619 Dazin, Isbergues (P.-de-C.). Parrains : Docteurs Ledru et Hemery.
11.620 Deguilhen, Thiers (P.-de-D.). Syndicat de l'arrondissement de Thiers.
11.621 Delamarre, Saint-Martin-d'Aurigny (Cher). Syndicat départemental du Cher.
11.622 Derruppe, Luché-Pringé (Sarthe). Syndicat médical de la Sarthe.
11.623 Fonvieille, Gérardmer (Vosges). Syndicat médical des Vosges.
11.624 Foreau, Chartres (Eure-et-Loir). Syndicat médical de Chartres.
11.625 Forestier, Aix-les-Bains (Savoie). Société de Neurologie de Paris.
11.626 Goby, Champlitte (Haute-Saône). Syndicat médical de la Haute-Saône.
11.627 Gosse, Florac (Lozère). Syndicat médical de la Lozère.
11.628 Gournet, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
11.629 Griveaud, Flers (Orne). Syndicat médical de l'Orne.
11.630 Isch-Wall, 125, boulevard Malesherbes, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Massart et Thalheimer.
11.631 Leplat, Roubaix (Nord). Syndicat médical de Roubaix.
11.632 Linval, Quimper (Finistère). Syndicat du Sud-Finistère.
11.633 Lucciardi, Ris-Orangis (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Burnouf et Guillermain.
11.634 Martiny, 10, rue Alfred-Roll, Paris (XVIIe). Syndicat des médecins de la Seine.
11.635 Maucotel, 224, rue Saint-Denis, Paris (IIe). Parrains : Docteurs Camescasse et Dresch.
11.636 Mme Maucotel, 224, rue Saint-Denis, Paris (IIe). Parrains : Docteurs Camescasse et Dresch.
11.637 Mme Maxudian, 144, boulevard Suchet, Paris (XVIe). Parrains : Docteurs Lemoyne et Lantuéjoul.
11.638 Nicoli, Saint-Cloud (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.
11.639 Popovici, Pavillons-sous-Bois (Seine). Syndicat de la banlieue est.
11.640 Prat, Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir). Syndicat médical de Nogent-le-Rotrou.

11.641 PRÉVOST, 27, rue P.-Demours, Paris (XVIIe). Syndicat des médecins radiologistes.
11.642 PUECH, 24, avenue Montaigne, Paris (VIIIe). Parrains : Docteurs Alibert et Lian.
11.643 ROUQUES, 7, rue Gounod, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Sassier et Padovani.
11.644 SAMSŒN, Roubaix (Nord). Parrains : Docteurs Descarpentries et M. Samsœn.
11.645 WOLFF, 21, avenue Niel, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Weil et Genil-Perrin.
11.646 ZENOPE BEUREKDJIAN, 5, rue de Maubeuge, Paris (IXe). Société médicale des Praticiens.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans la quinzaine de la présente publication (art. 5 des statuts).

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Séance du 20 *février* 1936
(*J. O.* du 21 février 1936)

ADOPTION D'UNE PROPOSITION DE LOI RELATIVE A LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi de M. Léculier tendant à rendre obligatoire la vaccination antidiphtérique.

Cette affaire a été inscrite à l'ordre du jour sous réserve qu'il n'y ait pas débat, en exécution des articles 97 à 99 du règlement.

Je consulte la Chambre sur le passage à l'article unique.

(La Chambre, consultée, décide de passer à l'article unique.)

M. LE PRÉSIDENT. « *Article unique.* — Il est ajouté à la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, un article 6 *bis* ainsi rédigé :

« La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine est obligatoire au cours de la deuxième ou de la troisième année de la vie. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure dont justification devra être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

« Au cours de la première année de l'application du présent article, tous les enfants de moins de quatorze ans fréquentant les écoles, s'ils n'ont pas encore été vaccinés contre la diphtérie, seront soumis à cette vaccination.

« Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application des dispositions qui précèdent. »

Je mets aux voix l'article unique de la proposition de loi.

(L'article unique de la proposition de loi, mis aux voix, est adopté.)

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

I. 170. — Organisation d'un dispensaire par des médecins et chirurgiens-dentistes

Nous sommes, ici, cinq dentistes. Nous avons résolu étant donné la crise actuelle, de fonder une clinique dentaire « sociale » pour soigner ceux qui ne peuvent venir nous consulter dans nos cabinets respectifs : Chômeurs « totaux » ou « partiels », indigents ou nécessiteux de toutes sortes. Nous procéderions de la façon suivante : à tour de rôle, certains jours, à heures fixes nous donnerions des soins, *gratuits*, pour les chômeurs inscrits, les indigents munis d'une carte d'indigence, ou d'un certificat du Maire de leur commune ; nous demanderions une légère rémunération aux autres, soit par exemple : 5 francs par visite, pour couvrir nos frais (ampoules, etc., entretien du matériel). Nous ferons aussi, peut-être (la question est à l'étude) de la prothèse d'extrême urgence, appareils de type militaire, à des prix très bas (prix de revient) soit par exemple, 10 francs par dent. Il est bien entendu que nous ne ferions pas de prothèse « de luxe » (bridges ou couronnes, soins compliqués, orthodontie, etc.). Cette clinique revêtirait autant que possible un caractère syndical (nous pensons en référer à notre Syndicat départemental et philanthropique). Nous voudrions savoir quelle est la meilleure marche à suivre, et si nous éviterions des impôts, patentes, sur cette « affaire ». Au cas où nous aurions une patente à payer, quelle serait-elle ? (Etant bien entendu que le service est assuré à tour de rôle par l'ensemble des praticiens de la ville). Existe-t-il un précédent? Nous vous serions très obligé de vouloir bien nous renseigner exactement et nous conseiller.

Dr G.

Réponse

Si le Corps médical et nos Syndicats avaient voulu organiser eux-mêmes ces dispensaires, nous n'aurions pas les conflits actuels, alors que les médecins praticiens accusent ces « uni-prix » de la médecine de leur enlever une grande quantité de clients qui pourraient honorer celui qui leur donne des soins.

C'est dire que, personnellement, je vois d'un œil très favorable la tentative que vous voulez faire, du moment où vous ne recevrez dans votre dispensaire que des malades dont la situation sociale sera nettement contrôlée.

Vous pourriez former une association civile entre vous, et non pas commerciale, société civile qui sera régie par les articles 1835 et suivants du Code civil. En effet, en votre qualité de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste,

vous n'êtes pas des commerçants, vous exercez une profession libérale. Votre société civile aura donc pour but d'étendre l'exercice de votre profession à une catégorie de malades, et parce que ces derniers sont des gens privés de ressources ou de condition très modeste, vous ne tirerez pas de bénéfices des soins qui leur seront donnés.

Il faudra nettement indiquer dans vos statuts que le but de cette association entre confrères est de venir en aide aux déshérités de la vie en leur prodiguant des soins à bas prix. De cette manière vous éviterez les impôts et taxes commerciales du moment où vous serez une œuvre de bienfaisance.

Je suis partisan de la formation d'une Société civile parce que si le Contrôleur des Contributions directes entendait vous imposer une patente, la personne morale constituée par la Société civile payerait une patente entière, alors que l'ensemble des associés payerait ensuite une demi-patente, chaque associé contribuant pour une part dans cette demi-patente supplémentaire.

En résumé, vous pouvez fonder une Société civile dite clinique dentaire de ....., avec sous-titre : Association philanthropique pour venir en aide aux chômeurs, indigents et personnes de condition très modeste. C'est cette société civile qui signera le bail avec le propriétaire, qui payera les frais généraux et autres, les bénéfices modestes de la Société venant en déduction de ces dépenses. C'est cette personne morale enfin qui sera redevable de la patente vis-à-vis du fisc.

Dr Paul Boudin.

1.161. — Privilège du médecin

J'ai donné mes soins en avril et mai dernier à un tuberculeux décédé en mai. Pensant ma créance privilégiée, j'ai adressé ma note d'honoraires au notaire chargé de liquider la succession de ce malade. Je vous adresse sa réponse. Est-ce que ma créance passe avant celle des créanciers hypothécaires et dois-je être payé intégralement ? Dnans ce cas, que faut-il que je fasse ? Je vous saurais gré de me répondre au plus tôt car cette affaire doit se régler incessamment.

Dr M.

Réponse

Le privilège que l'article 2.101-3o du Code civil accorde aux médecins pour le recouvrement de leurs honoraires concernant la « dernière maladie » de leur débiteur, étant un privilège général, porte sur tous les biens, meubles et immeubles de ce dernier ; il ne s'exerce toutefois sur le prix des immeubles qu'au cas où le mobilier serait insuffisant pour désintéresser son titulaire.

S'il en était ainsi en l'espèce, vous devez être

payé sur les sommes réalisées par la vente des immeubles avant tous les autres créanciers sauf toutefois ceux nantis d'un privilège général passant avant le vôtre (frais de justice, impôts, frais funéraires), il résulte en effet de la doctrine et de la jurisprudence que les privilèges généraux, lorsqu'ils s'exercent sur les immeubles passent avant les hypothèques ou les privilèges spéciaux immobiliers.

En principe votre privilège est exempté de la formalité de l'inscription au bureau des hypothèques (art. 2.107 du Code civil), mais il serait peut-être prudent que vous procédiez tout de même à cette inscription, malgré les promesses du notaire afin que vous soyez sûrement convoqué à toute distribution par voie d'ordre amiable ou judiciaire du prix de vente des immeubles ; il serait bon en outre, si votre créance en vaut la peine, de faire suivre votre affaire par un avoué local, afin de faire valoir vos droits dans les délais.

1.794. — A propos de la réduction de 10% sur les honoraires d'expertise

Je lis sur le *Concours Médical*, n° 6 *bis*, du 12 février 1936, à la page 465, une note 10.453, concernant la réduction de 10 % sur les honoraires d'expertises, qui me paraît nécessiter une mise au point.

Voici ce qui m'est arrivé, il y a huit jours :

Jusqu'ici, depuis trente-six ans, après chaque expertise d'accident de travail, qu'ils'agissede première instance, ou de révision (art. 19 de la loi de 1898), je déposais, au Greffe, avec mon rapport médical, un mémoire des honoraires, dont le montant réclamé, après taxe du Juge, était payé par le Receveur de l'Enregistrement du bureau de B.

Le mois dernier le Receveur recevait de M. le Directeur , sous le couvert de M. le Directeur de X, une note rappelant que : le bénéfice de l'Assistance judiciaire, ne s'étend pas aux actes de l'instance en revision lorsque celle-ci est suivie, à la requête du chef d'industrie. Ensuite, le Receveur n'a pas à faire l'avance des honoraires dus à des médecins commis au cours de cette instance, pour examiner l'ouvrier, victime de l'accident (vol. C. P. 9 octobre 1904. R. E. 3736. Rép. Manutention de Maquero. Suppl. V. Comptabilité n° 120). En conséquence, les pièces ci-jointes, sont renvoyées à M. le Receveur, qui est prié d'annuler la dépense correspondante.

Je remboursai à M. le Receveur, les 90 francs touchés, le mois de janvier écoulé, et je présentai ledit mémoire à l'agent d'assurances, qui tout étonné de cette paperasserie, me remboursa la somme de 100 francs, montant réclamé et taxé du Juge.

Dr P.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.098. — Ablation de kyste sébacé enflammé

J'ai eu à soigner un accidenté du travail pour une piqûre au niveau d'un volumineux kyste sébacé siégeant au milieu du front à la racine des cheveux. Par suite de suppuration, j'ai dû appeler un chirurgien qui a procédé à l'ablation de ce kyste dont l'implantation a laissé à découvert une plaie d'un diamètre de 0,05 cent. malgré les sutures faites pour rapprocher les bords de la plaie.

Cette intervention a été faite après avis à la Compagnie d'assurances qui n'a pas répondu, ce qui laisse supposer qu'elle acquiesce au règlement des frais que cela peut entraîner.

Le tarif des accidents du travail ne permettant pas à mon confrère de demander le paiement à la Compagnie d'assurances, l'assuré lui a payé ses honoraires, 1.000 francs (y compris le déplacement 100 francs).

Je vous serai bien obligé de me dire ce que vous croyez le plus expédient de faire pour obtenir de la Compagnie d'assurances, le remboursement de tout ou partie de ces frais.

Soit lui adresser la note acquittée du chirurgien, soit faire établir par ce dernier une note détaillée, mais sur quelles bases ?

Dr E.

Réponse

Il faut d'abord que l'opéré prouve par témoins à son patron, donc à l'assureur, qu'il s'agit bien d'un accident du travail et non d'un kyste sébacé enflammé, chose courante.

Si l'accident du travail est prouvé, c'est le Tarif de responsabilité patronale qui entre en jeu — non pour le paiement du médecin, mais pour le remboursement au blessé des frais de traitement (car le tiers-payant, en la matière, c'est par nous-mêmes et non par la loi qu'il fut instauré). Or, d'après le tarif, je ne vois, comme intervention, que « Incision d'abcès profonds non viscéraux : 100 francs », ce qui est loin des mille francs demandés même en y ajoutant les frais de déplacement. L'ablation de kyste n'est plus, en effet, une intervention d'accident du travail, car même en suivant votre thèse exactement ce ne peut être qu'un kyste sébacé « abcédé » si je puis dire, à la suite d'une contusion pour pouvoir être considéré comme accident du travail — et alors nous retombons dans l'incision d'abcès. Vous voyez comme ce cas est complexe.

Dr F. Decourt.

1.282. — Injections sclérosantes

Au cours de son travail, un ouvrier blesse sa jambe variqueuse.

La plaie s'étend et ne guérira que si on oblitère les varices.

Cette intervention ne figure pas au Tarif des accidents du travail.

Comment doit-on tarifer des injections sclérosantes pour varices préexistantes qui aggravent une blessure. ?

Le tarif des injections intra-veineuses peut-il s'appliquer. ?

Dr L.

Réponse

Vous avez fait, en réalité, une des « injections intraveineuses » dans un but thérapeutique à la suite d'un accident du travail, que je suppose reconnu comme tel, sans contestations.

Dans ce cas, vous avez à compter « Injections intraveineuses : isolée, 30 francs ; en série, 25 francs » (art. 16).

Dr F. Decourt.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

1.297. — Série d'injections intraveineuses faites à domicile

Auriez-vous la complaisance de m'exposer le montant des honoraires qui me sont dus dans le cas particulier.

Piqûre intraveineuse de Crisalbine pour un invalide de guerre, bénéficiaire de l'article 64 ; le malade ne peut se déplacer et a son domicile à 10 kilomètres du mien ; le médecin le plus proche résidant à 3 kilomètres de l'habitation de mon malade.

Dr L.

Réponse

a) L'injection intraveineuse médicamenteuse (autre que novarsénobenzol) est tarifée 30 francs plus le déplacement suivant la distance du médecin le plus proche (si le malade ne peut se déplacer sans inconvénient pour sa santé, ce qu'il faut justifier).

b) S'il y a eu une série de plus de cinq interventions à tarif spécial (ici les interventions à 30 francs), le médecin traitant doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle (art. 18). Le mieux, pour éviter tout ennui ultérieur, est de s'entendre à ce sujet avec le confrère secrétaire de la Commission de contrôle.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

1.239. — Droit à la présomption d'origine

Je vous serais obligé de vouloir bien m'indiquer pour un de mes malades réformé nº 2 à 30 %, impu-

tabilité non admise ce que celui-ci doit faire, puisqu'il déclare avoir été pris service armé et non malade.

Vous trouverez ci-joint quelques renseignements à son sujet.

Dr R.

Réponse

Depuis la loi des Finances de février 1933, les militaires qui accomplissent leur service actif n'ont plus droit à la présomption d'origine, même après trois mois d'incorporation. Ils doivent rapporter personnellement la preuve que l'infirmité invoquée est bien imputable au service. Dans le cas particulier, il faudrait que l'intéressé puisse démontrer qu'il a réellement pu être contaminé au lieu de son travail, précédemment occupé par des tuberculeux. Qu'il s'adresse pour cela à ses anciens chefs et fasse établir un rapport avec témoignages. Cette pièce obtenue, il en enverra une copie conforme au ministre des Pensions. (Cabinet, Service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, à Paris), en demandant que son dossier soit révisé et qu'on lui accorde l'imputabilité.

I.296. — Promotion au grade supérieur

J'ai reçu le 14 novembre dernier, de la Direction du Service de santé de ma Région, un imprimé modèle E, en vue d'une proposition au grade supérieur avec prière de le signer et le renvoyer dans un délai de huit jours. Ce que j'ai fait.

Depuis cette date, j'ignore le sort de cette proposition si ce n'est que mon nom n'a pas paru dans la promotion des médecins de réserve du 20 décembre 1935.

Faut-il attendre les prochaines ou suivantes qui paraissent, je crois en juillet et janvier ou bien demander d'être proposé de nouveau à ces dates et combien de temps avant ?

Peut-on réclamer un accusé de réception de l'imprimé ?

En ce qui concerne la Légion d'honneur est-on proposé d'office quand on remplit les conditions nécessaires ou doit-on faire une demande ?

Dr X.

Réponse

Vous ne pouviez pas être promu au grade supérieur en décembre 1935, puisque vous ne figuriez pas au Tableau d'avancement de 1935. Ce tableau est établi une fois par an par le ministre, après étude des propositions faites par les Régions en fin d'année ; il paraît au *Journal Officiel* en avril ou mai de l'année suivante. L'imprimé que vous avez signé en novembre dernier correspond donc au travail préparatoire de la Région pour aboutir, si votre nom est retenu par le ministre, au Tableau d'avancement qui sera inséré au *Journal officiel* dans les prochains mois.

Quant à la Légion d'honneur, les candidats sont toujours proposés par les Régions, dès qu'ils remplissent les conditions nécessaires ; mais il s'établit une sorte de concours sur titres entre eux, dans les régions d'abord, au ministère ensuite. Le résultat de ce concours aboutit au Tableau que publie le ministre chaque année au *Journal officiel*.

ASSURANCES SOCIALES

I.159. — La période de six mois ne s'applique qu'à une même maladie

Une enfant de 3 ans est sujette depuis plus d'un an à des crises d'épilepsie, traitement continu par Gardénal (dont elle ne peut se passer) et renouvellement des ordonnances pour ce médicament (sans honoraires médicaux).

Cet hiver, congestion pulmonaire, grippale avec rechute.

Les parents se voient refuser le remboursement des honoraires médicaux et pharmaceutiques sous prétexte que leur enfant est malade depuis plus de six mois.

Seriez-vous assez aimable de me répondre par la voie du *Concours*, si la Caisse est dans son droit d'agir de la sorte (il s'agit de deux maladies tout à fait différentes) et au cas où vous estimeriez ses prétentions discutables quel recours pourraient avoir les parents contre cette Caisse ?

Cas similaire : enfant suivant un traitement régulier par *huile de foie de morue* et faisant une *angine* (même prétention de la même Caisse).

Dr D.

Réponse

En vertu de la thèse administrative elle-même (voir Circulaire ministérielle du 2 avril 1932) et des dispositions formelles du décret-loi du 30 octobre 1935, art. 6, § 13, le délai de six mois ne limite le droit aux prestations que pour une même maladie ; il ne joue nullement en cas de maladies totalement indépendantes.

Il y aurait lieu en l'espèce de conseiller à vos clients de demander la réunion de la Commission technique prévue par l'art. 8, § 3 du décret, qui a pour rôle de trancher les différends portant sur l'état du malade. La demande de convocation doit être adressée par lettre recommandée au Président du Tribunal civil. Si cette Commission, composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal, donne gain de cause à votre client, et que la Caisse refuse encore de s'incliner, il faudra alors saisir de l'affaire la Commission d'arrondissement, seule qualifiée pour prononcer une sentence exécutoire contre la Caisse, en demandant sa réunion par lettre recommandée adressée à son président, au Greffe du Tribunal, dans les dix jours du refus opposée par la Caisse.

Cinquante-huitième année — N° 11 — 15 Mars 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

◆ ◆ ◆

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 73. — Nord-Est. Très bon poste propharm. gros rendement. Libre en juillet.

N° 74. — Sud-Est. Poste méd. important à céder rapidement cause santé. Conviendrait à jeune méd. libre, actif. Renseign. sur demande.

N° 75. — Très import. poste méd. propharm. à créer dans Bocage. Très agréab. pays chasse et pêche. Climat idéal. Mais. entièrem. meublée rustique, eau, gaz, élect., chauff. centr. Parc, gr. jard. potager. Conviendr. à confr. désir. exercer dans décor agréab., suivant son orientation et son activ. profess. Loyer raisonnab. Possibilité avoir pensionnaires.

N° 76.— Directeur administratif cherche emploi dans clinique France ou Algérie pour administr. comptabil. économat. Très sérieux. Licencié en droit. Référ. médicales.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

3 heures Paris. — Grande ville, important cabinet : gyneco, dermato-vénéréol., à céd. extrême urgence, conditions exceptionnelles : 20.000 francs.

Proximité grande ville. — Centre industriel, très grosse clientèle, loyer 5.400, belle habitation. Indemnité 100.000, y compris installations.

Très ancien cabinet à reprendre après décès dans ville du nord (jolie région). — Conviendrait spécialement à interne des hôpitaux. Prix : 75.000 francs dont moitié comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. Fredet est élu membre titulaire dans la II^e section (*chirurgie*). M. P. Fredet, médecin en chef honoraire de la Compagnie P. L. M., présidait l'an dernier l'Académie de chirurgie.

— MM. Pinoy (d'Alger) et Dubreuil (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux dans la quatrième division (*sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles*).

— **Médaille du Docteur Georges Labey.** — Le Comité pour la médaille de l'éminent chirurgien de l'hôpital Boucicaut est composé de MM. les Professeurs J.-L. Faure, P. Duval, A. Clerc, M. Chevassu, P. Mulon, MM. les Docteurs A. Jousset, E. Lesné, V. Veau, P. Fredet, R. Toupet, L. Bazy, G. Rouhier, A. Richard, R. Soupault, S. Blondin.

Nous rappelons que les souscriptions sont reçues par le trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VI^e). (Compte Chèques-postaux, Paris 599).

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — *L'assemblée générale* de la Ligue aura lieu le lundi 30 mars.

I) *Réunion clinique* : à 10 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Crouzon. Présentation de malades et discussions.

II) *Assemblée générale extraordinaire* à 16 heures, à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris, pour modification des statuts.

Cette Assemblée générale sera suivie de l'Assemblée générale ordinaire de la Ligue et d'une réunion scientifique.

Sujet traité : Sciatiques et rhumatismes.

A l'issue de la réunion, un dîner amical réunira les membres de la Ligue.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue : 2, rue Guynemer, Paris (VI^e).

— **Société française d'anesthésie et d'analgésie.** — La Société française d'anesthésie et d'analgésie a élu comme suit son bureau pour l'année 1935-1936 :

Président : M. A. Gosset ; vice-président : M. P. Fredet ; secrétaire général : M. R. Monod ; secrétaire annuel : M. G. Jacquot ; trésorier : M. Thalheimer ; archiviste M. D. Bovet.

Deux places de membre titulaire sont déclarées vacantes : une dans la section de chirurgie et une dans la section de stomatologie. Les lettres de candidature devront parvenir avant le 1^er mai 1936 au secrétariat, 12, rue de Seine.

— **Société amicale du XIV^e arrondissement.** — Les médecins de la Société amicale du XIV^e arrondissement, assemblés le 19 février 1936, en leur réunion mensuelle, se plaçant sur le plan corporatif, adressent à leur confrère le Docteur Golse, victime de

l'attaque d'un local privé, l'assurance de leur vive sympathie, de toute leur estime, et expriment le souhait que son infirmité soit réduite au minimum. (*Motion votée à l'unanimité.*)

— **Hospices civils de Chalon-sur-Saône.** *Internat.* — Une place d'interne, service de chirurgie et maternité, sera vacante le 1er octobre 1936, à l'hôpital de Chalon-sur-Saône.

S'adresser pour tous renseignements à M. l'Econome des hospices civils.

— **Association générale des médecins de France.** — Vente aux enchères publiques, au bénéfice de la Caisse des veuves et orphelins, de tableaux anciens et objets d'art provenant de la collection du Docteur D..., bienfaiteur de l'Association :

Le lundi 23 mars 1936 à l'Hôtel Drouot.

Tableaux des Ecoles flamande, française, hollandaise et italienne, de l'école ou à la manière de Jordaëns, Bassan, Philippe de Champaigne, Brauwer, Weenix, Lancret, Maratti, etc...

Porcelaine, faïence, argenterie, bronzes, bibelots anciens.

Commissaire-priseur : Me Audap, 44, rue Laffitte.

Une exposition aura lieu le dimanche 22 mars à la salle des ventes.

— **Bordeaux.** *Ophtalmologiste adjoint du Service d'Assistance médicale gratuite.* — Un concours pour une place d'ophtalmologiste adjoint du Service d'Assistance médicale gratuite s'ouvrira le lundi 4 mai 1936, au siège de l'Administration.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat, 63, rue du Loup, avant le 20 avril 1936.

— **Notre voyage au Maroc.** — Nous avons publié dans nos précédents numéros la description des différentes étapes de notre voyage qui aura lieu du 4 au 21 avril (de Marseille-Marseille).

Notre bureau de tourisme enverra sur demande tous renseignements sur ce voyage et renseignera également nos lecteurs sur toutes les croisières organisées au cours de l'année qui pourraient les intéresser.

— **Æsculape.** — *Sommaire* du numéro de février 1936 : La Marie-Madeleine repentante, de Desiderio Da Settignano (1 ill.). — La Salle de Garde des internes à l'ancien Hôpital de la Charité, d'après le Docteur J. Ramadier, ancien interne des hôpitaux de Paris (6 ill.). — Une ténébreuse affaire de sorcellerie, Le procès d'Urbain Grandier, par François De Rilly (4 ill.) — Jakob Smits et Rick Wouters, Deux auto-portraits d'opérés, par B Bord (2 ill.). — En marge de la médecine : La complexion amoureuse de George Sand et de Chopin exposée, par George Sand, par le Docteur Benjamin Borde, ancien interne des hôpitaux de Paris (*suite et fin*, 6 ill.). — Pour en finir avec le Pou, par le Docteur Raymond Cordier (4 ill.). — Un cas de goitre exophtalmique, figuré par Léonard De Vinci (1 ill.). — Supplément (17 ill.).

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 FÉVRIER

Sanatoriums publics

Liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint de sanatoriums publics

Conformément aux dispositions du décret du 10 août 1920, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) : M. le Dr Brunet ; Mlle le Dr Eschauzier ; M. le Dr Etienne ; M. le Dr Lasserre ; Mlle le Dr de Loeschnigg ; M. le Dr Mayer ; Mlle le Dr Mercier ; M. le Dr Perrier ; Mlle le Dr Roche ; M. le Dr Thomson ; M. le Dr Vigier.

Ces inscriptions sont valables pour le premier semestre 1936.

Service de santé militaire

Réserve

Par décret du 20 février 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires ci-après désignés qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang 4 mars 1932) Guigon, ex-lieut. artil., c. m. art. Afr. 4, aff. 19e C. A. ; (rang 29 août 1932) Theaudière, ex-lieut. infant., c. m. inf. 31, aff. 8e rég. ; (rang 29 août 1933) Freysselinard, ex-lieut. infant., c. m. inf. 42, aff. rég. Paris ; (rang 15 oct. 1933) Bregier, ex-lieut. artil., 8e bat. ouvr. artil., aff. à rég. Paris.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Equivalence du baccalauréat pour l'inscription dans une Faculté

15.073. — M. Joseph Rossé demande à M. le ministre de l'Education nationale si, pour un Autrichien, rappelé par sa famille, demeurant depuis plusieurs années en France, voulant étudier la médecine en France, se faire naturaliser et servir dans l'armée française, le certificat de maturité d'un gymnase autrichien (Abitur) est considéré comme équivalent au baccalauréat français par l'Administration scolaire en France. (*Question du* 21 *janvier* 1936.)

Réponse. — Si le diplôme dont il s'agit est un certificat de maturité délivré par un établissement autrichien de l'un des quatre types suivants : Gymnasium, Realgymnasium, Realschule, Hauptschule, il peut permettre à son titulaire de s'inscrire dans une

Faculté française en vue du diplôme universitaire de docteur en médecine, à condition toutefois que l'intéressé justifie du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ou d'une décision d'équivalence de ce titre. Par contre, il ne peut permettre à son titulaire de postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

(*J. O.*, 26 février 1936).

Honoraires du médecin qui a contre-visité un fonctionnaire

15.428. — M. Cayrol demande à M. le ministre des Travaux publics si les fonctionnaires appartenant aux travaux publics doivent, en cas de maladie, payer les consultations du médecin chargé d'assurer par l'Administration une contre-visite. (*Question du 13 février* 1936.)

Réponse. — Lorsque l'Administration des travaux publics prescrit une contre-visite pour l'examen médical d'un fonctionnaire, les honoraires du médecin qu'elle a elle-même désigné à cet effet sont à sa charge.

(*J. O.*, 29 février 1936.)

La vitalité de nos départements

Les chiffres du mouvement de la population en 1935 ne seront publiés que dans quelques semaines, mais on sait dès à présent que le nombre des naissances n'a pas dépassé 650.000 (en diminution de plus de 25.000 sur 1934) et que la mortalité a été aussi élevée que la natalité. 1936 se présente malheureusement plus mal encore, en raison de la diminution rapide des mariages, qui se produit depuis quelques années, et qui influera défavorablement sur le nombre des naissances.

Les exemples de dépopulation et de dénatalité constatés dans certains départements montrent combien il est urgent de porter remède à la crise des naissances, qui ne cesse de s'aggraver.

Population :	En 1860	En 1931
Allier	356.432	373.924
Ariège	251.860	161.265
Basses-Alpes	146.368	87.893
Cher	323.393	293.918
Côtes-du-Nord	628.676	539.531
Haute-Marne	258.501	181.103

Haute-Saône	317.183	211.589
Lot	295.542	166.367
Nièvre	322.814	255.195
Puy-de-Dôme	576.409	500.590

Naissances :	En 1860	En 1934
	—	—
Allier	9.824	4.946
Ariège	6.773	1.908
Basses-Alpes	3.985	1.041
Cher	9.858	3.856
Côtes-du-Nord	20.639	10.352
Haute-Marne	6.340	3.400
Haute-Saône	8.465	3.556
Lot	7.187	2.171
Nièvre	9.725	3.472
Puy-de-Dôme	14.206	6.831

Mariages :		
Allier	3.190	2.381
Ariège	1.999	925
Basses-Alpes	1.242	510
Cher	2.532	1.847
Côtes-du-Nord	4.531	4.065
Haute-Marne	2.278	1.312
Haute-Saône	2.407	1.486
Lot	2.265	982
Nièvre	2.788	1.544
Puy-de-Dôme	4.378	2.997

Allons-nous attendre, pour réagir, que tous nos départements en soient là !

La diminution de la natalité française et le vieillissement de la population qui en est la conséquence sont d'autant plus inquiétants que la natalité allemande vient d'augmenter de plus de 300.000 en deux ans. Le Reich a enregistré en 1935 près de 1.300.000 naissances, soit deux fois plus que nous, et l'excédent des naissances sur les décès a dépassé 500.000.

Sans vouloir s'engager dans une course aux naissances avec d'autres nations, la France, si elle veut éviter une dépopulation rapide, doit adopter d'urgence une politique familiale comportant un sérieux effort de péréquation des ressources aux charges de famille : c'est pour elle une question de vie ou de mort.

(*La France militaire*, 16-17 février 1936.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

LA QUESTION DES HOPITAUX

La lutte continue...

La lutte continue contre les irrégularités et les abus commis dans les hôpitaux et les dispensaires, hôpitaux libres aussi bien qu'hôpitaux de l'Assistance publique.

Notre documentation est déjà considérable, mais il faut qu'elle soit plus importante encore.

Aussi prions-nous instamment tous nos confrères de bien vouloir nous renseigner sur tous les faits qui viendront à leur connaissance ; de bien vouloir, en particulier, nous adresser des observations précises de malades aisés reçus aux consultations externes ou spéciales, soignés ou opérés dans les services hospitaliers. Que les confrères veuillent bien également nous signaler les malades de province hospitalisés à Paris, l'occupation de chambres particulières dans les hôpitaux par des malades qui n'y ont pas droit, ces chambres devant être, comme on le sait, réservées aux grands malades et aux opérés graves.

Cet appel s'adresse non seulement à tous les médecins praticiens, mais aussi aux nombreux médecins et spécialistes des hôpitaux qui nous ont promis leur appui dans cette croisade contre les abus. Il s'adresse enfin aux internes et externes des hôpitaux sur qui nous comptons beaucoup, car c'est surtout à eux, les jeunes, que cette campagne doit profiter.

La correspondance devra être adressée au Docteur G. Audain, 64, rue de Rennes, Paris (VI^e^).

Mes correspondants sont assurés, quant à l'origine des renseignements qu'ils fourniront, de la plus absolue discrétion. Leur nom, bien entendu, ne sera jamais ni prononcé, ni publié.

D^r^ Georges AUDAIN.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

A Messieurs les Doyens des Facultés et Directeurs d'Ecoles,

A Messieurs les Présidents d'Associations scientifiques médicales,

Le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français a été saisi de vives et nombreuses protestations à la suite de la parution répétée, dans des journaux de vulgarisation médicale destinés au grand public, d'articles scientifiques ou d'allure scientifique, mais paraissant pour nombre d'entre eux constituer une réclame personnelle sévèrement jugée par le Corps médical.

Si les collaborateurs de ces périodiques largement illustrés se contentaient de donner les conseils toujours utiles de prophylaxie ou d'hygiène, nul ne songerait à y trouver à redire.

Mais les études portant sur une maladie, avec indication de traitement, publication des courbes de température, etc., destinées à un public avide certes des choses médicales, mais incapa-

ble de faire les discréminations qui s'imposent en pareil cas, sont de nature à troubler gravement les rapports de malade à médecin, laissant supposer au premier que les soins donnés n'ont pas été normaux si la méthode thérapeutique ou vaccinale décrite dans son journal n'a pas été employée pour son cas.

De plus, nous nous permettons avec toute la déférence et le respect que nous portons à nos Maîtres, de signaler qu'une prudence très grande doit s'imposer pour une collaboration de cet ordre lorsqu'on a l'honneur de présider à la formation scientifique et morale des étudiants et d'être, en maintes circonstances, les conseils écoutés des médecins praticiens.

Il est à peine besoin d'indiquer en effet que si la défense de la dignité attachée à certaines situations élevées appartient d'abord aux titulaires mêmes de ces situations, le Corps médical tout entier a un intérêt certain, lui aussi, à ce que cette dignité reste toujours inattaquable, en France aussi bien qu'à l'étranger.

Et c'est pourquoi le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français, justement ému des faits qui lui ont été apportés, demande respectueusement à tous les Maîtres de nos Facultés et des hôpitaux, de vouloir bien s'employer à ce que pareilles publications ne puissent s'autoriser de la collaboration de ceux qui sont chargés de former les générations médicales.

Le Secrétaire général : Dr P. CIBRIE.

Le Président : Prof. CHALIER.

• • •

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

1.327. — Cumul des prestations des Assurances sociales et des indemnités des Accidents du travail

Je vous serai reconnaissant de me fixer sur le point suivant concernant les Assurances sociales : un de mes clients N..., journalier agricole, est affilié aux Assurances sociales et paye lui-même les cotisations étant donné qu'il ne travaille pas régulièrement et pour le compte d'une même personne.

Le 16 janvier, travaillant pour son compte, N... est victime d'un accident. La loi du 9 avril 1898 ne joue pas puisqu'il n'y a pas de patron. Je soigne donc le blessé au titre des Assurances sociales qui sont avisées par carte-lettre et reçoivent jusqu'ici sans observation, les feuilles de maladie.

Le 7 février à 11 heures, le blessé reçoit la visite d'un agent de la Caisse. Il lui expose son cas : blessé alors qu'il travaillait pour son propre compte. L'agent ne dit rien, vise la feuille de maladie. Le lendemain N... reçoit la lettre suivante du Directeur de la Caisse.

Monsieur,

Je suis en possession de votre dossier-maladie, j'ai

le regret de vous faire connaître qu'il ne m'est pas possible de le prendre en compte puisqu'il s'agit d'un accident du travail.

La loi n'autorise pas les organismes d'Assurances sociales à rembourser ces risques qui incombent aux Compagnies d'assurances auxquelles tout employeur doit avoir recours pour assurer son personnel.

Veuillez agréer, etc...

Je croyais que ce blessé pouvait valablement être pris en compte par les Assurances sociales, bien que blessé en travaillant, puisque n'étant à ce moment au service de personne. Pouvez-vous me dire si mon idée est juste et, si oui, quelle est la marche à suivre pour faire rentrer la Caisse dans des sentiments meilleurs ?

Dr C.

Réponse

Les Caisses d'assurances sociales interprètent d'une manière très extensive les dispositions de l'art. 8, § 1 de la loi de 1930 (art. 20, § 1 du décret-loi du 30 octobre 1935), d'après lesquelles « ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent de l'assurance-maladie, les maladies indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail ». D'après elles, tout accident survenu au cours du travail de l'assuré, constituant la réalisation d'un risque professionnel susceptible de relever de la législation sur les accidents du travail, est exclu par là même du domaine des Assurances sociales qui ne couvrent que les risques « généraux et sociaux », quand bien même cet accident ne donnerait pas lieu en fait au versement d'indemnités par un chef d'entreprise ou une Assurance. C'est ainsi que les prestations-maladie ont été refusées aux petits exploitants agricoles blessés dans leur travail, et n'ayant cependant droit à aucune indemnité, n'ayant pas usé de la faculté que la loi de 1922 leur donnait d'adhérer à la législation sur le risque professionnel.

Mais une telle interprétation ne saurait être considérée comme fondée. L'art. 8 ancien (art. 20 actuel) a simplement eu pour but d'éviter le cumul des prestations résultant de deux législations différentes ; si la législation sur le risque professionnel ne permet à l'intéressé de bénéficier d'aucune réparation pour l'accident dont il est victime, il n'est pas douteux que le cumul n'étant pas à craindre, les Caisses d'assurances sociales doivent verser leurs prestations, encore bien que cet accident soit survenu au temps et au lieu du travail.

Ainsi en a décidé la Cour de cassation par son arrêt du 20 novembre 1934 qui s'exprime ainsi : « Il ne peut être opposé à la demande de prestations d'un petit exploitant agricole, victime d'un accident survenu au cours de son travail un refus fondé sur les dispositions de l'art. 8 de la loi sur

Voir la suite page LV-809

PROPOS DU JOUR

LA CRISE MÉDICALE N'EST PAS EXCLUSIVEMENT FRANÇAISE

Nous retrouvons dans d'autres nations les mêmes symptômes et on y envisage l'application des mêmes mesures inopérantes

Nous faisions remarquer récemment au banquet offert en l'honneur de notre ami Decourt tout l'intérêt que nous trouvions à l'étude des enquêtes qu'il organise si judicieusement auprès des nombreuses nations affiliées à l'Association professionnelle internationale des médecins et qu'il publie dans le *Bulletin de l'A. P. I. M.* Ces enquêtes nous ont appris que les médecins praticiens dans toutes les nations souffraient peu ou prou des mêmes maux et que nous, médecins français, n'étions pas sans doute les plus éprouvés.

Partout on se plaint de la surabondance des médecins, de la difficulté que les jeunes ont à gagner leur vie, partout on entrevoit le danger de la fonctionnarisation, quand elle n'est pas chose accomplie ou en voie de réalisation.

Partout on redoute les dangers de la prolétarisation de la profession médicale. Partouton signale la misère du praticien qui s'accompagne d'un fléchissement de sa conscience.

Dans *Liège médical* du 9 février 1936, le Docteur H. Muller consacre à la crise médicale un grand article intitulé : *Place aux jeunes* ! Et, dit-il, ce n'est pas actuellement une expression d'impatience, c'est un véritable cri de détresse. Tandis que la crise économique raréfie la clientèle payante, que les hôpitaux, les cliniques, les dispensaires monopolisent les soins et font le vide dans les cabinets des praticiens, le nombre des jeunes médecins s'accroît sans cesse et comme leur recrutement s'est fait depuis plusieurs années dans les couches sociales peu aisées, et que les vieux médecins, ruinés pour la plupart, sont obligés de travailler jusqu'à épuisement de leurs forces, il s'en suit que la situation devient pour beaucoup absolument tragique et nous pouvons constater qu'au point de vue de l'exercice de la médecine, la France n'a rien à envier à la Belgique.

Comme en France on a envisagé en Belgique la question de la retraite des médecins pour permettre aux médecins âgés de ne plus exercer et de laisser la place aux jeunes. Mais il ne faut pas réfléchir bien longtemps pour se rendre compte de l'impossibilité de réaliser ce projet. Où trouver les fonds pour servir immédiatement ces retraites ? Ce n'est pas la collectivité qui succombe déjà sous le fardeau des interventions sociales qui pourrait les fournir. On ne pourrait les réclamer aux médecins les moins âgés, car ce serait une singulière façon de leur venir en aide que de les accabler d'une nouvelle charge. L'émigration, la médecine coloniale sont très bornées. Où trouver de nouveaux débouchés ? Les études du médecin sont trop spécialisées pour qu'il puisse aborder une autre profession.

Se diriger vers des laboratoires de recherches scientifiques dont on multiplierait le nombre ? Quelle utopie ! Il y a beaucoup de laboratoires et leur accroissement serait très vraisemblablement une dépense inutile. Le nombre ne se substitue pas au génie inventif et des milliers de chercheurs techniciens ne remplaceraient pas un seul véritable savant.

Il ne faut pas songer à une résorption rapide de cette pléthore. Il faut s'efforcer d'enrayer le surpeuplement des Universités, car on aboutirait à l'avilissement et à la démoralisation des professions libérales et même redouter les excès d'un prolétariat intellectuel provoqués par la misère. Comme le fait remarquer M. H. Muller, cette surabondance de jeunes gens instruits « a donné naissance à une armée d'intellectuels sans moyens de subsistance conformes au haut degré d'instruction reçue. Il a produit une jeunesse déçue, aigrie, désemparée, n'ayant plus le courage d'affronter les difficultés de la vie ; terrain propice à la propagande des idées subversives ou instrument docile aux promoteurs de régimes de force et de contrainte. »

M. H. Muller met en garde contre la multipli-

➡➡

cité des examens, contre leur transformation en des sortes de concours ; ce serait rabaisser la valeur des jeunes médecins et créer une sorte de mandarinat de fruits secs. Le *numerus clausus* qui serait peut-être efficace, pourrait devenir un instrument d'oppression aux mains du pouvoir.

Aussi devant les dangers des remèdes notre confrère belge conseille la résignation et la patience et a confiance dans la seule liberté pour mettre fin à cette crise qui ne sera pas éternelle comme la crise économique qui en grande partie en est la cause.

En Belgique comme en France, pour une grande part le mal provient d'une fausse conception de l'égalité.

Nos politiciens ont fait miroiter aux fils des ouvriers la possibilité d'aborder facilement l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur. Ils ont fait entrevoir à des familles ouvrières la possibilité de faire de leurs fils des bourgeois, quand il aurait fallu leur dire qu'un habile ouvrier doit occuper dans l'échelle sociale un rang bien supérieur à un médecin médiocre et à un mauvais avocat.

Et n'est-il pas singulier de voir des démagogues s'efforcer de faire sortir les enfants du peuple de leur classe, sans se soucier de leur valeur intellectuelle et morale, sans songer au triste avenir qui leur sera réservé plus tard. On dirait que ceux qui flattent le plus bassement le peuple pour servir leur ambition, s'acharnent à le priver des forces intellectuelles qui, en restant dans son milieu, pourrait le guider et constituer sainement sa force.

Mais, m'objectera-t-on, vous prétendez que la crise médicale est générale et vous nous citez la seule Belgique comme victime. La Belgique a certes sa vie propre, ses mœurs assez différentes des nôtres, mais elle ressemble à la France comme une sœur cadette et son état social est assez semblable au nôtre.

C'est exact, mais nous trouvons dans le *Siècle médical* du 15 février deux entrefilets qui nous prouvent que, dans d'autres nations, bien différentes de la France, le Corps médical souffre de la même maladie et qu'on a songé à y appliquer les mêmes remèdes.

En Autriche, sur 4.489 médecins 872 âgés de 60 ans au minimum exercent leur profession. L'Union autrichienne des médecins (Reichsverband der Aerzte) envisage l'établissement d'un système de pensions destiné à assurer la vie des médecins de plus de 65 ans à condition qu'ils abandonnent l'exercice de la médecine aux jeunes médecins.

Mais pour donner à chacun une pension modique de 250 schillings, soit 750 francs, par mois, il faudrait réunir de gros capitaux, car il faudrait envisager une dépense annuelle de 5 millions au moins, les médecins autrichiens ayant plus de 65 ans étant au nombre de plus de 550.

« Aussi semble-t-il, conclut le correspondant du *Siècle médical*, que, bien que le principe soit très beau, sa réalisation ne puisse pas être immédiate et sera de toute manière extrêmement délicate. »

Même cri de détresse en Yougoslavie, où si l'on en croit le correspondant du *Siècle médical* à Belgrade, le Docteur Duran Popovic, secrétaire du Syndicat médical, a constaté à l'assemblée générale de son Association, que sur 700 médecins adhérents au Syndicat, 150 se trouvaient sans ressources et dans l'impossibilité d'utiliser leur diplôme et 100 travaillaient comme volontaires et sans le moindre honoraire dans les hôpitaux et les cliniques de la ville.

Le Docteur Popovic attribue cette situation désastreuse pour une part au Gouvernement qui n'a pas de politique sanitaire suivie et au manque de solidarité du Corps médical.

En Yougoslavie, comme en France, on a l'habitude de se tourner du côté de l'Etat et de lui demander le remède du mal dont nous souffrons. Peut-être vaudrait-il mieux rechercher les causes de cette crise médicale, faire notre examen de conscience, supputer nos forces et essayer de nous sauver nous-mêmes.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'INTERPRÉTATION D'UN CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE

(Leçon à la Clinique électro-radiologique de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, Canada)

Par le Professeur LAQUERRIÈRE

Le Professeur Léger me demande de vous exposer les renseignements que l'on peut tirer du cliché d'un malade qu'il vient d'examiner avec vous.

Cette radiographie a été faite par mon assistant le Docteur Léonard et je ne sais quels renseignements a donné, si comme je le pense elle a été faite, la radioscopie. Au point de vue clinique, on me dit seulement que le malade est entré pour affection pulmonaire mais que l'on désire mon avis parce qu'il pourrait bien y avoir autre chose.

Je vais m'exécuter et faire *ce qu'il ne faut pas faire,* car, 1° comme je vous l'ai déjà dit bien des fois, une interprétation radiologique doit être associée étroitement à l'examen clinique et ne peut en être séparée ; 2° comme je vous le répète sans cesse, l'exploration du thorax comporte et la scopie et la graphie. Mais je veux profiter de cette occasion pour vous montrer et comment travaille le radiologiste et pourquoi il ne peut le plus souvent donner de conclusion qu'en associant son examen aux autres examens. Je garde le droit de compléter ou de rectifier ce que je vous aurais dit quand on m'aura fourni les renseignments indispensables.

Examinons cette radiographie de thorax. D'abord jetons un coup d'œil d'ensemble pour juger le côté photographique ; les deux poumons sont voilés, mais ce n'est pas en raison d'une faute de technique : la périphérie (cou, épaules) a la teinte d'un cliché habituel. Il y a sur l'image pulmonaire des aspects flous, mais les côtes et le diaphragme (aux endroits où il est visible) donnent des images précises, le flou n'est donc pas dû à un léger mouvement respiratoire. Remarquez en passant qu'il est indispensable pour apprécier un cliché d'être radiologiste de façon à ne pas prendre pour une image pathologique ce qui est imputable à la technique.

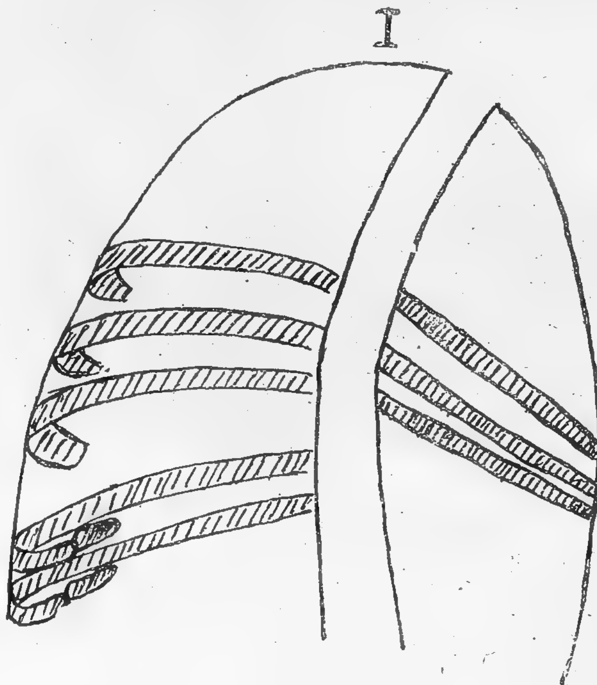


FIG. I. — Aspect osseux.

Occupons-nous maintenant du squelette, ce qu'il ne faut jamais oublier de faire. Dans la majorité des cas, on en juge d'un coup d'œil. Ici il n'en est pas de même ; nous constatons d'abord une incurvation de la colonne dont la partie supérieure se dirige fortement à gauche ; de plus les côtes gauches sont très notablement inclinées et se rapprochent les unes des autres, contrastant avec celles du côté droit dont l'écartement est normal et dont la direction se rapproche de l'horizontale. L'hémithorax gauche est beaucoup plus étroit que le droit. (*Figure I*).

Le sujet présente une scoliose marquée. Seulement il a pu exagérer cette scoliose au moment de la radiographie en prenant une attitude mauvaise en raison de la fatigue, et c'est peut-être ce qui s'est produit ici, il y a au milieu de la colonne dorsale une angulation, mais, au-dessus d'elle, il y a une incurvation générale qui peut être aussi bien le fait de la scoliose que le résultat d'une inclinaison passagère. Rappelez-vous

qu'une scoliose détermine l'obliquité et le rapprochement des côtes du côté concave et consécutivement une asymétrie du thorax ; mais qu'une sclérose pulmonaire, une rétraction pleurale (même une atélectasie pulmonaire), elles aussi, inclinent et rapprochent les côtes ce qui a pour effet à la longue de dévier la colonne vertébrale. Il est d'ailleurs des cas où une déformation thoracique d'origine intra-thoracique et une scoliose existent ensemble et s'aggravent mutuellement.

Du côté droit, nous constatons une fracture consolidée de la partie externe de l'arc antérieur des 9e et 10e côtes.

Nous reviendrons sur la discussion de ces aspects osseux quand nous ferons l'interprétation ; passons au contenu de la poitrine : (*Fig. II*).

A la base droite, le cul-de-sac diaphragmatique n'existe pas, la partie interne de cette base présente une opacité irrégulière, à bord supérieur mal délimité mais plutôt ascendant à sa partie externe, et qui prolonge le diaphragme. Il faudrait savoir par la radioscopie comment fonctionne ce diaphragme. A la rigueur on pourrait penser à une lésion pleurale ou pulmonaire sclérosée consécutive à la fracture des côtes. D'autre part, il existe à la partie gauche de cette opacité une tache circulaire nette très foncée, un peu plus petite qu'une pièce de dix sous, qui fait penser à une calcification. Quoiqu'un hémothorax (et une fracture peut donner un hémothorax) soit capable de laisser comme séquelle des calcifications, cette tache en raison de sa forme régulière fait plutôt penser à une cicatrice de chancre de primo-infection.

Le parenchyme pulmonaire droit est en totalité légèrement voilé, il présente des taches plus ou moins foncées qui donnent l'impression de former des bandes floues irrégulières, irrégulièrement réparties. Quant au champ pulmonaire gauche sauf une zone moins sombre au-dessous de la clavicule il est en totalité très foncé, il est couvert de bandes et de traînées tout aussi floues, tout aussi irrégulières qu'à droite ; la base gauche en particulier est de teinte très foncée.

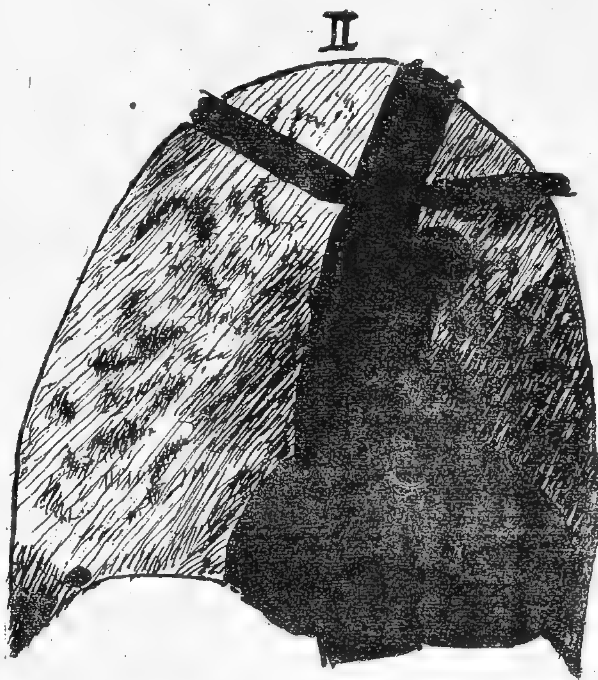


Fig. II. Aspect cardio-pulmonaire.

Mais vous n'avez le droit d'interpréter une image pulmonaire que quand vous vous êtes rendu compte de l'état du cœur. Or nous constatons que l'aorte n'est pas hypertrophiée, elle paraît reportée à gauche ; seulement comme il est très difficile de placer un thorax asymétrique exactement en bonne position, il est possible que le sujet soit légèrement tourné et surtout dans un contenant asymétrique, les viscères se placent comme ils peuvent sans qu'il y ait besoin pour expliquer leur position anormale de supposer qu'ils sont tirés par des brides de sclérose. J'estime donc qu'il n'y a pas à tenir compte de la place de l'aorte dans ce cas particulier. Le cœur lui-même est très gros : quoique son bord droit déborde la colonne vertébrale un peu plus que normalement, sa pointe touche presque la paroi latérale. Si on avait au préalable attiré son attention sur le cœur, le radiologiste aurait fait un orthodiagramme qui aurait permis une mesure des diamètres en centimètres. Nous n'avons qu'une radiographie pratiquée à 1 m. 75, cet éloignement est suffisant pour bien juger de la taille du cœur, mais ne permet cependant pas de fournir des chiffres précis. Il nous faudra tenir compte de cette augmentation considérable du cœur.

Maintenant que nous avons sans rien omettre fait une revue complète, résumons nos constatations : grosse asymétrie thoracique avec scoliose. Voile à limites irrégulières du sinus costo-diaphragmatique droit, avec d'anciennes fractures de côtes et avec une calcification. Marbrures irrégulières, floues, en traînées, des deux poumons. Voile léger du champ pulmonaire droit et voile très accentuée du champ pulmonaire gauche. Augmentation très importante du volume du cœur.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ce tableau radiologique ?

Le nodule calcifié de la base droite, s'il est comme nous le pensons la trace d'une primo-infection tuberculeuse, ne prouve pas que le ma-

lade présente actuellement une tuberculose en activité : s'il faut toujours penser à la tuberculose il ne faut pas pour cela toujours conclure qu'il s'agit de tuberculose. La majorité des habitants des grandes villes présentent des séquelles radiologiques de primo-infection même quand ils jouissent d'une santé parfaite, et ce n'est pas parce qu'on a eu une primo-infection qu'on n'a plus le droit de présenter une autre maladie.

Pour la base droite, je ne puis donner d'opinion sans plus amples renseignements. Il y a un manque de transparence, mais souvenez-vous que dans au moins 99 % des cas nous ne sommes pas à même de tirer un diagnostic anatomo-pathologique d'une image rœntgenienne. Il peut s'agir d'une vieille sclérose parenchymateuse, d'une vieille rétraction pleurale, d'une pleurésie récente, d'un point de congestion pulmonaire, d'une hépatisation tuberculeuse.

Laissons un point d'interrogation sur cette base et discutons ce que nous voyons sur les champs pulmonaires.

Le voile du côté gauche n'est pas *a piori* dû à une pleurésie, l'ombre n'est pas homogène et surtout il n'y a pas de refoulement vers la droite du cœur et des organes médiastinaux, ce qui se produirait fatalement (à moins qu'il n'y ait de vieilles adhérences) avec une pleurésie donnant de l'opacité jusqu'au sommet.

Est-ce une spléno-pneumonie ? C'est fort peu probable, la spléno-pneumonie est plus homogène de teinte et, si on peut y rencontrer des aspects un peu marbrés, on n'y constate pas cet aspect de bandes multiples.

En n'y regardant pas d'assez près, on pourrait penser à une sclérose pulmonaire ancienne. Les côtes sont très obliques et rapprochées mais cela peut aussi bien résulter et de la scoliose et de l'attitude. La crosse aortique est à gauche de la colonne vertébrale, la pointe du cœur est très près de la paroi latérale ; mais nous avons vu que ces anomalies cardio-aortiques pouvaient être expliquées autrement. Enfin dans une vieille sclérose, s'il y a des scléroses plus opaques, qui peuvent être en bandes, ces bandes précisément parce qu'elles sont plus opaques, c'est-à-dire plus sclérosées, ont un aspect assez net et en tout cas beaucoup plus précis que les marbrures floues que nous constatons.

De même une atélectasie pulmonaire me paraît peu probable : quand un corps étranger, quand un bouchon de muco-pus, quand un caillot sanguin, quand une tumeur bénigne ou maligne obstrue une bronche, les alvéoles ne se remplissent plus d'air, le poumon est sombre et affaissé ; mais pourquoi aurait-il des marbrures ?

Faut-il penser à la silicose ? Elle revêt les aspects les plus divers, mais on ne peut invoquer aucune cause qui lui permettrait d'être de beaucoup prédominante du côté gauche ; elle est, quand elle existe, sensiblement égale des deux côtés, mais s'il y avait une différence, c'est, en raison de la disposition anatomique de la bronche droite, du côté droit que devrait en théorie siéger le maximum de lésion.

Et ceci nous amène à tenir compte du fait qu'il y a des lésions des deux côtés. Elles sont beaucoup plus intenses à gauche mais sont importantes à droite.

Sommes-nous en présence d'un cancer ? Lui aussi peut présenter des images très variables ; mais je n'en ai pas vu jusqu'ici offrant cet aspect en traînées floues.

A force d'élimination que nous reste-il ? Il n'y a plus comme maladie d'origine pulmonaire que deux hypothèses.

La broncho-pneumonie banale : je l'accepterai peut-être à droite, mais je n'en connais pas qui donne une image aussi opaque que celle du côté gauche.

La tuberculose, il ne peut s'agir de sa forme nodulaire car nous n'avons pas d'images qui soient nettement des pommelures ou des nodules. Mais la tuberculose peut se présenter radiologiquement comme une broncho-pneumonie chronique et surtout sous des aspects mixtes avec des parties congestionnées ou hépatisées ou sclérosées, etc., le tout arrivant à donner des images du genre de celle-ci, sauf une petite réserve que je vous dirai tout à l'heure.

Je ne serais pas éloigné de croire qu'il y a ici quelque chose de ce genre : un processus plus ancien ou plus intense du côté gauche et à la base droite, des lésions diverses sur le reste. Et d'ailleurs le sujet présente les traces d'une primo-infection.

Mais chez un cardiaque, et nous sommes manifestement en présence d'un cardiaque, il faut se rappeler que des troubles circulatoires peuvent jouer un grand rôle pour modifier l'image du poumon et je ne puis m'empêcher d'être très impressionné par cet aspect en longues traînées floues irrégulières sur lequel, je viens à plusieurs reprises d'attirer votre attention. Sont-elles dues à de la stase dans les capillaires, à des plages d'œdème. Les bandes, les moins floues, les plus foncées dont quelques-unes paraissent présenter des ramifications ne sont-elles pas des veines congestionnées ?

Je ne puis par la seule radiographie préciser ces points, mais à mon avis, dans l'ignorance où je suis de tout le reste, le cliché me fait penser à des troubles circulatoires. Pour conclure je vous dirais donc qu'il est fort possible que le malade soit un tuberculeux chronique dont l'aspect radiologique est modifié par des troubles circulatoires. Mais si vous me répondiez qu'il n'y a que des troubles circulatoires, troubles qui prédominent là ou des malformations

anatomiques (déformation thoracique par scoliose à gauche, fracture de côtes à la base droite) peuvent gêner la circulation, je n'en serais aucunement surpris car dès à présent je considère cela comme tout à fait acceptable.

Et maintenant que je me suis tiré de mon mieux de la « colle » devant laquelle m'a placé mon ami Léger, demandons les compléments indispensables.

Le Docteur Léonard me dit qu'il n'a pu faire qu'une scopie très rapide en raison de la faiblesse du sujet. L'inclinaison de la colonne et des côtes était beaucoup moins marquée au début ; les deux poumons respiraient ; les deux diaphragmes fonctionnaient bien ou assez bien. Donc : scoliose et asymétrie thoraciques passagèrement exagérées au moment de la graphie, — pas de pleurésie, pas de slérose marquée, pas d'atélectasie du poumon gauche, — pas de pleurésie, pas de sclérose marquée, pas de lésion inflammatoire importante de la base droite.

Le Professeur Léger m'apprend que le malade à son entrée toussait, crachait et avait un mauvais état général. Les crachats sont épais, mucopurulents parfois mêlés de sang et ne contiennent pas de bacille. *Il n'y a pas de fièvre.* On trouve des zones de matité et de submatité irrégulièrement réparties, surtout appréciables à gauche, des râles sous-crépitants à la base droite. La tension maxima est de 21, la minima de 15. Le sujet présente de la rétention azotée, des œdèmes des jambes et du dos, de l'albumine dans ses urines, des artères très athéromateuses.

Vous voyez que je ne m'étais pas montré très présomptueux en admettant que je ne serais pas surpris s'il s'agissait seulement de troubles circulatoires. Chez ce malade, sur le poumon comme dans le reste de l'organisme ce qui prédomine et de beaucoup ce sont des troubles d'origine cardiaque ; pouvons-nous éliminer la tuberculose de façon définitive, évidemment non, car les troubles circulatoires masquent trop les images pulmonaires pour que nous soyons en droit d'affirmer l'absence totale de lésion tuberculeuse. La tuberculose est d'ailleurs très capable de jouer un rôle indirect dans la production des crachats muco-purulents parfois sanglants ; il est possible qu'elle ait lors d'une poussée ancienne déterminé quelque sclérose avec dilatations bronchiques et celles-ci seraient l'origine des crachats. Mais comme il y a quelques râles à la base droite, on peut bien admettre qu'il existe une petite lésion non tuberculeuse accidentelle de cette base. En tout cas la clinique donne comme la radiologie une prépondérance certaine au cœur dans la production des troubles.

Si cette concordance n'avait pas existé, il n'y aurait pas eu lieu de croire à la supériorité de la clinique ou à la supériorité des rayons X. On aurait repris la discussion du cliché, on aurait au besoin refait et l'examen clinique et l'examen radiologique, et si le désaccord avait subsisté, on aurait cherché une explication du désaccord, comme on le fait quand les données de la percussion ne semblent pas confirmer celles de l'auscultation.

J'espère que cette causerie, un peu longue, vous aura montré toute la minutie qu'il faut apporter à la discussion d'un cliché, et qu'elle vous aura convaincu que pour bien interpréter, il faut d'une part être radiologiste et savoir comment se fait un examen, d'autre part, être en possession de renseignements cliniques. Prenez donc l'habitude quand vous nous envoyez un patient de nous dire ce que vous avez trouvé, et ce que vous nous demandez. Non seulement vous nous permettrez d'interpréter, ce qui est le principal de notre rôle ; mais vous faciliterez notre tache matérielle, car en beaucoup de cas la technique pour un même organe, n'est pas identique suivant le genre d'information que l'on désire.

***

P. S. — Un nouvel examen radiologique fait quelques jours plus tard, après traitement cardio-rénal a permis de constater que l'asymétrie thoracique était beaucoup moindre, que la crosse aortique était à sa place, et que les aspects pulmonaires étaient en régression très marquée. Quelques jours encore plus tard, le malade fut présenté au Professeur Sergent (de Paris) au cours de ses leçons cliniques. Celui-ci conclut que des images pulmonaires anormales actuelles étaient attribuables uniquement à des troubles circulatoires.

ACRODYNIE INFANTILE

Par le Docteur P. BAIZE

Ex-chef de clinique à la Faculté,
Assistant à l'Ecole de puériculture

Bien que le nombre des travaux publiés depuis une dizaine d'années sur l'acrodynie soit considérable, il ne semble pas que la connaissance de cette curieuse affection ait suffisamment pénétré dans le public médical. Presque toujours, en effet, lorsqu'elle se présente en clinique, elle est méconnue ou confondue avec d'autres maladies de nature et de pronostic bien différents.

Comme d'un autre côté, ainsi que le remarque M. Péhu, l'acrodynie paraît actuellement de plus en plus fréquente, il n'est peut-être pas inutile d'en retracer à nouveau les principaux traits cliniques. Trois observations recueillies en ville et à l'hôpital en moins d'un an nous en fourniront le prétexte.

OBS. I. (résumée). — Colette S..., âgée de 14 mois, nous est adressée en mai 1934 par le Docteur C... (de Drancy) avec le diagnostic de myélite. Enfant unique née un mois et demi avant terme au poids de 2 kgr. 400. Colette, nourrie au sein, a eu une existence normale jusqu'à onze mois ; les premières dents étaient sorties, l'enfant se tenait debout et commençait à marcher en s'appuyant aux meubles.

A la fin de février 1934. Colette, d'un caractère gai et aimable, *devient triste, hargneuse, criarde* ; elle est très agitée, *ne dort plus la nuit.* Puis *la marche devient impossible* et l'enfant incapable de se tenir sur les jambes, s'effondre à chaque tentative pour la mettre debout. Enfin, Colette *a beaucoup maigri*, au taux moyen de 200 grammes par semaine.

A l'examen, on constate un état général médiocre : poids : 8 kgr. 160 ; *anorexie* à peu près complète ; *pas de fièvre* actuellement, mais au début il y a eu 37°8-38°5 pendant une semaine environ. L'attitude est hostile ; l'enfant *transpire* abondamment, surtout la nuit.

Les membres supérieurs et surtout les membres inférieurs présentent une *flaccidité* et une *hypotonie* extrêmes ; aucun mouvement volontaire ; les réflexes rotuliens et achilléens *sont abolis* des deux côtés. On ne constate pas le signe de Babinski ; il n'y a pas, autant qu'on peut en juger de troubles de la sensibilité objective, ni d'amyotrophie importante.

Les mains et les pieds sont *froids, rouges, gonflés, humides de sueur* et présentent des traces de desquamation analogues à celle de la scarlatine. Le foie, la rate sont normaux ; mais le pouls est *extrêmement rapide* (160) régulier, et la tension artérielle maxima *atteint* 14 à l'appareil de Vaquez. Cuti réaction à la tuberculine négative.

Nous n'avons pu suivre l'enfant, mais des nouvelles données par le Docteur C..., il résulte que la marche est réapparue au bout de quelques semaines de traitement (gardénal, acétylcholine, rayons ultra-violets) et que la jeune Colette va actuellement très bien.

OBS. II (résumée). — Claudine R..., âgée de 2 ans et demi est amenée le 18 janvier 1935 à l'École de puériculture pour troubles de l'état général. Née à terme (3 kgr. 520), nourrie neuf mois au sein, Claudine a marché à 13 mois et mené jusqu'ici une existence normale (sauf coqueluche à l'âge de 3 mois). La maladie actuelle a débuté vers le 15 décembre 1934 par un « état grippal », à la suite duquel l'enfant a perdu l'appétit et le sommeil et a beaucoup maigri. La caractère est devenu difficile, irritable ; transpirations abondantes ayant entraîné des éruptions miliaires.

Le 18 janvier, l'enfant est pâle, amaigrie (11 kgr.), hargneuse, indocile ; l'examen, peu commode, ne révèle rien d'anormal. On envisage l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse, mais la cutiréaction est négative, et une radiographie de thorax montre l'intégrité des poumons.

Nous voyons l'enfant le 25 janvier, et le diagnostic s'impose à nous d'emblée. *L'attitude est hostile*, ramassée, hargneuse, le visage exprime la souffrance. Les pieds et les mains sont *rouges, gonflés, froids et couverts de sueur*, à leur niveau l'épiderme desquame en lambeaux. *L'hypotonicité* musculaire est très accentuée, le cœur est *très rapide* (140). *L'insomnie* est, paraît-il, complète. La tension artérielle n'a pu être prise.

Un traitement est institué (gardénal, acétylcholine, rayons ultra-violets) et l'enfant suivie régulièrement tous les huit jours. La situation reste inchangée jusque vers le 15 février, date à laquelle le poids tombe à 10 kgr. 670 ; à partir de ce moment, l'état de Claudine s'améliore progressivement, elle dort, est moins nerveuse et mange mieux ; le poids remonte peu à peu. Le 22 mars, le poids est de 11 kgr. 115, le pouls à 85, le syndrome acropathologique a disparu. En avril 1935, Claudine paraît guérie, mais reste encore un peu pâle et fatiguée.

OBS. III (résumée). — Claude P..., âgé de 23 mois, nous est adressé par le Docteur D... (de Boulogne-sur-Seine) pour arrêt de la marche et anorexie. Pas de passé pathologique : Claude est né à terme (2 kgr. 750), première dent à 8 mois et demi, marche à 14 mois ; léger retard de la parole.

A la fin de juillet 1935, l'enfant a présenté de la diarrhée, une « éruption » de caractère imprécis, et de la fièvre (38°) passagère. A partir de ce moment, l'appétit diminue, l'enfant maigrit, la marche devient de plus en plus défectueuse. Actuellement, *l'anorexie* est invincible, l'enfant n'acceptant que de l'eau et un peu de lait ; l'enfant a des *transpirations* abondantes, est *incapable de se tenir debout*, et surtout ce qui a beaucoup frappé l'entourage, le *caractère a beaucoup changé* : auparavant aimable et docile, Claude est devenu triste et grognon ; les colères sont fréquentes ; l'enfant a pris sa grand'mère en aversion. Depuis un mois enfin, *l'insomnie* est apparue, rebelle.

A l'examen (le 1er nov. 1935) nous sommes frappé de l'attitude de l'enfant : recroquevillé sur les genoux de sa mère, il a l'air à la fois souffreteux et hostile ; les traits sont tirés, légèrement anxieux. Les mains et les pieds sont *rose-vif, gonflés, froids et humides* ; ils se couvrent les jours suivants d'une desquamation en lambeaux de type scarlatin ; l'enfant se plaint de ses extrémités et recherche au dire des parents, le contact des objets froids. Polymicro adénopathie. *Hypotonie musculaire* des quatre membres, surtout nette aux membres inférieurs. Les réflexes sont diminués, mais non abolis ; pas de signe de Babinski.

Le cœur est *très rapide* (160) et la tension artérielle, difficilement mesurable de fait du l'indocilité de l'enfant, atteint 14. Le reste de l'examen est négatif : poids 10 kgr. 500, taille 86 centimètres ; cutiréaction négative. Urines ne contenant pas d'albumine, mais une faible quantité de *glucose* (2 à 3 grammes par litre).

Le 15 novembre, tous les signes précédents se sont accentués. L'enfant n'a pas été revu depuis.

Nous pourrions multiplier ces exemples, et rappeler notamment le cas de Michel Br... que nous avons vu en Normandie pendant l'été de 1935 et chez lequel le Docteur T..., en accord avec un de nos maîtres de la Faculté avait porté le diagnostic — heureusement démenti par la suite — de méningite tuberculeuse; le groupement rétrospectif des symptômes (changement de caractère, amaigrissement, anorexie, insomnie, gonflement, rougeur et desquamation des pieds et des mains, tachycardie) montre qu'il s'agissait en réalité d'une acrodynie. Nous pensons donc qu'il est inutile d'insister, les observations que nous venons de rapporter étant calquées pour ainsi dire les unes sur les autres. Pour poser le diagnostic d'acrodynie, il suffit d'y penser.

***

La première mention de l'acrodynie infantile remonte à 1903, époque où Selter présenta au Congrès de Cassel la description de huit cas de « trophodermatoneurose » observés par lui dans la Ruhr, — description qui s'applique trait pour trait à l'acrodynie. Onze ans plus tard Swift (d'Adélaïde) décrit la même affection sous le nom d' « érythrœdème ». En 1920, l'acrodynie est signalée en Amérique du Nord et étudiée ensuite par Bilderback, Weston, Byfield, et beaucoup d'autres. En Europe, Parkes Weber signale le premier cas à Londres en 1921 ; puis la maladie fait son apparition en Pologne, en Hollande, en Europe Centrale, en Italie, et E. Feer (de Zurich) publie sur la question une série de travaux si importants que pour un grand nombre d'auteurs l'acrodynie devient désormais la « maladie de Feer ».

En France, les premiers cas sont publiés, sous divers noms, par M. Debré et Mlle Petot, par Haushalter et Hochstœtter, par Janet et Dayras, par Péhu et Ardisson ; et M. Péhu reprenant le nom donné par Chardon à des manifestations analogues observées à Paris chez des adultes il y a plus d'un siècle (1828) donne à la maladie son nom d'« acrodynie », désignation qui n'est peut-être pas parfaite, mais qui a l'avantage d'être courte et expressive, et qui a fait fortune (1). Depuis, les cas se sont multipliés et il est impossible de les citer tous ; les travaux français les plus importants sont ceux de M. Woringer en Alsace, de M. Bézy à Toulouse et de M. Rocaz (de Bordeaux) qui, en peu d'années, a pu suivre, dans le sud-ouest de la France une véritable épidémie d'acrodynie.

Les travaux d'ensemble les plus récents (travaux où l'on trouvera la bibliographie) sont la thèse de M. Servel de Cosmi (Paris, 1930) ; l'excellente monographie de M. Rocaz parue en 1932, dans la collection de la *Pratique médicale illustrée* ; l'article de M. Pichon (1934) du récent *Traité de médecine des enfants* de MM. Nobécourt et Babonneix (t. V, p. 521) ; une importante leçon du Professeur Lereboullet (1) ; et, pour les auteurs étrangers, le très récent ouvrage que M. E. Feer vient de consacrer à la « maladie de Feer ».

Sans reprendre en détail la description de l'acrodynie, admirablement faite dans les ouvrages précités, nous voulons néanmoins insister sur la symptomatologie de cette affection et sur son diagnostic, considérés sous l'angle essentiellement pratique.

***

L'âge des sujets fournit une première indication ; l'acrodynie est en effet une affection *des jeunes enfants* : sur 165 observations réunies dans sa thèse, S. de Cosmi trouve 22 cas de 6 à 12 mois, 58 de 1 à 2 ans, 41 de 2 à 3 ans, 22 de 3 à 4 ans, le reste (soit 22 cas) s'échelonnant de 4 à 14 ans : on voit donc que la maladie a une prédilection marquée *pour les enfants de moins de 4 ans.* L'influence du sexe est négligeable, comme sans doute aussi celle des saisons. Cependant Feer, Woringer, S. de Cosmi pensent que l'acrodynie est plus fréquente pendant le semestre d'hiver et il est certain que trois sur les quatre observations personnelles rapportées au début de cet article ont commencé en hiver. L'ignorance où nous sommes de la durée d'incubation et la difficulté de préciser la date exacte du début de la maladie rendent assez douteuse l'existence de ce rythme saisonnier. L'acrodynie revêt volontiers une allure pauci-épidémique, procédant par petits foyers clairsemés, comme l'ont vu M. Rocaz dans la région de Bordeaux et M. Péhu aux environs de Châlon-sur-Saône.

Le début de l'acrodynie est *très insidieux* et *progressif.* Presque toujours ce sont les *modifications du caractère* qui frappent d'abord l'entourage de l'enfant ; celui-ci devient triste,

(1) Les questions de priorité sont trop personnelles pour être importantes ; mais il faut reconnaître qu'à défaut du terme d'« acrodynie » si commode dans sa brièveté, et quelle que soit l'importance des travaux de certains auteurs, la simple justice commande de donner à l'acrodynie le nom de celui qui l'a décrite pour la première fois sans ambiguïté et de l'appeler, comme le fait M. Pichon, « maladie de Selter ».

(1) Parue dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 mai 1932.

grognon, indifférent, parfois irritable, voire méchant, en complet contraste avec l'état affectif antérieur. D'autres fois ce sont les *troubles moteurs* qui ouvrent la scène ; l'enfant est fatigué, se fait porter, tient mal sur ses jambes, ne peut plus marcher. Souvent encore, le début est marqué par un banal syndrome d'*anorexie* avec *amaigrissement* et altération de l'état général ; bien plus rarement par des douleurs et des troubles trophiques des extrémités. Il faut signaler la fréquence avec laquelle on retrouve dans les antécédents des enfants, peu de temps avant l'apparition des symptômes, un *épisode fébrile* de peu d'importance, généralement étiqueté « grippe » ou « rhino-pharyngite » dont l'intérêt est grand, parce qu'il représente vraisemblablement la porte d'entrée de la maladie.

Cette phase est celle des erreurs de diagnostic, auxquelles il est bien difficile d'échapper ; le plus souvent, on pense à la tuberculose ou à une pie-mérite tuberculeuse à cause des troubles de caractère et de l'état général, à une poliomyélite ou à une myélite à cause des troubles moteurs. Au bout de quelques semaines, parfois quelques mois, le tableau clinique se complète, et le diagnostic devient aisé pour qui connaît la symptomatologie de l'affection : l'acrodynie comporte en effet un ensemble de *troubles nerveux, cutanés, cardio-vasculaires* et *généraux* caractéristiques.

1° Les TROUBLES NERVEUX sont d'une importance capitale. Au premier rang il faut placer les *altérations du psychisme*, constantes et précoces, si impressionnantes pour la famille du petit malade et qui doivent éveiller l'idée d'acrodynie chez le médecin qui les observe avant quatre ans.

L'enfant acrodynique est triste, indifférent, parfois prostré ; il ne joue plus, il ne sourit plus. Silencieux, morose ou même hostile, il reste immobile, accroupi ou recroquevillé dans son lit en des poses étranges que permet l'hypotonie musculaire extrême et qui traduisent une sorte de méfiance hostile vis-à-vis des parents eux-mêmes ; le visage exprime d'ailleurs la tristesse, la souffrance, parfois l'angoisse ou la détresse. Certains sujets deviennent irritables, coléreux et méchants, et présentent des *périodes d'excitation* pendant lesquelles ils sont très agités, font des fugues, témoignent de perversions bizarres (coprophagie, trichophagie). D'autres gardent un mutisme obstiné, ou au contraire répètent inlassablement les mêmes paroles, le plus souvent incohérentes. Enfin, l'*insomnie* nocturne, tenace, prolongée, parfois rebelle à toute thérapeutique, épuisante autant pour les parents que pour l'enfant, ne manque pour ainsi dire jamais.

Les *troubles sensitifs*, très importants eux aussi, sont généralement localisés *aux pieds et aux mains* et consistent en *douleurs* (d'où le nom de la maladie : ἄκρος, ὀδύνη), en sensations de *fourmillement* ou de corps étranger au niveau des paumes et des plantes, en impressions de *brûlure* qui expliquent pourquoi certains sujets recherchent le contact de l'eau ou de surfaces froides ; en sensations de *prurit* enfin, entraînant la friction ou le grattage des extrémités. Avec la *céphalée* et la *photophobie*, également fréquentes, ces troubles sensitifs peuvent, par leur intensité et leur prolongation pendant des semaines, faire de la vie de l'enfant acrodynique un véritable martyre.

Quant aux *troubles moteurs* ils consistent en une *hypotonie musculaire* accentuée et constante, surtout marquée aux membres inférieurs où elle tient sous sa dépendance les troubles de la marche. Elle permet encore les attitudes si particulières de ces enfants, assis sur leur lit la tête sur les genoux, accroupis à la turque ou pliés en deux pendant de longues heures. Elle s'accompagne d'une fonte musculaire plus ou moins rapide avec diminution ou abolition des réflexes tendineux. Les réactions électriques restent le plus souvent normales.

2° Les TROUBLES CUTANÉS (vaso-moteurs et trophiques) d'apparition plus tardive que les manifestations précédentes, contribuent pour une grande part à donner à l'acrodynie sa physionomie si particulière. Il existe constamment une *hypersécrétion sudorale* abondante, tenace, finissant à la longue par entraîner des sudamina, des éruptions miliaires ou vésiculo-papuleuses, des érythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes volontiers très prurigineux.

Cette sudation prédomine largement aux extrémités et peut même n'intéresser qu'elles ; la macération de l'épiderme et certainement aussi les *troubles trophiques* qui l'accompagnent donnent alors aux pieds et aux mains un aspect caractéristique. C'est essentiellement un *gonflement et une rougeur spéciale*, réalisant un véritable syndrome acro-pathologique et expliquant les noms de « pink disease » d'érythrœdème ou de « raw beef hands and feet » donnés à l'acrodynie par les premiers auteurs. Pieds et mains sont *gonflés*, « succulents », leur épiderme est *rose-vif ou rouge-clair*, lisse, tendu, momentanément décoloré par la pression, *humide* et le plus souvent *froid*. Au bout de peu de temps, les extrémités sont le siège d'une desquamation par lambeaux assez analogue à celle de la scarlatine.

Dans quelques cas, heureusement exceptionnels, les troubles trophiques prennent une grande intensité : les extrémités se cyanosent par poussées, les ongles deviennent friables et peuvent tomber et l'on peut même observer (Feer, Parkes Weber, le Professeur Lereboullet

avec nous-même) des phénomènes de gangrène cutanée pouvant entraîner des mutilations digitales d'où confusion avec le panaris analgésique de Morvan (Debré et Mlle Petot).

3° Les TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES sont, pour M. Debré et ses élèves et pour les auteurs étrangers (surtout Feer) « pathognomoniques, constants, précoces, durables ». En effet, on constate le plus souvent une *tachycardie* régulière, à 140, 160 ou même 200, persistant pendant le sommeil et s'accompagnant d'une *hypertension artérielle* qui peut atteindre 15 ou 20 et qui serait pour Feer « le signe le plus constant de la maladie ». Cette hypertension — assez paradoxale — existait bien chez deux des petits malades dont nous avons rapporté les observations et qui avaient 14 au sphygmomanomètre de Vaquez alors que le chiffre de la maxima à cet âge ne dépasse guère normalement 8 ou 9.

4° Restent les TROUBLES GÉNÉRAUX : l'affection est *apyrétique* pendant la plus grande partie de son évolution ; nous avons dit toutefois qu'il n'était pas rare au début de noter l'existence d'un état fébrile ou sub-fébrile de durée éphémère. De même, il existe fréquemment *au début* de l'acrodynie, un état réactionnel du *liquide céphalo-rachidien,* caractérisé par une lymphocytose modérée (15 à 50 éléments au millimètre cube) et une légère albuminose (0 gr. 50 à 0 gr. 70), témoins d'une atteinte méningée qui reste cliniquement latente. Par contre, les ponctions lombaires pratiquées à une période plus avancée de la maladie montrent un liquide normal.

Le *sang* présente assez souvent de l'hyperglobulie par déshydratation, et une polynucléose qui peut aller à 15 ou 20.000 par millimètre cube ; on peut noter des *adénopathies* généralisées qui ne relèvent pas seulement des lésions de grattage ni de l'infection cutanée. Les *urines* enfin sont rares, volontiers albumineuses et peuvent contenir *du sucre* de façon transitoire, fait en rapport avec une hyperglycémie qui d'après Feer peut atteindre 1 gr. 50 par litre de sérum.

Quant à l'état général, il est toujours *très touché* chez ces malheureux enfants qui souffrent, qui ne dorment pas, qui s'alimentent mal et que les transpirations abondantes épuisent et déshydratent : *l'amaigrissement,* une *anorexie* parfois invincible, une *soif* intense complètent le tableau clinique de la malade, au moins dans sa forme typique.

***

Cet état misérable va cependant se prolonger. L'évolution de l'acrodynie est en effet *très lente* ; le syndrome met des semaines à se constituer et quelle que soit sa forme clinique persiste alors pendant *des mois,* en présentant des poussées paroxystiques au cours desquelles douleurs, sueurs et troubles psychiques s'exagèrent pour s'atténuer ensuite en rémissions parfois assez longues (Bézy). Finalement les phénomènes morbides régressent sans ordre bien particulier, la *durée totale* de la maladie pouvant atteindre trois ou quatre mois. Les rechutes sont possibles, mais rares. La convalescence est souvent traînante, la pâleur, l'anorexie l'amaigrissement persistent longtemps. Les seules séquelles sont les mutilations digitales, heureusement exceptionnelles ; quant aux troubles psychiques, ils ne laissent aucune trace.

En tout cas, et quel que soit l'état de « misère physiologique » où puisse tomber l'enfant, le *pronostic doit être hardiment favorable* ; la terminaison mortelle est en effet exceptionnelle et ne s'observe que dans 7 % des cas à peine ; elle est alors le fait de l'épuisement progressif du petit malade ou plus souvent de *complications,* telles que broncho-pneumonie intercurrente ou septicémie ayant pour point de départ l'infection cutanée due aux grattages.

***

Les symptômes que nous venons de décrire ne se rencontrent pas au complet chez tous les acrodyniques ; nulle maladie n'est plus souvent *fruste* que celle-là, et les erreurs de diagnostic sont alors inévitables. Comme la plupart des formes cliniques qu'on peut ainsi décrire ne sont individualisées que par la prédominance d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes, il n'y a pas à s'y appesantir. Rappelons donc l'existence de F. NERVEUSES pures, où les manifestations cutanées manquent ou sont d'apparition fugace ou tardive, les unes *complètes* où se retrouvent les signes cardinaux (troubles du caractère, insomnie, hypotonie, anorexie, attitude et facies particuliers), les autres *dissociées,* monosymptomatiques, qu'on peut multiplier à l'infini et qui soulèvent autant de diagnostics difficiles : formes *mentales, algiques, myocloniques, paralytiques* (notre obs. I), *myasthéniques,* etc.

Inversement, il existe des F. CUTANÉES où les symptômes nerveux sont au second plan : formes *morbilliforme, scarlatiniforme, gangréneuse* et *mutilante.* Enfin, on a décrit des formes *ganglionnaires, oculaires, évolutives* (formes aiguës, fébriles, paroxystiques, prolongées, à rechutes) et *compliquées* (broncho-pneumonie, pyodermites avec ou sans septicémie, pyélocystites).

Cette énumération fait entrevoir la difficulté de reconnaître l'acrodynie dans ses formes atypiques ; il est impossible de passer en revue toutes les erreurs de diagnostic auxquelles cette affection a donné lieu, même de la part de médecins avertis. Les troubles nerveux ont été pris pour une poliomyélite, une paralysie diphté-

rique, une myélite, des troubles médullaires d'origine pottique, une maladie de Friedreich, une encéphalite épidémique, une méningite tuberculeuse ; les troubles cutanés pour la suette miliaire, la scarlatine, une maladie de Hogdkin, des pyodermites ou des sudamina banaux, de l'eczéma ; les troubles des extrémités pour de la syringomyélie, un syndrome de Morvan, une érythromélalgie, la maladie de Raynaud, etc...

Faute d'un critère biologique qui manque encore, le diagnostic exact ne peut être établi que par l'apparition à un moment donné d'un ou plusieurs symptômes cardinaux, même atténués, tels que le syndrome acropathologique (même ébauché), les troubles psychiques, les troubles cardio-vasculaires, etc... Si les formes frustes ou dégradées de l'acrodynie sont difficilement reconnaissables, par contre rien n'est plus aisé que le diagnostic de la forme typique : il suffit d'y penser. A titre mnémotechnique, on peut se rappeler la formule des six P de Bilderback, comme un schéma commode de l'acrodynie : *pain, pink, pelling, prostration, perspiration, paresthesia* (1).

***

La nature de l'acrodynie est encore pleine d'obscurité. Du fait de la bénignité habituelle de l'affection, les constatations anatomiques sont rares ; elles ont cependant fourni quelques résultats intéressants entre les mains de Byfield, de Paterson et Greenfield, de Kernohan et Kennedy, de Francioni et Vigi (2) et surtout de Wyllie et Stern, en montrant que les lésions consistaient surtout en une infiltration de petites cellules rondes et en lésions dégénératives des cornes antérieures de la moelle dans les régions cervicale et lombo-sacrée, et en lésions de même nature siégeant sur les noyaux gris de la base du cerveau (et notamment sur les cellules de la région infundibulo-tubérienne) et sur les ganglions de la chaîne cervicale du sympathique. Au siège près, ces lésions sont identiques à celles qu'on observe dans la poliomyélite ou dans la névraxite épidémique. Aussi, presque tous les pédiatres ont-ils renoncé à voir dans l'acrodynie la manifestation *d'une carence* analogue à la pellagre ou d'une *intoxication* comme l'ergotisme ou l'arsenicisme chronique, et sont-ils actuellement d'accord pour considérer l'acrodynie comme une maladie infectieuse due probablement (comme la poliomyélite et l'encéphalite) *à un virus neurotrope* et consistant essentiellement en troubles du système neuro-végétatif liés à l'atteinte des noyaux gris infundibulo-tubériens et du centre mésocéphalique du sympathique.

La validité de cette conception neuro-infectieuse, défendue par M. Lereboullet, M. Kuiper, MM. Péhu et Mestrallet, M. Bézy, M. Rocaz, M. Ledoux, M. Janet et d'autres, est prouvée par l'analyse minutieuse des symptômes cliniques où s'entremêlent des signes de vagotonie (dépression, sueurs, salivation, refroidissement des extrémités) et de sympathicotonie (agitation, insomnie, tachycardie, hypertension, glycosurie) et par les constatations anatomiques auxquelles nous venons de faire allusion. Certains auteurs, se fondant sur quelques cas de coexistence des deux maladies ou même sur l'intrication chez certains malades de symptômes de la lignée encéphalitique avec ceux de l'acrodynie, ont conclu un peu vite à l'identité des deux virus, celui de l'acrodynie et celui de l'encéphalite. De nouvelles recherches anatomiques et biologiques sont nécessaires avant d'aller plus loin dans cette voie. Toutefois, comme hypothèse d'attente, on peut admettre, avec le Professeur Lereboullet que poliomyélite, encéphalite et acrodynie « sont dues à des virus neurotropes très voisins, frappant avec prédilection certains centres du névraxe et susceptibles dans certains cas d'évoluer parallèlement ».

***

Le traitement d'une affection dont l'étiologie et la pathogénie sont aussi mal connues ne peut guère être que symptomatique ; encore est-il difficile d'en apprécier les résultats, l'acrodynie ayant une durée des plus variable et finissant presque toujours par guérir spontanément.

On a employé l'*atropine* (Feer) contre la vagotonie et le *tartrate d'ergotamine* (Debré et S. de Cosmi) contre les troubles sympathiques. Dans l'espoir d'agir indirectement sur la perturbation neuro-végétative, H. Swift a employé la *thyroïde*, M. Sweet le *thymus* et MM. Nobécourt et Pichon la *surrénale*, avec quelques succès.

La douleur, l'insomnie, l'agitation sont nettement améliorés par le *gardénal*, à la condition de donner celui-ci à doses suffisantes (0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour, suivant l'âge). Les poudrages au talc, les lotions vinaigrées, l'application de pâtes à l'oxyde de zinc diminuent le prurit.

L'acétylcholine a donné de bons résultats à MM. Lelong et Odinet, à MM. Nobécourt et Kaplan, aux doses de 5 à 10 centigrammes *pro die*, par périodes de dix jours. Avec M. Lereboullet, aux Enfants-Assistés, nous l'avons employée dans un cas de gangrène digitale menaçante, et en avons obtenu la rétrocession rapide des accidents. Les formes à tendance gangréneuse et

(1) Soit en français : douleur, couleur rosée, desquamation, abattement, sueurs, troubles sensitifs.

(2) Pour les constatations de ces derniers auteurs, il convient de faire des réserves, l'enfant ayant présenté un tableau d'encéphalite épidémique associé à l'acrodynie.

mutilante constituent à notre avis, la principale indication.

La possibilité d'une *carence* à l'origine de l'acrodynie justifie l'emploi de la levure, des stérols irradiés, du foie cru (Wyllie et Stern) ; les médecins australiens, et, en France, MM. Pichon et Cambessédès ont utilisé avec succès la zone cuticulaire de la pomme de terre. D'autre part, la notion d'une *neuro-infection* a fait recourir à *l'urotropine* (*per os* ou par intraveineuses) et à la *trypaflavine*. Dans le but de supprimer un éventuel foyer d'infection, il faut s'efforcer de *désinfecter nez et cavum* par les moyens appropriés. Rodda et les Américains ont même préconisé l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes et disent en avoir obtenu des résultats rapides.

Enfin, il convient d'insister sur l'importance du *traitement général* et sur la nécessité de tenir la peau propre, d'alimenter l'enfant dans la mesure du possible et de lutter contre l'anorexie ; en un mot, de mettre le petit malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles pour éviter les complications infectieuses secondaires cause habituelle de la mort. *Les rayons ultraviolets* rendent à cet égard de grands services (Sweet, Nobécourt, Pichon, Péhu, Woringer, Janet et d'autres) en diminuant la sécrétion sudorale et en stimulant l'état général.

Ces divers moyens combinés sont susceptibles d'apporter quelque soulagement à ces petits malades chez lesquels, répétons-le, il n'y a pas lieu de porter un pronostic défavorable.

LE RÉVEIL DE LA TONICITÉ MUSCULAIRE

Par M. Henri TISSIER

Cette action est une de celles que l'électricité détermine le plus facilement.

La vieille machine statique, si délaissée aujourd'hui, nous donne ce moyen, bien mieux et bien plus rapidement que tous les autres procédés.

Les travaux de Bordier nous ont appris, en effet, que même si l'excitabilité faradique a disparu, l'étincelle statique donne encore une contraction nette.

Il suffit par exemple, dans l'atrophie musculaire liée à une cause périphérique, d'utiliser la machine de Wimshurst pour voir le muscle récupérer sa tonicité et son volume normal.

Nous avons cherché à étendre cette action à des muscles qui semblaient jusqu'ici impossibles à atteindre comme les muscles de l'œil, les muscles du larynx, le sphincter vésical, le releveur de l'anus, etc...

Ceci nous a permis d'établir des traitements dans des affections diverses.

Nous avons procuré, de cette façon, aux oculistes, le moyen d'agir dans les troubles qui relèvent du déséquilibre musculaire, comme le strabisme, les défauts de convergence, le ptosis.

Cette méthode thérapeutique apporte aux laryngologistes une arme nouvelle pour lutter contre la parésie des cordes vocales avec ou sans boudinage.

La Gynécologie médicale s'enrichit d'un procédé susceptible d'agir heureusement dans les incontinences d'urines, dans le prolapsus rectal et utérin.

Le réveil de la tonicité musculaire a des répercussions nombreuses, et il y a de nombreuses indications pour le provoquer.

Dans l'emphysème pulmonaire, on s'aperçoit que le fait de réveiller la tonicité des muscles de Reissessen et des muscles de la respiration suffit à faire disparaître la plupart des troubles fonctionnels de cette affection, et même à modifier les signes stéthoscopiques.

De nombreuses douleurs musculaires comme le lumbago, le coup de fouet, le claquage sportif, les points de côté intercostaux, disparaissent, parfois instantanément, si l'on réveille la tonicité musculaire *loco dolenti*.

Un sportif sera mis de cette façon dans la plénitude de sa forme. Le moment d'apparition de la fatigue sera reculé ; chez le vieillard, il n'en faut pas davantage quelquefois pour opérer un véritable rajeunissement.

LES ENCÉPHALITES AIGUËS POST-INFECTIEUSES DE L'ENFANCE

D'après Marie-Thérèse COMBY (1)

Les syndromes encéphalitiques sont assez fréquents au cours ou à la suite des maladies infectieuses de l'enfant.

Mlle Marie-Thérèse Comby, guidée par son père, le Docteur Jules Comby, l'éminent pédiatre, a fait dans sa thèse inaugurale une étude très complète de ces encéphalites. Leur poly-morphisme, les conditions fort diverses de leur apparition, le terrain particulier sur lequel elles se développent rendaient cette tâche difficile.

Tout d'abord, il convient d'éliminer de leur cadre, l'encéphalite épidémique, la chorée de Sydenham, entités morbides bien définies, les encéphalites traumatiques et de ne retenir que les *encéphalites aiguës non suppurées se manifestant au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse* chez l'enfant. Mlle M.-T. Comby ne tient pas non plus compte des phénomènes méningés, des délires fugaces au cours d'une infection, ni des comas toxiques, pas plus que des paralysies diphtériques qui n'entrent pas dans le groupe des affections qu'elle se propose d'étudier.

Ce n'est qu'au XXe siècle que furent découvertes, les encéphalites aiguës non suppurées. Elles donnèrent lieu en 1900 à Londres au cours d'une épidémie de grippe aux travaux de Prickett et Batten, puis en 1906, à une leçon clinique à la Salpêtrière de F. Raymond, en 1907 à la thèse de Chartier. Après les observations de Sheffield, de Babinski, un travail d'ensemble fut publié par J. Comby en 1907 dans les *Archives de de médecine des Enfants*. L'épidémie de 1917, attira l'attention des savants sur les encéphalites aiguës. La maladie épidémique fut individualisée par von Economo, Cruchet et Netter. Harvier et Levaditi en isolèrent le virus, ce qui permit de séparer l'encéphalite épidémique des autres encéphalites. Depuis l'étude de ces dernières fut poussée fort loin par J. Comby qui, en ayant observé un assez grand nombre, conclut que ces encéphalites dans les maladies infectieuses sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait supposé jusqu'alors.

***

SYNDROMES ENCÉPHALITIQUES. DESCRIPTION

L'apparition de l'encéphalite est le plus souvent brutale ; la température s'élève brusquement à 39° ou 40°, quelquefois à 41° et même 42°. Souvent, cette fièvre est confondue avec celle de la maladie infectieuse, parfois elle éclate après quelques jours d'apyrexie.

Cette période fébrile ne dépasse guère une semaine. Tous les modes de défervescence, ont été observés. La chute de la température peut être brusque ; le plus souvent, elle s'opère en un jour ou deux. Cette hyperthermie paraît tenir à un déséquilibre des centres thermo-régulateurs et ne pas relever de la maladie initiale. Exceptionnellement, le début de l'encéphalite est apyrétique, mais ce qui la caractérise, c'est la brutalité du début, rarement on observe comme prodromes la céphalée et la torpeur.

Le *syndrome somnolent parétique avec coma* est le plus fréquent. Toutefois, le sommeil est moins intense que dans l'encéphalite léthargique.

Il se manifeste souvent de légers symptômes méningés, des troubles oculaires, du strabisme, du ptosis, de la contracture de la nuque et même le signe de Kernig. Il y a des troubles des réflexes, parfois le signe de Babinski est constaté.

Mais le *liquide céphalo-rachidien est normal.* Tous ces signes inquiétants peuvent régresser en quelques jours. Mais aussi il arrive que l'état s'aggrave, que le coma s'accompagne de stertor, de convulsions ; le pouls devient rapide et filant et la mort survient en deux ou trois jours.

Le *syndrome paralytique* lorsqu'il apparaît, affecte le plus souvent la forme hémiplégique qui survient à la suite d'un demi-coma, de convulsions. La paralysie peut présenter tous les degrés ; elle peut débuter par un seul membre, ou consister en une hémiplégie complète avec participation faciale. Les réflexes peuvent être abolis ou atténués.

Dans certains cas, le faisceau pyramidal participe au syndrome ; alors on constate des contractures, de l'hyperréflectivité tendineuse, du clonus du pied, de la rotule, le signe de Babinski. On note encore des hyperesthésies cutanées, des troubles sphinctériens, de l'incontinence d'urine et des matières fécales ; dans les cas très graves avec coma peut survenir la rétention d'urine.

Du côté des organes des sens, on a noté le strabisme, le ptosis, rarement les nystagmus, mais le fond de l'œil reste normal ; comme troubles de la parole, l'aphasie qui n'est ni constante, ni complète, la dysarthrie, le mutisme.

Les hémiplégies peuvent être sans accidents convulsifs, parfois alternées ; elles sont flasques, affectent la forme monoplégique, très rarement

(1) Préface du Docteur Jules Comby, médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants-Malades. Masson et Cie, éditeurs.

quadriplégique. Peu fréquemment, on observe des paraplégies.

Il existe des formes névritiques avec paralysies douloureuses, des paralysies des muscles de l'œil, de l'ophtalmoplégie, etc.

La pupille et la vision sont normales. Signalons encore la paralysie glosso-pharyngée avec spasmes et des troubles de la déglutition et de la phonation.

Le *syndrome ataxique* domine souvent les symptômes des encéphalites aiguës post-infectieuses. Il consiste en nystagmus, surtout horizontal, en incoordination des mouvements et station debout difficile, troubles de l'équilibre, signe de Romberg. On peut observer de la rétro ou latéropulsion, l'impossibilité de marcher sans soutien, de l'ataxie avec talonnement, du tremblement intentionnel pendant les mouvements.

L'hypotonie généralisée, la tête ballante, parfois se manifestent. On a signalé la catalepsie cérébelleuse, la parole lente, saccadée, l'altération de l'écriture, des troubles psychiques tels que lenteur de l'idéation, pas d'excitation. Il n'existe pas de troubles réflexes, ni de la sensibilité, ni des sphincters, pas de troubles trophiques, pas de paralysies ; l'audition et la vue sont normales.

La régression de ce syndrome est la règle, mais elle est souvent très lente.

Exceptionnellement aux *signes cérébelleux* s'ajoutent des signes d'*irritation du faisceau pyramidal.*

La *chorée aiguë* avec ses mouvements désordonnés, l'*athétose* dont les mouvements involontaires simulent les volontaires, généralisés ou portant sur la moitié du corps, ont été observées.

Parfois, apparaissent le *syndrome de la sclérose en plaques*, ou des *syndromes algo myocloniques.*

Nous signalerons encore les *syndromes sensoriels oculaires* (strabisme divergent ou convergent, diplopie, ptosis, myosis, mydriase dans les cas graves, amblyopie passagère, rarement amaurose), ceux qui portent sur la parole, les troubles labyrinthiques, les vertiges, etc... On a observé le *syndrome pseudo-tumoral* avec convulsions, céphalées, troubles du caractère, le *diabète insipide.* Dans certains cas, l'affection était associée à la méningo-encéphalite et le liquide céphalo-rachidien était alors altéré.

Quand la maladie affecte une forme *psychique* (agitation pendant la période fébrile, mutisme etc.), les symptômes sont généralement fugaces.

Séquelles

La maladie peut être suivie de *séquelles* dont l'apparition est à une date indéterminée. Ces séquelles peuvent être *convulsives*, épileptiformes et leur pronostic est généralement moins grave qu'on serait tenté de le supposer.

Elles peuvent consister en *paralysies* variées, en *contractures* variables, chorée, athétose, sclérose en plaques ou en troubles sensoriels de la parole ou en strabisme.

Les *séquelles psychiques* très variées assombrissent le pronostic (psychoses diverses, idiotie, démence, altération du caractère).

Enfin, signalons comme possibles le *syndrome adiposo-génital* et les associations de ces diverses séquelles.

Maladies initiales

Nous énumérerons les *maladies initiales* qui ont donné lieu à des encéphalites aiguës post-infectieuses : la vaccine antivariolique du sixième au treizième jour après l'inoculation, la variole, la varicelle, la rougeole, la rubéole, la scarlatine, les oreillons, la diphtérie, la broncho-pneumonie, la pneumonie, la coqueluche, la grippe, les catarrhes saisonniers, les rhino-pharyngites, les otites, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la colibacillose, les entérites aiguës, les infections génitales, en somme toutes les infections de l'enfance.

Il est de ces encéphalites dont le point de départ reste inconnu, d'autres qui relèvent d'intoxications (oxycarbonée, par l'éther à la suite de l'anesthésie, par les sels de thallium).

Les *lésions histologiques* des encéphalites aiguës post ou para-infectieuses sont analogues, mais nettement différentes de celles de la poliomyélite, de l'encéphalite épidémique de von Economo-Cruchet, de la sclérose en plaques.

La *pathogénie* reste mystérieuse. L'action du virus de chaque maladie initiale s'exerçant sur un terrain héréditairement propice est discutée.

Le *pronostic* est angoissant pour l'avenir du petit malade, bien que la mortalité soit peu élevée.

Quant au *traitement*, il se borne à l'administration d'uroformine, de salicylate de soude par voie intraveineuse, à la sérothérapie ou vaccinothérapie spécifique des maladies initiales.

J. Noir.

LES QUESTIONS QUI PRÉOCCUPENT LE PRATICIEN

QUE PENSER DE LA GUÉRISON DÉFINITIVE DU PALUDISME ?

Elle paraît un fait acquis, sous certaines conditions, tel l'écartement définitif de la région impaludée, l'éloignement du premier accès.

C'est ce qui résulte des observations faites par MM. P. HILLEMAND et W. AUBRUN (1), lorsqu'ils ont étudié des paludéens de guerre à l'aide de tous les procédés de laboratoire. Leurs conclusions concordent d'ailleurs avec celles que récemment ont exprimées MM. Marchoux et Chorine (2). Voici de quelle manière ces auteurs ont procédé.

Les malades, se plaignant de paludisme, ont d'abord été soumis, en dehors de tout accès, à un examen clinique complet. Après une analyse d'urine (recherche d'urobiline, etc.), il a été ensuite procédé à une prise de sang pour une réaction de Henry, faite minutieusement suivant les règles et à l'aide d'échantillons toujours frais de mélanine, fournie directement par cet auteur. Ensuite il a été recommandé à ces sujets de se présenter, le lendemain d'un accès fébrile, à l'Institut Pasteur dans le laboratoire du Professeur Marchoux pour la recherche d'hématozoaires, et une nouvelle réaction de Henry.

MM. Hillemand et W. Aubrun ont pu ainsi examiner un total de 216 paludéens de la campagne 1914-1918 La plupart signalait dix à douze accès fébriles annuels ; d'autres n'en accusaient que trois ou quatre ; certains enfin ne se plaignaient que de manifestations très vagues.

Chez tous ces malades, sauf quelques tuberculeux, quelques dysentériques ou cirrhotiques, l'état général était excellent ; *jamais il ne fut constaté de splénomégalie, jamais non plus d'anémie franche* (avec moins de 4.000.000 de globules rouges par millimètre cube), ni une diminution importante du taux de l'hémoglobine. Dans l'ensemble, la formule leucocytaire s'est toujours montrée normale. Il y eut 216 réactions de Henry négatives sur 216 malades, qui croyaient pouvoir accuser encore des accès palustres, seize à dix-sept ans après avoir quitté un pays impaludé ; et aucune erreur de technique ne put être invoquée, car des réactions de contrôle confirmèrent ces résultats.

Fait extraordinaire à relever, sur 216 malades, qui étaient au fond des « paludéens » pensionnés et désirant conserver leur pension, 18 seulement se présentèrent à l'Institut Pasteur (soit 8,3 p. 100). Du reste, dans ces dix-huit cas, la recherche des hématozoaires et la réaction de Henry, pratiquées le lendemain de l'accès, furent également négatives.

L'explication de pareilles constatations négatives est très simple.

Certes, le plus grand nombre de ces soi-disant paludéens cherchaient à exploiter une situation antérieure. Cependant, il faut bien dire aussi que certains (les 18 de l'Institut Pasteur, probablement) étaient de vrais malades, mais des non-paludéens qui croyaient pouvoir attribuer leurs manifestations pathologiques au paludisme ancien.

En voyant les choses de plus près, MM. H. et A. se sont rendu compte que chez les sujets de ce genre la « fièvre » peut revêtir deux aspects.

« Tout d'abord, il n'est pas rare de voir accuser *des fièvres* durant trois, quatre, huit jours même, plus longtemps parfois, qu'il s'agisse d'une angine, d'une grippe, ou de toute autre affection. Toutes ces modifications thermiques sont *mises sur le compte du paludisme*, et même le malade a pu être soigné par la quinine. N'a-t-on pas hospitalisé un jour pour accès palustre, un malade, qui avait une pneumonie. Ensuite, un très grand nombre de ces sujets fébricitants sont atteints de cholécystites ; chez eux, on retrouve encore des élévations thermiques en rapport avec une tuberculose, une pyélo-néphrite, une crise d'alcoolisme aigu.

En second lieu, il est une catégorie de ces fébricitants, pour lesquels l'examen reste complètement négatif. Mais, il faut savoir que *l'ancien paludéen peut présenter des accès pseudo-palustres à l'occasion d'une affection banale,* — « témoin ce médecin, ancien impaludé, faisant un accès palustre typique, ne trouvant aucun hématozoaire dans son sang, et voyant apparaître le lendemain un furoncle ».

Par ailleurs, **existe-il des séquelles du paludisme ?** L'impaludé ancien est-il susceptible de présenter des accidents viscéraux en rapport avec une localisation de l'hématozoaire ? Il est vraisemblable que non.

Sur plusieurs centaines de paludéens examinés par les auteurs, une seule fois, il y eut doute. C'était un soldat engagé qui, huit ans après une impaludation marocaine, présenta une cirrhose pigmentaire. Bien que le sujet fut un grand alcoo-

(1) A propos du paludisme de guerre. (*La Presse médicale*, 15 janvier 1936.)

(2) Les paludéens devant la réaction de Henry. (*La Presse médicale*, n° 101, 1935.)

lique avec rêves zooptiques, tremblement des doigts, etc., il bénéficia du doute.

Au bout de combien de temps le paludisme disparaît-il après le retour dans la métropole ?

Une enquête a été faite auprès d'un certain nombre d'anciens paludéens de l'armée d'Orient, qui, pour des raisons quelconques, n'ont pas demandé de pensions, — auprès des confrères impaludés revenant des Colonies, — auprès de jeunes étudiants venant des Antilles. Tous déclarent spontanément qu'*au bout de quelques mois* de séjour dans la métropole, les accès s'espacent et disparaissent.

Pour Marchoux et Chorine, la proportion des paludéens coloniaux est, à la lumière de la réaction de Henry, de 35 à 40 pour 100 environ dans les six premiers mois de leur retour. *Pratiquement*, il tombe *à zéro au bout de deux ans*, sauf quelques cas exceptionnels.

D'autres malariologues sont du même avis. En Allemagne, Mühlens déclare son scepticisme vis-à-vis de la persistance du paludisme de guerre, et Schlesinger estime exceptionnel d'en observer des récidives.

En résumé, on ne peut nier de façon formelle l'existence des manifestations palustres aiguës, mais, ce que l'on peut affirmer, c'est que si, par extraordinaire, le paludisme d'après guerre existe encore, dix-sept ans après celle-ci, MM. Hillemand et Aubrun ne l'ont pas rencontré, et qu'il doit être bien exceptionnel, sinon problématique. Ou bien les anciens paludéens ne fournissent pas de déclarations exemptes de doute, — ou bien, ils attribuent au paludisme des accès fébriles dus à d'autres maladies, — ou enfin, il s'agit d'accès pseudo-palustres.

G. Fischer.

A PROPOS DE L'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

G. Blechmann

Mes « réflexions » en marge du compte-rendu des Assises sur l'Orientation (voir *Concours Médical*, n° 7, 16. II. 1936) ont suscité la verve de plusieurs correspondants. Je cueille parmi les lettres reçues, trois des plus typiques:

1° Voici celle du Docteur Jacques Clerc, de Saint-Pierre-d'Albigny (Savoie).

« Je viens de lire dans le dernier *Concours Médical* le compte-rendu des Assises nationales et vos réflexions personnelles. Au risque de paraître cultiver le paradoxe, je me permets d'accuser les trop nombreuses et trop longues vacances et de les tenir pour responsables, en partie, du surmenage scolaire. Voici venir Carnaval, et mes enfants vont quitter leurs pensions, abandonner tout travail depuis samedi soir jusqu'à mercredi soir. Il n'y a pas deux mois, les vacances de Noël leur ont donné dix jours complets. A la Toussaint, c'était trois jours. A Pâques, c'est en général quatorze ou quinze jours. A la Pentecôte, trois jours au moins, et aux grandes vacances, à un ou deux jours près, c'est trois mois... de repos, que l'on impose aux parents...

« Dans ces conditions le surmenage est certain si l'on garde le même programme qui était imposé il y a trente ans, alors que le chiffre total des jours de vacances atteignait à peine la moitié du chiffre actuel. Or, les programmes sont plutôt augmentés.

« Combien j'approuve votre quatrième paragraphe sur l'éducation des filles ! ! !... »

... Et je ne parle pas des congés pour la mort d'un roi... etc. »

2° X... est indigné de la besogne dont on accable son fils élève de sixième dans un grand lycée parisien et voici l'emploi du temps qu'il me soumet :

Classe de quatrième A

Travail à la maison

Lundi. — *Leçons* : textes français. Géométrie. — Devoirs : explication de texte français (4 à 5 pages).

Mardi. — *Leçons* : Grammaire grecque. Grammaire latine. Allemand. Arithmétique. Géologie. — *Devoirs* : Exercice grec. Explication d'Ovide, analyse de verbes, remarques de syntaxe, versification. Allemand. Croquis de géologie.

Mercredi. — *Leçons* : Grammaire latine. Texte français. Histoire. Géographie. Allemand. — *Devoirs* : Thème latin. Explication texte français. Carte de géographie.

Vendredi. — *Leçons* : Grammaire grecque. Grammaire française. Grammaire latine. Géométrie. — *Devoirs* : Exercice grec. Exercice français. Explications latines, (version-versification-syntaxe). Mathématiques.

Samedi. — *Leçons* : Texte latin. Grammaire grecque. Histoire. Allemand. — *Devoirs* : Version latine. Exercice grec. Carte d'histoire.

Sans commentaires, comme on dit dans la grande presse.

3° Avec une lettre (qu'il m'est difficile de reproduire) assez méprisante pour les « Trissotins » qui règlent les destinées universitaires, un confrère monte en épingle une coupure du *Figaro*, que je reproduis également sans commentaires, étant donné mon manque de compétence. Il s'agit des quatre Jeux olympiques d'hiver à Garmisch où nous avons remporté... le dernier rang.

Le classement par nations

1. Norvège (7 places de 1er, 5 de 2e et 3 de 3e).
2. Allemagne (4 places de 1er et 3 de 2e).
3. Suède (2 places de 1er, 2 de 2e et 4 de 3e).
4. Finlande (1 place de 1er, 3 de 2e et 3 de 3e).
5. Autriche (1 place de 1er, 1 de 2e et 2 de 3e).
6. Etats-Unis et Suisse (1 place de 1er et 2 de 2e).
8. Grande-Bretagne (1 place de 1er, 1 de 2e et 1 de 3e).
9. Hongrie (1 place de 1er).
10. Canada (1 place de 2e).
11. France (1 place de 3e).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les néphrites consécutives de la transfusion

D'après M. Ch. AUBERTIN, ces néphrites, heureusement rares, sont dues à l'incompatibilité des deux sangs ; elles sont à peu près constantes après les transfusions de sang animal, et, en ce qui concerne la transfusion de sang humain, elles sont beaucoup plus rares depuis la découverte de la notion d'incompatibilité sanguine. Elles se rapprochent par leur symptomatologie des néphrites aiguës toxiques par substances chimiques (Tzanck et Moline).

Le début en est en général soudain ; au cours de la transfusion, parfois même alors que l'on n'a transfusé que 20 à 30 c. c., le malade se plaint de céphalée, et d'une forte douleur lombaire pulsatile ; il est angoissé, son visage se recolore, parfois il vomit ; il peut présenter un frisson, de la dyspnée et une élévation thermique. Ces signes de début sont très importants, car ils permettent d'arrêter dès le début la transfusion ; malheureusement, ils peuvent manquer, et d'autre part, leur apparition n'est pas une certitude de complication rénale. Quoiqu'il en soit, d'après Tzanck, toutes précautions sur la compatibilité des sangs étant prises, la transfusion sera toujours commencée très lentement et interrompue au moindre malaise.

Le lendemain, on constate que le malade n'a pas uriné ; on le sonde et on recueille quelques centimètres cubes d'une urine rouge qui contient des hématies plus ou moins altérées, de l'hémoglobine libre, des cylindres granuleux, de l'albumine ; l'urée et les cholrures sont en faible concentration. Cette oligurie extrême dure plusieurs jours pendant lesquels le malade ne semble pas incommodé ; il n'a pas d'œdèmes, le pouls et la tension sont normaux ; il a cependant de l'inappétence et parfois quelques vomissements. Cependant si l'on dose l'urée sanguine, on constate une azotémie qui augmente tous les jours, et en même temps, une baisse assez constante de la réserve alcaline.

Cette période dure quelques jours ; elle est parfois traversée par une crise passagère de polyurie relative, mais ces urines étant pauvres en urée et en chlorures, le taux de l'azotémie reste élevé.

Puis, dans les cas favorables, au bout de dix à douze jours, une véritable crise urinaire se produit avec urines abondantes et riches en urée et en chlorures. Tout rentre dans l'ordre, et le plus souvent sans séquelles, semble-t-il.

Dans d'autres cas, l'évolution est fatale avec le tableau de l'urémie digestive, avec respiration de Cheyne-Stokes et coma terminal ; la durée totale est alors d'une vingtaine de jours.

Cette néphrite doit être distinguée de l'*hémoglobinurie* consécutive à la transfusion, qui débute comme elle par une douleur lombaire, mais dans laquelle l'hémoglobinurie reste le phénomène essentiel (bien que l'albuminurie l'accompagne généralement), et dans laquelle on constate souvent de l'érythème, de l'urticaire, des œdèmes fugaces, parfois des douleurs articulaires. Mais l'hémoglobinurie post-transfusionnelle n'est peut-être qu'une forme avortée de néphrite, car on a constaté au cours de la crise hémoglobinurique une élévation légère de l'urée sanguine et de la constante d'Ambard (Joltrain).

Ces accidents rénaux sont pratiquement toujours consécutifs à l'injection de sangs incompatibles ; cependant, il existe quelques faits très rares où le sang injecté était compatible, soit que la règle des groupes ait été respectée, soit même que le donneur ait été du même groupe que le receveur ; on peut considérer ces faits comme des accidents d'intolérance où le facteur terrain joue un rôle essentiel.

Dans la plupart des cas, ces accidents seront évités par une détermination très étudiée du groupe, au besoin par l'emploi comparatif de plusieurs sérums étalons. Tzanck rejette l'épreuve directe de Nurnberger, et recommande l'épreuve directe de Jeanbrau ; dans les cas d'urgence, l'épreuve de Beth Vincent reste l'épreuve de choix. Malgré toutes les précautions prises, il importe de commencer la transfusion très lentement et de la suspendre à la première alerte. (*L'Année Médicale pratique*, 1936.)

Menton : son charme, son climat, ses indications

Le Docteur CAMARET, nous présente le site de de Menton, plus éblouissante qu'Alger la blanche, avec sa vieille ville se détachant sur un ciel d'une incomparable luminosité, dominée par ses élégants campaniles avec, comme toile de fond, les cyprès de son vieux château. C'est le séjour idéal de tous ceux qui ont besoin du soleil, du calme, du repos. D'une façon générale, son climat est indiqué pour les déprimés, les surmenés, les convalescents. Tous les malades, qui doivent vivre au grand air retirent les plus grands bienfaits d'un séjour hivernal à Menton : arthritiques,

goutteux, rhumatisants chroniques. Quant aux tuberculeux pulmonaires, ils peuvent y être envoyés également, mais de préférences quand ils présentent une forme torpide, qu'ils sont porteurs de lésions à évolution lente, et à la condition formelle qu'ils continueront, comme chez eux, à se soumettre à une direction médicale. (*Monaco-Méditerranée Médical*).

La frigidité féminine

C'est une étude de fine psychologie, que nous devons au Docteur P. HARTENBERG. Tout d'abord, il pose en principe que l'activité érotique se manifeste, chez la femme comme chez l'homme, par deux phénomènes significatifs : le désir sexuel et le plaisir sexuel. Quand le désir et le plaisir sont absents ou diminués, il y a frigidité.

La frigidité du désir peut se compliquer de vaginisme.

Pour qu'une femme peu sensuelle éprouve du désir et du plaisir, il faut, avant tout qu'elle soit bien portante, qu'elle ne soit ni anémique, ni déprimée, ni fatiguée, qu'elle ne souffre de nulle part. Si l'une de ces conditions maladives existait, il faudrait la traiter, pour mettre l'organisme dans le meilleur état possible. Il faudrait également s'efforcer d'écarter les chagrins, les soucis, les inquiétudes, toutes les souffrances morales, qui nuisent à la sexualité.

Les sécrétions internes semblent également jouer dans l'érotisme féminin un rôle considérable, quoique encore assez mal défini. Il est probable que la sécrétion ovarienne, qui tient sous sa dépendance, les caractères sexuels féminins, est en carence chez les frigides. On prescrira donc les extraits de ces glandes, ainsi que des toniques, des aphrodisiaques ; l'alimentation sera abondante, généreuse. Mais la part principale du traitement reviendra en réalité à l'éducation de la sexualité, car, dans l'immense majorité des cas, les sens de la femme ont besoin d'être éveillés et entraînés. (*La Clinique*, octobre 1935.)

Etiologie et prophylaxie de la tuberculose infantile.

MM. ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY établissent tout d'abord que la tuberculose pulmonaire observée dans l'enfance, de 0 à 15 ans, est soit une manifestation de primo-infection, soit le réveil pécoce d'une infection restée latente pendant plusieurs années. La prophylaxie doit donc s'adresser : 1° au problème de la contamination chez le nourrisson ; 2° à celui de la réinfection endogène chez l'enfant d'âge scolaire et post-scolaire.

Dans le premier cas, les mesures prophylactiques idéales devront éviter à tout prix la contamination familiale dans le premier âge : *a*) par le placement sanatorial du sujet malade ; *b*) par le placement familial des enfants à la campagne ; *c*) par le logement sanatorial de toute la famille sous la surveillance quotidienne d'une infirmière visiteuse.

Quant à la lutte contre la tuberculose chez l'enfant d'âge scolaire et post-scolaire, contaminé en famille et déjà porteur d'une cuti-réaction positive, il convient d'envisager : l'amélioration du logement familial (habitation à bon marché) ; la lutte contre la sous-alimentation (allocations familiales, enseignement ménager, hygiène familiale, cantines scolaires) ; transformation de l'hygiène scolaire ; règlementation de l'apprentissage et orientation professionnelle ; généralisation des colonies de vacances. Enfin, il faut rendre l'inspection médicale des écoles particulièrement active à la période de la puberté, car la gravité de la tuberculose pubertaire a été récemment mise en évidence.

La lutte contre la tuberculose et en particulier sa prophylaxie ne peuvent être menées sur un seul plan et par de seules mesures médicales. Les ravages causés par la maladie et l'extension du fléau sont tels qu'aucun moyen d'action ne saurait être négligé. Si l'on songe qu'il meurt 70.000 tuberculeux par an, en France, ce qui pour Léon BERNARD correspondrait à un total d'environ 500.000 malades, on voit qu'elle est la faiblesse pratique de nos meilleurs moyens de lutte puisque les plus remarquables, les œuvres de placement familial, type Grancher, ne totalisent dans leurs foyers que 7.200 enfants (Œuvre Grancher, 6.000 ; placement familial des tout-petits 600 ; œuvre d'Orthez, 600). Que dire aussi du dépistage et du diagnostic de la tuberculose infantile si l'on admet que chez ces 500.000 malades adultes, il s'agit le plus ordinairement du réveil d'une maladie contractée dans l'enfance et restée ignorée; que dire enfin des statistiques officielles, où 45.000 cas de tuberculose infantile sont encore classés sous la rubrique « Adénopathie trachéobronchique » ce qui veut dire essentiellement : tuberculose mal définie sans localisations exactement diagnostiquées. (*Revue de Médecine*, 8 octobre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La coqueluche et l'hygiène infantile.

(M. F. BARBARY, de Nice ; présentation par M. DEBRÉ : 28-1-1936).

L'auteur estime qu'il conviendrait d'appliquer à la coqueluche les mesures d'hygiène et de prophylaxie qui visent les maladies contagieuses.

Voici quelques-unes de ces mesures : interdire de laisser circuler dans les rues, les lieux publics, les enfants atteints de coqueluche, rien n'excusant la tolérance vis-à-vis des parents dont les enfants, pris de quinte dans les endroits publics, toussent, crachent et contaminent leurs camarades ; détruire la légende de l'efficacité du fameux changement d'air pour les enfants atteints de coqueluche, le déplacement ne modifiant en rien l'allure de la maladie et favorisant la contagion ; faire savoir aux familles qu'un séjour de quelques minutes avec une coqueluche en période de contagion suffit à transmettre la maladie.

Pour que la lutte contre la coqueluche s'avère efficace, dit M. Barbary, il est indispensable qu'elle repose sur l'inscription de cette affection parmi les malades contagieuses à déclaration obligatoire. C'est alors seulement que les services d'hygiène pourront intervenir pour appliquer les mesures de prophylaxie convenables : déclaration des foyers épidémiques, isolement des atteints.

Méningite à streptocoques hémolytiques traitée par le sérum de Vincent. Guérison.

(MM. HAMON et BOLZINGER, de l'hôpital militaire de Metz; présentation par M. VINCENT ; 28-1-1936)

MM. Hamon et Bolzinger rapportent un cas de méningite à streptocoques hémolytiques d'origine otitique, bactériologiquement confirmée, réalisant un tableau clinique grave, qui fut soumise à la sérothérapie antistreptococcique par voies veineuse et intra-rachidienne. Au cours du traitement, une amélioration se dessina précocement et le malade sortit peu à peu du coma. L'évidement du foyer mastoïdien, responsable de la dissémination et de la persistance du germe, vint compléter la guérison. Les indications chirurgicales ne se sont imposées d'une manière impérieuse qu'assez tardivement. Le traitement sérothérapique a d'ailleurs permis un accroissement pré-opératoire des défenses organiques.

Un procédé de conservation des jus de fruits n'altérant pas la qualité des fruits frais.

(MM. Henri DE ROTHSCHILD et MAZÉ ; 7-1-1936.)

La stérilisation des jus de fruits par la chaleur et l'oxydation détruit la vitamine B et altère la qualité des fruits frais, leur sapidité en particulier. MM. Henri de Rothschild et Mazé recommandent un procédé qui respecte ces facteurs ; il a pour principe le chauffage des jus sous vide, à 70° pendant 10 minutes. Ce chauffage modéré sous vide détruit les microbes susceptibles de se développer dans les jus de fruits mais il laisse infacts les aromes.

Rœntgenthérapie à doses faibles et prolongées des cancers généralisés.

(M. Lucien MALLET ; 21-1-1936.)

Le traitement rœntgenthérapique des cancers se fait généralement par applications localisées de doses fortes, pendant un temps assez court. Une telle méthode ne saurait évidemment être utilisée dans les cancers à métastases multiples ou généralisés.

M. Lucien Mallet a poursuivi une série de recherches de télérœntgenthérapie à doses faibles et prolongées, sur un segment corporel étendu, dans des cas de cancers généralisés. Il a vu, tout d'abord, que cette thérapeutique était possible, sans entraîner, comme on le supposait, des altérations générales graves de l'organisme. Il faut évidemment surveiller les effets généraux du traitement et s'arrêter, momentanément du moins, s'il se produit des incidents, des modifications sanguines importantes, par exemple.

L'auteur relate l'histoire de deux malades atteintes de métastases, thoraciques et rachidiennes chez l'une, osseuses généralisées chez l'autre, après ablation de cancer du sein. Des applications journalières et très prolongées sur un segment corporel étendu, de doses faibles de rayons, ont pu amener une amélioration de l'état général, des recalcifications osseuses, de la régression des adénopathies, une atténuation des douleurs et des phénomènes de compression, et une prolongation de l'existence.

Les effets de cette technique, remarque M. Mallet, semblent réduire à néant la théorie de la vaccination de la cellule néoplasique et celle de la radio-excitation par les petites doses, aucune stimulation des tumeurs (au contraire) n'ayant jamais été constatée.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'hyperazotémie post-opératoire élément possible de pronostic favorable.

(MM. Pierre DUVAL et J.-Ch. ROUX ; 22-11-1935.)

Pour établir le pronostic post-opératoire c'est, dans certains cas, à l'étude de l'azotémie qu'ont recours les chirurgiens ; et l'hyperazotémie comporte actuellement un pronostic d'autant plus grave qu'elle est plus élevée. C'est là une erreur semble-t-il fondamentale, et les auteurs rapportent certains cas dans lesquels l'hyperazotémie post-opératoire comporte, au contraire, un pronostic favorable. Il semble bien établi que « l'urémie post-opératoire », à mieux dire la « crise opératoire », est une intoxication due à l'introduction massive et brutale dans le sang, par le fait même de l'opération, des produits toxiques de la dévitalisation traumatique des tissus : les polypeptides. Dans cette circonstance l'augmentation de l'urée sanguine est due à la transformation de ces polypeptides en urée par le foie.

Il faut se rendre compte en effet que les opérés sont des sujets dont les reins sont sains, dont la fonction rénale est normale ; certes l'opération apporte un trouble à cette fonction mais il est passager, et son importance est loin d'être aussi grande qu'on le pense couramment. Toujours on relève de l'hyperazotémie après une opération mais alors le trouble de la fonction rénale n'est que passager, léger, habituel. On peut dire que l'hyperazotémie n'est pas une azotémie uniquement de rétention rénale. Ainsi, chez les opérés, dont le rein sain n'est que passagèrement et légèrement troublé par ce complexe qu'est une opération, l'« hyperazotémie » n'a pas la même signification que dans les maladies rénales. Qu'il y ait, du fait du trouble post-opératoire de la fonction rénale une certaine rétention d'urée, la chose est incontestable, mais l'hyperazotémie post-opératoire ne résulte pas de cette seule rétention rénale légère et toute passagère. Les chirurgiens ont le tort d'étudier l'hyperazotémie post-opératoire comme une azotémie de rétention ; elle est en réalité chez les opérés avant tout une hyperazotémie de formation, et accessoirement une hyperazotémie d'excrétion. Elle est due au surtravail du foie devant la masse des polypeptides sanguins opératoires ; elle peut être considérée comme proportionnelle à l'activité hépatique. Mais le foie en matière de polypeptides ne travaille qu'au ralenti. C'est donc, non pas dans l'hyperazotémie seule, combinée avec l'élimination rénale, que résident les éléments du pronostic post-opératoire, mais bien dans la relativité de l'hyperazotémie à la polypeptidémie. L'hyperazotémie post-opératoire avec baisse de la polypeptidémie, si l'élimination rénale est bonne, est une formule de pronostic post-opératoire favorable.

Néphrite aiguë hématurique manifestation initiale d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

(MM. A. CAIN, R. CATTAN et A. BENSAUDE ; 22-11-1935.)

On connaît bien aujourd'hui les néphrites bacillaires qui surviennent au cours de l'évolution d'une tuberculose avérée ou à sa phase terminale. Par contre, il est exceptionnel, chez l'adulte, sinon chez l'enfant, de voir le début clinique de l'affection marqué par une poussée aiguë de néphrite hématurique, sans lésions notables.

Une jeune fille récemment arrivée à Paris, y contracte une tuberculose pulmonaire qui l'emporte au bout de six mois. Le début apparent est marqué par une néphrite aiguë, hématurique et cylindrurique qui persiste à l'état latent, les urines ne redevenant normales que quelques jours avant la mort. A aucun moment il n'est possible de faire la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse de la néphrite ; toutefois, une autre origine ne peut être invoquée ; toutes les investigations faites dans ce sens restent négatives.

A l'autopsie, le contraste est frappant entre l'intégrité apparente des reins, où l'atteinte se borne à une glomérulite congestive et à une multiplication des noyaux d'une part, et d'autre part, les lésions tuberculeuses qui envahissent le poumon gauche, les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques, le foie, l'iléon terminal, l'appendice et le cæcum. Il est remarquable que la néphrite n'ait pas créé un point d'appel, ou, tout au moins, de moindre résistance et que la tuberculose ait épargné les reins : l'histologie est sur ce point en accord avec les recherches bactériologiques.

On peut rapprocher de ce cas ceux où l'atteinte rénale se manifeste sous l'aspect de la « néphrite *a frigore* » et où le preuve de la nature tuberculeuse est fournie tantôt par l'inoculation des urines au cobaye, tantôt par l'apparition secondaire d'une tuberculose rénale de type chirurgical, ou d'une localisation pulmonaire. Il est à noter d'ailleurs que le bacille de Koch est loin d'être toujours retrouvé dans les urines. Ce n'est donc pas de l'étude histologique et du contrôle bactériologique que l'on doit attendre la preuve de la nature tuberculeuse des néphrites aiguës, qui marquent le début de l'évolution bacillaire. Cette interprétation, et il faut y insister, est fondée sur une notion purement clinique, sur les conditions d'apparition des signes de l'atteinte rénale, sur la succession ou la simultanéité des accidents avérés de tuberculose. G. F.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Séance du 13 décembre 1935.

Métastases sous-cutanées multiples d'un épithélioma du col utérin, deux ans après curiethérapie.

MM. Roux et Betoulières. — Epithélioma du col utérin, traité par le radium. Guérison locale. Deux ans après, apparition de cinq métastases cutanées (paroi thoracique, paroi abdominale, face antérieure du poignet gauche, région dorsale interscapulaire, région lombo-iliaque droite) entraînant l'exitus en quelques mois.

Les auteurs soulignent la rareté des métastases dans ces cancers et plus particulièrement des métastases cutanées.

A propos d'un cas de pellagre.

MM. Euzière, J. Vidal, R. Lafon et Quet rapportent un cas de pellagre caractérisé par des fugues, un état confusionnel avec délire onirique doux. D'autre part, quelques signes de sclérose combinée de moelle, des signes cutanés et digestifs classiques. Encéphalite aiguë terminale.

Pas de carence alimentaire dans l'étiologie.

Les auteurs soulèvent la possibilité d'une origine infectieuse dans leur cas.

Barbiturisme aigu à forme onirique et pseudo-cérébelleuse.

MM. Euzière, J. Vidal, R. Lafon et Quet ont observé un cas de barbiturisme aigu (3 gr. 70 de gardénal) qui a évolué en trois phases : 1° coma ; 2° signes cérébelleux et psychiques ; 3° retour progressif à la normale en quatre jours.

A ce propos on note l'absence de dysarthrie et la durée de l'évolution.

Séance du 20 décembre 1935

Disjonction traumatique de la symphyse pubienne et des symphyses sacro-iliaques. Résultats éloignés.

MM. Aimes et Parès rapportent les résultats éloignés d'une disjonction traumatique de la symphyse pubienne avec disjonction des deux symphyses sacro-iliaques suivie pendant dix ans. Malgré la gravité exceptionnelle du traumatisme (état de choc intense, phlegmon gazeux de la cuisse, etc.) le résultat éloigné est parfait ; le blessé ne présente aucune séquelle.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du mardi 17 décembre 1935

Trophœdème de Meige (avec présentation de malade)

MM. Dereux et Coustenoble. — Femme atteinte de trophœdème du membre inférieur gauche. Cette manifestation n'est ni héréditaire, ni familiale ; elle s'accompagne de deux particularités : d'une abolition du réflexe rotulien gauche (côté malade), d'une sacralisation de la Ve vertèbre lombaire gauche.

Eléphantiasis du membre supérieur droit, complication d'un cancer du sein (avec présentation de malade).

MM. Dereux, Gamelin et Douvrain. — Cet œdème éléphantiasique est dû à une compression ganglionnaire, mais il s'y ajoute un élément infectieux, évoluant sous forme de lymphangites répétées.

Eléphantiasis des membres inférieurs.

MM. Dereux, Liagre et Douvrain. — Malade âgée de 65 ans, atteinte d'un éléphantiasis des membres inférieurs. L'affection a débuté à l'âge de 30 ans, par des poussées inflammatoires et douloureuses des membres inférieurs. Après chacune de ces poussées, les membres ont augmenté de volume, jusqu'à présenter un aspect véritablement monstrueux. Toutes les analyses du sang et de la sérosité de l'œdème sont restées négatives.

Torsion pédiculaire de la rate chez une jeune fille de 15 ans ; splénectomie, guérison.

M. Vincent. — Tumeur de la fosse iliaque gauche, avec syndrome abdominal aigu. A l'intervention, on trouve une rate tordue que l'on enlève. Suites opératoires très simples. Ultérieurement, on ne constate aucune modification de la formule sanguine.

L'auteur fait, à propos de ce cas, d'intéressantes considérations sur cette affection assez rare.

Pneumococcie respiratoire aiguë, sans hépatisation.

MM. Bernard et Coustenoble. — Une femme de 58 ans est prise de frissons, de fièvre à 40°, de prostration, de toux avec crachats visqueux et rouillés, renfermant du pneumocoque. Pas de localisation stéthoscopique pulmonaire. La graphie ne montre pas non plus d'hépatisation.

L'évolution est celle d'une pneumonie classique, avec apyrexie en lysis au neuvième jour.

Les auteurs pensent à une pneumococcie respiratoire, avec broncho-alvéolite, sans hépatisation.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie E. Le François
91, boulevard Saint-Germain

Docteur André Feil. — **Le travail de l'ardoise et la pathologie professionnelle de l'ardoisier.** Un vol. 138 pages, 80 fig.

Imprimerie Coneslant
Cahors

Paul Garnal. — **Les Journées internationales de la Santé publique.** (10 juillet 1937). **Les Journées internationales pharmaceutiques.** Une broch. 24 pages.

Edoardo Tinto
Gastro pretorio, 35, Roma

Manuali pratici de Medicina biopsicologica del prof. Casimiro Frank. — nº 11. — **L'immunita acquisita mediante l'educazione psichica integrale.** Un vol, 118 pages. Prix : lire 6.

Edité par le Dr O'Followell

Le médecin de service 1936, 17e *année.* Annuaire-Répertoire des médecins des théâtres de Paris et des associations des médecins des théâtres. Un vol. 134 pages.

Vigot frères, Editeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

J. Basset, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon. — **Essai sur l'immunité.** Uu vol. in-8, 88 pages, 1936, 8 francs.

De ses recherches personnelles l'auteur conclut que, dans toutes les infections, l'immunité acquise est surtout de nature antitoxique, l'action phagocytaire restant subordonnée à la neutralisation des toxines.

Ce travail peut servir aussi bien d'introduction que de conclusion à l'étude de l'immunologie générale, qu'il s'agisse des maladies infectieuses de l'homme ou des animaux. Il s'adresse au biologiste, au bactériologiste comme à l'étudiant.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

G. Worms, professeur du Val-de-Grâce et H. Pierre Klotz, interne des hôpitaux de Paris. — **Le thymus.** Anatomie, histologie, physiologie, clinique et thérapeutique. Un vol 152 pages avec 65 figures, 30 francs.

Le thymus est un organe encore mal connu, dont le rôle physio-pathologique apparaît, à la lumière des acquisitions les plus récentes, beaucoup plus grand que ne l'admettaient jusqu'à ce jour les données classiques.

Dans un chapitre de ce livre on trouvera un exposé de l'état de nos connaissances et des problèmes en évolution concernant l'histologie normale et pathologique de cet organe.

Après avoir fixé et fait comprendre, à l'aide de nombreuses observations personnelles, la place que confèrent au thymus ses caractères histologiques essentiels, les auteurs en étudient la physiologie, les états pathologiques et les indications opothérapiques, tels qu'il est permis de les concevoir actuellement.

G. Doin et Cie
8, place de l'Odéon, Paris

Docteur N. E. Ischlondsky. — **Sécrétion interne et régénérescence.** Essais expérimentaux, cliniques et chimico-biologiques sur les phénomènes de régénérescence dans des conditions physiologiques (sénilité) et pathologiques. Un vol. 336 p. 72 figures.

Appendice à l'ouvrage : **Phénomènes de régénérescence.** Bases expérimentales cliniques et biochimiques du problème. Une broch. 32 p.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Questions cliniques d'actualité. *Cinquième série.* Leçons professées a la Charité. (Service du Professeur Sergent.) Un vol. de 306 pages, avec 55 figures, 50 francs.

Le traitement économique des pleurésies purulentes (Oct. Coquelet). — Psychophysiologie du rire (Georges Dumas). — A propos de quelques cas de leucémie lymphoïde (Noël Fiessinger). — La tuberculose, maladie sociale, et son diagnostic (G. Genévrier). — Comment, quand et où faut-il pratiquer la saignée ? (P. Grellety-Bosviel). — Que faut-il penser de l'ulcéro-cancer de l'estomac ? (Henri Hartmann). — Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse (André Jousset). — Les interventions sur les glandes parathyroïdes (L. Langeron). — Les claquements péricardiques (Camille Lian). — Sur le rachitisme, les découvertes récentes et leur interprétation (A.-B. Marfan). — Les séquelles de

la tuberculose urinaire après la néphrectomie (Edouard Michon). — Recherches sur les myopathies (D. Paulian). — Prophylaxie de la peste dans la région parisienne. Diagnostic et indications thérapeutiques (Jean Pignot). — Pneumothorax et surprises radiologiques (Pierre Pruvost). — La pyrétothérapie dans certaines maladies infectieuses (Ch. Richet fils). — La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire (E. Sergent). — Les hémorragies de la ménopause (A. Siredey). — Les alcaloses pathologiques (R. Turpin). — La lèpre et son bacille (A. Vaudremer).

LIBRAIRIE MALOINE S. A.

P. DESGEORGES, de Vichy. — **Le colibacillose.** Un vol. 202 pages. Prix 16 francs.

M. Desgeorges s'est proposé de présenter aux praticiens un exposé succinct mais aussi complet que possible des innombrables manifestations éventuelles de l'auto-infection colibacillaire, s'attardant plus particulièrement sur certaines d'entre elles qu'il a spécialement étudiées. Il envisage successivement l'étiologie, les localisations si variées de la maladie, ses formes cliniques, son diagnostic et son traitement.

AMÉDÉE LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain

Docteur R. KAUFMANN. — **De fistula ani et recti.** Un vol. 64 pages, avec figures.

L'auteur, après un exposé clinique de la question, s'étend sur la cure chirurgicale des fistules anales et rectales. Il décrit, avec des figures explicatives, la technique courante et sa technique personnelle. Suivent quelques observations.

Les Thèses

P. — Dr J. LESAUVAGE. — **Méningites et otites à pneumococcus mucosus.** (Thèse, 1935.)

Le pneumococcus mucosus (pneumocoque III) vit normalement en saprophyte dans la cavité bucco-pharyngée et il se rencontre fréquemment dans les affections de l'appareil respiratoire. On le trouve aussi assez communément comme élément pathogène des mastoïdites. Les mastoïdites à mucosus présentent une allure spéciale par leur début tardif, leur évolution insidieuse et lente, souvent apyrétique, leur symptomatologie fruste.

La gravité de ces mastoïdites est due à la fréquence des complications et tout particulièrement de la méningite, à la latence de l'affection et au caractère ostéo-nécrosant des lésions.

Ces conclusions toutefois ne sauraient être définitives et il y a lieu de poursuivre les recherches.

P.-Docteur Roger LAMY. — **Le test électrique de l'angle d'impédance** (Thèse 1935.)

L'angle d'impédance est un test électrique dépendant à la fois de la capacité et de la résistance ohmique du corps humain.

Les valeurs de l'angle que l'on mesure avec l'appareil de l'auteur, varient suivant le sexe ; elles sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes.

L'angle d'impédance est augmenté dans les cas d'hyperthyroïdie ; il est normal ou diminué dans les goitres simples. Il peut donc permettre de déceler les premiers symptômes de goitre toxique.

L'angle d'impédance est indépendant des facteurs qui agissent sur le système neuro-végétatif et sa détermination est exposée à moins de contigences que celle du métabolisme basal.

P. — Dr H. LAÏK. — **Les cures prolongées d'ouabaïne et leur intérêt thérapeutique.** (Thèse 1935.)

L'ouabaïne s'éliminant très rapidement, aucun accident n'est à redouter du fait de la cure prolongée, à condition de ne pas dépasser les doses prescrites et de vérifier au préalable la tolérance des sujets.

On peut utiliser, en principe, cette thérapeutique dans toutes les insuffisances ventriculaires gauches, dans toutes les insuffisances cardiaques avec rythme lent, et, d'une façon générale, dans tous les cas où la digitale est mal supportée ou peu efficace.

De telles cures permettent de prolonger au maximum la survie, en soulageant nettement le patient, grâce en particulier à l'atténuation de la dyspnée. La diurèse est augmentée, en même temps que le taux de l'urée sanguine et celui de l'albumine urinaire sont diminués.

P. — Docteur M. TÉNINE. — **Contribution à l'étude de l'anesthésie générale en petite chirurgie.** (Thèse, 1935.)

L'anesthésie générale remplacera l'anesthésie locale en petite chirurgie, chez les sujets pusillanimes, lorsque l'acte chirurgical doit être rapide, et toutes les fois qu'il y a des lésions inflammatoires.

Les anesthésiques généraux à utiliser en pareil cas sont le chlorure d'éthyle, l'évipan, le protoxyde d'azote. Pour l'auteur, l'anesthésique général idéal en petite chirurgie est le protoxyde d'azote.

THÉRAPEUTIQUE

Le sérum de Jousset (Indications, posologie, résultats)

Par le Docteur Paul GUÉRIN
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Depuis un certain nombre d'années, un grand nombre d'auteurs ont insisté sur les heureux résultats obtenus par l'emploi du sérum *antibacillaire de Jousset* : encore faut-il admettre que, pour nombre de praticiens, les indications de cette méthode thérapeutique demeuraient quelque peu confuses... Le Docteur P. Guérin, assistant pendant plusieurs années du Professeur A. Jousset, a pensé que le moment était venu d'écrire une « revue générale » sur une question aussi controversée.

Une indication d'ensemble domine tout le débat : « Ne demandez pas au sérum d'agir « sur les tuberculoses organisées, sur les lésions « constituées constructives ou destructives, « réservez-le pour les bacilloses *fluxionnaires*, « les processus *congestifs*, les *fièvres d'invasion* « *bacillaire* », formes relativement rares, il est vrai, par rapport au nombre des infiltrés ou des cavitaires, mais facilement reconnaissables à leur tracé thermique *régulier, peu oscillant* et pseudo-typhique, et particulièrement fréquentes dans les invasions *infantiles*.

La *typhobacillose* constitue de ce fait l'indication typique d'un emploi précoce et massif de la sérothérapie antibacillaire, qu'il s'agisse d'une réaction hilaire simple, d'une extension congestive périhilaire, d'une atteinte ganglio-pulmonaire, voire pleuro-pulmonaire ou pneumonique : treize observations de bacilloses infantiles ainsi traitées semblent démonstratives d'une efficacité doublement intéressante par son caractère immédiat et la prévention ainsi réalisée des complications ultérieures.

A la typhobacillose, l'auteur rattache à juste titre *l'érythème noueux* dont la radiologie nous montre qu'il est presque toujours une primo-infection bacillaire-hilite-accessoirement compliquée d'hyperallergie cutanée... Notion d'intérêt capital pour qui sait la fréquence des manifestations tuberculeuses ultérieures chez les convalescents d'érythème noueux.

Le *Fernet-Boulland* classique avec sa fluxion séreuse pleuro-péritonéale, constitue, dans le début de son évolution, avant l'apparition des gâteaux, une indication optima de la sérothérapie... Il en est de même, cela va de soi, du lot immense des *pleurésies*, et l'auteur cite la curieuse observation d'une pleurésie gauche inquiétante remarquablement guérie sans séquelles chez un porteur de pneumothorax droit...

Fluxion séreuse également, la *polyarthrite bacillaire aiguë*, à type pseudo-Bouillaud, dont les cliniciens commencent à soupçonner l'étiologie et qui constitue un chapitre inédit où la sérothérapie se montre pleine de promesses...

Reste enfin la *forme mixte*, la poussée congestive survenant chez le sujet porteur de « lésions organisées » : le type en est la poussée pneumonique hémoptysique et hyperfébrile qu'on voit survenir sur une infiltration torpide. En pareil cas, « le sérum de Jousset, s'il n'agit « point sur la lésion préexistante, jugule la « poussée fluxionnaire, éteint la zone de feu « périlésionnelle, arrête le saignement, limite « les dégâts et les diffusions » : arme de choix, puisque le pneumothorax n'est pas toujours pratiquable et qu'elle peut du moins permettre de le réaliser *à froid*.

Des observations plus rares : *granulie* traitée concurremment par le sérum et l'allergine, *mastoïdite* tuberculeuse rapportée par le Docteur Longchampt, de Toulon, complètent curieusement cet exposé.

En ce qui concerne la *posologie*, l'auteur reste fidèle à la *voie sous-cutanée* : frapper *vite* et *fort*, à raison de trois c. c. par kilo de poids corporel, soit 160 à 200 c. c. chez l'adulte, 50 à 120 chez l'enfant ou le nourrisson. Injections massives et rapprochées de 60 à 80 c. c. chacune, à 24 ou 48 heures d'intervalle, la première étant pratiquée avec les précautions traditionnelles (Besredka), et l'efficacité du traitement devant même faire sa preuve dans le délai de huit à dix jours, avant même les réactions sériques tardives du onzième jour...

La *voie rectale*, récemment préconisée par Blechmann et le Professeur Pierret, semble à l'auteur d'une efficacité inférieure : il reproche au lavement sérique de n'amener parfois qu'une sédation incomplète et transitoire là où la voie sous-cutanée eût peut-être entraîné l'extinction définitive du processus. Il la réserve de ce fait aux nourrissons discrètement atteints, aux sujets fragiles porteurs de lésions sévères chez lesquels on n'attend du sérum qu'un effet accessoire décongestionnant, aux intolérants sériques déjà connus, et tout particulièrement aux *asthmatiques* chez qui toute introduction sérique sous-cutanée est formellement contre-indiquée.

Les conclusions de l'auteur, appuyées par 34 observations, sont fort nettes : appliqué à bon escient, le sérum de Jousset arrête le *potentiel évolutif* de l'affection, évite ces convalescences traînantes et l'incessante possibilité des *réveils* évolutifs. Il réalise souvent des guérisons *stables*, quasi-radicales, comme si la « révolution humorale » ainsi produite entraînait une sorte d'*immunisation*.

L'essentiel est d'en préciser avec soin les indications assez limitées, on le voit, et de l'appliquer au stade *fluxionnaire* et *toxi-infectieux* de la maladie, avant que ne soit amorcée l'organisation lésionnelle anatomique. *Infection fraîche, forme jeune* sur un *organisme neuf*, ainsi se résument les conditions du succès.

(*De la Médecine internationale*, juin, juillet, août 1935).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LES NOUVELLES CONCEPTIONS HOSPITALIÈRES L'ENSEIGNEMENT — LES ABUS

Par M. Raphaël MASSART

Peu à peu disparaissent sous la pioche des démolisseurs ces vieux hôpitaux parisiens dont l'aspect sordide, les murs lézardés, et les pignons branlants semblaient la honte de notre ville. Les vieux baraquements de Cochin, où Widal, jeune agrégé, réunissait, autour du lit de ses malades, une foule serrée d'étudiants attentifs, ont été remplacés par de nouveaux pavillons, entourés de jardins largement aérés. Partout des constructions élégantes, abritent les malades, et l'Assistance publique regarde avec orgueil l'exécution de son programme de reconstruction hospitalière qui a été mené bon train, depuis vingt ans.

Le nouvel âge de pierre a couvert la France d'écoles, d'hôpitaux, de sanatoria, l'Assistance publique a su profiter de la réalisation de ce plan d'équipement, pour reconstruire ses immeubles, pour loger dignement les pauvres dont elle a la charge, elle a rempli, vis-à-vis de ces administrés un de ses devoirs, elle n'a plus aujourd'hui rien à envier aux Etats-Unis dont, pendant cinquante ans, on nous a rebattu les oreilles, en citant en exemple, leurs organisations sanitaires, leurs conceptions hospitalières.

Ce sont précisément aujourd'hui les conceptions hospitalières, inspirées d'Outre-Atlantique que je voudrais étudier, voir l'influence qu'elles peuvent exercer sur l'enseignement médical et sur la transformation de la clientèle hospitalière. Il sera possible de dégager alors la conclusion qui s'impose, sur la manière dont s'exerce et s'enseigne la médecine, dans nos nouveaux hôpitaux.

L'évolution de la formule d'hospitalisation est facile à suivre, il suffit de visiter successivement les hôpitaux inaugurés depuis 1910 jusqu'à nos jours.

Le service de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, à la construction duquel avait collaboré le Professeur Quénu, constitue la première réalisation d'un service de chirurgie moderne, les services de la nouvelle Pitié, groupant la médecine, la chirurgie, les spécialités ont marqué une autre étape, on n'aurait pas conçu à l'époque de service hospitalier sans la grande salle commune, largement aérée, avec une fenêtre entre chaque lit.

La grande salle de trente lits, sans brancards, bien dégagée, bien aérée, bien chauffée, permet de soigner aisément de nombreux malades, le chef d'un coup d'œil, pendant la visite, voit tout ce qui s'y passe, il assiste aux examens de malades, par les élèves, la surveillante y dirige sans peine, tout son personnel.

Près de la grande salle, il est commode d'avoir deux ou trois petites chambres d'isolement pour les malades dont l'état commande la séparation d'avec les autres (infectés, délirants, agonisants).

C'est la formule qui à l'époque de nos études paraissait définitive, elle permettait de bien connaître, de bien voir ses malades, elle rendait l'enseignement facile, elle réalisait un gros progrès sur les salles encombrées malodorantes de la vieille Pitié, de la Charité, avec leurs planchers mal joints, leur éclairage défectueux et leur aération insuffisante.

Depuis la guerre, la terreur de l'hôpital a disparu, tous les hommes y ont été soignés et une évolution se fait. On apprécie les chambres d'isolement, on les trouve trop peu nombreuses, on les utilise pour mettre des malades recommandés, on leur évite ainsi à l'hôpital la promiscuité de la grande salle et progressivement, l'aménagement des services se modifie. Les architectes prévoient une nouvelle distribution des services. On multiplie les petites chambres d'isolement, chambre à deux, à quatre, à huit lits. On aménage les services, en s'inspirant des cliniques privées et actuellement, les nouveaux services de Beaujon, les pavillons nouvellement bâtis à Laënnec, à Saint-Antoine, l'hôpital de Grange-Blanche à Lyon, la future cité hospitalière de Lille, tous sont inspirés de ce principe nouveau, la séparation des malades, avec tendance à la chambre individuelle.

Construire l'hôpital en suivant cette tendance, c'est oublier que l'*hôpital public* doit être le Centre de l'enseignement de la médecine, et méconnaître un tel rôle peut avoir de grosses conséquences.

Il suffit de pénétrer, d'aller, de venir, de vivre dans un de ces nouveaux services compartimentés au maximum, pour constater que le chef, les

assistants, les internes et les externes, les surveillantes, les infirmières passent leur temps en une continuelle partie de cache-cache, on cherche les malades d'une pièce à l'autre, les appels retentissent, les portes s'ouvrent, se ferment et ce que j'ai constaté n'est pas particulier à un service, c'est la même chose en province qu'à Paris, et on voit avec peine disparaître *cette unité du service, sans laquelle, il n'est pas d'enseignement possible.*

Les chambres isolées sont trop étroites, pour recevoir le service dans son entier, elles ne permettent plus l'enseignement près du malade, les discussions cliniques, je conseille à ceux qui croient que j'exagère d'aller assister, dans ces conditions, à une démonstration de thoracenthèse ou même à une ponction lombaire, ils se rendront vite compte de l'exactitude de mes remarques.

Le malade lui-même est difficile à bien surveiller, il est chez lui, il se dérobe facilement aux observateurs, et les visiteurs, désireux de passer outre aux défenses faites, ont beau jeu.

Je pense que les véritables cliniciens préféreront toujours à ces compartiments multiples, les grandes salles de Lariboisière, ou de Tenon à Paris, les salles immenses de l'ancien Hôtel-Dieu de Lyon, avec ses cubages d'air très étudiés, et son système d'aération qu'on ne soupçonne même plus, dont le Dôme était l'élément essentiel. Il n'y a pas seulement, dans l'enseignement clinique, le fait du professeur, toute l'ambiance à son importance, on ne parle point dans une pièce immense, comme dans une chambrette, les excitations du cerveau ont besoin des réactions d'un entourage, il n'est pas jusqu'à l'observation même du malade qui ne tire profit d'un peu de recul.

L'avenir nous montrera si notre époque laisse le souvenir de grands cliniciens, nous verrons s'ils ont pu se développer à l'air libre, ou s'ils ont adopté leurs facultés, aux petits compartiments de l'hôpital moderne.

Jusqu'à preuve du contraire, je crois qu'il faut, même sans parler des concours, des examens et de leurs fraudes possibles, considérer cette formule hospitalière de plus en plus répandue, comme mauvaise pour l'enseignement.

Parlerai-je de l'exercice de la médecine dans ces hôpitaux, et des abus qui en découlent. Lorsque le Directeur de l'Assistance publique nous dit que le pourcentage des malades aisés dans l'ensemble des hôpitaux parisiens est faible, il faut le croire, son chiffre est exact. Il y a peu de malades aisés dans les salles communes de Tenon, mais il y en a beaucoup par contre dans les petites chambres de nos services les plus modernes et si un pourcentage y était fait, il risquerait d'être très édifiant.

La chambre individuelle, la chambre à deux ou à quatre lits *a favorisé l'entrée des malades aisés à l'hôpital,* je l'avais toujours pensé et je trouve dans une lettre du Professeur Cunéo à mon ami Audain cette confirmation très juste.

« Ce qui est certain, c'est que la multiplication des chambres isolées dans les services hospitaliers encourage beaucoup cet exode vers l'hôpital, car ce que les malades aisés redoutent surtout, c'est la salle commune. »

Le problème complexe des malades aisés dans les hôpitaux trouve ainsi une solution très simple, que j'ai déjà proposée à des conseillers municipaux et que je livre à M. Raoul Brandon qui, je le crois, est architecte et veut bien, à nos côtés, combattre les abus de l'hospitalisation.

« *Construire et aménager les hôpitaux en rétablissant les grandes salles, en diminuant et en réduisant, au minimum des besoins d'isolement, les chambres particulières.* »

Il ne faudrait pas croire qu'en rétablissant la salle commune, on va contre les intérêts et contre les goûts du vrai client de l'hôpital « l'économiquement faible ».

Dans une chambre seul, il s'ennuie, ne sait à qui parler, il lit, il fume, il est mal servi, s'il a besoin du bassin, il doit l'attendre, il n'a pas près de lui le camarade plus valide, prêt à lui rendre tous ces menus services qu'un personnel si nombreux soit-il ne pourra jamais assurer. L'erreur a été de concevoir l'hôpital comme une clinique privée, où le personnel est nombreux, où le malade a près de lui sa famille.

A l'hôpital, dans une chambre seul, les soins sont moins bons que dans la salle commune, le malade y est moins surveillé, plus livré à lui-même, le personnel des services n'a pas été augmenté dans les proportions nécessaires à des soins plus compliqués, à un entretien plus difficile, à une surveillance impossible à exercer.

En comparant impartialement les deux solutions hospitalières, la salle commune, la petite chambre, en faisant table rase de la satisfaction qu'on peut avoir à se sentir chez soi, comme au régiment dès qu'on a sa chambre, il est bien certain qu'au point de vue de la facilité de la surveillance, de la qualité et de la fréquence des soins, des possibilités de l'enseignement, de l'agrément même du malade qui aime la compagnie, *la grande salle est la formule qu'il faut conserver,* à laquelle il faut revenir si on l'a abandonnée, et ceci avant que l'enseignement clinique rendu impossible ait disparu, avant que l'hôpital soit devenu avec le libre choix ou le médecin fonctionnaire, la maison de santé des « resquilleurs » et « des économiquement aisés ».

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Les Sociétés de Secours mutuels accessibles aux riches comme aux gens de condition modeste

Un président de Syndicat médical nous demande des précisions juridiques, concernant le recrutement des sociétés de Secours mutuels. Il nous exprime son émotion de voir les mutuelles de sa ville vouloir abroger un article de la convention médico-mutualiste, lequel article reconnaissait à une Commission mixte, composée de délégués du Syndicat et de mutualistes, le droit d'examiner les demandes d'admission à la Mutuelle par des personnes de condition modeste, mais ne pouvant pas bénéficier de la loi sur les Assurances sociales.

La Mutualité en question prétend avoir le droit de recruter ses membres comme bon lui semble et d'accorder à tout membre les avantages médicaux et pharmaceutiques, consentis par le Corps médical local aux mutualistes.

Ne semble-t-il pas cependant que les Sociétés mutuelles ont été créées uniquement pour les personnes de condition modeste ? Quant aux gens riches, ils se contentaient d'être membres honoraires, aidant, par leurs cotisations, le fonctionnement de la Société.

Peut-on tolérer que désormais, toute la clientèle médicale d'une ville puisse être soignée à prix réduit, soit comme assujettie aux Assurances sociales, soit comme bénéficiant des avantages mutualistes ? Veut-on ainsi instaurer un véritable socialisme, un communisme médical ?

La loi du premier avril 1898, sur les Sociétés de Secours mutuels, ne contient aucune dispotion, précisant que seuls peuvent être mutualistes ceux qui sont de condition modeste.

L'article 2 de la loi se borne à spécifier que tous les adhérents doivent payer une cotisation égale et jouir des mêmes avantages.

Cependant, les Mutuelles peuvent comprendre des membres participants et des membres honoraires. Ceux-ci sont des personnes, qui, par leurs cotisations, ou leurs dons, aident les participants, car ces membres honoraires ne retirent aucun avantage matériel et ne bénéficient pas des avantages conférés aux participants.

Aussi, d'une manière habituelle, voit-on les Sociétés mutuelles solliciter l'adhésion de membres honoraires, pour permettre aux adhérents de bénéficier d'avantages plus considérables que ceux qu'ils pourraient retirer du versement des seules cotisations.

C'est également pour venir en aide aux participants qui, en principe, sont de petites gens, que les Mutuelles sollicitent des subventions communales, départementales ou d'Etat.

C'est à cause de ces sollcitations de tous ordres que Vimont avait traduit les lettres S. M., non par sociétés mutuelles, mais par Sociétés mendiantes.

Cette distinction entre membres participants gens modestes et membres honoraires, plus fortunés, se retrouve dans le règlement modèle des Sociétés de Secours mutuels approuvées, (*Journal officiel*, 19 juin 1930). L'article 4 prévoit deux catégories de membres participants : les uns assurés sociaux obligatoires ; les autres assurés sociaux obligatoires, ou facultatifs, mais versant, en plus de la cotisation, un supplément mutualiste, prévu à l'article 25 dudit règlement.

Point n'est fait mention d'autres membres participants, qui, par leur situation de fortune, échappent à la loi sur les Assurances sociales.

Or, une Société mutuelle a besoin d'être approuvée, si elle veut bénéficier de certains avantages pécuniaires et de subventions. Sollicitant cette approbation, selon les termes du chapitre III de la loi du premier avril 1898, ou demandant l'approbation préfectorale, en vue d'un arrêté ministériel, pour la modification de leurs statuts, il sera loisible au Syndicat médical local de faire remarquer à l'autorité ministérielle qu'une Société mutuelle ne s'est pas conformée au règlement modèle du 19 juin 1930, lorsqu'elle admet parmi ses membres participants des personnes de condition aisée, pour lesquelles la mutualité n'a pas été instituée par le législateur.

Je sais bien que des mutualistes sans vergogne se font admettre dans les rangs des participants d'une mutuelle, pour avoir gratuitement droit aux soins médicaux, alors qu'ils renoncent aux indemnités journalières de maladie.

Toujours le Corps médical doit faire les frais des combinaisons des profiteurs de la charité publique, ou de la solidarité.

N'oublions pas que bien des Sociétés mutuelles sont réfractaires à l'idée du libre choix du praticien. Elles entendent imposer aux mutualistes les médecins, qui ont eu l'heur de plaire aux dirigeants de ces Sociétés. Certes, il est facile de prétendre et de soutenir que le libre choix du praticien peut entraîner des abus, qu'il est donc indispensable de désigner les médecins qui sont investis de la confiance de ceux qui ont la responsabilité de la gestion de la Société.

Ce sont là arguments sans grande valeur, car le Sou Médical a eu souvent à intervenir, pour aider certains de ses adhérents qui étaient brimés par des Sociétés mutuelles.

Ajoutons encore que, sous prétexte de faire des économies, on impose souvent aux médecins des tarifs très réduits, pour les soins à donner aux mutualistes, sous prétexte qu'on leur apporte une clientèle toute faite. Bien heureux lorsqu'un salaire à forfait n'est pas imposé aux praticiens qui ont eu l'imprudence d'accepter les conditions offertes par les Sociétés mutuelles.

En ce qui concerne les assurés sociaux, le législateur de 1930 a voulu respecter la vitalité des Sociétés de Secours mutuels, et a simplement entendu que les droits qu'a conférés le Parlement aux assurés sociaux soient respectés au sein des Sociétés de Secours mutuels, qui formeront une section spéciale pour les assurés sociaux mutualistes.

C'est ce qui explique que les mutualistes ont fait tout ce qu'ils ont pu pour « mutualiser », les Assurances sociales, parce que si le législateur était tombé dans le panneau, c'était la fin du libre choix du médecin, du tarif à l'acte médical, de l'entente directe et du respect du secret professionnel. Les assurés sociaux versés dans la Mutualité n'auraient plus eu le droit aux avantages conférés par la loi du 30 avril 1930, mais seraient retombés dans l'esclavage toléré par la loi du 1er avril 1898. Heureusement que le décret-loi du 30 octobre 1935 n'a pas accordé aux Mutualités leurs desiderata.

Dr Paul BOUDIN.

PEUT-ON SIMULTANÉMENT OU SUCCESSIVEMENT ADHÉRER A PLUSIEURS SYNDICATS ?

Un praticien exerce à la limite de deux départements. Il est en difficultés avec son propre Syndicat local, auquel géographiquement et administrativement, il est rattaché. Pour éviter une sanction ou même une exclusion, il donne sa démission mais s'empresse de poser sa candidature au Syndicat du département voisin.

Le premier groupe corporatif peut-il tolérer cette manière de faire ? Ne peut-il pas empêcher le second Syndicat d'accueillir favorablement la demande d'un praticien, qui a été jugé indésirable par ces confrères voisins, ou qui, par esprit d'indiscipline, ou pour des raisons d'intérêt personnel et égoïstes, ne veut pas se plier à la règle confraternelle et espère trouver plus de liberté professionnelle en faisant partie du Syndicat du département voisin ?

Nous pouvons répondre que le Syndicat qui aux yeux de tous devrait représenter le Parangon de l'honnêteté professionnelle, n'est quelquefois considéré, par certains, que comme un instrument de brimade ou d'oppression au profit de ses dirigeants ; à tort ou à raison certains syndiqués démissionnent d'un Syndicat pour adhérer à un autre, ou, s'ils ont été exclus par le premier groupe, se présentent à un second, uniquement pour conserver les avantages conférés à la situation de syndiqué.

A mon avis, ce conflit devrait être résolu par la Confédération. Elle seule doit être l'arbitre suprême de ces questions intersyndicales.

Personnellement, j'estime qu'un praticien ne doit et ne peut appartenir d'abord qu'au seul Syndicat local. Tant qu'il fera partie de ce groupe, il aura la possibilité d'adhérer à un autre Syndicat pour des motifs d'amitié, de recrutement de clientèle ou autre. Mais du jour où il viendrait à démissionner de son Syndicat local, où à en être exclu, il devrait automatiquement être rayé de tous les autres Syndicats auxquels il appartient.

Je pars de cette définition que j'ai donnée très souvent : le Syndicat local est le représentant et le défenseur des intérêts professionnels locaux ; la Fédération départementale est le représentant et le défenseur des intérêts départementaux, et la Confédération doit être le seul défenseur des intérêts nationaux. Si donc la Confédération veut faire respecter la structure du syndicalisme, elle doit décider qu'un praticien ne peut être syndiqué au premier chef que dans le Syndicat local. Il est en effet inadmissible qu'un confrère, qui a été rayé par ses pairs du Syndicat de la ville ou de l'arrondissement ou même du département, puisse froidement frapper à la porte d'un groupe syndical, voisin pour faire la nique à ses confrères immédiats.

J'estime donc que la Fédération des Syndicats du département saisie de la question par le Syndicat local devra, d'une part, présenter son opinion au Syndicat du département voisin, et si ce dernier n'est pas du même avis, soumettre le conflit à la Confédération. En second lieu, même avant que ce conflit soit né, la Fédération pourrait également saisir la Confédération pour que théoriquement, la question soit étudiée par cette derinère du point de vue intersyndical.

Du reste, le Corps médical organisé espère beaucoup d'un Ordre des médecins, et nous pouvons dès lors établir une comparaison entre le projet qui dort actuellement à la Chambre et notre organisation professionnelle : chaque praticien ne pourra appartenir qu'à l'Ordre départemental local et ne pourra pas faire partie d'un autre Ordre départemental voisin.

Paul BOUDIN.

L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE DE LA DÉFIGURATION

Par P. Chavigny

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

Etudiant, alors, j'ai vu le Professeur Léon Tripier, à Lyon, faisant déjà de la Chirurgie esthétique ; ses cas de restauration faciale réparaient d'ordinaire les suites d'une querelle de ménage dans laquelle l'un des conjoints avait gravement endommagé la physionomie de l'autre.

Dans une période ultérieure, la plupart des cas de défiguration observés étaient imputables aux attentats par le vitriol.

Cette mode du vitriol est passée. Peut-être la raison en est-elle que, dans nombre de cas, l'assaillant lui-même se brûlait presque aussi grièvement que la victime.

Pendant la guerre de 1914, les défigurations par plaies de guerre furent si nombreuses qu'on dût ouvrir des centres de restauration faciale, et il y en eut de célèbres (Professeur Morestin).

Actuellement, le grand pourvoyeur, en fait de défiguration, c'est l'accident d'automobile. Des progrès réels ont pourtant été faits au point de vue prophylactique, à partir du moment où les glaces de l'automobile ont été remplacées par des substances non dangereuses (verre Triplex, glace armée, verre « Sécurit »).

Même en l'absence de lésions imputables aux éclats de glace, il est très fréquent, dans la période actuelle, de rencontrer des cas dans lesquels les victimes d'accidents d'automobile ont été atteintes de lésions mutilantes de la face, d'une défiguration plus ou moins importante, fracture du nez par exemple, suivie de déformations, de déviations importantes.

Bien souvent des problèmes fort ardus à résoudre pour le médecin-expert sont posés par le Tribunal. Celui-ci demande au médecin légiste de donner son avis sur la nature, la gravité et l'avenir de la défiguration des victimes.

Les cas de cette sorte, comportent, en médecine légale, des éléments d'appréciation de deux catégories fort distinctes :

1° *Eléments médicaux à proprement parler* (chirurgicaux) ;

2° *Eléments d'ordre social.*

La difficulté est précisément de tenir compte, dans une juste proportion, de ces éléments de sortes si différentes.

1° Eléments médicaux : Ce sont ceux dont la description est le plus aisée, car cela rentre dans l'ordre de nos occupations habituelles.

On décrira donc la situation très exacte de la cicatrice, son aspect, ses changements de coloration, la dénivellation sur les parties superficielles voisine .

On passera ensuite aux troubles de voisinage dus à la cicatrice. On étudiera, par exemple, et on décrira très exactement la gêne qui peut résulter de la présence des cicatrices en ce qui concerne les mouvements d'ouverture ou de fermeture soit des paupières, soit des lèvres. Ce sera aussi soit une obstruction partielle ou complète du canal de Sténon, soit un écoulement permanent de salive par le canal sectionné et communiquant avec le dehors ; ce sera encore un épiphora. Il pourra, dans certains cas, y avoir une gêne marquée des mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure etc.

En somme, c'est une description anatomique très complète, avec indication des troubles fonctionnels des divers organes voisins.

Dans certains cas également, la situation des cicatrices peut justifier entièrement les plaintes des blessés qui accusent des douleurs vives intermittentes ou continues.

Jusque-là, le médecin-expert ne pouvait guère être embarrassé ; mais, les difficultés commencent lorsqu'il s'agit de prévoir l'avenir, de dire ce que deviendront les cicatrices dans un avenir éloigné, à plusieurs années d'échéance, ou même au cours de toute la suite de l'existence. Il y a des cicatrices dont la coloration anormale ira en s'atténuant, mais parfois à échéance fort lointaine, au moins de plusieurs mois, souvent même de plusieurs années. Certaines cicatrices s'assoupliront. D'autres invinciblement rétractiles verront au contraire leurs inconvénients s'aggraver pendant un temps très long. Parfois, une cicatrice qui est à peu près invisible en été, ou par une température moyenne prend une coloration très vive et fort déplaisante lorsque le froid devient vif.

Mais, les réelles difficultés d'appréciation commencent lorsqu'il s'agit de dire ce qu'il en adviendra d'une cicatrice observée chez un enfant jeune, ayant par exemple moins de 5 ans ou même moins d'un an, ainsi que cela se présentait dans un cas récent. Au cours de la croissance, les cicatrices vont-elles aller en s'atténuant, ou,

au contraire seront-elles de plus en plus visibles, gênantes ? Que deviendra par exemple, à 20 ans, la forme de l'oreille chez cette fillette âgée de 6 ans et demi et qui avait subi un arrachement partiel, assez important de cet organe ; la restauration immédiate avait été assez satisfaisante, mais, que promettre pour l'avenir ? Ce sont des questions auxquelles on ne peut guère répondre qu'en faisant appel à une pratique chirurgicale très étendue. Le médecin-expert est appelé dans des cas de cette sorte à faire des réserves au sujet de l'avenir éloigné, réserves qui risqueront de mettre les juges dans un réel embarras. Les vastes délabrements du cuir chevelu par arrachement, par évolution de phlegmons étendus peuvent se masquer par certains artifices de coiffure, mais ils deviendront parfois beaucoup plus difficiles à dissimuler lorsque la mode changera ou surtout si une calvitie étendue, imputable à l'âge, vient à s'installer.

Puis, en ce qui concerne les défigurations, ne faut-il pas songer aux résultats qui peuvent être obtenus en faisant appel à la chirurgie esthétique ? Cette chirurgie esthétique a, depuis quelques années, une très mauvaise presse dans le monde judiciaire. Assez récemment encore, il ne m'était possible de couper court à une violente diatribe d'un juge contre cette spécialité qu'en lui disant : « Pourtant, supposez que, dans un accident d'automobile, votre fille ait le visage taillade par des éclats de vitre ; ne songeriez-vous pas à avoir recours à l'un des meilleurs chirurgiens de la restauration esthétique ? »

Certains blessés attendront peut-être d'avoir été indemnisés pour bénéficier ensuite d'une opération de cette sorte.

Volontiers, on s'imaginerait que toute défiguration se limite forcément au visage ou tout au plus encore à la tête, au cuir chevelu, au cou. Le mot lui-même de défiguration conduit à accepter tout d'abord cette délimitation.

Pourtant, il existe certains cas dans lesquels des accidents de même sorte peuvent siéger soit sur les bras, soit sur les avant-bras, soit sur les épaules, et même encore sur certaines portions supérieures du buste qui peuvent, à l'occasion être décolletées, lorsqu'une femme va au bal.

J'ai eu, en cette catégorie, à expertiser une femme jeune chez laquelle un accident d'automobile avait laissé une cicatrice très étendue et d'aspect vraiment peu fort esthétique située sur la face externe du bras. Réellement, il lui était devenu absolument impossible de porter une robe à manches courtes. Une autre femme, très mondaine, trouvait insupportable d'être atteinte, à la suite d'un accident d'automobile également, d'une luxation importante de l'extrémité externe de la clavicule. On pourrait, il est vrai, dans ce cas, faire une suture, mais la cicatrice opératoire ne serait-elle pas aussi peu esthétique ?

En ce qui concerne l'appréciation médicale pure, d'une défiguration, lorsqu'il s'agit de fournir aux juges un pourcentage d'appréciation d'une défiguration, on peut très utilement avoir recours, comme terme de comparaison, aux documents figurant à une Instruction du Ministère des Pensions, en date du 29 mai 1925, pour l'application du décret du 20 mai 1925 concernant la défiguration. Ce document comporte une série de reproductions photographiques de défiguration chez des blessés de guerre avec le pourcentage qu'il a paru convenable de leur attribuer. Ce pourcentage va depuis 10 % jusqu'à 60 %.

Ce document n'a assurément qu'une valeur relative, mais, quand même, il peut être utile à consulter. Il semble surtout qu'on ait intérêt à s'y reporter lorsqu'il s'agit de certains blessés qui ont tendance à exagérer à l'infini l'importance d'une défiguration assez minime pourtant, dont ils sont atteints. Sans être obligé, comme expert, de contester médicalement l'importance qu'ils y attachent, il peut être vraiment démonstratif de signaler que la lésion présentée par ce blessé est, par exemple, inférieure au chiffre de 10 %, selon le barème admis par le Service des Pensions militaires.

C'est surtout dans ce sens que ce barème militaire m'a été très utile dans un certain nombre de cas d'expertises.

***

A cheval, en quelque sorte entre le chapitre précédent et le suivant, il peut y avoir, dans certains cas, lieu à donner un aperçu sur la mentalité du sujet atteint. Il y a un état intellectuel de revendication ou bien de véritable révolte contre la lésion. Enfin, dans certains cas, l'état d'esprit de l'entourage peut être objet d'analyse ou d'interprétation. Ce sera, par exemple, une mère qui tous les jours, à toutes heures, se lamente sur l'état de sa fille défigurée, gémissant peut-être plus qu'elle ne le ferait s'il s'agissait d'elle-même.

2° Éléments d'ordre social : Ces éléments d'ordre social pourraient, à première vue, paraître échapper complètement à l'appréciation du médecin. Cependant il sera, semble-t-il, indispensable en fin de compte, qu'il en soit fait état, en chaque cas, dans le rapport médico-légal. Il vaut probablement mieux que le médecin se charge de les mentionner en toute équité, en se gardant soigneusement de prendre position soit pour la victime, soit pour l'auteur responsable du dégât. C'est un exposé de fait qui doit être établi en toute impartialité.

Les éléments sociaux *sont :*

Le sexe,
L'âge,
La profession,
Le milieu social et familial.

Quand on observe la moindre défiguration chez une femme jeune, il ne faut guère s'attendre à une appréciation calme, résignée, désintéressée. On verra se produire des revendications acerbes jusque chez de vieilles femmes ridées qui auraient pourtant pu tolérer avec un peu plus de placidité les effets d'une défiguration qui se noie dans les rides imputables à l'âge.

Le sexe a une extrême importance. La plupart des revendications tenaces sont faites par des femmes. Lorsque des mobiles imputables à la profession viennent s'y ajouter, on pourra dans certains cas, admettre aisément que le dommage est plus grand pour une artiste de théâtre, pour une artiste de cinéma, pour une femme du monde allant souvent en soirée.

Assez rarement, mais dans certains cas pourtant, ces mêmes éléments, âge, sexe, profession et milieu, pourront intervenir pour atténuer au contraire l'âpreté des prétentions. Tel était, par exemple le cas d'un vieux paysan qui, dans un accident d'automobile avait perdu toute la moitié supérieure d'une oreille. Interrogé sur l'ennui et la gêne qu'il pouvait en ressentir, il disait tranquillement : « Oh ! ça n'a pas d'importance! J'entends aussi bien qu'auparavant ! » Et il ajoutait de son ton le plus placide : « Je sais bien que cela n'est pas très beau, mais je vis dans ma ferme, à peu près seul avec mes bestiaux. Alors cela m'est égal ! »

Voilà donc bien réellement toute une série d'éléments sociaux que le médecin peut et doit signaler à l'attention des juges.

Mais, le médecin est-il bien qualifié pour en apprécier l'importance ? D'après l'expérience fournie par une série de cas dans lesquels des appréciations médicales avaient été effroyablement divergentes, pour la même expertise, les éléments sociaux risquent d'être appréciés par les médecins par des chiffres beaucoup trop différents.

A mon avis, le médecin doit indiquer seulement au juge, quels sont les éléments de cette sorte dont il y a lieu de tenir compte. Cela ne veut nullement dire que le médecin se considérera comme autorisé à en fixer le pourcentage.

Chaque fois donc que des expertises de défiguration sont confiées à un médecin par un Tribunal, il semble qu'on puisse prendre comme règle de conduite :

1° De faire une énumération et une description aussi complètes que possible de tous les troubles d'ordre médical en fournissant une appréciation sur la réalité, sur le degré de la gêne, de la lésion anatomique, des douleurs alléguées. Là, le médecin pourra même fournir un chiffre d'appréciation sur la base, par exemple, de ce qui a été indiqué plus haut.

2° Puis, de relater la série des éléments d'ordre social qui paraissent devoir intervenir à l'appréciation du cas.

Il est indiqué de joindre au rapport une ou plusieurs photographies faisant valoir aussi exactement que possible la mutilation défigurante. Dans beaucoup de cas, il faut savoir faire jouer l'éclairage à jour frisant, de façon que la lésion devienne apparente. Trop souvent, une photographie prise sans cette précaution et perpendiculairement à la lésion ne permettrait même pas d'en deviner l'importance.

On peut terminer le rapport en disant que les juges paraissent au moins tout aussi qualifiés que le médecin pour apprécier, en s'aidant du rapport, le taux du dommage causé à l'individu.

Jamais jusqu'ici, les juges des divers Tribunaux ne m'ont demandé de compléter un rapport établi d'après ces données, ni même de venir à l'audience pour y apporter une déclaration plus précise.

Il semble, par conséquent, que la conduite conseillée ci-dessus puisse être adoptée au moins dans la plupart des cas.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SAVOIE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 17 NOVEMBRE 1935

ORDONNANCES DES ASSURÉS SOCIAUX. — Le Docteur Piot expose les efforts faits depuis deux ans pour arriver à obtenir des Caisses que les assurés sociaux puissent conserver leurs ordonnances.

N'ayant pu, en s'adressant au Directeur départemental des Assurances sociales, avoir une réunion des présidents des Caisses pour trancher cette question, il a écrit au Préfet. Puis, n'ayant pas de réponse, il est allé le voir. Il lui a exposé toutes les difficultés qui résultaient pour les médecins dans l'exercice de leur profession du fait que les Caisses gardaient les ordonnances des assurés sociaux. M. le Préfet a affirmé qu'il ferait le nécessaire pour que les médecins puissent avoir satisfaction et, de fait, il faisait convoquer peu après la Commission départementale des Assurances sociales.

Devant cette Commission, le Docteur Piot exposa une fois encore la question. La plupart des membres parut favorable à la solution proposée, mais tout échoua par suite de l'intransigeance du Président de la Caisse d'Ugine qui refusa obstinément et réclama une nouvelle étude de la question.

Quelque temps après, une seconde réunion eut lieu sous la présidence de M. Roche. Là fut enfin acquis un résultat appréciable. En effet, à la suite des observations du Docteur Piot, les Caisses acceptent désormais de se contenter d'une copie délivrée par les pharmaciens des seules prescriptions médicamenteuses ordonnées par les médecins. Les pharmaciens n'auront donc qu'à recopier les médicaments prescrits par le médecin et le malade pourra conserver son ordonnance à condition que le médecin inscrive sur celle-ci : « Ordonnance à conserver par le malade. »

Au cours de cette réunion, M. Roche a demandé que, toutes les fois qu'il sera possibe, les médecins mentionnent sur la feuille de maladie leur nom et leur adresse au moyen d'un tampon, ceci pour éviter des fraudes toujours possibles.

M. Roche demande, en outre, que les médecins indiquent pour les conjoints et enfants d'assurés la durée de l'incapacité temporaire, afin de permettre aux Caisses de faire jouer le plafond de 10 francs par jour en moyenne pour les maladies ne comportant pas d'intervention chirurgicale.

Ces résultats sont appréciés à leur juste valeur par l'Assemblée, qui adopte également la suggestion de M. Roche.

TARIFS POUR EXAMENS MÉDICAUX D'ASSURANCE-VIE (Branche populaire.) — Les Asemblées du Syndicat de la Savoie avaient admis, jusqu'à présent que les honoraires pour tout examen médical en vue d'une assurance-vie quelle qu'elle fût devait être de 80 francs minimum.

A ce sujet le Docteur Piot donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par le Directeur régional de l'Union (Branche populaire), lettre qui fait ressortir que, dans cette branche, créée spécialement pour les petites bourses, l'examen médical est facultatif et s'adresse non à des proposants mais déjà à des assurés, ce qui réduit beaucoup la responsabilité du médecin et que, enfin, le rapport médical à fournir est beaaucoup moins détaillé que pour les contrats normaux; en conséquence, le prix de 40 francs au lieu de 80 francs est demandé par l'Assurance.

Le Docteur Piot dit que, les rapports que les médecins ont à fournir pour ces certificats sont d'une grande simplicité, et il propose qu'on en abaisse le prix à 50 francs.

A propos d'un incident dont il a été personnellement témoin, il estime, en outre, que le Syndicat doit obtenir des Assurances qu'elles laissent aux assurés le libre choix du médecin : elles peuvent proposer un médecin, c'est leur droit, mais elles ne devraient pas pouvoir l'imposer. Cette dernière question soulève des mouvements d'opinion divers.

Le président propose alors de donner à l'Assurance chaque année (du moins dans les villes d'une certaine importance) une liste de trois ou quatre médecins qui seraient désignés par l'Assurance pour délivrer ces certificats. Ainsi, un roulement pourrait s'établir entre les médecins désireux de participer à cette fonction (*Adopté*).

Quant à la question des honoraires, elle est résolue de la façon suivante : on vote à l'unanimité moins trois voix le *statu quo* (80 francs) pour les certificats assurance-vie normaux, et on admet 40 francs pour les certificats de branche populaire.

CONSEIL DE FAMILLE. — Le Docteur X... a comparu devant le Conseil de Famille à la suite d'une plainte de la Caisse départementale d'assurances sociales. Cette plainte ayant paru fondée, le président avait désigné le Docteur Veyrat père, pour faire une enquête. A la suite de son rapport, il a été jugé bon de traduire le Docteur X... devant le Conseil de famille. M. le Président donne lecture de la décision prise par celui-ci, qui interdit au Docteur X... de donner des soins aux assurés de la Caisse départementale pendant quinze jours.

Le Docteur Piot ayant communiqué à la réunion des Caisses le résultat de cette sanction, les Caisses ont paru très satisfaites que le contrôle technique du Syndicat ait joué de cette façon et, dans un geste de générosité, elles ont prié le président du Syndicat de bien vouloir annuler cette sanction.

LA CYCLOTHYMIE DANS L'HISTOIRE, LA LITTÉRATURE ET L'ART

Conférence du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE
à l'Union des Médecins arméniens de Paris

Le Docteur P. Cololian, président de l'Union des médecins arméniens de Paris, avait pensé à inviter le *Concours Médical* à ce délicat régal psychologique : une conférence du Professeur Laignel-Lavastine.

Et quel sujet passionnant !

La cyclothymie, ou mieux la psychose périodique, c'est cette maladie, autrefois connue sous le nom de folie intermittente, caractérisée par des périodes de déséquilibre psychique, tantôt à type d'excitation euphorique, tantôt à type de dépression mélancolique, alternant avec des phases de lucidité normale.

La psychose périodique peut atteindre le commun des mortels ; mais chez les hommes politiques, les littérateurs, les artistes, l'analyse de la psychose sera beaucoup plus complète ; en effet, dans ce cas, en dehors de l'étude directe de l'individu, l'étude des événements historiques, des écrits ou des œuvres d'art, représente un moyen indirect de préciser les caractères de la psychose.

Le Professeur Laignel-Lavastine examine d'abord la psychose périodique dans l'histoire :

Son premier malade, c'est le Basileus Héraklios, Empereur de Bysance. Fils de l'Exarque d'Afrique, il débarque, en 610, à Bysance, s'empare de la ville, fait mettre à mort Phocas, ancien centurion devenu Empereur. Maître de l'Empire, brutalement, il tombe en proie à une crise de mélancolie et se désintéresse des affaires publiques. Les marches de l'Empire sont envahies par les Barbares : les Perses s'emparent de Jérusalem, les Avars campent sous les murs de Bysance, les Wisigoths prennent les dernières colonies grecques d'Espagne : Héraklios, enfermé au fond de son Palais, ne s'occupe de rien. Puis brusquement, le voici plein d'ardeur : il réunit des troupes, les arme, les entraîne, se met à leur tête, envahit l'Arménie, bat les Perses, repousse les Avars, rapporte la vraie Croix à Jérusalem, rétablit la situation en Syrie et en Egypte.

A ce moment précis où l'Empire semble plus brillant que jamais, Héraklios retombe dans une apathie inactive complète, coupée de crises religieuses : ausitôt les Arabes s'emparent de la Syrie, de l'Egypte, tandis qu'Héraklios, en proie à la thalassophobie, se fait construire un immense pont de bateaux couvert et encadré de feuillages afin de traverser le Pont-Euxin, sans que la vue de l'eau n'affecte son esprit désiquilibré...

Le deuxième client du Professeur Laignel-Lavastine est sensiblement plus jeune : c'est Danton. Danton chez qui en ses cinq années de vie publique, on peut retrouver cinq périodes d'excitation et trois de dépression. Périodes d'excitation : c'est le Danton, tribun irrésistible, toujours sur la brèche, à qui tout réussit, le Danton des Cordeliers, le Danton chef de bande révolutionnaire envahissant de nuit la Bastille, le Danton, ministre de la Justice, bondissant à la tribune, quand tout paraît désespéré et déclarant : « le tocsin qu'on va sonner n'est pas un signal d'alarme, c'est la charge sur les ennemis de la Patrie. De l'audace, encore de l'audace, toujours de l'audace, et la France est sauvée », paroles prophétiques qui sont suivies de la bataille de Valmy et de la retraite du roi de Prusse, — Crises de dépression : c'est le Danton abattu, apathique, réfugié à Arcis-sur-Aube, où il cultive son jardin, se laissant accuser de vénalité, n'agissant qu'à contre temps, velléitaire impuissant au moment du procès des Girondins, se défendant maladroitement au cours de sa propre condamnation à mort.

Parmi les littérateurs, M. Laignel-Lavastine analyse le cas de William Cowper, poète anglais, né à Barkhamstead en 1731. William Cowper est d'abord un joyeux compagnon, se livrant à des espiègleries dans l'étude de M. Chapman, puis il s'improvise avocat sans cause, dilapidant doucement son patrimoine, ainsi que le dit Sainte-Beuve. Il réussit à se faire nommer secrétaire à la Chambre des lords — et brusquement tombe dans une crise de mélancolie, au cours de laquelle il tente de se donner la mort par strangulation. Dès lors, vivant dans une famille amie, il coulera une vie oisive, coupée de crises d'excitation ou de dépression, tantôt écrivant, tantôt passant des journées entières à donner des soins jaloux à ses trois lièvres apprivoisés Bess, Tiney et Puss, le lièvre préféré. Dans ses poésies, on retrouve la trace de ses brusques sautes d'humeur : délicat poète de la nature et de la vie domestique, c'est par une bouffonnerie, l'histoire divertissante de John Gilpin qu'il devient populaire. Son amie, lady Austen lui suggère le sujet d'une poésie : « le sopha sur lequel vous êtes assis » ; et William Cowper écrit « la Tâche » ; durant une centaine de vers, il est bien question du sopha, puis Cowper se met à décrire la vie des rudes ancêtres, les Pictes et les Bretons, gémit sur les calamités naturelles, vante le charme d'un jardin, la douceur du soir d'hiver, raconte ses souvenirs personnels, chante une promenade d'hiver à midi...

Enfin, chez les artistes, c'est Vincent Van

Gogh, le peintre, sur le caractère duquel se penche M. Laignel-Lavastine.

En proie à des manifestations bizarres, crises de mélancolie associées à des phénomènes hallucinatoires, alternant avec des crises d'épilepsie, Van Gogh est d'abord employé à la maison Goupil, à Paris et à Londres ; il copie ensuite Millet, peint des tableaux réalistes, des fleurs éclatantes, fait des portraits.

Il s'installe à Arles ; un jour, au cours d'une crise, il se coupe l'oreille, puis après l'avoir soigneusement nettoyée, l'enveloppe dans un élégant paquet qu'il porte en hommage à une jeune femme qu'il admire ; il est soigné quelque temps à l'Asile de Saint-Rémy-de-Provence ; il se tue enfin d'un coup de revolver, à Auvers-sur-Oise. M. Laignel-Lavastine retrouve dans ses tableaux la marque de sa maladie, et il oppose le tableau de l'alouette, volant gaîment, au-dessus d'un champ dont les épis de blés épanouis brillent sous les rayons du soleil, — au tableau du vol de corbeaux noirs, coassant dans un ciel sombre, lourd de nuages, au-dessus d'un champ dont les épis courbés attestent la violence de l'ouragan...

Rassemblant les éléments de son étude M. Laignel-Lavastine insiste sur l'aide féconde que le psychiatre peut apporter à l'historien, dans la recherche de la genèse de certains événements historiques qui paraîtraient imputables à la fatalité si on ne retrouvait leur cause immédiate dans le psychisme de tel ou tel homme politique ; il montre combien la critique littéraire ou artistique peut s'enrichir d'une bonne étude psychiatrique ! et il conclut en rendant hommage à la maladie, sans laquelle des chefs d'œuvres littéraires ou artistiques n'auraient pas vu le jour.

(En réfléchissant, on ne peut s'empêcher, croyons-nous, de faire une distinction entre les hommes politiques et les artistes étudiés par M. Laignel-Lavastine ; si les littérateurs, si les artistes, grâce à leur folie, furent des hommes de génie, tant mieux — et nous ne pouvons que nous en réjouir. Que cette psychose périodique, en contre-partie, ait poussé l'un à élever avec amour de petits lièvres apprivoisés — ou incité l'autre à se couper l'oreille avant de la mettre dans un joli petit paquet, ma foi — nous n'y voyons aucun inconvénient. Mais il n'en est plus de même pour les hommes politiques : si l'un d'eux nous fait guillotiner, peu nous chaut que ce soit par méchanceté pure, ou parce que le pauvre homme était dans une période de dépression mélancolique. Aussi, de même que à chaque instant, nous réclamons l'examen médical obligatoire des candidats au permis de conduire les automobiles, nous devrions bien exiger un examen psychiatrique obligatoire des candidats-conducteurs d'hommes. La psychose périodique, nous semble-t-il, pourrait-être une cause formelle de refus du permis...).

Dès que M. Laignel-Lavastine eut terminé, le Docteur Cololian, suivi de plusieurs éminents médecins de la colonie arménienne de Paris, le remercièrent en termes choisis à la fois du plaisir qu'il leur avait fait en acceptant de les avoir pour auditeurs — mais aussi de la bonté et du dévouement qu'il a toujours prodigué aux pauvres réfugiés arméniens de Paris.

Les orateurs rappelèrent combien d'Arméniens avaient été tués pendant la grande guerre aux côtés des soldats français, défenseurs de la justice et de la liberté ; ils montrèrent comment actuellement de nombreux étudiants arméniens suivent les cours des facultés françaises, pressés d'achever leurs études par leur jeune et petite mère-patrie qui a besoin d'eux pour continuer l'œuvre commencée ; ces futurs savants, instruits à l'école de nos maîtres, feront rayonner là-bas le génie de la science française.

Parmi les paroles de remerciements, les plus émouvantes furent prononcées, non par un médecin, mais par M. Guerdan, l'éloquent écrivain, qui avait tenu à assister à la conférence du Professeur Laignel-Lavastine.

Il dit combien les Arméniens aiment la France, leur seconde patrie, la France hospitalière, indulgente et humaine, pour qui toujours le droit a primé la force, la France généreuse, la France des Croisades et des Droits de l'Homme. Il peignit la misère de certains de ses frères arméniens, dont la patrie est encore déchirée entre plusieurs pays étrangers, la République arménienne n'occupant qu'une partie du territoire de l'Arménie historique. Il montra quelle hypersensibilité caractérise les Arméniens, se souvenant éternellement du bien comme du mal qu'on leur a fait. Il termina en remerciant, en la personne de M. Laignel-Lavastine, la France de son accueil hospitalier et lui dit que le seul regret qu'il avait à exprimer, c'est celui de n'avoir pas été son élève.

En écoutant de telles paroles, on est vraiment ému de voir comment la lutte contre les « Métèques indésirables » a été parfaitement interprétée par les vrais amis de la France. Ils ont bien compris comment devant le véritable envahissement de « métèques malhonnêtes », sans conscience, se conduisant dans le pays qui voulait bien leur accorder l'hospitalité comme en pays conquis, les Français avaient dû réagir, mais ils ont tout de suite saisi que de tels gestes ne s'adressaient nullement à des étudiants étrangers venus en France s'instruire avant de regagner leur pays — ou à de malheureux réfugiés, chassés de chez eux.

Nos vrais amis étrangers savent que le Français moyen n'est pas cyclothymique, mais plein de mesure et de bon sens, fier à la fois de la France des Croisades et de la France des Droits de l'Homme.

R. Fasquelle Saint-Yves Ménard

UNE QUERELLE D'ÉRUDITS

En écho à mon article récent sur « La renaissance du spiritualisme en médecine », le Docteur L. Cornet, de Pau, m'a très aimablement envoyé le texte d'une conférence qu'il prononça, voici quelques mois, sur « le Docteur Armaingaud, Montaigne et nous ».

Le Docteur A. Armaingaud est ce confrère à qui Paris doit la statue de Montaigne élevée en face de la Sorbonne et inaugurée il y a environ deux ans. Il mourut peu après, à 92 ans, ayant empli ses jours de travaux et de bienfaisance.

Il eut deux passions: la salubrité publique et Montaigne. A 30 ans, avec un zèle d'apôtre, il crée à Bordeaux un cours municipal d'hygiène qu'il professe gratuitement pendant dix-sept années consécutives. Quelques années plus tard, persuadé de l'excellence du climat marin pour lutter contre la tuberculose, il loue sur les bords du bassin d'Arcachon un local dans lequel il héberge et entretient à ses frais quarante enfants pauvres. L'œuvre séduit quelques bienfaiteurs et dès le début de 1887, le Sanatorium maritime d'Arcachon est ouvert. Armaingaud n'est pas homme à se reposer sur les lauriers. En moins d'un an, il met encore sur pied le sanatorium de Banyuls ; et, en 1892, fonde la Ligue contre la tuberculose. Initiative qui fut saluée d'un hommage solennel au IIIe Congrès de la tuberculose présidé par Verneuil.

C'est alors qu'Armaingaud se voue à l'œuvre de son grand ami le philosophe périgourdin. De 1905 à 1928, il met sur pied la grande édition, en trois volumes in folio des « Essais », publiée aux frais de l'Etat par l'Imprimerie Nationale. Edition magnifique, reproduisant avec les mêmes caractères et une netteté d'impression extraordinaire le fameux exemplaire de Bordeaux de 1588.

A partir de 1923, chez l'éditeur Conard, se succèdent une série de petits volumes rééditant les mêmes « Essais », annotés et commentés par Armaingaud lui-même.

Il n'est pas commode d'interpréter l'œuvre de Montaigne. Elle est complexe ; elle est étrange. Ces curieux « Essais » ont été composés par stratification, si l'on peut dire, à des dates différentes. Il y a, en réalité, plusieurs livres imbriqués l'un dans l'autre. Ainsi l'édition de 1580 est d'un grand liseur, d'un hobereau féru d'antiquités latines. Mais les interpolations manuscrites de 1588 proviennent d'un voyageur qui a vérifié ses lectures au spectacle du monde, qui a été par deux fois maire de la plus grande ville du royaume après Paris, et qui a joué un rôle important dans les événements politiques de son temps.

Armaingaud a étudié surtout le portrait moral de Montaigne, sa religion, sa politique. Et le Docteur Cornet l'accuse, amicalement, d'avoir quelque peu défiguré son auguste modèle.

Certes, il a eu raison de biffer certains traits de physionomie par lesquels la tradition déformait à plaisir le masque originel. Certes, il convenait de protester contre le soi-disant égoïsme et scepticisme de Montaigne. Montaigne était foncièrement bon ; et il a toujours pris parti contre le fanatisme, la couardise, l'intolérance, la méchanceté, le mensonge. Il n'a jamais dit, comme le lui font dire les magisters, que le doute était un mol oreiller, mais bien « O que c'est un doux et mol oreiller, et sain, *que l'ignorance et l'incuriosité à reposer une tête bien faite* ». Certes, enfin, il était bon de proclamer qu'il est un maître de santé morale, ou, suivant le mot de Sainte-Beuve, le plus sage Français qui ait existé.

Mais où Armaingaud a péché aux yeux du Docteur Cornet, c'est quand il a entamé le chapitre de la religion de Montaigne. Armaingaud, ancien secrétaire de Littré partageait la foi positiviste de son maître. Et il a écrit « A partir de l'époque où il composa les Essais, Montaigne n'avait aucune foi, ne croyait à aucun dogme, soit catholique, soit protestant ».

Voire ! se récrie le Docteur Cornet. D'abord en plus de vingt endroits, Montaigne fait profession de sa foi catholique et pratique ouvertement sa religion.

Ce serait mal le connaître que suspecter sa sincérité. Souvenons-nous que ce bouillant XVIe siècle alliait harmonieusement la croyance et la libre recherche. Souvenons-nous de la dévotion éclairée d'un Ronsard ; saluons en Erasme le grand satirique du siècle et un adepte fervent de l'Evangile ; relisons dans le chapitre du « Trépas des Héros » la page où Rabelais se situe dans un indéniable christianisme. Le XVIe siècle ne jugeait pas inconciliables la hardiesse la plus grande et la soumission au dogme. Ainsi pensèrent aussi Descartes, Ampère, Chevreul, Pasteur. (D'accord! mais si le dogme devenait suspect, c'est une éventualité qu'il faut prévoir, que ferait alors la « hardiesse la plus grande » ?)

Sur le chapitre politique Armaingaud et le Docteur Cornet divergent encore. Mais ils nous font, quoi qu'il en soit, de curieuses révélations. Savait-on que Montaigne fut l'ami et le conseiller du Béarnais et que, par trois fois au moins, il servit d'intermédiaire entre celui-ci et Henri III ?

« Henri IV, écrit Armaingaud, nous semble avoir été le grand objet de Montaigne en politique. Sans son amitié pour lui, il nous paraît même possible qu'il n'aurait pas fait des Essais un livre d'action et de combat. »

«Pas du tout, riposte le Docteur Cornet, Montaigne a fait de la politique parce qu'il y a été poussé par les circonstances et à son corps défendant. Et vous me faites rire en appelant les Essais un livre d'action et de combat. »

Ne mettons pas le doigt entre l'arbre et l'écorce, et savourons plutôt ce que nos deux confrères ont colligé sur les rapports de Montaigne avec la médecine et les médecins. On sait que le grand écrivain fut aussi un grand douloureux, et qu'il promena sa goutte et sa colique néphrétique en force endroits où il espérait trouver la guérison. Il absorbait consciencieusement de la casse, de la térébenthine et même des remèdes mystérieux, dignes précurseurs de ceux que proposent aujourd'hui aux gogos les quatrièmes pages des quotidiens. Tout cela fut vain et Montaigne continua à souffrir mort et damnation. Au lieu d'intenter une action en justice, comme il est de mode aujourd'hui, il se vengea des médecins en les fustigeant de verges trempées dans du vinaigre.

« Il nous jettent aux maladies afin qu'ils aient où employer leurs drogues et leur art. Ils mangent le melon et boivent le vin frais tandis qu'ils tiennent leur patient obligé au sirop et à la panade. Ils font telle description de nos maux que fait un trompette de ville qui crie un chien ou un cheval perdu : tel poil, telle hauteur, telle oreille ; mais présentez-le lui, il ne le connaît pas pourtant ... »

Hélas ! Confrères, baissons la tête, après que Montaigne vient de nous la laver avec une telle vigueur. Et n'ayons à son encontre, ni hargne, ni ressentiment pour ce qu'il a écrit ailleurs avoir trouvé chez les médecins beaucoup «d'honnestes hommes et dignes d'être aimés ».

Dignes d'être aimés de Montaigne. C'est là, souligne le Docteur Cornet, un titre de noblesse. Et celui-là a sur les autres, la distinction rare de ne s'acquérir ni par l'argent ni par les courtisaneries.

G. Lavalée.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Jean Marvaud. — Satires politiques et médicales. Vigot frères, éditeur, 23 rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

Un médecin est toujours un peu un poète. Après les « Sonnets du docteur » voici les satires du docteur. Dans cette édition très joliment présentée, le docteur Marvaud nous croque une série de petits tableaux, drôlement versifiés, où se jouent l'observation malicieuse des choses et des gens, un sens critique aiguisé et une douce ironie teintée parfois d'un peu de mélancolie. Le docteur Marvaud est un philosophe qui ne se paie pas d'illusions sur la vie contemporaine, qui la juge à sa valeur très relative et sait nous distraire en nous amusant. Même ceux qui ne partageront pas toutes les idées de l'auteur souriront en le lisant.

L'imprimeur à réalisé pour cette édition de luxe de la librairie Vigot un très beau travail typographique.

P. S.

Les mille et.... quelques manières d'égorger le contribuable (1).

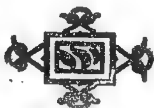
Le Midi bouge ! De Marseille nous arrive ce livre vengeur, sonore casserole attachée à la queue du chien enragé Fisc. La documentation en est surabondante : extraits de presse, exemples de spoliations fiscales, tableaux statistiques. Pour donner le ton de l'ouvrage, il suffira sans doute de cette citation liminaire :

« La fiscalité *romaine* devint une plaie effroyable dont nous n'aurions pu nous faire l'*idée*, il y a quinze ans. Aujourd'hui nous n'avons qu'à regarder la nôtre.... Ce fut une guerre d'embûches, de perfidies et de violences à la fois que le fisc infligea aux citoyens (Camille Jullian).

Excès auxquels, nos gouvernants s'en souviennent-ils, les barbares vinrent mettre bon ordre.

G. L.

(1) « L'Archer », 37, boulevard Dugommier, Marseille 1935.



PEUT-ON LE DIRE ?

Cette question est le titre d'une conférence du Docteur D. B. Armstrong, de New-York, dans laquelle sont soulevés quelques points intéressants concernant l'hygiène, ses effets, ses bases scientifiques, et les moyens de sa propagande (1).

Il faut, d'après le conférencier, classer les faits de la médecine préventive en trois catégories. Tout d'abord, il y a des vérités incontestées, et qui représentent des certitudes *presque* absolues : *presque* parce qu'il y a des limites à la certitude médicale, et que les mots « toujours », et « jamais », avec quelques autres, doivent être bannis du vocabulaire de notre art. C'est ce que ne comprennent pas les statisticiens, par exemple, qui prononcent des 100 pour cent avec une assurance mathématique.

Le régime, par exemple, nous fournit des cas de certitude. Il est certain que notre alimentation doit contenir un certain taux de calcium, de vitamines, et d'albumines. La difficulté commence quand il s'agit d'établir des menus ; mais il y a ici au moins une base scientifique indiscutée.

Il en est de même des rayons ultra-violets, naturels ou artificiels ; l'embarras vient du dosage de ces éléments, d'une valeur thérapeutique certaine.

Nous avons aussi des données positives sur les contagions. Nous connaissons exactement le rôle de l'eau dans la propagation de la fièvre typhoïde, celui des porteurs de germes dans celle de la diphtérie ; nous savons que la rougeole naît du contact avec un rougeoleux. Nous savons qu'il est important de se laver les mains avant de manger, et après avoir vidé son rectum. Ces notions ont abouti à d'excellents résultats prophylactiques ; et d'une façon moins absolue, à des guérisons nombreuses par l'utilisation des sérums et des vaccins.

Mais, si les bases sont solides, les méthodes sont encore incertaines. Le mouvement en faveur de la médecine préventive, c'est-à-dire des examens de santé, le « prévenir, c'est guérir », la détection précoce des maladies, s'est rapidement développé à la faveur d'heureuses devises. Il est sûr que mainte tuberculose, maint cancer, mainte affection cardiaque, maint diabète, ont été repérés par cette méthode. Mais combien de médecins connaissent la technique de ces examens préventifs, les moyens simples et sûrs du diagnostic précoce ? Combien sont outillés pour les pratiquer ? Combien même d'hôpitaux ou de services cliniques sont organisés pour cela ?

(1) *Journal of Health and Physical Education*, juin 1935.

Le résultat est que la méthode des examens préventifs est critiquée par les médecins, qui mettent en doute ses possibilités, ou bien craignent ses conséquences sur le psychisme de l'examiné ; elle l'est aussi par les profanes, qui constatent les flottements de la méthode et son inefficacité ; et, en dernière analyse, la propagande pour les examens préventifs sert surtout aux charlatans pour fabriquer des malades imaginaires. Voilà un exemple d'une technique sûre dans son point de départ, handicapée par l'absence de méthode, et déshonorée par la plupart de ceux qui l'exploitent.

Il y a d'ailleurs des vérités qu'il n'est pas utile de propager parce que les possibilités de leur emploi font défaut. On peut conseiller aux mères d'immuniser leurs enfants contre la diphtérie, parce que cela est à leur portée ; mais à quoi bon faire naître l'espoir de guérir une poliomyélite avec le sérum de convalescent, s'il est impossible d'en trouver ?

La propagande de l'hygiène, d'ailleurs, ne doit en aucune façon servir à des cas personnels et particuliers ; cela est du ressort du médecin traitant : mais à la condition qu'il soit à la fois bien au courant de l'hygiène sur quoi on le consulte, et surtout qu'il ait à sa disposition, l'organisation et l'outillage nécessaire pour mettre en pratique ce qu'il conseille.

***

Il est des cas, cependant, où il est indispensable d'être affirmatif et dogmatique : c'est quand on demande de l'argent au public ; il n'en donnerait pas si on faisait, sur tout ce que l'on propose, des réserves nées du doute philosophique. Le public vit d'espoir ; il faut lui dire que « l'Eldorado est derrière la montagne », comme les politiciens assuraient que la prospérité était au coin de la rue ; le mensonge, quand il s'agit d'hygiène, est justifié par son but, et aussi par la courte mémoire des bienfaiteurs, qui réclament rarement leur argent, en se plaignant qu'on les a trompés. Il faut aussi, dans une campagne hygiénique comme dans une campagne militaire, obtenir une adhésion sans réserves des collaborateurs nécessaires, qui doivent avoir la foi et non pas vivre dans le doute.

***

Mais voici une autre catégorie de faits universellement prêchés, et qui n'ont aucune base scientifique, ou presque pas. Pourquoi, en Amérique, recommande-t-on de boire au moins quatre verres d'eau fraîche par jour ou quelquefois six ? Sur quelles bases conseille-t-on de dormir

huit heures par jour ? Est-il bien sûr que l'air frais « endurcisse » contre les rhumes ? Savons-nous exactement ce que c'est qu'un rhume ? On nous impose « l'exercice ». Pourquoi ? Est-ce une loi aussi définie que la prévention de la variole par la vaccine ? Bien des gens, cependant, faisant beaucoup d'exercice, meurent jeunes, et beaucoup d'autres atteignent une grande vieillesse sans avoir jamais beaucoup remué.

Et le « un bain par jour » ? d'où tire-t-on qu'il y ait là une nécessité hygiénique ? Quelles maladies empêche-t-il ? Par quel mécanisme nous apporte-t-il la santé et la longévité promise ? Il y a-t-il là une certitude égale à celle de la déficience en vitamines ?

A vrai dire, il est excellent que les gens se lavent, il est bon qu'ils boivent de l'eau, à condition de ne pas mettre trop de whisky dedans, et qu'ils dorment assez longtemps et la fenêtre ouverte. Ces prescriptions, qui sont devenues, un Décalogue, ont au moins le mérite de ne pas nuire.

Mais il y a d'autres dogmes qui sont de dangereuses erreurs. On prêche partout (en Amérique), par exemple, que « les dents propres ne se carient pas ». C'est une contre-vérité.

Un exemple frappant de ces affirmations est la théorie selon laquelle un poids insuffisant, chez *un enfant, est un signe de tuberculose. C'est par*faitement faux. Le Phipps Institute de Philadelphie a contrôlé le poids, la radiographie, l'auscultation, la cuti-réaction, de 1.000 enfants des écoles de New-York.

Le diagnostic de tuberculose a été fait pour 185 d'entre eux. Sur le groupe de 1.000, 128 enfants étaient, comme poids, de 10 % ou plus au-dessous de la moyenne, mais 18 seulement des tuberculeux appartenaient à cette catégorie de maigres. En réalité, il y avait beaucoup plus de tuberculeux chez les enfants à poids supérieur que chez ceux à poids déficient.

On voit que la propagande hygiénique demande de la raison et de l'intelligence. Ne pas affirmer ce que l'on ne peut prouver ; classer ses certitudes selon leur degré, éviter les assertions fausses, surtout si elles conduisent à des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques ; prendre soin de ne pas servir, avec des dogmes aventureux, les intérêts des charlatans et non ceux de l'hygiène, s'assurer des méthodes et des moyens avant de prêcher des théories, se contenter modestement de ce que l'on peut atteindre, et ne pas sacrifier le possible à l'incertain et au fallacieux, voilà des règles, que l'on croirait cartésiennes, et qui doivent rester présentes à l'esprit de tout hygiéniste désirant garder un esprit sain et une activité efficace.

Ph. DALLY.

DE « MRS. DALLOWAY » ET « ULYSSE » A LA MÉDECINE PSYCHANALYTIQUE

M. André Maurois, dans sa préface au roman de Virginia Woolf, Mrs Dalloway, écrit : « On voit que les scrupules de l'auteur placée en face de la matière romanesque, c'est-à-dire des hommes et des femmes occupés à leurs actions quotidiennes, étaient ceux qui avaient, un peu plus tôt, troublé les peintres impressionnistes devant les jeux de la lumière. Il est faux, avait dit un Monet, que les objets aient une forme. Il n'y a pas la meule, la cathédrale, le peuplier, il y a la meule et la cathédrale à telle heure et sous tel éclairage. Il est faux, pensait à son tour Virginia Woolf, qu'un caractère soit un objet à décrire de l'extérieur. Un esprit humain n'est autre chose que le cours continu des images et des souvenirs. Si un romancier veut être vrai, il importe qu'il soit fidèle à ces images glissantes.

Etait-il possible d'écrire ainsi un roman tout entier, de créer des personnages et de les faire vivre ? Il y avait bien l'*Ulysse* de Joyce, mais, avec des qualités très grandes, *Ulysse*, considéré comme roman, était un échec et Virginia Woolf le savait bien. « Ulysse écrivait-elle, fut une catastrophe mémorable — audace de géant, terrible désastre ». *Mrs Dalloway*, livre non moins hardi, fut une victoire. »

Les médecins reconnaîtront tout de suite, s'ils ont lu le roman de Virginia Woolf et fût-ce quelques pages de l'œuvre curieuse, déconcertante, courageuse, brutale de James Joyce, sous le voile de certaines expressions de M. André Maurois, la méthode employée par les psychanalystes pour délivrer leurs malades de tous les refoulements qui encombrent leur inconscient. La vérité à laquelle se doit l'auteur d'un roman, d'un psychologue est dans la description des « images glissantes », des souvenirs qui se succèdent comme en un mouvement filmique, d'un cours continu d'impressions qui fuient, changent, tels des flots courts ou des vagues plus fortes ridant ou agitant la surface de l'onde. Que fait l'analysé complètement laissé par le psychanalyste à lui-même ? Assis dans son fauteuil ou étendu sur un divan il dit, selon l'expression consacrée, ce qui lui passe par la tête, flux de paroles apparemment incohérentes, de raisonnements pouvant paraître sans suite, mais certainement en rapport avec un dessin intérieur à saisir, des

traits déterminés, fixes, à reconnaître et à interpréter. Les mots du malade ressemblent à ces plissements fluides lents, rapides, calmes ou violents de l'eau courante. Mais il y a le fond de l'élément liquide et le dedans aux profondeurs multiples et mystérieuses du patient. Et le médecin, parce que la médecine est plus un art, dans la psychologie, qu'une science — du fait même qu'on se trouve plus souvent en présence de malades, de cas psychologiques ou psycho-physiologiques individuels que de maladies — remarque tout de suite les termes fatidiques, qui reviennent, qui insistent, émergeant comme malgré le psychanalysé, révélateurs de ses soucis les plus secrets, de ses obsessions, du mal rongeur refoulé depuis des mois, des années. Le psychanalyste a lu au « dedans », dans le « fond ».

Or, dans *Ulysse*, l'auteur James Joyce semble être un « Freud » qui relate non sans grand talent parfois, mais dans la majeure partie de son roman avec un procédé trop voulu, un style lourd, une manière incompréhensible par absence de ponctuations, les aveux confus ou plus pertinents, de ses analysés. Lisez ce passage :

— « *Quoique ça ne lui a pas fait beaucoup de plaisir le jour où j'avais le fou rire que je me roulais sans pouvoir m'arrêter parce que toutes mes épingles à cheveux tombaient l'une après l'autre avec la masse de cheveux que j'avais vous êtes toujours de belle humeur elle dit oui parce que ça la vexait parce qu'elle savait ce que ça voulait dire parce que je lui en racontais pas mal de ce qui se passait entre nous deux pas tout juste assez pour lui faire venir l'eau à la bouche mais ce n'était pas ma faute elle n'a guère remis les pieds chez nous après que nous avons été mariés je me demande comment elle est devenue maintenant depuis le temps qu'elle vit avec son dingo de mari...*

Un psychanalysé, sans aucun affinement d'intelligence ou de sentiment, défile ainsi son chapelet et le médecin psychologue découvre que l'anguille sous la roche est certainement une femme qui a joué ou continue encore son rôle dans la formation de l'idée fixe obsédant le névrosé...

Je me refuse à citer ici une page où Stephen, Lynch, les Filles, Bella et Zoé dialoguent avec une crudité de langage qui ferait rougir les héros du *Journal d'une femme de chambre*, d'Octave Mirbeau et je confesse n'avoir qu'assez mal compris le sens de l'entretien qui précède et suit ces épanchements freudiens et autres courant sur plus de cent pages. Et je présente au lecteur ces autres lignes :

— ... *Bloom passait devant Barry. Voudrais bien pouvoir. Voyons. Si j'avais ce thaumaturge. Vint-quatre hommes de loi dans cette maison-ci-Chicanes. Aimez-vous les uns les autres. Montagnes de papier timbré... Leux Bloom, huileux bloom lisait ces dernières paroles. En sourdine.* QUAND MON PAYS PRENDRA SA PLACE PARMI. *Rrrrpr. Fff. Oo. Rrpr.* LES NATIONS DE LA TERRE. *Personne derrière. Elle est passée.* ALORS, MAIS ALORS SEULEMENT. *Un tram-kran, kran, krans. Bonne occas. Attention. Krandlkrankran. Je suis sûr que c'est le bourgogne. Oui, un, deux.* QUE MON ÉPITAPHE SOIT : *Kraaaaaaa.* ECRITE. J'AI.

Un ivrogne invétéré, avec réminiscences évangéliques confuses et vagues, souvenirs d'articles patriotiques, pensera, dans une hantise de la mort libératrice, écrire ainsi son épitaphe et parlera en ces termes ou s'exprimera de cette manière :

— ... *Elle était belle à voir. Elle avait sa robe bouton d'or, grand décolleté avec tous ses avantages en montre. La beauté de la musique il faut deux fois pour la comprendre, la femme et la nature, c'est en un clin d'œil. Mes tempes si choses. Philosophie. Balançoires ! La haine. L'amour. Des mots. Rudy. Bientôt, je serai vieux.*

On a comparé *Ulysse* de James Joyce et telle œuvre de Marcel Proust. Aucun rapport, même le plus lointain. Il y a, en effet, « procédé », uniformité de manière chez l'auteur des « Swann » et des « Guermantes ». Mais aucun des défauts que j'ai signalés à propos d'*Ulysse* ne se retrouve chez Proust. Et si le poète des *A l'ombre des jeunes filles en fleur* a laissé une riche « substance psychanalytique » à méditer par son mode de pénétrer l'inconscient humain, ses héros ne parlent pas en psychanalysés, autrement dit en malades. Aussi le verdict de Virginia Woolf demeure-t-il pertinent : « Ulysse fut une catastrophe mémorable — audace de géant, terrible désastre ». Certes, dans le torrent ulysséen, de près de mille pages ne roulent pas seulement, en flots troubles, ces déchets aux odeurs de chambres d'hôpital. Mais, c'est presque travail de scaphandrier que trouver, reconnaître et apprécier les perles de sensibilité et les diamants de pensée charriés dans le cours tumultueux de cette œuvre littéraire. Et quoi qu'on en dise, un roman ne doit pas représenter le complément pseudo-artistique ou le succédané d'une revue médicale. Voyons si Virginia Woolf, que l'on a aussi comparée à Marcel Proust, a su éviter, dans son ouvrage le plus original, Mrs DALLOWAY, la « méthode psychanalytique » si brutalement manifeste chez James Joyce. Mais laissons la parler et, tout de suite, l'âme, la substance mêmes de son ouvrage apparaîtront au lecteur.

— ... *Examinez pour un instant, un esprit ordinaire en un jour ordinaire. L'esprit reçoit une myriade d'impressions, banales, fantasques, évanescentes ou gravées avec la netteté de l'acier. A mesure qu'elles tombent, à mesure qu'elles se réunissent pour former la vie de lundi, la vie de mardi, l'accent se place différemment ; le moment important n'est plus ici, mais là... La vie n'est pas une série de lampes arrangées systématiquement ; la vie*

est un halo lumineux, une enveloppe à demi-transparente qui nous enserre depuis la naissance de notre conscience. Est-ce que la tâche du romancier n'est pas de saisir cet esprit changeant, inconnu mal délimité, les aberrations ou les complexités qu'il peut présenter, avec aussi peu de mélange de faits extérieurs qu'il sera possible. Nous essayons de faire comprendre, que la vraie matière du roman est un peu différente de celle que la convention nous a habitués à considérer. »

Nous nous retrouvons par devers le déroulement filmique des mouvements de notre monde intérieur. Le romancier interprète, comme le médecin, mais sous une forme artistique qui lui est propre, ses observations psychanalytiques dela matière humaine. Ainsi un édifice anonyme, une foule revenant de la cité possèdent une action plus grande qu'un simple pasteur de Kensington, que des livres prêtés par une amie pour éveiller ce qui demeure assoupi, embarrassé, timide sur le sol mouvant de la conscience. Pouvait-on savoir ce qui pertinemment influençait le destin ? Et Clarissa Dalloway regrettait de si peu connaître les gens, toutes ces créatures qui, de loin, sans contact agissaient aussi, peut-être, sur sa destinée. Avec d'autres, on se rencontrait tous les jours, puis on restait pendant six mois, pendant dant des années sans se voir. Et d'étranges affinités liaient Clarissa à des personnes à qui elle n'avait jamais parlé, une femme dans la rue, un homme dans une boutique, même des arbres ou des granges. Cette idée, jointe à son horreur de la mort, la conduisait à croire, ou prétendre qu'elle croyait — elle restait si sceptique ! — que puisque, dans nos apparitions, la partie de nous-mêmes qui apparaît est si éphémère comparée à l'autre, la partie invisible qui s'étend au loin pourrait survivre, se retrouver attachée de quelque manière à une personne ou à une autre, ou même hantant tels lieux après la mort.

C'est tout le sujet de l'œuvre. L'intersolidarité de toutes choses et de tous les êtres, depuis leur naissance jusqu'au départ suprême voire au delà.

Extérieurement, il semble qu'il n'y ait que « surface unie, correcte », ou agitation, bataille d'instincts. En réalité, il y a vie qui représente « une aventure belle est grave ». Et toujours drame secret, tragédie intérieure. Sans interroger les créatures, en « psychanalyste », très savante et artiste Virginia Woolf les fait parler, révèle les mystères de leur existence et tout le livre « est le récit d'une journée de Mrs Dalloway et, en même temps, d'une journée de Londres, sujet immense, presque sans limites » qui se déroule durant le jour où Clarissa donne un bal...

Il y a transposition de courants scientifiques médicaux dans le domaine artistique, littéraire ; manifestation de théorie, de système, peut-être création d'école. Mais qu'importe la « formule ». Emile Zola a trahi la sienne lorsqu'il a voulu obéir, dans ses Rougon. Macquart à ses postulats scientifiques : il était plus poète que savant et penseur. Virginia Woolf demeure autrement près de sa conception dans l'accomplissement de son œuvre. Son essai représente-t-il un tribut payé aux impondérables psychiques qui, même en Art, exigent une analyse de plus en plus profonde, presque « chirurgicale » de nos sentiments, de nos pensées autrement dit une pénétration plus savante de l'Inconscient. Reviendra-t-elle à sa manière de *Nuit et Jour*, moins voulue, moins « thèse », œuvre aussi audacieuse et forte que *Mrs Dalloway* ? Question sans intérêt, au demeurant. Ses réalisations d'artiste — si toutefois elle continue d'être sincère avec elle-même dans l'obéissance aux aspirations spirituelles de son moi — répondront à l'appel irrésistible de sa faculté créatrice. Pour ce qui nous intéresse ici, sa *Mrs Dalloway*, œuvre moins géniale qu'*Ulysse*, mais plus équilibrée, plus architecturée suivant les lois de l'harmonie reste plus utile à connaître aux médecins psychanalystes. Virginia Woolf, psychologue de haute race, peut, autrement que James Joyce, et mieux que lui, par son mode plus ordonné, plus clair, où la sexualité freudienne n'a point place comme chez l'auteur d'*Ulysse*, servir la cause psychanalytique. Le médecin, en effet, dans sa lecture de *Mrs Dalloway*, en méditant sur la façon « artistique » — la médecine n'est-elle pas un « art » ? — dont se révèlent les secrets des créatures dans ce roman, saura percevoir, peut-être, une leçon nécessaire et tirer certaines conclusions pour améliorer sa méthode d'« analyser » ses malades.

Ainsi s'effectuera cette collaboration si précieuse en possibilités, dont nous avons parlé déjà et sur laquelle nous reviendrons encore entre la médecine et la littérature.

Marc SEMENOFF.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Pathologie médicale et générale** (Professeur M. A. Baudouin). Première série (mars-avril). — M. A. Baudouin, professeur : Maladies du système nerveux (deuxième partie) : Affections vasculaires, infections et intoxications neurotropes; Tumeurs cérébrales et médullaires. — M. Mouquin, agrégé : Maladies du cœur et de l'aorte.

M. Baudouin, a commencé ses leçons au Petit amphithéâtre, le mercredi 11 mars 1936, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

M. Mouquin a commencé ses leçons au Grand amphithéâtre, le mardi 10 mars 1936, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— **Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis). — M. le Professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, continuera ses cliniques aux dates suivantes, les mardis à 11 heures à l'Amphithéâtre Louis Brocq de la clinique, et les mercredis soirs à 20 h. 30, à la consultation de la Porte, à l'hôpital Saint-Louis.

Les traitements des grandes dermatoses : l'indispensable en dermatologie avec présentation de malades et de moulages, projections.

Mercredi 18 mars : Adénites chancrelleuses et maladies de Nicolas-Fabre : Formes nouvelles des traitements. — Mercredi 25 mars : Méthodes d'examen. Règles des traitements externes ; les erreurs graves à éviter en dermatologie. — Mardi 31 mars et mercredi 1er avril : Formulaire dermatologique. — Mardi 5 mai : Traitements généraux des tuberculoses cutanées. — Mercredi 6 mai : Traitements locaux des lupus tuberculeux et érythémateux. — Mardi 12 mai : Traitements de la lèpre. — Mercredi 13 mai. — Traitements des mycoses profondes. — Mardi 19 mai : Nouveaux traitements du psoriasis. — Mercredi 20 mai : Traitements des épidermo-mycoses : les complexes des plis, des plantes, etc. — Mardi 26 mai : Nouveaux traitements internes des eczémas : désensibilisation, etc. — Mercredi 27 mai : Traitements externes des eczémas. — Mardi 9 juin. : Traitements des érythrodermies. — Mercredi 10 juin : Nouveaux traitements des dermatoses bulleuses. — Mardi 16 juin : Nouveaux traitements des pyodermites et des dermo-épidermites : vaccins, bactériophages, etc. — Mercredi 17 juin : Nouveaux traitements des prurits, lichens, urticaires, etc. — Mardi 23 juin : Traitements des alopécies et des pelades, des hypertrichoses et des dermatoses inesthétiques. — Mercredi 24 juin : Traitement des séborrhées de la face, du cuir chevelu et des acnés. — Mardi 30 juin : Traitement de la gale et des pédiculoses. — Mercredi 1er juillet : Traitements des cancers cutanés.

Horaire de la clinique. — Les mardis : Consultation de la Porte, à 9 heures, par les assistants, présentation de malades, à 9 h. 30, par le Professeur, leçon clinique à 11 heures, à l'Amphithéâtre Louis Brocq. — Les mercredis : Visite des salles des Pavillons Bazin, à 10 heures. Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, au Pavillon Bazin : salles Henri-Dominici. — Les mercredis soirs : à la consultation de la Porte, policlinique à 20 h. 30 et leçon clinique à 21 h. 30. — Les jeudis indiqués ci-dessous : Etudes de question d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'amphithéâtre Fournier de la clinique, à 10 heures. — Les vendredis : Policlinique par le Professeur à l'Amphithéâtre Brocq du nouveau dispensaire à 10 heures.

Les jeudis de la clinique de Saint-Louis, fondés sous le patronage de L. Brocq : Etude de questions d'actualité à l'amphithéâtre A. Fournier de la Clinique, à 10 heures. 26 mars : M. Flandin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 6 mai (mercredi) : M. Touraine. — 7 mai : M. Chevallier, agrégé, médecin de Cochin-Ricord. — 20 mai (mercredi) : M. Sézary, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 28 mai : M. Pierre Fernet, médecin de Saint-Lazare. — 18 juin : M. le professeur agrégé Jausion. — 25 juin : M. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 2 juillet : Professeur Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. N....). — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — M. P. Brocq, agrégé ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. K. Jonard, chef de clinique gynécologique ; M. M. Parat, chef du laboratoire ; M. R. Moricard, attaché médical ; M. P. Lejeune, assistant ; feront ce cours du lundi 23 mars au samedi 4 avril 1936.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Programme du cours. — Lundi 23 mars, 10 heures : Opérations par M. Brocq ; Consultation par M. Moricard. — 17 heures, M. Palmer : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 24 mars, 9 h. 30, M. Lejeune : Technique des applications de diathermie et de diathermo-coagulation. Démonstrations. — 10 h. 30, M. Parat : Technique et résultats de la biopsie. Projections. — 17 heures, M. Moricard : Cycle génital. Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Mercredi 25 mars, 10 heures : Opérations par M. Brocq. Consultation par M. Palmer. — 11 heures, M. Lejeune : Technique de l'hystéro-salpingographie au lipiodol. Démonstration. — 17 heures, M. Palmer : Diagnostic et traitement des fibro-myomes de l'utérus. Auto-greffes ovariennes de Douay.

Jeudi 26 mars, 9 h. 30, M. Jonard : Le drainage en gynécologie. — 10 heures : Applications de radium. Opérations. Consultation par M. Moricard. Electro-coagulations par M. Lejeune. — 17 heures, M. Lejeune : Avortement et accidents consécutifs. Leur traitement.

Vendredi 27 mars, 10 heures : Opérations par M. Brocq. Consultation par M. Palmer. — 11 heures, M. Lejeune : Indications et technique de l'insufflation tubaire. Démonstrations. — 17 heures, M. Palmer : Diagnostic et traitement des déviations utérines et des prolapsus génitaux.

Samedi 28 mars, 9 h. 30 : Démonstration d'application d'ondes courtes. — 10 heures, M. Palmer : Indications et technique de l'hystéroscopie. Démonstrations — 11 heures : Leçon clinique par M. Brocq. — 17 heures, M. Moricard : Métrites.

Lundi 30 mars, 10 heures : Opérations par M. Brocq. Consultation par M. Moricard. — 17 heures, M. Palmer : Diagnostic et traitement des salpingo-ovarites, des paramétrites et des péritonites d'origine génitale.

Mardi 3 mars, 9 h. 30, M. MORICARD : Exposé et démonstration de la technique du diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine. — 10 h. 30, M. PARAT : L'examen histologique extemporané (Indications et technique. Démonstrations. Projections).— 17 heures, M. MORICARD : Troubles de castration. Ménopause, Aménorrhées et métrorragies d'origine hormonale, Hormonothérapie.

Mercredi 1er avril, 10 heures : Opérations par M. BROCQ. Consultation par M. PALMER. — 11 heures : Hystérographies par M. LEJEUNE. — 17 heures, M. PALMER : Cancer du corps de l'utérus. Cancer du col utérin (méthodes nouvelles de diagnostic précoce, indications thérapeutiques).

Jeudi 2 avril, 9 h. 30, M. JONARD : Kystes de l'ovaire et du ligament large. — 10 heures : Applications de radium. Opérations. Consultation par M. MORICARD. Electro-coagulations par M. LEJEUNE. — 17 heures, M. LEJEUNE : Stérilité.

Vendredi 3 avril, 10 heures : Opérations par M BROCQ. — Insufflations tubaires par M. LEJEUNE. — Consultation par M. PALMER. — 17 heures, M. PALMER : Grossesse extra-utérine.

Samedi 4 avril, 10 heures : M. JONARD : Fistules urinaires en gynécologie. — 11 heures, Leçon clinique, par M. BROCQ. — 17 heures, M. PALMER : Diagnostic et traitement des métrorragies et des algies génitales.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Conférences de chimie.** (L'examen de chimie de 1re année portera sur les matières enseignées à ce cours.) — M. SANNIÉ, agrégé, commencera une série de leçons de chimie physiologique, les mardi, jeudi, et samedi de chaque semaine, à 18 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du mardi 21 avril 1936 inclusivement.

— **Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutique.** (Professeur : M. Maurice Villaret.) — M. L. JUSTIN-BESANÇON, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 23 avril 1936, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Cochin (Professeur Marcel Labbé) et les continuera les jeudis suivants à la *même heure.*

Sujet des dix conférences sur les actualités d'hydroclimatologie clinique : Acquisitions récentes dansle traitement thermal et climatique des maladies de la nutrition, du foie et du tube digestif.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile Sergent. Hôpital Broussais, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 30 mars au samedi 4 avril 1936 inclus par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin. Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 30 mars, 9 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 31 mars, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 1er avril, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 2 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumoséreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 3 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 4 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur Couvreux).

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet nº 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** *(Professeur : M. Pierre Duval). — Chirurgie du thorax, de la glande mammaire et de l'appareil génital de la femme.* — Cinquième cours par M. VUILLIÈME, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur Grégoire. Ouverture du cours le lundi 18 mai 1936, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — 1º Ablation des tumeurs bénignes du sein. Traitement chirurgical du cancer du sein. — 2º Pleurotomie avec ou sans résection costale. Phrénicectomie. — 3º Thoracoplasties partielles (ablation de la 1re côte) et totales. Voies d'abord du cœur. — 4º Chirurgie thoraco-abdominale. Traitement des hernies diaphragmatiques. Thoraco-phréno-laparotomie. — 5º Traitement chirurgical des déviations utérines. Périnéorraphie. Colpectomies.

DEUXIÈME SÉRIE. — 1º Traitement des fistules vésico-vaginales et urétéro-vaginales. Hystérectomie vaginale. — 2º Hystérectomie fundique. Myomectomie. Ablation unilatérale des annexes. — 3º Hystérectomie supra-vaginale : ses différents procédés. — 4º Hystérectomie totale. — 5º Colpo-hystérectomie pour cancer utérin.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet nº 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 27 février. Questions posées* : Signes, complications, diagnostic des cancers du côlon sigmoïde. Coma diabétique, signes, évolution, traitement.

Notes : MM. Vivien, 20,5 ; Bauer, 21,7 ; Bret, 21,3 ; Plas, 21,6 ; Plas 21,6 ; A. François, 18,7 ; R. Etienne, 17 ; Lacombe, 16 ; Bibao, 21,3.

Séance du 2 mars. Questions posées : Signes, évolution et diagnostic des pneumothorax. Signes évolution et complications des fibromes utérins.

Notes : MM. Maignan, 16,1 ; Rodde, 17,1 ; Lepintre, 21,8 ; Breton, 22,5 ; Ordonneau, 20,5 ; Chalochet, 16,5 ; Clerr, 20,4 ; Guittard, 19,2 ; Mlles Simon, 15,9 ; Wolfromm, 19,2.

Séance du 4 mars. Questions posées : Complications des varices des membres inférieurs. Paralysie infantile. Symptômes, diagnostic et traitement.

Notes : MM. Grislain, 16,6 ; Cuvereaux, 16,9 ; Lenormant, 24 ; Aurenche, 19,7 ; Pointeau, 16,2 ; Carasso, 19,5 ; Depierre, 23 ; Lacroix, 18 ; Kaufman, 24,2 ; De Lignières, 22,5.

— **Concours de l'externat.** — Liste alphabétique des candidats reçus :

Mlle Aalam ; MM. Abramowicz, Alhomme, Allain, Amado, Ancelin ; Mlle Antoine ; MM. Ariztia, Arnaud.

MM. Baillet, Barbery, Bardon, Bastian, Batteur, Baulon, Bally, Beau ; Mlles Bérenger, Bert, Berlinska ; MM. Bernheim, Berthet, Berthon, Bertier, Charles Bertrand, Victor Bertrand, Berveiller, Biaggi, Bibring, Bignotti, Bijoux, Bigou, Bilski, Guy Blanc, Jac Bloch, André Blonde, Boddaert, Boeswillwald, Boismoreau ; Mlles Bonastre, Bonnard, Bonnet ; M. Victor Borja ; Mlle Bondeville ; MM. Bourdon, Bourgeaud, Bourguet ; Mlle Bournissien ; MM. Bouvaist, Bouygues, Bouyssi, Brenier ; Mlle Brisac ; MM. Brochard, Brunat, Bui-Kien-Tin, Bureau, Burgaud.

MM. Yves Cachin, Léon Cahn, Caillods, Caldier, Calmanovici ; Mlle Camilleri ; MM. Pierre Cams, Capelle, Carlo, Caron ; Mlle Carré ; MM. Carton, Casalta ; Mlle Chaberlat ; MM. Raymond Chabert, Louis Chabert, Chambon, Chantemargue, Charbonneau, Chardack, Charlet, Chauvin, Chavarot, Chenille, Chevillotte, Ciaudo, Ciechanowicz, Cœnilliez, Cohen, Colboc ; Mme Comte ; MM. Connat, Couder, Courtenay-Mayers, Coury, Crohas.

MM. Daguet, Dana, Daskalakis, Dautel, Daumet, Daniel David, Decouflé, Deguel, Delavelle, Delerba, Demangre, Démétriadès, Denis, Dépinay ; Mlles Depitre, de Robert, MM. Derooz, Descamps ; Mlle Descroix ; MM. Devaux, Devieux, Dicescu ; Mlle Dicky ; MM. Dogué, Door, Charles Douay, Doumic, Doville, Albert Dreyfus, Jean Dreyfus ; Mlle Dubois ; MM. Henri Duchêne, Jean Duchêne, Maurice Dufour, Michel Dumas, Jean Dumay, Dupas ; Mlle Dupont ; MM. Dupuy, Victor Durand.

MM. Erlich, Esquerré.

M. Fehrenbach ; Mlle Fillon ; MM. Flaisler, Flouquet ; Mlle Fonmarty, Fossier ; MM. Frankfurt, Frinault.

MM. Galey, Mlle Gaon ; MM. Garciay Bengachea, Gauchon, Robert Gautier, Pierre Gay, André Gérain, Gérard, Gerber, Albert-André Girauld, Pierre Girauld, Goldberg Rud ovs y, Gonzalez-Ruiz, Gorce, Gorin, Gorny, Gosselin, Govaerts, Graillon ; Mlles Gravelat, Gregory ; MM. Grigné, Gropper, Guéraud, Guéroult, Guichard.

MM. Habib, Hagège ; Mlles Hahn, Haitovitz ; MM. Halfou, Hamon, Hébert, Henry, Hérard, Hervet, Hiverlet, Houssin, Horvilleur ; Mlle Huguenard ; MM. Huignard, Huret.

MM. Isal, Isak.

MM. Jacir, Jaupitre, Jomier, Jourdain, Jourde.

Mlles Kahn, Kowalska ; MM. Keiser, Komarower, Koskas, Kozencweig, Kuczynski.

MM. Labourie, Lacaze, Albert Lacour, Armand Lacour ; Mlle Lafourcade ; MM. Robert Lamy, Lapeyre, Lardy ; Mlle Lassudrie-Duchêne ; MM. Jules Laurent, Lebas, Lebel, Lebledinsky, Le Bihan, Lebreton, Le Brun, Lefebvre, Leibowitch, Leiser, André Lemoine, André Lévi, Levinson, Emile Lévy, Michel Lévy ; Mlles Yvette Lévy ; M. Lhermet ; Mlles Lipmann, Llech, Loiseau ; M. Lux.

MM. Magnoux, Malange, Marachi, Louis Marchal, Marrero ; Mlles Marx ; M. Marzet ; Mlle Maschkouzan ; MM. Masmonteil, Mathias, Maury, Mebs ; Mlle Mendras ; MM. Mertens, Meunier ; Mlle Mirabail ; MM. Mogharéi, Michel Moreau ; Mlle Moreau ; M. Morillière ; Mlle Morin ; MM. Mory, Moure.

MM. Nanty, Nataf, Neveux, Nguyen-Thé-Dai, Niégo, Nomdedeu.

MM. d'Oelsnitz, Orfali ; Mlle Orsoni ; MM. Ossanlou, Jacques Oudot, Ourceyre ; Mlle Owsianik.

MM. Palmer, Parhami, Parienté, Patin, Patron, Payenneville, Pécheux, Pellet, Péraly, Pérel, Périllo, Jean Petit, Piana, Piard, Picot, Piérart, Pinasseau, Pistre, Pley, Pluvinage, Polliot, Pomès, Pouzols, Pramayon, Praslon, Pribat ; Mlle Prost ; M. Pujol.

MM. Quinchon, Quintescu.

MM. Rahmani, Rathery, Pierre Renard, Ressnick, Reverdiau, Rivière, Jean Robert, Roblin, Roby, Samuel Rosenberg ; Mlles Rosenkovitch, Rosenstock ; MM. Rosey, Rouff, Roulin, Rousselin ; Mlle Rousset ; M. Routier ; Mlle Rouvier ; MM. Jean Roux, Michel Roux.

MM. Sablon, Salmen ; Mlle Samuel ; MM. Sapet, Sarfati, Sauzède, Schneider ; Mlle Schweisguth ; MM. Sclafer, Sebag, Sebban, Sébillotte, Scebat, Seillier, Jacques Sicard, Georges Simon, Sinaud ; Mlles Sokolski, Spach ; MM. Soula, Staub, Szpidbaum, Szryro.

MM. Marcel Taïeb, Talpin, Tardif, Thévenin, Thiébot, Tola, Tostivint, Toupet, Tran-Huu-Tüoc, Tronc, Tubiana,

MM. Valadou, Venator ; Mlles Verron, Vésigot-Wahl ; MM. Villain, Vossoughi ; Mlle Vuillet.

M. Weil ; Mlle Weinberg ; M. Woimant ; Mlle Woog.

M. Xambeu.

M. Zirah.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières** Nouvelles *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Umfia ou Union médicale latine.** — *Table décennale de la Revue de l'Umfia ou Union médicale latine.* — La *Revue* de l'Umfia ou Union médicale latine vient d'éditer la table décennale relatant la vie de l'Union médicale franco-ibéro-américaine pendant ces dix dernières années.

Cette table a été mise à jour par M. le Docteur André Hahn, bibliothécaire en chef de l'Université de Bordeaux. Tous ceux qui se sont intéressés à la vie de cette œuvre, pourront ainsi retrouver facilement les événements auxquels ils désirent se reporter plus particulièrement.

L'Association de l'*Union médicale franco-ibéro-américaine* ou *Umfia*, devenue *Union médicale latine* en 1928, ayant été fondée en 1912, il est par conséquent une importante période de l'Association qui n'est pas relatée.

— **X**

— **X^e^ Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose.** — La X^e^ conférence de l'Union internationale contre la tuberculose (secrétaire général : Prof. Fernand Besançon) se réunira à Lisbonne, du 7 au 10 septembre 1936, sous la présidence du Professeur Lopo de Carvalho, président élu de l'Union internationale. La discussion sera limitée à trois sujets principaux.

Question biologique : « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation ». Rapporteur : Professeur Lopo de Carvalho (Portugal).

Question clinique : « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte ». Rapporteur : Docteur Olaf Scheel (Norvège).

Question sociale : « Prophylaxie de la tuberculose à domicile ». Rapporteurs : Docteurs Ch.-J. Hatfield (Etats-Unis) et D.-A. Powell (Grande-Bretagne). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les quarante-quatre pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses du Portugal, ainsi que les sites admirables de ce pays renommé pour sa beauté.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la conférence à l'adresse suivante :

Comité d'organisation de la X^e^ conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, Assistencia Nacional aos Tuberculosos, Avenida 24 de Julho, Lisbonne (Portugal).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e^).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « Membres de la conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 escudos (environ 125 francs français), exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e^).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels et des chemins de fer.

— **Secours sur route, aux Etats-Unis.** — Bien que l'organisation des secours sur route par la Croix-Rouge aux Etats-Unis ne date que de quelques mois, cette Société a déjà installé 120 postes de secours répartis entre quatorze Etats, et l'on prévoit que 500 postes nouveaux seront créés avant la fin de l'année.

Dès que le personnel nécessaire au fonctionnement de ces postes aura reçu une formation spéciale, on en installera sur toutes les routes.

De plus, la Croix-Rouge envisage l'organisation de patrouilles de secours qui collaboreront avec la police et les clubs automobiles.

Au cours des vingt dernières années la Croix-Rouge américaine aurait formé plus d'un million de personnes aptes à donner des soins en cas d'accident.

— **Exposition internationale de 1937.** — *Journées internationales de la santé publique* (du 1^er^ au 10 juillet 1937). — Tel est le titre donné à un ensemble de Congrès internationaux où les différentes nations pourront exposer, tant pour les métropoles que pour les colonies, ce qui s'est fait et ce qui reste à faire pour la santé publique, confronter leurs thèses, leurs méthodes, les résultats obtenus et leur programme d'avenir.

Dans un projet d'organisation sanitaire de la France, fait en collaboration avec le Professeur Tanon, il est écrit : « Si l'on veut vraiment un ministère de la Santé publique, qui devrait être d'ailleurs le premier des ministères, celui de la politique de la vie — car n'oublions pas que la maladie absorbe 15 % du revenu national et qu'un homme doit vivre avant de rapporter — il faut centraliser l'hygiène, l'assistance, la prévoyance sociale, les logements et l'urbanisme, la protection de la mère et de l'enfant ».

Les programmes détaillés des Journées de chaque section seront publiés ultérieurement. Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris. Tél. Prov. 76-74, 76-75.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

les Assurances sociales excluant les accidents du travail des risques couverts par la loi. De par sa qualité de petit exploitant agricole, l'intéressé ne pouvait en effet bénéficier du régime établi par la loi du 9 avril 1898, et, d'autre part, il lui était loisible de ne pas contracter une assurance dans les conditions prévues par la loi du 15 décembre 1922. » Aussi l'Administration s'est elle-même inclinée devant une jurisprudence aussi formelle, et a abandonné sa thèse antérieure (V. not. Réponse ministérielle, n° 14.141. *J. O.*, 17 janvier 1936, et R. M., n° 3.389, *J. O.*, 5 février 1936).

Il y a donc lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé, mais de poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter de la notification du refus.

1.487. — Immatriculation d'une bonne aux Assurances sociales

Je vous serais obligé de me faire connaître ce que je dois faire au point de vue Assurances sociales pour une bonne entrée chez moi il a six mois, qui, après avoir déclaré refuser les Assurances, me remet aujourd'hui les cartes à joindre.

D'après les derniers versements faits sur les cartes (1931), elle a servi en différentes places et fait me dit-elle des séjours sans travail dans son pays.

Dr C.

Réponse

Légalement, vous étiez obligé de déclarer votre domestique au service des Assurances sociales dans les huit jours de son embauchage, et ce sans qu'il importe que cette dernière veuille ou ne veuille pas faire partie des Assurances sociales. La formalité de la déclaration du précompte de la cotisation ouvrière et du versement de la double cotisation vous incombe en effet personnellement, et sans qu'intervienne le consentement du salarié. Le Service des Assurances sociales serait donc actuellement en droit de vous réclamer le versement des doubles cotisations arriérées, majorées des intérêts de retard, depuis l'entrée de cette domestique à votre service.

Afin d'éviter d'avoir à payer en une seule fois une grosse somme, nous croyons qu'il serait préférable pour vous de vous mettre en règle en faisant la déclaration prescrite, et en payant l'arriéré. Ce faisant vous éviterez, en outre, d'être tenu pour responsable et d'avoir à verser les prestations légales en cas de maladie, ou de décès de votre domestique. Les feuilles de déclaration se trouvent dans toutes les mairies. Bien entendu vous serez en droit de prélever sur le salaire de

votre domestique, dans la limite du 1/10e de ce salaire, les cotisations ouvrières dont vous avez fait l'avance au Service des Assurances sociales et que vous n'aviez pas retenues en temps voulu.

Nous vous signalons qu'à partir du 1er janvier 1936, les cotisations ne sont plus fixées par catégories, mais, pour les domestiques et gens de maison, de manière forfaitaire, à 14 francs par mois pour les femmes dans le département de la Seine, soit 28 francs au total pour la double cotisation. Ces cotisations sont versées trimestriellement par espèces ou virement de chèque postal ; le premier versement aura donc lieu au mois d'avril. Les feuillets et cartes actuels ne seront plus valables ; ils devront être déposés à la poste, dûment remplie ; des feuillets trimestriels nouveaux seront adressés aux employeurs dans le courant de ce trimestre.

1.915. — Cotisations des gens de maison aux Assurances sociales

Je viens vous demander un renseignement à propos des Assurances sociales.

J'ai deux domestiques.

Un homme qui est occupé pour nettoyer mon auto, s'occupe du nettoyage et entretien de la pharmacie (car je suis propharmacien), (nettoyage de flacons, etc.), m'accompagner dans une partie de mes déplacements (il ne conduit pas) et faire un peu de jardinage et une femme de ménage, qui fait le ménage de ma salle d'attente et de mon cabinet, outre les locaux, non-professionnels.

C'est le mari et la femme, ils sont logés gratuitement dans un local m'appartenant, mais hors de chez moi, non nourris. Je les emploie une demi-journée chacun.

Comme salaire mensuel je leur donne : à l'homme 300 francs et à la femme 150 francs.

Or, si je me rapporte aux nouvelles dispositions, je serais obligé de payer aux Assurances sociales forfaitairement : homme 20 francs ; femme, 12 francs.

Tandis que si je me rapporte au salaire seul (j'habite une commune de 400 habitants), même en y comprenant une somme de 50 francs mensuelle représentant leur loyer, je ne devrais payer que : homme 11 fr. 40, femme, 6 fr. 10. Cela fait une différence de presque le double.

Puis-je arguer que je ne les emploie l'un et l'autre qu'une demi-journée et en outre que je ne les nourris pas ?

Ou alors pourrai-je les inscrire, ou tout au moins l'homme, comme employés professionnels.

Dr L.

Réponse

Il résulte de l'art. 2 § 14 du décret-loi du 30 octobre 1935 que les domestiques et gens de maison, c'est-à-dire les salariés attachés au

service personnel du patron, sont soumis à un régime spécial au point de vue calcul des cotisations. Le salaire servant d'assiette à ce calcul n'est pas le salaire réel (montant des versements en espèces plus valeur des avantages en nature), mais un salaire forfaitaire déterminé par arrêté ministériel. L'arrêté du 27 janvier dernier a fixé ce salaire fictif annuel à 6.000 francs pour les hommes et 3.600 francs pour les femmes dans les villes et communes de moins de 80.000 habitants, ce qui donne lieu au versement d'une double cotisation mensuelle de 35 francs pour les hommes et 21 francs pour les femmes.

Dans votre cas vous auriez donc intérêt au point de vue Assurances sociales à considérer vos deux domestiques comme « employés professionnels », puisque dans ce cas la cotisation ne serait calculé que sur un salaire annuel de 4.200 francs pour l'homme et 2.400 francs pour la femme. Mais vous ne pouvez agir ainsi que si chacun d'eux consacre la majeure partie de son activité au service professionnel. D'autre part cette façon de faire aurait l'inconvénient d'entraîner *ipso facto* le payement d'une autre charge, à savoir une cotisation annuelle à la Caisse régionale de compensation pour les allocations familiales, créées par la loi du 11 mars 1932 et auxquelles les médecins sont assujettis depuis le premier janvier 1935. Nous ne savons pas à combien s'élève cette cotisation dans votre département, mais cela doit s'approcher de 2 % du salaire annuel, si bien que vous reperdriez d'un côté ce que vous gagnez de l'autre.

Il s'agit là somme toute d'une question de fait que vous êtes mieux à même que nous de résoudre ; bien entendu vous ne pouvez que choisir l'une ou l'autre de ces deux solutions. Il ne vous est pas possible de considérer vos deux employés comme professionnels au point de vue Assurances sociales, et comme personnels au point de vue allocations familiales.

ACCIDENTS

1.886. — La demi-incapacité en accident du travail

Peut-on après avoir soigné quelque temps un accidenté du travail — ou même dès le premier jour de l'accident — marquer une demi-incapacité temporaire de vingt ou vingt-cinq jours par exemple en signalant que le blessé peut faire un travail peu pénible sans disposer de l'intégralité de ses forces.

Certaines Compagnies admettent très bien la demi-incapacité temporaire ; mais une Compagnie prétend que la loi l'oblige à payer simplement l'incapacité permanente totale et que ladite loi ne parle nulle part d'incapacité partielle temporaire quelconque. Est-ce exact ? Dans ces conditions, elle refuse purement et simplement de payer toute indemnité

à un ouvrier à qui un de mes confrères avait marqué vingt-cinq jours de demi-incapacité. Est-ce légal ?

Dr C.

Réponse

Il est exact que la législation sur les accidents du travail n'a pas prévu d'incapacité temporaire partielle ; la consolidation de la lésion, c'est-à-dire soit sa guérison, soit la transformation de l'incapacité temporaire en incapacité permanente partielle, doit coïncider en principe avec la reprise du travail, à tel point que cette reprise fait présumer généralement la consolidation. Par suite pendant toute cette période d'incapacité temporaire, le chef d'entreprise ou son Assurance substituée, doit verser à la victime l'indemnité journalière égale à la moitié du salaire de base, sans qu'il y ait lieu de rechercher dans quelle mesure l'intéressé est incapable de travailler.

Il ne faut toutefois pas déduire de là que la victime d'un accident du travail, en période d'incapacité temporaire, ne peut se liver à aucun travail sous peine de se voir déchue de ses droits à l'indemnité journalière. Il a en effet été jugé à plusieurs reprises qu' « *un ouvrier blessé*, touchant régulièrement son demi-salaire, peut, s'il se sent suffisamment rétabli, avant la fin de la période d'incapacité temporaire s'embaucher à nouveau et effectuer dans la mesure de ses moyens un travail moins fatiguant et moins rémunérateur ; du moment que cet ouvrier agit sans dissimulation aucune et sans intention délictueuse, le cumul de ce salaire avec l'indemnité journalière ne saurait constituer une escroquerie » (Trib. corr. de la Seine, 12 mars 1924, *Gaz. Pal.*, juin 1924). En effet « en accordant à l'ouvrier victime d'un accident du travail un demi-salaire fondé sur une incapacité temporaire, la loi du 9 avril 1898 ne fait aucune distinction entre l'incapacité temporaire partielle et l'incapacité temporaire absolue. Dans le silence de la loi, il est donc rationnel de conclure que ces deux hypothèses doivent être réglées de manière identique ; le droit de l'ouvrier étant certain, on ne saurait lui faire grief de ce qu'il a utilisé comme bon lui semblait la capacité restante ; dès lors le fait par lui d'avoir tiré parti de cette incapacité ne saurait constituer de sa part une escroquerie » (Trib. corr. du Havre, 24 mars 1924, *Gaz. Trib.*, 13 octobre 1924).

En résumé, un accidenté est en état d'incapacité temporaire tant qu'il n'est pas définitivement atteint d'une incapacité permanente partielle, ou qu'il ne peut reprendre purement et simplement son travail primitif ; il lui est loisible d'utiliser comme bon lui semble, dans la même ou dans une autre entreprise, la capacité qui lui reste ; quelle que soit l'importance

de cette dernière il est indemnisé forfaitairement par le versement du demi-salaire.

Nous vous signalons que, dans le projet de réforme de la législation sur les accidents du travail, qui est actuellement pendant devant les Commissions des Chambres, la question a été traitée de la matière suivante :

« Si l'ouvrier en état d'incapacité temporaire se livre, sans l'autorisation du médecin, à un travail quelconque pour le compte d'un autre employeur que le sien, il doit en aviser ce dernier, et si la rémunération reçue est supérieure au demi-salaire, celui-ci est exonéré à due concurrence. »

Cet article justifie donc formellement la reprise partielle du travail pendant la période d'incapacité temporaire, et donne pouvoir au médecin de l'autoriser.

1.902. — Accident individuel ; frais médicaux à la charge de la Compagnie d'assurances

Je vous adresse la lettre, où il m'est demandé un certificat détaillé..., pour un blessé, qui a une assurance individuelle, avec frais médicaux et pharmaceutiques, à la charge de la Société.

Dans ma note d'honoraires, j'ai compté 16 francs, pour ce certificat, que la Société n'accepte de régler qu'à 8 francs. Est-ce régulier ?

Je vous demande ce renseignement, non pas pour la somme, qui est insignifiante, mais pour le principe.

D'autre part, je m'aperçois que j'ai compté cette note, au Tarif « accidents du travail ». N'ai-je pas droit, plutôt, à appliquer le Tarif syndical, qui m'est plus avantageux ? et, dans le cas affirmatif, puisqu'il y a refus, par la Société, pour un détail, ne puis-je rectifier l'ensemble ?

Dr G.

Réponse

La Compagnie d'assurances de votre client n'est tenue de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques exposés par ce dernier que dans les limites de son contrat, d'après le Tarif de responsabilité qu'elle a adopté, et qui est sans nul doute le tarif ministériel des accidents du travail.

Mais les clauses de son contrat ne jouent que dans ses rapports avec son assuré ; elles constituent au contraire pour vous une « *res inter alios acta* » qui ne saurait vous être opposée. Vous êtes donc toujours en droit, soit de ne pas connaître l'Assurance et de réclamer directement le payement de votre note d'honoraires à votre client, en appliquant le tarif syndical local, soit

de toucher à titre d'acompte l'indemnité due par la Compagnie d'assurances aux termes de ce contrat, et de vous retourner ensuite vers votre principal débiteur pour lui réclamer la différence par rapport au tarif normal.

I.530. — Contestation d'accident du travail

La Compagnie d'assurances a refusé de me régler une note pour les soins donnés à un accidenté du travail, me disant que cet accident n'avait pas été déclaré par le patron. Il s'agissait d'un accident n'ayant pas entraîné d'incapacité de travail. J'ai envoyé deux fois ma note au patron en le priant de me la régler, ayant une attestation d'accident signée de lui. Je n'ai reçu aucune réponse. Veuillez avoir l'obligeance de me dire ce que je dois faire pour obtenir le règlement de cette note. Si j'ai un recours contre le patron, sur quel texte de loi m'appuyer ?

Dr S.

Réponse

Le fait que l'Assurance ait refusé de prendre le sinistre à sa charge parce que la déclaration ne lui en a pas été faite régulièrement par le patron, ne modifie en rien les droits que vous confère, contre ce dernier, l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sous réserve, bien entendu que la matérialité de l'accident et sa relation avec le travail ne puissent être contestées.

Il convient d'ailleurs de remarquer que, suivant la jurisprudence, la délivrance par le patron au blessé d'un bulletin d'avis d'accident destiné au médecin traitant ne peut constituer, à elle seule, une reconnaissance formelle de responsabilité. De plus, ces bulletins sont ordinairement rédigés de telle façon qu'ils se bornent à mentionner les dires du blessé, sans certifier qu'il y a bien eu accident du travail.

Si vous estimez que l'accident est certain, vous devez donc agir en payement de vos honoraires contre le patron responsable, conformément à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Le Juge de paix compétent est alors celui du canton dans le ressort duquel l'accident s'est produit.

Par contre, si l'accident est contesté ou ne peut être prouvé, vous ne pouvez agir contre le patron qu'en démontrant qu'il vous a expressément demandé de donner vos soins au blessé, cette action relevant alors du droit commun.

De toute façon, vous pouvez, si vous le désirez, poursuivre le recouvrement de vos honoraires contre le blessé seul.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

I.649. — Intervention plus deux pansements dans la même séance

Je viens de faire sur un blessé du travail les trois actes médicaux suivants :

Pansement de l'avant-bras gauche. Pansement du genou gauche. Injection de sérum antitétanique.

Voudriez-vous me faire connaître comment je dois établir ma note d'honoraires pour l'Assurance ? Y a-t-il des honoraires à réclamer pour chacun des trois actes médicaux ?

Dr D.

Réponse

Votre injection antitétanique comprend, dans son prix, la consultation (avec ou sans pansement, c'est la même chose d'après l'art. 1er). Mais ici il y a eu deux pansements. Vous avez donc à compter l'injection antitétanique : 20 francs, un pansement 15 francs, mais sans oublier de noter — pour mémoire — qu'il y eut deux pansements effectués dont vous ne comptez qu'un seul, pour éviter le cumul interdit par l'art. 13.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

I.782. — Double patente. Installation en cours d'année

J'exerce depuis trois ans à N..., j'ai par ailleurs créé à P... une clinique populaire, qui a commencé à fonctionner le 1er juillet 1935.

Je reçois du percepteur dont relève ma clinique, et au titre de la patente, une invitation à verser 1.335 fr. 14, imposition établie pour six mois de l'année 1935. La valeur locative du loyer occupé est de 3.600 francs. Le droit proportionnel est calculé au 20e sur cette valeur locative.

Les explications ayant provoqué l'établissement de cette patente m'ont été demandées en fin décembre 1935 par le percepteur de P...

Je désirerais savoir :

1° Si je dois payer patente et pour mon domicile de N... et pour ma clinique, soit patente double.

2° Si le droit proportionnel ne devait pas être calculé au dixième et non au vingtième.

3° Si le montant de ma patente pour une année soit 2.670 francs, n'est pas excessif eu égard au loyer ;

4° Si le percepteur était en droit de m'imposer pour 1935 ou bien s'il n'était pas forclos eu égard à la date tardive à laquelle il s'est occupé de l'existence de ma clinique.

Dr X.

Réponse

Vous ne payez pas de patente pour votre domicile, mais sur la valeur locative de vos locaux professionnels à N.

Vous avez d'autres locaux à P. qui doivent évidemment être taxés.

Le calcul dépend du montant du loyer, mais si la clinique paye la taxe déterminée de 140 francs, son loyer ne doit pas être ajouté à celui de votre autre local pour déterminer le taux à appliquer.

Le 20e vous est plus favorable que le 10e.

Pour vérifier le calcul, il faudrait avoir l'avertissement.

Si vous avez ouvert votre clinique en 1935, le Contrôleur, et non le Percepteur, pouvait vous imposer au commencement de 1936, articles 288 et 289 du décret du 27 décembre 1934.

A. MARTINOT
Conseil fiscal.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

I.639. — Avancement de classe

Voudriez-vous me faire savoir :

Si un frère tué à l'ennemi avance toujours d'une classe de mobilisation ;

Si, étant né en 1888, étant médecin capitaine de réserve, il est légal que je sois convoqué du 24 au 30 mai 1936 pour une « période de réserve ».

Si, étant convoqué régulièrement, je puis ne pas obéir à ce que je considère comme une brimade ridicule, en envoyant dès aujourd'hui ma démission.

Comment faire pour rendre cette démission effective ?

Dr D.

Réponse

Quel que soit le motif qui vous fasse avancer d'une classe dans les réserves, ce motif ne diminue pas la durée de vos obligations militaires. Aussi, classe 1908, vous ne serez pas libéré avant le 15 octobre 1937.

Ceci dit, il est légal qu'un médecin capitaine de votre classe soit encore convoqué pour sept jours. D'autre part, tant que vous êtes sous le coup d'une convocation, vous ne pouvez pas offrir votre démission de médecin de réserve.

I.769. — Suppression de pension ; droit aux soins gratuits

Un pensionné de guerre dont la pension avait été supprimée, il y a deux ans, croyait avoir droit aux soins avec son carnet. J'ai appris que les décrets-lois avaient modifié ce genre de choses. Est-il exact qu'il n'a plus droit aux soins médicaux avec le carnet ?

Dr M.

Réponse

Le seul cas où un intéressé conserve le droit aux soins gratuits pour une infirmité pour laquelle la pension est supprimée, c'est celui où le taux est tombé à moins de dix, alors que l'imputabilité au service avait été admise antérieurement par le ministre.

En effet, une pension a pu être payée durant un temps sur titre d'allocation d'attente, puis supprimée par un rejet ministériel d'imputabilité.

1.775. — Première mise d'équipement. Tenue militaire

J'ai recours aux conseils du *Concours Médical* pour me permettre de m'éclairer sur deux points :

1° J'étais officier de réserve d'artillerie : j'ai démissionné et perdant un galon je suis devenu médecin sous-lieutenant de réserve.

Je n'ai jamais touché d'indemnité de mise de premier équipement que lorsque j'ai été nommé aspirant d'artillerie. Ai-je à réclamer quelque chose ? A qui ?

2° Devant faire une période comme médecin sous-lieutenant, j'aimerais savoir quelle est la tenue que je dois porter ?

Dr T.

Réponse

1° Adressez-vous à votre Directeur régional du Service de santé ; c'est à lui de vous régler la première mise d'équipement que vous n'avez pas touchée, lorsque vous apparteniez à l'arme de l'artillerie. Il vous dira s'il possède des crédits disponibles sur ce chapitre.

2° Tenue kaki, avec baudrier en cuir et pistolet automatique si possible.

QUESTIONS DIVERSES

1.631. — Accident du travail causé par un tiers

Un encaisseur, au cours d'une tournée pratiquée avec un vélo-moteur lui appartenaut, entre en collision avec une automobile dont le conducteur est manifestement en tort.

Le blessé vient demander mes soins au titre d'accident du travail, avec une déclaration normale de l'employeur.

Outre les certificats habituels, comprenant le détail des diverses blessures, il me demande un certificat sur papier timbré, destiné à appuyer une plainte au commissariat.

L'assureur du chauffeur responsable de l'accident, désireuse d'éviter des ennuis judiciaires à son client

écrit au blessé et s'engage à lui payer tous les frais, à l'indemniser pourvu qu'il retire sa plainte.

Comment doit être rédigée la note d'honoraires et à qui doit-elle être adressée : tarif accident du travail, tarif normal ; partie à l'un ; partie à l'autre ? A qui incombe le règlement du certificat sur papier timbré ?

Dr L.

Réponse

Suivant l'article 7 de la loi du 9 avril 1898, indépendamment de l'action résultant de cette loi, la victime d'un accident du travail conserve contre l'auteur de l'accident, autre que le patron ou ses ouvriers, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

Si, dans les rapports entre le blessé et son patron, l'accident constitue un accident du travail, il n'en reste pas moins un accident de droit commun dans les rapports entre le blessé et l'auteur de l'accident.

D'autre part, après avoir payé les indemnités dues en vertu de la loi des accidents du travail le patron lui-même aura un recours contre l'auteur de l'accident pour se faire rembourser par lui.

Vous pourrez donc, tout d'abord, vous faire payer par le patron de la victime le montant de vos honoraires calculé d'après le tarif des accidents du travail.

Ensuite, vous pourrez réclamer au blessé lui-même la différence entre votre tarif de droit commun et le tarif des accidents du travail, et vous lui remettrez un reçu de la différence pour qu'il puisse en comprendre le montant dans l'indemnité complémentaire qu'il réclamera à l'auteur de l'accident.

1.154.—Réduction d'un loyer d'une clinique

Etant donné un bail de clinique (bail non commercial) comportant deux locations distinctes :

1° Une location d'immeubles ;

2° Une location de mobilier et matériel, le rabais de 10 % des décrets-lois, qui joue pour la location d'immeuble, est-il applicable ou non à une location de mobilier et matériel chirurgicaux ?

Dr S.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 prescrit une réduction de 10 % sur les loyers de tous les locaux à usage d'habitation ou professionnel.

Il a d'autre part, permis aux locataires de locaux à usage commercial, industriel ou artisanal de demander la révision de leurs baux suivant les formes et conditions prévues par la loi

du 12 juillet 1933, dans un délai de six mois qui est expiré depuis le 16 janvier dernier.

Si le local que vous occupez est affecté à un usage de clinique, c'est-à-dire si vous y hospitalisez des malades, ce local pourrait être considéré comme un local commercial, conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation.

Malheureusement, il est trop tard, actuellement, pour que vous puissiez exercer l'action en revision de l'article 2 du décret-loi du 16 juillet 1935.

Si votre propriétaire consent à l'amiable à vous faire bénéficier de la réduction de 10 % prévue pour les locaux d'habitation, ou à usage professionnel, vous devez vous en contenter.

Mais il est certain que la réduction de 10 % est applicable aux loyers proprement dits et non au prix de location du mobilier et du matériel chirurgical.

I.336. — Suites éloignées d'un traumatisme

Il s'agit d'un de mes clients bien portant jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle il reçut par accident un traumatisme, dans la rue, à la région suspubienne. Depuis cette époque, il est devenu, d'après lui et sa femme, impuissant.

Examiné par le médecin de la Compagnie d'assurance, il a eu un certificat de constat, mais il prétend que ce dernier n'est pas suffisant en cas de revendication. Il lui en faudrait un autre.

Je vous avoue que je ne sais pas trop comment un médecin peut affirmer une question aussi délicate.

Avez-vous un avis à me donner à ce sujet ? Voulez-vous voir mon patient ? Que pouvez-vous pour lui ?

D^r H.

Réponse

Il est très difficile de faire la part entre les résultats d'un accident et ce que l'on appelle la sinistrose. Dans bien des cas la science médicale est incapable de faire la distinction entre l'ébranlement du système nerveux provoqué par des lésions que nous ne pouvons pas constater cliniquement, et ce qui revient à l'imagination.

Dans le cas présent, il faudrait faire un examen médical complet de ce blessé, en particulier rechercher s'il n'a pas de diabète traumatique, s'il n'y a pas eu contusion de la colonne vertébrale et, par conséquent, lésion possible de la moelle, ou si, simplement, il s'agit d'une neurasthénie post-traumatique. Ce n'est que lorsqu'un examen aura été fait que l'on pourra débrouiller cela. Les phénomènes dont se plaint ce blessé peuvent être dus à différentes causes qu'il s'agit d'éliminer les unes après les autres. Une fois le diagnostic causal établi , on verra s'il

y a relation de cause à effet entre les phénomènes qu'accuse votre client et le traumatisme lui-même.

En tout cas, la jurisprudence de la Cour de cassation admet que lorsque, avant l'accident un blessé était dans une situation normale et qu'après l'accident, il présente certains phénomènes, il semble qu'il y ait relation de cause à effet entre ces différentes manifestations et l'accident lui-même, à la condition toutefois que le blessé puisse apporter la preuve tant de son intégrité fonctionnelle avant le traumatisme que de sa déficience post-accidentelle.

Dr Paul Boudin.

1.565. — Affiliation des médecins aux Caisses de compensation des allocations familiales

Je viens vous demander conseil au sujet de l'assujettissement à la loi sur les allocations familiales.

J'ai une clinique à G. ou j'emploie trois infirmières. J'ai en plus deux femmes de ménage pour le ménage de la clinique ; les femmes de ménage ne sont pas nourries à la clinique.

J'ai un domestique à ma maison, homme de peine qui fait mon jardin et mes commissions.

Il ne va à ma clinique que pour porter les malades et frotter les chambres. Les deux femmes de ménage et le domestique, homme de peine qui ne va à la clinique que d'une façon momentanée, sont-ils assujettis à la loi sur les allocations familiales ?

Dr B.

Réponse

La loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales étant applicable aux professions médicales depuis le 1er janvier 1935, vous devriez depuis cette date vous être affilié à une Caisse de compensation régionale, ayant pour but de répartir les charges résultant de la loi entre tous les employeurs d'une même profession ou d'une profession connexe, et de faire le service des allocations aux intéressés.

Toutefois vous n'êtes assujetti aux obligations résultant de la loi et ne devez payer de cotisation à la Caisse à laquelle vous êtes affilié que pour vos employés professionnels, c'est-à-dire pour les infirmières de votre clinique, ainsi que pour les femmes de service que vous y employez.

Vous n'avez par contre aucune cotisation à payer sur le salaire de vos domestiques, quand bien même ils consacreraient une partie de leur activité à votre service professionnel, du moment que ce service professionnel ne constitue pour eux qu'un accessoire de leur profession principale.

Cinquante-huitième année — N° 11 *bis* — 18 Mars 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

Reportage professionnel

Demi-Colonnes

A travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE DU MÉDECIN

PAR LA

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
(Sou Médical)

A NOS LECTEURS

Notre Ligue est en pleine prospérité ; chaque année le nombre de ses membres ne cesse d'augmenter ; son activité s'accroît régulièrement. Des chiffres vont vous le démontrer clairement, par l'étude de la dernière période décennale 1926-1936.

De 1926 à 1933 inclus le chiffre des adhésions nouvelles était en moyenne de 394 par an ; en 1933, il atteint 673 ; en 1935, 739. Depuis le premier janvier dernier 244 admissions ont déjà été prononcées.

Au 31 décembre 1925, 4.500 membres étaient inscrits, et depuis 4.500 adhésions (en chiffres ronds) on été notées ; nous devrions donc dépasser le chiffre de 9.000, atteindre bientôt 10.000 ; cependant nous n'en sommes aujourd'hui qu'à 7.273, car chaque année 200 confrères disparaissent pour cause de décès, de cessation d'exercice de la profession.

Quant à la correspondance reçue, en ces dix dernières années, elle a suivi une marche régulièrement ascendante, marqué une progression de plus de 150 %. De 4.000 lettres reçues en 1926, on passe à 7.634 en 1932, 10.122 en 1934, 10.846 en 1935.

Même progression pour le nombre des appuis accordés: en 1926, 220 ; en 1934, 473 ; en 1935, 509, soit 2.929 dossiers qui ont été ouverts en dix années.

Pour donner une idée des différentes affaires dont s'occupe le Sou Médical, il suffira de jeter un coup d'œil sur le détail de celles qui, au nombre de 985, restaient en cours au 31 décembre 1935 :

A	Affaires de responsabilité	161
B	Recouvrements d'honoraires droit commun	285
C	Recouvrements d'honoraires contre le tiers qui a mis en œuvre le médecin	80
D	Recouvrements d'honoraires pour soins aux blessés de la route	41
E	Contestations au sujet des privilèges médicaux	9
F	Recouvrements d'honoraires en matière d'accident du travail	58
G	Affaires de « tout compris »	12

H	Recouvrements d'honoraires pour soins à des agriculteurs blessés dans leur travail	15
I	Affaires de secret professionnel	5
J	Affaires de diffamation	30
K	Contentieux de l'A. M. G.	20
L	Affaires de loyer	19
M	Conflits entre médecins	12
N	Affaires d'exercice illégal	6
O	Affaires de soins aux pensionnés de guerre.	79
P	Affaires administratives	54
Q	Recouvrements d'honoraires d'expertises.	3
R	Affaires de responsabilité pénale	2
S	Affaires fiscales	105
T	Affaires portant sur l'incapacité de recevoir	1
U	Affaires d'accident d'auto	2
V	Affaires d'assurances sociales	36
	Total	985

Sachez, enfin, confrères, que le Sou Médical, est, à l'heure actuelle, riche de 2.219.545 francs, tant dans sa caisse de garantie que dans ses réserves (valeur au cours de la bourse le 31 décembre 1935).

Pour s'occuper de vos intérêts, six juristes sont attachés aux bureaux de notre Ligue, dont un avocat à la Cour, et un avocat au Conseil d'Etat. Tous les conseils utiles vous seront donnés, et pour cent francs par an vous serez en outre couvert jusqu'à *cent mille francs* contre le risque de la responsabilité civile, à l'occasion de vos actes cliniques et thérapeutiques, en plus les frais de procès seront à la charge du Sou Médical, ce que vous ne trouverez dans aucune Compagnie d'assurances.

Si vous êtes, en plus, abonnés au journal *Le Concours Médical*, votre garantie sera portée jusqu'à *cinq cent mille francs* par le jeu d'une réassurance.

En résumé, confrères, pour 150 francs par an:

Vous serez garantis dans les conditions précédentes, vous recevrez tous les conseils juridiques et contentieux chaque fois que vous serez embarrassés (loyers, affaires fiscales, soins aux assurés sociaux, accidentés du travail, pensionnés de guerre, diffamation, exercice illégal, difficultés entre confrères, recouvrement litigieux d'honoraires, etc.).

De plus, vous recevrez, chaque semaine, un journal bien informé, au point de vue scientifique comme au point de vue professionnel.

Ne retardez pas votre geste confraternel et adhérez à notre Ligue de défense professionnelle, le Sou Médical ; signez et envoyez-nous aussitôt le bulletin d'adhésion que vous trouverez plus loin, page 875.

Dr G. Fischer
Secrétaire-général adjoint

"SERVICE DE PROPAGANDE DU CONCOURS"

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Taux limite des loyers

14.256. — M. Guy MENANT demande à M. le ministre de la Justice : 1° si les décrets-lois doivent être interprétés comme interdisant aux propriétaires de louer ou affermer aucun immeuble urbain ou rural pour un prix supérieur à celui résultant de la réduction de 10 p. 100 sur les loyers ou fermages pratiqués lors de la réduction ; 2° dans la négative, si, au moins en ce qui concerne les fermages ruraux, on peut conclure des baux pour un prix supérieur à celui du bail en vigueur le 8 août 1935, diminué de 10 p. 100 ; 3° au cas où les décrets-lois auraient établi un « plafond » des loyers et fermages, quelles mesures il a prises pour faire respecter cette règle par les propriétaires et, notamment, s'il a pensé à demander aux Receveurs d'enregistrement le renvoi aux parquets des baux conclus depuis les décrets-lois, avec l'indication du loyer ou du fermage antérieur, ce qui permettrait au parquet de faire condamner à l'amende les propriétaires fraudeurs. (*Question du* 18 *novembre* 1935.)

Réponse. — 1° Après avoir prescrit une réduction de 10 p. 100 des loyers et des fermages, le décret du 16 juillet 1935, en ce qui concerne les locations à usage d'habitation ou professionnel, et le décret du 8 août 1935, en ce qui touche les baux à ferme, interdisent expressément toute majoration, sous quelque forme que ce soit, du prix des loyers et des fermages ainsi diminué ; 2° dans le cas de renouvellement d'un bail à ferme, venu à expiration postérieurement au 8 août 1935, le nouveau prix convenu entre les parties n'est soumis à aucune limitation, sous la réserve qu'il soit précisé qu'à titre exceptionnel et temporaire et pendant toute la période d'application du décret du 8 août 1935, le fermage effectivement payé ne sera pas supérieur à celui qui était fixé à cette date, diminué de 10 p. 100 ; 3° l'application des sanctions prévues par les textes susvisés est d'ordre judiciaire et ne peut donner lieu à aucune difficulté particulière.

(*J. O.*, 31 décembre 1935.)

Refus par un salarié assujetti aux Assurances sociales, de faire connaître son état civil

15.126. — M. Joseph DENAIS demande à M. le ministre du Travail quelle est la situation et quelles sont les obligations d'un assujetti aux Assurances sociales qui se voit opposer par ceux qu'il emploie — ouvriers ou domestiques — un refus formel de lui

communiquer leur état civil aux fins de la déclaration exigible. (*Question du 23 janvier* 1936.)

Réponse. — Le fait qu'un salarié a demandé à son employeur de ne pas provoquer son inscription sous le régime des Assurances sociales, ou lui a opposé un refus formel de lui communiquer son état civil pour la déclaration prescrite, ne saurait décharger l'employeur de ses obligations légales. Celui-ci reste tenu sous les sanctions prévues par la législation, d'adresser au Service régional une déclaration d'emploi du salarié. Un jugement du Conseil des prud'hommes de la Seine (septembre 1930) a décidé à ce sujet que le refus pour un salarié de se soumettre aux obligations de la loi sur les Assurances sociales constituait un acte d'insubordination grave de nature à justifier le congédiement de l'intéressé sans délai de préavis et sans indemnité.

(*J. O.*, 26 février 1936.)

Remboursement des médicaments par les Caisses d'assurances sociales

14.999. — M. Paul Massimi expose à M. le ministre du Travail que des traitements de longue durée nécessitent l'emploi de quantités importantes de médicaments ; que certains assurés se munissent en une seule fois de la quantité totale de médicaments nécessaires à un traitement de plusieurs mois et puis changent de médecin et par conséquent, de médication, qu'il arrive fréquemment aussi que des assurés arrêtent spontanément leur traitement avant le terme de celui-ci ; que des décès surviennent avant la consommation de la grande provisition de médicaments ; et demande si les Caisses primaires d'assurances sociales peuvent, afin d'éviter de payer des prestations importantes et inutiles, rembourser les médicaments par tranche de médicaments absorbables durant la validité d'une feuille de maladie, c'est-à-dire en quinze jours, sur présentation chaque fois d'une facture du pharmacien justifiant que lesdits médicaments ont bien été pris au fur et à mesure des besoins. (*Question du* 14 *janvier* 1936.)

Réponse. — Réponse négative. Mais les médecins ont la faculté de prescrire une quantité limitée de médicaments et de prévoir le renouvellement de l'ordonnance. D'autre part, le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales a prévu, en vue de limiter les dépenses des Caisses, que le tarif de remboursement des frais pharmaceutiques, fixé à 80 p. 100, sera seulement de 60 p. 100 pour la part de ces frais excédant 25 francs par ordonnance.

(*J. O.*, 26 février 1936.)

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

I.632 — Les uniprix dentaires d'Assurances sociales

Une Caisse d'assurances sociales a-t-elle le droit d'installer, dans les locaux même de la Caisse, et même dans un autre immeuble, un cabinet dentaire, d'en aviser les assurés sociaux par voie de journaux et d'affiches à la Caisse, avec comme réclame la promesse de tarifs inférieurs à ceux pratiqués dans les autres cabinets dentaires.

Je vous adresse un article paru à ce sujet dans le *Courrier du Centre* d'aujourd'hui. Le même article a dû paraître dans les autres journaux locaux.

Certains confrères stomatologistes ou chirurgiens-dentistes pensent comme moi que l'installation de ce cabinet dentaire, recommandé par la Caisse des Assurances, portera un préjudice appréciable à tous les pratiquants, mais avant d'entamer quelque polémique que ce soit, nous voudrions être fixés sur nos droits et ceux du Syndicat des chirurgiens-dentistes et stomatologistes qui agirait le cas échéant.

Dr L.

Caisse départementale des Assurances sociales

Ouverture d'un cabinet dentaire pour soins aux assurés

La Caisse départementale des Assurances sociales de la Haute-Vienne ouvre, à partir du 10 février 1936, un cabinet dentaire pour ses assurés et leurs conjoints bénéficiaires des Assurances sociales.

Les soins y sont donnés à titre onéreux, suivant un tarif de paiement particulièrement intéressant, dont les intéressés pourront se procurer des exemplaires à la Caisse.

Le cabinet est sis au siège de la Caisse, 6, rue Louvrier-de-Lajolais, au premier étage. Il est ouvert le matin, de 8 h. 30 à 11 h. 30, et l'après-midi, sur rendez-vous, tous les jours de la semaine, sauf le jeudi, jour réservé aux consultations gratuites des enfants.

Les intéressés se présenteront au praticien, munis de leur feuille dentaire, et effectueront leurs paiements entre les mains de celui-ci, ils récupéreront ensuite à la Caisse le montant de la participation que la loi des Assurances sociales leur attribue.

Les assurés restent entièrement libres de s'adresser à tout dentiste de leur choix, et les remboursements qu'ils recevront à la Caisse d'assurances sociales resteront les mêmes, soit qu'ils s'adressent à un dentiste de leur choix, soit qu'ils s'adressent au cabinet dentaire de la Caisse départementale.

Des ordres ont été donnés pour qu'aucune pression ne soit effectuée sur les assurés, par le personnel,

en faveur du cabinet dentaire de la Caisse départementale.

Le principe du libre choix est respecté.

Réponse

L'article 14 du décret-loi du 30 octobre 1935 est ainsi rédigé :

« L'assuré a droit aux consultations et aux « traitements dans les dispensaires, cliniques, « établissements de cure et de prévention dépen- « dant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les « secours de maladie ou ayant passé des con- « trats avec elle. L'organisation et le fonction- « nement technique des établissements fondés « par les Caisses sont réalisés par les Conseils « d'administration des Caisses, après avis des « Syndicats médicaux intéressés, lorsque les « Syndicats ont passé une convention collec- « tive avec les Caisses. Celles-ci doivent deman- « der par lettre recommandée l'avis des Syndi- « cats intéressés lequel doit être donné dans un « délai d'un mois. En cas de désaccord, ces Syn- « dicats peuvent, dans le délai fixé ci-dessus, « saisir la Commission tripartite prévue à l'ar- « ticle 8, paragraphe 4 ci-après, laquelle statue « dans un délai de deux mois. »

De la lecture de ce texte, nous devons conclure que les Caisses peuvent organiser des consultations dentaires à prix réduit, mais à la condition expresse de prendre au préalable l'avis des Syndicats des praticiens intéressés.

J'estime donc que votre Syndicat de stomatologistes et le Syndicat dentaire de votre département doivent s'entendre pour porter remède à cette nouvelle organisation de médecine à bon marché.

Je crois que le Syndicat des stomatologistes devrait alerter la Confédération des Syndicats médicaux, et celui des chirurgiens-dentistes la Confédération des Syndicats dentaires pour que les seules Confédérations puissent agir ensemble auprès du ministère pour discuter le principe même de ces organisations, et puissent vous donner des directives locales pour résister localement à ces créations de centres de soins à bon marché.

Dr Paul Boudin.

1.858. — Le nouveau régime des gens de maison

Permettez-moi d'avoir recours à votre compétence pour obtenir des éclaircissements au sujet du nouveau règlement des Assurances sociales, dans sa partie concernant le régime des gens de maison.

Il semble y avoir autonomie entre les deux para-

Voir la suite page XXXV-869

PROPOS DU JOUR

Les Caisses d'Assurances sociales et la Lutte contre le Péril vénérien

L'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne vient de publier un Bulletin de Documentation consacré à la lutte contre le Péril vénérien. Le directeur de l'Union des caisses, M. G. Grimald, nous a adressé ce bulletin en nous priant d'en faire mention dans le *Concours Médical.* Nous répondrons volontiers à cette demande, bien que nous soyons persuadés que la plupart, sinon tous nos lecteurs, connaissent à fond les questions traitées, mais nous pensons qu'il est bon de les leur rappeler et de les engager à méditer sur elles. Peut-être, après mûres réflexions, trouveront-ils la solution du problème, celle de la collaboration active du médecin praticien indépendant à la lutte contre le péril vénérien ?

En publiant ce Bulletin de Documentation, l'Union des Caisses ne s'est pas proposée d'alerter le Corps médical. Son but a été d'attirer l'attention des Administrateurs et des Directeurs de Caisses sur l'importance de fléaux qui, causant les plus grands ravages dans la population toute entière, affectent également dans les mêmes proportions les assurés sociaux et leurs familles, créant une très lourde charge aux Assurances.

Il faut considérer que sur 100 hommes syphilitiques, 20 ont de 30 à 40 ans, et qu'il y a 19 femmes du même âge sur 100 syphilitiques des deux sexes. Entre 50 et 55 ans cette proportion tombe à 5 pour les hommes et à 8 pour les femmes. Il s'en suit que la syphilis s'attaque surtout aux sujets de moins de quarante ans ; est-il nécessaire d'insister sur ce qu'il y a là de fâcheux comme conséquence au point de vue social ?

Il importe de faire savoir aux administrations de Caisses que la syphilis est de beaucoup la cause la plus importante de la mortinatalité et des invalidités prématurées. Dix pour cent des cas d'invalidités sont causées par la syphilis. Il convient donc que les organismes d'Assurances sociales s'intéressent à la lutte contre la syphilis et aux Institutions de prophylaxie et d'hygiène qui ont entrepris cette lutte.

Tout ceci est d'une logique rigoureuse et nous ne saurions lui adresser la moindre critique.

Dans la région parisienne l'Union des Caisses subventionne trois organismes de prophylaxie et d'hygiène sociale avec lesquels elle est en liaison. Ces subventions consistent d'abord en une subvention globale destinée à permettre aux œuvres de se développer, d'étendre davantage leur rayonnement et de perfectionner leur service social. En outre l'Union des Caisses dédommage par un remboursement forfaitaire, chaque œuvre pour la prise en charge d'un assuré social atteint de syphilis, car le traitement de ce malade doit durer plus de six mois avant d'obtenir la guérison probable.

Enfin elle procède au remboursement de l'acte médical dans certains cas, notamment pour les œuvres antiblennorragiques, le traitement n'exigeant pas normalement plus de six mois. Elle laisse la charge à l'assuré d'un ticket modérateur minime et un contrôle facile peut-être affectué.

Ces systèmes fonctionneraient depuis quelques temps à la satisfaction des intéressés.

L'Union des Caisses d'assurances sociales prévoit une objection, car nous lisons dans son bulletin la phrase suivante :

« *Par contre, du côté médical, peut-on tirer argument de cette collaboration entre les Caisses et les œuvres pour penser qu'il y ait, en l'espèce, détournement de la clientèle vers ces institutions philanthropiques, en faisant émigrer le malade vers « l'usine de soins », épithète usuelle à l'égard des dispensaires, ainsi qu'on peut le lire bien souvent dans les journaux médicaux ?* »

Nous laissons à nos syndicats le soin de répondre à cette question. Nous eussions préféré, comme nous l'avons proposé il y a près de 30 ans, voir les médecins associés créer et administrer eux-mêmes ces institutions et ces dispensaires. Nous n'avons pas été écoutés. Les médecins n'ont pas pu ou voulu faire cet effort et ont laissé des « philanthropes », étrangers au corps médical, prendre l'initiative de ces créations et utiliser les médecins comme employés alors que nous eussion désiré les voir patrons : Nous ne récriminons pas, nous constatons.

L'Union des Caisses fait remarquer que ces organismes de prophylaxie s'imposent par la nécessité de laboratoires d'un outillage perfectionné et coûteux, par la durée du traitement du syphilitique long et dispendieux, par la nécessité de sauvegarder le secret professionnel, qui ne saurait être respecté si le syphilitique était traité dans les mêmes conditions que les autres malades, le libellé de l'ordonnance permettant à l'employé le moins intelligent de reconnaître la nature de l'infection.

Enfin elle insiste sur le caractère social de la lutte contre la syphilis, car outre les décès, il faut surtout tenir compte de la mortinatalité, des conséquences héréditaires et de l'aliénation résultant de la syphilis.

Les Caisses trouvent légitimes leur collaboration à la lutte contre le Péril vénérien, mais d'autre part elles ne peuvent, ni ne veulent se substituer aux pouvoirs publics (Etat, Départements, Communes) dont le devoir est de soutenir cette lutte.

Quoiqu'il en soit un grand progrès est accompli et, l'objection que les malades se lasseraient et refuseraient de se plier aux exigeances d'un long traitement, est démentie par les faits. Les malades ne refusent pas les soins, ils les réclament.

Tel est le résumé aussi objectif que possible que nous faisons de l'Introduction du Bulletin de Documentation de l'Union des Caisses.

Ce Bulletin publie à la suite une remarquable étude de M. le Dr CAVAILLON et de M. J. DUFOUR sur *Le Péril vénérien et ses répercussions au point de vue social et économique.* Les auteurs évaluent les victimes de la syphilis en France chaque année à 20.000 enfants du sixième mois de la gestation au troisième mois après la naissance. Ils affirment que ce fléau empêche

annuellement 40.000 enfants de venir au monde, qu'elle provoque 80.000 décès et coûte à notre pays 140.000 vies humaines, sans tenir compte des dégénérés, des aveugles, des sourds-muets, des paralytiques, des ataxiques, etc...

La blennorragie considérée comme « insignifiante » a des conséquences presqu'aussi désastreuses, causant la stérilité de l'homme, provoquant chez les femmes des opérations mutilantes et l'ophtalmie chez les nouveaux-nés. En 1916, il y eut une véritable épidémie de syphilis qui inquiéta les pouvoirs publics ; aussi, depuis, un grand effort fut effectué et le 1er janvier 1936 sont ouverts en France 1.821 services antivénériens sans compter ceux des hôpitaux et les dispensaires de salubrité.

Ces services antivénériens donnent environ chaque année 5.000.000 de consultations à 100.000 syphilitiques sur lesquels 30.000 viennent de contracter la maladie.

Les résultats sont manifestes. Les cas de tabes qui, après l'épidémie syphilitique de 1916, devraient être décuplés, sont dix fois moins nombreux qu'avant la guerre. La baisse de la mortinatalité est impressionnante.

Les économies qui résultent de la prophylaxie de la syphilis sont incalculables, si l'on songe que 40 pour 100 des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées par les maladies vénériennes. Les seuls aliénés dont le *quart* est d'origine syphilitique, coûtent au pays plus de 200 millions.

Aussi, concluent les auteurs, les Caisses doivent intensifier et généraliser les efforts faits dans les départements de la Seine, de la Loire, de la Meurthe-et-Moselle, non pas en créant de nouveaux services, mais en aidant à vivre et à se développer ceux qui existent déjà.

***

Le Bulletin de Documentation de l'Union des Caisses expose ensuite les mérites des trois organismes de la lutte contre le Péril vénérien avec lesquelles cette Union est en liaison.

C'est d'abord l'*Institut Prophylactique* dont l'organisation et l'activité sont exposées en détails avec figures et graphiques. Les mystères de la sérologie et de la syphilimétrie au moyen du photomètre de Vernes, Bricq et Yvon, y sont dévoilés. En appliquant cette méthode, on peut mathématiquement suivre les effets du traitement et s'assurer de la guérison parfaite. L'épreuve pour donner un résultat complet doit être au moins de huit mois.

L'activité de l'Institut prophylactique a été prodigieux ; qu'on sache que de 1916 à 1935, il y a eu à l'Institut prophylactique 214.368 malades traités ou examinés, que 3.349.055 consultations ont été données, que 2.581.456 examens sérologiques ont été effectués et que 53.000 ponctions lombaires ont été pratiquées. Loin de rebuter les malades la syphilimétrie les attire et les retient.

Ironie ! pour développer cette activité les Pouvoirs publics ont diminué de 30 % la subvention de 1935 qui n'a été payée que fin janvier 1936 et la subvention totale qui, inscrite au budget de 1935, pour 10 millions 299.500. fr. ne dépassera pas 9.050.000 fr. en 1936

Le second organisme qui attire l'attention de l'Union des Caisses est la *Ligue nationale contre le Péril vénérien* à laquelle le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue, consacre quelques pages. Cette ligue a fondé 16 dispensaires dont 11 dans le département de la Seine, 2 en Seine-et-Oise, 2 dans l'Oise et 1 dans le Pas-de-Calais. La Ligue, imitant ce qui a été inauguré en Belgique, délivre gratuitement des médicaments pour les malades peu aisés dans les départements de la Seine, Seine-et-Oise, Calvados, Eure, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Loiret, Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Mayenne, Oise, Orne, Seine-et-Marne, Sarthe et Yonne.

Dans la Seine 275 médecins seulement ont reçu des médicaments gratuits et 57 en Seine-et-Oise pour un total de 2.046 malades dans ces deux départements. La Ligue a ouvert un *Laboratoire central de sérologie*, a créé une *Ecole de sérologie* à la Faculté de médecine de Paris qui peut délivrer un certificat à ses élèves ; elle a ouvert un *Cours de service social antivénérien* et a mené une propagande active antivénérienne.

Un troisième organisme pour la lutte sociale contre la blennorragie a été fondé sous le nom de *Ligue de Préservation sociale*. Elle est destinée à assurer des soins aux seuls indigents de Paris.

Primitivement elle a ouvert quatre dispensaires, dans lesquels sont examinés et soignés les malades des deux sexes. Faute de crédits suffisants deux dispensaires ont dû être abandonnés.

Toute l'activité de la Ligue s'est portée sur l'aménagement et le développement de l'outillage du *Centre antiblennorragique* de la rue Falguière qui devient un intéressant centre d'éducation et de recherches, avec services d'hommes, de femmes, laboratoires et services généraux.

Les malades se divisent en : 1° *Indigents* soignés gratuitement ; 2° *Assurés sociaux* de Seine et Seine-et-Oise qui versent une rétribution de 2 francs par consultation ou séance de traitement quelle que soit la nature et l'importance du traitement ; 3° les *non indigents* à ressources insuffisantes pour s'assurer des soins d'un médecin qui versent 5 francs pour une consultation et 5, 10 ou 15 francs par séance de traitement, suivant la nature du traitement.

***

Tels sont les trois organismes privés qui sont en liaison avec l'Union des Caisses d'Assurances sociales. Il ne faut pas s'étonner, étant donné l'essor qu'a pris une œuvre telle que l'Institut prophylactique et parallèlement les Cabinets de spécialistes marrons, que les médecins praticiens ne voient plus un seul syphilitique récent et même un seul vénérien à leurs consultations. Nous nous abstenons de toute réflexion à cet égard. L'intérêt social entre ici en conflit avec l'intérêt du médecin, car la prophylaxie efficace des maladies vénériennes repose toute entière sur un traitement sérieux précoce, suffisamment prolongé. C'est aux syndicats médicaux, surtout à Paris et en Seine et Seine-et-Oise, à étudier ce conflit et à chercher à le résoudre.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CARACTÈRES CLINIQUES DE L'ATÉLECTASIE PULMONAIRE DE L'ENFANCE

Par M. Robert Debré

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

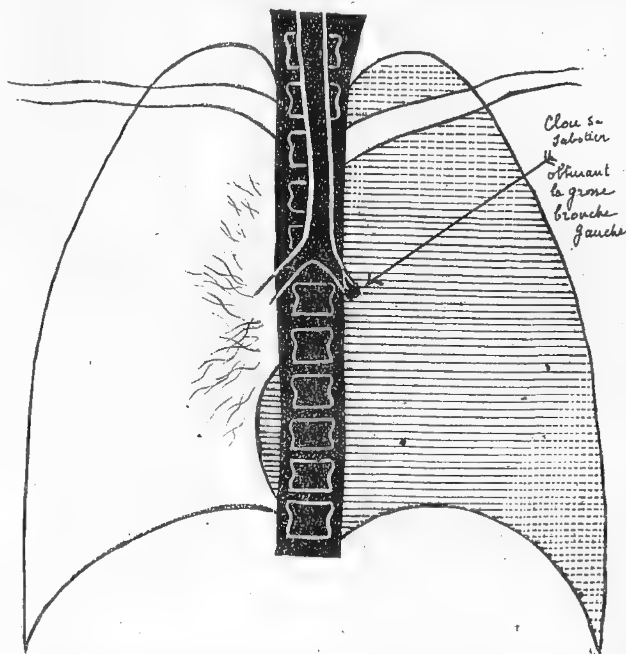
et MM.

Maurice Lamy
Médecin des Hôpitaux

Julien Marie
Médecin des Hôpitaux

Marcel Mignon
Assistant de radiologie des Hôpitaux.

L'atélectasie pulmonaire est une lésion fréquente chez l'enfant, et qui ne présente pas seulement un intérêt anatomo-pathologique. Tout d'abord, on n'ignore pas qu'au début de la vie, le premier mouvement respiratoire du nouveau-né ne déplisse pas complètement le poumon, et qu'il faut plusieurs efforts respiratoires pour remplir d'air les alvéoles. Or, l'état fœtal du poumon présente non seulement un intérêt pour le médecin légiste, mais aussi pour le clinicien. Si l'on en croit certains auteurs américains, en particulier Wilson et Farber, l'état fœtal du poumon peut persister au-delà des premières minutes, qui suivent la naissance, les premiers mouvements respiratoires n'étant pas toujours capables de déplisser le parenchyme pulmonaire. Et même au-delà des premières minutes, des premiers jours ou des premières semaines de la vie, on peut observer cette forme toute particulière de collapsus du poumon, que réaliserait un état fœtal indûment prolongé. Les auteurs attribuent ce phénomène soit à un mauvais fonctionnement du centre respiratoire, soit à une faiblesse du thorax ou du diaphragme, soit enfin à l'inhalation, pendant l'accouchement, de particules diverses. Il y aurait lieu, dans l'avenir, de vérifier l'exactitude de cette assertion en étudiant de très près, avec l'aide de la radiographie, le poumon du nouveau-né qui présenterait quelques troubles de la respiration ou de l'hématose.

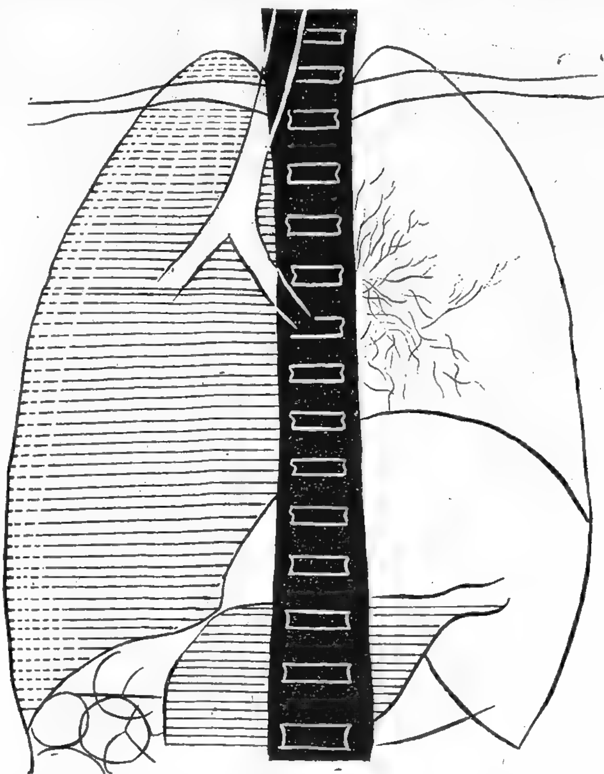


Aspect d'atélectasie par corps étranger intra-bronchique (clou de sabotier), obstruant la grosse bronche gauche.

Mais c'est surtout le collapsus secondaire, l'atélectasie vraie, qui doit nous préoccuper ici. Cette lésion n'est pas primitive, elle constitue une lésion associée et secondaire d'une singulière banalité. Il n'est pas, en effet, de bronchopneumonie où l'on ne rencontre de lésions d'atélectasie pulmonaire. L'enseignement traditionnel parle — chacun le sait — du diagnostic différentiel, à l'œil nu et au microscope, entre la congestion, la splénisation, l'hépatisation, l'atélectasie, associées et combinées dans les foyers de bronchopneumonie infantile. En pareil cas, l'atélectasie pulmonaire peut offrir un certain intérêt de physiologie pathologique : le petit enfant rachitique ne présente-t-il pas des accidents bronchopneumoniques sévères, en partie à cause de la fréquence de l'atélectasie pulmonaire chez lui, lésion liée elle-même à la mollesse de sa cage thoracique ? Mais pour intéressantes que soient ces lésions, elles ne comportent pas un diagnostic clinique d'atélectasie pulmonaire. Nous ne pouvons envisager ici que les atélectasies cliniquement décelables, celles qui nous intéressent en tant que médecins praticiens.

Les phénomènes cliniques qui traduisent l'atélectasie pulmonaire, telle que nous venons de la définir, doivent être rappelés. Le début est brusque, quand il y a oblitération subite. La dyspnée est très marquée dans le cas d'oblitération d'une grosse bronche. Elle s'accompagne de tirage, voire d'un léger cornage, de battements des ailes du nez, de crises d'étouffement et de cyanose qui se répètent, s'aggravent et finissent par déterminer la mort. La toux est souvent fréquente, pénible et, volontiers émétisante, elle compromet la nutrition.

Quant aux signes physiques, ils ne sont pas, au lit du malade, d'une netteté absolue, ou plus exactement varient suivant les cas, ceci étant dû sans doute aux lésions concomitantes. Parfois, on constate une matité et une diminution plus ou moins grande du murmure vésiculaire, parfois *un souffle, parfois* des râles diffus et localisés, secs, le plus souvent humides. Quelquefois, l'examen au lit du malade permet d'ajouter à ces signes, qui ne sont pas caractéristiques, des éléments de grande valeur : le déplacement du cœur attiré du côté malade, l'aplatissement du gril costal du même côté, une sonorité exagérée au devant du foie ou dans la région sus-gastrique, phénomènes causés par l'ascension du diaphragme du côté malade et une véritable aspiration des organes creux de l'abdomen. Mais c'est l'examen radiologique qui constitue l'élément fondamental du diagnostic, et c'est sur le syndrome radiologique que l'on concluera à l'existence de l'atélectasie. Il faut donc chercher, sur l'écran fluorescent ou sur les films, les modifications fondamentales : attraction du cœur, élévation du diaphragme et aplatissement des côtes du côté malade. Chez l'enfant, le médiastin, si souple, si mobile, est vite attiré du côté malade, si bien que les radiogrammes présentent, dans les cas typiques, une netteté manifeste. C'est sous les yeux en quelque sorte du médecin et du radiologue que se produisent ces modifications mécaniques, dont l'apparition prompte, en quelques jours, tout au plus en une ou deux semaines, est pathognomonique. Il s'y joint des ombres plus ou moins opaques dans le poumon du côté malade qui viennent trancher sur la clarté persistante du côté sain.



C'est donc l'association de troubles fonctionnels à début brusque et d'une intensité souvent très grande, de manifestations stéthascoustiques variées, d'un syndrome radiologique caractéristique, d'une attirance rapide et progressive des organes thoraciques vers le côté malade, qui permet d'affirmer l'atélectasie, d'autant plus que, dans nombre de cas, contrastant avec ce tableau impressionnant, la température reste normale. Dans d'autres cas, à vrai dire, la fièvre s'allume et présente un type variable.

A la Société médicale des hôpitaux, nous avons publié des exemples typiques d'atélectasie indéniables intéressant tout ou presque tout un poumon. Dans un cas, la cause est la compression d'une bronche par une masse ganglionnaire caséeuse, dans un autre, c'est un clou de sabotier qui oblitère une bronche et l'atélectasie disparaît après l'extraction du corps étranger, ou bien, c'est une anesthésie chirurgicale qui peut être rendue responsable, sans doute en provoquant l'inhalation de particules liquides dans la bronche gauche, ou encore c'est une fillette atteinte d'acrodynie, chez qui survient un accident dramatique :

Pendant que l'enfant est en train de boire une tasse de chocolat, elle fait un effort de toux, perd la respiration pendant près d'une minute, au point de devenir cyanotique. Puis elle se calme et s'endort.

A cette occasion, la mère prend la température et constate le soir du même jour, une élévation thermique à 39°. La température persiste à 39° pendant trois jours, puis demeure irrégulière, oscillant entre 37°5 et 38°9 pour atteindre la normale quatorze jours après l'incident de déglutition du 28 janvier.

Le 14 février, l'enfant est admise à l'hôpital Hérold, et nous constatons ce jour-ci l'existence d'un double syndrome neurologique et pulmonaire.

Le syndrome neurologique se résume en l'existence d'une quadriplégie flasque liée à une acrodynie.

Le syndrome pulmonaire se traduit par une toux quinteuse, incessante, une légère cyanose du visage, du tirage avec battement des ailes du nez. On constate à la base droite, en arrière, de la matité avec obscurité respiratoire des râles humides à bulles moyennes et grosses. La toux est retentissante. En avant, à droite, on note un tympanisme avec silence respiratoire de toute la moitié supérieure de l'hémithorax. Le cœur est dévié vers la droite.

La température est de 36°6 le matin, 37°4 le soir.

Les examens complémentaires nous fournissent les renseignements suivants :

1° La radiographie du thorax montre : *a*) une surélévation de la coupole droite de 5 centimètres environ ; *b*) une attraction du cœur, du médiastin et de la trachée à droite ; tous ces organes occupent la moitié interne de l'hémithorax droit ; *c*) une opacité assez dense, non homogène, de la moitié inférieure du poumon droit. Le poumon gauche est normal. L'examen radioscopique confirme ces données et montre en plus le peu de mobilité de la coupole, sans inversion des mouvements.

Le 23 février, le pouls est à 144, la température à 37°. Le syndrome pulmonaire persiste, sans changement.

Le 26 février, les signes pulmonaires s'améliorent, les râles sont moins nombreux, le cœur est toujours dévié vers la droite.

Le 2 mars les signes thoraciques ont regressé, la matité a diminué, on ne perçoit que quelques râles fins à la partie moyenne du poumon droit. L'examen radioscopique montre un « nettoyage » très important, le cœur est revenu en position presque normale. Le diaphragme n'est plus surélevé, il est bien mobile. On devine encore un peu de déplacement du médiastin vers la droite.

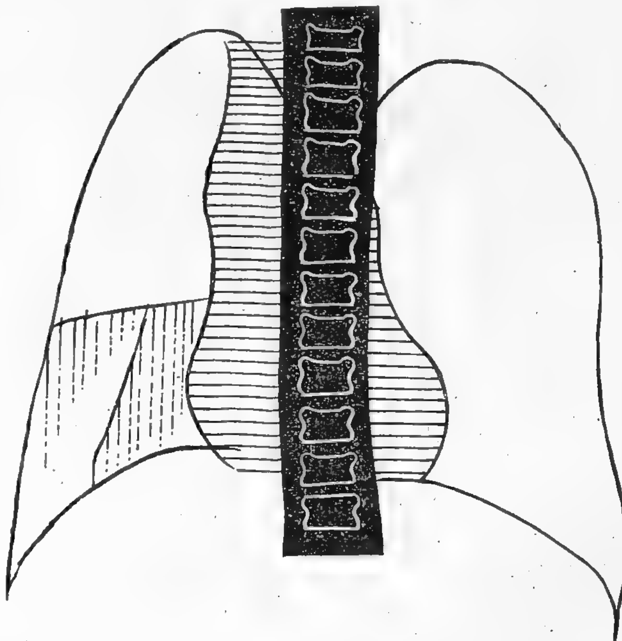
L'enfant quitte le service le 26 mars, guérie à la fois de sa pneumopathie et de ses troubles moteurs.

A ces atélectasies de causes variées, on en doit ajouter d'autres. Ce sont les atélectasies survenues chez les enfants tout petits, dans les premiers jours ou les premières semaines de la vie, et dont la gravité est extrême. Ici, le diagnostic ne fait pas de doute, mais l'étiologie ne nous paraît pas encore fermement établie. Le problème étiologique est alors plus délicat, l'évolution beaucoup plus dramatique, la conduite à tenir beaucoup plus difficile à préciser et nous devons, à l'avenir, étudier les faits de ce genre de la façon la plus attentive et chercher à en découvrir les causes et le traitement.

Voici un exemple de ces faits :

L... Philippe, né le 12 août 1934, est d'aspect normal. Il est bien portant jusqu'au 2 septembre 1934. Au vingtième jour de sa vie l'enfant commence brusquement à tousser. Une dyspnée s'installe accompagnée d'un tirage sus et sous-sternal.

Les signes fonctionnels augmentant peu à peu d'intensité, une radiographie du thorax est faite le surlendemain. Elle montre l'attraction du cœur à droite. En outre, il existe dans le tiers inférieur de l'hémithorax droit, immédiatement en dehors de l'ombre cardiaque, une image anormale, constituée d'une part par une bande opaque presque transversale, de l'autre par une ligne oblique en bas et en dehors limitant un petit triangle sombre.



Le 15 septembre, les signes fonctionnels respiratoires sont devenus très importants ; l'enfant est dyspnéique, sa respiration est très rapide ; il existe un tirage sus-sternal, sus-claviculaire, sous-sternal et sous-costal ; les battements des ailes du nez tont très nets. La toux est très violente, elle survient par quintes d'une durée d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure. C'est une toux sèche impérieuse, très bruyante et souvent bitonale, très pénible, véritablement épuisante ; ces longues quintes se succèdent les unes aux autres avec des intervalles de repos assez courts. Pendant ces périodes d'accalmie, on perçoit un léger bruit inspiratoire.

A plusieurs reprises dans la journée, les troubles respiratoires s'accentuent encore. La respiration déjà rapide s'accélère au maximum, le tirage devient très intense, les ailes du nez battent violemment, les extrémités se cyanosent, les lèvres deviennent violettes, le visage pâlit, les traits s'altèrent. Les crises de suffocation durent dix minutes ou un quart d'heure, puis se calment. Mais la dyspnée, le tirage et la toux persistent dans l'intervalle des paroxysmes.

L'examen physique du poumon ne révèle rien de particulier, sinon la présence de quelques râles secs à la base droite. Le cœur est rapide, l'enfant boit bien ; parfois, au cours d'une quinte de toux, il rejette le lait qu'il vient d'ingérer. Les selles sont normales. La température est à 37°.

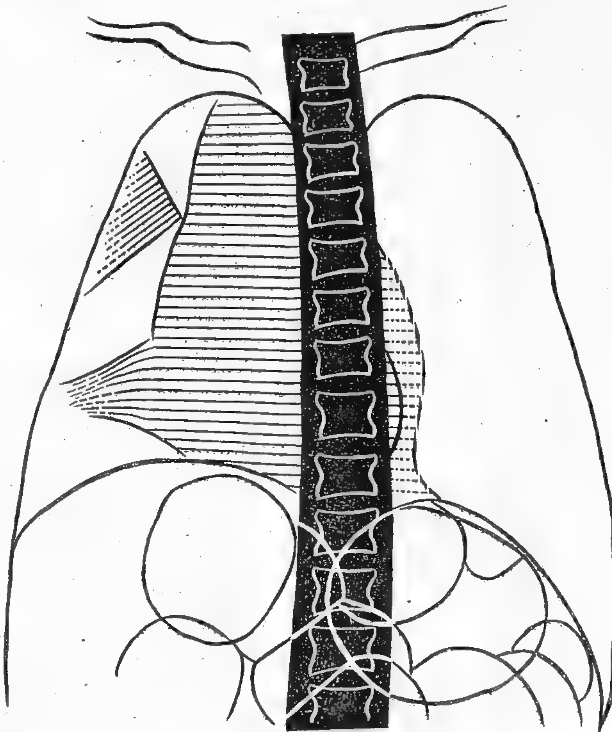
Le 18 septembre, les troubles respiratoires s'accentuent encore. Les crises de dyspnée et de cyanose sont plus fréquentes et plus longues. Les inhalations d'oxygène ne les calment qu'incomplètement. La percussion de la base pulmonaire droite, en arrière, rend un son tympanique. Les bruits du cœur sont rapides. Le cœur est déplacé vers la droite et sa pointe bat le long du bord gauche du sternum.

◆◆

Cet ensemble de symptômes et de signes faisant soupçonner la présence d'un corps étranger des voies aériennes, un laryngologiste est appelé. Celui-ci (Docteur Halphen) accepte volontiers cette hypothèse, mais déclare que l'âge de l'enfant rend impossible toute exploration endoscopique du larynx, de la trachée et des bronches.

Le 19 septembre on constate sur une nouvelle radiographie un déplacement considérable du cœur qui occupe maintenant l'hémithorax droit. Le diaphragme est très surélevé, comme refoulé par les anses intestinales. On note dans ce qui demeure visible du poumon droit, la présence de zones opaques à limites floues.

Dans la nuit du 19 au 20 septembre, la situation est devenue critique. La cyanose maintenant permanente, n'est plus atténuée par l'oxygénothérapie. L'enfant succombe le 20 septembre.

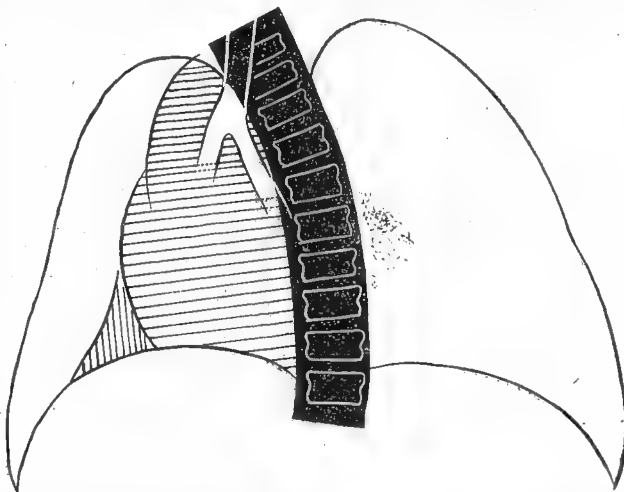


Le 21 septembre une autopsie partielle a pu être pratiquée. Après enlèvement du plastron sternocostal, on constate que le cœur et le médiastin sont largement déplacés vers la droite. L'aspect du poumon gauche est normal. Le poumon droit est de coloration violette, diminué de volume, affaissé, tassé. Il ne crépite pas sous le doigt. Les trois lobes sont atélectasiés. Le poumon rappelle par son aspect et son volume minime celui d'un fœtus de quelques mois.

La forme et la position du diaphragme gauche sont normales. La coupole diaphragmatique droite ne montre pas d'anomalie de structure mais elle occupe une position très élevée, paraissant refoulée vers le haut par les anses intestinales. Cet examen anatomique n'a pu être complété par l'ouverture de la trachée et des bronches.

On voit, par cet exemple, tout l'intérêt de l'atélectasie à la période initiale de la vie. Il est important de la dépister, de savoir éviter l'erreur de diagnostic avec une hypertrophie du thymus, une hypertrophie du cœur, une malformation diaphragmatique avec hernie. En l'espèce, c'est l'étude radiologique attentive et continue qui permettra le diagnostic, en montrant des images aussi nettes que celles que nous avons observées.

Que se passe-t-il dans ces cas? Nous pensons qu'il faut envisager ou bien la pénétration dans la bronche du nourrisson d'une parcelle alimentaire, au cours d'une régurgitation, d'un vomissement, voire même pendant la tétée, ou bien qu'il existe une malformation bronchique, ou enfin qu'une lésion nerveuse plus ou moins apparente trouble à la fois le système respiratoire et le déplissement du poumon.



Atélectasie partielle du lobe inférieur droit par compression bronchique par un ganglion coséeux. Noter l'attraction du cœur et des organes médiastinaux vers le côté atélectasie.

Souvent, ce syndrome de fausse route alimentaire existe à l'état d'ébauche et la mère ou la nourrice, est obligée de dégager les voies aériennes de l'enfant par des manœuvres connues de tous. Pour des raisons obscures, une parcelle alimentaire peut, chez certains sujets, pénétrer dans une bronche, s'y fixer et irriter la paroi ; on voit alors se développer le syndrome dont nous parlons.

Il appartiendra à l'avenir de préciser l'origine de ces syndromes si particuliers.

HEMOPROPHYLAXIE DE LA COQUELUCHE

Par le Professeur V. Gillot
de la Faculté de médecine d'Alger

Une des maladies infectieuses épidémiques de l'enfance le plus à redouter est certainement la coqueluche.

Les quintes de toux qui la caractérisent éreintent nos enfants, et l'on ne saurait y assister indifférent. N'est-ce pas l'illustre Bouchut qui ne pouvait plus rester à l'hôpital dans la salle de ses petits malades, tant lui étaient insupportables et pénibles les quintes de coqueluche, dont ils étaient victimes ?

Cette maladie peut être source d'accidents très sérieux. Sa gravité vient de complications parmi lesquelles les *complications nerveuses* paraissent être devenues de nos jours bien plus fréquentes qu'autrefois. Les unes de celles-ci s'expliquent par les hémorragies cérébrales ou méningées; les autres reconnaissent pour cause l'*encéphalite* provoquée, d'après certains auteurs modernes, par les toxines coquelucheuses sur les centres nerveux.

Très diffusible la coqueluche se montre particulièrement sévère dans nos populations pauvres, parmi les familles nombreuses et chez les enfants débiles. Beaucoup de ceux-ci y succombent par *broncho-pneumonies*. Et, lors même que ces débiles guérissent de leur coqueluche, ils en restent affaiblis et demeurent la proie facile d'autres maladies et notamment, comme on le constate trop souvent, de la *tuberculose*.

La coqueluche est donc toujours une affection redoutable. Essentiellement transmissible et épidémique, elle fait partie des maladies dites *sociales* que l'hygiène cherche, par tous les moyens possibles, à rendre *évitables*.

Aussi, depuis longtemps, s'efforce-t-on à trouver des *procédés prophylactiques* capables, en dehors de l'*isolement* complet des malades trop difficile à réaliser, d'empêcher ou d'enrayer l'épidémie coquelucheuse.

Nous n'en sommes plus heureusement au temps, à peine éloigné de deux générations, où un médecin allemand, Rosenstein, enseignait : « Je ne connais d'autres préservatifs que la fuite ».

En effet, du jour où Bordet et Gengou, en 1913, découvrirent le coccobacille cause de la coqueluche, de grands espoirs naquirent.

On a tout d'abord pensé qu'on allait pouvoir, en injectant cet antigène à des chevaux, ou autres animaux, obtenir d'eux un *serum* préventif et curatif. Ce fut un échec absolu.

Mais, comme la coqueluche donne une *immunité* solide en produisant des *anticorps* dans le sang des malades, on a cherché, à titre de prévention, à provoquer la formation de ces anticorps, grâce à des vaccins préparés à l'aide du microbe spécifique, d'où la *vaccination anticoquelucheuse,* assez couramment employée par les médecins.

Dans le même but de prévention, on eut l'idée de fournir aux sujets indemnes des anticorps tout faits en leur injectant du serum de convalescents : d'où la *séro-prévention coquelucheuse.*

En France R. Debré s'est fait, depuis 1922, le champion de cette *sérothérapie préventive* en utilisant le serum d'un ou mieux de plusieurs malades atteints de coqueluche à la quatrième semaine. On s'était aperçu que les anticorps spécifiques existent dans le sang au maximum vers la quatrième ou cinquième semaine.

On a obtenu par cette méthode des résultats des plus intéressants :

« En pratiquant l'injection de ce sérum de convalescent soit avant la contamination, soit au début de l'incubation, on obtient dans 80 % une séro-prévention absolue. Si l'injection a lieu après le début de la maladie le serum demeure sans efficacité. »

A ces conclusions de Debré se sont ralliés un grand nombre d'auteurs.

Encore est-il nécessaire d'injecter une dose importante de ce serum : 3 c. c. avant trois ans ; 3 à 6 c. c. entre trois et six ans : 6 à 8 c. c. chez les grands enfants.

Ce moyen de protection a fait ses preuves. On ne peut mettre en doute sa grande valeur. En voici un exemple : dans une famille de cinq enfants, une petite fille de 4 ans tousse depuis une dizaine de jours, lorsque se produit une quinte caractéristique de coqueluche. Cinq jours après la confirmation de la maladie, il est fait aux autres enfants une injection sous-cutanée de 3 c. c. avec le serum d'une convalescente de récidive de coqueluche. Ces enfants sont au nombre de quatre : deux garçons âgés respectivement de 13 et de 10 ans : deux filles, l'une de 11, et l'autre de 2 ans. Ces enfants n'ont pas cessé d'être au contact de leur sœur infectée avant et pendant tout le cours de sa maladie. Aucun d'eux ne contracta la coqueluche.

De tels résultats se sont multipliés, et ont confirmé l'efficacité de cette méthode de prévention de la coqueluche. Elle est indéniable.

Mais, et c'est là où l'on est forcé d'en venir, il y a un obstacle majeur à la large application,

de cette méthode protectrice. C'est la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, que, médecins praticiens, nous avons et aurons toujours à nous procurer ces serums de convalescents à temps voulu et en quantité suffisante lors d'une grande épidémie.

Sans doute un peu partout, en Amérique, en Allemagne, comme en France, on a fait de grands efforts pour avoir des *centres de provision* de ces serums. Dans ce but on a fait de la propagande, on a payé les donneurs de sang, etc... L'Etat même s'en est occupé. Ainsi dernièrement (1935) l'Institut Pasteur à Alger, recevait des subventions du Gouvernement, destinées à créer un de ces centres de serums humains spécifiques.

On signalera un malade convalescent de coqueluche à cet Institut. Il lui prélèvera, si possible, jusqu'à 300 c. c. de sang pour 75 francs d'indemnité s'il est *nécessiteux!* Le serum, conservé à la glacière, sera délivré gratuitement à tout médecin qui indiquera le nom du malade à traiter... Telle est l'organisation proposée ?

Donc il existe des centres, où nous saurons trouver du serum de convalescents coquelucheux, c'est très bien ! mais en théorie seulement. Car jamais les réserves ne pourront être suffisantes au point de vue *prophylactique* pour faire face aux nécessités d'une importante épidémie. Cela va de soi.

Songez que la plupart des convalescents de coqueluche sont des enfants. Or chez eux la ponction des veines n'est pas toujours possible et on ne pourra pas impunément leur prélever des 300 c. c. de sang pour avoir un peu de serum !

C'est pourquoi cette méthode séro-préventive scientifiquement intéressante, mais ne restant applicable que dans quelques très grands centres hospitaliers, ne s'est pas et ne peut pas être généralisée.

Alors, en se basant sur ce fait que beaucoup d'adultes ont eu la coqueluche dans l'enfance, on proposa d'employer leur serum, à défaut de serum de convalescents récents. On aurait ainsi, en temps nécessaire, une plus grande quantité de matériel utilisable quoique d'une activité moins sûre.

Cela non plus n'est pas pratique. C'est toujours la même difficulté. Il faut, pour l'obtention de ces *serums*, récolter beaucoup de sang humain. Puis ensuite pour leur préparation on doit se livrer à une série de manipulations plus ou moins compliquées, les tyndaliser, les répartir en ampoules etc... Enfin ces serums seront conservés à la glacière et on sait qu'ils ne gagnent rien à y vieillir.

Eh bien ! les médecins, en clientèle courante, peuvent prévenir la coqueluche d'une façon plus simple, partant plus pratique et c'est ce qui importe.

Cet autre procédé de protection consiste à injecter, sous la peau des enfants à préserver, du *sang complet* de convalescents ou à son défaut du sang d'un adulte quelconque ayant eu ou non la coqueluche. C'est *l'hémoprophylaxie de la coqueluche.*

Elle donne, au point de vue préventif, des résultats valant à peu près ceux de la séro-prévention, et meilleurs que ceux de la vaccination. On peut du reste l'associer à cette dernière.

La technique en est des plus simples et à la portée de chacun. A la seringue on prélève du sang à un adulte, et on injecte ce sang tel quel à l'enfant qu'il s'agit de protéger.

Dans une épidémie familiale, par exemple, on s'adressera autant que possible aux parents, au père à la mère ou à quelqu'un d'autre faisant partie de l'entourage immédiat et responsable du malade. Si l'on doit recourir à des personnes étrangères, on songera aux précautions à prendre contre l'inoculation de la syphilis, de la tuberculose, du paludisme etc... C'est bien entendu. Mais à ce sujet, la plupart du temps, le médecin de famille agira en connaissance de cause et saura se dispenser de contrôles trop longs ou trop coûteux.

Par ponction d'une veine du bras à l'aide d'une seringue de 20 c. c. on retire donc rapidement du sang et on l'injecte aussitôt sous la peau du ventre des enfants à raison de 3 à 10 c. c. suivant l'âge.

Pour éviter la coagulation du sang, on peut le recevoir dans une seringue lubréfiée à la paraffine ou contenant un peu d'eau citratée.

Plus simplement, nous nous contentons de garder un peu d'eau ordinaire, un demi-centimètre cube, dans la seringue, après sa stérilisation à l'eau bouillante, et de ne pas laisser refroidir complètement cette seringue.

Il est aisé, avec une même seringue et, pour aller plus vite, sans changer d'aiguille d'injecter plusieurs enfants, leur peau ayant été préalablement badigeonnée de teinture d'iode. Si l'épidémie se prolonge ces injections pourront, par prudence et avec avantage, être renouvelées.

Avec ce procédé et, en s'adressant à plusieurs donneurs de sang on peut, en une seule séance, arriver à protéger une grande quantité d'enfants, ce qui est important pour une école, une crèche, une pension etc...

Il nous est arrivé ainsi de mettre à l'abri de l'épidémie tout un asile de jeunes aveugles.

L'injection de ce sang total doit être faite, surtout chez les bébés, dans le tissu cellulaire souscutané de l'abdomen ou des flancs qui se distend mieux que celui des cuisses. Elle y est plus facile et moins douloureuse. L'injection intramusculaire n'est pas à conseiller.

Cette pratique, utilisée depuis plus de dix ans, a donné à beaucoup de médecins pleine satisfaction. Voici quelques faits :

Un enfant de 1 mois a ses deux frères atteints de coqueluche affirmée depuis dix jours. Il ne tousse pas encore. On lui fait une injection de 3 c.c. du sang de sa mère âgée de 31 ans, ayant eu la coqueluche en bas-âge. Ce bébé n'a pas contracté la maladie. Les très jeunes nourrissons peuvent présenter une certaine immunité mais on ne doit pas s'y fier, et il vaut mieux quand même les protéger, car la maladie est plus cruelle pour eux que pour les autres.

Deux enfants, l'un âgé de onze mois, l'autre de six ans, vivent en milieu contaminé, dans une maison où il y a de nombreux cas de coqueluche. A chacun d'eux on injecte 3 c. c. de sang maternel. La mère âgée de 27 ans, ne se souvient pas avoir eu la coqueluche. Ces enfants injectés ainsi, avant la période d'invasion, échappèrent à la maladie dont ils restèrent entourés de porteurs.

A la consultation infantile de l'hôpital de Mustapha (1925), un jour furent présentés trois enfants, une fille de 20 mois et deux garçons : Joseph, âgé de 5 ans et Isidore, âgé de 6 ans. Ils habitaient une maison très infectée de coqueluche. Aux deux premiers on injecte 3 et 4 c. c. du sang de la mère. Ces deux enfants ne contractèrent pas la maladie. Isidore, qui n'avait pas été injecté prit la coqueluche. Il n'en a pas contaminé ses deux frères qui restèrent cependant en contact étroit avec lui durant toute sa longue maladie.

Dans une de nos salles d'hôpital (1925) une fillette de 8 ans, qui y était déjà depuis longtemps, présenta un catarrhe des voies supérieures qui dégénera au bout de quinze jours en coqueluche. Dès ses premières quintes l'on tente d'immuniser les 25 autres enfants, présents et s'étant trouvé en contact avec elle. Le sang, qui à servi à cela, a été prélevé sur quatre sujets différents : trois femmes âgées respectivement de 47 ans, 25 et 21 ans et un garçon âgé de 14 ans qui avaient eu la coqueluche en bas-âge. Aucun de ces 25 enfants, dont l'âge variait de douze ans à un mois, ne fut contaminé.

En totalisant de nompreuses observations on arrive à conclure avec Zerath (th. d'Alger, 1926) que l'hémoprophylaxie de la coqueluche donne les résultats suivants :

a) si l'injection est faite avant la période d'invasion, l'enfant sera complètement préservé ;

b) si l'injection est faite pendant la période catarrhale, l'enfant fera une coqueluche fruste ou atténuée selon la précocité de l'injection ;

c) si l'injection est faite à la période des quintes, elle ne servira à rien.

Comme on le voit ces conclusions se rapprochent de celles, auxquelles on aboutit avec la séro-prévention.

En somme, l'*hémoprophylaxie coquelucheuse* vaut, répétons-le, peu s'en faut autant que la prévention par serums de convalescents et elle vaut mieux pratiquement que la vaccination préventive quel que soit le *vaccin* employé.

Depuis le vaccin préconisé par Nicolle et Conor en 1913 préparé à l'aide de cultures chauffées du bacille Bordet-Gengou et présenté actuellement sous le nom de Dmetys ou Néo-Dmetys ou en a proposé bien d'autres : iodés, chloroformés, etc., monomicrobiens ou mixtes.

De l'avis de tous, il faut très longtemps à l'organisme pour acquérir une immunité, même relative, avec ces vaccins anticoquelucheux.

Un auteur américain serait dernièrement (1933) arrivé avec un vaccin contenant jusqu'à dix billions de bacilles par centimètre cube et en en injectant 7 à 8 c. c., en trois injections espacées d'une semaine, à produire une immunité assez solide, mais elle ne serait acquise qu'après un délai de quatre mois. Cela demande confirmation et force est encore à l'heure présente de déclarer, avec Nobécourt, que les résultats de cette vaccination préventive sont intéressants mais ne peuvent être tenus pour décisifs

En fin de compte, il faut donc admettre qu'à l'occasion d'une épidémie de coqueluche c'est l'*hémoprophylaxie*, telle que nous l'avons décrite (1), qui est le moyen le plus simple et le plus pratique auquel le médecin puisse avoir recours pour essayer, sans retard, de protéger les enfants contre la coqueluche et lutter ainsi contre l'extension de cette maladie.

Ce procédé est facile et n'offre aucun inconvénient. Il peut être appliqué en tout temps n'importe où et répond, par suite, aux besoins de la médecine rurale, la vraie !

(1) Gillot. — Un nouveau procédé de prophylaxie de la coqueluche. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 10 février 1925.

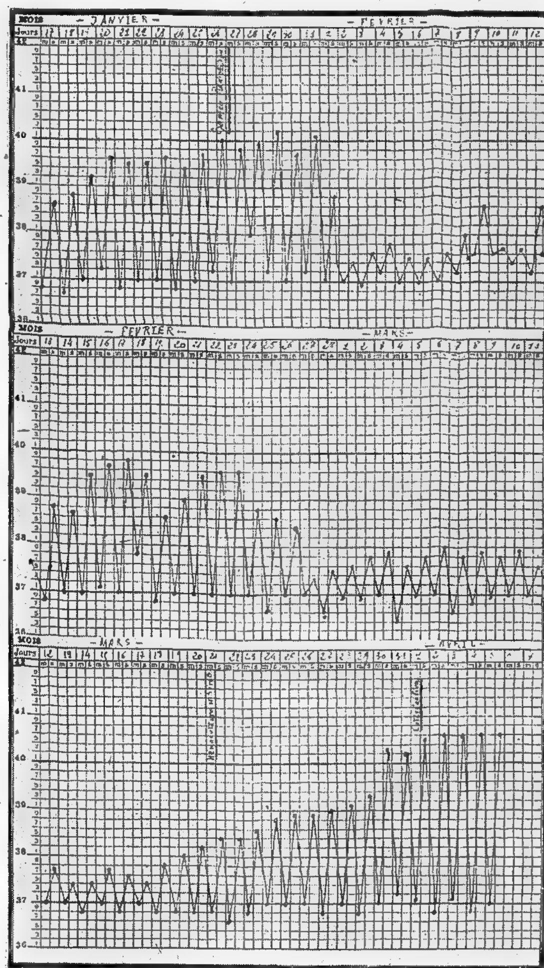
LES FEUILLETS DU PÉDIATRE (1)

Par G. Blechmann

FEUILLET CXXXI. — DANS LE MARAIS DES FIÈVRES PROLONGÉES

Abordons l'étude des fièvres prolongées de la seconde et de la grande enfance, car je laisse de côté, pour l'instant, les états fébriles qui concernent le nourrisson. Ce n'est pas un chapitre, mais un gros morceau de traité que l'on devrait consacrer à cette part majeure de la séméiologie infantile.

Les meilleurs d'entre nous se désespèrent parfois à élucider la cause d'états pyrétiques mystérieux. L'intronisation la plus attrayante à la connaissance des fièvres prolongées sera de vous narrer une histoire de fièvre qui soulève d'ailleurs de curieux problèmes.



***

En avril 1933, notre confrère P... accompagnait à ma consultation un garçon de 11 ans, dont l'observation n'avait pas été sans le troubler pendant de longues semaines.

« Je vous amène Jean-Claude, me dit P..., parce que depuis deux mois et demi, à la suite de grippe, il fait de la fièvre et nous n'en trouvons pas la cause ». Le confrère me tendit la feuille de température reproduite ici; par un simple coup d'œil, elle vous prouvera combien étaient légitimes l'anxiété du praticien et les craintes de la famille.

Dès le préambule, le cas me parut d'une complexité extrême et il fallait procéder avec ordre pour tenter de le débrouiller.

En ce qui concerne les antécédents familiaux, la mère se plaignait d'une vieille névrite ; l'une de ses sœurs était névropathe et amnésique. Le père, rhumatisant depuis la guerre, avait comme ascendants, un bronchiteux chronique et une migraineuse. Quatre enfants étaient issus du mariage. L'aînée, âgée de 18 ans, était soignée comme nerveuse et se plaignait souvent de la tête ; une fille suivait, bien portante ; puis un garçon qui, à 15 ans, présentait encore de l'énurésie nocturne ; enfin, le dernier était notre petit client.

Les antécédents personnels de celui-ci étaient sans grand intérêt. Il n'avait été nourri que six semaines au sein, mais on lui avait donné du jus de fruits de bonne heure. Sa croissance avait été satisfaisante. Il avait marché, parlé à l'époque habituelle et il avait été propre assez tôt.

Vers l'âge de 4 ans, il est traité pour une adénite cervicale aiguë et il est opéré des amygdales et végétations un peu plus tard. A 8 ans, une crise d'appendicite oblige à une intervention d'urgence. Enfin, en janvier 1933, survient la grippe avec réaction amygdalienne qui paraît avoir déclenché l'évolution fébrile pour laquelle nous sommes consulté.

On nous raconte également que Jean-Claude est sujet aux maux de tête ; que son intelligence est éveillée, mais que les notes scolaires sont assez moyennes.

Il est habituellement « nerveux », lui aussi et son sommeil est agité.

D'autre part, dans l'entourage immédiat, on ne signalait aucune personne malade ou suspecte.

Tous ces renseignements ne me paraissant guère utilisables, il fallait reprendre pas à pas, avec le Docteur P..., l'histoire de la maladie et mettre en évidence toutes ses particularités.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 2 de 1934.

LE SEUIL DE FATIGABILITÉ CHEZ LES ENFANTS

Par le Docteur Georges SCHREIBER

La fatigabilité rapide joue en médecine infantile un rôle considérable trop souvent méconnu. Un grand nombre de troubles, notamment : la pâleur, l'anorexie, l'amaigrissement, l'excitabilité, l'inattention, l'insomnie sont, sinon dus à la fatigabilité, du moins très fortement accentués par elle.

La fatigue *normale* est cette sensation particulière que l'on éprouve à la suite d'un travail ou d'un effort d'une certaine durée. Cette sensation se manifeste plus rapidement aux âges extrêmes de la vie, chez les vieillards et chez les enfants.

La fatigue « *anormale* » apparaît à la suite d'un travail ou d'un effort minime. Dans certains cas pathologiques, elle se produit même à l'état de repos. Cette fatigue *anormale* s'observe chez les sujets qui présentent une déficience acquise ou héréditaire, d'un ou de plusieurs organes. L'atteinte isolée ou simultanée du foie, de la rate, des surrénales, de la thyroïde, etc., est particulièrement fréquente chez les hérédo-syphilitiques. Les organes précités sécrètent vraisemblablement des substances chargées de neutraliser les toxines de déchets accumulés dans les tissus fatigués.

Un grand nombre d'enfants présentent dès la naissance ou dès l'âge le plus tendre des imperfections viscérales, mais le degré de ces dernières est variable. Il en est de larvées comme il en est de très accusées, et c'est ce qui explique que le *seuil de fatigabilité* diffère d'un individu à l'autre et ne peut être établi d'après l'âge.

Les troubles engendrés ou exagérés par la fatigue, c'est-à-dire les troubles qui font leur apparition dès que le seuil de fatigabilité est dépassé, sont très fréquents dans l'enfance.

Cette notion comporte un grand intérêt pratique car le médecin, qui n'en tient pas compte, s'expose à voir échouer ses prescriptions diététiques et thérapeutiques les plus savantes.

Dans le présent article, je me propose, à titre d'exemple, d'envisager plusieurs circonstances dans lesquelles la prise en considération du seuil de fatigabilité permet de modifier du tout au tout des états de santé fort précaires.

* * *

Nous observons très fréquemment — aussi bien en ville qu'à l'hôpital — des petits enfants de 2 à 10 ans, amenés à la consultation, parce qu'ils n'ont pas d'appétit et que depuis de nombreux mois, leur poids est stationnaire. Ces enfants sont assez souvent des rhino-pharyngiens et adénoïdiens. On a procédé à l'ablation de leurs amygdales et de leurs végétations sans en obtenir les résultats qu'on en attendait. Assez souvent aussi, on a jugé utile de leur enlever l'appendice, mais l'opération n'a pas été suivie du coup de fouet qu'on espérait.

Ces enfants continuent à ne pas grossir, à ne pas manger. Ils font facilement des poussées subfébriles prolongées, qui justifient un examen radiographique, lequel ne révèle rien de saillant. La cuti-réaction à la tuberculine est d'ailleurs négative. On examine les urines, on fait procéder à une analyse des selles pour la recherche des parasites ou des œufs. Toutes ces investigations restent négatives.

L'examen clinique de ces enfants montre qu'il s'agit souvent de sujets hypotrophiques ou dystrophiques, ayant une hérédité syphilitique plus ou moins lointaine. Cette constatation incite à prescrire un traitement spécifique, et à y associer une opothérapie mono ou pluriglandulaire.

Mais toutes ces mesures thérapeutiques demeurent inefficaces et le séjour à la mer ou à la montagne, qu'on ordonne en dernière analyse, n'apporte lui-même aucune amélioration pour les raisons qui seront exposées plus loin. Le poids des enfants ne bouge pas tant qu'on ne tient pas compte de leur fatigabilité.

Ces enfants, de souche nerveuse, sont eux-mêmes de grands nerveux : ils ne restent pas un instant en place, ils « gigotent » sans arrêt, ils sont turbulents, ils bavardent continuellement, et les parents ou les domestiques qui ont à s'occuper d'eux sont vite exténués par leur agitation perpétuelle. Au cours de l'examen, le médecin note souvent qu'ils sont peureux à l'extrême, qu'ils poussent des cris avant même qu'on les ait touchés, qu'ils hurlent ensuite sans interruption, et surtout aux moments où le silence serait utile à l'auscultation. Ces sujets se fatiguent très rapidement. Ils présentent alors des symptômes de dépression : ils deviennent tristes, parfois même silencieux, ils perdent l'appétit, ils ne jouent plus comme leurs petits camarades. S'ils sont en âge scolaire, ils travaillent avec difficulté et sans entrain.

De tels enfants dépassent très vite leur seuil de fatigabilité. Il suffit d'y penser et de prendre des mesures appropriées pour obtenir des résultats surprenants... pour l'entourage et souvent très rapides.

La première chose à faire est de mettre ces enfants *au repos*. Le *repos complet au lit*, pendant

huit ou quinze jours est nécessaire s'il s'agit d'un cas accentué. Le *repos relatif* suffit habituellement ; on exigera que pendant deux semaines au moins, l'enfant ne se lève qu'à 10 h. 30, qu'il fasse une sieste d'une heure et demie après le déjeuner, qu'il soit couché tous les soirs à 18 heures et qu'il dîne au lit.

En même temps, on veillera à ce que l'enfant ne se fatigue pas au cours de la journée, à ce qu'il ne soit pas toujours debout, à ce qu'il n'accomplisse pas de marches de plus de dix à quinze minutes.

Ces simples mesures sont généralement suivies des meilleurs résultats. L'enfant gagne en une semaine 300, 400, 500 grammes. Il gagne d'autant plus qu'il était plus fatigué et avait besoin davantage de récupérer du poids. Fait paradoxal en apparence et qui surprend toujours l'entourage : l'appétit se manifeste et devient quelquefois excellent, malgré le maintient au lit ou à la chambre.

Ces résultats étant acquis, si l'enfant reprend sa vie antérieure et dépasse à nouveau son seuil de fatigabilité, il reperdra immédiatement le poids gagné. Il le récupérera au contraire très rapidement si le régime de repos est réinstitué. Ainsi se trouve démontré le rôle indiscutable de la fatigabilité.

Le plus important est donc de mettre ces enfants au repos, mais cela n'est pas toujours facile, car ces enfants qui vivent habituellement dans un milieux nerveux sont des enfants gâtés, qui trop souvent n'en font qu'à leur tête. Il faut exiger des parents qu'ils suivent à la lettre la prescription formulée pour les modalités du repos et, s'ils ne peuvent le faire, le médecin sera amené à proposer l'isolement.

D'ailleurs, pour que les enfants soient plus dociles et moins turbulents, il est toujours utile de prescrire en même temps une thérapeutique calmante.

On fera donner tous les soirs à 18 heures, un bain à 36° d'une quinzaine de minutes et on aura largement recours aux divers sédatifs (bromures, gardénal, etc.). Pour ma part, je recommande volontiers d'administrer tous les jours, à 11 heures et à 18 heures, une cuillerée à café d'une préparation à base de valériane qui est parfaitement tolérée même par les tout petits, et dont l'emploi peut être prolongé pendant des semaines sans inconvénient.

Les rayons ultra-violets à doses modérées sont souvent aussi très recommandables, mais il est nécessaire de ne pas irradier la tête des enfants pour ne pas provoquer une congestion céphalique, qui augmenterait l'excitabilité au lieu de l'apaiser.

***

Chez les enfants de 8 à 15 ans, un autre exemple du dépassement du seuil de fatigabilité nous est fourni couramment par le *surmenage physique*, qu'entraîne l'abus des exercices, des sports et même des jeux. Voici une observation résumée qui illustre fort bien ces faits :

Les trois frères C..., Gérard, Albert et Philippe, respectivement âgés de 14, 11 et 8 ans, issus de parents chétifs et nerveux sont des enfants anémiques, maigres, aux membres grêles, au thorax étroit. Leur appétit laisse à désirer, leur poids est très insuffisant.

Le père, très féru des méthodes modernes d'éducation physique, s'est mis en tête de profiter des grandes vacances pour transformer ses trois enfants et voici l'emploi du temps qu'il a fixé pour les soumettre à un entraînement méthodique et intensif :

7 h. 30	Réveil.
7 h. 30 à 8 h.	Gymnastique.
8 h. à 8 h. 30	Petit déjeuner.
9 h. à 10 h.	Tennis.
10 h. à 10 h. 30	Boxe.
10 h. 30 à 11 h.	Canotage.
11 h. à 12 h.	Bain de mer et natation.

L'après-midi étant réservée à des marches de deux heures à travers la forêt ou à des excursions en bicyclette.

Les conséquences d'un tel régime ne se firent pas attendre. A la fin des vacances, les trois enfants présentaient un aspect pitoyable ; leur appétit était plus déficient que jamais et chacun d'eux avait maigri de un à deux kilos au plus grand étonnement de leur père !

Il a suffi de mettre ces trois enfants au repos complet pendant huit jours, puis au repos relatif pendant les quinze jours suivants pour obtenir un résultat des plus satisfaisants.

Sans être soumis à un entraînement aussi excessif, beaucoup d'enfants ne gagnent pas un gramme pendant les vacances ou même perdent carrément du poids. Simplement, parce qu'ils auront joué tous les jours sur la plage *sans interruption* de 9 heures à 12 h. 30 le matin, et de 14 h. 30 à 19 heures l'après-midi ; ces jeux n'étant suspendus souvent que pour permettre aux jeunes baigneurs de suivre une leçon de gymnastique collective, de beaucoup trop longue durée, d'une heure et davantage !

Que de fois n'entendons-nous pas dire : « Mon enfant est un nerveux et la mer ne lui réussit pas ». Or, neuf fois sur dix en pareil cas le séjour à la mer n'est nullement contre-indiqué, c'est le régime auquel l'enfant est soumis, qui est néfaste. Son organisme, dont le seuil de fatigabilité est peu élevé, ne supporte pas un travail excessif et continu. Les troubles inéluctables se produisent et le paysage, qu'il soit maritime ou autre, n'y est pour rien.

***

Je laisse volontairement de côté dans cet article le *surmenage scolaire intellectuel*, qui fait d'innombrables victimes, et qui nécessite une refonte complète de la mentalité universitaire

et des programmes. Les méfaits sont si graves pour l'avenir immédiat des enfants et pour le sort ultérieur de la nation que tous les bons citoyens ont le devoir d'appuyer les campagnes organisées par divers groupements médicaux et paramédicaux pour protester contre un état de choses extrêmement répréhensible.

Il est toutefois une forme particulière de surmenage chez les écoliers, que je crois devoir signaler au cours de cette étude consacrée au seuil de fatigabilité. C'est l'*insuffisance de sommeil* chez les enfants d'âge scolaire.

Le sommeil est encore plus nécessaire à l'enfant qu'à l'adulte pour le repos du corps et du cerveau. Sa durée doit être d'autant plus longue que le sujet est plus jeune. Voici, en principe, le nombre d'heures qu'avec le Professeur Nobécourt (1), nous estimons nécessaire d'accorder aux jeunes élèves :

Age	Durée du sommeil
7 à 9 ans	11 heures
9 à 12 —	10 ou 11 —
12 à 14 —	9 ou 10 —
au delà de 14 ans..	8 ou 9 —

Mais ces chiffres sont purement schématiques et pour le sommeil comme pour l'alimentation, les règles générales doivent comporter de fréquentes exceptions individuelles. Comme l'a dit A. Chaillou (2) « il est d'observation banale de voir certains enfants bien travailler le matin sans jamais pouvoir veiller. D'autres ont le réveil lent et pénible, mais peuvent facilement être tenus en éveil. Faire travailler les premiers après le travail du soir, c'est fatiguer inutilement l'organisme pour un rendement nul. Un lever prématuré aura pour les seconds le même résultat défectueux. D'où la nécessité, dans une population scolaire, même homogène d'avoir des levers et des couchers successifs ».

Pour abaisser dans la journée le seuil de fatigabilité des pensionnaires, il est indispensable en conséquence d'organiser dans les collèges et les lycées un *dortoir de dormeurs* réservé aux élèves qui ont besoin de beaucoup de sommeil. Les uns y dormiront toute l'année, les autres à certaines périodes seulement. Le Professeur Nobécourt a obtenu à l'*Ecole normale supérieure*, l'installation d'un certain nombre de chambres isolées qui répondent à ce but. Divers établissements climatiques d'enseignement ont procédé de même, entre autres le *Collège médical d'Annel*, près de Compiègne, dans l'Oise, et ces initiatives devraient être plus largement imitées.

***

Les différents faits, que je viens d'exposer, démontrent combien il serait erroné de soumettre tous les enfants à un régime uniforme d'exercice ou même de repos. Le *seuil de fatigabilité* est individuel et, chez les sujets nerveux, il est notablement abaissé. Le rôle du médecin est d'en instruire les parents et les éducateurs ; il doit, en outre, en tenir lui-même le plus grand compte toutes les fois qu'il est consulté pour un enfant fatigué ou malade.

LES STÉNOSES PYLORIQUES

D'après une leçon de M. le Professeur agrégé PETIT-DUTAILLIS (*)

LA STÉNOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE DES NOUVEAU-NÉS

La sténose hypertrophique est une forme très particulière de sténose du pylore que l'on observe chez les nouveau-nés, de la fin de la première semaine jusqu'au deuxième ou troisième mois. Elle est bien connue aujourd'hui à la suite des travaux de Fredet. Depuis 1908, M. Fredet s'est efforcé de montrer l'intérêt de cette affection : il en a individualisé les types cliniques, établi les dangers et il a montré aussi les succès que donne, en pareil cas, une thérapeutique opportune.

L'état morbide en question a été longtemps attribué au spasme pylorique. En réalité, il s'agit d'une malformation, d'une hypertrophie de la valvule pylorique. L'hypertrophie, toutefois, ne résume pas la totalité du processus et il est indiscutable qu'un élément spasmodique s'ajoute à la lésion anatomique. Objectivement, on trouve au niveau du pylore une petite saillie olivaire ayant l'aspect d'une tumeur bénigne, traduisant un véritable anneau épais. A l'opération, si l'on sectionne cette musculeuse, on aperçoit la muqueuse plissée en accordéon à l'intérieur, comme une serviette dans son anneau porte-serviette, selon l'expression de M. Ombrédanne. La muqueuse se déplisse d'ailleurs aisément une fois la sténose libérée.

(1) NOBÉCOURT et Georges SCHREIBER. — Hygiène sociale de l'enfance. Paris, 1921, Masson et Cie, éditeurs.

(2) A. CHAILLOU. — Etablissement d'un horaire normal pour les enfants des différents âges scolaires. *III*e *Congrès intern. d'hygiène scolaire*, Paris, 2-7 avril 1910. T. Rapports, p. 465.

(*) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (janvier 1936), recueillie par le Docteur P. LACROIX.

Quels sont les symptômes de la sténose pylorique des nouveau-nés ? Avec Fredet, on décrit à la maladie plusieurs formes dont deux principales : une forme serrée et une incomplète. La forme serrée apparaît du huitième au vingtième jour. Fait important : il y a toujours un intervalle libre entre la naissance de l'enfant et l'apparition des troubles. Ce n'est pas dès les premières tétées, mais au bout d'une semaine, de quinze jours, que débutent les symptômes. Ces symptômes consistent en vomissements à caractère spécial, *explosif*. L'enfant paraît souffrir et tout à coup survient un vomissement très abondant, plus abondant que la prise de lait elle-même de la tétée, comme s'il s'ajoutait, au lait, du liquide hypersecrété. Les vomissements éclatent à chaque tétée ; ensuite ils s'espacent, survenant toutes les deux ou trois tétées. L'enfant atteint d'invagination intestinale qui vomit refuse le sein. Le sténosé, au contraire, a de l'appétit, il se précipite même sur le sein.

Les selles gardent l'aspect du méconium et cela encore au dizième, quinzième jour après la naissance. En même temps, on note de l'oligurie, de la perte de poids. Les signes de déshydratation se manifestent en quelques jours.

A l'examen, l'estomac est d'abord hypertonique, en tension. Il ne faut pas escompter sentir la tumeur. C'est seulement à la phase avancée, d'asystolie gastrique, que l'on pourrait la percevoir, c'est-à-dire trop tardivement pour poser un diagnostic donnant les meilleures chances de guérison. Plus tard, si l'on attend cette phase asystolique, les vomissements se raréfient, mais l'amaigrissement s'accentue : l'enfant perd jusqu'à 25 % de son poids et meurt en trois à cinq semaines.

Il faut faire le diagnostic assez tôt, à la phase hyperkinétique. La radiologie viendra à l'aide de la clinique. Quelquefois, le nourrisson vomit si abondamment que la radioscopie est impossible. Dans d'autres cas, on constate le retard à l'évacuation. En tout cas la radio s'impose.

A côté de cette forme grave, qui dure quelques semaines seulement, il existe tous les intermédiaires, jusqu'à la forme incomplète qui traduit des accidents de sténose intermittente. L'enfant vomit alors trois, quatre, huit jours, sans cause apparente. Puis, il ne vomit plus et paraît guéri. Puis, cela recommence, au bout d'une quinzaine de jours par exemple, et peut aboutir à des phénomènes graves.

Dans ces formes, les vomissements sont également explosifs. Toutefois, les selles peuvent être normales, le poids peut rester stationnaire et l'on a parfois tendance, dans ces conditions, à perdre un temps précieux avant de décider l'intervention chirurgicale. Les signes radiologiques diffèrent, car une partie du lait passe dans le duodénum et la tension n'est pas aussi complète.

La connaissance de ces dernières formes permet de comprendre la possibilité d'une guérison naturelle de la maladie. Les petits malades arrivent quelquefois à la deuxième enfance, à l'âge adulte même ; il en existe quelques exemples.

Le diagnostic est assez simple, grâce à la radio. Avec quoi pourrait-on confondre la sténose hypertrophique du pylore des nourrissons ? En présence de vomissements sans cause, il faudra éliminer le banal méricysme du nourrisson. On éliminera d'autre part, l'intolérance au lait. Plus difficile est le diagnostic avec la maladie des vomissements habituels de Marfan. Ceux-ci sont purement spasmodiques et s'accompagnent volontiers de signes de spasmophilie. A la radio, on peut trouver également de la stase à jeun, mais si l'on fait des examens radioscopiques prolongées, on voit que tout à coup, à un moment donné, le liquide passe : c'est le tout ou rien.

Le traitement, dans les formes sérieuses, ne se discute pas. Si le vomissement se produit à chaque tétée, l'opération sera faite d'urgence. L'intervention n'est discutable que dans les formes incomplètes. Dans les vomissements intermittents éloignés, sans dénutrition, on pourra user des antispasmodiques, avec ou sans chlorure de calcium. Si, après deux à trois semaines, on n'a pas obtenu de résultat, on s'adressera à la chirurgie qui, pratiquée à temps, est extrêmement bénigne.

La gastro-entérostomie a été faite quelquefois, avec des succès et aussi des insuccès. Elle est moins simple chez le nourrisson que chez l'adulte et d'autre part, chez ces tout-petits, il faut aller vite. L'opération la plus avantageuse est la pylorotomie extra-muqueuse de Fredet, qui consiste à inciser au bistouri la valvule, à décoller la musculeuse en évitant les effractions. Au cas de blessure de la muqueuse, celle-ci est suturée, sans suite grave. Grâce à cette incision du sphincter, on voit disparaître les vomissements, pas toujours immédiatement : deux à trois jours suffisent généralement.

On peut dire qu'actuellement cette opération ne donne pas de mortalité, si elle est faite au début. Si l'on attend la phase asystolique le pronostic change du tout au tout.

En 1927, M. Fredet rapportait 33 cas opérés, dont 25 de pylorotomie avec deux morts opératoires, opérés à la phase ultime, il est vrai.

L'INFLUENCE DU MILIEU SOUTERRAIN SUR LE CŒUR

L'hypotension des mineurs

Les états physio-pathologiques professionnels sont à l'ordre du jour. Les études et les Congrès relatifs aux affections professionnelles et à l'hygiène du travail s'efforcent de définir l'influence sur l'organisme des conditions dans lesquelles sont placés les ouvriers et de chaque modalité du travail.

A ce point de vue, les ouvriers du sous-sol méritent une attention particulière, car ils vivent pour une partie importante de leur existence dans une atmosphère spéciale, chimiquement et physiquement anormale. Qu'en résulte-t-il pour leur santé, en général, leurs poumons, leur cœur et leur appareil circulatoire ?

M. André Feil, chef de service à l'Institut d'hygiène industrielle de la Faculté de médecine de Paris, a poursuivi depuis quelques années une enquête chez les mineurs des mines de fer et des carrières d'ardoises de l'Anjou.

Nous avons signalé déjà, de cet auteur, une première série d'études sur les pneumococcies des travailleurs du sous-sol. M. Feil les a complétées par un autre travail (1) concernant les modifications circulatoires chez les mineurs.

Nous publions ci-après le résultat de ses recherches.

***

1° Le cœur du mineur. — Notre première enquête concerne les mineurs de fer. Nous avons examiné 154 ouvriers, tous travailleurs du fond. Le plus grand nombre (61 p. 100) ont entre 40 et 60 ans ; la plupart (76 p. 100) travaillent au fond depuis au moins dix ans.

L'auscultation du cœur montre chez ces 154 ouvriers les troubles suivants : lésions organiques primaires, 1,5 p. 100 des ouvriers examinés ; retentissement du 2e bruit aortique, allant du simple claquement ou clangor, 11 p. 100 ; symptômes divers, hypertrophie, tachycardie, assourdissement des bruits, 5,8 p. 100. Ces troubles divers sont généralement bien supportés puisqu'ils n'ont obligé aucun des ouvriers examinés à interrompre le travail.

Notre deuxième enquête effectuée dans les carrières d'ardoise nous a permis de recueillir plusieurs statistiques qui montrent la proportion des affections cardio-vasculaires chez les ardoisiers du fond.

Statistique de morbidité. — Sur 70 ouvriers sept présentent des troubles cardiaques : trois fois, il s'agit de lésion mitrale, ce qui représente 4 p. 100 environ des ouvriers visités ; trois fois également on note un retentissement du bruit aortique, claquement ou clangor (4 p. 100) ; une fois il existe un souffle inorganique. Dans cette ardoisière, remarquons-le, la visite d'embauchage est beaucoup moins stricte que dans les mines de fer, ainsi s'explique la proportion relativement plus élevée de lésions organiques.

Statistique de mortalité. — Parmi les causes de mort, les cardiopathies n'atteignent pas chez les ardoisiers du fond un chiffre élevé ; leur pourcentage (6,36 p. 100) est même inférieur à celui qu'on observe pour les autres travailleurs de la région (8,51 p. 100).

On peut être surpris de la rareté relative des affections cardio-vasculaires chez les mineurs, qui accomplissent en général un travail très pénible ; mais n'oublions pas que le mineur du fond est presque toujours un homme robuste, sélectionné, qui a subi à l'embauchage une visite habituellement sévère. Ainsi s'explique la rareté des affections primaires du cœur chez ces ouvriers, et la prédominance des affections cardiaques secondaires, dues presque toutes aux lésions de l'appareil respiratoire, emphysème et sclérose coniotique.

En résumé, ce qui caractérise le cœur des mineurs, c'est la rareté des lésions primaires et la tendance aux manifestations secondaires, liées aux troubles de la petite circulation.

2° La tension artérielle du mineur. — Le système

(1) *Académie de médecine*, 24 décembre 1935.

circulatoire devait retenir l'attention. Nous avons mesuré la tension artérielle de 153 mineurs. Une très forte proportion : 35 p. 100 des ouvriers avaient une pression égale ou inférieure à Max. : 13. Ce pourcentage apparaît d'autant plus élevé qu'il s'agit d'hommes vigoureux, pratiquant quotidiennement un métier de force, dont l'âge pour le plus grand nombre (61 p. 100) se tient entre quarante et soixante ans.

L'*hypotension* artérielle du mineur a été bien étudiée par Wohlhueter qui, le premier, croyons-nous, a rattaché ce symptôme aux conditions particulières qui règnent dans le milieu souterrain. Il a trouvé l'hypotension chez 67 p. 100 des mineurs de charbon ou de potasse qu'il a examinés. Aucun des ouvriers hypotendus ne présentait à l'écran radioscopique de modification notable de la forme du cœur et de ses dimensions.

De notre côté, nous avons mesuré la résistance de l'appareil cardio-vasculaire à l'effort modéré (accélération des battements cardiaques après dix génuflexions rapides). Les résultats ont été nettement plus favorables chez les ouvriers dont la tension était à Max. : 13 et au-dessous, que chez ceux dont la tension était égale ou supérieure à Max. : 16.

Il semble qu'on puisse conclure de ces recherches que l'hypotension artérielle des mineurs est indépendante de l'état du cœur. Elle ne paraît nullement diminuer la résistance de l'ouvrier ; elle ne peut être considérée comme un facteur de déficience myocardique.

Wohlhueter en fait un signe d'adaptation physiologique du système cardio-vasculaire au milieu souterrain ; il suppose, et c'est vraisemblable, que l'hypotension du mineur est liée à la hausse de la pression atmosphérique dans la mine. Cette pression augmentant proportionnellement avec la profondeur, l'hypotension doit se manifester avec le plus de netteté chez les ouvriers qui travaillent dans les mines les plus profondes. Ainsi s'explique, peut-être, que dans les mines visitées, mines de fer, carrières d'ardoises (dont la profondeur ne dépasse guère 300 mètres), l'hypotension des mineurs soit modérée, moins caractéristique que dans les mines de charbon ou de potasse, dont la profondeur peut atteindre 6 à 700 mètres et davantage.

L'hypotension des mineurs est à rapprocher des modifications de tension que l'on observe chez les aviateurs et chez les ouvriers qui travaillent dans les caissons. On sait que, d'une façon générale, la tension artérielle présente une courbe inverse de celle de la pression de l'atmosphère : s'il y a dépression atmosphérique, la tension de l'ouvrier s'élève ; s'il y a surpression, elle s'abaisse. Ces faits ne sont pas constants, mais ils sont la généralité. Les modifications de la tension artérielle varient, d'ailleurs, beaucoup suivant la résistance des individus, s'ils sont entraînés, vigoureux et sains, ou, au contraire, peu entraînés, âgés ou surmenés.

Chez les mineurs, il faut tenir compte d'autres facteurs dont le rôle n'est pas négligeable. Ainsi l'effort musculaire continu, tel le travail au marteau pneumatique, baisserait plutôt la tension ; la température, généralement élevée dans les mines, aurait une même action ; les variations de la pression atmosphérique, auxquelles sont soumis les mineurs, montée et descente à la mine, surtout lorsque celles-ci se font rapidement, seraient un facteur d'hypotension. Peut-être faut-il invoquer l'action de gaz hypotensifs (CO^2, CO) susceptibles de créer, chez le mineur, un état d'intoxication lente, modérée et successive.

Comment agissent ces divers éléments sur le système circulatoire ? Se produit-il un déséquilibre de la circulation ? Doit-on faire intervenir dans la production de ce phénomène une action sympathicotonique et vagotonique ? On l'ignore ; mais l'existence d'une hypotension relative chez le mineur paraît un fait incontestable.

En résumé, ce qui caractérise la pathologie cardiaque des mineurs, c'est d'une part la rareté des affections primaires du cœur, opposée à la fréquence des manifestations secondaires. C'est, d'autre part, l'hypotension artérielle que l'on observe avec une fréquence anormale chez ces ouvriers. Cette pathologie cardio-vasculaire trouve vraisemblablement son étiologie dans le milieu spécial où travaille le mineur : air poussiéreux confiné, chargé en anhydride carbonique, pression atmosphérique plus élevée qu'à la surface et qui augmente proportionnellement avec la profondeur du gisement minier.

André Feil.

LA CLINIQUE INFANTILE AU GOÛT DU JOUR

« La coqueluche du nourrisson », masque d'une forme curable de l'œdème pulmonaire subaigu.

D'après les Docteurs Robert BROCA et Julien MARIE (*)

L'ASPECT TROMPEUR EN CLINIQUE :

Toux coqueluchoïde. Pluie de râles. Tenacité; mais bon état général, et guérison.

Cette pneumopathie est essentiellement caractérisée par : 1° une toux quinteuse coqueluchoïde, avec dyspnée intermittente ; 2° une pluie de râles fins, véritables râles d'œdème, cantonnée dans un territoire pulmonaire, ou au contraire étendue à la totalité des deux poumons — localisation ou diffusion tenace dans leur topographie ; 3° un petit cortège fébrile, et un état général le plus souvent bon. Enfin, le pronostic est en règle bénin, contrairement à celui qu'on attendrait d'une infection aussi marquée au cours du tout premier âge.

Il s'agit là certainement d'un syndrome infectieux, vraisemblablement dû au pneumocoque, qui vient traduire une réaction spéciale des alvéoles et des bronchioles du nourrisson à une infection d'origine banale. Car, très souvent, on retrouve cette petite infection dans l'entourage immédiat du petit malade, sous la forme d'une atteinte légère des premières voies respiratoires : rhume, trachéite, grippe de la mère ou de la nurse par exemple.

Examinons en quelques détails cette curieuse maladie.

Elle s'observe électivement dans les deux premiers mois de la vie.

Son premier signe est la toux, d'abord banale et considérée comme telle, puis de plus en plus fréquente, persistant même la nuit, inquiétant alors l'entourage par sa ténacité, sa fréquence, et enfin par son caractère impérieux ; « la série de coups de glotte successifs forme, en effet, une *véritable quinte, mais sans reprises* ; parfois le nourrisson tousse d'une façon régulière et monotone pendant plusieurs minutes sans arrêt ».

Il existe de la gêne respiratoire, toutefois celle-ci est plutôt peu marquée, et presque jamais elle n'atteint celle de la dyspnée d'une crise d'asthme ou d'une broncho-pneumonie. Néanmoins cette gêne apparaît au moindre mouvement, *sous l'influence de l'effort,* des cris, de la tétée. En général on n'observe pas de cyanose. Le nouveau-né se fatigue vite de prendre le sein, ou le biberon, si bien que sa ration alimentaire habituelle n'est toujours pas absorbée.

Il est important de noter que, malgré tous ces troubles fonctionnels, l'aspect général reste bon. « La plupart des nourrissons, après avoir pendant quelques jours bu avec difficultés et augmenté fort peu de poids, retrouvent *leur appétit ; et leur* croissance reprend peu à peu régulièrement » (R. Debré).

Exceptionnellement, on voit cependant, le sujet devenir anorexique et présenter des troubles digestifs secondaires, ainsi qu'il est de règle au cours des maladies infectieuses du premier âge. Ce qui peut encore inciter à *une confusion avec la coqueluche,* c'est que des vomissements ne sont pas rares, et qu'ils surviennent souvent peu après la tétée, à l'occasion des quintes ou des secousses de toux. On observe, même parfois quelques selles liquides, verdâtres ou grumeleuses, qui, s'ajoutant à ces vomissements, à l'anorexie, peuvent entraîner à la longue un état hypotrophique ou une prostration inquiétante.

La température reste peu élevée ; elle oscille pendant plusieurs semaines entre 37°4 et 37°8 ; parfois même, elle demeure au-dessous de 37° le matin, pour ne jamais dépasser 37°5 le soir.

L'examen général de l'enfant reste négatif ; seule l'auscultation du poumon fournit le signe capital du syndrome. Voici de quelle manière fort intéressante, le Professeur R. Debré décrit les résultats de cette investigation :

« L'oreille, appliquée contre la poitrine, perçoit les mêmes bruits adventices, souvent sur la totalité du champ d'auscultation des deux poumons, parfois sur une partie seulement : ainsi, dans tel cas, sur toute la plage d'auscultation antérieure gauche et à la partie inférieure de la zone d'auscultation du poumon droit ; dans tel autre, au niveau de la partie moyenne du poumon ou d'une seule base. Ce sont des râles secs, fins, éclatant sous l'oreille, notoirement à la fin de l'inspiration, rappelant le râle crépitant, mais plus fins que celui-ci ; bref, ayant les caractères des râles de l'œdème pulmonaire, si bien que la

(*) R. BROCA et J. MARIE. Œdème pulmonaire subaigu et curable du nourrisson. (*L'année Pédiatrique* 1934. Masson éditeur, Paris).

première pensée qui s'impose à l'esprit, après l'auscultation, est que la lésion déterminante est bien un œdème alvéolaire.

« Dans les cas typiques, on ne perçoit aucun bruit adventice. Jamais nous n'avons en pareille circonstance entendu de souffle ; mais, dans quelques observations, nous avons noté, en une ou deux zones limitées, des râles plus humides ayant les caractères de râles bulleux, fins ou moyens ; dans d'autres cas, nous avons perçu en outre quelques sibilances sonores, mais nous ne saurions trop insister sur ce fait que les *râles secs et fins, éclatants comme superficiels, représentent le signe fondamental, pathognomonique, et que leur importance, leur diffusion extrême et leur persistance constituent l'essentiel de ce syndrome.*

« La percussion ne donne que peu de renseignements ; dans deux cas, nous avons observé une légère submatité en un point limité du thorax, à une base ou à la partie moyenne du poumon. »

Ténacité et curabilité caractérisent l'évolution de cet œdème pulmonaire

Ténacité, car sa durée s'étend sur plusieurs semaines : six à huit en moyenne. Néanmoins, l'*état général reste bon* ; le plus habituellement, le nourrisson continue à prendre du poids et à s'alimenter parfaitement, l'affection n'étant caractérisée que par la toux si particulière et si tenace, et par la pluie de râles bulleux, fins, perçus à l'auscultation. Les râles restent localisés dans les mêmes zones du parenchyme, mais tantôt la pluie de râles se resserre, tantôt elle s'étend ; cependant la poussée fluxionnaire d'extension coïncide généralement avec une nouvelle ascension thermique. Dans la suite, la toux s'espace, puis disparaît, et les râles d'œdème pulmonaire s'effacent complètement.

Curabilité, parcequ'une évolution heureuse reste la plus fréquente. Néanmoins, des complications peuvent survenir (otite, pleurésie purulente). Chez un sujet hypotrophique, dont l'alimentation est rendue encore plus délicate, soit par l'anorexie infectieuse, soit par les vomissements qu'aggravent les quintes, soit par les troubles digestifs secondaires, — le processus œdémateux peut également s'étendre considérablement, ou même se compliquer de la broncho-pneumonie, au caractère si grave chez les bébés.

***

COMMENT LEVER CE MASQUE ET INSTITUER UN TRAITEMENT RATIONNEL

La difficulté provient de ce fait que le praticien ne pense pas toujours à cette maladie du nouveau-né. Dans ces conditions, il porte le plus souvent le diagnostic de « coqueluche du nourrisson », car la toux incessante, monotone, quinteuse, oblige en réalité à évoquer la *coqueluche.*

Cependant, la *maladie ne se complète pas* ; *aucune quinte caractéristique avec reprises* n'est perçue par l'entourage. Puis, les signes d'auscultation sont différents de ceux de la coqueluche.

Enfin, l'*absence de contagion* est facile à découvrir chez ces tout-petits, qui ne sortent pas de leur cercle familial. Les cultures faites ne révèlent pas non plus le bacille de Bordet et Gengou.

En dehors de la coqueluche, il serait encore possible de penser à une grippe du nouveau-né, avec congestion pulmonaire ou broncho-pneumonie ; mais le diagnostic très grave, que l'on porterait, serait démenti par l'évolution ; parfois aussi, on attribuerait à la thérapeutique un résultat heureux, qui ne serait qu'une coïncidence.

Une tuberculose du nourrisson serait-elle envisagée en raison de la persistance de la toux, de l'état fébriculaire, qu'une cuti-réaction négative viendrait éliminer avec certitude ce diagnostic.

Le *traitement* variera suivant l'importance des manifestations fonctionnelles. Dans les formes graves et moyennes, avec dyspnée, tirage, cyanose, il y aura intérêt à prescrire d'une manière précoce l'oxygénation permanente, par inhalation avec l'appareillage de Bochet, et non par injections sous-cutanées. On lui associera les bains simples ou sinapisés, la digitaline à dose d'une à deux gouttes par jour, pendant cinq jours. Dans les formes très graves, on préconisera les injections intrapéritonéales de sang maternel, ou la transfusion du sang. Quant aux divers vaccins antibroncho-pneumoniques, leur activité est loin d'être démontrée.

On s'efforcera de réhydrater l'enfant et de l'alimenter. D'ailleurs celui-ci continue le plus souvent, malgré l'infection et l'œdème pulmonaire, à prendre régulièrement de la nourriture et à augmenter de poids. On se contentera alors de continuer le régime alimentaire habituel, de maintenir une atmosphère humide à la température de 20°, de s'opposer formellement à toute sortie, et cela tant que persistent les râles œdémateux, et même si la maladie doit se prolonger plusieurs semaines. Cet œdème infectieux du nourrisson suit, en effet, la même règle que toutes les maladies des voies respiratoires du premier âge, y compris la coqueluche : les broncho-pneumonies s'observent électivement chez les sujets infectés qu'on promène à l'air libre.

A ces prescriptions hygiéno-diététiques, on adjoindra une médication expectorante simple.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les paludéens devant la réaction de Henry.

Le paludisme, causé par un parasite exclusif de globule rouge, pour être diagnostiqué avec certitude, exige la découverte de l'hématozoaire spécifique dans le sang du malade ou celle de ses excreta, les grains de pigment mélanique. En dehors des séries d'accès, à l'époque où la fièvre, après avoir été régulièrement intermittente, devient apériodique, les plasmodes se rencontrent rarement dans la circulation générale et ne s'y voient qu'accidentellement au cours d'un accès spontané ou provoqué. Quant au pigment mélanique intraleucocytaire, le passage dans le sang circulant en est très fugitif et succède immédiatement à l'accès qui vient de finir. En revanche, après la mort d'un paludéen chronique, on le retrouve dans les cellules réticulo-endothéliales plus fréquemment que l'hématozoaire. La réaction sérologique de Henry a été préconisée pour déceler le paludisme.

D'après MM. E. MARCHOUX et V. CHORINE, cette réaction ne possède pas le caractère de spécificité que lui avait attribué son auteur. Elle n'est pas due à la présence dans le sang des paludéens d'anticorps développés par le pigment mélanique et mis en évidence par la floculation de la mélanine extraite des yeux de bœuf. Elle repose uniquement, comme d'ailleurs toutes les autres, sur une modification des éléments constitutifs du sérum. Cette modification consiste surtout dans l'augmentation du coefficient des euglobines précipitables par l'eau distillée. C'est la richesse en ces substances que révèle Henry par une dilutin de mélanine dans l'eau distillée, la mélanine jouant le rôle d'un indicateur qui rend le floculat plus apparent. L'eau distillée employée seule suffit à traduire cette floculation qu'on peut apprécier, même à faible degré, à l'aide du photomètre V. B. Y. de Vernes. Pour la rendre plus apparente en l'absence de cet appareil, on peut employer, soit une dilution microbienne, soit une suspension du carmin, deux procédés qui mettent bien en évidence le rôle indicateur des particules de mélanine.

La réaction de Henry se rencontre positive en dehors du paludisme dans 6 à 8 % des cas que la clinique permet le plus généralement d'éliminer.

La réaction à la mélanine est rarement négative dans le paludisme. La mesure de la floculation dans l'eau distillée, plus sensible et plus précise, permet d'abaisser encore le taux des réactions négatives au point qu'on peut à peu près à coup sûr déclarer qu'une réaction négative signe l'absence ou la guérison d'une infection palustre.

Une technique rigoureuse indispensable permet de reconnaître, par la réaction, la présence de l'infection avant le premier accès ; celle-ci est de plus en plus manifeste à mesure que la maladie se développe, baisse sous l'influence du traitement et disparaît avec la guérison.

La proportion des paludéens coloniaux qui est, à la lumière de la réaction, de 35 à 40 % environ dans les six premiers mois de leur retour tombe pratiquement à zéro au bout de deux ans si l'on excepte les cas exceptionnels qui ont d'ailleurs été publiés en raison de leur rareté.

Des paludéens du front d'Orient que les auteurs ont vus au laboratoire, aucun, depuis 1921, n'a été reconnu porteur de parasites.

La réaction de Henry a prouvé que tous sont actuellement guéris. (*La Presse Médicale*, 18 décembre 1935.)

Chirurgie du vertige et section intracranienne du nerf auditif

Qu'il s'agisse d'un malade atteint de crises typiques de vertige de Ménière ou d'autres syndromes vertigineux particuliers (formes céphalalgiques, formes dissociées), MM. AUBRY et OMBRÉDANNE estiment que, du jour où la thérapeutique médicale s'avère inefficace, sous réserve de certaines conditions et indications opératoires fournies par l'examen neuro-labyrinthique, la possibilité d'une intervention chirurgicale sur le nerf auditif est maintenant démontrée. Les résultats sont meilleurs que ceux de toute autre intervention auriculaire, même la plus complète. Les observations des auteurs portent actuellement sur vingt et une interventions (dissection totale, dissection partielle et une tumeur de l'angle au début) ; ils prouvent que l'exploration unilatérale de la loge ponto-cérébelleuse par voie occipitale n'est pas une intervention plus grave qu'une simple laparotomie exploratrice. Elle est simple, de courte durée ; ses suites sont bénignes ; elle est d'exécution facile, à condition de réa-

liser une équipe chirurgicale parfaitement entraînée.

Ses résultats sont extrêmement satisfaisants ; ils peuvent se résumer ainsi :

1° Guérison radicale des vertiges.

2° Lorsque la section partielle du nerf est indiquée, conservation de l'audition presque constante, sauf en cas d'arachnoïdite particulièrement importante et nécessitant une dénudation très poussée du tronc nerveux. Parfois même amélioration de l'audition (deux cas).

3° Exploration de la région ponto-cérébelleuse, sur l'intérêt de laquelle il nous paraît superflu de revenir. (*Gaz. Méd. de France*, 1er février 1936.)

Diabète et grossesse

M. le Professeur agrégé M. Sendrail après avoir exposé le problème du diagnostic du diabète, et celui de son pronostic, en arrive à l'exposé de la thérapeutique. Le schéma du diabète simple et du diabète grave s'applique parfaitement à la grossesse, sous la réserve que le diabète gravidique, par le seul fait qu'il est un diabète juvénile, en tout cas relativement précoce, est le plus souvent un diabète grave.

Le diabète simple appelle la seule cure diététique. Il conviendra de ne point prendre prétexte de la grossesse pour suralimenter la malade, comme on en use trop fréquemment : on écartera ainsi le péril de ces fœtus volumineux, fauteurs de désastres obstétricaux, et qu'explique uniquement la polyphagie maternelle. Au demeurant, il faudra prendre en considération le traumatisme de l'accouchement et préparer la parturition comme on prépare une intervention chirurgicale chez les diabétiques, par une insulinothérapie méthodique, poursuivie pendant les trois ou quatre dernières semaines, même en l'absence de tout phénomène acidosique et de toute autre complication.

Dans le diabète grave, pour la majorité des malades, c'est dès le début de la grossesse que s'impose l'institution de l'insulinothérapie. Celle-ci doit obéir aux règles courantes. Toutefois, chez les gestantes, les accidents hypoglycémiques s'avèrent particulièrement fréquents. Au début, l'intolérance gastrique, si habituelle en pareil cas, peut priver inopportunément l'organisme insulinisé de sa couverture en hydrocarbonés. Plus tard, lors des quatre derniers mois surtout, on observe de brusques variations dans les besoins du sujet en insuline, soit du fait de l'entrée en jeu du pancréas fœtal, soit du fait de la saturation du milieu sanguin en folliculine. Enfin, la délivrance correspond souvent à une réduction brutale des besoins insuliniens qu'il serait dangereux de ne point prévoir. Il n'est pas jusqu'à l'allaitement, qui n'entraîne des perturbations massives dans l'équilibre hydrocarboné (comme on le voit à l'occasion des accidents hypoglycémiques de la « fièvre vitulaire » des bovidés) et qu'il vaut mieux interdire.

L'insuline ne saurait donc au cours de la gestation être maniée sans prudence : on doit proscrire toute cure hasardeuse et insuffisamment surveillée. Cette réserve faite, il convient de reconnaître combien la découverte de l'hormone pancréatique a modifié les termes du problème posé. Grâce à l'insuline, la grossesse n'apparaît plus chez une diabétique comme la terrible aventure qu'elle était naguère encore. On peut dire que l'insuline a réconcilié le diabète et la grossesse. (*Toulouse Médical*, 1er février 1936.)

Sur le diagnostic de certaines tumeurs de la région hypophysaire à symptomatologie réduite

Du travail de MM. M. David et S. Thieffry, il résulte que certaines tumeurs de la région hypophysaire présentent une symptomatologie réduite pendant une grande partie de leur évolution.

Ces cas doivent être connus, pour que la tumeur soit dépistée à temps, c'est-à-dire à un moment où l'intervention peut se faire dans de bonnes conditions, alors que les troubles oculaires ne sont pas trop prononcés, que la compression de la région hypothalamique est absente ou peu marquée et que le système endocrinien ne montre pas encore de perturbations graves.

Les éléments du diagnostic précoce sont les suivants : 1° Un examen ophtalmologique précoce, répété et approfondi. En particulier un examen soucieux et précis du champ visuel.

2° De bonnes radiographies stéréoscopiques du crâne prises sous plusieurs incidences, sans oublier les trous optiques.

Sur les films, il faut savoir reconnaître, non seulement les lésions grossières de la selle, mais encore les modifications minimes quoique significatives (ostéome du tubercule de la selle, érosion et abaissement des apophyses clinoïdes antérieures, excavation de la gouttière optique, etc...).

3° En cas de doute, ne pas hésiter à faire pratiquer une exploration de la région opto-chiasmatique par un neuro-chirurgien.

L'expérience montre, en effet, que l'exploration, non seulement renseigne sur la nature de la lésion et permet de l'extirper — partiellement ou totalement — quand il s'agit d'une tumeur, mais encore qu'elle est susceptible, en cas de lésion non tumorale (arachnoïdite opto-chiasmatique) d'amener une récupération visuelle dans un assez grand nombre de cas. (*Gaz. méd. de France*, 1er février 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Silicose et tuberculose

(MM. VOSSENAAS (de Heerlen) et DOUBROW (de Paris) ; MM. RIST et CROUZON ; 18-2-1936)

Le problème de la silicose, malgré les travaux déjà nombreux parus sur ce sujet, n'est pas encore résolu. On désigne sous ce nom, une pneumoconiose rencontrée chez les mineurs, chez les foreurs de roche. Pour certains auteurs, pour Rist, Doubrow, Leclercq, il faut faire intervenir, dans le syndrome appelé silicose, la tuberculose et les infections pulmonaires. Ces dernières seraient primitives, la silicose n'apparaissant qu'ensuite et venant exacerber la tuberculose. Pour d'autres auteurs, la silicose se suffit à elle-même et intervient à l'état isolé dans la production de diverses lésions broncho-pulmonaires, à type de sclérose. La silicose relèverait ainsi de la loi sur les maladies professionnelles . S'appuyant sur cette opinion, en Angleterre et dans l'Union sud-africaine, on a édifié la doctrine de la silicose maladie professionnelle, provoquée par l'inhalation de poussières riches en si, lice, comportant une prophylaxie et une législation spéciales. Le Bureau international du Travail, lors de sa conférence de 1934, avait même invité les Etats membres de la Société des Nations à prendre en la matière des mesures législatives analogues à celles adoptées en Grande-Bretagne.

Revenant sur la question, M. Rist présente aujourd'hui une étude de MM. Vossenaar et Doubrow concernant une enquête faite par ces derniers sur les affections des voies respiratoires chez les mineurs des charbonnages des Pays-Bas. De cette enqnête, portant sur 600 ouvriers, les auteurs concluent que le travail prolongé dans une atmosphère chargée de poussières siliceuses ne produit chez les sujets sains aucun signe de sclérose pulmonaire. Des agents infectieux, dont le bacille tuberculeux est le plus important, peuvent provoquer des pneumopathies chroniques qui, chez les ouvriers occupés dans les industries à poussières, sont susceptibles de donner des images radiologiques identiques.

Les poussières industrielles, certes, constituent au point de vue de l'hygiène générale, un facteur d'insalubrité qui doit être combattu. Mais la lutte contre les poussières industrielles ne serait qu'une mesure illusoire si elle n'était associée à une prophylaxie rationnelle des infections pulmonaires, de la tuberculose principalement.

— M. RIST signale l'intérêt des conclusions de MM. Vossenaar et Doubrow qui viennent en confirmation de son opinion personnelle. La notion de silicose autonome, qui a été adoptée par l'Union sud-africaine et la Grande-Bretagne et a donné lieu dans ces pays à des mesures législatives particulières, est battue en brèche. L'imprégnation silicotique semble vraiment n'atteindre que les poumons déjà malades, déjà prédisposés par une infection qui, dans l'immense majorité des cas, n'est autre que la tuberculose. Dans les districts miniers où la tuberculose est rare, comme l'a montré le Professeur Leclercq pour nos charbonnages du Nord et du Pas-de-Calais, la silicose est pour ainsi dire absente.

— M. CROUZON rappelle que la question a été discutée assez récemment à la Société de médecine légale. Des opinions diverses ont été soutenues : silicose, affection spéciale broncho-pulmonaire, maladie professionnelle causée par les poussières industrielles ; syndrome silicosique dans lequel existe une association d'une infection pulmonaire (tuberculose surtout) et de l'action des poussières, le rôle de celles-ci étant accessoire et secondaire à la présence d'une tuberculose (Rist et Doubrow, Leclercq) ; syndrome enfin envisagé au seul point de vue médico-légal (Pollet), la loi ne tenant pas compte de l'état antérieur, la silicose étant ainsi recennue de toute façon comme maladie professionnelle. M. Pollet a cité l'exemple de la stomatite mercurielle qui est une affection d'origine toxique ou professionnelle et qui est néanmoins une stomatite fuso-spirillaire. On doit retenir cependant la nécessité, pour la prophylaxie, d'examens préables dans le but d'écarter des professions rendues insalubres par les poussières, les ouvriers atteints d'affections broncho-pulmonaires.

La Société de médecine légale a demandé, en définitive, qu'une enquête méthodique soit poursuivie sur la silicose en vue d'établir quels sont les cas pouvant se réclamer des maladies professionnelles. L'Académie de médecine a finalement conclu cette discussion par la nomination d'une Commission composée de MM. Balthazard, Rist, Crouzon et Policard.

Mission aux Antilles.

(M. Ch. ACHARD ; 4-2-1936.)

M. Achard, qui représentait l'Académie aux cérémonies commémoratives du troisième centenaire des Antilles françaises, rend compte de sa mission. La croisière officielle a visité les Antilles françaises, la Guyane et deux villes des Antilles indépendantes, Port-au-Prince et La Havane.

Cuti-réactions tuberculiniques en Cochinchine.

(M. Ch. Massias ; présentation par M. Vincent ; 4-2-1936.)

Des statistiques portant sur plusieurs milliers d'examens montrent que chez les enfants annamites ruraux de Cochinchine, jusqu'à l'âge de 17 ans, le pourcentage des cuti-réactions tuberculiniques est moins élevé, à égalité d'âge, qu'en France et qu'un certain nombre d'adultes ont une cuti-négative.

Allergie réalisée par des bacilles tuberculeux morts enrobés dans la paraffine.

(M. E. Coulaud ; présentation par M. Rist ; 4-2-1936.)

L'état allergique obtenu avec les bacilles tuberculeux morts enrobés dans la paraffine s'accompagne d'une vaccination particulièrement nette, mais les inconvénients des injections d'huiles minérales, la notion de leur migration dans l'organisme, le risque éventuel que comporte l'existence de vaselinomes ou de paraffinomes, ne permettent guère d'envisager actuellement un tel mode de vaccination chez l'homme.

Historique des applications médicales du formol.

(M. A. Trillat ; 11-2-1936.)

M. Trillat fait une historique de la découverte des applications du formol dans le domaine médical et il indique la part prise par lui personnellement dans l'étude de cet important antiseptique externe et interne.

Académie de chirurgie

Un cas de septicémie à staphylocoques guérie par l'anatoxine staphylococcique

(MM. Soupault et Bernardini ; 12-2-1936)

MM. Soupault et Bernardini rapportent un cas de septicémie à staphylocoques traitée et guérie par l'anatoxine staphylococcique. Cette observation semble être la première de ce genre ; à ce titre et en raison de la gravité du cas, elle mérite une attention particulière.

Le malade, un homme de 48 ans, opéré dans sa jeunesse de tarsectomie pour pied-bot et n'ayant d'ailleurs jamais été incommodé par son pied depuis son opération ancienne, est pris un jour, à la suite de fatigue du pied due à un long voyage en automobile (le pied ayant manœuvré longtemps les pédales), de douleur au cou-de-pied, suivie de gonflement, œdème local, fièvre à 38°5, à 40°, à 41°, état infectieux général grave. Une incision locale ne découvre qu'un peu de sérosité louche. Une hémoculture décèle du staphylocoque doré : septicémie à staphylocoques.

On pratique deux abcès de fixation qui ne mûrissent pas. Leucocytose basse (6.000 leucocytes). On s'adresse alors à la thérapeutique anatoxinique. Deux injections d'anatoxine staphylococcique sont suivies d'une forte détente qui permet l'amputation de la jambe. Une troisième injection d'anatoxine amène enfin la guérison. On assiste, entre temps, à une réaction leucocytaire favorable : après la première injection d'anatoxine, l'hyperleucocytose passait à 27.500.

MM. Soupault et Bernardini ne disent pas certes que toutes les septicémies à staphylocoques (souvent si graves) vont guérir par l'anatoxine. Celle-ci, qui a fait ses preuves dans diverses staphylococcies, n'est sans doute pas susceptible d'apporter la guérison, quelles que soient la forme, l'ancienneté et l'évolution de la septicémie (il existe des observations qui ont été des échecs), mais le fait observé comporte un espoir dans ces affections généralement si sérieuses. La technique d'application comportera, d'autre part, une mise au point non encore définie.

P. L.

Société médicale des hopitaux de Paris

Phosphatase sanguine et maladies osseuses.

(MM. Duvoir, F. Layani et J. Pautrat ; 22-11-1935.)

On avait déjà montré que l'intestin et le rein contenaient une grande quantité de phosphatase. Robison, en 1925, montra la présence de cette diastase dans l'os et prouva expérimentalement son rôle dans l'ossification. La même année Demuth mit en évidence un excès de phosphatase dans le sang des rachitiques. Les auteurs rapportent aujourd'hui leurs études au sujet des variations de la phosphatase sanguine qu'ils ont observées dans les maladies ostéo-articulaires. Ils en concluent que l'hyperphosphatasémie n'est pas particulière à une maladie, mais constitue un processus général, qui est commun à beaucoup d'ostéopathies généralisées. L'hypophosphatémie ne manque que dans les altérations osseuses localisées ou dans les lésions infectieuses, qui détruisent tous les éléments de la substance osseuse (tuberculose, ostéomyélite destructive). Elle existe à des degrés divers dans les affections osseuses qui sont étendues à des territoires osseux importants, et qui comportent une prolifération de cellules conjonctives avec grande activité ostéoclasique et ostéoblastique. Ce type de lésion est rencontré au maximum dans la maladie de Paget et dans l'ostéose parathyroïdienne à forme généralisée. L'hyperphosphatasémie est le témoin et non la cause de la maladie osseuse qu'elle accompagne. Elle résulte, en effet, du passage en excès dans le sang de la phosphatase secrétée par les cellules conjonctives de l'os. Elle traduit d'une façon générale l'hyperfonctionnement de la cellule osseuse dans le sens ostéoclasique aussi bien qu'ostéoblastique. L'élévation de la phosphatase sanguine (qui n'est pas proportionnelle aux variations de la calcémie, ni de la phosphatémie) est en définitive le reflet de l'activité de la cellule osseuse.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Le contact diaphragmatique du lobe moyen ; sa mise en évidence par les moulages lobaires et diaphragmatiques. (Présentation de moulages et de radiographies).

MM. D'HOUR, VAN DEN BUSSCHE et Léon LEFEBVRE. — Poursuivant leurs recherches, les auteurs ont fait des moulages et des radiographies expérimentales, qui précisent l'empreinte du lobe moyen sur le diaphragme. La forme de cette empreinte est des plus variables, tantôt simple ligne doublant le rebord costal, tantôt surface assez étendue ; la forme est généralement ovale ; les limites sont : en avant et en dehors la paroi costale, en arrière le lobe inférieur, en dedans le cœur.

Ces recherches ont un intérêt pratique, non seulement pour les lobectomies mais pour le diagnostic des collections sous-phréniques.

Densification fugace du lobe moyen. Considérations radiologiques

MM. LANGERON, D'HOUR et FOURNIER. — Il s'agit d'une malade jeune sans antécédents pathologiques qui est trouvée porteur d'une ombre basale droite à la radioscopie. L'examen, sous diverses incidences, permet d'identifier une lobite moyenne sur les caractéristiques de laquelle les auteurs insistent. En quelques jours, l'on assiste à la disparition radiologique de cette densification lobaire. Il persiste, sur les radiographies, un épaississement de la petite scissure.

Traitement de l'incontinence essentielle des urines par l'appareil avertisseur de Genouville. (Présentation d'appareil).

M. LEPOUTRE a modifié légèrement l'appareil de Genouville et il présente le modèle qu'il a fait construire. Il en a obtenu d'excellents résultats, dont il souligne l'intérêt. Il estime que cet appareil doit prendre place parmi les traitements de l'incontinence essentielle d'urines.

Un cas de maladie de Leiner-Mossous, traité par le vaccin entérococcique

Mlle SENELLART. — Enfant nourri artificiellement, présentant, quelques jours après sa naissance, une érythrodermie desquamative du type Leiner-Mossous. Guérison en quelques jours par un vaccin entérococcique, pris par la bouche, suivant la méthode de Blechmann, avec régime au lait sec, demi-écrémé. Par la suite, deux tentatives d'alimentation au lait de vache, puis au lait concentré sucré, amenèrent une poussée eczémateuse de la face, qui disparut avec la reprise du lait sec, demi-écrémé.

L'éosinophilie sanguine dans la maladie de Hodgkin

MM. BERNARD et COUSIN. — L'étude de 49 observations amènent les auteurs aux conclusions suivantes :

Les formes mixtes (viscérales et ganglionnaires) sont les plus fréquentes et s'accompagnent dans 37 % des cas, d'éosinophilie ;

Les formes viscérales pures, beaucoup plus rares, donnent 50 % ;

Les formes ganglionnaires pures, 45 % ;

Certaines formes viscérales, pures au début et sans éosinophilie, deviennent hyperéosinophiles quand apparaît l'adénopathie ;

Les fortes éosinophilies se rencontrent chez les sujets qui ont du prurit ou des manifestations cutanées ;

Plus l'éosinophilie est élevée, plus serait grave le pronostic, au moins comme rapidité d'évolution.

Etude historique du cancer provoqué par le goudron de houille et de ses dérivés anthracéniques

MM. DELATTRE et LOU-CHANG divisent cette étude en trois parties : la période expérimentale, la période d'études chimiques et la période bio-chimique. Ils insistent sur les résultats récemment obtenus, qui permettent d'étudier en série la cancérisation expérimentale et de vérifier l'action des substances empêchantes sur le processus cancérigène.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Sur un cas de glossite phlegmoneuse basique.

MM. PONSAN et GANDY présentent un cas de glossite phlegmoneuse basique accompagnée d'un gonflement de la région sus-hyoïdienne. Le diagnostic précis permit de faire une incision sus-hyoïdienne médiane et un drainage poussé jusqu'à la région du V lingual. Cette observation corrobore celles qui furent présentées, il y a quelque temps à l'Académie de chirurgie et où M. Clermont a mis en évidence le rôle du canal de Bochdalek dans la pathogénie de certains phlegmons de la langue et de la région sublinguale.

Corps étranger de l'hypopharynx chez un nourrisson de huit mois.

M. F. FAVRE rapporte l'observation d'un nourrisson de huit mois ayant dégluti une épingle double ouverte : on fit l'extraction à la prince sous le contrôle digital. L'intérêt de cette observation réside surtout dans le jeune âge du malade, en raison duquel toute tentative d'extraction instrumentale sous le contrôle de la vue n'a donné aucun résultat. L'auteur rappelle à ce sujet quelques observations identiques de Sargnon et Durif où la même technique a dû être employée.

J.-P. TOURNEUX.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MASSON et Cie,
120, Boulevard Saint-Germain

J. OKINCZYC. — **Les petites règles de la chirurgie parfaite.** Un volume, 60 p. Prix : 12 francs.

Librairie MALOINE, Paris

Dr Arthur VERNES. **S. O. S. — Pour la défense de la race.** 1936. Préface du Docteur Alexis CARREL.

Dans cette courte brochure de 62 pages, Vernes expose le but et les procédés de sa méthode de syphilimétrie. Et il rappelle avec une légitime satisfaction que Wassermann, Ehrlich, Chantemesse ont été de ceux qui lui ont marqué leur intérêt et même leur admiration.

Inutile de commenter le chapitre scientifique dont la substance est classique. Dans l'introduction, par contre, sont enchâssées quelques sentences d'une terrible actualité en dépit de leur âge.

« Quand les corps diminuent, les caractères tombent, le peuple perd sa force physique et morale : il vieillit ; alors on entend le pas du barbare qui s'approche et qui regarde si l'heure est venue d'enlever du monde ce vieillard de peuple (Lacordaire).

« Ceux qui ont osé parler dogmatiquement de la nature comme d'un sujet exploré, soit que leur esprit trop confiant ou leur vanité, et l'habitude de parler en maîtres leur ait inspiré cette audace, ont causé un très grand dommage à la philosophie et à la science. Commandant la foi avec autorité, ils surent avec non moins de puissance s'opposer et couper court à toute recherche et par leurs talents ils rendirent moins service à la vérité qu'ils n'en compromirent la cause (Bacon).

« La pluralité des voix n'est pas une preuve qui vaille rien pour les vérités un peu malaisées à découvrir, à cause qu'il est bien plus vraisemblable qu'un homme seul les ait rencontrées que tout un peuple (Descartes).

G. LAVALÉE.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23 rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Léon DIEULAFÉ, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse et Raymond DIEULAFÉ, chef de Laboratoire à la Faculté de médecine de Toulouse. — **La vascularisation de l'appareil génital de la femme.** Un vol. in-8, de 89 pages, avec 46 fig. Prix : 15 francs.

Dans l'étude vasculaire de l'appareil génital de la femme, aux descriptions des anatomistes se sont ajoutées plus récemment les recherches effectuées en vue de la technique chirurgicale et les préparations radiographiques, dont beaucoup ont aidé à établir avec une précision plus grande certaines dispositions relatives à l'origine, à la distribution et à la terminaison des divers vaisseaux examinés.

C'est le résultat de ces examens et de ces recherches multiples qu'on trouvera condensé dans ce petit livre. Beaucoup des documents qu'il renferme, radiographies, dissections, sont personnels aux auteurs.

Des figures très démonstratives contribuent à faire de cette monographie un répertoire de documents précieux pour le gynécologue et le chirurgien.

J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Professeur F. RATHERY. — **Le traitement du coma chez les diabétiques.** Un vol., Collection « Les thérapeutiques nouvelles », grand in-8 de 36 pages, 8 francs.

Il est peu d'affections, où en médecine, le problème soit plus angoissant. Il en est peu où la responsabilité du médecin soit plus engagée.

Par contre, il est peu de maladie également où le médecin ait autant la perception de l'importance de son rôle, *où il puisse avoir autant la sensation que de lui seul dépend la vie de son malade.*

Après avoir décrit le coma diabétique, ses trois types, le Prof. Rathery en expose le traitement et les résultats de celui-ci.

Comment se servir de la méthode Coué. — Jean D'ORGEMONT, 1936, éditions J. Olivier, 65 avenue de la Bourdonnais, Paris.

Puisqu'il est inutile de revenir sur la méthode Coué, déjà et partout amplement expliquée, contentons-nous de picorer dans ce petit volume, ces quelques phrases empruntées à Gaston Rageot, président de la Société des gens de lettres :

« Je me demande s'il ne serait pas bon, s'il ne serait pas possible d'appliquer dans quelque mesure le système de la suggestion à des peuples entiers.

« Ce qui manque aux nations, ce qui manque peut-être actuellement à la nature française, c'est de subir l'ascendant d'un grand mysticisme, c'est d'avoir en elle toutes les forces réunies à l'appel d'une volonté, d'une énergie et d'un idéal.

En somme, une grande suggestion collective, une âme une, harmonieuse et forte ».

G. LAVALÉE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

« DE MINIMIS NON CURAT PRÆTOR » OU DU RÔLE DE LA PRÉVENTION ET DU DÉPISTAGE DANS L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Par le Professeur DUVERNOY
de l'Ecole de médecine de Besançon

Dans un article récent, le Docteur Noir faisait ressortir l'abus que l'on faisait du mot « dépistage », et de la chose. Il a eu le grand mérite de montrer que cette tendance à découvrir des maladies constituait le principe directeur, le fondement de nos organisations sociales.

La principale de ces organisations, l'inspection médicale scolaire, est basée sur ce principe. Et il ne pouvait en être autrement.

Le médecin, en effet, de par ses études, n'est orienté que vers le diagnostic et le traitement. On ne lui apprend jamais quelle est l'évolution normale d'un enfant, sur quel critérium il faut se baser pour pouvoir en juger. Il ne sait naturellement pas non plus fixer son attention sur les premiers signes qui montreront une déficience de l'état général. Ce qu'il lui faut, et en cela il a perpétué la tradition des Purgon et des Diafoirus, ce sont « des maladies d'importance, de bonnes fièvres continues avec transport au cerveau, de bonnes fièvres pourprées, de bonnes pestes, de bonnes hydropisies formées, de bonnes pleurésies avec des inflammations de poitrine ».

De minimis non curat prætor.

Or, ce minimum prend une importance considérable si nous désirons, non pas attendre que l'enfant soit malade pour daigner nous en apercevoir, mais bien faire le nécessaire pour qu'il ne le devienne pas.

Ceci c'est avant tout le rôle, non seulement de l'inspection des écoles, mais encore des consultations de nourrissons, de la surveillance des enfants dans toutes les œuvres qui s'en occupent. A notre connaissance, seule la surveillance pré-natale fait de la prévention, tout le reste, c'est du dépistage.

Lorsque, au cours d'une inspection d'école, le médecin annonce victorieusement à la famille qu'il a découvert des troubles digestifs ou pulmonaires, il y a belle lurette que l'attention des parents et même de l'instituteur a été attirée là-dessus, et par l'enfant lui-même. Quant aux affections que le médecin arrive réellement à découvrir, et qui sont inconnues des parents, on peut dire que, si elles ont une importance individuelle, pour l'enfant lui-même, elles n'ont que peu d'importance sociale, n'étant pas transmissibles. Il en est ainsi des affections oculaires, des cardiopathies, des hernies, des déviations vertébrales.

Loin de moi l'idée de dire qu'il ne faut s'attacher ni à les rechercher, ni à les signaler. Elles ont, je l'ai dit, leur importance individuelle.

Mais combien plus graves au point de vue social, sont ces atteintes de l'état général, qui se manifestent au moment des poussées de croissance, qui sont négligées et par les parents et surtout par les médecins, qui font qu'à ce moment l'organisme, en pleine évolution, va par manque de résistance permettre à des infections insidieuses, à la tuberculose par exemple, de s'installer ; d'évoluer lentement, d'apparaître enfin beaucoup plus tard, au moment de l'adolescence, par exemple. Et ce sont autant de foyers de contagion qui vont naître, et qui en créeront d'autres, surtout si le sujet est en rapport avec des enfants. Nous savons bien tous, nous qui sommes en contact intime avec la population, que si la tuberculose n'est que peu contagieuse chez l'adulte (les assises françaises de médecine générale l'ont bien montré pour la tuberculose conjugale, et nous le savions déjà), elle l'est au maximum chez l'enfant. Et, dans un pays qui, comme la France, tient un des premiers rangs dans la mortalité générale, la chose a son importance.

Il faut donc, avant tout, que nos inspections médicales aient, pour but, la prévention. Le diagnostic et le dépistage ne viendront qu'après, Dieu fasse qu'ils ne viennent jamais ! ! !

Et maintenant, nous allons prendre des exem-

ples typiques, qui nous montreront comment doit être organisée une inspection médicale d'enfants, de façon à lui permettre de donner le maximum de résultats.

Le temps est passé où, grâce à ces dons si connus que l'on nomme « flair » chez l'artilleur et « esprit clinique » chez le médecin, nos ancêtres pouvaient à distance, ou simplement au pouls, faire d'étonnants diagnostics. Il faut nous baser sur quelque chose de palpable, de pesable et de mesurable. Il faut aussi que ces mensurations parlent aux yeux plus qu'à la mémoire du médecin. En voici un exemple :

C'est ce qui va nous permettre d'étudier le graphique obtenu, de le comparer au graphique moyen, et de l'interpréter.

Au premier coup d'œil, le médecin non prévenu dira la même chose que précédemment.

Et pourtant nous notons, dans ce graphique, deux choses très nettes, d'abord, à partir de la septième année, une augmentation notable de poids et de taille, l'enfant à 8 ans est en avance de 1 an 1/2 sur son âge, autant par le poids que pour la taille, ce dont nous nous rendons compte en comparant sa taille qui est celle d'un enfant de 9 ans 1/2 au poids que doit avoir un enfant à 9 ans 1/2.

Millésime : 19 | 19 | 19 | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19
Age : 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20
Mai Nov.
Taille : 190, 180, 170, 160, 150, 140, 130, 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60
Poids : 70, 65, 60, 55, 50, 45, 40, 35, 30, 25, 20, 15, 10, 5
Taille moyenne
Poids moyen

Prenons le poids et la taille d'un sujet, notons-les régulièrement, sur deux colonnes, pendant plusieurs années :

	Poids	Taille
4 ans	15	103
5	17	109
6	20	115
7	22	125
8	27	132
9	30	142
10	33	150
11	36	155
12	40	159

Le médecin, lors de l'inspection, jetant les yeux sur cette énumération de chiffres, va constater que l'enfant a grandi, et grossi, beaucoup plus que la moyenne des enfants de son âge, que la progression a été bonne d'année en année, et il notera : enfant en avance sur son âge en ce qui concerne le poids et la taille.

Au lieu de cette énumération, reportons les chiffres sur une échelle graduée comportant la moyenne des poids et des tailles et faisons un graphique.

A partir de ce moment, poids et taille ont continué leur marche ascendante.

Mais au moment de l'examen, à 12 ans, l'enfant a la taille moyenne de 15 ans, il est en avance de trois ans en ce qui concerne la taille.

Par contre, il n'a que le poids d'un enfant de 13 ans et demi, le simple fait d'avoir reporté, par un trait horizontal, son poids et sa taille sur la colonne de 15 ans, nous montre qu'il a un écart beaucoup trop considérable entre la taille et le poids ; que ce dernier est très au-dessous de ce qu'il devait être, que le déséquilibre s'est accentué d'année en année, surtout à partir de la dixième année.

Remarquez que nous n'avons, dans cette interprétation, pas formulé un chiffre, ni pour le poids, ni pour la taille. Un simple coup d'œil jeté sur le graphique nous renseigne, mieux que de longs moments passés à examiner les chiffres notés dans le premier exemple.

Si nous avions vu l'enfant, à 10 ans, 10 ans et

demi, 11 ans, 11 ans et demi, cette disproportion s'accentuant entre le chiffre de la taille et celui du poids nous aurait permis d'attirer l'attention des parents. Il nous aurait permis de les mettre en garde, de leur conseiller de faire reposer l'enfant, de le ménager, d'éviter les efforts qui fatiguent un organisme en pleine évolution.

A cette époque de l'existence, où au déséquilibre physiologique (on voit que les courbes de poids et de taille se rejoignent à leurs deux extrémités avec un écart maximum au moment de la puberté), où à ce déséquilibre physiologique dis-je, s'ajoute un déséquilibre pathologique, qui sait si nous n'aurions pas pu permettre à l'enfant de passer sans encombre cette période critique ?

Nous avons dit au début que c'est pendant l'enfance, que les infections, et particulièrement la tuberculose, trouvent le terrain le plus propice. Notre expérience nous a aussi appris que, latente, l'infection ne va se manifester par des signes évolutifs que vers la 18e à la 24e année, et la surveillance des étudiants nous le montre tous les jours. Exceptionnelle pendant la période scolaire, la tuberculose devient fréquente au moment de l'adolescence.

C'est donc, en prenant *à temps* les mesures nécessaires, que nous faisons véritablement de la prophylaxie.

Et cette prophylaxie ne sera pas individuelle, elle sera sociale. Chaque tuberculeux est un foyer nouveau de contagion.

Voilà donc le rôle prophylactique de l'inspection médicale des écoles, en prenant un exemple simple, celui de l'interprétation de la courbe du poids et de taille. Si en plus, nous prenons la capacité respiratoire, nous pourrons voir, dans la majorité des cas, cette capacité rester également, dans le cas que nous envisageons, au-dessous de la moyenne et un tableau placé au dos de notre fiche physiologique renseignera de suite éducateur et médecin.

A côté de cela, que devient le dépistage ?

Nous n'hésitons pas à répéter que, important au point de vue individuel, il n'a qu'une importance relative en ce qui concerne la collectivité.

Evidemment l'intérêt d'une collectivité est d'avoir des membres sains, et normaux, mais les affections que nous allons dépister ne sont pour la plupart pas contagieuses, et par là beaucoup moins dangereuses pour l'avenir d'une nation que la tuberculose parce que c'est elle actuellement qui cause en France, la diminution de la population qui est si frappante vis-à-vis des pays étrangers.

Les ganglions, les amygdales, signes d'un lymphatisme si fréquent partout, n'ont pas une valeur considérable. Les affections cardiaques, les hernies, importantes pour les sujets, n'auront jamais aucun caractère contagieux. Les déviations de la colonne vertébrale et les insuffisances musculaires également.

Et l'auscultation des poumons ?

Je dirai hardiment que l'auscultation des poumons, systématique chez tous les sujets, est un non sens en inspection des écoles.

Il est tellement exceptionnel que ce mode d'exploration nous donne des résultats, qu'il est inutile de la pratiquer. Toujours, la tuberculose se manifeste par des signes objectifs, avant de se manifester par des signes d'auscultation. Et nombreux sont ceux qui nous ont confirmés dans cette façon de voir. Tous les signes d'auscultation trouvés chez l'enfant se révèlent insuffisants pour nous permettre un diagnostic, disparaissent sans laisser de traces, et sont même incapables de nous permettre de diagnostiquer une adénopathie trachéo-bronchique.

Il en est par contre autrement de la radioscopie. Des multiples manifestations lymphatiques de l'enfant, l'adénopathie trachéo-bronchique, les travées hilaires, etc., sont les signes qui se laissent le mieux influencer par les traitements généraux. Dans un preventorium salin, c'est moins par la disparition des ganglions cervicaux que par celles des ombres hilaires que nous jugeons de l'efficaité de la cure.

Il serait donc nécessaire que l'examen radioscopique soit fait en série chez les enfants. Avec le nombre croissant des installations de toutes sortes, les radiologues qui deviennent de plus en plus nombreux, ce n'est pas chose impossible.

Il va sans dire que, si l'instituteur, qui doit toujours assister à l'examen, nous dit que l'enfant tousse d'habitude, qu'il y a chez lui des causes de contagion, ou de l'hérédité, nous pouvons alors pratiquer néanmoins l'auscultation, mais nous sommes à l'école, dans un milieu défavorable, où nous n'avons ni la tranquillité d'esprit, ni le temps nécessaire. C'est un mode d'examen à réserver pour le cabinet.

En résumé, voici comment nous concevons l'inspection médicale des écoles :

1° La prévention, qui résulte de l'interprétation de la feuille de poids et de taille, et de la spirométrie si possible. Cette interprétation figurera dans tous les cas, même si l'enfant se porte bien, dans un fascicule spécial, et non sur le livret de santé qui doit toujours rester à la maison. Elle sera toujours transmise aux parents ;

2° Le dépistage, noté de la même façon, toutes les fois qu'il s'agira d'affections banales, n'intéressant pas le secret professionnel, dans le cas contraire, une carte lettre fermée servira à renseigner les parents de l'enfant.

Au dépistage sera annexé l'examen radiologique, en série, fréquent surtout chez les adolescents, indispensable chez les étudiants.

Et toujours, tous les résultats seront notés, transmis à la famille, de façon à pouvoir profiter au médecin traitant, et non pas gardés dans des tiroirs où ils ne seront utiles à personne.

Prof. DUVERNOY.

L'HYGIÈNE DE LA DENTITION ET LA PROPHYLAXIE DE LA CARIE DENTAIRE A L'AGE SCOLAIRE

Nul ne peut contester l'utilité de l'hygiène de la dentition et la nécessité de préserver les jeunes enfants de la carie dentaire. Mais le problème de la réalisation de cette hygiène et cette prophylaxie est chose délicate et difficile à réaliser. La question a été envisagée et magistralement traitée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux,* par le Docteur E. Sentenac qui y a écrit un article intitulé : « *La nécessité et l'organisation des soins dentaires précoces au moment de la dentition.* » Après avoir énuméré toutes les indications et les conséquences pathologiques qui résultent de la carie dentaire et des malformations dento-maxillaires, le Docteur Sentenac proclame la nécessité de surveiller la dentition de l'enfant dans son jeune âge et d'assurer la prophylaxie de la carie à l'école.

Tout médecin, ayant rempli les fonctions infiniment délicates et complexes de médecin inspecteur des Ecoles, sait que la carie dentaire est excessivement fréquente (50 % des enfants environ en sont atteints à Paris) et que le plus souvent elle n'est pas soignée. Son rôle consiste à la signaler aux parents et à les engager à faire donner les soins indispensables à leurs enfants. Quelquefois leurs conseils sont écoutés, souvent les parents par négligence, manque de temps ou de ressources, négligent de suivre les sages conseils du médecin inspecteur. Cependant dans les villes et surtout à Paris, les consultations dentaires gratuites abondent ; elles existent dans tous les dispensaires et tous les hôpitaux. Néanmoins des hygiénistes envisagent la création de centres d'hygiène dentaire scolaire gratuits, réservés aux enfants de familles nécessiteuses.

C'est ce que préconise le Docteur Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, dans une communication aux XII[e] Journées dentaires de Paris (novembre 1935) où il expose l'organisation de l'hygiène dentaire à l'Ecole de Puériculture de la Faculté de médecine de Paris dont il est directeur (1).

Certains demandent plus encore. Ils font remarquer qu'il y a intérêt à dépister le plus tôt possible la carie qui souvent n'apparaît que par un point ou une fissure presque imperceptibles. Pour opérer ce dépistage, il faut être spécialiste en la matière, utiliser des instruments et chaque examen demande un temps relativement long (cinq à dix minutes) qui dépend de la docilité de l'enfant, M. Weill-Hallé estime que la population scolaire de Paris oscille entre 3 ou 400.000 enfants et que sur ces 3 ou 400.000, 150 à 200.000 enfants ont une dentition qui conviendrait d'être surveillée. Ces chiffres suffisent pour indiquer que la ville de Paris et les Caisses des Ecoles dont, hélas ! les ressources sont insuffisantes devant les obligations auxquelles elles doivent faire face, sont dans l'impossibilité absolue d'organiser l'examen méthodique et complet de la dentition de tous les enfants, par conséquent de dépister régulièrement la carie au début.

Nous savons bien (M. Santenac nous l'a appris) que, dès 1913, le Professeur allemand Kantorowicz mît en pratique la prophylaxie de la carie à Ruhpolding et que, depuis 1919, il appliqua sa méthode à Bonn sur une plus grande échelle. Cette méthode repose sur deux principes : 1° s'occuper systématiquement de la dent dès qu'ayant fait son éruption, elle se trouve en danger ; 2° mettre à profit la vie collective que constitue pour l'enfant la période scolaire. Le Docteur Kantorowicz fit de nombreux adeptes, en Allemagne et en Suisse et son successeur à Bonn, le Docteur Korkhaus, étendit et perfectionna sa méthode, commençant ses investigations et ses soins à la période préscolaire. Quoiqu'il en soit l'application de la méthode de Kantorowicz, évidemment excellente en principe, ne peut être en pratique réalisée que d'une façon fragmentaire. Elle ne peut être généralisée et appliquée systématiquement dans un centre urbain de l'importance de Paris. Le budget et le nombre des spécialistes offrant de suffisantes garanties ne le permettraient pas.

Et puis, si dans les écoles on confiait à des spécialistes l'examen des dents des enfants, il faudrait dès le lendemain, créer des inspecteurs spécialistes pour les yeux, pour le rhino-pharynx, pour les déviations du rachis et les malformations osseuses, pour l'examen psychoneurologique des enfants, pour le cœur, les poumons, pour tous les organes et toutes les fonctions. Certes, tous ces examens délicats seraient à désirer. Mais le mieux est l'ennemi du bien et il convient de se borner.

L'inspection médicale telle qu'elle est organisée à Paris, n'est certes pas parfaite, mais elle donne des résultats appréciables. C'est au médecin inspecteur d'alerter les familles, de les engager à faire donner à leurs enfants les soins dentaires nécessaires. C'est à l'Assistance publique, aux Pouvoirs publics, aux œuvres philanthropiques, à multiplier les centres d'hygiène de soins dentaires pour les enfants dont les familles ont des ressources insuffisantes. Nous croyons fermement qu'on ne saurait faire mieux. Que les protagonistes enthousiastes de l'inspection dentaire dans les écoles de Paris se donnent la peine de réfléchir et de compter.

J. NOIR.

(1) *La Revue Odontologique,* février 1936.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Le contrat de cession de clientèle

C'est parce que la Ligue de Défense individuelle est de plus en plus souvent appelée à résoudre des conflits confraternels, nés d'une cession de clientèle, que je crois utile de résumer et de schématiser, dans cette étude, les positions juridiques et déontologiques de ce problème.

Que peut-on vendre ?

La vente pure et simple d'une clientèle d'un médecin, ou d'un dentiste est nulle, parce que portant sur une chose hors du commerce. Elle repose, en effet, uniquement sur la confiance que les malades peuvent avoir dans le praticien, qui leur donne des soins. Cette confiance est absolument personnelle, elle ne peut donc faire l'objet d'une cession quelconque moyennant argent.

Mais les Tribunaux admettent la validité d'une convention, aux termes de laquelle un médecin cède son bail, un mobilier médical, ou meublant, s'engage à des obligations de faire ou de ne pas faire, telles que présentation à la clientèle, communication des livres, interdiction d'exercer la médecine dans un rayon déterminé, etc... Ces divers engagements du vendeur peuvent valablement comporter, de la part de l'acheteur, le versement d'une somme d'argent.

La très nombreuse jurisprudence qui, en son temps, a été publiée dans le *Concours Médical* est mentionnée et résumée dans l'Agenda-Memento du Praticien, édité par le *Concours Médical*, édition 1934, pages 266 et suivantes.

Qui a qualité pour vendre ?

1° Le médecin lui-même

Dans la très grande majorité des cas, c'est le titulaire d'un poste, qui cède lui-même à un successeur. Dans ces conditions, rien n'est plus facile, pour les deux confrères, de s'entendre mutuellement, pour fixer, par un contrat écrit, leur commune inintention.

2° La veuve du praticien, les héritiers

La jurisprudence reconnaît comme valable, la cession par la veuve de différents objets mobiliers ou professionnels et celle d'obligations, telles que le droit au bail, la présentation aux clients comme successeur du défunt, la communication des livres, etc...

Une difficulté se présente : lorsque la succession d'un médecin est ouverte et qu'il existe des enfants mineurs, le subrogé-tuteur et le conseil de famille doivent accepter le contrat de cession qui intervient entre la veuve et le successeur. (Tribunal civil d'Arbois, 6 mars 1933).

3° Le successeur, le concessionnaire

Un médecin cède son poste. A son tour, le successeur, ou ses ayants droit vendent à un autre praticien. Le premier est-il tenu vis-à-vis de ce dernier, des obligations qu'il avait souscrites au profit de son acheteur ? Notamment, peut-il impunément se réinstaller dans son ancien poste?

Laissant de côté ce qu'il y a d'inélégant dans ce geste, nous devons déclarer que le premier vendeur est tenu de respecter les engagements qu'il a pris — et pour lesquels il a reçu une certaine somme d'argent, — tant envers son successeur, qu'envers les différents acheteurs successifs postérieurs.

A qui peut-on vendre ?

1° A un praticien diplomé

A priori, on pourrait croire que la question est oiseuse. Un médecin ne cédera son poste qu'à un médecin, un dentiste qu'à un autre dentiste.

2° A un étudiant en fin de scolarité

Cependant, des circonstances particulières ont été soumises au Sou Médical. Tantôt, c'est un étudiant en médecine, sur le point de s'installer et qui, pour des raisons d'ordre familial, ou local, entend se réserver un poste devenu libre, bien qu'il n'ait pas encore soutenu sa thèse.

Le contrat est valable, lorsqu'il comporte des cessions d'objets matériels professionnels ou meublants ; mais les obligations de faire ou de ne pas faire peuvent-elles être considérées comme régulièrement prises envers un successeur, qui, pourtant, ne peut pas exercer ?

Lorsque moins de trois mois doivent s'écouler entre le montant de la cession et la soutenance de thèse de l'acheteur, nous donnons à celui-ci le conseil d'obtenir du Préfet l'autorisation de remplacer le vendeur, en fournissant l'attestation, produite par la Faculté de médecine, que la scolarité est terminée.

Mais, lorsque le laps de temps est supérieur à trois mois, le Préfet peut refuser le renouvellement de son autorisation. Aussi, pour conserver le poste qu'il vient d'acquérir, le futur docteur peut-il le faire gérer par un docteur en médecine (ou chirurgien-dentiste, en cas de succession d'un cabinet dentaire). Dans l'engagement qui lie ce praticien avec celui qu'il remplace momentanément, le premier prendra l'engagement de ne

pas exercer la profession dans la localité, à l'expiation de la convention.

Un étudiant en médecine ne serait pas qualifié, même s'il pouvait justifier que sa scolarité est terminée. On ne peut remplacer qu'un docteur en médecine, qui exerce régulièrement, alors que l'acheteur du poste n'a pas encore ce droit, puisqu'il n'a pas soutenu sa thèse.

3° A un étranger à la médecine

D'autre part, se pose maintenant la question de la cession de la propriété matérielle d'un cabinet. C'est un radiologue, un propriétaire de laboratoire, un dentiste dont l'équipement matériel professionnel représente une certaine mise de fonds.

La jurisprudence admet qu'un non-diplômé peut se rendre acquéreur de cette partie matérielle, étant bien spécifié que s'il veut faire exploiter le cabinet, c'est à la condition expresse de le donner en gérance, en toute autonomie professionnelle à un praticien muni, selon les cas, du diplôme de docteur en médecine ou de celui de chirurgien-dentiste.

Mais cette pratique, qui tend à se généraliser, en ce qui concerne principalement les cabinets dentaires, masque souvent des combinaisons irrégulières, ou même des pratiques illégales.

Evaluation du prix

Tout d'abord, la cession du matériel doit être précédée d'un inventaire, que les deux parties reconnaissent comme valable. Lorsque le vendeur quitte définitivement son appartement professionnel et va résider dans une autre ville, le fait, pour lui, de ne pas emporter, dans son déménagement, ses installations professionnelles et même certains meubles meublants comporte tradition, cession, don, ou vente desdits objets à son successeur. Point n'est alors besoin de faire figurer sur l'acte l'abandon desdits meubles, en vertu de l'adage : en fait de meubles, possession vaut titre. Autrement dit, du moment où l'acheteur est désormais en possession de ces appareils, pièces de mobilier professionnel, meubles meublants, il en est présumé propriétaire après le déménagement de son prédécesseur.

Mais parfois, un inventaire détaillé est nécessaire, soit parce que l'acheteur ne peut pas payer comptant, soit parce que celui-ci habitera pendant un certain temps l'appartement d'habitation mixte, ou professionnel et qu'il entendra, au moment de son déménagement ultérieur, se réserver le droit d'emporter telle ou telle pièce, ou partie de mobilier resté dans un appartement, dont le bail est désormais au nom du successeur.

L'inventaire sera donc fait d'un commun accord, avec signature des deux contractants.

En ce qui concerne l'évaluation du prix de la clientèle elle-même, nous devons nous en rapporter à l'usage. Certes, la clientèle n'a pas de prix ; elle ne peut pas être vendue, ni faire l'objet d'un contrat de vente.

Cependant, n'est-ce pas l'objet principal du contrat ? Si l'acheteur prend la suite du bail, c'est véritablement pour acquérir un pas de porte. Par conséquent, tout en masquant la cession de clientèle sous des ventes matérielles de mobilier, sous des obligations de faire ou de ne pas faire, sous même une cession de droit au bail, le véritable mobile, c'est le transport à l'acheteur de la confiance que les malades ont eu jusqu'à présent dans le vendeur.

Interviennent alors des considérations de fait, ou de personnes. Tantôt, on évalue le bénéfice des trois dernières années : la moyenne sera prise comme base du prix de cession. Tantôt, on détermine le chiffre d'affaires brut, c'est-à-dire sans déduire les frais professionnels, tantôt on ne retiendra que le bénéfice net, celui, par exemple qu'on déclare au Contrôleur des Contributions directes, pour la fixation de l'impôt sur le revenu.

Le prix de cession oscillera entre la totalité ou la moitié du bénéfice annuel. Mais, pour sa fixation, on tiendra compte soit du paiement comptant, soit du crédit qu'il faut consentir à l'acheteur et des garanties qu'offre ce dernier pour s'acquitter de sa dette. Beaucoup, en effet, préfèrent contracter avec un confrère, qui paye comptant une somme inférieure à celle qu'on pourrait exiger d'un autre acheteur, qui ne donnerait de suite qu'une faible somme, mais signerait des billets à échéance plus ou moins lointaine.

Forme du contrat

Du moment où ces conventions se placent sous l'empire des articles 1134 et suivants du Code civil, un écrit ne doit intervenir que s'il est nécessaire de fixer la commune intention des deux parties.

L'acte de cession peut être oral, si le vendeur quitte la région, est hors d'état d'exercer de nouveau dans la localité et si l'acheteur paye comptant.

L'acte sera écrit, si l'acheteur veut avoir la certitude que son vendeur devra respecter son engagement de ne pas se réinstaller de suite, ou plus tard, aux côtés de son acheteur, ou si la vente comporte un solde, qui sera acquitté plus tard par paiement de billets à ordre.

L'échange de simples lettres missives est suffisant, pour prouver la commune intention des contractants. On peut également rédiger un acte sous seings privés, sur papier timbré. On peut enfin faire les frais d'un acte authentique, c'est-à-dire rédigé par devant notaire ; mais ce

sont alors des dépenses bien inutiles, qui ne donnent aucune valeur supplémentaire à l'acte.

Dans l'immense majorité des cas, la cession des objets mobiliers professionnels ou meublants, les obligations de faire et de ne pas faire, le prix et les modalités de paiement sont mentionnés par écrit sur un acte sous seings privés, rédigé en trois exemplaires : l'un pour chacune des parties et le troisième réservé à l'Enregistrement.

Enregistrement et impôts

Nous abordons une question très controversée, car non seulement les juristes ne sont pas d'accord, mais les divers Receveurs de l'Enregistrement sont parfois eux-mêmes d'un avis opposé.

Tantôt, on fait payer un impôt global d'enregistrement basé sur la totalité du prix mentionné dans l'acte ; tantôt on détaille les diverses sommes, les unes représentant la cession du droit au bail, les autres portant sur la vente des objets mobiliers et enfin les troisièmes représentant une vente de fonds, qui entraîne des droits de mutation de propriété, analogue à la cession d'un fonds de commerce.

Pour nous y reconnaître, il faut partir de ce principe, que l'enregistrement n'est qu'un impôt. Il n'ajoute aucune valeur juridique à l'acte lui-même. Certes, c'est une date certaine qui est ainsi donnée à l'acte ; mais avant tout, c'est un impôt qui frappe tous les actes intervenus dans notre vie privée.

L'obligation de rédiger sur feuille de papier timbré est un premier impôt, nécessaire si l'on ne veut pas encourir une amende.

L'obligation de l'enregistrement dans les trois mois de la signature est un second impôt. Si l'on omet cette formalité et qu'il soit nécessaire de produire l'acte en justice. une amende considérable est immédiatement perçue, punissant l'omission de l'enregistrement.

D'autres fois, une certaine somme est donnée de la main à la main, lors de la signature de l'acte, lequel ne mentionnera que la dette complémentaire de l'acheteur, payable par billets à ordre. Mais, en cas de conflit ultérieur, le vendeur peut, de mauvaise foi, soutenir qu'il n'a rien touché de la main à la main et se refuser à rendre quoi que ce soit.

D'autres fois enfin, on peut rédiger l'acte de telle manière que celui-ci ne comporte que des obligations de faire et de ne pas faire, ce qui diminue beaucoup les frais d'enregistrement.

Solution des conflits

Il importe d'inscrire dans l'acte l'obligation, pour chacune des parties contractantes, de recourir à un arbitrage, confié à trois confrères. Chacune des parties désigne son arbitre; ceux-ci s'entendent pour le choix d'un troisième arbitre, et les trois arbitres ont pour mission de connaître du litige, selon les termes d'un compromis d'arbitrage, rédigé et signé avant les opérations arbitrales.

Ce tribunal confraternel agit comme amiable compositeur, en dehors des règles habituelles du Droit. Les arbitres sont des juges et non pas les avocats, ou les représentants des plaideurs. Ils doivent donc se faire une opinion équitable et impartiale, d'après les pièces versées au dossier, d'après les dires de chacune des parties en conflit et même, si besoin en est, d'après les témoins, qui peuvent être cités.

La sentence arbitrale est rendue plus en équité que selon les règles du Droit pur et abstrait. Elle doit être respectée par les deux plaideurs, sinon elle pourra, après enregistrement, être soumise au Tribunal civil, qui vérifiera si les règles de forme ont été respectées. Ayant ainsi reçu le visa du Tribunal civil, les parties pourront se pourvoir devant la Cour d'appel du ressort, la sentence arbitrale ayant la même valeur qu'un jugement du Tribunal civil de première instance.

Je pense devoir insister sur la facilité, l'absence de formalités et la rapidité que présente, comme avantages, la connaissance du conflit par par un Tribunal arbitral confraternel. Mieux que des juges de droit commun, les praticiens, pris comme arbitres sont à même de connaître les conflits provenant de l'exercice de la profession, tant par le vendeur que par l'acheteur, les causes apparentes, ou profondes du conflit, la valeur exacte de la clientèle cédée.

Certains confrères désireux de vendre, font rendre à leur clientèle tout ce qu'elle peut donner. Pour toucher une dichotomie lucrative, ils font enlever les amygdales à tous les enfants, opérer toutes les menaces d'appendicite, etc. ; de sorte que le chiffre du rendement de la clientèle est exagérément grossi. Lorsque le successeur a cru acquérir un poste d'un rapport avantageux, il se trouve en face d'une clientèle écumée, où tout ce qui pouvait être fait, en chirurgie, ou petite chirurgie a été pratiqué par le vendeur. Parfois le prix des accouchements est majoré, des interventions sont portées en recettes, alors qu'elles n'ont jamais eu lieu.

Certain préfère truquer sa déclaration d'impôt sur le revenu, majorer hardiment son bénéfice professionnel et payer un impôt exagéré, pour pouvoir plus facilement duper son acheteur. D'ailleurs, certains praticiens font un commerce de la vente des clientèles. Ils s'installent dans un pays, travaillent d'arrache-pied pendant deux ou trois ans, recherchent une bonne poire, un naïf qui, confiant dans l'honnêteté médicale et confraternelle, se contente de renseignements superficiels pour l'achat. Et ces vendeurs vont

ensuite s'installer ailleurs, pour recommencer leur productif commerce.

D'autres conflits proviennent du fait de certains intermédiaires, qui, pour toucher un gros pourçentage sur le prix de vente, donnent des conseils au vendeur, pour que le poste soit alléchant.

D'autres fois enfin, le vendeur ne dévoile pas à son acheteur les motifs véritables de la vente. Un confrère perd la confiance de ses clients, pour des motifs professionnels, de vie privée, de querelles politiques ou religieuses. Le successeur portera pendant longtemps le poids des causes, qui ont motivé le départ de son prédécesseur, qui l'a présenté comme devant lui succéder dans la confiance des malades, sans ajouter ni avouer dans la haine, ou la réprobation de l'opinion publique.

Autre cause de conflit : ayant échoué dans son nouveau poste, le vendeur cherche à violer ses engagements : il ergote pour pouvoir tourner ses obligations et pour remettre le pied dans son ancien fief professionnel, soit en donnant des consultations à jours fixes dans son ancienne localité, soit en s'installant à la limite du périmètre fixé par l'acte et en faisant savoir à son ancienne clientèle, qu'il reste à sa disposition.

Les arbitres médecins auront donc à apprécier si l'acheteur a raison ou tort, lorsqu'il prétend que la clientèle vendue était surfaite, si la diminution du rendement est due à la mauvaise foi du vendeur, ou à l'inexpérience de l'acheteur, qui n'était pas à même de garder la confiance que les malades accordaient à tort ou à raison au vendeur, si l'acheteur n'est pas en partie responsable de sa déconvenue, parce qu'il a omis de s'entourer de tous renseignements et vérifications utiles avant de contracter l'achat.

Les arbitres auront également à déterminer si le vendeur, lorsqu'il s'est porté fort, pour que son successeur soit agréé dans les postes et situations fixes qu'il occupait, a employé toute sa diligence et tous ses moyens, pour assurer la succession désirée.

Enfin, dans quelques cas, les arbitres auront à décider du montant d'une indemnité à allouer au successeur, parce que le vendeur n'aura pas tenu ses engagements. Un arrêt de la Cour d'appel de Nîmes, du 11 janvier 1899 (*Concours Médical*, 1899-159) décide qu'un médecin qui a cédé sa clientèle en prenant l'engagement de ne plus la visiter est passible de dommages-intérêts envers l'acheteur, avec résiliation du contrat, lorsqu'il vient à manquer à ces engagements, en continuant à visiter des malades du lieu de sa résidence et des villages voisins.

Ils auront également à apprécier si le contrat doit être rompu, ou si une indemnisation doit être allouée à l'acheteur, au cas où celui-ci, par la faute, ou la négligence de son vendeur, se voit expulser du logis professionnel, parce que le propriétaire s'oppose à la cession du droit au bail et ne veut plus louer au successeur de son ancien locataire.

Conclusion

Puisque semble devoir entrer dans les habitudes médicales le contrat d'achat d'une clientèle, — alors que de mon jeune temps, nous attendions patiemment que les malades nous accordent leur confiance — je ne saurais trop recommander la prudence, surtout aux acheteurs. A côté des surprises, dont il vient d'être fait mention plus haut, on peut affirmer qu'un confrère, qui a réussi, verra son successeur échouer, car la confiance des malades repose non seulement sur la science et le dévouement d'un praticien, mais aussi sur des éléments divers, voire même impondérables.

C'est avec raison que les Tribunaux se montrent sévères lorsque leur sont soumis des litiges de cession de clientèle, car la confiance accordée à l'un est refusée à l'autre, parfois sans motifs appréciables. Sans compter que, du point de vue déontologique, il ne paraît pas très reluisant, pour notre profession, de voir s'introduire chez nous, des habitudes commerciales, qui semblent assimiler nos clientèles à de véritables fonds de commerce qu'on peut transmettre moyennant finances.

Dr Paul Boudin,

LA MÉDECINE COLONIALE

Les écoles de médecine aux colonies

M. le Professeur Lemaître a été envoyé en Indo-Chine pour y présider les sessions d'examens des candidats annamites de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Hanoï. Il a fait part aux lecteurs de la *Presse Médicale* (nº 47, 1935), des observations qu'il a recueillies sur cet Etablissement, sur les possibilités matérielles qu'il offre à l'enseignement, sur les étudiants qu'il eut à interroger, sur les professeurs qui y exercent.

« Si l'Université, quoique possédant des laboratoires encore insuffisants est assez bien installée, déclare-t-il, les services hospitaliers sont tout à fait précaires et l'hôpital indigène qui fonctionne comme hôpital de cliniques ne répond en rien aux besoins de l'enseignement, pas plus que la maternité. » Par contre, le recrutement médical d'Hanoï va chaque jour s'améliorant et le nombre des étudiants en médecine annamites s'élevait cette année à 109. Ces étudiants sont en général de grands travailleurs. Ils sont doués, de plus, d'une très belle mémoire et leur habileté manuelle est grande. Mais ils manquent d'esprit critique et leur sens clinique est assez rudimentaire. Ils pèchent au surplus par orgueil. « Le jeune Annamite, écrit en effet M. le Professeur Lemaître, a facilement une belle opinion de lui-même. »

Quels sont les perfectionnements à apporter à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Hanoï tant au point de vue matériel qu'en ce qui concerne le recrutement du personnel enseignant, tels sont les points que développe M. Lemaitre dans son étude.

Il peut être intéressant d'examiner ici, à l'occasion de ce travail, ce que sont ces Ecoles de médecine indigène, que le ministère des Colonies a cru nécessaire d'instituer dans quelques-uns de nos territoires d'Asie ou d'Afrique. Elles sont au nombre de quatre, la plus ancienne étant celle de Pondichéry (1863), dans l'*Inde française*, la plus récente, celle de Dakar (1918), en A. O. F., les deux autres se trouvant à Tananarive (1898), (Madagascar), et à Hanoï (1902) (Tonkin) (1).

Leur but est le même : former des médecins indigènes, des accoucheuses, des infirmières visiteuses ou des infirmiers vaccinateurs.

Le tableau suivant donne la composition en 1935 du personnel formé par ces Ecoles et existant dans chacune des Colonies envisagées :

	Inde Française	Madagascar	Indo-Chine	A. O. F.	Total
Médecins indigènes..........	20	449	104	148	721
Pharmaciens..................	»	»	27	21	46
Accoucheuses.................	8	389	362	191	939
Infirmiers vaccinateurs........	17	»	»	38	45

A côté de ces 721 médecins indigènes et en leur réservant toutefois une place à part, il convient de mentionner aussi les jeunes gens algériens, d'origine kabyle ou berbère qui, ayant suivi les cours de la Faculté de médecine d'Alger, se sont installés, munis des mêmes diplômes que leurs collègues français, dans certaines villes de nos départements Nord-Africains pour y exercer, ou encore ont été admis dans le cadre des médecins de colonisation. On peut en estimer le nombre à une soixantaine.

Quant aux médecins européens, je signalais dans une brochure écrite à l'occasion de l'Exposition coloniale internationale de 1931, que leur nombre s'élevait en janvier 1931, à 780 répartis comme suit :

Médecins militaires coloniaux.........	330
Médecins civils fonctionnaires.........	162
Médecins civils contractuels...........	73
Médecins civils libres.................	148
Médecins civils étrangers..............	67
	780

Cet effectif se montrait en augmentation progressive depuis cinq ans, d'abord du fait de l'admission des médecins étrangers, ensuite du fait de l'accroissement du recrutement des médecins militaires :

Nombre des médecins européens en 1925.	647
— — — 1926.	726
— — — 1927.	727
— — — 1928.	744
— — — 1929.	736
— — — 1930.	754
— — — 1931.	780

On peut présumer que depuis cette époque le chiffre des médecins européens a diminué, par suite du départ des colonies d'un nombre de médecins libres qui n'ont pas été remplacés, par suite aussi de la disparition des médecins étrangers pour lesquels les contrats qui les liaient à l'Administration, arrivés à expiration, n'ont pas

(1) Il convient de mentionner ici le Centre d'instruction d'Ayos (Cameroun) créé en 1932 dans le but de donner aux médecins et agents sanitaires venant servir dans le territoire une instruction pratique concernant le dépistage et le traitement de la trypanosomiase et de la lèpre. Ce Centre forme surtout des aides de santé, des infirmiers et des infirmières, aptes à rendre incontestablement les plus grands services aux médecins.

été renouvelés ou ont été l'objet de réductions telles que les bénéficiaires ont refusé de les continuer.

Par contre, le nombre des médecins indigènes n'a pu aller qu'en augmentant (1), de sorte qu'actuellement l'équilibre se trouve rompu en faveur de ces derniers.

Il est certain que la création d'écoles de médecine indigène capables de former en un temps relativement court un personnel sanitaire apte à participer à l'exécution du Service de santé de nos Colonies, à une époque où les médecins métropolitains semblaient assez peu désireux de s'expatrier, correspondait certainement autrefois à une nécessité. Mais il semble qu'il n'en est plus de même aujourd'hui. Les Facultés françaises fournissent, en effet, chaque année, un contingent de nouveaux diplômés susceptibles de satisfaire aux besoins de n'importe laquelle de nos colonies. La plupart sont pourvus du diplôme d'hygiène et de médecine coloniale, et même de celui de médecin sanitaire maritime. Ils peuvent donc après une période minima d'acclimatement, s'adapter parfaitement et aux populations indigènes au milieu desquelles ils sont appelés à vivre et aux conditions atmosphériques qu'ils rencontreront.

Si, d'autre part, l'un des premiers devoirs de toute puissance colonisatrice est d'assurer la santé et l'instruction des races indigènes, il n'est nullement indispensable que cette dernière soit poussée, dans les pays occupés, jusqu'au stade supérieur de l'enseignement. L'expérience démontre, en effet, qu'en ce qui concerne particulièrement les médecins qui nous occupent ici, les résultats atteints ne sont pas ceux qui étaient poursuivis. Il est constant que leurs examens passés avec succès, les étudiants des Ecoles de médecine d'Hanoï, de Tananarive, de Pondichéry ou de Dakar sont loin de posséder la culture et le sens clinique indispensables à l'exercice de leur profession. M. le Professeur Lemaître l'a signalé expressément dans son étude mentionnée plus haut sur les Annamites, qui cependant, particulièrement adroits et doués pour apprendre, appartiennent à une race que l'on peut considérer déjà comme des plus évoluées.

Des incidents se sont produits naguère en Algérie provoqués par l'affectation de médecins de colonisation indigènes à certaines circonscriptions médicales dont les populations exigeaient pour leur service sanitaire la désignation de médecins français.

(1) Pour l'année scolaire 1934-1935, l'Ecole de médecine de Dakar comprend 157 élèves dont 94 médecins, 6 pharmaciens, 45 sages-femmes, 12 infirmières visiteuses.

Le point de vue politique ne doit pas non plus être négligé ici. On sait que la plupart des mouvements d'agitation provoqués dans nos Colonies contre l'autorité française, ont souvent comme instigateurs des médecins ou des avocats formés à nos Ecoles. Ils y avaient reçu l'instruction, mais non cette formation spirituelle qui ne peut s'acquérir qu'après un long séjour dans la Métropole.

Il semble donc, et le souci récent du ministre des Colonies de faciliter l'installation des médecins civils dans nos territoires d'Outre-Mer est un argument de plus pour notre thèse, qu'à des conditions nouvelles doit correspondre aussi une nouvelle organisation.

Si, pour assurer le fonctionnement des services sanitaires et en l'absence de praticiens français, il a été nécessaire autrefois de créer des Ecoles de médecine dans certaines de nos Colonies, pour multiplier le nombre des agents indigènes, il importe aujourd'hui, où la carence des médecins civils n'existe plus, d'ouvrir à ces derniers, toutes grandes les portes des différents services de santé et par contre-coup de limiter le recrutement de nos écoles d'outre-mer en n'y admettant que les sujets munis du baccalauréat, avec comme condition essentielle de passer en France les deux ou trois dernières années de leurs études.

Outre certains avantages, débouchés nouveaux aux médecins, agents plus stables, services mieux organisés, cette façon de procéder aurait certainement quelques répercussions d'ordre financier qui ne sauraient être négligées aujourd'hui (1).

Dr L. SASPORTAS.

(1) Avantages accordés aux étudiants de l'Ecole de médecine de Pondichéry (arrêté du 1er juillet 1931) : gratuité complète des études et examens ; fourniture gratuite des livres de base, bourse de scolarité (200 roupies par an), à partir de la deuxième année d'études ; augmentation du nombre et relèvement du traitement des externes (4 places à 300 roupies) et des internes (3 places à 480 roupies) ; nourriture gratuite aux étudiants originaires des dépendances autres que celles de Pondichéry ; permission de trente jours tous les ans.

A l'Ecole de médecine de l'A. O. F., les étudiants bénéficient de l'internat obligatoire et de l'absolue gratuité de leur vie matérielle et de leurs études pendant tout leur séjour à l'Ecole.

Pour leurs menues dépenses, les étudiants reçoivent 10 francs par mois d'argent de poche. De plus, les premiers élèves de chaque promotion aux classements semestriels perçoivent une prime mensuelle de bonnes notes, de 15 francs.

Les voyages des élèves à l'entrée et à la sortie de l'Ecole et au départ en vacances comme au retour, sont payés par le budget de la colonie d'origine.

En 1935, le budget de l'Ecole de Dakar s'élevait à 1.308.500 francs, pour 157 élèves inscrits, soit 8.525 francs pour chaque élève.

QUAND UN MÉDECIN TOMBE EN PARACHUTE

Le Docteur Harry G. Armstrong, qui dirige le Laboratoire de recherches physiologiques de l'aviation des Etats-Unis, nous raconte les réactions physiques et morales qu'il a enregistrées au cours d'un petit voyage vertical, en parachute (1).

Avant l'invention du parachute, on avait rarement eu, de la part de ceux qui tombaient de haut, des confidences utiles ; c'est que généralement, ils étaient morts au bout de leur chute. Tandis qu'on peut maintenant tomber du ciel, et raconter ses impressions, ce qui est, dans la technique touristique, un progrès certain.

Tout d'abord, il faut rejeter l'idée ancienne que la chute crée un état d'inconscience. Des acrobates, pour donner des émotions aux spectateurs, ont parcouru de haut en bas des distances importantes, avant d'ouvrir leur parachute ; ils restaient parfaitement lucides.

La terreur de la chute est innée chez l'homme : on la constate déjà chez le très jeune enfant. C'est au point qu'elle impose à des aviateurs de rester dans un appareil destiné à s'écraser sur le sol au lieu de se confier à leur parachute, et qu'elle les incite à ouvrir leur parachute trop tôt, au risque de l'embarrasser dans le fuselage. Si l'avion désemparé tourne en rond, il accroche souvent le parachute de l'aviateur qui n'a pas eu le sang-froid d'attendre pour le déployer d'être en dehors du trajet de l'appareil. Certains accidents sont dus à la rencontre de deux aviateurs au cours de leur voyage en parachute, pour la même raison.

La privation d'oxygène se fait sentir vers 3.000 mètres ; la dyspnée commence vers 5.000 ; à 8.000 mètres, l'aviateur s'évanouit, et à 9.000 mètres, il meurt d'asphyxie. Mais, supposé qu'un aviateur dût quitter son avion et en même temps sa bouteille d'oxygène, à 10.000 mètres, il ne mourra pas tout de même, à condition qu'il commence sa descente sans parachute, parce que cette descente l'amènera dans la zone d'air respirable en une minute et demie, avant que l'asphyxie ait pu faire son œuvre. Il lui suffira alors d'ouvrir son parachute et de tomber doucement sur le sol, s'il peut.

Les parachutes usuels sont calculés pour une vitesse de chute de 154 kilomètres à l'heure, ou environ 60 mètres à la seconde, mais si l'aviateur quitte un avion allant à 350 kilomètres à l'heure, la secousse quand s'ouvre le parachute est beaucoup plus grande et peut briser les bretelles. Il faut noter, d'ailleurs, que la vitesse horizontale diminue d'autant l'accélération due à la pesanteur.

***

Le Docteur Armstrong s'est jeté d'un avion marchant à 150 kilomètres à l'heure, d'une hauteur de 7 à 800 mètres. Il s'arrangea de façon à commencer sa chute par des boucles successives, qu'il fit les yeux fermés. Puis il ouvrit les yeux, et vers 300 mètres, il ouvrit aussi son parachute.

Les premières impressions qu'il a retenues de cette expérience sont d'abord celles de la peur et de l'excitation. La peur était de rater sa chute, d'avoir un mauvais parachute, ou de tomber à terre trop rudement. L'excitation venait d'un manque complet d'expérience et de quelques souvenirs peu rassurants.

En dehors de cela, la lucidité était parfaite, les perceptions normales ; il entendait le bruit du moteur, il voyait le paysage au-dessous de lui, il n'avait ni vertige, ni nausée, ni trouble de la perception spatiale.

Au cours de la chute libre, il y eut peut-être une diminution de l'acuité auditive ; mais elle pouvait résulter de diverses conditions : vent, par exemple. A un moment donné, il eut l'impression que son corps était animé d'une rotation sur lui-même ; mais il ferma les yeux et cette sensation disparut. Il ne se rendait pas bien compte de la vitesse. Peu à peu, — mais il s'agit ici de secondes, la chute libre ayant duré douze secondes seulement, — la sensation de chute rapide s'installa.

Il est possible de tirer de cette remarque un argument pour la théorie selon laquelle c'est par les yeux, et non par les oreilles, que nous déterminons nos situations dans l'espace. La notion de chute devint de plus en plus forte jusqu'à l'atterrissage.

Quant aux sensations physiques, il n'y en eut d'abord aucune, peut être parce que la notion de chute n'était pas encore apparue. Aucune sensation de vide viscéral, de nausée, de vertige ; pas de palpitations, pas de dyspnée, même pas ce petit étouffement que l'on sent quand un vent vif nous frappe au visage.

Cela est inattendu, pour un individu recevant un courant d'air à 160 kilomètres à l'heure. Les explications diffèrent selon qu'on les demande à des aviateurs ou à des habitués du tunnel à ventilation. En général, les spécialistes pensent que le corps, qui est plus ou moins aérodynamique, crée autour de lui des remous qui gênent la

(1) *The Journal of the American medical Association*, 5 octobre 1935.

violence du déplacement d'air produit par la chute.

La sensation la plus particulière est celle d'une sorte d'immersion dans un grand lit de plume. Elle résulte de la pression de l'air sur tous les points du corps en mouvement et de sa résistance au fluide, dans lequel il circule à grande vitesse, et son intensité dépend probablement de la sensibilité cutanée individuelle.

Tout ceci est encourageant. Les amateurs de sensations fortes seront déçus, s'ils espéraient un jour les éprouver en parachute. Mais nos petits neveux qui auront dans leur vestiaire, à côté du masque à gaz et de leur dossier eugénique, un parachute prêt à servir, s'amuseront beaucoup de notre curiosité pour les descentes rapides dans l'athmosphère, pour eux aussi usuelles que, pour nous, l'ascenseur ou le planking.

Ph. Dally.

LA COMPLAINTE DU RHABILLEUR

Indiquons, pour qui ne connaîtrait pas cette expression dauphinoise, qu'elle désigne tout bonnement « le rebouteux », gibier de commune espèce dans les campagnes françaises.

Celui-ci, solide Mauriennais de 66 ans, s'est, à la suite d'une discussion, démis... (non ! ne tremblez pas pour ce vieillard, confrères), il s'est démis simplement de ses fonctions. Et la discussion, c'est avec le fisc qu'elle se produisit.

L'histoire vaut d'être contée.

Cyrille R..., gloire et orgueil de ses concitoyens, qui l'ont élevé à la dignité de conseiller d'arrondissement, est un homme extraordinairement doué. Non seulement, il sait comme pas un « rhabiller » un Mauriennais endommagé, mais encore il a la bosse (parlons sa langue) de l'ostéologie. Il a appris celle-ci en rêvant ! La méthode est neuve et sans conteste moins austère que celle dont font usage les Facultés de médecine. « Tout petit, raconte-t-il, je faisais des rêves ; je voyais des squelettes, toujours des squelettes ; c'est comme cela que j'ai appris la place des os. » Jeunes carabins, vos rêves, à vous, ont peut-être plus de charme et de chair ; mais avouez qu'ils n'ont pas la même vertu.

Ayant ainsi, dès son âge le plus tendre, appris « la place des os », Cyrille R... se jugea très suffisamment nanti et voulut éprouver sa valeur. C'est à son père souffrant d'un « mal à la main », qu'il s'attaqua pour ses débuts ; il avait alors tout juste huit ans. Et la cure fut éclatante. A ce premier client succèda un autre, un chef de train, qui s'était démis le poignet. Instantanément le poignet fut guéri. Et le jeune prodige perçut à cette occasion ses premiers honoraires ; ci : vingt sols.

Comme de juste la chose s'ébruita, la clientèle accourut. Cyrille fut surmené ; il s'en fut de ville en ville donner des consultations à jours fixes. « Il y avait couramment 30 à 35 personnes ; on en compta jusqu'à 75. » Je ne pense pas m'avancer beaucoup en supposant que Cyrille était le consultant le plus consulté de son département.

Et tout le monde était content. Même, paraît-il, les médecins : « Il y a beaucoup de docteurs que j'ai guéris qui pourraient vous le dire. »

Tout le monde ? Pas exactement. Il y avait un personnage bilieux et renfrogné qui ne l'était pas : le Fisc.

Et cet envieux a fait choir sur le chef de Cyrille une tuile de belle taille : il l'a taxé sur 80.000 francs de bénéfices annuels.

Cyrille est dégoûté et proteste ; car sa surabondante clientèle ne le payait pas. « Les trois quarts ne donnent pas un centime ; je ne demande jamais rien à personne ; c'était souvent vingt sous, quarante sous. » (il faut croire que depuis l'âge de huit ans qu'il avait débuté dans la carrière, ce modeste praticien n'avait pas augmenté ses prix).

Cyrille abandonne l'exercice de son art. Toute la région est consternée. On va faire circuler des pétitions, on va saisir les parlementaires de cette intolérable brimade. La chaste Maurienne veut être « rhabillée » par Cyrille.

Nous avons appris avec stupeur, il y a quelques années, qu'en Amérique les bootleggers, gangsters et autres mauvais garçons étaient pratiquement au-dessus des lois. Les lois fédérales étaient impuissantes à mettre fin à leurs petits trafics. Il a fallu, pour que la Justice pût mettre la main au collet de cette puissante fripouille qui s'appelait Al Capone, que le Fisc le convainquît de n'avoir pas déclaré ses déshonnêtes bénéfices.

Voici qu'en France, nous nous découvrons logés à la même enseigne.

N'existait-il pas autrefois (elle a dû être abrogée) une certaine loi sur l'exercice illégal de la médecine, dont la simple application eût évité à ce pauvre Cyrille ses ennuis actuels ?

G. Lavalée.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Au cours de sa réunion du 25 février 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

11.647 Abrassart, 59, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris (Ve). Parrains : Docteurs Ingrand et Rouzaud.
11.648 Abry, Rumilly (Haute-Savoie). Parrains : Docteurs Ronin et Cons.
11.649 Alteresco, Vermenton (Yonne). Parrains : Docteurs Billandet et Davidovici.
11.650 Arnaud, Pezilla-la-Rivière (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales).
11.651 Arradon, Vannes (Morbihan). Syndicat de l'arrondissement de Vannes.
11.652 Boudry, La Bourboule (Puy-de-Dôme). Syndicat de La Bourboule.
11.653 Braillon, Amiens (Somme). Parrains : Docteurs Darène et Leroy.
11.654 Caïn, Metz (Moselle). Syndicat des médecins de Metz-Ville.
11.655 Calamy, Montreuil-sous-Bois (Seine). Syndicat banlieue est et sud.
11.656 Côtte, 3, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône). Syndicat du département du Rhône.
11.657 Cousin, Pertuis (Vaucluse). Association des médecins de France.
11.658 David, Chatellerault (Vienne). Parrains : Docteurs Deronan et Lacoste.
11.659 de Langenhagen, Cherbourg (Manche). Syndicat médical de Cherbourg.
11.660 Deltour, Cloyes (Eure-et-Loir). Parrains : Docteurs de Fourmestraux et Trouvé.
11.661 Diamant-Berger, 120, rue de Courcelles, Paris (XVIIe). Syndicat des médecins de la Seine.
11.662 Dubarry, 25, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde). Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Bordeaux.
11.663 Dubecq, 14, rue Bergeret, Bordeaux (Gironde). Association odontologique bordelaise.
11.664 Feldstein, 38, rue de Clichy, Paris (IXe). Syndicat des médecins de la Seine.
11.665 Fouquet, 105, rue Jouffroy, Paris (XVIIe). Syndicat O.-R.-L. français.
11.666 Fourcade, Lencouacq (Landes). Syndicat médical des Landes.
11.667 Friedmann, 11 *bis*, rue Théodore-de-Banville, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Lob et Oury.
11.668 Girard, Chilleurs-aux-Bois (Loiret). Syndicat médical de Pithiviers.
11.669 Guérin, 24, rue Saint-Rémi, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Nuvergey et Blanc.
11.670 Hirschmann, 8, rue Edouard-Detaille, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Audain et Chicandard.
11.671 Joly, Aubenas (Ardèche). Parrains : Docteurs Archimbaud et Galtier.
11.672 Juin, Saint-Pierre-d'Oléron (Ch.-Inférieure). Syndicat de la Charente-Inférieure.
11.673 Mme le Docteur Ladrey, 28, rue d'Auxonne, Dijon (Côte-d'Or). Parrains : Docteurs Lucien et Agron.
11.674 Lejeune, Seclin (Nord). Syndicat médical de Lille.
11.675 Lemonnier, Juvigny-le-Tertre (Manche). Association des anciens externes de Paris.
11.676 Leroux, Gacé (Orne). Parrains : Docteurs Beauchef et Frimault.
11.677 Lévy, 86, rue Jouffroy, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Mathieu-Pierre Weil et Georges Vidal-Naquet.
11.676 Loison, Lens (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Béthune.
11.679 Marconnet, Saint-Chamond (Loire). Syndicat médical de la Loire.
11.680 Monod, 59, rue de Babylone, Paris. Syndicat des chirurgiens des hôpitaux.
11.681 Montigny, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Noir et Boudin.
11.682 Philip, 15, rue Rolland, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.
11.683 Quetin, Plemet (Côtes-du-Nord). Syndicat médical des Côtes-du-Nord.
11.684 Ray, 6, rue Saint-Simon, Paris (VIIe). Parrains : Docteurs Amselle et Pellot.
11.685 Souef, Broons (Côtes-du-Nord). Parrains : Docteurs Sanson et Eon.
11.686 Tison, 18, rue de la Tour, Paris (XVIe). Syndicat S. M. S.
11.687 Trolart, 117, rue de Courcelles, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Padovani et Tournay.

Ces admissions deviendront définitives, si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours qui suivront la présente publication (art. 5 des statuts).

Le Dr C. fait don de 25 francs, les Docteurs B., C., T. et V. de 50 francs chacun à la Caisse de la Ligue, pour les conseils ou les appuis qui leur ont été donnés par celle-ci.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Le Dr L. avait été assigné en dommages-intérêts par un ancien client. Mais son adversaire s'est désisté de sa demande. Cependant, comme il est insolvable, les frais de l'avoué du Dr L. s'élevant à 1.067 fr. 80 restent à la charge de la Ligue et le Conseil en ordonnance le payement à l'avoué.

Le Dr L. ayant obtenu gain de cause dans une affaire de responsabilité professionnelle, son adversaire a formé un pourvoi en cassation contre l'arrêt de la Cour d'appel et le pourvoi a été admis par la Chambre des Requêtes.

L'appui est continué au Dr L. pour défendre à ce pourvoi devant la Chambre civile de la Cour de cassation.

La Cour d'appel ayant rendu dans l'affaire du Dr P. un arrêt aux termes duquel le médecin ne peut agir en payement de ses honoraires contre la victime d'un accident du travail, qu'après avoir fait payer par le patron responsable la part des honoraires qui

lui incombait, conformément au tarif ministériel, Me Auger est d'avis qu'il y a *lieu* de se pourvoir en cassation contre cette décision.

Le Conseil accorde à cet effet l'appui moral et pécuniaire au Dr P.

Le Juge de paix, *sans même recourir à une expertise*, a réduit de 2.500 à 1.800 francs les honoraires demandés par le Dr B. à un client et a mis la moitié des dépens à sa charge.

Le Conseil, conformément à la demande du Dr B. décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr V. a été informé que le ministre des Pensions avait interjeté appel de la décision de la Commission Tripartite départementale, autorisant le payement de son mémoire du deuxième trimestre 1935. Or, aucune contestation n'a été soulevée en première instance.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour sa défense devant la Commission supérieure et conclure à l'irrecevabilité de l'appel.

Le Dr A., avec l'appui de la Ligue, a introduit trois actions contre le Maire d'une commune pour obtenir le payement de soins donnés à des assurés sociaux notoirement indigents. La Commission cantonale lui a donné gain de cause, mais le Maire a interjeté appel devant le Tribunal civil.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr A. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour défendre à cet appel.

Même décision est prise par le Conseil, en faveur des Docteurs V. et V. dont les cas sont semblables à celui du Dr A.

Le Dr N. a obtenu la condamnation de son ancien client à lui payer 1.175 francs sur 1.650 demandés. L'adversaire ayant interjeté appel de cette décision, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr N. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour se défendre à cet appel et faire appel incident.

Le Directeur des Contributions directes ayant rejeté la réclamation formulée par le Dr L. contre la majoration de ses impôts, à la suite d'un retard dans sa déclaration qui ne lui était pas imputable, M. Martinot estime qu'il y a lieu de former un recours en Conseil de Préfecture contre cette décision.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr L. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former ce recours.

Le Dr L., possédant deux cabinets dans la même ville, a été imposé à la patente avec un droit fixe sur chaque cabinet. Une réclamation qu'il a adressée au Directeur des Contributions directes ayant été rejetée, M. Martinot a estimé qu'il y avait lieu de former un recours en Conseil de préfecture et a rédigé à cet effet un mémoire.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr L. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former ce recours.

Le Dr D. n'a pas encore pu obtenir l'exécution du jugement du Tribunal civil qui a condamné le Préfet à lui payer, au tarif des accidents du travail, des honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux agricoles notoirement indigents. Au cas où une démarche directe auprès du service intéressé resterait sans effet, Me Auger serait d'avis de porter la question devant le Conseil d'Etat.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr D. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour saisir le Conseil d'Etat, dans le cas où la démarche amiable serait inopérante.

Le Dr C. est en conflit avec une Compagnie d'assurances pour le règlement d'une note accidents du travail de 540 francs dont la Compagnie conteste la tarification, proposant seulement 360 francs.

Les deux parties étant d'accord pour porter le litige devant la Commission d'arbitrage, le Conseil décide de faire bénéficier, à cet effet, le Dr G. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Le Dr B. a soigné, dans sa clinique, un blessé gravement atteint et ne peut obtenir payement de ses honoraires, qui s'élèvent à 3.518 fr. Le blessé est assuré individuellement en droit commun, par une police qui prévoit le règlement des frais médicaux au Tarif des accidents du travail. Le blessé refuse de payer, parce qu'il est assuré et la Compagnie se retranche derrière son contrat pour refuser de payer les honoraires au tarif de droit commun.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr B. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le blessé.

Le Dr M. ayant changé de domicile en cours d'année, a été imposé d'une façon excessive à la patente sur son nouveau domicile. M. Martinot estime qu'il y a lieu de présenter au Directeur des Contributions directes une réclamation dont il a rédigé le texte.

Le Conseil décide de faire bénéficier, à cet effet, le Dr M. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Le Juge de paix a réduit de 1.130 à 850 francs, les honoraires demandés par le Dr G pour accouchement et visites consécutives, sous le prétexte que l'accouchement a été fait, non par lui, mais par son remplaçant.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr G. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour interjeter appel de cette décision.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La force du nombre

« Je serai des vôtres, quand vous augmenterez vos indemnités, retraites et pensions. J'attends ce jour pour m'inscrire à la Mutualité familiale. »

Tel est le leit-motiv, que je retrouve chaque semaine dans mon courrier. Il est basé sur une telle erreur et une telle incompréhension des choses qu'il me faut le combattre une fois de plus.

Rappelons d'abord le principe fondamental qui régit toute organisation mutuelle : « *L'importance des prestations est proportionnelle au nombre des participants.* »

Un confrère, fils d'un de nos adhérents de la première heure nous écrit : ... « Je suis prêt à payer n'importe quelle somme pour assurer aux miens la pitance, la nichée et la sécurité... » Et lui aussi commet l'erreur commune. Ce n'est pas seule l'importance des cotisations, c'est avant tout celle du nombre des adhrents qui permet aux actuaires d'accorder le maximum d'avantages au meilleur prix.

Prenons par exemple un groupe de 400 médecins : c'est le contingent actuel de nos Caisses de Retraites à 60 et 65 ans. Pour une cotisation scrupuleusement calculée, on leur assure 4.800 francs de retraite. S'ils voulaient une retraite de 15.000 francs, ce qui serait légitime et même à peine suffisant encore, et triplerait leurs droits actuels, il ne suffirait pas de leur faire payer trois fois leur prime de maintenant. Pour que les réserves permettent de leur assurer de tels arrérages, le moment venu, il faudrait augmenter les cotisations actuelles dans des proportions d'autant plus importantes que les adhérents seraient moins nombreux.

Et cela nous amène à ce second principe, aussi élémentaire que le premier : « *Plus les participants sont nombreux, plus les cotisations sont bon marché et les retraites importantes.* »

Ce principe s'applique avec autant de force, sinon plus, à notre Caisse des Veuves. Ici nous n'avons, ô honte ! qu'une centaine d'adhérents et déjà nous pensionnons dix veuves. Ceux qui trouvent que cette pension est ridiculement insuffisante avec ses 1.200 francs ou 1.800 francs annuels ont tout-à-fait raison : mais quand ils attendent pour adhérer à la combinaison que le nombre des membres permette d'envisager une pension de 4.000 francs par exemple, ils ont tout-à-fait tort. Ce ne sont pas ceux qui attendent de venir à nous qui grossiront nos rangs. Et je ne puis comprendre que les médecins, qui pourtant sont des gens intelligents et cultivés, tiennent de semblables raisonnements.

On nous demande aussi d'augmenter l'indemnité-maladie et accidents de nos *chroniques*. Nous ne demandons que cela. Mais ce n'est pas qu'une question de tarifs. Que ceux qui désirent la chose commencent par venir à nous en rangs serrés, sachent se contenter d'abord de ce qui existe, et le jour où deux ou trois centaines de membres cotiseront à la combinaison nouvelle, alors seulement pourrons-nous la mettre en marche.

La Mutualité familiale a beau avoir 42 ans d'expérience, neuf millions de réserves et une administration rigoureusement confraternelle, elle ne donnera à nos jeunes confrères les avantages auxquels ils aspirent très légitimement que s'ils n'attendent pas pour venir à elle avec toute la confiance qu'elle mérite autant, sinon plus, que toute autre œuvre similaire, et à y venir en rangs serrés.

La force du *Sou Médical*, ce sont ses 7.000 membres. Et il serait plus fort encore s'il comptait les 10.000 médecins qui devraient accourir se ranger sous sa bannière.

La *Mutualité familiale*, devrait, elle, compter au moins 6.000 membres, si la moitié seulement de nos confrères comprenaient leurs droits et leurs devoirs. Et le jour où elle les aurait, à quoi ne pourrions-nous pas prétendre ?

C'est donc à vous surtout, jeunes confrères, que je fais appel.

Si vous venez en groupes compacts grossir nos rangs, nous pourrons vite envisager avec vous l'amélioration de tous nos services : Une indemnité maladies-accidents plus importante aux premiers temps de la chronicité, par exemple ; le droit de prendre un plus grand nombre de parts à nos Caisses de Retraites ; une pension moins mesquine à nos veuves dont les situations sont souvent si précaires et si dramatiques, afin de mieux les aider à ne pas mourir de faim et de misère.

Mais tout cela dépend de vous. Nous vous offrons une organisation qui a fait ses preuves. Venez à elle, en grand nombre, et tout de suite, non pas pour profiter d'avantages à venir, mais pour nous permettre de les réaliser au plus tôt. Car votre avenir à vous ne sera que ce que vous le ferez chaque jour vous-mêmes.

C'est le nombre seul qui fait la force !

Le Secrétaire Général,

H. MIGNON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— VIII^e Cours international de haute culture médicale organisé par L. W. Tomarkin (Athènes, 5-21 septembre 1936). — Le VIII[e] Cours international de haute culture médicale aura lieu du 5 ou 7 septembre au 21 septembre 1936, à Athènes, sous le haut patronage de S. M. le roi Georges II de Grèce, et sous les auspices de l'Université d'Athènes avec la coopération du ministère de l'Hygiène.

Les sujets qui seront traités sont les suivants : 1° Affections cardiovasculaires. — 2° Chirurgie : *a*) Chirurgie orthopédique, traumatologique et réparative ; *b*) Chirurgie thoracique et gastro-entéritique ; *c*) Chirurgie générale. — 3° Médecine tropicale, subtropicale et maladies infectieuses. — 4° Dermatologie, — 5° Endocrinologie. — 6° Conférences libres. — 7° Tuberculose.

Le président du cours sera le Professeur Dustin, recteur de l'Université libre de Bruxelles. Le président de la délégation française des professeurs conférenciers sera le Professeur Leriche, professeur de clinique chirurgicale de l'Université de Strasbourg. Le Professeur Pautrier, professeur de clinique des maladies cutanées à Strasbourg, sera président de la section de dermatologie.

La France sera représentée par huit professeurs conférenciers.

Durant le Congrès auront lieu différentes commémorations internationales : *Commémoration internationale en l'honneur de* : Manson, Ross, Laveran, Golgi, Marchiafava, Celli, Grassi, illustres savants aujourd'hui disparus qui ont contribué par leurs recherches et leurs travaux à la solution du problème d'une lutte efficace contre le paludisme.

Le Docteur Laemmer est désigné pour remplir le poste de secrétaire du VIII[e] Cours international de haute culture médicale pour les pays de langue française.

Le voyage aura lieu par steamer spécial, départ de Marseille vers le 2 ou 3 septembre 1936.

— V[e] Congrès international contre le rhumatisme. — Ce Congrès se tiendra du 3 au 8 septembre 1936 à Lund et à Stockholm (Suède) sous la présidence du Professeur Sven Ingvar, de Lund.

Programme des Rapports : I) *Sujets médicaux* : *a*) Allergie dans les maladies rhumatismales ; *b*) Lecture des radiographies dans l'arthrite ; *c*) Nature de la myalgie ; *d*) L'aide de l'orthopédiste dans les maladies rhumatismales.

II) *Sujets sociaux* : *a*) L'état du logement chez les rhumatisants ; *b*) Les affections de l'épaule suivant les professions et les fonctions.

Secrétaire du Congrès : Professeur G. Kalmeter, Birgerjalasgatan, 36, Stockholm.

Des excursions seront organisées à Stockholm et en Jämtland après la fin du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser : Secrétariat de la Ligue française contre le rhumatisme, 2, rue Guynemer, Paris (VI[e]), qui tient des bulletins d'inscription à la disposition des médecins qui en feront la demande.

— III[e] Session des « Journées médicales de Paris », du 26 au 30 juin 1937. — Le Comité permanent des *Journées Médicales de Paris* vient de décider d'organiser, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, des journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales celles des deux premières sessions (1926 et 1928) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront présidées par le Professeur Carnot ; les vices-présidents seront : les Médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan, les Professeurs Perrot et Gorris, les Professeurs Leclainche et Nicolas ; secrétaire général : M. le Docteur Henri Godlewski ; secrétaire général adjoint : M. le Docteur Pierre-Bourgeois ; avec le patronage et le concours du Comité de rédaction de la revue médicale française.

Le Comité français des expositions a bien voulu se charger comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean Faure.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Ecoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : « Hormones et thérapeutique endocrinienne ».

Première journée : l'hypophyse ; Deuxième journée : les glandes génitales ; Troisième journée : les thyroïde, parathyroïdes et surrénales ; Quatrième journée : le foie, le pancréas, et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1928. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales, Paris, 1937, sont priés de s'adresser au Service des Journées médicales : Revue médicale française, 18, rue de Verneuil Paris (VII[e]). Cotisations : 50 francs, 30 francs pour les membres de fa famille du congressiste et les étudiants.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

graphes de l'article. Tout d'abord, il est dit que employeur et assuré devront payer une cotisation de 3,50 %, calculée sur un salaire forfaitaire tenant compte des avantages en nature dont ils bénéficient. Dans un second paragraphe, on signale que pour 1936, les cotisations sont fixées pour les villes de 80.000 habitants et plus : hommes 24 fr. 50, femmes 14 francs ; pour les autres communes : hommes 17 fr. 50, femmes 10 fr. 50.

S'agit-il là de la cotisation totale de chacune des parties, soit 5 fr. 25 maladie, 5 fr. 25 vieillesse ou 10 fr. 50 maladie et 10 fr. 50 vieillesse pour chaque partie ?

En tout cas, ces chiffres forfaitaires semblent s'appliquer, quel que soit le chiffre des gages, ce qui semble en contradiction avec le 3,50 % précédemment indiqué. D'ailleurs, il semble injuste de taxer tous les salaires au même chiffre de cotisation qu'ils soient limités à 150 francs ou atteignent 4 ou 500 francs comme touchent certaines cuisinières.

Il y a là un point susceptible d'intéresser la majorité des médecins et que je vous serais reconnaissant de bien vouloir expliquer avec votre clarté habituelle, dans un prochain numéro du *Concours*, en donnant au besoin quelques exemples.

Dans mon cas, il s'agit d'une femme de ménage (qui ne travaille que pour ma maison). Je la paye 150 francs par mois, et les avantages peuvent être estimés au maximum à 100 francs par mois, soit 50 francs pour chaque partie. Pourriez-vous me dire ce que je dois payer par mois pour cette femme et ce qu'elle doit elle-même verser (en l'occurrence, c'est moi qui paye les deux cotisations) ?

Un autre point et pour moi intéressant à élucider. Je désire régler les cotisations par virement sur mon compte de chèques postaux. Or, il est dit que, dans ce cas, je dois adjoindre à mes feuillets de cotisations, un ordre de payement correspondant au montant total des sommes à acquitter. En quoi consiste cet ordre de virement ? Quand j'établis un chèque postal, le chèque demeure au bureau où j'ai mon compte, un avis est envoyé au destinataire, un autre m'est renvoyé, mais je n'ai aucun ordre de virement à établir vis-à-vis d'un tiers, que je puisse envoyer directement à celui-ci.

Je ne puis, par ailleurs, me déposséder de l'avis d'établissement du chèque renvoyé par le bureau puisque c'est mon unique preuve à l'appui de l'établissement dudit chèque.

En quoi consiste donc cet ordre de virement que je dois faire parvenir directement au service régional des Assurances sociales ?

Dr D.

Réponse

Il résulte de l'art. 2 § 14 du décret du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, que « par dérogation aux dispositions qui précèdent (c'est-à-dire calcul de la cotisation au taux de 7 % sur le montant réel du salaire),

les cotisations dues par les maîtres de maison sont calculées d'après un salaire annuel fixé par un arrêté du ministre du Travail ».

Il n'y a donc pas lieu dans cette hypothèse de rechercher, suivant les bases forfaitaires prévues, la valeur des avantages en nature dont jouit l'assuré. Le montant annuel de son salaire est fixé forfaitairement, et c'est à ce salaire forfaitaire qu'est appliqué le taux de 7 % (ou 3,5 % pour la cotisation ouvrière, et 3,5 % pour la cotisation patronale). L'arrêté prévu par le décret-loi est intervenu le 27 janvier dernier (*J. O.*, 28 janvier) et a fixé de manière suivante le salaire de base des gens de maison :

	H.	F.
Ville de plus de 80.000 habitants	8.400	4.800
Autres communes	6.400	3.600

Dans votre cas en appliquant à ce salaire le taux de 3,5 %, la cotisation ouvrière s'élèvera donc à :

3.600 × 3,5 % = 126 francs par an ou 10 fr. 50 par mois, 2 fr. 45 par semaine, et 0 fr. 35 par jour. La cotisation patronale est d'un montant égal.

Ce régime ne vise que les «gens de maison» : bonnes à tout faire, femmes de chambre, chefs de cuisine, chauffeur, etc... Les autres salariés voient au contraire leur cotisation calculée sur la base de leur salaire effectif, augmenté de la valeur des avantages en nature dont ils jouissent, cette valeur étant déterminée d'après le tableau forfaitaire du décret du 14 mai 1930. Il en est ainsi notamment pour les femmes de ménage, à condition toutefois qu'elles travaillent pour le compte de plusieurs employeurs. Si en l'espèce cette femme est exclusivement attachée à votre service, nous sommes d'avis qu'elle tombe sous le régime des « domestiques et gens de maison ».

L'ordre de virement postal dont parle la circulaire ministérielle du ministre du Travail du 30 décembre 1935, est la partie du chèque postal que vous adressez ordinairement à la Poste. En matière de payement de cotisations au Service régional des Assurances sociales, il y aura lieu, aux termes de cette circulaire, d'adresser cet ordre de virement, non pas à la Poste mais au Service régional lui-même, qui entrera en rapport avec l'Administration des postes.

1.423. — Immatriculation d'une bonne aux Assurances sociales

Ayant l'intention de prendre une bonne à tout faire à mon service, à qui dois-je faire la déclaration pour qu'elle bénéficie des Assurances sociales et pour que moi de mon côté, je sois en règle avec les Assurances sociales ? Dr H.

Réponse

Pour être en règle avec les Assurances sociales, vous devez déclarer votre domestique au Service régional des Assurances sociales dans les huit jours de son embauchage. La déclaration doit être rédigée sur des feuilles d'un modèle spécial que vous pourrez vous procurer à la mairie de votre quartier.

En vertu du nouveau régime institué par le décret-loi du 30 octobre 1935, les cotisations aux Assurances sociales pour les domestiques et gens de maison sont calculées de manière forfaitaire. Elles se montent cette année à 14 francs par mois pour une femme, dans les villes de plus de 80.000 habitants et le département de la Seine. Cette cotisation s'entend de la cotisation ouvrière, la cotisation patronale étant d'un montant égal. La double contribution à verser mensuellement par le patron, soit par virement de chèques-postaux, soit en espèces au bureau de poste, se monte donc à 28 francs.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.650. — 1° Pansements multiples ; 2° Pansements journaliers

Vous m'obligeriez en m'indiquant comment je dois établir ma note d'honoraires pour un blessé à qui j'ai fait, les jours qui ont suivi son accident, neuf pansements chaque jour, soit : pansements deux mains, deux coudes, deux genoux, tête, dos, poitrine. Ces deux derniers assez étendus. Apès une dizaine de jours, mains et poignets cicatrisés, j'ai continué les autres pansements.

Il s'agissait d'un blessé assurance-loi, blessé dans un accident voiture à cheval et traîné pendant quelques mètres, d'où ces nombreuses blessures.

Ce blessé est bien rétabli et ne garde aucune trace de cet accident assez grave. La Compagnie insiste pour avoir la note d'honoraires.

Dr M.

Réponse

1° Il est évident que vous ne pouvez compter neuf pansements, alors que l'art. 16, 1er poste, dit précisément : « Pansements multiples sur des membres différents, chacun 15 francs (avec maximum de 50 francs). C'est donc le dit maximum que vous avez à compter, en l'espèce.

2° Je dois ajouter qu'en général, sauf explications précises les justifiant, les pansements « journaliers » sont souvent réputés « abusifs ». Il y a donc lieu, dans votre cas, de donner des précisions justificatives qui peuvent être basées sur la longueur de temps qu'il a fallu pour arriver à la cicatrisation, sur la fièvre, sur une poussée de lymphangite, etc., etc... Je vous dis cela, à tout hasard, n'ayant sur votre cas aucune pré-

cision, ce qui me met d'autant plus à l'aise pour faire cette observation d'ordre général.

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

I 641. — 1° Injections intraveineuses ; 2° Pneumothorax avec radioscopie

Je fais à trois de mes clients réformés 100 p. 100 pour tuberculose pulmonaire depuis octobre 1935 des piqûres intraveineuses de sels d'or (crisalbine) une fois par semaine. Sur le mémoire du quatrième trimestre 1935, j'ai compté la piqûre intraveineuse 30 francs. Le memento Cartier indique, page CXXX rubrique soins donnés aux victimes de la guerre :

« Injection intraveineuse médicamenteuse autre que le novarsénobenzol, 30 francs. »

Je reçois le mandat de payement pour le quatrième trimestre avec une réduction de 210 francs et la remarque suivante : « Les injections intraveineuses faites aux tuberculeux sont remboursées au tarif intramusculaire, soit 15 francs. » Est-ce exact ? Voulez-vous par la même occasion me dire combien il faut compter une radiographie et combien une insufflation de pneumothorax avec radioscopie (nouveau tarif).

Dr K.

Réponse

1° *a*) Le décret du 3 juin 1930 porte : « Injection intraveineuse médicamenteuse (autre que celle de novarsénobenzol) : 30 francs ».

Le décret du 24 mai 1933 et le décret du 29 janvier 1935 ne parlent que d'injections de « crisalbine » ou de « sels d'or » « intrapleurales », mais sans modifier le décret de 1930 pour les intraveineuses.

b) N'oubliez pas toutefois que le médecin traitant ayant à faire « au cours du traitement... une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, doit en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle » (art. 18). Si vous n'en aviez pas « donné avis», vous n'aviez plus à être payé suivant « un tarif spécial ».

2° *a*) Insufflation pour entretien de pneumothorax, mensuelle : 100 francs ; plus fréquente : 50 francs (décret du 5 mars 1927).

b) Il est de jurisprudence constante que la radioscopie fait partie intégrante de toute insufflation de pneumo.

c) Radiographie d'hémithorax, 100 francs (décret de 1922), *mais* examen radiologique doit faire l'objet d'un versement de la radio au dossier de l'inscrit (Décret du 24 mai 1933).

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

1.640. — Tenue du livre-journal

1° Est-on obligé d'inscrire sur un *livre spécial* chaque journée (visites et consultations) ?

2° Sur le chiffre fait, peut-on défalquer tous les frais de voiture, installation et maison ?

3° Médecin-propharmacien, doit-on fournir le total du chiffre d'affaires ou bien est-on imposé à forfait ? Que déclarer : recettes ou bénéfices ?

Dr A.

Réponse

Le livre-journal doit être tenu jour par jour, et donner le détail des recettes professionnelles, par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transport en marge.

Par année, vous faites le total des recettes et des dépenses professionnelles, la différence de ces deux chiffres fournira le bénéfice brut.

Les recettes de propharmacie de même que les dépenses sont comprises dans le compte des honoraires et imposées à la même cédule.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

692. — Délais de demande de pensions militaires

Un de mes clients a été évacué du front en 1915 pour une poussée de psoriasis, dont, paraît-il, il ne souffrait pas avant la guerre. Depuis, je l'ai traité fréquemment pour cette affection. Aujourd'hui, il me demande de lui faire un certificat pour demande de pension. Peut-on, décemment, établir un certificat de pension pour psoriasis ?

Dr M.

Réponse

Un décret-loi du 30 octobre 1935, a prorogé, jusqu'au 30 juin 1936, les délais de demande de pension, notamment pour maladies contractées dans un corps combattant.

Il faudrait donc : 1° que la maladie ait été contractée (et non aggravée au front) ; 2° que l'intéressé soit titulaire de la carte du combattant.

Evidemment le psoriasis actuel constitue bien la même maladie que le psoriasis de la guerre. Sans aucune garantie de réussite de cette demande de pension, vous ne pouvez, malgré tout, refuser d'établir le certificat qui vous est demandé.

I.721. — Situation militaire

Je vous serais encore obligé de vouloir bien me donner quelques renseignements au sujet de ma situation militaire en cas de mobilisation.

Voici d'abord quelques renseignements de mon fascicule de mobilisation :

Classe de recrutement, 1913.

Classe de mobilisation, 1909.

Grade : médecin auxiliaire.

Est affecté au C. M. infanterie n° X, ce militaire se présentera le premier jour de la mobilisation.

Comment l'autorité militaire détermine-t-elle ma classe de mobilisation ? Mon quatrième enfant est né en novembre 1935.

Que veut dire C. M. infanterie ?

La Commission de réforme m'a versé dans le service auxiliaire le 12 avril 1923. Cette décision est indiquée dans mon livret, mais pas sur mon fascicule.

Dr X.

Réponse

La classe de « recrutement » est celle qui correspond à l'époque normale à laquelle, d'après l'âge on aurait été incorporé. Mais si l'on entre au service (par engagement ou par appel anticipé) plus tôt que cette date normale, cette date avancée, à laquelle commence effectivement le service militaire, est dite « classe de mobilisation ». Elle est alors distincte de la classe de recrutement.

Le nombre des enfants peut vous faire classer plus tôt dans la dernière classe de la 2e réserve, mais sans diminuer pour cela la durée effective des obligations militaires.

C. M. infanterie veut dire Centre mobilisateur d'infanterie.

QUESTIONS DIVERSES

I.581. — Rédaction d'un certificat prénuptial

Une de mes clientes me demande d'examiner un candidat au mariage, pour sa sœur : examen prénuptial.

Veuillez, s'il vous plaît, me donner quelques indications précises à ce sujet.

Dr D.

Réponse

Il n'y a aucun texte public ou privé qui puisse servir d'exemple pour la rédaction d'un certificat prénuptial. Nous ne pouvons donc que vous indiquer certaines règles desquelles vous pourrez vous inspirer pour votre examen et la rédaction de la pièce qu'on vous demande.

Tout d'abord, la personne que vous avez à examiner ne doit pas être votre cliente à laquelle

vous seriez lié par le secret professionnel, celui-ci vous interdit, d'une manière absolue, de divulguer à qui que ce soit les secrets qui peuvent vous avoir été confiés ou les maladies que vous avez été appelé à soigner chez le candidat au mariage.

Au contraire, si la personne à examiner n'a jamais reçu vos soins, et qu'elle consente à se prêter à votre examen, vous donnerez le résultat de votre investigation à la personne qui vous a chargé d'une mission déterminée.

Ceci posé, pratiquez votre examen comme vous croirez devoir le faire, en vous demandant si le candidat au mariage est susceptible d'être bon époux et bon père, au point de vue physique et physiologique. Quant à l'examen mental, c'est chose beaucoup plus difficile et beaucoup plus délicate. La plupart du temps il n'en est pas question, parce qu'un médecin, même spécialiste ou aliéniste distingué, serait bien embarrassé pour dire si le candidat au mariage a suffisamment bon caractère et de solides qualités intellectuelles ou morales pour faire un bon époux et un bon père.

Ceci fait, vous allez rédiger votre rapport, dont vous conserverez chez vous une copie. Point n'est besoin de vous étendre sur le résultat des examens : il suffit de mentionner que vous avez pratiqué certaines investigations et que vous concluez par la négative, par un doute ou par l'affirmative.

Si c'est le candidat au mariage qui vient lui-même vous réclamer cet examen, c'est à lui que vous remettrez le certificat demandé. Si au contraire, c'est une tierce personne qui vous adresse ledit candidat ou qui l'accompagne, c'est à elle que vous remettrez le certificat contre honoraires. Mais dans ce dernier cas, il serait prudent que votre certificat soit, en votre présence, contresigné par le candidat au mariage. De la sorte celui-ci serait mal venu, au cas où son mariage viendrait à se rompre, de vous reprocher d'avoir violé le secret professionnel.

Voici, mon cher confrère, les directives générales que nous pouvons vous indiquer, et nous restons à votre disposition pour tous les renseignements plus précis que vous pourriez désirer.

Dr Paul Boudin.

1.232. — Prélèvement de 10% sur les mémoires pour vaccination

Un mémoire d'honoraires pour vaccination antivariolique obligatoire effectuée avant le 1er juillet 1935, donc antérieurement aux décrets-lois, mais mandaté en janvier dernier, est-il passible de la retenue de 10 % ? Je ne le crois pas puisqu'il s'agit de dépenses engagées avant les fameux décrets-lois.

Mais je tiendrais à avoir votre avis avant d'effectuer une réclamation, si elle est légitime.

D[r] T.

Réponse

Aux termes mêmes de l'art. 1[er] du décret-loi du 16 juillet 1935, instituant un prélèvement sur les dépenses publiques, la retenue de 10 % n'est applicable qu'aux dépenses « venues à échéance à compter du 17 juillet 1935 ». Ainsi que le reconnaît d'autre part l'instruction ministérielle du 6 août dernier, une dépense est venue à échéance dès la date de son exigibilité, c'est-à-dire dès l'instant que l'intéressé est fondé à en demander le payement à l'Administration.

Or, en l'espèce vous étiez en droit de demander le payement de vos honoraires dès le jour où les vaccinations ont été opérées. Le retard apporté par la Préfecture dans le mandatement et le payement de vos honoraires ne saurait avoir pour effet de vous assujettir à un prélèvement quelconque, et nous vous conseillons de protester auprès de l'Administration contre la retenue sans cause ainsi opérée sur vos mémoires.

1.241. — Accident survenu au cours du trajet pour se rendre au travail

Une femme de journée en quittant son domicile pour se rendre à son travail, fait une chute et se fracture une jambe. Cet accident tombe-t-il sous le coup de la loi sur les accidents du travail, bien que ne s'étant pas produit sur le lieu du travail ?

D[r] L.

Réponse

Ne sont considérés comme accidents du travail mettant en jeu la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance que les accidents survenus au lieu et au temps du travail. Il résulte de la jurisprudence que les accidents se produisant au cours du trajet pour se rendre au travail ne peuvent avoir ce caractère que si ce trajet peut être considéré comme un prolongement du travail, soit parce que le patron prend le transport des ouvriers à sa charge, soit parce que la victime est payée pendant ses heures de déplacement, soit enfin parce que les accès de l'entreprise ou du lieu du travail présentent des difficultés ou des dangers spéciaux. Comme rien de tel ne paraît pouvoir être relevé en l'espèce, l'accident en question ne permet pas à sa victime d'invoquer les dispositions protectrices de la législation sur les accidents du travail, et elle doit en prendre à sa charge tous les frais, sauf à demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations de l'assurance-maladie si elle est en règle de ses cotisations.

Cinquante-huitième année · N° 12 · 22 Mars 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

Confrères, retenez cette adresse : Villa « Camélias », Le Moulleau, **Arcachon**. Repos et convalescence pour enfants.

« La Colline » à Saint-Antoine - Nice. Maison repos, régimes, convalescence, fondée en 1909. Situation idéale. Altitude 250 mètres. Hydro électro-héliothérapie. Deux médecins. Infirmières. Prospectus sur demande.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Cito. Jucundeque curo. Acres et languentes stomachos, amuras linguas purgo. Ut puerf sane crescant, morbosa eorum viscere recreo. MANGAÏNE, trois tablettes par jour, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

Héliothérapie. Maison santé Héllos. Dr BRODY, Grasse.

A céder, cause maladie, Côte d'Azur, Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 27 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

AVIS

Tout médecin sollicité de s'installer à Balleroy (Calvados) est invité, dans son intérêt, à se renseigner auprès du Docteur Quesnel qui y exerce, et du Docteur Jeanne, de Bayeux, président du Syndicat de l'arrondissement.
Quatre confrères déjà ont, sans succès, tenté l'aventure.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

N° 77. — Allevard-les-Bains. 1° pet. villa proche du thermal, 6 p., 4 lits, eau, gaz, électr., buand., garage, tennis, jardin partic. et parc boisé en montagne ; 2° pour cure air, maison conf. face aux glaciers à 20 min. au-dessus villa, 10 lits, piano, téléph., garage, tennis, vastes prairies ombragées. Pour louer : Docteur Boel, propriét.

N° 78. — A vend. cause décès, 6 km. Poitiers, sup. propriété 91 ha ent. clos, terres, bois, prairies, vignes (chasse tte l'année). Bâtim. exploitat. parf. état, château tout confort, vastes dépend. Le tout remis à neuf il y a 2 ans. S'ad. Mme Lamarche, Château des Touches, Mignaloux (Vienne).

N° 79. — A céder : « Encyclopédie médico-chirurgicale », 12 vol. parus avec mises au courant périodiques.

N° 80. — Dr franç. visiteur médical pour Bourgogne et Franche-Comté demande à représenter dans cette région un ou deux labor. sérieux.

N° 81. — Direct. administr. ch. emploi dans clinique France ou Algérie pour administrat. comptabil. économat. Très sérieux. Licencié en droit. Référ. médicales.

N° 82. — Dr franç. actif, Lég. d'hon., 20 ans prat., actuell. à Paris, remplacer. confr. pend. vac. de Pâques banlieue ou province. Condit. modérées. Permis conduire.

N° 83. — A vend. un contact tournant 200.000 volts état neuf, un basiotribe, un groupe électrog. 110 v. alt. 8 amp. neuf ; une grille radioscopique, un sériographe du Docteur Lunel, un poste téléph. de bureau.

Joindre un timbre pour toute demandede renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Important cabinet d'O. R. L., 18 ans d'existence, vaste appart., grand confort. Prix : 80.000.

Banlieue parisienne. Maison de régimes très ancienne, 20 chambres, plein rendement. Cession : 200.000 ou collaboration avec apport.

100 km. Paris, spécialité O. R. L., excellente situation dans ville agréable, maison particulière, jardin et garage. Prix 70.000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris. — Institut franco-brésilien de Haute culture.** — *Conférences.* — M. le Professeur HENRIQUE ROXO, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, fera le dimanche 22 mars 1936, à 10 h. 1/2 à l'asile Sainte-Anne (service de M. le Professeur Claude) une conférence sur les délires spirites épisodiques dans les classes populaires de Rio-de-Janeiro, et le vendredi 3 avril, à 10 h. 1/2, à la Salpêtrière (service du Professeur Guillain) une conférence sur le déséquilibre vago-sympathique dans les maladies mentales.

— **Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance.** (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris.) — *Programme du cours de vacances de Pâques* 1936, qui aura lieu comme nous l'avons annoncé du jeudi 2 avril au vendredi 10 avril, sous la direction de M. le Professeur LEREBOULLET, avec le concours de M. CATHALA, agrégé, médecin des hôpitaux, MM. LELONG et PICHON, médecins des hôpitaux, MM. BAIZE, BENOIST, BOHN, BOSQUET, DETROIS, GOURNAY, GAVOIS, JOSEPH, ODINET, SAINT GIRONS, ROUDINESCO et AIME, électro-radiologiste des hôpitaux :

Notions nouvelles en diététique du premier âge Régime des nourrissons débiles et prématurés. Les avitaminoses. Le scorbut des nourrissons. Les anorexies du premier âge. L'aérophagie du nourrisson. Les hémorragies gastro-intestinales. Les érythroblastoses infantiles et les ictères graves du nourrisson. Les œdèmes. Les anémies. L'eczéma et l'allergie du nourrisson. La maladie de Leiner-Moussus. La grippe. La pneumonie dans la première enfance. Le traitement des broncho-pneumonies du nourrisson. L'abcès du poumon. La tuberculose du premier âge et ses images radiologiques. La méningite tuberculeuse du nourrisson. La syphilis osseuse congénitale. L'hypertrophie cardiaque congénitale. Les convulsions du premier âge. Les encéphalopathies du nourrisson. L'acrodynie. La prophylaxie des infections du nourrisson. La diphtérie, sa prophylaxie et son traitement. Le traitement des états toxiques et de deshydratation du nourrisson.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, avant le 25 mars, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant. Le prix d'inscription à verser à la Faculté à l'ouverture du Cours est de 150 francs.

— **Cours de laryngo-phoniatrie.** — Dix leçons seront données du lundi 11 mai au samedi 16 mai, à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), par le Docteur Jean TARNEAUD, avec le concours de M. R. HUSSON et Mme BOREL-MAISONNY ; elles auront lieu à 9 heures et à 17 h. 30.

1) Physiologie de la phonation. — 2) Examen clinique. Stroboscopie. Radiologie. — 3) Acoustique normale et pathologique. — 4) Les aphonies et les dyskinésies ; leur traitement. — 5) La mue et ses troubles. — 6) Les logopathies et leur traitement. — 7) Les affections de la voix chantée. — 8) Le nodule de la corde vocale. — 9) Traitement phoniatrique des paralysies récurrentielles et des laryngectomies. — 10) Chirurgie phoniatrique.

Droit d'inscription : 200 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Docteur Tarneaud, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVI^e).

— **Journées internationales périodiques de cardiologie à Royat.** (31 mai-1^er juin 1936.) — Les premières Journées internationales périodiques de cardiologie auront lieu à Royat pour la Pentecôte 1936 (31 mai-1^er juin). La question mise à l'ordre du jour est le spasme vasculaire.

M. le Professeur Vaquez a accepté de présider ces journées, entouré de MM. Clerc, Laubry, Castaigne, *Lian*, *Gallavardin* et Dumas.

Le président d'honneur est le Professeur Achard membre de l'Académie des sciences et secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Les rapports ont été confiés à MM. les Professeurs C. Heymans (de Gand) et Lucien Brouha (de Liége) : Le tonus vasculaire (physiologie) ; Riser (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale ; Leriche et Fontaine (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres ; Maranon et Duque (de Madrid) : Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie ; Loeper (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au secrétaire général, Docteur R. Boucomont, Royat (Puy-de-Dôme).

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion se tiendra le lundi 30 mars 1936, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VI^e).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIII^e).

— **Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.** *Ordre du jour voté à la séance du* 5 *mars* 1936. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

Considérant que l'essentiel de l'enseignement médical doit consister dans celui de la clinique,

Que les sciences physiques, chimiques et biologiques doivent être enseignées aux étudiants en médecine en fonction de leurs relations avec la pathologie et de leurs applications médicales,

Qu'il est donc indispensable que les chefs de travaux pratiques dans quelque branche que ce soit, soient avant tout docteurs en médecine,

Proteste auprès du ministre de l'Education

nationale contre les décisions contraires prises par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, et compte que les doyens de Faculté, les directeurs d'Ecole et tous les membres du corps enseignant s'opposeront à leur mise en pratique.

— **Association amicale des médecins bourguignons.** — Le dîner annuel de l'Association aura lieu le samedi 28 mars, à 20 heures, au restaurant Lapérouse, 51, quai des Grands-Augustins.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Maurice Gaucher, 36, avenue de la Bourdonnais (VII^{e}).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mlle Françoise DELAFONTAINE, décédée à l'âge de 10 ans, 9 *bis*, rue Perignon à Paris, fille du Docteur Pierre Delafontaine, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris et de Mme Pierre Delafontaine, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous apprenons avec un profond regret la mort de Marie-Françoise-Gabrielle-Jeanne PLÉ, décédée le 7 mars 1936, à l'âge de 6 ans, 23, rue de Turin, à Paris, fille de Madame et Monsieur Jacques Plé et petite-fille de Madame et du Docteur Thépénier, directeurs des Laboratoires Thépénier. Le *Concours Médical* adresse à M. et Mme J. Plé, au Docteur et à Mme Thépenier ses sincères condoléances et l'expression de sa vive et douloureuse sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 MARS

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'argent : M. le Docteur de Lauwereyns de Rosendael, de Valenciennes.

Médaille de bronze : M. le Docteur Delmas, de Vincennes.

4 MARS

Service de santé militaire.

Par décret du 28 février 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. titul. du B. P. M. S. ci-après désignés : (rang 19 nov. 1935) Zimmer, 19^{e} sect. infirm. milit., aff. 19^{e} C. A. ; (rang 23 janv. 1936) Riveron, 9^{e} sect. infirm. milit., aff. 9^{e} rég.

5 MARS

Médecins des Écoles nationales d'enseignement technique.

Décret du 2 mars 1931.

Art. 1er. — Le taux maximum de l'indemnité annuelle accordée aux médecins dans les Ecoles nationales d'enseignement technique est de 5.000 francs pour les Écoles de plein exercice comportant un internat, et de 3.000 francs pour les Ecoles de plein exercice comportant seulement un externat.

Art. 2. — Les honoraires des médecins attachés à l'École normale de l'enseignement technique sont fixés au total à 4.000 francs par an.

Service de santé militaire.

Décision fixant le prix de la pension et du trousseau à l'Ecole du Service de santé militaire

Par décision du 28 février 1936, les prix de la pension et du trousseau à l'Ecole du Service de santé militaire, ont été ainsi fixés qu'il suit :

I. — *Pension.*

Le prix de la pension à l'Ecole du Service de santé militaire est fixé pour l'année scolaire 1935-1936 à 2.550 francs (pour les élèves appartenant au régime antérieur à celui fixé par l'article 152 de la loi du 16 avril 1930).

II. — *Trousseau.*

1° Le prix de la première mise (1re année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1935, est fixé ainsi qu'il suit :

A. — Section de médecine.

Elèves admis avec le certificat P. C. B., 3.440 francs.

Elèves admis à quatre inscriptions, 4.133 francs.

2° Le prix de la deuxième mise (2e année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1934, est fixé ainsi qu'il suit :

A. — Section de médecine.

Elèves admis avec le certificat P. C. N., 648 francs.

Elèves admis à quatre inscriptions, 408 francs.

3° Le prix de la troisième mise (3e année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1933, est fixé ainsi qu'il suit :

A. — Section de médecine.

Elèves admis avec le certificat P. C. N., 731 francs.

Elèves admis à quatre inscriptions, 610 francs.

4° Le prix de la quatrième mise (4e année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1932, est fixé ainsi qu'il suit :

A. — Section de médecine.

Elèves admis avec le certificat P. C. N., 561 francs.
Elèves admis à quatre inscriptions, 523 francs

5° Le prix de la cinquième mise (5e année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1931, est fixé ainsi qu'il suit :

Section de médecine.

Elèves admis avec le certificat P. C. N., 359 francs.

6 MARS

Maladies contagieuses.

Décret du 22 février 1936 étendant à l'Algérie les dispositions du décret du 30 octobre 1935 rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses.

Art. 1er. — Le décret-loi du 30 octobre 1935 rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies est applicable à l'Algérie.

Art. 2. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Journal officiel* de l'Algérie.

7 MARS

Médaille d'honneur des épidémies.

Par arrêté du ministre de la Santé publique et de l'Education physique en date du 29 février 1936, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le Docteur Gravost (Charles), médecin communal à Khroubs (Constantine), pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Médecins experts des Centres d'appareillage.

Décret du 7 février 1936 fixant le mode de rémunération des médecins experts adjoints aux médecins chefs des Centres d'appareillage.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Prélèvement de 10 % sur les honoraires des médecins d'hôpitaux pour soins aux assurés sociaux assistés

3.446. — M. Betoulle, sénateur, expose à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique que les honoraires dus au Corps médical hospitalier par les Caisses d'assurances sociales pour le traitement, à l'hôpital, des malades assistés assurés sociaux sont versés, chaque année, aux hospices de Limoges, à charge par cette Administration d'en effectuer la répartition au Corps médical ; et demande

s'il y a lieu d'appliquer à ces reversements le prélèvement de 10 p. 100, mesure contre laquelle protestent, par avance, les médecins, il est à noter que ces honoraires ont été fixés par convention entre les Caisses, le Corps médical et les hospices. Par ailleurs, les mêmes médecins reçoivent de l'hôpital une indemnité fixe, soumise, jusqu'à ce jour, sans contestation, au prélèvement de 10 p. 100. (*Question du 1er février* 1936.)

Réponse. — Le prélèvement de 10 p. 100, institué par le décret-loi du 16 juillet 1935, applicable aux honoraires dus au Corps médical hospitalier ne doit porter, lorsqu'il s'agit d'assurés sociaux assistés, que sur la portion des frais (20 p. 100) incombant au Service d'assistance. (*J. O.*, 26 février 1936).

Les Facultés ne peuvent vendre les thèses de doctorat qui leur sont adressées

15.107. — M. Courtehoux demande à M. le ministre de l'Education nationale si les Facultés de médecine ont le droit de vendre ou de céder à des particuliers, les exemplaires de thèse de doctorat en médecine ou de doctorat vétérinaire qui doivent leur être obligatoirement adressés par les candidats avant de soutenir leur thèse, (*Question du* 23 *janvier* 1936.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 21 février 1936.)

Un étudiant en chirurgie dentaire ne peut exercer s'il n'a pas le diplôme d'Etat.

14.339. — M. Lucien Coudert demande à M. le ministre de la Santé publique si un étudiant en chirurgie dentaire, auquel il ne manque, pour être diplômé, que l'épreuve de prothèse de troisième année, peut exercer légalement l'art dentaire sans ou sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste. (*Question du* 28 *novembre* 1935.)

Réponse. — Aux termes de l'article 1er de la loi du 26 juillet 1935, nul ne peut exercer l'art dentaire en France, même sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

(*J. O.*, 22 février 1936.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

Soyez prévoyants
Un exemple, entre cent

Monsieur le Secrétaire général
de la *Mutualité familiale*

A quoi donc sert la Mutualité Familiale ? Quels services peut-elle rendre ?

J'ai 30 ans. Que pouvez-vous me proposer à cet âge.

Dr P. à A.

Voici, entre cent, un exemple des services que nous rendons :

Le Dr Z. entre à la *Mutualité Familiale* en janvier 1926, il a droit à l'indemnité à partir du 1er juillet. En août, il est atteint à la suite de symptômes typhoïdes compliqués de phénomènes pulmonaires, une bacillose se déclare. Le malade doit quitter son poste récent. Il se soigne sérieusement et sa maladie dure ..... six ans !

Nous lui avons versé près de 25.000 francs d'indemnités. Il est actuellement bien guéri et a repris toute son activité.

Vous voyez qu'à tout âge, on peut être frappé de toutes façons. Ne pensez-vous pas que nos allocations n'ont pas été à dédaigner dans de telles circonstances ?

Aussi je vous conseille de vous inscrire à notre Combinaison MA5 (50 francs par jour pendant trois mois, puis 500 francs par mois). A 30 ans, la cotisation sera de 465 francs tout compris, et je vous assure que c'est de l'argent bien placé.

Sur nos 1.500 premiers adhérents, savez-vous qu'il n'y en a qu'une vingtaine qui n'ont jamais été malades ?

Enfin, songez à la retraite, et surtout à la combinaison à 65 ans. Pour 660 francs, elle vous garantit 4.800 francs de pension dès le jour où vous cessez d'avoir droit à l'indemnité-maladie. Et le tout vous coûtera 1.125 francs par an.

Dr H. MIGNON.

ACCIDENTS

1.600. — Fonds de garantie pour les accidents du travail

Pourriez-vous me dire si un patron est obligé de s'assurer à une Compagnie en vue de se couvrir des frais que peuvent entraîner les accidents survenus à ses ouvriers ? Si non quels sont les moyens employés par l'Etat pour assurer le versement annuel de rente pour incapacité permanente.

Dr C.

Réponse

La législation sur les accidents du travail ne fait pas obligation aux chefs d'entreprise de s'assurer à une Compagnie d'assurances. S'ils négligent de couvrir ainsi leur responsabilité, ils sont eux-mêmes personnellement responsables du payement des indemnités permanentes, comme des indemnités temporaires.

Pour parer aux cas d'insolvabilité des chefs d'entreprise comme aussi à la défaillance possible des Sociétés d'assurances, la loi du 9 avril 1898, a prévu, à ses articles 24 et 25, la constitution d'un fonds de garantie alimenté par une contribution spéciale que payent d'ailleurs aussi bien les patrons qui s'assurent que ceux qui négligent de le faire. Voici le texte de ces articles 24 et 25 :

« *Art.* 24 : A défaut, soit par les chefs d'entreprise débiteurs, soit par les Sociétés d'assurances à primes fixes ou mutuelles ou les Syndicats de garantie liant solidairement leurs adhérents, de s'acquitter au moment de leur exigibilité des indemnités mises à leur charge à la suite d'accident ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le payement en sera assuré aux intéressés par les soins de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, au moyen d'un fonds spécial de garantie constitué comme il va être dit et dont la gestion sera confiée à ladite Caisse.

Art. 25. — Pour la constitution du fonds spécial de garantie, il sera ajouté au principal de la contribution des patentes des industriels visés par l'article premier, 4 centimes additionnels, il sera perçu sur les mines une taxe de 5 centimes par hectare concédé. Ces taxes pourront, suivant les besoins, être majorées ou réduites par la loi de finances. »

1.797. — Accident survenu à l'école

Veuillez avoir l'obligeance de me dire si l'élève d'un lycée se fracturant la jambe dans une partie de football a droit à une réparation quelconque.

Dr L.

Réponse

Si l'accident en question est dû au fait d'un autre élève du lycée, les parents de la victime ont sans nul doute le droit d'actionner l'Etat, représenté par le Préfet du département, en payement de dommages-intérêts par application de l'art. 1384 du Code civil. La juridiction compétente pour connaître des poursuites serait alors la juridiction de droit commun, c'est-à-dire le Tribunal civil.

(Voir la suite page LXIII-941

PROPOS DU JOUR

La médecine du XIXe siècle

L'exercice de la médecine à la campagne au siècle passé.
Les conditions morales de la vie du médecin autrefois et aujourd'hui

Il ne faut guère se fier aux hommes de lettres pour avoir une idée exacte de ce que fut le médecin praticien à leur époque. Au gré de leurs sympathies et plus souvent de leur fantaisie, prenant pour types des exceptions, il en font soit un surhomme, une espèce de saint laïque comme Balzac, soit un charlatan, une sorte de malfaiteur diplômé ou un pédant ridicule, comme Molière et l'auteur de Knock. Cela ne veut pas dire que les types décrits n'ont pas existé, mais ce sont des exceptions qui synthétisent les vertus ou les vices de la profession médicale et ne donnent pas le tableau de la grande majorité de ceux qui l'exercent. Les médecins du XVIIe siècle étaient loin d'être des Diafoirus ; ceux de notre époque répondent assez rarement aux types de Knock et de Parpaleix ; de même ce n'est que fort exceptionnellement qu'on retrouve au cours du XIXe siècle le Docteur Benassis le médecin de campagne de Balzac.

Nous avons une plus juste description de la vie médicale en consultant les ouvrages écrits à son sujet par des médecins eux-mêmes ou par ceux qui ont vécu dans leur intimité.

En nous en rapportant à ce que nous avons lu et à nos propres souvenirs, le médecin du XIXe siècle avait une vie bien différente de celle du praticien de notre époque surtout à la campagne.

Nous avons reçu un petit livre sur ce sujet de M. Edouard Ganche intitulé, *Mon début dans la Médecine. Un médecin de campagne en* 1889 (1) que nous avons lu avec le plus grand intérêt tant les descriptions qu'il y donne se rapprochent de nos propres souvenirs de jeunesse.

M. Ed. Ganche, que sa vocation semblait destiner à la médecine, vocation qu'il n'a pu réaliser, nous ne savons pourquoi, raconte simplement, l'histoire du Dr Ganche, son père, qui exerça à Baulon, à 25 kilomètres de Rennes, de 1877 à 1893. M. Ed. Ganche accompagnait souvent son père dans ses visites, lui servait d'aide au besoin ; aussi a-t-il vécu et non imaginé ce qu'il nous raconte.

Le Dr Ganche visitait ses malades en tilbury, mais plus fréquemmentil allait à pied ; il aimait la marche et, armé de son bâton de buis, il faisait allègrement sans fatigue 60 kilomètres par jour. Eloigné des villes, il était propharmacien. D'ailleurs la pathologie peu complexe des paysans de la région n'exigeait pas une pharmacologie compliquée. Son petit garçon tenait la pharmacie, triturait les remèdes dans le mortier, remplissait les fioles de potion et cela lui conférait une certaine importance. Il accompagnait souvent son père qui portait toujours en bandoulière un sac de cuir dont voici le contenu : une trousse, des rouleaux de vésicatoire, de thapsia, de diachylon, une boîte de sinapismes, des mouches de Milan, des épingles avec du fil ciré pour réunir les plaies par suture entortillée, un crayon de nitrate d'argent.

Le kermès et le vésicatoire jouaient un grand rôle dans sa thérapeutique. Il appliquait de grands vésicatoires qu'il venait panser lui-même le lendemain. Ce pansement consistait en l'apposition d'une grande feuille de choux dont il enlevait soigneusement la nervure, qu'il ramollissait avec une pâte chauffée dans la braise, et qu'il enduisait soigneusement de saindoux. Il faisait des accouchements, pratiquait le cathétérisme avec des sondes enduites d'huile à manger. Il ne connaissait pas l'antisepsie, et ses malades guérissaient quand même. On venait le consulter de loin car il jouissait d'une grande réputation. Une fois par an le curé annonçait en chaire qu'il vaccinait tel jour, et on apportait chez lui les enfants pour qu'il leur inoculât de bras à bras le vaccin d'un gros bébé qu'il avait choisi. Il y avait aussi le jour de l'arrachement des dents. Avec la clef de Garengeot, il faisait sauter les dents. C'était jour de fête pour le petit Edouard qui prélevait à chaque dent le prix de dix sous destiné à sa tire-lire. Le Docteur se levait la nuit, partait avec une petite lanterne, escorté de son terre-neuve, rentrait en hiver les oreilles gelées avec des glaçons dans la barbe. Son visage n'était pas dur, bien qu'on ne l'ait jamais vu rire. « Je ris en dedans, disait-il ».

Les jours de foire, il consultait toute la journée, jusqu'à la nuit. Les paysans venaient alors le payer et il devait résister à leurs marchandages mais ils se quittaient bons amis, car le Dr Ganche était fort populaire.

Un jour il tomba malade. Stoïque, il se faisait porter chez ses clients et à la veille de sa mort il donnait des conseils dans son lit. A sa femme qui lui demandait pourquoi il ne se soignait pas, il répondait : « Parce que c'est inutile. »

Telle fut la vie du Dr Ganche, médecin de campagne à la fin du XIXe siècle. Mon père qui exerça en Auvergne quelques vingt ans aupa-

(1) Denoel et Steele, édit. 19, rue Amélie, Paris.

➜➜

ravant menait une vie analogue. Toutefois il ne faisait pas de propharmacie, la petite ville qu'il habitait était pourvue d'apothicaires. Il n'allait pas à pied, mais en tilbury et à cheval ; les belles routes d'aujourd'hui étaient alors de simples pistes. Souvent je l'accompagnais et nous traversions l'Allier à gué, car les ponts étaient rares. Il lui arriva en hiver de s'enliser avec son cheval dans un ravin, comblé de neige, et, ne pouvant remuer, pris dans son manteau, d'attendre qu'un passant vint le dégager.

Comme le Dr Ganche, il avait foi au kermès et au vésicatoire. Je fus pendant mon volontariat atteint de congestion pulmonaire avec hémoptysie. Le médecin principal des salles militaires de l'Hôtel-Dieu, de Clermont-Ferrand, fit appeler mon père et il résulta de leur consultation, l'application d'un large vésicatoire et l'administration de kermès à dose nauséeuse. L'effet ne tarda pas à se faire sentir. Si l'hémoptysie s'apaisa, j'eus une effroyable cystite et une abominable diarrhée. Je maigris de 15 kilogrammes en dix jours. Je me croyais perdu. Un jour, mon père qui malgré ses préjugés thérapeutiques, avait un robuste bon sens, me fit abandonner tous remèdes (Les capsules d'huile créosotée avaient remplacé le kermès) et m'emmena à La Bourboule. L'appétit revint, j'engraissais et huit jours après, je montais à cheval.

On le voit, l'exercice de la médecine était bien différent de ce qu'il est à notre époque. Pas de téléphone, pas d'automobiles, peu de routes, de très rares chemins de fer.

Le médecin se débrouillait tout seul, les consultants étant fort éloignés. La chirurgie se bornait à quelques amputations de membres et ligatures d'artères, à l'ablation de cancers du sein ou le débridement des hernies étranglées, à l'application d'appareils de fractures. La chloroformisation n'était guère employée, on n'utilisait pas de pince à forcipressure. L'antisepsie et l'asepsie étaient inconnues et néanmoins les malades ne mouraient pas tous.

Cinquante ans auparavant, le médecin exerçait sensiblement de même. Nous en trouvons la preuve dans le livre du Dr Munaret : *Du médecin des villes et du médecin de campagne* qui date d'un siècle environ, car la deuxième édition que j'ai sous les yeux a paru en 1840.

Chose étrange ! les médecins se plaignaient à cette époque comme il se plaignent aujourd'hui et des mêmes maux.

Après avoir déploré la concurrence faite aux docteurs par les officiers de santé ignares et la répression insuffisante du charlatanisme, Munaret écrit ce passage qui mérite d'être médité :

« Autre conséquence, le chiffre des médecins « diplômés sont, d'une année à une autre, en *pro-* « *gression effrayante* pour les malades, et pour ne « pas aller chercher des preuves trop éloignées de « notre époque, à Paris, et pendant la seule année « 1839, l'on a constaté un excédent de 75 médecins « sur les années précédentes, déduction faite des « morts et des absents. D'après les calculs comparatifs de M. Eymard et de M. Joly, entre la population « et le nombre des médecins en France, un médecin « n'avait en 1829, que cent malades par an, ce qui « lui donnait dix malades environ par mois, un « malade tous les trois jours. Dans l'espace de onze « années le nombre des médecins, relativement au « chiffre de la population, s'est augmenté au point « de ne donner aujourd'hui qu'un malade à chaque « médecin, tous les cinq jours environ. L'on a même « calculé que dans le cas où l'on ne recevrait aucun « médecin pendant dix ans, il y en aurait assez pour « le nombre des malades. »

Il est probable qu'à notre époque on fait appeler plus souvent le médecin, sans quoi ? ?

P. Brouardel, dans son livre : *La Profession médicale*, publié 60 ans plus tard, il y a 35 ans, consacre quarante pages à l'augmentation du nombre des médecins et à la diminution du nombre des malades. Nous retrouvons les mêmes plaintes dans le livre sur le même sujet du Pr G. Morache, de Bordeaux, qui signale l'invasion des médecins étrangers.

Lorsqu'en 1894, j'entrais au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, nous y déplorions l'admission des malades aisés dans les hôpitaux et la concurrence déloyale faite aux praticiens par les consultations hospitalières et les cliniques. Avec Le Baron, Le Blond, et bien d'autres, en avons-nous fait de vaines démarches auprès du Directeur de l'Assistance publique, de la 5e Commission du Conseil municipal, du Préfet de la Seine, du Gouvernement ! Et depuis quarante ans la situation n'a pas changé, elle a suivi une marche progressive.

Munaret parlait encore, il y a un siècle, « du relâchement des mœurs médicales » et déplorait pour la considération du médecin auprès du public qu'il ne rédigeât plus ses ordonnances en latin et qu'il s'habillât comme tout le monde. Que dirait-il aujourd'hui, s'il voyait les costumes de sport dans lesquels certains confrères, même fort titrés, donnent leurs consultations.

Nous voyons donc que, si l'exercice de la médecine s'est sensiblement modifié au point de vue technique, si les moyens de transport et le téléphone ont bouleversé de fond en comble la vie du médecin, les conditions morales de vie sont restées sensiblement les mêmes. Les lois sociales sont venues les modifier, le plus souvent les aggraver, mais déjà au XIXe siècle les médecins se plaignaient de l'encombrement de la carrière, de l'invasion des étrangers, de la concurrence des hôpitaux et des cliniques, du relâchement des mœurs médicales, de l'exercice illégal et du développement du charlatanisme. Doit-il en être toujours de même ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DU DIAGNOSTIC DES CALCULS VÉSICAUX (1)

Par le Professeur MARION

En ce moment se trouvent dans la salle des hommes cinq malades porteurs de calculs vésicaux. Ces malades sont venus pour des troubles variés et si l'un d'eux présente le tableau classique du calcul vésical, les autres au contraire accusent des symptômes qui n'auraient pas permis au premier abord de faire le diagnostic de calculs vésicaux si nous ne savions que ceux-ci sont loin de se caractériser toujours par les troubles considérés aujourd'hui comme classiques.

Un premier malade est venu pour de la *pollakiurie*, de la *sensibilité* et des *hématuries*, ces trois symptômes *se produisant surtout lorsqu'il est en mouvement* ou qu'il éprouve une secousse quelconque. De plus, à certains moments se produit lors de la miction un *arrêt du jet*. Le tableau clinique est tout à fait classique, caractéristique ; et avant toute exploration, on pouvait affirmer qu'il s'agissait d'un calcul de la vessie.

Mais sur les cinq malades, c'est le seul qui présente ce tableau clinique classique ; et, en effet, il faut bien savoir que les troubles qu'éprouvent les malades porteurs de calculs ne sont pas la plupart du temps aussi caractéristiques et que les calculs vésicaux se manifestent le plus souvent par des phénomènes de CYSTITE.

Un autre malade en effet, nous est arrivé pour de la *fréquence des mictions*, des *douleurs à la miction, des urines troubles*. Si ces symptômes sont un peu influencés par les mouvements, ils ne présentent pas, comme chez le premier malade, une disparition totale lorsque le malade est au repos, et le malade au lit ressent encore ces douleurs à la miction et cette pollakiurie extrêmement marquée, bien qu'elle le soit un peu moins que quand le malade est en mouvement. En somme, on trouve surtout un tableau de *cystite*.

Enfin, les trois autres malades sont atteints de *cystite* plus ou moins intense, l'un d'eux urinant même tous les quarts d'heure, et cela aussi bien au repos que lorsqu'ils sont en mouvement. Il n'y a plus la moindre différence dans les deux circonstances. Deux de ces patients atteints de cystite ont en outre des *hématuries*, mais ce sont des hématuries terminales comme on peut en voir dans n'importe quelle cystite et ces hématuries ne sont *nullement influencées par les mouvements.*

Autre cas : il n'y a pas très longtemps était entré dans le service un enfant de 3 ans qui présentait de la pollakiurie, des douleurs à la miction et, en outre à certains moments, une *fausse incontinence* ; il ne pouvait pas retenir ses urines lorsqu'il éprouvait le besoin d'uriner. Parfois, chez l'enfant, nous voyons même cette fausse incontinence aboutir à l'*incontinence vraie* complète, la vessie de l'enfant particulièrement irritable perdant toute capacité.

Tels sont les types cliniques que peuvent provoquer les calculs de la vessie. Il faut bien les connaître, parce que si l'un d'eux se présente comme assez caractéristique, les autres au contraire sont loin de rappeler le tableau classique que l'on attribue ordinairement au calcul de vessie.

Lorsqu'un malade se présente avec une pollakiurie existant surtout au mouvement, de la sensibilité au moment de la miction, de l'arrêt du jet, on pense au calcul vésical avec raison ; cependant, il faut savoir que *certains nerveux* accusent les mêmes troubles, en particulier les arrêts de la miction et ne sont pas porteurs de calculs. L'arrêt du jet qui se produit dans ces cas est un arrêt qui n'a pas, comme l'arrêt du jet chez les calculeux, cette particularité de cesser quand le malade change de position ; il se produit dans n'importe quelle position et ne cesse pas lorsque le malade prend une autre position. Chez le calculeux, au contraire, il est de règle que cet arrêt de la miction qui paraît assez caractéristique cesse lorsque le malade se déplace.

Lorsque le calcul vésical est caractérisé surtout par des phénomènes de cystite, on le méconnaîtra si l'on ne sait pas que le calcul peut déterminer ces phénomènes. Il faut y penser et l'apparition spontanée d'une *cystite* doit faire rechercher le *calcul*, la *tumeur* ou la *tuberculose.* Si l'influence des mouvements est nette, on pensera plus volontiers au calcul, bien que les

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital Necker.

phénomènes de cystite se trouvent en général aggravés par les secousses, les mouvements sans qu'il s'agisse fatalement d'un calcul. Dans ces cas, ce ne sont que les explorations qui feront reconnaître la cause de la cystite.

Quant au calcul qui se manifeste par de l'*incontinence*, comme cela se voit surtout chez l'enfant, il faut également connaître cette symptomatologie, sans quoi on penserait à tout autre chose qu'au calcul vésical en présence d'une incontinence ou d'une fausse incontinence de l'enfant.

Le calcul vésical sera parfois une TROUVAILLE D'EXPLORATION. Chez un malade atteint de cystite auquel on pratique des lavages de vessie, il est possible qu'au cours de l'introduction de *la sonde*, on perçoive un choc, un frottement qui fera penser au calcul de vessie. Mais il faut savoir que cette sensation de choc peut être donnée par une vessie extrêmement irritable qui vient frapper l'extrémité de la sonde au moment où la sonde est introduite ou au moment où la vessie se vide. J'ai déjà eu un certain nombre d'exemples de cette erreur d'interprétation par des urologues qui, ayant ressenti un choc au moment de l'introduction de la sonde dans une vessie enflammée, affirmaient un calcul qui n'existait pas. Par conséquent, si cette sensation de choc, de frottement, doit faire penser au calcul, elle ne permet pas absolument de l'affirmer et il faut confirmer l'existence du calcul par la radiographie et la cystoscopie : ce sont, en effet les deux méthodes d'exploration qui permettent d'affirmer le diagnostic.

La RADIOGRAPHIE, disons-le de suite, est une méthode un peu infidèle, car, dans bien des cas, elle ne révèle pas des calculs vésicaux que la cystoscopie fait reconnaître.

Pour que cette radiographie ait toutes chances de démontrer un calcul vésical, *il faut qu'elle soit faite la vessie étant évacuée de son contenu urinaire*, sans quoi la vessie remplie par une urine plus ou moins chargée en sels apparaîtra comme une ombre capable de masquer celle d'un calcul peu opaque.

Il n'y a pas longtemps un jeune malade, m'était envoyé des Enfants-Malades pour de la cystite. On avait pensé au calcul et on l'avait fait radiographier, mais sans que sa vessie soit vide : la radiographie ne démontra aucun calcul. Lorsqu'il arriva dans le service, nous le fîmes radiographier après l'avoir fait uriner, et le calcul apparut très nettement.

Ceci est un point extrêmement important pour qu'une radiographie ait chance de démontrer un calcul qui existe bien. Malgré cette précaution, du reste, un certain nombre de calculs ne sont pas révélés par la radiographie.

D'autre part, il ne faut pas croire que toute tache que l'on voit apparaître dans l'aire vésicale sur une radiographie soit fatalement produite par un calcul vésical. Il y a de *faux calculs vésicaux*. Dans la vessie peuvent exister des formations incrustées, cystite ou tumeur incrustée, qui peuvent donner lieu à des ombres que l'on prendrait volontiers pour des calculs vésicaux. La cystoscopie à ce point de vue montrera de quoi il s'agit. Des ombres simulant des calculs peuvent être déterminées par des formations pathologiques en dehors de la vessie ; il est des calculs situés dans l'intérieur de la prostate que l'on pourrait penser être situés dans la vessie, de même des calculs situés dans l'extrémité inférieure de l'uretère. Leur situation par rapport à l'aire vésicale et surtout la cystoscopie permettront de reconnaître qu'il ne s'agit pas de calculs vésicaux. En outre, on peut voir des calcifications variées se projeter dans l'aire vésicale et simuler radiographiquement des calculs de vessie, alors qu'il s'agit simplement de calcification soit de ganglions, soit de fibromes de l'utérus chez la femme, soit de kystes du petit bassin.

Parfois le diagnostic est bien difficile, en voici un exemple : il y a quelques années, je voyais un malade atteint d'une cystite extrêmement tenace chez lequel je soupçonnais un calcul vésical. La cystoscopie me montra en effet qu'il existait un calcul. Suivant la règle, je fis radiographier le malade et j'eus la surprise de voir trois ombres dans l'aire vésicale. Je pensai que les deux autres se trouvaient correspondre à des calculs situés dans des diverticules. Lorsque j'ouvris la vessie, je trouvai un calcul dans la vessie, un autre dans un diverticule, mais je ne pus trouver le troisième calcul que semblait indiquer la radiographie. Je laissai donc fermer la vessie ; le malade fut extrêmement soulagé sans être complètement guéri. Ultérieurement, le malade alla trouver M. Chevassu qui, d'après la foi d'une nouvelle radiographie, pensa que la cystite qui persistait encore était entretenue par le troisième calcul que je n'avais pas trouvé. Il rouvrit la vessie du malade et ne fut pas plus heureux que moi dans la découverte de ce troisième calcul. Voulant en avoir le cœur net, M. Chevassu fit alors pratiquer une radiographie en transversale et il put constater que la troisième tache que l'on supposait être celle d'un troisième calcul était, en réalité produite par un dépôt d'une substance (lipiodol probablement) qu'on avait injectée autrefois dans la fesse du malade, qui donnait une ombre extrêmement nette, localisée, se projetant dans l'aire de la vessie. Ce fait est intéressant car ce malade, qui avait un calcul vésical, un calcul situé dans un diverticule, présentait une troisième tache correspondant à tout autre chose qu'un calcul vésical.

Voici un autre fait : dans la salle des femmes, actuellement, nous avons une malade

de quatre-vingts et quelques années, venue dans le service pour une pyurie extrêmement abondante et des douleurs dans le côté droit. Une radiographie, comme vous le voyez, montre un calcul volumineux de ce rein et en même temps dans l'aire vésicale apparaît une tache extrêmement opaque du volume d'une petite mandarine. Etant donné l'existence du calcul rénal, il aurait été logique de penser que la tache du bassin était également un calcul situé dans la vessie, or, il n'en est rien.

La cystoscopie ne montre rien ; mais le toucher vaginal, combiné au palper, fait constater un fibrome utérin calcifié.

La CYSTOSCOPIE, est le moyen par excellence pour déceler les calculs, et, en général l'œil le moins exercé reconnaîtra facilement, d'après les caractères de l'image, qu'il existe un ou plusieurs calculs et qu'il s'agit bien de calculs. Evidemment, on pourrait prendre des caillots décolorés pour un calcul ; ou bien une plaque de cystite incrustée pourra simuler une pierre de phosphates ; dans certains cas, une tumeur en voie de sphacèle pourra apparaître comme un calcul revêtu de fausses membranes purulentes ; mais ce sont des cas assez exceptionnels et en général, le diagnostic cystoscopique des calculs vésicaux est facile, même pour un œil médiocrement exercé.

La cystoscopie démontrera d'autre part les caractères du calcul, sa forme ; elle montrera s'il existe un seul ou plusieurs calculs. Le volume ne peut être bien exactement apprécié par la cystoscopie : un calcul vu à la cystoscopie apparaît toujours beaucoup plus gros qu'il n'est en réalité. En effet, les calculs situés dans le basfond sont forcément très près du prisme du cyscoscope et, par conséquent apparaissent considérablement grossis.

Il est des cas cependant où la cystoscopie laisse échapper certains calculs. Cela se produit lorsqu'il existe un calcul derrière un lobe prostatique extrêmement saillant ; la saillie du lobe peut masquer un calcul situé au bas-fond vésical ; même en relevant fortement l'extrémité du cystoscope de façon à abaisser le prisme situé dans la vessie, un calcul peut se dérober derrière un lobe prostatique.

Des calculs peuvent exister également dans un diverticule et n'être pas vus par le cystoscope. Et c'est pourquoi *il est absolument indispensable, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade que l'on soupçonne atteint d'un calcul vésical, non seulement de faire une cystoscopie, mais également de faire la radiographie.* La radiographie laisse échapper il est vrai quelques calculs, mais, d'autre part, elle en révèle que laisse échapper la cystoscopie. Les deux méthodes doivent donc être employées simultanément au cas de calcul vésical.

La cystoscopie ne doit pas se borner à faire constater l'existence d'un ou plusieurs calculs, leur forme, leurs dimensions approximatives, leur situation, mais elle doit être complétée par l'examen très soigné de la vessie. En effet, de toutes les méthodes de traitement du calcul, la lithotritie est évidemment celle qui présente une supériorité marquée lorsqu'elle a des indications bien posées. Or, pour être en droit de pratiquer une lithotritie, il faut que la vessie soit parfaitement régulière, ne présente pas de cellules, de diverticules, sans quoi au cours de la lithotritie des fragments s'introduisant dans ces cavités ne pourraient être extraits et seraient l'amorce de nouveaux calculs. La cystoscopie devra donc non seulement faire reconnaître le calcul, mais également l'état de la vessie, qui permettra de dire si oui ou non une lithotritie est possible à ce point de vue.

Actuellement l'EXPLORATEUR MÉTALLIQUE n'est plus guère employé pour le diagnostic de l'existence des calculs vésicaux, alors qu'avant la cystoscopie, c'est lui qui était utilisé exclusivement pour les déceler. Il a pourtant l'avantage de permettre d'apprécier la dureté du calcul par la sensation qu'il procure et le son qu'il provoque en frappant la pierre. D'autre part, il a le grand avantage chez un prostatique de faire prévoir si le lithotriteur pourra franchir l'urètre prostatique ou sera arrêté à ce niveau. Lorsque le diagnostic de calcul vésical aura été posé, que l'on aura reconnu que la lithotritie est possible en raison des caractères du calcul, des caractères de la vessie, si le malade présente une hypertrophie de la prostate un peu saillante, un peu volumineuse, il faudra pratiquer une exploration du canal au moyen de l'explorateur métallique de Guyon. En effet, un cystoscope peut passer dans l'urètre prostatique, alors que la lithotriteur ne pourra pas franchir l'urètre déformé par une hypertrophie de la prostate, mais si l'explorateur métallique peut pénétrer facilement dans la vessie, on pourra être certain que le lithotriteur pénétrera, car les deux instruments ont la même forme. Par contre, si l'explorateur métallique ne réussit pas à franchir la traversée prostatique, il sera inutile d'essayer une lithotritie.

LES FEUILLETS DU PÉDIATRE

Par G. Blechmann

FEUILLET CXXXII (*suite*). — DANS LE MARAIS DES FIÈVRES

(« *l'un de ces états... étiquetés* Typho-bacillose »)

Première onde fébrile. — Donc, depuis plusieurs jours, l'enfant était légèrement grippé et les amygdales un peu enflammées quand, dans la soirée du 17 janvier, la fièvre monte à 38°6, puis commence une série d'oscillations thermiques très accentuées que vous constaterez sur la feuille de température : une rémission matinale avec 36°8, 37°, 37°2, mais, par contre le soir, on marque entre 39° et 40° et ainsi *pendant deux septenaires.*

Le Docteur P..., à chacune de ses visites, retourne sur toutes les coutures le malade dont le facies paraît plutôt gai, dont la langue est bonne, mais dont le pouls est *dissocié*. C'est à peine si Jean-Claude s'était plaint de céphalée ? On signalait chez lui de la constipation qui existait d'ailleurs antérieurement : jamais de *parasites* n'avaient été constatés dans les selles.

Les phénomènes grippaux du début ne devaient pas se compliquer d'otite ni d'aucun symptôme permettant de penser à une sinusite ou à une mastoïdite latentes.

Cependant, au bout de dix jours de fièvre oscillante sans tuphos, sans troubles digestifs, sans taches rosées, sans grosse rate, le diagnostic de fièvre typhoïde ou paratyphoïde alors envisagé, semblait s'étayer assez mal.

Une éventualité plus plausible ? Celle de l'un de ces états fébriles — si fréquents chez les enfants — étiquetés typhobacillose depuis Landouzy : ils constituent la fièvre d'imprégnation tuberculeuse sur laquelle notre confrère Paul Guérin a écrit récemment une excellente monographie. On décide donc de pratiquer un examen radiologique du thorax et, à la grande surprise de tous, cette investigation reste muette, le médiastin ne montrant en toute évidence aucune ombre hilaire ou péri ou parahilaire ou scissurale, — et pas davantage, le moindre indice de désintégration d'un foyer de congestion ou d'hépatisation survenu au cours d'une pneumococcie dite centrale ou silencieuse ou latente. Un de nos confrères homéopathes est appelé : il reste aus i dans l'expectative et propose de prescrire *sulfur*. Si cette médication reste infructueuse, on effectuera une hémoculture.

Suivons la courbe de température : le 30 janvier, après quatre jours de fièvre, on interrompt *sulfur* et, le 31 janvier, on note toujours 40° le soir ! Le laboratoire est alerté et rendez-vous est pris pour le lendemain à l'heure habituelle du clocher hyperpyrétique. Mais justement ce même lendemain, par l'un de ces hasards comme vous les connaissez tous, et qui coïncide parfois avec la venue d'un grand consultant, le thermomètre ne marque plus que 38°7 ! Il n'est donc plus possible de pratiquer une recherche probatoire et l'on décide de temporiser.

Premier entr'acte. — Cette défervescence est bien amorcée, puisque le jour suivant, 2 février, nous ne sommes plus qu'à 37°4 : on crie victoire et vive sulfur ! Pendant quelques journées, il semble bien que l'on soit dans la bonne voie et on réalimente normalement l'enfant, sans oser le sortir, car le Dr P... craint le plein hiver.

Deuxième onde fébrile. — Bien en prend au médecin traitant. En effet, la température n'était jamais descendue très franchement à la normale ; après une semaine de trêve, l'enfant redevient subfébrile, puis la fièvre repart avec ses maudites oscillations... Pendant une dizaine de jours, celles-ci se reproduisent avec une nuance d'atténuation sur la précédente histoire clinique : il est vrai que du lantol était injecté quotidiennement.

Cette fièvre à type récurrent, puisque c'était son deuxième cycle entraînait à envisager cette maladie qui cantonnée autrefois sur les rivages de la Méditerranée a, depuis la guerre, grignoté la vallée du Rhône et envahi par sporades jusqu'aux confins de l'Ile-de-France : il s'agit de la fièvre de Malte ou fièvre méditerranéenne.

Mais Jean-Claude n'avait pas quitté l'ouest de la banlieu parisienne depuis le retour des vacances. Il n'avait jamais consommé de lait ou de fromage de chèvre. Personne dans l'entourage n'avait présenté le moindre symptôme morbide accompagné de fièvre.

Notre confrère insiste pour que l'on pratique, une hémoculture et un séro-diagnostic, mais, après quelques palabres (il est vrai qu'il n'y a pas de laboratoire très proche), quand on est ferme ment décidé d'y recourir, comme la première fois, la défervescence se reproduit de nouveau.

Second entr'acte. — Le second entr'acte commence le 26 février, et l'on paraît tenir le bon bout, car pendant plus de trois semaines, l'exaspérante température vespérale n'aborde au maximum que 37°9 ou 38°, puis peu à peu vogue dans les eaux plus calmes, aux environs de 37°6. Second entr'acte, avons-nous dit ; donc la pièce n'était pas terminée. Oui l'accalmie était traîtresse, suivant le terme consacré et ne devait pas durer plus d'une vingtaine de jours.

Troisième onde fébrile. — En effet, le 18 mars, la famille constate avec effroi que le thermomètre marque 37°8, puis tous les jours, la température du soir augmente de deux dixièmes. Cette fois, le 21 mars, sans attendre la température optima de 39°, on pratique un examen du sang. Mais, tout fut négatif, l'hémoculture, le séro-diagnostic à l'Eberth, aux para A et B, au *mélitococcus melitensis*, ainsi que la cuti-réaction à la tuberculine que l'on effectua par la suite.

Sur la courbe, s'inscrivent, suivant un rythme progressif, des oscillations qui repartent de plus belle, pour aboutir à la hauteur encore sans égale de 40°6 et ainsi jusqu'à la veille du jour où l'enfant fut amené à notre cabinet.

LES RHUMATISMES CHRONIQUES PROGRESSIFS DU POINT DE VUE DU CLINICIEN

Par

R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON

Médecin chef de Service des Hôpitaux et Hospices civils de la Ville de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Dans l'avant-propos de notre livre « Causes et Traitements des Rhumatismes chroniques » (1), paru en 1928, nous écrivions : « Les progrès réalisés au cours de ces dernières années dans le pronostic, la prophylaxie et le traitement de ces affections sont la conséquence de la découverte de médicaments et de moyens physiothérapiques nouveaux. Mais ces progrès sont encore davantage le résultat de l'application plus étendue des traitements étiologiques et pathogéniques, elle-même conséquence d'une attitude mentale plus habituelle, sinon nouvelle, chez le médecin : mettre la découverte des causes d'un syndrome et du mécanisme d'action de ces causes, au premier plan de ses préoccupations ». Nous montrions, ensuite, que ces notions n'étaient pas encore assez fréquemment utilisées dans la pratique, et nous demandions qu'elles le fussent désormais davantage, persuadés des nouveaux progrès qui en résulteraient.

Nos prévisions ont été largement dépassées : depuis cette époque, huit ans se sont écoulés et la mise en pratique de plus en plus générale de ces principes a permis d'importants progrès dans tout le groupe des rhumatismes chroniques, de sorte que leur pronostic s'en est trouvé considérablement amélioré.

Cela est vrai même pour les plus graves d'entre eux, ceux qui possèdent ce caractère redoutable de la *progressivité*. Nous voulons décrire ici les diverses formes étiologiques et cliniques du rhumatisme chronique progressif (R. C. P.) selon notre conception du syndrome que nous avons exposée dans différents mémoires et, en particulier, dans notre Rapport à la Conférence scientifique internationale (1) du rhumatisme chronique progressif généralisé (2) qui s'est tenue à Aix-les-Bains en juin 1934. Nous laisserons de côté l'historique, la synonymie et le diagnostic du R. C. P. que nous avons développés ailleurs (3).

I. — Définition et division

Dans sa thèse (1853), puis dans ses leçons (1866), Charcot avait, sous le nom de Rhumatisme Articulaire Chronique Progressif, donné avant tout la description clinique d'un *état terminal commun* à des formes évolutives différentes de rhumatismes chroniques. Cette notion pour nous capitale, de la *pluralité* des R. C. P. a été perdue de vue. C'est à tort que, déformant d'ailleurs la pensée de Charcot et méconnaissant son enseignement, les traités nous présentent le R. C. P. comme un syndrome autonome à masque d'entité morbide. C'est, en réalité un *cadre provisoire* dans lequel, en l'absence de données étiologiques et pathogéniques précises, on doit ranger des faits ayant non les mêmes caractères anatomo-cliniques communs, mais seulement des analogies dans la morphologie et dans les modes de progression et de généralisation.

Aussi faut-il comprendre sous ce terme de R. C. P. selon la définition que nous en avons proposée, *tous les rhumatismes chroniques qui frappent un nombre croissant d'articulations avec une symétrie rigoureuse ou une certaine symétrie seulement, et qui évoluent soit d'une façon vraiment progressive, soit, plus souvent, par poussées successives d'extension, entrecoupées de phases d'accalmie.* Les variables de cette définition : symétrie rigoureuse ou ébauchée, lésions portant soit sur l'articulation (synoviale, capsule et ligaments, os), soit sur les tissus voisins (tendons, synoviales, muscles, bourses séreuses, etc.), topographie des arthrites, progression régulière ou non, etc., réalisant, suivant leur modalité et leur groupement diverses formes cliniques que l'on peut actuellement ramener à trois principales, et qui constituent des formes d'étiopathogénie différente :

1° *Le R. C. P. infectieux ;*
2° *Le R. C. P. trophoneurotique ou neuro-endocrinien ou sympathique.*
3° *Le R. C. P. par ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative* ou, comme nous le désignons par abréviation la *polyarthrite sèche progressive.*

Avant de passer à la description sémiologique détaillée de ces trois groupes de faits, nous devons souligner qu'ils n'englobent pas la totalité des cas qui rentrent par définition dans la R. C. P. Faute de notions étiopathogéniques mieux dégagées, les uns ou les autres de ces cas, lorsqu'ils s'offrent à notre observation, restent inclassés ou confondus, à tort, dans les groupes précédents. C'est ce qui se passe pour certaines formes liées vraisemblablement à des troubles du métabolisme ou à des déséquilibres humoraux (arthropathies protéiniques de Bezançon et M. P. Weil, par exemple) qu'il est impossible de caractériser actuellement avec certitude.

D'autre part, il faut également tenir compte de l'existence fréquente entre les trois groupes principaux, sinon de faits de passage, tout au moins d'*associations, soit contemporaines*, soit *consécutives*. De ce point de vue, nous avons rencontré très fréquemment des R. C. P.

(1) R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON. Causes et traitements des rhumatismes chroniques. (O. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1928.)

(1) Volume des rapports et volume des comptes rendus, soit 840 pages et 50 figures, édités par les Imprimeries Réunies de Chambéry, en vente chez N. Maloine, éditeur à Paris.

(2) Le terme de rhumatisme chronique progressif nous semble préférable à celui de Rhumatisme Chronique Progressif Généralisé, étant donnée l'antinomie des qualificatifs Progressif et Généralisé.

(3) R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON. — Nosographie et séméiologie du rhumatisme Chronique Progressif (*Revue du rhumatisme*, t. II, n° 1, janvier 1935, p. 5-58.)

infectieux (type que nous qualifions de *secondaire*) qui étaient venus se superposer à un R. C. P. dégénératif (mains, pieds, genoux, rachis) : ce dernier évoluait depuis plus ou moins longtemps et il avait peut-être joué un rôle d'appel. Dans plusieurs cas, par le traitement approprié, nous avons obtenu la guérison du R. C. P. infectieux alors qu'ultérieurement les lésions d'ostéo-arthrite dégénérative poursuivaient leur lente progression.

Il nous suffira d'avoir signalé ces deux séries de faits. Malgré leur grande importance pratique, elles restent pour ainsi dire en marge des trois familles naturelles précédemment individualisées, dont nous allons maintenant résumer la sémiologie.

II. — Description des diverses formes étiologiques et cliniques des rhumatismes chroniques progressifs

1° Rhumatisme chronique progressif infectieux

C'est la variété la plus fréquente, qui comprend 80 à 90 pour cent de la totalité des cas de rhumatisme chronique progressif. Elle s'observe avec une grande prédilection, mais non exclusivement, chez la femme. Elle est surtout une affection de l'âge adulte, et, chez la femme, une affection de l'époque de la ménopause : mais elle peut survenir à toutes les périodes de l'existence, chez les vieillards comme aussi parfois chez les enfants. Contrairement à l'opinion anglaise, nous ne pensons pas qu'elle soit l'apanage d'un type morphologique particulier (longiligne, etc.). On la rencontre dans toutes les classes de la société, mais elle est peut-être un peu plus fréquente dans les milieux pauvres ou modestes.

Nous décrirons une forme moyenne, commune avant de passer en revue les divers aspects que peut revêtir l'affection.

1. Forme commune

Son évolution se déroule en trois périodes, que nous désignons des noms de début, activité, stabilisation.

A) *Période de début.* — Dans sa morphologie si variée, nous distinguerons avec Coste et Forestier des débuts *aigus* et un début *chronique d'emblée.*

a) Il y a une série de *modes aigus* possibles et, suivant le cas, la scène s'ouvre : par un épisode polyarticulaire aigu évoquant la maladie de Bouillaud (*forme fluxionnaire pseudo-rhumatismale*) ; par le développement d'oligo-arthrites infectieuses qui s'étendront peu à peu par poussées (*forme fixe d'emblée*) ; par des hydarthroses volumineuses et multiples qui intéressent articulations, séreuses et gaines tendineuses, se reproduisent rapidement après ponction (*forme hydarthrodiale*) ; par une enflure massive de la main ou du pied avec atteinte isolée de quelques jointures dont l'œdème ne fait qu'extérioriser l'inflammation (*forme œdémateuse*) ; par un *syndrome neuro-rhizomélique* : douleurs violentes le long du rachis, des cuisses et des bras, amyotrophie rhizomélique, fièvre légère : cette poussée cède au bout de quelques semaines et ultérieurement se développeront les arthrosynovites des membres.

A ces variétés, nous en avons ajouté deux autres : 1° poussée initiale de *polyarthrite généralisée fébrile avec érythème noueux* ; 2° *début pseudo-goutteux* par un ou plusieurs accès frappant les métatarso-phalangiennes des gros orteils.

b) Plus commun est le *mode de début chronique d'emblée* qui répond à l'entrée dans la *rheumatoïd arthritis* des Anglais ; ce sont les signes généraux : fatigabilité, anémie, etc., qui se manifestent les premiers, précédant les signes locaux d'arthrite qui, après avoir été transitoires, deviennent permanents.

c) Signalons encore les *rhumatismes chroniques progressifs infectieux secondaires* greffés sur un rhumatisme chronique partiel qui est le plus souvent une ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative : nous y avons déjà fait allusion.

Quel qu'ait été son mode dedébut, l'affection intéresse d'abord une articulation (ou un groupe d'articulations) variable, sans marquer une prédilection manifeste : genou, poignet, métarcapo-phalangiennes de l'index et du médius (localisations initiales classiques pour Charcot), métatarso-phalangiennes des premier et deuxième orteils, phalangiennes proximales (doigts en fuseau), temporo-maxillaires et rachis cervical (*jaw-neck syndrome* de Garrod). A cette période, il n'y a rarement symétrie vraie. L'article atteint est tuméfié par l'infiltration des parties molles qui prennent une consistance amadou, et, souvent aussi, par un discret épanchement. La jointure est chaude, parfois un peu rosée ; le gonflement limite ses mouvements et entraîne des déviations, tout essai de redressement est très pénible. Il y a de la douleur spontanée, tantôt bien limitée, tantôt diffuse, et son intensité est généralement considérable. Les muscles fondent précocement, surtout aux mains. Il n'est pas rare de noter des adénopathies sus-articulaires (épitrochléennes, axillaires, etc.).

L'état général est atteint, comme en témoignent l'anémie, l'amaigrissement, la fébricule, etc., sur lesquels nous allons revenir.

Signes locaux et signes généraux s'accusent davantage au cours des *poussées évolutives* qui, plus ou moins apparentes, préludent à l'affection et se répètent pendant toute la période d'activité à laquelle nous arrivons.

b) *Période d'activité.* — A mesure que ces reprises se renouvellent, elles accentuent les lésions des articulations déjà touchées et elles frappent des jointures jusque-là indemnes. Dans cette

forme, il est rare que les arthrites affectent une marche régulièrement centripète et, d'autre part, la symétrie vraie existe rarement d'emblée, elle se constitue secondairement par la multiplicité des atteintes successives : même aux phases ultimes, il persiste presque toujours des inégalités d'un côté à l'autre. En règle, les membres supérieurs sont intéressés de façon plus précoce et plus profonde que les inférieurs, exception faite des genoux : la colonne lombodorsale, les sterno-claviculaires, les hanches sont envahies tardivement.

Nous n'insisterons pas sur les déformations et les déviations segmentaires : à leur sujet, il suffit de se reporter aux traités qui n'ont guère ajouté à la description de Charcot. L'atrophie n'est plus limitée aux muscles et elle atteint en masse tous les plans superposés.

A cette période, les troubles généraux prennent un grand développement : fébricule entre 37° et 38°, qu'il faut toujours rechercher de parti pris et qui s'élève un peu davantage pendant les poussées, tachycardie et souvent aussi hypotension, anémie qui est le facteur principal du masque « café au lait » des malades ; fatigabilité excessive ; amaigrissement qui réduit le poids de plusieurs kilogrammes en quelques mois ; anorexie qui coïncide souvent, pour certains auteurs anglais, avec de l'hypo ou de l'anachlorhydrie.

Il est assez rare de rencontrer des complications : *iritis* qui coïncide ou alterne avec les poussées articulaires, *sclérose pleuro-pulmonaire évolutive, cardiopathies valvulaires*, etc... Moins exceptionnelles peut-être sont les *nodosités sous-cutanées* qui siègent dans les régions périarticulaires (olécrâne, surtout).

Des phases d'accalmie séparent les poussées, mais ces dernières laissent derrière elles des séquelles de plus en plus graves, raideurs, déformations, atrophies ; les désordres s'étendent, l'état général décline. Au début, l'affection peut guérir, sans laisser de traces ou à peine : au fur et à mesure de ses progrès, cette éventualité devient de plus en plus exceptionnelle.

Les poussées évolutives surviennent à des échéances très variables : parfois elles se répètent jusqu'à un âge très avancé ; ailleurs elles finissent par s'éteindre et le malade arrive ainsi à la phase de stabilisation.

c) *Période de stabilisation.* — Les douleurs ont cessé plus ou moins complètement, la tendance extenso-progressive a disparu : parfois même les malades montrent, avec un teint rose, une surcharge graisseuse qu'explique leur immobilité forcée. Ayant récupéré un équilibre relatif, ils restent de grands infirmes, confinés au lit ou dans leur fauteuil, avec parfois de petits réveils douloureux sous l'influence de certains mets, des changements de temps, etc...

Le plus souvent la survie atteint plusieurs dizaines d'années : il est rare que l'évolution se fasse progressivement vers la cachexie. Deux fois, nous avons vu des malades succomber à une escarre sacrée. En règle, la cause de la mort paraît sans rapport direct avec le rhumatisme.

Il est impossible d'assigner une durée schématique aux trois périodes ci-dessus étudiées. La période initiale s'étend sur quelques mois : parfois une, deux, trois poussées ont pu être séparées par un intervalle de plusieurs mois pendant lesquels la maladie a semblé s'arrêter. La deuxième période, qui se chiffre presque toujours par années, offre d'énormes différences d'un sujet à l'autre suivant la gravité et la cadence des poussées évolutives, l'intervention plus ou moins précoce et diligente du traitement idoine, etc...

A tout moment de l'évolution, il est d'ailleurs aisé de faire le point par la radiographie et l'étude du syndrome biologique :

1° La *radiographie* portera sur toutes les articulations touchées et surtout sur celles des mains et poignets : nous insistons sur l'intérêt considérable de l'examen simultané comparatif de chaque région par l'exploration clinique et le film radiographique ou exploration simultanée radio-clinique.

Cette confrontation permet seule de se rendre compte de l'importance relative des lésions qui intéressent respectivement les parties molles et les os.

Au début, et pendant même assez longtemps, pas d'altération : puis survient une décalcification épiphyso-diaphysaire qui précède les pincement, érosion et destruction des interlignes, avant que se constituent les subluxations, télescopages et synostoses : pour nous, il y a transformations successives et non pas états spéciaux. Avec Gudzent, Dawson, nous admettons qu'aux phases tardives on observe des échancrures et des lacunes claires qui pourraient en imposer aux esprits non avertis pour des dépôts d'acide urique. Exceptionnellement nous en avons observées dans les 12 à 18 premiers mois de la maladie ;

2° L'épreuve de la sédimentation globulaire montre que celle-ci est, en règle, notablement augmentée : suivant Kalhmeter et d'après notre propre expérience, 40 à 70 millimètres au bout d'une heure par la technique de Westergreen, parfois 100 et même 120 millimètres : le chiffre est d'autant plus fort que l'affection traverse une phase plus évolutive.

La réaction de Vernes à la résorcine offre un indice élevé mais elle est plus tardive, moins sensible, moins constante que la précédente : il est essentiel de suivre les courbes de ces deux tests qui enregistrent les flux et reflux des poussées. Leur parallélisme habituel n'est cependant pas constant, d'où la nécessité d'employer simultanément les deux méthodes. L'examen hématologique révèle une anémie hypochrome modérée avec soit une hyperleucocytose accompagnée de polynucléose, soit un nombre normal de leucocytes par millimètre cube avec tantôt polynucléose, tantôt lymphocytose, parfois éosinophilie. Nous avons montré dans diverses publications que ces différentes éventualités dépendaient à la fois des modalités évolutives du rhumatisme chronique progressif infectieux et de sa nature.

De ces données on peut rapprocher les conclusions tirées par E. May de l'exploration des fonctions sympathico-vasomotrices : pression artérielle basse, rapport oscillométrique augmenté, pression veineuse souvent normale, capillaroscopie et vitesse de circulation normales, réaction au baint froid constante alors que manque la réaction au bain chaud, réponse négative à l'adrénaline et positive à l'histamine, constituent la formule caractéristique pour cet auteur des rhumatismes d'origine infectieuse.

II. Formes cliniques

Elles s'avèrent nombreuses quand on suit les malades tout au long de l'évolution et non plus seulement à la seule période de stabilisation qui leur impose, pour ainsi dire, un aspect « uniforme ». Nous ne pourrons que les indiquer ici :

a) *Formes symptomatiques.* — On individualise une *forme fibreuse* dont la sclérose péri-articulaire est le fait anatomo-clinique majeur, alors que les signes généraux sont atténués ; une forme *à prédominance des douleurs osseuses ou musculaires,* qui soit au début, soit de bout en bout, éclipsent les manifestations toujours estompées d'arthrite ou de péri-arthrite ; une forme de *rhumatisme chronique progressif psoriasique* qui ne résume pas à lui seul toutes les arthropathies qui peuvent coïncider avec cette dermatose, qui est particulièrement délicat à traiter à cause de la fréquence de l'intolérance à l'or et qui, du point de vue humoral et biologique, se comporte parfois comme un rhumatisme infectieux de nature tuberculeuse : dans un cas même, l'un de nous avec Martineau a pu isoler le bacille de Koch du liquide articulaire et donner ainsi la preuve que la polyarthrite était bien d'origine tuberculeuse. Contrairement aux autres rhumatismes chroniques progressifs infectieux, cette forme psoriasique offre une prédilection manifeste pour le sexe masculin.

b) *Formes évolutives.* — Il nous suffira d'avoir nommé la *spondylose rhizomélique* avec ses multiples variétés aberrantes, le syndrome de *Chauffard-Still,* avec son type Still chez l'enfant de 2 à 6 ans et son type Chauffard chez l'adulte, le *syndrome de Felty* ou splénomégalie arthropathisante d'Alessandrini ; leur description nous entraînerait trop loin.

Nous nous arrêterons sur le *rhumatisme chronique progressif à évolution accélérée* (*acute rhumatoid arthritis*) : il se caractérise par un début aigu, la fièvre plus élevée que dans la forme commune le fléchissement profond et « vertical » de l'état général, la violence des douleurs articulaires, musculaires et nerveuses, la précocité et l'accentuation des déformations qui obéissent à une symétrie assez rigoureuse. Chez les vieillards, nous l'avons vu tuer par cachexie en douze à dix-huit mois. Chez les jeunes, il finit par se stabiliser dans une très grave invalidité : cependant, si la chimiothérapie est appliquée de bonne heure et activement poursuivie, il peut perdre ses allures graves et guérir avec un minimum de séquelles, même chez les sujets âgés. La forme dislocante fébrile d'Abrami est une modalité de la précédente : les poussées articulaires subintrantes déterminent des hydarthroses considérables, des amyotrophies et des distensions ligamentaires qui disloquent les articles en quelques mois : la mort survient en moins d'un an dans un état d'amaigrissement squelettique.

c) *Formes étiologiques.* — Chacune d'elles possède un certain nombre de caractères plus habituels, d'ordre clinique, biologique ou parfois radiographique : mais il serait prématuré de vouloir leur donner une individualité véritable dans un exposé didactique alors que bien souvent on ne peut aboutir qu'à de simples présomptions.

2° Rhumatisme chronique progressif tropho-neurotique ou neuro-endocrinien ou sympathique

Sa description clinique d'ensemble est assez difficile à faire : en effet, il s'agit d'une forme rare qui, selon nous, réunit des faits en partie disparates. Chaque auteur en a observé personnellement peu de cas et a tendance à insister dans sa description sur des caractères particuliers, qui ne sont peut-être que contingents et qui ne se trouvent pas dans les descriptions d'autres observateurs. Mais la plupart s'entendent pour considérer comme éléments essentiels de ce type la précocité de la symétrie, de la marche ascendante et plus régulièrement progressive, de l'intensité des déformations et des troubles trophiques. Pour nous, les cas les plus torpides des rhumatismes chroniques progressifs infectieux, les cas à prédominance de périarthrite fibreuse, de myalgie et d'ostéalgie sont souvent rangés à tort, du fait de cette sémiologie clinique particulière, dans le groupe que nous étudions ici.

La prédominance chez la femme est encore plus accentuée que dans le rhumatisme chronique progressif infectieux. On ne peut encore, à notre avis, décrire un type morphologique de prédisposition. L'affection ferait son apparition vers la ménopause naturelle ou artificielle et, pour certains auteurs, elle frapperait électivement les femmes nerveuses, algiques, à équilibre sympathico-endocrinien instable, sujettes aux migraines, à l'urticaire, etc.

I. Forme commune

Nous retrouvons les trois périodes du rhumatisme chronique infectieux.

a) *Période de début.* — Très insidieuse, elle traîne des mois et se marque par des *paresthésies* dans la continuité des membres avec une certaine électivité pour les extrémités, engour-

dissements, fourmillements (*pins and needles* des Anglais), crampes, mélalgies, etc., des *troubles vaso-moteurs,* tels que les réalisent les diverses ectosympathoses, acrocyanose, syndrome de Raynaud, sclérodermie, etc. ; des *perturbations trophiques* de la peau qui devient sèche, raide, lisse, ou un peu craquelée, du tissu cellulaire sous-cutané qui disparaît, des muscles qui se flétrissent.

b) *Période d'activité.* — Alors seulement se montrent des poussées, bien moins franches que dans le rhumatisme chronique progressif infectieux, avec un minimum de signes articulaires : un peu de chaleur locale, de rougeur, parfois de gonflement mou sans hydarthrose, caractères changeant d'un jour à l'autre. Les malades localisent leur douleur non sur un interligne, mais sur tel ou tel segment de membre. Les jointures conservent longtemps leur mobilité. Il existe des cas où la douleur manque de bout en bout ; il en est d'autres où l'affection progresse de façon lente, sournoise, sans jamais dessiner de flambées.

Troubles trophiques et vaso-moteurs s'accusent davantage encore en gardant leur prédominance acromélique. Les adénopathies font défaut. Les nodosités fibreuses juxta-articulaires sont très rares, mais on peut y observer les concrétions calcaires du type décrit sous le nom de syndrome de Thibierge-Weissenbach, concrétions calcaires des sclérodermies.

Les poussées sont d'abord assez brèves, puis elles se rapprochent, envahissent un nombre d'articulations de plus en plus grand et laissent des séquelles de plus en plus graves.

La progression des arthropathies est dès leur apparition régulière, ascendante, symétrique, ce dernier caractère étant cependant parfois grossi par l'esprit de système (Gaucher).

L'état général est indemne : ni fièvre, ni amaigrissement, peu ou pas d'anémie.

c) *Période de stabilisation.* — Elle ne survient que très tardivement. Les déformations se sont poursuivies et ont atteint un degré très acentué, réalisant les aspects classiques, types de flexion et d'extension (Charcot) ou rectiligne (Vidal) des doigts, coup de vent cubital, main enroulée, hyperflexion du genou avec subluxation du tibia en arrière, etc... Les déplacements segmentaires, les rétractions musculo-tendineuses y contribuent très largement, alors que les lésions osseuses et articulaires sont relativement discrètes, l'ankylose rare.

Les poussées ont cessé, car la généralisation est désormais acquise au bout de très nombreuses années. La santé générale est intacte et la survie est très longue.

Parallèlement à la clinique, les *données radiographiques, biologiques et sympathiques* confèrent à cette forme son individualité.

a. Sur les films, on observe deux types de lésions : en général on relève une discordance entre la discrétion relative des lésions ostéo-articulaires et l'intensité des déformations. Ailleurs, les altérations osseuses dominent : décalcification plus diffuse que dans le rhumatisme chronique progressif infectieux, tardivement interpénétration et éclatement des extrémités articulaires (Gaucher).

b. La fibrinémie, le Vernes-résorcine, la sédimentation globulaires restent à un taux normal ou peu élevé : les deux dernières réactions, la globulinémie pourraient cependant s'élever pendant les poussées, suivant Abrami. Pour cet auteur, il n'y aurait ni leucocytose importante, ni anémie, sauf tardivement.

c. Dans un cas de May, il y avait un aspect bourgeonnant des capillaires, le rapport oscillométrique et la réaction au bain chaud étaient normaux, la pression veineuse augmentée.

II. Formes cliniques

Elles sont multiples. Pour nous, d'ailleurs, ce groupement n'est pas homogène et il sera vraisemblablement démembré. Son unité apparente est faite du rôle prééminent joué dans ces cas par le système nerveux, surtout sympathique, et de l'absence des signes d'atteinte directe par l'infection des tissus articulaires.

a) *Formes symptomatiques.* — Suivant les cas, les manifestations tiennent à une participation surtout des tissus ostéo-articulaires ou des tissus fibro-tendineux : cette seconde éventualité nous paraît bien plus fréquente.

Le caractère des troubles trophiques permet de distinguer une forme atrophique, plus commune aux membres supérieurs, et une forme hypertrophique, plus habituelle aux membres inférieurs.

b) *Formes évolutives.* — D'ordinaire l'évolution est très lente et torpide ; les poussées qui jalonnent les étapes d'aggravation, peu apparentes : il est rare que ces éléments soient en défaut.

c) *Formes étiologiques.* — Nous nous trouvons sur un terrain encore moins solide que dans le rhumatisme chronique progressif infectieux et, sans vouloir établir des liens de causalité, nous noterons simplement les associations à : des *ectosympathoses,* l'adjonction d'une sclérodermie donnant lieu à un syndrome assez bien défini avec parfois des dépôts calcaires sous-cutanés ; à des *affections nerveuses, organiques,* maladie de Parkinson, encéphalite épidémique, etc. ; à des *dysendocrinies* (ovaire, thyroïde, parathyroïde, hypophyse, etc.). Comme le dit fort justement Castaigne : « ... Les formes étiologiques basées sur les diverses étiologies endocriniennes ... ne sont pas encore suffisamment établies, mais... néanmoins, sont peut-être appelées à prendre de l'importance dans un proche avenir ».

3° Rhumatisme chronique progressif par ostéo-arthrite hypertrophique ou générative la polyarthrite sèche progressive

Cette forme n'était pas complètement méconnue des classiques. Comme nous l'avons rappelé à plusieurs reprises, Adams, Charcot, Besnier, Teissier et Roque ont décrit qu'une série de cas intermédiaires établissent la liaison entre les formes partielles et les formes généralisées des rhumatismes chroniques.

Mais les auteurs contemporains insistaient au contraire pour opposer l'ostéoarthrite dégénérative, rhumatisme partiel ou rhumatisme localisé, au rhumatisme chronique progressif.

Il s'agit d'une forme rare, mais moins rare que la précédente. Elle ne s'observe qu'à l'âge adulte ou au delà, dans les dernières décades de l'existence généralement à partir de la quarantaine. Elle frappe les deux sexes, tout en gardant une grosse prédilection pour la femme. Son étiologie et sa pathogénie sont encore mystérieuses : on pense que l'infection directe ne semble y jouer aucun rôle ; on envisage celui des facteurs groupés sous le nom de sénescence ; celui de troubles vasculaires, trophiques ou métaboliques est plus vraisemblable. Les déformations et les malformations congénitales ou acquises, les vices statiques, les traumatismes se comportent comme des causes d'appel qui localisent le processus sur telles ou telles articulations. Comme nous l'avons écrit : « .... il faut, à côté des facteurs purement mécaniques, statiques ou dynamiques, réserver une part importante à des influences générales *pour lesquelles les facteurs ci-dessus ne jouent que le rôle d'agents localisateurs*. Nous constatons ainsi les effets de ces causes générales, mais nous ignorons tout ou presque tout de leur nature intime ».

Dans deux publications récentes, M.-P. Weil d'une part, Coste de l'autre, qui soutenaient jusqu'alors l'origine exclusivement locale mécanique, traumatique ou statique, de l'ostéo-arthrite dégénérative, ont adhéré complètement à l'opinion que nous défendions. C'est ainsi que M.-P. Weil parle des cas de *généralisation de l'ostéo-arthrite* et Coste invoque la *prédisposition arthrosique* à l'origine des formes diffuses des ostéo-arthrites dégénératives auxquelles nous avons proposé de donner le nom de polyarthrite sèche progressive.

Reconnaissons, d'ailleurs, qu'ici nous avons souvent à faire à des formes mineures de rhumatisme chronique progressif, formes dans lesquelles la distribution des arthropathies n'atteint jamais à la multiplicité et à la diffusion qui appartiennent aux autres variétés précédemment décrites. Elles peuvent cependant offrir un cachet indiscutable de gravité lorsqu'au cours de leur évolution, elles frappent une jointure essentielle pour la vie de relation, comme la hanche ou le genou.

I. Forme commune

Le début est extrêmement lent et insidieux : au reste, de bout en bout, les poussées seront apyrétiques, sinon même totalement absentes, et elles auront généralement une origine traumatique.

Les premières localisations siègent d'ordinaire aux articulations phalangiennes (nodosités d'Heberden et de Bouchard) et aux jointures lombaires (lombarthrie). Secondairement apparaît une coxarthrie qui se bilatéralise dans la moitié des cas, ou d'autres déterminations aux genoux, aux orteils, aux sacro-iliaques, aux coudes, aux segment cervical et dorsal du rachis, aux chevilles, etc... La périarthrite scapulo-humérale, l'épitrochléite peuvent se montrer, généralement à titre d'épisodes transitoires.

Les douleurs ne sont jamais vives, elles ne surviennent guère qu'aux mouvements. Fourmillements, crampes, maladie de Raynaud ou poussées rappelant l'érythromélalgie seraient assez fréquentes aux mains. L'amyotrophie, moins rapide que dans les deux grandes formes précédentes, reste systématisée autour des jointures atteintes.

Dans le plus grand nombre des cas, l'état général est floride, avec souvent une tendance à l'obésité. Dans une autre série d'observations, les malades sont amaigris, parfois anémiés et de mauvais teint, mais sans présenter, ou du moins pendant longtemps, une atteinte grave de l'état général : il s'agit alors de sujets ayant souffert depuis un nombre d'années plus ou moins grand de *troubles digestifs* divers (dypepsie, colite, etc.) ou de *troubles cardio-vasculaires* (hypertension, artério-sclérose, etc.) si fréquemment retrouvés chez de tels malades qu'on ne peut s'empêcher de leur attribuer un rôle étiologique.

L'évolution est très torpide, les poussées des plus discrètes. Localement, elle n'aboutit pour ainsi dire jamais à l'ankylose, réserve faite de certaines ankyloses de déformation.

Le sujet présente, soit de petites infirmités, soit une impotence vraie quand sont touchées de grosses articulations telles que hanches ou genoux. L'existence du patient n'est nullement menacée du fait du rhumatisme.

Il existe des caractères *radiographiques, biologiques* et *neuro-vasculaires* assez particuliers.

L'existence d'ostéophytes, la précocité et le grand développement des lésions ostéo-cartilagineuses sont des caractères très particuliers ; ils sont faciles à mettre en évidence aux mains. Nous n'insisterons pas sur leur description qui est parfaitement connue.

Les chiffres de la sédimentation globulaire, du Vernes-résorcine sont normaux ou à peine augmentés.

L'étude des *réactions vasculaires* a conduit May à différencier trois séries de faits : le rhumatisme vasomoteur avec ses deux variétés, l'une congestive, l'autre ischémique, et le rhumatisme sénile.

a) Dans la forme vaso-motrice congestive, la pression artérielle est normale ou parfois un peu haute, le rapport oscillométrique normal, la pression veineuse presque toujours augmentée. Les capillaires offrent un mélange de constriction et de dilatation. La vitesse de circulation est normale.

b) La variété ischémique du rhumatisme vaso-moteur présente un certain nombre des caractères précédents, mais, traits distinctifs, la constriction prédomine à la capillaroscopie et la vitesse circulatoire est ralentie.

c) Le rhumatisme sénile se rapproche beaucoup du groupe *b*) par la constriction capillaire, le ralentissement

de la circulation. Pour May, c'est un rhumatisme ischémique organique, dont le rhumatisme vaso-moteur ischémique est l'équivalent fonctionnel. Relevons la valeur normale des pressions artérielle et veineuse et des donnnées oscillométriques.

Avec Gilbert-Dreyfus l'un de nous a étudié les variations de la tension artérielle, de l'indice oscillométrique et de la pression veineuse sous l'influence du bain chaud et du bain froid dans trois cas de rhumatisme chronique progressif par polyarthrite sèche, constatant dans ces cas des modalités réactionnelles différant à la fois de celles du sujet normal et des sujets atteints de rhumatisme chronique progressif infectieux.

II. Formes cliniques

Nous esquisserons seulement des formes *symptomatiques* et *évolutives*, étant donnée l'obscurité qui règne encore sur l'étiologie.

a) *Formes symptomatiques* : nous suivrons le schéma de May : des caractères d'ordre clinique viennent se superposer aux différences de comportement vasculo-sympathique.

Dans son cadre du rhumatisme vaso-moteur, il distingue des *formes congestives* avec poussées fluxionnaires, peu ou pas de lésions radiographiques et souvent association de bouffées de chaleur, et des *formes ischémiques* : ici la maladie de Raynaud est au premier plan, l'ostéophytose prend un développement considérable.

Dans le rhumatisme sénile, dont la main, sénile de P. Marie et Léri réalise un type achevé les nodosités d'Heberden sont encore plus accentuées. Cette forme se sépare du rhumatisme vaso-moteur par « la dislocation souvent plus grande des articulations des doigts et par son évolution froide où les douleurs sont parfois tout à fait absentes. »

b) *Formes évolutives* : dans la règle, les trois formes précédentes sont de « petits rhumatismes »: elles frappent les mains, les poignets, les pieds, et déterminent dans les autres jointures des douleurs vagues sans déformation. Ces formes sont d'une extrême fréquence, mais, par leur limitation même, elles ne rentrent pas dans le cadre du rhumatisme chronique progressif, ou, du moins, elles n'y rentrent que comme formes de début d'une poylarthrite sèche progressive.

A côté de ces variétés mineures, et de la forme commune type de notre description, il y a des cas qui marquent nettement une tendance à l'extension et à la progressivité. Ceux-ci n'avaient pas échappé à l'observation de Teissier et Roque qui décrivent les deux éventualités suivantes :

« 1º C'est le rhumatisme chronique progressif qui débute, atteint les deux mains, puis crée ses déformations, et, au bout de quelques années, sans disparaître complètement, s'éteint pour ainsi dire ... tandis qu'apparaît et évolue une arthrite du genou ou de la hanche dont la symptomatologie dominera dorénavant la scène.

2º La marche inverse s'observe plus souvent encore. C'est l'arthrite sèche de la hanche qui débute... dure plusieurs mois ou plusieurs années jusqu'au jour où survient une poussée de rhumatisme progressif, envahissant les mains et quelquefois se généralisant ».

Mais il est encore des cas, comme nous avons eu l'occasion d'en observer quelques exemples, où l'extension et la généralisation sont comparables à celles des rhumatismes chroniques progressifs infectieux et frappent les articulations des pieds, des genoux, des mains, des coudes, la colonne lombaire et cervicale, parfois les hanches et les épaules.

***

Tels se présentent au clinicien dans leurs diverses formes étiologiques, symptomatiques et évolutives les rhumatismes chroniques progressifs.

Leur connaissance et leur discrimination sont indispensables, car à chaque variété ou, au moins à chaque groupe de faits envisagés correspondent des indications thérapeutiques essentiellement différentes dont l'application correcte est seule capable d'arrêter l'évolution de ces affections au pronostic si sombre et souvent même de les guérir (1).

(1) Le rhumatisme chronique progressif. Nosographie. Séméiologie. Thérapeutique. Numéro spécial rédigé sous la direction de R.-J. Weissenbach. *Revue du rhumatisme*, tome II, numéro 1, janvier 1935.

LA NEURASTHÉNIE

Par R. BENON

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes

SOMMAIRE. — A. *Ce que la neurasthénie n'est pas* : 1° *la mélancolie* ; 2° *l'hypocondrie* ; 3° *le délire de la persécution* ; 4° *les obsessions-phobies* ; 5° *les démences*. — B. *Ce qu'est la neurasthénie. Raisons personnelles d'élimination de ce mot. Asthénie et neurasthénie. Classification. Beard* : 1868-1890. *Conclusions* : *nécessité de l'observation détaillée, spéciale et prolongée.*

Le mot neurasthénie, créé par le neurologiste américain Beard (1868), est de formation à peu près parfaite : neur-a-sthénie : perte de la force nerveuse. Bien sûr, cette perte de la force nerveuse n'est pas totale, mais seulement partielle ; c'est donc plus exactement une diminution de la force nerveuse. De même, l'amnésie n'est pas la disparition de la mémoire, mais la perte partielle de la mémoire. Qui dit neurasthénie dit encore épuisement nerveux, et dit également, malgré qu'on en ait, dépression nerveuse : nul ne pourrait soutenir le contraire. Comment expliquer que, dans le public ordinaire et aussi dans le public médical, le mot neurasthénie s'emploie aujourd'hui dans le sens de mélancolie, d'hypocondrie, de folie ! Dans le public ordinaire cela s'explique sans doute par ce fait que maints asthéniques chroniques, surtout ceux qui sont atteints d'asthénie chronique séquelle ou d'asthénie périodique, expriment quotidiennement des idées noires, se lamentent sur leur état de santé ; la complication, phénomène scientifiquement secondaire, a pris la place du fait essentiel et déterminant. Cela se conçoit, l'observateur peu averti ou l'observateur superficiel a eu toujours tendance à prendre l'accessoire pour le principal; cela se conçoit pour cette autre raison que la complication idées noires, très impressionnante, peut avoir les conséquences les plus graves. Quant au public médical, pour les choses complexes, il adopte volontiers l'opinion du public ordinaire ; ses connaissances sur la matière en question sont bien trop faibles pour qu'il se livre à la moindre controverse. Je crois qu'on chercherait vainement à ce jour un médecin sur dix qui déclare que neurasthénie ne signifie pas idées noires. Mais voyons ce que la neurasthénie n'est pas et ce qu'elle est en vérité.

***

A. **Ce que la neurasthénie n'est pas.** — Il faut bien distinguer la neurasthénie d'abord de la mélancolie, de l'hypocondrie, du déilre de la persécution au début, ensuite des obsessions-phobies, enfin de certaines formes de la démence précoce et de la paralysie générale.

1. *La mélancolie.* — Dans la mélancolie vraie, quelle que soit la forme de cette mélancolie (mélancolie minor ou mélancolie sans délire, mélancolie major ou mélancolie délirante, mélancolie délirante anxieuse, mélancolie délirante avec énervement ou négativisme, mélancolie avec asthénie secondaire), il existe une cause primitive du chagrin (perte d'un objet aimé, perte d'argent, perte de situation, perte de l'honneur, etc.) : le sujet, obsédé par l'idée d'un mal passé, est triste, sombre, préoccupé ; il a des regrets, des remords, et tend à s'accuser de fautes plus ou moins imaginaires. Suivant ses aptitudes émotionnelles et intellectuelles, il fait, outre le chagrin, de l'anxiété, de l'énervement, etc... L'asthénie, quand elle existe chez le mélancolique et quand ses caractères sont bien nets, est toujours secondaire à la douleur morale, à l'état persistant de chagrin. Dans les états neurasthéniques propres, c'est-à-dire dans ceux qui ne sont pas symptomatiques d'une affection organique quelconque (nous en parlerons plus loin), les tendances mélancoliques, avec ou sans délire, du patient sont toujours secondaires à l'asthénie qu'il éprouve : il est triste, il a du chagrin parce qu'il constate la situation dans laquelle il se trouve ; son état mental est complètement différent du vrai mélancolique.

2. *L'hypocondrie.* — La confusion de l'hypocondrie avec la neurasthénie s'explique mieux, semble-t-il. Dans maints traités, la neurasthénie a pris clairement la place de l'hypocondrie. C'est que l'asthénique nerveux incline presque obligatoirement à se préoccuper de son état dépressif, à s'inquiéter de sa santé, à s'analyser et à étudier le fonctionnement de ses divers organes soit pour essayer de se comprendre lui-même, soit pour faire comprendre aux autres la cause possible de son mal. Il n'y a pas de parenté entre l'hypocondrie vraie et la neurasthénie : la première affection représente un accès d'ordre hyperthymique, avec ou sans signes d'épuisement nerveux secondaire ; la seconde indique un trouble essentiel ou primitif de la force nerveuse ou de l'énergie nerveuse. Dans les cas les mieux caractérisés, l'examen prolongé, — mais il doit l'être pendant des mois sinon plus, car c'est quelque-

fois après la guérison, en écoutant le témoignage direct du patient, en notant ses explications détaillées, que le diagnostic apparaît, lumineux, — l'examen prolongé permet seul de bien fixer le déroulement et l'enchaînement des phénomènes névro-psychopathiques observés : un état actuel unique, si fouillé qu'il soit, ne permet jamais ici de poser un diagnostic définitif.

3. *Le délire de la persécution.* — L'existence de phénomènes neurasthéniques ou dépressifs au début du délire de la persécution ou même à la période d'état, chez les hallucinés bien plus souvent que chez les interprétants, peut faire confondre cette psychose avec la neurasthénie. Le malade est abattu, triste ; il a des idées noires ; il parle peu ; il se plaint de sa santé, il accuse de la faiblesse générale ; il n'a de goût à rien. On voit bien ainsi les causes d'erreur de diagnostic. Il arrive que certains persécutés dissimulent habilement leurs troubles psycho-sensoriels et exposent surtout les malaises qu'ils éprouvent et localisent dans le corps ; nous ne pensons pas ici aux hallucinations de la sensibilité générale qui sont si particulières et qui, lorsqu'elles sont bien précises, confirment le diagnostic de délire hallucinatoire. Ce sont des signes plus vagues, plus obscurs, tels que l'amyosthénie, le sentiment de vide dans la tête, les douleurs diffuses, les troubles gastro-intestinaux, etc. ; or ils relèvent tous de l'asthénie nerveuse surajoutés au délire ; très développés et persistants, ils donnent naissance à des idées hypocondriaques ou mélancoliques.

4. *Les obsessions-phobies.* — Les obsessions-phobies, ou parathymies de l'émotion anxiété, ont singulièrement contribué à obscurcir la question de la neurasthénie. Elles représentent, pour nous, un groupe très particulier, autonome, de névro-psychopathies, par conséquent toujours très distinct de la neurasthénie. Beard, autant qu'on en peut juger par les extraits de ses écrits, n'a point, d'abord, incorporé les obsessions-phobies à la neurasthénie. Ce sont ses disciples ou ses commentateurs qui ont commis cette erreur, facile à commettre bien certainement. En effet, l'asthénique est communément un anxieux, et c'est un anxieux conscient de son état, comme l'obsédé-phobique, mais il est bien différent de ce dernier, à l'analyse psycho-clinique. Une autre complication de la classification neuro-psychiatrique, à ce qu'il nous semble, est venue de ce fait que Janet a créé le mot psychasthénie et a voulu faire de celle-ci une affection à part. La psychasthénie de Janet comprend spécialement les obsessions-phobies ; mais l'asthénie psychique, chez les obsédés-phobiques, est tout à fait accessoire ; le trouble n'est pas là puisqu'il s'agit essentiellement de parathmie anxieuse. Cette asthénie psychique est aussi accessoire chez les obsédés-phobiques que l'asthénie musculaire qui coexiste avec elle, quoi qu'on en dise. L'asthénie psychique et l'asthénie musculaire, toujours associées, plus ou moins nettement, c'est entendu, constituent le syndrome asthénie (Tastevin) : et c'est cela que ni Beard, ni Janet, ni d'autres n'avaient entrevu. La neurasthénie, si le mot doit être conservé, est donc un syndrome, ou une maladie totalement différente des obsessions-phobies. Et, en effet le diagnostic est relativement aisé : l'obsédé-phobique se plaint essentiellement de son anxiété, de ses idées, de l'absurdité de ses idées il travaille presque toujours ; il dort bien ; il accepte des voyages, des distractions ; il accuse de l'asthénie et s'en plaint vivement, mais le lendemain, il reprend ses occupations et les accomplit avec facilité, sans effort spécial, sans grande fatigue. L'asthénique type est bien différent ; il n'a de goût à rien, il est en proie à toutes sortes de malaises, il ne dort pas ; il est très irritable ; il souffre de la tête, des reins ; il digère mal, il est constipé, il ne peut travailler, ou il ne le pourra que lorsqu'un certain calme sera revenu, lorsque la compréhension de sa maladie par son entourage sera parfaite. On ne saurait confondre névropsychopathes aussi dissemblables.

5. *Les démences.* — Il est rare à l'asile que la démence (affaiblissement intellectuel), soit confondue avec la neurasthénie. Le fait arrive plus souvent dans la pratique courante. La paralysie générale, dans sa période de début, lorsque les symptômes dépressifs sont très développés et que l'affaiblissement du jugement et de la mémoire n'est pas évident, peut être une cause d'erreur : il est élémentaire de l'éviter puisque les signes physiques et biologiques qui accompagnent l'évolution de cette maladie organique sont aussi nombreux que précis. Il n'en est pas de même pour la démence précoce ou hébéphrénie. Les états d'épuisement nerveux, de causes variées, physiques ou morales, sont communs chez les jeunes sujets, et souvent de formes atypiques ; le clinicien devra se garder de conclure trop vite à une affection psychopathique grave et incurable, même s'il constate de la catalepsie, du négativisme, des stéréotypies, des symptômes d'indifférence émotionnelle.

***

B. Ce qu'est la neurasthénie. — Nous venons de voir ce que la neurasthénie n'est pas : nous devons essayer de dire, de notre point de vue personnel, ce qu'elle est. Tastevin dans ses travaux sur les névro-psychoses n'a pas employé le mot neurasthénie. Nous cessons nous-même de l'employer. Quelles sont les raisons de cette attitude, d'autant que le mot neurasthénie, parfaitement formé, pourrait avoir un sens précis ? Cette question est complexe. Le langage scienti-

fique est sujet à des transformations, à des oscillations, qui ne dépendent pas du savant lui-même, mais de l'application qui est faite des mots qu'il crée. Comment expliquer que le mot paralysie générale, aussi inexact que possible pour désigner la maladie à laquelle il répond, soit aujourd'hui d'un usage courant ? Comment expliquer au contraire que le mot neurasthénie qui était excellent, ait entraîné la confusion constatée à ce jour avec la mélancolie, l'hypocondrie, les obsessions-phobies, la folie même ? La mode, l'absence d'esprit critique, le manque de discipline scientifique jouent sans doute leur rôle dans cette sorte d'incohérence du verbe. Pour nous (1), essayant de clarifier un sujet de neuro-psychiatrie, il n'était pas possible d'adopter en matière d'asthénie nerveuse générale le mot neurasthénie. En revanche, nous pouvons penser et peut-être prévoir, lorsque les spécialistes seront mieux informés, que le mot neurasthénie reprendra la place rationnelle qui lui revient, et signifiera exactement ce qu'il signifie : perte ou diminution de la force nerveuse. Dans ce cas, le mot neurasthénie s'identifierait au mot asthénie, tel que nous le concevons, et les formes de la neurasthénie seraient les mêmes que les formes de l'asthénie : ces formes sont très diverses, puisqu'on doit distinguer les formes d'après le degré de l'asthénie, les formes d'après l'aspect clinique, les formes d'après les prédominances symptomatiques, et enfin les formes d'après l'évolution. Nous estimons que les formes d'après l'évolution sont celles qui sont capitales et qui éclairent le mieux cette question difficile. On décrirait alors, comme pour l'asthénie :

1° Les neurasthénies transitoires ;

2° Les neurasthénies chroniques, les unes de cause organique, les autres simplement fonctionnelles ou dynamiques (neurasthénies chroniques séquelles) ;

3° Les neurasthénies périodiques ;

4° La neurasthénie constitutionnelle, c'est-à-dire la neurasthénie qui existe dès la naissance (ou qui se développe dès les premières années de la vie).

Quelques auteurs avaient pensé à l'existence d'une neurasthénie périodique, mais ils n'avaient pas vu que cette neurasthénie périodique s'opposait à l'hypersthénie ou manie périodique. Leurs observations n'eurent aucun écho dans le monde scientifique, pas plus d'ailleurs que les remarques de Chaslin sur les relations de la neurasthénie et de la confusion mentale. Il faut reconnaître que de telles questions apparaissent comme étant les plus difficiles, actuellement et pour un temps, de la neuro-psychiatrie.

(1) V. R. Benon. — *L'asthénie. Syndrome. Maladie. Diagnostic. Traitement*, Paris, 1931, in-8°, édit. M. Vigné, 236 p.

On peut dire que la neurasthénie de Beard fut un moment de la pathologie nerveuse et mentale, et plus encore peut-être qu'elle constitue une grande époque : le succès du mot et de la chose a été formidable puisqu'il aura duré près d'un demi-siècle. Que reste-t-il de cette neurasthénie de Beard ? Non pas tant à notre avis, une précision de valeur scientifique définitive touchant les symptômes de l'affection, puisque Beard n'a pas établi que l'amyosthénie et l'anidéation étaient les deux signes cardinaux de l'état d'asthénie, — non pas tant cette précision que ce fait qu'il existe une asthénie par surmenage musculaire ou psychique, avec ou sans appoint hyperémotif, mais plus souvent avec appoint hyperémotif. La neurasthénie de Beard, c'est essentiellement pour cet auteur, l'asthénie qui fait suite aux excès de travail, aux fatigues professionnelles. Cette notion étiologique valait la peine d'être fixée : elle est encore trop méconnue aujourd'hui, malgré les enseignements récents de la guerre de 1914-1918. Cette asthénie par surmenage est tantôt curable (asthénie transitoire ou épisodique), tantôt incurable (asthénie chronique, séquelle de surmenage). Est-ce Beard qui a donné à ses travaux sur l'asthénie nerveuse l'extension que l'on sait (confuson avec la mélancolie, l'hypocondrie, les obsessions-phobies) ? Sont-ce ses disciples ? On ne saurait encore le dire. Il serait utile d'avoir la traduction des trois éditions (1880, 1888, 1890) de son traité sur l'épuisement nerveux ou neurasthénie.

***

Il ne nous appartient pas de nous juger, et puis, en fait, ce sont les années qui nous jugent. Pourtant après bien des recherches, après bien des controverses, et les premières remontent à 1907-1908, près de J. Tastevin, nous croyons pouvoir dire que nous avons progressé dans la connaissance des phénomènes d'asthénie nerveuse générale. C'est à notre avis une grande découverte de la neuro-psychiatrie que celle qu'a faite Tastevin en montrant l'opposition de l'asthénie et de l'hypersthénie et en séparant l'asthénie psychique (confusion dans les idées), de la confusion mentale (confusion dans les perceptions). Certes ces notions ne sont pas classiques, mais elles le deviendront quand les passions se seront apaisées et que les esprits seront éclairés. La classification des asthénies que nous avons ébauchée en 1926 et complétée dans la suite, continue à nous donner satisfaction. Les cas simples et faciles à identifier sont nombreux. Les cas complexes aussi abondent : et cela contribue à expliquer les longues années de tâtonnements en cette matière, et ces tâtonnements pour les autres dureront tant que l'observation clinique demeurera insuffisante, insuffisante dans le détail, insuffisante dans le temps.

L'ÉPIDÉMIE DES SUICIDES AU GARDÉNAL SÉVIT EN PROVINCE

Par les Docteurs

ANGLADE et DUHAMEL (d'Agen)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Qu'il s'agisse de crise économique ou de modes pour dames ou de toute autre chose, les vagues du « progrès » parviennent de la capitale à la lointaine province dans un délai variable. Actuellement, l'héritage nous vient de la mode du suicide dans un calme sommeil, la pendaison n'est plus de mise à la campagne, et il ne faut pas s'en plaindre ; au vingtième siècle, le remède moderne au désespoir est dans le poison qui conduit doucement à la mort, et qui, détail non négligeable, pour certains faux dramaturges permet tout de même de sérieux espoirs de retour à la vie.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici que les exemples de pareilles tentatives de suicide ont été nombreux dans la région parisienne depuis quelques années ; une quantité d'observations ont été rapportées dans les sociétés savantes, et elles ont même donné lieu à plusieurs intéressants rapports sur les intoxications par les barbituriques. Une ou deux années se passent, et nous voici en butte à la folie de l'exemple. Dans l'espace de quelques mois et dans une seule petite ville de province, nous avons eu connaissance de sept malades traités pour absorption massive de gardénal ou de ses succédanés, et il faut s'attendre à une redoutable contagion si des mesures radicales ne sont pas prises.

Des six observations que nous venons d'annoncer, trois nous sont personnelles et se rapportent à des femmes. La première après un premier essai au gardénal, d'issue favorable après deux jours de sommeil, ingurgite un tube entier de didial.

Nous la voyons cinq heures après dans le coma le plus complet, pouls imperceptible, cœur irrégulier et flasque, température au delà de 40°. La strychnothérapie intraveineuse est mise en œuvre et répétée d'heure en heure suivant la technique rapportée à la S. M. H., dans un cas analogue. Au bout de cinq à six heures, la malade exécute quelques vagues mouvements carphologiques, mais la mort survient en fin de journée.

Une jeune fille de 18 ans, dans une crise sentimentale, absorbe 1 gramme de gardénal, et toute notre intervention commencée à la cinquième heure, se bornera à des injections répétées de coramine sous-cutanée ; en deux jours, tout est remis en ordre.

Pour la troisième malade, nous avons eu la chance d'être appelé un peu plus tôt. Le 10 novembre, vers 11 heures, une femme de 24 ans, toute menue, pesant moins de 50 kilogr., absorbe 2 grammes de gardénal. A 11 heures et demie, on tente un lavage d'estomac, qui demeure impossible en raison de la contracture des mâchoires. Un traitement mixte est mis en œuvre par la coramine (3 c. c. par jour), la strychnine (trois injections intraveineuses de chacune 3 milligrammes), l'adrénaline sous-cutanée et rectale, le sérum glucosé à fortes doses en goutte à goutte. Le sérum glucosé hypertonique est tenu en réserve. Plusieurs fois par jour, le pouls, la température sont mesurés ainsi que le volume des urines ; la malade dort profondément pendant quatre jours, on est même obligé de la sonder, mais à part une légère alerte aux deuxième et troisième jours avec pouls à 100 et température à 38°, le pronostic reste rassurant, et de fait le cinquième jour la conscience revient entière, et tout danger est écarté.

Le Docteur Biar a traité trois malades de cet ordre par le sérum glucosé strychniné intraveineux, et il enregistre comme nous un insuccès et deux guérisons. Le Docteur Pujos a guéri par la strychnothérapie une intoxication par le somnifène.

Une chose nous a frappés à la lecture des observations dans la presse, c'est la dose considérable de strychnine injectée et peut-être aussi l'engouement déjà un peu tempéré pour les doses maxima ; par ailleurs, c'est dans le cas où nous avons employé cette méthode des doses fortes que nous avons eu un échec, il est juste de dire que l'hyperthermie initiale était presque un arrêt de mort et qu'on pourrait peut-être nous reprocher de n'avoir pas au contraire manié assez énergiquement l'antidote.

Malgré tout l'accord est loin d'être fait sur une thérapeutique univoque, la strychnine réunit à peu près tous les suffrages, mais la coramine a ses partisans, de même que l'adrénaline, le glucose et même l'antique lavage d'estomac, sans oublier l'ouabaïne et autres tonicardiaques. Actuellement même il semblerait régner un certain flottement dans la thérapeutique, et pour aller au fond de notre idée, des nombreuses publications récentes il semblerait ressortir un certain scepticisme et même une réserve inavouée dans la première impulsion qui avait tendance à faire un dogme de la strychnothérapie.

Ce phénomène n'a rien d'étonnant, et même il en est toujours ainsi, et on ne peut médire de la médecine sous prétexte qu'il faut un peu de hardiesse chez les uns, un peu de timidité chez d'autres pour aboutir à l'équilibre d'une expérience mutuelle.

A vrai dire aussi, il n'y a pas de médecine standard, du moins en France, où nous persistons à croire qu'elle y est le mieux comprise, et pour ne pas nous éloigner des barbituriques nous pouvons résumer ainsi ce que nous présentons comme de simples impressions : primum non nocere, la coramine, le sérum glucosé, le lavage d'estomac sont incontestables et ne doivent pas être négligés. Mais l'abstention est parfois coupable et il faut un médecin en permanence pour juger de l'opportunité des autres méthodes : le sérum glucosé hypertonique intraveineux trouve une indication dans l'oligurie, la strychnine demeure un antidote puissant, et c'est par une observation d'heure en heure que le mode d'administration et les doses en sont fixées, d'après la dose du toxique, le retard plus ou moins grand apporté au traitement, le poids et le tempérament du malade.

Les suicides au gardénal comme toutes les maladies ont besoin d'un bon sens clinique et non d'une thérapeutique passe-partout, et enfin un dernier mot s'impose pour la prophylaxie de cette contagion du suicide ; ce mot a été prononcé maintes fois par les sociétés savantes, on s'étonne qu'il n'ait pas été encore entendu, et de la province contaminée à son tour monte un vœu fervent pour la stricte réglementation des barbituriques, aujourd'hui beaucoup plus dangereux que la morphine.

LES STÉNOSES PYLORIQUES

D'après une leçon de M. le Professeur agrégé PETIT-DUTAILLIS (1)

Causes et traitement des sténoses du pylore, chez l'adulte

Les sténoses du pylore, chez l'adulte, relèvent de deux causes principales : l'ulcère et le cancer de l'estomac. On peut les différencier aisément si l'on a des signes radiologiques nets, une image lacunaire cancéreuse par exemple. Celle-ci est quelquefois simulée, il est vrai, par le spasme de l'antre pylorique, auquel cas, on arrive généralement par les antispasmodiques à modifier l'image. L'histoire clinique n'est pas la même dans l'une et l'autre maladies. Dans l'ulcère, on trouve un passé gastrique ancien. Il existe, toutefois, des squirres du pylore dont l'évolution a été très lente.

En dehors de ces deux diagnostics principaux, il faut penser à quelques autres causes, plus rares. On connaît des sténoses pyloriques par tumeur bénigne de l'estomac ; elles peuvent être intermittentes lorsque la tumeur est pédiculée et s'engage dans le canal pylorique par intervalles seulement. C'est une affection rare. Il convient de signaler aussi la sténose syphilitique. Les antécédents et l'épreuve du traitement aideront le diagnostic, mais la syphilis gastrique peut revêtir des formes variables, simuler le cancer et être peu influencée par le traitement spécifique. Notons encore la sténose tuberculeuse, la sténose par corps étranger, par calcul biliaire : ce sont, à la vérité, des curiosités, des cas exceptionnels.

Outre ces diverses sténoses intrinsèques, il importe de mentionner les sténoses extrinsèques, par cholécystites (il est prudent, à l'opération, néanmoins, de vérifier s'il n'y a pas d'ulcère gastrique coexistant), par adhérences, par tumeurs du voisinage, kyste hydatique du foie, cancer de la tête du pancréas, etc...

Le pronostic de la sténose pylorique dépend de la cause, de la rapidité avec laquelle elle s'est constituée, du stade auquel on l'observe. De nos jours, on ne voit plus guère de sténose à la phase d'asystolie gastrique. Dès que le diagnostic de sténose organique est établi, on opère et il faut opérer.

Avant d'opérer ces malades — qui sont des inanitiés, des fatigués — on fera pendant quelques jours, un traitement remontant, par les toni-cardiaques, la réhydratation (injections de sérum chloruré). Pour le même motif, l'anesthésie générale et la rachi sont à l'habitude contre-indiquées. Le mieux, si le patient n'est pas trop pusillanime, est d'employer l'anesthésie régionale qui évite d'ajouter une intoxication complémentaire.

L'opération parera d'abord à la sténose elle-même par une gastro-entérostomie. Celle-ci ne sera souvent qu'un premier temps pour une intervention complémentaire ultérieure. S'il s'agit d'ulcère cicatrisé, on peut quelquefois s'en tenir là. Dans le cas d'ulcus évolutif, à plus forte raison de cancer, on prévoit une gastrectomie secondaire. Si la cause n'est pas gastrique, on appliquera le traitement convenable.

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (janvier 1936), recueillie par le Docteur P. Lacroix.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOUT DU JOUR

Comment traiter le cor aux pieds et ses complications

D'après le Docteur J. MEYER (1)

LE COR AUX PIEDS ET SES PHASES ÉVOLUTIVES

C'est une hyperkératose traumatique locale, avec inflammation et atrophie du derme, qui ne se rencontre qu'aux pieds, sur les points chroniquement pressés par des chaussures mal adaptées. Le cor s'observe presque exclusivement aux orteils, et généralement aux endroits où le tégument est pincé entre la chaussure et une tubérosité osseuse, normale ou pathologique.

Si la région est suffisamment matelassée pour que l'os ne réagisse pas, il se forme seulement un durillon, hyperkératose de même nature ; ainsi en est-il surtout à la plante.

Mais, très souvent, le cor est aussi entouré d'un durillon, qui le recouvre et le déborde. Cependant, il s'enfonce lui-même, tel un clou épidermique, dans le derme ; si ses couches superficielles sont dures, ses couches profondes sont plus ou moins molles, et se terminent en une pointe qu'effleure l'hypoderme ; à cette pointe s'adapte une papille vasculaire, difficile à respecter au moment d'une excision.

Au-dessous du cor existe parfois une saillie osseuse, qui est due principalement à la déformation d'une articulation métatarso-phalangienne ou inter-phalangienne ; cependant, même déformée, cette articulation n'est pas forcément douloureuse.

Les accidents douloureux proviennent plutôt d'une inflammation de l'hypoderme, d'une cellulite ; et celle-ci est susceptible de suppurer.

La douleur comprend des degrés. Au début elle n'existe qu'à la pression, surtout par temps humide, mais alors elle est plus vive qu'à l'ordinaire. Une chaussure usagée n'est même plus tolérée. Puis le patient souffre, même s'il est déchaussé. Il finit parfois par être éveillé dans la nuit, en proie à une crise douloureuse.

L'examen du pied dans les formes légères ne montre rien d'anormal, mais la pression est douloureuse à quelques millimètres en dehors du cor. Le râclage du durillon superficiel est rendu pénible par suite de l'hyperesthésie, et celui-ci ne permet plus d'éviter la douleur, aussitôt que la chaussure est mise.

A un degré de plus, la région est gonflée et rouge. Dans quelques cas, un abcès se collecte sous le cor et le décolle.

Parfois, au lieu d'un abcès, il n'y a qu'un hygroma. C'est alors que, le cor excisé, on ne pourra éviter, en détachant les assises profondes, de plonger dans l'hypoderme d'une cavité facile à explorer doucement au stylet, d'où s'écouleront quelques gouttes de sérosité.

***

LE TRAITEMENT DU COR AUX PIEDS, SIMPLE OU COMPLIQUÉ

Il faut distinguer un certain nombre de cas :

1° **Le cor est douloureux à la pression forte seulement.** Il suffit de reséquer le durillon superficiel, dès que la douleur devient trop pénible. A cette période, la plupart des patients s'accommodent indéfiniment de leurs cors, en utilisant de temps en temps un corricide chimique, une lime ou un rasoir ; ils sont néanmoins obligés de porter des chaussures assez grandes, pour éviter une pression excessive. Quelques-uns se servent d'isolants en forme de cercles perforés, qui risquent de favoriser la macération et l'infection de l'épiderme.

2° **Le cor reste très pénible, sans inflammation.** La pression est exquisement douloureuse à son niveau : il y a lieu de l'exciser. L'intervention doit parvenir à éviter totalement la douleur locale, mais le patient doit être averti qu'il souffrira encore pendant plusieurs semaines, autant que si le cor n'était pas excisé.

On prépare le pied par deux ou trois pansements humides nocturnes. Désinfection soigneuse à l'alcool iodé de tout le pied, en insistant sur les reinures unguéales. Injection de quelques gouttes de novocaïne à 2 % sans adrénaline, dans le tissu cellulaire à distance du cor. Comme il n'y a pas de cellulite, l'injection est indolore, l'anesthésie rapide. Excision du cor au bistouri. Destruction très légère au galvano de la papille vasculaire. Pansement avec la pommade au baume du Pérou. Obligation pour le patient de porter des chaussures très hautes et très larges, pour les femmes, des chaussures semi-montantes qui prennent un bon point d'appui sur la cheville et

(1) *Journ. de médecine et chirurgie prat.*, 10 février 1936.

n'en prennent pas sur la région sensible. La cicatrisation est très lente.

La zone opérée reste hypersensible plusieurs semaines. Il faut se méfier qu'un petit durillon peut se former et qu'on devra l'exciser aussitôt.

Le résultat tardif est excellent. Malgré la persistance de la tubérosité osseuse, le patient peut circuler sans douleur avec les mêmes chaussures qu'il ne tolérait plus. Il est néanmoins prudent de lui conseiller le port définitif de chaussures larges et hautes.

3° Le cor est douloureux au repos.

Il ne faut opérer un cor compliqué de cellulite que si l'on ne peut pas faire autrement.

On adoptera donc la ligne de conduite suivante :

a) *Calmer l'inflammation* par des pansements humides nocturnes. On doit exiger de très grands pansements, couvrant tout le pied, très humides, en vraie botte d'ouate. On empêchera la macération au moyen d'un corps gras. Celle-ci n'est du reste pas à craindre, s'il n'y a pas de pansement humide dans la journée.

Le jour, très grande chaussure ou de préférence un chausson, dans lequel est appliqué un pansement avec couche épaisse de pommade isolante.

b) *Au moindre soupçon, traitement d'épreuve à la colchique.* La colchique remporte, en effet, les succès les plus imprévus, dans des cas où il n'y avait pas de raison de suspecter la goutte (chez un ouvrier tourneur de 30 ans, chez une femme de 72 ans, maigre et sous-alimentée). Quel que puisse être le mécanisme de son action, ce médicament est à essayer.

c) *La sensibilité persiste malgré les pansements, malgré la colchique.*

Il faut un traitement local actif.

On peut tenter la rœntgenthérapie. Deux séances ; la première à très faible dose sur toute la région sensible est destinée à calmer l'inflammation (150 r filtrés sur 30/10° aluminium). Une semaine plus tard, 500 r avec le même filtre, très strictement localisé sur le cor. D'autres techniques ont été recommandées, en une ou plusieurs séances.

L'auteur a toujours jusqu'ici opéré ces malades :

Anesthésie en bague, en injectant la novocaïne dans l'avant-pied, autour de la base de la première phalange.

Excision du cor au bistouri. Ponction de l'hypoderme à la pointe fine du galvano. S'il existe un hygroma, évacuer la sérosité, mais ne pas le traumatiser davantage. Il guérira par suite de la seule excision du cor.

Après l'intervention, pansement humide à l'alcool. Repos immobile pendant au moins trois ou quatre jours. Des rayons infra-rouges hâtent beaucoup la reprise d'une activité normale.

4° **Il y a un hygroma suppuré.** Le pus est annoncé par la rougeur inflammatoire et la douleur pulsatile. Il est généralement très facile d'exciser le cor décollé par la suppuration et d'évacuer le pus. Pansements humides antiseptiques. Immobilité de huit jours.

5° **Restent des cas où l'os est douloureux.** Après excision du cor et sédation de la cellulite, la pression de la chaussure reste trop pénible pour permettre une marche normale. On peut être obligé de préconiser une résection osseuse. Cette éventualité se réalise rarement.

Il y a certainement beaucoup de patients qui auraient intérêt à subir cette intervention, mais la plupart, une fois le cor excisé, peuvent récupérer, une activité normale en usant simplement de chaussures assez grandes.

G. FISCHER

DE LA VACCINATION INTRADERMIQUE ANTISTAPHYLOCOCCIQUE DANS LE ZONA

Nous recevons de Mme le Docteur Jeanne-Henri Montlaur la lettre suivante :

Permettez-moi de vous signaler que dans le résumé de la thèse du Docteur Babock, sur la vaccination intradermique antistaphylococcique dans le zona, paru dans *Le Concours Médical* du 1er mars, il n'a pas été fait mention des travaux d'Henri Montlaur.

Celui-ci, en octobre 1934, à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres (1), communiquait ses premières observations cliniques et les résultats obtenus dans le traitement du zona par les *injections intradermiques* de vaccin antistaphylococcique, action efficace tant sur l'éruption zostérienne que sur l'élément douleur.

Voudriez-vous avoir l'obligeance d'insérer ces quelques lignes de mise au point.

Dr Jeanne-Henri MONTLAUR.

(1) In *Archives Hospitalières*, novembre 1934, page 426.

CONCEPTIONS EN PHYSIOTHÉRAPIE

Par le Docteur Georges ROSENTHAL,
Médecin assistant du service de tuberculeux à la Pitié (Professeur LAIGNEL-LAVASTINE)

Lorsqu'une machine fonctionne en étant constamment bien réglée, il est évident qu'elle s'use et finit par être incapable de fonctionner : c'est sa vieillesse et c'est normal. Lorsque la machine est mal réglée, elle présente à chaque instant des périodes de mauvais fonctionnement qui passent inaperçues tout d'abord, puis dès qu'une pièce est usée, le fonctionnement devient de plus en plus défectueux et enfin s'arrête : un fonctionnement avec arrêt, c'est la maladie de la machine ; l'arrêt définitif, c'est la mort.

Quel doit être le rôle du mécanicien, qui est, en somme le médecin de la machine ? S'il est un mauvais mécanicien, il cherche à forcer le fonctionnement par une augmentation de la force qui met en œuvre la machine. Mauvaise thérapeutique. S'il est un bon médecin de la machine, il en contrôlera les rouages et la remettra en marche normale.

Autrement, un trouble fonctionnel facilement réglable a précédé l'usure d'une pièce que seule une pièce de rechange pouvait suppléer.

Les problèmes biologiques sont évidemment plus complexes ; les facteurs d'usure, d'altération sont multiples ; les lésions par toxicité, par infection peuvent se produire brutalement et sans qu'une action de préservation ait pu se mettre en œuvre. Mais combien de fois la maladie a été précédée par un trouble de fonctionnement biologique que la thérapeutique aurait pu corriger sans attendre la phase de la lésion difficile à effacer, trop souvent impossible à guérir. La lutte contre la lésion, c'est la thérapeutique chimique et biologique dont je suis loin de nier la grandeur, car la thérapeutique est une, et dans un instant je protesterai contre l'établissement de barrières entre les différentes conceptions. Mais la lutte contre le trouble fonctionnel est le propre des éducations et des rééducations, elle est, avant tout le triomphe de la physiothérapie.

Déterminer les lois du fonctionnement des organes, qu'il s'agisse des lois de physiologie simple, qu'il s'agisse de leurs exigences en oxygène, aliment, humidité, température, etc., veiller dès qu'un trouble fonctionnel se présente à le corriger avec la certitude que nous contribuerons ainsi à ne pas permettre de s'installer à la maladie, puisque sa condition essentielle est l'usure préalable des organes par fonctionnement vicieux.

Il faut y joindre la grande loi de l'exercice sur laquelle j'ai toujours insisté, à savoir que le fonctionnement normal, garantie de la vitalité des machines, devient en biologie un facteur important d'augmentation de la vitalité.

Et alors, quelles seront les grandes préoccupations du thérapeute, sinon le régime, l'accoutumance aux températures acceptables, le développement de la résistance au froid, l'éducation respiratoire, le régime favorable à la croissance, l'hygiène du rein et du foie, la protection du système nerveux, la lutte contre l'imbécile surmenage des écoliers et des étudiants, etc...

Il est donc de première importance que nous soyons d'accord sur les règles du fonctionnement normal des organes et on me permettra de revenir sur des points de doctrine de l'entraînement respiratoire. Plus que jamais je mets en garde contre ceux pour qui la respiration est une fonction sans limite, plus jamais je proteste contre ceux qui veulent développer à l'extrême la capacité vitale ; mais bien volontiers, j'accepte que le chiffre de 3 litres à 3 litres et demi, chiffre classique depuis Gréhant est faible et que nombre de sujets atteignent des spirométries de 4 et 5 litres par un entraînement normal auquel j'applaudis.

Plus que jamais, j'applaudis aux procédés nouveaux ; qu'il s'agisse de développer et d'intensifier les muscles bronchiques comme le fait excellemment notre collègue Henri Tissier, par l'électricité statique ; avec Griffon et Du Pasquier d'étudier la respiration réflexe en air confiné, comme Goiffon l'avait fait à la Société de médecine. Mais je demande que ces techniques s'intègrent dans la méthode générale d'éducation préparatoire. Je leur ferai volontiers place entre la « phase éducative » comme a dit Pescher en parlant de mes recherches et la phase spirométrique à laquelle notre ami Pescher a consacré le meilleur de son activité et un véritable apostolat, avant la phase sportive.

Il faut de l'union dans nos travaux et dans nos doctrines ; il faut que les physiothérapeutes édifient une doctrine commune et cohérente, sans laquelle, ils continueront d'être incompris, sans laquelle notre méthode continuera à ne pas avoir la place de premier rang qu'elle mérite. Or, cet accord n'existe pas à un degré suffisant ; je n'en veux pour preuve que des critiques récen-

tes adressées à la doctrine du caractère uniquement nasal de la respiration.

Comme Lermoyez, j'ai toujours insisté, sur ce fait que la respiration normale et physiologique doit être nasale à l'inspiration, ce que nul ne conteste, et nasale à l'expiration, malgré l'enseignement officiel des manuels d'exercice physique des écoles, parce qu'il est indispensable qu'une fonction organique soit automatique. Cette automaticité serait impossible s'il fallait au repos, dans la journée, ou pendant le sommeil ouvrir la bouche à chaque expiration. Cela me paraît un dogme inattaquable ; mais en cas de rhume de cerveau dit l'un, en cas d'essoufflement dit l'autre ? Et bien, vous ouvrirez la bouche pour respirer, s'il le faut ; mais il est illogique d'opposer à l'état normal un état accidentel, pour ne pas dire pathologique. Bien volontiers j'ajoute que tant que nous n'aurons pas un spiromètre commode à commande, nasal, vous me verrez à l'hôpital Lariboisière, à la consultation que m'a confiée mon éminent ami le Professeur Fernand Lemaître, faire un entraînement spirométrique de mes jeunes sujets avec des embouts buccaux ; mais j'ai soin de terminer la séance par quelques exercices nasaux de peur qu'une manipulation utile ne soit un prétexte pour retomber dans une erreur physiologique.

Ici, grosse objection ; comment concilier la doctrine nasale de la respiration avec la parole ou le chant ? Devons-nous par intransigeance nier l'utilité d'exercices respiratoires où le sujet compte à haute voix, devons-nous nier le développement du thorax des chanteurs ? Cette argumentation considérée comme péremptoire, me paraît un peu faible.

D'abord je recommande beaucoup comme exercice d'entretien et d'entraînement de faire compter à haute voix le plus longtemps possible sans reprendre haleine, comme l'a préconisé Gallois. Les défilés rythmés par les chants sont d'excellents exercices à la fois gais et favorables, mais ici encore défiez-vous de la respiration buccale et surveillez vos jeunes sujets, ce qui est facile.

Quant à l'objection des chanteurs, quelle mauvaise objection ? Vérifiez-vous les programmes de théâtre et au lieu d'applaudir uniquement l'artiste qui vous éloigne pour quelques heures de la réalité, demandez-vous pourquoi des noms adulés du public, quittent les programmes souvent avant 40 ans ? Faut-il rappeler le grand Dupré ? Faute de direction méthodique, souvent par excès de labeur, ou en raison de rôles qui n'entrent pas dans leur registre, mais fréquemment aussi parce que leur voix n'a pas supporté les fautes de physiologie pulmonaire, leur carrière est brisée sans recours Ce n'est pas sans conséquences graves que le chant consiste en une modulation expiratoire prolongée, interrompue par des inspirations heurtées et brutales. Lorsque le chanteur, qui a obéi aux dures nécessités de sa profession, aux exigences parfois cruelles de l'art moderne, a regagné sa loge, qu'il s'étende sur une chaise-longue et que, au repos, tranquille, il fasse vingt ou soixante respirations nasales, prises doucement, rythmées physiologiquement, menées profondément ; qu'il observe quelques heures, la loi du silence pour remettre son appareil respiratoire des erreurs physiologiques que lui imposent les auteurs, l'art et le public.

Encore un point que je vois singulièrement important. L'entraînement respiratoire éducatif spiroscopique du sportif est inséparable d'une croissance normale et régulière, que contrôlera l'opothérapie. Et ici je me sépare absolument de ceux qui veulent interdire aux physiothérapeutes, le droit d'utiliser les thérapeutiques modernes. Allons-nous revenir aux corporations ? Parmi les jeunes adolescents que j'ai dénommés *faux* insuffisants respiratoires, un grand nombre sont des asthéniques par insuffisance endocrinienne, surrénalique, thyroïdienne ou hypophysaire. Il en est que Kola et strychnine remettent en selle.

Je me résume et je conclus : la physiothérapie, médication héroïque du trouble fonctionnel, doit être la sauvegarde des organismes et les protéger contre la lésion, conséquence fréquente d'erreur du jeu des viscères.

La médecine s'est constituée par l'étude des autopsies ; elle a pris comme point de départ la lésion arrivée à sa phase terminale d'incurabilité et elle a cherché sa guérison. Quelle erreur fut ainsi commise alors que la vérité est de dépister, de chercher le trouble fonctionnel qui marque bien souvent l'entrée dans la voix morbide et qu'il sera possible d'enrayer.

(Consultation du Jeudi au Pavillon Isambert, service du Professeur Fernand LEMAITRE).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La mortalité infantile causée par la diarrhée.

Le Docteur Rouèche fait à ce sujet une intéressante étude médico-sociale. Les aperçus statistiques qu'il donne, sont tout à fait réconfortants puisque la mortalité par diarrhée et gastro-entérite qui donnait à la fin du siècle dernier plus d'un tiers des décès des enfants en bas âge, a présenté une régression de beaucoup plus importante que la diminution du taux de mortalité pour toutes causes. Les chiffres comparatifs dans différentes nations sont tout aussi probants, sauf pour l'Espagne et le Japon.

L'auteur essaye de faire une mise au point succincte de cette question avec une vue rétrospective des progrès accomplis et l'examen des efforts à tenter encore. A cet égard, il a recueilli les opinions diverses du Corps médical. Or, il y a unanimité des opinions sur les résultats obtenus. Tous ou presque tous, attachent une importance énorme à la lutte organisée par les médecins contre l'ignorance ; à l'amélioration et au contrôle de l'aliment lait et à l'usage des laits contrôlés ou de conserve ; enfin, il faut ajouter l'amélioration de l'hygiène générale, hygiène des crèches, des services de médecine infantile, des taudis, la lutte contre les mouches, etc...

Le Docteur Rouèche conclut en disant que l'œuvre de protection infantile organisée depuis les quarante dernières années, a donné contre la mortalité infantile par la diarrhée, un résultat très important et durable et qu'il suffit de quelques mesures législatives (loi Roussel modifiée et appliquée, loi sur la protection de la santé publique, loi d'assainissement du marché du lait), de l'amélioration de l'enseignement de la puériculture chez les médecins, de la coordination des œuvres et de leur soutien matériel par les Caisses d'assurances sociales, pour arriver à éloigner du nourrisson le péril alimentaire, qui était considéré auparavant comme le plus meurtrier. (*IXe Session de l'Ass. inter. pour la protection de l'enfance*, Bruxelles, juillet 1935.)

L'ulcus gastro-duodénal.

Le Professeur J. Castaigne a poursuivi une intéressante étude sur ce sujet dans une consultation de médecine générale. Il a envisagé successivement la fréquence de cette affection, ses symptômes cardinaux, ses complications, et les résultats de la thérapeutique médicale. Ayant pu suivre et soigner d'une façon tout à fait précise les malades atteints de maladies ulcéreuses, il émet les conclusions suivantes :

La maladie ulcéreuse est d'une très grande fréquence ; elle peut être diagnostiquée à ses débuts, grâce à l'étude de son syndrome clinique bien spécial, complétée par une radiographie très soignée faite au moment des crises douloureuses ; elle peut guérir par un traitement médical approprié et ne nécessite un traitement chirurgical que dans les cas compliqués, ou rebelles à une thérapeutique médicale bien conduite. (*Le Journal médical français*, novembre 1935.)

Les aspects radiologiques de la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire.

Le Professeur R. Debré, et les Docteurs M. Lelong et M. Mignon exposent que l'étude radiologique de la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire rencontre de nombreuses difficultés. En effet, la méthode idéale, qui consisterait à comparer l'image anatomique et l'image radiologique correspondante, est inapplicable, car les autopsies d'enfants tuberculeux ne sont faites qu'à la période terminale : alors, la lésion initiale est impossible à distinguer en toute certitude des lésions secondaires. La mort du sujet à la suite d'une maladie épisodique ou d'un accident est une éventualité rare. Toutefois, le hasard a pu fournir, dans ces conditions, des documents particulièrement utiles.

Le foyer primitif se traduit par une ombre solitaire et unilatérale dont l'opacité tranche sur la clarté normale du reste du champ et sur celle du côté opposé. L'ombre de la lésion initiale est généralement volumineuse et couvre une superficie notable du champ pulmonaire. Elle est homogène ; elle semble plus fréquente du côté droit. Il est capital de souligner la fréquence des ombres à caractères scissural ou en bandes transversales. L'évolution de l'image présente aussi des traits importants à souligner. Ce sont : d'abord l'apparition rapide de l'ombre, en quelques jours ; en second lieu, sa tendance si marquée à la résolution ; en troisième lieu, la lenteur de cette régression, puisque le nettoyage radiologique ne peut pas être espéré avant un an. L'étude de ce nettoyage radiologique est d'une importance majeure. Elle sert de guide au médecin pour suivre la guérison, pour orienter son petit malade vers

tel ou tel mode de repos, pour affirmer la guérison et permettre enfin la reprise d'une vie normale. L'image du foyer primaire est enfin caractérisée par sa coïncidence avec les symptômes cliniques et biologiques du début de l'infection tuberculeuse. De toutes ces signes, le plus précis est le virage de la réaction tuberculinique, qui, de négative devient positive. Ce virage ne peut être décelable qu'après l'apparition du foyer initial.

En tout cas, il ne faut jamais compter sur les signes stéthacoustiques. Ils sont absolument nuls dans la presque unanimité des cas. Sur ce fait capital on ne saurait trop insister.

Ces notions sont indispensables aux médecins qui chaque jour s'efforcent de dépister la tuberculose à son début et s'exercent à la reconnaître. (*La Presse Médicale*, 21 décembre 1935.)

Les septicémies à culture sanguine positive et leur traitement.

Le Professeur SAINT-JACQUES fait une nouvelle communication à propos de six cas de septicémies dont quatre à staphylocoques, tous traités et sauvés par le carbone intraveineux. Il ne faut donc pas désespérer dans les septicémies, même à culture sanguine positive, mais alors il convient d'agir fortement et vite et ici le carbone intraveineux sera souvent utile et efficace. Il agit apparemment contre toutes les affections, sauf la tuberculose ; il est peu dispendieux et facile à donner. Les sérums au contraire, doivent être spécifique contre l'infection présente ; ils doivent être de préparation récente ; ils produisent fréquemment des réactions générales ; ils sont dispendieux ; il faut en donner de hautes doses. On ne peut cependant ne pas reconnaître leur grande utilité.

L'auteur termine par quelques conseils pour la pratique de l'injection du carbone intra-veineux. Après gonflement de la veine et stérilisation de la peau, chargez la seringue de 3 ou 5 c. c. de carbone, piquez la veine, aspirez 2 à 3 c. c. de sang dans la seringue, puis lentement injectez le mélange. Avec cette technique, inutile de paraffiner la seringue. Dosage : adulte, 3 c. c. pour commencer. Si le cas est grave, donner 5 c. c. Peut être répété chaque jour et même matin et soir. On en a donné dans un cas d'empoisonnement jusqu'à 22 c. c. dans les vingt-quatre heures, sans le moindre inconvénient. (*L'Union Médicale du Canada*, décembre 1935.)

Du rôle de l'acide carbonique dans l'organisme humain et en particulier sur le système nerveux.

Le Docteur MARCOTTE (d'Arcachon) démontre les faits suivants, qu'il a observés au cours d'intéressantes études dont il fait l'exposé.

L'acide carbonique est le grand régulateur du pH sanguin. Tout organisme vivant, homme ou animal (étude sur les huîtres), tend au pH optimum de 7,3. Toute acidose quelle que soit son origine, même si elle est causée par l'acide carbonique lui-même, provoque la floculation de l'albumine. Toute insuffisance de CO^2 provoque par alcalinité, la précipitation de la chaux. Dans les deux circonstances précédentes, poussées à l'extrême, soit par acidité (pH plus petit que 6,7), soit par alcalinité (pH plus grand que 8), il y a incompatibilité avec la vie.

Une température prolongée de 43-45° ou très voisine, peut provoquer une insuffisance marquée d'acide carbonique, avec toutes ses conséquences.

L'acide carbonique paraît indispensable à la cellule nerveuse et la mort paraît être provoquée par l'insuffisance marquée de cet acide, insuffisance dont la précipitation calcique n'est que la conséquence. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 5 janvier 1936.)

La femme de plus de quarante ans devant les diverses phases de la puerpéralité.

Le Professeur J. VORON et A. BROCHIER étudient, chez les femmes ayant dépassé la quarantaine : la grossesse, l'accouchement, la délivrance, et les suites de couches. Ils terminent l'exposé de leurs résultats par quelques considérations sur la valeur des nouveau-nés issus des mères à puerpéralité tardive. Il leur est difficile, sinon impossible, de savoir ce que représente, dans le cours de la vie, la valeur sociale des enfants ainsi mis au monde, leur état de santé, leurs réactions vis-à-vis des diverses affections possibles. Pour s'en tenir à la moyenne des douze premiers jours de la vie, ils ont constaté une mortalité moyenne de 12 %, y compris les mort-nés. L'avenir des accouchées doit également faire l'objet de réserves en présence du danger indéniable que courrent les femmes qui, sur la fin de leur vie génitale, voient apparaître une première ou une ultime grossesse. Dans ces circonstances, les praticiens doivent être d'autant plus angoissés que le long passé des gestantes a pu, chez elles, laisser des tares pathologiques plus ou moins connues d'eux, et qui seront encore des facteurs d'aggravation du pronostic.

Il y a une importance sociale à ce que ces faits soient connus. Souvent, les gestantes âgées sont des multipares et parfois de grandes multipares. Une ultime grossesse peut être, chez elles, l'origine d'accidents graves, même mortels, dont l'importance ne doit pas échapper à ceux qui sont chargés de les conseiller et de surveiller leur santé. (*Paris Médical*, 21 décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La culture des crachats dans le diagnostic des tuberculoses paucibacillaires

(MM. Fernand BESANÇON, P. BRAUN et A. MEYER ; 11-2-1936.)

La bacilloscopie ordinaire ne révèle la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats que si ces bacilles ne sont pas en trop petit nombre. L'homogénéisation est un moyen de concentration des germes, mais encore insuffisant dans bien des cas de tuberculoses paucibacillaires. Ces dernières n'ont vraiment été nettement dépistées que par les inoculations au cobaye et les cultures.

Les inoculations au cobaye ont certes une grande valeur mais, en matière de tuberculose paucibacillaire, il faut des injections multiples à plusieurs animaux pour obtenir un résultat positif. C'est donc un procédé d'application limitée, difficile à utiliser « en masse ».

Il n'en est pas de même de la culture. Cette méthode de recherche des bacilles de Koch dans les crachats, introduite par Petroff en bactériologie, a donné des résultats pratiques le jour où l'on a utilisé les techniques perfectionnées de Petragnani et de Lœwenstein. La culture, dont la sensibilité est à peine moins grande que celle de l'inoculation, est moins onéreuse, moins aléatoire, plus rapide. M. Bezançon et ses collaborateurs l'emploient depuis cinq ans et se sont arrêtés à la technique sur milieu de Petragnani. Avec le culot de centrifugation des crachats il ensemencent un grand nombre de tubes, 12 au minimum qui sont mis alors à l'étuve électrique. On obtient ainsi des colonies en nombre variable, parfois sur un seul tube, parfois une seule colonie. Il s'agit bien, d'ailleurs, de bacilles de Koch virulents et non de bacilles paratuberculeux vivant en saprophytes dans les voies respiratoires.

Sur 861 échantillons, 110 fois les cultures ont été positives, dont 57 fois alors que l'homogénéisation était négative. Cliniquement il s'agissait de malades tuberculeux considérés comme guéris, de cracheurs de bacilles sans lésion apparente, de sujets vivant dans des milieux bacillifères.

La culture systématique des bacilles, méthode simple dans son application, permet beaucoup plus facilement qui l'inoculation le dépistage des paucibacillaires. La constatation de quelques rares bacilles n'implique pas à elle seule un diagnostic de tuberculose évolutive ; c'est un symptôme à surveiller toutefois, il va sans dire.

— M. Robert DEBRÉ montre que la culture fournit une réponse plus rapide et aussi sûre que l'inoculation au cobaye. Il faut néanmoins conserver toute sa valeur à l'inoculation qui peut se montrer positive quand la culture reste négative.

Diagnostic biologique des brucelloses.

(MM. J. JULLIEN et P. LAURENT ; présentation par M. HUGONNENQ ; 28-1-1936).

Le diagnostic de la fièvre ondulante ou des brucelloses chez l'homme ou l'animal est difficile à assurer par la clinique. La difficulté, déjà grande pour les brucelloses aiguës, l'est plus encore pour les formes chroniques, à type névralgique, rhumatismal, etc.

Le laboratoire vient en aide à la clinique mais il a lui aussi ses incertitudes. *L'hémoculture*, dans les périodes aiguës, donne des résultats positifs dans 10 à 15 p. 100 des cas seulement. De plus le résultat n'est appréciable qu'au bout d'une semaine en moyenne. La *séro-agglutination* de Wright, mise au point par Nicolle, Comor et Burnet, est plus pratique car le prélèvement est facile, la lecture du résultat plus rapide (24 heures) ; elle a également, toutefois, ses défaillances et le récent Congrès des Brucelloses d'Avignon a émis le vœu d'un standardisation et d'un contrôle des antigènes mélitococciques et de la fixation des taux d'agglutination. Les réactions s'épuisent au bout de quelques mois. *L'intra-dermo-réaction*, dont l'emploi se généralise de plus en plus, réaction d' « allergie » mise au point par Burnet, donne une réponse en 24 à 48 heures et a l'avantage de persister très longtemps. Quelques auteurs il est vrai ont vu que, dans les régions infectées, l'intra-dermo-réaction était positive chez certains sujets sains, vivant au contact d'animaux malades.

En résumé, le problème du diagnostic biologique des brucelloses n'est pas entièrement résolu. MM. Julien et P. Laurent ont envisagé, dans ces conditions, une quatrième réaction biologique, de floculation, inspirée des techniques de floculation des sérums de Dujarric de la Rivière, Et. Roux et Kossovitch. Elle consiste à mélanger un antigène avec de la teinture de benjoin et à y ajouter du sérum. La floculation est facilement visible. Sur 111 sérums essayés, seuls ont floculé les 39 échantillons provenant de sujets humains ou animaux authentiquement atteints de brucellose. Les 72 échantillons non brucellosiques n'ont pas floculé.

Si les recherches des auteurs se confirment il y aurait là un nouveau moyen intéressant le diagnostic biologique des brucelloses, affections qui, on le sait, apparaissent de plus en plus répandues et importantes, tant pour l'homme que les animaux domestiques.

P. L.

Société médicale des hopitaux de Paris

Contribution à l'étude physio-pathologique de la spirochétose méningée pure.

(M. P. Mollaret et Mlle B. Erber ; 29-11-1935.)

Des études entreprises par les auteurs paraît ressortir un fait fondamental, c'est que rien ne sépare, au point de vue physio-pathologique les réactions méningées des spirochétoses ictérigènes de celles des spirochétoses méningées pures. Mêmes modifications du liquide céphalo-rachidien, mêmes contrastes quantitatifs et mêmes décalages chronologiques dans les agglutinines du sang et du liquide céphalo-rachidien, même imperméabilité à la fuxine. Tout ceci paraît important au point de vue de la spirochétose méningée pure. Contrairement à ce que l'on pouvait supposer, *a priori*, il n'est nullement nécessaire d'accorder à cette maladie une place à part dans le cadre de l'infection spirochétosique. Il n'est donc peut-être plus nécessaire de rechercher également *a priori* ni un mode de pénétration spécial du germe, ni une sorte de contamination particulière, ni même une souche spéciale de spirochètes. On a l'impression que la réaction méningée a sensiblement la même valeur qu'une simple détermination viscérale au cours de cette maladie, peut-être toujours septicémique. Pour les auteurs, cette réaction méningée, cliniquement pure ou cliniquement secondaire, représente en quelque sorte une maladie de membrane, une maladie de la barrière méningée, avec ce fait spécial que la barrière, même malade, conserve son rôle protecteur vis-à-vis des tissus nerveux. On doit être frappé, en effet, par cette constatation que, malgré quelques faits exceptionnels et discutables, les encéphalites et les myélites sont pour ainsi dire absentes au cours de cette affection, où cependant, l'aggression des méninges est un fait tellement fréquent qu'il constitue un des traits communs fondamentaux du diagnostic des différentes formes cliniques de la maladie.

Réactivation des séro-agglutinines typhoïdiques chez un ancien vacciné porteur d'un phlegmon périnéphrétique.

(MM. R. Waitz et R. Pernot ; 29-11-1935.)

Cette étude met au point la valeur du séro-diagnostic chez les vaccinés, grâce à une observation clinique, qui est presque une expérience. Chez ce malade, vacciné à plusieurs reprises de seize à vingt ans avant l'épisode morbide actuel, le sérum n'a aucun pouvoir agglutinant vis-à-vis du bacille d'Eberth et des para A et B dix-neuf jours après le début clinique et fébrile.

Mais au trente-huitième jour de l'état pyrétique et respectivement trois et huit jours après deux grands frissons, on voit apparaître un pouvoir agglutinant vis-à-vis de l'Eberth à 1 % et vis-à-vis de l'Eberth seul, contrôlé à deux reprises, le malade ayant été opéré à ce moment. Ce pouvoir agglutinant a complètement disparu un et deux mois plus tard.

Il est indiscutable que chez un malade suspect d'affection typhoïde l'apparition d'un pouvoir agglutinant aussi élevé et électif vis-à-vis du bacille de d'Eberth complique le diagnostic. L'observation rapportée fournit un exemple remarquable de la valeur très restreinte qu'il faut attribuer au séro-diagnostic de la fièvre typhoïde chez les vaccinés. D'abord parce que le pouvoir agglutinant du sérum peut persister plus longtemps que quelques mois, même que quelques années. C'est ensuite à cause des phénomènes de réactivation, et ceux-ci peuvent faire apparaître brusquement des agglutinines à un taux tel et avec une électivité telle qu'aucune suspicion ne sera soulevée.

Chez les sujets ayant subi la vaccination antityphoïdique la phrase de Rist reste toujours vraie : « Le diagnostic ne peut être fondé que sur l'hémoculture ou sur l'observation clinique. »

Société de médecine de Paris

La méthode rhino-bronchique avec anesthésie laryngée par voie nasale. Méthode générale de thérapie respiratoire.

M. G. Rosenthal obtient l'anesthésie préalable du larynx sans cocaïne par une injection nasale d'huile saturée de para-amino-benzoate de butyle. L'absence de toute manipulation laryngoscopique permet ainsi de réaliser une thérapeutique intrabronchique chez tous les malades déprimés, fébriles, aigus, etc... Parmi les applications il faut signaler le traitement aurique intratrachéal, le traitement effectif du rhume de cerveau, les laryngites aiguës, la préparation à toute chirurgie, thoracique ou pulmonaire, la bronchoscopo-thérapie, etc...

A propos de la communication de M. Aubourg.

M. Guy-Laroche est d'avis que la communication de M. Aubourg sur les modifications heureuses de la cholestérolémie après les applications de courants exponentiels de basse fréquence de Le Go apporte un nouveau moyen très intéressant de traitement de l'hypercholestérolémie. Si, comme le dit Aubourg, l'action de courants sur le foie paraît probable, on peut aussi se demander si cette baisse de cholestérol n'est pas obtenue par action des courants sur le métabolisme cellulaire en général. Ces effets obtenus par une méthode physique sont à rapprocher de ceux que l'auteur a observés avec Grigaut et de Chaisemartin par la cure d'exercices physiques intensive au grand air. Il s'agit dans les deux cas d'une réactivation du métabolisme cellulaire aboutissant à des combustions plus parfaites.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 7 février 1935

Synovectomie pour genou rhumatismal avec gros corps étrangers.

M. Raphaël Massart fait un rapport sur une observation communiquée par M. Vidal-Naquet (de Paris). Celui-ci montre l'opportunité de cette intervention chez les rhumatisants même âgés qui, réduits à l'inaction du fait de leur infirmité, font des complications de leur état général, auxquelles ils succombent. La synovectomie peut être faite avec un anesthésique de base ; elle ne laisse pas de limitation des mouvements ; elle est, dans de pareils cas, très supérieure aux résections.

Appendicite tuberculeuse.

M. L. Bonnet communique une observation d'appendicite tuberculeuse subaiguë avec confirmation histologique de la nature tuberculeuse, et avec amélioration post-opératoire de l'état général. A la suite de cette observation, l'auteur reprend l'étude des formes cliniques de l'appendicite tuberculeuse.

Pathogénie de l'hypertrophie de la prostate.

M. G. Luys. — Les causes occasionnelles multiples qui ont été données de l'hypertrophie de la prostate ne semblent pas pouvoir jouer le rôle de cause déterminante. Ni l'âge, ni la sédentarité, ni le défaut d'hygiène sexuelle, ni la déficience hormonique de la prostate ne peuvent à eux seuls engendrer les lésions anatomo-pathologiques à évolution lente qui commandent les accidents urinaires dont sont victimes les prostatiques. Par contre, pour l'auteur, la cause déterminante de cette maladie est l'existence constante, chez tous les prostatiques, de l'inflammation primitive des vésicules séminales. Son opinion est basée non seulement sur les constatations urétroscopiques qu'il a faites sur plusieurs milliers de prostatiques, mais aussi sur les données anatomo-pathologiques qui lui ont montré que l'évolution des spermatocystites est exactement la même que celle de l'hypertrophie de la prostate. C'est donc l'inflammation primitive des vésicules séminales qui joue le plus grand rôle dans l'hypertrophie de la prostate. Il en résulte qu'au point de vue de la prophylaxie de cette maladie, il convient tout d'abord d'éviter toute contamination des vésicules séminales qui se fait, soit par l'urètre, soit par l'intestin, soit par l'urine, et, d'autre part, lorsque la spermatocystite existe, de la soigner attentivement en lui appliquant le traitement spécial et local des spermatocystites.

Une peu banale complication à distance d'une gastro-entérostomie.

M. G. Luquet rapporte le cas d'une femme de cinquante-cinq ans qui, opérée par gastro-entérostomie, d'une sténose consécutive à un ulcus duodénal, présenta, plus de dix-huit mois après, à la suite d'une crise aiguë, les signes d'une occlusion de l'estomac accompagnés de vomissements de bile extrêmement abondants. A l'intervention faite trois mois après cette crise, l'auteur trouva l'anastomose rétrécie et l'anse afférente extrêmement dilatée, *séparée de la bouche*, et fermée en cul-de-sac flottant librement dans l'abdomen. Il fit : 1° un agrandissement de la bouche, 2° une implantation du cul-de-sac dans l'anse afférente. Il explique ces accidents par une torsion de l'anse afférente au niveau de la bouche, torsion ayant entraîné un sphacèle et une section de l'intestin, section assez lente pour que les deux extrémités aient eu le temps de se cicatriser et de se fermer.

A propos de deux observations de corps étrangers des voies digestives supérieures chez des enfants de moins de un an.

M. Brétégnier communique ces deux observations. La première concerne un enfant de huit mois qui avait avalé une épingle broche ouverte, décelée à la radio une heure après dans l'estomac et passée trois heures après dans le duodénum. C'est là que l'auteur a pu la retirer avec quelques difficultés par duodénotomie. Suites opératoires normales. Guérison. La deuxième concerne un enfant de onze mois qui avait avalé une épingle droite assez volumineuse. On crut devoir temporiser, mais des symptômes de péritonite apparurent le quatrième jour ; mort le cinquième jour. L'auteur souligne les difficultés de la décision opératoire dans des cas semblables. Tout en tenant compte des dangers et des difficultés de l'intervention chez des nourrissons ou des enfants très jeunes, il conclut à l'intervention aussi précoce que possible lorsque le corps étranger est localisé dans l'estomac et qu'en raison de sa forme et de son volume on a des raisons de penser que sa migration dans les voies digestives ne se fera pas et qu'il risquera de perforer les parois du tube digestif.

M. Charles Buizard rappelle que la question des corps étrangers du tube digestif a été étudiée fréquemment à la Société des chirurgiens de Paris et, en particulier, à la séance du 7 janvier 1927, en ce qui concerne les épingles de bavoir avalées par les nourrissons. Les conclusions qu'il a présentées à ce moment lui paraissent toujours justes. La très grande majorité des corps étrangers s'élimine spontanément ; d'autre part toute laparotomie chez un nourrisson est extrêmement grave. Pour les épingles fermées, l'élimination spontanée est la règle : il suffit donc d'attendre. Les épingles ouvertes s'élimineront spontanément aussi le plus souvent mais il faut surveiller la progression dans le tube digestif par des radiographies très répétées. Si l'épingle reste fixée en un point du tube digestif, en particulier dans le duodénum, il sera nécessaire d'opérer. Cette intervention devra être très rapide et être pratiquée

directement sur une table radio-opératoire, sous le contrôle de la radiascopie qui permettra d'aller droit au corps étranger.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Les calcifications périscapulo-humérales et leur traitement, par la cure hydro-minérale.

(Docteurs J. GAY et R. GRANDPIERRE, de Bourbonne-les-Bains ; 6 janvier 1936).

Après un historique et une description de ces processus pathologiques ossifiants, mieux connus depuis la radiographie, qui se constituent et évoluent entre la tête humérale et l'acromion, sous des causes étiologiques diverses, traumatiques, infectieuses, goutteuses, mais en réalité sous un trouble manifeste du métabolisme du calcium, les auteurs rapportent une observation radiologique d'une formation calcique de cet ordre, mesurant 3 centimètres sur 2 centimètres et déterminant une douleur à la pression, et d'autres spontanées, paroxystiques, irradiantes, de l'atrophie des muscles périscapulaires et des limitations de mouvements de l'épaule, lésions progressives, mais qui furent enrayées par deux cures thermales de Bourbonne-les-Bains, cliniquement et radiologiquement. L'état organique préétabli a donc été modifié, et la régulation harmonieuse du métabolisme du calcium rétablie. Cette activité régulatrice de la fixation du calcium est beaucoup plus appréciable dans la consolidation des cals de fractures et dans les ostéites raréfiantes, mais combien démonstrative dans un cadre aussi circonscrit que ce foyer de l'épaule.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 14 novembre 1935

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires

MM. HUGONOT et GUICHENET. — Observation d'un homme opéré deux fois, à neuf ans de distance, pour kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Le premier kyste s'était traduit pendant cinq ans par des coliques hépatiques répétées jusqu'à état de mal. Le second a pris un masque d'ictère chronique par rétention, progressif et intense, avec gros amaigrissement. La preuve étiologique difficile à établir en raison de la présence de calculs vésiculaires et de l'imprécision des données biologiques fut apporté par une hydatidentérie, secondaire à une colique expulsive.

Séance du 12 décembre 1935

Troubles trophiques sévères et prolongés au cours de l'évolution d'une méningo-radiculo-myélite infectieuse aiguë.

MM. FRIBOURG-BLANC, LASSALE et PASSA présentent un malade de 22 ans chez qui, trois semaines après une rhinopharyngite d'apparence banale, s'est manifestée brusquement une rétention d'urine qui a persisté pendant vingt-huit jours. Successivement sont apparus : un état fébrile important, un syndrome méningé, des signes de spasticité avec douleurs intenses des quatre membres et de nombreux et graves troubles trophiques. Actuellement, sept mois après le début, le malade présente de multiples cicatrices chéloïdiennes d'escarres dont certaines sont encore en évolution, une limitation de l'extension des jambes par rétractions tendineuses, de l'amyotrophie d'un membre inférieur et des signes pyramidaux diffus.

Un cas de lithiase salivaire ayant donné lieu à l'extraction d'un énorme calcul.

MM. LABARTHE et NARDIN ont extrait d'une glande sous-maxillaire enflammée, considérée comme une sous-maxillite ourlienne, un calcul ayant la forme et le volume d'une grosse olive, pesant 4 grammes.

Encéphalite morbilleuse à forme suraiguë.

MM. BADIE, CICILE et LEQUEMENT rapportent l'observation d'un sujet qui au septième jour d'une rougeole bénigne fit une encéphalite rapidement mortelle à début épileptiforme.

Monpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

20 *décembre* 1935

L'atrophie partielle du nerf optique consécutive aux traumatismes du rebord orbitaire.

M. DEJEAN. — L'atrophie optique totale consécutive aux fractures du frontal et du maxillaire supérieur est classique ; l'atrophie partielle est peu connue. L'auteur en apporte quatre observations. Les symptomes sont subjectifs et objectifs. L'acuité visuelle tombe à 1 ou 2 dixièmes dans les deux ou trois semaines après l'accident. Le champ visuel est rétréci concentriquement ou en quadrant suivant les cas. La papille est pâle. La pupille est en mydriase. Le réflexe photo-moteur est diminué.

La lésion causale est sans doute une fêlure discrète du canal optique irradiée de la fracture du rebord orbitaire, sans déplacement des fragments et non apparent sur les radiographies.

Apophysite tibiale antérieure.

M. AIMES apporte deux cas d'apophysite tibiale antérieure, parmi plusieurs qu'il a observées. L'auteur, après avoir éliminé l'origine infectieuse et l'origine traumatique, pense avec la majorité des auteurs que l'apophysite est une dystrophie osseuse évolutive de l'adolescence.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Amédée LEGRAND, éditeur
93, Boulevard Saint-Germain

Dr E. OLIVIER. — **Anatomie de la tête et du cou. — Etude du système dentaire,** par le Docteur RAISON, stomatologiste des hôpitaux. Deux volumes. (Texte : 372 pages ; Atlas : 235 figures). Prix (les deux volumes) : 65 francs. (*Bibliothèque de l'étudiant en chirurgie dentaire*).

Chez DOIN et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon

J. MAISONNET. — **Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale.** Un vol. in-8o, 220 p., 93 fig. Prix : 28 francs.

M. DELORT. — **Ulcères de l'estomac et du duodénum** DIAGNOSTICS POSITIFS. DIAGNOSTICS NÉGATIFS TRAITEMENTS. Un vol. in-8o, 100 p. avec fig. Prix : 20 francs.

Librairie ASTRA,
73, Faubourg Poissonnière

Emile SCHAUB-KOCH. — **Psycho-physique et sexualité.** Un vol. 256 pages. Prix : 12 francs.

Edition DE LA SOCIÉTÉ DES EAUX DE VITTEL,
à Vittel (Vosges).

— **Compte rendu du Congrès de la goutte et de l'acide urique.** — Le compte rendu des travaux du *Congrès de la goutte et de l'acide urique*, qui s'est tenu à Vittel les 14, 15 et 16 septembre 1935, vient de paraître en un luxueux volume de plus de 650 pages.

Ce compte rendu sera envoyé gracieusement à tous les médecins qui en feront la demande à la *Société générale des Eaux minérales, à Vittel (Vosges).*

ARMAND COLIN
103, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

Dr Raymond MALLET. — **La démence.**

Voici un petit livre, 160 pages seulement, mais particulièrement riches d'expérience, de science et de pensée, que l'auteur a surtout écrites pour le praticien non initié aux arcanes de la psychiatrie, livre précis, concis, complet et malgré cela, d'une clarté toute nouvelle, qui jette une vive lumière sur ces problèmes si obscurs des états démentiels.

On y verra comment de l'obsession banale, trouble de la synthèse organo-psychique, en passant par la rupture de l'unité psychique chez le délirant, on aboutit à l'effondrement de l'intelligence par les lésions organiques constituées, à la démence. Cette notion de l'unité pathologique des états obsédants, des délires et des démences par une évolution, sinon fatale, du moins fréquente, est une des thèses chères à l'éminent psychologue P. Janet.

Et l'auteur décrit ensuite les aspects cliniques, la symptomatologie, la pathogénie et la thérapeutique des états démentiels et prédémentiels avec cette notion consolante des « progrès combinés des méthodes microbiologiques et allergiques dans une action préventive portant à la fois sur l'infection et le terrain, grâce aussi aux mesures d'hygiène et de prophylaxie mentales ».

Tout praticien se doit de lire attentivement ces pages. Il y gagnera de mieux comprendre enfin la pathologie et la clinique des maladies mentales.

Dr Henri MIGNON.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

R. MONIER-VINARD, médecin de l'hôpital Ambroise-Paré. — **Neurologie.** Un volume de 222 pages, avec 2 fig. (*Collection des initiations médicales*). 22 francs.

Ce petit livre rendra plus facile la tâche de ceux qui veulent aborder les problèmes cliniques de neurologie.

Souvent le débutant ne sait pas discerner la catégorie générale à laquelle appartient le trouble nerveux présenté par le malade et; par suite, il ne parvient pas à entreprendre utilement et logiquement la recherche objective des signes neurologiques. L'auteur décrit ici les principaux désordres nerveux et il dégage ce qui constitue l'essentiel de leur aspect. Afin que leur notion descriptive soit plus vivante et plus figurative, il indique pour chacun d'eux sa physiopathologie, son siège lésionnel et ses causes pathogènes les plus habituelles.

Le débutant ne sait pas pratiquer l'examen du malade suivant les exactes techniques, faute desquelles l'exploration clinique est incertaine et même trompeuse. L'auteur expose d'une façon suffisamment détaillée les procédés d'investigation directe des diverses fonctions nerveuses, en insistant plus particulièrement sur l'exploration de la réflectivité et de la sensibilité.

Les Thèses

P. — Dr G. Lecoq. — **Syphilis et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire.** (Thèse, 1935.)

A des degrés divers, la tendance des auteurs modernes est de considérer la syphilis comme un facteur plus ou moins important de l'évolution de la tuberculose pulmonaire vers la fibrose.

L'auteur a examiné 420 malades atteints de tuberculose pulmonaire confirmée par la clinique, la radiologie et la bactériologie : 287 formes ulcéro-caséeuses communes, 46 formes ulcéro-fibreuses et fibreuses diffuses, 32 formes fibreuses localisées, 55 formes diverses.

Dans ces 420 observations, vingt fois seulement, il a pu affirmer la syphilis. Soit dans 4,76 pour 100 des cas :

Quatorze fois dans les formes ulcéro-caséeuses communes, soit dans 4,87 pour 100 des cas,

Trois fois dans les formes ulcéro-fibreuses et fibreuses diffuses, soit dans 6,52 pour 100 des cas,

Deux fois dans les formes fibreuses localisées soit dans 6,25 pour 100 des cas,

Une fois dans les formes diverses, soit dans 1,81 pour 100 des cas.

De cette étude statistique, il est à penser que la syphilis ne joue aucun rôle dans l'apparition ou le réveil de la tuberculose pulmonaire, et qu'elle n'influe pas sur l'évolution de cette affection vers la caséose ou la fibrose.

P. — Dr H. Monier. — **La radiographie pulmonaire sans écrans renforçateurs.** (Thèse, 1935.)

Parmi les conclusions du travail inaugural du Dr Monier, signalons la suivante :

La radiographie pulmonaire rapide, à la plus grande distance possible, et sans écrans, nécessite une énergie telle, qu'elle ne peut être envisagée qu'avec un appareillage de grande puissance et avec un tube à anode tournante. Elle reste l'apanage des grands centres pouvant disposer d'un tel appareillage. Mais les progrès qui peuvent être réalisés permettent d'entrevoir la possibilité d'utiliser bientôt des appareillages plus courants.

Les radiographies pulmonaires sans écrans, à temps de pose égal et pour un même sujet, sont nettement supérieures à celles prises avec écrans.

T. — Dr Jean Piollet. — **L'équilibre du bassin en orthopédie**. (Thèse, 1935.)

Dans cette thèse, l'auteur étudie la statique du bassin, à l'état normal et à l'état pathologique, en insistant sur le retentissement vertébral de cet équilibre pelvien.

Après une courte étude anatomo-physiologique de la ceinture pelvienne et de ses articulations intrinsèques et extrinsèques, il montre que le bassin se comporte comme un bloc osseux soumis à une multitude de forces, pouvant osciller en avant, en arrière et latéralement, et qui entraîne la partie inférieure de la tige rachidienne.

L'équilibre du bassin est étudié et mesuré par rapport au plan frontal et au plan sagittal. Piollet donne un moyen clinique facile de vérifier l'inclinaison normale du bassin par ce qu'il appelle la règle des trois plans (équidistance des plans horizontaux passant par l'ombilic et les épines iliaques).

L'équilibre normal du bassin étant connu, sont envisagées les modifications pathologiques les plus courantes et leur retentissement rachidien, les indications thérapeutiques par des moyens orthopédiques, chirurgicaux et par la gymnastique.

St.-Dr M. Heuillon. — **L'aplasie familiale du maxillaire supérieur.** (Thèse 1935.)

Les caractères cliniques de l'aplasie du maxillaire supérieur peuvent être résumés ainsi : Dépression maxillaire et génienne ; Voûte palatine étroite et ogivale ; Déficit intellectuel.

A la radiographie, transparence du maxillaire, imprécision de ses contours et recul de la limite antérieure du corps maxillaire par rapport à la ligne arcade sourcilière-symphyse mentonnière.

Cette affection se présente également au niveau du maxillaire inférieur dont l'atrophie primitive peut coïncider avec celle du maxillaire supérieur ou exister seule.

Le système endocrinien et principalement l'hypophyse pourrait jouer dans l'étiologie de cette affection un rôle de premier plan. Il semblerait qu'on puisse cliniquement opposer ce type de déformation à l'acromégalie.

P.-Dr L. Bernstein. — **L'ictère hémolytique familial chez l'enfant et son traitement par la splénectomie.** (Thèse 1935.)

L'ictère hémolytique familial semble relever d'un facteur héréditaire.

Les cas observés chez l'enfant ne sont pas fréquents.

Etant donnée l'insuffisance notoire des traitements médicaux, la splénectomie, associée aux transfusions de sang, reste chez l'enfant, comme d'ailleurs chez l'adulte, la médication héroïque de l'ictère hémolytique.

Les suites opératoires se montrent en général excellentes et les résultats éloignés paraissent suffisamment favorables.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

UN FILM INÉDIT : L'HOMME

On dit parfois d'une idée qu'elle est « dans l'air » ; personne ne s'en souciait six mois auparavant : elle est tout à coup sur toutes les bouches.

Ne vous semble-t-il pas que l'idée « dans l'air », pour les médecins de 1936, c'est de s'aviser que nos études analytiques de l'homme, de chaque appareil, de chaque organe, de chaque cellule nous ont amenés dans une impasse dont il importe de s'évader au plus vite ? Il nous faut monter sur une hauteur et regarder l'homme parmi les hommes, et non plus nous acharner à l'oculaire d'un microscope. Nous avons assez vu d'atlas, de coupes, de schémas ; nous voulons un film où regarder marcher, se nourrir, travailler, réfléchir, vivre enfin, celui que nous n'avons connu jusqu'ici que mort, étalé en préparations anatomiques, ou bien vivant au ralenti, circonscrit et compartimenté pour la commodité de nos observations.

Avant la guerre (je parle de ce que j'ai connu — en est-il autrement aujourd'hui ?) les études médicales se fondaient d'abord, avec une paisible assurance, sur l'anatomie, l'histologie, l'anatomie pathologique, sciences statiques, concepts de cabinets et d'amphithéâtres. Il était logique de s'attacher en premier lieu à l'étude du terrain sur lequel on s'aventurait. Mais ce fut, parmi les savants, une telle émulation dans la recherche, une poursuite si appliquée du piquant détail auquel on eût chance d'accrocher son nom, que le corps humain, ce mouvant réceptacle de vie, devint ni plus ni moins qu'un palimpseste livré à d'insatiables épigraphes. C'était l'époque où le moindre candidat au moindre concours devait pouvoir nommer la plus minime rugosité à la surface d'un os, et suivre le trajet du trijumeau jusque (et y compris surtout !) « le filet ethnoïdal du rameau nasal de la branche ophtalmique, etc., etc... Nous étions glorieux de savoir démonter la mécanique dans ses milliers de pièces. Savions-nous, au moins, comment elle marchait ? Oui, nous nous *figurions* le savoir quand nous avions parlé de trypsine, d'entérokinase, d'influx nerveux, de rythme cardiaque. Même nous avions la prétention, en levant le capot, de reconstituer les phases de la panne finale.

Il eût été bon qu'un homme, à ce moment, vint nous dire « Très joli travail de patience ; un peu long, un peu byzantin, pour une simple introduction ; mais n'importe. Maintenant seulement commence votre véritable étude. Ne l'oubliez pas ; vous êtes ici non à la Sorbonne où les aventures d'un chromosome peuvent fournir la matière à d'amples récits, mais à la Faculté de médecine qui doit vous former à considérer l'homme en sa totalité. Et quand je dis l'homme, ce n'est pas encore vrai ; un médecin doit se souvenir qu'il a devant lui tel individu, M. Durand ou Mme Dupont. Cet estomac humain vous savez le disséquer jusqu'au tréfonds de ses glandes ; mais vous êtes bien incapable de dire en quoi cet organe de Pierre se distingue du même organe de Paul, et pourtant la personnalité de chacun (ce facteur dont vous devrez sans cesse vous soucier, médecins) y est certainement inscrite comme elle est inscrite dans ses spermatozoïdes ou dans ses humeurs. Ne vous attardez pas trop non plus à ces doctes dissertations anatomopathologiques. Elles ne sont rien d'autre que le constat terminal d'un drame mais ne vous apprennent rien (ou si peu) sur ce qu'il fut en réalité. La pneumonie, qui guérit toute seule neuf fois sur dix, croyez-vous savoir beaucoup sur elle quand vous aurez étudié le bloc d'hépatisation qui advint à l'infortuné dixième ; ceux qui ont guéri êtes-vous autorisés à dire qu'ils en ont eu autant ? Serait-ce exact que le point crucial serait de démêler dans le destin de X ce qui l'a amené à succomber devant le pneumocoque ».

***

Cette « personnalisation » de la médecine un homme l'avait esquissée : Léopold Lévi dans ses passionnantes études d'endocrinologie. Il ne parlait plus, lui, par noms de maladies mais par noms de malades. Il coulait ses idées dans des moules, des types : Pierre ou le surrénalien combatif et coléreux, Auguste ou l'hypo-thyroïdien apathique, Elvire ou l'ovarienne insatisfaite. Pathologie singulièrement plus proche de la réalité que celle des traités, et où les praticiens pouvaient puiser non des abstractions mais des échantillons tout montés, pourvus de relief, de mouvements. Il devenait curieux, éminemment

instructif pour le médecin et salutaire pour le malade de pouvoir substituer aux étiquettes banales : asthénique, nerveux, les schémas d'ensemble dessinés par Léopold-Lévi. Une notion de pathogénie en découlait, suivie immédiatement d'indications thérapeutiques adaptées et non plus théoriques. Rappellerai-je, plus près de nous, la captivante biotypologie de Pende ?

Si les glandes endocrines sont en possession de quelques-uns des leviers de commande de la machine humaine, il est bien certain que les centres intellectuels du cerveau en manient quelques autres tout aussi importants (à moins que ce ne soient, en définitive, les mêmes agissant sur d'autres circuits).

***

Dans un article récent (1), un psychiâtre que je regrette de ne pas connaître car sa conversation doit être fort instructive, un psychiâtre, dis-je, s'est attaché à esquisser une « psychologie différentielle », c'est-à-dire une étude des types de caractères.

Il part de cette idée que toutes les fonctions, toutes les parties de l'organisme sont solidaires et que Descartes nous a gravement trompés et s'est trompé lui-même, lorsqu'il imagina cette cloison étanche entre l'âme et le corps. (N'avez-vous pas remarqué que depuis quelques mois Descartes passe, si j'ose dire, un mauvais quart d'heure ? Tous les bio-philosophes s'accordent pour proposer de mettre sa doctrine au rancart). Chaque type humain présente en somme un double aspect, aspect physiologique, c'est le tempérament ; aspect psychologie, c'est le caractère. Une interdépendance lie entre eux ces deux aspects ; mais dire lequel conditionne l'autre, voilà de quoi nous sommes littéralement incapables. Seules les doctrines philosophiques prennent parti ; la science, elle, se récuse.

Il est cependant possible de concevoir une physiologie qui s'attache à l'étude de l'homme vivant, entier, évoluant dans son milieu, fort différente, certes, de la physiologie analytique laquelle, étudiant la motricité de l'estomac ou la conduction du stimulus cardiaque, range délibérément tout le reste de l'organisme de son champ visuel.

Déjà les Anciens pensaient, et il est permis de penser encore, que la forme d'un être vivant n'est pas l'effet du hasard, mais qu'elle a une signification précise, qu'elle objective la fonction. Cl. Sigaud a repris ce postulat fondamental ; il constate que des échanges incessants s'accomplissent entre le milieu et la matière vivante, échanges dans les deux sens, assimilation et dépense. Il note que tous ces échanges s'accompagnent d'un mouvement de la matière vivante et qu'à la surface de celle-ci ce mouvement s'accuse par une modification de la forme. Trouver la relation entre un échange déterminé et telle modification morphologique, c'est tenir une méthode pour déduire, de l'examen extérieur du corps, les fonctions les plus cachées de celui-ci. Mais ces fonctions, nous l'avons vu, prennent deux aspects : le physiologique et le psychologique. De sorte que nous voici amenés à observer chaque type humain non plus sous deux mais sous trois aspects étroitement solidaires : 1° l'aspect physiologique, 2° l'aspect psychologique, 3° l'aspect morphologique.

***

Selon le Docteur Corman l'innombrable variété des êtres humains peut se réduire à six types opposés deux à deux. Il y a le type *matériel* et le type *spiritualisé*; le type *viril* et le type *féminin* ; le type *rétracté* et le type *dilaté*. De ces six types indiquons quelques traits caractéristiques, en insistant sur les aptitudes électives de chacun ; car une aptitude, on le sait aujourd'hui, est tout à la fois une disposition physique, une attraction affective et une capacité intellectuelle.

1° TYPE MATÉRIEL, ou type terrien, ou type moteur lourd. Corps massif, os volumineux, muscles épais, mâchoire forte, crâne petit.

C'est un manuel, à l'activité puissante mais peu adroite, qui se résoudra facilement à une tâche monotone.

Instincts puissants, affections stables, sensibilité obtuse, goût des jouissances matérielles, aime l'argent, a le sens des valeurs marchandes.

Intelligence lente, a de la logique et du jugement ; doué de cette longue patience qui peut le conduire jusqu'au génie.

2° TYPE SPIRITUALISÉ, ou type moteur léger, gracile, visage triangulaire, menton effilé, crâne développé, traits fins et mobiles.

C'est un intellectuel mais, sachant s'adapter à l'instrument, pourra aussi être un manuel. Activité rapide : de l'adresse, peu de force. Instable ; pour lui pas de tâches monotones.

Très vive sensibilité, mais instincts peu puissants. Affections nombreuses et changeantes.

N'a pas le sens des nécessités concrètes ; apprécie plus la qualité que le nombre, mauvais commerçant.

Doué d'intuition, d'esprit ; mais son instabilité le dessert.

3° TYPE VIRIL, essentiellement moteur.

Prédominance de l'appareil locomoteur sur le tronc. Au visage : prédominance des lignes droites et des angles.

(1) *Gazette Médicale de Nantes*, juin 1936, Docteur L. CORMAN.

Forme combattive de tous les instincts. Orgueil, besoin de domination.

Pensée active, indépendante ; activité critique de la pensée.

4° TYPE FÉMININ, essentiellement nutritif.

C'est le tronc qui prédomine sur les os et les muscles. Contours estompés ; au visage, règne la ligne courbe.

Forme réceptive des instincts. Plus de tendresse que de passion. Besoin d'être protégé.

Intelligence surtout intuitive et assimilatrice. Qualités de second (mais précisons que le second par le rôle peut ne pas l'être par la valeur).

5° et 6° TYPES DILATÉ ET RÉTRACTÉ. Ici s'introduit la notion de l'influence du milieu. Et ici le Docteur Corman se livre à une analyse particulièrement avisée et attachante.

Pour ne pas se perdre dans le détail de ces influences du milieu qui sont considérables et innombrables, il suffit schématiquement de considérer ce milieu en bloc.

Plongé dans un milieu favorable au jeu de ses fonctions, l'organisme prospère ; l'enfant est très tôt un modèle de vigueur et de bonne santé. A vingt ans, il est de bonne taille, de forte corpulence et a achevé sa croissance.

Si le milieu est défavorable, même vigoureux, l'enfant restera maigre ; la puberté sera tardive comme la maturité. Le corps sera d'un modèle dur avec des reliefs osseux et musculaires encadrés de sillons. Le visage est allongé, osseux. On a l'impression que la matière vivante s'est « rétractée » devant les attaques du milieu extérieur.

La vitalité des « rétractés » sera-t-elle inférieure à celle des « dilatés ». Pas du tout. Il a manqué à ces derniers d'avoir à réagir, à se défendre. Les rétractés seront parfois débiles, contrefaits, mais ils ont l'habitude et l'entraînement du combat ; ils peuvent vaincre là où les épanouis se laisseront surprendre et massacrer.

Ici le Docteur Corman se livre à un parallèle entre les deux types précités où les touches se font si nettes et si évocatrices que j'ai cru voir passer sous la trame de ses descriptions quantité de gens de moi connus. « Voilà un tel » me disais-je. Et mon guide ingénieux m'aidait à mieux dépouiller, au physique et au moral, un homme que je croyais bien connaître. N'est-ce pas là une bonne façon de leçon clinique ?

Le type dilaté, bien adapté à son milieu, est aisé dans ses manières, adroit, pourvu de bons automatismes.

Le rétracté se montre souvent gauche, saccadé dans ses gestes ; mais avec le temps, il peut acquérir une précision inaccessible au premier.

Le dilaté est euphorique, bienveillant, aimable. Il a énormément d'amis (le malheureux ! beaucoup d'amis, pas d'amitiés). Il ne sait pas dominer ses désirs ; c'est un luxurieux et un gourmand.

Le rétracté est pessimiste et défiant. Il est secret, a peu d'amis mais il les a longuement choisis. Il a la maladie du scrupule et la pudeur de sa sensibilité.

Sur le plan intellectuel le dilaté se montre essentiellement concret et réaliste. Il est tout entier dans la sensation présente ; il pérore avec facilité, écrit avec verve, a des opinions qui concordent avec celles de son époque et de son milieu et n'est capable d'aucune originalité. Il est de ces gens pour qui le conformisme fait partie intégrante d'une bonne éducation.

Le rétracté, en se rétractant, se réserve ; s'extériorisant moins il accède à la vie intérieure. Ce peut être un aigri, un envieux parce que raté ; mais ce peut être aussi le génie qui porte le ferment de vérités nouvelles, l'agitateur, le prophète. Il faut une parcelle de ce type pour accomplir de grandes actions.

Et chez l'enfant enfin, quelle pathétique opposition entre les deux types : le « gosse de riche » à qui tout cède, et le souffreteux de Berck qui, en prenant conscience de lui-même, mesure sa déchéance.

Il ne s'agit naturellement pas de ramener tous les êtres humains à ces six types schématiques ; toutes les intrications, même des types les plus antagonistes, se rencontrent et créent les innombrables nuances qu'on trouve dans la réalité.

C'est ainsi que, à considérer par exemple le front, cette partie noble et foncièrement intellectuelle de la physionomie, un même front, vaste et puissant, peut avoir chez deux individus une signification fort différente. Dominant un massif facial large, une mâchoire fortement construite, il sera l'asile d'une intelligence bien charpentée, réalisatrice, à qui manque peut-être la distinction mais qui sera capable d'accéder au génie.

Ce même front pourvu d'une figure délicate, d'une mâchoire en pointe ne sera guère digne que d'un dilettante, curieux de tout, mais incapable de rien mener à bonne fin.

Et le Docteur Corman sans vouloir reprendre à son compte les aventureuses déductions de la phrénologie, ne peut cependant s'empêcher de croire (et de dire) que le crâne, modelé sur le cerveau au cours de son développement, indique de quelque façon la valeur de l'organe de la pensée.

En quoi il se rencontre avec un autre chroniqueur (1) qui écrit : « Ses vues (de Gall) n'étaient pas exemptes de justesse... Quant à la céphalométrie de Harembert, comprise évidemment dans un sens un peu différent, elle est devenue

(1) Maurice GILLE. — *In Revue pratique de Biologie appliquée*, janvier 1936.

une méthode assez féconde et qui fait partie intégrante des recherches anthropologiques ».

***

Pour en revenir à nos moutons, je veux dire à l'étude médicale d'un être humain, n'êtes-vous pas d'avis que de telles considérations ont une valeur pragmatique dont il est grand temps que nous nous avisions ? Il est certain qu'une hémoculture, une bacilloscopie positive, un dessin de néoplasme sur une radio ont une valeur absolue et sont des éléments imprescriptibles d'un diagnostic. Mais nous ne parlerons pas le même langage au « dilaté » enclin à tout prendre « à la bonne », et au « rétracté » dont le regard froid mais réellement frémissant nous guette. Le pronostic saura se nuancer suivant les caractéristiques personnelles ; et le traitement enfin, où nous oublions trop souvent le grand rôle à faire tenir à la psychothérapie, saura utiliser l'optimisme (débile en définitive) de l'un, et les ressources infinies de la volonté chez l'autre dès qu'il se saura menacé.

Ce sera moins aisé que de discuter tout uniment les indications et les possibilités d'un pneumo ? Certes ! Mais quelles passionnantes sonates à jouer sur ces claviers vivants. Et quels virtuoses inconnus se révéleront soudain parmi nous, parmi nous qui devenus trop savants et dogmatiques, perdons chaque jour du terrain devant les charlatans.

G. LAVALÉE.

II

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE CE TEMPS

A neuf heures du soir, strident et impérieux, le téléphone retentit. Il faut, de toute urgence, se rendre au chevet de Madame X. Et le médecin, qui commençait à savourer la tiédeur des pantoufles, n'a plus qu'à se rechausser et s'élancer sous la pluie nocturne.

Elle n'a pourtant pas l'air si malade que çà, la bonne dame ! Oui, mal à la tête, et courbaturée, et de l'enchifrènement et de la toux. Un coup d'oreille, et le médecin se redresse pour contempler ces humbles gens qui, à l'occasion d'une simple grippe (38°8 ! ! !) s'apprêtent à payer une visite de nuit. Ouais !

Le mari, noblement, a tendu une feuille aux armes de l'article 59. Ainsi s'explique (et se finance !) le si pressant désir qu'ils avaient de faire soigner cette grippette.

En remontant en voiture, le médecin évoque une figure bouleversée vue ce matin même. Un pauvre homme accourait, suppliant qu'on allât voir le plus tôt possible sa petite fille. Depuis le milieu de la nuit, elle « toussait rauque » ; le père, la mère, sans se rien dire, étaient hantés de la même épouvante. Ils avaient usé le reste de leur nuit à compter les heures, dents serrées, souffle coupé ; à attendre. Attendre quoi ? Le matin, l'heure permise. Parce qu'une visite de nuit, cela fait lourd dans un budget d'ouvrier qui « honore » son médecin.

Ces deux petites scènes, je les dédie aux ministres, aux parlementaires, aux conseillers généraux, municipaux, à tout le diable et son train. Sans m'illusionner d'ailleurs ! Les plus importants d'entre eux sont très occupés en ce moment à confectionner un ministère ; et c'est fichtre ! plus urgent que de prêter l'oreille à de si menues historiettes.

Simplement pour prendre date — pour que, le jour où la France ne sera plus qu'un ramassis de galvaudeux, de fantoches sans ressor, sans fierté, sans initiative, sans virilité et que des dominateurs surgiront aux frontières, nous puissions, nous, les médecins du peuple, crier aux personnages consulaires :

« L'heure que nous redoutions a sonné. Rendez vous : nous n'avons plus d'hommes. A force de faire la sélection à rebours, de gaver les paresseux et les gueulards, d'accabler les probes et les scrupuleux, vous avez banni le goût du travail et de la prévoyance. Regardez-la, votre clientèle ; elle est vautrée sur ses cartes de chômage, ses carnets d'allocations, ses feuilles, ses titres, *ses droits*. Pourquoi voudriez-vous qu'elle se souciât d'autre chose ? Allons, Messieurs, encore un ministère ! Mais faites vite ! Donnez leur des armes à vos ministres. Et qu'ils aillent se faire tuer. C'est le dernier geste d'usage des généraux incapables ».

G. LAVALÉE.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Vente de spécialités pharmaceutiques irrégulières. Responsabilité du pharmacien ou du propharmacien

Un adhérent du Sou Médical, médecin propharmacien, demande une consultation juridique à cette Ligue de défense professionnelle, pour le cas suivant : il délivre à ses seuls malades une spécialité pharmaceutique, de marque étrangère. Or, le service des fraudes, ayant fait faire une analyse dudit médicament, constata que la composition des substances entrant dans la confection dudit produit ne correspondait pas, en qualité ni en quantité, à la formule inscrite sur l'empaquetage.

Le médecin propharmacien est donc l'objet d'une instruction judiciaire, comme ayant débité et vendu au public un produit spécialisé irrégulier à cause de sa composition et également défectueux parce que le nom du pharmacien fabricant ne figure pas sur l'étiquette, ni sur l'empaquetage.

Le confrère peut-il être considéré comme coupable et, par suite, rendu responsable de cette frande ?

Pour faciliter notre étude juridique, nous allons envisager d'abord la situation de la jurisprudence en ce qui concerne la responsablilté du pharmacien détaillant, à propos de la vente de médicaments en général ; puis nous examinerons plus directement la responsabilité dans la vente des produits spécialisés.

Les produits en vrac, non spécialisés.

La jurisprudence est actuellement bien fixée sur ce point, à savoir que le pharmacien détaillant doit vérifier, à l'arrivée, les produits qui lui sont livrés en vrac, par quantités, par le grossiste et qu'il n'a pas préparés lui-même.

A bon droit, les Tribunaux considèrent le pharmacien moins comme un commerçant que comme homme de science et de laboratoire. Ce n'est pas un simple intermédiaire entre l'acheteur et le producteur, ou le fournisseur en gros, mais un savant, un chimiste, qui, pour la protection de la santé publique, ne doit débiter que des produits qu'il a préparés lui-même ou dont il a contrôlé la composition.

D'ailleurs, aux termes de l'article 25 de la loi du 21 Germinal an XI, le pharmacien doit exercer une surveillance personnelle et sérieuse sur la préparation, la vente et le débit des médicaments, puisqu'il a le monopole exclusif de cette préparation et de cette vente.

Nombreuses sont les décisions de justice, déclarant le pharmacien détaillant responsable des accidents survenus à la suite de la mise en vente des médicaments qu'il a reçus en certaines quantités du grossiste et dont il n'a pas vérifié la quantité, ni l'authenticité chimique. (Voir cette jurisprudence in *Concours Médical* 1932, 174.)

Les produits spécialisés, vendus sous cachet du fabricant.

Cette jurisprudence serait-elle applicable, dans le cas où le pharmacien — et surtout le médecin-propharmacien, — aurait débité un médicament préparé par une firme pharmaceutique, sous l'empaquetage et la marque de ladite firme ?

Pour apprécier les différentes responsabilités que pourrait encourir le détaillant, nous devons examiner le problème sous plusieurs aspects.

1° Les médicaments secrets

L'article 32 de la loi de Germinal fait défense aux pharmaciens de mettre en vente des médicaments secrets.

Or, depuis le décret du 13 juillet 1926, n'est plus considérée comme médicament secret la préparation officinale, ou magistrale, conforme au Codex, préparée à l'avance pour la vente au public, spécialisée ou non, à la condition de porter inscrits sur les flacons, boîtes, paquets et emballages, qui contiennent ou enveloppent le produit, le nom et la dose de chacune des substances actives, entrant dans la composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien qui prépare le médicament. Sont qualifiées substances actives celles qui sont réputées posséder des propriétés médicamenteuses, ainsi que celles que le pharmacien préparateur déclare contribuer à l'efficacité curative, ou préventive du produit. Le nom de chaque substance active s'entend de sa dénomination scientifique usuelle, toute notation en symboles chimiques ne pouvant intervenir que comme complément de dénomination. La dose de chaque substance active s'entend soit de son poids par unité de prise déterminée, soit de sa proportion centésimale pondérale dans la préparation.

Il en résulte que, selon les termes de ce décret, le pharmacien, ou médecin propharmacien doit s'assurer, avant toute mise en vente de produit spécialisé, que les conditions requises sont remplies, afin que ledit produit ne soit pas considéré juridiquement comme médicament secret, dont la vente est interdite.

Serait donc en faute le pharmacien, ou propharmacien qui délivrerait des spécialités, ne comportant pas le nom du pharmacien fabricant, ou dont la composition ne serait pas inscrite sur l'étiquette.

2° Les spécialités conformes aux prescriptions du décret

Ces préparations pharmaceutiques se présentent sous trois aspects différents : spécialités dites irremplaçables ; spécialités dont l'efficacité repose sur une découverte pharmacologique ; préparations officinales ou magistrales préparées d'avance.

Dans le premier groupe, nous rangeons les produits que le pharmacien ne peut préparer lui-même, tels les produits opothérapiques, les arsénobenzènes, etc...

Dans le second groupe, nous ferons entrer ces nombreuses spécialités, qui dérivent de découvertes faites dans certains laboratoires, à la suite de recherches patientes, longues et minutieuses, faites par des techniciens, qui ne se livrent qu'à des travaux déterminés.

Ce sont alors tous les dérivés pharmacologiques qui ne sont que des améliorations de corps chimiques définis et répandus dans le commerce. Mais les recherches d'une firme aboutissent à une épuration plus grande, à une tolérance plus parfaite, à une action thérapeutique plus marquée.

Enfin, dans le troisième groupe, nous comprendront certains produits, préparés d'avance par un grossiste et destinées à être vendus au public sous une dénomination et une marque de fabrique déposée.

Il est évident que le pharmacien, — à plus forte raison le médecin-propharmacien, — ne peut être tenu d'analyser le produit spécialisé, pour rechercher si les composants inscrits sur l'étiquette se retrouvent bien dans la préparation et dans la quantité indiquée.

Pour ce faire il conviendrait de déchirer l'empaquetage, ouvrir le flacon, la boîte, pour faire cette analyse. Le produit serait perdu pour la vente, puisque le cachet de garantie apposé sur l'occlusion de l'empaquetage n'existerait plus.

Si une fraude est découverte, si une boîte ne contient pas le nombre de cachets voulu, si la préparation ne renferme pas tous les composants indiqués, à la dose marquée, le premier responsable doit être, en toute évidence, le pharmacien préparateur du produit. Le détaillant, le propharmacien ne sont que des intermédiaires, se contentant de délivrer au public un produit spécialisé, qui n'est pas un médicament secret et qui est présenté, pour la vente, sous un empaquetage qui, fermé dans les magasins de conditionnement de la firme, doit être présenté intact à l'acheteur.

Je ne m'occupe ici que des préparations sérieuses, fabriquées par des laboratoires présentant toutes garanties d'honnêteté, de probité scientifique et technique.

Je laisse bien entendu, de côté, ces toujours trop nombreuses préparations, qui ne font aucune réclame auprès du Corps médical — et pour cause ; mais qui encombrent les pages d'annonces des journaux destinés au grand public.

Les premières, dites spécialités médicales, sont hors de discussion ; les secondes ne constituent parfois que de grossières imitations de produits sérieux, ou même ne contiennent aucun principe actif, pour que la préparation, ainsi vendue en dehors des conseils du Corps médical, soit inoffensive, pour ne pas dire ienfficace.

Le pharmacien ou propharmacien qui accepterait de débiter des produits de compérage, ou des spécialités qui déshonorent la profession pharmaceutique, pourrait être rendu responsable, comme s'étant fait le complice d'un commerce qui n'a pour but que de tromper le public et d'exploiter sa crédulité. Dans ces cas, l'esprit de lucre, l'amour du gain irrégulier rendraient le détaillant complice du fabricant malhonnête.

Conclusion.

Si le pharmacien détaillant reste, à bon droit, responsable de sa négligence, lorsqu'il ne surveille pas attentivement les produits qui lui sont délivrés en vrac et en certaines quantités, par le grossiste, pour être ensuite débités au poids médicinal, j'estime au contraire, que ne saurait encourir aucune responsabilité le pharmacien ou médecin-propharmacien, qui, à l'instar d'un simple intermédiaire, délivre au public des spécialités dites médicales, conformes au décret du 13 juillet 1926.

Seul le pharmacien spécialisé, fabricant d'une marque incriminée doit avoir à donner des explications au service des fraudes, ou aux Tribunaux répressifs, s'il est prouvé que les médicaments, mis en vente sous la garantie du fabricant, présentent des irrégularités de poids, de nombre, ou de qualité des composants.

Paul Boudin.

RÉVOCATION DES MÉDECINS D'HOPITAUX

Les changements survenus dans la constitution des Conseils municipaux ou par l'élection d'un nouveau Maire ont leur répercussion au sein des Commissions administratives des hôpitaux.

Fréquemment le Sou Médical doit s'occuper de plaintes de confrères qui sont les victimes de rancunes politiques ou qui sont dépossédés de leurs fonctions hospitalières au profit d'un praticien bien en cour.

Dans quelles conditions la Commission administrative d'un hôpital peut-elle révoquer un médecin ?

Par son article 14 la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, décide que « la Commis- « sion administrative nomme son secrétaire, « l'économe, les médecins et chirurgiens ; mais « elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation « du Préfet ».

Ce qui signifie que si une nomination ne doit pas être soumise à l'Administration préfectorale, il n'en est pas de même de la révocation, qui, obligatoirement par le texte de loi précité, doit être déférée à la censure préfectorale.

Les Commissions administratives tiennent donc de la loi le droit absolu de révoquer un médecin sous n'importe quel prétexte, à la condition que le Préfet laisse passer.

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 20 janvier 1911 (*Concours Médical*, 1921, 2528) décide que « l'ap- « préciation des motifs, pour lesquels une Com- « mission administrative d'un hôpital a révoqué « un médecin de ses fonctions, échappe à la « connaissance du Conseil d'Etat. »

Cependant, des garanties sont données aux médecins, pour les préserver de l'omnipotence et de l'injustice des dites Commissions, lorsque ces dernières, sans s'arrêter à des motifs d'ordre professionnel, ou de service administratif, veulent cependant se débarrasser d'un praticien.

Tout d'abord, de très nombreux arrêts du Conseil d'Etat ont décidé que le médecin d'hôpital ne peut être révoqué sans avoir eu connaissance de son dossier, selon les termes de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

D'autre part, des Circulaires ministérielles sont intervenues pour donner certaines garanties aux médecins. Ces circulaires ne s'imposent pas aux Commissions administratives, qui tiennent de la loi du 7 août 1851 une très grande autonomie ; mais les Préfets doivent s'y conformer du moment où le dossier de révocation doit leur être soumis, aux fins d'approbation.

Citons d'abord une Circulaire, dite Circulaire Clemenceau, du 3 décembre 1907 (*Concours Médical*, 1908, 110) : « aussi ai-je décidé que, « désormais, avant d'approuver et de rendre « ainsi définitive ces révocations, vous aurez à « me soumettre le dossier de l'affaire. Je n'ai « pas besoin d'ajouter qu'un dossier ne me « paraîtra pas susceptible d'examen, s'il ne con- « tient pas, avec les griefs nettement formulés « par la Commission administrative contre le « praticien, les explications fournies par celui-ci, « ou la preuve qu'il a été mis à même de les « produire devant la Commission, avant qu'elle « ait délibéré. Vous joindrez à ces pièces votre « avis motivé. »

Une autre circulaire ministérielle, du 31 mars 1926, commettant le règlement modèle des hospices et hôpitaux, délibéré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, comporte sous l'article 11 (page 14) : « Les dispositions, par « lesquelles les médecins et chirurgiens ne peu- « vent être révoqués qu'après approbati n du « Préfet, ne figure pas dans le nouveau règle- « ment, comme faisant double emploi avec « l'article 6 ci-dessus et l'article 14 de la loi du « 7 août 1851.

« Je vous rappelle que ces praticiens ne doi- « vent être révoqués que pour des motifs pro- « fessionnels, et que par circulaire du 3 décem- « bre 1907, je vous ai recommandé, avant « d'approuver une révocation, de me communi- « quer le dossier de l'affaire, avec les explica- « tions fournies par l'intéressé. »

Il en résulte que si un Préfet passait outre aux recommandations ministérielles, il serait responsable vis-à-vis de son supérieur hiérarchique ; mais l'approbation qu'il aurait donnée à une révocation, en se passant de l'avis ministériel, ou pour d'autres motifs que les professionnels, ne serait pas entachée d'illégalité, puisque la loi du 7 août 1851 n'impose pas la communication du dossier au ministère de la Santé publique.

Le Conseil d'Etat ne pourrait pas admettre la demande en annulation, laissant le Préfet encourir les sanctions disciplinaires qu'il mérite, sans rapporter la décision comme irrégulière.

Certes, la loi du 7 août 1851 aurait besoin de subir quelques retouches, pour donner plus de stabilité au Corps médical. Jadis, lors du vote de ladite loi, le rôle médical était bien modeste dans un hôpital. Aujourd'hui, le Corps médical hospitalier ne devrait plus être légalement considéré comme un employé supérieur, mais comme un collaborateur indispensable, un technicien dont le statut doit être nettement précisé par la loi, pour lui donner plus de stabilité.

Paul BOUDIN.

CHRONIQUE FISCALE

Les docteurs appointés et la patente

Depuis longtemps nous soutenons que les docteurs qui ne font pas de clientèle, mais qui mettent toute leur activité au service des Compagnies d'assurances, de mines, de chemins de fer, ne sauraient être regardés comme exerçant une profession non commerciale patentable, mais bien comme agents appointés desdits groupements.

Nos principaux arguments étaient de deux sortes :

1° Le médecin n'était pas honoré par le sujet examiné qui n'était pas son client ;

2° Il se trouvait vis-à-vis de l'établissement qui recourait à ses services dans une certaine dépendance résultant des conditions stipulées dans la lettre de service ou dans la délibération du Conseil d'administration qui le nommait médecin de l'établissement.

Différents arrêts avaient déjà indiqué que le Conseil d'Etat était favorable à la thèse que nous soutenions, mais cependant laissaient à l'Administration quelque espoir de triompher dans le cas où le même docteur serait attaché à plusieurs établissements.

Nous avons donc accueilli avec grand plaisir un arrêt du 6 janvier dernier qui adopte dans ses considérants toutes les conclusions que nous avions développé dans la requête.

Pour que nos lecteurs se rendent compte par eux-mêmes de la portée de cet arrêt en voici les considérants :

....

« Considérant que l'art. 17 de la loi du 15 juillet 1880, dispose que « ne sont pas assujettis à la patente............, les commis et toutes les personnes travaillant à gages, à façon et à la journée, dans les maisons, ateliers et boutiques des personnes de leur profession.

« Considérant que le sieur Adam est le médecin à Paris, des Compagnies d'assurances « Le Nord », « La Préservatrice » et « La Paternelle », de la Compagnie des chemins de fer du Nord et du réseau des Chemins de fer de l'Etat ; qu'il est lié auxdits organismes par des contrats qui déterminent ses attributions et le périmètre où elles doivent s'exercer ; qu'il résulte de l'instruction et qu'il est reconnu par l'Administration que le sieur Adam, qui n'exerce pas la médecine à son domicile, n'a pas de clientèle particulière que ses émoluments, qui consistent en des appointements fixes et des honoraires déterminés d'après le nombre de ses consultations ou de ses visites, lui sont versés par les divers organismes qui ont recours à ses services en exécution des conventions qu'ils ont passées avec lui ; que, dans ces conditions, le sieur Adam doit être regardé comme leur commis, sans que la circonstance qu'il est lié à plusieurs commettants, soit de nature à modifier la situation juridique vis-à-vis de chacun d'eux ; que dès lors, c'est avec raison que le Conseil de Préfecture lui a accordé décharge de la contribution des patentes. »

Donc maintenant plus de doute, le médecin qui ne fait pas de clientèle, qui est attaché à un ou plusieurs établissements le rémunérant par traitement fixe ou proportionnellement au nombre des visites effectuées est un salarié non patentable.

Dans le cas où le même docteur aurait une clientèle particulière et serait en même temps médecin d'un établissement dans les conditions prévus par l'arrêt ci-dessus, il ne pourrait être imposé à la patente que sur la valeur locative des locaux professionnels servant pour sa clientèle à l'exclusion de la valeur locative des locaux où il opère pour le compte de l'établissement qui l'appointe.

Nous engageons donc les nombreux intéressés qui seraient imposés à la patente à nous adresser leurs avertissements pour que nous les fassions dégrever.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal
Directeur du *Contribuable français*

LA DÉFENSE PASSIVE CONTRE LES GAZ

Nombreux sont déjà les ouvrages, fort complets d'ailleurs, qui exposent et mettent au point cette importante question, à mesure de leur parution. Le plus récent est celui du *Professeur Guillaume* (de Strasbourg). Il a pour titre « *S'il y avait la guerre ! Protégeons-nous contre les attaques aériennes* » (1).

Après une préface du général Niessel, dont on connaît la haute compétence en la matière, cet auteur expose dans une première partie le péril aérien et la défense aérienne, les mesures et l'organisation sanitaires en prévision des attaques aériennes. La deuxième partie est consacrée à un exposé théorique: question des gaz asphyxiants; soins d'urgence à donner aux victimes des bombardements. C'est enfin, dans tous leurs détails, la protection individuelle (masques, etc.) et la protection collective (abris, postes sanitaires, tranchées, etc.).

Comme tous les ouvrages de ce genre, il doit être lu dans l'esprit que va nous indiquer notre éminent collaborateur, le docteur Chavigny, médecin général de l'Armée, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, dans l'intéressante communication qui suit.

***

Au point actuel de la défense passive contre les gaz en France, le but capital et immédiat est de conquérir le public, de le convaincre de la nécessité de cette défense passive, de grouper les bonnes volontés encore incertaines, de vaincre l'indifférence générale.

Cette défense n'aura, en effet d'efficacité que du jour, où le public sera résolu à s'en occuper, à y prendre part.

En l'état présent, le point de départ de toute la campagne à mener, c'est la *conférence publique*, qu'il faut répéter sur tous les points du territoire au sujet de la défense passive contre les gaz.

Et cette conférence n'est pas déjà si aisée à préparer, ni même à faire.

J'ai assisté à nombre de conférences de cette sorte. *Elles auraient surtout dû être* **convaincantes** ; *la plupart n'étaient que savantes.* Donc, elles n'ont nullement atteint leur but. Elles n'ont certainement pas conquis d'adeptes nouveaux à cette défense passive. Par conséquent, elles n'ont servi à rien.

En cette question, il n'est que trop facile de faire une conférence très savante, toute bourrée de statistiques, mais surtout d'une nomenclature chimique absolument hors de propos. Une énumération compliquée, et surtout complète, des appareils, qui ont été en usage à la fin de la dernière guerre, n'a même qu'une utilité fort incertaine, surtout rétrospective. Ce sont des appareils qui *ont servi*. Ils sont probablement démodés à l'heure actuelle. Ils le *seront* certainement à l'égard des *nouveaux gaz* ou produits, qui surgiront au début de la prochaine guerre. Personne n'a le moindre doute à cet égard. Les examiner trop en détail pousse donc au septicisme, à la critique, bien plus qu'à une conviction raisonnée.

D'une façon générale, un cours qui n'a pas *une base* **psychologique** *bien étudiée*, est un simple bavardage.

Pour qu'un cours, pour qu'une conférence aient un résultat utile, il faut qu'ils soient psychologiquement adaptés à l'état mental des auditeurs, ainsi qu'au but réel de la réunion. Or, à une conférence sur les gaz, il n'est guère un auditeur sur cent, qui soit capable de comprendre les explications d'ordre chimique, dont on est tenté de l'éblouir.

Ne vaut-il pas mieux, par des exemples bien choisis, *démontrer* que l'attaque par gaz est l'un des moins meurtriers parmi tous les procédés de guerre, quand il vient s'abattre *sur des gens bien préparés*, bien rompus à l'usage du masque individuel.

Des auditeurs resteraient-ils indifférents ou incrédules au récit du cas vécu que voici :

Dans un secteur du bois Le Prêtre, on savait que l'ennemi avait préparé l'émission d'une vague de gaz. Une Division nouvelle vient occuper le secteur. On l'avertit du danger, alors, cette réponse stupéfiante : « Nous sommes Division d'attaque ! Les gaz, cela ne nous regarde pas ! » Le bataillon de territoriaux, attaché à ce même secteur demande une séance nouvelle d'instruction pratique sur l'emploi des masques à gaz. — Résultat général : La Division d'attaque néglige toutes les précautions, et quand la vague de chlore se déclenche, cette Division perd 200 morts. Le bataillon de territoriaux perd un seul homme, grand débile intellectuel, auquel il avait été absolument impossible de faire comprendre le mode d'emploi du masque.

Il ne faut plus que dans l'avenir, il y ait des

(1) Vigot frère, éditeur, Paris 1936.

incrédules. Tous doivent en arriver à être *convaincus* de l'efficacité du masque individuel. Au cours de la prochaine guerre, on devrait prendre d'office des mesures de rigueur contre un chef de corps capable de dire ce que j'ai entendu pendant la précédente guerre : « Tous vos masques, c'est de la f... ! ! S'il vient des gaz, je commanderai à mes hommes : « A la baïonnette ! »

Il faut obtenir que chacun mette *toute sa confiance* dans le masque individuel, car c'est la base même de toute protection. Les procédés collectifs de défense peuvent être utiles, la chose est indéniable, mais ils sont de second plan. Ce sont les moyens qui ont la préférence de tous les indifférents, de tous les imprévoyants moyens collectifs, ils doivent être préparés par « les autres », par l' « État ». C'est par conséquent un moyen trop facile de ne rien faire, de ne rien apprendre, de ne rien préparer.

Le but, dont le conférencier doit être bien pénétré, c'est qu'il s'agit de faire l'éducation intellectuelle des auditeurs de ces conférences. Il faut les « *conquérir* » au masque, les amener à « *y croire* ». Il s'agit d'une préparation à une discipline intel-*lectuelle pour des gens qui, ayant accordé confiance au masque*, s'assujettiront alors, mais à cette condition seulement, à en faire l'exercice, à s'y habituer.

Ce premier point acquis, on pourra alors aller plus loin : on leur fera comprendre et admettre qu'un masque n'est jamais d'un *modèle définitif*. Il faut que vos auditeurs n'aillent pas plus tard récriminer, comme cela s'est souvent produit pendant la dernière guerre où nombre de gens disaient : « Mais enfin, pouquoi changez-vous constamment le modèle des masques ! Donnez-nous un bon masque et laissez-nous tranquilles ! » Non, *il n'y a pas de masque définitif*. Le masque est un moyen de défense qui, toujours et sans cesse, s'adaptera aussi exactement que possible aux conditions toujours renouvelées de l'attaque. Il n'y a donc pas de masque définitif et il n'y en aura pas, la chose est assurée. On a dit avec sagesse : « *Il n'y a qu'une chose définitive* : c'est la bêtise humaine ! ! »

Pour être capable de se servir utilement du masque, qui sera en service pendant la prochaine guerre, il faut, de toute nécessité, être parfaitement entraîné, rompu, à l'emploi du masque actuel. C'est d'une psychologie éducative certaine.

En somme, une conférence publique sur la défense passive contre les gaz est, de bout en bout, une conférence d'ordre psychologique, de propagande intellectuelle. Il s'agit de convaincre les auditeurs de la nécessité d'accepter des mesures indispensables, de se les assimiler, et surtout de se créer, en ces matières, une discipline intellectuelle faite d'une obéissance réfléchie et confiante à ceux qui préparent cette défense et s'efforcent, par tous les moyens, de la mettre au niveau des nécessités de l'époque.

Faites faire la conférence par un conférencier, qui comprenne son public, et soit compris par lui : C'est la condition formelle du succès.

P. Chavigny.

***

POUR SERVIR A LA PSYCHOLOGIE ÉDUCATIVE DE LA DÉFENSE PASSIVE

Le public doit, en effet, être convaincu de la valeur défensive du masque contre les gaz, et, de plus, savoir en quoi consistera cette *défense passive*. Mais il ne s'assimilera réellement les prescriptions de cette défense que s'il possède aussi quelques notions sur les moyens de la *défense active*. Or, celles-ci sont dans un perpétuel « devenir », qu'il est nécessaire d'adapter constamment à la perfectibilité continuelle de l'attaque aérienne.

Le général italien Novelli, chef de la section antiaérienne de Milan, n'a-t-il pas dit qu'il fallait faire connaître à toute la population civile, pas à pas, les progrès continuels de la technique des attaques aériennes ?

Il n'est donc pas inutile d'exposer ici quelques points particuliers de cette importante question.

Tout d'abord que dire de la défense *contre les appareils de bombardements ennemis*.

Certes, il ne faut pas attribuer une valeur absolue aux enseignements de la guerre mondiale et des campagnes plus récentes, encore moins à ceux découlant des manœuvres du temps de paix, attendu que le matériel, ses possibilités et ses conditions d'emploi progressent sans cesse. Pourtant, il y a là une base de discussion et d'étude, à ne pas négliger. Il est donc utile de rappeler, d'après le Général Niessel, quelques renseignements au sujet, des résultats constatés au cours des manœuvres aériennes et antiaériennes les plus récentes dans différents pays. (1)

Aux États-Unis, par beau temps et ciel clair, les avions de bombardement, même pourvus d'appareils amortisseurs du bruit des moteurs, ont été entendus jusqu'à une altitude de 5.000 mètres ou à une distance horizontale de 8.000 mè-

(1) Général Niessel, *France Militaire* du 22 novembre 1935.

tres. Pourtant une escadrille a pu être entendue jusqu'à 5.500 mètres d'altitude, par temps favorisant l'observation, par un petit nombre de postes de guet munis d'appareils d'écoute. De là ressort la nécessité de doter de ces appareils les principaux postes de guet, puisque, sans cela, les comptes rendus relatifs à la direction suivie par le bombardement seraient parfois inexacts.

Les avions de bombardement américains ont une vitesse moyenne de 300 kilomètres à l'heure. La durée moyenne de transmission des avis du poste de guet a été de trois minutes. Or, l'expérience a montré que l'aviation de chasse de la défense n'a pu se trouver à l'altitude de combat voulue que quand les objectifs attaqués par le bombardement étaient à plus de 100 kilomètres (vingt minutes de trajet) de la ligne de guet la plus avancée ; elle ne dispose plus, en cas de distance moindre, du temps nécessaire pour gagner l'altitude lui permettant d'agir utilement. Les batteries contre-avions ont pu entrer utilement en action pour la protection d'objectifs se trouvant à 12 ou 15 kilomètres du front surveillé. Si, comme c'est probable, la vitesse des avions de bombardement *s'accroît* notablement, *les distances nécessaires au bon fonctionnement de la défense devront donc être augmentées.*

Pour que les attaques de nuit restent non décelées par le service de guet, il faudrait que celles-ci s'exécutent à 6.000 ou 7.000 mètres d'altitude et que les moteurs soient munis d'amortisseurs de son (15 p. 100 de diminution du bruit). Ces conditions d'altitude ne pourront pas être toujours réalisées : il s'en faut actuellement de beaucoup. En tout cas, les avions de bombardement, pour garder des chances sérieuses d'atteindre les objectifs visés, devront descendre sensiblement plus bas en arrivant au-dessus d'eux.

D'autre part, les formations massées qu'emploient les bombardiers de jour, deviennent extrêmement vulnérables au tir de l'artillerie zénithale. Pour parer à ce danger, les avions devraient prendre entre eux des intervalles et distances de 100 mètres au moins, de manière que le même obus ne puisse pas atteindre à la fois deux avions. Mais alors, ceux-ci sont beaucoup plus exposés en cas d'intervention de la chasse ennemie.

Un bon camouflage doit, d'après les Américains, rendre les avions invisibles de jour à partir de l'altitude de 2.500 mètres.

Il vient d'être dit que pour que les attaques de nuit restent non décelées par le service de guet, il fallait qu'elles soient exécutées entre 6.000 et 7.000 mètres, et même 8.000 mètres, c'est-à-dire au-dessus des masses nuageuses importantes. Cependant, à cette hauteur de 8.000 mètres, les bombardements manqueraient généralement de précision sur les points sensibles ; et il est nécessaire que les avions descendent au-dessous des nuages ; or, à cette altitude (6 à 7.000 mètres) et sans nuages, l'artillerie D. A. C. peut devenir efficace contre eux. Nous sommes encore dans la *troposphère* (tropa, tour ; sphaira, sphère), c'est-à-dire dans la couche atmosphérique qui enveloppe la terre sur une profondeur d'environ 11 kilomètres.

Le tir n'y éprouvera pas les difficultés qu'il rencontrerait au delà dans la *stratosphère*, où les gaz sont sensiblement en repos permanent. La portée des canons de 75 mm. est donc suffisante, avec leur vitesse initiale de 750 mètres-seconde, si nécessaire au tir des contre-avions, attendu que cette vitesse initiale baisse très vite avec les calibres au delà de 75 mm., et que dans la stratosphère, au delà de 11 kilomètres, la pression de l'air diminue, en même temps que sa viscosité cinématique augmente avec l'altitude (Général Challéat).

Que penser maintenant du *camouflage par fumée.*

Le camouflage par fumées est étudié depuis il y a déjà plusieurs années en Allemagne, où l'on a effectué des essais non seulement avec des appareils fixes, mais aussi avec des automobiles et même des wagons de chemin de fer portant des appareils fumigènes : ces études allemandes ne sont pas perdues de vue.

Lors des grandes manœuvres aériennes exécutées au Japon en 1933 et 1934, il a été employé également en grand des nuages de fumée artificielle, soit pour masquer des objectifs, localités ou usines, soit pour tromper les aviateurs ennemis même après une attaque, en les empêchant de constater les résultats obtenus. On y aurait employé avec succès des postes fumigènes automobiles parcourant les rues, avant et pendant toute la durée des attaques. Pour masquer les bâtiments élevés susceptibles d'émerger de la couche de brouillard, on avait eu recours à des réseaux spéciaux de camouflage.

En France, on commence à se préoccuper de l'utilisation des fumées. L'intéressantes expériences ont eu lieu à l'occasion des manœuvres aériennes de Lyon en juillet dernier, en septembre à Sissonne, en novembre à Dunkerque où l'on a masqué ainsi tout le port, au moyen d'appareils d'études, établis par la Société industrielle et commerciale de Tourcoing. Les résultats obtenus ont été des plus encourageants. Il y a là un moyen de défense qui semble appelé à un sérieux avenir (Général Niessel).

***

Ces renseignements pourront concourir, spé-

rons-le, *à faire comprendre à tous l'intérêt d'organiser la défense passive*, ou mieux de la perfectionner au fur et à mesure que deviendront plus dangers les moyens de l'attaque.

Outre-Rhin cependant, et c'est dans la psychologie germanique, on ne cherche pas à *convaincre*, les gens, on ordonne, cela suffit. Comprenne qui peut, tout le monde *doit* obéir !

Ainsi il existe une loi sur la protection antiaérienne, annexée à celles sur le service obligatoire, et sur le service du travail.

Or, cette loi spécifie, comme les deux précédentes, que **tous les Allemands des deux sexes, et même les étrangers habitant l'Allemagne** *sont tenus d'effectuer gratuitement tous les actes, services et prestations nécessités par la défense aérienne*. Comme pour la loi militaire et celle sur le service du travail, il n'y a donc pas de limite à l'autorité de l'Etat qui a tous les droits. Les ordres sont donnés sous forme d'ordonnances de police, et leur non-exécution est punie de peines pouvant aller jusqu'à la réclusion.

Comme l'a expliqué le *Berliner Tageblatt*, « tous les Allemands devront désormais subir l'épreuve du feu, et pas seulement pour six mois ou un an et pour des exercices exceptionnels... Le but est de *sauvegarder la force de choc du moral de la nation*... et de combattre et *détruire* la psychose issue de cette *conception erronée, que la population civile est exposée sans secours ni protection aux horreurs d'éventuelles attaques aériennes* ».

G. FISCHER.

A PROPOS DE LA RÉSURRECTION DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Un de nos correspondant, le très érudit Docteur Paul Noury (de Rouen), relève une erreur historique que l'on fait fréquemment sur la suppression de l'Académie de Chirurgie à l'époque de la Révolution.

« *En 1903*, nous écrit-il, le Docteur A. Dureau a rappelé que l'Académie de Chirurgie n'avait pas été supprimée le 18 août 1792 comme on le dit communément mais le 22 août 1793, un an après la Faculté de médecine.

Le décret de la Convention supprimant les Facultés est bien du 18 août 1792, mais l'Académie de chirurgie continua à siéger et fit des démarches répétées pour ne pas disparaître. Enfin, un nouveau décret de la Convention du 8 août 1793, supprimant toutes les Facultés sans exception, fut lu à la séance de l'Académie du 22 août 1793 et le dernier procès-verbal se termine par la phrase :

L'Académie, pour obéir à la loi, arrête qu'elle lève sa séance ».

Très malicieusement, le Docteur P. Noury nous demande si la nouvelle Académie de Chirurgie se mettra sous la protection de Cosme et de Damien, les deux frères inséparables, patrons des chirurgiens de l'ancien régime, que l'Eglise orthodoxe qualifiait de Saints-Anargyres, car ils pratiquaient la médecine et la chirurgie sans demander d'argent (Ἀνάργυροι).

Saint-Cosme et Saint-Damien, d'origine arabe, exerçaient leur art en Cilicie. Ils subirent le martyre à Egée pendant la persécution de Dioclétien.

Leur désintéressement était absolu et légendaire.

Jacques de Voragine dans la *Légende Dorée* conte que, non seulement ils soignaient et guérissaient les hommes, mais aussi les chevaux, ce qui donnerait le droit aux vétérinaires de les revendiquer comme patrons.

Un jour, une dame du nom de Palladie, qui avait épuisé sa fortune en honoraires médicaux et en médicaments, eut recours à Damien qui la guérit. Reconnaissante, la pauvre femme voulut lui offrir un petit présent. Damien refusa, la cliente reconnaissante insista tellement que pour ne pas l'attrister le saint céda et accepta.

Côme l'ayant appris, reprocha durement cet acte à son frère et ordonna qu'après sa mort, il ne fût pas inhumé avec Damien. Ayant subi le martyre avec leurs trois autres frères, les chrétiens respectant le désir de Côme voulurent ensevelir Damien à part. Mais, dit toujours la *Légende Dorée*, un chameau prenant voix humaine ordonna d'inhumer ensemble les cinq martyrs.

Saints Côme et Damien firent de nombreux miracles après leur mort.

Le Pape Félix fit construire une église à Rome qui leur fut dédiée. Le gardien de cette Eglise ayant une jambe rongée par un cancer, rêva que les Saints-Anargyres remplaçaient sa jambe malade par celle d'un Maure enterré à Saint-Pierre-aux-Liens. Il fut très étonné en se réveillant d'avoir une jambe saine. On fut déterrer le Maure à Saint-Pierre-aux-Liens et l'on constata que le cadavre avait hérité de la jambe cancéreuse.

On ne tarirait pas sur les cures merveilleuses des Saints Côme et Damien, mais nous ne surprendrons pas notre confrère Paul Noury en lui affirmant que l'Académie de Chirurgie ne se placera pas sous le patronage d'anciens saints, fussent-ils *Anargyres*.

J. NOIR.

VARIÉTÉS HISTORIQUES

Il y a quelque temps le *Concours Médical* voulait bien publier un extrait que je lui avais confié, des mémoires de M. Hippolyte Guichoux, l'un des derniers descendants de la famille Demizit.

L'intérêt de cet extrait consistait en ce qu'on y voyait la manière dont se faisaient les études médicales des provinciaux au temps de Laënnec.

Mais il est d'autres pages du récit de M. Guichoux qui ne manquent pas non plus d'intérêt au point de vue de ce que Lenôtre a appelé « La petite histoire ».

Telle me paraît être la suivante :

« Marie, Noële, Céleste Eugénie Demizit, dite Mlle De Leuré, que les étourneaux du temps appelaient Mlle Délurée, épousa en 1791 Jean-René Guichoux qui, tôt après, abandonna la particule (pour cause du temps). Le mariage fut célébré dans la chapelle de Sainte-Hélène par son frère l'abbé Jean-Baptiste Demizit, à l'heure de minuit ; et dès onze heures l'église était pleine. Le futur qui était capitaine de ce temps, quoique n'ayant que 21 ans, fut obligé d'employer ses soldats de pacotille pour ouvrir un passage à lui et à sa dulcinée.

La cérémonie, le *Te Deum* chanté, finie, on rentra chez soi au son de la cloche branlée par « Fanch cam » et des tambours battus par Grabis et Fiacre, sans réveiller personne, car tout le monde était sur pied pour voir la noce du capitaine et de Mlle Délurée.

Huit jours après, c'était une autre noce, pas aussi gaie ; le congé était expiré (les congés vont si vite !), le jeune capitaine et sa tendre moitié en perruque blonde, sa mante fourrée — je ne dis pas garnie, — de peaux, (comme on disait en ce temps là), car on était en janvier (dit alors frimaire) rentrèrent au camp de Quélern où 10.000 bretons gardaient l'entrée de la rade de Brest, car l'Anglais était en vue, et peut-être avait-il des troupes de débarquement !

Le citoyenne Céleste Guichoux (elle était pourtant bonne aristocrate) avait pris un loyer à Roscanvel, dans un village situé à une lieue du camp. Elle donnait la pension à douze capitaines de connaissance, recevait leurs doubles ou triples rations de bonne viande et de mauvais pain, vendait le mauvais gardait le bon, et ne faisait pas mal ses affaires. Elle ajoutait à cela un commerce de toutes sortes de fournitures, qu'elle plaçait facilement et avantageusement, car elle vendait à crédit, payable à la décade prochaine.

Elle était d'autant plus sûre de son affaire que les capitaines, livrés aux délices de la fainéantise des garnisons, se reposaient sur elle du soin de faire le prêt aux soldats. Comme cela, elle ne perdait rien, et vendait bien.

Un inspecteur étant en tournée, trouva mauvais que la pauvre femme d'un capitaine fasse le commerce ; la citoyenne l'envoya paître et continua son commerce, ou mieux son trafic lucratif.

Un an après, le proconsul de Brest : Jean Bon Saint-André, vint en personne faire l'inspection du camp de Quélern. Ne trouvant pas tous les capitaines au poste, on lui dit qu'ils étaient allés dîner à leur pension, chez le capitaine Guichoux. Très en colère, il transporta sa cruelle personne jusqu'à eux. Il les trouva, faisant une partie de loto avec leur maîtresse de pension et Charlotte Frise, le cordon bleu du logis.

Une lieue de marche avait irrité les nerfs du gros bonnet révolutionnaire ; il invectiva les bons capitaines, et trouvant qu'ils étaient treize au lieu de douze, il demanda rudement ce que c'était que ce citoyen.

La citoyenne Céleste, sans sourciller, dit que c'était le brosseur de son mari. L'abbé Pennanrun, mort il y a quelques années, chanoine à Quimper, au lieu d'aller à l'étranger, était venu se cacher dans le camp, comme volontaire sous la protection de son ami Guichoux qui en avait fait son brosseur, pour l'exempter de tout service et lui laisser le temps de dire son bréviaire et de confesser secrètement, quelques personnes.

Jean Bon Saint André s'adressant à la maîtresse du logis, lui dit : « Citoyenne, on m'a dit que tu faisais ici le commerce, ce qui est défendu aux citoyens qui ont l'honneur de servir la République ». — « Je suis étonnée, grand citoyen, que tu me fasses un semblable reproche, car j'ai toujours cru bien servir la République en fournissant aux solats ce dont la République les laisse manquer pour leur alimentation et se défendre contre la rigueur des temps. « L'homme se calma, offrit une prise de tabac à l'abbé-brosseur, et même à Charlotte Frise, le cordon.

En partant, il dit : « Citoyenne, au revoir, tu est une bonne bougresse ». — Il avait trouvé à qui parler. Les douze capitaines gardèrent les arrêts pendant neuf jours, et le pauvre abbé déguisé devait aller chaque jour au camp, à une lieue, pour leur porter des victuailles.

Pendant son séjour à Quélern, la citoyenne Guichoux donna le jour à trois ou quatre enfants mâles, pour lesquels elle recevait une certaine prime.

. . . .

Quand on licencia le camp de Quelern, où elle avait passé cinq ans, la famille Guichoux rentra

à Douarnenez. Le père devint capitaine de la Garde Nationale, mais sans solde et sans les doubles ou triples rations, — position honorable sans doute, mais bien maigre — gardant les épaulettes de l'armée active, pour le service de l'armée sédentaire.

La maman Céleste, qui avait fait de belles économies à Quélern, se lança dans le commerce de la sardine, et eut trois enfants.

....

L'un des premiers soins de l'Empereur fut de rétablir l'exercice libre du culte catholique.

La citoyenne Céleste, devenue Mme Guichoux purement et simplement, ne voulant pas reprendre la particule que son mari portait le jour de son mariage, s'occupa aussitôt son rétablissement, de régulariser la position des quatre enfants qui lui restaient.

Corentin, né au camp de Quélern, avait été baptisé dans les dix jours par ordre du Gouvernement révolutionnaire, au bourg de Crozon (1795) ayant pour parrain le citoyen brosseur, (l'abbé déguisé) et pour marraine la citoyenne Charlotte Frise (cordon) ayant épousé Kerlidon, de Pouldavid. Plus tard, doutant de la validité du baptême, Corentin a été rebaptisé au collège de Kérouzéré, commune de Sibiril, ayant pour parrain un écolier, qui est devenu prêtre, et une paysanne du pays pour marraine.

Hippolyte avait été baptisé en cachette par *M. Garrec, curé de Kerlaz,* qui était resté caché dans les environs et prenait, une fois le temps son domicile dans notre grenier. Mon père qui allait le prendre et le reconduire la nuit, allait le lendemain, comme capitaine de la Garde Nationale, à la recherche des prêtres cachés, mais toujours du côté opposé !

Notre très cher oncle Bernard Demizit était maire, et prenait des arrêtés fulminants contre les nobles et les prêtres cachés dans la contrée, et cependant, prenant sa pension chez ma mère, (sa sœur), il savait qu'au grenier il y avait un prisonnier, et lui faisait tenir souvent des bouteilles de vin et des paquets de tabac ...

Je n'ai pas oublié les bons conseils qu'il m'a donnés pendant les six ans que j'ai passés chez lui. »

Suit le récit du baptême des deux enfants qui ne l'avaient pas encore reçu, M. Guichoux le termine mélancoliquement par ces mots : « Rien ne manquait au festin ; j'ai vu le grand couvert, j'en ai le souvenir, — mais on me coucha avant de se mettre à table : j'avais quatre ans.

....

Ma mère, Céleste Demizit avait 73 ans lorsqu'elle perdit sa fille son aide, sa compagne fidèle. Sur ses sept enfants, il ne lui en restait que deux : Corentin, l'aidant dans son commerce, et Hippolyte, géomètre de première classe du cadastre, (l'auteur de ce récit). Tous ses frères et sœurs étaient morts ; il n'y avait plus de Demizit qu'elle et les deux filles de son frère Michel (le docteur contemporain de Laënnec qu'il nommait : « le petit charlatan ») : Désirée et Aline.

Marie, Noèle, Céleste, Eugénie Demizit, mon honorée et regrettée mère, la plus jeune des enfants de Joseph-Bernard Demizit a rendu son âme à Dieu le 29 juin 1852 laissant les deux enfants susdits.....

Dieu a permis que j'atteigne mon 79e printemps, et que je conserve la plénitude de mes facultés, parce qu'il me destinait non à laisser de grands biens, mais à élever ce simple monument à la noble et illustre famille Dempsy et à ses braves descendants, depuis l'émigration en France (15 septembre 1878).

Signé : Hippolyte Guichoux.

Pour copie conforme :

Dr E. Damey.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires du Cardinal de Retz. Préface, notes et table de Georges Mongrédieu. Librairie Garnier Frères, Paris.

Réédition, pour la collection des classiques Garnier, d'une œuvre qui, depuis l'originale en date de 1717 jusqu'à la dernière, de 1929, n'a pas compté moins de vingt-quatre éditions.

Georges Mongrédieu conte, dans sa préface, la vie, toute d'aventures et d'intrigues du cardinal ; la part prépondérante qu'il prit à la Fronde ; sa rivalité avec Mazarin ; sa définitive défaite lorsqu'il fut réduit à signer sa démission d'archevêque ; sa théâtrale conversion (car ce cardinal était un fieffé libertin) dont beaucoup de contemporains doutèrent.

Si le personnage est assez équivoque, ses mémoires sont, de l'avis de Sainte-Beuve « de la plus belle langue » ; passionnés, pleins de feu et d'une « impétuosité de génie » (Voltaire). Ils connurent, comme pamphlet d'une époque, les plus beaux succès de librairie, et demeurent un chef-d'œuvre de la littérature française.

La présente édition reproduit intégralement le texte de l'édition des grands écrivains de la France établie d'après le manuscrit autographe, lequel fut amputé de 258 premiers feuillets, jugés probablement trop scabreux.

G. L.

LE SALON DES HUMORISTES

Le 4 mars, s'ouvrait le 29e Salon des Humoristes. C'est toujours avec joie que nous visitons cette exposition, faite de gaieté et d'humour.

A l'entrée, nous revoyons avec plaisir les ombres chinoises de Caran d'Ache. L'*Epopée*, la *Revue de Longchamps*, la *Famille de Lesseps au bois*, souvenir lointain du Chat Noir.

Nous entrons ensuite dans la salle riche en satires politiques. Anastasie nous y a précédé.

Panneau-charge consacrée à l'*Affaire Staviski*, de Bils. Plus loin, nous saluons la République au bonnet phrygien sur un lit, le corps couvert de taches rouges figurant chacune un tête de politiciens, de Galland intitulée la *Rougeole*. Dans son voisinage autre république dans le même apparat, sous le titre de *Centième collage* « Toujours les mêmes... toujours des vieux, y en aura donc pas un jeune qui voudra de moi », de Chaperon. Très amusant le *Jeu de massacre*, de Jada, mettant en scène le mariage d'Herriot et sa pipe et Blum, en robe blanche de mariée avec ses témoins dont P. Boncour et Flandin, comme maire. Plein d'esprit également, le *Jeu du Décret-l'Oie*, de D'Yverneresse.

Sur un autre panneau, Blum en croix. Au pied de celle-ci, se trouve un camarade, qui lui dit : « Eh ! maintenant, Grouille-toi pour faire un miracle » (*Prière au Martyr*).

G. Edward a dessiné, la façade du Palais-Bourbon, que nettoient des ouvriers avec cette légende « *Aurait besoin d'un sérieux coup de torchon pour* 1936. »

Quelle amusante critique de la Presse sous le crayon d'Archambaud (*Une Opinion*). Un monsieur et une dame d'âge mûr, prennent le thé dans un parc : « — Cher ami, dit celle-ci, n'y a-t-il pas quelque chose qui résume en somme tous les journaux. — Si Baronne, reprend celui-ci, le papier hygiénique ».

Genty s'intéresse, comme tout le monde, à la *Sympathicothérapie*. Son dessin porte cette souscription : « — Nous allons faire une simple touche dans la narine. — Je vous préviens, dit la femme, qu'il a l'habitude de se piquer le nez ».

Chaperon nous présente une commère dans une page dite la *Consultation* : « — Tenez, Madame, dit-elle, en présentant un bébé, il a son petit derrière plein de rougeurs. C'est, sans doute un peu de fièvre, rapport aux dents qui poussent. — Oh... pas de ce côté, Madame Chopine ». Du même, la *Nudiste égarée* dans la campagne, rencontrée par deux gendarmes, qui lui font subir un interrogatoire dans lequel on lui demande son sexe.

Beaucoup de dessins de délicieuses galanteries, aux textes parfois osés, comme les petites femmes de Millière, de Morin, de J. Droit, qui ont le charme des Boucher ou Watteau. Citons le très amusant dessin de G. Redon : *Ta mère a fait un viau...* Du même, cette infirmière, traînant un homme dans une petite voiture, qui murmure : « Je serai toujours roulé par les femmes ».

Botton, en dessinant une captivante femme nue (*Les Lorettes énervées*) y ajoute : « S. V. P., un partenaire, je vous prie ».

Sujet également galant de L. Icart : *Leda*... Une jeune femme nue reflète son ombre dans les eaux d'un étang et un cygne égare son bec indiscret, vers certaines parties habituellement voilées.

Broche, figure un *Conseil de réforme*, composé de trois étudiants en béret, en face d'un homme nu d'un certain âge, sous la toise. Le jury dit : Ajourné pour débilité mentale. Les méchantes langues, disent qu'il s'agit d'un de nos ministres.

Une jeune fille assise sur l'herbe d'une brouette traînée par un beau gas à qui Roubille prête ces paroles : « — C'est pas aussi confortable, qu'une auto, mais le moteur n'a pas de panne » « *Locomotion champêtre* ».

Charmantes fantaisies de Péan. On a souvent un peu de peine de reconnaître une Société désignée par des initiales. Vallée nous présente une joyeuse illustration de la *S. A. L. O. P. F. I. E.* (Société anonyme de lumière opaque, pour éclairer les relations italo-éthiopiennes).

On s'amuse à voir quelques types du milieu à table mangeant un maquereau avec le titre : *Anthropophagie*, de E. Tudeau.

Œuvres comme toujours très spirituelles d'A. Guillaume, comme sa *Quête* à un mariage, le *Vieux marcheur* auquelle une éphèbe, dit : « — Vous frisez peut-être la soixantaine, mais *la correctionnelle, vous la frisez sûrement* », de Leonnec, puis de Lep..., dans une chambre en désordre, un monsieur s'écrie : *Vous avez fouillé dans ma chemise et maintenant tout est en l'air*... Signalons les charges drôles de Mistinguette et Mary Marquet, de Bib, les fantaisies très vivantes, de Cotinot. *Vue de Paris le Matin*, et *Une Gare*, les *Illustrations de Gargantua*, de Schem, les *Rétrospectives* de Métivet et de Dupaquit, notamment le *Lapin agile à Montmartre*, d'Abel Faivre, le *Clairon qui sonnera la fin des guerres*, les fantaisies si prenantes de Poulbot sur les gosses.

Ne partons pas sans voir les œuvres de Carlègle, de Fournier, de J. Hémard, de B. Naudin et de bien d'autres.

Allez passer, une heure de douce hilarité à ce salon « Mieux vaut ris que larmes escrire, car le rire est le propre que de l'homme ».

Dr M. VIMONT.

AUTOUR DES THÉATRES

« Le Cœur » — Au Théâtre du Gymnase

Pièce en cinq actes de M. Henry BERNSTEIN

Le grand revers du rôle de critique dramatique dans n'importe quel journal d'information ou professionnel, c'est le silence dans lequel tombent ses articles. Je ne peux pas mieux le comparer qu'à un artiste devant le micro. C'est pour l'amour de l'art et de sa renommée qu'il soigne ses articles comme un conférencier où un musicien ou un chanteur se dépense à la T. S. F. sans connaître les réactions de son public.

Pour ma part, à ce revers de la médaille, il y a une compensation ; c'est celle de pouvoir rester deux mois sans écrire, et en n'encourant de ce fait que le rappel à l'ordre combien amical de son directeur. Pour ceux donc que je pourrais par hasard intéresser quelquefois, je m'excuse de mon silence prolongé causé par la maladie dans mon personnel.

La dernière pièce à laquelle j'ai pu assister, est celle de Henry Bernstein, au Gymnase. C'était au début de janvier une pièce toute nouvelle, et qui à l'heure actuelle est encore en plein succès. Elle a laissé dans mon esprit une impression tellement forte que je n'ai aucune peine à la commenter ici, et à inviter tous ceux qui se sentent portés vers la comédie dramatique, qui aiment dans une pièce puissante et bien construite passer en une seconde du rire au bord des larmes, qui ont l'âme et le cœur sensibles, à les inviter, dis-je, à l'aller voir avec l'interprétation du début qui existe encore actuellement.

L'admirable travail de Bernstein dans cette pièce où il nous présente une nouvelle façon d'aimer du jeune homme qui cherche à se faire sa place au soleil, c'est d'avoir condensé son action dans le cadre de la règle des trois unités. Unité de temps, le drame de famille commencé l'après-midi, se termine le lendemain à midi ; unité de lieu, tout se passe dans le même décor, une villa de Biarritz ; enfin unité d'action, puisque la tourmente déchaînée se termine par une solution conforme au développement des situations.

Vincent Magueyran (Victor-Francen) a donné asile dans sa villa de Biarritz pour l'été, à sa belle-fille Rose Magueyran (Mademoiselle Hélène Perdrière) en compagnie de sa propre fille Cécile Ormois (Suzet Maïs). Les facilités de la saison amènent constamment auprès d'elles plusieurs amis dont le beau Patrick (Jean-Pierre Aumont), un ami d'enfance de Rose. Au premier acte, nous trouvons Rose et Patrick presque dans les bras l'un de l'autre, car le mari de Rose, Jean-Claude Magueyran (Claude Dauphin) qui se fait sa situation à Paris dans un travail obstiné, ne peut à la fois être auprès de sa femme. De son côté, Cécile Ormois, fille du maître de maison, qui est une intellectuelle, veille intelligemment sur sa belle-sœur et saura à l'heure H intervenir pour lui éviter les pires catastrophes.

C'est donc à ce moment précis où Vincent Magueyran, inconsolable de la mort de sa seconde femme, s'apprête à en reprendre une autre, au moment où la femme de son fils va céder à Patrick, que Jean-Claude revient de Paris par hasard et tombe au milieu d'une complication dont sa nature droite et tenace sortira victorieuse ! Jean-Claude se révèle à nos yeux tel qu'il est, une farouche volonté sous une apparence de détachement, un mari passionné qui veut défendre son amour, un cœur qui souffre et qui lutte, mais qui aura l'habileté de se contenir autant qu'il le faudra pour reprendre son bien.

La révélation successive de la véritable nature de Jean-Claude, d'abord à son père puis à sa femme, donne lieu à des scènes émouvantes. Il y a des leçons d'énergie qui empoignent l'auditoire, et quelque temps après, Rose découvre que c'est son mari qu'elle aime, et que le beau Patrick est pour elle une illusion des sens.

Pour développer dans cet article, l'expression même de la pensée de l'auteur, ses comparaisons de la façon d'aimer du père, expression d'un autre âge, et la difficulté d'aimer des temps actuels, il faudrait plusieurs colonnes ; c'est justement à cette comparaison que nous nous arrêtons et que nous soulignons d'avance à nos lecteurs qui viendront écouter « Le cœur» de Bernstein.

Les quelques reproches que l'on peut faire au Maître ne sont certes pas dans cette clarté de pensée dont il nous révèle toutes les finesses, et, autant que l'on puisse, en voyant cette pièce une fois, se permettre une critique, je l'exprimerai assez facilement dans l'inégalité de puissance dramatique qui se fait jour entre les actes différents. Il est certain que le dernier acte, par exemple, où le père et le fils se retrouvent, n'est pas de la même intensité que les autres, et c'est dommage pour l'armature même d'un pareil travail.

Nous n'aurons pas trop de louanges à adresser à l'interprétation citée plus haut, à ces comédiens qui se sont révélés au public de Paris comme des artistes admirablement consommés, pas trop de louanges par ailleurs, pour l'admirable mise en scène et la parfaite ordonnance du spectacle auquel collaborèrent Madame Henry Bersntein, MM. Alexandre Benois, Numas et Bertin.

Jean SÉJOURNET,
(de la Société des Auteurs).

LA PAGE SANS MÉDECINE

.....*Aujourd'hui les discours, les affiches, les textes ne nous donnent qu'une opinion froide, édulcorée, pareille à une spécialité pharmaceutique...*

(Léon-Paul FARGUE).

6. Rudyard KIPLING. — **Les bâtisseurs de ponts.** Traduction de Louis Fabulet et Robert d'Humières. Un vol. 15 × 20 tiré dans la collection des « *Beaux Livres* » à 1.700 *exemplaires numérotés* : Japon, Hollande, Rives à la forme ; enrichi d'illustrations de Deluermoz. *Editions Mornay*, Paris, 1935.

CETTE belle édition était sous presse avant la mort de Kipling. Elle complète la série des œuvres du même écrivain parues dans la même collection et illustrées par le même artiste. Deluermoz qui est probablement le meilleur animalier contemporain avait déjà donné aux deux « *Livres de la Jungle* », une remarquable paraphrase d'images, puissantes et empreintes de cette souveraine majesté des bêtes sauvages, qu'il avait traitées magnifiquement sans les domestiquer sous son crayon. Dans ce dernier livre les bois qu'il a composés ont la même splendeur, la même aisance naturelles ; le dessin ni le trait n'asservissent ses ensembles et les courbent à cette vie mystérieuse qui enfle comme une sève les pages de Kipling. Ses lettrines où se détache la majuscule blanche sur un fond sombre richement ouvré résument dans leur carré la nouvelle qu'elles préludent ; ses pleines pages ont de l'ampleur, sans surcharge ; ses personnages et ses animaux ont cette vigoureuse nonchalance de l'Inde écrasée de soleil ; l'effroi, la torpeur, la force, l'indolence, le flegme alternant sur ses figures de bûcherons, de cavaliers, d'européens, de bâtisseurs et jusque dans les attitudes, il a su faire passer la prodigieuse richesse d'expression de l'écrivain. Qu'un brahmane à barbe blanche, qu'une idylle au clair de lune sollicitent son imagination, il les traite avec un bonheur égal et une aussi parfaite sincérité et une merveilleuse science des ombres. Pour prendre une pleine idée de sa faune, je vous conseille de remonter jusqu'à ses deux livres de la jungle où plus saisissant encore s'affirme son talent, qui suit comme une ombre fidèle la grandeur de Kipling.

7. André GIDE. — **Les Nouvelles Nourritures.** Un vol. 10, 5 × 16,5. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1935.

TOURMENTÉ par sa conversion politique, M. Gide a malencontreusement souillé la fin de son livre de quelques phrases de militant perché sur une estrade de réunion électorale. Sa haine de nos illusions, de nos croyances y prend une lugubre résonnance. Quel dommage qu'un écrivain de cette trempe ait versé dans cette idéologie creuse et vide. Car, il y a dans son livre des pages admirables qui sont sans discussion possible parmi les plus belles qui aient été écrites dans la production contemporaine et les plus émouvantes, des pages limpides où la pensée comme purifiée se pare d'une langue athénienne et (disons-le sans perfide arrière-pensée) quasi-platonicienne...

8. Joachim KUHN. — **La princesse Mathilde (1820-1904).** Un vol. 14 × 20 orné de treize gravures hors texte, traduit de l'allemand, par J.-G. Guidau. *Editions Plon*, Paris, 1935.

UNE considérable bibliographie consolide le texte établi avec cette minutie des biographes d'Outre-Rhin qui redonne à l'histoire une apparence de vie. La place que la nièce de Napoléon tint dans les mondanités, les arts, les lettres, la diplomatie de son temps, est vigoureusement marquée.

9. Maurice BEDEL. — **Mémoire sans malice sur les dames d'aujourd'hui.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1935.

CE n'est point sans doute du Brantôme et Bedel a trop d'esprit pour y prétendre. C'est une chronique contemporaine caustique, acerbe, d'une fine psychologie, une agréable promenade dans la nouvelle Europe sentimentale.

10. Victor GIRAUD. — **La vie secrète de Sainte-Beuve.** Un vol. 12 × 19. *Editions Stock*, Paris, 1935, 12 francs.

L'ADRESSE (si le talent peut être taxé d'adresse) de Victor Giraud, familier de Sainte-Beuve, est de nous avoir montré sous le grand critique un cœur tendre, emporté par d'âpres passions.

11. Léon BLUM. — **Souvenirs sur l'Affaire.** Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1935, 10 francs.

MONSIEUR Blum a une mémoire excellente et une sagesse dialectique qui nous éloigne agréablement de son pathos politique. L'affaire Dreyfus relève pour notre génération du musée Grévin ; son aspect historique et philosophique ici évoqué l'élève au-dessus des querelles partisanes.

12. Paul Reboux. — **Plats du jour.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion*, Paris, 1936, 12 francs.

Des quelques 1.200 recettes colligées par Paul Reboux quelques-unes me paraissent d'une audace singulière, à faire frémir un honnête estomac. Le cuisinier qui a préfacé l'ouvrage parle de « culinographie ». Ce vocable savant (où il est prouvé qu'on ne saurait être au four et à l'encrier !) est racheté par la verve drue de Paul Reboux à qui je me garderais cependant de confier la direction de ma table de crainte d'y voir à côté de sages potées des cuisines de cauchemar.

Varia***

Chez M. *Léon Pichon*, en souscription, tiré à 235 exemplaires, un livre de poèmes d'André Mary : « *Le livre nocturne* », en romain de Jenson.

*Chez Flammarion, de Maurice Caullery de l'Institut, un important ouvrage sur les « *Conceptions modernes de l'hérédité* ».

*De notre ami *Molinéry*, brillant historien médical, une étude sur l'arthrite traumatique de la hanche chez le *Prince impérial* (1866-67), guérie aux thermes de Luchon.

*Dans le « *Figaro Illustré* » de mars, des conseils de « beauté », d'amples conseils de modes et les belles chroniques illustrées sur les expositions d'art.

*Le « *Crapouillot* » de mars avec sa coutumière virulence traite des magnats de la finance française.

*Aux éditions *Quo-Vadis* à Marseille, une très intéressante monographie illustrée de notre confrère Porcheron sur l'*Andorre*.

*Aux éditions Delmas de Bordeaux, une érudite conférence du Docteur Lucien Cornet (de Pau) sur le Docteur Armaingaud, *Montaigne* et nous.

*Dans la *Nouvelle Revue française* de mars, une prose hallucinante de Fargue, les pages coutumières du Journal gidien où avec le touchant aveuglement des néophytes, l'écrivain traite aimablement d'aboyeurs ses adversaires, d'originaux propos d'Alain intitulés « Histoire de mes pensées » ; une hermétique « Connaissance » de Pelorson.

*Dans le « *Mercure de France* », la sagesse de Duhamel s'étonne dans les « Lois du Monde futur » de l'insouciance de l'intelligence humaine devant son devenir; un article à la mémoire de Bainville ; un sur Liszt; l'itinéraire de Mérimée en Corse de notre érudit confrère Maurice Parutrier ; le début d'un roman d'Henriot ; et la gerbe des chroniques de quinzaine où Brunet, Dumesnil, Pierre Lièvre, Ferroud rassemblent pour nous leur moisson.

*Aux éditions de la « *Connaissance* » d'où partent trop raréfiés les terribles « *Livrets du Mandarin* », une plaquette tirée à 200 exemplaires sur le « Loup du Gévaudan ».

*Dans ma chronique prochaine, je vous signale déjà les « *Fables de mon jardin* », de Duhamel et un livre de Brousson paru aux éditions du « *Cadran* », « *La Louve en Languedoc* ».

8 mars 1936,

Docteur Jean Séval.

ALLERGIES DE COHABITATION

Les Américains aiment beaucoup l'allergie, et s'en servent pour expliquer toutes les réactions qui ont un caractère individuel et sortent des faits normaux. Il faut reconnaître qu'ils tirent de leurs études sur les sensibilités particulières des succès thérapeutiques assez remarquables. Il ne faut donc pas s'étonner qu'ils essayent d'étendre les applications de cette utile méthode.

Dans un des derniers numéros du *Journal de l'Association médicale américaine* (21 septembre), MM. Vaughan et Fowlkes se sont attachés à déceler les causes d'allergie qui peuvent résulter de la cohabitation. Ce sont surtout, naturellement, des apports interconjugaux.

Une jeune femme, d'ailleurs asthmatique, c'est-à-dire pourvue de nombreuses sensibilisations, avait un mari grand fumeur. Ses crises redoublaient quand elle partageait sa couche; elle aurait fait chambre à part, si son médecin, soupçonnant la vraie cause de ces aggravations, ne l'avait désensibilisée au moyen de jus de tabac, ce qui a grandement amélioré son état, et peut-être son ménage.

Un homme, par contre, qui s'était marié dans l'été de 1934, vit bientôt apparaître un eczéma généralisé accompagné d'œdème. Cet homme avait été reconnu sensible à la soie et à la farine. Il constata que sa femme portait des chemises de nuit en soie, comme beaucoup d'autres femmes ; il la pria de s'acheter du linge de toile, et son eczéma guérit ; puis la dame se fatigua de la baptiste et repris sa lingerie de soie, et l'eczéma réapparut.

Un autre gentleman était sensible à beaucoup de produits variés parmi lesquels le chocolat. Il se maria, mais pour certaines raisons décida qu'il n'aurait pas d'enfants tout de suite : il acheta donc une boîte de suppositoires anticonceptionnels, à base d'huile de théobromine. Dès le premier essai, il constata une dermatite aiguë des parties génitales, à laquelle il ne comprit rien, jusqu'à ce qu'il se souvint qu'il y avait du beurre de cacao dans les suppositoires. Il les changea contre une gelée contraceptive, et tout rentra dans l'ordre.

C'est pour les mêmes raisons, mais pas avec la même substance, qu'un autre mari avait, le lendemain du jour où il faisait à sa femme une « politesse », un œdème très gênant du prépuce et de la verge. Il se servait d'un condom, et le caoutchouc était le coupable, comme on le démontra en déterminant avec un échantillon des préservatifs une cuti-réaction positive. Ce mari-là

aussi est revenu à la gelée, qui semble moins dangereuse, et lui garantit un plaisir sans œdème.

Ajoutez à ces dangers ceux qui proviennent des parfums, pour lesquels un mari peut avoir une sensibilité spéciale ; des toniques capillaires, à base de quinine, laquelle est aussi fort utilisée pour des suppositoires anticonceptionnels ; joignez à cette liste tout ce qu'un époux peut apporter à l'autre de substances allergisantes, et vous hésiterez peut-être à recommander le mariage, au moins comme favorable à la santé.

L'amour lui-même, avec ou sans mariage, est dangereux ; Duke, dans un cas, a incriminé le sperme comme provoquant des réactions allergiques ; en faisant des réserves, toutefois, sur la part qui incombe aux efforts et aux émotions concomitantes, attendu que le sujet était asthmatique.

Ph. DALLY.

UNE TRADE UNION MÉDICALE

La Medical Practitionner's Union est une trade union, c'est-à-dire une corporation, constituée en 1915 par des praticiens qui pensaient qu'il était intéressant de créer une organisation professionnelle dans le même style que les associations ouvrières, tendance que n'a jamais adoptée la British medical Association. La Medical Practitionner's Union compte actuellement 6.000 membres, et s'est incorporée à l'Association des Trade Unions, qui en compte plus de deux millons dans toutes les professions, et qui ont bien voulu admettre les médecins dans leurs rangs.

Dans une conversation avec un journaliste, le secrétaire de la Medical Practitionner's Union a justifié cette initiative en faisant remarquer qu'elle avait surtout pour objet de défendre la profession contre les abus et les empiètements des autorités gouvernementales qui essayent de l'asservir, mais qu'en aucun cas elle n'envisageait une grève contre les malades.

On peut faire remarquer à cet excellent secrétaire, dont la bonne foi est hors de cause, que les organisations ouvrières ont un patron, qui est un individu, et contre lequel le droit de grève est de bonne guerre, tandis que les médecins sont au service seulement de la santé publique, et qu'en échange de leur monopole ils doivent leur travail à la collectivité. On fait remarquer que l'affiliation aux Trade Unions n'implique pas une obéissance absolue à leurs décisions, parce que les unions ont une grande indépendance, et se dirigent dans leur sein selon leurs propres règles. La Médical Practitionner's Union peut donc refuser de suivre les autres Unions dans un mouvement de grève générale.

Mais alors cette affiliation n'est plus qu'un geste et un geste politique, dont le sens immédiat est de plaire à un grand parti qui approche du pouvoir et le sens profond de se joindre à ceux qui veulent socialiser la médecine (ou disons étatiser) comme toutes les autres activités économiques.

Et quelle est, vis-à-vis de ce groupe, l'attitude de l'Association médicale britannique ? Peut-on faire partie de l'Association, qui abhorre tout ce qui sent la politique, et de la Trade Union des praticiens ?

Oui, dit la Trade Union. Un membre de notre groupe n'est tenu à aucune obligation politique ; il est libre de s'associer avec d'autres groupements professionnels comme il est libre de faire partie de deux clubs de golf.

Cependant le Dr Anderson, qui est Secrétaire de l'Association médicale britannique, n'est pas du tout de cet avis. « Les médecins qui souscriraient aux deux associations ne font pas preuve d'une grande loyauté, écrit-il. Personnellement, je ne le ferai pas, parce que je ne crois pas aux méthodes des Trade Unions ; ceux qui suivent ce drapeau espèrent seulement profiter de la prise du pouvoir par les socialistes (Labour Party). D'ailleurs nous n'avons pas besoin des Trade Unions pour faire assurer notre cause. Nous groupons près de 60 % des médecins anglais, et les évolutions politiques ne nous inquiètent nullement ». Ph. DALLY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de physiologie.** (Professeur : M. Léon Binet.) — A. ENSEIGNEMENT DESTINÉ AUX ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE. — I. *Cours* : M. le Professeur Léon BINET a commencé le cours de physiologie pour les étudiants de première année le jeudi 5 mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis et jeudis suivants.

OBJET DU COURS : Respiration, circulation, digestion.

II. *Conférences pratiques* : Des conférences pratiques obligatoires ont commencé le mercredi 4 et le vendredi 6 mars, à 14 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et continueront les mercredis et vendredis suivants. Ces conférences porteront sur des questions du programme de l'examen de fin d'année. Elles seront faites par le Professeur Léon BINET, assisté de MM. JUSTIN-BESANÇON, R. GAYET, P. GLEY et L. PLANTEFOL.

III. *Conférences théoriques* : M. Ch. RICHET, agrégé, fera, à une date qui sera fixée ultérieurement, des conférences sur : La chaleur animale et la sécrétion rénale.

IV. *Travaux pratiques* : M. L. GARRELON, chef de travaux, commencera le lundi 30 mars pour les étudiants de première année, une série de travaux pratiques qu'il continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

B. ENSEIGNEMENTS DESTINÉ AUX ÉTUDIANTS DE DEUXIÈME ANNÉE. — I. *Conférences de physiologie* : M. Ch. RICHET, agrégé, a commencé les conférences de physiologie le lundi 2 mars, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, sur : Les fonctions de relation.

II. *Conférences pratiques de physiologie* : Le Professeur Léon BINET, assisté de MM. P. CHAILLEY-BERT et M. LAUDAT, continuera les conférences pratiques de physiologie les lundis à 14 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

III. *Travaux pratiques* : M. L. GARRELON, chef de travaux, continuera les travaux pratiques de physiologie destinés aux étudiants de deuxième année.

— **Histologie.** — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire* sous la direction de M. Champy, professeur. Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

PROGRAMME. — Prélèvement et fixation de pièces (Boulin-Zenker-Regaud-Alcool). — Méthodes d'inclusion ; celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthodes de del Rio Hortega, coloration au Giemsa. — Coloration simples : Hématéine-Eosine : Weigert-Van Gieson-Curtis. — Coloration aux couleurs d'alinine. Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. Coloration de fibres élastiques. — Colorations cytologiques : Hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes. Méthodes pour le glycogène. — Colorations vitales (Rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus). — Etude du sang : Hématimétrie-Centrifugation. Numération. Coloration du sang. — Méthodes spécia les du système nerveux : Méthode de Golgi. Méthode de Cajal. — Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. — Méthodes de dissociation: rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. Colorations spéciales de dissociations. — Méthode de nitratation. Ses diverses applications. — Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux. — Principe de quelques méthodes microchimiques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au Laboratoire d'histologie (salle Ranvier de la Faculté de médecine, à partir du lundi 20 avril) jusqu'au 9 mai 1936.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

Le nombre des élèves est limité à vingt. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Thèses.** — Mercredi 24 février. — Jury : MM. Grégoire, Tanon, Joannon, Leveuf. — M. TABLADA GARCIA : Le diagnostic précoce du cancer du corps de l'utérus avant la ménopause. — M. BOUSQUET : Etude de la conception pathogénique actuelle des colibacilloses et infections d'origine intestinale. — M. NAKHDJAVANI : Hallus valgus familial. — M. CORRE : Naudin, les théories sur la reproduction.

Jeudi 27 février. — Jury : MM. Bezançon, Laignel-Lavastine, Sergent, Philibert. — M. ADRIAN : Emphysème sous-cutané généralisé et médiastinal au cours des tentatives de pneumothorax thérapeutique. — M. ARANOVITCH : Sur un cas de psychonévrose obsessionnelle. — M. LARODERIE : Etude de l'insuline à petite dose chez les convalescents non diabétiques.

Vendredi 28 février. — Jury : MM. Lemierre, Loeper, Brulé, Vallery-Radot. — MM. HAMBURGER : Physiologie de l'innervation. — M. SALLÉ : Etude du gaz carbonique comme spasmolytique dans les crises vasculaires.

Samedi 29 février. — Jury : MM. Jeannin, Lereboullet, Marion, Vaudescal. — M. TURBÉ : Fonctionnement du service obstétrical Maternité Beaujon, 1932, 1933, 1934. — M. BOUR : Etude de la primo-infection tuberculeuse.

— **Thèses.** — Mardi 3 mars. — I. Jury : MM. Pierre Duval, Lenormant, Mocquot, Schwartz. — M. ABOULKER : Les adénites aiguës appendiculaires et l'adéno-lympho-mésentérite aiguë. — M. CALVET : Les arthrodèses dans la tumeur blanche du genou de l'enfant et de l'adolescent. — II. Jury : MM. Balthazard, Besançon, Champy, Chevallier. — M. BREITEL : Etude des dermatoses professionnelles et de leur législation. — M. LEROUX : Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

Mercredi 4 mars. — Jury : MM. Léon Binet, Couvelaire, Gosset, Tanon. — M. ARISTIZOBAL : Les rapports du foie et de la colopathie muco-membraneuse. — Mme PETRESCO : Valeur pratique au cours de la gestation des nouvelles réactions d'hémolyse.

Jeudi 5 mars. — Jury : MM. Lereboullet, Terrien, Lemaître, Velter. — Mlle PETIT LABAUVE : Septicémies à diplococcus-crassus.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'internat.** — ORAL. *Séance du 7 mars. Questions posées* : Plaies du poumon par armes blanches. Asystolie hépatique.

Notes : MM. Delair, 19,22 ; Ebstein, 19,77 ; Luteraan, 23,33 ; Lolmède, 19,11 ; Geismar, 15,22 ; Geffroy, 21,22 ; Nick, 19,77 ; J. Blanchard, 19,44 ; Lartigue, 17,88 ; Leboff, 14,33.

Séance du 8 mars. Questions posées : Symptômes complications, diagnostic des cholécystites calculeuses, Syphilis linguale.

Notes : MM. Sevileano, 15,5 ; Vialard, a filé ; Morhange 22,11 ; Claracq, 19 ; Vialatte, 18,22 ; Mathieu, 14,22 ; Douville, 16,66 ; Lecœur, 11,88 ; Combes, 23.

—**Le concours de l'internat** s'est terminé par les nominations suivantes :

Sont reçus internes (ordre de mérite) :

MM. Mozziconacci, 64,2 ; Schapira, 62 ; Breton, 60,5 ; Guenon des Mesnards, Lévy, 58 ; Glénard, 57 ; Mlle Olivier, 56,7 ; MM. Boulenger, 56,3 ; Walther, 54,9.

MM. Rougé, 54,8 ; Samain, 53,5 ; Tardieu, Chiche, 53,3 ; Morhange, 53,111 ; Joly, 53,1 ; Temime, 53 ; Lataix, 52,875 ; Taveau, Debelut, 52,5.

MM. Lascaux, 52,4 ; Debeyre, 52,3 ; Paugam, 52 ; Bouvier, 51,8 ; Mathieu, 51,222 ; Robey, 51,2 ; Lesieur, 50,5 ; Vialatte, 50,222 ; Kaufmann, 50,2 ; Debain, 50.166.

MM. Droguet, Combes, Depierre, 50 ; Sagaut, 49,7 ; Saks, 49,5 ; Rougier, 49 ; Luteraan, 48,833 ; Lefebvre, 48,60 ; Marre, 48,5 ; Blanchard, 48,444.

MM. Clerc, 48,4 ; Sayous, 48,3 ; Dubois, 47,8 ; Millïez, 47,7 ; Hacker, Chevalier, Ordonneau, Villey-Desmeserets, Mlle Barillon, 47,5 ; M. Pequignot, 47,4.

MM. Le Sueur, 47,2 ; Jamain, Zivy, 46,9 ; Neveu, 46,625 ; Geffroy, 46,222 ; Genevrier, 46,2 ; Gaumé, Mousseau, 46 ; Schaefer, 45,9 ; Mlle Sulzer, 45,888.

MM. Guillemin, Vincent, Lepintre, 45,8 ; Duret, Mme Thaon, née Eremia, 45,6 ; MM. Aussannaire, 45,375 ; di Matteo, 45,3 ; Zwillinger, Mme Aldou, 45,2 ; Levachkevitch, 45,1.

MM. Maschas, Brissaud, 45,1 ; Allilaire, Jacquot, Mlle Marquis, MM. Livory, Lenormant, Le Loc'h, Netter, Lacorne, Gharib, 45.

MM. Boissonnet, Bret, Lamotte, 44,8 ; Delzant, 44,777 ; Mlle Adda, 44,722 ; MM. Rault, 44,666 ; Plas, 44,6.

Sont reçus externes en premier (ordre de mérite) :

M. Grislain, 44,6 ; Mme Perol, née Cardinaux, 44,355, MM. Canetti, Vivien, Carasso, Fischgrund, Klotz, 44,5; MM. Denizet, 44,444 ; Leboff, 44,333.

MM. Goulesque, 44,277 ; Guiot, Trémolières, 44,2 ; Deuil, 44,1 ; Mlle Dreulle, 44 ; MM. Debost, 43,9 ; Toulouse, Musset, Desfosses, 43,8 ; Guéret, 43,666.

M. Eudel, Mlle Montalant, 43,6 ; M. Deguillaume, Mlles Meunier, Eyraud, 43,5 ; MM. Bibas, 43,3 ; Ebstein, Nick, 43,277 ; Mlle Wolfromm, 43,2 ; M. Jacquet, 43,125.

MM. Dennewald, Motte, 43,1 ; Pinet, Meyer, 43 ; Bonduelle, Veyrières, 42,9 ; François, 42,7 ; Lolmède, 42,611 ; Lecointe, 42,555 ; Feld, 42,5.

M. Gondot, 42,5 ; Mlle Sachnine, 42,2 ; M. Tiret, 42,1 ; Mme Boulenger, née Conty, MM. Bourdin, 42 ; Bauer, 41,7 ; Maurice, Placa, Loeper, 41,5 ; Cuvereaux, 41,4.

MM. Gallaut, 41,3 ; Gruner, 41,111 : Sénéchal, 41,1 ; Fréret, Petit, Lacroix, Thoyer-Rozat, 41 ; Cornet, 40,9 ; Schneider, Gibon, Labayle, 40,8.

— **Concours de l'externat.** — *Liste par ordre de mérite des candidats reçus* : MM. Dreyfus, 67 1/2 ; Scebat, 64 1/2 ; Mlle Schweisguth ; MM. Coury, 63 1/2 ; Laurent, 62 1/2 ; Cohen, 61 1/2 ; Bureau, 61 ; Gérard, Palmer, Lapeyre, Mlle Kahn, MM. Ciaudo, Gorin, Mlle Lipman, 60 1/2 ; MM. Arnaud, Chevillotte, Niego, Mlle Antoine, 60 ; MM. Patron, Carlo, Mlle Dubois, MM. Weil, 59 1/2 ; Barbery, Durand, 59 ; Gerain, Mlle Grégory, M. Caillods, Mlle Hahn, 58 1/2 ; MM. Parienté, Hébert, Doumic, Girauld, Bilski, Berveiller, 58 ; Le Bihan, Devaux, Marzet 57 1/2 ; Mathias, Dumas, Mlles Brisac, Moreau, 57 ; MM. Delavelle, Rathery, Frinault, Koskas, Roux, 56 1/2 Biaggi, Bally, Sapet, Mlles Mendras, Descrois, M. Tubiana, Mlles Sokolski, Bournisien, 56 ; MM. Bertier, Girauld, Duchêne, Capelle, Bardon, Berthon, Mlle Rosenkovitch, MM. Jomier, Goldberg-Rudkowsky, 55 1/2 ; Gay, Casalta, Roux, Routier, Mlle Spach, MM. Lacour, Zirah, Isak, Pluvinage, 55 ; Mlles Morin, MM. Guéroult, Caron, Mlle Esquerré, MM. Roblin, Talpin, Mlle Weinberg, MM. Cachin, Chardack, 54 1/2 ; Jaupitre, Mlle Camilleri, M. Bigou, Mlle Haitovitz, M. Nomdedeu, Mlle Vesigot-Wahl, MM. Pistre, Lebel, Mlle Berl, 54 ; MM. Marachi, Crohas, Ariztia, Blondé, Decouflé, Kuczynski, Tola, Quintescu, Rouff, Mlle Boudeville, MM. Sébag, Boismoreau, 53 1/2 ; Gorce, Mlle Loiseau, MM. Bignotti, Thévenin, Flouquet, Xambeu, Daumet, Mlle Dicky, MM. Rousselin, Halfon, Villain, Lévy, Ancelin, 53 ; Graillon, Lacaze, Lefebvre, Devieux, Magnoux, Dumay, Caldier, Mlles Marx, Bérenger, M. Reverdiau, Mlle Maschkauzan, MM. Berthet, Galey, Tostivint, Cœuilliez, Staub, 52 1/2 ; Gonzalez-Ruiz, Soula, Mlle Aalam, MM. Thiébot, Brenier, Lhermet, Lebreton, Mlle Fommarty, MM. Levi, Pomès, Bourguet, Venator, 52 ; Baillet, Mlle de Robert, MM. Neveux, Chabert, Simon, Doville, Pêcheux, Hagége, Chauvin, Mlle Rouvier, MM. Sclafer, Piard, Amado, 51 1/2 ; Door, Mogharéi, Charbonneau, Renard, Dupas, Mlles Huguenard, 51 ; Berlinska, Orsoni, MM. Praslon, Labourie, Tardif, Daguet, Alhomme, Deguel, Henry, Keiser, Dogué, Mlle Bonnet, MM. Sarfati, Périllo, 50 1/2 ; Meunier, Ossanlou, Hamon, Pinasseau, Gauchon, Malange, Beau, Sebban, Nataf, Didescu, Sauzède, Mlle Woog, MM. Moreau, Chenille, Dana, Roby, 50 ; Mory, Seillier, Patin, Marchal, Lévy, Flaisler, Morilière, Le Brun, d'Œlsnitz, Ourceyre, Bertrand, Rozencweig, Mlle Gaon, MM. Isal, Sicard, Mlle Verron, MM. Szryro, Dufour, 49 1/2 ; Mlle Lassudrie-Duchêne, MM. Grigné, Bui-Kien-Tin, Pley, Picot, Nguyen-Thé-Dai, Toupet, Owsianik ; Mlles Rousset, Llech, MM. Lebiedinsky, Lamy, Blanc, 49 ; Connat, Habib, Ciechanowicz, Horvilleur, Sablon, Gerber, Komarower, Lemoine, Mlle Carré, MM. David, Mertens, Jourdain, Lacour, Dreyfus, Couder, Parhami, Bouygues, Dépinay, Maury, 48 1/2 ; Marrero, Szpidbaum, Huignard, Quichon, Payenneville, Gropper, Mlles Chaberlat, Depître, Mirabail, MM. Tronc, Bibring, Bouvaist, Woimant, Derooz, Cahn, Valadou, 48 ; Démétriadès, Leiser, Pouzols, Descamps, Allain, Sinaud, Mlles Rosenstock, Lévy, MM. Fehrenbach, Tran-Huu-Tüoc, Mebs, Chavarot, Hérard, Bernheim, Dupuy, Robert, Mlle Prost, 47 1/2 ; MM. Vossoughi, Lewinson, Gorny, Bastian, Lebas, Mlle Fossier, MM. Bertrand, Guichard, Orfali, Erlich, Mlle Gravelat, MM. Govaters, Abramowicz, Rivière, Bourdon, Rahmani, 47 ; Frankfurt, Pellet, Mlle Kowalska, MM. Piana, Boddaert, Gautier, Taïeb, Salmen, Roulin, Pierart, Houssin, Sebillotte, Brunat, Colboc, Duchène, Mlle Lafourcade (Mme De-

couflé), MM. Pribat, Gueraud, Jacir, Schneider, Petit, Charlet, Boeswillwald, Delerba, Nanty, 46 1/2 ; Daskalakis, Garcia y Bengachea, Calmanovici, Mme Comte née Lecointe, MM. Batteur, Pérel, Rosenberg, Huret, Mlles Dupont, Bonastre, MM. Bourgeaud, Bouyssi, Denis, Ressnick, Douay, Moure, Mlle Bonnard, MM. Carton, Jourde, Hervet, Mlles Vuillet, Samuel ; MM. Masmonteil, Lardy, Rolliot, Courtenay-Mayers, 46 ; Borja, Pramayon, Péraly, Dautel, Chantemargue, Bijoux, Lux, Chambon, Oudot, Demangre, Burgaud, Camus, Leibowitch, Brochard, Baulon, Chabert, Hiverlet, Rosey, Mlle Fillon, MM. Pujol, Bloch, Gosselin 45 1/2.

— **Concours de l'internat de Brévannes, Champrosay, Hendaye, Sainte-Périne.** — *Jury* : MM. Lemaire, Hamburger, Sicard.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Bureau des examens et concours,** 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVI^e^). — *Examens et concours officiellement annoncés* : 1° *Jeune agent des installations extérieures des P. T. T.* Date : 13 mai 1936, 150 *postes.* Clôture des inscriptions : 8 avril. Age : 18 à 21 ans au 13 mai 1936. Traitement de base : 8.000 francs plus indemnité. Diplôme exigé : aucun. — 2° *Agent du contrôle des établissements de pêches maritimes.* Date : 7 *mai 1936. Clôture des inscriptions : 7 avril.* Traitement de début : 9.000 francs plus indemnité. Diplôme exigé : aucun. — 3° *Rédacteur des Administrations centrales.* Colonies : 4 juin 1936. Délai : 3 mai. Agriculture : 27 avril 1936. Délai : 17 avril. Commerce : 19 mai 1936 (20 places). Délai : 20 avril. Education nationale : 18 mai 1936. Clôture des inscriptions : 18 avril (Dames admises à concourir). Préfecture de la Seine : 11 mai 1936 (2 concours : l'un pour candidats masculins, l'autre pour les dames). Clôture des inscriptions : 10 avril. Pour les hommes : avoir satisfait loi recrutement. Limite d'âge supérieure : 30 ans pour les Ministères et la Préfecture de la Seine. Traitement de base : 14.000 plus indemnités. Diplôme exigé : Licence ou équivalence. — 4° *Rédacteur d'administration centrale au Maroc.* Date : 2 juin 1936. Clôture des inscriptions : 2 mai. Avoir satisfait à la loi de recrutement. Limite d'âge supérieure : 30 ans au 1^er^ janvier 1936 plus services antérieurs. Traitement de début : 21.000 francs plus indemnité. Diplôme exigé : baccalauréat ou brevet supérieur ou équivalence. — 5° *Certificat d'aptitude à l'enseignement du dessin dans les lycées et collèges* (degré supérieur). Date : 22 septembre 1936. Délai d'inscription : 22 juin 1936, 1^er^ août 1936. — 6° *Certificat d'aptitude à l'enseignement du dessin dans les lycées et collèges* (1^er^ degré). *Les écoles normales et les écoles primaires supérieures.* Date : 4 mai 1936. Délai d'inscription : 11 avril 1936. — 7° *Concours d'admission à l'école normale supérieure de Sèvres et certificat d'aptitude à l'enseignement secondaire des jeunes filles* (1^re^ partie). Date : 22 juin 1936. Délai d'inscription : samedi 18 avril inclus. — 8° *Concours de l'enseignement secondaire.* Agrégations : Certificat d'aptitude à l'enseignement secondaire (2^e^ partie). Certificat d'aptitude à l'enseignement des langues vivantes. Lundi 15 juin 1936 (date des épreuves). Délai d'inscription : samedi 18 avril 1936. — 9° *Rédacteur des services extérieurs des P. T. T.* Date : 4 mai 1936. Clôture des inscriptions : 4 avril. Traitements : 13.500 à 30.000 francs plus indemnités. Condition exigée : compter cinq ans au moins d'utilisation dans les services techniques ou d'exploitation. — 10° *Sous-chef de bureau des secrétariats généraux des colonies.* Date : 5 octobre 1936. Traitements : 11.500 francs à 50.000 francs plus indemnités. Diplôme exigé : baccalauréat. Conditions requises : appartenir au cadre local des secrétariats ou autres services administratifs coloniaux et compter au moins cinq ans d'ancienneté dont deux ans et demi de services effectifs aux colonies. — 11° *Institutrice ou instituteur auxiliaire de la Seine.* Date : normalement en novembre. Diplôme : Brevet supérieur ou baccalauréat ou diplôme de fin d'études secondaires. Traitement : environ 13.500 francs. — 12° *Rédacteur stagiaire au Gouvernement général de l'Algérie.* Date : 18 mai 1936. Clôture inscription 18 avril. Traitement : 14.000 francs plus 25 % plus indemnités. Baccalauréat ou équivalence. Concours ouvert en France.

— **Prix de journée dans les hôpitaux de Paris.** — Nous avons fait connaître la diminution des prix de journée dans les hôpitaux de Paris pour l'année 1936 (36 fr. 68 en médecine contre 39 fr. 05 en 1935 ; 38 fr. 49 en chirurgie et accouchement contre 40 fr. 91 en 1935).

D'après M. de Fontenay, cet abaissement du prix de journée résulte principalement de l'application des décrets-lois.

Pour les assurés sociaux, les prix de journée sont respectivement de 35 fr. 68 et 37 fr. 49, plus 4 francs d'honoraires médicaux forfaitaires.

Pour les accidentés du travail, les prix de journée sont de 47 fr. 68 en médecine et de 50 fr. 03 en chirurgie.

— **Prix des travaux médicaux-chirurgicaux de 1936.** — Un prix de 1.000 francs et un prix de 500 francs offerts par les *Archives hospitalières* aux auteurs des deux meilleurs travaux accomplis ou parus dans l'année, les travaux admissibles étant désignés par suffrage des médecins. — *II.* **Prix de l'internat des hôpitaux libres.** — Trois prix de 500 francs offerts aux internes des hôpitaux libres après concours sur consultation écrite et orale. — *III.* **Prix des « Archives hospitalières ».** Trois prix de 500 francs offerts par les *Archives hospitalières* réservés aux internes et anciens internes des hôpitaux libres de France, pour un travail à insérer.

Pour renseignements et règlements, prière de s'adresser au secrétariat général de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, 1, place d'Iéna, Paris (XVI^e^).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Si par contre il est impossible d'attribuer la fracture au fait d'un camarade, l'art. 1384 est inapplicable, car il ne rend l'Etat responsable que des dommages causés par les élèves placés sous la surveillance de « l'instituteur », et non des dommages causés aux élèves. Mais les parents de l'accidenté n'en ont pas moins une action contre l'Etat, s'il leur est possible de prouver que la fracture en question provient d'une faute de service (absence de surveillance) ou contre « l'instituteur », c'est-à-dire soit le professeur, soit la personne chargée de surveiller les élèves durant les jeux, si cette dernière a commis une faute se détachant de sa fonction. Mais dans cette seconde hypothèse, les poursuites devraient être engagées devant la juridiction administrative, c'est-à-dire devant le Conseil de préfecture, ou le Conseil d'Etat suivant qu'il s'agit d'un collège ou d'un lycée (V. à ce sujet, Cass. civ., 11 juillet 1933, *Gaz. Pal.*, 10 octobre 1935).

1.825. — Accident survenu au cours d'un battage

Je vous serais obligé de me donner un renseignement concernant un accident du travail.

Un patron va travailler chez un autre patron, une demi-journée pour le battage — à titre réciproque sans recevoir de salaire. Ce patron a fait une chute lui occasionnant une fracture de la colonne vertébrale en tombant d'une meule de paille. Il a succombé à cette fracture.

Est-ce que le patron chez lequel l'accidenté travaillait peut être considéré comme responsable au même titre que pour un ouvrier salarié.

Dr M.

Réponse

Il résulte de l'art. 2 de la loi du 30 avril 1926 que « les exploitants agricoles, même ne travaillant qu'ordinairement seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, sont assujettis à la législation sur les accidents du travail pour les collaborateurs, salariés ou non, qu'ils emploient ». Par suite le cultivateur qui prête son aide à un voisin, à titre de réciprocité, sera fondé, en cas d'accident, à invoquer à l'égard de ce dernier, ou de son Assurance substituée, les dispositions protectrices de la loi du 15 décembre 1922, et à demander le versement des indemnités légales.

Il est toutefois nécessaire, conformément à la jurisprudence (Cass. civ., 25 juillet 1935), que la personne occupée ainsi à titre bénévole soit au service de l'exploitant, et ait travaillé sous sa direction, en étant lié à son égard par un lien de dépendance et de subordination. Si un tel lien n'existait pas, la responsabilité de l'exploitant ne serait engagée que dans les termes du droit commun.

QUESTIONS DIVERSES

I.803. — Avortement thérapeutique. Précautions juridiques à prendre

Je suis en convalescence à B. pour plusieurs mois. Ayant été assistant de chirurgie pendant six années (bien que faisant de la médecine générale), un confrère d'ici m'a demandé de faire un avortement thérapeutique chez une jeune fille atteinte de rétrécissement mitral et de tuberculose pulmonaire bilatérale (dont un pneumo à gauche) ; l'état général n'est pas mauvais, il n'y a pas de fièvre, et la lésion cardiaque est compatible avec une grossesse ; reste la question pulmonaire pour laquelle, je me déclare incompétent.

J'ai demandé au confrère qu'il montre sa malade à un autre phtisiologue et qu'ils rédigent une consultation écrite. Mais une complication intervient : mon diplôme n'est pas déposé dans ce département. Ai-je le droit, comme médecin-consultant de faire une intervention ici ? Surtout une intervention aussi délicate, légalement parlant, et n'ayant pas de caractère d'urgence ?

Dr L.

Réponse

Du moment où votre diplôme de docteur en médecine a été déposé dans le département où vous avez votre domicile, vous avez le droit d'exercer la médecine dans toute la France. Mais si vous transportez votre domicile dans un autre département, vous avez le devoir de déposer à nouveau votre diplôme à la Préfecture de ce nouvel établissement professionnel.

Comme il est bien probable que vous n'exercez pas à B. et que vous n'êtes appelé que pour un cas exceptionnel, il ne me semble pas nécessaire de faire enregistrer votre diplôme, du moment où vous avez déjà accompli cette formalité dans votre département, où vous exercez régulièrement.

Ceci posé, vous avez parfaitement raison de demander que la malade soit examinée par deux médecins spécialisés de l'endroit. A eux de porter les indications précises de l'intervention qui vous est demandée, et surtout de rédiger une consultation écrite qui sera signée par les deux confrères. Quant à vous, vous n'aurez qu'à vous conformer à cette attestation écrite et pratiquer l'avortement thérapeutique en présence d'au moins un des deux signataires de la consultation ci-dessus.

En prenant toutes ces précautions, il ne sera pas possible que la Justice puisse, un jour, vous reprocher, à vous et à vos confrères, d'avoir provoqué un avortement criminel, ou d'avoir agi avec imprudence ou avec une complaisance exagérée.

Paul BOUDIN

1.569. — Prélèvement sur les traitements de médecin de prison et secrétaire de la Commission des Pensions

Médec'n de prison à 2.500 francs par an, j'ai subi une retenue de 3 % comme le personnel, retenue supprimée depuis janvier. L'arrêté du Garde des Sceaux me nommant, parle d'une indemnité annuelle fixe. Comme on ne me retient pas pour la retraite, il s'agit bien d'une indemnité et non d'un traitement de fonctionnaire.

Par contre, secrétaire de la Commission départementale, art. 64, je subis le 10 % sur ce qui est, sans aucun doute, une simple indemnité.

Dr P.

Réponse

La rémunération annuelle fixe qui vous est allouée pour remplir la fonction de médecin des prisons a incontestablement le caractère d'un traitement, c'est-à-dire d'une « dépense de personnel » aux termes de l'art. 2 du décret-loi du 16 juillet 1935. Elle doit donc ne subir qu'un prélèvement au taux dégressif en ce qui concerne les deux trimestres de l'année 1935 ; elle doit d'autre part être exempte de tout prélèvement depuis le 1er janvier 1936, en vertu de l'art. 54 de la loi de finances du 31 décembre 1935, si les émoluments nets totaux reçus par vous à titre de traitement des collectivités publiques, ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public, ne dépassent pas 8.000 francs.

L'indemnité reçue par vous pour remplir la fonction de secrétaire de la Commission tripartite départementale de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, en exécution de l'art. 42 du décret du 25 octobre 1922, a elle aussi à n'en pas douter le caractère d'un traitement, d'une dépense de personnel, car vous remplissez là une fonction publique, et êtes lié par certaines règles de service à l'égard de l'Administration. Cette indemnité ne relève donc elle aussi que de l'application du taux dégressif, et n'est pas soumise au prélèvement général de 10 %. Nous ne sommes pas étonnés toutefois qu'une retenue de 10 % ait été opérée, car la thèse de l'Administration, telle qu'elle résulte d'une circulaire ministérielle du 18 novembre 1935, et d'une réponse ministérielle quelque peu postérieure, est que le taux dégressif ne vise que les personnes consacrant toute leur activité à leurs emplois ou fonctions publiques, et non à celles pour lesquelles cet emploi ne constitue qu'un accessoire de leur profession principale. Nous estimons cependant que cette façon de voir est juridiquement dénuée de tout fondement et qu'il ne dépend pas d'une instruction ministérielle d'ajouter à des textes précis des conditions qui n'y figurent ni implicitement ni expressé

ment. Il y aurait donc lieu à notre avis de protester auprès de la Préfecture contre cette retenue injustifiée, de demander l'application du taux dégressif et le remboursement des sommes ainsi indûment prélevées.

1.805. — Les droits d'un médecin, ou chirurgien adjoint d'hôpital pour être titularisé

Quels sont les droits moraux et légaux d'un médecin adjoint de service hospitalier (nommé au concours) pour obtenir sa nomination comme médecin-chef de service lors du décès ou de la retraite de son chef de service ?

Y a-t-il, du fait de la nomination d'un médecin à titre de médecin adjoint un droit de priorité ou même une reconnaissance tacite en faveur de la nomination du médecin adjoint à la succession de son chef de service ?

Dr T.

Réponse

En principe les Commissions administratives des hôpitaux ont le droit absolu de nommer leur personnel hospitalier comme bon leur semble. Ce droit leur est reconnu par les termes de l'article 14 de la loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux.

Cependant, l'article II du règlement modèle des hospices et hôpitaux du 31 mars 1926 indique qu'il est désirable que les Commissions administratives puissent instituer un concours pour la nomination de leurs médecins et chirurgiens. Ce sont les termes de ce concours, lorsque ce dernier est institué, qui font la loi entre la Commission administrative d'une part, et les candidats qui auront réussi aux épreuves du concours d'autre part.

Si dans le texte du règlement de ce dernier, il est indiqué que les médecins et chirurgiens adjoints qui seront nommés, seront ultérieurement titularisés lors du départ ou du décès du chef de service, la Commission admnistrative devra se conformer à son règlement et, automatiquement, promouvoir au titulariat les médecins et chirurgiens adjoints qu'elle aura nommés après concours.

Si, au contraire, le règlement ne prévoit que la nomination des médecins et chirurgiens adjoints, mais reste muet sur leur titularisation, la Commission administrative est en droit de nommer titulaire qui bon lui semble, aussi bien parmi les médecins adjoints que parmi d'autres confrères jusqu'alors étrangers à l'établissement.

Mais à côté de la théorie existe la pratique qui vient modérer ce que le droit peut avoir de trop rigide.

Il est évident que lorsque des candidats se

présentent à un concours pour être nommés médecin ou chirurgien adjoint d'un hôpital, c'est dans l'espoir d'être titularisés un jour, et, à moins de stipulation formelle émanant de la Commission administrative de l'hôpital, il est sous-entendu que les titulaires des services seront, ultérieurement, choisis dans les cadres des médecins adjoints. Ces derniers n'ont-ils pas donné la preuve de leur science en étant reçus au concours de l'adjuvat ? N'ont-ils pas ensuite fourni la preuve de leur technicité et de leur conscience professionnelle pendant tout le temps où ils ont accompli leurs fonctions de médecin ou de chirurgien adjoint ?

Par conséquent, si en droit pur la Commission administrative reste maîtresse de ses nominations, il n'en est plus de même en équité, et j'estime que la Commission administrative est engagée moralement pour choisir ses chefs de service parmi les adjoints qu'elle a déjà nommés après un concours.

Vous voyez, mon cher confrère, que certaines conditions de fait et même des questions de personnes peuvent se mêler aux considérations purement théoriques et voici pourquoi ma réponse est mitigée dans le sens de sa rigueur juridique.

Dr Paul Boudin.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

I.768. — « Avis préalable » ou autorisation

Une femme employée dans un hospice voisin, a été victime au cours de son service d'un accident du travail reconnu par la Direction de cet hospice.

Cet accident ayant entraîné à sa suite une névrite du nerf médian du bras droit, j'ai institué dès le début un traitement électrique qui a amélioré, sinon guéri, la blessée à tel point que celle-ci crut bon de se remettre à ses occupations habituelles avec mon autorisation...

Mais au bout de cinq ou six jours, elle dut suspendre à nouveau son travail.

Un médecin vu mardi dernier en consultation en ma présence ayant prescrit un traitement diathermique combiné avec traitement ionisation (chlorure de calcium ou iodure), nous conseilla de demander à la Compagnie d'assurances de vouloir bien l'autoriser à instituer ce traitement.

Dès mercredi j'ai écrit à ce sujet à l'agent général d'assurance tenu par moi au courant à plusieurs reprises de l'état de la blessée.

Jusqu'à présent je n'ai pas reçu de réponse. Mais en aurai-je jamais, l'agent, d'après ce que je viens d'apprendre, étant plutôt en mauvais termes avec le médecin consultant ?

Je me demande si, en l'espèce, il est absolument nécessaire d'obtenir au préalable l'acquiescement de la Compagnie, car il ne s'agit pas ici d'intervention grave, mais d'un traitement que je ne saurais faire moi-même n'ayant pas l'instrumentation nécessaire, mais qui n'en est pas moins entré pour ainsi dire dans la pratique courante.

Je serais heureux d'avoir votre avis autorisé à ce sujet.

Dr G.

Réponse

Vous n'avez ici qu'à suivre les prescriptions suivantes de l'art. 7 : « Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit....., soit une série d'interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué..... », Vous devez donc écrire une lettre recommandée pour donner « avis préalable » mais vous n'avez nullement à attendre une réponse donnant autorisation. Cette dernière n'est requérable qu'en cas d'« exploration radiologique ou électrodiagnostic » (art. 27, Observations. Alinéa 4) ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Dr F. Decourt.

2.073. — Amputation d'un ongle incarné

A la suite d'un traumatisme du gros orteil une cliente fait un ongle incarné qui résiste aux traitements médicaux. L'Assurance a promis à la blessée de payer l'intervention chirurgicale nécessaire. J'ai pratiqué cet après-midi l'opération complète de cet ongle incarné (ablation large de la matière unguéale, etc.). Mais je ne trouve pas mention de cet acte chirurgical dans la nomenclature des accidents du travail. Quel prix puis-je logiquement réclamer pour cette intervention ? Puis-je réclamer 150 francs par analogie avec « amputation ou désarticulation totale d'un doigt ou d'un orteil ? »

Vous serez bien aimable de me donner un avis sur ce point.

Dr C.

Réponse

L'ablation d'ongle n'est pas l'objet d'une tarification. Celle-ci nous fut refusée à la Commission parce qu' « en accident du travail, on n'enlève que des ongles semi-détachés ». Si l'Assurance a promis à votre client de payer son ablation d'ongle incarné, c'est une autre affaire. Mais alors, il ne s'agit plus du Tarif accidents du travail. Prenez un prix normal, d'après votre tarif syndical, mais l'analogie avec « amputation totale d'un orteil : 150 francs » ne m'apparaît pas possible.

Dr F. Decourt.

1.994. — Le tarif des soins pour les assurés sociaux notoirement indigents (avant le 1er avril 1936)

Suite à votre lettre du 24 janvier, me donnant réponse du Docteur Decourt à une demande concernant la prétention d'une certaine Caisse d'assurances sociales de ne payer qu'au tarif de 7 fr. 50 au lieu de 15 francs chaque visite simultanée dans une même famille autre que la première portée sur l'état d'assuré social notoirement indigent et à 250 francs, au lieu de 375 francs les accouchements, j'ai l'honneur de vous donner ci-joint copie de sa réponse à une réclamation. Il s'agit, bien entendu, de mémoires antérieurs au 1er janvier 1936.

Je serais heureux que vous fassiez examiner cette réponse et que vous me donniez votre opinion à ce sujet.

Dr F.

Réponse de la Caisse.

En réponse à votre lettre du 25 courant, nous avons l'honneur de vous donner les précisions que vous avez bien voulu nous demander.

Il est une règle posée par la jurisprudence, d'après laquelle le Tarif des accidents du travail ne s'applique aux Assurés sociaux notoirement indigents que pour les cas ou actes expressément prévus par ce Tarif. En présence de référence dans le Tarif des accidents du travail, on doit appliquer pour les assurés sociaux notoirement indigents le Tarif de l'Assistance médicale gratuite sans pouvoir dépasser ainsi le tarif syndical minimum.

a) Le Tarif des accidents du travail fixe le prix pour une visite ou une consultation isolée ; il ne fixe pas le prix de chaque visite lorsque plusieurs visites ou consultations sont effectuées dans une même famille, le même jour, en même temps, car c'est un cas qui ne peut pratiquement pas se présenter en matière d'accident de travail. Le cas est par contre prévu par le Tarif syndical minimum : l'une des visites est payable à plein tarif ; les autres à demi-tarif, et telle est la règle que nous avons appliquée. Toutefois, nous sommes disposés, si vous le désirez, à appliquer à ces séries d'actes le Tarif de l'Assistance médicale gratuite étant entendu que la majoration de 2 francs sur le Tarif de la consultation ne s'appliquerait qu'à l'un des actes médicaux pratiqués au cours d'une même visite, et que ce mode de rémunération ne correspondrait pas à des honoraires supérieurs à ceux que donne dans le même cas le Tarif syndical minimum.

b) Le tarif des accidents du travail ne prévoit que les accouchements traumatiques et il a été jugé que ce Tarif ne pouvait être utilisé pour les accouchements non traumatiques concernant les assurées sociales notoirement indigentes, que le Tarif applicable aux assurées sociales notoirement indigentes était le Tarif de l'Assistance médicale gratuite ce Tarif comprenant, de même que le Tarif syndicat,

les visites consécutives. Nous avons appliqué le Tarif de responsabilité de la Caisse, mais nous vous serions très obligés de nous faire connaître le Tarif de l'Assistance médicale gratuite fixé par délibération du Conseil municipal du 27 décembre 1934 afin que nous puissions, s'il y a lieu, apporter les modifications utiles aux sommes acceptées.

Réponse

a) Il peut y avoir plusieurs blessés dans un accident, auquel cas on compte chaque intervention pour chaque blessé ; contrairement à ce que dit la Compagnie, « le cas peut pratiquement se présenter en matière d'accidents du travail ». En Assistance médicale gratuite en cas de deux visites dans la même famille, on compte ordinairement une visite pour le premier malade et une consultation pour le second.

b) Contrairement à ce que dit la Caisse d'assurances sociales, les accouchements des assurées sociales notoirement indigentes relèvent du Tarif accidents du travail sans qu'on ait à observer la notion de « traumatisme ». Ceci résulte d'une décision ministérielle et aussi d'une jurisprudence constante. « Il a été jugé » dit la Caisse d'assurances sociales, oui mais juste en sens contraire de son assertion. On se sert du Tarif d'Assistance médicale gratuite (le plus souvent par accord préalable avec le Syndicat médical) lorsqu'il n'y a pas d'analogie possible pour une intervention dans le Tarif accidents du travail. Mais ce point est d'ordre départemental et vous ne pouvez le fixer qu'en consultant votre Syndicat départemental ou votre Fédération départementale des Syndicats locaux. D'ailleurs, à partir du 1er avril 1936, le tarif en vigueur pour les assurés sociaux notoirement indigents sera le tarif de responsabilité (non de remboursement) de la Caisse d'assurances sociales intéressée.

Dr F. DECOURT.

1.982. — Fracture du cubitus, plus de l'épitrochlée

Abonné au *Concours*, je m'excuse de venir à nouveau vous demander conseil au sujet des honoraires que je dois demander à une Compagnie d'assurances pour un accident du travail.

Un ouvrier m'est amené avec une fracture de la clavicule droite, de la partie supérieure du cubitus droit et épitrochléen droite,

Je réduis de suite et je contiens dans un appareillage provisoire jusqu'au lendemain. Il y avait en effet un gros œdème et j'ai craint d'être obligé de renouveler le plâtre le lendemain sans doute trop étroit. J'ai donc fait un appareillage provisoire de l'avant-bras et le lendemain plâtre partant de la moitié de l'humérus à la paume de la main.

Que compter pour le premier ? Quant au second il y a plus qu'un seul os de l'avant-bras. Je ne puis encore cumuler humérus et un seul os avant-bras. Il me semble que par analogie avec deux os de l'avant-bras je pourrais demander 150 francs ? Est-ce votre avis ? Dr P.

Réponse

a) On ne peut compter la pose d'un appareil provisoire qu'en cas de réduction et contention ultérieure par un autre médecin (art. 8 *in fine*).

b) Si les deux os de l'avant-bras sont le siège d'une fracture, quel qu'en soit l'endroit, le tarif est bien de 150 francs (art. 18). Mais ici, il n'y a qu'un seul os de l'avant-bras, plus l'épitrochlée de l'humérus. Dans ce cas il faut donner tous détails précis à l'Assurance et dire que vous demandez 150 francs par analogie avec fracture des deux os de l'avant-bras, étant donnée la complication résultant pour le bon fonctionnement ultérieur du coude.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.074. — Passage dans la deuxième réserve. Versement dans le service auxiliaire

Officier de réserve du Service de santé classe 1921, appartenant de par ma situation de famille à la deuxième réserve, je désirerais connaître à quelle classe exactement m'assimile la naissance de mon quatrième enfant. Par ailleurs, je souffre d'un hallux valgus douloureux s'accompagnant d'une bursite et d'une légère atteinte osseuse, rendant fort pénible le port de chaussures ordinaires et m'obligeant la nuit à dormir le pied posé sous un édredon, le contact du drap et des couvertures étant insupportable.

Pourrais-je faire valoir cet état local pour être versé dans le service auxiliaire et si la chose est possible, quelles sont les modalités de la demande à effectuer ?

J'ajoute que je possède depuis la naissance de mon troisième enfant une affectation de deuxième réserve. Ma comparution devant une Commission de réforme mentionnant mon incapacité partielle pourrait-elle modifier mon affectation actuelle ?

Dr X.

Réponse

Les pères de quatre et cinq enfants sont classés, dès la naissance de leur quatrième enfant dans la dernière classe de la deuxième réserve (art. 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement).

Les officiers ne peuvent être versés dans le service auxiliaire, qui est une situation réservée aux hommes de troupe. Si cependant, il ne peu-

vent remplir leurs devoirs militaires pendant six mois au moins, la Commission de réforme proposera au ministre leur mise en non-disponibilité temporaire. Demande à adresser au Directeur du Service de santé.

En cas de réussite, pendant trois ans l'officier n'est tenu à aucune obligation militaire ; au bout de trois ans, il est réintégré dans les cadres ou définitivement rayé des cadres.

2.126. — Demande de majoration de pension

Ayant passé la commission de réforme en 1919 et réformé pour pleurite au-dessous de 10 %.

Mon état s'est aggravé depuis.

Ai-je droit de demander à passer devant une nouvelle Commission ?

Dr C.

Réponse

Plus de cinq ans s'étant écoulés depuis la dernière *Commission* de réforme, vous devenez justiciable des nouvelles dispositions de prorogation, c'est-à-dire qu'avant le 30 juin 1936, vous devrez présenter votre demande de pension, mais à la condition d'être titulaire de la Carte de combattant, et d'avoir contracté au front la maladie en cause.

ASSURANCES SOCIALES

1.101. — La limitation des prestations à six mois ne joue pas lorsqu'il s'agit d'une affection différente

Mme B..., femme d'assuré social en règle pour ses cotisations, a été opérée il y a un an environ, à M. (appendicectomie). Durée des soins : deux mois environ. Quelque temps après, présentant quelques phénomènes douloureux péri-utérins, je lui fais quelques séances de diathermie, et tout rentre rapidement dans l'ordre.

En janvier dernier, la malade revient me voir, porteuse d'une blennorragie, que je soigne actuellement encore.

Les Assurances sociales refusent de lui rembourser la part de frais médicaux qui lui est due pour cette dernière maladie (il n'y a jamais eu d'interruption de travail) : un secrétaire du bureau des Assurances sociales lui aurait dit que c'est parce que c'est actuellement la même maladie qu'il y a un an (?)

Je dois ajouter que le médecin contrôleur des Assurances sociales m'avait écrit quelques jours auparavant pour me demander confidentiellement le diagnostic et la nature des soins donnés, renseignements, qu'avec l'autorisation de la malade, je lui avais donnés.

A signaler également que le mari a été déjà soigné par divers confrères pour une blennorragie dont je

soigne actuellement le dernier épisode (du moins je le pense).

Ce refus de payement des Assurances sociales est-il justifié ? S'il ne l'est pas, que doit faire ma cliente ?

Dr C.

Réponse

Il résulte tant des dispositions de la loi de 1930 (art. 4 § 8 et 10) que de celles du décret-loi du 30 octobre 1935 (art. 6 § 13) que la limitation à six mois des droits des assurés au versement des prestations en nature de l'assurance-maladie ne vise qu'une même affection, et ne saurait jouer lorsque l'intéressé est atteint d'une affection entièrement indépendante de celle ayant antérieurement motivé le recours aux soins.

Puisqu'en l'espèce il y a désaccord sur ce point entre votre cliente et sa Caisse d'assurances sociales, il y a lieu d'en saisir la Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin désigné par le Président du Tribunal civil, qui a précisément pour rôle de trancher les litiges portant sur « l'état de l'assuré ». La demande de convocation doit être adressée au Président du Tribunal, par lettre recommandée, par l'assurée elle-même.

1.904. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité d'une assurée sociale bénéficiant de l'assurance-invalidité

Une assurée sociale est admise depuis le 10 janvier 1935 au bénéfice de l'assurance-invalidité.

Depuis, cette assurée est devenue enceinte.

Le certificat de grossesse indique comme première visite, la date du 2 septembre 1935.

Cette assurée n'a pas de cotisation dans le second trimestre fiscal 1935, puisqu'elle ne travaille plus depuis le début de l'année 1935.

L'accouchement normal a eu lieu le 14 novembre 1935.

La Caisse d'assurances sociales, ou bien la Caisse d'assurance-invalidité est-elle en droit de refuser à cette assurée le remboursement des prestations relatives à l'accouchement et aux visites pré- et post-natales.

A quel recours a-t-elle droit ? Dr R.

Réponse

Il résulte de l'art. 12 § 3 de la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales que les assurés invalides conservent pendant cinq années leur droit aux prestations de l'assurance-maladie. Etant donné le caractère dérogatoire de cette mesure, il faut en déduire qu'ils ne conservent pas par contre leur droit à l'assurance-maternité. Ils

ne peuvent prétendre au versement de ces prestations que s'ils ont continué à travailler et à cotiser, et ont ainsi à leur compte le nombre de cotisations requises durant la période de référence (trimestre civil précédant la première constatation médicale de la grossesse).

L'assurée sociale en question ne pourrait donc avoir droit à ces prestations que si elle est la conjointe d'un assuré en règle de ces cotisations ; encore dans ce dernier cas n'aurait-elle droit qu'aux prestations en nature, et non aux prestations en espèces.

2.218. — Refus de remboursement d'un examen de laboratoire

Une de mes clientes, assurée sociale, enceinte de sept mois (première grossesse) se voit refuser le remboursement des frais de laboratoire pour un examen de Wassermann, fait dans un laboratoire connu de Paris, avec le motif que voici : « Examen non-remboursable, n'ayant pas été effectué dans un dispensaire agréé.

Seriez-vous assez aimable de me répondre par la voie du *Concours* si la Caisse (il s'agit d'une Caisse mutualiste) est dans son droit, et dans le cas contraire, quel recours pourrait avoir l'assurée contre cette Caisse ?

Dr R.

Réponse

Il est exact que le règlement intérieur des Caisses d'assurances sociales stipule qu'en cas de traitement spécial, l'assuré doit se mettre d'accord avec sa Caisse après avis du médecin-contrôleur. Toutefois l'inobservation de cette formalité n'a pas pour effet conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, de priver l'intéressé de tous ses droits ; il y a lieu au contraire de rechercher les conséquences que peut avoir eu ce manquement eu égard aux intérêts légitimes de la Caisse. Il faut donc en conclure que si l'examen en question était justifié, et s'il a été fait par un laboratoire donnant toute garantie, la Caisse n'est pas fondée à refuser le versement de son tarif de responsabilité. Pour trancher la question, il y aurait lieu de conseiller à l'assurée de citer sa Caisse devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours du refus. Si l'appréciation de l'opportunité de l'examen soulève une question technique, l'assurée devra demander à ce qu'elle soit soumise à la Commission technique composée d'un médecin désigné par la Caisse, du médecin traitant et d'un troisième médecin choisi par le président du Tribunal civil, et dont la compétence est obligatoire dès qu'il s'agit de trancher une question portant sur l'état de l'assuré.

Cinquante-huitième année — N° 13 — 29 Mars 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

N° 84. — Dr franç. actif, Lég. d'hon., 20 ans prat., actuellem. à Paris, remplacer. confr. pendant vac. de Pâques banl. ou province. Cond. mod. Permis conduire.

N° 85. — Dame veuve, très instruite, bonne éducat., désire emploi chez doct. ou dent. pour récept. clientèle, écritures, direct. intérieur, etc. Réf. prem. ordre.

N° 86. — Chauff. tourisme 32 a. instruct. second., connais. angl. et italien, accompagner. ville d'eaux saison 1936, doct. rhumatis. ou convalesc. Soins particul. *Référ. médic. rép. rapide.*

N° 87. — Aisne. A céder poste propharm. convenant à méd. très actif ou à ménage médecin-pharmacienne.

N° 88. — A vend. ionomètre Salomon garanti à l'état *de neuf avec contrôleur à l'urane.*

Joindre un timbre pour toute demandede renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Banlieue immédiate. Bonne clientèle médecine générale facile à desservir, appartement confortable. Indemnité 25.000 francs.

Station climatique. Ancienne clientèle à céder par suite décès 15.000 francs. Belle villa à louer.

150 km. Paris. Gros poste médecine et pro-pharmacie, grande maison tout confrt. Indemnité : 50.000 francs.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).**— Dans sa dernière séance le Conseil d'administration de l'A. D. R. M. a procédé à l'élection de son bureau pour 1936 : président, Hartmann ; vice-présidents, Sergent, Michon et Gastou ; secrétaire général, Baudouin ; trésorier, Lemaître ; conseiller juridique, Boudin.

Le Comité franco-japonais a fait publier dans des revues françaises trois articles envoyés du Japon par MM. Miura, Tamura et Kihara et Yasmaga ; réciproquement ont été publiés dans des revues japonaises trois articles de MM. Fiessinger, Hartmann et Saint Girons. De plus M. Motte publie à Tokio une revue mensuelle des livres médicaux français.

Demande pour une ville d'eaux étrangère de deux médecins dont un chargé d'un laboratoire d'analyses.

Lettre demandant à l'A. D. R. M. d'entrer en relations avec le Syndicato Nazionale Medici. Même demande de la Société de relations culturelles de l'U. R. S. S. (V. O. K. S.).

Communication de MM. Soupault et Thalheimer retour d'Egypte, exposant que tous les médecins ayant passé 45 ans parlent français, que les jeunes parlent anglais et sur l'utilité qu'il y aurait à essayer de retenir pendant quelques jours à Paris les médecins égyptiens se rendant à Londres.

M. Pierra demande à l'A. D. R. M. de désigner un rapporteur sur la question de l'enseignement et de la pratique médicale dans les pays latins, question qui doit être discutée à Venise en fin septembre, au Congrès de la Fédération de la presse médicale latine.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** *Réunion clinique* du 19 février 1936 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Mathieu-Pierre Weil, sous la présidence du Professeur Bezançon. — Au cours de cette intéressante réunion, trois ordres de malades ont été présentés et ont donné lieu à une discussion très animée.

1° Affections de la colonne vertébrale : mal de Pott tardif, tabes et mal de Pott ; difficulté de diagnostic différentiel ; éburnéation vertébrale, spondylose rhizomélique, malpositions sacrées. Discussions : MM. Boppe, Massart, Forestier, Oumansky, Coliez, Rœderer, Vidal-Naquet.

2° Maladie de Bouillaud et rhumatisme chronique. Après discussion, M. le Professeur F. Bezançon et M. Dufour concluent à la rareté de la coïncidence des deux affections.

3° Malades goutteux. MM. Polak et M. P. Weil montrent la fréquence de la maladie et les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu.

— **Association amicale des cardiaques.** — Cette Association, dont le siège est à l'hôpital Tenon, vient de tenir son Assemblée générale sous la présidence de M. Pic, député de la Seine, maire de Vanves.

Les rapports ont souligné l'activité considérable de l'Association qui, en outre de ses modalités habituelles (secours, convalescence, travail, apprentissage, matinées récréatives, etc.), s'est engagée dans quatre voies nouvelles : extension aux cardiaques de province ; cours complémentaires pour les enfants cardiaques en retard dans leurs études ; envoi de cardiaques adultes dans les ateliers-écoles des blessés de guerre pour l'apprentissage d'un nouveau métier ; organisation d'un véritable bureau de placement.

Cette Association mérite d'avoir l'adhésion de tous les cardiaques et de toutes les personnes charitables. S'adresser au siège social à l'hôpital Tenon (cotisation minima : 5 francs pour les cardiaques, 20 francs pour les bienfaiteurs).

— **La lutte contre le bruit.** — M. Auscher, vice-président du Touring-Club de France, a adressé à l'Académie de médecine une lettre concernant la lutte contre le bruit. Il propose, entre autres moyens, lorsqu'une localité recherche la reconnaissance comme station climatique, de lui demander l'engagement d'assurer, sur son territoire, les mesures efficaces contre le bruit.

— **La Fédération corporative des médecins de la Région parisienne**, réunie le 6 mars 1936, a voté un ordre du jour protestant auprès de M. le ministre de l'Education nationale contre les décisions inadéquates prises par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, en ce qui concerne les conditions à remplir pour être chef de travaux pratiques dans les Facultés et Ecoles de médecine. La Fédération compte sur les doyens des Facultés, les directeurs d'Ecoles de médecine et tous les membres de leur corps enseignant, pour s'opposer à la mise en pratique des mesures visées.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** *Clinicat.* — Un concours pour deux emplois de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 27 avril 1936, rue Moreau, nº 13.

MM. les Docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, nº 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures jusqu'au 18 avril 1936 inclus.

— **Hôpital Sadiki de Tunis.** *Internat.* — Quatre vacances d'internes (une en chirurgie, une en ophtalmologie, une en radiographie, une en médecine générale) sont actuellement vacantes à l'hôpital Sadiki, à Tunis. Les conditions générales sont les suivantes : nationalité française ou tunisienne, vingt inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres, la préférence

étant donnée aux candidats dans l'ordre ci-après : 1° candidats ayant obtenu au concours le titre d'interne dans les hôpitaux d'une ville de Faculté ; 2° candidats justifiant du titre d'interne d'Ecole de médecine ; 3° candidats ayant obtenu au concours le titre d'interne suppléant dans les hôpitaux d'une ville de Faculté ; 4° candidats ayant obtenu au concours le titre d'interne dans certains hôpitaux d'importance notoire ; 5° candidats ayant obtenu au concours le titre d'externe dans les hôpitaux d'une ville de Faculté ; 6e candidats justifiant de titres universitaires ou de travaux particuliers.

Adresser les demandes à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis en joignant les pièces ci-après : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance, les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes et titres, les pièces établissant la situation du candidat au point de vue militaire.

Avantages accordés : Traitement : 1re année, 9.000 francs ; 2e année, 10.000 francs ; 3e et 4e années, 11.000 francs. Une indemnité complémentaire annuelle de 2.000 francs est allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Université française. Logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Le prix de la traversée de Marseille à Tunis, en 2e classe, est remboursé après un an de fonctions effectives à l'hôpital, aux internes de nationalité française recrutés dans la Métropole. Le prix de la traversée de Tunis à Marseille, en 2e classe, est remboursé à ces mêmes internes, après deux ans de fonctions au moins, s'ils retournent se fixer en France pour y exercer leur profession. Pour obtenir le remboursement de ces frais, il est nécessaire de retirer un reçu de la Compagnie de navigation.

Les internes des services de médecine générale peuvent également obtenir leur mutation dans les services de chirurgie ou dans les spécialités, lorsque les vacances se produisent.

— **Hôpital communal de Neuilly-sur-Seine.** *Internat.* — Le concours d'internat de l'hôpital communal de Neuilly-sur-Seine s'ouvrira le 1er avril 1935.

— **Bordeaux.** — Le samedi 29 février a eu lieu, à l'Ecole Florence-Nightingale, l'Assemblée générale des œuvres de la Maison de santé protestante. La mémoire d'Anna Hamilton, docteur en médecine, fondatrice de la première Ecole française d'infirmières, fut longuement évoquée. Née en 1864, Anna Hamilton créa cette Ecole avec Florence Nightingale, en 1901. Elle mourut à Bordeaux le 19 octobre 1935. Elle avait été vice-présidente de la Mutualité familiale du Corps médical français.

— **Vacances de Pâques sur la Côte-d'Azur.** — Rappelons que le Xe Voyage médical international de Pâques, annuellement organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, se déroulera d'Hyères à Menton du 12 au 19 avril 1936. Sa direc-

tion scientifique sera assurée par le Docteur Laignel-Lavastine.

Les familles des médecins sont admises, ainsi que les étudiants en médecine.

Le secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement tous les renseignements et les programmes qui lui sont demandés.

— **Mariages d'internes.** — Nous sommes heureux d'annoncer le mariage de Mademoiselle Jacqueline Sainton, interne des hôpitaux de Paris, avec M. Georges Brouet, interne des hôpitaux de Paris. Mademoiselle Sainton est la fille de notre distingué confrère le Docteur Paul Sainton, médecin de l'Hôtel-Dieu et de Madame Paul Sainton.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le mardi 31 mars à midi précis, en l'Eglise Saint-François-de-Sales (rue Ampère).

Nos félicitations les plus vives au Docteur et à Madame Sainton et nos meilleurs souhaits aux futurs époux. J. N.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Théophile Legry, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'Hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre maître et ami, le Docteur Théophile Legry.

Nos relations cordiales remontaient à 1890. Externe dans le service du Professeur V. Cornil à l'hôpital Laënnec, nous avions pour interne Théophile Legry, beaucoup plus âgé que nous, car il avait tardivement commencé ses études médicales. Legry, clinicien émérite, interne laborieux, s'intéressait à ses externes, les guidait dans leurs études et se les attachait par les liens d'une solide estime et d'une réelle affection.

Nous retrouvâmes Legry peu après dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté que dirigeait notre maître V. Cornil. Nous assistions aux conférences qu'avec Chantemesse, Widal, Toupet, Pillet et d'autres, il faisait aux élèves qui suivaient les travaux pratiques du laboratoire. Depuis nous étions resté en constantes relations avec lui.

Conservateur du Musée Dupuytren, il fut nommé au concours professeur agrégé de la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux. Il devint membre de l'Académie de médecine et prit sa retraite comme médecin de l'hôpital de la Charité.

Homme simple, droit, généreux, infiniment serviable et bon, Legry mettait au service de ses amis, de leur famille et de leurs clients les trésors de sa grande expérience clinique, de ses connaissances scientifiques qui étaient très étendues et de son excellent cœur. Aussi parmi ses élèves et parmi ceux qui l'ont connu, il ne comptait que des amis et tous avaient contracté envers lui une dette de reconnaissance.

Comme tous les médecins véritablement instruits et consciencieux, Legry n'hésitait pas lorsqu'on le faisait appeler au chevet d'un malade dont le diagnostic était difficile, d'avouer son impuissance à

résoudre le problème. Il avait horreur du verbiage et des hypothèses qui masquent le plus souvent une prétentieuse ignorance.

Excellent confrère, toujours prêt à rendre service, Legry nous retrouvait chaque mois au Comité de l'Association des médecins de la Seine, dont il était un membre assidu, s'intéressant à la répartition mensuelle des revenus de l'Association aux confrères âgés et malheureux, à leurs veuves et à leurs orphelins.

Le Docteur Legry pendant plus de quarante ans, a donné ses soins aux membres de notre famille. Nous avons dans les circonstances les plus douloureuses, trouvé en lui un médecin dans la plus noble acception du mot, un ami excellent, un consolateur. Aussi garderons-nous toujours de cet homme de bien un affectueux souvenir et nous assurons à sa mémoire dans notre cœur une éternelle gratitude. J. N.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Aimé Rouzaud, administrateur du *Progrès Médical*. Grâce à son intelligence et à son activité M. A. Rouzaud était parvenu à rétablir la situation économique du *Progrès Médical* après la disparition du Docteur Bourneville, son fondateur. Ayant entretenu des relations amicales avec A. Rouzaud depuis plus de trente ans, nous adressons à son gendre, notre excellent confrère et ami, le Docteur Maurice Genty, bibliothécaire de l'Académie de médecine, et à Madame Genty, sa fille, nos plus sincères condoléances. J. N.

— Nous apprenons la mort du Docteur Louis Ménétrel emporté par la complication tardive d'une blessure ancienne. Tous ceux qui l'ont connu se rappelleront avec émotion son dévouement et sa grande bonté, mais ceux-là surtout dont il fut le frère d'armes, n'oublieront jamais l'homme qui, détaché de toute obligation militaire, servit pendant toute la guerre dans des régiments d'infanterie, fut à différentes reprises grièvement blessé, mérita d'être dix fois cité à l'ordre du jour et reçu pour ses hauts faits d'armes la Cravate de Commandeur de la Légion d'honneur.

Le Docteur Ménétrel est un de ceux qui honorèrent la profession médicale ; il est mort avec le même admirable courage qu'il manifesta toujours.

Nous prions Madame Veuve Ménétrel, son fils, le Docteur Bernard Ménétrel, sa fille Madame Dubreuil et son gendre, de trouver ici l'expression de notre douloureuses émotion.

— Le Docteur et Madame Calamy ont la douleur de vous faire part du décès de leur fille Evelyne ; les obsèques ont eu lieu le jeudi 26, à 15 heures, en l'église de Viels-Maisons (Aisne).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Gabriel Chamaillard, maire de Mauprévoir (Vienne), décédé à Poitiers le 7 mars 1936, à l'âge de 63 ans.

Nous adressons à Madame Gabriel Chamaillard et à ses enfants l'expression de notre très douloureuse sympathie.

A la Société d'hydrologie

Banquet annuel le lundi 16 mars chez Ledoyen, où la longue galerie du rez-de-chaussée permet le spectacle, inaccoutumé mais réellement plein de majesté, d'une centaine de couverts alignés d'un seul tenant.

La chère est digne des gastronomes. Toutes les eaux thermales de France, je crois, sont représentées aussi bien sur la table qu'autour. Mais les hydrologues sont gens prudents : ils savent les redoutables puissances encloses dans ces eaux dont ils sont les prophètes et qu'il faut absorber à bon escient sous peine d'éveiller les allergies, idiosyncrasies et pathogénésies. Sagement ils se rabattent sur le champagne qui est délectable et de radio-activité pratiquement nulle.

Grâce à quoi l'euphorie est générale à l'heure où se lèvent les vannes de l'éloquence. Par un suprême raffinement apprécié de tous les convives le flux en est modéré : un ruisselet gazouillant sous un clair soleil et berçant les rêveries.

C'est d'abord le Docteur Perpère, président de la Société d'hydrologie, qui d'un ton alerte improvise une spirituelle bienvenue. Puis le Professeur Rathery chante la gloire thermale de la France. Le vénéré Docteur Siredey ne cherche pas à oublier qu'il est l'un des doyens de l'assemblée, avec un sourire doucement teinté de stoïcisme, il signale, dans le nouvel Annuaire de l'internat, une disposition inédite des promotions où les croix signalant les morts permettent aux vivants de se compter plus commodément. Cinq sur une quarantaine, tel est le nombre des rescapés de la promotion Siredey (mais que ces cinq là se rassurent ! la Société d'hydrologie vient, m'a-t-on dit, d'annexer à son domaine thermal la Fontaine de Jouvence et en a versé de larges rasades à ses invités).

Enfin le Docteur Rist, qui a présidé la réunion de l'après-midi s'excuse avec bonne grâce de n'être ni un hydrologue ni même un client d'hydrologue, et de n'avoir apporté à la discussion que sa sympathique attention et sa foi dans les cures thermales.

Soirée de pleine cordialité où le *Concours* a eu le plaisir de recenser de nombreux lecteurs, et nuance bien agréable à noter, autant d'amis.

G. LAVALÉE.

La Société des Chirurgiens de Paris à Lille

(14 mars 1936)

La Société des Chirurgiens de Paris a fait le samedi 14 mars un voyage d'études à Lille.

La matinée a été consacrée à des séances opératoires du plus haut intérêt. M. le Professeur Le Fort et M. le Professeur agrégé Ingelrans pratiquèrent plusieurs interventions de chirurgie osseuse et présen-

tèrent des malades, opérés antérieurement par eux, avec de très beaux résultats. M. le Professeur Lambret fit plusieurs opérations sur le « tube digestif ». Une suspension de l'estomac par le procédé qu'il a décrit intéressa tout particulièrement les chirurgiens parisiens.

Il fit visiter, assisté du Professeur agrégé Razemon, son très intéressant service et les nombreux organismes qui y sont annexés : Centre anticancéreux (riche de 7 grammes de radium), Laboratoire de Chirurgie expérimentale, etc...

A treize heures, les chirurgiens lillois offrirent à leurs collègues parisiens un banquet sous la présidence de M. le Professeur Dubois, doyen de la Faculté de Lille.

L'après-midi, fut consacrée à des visites qui eurent lieu à la Nouvelle Cité hospitalière de Lille, en voie de construction ; elle constituera une organisation unique en France et même en Europe, au Sanatorium pour tuberculeux, dont la construction est déjà terminée ; à la Nouvelle Clinique chirurgicale mutualiste qui présente tous les perfectionnements de la technique moderne.

Ce programme scientifique fut agréablement complété par la visite de l'admirable musée lillois, dont le conservateur lui-même tint à faire les honneurs.

Ces voyages chirurgicaux très instructifs contribuent à resserer les liens qui unissent les provinces et Paris, et il faut féliciter la jeune et active Société qui a eu l'heureuse idée de les réaliser. R. M.

Premières Assises franco-italiennes de médecine générale

PATRONAGE. — *Comitato Italia-Francia* : Son Excellence M. Cerrutti, Ambassadeur d'Italie. Président : Sénateur Borletti.

Section médicale (triumvirat) : Professeurs E. Morelli, Donati, Frugoni.

Comité France-Italie : président, M. Madelin. — — Section médicale : président, Professeur B. Cunéo ; secrétaire général, Docteur M. Martiny.

Nice, 5 et 6 avril 1936, *Assises italiennes de médecine générale* : président, Professeur L. Zoia ; secrétaire général, Docteur Cl. Gerbi.

Assemblée française de médecine générale : président, M. le Professeur P. Carnot ; vice-présidents, MM. les Professeurs J. Castaigne, E. Lesné, Mauriac, J. Renault ; secrétaire général, Docteur Godelwski ; trésorier, Docteur Doury.

Comité régional d'organisation : président d'honneur, M. Jean Médecin, député-maire de Nice ; président, Docteur d'Œlsnitz ; vice-présidents, Docteurs Audion, Balestre, Barbary, Bertier, Boisseau, Gimbert, Ronchèse, Targhetta ; secrétaire général, Docteur P. de Giovanni ;

trésoriers, Docteur Chatenoud, P.-A. Colin ; secrétaires adjoints, Docteurs P. Augier, Carcopino, Cossa, J.-P. Grinda, Liotard, R. Rivoire.

Séances de travail scientifique. — Présidence : *Italie* : Professeur L. Zoia ; *France* : Professeur B. Cunéo. — *Suites éloignées des appendicites chroniques opérées.* (Grand amphithéâtre du Centre universitaire méditerranéen, 65, Promenade des Anglais). Dimanche 5 avril : de 9 heures à midi ; lundi 6 avril : de 9 heures à midi.

PROGRAMME. — *Dimanche 5 avril*, 9 heures à midi : Séance de travail au Centre universitaire méditerranéen, 65, promenade des Anglais. — 12 h. 30 : Déjeuner à la Jetée-Promenade. — 15 h. 30 : Départ en cars pour Cannes. — 16 h. 30 : Thé au Casino de Cannes. — 17 h. 30 : Départ de Cannes pour Nice, par le Cap d'Antibes. — 18 h. 30 : Arrivée à Nice. Dîner libre. — 20 h. 30 : Départ en cars pour Monte-Carlo. — 21 h. 15 : Soirée de gala au théâtre de Monte-Carlo avec le concours des Ballets russes et de l'Orchestre du Casino de Monte-Carlo. Après la représentation, retour à Nice en cars.

Lundi 6 avril, de 9 heures à midi : Séance de travail au Centre universitaire méditerranéen. — 9 heures : Promenades dans Nice (pour les dames) château, Musée Masséna. Visite d'un laboratoire de parfumerie. Départ des cars à 9 heures du Monument du Centenaire. — 12 h. 30 : Déjeuner à l'hôtel Negresco. — 15 heures : Départ en cars pour Menton, par la Grande Corniche. — 16 h. 30 : Thé au Casino de Menton. — 17 h. 30 : Départ en cars pour Nice, par Monte-Carlo et la Moyenne Corniche. — 19 heures : Arrivée à Nice. Dîner libre. — 21 heures : Représentation théâtrale au Palais de la Méditerranée (Sacha Guitry dans « La Fin du Monde ») . — 23 h. 45 : Souper au Palais de la Méditerranée.

Mardi 7 avril : Départ pour la Corse (voir programme spécial de l'Agence « Les Voyages modernes », 4, avenue de l'Opéra, Paris.

Renseignements : Pour les renseignements concernant le voyage en chemin de fer et l'excursion en Corse, s'adresser à l'Agence « Les voyages modernes », 4, avenue de l'Opéra, Paris.

Pour tous les autres renseignements s'adresser : Avant les Assises au secrétaire général Docteur Godlewski, 12, rue Théodule-Ribot. Au secrétaire général régional Docteur de Giovanni, 22, avenue Notre-Dame, Nice. Pendant les Assises, à la Permanence qui siégera : le samedi 4 avril, à la gare P. L. M. à Nice ; du dimanche 5 avril au mardi 7 avril, au Centre universitaire méditerranéen, 65, promenade des Anglais.

Voir la suite page 1.1-1005

PROPOS DU JOUR

L'organisation des Secours en cas d'Accidents par l'Union nationale des Associations de Tourisme (U.N.A.T.)

Le Centre de Secours et d'Evacuation de l'Aérodrome de Buc. Son fonctionnement

Les prompts secours en cas d'accidents, si longtemps négligés en France, ont été remarquablement organisés par l'Union nationale des Associations de tourisme, grâce à l'intelligente initiative, à l'activité ingénieuse et au dévouement sans limites de son secrétaire général, M. le Docteur Béhague. Cette organisation a été poussée si loin que la plupart des nations qui ont cherché à réaliser quelque chose dans ce domaine, se sont inspirées de ce qui existe en France, si elles ne l'ont pas copié.

Ayant l'honneur d'être membre de la Commission d'Assistance médico-chirurgicale de l'U. N. A. T. que préside le Docteur Béhague, nous avons pu juger des efforts qu'il a faits et des progrès qu'il a fait accomplir. Nous en avons rendu compte tous les ans dans le *Concours Médical.*

En 1935, 1.732 accidents faisant 2.046 victimes dont 143 morts ont été secourus par 559 postes de l'U. N. A. T. Les accidents multiples ont été la règle. 58 % des accidents concernent les automobiles. Mais la proportion des accidents dus aux motocyclistes est de beaucoup la plus élevée, car il faut bien noter que le nombre des motocycles ne dépasse pas le quart de celui des automobiles. Notons que les mois de février et de mars sont ceux où il y a le moins d'accidents.

Tous les postes alertés ont régulièrement fonctionné. Il y a cependant des lacunes à signaler auxquelles on devra porter remède. D'abord les difficultés que présente le transport des blessés, la nécessité qu'il y aurait de doter les postes de téléphone, l'absence de service médico-chirurgical le dimanche. Ces lacunes pourraient être comblées, car dans la basse vallée de la Loire, et notamment à Nantes et à Saint-Nazaire, les prompts secours sont remarquablement organisés avec ambulances et services de médecins et d'infirmières de garde.

L'U. N. A. T. a pris la charge d'indemniser les médecins alertés par ses postes après entente avec la Confédération des Syndicats médicaux français, se réservant de se faire rembourser par les responsables des accidents ; 47 % de ces créances ont pu seulement être recouvrés. Nous devons reconnaître qu'il n'y a que les mauvaises créances qui font l'objet de ces recouvrements.

***

L'année 1935 a été marquée par une innovation très intéressante : Le Centre de Secours et d'Evacuation de l'aérodrome de Buc. Nous avons obtenu de M. le Docteur Béhague et de ses services administratifs une documentation détaillée dont nous les remercions et que nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs :

Organisation et destination du Centre

Le « Centre de Secours et d'Evacuation » organisé sur l'aérodrome de Buc, avec le concours de l'Union nationale des Associations de Tourisme, a pour but d'assurer le sauvetage des victimes des accidents d'aviation ou de la circulation dans un rayon s'étendant jusqu'à 100 kilomètres.

Cette organisation comprend :

1° Un poste de secours spécialement aménagé pour les soins d'extrême urgence. Il se compose d'une première pièce avec deux lits, armoire à pharmacie, et installations sanitaires, pour la réception des blessés ou pour les soins légers et d'une seconde pièce, agencée en salle d'opération, permettant de pratiquer toutes interventions chirurgicales ou transfusions de sang dans les cas non transportables.

2° Le concours bénévole de deux chirurgiens.

3° Une équipe de sauveteurs constituée par le personnel de l'aéroport.

4° Une ambulance automobile et un avion.

5° Une organisation complémentaire de soins chirurgicaux gratuits et d'hospitalisation à Versailles.

Le « Centre de Secours et d'Evacuation » est donc destiné à rendre les services suivants :

1° Soins urgents et assistance d'un chirurgien aux victimes des accidents d'aviation se produisant dans un rayon de 100 kilomètres, soit sur les terrains soit en dehors.

2° Mêmes soins aux victimes des accidents de la circulation routière.

3° Dans les cas non transportables, transport sur place par avion, d'un chirurgien et de son aide.

4° En cas de catastrophe étendue ou d'accident de chemin de fer, utilisation de l'avion pour lancer sur place des ballots de pansements prévus dans le matériel du Centre.

Enfin, le « Centre de Secours et d'Evacuation » comporte un programme d'extension dont les bases sont d'ores et déjà établies. C'est l'édification à Versailles sur un terrain offert gratuitement d'une maison de santé et de chirurgie réservée aux amateurs ou professionnels de l'aviation, en traitement pour blessures ou maladie. Ce sera « l'Œuvre des victimes de l'air » à la réalisation de laquelle seront conviés prochainement divers groupements philantropiques et personnalités de l'aéronautique.

L'idée du « Centre de Secours et d'Evacuation » ainsi que de l' « Œuvre des victimes de l'air » dont il vient

d'être parlé a été réalisée sous l'égide de l'Union nationale des Associations de Tourisme et de son secrétaire général, le Docteur Béhague, médecin-chef des services des hospices de Versailles, avec le concours du Touring-Club de France qui a prêté gracieusement ses locaux et un avion du « Club Roland-Garros » qui a offert une partie du matériel, le concours de son personnel, de la maison Blériot qui prête également le concours de son personnel et le service de l'ambulance automobile.

Les deux chirurgiens qui ont accepté d'assurer le service médical et chirurgical de l'organisation à titre entièrement bénévole sont les Docteurs François et Besnard, de Versailles, tous les deux anciens internes des hôpitaux de Paris et chirurgiens chefs des services des hospices de Versailles. C'est grâce aussi au terrain offert gracieusement par ces chirurgiens en plein cœur de Versailles, que pourrait être réalisée l'édification à peu de frais de la future maison des victimes de l'air.

Fonctionnement du « centre de secours et d'évacuation

Note préliminaire. — Comme dans toute organisation dont le but est de sauver des vies humaines, la première condition à observer par le personnel qui concourt à son *fonctionnement est le respect absolu des consignes.*

Les consignes qui définissent habituellement le rôle de chacun, dans le fonctionnement général de l'équipe, doivent être connues de tous. Chaque équipier doit s'appliquer à posséder la sienne de telle sorte qu'en cas d'alarme il puisse accomplir sa mission sans aucune hésitation.

De la parfaite exécution des consignes individuelles dépend en grande partie la réussite des manœuvres d'ensemble dont seules la rapidité et la précision permettent d'atteindre un résultat efficace.

Un équipier qui connaît son rôle, est certain d'avance d'accomplir sa tâche jusqu'au bout, quelles que soient les difficultés, et ceci lui donne la confiance en soi indispensable pour garder son sang-froid en toutes circonstances.

Un équipier doit aussi connaître le rôle de son voisin, non seulement pour assurer la bonne harmonie des manœuvres, mais pour pouvoir le remplacer au pied levé en cas de défaillance imprévue.

Consignes générales. — *L'alerte.* — L'alerte peut être donnée de deux manières: soit par un témoin de l'accident, soit par téléphone.

Dans les deux cas, la personne qui reçoit l'avis doit accomplir immédiatement les opérations suivantes :

1° Demander : où se trouve l'accident ? Nature de l'accident ? Combien de victimes ?

Transcrire immédiatement les réponses sur une feuille volante et placer celle-ci en évidence à côté de l'avertisseur.

2° Casser la glace de l'avertisseur placé près de la porte d'entrée du bureau du Directeur de Base et actionner la sirène d'alarme à l'aide du commutateur électrique en faisant des alternances.

Laisser la clé ouvrant les locaux du « Centre de secours et d'évacuation ».

Lorsque la sirène retentit, chacun doit se porter immédiatement à son poste et commencer à exécuter les consignes affectées à son équipe.

Rôle des équipes. — *Première équipe* : Deux pernes. — 1° Installer le panneau d'alarme horizontal et hisser le pavillon. (Ces deux objets se trouvent dans la boîte placée au pied du mât, près de l'avertisseur). 2° Enlever les poteaux mobiles du passage assurant a communication du terrain avec l'extérieur.

Deuxième équipe : La concierge : 1° Ouvrir la porte principale en grand. 2° Se tenir prêt à protéger la sortie de l'ambulance. 3° Rester en faction jusqu'à la fin des opérations.

Troisième équipe : trois personnes: 1° Téléphoner du poste Blériot : *a*) au chirurgien Besnard, à Versailles. Tél. 5-70 ; *b*) à la clinique Jeanne-d'Arc, à Versailles. Tél. 0-94, en demandant la priorité et en employant la formule conventionnelle suivante : « *Accident au Centre de Buc. Alerte* ». 2° Rester auprès du téléphone. 3° Charger quelqu'un d'assurer la liaison avec les autres équipes.

Quatrième équipe : Cette équipe comporte six membres dont trois savent conduire et trois savent piloter.

1° Se rendre immédiatement à l'avertisseur, 2° Prendre connaissance de l' « avis d'accident ».

Sauvetage par ambulance. — 1° Le conducteur et les mécaniciens se rendent ensuite *immédiatement* à l'ambulance automobile, mettent celle-ci en marche et sortent du hangar. 2° Les sauveteurs prennent place dans l'ambulance et partent soit sur le terrain, soit à l'extérieur (dans ce dernier cas utiliser les cartes-itinéraires spéciales).

Sauvetage par avion : Les mécaniciens préparent le départ du « phalène F. A. N. T. Z. » et le pilote prend ses dispositions de vol (préparer les cartes).

a) Ou l'équipe attend l'arrivée du chirurgien pour faire sortir l'avion et le transporter sur le lieu de l'accident ;

b) Ou l'équipe charge l'avion avec les ballots de pansements entreposés .. et assure le décollage aussitôt.

Cinquième équipe : deux infirmières. — 1° Se rendre à l'avertisseur et prendre la clé du « Centre de secours et d'évacuation ». 2° Tenir portes et fenêtres soigneusement fermées. 3° Allumer le chauffage central : *a*) ouvrir le robinet de la bouteille de butane ; *b*) allumer les deux radiateurs ; *c*) allumer la *veilleuse* du chauffe-eau. — 4° Réchauffer les pièces en enflammant le contenu d'une cuvette d'alcool (prendre garde au danger d'incendie). 5° Vérifier le fonctionnement des appareils d'éclairage. 6° Revêtir les blouses. 7° Découvrir les lits et la table à pansements. 8° Rester sur place en attendant le retour de l'ambulance.

***

Lors de l'inauguration du *Centre de Secours et d'Evacuation*, faite il y a quelques mois en présence du ministre de l'Air, le général Denain, il fut procédé à une démonstration pratique. Elle fut concluante : moins de dix minutes après que la sirène d'alarme eut été actionnée, le chirurgien était auprès du blessé simulé, qui était conduit dans la salle d'opération où tout était prêt pour lui donner les soins nécessaires. Quelques jours après, le Centre fonctionnait pour la première fois pour un accident qui n'était pas simulé avec la même régularité mathématique.

L'organisation du Centre de Secours et d'Evacuation de l'aérodrome de Buc fait le plus grand honneur à ses auteurs. Souhaitons qu'avant peu la plupart des aérodromes de France en soient pourvus.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT ACTUEL DU TÉTANOS DÉCLARÉ DANS LA PRATIQUE COURANTE

Docteur Paul HARDOÜIN

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes

Les cas de tétanos que nous avons encore l'occasion d'observer ne sont pas exceptionnels, malgré la pratique de l'injection préventive de sérum antitoxique mise en usage par la grande majorité des praticiens, en présence de plaies contuses, mêmes minimes.

C'est que, d'une part, les paysans de nos campagnes, fréquemment atteints de blessures légères, ne vont pas pour si peu consulter le médecin et que d'autre part, le tétanos se déclare parfois, à l'occasion de traumatismes extrêmement bénins, à la suite de piqûres par exemple, pouvant passer inaperçues.

Personnellement, j'ai observé en peu de temps, à la suite de piqûres d'épine, deux cas de tétanos mortels et un troisième cas, mortel également chez un enfant, après une légère blessure par clou, au talon, pour laquelle nul dans l'entourage n'avait songé à se préoccuper.

La question du tétanos confirmé rentre donc dans le cadre des médications de pratique courante.

Je crois utile de préciser ici pour les praticiens, la méthode à employer, car elle paraît peu connue, et cependant appliquée rigoureusement et rapidement, elle peut dans bien des cas améliorer grandement le pronostic d'un mal considéré autrefois comme presque toujours fatal.

Etudions donc rapidement les moyens thérapeutiques que nous possédons pour lutter contre le tétanos et les différents procédés qui peuvent être utilisés pour leur emploi.

Nous en tirerons en conclusion le manuel opératoire qui nous paraît le plus efficace, et à la fois le plus pratique pour le traitement de nos blessés.

***

La question de la porte d'entrée de l'infection a tout d'abord attiré l'attention, d'autant plus que le bacille de Nicolaïer reste localisé au siège de la plaie et n'agit sur l'économie que par les toxines émises à cette place. Tous les auteurs sont donc partisans, lorsque la chose est possible, de pratiquer l'exérèse du point malade, ou de le cautériser, après s'être assuré qu'il ne reste pas de corps étranger dans la plaie. Différentes statistiques ont montré que cette pratique élève singulièrement le pourcentage des guérisons obtenues.

La médication curative proprement dite, comporte en premier lieu l'emploi du sérum antitétanique. Il y a relativement peu de temps que ce traitement est entré dans la pratique. On considérait autrefois le sérum antitoxique comme exclusivement prophylactique et l'essai fait à titre curatif par quelques chirurgiens, n'avait pas donné de résultat, parce que les doses employées étaient tout à fait insuffisantes.

Il faut, en effet, pour avoir chance de réussir, utiliser une grande quantité de sérum. Je cite à citre d'exemple : un litre 420 en vingt jours (Archambaud et Friedmann), deux litres 235 (Raillet) ; plus de quatre litres (Desplas et Poumailloux). De pareilles doses ne sont pas cependant nécessaires, comme nous le verrons plus loin. En outre, comme il existe actuellement du sérum antitétanique à différents degrés de concentration, il est préférable de calculer la dose utilisée en comptant par unités internationales, plutôt que par centimètres cubes.

Nous possédons actuellement des ampoules de sérum antitétanique purifié de 10 c. c. à 10.000 U. qui rendent beaucoup plus facile l'emploi du médicament.

Dans un cas personnel, j'ai utilisé en douze jours 621.000 U. ce qui représentait avec des ampoules à 1.000 *unités*, *six litres* 210 ou à 3.000 unités, deux litres envron.

La voie d'introduction du sérum est encore à l'heure actuelle très discutée.

1° *La voie intracérébrale* après trépanation est aujourd'hui abandonnée ;

2° *La voie intrarachidienne* a été utilisée surtout depuis les travaux de Dufour, et jouit encore d'une très grande vogue malgré la possibilité d'accidents de méningite sérique signalés par Dopter.

Rocher et Moles, en particulier, sur une statistique de tétanos, relevée il est vrai exclusivement chez l'enfant, ont obtenu par sérothérapie intrarachidienne associée à la sérothérapie sous-cutanée : huit guérisons et une seule mort sur neuf observations.

Paul Terrier sur vingt et un cas note vingt guérisons et Brisset de Saint-Lô, vingt-sept guérisons sur trente-deux cas.

Ces résultats magnifiques semblent donc justifier les espoirs des promoteurs de la méthode, surtout depuis qu'elle est utilisée conjointement avec l'anesthésie générale.

Pour Dufour en effet « le chloroforme permet au tissu nerveux chargé de toxines d'être influencé par les anticorps du sérum à la faveur d'un bouleversement du métabolisme cellulaire provoqué par l'anesthésie ».

Le Clerc déclare également « on peut libérer des doses considérables (plusieurs doses mortelles) de toxine antitétanique fixées sur le cerveau humain, en utilisant le neurotropisme des substances anesthésiantes ».

Bazy insiste à son tour sur ce fait, poussant même à l'extrême l'indication de l'anesthésie, au point de ne jamais toucher un tétanique, soit pour le panser, soit pour lui faire une ponction lombaire, soit même pour lui faire une injection sous-cutanée, sans l'avoir endormi.

Notons cependant que des anesthésies ainsi répétées ne sont pas toujours sans danger, et des accidents graves ont été signalés par quelques auteurs : Guillemain et de Sèze, Villaret, etc...

Le chloroforme est le plus habituellement employé. Plus exceptionnellement, on a utilisé l'éther (Le Clerc), le Schleich, le protoxyde d'azote, l'avertine (Leslie Colin), etc. ;

3° *La voie intraveineuse* a été et reste toujours très discutée. Rejetée par Tixier, Carnot, Philibert, Couturat, elle a par contre trouvé de nombreux défenseurs parmi lesquels, je ne citerai que les plus récents : Lecuardt, Chapital et Mas (1931). Ces derniers auteurs font observer qu'elle est parfaitement logique, puisque en fin de compte, quelle que soit la voie employée, c'est toujours par l'intermédiaire de la circulation générale que l'antitoxique parvient aux centres nerveux.

4° *La voie intramusculaire* est également fréquemment employée (Labbé et Escolier, Audibert, etc.).

5° Mais c'est surtout *la voie sous-cutanée* qui a rencontré le plus d'adeptes. C'est la moins dangereuse (Tixier et de Sèze) et la plus commode. Sicard pense qu'il y a intérêt à injecter le sérum en deux fois ; la moitié autour de la plaie et l'autre, le long des troncs nerveux qui en partent.

En dehors du sérum antitétanique, presque tous les auteurs administrent au malade des hypnotiques à haute dose, ayant pour but d'atténuer la sensibilité des noyaux bulbaires. « Un tétanique qui dort, est un tétanique à moitié guéri. »

De nombreux produits ont été employés : véronal, dial, gardénal, somnifène (Labbé et Escolier) ; mais ce dernier produit, utilisé parfois en injection intraveineuse, a causé des accidents graves.

C'est le chloral qui paraît donner le meilleur résultat : 2 gr, 8 et même 12 grammes en vingt-quatre heures, par voie buccale ou en lavement. Il amène le plus habituellement une sédation des phénomènes spasmodiques et crée un état favorable à l'action de la sérothérapie.

Ces traitements nouveaux qui, dans leur ensemble ont singulièrement amélioré le pronostic si grave du tétanos déclaré, peuvent se résumer ainsi dans la pratique actuellement adoptée :

1° Il faut employer de hautes doses de sérum.

2° On doit donc renouveler les injections pendant longtemps.

Cette manière de faire présente-t-elle des dangers ? Ne peut-on pas modifier la technique de manière à en diminuer les risques ?

Il faut bien reconnaître que le sérum antitétanique n'est pas un médicament anodin. Il présente dans son emploi une nocivité sur laquelle, il est nécessaire d'attirer l'attention pour essayer d'y parer dans la mesure du possible.

Laissons de côté quelques accidents graves qu'il peut parfois provoquer : paralysie, méningite sérique, etc... Devant le danger immédiat d'accidents tétaniques mortels, on ne peut hésiter à faire courir au blessé un risque d'ailleurs exceptionnel.

Les gros ennuis proviennent surtout de l'emploi des injections du sérum renouvelées à de nombreuses reprises. Ils se résument en deux principaux :

1° La réaction vive de l'économie, en présence de l'introduction de l'antitoxique, provoque chez le blessé l'élaboration d'un produit antisérum qui diminue rapidement la valeur curative des injections répétées et les rend presque inutiles.

2° L'apparition fréquente de phénomènes anaphylactiques chez le malade en traitement, et dont certains peuvent affecter une forme grave. Dans un cas personnel, j'ai noté des troubles psychiques inquiétants et une menace d'anurie faisant redouter une issue fatale.

Les derniers travaux parus sur les sérums antitoxiques et, en particulier, les études toutes récentes publiées sur le sérum antidiphtérique, ont précisé un certain nombre de points extrêmement intéressants sur la question qui nous occupe.

a) Il est bien prouvé tout d'abord que les quantités faibles de sérum, même fréquemment renouvelées, jusqu'à atteindre un chiffre très élevé

sont de peu d'action contre la toxine microbienne; par contre, il y a exagération et inconvénients sérieux à se servir des doses colossales utilisées par quelques praticiens et signalées ci-dessus.

L'attaque doit être suffisante d'emblée pour obtenir un résultat. Le renouvellement du sérum apparaît discutable ;

b) Debré, Ramon et G. Sée (1) ont, en effet, montré récemment pour le sérum antidiphtérique que les injections ultérieures :

1° N'élèvent pas le taux maximum de l'antitoxine sanguine, et 2° ne prolongent pas valablement sa présence dans l'organisme.

De ces recherches, il résulte, qu'il y a grand avantage à employer de suite, en une fois, la dose maximum de sérum antitétanique.

Ce procédé réduit ainsi au minimum la technique opératoire. Il permet d'agir d'une façon plus active sur les toxines en circulation avant leur fixation sur les tissus, et il met enfin à l'abri des accidents anaphylactiques.

***

En résumé, donc, voici la technique qui semble à l'heure actuelle la meilleure à employer, devant un cas de tétanos confirmé :

1° Agir très vite, c'est-à-dire dès qu'un signe clinique comme un début de trismus par exemple, permet d'affirmer le tétanos ;

2° Si la chose est possible, pratiquer l'exérèse de la plaie porte d'entrée. Tout au moins faire l'ablation totale de tout corps étranger s'il en existe et cicatriser la blessure ;

3° Pratiquer l'injection de sérum antitétanique. Des critiques nombreuses, nous l'avons vu, ont été adressées à tous les procédés d'injection ; cependant après étude des résultats publiés et en tenant compte des possibilités de la plupart des médecins dans la pratique courante, nous pensons qu'il y a lieu d'intervenir de la façon suivante :

a) Utiliser des ampoules de sérum purifié à haute teneur antitoxique soit 10.000 unités internationales par 10 c. c.

b) Injecter 100.000 unités soit en une seule fois, soit au plus en deux fois à vingt-quatre heures d'intervalle ;

c) Le traitement qui paraît le plus favorable sera d'introduire :

Par voie intra-rachidienne 20.000 unités après extraction d'une quantité à peu près équivalente de liquide céphalo-rachidien.

Cinquante mille unités sous-cutanée ou intramusculaire. Si le siège de la blessure le permet, il paraît utile de pratiquer cette injection, moitié dans le voisinage de la plaie, et moitié le long des trajets nerveux qui en partent.

Enfin, le reste du sérum par injection intraveineuse.

d) Chaque fois que la chose sera possible, il y aura grand avantage à anesthésier le malade pour cette intervention.

e) Administrer consécutivement par voie buccale ou rectale, comme médicament antispasmodique, du chloral à dose de 8 à 10 grammes par vingt-quatre heures.

C'est là semble-t-il, d'après les travaux récents parus sur ce sujet, le procédé qui nous donnera le plus de chance de guérir le tétanos déclaré avec l'assurance d'éviter les accidents anaphylactiques. Des observations ultérieures viendront, nous l'espérons, confirmer la valeur de cette thérapeutique.

(1) Robert Debré, G. Ramon et G. Sée. Le traitement de la diphtérie par l'injection unique de sérum antidiphtérique. *Revue d'Immunologie*, juillet 1935. — M. Bagdoun. La posologie du sérum antitoxique dans le traitement de la diphtérie. Th. de Paris, 1935.

LES MALADIES DIGESTIVES FAMILIALES

Professeur Carnot

Nombreux sont les cas de familles de digestifs et d'hépathiques.

Le plus souvent, et le plus typiquement, la transmission héréditaire est homologue : à l'ulcère gastrique ou duodénal succède l'ulcère ; au cancer gastrique ou rectal, le cancer similaire ; à la polypose rectale, la polypose ; à la lithiase biliaire, la lithiase biliaire.

Mais, d'autres fois, la transmission héréditaire est hétérologue, et les affections transmises sont différentes ; l'achylie ou le cancer alternent avec l'ulcus ; la cirrhose biliaire avec la lithiase ; l'appendicite avec l'angiocholite, etc...

Ces caractères familiaux, homologues ou hétérologues font la preuve d'une fragilité tissulaire tantôt limitée à un seul organe, tantôt étendue à tout le tube digestif, voire même à tous les tissus dérivés de l'endoderme primitif ou morphologiquement et fonctionnellement similaires.

L'importance des caractères cellulaires transmis par les lois de l'hérédité est évidente et s'étend, à titre prédisposant, même à des affections d'origine infectieuse, parasitaire ou néoplasique.

De ces prédispositions familiales et héréditaires, il y a lieu de tirer des enseignements pour le diagnostic et, aussi, pour la thérapeutique préventive de beaucoup d'affections digestives (1).

(1) *Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu*, 2e série, Baillière, éd.

LES FEUILLETS DU PÉDIATRE (1)

Par G. BLECHMANN

FEUILLET CXXXIII (*suite*). — DANS LE MARAIS DES FIÈVRES

(« UNE STREPTOCOCCÉMIE »)

Ce pauvre enfant au sort encore si incertain était étendu sur la table, tandis que pendant notre conciliabule, les malheureux parents frémissaient d'impatience.

Je m'approchai du petit malade qui devait être brûlant à cette heure, celle de ses 40°6 — et alors, chanta dans ma mémoire la musique d'une phrase gidienne : « Morgain a la fièvre. Il nous a demandé de mettre sur son front de la neige éternelle... »

Morgain, ou plutôt Jean-Claude, était de poids et de taille au-dessus de la normale et *bien musclé*. Le teint rosé, il paraissait légèrement ému et son pouls (sans doute en rapport avec la montée fébrile) marquait 96 ; la langue était un peu blanche et les paumes assez moites.

Si nous avions pu nous flatter — pendant que notre confrère nous instruisait — de dépister, par un examen posé et minutieux, la cause de cette évolution fébrile si insolite, nous devions déchanter peu à peu. *A priori*, même sans lames de sang, une histoire de KALA-AZAR, de MALADIE DE HODGKIN, de LEUCÉMIE SUBAIGUE APYPIQUE, paraissait invraisemblable et ne devait pas résister à un examen plus approfondi.

Les muqueuses étaient d'une coloration parfaite (on n'avait jamais signalé d'hémorragie) et aucun ganglion n'était hypertrophié ni au cou ni dans les aisselles, ni dans les aines.

Le ventre était souple et l'on ne sentait ni grosse rate ni gros foie. J'ajoute que mon confrère avait toujours surveillé le cœur de très près et je lui confirmai qu'en toute évidence, on ne pouvait découvrir de signes d'endocardite.

Les amygdales étaient à peine proéminentes et l'on percevait avec difficulté d'infimes ganglions angulo-maxillaires.

Avec une voûte palatine profondément ogivale, je notais plusieurs *caries*, en particulier des molaires de 6 ans. Allions-nous dépister une infection gingivale ou dentaire comme point de départ d'une septicémie à rechutes ? Evidemment, une hémoculture négative ne prouvait rien et il faudrait la renouveler ce jour même, en profitant de la venue du jeune garçon à Paris.

Cependant, concevez-vous une STREPTOCOCCÉMIE à son troisième assaut et ne se traduisant ni par un gros foie ni par une grosse rate, ni par des signes endocarditiques ?

Une STAPHYLOCOCCÉMIE sans porte d'entrée ? Mais jamais on n'avait signalé le plus petit furoncle, la moindre folliculite ; les régions lombaires étaient souples et la palpation bimanuelle parvenait à une exploration si profonde des loges rénales, que la possibilité d'un PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE était à rejeter.

J'avais bien observé des MÉNINGOCOCCÉMIES à *forme pseudo-palustre* et l'on ne pouvait pas éliminer absolument une telle possibilité sur la foi de cette unique hémoculture négative. Cependant, jamais de vésicules d'herpès, jamais d'arthralgies, jamais de symptômes cutanés du type polymorphe ou hémorragique, jamais l'ébauche d'irritation méningée. La seule idée d'une infection de cette classe pouvant s'allier au plus rassurant des facies me laissait, si j'ose dire, « groggy » !

Cependant quelques souvenirs me trottaient de par la cervelle. N'avait-on pas publié à la *Société de pédiatrie* deux ou trois cas d'enfants atteints de pyrexie qui avaient duré de *longs mois*, sans localisations appréciables, mais l'un d'eux tout au moins s'était lamentablement terminé par une GRANULIE. Nous demanderons donc, me disais-je, une *intradermo-réaction*, plus sensible que la cuti.

J'avais moi-même observé, il y a quelques années, un petit Chilien qui, depuis trois ou quatre mois, conservait une fièvre à grandes oscillations. Je crois que tous les pédiatres et immunologues de Paris avaient défilé à son chevet, multipliant les examens de lames, les hémocultures et les réactions. De guerre lasse, l'enfant avait été rapatrié. Or, par la suite, un laboratoire qui avait la curiosité de conserver longtemps les bouillons restés stériles, me prévenait qu'après de longues semaines, le ballon de sang de l'enfant chilien avait donné une culture très grêle, filamenteuse, rappelant certaines formes extrêmement atypiques du *bacille d'Eberth*.

Je dis à mon confrère : « Nous voilà enlisés dans le marais des fièvres prolongées de l'enfance. Il ne peut être question de PALUDISME dont on ne voit ni le pourquoi ni le comment. De tels accès de fièvre chez un paludéen authentique feraient frissonner toute la literie qui serait trempée de sueur jusqu'au sommier. Si l'on ne trouve rien, par acquit de surconscience, on préviendra tout à l'heure au moment de l'accès un de nos amis de Pasteur ; mais il y a certainement autre chose.

« Vous avez bien examiné les urines à plusieurs reprises et vous en avez fait apporter à Paris des échantillons fraîchement émis ? — Pour en être plus sûr, me dit P..., j'ai recueilli moi-même le résultat d'une miction dans un flacon stérile que j'ai remis au laboratoire : ni albumine, ni pus, ni microbes ! — On peut donc éliminer une COLLIBACILLURIE même *intermittente*. Quant à plaider en faveur du côté intestinal ou urinaire, c'est vouloir résoudre la quadrature du cercle !

« Mon cher, je laisse naturellement de côté ces faits de fièvre observés chez certaines HYPERTHYROÏDIENNES et qui ne font pas leur preuve : ce garçon n'a pas de corps thyroïde perceptible et il ne présente ni tachycardie ni tremblement. »

(*A suivre*).

(1) V. *Concours médical*, nos 11 *bis* et 12 de 1936.

LA PONCTION STERNALE

Par André Dreyfus

Interne des hôpitaux de Paris

La ponction sternale n'est pas une technique nouvelle, mais ce n'est que tout récemment qu'on a vu tout l'intérêt que présentait cette méthode de recherches ; aujourd'hui, elle est entrée dans la pratique quotidienne et on peut dire qu'il n'est plus sans elle, d'examen de sang, nous ne dirons pas complet, mais même utilisable.

Elle nous renseigne sur l'activité de l' « usine » où se fabriquent les globules rouges et bonne partie des globules blancs, et l'état de cette usine est essentiellement variable alors que divers mécanismes régulateurs tendent à maintenir dans le sang une composition constante.

Elle nous permet de considérer en quelques minutes sur deux ou trois champs microscopiques des milliers d'éléments qu'il faudrait des heures pour trouver dans un frottis de sang et que bien souvent on ne trouverait pas.

Nous ajouterons que ce procédé de recherches est indolore, parfaitement accepté par les malades, qu'on peut le répéter aussi souvent qu'on veut et qu'il est absolument inoffensif. Tout cela distingue la ponction sternale de la ponction splénique (qu'elle ne prétend d'ailleurs pas remplacer, chacune à ses indications), mais la dernière reste un procédé d'exception ; certes nous le croyons inoffensif , mais si nous l'avons toujours pratiqué sans accident, nous ne l'avons jamais pratiqué sans crainte. La ponction sternale est au contraire un procédé de tous les jours.

Technique

Matériel. — Nous utilisons l'aiguille de Kuss, l'aiguille à pneumothorax, elle présente l'avantage de posséder un mandrin biseauté qui obture exactement le biseau de l'aiguille ; ainsi celle-ci ne risque pas d'être bouchée par un fragment d'os ou de cartilage. Il faut, d'autre part, posséder une seringue de 2 ou 3 c. c., bien étanche.

Mode opératoire. — Après anesthésie superficielle de la peau au chlorure d'éthyle, l'aiguille munie de son mandrin est enfoncée dans le manubrium sternal, un peu en dehors de la ligne médiane, au-dessus de l'angle de Louis, l'aiguille est dirigée légèrement en haut. La pénétration dans l'os est souvent très aisée et perçue par une sensation de craquement (cela chez les sujets jeunes ou les vieillards) tantôt plus difficile à obtenir (chez l'adulte), il faut alors exercer une pression plus vive et imprimer à l'aiguille de petits mouvements de rotation. Une fois la pénétration dans l'os obtenue, on retire le mandrin, on adapte la seringue et on aspire ; dans la majorité des cas du sang vient dans la seringue, on retire alors aiguille et seringue et on procède comme il va être indiqué plus loin ; ou bien, il ne vient rien malgré des aspirations répétées, on retire la seringue et l'aiguille et bien souvent celle-ci contient suffisamment de sang pour les examens qui seront nécessaires : on chasse ce sang avec l'air contenu dans la seringue.

Examens. — On fait des frottis sur lame comme pour du sang, le liquide hématique visqueux s'étale bien, on dirait d'un sang leucémique. On fait une numération des globules blancs, mais il faut mieux utiliser la pipette à dilution au 1/100e, le liquide de dilution sera toutefois celui qu'on emploie pour les leucocytes. Enfin, si cela est jugé nécessaire, on pourra cultiver ce sang d'après les procédés habituels.

Les frottis sont fixés dix minutes dans l'alcool méthylique absolu et colorés par le procédé de May-Grunewald Giemsa, on prolongera le dernier temps (Giemsa) pendant au moins trente minutes à quarante-cinq minutes. Si on n'a pas d'alcool méthylique, on pourra simplement laisser pendant dix minutes le frottis en contact avec le May-Grunewald pur, mais c'est moins bien. Les lames sont examinées à l'immersion.

Le Myélogramme. — On obtient ainsi un myélogramme, les éléments figurés de la lignée blanche sont nombreux, d'environ 50.000 par millimètre cube. On considérera leur répartition ; normalement elle est la suivante.

Série rouge : les hématies nucléées sont environ cinq fois moins nombreuses que les globules blancs. Sur ce nombre, il existe de 3 à 5 % de proérythroblastes.

Série blanche : l'équilibre leucocytaire est à peu près le suivant :

Lignée myéloïde :

Myéloblastes.......	4 à 6 %	60 à 75 %
Myélocytes neutrophiles...........	30 à 35 %	
Polynucléaires neutrophiles	25 à 30 %	
Myélocytes et polynucléaires éosinophiles...........	1 à 5 %	
Myélocytes et polynucléaires basophiles..............	0 à 1/2 %	

Lignée lymphoïde :

Lymphocytes......	20 à 30 %	20 à 35 %
Plasmocytes.......	5 à 10 %	

Lignée monocytaire : Monocytes, 2 à 5 %

De plus, on trouve un certain nombre de cellules appartenant à l'appareil réticulo-endothélial : cellules réticulées, cellules de l'endothélium capillaire, mégacaryocytes. Ces dernières quoique rares 1 ‰ environ, doivent être recherchées et étudiées soigneusement, on les trouve d'ordinaire vers l'extrémité effilée du frottis ou sur les bords de la préparation. Pour éviter de trop longues recherches, on utilisera d'abord un objectif à sec qui permet de les déceler, car leur taille les rend distinctes, même aux faibles grossissements.

Résultats pratiques

Il nous reste à envisager les résultats que le praticien peut et doit lui demander à la ponction sternale.

Celle-ci donne des renseignements irremplaçables dans les maladies du sang.

— Les anémies : le simple examen du sang permet de dire qu'il y a anémie, il ne permet que rarement d'aller plus loin ; la ponction sternale permet du premier coup d'œil de reconnaître l'anémie de Biermer par la présence des fameux érythroblastes primordiaux, les mégaloblastes d'Ehrlich (1), et du même coup, on élimine toutes les anémies pernicieuses dites secondaires, par exemple, celles des cancers gastriques.

Dans les anémies aplastiques, c'est-à-dire celles où le sang périphérique ne montre pas trace de régénération, on pourra rapidement distinguer, distinction essentielle au point de vue pronostique et thérapeutique :

— Les anémies aplastiques vraies (par exemple post-radiothérapiques où le sang est privé de tout élément de la série érythroblastique ;

— Les anémies hypoplastiques, bien plus fréquentes, la moelle est érythropoïétique, alors que le sang ne l'est point.

— Mais surtout, on reconnaîtra ces anémies aplastiques sous le masque desquelles évolue une leucémie aleucémique, ce qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense généralement.

Dans toutes les anémies, la régénération sanguine est suivie avec beaucoup plus de précision par le myélograme que par l'hémograme ; les modifications du premier permettent de juger vite de l'efficacité des médications anti-anémiques.

— Les affections des globules blancs.

Les leucémies. — C'est surtout dans les leucémies aleucémiques, dans les myélomes, les lymphomes, que la ponction sternale prend toute sa valeur, et elle seule suffit selon les cas, à faire le diagnostic de leucémie aiguë, lymphoïde ou myéloïde dans des cas autrement insolubles.

Les agranulocutoses posent encore un problème difficile, quand disparaissent les éléments granuleux du sang : s'agit-il d'une angine lymphomonocytaire à pronostic bénin, d'une agranulocytose vraie ou symptomatique de pronostic réservé, d'une cryptoleucémie de pronostic fatal ; il est souvent délicat de l'affirmer, la ponction sternale lève le doute avec la plus grande facilité, et tout récemment, nous avons eu l'occasion de poser chacun de ces trois diagnostics chez quatre malades chacun porteur d'angine grave ulcéro-nécrotique, dans le sang desquels on notait outre une anémie moyenne une disparition totale des éléments granuleux avec lymphocytose relative et absolue.

— Chez le premier de ces malades, la ponction sternale a montré une moelle entièrement formée de cellules embryonnaires (type Zappert), le diagnostic de leucose aiguë porté alors a été confirmé par l'évolution fatale.

— Chez le second, une moelle à peu près normale, nous a permis de penser qu'il s'agissait d'une angine lymphocytaire bénigne qui, en effet a rapidement guéri.

— Les deux derniers montraient une moelle déshabitée de la lignée myéloïde ; chez le premier cependant quelques myélocytes persistaient (2 %), lentement il guérit ; le second avec sa moelle vide est mort rapidement.

Dans cet exemple, très schématique, la ponction a seule pu trancher un diagnostic autrement insoluble.

Les tumeurs malignes du tissu conjonctif peuvent être parfois reconnues, grâce à la ponction sternale. Sans nous étendre davantage, indiquons que cette technique nous a permis de poser le diagnostic juste dans une forme très atypique de maladie d'Hodgkin.

— *Les maladies hémorragiques* doivent également être examinées par cette méthode. Dans bien des cas, la ponction permettra (en particulier par l'étude des mégacaryocytes), de dire s'il s'agit d'un purpura dystrophique vrai, menace permanente pour le malade et qui relève de la splénectomie, ou d'une réaction hémorragique, épisode souvent passager et assimilable à une crise d'asthme ou d'eczéma, dans lequel la splénectomie serait parfaitement inutile (Tzanck).

Enfin, il faut encore insister sur la valeur de la ponction sternale au point de vue bactériologique. Bien souvent des *myélocultures* se sont trouvées positives, alors que les hémocultures ne l'avaient pas été (Debré).

Voilà donc une technique utile, simple, inoffensive et indolore, qui entrera rapidement dans la pratique courante, ce qu'elle a fait déjà d'ailleurs dans de nombreux services.

(1) Nous employons le terme d'érythroblastes primordiaux celui de mégaloblaste plus classique est souvent utilisé dans une autre sens. Il reste à désigner les jeunes normoblastes (macroblastes de Nægeli) cellules banales rencontrées dans toute moelle normale.

LE DIAGNOSTIC DES DÉBUTS DE LA SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE

Par M. le Docteur Jacques FORESTIER
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

La spondylose rhizomélique, isolée magistralement par Pierre Marie en 1898, des autres ankyloses vertébrales, a été longtemps considérée en France, à la suite P. Marie et Léri, comme une ostéopathie infectieuse ou toxi-infectieuse à tendance surtout raréfiante, secondairement, une ossification ligamentaire à tendance compensatrice, frénatrice et curatrice.

Cette maladie, dont la nature paraissait si spéciale, est restée longtemps un peu mystérieuse pour les médecins qui ne savaient guère la reconnaître qu'à sa période d'état.

Dès 1901, mon père H. Forestier, avait émis l'hypothèse que le syndrome clinique pouvait bien être dû à une arthrite des petites articulations apophysaires intervertébrales. Cette théorie articulaire avait reçu un accueil favorable à l'étranger et fut admise notamment dès 1904, par Frankel.

Or, d'après l'examen de vingt-sept observations personnelles de spondylose ankylosante, dont certaines ont pu être suivies depuis leur début, et où nous avons pu faire en série, examens radiographiques et tests biologiques sanguins, nous avons pu démontrer (1) que la théorie articulaire de la spondylose est celle qui correspond à la réalité des faits. Et si l'on veut bien suivre, pour cette maladie, les méthodes de diagnostic et les techniques thérapeutiques valables pour les arthrites inflammatoires, on est susceptible d'aboutir à des résultats infiniment supérieurs à ceux d'autrefois.

Primitivement, la spondylose ankylosante — qu'il vaudrait mieux, comme nous le verrons plus loin, appeler spondylarthrite ankylosante — est une arthrite inflammatoire « *systématique* » des petites articulations vertébrales, débutant généralement par les sacro-iliaques et la région lombaire et pouvant s'étendre à tout le rachis. Lorsque la région dorsale est atteinte, l'arthrite s'étend aux petites articulations costo-vertébrales et costo-transversaires entraînant par la suite une ankylose précoce de la cage thoracique, Au moment où la calcification péri-vertébrale s'est étendue sur toute la hauteur du rachis, celui-ci, transformé en tige rigide et courbée, a perdu toute valeur fonctionnelle, les interlignes articulaires ont disparu par suite de l'ankylose. A ce moment donc, les phénomènes articulaires disparaissent, et le processus inflammatoire s'éteint par la disparition même des structures anatomiques qu'il avait atteintes. Nous nous trouvons donc devant un état cicatriciel contre lequel les ressources de la thérapeutique sont, bien entendu grandement diminuées.

On doit donc examiner le diagnostic de la spondylose rhizomélique :

1° à la période de début, ou *période pré-ankylosante* ;

2° un peu plus tard au bout de un à trois ans, *au début de l'apparition des calcifications* .

3° une fois celles-ci établies et généralisées;

Nous laisserons de côté cette troisième période classiquement bien connue, qui n'offre qu'un intérêt rétrospectif.

I

Diagnostic à la période pré-ankylosante

Nous n'aborderons pas la discussion de l'étiologie de la spondylose. Déjà les premiers auteurs, et très rapidement Pierre Marie, avaient constaté la fréquence dans les antécédents, d'une gonococcie prolongée ou chronique. Qu'il nous suffise de dire que cette gonococcie peut précéder d'assez longtemps (cinq et dix ans parfois) l'apparition des accidents vertébraux.

Cette période pré-ankylosante peut durer de six à dix-huit mois. Nous tâcherons de montrer que l'examen clinique, aidé de quelques examens de laboratoire, permet dans la plupart des cas, de reconnaître la spondylarthrite à évolution ankylosante dont le terme est la spondylose rhizomélique.

A) *Signes cliniques.* — Les premiers symptômes sont les *douleurs*. Celles-ci sont de deux ordres : *vertébrales* et de caractères diffus ; et *périphériques* : thoraciques ou abdominales, etc., ou dans les membres. Le diagnostic d'origine de ces derniers peut alors prêter à beaucoup de confusion. Les douleurs vertébrales sont relativement aiguës, variables d'un jour à l'autre en intensité et en localisation, exacerbées par la toux et les mouvements, souvent augmentées à la fin de la nuit, obligeant les malades à se lever et à marcher dans leur chambre. Quand elles ont un siège dorsal, elles peuvent être exagérées par les inspirations profondes qui se trouvent bientôt gênées. Elles peuvent évoluer par périodes d'augmentation et de rémission.

Aux douleurs s'ajoute un symptôme inconstant, mais très particulier : des *crampes musculaires* des muscles érecteurs du rachis, extrêmement pénibles, durant quelques minutes, localisées généralement à un petit segment de la colonne.

Les douleurs périphériques, pseudo-névralgies d'Henri Forestier (referred pain des Anglais)

(1) FORESTIER (J.). — Nature de la spondylose rhizomélique. Physiopathologie et déductions thérapeutiques, *Revue du Rhumatisme*, 2e année, n° 6, juin 1935.

sont en réalité des douleurs *funiculaires*, selon la pathogénie si clairement exposée par mon maître Sicard et sont liées à l'irritation des troncs nerveux dans les trous de conjugaison. Elles sont rares à la région cervicale, donnant des irradiations dans une épaule ou un membre supérieur, plus fréquentes, au contraire, au thorax, douleurs pré-cordiales d'aspect plus ou moins pseudo-angineux, quelquefois avec de l'oppression respiratoire à type asthmatiforme. Dans certains cas, elles revêtent l'aspect de névralgies intercostales ou simulent une pleurésie comme nous avons eu l'occasion de l'observer dans deux cas. Les douleurs fessières et crurales sont fréquentes.

A ces symptômes locaux ou référés, s'ajoutent souvent, au début de l'évolution de la spondylose, des manifestations sur les articulations périphériques, sur l'œil ainsi qu'une atteinte de l'état général, les *fluxions articulaires* passagères des grandes articulations : cou, cheville, genou, ont été notées par la plupart des auteurs, à commencer par Pierre-Marie dans sa description inaugurale. Elles sont généralement d'évolution résolutive, disparaissent après quelques semaines ou quelques mois ; mais nous avons vu dans certains cas persister des fluxions permanentes des genoux avec hydarthrose. Nous laissons de côté, les formes associées et relativement peu fréquentes de spondylose ankylosante touchant les sujets atteints de polyarthrite chronique évolutive à localisations acroméliques. Les *manifestations oculaires* à forme d'iritis, d'iridocyclite, de choroïdite, de conjonctivite, etc., sont d'une fréquence extrême *au cours de l'évolution* des spondyloses et très souvent à leur début ; nous les avons observées dans 60 % de nos cas, alors qu'elles sont rares dans les autres formes d'arthrites inflammatoires. Elles ont un caractère d'évolution à poussées, avec tendance à la répétition. Elles se répètent généralement sur le même œil, laissant souvent des adhérences et des irrégularités iriennes. Lacapère et Fombeure (1) ont donné dernièrement une excellente description de ces irido-cyclites diffuses, dites rhumatismales, grâce à une remarquable étude bio-microscopique faite avec la lampe à fente.

Il n'est pas rare que certains *signes généraux*, fatigabilité, inappétence, insomnie, amaigrissement, tendance à l'anémie, s'associent en tout ou en partie aux phénomènes que nous avons décrits ; mais ces signes ne sont pas très constants et il faut reconnaître que le diagnostic de la spondylose peut être, dans quelques cas, très difficile, lorsque le sujet ne se plaint pas de symptômes vertébraux mais uniquement de troubles périphériques d'origine funiculaire. Dans nos observations, un certain nombre de sujets ont été traités pendant des mois et quelquefois plusieurs années pour des affections diagnostiquées organiques : angine de poitrine, pleurésie, crises néphrétiques, dyspepsie, appendicite, salpingo-ovarite, etc., alors que les douleurs référées dans les régions des divers organes, sièges des manifestations pathologiques ci-dessus, étaient dues uniquement à des irradiations périphériques.

B. *Examen clinique.* — Si l'on fait mouvoir la colonne vertébrale, on peut dans des cas assez rares, les seuls observés très précocement, noter non l'ankylose, mais une *raideur générale*, et diffuse dans toutes les directions, mais surtout dans la flexion latérale. La raideur se distingue de l'ankylose en ce qu'elle est liée à la *contracture de défense* des muscles périvertébraux qui sont tendus et sensibles et résistent douloureusement aux mouvements passifs qu'on veut imprimer au rachis. Elle peut disparaître dans certaines positions, notamment en décubitus ventral et sous anesthésie générale. La perte de la lordose lombaire et l'augmentation de la cyphose dorsale avec tendance à la *diminution de capacité de la cage thoracique*, sont dues au fait que, selon la règle générale des inflammations articulaires, les muscles périvertébraux et thoraciques tendent à mettre en position intermédiaire, éloignée de l'extension et de la flexion, les petites articulations inter-vertébrales et les articulations vertébro-costales. Cette atteinte précoce des articulations costo-vertébrales et costo-transversaires se manifeste par un phénomène dynamique également précoce et typique ; la *diminution de l'amplitude respiratoire*. Celle-ci est évidemment variable d'un sujet à l'autre, suivant la conformation thoracique, le mode respiratoire habituel et la vie sédentaire ou sportive. Mais alors qu'une amplitude respiratoire de 6 à 8 cm. entre les mouvements extrêmes d'inspiration et d'expiration est observée fréquemment chez les sujets sains, elle tombe rapidement chez les spondylosiques à 2 ou 3 cm. pour devenir bientôt nulle dans la période d'ankylose osseuse constituée (1).

Mais le plus souvent, lorsque le malade est examiné pour la première fois, il a déjà dépassé le stade de contracture musculaire simple et se trouve déjà en période d'*ankylose fibreuse* d'une partie plus ou moins importante de son rachis. Selon la description classique, cette ankylose débute par la région lombaire pour s'élever peu à peu vers les segments supérieurs. Elle crée un

(1) Fombeure (G. et Lacapère (J.). — *Archives hospitalières de Paris*, n° 5, septembre 1934.

(1) Forestier (J.). — L'ankylose respiratoire chez les spondylosiques. *Annales de la Société d'hydrologie et climatologie médicales de Paris*, 1er mars 1927.

obstacle mécanique qui s'oppose aux mouvements et qui est révélé par la manœuvre que nous avons décrite (1) sous le nom du signe de la « corde de l'arc ». Le sujet étant debout en position statique naturelle, on lui demande de s'infléchir latéralement en lui recommandant de ne pas se pencher en avant. Chez le sujet normal, on voit dans cette position un arc harmoceux formé par la ligne des apophyses épineuses ni dessiner depuis l'espace lombo-sacré. Sur la oenvexité de cet arc, les muscles lombaires du côté opposé à l'inflexion se tendent pour maintenir la position. Ils sont durs à la palpation. Dans la concavité de l'arc, du côté de l'inflexion, les masses lombaires se détendent, ne font pas saillie et sont molles à la palpation. Chez le *sujet normal*, dans l'inflexion latérale, *la corde de l'arc* (représentée par les muscles lombaires de la concavité) *se détend*.

Chez le sujet atteint d'ankylose vertébrale d'un segment de la région lombaire ou dorsale la même manœuvre commandée au sujet aboutit à un phénomène inverse. L'inflexion latérale du rachis peut s'effectuer au moins partiellement, mais même lorsque sa limitation n'est pas visible, on voit les muscles lombaires du côté de l'inflexion (corde de l'arc) se tendre tandis que ceux de la convexité se détend. Chez le *sujet atteint d'ankylose vertébrale* au début, *la corde de l'arc se tend* dans l'inflexion latériale. Cette manœuvre n'a d'intérêt que pour révéler les cas de début, mais son importance augmente à mesure que nous apprenons à mieux soupçonner par les signes cliniques, les débuts d'une spondylarthrite ankylosante.

La palpation de la colonne vertébrale en position couchée, à plat ventre, montre souvent à un stade précoce, l'*amyotrophie* des muscles des gouttières et la *douleur à la pression* :

1° sur un certain nombre d'*apophyses épineuses* ;

2° sur des points étagés parallèlement à la ligne épineuse de chaque côté à 2 ou 3 cm. de distance. Ce sont les *points para-épineux* correspondant aux petites articulations intervertébrales palpées à travers la couche musculaire. Ces points douloureux peuvent être disséminés tout le long du rachis.

On doit enfin, étudier les mouvements des sacro-iliaques ; le sujet étant assis on le fait incliner, d'un côté puis de l'autre, tandis que l'on maintient la main à plat contre l'épine iliaque postéro-supérieure. Celle-ci qui fait saillie normalement lorsque le sujet se penche du même côté, reste immobile chez le spondylosique (Tempelaar).

B. Examens sanguins. — Les plus utiles au diagnostic de début de la spondylose, sont ceux qui peuvent révéler l'état inflammatoire. La numération globulaire montre parfois une *leucocytose* sans déviation à gauche de la formule d'Arneth et avec diminution des lymphocytes ; mais ce sont surtout la sédimentation globulaire et la floculation à la résorcine qui ont de la valeur. La *floculation à la résorcine* est parfois modérément augmentée pendant la première période de la maladie sans atteindre des chiffres très élevés supérieurs à 40 ou 45. La sédimentation globulaire est, d'une manière beaucoup plus franche, nettement et modérément accélérée.

Dans vingt déterminations faites sur quinze malades au cours de la première ou deuxième année d'évolution de la maladie, nous avons trouvé une moyenne de 38 mm. pour une heure par la méthode Westergren, certains cas s'élevant à 70 mm. et 85 mm. Dans bien des cas, nous n'attachons pas à la sédimentation globulaire une valeur diagnostique importante ; mais ici cette valeur ne peut être niée. Dans la plupart des lumbagos d'origine musculaire ou autre, dans les algies irradiées ou vertébrales, cervico-brachiales, lombaires, sciatiques, etc., banales, dites rhumatismales, la floculation à la résorcine, et la sédimentation globulaire sont normales. La constatation d'une sédimentation globulaire accélérée chez un sujet rachialgique et enraidi doit conduire au diagnostic de spondylose ankylosante, sauf restriction pour les lésions inflammatoires en foyer dont nous parlerons plus loin.

(1) Forestier (J.). — Le diagnostic des rhumatismes vertébraux par les méthodes modernes. *Presse thermale, et climatique*, n° 3.196, 15 avril 1931.

D. Radiographie. — Certains auteurs ont décrit une *ostéo-porose* générale sur laquelle, ils ont basé leur hypothèse d'ostéopathie primitive. Ce signe n'est pas constant et bien souvent l'aspect radiologique du rachis est *sensiblement normal* et cela ne saurait nous étonner. Si la spondylose à son début est bien une spondylarthrite inflammatoire des petites articulations, pourquoi donnerait-elle plus de signes radiologiques que n'en donnent les arthrites inflammatoires des articulations périphériques. Nous savons que chez celles-ci, l'interligne articulaire est longtemps conservé et que la décalcification n'est pas toujours très précoce. De plus, nos moyens d'exploration radiologique des petites articulations vertébrales sont encore limités. Il ne nous est pas aisé de déceler la perte de l'interligne articulaire de ces articulations. Peut-être des techniques radiologiques, plus parfaites et des incidences particulières, nous permettront-elles dans un avenir prochain d'aboutir à des conclusions plus formelles. Il est néanmoins un signe relativement précoce observé dans plus de 50 % des cas : c'est l'*altération précoce*, uni ou bilatérale des *articulations sacro-iliaques*. Au début, flou articulaire, entouré d'une zone cotonneuse ou picnotique, plus tard tendance à la fusion osseuse totale ou partielle. Ces images précèdent souvent de beaucoup tout autre signe radiologique articulaire au cours des spondyloses. Celles-ci étant une affection systématique et non en foyer, touchent les sacro-iliaques en même temps que, et souvent avant, le rachis lombaire. Si bien qu'on peut écrire : signes cliniques vertébraux, avec intégrité radiologique du rachis, mais altération radiologique des sacro-iliaques = début de spondylarthrite ankylosante.

En conclusion, nous voyons que le diagnostic de la spondylose à son début, c'est-à-dire à la seule période où elle est guérissable sans trop de séquelles et où elle n'a pas donné lieu à des lésions définitives au-dessus de nos ressources thérapeutiques, est *avant tout un diagnostic clinique* confirmé accessoirement par l'examen du sang et par la radiographie. Diagnostic d'une importance capitale, car si le sujet est traité dès cette période par les méthodes générales, chimiques et orthopédiques, applicables à toute arthrite inflammatoire, il est possible d'arrêter l'évolution de la maladie et d'obtenir une restauration fonctionnelle complète ou quasi complète.

II

Diagnostic à la période de début des ossifications

Cette période s'étend, suivant les cas, de la deuxième à la cinquième année de l'évolution de la maladie. Elle est encore très importante, car si à ce moment, l'ankylose fibreuse est constituée, il y a encore des calcifications minimes et un traitement approprié peut, non seulement arrêter l'évolution de l'ankylose, mais procurer un retour partiel à la mobilité vertébrale et thoracique par assouplissement des ankyloses fibreuses.

Les éléments de diagnostic cliniques et sanguins restent sensiblement les mêmes qu'à la période précédente. Mais la caractéristique de cette période, c'est le début de l'apparition des premières calcifications inter-vertébrales. Tant que celles-ci n'existent que sur quelques vertèbres éparses et ne se sont pas généralisées à tout un segment ou à la totalité du rachis, il peut y avoir espoir d'une récupération au moins partielle des mouvements.

Dans le cas contraire, l'ankylose est définitive. Le malheur est que lorsque ces calcifications *apparaissent en petit nombre sur le rachis, où elles sont révélées par* la radiographie, elles sont neuf fois sur dix diagnostiquées, même par des radiologistes compétents, comme des ostéophytes. Or, nous savons tous la banalité et la bénignité de l'ostéophytose vertébrale. Nous savons que c'est une constatation fréquente, même chez des sujets ne présentant aucun signe clinique et que cette image radiologique ne comporte aucune thérapeutique active particulière. Dans un article paru il y a deux ans, nous avons, avec notre collègue, Paul Robert (1), insisté sur la nécessité d'un dignostic précis entre les deux sortes de calcifications vertébrales : les ostéophytes, sans tendance ankylosante, sauf évolution extrême, et les syndesmophytes à tendance ankylosante très précoce.

A un niveau du rachis, on peut observer comme sur les autres articulations les deux sortes d'arthropathies chroniques que nous avons décrites avec Coste et Lacapère (2). Au groupe des arthropathies dégénératives du rachis, c'est-à-dire des arthroses, appartiennent les modifications décrites par Léri et ses élèves sous le nom de lombarthrie, mais qui peuvent exister à tout étage du rachis. Ce sont les formes que nous appelons athroses vertébrales : spondylarthroses et, pour les les formes localisées : lombarthroses, dorsarthroses, cervicarthroses. Leur lésions radiologiques caractéristiques sont les ostéophytes. Ceux-ci ont pour caractéristiques les particularités suivantes :

1° ils ont le même aspect trabéculaire que l'os spongieux dont ils tirent origine ;

2° ils sont recouverts d'une corticale se continuant avec celle de l'os sur lequel la production s'implante ;

3° comme conséquence, leurs contours sont nets d'emblée.

Productions d'origine osseuse se développant dans l'espace intervertébral et n'ayant que peu ou pas de tendance à la fusion, lorsqu'ils naissent sur les faces correspondantes des deux vertèbres voisines, les ostéophytes, c'est un fait d'expérience, n'entravent que peu ou pas la mobilité vertébrale, surtout à leurs débuts.

Par opposition, le terme de *syndesmophyte* a été créé par Sicard et nous-même pour désigner les productions calcifiées périvertébrales prenant leur origine dans les ligaments et le surtout fibreux du rachis. Sur les clichés radiologiques, à son début, il présente les caractères suivants :

1° Il n'est pas une émanation du tissu spongieux du corps comme l'ostéophyte, mais une formation surajoutée. Au début, c'est un *flou cotonneux*, s'étendant depuis la face latérale du corps vers l'espace intervertébral sans continuation avec la texture de ce dernier.

2° Très rapidement la traînée ossifiée s'étend *sans interruption* d'un corps vertébral à l'autre en formant un pont (bridging des Anglo-Saxons). Dans la plupart des cas, bien que la traînée d'ossification soit très fine, parfois linéaire au début, elle bloque complètement tout mouvement entre les deux vertèbres adjacentes.

3° Lorsque le syndesmophyte est constitué, il constitue une *lame dense*, de tissu compact et non

(1) Forestier (J.) et Robert (P.). — Ostéophytes et syndesmophytes. *Gazette Médicale de France.* Cahiers de Radiologie, n° 14, 1933.

(2) Coste (F.), Forestier (J.) et Lacapère (J.). — Les grands syndromes du rhumatisme des jointures. *Presse Médicale,* n^os^ 30, 33, 35, 39, mars-mai 1931.

de tissu spongieux. Les documents histologiques d'Eldaroff (1) ont montré qu'il est formé d'un vrai tissu osseux : canaux de Havers, lamelles osseuses avec ostéoblastes. Cette structure se retrouve sur les ligaments jaunes et costo-vertébraux ossifiés.

Suivant le segment vertébral observé, le syndesmophyte présente quelques particularités (1).

Si l'on s'en tient aux caractéristiques radiologiques des calcifications vertébrales, les syndesmophytes au début doivent être distingués de deux sortes de calcifications localisées d'origine tout à fait différente et qui n'ont aucune tendance à la généralisation.

1° Des calcifications intervertébrales en pont osseux qui surviennent à la suite des *spondylites en foyer* (ostéomyélite vertébrale). Au point de vue radiologique, il s'agit de pont osseux unique, généralement assez épais, visible surtout sur les clichés de profil,

Le disque vertébral correspondant est souvent diminué de volume et il y a une altération de la texture du tissu spongieux des corps vertébraux, sorte de cicatrice du processus infectieux, parfois suppuratif qui a touché une vertèbre : enfin, l'histoire clinique est tout autre. Il y a eu épisode vertébral aigu et les symptômes ont toujours été, en foyer, à un niveau précis, généralement dorsal ou lombaire, du rachis.

2° Des *calcifications post-traumatiques*. Celles-ci peuvent être dues à des traumatismes relativement minimes, le plus souvent extension forcée ou flexion latérale exagérée, dans des chocs : chute, accident d'automobile, de cheval ou d'aviation. Il y a eu entorse vertébrale, hématome, suivi de calcification secondaire. Souvent les symptômes initiaux se sont bornés à un peu de courbature de quelques jours. Quelquefois, il n'y a même pas eu d'alitement. Une radiographie immédiate n'a montré aucune altération s'il y avait absence de lésion osseuse; mais ultérieurement, après six mois, un an ou plus, une calcification ligamentaire, un véritable syndesmophyte traumatique peut se révéler à la radiographie. Il est généralement sensiblement plus épais, irrégulier, très localisé, visible soit sur le profil, soit sur la vue de face. Là encore, les antécédents et l'existence de symptômes, en foyer et non systématiques, permettent de faire le diagnostic.

Conclusions

Nos observations montrent la possibilité d'un diagnostic précoce de la spondylarthrite évolutive à tendance ankylosante. A ce stade, un traitement énergique et suffisamment prolongé peut couper l'évolution de la maladie avant qu'elle ait entraîné des désordres incurables, et restituer au malade une grande partie de sa souplesse.

Par sa nature d'arthrite évolutive chronique, la spondylose est sensible à la crénothérapie, à la chrysothérapie. Celle-ci sera conduite prudemment par des doses relativement minimes, mais prolongées pendant deux ou trois séries, sans jamais laisser un intervalle entre ces dernières supérieur à trois mois. La thérapeutique radioactive par les injections hebdomadaires de thorium X (Léri), lorsqu'elle est appliquée à ce stade précoce, peut permettre des résultats analogues, pourvu qu'elle soit surveillée de près au point de vue de ses réactions sur les globules rouges.

D'après une expérience encore insuffisante, nous pensons que le thorium X convient surtout aux formes torpides, peu évolutives mais tenaces, avec sédimentation normale ou sub-normale. La radiothérapie vertébrale large à doses modérées peut aussi donner des résultats.

Au contraire, la chrysothérapie nous a donné de bons résultats surtout dans les formes plus actives, évoluant par poussées, avec sédimentation accélérée. L'avenir précisera ces indications.

Enfin, il ne faut pas oublier l'aide considérable qu'on peut obtenir dans les spondyloses au début par l'application de la méthode de Swaim ou immobilisation fractionnée (2). En soumettant le malade à un repos physiologique complet des muscles vertébraux par un décubitus de quelques jours dans une gouttière plâtrée on a la surprise de voir la souplesse rachidienne réapparaître par suppression de la contracture ; et les douleurs de la fin de la nuit, si pénibles au malade, disparaissent en quelques jours. Le sommeil dans la gouttière plâtrée est non seulement accepté, mais réclamé par le malade jusqu'à la cessation de l'évolution inflammatoire. Le port temporaire d'un corset de soutien pendant le jour, peut être indiqué, et, fait d'aspect paradoxal, mais aisé à comprendre, augmente la souplesse vertébrale, par la suppression de la contracture.

(1) Eldaroff (N.). — La spondylose rhizomélique. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, mars-avril 1911.

(1) Forestier (J.), Coliez (R.) et Robert (P.). — Etude radiologique de pièces sèches de rhumatisme vertébral. *Bull. et mém. de la Soc. de Rad. méd. de France*, n° 224, décembre 1935, p. 612.

(2) Swaim (L.). — Le traitement orthopédique du rhumatisme chimique. Conférence internationale du R. C. P. G., Aix-les-Bains, 1934. En vente, chez Maloine, Paris.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour quelles raisons, certaines phlébites se prolongent ou récidivent

D'après le Professeur CARNOT (1)

I. — LA PERSISTANCE D'UNE INFECTION VEINEUSE ATTÉNUÉE, A LA SUITE D'UN FOYER PRIMITIF

Ce foyer infectieux atténué, mais tenace, est *comparable à celui des endocardites infectieuses lentes.*

I. *Il siège parfois au niveau de l'utérus.*

Ainsi, chez une jeune femme atteinte de phlébo-infection post-puerpérale, les accidents veineux se prolongèrent, tant qu'on n'eût pas désinfecté la *cavité utérine.*

Une autre malade voit son infection veineuse récidiver constamment ; elle a déjà présenté plus de sept phlébites, qui se sont prolongées très longtemps (dix-huit mois, sept mois, six mois), et qui ont atteint, de façon subintrante, les différents territoires veineux. Peut être, chez elle, persiste-t-il aussi quelque *foyen d'infection utérin ou péri-utérin* à assainir ?

C'est encore une femme qui, cinq jours après un accouchement, a fait, une semaine durant, une poussée thermique allant jusqu'à 40° avec grands frissons et pertes fétides. Vingt-six jours après la délivrance surviennent : une fatigue générale, de la tachycardie (pouls à 108), une élévation du thermomètre à 39°, enfin une phlébite des membres inférieurs avec douleurs, œdème, impotence. Après une accalmie, la température remonte, oscille fortement, et s'accompagne encore d'un grand frisson au bout de six semaines. Comme, à ce moment, le temps d'immobilisation est passé, on peut enfin procéder à un examen gynécologique, qui décèle des pertes utérines fétides et la présence de streptocoques. Les oscillations thermiques sont alors si considérables, et l'état général est si atteint, que l'on craint pour la vie de la malade. Un *drainage utérin*, avec des mèches, imbibées de vaccin antistreptococcique, suffit pour abaisser la température, qui redevient normale. La poussée de phlébite s'atténue rapidement, et la malade peut quitter l'hôpital, où elle a séjourné durant six mois environ.

Toutes ces observations montrent le rôle que joue un *foyer utérin* pour entretenir une infection veineuse latente, qui se traduit par la prolongation ou la fréquente récidive de certaines phlébites, cette récidive pouvant atteindre successivment des territoires veineux différents.

Aussi n'est-il pas surprenant de les rencontrer dans l'infection puerpérale : c'est dans ces conditions qu'on retrouve fréquemment le streptocoque, pour déterminer de petits foyers, presque latents, qui se traduisent plusou moins tardivement par des phlébites prolongées, subaiguës ou chroniques.

II. Le point initial est parfois aussi un *foyer banal d'infection*, tel le cas de Raynaud, Lacroix et Boulin.

Un chasseur présente une *ampoule infectée* du talon. Dix jours après, survint une première phlébite du mollet gauche ; huit jours après, ce fut une deuxième phlébite du molletdroit ; trois jours après une troisième phlébite de la région malléolaire droite avec température à 37°, 37°5 ; il persista un cordon résiduel pendant un mois. Deux mois plus tard, le malade se levait de son fauteuil, lorsqu'il ressentit brusquement un point douloureux très violent, avec toux quinteuse et expectoration hémoptoïque ; température à 38°, 39°5 ; à la suite de cet incident, épanchement pleural. Quatre mois après, se produisit une douleur brusque au pli du coude gauche, témoin d'une *quatrième phlébite*, avec réaction presque phlegmoneuse sur le trajet de la médiane basilique ; l'hémoculture fut positive et donna un staphylocoque blanc. Le malade guérit.

III. On a vu encore un *chancre syphilitique*, devenir le foyer infectieux, causé de poly-phlébites.

Mauriac rapporte le cas d'un jeune homme, qui, trois semaines après le chancre, eut une première phlébite ; deux mois après, ce fut une deuxième phlébite frappant le bras droit et la veine saphène droite ; cinq mois plus tard, il eut une phlébite de la cuisse droite, qui s'amenda assez rapidement.

Généralement, la phlébite syphilitique est un accident précoce, survenant trois à six semaines après le chancre. Le Prof. Roussy a signalé un

(1) Les poly-phlébites (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1935. Baillière, édit. Paris).

cas où, cinq mois après le chancre, sont survenues, à la fois *quatre phlébites.*

Quelquefois, cet accident est plus tardif, et il survient dans la première ou la deuxième année.

Les phlébites multiples de la syphilis sont superficielles, généralement symétriques ; elles guérissent bien, mais récidivent facilement ; elles ne s'accompagnent pas de fièvre, et ne donnent habituellement pas d'embolies pulmonaires.

Quelques points particuliers de symptomatologie

Ce qu'il faut savoir, c'est que ces *phlébites sont parfois très atténuées,* et que, malgré cela, elles sont susceptibles de donner naissance à des embolies graves.

Il est donc nécessaire d'insister sur certains signes, dont l'importance est grande pour les faire dépister de bonne heure.

La *tachycardie initiale* compte parmi les plus précieux au début d'une phlébite ; elle reparaît à chaque poussée nouvelle : c'est là le pouls grimpant, le pouls « en escalier », le pouls phlébitique, dit encore « signe de Mahler ».

La *température* importe également ; elle est peu élevée, mais cependant anormale ; elle oscille faiblement autour de 37°4, 37°5 : c'est le « signe de Michaëlis ».

Il faut enfin tenir compte de « l'*œdème* » (bien qu'il y ait des phlébites sans œdèmes), avec chaleur locale, rougeur, douleur, circulation supplémentaire.

Dans ces cas, le streptocoque a été maintes fois retrouvé dans les parois des veines ou dans le caillot.

***

II. — Une fragilité veineuse familiale

Le caractère multiple et récidivant des phlébites, survenant à l'occasion d'infections diverses, et à des périodes diverses de la vie, ne s'explique pas seulement par la persistance, dans l'organisme, de germes infectieux. Il faut également faire une large part à la *fragilité veineuse héréditaire et familiale,* que l'on rencontre presque toujours en pareil cas. C'est d'ailleurs là une notion déjà ancienne, et l'on sait, depuis longtemps, que varices, hémorroïdes, varicocèles ont un caractère familial.

En voici quelques exemples intéressants.

Lors d'un second accouchement, une femme présente de l'hydramnios et des hémorragies graves ; on recourt à la délivrance artificielle, et, dans la crainte d'infection, on fait préventivement une injection de sérum de Leclainche et Vallée. Néanmoins, au bout de trente-six heures : phlébite du membre inférieur droit, et quinze jours plus tard, phlébite du membre inférieur gauche. Guérison au bout de deux mois et demi d'immobilisation.

Troisième accouchement, sans accidents.

Au quatrième accouchement, et bien que des précautions extrêmes d'asepsie aient été prises, il se produit un frisson au moment même du travail. Les jours suivants, une *phlébite s'installe sournoisement,* avec tachycardie, douleur à peine marquée aux membres inférieurs, température 37°5, 37°8. Immobilisation durant près de trois mois. Or, un jour, la température étant revenue à 37°, on essaye très doucement une mobilisation prudente au lit ; aussitôt se produisent des accidents dramatiques : mouvements du cœur désordonnés, défaillances cardiaques incessantes, pouls rapide, 40° ; des douleurs, peu vives mais cependant nettes, immobilisent les membres inférieurs, puis la tête. Les phénomènes tumultueux s'apaisent peu à peu (glace sur la région précordiale, uroformine en goutte à goutte, solubaïne). Mais l'œdème des membres inférieurs gagne aussi les membres supérieurs et le cou. L'immobilité complète de tout le corps est indispensable.

Celle-ci devait être maintenue durant deux années ; car, un mois après cette alerte, se produit un frisson très violent, avec une température de 40°8, qui retombe en quelques jours à 37°5. A ce moment, reprend un véritable état de *mal phlébitique,* septicémie veineuse à marche lente, qui menaçait constamment de se réactiver.

On fit dans la suite, tous les trois mois, une série de six injections de vaccin antistreptococcique. Un an environ après le début, la malade sentit une amélioration subjective indéniable : les membres lui semblaient moins engourdis, moins tendus, bien que l'œdème persistât et que la température fût encore de 37°2-37°5 ; progressivement la guérison survint, sauf un peu d'œdème malléolaire vespéral.

Dans ce cas, l'hérédité veineuse était particulièrement suggestive. Le père avait eu une phlébite post-opératoire ; une sœur aînée, une phlébite tuberculeuse ; une deuxième sœur, une double phlébite puerpérale des membres inférieurs.

Dans la même catégorie, peuvent être rangés certaines observations de *phlébites post-opératoi-*

res, celles-ci sont parfois *latentes* et ne se révèlent que par une embolie, souvent catastrophique.

Tel est le cas de la malade de Forgue, opérée d'un fibrome, qui, guérie, était sur le point de quitter la clinique. A sa sortie, en traversant la cour, elle meurt subitement d'embolie. Tel auss le cas de cette femme, qui devait quitter la clii nique ; son mari voulant lui apporter un bijou demande qu'on remette sa sortie au lendemain , quand il arrive, elle venait de mourir d'emb olie;

Ces accidents se voient surtout après l'ablation de fibromes ou encore après une prostatectomie, en règle générale après des interventions abdominales, jamais après des interventions sur les membres au même sur le cou.

La fragilité veineuse familiale s'observe encore dans la *récidive des phlébites post-typhiques ou post-grippales.*

Un jeune homme, ayant contracté une blennorragie, fait une phlébite de la veine dorsale de la verge ; plusieurs années après, à la convalescence d'une fièvre typhoïde, il eut encore une phlébite double. Plus tard, ses veines phlébosées vinrent encore à s'enflammer à différentes époques. La mère, au moment de sa naissance, avait eu une phlébite double.

Quant aux phlébites grippales, Vaquez et Lecomte ont rapporté le cas très instructif d'une phlébite errante, quadriplégique et hémoptoïsante. La malade eut une grippe sévère en 1926 ; deux mois après, elle fit une phlébite du membre inférieur droit ; en septembre, se produisit une phlébite du membre inférieur gauche ; en novembre, il y eut quelques crachats hémoptoïques ; en décembre, phlébite du bras droit et crachats hémoptoïques. Sept mois encore après le début des phlébites, les quatre membres furent pris. La guérison progressive ne survint qu'après dix mois de maladie.

En pareils cas, *c'est moins le microbe, qui est responsable que l'état des veines*, puisque des infections différentes provoquent, les unes et les autres, des localisations phlébitiques sur les veines héréditairement fragiles.

Funck-Brentano a rapporté l'histoire de trois *générations de phlegmatia alba dolens*, la grand' mère, la mère, la fille et la sœur ayant été successivement atteintes à la suite de couches

D'ailleurs, quand on interroge ces malades avec soin, on trouve toujours chez leurs ascendants, soit les mêmes maladies, soit une ou plusieurs manifestations, qui témoignent de leur hérédité veineuse. Si les ascendants vivent encore, ils racontent que la *phlébite* est une « *maladie de famille* », que plusieurs frères ou sœurs ont présenté la même affection, ou que le père et la mère en ont été eux-mêmes atteints.

Bref, du fait d'une fragilité veineuse familiale, ces localisations phlébitiques multiples, prolongées, errantes, dans une série d'infections subaiguës, affirment la persistance du germe pathogène. Quelquefois, elles immobilisent indéfiniment les malades, car, pendant de longs mois, toute tentative de lever est suivie d'une reprise de l'infection veineuse.

***

La thérapeutique de ces cas, d'ailleurs fréquents, est ardue ; elle comportera une immobilisation stricte souvent très prolongée, sans qu'on sache à l'avance fixer sa terminaison.

Elle sera, d'autre part, anti-infectieuse : on cherchera, notamment, à agir sur le foyer microbien primitif qui, souvent, entretient la phlébo-infection. Le drainage utérin, les vaccinations, *générales et locales, paraissent, actuellement* les armes anti-infectieuses les plus efficaces.

Enfin, un traitement vasculaire sera dirigé : contre les varices d'une part (hamamelis, hydrastis, etc.); contre l'hypercoagulabilité sanguine, d'autre part (sangsues, hirudine, citrate de soude, etc.). Les cures hydrominérales auront une efficacité réelle contre les séquelles et les récidives de phlébites.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon

Elles sont intéressantes par les problèmes ardus qu'elles posent aux cliniciens. MM. A. Jacquelin et A. Baudoin en rapportent trois observations, qui paraissent avoir une grande valeur pratique. On y voit combien le diagnostic est extrêmement difficile au début en présence d'un syndrome bacillaire ; comment il peut être redressé par l'aspect et la bactériologie de l'expectoration, mais surtout par la radiographie. On y voit en plus l'intérêt primordial, que peut avoir dans certains cas la ponction exploratrice intrapulmonaire, ainsi que les bons résultats obtenus par la chirurgie pulmonaire ou le pneumothorax.

Au début, le diagnostic de ces formes de l'abcès pulmonaire est impossible, soit que la phase du début ait été mal observée, soit qu'elle n'ait pas été brutale. L'interrogatoire et l'examen clinique orienteront fatalement vers la tuberculose pulmonaire, surtout quand il existe une pleurésie séro-fibrineuse d'accompagnement. En plus de la radiographie pulmonaire et au besoin de la ponction d'un épanchement, c'est cette expectoration purulente, bien différente des crachats de la tuberculose cavitaire, qui peut faire soupçonner le diagnostic. (*Le Bulletin Médical*, 28 décembre 1935.)

Grossesse normale chez une césarisée ayant gardé un tampon de gaze dans l'utérus.

Le Docteur Schockaert rapporte l'histoire d'une femme rachitique chez laquelle, lors d'une seconde césarienne basse, on a trouvé à la face maternelle du placenta un tampon de gaze neutre, qui avait été abandonné dans la cavité utérine lors d'une première césarienne pratiquée un an auparavant. Déjà dans une observation antérieure, c'était un tampon de coton, qui, resté dans la cavité utérine à la suite d'un tamponnement après la délivrance artificielle, n'avait entraîné que quelques métrorragies dans le post-partum, et n'avait pas empêché la femme de devenir enceinte trois mois après, et de mener sa grossesse à terme sans incident.

On sait par expérience qu'une mèche de gaze iodoformée peut rester plusieurs jours dans la cavité utérine et même dans la cavité abdominale, dans le cas de drainage d'après Mickulicz, sans occasionner la moindre odeur de putréfaction. Mais ce qui paraît plus extraordinaire, c'est qu'un tampon de coton oublié dans l'utérus après un tamponnement pratiqué à domicile dans des conditions d'asepsie douteuse, reste là pendant des mois sans produire des phénomènes d'infection et sans empêcher la fécondation et la nidation ultérieure d'un ovule. Ce phénomène met bien en relief l'extrême tolérance de la matrice et la remarquable autodéfense de l'organisme.

On sait déjà que l'utérus non gravide est étonnamment tolérant car, d'après les auteurs, la plupart de ces rétentions intra-utérines d'objets hétéroclites ne furent marquées que par des signes discrets ou complètement silencieuses.

Il n'en est généralement pas de même quand l'utérus est gravide. C'est ainsi que les corps étrangers, le plus souvent rigides, introduits dans dans un but avortif, se compliquent souvent d'accidents infectieux graves. L'observation qui fait l'objet de ce travail est donc tout à fait exceptionnelle. (*Bruxelles Médical*, 29 décembre 1935.)

Sur les méthodes de réflexo ou sympathicothérapie.

Le Docteur Louis-H. Leroux, après avoir indiqué que la sympathicothérapie n'est pas une nouveauté, explique en quoi consiste cette cette méthode, son mode d'action, sa technique. Il décrit ensuite les résultats obtenus, les contre-indications et les accidents. Enfin ses conclusions sont les suivantes :

Tous les termes de réflexo-centro-sympathicothérapie sont synonymes. Cette méthode n'est pas nouvelle, elle date d'au moins vingt ans en France. Il n'y a pas et ne doit pas y avoir d'auto ni hétéro-suggestion, mais une action physiologique, encore mal connue, sur le système nerveux végétatif. Son domaine est exclusivement limité aux troubles fonctionnels vaso-moteurs, spasmodiques, du déséquilibré endocrino-vago-sympathique. Elle ne donne pas de vraie guérison, mais un soulagement complet ou modéré, souvent immédiat, temporaire, extrêmement appréciable pour des patients difficiles à soigner autrement. Elle a souvent des échecs, parfois des accidents, elle doit être appliquée avec discernement et prudence. Elle n'est donc pas une panacée universelle, ni la « Médecine de Demain », mais une méthode fort appréciable,

facile, souvent utile dans son domaine bien limité. (*Journ. de Méd. et de Chir.*, 10 août 1935.)

Sur l'ulcère digestif expérimental et humain et sur son traitement par l'histidine. Rôle probable de l'histamine.

Du travail de M. A. Jacob, il faut retenir les considérations suivantes :

L'histidine ne peut être considérée comme l'agent spécifique de la préservation de la muqueuse digestive contre l'attaque du suc gastrique, tant dans le domaine expérimental que clinique. L'histamine, à petites doses (1/10 à 1/15 de milligr.) s'est montrée capable d'empêcher l'apparition des lésions inflammatoires et des ulcères chez trois chiens qui ont subi l'opération de Mann et Wiliamson dans les conditions les plus favorables à l'apparition rapide de ces lésions chez des animaux non traités.

L'ulcération diverticulaire constatée comme lésion isolée, en dehors de toute altération hémorragique ou érosive autre, chez le quatrième chien, ne saurait infirmer en rien l'ensemble de ces résultats.

L'action de l'histamine, dans les conditions présentes, n'a aucun caractère de spécificité. Elle s'explique par son action vaso-dilatatrice capillaire et son action sur la musculature lisse. *L'histamine*, dans le domaine clinique, s'est révélée comme un puissant sédatif de la crise ulcéreuse et s'est montrée capable d'améliorer les conditions du transit gastro-intestinal. (*Les Edit. Univers. de Strasbourg.*)

Diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre.

Le diagnostic différentiel de la maladie de Nicolas et Favre se pose rarement à la période du chancre d'inoculation. Le plus souvent c'est l'adénopathie inguinale qui suscite des discussions au sujet de son étiologie.

Voici de quelle façon les Docteurs J. Lacassagne et F. Lebeuf exposent le diagnostic du chancre poradénique (quatrième maladie vénérienne) :

Le chancre lymphogranulomateux (Nicolas et Favre), ou microchancre poradénique (Bory) siège le plus souvent dans le sillon balano-préputial ou sur le gland, le prépuce, quelquefois à l'anus ; chez la femme, sur la vulve, à la fourchette, ou à l'anus. Il passe souvent inaperçu. Son aspect habituel est d'ordinaire celui d'une lésion herpétiforme, lenticulaire unique, plane ou légèrement évidée en cupule, quelquefois papuleuse, peu suintante et indolore, éphémère. D'autre fois, lorsque le sujet est examiné quelques jours après le début, on ne trouve que de petites croûtes adhérentes recouvrant un épiderme aminci, rosé, tout récemment formé ; plus tard, encore, une ou plusieurs petites cicatrices éphémères.

Le diagnostic différentiel n'offre de difficultés réelles qu'avec certaines formes de bubon chancrelleux et certaines formes associées. Il est souvent difficile de distinguer le premier de la poradénite inguinale surtout dans les formes anormales. Le diagnostic repose, non seulement sur les signes cliniques (recherche de la porte d'entrée, adénite iliaque, etc.) mais aussi sur les épreuves de laboratoire : méthodes bactériologiques (recherche du bacille de Ducrey sur lames et par culture, auto-inoculation, intradermo-inoculation) et biologiques (intradermo-réactions d'Ito-Reenstierna et de Frei, essai d'un antigène préparé avec le pus de bubon sur des malades atteints d'adénites inguinales nettement diagnostiquées, déviation du complément, vaccinothérapie d'épreuve avec le Dmelcos et injection intraveineuse d'antigène lymphogranulomateux).

Il y a lieu d'envisager aussi la syphilis des ganglions inguinaux, la tuberculose ganglionnaire inguinale, les adénites inguinales cancéreuses, le bubon pesteux, etc... Mais le diagnostic est particulièrement difficile lorsque la poradénite s'associe avec une adénite d'une autre nature.

Parmi les formes extra-ganglionnaires de la maladie de Nicolas et Favre, les plus fréquentes sont englobées dans le syndrome génito-ano-rectal de Jersild : rectite sténosante, éléphantiasis génito-ano-rectal, esthiomène, etc... Ces formes sont à distinguer des syndromes analogues de nature différente : syphilome ano-rectal de Fournier, rétrécissements rectaux cancéreux, tuberculeux, dysentériques, gonococciques ou de causes multiples (Gougerot).

L'existence antérieure d'une poradénite inguinale, la sérologie négative, l'inoculation au cobaye, l'examen histologique, l'absence d'antécédents dysentériques ou gonococciques, la positivité de la réaction de Frei sont en faveur de l'étiologie lymphogranulomateuse. L'étude du diagnostic différentiel des autres formes extra-inguinales (cellulites du petit bassin, fistules anales, abcès de la marge de l'anus, ulcérations de la vulve, formes cutanées, formes linguales, etc.) ne peut être envisagée, tellement sont variées ces manifestations. (*Le Journ. Méd. Français*, décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Magnésium et cancer.

(M. Pierre DELBET ; 25-2-1936.)

M. Pierre Delbet présente quelques remarques à propos d'expériences faites par Kreyberg et Nielsen concernant l'influence du traitement magnésien sur le développement des tumeurs du goudron chez la souris.

Les auteurs scandinaves avaient conclu que l'influence en question n'était pas constante. M. Delbet constate au contraire, à l'analyse des expériences mêmes de Kreyberg et Nielsen, une action favorable nette du régime hypermagnésien. L'ensemble des animaux hypermagnésiés s'est montré trois fois plus résistant à l'intoxication par le goudron que l'ensemble des témoins.

Streptococcémie post-morbilleuse compliquée de congestion pulmonaire, phlébite, mastoïdite. Guérison par le sérum de Vincent.

(M. R. SOHIER ; 21-1-1936.)

M. Sohier relate une observation de streptococcémie grave, chez un jeune soldat, avec complications multiples, congestion pulmonaire bilatérale, phlébite, oto-mastoïdite aiguë, survenue à la suite d'une rougeole. Employée au quatorzième jour de la maladie alors que l'état général était critique, la sérothérapie anti-streptococcique a arrêté brusquement l'évolution de la septicémie et a amené la guérison en quelques jours.

Cette observation montre qu'il n'est jamais trop tard pour recourir au sérum, même dans des cas apparemment désespérés, surtout quand on est certain que le streptocoque règle à lui seul l'évolution de l'affection.

L'optimum thermique de croissance des nourrissons.

(M. BACCINO ; présentation par M. LAPICQUE ; 28-1-1936).

L'auteur a étudié, dans un sens général, la question de température optimum convenant aux nourrissons, température agréable, euphorique, assurant la croissance de l'enfant avec un minimum de fatigue et une résistance maximum aux causes morbides.

Il a vu la température sous-vestimentaire varier de 33 à 29°, entre deux mois et douze mois. Les écarts de température maxima-minima sont d'autant plus faibles que le sujet est plus jeune ; ils sont de 4 à 9°.

En matière de protection thermique, il conseille de maintenir le température sous-vestimentaire constante par un habillement approprié au jeune moteur humain. Il parle d'un « berceau isotherme » pouvant réaliser automatiquement cette régularité de température quelles que soient les variations extérieures.

Sur la nocivité du pain blanc

(M. Pierre DELBET ; 11-2-1936.)

En 1913, Fibiger, nourrissant des rats avec des blattes infestées par le *gougylonema néoplasticum*, obtint des cancers de l'estomac dans 53 p. 100 des cas. Passey refaisant, en 1933, les mêmes expériences, ne put *provoquer par contre aucune lésion.*

Mais Fibiger avait noté que pendant toute la durée des expériences, ses animaux avaient été nourris exclusivement avec du pain blanc. Aussi, Passey reprit-il ses recherches en utilisant la même alimentation et les résultats furent entièrement différents de ceux qu'il avait obtenus la première fois, lorsque les rats infestés avaient reçu une nourriture riche en vitamines. Il s'en est suivi, dans sa deuxième série d'expériences, des lésions papillomateuses et hyperplasiques de l'estomac.

M. Pierre Delbet rattache cette infériorité de pain blanc à une carence de ce pain en magnésium et il conclut que dans les expériences de cancérisation artificielle il est capital de tenir compte de l'alimentation.

L'érosion ponctuée des ongles

(M. G. MILIAN ; 11-2-1936.)

L'érosion ponctuée est une dépression cupuliforme, de la dimension d'une petite tête d'épingle, qui siège à la surface de l'ongle. L'aspect de l'ongle n'est pas modifié à son niveau.

Certaines maladies cutanées sont capables de produire ces érosions ponctuées. L'eczéma crible parfois l'ongle d'érosions fines, toujours commandées par une lésion cutanée visible, présente ou passée. Le psoriasis peut faire des érosions plus grosses, avec altérations psoriasiques des mains ou au moins placards psoriasiques patents sur la peau. La syphilis est enfin une cause importante d'érosion ponctuée des ongles. Les érosions syphilitiques des ongles sont généralement peu nombreuses. Elles possèdent une grande valeur comme diagnostic de syphilis et de syphilis en évolution.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Obésité rebelle avec hypoménorrhée traitée avec succès par la radiothérapie hypophysaire.

(MM. Et. May et F. Layani ; 13-12-1935.)

Une jeune fille de 28 ans, présente, à partir de l'âge de 16 ans, de l'obésité et de l'irrégularité des règles. L'une et l'autre ne font que s'accroître malgré tous les traitements institués. En 1933, dix ans avant le début des troubles, le poids est de 102 kgr. et le cycle menstruel est profondément troublé par des retards de dix-huit à vingt jours et des périodes d'aménorrhée allant jusqu'à deux, trois et quatre mois. Mais il n'existe aucune dysménorrhée.

Cette obésité dans laquelle tous les examens biologiques sont restés négatifs, s'est accompagnée à un moment donné de troubles du métabolisme chloré (à deux reprises Chl plasmatique 4 gr. 18 et 3 gr. 83).

Devant les échecs thérapeutiques antérieurs et l'aggravation de l'aménorrhée, on institue un traitement de radiothérapie hypophysaire à doses stimulantes : 1.200 R. réparti sur près de trois semaines. Les résultats furent très intéressants. Le poids descendit de 105 à 89 kgr. ; mais surtout les règles pour la première fois furent régularisées ; depuis février 1935 (arrêt de l'irradiation hypophysaire), elles réapparaissent tous les vingt-huit ou trente jours, *et sont d'abondance* normale.

Cependant est apparu un syndrome douloureux abdominal dont l'évolution, syndrome de l'ovulation et périodique comme elle, fit porter le diagnostic d'ovarite scléro-kystique et imposa l'intervention. Celle-ci montra des ovaires très nettement hyperplasiés, en réaction polykystique ; leur volume contrastait avec celui de l'utérus resté infantile. Les résultats opératoires furent excellents ; la malade cessa de souffrir, les menstruations demeurèrent régulières, mais, deux mois après, des douleurs abdominales réapparurent à gauche, aussi violentes que dans le passé. Avant d'envisager une intervention définitive, un traitement à l'insuline fut institué. Il eut une efficacité vraiment remarquable ; du jour au lendemain les douleurs furent calmées, les règles continuèrent à apparaître à leur date normale sans que l'importance du flux menstruel en ait été modifiée. Il en fut ainsi durant trois mois puis, le traitement ayant été insuffisant, les douleurs réapparurent mais cédèrent avec la reprise de l'insulinothérapie.

Il est à remarquer que si le traitement radiothérapique avait eu d'heureuses conséquences immédiates (retour des règles, diminution du poids), peu après la fin du traitement apparurent des poussées douloureuses d'ovarite scléro-kystique, qui nécessitèrent l'ablation d'un ovaire ; sans les injections d'insuline, on eût peut-être été obligé d'enlever le second ovaire.

Les auteurs attribuent ces poussées douloureuses au traitement institué, car il a été démontré que l'ovarite scléro-kystique était une des conséquences possibles d'un apport excessif des hormones gonadotropes de l'hypophyse. On est donc amené à conclure qu'on a effectivement sollicité, ainsi qu'on le désirait, les fonctions gonadotropes de l'hypophyse, mais que, malgré des doses de rayons X peu élevées, ce fonctionnement s'est fait d'une façon excessive et a dépassé le but recherché. Peut-être a-t-on seulement déclenché une poussée aiguë sur un ovaire dont les lésions pouvaient être en inactivité. Toujours est-il que cette observation montre que la radiothérapie peut agir efficacement sur le fonctionnement de l'hypophyse ; et c'est là une donnée pratique de grande importance pour le traitement des syndromes adiposo-génitaux. Un jour viendra probablement où l'on saura mieux manier la méthode dans le traitement de certaines obésités avec troubles des règles. Il faut enfin noter le résultat extrêmement remarquable qu'ont pu exercer les injections d'insuline pour parer à une production hormonale excessive ou trop brusque.

Diabète grave insulino-résistant et radiothérapie hypophysaire.

(MM. Piéri et Sarradon ; 22-11-1935.)

L'intervention de l'hypophyse sur le métabolisme des hydrates de carbone a attiré depuis longtemps l'attention des auteurs. Il s'agit aujourd'hui d'un nouveau cas de diabète juvénile insulino-résistant qui fut amélioré nettement par la radiothérapie hypophysaire. Le malade avait été essentiellement insulino-résistant dès le début ; après une série de six séances d'irradiations, l'action de l'insuline, réactivée sans doute par ce traitement physiothérapique, fut cette fois aussi énergique et aussi puissante que dans les cas de diabète traités habituellement par la méthode insulinique. C'est surtout sur le symptôme polyurie que l'association radio-insulinique a présenté son maximum d'effet thérapeutique, celle-ci étant restée immuablement fixée au taux de un litre et s'y étant maintenue dans la suite.

Deux cas d'arythmie complète juvénile d'origine indéterminée.

(MM. Codvelle, Andrieu et Henrion ; 13-12-1935.)

Les auteurs ont pu en observer deux cas simultanés, aussi bien tolérés et d'origine aussi énigmatique l'un que l'autre. L'étiologie de cette arythmie se rattache chez l'un des patients à un rétrécissement mitral tout au moins probable ; chez l'autre elle est rigoureusement solitaire. Dans les deux cas, l'anamnèse est incapable de révéler le moindre incident infectieux léger ou sévère. Impossible d'invoquer le virus rhumatismal ou quelque trouble du fonctionnement thyroïdien. Quant au pronostic, il serait imprudent d'assigner un terme à l'évolution de ces fibrillations auriculaires juvéniles ; ne connaît-on pas en effet tel ou tel sujet qui peut supporter sans dommage une arythmie et cela depuis des années.

G. F.

Les Livres

EDITIONS RENÉ LÉPINE
39, rue d'Amsterdam, Paris (VIIIe)

Dr DARTIGUES. — **Les disgrâces et les déficiences de la morphologie humaine : chirurgie réparatrice, plastique et esthétique de la poitrine et de l'abdomen.** Un volume 160 pages (17 × 22,5) papier luxe, 100 reproductions photographiques : 20 francs.

Ce que l'auteur appelle de ce titre général : Les disgrâces et les déficiences de la morphologie humaine est entré depuis une dizaine d'années et progressivement dans le domaine de la chirurgie plastique. Ce fut une conquête assez difficile contre les préjugés. Bien des discussions, de nombreux travaux, des publications, des communications ont affirmé le courant en faveur de la chirurgie plastique.

Le Docteur Dartigues vient d'y consacrer un petit livre, de 160 pages, sur papier couché, où les gravures sont très bien venues. Ce livre est un ensemble sur toute la question de la chirurgie plastique du tronc, et en particulier de la poitrine et de l'abdoment.

Pour ce qui est des seins, l'auteur passe tout d'abord en revue l'anatomie et la physiologie élémentaires et consacre un chapitre fort intéressant et peu développé avant lui sur les : Anomalies du sein, plus nombreuses qu'on ne le croit, sans compter les déficiences qui sont dues à la fatigue de la vie et aux actes physiologiques naturels de la femme qui sont de reproduire et d'allaiter.

Ce que le public ne connaît pas, de même qu'une grande partie des médecins, ce sont les ressources nombreuses, d'ordre chirurgical, que nous avons à notre disposition pour remédier à la disgrâce de la poitrine ; on a inventé des quantités de procédés; en réalité, ils se réduisent à un certain nombre dont Dartigues ne retient que les plus essentiels qui ont fait leurs preuves. Il consacre un chapitre important aux hypertrophies nombreuses qui accompagnent parfois un physique qui est par ailleurs agréable et bien fait. L'auteur considère que dans ces cas là, il ne faut pas recourir à des procédés qui sont des pis aller et exposent à la récidive, et il est surtout partisan de la mammectomie totale bilatérale, avec greffe de l'aréole et du mamelon, qui donne un résultat plastique permanent pour tout le restant de la vie.

Cette étude est suivie de la revue des thérapeutiques applicables et des soins post-opératoires qui peuvent maintenir les résultats acquis.

L'auteur termine par un grand chapitre sur la chirurgie de l'abdomen, du moins de la paroi abdominale, en traitant ce qu'il appelle : Les pellectomies, réliquats cutanés après les cures d'amaigrissement, et les lipectomies.

DOIN et CIE, éditeurs
8, place de l'Odéon,

Professeur G. CARRIÈRE et Cl. HURIEZ, **chef de clinique à la Faculté de Lille. — Le sang des hypertendus.** Un vol. 392 p. 1936. Prix : 50 francs.

Pour les auteurs, le sang des hypertendus est anormalement riche en ses principaux constituants chimiques, mais cet excès leur semble électif à un double point de vue. Ils opposent les valeurs à peu près normales de l'azotémie et de la chlorémie de ces malades, aux modifications profondes des métabolismes des lipides et des protides. Certaines perturbations physiques du sang et du sérum s'y ajoutent, qui ne paraissent pas intervenir nettement dans le déclanchement du processus hypertensif. Carrière et Huriez considèrent ces perturbations métaboliques et humorales comme liées à un dysfonctionnement de multiples parenchymes, surtout endocriniens. Le rôle des surrénales, du corps thyroïde et du foie leur semble capital. La question est d'ailleurs il va sans dire complexe, mais il apparaît logique de penser, avec Laubry et Donnier, que l'hypertension habituelle peut être une véritable maladie, ayant son substratum humoral propre.

L'ouvrage comporte une riche documentation sur la biologie humorale de l'hypertension artérielle.

Dr MOLINÉRY. — **Vers la clinique du radio-vaporium sulfuré de Luchon** (chez l'auteur, à Luchon).

Après avoir, en un bref historique, rappelé la genèse du radio-vaporarium sulfuré de Luchon, l'auteur définit ce mode de traitement : séjours de 12 à 25 minutes, en galeries naturelles, sous roche, dont la température s'élève progressivement de 28 à 47°, au sein d'une atmosphère fortement sulfurée et d'une radio-activité 15.000 fois supérieure à celle de l'air normal.

Les travaux des Professeurs Castaigne et Sendrail démontrent que la *cure de diurèse* s'associe pleinement à la *cure du vaporarium* dans tous les cas où la crase sanguine (comme dans l'arthritisme) a besoin d'être modifiée.

De très belles planches illustrent cette monographie.

Les Thèses

Mp.— Dr I. Egg. — **Les rayons X et la selle turcique.** (Thèse 1935.)

La radiographie est le seul procédé dont nous disposons à l'heure actuelle pour explorer la selle turcique.

La forme des selles turciques normales est variable mais on les classe selon certains types. Les dimensions normales varient aussi, mais dans certaines limites. Une selle dont le diamètre antéro-postérieur dépasse 16 à 18 mm., ou la profondeur 10 mm., est très probablement pathologique.

L'étude des selles pathologiques se base sur les différents modes de déformation. Ces constatations permettent quelquefois de localiser une tumeur sellaire, supra-sellaire, juxta-sellaire ou plus largement intra-cranienne.

La radiothérapie est très souvent un agent efficace contre les tumeurs de la région pituitaire.

P. — Dr H. Divet. — **L'état actuel du traitement du cancer du corps de l'utérus.** (Thèse 1935).

Des opinions divergentes séparent les chirurgiens français sur les questions fréquence du cancer du corps de l'utérus, diagnostic, opportunité du curettage. Tous se retrouvent d'accord sur la nécessité de l'intervention chirurgicale : l'hystérectomie s'avère un temps indispensable dans le traitement de l'épithélioma cylindrique du corps de l'utérus.

La curiethérape dont à l'étranger on proclame les mérites doit être réservée aux seuls cas inopérables. *Son efficacité reste discutée par la presque unanimité des auteurs français.* La présence de bourgeons cancéreux après irradiation, constatée opératoirement, constitue un gros argument contre son emploi exclusif.

Loin d'opposer les deux traitements préconisés, l'auteur a exposé et défendu une méthode mixte associant la curiethérapie à la chirurgie.

La curiethérapie pré-opératoire, appliquée immédiatement après le curettage-biopsie, présente de multiples avantages.

P. — Dr J.-J. Gillon. — **Malformations congénitales des voies biliaires avec ictère chez les nourrissons.** (Thèse, 1935.)

Les malformations congénitales des voies biliaires avec ictère chez les nourrissons, bien que rares, ne sont pas exceptionnelles. Leur étiologie est inconnue comme pour la plupart des malformations congénitales.

La manifestation clinique de ces malformations est un ictère par rétention dont le début se place généralement dans les deux ou trois premiers jours de la vie. Certaines formes ont un début tardif, mais sa date ne dépasse que très exceptionnellement la sixième semaine. Cet ictère peut présenter des rémissions, qui sont toujours incomplètes.

Ces malformations sont incompatibles avec la vie, mais la survie est assez longue. La mort se produit, en moyenne, au cours du troisième mois d'évolution de l'ictère, au maximum au bout d'un an.

P. — Dr R. Corny. — **Traitement intra-bronchique des abcès du poumon à évolution traînante.** (Thèse 1935).

Un abcès du poumon dont l'évolution se prolonge avec une expectoration abondante, un syndrome thermique persistant, une atteinte marquée de l'état général et en particulier une anorexie profonde, réclame du fait de la carence des thérapeutiques médicales usuelles la mise en jeu d'une thérapeutique endo-bronchique.

Cette thérapeutique endo-bronchique consiste en l'introduction au voisinage de la cavité d'une solution huileuse décongestionnante et antiseptique. L'huile cocaïno-eucalyptolée paraît être la mieux indiquée.

La thérapeutique endo-bronchique se révèle efficace dans toutes les suppurations situées au voisinage des hiles lobaires ou intra-parenchymateux. Les abcès situés au voisinage de la corticalité ne sont accessibles qu'aux thérapeutiques chirurgicales.

Mp. — Dr J. Talayrach. — **Spondylites mélitococciques** (Thèse 1935.)

Les spondylites ne sont pas rares dans les régions où la fièvre de Malte abonde.

Dans les cas publiés et dans les cinq observations que rapporte l'auteur les symptômes importants proviennent avant tout : des signes observés au niveau de la colonne vertébrale (douleur fixe, raideur, déformation) ou abcès ; des signes radiologiques montrant les lésions de destruction (pincement ou disparition du disque intervertébral, diminution de hauteur de la vertèbre, décalcification, etc.), et de réaction de voisinage (ostéophytes et nombreux ponts). Ces signes sont plus fidèles que les signes neurologiques.

Le diagnostic est relativement facile avec les spondylites et les rhumatismes infectieux et avec le cancer. Il est beaucoup plus délicat avec la lombarthrie et le mal de Pott.

L'évolution est lente et se fait, en un ou deux ans environ, vers la guérison par consolidation des lésions avec ou sans reliquat.

Le traitement consiste surtout en repos. L'application d'un corset de maintien pourra être utile pour certains cas.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du traitement de la néphrose lipoïdique par la thyroxine endoveineuse

Par le Docteur Yves PÉRÈS

Comme le titre de cet article l'indique, mon intention n'est pas de reprendre ici, ni l'étiologie de cette affection qui est extrêmement complexe et non encore élucidée ; encore moins sa pathogénie, point spécial très discuté de cette néphropathie chronique.

Je viens simplement exposer les résultats thérapeutiques surprenants dans un cas de néphrose lipoïdique pure par l'emploi endoveineux de la thyroxine synthétique.

En 1931, durant notre internat, un indigène de 26 ans environ entre à l'hôpital pour anasarque. Il est malade depuis un mois environ, mais depuis quelques jours surtout l'infiltration a particulièrement augmenté ; il est même très gêné dans sa respiration. Ses antécédents nous apprennent peu de choses (paludisme). Rien d'intéressant du côté de ses ascendants et collatéraux.

Quand on découvre ce malade, tous les tissus sont infiltrés, particulièrement ceux de la périphérie. Son visage bouffi a un teint blafard. On relève un épanchement liquide aux deux bases thoraciques avec des bouffées de crépitants au-dessus. Son expectoration est spumeuse sans bacilles de Koch, ni dégénérescence leucocytaire. Son appareil circulatoire est normal. La tension au Vaquez est de 13-8. Rien du côté digestif et nerveux. Cependant l'examen urinaire dénote un volume réduit du liquide émis : 400 à 500 grammes par vingt-quatre heures. Albumine : 20 grammes pour 1.000. Sédiment : cylindres granuleux. Enfin son urée dans le sérum sanguin est de 0,30 pour 1.000. Le B. W. est négatif.

Peu familiarisé à cette époque avec les néphroses, nous pensons à une néphrite chronique hydropigène et le traitement classique est institué : drastiques, théobromine, réduction des liquides, régime fructo-végétarien déchloruré ne donnent aucune modification de la diurèse et des œdèmes d'autant plus qu'une paracentèse de l'abdomen reste blanche. Les plèvres sont siphonnées. Nous continuons alors la gamme : digitaline, chlorure de calcium, saignées de 125 grammes suivies d'injections de sérum hypertonique. Résultats décevants. L'état du malade empire. Malgré la forte dose d'albumine, on tente un diurétique mercuriel : une diurèse marquée se fait, mais le blocage hydrique est plus grand après. Ce n'est que deux ou trois doigts de liquide blanchâtre que le malade montre dans son bocal. Les jours suivants, la dyspnée s'installe plus importante ainsi que l'infiltration. Protégé latéralement par des planches, le malade est tenu assis sur son lit avec le dossier spécial. Le godet s'imprimé sur son dos jusqu'aux premières dorsales ; les parties génitales sont particulièrement œdématiées et des étranglements sur le fourreau de la verge s'ulcèrent par suite de l'intertrigo.

Devant ces multiples échecs et bien que le B. W. soit négatif et malgré l'absence d'accidents cutanéo-muqueux, nous essayons de faire un traitement spirillicide au novar à petites doses. Entre temps le malade reçoit tous les jours une injection d'extrait rénal et un cachet matin et soir de poudre thyroïdienne de 5 centigrammes.

Les jours passent, l'insuccès persiste. Le malade ne s'alimente plus, ne parle même plus, fait tous ses besoins sous lui. Le drap rejeté sur sa figure, il nous donne l'impression d'un moribond. Sa famille désirant le prendre, nous décidâmes dans un but humanitaire d'évacuer ses épanchements. Nous constatons alors un liquide d'ascite franchement lactescent et une fine couche opalescente du sérum sur le sang caillé recueilli par ponction. Ce signe pathognomonique ne nous permet aucune hésitation.

Nous instituons d'emblée un régime riche en protides et pauvre en lipides et un traitement thyroïdien énergique. Nous n'hésitons pas devant l'état précaire du malade à lui administrer aussitôt une ampoule de Thyroxine synthétique « Roche » par voie endoveineuse. Le résultat fut absolument miraculeux, terme sans exagération. Ce moribond s'est mis à fondre comme neige au soleil. Il reçut le premier jour deux ampoules, les suivants, une ampoule ; injection dans les veines. Dix jours de thyroxine et le malade était méconnaissable tant il était amaigri ; ses œdèmes parfaitement résorbés.

Venant confirmer notre diagnostic :

1° le laboratoire constatait la présence de corpuscules biréfringents dans les urines, une diminution de la sérine et une hypercholestérinémie.

2° cliniquement nous pouvons écarter la *néphrite chronique*, échec des traitements. absence de signes de brightisme, d'hypertension

artérielle, de cylindrurie et par le taux normal de l'urée sanguine :

la néphrite syphilitique secondaire qui en plus de la plus grosse albuminurie, a un B. W. toujours très fortement positif et des accidents cutanés muqueux ;

la néphrite tuberculeuse qui se voit chez les porteurs de vieilles lésions, s'accompagne des signes habituels de néphrite qui manquent dans la néphrose, avec une albuminurie toujours minime ;

la dégénérescence amyloïde du rein ainsi que la cirrhose hépatique alcoolique.

L'évolution de cette néphrose fut excellente. Peu à peu, sous l'influence d'une deuxième cure de thyroxine intraveineuse (dix jours) le syndrome s'est totalement effacé et le malade a repris ses forces. Un mois après le début du traitement le malade vaquait à diverses occupations dans sa salle auprès de ses frères d'infortune.

Cette observation ne serait pas complète si nous ne signalions pas que nous avons gardé le malade trois mois après son rétablissement *sans traitement thyroïdien* afin de voir réapparaître si possible le syndrome lipoïdique. Notre attente fut déçue, le malade se portant à merveille. Il sortit et quatre ans après, en 1935, nous avions de ses nouvelles toujours excellentes.

Telle est l'observation que nous avons cru devoir publier grâce à l'emploi de la thyroxine endoveineuse dont l'action spécifique et en quelque sorte étiologique peut être mise en doute mais dont le succès thérapeutique méritait d'être signalé.

On sait que la thyroxine synthétique Roche dont nous nous sommes servis est préparée suivant les données de Harington et Barger. C'est un produit parfaitement stable, donnant des résultats constants. Malgré les fortes doses employées dans notre cas, nous n'avons vu apparaître aucune palpitation, tachycardie, angoisse, céphalées, sueurs, diarrhée... Il est d'ailleurs connu que ces malades ont une tolérance très élevée vis-à-vis des extraits thyroïdiens. La maniabilité de la thyroxine est très grande (ampoules : un milligramme par centimètre cube ; gouttes, deux milligrammes par trente gouttes) à condition « toutefois de dépasser très rarement les doses de deux milligrammes et de surveiller très attentivement le pouls et le poids des malades en traitement » (Bénech).

BIBLIOGRAPHIE

(1) ACHARD. — Traitement de la néphrose lipoïdique (*Les Nouvelles connaissances médicales*, nov. 1930.)

(2) ACHARD. — Néphrose lipoïdique et lipoïdose rénale. (*Biologie Médicale*, septembre 1932.)

(3) M. F. BEAULIEU et G. THOYER. — Les œdèmes néphrosiques et leur traitement par le régime hyperalbumineux. (*Journal de diététique*, 15 nov. 1928.)

(4) BENECH (J.). — Thyroxine. Son utilité thérapeutique. (*Prat. Méd. Franç.*, 1933, n° 16.)

(5) G. BLECHMANN. — Les feuillets du pédiatre. *Feuillet CXXVIII. De la néphrose lipoïdique.* (Régime et traitement). *Le Concours Médical*, 1934, n° 21, 27 mai p. 1565-67.)

(6) G. BLECHMANN. — La néphrose lipoïdique familiale. Remarques pathogéniques. *Pédiatrie*, Marseille, 1935, n° 2, février, p. 36-39).

(7) G. BLECHMANN, BERTHET, L. TAVERNIER et P. VIARD. — Néphrose lipoïdique infantile. Quatre observations, dont un cas familial. (Soc. méd. chir. des hôp. libres, séance du 3 mars 1934). *Archives Hospitalières*, Paris, 1934, mai, n° 3, p. 167-78.)

(8) L. CHABANIER, LEBERT, F. LUMIÈRE et C. LOBO ONELL. — De la cure azotée et thyroïdienne dans le traitement du syndrome œdémateux avec albuminurie appelé néphrite épithéliale ou encore chlorurémique. Son intérêt pratique et doctrinal. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 26 juillet 1927, 98, page 161.)

(9) Eduordo COELHO et José ROCHETA. — Pathogénie de la néphrose chronique pure, ses rapports avec l'état de la glande thyroïde. (*Presse Médicale*, 19 déc. 1931.)

(10) P. GAUTIER et SCHOENAU (Mlle). — Trois cas de néphrose lipoïdique chez l'enfant. (*Arch. de Médecine des Enf*). Masson, éd. Paris, 1935, n° 1, t. XXXVI, janvier, p. 34-40.)

(11) P. GAUTIER et SCHOENAU (Mlle). — La néphrose lipoïdique chez l'enfant. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 38, 21 sept. 1933, p. 511-15.)

(12) LANGERON. — A propos de deux observations d'amylose rénale. Néphrite et néphrose. (*Journal de Méd. de Lille*, 1933, n° 20, nov.-B., p. 619-28.)

(13) LANGERON, PAGET et LEDIEU. — Le facteur thyroïdien dans la néphrose lipoïdique. (*Journal de Médecine de Lille*, 1934, n° 3, février-A., p. 63-70.)

(14) MERKLEN, LE BRETON et CAHN. — Sur un cas de néphrose lipoïdique. (Soc. Méd. hôp., 15 février 1929, p. 259.)

(15) MERKLEN. — Extrait thyroïdien et néphrite œdémateuse. (*Avenir Médical*, sept.-oct. 1930.)

(16) F.-D. MURPHY et L.-M. WARFIELD. — Lipoïd nephrosis. (*Arch. of Int. Med.*, 1926, vol. 38, p. 449.)

(17) PILOD et NOYER. — La néphrose lipoïdique. (*Clinique et Laborat.*, 30 décembre 1929.)

(18) X.... — Ce qu'il faut savoir de la néphrose lipoïdique. (*Information Médicale*, 1er janv. 1932.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LA RETRAITE DU MÉDECIN

On en parle beaucoup et partout.

On en parle au conditionnel et au futur. On échafaude des combinaisons aussi ingénieuses qu'incertaines, on fait naître d'immenses espoirs.

Tant mieux, *l'essentiel, c'est qu'on s'en occupe.* La question a une telle importance, que nous ne saurions nous en désintéresser dans ce journal, non pour proposer à notre tour, un nouveau projet, mais pour montrer quelles répercussions heureuses aurait sur l'exercice de la profession, la certitude de l'avenir.

Peu de médecins, actuellement, surtout s'ils ont une famille nombreuse, sont susceptibles de mettre de côté un capital suffisant, pour se retirer honorablement et à un âge normal, qu'on peut évaluer à 70 ans.

Dans nos grandes villes, le médecin ne se retire plus, il exerce jusqu'à la limite de ses forces, et pour beaucoup de ceux qui étaient pourvus d'une situation officielle comportant une limite d'âge, un service hospitalier par exemple, la retraite ne marque pas la fin de la vie active, bien au contraire, et ce n'est pas sans surprise qu'on voit ces confrères rechercher pour vivre, des situations qu'ils auraient trente ans plus tôt, jugées indignes d'eux. Ils sont guettés par toutes les œuvres sociales, les contrôles, les mutualités et contribuent à rendre encore plus difficiles les rapports du Corps médical et des organisations publiques.

Dans les campagnes, où l'exercice de la clientèle exige une santé robuste, c'est seulement le jour où ses forces le trahissent que le médecin songe à la retraite et pour beaucoup d'imprévoyants, la retraite, c'est le refuge dans nos œuvres philanthropiques ou auprès de parents accueillants et hospitaliers.

Cet exercice de la médecine jusqu'au dernier souffle est inadmissible, et si tant des nôtres sont tout prêts à accepter de devenir des médecins fonctionnaires, je suis bien persuadé que la sécurité de leur vieillesse est l'argument le plus fort, pour les décider à cette mise en tutelle.

Le jour où, d'une manière quelconque, on assurera au médecin âgé une retraite qui lui permettra de vivre, nous verrons chaque année un nombre important de confrères renoncer à la clientèle, on pourra avec certitude tabler sur leur départ, et ainsi se créera un courant de successions dans les clientèles, qui permettra un placement plus facile des nouveaux docteurs et une meilleure répartition des postes.

Dans la lutte contre la pléthore, si la limitation à l'entrée doit être envisagée, l'exercice au-delà des limites habituelles de l'activité humaine doit être rendu excessivement rare, en instituant la retraite, exactement comme dans l'armée, dans la magistrature ou, sans une limite d'âge, tous les généraux seraient octogénaires et quelques conseillers centenaires.

C'est le besoin qui, chez nous, prolonge les carrières, et combien se retireraient de la lutte quotidienne, s'ils étaient assurés de pouvoir vivre sans travailler !

La nécessité de gagner encore sa vie à un âge avancé est un des méfaits de l'après-guerre, c'est un grand facteur de bouleversement social, puisqu'il dresse les jeunes ardeurs désireuses de conquérir leur place au soleil, contre les vieilles expériences qui défendent avec acharnement des situations acquises, nécessaires pour leur permettre de vivre.

N'est-ce point un spectacle démoralisant pour la jeunesse enthousiaste que de lui montrer, qu'en dépit de leur travail, de leur succès, de leur renommée scientifique, des hommes éminents doivent alors qu'ils sont plus que septuagénaires s'astreindre à de viles besognes pour ne point mourir de faim. Si la discrétion ne m'imposait pas de taire des noms qui me viennent sous la plume, j'étonnerai bien des lecteurs, en leur contant des situations que je connais.

Qu'on n'aille point, après cela, me vanter la supériorité de professions libérales aussi mal organisées, et magnifier l'intelligence de ceux qui les composent, quand il est possible d'opposer, de façon saisissante, la vieillesse douloureuse du médecin âgé qui doit travailler pour vivre et la confortable aisance du gendarme ou du sous-officier retraité dont les vieux jours ignorent les soucis matériels.

Assurer une retraite honorable à tous les médecins qui sont en âge de se reposer doit nous occuper au premier chef, la réalisation de cette idée entraînera de nombreuses améliorations dans l'exercice de la médecine elle-même, c'est la seule manière de nous opposer au secret désir d'un très grand nombre de devenir des fonction-

naires, mais c'est une tâche difficile qui nécessite un effort général, qui doit s'imposer à tous nos groupements, et qui exige la collaboration de toutes les compétences.

L'organisation de la retraite du médecin ferait déjà un grand pas, et ne se présenterait point comme un problème insoluble, si beaucoup d'entre nous n'avaient pas des idées fausses, persuadés qu'il est possible d'assurer au Corps médical une retraite importante, sans que le médecin contribue largement à sa constitution.

La Confédération des Syndicats médicaux de France a fait beaucoup pour la retraite du médecin, en organisant ses services dont les bénéfices viendront alimenter la Caisse des retraites, mais ce serait une erreur de croire que notre Groupement national va pouvoir à lui seul, et par ses seuls bénéfices résoudre financièrement un problème aussi difficile.

L'appoint de la Mutuelle confédérale pourra vraisemblablement arriver à constituer cinq ou six mille francs de retraite, d'après les prévisions les plus optimistes ; si, à cet appoint déjà sérieux, viennent se joindre d'autres apports, nous pourrons entrevoir une réalisation prochaine de la retraite du médecin.

Il doit se créer entre l'effort de la Confédération et les efforts déjà faits pour améliorer le sort du vieux médecin une collaboration étroite et féconde, au lieu de laisser se développer, les unes à côté des autres des œuvres qui se proposent le même but, sans qu'aucune d'elles puisse l'atteindre.

L'affaire ne doit point être considérée du seul point de vue de la concurrence commerciale comme pourrait le faire un agent d'assurances, elle doit être vue du point de vue médical et savoir accepter de collaborer avec toutes les œuvres qui existent déjà et sont prospères.

Il faut bien se persuader que quelles que soient les combinaisons actuellement à l'étude, il n'est pas possible de constituer *une retraite honorable* et j'entends par là au moins vingt mille francs par an, sans que chacun de nous ne consente quelque sacrifice. Rendons-nous compte des énormes mobilisations de numéraire que représentent chaque année les mises à la retraite de 600 médecins nouveaux et comprenons qu'il n'est pas possible de trouver les millions nécessaires, entièrement en dehors du Corps médical.

Les participations pharmaceutiques ou paramédicales sur lesquelles on s'abuse ne doivent intervenir qu'à titre secondaire et pour s'en convaincre, il suffit au lieu de planer au-dessus des réalités, d'ignorer la force des chiffres alignés et de croire à la possibilité de miracles en matière financière, il suffit de faire un calcul approximatif des sommes qu'il faudra avoir à sa disposition.

Supposons fixé à 70 ans, l'âge de la retraite, on peut estimer à environ 600, le nombre des médecins qui chaque année atteignent cet âge.

Le chiffre de 20.000 francs doit être pris comme chiffre moyen, honorable de la retraite, suffisant pour décider le praticien à ne plus exercer.

Six cents médecins recevant 20.000 francs mobilisent annuellement douze millions. Ces retraites joueront sur plusieurs années, des avantages devront être faits aux veuves ; en envisageant les décès, on peut tabler que chaque retraité sera pensionné pendant une période de huit ans, c'est donc un total de 96 millions de francs qu'il faudra verser annuellement quand les retraites seront en plein fonctionnement.

Pour arriver à mettre sûr pied une affaire aussi importante, il faut faire comprendre à tous les médecins syndiqués ou non que chacun doit participer à la création de la retraite du médecin, il faut s'entourer des avis d'hommes compétents, ayant une très grande expérience de l'assurance, des sociétés de prévoyance, il faut réunir en un seul organisme tous les hommes qui ont une surface financière, ceux qui déjà dirigent des associations prospères et prendre leur avis.

Ce qu'il ne faut pas, c'est s'aventurer dans l'inconnu, avec des études insuffisantes, ou avec des promesses creuses qui ne résistent pas à la mathématique, et amèneront des déceptions.

La retraite du médecin ne saurait être un secours de quelques milliers de francs, un ménage de vieux médecins nous coûte à la Maison du médecin, à Valenton où les frais sont répartis entre tous, où la plus grande économie règne, tout près de 10.000 francs, c'est dire qu'en estimant à 20.000 francs la retraite que nous devons chercher à réaliser, nous apporterons, au Corps médical âgé, une aide efficace.

C'est sur de tels chiffres qu'il faut tabler pour réaliser la retraite et si la chose apparaît comme possible, supplions tous ceux d'entre nous qui se penchent sur l'avenir des vieux médecins d'unir leurs efforts dans un merveilleux sentiment d'altruisme, pour faire aboutir une des plus belles réalisations que connaîtra jamais le Corps médical :

La Retraite du médecin.

Dr Raphaël MASSART.

QUE FAIRE CONTRE LA MISÈRE DES ÉCOLIERS ?

Un cas de conscience du médecin inspecteur

On nous écrit :

Ayant eu assez souvent l'occasion de lire et d'apprécier comme il convient les nombreux et intéressants articles de droit médical que vous publiez dans le *Concours Médical*, je me permet aujourd'hui d'avoir recours à votre obligeance, en vous soumettant le « cas de conscience » et la question ci-dessous.

En ma qualité d'inspecteur départemental adjoint d'hygiène, chargé de l'inspection médicale des écoles, j'ai à examiner une centaine d'écoliers par jour : les uns sont bien portants, d'autres ont une santé plus ou moins chancelante, d'autres enfin, sont fort mal « tenus », c'est-à-dire malpropres, porteurs de parasites, et dont la santé laisse assez souvent à désirer. Exemple : hier, j'ai eu à examiner une fillette couverte de vermine (poux et puces), scoliotique et maigre, par sous-alimentation probablement. L'institutrice m'a expliqué que les parents sont dans la misère « noire », que le père est un brutal et un paresseux, et que la mère est une imbécile qui vit dans une malpropreté repoussante. Aussi ai-je estimé inutile d'essayer d'employer la persuasion à l'égard de tels parents. J'ai décidé d'employer la « manière forte », et immédiatement, j'ai envoyé une lettre à la gendarmerie, demandant une enquête, et demandant aussi au Procureur de la République de bien vouloir déterminer, s'il n'y a pas lieu d'appliquer aux parents les sanctions prévues par la loi du 24 juillet 1889, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935. Or aujourd'hui, je viens de voir une autre fillette, très malpropre également, quoique non pouilleuse ; de plus, cette fillette est scoliotique et rachitique à un haut degré. Et l'institutrice m'a déclaré que du père, on ne dit pas grand'chose, mais que la mère passe pour une femme « peu intéressante », dont les cinq enfants sont plus ou moins rachitiques. Le père et la mère sont persuadés que « ça vient de la faiblesse du sang ». Et je me demande si je dois encore mettre en branle la justice..., car j'estime que dans cet autre cas, la persuasion ne servira à rien.

J'ai donc l'honneur de vous poser la question qui va suivre. Etant donné que je ne suis pas un médecin traitant, mais uniquement un fonctionnaire départemental, j'estime que je ne suis pas du tout tenu au respect du secret professionnel médical, et qu'au contraire mon devoir me commande de signaler à la justice tous les « justiciables » qui sont dans ma sphère.

Que pensez-vous de mon opinion et de mon recours à la justice ?

Réponse

Je crois que pour pouvoir répondre d'une manière précise à la question que vous me posez, il faut suivre d'une manière très étroite, les texte de lois appropriés.

Comme inspecteur départemental d'hygiène, vous relevez des dispositions de la loi du 15 février 1902 et de ceux d'un des décrets-lois du 30 octobre 1935, portant réglementation des inspecteurs départementaux d'*hygiène*.

Nommés jusqu'ici par le Préfet et désormais investis de leurs fonctions par le ministre de la Santé publique, les inspecteurs départementaux d'hygiène représentent l'autorité publique, mais ne détiennent aucune parcelle de l'autorité publique.

Ils doivent donc en référer à l'autorité compétente pour toutes les infractions qu'ils relèvent au cours de leur service d'inspection.

Or, l'orsqu'il s'agit de simples infractions, c'est au Préfet, ou plus exactement au Service d'inspection départementale d'hygiène que l'inspecteur doit en référer. L'autorité administrative verra quelles mesures elle doit prendre. Mais il est à craindre que, dans bien des cas, on n'aboutisse à rien, soit par négligence, par paresse, soit surtout par peur des histoires.

Mais l'inspecteur découvre-t-il un crime, ou un délit, dans l'exercice de ses fonctions, il peut en référer soit à ses supérieurs hiérarchiques, soit au Procureur de la République, ainsi que lui en fait un devoir l'article 29 du Code d'instruction criminelle.

Dans le cas particulier que vous me soumettez, peut-on considérer les parents comme ayant commis un délit, du fait de laisser leurs enfants dans la malpropreté ? Non, doit-on répondre, car l'enfance est très mal protégée par la puissance publique, alors que tant de personnes se lamentent sur la dépopulation de la France et engagent leurs concitoyens à avoir beaucoup d'enfants.

Une enquête, faite par la gendarmerie, peut avoir quelque effet ; mais s'il s'agit de parents ivrognes, brutaux, peu intelligents, les gendarmes auront probablement peu d'autorité morale, d'accents persuasifs. Seul, leur bicorne (ou plutôt leur képi) en imposera pour peu de temps.

Il faudrait que des mesures d'ordre médical soient prises par l'autorité administrative, qui,

au besoin, pourrait demander l'appui de l'autorité judiciaire.

Dans les cas de déficience physiologique constatée chez un enfant, par manque de soins, défaut d'hygiène et sous-alimentation, dans tous ces cas de misère physiologique, j'estime qu'après enquête de l'autorité administrative, pour se rendre compte de l'état de ressources des parents, l'enfant pourrait être confié au service départemental d'assistance (loi du 27 juin 1904).

La loi du 15 juillet 1893 organise des soins pour les nécessiteux, ou même pour les personnes qui n'ont que momentanément besoin d'une aide *matérielle, pour recevoir* des soins. Pourquoi ce service ne serait-il pas étendu, pour que les enfants, en état constaté de déficience physiologique, soient assistés, à l'école même, qui pourrait *les nourrir, les habiller et les faire soigner,* tout en laissant ces enfants regagner, le soir venu, le domicile paternel.

La cantine scolaire, entretenue par les fonds non seulement communaux, mais aussi départementaux, pourrait rendre de grands services, dans tous ces cas de sous-alimentation.

Certes, les budgets communaux et départementaux sont obérés, peu en équilibre. Mais combien de dépenses, votées dans un but électoral particulier, ont bien moins d'importance que la protection de l'enfance. La collectivité ne doit-elle pas se substituer à la carence des parents, lorsqu'il s'agit de sauver des vies humaines, surtout celle des enfants ?

Voilà un thème social, que vous pourriez soumettre aux méditations de votre Préfet, mais qui, plus utilement pourrait faire l'objet de discussions au sein des Syndicats médicaux et de leur Confédération : celui du sauvetage de l'enfance malheureuse, par l'alimentation et les soins corporels, donnés à l'école, ou dans les Etablissements publics de soins.

Qu'en pensez-vous ?

Dr Paul BOUDIN.

INTERNE DES HOPITAUX ET SECRET PROFESSIONNEL

Un interne des hôpitaux d'une grande ville me pose la question suivante. Il a donné ses soins, dans son service hospitalier, à une jeune fille, qui, volontairement a tenté de s'empoisonner par un barbiturique. Guérison. Sur le bulletin de sortie, l'interne inscrit « Intoxication ».

Il me demande s'il a bien agi. Il insiste sur le point de savoir si pareil diagnostic ne peut pas porter préjudice à la malade, qui assurée sociale, voudrait faire supporter par sa Caisse les frais d'hospitalisation. En dernier lieu, si la famille apprend le diagnostic ainsi mentionné sur le bulletin de sortie, pourrait-elle interroger l'interne et chercher à savoir la vérité ?

Je réponds à mon jeune collègue qu'en sa qualité d'interne des hôpitaux, il est le préposé de l'Administration hospitalière. Il doit en conséquence, se conformer aux règlements et inscrire sur le bulletin de sortie, le diagnostic de la maladie, si ledit règlement comporte cette inscription.

Mais, tout en obéissant à la lettre du règlement, il peut également en atténuer les conséquences. Point n'est besoin d'ajouter que cette intoxication a été volontaire, dans un but de suicide.

Quant à la Caisse d'assurances sociales, elle serait mal venue de se refuser à payer les frais d'hospitalisation de celle qui a cotisé, pour être assurée en cas de maladie. La patiente a commis une erreur volontaire, en absorbant du véronal à haute dose. La caisse voudrait-elle renouveler le geste du maître d'école, en face de l'enfant qui se noie ? Pourrait-elle, en toute humanité, se dérober à ses obligations ? S'il fallait rechercher les causes véritables des affections que nous avons à soigner, nous pourrions remonter très loin. Une syphilis, une blennorrhagie ne proviennent-elles pas d'une cause douteuse, du point de vue moralité officielle ? Une maladie hépatique ne découle-t-elle pas d'une intoxication lente et progressive par l'alcool, ou par de bons dîners trop souvent répétés ?

Les conséquences éloignées de certaines maladies ne pourraient-elles pas être rattachées à une affection initiale, susceptible de ne pas être garantie par une Caisse trop puritaine ? Ne devrait-on pas éliminer toutes les affections héréditaires car les coupables de certaines dyscrasies ne sont-ils pas les parents eux-mêmes, syphilitiques, alcooliques ou autres ?

Non ! il n'y a que des maladies, sans qu'il soit possible de faire une distinction plus ou moins hypocrite entre les affections avouables et celles qui ne le sont pas.

Quant aux parents, ils ne doivent être informés de la vérité, surtout s'il s'agit d'un mineur, que lorsque cette divulgation peut être utile au malade et pour la guérison de celui-ci. Sinon, le praticien doit conserver pour lui seul les confidences qui lui sont faites, ou les secrets qu'il a surpris dans l'exercice de sa profession.

Le fonctionnement de la médecine sociale complique l'art de guérir, puisque entre notre client et son médecin s'interpose un ou plusieurs tiers, qui, avec plus ou moins de raisons, veulent connaître le diagnostic. Aussi, le Sou Médical est-il à la disposition de nos confrères, pour les éclairer dans tous ces cas épineux et difficiles.

Dr Paul BOUDIN.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Traumatismes et lésions intra-oculaires :

SUBLUXATION DU CRISTALLIN, MYOPIE TRAUMATIQUE, DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE, GLAUCOME, CATARACTE.

Subluxation du cristallin

C'est le résultat d'une rupture partielle des fibres de la zonule.

Si l'*œil était normal* avant l'accident, le *choc doit être violent* pour pouvoir déterminer la subluxation ; mais, si l'*œil était antérieurement myope*, la subluxation peut se produire à l'occasion du *moindre traumatisme*, car, dans les myopies d'un certain degré, il existe toujours au voisinage de l'ora serrata des altérations chorio-rétiniennes, et celles-ci entrainent parfois un léger degré de subluxation du cristallin, en raison de l'altération des fibres zonulaires.

A la suite de cette lésion, peut s'observer une myopie de 4, 6 et même 8 dioptries ; elle est définitive, et ne disparaît pas par l'atropine, ainsi qu'il adviendrait d'un spasme du muscle ciliaire, pouvant déterminer par lui-même un certain degré de subluxation.

Le déplacement partiel du cristallin se traduit par un tremblement partiel de l'iris, une augmentation de la profondeur de la chambre antérieure, et, si le cristallin est très abaissé, par une coloration inégale de la pupille : à l'endroit où la lentille fait défaut, la coloration est plus noire et apparaît sous forme de demi-lune. Le tremblement de l'iris se manifeste surtout à la racine de l'iris, là où la chambre antérieure est plus profonde, la face postérieure de l'iris n'étant plus soutenue par le cristallin déplacé. Le sujet peut avoir des éblouissements, et présenter de la diplopie monoculaire, due au déplacement du cristallin.

Ces *lésions sont graves*, car il est impossible de réduire la luxation, et celles-ci exposent à la fois au glaucome ainsi qu'au décollement rétinien et à la cataracte.

Pupille, en spasme (Myopie traumatique), ou en mydriase

Le traumatisme peut déterminer des troubles de la pupille, qui auront leur répercussion sur la vision.

Voici à cet égard différentes éventualités :

1° Il y a spasme du sphincter de la pupille, et presque toujours en même temps spasme du muscle ciliaire ; les fibres zonulaires se relâchent, et le sujet devient légèrement myope.

Dans ces conditions l'instillation d'atropine, fait disparaître le spasme, et par là même la myopie. Cette pratique permet en même temps d'*apprécier* dans une certaine mesure l'*intensité du traumatisme*, d'après le temps que met la pupille à se dilater après l'instillation. Ce symptôme de spasme est presque toujours passager.

La myopie traumatique est donc le résultat de l'augmentation de courbure du cristallin, sous l'influence du spasme du muscle ciliaire ; mais elle est légère, et ne dépasse pas trois à quatre dioptries.

Cette variété de myopie peut être accompagnée de douleurs assez vives, qui disparaîtront, par la dilatation de la pupille, obtenue par l'instillation d'atropine au centième. Ces douleurs sont analogues à celles de la fissure anale, qui, elles aussi, sont bien plus la conséquence du spasme du sphincter que de la fissure elle-même.

2° Il y a mydriase, par déchirures du bord pupillaire, qui se traduisent par une légère déformation de la pupille. En ce cas, cette mydriase peut persister longtemps, et même devenir définitive. Pareil accident résulte aussi de paralysie du sphincter.

A noter encore que dans les mêmes conditions d'étiologie et de pronostic, un myosis pourra s'observer comme résultat d'une atteinte paralytique des filets iriens du grand sympathique.

Dans le cas de déchirures ou de paralysies, les lésions sont souvent *définitives*, alors qu'elles sont *passagères* dans la première éventualité (spasme).

Décollement rétinien

Tout d'abord, le traumatisme peut-il toujours être mis en cause dans le décollement de la rétine ?

Trop souvent, écrit le Professeur Félix Terrien (1), il est invoqué comme la cause déterminante de cette lésion, car tout sujet incline à rapporter à tout choc le moindre trouble visuel, qui survient après lui.

Sans vouloir nier absolument le rôle du traumatisme en pareil cas, il importe de ne rien exa-

(1) *Journal des Praticiens*, 8 juin 1935.

gérer. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il existe des décollements spontanés, et que d'autres sont consécutifs à la présence d'une tumeur.

Sur l'œil normal, alors même qu'il aura été très violent, le choc provoquera bien plutôt des hémorragies intra-oculaires, des ruptures de la choroïde qu'un véritable décollement.

Par contre, il sera un *adjuvant non douteux, s'il s'agit d'un œil prédisposé* (myope, par exemple).

« Un coup de poing, une balle de tennis ou de foot-ball arrivant avec force sur l'œil, ne provoquent que des lésions de contusion, si l'œil est normal, et bien rarement un décollement de la rétine. Au contraire, chez le myope d'un certain degré, le plus léger traumatisme suffit à le déterminer ».

Le Professeur Terrien rapporte l'histoire d'une femme très myope qui, se trouvant au lit, veut prendre son chandelier placé au-dessus d'elle ; la bougie tombe et le simple choc de celle-ci sur l'œil, à partir d'une hauteur de 40 centimètres environ, suffit à provoquer un décollement de la rétine. Un choc relativement peu intense est donc capable chez les myopes forts de provoquer un décollement.

Pour distinguer la cause traumatique de la cause tumorale, il faut se rappeler que la première *s'accompagne* à peu près toujours d'un certain degré d'hypotonie, alors que l'hypertonie doit aussitôt éveiller l'idée d'une tumeur ; d'autre part, la tumeur se développe lentement, insidieusement, et son début passera d'autant plus facilement inaperçu qu'elle siège d'ordinaire au voisinage du corps ciliaire, sur les parties antérieures du globe. Enfin, l'œil deviendra inéclairable, et seul l'éclairage de contact au niveau de la sclérotique, ainsi que l'absence d'illumination du champ pupillaire pourront alors faire soupçonner l'existence d'une tumeur.

Bref, dans le décollement rétinien, le rôle du traumatisme n'est pas douteux ; mais il implique *des lésions antérieures* de l'œil, *ou, pour un œil normal, des traumatismes violents.*

L'**expert** n'oubliera pas que la production du décollement est d'*ordinaire immédiate*, mais qu'elle peut aussi *parfois survenir assez longtemps après le traumatisme* ; c'est là un point capital à noter, surtout en matière d'accidents du travail, lorsqu'il importe de fixer la cause d'une lésion.

Glaucome traumatique

Un glaucome résulte d'une action directe sur l'élément nerveux de l'œil, lequel, par un mécanisme analogue à celui de l'œdème aigu du poumon, déclenche un œdème brusque du corps vitré : il est alors *immédiat* et après l'accident.

Le glaucome peut également résulter de lésions diverses de l'œil, après que le traumatisme aura déterminé des lésions du segment postérieur, ou bien du segment antérieur de l'œil ; il est alors *secondaire*.

Son origine, parfois émotive, démontre bien le rôle pathogénique du système nerveux. En voici des exemples rapportés par le Prof. Terrien.

I. — Une femme voit sa petite fille tomber du deuxième étage : au même moment, elle ressent une vive douleur au niveau d'un des globes oculaires, et fait une attaque de glaucome aigu.

II. — Une autre malade est réveillée la nuit par la nouvelle de la mort d'une proche parente ; lendemain elle présente un glaucome aigu, avec abolition de la vision.

III. — Enfin, une mère reçoit des nouvelles alarmantes de sa fille, habitant une autre ville ; elle veut la rejoindre au plus vite, mais elle manque le train, ce qui la rend très nerveuse ; dans la nuit, elle a une attaque de glaucome.

On connaît les symptômes de cet accident : vision considérablement diminuée ou abolie ; pupille dilatée, œil injecté et surtout hypertonie considérable. La tension normale de l'œil, qui est de 16 à 18 mm. peut atteindre au moment de l'attaque 60, 80, 90 mm., et même plus. Ce sont aussi des symptômes subjectifs : douleurs péri-orbitaires intenses, malaise général, état nauséeux, souvent même vomissements.

Le glaucome sera d'autant plus grave qu'il s'accompagnera d'hémorragies rétiniennes, parfois profuses. Les petites stries rouges, à la surface de l'iris, sont en faveur du glaucome hémorragique : dans ces cas, la cécité est presque la règle.

Cataracte traumatique

Deux variétés, suivant qu'il y a perforation, ou non, de la capsule cristalloïdienne.

1° *Plaie pénétrante.* — Elle a intéressé en même temps le globe oculaire et le sac capsulaire ; le cristallin, normalement transparent, s'opacifie. Tout le champ pupillaire prend un aspect laiteux. Mais, dès les premières heures qui suivent l'accident, on voit apparaître, sur le cristallin, dans le champ pupillaire, des taches laiteuses, et, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, l'opacité de la lentille est complète.

Voici qu'elle est l'évolution de cette lésion, d'ailleurs variable suivant l'âge des sujets.

Chez les jeunes, dont le cristallin est de faible consistance, sans noyau, la cataracte aboutit le plus souvent à la résorption totale ; il ne reste que quelques débris des cristalloïdes antérieures et postérieures, accolées comme après l'extraction simple de la cataracte. La pupille redevient noire en l'absence de complications.

Avec l'âge, la consistance du cristallin aug-

mente de plus en plus, en allant du centre vers la périphérie. Aussi la résorption est-elle beaucoup moins rapide, moins complète, et peut se trouver entravée par diverses complications ; elle s'arrête parfois après plusieurs semaines ou plusieurs mois, par suite de la fermeture de la plaie de la capsule : *le cristallin demeure opacifié.*

Cependant une hypertonie, néfaste pour la vision, est assez fréquemment observée. Elle résulte d'après le Professeur Terrien (1), à la fois de l'intumescence de la lentille et de l'irritation de l'iris par les masses cristalliniennes. Or, si elle est intense et si elle persiste, elle peut entraîner la perte définitive de la vision.

2° *Contusion.* — Une simple contusion du globe oculaire, la capsule demeurant intacte, détermine plus rarement une cataracte.

Celle-ci est presque toujours *partielle*, et *souvent temporaire*, réduite à une sorte de striation fibrillaire des couches antérieures de la lentille qui apparaît rapidement et disparaît de même

Points à noter pour l'expertise

Après une blessure du globe, il ne faut *jamais se hâter de conclure*, dès les premières heures, à l'absence de cataracte traumatique, du fait de l'intégrité du champ pupillaire, qui est demeuré d'une belle teinte noire. Car, si la plaie capsulaire a été minime, l'opacification peut survenir seulement vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard.

On se rappellera qu'une cataracte traumatique, qui se résorbe, améliore ultérieurement la vision chez les myopes forts ; le cristallin, trop réfringent, amenait les images en avant de la rétine ; or, une fois que celui-ci a disparu ces rayons vont se concentrer sur la rétine, ou plus en arrière (hypermétropie).

En voici un exemple dû au Prof. Terrien :

A la consultation, une jeune fille de 19 ans présente à droite, une acuité visuelle de 4/10, après correction d'une hypermétropie de moyen degré avec un verre convexe de + 3 dioptries et 1/2 ; à gauche, une myopie de 15 dioptries et l'acuité visuelle de cet œil, après correction est seulement de 0,2.

Son œil droit est, en effet, hypermétrope ; la chambre antérieure est plus profonde, la pupille est parfaitement noire, sauf à la périphérie en bas et en dedans où l'on voit des débris de membranes, qui donnent l'impression d'une cataracte opérée. D'ailleurs, l'examen objectif démontre qu'il n'y a plus de cristallin, ce qui explique l'apparition de l'hypermétropie à droite, alors que l'œil gauche est myope. Mais cette jeune fille affirme n'avoir jamais subi la moindre opération oculaire.

Par contre, *à l'âge de 9 ans, elle aurait reçu dans l'œil droit un éclat de charbon* ; à la suite de ce traumatisme, très rapidement, la pupille serait devenue blanche et la fillette ne voyait plus de cet œil.

Puis après dix-huit mois, la vision revint peu à peu et, finalement, son œil lésé voyait mieux que l'autre.

Voici donc, en résumé, son histoire : il s'agit d'une myope qui reçoit un éclat de charbon dans l'œil droit. Ce traumatisme donne lieu à une cataracte qui se résorbe parfaitement en dix-huit mois, et laisse une acuité visuelle meilleure que celle existant auparavant.

Cependant, après une intervention pour cataracte traumatique, la vision des deux yeux peut présenter une inégalité considérable ; il devient même parfois nécessaire de supprimer la vision de l'œil opéré, en raison d'une anisométropie, qui persiste même après le port de verres différents, trop différents, l'un de l'autre ; d'où une diplopie gênante et de la fatigue ; si bien que parfois, on doit supprimer la vision de l'œil opéré.

Aussi, le Professeur Terrien estime-t-il que pour cette raison, si l'extraction de la cataracte est la conséquence d'un accident de travail et peut donner lieu à une indemnité, lorsque l'acuité visuelle de l'autre œil est demeurée sensiblement normale, il faut tenir *moins compte* de l'acuité visuelle de l'œil opéré (après correction) *que de l'aphakie qui obligera le sujet à supprimer cet œil.* Aussi n'est-il pas exagéré d'évaluer en pareil cas, à 20 et même 25 % le taux de réduction de capacité professionnelle.

A quel moment fixer la consolidation dans les cataractes traumatiques ? Voici de quelle manière, le Professeur de Lapersonne a résolu cette importante question. « A la suite de la résorption spontanée ; il reste très souvent une cataracte membraneuse.

« Doit-on attendre l'extraction de cette capsule pour se prononcer sur la consolidation ? Au point de vue thérapeutique, il y a un avantage incontestable à ne pas se presser, à attendre six mois, un an même, jusqu'à ce que l'œil ne soit plus du tout irritable, et ait pris sa consistance normale, l'hypotonie étant d'ailleurs plus à craindre que l'augmentation du tonus. L'ouvrier touchera-t-il pendant tout ce temps le demi-salaire ? Je ne suis pas de cet avis. La cataracte traumatique entraîne une diminution certaine de la capacité ouvrière, même si on obtient un bon résultat opératoire, en raison de l'inégalité de réfraction, et de l'impossibilité dans laquelle se trouve le sujet de se servir des deux yeux en même temps pour la vision binoculaire.

« *On doit donc établir la date de la consolida-*

(1) *Journal des Praticiens*, 21 décembre 1935.

tion sans attendre cette intervention tardive. La révision pourra d'ailleurs être demandée, si une nouvelle opération modifiait d'une façon notable, la vision du blessé. Je dois dire que, chargé à plusieurs reprises des rapports de revision dans des cas de ce genre, je n'ai pas constaté d'amélioration sensible, et je n'ai pu conclure à une réduction de l'indemnité demandée ».

***

L'EXEMPLE D'UN CAS CONCRET POUR FIXER LES IDÉES.

Un homme reçut un *violent coup de poing sur l'œil droit, en* 1918, alors qu'il était militaire. A la suite de ce traumatisme, et pendant sept à huit jours, sa vision fut abolie ; il présenta de vastes ecchymoses, il eut des douleurs d'une intensité extrême au niveau de l'œil atteint et dans toute la région péri-orbitaire ; d'autre part, pendant plusieurs jours il présenta, dit-il, des vomissements ?

Puis, peu à peu, tout rentra dans l'ordre ; sa vision redevint normale et, depuis cet accident, *durant seize ans,* il ne ressentit aucun trouble du côté de ses yeux. Il put reprendre son métier de peintre en bâtiment.

Mais, *depuis six mois, la vision de l'œil droit a baissé* de plus en plus, et aujourd'hui il ne *voit plus rien de cet œil.*

Examen actuel : à l'œil droit, *cataracte ; glaucome, car la palpation* le *montre* très dur et tendu, hypertone. Œil rouge, injection périkératique, pupille irrégulière, donc *iritis hypertensive.*

Peut-on imputer *l'infirmité actuelle à l'accident antérieur* ?

Le Prof. Terrien (1) a recherché la possibilité d'une relation déterminante entre l'accident de 1918, et les symptômes présentés actuellement, et voici ce qu'il en pense :

Si le sujet avait été très myope, on aurait pu invoquer, comme cause de la cataracte actuelle, un décollement traumatique de la rétine survenu en 1918, dont la cataracte constitue une fréquente complication.

(1) *Journal des Praticiens,* 8 juin 1935.

Cependant, deux faits militent contre l'hypothèse du décollement : 1° le blessé a retrouvé la vision assez rapidement, au bout d'une quinzaine de jours ; 2° son œil présente une hypertonie très accusée, sans tumeur oculaire (puisque la pupille s'éclaire après éclairage de contact sur la sclérotique), alors que, au contraire, le décollement de la rétine s'accompagne à peu près toujours d'un certain degré d'hypotonie.

Enfin, une cataracte dite tardive, due à l'ébranlement de la lentille, serait apparue de bonne heure après le traumatisme ; or, celle-ci remonterait seulement à quelques mois.

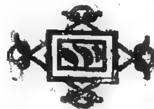
Donc, au moment du traumatisme, il n'y a pas eu *de décollement rétinien, mais une attaque de glaucome,* (en raison des douleurs intenses, de l'abolition de la vision, des vomissements répétés, etc...).

Mais, en plus de la cataracte, il y a aujourd'hui de l'hypertonie, des synéchies inférieures, des vaisseaux de l'œil très dilatés. Ces lésions peuvent-elles être considérées comme étant le résultat du traumatisme de 1918 ?

Il faudrait pour cela admettre qu'il y ait eu à ce moment une importante hémorragie rétinienne, suivie d'un glaucome hémorragique ; mais celui-ci est d'un pronostic sévère ; de plus, la cécité est la règle ; cette relation de cause à effet doit donc encore être écartée.

Bref, les lésions actuelles de ce malade sont apparues très tardivement, trop tardivement après le trauma initial ; et le rôle étiologique de celui-ci demeure très obscur.

G. FISCHER.



LA PROFESSION MÉDICALE AU MAROC

ARRÊTÉ

formant statut des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux du Maroc

Le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques,

Vu l'arrêté du 23 juin 1926 formant statut du personnel de la Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques.

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux du Maroc sont en principe nommés au concours.

Les postes vacants sont mis au concours par le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques qui désigne le jury, fixe la date d'ouverture du concours, le programme des épreuves et les conditions à remplir par les candidats.

Les médecins, chirurgiens et spécialistes reçus au concours sont nommés par décision du Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques.

Peuvent être nommés sans concours les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux des villes de Faculté nommés au concours ou les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires nommés au concours.

ARTICLE 2. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux du Maroc doivent observer à l'égard de l'autorité administrative les obligations que comporte leur situation. Ils sont soumis à l'autorité, au contrôle technique et administratif du Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques. Ils remplissent les fonctions de chef de service avec toutes les obligations qu'elles comportent et conformément au règlement de l'établissement auquel ils sont attachés.

ARTICLE 3. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux du Maroc bénéficient des avantages suivants :

1° Rétribution annuelle conventionnelle payable par mensualité et à terme échu.

2° Assurance contre les accidents survenant au cours, par le fait ou à l'occasion de leur travail professionnel dans les mêmes conditions que les médecins fonctionnaires de la Santé et de l'Hygiène publiques.

3° Congé d'un mois avec traitement pour chaque année de service.

ARTICLE 4. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux du Maroc peuvent quitter le service par ancienneté, par démission ou par radiation.

La limite d'âge est fixée uniformément à 60 ans.

La démission doit être acceptée par le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques.

En cas de faute professionnelle ou de service, la radiation est prononcée par le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques après avis d'une commission d'enquête présidée par l'Inspecteur des services de la Santé et de l'Hygiène publiques et comprenant le médecin et le chirurgien les plus anciens des hôpitaux du Maroc.

ARTICLE 5. — Par dérogation aux dispositions de l'article premier et pendant une période de six mois à compter de la date d'effet du présent arrêté, peuvent être nommés sur décision du Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques, médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux du Maroc, les médecins déjà chargés antérieurement d'un service d'hôpital.

ARTICLE 6. — Les dispositions du présent arrêté prennent effet le 1er janvier 1936.

ARRÊTÉ

relatifs aux médecins subventionnés.

Le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques

Vu l'arrêté viziriel du 23 juin 1926, formant statut du personnel de la Santé et de l'Hygiène publiques,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins conventionnés sont chargés d'un service de la Santé et de l'Hygiène publiques. Ils sont recrutés parmi les médecins qui remplissent les conditions prévues à l'article 18 de l'arrêté viziriel du 23 juin 1926 susvisé.

ARTICLE 2. — Les médecins chargés d'un service de la Santé et de l'Hygiène publiques doivent observer à l'égard des représentants de l'autorité administrative les obligations que comporte leur service.

Ils sont soumis à l'autorité et au contrôle technique et administratif du Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques.

Ils remplissent les fonctions dont ils ont été chargés avec toutes les obligations qu'elles comportent et, le cas échéant, conformément au règlement de l'établissement auquel ils peuvent être attachés.

ARTICLE 3. — Ils bénéficient des avantages suivants :

1° Rétribution annuelle conventionnelle payable par mensualité et à terme échu ;

2° Assurance contre les accidents survenant au cours, par le fait ou à l'occasion de leur travail professionnel, dans les mêmes conditions que les médedecins fonctionnaires de la Santé et de l'Hygiène publiques.

3° Congé d'un mois avec rétribution pour chaque année de service.

ARTICLE 4. — Le retrait de service pourra avoir lieu avec un préavis de trois mois.

En cas de faute professionnelle ou de service il pourra intervenir sans délai.

L'application de ces deux alinéas ne donne droit à aucune indemnité.

ARTICLE 5. — Les présentes dispositions prennent effet du 1er janvier 1936. Elles ne font pas obstacle à l'exécution des contrats en cours et à la passation de contrats particuliers.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les bougies d'allumage (*Suite*)

Les deux précédentes chroniques ne m'ont pas permis d'épuiser l'intéressante documentation qui m'a été fournie par la Société des bougies Champion, sur la fabrication des bougies d'allumage et leur utilisation.

Je reviens donc aujourd'hui sur cette importante question, en continuant à exposer, sous la forme de demandes et de réponses, les causes de mauvais fonctionnement du moteur ayant un rapport avec l'allumage :

Les bougies marchent d'une façon satisfaisante jusqu'à ce qu'on atteigne la grande vitesse. Ensuite la voiture ralentit et il y a tendance à des retours au carburateur.

Ceci montre clairement qu'il y a auto-allumage causé par le fait qu'une partie quelconque des éléments *situés dans la chambre de combustion* est devenue suffisamment chaude pour enflammer le mélange avant que l'étincelle ne se soit produite aux pointes des électrodes.

Cette partie chaude peut être une surface recouverte de dépôt charbonneux, une soupape qui reste ouverte, ou une bougie trop chaude.

Si la bougie employée est celle normalement recommandée pour le moteur, il est essentiel que les points suivants soient contrôlés avant de conclure qu'une bougie plus froide doit être utilisée.

Une chaleur anormale peut être causée par :

1° Un mélange trop pauvre ou un obstacle quelconque dans le parcours de l'essence, tel qu'un filtre sale ou encrassé.

2° L'exhausteur ou la pompe à essence peuvent avoir un débit trop faible pour la vitesse désirée, ce qui entraîne une période d'insuffisance d'essence pendant laquelle le mélange trop pauvre produit du surchauffement.

3° Insuffisance de refroidissement lorsque le niveau de l'eau est trop bas dans le radiateur.

4° Un arrêt dans le système de la circulation d'eau, une pompe défectueuse, une ailette de ventilateur cassée, une courroie qui glisse, des éléments de radiateur obturés par des produits anti-gel de mauvaise qualité.

Des cognements ou des cliquetis se font entendre dans le moteur au moment des reprises ou pendant la grande vitesse.

Ce phénomène est souvent causé par l'emploi d'une essence de qualité inférieure.

Il existe de nombreuses variétés d'essence sur le marché, aujourd'hui. Certaines ne donnent pas satisfaction dans les moteurs à haute compression.

Pour remplir les conditions exigées par ces moteurs, il est quelquefois nécessaire d'avoir recours à un mélange antidétonant, par exemple un mélange d'essence et de benzol, ou d'éthyle, ou aux carburants spéciaux.

Les détonations ou le cliquetis du moteur peuvent être également provoqués par une trop grande avance à l'allumage.

Les détonations sont causées par la combustion inégale des gaz dans la chambre de combustion.

En général, les détonations ne sont pas causées par les bougies.

En examinant les bougies employées avec de l'essence éthylée, après un usage assez prolongé, on constate la présence d'un épais dépôt d'une substance jaunâtre et vitreuse qui fait croire que les bougies ont été détériorées. Toutefois, de nombreux essais ont prouvé que ce dépôt n'est pas nuisible au bon fonctionnement des bougies.

Il n'est pas recommandable d'essayer de gratter ce dépôt.

Ce chapitre, à la suite d'une expérience que je viens de faire moi-même, me paraît mériter une attention toute particulière.

Ma voiture personnelle, depuis quelque temps, marchait mal. Le moteur cliquetait avec une telle violence dans les reprises et les accélérations brusques ou encore dès que je dépassais 70 kilomètres à l'heure que j'avais consulté à plusieurs reprises des spécialistes autorisés, tant du Delco que de la carburation, y compris la service-station du fabricant du carburateur.

Mais après réglage complet de l'allumage, de la buse, des gicleurs, des soupapes, du delco, des vis platinées, etc., etc., j'en étais toujours au même point.

Le remplacement des bougies usagées par des Champion neuves commença à améliorer la situation mais ne suffit pas à empêcher le cliquetis.

Enfin, en étudiant la documentation Champion que je viens d'exposer sur les causes du cliquetis, je m'avisai que je faisais toujours mon plein d'essence chez le même vendeur, et décidai de faire un essai ailleurs à l'occasion d'un voyage de 1.000 kilomètres que je devais faire en province.

Le résultat fut immédiat et radical. Aussitôt alimenté d'une essence d'autre qualité, mon moteur retrouva sa souplesse, son silence, sa vitesse et sa nervosité. Il en fut de même pendant tout le trajet, avec des essences touriste de marques diverses mais réputées.

A mon retour et pour mieux étayer mon expérience, je repris de l'essence chez mon ancien fournisseur. Instantanément, tous les phénomènes recommencèrent à se produire pour cesser après une vidange et un remplissage dans un autre poste.

J'étais désormais fixé sur la cause de mes ennuis. Puissent mes malheurs profiter à mes lecteurs, puisque le remède est si facile à employer.

Attache-fils, fils, etc...

Une étude sur les bougies d'allumage ne serait pas complète si elle omettait de parler des fils et attache-fils.

Les fils ne sont jamais de trop bonne qualité. L'isolement doit être parfait. Il faut éviter avec soin le contact des fils avec les parties chaudes du moteur qui provoquent souvent la mise à nu des fils conducteurs.

Les attache-fils également doivent être fréquemment vérifiés. Un fil bien fixé est indispensable au bon fonctionnement de l'allumage. Il faut nettoyer les attaches, resserrer les pinces ou au contraire ouvrir les ressorts de maintien suivant les systèmes de fixation.

Les bougies doivent être fortement serrées sur le moteur, mais toujours à l'aide de clés spéciales qui ne risquent pas de casser la porcelaine ou de les fausser comme cela se produit si facilement avec une clé anglaise ordinaire. Changer de temps en temps les joints de bougies afin de conserver une bonne compression.

Et quand un moteur part mal, recourir le moins possible au vieux procédé qui consiste à verser un peu d'essence dans les cylindres après avoir démonté les bougies. On peut en effet ainsi mettre le feu à la voiture, et on mélange automatiquement de l'essence à l'huile qui perd de ce fait ses qualités de graissage.

Marcel TOUSSAINT.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Les Assises du Souvenir : « la Médecine générale française » au Val-de-Grâce

L'an dernier, « la Médecine générale française » tenait ses Assises du Souvenir à l'hôpital de la Charité, pour célébrer tous les souvenirs glorieux du vieil hôpital avant sa disparition.

Cette année, c'est au Val-de-Grâce que se sont tenues les Assises du souvenir ; les médecins français voulaient à la fois rendre hommage à la médecine militaire du passé et à leurs camarades militaires ou civils tombés côte à côte, dans l'exercice de leurs fonctions, pendant la grande guerre. Il n'y a pas deux médecines : une médecine militaire et une médecine civile. Il n'y a que des médecins, placés suivant leurs conditions de vie, dans des situations différentes — et parfois successives — pour exercer la même médecine. Comme le disait le médecin général inspecteur Rouvillois, qui présidait ces Assises : « Mon éphémère présidence symbolise la collaboration intime, basée sur l'estime et l'amitié, qui unit, sans distinction d'origine, de titres ou de fonctions tous les médecins de France ».

Or donc, en ce dimanche 1er mars, les grilles du Val-de-Grâce voient affluer une nombreuse assistance médecins praticiens venus de leurs provinces, médecins parisiens, médecins des hôpitaux militaires, médecins des hôpitaux de Paris, professeurs à la Faculté ou au Val-de-Grâce se pressent dans la Cour d'honneur. Le soleil fait briller le dôme du Val-de-Grâce et l'escalier monumental qui donne accès au chef-d'œuvre de Mansart. Sous la direction du docte chapelain, on visite la Chapelle. Puis la brillante assemblée se retrouve dans l'amphithéâtre où se tiennent les Assises.

La gorge serrée par l'émotion, le Professeur Carnot et le Docteur Godlewski saluent la mémoire du Professeur Arnold Netter, leur maître : le matin, même en effet, quelques heures auparavant, à l'Hôtel-Dieu où se tenaient les Assises médicales sur l'abcès de fixation, le Professeur Netter avait fait un exposé magistral, applaudi de tous ; le Docteur Comby lui avait répondu, et tandis que le Professeur Brindeau exposait à son tour sa thèse sur les abcès de fixation, les assistants avaient vu le Professeur Netter, assis à la table où il venait de parler, pâlir brusquement, son visage se cyanoser, puis sa tête s'incliner doucement sur sa poitrine : il était mort...

Le Médecin général inspecteur Rouvillois, qui préside la séance, associe la médecine militaire à l'hommage rendu au Professeur Netter. Il donne ensuite la parole au Docteur Henri Godlewski.

C'est « Louis XIV en ces lieux » que célèbre avec son enthousiasme et son éloquence habituels le brillant *secrétaire général de la Médecine générale* française : « Le 1er avril 1645, Louis XIV accomgagné de sa mère Anne d'Autriche, de son premier ministre Mazarin et de toute la Cour, était ici ». Le Docteur Godlewski évoque le voyage en carosse du jeune roi depuis le Palais Cardinal jusqu'au Val-de-Grâce ; le cortège royal interrompt la circulation sur son passage ; au milieu de la foule compacte, des véhicules sont immobilisés ; parmi eux, quelques voitures publiques, invention d'un Parisien, resté célèbre, le premier du métier, Fiacre, qui louait carosse au quartier de Monsieur Saint-Thomas du Louvre, pour 5 sols l'heure et pour six personnes. Le carosse royal traverse l'île de la Cité, passe devant Notre-Dame, prend la Grand'-Rue-Oultre-Petit-Pont, passe entre l'église Saint-Benoît-le-Bétourné et le donjon Saint-Jean-de-Latran (tous deux détruits aujourd'hui), puis par la rue Saint-Jacques longe la Sorbonne où repose Richelieu depuis deux ans. Sur les bords de la rue, où pousse une herbe poussiéreuse, la foule se presse : des cris jaillissent, où se mêlent les vivats des étudiants à l'adresse du jeune roi et les sarcasmes populaires destinés à Giulo Mazzarini, l'Italien. Le cortège atteint le quartier des Couvents, les Visitandines, l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas, les Ursulines, les Feuillantines, les Bénédictines, le Carmel où vingt ans plus tard ira se retirer Mlle de la Vallière, sœur Louise de la Miséricorde. Le cortège arrive enfin au Petit-Bourbon, monastère des Bénédictines du Val-de-Grâce, où elles séjournent depuis 1621, depuis qu'elles ont quitté leur monastère du Val-de-Bièvre.

Et c'est la cérémonie : le petit roi Louis XIV, âgé de 6 ans, scelle dans la première pierre de l'église la médaille d'or massif, portant la date 5 septembre 1638, date de la naissance du roi et du vœu fait par sa mère de bâtir le dôme le plus élevé de Paris pour remercier le ciel de lui avoir donné un fils...

Le Professeur Laignel-Lavastine célèbre ensuite l'histoire de l'Art au Val-de-Grâce ; il insiste avec humour sur l'admiration sans bornes de tous ceux qui visitent l'église pour la célèbre peinture du dôme par Mignard, admiration toute spontanée certainement, mais qui a cela de gênant qu'elle s'adresse à une peinture qu'on est bien en peine de détailler, étant donné son défaut d'éclairage. Il cite les vers de Molière dans son poème au Val-de-Grâce, vers qu'on n'ose ni admirer, ni critiquer, quand on les a entendus d'une part, et qu'on a appris le nom de leur auteur d'autre part...

Le Professeur Lardennois évoque le Val-de-Grâce de 1914 ; avec éloquence, il fait revivre les *tragiques* moments de la guerre.

Puis la parole est donnée au médecin général Lévy qui rappelle le souvenir de quelques grands médecins d'armée du passé : Jean-François Coste, médecin en chef du corps expéditionnaire français pendant la guerre de l'indépendance américaine ; Desgenettes, le médecin de la campagne d'Egypte et des guerres du premier Empire, homme d'action autant qu'homme de science (n'est-ce pas lui qui à Jaffa fit le geste — fictif ou réel — de s'inoculer la peste, afin de raffermir le moral des troupes, effrayées de l'épidémie meutrière) ; Broussais, le polémiste ardent, sinon toujours heureux ; Maillot, le médecin de la campagne d'Algérie ; Alphonse Laveran, dont le nom ne peut être prononcé sans être associé à la découverte de l'hématozoaire du paludisme — enfin plus près de nous Kelsch et aussi Vaillard, de qui la lutte contre le tétanos a reçu un si grand appui.

« Parvenu au seuil de notre époque, je m'arrête. J'associe à leurs devanciers, ces maîtres d'aujourd'hui dont la vie est vouée au culte de la science et de la Patrie, que déjà leur temps a jugés, et que les siècles attendent ». Et tous les spectateurs applaudissant, tous les yeux sont tournés vers tel membre de l'assistance, modestement assis, en civil, au milieu du public... (1)

Le Médecin général Paitre se lève alors : il rappelle que la chirurgie eut son berceau dans les combats ; depuis Hippocrate jusqu'à la constitution de l'Etat français, il n'y eut guère de chirurgie que militaire. Durant le Moyen-Age et la Renaissance, les princes de la guerre, les condottières eurent toujours le souci de s'entourer de chirurgiens à leur solde. Ambroise Paré fut le plus célèbre de ces guérisseurs salariés.

Au XVIII siècle apparaît seulement un corps de chirurgiens militaires recrutés par concours. Cette organisation dont la solidité et l'indépendance contrastent avec la fragilité et la subordination des chirurgiens civils n'est peut-être pas étranger à la fondation de l'Académie royale de chirurgie et réeemment fut rappelé le rôle de la Martinière et la Peyronie dans la création de cette compagnie.

Sous l'Empire, Perçy et Larrey furent les deux plus grands chirurgiens militaires de l'époque napoléonienne. Larrey surtout en dehors de son action personnelle, eut une influence durable sur toute la médecine et la chirurgie de l'époque. Au hasard des campagnes, n'est-ce pas lui qui successivement enseigne l'anatomie et la médecine opératoire à Mayence, institue à Toulon un cours de perfectionnement, occupe, sur l'ordre du Comité du Salut-public la chaire de médecine opératoire au Val-de-Grâce ; il suit Bonaparte en Italie et il crée l'Ecole de chirurgie de Milan — en Egypte, et il fonde l'Ecole de chirurgie du Caire. Salué à Waterloo par Napoléon qui le déclare : « l'homme le plus vertueux qu'il connaisse » et par Wellington qui s'incline devant lui en disant : « Je salue l'honneur et la loyauté qui passent », il est inscrit après les Cent jours sur la liste des proscrits. Mais la Restauration le rappelle et Louis-Philippe le charge de la réorganistation du Service de santé.

De la Restauration au Second Empire se détachent quatre figures de chirurgiens militaires : Bégin, Baudens, Hippolyte Larrey, Sédillot, et si de 1870 à 1914, la chirurgie militaire semble avoir subi une éclipse, c'est que pendant cette période l'Ecole d'application du Val-de-Grâce a poursuivi en silence son rôle d'éducation et d'organisation qui prépara la chirurgie militaire à remplir le rôle qui devait lui être dévolu durant la guerre.

En ces Assises du Souvenir avaient donc été célébrés successivement les origines du Val-de-Grâce, les richesses artistiques qui s'y rapportent, les grandes figures de la médecine et de la chirurgie militaires du Passé. Restait à faire revivre les médecins de la grande guerre. Avec quelle magnifique éloquence, avec quel cœur, est évoqué

Le Médecin de Bataillon pendant la guerre

Par le Docteur Pierre BERNARD, du Bugue-sur-Vézère

« Le médecin de bataillon... c'était, avec le jeune aide-major de carrière, tout juste sorti du Val, le médecin de complément venu de la ville ou des champs.

Le 2 août, après un au revoir aux êtres chers, sans vouloir penser qu'il disait peut-être un adieu, il rejoint son régiment, souvent celui-là même où il a fait son service militaire, et quelque période comme médecin auxiliaire ou médecin aide-major.

Il connaît la fièvre de mobilisation, il prend contact avec ses chefs, avec ses camarades et avec ses hommes, qu'il aura à former, infirmiers et brancardiers, équipe médicale du bataillon qui sera ce qu'il sera lui-même.

Bientôt, c'est le départ par le train, dans l'enthousiasme vers la ligne de feu, et on le crie très fort : « Vers Berlin ! ». Puis l'arrêt, un soir, dans une petite station du pays Picard... ou ailleurs.

Là commencent les étapes impatientes, le médecin de bataillon a peu à faire encore : ses visites sont peu recherchées, le moral est excellent, et le grondement du canon est encore lointain.

Mais voici que la physionomie des villages traversés change ; on apprend que l'ennemi a cantonné ici ou là, la veille. L'accrochage n'est pas loin. Il se fait à l'aube d'un matin clair. Les compagnies se détachent en formation de combat et montent à l'assaut des mitrailleuses invisibles.

Voici les premiers blessés couchés dans les champs de blé, dont les gerbes ont été liées à la dernière moisson pacifique de juillet.

(1) Le professeur Vincent, du Collège de France.

Le médecin de bataillon a installé son poste de secours où il a pu, comme il pu, derrière une haie, contre une meule de paille, et il entre en action sur le champ de bataille même comme autrefois !...

C'est cet instant qui décidèra de son autorité sur ses hommes et de leur confiance en lui. Les brancardiers vont où ils ont vu des hommes tomber, où des cris les appellent.

Les sacs d'infirmiers sont là, à terre, ouverts, et ce sont des pansements hâtifs, répétés pendant des heures.

Bien des souvenirs devaient s'entasser pendant quatre ans, mais chacun de nous garde vivant le souvenir de ses premiers blessés, des cris de douleurs, des râles entendus pour la première fois, des premiers visages blêmes, sans regard, de tout ce qui fut enfin cette vision première de la guerre, entrevue dans une splendide matinée d'août:..

Le médecin de bataillon devra faire preuve d'initiative. Il apprend, il devine, il voit que les nôtres se replient. La furie française s'est heurtée à un ennemi déjà abrité dans des tranchées, et la partie a été inégale quant à la manière de l'engager.

Il faut évacuer les blessés ; les plus légers sont exhortés à marcher ; les autres sont couchés sur les voitures médicales, sur les équipages du train de combat, du train régimentaire, sur tout ce qui passe, et c'est l'exode douloureux du régiment, de la division sur la route périlleuse vers une petite ville qui ne paraît pas se douter du drame qui s'est joué tout près d'elle.

Le médecin de bataillon conduit ses blessés dans les formations hospitalières, et dès le lendemain la retraite continue.

On prend le train vers une distinction inconnue, on s'arrête, on repart sur la grand'route.

Les compagnies n'ont plus cette belle cadence des premiers jours. Les hommes marchent, mornes, en pensant aux camarades qui manquent à l'appel.

Comme un chien de berger qui veille sur son troupeau, le médecin de bataillon marche à l'arrière de la colonne. Il exhorte les traînards, les pousse ; il relève ceux que la fatigue a couchés sur le bord du chemin ; il les fait alléger ; sur les voitures médicales les sacs s'amoncel'ent : coûte que coûte, il faut suivre. Et ce sont les exhortations à l'effort, le plus souvent affectueuses, quelquefois sévères, toujours empreintes du double souci de la santé de l'homme et de la destinée du régiment. Le médecin de bataillon débute ainsi dans le rôle moral qu'il aura à jouer durant la guerre.

Peu à peu le régiment se refait, des renforts lui parviennent. Le climat moral change. On se rend compte qu'on ne recule plus. Le vide devant von Kluck, la retraite, l'arrêt et ce sursaut d'énergie ; tout cela, c'est le génie de Joffre, ça va être la Marne !

Le fameux ordre du jour du 6 septembre a relevé tous les cœurs. Et ce sont les combats sur la Marne, la poursuite de l'ennemi à travers l'Ile-de-France, jusqu'au delà de l'Aisne.

Durant cette période le médecin de bataillon vit des jours de fièvre. On ne dort pas, on mange mal, on marche et on se bat : Montyon, le Plessis, Nanteuil-le-Haudouin, Crépy-en-Valois, Mortefontaine, Jossy, Bitry, Moulin-sous-Touvent, Ecofant, et tant d'autres noms suivent nos souvenirs !

Le poste de secours est tantôt à découvert, tantôt dans une cour de ferme, dans une carrière, et il faut pourvoir au relèvement et aux pansements des blessés, aux soins des malades, à l'évacuation des un et des autres. Nous sommes maîtres du terrain et le jeu du service médical de bataillon s'en trouve facilité. Le soir venu, les services du G. B. D. viennent jusqu'à nos postes de secours et nos blessés sont évacués sans retard.

Et on repart dans la nuit : les hommes marchent en titubant de sommeil et de fatigue.

Parfois le médecin de bataillon « a récupéré », et vous savez ce que j'entends par ce mot, une voiture abandonnée sur le bord de la route. Nous appelions la mienne « La Pecquet », du nom sans doute de son ancien propriétaire, inscrit sur les côtés. Que de blessés, que de malades n'a-t-elle pas portés, attelée au vigoureux percheron « Justin », que de services ne nous ont-ils pas rendus l'un et l'autre !

Certains villages traversés ont encore quelques habitants et parfois le médecin du régiment doit leur porter secours. Je lis dans mon journal de marche : 3 octobre 1914. Arrivons à Folies-en-Santerre. Ce soir, un civil, un vieillard vient au poste de secours, et me prie de le suivre pour voir un malade à 2 kilomètres, à Beaufort. Dans une maison effondrée, je vois une jeune femme atteinte d'une pneumonie. Son mari est à la guerre. Dans un berceau, un bébé de 3 mois, mort depuis le matin, athrepsique. Je soigne cette pauvre femme ». Quelle misère !

Et on se déplace toujours, on se bat.

Mais l'ennemi, dont l'élan a été brisé, s'est accroché au sol de France. Pour un temps : pour quatre ans.

C'est maintenant la guerre des tranchées...

En face de la tranchée allemande voulue et préparée s'est creusée la tranchée française improvisée. D'abord les premières tranchées, simples trous recouverts de toile de tente, et ensuite, ces dédales de boyaux, les abris à triple couche de rondins, les sapes, véritable cité souterraine. Toute la France est là. Les paysans de tous les champs qui gardent au fond de l'âme l'image nostalgique de tous les villages, la chanson de toutes les provinces, les hommes de tous les métiers, de toutes les professions, de toutes les classes. C'est là que le médecin de régiment va prendre sa véritable figure.

Quel que soit le secteur où nos souvenirs le situent sur cette vaste ligne de tranchées qui va de la mer au territoire de Belfort, sa silhouette est la même et son rôle ne change pas.

Le voyez-vous dans le labyrinthe des boyaux ? il a quitté la compagnie de soutien et va faire sa tournée vers les compagnies de *première ligne*. Dans sa

musette rebondie s'entassent sa trousse d'urgence, une *Presse Médicale*, les dernières lettres de la maison, ses cigarettes, un tome de Dieulafoy, un Rabelais, ou un Montaigne, à moins que ce ne soit un recueil d'Albert Samain ou de la Comtesse de Noailles. Son costume est couleur de boue et se confond avec la terre glaise de la tranchée. C'est un homme des tranchées comme tous ceux qui l'entourent et n'est-il pas un vrai combattant à sa manière ?

Combattant ? il l'est ? Son ennemi ? c'est la mort qui à chaque minute frappe ceux dont il a la charge de protéger la vie. Et ce qui fait à la fois sa graadeur et sa misère, c'est la disproportion terrible entre la force brutale de la mort et les moyens fragiles dont il dispose contre elle.

Il est là, dans le secteur du bataillon. Sa cagna, qui est à la fois son abri et son poste de secours est à la compagnie de soutien, à côté du P. C. du commandant. A côté de lui, son médecin auxiliaire, camarade de son âge, ou plus jeune et qui aux heures les plus tragiques, apporte la note fraîche, écho lointain des salles de garde, la note salutaire pour camoufler l'émotion qui étreint. Dans mon souvenir, je confonds le médecin aide-major et son médecin auxiliaire : ce sont deux âmes de médecin jumelées : le médecin de bataillon, dont je parle, c'est l'un ou l'autre, ce sont tous les deux à la fois. Le médecin de bataillon est donc là. Dans les compagnies ou auprès de lui, suivant les circonstances, ses quatre infirmiers et ses seize brancardiers, et c'est avec ce faible effectif, mais dont il a déjà éprouvé le mérite et l'esprit de sacrifice, qu'il a à répondre au moment de l'attaque, au relèvement des blessés, à leurs pansements, à leur évacuation.

Au niveau du P. C. du colonel, qui commande le secteur, le médecin chef du régiment qui lui aussi occupe une place identique dans mon souvenir. Son poste de secours est un peu mieux aménagé et auprès de lui une seconde équipe de bancardiers, qui tout à l'heure, fera la liaison avec l'équipe de première ligne. Cette poignée de brancardiers, ces quelques infirmiers, au moment de l'attaque, accomplirent des prodiges d'initiative, de courage, de hardiesse.

Et tout à l'heure le poste de secours du bataillon, les boyaux qui y conduisent, et ceux qui en partent seront encombrés de blessés, de mourants et de morts.

Il n'y a pas de paroles assez saisissantes, pour rappeler les scènes du poste de secours dans les heures qui ont suivi l'attaque.

Que de mourants ont fini de mourir dans nos bras en répétant un nom aimé, le plus souvent : « maman », et pour lesquels nous avons eu un geste de pitié, un regard de tendresse comme si nous répondions ainsi au suprême appel.

Quelquefois, en faisant l'inventaire des pauvres objets dans la poche de la capote où le sang se fige, nous avons eu dans les mains une image de gosse avec son sourire !.

Les blessés sont conduits, à la faveur d'une accalmie, jusqu'au poste de secours du médecin-chef, relais de repos et de soins. La deuxième équipe de brancardiers les conduira ensuite sur des poussettes jusqu'au point où les voiture du G. B. D. pourront venir les prendre pour les amener à l'H. O. E.

Et lorsque tout est terminé, le médecin de bataillon examine sa conscience et pense : « J'ai combattu de mon mieux ; j'ai arraché à la mort tout ce que j'ai pu. Je n'ai pas pu faire davantage. Le calme est en moi. »

Les saisons se renouvellent ; le temps passe avec les changements de secteur, les attaques, les périodes de repos, le rythme des relèves.

Plusieurs fois le printemps a reverdi les boqueteaux et mis çà et là quelques fleurs sur le terre-plein.

Le médecin de bataillon a continué de se pencher sur les blessés. Il a connu la grande solidarité du front. Il a vu mourir des camarades qu'il aimait comme des frères.

Il a exercé sur les hommes du régiment une influence morale. Il les connaissait tous. N'avaient-ils pas tous défilé à sa visite où il s'était montré quelquefois bourru, souvent indulgent, toujours juste et bon. Sa tâche médicale a été modeste, sans relief. Mais par sa conduite au feu, par son dévouement auprès des blessés, par son dépistage des malades, par l'empressement à l'évacuation des uns ou des autres, le médecin de bataillon a toujours tendu vers l'idéal de la profession : sauver des vies humaines !

... Ne nous semble-t-i pas que dans ce culte du souvenir où nous exaltons aujourd'hui les gloires de la médecine aux armées, le médecin de bataillon occupe une place spéciale... parce qu'il est celui qui a le plus souffert ! »

....

Il était 6 heures du soir ; la nuit tombait ; la lune éclairait le dôme du Val-de-Grâce ; les étoiles brillaient dans le ciel rouge, au-dessus des toits de Paris. Et tandis que les assistants des Assises du souvenir s'égaillaient à travers les vieilles rues du quartier Saint-Jacques, leur cœur était serré. Eclairés par le même clair de lune, sous les mêmes étoiles, ils pensaient aux immenses champs de croix de bois, couvrant les campagnes de France, croix de bois semblables, uniformes, dominant le tertre sous lequel repose, enveloppé dans la même capote, ici un soldat, ici un médecin, couchés côte à côte dans le silence éternel...

Souvenir.

Souvenir seulement ?

Hélas !

R. Fasquelle Saint-Yves Ménard.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA DROME

Assemblée générale du 8 décembre 1935

Abaissement éventuel des honoraires médicaux syndicaux. — Les Docteurs Ricaux, Imbert, Nègre, Second, Kuss, de Montélimar, présentent le vœu suivant qui est adopté à l'unanimité :

Le Syndicat des Médecins de la Drôme, réuni le 8 décembre,

Considérant que les actes médicaux échappent à toute tarification de principe ;

Que l'entente directe entre client et médecin est un principe intangible ;

Refuse toute immixtion des pouvoirs publics dans la détermination du taux de ses honoraires.

Considérant néanmoins l'effort national actuel dans le redressement économique,

Accepte de reviser le tarif minimum de certains des actes médicaux dont le taux est actuellement mal adapté.

A la suite de ce vœu, les propositions du secrétaire sont reprises et l'assemblée générale décide : 1° D'abaisser de 40 à 30 francs le prix de la visite du dimanche et jour férié ; 2° De ramener de 30 à 20 francs le prix de la visite entre 19 et 22 heures ; 3° De ramener de 4 à 3 francs par kilomètre parcouru, l'indemnité kilométrique de nuit ; 4° D'abaisser de 25 à 20 francs la visite prolongée sans examens spéciaux ; 5° Les consultations multiples dans la même famille (père, mère et enfants), au lieu de comporter des honoraires de 20 francs par malade examiné, seront désormais ainsi tarifées : Premier malade : 20 francs ; deuxième malade : 15 francs ; troisième malade et suivants : 10 francs.

Les décisions ci-dessus sont valables à partir du 1er janvier 1936.

Abaissement de la cotisation syndicale. — Sur la proposition du Conseil, l'Assemblée générale décide d'abaisser, à partir du 1er janvier 1936, le montant de *la cotisation syndicale, qui était de 150 francs* (part de la Confédération comprise), à 130 francs par an. Le droit d'entrée reste fixé à 25 francs. Cette proposition est adoptée sans opposition.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale des enfants** (Professeur : M. Nobécourt) et **Clinique de la tuberculose** (Professeur : M. F. Bezançon.) — *Enseignement complémentaire. Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Le Docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Docteur Ch. Lestocquoy, médecin-assistant, fera du mardi 22 avril au samedi 23 mai 1936, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 heures, visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Droits d'inscription : 250 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Objet du cours. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Contagion tuberculeuse et virus filtrable. — 2, 3 et 4. Primo-infection : Tuberculose pulmonaire du nourrisson ; Tuberculose des ganglions bronchiques ; Stade de généralisation (tuberculose miliaire, granulie). — 5 et 6. Tuberculose de réinfection : Spléno-pneumonie ; Pneumonies tuberculeuses et formes ulcéro-caséeuses de l'enfant et de l'adolescent. — 7. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 8. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; Injections intra-trachéales de lipiodol. — 9. Tuberculoses atténuées des séreuses ; Pleurésies et péritonites. — 10. La fièvre de tuberculisation ; Son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 11. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 12. Tuberculoses viscérales ; Symphyse péricardique et cirrhose cardio-tuberculeuse. — 13. Tuberculose rénale. — 14. Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 15. Erythème noueux. — 16. Méningite tuberculeuse. — 17. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; Recherche du bacille dans le contenu gastrique. — 18. Culture du sang d'après les méthodes nouvelles ; Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 19. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 20. Physiothérapie, héliothérapie et thalassothérapie. — 21. Rôle de l'assistante sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 22. Prophylaxie : la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'Œuvre Grancher. — 23. La vaccination antituberculeuse de Calmette. — 24. Visite d'un foyer de placement familial de l'Œuvre Grancher.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1936-1937.** — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, nº 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1936-1937, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 20 avril 1936) : internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le mercredi 1er avril 1936, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 2e année, le jeudi 2 avril 1936, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 1re année, le samedi 4 avril 1936, à 15 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 5 mai 1936), externes en 1er, le samedi 4 avril 1936, à 17 heures ; ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1930) le lundi 20 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1931), le mardi 21 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1932), le jeudi 23 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1933), le samedi 25 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1934), le mardi 28 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1935) du nº 1 au nº 200 (rang de classement au concours), le mercredi 29 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1935) du nº 201 à la fin (rang de classement au concours), le jeudi 30 avril 1936, à 15 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Séance du* 16 *mars.* ÉPREUVE SUR TITRE : Ont obtenu : M. Frain, 10 ; Mmes Tedesco, 11 ; Baude, 9 ; MM. Amiot, 8 ; Stronzer, 7 ; Peuteuil, 11 ; Lebouchard, 6 Brunet, 11.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Pierre ACHALME, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; de Mlle SEIFFERT, interne des hôpitaux de Paris, qui a succombé à une septicémie consécutive à un furoncle de la face, contracté en service.

— **Les religieuses et l'assistance à la mère et à l'enfant dans les pays de mission.** — Les conditions désastreuses de la mère et de l'enfant dans les pays de civilisation inférieure sont bien connues. Diverses tribus ont complètement disparu, et d'autres menacent de disparaître à brève échéance si l'on ne pourvoit d'urgence à l'assistance de la mère et de l'enfant.

La mortalité infantile, dans certains pays où font défaut les précautions hygiéniques les plus élémentaires, atteint des proportions effrayantes. Des initiatives privées multiplient déjà leurs efforts pour enrayer le mal, mais elles restent en nombre par trop insuffisant, et, de plus, le besoin se fait sentir d'une discipline et d'une coordination des efforts.

Les instructions envoyées aux des instituts religieux de femmes ayant pour but l'assistance sanitaire précisent les règles à suivre dans l'assistance aux femmes en couches ; elles insistent sur la préparation scientifique et technique des religieuses, préparation à faire dans les universités catholiques et cliniques ; elles prévoient que toutes mesures de prudence seront prises en vue de cette préparation. (*Agence Fides. Communiqué*).

— **Le nombre des étudiants étrangers en France.** — — D'une statistique officielle il résulte que les étudiants étrangers dans les Universités françaises étaient au 31 juillet 1935 au nombre de 12.128 contre 70.090 français.

L'Université qui en compte le plus est Paris : étrangers hommes 5.232, femmes 1.596. C'est l'Université d'Alger qui en compte le moins : étrangers hommes 19, femmes 4, sur un total de 2.544 étudiants.

— **Chemins de fer P. L. M.** — *Voyage à prix réduit dans le Sud Algérien.* — A l'occasion des vacances de Pâques, les chemins de fer algériens délivreront des billets spéciaux d'aller et retour comportant une réduction de 50 % sur le double du prix des billets simples sur différentes destinations du Sud : Laghouat et Ghardaïa, le M'Zab, Djemila (par Sétif ou Saint-Arnaud), Constantine, El-Kantara, Tlemcen.

Ces billets spéciaux seront délivrés à partir du 3 avril jusqu'au 19 avril 1936. Les coupons de retour seront valables jusqu'au 23 avril inclus, sans faculté de prolongation ni d'arrêt en cours de route.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 MARS

Enseignement de la médecine

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et pathologie à l'Ecole de plein exercice de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 19 octobre 1936, devant la Faculté de Toulouse.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

13 MARS

Décret du 7 mars 1936 fixant le statut des agrégés, chefs de travaux, assistants des Facultés de médecine.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Hygiène publique

Avis de vacance d'un poste de directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Choisy-le-Roi est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les Maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la Circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par le Préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

La limite d'âge est fixée à 45 ans et prolongée d'une durée égale à celle des fonctions d'hygiéniste antérieurement remplies.

Le traitement alloué s'élève à 24.000 francs par an.

Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle sur le territoire de la commune.

14 MARS

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille d'or : A titre posthume, Mlle Seiffer (Edith), interne à la Maison municipale de santé, décédée des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Médaille d'argent : M. Lombard, interne des hôpitaux de Marseille ; le Docteur Dubost, de Dreux ; M. Letailleur, interne à l'Asile interdépartemental de Clermont (Oise) ; M. le Docteur Rousset, de Saint-Jean-Pied-de-Port ; M. Delatour, externe à l'hôpital Tenon ; M. le Docteur Stain, de Foucarmont (Seine-Inférieure) ; M. le Docteur Dhombres, médecin chef de l'Infirmerie indigène d'Azemmour (Maroc) ; M. le Docteur Gauthier, médecin chef du territoire d'Agadir (Maroc).

Médaille de bronze : M. le Docteur Vigneron, d'Angoulême ; M. Laurent, interne à l'hôpital de Dijon ; M. le Docteur Jambon, de Rennes ; M. Salucki, interne aux hospices de Vienne ; M. le Docteur Roussel, de Montmédy (Meuse) ; M. le Docteur Charpentier, de Lyon ; M. Fournier, externe provisoire des hôpitaux de Lyon ; Mlle Ladet, interne à l'hôpital Claude-Bernard ; M. le Docteur Guichard, assistant à l'hôpital Trousseau ; M. Bernard, interne des hôpitaux du Havre ; M. Gros, ancien interne à l'hôpital d'Argenteuil.

15 MARS

Asiles publics d'aliénés

M. le Docteur Bobé, médecin chef de l'Asile d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le Docteur Briau.

M. le Docteur Dagand, reçu au concours de médecin des Asiles de 1935 avec le numéro 2, est nommé médecin chef de service à l'Asile privé, faisant fonction d'Asile public de Limoux (Aude), en remplacement de M. le Docteur Piquemal, décédé.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Exercice de la profession de masseur

3.513. — M. Anatole MANCEAU, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si un ancien infirmier de la marine, ayant une attestation du médecin chef sous les ordres duquel il se trouvait, a le droit d'exercer la profession de masseur suivant les prescriptions du médecin. (*Question du* 19 *février* 1936.)

Réponse. — Un ancien infirmier de la marine ayant une attestation du médecin chef sous les ordres duquel il se trouvait a le droit d'exercer la fonction de

masseur suivant les prescriptions du médecin, étant entendu que jusqu'à présent aucune loi n'a réglementé cette profession.

Le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier-masseur diplômé de l'Etat français a bien été créé par le décret du 27 juin 1922, mais une disposition légale est nécessaire pour exiger ce titre de tout infirmier-masseur.

(*J. O.*, 6 mars 1936.)

Nouvelle réglementation des admissions à l'Assistance médicale gratuite

3.414. — M. Victor Boret, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique comment doivent se concilier, d'une part, le décret-loi du 30 octobre 1935 (*Journal officiel*, p. 11.613) qui supprime le domicile de secours communal en matière d'assistance (art. 2) et charge le Maire de prononcer l'admission d'urgence (art. 8) et, d'autre part, le décret-loi du 30 octobre 1935 (*Journal officiel*, p. 11.621), qui donne au Préfet du département du domicile communal le droit de prononcer l'admission d'urgence des tuberculeux placés dans les sanatoriums et décide qu'en cas de contestation sur ledit domicile entre communes de départements différents, il sera statué par le ministre de la Santé publique. (*Question du* 16 *janvier* 1936.)

Réponse. — L'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 relatif à l'unification des barèmes des lois d'assistance, comprend, dans son énumération, les dépenses d'application de la loi du 7 septembre 1919, sur les sanatoriums. Ces dépenses doivent donc être réparties conformément aux dispositions d'ordre général contenues dans les articles 2 et 3 dudit décret-loi qui attribuent aux assistés un domicile de secours départemental. Aucune dérogation n'est apportée à cette règle par le décret-loi instituant, au profit des tuberculeux, une procédure d'admission d'urgence à l'Assistance médicale. En prévoyant que cette admission d'urgence serait prononcée par le Préfet du département du domicile de secours communal, ce décret-loi se proposait simplement de préciser quel était le préfet compétent et il n'a nullement été dans ses intentions de maintenir le domicile de secours communal comme base de répartition des frais d'hospitalisation, ce qui aurait abouti à créer deux modes de répartition différents, suivant que l'admission à l'Assistance médicale gratuite des malades placés dans les sanatoriums est effectuée dans les conditions de droit commun ou en application de la procédure d'urgence. Au regard du décret-loi instituant l'admission d'urgence, la question de savoir si le malade a un domicile de secours communal ou un domicile de secours départemental est, d'ailleurs, sans intérêt, puisque dans les deux cas le pouvoir de décision appartient au même Préfet.

Il n'y a pas incompatibilité, d'autre part, entre

l'article 8 du décret-loi unifiant les barêmes des lois d'assistance, qui confie au Maire le soin d'admettre à l'Assistance médicale, en cas d'urgence, et l'article 1er du décret-loi qui prévoit qu'en cas d'urgence, l'admission des tuberculeux à l'Assistance médicale est prononcée par le Préfet. Ces deux dispositions s'appliquent, en effet, à des situations quelque peu différentes. L'admission d'urgence, par le Maire, n'a lieu, en principe, que dans les cas où l'état du malade exige des soins immédiats (accidents, maladies aiguës). Il y aurait lieu d'y recourir, par exemple, s'il s'agissait d'un tuberculeux atteint de complications aiguës (hémoptysie grave, etc.). En ce cas, le malade serait dirigé sur un hôpital ou soigné à domicile. L'admission en sanatorium ne présente, au contraire, qu'une urgence relative. Le décret-loi instituant l'admission d'urgence des tuberculeux à l'Assistance médicale a donc pour objet, non d'assurer à ces malades un placement immédiat dans un sanatorium, mais d'établir une procédure plus simple et plus rapide évitant aux intéressés les délais d'attente de plusieurs mois qui leur étaient imposés, jusqu'ici, et pendant lesquels ils contaminaient leur entourage, tout en voyant leur état de santé s'aggraver. Le règlement d'administration publique prévu à l'article 3 du décret-loi sur l'unification des barèmes des lois d'assistance (page 11613 du *Journal officiel* du 31 octobre 1935) et le décret nécessaire pour adapter le décret du 10 août 1920 à la nouvelle réglementation détermineront les conditions d'exécution des deux décrets-lois en question. (*J. O.*, 4 mars 1936.)

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

1.635. — Privilège pour les frais de dernière maladie

J'ai soigné du 25 août au 2 octobre, une dame R... et mes honoraires montent à 489 francs. Or, le mari vient d'être déclaré en état de liquidation judiciaire. Je me permets de vous demander si je dois envoyer ma note au greffier du Tribunal ou si j'aurais avantage à poursuivre Mme R... en règlement ; mais je ne sais pas si celle-ci a de la fortune personnelle.

Dr F.

Réponse

Il résulte d'une jurisprudence bien établie que l'article 2.101 3° du Code civil n'a déclaré privilégiés que les frais de dernière maladie concernant le débiteur lui-même, mais non ceux relatifs aux membres de sa famille, femme ou enfants, bien qu'il soit personnellement tenu à l'égard du médecin d'en opérer le payement. Cette solution quoique inéquitable, est au point de vue juridique, solidement fondée, car un privilège constitue par définition même une disposition dérogatoire au droit commun, qui ne doit faire l'objet que d'une interprétation restrictive.

Il suit de là que vous ne pouvez produire dans la faillite de votre client qu'à titre de simple créancier chirographaire, et serez payé au marc le franc, après désintéressement des créanciers privilégiés.

Si donc la femme possède des biens propres, il serait peut-être préférable de vous adresser à elle pour obtenir le payement de votre note. Il n'est pas douteux, en effet, qu'ayant été la bénéficiaire des soins, elle est personnellement tenue de vous payer. Si vous ne pouvez obtenir ce règlement à l'amiable, il y aurait lieu de poursuivre le recouvrement de vos honoraires en justice, en citant le mari pris comme représentant légal de son épouse.

Mais si la femme n'a pas de biens propres, ou si ces derniers ne sont pas suffisants pour vous désintéresser, vous pourriez commencer par produire à la liquidation du mari, et accepter les dividendes répartis à titre d'acompte, vous réservant de n'agir contre la femme que pour le solde de vos honoraires.

1.556. — Visite médicale des marins ; médecins désignés par l'autorité militaire

Mes confrères et moi avons été nommés « médecins agréés de la marine », les uns depuis vingt ans, les autres depuis quelques années. A cette qualité, nous faisons tous à tour de rôle l'examen des inscrits maritimes et la visite d'embarquement des marins pour la grande pêche. Tout allait pour le mieux.

Or, nous apprenons que, depuis huit jours, sans que l'Inscription maritime nous ait avertis, bien que nous soyions médecins agréés, un de nos confrères vient d'être désigné comme seul médecin de la marine (et un autre peut-être comme médecin adjoint)

Ni l'un, ni l'autre de ces deux médecins ne nous ont prévenus, bien que tous les médecins de F... aient signé un engagement de ne jamais accepter de poste officiel sans le consentement de leurs confrères.

Il paraît que cette nomination serait la résultante des derniers décrets-lois. Est-ce exact ? Et est-elle bien légale, cette manière d'agir, puisque nous sommes toujours, je pense, médecins agréés ?

Cela nous surprend beaucoup et nous avons des raisons de croire à d'autres causes, parce que le médecin nommé qui était médecin-pharmacien vient de vendre sa pharmacie.

Nous sommes décidés à protester parce que ce médecin continue à faire ses visites et ses consultations, et comme F... est avant tout une ville maritime, les marins peuvent trouver certains avantages à se faire soigner par le médecin de la marine. Cela peut donc nous faire un tort considérable.

Ce sont les armateurs qui paient directement les visites d'embarquement de leurs marins, aussi nous comprenons d'autant moins cette immixtion de l'Inscription maritime. Nous avons même un contrat

avec les armateurs, contrat qui existe depuis six ans et qui donnait satisfaction à tous. Aucune plainte n'a été portée.

Que nous conseillez-vous de faire dans la circonstance. Pouvons-nous faire un recours, soit au ministère, soit au Conseil d'Etat ?

Dr X.

Réponse

Il est exact qu'un décret loi du 30 octobre 1935 est venu modifier l'art. 6 du Code du travail maritime, institué par la loi du 13 décembre 1926 Cet article s'exprimait autrefois de la manière suivante :

« L'inscription du marin au rôle d'équipage d'un navire de plus de 25 tonnes de jauge brute, faisant habituellement des sorties en mer d'une durée supérieure à 72 heures, est subordonnée à une visite médicale passée aux frais de l'armateur, par le médecin du navire, ou à défaut de médecin du bord, par un médecin désigné ou agréé par l'autorité maritime... »

Le changement apporté par le décret-loi a consisté à supprimer les mots « ou agréés », de telle sorte que la phrase devient :

« ... ou à défaut de médecin à bord, par un médecin désigné par l'autorité maritime... »

Il suit évidemment de là que tous les médecins qui étaient jusqu'à présent agréés par cette autorité pour examiner les marins avant leur embarquement, n'ont plus qualité depuis le 30 octobre dernier pour procéder à ces examens, à moins d'avoir fait l'objet d'une nouvelle désignation (et non plus un simple agrément) par l'autorité compétente.

Cette désignation peut ne porter que sur un seul médecin. Elle est donc parfaitement valable en l'espèce, sous réserve toutefois de la validité d'un tel décret-loi, qui n'a évidemment que de bien lointains rapports avec la défense du franc, prévue par la loi du 8 juin dernier.

Le seul moyen que vous ayez pour vous défendre contre cette façon d'agir qui vous porte préjudice, serait de traduire devant le Conseil de famille syndical le médecin qui a contrevenu à ses engagements antérieurs, en acceptant une fonction de cette nature sans en prévenir ses autres confrères.

1.541. — Action du médecin contre l'accidenté du travail en paiement des frais médicaux excédant le tarif ministériel

J'ai radiographié, il y a quelque temps, un riche cultivateur assuré par un contrat accidents du travail. Pour cette radiographie du poignet, je l'ai prévenu qu'il me devrait 70 francs, à ajouter aux 80 francs, susceptibles de m'être réglés par l'Assurance. Il m'a déclaré n'avoir pas d'argent sur lui, et devoir, le lendemain, m'adresser un chèque postal.

Il y a un bon mois que j'attends ce chèque, malgré une lettre de mise en demeure !

Je vais immédiatement appeler le monsieur devant le Juge de paix. Et lui réclamer 150 francs, dont il se fera rembourser partiellement par son Assurance. Voudriez-vous me donner les textes législatifs ou administratifs, et les décisions de justice (je crois qu'il y a des arrêts de Cassation), avec lesquels je pourrai documenter le Juge de paix au besoin.

Vous avez déjà, dans le *Concours* du 2 septembre 1934, répondu à une question sur un cas très semblable. Mais votre réponse semble indiquer qu'il faut obligatoirement passer par l'Assurance pour la partie du risque qui est effectivement couverte. Ce qui n'est pas, vous l'avez dit assez souvent par ailleurs.

Si, par hasard, l'affaire ne s'arrangeait pas en conciliation, je vous demanderais l'appui du Sou, pour mener à fond cette affaire, qui soulève une importante question de principe.

Dr F.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence de la Cour de cassation que le médecin a une action contre la victime à laquelle il a donné ses soins pour obtenir le payement de la partie de ses honoraires excédant le tarif ministériel des accidents du travail (Cass. civ., 1er août 1933, *D. H.* 1933.525).

D'autre part la Cour suprême a décidé tout récemment que lorsque le médecin qui a donné ses soins à la victime a été choisi par le chef d'entreprise, ce choix impliquait un engagement contractuel entre le chef d'entreprise et le praticien, et que ce dernier était en conséquence fondé à exercer contre lui une action personnelle mobilière de droit commun pour obtenir le payement de ses honoraires, action distincte tant par les règles de procédure que par le tarif applicable de celle prévue par l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 (Cass. civ., 15 juillet 1935, *Gaz. Pal.*, 17-18 novembre 1935).

Un exploitant agricole assuré contre les accidents du travail et ayant adhéré à la législation sur le risque professionnel, réunissant sur la même tête la double qualité de victime et de chef d'entreprise, est donc par cela même tenu de vous payer vos honoraires dans les termes et au tarif de droit commun, et ne saurait se retrancher derrière le tarif ministériel, qui ne concerne que les rapports existants entre lui et son Assurance. Ainsi en a-t-il d'ailleurs été décidé par la Cour de cassation, dans son arrêt du 8 février 1932 (Aff. Yvon contre Docteur Plaisant), publié au *Dalloz Hebdomadaire*, de 1932, page 203.

Si donc vous ne pouvez obtenir le règlement à l'amiable de ce qui vous est dû, il y aurait lieu de poursuivre votre client, en droit commun, devant le Juge de paix de son domicile. Vous voudrez bien nous tenir au courant à ce moment ; nous soumettrons votre affaire à notre

Conseil d'administration et lui demanderons de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour intenter ces poursuites.

2.180.— Remerciements au « Sou Médical »

Veuillez noter que mon litige avec l'X., dont vous me retournez le dossier est terminé à ma satisfaction complète ; je suis entièrement réglé.

Membre du Sou Médical, après mon père, depuis de très nombreuses années, je dois reconnaître que je n'ai eu qu'à me féliciter chaque fois que j'ai eu besoin de votre intervention.

Puisse cette attestation convaincre quelques incrédules.

Dr P.

FISCALITÉ

1.824. — Usage de deux voitures

Etant installé depuis deux ans il me semble qu'une deuxième voiture, d'occasion bien entendu pourrait me rendre service, et ayant une 401 Peugeot, cette deuxième voiture aurait-elle une mauvaise influence sur le « Contrôleur » et devrais-je déclarer les voitures sur la feuille d'impôts.

Dr N.

Réponse

Deux voitures prouvent évidemment une certaine activité professionnelle. Vous aurez, si vos bénéfices bruts ne sont pas en rapport avec cette activité, à donner quelques explications : voiture fatiguée, souvent immobilisée, etc...

Vous n'avez à déclarer, pour les signes extérieurs, que les voitures à usage personnel.

A. Martinot.
Conseil fiscal.

ASSURANCES SOCIALES

1.942. — Cumul du bénéfice des Assurances sociales et de l'article 64 de la loi sur les pensions militaires

Un de mes clients blessé de guerre à 40 % et atteint de séquelles de brûlures des mains (amincissement de la peau, troubles trophiques des ongles, etc.), présente en ce moment de la lymphangite des mains par suite de crevasses occasionnées par le froid et infectées.

Ce mutilé de guerre est un assuré social notoirement indigent :

1° Doit-il prendre une feuille de maladie d'assuré social notoirement indigent, puisqu'il arrête le travail ?

2° Puis-je délivrer des médicaments au moyen de cette feuille d'assuré social notoirement indigent et signer en attestant la prestation de l'acte médical ?

3° Ou bien dois-je me contenter du carnet médical de l'art. 64 (talon pour moi, et ordonnance pour le pharmacien). Mais que dira la Préfecture si cela dure?

Dr G.

Réponse

En vertu de l'art. 18 du décret-loi du 30 octobre 1935, reproduisant une disposition analogue de la loi de 1930, « les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article. Ils ont droit dans tous les cas aux prestations prévues par l'art. 7 ».

Ceci veut dire que les prestations des Assurances sociales ne se cumulent pas avec celles accordées par l'art. 64 de la loi des pensions, et que par suite les Caisses d'assurances sociales n'ont aucune prestation en nature à verser à un assuré atteint d'une maladie ayant un lien de cause à effet avec son motif de réforme. Par contre l'assuré a droit pendant le temps où il est dans l'incapacité de travailler aux prestations en espèces, c'est-à-dire au demi-salaire prévu par l'art. 7 du décret.

Votre client doit donc en l'espèce déclarer sa maladie à sa Caisse d'assurances sociales, mais vous ne devez le soigner qu'au titre de l'art. 64 de la loi de 1919.

1.217. — Versement pour les salariés qui ont dépassé 60 ans

Ma bonne, née le 7 février 1870, n'a jamais voulu faire partie des Assurances sociales.

Les Assurances sociales m'ayant demandé de faire des versements pour elle, depuis l'année 1930, j'ai répondu que je ne me croyais pas obligé d'en effectuer, pour la simple raison que son immatriculation n'était pas obligatoire du fait de son âge.

Aujourd'hui, je reçois cette réponse ci-jointe avec prière de verser une somme d'environ 700 francs pour la période de 1930-1935.

Voulez-vous me dire si je suis réellement obligé d'acquitter cette somme (elle comprend 116 francs d'intérêts de retard).

Dans l'affirmative, ma bonne pouvait-elle s'inscrire aux Assurances sociales depuis 1930 ?

Dr M.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de dispositions de la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales, qui ont été maintenues par le décret-loi du 30 octo-

bre dernier, les employeurs ayant à leur service des salariés ayant dépassé l'âge de soixante ans restent tenus au versement de la cotisation patronale ; cette cotisation est versée à un fonds de majoration et de solidarité, son but est d'éviter que l'application du régime des Asssurances sociales ne porte préjudice aux salariés affiliés obligatoires qui auraient pu se voir préférer des concurrents plus âgés et ne donnant pas lieu au payement de cotisations.

Vous ne pouvez donc que vous incliner devant la loi, et payer les cotisations échues depuis la mise en application de la loi ou l'entrée de cette domestique à votre service, avec en outre les intérêts de retard ; mais étant de bonne foi, vous pourriez obtenir du Service régional les Assurances sociales des délais pour vous acquitter.

2.191. — Conséquences du retard dans les versements de cotisations

Un de mes clients, assuré social, se trouve en conflit avec la Caisse qui se refuse de lui payer prestations dues à sa femme en couches, et allaitant son nouveau-né.

La lecture des lettres ci-jointes vous indiquera mieux que de longues explications les raisons invoquées de part et d'autre. Depuis la lettre adressée *par son patron à la Caisse, l'assuré* n'a reçu aucune réponse. Il a demandé des renseignements à l'employé de la succursale locale, qui l'a plus ou moins envoyé promener, et qui, d'ailleurs, paraissait ne rien savoir de son affaire.

Le bon droit de cet homme, dont les versements réglementaires ont été réellement effectués, bien qu'en retard, par une erreur qui n'était pas de son fait, ne me semble pas contestable. Mais je vous serais obligé de me dire quelle est la marche à suivre pour s'en assurer et le faire reconnaître.

Dr D.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence de la Cour de cassation (V. not. arrêts du 22 janvier 1935, *Rev. Gén. des A. S.*, page 156) que le fait pour un employeur de ne pas avoir effectué en temps voulu les payements prescrits ne saurait avoir pour effet d'exonérer les Caisses d'assurances sociales du payement des prestations dues à l'assuré lorsqu'il est établi que l'employeur a versé en plus des cotisations arriérées les intérêts de retard et lorsque l'assuré a subi en temps voulu les retenues légales sur son salaire.

Si ces conditions en sont pas remplies, le non-payement des prestations serait juridiquement fondé, mais l'assuré serait en droit de se retourner contre son patron et de lui demander le versement d'une indemnité égale à la valeur des

prestations dont il est privé par suite de sa faute, en vertu de l'art. 1382 du Code civil.

Dans le cas contraire il aurait fallu porter le différend devant la juridiction compétente, qui est la Commission d'arrondissement du siège de la Caisse, par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la réception de la décision de refus. Ce délai, qui est imparti par la loi à peine de forclusion, étant actuellement expiré, toute action contre la Caisse est malheureusement de ce chef devenue impossible.

2.055. — La rechute en Assurances sociales. Régime des assurés sociaux notoirement indigents

Au sujet de la famille, femme et enfants d'assurés sociaux, pourriez-vous me faire savoir quels sont les avantages auxquels ils ont droit en cas de longue maladie de l'un des leurs ?

Je m'explique : une femme d'assuré social devient tuberculeuse, le mari a droit pendant six mois au tarif de responsabilité des Caisses pour les frais médicaux et pharmaceutiques, puis la maladie continuant, visites et médicaments étant toujours nécessaires, à quelle époque le mari a-t-il droit à nouveau au tarif de responsabilité des Caisses ?

Toujours au sujet des assurés sociaux art. 59, voudriez-vous me faire savoir si je dois me plier aux injonctions de la Préfecture. Elle me fait savoir que je dois me soumettre aux règlements départementaux d'Assistance médicale gratuite en ce qui concerne les assurés sociaux indigents. Dans le cas particulier, elle me demandait de faire une demande d'autorisation pour radioscopie d'un malade atteint d'affection pulmonaire et chaque fois la demande en question est refusée dans les termes suivants : « J'ai l'honneur de vous faire connaître que votre lettre du 12 courant indique qu'il s'agit, pour le malade J..., d'une radioscopie du poumon. Or, celle-ci peut et doit être effectuée gratuitement au dispensaire. Dans ces conditions, il ne m'est pas possible de vous autoriser à l'effectuer vous même.

« J'ajoute qu'à l'égard des assurés sociaux assistés, la loi du 30 avril 1930 n'a pas modifié les règlements départementaux d'Assistance médicale gratuite dont toutes les dispositions doivent être observées. »

Que dois-je répondre à la Préfecture, quelle procédure employer ? Mon mémoire de l'art. 59 de l'an dernier a été fortement amputé : que dois-je faire ?

Dr T.

Réponse

L'assuré en question ne recouvrera ses droits aux prestations en nature de l'assurance-maladie pour les frais exposés par sa femme que si cette dernière, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation et aux dispositions de l'art. 6 § 13 du nouveau régime des Assu-

rances sociales, après avoir vu sa période de maladie antérieure prendre fin et être restée pendant plus de deux mois en état de guérison apparente, le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de se livrer à ses occupations habituelles, venait à se trouver en état de rechute, c'est-à-dire en période d'activité de son affection, cette nouvelle période étant alors considérée comme une maladie indépendante de la première.

Contrairement à l'opinion de la Préfecture de votre département, vous n'êtes nullement tenu d'observer le règlement départemental d'assistance en ce qui concerne les soins donnés aux assurés sociaux indigents. Ainsi que l'a reconnu le Tribunal civil de Reims, (4 décembre 1935), et ainsi qu il résulte formellement des dispositions de l'art. 19 § 3 alinéa 3 du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, « les prestations concernant les assurés indigents sont les mêmes que celles afférant aux assurés ordinaires et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicables à ces assurés ». Autrement dit la délivrance des prestations en nature aux assurés indigents est régie, non pas par la loi de 1893 et le règlement d'Assistance médicale gratuite, mais uniquement par les dispositions de la législation sur les Assurances sociales (art. 6 du nouveau décret), qui consacrent le libre-choix absolu du médecin, ainsi que la liberté de traitement et de prescription. Nous vous renvoyons d'ailleurs à l'article que nous avons publié sur ce sujet dans le *Concours Médical* du 23 février, dernier, page 588. Vous n'aviez donc aucune autorisation à demander à la Préfecture pour effectuer cette radioscopie, et le malade n'était nullement obligé de s'adresser à un dispensaire. Si vous ne pouvez obtenir le règlement de vos honoraires, il y aurait lieu d'en poursuivre le recouvrement devant la juridiction compétente, qui est actuellement la Commission d'arrondissement du siège de la commune de secours de votre client, en citant devant elle le maire de cette commune après l'avoir mis en demeure de vous payer. La Commission est saisie par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours du refus opposé par le maire ou de l'expiration d'un délai de deux mois en cas de non-réponse.

Cinquante-huitième année — N° 14 — 5 Avril 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

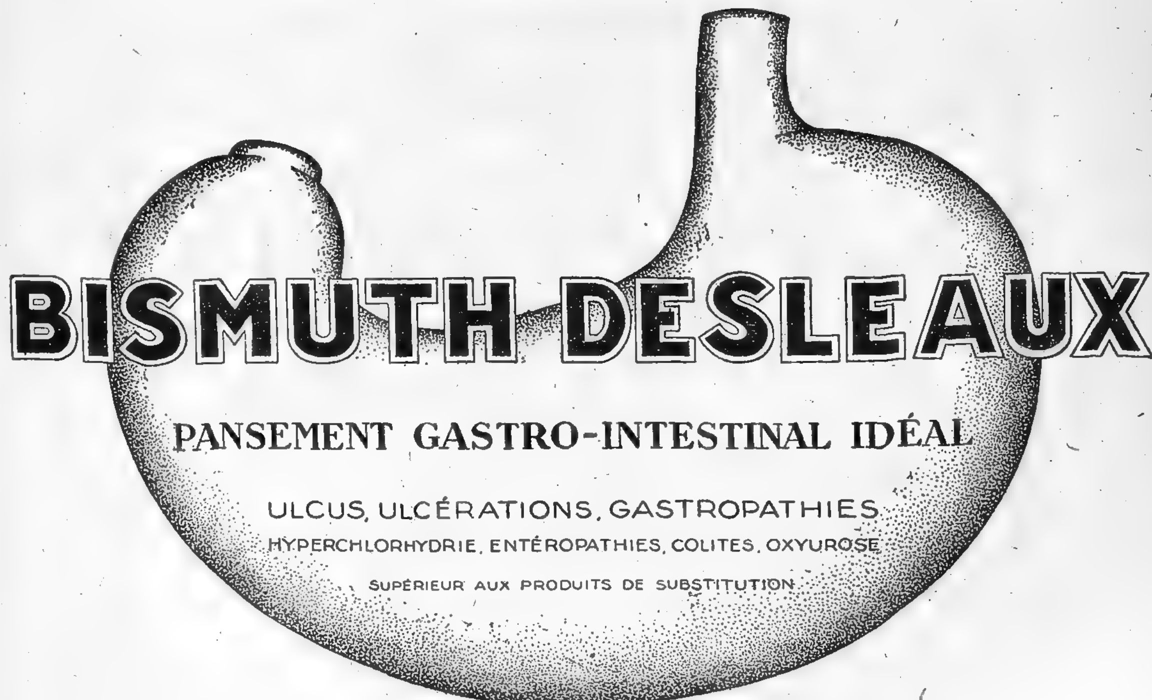
SOMMAIRE

Partie Professionnelle

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements



DEMANDES ET OFFRES

Nº 89. — Dans gr. ville Côte d'Azur, à céd. d'urg. cause départ, 40.000 dont 25.000 compt. poste méd. génér. créé dep. 7 ans. Gros chiffre et client. en progress. Bel appartem. conf. mod. bien situé centre ville.

Nº 90. — Méd. pratiq. à Bombay (Indes angl.) pourrait s'occuper dans ses loisirs pour la représentat. de prod. pharmac. français.

Nº 91. — Infirmière sténo-dactylo cherche pour après-midi place de secrétaire chez méd. ou spécialiste.

Nº 92. — Mais. santé chirurgic. Paris cherche nouveaux correspond. de préférence S.-et-O., S.-et-M., Aisne, Oise, Eure. Condit. très intéress.

Nº 93. — Danois au sevrage. Mâle bringé, femelles arlequins, oreilles coupées, sujet exposition. Père 2 ceruf. champ. internat. de beauté. Timb. p. rép. Dr Baron, Sables-d'Olonne (Vendée).

Nº 94. — Plage Océan. A vend. immeub. bien situé 140 mq. conven. tous commerces. Pension famille, 17 pièces, salles bains.

Nº 95. — Deux villas à vendre ensemble ou séparées, bien situées dans station balnéaire.

Nº 96. — Dr franç. dispos. capital, cherche acheter cabinet ou clin. traitant spécialem. ulcères variq. Accepter. collaborat., ou associat. Ecr. Dr Abbou, 13, rue du Poteau, Paris.

Nº 99. — A céder Encyclopédie médico-chirurgic. 13 vol. parus avec mises au courant périodiques.

Nº 98. — A vend. 2 tapisser. verdure Gobelins long. 3 m., large 1,40. Les deux : 2.500. Se présenter le lundi de 11 à 12 h. Péloille, 4, avenue Carnot.

Nº 99. — Dr franç. Lég. d'hon., cherche poste gynéco-vénérologie, affaire sérieuse, avec présentat. ou collaborat. préalable. Indemn. compt.

Nº 100. — Allevard-les-Bains : 1º petite villa proche thermal, 6 p., 4 lits, eau, gaz ; électr., buander., garage, tennis, jard. partic. et parc boisé en montagne ; 2º Pour cure air, mais. conf. face aux glaciers, à 20 min. au-dessus ville, 10 lits, piano, téléph., garage, tennis, vastes prairies, ombrages. Pour louer : Dr Boel, propriét.

Joindre un timbre pour toute demandede renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Très importante clientèle de quartier avec fixe transmissible. Grand appartement, chauffage central. A céder avec longue présentation. Indemnité : 80.000, 1/2 comptant.

2 heures Paris. — Région agréable. Excellent poste ancien sans accouchement (possibilité développement). Belle maison tout confort avec jardin et parc. Indemnité à débattre.

Normandie. — Petit centre, proximité grande ville, bonne clientèle à reprendre *toute urgence*. Indemnité : 35.000 francs.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de chirurgie.** — *Elections.* — L'Académie de chirurgie a élu à l'unanimité comme membres libres :

MM. d'Arsonval, professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine ; Leclainche, vice-président de l'Académie des sciences ; Antoine Béclère, ancien président de l'Académie de médecine, et Cl. Regaud, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Bordeaux** (Prof. Portmann). — *Cours spéciaux* :

1° Cours de broncho-œsophagoscopie du lundi 27 avril au jeudi 7 mai. Ce cours comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

2° Cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie du lundi 25 mai au samedi 6 juin, sous la direction du Professeur Portmann. Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie. Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces microscopiques et macroscopiques accompagneront ces conférences.

3° Cours de perfectionnement en français du lundi 6 juillet au samedi 18 juillet 1936. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

4° Five weeks' american course. « L'American Course » sera donné à partir du lundi 20 juillet 1936.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur Georges Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, Bordeaux.

— **A la mémoire du Docteur Paul Ravaut.** — Une cérémonie, à laquelle assistait Mme Paul Ravaut, a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis pour commémorer la mémoire du savant dermatologiste. Des discours ont été prononcés par M. Weissenbach, qui a succédé au Docteur Ravaut dans son service hospitalier, M. Jampy, directeur de l'hôpital, M. Marcel Pinard, au nom de la Société de dermatologie, M. Milian, et le Professeur Bezançon.

— **Les Journées médicales de Bruxelles de 1936.** *La séance inaugurale.* — Pour ne pas coïncider avec les élections législatives belges, la séance inaugurale a été reportée du samedi 20 juin au dimanche 21 juin, à 4 heures de l'après-midi, au Palais des Académies. Plusieurs confrères de Belgique ont déjà remercié le Comité de son initiative, heureux disent-ils, de ne pas manquer ainsi la conférence de Maurice Bedel, l'éminent écrivain et orateur français.

— **Prix Francis Amory.** — L'Académie des Arts et Sciences de Boston fait connaître que le prix

septennal « Francis Amory » sera décerné en 1940 au meilleur travail sur les maladies génito-urinaires. Le montant de ce prix excède 10.000 dollars et peut être partagé. Pour renseignements, s'adresser au « Amory fund Comittee », care of the American Academy of Arts and Sciences, 28, Newbury street, Boston, U. S. A.

— Association générale des médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devont être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1936.

— Tombola de la Maison du médecin. — Le Docteur Boucard fait savoir à ses confrères qu'il organise au profit de la « Maison du médecin » une tombola qui sera tirée le samedi 9 mai à la Faculté de médecine, dans le local où se fera la Vente de charité.

Gros lot : Une conduite intérieure « Peugeot » 201, 4 places.

Pour recevoir des billets, écrire Docteur Boucard 30, rue Singer, Paris (XVIe), qui donnera la liste des lots (tous de valeur).

Le billet : 5 francs. Le carnet de 10 billets: 50 francs.

— Tunisie. — *Service de la Santé publique.* — M. le Docteur Charles MARINI a été nommé chef du Service de la Santé publique en Tunisie.

— Tableau de concours des réserves pour la Légion d'honneur. — Nous croyons pouvoir annoncer que le tableau de concours des réserves pour la Légion d'honneur sera publié vers la fin de ce mois.

Le tableau d'avancement pour les réserves paraîtra plus tard, à une date encore indéterminée.

— Parti social de la Santé publique. — *Conférence.* — Une conférence organisée par le P. S. S. P. a été faite le mercredi 1er avril 1936, à 21 heures au Musée social, 2, rue Las-Cases (VIe), sur « Le malmenage scolaire », par M. Gabriel MANCEL, agrégé de l'Université, sous la présidence de M. Justin Godart, président d'honneur et de M. Paul Jourdain, président du P. S. S. P.

— Société des Amis de la Côte basque. — Il vient d'être fondé une « Société des amis de la Côte bas-

que » qui a pour but de faire connaître les qualités hélio-climatiques du Pays basque, et d'en faciliter l'accès aux confrères qui ne le connaissent pas.

Cette Société a comme bureau : président d'honneur, Professeur Balthazard ; président, Docteur Minet ; vice-présidents, Docteurs Villandre et Reboul ; trésorier, Docteur Braunberger ; secrétaire, Docteur L.-Jh. Colaneri.

Adresser les demandes de renseignements et d'adhésions au Docteur L.-Jh. Colaneri, 10, rue de Pétrograd (Europe 51.81).

— Hôpitaux de Lyon. — Après concours, M. le Docteur Peycelon a été nommé chirurgien des hôpitaux.

— Hôpitaux de Bordeaux. — Par décision de la Commission administrative en date du 8 février 1936, ont été nommés :

M. le Docteur Lachapèle, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le Docteur Nancel-Pénard, admis à l'honorariat.

M. le Docteur Mathey-Cornat, électro-radiologiste de l'hôpital Pellegrin, en remplacement de M. le Docteur Lachapèle appelé à d'autres fonctions.

M. le Docteur Guichard, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. le Docteur Mathey-Cornat appelé à d'autres fonctions.

— Hôpitaux de Nîmes. — *Oto-rhino-laryngologiste adjoint.* — Un concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux de Nîmes s'ouvrira en juin 1936. S'inscrire avant le 30 mai 1936.

— Le Premier Congrès mondial des médecins juifs en Palestine. — On nous communique, qu'au premier Congrès mondial des médecins juifs en Palestine, qui aura lieu le 21 avril à Tel-Aviv, prendront part des savants appréciés dans le monde médical.

Le théâtre « Habima » donnera une représentation spéciale à l'honneur des délégués du Congrès.

Des excursions à travers la Palestine et la Syrie auront lieu.

Pour tous les renseignements, s'adresser à l'Union Ose, 92, avenue des Champs-Elysées, Paris (VIIIe), Tél. : Balzac 07-27, et à l'Agence de voyage « Palestine Express Compagnie », 7, boulevard des Capucines, Paris (IIe). Tél. Opéra 74-77.

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean Thiéry, décédé à Nancy, le 8 mars 1936, dans sa 57e année. L'inhumation a eu lieu à Contrexéville le mercredi 11 mars 1936.

Nous adressons à Mme Veuve Jean Thiéry et à sa famille nos sincères condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 MARS

Assurances sociales

Arrêté du 16 *mars* 1936 *fixant les conditions de perception des Assurances sociales par les Services des postes, télégraphes et téléphones.*

Extraits

Art. 1er. — Les employeurs du commerce et de l'industrie occupant plus de dix assurés sont tenus, pour se libérer de leurs cotisations trimestrielles, d'employer exclusivement un ordre spécial de virement postal rempli dans ses deux parties et dont le montant est à inscrire au compte courant postal, ouvert au nom de la Caisse des dépôts et consignations dans les écritures du bureau de chèques postaux détenteur de leur propre compte.

Les employeurs qui occupent dix assurés ou moins ont la faculté d'adopter ce mode de libération.

L'ordre de virement ci-dessus prévu, qui porte le no 79 A. S. /49 A. S., est imprimé en bleu sur papier blanc ; il est conforme au modèle annexé au présent arrêté (annexe I).

Cet ordre de virement doit être adressé par les employeurs au service régional des Assurances sociales, en même temps que les feuillets trimestriels de cotisations prévus à l'article 4 ci-après, et concernant les assurés pour lesquels le versement est effectué.

Les formules d'ordre de virement postal no 79 A. S. /49 A. S. sont tenues gratuitement à la disposition des employeurs dans les bureaux de poste et les services régionaux des Assurances sociales.

Les services régionaux des Assurances sociales procèdent au tri des ordres no 79 A. S. /49 A. S. par bureau de chèques postaux détenteur des comptes courants postaux à débiter. Ils complètent ces ordres par l'indication du bureau de chèques postaux créditeur lequel est obligatoirement le même que celui devant procéder au débit des comptes des employeurs.

Toutes les dispositions concernant les chèques de virement insérées dans le décret du 7 janvier 1918 et les décrets subséquents relatifs au fonctionnement du service des comptes courants et chèques postaux, sont applicables aux ordres de virement susvisés parvenus dans les bureaux centraux de chèques postaux.

En particulier, ces ordres sont obligatoirement signés par le titulaire de compte courant postal ou par une personne autorisée à tirer des chèques sur le compte de ce titulaire.

Art. 4. — Les employeurs du commerce, de l'industrie et de l'agriculture occupant dix assurés ou moins, qui n'utilisent pas le mode de libération prévu à l'article 1er, effectuent leurs versements au bureau

de poste de leur choix soit en espèces, soit par chèque de virement tiré sur leur compte courant postal au profit du compte courant du receveur des postes, soit pour les sommes supérieures à 20 francs et avec l'assentiment du receveur des postes, par chèque bancaire barré au nom de la Banque de France.

Les employeurs doivent, autant que possible, s'adresser à cet effet au même établissement postal.

Les établissements de facteur receveur et les agences postales participent à la réception des versements. Les recettes auxiliaires n'y participent pas, sauf en cas de raisons majeures laissées à l'appréciation du directeur départemental des postes, télégraphes et téléphones.

Les versements doivent être opérés pour leur totalité soit en espèces, soit par chèques. Ces deux modes de libération ne peuvent être utilisés simultanément, chacun pour partie.

Les versements sont reçus sur présentation de feuillets trimestriels de cotisations en deux parties dont l'une forme attestation de payement. Ils sont récapitulés sommairement sur un bordereau de versement pouvant recevoir au maximum dix inscriptions et comportant un reçu global détachable.

Il est interdit aux agents postaux de participer à l'établissement de ces pièces.

Les feuillets trimestriels sont délivrés par le service régional des Assurances sociales. Des formules de duplicata de feuillets et de bordereaux sont tenues à la disposition des employeurs dans les établissements postaux et les services régionaux des Assurances sociales. L'employeur doit porter sur les feuillets trimestriels et le bordereau son nom et son adresse (mention manuscrite ou cachet). Il remplit ces documents, y compris le récépissé attenant au bordereau, et totalise les sommes portées. Si le bordereau intéresse plusieurs assurés (versement collectif), l'employeur est tenu en outre de reproduire sur chaque feuillet, dans le cadre réservé au service postal, le numéro d'inscription du feuillet sur le bordereau.

Le service postal n'a aucun contrôle à exercer sur les indications que comportent les feuillets et bordereaux. Il constate la concordance des cotisations portées sur chacune des deux parties des feuillets et l'exactitude du relevé des feuillets sur le bordereau (report des noms et sommes) ; il vérifie, s'il y a lieu, le total des sommes mentionnées sur le bordereau et le récépissé. En ce qui concerne les montants des cotisations et, le cas échéant, les totaux, les feuillets et bordereaux ne peuvent présenter de ratures, surcharges ou modifications par un procédé quelconque, même approuvées.

19 MARS

Examen médical du personnel navigant de l'aéronautique civile

Arrêté du 16 mars 1936 relatif à l'examen médical du personnel navigant de l'aéronautique civile.

Cet arrêté et ses annexes seront publiés ultérieurement.

21 MARS

Service de santé militaire

Par décret du 18 mars 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les élèves offic. de rés. ci-après désignés : (rang 23 mars 1936) Roche, 22e sect. infirm milit., aff. rég. Paris ; Rymer, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Guérin, 5e sect. infirm milit., aff. 5e rég. ; Cau, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Bianay, 6e sect. infirm. mil- aff. 6e rég. ; Mayer, 7e sect. infirm. milit., aff. 7e rég. ; Muller, 7e sect. infirm. milit., aff. 7e rég. ; Mangeney, 7e sect. infirm. milit., aff. 7e rég. ; Cuzacq, 9e sect. infirm. milit., aff. 9e rég. ; Blanchard, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Michallon, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Godlewski, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég. ; Guignot, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég. ; Praliaud, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég. ; Armengau, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég. ; Roux, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Tantin, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég.

Hau, 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Picard, 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Sutter, 19e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Robert d'Eshougues. 19e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Sauteroy, 20e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Notter, 32e sect. infirm. milit., aff. tr. Maroc.

22 MARS

Décret du 19 mars 1936 portant règlement général d'administration publique pour l'application du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales en ce qui concerne les assurés du commerce et de l'industrie.

Des extraits de ce décret seront publiés ultérieurement.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Déduction de 10 % sur les honoraires d'assistance

15.048. — M. Gruet demande à M. le ministre de la Santé publique si les honoraires médicaux et les fournitures pharmaceutiques en matière d'assistance médicale gratuite et de soins aux pensionnés de guerre sont ou non passibles de la déduction instituée par le décret-loi du 16 juillet 1935. (*Question du* 16 janvier 1936.)

Réponse. — Le prélèvement de 10 p. 100 institué par le décret-loi du 16 juillet 1935 est applicable aux payements des honoraires médicaux en matière d'assistance médicale gratuite. Lorsqu'il s'agit d'ho-

noraires dus pour des soins aux assurés sociaux assistés, le prélèvement ne doit porter que sur la fraction des frais (20 p. 100) incombant au Service d'assistance. Les mémoires relatifs aux fournitures pharmaceutiques ne sont pas soumis à ce prélèvement qui ne frappe pas les marchés de travaux et de fournitures. Pour les soins aux pensionnés de guerre, c'est le ministre des pensions qui est seul compétent pour répondre.

(*J. O.*, 6 mars 1936.)

Motifs des décisions de la Commission cantonale d'assistance

14.269. — M. Charles-Louis COUTEL demande à M. le ministre de la Santé publique si la Commission cantonale prévue par la loi du 28 février 1934 ne doit pas indiquer, sur l'avis du refus envoyé à l'intéressé, les motifs de ce refus. (*Question du* 18 *novembre* 1936).

Réponse. — Aucun texte n'impose à la Commission cantonale prévue par la loi du 28 février 1934 de motiver ses décisions. Mais l'article 4, paragraphe 3, du décret du 3 août 1909, prescrivant que toute décision de radiation prise par le Conseil municipal doit être motivée, on peut en déduire que la Commission cantonale substituée au Conseil municipal par la loi du 28 février 1934 doit motiver les décisions de radiation. Il y a lieu d'ajouter que dans la pratique les Commissions cantonales motivent toujours plus ou moins succinctement leurs décisions.

(*J. O.*, 13 mars 1936.)

Obligations de présence du pharmacien dans son officine

15.364. — M. RENAUD (Jean) demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si le pharmacien qui s'absente de son officine est en situation illégale, la loi du 21 germinal, an XI, défendant à des non-pharmaciens d'exercer la pharmacie ; 2° que doit faire le pharmacien forcé de s'absenter pour une durée plus ou moins longue, afin de ne pas se placer dans une situation illégale ; 3° si le pharmacien dont l'absence illégale a été régulièrement constatée, est passible d'une peine ; dans l'affirmative, laquelle. (*Question du* 10 février 1936.)

Réponse. — 1° Le pharmacien est tenu d'exerceer la profession personnellement, et ses employés ne peuvent intervenir dans la gestion de l'officine que sous surveillance effective, ce qui implique la présence habituelle du titulaire pendant les heures d'ouverture de la pharmacie. Par conséquent, le pharmacien sera en situation illégale si, par suite de ses absences, la surveillance qu'il doit exercer sur ses employés devient illusoire. Il appartient aux Tribu-

naux de décider, dans chaque cas litigieux, à partir de quel moment cette surveillance devient insuffisante ; 2° on peut admettre que le pharmacien soit fondé à s'absenter, tout en laissant son officine en état de fonctionnement ; mais, les conditions de la gestion de cette officine, pendant cette absence momentanée, ne peuvent être que soumises à l'approbation de l'inspection des pharmacies du ressort, qui a qualité, en vertu de l'article 2 de la loi du 21 germinal, an XI, pour surveiller l'exercice de la profession de pharmacien et en dénoncer les abus ; 3° l'absence habituelle d'un pharmacien dûment constatée par les voies régulières peut entraîner des sanctions judiciaires pour exercice illégal de la pharmacie contre les non-diplômés exerçant en dehors de la présence du praticien et contre ce dernier, considéré alors comme complice de l'infraction. Indépendamment de l'amende encourue, le Tribunal peut ordonner la fermeture de l'officine.

(*J. O.*, 6 mars 1936.)

Paiement des cotisations d'Assurances sociales

15.196. — M. Gruet expose à M. le ministre du Travail que les nouvelles instructions relatives au payement des contributions d'Assurances sociales manquent totalement de clarté, qu'il s'agisse de celles communiquées à la presse ou de celles figurant au verso des cartes d'assurés ; et demande, en conséquence, s'il ne lui paraît pas possible de les rédiger dans des termes que puissent comprendre sans efforts et sans recherches les intéressés, même dépourvus d'une instruction supérieure. (*Question du 30 janvier 1936.*)

Réponse. — La concision inévitable des communiqués à la presse, comme des instructions sommaires que peuvent contenir les feuillets de cotisations, ne permet pas les développements qui seraient nécessaires pour exposer dans le détail les dispositions du nouveau régime des Assurances sociales. Aussi bien, ces dispositions se trouvent-elles contenues dans les deux décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, qui sont explicites et qui feront l'objet d'instructions détaillées lorsque sera intervenu le règlement d'administration publique soumis au Conseil d'Etat pour l'application de ces décrets. Les Services régionaux des Assurances sociales fournissent au surplus aux employeurs et aux assurés, qui désirent des précisions sur leurs obligations, toutes les explications utiles.

(*J. O.*, 6 mars 1936.)

Voir la suite page LV-1073

PROPOS DU JOUR

Aux Voix Latines

« SOUS LE SIGNE DE LYAUTEY »

Médecine et médecins au Maroc

Le Professeur Chavigny, de Strasbourg, dans son livre : *Le médecin comme chef, comme organisateur,* a écrit :

« Il est toujours puéril de se leurrer d'une admiration exagérée de soi-même. Infiniment plus pratique et plus utile de rechercher à connaître ses propres défauts. *D'une façon générale, le médecin manque totalement d'esprit de discipline : Il ignore absolument l'esprit d'organisation.* » Le Professeur Chavigny a raison d'une *façon générale.* Mais si le plus souvent le médecin est un médiocre chef et un mauvais organisateur, il arrive parfois qu'en dépit de la règle, certains deviennent d'excellents chefs et de merveilleux organisateurs. Ceux-là, par leur conduite, transmettent à leurs collaborateurs-médecins, l'esprit de discipline et celui d'organisation.

Un très bel exemple de ce genre nous est donné par la création du service d'hygiène publique et sanitaire au Maroc.

Cette merveilleuse organisation a été l'œuvre du Docteur J. Colombani, actuellement directeur général honoraire de la Santé publique au Maroc, œuvre qui est actuellement assurée par son second et digne continuateur, le Docteur Gaud.

***

Le Docteur J. Colombani, répondant à la demande pressante du Président de l'Union médicale latine (UMFIA), Dartigues, a bien voulu consentir à exposer aux *Voix Latines* ce que les médecins ont réalisé au Maroc. Il l'a fait dans une très brillante conférence intitulée : « *Sous le signe de Lyautey.* » *Médecine et médecins au Maroc,* sous la présidence de M. Lucien Saint, ancien Résident général (1).

Les *Voix latines* ont tour à tour exalté dans une suite de conférences la médecine au Canada, au Brésil, à l'Argentine, à l'Uruguay, en Belgique, en Italie, en Espagne, en Roumanie, il était juste que la France ne fût pas oubliée, et quelle plus belle page d'histoire de la médecine française que celle qui a été écrite depuis un demi siècle par les médecins français dans l'Empire Chérifien.

Le Docteur Colombani s'est efforcé de donner à sa conférence un caractère absolument objectif. Il ne parle jamais de ce que lui et ses collaborateurs ont personnellement réalisé. Il ne cite que de rares héros dont la connaissance des noms s'impose à tous. D'ailleurs les médecins du corps de santé marocain n'aiment guère à se faire connaître. Lorsque nous avons traité *de la Conquête Pacifique du Maroc* d'après le beau livre du Professeur Cruchet, un de nos lecteurs nous a reproché de ne pas avoir donné une place suffisante aux pionniers qui, avant la mort du Docteur Mauchamp, avaient, dans des conditions plus particulièrement difficiles et dangereuses, ouvert la voie à leurs successeurs. Malgré nos efforts et une abondante correspondance, nous ne pûmes obtenir les renseignements désirés. Le grand mérite est modeste et les médecins du

---

(1) Un auditoire d'élite écouta religieusement le conférencier. Parmi les assistants nous avons reconnu le Président M. L. Saint, les généraux Gouraud, Huré, les médecins généraux inspecteurs Boyé, Oberlé, Sieur, G. Duhamel, de l'Académie française, nombre de membres de l'Académie de médecine, de professeurs, de dames, etc., etc.

Corps de santé marocain sont hommes de très grand mérite.

***

Nous ignorerions tout du Docteur Colombani, si le Président Dartigues n'avait, en le présentant, prononcé son éloge.

Né en Algérie, ce fut dans cette Afrique du Nord où il dépensa sa féconde activité qu'après avoir fait vaillamment son devoir pendant la grande guerre, il fit et termina sa carrière.

Avant d'aborder l'exposé du rôle du médecin français au Maroc, M. Colombani fit un court, mais saisissant tableau de l'anarchie, du désordre politiques, économiques, hygiéniques et sanitaires qui régnaient dans le vieux Maroc. Dès 1908, les médecins militaires du corps d'occupation eurent une rude et pénible besogne à accomplir.

On ne saurait trop rendre hommage à ces pionniers, à ces précurseurs qui entreprirent la double action qui devait être si efficace, de la défense prophylactique et de l'Assistance médicale indigène. Ce furent eux qui les premiers tentèrent la pénétration pacifique de l'empire chérifien et leur dévouement à la cause de la France fut souvent marqué d'une tombe.

Le maréchal Lyautey, ce génial organisateur, avait compris tout le parti qu'il pouvait tirer des médecins dans la pénétration du Maroc.

« Entre le corps médical et moi, disait-il, il n'y a qu'un seul esprit, une seule doctrine. » C'était exact, car le grand chef avait su imprégner les médecins dont il savait si bien se servir, de son propre esprit et leur enseigner sa doctrine.

Dès l'établissement du Protectorat, fut ébauché un service d'hygiène publique, d'abord subordonné à la Direction de santé militaire, puis rendu indépendant et transformé en Direction civile autonome. Mais cette séparation était surtout administrative, et médecins civils et militaires collaborèrent étroitement et confraternellement. « Il n'y a pas au Maroc, disait le Maréchal, de médecine militaire et de médecine civile, mais simplement des médecins que la besogne seule distingue et non une étiquette. » C'est sur le terrain de l'assistance médicale indigène que s'affirma le plus manifestement cette liaison. Les médecins militaires assurèrent cette assistance dans les confins qui n'étaient pas complètement soumis, comme ils y menèrent la lutte contre les épidémies.

Appliquant au Maroc les principes de Galliéni, principes qui, à ses yeux, devaient servir de base à toute expansion coloniale, Lyautey qui s'était rendu compte de l'excellence de cette méthode au Tonkin, à Madagascar, dans le Sud-Oranais, avait absolument persuadé l'organisation sanitaire marocaine de la nécessité d'une constante alliance de la volonté et du sentiment, de l'esprit et du cœur.

M. Colombani a décrit alors l'organisme qui fut en quelque sorte la clef de voûte du service de santé, le *groupe sanitaire mobile*, que Lyautey se plaisait à nommer le *Dispensaire en marche*, dont le double but, qui fut merveilleusement réalisé, était : Mettre l'indigène en confiance et le gagner à nos méthodes prophylactiques, autant dans l'intérêt de notre politique pacificatrice que dans celui de la protection sanitaire du pays.

Le conférencier montra quelle belle école d'énergie fut le groupe sanitaire mobile. Il insista sur la collaboration féconde du médecin et de l'officier du service des Affaires indigènes.

Ces officiers formaient un personnel d'élite, connaissant à fond la psychologie de l'indigène et leur habile diplomatie, doublée des services que rendaient les médecins, permit très souvent d'étendre la domination française et de remporter de réelles victoires sans la moindre effusion de sang.

M. Colombani fit alors lire par un de ses anciens collaborateurs, le Docteur Philippe Decourt, ancien interne des hôpitaux de Paris et chef de clinique de la Faculté, un rapport de tournée dans les tribus dissidentes. D'une voix bien timbrée, le Docteur Ph. Decourt fit ressortir d'une façon saisissante toute l'importance du rôle du médecin secondant l'officier des Affaires indigènes. De sorte que l'opinion suivante du Maréchal sur cette collaboration est devenue depuis classique :

« Il n'est pas de fait plus solidement établi que l'efficacité du rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attirance et de pacification. »

Mais quelles que soient ses fonctions, chef de groupe mobile, directeur d'infirmerie, de dispensaire ou d'hôpital, le médecin dont la valeur professionnelle doit être indiscutable, s'affirme surtout par sa *force personnelle de rayonnement*, mélange complexe et harmonieux, dit le conférencier, d'altruisme supérieur, de volonté sans défaillance, d'activité optimiste, de libre expansion de la personnalité et aussi d'esprit de sacrifice.

Et bien que résolu à respecter au cours de sa conférence un anonymat sévère, car tous les mé-

decins marocains devraient être cités, bien que convaincu que les hommes passent et que seul compte le résultat, le Docteur Colombani ne put résister à la nécessité de citer les noms devenus légendaires de véritables saints laïcs qui ne doivent pas rester inconnus.

C'est Châtinières, le héros du Sous, dont le Prof. Cruchet a raconté d'après son carnet de route dans de belles pages de son livre : *La conquête pacifique du Maroc*, l'épopée de ses exploits pacifiques à la tête de son groupe sanitaire mobile, allant sans escorte de village en village, sur les flancs de l'Atlas, soignant, opérant, vaccinant, distribuant des médicaments, gagnant la lointaine oasis d'Ouarzazat, accueilli comme un sauveur par les tribus dissidentes chez lesquelles les chefs marocains les plus puissants n'auraient pas osé se risquer seuls. La lecture de ces pages, celle d'une lettre de Châtinières, écrite à un ami la veille de sa mort, alors qu'atteint de typhus il se savait perdu, impressionnèrent vivement l'assistance.

C'est Cristiani, l'apôtre de Fès, qui échappa par miracle au massacre d'avril 1912, lors de la révolte des Tabors. Cristiani, la personnification de la bonté, que les indigènes viennent consulter de toutes les régions du Maroc et même d'Algérie, tant sa réputation est grande. C'est de Cristiani qu'un notable de Fès disait à un de nos grands chefs militaires : « Vous ne serez pas dignes de vos ancêtres si vous n'élevez pas une « Kouba » à cet homme après sa mort. »

C'est Bouveret, le grand « Si Bou Laya » du Sud, administrateur-né, qui reçut d'un riche Marocain comme cadeau un poignard avec une insription en caractères arabes incrustés en argent qui signifiait : « Ce n'est pas pour toi qui le regarde » (1).

C'est enfin la vénérable toubiba de Marrakech, la doctoresse Legey, dont nous avons à déplorer la mort récente. Mme Legey — depuis 1909 — a joui à Marrakech d'une popularité sans précédent. Connaissant l'Arabe, ayant étudié les mœurs, le folklore des Marocains, ayant pu pénétrer dans les palais du pacha, des caïds, comme dans les milieux les plus misérables, elle a fait construire une maternité, a créé une goutte de lait et a joué un rôle diplomatique de premier plan en faveur de l'influence française.

Actuellement la conquête pacifique du Maroc est à peu près terminée, mais le rôle du médecin est encore de première importance, non seulement dans le Nord de l'Afrique, mais dans toutes nos colonies. C'est le médecin qui, selon l'expression d'un colonial expérimenté, M. Georges Hardy, établit et maintient le contact entre les coloniseurs et les colonisés, et c'est son rayonnement, comme le constatait le Maréchal, qui détermine l'action pacificatrice des esprits et des cœurs.

Si, au Maroc, le Docteur Colombani est arrivé à ce beau résultat, c'est qu'il a su s'inspirer de la pensée de son grand chef. Par une sorte de magnétisme, guidé par son génie, Lyautey a suscité un concours de bonnes volontés, a provoqué chez ses collaborateurs des dévouements passionnés à sa personne et à son œuvre. Il a su animer une équipe d'élite, formée d'hommes généreux, aimants et convaincus, aux volontés résolues, aux intelligences agissantes, aux cœurs ardents qui, faisant abnégation des soucis et des satisfactions égoïstes de la vie quotidienne, n'eurent qu'un but : Faire aimer la France.

Et, dans une péroraison magnifique qui suscita les enthousiastes applaudissements de l'auditoire, M. Colombani, exaltant la haute mission pacificatrice du médecin au Maroc, proclama que, s'il est des libertés indispensables, une hiérarchie est nécessaire à la vie dans une société civilisée et que l'homme de volonté, d'intelligence et de cœur, reconnaît la grandeur qu'il y a *à servir*, la *joie* qu'on éprouve à *obéir*, toutes les fois que celui qui commande sert lui-même une noble cause.

Certes ce n'est pas diminuer la gloire du Maréchal Lyautey que de reporter à son lieutenant, organisateur de l'hygiène et des services sanitaires, le Docteur Colombani, les mérites que le conférencier a attribués lui-même à son grand chef.

* * *

M. Lucien Saint, ministre plénipotentiaire, ancien résident général au Maroc, qui a eu, pendant cinq ans, le Docteur Colombani sous ses ordres, a, dans une brillante allocution, rendu justice à l'organisateur des services d'hygiène et sanitaires de l'Empire chérifien qui, trop modestement, au cours de sa conférence, a effacé sa personnalité devant l'œuvre considérable qu'il a su réaliser.

J. NOIR

(1) Cité par le Pr Cruchet.

LES CHIRURGIENS DES ARMÉES DE NAPOLÉON

ETIENNE BULTINGAIRE, CHIRURGIEN MILITAIRE A 17 ANS

La Révolution s'était peu préoccupée de l'organisation du Corps de santé de ses armées. Si quelques chirurgiens de grande valeur étaient à la tête, les officiers de santé et les infirmiers recrutés un peu au hasard, souvent parmi d'anciens soldats infirmes, d'anciens séminaristes, laissaient beaucoup à désirer.

Percy s'était efforcé lors de la campagne de l'an VII de créer une Compagnie de 120 infirmiers « bien habillés et pris parmi les soldats de bonne volonté » ; cette compagnie disparut à la paix et il ne parvint à la rétablir que lors de l'expédition d'Espagne.

A cette époque, les jeunes chirurgiens recrutés un peu au hasard étaient éduqués dans les quatre hôpitaux d'instruction fondés à Lille, Metz, Strasbourg et Toulon.

Les connaissances des jeunes chirurgiens étaient fatalement sommaires si nous en jugeons par l'âge plutôt tendre où ils entraient en fonctions.

Dans les *Cahiers lorrains* de janvier 1936 publiés à Metz, le distingué administrateur de la Bibliothèque du Muséum d'Histoire naturelle, M. Léon Bultingaire, conte l'histoire de son arrière-grand-oncle, Etienne Bultingaire, qui partit pour l'Espagne comme chirurgien militaire en 1808. Cette histoire repose sur des pièces authentiques qui forment un dossier aux Archives du ministère de la Guerre.

***

Etienne Bultingaire, né le 18 novembre 1790 à Metz, entrait comme élève chirurgien à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, à une époque qui n'a pu être déterminée. Le 11 janvier 1808, une décision du Comte Dejean, ministre directeur de l'Administration de la guerre, le nommait chirurgien sous-aide au 6e Régiment provisoire faisant partie du Corps d'observation des côtes de l'Océan. Le 19 janvier, il recevait sa nomination. A la date de sa nomination le jeune chirurgien avait exactement 17 *ans*, 1 *mois* et 23 *jours*.

Ayant rejoint son corps à Bayonne, Etienne Bultingaire entra en Espagne avec la 2e division, commandée par le général Gobert. Il prit part à l'expédition de Cadix et le 22 juin 1808 fut compris dans la capitulation de Baylen. Il subit six ans de captivité à Cabrera d'abord, puis, sur les pontons anglais et ne rentra en France qu'en 1814.

Le 8 juin 1814, il arrivait à Calais où on lui donnait une feuille de route.

Le 28 juin à Paris, le Bureau du Personnel des officiers de santé lui faisait payer 240 francs, et le licenciait par mesure générale.

Etienne Bultingaire dont la carrière dans la chirurgie militaire avait été peu intéressante et peu glorieuse, abandonna l'armée et la chirurgie, retourna à Metz et se consacra au commerce, où il se fit une situation fort honorable. En 1856, il s'installa à Vaux, puis retourna à Metz où il mourut le 2 avril 1864 très considéré. Le regretté académicien, l'historien Lenôtre, dont la famille était liée avec Etienne Bultingaire, avait entendu vanter son talent de flûtiste.

Il ne faut pas s'étonner que nombre de chirurgiens de l'Empire, devenus officiers de santé civils, et qui n'eurent pas, une fois libérés, la même conscience de leur incapacité professionnelle et de l'insuffisance de leurs études, qu'Etienne Bultingaire, aient laissé une réputation plutôt fâcheuse au titre d'officier de santé auprès de leurs confrères docteurs en médecine.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES PROPHYLACTIQUES (1)

Par le Professeur H. GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Dans un livre remarquable (2) par sa précision et la netteté de ses expériences, le Professeur C. Levaditi, qui a assisté aux mémorables expériences de Metchnikoff et Roux, et qui depuis longtemps a étudié la prophylaxie chimiothérapique expérimentale avec tant de succès, expose le côté expérimental des traitements prophylactiques de la syphilis ; je vais essayer de vous résumer le côté clinique humain de la prophylaxie individuelle antisyphilitique.

Le Professeur Levaditi a souligné l'importance pratique et l'utilité de cette prophylaxie individuelle. Je me range résolument à ses conclusions et il est d'autant plus nécessaire de le dire dès le début que les syphiligraphes sont très divisés sur la question et si, souvent, je critiquerai ces méthodes de prophylaxie. ce ne sera pas pour rejeter la prophylaxie, ce sera pour essayer de la perfectionner et de la rendre efficace.

Il existe trois grandes méthodes de prévention de la syphilis, c'est-à-dire de détruire le virus inoculé avant que le chancre n'apparaisse :

— La première y parvient dans les premières heures par l'application *locale* de *parasiticides* : pommade au calomel, etc. ;

— la deuxième emploiera les traitements généraux chimiothérapiques antisyphilitiques par la bouche ou par injection ;

— la troisième ou métallo-prévention de C. Levaditi, a été exposée par Levaditi au point de vue expérimental chez l'animal et au point de vue humain par les essais si intéressants de Sonnenberg chez les prostituées de Lodz (2).

N'ayant pas d'observation humaine de cette troisième méthode, je me bornerai à étudier les deux premières, vous résumant leur principe et leurs techniques, leurs échecs et les moyens d'y remédier par une meilleure méthode ; puis, connaissant les difficultés d'application pratique de ces techniques, je déduirai les indications et contre-indications.

***

I. Traitement antiseptique local des trois premières heures

L'expérimentation sur le singe (Roux et Metchnikoff), sur l'homme (*auto-observation de Maisonneuve*) ont montré l'action incontestable de la pommade au calomel ; l'expérience en grand de l'*armée américaine* pendant la grande guerre a confirmé les travaux français ; en particulier, les statistiques du médecin américain Riggs ont mis en évidence cette efficacité et l'importance d'une application aussi rapide que possible. En effet, ces statistiques que j'ai vulgarisées montrent que l'infection se développe dans :

0,08 % lorsque la désinfection prophylactique est faite dans la première heure ;

0,59 % lorsque la désinfection prophylactique est faite dans la deuxième heure ;

0,77 % lorsque la désinfection prophylactique est faite dans la troisième heure ;

1,58 % lorsque la désinfection prophylactique est faite de la quatrième à la sixième heure ;

5,14 % lorsque la désinfection prophylactique est faite de la septième à la dixième heure ;

7,04 % lorsque la désinfection prophylactique est faite après la dixième heure.

Le contraste est saisissant entre le risque infime de moins d'un millième lorsque la désinfection est faite dans la première heure et le pourcentage de 5 à 7 % lorsque cette désinfection est tardive.

Technique. — Les règles de cette désinfection prophylactique doivent être :

1° Application aussi *rapide* que possible *dans la première heure ou au plus tard avant trois heures*. Les statistiques de Riggs citées ci-dessus l'ont démontré péremptoirement ;

2° Application *soigneuse n'oubliant aucun point* de la muqueuse ou de la peau, massant longuement pendant *quinze minutes* le tégument génital, et nécessité de conserver cette pommade plusieurs heures.

3° Emploi d'une pommade aussi forte que possible, 33 à 50 p. 100, de calomel par exemple :

(1) Leçon du mercredi soir à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis.

(2) C. LEVADITI. — Métallo-prévention (Maloine éditeur, 1935).

Calomel léger dissociable.........	30 gr.
Lanoline......................	20 gr.
Axonge.......................	40 gr.

Huile d'olive 9.3 pour pâte onctueuse.

Avec P. Duret, j'ai perfectionné la formule primitive de Metchnikoff et Roux. Nous avons remplacé le calomel ordinaire dit lourd par du calomel léger dissociable plus actif parce qu'il pénètre plus facilement et plus rapidement, parce qu'il se dissocie semblant donner des sels de mercure naissants ; nous avons substitué à la vaseline (graisse minérale), la lanoline et l'axonge (graisses animales) et une huile végétale, car l'on sait que ces graisses animales et végétales ont un pouvoir de pénétration supérieur à celui des corps gras minéraux. M. Gauducheau ajoute contre le chancre mou 0,10 % d'oxycyanure de mercure et contre la gonococcie 1 gr. 75 de thymol.

Pour l'application de cette désinfection locale, quatre systèmes ont été préconisés (1).

I. — La cabine prophylactique (Prophylactic Station des Américains) : à l'infirmerie de la caserne ou du corps, existe une petite salle munie de tout le nécessaire et l'infirmier de garde peut guider les inexpérimentés (2).

Ce premier système, possible en milieu militaire, n'a pas réussi en milieu civil ; en effet, après guerre, deux cabines avaient été installées aux extrémités du quartier latin, à l'hôpital Cochin-Ricord et à l'Hôtel-Dieu, la propagande avait été répétée parmi les étudiants ; l'essai échoua complètement.

II. — La cabine prophylactique est installée dans la maison de prostitution (par exemple pendant la guerre en certaines régions) ou près de la sortie du « quartier réservé » (par exemple à Casablanca). Ce deuxième système est à continuer bien que les « clients » oublient trop souvent l'existence de ces cabines.

III. — Le matériel prophylactique (avec une affiche explicative) existe dans la chambre ou dans le cabinet de toilette de la prostituée. Par exemple dans les villes de mon centre de guerre, j'avais fait inscrire cette obligation dans les clauses de la réglementation médicale de la prostitution. Ce troisième système est à conserver, bien que beaucoup de « clients » répugnent à se servir d'un matériel « commun ».

IV. — Le matériel prophylactique est réuni dans une petite boîte ou nécessaire de poche grand comme une boîte d'allumettes ou un petit porte-cigarettes, donc d'un volume pratique et sous une forme qui peut être élégante.

Trois modèles principaux ont la faveur du public (1). Le premier le plus complet réunit :

— Une feuille de savon (ou un petit sachet de de savon en poudre pour un savonnage préalable, — un tube de pommade au calomel, — un minuscule compte-gouttes pour instiller dans le méat à la fin de la désinfection, deux à trois gouttes d'argyrol à 10 ou 20 % (comme antigonococcique). Ce nécessaire qui donne les résultats les plus sûrs ne doit être confié qu'à des individus soigneux et attentifs.

Le deuxième, simplifié, consiste en un tube en étain de pommade de Gaudncheau, muni d'une courte canule mousse pour permettre à la fin de la désinfection d'injecter dans l'urèthre un peu de cette pommade comme antigonococcique.

Le troisième qui contient la même pommade de Gauducheau est une ampoule de gélatine insolubilisée à extrémité effilée qui sert de canule pour injecter dans l'urèthre.

Les deuxième et troisième nécessaires conviennent à un public peu attentif et non minutieux. Ces nécessaires de poche, d'après notre expérience de guerre et d'après guerre, représentent incontestablement le système le plus pratique à vulgariser dans la propagande éducative du grand public (2).

Echecs. — Des échecs incontestables ont été signalés ; il faut essayer de préciser leur cause, afin de diminuer leur fréquence.

Parfois l'échec est dû à une teneur trop faible en calomel (10 % au lieu de 30 %) ou une formule non-perfectionnée (calomel lourd au lieu de *calomel léger*), excipient minéral de vaseline au lieu de l'*excipient animal et végétal* de l'axonge ou de lanoline ramollie par une huile végétale.

Assez souvent l'échec est dû à une mauvaise application : — friction trop courte de quelques minutes (au lieu de 15 minutes) ; — oubli d'une partie du tégument contaminé (au lieu d'un *large massage dépassant les régions menacées*).

(1) Prophylaxie avant et après. *Annales des maladies vénériennes*, septembre 1918, p. 513.

(2) Gougerot. — La « Prophylactic Station » ou cabine prophylactique. *Le Caducée*, 1er sept. 1918, n° 9, p. 115 et *Prophylaxie antivénérienne* « avant » et « après » campagne de propagande. — *Ann. des mal. vénériennes*, n° 9, sept. 1918, p. 449 (2 fig.).

(1) Gougerot. — Les trois procédés de prophylaxie « après », et trois modèles de nécessaires prophylactiques individuels. *Ann. mal. vénér.*, n° 2, fév 1919, p. 88.

(2) Gougerot. — Prophylaxie des maladies vénériennes, tracts et notices de propagande. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XXIX, août 1918, p. 95 ; t. XXIX, nov. 1918, p. 288, n° 5 ; et *Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, 5 juillet 1919, n° 5, p. 130. Tract adopté par l'Armée et la Marine françaises. Traduction en espagnol par le Docteur E. Coni et adopté par l'armée argentine.

Conférences antivénériennes à des officiers et soldats janvier 1919 et Conférences à des ouvrières ; 1re édition 1919 ; 2e édition, 1921, etc. (modèle adopté par l'armée).

Gougerot et Cavaillon : Prophylaxie : Protégez-vous contre les maladies vénériennes. Conseils aux étudiants (Tracts). *La prophylaxie antivénérienne*, 1929, n° 6, p. 275.

Le plus souvent, l'échec est dû à l'application trop tardive, le virus a eu le temps de s'enfoncer dans le derme à une profondeur où le calomel ne peut plus l'atteindre. Ces fautes sont faciles à éviter.

Au contraire, une dernière cause d'échec est impossible à corriger, et c'est elle qui explique les insuccès (rares d'ailleurs), observés malgré une technique correcte ; c'est lorsque l'inoculation est d'emblée profonde sur une éraillure traumatique.

En effet, sans transposer chez l'homme, les résultats des expériences de Kolle et Evers qui notent le passage du virus dans les ganglions chez le cobaye en cinq minutes, chez le lapin en trente minutes, ce qui rendrait impossible toute prophylaxie locale, il faut se souvenir que d'après Levaditi, Lépine et Vaisman, le virus a mis 55 à 60 minutes chez le lapin pour envahir les ganglions. Bessemans et de Potter toujours chez le lapin notent des temps minima de 45 minutes, etc...

SURVEILLANCE DES « DÉSINFECTÉS ». — Pour la surveillance des sujets, il est capital de remarquer que *le chancre peut être retardé*, et sur treize cas d'échec de la pommade au calomel, recueillis depuis 1913, cinq fois le chancre était atténué et retardé de 39, 43, 48, 50, 63 jours ; il faut donc une *surveillance prolongée de trois à six mois* et, pour éviter l'erreur d'une syphilis décapitée, on fera des *séro-réactions tous les mois* pendant cette période d'observation et à la fin on réactivera la séro-réaction. Nous reviendrons sur l'importance de ces syphilis déformées par le traitement (1).

***

II. Traitement général arsenical (et bismuthique) des premiers jours

Les applications locales de pommade au calomel (avec ou sans bismuth) n'ayant chance de réussir que dans les trois premières heures, il faut avoir recours aux traitements généraux au delà de ces premières heures ou même dès le début, après action locale de la pommade au calomel, lorsque le risque est certain.

Les arsenicaux pentavalents et trivalents ont été d'abord employés, mais on sait la possibilité de leurs accidents exceptionnels mais graves ; on a donc essayé d'obtenir la même prévention avec la bismuthothérapie de Sazerac et Levaditi, dont les risques d'accidents sont infiniment moins fréquents et moins graves.

Les expériences de Sazerac, Levaditi et Isaïeu ont montré que les lapins injectés dans le muscle à la dose de 0 gr. 05 de tartrobismuthate par kilogramme, trois heures après l'inoculation préputiale de tréponèmes, n'eurent aucune lésion au 63e jour, alors que les lapins témoins eurent des chancres dès le seizième jour. *La base expérimentale* et les nouvelles expériences que nous a résumées Levaditi ont confirmé (1). La base expérimentale est donc incontestable.

Louis Fournier et Guénot ont appliqué la bismuthothérapie préventive à l'homme et citent une statistique favorable. Mais plusieurs échecs sont connus : cas personnel de chancre retardé au centième jour superinfection au cours d'un traitement bismuthique, etc...

Aussi, sauf contre-indication des arsenicaux (intolérance, arséno-résistance, etc.), les syphiligraphes préfèrent-ils les arsenicaux, mais avec P. Fernet nous avons demandé d'associer le bismuth à l'arsenic afin d'en renforcer l'action et d'éviter les échecs dus à l'arséno-résistance.

Les arsenicaux ont été employés par deux méthodes : ingestion buccale, injections veineuses ou musculaires.

Ingestion buccale de 190 et ses dérivés (Stovarsol, Tréparsol ou 606 (Sanluol).

Le 190 de Fournier a expérimentalement et cliniquement une action préventive indiscutable chez le lapin (Levaditi et Navarro-Martin) et chez l'homme (inoculations volontaires) :

— Un premier sujet âgé de 25 ans a reçu par scarifications aux deux bras du virus dermotrope le 3 février 1922 et 2 h. 30 après, puis seize heures après deux grammes de 190 (en tout quatre grammes), il n'a eu ni accident clinique ni Bordet Wassermann positif. Une macaque témoin a eu des chancres dès le dixième jour (Marie, Levaditi et Navarro-Martin ; Académie des Sciences, 22 mars 1922).

— Un deuxième sujet de 32 ans est inoculé aux deux bras et reçoit cinq heures après, deux grammes de 190, il n'a eu aucune lésion au 68e jour, alors que la macaque témoin a un chancre le onzième jour (Marie, Levaditi et Navarro-Martin ; Académie des Sciences, 22 mai 1922).

Les observations cliniques de Fournier, Guénot, Schwartz et Raoul Bernard, etc., confirment ces expériences.

La supériorité incontestée des arsénobenzènes (606, 914, etc.) dans le traitement des syphilis déclarées nous font conseiller le remplacement des arsenicaux pentavalents (190) par des arsenicaux trivalents ou arsénobenzènes (606, etc.), et l'on sait que P. Ravaut a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des syphilis actives par ingestion buccale de 606 (spécialisé par Spécia en comprimés de dix centigrammes sous le nom de Sanluol).

On conçoit toute la commodité de la méthode et sa supériorité pratique sur les injections, puis-

(1) GOUGEROT. — Syphilis déformée par le traitement. *Paris-Médical*, 15 septembre 1934, no 147, p. 335 et *Journal des Praticiens*, 20 x 1934, no 42, p. 675.

(1) Voir son remarquable petit livre : Prophylaxie de la syphilis (Maloine, éditeur, 1936).

qu'il suffit d'avaler des comprimés délayés dans l'eau. L'expérience de longues statistiques prouvera seule si cette ingestion est égale ou supérieure à l'injection d'arsénobenzène, qui, *apriori*, paraît devoir être plus efficace puisque plus puissante dans le traitement de la syphilis déclarée.

Les inconvénients sont minimes, quelques troubles gastro-intestinaux ou hépatiques chez les prédisposés.

Techniques et échecs. — Les doses préconisées au début ont été : deux séries de trois à cinq jours séparées par un intervalle de trois à cinq jours, 1 gramme à 1 gr. 50 par jour, c'est-à-dire quatre à six comprimés de 0 gr. 25 de stovarsol ou de tréparsol délayés dans un grand verre d'eau, au réveil, une heure au moins avant le petit déjeuner.

Mais plusieurs échecs nous ont obligé à rendre plus sévères ces traitements ; par exemple : un de nos malades, effrayé, après l'aventure qui devait l'infecter, n'avait plus eu de risques de contagion et il avait avalé un gramme de 190 par jour pendant dix jours. Ce traitement échoua, mais le chancre, dont il surveillait anxieusement l'éclosion à la loupe, n'apparut que le 75e jour, dura huit jours, le tréponème ne fut trouvé que le sixième jour ; le Bordet-Wassermann était encore négatif, même au Desmoulières et le chancre régressait déjà lorsque le traitement intraveineux arsénobenzolique fut commencé (GOUGEROT et FERNET. *Journal des Praticiens*, 1923, p. 850).

Nous conseillons donc :

1° Remplacement du 190 par le 606 buccal (sanluol du commerce) ;

2° Traitement plus prolongé et plus intense, *séries de sept jours (à la dose de* 0,60 *de sanluol par jour) avec arrêts de trois jours entre les deux premières séries, puis arrêts de cinq jours entre les séries suivantes pendant huit semaines,* ou mieux, trois séries de vingt et un jours, avec arrêt de dix jours entre les séries à moins d'intolérance.

3° Cette cure de soixante jours est à répéter une seconde fois après un repos d'un mois, puis après un repos d'un mois, mercure par suppositoire pendant six mois.

Au total, un an environ de traitement.

4° Le danger de l'arséno-résistance fait associer du bismuth en *suppositoire* par exemple à la dose de 0 gr. 20 d'*hydroxyde de bismuth,* chaque jour pendant toute la cure ou mieux, s'il était possible, en injections musculaires, car l'action du bismuth buccal ou rectal n'est pas constante.

Surveillance. — La connaissance des syphilis retardées réclame les mêmes précautions qu'après les injections arsenicales : *surveillance clinique et sérologique de* 2 *à* 4 *ans,* suivant la précocité du traitement ; *réactivation du Bordet-Wassermann avant d'assurer l'avortement de la syphilis.*

Injections arsenicales

Les injections veineuses (ou musculaires) d'arsénobenzènes qui ont été d'abord employées paraissent les plus efficaces. Je crois avoir été l'un des premiers à signaler un succès : « Un médecin non-syphilitique, disais-je, m'a cité avoir eu contact avec une femme suspecte ; il apprend quelques jours après qu'elle a donné la syphilis à des soldats ; aussitôt, il prévient un de ses amis qu'il savait avoir eu des rapports avec cette femme, il se fait faire trois injections de 914 et il propose le même traitement à son ami qui refuse. Le médecin n'eut rien, son ami eut un chancre induré dans les délais habituels ».

De nombreuses observations ont été rapportées depuis lors : des trois officiers d'Abrami, les deux ayant subi une injection de 914 restèrent indemnes ; une femme mariée de Lacapère et Laurent fut préservée contre la syphilis de son mari par trois injections intraveineuses de 0,15, 0,30, 0,45 de 914 ; une jeune femme dans les conditions analogues fut traitée avec succès par Emery par huit injections ; l'inoculation faite sur lui-même par Magon de Manchester (Académie de médecine, 20 mai 1919) suivie moins d'une heure après d'une injection intraveineuse de 0,60 de 606 resta négative ; quarante femmes injectées de quatre à six fois par Louis Fournier et Guénot avec une dose totale de 1 gramme à 1 gr. 20 de 606 ou 2 grammes à 2 gr. 50 de 914 échappèrent à la syphilisation qui semblait certaine, etc. ; un nourrisson de cinq mois allaité depuis onze jours par une nourrice atteinte d'un chancre du mamelon fourmillant de tréponèmes fut traité avec succès par Laurent (de Saint-Etienne) et reçut cinq injections intraveineuses de 0,01, 0,015, 0,02, 0,04, 0,05 de 914 faites à cinq à six jours d'intervalle, etc...

L'expérimentation de Levaditi et Lépine chez les animaux confirme ces expériences humaines.

Techniques et échecs. — Les cures du début furent trop faibles et expliquent la plupart des échecs (1). *Il est important de rechercher* la raison de ces échecs pour *essayer d'y remédier.*

Tantôt le traitement arsenical a été *insuffisant,* bien que dépassant les doses recommandées par les premières publications : notre malade 201, par exemple, n'a reçu que 3,90 de 914 (la dernière injection de 914 étant faite le 14 avril 1922) ; puis du 26 mai au 4 août, elle n'a eu que deux grammes de sulfarsénol, donc des doses trop faibles, trop espacées, trop irrégulières malgré nos conseils.

(1) GOUGEROT et FERNET. — Syphilis primaires retardées. Echec des traitements prophylactiques trop courts, moyens d'y remédier. *La Médecine,* nov. 1932, p. 150 ; *Journal des Praticiens,* 29 déc. 1923, n° 52, p. 849 et *Archives médico-franco-hispano-américaines,* déc. 1923 p. 533 ; janvier 1924, n° 1, p. 13.

Tantôt la dose totale est *trop faible et la cure est unique.* Le nº 1.709 a reçu 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90 soit 4,05 au total et pourtant le Bordet-Wassermann est devenu positif après réactivation (syphilis décapitée).

Tantôt le traitement est *trop tardif.*

Tantôt le traitement prophylactique est intense, correctement suivi et c'est un étonnement de voir apparaître le chancre, avec son ganglion et un Bordet-Wassermann nettement positif au cours d'un traitement qui, dans la plupart des cas, cicatriserait le chancre, ferait résorber l'adénite, empêcherait le Bordet-Wassermann d'apparaître, il s'agit alors de virus *syphilitiques arséno-résistants.*

Par exemple, notre malade 977, suivi avec MM. Fernet et Vilenski a vu apparaître le chancre induré alors qu'il recevait des doses de 0,90 et qu'il totalisait plus de six grammes ; c'était donc un *virus arséno-résistant* et cependant sa contaminatrice nº 1.024 n'est pas arséno-résistante. Atteinte en octobre 1922 de roséole, plaques muqueuses, micropolyadénopathie, son Bordet-Wassermann est fortement positif et même positif total HO dilué vingt fois le 5 décembre 1922. Soumise à deux cures veineuses de 6 gr. 45 et 6 gr. 75 de 914, elle guérit rapidement de ses accidents secondaires et son Bordet-Wassermann devient négatif à l'antigène Desmoulières, H^8 sérum chauffé, H^6 sérum frais.

Par exemple, la malade suivie avec M. Gilbert Geray a vu apparaître le chancre malgré le traitement arsenical d'ailleurs trop peu intense.

Mais, chez combien de malades on procède de la même façon sans noter de transformation arséno-résistante. La façon de conduire le traitement doit influencer sur cette évolution du virus ; mais d'autres facteurs qui, actuellement hypothétiques, seraient à connaître, afin d'éviter cette arséno-résistance, facteurs sans doute complexes : spécialisation progressive par passage de malade à malade, race plus vigoureuse de virus, fautes dans l'arsénothérapie permettant au tréponème de lutter, troubles humoraux, défaut d'élaboration des anticorps, etc... Nos observations prouvent qu'il s'agit d'une spécialisation secondaire d'un virus plutôt que d'un virus d'emblée spécial, et il faut remarquer que transmis sans doute déjà spécialisé, il a eu la même évolution chez la contaminée.

Cette étude des échecs nous fait exiger avec Pierre Fernet (7), les règles suivantes :

Pour réunir les plus grandes chances de succès dans un traitement prophylactique :

1º Il faut un *traitement arsenical intense à doses fortes* allant jusqu'à 0,90 de 914, ou de sulfarsénol (0,015 par kilogramme de malade, sans dépasser 0,90 à 105), *espacements courts de trois à sept jours, doses totales fortes de 6 à 7 grammes* si possible (0 gr. 10 par kilogramme de malade), sans dépasser 8 grammes), *arrêt aussi court que possible de trois à quatre semaines* ; *deuxième cure arsenicale forte* ; *puis cures de bismuth et de mercure pendant cinq mois pour consolider*, au total *un an de traitement.* En un mot, nous exigeons un traitement aussi *intense*, aussi *prolongé* que si le chancre existait déjà. Il ne faut plus se contenter de ces traitements arsenicaux trop courts, préconisés au début de quatre à six piqûres de 914, ne dépassant pas 2,50 à 3 grammes de 914.

2º Il faut, dès le début, pour éviter les arséno-résistances, associer autant que possible le *bismuth à l'arsenic*, par exemple faire dès la première cure une à deux injections bismuthiques entre l'injection arsenicale et plus tard associer ou alterner bismuth et mercure dans les cures de consolidation.

Surveillance. — Il faut une *surveillance prolongée clinique et sérologique* des sujets ayant reçu des traitements prophylactiques, *de deux à quatre ans* suivant la date du début du traitement, donc aussi longue que si le chancre était apparu ; par exemple Bordet-Wassermann mensuel la première année, puis trimestriel la deuxième année. Il ne faut plus se contenter d'une surveillance de quelques semaines.

Car nos observations prouvent que la syphilis, traitée avant le chancre, peut n'être pas éteinte et être simplement retardée, que l'on peut avoir *tous les degrés de ces syphilis primaires retardées* : *chancre habituel complet*, c'est-à-dire avec adénopathie et Bordet-Wassermann positif ; *chancre petit* mais avec ganglion ; *chancre sans ganglion* ; *adénopathie sans chancre* ; *séro-réaction positive sans chancre ni adénopathie* ; il faut insister sur l'importance de *ces syphilis décapitées.*

Une de nos observations montre qu'il faut pratiquer la réactivation *avant d'affirmer l'avortement de la syphilis* ; il ne faut pas se contenter de Bordet-Wassermann négatifs, même en série.

***

Indications

Les indications des traitements prophylactiques sont les risques certains :

— Les *contacts vénériens* : mari ou amant porteur d'un chancre ayant contact avec sa femme, etc...

— Les *risques d'inoculation accidentelle extra-vénérienne* : nouveau-né, enfant d'une mère porteur de syphilides vulvaires ; enfant tétant une nourrice malade, nourrice allaitant un hérédo-syphilitique porteur de lésions, médecin venant d'accoucher une syphilitique secondaire en activité, etc...

Au contraire, les risques incertains n'indiquent pas les traitements prophylactiques que l'on avait généralisés au début à l'époque où l'on

croyait suffisants les traitements prophylactiques buccaux de quelques jours et lorsque l'on ne connaissait pas les syphilis déformées et retardées que nous avons fait connaître avec P. Fernet.

La question avait été très discutée, surtout pour le chancre mou.

Les uns préconisaient ces traitements prophylactiques systématiquement dans le *chancre mou* qui est si fréquemment un chancre mixte, c'est-à-dire renfermant le double virus chancrelleux et syphilitique ; arguant qu'ils combattent la syphilis au meilleur moment et que le traitement prophylactique est sans danger.

Les autres attendaient qu'il y ait doute.

D'autres préféraient avoir la certitude de la syphilis, mais on sait combien peut être difficile le diagnostic de la syphilis cachée derrière un chancre mou ; on a beau répéter les « ultras », souvent on ne trouve rien, il faudrait faire la ponction des ganglions, et l'on arrive au Bordet-Wassermann positif sans avoir eu de signes avertisseurs ; mais n'est-ce pas trop tard pour commencer le traitement de la syphilis et l'on se souvient que l'idéal est d'attaquer le tréponème avant la généralisation de l'infection, généralisation dont témoigne le Bordet-Wassermann positif.

« Pour nous, écrivions-nous, il nous paraît indispensable de distinguer trois cas :

a) Les chancres mous récents de moins de huit à dix jours, qui se cicatrisent vite en quelques jours. En ce cas, il est facile de surveiller l'éclosion du chancre syphilitique qui a ses caractères propres, puisqu'il naît sur tégument cicatrisé ; on peut donc le surprendre à son extrême début dans les deux ou trois premiers jours, donc faire le traitement abortif dans des conditions presque aussi bonnes que si la cure avait été instituée avant l'éclosion du chancre. On doit donc attendre et ne pas faire de traitement prophylactique ;

b) Chancres mous anciens de plus de quinze jours et tardant à se cicatriser. Dans ces cas, il sera très difficile de surprendre le début du chancre syphilitique, on risque de le dépister trop tard, le traitement prophylactique est donc défendable, mais non universellement admis.

c) Chancres mous donnés par un ou une partenaire manifestement syphilitique. Le traitement prophylactique s'impose.

En résumé : les *indications* et *conditions* du traitement prophylactiques sont d'après nous au nombre de trois :

1° Certitude du risque (affirmée par la méthode de la confrontation) ;

2° Précocité du traitement arsenical (qu'il est inutile de commencer après le quinzième jour du risque) ;

3° Engagement du patient de suivre le traitement sévère exigé de nous, qui durera un an environ, puis la surveillance clinique et sérologique de plusieurs mois.

S'il est possible, nous préférons les injections de 914 (ou de sulfarsénol) à l'ingestion buccale d'arsenic, mais si l'on fait l'arsénothérapie buccale, nous préférons le 606 au 190.

En cas d'arséno-résistance, le bismuth est préférable.

Les **contre-indications** sont celles des traitements arsenicaux et bismuthiques : fragilités viscérales, anaphylaxies médicamenteuses. En effet, puisqu'ils doivent être intenses et prolongés, ces traitements peuvent être causes d'accidents et doivent être minutieusement surveillés.

Les **objections** ont été nombreuses ; les risques se multiplieront, si on donne trop de confiance aux imprudents et aux cyniques et il en résultera un abaissement de moralité. Les phobiques se drogueront après chaque contact, donc presque perpétuellement, d'où le danger d'intoxications médicamenteuses. On risque des accidents médicamenteux : dermatite arsenicale souvent dangereuse, toujours longue et pénible. On ne saura jamais si tel sujet a été syphilitique et surtout, il faut craindre que l'infection ne sommeille, retardée et atténuée par le traitement prophylactique ; non détruite parce que l'on ne fait pas de cures de consolidation pendant des années comme dans la syphilis déclarée, elle reparaîtra, donnera des syphilis viscérales, contaminera femme et enfants ; mais une surveillance de deux à quatre ans empêchera de laisser évoluer cette syphilis anormalement retardée.

Les trois indications rigoureuses exigées ci-dessus répondent aux objections médicales.

***

Malgré les objections et les imperfections qui doivent entrer en considération pour décider l'utilité d'un traitement prophylactique, celui-ci rendra de grands services dans nombre de circonstances et évitera des syphilisations autrefois fatales. C'est pourquoi ces traitements prophylactiques doivent être vulgarisés dans le grand public et mieux connus de nos confrères praticiens, mais en insistant sur les indications et obligations, sur les techniques et surveillance qu'ils exigent. En effet, mieux vaut ne pas faire de traitements prophylactiques que de les faire mal.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

(Hôpital de la Pitié)

Les déformations de la tête fœtale au cours de l'accouchement

Professeur Jeannin (1)

Quel est donc le mécanisme des déformations de la tête fœtale au cours de l'accouchement, normal et pathologique ; ces déformations sont extrêmement variables suivant les cas.

L'entourage d'un nouveau-né est souvent étonné, parfois terrifié : « Quelle drôle de tête il a ! » En effet, la tête de l'enfant est souvent allongée et très souvent elle est réellement asymétrique ; entre parenthèses, on observe un certain degré d'asymétrie chez tout le monde ; même la fameuse Vénus de Milo a la moitié gauche de la tête plus développée que la droite. Dans l'accouchement normal on observe des déformations multiples et fréquentes du crâne de fœtus ; on peut supposer qu'il y a nécessité de ces déformations. Le phénomène plastique du travail nous apparaît comme essentiel. Examinons les deux facteurs principaux, le bassin et la tête fœtale ; prenons le squelette du bassin — on est frappé par ses petites dimensions. En prélevant un diagramme en papier du plan supérieur du bassin on a peine à croire que ce papier représente les dimensions du bassin d'une femme adulte. Par contre, la tête fœtale paraît grosse. Le phénomène de modelage du crâne fœtal, fait essentiel de la nature, intervient toujours dans le bassin normal, plus encore dans le bassin vicié. Tout enfant qui naît subit plus ou moins le modelage que lui implique le bassin. Il existe deux exceptions à cette règle ; la multipare qui garde la tête fœtale au détroit supérieur jusqu'au dernier moment et accouche en deux minutes ; et le prématuré à tête très souple, cartilagineuse, presque celle d'un fœtus abortif. Quels sont les moyens de ce modelage ? La tête fœtale est une matière malléable qu'on peut modifier facilement ; la structure de ses os se prête très bien au modelage. Les os du crâne fœtal ne sont pas rigides, ils ont du jeu, ils ne se touchent pas, séparés par les sutures d'une certaine distance. Le déplacement des os crâniens est possible. L'os occipital, par exemple, se divise en trois parties distinctes ; séparées par les sutures membraneuses et cartilagineuses, ainsi, l'écaille de l'os joue facilement. En prenant un os du crâne fœtal en main on éprouve l'impression d'une carte à jouer ; si l'ossification est à un moindre degré on a la sensation du papier parcheminé. La charnière dans certains os permet le chevauchement. L'action du bassin sur la tête fœtale s'accroît dans certaines conditions ; la longueur du travail est proportionnée à la déformation de la tête fœtale ; plus grosse est la tête, plus intense en est le modelage. Par contre, le phénomène du modelage est réduit, quand la tête est petite ; il varie suivant la souplesse propre à chaque tête ; le degré de l'ossification peut être plus ou moins grand. Jadis on ne conseillait pas à une femme enceinte les aliments riches en sels calcaires parce qu'on présumait que ces sels faisaient durcir la tête du fœtus ; ce point de vue était erroné. La tête de prématuré se modellera quand même quoiqu'elle soit molle. La tête est protégée par le liquide amniotique et suivant le temps de rupture de la poche des eaux la déformation sera plus ou moins grande. L'intensité des contractions utérines, la résistance des parties molles ont leur part d'influence. Suivant les accouchements, la même femme peut présenter des facteurs individuels variés ; un enfant naît ayant la tête déformée, le suivant ne présente pas de déformation ; ce qui s'explique du fait des conditions différentes des accouchements.

Examinons la déformation de la tête fœtale suivant les présentations différentes, le bassin étant normal ; prenons la présentation céphalique.

Il existe une règle générale ; les diamètres qui s'engagent vont subir la diminution et les diamètres opposés seront augmentés ; on peut changer la forme de la tête fœtale mais le volume et le poids restent constants. Si la tête perd sur un diamètre elle gagne sur le diamètre opposé ; toute la déformation de la tête fœtale obéira à cette loi. La diminution du diamètre sus-occipito-mentonnier implique l'augmentation du diamètre opposé, fronto-occipital. Le diamètre sus-occipito-mentonnier mesure 13 cm. 1/2 et plus et il passera quand même. La tête sera déformée en pain de sucre. Le modelage change au détroit inférieur pendant le dégagement et finalement la déformation sera toute différente. Le sus-mento-bregmatique et le fronto-occipital seront attaqués, d'où crâne nivelé par aplatissement. L'enfant peut présenter après l'accouchement un crâne infiniment long, la dolicocépha-

(1) Leçon du 12 décembre 1935, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

lie ; une augmentation du diamètre sous-mento-bregmatique ; une diminution du fronto-occipital.

Dans la présentation par le front il y a une diminution du mento-occipital, le mento-bregmatique est augmenté, la face est en façade.

La tête subit un certain modelage dans la présentation du siège ; au passage l'occiput s'aplatit un peu, la bosse postérieure disparaît, ainsi la tête devient courte. On dit que l'enfant devient laid en droite postérieure, que naissant par la face c'est un monstre, à aspect tout à fait bizarre ayant la face en façade. Si par la césarienne on obtient des enfants ayant une belle tête ronde, dans la grande majorité des cas la tête fœtale est déformée au cours de l'accouchement normal. Dans la grossesse gémellaire c'est le bassin et l'autre enfant qui agissent causant une déformation spéciale ; les têtes fœtales se compriment et s'aplatissent mutuellement comme les fruits dans une corbeille. Des phénomènes constants, variables dans leur intensité, agissent dans chaque présentation ; une personne compétente peut reconnaître comment est né l'enfant, en regardant sa tête.

Maintenant nous allons étudier le bassin vicié ; nous avons vu que la tête était obligée de se déformer dans les conditions normales, la déformation sera encore plus accusée dans le bassin vicié. Nous avons les mêmes éléments du modelage, bassin et tête fœtale, mais les conditions sont changées. Le bassin vicié agit sur le mode de présentation du fœtus. Prenons comme exemple le bassin rachitique, le plus fréquent des bassins viciés ; il est aplati en valeur absolue. La tête fœtale tend à attaquer le bassin dans la position transversale et la déformation ne porte pas sur les mêmes diamètres que dans le bassin normal. Dans le bassin rachitique le diamètre antéro-postérieur est le plus petit de tous ; la tête hyperfléchie tente de passer en oblique, il en résulte une déformation plus complexe, hélicoïdale ; le bassin aplati comprime les deux pariétaux et dans ce cas il y a une diminution du diamètre bipariétal.

Le bassin généralement rétréci est caractérisé par des saillies qui vont gêner le passage de la tête fœtale ; c'est surtout la saillie du promontoire; le cap qu'il s'agit de doubler. C'est une vérité de la clinique courante ; dans ce type de bassin vicié, c'est le promontoire qui donne la déformation à la tête. L'arc antérieur agit aussi, mais l'action du promontoire est plus forte.

Examinons le bassin coxalgique ; la paroi osseuse gauche ou droite est déformée ; cette déformation est accompagnée de lésions des parties molles. Le fœtus, se présentant transversalement, rencontre l'excavation avec son mur ; la déformation de la tête dite réniforme, ayant l'aspect d'un rein ou d'un haricot, en est le résultat ; les sutures osseuses droites et gauches sont inégales, la tête aplatie d'un côté, bombant d'un autre est le prototype même du crâne déformé. Jadis on voyait plus de têtes déformées, parce qu'on n'osait pas pratiquer la césarienne.

Dans certains bassins à type généralement rétréci on observe le tassement de la région occipitale ; le crâne est amoindri ; c'est une déformation curieuse, moins fréquente que la précédente.

Le modelage est un phénomène plastique dans le bassin normal ; dans un bassin rétréci les déformations peuvent entraîner des accidents. La luxation de l'écaille sur la portion basilaire, cas exceptionnel, pourra n'avoir aucune conséquence ou bien le rebord de l'os blessera le bulbe qui se trouve en dessous. Parfois, l'os est chiffonné et un enfoncement se produit, de forme très variable : en rigoles sur les sutures frontales ou sur les deux os ; en triangle sur le pariétal ou sur le temporal. La rigole s'enfonçant sur l'os ressemble à un enfoncement sur un chapeau melon. Parfois on est en présence d'une fracture ; certains auteurs affirment qu'on ne pourrait pas concevoir l'enfoncement sans une fracture, mais cette opinion est inexacte. Les conséquences de ces lésions n'ont en général rien de grave ; au bout de quelques mois tout s'arrangera, ces phénomènes sont transitoires, la tête se remodèlera et reprendra ses formes normales. Le cerveau ne peut être lésé. Les conséquences tardives sont très rares, cependant exceptionnellement les enfoncements restent pour toute la vie. L'hémorragie méningée est parfois la conséquence de la déformation crânienne. Que faut-il faire dans les cas pathologiques ?

Dans l'immense majorité des cas, rien. Il faut surveiller l'enfant en ayant présent à l'esprit l'hémorragie méningée ; le plus souvent la lésion disparaît d'elle-même. Si l'enfoncement reste prononcé on peut intervenir en passant par la suture la plus proche et redresser l'os ; le résultat de cette intervention classique est satisfaisant en pratique ; mais on n'intervient que rarement.

En résumé je répète encore une fois que le modelage du crâne fœtal par le bassin, normal ou vicié, est un fait général et essentiel de la nature.

AÉROPHAGIE, MÉTÉORISME ET FERMENTATIONS

Quelques remarques

Par le Docteur H. GAEHLINGER

Le tube digestif contient normalement de l'air et des gaz. S'il n'en contenait pas, les parois de l'estomac et de l'intestin seraient appliquées l'une contre l'autre du fait de la pression atmosphérique et la progression des aliments ne serait pas possible. Le chyme gastrique pâteux se comporte au point de vue physique comme les liquides, c'est-à-dire qu'il est incompressible. Or les mouvements de brassage alimentaires et les différentes contractions de l'estomac, en dehors des périodes d'évacuation, ne peuvent se produire qu'avec changement de volume de l'organe (Pachon et Fabre). D'où nécessité de la bulle gazeuse au cours du fonctionnement gastrique normal ou pathologique.

Il existe donc une aérophagie physiologique et nous la trouvons dès les premiers jours de la vie chez le nourrisson qui, de temps à autre, fait une éructation qui prouve l'existence d'air dans les voies digestives supérieures. La poche à air augmente de volume dès que commence le repas.

***

Il ne faut pas confondre aérophagie et éructation. Chez beaucoup de malades étiquetés aérophages, l'air ne rentre que jusqu'au bord du pharynx et s'il arrive à la grande tubérosité, il est immédiatement expulsé. Tout se passe comme si ces malades ne pouvaient fairer entrer ou retenir de l'air dans un estomac dont le rôle physiologique est précisément d'en emmagasiner (Jacquelin). C'est pourquoi cet auteur demande si l'on peut vraiment taxer d'aérophagie, des sujets dont le défaut est précisément de ne pouvoir garder de l'air. Qu'il y ait des malades chez qui « la salutaire ingestion d'air prend l'allure d'un tic incoercible, disproportionné ou survivant à la cause qui l'a provoquée », le fait est incontestable, mais relativement rare.

***

L'aérophagie symptôme est au contraire fréquente, pouvant dans un certain nombre de cas, constituer un processus de défense et l'on peut parfois parler d'une aérophagie nécessaire. La délimitation de l'aérophagie est d'ailleurs bien imprécise et, basée sur une appellation en tous points défectueuse, cette notion n'a pas de limites cliniques nettes, si l'on admet l'existence d'une aérophagie physiologique. Quand commence l'aérophagie pathologique ? Il est impossible de le dire puisque l'éructation n'a pas toujours une valeur diagnostique et puisque Leven recommande de ne pas éliminer l'aérophagie chez un sujet qui affirme ne pas émettre de gaz et indique de rechercher si ce malade ne déglutit pas ou n'aspire pas sans bruit l'air qu'il rejette sous forme de gaz intestinaux « dont l'abondance indique l'origine ».

***

Quand finit l'aérophagie ? L'imprécision est aussi grande ; classiquement à l'aérophagie de l'estomac fait suite l'aérophagie de l'intestin grêle, puis du côlon. Mais si l'aérogastrie entraîne des troubles intestinaux, le météorisme secondaire à des fermentations gazeuses intestinales, qu'elles soient généralisées ou localisées, occasionne des symptômes gastriques, et peut provoquer de l'aérophagie de compensation. Le mot de dyspneumatose employé par Jacquelin serait parfois beaucoup plus justifié.

***

Il existe des aérophagies par excès d'avalement d'air dans une fréquence trop souvent méconnue. C'est celle de l'adénoïdite des enfants, des rhino-pharyngites, de l'obstruction nasale, de la déviation de la cloison et de l'hypertrophie des cornets. L'étiologie en est double, provoquée entre les repas par la déglutition des mucosités et pendant les repas, par l'insuffisance de mastication qui est la conséquence de l'insuffisance respiratoire. Fiévez a signalé ici même les inconvénients de la déglutition à sec qui se produit chez ceux qui dorment la bouche ouverte. Dans cette catégorie, il faut ranger l'aérophagie des sialorrhées, irritations d'origine dentaire (ratelier), celles de la corde du tympan, celle des biliaires, des œsophagites, de certaines dyspepsies chroniques, du tabac.

***

Dans toutes les pertes de tonicité de la musculature gastrique, que la dilatation soit primitive ou qu'elle soit le fait d'un spasme, l'aérophagie est fréquente, constituant souvent comme un processus nécessaire. En présence de l'obstacle

pylorique, le malade, inconsciemment augmente sa pression intragastrique par l'avalement de quelques gorgées d'air supplémentaire. « Plus la tension gastrique augmente, plus la pression sur la surface du contenu stomacal s'exagère et selon les principes fondamentaux de l'hydraulique, plus l'évacuation gastrique est rapide » (L. Meunier).

Le même phénomène peut se produire lorsque le spasme est d'origine extragastrique (cholécystite).

***

Les ptosés sont très souvent classés comme aérophages, parce qu'ils présentent de l'irritation solaire, mais aussi parce qu'ils sont souvent des gastriques à estomac allongé. Mais, en outre, « en remplissant de gaz leur abdomen par des déglutitions répétées, ils suppléent par la distension gazeuse des organes à l'insuffisance du matelassage adipeux et combattent de façon efficace à n'en pas douter, les sensations pénibles engendrées par la ptose » (Jacquet). Il y a là encore une aérophagie nécessaire pour faciliter l'évacuation stomacale. Peut-être aussi existe-t-il une action générale tout aussi importante? En effet, chez le ptosé, le diaphragme est relâché et le jeu diaphragmatique très affaibli. Cette diminution s'explique par le mauvais point d'appui que prend le centre phrénique sur les viscères abdominaux, eux-mêmes non soutenus par la paroi (Laniez). L'existence d'une aérophagie favorise jusqu'à un certain point la remontée diaphragmatique et par conséquent facilite l'expiration.

***

Ces explications mécaniques n'excluent pas l'existence d'aérophagie chez les vagotoniques, que cette vagotonie soit provoquée par une lésion gastrique ou par une lésion plus éloignée. Elle peut provoquer une hypersécrétion salivaire qui pourra déclencher le symptôme aérophagie.

Que le vagotonique, anxieux, mélancolique prenne conscience du soulagement momentané que lui procure l'éructation, qu'il répète et fausse la déglutition salutaire, le fait ne doit pas nous étonner. Mais ces malades sont rares et rien ne justifie l'extension formidable du diagnostic de l'aérophagie-maladie. Si chez quelques malades, la description du mécanisme producteur de l'aérophagie est utile et conduit à l'amélioration, chez beaucoup d'autres, ces précisions sont dangereuses et conduisent au tic aérophagique. Il nous semble plus logique de ne pas faire part de ce symptôme au malade et de traiter le trouble dyspeptique qui l'accompagne sans attirer l'attention du malade sur une symptomatologie qu'il lui serait possible de déformer. Par ses explications, le médecin peut développer une exagération de la cénesthésie, créer cette phobie des gaz qui s'exagérant, conduit à l'oppression indéfinissable, aux sensations désagréables et les pousse à rechercher un soulagement dans des renvois gazeux, malheureusement précédés d'une déglutition.

***

Il semble que dans nombre de cas, on ait confondu aérophagie et fermentations et les choses ont été si loin qu'on a parlé d'aérophagie rectale. Les fermentatifs présentent souvent de l'aérophagie, par trouble dyspeptique concomitant, par cholécystite, par réaction réflexe contre la gêne exercée par les gaz intestinaux sur l'estomac. L'augmentation de pression dans le gros intestin constitue une barrière relative à la progression des aliments dans le reste du tube digestif, d'où la nécessité d'augmenter la pression au niveau de l'estomac par le coup de pompe de l'aérophagie. Certes ces explications recèlent un finalisme plus ou moins avoué, mais elles sont d'accord très souvent avec les faits cliniques.

***

Les aliments de la série animale donnent des putréfactions, les aliments végétaux donnent des fermentations. Le chien, le loup, le tigre ont un ventre effilé, tandis que le lapin et la vache ont un abdomen volumineux. Lorsque les femmes désirent maigrir et avoir la ligne à la mode, elles peuvent avoir tort d'adopter l'alimentation du lapin lorsqu'elles veulent avoir la ligne du lévrier.

***

Les herbivores mangent toute la journée et certains même ruminent ; les carnivores mangent très rapidement. Dans l'alimentation végétarienne, la mastication prolongée ouvre les logettes cellulaires, met en liberté les amidons intérieurs et leur permet d'être soumis à l'action digestive de la salive, puis des ferments entéro-pancréatiques. Si les aliments cellulosiques ne sont pas mastiqués, l'amidon intra-cellulaire ne sera libéré qu'au niveau du cæcum par l'intervention microbienne, et, ainsi soutrait aux ferments digestifs normaux, il fournira un nouvel aliment aux microbes de fermentation. Il est donc illogique de manger l'alimentation des lapins avec la rapidité des chiens.

***

De ce que l'homme est omnivore, il ne faut pas en conclure qu'il doit manger de tout à la fois (Van Lint). Les mélanges alimentaires, l'enrobement par les graisses constituent les plus grands obstacles à une digestion complète. Les celluloses absorbent une quantité importante de ferments digestifs sans aucun bénéfice et ainsi la digestion des hydrates de carbone et des albumines sera ralentie. Chez les fermentatifs, il est donc préférable, si l'état de l'intestin le permet, de donner les celluloses isolément, sans hydrates de carbone, ni albumines, dans un repas séparé.

***

Le pain actuel, formé à peu près exclusivement d'amidons, riche en levure, gonfle de cinq à sept fois dans l'estomac. Il constitue un très mauvais aliment pour les fermentatifs et sa suppression procure souvent une amélioration rapide.

***

Lorsque les aliments sont donnés en excès, les possibilités digestives peuvent être dépassées et il en résulte un enrichissement du milieu de culture intestinal. Cette remarque est vraie autant pour les aliments végétaux que pour les aliments d'origine animale.

***

Ce déficit d'assimilation est naturellement accentué lorsque les sécrétions digestives sont insuffisantes. Normalement la sécrétion chlorhydro-peptique doit dissoudre le ciment intercellulaire (pommes de terre, carottes). L'insuffisance chlorhydro-peptique peut être réelle (hypo ou anachlorhydrie) ou relative, la sécrétion chrorhydrique étant diluée par un excès de boissons, gênée par un enrobage graisseux ou neutralisée par un aliment absorbant (celluloses). Naturellement, l'insuffisance pancréatique doit être recherchée et l'importance du rôle des ferments pancréatiques est trop souvent oubliée.

***

Le fonctionnement hépato-biliaire joue un rôle considérable dans la genèse et l'intensité des fermentations. En dehors du rôle digestif de la bile et de son rôle antiseptique, il faut faire remarquer que les gaz du tube digestif, qu'ils soient le fait de l'aérophagie ou des fermentations, sont pour la plus grande partie résorbés par la muqueuse, puis par la circulation sanguine qui conduit au système porte. Cette fonction d'absorption des gaz dépend de l'état de la muqueuse, mais aussi et surtout de la circulation hépatique. Rappelons simplement le météorisme du foie cardiaque qui s'améliore par la thérapeutique cardiotonique, la distension gazeuse de l'hypertension portale, les poussées de ballonnement des congestions actives du foie. Par conséquent, chez les aérophages comme chez les fermentatifs, la stimulation des fonctions et de la circulation du foie constitue une indication de premier plan.

***

Chez les aérophages comme chez les fermentatifs, la résorption des gaz par la voie sanguine, ne peut s'effectuer de façon satisfaisante que si la pression intradigestive est suffisante. A côté de la force qui aspire, la circulation, il faut la force qui pousse, la pression intérieure. L'absorption des gaz est donc fonction de la tonicité des viscères, mais avant tout et surtout de la tonicité des muscles abdominaux et diaphragmatiques. On a signalé la fréquence des pneumatoses dans les parésies du diaphragme gauche, mais surtout dans les diminutions de tension intérieure que constituent les ptoses. C'est pourquoi les ceintures antiptosiques rendent de tels services chez ces malades, mais plus encore la rééducation musculaire abdominale et respiratoire. L'importance de ce facteur musculaire explique la rareté des troubles aérophagiques et fermentatifs dans les petits ventres bien contractés et leur fréquence extrême dans les ventres avachis par les régimes d'amaigrissement et par la sédentarité.

LES FEUILLETS DU PÉDIATRE (1)

Par G. Blechmann

FEUILLET CXXXIV (*Suite*). — DANS LE MARAIS DES FIÈVRES

(« Sans doute un psychiatre... »)

Après avoir compulsé une fois de plus le dossier des ordonnances et examens divers, tous négatifs, nous retournons vers le patient qui, avec sérénité, attend sur la table d'examen qu'on le délivre, c'est-à-dire qu'on le ramène à son lit, couvert m'avait-on dit, de jouets, de mécanos, de romans d'aventures.

C'était donc l'heure où chez notre fébricitant, la température s'élevait brutalement vers les plus hauts sommets du thermomètre et sans doute, comme d'habitude, cette moiteur, ce pouls assez précipité, annonçaient la montée thermique : à quel degré s'élèverait-elle encore aujourd'hui ? L'enfant bien posé à plat sur le ventre et *l'instrument* introduit dans l'anus et fixé par la main d'une infirmière, je note à haute voix, presque de seconde en seconde, pour que nul n'en ignore, — confrère, famille, patient, — l'ascension de la fine coulée de mercure : 37°5, 38°, 38°5, 39°, 40° et, au bout d'une demi-minute, nous nous arrêtons en clamant le chiffre de 40°5. J'ajoute un détail qui a son importance : tandis que l'aide maintenait le thermomètre, j'écartais moi-même l'une de l'autre, avec vigueur, les fesses du jeune garçon.

Tandis qu'on rhabille le héros déclencheur de cette narration, j'entraîne les témoins de la scène dans mon cabinet... et je leur fais vérifier à chacun la température *qui marquait effectivement* 37°2. Parfaitement 37°2 !

Et je développe alors ma conviction qu'il s'agit d'un cas de SIMULATION DE FIÈVRE. « Je n'ai pas connaissance de pareille observation à cet âge, mais à plusieurs reprises, l'exemple typique s'en est présenté à moi, durant ma carrière hospitalière. » Un je ne sais quoi de trouble dans le regard de l'enfant m'avait causé, dès le premier contact, un sentiment du domaine de l'inexprimable et qui m'avait mis immédiatement en position de défiance.

Cependant, avant de conclure et de renverser tout l'édifice des hypothèses en cours, ne fallait-il pas passer à la contre-épreuve ? Nous laissons les gens dans le salon d'attente pendant une heure — et dans des conditions identiques, on remet le thermomètre qui reste à 37°3. « Tout ce que je puis vous affirmer pour le moment, c'est que ce soir, dans mon cabinet, cet enfant a une température parfaitement normale. Veuillez garder le secret et vous continuerez pendant plusieurs jours ces vérifications. Il conviendra une ou deux fois de laisser le thermomètre à l'enfant, dans son lit, tandis que vous vous éloignerez ».

Ai-je besoin de dire que la partie était jouée? La fièvre disparut sauf lorsqu'on laissa par deux fois, le fils s'amuser tout seul à éprouver la dilatation des fluides par la chaleur provoquée ; grâce à ses manœuvres expertes, la température atteignit 39° et 39°3 et, reprise sous surveillance peu d'instants après, elle n'était qu'à 37°6 !

Après la mémorable séance, nous devions nous rencontrer de nouveau sans l'enfant, — avec les parents et le confrère. Tout d'abord l'étude de la feuille de température montra que chaque fois que l'on parlait de pratiquer une hémoculture, la température baissait au point qu'on y avait renoncé à deux reprises. Quelle conduite fallait-il tenir en présence de ces anomalies du caractère, de cette tendance pithiatique à la mythomanie et au mensonge ?

Le mobile ? Complexe sans doute où se mêlait à une certaine fierté de donner prise à l'angoisse des proches, le contentement de réaliser un record sans rival d'école buissonnière. Et la mise au point des « caprices » du thermomètre, suivant l'expression maternelle ? Fortuite évidemment pour Jean-Claude, comme elle le fut sans doute pour le premier tire-au-flanc qui découvrit la recette dès le temps des pioupious à pantalon rouge ! On remit la mauvaise graine en serre, c'est-à-dire en classe, et l'ex-patient reprit sa vie habituelle et sans alertes.

Nous avions recommandé le silence absolu en évitant la moindre apparence de sanctions.

Pourquoi donc, me demanderez-vous, n'avais-je pas démasqué ouvertement le maroufleur et dans une belle scène de morale digne de la litho-gravure du temps de M. Pickwick et de la Comtesse de Ségur, née Rostopchine, accablé de reproches sanglants et de sarcasmes, un petit vaurien effondré ? J'ai pensé qu'il était plus salutaire et plus perspicace d'avoir l'air de garder le secret entre le délinquant et moi, par une sorte d'accord tacite.

On pourrait épiloguer indéfiniment sur ce cas. Aurait-on dû pratiquer plus tôt certaines recherches, la réaction à la tuberculine et à la mélitine ? L'énigme n'en aurait pas été résolue plus vite. Sans doute un psychiatre nous apporterait un avis précieux sur le pronostic mental de ce petit client.

Mais ce que j'ai voulu, c'est mettre mes lecteurs en présence de deux grands problèmes de la médecine infantile exceptionnellement conjugués : celui du diagnostic étiologique des affections fébriles à évolution prolongée, et celui, que j'ai abordé dans la 2e série des *Feuillets du Pédiatre*, le dépistage des troubles morbides dus au pithiatisme ou à la plus ou moins consciente simulation (1).

ERRATUM. — *FEUILLET CXXXIII*, p. 970, *col.* 2 : *Une phrase omise a dénaturé le sens de l'avant-dernier* §. Lire : *Quant à plaider en faveur d'un* **syndrome entéro-rénal,** *sans signes du côté intestinal ou urinaire, c'est vouloir résoudre la quadrature du cercle.*

(1) V. *Concours Médical*, nos 11 *bis*, 12 et 13, de 1936.

(1) Le cadre de ces feuillets a été fourni par une observation communiquée en décembre 1935 à la *Société de l'Elysée* et à la *Société Médico-psychologique.*

L'ISOLEMENT, DU MÉDECIN ET DU MALADE, DANS LA PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES

D'après une leçon du Professeur TANON

L'isolement est une pratique médicale fort ancienne, que nous avons non inventée mais perfectionnée. Chez les Hébreux, on chassait hors des camps les individus contagieux, les lépreux par exemple. Sans parler des lazarets institués à Venise, il y eut au temps de François de Sforza des mesures d isolement rigoureuses contre la peste. A Bologne, les malades étaient gardés dans les maisons et on brûlait les objets leur ayant appartenu. Grâce à ces moyens, la ville de Bologne eut 17.000 morts par peste de moins que Naples, à chiffre égal de population.

Vers 1778, en Angleterre et en France, deux médecins, sans s'être concertés, proposèrent la création d'hôpitaux spéciaux pour varioleux. Ils ne furent pas écoutés, car on émit la crainte, en groupant ces malades, de créer chez certains une survariolisation.

Si l'isolement n'est pas une méthode nouvelle, sa technique a été il est vrai perfectionnée de nos jours. Actuellement, il y a lieu de la considérer vis-à-vis du médecin, des infirmiers, de l'entourage , du malade, etc...

Le médecin doit s'« isoler » du malade qu'il soigne, atteint de maladie infectieuse. Pour ce qui le concerne personnellement, en raison de contacts professionnels multiples et répétés avec les germes, le praticien est souvent déjà immunisé à un degré variable. Mais, pour ses autres patients, voire pour lui-même, il doit lors de ses visites prendre certaines mesures d'isolement. Le moyen le plus commode est de revêtir une blouse au moment d'entrer dans la chambre. Beaucoup de familles lui en donneront la possibilité. En examinant le patient, il évitera de se tenir à son contact direct quand cela n'est plus nécessaire. Il évitera aussi d'être en face de lui quand il tousse. En sortant de la chambre, enlever la blouse, se laver les mains, passer ensuite sur les mains, la figure, les cheveux, de l'alcool ou de l'eau de Cologne. Endosser enfin son paletot qui aura été laissé dans l'antichambre en arrivant. Ces précautions, qui « isolent » le médecin, sont destinées à éviter de transporter des germes infectieux d'un sujet à un autre.

On a parlé, pour le praticien, de porter un masque. On l'a essayé, mais il en résulte pour le patient une impression morale peu réconfortante.

Il est des germes infectieux dont on connaît la durée de contagiosité en dehors du malade. En 1892, Sevestre a montré que le germe de la rougeole ne conservait pas sa contagiosité plus de trois heures hors de l'organisme. Il suffit donc au médecin, en pareil cas, surtout s'il circule au grand air, de ne pas aller visiter un autre sujet réceptible, un enfant principalement, avant trois heures, de « s'isoler » en somme durant trois heures.

Ainsi donc, lorsqu'il soigne un contagieux, le praticien doit se mettre en état d'isolement physique, de même qu'il faut, pour bien soigner un malade, s'en isoler moralement. En s'assimilant trop moralement à ce dernier, on est enclin à perdre la maîtrise nécessaire à la direction du traitement. Nous devons conserver, en l'espèce toute notre commisération mais aussi toute notre quiétude : c'est pourquoi le médecin, au cas d'affection sérieuse surtout, n'aime pas soigner sa propre famille.

L'isolement des infirmiers et des soigneurs familiaux relève des mêmes principes : port de la blouse, lavage des mains, etc... Mais, sauf peut-être pour les infirmiers ou infirmières exerçant leur profession depuis *longtemps*, s'il s'agit d'infirmiers de date récente, chez qui l'immunité n'est pas, même partiellement, acquise, il est préférable de recourir à la vaccination.

Pour ce qui concerne l'isolement du malade, il est ou individuel, ou collectif, ou fait à l'hôpital. L'isolement individuel comportera dans les familles un lit spécial, une chambre spéciale, condamnée aux autres membres de la famille, sauf au soigneur. Celui-ci revêtira au moment d'entrer une blouse ou à défaut un vêtement utilisé à cet usage, voire une simple chemise.., si l'on n'a pas autre chose ! Le soigneur lavera ses mains, à la sortie de la chambre, et les baignera dans une solution d'oxycyanure, et se passera sur la figure un peu d'alcool ou d'eau de Cologne. L'eau de Cologne est un excellent désinfectant, pratique, peu coûteux.

Dans une chambre ou une salle, l'isolement du malade pourra se pratiquer suivant la méthode de Milne, vieille méthode utilisée jadis et modernisée. On la réalise avec des draps, ou des rideaux à la mode d'autrefois, ou encore des moustiquaires, entourant le lit, sur lesquels on pulvérise des mélanges d'essences. Quand on reçoit dans une salle d'hôpital un cas contagieux, un choléra sporadique par exemple, à défaut de chambre spéciale, on pourra recourir à cet isolement.

Cette prophylaxie comporte aussi la recherche

et la destruction des mouches et des parasites, vecteurs bien connus de contagion.

En pratiquant l'isolement sous sa surveillance, le praticien peut, s'il le juge préférable, soigner à leur domicile les patients atteints de maladies infectieuses très contagieuses, les varioleux, par exemple. Toutefois, il n'en va plus ainsi quand, du fait d'un isolement insuffisant, le malade menace la santé de ses voisins. A Paris, un arrêté du Préfet de la Seine de 1915, renouvelé en novembre 1919, autorise l'isolement d'urgence à l'hôpital des contagieux offrant un danger pour la santé des voisins. M. Tanon cite l'histoire d'un varioleux soigné à son domicile. Le service sanitaire ne s'y opposa pas. Mais, par isolement imparfait, un premier cas de variole, puis un second, puis un troisième s'étant produit dans le voisinage, il fut décidé de provoquer le transport du malade à l'hôpital, ce qui d'ailleurs fut accepté sans difficulté. Le médecin des services d'hygiène peut avoir à donner son avis, en pareille circonstance.

A l'hôpital, l'isolement est pratiqué dans des pavillons spéciaux (avec cuisines, personnel particuliers pour chaque pavillon), ou dans des salles réservées (à la rougeole, à la scarlatine, etc.) avec parfois des lits isolés pour cas compliqués (rougeole et broncho-pneumonie), ou dans des petites salles de 2, 3 lits, des chambres, des salles de convalescents.

Un moyen d' « isolement » personnel important, pour les personnes appelées à soigner les contagieux est la vaccination (variole, typhoïde, etc...) (1).

(1) Leçon faite à la Faculté (décembre 1935), recueillie par le Docteur P. Lacroix.

INTOXICATIONS ARSENICALES ACCIDENTELLES PAR LES PRODUITS VITICOLES ANTIPARASITAIRES

Par le Docteur Maurice Cadilnac

Le traitement de la vigne par des bouillies arsenicales est la source d'intoxications accidentelles souvent mortelles. D'après leur mécanisme, on peut distinguer :

1° Des intoxications professionnelles chez les ouvriers qui manipulent ou pulvérisent les solutions arsenicales. On les observe dans les conditions suivantes : des traces d'arsenic se déposent sur la face, les mains, les vêtements des ouvriers qui préparent les bouillies arsenicales et de ceux qui font les pulvérisations. L'absorption de ce toxique peut se réaliser si l'ouvrier négligent n'observe pas les règlements en vigueur, masques, blouses et gants lavables, lavage des mains avant tout repas, interdiction de fumer.

2° Des intoxications accidentelles par méprise : du vin étant entreposé dans des récipients ayant contenu des composés arsenicaux. Il faut signaler également la contamination possible de nappes d'eau souterraines.

Ces intoxications se présentent sous trois formes :

1° *Forme aiguë* : choléra arsenical où dominent les troubles digestifs ;

2° *Forme habituelle*, avec sa triade symptomatique de signes digestifs, cutanés, nerveux (polynévrites arsenicales), et qui laisse trop souvent des incapacités permanentes de travail ;

3° *Forme atténuée* qui passe inaperçue si on ne la rattache pas à des cas moins frustes observés en même temps.

Le diagnostic est toujours délicat. Mais, dans nos régions de grande viticulture, le médecin doit toujours soupçonner l'arsenic, en présence d'une intoxication qui ne fait pas sa preuve. Le laboratoire de toxicologie lui apporte d'ailleurs un précieux concours par la recherche de l'arsenic dans les urines puis les cheveux des sujets intoxiqués. Deux procédés doivent être retenus ; la caractérisation de l'arsenic par la méthode de Bougault, et son dosage précis par l'appareil de Marsh.

Ces intoxications pourraient être évitées si le viticulteur connaissait les règlements concernant l'emploi des arsenicaux en agriculture et les appliquait. Malheureusement, ignorance ou insouciance, ces règles sont souvent violées.

Les intoxications accidentelles observées chez des ouvriers agricoles et pour lesquels la ration journalière de vin est partie intégrante du salaire, doivent être considérées comme accidents du travail et bénéficier à ce titre de la loi de 1898.

(*Thèse de Montpellier*, 1935.)

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

LES RÉVÉLATIONS D'UNE MAUVAISE HALEINE

Deux causes fréquentes : une sensibilité particulière de la muqueuse stomacale avec reflux du suc pancréatique ; l'absorption d'ail et d'oignon, de la fumée de tabac, de boissons alcooliques.

LE FŒTOR EX ORE PAR TROUBLES ORGANIQUES

Dans ce paragraphe, pourraient être étudiées des causes de mauvaise haleine, telles que : les maladies des bronches et des poumons (cancer, abcès, gangrène, suppurations diverses) ; les dystrophies nasales ; les affections du pharynx ; les états septiques de la bouche. Nous nous limiterons *aux troubles fonctionnels de l'appareil digestif.*

Phénomène d'intensité variable, la mauvaise haleine consiste en une exhalation *per os*, dont l'odeur dominante, difficile à préciser, éveille l'idée de putréfaction ; bien souvent, elle rappelle les dérivés du soufre.

Le fait que la mauvaise haleine n'incommode les voisins que lorsque le sujet à la bouche ouverte, et plus spécialement lorsqu'il parle, suggère déjà une origine gastrique. Aucun doute n'a d'ailleurs été émis à cet égard ; mais comment prouver cette étiologie, que tout le monde invoque ?

Boldyneff (1) a poursuivi dans e but des recherches cliniques t expérimentales, et il conclut à un déficit dans la fonction gastrique.

Il a tout d'abord examiné l'odeur, que présentent les différentes sécrétions de l'appareil digestif ; il s'est arrêté au *sac pancréatique*, parce que celui-ci, même à l'état frais, rappelle les cas légers de mauvaise haleine et qu'à l'état de décomposition, il arrive à l'odeur des fortes haleines.

Il convenait dès lors de rechercher comment ce suc pouvait refluer dans l'estomac, et aussi les conditions propices à sa décomposition. Or, c'est à jeun que, chez les personnes *souffrant de l'intestin grêle*, reflue dans l'estomac en assez fortes quantités le sac pancréatique, mélangé à la bile et à la sécrétion intestinale ; et cela parce que ce mélange, étant extrêmement irritant pour la muqueuse intestinale au niveau de laquelle il se forme, des contractions violentes en résultent : d'où un reflux vers l'estomac.

Le suc pancréatique peut y séjourner longtemps ; mais il s'y décompose facilement, si la réaction d'un suc gastrique déficient devient alcaline, et favorise ainsi l'attaque des protéines par les germes bactériens.

Pareil mécanisme se reproduirait périodiquement par l'action péristaltique de l'intestin, et, périodiquement, s'accentueraient la décomposition du suc pancréatique ainsi que le dégagement de gaz nauséabons.

Cependant, dès qu'interviennent l'ingestion d'aliments et une sécrétion gastrique, normalement acide, l'alcalinité nocive est détruite ; puis le chyme pénètre dans l'intestin, dont il diminue l'irritabilité, grâce à son acidité. Les conditions normales de la digestion reprennent leur cours, et contrecarrées sont les propriétés irritantes du suc pancréatique, fraîchement sécrété.

Boldyneff rappelle aussi que chez les enfants, une cause de mauvaise haleine peut être recherche dans la présence de vers intestinaux.

Pour traiter cette variété de mauvaise haleine, il convient donc *de lutter contre l'irritabilité intestinale.*

Ce sera avant tout un régime approprié, frugal mais suffisant, que l'on s'efforcera de varier suivant les goûts de chaque sujet.

Dans les cas d'hypoacidité gastrique, avec un suc pancréatique normal, on recommandera avec avantage l'usage de boissons acidulées, telles que du thé au citron, du jus d'orange, etc... Lorsque la situation est plus sévère, on peut recourir aux lavages d'estomac durant plusieurs semaines. Marcel Laemmer utilise les sucs gastriques de porc, pris à la dose d'une cuillerée à café après les repas. Des résultats satisfaisants ont été encore obtenus grâce à l'usage d'acide chlorhydrique et d'eau chaude à petites gorgées deux après les repas de régime.

(1) Analysé in *Presse Médicale*, 22 janvier 1936.

Malheureusement, le trouble qui cause la mauvaise haleine est persistant, et il faut savoir que le moindre écart de régime peut amener une rechute, alors que le symptôme avait disparu, grâce à quelques mesures d'hygiène alimentaire.

***

L'HALEINE VICIÉE PAR L'ABSORPTION DE SUBSTANCES DIVERSES

Laissons de côté les odeurs désagréables, que peut dégager l'haleine à la suite de l'absorption des boissons alcooliques, de celle de différentes substances médicamenteuses. Parmi les condiments, qui entrent dans les préparations culinaires nous n'envisagerons que les alliacés, car ce sont les plus importants.

Howard W. Aggord et Léon A. Greenberg (1) ont établi que l'odeur prise par l'haleine à la suite de l'absorption d'ail ou d'oignon, était due à la présence d'huiles essentielles. Mais il ressort de leurs expériences qu'en introduisant sous la peau, dans les veines, dans l'estomac ou dans l'intestin, des quantités même considérables de ces huiles essentielles, on ne constatait pas de traces, ou des traces insignifiantes, de ces produits dans l'air extirpé. Cependant, les doses administrées à l'animal avaient été énormes, et comparables, par exemple, à l'absorption par un homme de 300 à 400 grammes d'ail.

Selon ces auteurs, et contrairement aux opinions généralement admises, la mauvaise odeur de l'haleine est simplement due à la persistance dans la bouche et le pharynx de petites particules alimentaires.

« Une expérience bien simple paraît le prouver. Si l'on fait mâcher à un sujet de petites quantités d'ail, l'air expiré contient, moins de cinq minutes après, une quantité importante d'huile essentielle. Ce taux commence à décroître au bout d'une heure et cette diminution est très nette après six heures.

« Par contre, si l'on fait absorber la même dose d'ail enfermée dans des capsules, on ne constate ni modification de l'haleine, ni présence d'huiles essentielles dans l'air expiré.

Enfin, si l'on fait mâcher, puis cracher la même quantité d'ail, la bouche étant ensuite rincée à l'eau, la quantité d'huiles contenues dans l'air expiré est absolument identique à celle trouvée lors de la première expérience.

« D'ailleurs, qu'un sujet absorbe deux grammes ou vingt grammes d'oignon, le taux d'huile essentielle observé dans l'haleine est très sensiblement le même ».

Ainsi l'odeur de l'haleine proviendrait de petites particules d'oignon ou d'ail retenues dans la bouche et le pharynx.

Les auteurs ont cherché d'abord à atténuer l'odeur de l'haleine en nettoyant mécaniquement la bouche et les dents, soit avec de l'eau et du savon, soit avec une solution d'alcool à 30 pour 100. Les résultats furent peu satisfaisants.

« Ayant constaté la valeur du chlore dans la destruction des odeurs organiques, et observé qu'une solution diluée de chlore dans de l'eau pouvait faire disparaître une odeur d'ail ou d'oignon imprégnant les mains, ils ont pensé à employer un produit chloré. Ils se sont servi de chloramine au 1 /100e. Après un repas contenant de l'ail ou de l'oignon, ils conseillent de brosser les dents et la langue, et de rincer la bouche avec une solution de 30 centigrammes de chloramine dans 30 c. c. d'eau. Il faut s'attacher à bien rincer la base de la langue et ses papilles, qui retiennent facilement des débris alimentaires. Après ces précautions, on ne décèle plus dans l'haleine aucune odeur désagréable. »

En résumé, l'étiologie de bien des altérations de l'haleine est sans doute de nature analogue à la précédente, et il y aurait lieu d'essayer dans ces cas, le même traitement qui offre l'avantage d'être très simple.

G. FISCHER.

(1) Travail analysé par M. A. RAVINA dans *La Presse Médicale*, 22 janvier 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'anatoxine staphylococcique dans le traitement des affections dues au staphylocoque.

Sur cette intéressante question, MM. G. RAMON, A. BOCAGE, P. MERCIER et R. RICHOU ont fait de nouvelles recherches, et ils exposent que le résultat obtenu à l'heure présente porte sur plus de cinq cents cas de staphylococcies (pour la plupart externes), soumis à l'anatoxithérapie. Plus de trois cents de ces cas ont été traités et suivis par les auteurs eux-mêmes. Tous arrivent à confirmer dès maintenant la valeur pratique de cette méthode thérapeutique. Grâce à l'anastaphylotoxine, et sous la condition qu'elle possède une valeur antigène suffisamment élevée, nous sommes en possession d'un puissant moyen de lutte contre les infections qui relèvent du staphylocoque. Son utilisation sur une plus grande échelle encore permettra de fixer les limites réelles de son efficacité. (*La Presse Médicale*, 1er février 1936.)

Le problème des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire.

MM. A. JACQUELIN et R. SOULIGNAC considèrent la chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire comme une médication active pour qui sait, judicieusement, l'employer.

En l'appliquant aux formes chroniques ulcéreuses où le pneumothorax est impossible ou incomplet, elle donnera au malade un moyen de défense qui n'est pas à dédaigner. Dans les formes aiguës caséeuses, la collapsothérapie reste le traitement de choix, la médication aurique interviendra secondairement pour éviter la bilatéralisation ou favoriser une guérison incomplète.

Ainsi collapsothérapie et chrysothérapie s'adressent à des formes presque opposées ; mais loin de s'exclure, ces deux traitements peuvent et doivent se compléter.

Enfin, les accidents imputés aux sels d'or n'ont ni l'importance, ni la fréquence, ni la gravité décrites dans certaines statistiques, si l'on prend soin, comme on le recommande expressément, d'utiliser la méthode des doses faibles — actives, sans être toxiques — et de ne les appliquer qu'aux malades ayant un bon fonctionnement viscéral, hépatique surtout.

En observant ce dernier point particulièrement, sur plusieurs centaines de traitements auriques pratiqués, les auteurs n'ont eu à déplorer aucun accident sérieux, et, en jugeant impartialement les résultats obtenus, ils ont la conviction d'avoir amélioré beaucoup de malades et d'en avoir aidé un certain nombre à guérir. (*Le Bulletin Médical*, 28 décembre 1935.)

Le diagnostic différentiel des grossesses normales ou pathologiques par la méthode biologique.

Il existe actuellement une méthode — et une seule — *pour poser biologiquement le diagnostic* de la grossesse : c'est la recherche de l'hormone gonadotrope lutéinisante (prolan B), dans les humeurs de la femme supposée enceinte, par injection à des animaux réactifs convenables.

D'après MM. H. et M. HINGLAIS, toutes les autres méthodes, pour intéressantes qu'elles puissent être au point de vue théorique, sont en pratique sans valeur. Les méthodes qualitatives (Zondek-Aschheim), (Brouha, Hinglais, Simonnet), (Friedmann, Brouha), permettent de poser précocement et avec certitude le diagnostic de grossesse en évolution. La recherche de l'hormone dans l'urine est alors suffisante. La méthode quantitative de Brindeau-Hinglais doit être réservée à tous les cas difficiles (œuf mort, môle, étude des suites de môle, etc.). Elle apporte des précisions que la méthode qualitative ne peut pas donner. Elle doit être pratiquée dans le sérum sanguin. On enverra donc au laboratoire 40 c. c. de sang en même temps que de l'urine.

Les prélèvements seront faits de la façon suivante :

Pour l'urine : elle doit être de concentration normale. On la prélèvera donc de préférence le matin à jeun, sans sondage, après une simple toilette. Il en faut une centaine de grammes. Les trois réactions qualitatives seront exigées (2 lapines, 3 souris femelles, 3 souris mâles).

Pour le sang : on le prélèvera sans précautions spéciales, de préférence le matin, mais sans qu'il y ait là une nécessité. On prélèvera 40 c. c de sang environ.

Pour le diagnostic de môle, un seul prélèvement de sang est nécessaire. Pour l'étude des suites de môles, plusieurs analyses successives doivent être faites. Le premier prélèvement sera fait neuf jours après l'expulsion de la môle. Le second, quinze jours environ plus tard. Le troi-

sième à une date fixée par le laboratoire, suivant les résultats obtenus.

Il n'est pas besoin d'ajouter que la valeur des résultats dépend absolument de la compétence et de l'organisation du biologiste. (*La Prat. Méd. Française*, janvier 1936, A et B.)

Artérites des membres inférieurs et glandes endocrines

MM. Racine, Reboul et Oger pensent que l'examen clinique d'un malade atteint d'artérite des membres inférieurs doit toujours comprendre une série de recherches pour préciser l'état du système endocrino-sympathique. Ceci, non seulement dans le but de rechercher la cause exacte d'une artérite des membres inférieurs, quelle soit juvénile, présénile ou sénile, mais encore dans celui de prévoir l'évolution, de porter un pronostic et d'instituer une thérapeutique non seulement symptomatique, mais véritablement causale. (*Journ. de méd. et de chir.*, 25 janvier 1936.)

Technique du traitement de la tuberculose par les sels d'or

Le Professeur E. Leuret essaye, après dix années de recherches, de dégager pour le praticien ce que nous savons actuellement sur cette question. C'est le résultat d'une expérience personnelle répartie sur plus de mille malades à l'aide de différentes techniques.

Au début de la méthode, on employait des injections intraveineuses et des grosses doses, d'où une foule d'accidents, et même parfois une réaction focale avec hémoptysies, évolution maligne et mort. Pour éviter tous ces accidents, qui sont d'ordre manifestement toxiques, beaucoup sont tombés dans le travers opposé et se sont adressés, afin de fuir les doses dangereuses, à des quantités véritablement infinitésimales, dont l'effet thérapeutique s'est montré nul. Ceux-ci sont venus naturellement grossir le camp des sceptiques qui pensent que si la méthode ne fait pas de mal, elle ne paraît pas faire grand bien. En réalité, la sagesse commandait de rechercher une dose de médicament suffisante pour avoir une influence sur l'évolution de la maladie, mais insuffisante pour causer des accidents toxiques. Beaucoup de chercheurs avaient déjà, depuis plusieurs années, abandonné la méthode de l'agression brutale créée par l'injection intraveineuse, et s'étaient adressés aux injections intramusculaires de solution aqueuse ou huileuse, et n'avaient pas tardé à remarquer qu'ainsi la sanocrysine était beaucoup plus facilement tolérée et que la méthode des doses tolérées ou faibles par injections musculaires répétées, dites filées, s'inspirait d'une plus grande prudence et conservait au procédé toute son efficacité.

Voici la technique adoptée au Sanatorium Arnozan : quand un malade tuberculeux a été jugé justiciable de la cure par l'or et le soufre, chaque jour sont injectés 5 centigrammes de sanocrysine en dissolution dans un centimètre cube seulement d'eau distillée. Une quantité plus importante d'eau est absolument inutile ; elle rend, en outre, l'injection douloureuse, une masse de 5 à 10 c. c. d'eau distillée dans le muscle déterminant à elle seule des phénomènes douloureux. Pendant vingt jours consécutifs, la même injection est répétée quotidiennement donnant un total de un gramme de sanocrysine.

Ce traitement d'attaque et d'épreuve permet déjà de juger si le cas va ou non réagir à l'or. En même temps, le malade prend par la bouche une dose de 30 à 50 centigrammes d'hyposulfite de soude et de 50 centigrammes à un gramme de soufre sublimé, sans se préoccuper du léger relâchement intestinal qui peut se produire au début du traitement et qui, loin d'être dû à une diarrhée toxique, est au contraire la signature d'une chasse biliaire, indispensable à la bonne tolérance du médicament.

Après vingt jours, si l'affection semble favorablement influencée par cette première cure d'attaque, celle-ci doit être prolongée, avec ses variantes suivant les cas, et l'injection de 5 centigrammes de sanocrysine peut être faite trois fois par semaine. On ignore encore exactement combien de temps doit être poursuivie une cure d'or favorable : mais les faits cliniques nous apprennent tous les jours que le malade tuberculeux, qui a tiré bénéfice de ce traitement, doit être tenu pendant des mois, peut-être des années, sous le coup d'une imprégnation douce et continue par les sels d'or. La méconnaissance de cette règle est certainement la base de beaucoup d'insuccès. On ne peut encore savoir exactement quels cas de tuberculose, il faut soumettre à la cure par l'or et le soufre. Mais il est certain qu'elle peut aboutir à des résultats favorables dans toutes les formes : surtout les tuberculoses récentes en poussées évolutives, les cas de tuberculose ulcéro-caséeuse en poussée évolutive et bilatérale. Cependant, il existe un léger pourcentage d'intolérances individuelles à l'or, et celles-ci ne se révéleront que par la cure elle-même. Cette cure n'est donc pas dangereuse, et l'on peut affirmer que c'est la seule méthode qui, depuis trente ans, ait marqué un progrès dans la thérapeutique chimique de la tuberculose, mais il faut se soumettre à une technique bien réglée de sa thérapeutique. (*Journn. de méd. de Bordeaux*, 20 janvier 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La fermentation panaire.

(M. MARCHOUX ; 25-2-1936.)

M. Marchoux, pour la fabrication du pain, préfère l'usage des levures à l'emploi des levains. Les levures pressées, dit-il, fournies par les bonnes usines, n'introduisent dans la pâte que le seul ferment favorable à la bonne panification. Toutes les levures pures se valent (levures de grains, levures de mélasses). Elles assurent dans le travail de la boulangerie une sécurité que ne peut donner l'emploi des levains.

La cure gynécologique d'Uriage.

(M. P. SAPPEY.)

M. Sappey a adressé à l'Académie un mémoire sur les résultats de la cure gynécologique d'Uriage (injections intratissulaires associées au traitement thermal).

Pour les salpingites, 88 % de bons résultats, le volume des annexes soignées dépassant toujours celui d'un abricot, d'un œuf ou d'une grosse noix verte. Echec, 12 %. Pour l'ensemble des autres affections gynécologiques, 79 % de bons résultats.

Les échecs ont porté surtout sur les fibromes, les ovarites scléro-kystiques ; les succès sur les pelvipéritonites, les métrites, les troubles glandulaires.

Le paludisme congénital.

(MM. P. DALÉAS et J. LAVERGNE ; 25-2-1936.)

MM. Daléas et Lavergne ont fait à l'hôpital de Huë, une série de travaux sur le paludisme congénital. Ils ont prélevé près de 900 échantillons de sang maternel recueilli immédiatement après l'accouchement et de sang du cordon. Sur ces échantillons, ils ont pratiqué la recherche des hématozoaires, celle de la formule leucocytaire et la réaction de Henry.

Leurs conclusions bouleversent les idées généralement admises sur la fréquence de la transmission du paludisme maternel au fœtus. Le pourcentage des réactions de Henry infantiles positives a été très voisin du pourcentage des réactions positives maternelles et du taux probable de l'impaludation des femmes venant accoucher à la maternité de Huë. Ils en déduisent que l'infection du fœtus en cas de paludisme maternel paraît extrêmement fréquente.

Les accouchées à réaction de Henry positive ou celles dont les enfants ont présenté une réaction de Henry positive dans le cordon n'avaient eu que des accès de fièvre espacés et avaient accouché à terme ou au voisinage du terme d'enfants normalement constitués. On est amené ainsi à admettre que l'infection malarique chronique légère influence peu la grossesse tout en infectant souvent le fœtus.

Le paludisme paraît donc se transmettre de la mère au fœtus pendant la gestation. Les auteurs, toutefois, malgré la grande confiance qu'ils accordent à la réaction de Henry, demandent que leurs travaux soient complétés par des études de contrôle.

Consommation alimentaire du jus de raisin.

(M. Gérard D'EAUBONNE ; 25-2-1936.)

Dans ces dernières années, la consommation des jus de fruits, du jus de raisin principalement s'est notablement développée. Un Congrès des médecins amis du raisin s'est tenu à Paris, en 1934, sous la présidence du Professeur Marcel Labbé. Il s'est constitué d'autre part une Fédération française des stations uvales visant à développer la consommation du jus de raisin non fermenté.

Il importe, toutefois, que ces jus soient préparés dans des conditions convenables. M. Gérard d'Eaubonne, secrétaire général de la Fédération des stations uvales, s'est préoccupé de cette question. Il a soumis à l'analyse du Laboratoire du Service des fraudes divers échantillons de produits prélevés sur le marché en envisageant spécialement la présence de l'alcool et de l'anhydride sulfureux (ce dernier utilisé pour arrêter la fermentation). Sur quinze jus ainsi examinés dix contenaient de 0,03 à 2,07 d'anhydride sulfureux par litre. M. Gérard d'Eaubonne pose la question : pour être consommés largement comme boisson hygiénique, les jus de raisin peuvent-ils contenir de l'anhydride sulfureux et en quelle quantité ?

— M. Marcel LABBÉ rappelle que la loi de 1905 protège le commerce des vins contre l'excès de SO^2 employé pour limiter la fermentation, en admettant un maximum de 450 milligrammes par litre dans le moût de raisin. Or, au cours de la vinification la plus grande partie de ce SO^2 est détruite ou éliminée. Il n'en est pas de même dans le jus de raisin où le SO^2 reste intact. Il est donc nécessaire d'ajouter un paragraphe à la loi de 1905 visant la fabrication du jus de raisin. Il convient que, pour le jus de raisin, le maximum de SO^2 autorisé ne soit pas 450 milligrammes, mais une dose beaucoup moindre que M. Marcel Labbé estime au maximum à 60 milligrammes.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Syndrome infectieux ictéro-polynévritique d'étiologie inconnue.

(MM. Marcel LELONG et Jean BERNARD ; 13-12-1935.)

L'observation présentée est un exemple d'une association clinique exceptionnelle : celle d'une polynévrite survenant au décours d'un ictère. L'ictère eut l'apparence banale d'un ictère infectieux bénin ; par contre, la polynévrite fut caractérisée par la diffusion, presque la généralisation de ses symptômes, et surtout par l'intensité de l'amyotrophie qui l'accompagnait. Une enfant de 14 ans a présenté au décours de la rechute d'un ictère infectieux bénin, une paralysie flasque, symétrique, presque généralisée, n'épargnant que l'extrémité céphalique, s'accompagnant d'une atrophie musculaire impressionnante et à évolution régressive.

Toute hypothèse de poliomyélite aiguë est écartée par les auteurs. Cependant la prédominance des phénomènes aux extrémités des membres, leur caractère symétrique, l'abolition absolue des réflexes tendineux contrastant avec un déficit moteur incomplet, l'existence de troubles sensitifs subjectifs et objectifs, l'absence de troubles sphinctériens, la réponse de l'électro-diagnostic, et enfin l'évolution régressive avec guérison presque complète en un délai qui ne dépasse pas sensiblement trois mois permettent d'affirmer la polynévrite. Cette polynévrite eut une particularité clinique remarquable : l'intensité de l'amyotrophie.

Les auteurs pensent qu'ictère et polynévrite ont été les deux phases d'une seule et même maladie ; cependant l'enquête n'a pas permis de trouver l'agent responsable. Mais si l'étiologie de ce syndrome ictéropolynévritique reste inconnu, un double enseignement se dégage de cette observation, c'est que : un ictère infectieux peut, très exceptionnellement, se compliquer de polynévrite. Un ictère infectieux, même à rechute, et même compliqué de polynévrite, peut ne pas être spirochétosique, du moins au sens spécifique d'Inada et Ido.

Contribution à l'étude de la réaction méningée des formes typiques ictérigènes de la spirochétose.

(MM. P. MOLLARET et J. FERROIR ; 29-11-1935.)

De la comparaison des réactions méningées observées dans deux cas, ressort un premier caractère qui paraît devoir être soulgné : c'est l'indépendance relative entre les signes méningés cliniques et les modifications du liquide céphalo-rachidien. Un second caractère habituel réside dans la prédominance des modifications cytologiques sur les modifications de l'albuminorachie. Il faut enfin noter les perturbations de la réaction du benjoin colloïdal. Enfin les auteurs ont pu établir que dans les formes ictérigènes de la spirochétose les modifications méningées ne reflètent nullement les phénomènes se passant dans le sang comme on aurait pu le croire *a priori.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 *décembre* 1935

Les états pré-hyposystoliques.

M. A. PRUCHE définit la pré-hyposystolie : le cœur dilaté mais avec valeur fonctionnelle normale, parfois même éréthique. Il rappelle la « loi du cœur » de Starling et projette des exemples cliniques de pré-hyposystolie droite et gauche. Il montre la fréquence de ces états pré-hyposystoliques, formes habituelles de transition entre l'eusystolie et l'hyposystolie. Il insiste sur la nécessité de les mettre en évidence (confrontation de l'orthodiagramme et des épreuves dynamiques indispensable) et de les traiter précocement. La digitaline et même l'ouabaïne aggravent la pré-hyposystolie ; cette dernière est justiciable de la radiothérapie sympathique (technique de Gouin et Bienvenue) et de prescriptions, efficaces le plus souvent, ayant pour but de réduire les résistances périphériques.

Fistule entre vessie et côlon sigmoide causée par diverticulite. Guérison. Opération en trois temps.

M. P. LE GAC rapporte l'observation d'une malade qui, après une période fébrile de cause mal déterminée, fit de la fécalurie. Cystoscopie et radiographie montrèrent qu'il s'agissait d'une fistule colo-vésicale par diverticulite. 1° Anus de dérivation sur le transverse, suivie de désinfection du côlon gauche, de la vessie, des bassinets. 2° Laparotomie médiane avec clivage colo-vésical. Fermeture des orifices colique et vésical. Sonde à demeure. 3° Fermeture de l'anus de dérivation. Telles furent les opérations, échelonnées sur une période de six mois. Ici, comme dans toute chirurgie, la multiplicité des temps opératoires, est la seule garantie du succès.

Considérations sur un cas de maladie de Paget longtemps suivi.

MM. C. RŒDERER et GUILLAUMIN rapportent un cas de cette affection : le début par le tibia fut d'évolution extrêmement lente. L'os fut pris à ses deux pôles avec segment moyen intègre. Par contre, une deuxième lésion, fémorale celle-là, fut d'évolution extrêmement rapide. Le sujet avait moins de quarante ans. L'hyperhémie était considérable et la pigmentation du membre foncée comme après des séances poussées d'héliothérapie. Le calcium et les stérols irradiés longtemps continués paraissent avoir donné quelque résultat, mais surtout un traitement par le parahormone coïncida avec une rémission après une poussée aiguë. Calcémie normale, ultérieurement diminuée, phosphatémie très augmentée, phosphatases extrêmement augmentées et particulièrement au moment d'une poussée aiguë.

Séance du 23 novembre 1935

Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large mais esthétique.

M. DUPUY DE FRENELLE est d'avis que lorsque la mammite chronique se manifeste par une induration localisée dans une partie de la glande mammaire il est prudent d'enlever au moins la moitié de la glande dans laquelle siège l'induration organisée en noyau, en plaque ou en bande. Le risque opératoire est infime et cette ablation qui n'est pas obligatoirement disgracieuse diminue le risque de la transformation cancéreuse. L'auteur apporte à l'appui de sa thèse l'observation démonstrative d'une malade atteinte de mammite chronique, opérée dans un premier temps. L'examen microscopique montre : dans la glande, uniquement des lésions de mammite, dans les ganglions d'apparence normale enlevés avec la glande, des métastases cancéreuses. Deux ans après cette opération la malade présente à nouveau une petite tumeur que l'examen histologique a démontré être un épithélioma.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 février 1936

A propos du mécanisme de la formation des adhérences péritonéales.

M. F. MASMONTEIL, à la suite de la communication présentée par M. Raymond Petit sur ce sujet à la dernière séance de la Société, rapporte des observations qu'il a faites au sujet des différences de potentiel de l'intestin et de l'épiploon d'une part, des muscles de l'os et de la graisse d'autre part. Ses observations diffèrent de celles de Raymond Petit, puisque l'intestin a une tension électromotrice supérieure à celle de la graisse. Quant à l'existence d'une électricité statique avec charge positive ou négative, cette notion appelle les plus grandes réserves.

A propos du cancer du col restant après hystérectomie subtotale.

M. THÉVENARD communique huit cas où il a dû réintervenir pour supprimer le col ; deux pour néoplasmes, six pour vieilles métrites glandulaires persistant avec tous leurs inconvénients. L'auteur se déclare partisan de l'hystérectomie totale, particulièrement dans les vieilles infections utéro-annexielles. Il rappelle la technique d'hystérectomie totale de Doyen qui lui semble la plus simple et la plus sûre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 10 janvier 1936

Sur les accidents causés par le rectanol.

M. R. MASSART. — La récente communication de MM. Delort et Chicandard sur deux cas d'occlusion à la suite d'anesthésie de base, concerne des interventions sur l'abdomen. Au cours de 800 interventions orthopédiques, l'auteur n'a jamais observé d'accidents analogues.

A propos de la radiothérapie des tumeurs malignes

M. NEMOURS-AUGUSTE. — Il ne faut pas adresser à la radiothérapie soit des variétés tumorales non sensibles aux radiations, soit des malades au-dessus des ressources des radiations.

La radiothérapie ne peut être un « laissé pour compte » et elle demande à être faite avec une technique à l'heure actuelle bien réglée, un appareillage puissant, une dose suffisante.

La réaction de la peau dite radio-épidermite est bénigne, mais le traitement radiothérapique nécessite une surveillance médicale très serrée.

Résultats de cent cinquante essais systématiques d'extraction intracapsulaires du cristallin cataracté.

MM. H. LAGRANGE et J. TAILLIET exposent les détails d'une technique opératoire très simplifiée et qui leur a donné toute satisfaction.

M. J. SUBILEAU. — Que l'on emploie un procédé ou un autre (ventouse de Barraquer ou pince de différents modèles), l'essentiel est de réaliser l'extraction intracapsulaire du cristallin cataracté, ce qui constitue le plus grand progrès.

Sur un cas de primo-infection tuberculeuse de l'adulte.

M. Maurice COFFIN. — A propos d'une observation de primo-infection tuberculeuse de l'adulte, l'auteur insiste sur la nécessité des contrôles tuberculiniques, sur la valeur de l'examen du larynx ; il souligne les similitudes entre les réactions hilaires de l'enfant et de l'adulte, ainsi que sur une évolution habituellement favorable.

M. G. BLECHMANN insiste sur la fréquence croissante des cuti-réactions négatives chez l'adolescent et l'adulte : nous sommes loin des statistiques d'avant-guerre. Il faut en conclure qu'un certain nombre d'étudiants en médecine et d'élèves infirmières restent menacés des risques d'une primo-infection.

M. Clément SIMON. — Pour M. Lumière, la contagion tuberculeuse n'existe, et encore rarement, que chez le nourrisson et la tuberculose se transmet toujours héréditairement. Les observations et les statistiques de M. Lumière ne laissent pas d'être impressionnantes.

M. André PHILIBERT rappelle que du point de vue expérimental, la question de l'hérédité de graine a été tranchée depuis longtemps par la négative, en particulier par les travaux de Kuss.

M. André MOULONGUET a constaté que dans la classe bourgeoise, chez les enfants entre 5 et 15 ans, la cuti-réaction faite préalablement à l'amygdalectomie, n'est positive que dans cinq pour cent des cas.

M. COFFIN : Sur des points qu'il n'a ni observés lui-même, ni même contrôlés, M. Lumière a édifié toute une théorie. C'est précisément au moment où l'on démontre la réalité des primo-infections tuberculeuses de l'adulte, qu'il en nie le plus obstinément la possibilité. Comment cette constatation serait-elle conciliable avec sa doctrine ?

A propos du traitement chirurgical des diverticules œsophagiens.

M. J. GUISEZ. — Il est de notion classique que l'extirpation d'un diverticule œsophagien guérit toujours les malades des symptômes pénibles qui caractérisent cette affection.

Cette proposition, vraie dans la plus grande proportion des cas, quel que soit le procédé employé (extirpation en un ou deux temps) souffre cependant quelques exceptions que la pathogénie de cette affection explique aisément. Ces diverticules sont dus au spasme de la bouche de l'œsophage qui, refusant de s'ouvrir devant le bol alimentaire, le force à distendre les parois de l'hypopharynx.

L'œsophagoscopie montre bien l'existence de ce spasme qui, dans les cas anciens, se complique de phénomènes inflammatoires et détermine à ce niveau, une véritable sténose organique. Lorsque celle-ci est constituée, l'extirpation seule est insuffisante et il convient, si l'on veut rétablir la déglutition, d'y joindre un véritable traitement de dilatation locale endoscopique.

Quelques remarques sur le rôle du médecin au cours de l'orientation professionnelle.

M. MARTINY. — Le médecin au cours de l'orientation professionnelle doit jouer un rôle prudent et actif. La personnalité de l'enfant à l'âge scolaire est inexistante avant la puberté. La tuberculose doit, chez tous les adolescents, être systématiquement recherchée. Les données biotypologiques doivent, à l'avenir, permettre aux médecins de formuler non seulement les contre-indications, mais encore les indications aux divers métiers. La méconnaissance de cette synthétique de l'individu sain suffit à expliquer l'insuffisance actuelle de l'apport médical à ce problème social de première importance.

La collaboration étroite du médecin avec l'éducateur et les parents est indispensable. La participation du médecin inspecteur ou du médecin spécialisé dans ces questions est de plus en plus à l'ordre du jour

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

12 *décembre* 1935

Furoncles de la lèvre supérieure et radiothérapie.

M. DIDIÉE, à propos de sept cas traités avec succès, souligne l'intérêt de la méthode et en préconise l'emploi systématique, au prix, s'il le faut, d'une évacuation sur un centre spécialisé. Les résultats obtenus sont remarquablement constants même dans les cas les plus graves. Les doses à administrer doivent être faibles (50 à 100 r au maximum) et généralement en une seule séance, l'effet favorable étant le plus souvent obtenu d'emblée.

Deux cas de myélite ascendante à forme suraiguë.

MM. M. TROUBE, L. FERRABOUC et P. MOUTIER ont observé à deux reprises l'évolution en moins de trois jours d'un pareil syndrome. Le type anatomo-clinique était celui d'une poliomyélite antérieure. Dans un des deux cas rapportés, l'affection avait été précédée d'un traumatisme.

Abcès du foie autochtone d'apparence primitive

Se basant sur des considérations d'ordre épidémiologique (malade séjournant depuis plus de deux ans d ans un milieu de marins et de coloniaux) et d'ordre thérapeutique (action favorable de l'émétine), sur l'aspect et la stérilité du pus, MM. BONNET, HUGONOT, GORSSE et PARNET admettent l'origine amibienne, malgré l'absence du parasite dans le pus hépatique et dans les selles. Ils insistent sur la valeur de la ponction exploratrice dans de tels cas où l'association du caractère autochtone et de l'apparence primitive prive le diagnostic de ses éléments habituels.

A propos d'un petit foyer de syphilis.

MM. L. JAME, MAUVAIS et THURON ont observé trois sujets contaminés par la même femme et présentant des lésions primaires d'aspect clinique identique (chancres nains, herpétiformes, multiples, avec adénopathie discrète). Les auteurs discutent l'hypothèse de la variété des races de tréponème.

Une observation de fièvre boutonneuse à début oculaire. Conjonctivite d'inoculation.

M. MONTEL rappelle que dans certains cas la conjonctivite peut être la porte d'entrée du virus contenu dans la tique du chien.

Diagnostic rétrospectif de deux cas probables de typhus endémique bénin, observés chez des soldats.

M. MONTEL rapporte les observations de deux soldats coloniaux, qui en 1928, à leur débarquement à Marseille présentèrent une fièvre exanthématique avec réaction de Weil-Félix tardivement positive non identifiée à l'époque. A la lueur des travaux récents, elle semble bien devoir être rattachée rétrospectivement au typhus endémique bénin.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

P. Lethielleux, Editeur,
10, rue Cassette

Henri Mignon. — **Education psychologique de la jeunesse,** *Règles pratiques.* Un vol. 306 pages. Prix : 15 fr.

Librairie Mollat
15, rue Vital-Carles, Bordeaux.

Leçons du cours de perfectionnement des sage-femmes, faites à la Maternité départementale de Bordeaux (octobre 1932 et 1934), par J. Andérodias, Paul Balard, avec la collaboration de P. Bégouin, R. Boursier, R. Mahon et J. Boisserie-Lacroix, 7e et 8e séries. Un vol. 130 pages, 1936. Prix : 8 francs.

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

A. Ravina. — **L'Année thérapeutique.** *Médications et procédés nouveaux.* Dixième année, 1935. Un vol. 196 pages. Prix : 18 francs.

Maurice Journé et Pierre-Noël Deschamps. — **Manuel de pathologie médicale.** Un volume, 1.702 pages. Broché en deux volumes : 90 francs Relié : 110 francs.

Editions Delmas
6, place Saint-Christoly, Bordeaux

L'hygiène de l'enfant. Causeries par le Docteur Rocaz (de Bordeaux). 1 vol. in-8o de 470 pages.

C'est un livre de vulgarisation, particulièrement destiné aux mères, aux infirmières et, d'une façon générale, à tous ceux qui ont la charge d'élever ou d'éduquer des enfants.

Mais il doit intéresser aussi les médecins parce qu'il constitue un traité complet d'hygiène des enfants, sains ou malades, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, adapté à la vie sociale et aux mœurs actuelles, et, pour cette raison, différant des nombreux ouvrages du même genre parus antérieurement.

Voici les titres de chacune de ces causeries :

Première partie : Le droit de l'enfant au lait maternel. — L'allaitement maternel. — L'allaitement au lait de vache. — Les laits modifiés. — Le sevrage. — La vaccination. — Alimentation des grands enfants. — Le rôle des vitamines dans l'alimentation des enfants. — Les dents. — L'appétit chez les enfants. — La croissance. — L'hérédité. — Le sommeil de l'enfant. — Hygiène de la peau. — L'enfant et le froid. — L'enfant et la chaleur. — L'enfant et la lumière. — Les exercices physiques chez l'enfant. — Le surmenage scolaire. — L'enfant en voyage. — L'enfant à la mer. — L'enfant à la montagne. — L'enfant et les animaux domestiques. — L'enfant et l'alcool. — Le nez et les oreilles des enfants. — Les yeux des enfants. — La marche des enfants. — La colonne vertébrale des jeunes filles.

Deuxième partie : L'enfant malade, sa mère et son médecin. — L'enfant et les vers. — Les enfants qui toussent. — Les enfants qui vomissent. — Les diarrhées des nourrissons. — Les enfants constipés. — Les fièvres éruptives. — La coqueluche. — La diphtérie. — Comment préserver les enfants de la fièvre typhoïde. — L'enfant et la tuberculose. — Les enfants rachitiques. — Le mal de tête chez l'enfant. — Les enfants maigres. — Les enfants nerveux. — Les convulsions.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27, Paris (VIe)

Docteur René Fau, chef de clinique à la Faculté. **Régimes.** Un vol. in-16, 110 pages : 12 francs.

Paru dans la Collection des *Petits Précis* où la clarté et la concision sont la règle, le nouveau livre de « régimes » de M. Fau est avant tout un ouvrage pratique, par son format d'abord, par sa conception ensuite.

Impossible évidemment de donner une liste complète de régimes, variables avec chaque individu ; mais la prescription d'un régime doit obéir à des règles générales. Il doit être simple, pas de complications de pesées, de calculs de calories ; il sera alors facilement applicable, donc efficace — le malade le suivra. La ration journalière doit être suffisante, ni trop, ni trop peu. La courbe de poids du malade reste le meilleur contrôle.

La clarté de la prescription joue aussi un grand rôle dans l'efficacité ; non seulement défendre, mais indiquer certains aliments et la manière de les faire cuire. Tels sont les principes qui ont guidé M. le Docteur Fau.

L'auteur a donné à chaque régime la forme d'une ordonnance conçue sur un plan invariable.

1o Règles générales de diététique ;

2o Aliments permis, aliments défendus, aliments tolérés ou soumis à la pesée. Boissons ;

3o Type de menu pour 24 heures, qualitatif, quantitatif et horaire ;

4o Règles générales d'hygiène.

L'ouvrage se termine par un tableau des aliments classés suivant leur richesse — en graisse, matières azotées, glucides et une liste saisonnière des légumes. — D'un format de poche ce livre sera d'une grande utilité au médecin dans sa clientèle.

Les Thèses

P. — Dr J. Chédru. — **L'ostéoporose post-traumatique du scaphoïde carpien.** (Thèse 1935.)

L'ostéoporose post-traumatique du scaphoïde carpien (maladie de Köhler-Mouchet) est une complication assez fréquente des fractures du scaphoïde. Comme cette fracture, elle se rencontre souvent chez les gymnastes. Elle succède en général à une fracture méconnue.

Elle est presque toujours une découverte de radiographie, qu'il s'agisse d'un blessé récent qui continue à souffrir, ou d'un blessé ancien qui présente un tableau d'ostéo-arthrite du poignet.

On peut espérer l'éviter par l'immobilisation précoce. Lorsqu'elle est constituée, après essai des traitements physiothérapiques et recalcifiants, on est souvent amené à pratiquer l'extirpation totale ou partielle du scaphoïde. Cette opération est formellement indiquée dans tous les cas où l'un des fragments est luxé. Mais dans les formes très douloureuses, l'os étant solidement fixé, on pourrait tenter la sympathectomie péri-humérale ou le forage avant l'énucléation.

Avec l'affection analogue du semi-lunaire (maladie de Kienbock) elle forme un groupe pathologique : les ostéoporoses post-traumatiques du carpe, comparables à la maladie de Kummel-Verneuil et dont la pathogénie demeure assez obscure. Il semble cependant que fracture de l'os et troubles vaso-moteurs de la région soient nécessaires pour les déterminer.

P.-Dr D. Dvoirin. — **Le syndrome immédiat (Crise vaso-motrice post-prandiale).** (Thèse 1935.)

Il existe un syndrome clinique, caractérisé par son apparition brusque aussitôt après l'ingestion des aliments, et qu'on peut appeler syndrome immédiat.

Ce syndrome est constitué par : l'érythrose faciale, la distension douloureuse épigastrique, la somnolence, l'éréthisme cardio-vasculaire et l'oppression thoracique.

Ce syndrome est en rapport avec une crise vasomotrice et exprime une perturbation du système neuro-végétatif, surtout dans le domaine du sympathique.

Il peut être considéré soit comme l'expression d'une dystonie neuro-végétative, soit comme un phénomène de choc.

Il est justifiable, du point de vue thérapeutique, soit de la peptonothérapie, soit surtout des sédatifs nerveux et plus particulièrement des sédatifs neuro-végétatifs (ésérine).

P. — Dr L. Riveron. — **A propos du cancer de la prostate.** (Thèse 1935.)

La fréquence du cancer prostatique par rapport à l'adénome est bien établie (15 %). Mais ce qu'on ne sait pas assez c'est la fréquence par rapport aux autres cancers de l'homme. Ce serait après 50 ans le plus fréquent de tous, représentant 15 % du chiffre global des cancers.

On peut au point de vue anatomo-pathologique poser la question du cancer vrai opposé au cancer développé sur l'adénome.

Le cancer se développerait toujours sur du tissu prostatique en voie d'atrophie sénile, en voie de régression. Son point de départ se ferait dans la partie postérieure des lobes le plus souvent, bien différent du point de départ sous-cervical de l'adénome.

Au début, il n'y aurait entre le cancer et l'adénome, que des rapports de contiguïté.

Au point de vue clinique il faut insister sur le jeune âge relatif des cancéreux, l'aggravation rapide des signes urinaires, la lenteur de l'évolution.

Diagnostic. — Il est de toute nécessité de pouvoir établir la preuve scientifique en présence d'une prostate que la clinique suppose cancéreuse.

Actuellement l'urologiste a, à sa disposition, la biopsie par ponction dont il semble que l'usage gagnerait à être répandu en France. On peut espérer dans l'avenir une réaction d'ordre sérologique ou hormonale.

Traitement. — Tant que l'on ne pourra obtenir que le malade consulte ou soit adressé d'une façon précoce à l'urologiste, tant que la preuve scientifique sera difficile à établir, le traitement restera palliatif — agents physiques — et difficile à interpréter dans ses résultats.

Le cancer évolue dans la majorité des cas lentement, mais très vite il est au delà des ressources de la chirurgie.

Il semble prouvé cependant que la prostatectomie radicale précoce sur des cas très au début peut donner un pourcentage très important de guérisons confimées plus de cinq ans sans récidive.

Une nouvelle orientation dans ce sens serait désirable.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE MÉDECIN DE 1925 ET LA MÉDECINE DE 1935

Il y a dix ans (les vieux lecteurs s'en souviennent peut-être) avait été institué en ce journal un concours sur le sujet suivant :

Quelle idée vous faites-vous de l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935 ?

Quelles répercussions peut-on prévoir sur l'une et sur l'autre de la législation relative à la médecine sociale en général et aux Assurances sociales en particulier ?

Le sujet proposé m'ayant intéressé je pris part à ce concours et le jury d'alors voulut bien distinguer mon travail.

Ces jours-ci des amis m'ont dit « Voilà 1935 mort et enterré. Si vous confrontiez maintenant ce qui est avec ce qui, d'après vous, devait être? »

Je suis donc allé rechercher, dans le tiroir où elles gisaient, ces pages anciennes. Elles sont d'une fougue provocante et datentvisiblement d'un âge où l'on est enchanté de scandaliser son prochain. Plus que les talents diplomatiques de l'auteur, elles font éclater le véritable libéralisme de ceux qui dirigeaient alors le *Concours* et qui ne craignirent pas de les publier. De ceux-là l'un est mort, mais l'autre nous reste pour maintenir la tradition. Belle tradition pour un journal !

En 1935, disais-je, le médecin dit « de famille » finira de disparaître, car nous sommes désormais des « mouvants », des agités qui n'ont plus de maison familiale, naissant ici, se mariant là, s'établissant ailleurs et mourant où ils peuvent. Et puis aussi à cause des spécialistes qui, aux yeux du public, minimisent la médecine une et indivisible d'autrefois en de toutes petites cases.

Le praticien de médecine générale ne sera plus guère qu'un « trieur », débrouillant le malade, l'aiguillant vers les spécialistes requis, recueillant les constats pour les interpréter et conclure. Pour rendre aisés et pratiques ces diagnostics fractionnés, force sera de créer des centres de diagnostic, rassemblant en un même lieu les diverses techniques de recherches.

S'il est vrai, et je le crois (et persiste à le croire en 1936), que le XX^e siècle doit être le siècle de la médecine préventive, il faudra que ces centres de diagnostic se consacrent aussi aux examens systématiques de santé et au dépistage précoce des maladies. Ces examens systématiques de santé sont aisément réalisables chez les enfants des écoles, les conscrits, les soldats. Restera à les organiser pour les adultes.

A ces centres de diagnostic devra se joindre un centre d'hospitalisation pourvu d'un matériel de transport automobile et aérien. Car il est tout aussi étrange et inhumain de soigner à domicile une typhoïde, une septicémie, une méningite ou d'y accoucher une femme que d'y opérer une occlusion ou une grossesse extra-utérine.

Changement complet dans la vie du médecin. Les malades graves sont rassemblés en un ou deux établissements où ils reçoivent ses soins ; les malades de consultation peuvent aussi venir l'y trouver. Une bonne partie de sa journée se passe ainsi, à plein rendement, à l'hôpital. Pour les indispositions légères, les petits blessés, il fait sa tournée *coutumière* mais sans hâte, *sans* affolement. Un service de garde cantonal fonctionne la nuit et les jours fériés.

Connectée avec cette organisation, une autre se révèle aussitôt indispensable : celle du carnet médical, la « carte d'identité médicale », propriété personnelle de chaque sujet, et où se trouvent notés tous les actes médicaux dont il a été l'occasion, depuis la naissance et les vaccinations, jusqu'au diagnostic terminal. Ce sera, ce carnet, le nouveau médecin de famille, précis, complet et de mémoire fidèle. Et ce sera aussi l'examinateur pré-nuptial tout trouvé. Le secret ? Il est, comme le carnet lui-même, entre les mains du malade qui en fait ce qu'il veut mais qui, en certains cas, se dénoncera lui-même en refusant de le communiquer. Le secret de certaines maladies réputées terribles et qu'on a coutume de cacher à qui en est atteint ? Aujourd'hui ne dit-on pas tout au malade ? Qu'il est tuberculeux et crache des bacilles, même qu'il est cancéreux chaque fois qu'on parle de radium ou qu'on l'adresse à Paul-Brousse ?

La médecine de demain sera scientifique ; celle d'après-demain sera industrielle. Déjà sont industrialisés les Wassermann faits en séries au laboratoire, les traitements physiques appliqués par des sous-ordres sur les données du médecin. Ce sera une nécessité car la médecine coûte cher, et de plus en plus cher. C'est cette question de prix qui fait le lit de la médecine sociale.

Quels sont l'ouvrier ou le petit employé de ville, le petit cultivateur à la campagne qui peuvent faire les frais d'une tuberculose pulmonaire ou rénale survenant chez leurs proches, et à plus forte raison chez eux-mêmes ? Quels sont ceux qui peuvent même subvenir aux frais d'une syphilis primaire soignée suivant les canons officiels pendant quatre ou cinq ans. (Or, ces jours

derniers, je lisais dans une brochure du Docteur Vernes que le prix de revient moyen d'un malade à l'Institut prophylactique s'élève en tout et pour tout à 150 francs). C'est pour décharger l'individu d'un fardeau sous lequel il succomberait et qu'il serait donc forcé d'abandonner, c'est donc, en définitive, pour faire de la récupération humaine en nos pays à faible natalité que l'Etat subventionne tant d'œuvres d'assistance publique ou privée et qu'il se prépare à mettre en branle le vaste mécanisme des Assurances sociales.

Si la médecine doit se faire industrielle, le médecin est destiné à devenir fonctionnaire. Fonctionnaire, c'est-à-dire pourvu d'un traitement fixe et d'une besogne délimitée dans le temps et dans l'espace. Pour les spécialistes des centres de diagnostic et de traitement : aucune difficulté. Pour les praticiens de médecine générale, assimilation de la médecine à l'hygiène dans son fonctionnement actuel ; un praticien veille thérapeutiquement comme l'hygiéniste sanitairement sur un secteur déterminé. A l'intérieur de ce secteur, il est investi de droits (parfois coercitifs au nom du bien public) et de devoirs. Il serait indigne des médecins de se laisser réduire à l'état de fonctionnaires « comme les autres », je veux dire ces êtres timorés, préoccupés surtout de ménager et leurs peines et leur avancement, rouages inconsistants d'un vaste organisme et guère plus dignes d'être considérés que les ouvriers encastrés dans la chaîne de Ford.

Je revendique pour les médecins d'être des fonctionnaires « responsables et intéressés ». Responsables d'abord, comme ils le sont déjà, vis-à-vis de leur conscience, vis-à-vis de leurs clients ; ensuite vis-à-vis de Commissions de surveillance qui connaîtraient des conflits entre malades et médecins, entre médecins et médecins, qui signaleraient l'éclosion et les courants de propagation des épidémies, annonceraient les nouveautés en diagnostic et thérapeutique, centraliseraient les statistiques, prendraient des décisions concernant la sauvegarde publique et le bien de la profession.

Intéressés aussi ; oui ! dans les bénéfices. Des bénéfices ne se chiffrant pas en francs, mais en jours de morbidité, en taux de mortalité. En travaillant à éteindre *un* foyer d'épidémie le médecin de secteur travaillerait dans son propre intérêt : Conjurer une période harassante et angoissante comme nous en connaissons en temps de grippe.

En somme, la médecine ne sera préventive, efficiente, féconde que sous la forme d'un service public. Et telle je la conçois en 1935 ou..... un peu plus tard.

***

Ainsi vaticinais-je, il y a dix ans ; ainsi proférais-je d'horribles blasphèmes qui ont dû faire grincer les dents à plus d'un lecteur. Et aujourd'hui encore, je m'attends à recevoir des purs servants de la tradition de vertes semonces. Ma foi tant pis ! à quelques mots près.

Mais je ne renie pas ce que j'écrivis autrefois. L'évolution de la pratique médicale, si elle n'a encore rien réalisé de ces prévisions, n'en a pas moins suivi l'orientation indiquée. Toutes ces dernières années beaucoup d'encre a coulé dans les revues professionnelles sur feu le médecin de famille, les centres de diagnostic, la floraison des dispensaires, la cherté de la médecine, la fonctionnarisation, l'examen pré-nuptial. Quant au carnet médical, il a fait l'objet d'un concours proposé par la Société médicale des hôpitaux de Paris pour le prix Legendre, et divers modèles circulent déjà dont un édité par la Confédération des Syndicats médicaux.

Il est simplement deux points sur lesquels je reviendrai pour quelques réflexions nouvelles.

Tout d'abord ces Commissions de surveillance dont je demandais l'institution et que je concevais pourvues d'un rôle assez vaste engloberaient le fameux Ordre, fruit probablement fade d'une longue gestation parlementaire. Elles se rapprocheraient même singulièrement de la « corporation sanitaire » qui figure l'Eden de certains doctrinaires. Et je ne suis pas fâché d'en faire la remarque à ce lecteur-journaliste qui, l'autre jour, me décochait quelques brocards parce que j'avais évoqué la tyrannie des anciennes corporations et me reprochait de n'avoir guère réfléchi avant de prendre la plume. Il est vrai que, pour certains, le principal mérite des anciennes corporations c'est 'davoir vécu sous l'ancien régime et qu'un peu de tyrannie n'est pas pour leur faire peur ; au contraire ! Affaire de goûts.

Je reviendrai aussi, pour le rayer, sur ce mot à effet : médecine industrielle, et sur le rôle dévolu au praticien de médecine générale : débrouiller son malade, l'orienter vers les diverses techniques nécessaires, rassembler les fiches de celles-ci et conclure. En 1926, époque de rationnalisation et de mécanisme, ce rôle pouvait paraître assez humble ; et je ne serais pas étonné que mon imagination, déréglée par le culte de la machine qui fleurissait alors sans conteste, l'eût conçu comme à peu de choses près analogue au travail de l'homme qui tape sur quelques touches de la machine à calculer et reçoit placidement le résultat de la mystérieuse opération.

En ce cas, à dix ans de distance, je me donne à moi-même un total et solennel démenti. Car ce travail de triage, d'orientation et d'interprétation des divers constats techniques m'apparaît aujourd'hui comme une partie seulement, et de beaucoup la moins importante, de l'œuvre médicale. Il n'est pas vrai qu'une série d'ana-

lyses humorales et de clichés radiographiques, qu'une ribambelle de numérations et de mesures suffisent à dépouiller l'état biologique d'un être humain. Car si loin qu'on aille dans l'étude de la matière vivante, il y a toujours (du moins y a-t-il eu toujours *jusqu'ici*), l'irréductible énigme de la vie pour nous arrêter. Et derrière, nous savons que s'étendent les immensités inexplorées de l'hérédité, des acquits sensoriels, de la mémoire, de l'individualité enfin.

Il semble que ç'ait été la tâche des quelques derniers mois de nous remémorer ces grandes vérités que notre orgueil de manipulateurs d'éprouvettes et de manettes s'accommodait assez de rejeter dans l'ombre. Quelques hommes ont pris à tâche de nous rabattre le caquet. Tant mieux ! nous devenions insupportables de vantardise, et grotesques par notre immense confiance dans nos toutes petites connaissances.

« L'Homme, cet inconnu », a proféré Carrel avec la souveraine autorité qui s'attache à son nom. Notre biologie ne connaît pas grand'chose de l'homme, et notre pathologie pas davantage. L'on peut même dire avec assurance qu'elle en connaît moins encore, car la pathologie, c'est le récit des conflits d'un organisme vivant avec d'autres organismes vivants. Lesquels, pour infimes qu'ils soient comparablement au nôtre, n'en sont probablement pas moins complexes.

Nous avons répété sur tous les tons « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». Et néanmoins nous avons, surtout en ces dernières années, pensé, étudié, agi sur des schémas de maladies, chaque cas particulier n'ayant à nos yeux que la valeur d'une unité ajoutée à la statistique. « Une pneumonie typique, un bel érythème noueux » disions-nous pour résumer nos impressions sur un malade. Sans prendre garde que nous parlions ainsi un langage d'écoliers qui viennent de chercher studieusement les signes appris dans les livres et que la plus noble besogne du médecin restait à faire ; à savoir envisager le malade dans son être propre, le séparer de l'élément morbide avec lequel il se trouve en conflit, faire son bilan physiologique intellectuel, moral, et ne se hasarder qu'ensuite à proposer un pronostic et un traitement.

Aujourd'hui, en 1936, au rebours de ce que je croyais, il y a dix ans, c'est ainsi que m'apparaît le rôle du praticien de médecine générale. Au lieu du modeste employé bien occupé à classer ses fiches, je salue en lui le chef d'armée qui délègue à telle besogne de sa compétence chacun de ses officiers d'état-major, mais qui garde par devers lui la pensée unitive et le thème de l'action. Il n'est plus aujourd'hui d'épreuve technique qui soit en droit de jouer les « Mane, Thecel, Pharès » ; plus elles se montraient naguère péremptoires et arrogantes de certitude, plus profonde a été leur chute. Il suffira de rappeler les règles des taux d'urée sanguine, déboulonnées de leur situation de dogmes et ramenées à celle, plus modeste, d'indications. Vous me montrez un film de radio et, au milieu d'un poumon, une image circulaire ? et vous m'apportez d'autre part un protocole d'examen de crachats avec le signe +. Et vous estimez que tout est dit et qu'il n'y a plus qu'à conclure « tuberculose cavitaire » ? Je vous répondrai : Pardon, dites plutôt cet homme a *probablement* une perte de substance dans son poumon, et crache des bacilles acido-résistants. Il faut maintenant voir comment se comportent ces adversaires affrontés et d'abord s'ils sont vraiment adversaires ou bien commensaux. Hélas ! nous ne savons guère dévisager un microbe, lire son caractère particulier, voir s'il est débile ou ardent, enflammé par la victoire ou disposé à l'armistice, s'il est d'une race prolifique ou appauvrie. Et déjà toute une face du problème nous échappe. Quant à notre sujet, voyons si cette caverne est véritablement son front de bataille, ou si le drame se passe ailleurs. Dites-moi aussi, s'il est riche ou pauvre, s'il pense ou s'il se contente de digérer, s'il est optimiste ou mélancolique, s'il abdique ou s'il ne consent pas à être malade, s'il est l'aîné de sa famille et s'il a chance d'avoir été procréé avec un peu d'amour, s'il vend de la moutarde ou s'il écrit des symphonies. Dites-moi toutes ces choses, et d'autres encore qui vous font hausser les épaules. Et, en vérité, nous en saurons davantage sur lui, son statut actuel et ses possibilités d'avenir que si nous nous sommes affublés de cinquante clichés et diagrammes. Car, quoi qu'il y paraisse, l'esprit mène notre monde, intérieur comme extérieur.

Confrères, mes amis, vous me direz que c'est justement cette connaissance individuelle de son malade que possédait le médecin de famille et qu'il eût suffi de maintenir à celui-ci ses anciennes prérogatives. Nous ne pouvons rien à l'évolution constatée ; elle procède de tout un mouvement d'ensemble que nous ne saurions pas plus enrayer que tels phénomènes économiques. Préparons-nous seulement, médecins de médecine générale, à prendre le commandement, à remettre à leur vraie place, utile mais modeste, les petites notations fragmentaires dont l'allure absolue nous avait tant impressionnés ; ne résignons plus notre rôle entre les mains de qui que ce soit. Les instruments ni les réactifs ne peuvent penser pour nous. Réduisons-les en esclavage, eux qui prétendaient nous dicter leurs arrêts.

Notre lot, à nous, médecins c'est de défendre un homme, un homme à la fois. Et, pour cela, il nous faut connaître notre dossier à fond.

On n'a encore rien trouvé de mieux qu'un homme pour comprendre un autre homme.

G. Lavalée.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Responsabilité professionnelle. Fracture. Appareil plâtré. Amputation

Le Sou Médical vient de remporter un nouveau succès, en soutenant un procès jusque devant la Cour de cassation.

Il s'agissait d'un malade qui se fractura la jambe : fracture de Dupuytren, avec lésion de l'astragale. On fit appel à plusieurs médecins. Le premier arrivé opéra de suite une réduction et appliqua un appareil plâtré. Puis il conseilla de faire appel au praticien le plus rapproché (cela se passait en pleine campagne), pour que le malade soit surveillé, à charge de prévenir si des événements anormaux se produisaient avant une date fixée, pour l'enlèvement du plâtre.

Le malade se refusa à toute radiographie, parce qu'il fallait se rendre à la ville voisine. Il refusa également de se laisser transporter dans un hôpital, où il eût été radiographié, plâtré, surveillé et traité.

Le second praticien surveilla de temps à autre. Vers la fin du temps fixé pour le déplâtrage, il fut averti qu'une odeur nauséabonde s'échappait du plâtre. Il fit alors prévenir le premier praticien, aida à l'enlèvement du plâtre, ce qui fit apparaître une large escharre talonière et au niveau de la région astragalienne.

Transport du blessé à l'hôpital. La radio montre une fracture de l'astragale. Il fallut amputer.

Assignation des deux praticiens en responsabilité professionnelle. Au cours du procès devant le Tribunal civil du Havre (20 janvier 1928), les avocats des deux médecins se rejetèrent mutuellement le poids de la faute. L'un soutenait que son client avait correctement placé l'appareil et qu'il appartenait au second praticien de surveiller si une escharre ne se produisait pas, pour pouvoir prévenir celui qui avait eu la charge de la pose du plâtre.

Le second soutenait au contraire que le rôle de son client consistait en une simple surveillance et qu'il agissait plus en infirmier qu'en médecin, puisqu'il n'avait pas la charge de la conduite du traitement.

Bref, le Tribunal condamna les deux praticiens à 80.000 francs de dommages-intérêts, en s'appuyant surtout sur le rapport du médecin expert. Celui-ci reprochait aux médecins de campagne d'avoir réduit et contenu une fracture grave, par des procédés de fortune, sans avoir eu recours au contrôle de la radiographie, alors qu'une fracture de Dupuytren nécessite la science d'un chirurgien.

Le Sou Médical fit interjeter appel et me pria d'assister à la nouvelle expertise, que la Cour de Rouen ordonna.

J'eus tout d'abord à prier les deux avocats de cesser leur lutte primitive, mais au contraire d'unir leurs efforts, pour innocenter les deux médecins. Puis, devant les experts, j'eus à faire avouer au blessé qu'il s'était refusé d'aller à l'hôpital, comme le lui avait conseillé le premier médecin, et qu'il avait également refusé de se laisser transporter à la ville, pour se faire radiographier.

Après quoi, nous eûmes à discuter du cas pathologique lui-même, en démontrant qu'une fracture de l'astragale, jointe à une fracture de Dupuytren, entraîne souvent soit l'astragalectomie, soit même l'amputation, d'autant que le malade était diabétique et albuminurique. Par suite, ce n'étaient pas les médecins, qui étaient coupables de la production de l'escharre, puis de l'amputation, mais bien l'affection elle-même, compliquée par une diathèse.

Enfin, si même on n'avait procédé qu'à une simple astragalectomie, le blessé ne marcherait que difficilement avec une canne, alors qu'avec une jambe artificielle, il pouvait se mouvoir très aisément sans canne, ni béquille.

La Cour d'appel de Rouen suivit l'opinion des experts et, par arrêt du 13 novembre 1930, déchargea les médecins de toute responsabilité et débouta le plaignant de ses prétentions.

Pourvoi en Cassation, formé par notre adversaire. Par arrêt du 17 décembre 1935, la Chambre civile vient de nous donner définitivement gain de cause : « L'arrêt qui refuse de faire droit à la « demande en dommages intérêts exercée contre « des médecins par la victime d'un accident, en « raison de fautes, qu'ils auraient commises dans « le traitement de la fracture dont elle était « atteinte, fracture qui, à la suite de complica- « tions résultant de la survenance d'une escharre « sous l'appareil plâtré, avait finalement entraîné « l'amputation du membre blessé, est légale- « ment justifié par le motif que rien ne permet « d'affirmer que les actes ou omissions imputés à « faute aux défendeurs aient été la cause de l'es- « charre, en sorte que le demandeur n'a pas fait « la preuve de la relation de cause à effet entre « les fautes alléguées et son état d'invalidité ».

En guise de commentaire, je dois rappeler à mes confrères qu'ils sont responsables des fautes caractérisées qu'ils peuvent commettre dans l'exercice de leur profession. Or, la jurisprudence retient comme une faute le fait de ne pas avoir recours à la radiographie, non seulement pour diagnostiquer exactement les fractures, ou luxations, mais aussi pour vérifier la rectitude de la

coaptation des fragments osseux, mis sous plâtre.

Pour éviter à leurs clients des dépenses, qu'ils jugent inutiles, bien des médecins hésitent à faire procéder à une radio, lorsque l'examen clinique montre, en toute évidence, la nature des lésions. Mais, si la *restitutio ad integrum* n'est pas complète, ledit client n'hésitera pas à reprocher au médecin l'absence de radiographie, et, pour cette omission, réclamera des dommages intérêts.

Aussi, confrères, songez donc un peu plus à votre tranquillité future et un peu moins à une économie à faire faire à un client, qui ne vous en saura aucun gré, bien au contraire. Faites radiographier et, si le malade se refuse à cet examen, renoncez à continuer à donner vos soins.

En second lieu, la spécialisation à outrance, qui sévit dans notre profession, conduit des chirurgiens de carrière à considérer que, devant une fracture grave, le praticien de médecine générale n'est pas qualifié pour faire une réduction et appliquer un appareil de contention. Il faut l'hôpital, ou la maison de santé, la radiographie, l'anesthésie générale et la mise en plâtre par des médecins idoines.

Sinon, s'il se produit plus tard un cal vicieux, un raccourcissement, ou une pseudarthrose, qui nécessite une intervention sanglante, le patient n'hésitera pas à reprocher au praticien l'absence de radiographie et la prise en charge, d'un traitement, lequel, à son dire, relevait d'un chirurgien éprouvé.

Que de fois, ne dois-je pas assister à des expertises, au cours desquelles je défends un membre du Sou auquel j'entends faire des reproches, qui démontrent qu'à l'heure actuelle, la seule clinique n'est plus suffisante, aux yeux des malades et des magistrats, pour établir un diagnostic et imposer un traitement. La vulgarisation de la science conduit nos malades à croire, sur la foi des articles de journaux, que la radiographie et le laboratoire sont seuls capables de faire aboutir à un diagnostic exact et précis. La simple clinique disparaît progressivement, comme importance, alors que beaucoup s'imaginent que la science médicale repose sur des directives aussi précises que celles des mathématiques.

Aussi, pour vous préserver de tout ennui, n'hésitez pas, mes chers confrères, à recourir à des consultations entre praticiens et à des examens spéciaux : certes, le *maladie paiera plus cher*, mais plus tard, il ne pourra pas vous poursuivre devant les Tribunaux pour prétendue faute ou négligence.

Assurément, il faudra au plaignant faire la preuve qu'il y a faute, puis relation de cause à effet entre cette faute et le mauvais résultat des soins prodigués. Mais, pendant toute la durée du procès, le médecin sera terriblement ennuyé, non pas tant pour sa défense, qui incombe au Sou, mais pour tout le bruit fait autour de l'affaire. Les temps sont bien changés.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Cotisation syndicale en vue du contrôle technique

Un médecin stomatologiste est invité par le « délégué aux affaires judiciaires » du Syndicat des chirurgiens-dentistes de son département d'avoir à verser les cotisations 1934 et 1935, réclamées par ce Syndicat à tous les praticiens qui exercent la profession de dentiste, en vue de couvrir, par avance, les frais du contrôle technique, pour les Assurances sociales.

Le stomatologiste fait partie du Syndicat des médecins du département, mais n'a jamais adhéré au Syndicat des chirurgiens-dentistes. Il nous demande, en conséquence, s'il doit payer cette cotisation qu'on lui réclame. Cette dernière est-elle justifiée, même au regard des membres du Syndicat ?

Au surplus, notre confrère s'étonne de savoir que les actes thérapeutiques et cliniques, qu'il prodigue à ses malades, pourraient être contrôlés par un chirurgien-dentiste, dont le diplôme est inférieur à celui de docteur en médecine. Il nous pose même la question pour savoir si, par analogie, on pourrait confier le contrôle des accouchements à un Syndicat de sages-femmes, alors que les soins obstétricaux auraient été donnés par un docteur en médecine.

Le problème du droit médical doit être envisagé sous deux angles :

1° du point de vue de la *législation sur les Assurances sociales.*

C'est le Syndicat des praticiens intéressés qui doit assumer les frais du contrôle technique ainsi qu'en fait foi la déclaration stipulée dans le modèle de convention qui a été publié au *Journal officiel* du 8 août 1930. Au Syndicat à trouver les ressources nécessaires pour effectuer son contrôle technique, soit en prenant les frais du contrôle sur le trésor syndical, soit en imposant aux syndiqués une augmentation de cotisation en vue de ce contrôle, soit enfin, en obtenant bénévolement des praticiens qui n'appartiennent pas au Syndicat un versement volontaire en vue de ce contrôle.

Une décision du Conseil supérieur des Assurances sociales du 25 janvier 1932 a eu à décider

dans ce sens à propos dun médecin non-syndiqué qui se refusait énergiquement à verser la cotisation que lui demandait le Syndicat pour parer aux frais du contrôle technique et du fonctionnement du Conseil de famille. Le Conseil supérieur des Assurances sociales a décidé que c'était le Syndicat qui devrait supporter lui-même ces frais, et que si les non-syndiqués, étaient invités à verser une provision en vue de ce contrôle, ils pouvaient s'y refuser puisqu'ils ne font pas partie du groupe syndical.

2° Du point de vue de *la loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine et de la jurisprudence.*

Des publications que j'ai faites dans le *Concours Médical* relativement à cette question des expertises, il ressort que le chirurgien-dentiste n'est pas qualifié pour donner son appréciation sur les soins médicaux et dentaires donnés par un docteur en médecine. Le chirurgien-dentiste peut être compétent pour expertiser les travaux de prothèse exécutés par un docteur en médecine. Aussi en résulte-t-il qu'en matière dentaire et d'assurances sociales la Commission technique est appelée à donner son opinion avant la confection des appareils dentaires ; par suite, le Syndicas des chirurgiens-dentistes n'est appelé à exécuter le contrôle technique que sur les soins qui sont donnés aux assurés sociaux. Que le Syndicat des chirurgiens-dentistes contrôle les chirurgiens-dentistes, c'est son droit ; mais il outrepasse ses pouvoirs s'il contrôle les soins dentaires donnés par un docteur en médecine stomatologiste. Ce dernier praticien relève de son Syndicat de médecins, qui, seul, est qualifié pour exécuter le contrôle technique des soins donnés par les docteurs en médecine du département.

Cependant, peut-on objecter, s'il n'y a dans le département qu'un seul médecin stomatologiste, comment sera effectué le contrôle de la spécialité dentaire ? Ne peut-on soutenir que les autres docteurs en médecine du département sont incompétents pour vérifier l'exercice de la profession de dentiste par l'unique stomatologiste local ? Ne doit-on pas, dès lors, s'adresser au Syndicat des chirurgiens-dentistes pour exécuter le contrôle technique confié par les Caisses aux Syndicats de praticiens ?

C'est pour répondre à ces objections que je suis d'avis d'une entente entre le Syndicat des médecins et celui des chirurgiens-dentistes du département pour que ces deux groupes confraternels puissent s'entendre et se mettre d'accord sur l'exécution de ce contrôle technique. Le Syndicas des chirurgiens-dentistes peut faire l'enquête et le contrôle, mais lorsqu'il s'agit de soins médicaux donnés par un stomatologiste, le Syndicat des chirurgiens-dentistes devra en référer au Syndicat des médecins avant de faire connaître à la Caisse d'assurances sociales, le résultat du contrôle technique.

C'est aussi pour ce motif de l'interprétation de l'exercice de l'art de guérir et de l'art dentaire, que je suis partisan de l'unification des grades, et de faire décider par le Parlement que le dentiste de l'avenir doit posséder le grade de docteur en médecine.

Dr Paul Boudin.

Refus de délivrance d'une feuille de maladie

Trois feuilles d'Assurances sociales une pour la mère datant de septembre, deux pour l'enfant délivrées en novembre, sont également restées impayées. Devant des trois feuilles, l'employeur aurait, paraît-il, refusé d'en délivrer une quatrième. En a-t-il le droit ? Le résultat est que l'enfant étant de nouveau tombée malade et gravement (broncho à l'âge de trois mois chez un nourrisson avant terme et chétif), j'ai dû la soigner pour rien, mais sans feuille cette fois.

Réponse. — Le praticien doit en référer au président de son Syndicat en vertu des conventions que ledit Syndicat a passées avec les Caisses d'assurances sociales.

Il est évident que le principal coupable est l'assuré, qui ayant négligé de payer son médecin, et, par suite, n'ayant pas ses feuilles de maladie en règle, se voit refuser, à tort ou à raison, une nouvelle feuille par la Caisse.

Si le client voulait faire respecter ses droits, il lui appartiendrait de réclamer sa feuille, et si on opposait un refus, il assignerait sa Caisse devant la Commission départementale instituée par la loi de 1930 et le décret-loi de 1935. Mais il est plus probable que ce client est un négligent, et qu'avec feuille, ou sans feuille, il n'en paiera pas plus le médecin.

C'est devant cette carence ou cette mauvaise volonté que le médecin peut prendre des précautions en avertissant le président de son Syndicat, lequel pourra en référer à la Caisse signataire de la convention.

Paul Boudin.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Le froid artificiel mis en concurrence avec la chaleur, son action rationnelle pour la conservation des aliments

Le froid est le seul agent de préservation de l'aliment, qui n'apporte aucun élément étranger, qui ne supprime ou ne détruise aucune des qualités premières des denrées, à l'encontre des procédés courants de conservation, par la chaleur notamment.

Il offre l'avantage de maintenir aux aliments leurs qualités essentielles, et même d'en favoriser le développement normal ; ainsi, il permet de consommer une ration de bonne qualité, sans aucun défaut dû à une nocivité quelconque.

Dans les conditions économiques de la vie actuelle il est rare, en effet, de pouvoir utiliser l'aliment en un état de fraîcheur suffisante, qui rappelant autant que possible les caractères, qu'il possédait aussitôt après la récolte ou la préparation. La cause principale en réside dans les transports nécessités par la distance qui sépare les lieux de production des lieux de consommation, et en conséquence par les délais que nécessitent ces transports. Or, la condition de fraîcheur est indispensable à l'aliment sain en dehors des qualités qu'il tient de sa composition chimique, de sa teneur en matières albuminoïdes, en graisses et en sucre.

On sait, d'autre part que, si la consommation est différée pour une raison quelconque, les denrées vont subir une *évolution*, qui deviendra rapidement *désavantageuse*. Cette évolution, il est nécessaire de le préciser, s'effectue d'abord sous l'action de certains ferments ou diastases contenus dans les tissus même des denrées ; elle est ensuite accélérée et modifiée par des microbes apportés par les poussières que l'air véhicule.

Cependant, avant d'arriver au stade qu'il faut éviter, l'évolution diastasique passe par une *phase avantageuse* pour la qualité de consommation ; au delà le résultat est moins bon.

Ainsi une viande très fraîche, consommée en rôti, est ferme, dure. Mais si ses diastases normales peuvent agir, elle revient rassise, plus tendre et plus savoureuse. Mais plus tard, il se produit une décomposition microbienne avec odeur fade, puis odeur de relent ; c'est le prélude de transformations beaucoup plus importantes qui aboutissent à la putréfaction.

Les fruits, cueillis quelque temps avant leur maturité, vont également continuer à vivre et, sous l'influence d'un phénomène de nature diastasique, poursuivre leur évolution qui les conduira à la maturité. Si cependant, sous les mêmes influences, la transformation de leur tissu continue, le résultat, avantageux jusque-là, deviendra désavantageux : le fruit aura une chair pâteuse, la saveur agréable disparaîtra, puis arrivera le blettissement. Ultérieurement, comme pour les viandes, interviendront les microbes apportés par les poussières de surface ; les produits riches en sucre prendront une odeur et une saveur aigrelettes plus ou moins accentuées, dues à la formation d'acides variés : acétique, butyrique.

Toutes ces *transformations* constituent en réalité des réactions chimiques, dont la *vitesse est modifiée par la température du milieu*. Un séjour dans une ambiance à température basse aura pour résultat de les ralentir, et de permettre d'attendre dans de bonnes conditions le moment le plus favorable à la consommation. Ainsi pourra-t-on intervenir efficacement sur la digestibilité d'un aliment, et, par conséquent sur son utilisation (1).

Puisque, avons-nous dit, la température influe sur la rapidité de l'évolution avantageuse puis désavantageuse, il faut savoir que *le froid constitue le meilleur élément pour ralentir ou éviter une action nocive des diastases et des microbes*.

Certes, la chaleur est capable elle aussi d'arrêter cette action ; mais elle exerce une action brutale, définitive, en *détruisant* les diastases et en tuant les microbes ; malheureusement, son action est plus étendue, car, en même temps, elle détruit des substances indispensables à l'organisme, qui va consommer, elle supprime les vitamines et altère certains éléments constitutifs de l'aliment.

Le froid au contraire n'est pas destructif ; il se contente de ralentir l'évolution décrite précédemment, en inhibant les actions diastasiques et microbiennes.

***

Le froid a tout d'abord été appliqué par Tellier, en 1876, à la conservation de la viande. Ce savant avait démontré que la viande maintenue à basse température pouvait traverser deux fois l'Atlantique sans perdre ses qualités.

---

(1) A. Monvoisin. — *Revue de Microbiologie appliquée*, septembre-octobre 1935.

Aujourd'hui, on préserve la *viande* de boucherie par des températures différentes suivant le résultat à obtenir. Congelée à une température de moins 10° au centre de sa masse, elle peut être conservée à long terme ; réfrigérée à + 1°, + 6°, + 8° elle est non seulement conservée à court terme, mais, au bout de plusieurs jours, tout en gardant ses qualités gustatives, elle subit une maturation qui la rend plus tendre et plus savoureuse.

La congélation présente encore d'autres applications intéressantes : d'abord, en ce qu'elle permet de recevoir la viande de différents points du globe, en particulier du mouton qui fait défaut dans la métropole, mais abonde dans l'Afrique du Nord, — mais encore de mettre en réserve de la viande indigène ; c'est ainsi qu'en hiver et au printemps, on place de côté de beaux morceaux, pour être vendus au moment de la forte consommation dans les villes d'eaux ou les stations climatiques.

Dans la conservation de la viande par le froid, intervient un facteur très important, c'est la propreté dans le travail de préparation. M. M.-H. Martel (1) le fait très justement remarquer lorsqu'il écrit : il ne suffit pas d'établir des frigorifiques dans les abattoirs ou leur voisinage immédiat pour assurer l'idéal en matière de préservation et de conservation de la viande. Il faut encore obtenir des bouchers, plus de propreté dans le travail.

Que deviendra en effet une viande, dont on voudra assurer la conservation par le froid, si elle a été préparée d'une façon malpropre. Ne sait-on pas que la flore microbienne des abattoirs et du matériel d'abattage est en grande partie celle de l'intestin des animaux abattus. Un ouvrier boucher peut porter un préjudice considérable à la viande qu'il prépare ou manipule, s'il ne prend pas tous les soins de propreté désirables, et s'il n'a pas à sa disposition de l'eau chaude pour le nettoiement de ses outils et le savonnage de ses mains et avant-bras. Les viandes sont souvent présentées avec une propreté plus apparente que réelle. Il n'est pas douteux que si le bacillus mésentéricus vulgatus est souvent retrouvé avec ses spores très résistantes, ce sont les mains et les outils des ouvriers chargés d'éviscérer les animaux qui l'ont porté sur la viande. L'épongeage des carcasses avec des torchons malpropres, le soufflage en vue d'une dépouille plus facile et quantité d'autres opérations en matière d'abattage et d'habillage sont également néfastes.

L'organisation que l'on a pu réaliser à la Boucherie centrale des hôpitaux de Paris (emploi de linge stérilisé simplement étendu sur les carcasses après la dépouille ; suppression du soufflage, aussi bien pour les veaux que pour les chevaux, stérilisation des outils, etc...), doit être à la base d'une bonne conservation des viandes, que l'on souemttra ensuite à l'action préservatrice du froid artificiel. Malheureusement les routines sont restées enracinées chez les bouchers en gros à Paris, même à la Villette. Si l'on cherche à Paris un abattoir moderne digne de ce nom, c'est bien à cette Boucherie centrale des hôpitaux (abattoirs de Vaugirard) qu'il faut se rendre, et non dans le commerce ordinaire de la viande fraîche. Cependant, à quelques centaines de mètres de la Villette, à Aubervilliers, l'industrie privée a réalisé le plus moderne des abattoirs à porcs de France.

En province, des efforts louables sont à l'honneur des grandes municipalités telles qu'Angers, Orléans, Nancy, Lyon, Tours, Toulouse, Rouen, Douai, Bordeaux et bientôt Le Mans. Des frigorifiques, encore en trop petit nombre, sont annexés aux abattoirs publics modernes que l'on crée.

Mais, c'est sortuut en cours d'uu transport mal effectué que les viandes peuvent s'altérer avec une rapidité qui déconcerte.

On avait fondé de grands espoirs sur les consignes de gare établies avec froid artificiel (frigo-consignes). Il en a été créé en France en plusieurs endroits.

Malheureusement, si la viande y est apportée encore chaude, la réfrigration n'arrive pas en quelques heures à en faire une denrée capable d'être toujours transportée dans d'excellentes conditions même en wagons réfrigérants. La vraie solution réside dans la création d'installations frigorifiques aux lieux même d'abattage.

Contrairement, au commerce de gros et de demi-gros, les bouchers de détail ont cependant recours au froid, parce qu'ils savent les avantages d'une maturation bien conduite en milieu réfrigéré : les viandes trop fraîches conviennent mal pour la préparation des rôtis, et il faut tenir compte de la propriété des muscles autolysés.

Il sera, d'autre part, nécessaire d'améliorer l'importation des viandes congelées en provenance de nos colonies, et notamment de l'Afrique du Nord. Le jour où l'on abattra proprement dans les abattoirs de cette dernière région, et où l'on saura utiliser le froid avec ou sans adjuvant (gaz carbonique, rayons ultra-violets, etc.), la France pourra être ravitaillée convenablement en viande réfrigérée. Car, c'est bien en viande réfrigérée qu'il faut ravitailler les régions déficitaires, puisque quand elle a été congelée, la viande est forcément un peu dépréciée, en raison de la faible sapidité des matières grasses un peu modifiées.

(1) H. Martel. — Le froid artificiel dans l'industrie de la viande. (*L'Hygiène sociale*, 25 juin 1935.)

Les considérations précédentes s'appliquent également aux *volailles.*

Enfin, le froid artificiel est couramment employé dans l'industrie des *salaisons,* et il permet de régler, concurremment avec le salage, les fermentations particulières dont ces produits sont le siège, et qui conduisent à ces jambons si fins et si réguliers, à ces nombreuses sortes de saucissons, qui autrefois ne pouvaient être réussis qu'en hiver.

Quant aux produits de la *pêche,* leur maintien en état de fraîcheur représente un champ très vaste de l'application des procédés frigorifiques. Régulièrement, ceux de la pêche maritime ou côtière sont refroidis dès leur capture, soit par simple réfrigération à l'aide de glace concassée qui les accompagne jusque chez le détaillant, soit par congélation plus ou moins poussée.

Chose curieuse, si le froid est constamment employé dans le commerce du poisson de mer, il ne l'est à peu près jamais dans le commerce du poisson d'eau douce qui, cependant, en retirerait de grands avantages.

Les produits de la basse-cour, même quand il s'agit de la production indigène, bénéficient largement de l'application du froid. On sait en effet, que la récolte des *œufs* est très irrégulière, et que les deux tiers sont pondus des mois de mars à juin, alors que la consommation de cet aliments est à peu près régulière durant toute l'année.

A côté des procédés domestiques, qui ne sont pas sans inconvénient, le procédé industriel, de beaucoup le meilleur, repose sur l'emploi du froid. Les œufs, très soigneusement triés à l'arrivée au point de vue de leur fraîcheur et de leur propreté, sont placés en chambre froide d'avril à juin; ils en sont sortis pour être consommés en octobre, novembre et décembre. Ces œufs sont d'excellente qualité et peuvent être facilement servis sur le plat ou en omelette. On a même pu manger à la coque, au mois de décembre, des œufs conservés au froid et dans une atmosphère d'acide carbonique depuis dix mois.

Quant au lait, il subit facilement des altérations qui, même légères, sont perçues par le consommateur le moins attentif. Aussi est-il impossible de se passer du froid artificiel pour les produits de laiterie.

On sait avec quelle rapidité le lait tourne par acidification, lorsqu'il est maintenu à la température ordinaire. Cette altération est sous la dépendance des microbes que contient toujours le meilleur produit, et ceux-ci se développent facilement dans cet excellent milieu de culture. Nicolle et Petit ont recueilli, au moment de la traite, un lait qui contenait 6.250 microbes par centimètre cube. Ils l'ont partagé en deux portions. Vingt-quatre heures après, la portion conservée dans une glacière, dont la température variait de + 6 + 12 degrés, contenait 87.000 microbes par centimètre cube ; le second lot, maintenu à la température de la chambre en contenait plus de 11.000.000, c'est-à-dire 130 fois plus.

On voit donc que le lait conservé sans précaution, même lorsqu'il ne tourne pas encore, constitue une véritable purée microbienne ; son ingestion peut avoir des conséquences graves, surtout lorsqu'il constitue l'aliment exclusif des sujets débilités, des enfants, des malades ou des vieillards. Et encore ne faut-il pas parler de la transmission possible par le lait de diverses maladies d'origine humaine ou animale.

Il est toutefois possible, en récoltant le lait dans certaines conditions, de réduire notablement sa contamination originelle. Comme le dit A. Monvoisin, les conditions idéales de récolte ne peuvent être réalisées qu'avec un personnel bien stylé ; cependant, il suffit d'avoir assisté à la traite, même dans des fermes très *bien* tenues, pour se rendre compte que le lait cru aseptique est une impossibilité.

On ne peut donc agir sur ce produit que pour empêcher les germes présents de pulluler, en intervenant sur sa température, en le soumettant au refroidissement.

Plus encore que pour les autres denrées, les obligations du trépied frigorifique doivent être observées : produit sain ; application précoce du froid, chaîne frigorifique ininterrompue.

Son application *précoce a été réalisée dans* certains cas, au moment même de la traite, en recevant le lait dans un seau contenant une réserve de glace dans un double fond. Mais le plus souvent, le refroidissement est différé d'une heure ou deux et, fréquemment, il est insuffisamment rapide, car il se fait en plaçant la traite dans un locat relativement frais.

Quoiqu'il arrive, le lait est ensuite transporté au centre de ramassage dans des conditions quelconques. Mais ici intervient un procédé, qui a pour but de lutter contre cette discontinuité dans la chaîne *frigorifique* : le *lait est* pasteurisé, puis refroidi.

Cet emploi de la chaleur modérée n'est pas comme la chaleur forte un agent destructeur pour les éléments vitaux du lait. Mais il vient, en détruisant un certain nombre de germes, en entravant le développement des autres, prolonger nettement la vie commerciale de ce produit, d'autant mieux qu'il est combiné avec l'emploi régulier du froid.

Un fait important est à noter : les ferments qui ont survécu à la pasteurisation : microbes banaux, ferments lactiques ou microbes patho-

gènes même, ne se multiplient plus dans un lait pasteurisé, si celui-ci est constamment maintenu à une température de + 5, + 6 degrés. Cette température employée après celle de la pasteurisation, qui reste assez basse pour ne pas dénaturer le liquide, est employée pour parer à l'éventualité d'un réchauffement en cours de route.

Dans cet ordre d'idées, et à cette étape, de très grands progrès ont été réalisés par l'utilisation du transport des bidons contenant le lait refroidi dans des wagons isothermes, par l'utilisation des wagons-citernes ou des camions citernes fort suffisamment isolés, puisqu'on n'observe souvent, pendant les périodes chaudes, qu'une élévation de température de la masse de 1° ou 1°5.

On doit cependant ajouter qu'arrivé à destination, le lait est le plus souvent distribué, sans qu'on se préoccupe de son réchauffement, soit pendant le trajet de la gare laitière au dépôt de détail, soit chez le consommateur. Rares sont, en effet, les particuliers, qui ont à leur disposition un moyen quelconque de réfrigération ; ils font de suite bouillir le lait et le mette à la cave pour que son altération ne se manifeste pas. A ce stade encore, apparaissent les avantages de la pasteurisation qui a été effectuée précédemment au centre de ramassage.

Les mêmes avantages du froid peuvent être observés, est-il besoin de le dire, pour toutes les autres denrées : *beurre, fromages, légumes, fruits et boissons*. Le froid les préservera de toute altération et les rendra plus agréables à consommer.

***

La question du froid mérite d'autant plus d'intérêt qu'une proportion moyenne de 60 % des salaires est utilisée pour l'achat de denrées alimentaires, et que les denrées périssables représentent les trois quarts de cette dépense importante. Qui dit denrées périssables, dit denrées devant subir des pertes échelonnées entre la production et la consommation ; or, si l'on envisage plus spécialement les pertes par avaries, susceptibles d'être diminuées par une bonne application du froid artificiel, on arrive à la proportion de 15 à 20 %.

On comprendra que ces déchets exercent par contre-coup une action fâcheuse sur le prix des denrées propres à la consommation, sur la vie chère. Celui-ci devrait subir une baisse de 15 à 20 % par le seul fait de la suppression des pertes.

G. FISCHER.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA RÉGION D'AMIENS

Assemblée générale du 1er Décembre 1935

ASSURANCES SOCIALES

Le secrétaire donne connaissance d'une lettre des Caisses d'assurances sociales refusant de rembourser les accouchements de l'article 59 au tarif des accidents du travail à partir du 1er octobre 1935.

Les prétentions des Caisses ne sont pas recevables, car le tarif légal des accouchées assurées assistées est bien celui des accidents du travail, bien que certaines juridictions aient rendu des jugements contradictoires. Cette question perd de son intérêt, d'ailleurs, car à partir du 1er janvier 1936, les décrets-lois fixeront un tarif qui sera celui de remboursement des Caisses.

Pour liquider le passé, s'il y a des difficultés, il conviendra de s'adresser au *Sou Médical*, qui soutiendra en justice ceux de ses membres qui se verront refuser le tarif pour les accouchements de l'article 59.

AU SUJET D'UN DISPENSAIRE DE SOINS

Il résulte des renseignements recueillis que le dispensaire en question fait une concurrence déloyale aux praticiens de la région.

Dans ces conditions, et après une série de faits rapportés par des confrères présents, l'Assemblée décide de cesser tous rapports avec les médecins qui, de près ou de loin, sont les agents d'exécution de ce dispensaire : médecin traitant, médecin contrôleur, médecins spécialistes, etc...

Le vote réunit l'unanimité des membres présents du Syndicat.

Le secrétaire :

Dr RINUY.

STÉRILISATION RACIALE EN ALLEMAGNE

D'après le *Deutsche Justiz*, il y eut en Allemagne, en 1934, 84.525 demandes de stérilisation, les deux sexes étant à peu près également représentés dans ce chiffre. Les Cours eugéniques instruisirent 64.499 de ces demandes, et décidèrent 56.244 stérilisations, les hommes et les femmes en proportion semblable. A la fin de l'année, il restait 25 % de cas non tranchés. 93,8 % de stérilisations avaient été ordonnées, et 6,2 % refusées. Il y a 205 Cours eugéniques, et 26 Cours eugéniques supérieures.

On a calculé qu'il y avait une demande de stérilisation pour 771,2 habitants. Une récente circulaire du ministre de l'Intérieur a recommandé le secret le plus absolu sur les cas examinés, et défendu, d'autre part, pour des raisons de technique opératoire, de pratiquer la stérilisation chez les filles avant l'âge de quatorze ans.

Le Docteur Kolle, de Francfort-sur-le-Main, a établi la statistique des modifications de la *libido* après la castration. Il a trouvé qu'elle persistait, quoiqu'un peu amoindrie, chez un tiers des castrés. D'autres affirment que ce nombre est beaucoup trop faible : et constatent que 50 % des criminels castrés pour attentats sexuels n'ont pas recommencé, ce qu'on ne saurait évidemment, attribuer à la crainte d'être castrés une seconde fois.

La castration pénale rencontre des adversaires : les catholiques, qui trouvent qu'elle n'est pas conforme aux desseins de la Providence, et les libéraux, qui estiment qu'elle constitue une atteinte à la liberté individuelle. Mais les partisans du national-socialisme et le gouvernement lui-même ont décidé de briser toutes les résistances à leur système, attendu, disent-ils, que « la vie de la nation allemande a des droits supérieurs aux dogmes et aux scrupules de conscience ».

Aussi les Cours eugéniques se mêlent-elles d'interdire le mariage si l'un des conjoints présente une tendance à la maladie, ou même n'est pas très intelligent, ou si ses parents ne sont pas des sujets de premier choix.

***

Logiquement, il fallait étendre ces règles aux grossesses ; mais dans ce domaine, les décisions ministérielles ou judiciaires ont été contradictoires. Les unes ordonnent l'avortement avant que l'enfant soit viable, c'est-à-dire avant le sixième mois ; d'autres décisions de justice veulent que l'on pratique en même temps l'avortement et la stérilisation ; mais il y a eu également des arrêts plus conservateurs. Le ministre a créé des Centres d'Experts composés exclusivement de médecins aryens, payés par les Caisses de maladie et qui décideront souverainement.

L'Institut eugénique de Francfort-sur-le-Main, ou Centre hérédo-biologique, est dénommé Institut universitaire pour la Biologie héréditaire (*Erbbiologie*) et l'Hygiène raciale. Il est dirigé par le Professeur Baron de Verschuer. On y donne des consultations d'hérédo-biologie ; une série de jeunes assistantes y distribuent d'utiles conseils aux futures mariées et à leurs fiancés aussi j'espère ; elles construisent des arbres généalogiques ; et on y enseigne l'eugénique nationale-socialiste. Tout étranger désirant s'établir dans la région doit faire ses preuves de saine ascendance, comme jadis pour monter dans les carosses du Roi ou être admis au Chapitre noble de Remiremont. La fiche ainsi constituée suit alors le postulant au cours de toute son existence, ce qui fera dans cinquante ou cent ans de belles archives et de belles statistiques.

A Vienne, ils sont plus raisonnables. Le Professeur Julius Bauer vient de faire devant l'Association académique pour la Psychologie médicale, une importante conférence sur la prévention des tares héréditaires. Il approuve le système germanique, qui soumet à la stérilisation les générateurs possibles, s'ils présentent de la déficience mentale, de la schizophrénie, de la cyclothymie, de l'épilepsie, de la cécité ou de la surdité congénitales, de l'alcoolisme prononcé, etc. ; mais il reconnaît que le but désiré est médiocrement réalisé, parce que la stérilisation n'atteint que ceux qui présentent ces défectuosités d'une manière patente, et laisse de côté ceux qui peuvent transmettre leurs fâcheuses hérédités, sans les manifester eux-mêmes. D'autre part, la stérilisation de sujets présentant des troubles légers peut supprimer d'excellentes dispositions héréditaires ; on sait, par exemple que le père de Beethoven était un alcoolique invétéré ; et maints grand poète, maint grand artiste, ont eu des parents très stérilisables selon le catéchisme eugénique.

Il vaudrait mieux, d'après le Prof. Julius Bauer, instituer des consultations prénuptiales ayant qualité pour mettre obstacle au mariage des procréateurs indésirables, et accentuer la campagne eugénique en insistant sur les responsabilités des futurs parents.

Ph. DALLY.

L'ÉNIGME DU COUCOU

Malheur, a dit l'Ecriture, à celui par qui le scandale arrive ! Mais, en notre monde corrompu c'est celui -là même qui, ô dérision, captive l'intérêt et bénificie de toutes les publicités. Ainsi les gens se dégoûtent-ils de plus en plus des bonnes mœurs.

Car il n'est pas que la foule, inepte et moutonnière, pour s'affrioler de perversités. De graves personnages tombent aussi dans cette faiblesse : je viens, bien par hasard, de prendre sur le fait Jenner, l'illustre inventeur de la vaccine, Raspail, propagateur du camphre, Franklin, inventeur du paratonnerre, et..... le Docteur Cathelin, conquérant de la prostate (1).

Pour passionner ces sages, il n'a pas, à la vérité, suffi des aventures scabreuses d'une actrice, ni même des malversations d'un politicien. Ils ont attaché leur attention à cet oiseau cynique, meurtrier et, en quelque sorte, adultérin : le coucou.

On sait les habitudes du personnage. Choisissant un nid douillet qu'un couple d'oiseaux insectivores a amoureusement construit pour sa nichée, la femelle du coucou y pond sans vergogne son œuf et adjuge à celui-ci la nue propriété du lieu. Vainement les véritables fondateurs s'estiment-ils encore chez eux, ils n'en sont plus que les usufruitiers à charge par eux de couver l'intrus. Encore celui-ci met-il le comble à son « culot » en basculant par-dessus bord les descendants légitimes.

Telle était du moins la doctrine de Jenner. Et le bon Franklin avait montré que le jeune coucou est pourvu, sur le dos, d'une sorte de cuvette naturelle qui lui donne toutes facilités pour procéder à cette expulsion.

Raspail qualifia de fable toute cette histoire et prétendit que c'était la mère coucou qui, ayant déposé son œuf, se chargeait de faire place nette en perforant les œufs indigènes en les jetant dehors.

Le Docteur Cathelin, lui, dépeint le jeune coucou comme un petit saint bien incapable des noirs forfaits dont l'accusait Jenner. Il est tout simplement victime (et les autres donc !) de sa taille. Il est gros, le nid est petit. Pour peu qu'il s'ébroue au soleil, les malheureux insectivores sont refoulés sur les bords de l'étroite cupule d'où ils ne peuvent manquer de choir sur le sol. Mais il n'y a là aucune mauvaise intention du coucou qui, au demeurant, ajoute son avocat, est un très cordial compagnon. Il faut y regarder de près pour s'en apercevoir !

A propos du coucou, le Docteur Cathelin fait le procès de l'instinct. Le fait est qu'il est singulier et choquant de voir de malheureux oiseaux : 1° ne pas s'apercevoir que leur couvée s'est augmentée d'un œuf anormal par sa taille ; 2° accepter l'intrus et, après l'éclosion, se démener pour le nourrir ; 3° ne pas s'affecter de la disparition de leurs propres enfants. Que fait donc l'instinct maternel et paternel chez ces prolétaires si férocement exploités par un « gros ». On se le demande et on ne peut s'empêcher de trouver que les voies de la Nature sont singulières.

L'avocat du coucou, s'il innocente le petit, ne va pas jusqu'à trouver des excuses à la mère qui pratique le truc commode de confier aux soins du voisin le fruit de ses amours. Il est vrai que certains mammifères, même parmi les supérieurs, ne se privent pas d'y revenir à l'occasion. Et si le Docteur Cathelin, ornithologiste fougueux, nous jetait cela à la figure, en vérité qu'aurions-nous à répondre ?

G. LAVALÉE.

(1) *Revue française d'ornithologie*, n° 1, 1936.

SAVANTS PERSÉCUTÉS

Le Rapport annuel du Conseil académique d'assistance, fondé par Lord Rutherford pour venir en aide aux savants ou aux étudiants victimes de persécutions politiques, vient d'être publié. Sur 1.300 qui ont été aidés par le Conseil, 650 venaient d'Allemagne ; parmi ceux-ci, 287 dont 66 appartenaient à la médecine ou aux activités para-médicales, ont trouvé une situation permanente. Il y avait aussi 40 chimistes, 37 économistes, 25 physiciens et 21 mathématiciens. Parmi ces 287, pourvus d'un travail régulier, 66 sont aux Etats-Unis, 57 en Angleterre, 38 en Turquie et 30 en Palestine. Les autres dans divers pays non dénommés. Le Conseil cessera son activité en juillet 1936, car il estime que trois ans sont un délai suffisant pour le but qu'il s'était proposé. Il maintiendra toutefois quelques centres de recherches, dans lesquels trouveront à s'occuper les travailleurs spécialement doués ou les sujets d'avenir, provisoirement sans emploi.

Ph. DALLY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. Couvelaire. Vacances de Pâques.) — *Cours de pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 6 avril au samedi 18 avril, sous la direction de M. Sureau, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, Digonnet, accoucheurs des hôpitaux, de MM. Powilewicz, Mmes Anchel-Bach, Fayot, Petit-Maire, anciens chefs de clinique, de M. Lepage, chef de clinique MM. Coen, Grasset, Lauret, Landrieu, internes des hôpitaux, M. Mouchotte, aide de clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 10 heures et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Lundi 6 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (M. Lepage). — 11 heures à 12 heures : Discussion d'observations (M. Sureau). — 14 h. 30 : Diagnostic des présentations (M. Coen).

Mardi 7 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance (Mme Fayot). — 14 h. 30 : Forceps dans les variétés directes (en O. P. et en O. S.) (M. Lepage).

Mercredi 8 avril, 10 heures à 11 heures : Visite à l'isolement (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Complications de la délivrance (M. Digonnet). — 14 h. 30 : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (M. Desnoyers).

Jeudi 9 avril, 10 heures à 11 heures : Visite au Pavillon Tarnier (Mme Fayot). 11 heures à 12 heures : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (M. Desnoyers). — 14 h. 30 : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures (M. Lepage).

Vendredi 10 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Présentation de malades (M. Lacomme). — 14 h. 30 : Forceps dans les présentations de la face et du front (M. Lauret).

Samedi 11 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation (M. Sureau). — 14 h. 30 : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation du col (M. Lepage). — 16 heures : Extraction du siège (M. Landrieu).

Lundi 13 avril, 10 heures à 11 heures : Examen clinique au dortoir (M. Lepage). — 11 heures à 12 heures : Albuminurie et éclampsie (M. Ravina). — 14 h. 30 : Version par manœuvres internes (M. Coen).

Mardi 14 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Les tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement (M. Sureau). — 14 h. 30 : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier (M. Grasset).

Mercredi 15 avril, 10 heures à 11 heures : Visite à l'isolement (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Discussion d'observations (M. Sureau). — 14 h. 30 : Complications de l'avortement (M. Lepage).

Jeudi 16 avril, 10 heures à 11 heures : Visite au Pavillon Tarnier (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Mort apparente du nouveau-né (Mme Anchel). — 14 h. 30 : Diagnostic et traitement des affections puerpérales (M. Sureau). — 16 heures : Basiotripsie (M. Lauret).

Vendredi 17 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Présentation de malades (M. Lacomme). — 14 h. 30 : Visite du Musée (M. Grasset).

Samedi 18 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Syphilis maternelle-fœtale et infantile (M. Powilewicz). — 14 h. 30 : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement (M. Sureau).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un minimum de douze élèves est nécessaire pour que le cours ait lieu Le droit à verser est de 150 francs.

— **Hôpital Cochin.** *Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte* (Professeur : M. Paul Mathieu.) — M. le Professeur Mathieu a commencé son cours le mercredi 4 mars 1936, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

Programme de l'enseignement. — Lundi : Opérations. — Mardi à 9 heures : Consultations à la Policlinique. — Mercredi à 11 heures : Leçon à l'Amphithéâtre de la Clinique chirurgicale. — Jeudi : Opérations. — Vendredi à 10 heures : Leçon à la Policlinique. — Samedi : Opérations.

Enseignement complémentaire. — Conférences cliniques par MM. les chefs de clinique le lundi matin à 9 h. 30. Démonstrations pratiques d'appareillage par M. le Docteur R. Ducroquet, assistant d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 heures.

— **Cours de technique et diagnostic anatomo-pathologiques**, par MM. Roger Leroux, agrégé, chef de travaux et F. Busser, assistant. Ce cours commencera le lundi 27 avril 1936, à 15 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure.

Le cours comprend :

1° Huit séances de démonstrations d'autopsie, qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats à l'Ultropak. Ces séances auront lieu, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 30, à l'Institut du cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

2° Vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin chaque séance comportera un exposé avec projections microscopiques et diascopiques, concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours, à 15 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Généralités sur la technique histologique (fixation, inclusions, coupes, coloration). — 2° Les prélèvements : biopsie, autopsie, pièces chirurgicales. — 3° Les processus inflammatoires. Inflammations aiguës, subaiguës, chroniques. — 4° Inflammations spécifiques. Tuberculose, syphilis, mycoses. — 5° Les processus néoplasiques. Tumeurs bénignes ; cancers épithéliaux. — 6° Cancers conjonctifs. — 7° Ulcérations et tumeurs de la langue, des lèvres, des gencives, des amygdales. — 8° Ulcère et cancer de l'estomac. — 9° Ulcérations intestinales. Appendicites. Tumeurs de la région iléo-cœcale. Ulcérations et tumeurs du rectum. — 10° Inflammation et tumeurs des glandes salivaires. — 11° Organes génitaux de l'homme. Inflammation et tumeurs du testicule et de la prostate. — 12° Col de l'utérus. Métrites, ulcérations, tumeurs. — 13° Corps de l'utérus. Produits de curettage. Cancer. Môle hydatiforme, chorio-épithéliome, fibromes, sarcomes. — 14° Trompe. Salpingites, épithéliome tubaire, grossesse tubaire. — 15° Ovaires. Tumeurs bénignes et malignes. — 16° Glande mammaire. Tumeurs bénignes et malignes. Examen extemporané. — 17° Peau. Tumeurs bénignes et malignes. Nævi. — 18° Affections chirurgicales du rein. Tumeurs de la vessie. — 19° Système lymphopoïétique. Inflammation, tumeurs, lymphogranulomatose. — 20° Révision générale. Discussions diagnostiques.

Le cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Le droit à verser est de 300 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Laboratoire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire.

Ce cours comprendra seize leçons, commencera le mercredi 3 juin 1936, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec ; globules blancs et formule leucocytaire. — 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. Benda, médecin des hôpitaux. — 10. Réactions de fixation (B. W.). Le principe. — 11. Réactions de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. Réactions de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur Targowla, ancien chef de clinique. — 15. Cytologie des épanchements des séreuses, du liquide céphalo-rachidien (Réactions biologiques), par M. le Docteur Targowla. — 16. Les propriétés physiques appliquées au sang (p-H, cryoscopie, viscosité, etc.), par M. Sannié, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (Professeur : M. Pierre Duval.) — *Chirurgie du tube digestif*. — Troisième cours par M. G. Cordier, prosecteur sous la direction de MM. les Professeurs A. Gosset et Pierre Duval. Ouverture du cours le lundi 20 avril 1936, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — 1° Chirurgie de l'œsophage. Œsophagotomie. Traitement des diverticules et du méga-œsophage. — 2° Voies d'abord et d'exploration de l'estomac. Gastrostomie : méthodes de Fontan et de Witzel. Gastropexie. — 3° La gastro-entérostomie. — 4° Les résections partielles pour ulcère de l'estomac et du duodénum. Traitement des sténoses médio-gastriques. — 5° Des gastrectomies pour ulcère et pour cancer de l'estomac : opérations de Péan, Billroth, Kocher, Polya, Finsterer.

DEUXIÈME SÉRIE. — 1° Anatomoses intestinales : duodéno-jéjunostomie, iléocolostomie. — 2° Résections intestinales. Appendicectomie. Colopexies. — 4° Chirurgie du côlon droit et du côlon transverse : cæcostomie, hémicolectomie droite. — 4° Chirurgie du côlon gauche. Colectomies en un ou deux temps. Fermeture des anus artificiels. — 5° Ablation abdominale des cancers recto-sigmoïdiens. Ablation périnéale du rectum.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Vacances de Pâques 1936.** — *Du dimanche 5 avril au dimanche 19 avril inclus*. Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 20 avril.

Secrétariat : Le secrétariat sera fermé du samedi 11 avril au mardi 14 avril inclus. En dehors de ces dates il sera ouvert tous les jours aux heures habituelles.

Bibliothèque : La bibliothèque sera ouverte : 1° les lundi 6, mardi 7 et mercredi 8 avril, de 13 à 17 heures ; 2° les vendredi 17 et samedi 18 avril, de 13 à 17 heures. Elle sera fermée du jeudi 9 au jeudi 16 avril inclus.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie.**— M. André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, fera, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie, qui aura lieu du 11 mai au 16 mai 1936 inclus.

COURS THÉORIQUE. — Il aura lieu, chaque jour à 10 heures, dans le service de clinique oto-rhino-laryngologique du Professeur Lemaître, selon le programme suivant : Le 11 mai : Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie. — Le 12 mai : Corps étrangers des voies aériennes et digestives ; diagnostic clinique, endoscopique et radiologique. — Le 13 mai : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction. — Le 14 mai : Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons. Thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de sécrétions et des biopsies. — Le 15 mai : Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage. — Le 16 mai : Examen de malades atteints d'affections broncho-pulmonaires et de l'œsophage. Présentation de résultats.

COURS PRATIQUE. — Ce cours comportera six leçons pratiques ; trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations, sous la direction et le contrôle de M. Aubin.

PROGRAMME DU COURS : SUR LE CADAVRE. Le 11 mai : Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. Gastroscopie. — Le 12 mai : Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction. — Le 13 mai : Corps étrangers des voies digestives.

SUR LE CHIEN VIVANT. Les 14, 15 et 16 mai : Même programme que sur le cadavre. Applications au chien vivant.

Ces travaux pratiques auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours de 14 heures à 16 h. 30. Ce cours comportera au maximum onze auditeurs.

DROIT D'INSCRIPTION : 500 francs. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 7 mai.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — ADMISSIBILITÉ. *Epreuve écrite.* Ont obtenu : MM. Audouin, 18 ; Baumann, 27 ; Billet, 20 ; Cordier, 20 ; Couvelaire, 27 ; Dreyfus Le Foyer, 20 ; Dufour, 19 ; Gérard-Marchant, 22 ; J. Gosset, 22 ; Guillot, 20 ; Hepp, 20 ; Lecœur, 21 ; Longuet, 24 ; Padovani, 21 ; Patel, 23 ; Petit, 19 ; Rudler, 18 ; Sauvage, 20 ; Vuillième, 20 ; Zagdoun, 21.

1° *Consultation.* Ont obtenu : MM. Audouin, 14 ; Baumann, 10 ; Billet, 14 ; Cordier, 14 ; Couvelaire, 15 ; Dreyfus Le Foyer, 12 ; Dufour, 19 ; Gérard-Marchant, 12 ; J. Gosset, 19 ; Guillot, 5 ; Hepp, 16 ; Lecœur, 12 ; Longuet, 15 ; Padovani, 16 ; Patel, 14 ; Petit, 13 ; Rudler, 14 ; Sauvage, 16 ; Vuillième, 10 ; Zagdoun, 13.

2° *Consultation.* Ont obtenu : MM. Audouin, 11 ; Baumann, 10 ; Billet, 13 ; Cordier, 12 ; Couvelaire, 16 Dreyfus Le Foyer, 11 ; Dufour, 13 ; Gérard-Marchant, 18 ; J. Gosset, 14 ; Guillot, 13 ; Hehp, 15 ; Lecœur, 14 ; Longuet, 14 ; Padovani, 15 ; Patel, 16 ; Petit, 10 ; Rudler, 12 ; Sauvage, 11 ; Vuillième, 13 ; Zagdoun, 14.

Médecine opératoire. Ont obtenu : MM. Audouin, 5 ; Baumann, 6 ; Billet, 5 ; Cordier, 4 ; Couvelaire, 7 ; Dreyfus Le Foyer, 4 ; Dufour, 6 ; Gérard-Marchant, 9 ; J. Gosset, 10 ; Guillot, 5 ; Hepp, 5 ; Lecœur, 8 ; Longuet, 7 ; Padovani, 9 ; Patel, 8 ; Petit, 6 ; Rudler, 6 ; Sauvage, 9 ; Villième, 5 ; Zagdoun, 7.

Total des points obtenus : MM. Audouin, 50 ; Baumann, 57 ; Billet, 56 ; Cordier, 54 ; Couvelaire, 69 ; Dreyfus Le Foyer, 49 ; Dufour, 59 ; Gérard-Marchant, 65 ; J. Gosset, 69 ; Guillot, 45 ; Hepp, 60 ; Lecœur, 59 ; Longuet, 64 ; Padovani, 65 ; Patel, 65 ; Petit, 50 ; Rudler, 54 ; Sauvage, 60 ; Vuillième, 52 ; Zagdoun, 57.

SONT ADMISSIBLES : MM. Couvelaire, J. Gosset, Gérard-Marchant, Patel, Padovani, Longuet.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Jury du concours de nomination* (tirage au sort) : MM. Chevassu, Cunéo, Veau, Deniker, Ombrédanne, Bergeret, Courcoux.

— **Concours de médecins des hôpitaux.** — ADMISSIBILITÉ. *Epreuve écrite.* SÉRIE A. *Ont obtenu* : MM. Perrault, 18 ; Michaux, 12 ; Rouquès, 15 ; Worms, 14 ; Schwob, 12 ; Derot, 11 ; Mauric, 15 ; Fauvert, 13 ; Lereboullet, 14 ; Even, 12 ; Boussert, 12.

SÉRIE B. *Ont obtenu* : MM. Perrault, 15,5 ; Michaux, 13 ; Rouquès, 18 ; Worms, 18 1/2 ; Schwob, 16,5 ; Derot, 15 ; Mauric, 14 ; Fauvert, 14 1/2 ; Lereboullet, 15 ; Even, 14 ; Boussert, 14.

Epreuve clinique. SÉRIE A. *Ont obtenu* : MM. Perrault, 17 ; Michaux, 19 ; Rouquès, 14 ; Worms, 15 ; Schwob, 16 ; Derot, 16,5 ; Mauric, 15 ; Fauvert, 13 ; Lereboullet 13 ; Even, 16 ; Boussert, 14.

SÉRIE B. *Ont obtenu* : MM. Perrault, 20 ; Michaux, 20 ; Rouquès, 16 ; Worms, 14 ; Schwob, 17 ; Derot, 14 ; Mauric, 15 ; Fauvert, 18 ; Lereboullet, 16 ; Even, 15 ; Boussert, 17.

Total des points obtenus : MM. Perrault, 70 1/2 ; Michaux, 64 ; Rouquès, 63 ; Worms, 61 1/2 ; Schwob, 61 1/2 ; Derot, 59 1/2 ; Mauric, 59 ; Fauvert, 58 1/2 ; Lereboullet, 58 ; Even, 57 ; Boussert, 57.

SONT ADMISSIBLES : MM. Perrault, Michaux, Rouquès, Worms, Schwob, Derot, Mauric, Fauvert, Lereboullet, Even.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Epreuve écrite. Questions posées* : 1° Electrodiagnostic des névrites périphériques et leur électrothérapie. 2° Radiodiagnostic dans les affections non traumatiques de la hanche. 3° Radiothérapie dans les leucémies.

Questions restées dans l'urne : *Electrologie* : Courants continus de basse tension. Sources, effets physiologiques, leur utilisation en médecine. Courants de haute fréquence, sources. Effets physiologiques, modalités d'utilisation. — *Radiodiagnostic* : Images diverticulaires gastro-duodénales. Localisation, migration. Zones d'arrêt des corps étrangers du tube digestif. — *Radiothérapie* : Radoi et curiethérapie dans le cancer de la langue. Radiothérapie dans les tumeurs du sein.

— **Concours d'internat de Brévannes, Ste-Périne, Hendaye, Champrosay.** — *Questions posées* : Artère fémorale. Signes et diagnostic de la maladie de Basedow.

SÉANCE DU 25 MARS. *Lecture des copies. Ont obtenu* : MM. Wolfromm, 24 ; Lajouanine, 20 ; Delair, 20 ; Mlle Oganesoff, 25 ; MM. Romette, 22 ; Campagne, 21 ; Kitmacher, 15 ; Brardeau, 22 ; Mlle Lecuper, 18.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Prix Etienne Taesch.** Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve. — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix. Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats. Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1936, le prix Etienne Taesch sera, comme pour les années précédentes, de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1936, à M. le Docteur Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

— **IIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique** (Bologne-Rome, 21-25 septembre 1936.) — *Programme.* Bologne : lundi 21 septembre 1936, 16 h. 30, Institut Rizzoli : Assemblée générale ; 21 heures, dîner offert par le Président du Congrès.

Mardi 22 septembre 1936, 9 h. 45, Institut Rizzoli : Discours du président du Congrès ; 10 h. 30, étude de la première question à l'ordre du jour : *Les dérangements internes du genou*, rapporteurs : MM. Karl BRAGARD (Allemagne) ; VALLS (Argentine) ; MATHIEU (France) ; PLATT (Grande-Bretagne) ; KALINA (Pologne) ; 21 heures, réception par l'Administration communale de Bologne.

Mercredi 23 septembre 1936, 9 h. 30, Institut Rizzoli, étude de la deuxième question à l'ordre du jour : *Les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile*, rapporteurs : MM. SPITZY (Autriche), SAN RICARD (Espagne), ROCHER (France), PALAGI (Italie) ; 21 heures : banquet par souscription. (Les dames sont admises.)

Jeudi 24 septembre 1936, 16 heures, départ pour Rome en train spécial, où l'on arrive le soir même vers 22 heures.

Rome : vendredi 25 septembre 1936, Visite de la nouvelle clinique de chirurgie orthopédique. Démonstration (opérations, présentations de malades).

— **Prix de la Faculté de médecine de Nancy.** (Année scolaire 1935-1936.) — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté :

Prix Alexis Vautrin : Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. 1er prix : 2.900 francs ; 2e prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer : Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand'Eury-Fricot : Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Prix : 1.450 francs.

Prix Ritter : Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. Prix : 450 francs.

Prix Heydenrich-Parisot (médecine) : Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). Travail original sur un sujet de médecine. Prix : 450 francs.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1936.

— **Parti social de la Santé publique** (2, rue Chaucbat, IXe. Président : M. Paul Jourdain, ancien ministre). — *Dernier écho du timbre antituberculeux.* — Le P. S. S. P., s'est ému de voir les scouts et les enfants, en plein mois de décembre, exposés au froid et à l'humidité, de 8 heures et demie à 18 heures, quêter pour le timbre antituberculeux.

Il signale au Comité national de défense contre la tuberculose, l'opportunité qu'il y aurait à supprimer ces quêtes faites par des enfants sous la pluie.

— **L'Œuvre de la Goutte de lait du Dr Léon Dufour, à Fécamp.** — L'Œuvre de la Goutte de lait de Fécamp (fondation Léon Dufour) a tenu sa réunion annuelle sous la présidence du Docteur Maupas.

En 1935, 293 enfants ont été inscrits sur ses registres. Il a été acheté 50.000 litres de lait qui, après stérilisation à 102°, fut réparti aux enfants par paniers de 6 biberons dosés suivant l'âge et portés chaque jour à domicile, pour le prix de 1 fr. 25. A la Goutte de lait est annexée une consultation de nourrissons. Les dépenses se sont élevées à 91.000 francs et les recettes à 94.000 francs.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

11.688 Andrieu, Labenne (Landes). Parrains : Drs Bouquier et Parin.
11.689 Baillat, Perpignan (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
11.690 Champion, L'Isle-Jourdain (Vienne). Syndicat médical de la Vienne.
11.691 Charbonnier, 26, rue Daubigny, Paris (17e). Syndicat médical de la Seine.
11.692 Delfosse, Lambersart (Nord). Syndicat médical de Lille.
11.693 Dumont, Cormeilles (Eure). Syndicat médical de Pont-Audemer.
11.694 Etcheverry, Montfort-sur-Risle (Eure). Syndicat de Pont-Audemer.
11.695 Falot, Gafour (Tunisie). Parrains : Drs Lehucher et Bubendorf.
11.696 Faugouin, Orléans (Loiret). Parrains : Drs Dramard et Goutallier.
11.697 Geisz, Pont-Audemer (Eure). Syndicat de Pont-Audemer.
11.698 Grezillier, Rochechouart (Haute-Vienne). Syndicat de la Haute-Vienne.
11.699 Guinard, Tournus (Saône-et-Loire). Syndicat des médecins de Saône-et-Loire.
11.700 Jouen-Delamare, Beuzeville (Eure). Syndicat médical de Pont-Audemer.
11.701 Mlle Lemoigne, Gaillon (Eure). Syndicat médical des Andelys.
11.702 Lépine, Pradelles (Haute-Loire). Syndicat médical du Puy.
11.703 Lévêque, Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.
11.704 Montassut, 12, rue Quatrefages, Paris (5e). Parrains : Drs Crouzat et Giron.
11.705 Muselli, Castillonnes (Lot-et-Garonne). Syndicat médical du Lot-et-Garonne.
11.706 Noguès, Le Boulou (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
11.707 Perrimond, 17, boulevard Reynaud-de-Trets, Marseille. Syndicat des médecins de Marseille.
11.708 Peyret (Raymond), Viroflay (Seine-et-Oise). Parrains : Dr Peyret père et Dr Aumont.
11.709 Philippe, Saint-Dié (Vosges). Syndicat des médecins des Vosges.
11.710 Rousseau, Bergerac (Dordogne). Parrains : Drs Delbès et Aka.
11.711 Ruyer, Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône). Syndicat médical de la Haute-Saône.
11.712 Seigneur, Beaulieu-Mandeure (Doubs). Parrains : Drs Seigneur et Pétrequin.
11.713 Touze, Gourdon (Lot). Parrains : Drs Surun et Bardon.
11.714 Vicente, 44, rue Lemercier, Paris (17e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.715 Mme Vincent, Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise). A. G. des médecins de France.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Les groupements médico-pharmaceutiques se sont entendus pour une action commune en vue des élections prochaines, action qui s'exercera en dehors de toute question politique. Un cahier de revendications sera présenté à l'acceptation formelle des candidats et les résultats des demandes seront communiqués aux membres de ces groupements.

Le Comité demande à tous de s'en inspirer pour leur vote, et en particulier aux médecins de n'envisager que les intérêts étroitement liés de la médecine et de la santé publique.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

Comment garantir l'avenir des siens

Je désirerais connaître le moyen de garantir l'avenir de ma femme et de mes enfants en cas de décès ou de maladie. A ma grande confusion, je dois avouer que j'ignore s'il existe des Sociétés de Secours mutuels entre médecins. Je fais pourtant partie de mon Syndicat, mais personne ne s'est jamais soucié de me signaler aucune œuvre de ce genre. Il doit cependant en exister une, puisque le *Concours Médical* parle d'une Mutualité familiale. Pourriez-vous me documenter. J'ai 29 ans et je puis disposer de 2.500 à 3.000 francs par an. Dr L.-B., à G. (M.).

Oui, il existe une Société mutuelle médicale, la *Mutualité familiale du « Concours Médical »*. Elle a quarante-deux ans d'existence, 2.000 membres, 9 millions de réserves.

Elle garantit une indemnité maladie de 50 francs par jour pendant deux mois et de 500 francs par mois ensuite tant que dure la maladie jusqu'à 65 ans.

Elle offre des retraites à 60 ans et à 65 ans pouvant s'élever chacune à 4.800 francs.

Elle assure aux veuves et orphelins, une pension viagère qui est actuellement de 1.800 francs,

mais sera augmentée dès que le nombre des cotisants sera suffisant.

A l'âge type de 30 ans, l'indemnité-maladie et accidents vous coûterait 471 francs.

4.800 francs de pension à 60 ans, 796 francs,

4.800 francs de pension à 65 ans, 475 francs.

1.800 francs à votre veuve, entre 500 ou 600 francs selon l'âge de votre femme.

En somme pour moins de 2.350 francs, nous vous garantissons le maximum dans toutes nos combinaisons et les primes des retraites sont contre-assurées.

Maintenant que vous savez que nous existons, que nous fonctionnons, et que nos tarifs sont inférieurs à vos disponibilités, n'hésitez plus pour venir à nous au plus vite, et n'attendez pas la maladie ou l'accident pour vous assurer et assurer l'avenir aux vôtres.

Dr H. MIGNON.

— ERRATUM. — A l'article « Soyez prévoyants », page 887 du n° 12 du 22 mars 1936, deuxième colonne, lignes 4 et 5, lire : « 50 francs par jour pendant *deux* mois » au lieu de trois mois.

ASSURANCES SOCIALES

2.687. — Refus de remboursement d'un examen de laboratoire

Nous recevons, au sujet de la réponse n° 2.218, parue sous ce titre dans notre dernier numéro, la lettre suivante :

Je lis avec étonnement dans le *Concours Médical* d'aujourd'hui 22 mars, à la page 952, la phrase suivante :

« Il est exact que le règlement intérieur des Caisses d'assurances sociales, stipule qu'en cas de traitement spécial, l'assuré DOIT se mettre d'accord avec sa Caisse après avis du médecin contrôleur ».

Permettez-moi de vous faire amicalement remarquer, que, contrairement à ce que pense votre rédacteur, il n'existe rien de semblable dans le règlement intérieur des Caisses. Je copie textuellement l'article 23 de ce règlement :

« *Art.* 23. — Pour les soins d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale, il est délivré au malade une feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux qui doit être présentée à la Caisse tous les quinze jours. La Caisse PEUT exiger, dans ce cas, sauf urgence, entre l'attestation du médecin traitant, s'il y en a un, l'intervention préalable de son médecin contrôleur.

« La délivrance d'une feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux est nécessaire même si ces soins sont donnés par le médecin traitant ».

En bon français, cela veut dire que la Caisse PEUT, sans que cela soit une nécessité, exiger l'intervention préalable de son médecin contrôleur. Elle ne peut d'ailleurs refuser la délivrance d'une feuille de soins spéciaux, quel que soit l'avis favorable ou défavorable du médecin contrôleur. Si le malade passe outre à

l'avis défavorable du médecin contrôleur, il se voit refuser le remboursement de la prestation, il doit en appeler à la Commission technique des trois médecins qui dira si la prestation était ou non indiquée et si elle doit être remboursée.

Aussi bien, comme le reconnaît d'ailleurs *in fine* votre rédacteur, cette interprétation de l'article 25 du règlement intérieur des Caisses est conforme à la jurisprudence constante de la Cour de cassation.

En m'excusant de vous avoir signalé ce petit point de droit, je vous prie de croire, cher M. Noir, à mon meilleur souvenir et à mes sentiments amicalement dévoués. Dr Drouet.

Nous accueillons bien volontiers cette mise au point concernant le sens de l'article 23 du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales. Cet article 23 au point de vue juridique n'oblige pas l'assuré en cas de traitement spécial à obtenir l'accord de sa Caisse ; il donne simplement droit à cette dernière de subordonner le versement des prestations à un avis favorable de son médecin contrôleur.

Nous ferons observer seulement pour clore cet incident, que nous n'avions pas entendu, en écrivant que « l'assuré doit se mettre d'accord avec sa Caisse », donner à notre phrase un sens juridique strict, mais indiquer simplement qu'en fait et étant donné l'article 23 précité l'assuré, a intérêt en cas de traitement spécial à s'entendre avec sa Caisse pour éviter toute contestation ultérieure sur le versement des prestations. Mais ce que notre affirmation pouvait avoir de trop absolu était au reste corrigé par la suite de notre réponse, qui aboutissait ainsi aux mêmes conclusions que celles du Docteur Drouet en ce qui concerne les droits de l'assuré.

Nous remercions néanmoins ce dernier d'avoir bien voulu nous faire part de ses observations.

2.309. — Nouveau régime des soins aux assurés sociaux notoirement indigents

Etant abonné au *Concours Médical*, je me permets de vous demander le renseignement suivant concernant les honoraires dus pour soins donnés aux assurés sociaux indigents.

Le décret du 31 octobre 1935 (titre III, art. 19, paragraphe 3), dit que les frais dus aux praticiens sont réglés conformément au tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés.

Cela concerne les règlements entre Caisses et collectivités, mais le tarif médical reste-t-il celui des accidents du travail ?

Dr B.

Réponse

L'art. 19 du décret loi du 30 octobre 1935, qui sera applicable aux honoraires médicaux concernant les actes faits postérieurement au 1er avril

1936, a modifié le régime des assurés indigents résultant de l'art. 59 de la loi de 1928-1930. Dorénavant, les honoraires médicaux ne seront plus calculés, en ce qui concerne les soins donnés aux assurés sociaux indigents, conformément au tarif ministériel de la loi de 1898, mais d'après le tarif de responsabilité des Caisses des assurés. Autrement dit, les médecins recevront dans ce cas à titre d'honoraires ce que la Caisse aurait normalement remboursé à un assuré ordinaire pour ce même acte médical, avec cette différence toutefois qu'ils n'auront pas à supporter la participation obligatoire de 20 % qui incombe aux assurés ; ce « ticket modérateur », qui eût été sans raison d'être dans ce cas, sera supporté par les collectivités d'assistance de l'assuré indigent. Pratiquement, cette collectivité d'assistance touchera d'abord des Caisses d'assurances sociales leur tarif de responsabilité diminué de 20 %, y ajoutera ces 20 %, et versera le tout aux médecins.

2.458. — Contestation sur le pourcentage de l'incapacité de travail

Un de mes malades (assuré social), touche depuis environ dix-huit mois une pension d'invalidité.

A la date du 11 mars 1936, on lui notifie que sa capacité de travail étant estimée actuellement supérieure à 50 p. 100, cette pension lui est supprimée à dater du 1er février.

Est-il admissible que cette date soit antérieure de quarante jours à celle de la notification, d'autant qu'il était paraît-il, interdit à l'intéressé de se livrer à aucun travail salarié sous peine de voir sa pension immédiatement supprimée ? Dans la négative que doit-il faire ?

Dr L.

Réponse

S'il y a contestation entre l'assuré et la Caisse, tant sur le pourcentage actuel d'incapacité de travail que sur la date à laquelle cette incapacité s'est modifiée, il y a lieu de soumettre ce différend à la Commission technique prévue par l'art. 7 de la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales, qui est composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin désigné par le Président du Tribunal civil. L'intéressé doit saisir de sa réclamation le président du Tribunal par lettre recommandée, dans un délai de quinze jours courant de la notification de la décision de la Caisse ; la décision de cette Commission peut être déférée en appel à la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Pas plus le régime institué par la loi de 1930 que celui résultant du décret-loi du 30 octobre 1935 n'interdit à l'assuré titulaire d'une pension

d'invalidité de continuer à travailler si sa capacité restante le lui permet. La seule innovation à ce point de vue du nouveau régime est que « le service de la pension est suspendu en tout ou en partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gains cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide ».

2.668. — Affiliation aux Assurances sociales d'une femme de ménage

J'ai à mon service une femme de ménage qui vient travailler chez moi six jours par semaine (lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi), l'après-midi, de 2 heures à 6 heures, à 3 francs l'heure.

Le matin, cette femme de ménage travaille ailleurs (au total deux places).

Quelles formalités suis-je tenu de remplir vis-à-vis des Assurances sociales ?

Dr E.

Réponse

Il résulte de l'art. 1er, § 5 du décret-loi du 30 octobre 1935 sur les Assurances socialesque les formalités de déclaration et d'immatriculation aux Assurances sociales incombent, non pas à l'employeur, mais au salarié lui-même lorsque ce dernier travaille pour le compte de plusieurs patrons. Dans ce cas, il suffit que l'employeur obtienne décharge des obligations lui incombant en demandant à son salarié de lui certifier par écrit qu'il ne travaille pas que pour son compte.

Les femmes de ménage, lorsqu'elles ne sont pas au service exclusif d'une même personne, ne rentrent pas dans la catégorie des « domestiques et gens de maison » soumis au point de vue cotisations à un régime spécial par l'art. 2, § 14 du décret-loi. La double cotisation patronale et ouvrière les concernant est calculée conformément au principe général au taux de 7 % sur le montant de la rémunération effectivement versée en espèces, augmentée de la valeur des avantages en nature.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.190. — Un cas bien spécial de surveillance prolongée

Je suis embarrassé pour établir ma note d'honoraires à la suite d'un accident qui sort de l'ordinaire.

J'ai été appelé lundi 2 mars, à donner mes soins à deux maçons ensevelis au fond d'un puits pendant la réparation.

Lorsque je suis arrivé, ces ouvriers n'étaient pas dégagés et sur l'insistance de l'entourage, j'ai dû res-

ter sur les lieux du sinistre pendant cinq heures à attendre le sauvetage, soit de 4 heures à 9 heures du soir.

Puis, j'ai soigné les deux blessés de 9 heures à 10 heures.

Que dois-je demander comme honoraires pour ces cinq heures de présence en dehors de mes soins ?

Dr B.

Réponse

C'est un cas de « surveillance prolongée » (art. 6) avec la différence que cela s'est passé avant et non après la visite. En plus de vos soins, vous avez donc à compter 15 francs par demi-heure d'attente « dans la limite d'un maximum de cinq visites ». Naturellement, vous ne comptez votre attente qu'une seule fois pour les deux blessés soignés ultérieurement. De plus, pour éviter toute réclamation ultérieure, donnez dans votre note d'honoraires toutes explications nécessaires à la Compagnie. Il va de soi que vous ne pouviez vous désintéresser des suites de l'éboulement et refuser d'attendre alors qu'on vous le demandait, avec raison.

Dr F. Decourt.

2.046. — Délivrance artificielle sur appel de sage-femme

Appelé par une sage-femme pour opérer, de nuit, la délivrance artificielle d'une femme qu'elle venait d'accoucher, que dois-je demander comme honoraires ? Il s'agit là encore, d'une assurée sociale notoirement indigente.

Le Tarif de l'Assistance médicale gratuite accorde 150 francs d'honoraires à la sage-femme.

Dr D.

Réponse

Il s'agit en somme, d'une délivrance artificielle, sur appel d'une sage-femme, donc « traitement de la rétention placentaire : 190 francs » avec, d'ordinaire un curetage digital ou manuel, (voir art. 22, appareil génital femelle).

Dr F. Decourt.

2.244. — Fracture radiale et cubitale avec fracture des deux os du carpe

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire donner des précisions, par votre Conseil juridique, sur une note d'honoraires, pour un accident du travail, contestée par une Compagnie d'*assurances.*

Voici les faits :

J'ai donné mes soins en août 1935 à un ouvrier blessé couvert par la loi de 1898.

Les lésions étaient multiples : 1o fractures des extrémités inférieures du radius et du cubitus ; 2o fractures du grand os et du semi-lunaire.

Pour les lésions de l'avant-bras, j'ai demandé 150

francs et pour celles du carpe 100 francs d'où 250 francs.

La Compagnie d'assurances ne veut me payer que 150 francs. Je serais désireux de savoir si elle est vraiment dans son droit.

Il est incontestable que les lésions du poignet ont aggravé singulièrement le pronostic fonctionnel. Les soins ultérieurs étaient beaucoup plus délicats et la responsabilité du médecin (ne serait-ce que morale) plus engagée.

Dr C.

Réponse

Ce qui est l'objet d'honoraires médicaux, c'est non pas la lésion, mais l'intervention effectuée. Or, je ne vois pas quelle intervention fut effectuée par vous, en ce qui concerne la fracture du grand os et du semi-lunaire, alors que vous aviez à faire une « réduction et contention » par appareil plâtré des fractures, des extrémités inférieures du radius et du cubitus, ce qui est tarifé 150 francs (deux os de l'avant-bras).

Vous parlez de « soins ultérieurs plus délicats » mais ils sont payés en plus, en accidents du travail, contrairement à ce qui se passe en Assurances sociales où les soins consécutifs pendant vingt jours sont compris dans la tarification de l'intervention. Quant à la « responsabilité morale », elle n'apparaît pas plus grande si les fractures radiales et cubitales sont bien réduites et contenues. Bref, je ne vois pas sur quoi vous pourriez vous baser pour compter 150 + 100 au lieu de 150 seulement, surtout que les réductions de fracture du grand os et du semi-lunaire ne sont pas l'objet d'une mention spéciale dans le tarif accidents du travail. Tout ceci dit, il est bien entendu que je vous donne là un simple avis personnel, ce n'est donc pas, un texte sacré à suivre religieusement.

Dr F. Decourt.

2.220. — Visite de nuit à un assuré social notoirement indigent

J'ai fait une visite de nuit à un assuré social indigent. Je crois que le Tarif de ces assurés est celui des accidents de travail. Mais faut-il compter la visite de nuit triple (tarif 1898) ou simplement double comme le veut le tarif des Caisses ?

Dr B.

Réponse

La visite de nuit, en accident du travail est triple (art. 4), il en est de même pour un assuré social notoirement indigent, puisque c'est le tarif accident du travail qui est en jeu... du moins jusqu'au moment (1er avril), où les décrets-lois entreront en application, car alors ce sera le tarif de responsabilité (pas celui de remboursement) des Caisses qui servira de base.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

2.189. — Accident survenu à l'ouvrier qui rentrait à son domicile

J'ai eu l'occasion de donner des soins à M. L... à l'occasion d'une fracture du radius. M. L... travaille dans une usine électrique qui l'envoie fréquemment en déplacement. C'est précisément dans un déplacement qu'après son travail, il s'est fracturé l'avantbras.

M... L. est assuré contre les accidents du travail par la Compagnie électrique.

Il est aussi assuré social. Les circonstances de l'accident sont telles qu'on doit écarter tout accident du travail. L'accident s'étant produit quelques minutes après le travail, alors que M. L... était en motocyclette et se proposait de rentrer dans sa famille pour y passer le lendemain dimanche.

Je viens vous demander une consultation. Vous seriez tout à fait aimable d'étudier le dossier, de me donner votre avis et de me dire ce que le blessé doit faire. Il paye 480 francs par an pour sa quote-part aux versements d'assurances (La Compagnie électrique autant), et il paraît extraordinaire dans ces conditions de ne rien pouvoir toucher.

Dr G.

Réponse

Ne relèvent en effet de la législation sur les accidents du travail que les accidents survenus au lieu et au temps du travail, c'est-à-dire à tout endroit où se trouve l'ouvrier sur les ordres de son patron et pour les besoins de l'entreprise. S'il est faux que l'ouvrier en question lorsqu'il a été blessé allait chercher des métaux pour la Compagnie dont il est l'employé, mais s'il rentrait à son domicile, il y a lieu d'appliquer la jurisprudence suivant laquelle les accidents qui se produisent au cours de ces trajets ne sont considérés comme accidents du travail que s'ils constituent (ces trajets) des prolongements du travail soit parce que l'entreprise prend ce transport à sa charge, soit parce que l'ouvrier est payé pendant ses heures de déplacement, soit enfin parce que le lieu du travail présente des difficultés d'accès spéciales.

Aucun élément de ce genre ne paraissant exister en l'espèce, il y a lieu d'en conclure, sous la réserve faite plus haut, qu'il s'agit d'un accident de pur droit commun ne mettant pas en jeu la responsabilité du chef d'entreprise ou de son assurance, et donnant en conséquence à l'intéressé droit aux prestations des Assurances sociales s'il est en règle de ses cotisations. Malheureusement, il est actuellement trop tard pour exercer les voies de recours normales contre le refus injustifié de la Caisse ; il eut en effet été nécessaire de saisir la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée adressée à son

président au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la réception de la dernière lettre de refus. Ce délai étant imparti par la loi à peine de forclusion, toute action contre la Caisse est vouée actuellement à un échec certain, bien que le fond du droit paraisse difficilement contestable.

1.996. — Rechute d'un accident du travail

Le 9 janvier 1935 un homme se blesse gravement au genou droit, gros arrachement cutanéo-dermique avec perte de substance, le blessé est envoyé à l'hôpital, où l'on finit par lui faire des greffes cutanées pour ankylose du genou. Guérison avec incapacité permanente partielle de 45 % en juillet 1936. Le blessé peut reprendre un peu d'occupation, mais ces jours-ci sur sa cicatrice viennent des phlyctènes et plaies ; le blessé vient me voir. A qui incombent les frais des soins, le blessé ou le patron, c'est-à-dire l'Assurance ? Si c'est l'Assurance que dois-je faire ? Rapport à l'Assurance ? Certificat à la mairie.

Dr D.

Réponse

Si le blessé a repris son travail en juillet 1935, il a été considéré à ce moment comme consolidé. Il s'agit donc maintenant d'une rechute, et non de la continuation de l'incapacité temporaire primitive.

La question de savoir si les frais médicaux exposés par le blessé au cours de cette nouvelle incapacité temporaire doivent être supportés par le chef d'entreprise ou son Assurance substituée est controversée. D'après la jurisprudence de la Cour de cassation, qui semblait jusqu'à présent solidement établie, l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898 qui ouvre à la victime l'action en révision de l'indemnité pour cause d'aggravation de l'infirmité ne vise que la rente allouée ou à allouer, et ne contient aucune disposition qui s'applique ni à l'indemnité journalière, ni aux frais médicaux faits à l'occasion de cette aggravation. Il n'est donc pas possible d'imposer par analogie au chef d'entreprise une obligation que la loi, de caractère forfaitaire, n'a pas mise expressément à sa charge. (V. not. Cass. civ., 1er juin 1932, *Gaz. Pal.*, 22 juin 1935). En conséquence, il appartient en ce cas à l'accidenté de payer lui-même son médecin ou son chirurgien sur la majoration de rente qu'il obtient, étant entendu, d'après certaines décisions, qu'il a droit à une rente calculée sur le taux de 100 % pendant la nouvelle incapacité temporaire qui l'a mis dans l'impossibilité de travailler (Cour d'Angers, 20 mars 1935, *Gaz. Pal.*, 22 juin 1935).

Mais cette jurisprudence restrictive n'a pas été suivie par la Cour d'appel de Caen qui, dans un récent arrêt (23 mai 1935, D. H. 1935.483) a formellement décidé que « l'indemnité prévue par

la loi du 31 mars 1905 et dont l'ouvrier peut en cas d'aggravation demander la révision comprend tout à la fois la rente, l'indemnité de demi-salaire et le remboursement des frais médicaux ». D'après cette thèse le blessé ayant un recours contre le chef d'entreprise ou son Assurance pour obtenir le payement de ses frais médicaux, le médecin a, par ce fait même une action directe contre ce chef d'entreprise en vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898.

Si donc votre client ne peut vous payer lui-même, vous pourriez envoyer votre note à la Compagnie d'assurances en invoquant la jurisprudence précitée.

2.017. — Réduction de 10 % sur les soins médicaux aux accidentés des P.T.T.

Un facteur est blessé en service ; je lui donne ma note au Tarif des accidents du travail, il l'a remet à son receveur. Quelques jours plus tard, ce dernier me présente un mandat de payement, diminué de 10 %. Je proteste, je refuse. Le mandat est renvoyé au Directeur régional des P. T. T. Celui-ci le retourne au receveur de M. qui me le représente à nouveau. Quand je parle de l'accepter en mettant « reçu acompte de ..... », me réservant de réclamer les 10 % impayés au blessé, le receveur m'apprend que le Directeur dans sa réponse, a précisé de prévenir le facteur qu'il ne doit rien payer.

J'encaisse néanmoins les 90 % de ma note payée par l'Administration (un tiens vaut mieux.....) et je vais prévenir le blessé qu'il me doit encore 10 % de ma note.

Naturellement, prévenu par son Directeur, il refusera de les payer.

Que me conseillez-vous de faire :

1° Adresser une plainte au ministre des P. T. T. ?

2° Menacer (en collaboration avec mes confrères qui me suivront) de refuser à l'avenir, de donner nos soins aux blessés des P. T. T. en leur donnant toutefois un certificat d'hospitalisation.

Il n'est pas douteux que nous avons toujours le droit de nous faire payer comptant et que nous ne devons pas être traités en fonctionnaires.

Dr R.

Réponse

Il est exact que l'Administration des P. T. T. n'est tenue de vous payer vos honoraires que dans la limite du Tarif ministériel des accidents du travail, diminué de 10 % en application du décret-loi du 16 juillet dernier instituant un prélèvement sur toutes les dépenses publiques.

Mais vous n'êtes nullement obligé de vous satisfaire de cette somme et il n'est pas douteux que, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation vous avez une action contre la victime pour la partie de vos honoraires excédant ce Tarif (Cass. civ., 8 février 1932, D. H. 1932. 202).

Contrairement à l'avis du Directeur, vous pouvez donc vous retourner contre le facteur et lui demander de vous payer la différence entre ce que vous avez touché de son Administration et le tarif de droit commun.

Si vous ne pouvez obtenir ce payement à l'amiable, il y aurait lieu de poursuivre votre client en droit commun, devant le Tribunal de paix de son domicile.

2.141. — Déclaration des maladies professionnelles

Une malade intoxiquée par le plomb a été soignée dans un hôpital, elle n'a pas fait sa déclaration de maladie professionnelle dans les quinze jours prévus par la loi ; actuellement, quatre mois après, elle présente toujours des symptômes d'intoxication, sans certificat médical initial, comment peut-elle actionner son patron en justice ? Elle a été soignée dans une clinique qui reconnaît le lien entre l'intoxication par le plomb et les symptômes actuels, mais le médecin refuse de lui délivrer un certificat, ne voulant pas avoir d'histoire. Dr L.

Réponse

La question que vous nous posez par votre lettre du 5 mars a été examinée par le Conseiller à la Cour de cassation Sachet dans son Traité des accidents du travail qui fait autorité, édition 1926, n° 2.123. Voici donc ce qu'il en dit :

« La déclaration de la maladie professionnelle doit avoir lieu dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail. Par exemple, l'ouvrier ayant cessé son travail le 4 avril devra déclarer sa maladie au plus tard le 19 avril ; sa déclaration serait non recevable le 20. Les dimanches et jours fériés ne sont pas déduits de ce délai.

« La déclaration a une importance toute particulière, puisqu'elle devient le point de départ de la prescription (n° 2.134).

« Après l'expiration du délai de quinze jours, l'ouvrier, irrecevable à faire la déclaration prévue par l'art. 5, n'est pas par cela même privé de tout moyen de faire reconnaître ses droits. Tant que la prescription n'est pas acquise, il peut assigner devant le Tribunal civil le chef d'entreprise qu'il croit responsable ; avant de statuer au fond, le Tribunal ordonne que les formalités prescrites par la loi de 1919 et de 1898 (déclaration, enquête du Juge de paix, etc.), seront remplies. Telle est du moins la solution admise en jurisprudence pour l'application de la loi du 9 avril 1898 (V. n° 1.215 et 1.219). »

Mais, pour pouvoir introduire utilement son action, il faut que votre cliente puisse produire à l'appui de sa demande un certificat médical établissant le diagnostic exact de la maladie et les possibilités de rapport de cause à effet entre le travail effectué et la maladie.

Cinquante-huitième année — N° 15 — 12 Avril 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

AVIS

I

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Tout médecin sollicité de s'installer à Chéroy (Yonne) est invité, dans son intérêt, à se renseigner auprès du Dr Bascou, à Chéroy, et du Dr Potiron, à Sens, président du Syndicat de l'arrond.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

Nº 101. — Maison santé chirurg. Paris cherche nouveaux correspondants, préfér. S.-et-O., S.-et-M., Aisne, Oise, Eure. Condit. très intéress.

Nº 102. — 10 km. Paris, clientèle chiffre très important, appartem. tout confort, 8.000, bail 8 ans. Etranger et israélite s'abstenir.

Nº 103. — Jne médecin franç. cherche place dans clinique, sana, etc., ou remplacement avec possibilité ou non de succession. Dr Devau, Bougie (Algérie).

Nº 104. — Dr recomm. profess. Arcachon prenant chez lui enfants jusqu'en 3e fatigués non contagieux. Ecr. Desvaux, boulev. Deganne, Arcachon.

Joindre un timbre pour toute demandede renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Environs de Grenoble. Très belle clientèle médecine générale, habitation confortable. A céder 65.000 avec diverses install.

Sud-Ouest, bon poste rural très ancien avec fixes 20.000 francs, maison très agréable. Prix : une demi-annuité.

Normandie. Important cabinet d'O. R. L. à céder avec présentation belle maison. Indemnité : 70.000 francs.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaire de clinique gynécologique.* — M. Mocquot, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er avril 1936, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris (dernier titulaire : M. Proust).

— **La pratique des régimes à Vichy.**—Pour la saison 1936, il est créé à l'Etablissement thermal de Vichy un Bureau de surveillance médicale des régimes alimentaires qui assurera la direction et l'organisation pratique de la diététique dans tous les hôtels de la station.

— **Association internationale de prophylaxie de la cécité.** — L'*Assemblée générale* de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité et de l'organisation internationale de lutte contre le trachome aura lieu à Paris le lundi 11 mai 1936, à 15 heures, au grand Amphithéâtre du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique.

A l'ordre du jour : Rapport du président, M. F. de Lapersonne, sur les travaux de la Société pendant l'année écoulée ; rapport de M. le Professeur F. Terrien, sur la classification des conjonctivites, etc.

— **Le XLIXe Congrès de la Société française d'ophtalmologie** coïncidera avec l'assemblée de l'Association de prophylaxie de la cécité, et se tiendra du 11 au 14 mai à la Maison de la Chimie, Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique.

— **Association amicale des médecins bourguignons.** — Le dîner annuel a eu lieu le samedi 28 mars au restaurant Lapérouse, sous la présidence du Docteur Lavoine et avec son succès habituel.

Etaient présents au dîner : M. le Professeur Rathery, le sénateur Chauveau, Pierre Bertrand, Bonnerot, Bouley, Chabaud, Deguignand, Dessaint, Dupuy, Faiveley, Maurice Gaucher, Charles Jacquelin, Lagarenne, Larget, Lavoine, Henri Lemoine, Paul Lemoine, Mme Lemoine, Mlle Lemoine, M. M. Péroz, Roche, Rudler, Sebilotte, Gabriel Thévenard, Walter.

— **La patente médicale.** — *La proposition de loi Denais.* — La Chambre des Députés a voté, avant son départ, le projet de loi Denais établissant, en faveur des médecins ayant un loyer modeste, ainsi que des jeunes médecins nouvellement installés et des médecins âgés de 70 ans, une réduction de 50 % du droit fixe de patente. La Commission sénatoriale des Finances a, il est vrai, réservé le texte voté par la Chambre qui se trouve ainsi en suspens.

L'injustice fiscale qui a amené, du fait de l'institution du droit fixe, une augmentation quelquefois

très notable de la patente des médecins ayant un petit loyer, et celle qui frappe les jeunes médecins qui débutent et les praticiens âgés que la dureté des temps oblige à exercer encore, doivent être réparées.

La Commission sénatoriale comprend plusieurs membres appartenant aux professions libérales, médecins et avocats. Nous voulons croire que, mieux éclairé, le Sénat réparera l'injustice fiscale des patentes des professions libérales et votera le projet de loi Denais.

— **L'Association confraternelle des médecins français.** — Cette Association, qui a pour but de verser un secours immédiat au décès d'un sociétaire, a tenu son assemblée générale annuelle le 16 mars 1936, à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi.

Après une allocution du Professeur Vanverts, président de l'Association, le Docteur Barlerin a donné lecture du rapport financier; 300.000 francs de secours immédiats ont été distribués. Le nombre des cotisants est de 1.800.

Pour renseignements, s'adresser au siège social, 10, rue de Strasbourg, chez le Docteur Barlerin, trésorier, ou chez le Docteur Grahaud, secrétaire général, 7, rue Labie, Paris.

— **Hommage au Docteur et à Madame Pecker.** — L'Académie française vient de décerner le prix Niobé au Docteur et à Madame Pecker qui ont fondé en 1897, à Maule, une œuvre d'assistance médicale à domicile aux mères nécessiteuses, œuvre qui a été le point de départ d'une organisation complète de protection maternelle et infantile dans le département de Seine-et-Oise.

— **Hôpitaux de Nancy.** — *Concours de médecin et de chirurgien.* — Un concours pour la nomination à deux places de médecin et à une place de chirurgien des hôpitaux chargés, l'un du service médical de la Maison de convalescence de la Ronchère, à Houdemont, les autres, des suppléances hospitalières médicales et chirurgicales, sera ouvert le lundi 27 avril 1936, à l'hôpital central.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, à l'hôpital central, 29, rue de Strasbourg, à Nancy.

— **Hôpitaux de Rouen.** — *Electro-radiologiste.* — Un concours pour la nomination dans les hôpitaux de Rouen d'un médecin électro-radiologiste adjoint s'ouvrira le jeudi 11 juin 1936, à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont jusqu'au 16 mai 1936.

— **Hôpital de Mostaganem** — Un concours sur titres s'ouvrira à Alger le 24 juin 1936 pour une place de médecin adjoint à l'hôpital de Mostaganem. Inscriptions jusqu'au 5 mai.

— **Préfecture du Finistère.** *Poste médical de l'île de Sein.* — Le poste médical de l'île de Sein (Finis-

tère) sera vacant le 1er octobre prochain. La population de cette île est de 1.254 habitants.

Le département alloue au médecin de l'île une indemnité annuelle de 18.000 francs et la commune lui assure le logement gratuit, à charge par ce praticien de donner ses soins gratuitement à la population indigente et de procéder également aux accouchements en ce qui concerne ces mêmes indigents. Les soins aux malades non indigents sont payés au médecin par les intéressés au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Le médecin de l'île doit prendre l'engagement : 1° de séjourner au moins un an dans l'île ; 2° de prévenir l'Administration, en cas de départ, au moins six mois à l'avance ; 3° de verser au département un dédit de 2.000 francs dans le cas où il ne tiendrait pas cet engagement.

Les candidats à ce poste devront adresser leur demande, dans le plus bref délai possible au Préfet du Finistère (Inspection de l'Assistance publique), à Quimper.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur René Verdier, médecin de la Compagnie de navigation « Les Messageries maritimes ». Ayant voyagé dans le monde entier, notre regretté confrère a succombé en service, en traversant le canal de Suez, et a eu à Suez des obsèques grandioses, hommage rendu au pavillon français et au médecin français, l'un et l'autre particulièrement respectés en Orient.

Un congrès médical franco-italien à Nice

L'Assemblée française de médecine générale et les Assises italiennes de médecine générale se sont réunies hier à Nice en une session commune, qui est appelée à un grand retentissement dans l'histoire des relations entre les deux pays latins. Six cent trente congressistes, dont deux cent cinquante Italiens, prirent part à ces assises, dont la séance inaugurale fut présidée par M. Médecin, député, maire de Nice, autour duquel on remarquait : les Professeurs Zama, président des Assises italiennes ; Carnot, président de l'Assemblée française ; Cunéo ; M. Louis Madelin, de l'Académie française, président du Comité France-Italie ; le sénateur Borletti, président du Comité Italie-France ; M. Mignon, directeur du Centre universitaire méditerranéen ; le médecin général inspecteur Rouvillois, inspecteur général du Service de santé : les Professeurs Imbert, Castaigne, Monvial, Fiessinger, Olmer, Minet, Malocchi, Gasparini, Bezançon, Quanelli, le Docteur Godlewski, secrétaire général ; les Docteurs de Martel, Rietti, Richet, etc...

Après une allocution de M. Médecin, le Professeur Bezançon *parla au nom de l'Académie* de médecine ; il exprima l'admiration de la médecine française pour sa sœur italienne et assura les Italiens que « malgré les difficultés de l'heure, voyant autour d'eux tant d'initiative heureuse tant de droiture, tant d'honnêteté, leurs amis de France sont avec eux dans la bonne comme dans la mauvaise fortune ».

Une séance de travail fut ensuite consacrée aux « séquelles de l'appendicite chronique opé-

rée ». Prirent part à la discussion les Professeurs Castaigne, Quanelli, Donati, Maïocchi et Solieri.

A 13 heures, un banquet de 650 couverts réunit les congressistes à la Jetée-promenade. Les deux discours essentiels furent ceux de M. Louis Madelin et du sénateur Borletti. Celui-ci parla du charme de Nice que baigne la mer qui unit la France et l'Italie. Il évoqua ensuite les jours que vit actuellement son pays, jours de bonheur malgré ceux qui se refusent à comprendre, car il a la certitude de faire triompher la civilisation sur la barbarie et l'esclavage. Il se déclare plein d'assurance et de confiance dans les sentiments inaltérables du peuple français. M. Louis Madelin, répondant à ce discours, fait l'éloge de la culture romaine qui a protégé l'Europe naissante contre la barbarie, de l'esprit latin qui seul peut lutter contre la mentalité saxonne et la mentalité slave. Il est nécessaire, dit-il, que la latinité retrouve toute sa force, que les nations héritières de Rome reprennent leur rôle et pour cela, il faut d'abord l'union absolue de la France et de l'Italie qu'aucune querelle politique ne doit diviser. Une guerre entre ces deux nations serait une guerre civile et représenterait la chute du monde entier dans les ténèbres. « Nos mains, dit-il, quand elles paraissent désunies, cherchent la hampe du même drapeau et si d'autres nations cherchent à troubler notre entente, toujours nos mains se retrouveront à l'heure du danger. » Ces deux discours ont été accueillis par des applaudissements enthousiastes.

Les congressistes ont été reçus à Cannes dans l'après-midi et ont assisté le soir à une représentation des ballets russes à Monte-Carlo. Les assises franco-italiennes se termineront aujourd'hui. (*Le Temps*, du 7 avril 1936.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 MARS

Enseignement

Loi du 21 *mars* 1936 *ayant pour objet d'exonérer de l'augmentation des droits d'inscription prévue par le décret-loi du* 10 *août* 1935 *les étudiants qui étaient en cours d'études en vue d'un grade d'Etat avant la promulgation dudit décret.*

Art. 1er. — Pendant les années scolaires de 1935-1936 à 1940-1941 incluse, les étudiants pourvus au 1er octobre 1935 d'au moins deux inscriptions non périmées afférentes à un diplôme d'Etat et poursuivant régulièrement leurs études en vue dudit diplôme seront exonérés des augmentations des droits d'inscriptions résultant du décret-loi du 10 août 1935.

Art. 2. — Un décret rendu sous le contre-seing du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, du ministre des Finances, du ministre de l'Education nationale et du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, chargé des services d'Alsace et de Lorraine, fixera les modalités de ces exonérations.

Art. 3.— Il est ouvert au ministre de l'Education nationale, au titre du budget général de l'exercice 1936, en addition aux crédits alloués par la loi de

finances du 31 décembre 1935 et par des lois spéciales, un crédit de trois millions de francs applicable à un chapitre nouveau 23 *bis* : « Remboursement aux Universités et aux Facultés du montant des remises des majorations de droits prescrites par le décret-loi du 10 août 1935 ».

Art. 4. — Sur les crédits ouverts au ministre de l'Education nationale, pour l'exercice 1936, par la loi de finances du 31 décembre 1935 et par des lois spéciales, une somme de trois millions de francs est définitivement annulée au titre du chapitre 119 « Pupilles de la nation. — Bourses ».

Sérums thérapeutiques

Décret du 16 mars 1936 autorisant la préparation et la mise en vente de sérums thérapeutiques.

Ce décret sera publié ultérieurement.

25 MARS

Assurances sociales

Décret du 25 mars 1936 portant règlement général d'administration publique pour l'application du décret du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales en ce qui concerne les assurés de l'Agriculture

Des extraits de ce règlement seront publiés ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décret du 22 mars 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil., titul. du B. P. M. S. ci-après désignés :

(Rang du 7 février 1936). Lagey, de la 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég.

(Rang du 23 mars 1936) Petit, de la 22e section d'inf. milit., aff. à la rég. de Paris ; Pierre-François, de la 22e sect. inf. milit., aff. à la rég. de Paris ; Gatte, de la 22e sect. inf. milit., aff. rég. de Paris ; Fromaigeat, 22e sect. infirmiers milit., aff. rég. Paris ; Faye, de la 12e sect. inf. milit., aff. rég. de Paris ; Alépée, de la 22e sect. d'inf. milit., aff. rég. de Paris ; Bisiaux, 1re rég., aff. 1re rég. ; Batteur, de la 1re rég. aff. 2e rég. ; Boissin, 5e sect. inf. milit., aff. 5e rég. ; Vallade, de la 5e sect. d'inf. milit., aff. 5e rég. ; Body, de la 6e sect. inf. milit., aff. 6e rég

Soubiran, de la 9e sect. inf. milit., aff. à la 9e rég. ; Barrault, de la 9e sect. inf. milit., aff. 9e rég. ; Dardenne, de la 13e sect. inf. milit., aff. 13e rég. ; Bimes, de la 13e sect. inf. milit., aff. 13e rég. ; Medan, de la 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég. ; Rebuffet, de la 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég. ; Gariel, 14e sect. inf. milit., aff. à la 14e rég. ; Delattre, de la 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég. ; Cayla, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; Benau, de la 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; Pointener, de la 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; Fassio, de la 15e sect. inf. milit., aff 15e rég. ; Mathieu, de la 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

Ouvrieu, de la 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; Gueunier, de la 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; Cancès,

de la 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. ; Baudet, de la 17e sect. inf. milit., aff. 17e rég. : Dugoujon, de la 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég. ; Poinot, de la 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég. ; Léger, de la 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég. ; Jeandidier, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Villard, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Legait, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Genestoux, de la 23e sect . inf. milit., aff. 20e rég. ; Weber, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Mely, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Weill, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Favot, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

Briquel, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. : Ruch, de la 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; Servajean, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Bonnefoi, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Fanjaux, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Wintrebert, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Dieffenbach, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Labatut, de la 19e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Morel, de la 20e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Rocchisani, 20e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Kehl, de la 21e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Gourdou, de la 21e sect. inf. milit., aff. 19e C. A.

Dubois, de la 21e sect. inf. milit., aff. 19e C. A. ; Bentégeat, de la 25e sect. inf. milit., aff. aux tr. de Tunisie ; Ginestie, de la 25e sect. inf. milit., aff. tr. de Tunisie ; Vague, de la 25e section d'inf. milit., aff. aux troupes de Tunisie ; Staebler, de la 25e sect. d'inf. milit., aff. aux troupes de Tunisie ; Desmarquest, de la 32e section d'inf. milit., aff. aux troupes du Maroc ; Géminel, de la 32e sect. inf. milit., aff. aux troupes du Maroc ; Ginglinger, de la 32e sect. d'inf. milit., aff. aux troupes du Maroc ; Daverio, de la 32e sect. inf. milit., aff. aux tr. du Maroc ; Burle, de la 32e sect. d'inf. milit., aff. aux tr. du Maroc ; Arnal, de la 32e sect. d'inf. milit., aff. aux tr. du Maroc.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne) par suite de la nomination de M. le Docteur Noyer à l'Asile public d'aliénés de Mont-de-Marsan (Landes).

26 MARS

Fiscalité

Loi du 25 *mars* 1936 *tendant à proroger le décret-loi du* 28 *août* 1935 *instituant une réduction temporaire des droits d'enregistrement sur les mutations d'immeubles et de fonds de commerce, et à exonérer, sous certaines conditions, des droits de mutation les immeubles construits spécialement pour la vente.*

(*Extrait*)

Art. 1er. — Le décret-loi du 28 août 1935, instituant une réduction temporaire des droits d'enregistrement sur les mutations d'immeubles et de fonds de commerce, portera son plein effet jusqu'au 31 décembre 1936.

Conseiller technique sanitaire

M. le Prof. Parisot, de la Faculté de Nancy, est nommé conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique et de l'Education physique.

Il assurera, en cette qualité, la liaison avec les organisations internationales d'hygiène.

Asiles publics d'aliénés

M. le Docteur Noyer, médecin chef à l'Asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), est nommé médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Mont-de-Marsan, en remplacement de M. le Docteur Mahon.

27 MARS

Enfants assistés

Décret du 23 *mars* 1936 *modifiant le décret du* 6 *mars* 1907 *qui a organisé le service des enfants assistés en Algérie.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décret du 25 mars 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. non titul. du B. P. M. S. ci-après désignés :

(Rang 24 mars 1936) Beauvalet, 22e sect. infirm. milit. aff. rég. Paris ; Chastagnol, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Soubiran, 22e sect. infirm. milit., aff. rég Paris ; Gauffre, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Lion, 22e sect infirm. milit., aff. rég. Paris ; Hofmann, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Nastorg, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris; Raynaud, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Lafrance, 1re sect. infirm. milit., aff. 1re rég. ; L'Hirondel, 1re sect. infirm. milit., aff. 2e rég. ; Reignier, 4e sect. infirm. milit. aff. 4e rég. ; Logeais, 4e sect. infirm. milit., aff. 4e rég. ; Legrand, 5e sect. infirm. milit., aff. 5e rég. ; Denoix, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Delecluse, 6e sect. infirm. milit. aff. 6e rég. ; Boquet, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég.; Callay, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Lacheny, 6e sect. infim. milit., aff. 6e rég.

Pailles, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Seringe, 6e sect. infirm. milit., aff. 6e rég. ; Teyssier, 8e sect. infirm. milit., aff. 8e rég. ; Brégeat, 9e sect. infirm. milit., aff. 9e rég. ; Gandouet, 11e sect. infirm. milit., aff. 11e rég. ; Thomas, 13e sect. infirm. milit., aff. 13e rég. ; Palluel, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Denoyel, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Vionnet, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Laigle, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Goutner, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Moindrot, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Wolinetz, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Thomeret, 14e sect. infirm. milit., aff. 14e rég. ; Malartic, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég. ; Gout, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég.

Guiran, 15e sect. infirm. milit., aff. 15e rég.; Raybaut, 15e *sect. infirm. milit., aff.* 15e *rég. ; Passebois,* 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Broussy, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Ellie, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég. ; Bellin, 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Piton 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Gilbert, 23e, sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Billard, 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Biedermann, 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Pasquier, 23e sect. infirm. milit., aff. 20e rég. ; Mouthon, 21e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Gras, 21e sect. infirm. milit., aff. 19e C. A. ; Roux, 32e sect. infirm.

milit., aff. tr. Maroc ; Dupla, 32e sect. infirm. milit., aff. tr. Maroc ; Morol-Fatio, 32e sect. infirm. milit., afftr. Maroc ; Vendryes, 32e sect. infirm. milit., aff. tr. Maroc.

28 MARS

Sanatoriums publics

Par arrêtés du ministre de la Santé publique et de l'Education physique en date des 6 et 16 mars 1936, ont été nommés :

M. le Docteur Etienne, médecin adjoint au sanatorium public de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le Docteur Thomson, médecin adjoint au sanatorium public de Plougonven (Finistère).

Mlle le Docteur Mercier, médecin adjoint au sanatorium public du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

M. le Docteur de Lœschnigg, médecin adjoint au sanatorium public de Felleries-Liessies (Nord).

Mlle le Docteur Eschauzier, médecin adjoint au sanatorium public de Saint-Jean-d'en-Haut (Puy-de-Dôme).

M. le Docteur Mayer, médecin adjoint au sanatorium public du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

M. le Docteur Vigier, médecin adjoint au sanatorium public de la Meynardie (Dordogne).

Service de santé des troupes coloniales

Décret du 12 *mars* 1936 *modifiant les articles* 4 *et* 6 *du décret du* 6 *avril* 1930, *modifié par décret du* 22 *janvier* 1933 *sur le Service de santé des troupes coloniales.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

29 MARS

Exercice de la médecine

Décret du 26 *mars* 1936 *rendant applicable à l'Algérie la loi du* 26 *juillet* 1935 *sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.*

Art. 1er. — La loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire est rendue applicable à l'Algérie.

Art. 2. — Les réserves stipulées dans l'article 1er du décret du 7 août 1896, rendant applicable à l'Algérie la loi du 30 novembre 1892, sont maintenues.

Art. 9. — Toutes dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

Art. 4. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, et le ministre de la Santé publique et de l'Education physique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Journal officiel* du Gouvernement général de l'Algérie.

Voir la suite page LXIII-1149

PROPOS DU JOUR

LA FORMATION MÉDICALE

L'enseignement de la médecine est un enseignement professionnel qui ne peut être utilement donné que par des médecins

L'Information Universitaire du 8 février et du 15 février a reproduit des projets de décret élaborés au Conseil supérieur de l'Instruction publique, tendant à exiger des chefs de travaux pratiques dans les Facultés de médecine soit l'agrégation, soit les diplômes de Docteur en médecine ou de pharmacien, soit celui de *Docteur ès Sciences.* Les candidats munis de ces titres ou d'un seul de ces titres seraient inscrits sur une liste d'aptitude dressée par la Commission compétente du comité consultatif de l'enseignement public et le ministre ferait parmi eux son choix. Il en résulterait que dans une Faculté de médecine une personne absolument étrangère à la médecine pourrait diriger les travaux pratiques des futurs médecins. Tous nos confrères qui savent l'importance des travaux pratiques dans les études médicales, trouveront monstrueux qu'un chef des travaux pratiques de l'enseignement de la médecine ne soit pas médecin.

Le Ministre de l'Education nationale, après avoir par un arrêté du 13 mars 1936, décidé que le diplôme de docteur en médecine n'était pas indispensable aux fonctions de chef des travaux pratiques, a amendé son arrêté imposant désormais le doctorat ès sciences aux chefs des travaux.

Notre confrère *Le Journal des Praticiens* (14 mars 1936) se souvenant que le Prof. Anthony, du Muséum d'Histoire naturelle, a combattu les tentatives de l'Université qui, sous prétexte d'unification, voulait absorber des établissements de recherches séculaires et fameux, comme le Muséum et le collège de France (1), lui demanda ce qu'il pensait de cette tentative de pénétration de docteurs ès sciences non médecins dans les Facultés de médecine.

Le Prof. Anthony est docteur ès sciences et docteur en médecine. Avant d'occuper la Chaire d'anatomie comparée au Muséum, il fut médecin militaire. Dégagé de toute préoccupation professionnelle, puisqu'il n'exerce pas la médecine et borne son activité à des recherches scientifiques, il peut sur cette question donner un avis purement objectif et avec une entière compétence. Or, M. Anthony n'a pas de peine à démontrer ce qu'il y aurait d'illogique et de dangereux à confier la direction des travaux pratiques dans une Ecole de médecine à des personnes, quelque soit leur valeur scientifique, qui ne seraient pas docteurs en médecine.

Les Ecoles de médecine sont, dit en substance M. Anthony, des Ecoles professionnelles, d'un ordre très élevé sans doute, mais néanmoins professionnelles. Leur but est de former des professionnels, des médecins praticiens, et tout dans l'instruction des élèves doit tendre à réaliser la formation de bons professionnels. Certes l'enseignement de certaines sciences, qualifiées d'accessoires ou d'annexes, ont pris de plus en plus d'importance en médecine et il y a intérêt à ce que celui qui est chargé de les enseigner soit réellement compétent, mais comme le maître sera obligé de borner son programme à ce qui peut être réellement utile au futur médecin, il ne pourra le faire que s'il est lui même médecin.

Le Prof. Anthony prend un exemple qui lui est tout particulièrement familier, l'enseignement de l'anatomie au sens le plus large (anatomie proprement dite, histologie, embryologie).

Cet enseignement ne peut se donner avec la même méthode et le même esprit à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences. A la Faculté de médecine, l'anatomie est surtout

(1) R. Anthony. — Pour la défense de notre culture intellectuelle. Giard, édit., Paris, 1930.

✦✦

bornée à l'anatomie humaine, le maître ne retiendra de l'anatomie comparée générale que ce qui pourra l'éclairer. Il devra insister sur certains points, sur certains détails de rapports, importants pour le chirurgien par exemple, mais n'intéressant pas l'anatomiste en tant que pur savant. Ce que le Prof. Anthony dit de l'anatomie, on pourrait le rappeler pour la chimie, pour la physique. La médecine est et sera longtemps, peut-être toujours, un art qui utilise et utilisera de plus en plus les données scientifiques mais qui ne peut et ne pourra être confondu avec les sciences qui lui servent de base. Or, pour appliquer à l'art médical telle ou telle donnée scientifique il faut être médecin, cela tombe dans le domaine de la logique et même dans celui du simple bon sens.

La biologie est une science infiniment complexe à laquelle on ne peut encore appliquer les lois mathématiques dans toute leur rigueur. La complexité de la médecine clinique et thérapeutique est bien plus grande encore. Aussi la formation médicale, tout en exigeant des connaissances scientifiques suffisantes, exige chez le praticien un esprit de doute et d'incertitude inconnu dans les autres sciences. C'est pourquoi nous, médecins, nous insistons sur la culture générale, littéraire, philosophique qui doit être exigée autant et peut-être plus que la culture purement scientifique de l'étudiant qui se destine à la médecine.

Qu'un chef de travaux dans une Faculté de *médecine soit un* savant, qu'il soit à la fois *pharmacien, docteur* ès sciences, nous ne saurions que le désirer, mais qu'il soit et avant tout médecin, docteur en médecine.

***

Ce n'est pas la première fois que l'administration universitaire cherche à confondre les Facultés des sciences avec les Facultés de médecine. Les médecins de notre génération qui, hélas ! se font rares, se souviennent que les étudiants en médecine, pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences (le plus souvent restreint pour la partie mathématique), étaient soumis pendant leur première année à un enseignement scientifique (physique, chimie, botanique et zoologie) donné dans les Ecoles de médecine et sanctionné à la fin de l'année par le premier examen de doctorat. En 1893, l'administration universitaire jugea cet enseignement insuffisant et au lieu de chercher à l'améliorer, elle l'enleva aux Facultés de médecine pour le confier sous le nom de P. C. N. aux Facultés des sciences. Nous avons alors entendu dire que certaines Facultés des sciences manquant absolument d'élèves, il fallait les renflouer en donnant à leurs professeurs les futurs étudiants en médecine. Cette coutume est assez habituelle en France où les élèves sont parfois destinés à donner leur raison d'être à certains professeurs quand ces derniers devraient au contraire n'avoir qu'un but, bien instruire leurs élèves.

Les résultats ne furent pas sans doute très brillants, car un décret du 20 février 1907 modifia le P. C. N. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le programme du P. C. N. fixé par arrêté du 31 décembre 1893, pour se convaincre de l'absurdité de la réforme.

Si nous nous reportons au Congrès des Praticiens de 1907, toute une séance du 13 avril fut consacrée au procès du P. C. N. dont on réclama unanimement la suppression, et ceux qui le condamnaient n'étaient pas de simples praticiens ; parmi eux nous trouvons les noms du Prof. Monprofit, du Prof. R. Blanchard, du Prof. Gley, du Prof. Pinard, des Docteurs Lepage, Reymond, etc... Le P. C. N. devait, dans le vœu qui fut voté, être remplacé par l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle *dans leurs rapports avec les sciences médicales*. Cet enseignement devait être fait par des professeurs des Facultés et Ecoles de médecine et *non par des professeurs des Facultés des sciences*.

Dans cette même séance M. Gassot, du *Concours médical*, demanda, ce qui est la seule solution désirable, que *les questions médicales ne soient plus soumises au Conseil supérieur de l'Instruction publique, incompétent, et que l'on crée un Conseil supérieur des Facultés de médecine pour trancher ces questions.* Notons qu'au Conseil supérieur sur *quatre-vingt-douze membres*, il n'y a que *quatre médecins*.

Depuis 1907, (vingt neuf ans) les choses sont restées en état ou à peu près. Il y a eu cependant un changement, le P. C. N. restauré sans grande modification, est devenu le P. C. B. ! !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TENSION ARTÉRIELLE ET PERTURBATIONS HUMORALES

Par

Georges Carrière et Claude Huriez

Professeur de Clinique médicale — Chef de Clinique médicale

à la Faculté de Lille

(Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur)

De l'étude des propriétés physico-chimiques du sang de 105 hypertendus, faite avec la collaboration de MM. Leperre et Sence, nous avons essayé d'extraire les quelques données, indépendantes du type clinique ou étiologique et caractéristiques du processus hypertensif.

Dans une monographie récente (1), nous avons développé et discuté ce syndrome humoral de l'hypertension artérielle permanente, qui s'appuie sur plus de 2.000 déterminations.

D'emblée, ces perturbations humorales nous apparurent inverses de celles mises en évidence dans la néphrose lipoïdique par de nombreux auteurs, et notamment par Achard et ses élèves.

Par ailleurs, durant ces derniers mois, divers travaux ont rapporté les résultats de recherches analogues faites sur le sang de malades atteints d'affections des glandes endocrines, de myxœdème (Decourt) et de maladie d'Addison (Rathery).

De la comparaison de ces divers syndromes biologiques, il nous a semblé possible de tirer quelques données intéressantes sur le rôle des facteurs endocriniens dans la genèse des perturbations humorales des hypertendus et sur les relations possibles entre les variations humorales et tensionnelles au cours de ces divers états.

I. — Nous rappellerons d'abord les modifications des propriétés physico-chimiques (2) du sang des 105 hypertendus, qu'il nous a été donné d'étudier :

A) *Du point de vue chimique* :

a) L'azotémie (3) des hypertendus est normale parfois même diminuée, sauf au cas de grosses lésions rénales que nous n'avons relevées que dans 10 % de nos observations ;

b) Le trouble du métabolisme glucidique (1) apparaît fréquent dans l'hypertension artérielle (en dehors même des cas compliqués de diabète, d'obésité ou de grosses lésions rénales). L'insuffisance glycolytique est d'ailleurs modérée si l'on s'en rapporte aux taux à peine augmentés, chez nos malades, de l'indosé plasmatique et de la glycémie.

c) La chlorémie plasmatique est en général normale ou un peu abaissée.

d) Une perturbation légère, mais fréquente affecte le métabolisme des protides (2), se traduisant par une hyperprotidémie totale modérée, et surtout par une répartition anormale des albumines du sérum : l'hypersérinémie s'accompagne de taux normaux ou abaissés de globulines et provoque une élévation du quotient albumineux ;

e) Le métabolisme lipidique (3) subit de grosses modifications au cours du processus hypertensif. L'hypercholestérinémie nous est apparue considérable, dans les trois quarts de nos observations.

Elle est aussi nette dans les hypertensions solitaires qu'au cas d'association de diabète, d'obésité ou de néphrite qui suffisaient à l'expliquer en dehors de tout processus hypertensif.

Elle vaut d'autant plus d'être soulignée, qu'elle n'accompagne pas banalement une augmentation globale de la teneur en lipides des sérums des hypertendus.

Les acides gras, l'insaponifiable total, la lipi-

(1) Pour la bibliographie et tout détail, se reporter à la monographie suivante : Georges Carrière et Claude Huriez : Le sang des hypertendus, Doin et Cie, éditeurs, Paris.

(2) Carrière, Huriez, Leperre et Sence : *a*) Propriétés physico-chimiques du sang des hypertendus *Bull. Soc. Méd. Hop.*, Paris 5 juillet 1935. — *b*) Le sang des hypertendus, numéro de septembre 1935 des *Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux*.

(3) G. Carrière et Claude Huriez. — L'azotémie des hypertendus. *Journal des Praticiens*, 1er février 1936.

(1) G. Carrière et Cl. Huriez. — Les glucides du plasma des hypertendus. *Le Progrès Médical*, 18 janvier 1936.

(2) G. Carrière, Cl. Huriez et M. Leperre. — La protidémie des hypertendus. *Paris Médical*, 8 février 1936.

(3) G. Carrière, Cl. Huriez et L. Sence. — Les lipides du sérum des hypertendus. *Gazette des Hôpitaux*, 4 janvier 1936.

démie totale sont également augmentés dans l'hypertension artérielle, mais nullement dans la proportion de l'hypercholestérinémie.

L'élévation de la constante lipémique et du rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{lipides}}$ traduit ce déséquilibre des corps gras.

Mais les élévations modérées de la lipidémie et de la protidémie ne doivent pas masquer les anomalies capitales de répartition des lipides et des albumines.

L'hypercholestérinémie déborde l'augmentation des autres lipides de même que l'hypersérinémie peut exister malgré une protidémie normale.

B) *Du point de vue physique* :

Les teneurs exagérées du sang et du sérum des hypertendus en tous ces constituants chimiques déterminent des modifications importantes de leurs propriétés physiques (1). Quel que fut le type hypertensif, nous avons très fréquemment noté :

a) Une augmentation de la densité sanguine ;

b) Une augmentation de la viscosité du sang et du sérum ;

c) Une sédimentation des hématies particulièrement rapide et accusée ;

d) Et surtout une augmentation de la pression onkotique du sérum (2), en rapport avec le déséquilibre lipido-protidique si fréquent chez les hypertendus.

Tel est, après plus de deux mille déterminations, le sens général des perturbations humorales dans l'hypertension artérielle permanente.

***

II. — Ce que nous avions tenu à souligner en juillet 1935, dans la présentation de cette formule humorale devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, c'était surtout sa très grande fréquence, quel que fût le type clinique des hypertensions étudiées.

Mais les recherches d'Epstein et Laude, de Deusch, d'Ornstein, de Decourt, Meyer et Guillaumin avaient mis en évidence dans le sang des *myxœdémateux* des perturbations humorales fort analogues à celles que nous avions observées dans l'hypertension artérielle permanente :

a) L'hypercholestérinémie serait constante chez les myxœdémateux ; elle différerait cependant de celle des hypertendus, car elle ferait partie d'une augmentation de la lipidémie beaucoup plus marquée que celle de ces derniers ;

b) Par ailleurs, il existerait également dans le sang des myxœdémateux une augmentation de la masse totale des protides, uniquement due à l'hypersérinémie, entraînant une élévation du quotient albumineux et de la pression osmotique des protéines.

c) On ne possède guère de données précises sur la glycémie, sur la chlorémie et l'azotémie dans les états hypothyroïdiens.

d) L'étude des propriétés physiques du sang et du sérum de ces malades décèle une augmentation légère de la viscosité sanguine (Decourt), sérique (Neuschlosz), des chiffres très variables de la vitesse de sédimentation des hématies.

Cette analogie des formules humorales du myxœdème et de l'hypertension artérielle appelle quelques commentaires :

a) Classiquement, l'hypothyroïdie s'accompagne d'hypotension. Mais une étude plus serrée de la tension artérielle des myxœdémateux la montre exceptionnellement abaissée. Jeandelize et Parisot ont noté de l'hypertension artérielle dans les 9/10 des goitres simples. Dietrich-Gerhard, Gallavardin, Starr et Zondek insistent également sur la *fréquence de l'hypertension chez les myxœdémateux*.

b) Les auteurs américains (Fahr, Askey et Toland, Means, Boas) et allemands (Assmann, Zondek) ont étudié le système cardio-vasculaire dans le myxœdème et ont trouvé des lésions typiques, semblables à celles que l'on rencontre chez les hypertendus. Le cœur myxœdémateux est hypertrophié dans tous ses diamètres, et présente des analogies avec le cœur des hypertendus artério-scléreux. Des recherches expérimentales viennent à l'appui de ces données cliniques : Kocher note de l'artériosclérose et de l'hypertension dans la cachexie thyréoprive.

Von Eiselberg, Sheard Shapiro ont observé cette artério-sclérose expérimentale après thyroïdectomie.

c) Par alleurs, il est des cas où l'hypertension en rapport avec le myxœdème fut améliorée nettement par le traitement : cas de Percy-Ord, Barling, Bourneville, Pratt, Morton, Dudden, Mattéi...

Tous ces faits permettent donc de concevoir de façon plus vraisemblable les rapports entre cet état thyroïdien et le processus hypertensif.

***

III. — Par contre, il nous est permis d'opposer à la formule humorale des hypertendus, celles de deux états où l'hypotension est de règle : *la maladie d'Addison et la néphrose lipoïdique.*

a) Les *troubles humoraux au cours de la maladie d'Addison* viennent d'être précisés tout récemment par Rathery, Jean Hesse et Roy.

— La constatation d'une hyperazotémie con-

(1) CARRIÈRE et HURIEZ. — Propriétés physiques du sang des hypertendus. *Bulletin Médical*, 7 mars 1936.

(2) G. CARRIÈRE, Cl. HURIEZ et M. LEPERRE. — La pression onkotique du sérum. Son étude dans l'hypertension artérielle permanente. *Presse Médicale*, 8 février 1936.

sidérable avec légère hyperpolypeptidémie ne s'accompagne d'aucune altération rénale décelable histologiquement.

— L'hypochlorémie, notée expérimentalement par de nombreux auteurs, est très accusée au cours de l'insuffisance surrénale humaine.

— L'hypocholestérinémie est très nette, traduisant le rôle possible de la surrénale dans le métabolisme du cholestérol.

— La glycémie est très basse, sans doute liée à la prépondérance insulinique en l'absence de sécrétion adrénalinique.

— Mais surtout le métabolisme protidique est très fortement perturbé : à une hypoprotidémie légère s'associe surtout une anomalie capitale de répartition des albumines, ainsi qu'en témoigne l'inversion du quotient albumineux, liée à une augmentation nette des globulines, avec hyposérinémie très accusée. Codounis avait déjà relevé ce bouleversement protidique et son amélioration, parallèle à celle de la tension, sous l'effet de la chloruration et des injections d'extrait surrénal.

b) *Dans la néphrose lipoïdique*, très rares sont les cas où la tension artérielle n'est pas abaissée. Signalons cependant les observations d'Harvier, de Marcel Labbé et Nepveux, où la lipoïdose rénale s'accompagnait de tension élevée : ces malades présentaient d'ailleurs une intrication de signes de néphrite et de néphrose.

La formule humorale de la néphrose lipoïdique a été établie avec beaucoup de précisions ces dernières années et nous emprunterons sa description à Achard.

Le métabolisme des lipides est caractérisé dans la néphrose lipoïdique comme dans l'hypertension par une augmentation importante de la cholestérinémie.

Mais la teneur du sérum des hypertendus en acides gras et en lipides totaux est très légèrement supérieure à la normale, alors que la lipidémie des néphrotiques atteint des chiffres de 30-40 grammes par litre. Il en résulte des valeurs très différentes du rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ dans ces deux affections. La constante lipémique, très abaissée dans la néphrose, dépasse les valeurs normales dans l'hypertension artérielle. L'hypercholestérinémie, commune aux deux affections s'accompagne donc de valeurs très différentes de l'indice lipémique, dont le rôle est si important dans la détermination de l'hydrophilie tissulaire.

— L'azotémie est le plus souvent normale dans les néphroses pures ; elle ne s'élève qu'au cas de néphrite associée. Les valeurs de la chlorémie sont des plus variables. La glycémie n'a été que fort peu étudiée et il n'est pas permis actuellement de fixer son taux moyen dans la néphrose.

— Mais, c'est surtout l'étude comparée du métabolisme protidique dans la néphrose et dans l'hypertension qui offre les contrastes les plus frappants. L'hypoprotidémie atteint une acuité considérable dans la lipoïdose rénale. Elle tient surtout à la diminution de la sérine, cependant que le taux des globulines reste sensiblement normal. Ce désordre protéinémique a pour effet d'abaisser considérablement la pression onkotique du sérum des néphrotiques.

Enfin, Achard et Codounis insistent sur l'abaissement du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$ dans la néphrose et dans la maladie d'Addison. Les taux particulièrement bas de ce quotient dans ces deux états où l'hypotension est de règle s'opposent aux chiffres élevés que nous avons trouvés dans l'hypertension artérielle. L'équilibre lipido-protidique présente donc des variations considérables dans les divers états tensionnels : il faut insister longuement sur le fait qu'elles obéissent apparemment à une règle nette.

Dans certains états avec hypotension (*néphrose* lipoïdique, maladie d'Addison), l'hypoprotidémie avec hyposérinémie, accompagnée ou non d'hypercholestérinémie et d'hyperlipidémie entraîne une baisse du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$, cependant que dans le processus hypertensif l'hyperprotidémie avec prépondérance de l'hypersérinémie, jointe à une hypercholestérinémie nette, mais avec hyperlipidémie modérée détermine l'élévation de la valeur du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$.

Conclusions

IV. — De ce tableau qui juxtapose les formules biologiques de l'hypertension artérielle permanente, du myxœdème, de la maladie d'Addison et de la néphrose lipoïdique, il ne saurait être tiré de conclusions formelles. Comparaison n'est pas forcément raison. Néanmoins, le rapprochement des syndromes humoraux de ces divers processus morbides nous a permis :

a) *De montrer que les variations humorales et les variations tensionnelles affectaient des liens étroits* et de souligner particulièrement le rôle du déséquilibre lipido-protidique dans la genèse des troubles tensionnels.

Les variations de la pression onkotique jouent à cet égard un rôle capital, en tant qu'intermédiaires entre les troubles du métabolisme humoral et les centres régulateurs de la tension artérielle.

b) D'opposer, pour prendre un exemple, la formule biologique de l'hypertension et celle de la néphrose lipoïdique où l'hypotension est de règle.

c) *De souligner l'opposition absolue entre le syn-*

Variations humorales et tensionnelles

FORMULES HUMORALES	HYPERTENSION ARTÉRIELLE	MYXŒDÈME	MALADIE D'ADDISON	NÉPHROSE LIPOÏDIQUE
Azotémie	normale	normale	élevée, extra-rénale	normale
Chlorémie	normale basse	variable	très abaissée	variable
Glycémie	peu augmentée	variable	très abaissée	normale
Protidémie	augmentée	augmentée	abaissée	très abaissée
Sérinémie	augmentée	augmentée	abaissée	très abaissée
Quotient albumineux	augmenté	augmenté	abaissé	très abaissé
Cholestérinémie	augmentée	très augmentée	diminuée	augmentée
Lipidémie totale	peu augmentée	très augmentée	diminuée	très augmentée
Constante lipémique	augmentée			diminuée
Rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$	augmenté		très diminué	très diminué
Pression onkotique sérum	augmentée	augmentée	très diminuée	très abaissée
Poids du sang	augmenté			
Viscosité sang	augmentée	augmentée		
Viscosité sérum	augmentée	augmentée		
Formule tensionnelle	> 20	très souvent augmentée	< 10	très souvent abaissée

drome humoral de l'hypertension et celui de la maladie d'Addison. Cette comparaison souligne la part des variations humorales au cours des processus tensionnels les plus différents.

L'origine endocrinienne et plus particulièrement surrénalienne de ces troubles tensionnels et humoraux y trouve un appui dont la valeur ne saurait échapper.

d) Par ailleurs, au cours de ces états tensionnels la « note glandulaire », est accentuée par le rapprochement de la formule biologique de l'insuffisance thyroïdienne et du syndrome humoral que nous avons établi dans l'hypertension permanente.

e) L'*étude du sang des hypertendus et de certains hypotendus permet donc d'insister sur les troubles profonds de la nutrition de ces malades*, de considérer leurs perturbations humorales comme liées à un disfonctionnement de multiples parenchymes, surtout endocriniens.

Ces manifestations humorales ne sont sans doute que des intermédiaires entre, d'une part le retentissement de troubles de la nutrition peu connus sur de multiples métabolismes et, d'autre part, les réactions du système régulateur de la tension artérielle.

Ces faits n'autorisent pas (1) une conception univoque du mécanisme pathogénique de l'hypertension artérielle, car ce serait négliger, bien à tort, le rôle du système nerveux et plus particulièrement du sympathique.

Mais concevoir, à la suite de Loeper, la perturbation humorale « comme un intermédiaire entre le processus morbide et la réaction constatée » ne diminue aucunement l'intérêt qui s'attache à sa connaissance.

(1) Les auteurs tiennent à souligner ici l'utilisation abusive et l'interprétation erronée de leurs conclusions, faites par le Docteur Chaix, de Vichy, dans une brochure, intitulée « le sang lourd », et par le Docteur Sav. Giraud dans le numéro de Janvier de la Revue moderne de médecine et de chirurgie. Ils soumettent largement leurs travaux aux controverses scientifiques; ils ne sauraient les laisser déformer à d'autres fins.

CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Les hémorragies intrapéritonéales non gravidiques (1)

Par M. le Professeur E. Mériel, de Toulouse

Voici une question où vous pourrez constater une fois de plus que la doctrine médicale est soumise, avec le temps, à des variations en sens contraires, à des sortes d'oscillations pendulaires qui la portent tantôt à droite, tantôt à gauche, avant de s'arrêter à une situation médiane définitive. En effet, les hémorragies génitales se produisant dans la cavité abdominale et restant à l'état libre, ou se collectant, s'enkystant au fond du petit bassin, pour donner ce qu'on appelle les hématocèles pelviennes, ont été, au cours du dernier siècle, attribuées aux causes les plus diverses. Tandis que les gynécologues du début du siècle : les Nélaton, les Dolbeau, les Gallard, les Huguier, les Denonvilliers, pour ne citer que les principaux, attribuaient ces épanchements sanguins à des lésions diverses des ovaires et de l'utérus, une interprétation nouvelle était donnée par Lawson-Tait vers 1878. La grossesse extra-utérine rompue, vérifiée par ses opérations, devenues habituelles, et par l'examen histologique de la pièce enlevée, devait selon lui être presque uniquement invoquée, et ainsi installée en souveraine, dans l'étiologie de cette affection. L'interprétation anatomique de cette théorie nouvelle fut fournie, avec beaucoup d'éclat, par mon Maître Cestan, dans une thèse remarquable (1894), qui marque une date dans l'histoire de la gynécologie française. Pour lui, la trompe, mal disposée par sa faible vascularisation et sa frêle musculature pour le développement de l'œuf et de l'embryon se rompait, au moment où ces conditions précaires ne pouvaient plus continuer à lui faire jouer un rôle qui n'était pas le sien. Par l'étude des pièces, Cestan démontrait, en effet, l'atrophie des villosités choriales, débouchant les lacs sanguins qu'elles n'oblitèrent jamais complètement, ce qui produisait des hémorragies interstitielles entre le placenta et la paroi de la trompe et entraînait le décollement de l'œuf.

Très brièvement, je viens de vous rappeler l'essentiel des explications de Cestan, qui furent d'ailleurs admises par tout le monde.

Dès lors, la théorie de la grossesse extra-utérine si bien interprétée, suffit à expliquer toutes les hémorragies libres, aussi bien que les hématocèles pelviennes, de telle sorte que celles-ci s'identifièrent à celle-là dans l'esprit du chirurgien. La grossesse extra-utérine était tout ici, et les autres lésions de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus n'étaient rien.

Mais une réaction, comme toujours, commença vers 1900, à se manifester contre cette interprétation un peu trop exclusive, et c'est vers la pluralité des causes qu'est allée la gynécologie moderne.

Sans doute, je vous le dis tout de suite, la très grande part de vérité, prouvée et affirmée par Lawson-Tait et Cestan restait inattaquée, étant l'évidence même ; on faisait seulement une part plus large aux causes multiples (ovarienne, salpingienne, utérine) qui avaient exercé la sagacité des gynécologues du début du siècle dernier. Un faisceau de découvertes opératoires, où la grossesse extra-utérine n'était pour rien, se constituait ainsi peu à peu, rendant à l'ancienne conception étiologique une certaine part d'approbation. N'y voyez pas là ironiquement un retour vers le passé mais plutôt, vous rappelant le mouvement pendulaire dont je vous ai parlé en débutant, considérez le chemin en divers sens que parcourt la science avant de se fixer. Tout est sujet à révision avec le temps.

Ce préambule était nécessaire pour bien situer la question qui nous occupe en marquant les trois étapes qu'elle vient de parcourir sous vos yeux.

Ces hémorragies intrapéritonéales, d'une façon générale, libres ou enkystées — qu'on appelle hématocèles — reconnaissent donc pour causes :

1° La grossesse ectopique, que je maintiens en tête, parce qu'elle doit rester, malgré tout, dans votre esprit, la grande productrice de ces hémorragies péritonéales ;

2° En dehors de la gravidité, d'autres hémorragies libres ou enkystées, se voient par lésions des ovaires, de la trompe ou de l'utérus. Leur nombre est, je le répète, moins important que celui dû à la grossesse ectopique, mais enfin, on en connaît environ 500 observations publiées, et ce n'est pas à négliger dans vos préoccupations diagnostiques.

Vous pourrez donc être appelés quelque jour à rencontrer pareille éventualité, et je me propose

(1) Leçon clinique professée à la Clinique chirurgicale de la Faculté de Toulouse.

de fixer vos idées sur la façon de différencier les hémorragies non gravidiques des autres.

Auparavant, permettez-moi de vous donner quelques notions sur les trois sources de ces hémorragies : l'ovaire, la trompe et l'utérus.

Je commence par l'ovaire, attendu que, dans cette éventualité, il a plus d'occasions de saigner que la trompe, à laquelle, dans la grossesse ectopique, revient la place d'honneur.

Et d'abord, qu'est-ce qui saigne dans l'ovaire ? Est-ce le tissu glandulaire proprement dit, ou le tissu conjonctif qui le soutient ? L'un et l'autre à des degrés divers. L'ovule étant arrivé au stade de maturité, le follicule de de Graaf qui l'enfermait se rompt et le follicule est projeté dans l'abdomen, en direction du pavillon de la trompe d'où il sera, si rien ne l'arrête en route, poussé vers l'utérus, où normalement il doit se fixer.

Le follicule de de Graaf déshabité devient le corps jaune. Celui-ci régresse mais, dans le cas contraire, il devient kystique (kyste du corps jaune). En outre, les follicules de de Graaf non rompus subissent une modification, qui est l'atrésie, laquelle peut prendre la forme kystique.

Voici donc comme résidus de l'ovulation deux formations kystiques : le kyste du corps jaune et le kyste du follicule de de Graaf. Si le stroma ovarien participe à cette production kystique nous aurons une tumeur mixte.

A ces formations physiologiques de kystes peut venir s'en ajouter une autre, née dans les deux éléments constitutifs de l'ovaire, mais une véritable tumeur, le kyste de l'ovaire à développement plus ou moins considérable.

Ces diverses formations kystiques vont pouvoir donner naissance à une hémorragie, dont le produit tombera dans la cavité péritonéale.

Vous pouvez déjà envisager des hémorragies provenant du corps jaune, du follicule, des tumeurs d'origine glandulaire et conjonctive à la fois, les kystes sanguins, les tumeurs kystiques ovariennes. A ces origines, il convient d'en ajouter une autre, étudiée voici longtemps déjà par Gallard. Chaque mois se produit une plaie à la surface de l'ovaire, sur des tissus congestionnés ; une déviation de ce processus physiologique peut transformer en une véritable inondation péritonéale cette minime hémorragie menstruelle, de une ou deux gouttelettes de sang habituellement. Si donc, pour une cause ou une autre, la menstruation n'est pas parfaite, il se produira une déchirure plus importante accompagnée d'une effraction vasculaire plus sérieuse (Séjournet). C'est à cette hémorragie que Bonneau a donné le nom de *ponte ovulaire hémorragique.* Pour qu'elle se produise, on n'admet plus aujourd'hui l'éclatement d'une cavité vasculaire sous l'influence de sa distension par un produit de sécrétion. « Le fait primitif, dit Baumann, n'est pas la rupture, mais l'hémorragie qui distend la vésicule folliculaire ou lutéinique et la fait éclater ».

Comment alors se produit l'hémorragie ? Qu'est-ce qui détermine son importance et sa persistance ? Je vous ai dit — vous vous le rappelez — que, physiologiquement, il y a une hémorragie de quelques gouttes lors de la constitution du corps jaune. Ce sera l'exagération de ce phénomène physiologique qui pourrait expliquer les hémorragies du corps jaune et leur fréquence. Sous quelles causes, maintenant ? Il faut admettre une certaine dyscrasie sanguine ; c'est ainsi qu'une malade de Schikelé avait une splénomégalie avec polyglobulie ; une malade de Hornung avait une leucémie. Ferbrugge intervient sur une malade hémophile, dont le temps de saignement était de trois heures ; enfin, dans le même ordre de fait, les malades de Santy et Lüttge, par leur hémogénie étaient sujettes aux hémorragies. Cette hémogénie est très fréquente chez la femme et est caractérisée par un temps de saignement prolongé avec irrétractilité du caillot et une fragilité capillaire. Mais si les signes généraux venaient à manquer, dit Baumann, on ne devrait pas éliminer l'hémogénie, car on a décrit (Wall) des hémogénies locales caractérisées par une fragilité capillaire limitée à un appareil très spécial. Pareil mécanisme peut être invoqué chez les malades qui font des hémorragies ovariennes à rechutes.

De plus, cette fragilité sanguine congénitale trouvera dans des modifications circulatoires des raisons de se manifester. Ces modifications prennent l'aspect d'hyperhémie et peuvent reconnaître une origine infectieuse (des lésions voisines de l'appendice, par exemple) ou une origine toxique (phosphore, absorption de médicaments abortifs).

La physiologie seule peut expliquer ces modifications du régime circulatoire de l'ovaire. Stapfer a décrit deux *vagues* de sang envahissant à jour fixe les organes pelviens. La première vague, du quatorzième au seizième jour du cycle menstruel, la seconde aux deux extrémités du cycle.

Baumann a montré que la fréquence des hémorragies du quatorzième au seizième jour et dans la période pré-menstruelle coïncidait avec ces vagues « c'est à une hauteur anormale de ces vagues qu'il faudrait attribuer un certain nombre d'hémorragies ». Il ajoute que la cause profonde doit en résider dans un déséquilibre sympathique d'origine endocrinienne. L'hypophyse serait en cause, étant données ses relations étroites avec l'ovaire. Je vous rappelle que son lobe antérieur sécrète deux substances : l'une le prolan A qui déclenche la maturation folliculaire, l'autre le prolan B qui est est une hormone de lutéinisation. Le passage dans la circulation d'un excès de ces hormones anté-hypophysaires intensifie la

maturation folliculaire, peut amorcer des hémorragies ovariennes. Un argument en faveur de cette théorie, Baumann le trouve dans la fréquence des dégénérescences microkystiques des ovaires qui saignent. Or, actuellement, on ne pense plus à rapporter à l'inflammation l'origine de ces microkystes, mais plutôt à un trouble endocrinien et, dans l'espèce, hypophysaire.

Telles sont les explications de la science moderne pour interpréter ces hémorragies ovariennes non gravidiques, aussi bien la ponte ovulaire hémorragique que les autres hémorragies qui ont été attribuées tantôt au corps jaune (kyste du corps jaune), tantôt à la rupture d'un hématome ou d'un kyste folliculaire.

Toutes ces lésions ont porté sur l'appareil noble de l'ovaire, mais le stroma peut être aussi le point de départ d'une inondation péritonéale. Jayle, dans un cas de rupture d'un kyste sanguin, a montré que le stroma était envahi par le sang. Si, dans l'intérieur du stroma se produit une hémorragie telle que les limites de celui-ci soient insuffisantes à la contenir, c'est une rupture de l'ovaire qui va se produire et une inondation péritonéale en résulter. Tel fut le mécanisme de cette apoplexie de l'ovaire, l'éclatement, dans un cas de Depage en 1898 et un autre de Lerat, où l'histologie montra un organe rempli de sang sans trace de grossesse ovarienne. De cette infiltration généralisée du stroma ovarien chez la femme, Heidler a rapporté un cas au cours d'une septicémie. Enfin, la rupture des tumeurs de l'ovaire peut déterminer également une inondation péritonéale.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire (fibromes) donnent rarement naissance à un hémopéritoine ; on ne connaît que le cas de Michon où il s'agissait d'un fibrome tordu et basculé et dont le pédicule était tiraillé. Bien plus fréquents sont les hémopéritoines provoqués par les tumeurs kystiques. Il ne s'agit plus ici de ces petits kystes folliculaires ou du corps jaune dont je vous parlais, il y a un instant, mais des grands kystes. Dans les grands kystes séreux, c'est à l'occasion de la torsion qu'un vaisseaux du pédicule se rompt, entraînant une hémorragie dans le péritoine. Secondairement, l'hémorragie peut se faire dans l'intérieur du kyste et, par son abondance, faire éclater la paroi, pour se répandre ensuite dans le péritoine. Dans le premier cas, brusquement survient une grande douleur abdominale, accompagnée de vomissements et l'on pense tout de suite à une grossesse extra-utérine (cas de Bérard, de Forgue et Moline, et un cas que j'ai publié, en 1913, où un kyste hématique de l'ovaire avait déterminé la symptomatologie de la grossesse ectopique rompue).

A côté de ces hémorragies à forme aiguë, on a signalé des hématocèles lentement constituées, qui sont des découvertes opératoires. Ainsi, dans un cas, Lecène opérant *pour un kyste de* l'ovaire, trouvait un petit kyste hématique de l'ovaire gauche, mais aussi une collection sanguine dans le Douglas et, dans sa paroi était inclus l'ovaire droit.

P. Aboulker opérant pour une appendicite aiguë, trouva une hémorragie par rupture d'un kyste wolfien de l'ovaire tordu.

Si je voulais épuiser la question, je vous parlerais aussi de ces kystes endométriaux, c'est-à-dire formés de tissus ressemblant à l'épithélium tubaire ou utérin, qui donnent des tumeurs sanguines enkystées pouvant également se rompre et provoquer un épanchement de sang couleur chocolat caractéristique de cette variété de tumeur.

Mais je préfère résumer les notions que je viens de vous énumérer, en vous disant brièvement que toutes les formations de l'élément noble de l'ovaire, follicules de de Graaf, corps jaunes, kystes folliculaires, kystes du corps jaune peuvent être le point de départ des hémorragies ovariennes dans le péritoine, à l'état libre dans les formes aiguës, ou à l'état enkysté dans les formes à évolution lente; dans ce dernier cas, elles peuvent être méconnues et n'être découvertes que par l'opération, faite souvent avec un diagnostic différent.

Examinons maintenant un deuxième groupe d'hémopéritoines, dus non plus à l'ovaire, mais à la trompe.

Et tout de suite, je vous avise que le nombre en est moins grand, et la raison, c'est que la texture de la trompe ne ressemble en rien à celle de l'ovaire, avec ses follicules, ses kystes, son rôle physiologique et même ses tumeurs qui trouvent dans l'activité circulatoire de l'organe des éléments hémorragipares.

Plus souvent que la salpingite aiguë (un cas de Boppe et Renaud) que la salpingite chronique, (dont je rapportais un cas en 1913), que les salpingites tuberculeuses (un cas de Ducuing) et syphilitiques (Amato Lucio), c'est surtout la variété de salpingites décrite par Louis Bazy, sous le nom de pachysalpingite hémorragique qui est en cause. Celle-ci est une méso-salpingite qui aboutit à la constitution de bourgeons conjonctivo-vasculaires que Bazy a comparés à un botryomycome tubaire. Au contact de ces bourgeons, se feraient des hémorragies en surface qui s'évacuent soit par l'ostium abdominale et donnent un hémopéritoine, soit par l'ostium uterinum et s'évacuent ainsi à l'extérieur par l'utérus. Les caillots qui en résultent sont pénétrés par des néocapillaires qui, à leur tour, vont saigner. Ainsi que le dit alors Bazy, l'hémorragie appelle l'hémorragie. Ce n'est pas tout. La trompe, elle-même, distendue par le sang qu'elle

contient, peut se rompre et donner, dans le péritoine, une hémorragie considérable.

Enfin, l'hématocèle pourra s'infecter et donner naissance à un abcès du Douglas, comme dans l'observation II, de Bazy.

La troisième cause d'hémopéritoine non gravidique, se trouve dans les affections utérines.

Ce sont des faits de menstruation rétrograde, des ruptures des veines péri-utérines et, enfin, des hémorragies d'un fibrome.

Si, par exemple, le sang menstruel se trouve ne pouvoir sortir par le col utérin, il va s'accumuler dans l'utérus et c'est l'hématométrie, mais celle-ci distendant l'organe va chercher à s'évacuer par la seule voie libre : l'orifice tubo-utérin. De là, le sang reflue dans la trompe et tombera dans la cavité péritonéale où il peut s'enkyster, comme dans le cas de Caraven. Tel est le cas de la menstruation rétrograde. Le fait est peu fréquent, c'est vrai, relativement au nombre des hématométries, puisque Puech, sur 310 cas de rétention utérine, ne l'a signalé que seize fois.

Rare également est le cas de ces ruptures de veine péri-utérine, dans le varicocèle pelvien distendu.

Mais, c'est surtout dans les fibromes que pareille hémorragie peut s'observer. Cela peut être par une petite hémorragie, par simple reflux par la trompe du sang épanché dans la cavité utérine pourvue d'un polype (Brocq) ou grande hémorragie signalée déjà par Rokitansky en 1861, Laroyenne, Lemoine, Tartanson. En 1927, Besançon, dans sa thèse, en signalait vingt-neuf cas. Ou bien, c'est la rupture d'un vaisseau sous-séreux usé par le frottement sur le promontoire, ou bien encore, c'est la rupture du myome lui-même en totalité, à moins que ce soit la torsion du fibrome qui provoque ces hémorragies, soit sous forme aiguë, soit en deux ou plusieurs temps (Alexander, Hartmann).

Ainsi se trouvent énumérées les éventualités de fréquence relative, — puisqu'on en compte les cas — où un hémopéritoine a pu se produire en dehors de toute grossesse ectopique.

Quelles réactions cliniques vont se produire, et pourrez-vous arriver à faire quelquefois le diagnostic différentiel d'avec un accident de grossesse ectopique avant l'intervention chirurgicale ? C'est ce que nous allons voir dans la deuxième partie de cette leçon.

Il faut que vous sachiez tout de suite que les hémorragies abdominales, qu'elles soient dues à la grossesse ectopique, ou à toute autre cause génitale non gravidique, se présentent en clinique toujours sous les mêmes aspects. C'est tantôt l'inondation péritonéale, tantôt l'hématocèle ; dans le premier cas, vous assisterez à des accidents aigus, avec syndrome d'hémorragie interne, ce qu'il est classique d'appeler l'ictus cataclysmique de Barnes ; dans le deuxième cas, au contraire, les troubles seront moins bruyants et ce sera par le toucher vaginal, montrant une collection enkystée dans le Douglas, que vous ferez votre diagnostic. Cette similitude des manifestations cliniques dues aux hémorragies non gravidiques ou gravidiques, nous montre la difficulté du diagnostic. Il faut toutefois tenter de le faire, si possible, avant l'acte opératoire.

L'inondation péritonéale, si dramatique dans la grossesse ectopique, est beaucoup plus rare dans les hémorragies non gravidiques, sous cette forme dramatique s'entend. Sans doute, le début est tout aussi brutal, mais vous constaterez les signes d'hémorragie interne : pâleur extrême, refroidissement des extrémités, soif d'air, angoisse, bourdonnements d'oreilles, perte de connaissance, ventre sensible, légèrement ballonné, mais non contracturé, et le toucher vaginal provoquera ce que l'on a appelé « le cri du Douglas ». Une accalmie trompeuse se produit ensuite, puis l'hémorragie revient à deux ou trois reprises, et si l'on n'opère pas, la malade mourra d'anémie aiguë dans les vingt-quatre heures. Cette forme suraiguë n'est pas, il est vrai, la forme la plus fréquente de ces hémorragies. Le plus souvent, c'est le type clinique de l'hématocèle que vous observerez. Pour ma part, dans les six cas que je possède, c'est toujours ce type clinique que j'ai observé. Il s'agissait d'hémorragies ovariennes, soit par rupture de kyste folliculaire ou de kyste lutéinique, soit même de salpingite hémorragique. Cette année même vous m'avez vu opérer une hématocèle consécutive à la rupture d'un kyste folliculaire et vous vous rappelez que nous avions écarté l'hypothèse d'une grossesse ectopique par l'absence d'aménorrhée, absence d'hémorragie utérine distillante, absence enfin des signes généraux de grossesse, ainsi que par une réaction biologique négative. Tels sont, en effet, ces signes négatifs qui vous guideront sûrement vers l'hypothèse d'une hématocèle non gravidique.

C'est donc le plus souvent pour une hématocèle datant de plusieurs jours que vous aurez à intervenir. Celle-ci a eu cependant un début brusque, une douleur violente s'est faite sentir, au point d'amener une syncope quelquefois, mais les signes anémiques d'hémorragie interne se sont atténués et finalement ont disparu.

Après quelques douleurs abdominales, tout s'est calmé apparemment, et c'est par le toucher vaginal que vous avez pu reconnaître la présence d'une collection enkystée dans le Douglas. C'est une masse d'abord molle, qui se durcit si le sang tend à se résorber. Car il y a de petites hémorragies, celles de la ponte ovulaire, par exemple,

d'un kyste lutéinique, qui se résorbent d'elles-mêmes, et ne laissent après elles que quelques adhérences. J'ai publié, en 1920, un cas de kyste lutéinique dont les adhérences consécutives avaient entraîné secondairement la rétroversion de l'utérus.

Mais si l'hématome ne se résorbe pas, si l'hémorragie se reproduit, l'hématocèle s'accroît. Elle peut s'infecter par le voisinage de l'intestin, et tendre alors vers la suppuration. Cette suppuration exigera l'ouverture par une colpotomie, à moins qu'elle n'ait pris les devants pour s'ouvrir spontanément dans le rectum.

Ceci dit, comment pourrez-vous distinguer une hémorragie non gravidique d'une hémorragie par rupture de grossesse ectopique ? Tout d'abord, vous rechercherez l'aménorrhée qui se voit constamment dans la grossesse ectopique, tout comme dans la grossesse utérine. Les signes sympathiques de la grossesse s'observent également dans la grossesse extra-utérine ; l'augmentation du volume de l'utérus, le ramollissement du col, la douleur au toucher vaginal, sont autant de signes en faveur d'une grossesse extra-utérine. Voici donc de précieux éléments de diagnostic entre des hémorragies gravidiques et non gravidiques. Dans les unes existeront les signes de grossesse ; dans les autres, ils feront défaut, je vous l'ai déjà dit tout à l'heure.

De plus, dans la grossesse ectopique qui vient de se rompre, il y a toujours expulsion de caduque par l'utérus et un suintement sanguin à l'extérieur. Il n'y a rien de tout cela dans les hémorragies non gravidiques que nous étudions. Enfin, le diagnostic biologique de la grossesse par les divers test de Ascheim et Zondeck, Brouha, Hinglais, vous apporteront, dans les cas à évolution lente, un précieux élément de diagnostic différentiel.

En résumé, vous voyez donc que, à part les formes dramatiques d'hémopéritoine, dans lesquelles l'indication opératoire d'urgence est formelle, quelle que soit l'origine, votre diagnostic se fera alors la pièce opératoire en mains ; vous aurez le plus souvent affaire à des formes à début douloureux, mais qui tendront à s'atténuer et à devenir des hématomes enkystés du Douglas, des hématocèles.

Si donc vous ne voyez pas la malade au moment de la crise, si vous êtes appelé alors que l'accalmie se fait, vous aurez le temps de vous enquérir avec soin des antécédents d'aménorrhée ou non, vous rechercherez les signes d'une grossesse ordinaire, et vous pourrez même, par la réaction biologique des urines, avoir dans les vingt-quatre heures une réponse catégorique du laboratoire, en faveur de la grossesse ou négative à ce point de vue.

Si maintenant, votre palper abdominal vous montre l'existence d'une tumeur dure, uni ou multilobulée, vous penserez que cette crise douloureuse du début, avec syncope et signes d'hémorragie interne, est due à une rupture d'une grosse veine de la périphérie de cette tumeur dure, qui est un fibrome et vous poserez l'indication opératoire d'urgence. La forme aiguë est la plus fréquente. Le début en est marqué par une douleur abdominale très vive à type syncopal; telle la malade de Goldstein qui perdit connaissance en frottant un parquet et fut trouvée inanimée.

L'abdomen est sensible surtout dans la fosse iliaque droite et on a pu ainsi porter à tort le diagnostic d'appendicite (Neissmann et Tassowatz).

A côté de cette forme aiguë, l'hémorragie fibromateuse peut se présenter avec des périodes d'accalmie. C'est une *évolution en deux temps* (Alexander, Chalier et Morenas) ou même en trois temps (Chabrut, Hartmann).

Enfin, des quantités considérables de sang peuvent s'épancher dans la cavité péritonéale sans entraîner des symptômes inquiétants, témoin le cas de Tédenat, où il trouva dans le ventre deux litres de sang noir couleur de raisiné, provenant de la rupture d'un sinus veineux d'un fibrome de 3 kgr. 200. Tédenat rapporte même un autre cas où il trouva trois litres de caillots issus d'un sinus veineux plusieurs fois perforé dans un fibrome de 2 kgr. 900.

Il est enfin une particularité diagnostique que je tiens à vous signaler : c'est la réaction élective et motrice de la fosse iliaque droite à un épanchement libre dans la cavité péritonéale (immobilité respiratoire de cette région).

Dans 50 % des cas, d'après Baumann, les cas opérés d'hémorragies non gravidiques, ont été pris d'abord pour des appendicites aiguës.

Il y avait la même douleur dans la fosse iliaque droite, un ballonnement léger, des nausées, des vomissements, le pouls était accéléré, la température à 38°, 38°5. Proust fait remarquer que cette forme douloureuse pseudo-appendiculaire n'était pas réservée aux hémorragies de l'ovaire droit, attendu qu'on a souvent constaté que l'hémorragie venait de l'ovaire gauche (Riche, Lonjon et Cabanac). C'est donc une erreur souvent commise, et bien des malades ont été opérées ainsi par une incision iliaque droite. Quelques auteurs, s'apercevant alors de la méprise, ont refermé la première incision pour pratiquer une laparotomie médiane sous-ombilicale, qui les conduisait directement sur le siège de la lésion.

Il faudra donc penser à l'hémorragie ovarienne lorsque, aux signes de parésie intestinale qui font soupçonner l'appendicite s'ajouteront l'empâtement et la douleur dans le Douglas, d'où

la nécessité de compléter toujours son examen par le toucher vaginal.

Il faudra y penser surtout quand les phénomènes douloureux iliaques surviendront au milieu ou à la fin de la période intermenstruelle chez une femme dysménorrhéique (Dizier).

L'opération commencée, il faudra, dès l'ouverture du péritoine, se rendre rapidement compte de la provenance de l'épanchement sanguin qui baigne les anses intestinales. Si l'incision est celle de l'appendicite, — car on a pu y croire, comme je vous l'ai dit — vous vous méfierez de prendre ce sang épanché pour celui d'une hémorragie du méso au cours d'une appendicectomie. Aussi, après avoir épongé le sang et enlevé les caillots, vous devrez examiner ovaires, trompe et utérus, pour bien voir le point qui a saigné et qui saigne encore. Vous reconnaîtrez par exemple facilement un petit kyste rompu à ses parois flasques et d'où le sang continue à s'écouler. Mais s'il s'agit d'une hémorragie de l'ovaire, il faudra en suivre avec soin la surface pour découvrir le point qui saigne. Vérifiez également l'autre ovaire, pour vous assurer qu'il ne saigne pas à son tour ; si, d'autre part, il n'y a pas sur l'utérus un fibrome, sur la trompe une torsion ou une salpingite hémorragique, enfin s'il n'y a pas sur l'autre trompe une grossesse tubaire non encore compliquée, comme dans le cas de Greenhill.

Vous éviterez également de confondre cette hémorragie avec l'avortement tubo-abdominal ou la menstruation rétrograde. Dans ce dernier ordre d'idées, j'ai opéré, au début de ma carrière, une jeune femme dont le col utérin était oblitéré et qui avait fait une hématométrie accompagnée d'un hématosalpinx, avec inondation péritonéale par menstruation rétrograde. Dans la menstruation rétrograde, l'hémorragie est peu importante, le sang est poisseux, noir et on le voit sortir par les trompes. C'est un cas à envisager s'il se produisait un état abdominal aigu au moment des règles. S'il s'agissait d'un avortement tubo-abdominal, vous verriez par l'orifice de la trompe distendue et amincie s'écouler quelques gouttes de sang. En cas de doute, Baumann conseille d'enlever la trompe et de l'inciser de bout en bout ; si la muqueuse est trouvée saine, il faudra chercher ailleurs la source de l'hémorragie.

Ainsi vous voyez que, même le ventre ouvert, le diagnostic de la source de l'hémorragie peut parfois présenter quelques difficultés.

L'examen histologique de la pièce opératoire, vous permettra-t-il de différencier l'hémopéritoine par rupture de grossesse ectopique de l'hémopéritoine d'origine ovarienne ou tubaire ?

Si, dans les cas de grossesse ectopique, on a quelquefois la chance de retrouver l'embryon, sous forme d'une petite masse blanche dans une cavité bien close, souvent l'embryon a été détruit et il faudra rechercher les villosités choriales, non seulement sur l'ovaire tout entier, mais aussi sur les caillots trouvés autour de l'ovaire (Fornier). *La constatation des villosités sera le seul témoignage vous permettant d'affirmer qu'il s'est agi d'une grossesse ectopique rompue.* Défiez-vous par suite de parler trop tôt de grossesse ectopique avant d'avoir le résultat de l'examen microscopique ; cela pourrait avoir, dans certaines familles, des conséqences sociales funestes.

On connaît des cas de femmes vierges ayant eu ainsi des hémorragies intra-péritonéales. Soyez donc prudents dans votre diagnostic étiologique.

Enfin, ce diagnostic histologique ne se pose que pour les hémorragies ovariennes et tubaires, l'hémorragie d'un fibrome, d'une tumeur ovarienne, d'une trompe tordue, ne présenteront pas de difficultés dans le diagnostic opératoire.

Je pense donc, en terminant, vous avoir montré dans cette leçon, que la grossesse ectopique n'est pas l'unique cause de l'hémopéritoine et de l'hématocèle pelvienne. Elle reste la cause la plus fréquente, c'est entendu, à laquelle vous devrez toujours penser avant l'opération, lorsqu'il y aura des signes généraux et locaux de grossesse, puis, après l'opération, lorsqu'un examen histologique minutieux aura décelé des villosités choriales ; mais, retenez qu'à côté de la grossesse ectopique, il existe un nombre assez important de causes, capables de produire des accidents cliniques brusques et graves qui la simulent à s'y méprendre et qui n'ont anatomiquement rien de commun avec elle et, finalement, l'indication opératoire demeure impérieuse dans tous les cas, gravidiques ou non.

DERMATO-MÉTÉOROPATHOLOGIE

Par R. BARTHÉLEMY

Ancien chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Les influences météorologiques sur les affections cutanées ont été fort peu étudiées : en France, Racine (1932) et le rapport de Woringer, intitulé «Les influences saisonnières sur les maladies» au Congrès de pédiatrie de 1934. Nous avons donc essayé une mise au point schématique, au récent Congrès international de dermatologie de Budapest.

Les agents météorologiques sont nombreux et leurs actions s'enchevêtrent : thermiques (chaud, froid, la lumière étant mise à part), barométriques, hygrométriques, solaires (lumineuses), électriques (magnétisme terrestre, potentiel électrique de l'air, ionisation atmosphérique, foudre).

Ce faisceau de causes souvent est difficile à dissocier en lui-même, et à séparer de causes plus directes. Ainsi, du fait qu'un séborrhéique ayant eu chaud et transpiré dans sa flanelle fait une poussée éruptive présternale, dirons-nous qu'il s'agit d'une dermatose due à la seule chaleur ?

Pourtant la *chaleur*, isolée, a une action propre. Elle cause une vaso-dilatation, qui, répétée ou trop intense, provoque ou entretient la rougeur des téguments. Elle intervient, semble-t-il, dans certaines pigmentations, en dehors de toute action lumineuse, comme la chaleur artificielle des chaufferettes ou celle des foyers industriels pigmente certains sujets. En excitant la *sécrétion sébacée*, elle favorise dans une certaine mesure les complications de la séborrhée. De même pour la sécrétion *sudorale*, qui donne naissance à la miliaire sudorale, et facilite l'infection des orifices folliculaires, (miliaire rouge et folliculo-pyodermites de chaleur).

Le *froid* intervient par vaso-constriction transitoire ou permanente : onglée, livedo, engelures, asphyxie des extrémités, asphyxie ou cyanose sus-malléolaire, érythème induré, lupus-engelure, kératoses pures ou complexes.

Le froid agit encore, comme parfois du reste la chaleur ou la lumière, sur certains sujets nettement prédisposés, pour provoquer de l'*urticaire*, isolée, associée ou alternante avec d'autres manifestations analogues (éruption papulo-vésiculeuses eczématoïdes, asthme, coryza spasmodique, etc.). Cette urticaire se produit probablement par l'intermédiaire des imidazols à chaîne fermée hétérocyclique et plus spécialement de l'histamine, particulièrement vaso-motrice et exsudative.

Les variations *hygrométriques* ne jouent guère qu'un rôle accessoire en dermatologie. L'humidité ne semble pas intervenir même pour favoriser la culture cutanée de certains microbes ou champignons pathogènes. Toutefois si, on a voulu attribuer pendant la guerre certaines lésions dites de gelures des pieds à des champignons comme les scopuloriopsis, ceux-ci se développaient surtout à l'intérieur du cuir humide de la chaussure. Mais l'humidité dite hygrométrique ne peut être comparée à l'abondante imbibition directe du cuir et des téguments séjournant dans l'eau. Elle est incapable d'amener à elle seule une macération de ceux-ci favorable aux végétations mycosiques.

La sécheresse hygrométrique, surtout accrue de chaleur et de vent, produit la déshydratation de l'épiderme avec parcheminement, fissuration, desquamation et infection possible, notamment au pourtour des orifices naturels.

Les variations *barométriques* en hausse interviennent rarement. Au contraire, en coïncidence avce la baisse ce sont quelques manifestations cutanées qui tiennent aussi à des phénomènes concomitants, hygrométriques (vent humide d'ouest avec ses nuages) et plutôt électriques (ionisation de l'air). Chez des sujets à douleurs « rhumatismales », avertisseuses du mauvais temps à douleurs périarticulaires ou sous-cutanées d'ordre vraisemblablement cellulitique, j'ai noté deux sortes de manifestations : une *vaso-constriction* qui porte jusque sur les troncs veineux collecteurs, et visible à la face et aux extrémités, avec pâleur, plissement des téguments, refroidissement, sècheresse ; et, plus rarement, des *douleurs en surface* siégeant dans la peau elle-même, en petits placards très localisés, sortes de *dermalgies* dues sans doute à l'altération temporaire et micro-chimique des filets nerveux sensitifs terminaux par un processus analogue à celui de la cellulite. Elles peuvent être absolument isolées, restant un jour ou deux, rarement plus, cantonnées à un secteur très circonscrit du cuir chevelu, du visage, des extrémités, de la face externe d'un segment de membre, etc... Elles peuvent aussi coïncider avec de franches névralgies des filets sus-orbitaire, brachial cutané, ou même de troncs nerveux : radial, sciatique.

Les dépressions barométriques très fortes peuvent entraîner aussi, chez des prédisposés, des ruptures de l'équilibre humoral d'allure anaphylactoïde, et par suite des réactions urticariennes ou eczémateuses, du prurit, surtout dans les ascensions rapides en avion ou en montagne.

La *lumière* (solaire directe presque exclusivement) est l'agent météorologique le plus souvent en cause. Sa richesse en rayons calorifiques et surtout ultra-violets dans certains climats et dans des régions dépourvues de vapeurs ou de poussières faisant écran, est l'élément traumatique essentiel. La lumière diffuse ou réfléchie n'agit qu'exceptionnellement, par une luminosité vraiment rare, ou par l'éclatant reflet de l'eau, de la neige ou de la glace. A la longue, les intempéries interviennent aussi (eau de pluie ou de mer, vent, froid) pour accentuer les lésions chroniques chez tous les sujets *vivant au grand air*, ou au grand soleil.

De ces *héliodermites*, la forme aiguë est le coup de soleil avec tous ses degrés et son évolution classique : érythème prurigineux ou cuisant, avec ou sans phlyctènes, desquamation, *pigmentation*. La forme chronique, c'est la dermite sénilisante des régions découvertes, « peau de chagrin » bigarrée avec épaississements lichénoïdes, verrucosités, papillomatose longtemps bénigne mais prédisposant à l'épithélioma, pigmentation, dilatations capillaires permanentes, et parfois même véritable purpura et taches blanches atrophiques. D'autres héliodermites peuvent être des syndromes cutanés définis, mais provoqués ou réveillés par le soleil : eczéma, prurigo, urticaire *solaires*. Mais ici l'action du soleil est indirecte. Il lui faut des intermédiaires d'ordre sans doute anaphylactique, d'où le nom d'*actino-anaphylactoses*. Ces intermédiaires, histamine ou autres, nous en avons indiqué la nature et le rôle.

Enfin, véritables maladies de lumière, les entités morbides dénommées xéroderma pigmentosum, hydroa vacciniforme, pellagre, sont des héliodermites *spécifiques* qui comportent évidemment une extrême susceptibilité congénitale ou acquise des téguments à la lumière solaire. Cette susceptibilité s'exerce elle aussi par l'entremise d'éléments chimiques anormaux et complexes, de la série des *porphyrines* surtout. Ici, l'élément météorologique trouve une réceptivité particulière, et s'il cause des dégats importants et, dans le xeroderma, précancéreux, il n'intervient pourtant qu'en deuxième ligne.

L'*électricité* météorologique fait ses plus grands dommages à la peau, comme à tout le corps, sous la forme de la foudre.

Mais, ici comme pour l'électricité industrielle, la lésion cutanée purement électrique n'est pas une brûlure. La série des *cuti-fulgurites* comporte en effet tout d'abord une simple porte d'entrée, qui peut être une tache blanche, déprimée ou non, une petite perte de substance circulaire non saignante ni douloureuse et comme taillée à l'emporte-pièce, parfois enfin une véritable découpure *dendritique* entamant abruptement la peau saine sans zone de transition ou avec une auréole d'érythème. Cette figure arborescente a peut-être donné naissance aux descriptions quelque peu fantaisistes d'autrefois, d'après lesquelles on aurait observé des foudroyés sur les téguments desquels la foudre aurait dessiné objets ou paysages environnants.

On peut observer aussi une véritable escarrification sèche, noire et indolente. La peau environnante, non sidérée, non nécrosée, peut toutefois être le siège d'une vaso-constriction durable avec pâleur et froid. Les poils peuvent avoir disparu. Enfin il va sans dire, que selon la nature des objets voisins, il se produit aussi parfois des brûlures typiques, des tatouages par projection de particules métalliques à demi-volatilisées, des calcinations mutilantes, des thromboses vasculaires profondes

A part la foudre, les actions électro-météorologiques sur la peau sont bien ignorées. Le magnétisme terrestre, les perturbations en rapport avec les aurores boréales, le gradient potentiel de l'atmosphère, l'ionisation sont complètement à étudier. Cette dernière mériterait une particulière attention. En effet, Denier a pu récemment établir que « l'emploi des ions négatifs purs créés par un appareil convenable améliore les angio-neurotiques, les spasmodiques, les troubles fonctionnels des endocriniens, les poussées aiguës chez les chroniques ». De même Petersen a constaté que le front des cyclones, entre autres effets organiques, provoquait le spasme des vaisseaux. Ici encore urticariens, eczémateux, fluxionnaires de Quincke devraient trouver du bénéfice à un progrès de nos connaissances météorologiques.

D'un autre côté, les *dermatoses saisonnières*, quel que soit le détail de leur genèse, sont connues pour apparaître ou pour avoir leur maximum de fréquence à certaine époque de l'année. Certaines, en relation directe avec la lumière ou la chaleur, sont estivales ou printanières : pellagre, lucites, prurit vernal de Thibierge et Rabut, acrodynie (maximum mai-juin en France), miliaires sudorales, photo-phytodermite, furonculose ou impetigo des plages, cheilite, poussées de lupus érythémateux, etc...

D'autres dermatoses, qui sont printanières ou automnales, le sont parce que l'agent causal n'existe qu'à ces époques, comme les dermites polliniques, l'urticaire des fraises ou l'érythème automnal des aoûtats (larves du Trombidion).

D'autres ne sont peut-être printanières qu'à cause du bouleversement interne provoqué par le renouveau, (crise hormonale printanière et certaines acnés ou certaines séborréhides.)

De même, la vaso-constriction due au froid de l'hiver et une sorte d'hibernation endocrinienne doivent être invoquées dans la genèse hypoglandulaire des acroasphyxies, des érythrocyanoses et de certaines tuberculides hivernales.

ALBUMINURIE ESSENTIELLE, CÉPHALÉE ET HYPOTENSION, TRIADE CLINIQUE DE GRANDE FATIGUE, EN PÉDIATRIE

Par M. le Docteur Albéric Boudry

Avant qu'une asthénie sévère n'ait profondément griffé l'organisme de l'enfant, la *parésie motrice* et la *douleur* arrêtent la progression de la fatigue : *myosite*, hypotonie et *lassitude* caractérisant cet inter-temps.

L'organisme de l'enfant est prêt, dès lors, à réaliser la grande fatigue intrinsèque : c'est à ce moment qu'il conviendra particulièrement de juguler la fatigue par un mode restitutif et rééquilibrant : *exercices* physiques et intellectuels, *diététique* et qualité optima du *statut atmosphérique* et du *milieu climatérique* seront, autant que puissent le permettre les circonstances, judicieusement appropriés aux besoins exacts de réfection organico-fonctionnelle de l'enfant :

Diététique, oxalatée et antiuricémique (veiller au jeu constamment libre des émonctoires : foie, rein, intestin).

Exercices réglementés (constamment subordonnés à l'indication des tests physiques, psychiques et intellectuels. (V. : Manométrie, graphique et morphologie du mouvement physiologique normal et anormal de l'enfant, Albéric Boudry, *Science médicale pratique*).

Atmosphère. — Les enfants dont se préoccupe notre description sont, électivement, ces petits diathésés, méiopragés qui, subissant parfois une hérédité lourde, ont déréglé leur frein physiologique. Il y a, pour ces enfants, un intérêt capital à vivre dans une *atmosphère normale*.

Ils réagissent, en effet, avec une fâcheuse sensibilité contre tout effet anormal du milieu atmosphérique ambiant :

Températures extrêmes ; pressions barométriques basses ; *grand vent* (syndrome du vent du Midi. Prof. Mouriquand) ; état hygrométrique de l'atmosphère, et, *essentiellement*, humidité *stagnante* et « *compacte* », non « osmosée » par un sol et un sous-sol spongieux : (la balance d'endosmose et d'exosmose rationnelle devant être équilibrée par rapport à un sol et à un sous-sol spongieux ; phénomène analogue à celui de la perspiration épithéliale insensible des tissus).

Etat électrique et *luminosité excessifs* de l'air des villes ;

Surmenage physique et intellectuel par un travail non taylorisé réalisent les conditions les meilleures à la progression, en profondeur et diffusément, de l'agression toxique issue du « poison lactalgique » générateur de la fatigue (acide urique, purines et substances albuminoïdes toxiques, *acide lactique* qui se fixent sur le muscle et l'hypotonisent).

Le processus évolue en trois stades :

Premier stade :

Déficit, flaccidité musculaire, diminution du tonus psycho-énergétique :

A) *Attitudes* en hypotonie : *cyphose* et *scoliose* hypotoniques de l'écolier.

B) *Claquage sportif* (Henri Tissier).

C) *Inaptitude* au travail physique et intellectuel.

D) *Instabilité* et *anomalie* affectives.

Deuxième stade :

Glandes surrénales, glandes à sécrétion interne et organes lymphatiques dirigent le combat.

Troisième stade :

Amaigrissement, insomnie, nervosisme, et

Albuminurie, phosphaturie ; *céphalée* ; *hypotension*, triade clinique de grande fatigue.

Albuminurie

J'élimine l'albuminurie orthostatique ou posturale pour n'envisager, exclusivement, que l'albuminurie de fatigue. L'albuminurie de fatigue se différencie de l'albuminurie orthostatique en ce que, au lieu de céder à un cyclisme bien établi, elle ne se manifeste qu'à l'occasion d'un *exercice physique* trop violent ou anormalement prolongé, d'un *effort mental* excessif ou d'une *colère extrême*.

Albuminurie posturale et albuminurie de fatigue ont, néanmoins, deux caractères communs, à notre avis :

1° Elles sont *sine materia*, donc essentielles l'une et l'autre : « On n'y trouve aucun élément pathogène, ni cellules rénales, ni cylindres granuleux, ni hématies, ni excès de leucocytes, ni substances lipoïdes » (Prof. Marfan).

2° Elles sont, l'une et l'autre, provoquées par une exacerbation physiologique.

Sous le titre : Albuminurie orthostatique et croissance, M. Cathala publie dans le *Journal des Praticiens* (28 octobre 1933), un article portant avec beaucoup d'intérêt sur les albuminuries orthostatiques si fréquentes chez l'enfant en période de croissance, albuminuries fonctionnelles qu'il faut savoir différencier des albuminuries provoquées par une fragilité ou atteinte rénales.

Céphalée

On doit distinguer, d'après la classification de Mme Dreyfus-Sée, *les céphalées épisodiques* (pyrexies aiguës, manifestations infectieuses locales ou générales), des *céphalées habituelles* que peuvent provoquer sinusites, anomalies oculaires (myopie), réactions inflammatoires subaiguës et catarrhales du nez, de la gorge et des oreilles, constipation, aérophagie, colibacillurie, etc., etc...

Nous devons, à côté de la céphalée provoquée par un agent causal, bien déterminé, penser à la céphalée se manifestant chez un enfant *lorsqu'il subit une profonde auto-intoxication de fatigue.* A ce moment de son cycle, la fatigue est imbriquée déjà avec la morbidité essentielle, car nous atteignons le sommet de la fatigue lorsque l'irritation toxique vient déterminer le sentiment douloureux et conscient (*céphalée*, myalgies, algies diverses) de la fatigue morbide.

Il convient de remarquer que la *céphalée*, exceptionnelle et rarissime chez un enfant au-dessous de 3 ans, peut être le témoignage obscur et monosymptomatique d'une néphrite insidieuse à la possibilité de laquelle nous devons toujours penser : (*analyser les urines d'un enfant céphalalgique*).

Hypotension (1)

La gravité de la fatigue de l'enfant est affirmée :

1° Par les variations, *même infimes*, de la minima qui ne doit pas subir d'oscillations ;

2° Par une *hypotension nette maxima* et *minima* (atmosphère d'hypotension générale) ;

3° La fatigue de l'enfant est maxima quand la différentielle Mx-Mn s'intervalle *entre deux divisions* (Chailley-Bert) à la suite de la chute en *lysis brusque* de la *maxima* et d'une insensible, mais *progressive ascension de la minima* ;

4° Le maintien prolongé d'une différentielle 2 *par un effort additionnel* continu, avec *ascension imperceptible mais progressive de la minima* peut aboutir à l'accident grave, organique et durable du *cœur forcé*.

(1) Société de médecine de Paris, 2/1935.

L'HOMME AUX TROIS TESTICULES

Elle est intéressante l'observation rapportée par M. le Professeur Chevassu, à l'Académie de médecine, à laquelle nous donnons pour titre : « l'homme aux trois testicules ». Il s'agit d'un cas contrôlé de triorchidie ou mieux de dédoublement testiculaire.

Le malade, un homme de quarante-quatre ans, de nationalité étrangère, fut admis à l'hôpital pour des troubles prostatiques légers et une petite grosseur funiculaire qualifiée de kyste du cordon. Un examen attentif du soi-disant kyste mit en relief quelques particularités : la tumeur, de deux centimètres, n'était pas absolument transparente, elle offrait au pôle supérieur un relief, comme une petite tête épididymaire, elle présentait au toucher une sensibilité très particulière. M. Chevassu conclut qu'il convenait de considérer cette grosseur comme un testicule supplémentaire, un rarissime troisième testicule.

Les cas observés jusqu'à ce jour, de testicule supplémentaire, sont très peu nombreux. Lecène, dans un mémoire paru en 1924, n'en signalait que dix exemples.

Fallait-il laisser sans s'en préoccuper autrement ou enlever chirurgicalement ce troisième testicule, après tout anormal ? Les études de Lecène avaient montré que les testicules supplémentaires en question sont loin d'être toujours anatomiquement normaux et qu'ils sont particulièrement prédisposés aux séminomes. Après un examen approfondi des indications, M. Chevassu proposa au malade l'ablation de son pseudo-kyste, qui fut acceptée.

L'opération fournit certaines précisions : l'organe enlevé contenait des tubes testiculaires typiques et il était en réalité le résultat d'une division, d'un dédoublement du testicule normal correspondant.

Fonctionnellement, sur la foi d'observations antérieures peut-être superficiellement recueillies à ce point de vue, une légende s'était créée accordant à ces sujets des capacités génésiques remarquables. On les voyait volontiers sous l'aspect de brillants étalons ou de Don Juan, doués par la nature d'une puissance génitale anatomiquement et physiologiquement amplifiée.

Or, pour le cas rapporté, une telle idée préconçue ne correspond nullement à la réalité. Cet homme, qui a 44 ans, est marié et vit seul en France depuis un an. Sa femme habite l'étranger et il semble bien qu'il lui soit resté fidèle ou à peu près jusqu'à ce jour. Encore une légende à réviser ou à n'accepter que sous bénéfice d'inventaire !

P. Lacroix.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

VINGT-SIXIÈME LETTRE

Par le Docteur CAMESCASSE

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines

L'illusionnisme contre l'occultisme

Pour la clarté du discours, je dois prévenir le lecteur que l'*Illusionnisme* est un livre, tandis que l'*Occultisme* est une maladie.

Cet OCCULTISME est la marotte actuellement à la mode, C'est vous dire que je ne suis pas un *sympathisant*.

Je ne crois pas qu'il soit inutile que je dise pourquoi je ne suis pas sympathisant ; ce *pourquoi* fera le fond de ma lettre.

Mais je me considère comme un trop petit personnage pour faire autorité et je dois commencer par indiquer où Monsieur *n'importe qui* pourra trouver une référence de première grandeur.

Il s'agit d'un livre, — d'un livre qui date ! Ce livre a pour titre l'ILLUSIONNISME et pour auteur... ? (1)

Les hasards de la vie ont fait, comme je vais vous dire, que je n'ai jamais eu besoin de lire ce livre ayant été éclairé par un prestidigitateur qui fit carrière entre Robert Houdin et l'auteur de l'Illusionnisme.

Je vivais, dans ce temps-là, avec quelques remords : j'avais illusionné des gens, d'ici de là, mais le plus grave était que j'avais aidé quelqu'un à berner... un candidat à l'Agrégation de médecine..... à la fin d'un dîner savoureux compliqué de deux fines bouteilles ; plaçons cela vers l'année 1880.

La mode était alors aux tables tournantes,, aux trépieds frappeurs et, déjà ? mais oui ! au pendule sympathique.

Ce pendule, — une alliance suspendue au bout d'un fil (*de soie*, naturellement), — présentée à l'ouverture d'un verre (à boire) devait en heurter la paroi d'autant de coups que le futur Agrégé avait d'années d'âge... du moins j'affirmais que le miracle serait réalisé si l'agrégé voulait bien fixer sa pensée sur cet âge en regardant le porteur du fil..... un camarade à moi, un peu effaré malgré mon coup de pied avertisseur.

Les yeux chastement baissés, — pour être à l'abri de tout signal, — notre opérateur présenta l'alliance qui se mit à tourner sur elle-même — elle détordait le fil — puis à osciller congrûment — l'opérateur tremblait, en occupant successivement tous les méridiens (la détorsion continuait).

Le verre fut enfin frappé une fois, — mon pied venait de railer celui du camarade, puis autant de fois qu'il fallait avant que les oscillations ne diminuassent d'ampleur... mon pied..., etc...

De même, fut découverte, la date de la naissance de l'agrégé, car mon camarade ne doutait plus de rien. Il fut assez facile d'éviter les échecs que nous auraient valus d'autres épreuves... (l'opérateur tremblait) visiblement extériorisant ainsi une folle, et fort irrespectueuse, envie de rire.

Le *miracle* ? Voici : quelques semaines en deçà, le Bibliothécaire de la Faculté m'avait accompagné jusqu'au bureau de son beau-frère, Secrétaire d'icelle, qui constituait les dossiers des candidats (à l'Agrégation), — des tas de paperasses... comme il en va encore aujourd'hui. Sur un de ces papiers, j'avais lu que le candidat était né, jour pour jour, dix ans avant moi... cela vous saute aux yeux, n'est-ce pas ! et s'inscrit sans peine dans la mémoire la plus rebelle. Succès ! Hum ?

L'inconvénient de ces jeux de Société est précisément leur succès ; même fraudés, ils grisent l'animateur. *J'en vins ainsi à tirer les cartes* ; j'explorais *facilement* le passé (ce que j'en connaissais) ; puis j'ai osé quelquefois prédire l'avenir, parce que, *en Société* il m'arrivait (oh ! ce passé) de me griser sans boire !

Ce fut une fois le tour d'une jeune veuve sur laquelle se fixaient trop souvent les yeux d'un... CANDIDAT là présent, précisément assis *en face* D'ELLE.

Tout à fait par hasard, — vous pouvez *ad libitum* m'en croire ou non, le Valet de Trèfle (un homme qui a une position assurée), se trouva placé *en face* de la Dame de cœur... une fois, deux fois... trois données de suite... et moi de prendre un petit air embarrassé... pauvre innocent qui ne savait plus lire... les cartes.

(1) Une fois de plus, ma mémoire défaille.

Interludes plus ou moins piteux ; je veux m'arrêter, mais la maîtresse de la maison me pousse le coude, d'abord, et réclame, ensuite, le tour du candidat.

Quand, — par hasard, oh ! bien par hasard, — la Dame de Cœur s'obstine à revenir se placer *en face* du Valet de Trèfle, je n'ai qu'à marquer de l'étonnement, puis à refuser de m'expliquer plus avant.

Ils se marièrent et furent heureux en ménage ! Ils m'ont donc pardonné, mais moi, m'étant dégrisé, j'ai mal dormi ayant surpris un regard furieux dirigé par la Dame de Cœur sur la maîtresse de la maison..... dont le mari... hum ? hum ?

Après ce mauvais coup, mais pas très loin dans le temps, j'ai pris une journée de congé... pour affaires, avec un Chirurgien ce matin, avec un médecin tôt après le déjeuner... je savais où je dînerais, mais il n'était guère que trois heures.. revoyons les grands Boulevards... une averse, pas de parapluie... une large porte bée où je m'abrite... non loin du lieu où s'arrêtent pêle-mêle Madeleine-Bastille et Clichy-Odéon.... mouvements... des enfants me bousculent qui disparaissent... et puis d'autres accomapagnés de Mamans, de Grand'mamans, de Bonnes. Il y a deux Grands-pères, mais un seul Papa... tout ce monde disparaît « au fond, à droite » comme dit une enseigne discrète.

J'y regarde de plus près : Séances de Prestidigitation pour FAMILLES. Je suis la foule... la contrôleuse regarde ma barbe sans pouvoir cacher un certain étonnement ; l'ouvreuse s'émeut et veut me placer au premier rang, je dois affirmer que je verrai très bien par-dessus les têtes et que je serai très bien auprès de la porte « pour me re- « tirer quand sera écoulé le peu de temps dont le « dispose ». (Il faut être poli !)

« On commence tout de suite ! »

Le Monsieur est très bien : figure intelligente d'un homme bon ; gestes volontairement lents... puis prestes opportunément.

J'admire franchement son adresse manuelle... sur une jolie surprise qui a provoqué les joyeuses exclamations du public, nous échangeons un sourire... les présentations sont faites sans qu'on ait interrompu la représentation.

Mais, crac ! un léger brouhaha ; une jeune femme me frôle, emportant un enfant... évidemment, il n'y a pas là de médecin de service ; je sors donc aussitôt... dans la coulisse, je salis mes mains que je cache dans mon journal pour venir rassurer la grand'mère que dénonce son anxiété... « ça n'est rien qu'une petite indis- « position survenue parce qu'on a mangé en « cachette *plein un sac* de bonbons ». C'était vrai, mais je dois disparaître, à nouveau pour aller me laver les mains... aussi, pour aller prendre l'air parce que le soulagement s'est complété entre temps. Politesses au milieu d'un certain désordre : il y en a qui veulent rester, beaucoup ! mais d'autres veulent sortir. Finalement, le Monsieur aux mains expertes me rejoint, me traite de Docteur sans hésiter — j'ai d'ailleurs la tête de l'emploi — et m'offre..... de me montrer quelques-uns de ses trucs... entre autres, il remplit d'eau la cuvette en verre transparent en laquelle vous vîmes tantôt nager des poissons rouges. Sans poisson, cette fois, il la colle sous le pan gauche de sa redingote. Théoriquement, c'est très facile : le ras-bord, une doublure lisse. Mais quand vous voudrez essayer, mettez-vous tous les trois, votre redingote doublée, vous tout nu, et la cuvette pleine, au milieu de votre tub... ...un tub de grand modèle.

Il n'est si bons amis qui ne se quittent... ce jour-là, c'étais sans espoir de nous revoir, malgré nos réciproques affirmations courtoises.

Eh bien ! ça n'était pas vrai. Nous devions nous retrouver en un lieu où le Monsieur a poursuivi mon éducation. Dans le promenoir d'un café-concert, j'attendais le tour de deux Illusionnistes qui poussaient l'art de l'escamotage jusqu'à s'escamoter eux-mêmes.

« Docteur ! c'est vous ? Quelle chance... « etc... ». « Je vous emmène dans les coulisses... « on vous montrera *les trucs*... si vous nous « promettez le secret ... professionnel ».

J'y fus... et j'ai vu l'ectoplasme émané au commandement du médium : jeux de lumière ; une image optiquement réelle... quelque chose comme la troisième position de l'objet devant un miroir concave... et *cela bouge* quand on déplace l'écran qu'on aura choisi de teinte aussi neutre que possible... il y faut de plus une chambre *relativement* noire.

Mais j'y pense, en attendant que vous ayez trouvé le Livre que j'ai (si mal) cité, cherchez le mot *spectre* dans votre petit Larousse illustré ; vous trouverez-là, au mot *spectre*, le schéma de la *construction* d'un spectre... d'une apparition. Ici la supercherie, née de l'Optique physique la plus scientifique qui soit, va très loin : le spectateur voit *réellement l'image* fantastique, d'un homme par exemple, qu'un autre homme coupera... l'image... en deux d'un coup de sabre ... ou bien avec le fil à couper le beurre, sans que ça saigne ni se plaigne ; cela est même transparent... l'être immatériel de nos rêves ! quoi !

La scène est d'ailleurs assez difficile à régler parce que l'homme qui coupe, placé qu'il est derrière la glace sans tain, ne voit pas l'image qu'il coupe..... c'est pourquoi tout le monde ne peut pas couper... dans le pont..

Mais pourquoi me suis-je avisé de parler de ces fantasmagories à des médecins ?

Parce que l'occultisme trouble la cervelle de plus d'un parmi nos clients... sinon parmi...

Cette épidémie mentale, qui est tout juste aussi respectable que le goût de la Loterie ou celui du Pari mutuel, ne borne pas ses méfaits à fixer la forme du délire de véritables aliénés.

Elle trouble le sommeil ; surtout, elle prolonge les demi-insomnies de gens par ailleurs parfaitement sains d'esprit — que nous devons ensuite droguer contre l'INSOMNIE devenue rebelle.

Je ne veux pas insister par trop, sauf pour dire que toutes ces manigances sont malfaisantes.

La radiesthésie elle-même, qui en est peut-être la forme la moins dangereuse fait du mal à la bourse plus qu'à l'esprit sans doute.

Par contre, elle s'est prêtée, récemment, mais bien imprudemment, au contrôle d'un lyonnais qu'a mis dans sa poche les malheureux devins.

Ils étaient, ces devins, plus de *septante* (c'est à Lyon que les choses se passèrent). Par tranches de dix, on leur a soumis 860 occasions de montrer leur... la sagacité de leurs baguettes (de coudrier) et autres pendules.

Le Lyonnais avait établi d'avance le décompte des résultats que le hasard indiquait (ce hasard s'appelle *calcul des probabilités*).

Or, — le plus heureux des baguettisants obtint *six échecs* sur dix recherches ; — tandis que trente-quatre de nos sorciers ratèrent leur coup *dix fois sur dix*, etc..., et tout à l'avenant comme l'avait dit le hasard !

Et j'en reviens au médecin de famille. Que d'inquiets autour de lui, — sinon chez lui — sinon... il faut bien le dire ... lui-même.

Vous n'êtes pas, — moi non plus, physiquement aptes aux tours de passe-passe, mais il vous est facile d'en connaître l'envers : l'Illusionnisme ! ou Art de faire prendre des vessies pour des lanternes (1).

(1) Rassurez-vous, ô *Concours*, je ne connais pas l'éditeur.

UN CURIEUX FACTEUR DE DIURÈSE : LA FUMÉE DE TABAC

Wenusch et Scholler (1) attribuent à l'usage modéré du tabac une incontestable action diurétique, et ils le démontrent de la façon suivante :

Un adulte, peu habitué à fumer, boit un quart de litre d'eau au début de la matinée. De quart d'heure en quart d'heure, on recueille ses urines, pour en noter la quantité. Le second jour, le sujet en expérience fume, durant cette même période, quatre cigarettes à intervalles réguliers : dans ces conditions nouvelles, la pression artérielle s'élève assez nettement (de 11 à 14, par exemple), et la quantité des urines recueillies, comme la veille, est très supérieure à celles du jour précédent. C'est ainsi qu'un sujet, ayant émis le premier jour 340 c. c., donne le lendemain 775 c. c.

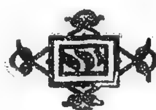
Si le troisième jour, on supprime le tabac à nouveau et qu'on recommence l'expérience, l'émission des urines retombe à 215 c. c.

Cette action diurétique incontestable s'observe surtout chez les personnes, qui n'ont pas l'habitude de fumer. Chez les grands fumeurs, la pression sanguine est peu modifiée, et l'action diurétique, quoique certaine, est beaucoup moins nette. Le taux des urines passe, par exemple, de 240 c. c. à 270 c. c.

Cependant, chez un sujet peu habitué à fumer, on peut remarquer de légers phénomènes d'intoxication. Dans ces conditions, le taux des urines n'augmente pas, ou bien la diurèse ne se produit qu'un certain temps après l'expérience. Par contre, il se produit souvent une sudation assez abondante.

Pratiquement on devrait encore tenir compte de ces constatations, dans le cas particulièrement, où un grand fumeur est forcé de cesser brusquement de fumer, par exemple en cas d'une intervention chirurgicale. Il faut alors se rappeler de l'habituelle action diurétique du tabac pour la compenser par l'administration préventive d'une médication diurétique.

(1) *Mediz. Klinik.*, oct. 1935. Analysé in *Presse Méd.*, 22 janvier 1936.



LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

Comment traiter chez l'enfant la colibacillose rénale

D'après les Docteurs Robert BROCA et Julien MARIE (1)

IL S'AGIT DE LA COLIBACILLOSE RÉNALE NON COMPLIQUÉE

C'est l'un des chaînons du cycle infectieux, dont le point de départ est dans le gros intestin. Chez l'enfant celuî-ci réalise la forme la plus fréquente de la colibacillose.

La pyélonéphrite, telle qu'elle est envisagée ici, apparaît dans sa forme la plus simple, car l'infection intestinale est éteinte ou ne s'est pas révélée. Dautre part, elle n'est pas compliquée, c'est-à-dire que l'atteinte du rein et de ses voies d'excrétion n'est favorisée, ni entretenue par aucun obstacle (calcul), aucune distension (hydronéphrose), aucune maladie concomitante (tuberculose).

Dans ces conditions, le tube digestif ne mérite pas *aussitôt toute* l'attention thérapeutique, comme dans le syndrome entéro-rénal au complet, et la pyélonéphrite à colibacilles n'est provoquée, ni entretenue par aucune lésion des voies urinaires, qui puisse masquer la maladie essentielle.

Cependant, il ne faut oublier que si la pyélonéphrite simple est bien souvent une maladie bénigne, si elle guérit ou semble guérir facilement, elle *récidive* tout aussi facilement, et cela en maladie capricieuse et déconcertante, quel que soit le traitement qu'on lui ait opposé. La raison ? C'est que la poussée d'infection pyélonéphritique peut être terminée, sans que la source intestinale de cette infection soit tarie.

C'est lors de cette *seconde phase de récidive* qu'il conviendra dès lors de viser plus directement le foyer intestinal, d'où s'échappe et où pullule le colibacille. A ce moment l'infection rénale ne sera plus considérée que comme un symptôme, un signal d'alarme.

Faire cesser la stase stercolare, supprimer les fermentations intestinales, s'attaquer aux parasites intestinaux deviendront des règles essentielles du traitement, dont la méconnaissance expliquera nombre de rechutes de l'infection urinaire.

***

LA CONDUITE ET LE CONTRÔLE DU TRAITEMENT

Principes généraux

1° *Mettre le colibacille dans de mauvaises conditions de développement.* Puisqu'il préfère un milieu de culture *légèrement* acide, modifier le milieu urinaire vers l'alcalinité ou vers l'acidité forte, et faire alterner les modifications du pH urinaire.

2° *Assurer un libre écoulement de l'urine par le bassinet et l'uretère,* en luttant, au moyen de la belladone et de l'atropine contre les phénomènes de spasme ou d'atonie, résultant de l'irritation muqueuse de ces conduits.

Voici la conduite du traitement pour un enfant, qui présente de la fièvre, une dysurie douloureuse et des colibacilles dans ses urines.

A) *Dix jours de régime alcalin.*

a) Régime de boissons abondantes (eau, tisanes), afin de diluer l'urine irritante pour les muqueuses ;

b) Régime végétarien hypoazoté, dans le but de ménager le parenchyme rénal et d'alcaliniser les urines ;

c) Alcalins, parmi lesquels il semble que le citrate de soude (1 à 3 grammes suivant l'âge) soit le mieux toléré ; celui-ci exerce, de plus, un heureux effet sur le tube digestif de l'enfant.

d) Atropine ou belladone contre le spasme.

Sous l'influence de ce traitement, on verra, sept fois sur dix, la fièvre céder et les phénomènes douloureux disparaître.

B) *Dix jours de régime acide.*

a) Restriction des boissons, juste à la soif, plutôt au-dessous. Les urines se concentrent ; le pH urinaire dévie vers l'acidité.

b) Régime alimentaire carné (viandes grillées ou rôtiés), qui acidifie les urines, et relève l'organisme.

c) Médication acidifiante :

Clhorure d'ammonium, 2 à 4 grammes,

Phosphate de sodium, 1 à 2 grammes,

ou bien 1 à 6 cuillerées à café par jour de la solution de Joulie (acide phosphorique officinal,

(1) Traitement des pyélonéphrites à colibacilles. (*L'année pédiatrique*, 1934. Masson, édit., Paris.)

17 gr. ; phosphate de soude, 34 gr. ; eau distillée, 250 c. c.).

Il est bon également de prescrire un produit antiseptique, tel que l'hexaméthylène-tétramine, d'autant plus actif que l'urine est plus acide et plus concentrée.

Cependant, si les effets de ce traitement achèvent la clarification des urines, ils sont parfois irritants, au point de favoriser les hématuries ; il faut alors en adoucir la rigueur, ou même le cesser.

Pour contrôler l'efficacité de ce traitement, on se basera : 1° sur la marche de température ; 2° sur la quantité de pus éliminé en un temps donné, dont la courbe décroissante accompagne la chute de température, au cours des pyélonéphrites simples. Toute élévation thermique, apparaissant alors que les urines se clarifient, devra faire craindre une rétention de pus.

Voici un procédé simple pour apprécier la quantité journalière du pus dans les urines : recueillir les urines de 9 heures du soir à 9 heures du matin ; agiter fortement le bocal, et en prélever le dixième de son contenu dans une éprouvette graduée ; y ajouter 10 gouttes d'acide acétique pour dissoudre les phosphates et les carbonates insolubles ; agiter et laisser sédimenter durant trois heures. On note en centimètres cubes : 1° la hauteur du dépôt épais (pus condensé et aggloméré) ; 2° la hauteur du dépôt floconneux (pus en suspension dans du mucus) ; celui-ci augmente alors que le pus épais diminue rapidement, puis il diminue lui-même.

Quant au contrôle de la guérison, il s'opèrera par l'examen cyto-bactériologique des urines, que l'on prélèvera en sondant aseptiquement la fille, ou en recueillant simplement les dernières gouttes d'urine chez le garçon.

Si l'urine est franchement purulente, il suffit d'en prélever quelques gouttes sur lame, à un moment quelconque de la miction. Si, au contraire, elle est seulement louche, il est très important de laisser la sonde en place, d'évacuer complètement la vessie et de boucher la sonde avec le doigt, avant de la retirer, de façon à ne recueillir pour l'examen que les gouttes terminales contenues dans la sonde. En ne prenant pas cette précaution, on risque de considérer à tort l'urine, comme aseptique. Il n'y a guérison que lorsque l'urine est stérile à l'examen direct et à la culture.

***

Une seconde phase de traitement est indiquée, lorsque après vingt jours les urines restent troubles.

C'est celle des *antiseptiques chimiques* ou *de la médication biologique.*

Parmi les premiers, on conseille l'hexaméthylène-tétramine sous une de ses préparations habituelles, et les produits de la série colorante : bleu de méthylène (0,05 en pilules), ou bleu de méthylène associé à l'acide camphoride (1 à 3 grammes par jour, en cachets chez des grands enfants).

Les indications biologiques comprennent les vaccins, le bactériophage, la sérothérapie.

La vaccinothérapie se recommande surtout par voie buccale, soit sous forme de vaccins, soit sous forme de bouillons vaccins.

La phagothérapie associe l'absorption de 2 c. c.. d'une culture de bactériophage, pris quotidiennement à jeun, dans un peu d'eau alcaline, à l'injection sous-cutanée de 2 .c. c. pratiquée deux jours de suite.

La sérothérapie, pratiquée avec le sérum de Vincent trouve sa véritable indication dans les formes aiguës septicémiques, au début des pyuries abondantes. La guérison devient aléatoire dans les formes latentes, chez les porteurs de germes sans pyurie vraie (colibacilloses stabilisées de Vincent). On injecte sous la peau 20 c. c. de sérum trois jours consécutifs au minimum.

Au cas d'un échec, on sera en présence d'une pyélonéphrite compliquée.

Il faudra en *rechercher la cause* au niveau de l'arbre urinaire : obstacle, malformation ou calcul qui entretient l'infection, ou encore tuberculose rénale. Pareille investigation est plus utile que de faire alterner, *sans diagnostic précis*, les médications chimiques ou biologiques.

Quand fièvre et pyurie persistent, souvent associées à la sensibilité d'un rein, on ne commence pas, comme chez l'adulte, par le drainage du bassinet au moyen d'une sonde urétérale à demeure. Cependant cette thérapeutique devenue facile chez la fille à partir de 3 ans, et chez garçon à partir de 7 à 8 ans, permettrait soit des lavages du bassinet avec un médicament chimique (nitrate d'argent au 1/500e ; collargol à 50 % ; argyrol à 10 à 20 %), soit des instillations de bactériophage anticoli-bacillaire, ou de sérum de Vincent.

Mieux vaut, chez l'enfant, commencer par une radiographie de l'appareil urinaire en entier ; celle-ci suffit le plus souvent au diagnostic d'un calcul pyélique ou rénal. Les calculs de l'uretère se voient bien ; ceux de la vessie sont parfois invisibles, mais tel calcul, qui ne se voyait pas dans une vessie pleine, devient visible si le malade a uriné avant l'examen.

Le diagnostic d'hydronéphrose nécessite une pyélographie, après injection intraveineuse de ténébryl, en adaptant la quantité de liquide à injecter au poids de l'enfant : au-dessous de

2 ans, ne pas dépasser 8 c. c. ; de 2 à 5 ans, 10 c. c. ; de 5 à 10 ans, 15 c. c. ; de 10 à 15 ans, 15 à 20 c. c.

On recommande, avant de pratiquer cette méthode, de toujours vérifier le bon fonctionnement rénal par l'épreuve de l'élimination de la sulfonephénolphtaléine, car la constante d'Ambard est infidèle chez les enfants. On peut ainsi déceler un calcul invisible à la radiographie, et découvrir une hydronéphrose par les modifications de forme du bassinet, et surtout des calices.

Enfin la persistance d'une pyurie colibacillaire, peut être liée à une tuberculose rénale ; il s'agit alors d'une surinfection, derrière laquelle il faut chercher avec soin le bacille de Koch par les moyens habituels : frottis, inoculation, cultures sur milieu de Löwenstein.

La découverte du bacille de Koch posera le double problème du diagnostic du rein malade, et de la mesure de la valeur du rein sain.

Le cathétérisme bilatéral avec examen histo-bactériologique des urines séparées, et l'étude de la concentration de l'urée dans les deux reins résoudront le premier problème. Il y aura toujours une chute importante de la concentration uréique dans le rein tuberculeux, chute que l'on ne rencontre jamais dans les pyélonéphrites, ni dans les rétentions, à moins qu'il ne s'agisse d'une très vieille pyonéphrose.

La valeur du rein sain se mesure par le degré de concentration de l'urée dans l'urine recueillie, et par son pouvoir d'éliminer la sulfonephénolphtaléine. On peut y ajouter une constante d'Ambard, chez les grands enfants.

Enfin, dans les colibacilluries chroniques récidivantes — toutes les causes possibles du maintien de la suppuration étant éliminées — le praticien saura éviter de prescrire des régimes débilitants et monotones trop longtemps prolongés, et souvent la maladie s'éteindra d'elle-même, à la longue.

G. Fischer.

LES URINES SANGLANTES, LA BETTERAVE ROUGE ET LE FOIE INSUFFISANT

Nous venons de recevoir une très intéressante communication de M. le Professeur M. Leulier, de Reims, qui apporte une nouvelle contribution à l'étude des erreurs que peut commettre le praticien, non prévenu, sur le simple aspect d'urines présentant une couleur anormale :

« J'ai lu avec intérêt dans le N° 5 du *Concours* votre Clinique urologique (urines sanglantes ou roses, urines purulentes, etc.) Vous y rapportez une observation de M. Guillaud-Vallée que j'avais déjà remarquée dans « Clinique », et qui concerne la *teinte rose* que prennent, sous l'influence d'une élévation du pH, les urines des sujets ayant absorbé de la *phénophtaléine*, en particulier sous forme de tablettes laxatives. C'est un un fait d'observation constante dans les laboratoires de biologie, mais il mérite toutefois d'être connu des médecins praticiens.

« Je me permets de vous signaler, dans le même ordre d'idées, une autre cause moins fréquente de coloration anormale des urines, qui pourrait prêter *à confusion avec la présence d'hémoglobine.*

« Certains sujets, à *foie insuffisant* et inapte à brûler certains pigments, laissent passer la matière colorante de la *betterave rouge*, consommée assez fréquemment en hors d'œuvre. Cette observation a été faite, en même temps que par moi-même, par mon excellent collègue, le Professeur Jean Bouillot qui l'a vérifiée de son côté. Il m'est arrivé, à fréquentes reprises, de rassurer des malades inquiets de la coloration rosée de leurs urines tout à fait indemnes d'hématurie, en leur faisant énumérer leurs menus de la veille, et en y constatant la présence de salade de betteraves.

« Je vous communique pour ce qu'elle vaut cette observation intéressante à double point de vue :

Elle permet d'éclaircir certains cas de coloration anormale d'urines non hématiques :

Elle peut servir de base à un test de détermination d'insuffisance hépatique ! »

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'uricémie

MM. F. Coste et A. Grigaut étudient les différents moyens employés pour doser l'acide urique dans le sang. Ils estiment que les méthodes colorimétriques directes sont entachées de causes d'erreur importantes qui rendent leurs résultats inutilisables pour le dosage de l'acide urique dans les hématies. Le dosage est en effet faussé par la présence dans les globules de quantités importantes de substances sulfhydrylées (ergothionéine et glutathion) qui réduisent les réactifs phosphotungstiques. L'« acide urique *combiné globulaire* » est une fiction, il n'a jamais été isolé, et tous les travaux portant sur la répartition de l'A. U. entre les globules et le plasma déterminée au moyen des méthodes directes se trouvent de ce fait infirmés.

En revanche, dans le plasma ou le sérum, les méthodes directes et tout particulièrement celle de Folin, la dernière venue et la meilleure d'entre elles, dosent l'acide urique avec une précision largement suffisante pour les besoins de la clinique. Elles paraissent à recommander sans réserves. (*La Presse Médicale,* 8 février 1936).

Evolution et traitement des ostéomyélites de l'adolescence

Le travail du Docteur G. Renon est basé sur 105 observations personnelles. Il démontre qu'on ne peut plus se baser actuellement sur les directives données par Lannelongue, d'après lequel le bulbe de l'os était le foyer primitif, qu'il fallait trépaner. Cette technique rigide ne pouvait d'ailleurs s'appliquer à tous les cas que l'on voyait dans la pratique. La littérature médicale nous apprend que tous les procédés de traitement ont été appliqués jusqu'à présent, et que c'est en particulier la résection diaphysaire qui semble avoir obtenu un regain de faveur. En effet il est démontré que le bulbe de l'os n'est pas toujours le siège d'élection de la lésion ostéomyélitique. D'autre part la méthode de la trépanation systématique au niveau du bulbe, dans l'ostéomyélite aiguë reposant sur une erreur de localisation, s'est montrée insuffisante à arrêter l'infection et à prévenir la nécrose. Au contraire, la résection de la diaphyse à la période aiguë de l'ostéomyélite est toujours suivie d'une régénération rapide et complète du squelette. C'est l'évolution clinique et la radiographie en série qui doivent permettre de juger de l'évolution de l'ostéomyélite, laquelle est basée sur deux éléments associés : l'infection et la nécrose.

Ces principes posés, l'auteur croit pouvoir proposer les règles de conduite suivantes qui diffèrent selon qu'on est appelé à traiter une ostéomyélite en période aiguë ou en période chronique :

1° Quand on se trouve en présence d'une ostéomyélite à la période aiguë, il faut d'abord vacciner, et dès que la collection est constituée, l'évacuer par une large incision qui permettra de juger de l'étendue du décollement périostique et de l'aspect de l'os sous-jacent, et se borner à cela.

Deux cas peuvent alors se présenter : l'infection est jugulée ou non.

Si elle ne l'est pas, on réséquera d'emblée.

Si elle est jugulée, c'est le contrôle radiologique effectué à intervalles très rapprochés qui montrera l'existence de la nécrose osseuse et son extension. Ce n'est que dans l'affirmative qu'on réséquera.

2° Quand on se trouve en présence d'une ostéomyélite à la période chronique, l'auteur pense qu'une intervention sur le squelette n'est indiquée que s'il y a des séquestres.

Celle qui semble devoir donner les meilleurs résultats est l'évidement-résection suivi d'autoplastie musculaire. (*Ann. de l'Hôpital-Hospice de Niort,* n° 2, 1935).

De la curie - et de la rœntgenthérapie dans le traitement des hémorragies utérines de la ménopause, de causes bénignes.

Dans le cadre des hémorragies utérines de causes bénignes, si l'on excepte celles que déterminent le fibromyome utérin et les tumeurs, les méno-métrorragies de la période de la ménopause comptent parmi les plus communes et aussi les plus importantes par les problèmes thérapeutiques qu'elles posent.

Le Docteur Mathey-Cornat expose la conduite à tenir en pareil cas. En présence de ces méno-métrorragies de la période de la ménopause et de causes reconnues apparemment bénignes, après une exploration gynécologique approfondie, il est toujours nécessaire de faire

l'inventaire des lésions locales et de l'état général de la patiente qu'on se propose de traiter. On doit se remémorer la fréquence des hémorragies de causes endocriniennes et agir en conséquence.

Les méthodes radiothérapiques sous leurs deux formes, curie et rœntgenthérapie, constituent dans la majorité des cas, et de l'avis des gynécologues et des radiologistes les plus compétents en la matière, le traitement de choix de ces accidents. Leur mise en œuvre n'exclut nullement au contraire, la surveillance médicale, le traitement médicamenteux, local ou opothérapique. La physiothérapie connaît aussi ses indications.

Il est inutile de trop systématiser les indications respectives du radium et des rayons X. Tous deux ont fait leurs preuves. L'association des deux présente aussi des avantages (ménopause rapide, gros utérus scléreux ou fibromateux, hémorragies continues ou répétées chez des femmes grasses ou obèses). La guérison comporte la stérilisation définitive. Les échecs sont très rares, de même que les incidents. La technique est simple, mais comporte des doses assez élevées si l'on veut qu'elle soit radicale. (*Paris Médical*, 1er février 1936.)

Traitement des troubles fonctionnels de la menstruation des jeunes femmes par de faibles doses de rayons X appliqués sur les ovaires et l'hypophyse (175 cas).

D'après les Prof. WITTENBOURG et PORKHOVNIE, de Kieff, les troubles menstruels, chez les jeunes femmes jusqu'à l'âge de 35 ans, liés aux troubles fonctionnels des ovaires, sont tantôt qualitatifs (cycliques), tantôt quantitatifs (hypo-hyper-ménorrhées) et parfois présentent une combinaison simultanée de ces deux types. L'irradiation des ovaires par de faibles doses de rayons X (10 % à 15 % Hed) dans ces affections, constitue presque un traitement spécifique, car il agit sur la cause même des troubles menstruels, sur la fonction anormalement altérée des ovaires. Pour renforcer encore l'effet curatif des rayons X, on les applique en outre sur l'hypophyse.

Les résultats obtenus dans les troubles menstruels varient suivant la nature du trouble : qualitatif ou quantitatif. Les troubles cycliques seuls ou combinés avec l'hypoménorrhée sont ceux qui donnent les meilleurs résultats par la radiothérapie. Les aménorrhées sont les plus réfractaires au traitement. Le pronostic quant à la guérison complète est d'autant moins bon que la malade est plus âgée. Il devient tout à fait douteux pour les malades aménorrhéiques âgées de plus de 30 ans. Plus l'utérus est hypoplasique ou diminué de volume, moins la radiothérapie présente de chances de succès.

Dans certains cas (environ 15 % à 18 %), après le bon résultat de la radiothérapie des troubles menstruels, la stérilité, qui les accompagne si souvent, disparaît : une grossesse apparaît chez ces malades, et dans les deux tiers des cas environ, elle se termine par des couches normales. Ainsi la stérilisation temporaire par les rayons X, avec des doses doubles de celles qu'on applique aux ovaires en traitant les troubles menstruels de nature fonctionnelle, ne présente aucun danger de nocuité pour le fœtus futur, à la condition que l'œuf soit fécondé après le rétablissement des règles chez ces femmes temporairement stérilisées.

Un pourcentage notable (jusqu'à 25 %) d'avortements ou d'accouchements prématurés chez les femmes devenues enceintes après la radiothérapie des troubles menstruels, dépend non d'une lésion des ovaires par suite de l'application des faibles doses de rayons X, mais, comme on l'observe dans ces affections, de la disposition anormale et de l'hypoplasie de l'utérus, qui s'accompagnent d'un développement insuffisant de la couche fonctionnelle de l'endomètre.

A noter enfin que ce mode de traitement des troubles menstruels de nature fonctionnelle, chez les jeunes femmes, ne doit être pratiqué que par un radiologiste expérimenté travaillant en contact étroit et permanent avec le gynécologue ou possédant lui-même de solides connaissances dans le domaine de la gynécologie clinique. (*Revue française de Gynécologie*, décembre 1935.)

Le mode d'action de la parathyroïdectomie dans les rhumatismes chroniques

L'opinion de M. le Prof. BÉRARD et de MM. THIERS et M. HENRY est actuellement la suivante : l'opération efficace est certainement l'ablation d'une partie du système parathyroïdien; il ne s'agit pas d'une thérapeutique étiologique destinée à lutter contre un hyperfonctionnement dont on n'a pas fourni de preuves indiscutables; il s'agit d'une thérapeutique symptomatique agissant sur cet ensemble des syptômmes qui relèvent d'un syndrome physiopathique, tel que l'ont conçu Babinski et Froment et dont la réalité paraît indiscutable au cours de beaucoup de rhumatismes chroniques ; la parathyroïdectomie a une action végétative probablement, parce que la parathormone intervient dans la régulation du rapport $\frac{Na \times K}{Ca \times Mg}$ dont dépend le tonus vago-sympathique. (*Revue du Rhumatisme*, janvier 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Essai de traitement chirurgical des psychoses.

(M. Egaz Moniz ; 3-3-1936).

Dans le domaine neurologique, les maladies dites « fonctionnelles » ont disparu successivement. En matière de psychiatrie, les choses se passeront sans doute semblablement et c'est dans l'orientation organiciste que cette science sera amenée à faire des progrès.

M. Egaz Moniz, comparant les cellules cérébrales aux fibres musculaires, estime que leur excitation provoque des mouvements d'ordre spécial, qui se traduisent par des manifestations de la vie psychique. Les lobes frontaux grouperaient les cellules des fonctions intellectuelles et des altérations de ces secteurs interviendraient dans la production de certaines psychoses. Dans ces régions également des essais de traitement chirurgical des psychopathies pourraient être tentés.

M. Egaz Moniz, partant de cette théorie, a pratiqué dans le centre ovale des lobes préfrontaux, d'abord des injections sclérosantes (alcool absolu), puis des coupes, intervention qu'il conseille actuellement. Ces coupes sont faites avec un petit instrument appelé leucotome cérébral qui sectionne un sphéroïde de substance blanche de un centimètre environ de diamètre. Quatre coupes sont pratiquées, en général, dans le lobe préfrontal, à des étages différents.

L'auteur a opéré ainsi vingt malades (mélancolie, manie, schizophrénie, etc.). L'opération a procuré 35 % de guérisons cliniques, 35 % d'améliorations et 30 % d'états stationnaires. L'intervention s'est montrée inoffensive.

Prémunition antituberculeuse par les variétés lisses de bacilles tuberculeux.

(MM. L. Nègre et J. Bertey. — Présentation par M. Guérin ; 25-2-1936.)

MM. Nègre et Bretey présentent un travail sur la prémunition antituberculeuse du cobaye, du lapin et du singe par les variétés lisses de bacilles tuberculeux.

L'inoculation sous-cutanée ou intra-veineuse au cobaye, au lapin et au singe de variétés lisses de bacilles tuberculeux isolés par l'extrait acétonique de produits pathologiques humains d'emblée peu pathogènes ou artificiellement atténués par réensemencements successifs, provoque chez ces animaux une infection bénigne dont les manifestations histologiques sont transitoires mais qui paraît se prolonger plus longtemps par la présence des bacilles dans l'organisme. A la suite de cette infection artificiellement provoquée, ces animaux et notamment le singe présentent une résistance prononcée à l'infection d'épreuve réalisée par inoculation sous-cutanée d'un bacille tuberculeux virulent.

Dans l'état actuel de nos connaissances, toutefois, l'éventualité d'un retour de ces variétés lisses de bacilles tuberculeux à la forme virulente ne peut pas être exclue.

Académie de chirurgie

Thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque

(MM. Welti, Facquet, Barraya et Leven ; 15-1-1936.)

La thyroïdectomie peut être pratiquée pour asystolie basedowienne (dans le but alors d'agir sur la cause de l'altération cardiaque) ou pour insuffisance cardiaque, chez des malades à corps thyroïde normal. Cette dernière indication suscite actuellement un assez grand intérêt puisqu'elle s'adresse à des cardiopathies non liées à des lésions thyroïdiennes. Son but est en effet le suivant : soulager le travail du cœur en diminuant les combustions de l'organisme, le corps thyroïde étant une glande de stimulation du métabolisme basal.

Les observations de thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque chez des malades à corps thyroïde normal sont encore très peu nombreuses et la question n'est qu'à la première phase de son étude. Il convient de ne recourir à cette intervention qu'avec beaucoup de prudence. M. Welti rapporte le cas d'un jeune femme atteinte de cardiopathie rhumatismale avec asystolie qui lui avait été adressée en vue d'une thyroïdectomie totale. L'opération apparut contre-indiquée en raison de troubles se rapportant à une endocardite infectieuse subaiguë. Et en effet, la patiente succomba brusquement à une embolie cérébrale. Il importerait donc de chercher à préciser les contre-indications de l'opération. Parmi elles, on peut déjà citer l'endocardite infectieuse subaiguë, l'insuffisance cardiaque trop grave, les cas à métabolisme déjà abaissé, etc...

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Oreillons et complications nerveuses.

(MM. LAMACHE et DUTREY ; 20-12-1935.)

Au cours des oreillons, les auteurs ont eu l'occasion d'observer quatre cas d'atteintes nerveuses, entrant dans le cadre des méningo-encéphalites et des processus méningés avec radiculo-polynévrites. L'originalité de ces observations réside dans le fait que la manifestation neurologique a été primitive, et qu'elle a précédé ou accompagné la localisation parotidienne. Il semble que jusqu'à présent on n'ait pas signalé des atteintes aussi précoces et aussi variées (un cas de méralgie paresthésique bilatérale).

Voici à cet égard quelques considérations générales sur la névraxite ourlienne :

1° Le début des atteintes nerveuses précédant la phase glandulaire est progressif. Premier stade presque toujours algique : algies continues ou paroxystiques de caractère parfois sévère pouvant simuler la douleur angineuse ou rappelant les douleurs cordonales telles que dans le zona. Douleurs du type paresthésique très précoces, quelquefois systématisées et évoquant la névralgie paresthésique de Roth. Les phénomènes d'ordre sensitif sont presque toujours la première manifestation des atteintes nerveuses d'origine ourlienne ; ce fait est d'ailleurs signalé dans la plupart des travaux relatant de telles complications. Il a paru cependant utile aux auteurs d'insister sur le caractère particulier de la douleur, son intensité, son caractère atroce, surtout chez deux malades.

2° Quant aux symptômes d'ordre moteur, ils n'apparaissent que plus tard ; semblent s'installer progressivement, mais d'une manière insidieuse au cours des phénomènes algiques, masqués par leur intensité. Il s'agit le plus souvent d'atteintes inégales, incomplètes, de troubles parétiques surtout accusés aux membres inférieurs. L'atteinte peut se généraliser réalisant le syndrome quadri-parétique avec diplégie faciale de l'observation II.

3° Au cours de cette évolution, les oreillons tels que nous les connaissons sous la forme parotidienne, surviennent d'une manière assez brutale avec des signes généraux parfois importants. L'évolution se poursuit normalement sans donner lieu à des complications. Dans ces conditions, l'orchite signalée à propos du malade de l'observation II paraît être rarissime, car on n'a pu relever, dans les travaux parus jusqu'ici et dans la bibliographie de fait analogue.

Tout se passe comme si le virus ourlien «s'épuisait» dans les atteintes nerveuses diffuses qui l'empêchent de déterminer d'autres complications.

4° Le virus ourlien disperse et varie en même temps ses atteintes neurologiques. Il ne paraît pas impropre de dire qu'il y a dans sa marche un véritable «léchage des centres nerveux, un coup de pinceau passé d'une manière plus ou moins forte, mais aussi plus ou moins adroite sur l'axe cérébro-spinal». Ainsi compris, rien d'étonnant que la note originale dans ces processus se trouve dans la multiplicité et la variabilité des symptômes.

5° Confirmant la règle générale, l'évolution a été favorable et tous les malades sont guéris à l'heure actuelle. Cependant les atteintes nerveuses dans deux cas ont persisté pendant longtemps. Tout semblerait se passer comme si les atteintes polynévritiques précoces étaient plus sérieuses et plus durables que les atteintes polynévritiques secondaires signalées jusqu'ici, véritables complications ourliennes.

Bien que l'interprétation pathogénique semble sortir du cadre de cette présentation, on doit constater que ces polynévrites précoces sont l'aboutissant direct de la méningite primitive pour aussi discrète qu'elle soit (les ponctions lombaires précoces chez trois malades viennent confirmer cet état méningé).

L'apparition précoce des atteintes nerveuses, conséquence de la méningite, vient à l'appui de la nouvelle conception de Bezançon et Philibert :

L'atteinte parotidienne n'est que secondaire aux phénomènes méningo-encéphalitiques observés d'abord. Le gonflement parotidien ne serait donc qu'une conséquence de la maladie et non la maladie.

Diabète bronzé avec infantilisme.

(MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN, Fl. NEPVEUX et P. UHRY ; 13-12-1935.)

C'est une observation rare du syndrome hépato-pancréato-génital ; chez le malade s'associaient un diabète bronzé typique, de la sécheresse de la peau, de la dépilation, de l'atrophie péno-testiculaire. Sur huit cas personnels de diabète bronzé, les auteurs n'ont en effet trouvé l'infantilisme présent que quatre fois. Ce qui rend l'observation intéressante, également, c'est qu'on a dosé le fer, le cuivre et le phosphore dans les organes du malade. Le fer était en augmentation plus marquée dans le foie que dans la rate ; il allait en déclinant du foie au pancréas, du pancréas à la rate, de la rate au testicule. Par rapport aux chiffres chez un sujet sain, il y avait dans le foie 81 fois plus de fer qu'à l'état normal, dans la rate 64 fois, dans le pancréas 46 fois. Le dosage du cuivre a montré dans le foie un chiffre huit fois plus élevé qu'à l'état normal ; le fait est intéressant à noter en raison de l'origine cuivrique de la cirrhose pigmentaire. On n'a pas trouvé de cuivre dans les autres organes, sauf des traces dans le pancréas. Il y avait enfin une augmentation modérée de phosphore dans le foie et la rate, une diminution dans le pancréas.

G. F.

Société des Chirurgiens de Paris

Séance du 21 *février* 1936

Trois cas de sacrum horizontal

M. André Trèves fait un rapport sur un travail de M. G. Vidal-Naquet (de Paris). Celui-ci communique trois observations de sacrum horizontal dont deux sont primitives et la troisième probablement secondaire à une arthrite chronique bilatérale des hanches. Il s'agit d'une affection nettement distincte du spondylolisthésis, car les rapports entre les apophyses articulaires de la Ve lombaire et du sacrum sont conservés. La lésion siège au niveau des articulations sacro-iliaques dont l'aspect anormal est visible sur les radiographies. Le meilleur traitement pour supprimer les douleurs consiste dans l'arthrodèse sacro-iliaque bilatérale. Dans l'observation où les hanches sont atteintes primitivement, l'auteur se propose d'effectuer au préalable le forage des cols fémoraux qui peut améliorer la statique du bassin.

Un cas de faux kyste du pancréas

M. René Bonamy communique l'observation d'une femme qui fut soignée et opérée pour des symptômes abdominaux graves que l'on mit sous la dépendance successivement d'une appendicite aiguë, puis d'un fibrome compliqué de salpingo-ovarite pour lesquels on fit une hystérectomie. Cependant, elle continua à souffrir de l'estomac. Au bout d'un mois les symptômes s'aggravèrent et on constata une volumineuse voussure sus-ombilicale kystique. L'opération montra la présence d'un énorme kyste dont le liquide contenait de la lipase et de la trypsine. Ce pseudo-kyste était la conséquence d'une chute grave, faite dans un escalier, trois ans auparavant, et ayant produit un hématome de l'arrière-cavité des épiploons. La fistule consécutive à l'opération mit cinq mois à se fermer.

Deux cas de faux kystes du pancréas

M. G. Luquet communique les observations de deux malades atteints de faux kystes du pancréas. Chez l'un on trouvait, comme antécédent, un traumatisme de l'épigastre ayant nécessité une intervention d'urgence pour lésions du pancréas. Chez l'autre, aucun antécédent n'a pu être décelé. Les malades ont été traités par résection partielle et marsupialisation. Le premier a cicatrisé en un mois environ, tandis que le second a mis un an à fermer sa fistule. Comme les liquides examinés ne présentaient aucune trace de présence de suc pancréatique, l'auteur regrette que les kystes n'aient pas été enlevés en ne laissant que la zone d'une adhérence intime à la face intérieure du pancréas.

Quatre observations d'abcès du poumon

M. Jean Lanos communique quatre observations qui, pense-t-il, peuvent servir à caractériser quatre formes anatomo-cliniques différentes de cette maladie. Après avoir précisé la définition de l'abcès pulmonaire (en dehors de la tuberculose), en éliminant les dilatations bronchiques compliquées de suppuration, les abcès « éponge » qui abcèdent tout un lobe, les suppurations de l'interlobe dont le diagnostic avec l'abcès du parenchyme pulmonaire est parfois impossible cliniquement et même sur des radiographies, il étudie ses quatre cas personnels.

Le premier cas a guéri très simplement par la compression extra-pleurale faite comme premier temps et qui fut suffisante. La second cas a guéri aussi assez rapidement par incision et drainage : mais ce cas soulève le problème du diagnostic entre abcès pulmonaire et pleurésie interlobaire. Dans le troisième cas, deux abcès se produisirent successivement : un dans le lobe inférieur, l'autre dans le lobe supérieur du poumon droit. Ces deux abcès furent ouverts et drainés, mais les suites furent compliquées par l'apparition d'une tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats. Le quatrième cas, abcès bien collecté du lobe inférieur droit, a guéri par pneumotomie et drainage.

L'auteur insiste sur la nécessité du repérage exact de l'abcès, à la radioscopie, en présence du chirurgien, dans la position opératoire.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres

Séance du 3 février 1936

Parallèle entre la résection endoscopique de la prostate et la prostatectomie.

M. F. Cathelin. — Après un tableau raccourci qui montre les avantages et les inconvénients de chacune de ces deux méthodes, l'auteur conclut dans un sens éclectique en conseillant : la haute fréquence pour les cas bénins et légers de petite élevure sous-cervicale du col ; la taille avec résection du seul lobe médian pédiculé ou non par le thermo, le bistouri ou la haute fréquence, en ayant bien soin d'intéresser l'urètre postérieur ; la prostatectomie dans tous les autres cas de prostate volumineuse avec saillie plus ou moins marquée des lobes latéraux dans la vessie.

M. Georges Luys estime que le forage de la prostate effectué à sec avec son cystoscope à vision directe, — dont la technique est actuellement parfaitement mise au point — se trouve être le meilleur de tous les procédés thérapeutiques à appliquer contre l'hypertrophie de la prostate.

M. Flandrin. — La résection prostatique complète heureusement la prostatectomie par voie hypogastrique, chacune de ces opérations a des indications précises et on ne peut absolument pas les comparer.

Considération sur la tension artérielle moyenne.

M. R. Giroux. — Des tracés de pression intra-artérielle recueillis sur des sujets atteints d'insuffisance aortique, d'arythmie complète et d'alternance, illustrent d'une manière éclatante l'intérêt de la mesure de la pression moyenne et répondent aux critiques formulées par certains : les uns, la considérant à tort comme inutile, pouvant être déduite des pressions extrêmes dont la moyenne est solidaire ; les autres, refusant de la considérer comme constante physiologique. L'absence de solidarité de la pression moyenne avec les pressions extrêmes, sa fixité relative dans les affections comme l'insuffisance aortique, l'arythmie complète, l'alternance, alors que les pressions extrêmes sont très variables, en soulignent l'importance clinique.

Auto-ouro-thérapie et substance d'Oriel dans la prévention et la cure des accidents médicamenteux.

MM. H. Jausion et F. Jacowski établissent un parallèle rigoureux entre auto-ouro-thérapie de Jausion et Paléologue et injections de substance P. d'Oriel. Le procédé français, tout empirique, a d'abord pour lui d'être le premier en date. De plus, il reste accessible à tous les praticiens. Il est enfin plus compréhensif, car il peut réaliser et la *mithridatisation par les antigènes urinaires*, et *la cure auto-hormonale* et parfois aussi l'*auto-pyo-ourothérapie*. Dans douze toxidermies tardives, où semblait ne point intervenir le facteur biotropique : prurigos, dermites eczématiformes ou érythrodermies au début, relevant, sept de la chimiothérapie arsenicale tri ou pentavalente, trois du mercure, onguent gris ou bi-iodure, un du Quinby soluble, un autre de la crisalbine, les auteurs ont obtenu la disparition de tous symptômes en pratiquant de une à six séances d'auto-ouro-thérapie.

De plus, au cours de toute chimiothérapie délicate, la réinjection d'urine, suivant de peu l'intraveineuse, leur paraît prévenir les accidents à redouter.

C'est assez dire que, là encore, l'auto-ouro-thérapie le dispute à la protéose d'Oriel, et l'emporte même par sa simplicité technique.

Physio-pathologie de l'intoxication chronique par la morphine.

M. R. Krainik. — A propos du traitement des toxicomanies, l'auteur a décrit antérieurement deux états qui forment l'entité de ses affections ; ces états, l'un d'origine exogène, l'autre d'origine endogène, se conditionnent réciproquement et alternent entre eux.

L'intoxication exogène provoque un déséquilibre humoral dont l'expression diffère selon que le sujet est normal ou habitué aux stupéfiants. En réunissant et en groupant les résultats de quelques faits expérimentaux, on peut mettre en évidence la fidélité d'expression et la constance significative avec lesquelles le milieu humoral reflète les réactions des systèmes nerveux central, endocrinien et végétatif.

On peut prêter à l'apparition des phénomènes humoraux la signification d'une défense active que l'économie oppose aux toxiques.

Dans ce but, l'auteur pense qu'il serait utile de recourir aux moyens suivants :

1° Vérifier périodiquement la tendance à l'équilibre acido-basique, doser la calcémie et la glycémie.

2° Entretenir les suractivités surrénale, hépatique et pancréatique, par l'opothérapie.

3° Entretenir un seuil modérément élevé de la glycémie en augmentant la richesse en glucose.

4° Entretenir les circonstances favorables à une acidose modérée et à la richesse en Ca par des moyens appropriés, pour remplacer le Ca, cellulaire qui s'épuise.

Toulouse

Société de médecine

Le traitement électrolytique de la fissure sphinctéralgique.

M. Marquès rapporte quatre observations de malades présentant un syndrome sphinctéralgique avec ou sans fissure anale visible, traités et guéris par la haute fréquence intrarectale. Il pense que la meilleure technique à utiliser est l'application intrarectale d'ondes courtes suivant la technique de Delherm.

Plaie pénétrante du genou.

MM. J.-P. Tourneux et Roché communiquent le cas d'un homme de 33 ans, victime d'un accident, au cours duquel il avait eu le genou gauche largement ouvert par une des ailes d'une automobile. Il existait une plaie profondément souillée de terre, s'étendent jusqu'à l'articulation, avec fracture comminutive de la rotule et déchirure partielle des ligaments latéraux : après nettoyage et excision de tous les tissus contus, la plaie fut suturée avec drainage permettant l'irrigation continue pendant une huitaine de jours.

Les suites opératoires furent parfaites, et le résultat obtenu des plus satisfaisants : la flexion du genou peut être obtenue presque totalement, et le blessé marche correctement sans boiter.

Résultats de soixante-dix sections de brides au cours du pneumothorax.

M. Cantegril. — Les résultats globaux de ces soixante-dix interventions dont les plus anciennes remontent à trois ans, montrent 18 % de malades toujours en excellent état. Par contre 19 % sont morts à une période plus ou moins éloignée de l'intervention : à noter un accident opératoire (éclampsie pleurale mortelle), trois perforations pulmonaires, trois insuccès techniques.

Dr J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XXe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE CONSACRÉE A L'ABCÈS DE FIXATION

Par G. Blechmann

Nous ne perdrons jamais la mémoire de ce dimanche 1er mars à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au début de la séance, j'allais serrer la main du maître vénéré de tous, Netter. Quelques heures après, il s'effondrait devant nous frappé à l'antique... Dans le no 3 de la *Médecine Générale française*, vous trouverez pieusement rassemblées des reliques ; les deux photographies de l'illustre médecin prises pendant la séance et les dernières lignes écrites de sa main de Netter pendant qu'il écoutait les exposés des divers orateurs.

***

Dans la synthèse des Assises départementales, M. Godlewski a bien voulu reproduire partie de la conférence que j'ai faite en février dernier (avec observations à l'appui), à la Société du Parc Monceau et qui résume le travail que j'ai publié en mai 1934, dans le *Concours Médical* (1). Je prie mes lecteurs de vouloir bien se reporter à cette dernière étude. Ils y trouveront l'historique de l'abcès de fixation ainsi que son étude pathogénique et le plan des principales indications. Voici ce que les Assises départementales nous ont enseigné :

Pathologie comparée

Beaucoup de vétérinaires ont assisté aux Assises et il fut très instructif de pouvoir comparer, au cours de la discussion, techniques et résultats chez l'homme et chez l'animal. Les vétérinaires employaient l'abcès de fixation avant la publication de la méthode de Fochier, Chassaing injectait de l'essence de térébenthine dans les boiteries chroniques de la hanche et de l'épaule du cheval, où il avait obtenu dix guérisons sur douze. Les vétérinaires disent procéder cliniquement très tôt à l'abcès de fixation et voient là une condition de succès. Or, ainsi que le rappelait Roux, à Rennes, ils ont une très grosse expérience d'observations. Un seul vétérinaire de campagne, en Ille-et-Vilaine par exemple, a fait au cours de sa carrière dix mille abcès de fixation.

Les abcès de fixation involontaires

La nature, dit Dalard à Perpignan, a donné maintes fois la preuve de l'efficacité extraordinaire des abcès de fixation dans la forme spontanée.

Ceux qui surviennent au point d'injection d'une solution thérapeutique ont particulièrement retenu l'attention de nos diverses sections. Ils surviennent même sans qu'une faute d'aseptie ait été commise. Ils sont microbiens ou amicrobiens ; ces derniers sont, après les injections huileuses, de véritables huilomes (Vialard, Rochefort) et leur évolution est favorable (Vauzelle, d'Aigre, Figeroux de Saint-Angeau). » Il m'est arrivé de réactiver ces abcès spontanés avec de la térébenthine, saisissant ainsi l'occasion au vol », dit André Baudin, à Chartres.

Les abcès spontanés

Durand, de Dreux, Dugue et Fayolle à Chartres, font remarquer que les abcès spontanés ne sont pas amicrobiens, qu'il s'agit de transport pyohémique, et qu'on ne saurait comparer, une dérivation provoquée aseptiquement, avec un abcès spontané, très souvent complication naturelle d'une infection générale.

Dans les typhoïdes, la formation spontanée d'abcès, au cours de septicémies graves coïncide parfois avec une amélioration de la maladie.

Massot, à Rennes, signale un cas d'abcès spontané survenu dans son service au cours du traitement d'un eczéma sévère par auto-hémothérapie. L'abcès dont la contenance était d'environ un quart de litre, a eu une action curative nette sur l'eczéma qui n'a pas récidivé depuis.

L'effet métastatique des anthrax et gros furoncles est mentionné dans plusieurs observations, notamment par Robert Dubois, de Saujon, à Rochefort.

Crémieux a soigné un mental atteint de poussées polymorphes des dégénérés dont le délire fut, au cours d'une des poussées très rapidement amendé, en même temps que se formait un anthrax de la nuque.

Paul Durand, de Courville, parla à Chartres des arrêts de tumeur chez des abcédés, il cita l'arrêt d'évolution d'une tumeur gastrique à la suite d'une plaie suppurée du cuir chevelu.

Les procédés de dérivation

L'observation des dérivations cliniques spontanées et provoquées est dans la coutume de tous les peuples. La dérivation est un mode de « self défense de la natura medicatrix ».

L'usage qui a le plus persisté est celui du vésicatoire. Il n'a jamais été complètement abandonné notent nos amis du Loiret.

Observations cliniques

a) Broncho-pneumonies. — On convient que c'est bien dans les affections broncho-pulmonaires aiguës qu'on a le plus de chance de succès : 74 % dans le relevé de Rodon, d'Ouzouer (55 cas traités).

b) Grippe. — On a beaucoup parlé à nos Assises de l'abcès de fixation au cours de l'épidémie de grippe de 1918. A Clermont, Castaigne fit observer que l'évolution si rapide des formes graves ne laissait pas à l'abcès le temps d'agir.

Dans certains centres, les formes grippales furent plus influençables. Ainsi Joseph Codet, de Saint-Brieuc, exposait les excellents résultats qu'il vit en 1918, à la condition d'injections très précoces ; même action

(1) De l'abcès de fixation (*Le Concours Médical*, no 11 *bis*, 20 mars 1935 et voir également *Le Concours médical*, no 15, 14 avril 1935, no 16 et no 21, 1935).

heureuse mentionnée par nos collègues du Pas-de-Calais ; par Le Baron, de la Guerche de Bretagne et par Alleaume, de Chartres (celui-ci ayant remarqué que les grippés d'un camp de prisonniers guérissaient quand ils avaient un abcès camphré, multiplia les abcès de fixation : « Résultats extraordinaires, dit-il ; les grippés mouraient souvent, sauf les abcédés. »)

c) Fièvre Typhoïde. — De l'enquête du Languedoc de Vidal et Anselme Martin, il résulte que, dans la pratique médicale régionale, la fièvre typhoïde ainsi que la fièvre ondulante, sont assez peu soignées par l'abcès de fixation : ils ne recrutent que trois opinions favorables.

Aux Assises d'Orléans, Rodon, d'Ouzouer, donna ainsi le résumé de sa belle expérience : « La fièvre typhoïde me semble heureusement influencée par l'abcès. Je n'en ai qu'une faible expérience : cinq cas, mais je dois dire que je n'ai utilisé l'abcès que dans des fièvres extrêmement graves et prolongées.

d) Pathologie nerveuse. — Aux Assises de Bourges, Delamarre de Saint-Martin d'Auxigny joignant la médecine à la bibliophilie apporta le tome III des œuvres d'Hippocrate (dernière édition illustrée sous la direction du Professeur Roger) où, à la page 141, il montra à nos collègues qu'Hippocrate connaissait déjà les bienfaits des abcès de fixation spontanée dans les fièvres léthargiques.

e) Infections chirurgicales. — A Chartres, de Fourmestraux n'a jamais eu ni vu, depuis trente ans, un résultat heureux après l'abcès de fixation. Le rôle de cette thérapeutique lui paraît d'un ordre tout à fait métaphysique. Son voisin, Gustave Durand, de Dreux, est du même avis au point de vue curatif, mais reconnaît à l'abcès une valeur pronostique évidente.

A Strasbourg, Canuyt exprime ainsi son opinion : « Dans des cas de septicémie streptococcique, par exemple, où nous avions fait le traitement chirurgical de la lésion causale, les transfusions sanguines et le sérum antistreptococcique de Vincent, l'état du malade restait alarmant. Nous avons fait un abcès de fixation et nous avons eu l'impression que l'injection d'essence de térébenthine avait été nettement le point de départ de l'amélioration. »

Voici la synthèse des conclusions des Assises départementales. (H Godlewski).

Une minorité, très faible mais convaincue, estime que la méthode de l'abcès de fixation ne repose sur aucune base solide ; la majorité des sections départementales est au contraire favorable et est très favorable même, dans le Centre, Blaisois, Berry, Franche-Comté, Puy-de-Dôme, Corrèze, Dordogne, ainsi que la plupart des Assises du littoral méditerranéen et en Corse. L'abcès de fixation est très utilisé sur l'ensemble du territoire avec fluctuations de faveur régionale, soit en baisse comme dans l'Eure, soit en reprise comme en Nivernais ; plus souvent y a fidélité persistante comme en Côtes-du-Nord, Maine-et-Loire, Seine-et-Oise, Haute-Loire, Lot, Gard et Hérault.

La technique de Fochier est bien connue et pratiquée ; on insiste souvent sur la nécessité de s'y conformer étroitement ; ne pas atteindre l'aponévrose ; répéter l'injection lorsque l'abcès semble ne pas prendre ; inciser sans hâte, après au moins une semaine de tuméfaction. La douleur et les décollements, parfois redoutés, notamment dans le Nord, la Beauce, l'Ille-et-Vilaine ne semblent pas en général contre-indication à la méthode. L'absence de complications pas l'abcès est un argument souvent enregistré.

La *valeur curative* est contestée, notamment à Strasbourg, affirmée au contraire et surtout par Montpellier, le Gard et le Lot-et-Garonne. Bien mieux admise est la *valeur pronostique* par les régions les plus diverses : Allier, Alpes-Maritimes, Charente, Cher, Corse, Côtes-du-Nord, Dordogne, Doubs, Eure-et-Loir, Gard, Hérault, Isère, Lot-et-Garonne, Meuse, Nièvre, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Sarthe, Var, Vaucluse.

L'accord est général pour admettre que l'abcès de fixation est sans efficacité dans la tuberculose, les méningites à pneumocoques et les staphylococémies. Les résultats heureux les plus évoqués concernent les broncho-pneumonies de tous âges et les septicémies surtout puerpérales. Pour celles-ci l'abcès de fixation est une « indication majeure », à condition d'agir assez tôt : *dès que le médecin sent qu'il n'est plus maître de la situation*, suivant la formule adoptée à la fois dans le Puy-de-Dôme et la Haute-Loire.

Les trois-quarts des sections départementales ont d'ailleurs conclu dans le même sens et joignent en outre une mention de même ordre, spécialement importante, concernant l'encéphalite épidémique.

L'opinion générale la plus répandue est bien condensée dans ce paragraphe des conclusions du Lot-et-Garonne : « dans les septicémies brutales, il ne faut pas attendre ; dans les formes subaiguës, il est préférable d'amorcer le traitement par des méthodes spécifiques : l'abcès de fixation pratiqué secondairement semble catalyser leur action ».

***

Les Assises nationales, si tragiquement closes, devaient accentuer l'opposition entre partisans (en particulier Pic et Netter) et adversaires (surtout Comby) de l'abcès de fixation.

M. le Prof. Carnot remet pour la première fois, un prix Debat doublé de valeur et porté à deux mille francs au lauréat de ces XX[es] Assises, le Docteur Labesse, de Durtol, désigné par la Session d'Auvergne à *Bulletins secrets et à l'unanimité*.

Le médecin général insp. Rouvillois, président. — Chacun d'entre vous travaille dans sa cellule comme l'abeille dans sa ruche, et vient nous apporter un suc tout imprégné du parfum de son terroir.

M. R. Rodon, d'Ouzouer-sur-Trézée. — L'abcès de fixation est une thérapeutique active, donnant parfois des résultats inespérés, mais ne ressuscitant tout de même pas les morts.

M. Henri Paillard, de Clermont-Ferrand. — Je suis, en ce qui me concerne, un partisan convaincu de l'abcès de fixation ; je l'ai dit et écrit lors de l'épidémie de grippe de 1918-1919.

M. d'Œlsnitz, de Nice. — A la séance départementale très animée, les précisions suivantes ont été données concernant la technique : discutant l'efficacité respective des différentes essences de térébenthine, on a proposé celle de Bordeaux, et en général les solutions vieillies comme étant plus actives ; les opinions ont été par-

tagées sur le mode d'ouverture (incision large ou réduite) de l'abcès ; on a préconisé les injections successives en cas de besoin, répétées de préférence au siège de l'injection initiale ; enfin on a souligné l'utilité des procédés d'activation de l'abcès de fixation tels que hémothérapie, biothérapie, nucléinate de lithium.

M. le Prof. Adrien Pic, de Lyon. — La valeur pronostique est absolue.

Sur ce point, tout le monde est d'accord.

Il en est tout autrement sur la valeur curative : à Lyon même, il existe encore, bien que leur nombre diminue chaque jour, des sceptiques.

La lecture impartiale des observations que j'ai publiées, personnellement ou avec mes élèves, contribuerait peut-être à lever tous les doutes. Je rappellerai seulement que mes élèves et moi avons été témoins de résultats remarquables, dans des cas absolument désespérés de septicémies à pneumocoques, à streptocoques (érysipèle et fièvres éruptives malignes), à staphylocoques (anthrax), à Löffler, à Eberth, dans des cas graves d'encéphalite épidémique, d'états convulsifs variés, de maladies mentales, y compris la paralysie générale, sans que l'enfance ou le grand âge aient jamais, à eux seuls, constitué une contre-indication. Je rappellerai l'action héroïque dans l'empoisonnement par les amonites pholloïdes.

M. Arnold Netter. — On sait que le pus de l'abcès de fixation est un pus amicrobien, la térébenthine provoque un afflux des leucocytes ; ils sont chargés de l'agent pathogène et vont le porter dans le foyer où ils sont brûlés, tels, dans la nuit, les moucherons se précipitant vers la lumière, pour y mourir. Les leucocytes ne se contentent pas de mourir ; ils produisent un anticorps utile à la guérison.

Les délabrements et accidents possibles, la douleur, sont des objections assez sérieuses pour tous les médecins ; nous ne sommes pas des cruels. Si on fait ce qui a été recommandé, si on a soin de prendre toutes mesures nécessaires pour qu'en retirant l'aiguille on ne vienne pas injecter un peu de térébenthine dans le derme, on n'a pas du tout les accidents redoutés. Comment faire pour cela ?

J'arrive à la question soulevée par le Professeur Vincent : il est extrêmement fâcheux, quand on fait usage du sérum antistreptococcique, de faire un abcès de fixation. Je ne le crois pas.

Quant à l'encéphalite, il faut distinguer les résultats immédiats et éloignés. J'ai rassemblé quarante cas dans lesquels par la suite, j'ai pu constater l'absence complète de manifestations parkinsonniennes au bout d'un temps qui s'étend jusqu'à sept ans.

Dans des cas de diphtérie hypertoxique maligne que le clinicien sait reconnaître dès le début, je crois que l'emploi d'un abcès de fixation peut être légitime.

(Ces paroles sont les dernières prononcées par Netter. Cette ultime et mémorable intervention, fut saluée d'une ovation frénétique).

M. Jules Comby. — Je ne suis pas favorable à l'abcès de fixation, ne lui reconnaissant pas plus d'efficacité que d'innocuité.

On voit des *résurrections* après l'abcès de fixation. Mais de telles résurrections, nous en avons tous vu après des médications variées.

M. le Prof. Brindeau. — A l'inverse de ce que l'on pense vulgairement, la fièvre puerpérale existe toujours. Je ne sais ce qui se passe dans les villes de province et à la campagne mais on en observe des cas dans les maternités parisiennes les mieux tenues. On voit même se produire de véritables petites épidémies dans les périodes de l'année où sévit la grippe.

Je prescris l'injection d'essence de térébenthine dans les cas qui dès le début semblent graves sans localisations utérines ou périutérines : température élevée, frissons, pouls rapide.

J'ai recherché dans mes observations les cas *graves* dans lesquels on a injecté la térébenthine. J'ai pu ainsi recueillir 48 observations avec 28 guérisons et 20 morts. Il semble qu'à la lecture des courbes thermiques la provocation de l'abcès a influencé la chute de la fièvre, mais je n'oserai l'affirmer. En tout cas ce traitement n'est pas dangereux comme tant d'autres qui provoquent des réactions violentes.

C'est à ce moment que M. Netter s'affaisse sur la table, inanimé. Tous soins furent vains et ce grand médecin n'était plus.

La séance, interrompue, fut levée en signe de deuil.

(Voici les conclusions approuvées par Netter, qui allait être proposées à l'Assemblée, lorsqu'il succomba.)

Le type de l'infection grave pour laquelle l'abcès de fixation est le plus utilisé est la fièvre puerpérale. L'abcès de fixation a connu une faveur nouvelle après guerre pour le traitement des broncho-pneumonies et de l'encéphalite épidémique.

Les Assises de médecine ont permis de confronter une infinité d'observations de carrière ; le plus grand nombre tend à faire ressortir l'utilisation et l'intérêt pratiques de l'abcès de fixation. Il est incontestable que, sur la plus grande partie du territoire, la méthode de Fochier reste très répandue.

***

Les prochaines Assises seront franco-italiennes et auront lieu à Nice, les 5 et 6 avril 1936. Elles seront consacrées aux **RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES APPENDICITES CHRONIQUES OPÉRÉES.**

Les livres qui viennent de paraître....

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Henri Reboul. — **L'artériographie des membres et de l'aorte abdominale.** Etude critique. Préface de Ch. Laubry. Un vol. 137 pages, 82 francs. Prix : 40 francs.

Librairie Maloine
rue de l'Ecole-de-Médecine

Dr Pierre Martin, de Châtel-Guyon. — **Les colites amibiennes. Les colites à lamblias. Les colites à trichocéphales.** Etude parasitaire. Aperçu clinique. Traitement. Un vol. 144 pages avec fig. ; 1936. Prix : 12 francs.

Imprimerie de Trévoux

Docteurs M. Conrozier et J. Magnin. — **La silicose.** Radiographies. Commentaires. Une broch. 74 pages, avec radios. Extrait de « La Médecine du Travail ».

Les Livres

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Maurice Delort, médecin de l'hôpital Saint-Michel. — **Ulcères de l'estomac et du duodénum.** *Diagnostics positifs. Diagnostics négatifs. Traitements.* Un vol. in-8° de 100 pages avec figures dans le texte. Prix : 20 francs.

L'auteur, dont les travaux en gastro-entérologie font autorité, s'applique à énumérer avec netteté les signes de l'ulcère de l'estomac et leur valeur au point de vue diagnostique.

La nouveauté la plus importante de cette étude consiste dans l'étude du *diagnostic négatif*. Le malade demande à être renseigné avec certitude et c'est pour permettre au médecin d'être moins vague qu'il ne l'est en général que l'auteur consacre à l'étude du diagnostic négatif quelques pages qui sont parmi les plus originales de son livre.

Une autre des caractéristiques de cet ouvrage est l'effort pour délimiter le certain du probable, du possible et du douteux. La *classification par ordre de valeur* des signes et des tests de toutes sortes est faite avec soin et précision.

Les traitements occupent de nombreuses pages, ils sont minutieusement, complètement et pratiquement exposés.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain

Henri Vignes, avec la collaboration de G. Lauret, Jean Olivier et P. Olivier-Pallud. — **Maladies des femmes enceintes.** — I. *Affections du tube digestif.* Un vol. 318 pages, avec fig. Prix : 40 francs. — II. *Affections du foie, du pancréas, maladies de la nutrition, paroi abdominale, péritoine.* Un vol. 206 pages. Prix : 25 francs.

M. Vignes et ses collaborateurs se sont proposés d'étudier les maladies et malaises qui apparaissent du fait de la grossesse et aussi les états morbides qui ont avec la grossesse de simples rapports de coexistence fortuite.

Il est des grossesses bien supportées, d'où même parfois la femme sort épanouie. Il en est d'autres mal tolérées, qui peuvent laisser de lamentables séquelles. Combien de jeunes femmes voient, à la suite d'une gestation, de menues tares s'enfler d'une façon excessive. Barnes disait que la grossesse fait la preuve de l'intégrité des organes. Il importe donc de bien connaître ces états morbides de la gestation pour les prévenir et les guérir.

Les deux volumes parus de l'ouvrage du Docteur Vignes — qui seront suivis par d'autres — sont consacrés aux affections du tube digestif (bouche et dents, vomissements, gastropathies, colites) et à celles du foie, du pancréas, de la nutrition, du péritoine, des parois abdominales. D'intéressants points de vue pathogéniques sont envisagés (rôle du placenta, du fœtus) mais les questions sont surtout étudiées quant à la clinique et à la thérapeutique à mettre en œuvre.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction d'Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix.

Appareil respiratoire. Tome I, 2e *édition.* Un vol. 484 pages 80 figures, 1936. — Tome II, 2e *édition.* Un volume 576 pages, 83 figures, 1936.

Le Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, est une nouvelle édition refondue et modernisée du même Traité publié en 33 volumes, de 1922 à 1933. Deux volumes sur l'*Appareil respiratoire* viennent de paraître et de commencer cette série nouvelle. En voici les principaux chapitres :

Tome I : Physiologie (Léon Binet). Insuffisance respiratoire (d'Heucqueville). Maladies du nez, du pharynx, du larynx (Bellin). Maladie de la trachée et des bronches (Henri Flurin et Poumeau-Delille). Maladies aiguës des poumons (Courcoux, Armand Delille, Kourilsky).

Tome II. Asthme. Emphysème, pneumokomioses, cancer du poumon (R. Bordet). Pleurésies (Courcoux). Pneumothorax (R. Mignot). Maladies du médiastin (Bordet). Séquelles des blessures de poitrine et intoxications par les gaz (E. Sergent et Pruvost). Pathologie du diaphragme (R. Turpin), Vomiques. Hémoptysies (H. Durand). Vaccinothérapie et sérothérapie (F. Bordet).

Les Thèses

Str. — Dr HAAG HUBERT. — **Les formes anémiques de la leucémie aiguë** (Thèse 1935.)

Des observations relatées, l'auteur déduit que les formes anémiques des leucémies aiguës sont des formes à symptomatologie fruste, caractérisées par l'absence ou une grande discrétion des principaux signes cliniques caractéristiques de cette affection. En revanche, les signes généraux sont très marqués et émergent au tout premier plan : l'histoire clinique se résume tout entière en une anémie fébrile intense avec dépérissement progressif.

L'examen sanguin montre des lésions « totius cruoris » ; la déglobulisation rouge est profonde, quelquefois extrême, et cela en l'absence de toute hémorragie notable.

Dans ces formes anémiques, la difficulté du diagnostic clinique s'oppose à la facilité du diagnostic hématologique.

P. — Dr H. MONIEZ. — **Le babeurre dans les vomissements tardifs du nourrisson par stase gastrique sans lésions organiques ni spasmes.** Travail de la consultation de médecine de l'hôpital Bretonneau (Dr Levêque). (Thèse, 1936.)

L'auteur pense que l'on doit décrire à part et dégager du syndrome des vomissements habituels de Marfan une catégorie de vomissements dus à la stase sans lésion organique ni spasme de l'estomac.

Le tableau clinique de ces vomissements est simple. Les traits essentiels du syndrome sont : *a*) Leur horaire tardif : 3 heures après les repas ; *b*) La production de la stase et par conséquent des vomissements varie suivant les faits donnés. A ce point de vue la nocivité des faits suit un ordre rigoureusement le même ; en partant de celui qui est le plus nocif on trouve : le lait condensé sucré, le lait gras, le lait sec, le lait écrémé, le lait de femme. Il y a lieu d'insister sur l'action nocive du lait condensé, il s'agit d'une vraie dyspepsie de lait condensé sucré.

Les trois éléments du diagnostic sont : le tubage gastrique qui révèle la présence de la stase ; la radioscopie qui donne à constater : l'absence d'un syndrome de lutte qui évoquerait un obstacle mécanique ; pas de signes de gastrospasme ; pas de signes de pylorospasme ; l'inefficacité des antispasmodiques *enfin qui réalise un véritable test diagnostic.*

Les vomissements en question se différencient des autres vomissements tardifs. La sténose hypertrophique du pylore présente un syndrome et un traitement propres. Le pylorospasme présente à l'écran une évacuation gastrique sur le rythme du « tout ou rien ». Au surplus, la thérapeutique par le gardénal est souveraine. L'atonie gastrique présente une opposition moins nette avec le syndrome des vomissements tardifs. Elle ne se différencie que dans son étiologie rapportée à des infections ou à des troubles de la nutrition et dans sa pathogénie qui invoque un trouble moteur.

L'étiologie et la pathogénie du syndrome restent imprécises.

L'emploi du babeurre est la seule thérapeutique qui convienne à ces vomissements. Cette diététique au babeurre amène la guérison de façon constante et immédiate.

THÉRAPEUTIQUE

Le rôle du bromure de sodium en thérapeutique générale, neuro-psychiatrique et gynécologique

Par le Docteur S. CAMREDON

L'action irritante des bromures alcalins sur la muqueuse gastro-intestinale d'une part et, d'autre part, le retentissement plus ou moins grave, sur les principaux appareils, de leurs effets secondaires depuis longtemps observés et décrits sous le nom de bromisme, avaient, jusqu'à ces dernières années, également concouru à entourer d'une fâcheuse réputation la médication bromurée. C'étaient là des circonstances d'autant plus regrettables que cette thérapeutique, considérée à bon droit, parmi les plus anciennes, comme une des mieux établies, répondait aux indications les plus étendues par un double avantage classiquement reconnu : d'abord un rôle purement symptomatique comme sédatif des troubles nerveux accompagnant les syndromes généraux les plus divers ; ensuite un rôle directement curatif, comme traitement de fond sur l'hyperexcitabilité des centres nerveux et psychiques, dans la plupart des états névropathiques. Mais les très réels inconvénients de la méthode continuaient à gêner et entraver fortement son développement en restreignant ses applications dans des proportions considérables.

Le remplacement du bromure de potassium à peu près seul utilisé autrefois, par le bromure de sodium, aussi efficace et bien moins toxique, réalisa un premier progrès indiscutable, en prouvant que la plupart des manifestations du bromisme ne devaient pas être attribuées au brome lui-même, mais étaient surtout imputables à la présence du potassium dans la molécule.

Effectivement, le bromure de sodium n'exerce pas, sur le cœur et l'appareil cardio-vasculaire, l'action dépressive du bromure de potassium qui, à faibles doses, diminue l'énergie des contractions et ralentit le rythme cardiaque, et, à doses plus élevées, détermine une véritable arythmie avec hypotension. Il n'exerce pas non plus, sur la respiration et la nutrition, le même déplorable effet de ralentissement, caractérisé par une diminution du taux de l'urée et du coefficient d'oxydation azotée. Aussi doit-il être préféré en toutes circonstances, mais surtout chaque fois que nous avons des raisons particulières de vouloir ménager le système cardio-pulmonaire, ou de mettre en doute l'intégrité du filtre rénal et d'avoir ainsi à redouter des phénomènes toxiques par insuffisance de dépuration urinaire.

L'introduction du bromure de sodium en thérapeutique a donc permis de réaliser les indications de la médication bromurée, tout en évitant les effets secondaires qui l'avaient auparavant discréditée. Mais il restait à supprimer également l'action irritante sur le tube digestif, c'est-à-dire en somme à obtenir de la part de l'organisme, une tolérance parfaite au médicament. La solution de ce nouveau problème nécessitait la mise en œuvre d'un produit parfaitement pur, absolument neutre à l'égard de la muqueuse gastro-intestinale, et considérablement dilué : le sédobrol répond très exactement à cette triple exigence.

Présenté sous la forme particulièrement heureuse de tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré, contenant chacune un gramme de Na Br chimiquement pur et rigoureusement dosé, le sédobrol Roche permet de dissimuler, sous les apparences d'un excellent bouillon au goût agréable et eupeptique, une médication active et très diluée, dont l'absorption ne s'accompagne d'aucun phénomène d'irritation. Son usage prolongé n'expose donc pas au danger de la dyspepsie atonique, si fréquent autrefois. Il ne détermine pas non plus cette sensation de fatigue générale, de langueur intellectuelle, qui se manifestait par une diminution de la mémoire, et parfois une véritable difficulté dans le choix des mots et leur articulation. Il n'expose pas, enfin, aux accidents divers de l'ivresse bromique, ni aux éruptions cutanées.

A l'heure actuelle, le sédobrol représente donc à la fois le plus inoffensif et le plus puissant sédatif de l'éréthisme nerveux et des phénomènes excito-moteurs cérébro et bulbo-médullaires. C'est par conséquent le médicament de choix de toutes les manifestations spasmodiques des affections générales, et de toutes les psychonévroses accompagnées d'excitation, d'insomnie et d'éréthisme cardiaque ou génital. Remarquablement toléré par les enfants, il doit être prescrit dans la coqueluche et la chorée, les convulsions et le faux-croup, les spasmes de la glotte et l'épilepsie. Chez l'adulte, il soulage les dyspepsies gastro-intestinales avec hyperchlorhydrie, les entérites et hépatalgies ; et combat efficacement l'excitation et l'insomnie des neurasthéniques, la migraine franche ou ophtalmique, l'asthme et la psychose d'angoisse de Freud, le tétanos et le delirium tremens ; ainsi que les arythmies, tachycardies et extra-systoles d'origine psychique, et l'éréthisme génital avec érections douloureuses. Chez la femme, il est indiqué contre le vaginisme, l'éclampsie, les tremblements nerveux et les vomissements réflexes de la grossesse. En somme, ses indications englobent la thérapeutique générale symptomatique d'innombrables affections respiratoires et circulatoires, digestives et génitales ; et la thérapeutique de fond de la plupart des syndromes neuro-psychiatriques.

Mais avant de terminer, nous tenons à signaler encore une application toute récente et particulière du traitement sédobrolé à la pratique gynécologique moderne, par l'addition, à chaque tablette d'extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré, d'une solution de folliculine titrée physiologiquement à cent unités internationales. Cette présentation, réalisée dans l'œstrobrol, institue une forme nouvelle et originale du traitement des dysovaries, en ajoutant, aux avantages généraux du sédobrol, un appoint supplémentaire de folliculine active, indispensable dans tous les troubles du cycle ovarien, de la puberté à la ménopause. Elle s'adresse donc tout spécialement aux dysménorrhées et aménorrhées douloureuses, souvent compliquées de migraines, psychoses et neurasthénie ; sans oublier les cas spéciaux de castration chirurgicale ou radiothérapique, de diabète ovarien, d'hypoplasies utérines, etc...

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'il est enfin devenu facile, avec le sédobrol ordinaire ou folliculiné (œstrobrol Roche), de réaliser sous une forme idéale, savoureuse et dissimulée, une médication bromurée dépourvue d'effets secondaires fâcheux d'intolérance ou de toxicité et véritablement efficace en thérapeutique générale, neuro-psychiatrique et gynécologique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE CHARLATANISME DANS L'ANCIEN ET LE NOUVEAU MONDE

Une récente inculpation d'escroquerie et de charlatanisme...

On lit dans *Le Jour* du 29 mars 1936 :

Hier soir, un juge d'instruction de la Seine, en vertu de l'article 405 du Code pénal, a inculpé le Dr X, se disant spécialiste de sympathicothérapie, en « escroquerie et charlatanisme ».

Il y a longtemps déjà que le scandale était dans l'air : une plainte d'un malade trompé, avec constitution de partie civile, vient de le déclencher. Fin décembre 1935, M. B..., qui habite la province, ayant lu quantité d'articles dans tous les journaux sur le merveilleux traitement du Dr X, décida d'y avoir recours. Rendez-vous fut pris avec ledit praticien à son cabinet de Paris.

Le 26 décembre, M. B... y arrivait. Le domestique l'assura que le Dr X l'attendait. Introduit dans le cabinet, un personnage pratiqua sur lui une série de touches nasales de longue durée. Cent francs d'honoraires lui furent réclamés. Et il fut alors convenu que le traitement durerait dix jours, à raison de cent francs la séance. Pas un instant, M. B... ne douta qu'il avait été soigné par le Dr X. Or, par le plus grand des hasards, le lendemain, M. B... apprenait que le Dr X était en Egypte.... Surpris, il fait rechercher une photographie et constate que le personnage qui l'a soigné la veille ne ressemble en rien au soi-disant spécialiste.

A Paris, en province, le Dr X avait organisé une médecine à succursales multiples. Mis en confiance par une savante mise en scène qui a coûté des millions, les malades affluaient sans se douter que le Dr X se faisait remplacer à leur insu par des prête-noms qui, parfois, n'étaient même pas médecins, ainsi qu'en fait foi une plainte déposée au parquet de Brest en novembre dernier.

Il a aidé, s'est fait complice, a donné des ordres, des instructions pour commettre ces délits au dépens de milliers de malades. Un chiffre a été prononcé, 50 millions drainés ainsi en trois ans.

***

Peut-être le moment est-il bien choisi pour jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'immense organisation, dont dispose le charlatanisme, en France et à l'Etranger.

Comme il est précisé dans l'entrefilet ci-dessus, c'est bien par la Presse que les guérisseurs attirent vers leurs cabinets toutes leurs brebis. Leurs organisations font d'abord un très large usage de la grande Presse. Elles disposent, en outre, de journaux spécialisés. C'est ainsi qu'en Allemagne on compte 150 Revues. En Angleterre, *Health for All* tire à 24.000 exemplaires. Aux Etats-Unis, les chiro-praticiens font paraître une publication mensuelle de vulgarisation, qui comptait 100.000 abonnés en 1930.

A propos de cette récente inculpation, on parle d'un bénéfice de cinquante millions en trois ans.

Le charlatanisme est en effet une profession lucrative. Quelques chiffres donnés par le *Bulletin trimestriel* de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations (juillet 1935) fixeront mieux encore les idées.

Dans cette Revue il est dit notamment :

Les bénéfices des charlatans sont difficiles à évaluer, mais les renseignements puisés dans les débats judiciaires montrent qu'ils sont parfois très considérables: par exemple Jut, fabricant de la terre curative, Luvos, accusent un revenu annuel de 1.000.000 de marks.

Aux Etats-Unis, les 36.150 guérisseurs recensés ont un revenu annuel de 125.000.000 de dollars. D'après les calculs de Reed, l'ensemble de la population des Etats-Unis dépense chaque année en honoraires : 1.040 millions de dollars. On peut extraire de ces données qu'aux Etats-Unis le revenu annuel moyen d'un médecin est de 6.350 dollars et celui d'un guérisseur 3.500 dollars. Flemming, en Angleterre, fait remarquer que les sommes dépensées chez les charlatans suffiraient pour permettre l'entretien de plus de 40.000 lits d'hôpitaux.

***

Voici maintenant quelques renseignements sur l'*organisation générale du charlatanisme*, occulte ou même *autorisé*, dans certains pays.

M. Wasserberg définit le charlatan : celui qui s'occupe de soigner les malades, sans posséder l'autorisation de l'Etat requise à cet effet.

Cette définition suffit, comme bien l'on pense, à mettre le charlatanisme en opposition avec l'exercice légal de la médecine ; aussi semblerait-il que cette pratique dût être formellement interdite dans tous les pays civilisés. L'expérience tout au moins devrait aboutir à pareille inter-

diction. N'en a-t-il pas été ainsi en France où, pendant la Révolution de 1789, on avait décrété le libre exercice de la médecine ; n'en fut-il pas de même en Russie après l'année 1922 ?

Certains pays ont cependant cru pouvoir adopter quelques mesures de tolérance vis-à-vis du charlatanisme. Aux Etats-Unis notamment, entre le médecin et le guérisseur, se sont intercalés des praticiens à autorisation limitée, qui ne peuvent appliquer que leur méthode particulière de traitement, mais rien de plus. Et cependant en 1930, pour un corps médical de 142.000 médecins, on ne comptait pas moins de : 7.650 ostéopathes, 16.000 chiro-praticiens, 2.500 naturopathes et 10.000 healers de la Christian Science et du New Thought.

D'autres pays par contre, autorisent le charlatanisme : ce sont notamment l'Allemagne et l'Angleterre et le Canton Suisse d'Appenzell.

Dès 1869 la Société de médecine de Berlin avait obtenu la liberté d'exercice de la médecine ; Virchow, Lagenbeck, Graefe, Hirsch contestaient, en effet, à l'Etat le droit de placer la médecine sous tutelle. Les charlatans sont, depuis lors, en ce pays obligatoirement immatriculés, quoique beaucoup se dérobent au contrôle. En 1930 on y comptait plus de 27 charlatans pour 100 médecins.

En Angleterre les droits des guérisseurs ont subi quelques restrictions : ils ne peuvent ni vacciner, ni intervenir dans les accouchements, ni soigner les maladies vénériennes. Il leur est également interdit de délivrer des attestations ayant des effets juridiques, ou d'aller en justice pour le recouvrement de leurs honoraires.

En Allemagne comme en Angleterre seuls les médecins autorisés peuvent être employés par les Assurances.

Quant au niveau intellectuel des guérisseurs, la plupart n'ont pas poussé leurs études plus loin que l'école primaire.

Leur formation professionnelle est quasi nulle ; elle ne semble d'ailleurs pour eux d'aucune utilité. Leurs écoles spéciales s'occupent plus d'inculquer à leurs élèves le sens des affaires que d'assurer leur formation particulière.

On saura qu'aux Etats-Unis les ostéopathes disposaient en 1930 de 7 écoles avec 1.760 étudiants et un corps enseignant de 250 professeurs dont 15 médecins. Les chiro-praticiens possédaient à la même époque 20 écoles techniques avec 1.400 élèves. On cite également aux Etats-Unis 62 hôpitaux ostéopathes avec 1.720 lits, et 33 dispensaires.

Nous ne citerons que pour mémoire les Instituts et sociétés scientifiques, les congrès que le charlatanisme développe de plus en plus, en Amérique. Ainsi l'American ' stcopathic Association compte 4.350 membres. La Christian Science Church, qui date de 1870, s'cst groupée autour de ses 1.265 églises. Le nombre des adeptes est estimé à 700.000, etc. En Allemagne il y aurait 20 organisations nationales de charlatans avec des milliers de sections locales.

Comment expliquer *pareils succès thérapeutiques des charlatans* ?

On invoque à cet égard : les guérisons de maladies diagnostiquées par le charlatan, alors qu'elles n'existent pas ; les guérisons apparentes de maladies réelles ; les guérisons spontanées ; les malades imaginaires.

Pour recruter leurs sujets, les charlatans ne bénéficient-ils pas de cette croyance aux forces magiques, inébranlable dans la mentalité populaire ? Ne cherchent-ils pas à frapper l'imagination des malades par une attitude théâtrale, et parfois par des remèdes impressionnants ? Il est à remarquer que toujours le guérisseur affirme avec assurance, tandis que le médecin pèse ses avis avec précaution et fait des réserves. Aussi paraît-il indécis aux yeux du public. Dès lors celui-ci perd confiance et il va consulter le guérisseur. Une autre raison de cette exode réside dans les contradictions qui se révèlent entre les diverses opinions scientifiques, l'instabilité des théories et des méthodes. Enfin les malades qui n'ont pas été guéris par les médecins se rendent compte des lacunes de la médecine, et ils cherchent autre chose. Faut-il ajouter que la prédilection pour les soins des guérisseurs ne dépend pas du niveau d'instruction des malades. En Allemagne, Lieck a constaté que dans les salles d'attente des guérisseurs, on rencontrait volontiers « les couches supérieures » de la société, non seulement la noblesse qui s'y trouve particulièrement bien représentée, mais aussi des hommes d'Etat, d'éminents juristes, des directeurs d'école, des Princes du Clergé de toute confession, des ingénieurs, des dirigeants de l'industrie, de la banque et un nombre appréciable de médecins. »

***

Qu'adviendra-t-il de ce nouveau procès, intenté au charlatanisme ? Une condamnation, certes ; mais ne nous laissons pas aller à de douces illusions : n'en ressortira-t-il pas un surcroît de publicité en faveur des guérisseurs ?

Si les médecins souffrent du charlatanisme, les patients en sont des victimes non moins importantes,. Et cependant, ils restent incorrigibles ! Ils laissent passer le moment le plus favorable pour instituer une thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire le stade initial de la maladie. Si ce sont des chroniques, le traitement qu'ils acceptent du guérisseur ne peut guère avoir qu'une influence psychique. Bref, le charlatanisme exploite son client financièrement et sans aucune compensation.

G. FISCHER.

MÉDECINE ACTUELLE ET HONORAIRES MÉDICAUX

Nécessité d'une Ligue de Défense individuelle

Le Dr Frécus, d'Oran, nous écrit :

Il y a quelques mois, j'étais appelé auprès d'une malade de la classe moyenne, atteinte d'une affection grave nécessitant une intervention chirurgicale, pour laquelle je la faisais diriger d'urgence sur une clinique de la ville. Le chirurgien de cette clinique, après avoir discuté avec moi de l'opportunité de l'opération, voulut bien me demander mon « assistance chirurgicale » pour l'intervention à pratiquer. Cette assistance fut décidée en présence de l'entourage de la malade, se composant du mari et du fils (ce dernier avocat), sans qu'une objection quelconque de sa part fût formulée à mon égard.

A quelque temps de là, à l'envoi de ma note d'honoraires personnelle (celle-ci du reste modeste), établie suivant les articles 50 et 51 de notre Code de déontologie professionnelle, et la toute dernière résolution votée par le Syndicat national des chirurgiens français, je vis opposer une fin de non-recevoir non seulement catégorique, mais présentée en termes insolents (c'est classique), le mari déclarant « ne rien me devoir « pour mon assistance chirurgicale qu'il n'a pas, « dit-il, réclamée, et qu'il juge inopportune »

Voilà le fait brutal. Devons-nous nous borner à le signaler ?

***

Si l'on veut bien, avec moi, se reporter à notre Code de déontologie, qui fixe si bien aux médecins, à l'égard de leur clientèle, leurs *devoirs* en matière d'honoraires, il ressort de la lecture de ses articles que la *défense* de leurs droits n'y est nullement définie, surtout quand on sait qu'ils peuvent, chaque jour, avoir affaire à des individus de mauvaise foi, à de mauvais payeurs, et ceux-ci sont, hélas, de plus en plus nombreux aujourd'hui.

C'est que, il faut bien le dire, notre Code de déontologie, quoique récemment remanié, a été établi à une époque où, les lois sociales n'existans qu'à l'état théorique, des mauvais payeurt d'honoraires médicaux, dnot le nombre s'accroît sans cesse aujourd'hui, étaient plutôt rares, chacun jadis se faisant un point d'honneur de régler son chirurgien, son médecin, dès qu'il le pouvait.

D'autre part, sous l'influence de la crise économique actuelle, il n'est pas douteux que la mentalité des familles, de beaucoup de conjoints, composant ce qui reste de notre clientèle payante, s'est singulièrement modifiée parallèlement à la crise, et cela en mal, c'est-à-dire presque toujours à notre désavantage.

Ne sommes-nous pas obligés de constater aujourd'hui qu'un contrat moral (témoin celui qui lie le malade à son médecin ou inversement), n'a presque plus de valeur aux yeux de beaucoup de gens ; qu'en médecine, comme ailleurs, c'est « l'esprit de chicane » qui semble s'installer en maître ! C'est là, sans doute, qu'il faut voir la cause la plus fréquente de ces cas, publiés en ces derniers mois, de procédures, d'assignations devant les Tribunaux : soit de familles, de conjoints en instance de divorce, ou encore d'héritiers, gens tous solvables en général, par suite de carence de payement des honoraires dus à leur médecin, à leur chirurgien, — soit aussi d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un spécialiste, parce que les résultats thérapeutiques ou opératoires, escomptés de l'entourage des malades, ne se sont pas réalisés.

Au point de vue recouvrement d'honoraires (et de cette question, il n'en fallait parler, hier, qu'à mots couverts, n'est-il pas vrai, comme si les conditions de l'existence ne se modifiaient pas de jour en jour !) personne ne peut nier, à l'heure actuelle, combien la situation des médecins, vis-à-vis d'une clientèle défaillante, reste inférieure à celle des avocats, qui, avant de traiter une affaire, demandent et obtiennent toujours d'avance une certaine provision d'argent !

Faudra-t-il de notre côté, en arriver bientôt, avant tout acte médical ou chirurgical, à exiger de l'entourage de nos malades (qui ignore tout ou à peu près tout de notre déontologie) une déclaration écrite, reconnaissant la nécessité de telle ou telle intervention, qu'elle soit faite avec ou sans l'assistance du médecin traitant, et faisant mention, d'autre part, des honoraires dus au chirurgien et au médecin, au spécialiste, assistant, le cas échéant ? Ce seraient presque à souhaiter !

Certes, médecins traitants, chirurgiens, s'efforcent d'apporter, entre eux, toute la correction déontologique qui est toujours nécessaire à une parfaite collaboration. Si, par ailleurs, les chirurgiens se voient, en général, assez vite réglés de leurs honoraires, dont une partie leur est souvent versée d'avance (comme aux avocats),

à titre de provision, il ne s'en suit pas toujours que les médecins traitants obtiennent semblable satisfaction ; aussi, rien d'étonnant à ce qu'apparaisse de plus en plus une tendance nouvelle, chez les médecins, à se faire régler au comptant leurs honoraires, mesure dont il faudra bien, un jour proche, montrer l'impérieuse nécessité au public, qui ne manquera pas, certes, de réagir. Ah qu'il est loin ce temps où chaque médecin envoyait, en fin d'année seulement, sa note d'honoraires à ses clients ! Oui, mais à cette époque, la confiance ne régnait-elle pas, de part et d'autre ?

***

Jusqu'à ces derniers temps, on pouvait encore voir le praticien, qui constatait une carence dans le réglement des honoraires, lesquels lui étaient légitimement dus, las d'attendre celui-là pendant des semaines et même des mois, se résigner, en fin de compte, pour obtenir satisfaction, à entamer isolément une procédure. Mais combien celle-ci apparaîtrait aujourd'hui, à nombre d'entre nous, assez peu profitable, je dirai même nuisible, quand on connaît l'état d'esprit, nouveau, à l'égard des médecins, non seulement de la société moderne d'après guerre, mais aussi des magistrats, des avocats appelés à les juger ou à les défendre ! Nous savons tous combien est entrée dans nos mœurs, cette habitude déplorable, de dénigrer, non seulement les femmes, mais encore les avocats et surtout les médecins. Et cependant, est-il vraiment possible de se passer des uns et des autres ! Alors, ne nous étonnons pas que les médecins, les chirurgiens ou les spécialistes auxquels il est fait appel en cas de nécessité, dès qu'ils envoient leur note globale ou personnelle d'honoraires (dont vivent, il ne faut pas l'oublier, un grand nombre d'entre eux) soient taxés, comme ils le sont trop souvent : « d'inhumains, de profiteurs, voire même de combinards » (et d'autres qualificatifs plus violents peut-être) et cela, parce que nos actes, les mobiles qui dictent notre conduite, dans la lutte entreprise contre la maladie ou la mort, ne sont pas toujours compris !

Mais, s'il en est ainsi, je n'hésite pas à le déclarer, c'est un peu de notre faute à tous. La dichotomie entre médecins traitants et chirurgiens étant chose condamnable, il importe cependant que nos us et coutumes professionnels sur lesquels reposent les actes de notre Code de déontologie, soient mieux connus du public, de la clientèle. Entre confrères, nous savons ce qu'il faut faire ou ne pas faire ; mais cela, l'entourage de nos malades l'ignore.

Certaines gens, dans notre clientèle, s'imaginant que les médecins n'ont pas de besoins, ou qu'ils sont tous riches (ce mot ne nous est-il pas jeté chaque jour à la face !) parce qu'on les juge (témoin le fisc) sur les signes extérieurs de la richesse, deviennent vite, à nos dépens, des « resquilleurs », et pour eux, se moquer de nos traditions, piétiner les articles de notre Code de déontologie, devient un plaisir malicieux, dont ils ne se privent pas, le cas échéant !

C'est cet état de choses qu'il convient de réformer, de faire cesser autour de nous. Pour cela, il nous appartient, à nous médecins, de nous défendre, de nous montrer unis, cette fois sur le terrain pratique et non plus seulement sur le terrain purement théorique, pour faire respecter nos droits. Il nous suffit pas de voir proclamer que nous sommes une élite ; il nous faut prouver, à ceux qui nous observent, et auxquels nous apportons dans la pratique de notre art, des soins empressés, un dévouement sans borne que nous pouvons être, à l'occasion, une force agissante, qui n'a plus à se cacher derrière une barrière de faux préjugés, de sentiments aujourd'hui périmés qui, du reste, n'ont pas toujours suffi à nous valoir cette considération morale, à laquelle la majorité du Corps médical a cependant droit dans la société.

A mon avis, il est éminemment souhaitable (et je demande ici que ce vœu soit porté devant nos Syndicaux départementaux, devant la Confédération des Syndicats français, organismes de défense et d'action : 1° que ceux-ci s'efforcent de faire connaître périodiquement au public, à la clientèle aisée, ou ce qu'il en reste, et cela au grand jour, quels sont nos droits en ce qui concerne la légitimité du recouvrement de nos honoraires : honoraires de consultations entre confrères, d'intervention opératoire, d'assistance éventuelle du médecin traitant, ou du médecin spécialiste, alors que jusqu'ici nous avons toujours traité de ces questions entre nous, médecins, c'est-à-dire en chambre secrète ;

2° Qu'il soit, pour cela, fait appel à la grande presse et à la presse locale, pour la diffusion des décisions prises périodiquement au sein de nos Syndicats, visant les rapports journaliers des malades et des médecins entre eux. (Il ne saurait être question, ici de secret professionnel et de sa violation).

N'est-il pas permis de s'écrier aujourd'hui : à *temps nouveau, procédé nouveau* !

Je suis sûr, par ce temps de publicité à outrance, que la *Presse*, d'une part, pas toujours indulgente à l'égard des médecins, et la *société*, d'autre part, celle-ci, composé, malgré tout, en dehors des assurés sociaux, pensionnés de guerre, assistés (soit le tiers environ de la population française) de nouveaux riches, ou de bourgeois, que nous nous efforçons chaque jour, d'arracher à la maladie ou à la mort, — toutes deux mieux informées de nos droits légitimes, seront portées à nous mieux juger à l'avenir, à moins médire des

médecins, quand ceux-ci, à l'égal des autres professions vivant sur le territoire, sont fondés à réclamer leurs honoraires, c'est-à-dire leur dû.

Il faut alors que les praticiens trouvent assistance auprès des Syndicats locaux, que ceux-ci les aident à obtenir le payement *obligatoire* de leurs honoraires médicaux (ceux-ci devant toujours rester modérés). Si l'union totale entre confrères est réalisée sur ce terrain, nous verrons moins de médecins être obligés de se faire assister individuellement devant les Tribunaux, pour défendre les quelques centaines de francs, représentant les honoraires qui leur sont dus pour leur compétence, leur dévouement, d'ailleurs souvent incompris de l'entourage des malades, ou combien, discutés par des gens profanes aux questions médicales !

***

Il est écrit dans notre Code de déontologie : « pourvu de titres acquis par des études longues « et dispendieuses, tout médecin doit pouvoir « vivre normalement et honorablement de sa « profession ».

Pour y parvenir, ne devrait-il pas trouver aujourd'hui cet appui efficace, qui lui manque, auprès du Syndicat médical, auquel il appartient, je ne crains pas de le répéter, de grouper tous les médecins dans cette voie nouvelle, en prenant désormais leur défense et celle de leurs intérêts, vis-à-vis de leurs clients débiteurs défaillants, le recours devant les Tribunaux devant rester l'*ultima ratio medicorum*.

Si nos Syndicats, qui certes, ont déjà la lourde tâche de défendre, dans la mesure du possible, nos droits dans le domaine de la médecine sociale, ne veulent pas prendre la défense des praticiens dans le sens indiqué ci-dessus, nous n'avons plus d'illusions à nous faire sur l'avenir prochain réservé à la médecine.

En dehors des cinq ou six mille médecins ou chirurgiens (sur 27.000 praticiens du territoire), les uns, titulaires de chaires de Facultés, de services hospitaliers, de polycliniques ; les autres de dispensaires sociaux, de services communaux, ou chargés du contrôle des assurés sociaux, situations donnant lieu à rémunération ou à un traitement fixe, comment arriveront à vivre honorablement les 21.000 autres praticiens si ceux-ci voient, vis-à-vis d'une clientèle encore aisée et qui, du reste leur échappe un peu plus chaque jour, leurs droits mal défendus ; s'ils connaissent, au cours des années à venir, dans l'exercice de leur profession, des difficultés sans cesse croissantes pour obtenir le recouvrement des honoraires qui leur sont légitimement dus ?

Dr FRÉCUS (Oran).

***

Réponse

Vos arguments en faveur d'une défense active des intérêts médicaux sont pleinement justifiés : le praticien d'aujourd'hui éprouve et éprouvera de plus en plus de grosses difficultés, pour vivre honorablement de sa profession, parce que la médecine s'organise dans un sens de socialisation. Une formule, purement marxiste, devient progressivement la devise des mobiles de la médecine dite sociale : « à chacun suivant ses besoins ». D'où l'hôpital, le dispensaire, l'assurance sociale largement ouverts à tous. On se rue vers les « Uniprix de la médecine, »

Cependant, le médecin est défendu par des organisations, qui sont légalement constituées et qui, chacune dans sa sphère d'action juridique, *fait respecter les droits légitimes des praticiens.*

Aux Syndicats médicaux de représenter et de défendre les intérêts collectifs de la corporation. Fondés selon les *directives du Livre III du Code* du Travail, ces Syndicats et leur Confédération représentent les desiderata des médecins en général, qui exercent en territoire français.

Dans le cadre national, la Confédération agit auprès des Pouvoirs publics, discute avec le Parlement des projets et propositions de lois, agit auprès des ministres pour les questions d'administration générale.

Dans le cadre départemental et local, le Syndicat défend les intérêts généraux des praticiens auprès du Préfet, auprès du Conseil général, auprès des Maires.

Mais le Syndicat doit borner son action à la défense des intérêts généraux du praticien. Aussi, en 1897 s'est fondée une Ligue de défense professionnelle, dite « Sou médical », qui soutient les intérêts *individuels* de ses adhérents. Pour chaque réclamation qui lui est soumise, le Sou étudie le dossier avec ses avocats spécialisés depuis de nombreuses années (car le Droit médical est une spécialité juridique, comme il existe, en médecine, de nombreuses spécialités bien distinctes).

Que ce soit en matière de défense ou d'attaque, pour les questions professionnelles les plus diverses (conflits d'honoraires, questions de loyers, d'impôts, conflits individuels avec des collectivités publiques ou privées, etc., etc.) que ce soit en matière de responsabilité professionnelle, le Sou étudie le cas particulier, donne ses conseils et si besoin est de recourir aux Tribunaux de droit commun, ou à ceux de Droit administratif, la Ligue prend à sa charge les frais du procès, jusque devant tous les degrés de juridiction.

J'ajoute que lorsque le praticien est à la fois adhérent au Sou et au *Concours médical*, sa

garantie contre la responsabilité civile est portée à la somme de 500.000 *francs*.

Dans ces conditions, le praticien est représenté par son syndicat et la Confédération pour la défense des intérêts généraux de toute la profession. Il est garanti, pour ses intérêts professionnels particuliers, par le « Sou médical ».

Ainsi est constituée la défense que vous souhaitez et qui devient de plus en plus nécessaires à l'heure actuelle, si nous voulons conserver les quelques brides d'indépendance qui nous sont encore restées.

Paul Boudin.

QUE FAIRE CONTRE LES ASSURÉS SOCIAUX MAUVAIS PAYEURS ?

On nous écrit :

Voici les cas qui se présentent : j'ai été amené à soigner pour la seconde fois, en décembre, l'enfant d'une assurée sociale (le père vit, est bûcheron, la feuille a été délivrée par l'employeur de la mère, ouvrière d'usine) en nourrice chez sa grand'mère.

J'ai fait plusieurs visites dont quatre marquées sur la feuille et pour lesquelles, il m'est dû 20 francs × 4 = 80 francs. Comme il y a vraisemblablement plus à me donner qu'à recevoir, que je ne signe aucune feuille avant de recevoir effectivement des honoraires, la mère a laissé la feuille en souffrance à l'usine, et comme elle vient de tomber malade à son tour, a fait appel à un confrère voisin lequel, dit-elle, a l'habitude de signer les feuilles avant d'être honoré.

Que puis-je faire d'utile pour me faire payer ? Faut-il signaler la chose au médecin contrôleur des Assurances sociales que j'ai été amené à rencontrer et qui m'a déclaré poursuivre impitoyablement les confrères qui donnent quittance sans l'avoir perçue, en avertissant, bien entendu, le confrère en question.

Dr X.

Réponse. — Le praticien ne doit avoir, autant que possible, de relations avec la Caisse des Assurances sociales que par le canal de son Syndicat. C'est en effet, ce groupe corporatif qui a signé une convention avec la Caisse.

En ce qui concerne l'assuré social qui refuse de payer son médecin, le praticien ne peut, contre son client, que suivre les règles du droit commun. Du moment, où il y a entente directe, le médecin ne connaît que son client, et rien que lui. Si ce dernier refuse de le payer, le praticien l'assignera devant le Juge de paix ; mais il ne peut pas signaler le cas à la Caisse d'Assurances sociales, puisque l'entente directe interdit au praticien toutes relations avec le tiers payant. Du moment où la feuille d'assurances sociales n'est pas signée dans la colonne de l'acquit des honoraires, il est probable que la Caisse refusera de payer à son ressortissant les prestations en nature et en argent qui sont dues à ce dernier.

Vous me dites qu'un médecin voisin signe les feuilles d'Assurances sociales avant d'avoir touché le payement de ses honoraires. Il y a là une faute d'ordre déontologique qu'on peut signaler, non pas au médecin contrôleur de la Caisse, mais au président du Syndicat médical. Le médecin contrôleur de la Caisse doit rester, aux yeux des confrères, le représentant de la Caisse d'assurances sociales, c'est-à-dire le mandataire du tiers payant. Ce confrère ne doit donc jamais être averti des fautes déontologiques qu'on pourrait reprocher à un praticien voisin. Mais il appartient au président du Syndicat saisi d'une réclamation de voir s'il n'y a pas lieu ou de déclencher le contrôle technique, ou d'en référer au Conseil de famille.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la Cour d'appel de Douai, par arrêt du 7 juillet 1933 (*Concours Médical*, 1934-711) et la Cour d'appel de Nîmes, par arrêt du 26 mai 1933 (*Concours Médical*, 1934-712) considèrent comme une fraude le fait, pour un assuré social, de se faire rembourser par sa Caisse des honoraires médicaux, qui n'ont pas été déboursés par le malade alors que, par collusion et complicité, le médecin traitant a signé, sur la feuille de maladie, l'acquit d'honoraires, qu'il n'a pas perçus.

Depuis cette époque, les Conseils de famille des Syndicats de praticiens ont condamné les confrères qui apposent ainsi leur signature dans la colonne de l'acquit des honoraires, parce qu'ils induisent ainsi en erreur la Caisse d'assurances sociales et permettent à l'assuré de percevoir indûment le remboursement des frais médicaux, qui n'ont pas été payés.

Dr Paul Boudin.

LA POMMADE AU CALOMEL DEPUIS METCHNIKOFF ET ROUX

Rapport présenté au Congrès de prophylaxie de la syphilis qui s'est réuni à l'Institut Alfred Fournier, à Paris, le 12 mars 1936

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

La prophylaxie de la syphilis au moyen de la pommade au calomel fut le résultat pratique le plus immédiat des mémorables travaux dont nous fêtons aujourd'hui le trentième anniversaire.

Il m'est impossible d'exposer, même sommairement, dans ces quelques pages, l'historique des controverses que cette question a soulevées. On en trouvera un bon résumé dans le récent livre de M. Levaditi (1).

Je rappellerai seulement qu'un important débat s'ouvrit sur ce sujet devant la Commission de prophylaxie au ministère de l'hygiène, en 1920. Une sévère critique de la pommade y fut entreprise qui dura plus de dix ans (2).

Aux expériences de l'Institut Pasteur, on avait opposé d'autres expériences à conclusions contraires.

Mais il fut démontré que ces objections étaient sans valeur, parce que fondées sur des expériences qui s'éloignaient des conditions de l'infection naturelle. Je fis observer à ces contradicteurs que la pommade n'est pas destinée à stériliser des chancres syphilitiques, ni à détruire les spirochètes qui se trouvent dans la profondeur des lésions et qu'elle est incapable d'atteindre la matière virulente que certains auteurs introduisent directement dans les vaisseaux, à coups de lancette.

On sait que la pommade au calomel fut appliquée dans l'armée française, dès 1907, sous le premier ministère Clemenceau, M. Chéron étant sous-secrétaire d'Etat au service de santé militaire. Malgré tout le soin avec lequel on avait aménagé les cabines prophylactiques, le résultat de cette pratique ne fut pas celui qu'on en attendait.

Vers la même époque, quelques observations médicales étaient publiées qui signalaient des échecs de la nouvelle méthode.

On prétendait récemment encore que « la pommade de Metchnikoff au calomel n'avait pas de pouvoir préventif » (1).

Cependant, ces discussions eurent l'avantage de susciter des recherches complémentaires, qui permirent de confirmer la grande découverte de Metchnikoff et Roux et d'améliorer notablement la sécurité de ce procédé de préservation.

Perfectionnements de la pommade au calomel. — J'ai apporté, deux perfectionnements à la méthode initiale de Metchnikoff et Roux :

1° L'addition de thymol et surtout de cyanure de mercure à la formule primitive, afin d'en augmenter l'action antiseptique.

Le cyanure immobilise le spirochète *in vitro* jusqu'à la dilution de 1 pour 10.000 (un pour dix mille).

J'ai constaté, par des essais progressifs, que le cyanure, incorporé à la pommade, est bien toléré par les muqueuses sur lesquelles il doit être appliqué, jusqu'au taux de 1 pour 800.

Cette addition augmente considérablement l'efficacité de la désinfection.

Formule actuelle :

Cyanure de mercure	125 milligrammes
Thymol	1 gr. 25
Calomel	25 grammes
Lanoline	50 grammes
Vaseline et huile de vaseline	23 grammes

2° L'introduction de la pommade ainsi complétée dans le méat urinaire chez l'homme, afin d'empêcher les chancres de cette région et de réaliser du même coup la prophylaxie de la syphilis et de la blennorragie. Pour faciliter cette opération, le désinfectant est logé dans un petit tube pointu, à parois de gélatine, permettant une douce injection dans l'urètre.

(1) *Prophylaxie de la syphilis*, Maloine, éditeur à Paris.

(2) Péripéties de la lutte antivénérienne. *Revue d'hygiène*, LV, 1, janvier 1933, pp. 38-50.

(1) J. SCHERESCHEWSKY. — Vingt-six ans de recherches sur la prophylaxie des maladies vénériennes. *Archives de l'Institut prophylactique*, V, 4, quatrième trimestre 1933, p. 377.

Technique de la préservation individuelle chez l'homme. — L'homme qui veut se préserver localement de la contagion vénérienne dispose de trois moyens : le lavage, le condom et la désinfection.

Le lavage et le savonnage, tels que l'homme les pratique habituellement, consistent à diluer dans l'eau d'une cuvette les humeurs qui se trouvent, après l'acte sexuel, distribuées en quantités plus ou moins abondantes sur toute la région. Des millions de microbes vénériens peuvent se trouver dans chaque gramme de ce liquide. Et l'homme continue de se laver, achève sa toilette avec cette eau souillée. Lorsqu'il a terminé, l'espace balano-préputial reste ensemencé par une quantité de germes vivants suffisants pour déterminer la syphilis et la blennorragie. Cet espace offre les conditions les plus propices à la pullulation ou, tout au moins, à la conservation de la vitalité du tréponème et du gonocoque. Il y règne une température et une humidité favorables. Durant la nuit qui suit la rapprochement, le tréponème qui a été enfermé dans cette étuve, se dirige vers la petite écorchure voisine ; le gonocoque se développe et, le lendemain matin, il a déjà pénétré dans l'urètre. Que l'on demande aux vénériens venant consulter s'ils se sont lavés après leur rapprochement et l'on verra que, dans la plupart des cas, cette précaution a été bien prise, mais qu'elle n'a pas empêché la maladie. Au lavage, il faut ajouter la désinfection. *Il faut que les muqueuses soient rendues inaptes à la conservation des microbes pathogènes à l'état vivant.* C'est pour cette raison que l'on doit y mettre et y laisser une petite couche de pommade antiseptique.

Le condom a quelquefois l'inconvénient de se déchirer et ces déchirures occasionnent des plissements et des frictions qui donnent lieu à des écorchures et ouvrent des portes d'entrée pour les virus. Une autre cause de son insuccès réside en ce que l'ablution que l'on fait après avoir enlevé cet objet ramène les humeurs infectieuses vers la zone muqueuse, qui est ainsi contaminée par de l'eau chargée de germes. Enfin, la préservation mécanique est encore limitée parce que beaucoup de sujets se trouvent gênés par l'emploi de cet instrument et ne veulent pas s'en servir.

La désinfection individuelle par des solutions aqueuses antiseptiques n'offre pas la même sécurité que la pommade. Metchnikoff et Roux ont montré que le sublimé dissous dans l'eau, même au titre de 1 pour 100, ne fut pas capable d'empêcher la syphilis du singe. La différence d'action des antiseptiques suivant la nature des solvants est d'ailleurs bien connue.

La pommade ne protège évidemment que les régions où elle est appliquée. Telle qu'elle est envisagée ici, cette prophylaxie est destinée à l'homme seulement. Encore faut-il que celui-ci n'ait pas un phimosis ou d'autres malformation anatomiques empêchant une désinfection totale. Il reste tout de même 95 pour 100 des hommes qui peuvent en bénéficier. Il faut en suivre scrupuleusement le mode d'emploi, sous peine d'échec. On doit savoir, entre autres choses, que pour éviter la blennorragie, il est absolument indispensable d'uriner après les rapports contagieux, afin de rejeter les gonocoques qui ont pu s'avancer dans la profondeur de l'urètre.

Expérience des pompiers de Paris. — Après avoir contesté l'efficacité des pommades, en se fondant sur des expériences de laboratoire, on a poursuivi la discussion sur le terrain statistique.

La plupart des nombreux documents que l'on a publiés, pour ou contre les pommades, prouvent ceci : que l'on se préserve lorsqu'on suit une bonne technique, mais que la désinfection individuelle ne saurait protéger ceux qui omettent de s'en servir, ou qui s'en servent mal. C'est à peu près comme si on nous disait que pour s'abriter de la pluie, il ne suffit pas de posséder un parapluie, il faut encore en faire usage et convenablement.

L'expérience des pompiers de Paris, l'une des plus instructives que je connaisse, est un modèle de ce genre de statistique. En 1922, on avait distribué dans le régiment des sapeurs-pompiers de Paris la pommade au calomel et cyanure de mercure. Après une observation de trois années, on faisait cette constatation inattendue, qu'il y avait eu plus de maladies vénériennes qu'auparavant. N'était-ce pas la preuve de l'inefficacité, même du danger de la pommade ?

M. le Docteur Cot, médecin lieutenant-colonel, chef du service sanitaire des pompiers, vint communiquer à la Société de médecine publique que, parmi la centaine d'hommes atteints annuellement depuis trois ans, soit 300 hommes environ, il n'avait trouvé qu'un homme qui avait déclaré avoir fait un usage, d'ailleurs défectueux, de la pommade au calomel et cyanure de mercure, tous les autres avaient avoué ne pas s'en être servi. *Plusieurs milliers de prophylactiques avaient été employés par ces militaires dans des relations avec des femmes de rencontre, sans échec, alors que trois cents cas de maladies vénériennes continuaient de se produire, dans ce même régiment, chez les hommes qui persistaient à ne pas se désinfecter et qui servaient de témoins* (1).

Il y a deux mois, je demandai au successeur du Docteur Cot, le Docteur Franchi, s'il partageait l'opinion de son prédécesseur. Il me fut répondu qu'il y avait à ce moment une dizaine de cas de blennorragies en traitement, mais

(1) *Revue d'hygiène*, 1925, p. 370.

qu'aucun d'eux n'avait fait usage de la pommade. *On avait employé* 4.000 *doses de désinfectant pendant l'année. Il y avait eu des milliers de rapprochements sexuels qui étaient restés inoffensifs pour les hommes prudents qui avaient observé l'hygiène. Cependant, le milieu féminin était suspect, puisque l'infection continuait chez les témoins*, chez ceux qui ne voulaient pas se servir de la pommade. Donc, cette expérience, loin de nous être opposable comme on l'avait dit, montre au contraire l'utilité de la prophylaxie individuelle lorsque les hommes en connaissent la technique et veulent bien la mettre en œuvre.

Expérience du Regulus (1). — Nous venons de voir que, dans un pays comme le nôtre, qui est en somme assez peu contaminé, où les femmes sont généralement propres, où la prostitution est, autant que possible, surveillée, la préservation par la pommade est pratiquement parfaite lorsqu'elle est appliquée par des hommes avertis.

L'expérience suivante va nous apprendre ce qu'il en est lorsque cette prophylaxie est confiée à des jeunes gens, pas toujours aussi attentifs qu'il le faudrait et qui s'exposent à la contagion dans des milieux extrêmement infectés.

M. Parneix, médecin de la marine, médecin de l'aviso *Regulus* a fait ses observations pendant une campagne de deux années en Extrême-Orient, pays où les maladies vénériennes sévissent avec une intensité extraordinaire. Dans les escales de ces régions, nos jeunes marins fréquentent des filles indigènes qui sont presque toujours porteuses de germes ; à tout coup l'on gagne, disent-ils ironiquement, et c'est vrai. Des prostituées de la dernière catégorie se rencontrent en des locaux sordides, où l'on n'a pas toujours de quoi se laver, à peine une cuvette exiguë avec une guenille malpropre pour s'essuyer. Il en résulte une effroyable morbidité : les trois quarts des marins et des coloniaux malades à l'infirmerie sont atteints d'affections vénériennes. Ce bref aperçu de la situation permet de mesurer la lourde tâche de nos hygiénistes navals et coloniaux, responsables de la conservation des effectifs, dans des régions aussi dangereuses.

M. Parneix a noté chez ses marins 957 *rapports sexuels suivis de désinfection individuelle au moyen de la pommade ci-dessus. Il n'a vu aucun cas de contagion syphilitique parmi ceux de ses hommes qui se servirent correctement de la pommade*, alors que ces marins avaient des relations avec des femmes réellement atteintes de syphilis en activité, avec des prostituées dont les lésions ouvertes, manifestes, étaient constatées par notre collègue. Et il conclut que la pommade au cyanure-calomel « *constitue un moyen prophylactique de premier ordre contre la syphilis* ».

Rappelons que, jusqu'à présent, les statistiques faisaient ressortir une certaine proportion de la syphilis aux autres affections vénériennes ; il y avait, en moyenne, une douzaine de cas de syphilis sur cent vénériens. M. Parneix a toujours eu des blennorragies et des chancres mous, mais plus du tout de syphilis chez les hommes qui se sont désinfectés. Il observe que la pommade a fait une « sélection ». En effet, la syphilis fut dissociée, éliminée du groupe vénérien par cette mesure prophylactique. Jamais, auparavant, n'avait été réalisée cette dissociation. C'est là, à mon avis, un fait très important, une expérience avec témoin, dont la sincérité est éclatante, puisque l'auteur est, comme nous allons le voir, loin d'être un partisan systématique de la pommade.

M. Parneix a vu que si la désinfection individuelle a bien réussi à supprimer la syphilis, elle a été insuffisante à l'égard des autres maladies vénériennes. Il a constaté sur 957 rapports, 58 cas de blennorragies et chancres mous. Mais je fais remarquer que si 957 rapports ont donné 58 insuccès, soit 6 pour 100, chacun des hommes s'est exposé à la contagion 16 fois (957 : 58), en moyenne, avant d'être contaminé et j'estime que, dans un milieu aussi profondément infecté que le sont le bouge et le sampan chinois, ce résultat est étonnant, surtout lorsque ces exploits sont accomplis par de simples marins, connaissant mal les principes de la méthode antiseptique.

En tout cas, le travail de M. Parneix, que certains ont voulu considérer comme un argument contre la pommade, montre au contraire la remarquable efficacité de celle-ci contre la syphilis, gros morceau du bloc vénérien ; et j'ajoute que si l'on veut bien tenir compte des remarques ci-dessus, concernant la technique de la désinfection, on se préservera également de la blennorragie par l'emploi correct de cette méthode.

Education prophylactique. — Il est bien entendu que la pommade de Metchnikoff et Roux, même complétée comme je viens de le dire, ne doit pas être présentée comme infaillible. Nous dirons seulement que c'est un bon moyen de préservation. Il reste à le faire connaître à ceux qui peuvent en profiter.

C'est dans l'armée que cette éducation peut se faire le plus utilement. Les Services de santé militaires savent que la préservation coûte toujours moins cher que le traitement. Mais qu'on ne s'en tienne pas aux cabines prophylactiques qui interviennent trop tard. L'homme doit se préserver

(1) Le problème vénérien à bord d'un aviso en campagne. *Archives de médecine et de pharmacie navales* 1933, nº 1, p. 71.

aussitôt après ses rapprochements, avoir sur lui son désinfectant et s'en servir sans délai.

Il ne s'agit pas de rendre cette mesure obligatoire dans l'armée. Une généralisation hâtive serait probablement désastreuse. Les soldats se serviraient mal des objets qui leur seraient distribués ; il y aurait des échecs et la méthode serait compromise, ou bien les prophylactiques resteraient dans les armoires des pharmacies, et les bureaux s'empresseraient de conclure que cette innovation ne vaut rien. Il faut procéder progressivement et par la persuasion, en s'adressant d'abord aux groupes qui en ont le plus besoin, *coloniaux, marins, rengagés, à ceux qui sont le* plus touchés par ces maladies et qui sont le plus aptes à comprendre.

La propagande éducative antivénérienne pourrait se faire encore auprès des prostituées. Il faudrait placer le désinfectant sur la table de toilette, dans les maisons réglementées, ainsi que l'avait proposé M. Faivre, le regretté organisateur de la lutte antivénérienne en France. M. Faivre pensait, avec raison, que la vue de l'instrument prophylactique suggère au visiteur à la fois l'imminence du danger et l'existence de l'hygiène. C'était là une mesure excellente d'éducation sanitaire et qui ne froissait personne.

En dehors de l'armée, on ne s'occupe guère d'enseigner l'hygiène. Cependant, il faut enregistrer quelques méritoires exceptions. Je dois signaler notamment que, sur l'initiative du Docteur Barbellion et avec la permission du Professeur Marion, l'Assistance publique fait distribuer aux consultants de certains services d'urologie des feuilles d'ordonnances imprimées, où se trouvent de bons conseils de prophylaxie individuelle.

Malgré toutes les oppositions que nous avons rencontrées, la connaissance de cette partie de l'hygiène s'est répandue peu à peu. Grâce aux médecins de l'armée, de la marine et des colonies, qui sont dans la brousse et dans les escales aux prises avec le fléau et qui peuvent se faire une opinion directe fondée sur l'observation journalière, on sait désormais à quoi s'en tenir (1). Aujourd'hui, des milliers d'hommes se servent couramment de la pommade. Beaucoup d'entre eux, dont l'existence avait été troublée, durant leur jeunesse par la crainte continuelle de la contagion, qui avaient eu de nombreuses blennorragies, cessèrent de contracter cette maladie et de redouter la syphilis, dès qu'ils eurent pris l'habitude de la prophylaxie. Pour eux, l'utilité pratique de la pommade est démontrée. Aucune expérience sur le lapin, aucune statistique, ne les fera changer d'opinion.

Si leur exemple était suivi, si les hommes se protégeaient toujours, les femmes seraient elles aussi, épargnées, attendu que, d'une manière à peu près générale, ces virus passent alternativement d'un sexe à l'autre, et la syphilis cesserait de se propager dans les deux sexes.

Conclusion. — L'œuvre de Metchnikoff et Roux a résisté à trente années de controverses, d'expériences et de statistiques. Les travaux que nous commémorons aujourd'hui ont été continués. La pommade primitive au calomel a été améliorée ; son activité antiseptique a été renforcée ; son mode d'emploi a été perfectionné ; l'instrument prophylactique a été mis au point. Il faut maintenant le faire connaître à ceux qui peuvent en bénéficier. Il faut ajouter cette mesure d'hygiène à la thérapeutique et aux autres moyens de la prophylaxie sanitaire et morale, pour obtenir la régression, peut-être même l'extinction de la syphilis.

(1) A ce propos, je communique au Congrès un télégramme que vient de m'adresser le Docteur Ribot, directeur du Service sanitaire maritime de Marseille, pour s'excuser de ne pouvoir assister à nos travaux et pour dire que la méthode de prophylaxie que nous étudions aujourd'hui « conserve l'estime et la gratitude des marins et de leurs médecins ». Nul témoignage ne pourrait être plus précieux.

A PROPOS DE LA PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE

Le *Concours Médical* du 5 avril 1936 a publié (p. 1033), une leçon du Professeur Gougerot dans laquelle il est dit que l'application de la pommade au calomel doit être accompagnée d'un massage du tégument génital durant *quinze minutes.*

Le conseil de M. Gougerot est classique et conforme aux indications données autrefois par Metchnikoff lui-même. Mais je dois faire remarquer que cette recommandation d'un massage prolongé ne concerne pas la pommade au cyanure de mercure dont je suis l'auteur. Celle-ci, en effet, renferme des antiseptiques solubles qui agissent immédiatement sur le tréponème et le gonocoque, de sorte qu'il est au moins inutile de se frotter la verge pendant un quart d'heure pour se désinfecter. Une minute suffit.

Dr A. GAUDUCHEAU.

L'URBANISME RÉGIONAL

Par le Docteur Emile MALESPINE

Directeur du Bureau d'hygiène de Vitry (1)

Les plans d'extension des villes ne tiennent pas assez compte des nécessités hygiéniques, bien qu'établis avec soin par les Services.

L'hygiéniste vit de rêves, mais il vit aussi de lois. Entre les deux alternatives, rien de commun ou si peu, et le projet que l'urbaniste fait, n'est que l'histoire merveilleuse qui doit servir à endormir son impatience et à faire de lui un fonctionnaire résigné.

Pour la première fois peut-être, la loi se fait rêve ; la réalité se bâtit sur un projet. Le 14 mai 1932, une loi autorisait l'établissement d'un *Projet d'aménagement de la région parisienne.* Le projet avait deux ans pour paraître, il ne parut point. Une loi en deux lignes, la loi du 10 juin 1934, prorogeait le projet d'un an. Ce projet n'était donc pas mort ? Et, de nouveau, le silence se fit ; plus personne n'en parla, plus personne n'y pensa, sauf quelques mystiques attardés qui continuaient dans leurs articles à construire des villes en papier. Le bel enthousiasme bâtisseur d'il y a quelques années commençait à se refroidir. Les réalités tuaient la mystique. On crée de toutes pièces des villes neuves dans des pays neufs, tel le Maroc ; les vieilles cités se rapiècent sans changer de costume. Et voilà que parut le décret du 25 juillet 1935 traitant de l'aménagement de la région parisienne. Nul doute, c'était là le décret le plus important et le plus lourd d'avenir de tous ceux parus. Il parlait science et non politique. Sans doute est-ce pour cela qu'il passa inaperçu. Le décret posait le problème du plus grand Paris dans le cadre régional et donnait au principe même de l'Urbanisme force de loi.

Le projet fait tache d'huile à 30 kilomètres, 656 communes, 4 départements, 6 millions d'habitants sont touchés dans la Seine, la Seine-et-Oise, la Seine-et-Marne et l'Oise. Mais, par prudence, sans doute, ce projet évite d'aborder le problème de Paris lui-même et ne pose que le problème du plus grand Paris.

C'est par suite d'une coïncidence que mon article est d'actualité. J'avais récemment à travers les paysages de la banlieue parisienne où chaque jour j'aspire à l'hygiène, bâti une perspective trop belle pour être vraie et voilà qu'un décret nous promet des réalités.

Paris et banlieue ne s'opposent pas. Toute politique d'Urbanisme bien comprise lie étroitement les deux problèmes. Paris ne se développe que par sa banlieue. C'est pour cela qu'il sera bon peut-être de confronter les projets établis de haut sur le papier, par des géomètres de la ville de Paris, projets à l'usage de la banlieue. Ces projets mettons-les en regard avec le point de vue de l'hygiéniste encerclé dans le périmètre d'une commune de banlieue.

A Messieurs les maires de 80 communes, la formule administrative bien connue des initiés pose chaque jour la complexité des rapports entre Paris et sa banlieue. On mesure là la distance séparant les deux pôles. Un projet, même loi, est toujours du rêve ; or ce sont les nécessités journalières qui imposent l'urbanisme et le crée.

Les banlieues souffrent, certes, du manque d'argent, mais aussi il faut le dire, d'un manque de programme, d'une absence de coordination entre les différentes communes et aussi des communes vis-à-vis de Paris. Il y a même, chose plus grave, un certain esprit administratif qui parfois souffle et fait considérer la périphérie comme lieu d'excrétion. C'est là par conséquent où, sans distinction et, hélas sans précaution, vont être rejetés tous les émonctoires : établissements classés, usines d'épuration, d'incinération, etc... Et remarquons (la remarque ne vient pas d'un esprit d'antagonisme) il ne faut pas que les communes de banlieue partent en guerre contre les usines, à défaut de moulins ailés aujourd'hui disparus ; il ne faut pas que les communes réclament qu'on installe place de l'Opéra l'usine à incinération des ordures ménagères. Non, mais le mal vient d'un problème résolu sous l'angle administratif pur et non sous l'angle hygiénique. Et, si l'on veut envisager l'évolution des institutions municipales, c'est vers l'hygiène que l'Administration communale doit tendre. Plus, l'urbanisation ne doit pas

(1) Les questions à l'ordre du jour, décembre 1935.

être purement locale mais basée sur la conception hygiénique du plus grand Paris.

Mais, maintenant, nous avons un plan, un projet de plan d'aménagement. Il demanderait des années d'études et de réflexion et on exige qu'en quinze jours les municipalités donnent leur avis. Autant jouer le problème à pile ou face.

Comment est conçu ce plan ? Il est élaboré en géomètre : des routes bien tracées sur le papier, sans s'occuper des nécessités économiques et, disons-le, hygiéniques des communes. Les géomètres ont ainsi créé au gré de leur tireligne des routes bien droites en se gardant bien de regarder à côté. Mais à qui sait voir, on s'aperçoit que ces belles routes desservent des zones désertiques, alors que sur d'autres points de la commune des quartiers entiers croupissent dans des cloaques que la commune ne peut assainir, faute de crédits.

Patience, dit-on, il y a — ou il y aura — pour chaque commune un plan d'extension. Chaque commune sera ainsi découpée en un puzzle d'apparence fort parfait : zone d'habitation, zone résidentielle, zone industrielle. Mais ajustez ce plan de la commune à celui de la commune voisine, cette zone résidentielle savamment aménagée en belle couleur sur le plan est sous le vent de la zone industrielle de la commune voisine et les relents d'abattoir ou les vapeurs nitreuses de cette usine de produits chimiques vont s'abattre subrepticement sur les roses de ces jolis jardins annoncés sur plans comme devant réaliser, l'hygiène et le confort.

Autre aspect de ce parallélisme : Paris, en présence du problème du nombre et de l'encombrement, rejette sur la banlieue la solution : le *problème de la zone. Supprimer la zone ?* C'est simple : elle va recommencer un peu plus loin et ici nous sommes en pleine actualité. Il y a toujours des lotissements insalubres ; il y a des lotisseurs qui continuent à tourner la loi, il y a des marchands de terrains à l'affût de la bonne affaire. Oui, il y a tout cela, le mal est grand et le projet le prévoit. Mais ce que les géomètres ont oublié, c'est que la loi est ce sabre à deux tranchants que tout le monde connaît. La loi est faite pour être appliquée et au besoin pour être tournée. Je crains bien qu'à côté d'efforts d'organisation louables en vue d'un aménagement de la région parisienne et d'une tentative de coordination entre elles des activités des différentes municipalités et collectivités, on arrive sur certains points à des résultats contraires au résultat désiré. Chaque commune a, dessinés sur son territoire, de grands espaces libres où l'on ne sait pas encore bien ce que l'on y fera, mais ils sont réservés. Réservés ! Euphémisme de géomètre qui, d'un trait de plume, a barré la propriété : Car le décret dit : ce terrain est à vous mais pendant quinze ans, je vous interdis de construire ; si bon me semble je l'achèterai, mais je puis très bien ne pas l'acheter. Alors, et seulement alors, vous pourrez me demander des dommages et intérêts pour le préjudice subi, s'il est fondé. La loi, pleine de bonnes intentions pour remédier au chômage, a « sorti » un projet. Résultat : elle va créer le chômage des terrains à côté du chômage des hommes car d'ores et déjà les municipalités n'ont pas l'intention ni les moyens de réaliser toutes les opérations prévues à leur plan d'extension. Ce n'est pas tout, on propose aussi aux municipalités des règles architecturales très savantes et le visa des permis de construire serait donné non pas par des hygiénistes, mais par les traceurs de routes des travaux publics. Sinon, interdiction de construire et même interdiction d'habiter. Là encore, c'est mal connaître les nécessités humaines. Le résultat, c'est qu'on se passera tout simplement de construire. L'ouvrier travailleur qui a mis toutes ses économies dans un bout de terrain pour y construire sa maison et à qui vous dites : « Construire, nous en reparlerons dans quinze ans ; » construira malgré tout. Sera-t-il un homme pour signer dans ce cas l'interdiction d'habiter ?

Voilà le plan vu non pas de Sirius, mais de la banlieue. Il est possible, d'ailleurs, que d'ici là un autre projet fasse suite au projet actuel et ainsi de suite.

L'EXPOSITION DE COROT, DITE AUSSI DES CENT COROT A L'ORANGERIE

Quand la direction des Musées nationaux, après les sensationnelles expositions de l'Art italien, puis de l'Art flamand, songea, comme elle l'avait déjà fait, à nous présenter l'œuvre complète d'un grand peintre français, son choix se fixa sur Corot une de nos gloires nationales. Cette exposition fut une révélation pour certains. Si nous goûtions Corot, peintre des étangs brumeux, des verdures, des sous-bois, nous connaissions moins le peintre des portraits, des nus académiques et dans cet ordre, nous sommes appelés à voir des merveilles.

Il nous faudrait signaler toutes les œuvres exposées, car c'est déjà une sélection, qui nous est offerte, mais la place nous manque. Nous devons nous borner à relever les pièces qui nous semblent les plus intéressantes, à les présenter par catégorie, en groupant les œuvres d'un même caractère.

Notre grand artiste s'est surtout formé au contact de l'Italie, qu'il visita plusieurs fois. Avant de partir, il fit son portrait à la demande de sa famille, portrait déjà plein de promesses, qui nous accueille à l'entrée (2). Il fit de nombreuses études dans ce pays, et nous pouvons admirer *Narni le pont d'Auguste sur la Nera* avec un splendide horizon (11), les *Deux Vues du Forum* prise des jardins du Farnèse aux aspects si variés (6-48), une *Vue du Colisée* mise en valeur par le recul donné par un bouquet d'arbres du premier plan (5). D'autres aspects ont tenté le pinceau de Corot, c'est *Tivoli, les jardins de la Villa d'Este* avec ses grands pins, donnant une note spéciale égayée par cet enfant assis sur la balustrade de la terrasse (46), puis la *Promenade de Poussin* (7) au bord du Tibre encadré de légers vallonnements verdoyants, d'une heureuse harmonie. Venise devait fatalement séduire notre artiste, qui nous a laissé des aspects du *Grand canal et ses gondoles* et le *Dôme de la Salute* (24-41). Nous revoyons aussi cet aspect classique de la *Baie de Naples*, son pin parasol et le Vésuve en éruption à l'horizon.

Les nus étudiés par Corot sont des plus parfaits comme dessin, modelé, d'une pâte et d'une coloration très harmonieuse. *La Source* (89), puis la *Toilette* au milieu d'un cadre champêtre sous bois, sont des morceaux de premier ordre (70). Même perfection de facture dans la *Nymphe couchée dans la campagne* (68), la *Nymphe de la Seine* (32) et la *Bacchante au bord de la mer* (77), *L'Odalisque Romaine, la Marietta* (47), toutes placées dans une ambiance charmante.

Corot excella dans ses portraits. Celui qui retient le plus l'attention est le portrait de la *Nilson, la Gitane à la mandoline* (108), puis la *Femme à la perle* à la physionomie si expressive, la *Lecture interrompue* (82) avec une étude de bras remarquable, comme du reste dans tous les portraits et nus de l'artiste.

Qui ne connaît la *Femme en bleu*, joyau de notre musée du Louvre (109), à rapprocher de la *Jeune femme à la robe rose* (81). N'oublions pas *La femme à la faucille*, à la face paysanne sévère et à la pose si naturelle d'une personne affaissée par la fatigue, dans le lointain paysage de moissonneurs (33).

Les vues de villes n'ont pas été sans retenir l'attention du peintre. Nous pouvons admirer la façon habile dont il traite les perspectives et le charme de ses coloris, qu'il s'agisse du *Pont Saint-Michel avec Notre-Dame* (21), des *Maisons du quai d'Honfleur* (17), puis de cette vision de la *Cathédrale de Chartres* dans le recul d'un premier plan (16). Rien ne saurait égaler comme perfection ce tableau du *Beffroy de Douai*, peut-être la pièce capitale de cette exposition (98), fruit d'un long travail.

De très grandes qualités se révèlent dans cet intérieur de la *Cathédrale de Sens*, si impressionnant avec cette grille magistralement traitée et ce vitrail dans le lointain (110). Quelques beaux panoramas retiennent également l'admiration du visiteur ; telle cette *Vue de Château-Thierry* dans le lointain d'une rivière et de ses berges. Il en est de même pour le *Panorama de Saint-Lô* (59). La *Cathédrale de Mantes* avec une délicate étude d'ombres se reflétant dans l'eau (84), également la *Vue panoramique de Rouen prise de la côte de Sainte-Catherine*, illustrée par une minutieuse étude des premiers plans, dont une *Charrette remontant un chemin grimpant* (18).

Le talent de Corot n'a pas dédaigné les choses les plus simples, et toujours avec un travail d'une exquisse exécution, comme la *Cour de ferme d'une maison de paysan* (86), l'*Intérieur d'une grange* aux milles détails si vivants (106), et surtout cette *Ferme de trois commères*, qui nous révèlent déjà l'impressionnisme (101). Mais la grande maîtrise de Corot fut dans la représentation des paysages, des sous-bois et surtout des étangs.

Quoi de plus intéressant que le détail de ces reflets dans l'eau intitulé : *Le ruisseau* (72), même étude aussi minutieuse d'une perfection inégalée ; dans le tableau portant le titre de l'*Eglise de Marissel* (78), puis cette remarquable étude faite d'impressionnisme le *Coup de vent* (87),

et le *Sous-bois* aux multiples tonalités (112). Le célèbre tableau du *Carrefour dans la campagne* aux environs de Marcoussis, acheté par l'Empereur en 1855, époque où notre artiste était encore discuté, mérite tous les éloges 60), et pour finir le *Vallon* (61).

Est-il utile de signaler les fameux *Etangs de Ville d'Avray* avec cette brume si consciencieusement exprimée (99), de même la vue du *Lac dit Smyrne-Bournabat* (104), et le *Bain de Diane* (69).

La *Côte de Grâce à Honfleur* avec une magnifique étude d'arbres dominant la mer (50), l'*Etang de Mortefontaine* (75), l'*Etoile du Berger* (74) sont d'un effet délicieux. N'oublions pas de voir, ces *Paysages montagneux de la Campagne romaine* aux savantes études de Rochers (13).

Corot, qui a traité avec le plus grand talent tous les sujets, a fait quelques tableaux religieux. Il faut admirer sans réserve le *Saint-Sébastien* étude d'anatomie très poussée, et un *Saint Jérôme* (31) qui ne manque pas de qualités.

Dr M. VIMONT.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DU FINISTÈRE

Réunion du 23 février 1936, au Huelgoat

— *Caisses chirurgicales mutuelles.* — Au cours de conversations particulières tenues à Landerneau, à l'issue de la dernière réunion de la Fédération, l'idée avait été émise de la création d'une Mutuelle chirurgicale, dans le département.

A l'assemblée interdépartementale qui se tint en décembre, à Rennes, on avait entendu des exposés de Caisses existant déjà dans la région ; puis à l'Assemblée générale de la Confédération, le Docteur Delmas, particulièrement qualifié comme l'on sait, encouragea tous les départements à créer des Caisses chirurgicales mutuelles.

C'est en effet, là, *si du moins nous en prenons l'initiative et le contrôle*, un moyen efficace de lutte contre les multiples créations de dispensaires, de maisons de soins, etc., qui enlèvent aux praticiens le moyen de vivre honorablement de leur métier. De plus, les C. C. M. permettent de satisfaire tout le monde en assurant aux malades une médecine de qualité, respectant leur choix, au lieu d'une médecine à prix réduits et sans liberté de choix.

A la réunion du 23 février, le Docteur Damey amorça la conversation en lisant un résumé qu'il avait rédigé des principaux points intéressants.

On échangea quelques idées, puis les chirurgiens et spécialistes passèrent dans une autre salle pour continuer à s'entretenir de la question, pendant que le Bureau de la Fédération poursuivait l'étude de son ordre du jour.

A l'issue de leurs entretiens, ils firent savoir qu'à l'unanimité, ils avaient décidé de mettre en train la création d'une Caisse chirurgicale mutuelle.

— *Syndical départemental.* — C'était là la seconde question importante du jour. Rappelons qu'une transformation du système syndical avait été décidée.

Il y aurait eu un Syndicat départemental et des sections syndicales autonomes.

Il fallut convenir que les difficultés de communications dans notre département constitueraient un obstacle important à des réunions générales fréquentes.

Force fût donc de reconnaître qu'il était impossible encore de réaliser dans le Finistère le Syndicat départemental. Mais les Docteurs Le Couteur et Vourch déclarèrent qu'ils profiteraient de la réunion générale projetée pour juin prochain, pour remettre la question sur le tapis.

— *Assurances sociales.* — De tous côtés, des médecins se plaignent que les Caisses ne prévoient pas un taux de remboursement pour les accouchements dystociques plus élevé que pour les accouchements normaux.

Or, tout semble venir de ce que la nomenclature parlant d'accouchements simples et d'accouchements gémellaires, on a pu prendre, le mot « simple » dans le sens d'accouchement d'un seul enfant, par opposition au gémellaire, qui en donne deux ou plusieurs.

Nous avions déjà connu l'équivoque provenant du fait d'une assimilation avec le tarif prévu pour accidents du travail ; lequel parlait évidemment d'accouchements *traumatiques*.

De telles histoires ne sauraient se perpétuer ; il faut qu'enfin une démarche soit faite auprès du directeur de la Caisse départementale, pour qu'il soit bien entendu (avec toutes les Caisses), que nous, médecins, entendons parler d'accouchements *simples ou compliqués* (que ce soit pour une raison de dystocie ou de gémelléité), et que nous avons toujours ainsi compris les choses.

Il devra être ainsi possible d'accorder pour les accouchements dystociques un remboursement plus élevé que pour les accouchements spontanés, — comme le veut la logique.

Le Secrétaire de la Fédération ne fait actuellement pas partie du Conseil de famille départemental pour les Assurances sociales ; il est apparu à l'occasion de faits récents, qu'il en résulte un manque de liaison. Il serait désirable que cette situation ne persistât pas. C'est une question de principe à poser.

DOCUMENTS OFFICIELS

Loi tendant à adapter le statut militaire à la période dite des « années creuses »

A la date *du* 17 *mars* 1936, le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. — En conséquence de la décision gouvernementale du 15 mars 1935, approuvée par le Parlement, relative à l'application exceptionnelle de l'article 40 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée à tous les contingents ou fractions de *contingents incorporés d'avril* 1935 à 1939 *inclus, le maintien en situation d'activité après la date normale de libération sera de six mois pour le contingent incorporé en avril* 1935 ; *de douze mois pour les contingents ultérieurs jusqu'à l'année* 1939 *incluse*, sous réserve des allègements pouvant résulter tant de l'évolution favorable de la situation extérieure que de l'augmentation du nombre des militaires de carrière prévue à l'article 4 de la présente loi, et sans préjuger des dispositions en vue du retour au service normal qui seront prises pour les contingents à incorporer à partir de 1940.

Les sursitaires, les omis, les ajournés et réformés suivront, pour ce qui concerne le maintien en activité prévu au précédent alinéa, le sort de leur classe d'âge ; les engagés par devancement d'appel celui de la *classe avec laquelle ils sont incorporés*, sauf clause contraire dans le contrat d'engagement.

Les allègements visés au premier alinéa du présent article s'appliqueront par priorité aux fils des familles de cinq enfants au moins, aux fils de militaires morts pour la France et aux soldats, mariés ou veufs, pères de famille. Ces différentes catégories d'appelés bénéficieront également, par priorité, des mesures de libération anticipée qui interviendront lors du retour progressif au service normal.

Les *permissions* prévues à l'article 45 de la loi du 31 mars 1928 *seront portées, pour les militaires maintenus, à vingt-cinq jours plus dix jours pour reconnaître la manière de servir, dans le cas d'un maintien pendant six mois, à trente-cinq jours plus dix jours pour reconnaître la manière de servir, dans le cas d'un maintien pendant douze mois, les titulaires de brevets de préparation militaire conservant le bénéfice de l'article* 8 *de la loi du* 16 *février* 1932 portant modification à la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

En outre :

La durée des *permissions*, telle qu'elle est fixée ci-dessus, sera majorée de quinze jours pour les *fils aînés des familles de cinq enfants et plus* ;

Les militaires, qui ont été employés à des travaux agricoles pendant au moins un an sans interruption avant leur incorporation, bénéficieront annuellement en une ou plusieurs fois, à l'occasion des travaux saisonniers, de dix jours de permission supplémentaires ;

Les pères de famille de trois enfants vivants seront dispensés de toute période de réserve.

Art. 2. — Au cours des années 1936 *à* 1940 *incluse*, la nomination au grade de *sous-lieutenant de réserve*, de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant de réserve, de dentiste sous-lieutenant de réserve, de vétérinaire sous-lieutenant de réserve, prévue pour les bénéficiaires des dispositions des articles 31, 32, 33, 34, 34 *bis*, 35, 36, 37, 37 *bis* et 39 de la loi du 31 mars 1928, modifiée par les lois subséquentes, *sera différée de six mois.*

Toutefois, cette mesure ne s'appliquera qu'aux jeunes gens incorporés postérieurement au mois d'octobre 1935.

En attendant leur nomination aux grades indiqués au premier alinéa du présent article, les intéressés seront nommés, selon le cas, à l'emploi d'aspirant de réserve ou au grade de médecin, pharmacien, dentiste ou vétérinaire auxiliaire.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par décret.

Art. 3. — Au cours des années 1936 à 1940 incluse, le ministre de la Guerre est autorisé à *abaisser progressivement et jusqu'à concurrence de douze mois au maximum l'âge actuel de l'incorporation* et à incorporer les hommes appelés annuellement à l'époque qui sera jugée la plus favorable.

Il pourra modifier en conséqence, par décrets, les conditions de recensement, de révision, de formation, de fractionnement, d'appel du contingent et de son classement ultérieur dans la disponibilité et les réserves, fixées actuellement par les articles 10, 11, 28, 40 et 42 de la loi du 31 mars 1928 relative au recrutement de l'armée.

Art. 4. — Le ministre de la Guerre sera tenu de poursuivre dans le plus bref délai l'augmentation du nombre des militaires de carrière au delà du chiffre tel qu'il a été déterminé par la loi du 28 mars 1928, modifiée par les lois des 16 et 17 mars 1932 et, en ce qui concerne les spécialistes, par l'article 152 de la loi du 31 mars 1933.

Dans cette augmentation seront compris les sous-officiers comptant en surnombre prévus par l'article 3 de la loi du 27 février 1935, et par l'article 21 de la loi du 30 mars 1928, modifiée par la loi du 30 mars 1935, ainsi que ceux occupant des postes d'agents militaire en application de l'article 48 de la loi du 28 février 1934.

Art. 5. — Le ministre de la Guerre est autorisé à procéder par décret aux aménagements d'effectifs et aux mesures de réorganisation rendus nécessaires par la mise en application des articles qui précèdent, sous réserve :

De ne pas modifier le nombre des divisions des forces du territoire fixé par l'article 3 de la loi du 28 mars 1928 relative à la constitution des cadres et effectifs, modifiée par les lois des 16 et 17 mars 1932, étant entendu que, sous réserve des unités-cadres, le nombre des unités élémentaires entrant dans la composition des grandes unités et divers groupements de forces du territoire ne pourra pas (en raison des nécessités de l'instruction) avoir pour conséquence de réduire les effectifs de ces unités élémentaires au-dessous d'un minimum aussi voisin que possible du pied de guerre, fixé par un décret portant règlement d'administration publique ;

De maintenir toujours au maximum possible en effectifs mobilisables les troupes appelées à constituer la couverture permanente, ces troupes ne comprenant pas d'unités-cadres ;

De rester, en ce qui concerne le nombre et la répartition par grade des officiers, dans les limites globale résultant, pour l'ensemble des armes et services, des dispositions de la loi du 28 mars 1928 susvisée, et de prendre toutes mesures utiles pour que l'ancienneté moyenne dans le grade d'officier au moment de l'accès aux grades de capitaine et de commandant soit comparable dans toutes les armes.

Le présent article abroge toutes dispositions contraires et, notamment, le premier alinéa de l'article 90 de la loi du 28 février 1933.

Art. 6. — L'article 13 de la loi du 23 décembre 1933 limitant à 12 p. 100 du contingent le nombre des allocations militaires susceptibles d'être accordées par les conseils départementaux est abrogé.

Art. 7. — Les dispositions des précédents articles sont applicables en Algérie, en Tunisie et au Maroc et dans toutes les autres colonies et pays de protectorat et territoires à mandat.

Art. 8. — Le décret du 28 avril 1934 relatif à l'organisation générale de l'armée est ratifié.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** (Professeur : M. F. Terrien.) — *Cours de perfectionnement*, 1936 (15 mai au 18 juin). — M. le Professeur F. Terrien avec le concours de MM. les Professeurs Rathery, Regaud, Strohl et Tiffeneau, de MM. les agrégés Velter et Dognon, de M. le Docteur Ledoux-Lebard, chargé du cours de radiologie, de M. le Docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, MM. les *Docteurs* Renard, Veil, *ophtalmologistes des hôpitaux*, et de MM. les Docteurs Cousin, Blum, Dollfus, *Hudelo, Braun*, Vallon *et* Joseph, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 15 mai au 18 juin 1936.

Les leçons comporteront : 1. Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique. — 2. La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu : 1. Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la clinique. — 2. Pour les travaux de laboratoire : au Laboratoire de la Clinique. — 3. Pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — 4. Pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie : à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du radium (Fondation Curie).

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le Professeur Rathery (lésions diabétiques de l'œil), M. le Professeur Regaud (radiumthérapie oculaire), M. le Professeur Tiffeneau (pharmacologie ophtalmologique) et M. le Professeur Strohl.

Ce cours est divisé en deux séries :

Première série. — *Clinique et laboratoire.* — Première leçon : Relations entre les affections de l'œil et les maladies générales : Etiologie générale de certaines réactions des membranes oculaires ou des milieux de l'œil (réactions conjonctivales, cornéennes, choroïdiennes, iriennes, ciliaires, sclérales, cristalliniennes). — Deuxième leçon. Examen biomicroscopique de la cornée. La lampe à fente. Le microscope cornéen. La cornée normale à la lampe à fente. Aspects pathologiques : altérations séniles, dégénérescence marginale, lésions traumatiques, buées, bulles, opacités : infiltrations, stries, déchirures de la membrane de Descemet, anneau pigmenté, ligne de Stahli. Kératites : superficielles, interstitielles, profondes. — Troisième leçon. Examen biomicroscopique de l'iris : Aspect de l'iris normal et de l'iris pathologique. Anomalies congénitales et altérations séniles. Altérations pathologiques : iritis, iridocyclite, atrophie irienne. — Quatrième leçon : Examen biomicroscopique du cristallin : Cristallin normal. Cataractes congénitales, séniles, traumatiques, secondaires. Cataractes choroïdiennes. — Cinquième leçon : Bactériologie oculaire : Examens de laboratoire dans les affections aiguës. Les différents bacilles. Exercices pratiques : culture, coloration, examen. Le laboratoire dans les affections chroniques : tuberculose, lèpre, spirochétose, mycoses. Exercices pratiques. — Sixième leçon : L'immunité, la sérothérapie, la vaccinothérapie dans les infections oculaires : Exercices pratiques. Préparation des vaccins. — Septième leçon : L'optique physiologique : Les vices de réfraction : leur mode de détermination. La prescription des verres correcteurs : les nouveaux types de verres, leurs avantages. — Huitième leçon : Le décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique (recherche de la déchirure, technique de son repérage); diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables). — Neuvième leçon : Syphilis et tuberculose des membranes profondes de l'œil : Aspects cliniques. Caractères différentiels. Indications thérapeutiques. Pronostic. — Dixième leçon : Les hypertensions intra-oculaires : Définition et limites de l'hypertension. Hypertension primitive. Hypertension secondaire. Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales. — Onzième leçon : Névrites optiques et névrites rétrobulbaires : Relations entre les névrites et les affections de voisinage,

Les névrites de stase. Valeur diagnostique. La ponction lombaire: sa valeur séméiologique. — Douzième leçon : Les tumeurs cérébrales : Symptômes oculaires et valeur de localisation. Hémianopsies homonymes. — Treizième leçon : Les hémianopsies hétéronymes : Séméiologie. Diagnosticétiologique. Valeur de localisation. Les tumeurs de la région chiasmatique. — Quatorzième leçon : La circulation rétinienne : La circulation rétinienne normale : artérielle, veineuse, capillaire. Troubles de la circulation artérielle. Troubles de la circulation veineuse. Hémorragies rétiniennes. — Quinzième leçon : Radiothérapie et radiologie oculaires : L'emploi des rayons X en ophtalmologie. Applications. Contre-indications. La radiologie : exploration de la cavité orbitaire et des cavités voisines. Recherche des corps étrangers intra-oculaires. — Seizième leçon : (Radiumthérapie des tumeurs de l'œil et de l'orbite Institut municipal de radiumthérapie).

En outre, pendant la durée du cours, des leçons magistrales sur des sujets médico-ophtalmologiques à l'ordre du jour, seront faites par MM. les Professeurs de la Faculté de Paris.

Deuxième série. — *Chirurgie oculaire.* — Première leçon : Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires — Deuxième leçon : Amélioration de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctivaux. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Discussion des différents procédés. Cataractes secondaires. Indications opératoires. — Troisième leçon : Opérations sur la cornée, la sclérotique et l'iris : *a*) Cornée : Kératotomie, paracentèse, tatouage, kératocone ; *b*) Iris : Iridectomies optiques. — Quatrième leçon : Opérations antiglaucomateuses : *c*) Sclérotiques : Sclérotomies, sclérectomies, cyclodialyse, iridectomies Traitement du glaucome. — Cinquième leçon : Ptosis : Procédés opératoires : Motais, Parinaud, Panas, Angelucci. Poulard, de Lapersonne, Gillet de Grammont. Discussion de leur valeur respective. — Sixième leçon : Strabisme : Orthophorie et hétérophorie. Strabismes latents et confirmés. Traitement orthoptique du strabisme. — Septième leçon : Opérations sur la conjonctive et les paupières : Les autoplasties : Traitement chirurgical de l'ectropion. Réfections palpébrales. Greffes cutanées et muqueuses. Ptérygoïdes et ptérygions. — Huitième leçon : Strabisme : Indications du traitement chirurgical. Discussion des différents modes d'intervention : ténotomies, avancements, raccourcissement tendineux. Traitement du strabisme paralytique. — Neuvième leçon : Plaies pénétrantes du globe oculaire : Corps étrangers. Exploration à l'électro-aimant. Examen radiologique. Indications thérapeutiques. — Dixième leçon : Opération de l'ectropion : Suture. Excision de l'orbiculaire. Opération du triachisis. — Onzième leçon : Opérations sur l'appareil lacrymonasal : Dacryoadénites et dacryocystites : Indications opératoires. Dacryocysto-rhinostomie. — Douzième leçon : Suites éloignées des plaies du globe oculaire : Ophtalmie sympathique. Conséquences médico-légales. Application de la loi 9 avril 1898 sur les accidents du travail. — Treizième leçon : Rapports étiologiques et pathogéniques entre les affections du nez, des sinus, de la gorge et des oreilles et les affections oculo-orbitaires. — Quatorzième leçon : Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention leurs résultats. — Quinzième leçon : Symptomatologie, diagnostic et traitement des affections sinusiennes. — Seizième leçon : Opérations sur le globe oculaire et sur l'orbite : Ablation du segment antérieur de l'œil. Enucléation. Exentération. Orbitotomie. Greffes et amélioration des moignons en vue de la prothèse.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série. Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundi, mercredi, vendredi de 14 heures à 16 heures, avant le 1er mai, ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine).

— **Concours pour l'adjuvat.** — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 7 mai 1936 à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves français de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Ils devront au préalable, déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement.

— **Concours pour le prosectorat.** — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le vendredi 1er mai 1936, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 11 mai 1936. Inscriptions au Bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, du 15 avril au 22 avril 1936.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Admissibilité. Epreuves écrites. *Electrologie. Ont obtenu* : M. Amiot, 12 ; Mme Baude, 9 ; MM. Brunet, 7 ; Frain, 8 ; Lebouchard, 8 ; Peuteuil, 6 ; Strouzer, 12 ; Mme Tedesco, 9.

Radiodiagnostic. Ont obtenu : M. Amiot, 6 ; Mme Baude, 11 ; MM. Brunet, 8 ; Frain, 8 ; Lebouchard, 7 ; Peuteuil, 11 ; Strouzer, 8 ; Mme Tedesco, 12.

Radiothérapie. Ont obtenu : M. Amiot, 10 ; Mme Baude, 10 ; MM. Brunet, 10 ; Frain, 9 ; Lebouchard, 10 ; Peuteuil, 11 ; Strouzer, 10 ; Mme Tedesco, 14.

Total des points obtenus : M. Amiot, 28 ; Mme Baude, 30 ; MM. Brunet, 25 ; Frain, 25 ; Lebouchard, 25 ; Peuteuil, 28 ; Strouzer, 30 ; Mme Tedesco, 35.

— **Concours d'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Hendaye, Champrosay.** — Séance du 27 mars. Lecture des copies. *Ont obtenu* : MM. Albrecht, 22 ; Faingold, 16 ; Arnold, 20 ; Schermann, 18 ; Flores, 16 ; Mlle Helman, 23 ; MM. Barbier, 26 ; Chessebeuf, 21 ; Cuvereaux, 24.

Sainte-Périne, Chardon-Lagache. Oral. *Question posée* : Description clinique des accidents cardio-vasculaires de l'hypertension artérielle.

Ont obtenu : MM. Biardeau, 13 ; Campagne, 18 ; Albrecht, 15 ; Barbier, 10 ; Mlle Helman, 13 ; MM. Chessebeuf, 10 ; Cuvereaux, 18 ; Rometti, 16.

Hendaye. Oral. *Question posée* : Signes et diagnostic des paralysies diphtériques.

: *Ont obtenu* : MM. Kitmacher, 6 ; Faingold, 4.

SÉANCE DU 28 MARS. — BRÉVANNES. ORAL. *Question posée* : Signes et diagnostic de l'asthme. *Ont obtenu* : MM. Lajouanine, 16 ; Biardeau, 14 ; Mlle Oganesoff, 17 ; MM. Arnold, 13 ; Delair, 18 ; Albrecht, 13 ; Wolfromm, 15 ; Schermann, 13 ; Rometti, 14 ; Barbier, 12 ; Chessebeuf, 12 ; Mlle Lecuyer, 13.

CLASSEMENT DES CANDIDATS. — *Sainte-Périne*, MM. Cuvereaux, 42 ; Campagne, 39 ; Rometti, 38 ; Albrecht, 37 ; Mlle Helman, 36 ; MM. Barbier, 36 ; Biardeau, 35 ; Chessebeuf, 31.

Hendaye. MM. Kitmacher, 21 ; Faingold, 20.

Brévannes. Mlle Oganesoff, 42 ; MM. Wolfromm, 39 ; Delair, 38 ; Barbier, 38 ; Lajouanine, 36 ; Biardeau, 36 ; Rometti, 36 ; Albrecht, 35 ; Chessebeuf, 33 ; Mlle Lécuyer, 31 ; M. Schermann, 31.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur DERVIEUX, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin expert près le Tribunal de la Seine ; de Madame Ch. LENORMANT, femme du professeur Lenormant ; de Madame OCTAVE DOIN, mère du Dr Gaston Doin, éditeur ; de Monsieur HENRI EDEL, interne des hôpitaux de Lyon, gendre du professeur Mouriquand.

— **Le XXIVe Congrès français de médecine** se tiendra à Paris du lundi 12 au mercredi 14 octobre 1936 sous le haut patronage de M. le Président de la République.

— PROGRAMME. — I. *Programme scientifique* : trois questions feront l'objet des travaux du Congrès : 1° les méningites aiguës curables ; 2° les syndromes parathyroïdiens ; 3° les médications du sympathique.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence du ministre de l'Éducation nationale.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 1/2, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 1/2 : Rapports sur la première question : Méningites aiguës curables ; rapporteurs : M. ROCH (de Genève) : Les Méningites aiguës curables de l'adulte ; MM. LESNÉ (de Paris) et BOQUIEN : Les méningites aiguës curables de l'enfant ; M. R. CRUCHET (de Bordeaux) : La Méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Lundi 12 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 1/2 : Rapports sur la deuxième question : Les syndromes parathyroïdiens. — Rapporteurs : M. SNAPPER (d'Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os ; MM. BÉRARD et M. HENRY (de Lyon) : La tétanie parathyréoprive ; M. CORYN (de Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

Mardi 13 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 1/2 : Rapports sur la troisième question : Les médications du sympathique. — Rapporteurs : Mlle JEANNE-LÉVY et M. JUSTIN-BESANÇON (de Paris) : Les médicaments sympathicolytiques ; M. WANGERMEZ (de Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique ; MM. GOUIN et BIENVENUE (de Brest) : Radiothérapie du sympathique ; M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) : Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis exclus) ; M. E. MAY (de Paris) : Traitement médical des troubles neurovégétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

Mercredi 14 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

II. *Programme des réceptions.* — Lundi 12 octobre : Séance d'ouverture à 9 h. 1/2, Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Éducation nationale. — Mardi 13 octobre, à 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale). — Mardi 13 octobre, à 21 h. 1/2 : Réception offerte par M. le Président du Congrès. — Mercredi 14 octobre, à 20 heures : Banquet par souscription.

Comité des dames. — Un comité des dames s'occupera des familles des congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable, dont le programme leur sera ultérieurement donné.

Excursions. — Pendant les jours qui suivront le Congrès, des excursions et visites seront organisées, dont le détail sera prochainement arrêté.

Renseignements, voyages, logements. — Un bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance toutes les indications utiles aux congressistes régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier)

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes ; ceux qui désirent en profiter sont priés d'écrire au trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Bureau du Congrès. — Président : M. le Professeur Marcel Labbé, 158, rue de Rivoli, Paris (Ier). — Vice-présidents : M. le Professeur Antonin Clerc, 7, rue Montchanin, Paris (XVIIe) ; M. le Médecin général inspecteur Rouvillois, 132, boulevard Raspail, Paris (VIe) ; M. le Médecin général Oudard, ministère de la Marine. — Secrétaire général : M. le Professeur Harvier, 1, rue du Bac, Paris (VIIe). — Secrétaires adjoints : (M. le Docteur R. Boulin, 47, rue de Courcelles, Paris VIIIe) ; M. le Docteur Justin-Besançon, 2, rue Guynemer, Paris (VIe). — Trésoriers : M. le Docteur D. Troisier, 32, rue Jouvenel, Paris (XVIe) ; M. Georges Masson éditeur 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

La cotisation est de 100 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés.

Le Gérant : **R. THIRON**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

31 MARS

Enseignement de la médecine

M. Mocquot, agrégé libre, est nommé professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Paris.

Emplois réservés

Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes, vétérinaires, invalides de guerre (loi du 12 août 1933).

Vacances existant actuellement dans les différentes Administrations

BANQUE DE FRANCE

Un poste de médecin spécialiste en neuro-psychiatrie.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES

Deux postes de médecins de circonscriptions à Paris.

Un poste de médecin de circonscriptions à Bordeaux.

Un poste de médecin consultant, comité régional, à Limoges.

Un poste de médecin consultant, comité régional, à Rouen.

MINISTÈRE DE L'AIR

Un poste de médecin (médecine générale), centre régional, Alger.

Un poste de médecin (médecine générale), école supérieure aéronautique, à Paris.

Un poste de médecin radiologue, centre principal du Bourget.

Un poste de médecin oto-rhino-laryngologiste, centre réduit, à Tunis.

Un poste de médecin ophtalmologiste, centre réduit, à Tunis.

Un poste de médecin (médecine générale), centre réduit, à Tunis.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

Un poste de médecin abonnataire, dépôt d'étalons, à Saintes.

Un poste de médecin abonnataire, dépôt d'étalons, à Saint-Lô.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE

Un poste de médecin de colonisation, à Alger.

Un poste de médecin assermenté des douanes, à Tlemcen.

Trois postes de vétérinaires.

Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933

BANQUE DE FRANCE

M. le Docteur Largeau, à Paris, pour un poste de médecin spécialiste en neuro-psychiatrie.

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones

1° M. le Docteur Servel de Cosmi, à Paris (déjà inscrit sur la liste d'aptitude du 28 mars 1935 ;

2° M. le Docteur Tabourey, à Paris ;

3° M. le Docteur Lesbre, à Paris, pour une poste de médecin de circonscription à Paris.

Ministère de l'Air

M. le Docteur Goubert, à Versailles, pour un poste de médecin radiologue au centre principal du Bourget.

Ministère de la Justice

1° M. le Docteur Lacassagnes, à Toulouse ;

2° M. le Docteur Py, à Toulouse ;

3° M. le Docteur Pères, à Toulouse, pour un poste de médecin à la maison d'arrêt de Toulouse.

M. le *Docteur* Gavaudan, à Béziers, pour un poste de médecin à la maison d'arrêt de Béziers.

Les listes ci-dessus ont été établies au moyen de renseignements fournis parles différentes Administrations au secrétariat dela Commission, avant le 16 mars 1936. Les renseignements qui parviendront par la suite donneront lieu, le cas échéant, à la publication d'additifs au cours de l'année 1936.

Réponse d'un ministre à la question d'un Député

Impôt sur les revenus d'une Société en nom collectif constituée par deux médecins

15.086. — M. Antoine Ravel demande à M. le ministre des Finances si une société en nom collectif, constituée par deux médecins en vue de l'exploitation en commun d'un cabinet, peut être assujettie, à raison de ses bénéfices, à l'impôt sur les revenus mobiliers perçu par l'Administration de l'Enregistrement, étant donné que ces mêmes bénéfices ont été assujettis à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non-commerciales entre les mains de chaque associé. (*Question du* 21 *janvier* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative, en principe.

(*J. O.*, 13 mars 1936).

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine attire l'attention des médecins sur une manœuvre qui tendrait à obtenir sous une forme nouvelle leur collaboration à des publications dites de vulgarisation et destinées au grand public. On leur demande sous des prétextes, plus ou moins justifiés, de répondre à des questionnaires et la publication de leur réponse, avec leur nom, pourrait servir à couvrir des pratiques condamnées par tous les groupements médicaux.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.461. — Droit à la première mise d'équipement

Je suis médecin auxiliaire de réserve (service auxiliaire), nommé après ma libération (six mois de service seulement, à cause de l'ajournement).

En cas de mobilisation, dois-je fournir moi-même mon uniforme, ou bien m'est-il donné (ou remboursé) par mon corps ?

Dr P.

Réponse

Si vous n'avez pas perçu l'indemnité de première mise d'équipement au moment de votre nomination au grade de médecin-auxiliaire, vous seriez habillé par les soins du Corps en cas de mobilisation.

Si vous achetiez de vos deniers un uniforme, celui-ci ne pourrait vous êtes remboursé directement ; le seul mode de remboursement est la perception de l'indemnité de première mise d'équipement.

2.368. — Libération des obligations militaires

Je serais heureux d'avoir votre avis impartial sur une question que me pose ces jours-ci le Service de santé et à laquelle étant donnés les événements actuels, je suis embarrassé de répondre.

Le Service de santé m'informe que la classe à laquelle j'appartiens aura accompli cette année le temps de service exigé par la loi de recrutement (classe 1907), j'ai eu en novembre dernier 48 ans.

Il me demande si je veux rester dans les cadres où être rayé des cadres.

Quelle sera ma situation dans les deux cas en temps de paix ou en cas de conflit armé ? Si une nouvelle loi me rendait mobilisable, le serai-je avec mon ancien grade ?

Dr X.

Réponse

Si vous le voulez, acceptez d'être libéré en même temps que les hommes de votre classe ; et vous serez définitivement dégagé de toutes obligations militaires.

Cependant, s'il survient une guerre, toutes les limites normales du service militaire sont momentanément abrogées (loi sur le recrutement de l'armée du 31 mars 1938).

Dans la dernière hypothèse de votre lettre, vous seriez repris avec votre ancien grade.

2.338. — Port de l'insigne de la Légion d'honneur

La nomination dans la Légion d'honneur au titre de la Santé publique parue à l'*Officiel* autorise-t-elle le port du ruban bien que la remise de la Croix n'ait pas encore été faite officiellement ?

Dr M.

Réponse

Dès que la *promotion* dans la Légion d'honneur a paru au *Journal officiel*, l'intéressé a le droit de porter l'insigne de sa nouvelle décoration.

QUESTIONS DIVERSES

2.147. — Protection des appareils de T.S.F. contre les parasites

Je viens de recevoir une lettre recommandée émanant de la Direction des P. T. T. où il m'est dit que des auditeurs de T. S. F. seraient gênés par des parasites émis par un appareil électrique en ma possession. J'ai, effectivement, un appareillage électrique assez important comportant *un poste de diathermie* à éclateurs qui, bien que muni d'un antiparasite, est seul susceptible de gêner les auditions. Ce poste marche peu, jamais à d'autres heures qu'entre 14 heures et 19 heures et jamais le dimanche.

Dois-je répondre à cette lettre et me prêter aux vérifications ?

Dr C.

Réponse

S'il résulte en principe de l'art. 1er du décret du 1er décembre 1933 que les détenteurs et exploitants d'appareils et d'installations électriques sont tenus de les munir de dispositifs antiparasitaires afin que leur fonctionnement ne vienne pas troubler la réception des émissions de radiodiffusion, il est stipulé d'autre part à l'art. 4 de ce même décret que le ministre peut par arrêté dispenser de cette adjonction les installations pour lesquelles elle entraînerait des frais hors de proportion avec leur importance ou pour lesquelles il n'existe pas en l'état actuel de la technique des dispositifs de protection efficace.

Or un arrêté ministériel du 31 mars 1934 a dressé la liste des appareils qui doivent actuellement être munis de dispositifs antiparasitaires, et ne peuvent en conséquence bénéficier des dispositions de l'art. 4 précité. Ne sont compris dans cette liste en fait d'appareils médicaux, que les appareils comportant des moteurs à collecteurs à lames, ainsi que les vibrateurs et les redresseurs à lames vibrantes. Votre appareillage de diathermie n'entrant pas dans ces catégories, vous n'avez donc de ce fait aucune obligation à remplir.

L'ayant cependant muni d'un dispositif de protection, vous êtes plus qu'en règle avec la loi et ne pouvez encourir aucune responsabilité du fait de son fonctionnement. Vous n'avez donc qu'à répondre dans ce sens au directeur des P. T. T., en lui exposant toutefois, pour faire preuve de bonne volonté, que vous êtes à sa disposition pour faire visiter à ses agents votre installation, et que vous lui seriez très obligé de bien vouloir vous indiquer un dispositif antiparasitaire efficace et adapté à votre cas.

---

241. — Association entre médecins et pharmacien pour l'exploitation d'une spécialité

Je voudrais savoir s'il n'y a pas un moyen pour un médecin d'exploiter un produit pharmaceutque *sans tomber dans l'illégalité* ?

Je sais que nous, médecins, n'avons le droit, ni de vendre, ni de fabriquer des médicaments, ni d'entrer en contact avec un pharmacien pour fabriquer ou vendre tel ou tel produit, ce contrat étant considéré commel nul et illégal !

Or, des médecins exploitent cependantles produits de leur laboratoire qui porte leur nom.

Quelle est la façon légale de pouvoir agir de même pour un médecin, c'est ce que que viens vous demander.

Dr C.

Réponse

La loi du 21 Germinal, an XI, établit un monopole de propriété et d'exploitation des médicaments en faveur du pharmacien. Celui-ci doit être propriétaire de son officine et il a le droit exclusif de préparer, de vendre et de débiter tous produits pharmaceutiques, qu'ils soient officinaux, magistraux ou spécialisés.

Aussi, la jurisprudence constante de la Cour de cassation a reconnu comme étant illicite toute association entre un pharmacien et un non-pharmacien. Allant même plus loin, les Tribunaux décident que lorsqu'il y a association entre pharmacien et médecin, non seulement cette association doit être réputée nulle de droit, comme violant la loi de Germinal, mais nulle du point de vue moral, car les Tribunaux estiment qu'on peut aboutir à l'exploitation du malade. Aussi la jurisprudence se montre-t-elle d'une sévérité excessive.

Cependant un médecin qui est muni du diplôme de pharmacien peut très bien exploiter et vendre des médicaments comme aussi des spécialités.

Il en est de même pour le médecin-propharmacien qui a le droit d'exercer la pharmacie et la médecine en vertu de l'article 27 de la loi de Germinal, an XI.

Les grandes firmes qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont dans l'obligation de confier la préparation et la vente à un pharmacien diplômé.

Ici surgit la difficulté. Le pharmacien doit avoir une indépendance absolue vis-à-vis du propriétaire de la marque comme de la Société qui est en nom, mais cette indépendance est beaucoup plus théorique que pratique, de sorte que nous aboutissons à cette conclusion : c'est que la loi du 21 Germinal, an XI, qui est une des plus anciennes de la première République, ne correspond plus, à l'heure actuelle, à nos mœurs professionnelles. D'autre part, le bon fabuliste a dit depuis longtemps que : « suivant que vous serez puissant ou misérable ... ».

Que pouvez-vous faire dans votre cas particulier ? Comme docteur en médecine, vous n'avez pas le droit de préparer ni de débiter un médicament, *qu'il soit spécialisé* ou non. Comme docteur en médecine, et comme non-pharmacien, vous n'avez pas le droit de vous associer avec un pharmacien pour l'exploitation des dits médicaments. Mais vous avez le droit de déposer votre formule sous sa dénomination ; ce dépôt de la marque est parfaitement valable pour n'importe quel citoyen.

Une fois que vous serez propriétaire de votre marque, vous pourrez vous entendre avec un pharmacien soit en lui vendant la dénomination, soit en lui donnant une licence d'exploitation moyennant un prix forfaitaire mensuel ou annuel, soit en lui vendant des vignettes qu'il sera obligé d'apposer sur chaque flacon, chaque, boîte, etc...

Si vous faites une association avec un pharmacien, ce contrat sera occulte et pourra fonctionner en dehors de la loi tant qu'aucun litige ni aucun conflit ne surviendront entre vous et votre associé. Mais en cas de désaccord, l'association sera déclarée nulle. Vous reprendrez la propriété de votre marque de fabrique et le pharmacien pourra vous faire concurrence, puisque lui seul aura le droit d'exploiter votre formule sous un autre nom se rapprochant sensiblement de celui que vous aurez choisi.

Paul BOUDIN.

2.463. — Privilège pour frais de dernière maladie

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire savoir si, dans une faillite ou liquidation judiciaire, les dettes de médecin sont privilégiées et peuvent être en conséquence réclamées avant celles des autres créanciers. Un de mes clients auquel je réclame, depuis quatre ans qu'il a quitté le pays, mes honoraires m'écrit que « je ne suis pas le n° 1 » et que j'ai le temps d'attendre. Or, ce client a un nouveau commerce et il me semble qu'il pourrait par acomptes, s'acquitter de sa dette. Dr M.

Réponse

Aux termes du paragraphe 3 de l'article 2.101 du Code civil, modifié par l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 « sont privilégiés les frais quelconques de la dernière maladie quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus ».

Mais, suivant la jurisprudence, le privilège pour frais de dernière maladie ne s'applique qu'aux honoraires dus pour les soins donnés au débiteur lui-même ; il ne s'étend pas à ceux qui se rapportent à des soins donnés aux membres de sa famille.

D'autre part, pour que le privilège puisse être invoqué, il faut qu'il s'agisse de la maladie qui a immédiatement précédé la mort ou la déclaration de faillite du débiteur.

Si votre créance remonte à plus de quatre ans, il est vraisemblable en effet, qu'elle ne peut plus bénéficier du privilège.

1.000. — Déclaration obligatoire des décès par maladie contagieuse

Nous avions eu l'attention attirée sur plusieurs décrets-lois qui intéressent notre profession, mais il y en aurait un que je n'avais pas remarqué, dont on ne nous a pas parlé à l'Assemblée de la Confédération, et que je viens de trouver hier dans un petit journal que j'ai reçu.

Voici la note que j'ai remarquée :

« 12 *novembre*. — Etant donné le nombre de plus en plus grand des absences de déclaration de causes de mort sur les certificats de décès, M. Courmont émet le vœu « que, dans l'intérêt général, les déclarations de décès portent toujours l'indication exacte de la cause de la mort ». Ce vœu est adopté par l'Académie après que M. Straussi eût rappelé qu'un récent décret-loi impose la déclaration de la cause de tout décès dû aux maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire. »

Je crois que la question ne manque pas d'importance et mériterait un commentaire de vous dans le *Concours Médical*.

Vous nous avez dit maintes fois que seule, une loi peut défaire ce qu'une loi avait fait et que seules donc des lois pouvaient créer des exceptions à la règle du secret professionnel.

Or, il s'agit ici de décret-loi, — il s'agirait veux-je dire plutôt. *Eh bien : 1° ce décret-loi* a-t-il été réellement promulgué ?

2° Dans l'affirmative, a-t-il réellement la puissance d'une loi, pour nous imposer la déclaration des morts causées par des maladies contagieuses ?

D[r] Damey,
(Douarnenez).

Réponse

Voici le texte du décret en question, qui, d'ailleurs, a déjà été publié dans le numéro documentaire de décembre du *Concours*, page 5133.

Article premier. — La déclaration à l'autorité sanitaire de tout cas de l'une des maladies déterminées dans les conditions prévues à l'article 3 ci-après est obligatoire, d'une part, pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence ; d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, pour le conjoint, l'ascendant le plus proche du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnant des soins. La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés.

Art. 2. — Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'article 3 du présent décret-loi, doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'article premier ci-dessus.

Art. 3. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret-loi concernant la déclaration des maladies contagieuses est dressée par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique et de l'Education physique, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elle peut être revisée dans la même forme.

Art. 4. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des articles premier et 2.

Art. 5. — Un décret fixera les formes et conditions dans lesquelles devront être faites les déclarations prévues aux articles premier et 2.

Promulgué au *Journal officiel* du 31 octobre 1936, ce décret-loi a la même valeur qu'une loi votée par les deux Chambres. Nous devons donc nous y conformer et, selon les termes de l'article 2, déclarer les causes de décès, survenus par maladie contagieuse.

Il appartient à la vigilance des dirigeants des Syndicats médicaux et de la Confédération de juger des conséquences médiates, ou immédiates, de ce décret-loi, qui est un premier acheminement vers la déclaration obligatoire des causes de tous les décès.

Pour le moment, l'article 378 du Code pénal s'impose toujours à nous et nous avons l'obligation de taire, même aux services officiels médicaux du département, les causes des décès, en dehors des cas prévus par le décret-loi en question.

Personnellement, je suis d'avis que, dans l'intérêt social et de la santé publique, une loi pour-

rait nous obliger à déclarer les causes des décès au médecin inspecteur des Services d'hygiène du département, mais à la condition que ce fonctionnaire soit assujetti lui-même au secret professionnel *erga omnes* et que surtout, il soit déchargé des obligations de l'article 29 du Code d'instruction criminelle.

Cet article fait un devoir à tout fonctionnaire de révéler au Procureur de la République tous les crimes et délits qui sont parvenus à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Si cette obligation persiste, c'en est fait de notre secret professionnel, en matière de déclaration des causes de décès. La Confédération pourrait étudier cette question de concert avec ses Syndicats adhérents.

Paul BOUDIN.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.317. — « Actes médicaux multiples »

Le 14 janvier dernier, je vois un blessé du travail atteint de plaie contuse très irrégulière des faces palmaire et dorsale de la phalange unguéale de l'annulaire droit avec arrachement de l'ongle et fracture de l'extrémité de la phalangette.

Ce blessé a repris son travail le 10 février sans incapacité permanente partielle.

J'établis ainsi ma note du premier jour de soins :

Suture..................	25 francs
Sérum antitétanique.....	20 »
Certificat..............	8 »
Total...............	53 francs

La Compagnie d'assurances prétend me réduire ce total à 38 francs en opérant une diminution de 15 francs sous prétexte que cette somme, prix de la consultation, est comprise à la fois dans le montant de la suture et de l'injection de sérum pratiquées le même jour et qu'elle ne peut être comptée deux fois.

Cette interprétation du tarif me paraît tout à fait insoutenable ; mais j'aimerais à savoir ce que vous en pensez avant d'insister auprès de la Compagnie.

Dr C.

Réponse

On ne peut compter à la fois une visite (ou consultation avec ou sans pansement, c'est la même chose ; art. 1er) plus une injection antitétanique ; ce serait le cumul interdit par l'art. 13. Mais, au contraire, on peut compter deux interventions (actes médicaux multiples, dit l'article 14). Points de suture + injection antitétanique forment bien deux « actes médicaux » différents : vous avez donc à compter dans votre cas points de suture, 25 francs ; injection antitétani-

que, 20 francs + certificat 8 francs, soit au total 53 francs pour le premier jour.

Dr F. DECOURT.

2.143. — Réduction et appareillage de fracture sous radioscopie

Je vous serais très obligé de me dire si le Tarif accidents du travail prévoit des honoraires spéciaux pour « réduction et appareillage de fracture sous radioscopie », autant pour le chirurgien que pour le radiologue.

Dr C.

Réponse

La réduction de fracture est une chose, elle est faite par le médecin traitant. La radiologie est une autre chose, elle est faite par un radiologue. Il y a une tarification spéciale pour chacune de ces deux interventions. D'autre part, je ne vois pas une réduction de fracture et un plâtre quelconque effectués « sans radioscopie », comme la recherche d'une aiguille dans une main. Je crois plutôt que vous voulez dire une radioscopie faite aussitôt après réuction. Ce qui ne change rien d'ailleurs à ce que je disais en commençant.

Dr F. DECOURT.

2.308. — Intervention le dimanche

Je vous serais très obligé de me renseigner soit par le *Concours Médical*, soit directement si, en matière accident du travail, une intervention faite le dimanche (par exemple régularisation, suture d'une plaie), doit être majorée (25 %) comme des actes opératoires de nuit (art. 8) ou 50 %, visite du dimanche (art. 3) ou pas du tout.

L'indemnité kilométrique doit-elle être aussi majorée le dimanche et de combien ?

Dr L.

Réponse

Il n'y a de majoration dominicale que pour la visite seule (même pas pour la consultation, cela nous fut refusé comme ne dérangeant guère le médecin) et *a fortiori* pour toute intervention (le prix de celle-ci valant la peine de se déranger (*sic*).

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

2 332. — Le déplacement tarifable est celui du médecin le plus rapproché qui accepterait éventuellement de donner ses soins

1° Un malade pensionné de guerre habitant C. à 13 kilomètres de chez moi, se faisait soigner par

moi et venait à ma consultation. Actuellement il est alité et le médecin de son pays (confrère âgé), n'acceptant pas de soigner gratuitement et de remplir les feuilles du carnet de soins, le malade en question voudrait que je le soigne à domicile.

a) Au point de vue déontologique faut-il prévenir le confrère ?

b) Puis-je compter sur ma note d'honoraires pour les mutilés, *le déplacement kilométrique* ?

Dr H.

Réponse

Vous ne pouvez compter votre déplacement kilométrique que si vous êtes le médecin le plus rapproché. Si celui qui habite la commune de votre malade refuse de le soigner, il est hors de cause en l'espèce. Mais encore faut-il le prouver par une lettre de refus dudit médecin. S'il en est d'autres moins éloignés que vous du domicile du malade, c'est le déplacement du médecin le plus rapproché, parmi ceux-ci, que vous pouvez seulement réclamer. Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

2.109. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Une assurée sociale a payé ses cotisations depuis le 27 septembre 1935.

Elle doit accoucher vers le 25 avril 1936. Toutes prestations pour l'accouchement lui sont refusées par suite de défaut d'immatriculation avant la conception (environ 25 juillet).

Est-ce légal ? Dr F.

Réponse

Il résulte des principes généraux en matière d'assurances, que les Caisses d'assurances sociales ne sont tenues de verser leurs prestations que pour les risques qui n'étaient pas encore réalisés au moment de l'immatriculation de l'assuré ; elles ne peuvent par exemple prendre à leur charge les soins médicaux afférents à une maladie qui était déjà en cours au moment où l'intéressé a commencé à faire partie du régime des Assurances sociales. Elles ne peuvent de même verser les prestations maternité à une assurée qui n'a été immatriculée que postérieurement à la conception de son enfant. Le refus opposé en l'espèce à votre cliente est donc juridiquement fondé, et ne peut faire l'objet d'aucun recours.

2.332. — Affiliation des domestiques aux Assurances sociales

Je m'excuse d'avoir encore recours à vos bons offices. J'ai une petite bonne à tout faire qui a eu 16 ans le 24 janvier dernier, je crois. Je lui donne, en plus de la nourriture et du logement, etc., 150 francs par mois.

Que faut-il faire pour les Assurances sociales. Quand ? Comment ? Que dois-je verser ? Tous les combien ? Dr V.

Réponse

Votre domestique, étant assujettie obligatoirement aux Assurances sociales, doit être déclarée par vous au Service régional des Assurances sociales.

En vertu de l'art. 2, § 14 du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, les cotisations concernant les domestiques et gens de maison sont calculées, non pas comme pour les autres assurés sur le salaire réel composé de la rémunération en espèces et de la valeur des avantages en nature, mais sur un salaire annuel forfaitaire fixé par arrêté ministériel. Cet arrêté est intervenu le 27 janvier 1936 ; il a fixé à 3.600 francs par an le salaire de base pour les domestiques femmes dans les communes de moins de 80.000 habitants. La double cotisation patronale et ouvrière, égale à 7 % de ce salaire, se monte donc mensuellement à 21 francs, et annuellement à 252 francs.

2.724. — Assujettissement des métayers aux Assurances sociales

Un propriétaire est-il tenu à faire inscrire son métayer aux Assurances sociales ?

Si le métayer possède un cheptel mort ou vif, n'est-ce pas là une raison suffisante pour permettre au patron de ne pas verser sa part ?

Si le métayer refuse de s'assurer, la responsabilité du patron ne peut-elle pas être dégagée en faisant signer au métayer une déclaration indiquant son refus ?

Si le métayer n'a pas été mis à l'assurance par son ancien maître, le nouvau patron est-il obligé de le faire ?

Dr P.

Réponse

En vertu de l'art. 1er, paragr. 3 du décret du 30 octobre 1935 sur le régime des Assurances sociales dans l'agriculture, ne sont assurés obligatoires que « les métayers travaillant ordinairement seuls ou avec l'aide de membres de leur famille: conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux, et qui ne possèdent pas à leur entrée dans l'exploitation une part de cheptel d'une valeur supérieure à 1.000 francs ».

Si le métayer remplit en l'espèce les conditions nécessaires pour être assuré obligatoire, le propriétaire doit le faire inscrire aux Assurances sociales quand bien même l'ancien patron ne l'aurait pas fait et quand bien même l'intéressé s'y refuserait, la loi ayant imposé cette obligation à l'employeur indépendamment de tout consentement de la part de l'assuré.

Cinquante-huitième année — N° 16 — 19 Avril 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

AVIS

Tout médecin sollicité de s'installer à Chéroy (Yonne), est invité, dans son intérêt, à se renseigner auprès du Dr Bascou, à Chéroy, et du Dr Potiron, à Sens (Yonne), président du syndicat de l'arrondissement.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

No 105. — Jne méd. anc. ext. hop. province, libéré service milit., au courant méd. génér. et phtysiol., ferait remplacem. Possède auto.

No 106. — Dr exerç. 3 fois par semaine à Paris, posséd. plus. titres médico-scientif., excell. référ., cherche occupat. le reste du temps, Paris ou banlieue proche.

No 107. — Laborat. demande représentant pour visites médicales région Nord. Spécialité déjà connue de prescript. facile.

No 108. — Ain. Proxim. Lyon, à vend. poste méd. recettes import. touchées en 1935. Villa 10 p. confort., jardin, chauf. central, loyer 6.300. Prix 50.000, y compris installat. radiolog. Comptant à débattre.

No 109. — 10 km Paris. Importante clientèle, appartem. tout confort, 8.000, bail 8 ans. Etranger et israélite s'abstenir.

No 110. — Vittel. Cause santé, client. de 25 ans à céder après mise au courant, collaborat. et présentat. pendant la saison 1936 seulement. Ecr. Dr Adda, 98, rue Michelet, à Alger.

No 111. — Sage-femme recomm. par doct., ferait garde ou remplacement du 15 avril au 25 mai, toutes régions.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Vittel. — Cause santé, clientèle de 25 ans, à céder après mise au courant, collaboration et présentation pendant la saison de 1936.

Centre. — Proximité villes, pro-pharmacien, fixe transmissible, belle maison avec jardin. A céder 20.000 francs avec pharmacie et install.

Ille-et-Vilaine. — 1/4 d'heure grande ville. Poste de médecin seul plusieurs fixes et chemin de fer. Belle maison confortable. A céder 15.000 francs vu l'urgence.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Nouvelles chaires.* — Il est créé une chaire de *pathologie médicale* et une chaire de *cardiologie clinique* à la Faculté de médecine de Paris, à compter du 1er octobre 1936.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme s'est tenue le lundi 30 mars 1936.

Une réunion clinique a eu lieu le matin, à la Salpêtrière, dans le service de M. O. Crouzon, avec l'assistance de M. Gaucher.

Au cours d'une assemblée extraordinaire, la Ligue a adopté à l'unanimité les nouveaux statuts, en vue de la reconnaissance d'utilité publique.

Le siège social a été transféré en l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Au cours de l'Assemblée ordinaire, le Professeur F. Bezançon, président sortant, a passé les pouvoirs au nouveau président, le Professeur Laignel-Lavastine.

Le Docteur Thiroloix a prononcé l'éloge du Professeur Etienne, vice-président, récemment décédé.

La Ligue organisera pendant l'année à venir :

1o Un voyage d'étude à Berck-Plage, le dimanche 7 juin 1936 ;

2o Une « Journée du rhumatisme » à Paris, le 1er octobre 1936. Sujet : Traumatismes et rhumatismes.

3o Une réunion scientifique à Alger, conjointement avec le Congrès des Sociétés de sciences médicales de l'Afrique du Nord, pendant les vacances de Pâques 1937.

L'Assemblée générale a été suivie d'une réunion scientifique sur le traitement métathésique des rhumatismes chroniques (M. Wolf, de Strasbourg) et sur sciatiques et rhumatismes (MM. Haguenau, Paraf, et M. P. Weil).

Pour tous renseignements, concernant la Ligue, les réunions ou le Congrès, s'adresser au secrétariat de la Ligue : 2, rue Guynemer, Paris.

— **Médaille du Docteur G. Milian.** — Les amis, les collègues et les élèves du Docteur G. Milian ont formé le projet de lui offrir une médaille avant son départ de l'hôpital Saint-Louis qui aura lieu à la fin de cette année.

Les souscriptions peuvent être adressées dès maintenant à M. Georges Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe). Compte chèques postaux, Paris 202 (Médaille du Docteur G. Milian).

Toute souscription d'une somme minimum de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

— **Parti social de la Santé publique.** — *Le surmenage scolaire.* — Nous avons annoncé la conférence faite le 1er avril, au Musée social, sous la présidence de M. Paul Jourdain, ancien ministre, président du Parti social de la Santé publique, par M. Gabriel Marcel, agrégé de l'Université. Le conférencier avait exposé la question du surmenage intellectuel des enfants, dans les établissements d'enseignement secondaire en particulier.

A la suite de cette conférence, une Commission d'étude, composée principalement de médecins et d'éducateurs, s'est constituée pour examiner les réformes qui s'imposent à ce sujet et tenter d'établir un projet de charte scolaire de l'enfance. Les personnalités compétentes, désireuses de participer aux travaux de cette Commission, pourront s'adresser au secrétariat du Parti social de la Santé publique, 2, rue Chauchat, Paris (IXe).

— **XVIe banquet du Syndicat des médecins de la Seine.** — Le seizième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu samedi 16 mai 1936, à 19 h. 30, dans les salons de l'hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le Docteur Hartenberg, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine et de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

Un bal suivra le banquet dès 22 h. 30.

Les parents et amis des membres du Syndicat des médecins de la Seine y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce.)

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — *Internat et externat.* — Le concours annuel de l'internat des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 20 octobre 1936.

Le nombre des places à pourvoir est de onze.

Le concours annuel de l'externat des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 19 octobre 1936. Le nombre des places à pourvoir est de soixante.

Pour tous renseignements s'adresser à l'Administration des hospices.

— **Hôpital de Bayonne.** — M. André LAFFAILLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien adjoint de l'hôpital de Bayonne.

— **Groupement philatélique médical.** — *Le Toubib,* désireux d'être agréable au Corps médical, vient de réaliser au sein de son Office de solidarité confraternelle, une *section philatélique* qui groupera les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les vétérinaires et les sages-femmes, ainsi que leurs familles et les représentants de toutes les professions para-médicales, et qui est en mesure de procurer, dès maintenant, des avantages multiples et nouveaux,

remboursant bien au delà la cotisation, fixée à 15 francs par an pour les adultes, 10 francs pour les enfants.

Demander tous renseignements au *Toubib* (section philatélique), 5, rue du Louvre, Paris (Ier), avec timbre pour réponse.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Ernest Verny avec Mademoiselle Noëlle Gence.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 15 avril 1936 en l'église Saint-François-de-Sales.

Nos meilleurs souhaits de bonheur.

— Nous sommes heureux de faire part du prochain mariage du Docteur Pierre Delbès, de Périgueux, fils de notre ancien et fidèle correspondant, M. le Docteur Oscar Delbès et de Madame O. Delbès, avec Mademoiselle Lucienne Perromat, fille de M. le Docteur Perromat et de Madame P. Perromat.

Le *Concours Médical* adresse ses confraternelles félicitations aux parents et ses souhaits les plus sincères de bonheur aux futurs époux.

J. N.

— **Æsculape.** — *Sommaire de mars* 1936. — L'Ordre de la Jarretière, litho de Tassaert (1 illustration) — Podurges ou Podurgiens ? Artistes manchots, par le Docteur Tricot-Royer, d'Anvers, président-fondateur de la Société d'histoire de la médecine (3 ill.). — Le pied dans l'art, par le Docteur Henry Meige, professeur d'anatomie, et M. Paul Bellugue, assistant d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts de Paris (16 ill.). — « L'Entorse ». Lithographie de Devéria (1 ill.). — Le pied de la Chinoise, par Marcel Durand, ancien externe des hôpitaux de Paris (1 ill.). — Rosalie Fournier, Monstre Peromèle (1 ill.). — La valeur séméiologique du fétichisme du pied, par le Docteur Jean Vinchon, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté (5 ill.). — Le satyre aux pieds de bouc (1 ill.). — Le cor au pied (1 ill.). — L'extension des orteils chez l'enfant. (Primitifs-Renaissance), par le Docteur Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine de Paris (7 ill.). — Un cas d'amour morbide (1 ill.). — La jambe et le pied féminins, chez les dessinateurs et lithographes romantiques, par le Docteur Baillet, (de Pougues), ancien interne des hôpitaux de Paris (8 ill.). — Le cor au pied, gravure de Gillray (1 ill.). — Supplément (21 ill.).

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er AVRIL

Par décret du 23 mars 1936, il est créé une chaire de pathologie médicale et une chaire de cardiologie clinique à la Faculté de Paris,

En conséquence, le nombre des emplois de professeurs des Facultés de l'Université de Paris rétribués sur le budget de l'Etat est porté de 155 à 157.

2 AVRIL

Service de santé militaire

Par décision du 31 mars 1936 et, par application des articles 23 et 45 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre, les officiers de réserve du Service de santé rayés des cadres, ci-après désignés, sont placés dans la position d'officier honoraire à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de méd. comm. : Bouvet, Achard.
Avec le grade de méd. capit. : Poitau.

Enseignement de la médecine

Par arrêté du 2 avril 1936, deux concours, l'un pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, l'autre pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'ouvriront le lundi 19 octobre 1936, devant la Faculté de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

4 AVRIL

Hygiène publique

Loi du 3 *avril* 1936 *modifiant le paragraphe IV de l'article* 25 *de la loi du* 15 *février* 1902 *sur la protection de la Santé publique, modifié par les lois des* 29 *janvier* 1906, 25 *novembre* 1908 *et* 19 *décembre* 1921, *relatif à la composition du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.*

Article unique. — Le paragraphe IV de l'article 25 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la Santé publique, modifié par les lois des 29 janvier 1906, 25 novembre 1908 et 19 décembre 1921, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France comprend des membres de droit qui sont :

« Le président de la Commission de l'hygiène du Sénat.

« Le président de la Commission de l'hygiène de la Chambre des députés.

« Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique.

« Le directeur de l'Administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur.

« Les conseillers sanitaires techniques du ministère de la Santé publique.

« Deux inspecteurs généraux des Services administratifs au ministère de l'Intérieur désignés par le ministre.

« Un représentant du ministère des Affaires étrangères.

« Un représentant du ministère du Commerce et de l'Industrie.

« Un représentant du ministère des Finances.

« Un représentant du ministère de l'Education nationale.

« Un représentant du ministère des Travaux publics.

« Le directeur du travail au ministère du Travail.

« Le directeur de l'hydraulique et des améliorations agricoles au ministère de l'Agriculture.

« Le chef de Service de la répression des fraudes au ministère de l'Agriculture.

« Le président du Comité technique de santé de l'armée.

« Le directeur du Service de santé de l'armée.

« Le président du Conseil supérieur de santé de la marine.

« Le président du Conseil supérieur de santé au ministère des Colonies.

« Le directeur de la carte géologique de France.

« Le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

« Le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

« L'inspecteur général des Ecoles vétérinaires.

« Les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier, Strasbourg, Marseille et des Ecoles de médecine de plein exercice d'Alger, Nantes, Rennes, Clermont-Ferrand, Tours.

« Les professeurs d'hygiène et d'épidémiologie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

« Le président de la Chambre de commerce de Paris.

« Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris.

« Le vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris.

« Les vice-présidents du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

« L'inspecteur général des Services d'hygiène de la Ville de Paris.

« L'ingénieur en chef du Service technique des eaux et de l'assainissement de la Ville de Paris.

« L'inspecteur général des Services techniques d'hygiène de la Préfecture de police.

« *Les présidents honoraires du Conseil supérieur* d'hygiène publique de France.

« Les conseillers sanitaires techniques honoraires du ministère de la Santé publique et de l'Education physique ».

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Valeur probante du livre-journal

14.712. — M. Emile CANDA demande à M. le ministre des Finances : 1° si un vétérinaire est dans l'obligation de tenir un livre-journal recettes, conformément à la loi de finances 1933 ; 2° dans l'affirmative, si une Commission de taxation, après avoir accepté le chiffre déclaré des dépenses, peut refuser, sans examen, les chiffres recettes du livre-journal régulièrement tenu ; 3° dans l'affirmative, quel est le rôle du livre-journal et dans quel but les professions libérales sont dans l'obligation d'avoir cette comptabilité. (*Question du* 26 *décembre* 1935.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative (code général des impôts directs, art. 92) ; 2° et 3° le livre-journal est un document comptable dont le Contrôleur et la Commission de taxation doivent retenir les indications, à moins que des présomptions graves, précises et concordantes ne les autorisent à en suspecter la sincérité. Mais on ne saurait attribuer à ce livre une force probante que la loi elle-même n'y a pas attachée. (*J. O.*, 13 *mars* 1936.)

Visite d'un médecin expert dans un Asile d'aliénés

15.483. — M. Paul RIVES demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un médecin expert, qui est chargé de visiter un malade dans un Asile d'aliénés (expertise pour la justice, expertise pour l'armée, expertise pour les Assurances sociales), doit informer de sa visite la direction, ou bien le médecin traitant ; 2° si le médecin traitant de l'Asile doit être avisé de la visite de l'expert par la direction ou par l'expert lui-même. (*Question du* 18 *février* 1936.)

Réponse. — Aucune disposition légale ou réglementaire n'oblige l'expert à aviser de sa visite le directeur de l'Asile ou le médecin traitant. Mais il est évident que ce dernier, qui tient de la loi le droit de s'opposer à toutes visites de personnes étrangères à l'Etablissement, dans l'intérêt même des malades, doit être informé de la visite de l'expert et peut lui demander la justification de la mission dont il est chargé. Il paraît sans intérêt pratique que l'avis de la visite soit donné au médecin traitant directement ou par l'intermédiaire du directeur. (*J. O.*, 13 *mars* 1936.)

Droit d'un médecin naturalisé de faire des remplacements

3.527. — M. Justin GODART, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique si un étudiant naturalisé, qui a fini sa scolarité, mais n'a pas passé sa thèse, pourra se voir interdire de faire des remplacements en vertu de la loi du 26 juillet 1935, du jour où il aura passé sa thèse. (*Question du* 22 *février* 1936.)

Réponse. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, qui prévoit, dans certains cas, le remplacement de médecins par des étudiants ayant terminé leur scolarité, dispense les intéressés de la production du diplôme d'Etat.

Mais il ne les dispense pas des autres conditions prévues pour l'exercice de la médecine par la loi du 26 juillet 1935.

Si donc l'étudiant en question n'a pas fait son service militaire ou s'il ne se trouve pas dans les conditions de l'article 7, 6e alinéa de ladite loi, il ne peut pas faire des remplacements comme étudiant et il devra, après avoir passé sa thèse, attendre le délai prévu par ledit article 7, paragraphe 2° ou 3° suivant le cas. (*J. O.*, 18 *mars* 1936.)

Frais d'hospitalisation d'un mineur hospitalisé par décision de justice

12.999.— M. Louis ROLLAND expose à M. le ministre de la Santé publique que la réponse n° 8.988, parue au *Journal officiel* du 4 août 1934, paraît envisager un cas différent de celui indiqué dans la question à laquelle elle correspond ; que le cas envisagé dans ladite réponse est celui où un mineur est confié directement par une décision de la justice pénale à un établissement hospitalier, alors que la question vise, au contraire, le cas où un mineur, d'abord confié directement par une décision de la justice pénale à la garde d'une institution charitable spécialisée, est ultérieurement admis au traitement dans un établissement hospitalier quelconque, admission ordinaire, de caractère purement administratif, et qui ne transfère à l'établissement hospitalier aucun attribut de puissance paternelle (droit de garde ou autre) sur la personne du mineur, et demande : 1° à qui doit incomber la charge des frais d'hospitalisation d'un mineur de cette dernière catégorie, lorsque ces frais ne peuvent être récupérés, ni au titre des Assurances sociales, ni des accidents du travail, et que, d'autre part, le mineur est indigent, ainsi que sa famille ; 2° si le ministre estime qu'il est, pendant la première période de six mois, dérogé aux règles ordinaires qui mettent ces frais à la charge de la collectivité du domicile de secours ; 3° quels sont les textes de lois et de règlements qui autorisent ces dérogations. (*Question du* 15 *mai* 1935.)

Réponse. — Si, lorsque le mineur a été hospitalisé, la condamnation dont il a été l'objet n'avait plus d'effet, et si ce mineur est indigent, les frais d'hospitalisation doivent être supportés par les collectivités publiques (Etat, département, communes) dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite ; 2° et 3° il n'est nullement dérogé pendant six mois aux règles relatives au domicile de secours, en ce qui concerne l'imputation de la dépense. (*J. O.*, 15 février 1936.)

• • •

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

11.716 Baize, 26, rue Daubigny, Paris (17e). S. M. S.
11.717 Blanche, 5, rue Théodore-Ribot, Paris (17e). Syndicat des médecins radiologistes.
11.718 Blau, Feuquières (Oise). Parrains : Docteurs A.-A. et P. Dassonville.
11.719 Blondin, 3, rue Cernuschi, Paris (17e). Syndicat des chirurgiens des hôpitaux.
11.720 Bocage, 15, rue d'Edimbourg, Paris (8e). Parrains : Docteurs Weissenbach et Martineau.
11.721 Bons, Montluçon (Allier). Association des internes des hôpitaux de Paris.
11.722 Bourgeois, Nanterre (Seine). Syndicat M. S.
11.723 Carbonnier, 35, boulevard des Batignolles, Paris (8e). Parrains : Docteurs Claoué et Mougin.
11.724 Mme Carlu, 17, avenue Carnot, Paris (17e). Parrains : Docteurs Weissenbach et Martineau.
11.725 Corcelle, 108 *bis*, rue de Belfort, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Beaumont et Bosredon.
11.726 Dassonville, Suce (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs de Sallier-Dupin et Gaschignard.
11.727 Delattre, Hazebrouck (Nord). Syndicat d'Hazebrouck.
11.728 Depardieu, Ivry-le-Temple (Oise). Parrains : Docteurs Depardieu et Chuche.
11.729 Druais, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). Syndicat de l'arrondissement de Saint-Brieuc.
11.730 Dubois, Haubourdin (Nord). Confédération des Syndicats.
11.731 Favret, Mourmelon-le-Grand (Marne). Parrains : Docteurs Franquet et R. Lévy.
11.732 Gruvel, Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins d'Aix.
11.733 Guilloux, Anet (Eure-et-Loir). Syndicat médical de Dreux.
11.734 Havret, Nogent-sur-Marne (Seine). Parrains : Docteurs Thévenard et Sassier.
11.735 Jalkh, Champigny-sur-Marne (Seine). Syndicat des médecins de la Seine.
11.736 Lebenthal, 7, rue Bridaine, Paris (17e). Parrains : Docteurs Giorgi et Lebel.
11.737 Lévy-Franckel, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris (9e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.738 Mandonnet, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Durif et Dechambre.
11.739 Marquand, Maisons-Alfort (Seine). S. M. S.
11.740 Mass, Maisons-Alfort (Seine). Syndicat de la Seine (Sud-Est).
11.741 Meirovici, 53, boulevard Saint-Martin, Paris (3e). Parrains : Docteurs Czaczkes et Salgo.
11.742 Monlaü, Tourny (Eure). Syndicat médical des Andelys.
11.743 Phamba, Romilly-sur-Seine (Aube). Parrains : Docteurs Subert et Chazalnoël.
11.744 Popa, 148, faubourg Poissonnière, Paris (10e). S. M. S.

Voir la suite page LV-1217

PROPOS DU JOUR

L'ÉDUCATION PSYCHOLOGIQUE DE LA JEUNESSE

« Le Self Control »

De plus en plus le médecin s'intéresse à l'éducation de l'enfant et recherche sous quelles formes il peut collaborer utilement à l'œuvre de l'éducateur. Nous trouvons sur ce sujet les très intéressantes mises au point du *Groupe lyonnais d'Etudes Médicales philosophiques et biologiques* que dirige avec talent notre distingué confrère, R. Biot, et auquel collabore le Prof. Mouriquand. Le Groupe lyonnais a publié deux volumes dont le titre seul indique le but : *Médecine et Education* (1). D'autre part, L'*Ecole des Parents*, fondée et organisée par Mme Vérine, fille et femme de confrères, s'efforce de faire connaître aux parents les bases médicales de l'éducation familiale et la psychologie de l'enfant dans la famille qui est bien différente de celle de l'enfant à l'Ecole. Cette utile et originale institution a publié récemment en un volume les travaux de son dernier Congrès sous le titre : *Education et Contre-éducation. Les influences extérieures et la famille* (2). C'est en poursuivant le même but et avec une méthode analogue que notre ami et collaborateur, le Docteur Henri Mignon, a écrit un récent ouvrage : *Education psychologique de la jeunesse. Règles pratiques.* (3) H. Mignon a longtemps médité sur ce sujet et son nouveau livre est une réédition d'un autre ouvrage sur l'*Education psychologique de l'Enfance*, qu'il a enrichi de toutes les acquisitions de ses observations de psychiâtre averti et de ses méditations de psychologue. Il prend l'enfant à son origine, décrit les premières manifestations de sa conscience, nous fait assister à la libération de son activité individuelle, arrive à la seconde enfance, où l'enfant développe ce qu'il a acquis et marche à la conquête de sa raison. C'est à cette époque que les parents ou les éducateurs doivent songer à la culture élémentaire, comprenant la culture psychologique. Le Docteur Henri Mignon, tout en se tenant sur le terrain de la psychologie pure, croit qu'on ne saurait négliger les forces morales et spirituelles, car il est convaincu qu'un homme sans culture spirituelle restera toujours un esprit incomplet. Il aborde ensuite l'étude de l'Ecolier. Il ne doit pas y avoir de conflit, de contradiction au sujet de l'enseignement élémentaire entre les parents et l'instituteur. L'école doit être neutre au point de vue politique et religieux. Le Docteur Mignon conseille de stimuler l'émulation des écoliers et il étudie quelle doit être la vie de l'écolier à la maison.

Nous arrivons à l'âge ingrat, à la puberté, à l'adolescence où le rôle des parents devient plus important et plus délicat. C'est l'âge où il convient de développer l'éducation physique, de recourir au scoutisme tout en en évitant les excès. Il faudra veiller aux lectures et au cinéma qui sont de merveilleux moyens d'éducation, si on a le soin de se garer de l'immoralisme qu'un abject mercantilisme répand dans tant de livres et sur tant de films.

Nous voici à l'adolescence, il est temps de songer à la préparation d'une carrière. Il faut orienter l'adolescent vers une profession en rapport avec ses aptitudes personnelles, physiques et psychiques, avec son milieu social pour éviter d'en faire un déclassé. Il ne faut pas sans un motif majeur contrecarrer les goûts de l'enfant.

Au fur et à mesure que l'adolescent grandit, l'autorité des parents doit devenir plus amicale, plus mesurée. L'indépendance n'exclut pas toute discipline.Il importe que les parents ne laissent jamais apparaître de dissentiments entre eux en ce qui concerne les enfants.

M. H. Mignon aborde le problème difficile à résoudre de l'éducation sexuelle. Il faut éviter de faire devant les enfants un mystère des choses de la génération et on doit en parler devant eux le plus naturellement possible. La mère devra être l'initiatrice de la jeune fille et le père devra montrer à ses fils les dangers et les conséquences funestes des maladies vénériennes. Le Docteur H. Mignon est un partisan résolu, tant pour le jeune homme que pour la jeune fille, de la chas-

(1) Librairie Lavandier, 51, rue Victor Hugo, Lyon.
(2) Eidtions Spes, Paris.
(3) Paul Lethielleux, libr. édit. 10, rue Cassette, Paris, VIe.

teté absolue, de la pureté jusqu'au mariage. Peut-être l'auteur, donne-t-il, ici à notre avis une part trop exclusive au but de la reproduction ; le sentiment nous paraît cependant jouer son rôle social au point de vue psychologique dans le mariage.

***

Dans une dernière partie de son ouvrage, M. H. Mignon aborde l'examen de la faculté de *Self control*, qui paraît bien la conclusion des chapitres précédents et s'applique à l'adulte comme à l'enfant.

Le domaine de l'inconscient est très vaste et il est de toute nécessité d'apprendre à soumettre à la clarté de la raison et au jugement de la conscience toutes nos opérations psychiques. Il faut que ce contrôle, ce *self-control*, s'exerce sur nos sensations, nos affections, nos pensées et nos actions non seulement dans le plan psychologique mais aussi dans le champ moral.

Age quod agis ! disait le proverbe latin que H. Mignon traduit : *Sois à ce que tu fais* !

Pour que ce contrôle s'effectue régulièrement, on doit en enseigner l'usage dès l'enfance.

Chez l'enfant, dès l'âge de quatre ans, par une série de procédés ingénieux on éduque les sens, la vue, le goût, l'ouïe, l'odorat, le toucher, le sens thermique, celui de la pesanteur, le sens musculaire. Cette méthode où l'on apprend au petit enfant à se rendre compte de ses sensations, a été découverte en 1801 par Itard lorsque lui fut confiée l'éducation du Sauvage de l'Aveyron.

Ed. Seguin mit en pratique méthodiquement le principe d'Itard qui, après J. J. Rousseau et l'abbé Condillac, avait compris toute l'importance de l'éducation des sens. Mais ce fut Edouard Seguin qui créa de toutes pièces l'éducation médico-psychologique.

En 1846 il publia un ouvrage intitulé *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non-sourds, bègues, etc...*

Cet ouvrage épuisé fut réédité par Bourneville en 1906 (Félix Alcan, édit.).

Bourneville pendant trente ans appliqua et perfectionna la méthode d'E. Seguin dans son service de Bicêtre et à l'Institut médico-pédagogique de Vitry.

Ce fut à Bicêtre que Mme Montessori vint s'initier et, par un étrange abus, trop fréquent dans notre pays, les pédagogues furent chercher en Italie, une méthode bien française, née en France, perfectionnée en France, comme en fait foi la *Bibliothèque d'éducation spéciale* et la longue série des volumes des *Comptes-rendus de Bicêtre*, publiés tous les ans par notre maître Bourneville, où les procédés d'éducation des sens tiennent une large place.

A un âge plus avancé intervient la méthode de Wittoz qui oblige le grand enfant à s'efforcer de créer une synthèse mentale en harmonie avec le réel.

Elle habitue peu à peu à rendre pleinement conscients les actes complexes afin de ne laisser à l'automatisme, à l'inconscient qu'une part strictement réduite à l'indispensable.

Ce self-control d'abord sensitivo-sensoriel élémentaire doit s'étendre progressivement aux mouvements les plus complexes, à tous les actes, aux synthèses d'actes, aux pensées, aux opérations mentales, aux mobiles, à toutes les volitions et à leurs associations.

Le self-control est l'application du principe du sens du réel, défini dans *Jeunesse* par le Pasteur Waginer : « Le sens du réel, a-t-il écrit, consiste à bien voir ce qu'on voit ; à bien sentir ce que l'on sent, à bien comprendre ce que l'on comprend, en y prenant part, en croyant que c'est arrivé. »

Le contrôle exclusif d'une perception doit être rapide pour être efficace (quelques secondes seulement) sans quoi se manifeste la distraction de l'attention qui annihile le self-control.

Les jeux, les sports, les arts sont des écoles merveilleuses de self-control.

Grâce à lui s'acquiert la maîtrise de soi, se forment les caractères, se comprend le sens de la vie. On apprend à se connaître, à se juger. C'est le flambeau de la conscience.

Il nous met en garde contre l'impulsivité comme contre les hésitations.

Ce contrôle de nos perceptions, de nos actes, de nos pensées que nous exerçons sur nous mêmes, nous permet aussi de contrôler ce qui nous entoure, il développe l'esprit de finesse, d'observation, d'intuition, de pénétration qui fait les hommes supérieurs et les véritables chefs.

Aussi faut-il s'efforcer de développer le self-control dès l'enfance.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU

Les ruptures du globe oculaire (1)

Par le Professeur Félix TERRIEN

Les ruptures du globe oculaire sont fréquentes et nous avons souvent l'occasion d'en observer. Spontanées ou traumatiques elles sont en général favorisées par un état spécial de l'œil et elles se produisent dans deux conditions bien différentes : l'œil a une tension normale ou bien il est hypertendu.

A) **L'œil a une tension normale ou même est hypotone.**

On comprend plus difficilement ici le mécanisme de la rupture.

ULCÈRES CORNÉENS. — Dans les cas où la tension du globe oculaire est normale, l'altération de la cornée favorise la rupture et on peut trop fréquemment voir ces ruptures chez les sujets atteints de conjonctivite purulente. Aussi ne saurait-on agir avec trop de douceur chez semblables sujets lorsqu'on écarte les paupières car des pressions même modérées pourront quelquefois, du fait de la résistance opposée par le malade et de la contracture des paupières, provoquer la rupture d'un ulcère cornéen en évolution.

Car si l'ulcération de la cornée vient compliquer cette variété de conjonctivite, l'ulcération progresse en largeur et en profondeur et aboutit à la perforation. Le plus ordinairement, après la perforation, l'infiltration purulente de la cornée s'arrête et on peut voir se développer un leucome adhérent, l'iris se trouvant enclavé dans la cicatrice cornéenne. La pupille est déformée, piriforme et peut même disparaître.

La perforation peut même entraîner la suppuration du globe oculaire en entier, mais cette panophtalmie est rare car, habituellement, nous venons de le dire, la suppuration se tarit après la perforation et on voit la cicatrisation se faire. Le diagnostic d'une perforation ancienne est ainsi très facile : lors de leucome adhérent la chambre antérieure est diminuée ou inexistante et l'iris au niveau du leucome est en contact avec la cornée.

Le pronostic en est sévère, car la déformation de la pupille et la disparition de l'angle irien favorisent le développement de l'hypertension. Il suffit pour comprendre ce fait de se rappeler le mécanisme de la circulation lymphatique du globe.

La sécrétion, ou mieux l'excrétion de l'humeur aqueuse, se fait au niveau de la région ciliaire et de là les voies de filtration se déversent en avant, en arrière et en dehors. Les plus importantes sont en avant : l'humeur se déverse dans le canal de Schlemm, puis dans les veines ciliaires antérieures, dans les veines de l'iris et dans les veines du corps ciliaire. La tension intra-oculaire varie avec le volume de l'humeur aqueuse, du corps vitré et des vaisseaux de la paroi du globe. C'est l'humeur aqueuse qui assure le réglage de l'hydrostatique de l'œil et son écoulement normal est considérablement entravé en présence de modifications du canal de Schlemm (rétréci ou absent dans le glaucome infantile), ou si la soudure irido-cornéenne est la conséquence d'une plaie pénétrante avec enclavement de l'iris, en un mot lors de leucome adhérent.

Dans le glaucome secondaire cette soudure irido-cornéenne est souvent la cause de l'hypertonie.

Si la perforation d'un ulcère infectieux de la cornée est faite spontanément ou à la suite d'un effort, on peut voir apparaître une hernie de la membrane de Descemet.

Lors de processus très virulent on peut voir se développer une panophtalmie, mais elle est rare à la suite d'un ulcère car le plus souvent on voit après la perforation l'infection s'arrêter. Aussi a-t-on proposé de pratiquer la perforation dans un but thérapeutique, c'est l'opération de Saemisch : kératotomie transversale à l'aide d'un couteau. Le tranchant de l'instrument tenu en avant, perpendiculaire-

(1) Leçon du 30 novembre 1935.

ment à la face antérieure de la cornée, pénètre en plein tissu sain, en dehors de l'ulcère, puis dans la chambre antérieure et on fait ressortir le couteau à l'opposé du point de ponction, également en tissu sain.

Kératocône. — A côté des kératites ulcéreuses, celles-ci très fréquentes, il est une autre affection, que vous aurez assez rarement l'occasion de voir, c'est le kératocône : la courbe de la cornée se transforme et de sphérique devient cônique.

Le kératocône se voit surtout chez les femmes ; il est plus rare chez les hommes. C'est une affection presque toujours bilatérale dont le début est insidieux. Chez notre malade l'affection aurait débuté il y a six ans, au moment par conséquent de la puberté et elle s'est développée pendant tout ce temps très progressivement ; la malade a actuellement 30 ans. Le kératocône s'était manifesté par une baisse assez rapide de la vision de l'œil gauche, depuis un an environ l'œil droit est également atteint. C'est la raison pour laquelle la malade est venue nous consulter, les deux yeux étant intéressés et par là même la vision profondément troublée.

Notre malade est asthénique, elle présente depuis quelque temps des troubles du caractère, et notre collègue, le Docteur Sainton, a constaté chez elle des phénomènes d'hypo-ovarie et d'hypothyroïdie. Presque toujours chez les sujets atteints de kératocône on observe des troubles de la nutrition et souvent aussi des troubles endocriniens qui sont peut-être une des principales causes de cette dystrophie cornéenne.

On s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'une prédisposition congénitale de la cornée ? Mais on n'a jamais observé le kératocône avant l'âge de 10 ou 12 ans et on le voit apparaître le plus souvent au moment de la puberté, ce qui montre l'importance des altérations endocriniennes sur son développement.

Le diagnostic en est assez facile tout au moins lorsque l'affection est déjà quelque peu développée. A l'inspection, surtout si on examine le sujet de profil, vous voyez nettement la déformation de la cornée, qui n'a plus sa courbure normale ; elle est devenue cônique. De plus la vision est toujours très diminuée et notre malade nous dit avoir des troubles visuels très marqués. A l'examen on note un astigmatisme considérable ; l'œil n'a plus la même réfraction dans tous les méridiens, ce qui donne sur la rétine une image des objets plus ou moins confuse. L'astigmatisme dans ces cas est toujours très marqué, certains même ont proposé de désigner l'affection sous le terme d'« astigmatisme exorbitant » et il est toujours très irrégulier : la réfringence varie dans l'ensemble des méridiens.

Examinant notre malade au moyen de l'ophtalmomètre de Javal, nous constatons chez elle en dehors du centre un astigmatisme irrégulier très considérable. La valeur de cet astigmatisme peut aller à 12, 13 et même 18 dioptries. On peut encore examiner les yeux de ce type de malades à l'aide du disque de Placido. Les cercles concentriques noirs et blancs, qui y sont figurés réfléchis sur la cornée, deviennent d'autant plus elliptiques et irréguliers que le kératocône est plus prononcé.

Ces malades doivent être avant tout soumis à un traitement général à la fois endocrinien et reconstituant ; mais le traitement local ne doit pas être négligé.

On prescrit d'ordinaire des instillations régulières de nitrate de pilocarpine, en pensant à la possibilité d'une hypertension bien qu'on ne constate jamais d'hypertension et si celle-ci était à l'origine du kératocône, on ne comprendrait guère qu'elle puisse entraîner seulement l'ectasie de la partie centrale de la cornée. Sans doute, il est vrai, existe-t-il une diminution de la résistance de la paroi, peut-être congénitale, et on pourrait admettre que cette diminution de résistance ne puisse s'opposer à une tension même normale ; d'où l'utilité des myotiques, vraisemblablement théorique, mais ils ne peuvent nuire.

On a préconisé aussi, dans le but de prévenir l'extension du kératocône, la compression ouatée pendant la nuit et Panas a obtenu, par ce traitement, des améliorations.

Mais le plus souvent l'affection continue son évolution et la vision baisse de plus en plus ; chez notre malade elle n'est plus que de 1/10 pour l'œil droit et de 1/50 pour le gauche.

Que faire pour l'améliorer ? Déjà la fente sténopéique, associée au port de verres cylindriques correcteurs de l'astigmatisme, l'améliorent sensiblement et peuvent suffire dans les faibles degrés. Il en est de même des verres de contact. Mais ici il faut faire davantage et perforer le sommet du cône, opération excellente mais qui, bien entendu, convient seulement si l'affection est très avancée et la vision considérablement diminuée.

La pupille aura été dilatée au préalable par l'atropine.

Puis, après instillations répétées de la solution de cocaïne à 4 p. 100 et mise en place du blépharostat, on perfore à l'aide du galvanocautère le sommet du cône, généralement très aminci. Cet amaincissement peut être tel que le kératocône peut se rompre spontanément à l'occasion d'un traumatisme ou d'un effort.

Lorsque vous perforez le cône à l'aide du galvanocautère il importe de procéder très doucement, en détruisant d'abord les couches superficielles sur une longueur de deux millimètres environ, par petites touches ; puis vous perforez

la cornée dans toute son épaisseur et vous entrez dans la chambre antérieure ; l'humeur aqueuse s'échappe en jet et la chambre se vide, tandis que le cristallin avec l'iris viennent s'accoler à la face postérieure de la cornée. Instillation d'un collyre à l'atropine au centième et pansement occlusif.

A la suite de cette intervention peu à peu la saillie conique, du fait de la rétraction cicatricielle, fait place à une cicatrice plate, opaque, et l'acuité visuelle s'améliore en dépit de la petite opacité centrale ; la vision d'ailleurs peut être encore améliorée par une iridectomie optique, en déplaçant la pupille en dedans.

Cette perforation du cône, je vous l'ai dit tout à l'heure, peut être spontanée. Dans ces cas on peut voir se développer une ectasie de la cicatrice cornéenne, constituant un véritable staphylome, ce qui veut dire grain de raisin en grec.

En 1906, j'ai publié dans les *Archives d'Ophtalmologie* l'observation d'une malade atteinte de kératocône avancé avec amincissement considérable de l'ectasie qui brusquement, un matin, présentait un staphylome considérable comme un véritable grain de raisin, bien transparent qui aurait été accolé au sommet de la cornée. Il s'agissait ici d'une véritable hernie de la membrane de Descemet à la suite de la destruction des couches du stroma cornéen, c'était une véritable descemetocèle.

Je n'ai pas osé pratiquer sa perforation et me suis contenté de la suture temporaire des paupières. Au bout d'un certain temps la hernie avait disparu et le cône avait diminué, la perforation spontanée ayant amené ici un résultat assez comparable à celui obtenu par la perforation ignée, ce qui témoigne du bien-fondé de cette intervention.

Ectasie marginale de la cornée. — A côté des kératites ulcéreuses et du kératocône, il convient d'insister sur l'ectasie marginale de la cornée que j'ai décrite il y a trente ans environ. C'est une affection très curieuse, assez rare d'ailleurs et dont on a publié depuis une centaine d'observations. Toujours bilatérale, elle est caractérisée par une ectasie circonscrite siégeant au bord supérieur de la cornée qui à son niveau demeure transparente. On ne connaît pas la nature de cette affection : s'agit-il d'une dystrophie ? Nous l'avons observée chez des sujets jeunes, il s'agit d'une sorte de distension limitée de la cornée, due probablement à la faiblesse de cette membrane. Dans certains cas la cornée est considérablement amincie au niveau de cette ectasie périphérique.

C'est en 1902 que j'observai le premier cas d'ectasie cornéenne périphérique. C'était un employé d'imprimerie. Les deux yeux étaient atteints et montraient un astigmatisme inverse considérable qui atteignait 12 dioptries.

L'astigmatisme, vous le savez, est dit direct lorsque le méridien vertical est plus réfringent que l'horizontal et inverse lorsque le méridien horizontal est plus réfringent que le vertical. L'acuité visuelle était très diminuée, moins d'un dixième du fait de cet astigmatisme. Je cherchai donc à réduire l'ectasie au moyen de cautérisations ignées très prudentes de cette zone ectasique. La rétraction cicatricielle entraîna la disparition de l'ectasie et une diminution considérable de l'astigmatisme, si bien que le malade put reprendre son travail de compositeur d'imprimerie.

Tout à l'heure je vous présenterai un malade atteint d'ectasie marginale des deux cornées ; l'affection je vous l'ai dit m'a toujours paru bilatérale. C'est un homme âgé de 42 ans, il est tuberculeux. Le début de la maladie remonte à 1922. Le mois dernier il s'est heurté légèrement l'œil gauche et à la suite de ce traumatisme il a ressenti une douleur violente : son ectasie s'est ouverte, puis les lèvres de la plaie se sont rapprochées et, du fait de la rétraction cicatricielle, l'ectasie a disparu.

Voici donc encore un nouveau type de rupture du globe oculaire consécutif ici à une ectasie marginale antérieure de la cornée. Nous arrivons maintenant à l'étude des ruptures survenant de façon spontanée ou à la suite d'un traumatisme chez les sujets dont les yeux sont hypertones.

B) **Yeux hypertones. Glaucomes.** — Glaucomes infantiles. — Le glaucome à la longue peut aboutir à l'éclatement du globe oculaire, éclatement spontané, rare chez l'adulte, fréquent chez l'enfant car il faut bien distinguer le glaucome de l'adulte de celui de l'enfant. Ce sont là deux affections bien différentes et l'hypertonie oculaire ne reconnaît pas la même cause dans les deux cas.

Pourquoi l'œil de l'adulte devient-il hypertone ? La pathogénie de l'affection demeure obscure, en dépit des recherches multiples dont elle a été l'objet.

Lors d'hypertonie brusque (glaucome aigu) on a incriminé avec beaucoup de vraisemblance dans le développement du glaucome l'intervention de troubles nerveux d'ordre sympathique et de nombreuses théories ont été proposées tendant à expliquer l'origine de l'hypertension du globe oculaire. Nous ignorons sa cause réelle et ne pouvons y insister ici. Mais quoiqu'il en soit ces deux variétés de glaucome si différentes : glaucome de l'adulte et glaucome infantile sont toutes les deux la conséquence de l'hypertension du globe oculaire.

Le glaucome de l'adulte apparaît habituelle-

ment chez des sujets d'un âge relativement avancé, rarement avant 50 ans. Au contraire le glaucome infantile est congénital ; il apparaît dès les premiers mois de la vie et se développe progressivement sur un œil en pleine formation. Aussi chez le jeune enfant la sclérotique, extensible, cède à la tension et se laisse distendre. L'œil peut acquérir un volume énorme, c'est pourquoi on parle souvent dans ces cas d'hydrophtalmie ou de buphtalmie, œil de bœuf, et cette distension, ce volume parfois énorme que peut atteindre le globe oculaire constitue le caractère essentiel du glaucome infantile. Par contre, chez l'adulte la sclérotique, fibreuse, rigide, ne se laisse pas distendre sous l'influence de l'hypertonie. Il y a donc compression entre la sclérotique rigide et la chorio-rétine comprimée, pression des nerfs ciliaires, d'où ces douleurs oculaires d'une intensité extrême, le malade ayant l'impression que l'œil est sur le point d'éclater.

Ces phénomènes de distension observés dans l'œil hydrophtalme sont assez comparables à ceux notés dans l'hydrocéphalie congénitale. Ceci nous montre une fois de plus les rapports intimes entre le globe oculaire, sorte de tentacule, véritable antenne projetée par le cerveau à la périphérie et chargée de recueillir les impresions du monde extérieur.

L'hydrocéphalie est le résultat de la distension des ventricules cérébraux, par le liquide céphalo-rachidien en excès, qu'il y ait hypersécrétion ou hyoexcrétion liée à l'obstruction des voies de communication entre les espaces ventriculaires et les espaces méningés, du fait de l'oblitération des trous de Magendie et de Luschka. Sous l'influence de cette hypertension intracranienne les sutures se disjoignent, les fontanelles sont très élargies et la tête peut à son tour acquérir un volume considérable, la circonférence du crâne pouvant être égale à celle du thorax.

Or, l'analogie d'origine entre le globe et le cerveau se retrouve aussi bien sur le contenu que sur les enveloppes de l'œil : gaines du nerf optique, dure-mérienne, arachnoïdienne et pie-mérienne. La première se continue avec la sclérotique, la seconde, représentée dans le globe par les procès-ciliaires, en tous points comparables aux plexus choroïdes.

De même que le liquide céphalo-rachidien est sécrété par les plexus choroïdes des ventricules latéraux, de même l'humeur aqueuse est excrétée par les procès ciliaires, comparables avec la choroïde aux plexus choroïdiens.

Cette humeur aqueuse, dont la composition est identique à celle du liquide céphalo-rachidien, est sécrétée ou excrétée en trop grande abondance et si la résorption est insuffisante, du fait de l'oblitération ou de l'absence du canal de Schlemm, cela entraîne la distension du globe avec amincissement de ses parois.

Le diagnostic, évident au stade de distension du globe, peut être difficile au début. Mais la cornée d'un œil glaucomateux infantile présente des dimensions toujours plus considérables qu'à l'état normal. Tandis que le diamètre moyen normal de la cornée chez l'homme adulte est de 11 à 12 millimètres, ce diamètre est atteint de honne heure par un œil infantile normal et le dépasse même rapidement, pouvant mesurer chez un bébé d'un an atteint de glaucome infantile 15, 16 millimètres et même plus.

Par suite de la rétention du liquide l'œil se distend de plus en plus, devient énorme. La sclérotique, considérablement amincie, finalement réduite à une mince couche, se fissure ou se rompt à l'occasion du moindre choc et bien souvent sans aucune cause visible. L'œil s'affaisse comme une vessie vide et lorsque vous palpez un tel œil, vous le sentez nettement hypotone, parfois même tout à fait flasque. Cette évolution du glaucome infantile est d'ordinaire fatale.

Que faut-il faire ? Il faut bien entendu intervenir, mais l'opération sera très différente suivant que le glaucome est déjà très évolué, l'œil très distendu et profondément désorganisé ou au contraire lorsque l'affection en est à son début.

α) Il faudra se contenter dans le premier cas d'une simple sclérotomie, réduite à la ponction et à la contre-ponction, ceci pour éviter par une ouverture trop grande de la sclérotique l'affaissement et l'atrophie consécutive d'un œil ainsi par trop distendu.

β) Au contraire si l'on peut intervenir de bonne heure, on doit faire la sclérectomie de Lagrange à l'aide du petit trépan spécial : cette opération est en somme une trépanation de la sclérotique.

La trépanation ainsi pratiquée de bonne heure, avant la distension du globe peut donner une amélioration considérable ; le tonus peut redevenir normal, et vous pouvez arrêter par là l'évolution du glaucome infantile. M. Poulard en a rapporté de belles observations à la Société d'ophtalmologie et la nature elle-même nous montre l'excellence de cette opération. C'est ainsi qu'en 1921, j'ai rapporté à la Société d'ophtalmologie l'observation d'une fillette présentant une buphtalmie d'un œil ; au contraire l'autre œil avait un volume sensiblement normale et une vision de 4/10 et on constatait une cicatrice ampullaire ancienne permettant de poser le diagnostic d'une perforation ancienne du globe oculaire. Cette cicatrice ampullaire, qui réalisait les conditions d'une sclérectomie, normalisait le tonus et avait réussi à prévenir le développement de la buphtalmie sur cet œil. Sans doute l'œil avait-il subi un traumatisme ayant entraîné sa perforation. Car la perfora-

tion spontanée est toujours tardive, conséquence de la distension et de l'amincissement considérable de la sclérotique.

Glaucomes de l'adulte. — De même la perforation spontanée du globe oculaire dans le glaucome de l'adulte fait partie de la symptomatologie normale et si vous lisez la description qu'en fait Mackenzie, dans son traité, vous verrez qu'à la cinquième période de son évolution l'œil glaucomateux se perfore. Cet auteur décrit ce cinquième stade, le stade perforation, comme une évolution normale de l'affection. De notre temps, si à présent nous ne voyons que fort rarement ce cinquième stade, c'est que, grâce à l'iridectomie de de Græfe ou à la sclérectomie de Lagrange, nous pouvons enrayer l'évolution du glaucome, qu'il s'agisse du glaucome aigu ou du glaucome chronique, tous les deux caractérisés par l'hypertonie.

Mais suivant que l'hypertonie apparaît brusquement, sur un œil indemne jusque-là, ou lentement, progressivement, laissant à l'œil le temps de s'accommoder au changement de la pression, on a le glaucome aigu ou le glaucome chronique.

L'attaque de glaucome aigu survient le plus souvent tout à coup sans cause appréciable, mais souvent aussi à la suite de surmenage, d'insomnies, d'efforts physiques exagérés et surtout après des émotions vives.

J'ai montré dans cet amphithéâtre, il y a quelques mois, toute une série de malades atteints de glaucome émotif, ce glaucome survenant le plus souvent sur des yeux prédisposés, mais à la faveur d'une émotion vive.

On note généralement chez les malades atteints de glaucome des phénomènes généraux : il y a souvent un malaise général, des nausées, ou même des vomissements, constatations montrant que le glaucome n'est pas seulement une atteinte locale, mais qu'il se trouve en relation avec des phénomènes généraux sous la dépendance d'une cause nerveuse sympathique ou parasympathique.

Dans les quelques exemples rappelés plus haut de glaucome émotif, l'une de nos malades reçoit de mauvaises nouvelles de sa fille habitant une ville voisine, elle veut prendre le train au plus vite, le manque et quelques heures plus tard elle avait une attaque de glaucome aigu. Une autre malade ressent une douleur vive au globe oculaire droit en voyant sa petite fille tomber à travers une verrière et présente quelques heures plus tard un glaucome aigu.

Parfois si l'hypertonie n'est pas très considérable, la vision est seulement diminuée ; mais elle peut être abolie dès la première attaque (glaucome foudroyant). Le plus souvent, le tonus diminue peu à peu et la vision revient en partie. Toutefois il sera toujours sage en pareil cas de ne point perdre un temps précieux et de pratiquer en présence du glaucome primitif l'iridectomie, qui diminue immédiatement le tonus de l'œil.

C'est en 1856 que de Græfe fit la première fois l'iridectomie, magnifique opération qui a permis de sauver quantité d'yeux. L'évolution du glaucome est ainsi enrayée ou tout au moins atténuée et nous ne voyons pour ainsi dire plus jamais la perforation spontanée de l'œil glaucomateux.

Au moment de l'attaque de glaucome, en attendant l'iridectomie, on aura recours aux myotiques : pilocarpine, ésérine en solution à 1 et 2 p. 100, presque toujours insuffisants dans la forme aiguë mais qui pourront souvent suffire dans les glaucomes chroniques, celui-ci évoluant très lentement chez les sujets âgés. Mais là encore si le tonus demeure supérieur à la normale il faut intervenir, non plus par iridectomie, insuffisante ici, mais par la sclérectomie de Lagrange.

J'ai rapporté l'observation d'une perforation spontanée de l'œil chez un sujet âgé présentant un glaucome absolu. Le malade était entré à Beaujon à la suite de l'accident suivant : dans la nuit, il fut réveillé par une douleur intense au niveau d'un de ses globes oculaires, puis de suite il se trouve inondé de sang, l'œil saignait abondamment et à l'hôpital on constate une perforation du globe, la rupture s'était produite au niveau du limbe. Voici cette observation :

Homme âgé de 70 ans, ingénieur, ayant fourni un travail intellectuel considérable, ayant joui toujours d'une excellente santé. Il montre seulement un peu de sclérose artérielle, caractérisée par une légère hypertension et par une surdité presque complète.

Œil droit. — Le sujet avait consulté à l'hôpital Rothschild en 1918 pour une cataracte mûre à droite, au début à gauche et une légère hypertension des deux yeux pour laquelle on prescrivit l'emploi de la pilocarpine. L'œil droit est opéré et huit jours plus tard, on fait l'exentération, sans doute à cause d'une panophtalmie (?).

Œil gauche. — La vision continue à baisser malgré l'emploi de la pilocarpine et de l'ésérine ordonnées il y a trois mois. A ce moment, on aurait constaté à gauche, une subluxation du cristallin et un peu d'atrophie de l'iris. Le sujet avait peine à se conduire et cet œil n'était pas douloureux. Lorsque brusquement, dans la nuit du 19 au 20 octobre, éclatent des douleurs oculaires et périorbitaires terribles. Le malade, en proie à l'agitation la plus vive, pousse des cris effrayants. Puis apparaît une hémorragie et le sang s'écoule de l'œil en assez grande abondance. Le lendemain matin, nouvelle crise douloureuse et au moment où le Docteur Goulfier, notre assistant, fut appelé les premières paroles du malade furent pour lui dire : « Tuez-moi ou soulagez-moi ». Un écoulement sanguin perle goutte à goutte entre les paupières. Le segment antérieur du globe paraît distendu, ce qui lui donne un aspect exophtalmique. On constate au niveau du limbe, à la partie inféro-externe, entre V et VII heures, une ouverture de un centimètre environ par où fait hernie le tractus uvéal. Le sang s'écoule par cette ouverture et finit par imbiber les pansements appliqués

sur l'œil. Globe oculaire très douloureux à la pression : mouvements normaux et un peu douloureux. Un pansement légèrement compressif est appliqué et le malade est dirigé vers l'hôpital.

L'énucléation est pratiquée le lendemain, soit deux jours après l'accident, avec anesthésie locale sans aucun incident, si ce n'est que dans la *nuit le sujet est pris d'une hémorragie assez abondante* qui donne lieu à un hématome de l'orbite et nécessite un nouveau pansement compressif.

Il s'agit donc bien chez cet homme âgé de 70 ans, traité pour une hypertension modérée de l'œil, d'un véritable éclatement du globe oculaire et d'autres observations de ce genre ont été rapportées.

Ainsi en présence d'un glaucome absolu, s'il y a rupture du globe, celle-ci est toujours la conséquence d'une hémorragie.

Un effort prolongé pourrait aussi chez des sujets atteints d'un glaucome chronique entraîner la rupture du globe.

L'hémorragie peut être très intense. Il en fut ainsi dans le cas d'un pêcheur breton, qui brusquement ressentit dans l'œil une douleur terrible puis celui-ci se mit à saigner et l'hémorragie fut si abondante, que le malheureux homme perdit connaissance. On le ramène chez lui et le voyant absolument exsangue on le croit mort ; mais quelque temps après il revint à lui.

Car l'hémorragie choroïdienne est le phénomène primordial. Puis les conditions de fragilité extrême des tissus, jointes à leur diminution de résistance et à leur mauvaise nutrition, interviennent certainement comme élément favorisant la rupture. Mais elle sont d'ordinaire très rares et il faut invoquer d'autres facteurs.

Le premier de tous est l'âge avancé et l'hypertension artérielle qui l'accompagne d'ordinaire, prédisposant aux congestions et aux hémorragies ; à tel point que chez notre malade nous avons vu une nouvelle hémorragie survenir dans la nuit qui a suivi l'énucléation du globe intéressé et nécessiter un pansement compressif.

Parmi les autres causes occasionnelles constituant un ensemble favorable à cette détermination pathologique il faut retenir, avant tout, la dégénérescence glaucomateuse de la cornée. Il s'agit presque toujours, nous l'avons vu, de glaucomes anciens et c'était le cas chez notre malade.

On voit de ces hémorragies terribles survenir chez les malades à la fin de l'opération de cataracte.

On parle alors d'hémorragie expulsive, hémorragie terrible, mais heureusement rare, due à la rupture de l'artère ciliaire longue. Toujours très abondante et profuse, conséquence de l'hypotonie brusque du globe après la section cornéenne, elle propulse la choroïde en avant entre les lèvres de la plaie cornéenne et finalement l'expulse. Elle s'accompagne toujours d'une douleur extrême résultant de la compression des nerfs ciliaires.

Nous sommes désarmés en présence de ces hémorragies. Aussi faut-il toujours prendre les précautions nécessaires lorsqu'on opère des sujets hypertendus, les purger, faire tout d'abord une iridectomie préparatoire quelques semaines avant l'intervention principale, celle-ci de préférence avec la suture de la cornée.

Ces ruptures du globe oculaire, vous le voyez, pourront survenir dans de multiples circonstances, et la plupart pourront être prévenues par une hygiène convenable ou une intervention pratiquée en temps utile ce qui ajoute à leur intérêt.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE RÉGIME DE L'OBÉSITÉ (*)

Par René FAU

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Le régime est le seul traitement rationnel de l'obésité, parce que l'obèse est un individu qui mange trop et mal.

La ration d'entretien normal d'un homme de 1 m. 70 de haut est d'environ 2.200 calories par vingt-quatre heures. Elle peut atteindre 2.800 à 3.000 calories à la suite d'un travail physique intense. Elle peut descendre à 15 ou 1.800 calories chez un individu sédentaire.

Chez l'individu normal, la ration d'entretien de 2.000 calories, par exemple, peut s'élever à 2.300 calories sans qu'obésité s'ensuive : il y a là une marge de sécurité dite « consommation de luxe ». Chez certains individus, cette marge n'existe pas : avec 300 calories de trop, le malade engraisse. Or, 300 calories, c'est peu de chose : 80 grammes de pain suffisent à les fournir.

Il y a donc des obèses qui mangent trop de façon absolue et dont la ration atteint 3.000 à 3.500 calories pour un exercice physique insuffisant.

Il y a des obèses qui mangent trop de façon relative, car leur ration n'atteint que 2.400 calories par exemple, mais ce faible excédent suffit à les faire grossir.

Il y a enfin des obèses qui ont une lésion, rénale, cardiaque, ou une insuffisance glandulaire associée

Il y a donc dans le régime des obèses, des règles générales (règles diététiques générales, liste d'aliments permis, défendus et tolérés).

Et des règles particulières pour chacune des catégories que nous venons d'indiquer.

(*) In *Régimes*, chez Maloine, 1935. Un vol. de la collection « Les Petits Précis ».

SUR QUELQUES POINTS PARTICULIERS DE LA PATHOLOGIE CUTANÉE DANS LES TROUBLES DE LA CIRCULATION DE RETOUR DES MEMBRES INFÉRIEURS

Par le Docteur HUGEL

Les lésions de la peau revêtent chez les personnes atteintes de troubles de la circulation de retour des caractères particuliers qui peuvent se ramener à cinq types que nous décrirons ci-dessous. Ne pouvant nous étendre sur leur pathogénie, nous rappellerons seulement que, par circulation de retour, nous entendons aussi bien la circulation veineuse que la circulation capillaire artério-veineuse, que la circulation qui se fait dans les mailles du tissu cellulaire. Nous indiquerons aussi, avec le Professeur Gougerot, qu'à notre sens, les réactions de la peau sont conditionnées par une capillarite artério-veineuse et que l'entrave à leur guérison réside dans une infection locale endogène ou exogène, comme l'a indiqué Sézary.

Les lésions en face desquelles se trouvera le praticien seront :

a) De la dermite toxique ;

b) De la dermite microbienne primitive ou secondaire, c'est-à-dire endogène ou exogène ;

c) De la dermo-épidermite bulleuse ;

d) De la dermo-épidermite ulcérative de causes diverses ;

e) De l'atrophie scléreuse.

Comment reconnaître ces divers types de lésions ?

a) Dermites toxiques.

Leur siège est constamment dans les parties déclives des membres ; en période aiguë, la région est le siège de placards plus ou moins confluents ou d'un large placard rouge vineux, chaud, de consistance en général cartilagineuse, mais pouvant être d'une dureté très variable ; les bords en sont d'abord assez flous, mais, à mesure que la lésion vieillit, ils deviennent beaucoup plus nets, ressemblant à un placard d'érysipèle. Il existe, en général, des douleurs assez vives de types divers :lancinantes, constrictives, etc... En période de calme, les téguments moins tuméfiés ont une teinte rouge, jambonnée ; ils sont un peu plus chauds que les régions de voisinage ; l'œdème y est mou, mais peut varier du soir au matin ; les douleurs sont faibles ou remplacées par une impression de lourdeur. L'épiderme desquame soit sous forme de poussière duveteuse, soit sous forme d'écailles plus ou moins épaisses. Souvent, les papilles du derme s'hypertrophient, donnant à la région cet aspect si curieux, d'apparence villeuse ou verruqueuse, de teinte fort variable, depuis le gris ardoisé jusqu'au violet, en passant par tous les rouges ; ces lésions hypertrophiques sont ou très dures ou très molles ; dans ce dernier cas elles peuvent s'excorier, saigner et s'infecter facilement.

b) Dermites microbiennes.

Elles sont en général consécutives aux précédentes ; d'*origine exogène* : sous l'action du prurit souvent insupportable, des lésions de grattage se produisent qui ouvrent la porte aux germes que l'épiderme supporte normalement. On sait que, pour beaucoup d'auteurs, le microbe le plus fréquemment en cause est un streptocoque ; *d'origine endogène* : nous pensons que la présence du streptocoque ne doit pas faire oublier celle d'autres germes de la lignée digestive, infiniment plus répandus dans l'organisme et à sa surface qu'on ne le pense généralement ; au premier rang, il faut placer le coli : le traitement nous montrera le bien fondé de cette opinion.

Les dermites à infection purement exogène font facilement de l'ecthyma, de l'impétigo ; elles extériorisent en quelque sorte leur mal ; les autres, d'origine endogène, de beaucoup les plus fréquentes, ressemblent à s'y méprendre aux dermites toxiques, mais avec un épaississement plus grand du derme, avec chaleur locale plus forte, des traînées rougeâtres, des points purpuriques qui trahissent, avec des douleurs plus intenses par moments, une réaction locale importante sur un fond déjà enflammé. Il semble donc que l'origine endogène ou exogène de l'infection conditionne l'aspect des lésions ; mais il est des cas nombreux où ces deux infections s'intriquent : il s'agit alors de ces lésions hybrides dont on peut dire qu'elles présentent, mélangés, tous les aspects connus de l'infection de la peau, avec, souvent, comme signature de l'origine endogène de l'infection une base cellulitique dure qui bloque la peau sur les plans profonds avec impossibilité de la mouvoir.

c) Dermo-épidermite bulleuse

Il est une forme, plus rare, mais extrêmement curieuse d'infection de la peau ; tous les cas qu'il nous a été donné de constater évoluaient sur un terrain phlébitique plus ou moins

ancien compliqué de cellulite toxique. Sur les téguments apparaissent brusquement, sans symptôme prémonitoire, de petites vésicules ressemblant étonnamment aux vésicules du strophulus infantile. Le siège en est habituellement la région péri-malléolaire interne ; ces vésicules déterminent un prurit d'intensité variable. En une nuit, du soir au matin, elles sont devenues confluentes et se sont étendues ; douze à quinze heures après leur apparition, l'épiderme est décollé sur presque toute la surface du pied, face dorsale aussi bien que face plantaire, orteils, espaces interdigitaux. Une sérosité à peine louche s'écoule en répandant une odeur très forte, nauséabonde. Le derme présente des plaques rouges, violacées, des traînées de même couleur ; très souvent, mais non constamment, la température monte de quelques dixièmes de degré à un degré et demi et même deux degrés ; de la céphalée peut exister. Concomitamment, il existe en général une paresse aiguë ou subaiguë hépato-intestinale évoluant sur un terrain digestif chronique. Les premiers malades que nous avons traités nous donnaient l'impression d'être atteints de ces mycoses des extrémités que nous avons tous vus pendant la guerre. Or, l'examen *bactériologique*, *fait* par le Docteur Legrand, de la sérosité prélevée aseptiquement dans les bulles encore fermées a montré l'existence à l'état pur de *coli* en quantité très abondante !

Sous l'influence du traitement spécifique, la guérison complète survient en quatre ou cinq jours ; chose curieuse, la dermite elle-même *guérit avec une rapidité* surprenante et la cellulite s'atténue parallèlement.

d) **Dermo-épidermite ulcérative de causes diverses.**

Nous avons réuni dans un même paragraphe les diverses lésions ulcératives de la peau en rapport avec un trouble de la circulation de retour, laissant volontairement de côté les lésions purement syphilitiques et purement tuberculeuses, où les troubles circulatoires ne sont qu'un épisode surajouté.

Nous référant aux lésions de capillarites artério-veineuses que nous avons indiquées plus haut, nous pouvons dire que le mode d'apparition et l'évolution des ulcérations circulatoires de la peau sont les mêmes : que la capillarite soit d'origine toxique ou infectieuse, elle aboutit à une nécrose ; l'évolution est variable, car elle dépend, d'une part, de l'infection surajoutée et, d'autre part, de l'état des terminaisons nerveuses.

Nous pensons que, d'une façon générale, les névrites sont secondaires et non primitives. Une exception semble devoir être faite, toutefois, en faveur des névrites qui compliquent les suites des phlébites profondes : tout se passe alors *comme si* les filets nerveux intéressés, atteints dans le tissu cellulaire par les toxines microbiennes au niveau des lésions vasculaires et cellulitiques, déterminaient des spasmes des capillaires artériels des tissus profonds et superficiels ; ainsi s'expliquent ces douleurs si violentes qui ressemblent tant à celles des artérites des grandes artères : claudication intermittente plus ou moins accentuée, mais qui évolue vers la guérison spontanée à mesure que s'éteint l'infection et que s'éliminent les toxines. Ces artérites ou, mieux, ces capillarites toxi-infectieuses peuvent, tout comme les grandes artérites, déterminer de la nécrose des territoires cutanés correspondants. Mais, au contraire des nécroses les plus habituelles dans les troubles de la circulation de retour, la douleur est en général extrêmement vive et les ulcérations sont le plus souvent très petites : c'est un véritable mal perforant dont la guérison est possible seulement lorsqu'a disparu la lésion artérielle qui lui a donné naissance et dont le point de départ siège très vraisemblablement dans la paroi de la veine profonde phlébitée. Fait qui plaide en faveur du spasme artériolaire cutané d'origine profonde : ces artériolites ne se voient pas au cours ni au déclin des phlébites superficielles, très probablement parce que les veines sous-cutanées ne sont pas au voisinage immédiat d'artères.

Ainsi donc, il existe deux espèces d'ulcérations de la peau :

1°) Celles dont les douleurs insupportables sont le symptôme dominant ; elles ont une origine profonde ; de surface restreinte, en général, la zone circulaire infectée qui infiltre le derme autour d'elle est réduite à quelques millimètres en surface, mais elle est souvent très étendue en profondeur.

2°) Les ulcérations à allure extensive, plus ou moins rapides dans leur évolution ; celle-ci, souvent très lente, n'est douloureuse que dans la mesure où les toxines microbiennes dues à l'infection exogène locale agissent sur les terminaisons nerveuses du derme ou déterminent un œdème qui les comprime ; ces douleurs sont beaucoup plus supportables que les précédentes ; elles s'atténuent et disparaissent avec la diminution de l'infection et de l'œdème. C'est ainsi que l'on peut voir d'immenses ulcérations absolument indolores parce que, du fait de leur ancienneté, l'infection inévitable y est des plus atténuée, comme si les germes y vivaient à l'état saprophytique : au reste, l'œdème local y est souvent très peu accusé. C'est sur de pareilles ulcérations que se greffent parfois des lésions syphilitiques et plus rarement tuberculeuses ; à vrai dire, le diagnostic de ces complications est des plus difficile.

e) **L'atrophie scléreuse.**

Il s'agit là d'un véritable tissu de cicatrice :

la peau mince, brillante, mal nourrie, est collée sur les plans profonds ; les muscles sous-jacents, les tendons ont quelque peine à fonctionner, le tissu cellulaire ayant à peu près disparu ; de pareilles lésions sont en général indolores. Mais la peau est exposée aux excofiations des tissus mal nourris : le moindre frottement, un choc minime, peuvent « ouvrir » ce derme dont la vitalité est si faible ; l'infection exogène se produit ; sa marche envahissante est lente, car le tissu scléreux est dense et la nutrition des germes y est difficile ; la cause même qui limite le mal ou le retarde rend cependant difficile la guérison et peu solide la cicatrisation. Ces lésions sont, en général, peu ou pas douloureuses, mais elles entravent les fonctions musculaires du membre atteint, tout comme le fait une cicatrice de brûlure grave.

Traitements

1° Dermites et épidermites toxiques non infectées. — Modifier le terrain général en agissant sur le foie, sur les reins ou sur les deux : des examens du sang et des urines sont absolument indispensables.

Concurremment, il convient de traiter l'insuffisance circulatoire ; nous ne pouvons indiquer ici ces traitements.

Localement, il faut éviter l'application de tout produit irritant, quel que soit l'aspect de la lésion. Les pommades et les onguents sont multiples : il faut être d'une prudence extrême dans leur emploi ; il convient d'essayer au préalable le médicament sur un petit point de la lésion.

On doit compter bien plus sur le traitement général et circulatoire que sur le traitement local pour obtenir la guérison. Il est une chose qu'il ne faut jamais faire : c'est exposer ces dermites au contact de l'humidité.

Toutefois les bains ne sont pas interdits, mais à la condition que, durant le laps de temps où l'on sera dans l'eau, la région malade soit recouverte par un corps gras : vaseline *neutre* par exemple, que l'on enlèvera à l'éther aussitôt le bain terminé. C'est ainsi qu'à Bagnoles nous baignons ces malades ; nous n'avons jamais constaté la plus petite aggravation grâce à cette précaution.

Est-il nécessaire de prescrire le repos allongé ? Oui, tout au moins au cours de la période aiguë. La station debout est ensuite possible, mais à la condition de protéger la lésion contre les troubles circulatoires en bandant le membre au-dessous et surtout au-dessus (c'est-à-dire dans la partie proximale) avec une bande en tissu élastique souple ; il faut éviter de faire passer la bande sur la lésion ou, si on ne peut l'éviter, serrer très peu à son niveau afin que la peau puisse s'aérer et la transpiration s'évaporer. On se trouvera bien, comme dans toutes les lésions d'origine veineuse, de surélever les talons au lit pendant la nuit, sur une chaise longue, de temps en temps, pendant le jour et de redouter l'action néfaste de la chaleur et du froid sur les jambes.

2° Dermites infectées. — Ici encore, il convient de soigner les troubles circulatoires par les méthodes appropriées.

Mais, concurremment, il faut traiter les lésions locales qui, en général, n'évoluent pas d'elles-mêmes vers la guérison. Celle-ci n'est possible que si l'on supprime l'infection. Nous mettons en garde le praticien contre l'usage de produits antiseptiques qui, trop souvent, aggravent les lésions. Notre expérience personnelle nous a démontré que l'usage local et général des vaccins donne à peu près seul un excellent résultat. Nous faisons ensemencer le suintement séro-purulent des plaies ainsi que les selles et les urines, aussi bien en aérobiose qu'en anaérobiose et dans un nombre suffisant de tubes pour qu'aucun repiquage ne soit nécessaire : notre pratique nous a démontré que les vaccins faits avec des *cultures mères* vieilles de trois jours au maximum sont infiniment plus actifs. De plus, le vaccin doit être fait avec *tous* les germes qui ont poussé ; on augmente sa polyvalence en y ajoutant le plus grand nombre possible de races de germes en stock au laboratoire, tels que : coli, entéro-staphylo, pneumo, catarrhalis, strepto. Nous utilisons la méthode de Ranques et Sénez : iode neutralisé par l'hyposulfite de soude. On a ainsi des vaccins très actifs et non toxiques. Les résultats nous ont paru meilleurs quand ils contiennent en moyenne 500 millions de coli par centimètre cube pour le vaccin buccal, le nombre des autres germes étant sans importance. On fabriquera une vingtaine d'ampoules de 2 c. c. de vaccin buccal. Pour le vaccin destiné aux pansements, il suffit de faire des ampoules de 5 c. c. sans se préoccuper du pourcentage des germes : une cinquantaine sont nécessaires.

En attendant que ces vaccins soient prêts, on donnera par la bouche des stocks-vaccins contenant les différents germes énumérés plus haut et l'on fera localement les pansements suivants : on essaiera d'abord d'appliquer sur les plaies, après nettoyage à l'éther, une pâte semi-liquide faite avec du lactose et un ferment lactique liquide ; si, au bout de quatre à cinq jours, l'infection locale n'est pas arrêtée ou si le pansement est douloureux, on utilisera les mêmes stocks-vaccins que ceux pris en ingestion, soit qu'on les mélange à du lactose, soit qu'on en imprègne une compresse de gaze sèche et fine que l'on maintiendra toujours humide en y versant de temps en temps quelques gouttes du vaccin et en la recouvrant ensuite avec un peu de tissu imperméable ; si les bords de la plaie paraissent se macérer ou craindre l'hu-

midité, les isoler avec une couche extrêmement légère de vaseline *neutre*. Lorsque l'auto-vaccin sera prêt, l'utiliser aussitôt, car il est beaucoup plus actif que les stocks-vaccins. On donnera le vaccin buccal pendant dix jours, on le cessera pendant sept à dix jours et on le reprendra ; les pansements seront faits une fois par jour.

Mais il est de toute nécessité que, pendant la période *aiguë* de l'infection, le malade reste allongé, talons surélevés. Les douleurs disparaîtront ainsi très rapidement et les plaies se modifieront ; quelques jours de repos sont un temps énorme de gagné.

Nous ne sommes pas hostiles aux pansements ambulatoires, mais nous estimons qu'ils ne peuvent être employés avec succès que lorsque les plaies sont aseptiques. Il n'est pas douteux qu'alors ils donnent souvent des résultats remarquables. Nous mentionnons pour mémoire l'usage des injections sclérosantes ; elles ne peuvent être employées que dans certains cas dont seul peut être juge un médecin ayant une grande expérience de leur emploi ; même remarque pour certaines interventions chirurgicales. Mais l'usage de ces deux méthodes est limité.

Enfin, le médecin traitant ne doit pas oublier qu'il doit spécialement lutter contre les infections à point de départ digestif en prescrivant, pendant tout le traitement des ulcérations et longtemps après, des antiseptiques intestinaux *et urinaires*, des charbons activés supportant des vaccins et un *régime alimentaire* excluant toute substance capable de faciliter les fermentations intestinales et de fatiguer le foie.

La pratique nous a démontré que ce traitement des infections cutanées d'origine endogène donnait aussi des résultats remarquables dans les infections exogènes, alors que l'usage des antiseptiques ou de vaccins contre les seuls staphylo ou strepto se révélèrent insuffisants.

3° **Contre les dermites bulleuses**, en dehors du traitement circulatoire général, il convient de stimuler les fonctions hépato-rénales, car, fréquemment, il existe de la cellulite toxique concomitante, de lutter contre l'infection à point de départ digestif puisque le coli est en général la cause de cette infection ; enfin, il faut faire faire un auto-vaccin avec la sérosité recueillie dans les bulles ; cet auto-vaccin servira pour les pansements tandis que, par la bouche, on fera prendre un auto-vaccin obtenu en partant des selles et des urines. Comme toujours, en attendant que soient préparés ces auto-vaccins, on utilisera des stocks-vaccins.

4° **Dermites scléreuses infectées ou non.** — Il faut, avant tout, soustraire ces surfaces si fragiles à tout frottement et les protéger contre la tendance à la distension œdémateuse en maintenant les veines superficielles par le port de bandes ou mieux de bas élastiques *très souples* et agissant dans le sens du grand axe du membre. Si l'infection s'est produite, le repos au lit est obligatoire et les pansements doivent être faits uniquement avec les vaccins ; souvent les stocks-vaccins suffisent en pareil cas. Naturellement, le traitement local demande à être complété par un traitement circulatoire général.

Conclusions

Arrivés au terme de cette étude, il nous est loisible de résumer nos constatations de pratique médicale : les dermites des membres inférieurs qui sont en relation avec des troubles de la circulation de retour peuvent avoir une origine toxique, infectieuse ou toxi-infectieuse. Dans tous les cas, au traitement local, il convient d'ajouter un traitement circulatoire général endocrinien et phytothérapique, un traitement de stimulation hépato-rénal, un traitement de protection contre les infections d'origine digestive, enfin, quand c'est nécessaire, il y a lieu de compléter par un traitement approprié contre la syphilis et la tuberculose.

L'ÉVOLUTION DE L'ART DENTAIRE

La notion d'infection focale dentaire, cause enfin révélée de toutes sortes de maux à pathogénie jusqu'ici inconnue, nous est venue d'Amérique. Elle n'a pas encore, semble-t-il, gagné droit de cité en Europe, et les médecins de ce côté-ci de l'Atlantique considèrent avec méfiance ce *Deus ex machina* dont le sanctuaire inattendu serait la pulpe dentaire.

Voici comment un stomatologiste américain, féru, comme il se doit, de la doctrine en question, apprécie les changements qu'elle a apportés dans l'exercice de son art. Il s'agit de L.-I. Austin, D. D. S., Section of Dental Surgery, The Mayo Clinic (1).

Jusqu'en 1900, dit-il, la dentisterie se bornait en somme à l'extraction des dents cariées et douloureuses, et à la prothèse lorsque toutes les dents manquaient.

Vers cette époque se répandit l'usage de l'analgésie cocaïnique qui permit au dentiste d'entreprendre des opérations intolérables aux patients non cocaïnisés. N'ayant plus à compter

(1) *Proceedings of the staff meetings*, 5 février 1936.

avec la douleur, réellement intense, des interventions dentaires, il développa rapidement le côté technique de son art. Pendant les années qui suivirent, les malades apprécièrent l'anesthésie, et des dents qui, auparavant, eussent été depuis longtemps sacrifiées, purent être obturées, revêtues d'une couronne et conservées, sans que quiconque soupçonnât la nocivité possible de telles pratiques.

Il ne se passa pourtant pas beaucoup de temps avant qu'elle ne vint à l'esprit de plusieurs. En 1910 Sir William Hunter, du Guy's hospital de Londres, appela l'attention de ses auditeurs sur la denture des malades qu'il examinait devant eux et condamna sévèrement les innovations des dentistes. En 1913, C.-H. Mayo émut fortement le corps des dentistes Américains en faisant à la Société Dentaire de Chicago une communication sur « Les maladies constitutionnelles secondaires à l'infection focale ». C'est vers la même époque que Billings et Rosenow publièrent leur travail originel sur l'infection focale, dans lequel ils montraient son tropisme pour certains tissus démontré par la culture de produits extraits de divers foyers infectieux. Ce travail a d'ailleurs été repris depuis par de nombreux chercheurs.

C'est aussi vers le même temps que se répandit l'usage de la radiographie dentaire. Elle confirmait les assertions d'Hunter et de Mayo, révélait que la bouche recèle de nombreux foyers infectieux impossibles à identifier par d'autres méthodes. On sait bien aujourd'hui que nombre de maladies dentaires ne s'accompagnent d'aucun signe local.

La section de chirurgie dentaire de la clinique Mayo existe depuis dix-sept ans. On y fait systématiquement l'examen radiographique de la bouche à chaque patient. Je pense que tous les dentistes qui ont une pratique assez étendue de ce moyen diagnostique partagent l'opinion que l'infection dentaire est aujourd'hui moins répandue qu'il y a quinze ans. Il est indiscutable que certains groupes de malades, atteints par exemple d'arthrite ou d'ulcère gastrique, ou encore de maladies reconnues comme étant en rapport avec l'infection dentaire, ont moins de dents évidées ou infectées que la moyenne des sujets, parce que de telles dents, à la lumière des notions récentes, ont été extraites. Beaucoup de procédés estimés autrefois sûrs et de bonne pratique ont été abandonnés ; d'autres n'ont plus été utilisés qu'en certaines circonstances.

Cependant l'infection dentaire est encore commune. Il a été maintes fois montré, au cours d'examens de santé, que les défectuosités dentaires dépassent toutes les autres défectuosités physiques ensemble. D'une enquête faite récemment à l'Université de Minnesota et au cours de laquelle la bouche d'environ 10.000 individus fut examinée, il résulte que 20 % des femmes et 13 % des hommes ont perdu toutes leurs dents à quarante ans, 47 % d'entre eux ont perdu leurs premières molaires, les dents les plus importantes de la bouche, avant d'avoir atteint l'âge de 20 ans.

Bien que de gros progrès aient été faits dans la pratique dentaire, il reste que de beaucoup la grande majorité des malades adressés à notre section n'ont jamais eu d'examen radiographique de leur bouche. A mon avis la grosse influence de l'infection dentaire sur la santé générale justifierait un tel examen chaque année, au moins à l'âge scolaire. Il s'ensuivrait pour la jeunesse l'avantage de voir sa carie dentaire dépistée précocement, à un moment où la guérison est simple et où le danger d'inclusion de la pulpe peu probable. La pyorrhée, reconnue à ses débuts serait évitée aux adultes. Et il ne faut pas oublier qu'elle cause la perte d'autant de dents chez les adultes que la carie chez les jeunes. L'une et l'autre, non traitées, *aboutissent non* seulement à la perte des dents mais encore à l'infection probable.

Récemment les résultats d'une enquête ouverte parmi plusieurs centaines de malades adressés systématiquement à la Section Dentaire ont été comparés aux résultats d'enquêtes antérieures : bien que le pourcentage d'infection dentaire soit réduit, cependant un malade sur deux avait au moins une dent dépulpée ou infectée. Les trois-quarts étaient atteints de pyorrhée à un degré avancé. Soixante pour cent avait des dents cariées, et, en moyenne, plus de deux cavités. Pour chaque dent cariée connue du porteur, on en relevait trois de plus. Une au moins sur cinq personnes avaient des racines laissées après extraction. Chez les édentés, la moyenne était plus grande : 1 sur 3 ayant une ou plusieurs racines incluses. Dix pour cent des malades avaient des dents chevauchant, beaucoup avec infection associée. Pour une dent chevauchant connue des malades, le dentiste en notait deux autres qu'il ignorait. Un malade sur cent avait des dents surnuméraires et l'ignorait.

L'âge moyen des sujets dépassait quarante ans.

Il est certain que la clientèle de la clinique Mayo ne compte pas un grand pourcentage d'indigents ; à supposer qu'il s'en trouve un *seul ayant les moyens pour faire soigner* sa bouche de faire le voyage de Rochester.

Que trouveraient donc les zélés statisticiens de la clinique s'ils examinaient la bouche de quelques milliers de chômeurs, de fermiers de l'Ouest ou de nègres des plantations de coton ? Et, comment, si l'infection focale est vraiment si virulente, tous ces gens-là sont-ils encore vivants ? Comment le sommes-nous nous-mêmes qui, je le suppose, sommes encore nombreux à n'avoir jamais sollicité l'examen radiographique de notre bouche ?

G. Lavalée.

LES GROSSESSES PRÉCOCES
LA PUERPÉRALITÉ AU-DESSOUS DE SEIZE ANS

Les grossesses au dessous de seize ans ne sont pas rares. Dans son travail inaugural (thèse de Paris, 1935), le Docteur Adolphe AVRANE a pu, sur les registres de la clinique Baudelocque, en colliger soixante et une observations pendant ces quinze dernières années. La plus jeune des mères avait treize ans.

En 1725, en Allemagne, Keindmann avait cité le cas d'une jeune mère de neuf ans, le père n'ayant d'ailleurs que seize ans.

Il semble que la première observation de grossesse précoce publiée officiellement en France soit celle rapportée en 1755 à l'Académie de médecine et ayant trait à une primipare de neuf ans, qui accoucha sans difficulté. Elle fut soignée par l'accoucheur de Madame la Dauphine qui, pour la surveiller plus complètement, la prit chez lui-même, à son domicile rue Mazarine. L'accouchement eut lieu... « après vingt-quatre heures d'un travail si extraordinaire, que tous les Maîtres de l'art s'étonnent comment il est possible que la mère soit encore en vie », selon les termes mêmes de la narration du temps. L'affaire avait fait quelque bruit et suscité la curiosité des médecins et du public : l'enfant, dit encore la relation académique... « que l'on prendroit, à le voir, pour celui d'une femme ordinaire, a été baptisé sur la paroisse de Saint-André-des-Arts. Monsieur le Comte de ... et Madame la Marquise de..., dont il en nous est pas permis de mettre les noms, l'ont tenu sur les fonts de baptême, et lui ont assuré aussi bien qu'à la mère une pension de quinze cents livres leur vie durant... »

Quant au malheureux garçon marchand de vin, qui avait abusé de l'innocence et de la « foiblesse » de cette jeune fille, il mourut le huit du mois de juin de la même année ; sans cela, « il aurait bien pu être châtié suivant la rigueur des Loix ».

Pendant la Révolution, on reçut à la Maternité de nombreuses fillettes âgées de onze ans à peine.

En Amérique, Slaughter a publié en 1893 l'observation d'une fille de douze ans et demi, non réglée encore et qui, après un seul rapport « avec un gros nègre de 50 ans » était devenue enceinte et accoucha normalement d'un garçon à terme de 2 kgr. 700. Willard a relaté l'histoire d'une fille qui se livrait à la prostitution depuis l'âge de 6 ans, fut réglée à 10 ans et devint enceinte à 11 ans. Elle eut au cours des suites de couches une double phlébite qui guérit. Durant plusieurs mois, elle redevint prostituée et elle finit à 20 ans par se marier avec un fermier avec qui elle eut, après plusieurs avortements, encore sept enfants.

Le record de la précocité paraît appartenir à une jeune suissesse, Anna M., qui accoucha à huit ans neuf mois (le procréateur était son oncle) et à une jeune Ukrainienne, réglée à quatre ans, qui devint enceinte à l'âge de six ans, le procréateur étant son grand-père, âgé de 69 ans. L'enfant mourut au cours du travail, la mère guérit.

Il ne semble pas que ces grossesses précoces — sauf les grossesses très précoces — soient particulièrement redoutables. Dionis écrivait déjà en 1718 : « Si l'on avait à faire un choix entre deux primipares, ayant l'une 15 ans, l'autre 40, c'est celle de 15 ans qu'il faudrait préférer ». C'est aussi sans doute l'opinion de MM. Voron et Brochier qui, dans son article récent de *Paris Médical*, ont montré le caractère quelquefois sérieux des puerpéralités tardives, après 40 ans, les femmes ayant assez souvent alors des tares organiques les rendant moins normalement aptes à la gestation.

En tout cas, dans les observations rapportées par le Docteur Avrane, on n'a pas constaté d'accidents gravidiques importants durant la grossesse chez les soixante et une primipares de moins de seize ans admises à Baudelocque de 1919 à 1934. En général, l'accouchement a été spontané (97 %), rapide et facile, la moyenne de la durée totale du travail ayant été de 16 heures et celle de l'expulsion de 47 minutes.

Comme présentation, presque toujours on eût affaire à un sommet (97 %), avec un cas de présentation du front et un de présentation de siège.

L'insertion basse du placenta fut constatée avec une certaine fréquence (26,2 %), ne donnant pas de complications.

Le plus souvent, les enfants étaient au point de vue du poids bien développés. Les garçons prédominaient : 34, avec un poids moyen de 3.278 grammes ; celui des filles était de 2.865 grammes.

Les suites de couches se sont montrées normales, dans presque tous les cas. On a relevé 10 % de lymphangites du sein.

L'allaitement maternel a été toujours possible mais a dû souvent rapidement être complété.

La plus jeune de ces primipares avait 13 ans. Douze avait 14 ans, trente-deux 15 ans, les autres 15 ans 1/2 ; une fut fécondée sans avoir jamais été réglée. En moyenne, la première menstruation avait eu lieu vers l'âge de 12 ans.

P. LACROIX.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

VINGT-SEPTIÈME LETTRE

Sur les moyens de prévenir la maladie sérique

Par le Docteur CAMESCASSE (Saint-Arnoult-en-Yvelines)

Nous avons renoncé, dans nos villages, à utiliser les traitements indiqués pour la PRÉVENTION DE LA MALADIE SÉRIQUE.

Je vais m'efforcer de donner clairement les raisons de cette attitude négative, les raisons détaillées, mais j'en dois indiquer tout de suite la raison déterminante qui, elle, est positive.

C'est que nous possédons un moyen tellement simple, tellement anodin de guérir — quasi *instantanément* — DE GUÉRIR CETTE MALADIE SÉRIQUE, — que tout le reste nous paraît être mesures inutiles, encombrantes et onéreuses.

Ce moyen c'est l'absorption de l'acide lactique, ingéré à haute dose, rapidement, dès le début de l'urticaire.

L'un de nous vient cette nuit même d'utiliser cette médication *in anima nobili, seu* sur sa propre personne (voir l'observation II, *in fine*).

Abordons maintenant l'histoire des déceptions que nous ont données les médications préventives.

Ces déceptions, il faut en convenir dès l'abord, sont des *Impressions* de praticiens. Nos dires ne constituent pas une preuve scientifique, car il s'en faut de beaucoup que nous ayons éprouvé ces déceptions un assez grand nombre de fois.

Il s'en faut tout autant que nous ayons évolué sur un terrain ferme, avec un point de départ bien déterminé.

Les incertitudes se cumulent comme ceci :

— On observe la maladie sérique lors d'une seconde (d'une troisième, etc.) injection de sérum, beaucoup plus souvent qu'après une injection unique, même massive.

— Mais on observe aussi cette maladie sérique après l'injection unique, fût-elle restreinte à une petite dose (par exemple sept ou huit centimètres cubes injectés à titre préventif au frère d'un enfant atteint d'angine diphtérique). (*Idem* : prévention du tétanos).

— Il m'est arrivé de pouvoir attribuer la sensibilisation à l'ingestion antérieure de viande de cheval, mais j'ai rencontré l'accident en dehors de toute explication de cette nature.

— Bien plus, j'ai rencontré des *séries*, à l'hôpital de Forges comme dans la clientèle. C'est-à-dire aussi bien là où on peut rêver d'une cause commune : agglomération hospitalière ; — que là où les conjonctures diffèrent radicalement : le château de X et la masure de Y largement égaillés dans le temps et dans l'espace. On a ainsi des années à urticaires (sériques) qui inclinent l'observateur à accuser les *perfectionnements* apportés à la préparation du sérum : par exemple la substitution des *anatoxines aux vieux sérums*.

L'énumération qui précède ne prétend pas avoir épuisé ce domaine des incertitudes basales, mais je crois en avoir dit assez pour éclairer ce qui va suivre dans le domaine des faits.

Quand, pour ma part, j'ai été amené à masser en une seule seringue tout le sérum nécessaire à la cure d'une *diphtérie*, — *vers 1916* — nous utilisions déjà le chlorure de calcium à titre préventif avec des résultats parfaitement irréguliers.

La substitution de l'injection unique — massive — aux injections distancées — n'a, en aucun point, modifié cette *irrégularité*. Mais cette substitution m'a paru constituer par elle-même une mesure préventive d'une efficacité non négligeable. Je ne veux pas dire constante, car l'une de mes victimes sera précisément cet homme atteint de paraplégie sérique menaçante (les quatre membres) auquel j'avais injecté d'un seul coup 25.000 unités, en 1928.

La diphtérie de cet homme avait été si bénigne qu'elle dut être recherchée et péniblement reconstituée par les commémoratifs. Il n'avait jamais reçu de sérum et n'avait jamais mangé du cheval.

Ensuite — et quoique les manœuvres nécessaires nous imposassent des pertes de temps gênantes et des déplacements supplémentaires onéreux — nous avons essayé la méthode de Besredka.

Avec ou sans chlorure de calcium nous avons dû constater la même infidélité capricieuse, — franchement déraisonnable.

Une fois, deux fois, la maladie sérique n'apparaît pas. Nous espérons ... mais c'est à tort : malgré nos efforts pour suivre exactement les instructions reçues la maladie sérique survint et fut sévère, la troisième fois .

Ce fait ne date que de trois ou quatre ans (fixons la date 1932). Depuis l'un de nous a utilisé l'adrénaline préventive. Au début cela a eu l'air de donner satisfaction... mais c'était encore une illusion que dissipera un échec : précisément après l'unique injection de sérum

antitétanique (prévention du tétanos pour blessure souillée par la terre d'un champ qu'on labourait pour enfouir du fumier de cheval).

Ici, là et là encore, nous fûmes bien heureux d'avoir appris à utiliser l'acide lactique... à haute dose.

Au cours des deux observations qui vont suivre on trouvera des précisions savoureuses sur cette question des hautes doses.

Mais nous avons renoncé aux médications préventives — préventives de la maladie sérique — même quand le sujet est un de ces *animaux nobles*, — noble par excellence — qu'on appelle un médecin ; même quand ce médecin est payé pour redouter la maladie sérique dont il a déjà été victime à plusieurs reprises.

Prévenir VAUDRAIT mieux que guérir ! L'ennui c'est qu'on ne prévient pas.

Nous devons dire que l'acide lactique lui-même, pour autant que le Docteur Arsonneau a pu l'essayer dans ce but, paraît n'avoir aucune action préventive.

***

L'ACIDE LACTIQUE

Sous ma plume le sujet n'est pas nouveau, mais je rappelle sans honte la formule commode que nous avons retenue :

Acide lactique..............	15 grammes
Sirop de framboise.........	250 grammes

Soit, assez exactement, un gramme d'acide lactique par cuillère à soupe de sirop, à boire pur ou délayé dans un peu d'eau.

Ce sirop est pratiquement inaltérable. On peut en avoir une provision chez soi, — en vue des réceptions d'été. On s'en servirait pour fabriquer instantanément une limonade des plus agréables : une cuillerée à bouche par verre d'eau. Cette eau peut être celle de la fontaine, du robinet, de Vals, de Seltz, — ou Badoit — ou bien encore une quelconque gazéifiée. Moi, je préfère Châtelguyon légère.

Tout ceci n'est rien. Le grand succès de l'ACIDE LACTIQUE lui est venu de la remarquable propriété qu'il a de guérir la MALADIE SÉRIQUE *à la condition qu'on en avale assez et assez vite.*

Ce qui veut dire beaucoup.

Mais beaucoup, cela n'est pas une mesure.

Jusqu'à une époque récente nous aurions indiqué CINQ (2) cuillerées à bouche, — du sirop type — données *de quart d'heure en quart d'heure* ; soit cinq grammes d'acide lactique en *une* heure.

Nous aurions ajouté aussi : si le malade ne s'endormait pas, on continuerait l'usage du sirop, en espaçant toutefois.

Nous indiquions encore qu'il était bon de délayer ce sirop dans UN PEU d'eau. J'avais écrit primitivement « un verre d'eau » ; puis j'ai écrit « un demi-verre » ; enfin « un quart de verre ».

De-ci, de-là un client, pressé d'en arriver à la dose efficace, m'avait bien déclaré que ce sirop pouvait être avalé pur... quand on n'avait plus assez soif pour avaler des quarts de verre d'eau. L'expérience a confirmé l'affirmation de cet observateur, et au delà !

Si, à cette époque, on m'avait demandé jusqu'à quelle dose totale on pouvait aller dans l'absorption de cette dose *concentrée* — un gramme d'acide pour dix-sept grammes d'excipient — j'aurais été fort embarrassé. Non point que j'aie connu quelque inconvénient, mais tout simplement par ignorance, aussi bien livresque que pratique.

Mais voici que, — fin 1935 — un jeune client du Docteur Arsonneau est venu nous apporter un renseignement que je juge fort intéressant.

OBSERVATION I

B..., 14 ans. Frêle quoique, actuellement mais pas depuis longtemps, bien nourri. Commis, fait les courses. Chute de bicyclette sur la grand'route ; plaies anfractueuses multiples.

Sérum antitétanique.

La troisième nuit B... est réveillé par une formidable poussée d'urticaire avec quelques algies. Agitation quasi-délirante. Fièvre.

Reçoit sa provision de sirop des mains de l'autre commis. N'a retenu des indications données que ceci « il faut que tu avales ta potion très vite ».

Il goutte. C'est très bon quoique un peu doux.

Il avale toute la bouteille d'un coup..... s'endort..... et se réveille guéri.

Mais, il se rappelle alors qu'il devait boire, de ce fameux sirop, quelques cuillerées diluées dans de l'eau lors de ses prochains repas et il va demander au Docteur A... une nouvelle bouteille, car justement il a faim.....

Nous savons donc désormais qu'on peut avaler QUINZE GRAMMES D'ACIDE LACTIQUE D'UN COUP.

Ce qui est évidemment beaucoup... en dehors de tout autre considération.

OBSERVATION II

X..., 32 ans.

Pénétration dans un doigt d'un morceau de fil de fer provenant d'un câble qui a été traîné dans un champ. Extraction difficile.

Cas embarrassant : ce blessé a déjà reçu du sérum tétanique (à titre préventif) cinq ou six fois et il a, chaque fois, réagi en urticaire.

Il s'abstiendrait donc, cette fois-ci, s'il n'avait à sa disposition le fameux sirop.

Il se connaît deux idio-syncrasies : (*a*) il est facilement fébricitant en général ; (*b*) sa sensibilisation au sérum ne va pas en augmentant, l'urticaire étant de plus en plus tardive.

Blessure dimanche matin. Dix centimètres cubes

(1) Dans un livre récent une faute d'impression fait que l'auteur donne comme indication de quantité « DEUX cuillerées à bouche *par jour* » là où il faut lire « jusqu'à DIX cuillerées à bouche et plus ».

de sérum dimanche soir. Il n'y aura pas de réaction locale.

Vendredi, mouvement fébrile continu. Pas d'urticaire. Pas d'algies ; en raison de (*a*) on attend.

Samedi, au coucher, très faible poussée d'urticaire. En raison de (*b*) on attend encore, mais vers minuit le patient est réveillé par une poussée sérieuse. Température 38°. En une heure il absorbe sept grammes d'acide lactique, soit sept cuillerées de sirop. Il s'endort et se réveillera à peu près guéri.

Comme c'est un médecin, il néglige la suite de l'ordonnance qui indique qu'on doit poursuivre la cure en achevant le flacon aux repas, à la place de tout autre boisson.

Mais, ici, intervient un autre facteur : de ce qu'il a pu observer sur ses clients ce médecin a conclu que l'*acide lactique*, qui guérit la maladie sérique, *ne la prévient pas.*

Bonne journée le dimanche ; journée fort active même.

Il y aura cependant une petite rechute sous l'action de la chaleur du lit : trois ou quatre cuillerées avalées précipitamment éteindront cette velléité.

Et c'est tout

J'ai souligné, au passage, la négation de toute action préventive, mais non pas pour avoir le plaisir de « finir comme j'ai commencé ».

La vérité est autre. Brutalement j'aurais dû écrire que, — en l'état *actuel* de nos tâtonnements, — nous avons échoué en employant *des doses faibles* : deux grammes par jour.

Peut-être ferait-on mieux avec cinq, six grammes et plus ? Mais comme on *ne sait jamais si la maladie sérique doit survenir*, l'embarras de conclure demeurerait.

Nous renonçons donc à ce PRÉSERVATIF hypothétique comme nous avons renoncé aux autres et précisément pour les mêmes raisons, — celles négatives — que je viens de rappeler, — celle positive — qui est la possession d'un moyen de guérir *cito, tuto et jucunde.*

***

Il me reste à rappeler que Lehman (Pau) injectant le sérum antitétanique, par la voie intraveineuse, *au moyen de son goutte à goutte,* a été frappé par l'ABSENCE des réactions sériques qui viennent trop souvent troubler la cure du tétanos confirmé.

Devrait-on, en conséquence, utiliser le même GOUTTE A GOUTTE INTRAVEINEUX pour *toutes* les injections de sérum ?

A la distance où je suis des choses je pense que cette généralisation viendrait compliquer nos actes plus que ne mérite cette maladie dont l'acide lactique nous débarrasse si facilement.

Je ne parle bien entendu que des deux *sérothérapies préventives courantes* : prévention du tétanos et prévention de la diphtérie.

J'ai dit qu'il en allait autrement en face du tétanos confirmé et j'admettrais très bien qu'il en allât autrement du traitement des diphtéries malignes. Encore faut-il préciser qu'il s'agirait ici, d'exploiter la suractivité qu'assure à la sérothérapie la voie intraveineuse ; l'art d'éviter la maladie sérique ne venant que par surcroît.

LES RÉVÉLATIONS D'UNE MAUVAISE HALEINE

A propos de notre article : « LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR. — LES RÉVÉLATIONS D'UNE MAUVAISE HALEINE », nous recevons du Docteur Georges Masson, chef de clinique à l'Ecole de médecine d'Amiens, la lettre suivante :

« Je viens de lire dans le *Concours* du 5 avril votre article sur « les haleines viciées par l'absorption de substances diverses » et vous dites que « l'odeur de l'haleine proviendrait de petites particules d'oignon ou d'ail retenues dans la bouche et le pharynx ». Le fait suivant tendrait à prouver qu'il existe d'autres causes.

« Dans ma famille, une jeune maman constatait, il y a quelques semaines, que sa fillette avait des oxyures. Elle lui administra un petit lavement à garder préparé avec de l'eau dans laquelle elle avait fait bouillir une gousse d'ail.

« Or, pendant au moins quarante-huit heures, l'haleine de l'enfant a dégagé — et je l'ai constaté moi-même — une odeur d'ail qui, très forte au début, s'atténua peu à peu. Je suis certain qu'il n'y avait eu aucune absorption d'ail par voie buccale.

Dr G. MASSON

INDICATIONS DE L'OUABAÏNE ARNAUD EN THÉRAPEUTIQUE CARDIAQUE

Le Professeur H. Vaquez a mis au point cette importante question, en utilisant la provision d'ouabaïne, que lui avait laissée Arnaud avant sa mort.

« Dans les premiers temps, dit-il, cette médication a été l'objet de critiques que nous nous sommes attachés à réfuter, montrant que maniée comme il fallait elle était sans danger. Par la suite cette sorte d'hostilité, qui est la rançon de toute nouveauté, s'est peu à peu apaisée ; ce que nous avions avancé a été confirmé de toutes parts, en France et à l'étranger, et l'ouabaïne est entrée définitivement dans la pratique courante (1). »

Son indication majeure, sur laquelle cet auteur n'a pas manqué d'insister, est la dilatation aiguë des cavités cardiaques.

Toutes les cavités du cœur peuvent, on le sait, être atteintes de dilatation aiguë, mais ce sont les cavités gauches surtout qui y sont exposées, et, malgré la forte complexion de leurs parois elles se distendent fréquemment, par suite de l'excès de résistance périphérique ou de la diminution d'énergie du myocarde.

L'effort imposé aux cavités droites est toujours moindre, à cause du peu d'importance de la petite circulation ; aussi, malgré la ténuité de leurs parois, sont-elles moins exposées à un à-coup subit d'hypertension. Pourtant, cela peut arriver : l'histoire du rétrécissement mitral en est la preuve, et les accidents qu'il provoque parfois chez la femme enceinte, accidents dits gravido-cardiaques, ne sont que l'expression de la dilatation aiguë ou subaiguë des cavités droites du cœur.

Dans ces différents cas, on est en droit d'attendre de l'ouabaïne des succès, auxquels la digitale ne peut pas prétendre.

Une seconde indication, presque aussi impérative de l'ouabaïne, c'est l'insuffisance irréductible du cœur. On ne peut l'observer que dans deux circonstances.

La première concerne des sujets atteints de cardiopathie valvulaire ou de défaillance myocardique de tout autre cause : après avoir réagi convenablement aux cures digitalines, ils s'y montrent définitivement réfractaires ; c'est en vain que l'on augmente les doses du médicament, que l'on varie son mode d'administration, les stases viscérales persistent, les œdèmes ne régressent pas, la diurèse reste toujours aussi misérable. C'est que la puissance contractile du myocarde, indispensable pour que la digitale opère, s'est progressivement affaiblie et, pour la reconstituer, c'est au seul médicament qui semble avoir sur elle une action élective qu'il faut s'adresser, c'est-à-dire à l'ouabaïne.

Parfois celle-ci suffira pour faire disparaître des accidents, que l'on croyait désormais incurables, ou bien pour y parvenir, il faudra recourir ensuite à la digitale qui, grâce à la cure préalable d'ouabaïne, aura retrouvé son efficacité antérieure.

Une autre variété d'insuffisance irréductible, que l'on pourrait appeler primitive, a trait à des malades réfractaires d'emblée à l'action de la digitale. D'ordinaire, il s'agit d'individus atteints de lésions scléreuses du poumon ou de déviation rachidienne : gibbeux, scoliotiques, etc., chez lesquels l'insuffisance des cavités droites se manifeste par ses symptômes habituels ; c'est pour cela — et c'est là un phénomène très particulier — que le pouls a perdu sa régularité.

Ou bien encore, ce sont des sujets porteurs de lésions aortiques, valvulaires de préférence, chez lesquels l'insuffisance cardiaque évolue de même, sans que le rythme du pouls soit modifié et qui, pour cette raison, sont, comme les premiers, rebelles à la digitale. Ici encore, avec moins de succès pourtant, l'ouabaïne peut lui être efficacement substituée.

A côté de ces indications que l'on pourrait qualifier de majeures, il en est d'autres qui ont été étudiées plus particulièrement dans ces derniers temps, et qui ont sensiblement élargi le domaine d'action de l'ouabaïne.

Certains auteurs avaient prétendu que l'existence de lésions rénales concomitantes s'opposait à l'emploi de l'ouabaïne; aussi déconseillaient-ils d'en faire usage chez ces malades que l'on appelle des cardio-rénaux. Déjà en 1928, le Professeur Vaquez ne s'était pas associé à cette condamnation. MM. Ribierre et Giroux, Clerc et Bascourret, Bizet ont, par la suite, noté non seulement l'absence de tout incident sérieux, mais au contraire une amélioration évidente, contrôlée par l'examen systématique des signes témoins de la néphrite.

Les altérations du rein les plus graves, albuminurie permanente et élevée, azotémie si importante qu'elle soit, loin d'entraver l'emploi de l'ouabaïne, ne peuvent donc qu'inciter à l'utiliser sans aucune arrière-pensée, car les fonctions du dit émonctoire subissent sous son influence une

(1) L'ouabaïne Arnaud. (*Archiv. des Maladies du cœur, décembre 1935*).

amélioration très fréquente. La cause en est dans la part circulatoire importante de l'élément néphrite chez les cardio-rénaux, en particulier chez l'hypertendu décompensé. L'ouabaïne en améliorant le régime circulatoire en entier, aide provisoirement le parenchyme rénal à restaurer ses fonctions, comme le montrent la diurèse importante, l'abaissement du chiffre d'urée, la diminution ou la suppression de l'albumine urinaire, tous faits souvent observés par MM. Clerc et Bascourret (1).

En pratique, l'absence de contre-indication rénale équivaut à ouvrir largement la voie d'utilisation du médicament, car, mis à part les cas de thrombose cardiaque dans lesquels toute médication un peu active (y compris surtout la digitale) risque d'être dangereuse, MM. Clerc et Bascourret ne connaissent pas de cardiopathies susceptibles de réagir dans un sens défavorable à l'ouabaïne.

Dans ces derniers temps on a signalé les effets très remarquables de l'ouabaïne dans le collapsus cardiaque consécutif aux maladies infectieuses.

Mais c'est surtout dans le traitement de la diphtérie maligne de l'enfant que l'ouabaïne s'est montrée être un merveilleux médicament.

Parmi les indications secondaires de l'ouabaïne, il faut mentionner :

les tachycardies paroxystiques invétérées, où les dangers de la dilatation du cœur passent au premier plan et dominent les troubles du rythme ;

la bradycardie par trouble de la conductibilité où, comme l'on sait, la digitale, qui risque de renforcer le blocage du faisceau auriculo-ventriculaire, est contre-indiquée, et où l'ouabaïne, si elle ne peut rien contre ce blocage, empêche au moins la défaillance qui peut parfois en résulter.

Enfin, en dernier lieu l'alternance du cœur, signe concomitant ou précurseur, comme on le sait, du collapsus cardiaque et qui, elle aussi, commande bien plus l'emploi de l'ouabaïne que celui de la digitale.

Quant aux contre-indications de l'ouabaïne Arnaud, ne paraissaient pas justiciables de la médication, notamment les cachexies cardiaques avancées avec infiltration séreuse généralisée. Evidemment, en pareille circonstance, on ne peut pas attendre beaucoup de la médication ouabaïnique. Cependant, on l'a vu agir dans des cas si désespérés qu'il n'y a pas lieu d'en négliger les ressources même contre toute espérance.

En résumé, il n'y a qu'une affection où vraiment il n'y a rien à attendre de l'ouabaïne, comme de n'importe quel autre médicament d'ailleurs, c'est l'endocardite infectieuse, greffée ou non sur une cardiopathie valvulaire ancienne.

(1) Clerc et Bascourret. *Soc. méd. des hôp.*, 11 décembre 1925.

***

Reste la question du *mode d'emploi* et de la *posologie* de l'ouabaïne Arnaud. Dans la pratique, ce sont les injections intraveineuses, qui répondent le mieux à l'indication majeure, qui est de frapper vite et juste ; directement introduite dans le système circulatoire l'ouabaïne va droit au but, et c'est son principal avantage.

Voici maintenant comment il faut procéder, d'après le Professeur Vaquez.

En présence des symptômes graves témoignant que le cœur devient subitement défaillant, la première indication — conforme à la pratique usuelle — est de faire une saignée copieuse, puis d'injecter tout de suite un premier quart de milligramme d'ouabaïne ; un deuxième, douze heures plus tard ; un troisième, au même intervalle et enfin un quatrième, vingt-quatre heures après, la dose utile devant être au total de un milligramme dans les quarante-huit heures.

Si le danger n'est pas aussi urgent, on peut se contenter de faire une première injection comme il vient d'être dit, et puis les autres, seulement vingt-quatre heures après ; l'introduction de la totalité de la dose étant ainsi différée de vingt-quatre heures.

On peut procéder de la même façon dans les cas d'insuffisance aiguë ou subaiguë du cœur, consécutive aux maladies infectieuses. L'affection primitive importe peu, c'est le syndrome qui commande la médication. Il est évident que les doses doivent être différentes, s'il s'agit d'adultes, d'enfants ou de nourrissons.

L'usage de doses faibles et prolongées d'ouabaïne a été préconisé surtout à la suite des travaux de MM. Clerc et Bascourret sur le traitement de l'insuffisance cardio-rénale. Ils se sont servi de doses faibles et croissantes : 1/8 de milligramme le premier jour, pour tâter la susceptibilité du sujet ; puis 1/4 de milligramme les trois ou quatre jours suivants : enfin 1/2 milligramme après un jour de repos ; la dose totale variant de 1 mgr. 1/4 à 1 mgr. 1/2. Dans ces conditions ils n'ont eu à déplorer aucun incident sérieux.

MM. Clerc et Bascourret admettent la prolongation indéfinie des cures d'ouabaïne par voie veineuse ; ils écrivent notamment (1) :

« La posologie des cures d'ouabaïne, fixée primitivement par Vaquez à 1 milligr. 1/2, s'est trouvée cependant peu à peu dépassée

(1) MM. Clerc et Bascourret : De quelques réflexions sur l'emploi raisonné de l'ouabaïne, et sur l'intérêt de son utilisation en cures prolongées. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juin 1933.

par certains auteurs, comme Bouchut et Moreno, comme Laubry et Pezzi, etc... Frappés nous-mêmes par le caractère transitoire de l'amélioration des troubles cardiaques, avec cette médication, dont les effets ne semblent guère dépasser vingt-quatre à quarante-huit heures, nous avons été amenés à prolonger de plus en plus la durée des cures, afin d'obtenir la *continuité des résultats*, qui, seule, compte en pratique, et se trouve tant désirée par les patients eux-mêmes, car ils sont bien souvent les premiers à réclamer le bénéfice répété de cette thérapeutique. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, chez plus de 200 malades, *des cures ininterrompues de* 20 *à* 60 *injections* ont pu être réalisées sans aucun incident, ces cures n'ayant d'ailleurs bien souvent été interrompues que par la sortie prématurée de l'hôpital.

L'extension de cette posologie médicamenteuse, si importante en pratique, trouve d'ailleurs un large point d'appui dans l'élimination rapide du produit, hors de l'organisme, élimination que faisait déjà prévoir l'observation clinique. A ce point de vue, on ne saurait trop le répéter, rien de comparable avec la digitale, à propos de laquelle toute posologie doit tenir compte des phénomènes d'accumulation constants (1).

Ce qu'il faut rechercher avant tout dans la thérapeutique, c'est que le médicament ne soit pas arrêté en route et qu'il atteigne le cœur aussi rapidement que possible ; aussi, sans rejeter complètement la pratique des injections intramusculaires, les precédents auteurs estiment qu'elle doit être réservée aux cas où le temps ne presse pas : par exemple, quand il s'agit d'insuffisance du cœur réfractaire à la digitale.

C'est dans le même but d'éviter d'emblée le recours aux injections intraveineuses que l'on a préconisé l'*emploi du médicament par voie buccale*.

La question de l'introduction du médicament par les voies digestives a été reprise récemment par M. P.-L. Thiroloix avec MM. Antonelli et Bellot. Ils l'ont utilisée dans des cas d'insuffisance ventriculaire gauche à forme progressive, les injections intraveineuses étant réservées à la grande insuffisance et à des accidents paroxystiques.

Ils ont employé la solution d'ouabaïne Arnaud à 4/1.000, répartie en prises égales toutes les six à huit heures selon la tolérance du malade et les indications individuelles, en donnant une dose totale de 100 à 150 et 200 gouttes, soit de 8 à 12 et 16 milligrammes par vingt-quatre heures.

Sur une trentaine de cas suivis depuis près de deux ans, il n'a jamais été observé d'accidents ; le seul incident, constaté une fois ou deux fois, fut une légère intolérance digestive se traduisant par une diarrhée non douloureuse. La diminution des doses — sans même supprimer la drogue — suffisait le plus souvent à la faire disparaître. Un de leurs malades a pu ainsi absorber pendant un an 150 à 250 gouttes de la solution à 4/1.000, soit 12 à 20 milligrammes par jour sans présenter de phénomènes d'intolérance, d'accumulation ou d'intoxication.

Le plus souvent les cures étaient continuées à raison de cinq jours par semaine et à des doses variant de 60 à 100 gouttes, et cela pendant des mois, les doses inférieures à 60 gouttes s'étant révélées inefficaces (1).

Ces auteurs se croient donc en droit de conclure que l'ouabaïne Arnaud, administrée par voie buccale à doses suffisantes, pouvant atteindre 2 centigrammes par vingt-quatre heures, est susceptible de rendre des services comparables à ceux de l'ouabaïne intravasculaire, sans qu'elle doive pourtant supplanter cette dernière. Mais, ajoutent-ils, dans les *cures d'entretien* des grandes et des petites insuffisances cardiaques, elle constitue une méthode pratique et inoffensive qui peut prend rang dans les traitements habituels des cardiopathies décompensées.

MM. Clerc et Bascourret (2) vont même plus loin, et, pour eux la posologie de l'ouabaïne, jusqu'à présent utilisée dans le mode d'administration *per os*, (posologie qui s'avère nettement insuffisante, et, en tout cas, incapable de réaliser une amélioration importante et durable d'une *insuffisance ventriculaire gauche type*) doit être portée jusqu'à des doses bien supérieures, aussi bien pour un traitement dit « d'attaque » que pour une cure d'entretien intercalaire. Les doses à utiliser peuvent aller jusqu'à deux à trois centigr. par jour, soit 50 à 75 gouttes de solution à 2 %, répartis en deux à trois prises. Grâce à cette technique, la thérapeutique cardiologique peut disposer d'une action médicamenteuse réellement efficace, et qui ne paraît nullement dangereuse.

Est-il utile de rappeler que la cure d'ouabaïne, comme celle de la digitale, exige le repos au lit, avec un régime lacté ou un régime déchloruré ? Le premier convient aux malades qui ne souffrent que du cœur ; le second à ceux qui sont en même temps porteurs de lésion rénale et à tous autres qui ont une intolérance ou une répugnance marquée pour le lait.

(1) MM. Clerc et Bascourret. (*Progrès Médical*, 8 février 1936.)

(1) Thiroloix, Antonelli et Bellot. — *Revue médicale française*, décembre 1935.

(2) Sur certaines ressources que peut offrir l'ouabaïne Arnaud en thérapeutique cardiaque. Absence de contre-indication ; cures indéfiniment prolongées ; doses élevées par voie buccale. (*Progrès Médical*, 8 février 1936).

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Ne négligeons pas la cellulite :

des douleurs, non identifiées, pourront être supprimées par un traitement fort simple

d'après le Docteur César LEGRAND (1)

NOMBREUSES SONT, EN EFFET, LES ATTEINTES LÉGÈRES OU MOYENNES, PRÉCISÉMENT CELLES QUE L'ON MÉCONNAÎT

Et les auteurs classiques n'envisagent d'ordinaire que les formes extrêmes de la cellulite. « Or, — le fait est à peine croyable — des êtres humains par milliers souffrent et demeurent incompris, à qui de simples gestes d'une main initiée eussent révélé sur le champ la nature de leur mal, et leur eussent apporté un soulagement immédiat. »

Il s'agit de *névralgies* plus ou moins vives, aussi bien nocturnes que diurnes, s'accompagnant parfois de fourmillements ou de brûlures, siégeant en des endroits très variés. Les zones les plus fréquemment atteintes sont : le crâne, la nuque, les fosses sus et sous-épineuses, la région lombo-fessière, les régions sous-mammaires, les faces internes des cuisses et des jambes.

Simple en est le diagnostic : « *La plicature de la peau éveille une douleur vive,* et ce simple geste localise le siège ». On sent, de plus, un certain *épaississement du tissu cellulaire,* ou bien *de petits grains particulièrement sensibles* qui siègent dans cette même zone. D'autres fois, il s'agit de placards ou de coulées. Et même des doigts expérimentés arrivent à déceler les plus petits foyers, avant que n'arrive la plainte du sujet.

Comme aussi, il advient exceptionnellement qu'un épaississement très tenu ne puisse être reconnu, et qu'alors le syndrome soit surtout représenté par l'élément douloureux.

Cependant, parfois la cellulite n'est plus aussi superficielle. Derrière une peau, intacte ou non, elle s'accroche en quelque sorte aux surfaces osseuses. L'occipital, les apophyses épineuses des vertèbres, les parties juxta-vertébrales des côtes sont les régions le plus souvent atteintes. Ici l'exploration des doigts sent plus ou moins de légers épaississements, mais réveille une douleur généralement très vive.

Comment surviennent ces crises douloureuses provoquées par la cellulite ?

Parfois, elles sont uniquement révélées par la pression. Le plus souvent spontanées, elles revêtent un caractère d'intensité variable : très fréquemment légères, elles peuvent devenir violentes et se prolonger.

Les causes les plus diverses sont susceptibles de les réveiller : influences atmosphériques, fatigue, grippe, ennuis. La cellulite s'installe souvent dans l'adolescence, et peut durer toute la vie, si elle est méconnue et non traitée. Elle semble particulièrement fréquente chez la femme.

A remarquer que « la plupart des cellulitiques présentent les caractéristiques de l'arthritisme, expression surannée et pourtant suggestive ».

***

UNE FOIS DÉCELÉE, LA CELLULITE EST JUSTICIABLE D'UN TRAITEMENT RATIONNEL PAR UN MASSAGE SPÉCIAL

Il s'agit, en effet, d'une rétraction de l'éponge conjonctive sur des exsudats, que celle-ci empêche de s'éliminer par la voie normale.

L. Alquier en expose le mécanisme (*La Médecine,* février 1935). Que des infections, ou des troubles hépato-digestifs viennent à produire une congestion exsudative, le tissu conjonctif se trouve distendu. Mais le gonflement congestif une fois disparu, reste la bouffissure due à l'exsudat ; celle-ci, dans les conditions normales, diffuse et tend à se généraliser de proche en proche, pour être finalement drainée par les vaisseaux et ganglions lymphatiques, qui déversent la lymphe dans les veines sous-clavières.

Cependant un incident fâcheux peut survenir : c'est une rétraction de l'éponge conjonctive, *par un réflexe analogue à la vaso-constriction.*

Atone, elle permettra les grandes distensions par un apport de nouveaux exsudats, ou par un barrage d'hypertonie tissulaire rétractile.

Excessive, la rétractilité *crispe les chairs,* indurant l'exsudat et le *morcelant en masses cellulitiques,* qui d'ailleurs *s'effaceront avec la détente cellulaire.*

Cette rétraction cellulitique est cause d'innombrables *douleurs et de crampes, ou soubresauts et spasmes de torsion.* Elle provoque la surréflectivité de tous les réflexes vago-sympathiques, et en particulier dérègle la vaso-motricité.

Devenue permanente, cette rétraction produit des enraidissements articulaires des inflammations éteintes ou atténuées, et des états rhumatoïdes.

(1) Docteur C. LEGRAND. — La cellulite devant le praticien. (*La Médecine,* février 1936.)

Il s'agit donc de remettre en l'état la vasomotricité, de faire disparaître la rétractilité tissulaire, bref d'achever et de régulariser la circulation sanguine, ainsi que la diffusion, et le drainage lymphatique des exsudats. Ce sera le rôle d'une physiothérapie réflexogène.

Ainsi s'expliquent les heureux résultats qu'a obtenus le Docteur C. Legrand par une sorte de massage, qu'il dénomme « vibro-massage ». *Le traitement vraiment efficace*, dit-il, *est purement manuel.*

« Il faut, dit-il, avec un ou plusieurs doigts, aborder le point de cellulite comme si l'on voulait étaler une substance qui serait sous la peau. Ou bien, entraînant la peau, on fait, sur le plan plus profond, de petits mouvements de friction. Ou bien, on imprime à la pulpe des phalangettes de véritables mouvements de vibreur, de trembleur. Ou bien encore, on assouplit avec les doigts des deux mains opposées une plicature de la peau soulevée, dans un mouvement rappelant un peu celui de rouler une cigarette. On peut aussi, l'un de ces plis étant fixé par une main, faire glisser dessus le pli opposé. On mettra plus ou moins d'insistance, de force, suivant les cas. La manipulation ne dépassera guère une ou deux minutes *pour un seul point, vingt à trente minutes pour* une séance. « On obtient presque toujours la disparition ou l'atténuation de la douleur ; mais elle récidive souvent, surtout quand elle est ancienne. Il faut parfois une série de 10, 15, 20 séances et davantage pour avoir gain de cause. Dans les cas invétérés, il est prudent, après avoir obtenu une guérison apparente, de faire périodiquement quelques massages. Si le premier succès est souvent triomphal, la victoire définitive exigera parfois temps, patience et même une *certaine habileté* que donne l'expérience. »

Quelques exemples instructifs :

Mme S..., 45 ans, vue le 14-1-34. Atteinte de rétrécissement mitral ancien. Vive douleur sous le sein gauche, entraînant l'insomnie, naturellement attribuée à la lésion cardiaque. Petit point de cellulite qui cède à un vibro-massage. Un an plus tard, fourmillements et douleurs dans les jambes, de jour et de nuit. Cellulite des parois internes des cuisses. Points très douloureux au niveau des apophyses transverses des dernières lombaires. Dès les premières séances, les douleurs et les fourmillements disparaissent.

Mme I..., 50 ans. Crises douloureuses violentes de la nuque, du thorax et des reins. Points de cellulite dans la région occipitale, aux apophyses transverses des colonnes cervicale et lombaire, dans les régions costo-mammaires. Asthénie, dépression. Amélioration progressive par le vibro-massage.

Mme R..., 30 ans, vient se plaindre, le 17-3-33, d'une névralgie du côté droit du thorax, irradiant vers le bras, ayant provoqué une insomnie totale. Plissant la peau sous le sein droit, je réveille une douleur très vive et je sens un épaississement très localisé du tissu cellulaire. Je pratique, à l'aide d'un doigt, du « vibro massage ». Très rapidement, la douleur disparaît.

A l'examen de la surface cutanée autres points de cellulite actuellement assoupis. Depuis l'âge de 15 ou 16 ans, douleurs fréquentes, tantôt ici, tantôt là, sans qu'on ait pu jamais en expliquer la cause. Les « crises » s'accompagnent d'asthénie. Une douzaine de séances de vibro-massage confirme une amélioration qui se maintient plusieurs mois. Ensuite, nouvelle poussée qui cède à quelques séances nouvelles.

Mme E. R..., 33 ans, vient d'être opérée d'un fibrome et d'une ovariotomie. Depuis deux ans, crises de douleurs dans le dos, soit de jour, soit de nuit. Travail devenu difficile. État moral mauvais. Plaques de cellulite au niveau des deux omoplates et dans les fosses sus-épineuses. Asthénie. Amélioration immédiate, par dix séances de « vibro-massage ».

Mme S..., 35 ans, vue le 7-8-33 au retour de Vichy où elle a été traitée pour cholécystite. Lassitude extrême des membres inférieurs, soit *au lit, soit debout. Fourmillements* et douleurs aux mêmes endroits. Quelques vertiges. Inaptitude complète au travail. Points de cellulite à la face interne des cuisses, sous les deux seins, dans la région appendiculaire, dans les bosses occipitales et sur les bords du trou occipital. Guérison complète après 18 séances.

Il y a des cas où la cellulite permet à la fois l'explication et le traitement de névralgies extrêmement localisées et les plus diverses.

Mlle G..., 38 ans. Vive douleur nocturne de la région cardiaque avec angoisse. Point de cellulite dans le quatrième espace inter-costal gauche. Guérison après quatre séances, qui se maintient depuis deux ans.

Mme T..., 40 ans, atteinte de rhumatisme déformant. Douleur dans la région de l'épaule droite empêchant le sommeil. Point de cellulite de la région sous-épineuse. Amélioration immédiate. Guérison en deux séances.

M. R... Douleur vive dans le dos, exacerbée par la toux ou l'exercice du ski. Point de cellulite disparaissant immédiatement. Récidive 15 jours plus tard. Guérison après trois séances.

Mme R... Douleur à caractère sciatique. Point de cellulite de la région fessière. Guérison après trois séances.

***

La cellulite, dont paraît relever la grande majorité des « douloureux », devrait bien prendre, parmi les préoccupations du praticien, la place qu'elle mérite.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur l'oscillométrie dans l'artérite sénile des membres.

MM. DROUET, COLLESSON, NEIMANN et LEPOIRE estiment que la recherche systématique de l'indice oscillométrique chez les sujets âgés, montre l'existence fréquente chez eux d'un indice très diminué ou complètement aboli sans qu'ils présentent aucune manifestation clinique d'oblitération artérielle des membres inférieurs.

La rigidité des artères séniles est la plupart du temps peu favorable au spasme, ce qui donne la meilleure explication de l'absence fréquente de claudication intermittente chez ces sujets.

Chez un individu de plus de soixante ans, l'abolition ou la diminution considérable de l'indice oscillométrique, témoin local d'un processus de scléroses viscérales multiples, est une constatation grave au point de vue du pronostic vital. (*Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1935.)

Le terrain glandulaire des tuberculeux pulmonaires

Le Docteur MISTAL étudie les différents facteurs composant le terrain tuberculeux. Il met surtout en valeur les relations des glandes endocrines entre elles et leurs effets sur la constitution ou la prédisposition à la tuberculose. Suivant qu'il y a insuffisance ou excès de la sécrétion endocrine, les phénomènes glandulaires peuvent se combiner pour caractériser deux types de terrains tuberculeux : un type hypercrinique moins grave (hyperthyroïdien, hyperpituitaire, hyperthymique) avec les caractères biotypologiques de ces tempéraments glandulaires et un type de tuberculeux ou de prétuberculeux hypocrinique plus grave (hypogénital, hypopancréatique, hyposurrénalien). Il ne faut pas oublier que certaines glandes endocrines sont synergiques et d'autres antagoniques influant ainsi sur le terrain, ce qui permet de nombreuses variations et complique le problème.

Il peut en découler certaines indications pronostiques et thérapeutiques. Chez un tempérament asthénique hyposurrénalien, il faut éviter toute médication active : sels d'or, tuberculine, vaccins, ainsi que l'action directe des rayons solaires, qui provoquerait facilement une auto-intoxication protéinique. Par contre, une thérapeutique stimulante peut être indiquée chez des malades avec une bonne fonction thyroïdienne ; l'extrait thyroïdien est cependant dangereux chez les tuberculeux. L'opothérapie raisonnablement appliquée peut donner de bons résultats, lorsqu'il y a des dysfonctions endocriniennes, celle de l'ovaire par exemple. Sergent a proposé la médication adrénocalcique chez les hyposurrénaliens pour aider à la récalcification. L'extrait de corps jaune peut être utilisé pour neutraliser l'action de la folliculine dans des cas de menstruations défavorables. L'insuline sert à faire grossir les malades, et elle est efficace dans l'hyperthyroïdie des tuberculeux. L'extrait de lobe postérieur arrête les hémoptysies (Rist). Enfin, l'opothérapie pancréatique préconisée par Loeper et l'opothérapie splénique de Bayle semblent augmenter la résistance envers l'infection. (*Bruxelles-Médical*, 19 janvier 1936.)

Réactions sanguines paradoxales à l'occasion des transfusions

Le Prof. agrégé SIMONIN dégage de son travail l'idée générale que la connaissance et la recherche des groupes sanguins ne suffit pas à établir sûrement la compatibilité sanguine et à écarter les accidents de la transfusion, car le sang de chaque sujet est individuel ; en outre, il peut acquérir des propriétés d'intolérance sous certaines influences pathologiques. D'autre part, nous ne possédons pas actuellement de test ou d'épreuve infaillible, qui permettrait, dans tous les cas, d'éviter avec certitude les accidents d'incompatibilité. Par conséquent, toute transfusion représente encore un risque qui est d'ailleurs rarement mortel (3 sur 10.000 d'après Tzanck) ; risque qu'on retrouve aussi bien à l'occasion de l'anesthésie, de l'arsénothérapie, etc...

Même à ce prix, la transfusion sanguine reste une méthode thérapeutique de première valeur. Certes, il faut être prudent, mais non pas timoré, car il ne s'agit pas de faire perdre aux malades le bénéfice d'une thérapeutique dont les bienfaits dépassent de beaucoup les dangers. (*Paris Médical*, 28 décembre 1935.)

Définition et méthode de mesure de la vitesse de circulation.

Le temps d'une circulation permet de se rendre compte de la vitesse de circulation du sang dans un organisme déterminé. C. Lian et Mme Barras avaient tout d'abord employé la méthode simple et inoffensive, à la fluorescéine. D'autres procédés objectifs ont été imaginés par

la suite. Ce furent ensuite des méthodes subjectives reposant toutes sur le même principe : injection dans une veine du pli du coude d'une substance susceptible d'éveiller un goût spécial très vif et d'apparition brusque. Dans ce but, on a utilisé les sels de calcium, l'histamine, la décholine, le saccharinate de soude.

MM. C. Lian et J. Facquet ont expérimenté successivement ces trois derniers produits. Actuellement, ils emploient surtout le saccharinate de soude à raison de 3 à 5 c. c. d'une solution à 50 % dans l'eau distillée. Ce produit donne une brève et forte sensation sucrée dans la bouche.

La technique est extrêmement simple. Le sujet est étendu sur le dos, le bras droit à hauteur des cavités cardiaques. L'injection est poussée rapidement, en deux à trois secondes (seringue de 5 c.-c., aiguille de 12/10 de millimètre de diamètre). Les yeux sur la trotteuse qui marque les secondes, on note combien de secondes après le début de l'injection apparaît la saveur révélatrice. Le malade a été prévenu à l'avance afin qu'il annonce cette saveur immédiatement, dès le moment où elle se manifeste. La soudaineté et l'intensité de la saveur font qu'on peut tabler sur le signal donné par le malade. Si un résultat paraissait surprenant, il serait facile de faire une épreuve de contrôle soit avec le même produit, soit avec un autre produit sapide, soit même avec la fluorescéine.

Après l'examen de 150 sujets normaux ou malades, les auteurs estiment que la vitesse de circulation est chez l'adulte normal, de 11 à 16 secondes par les méthodes au saccharinate de soude et à la décholine, exceptionnellement de 10 secondes ou, au contraire, de 17 secondes. Chez l'adulte la vitesse de circulation n'est pas influencée par l'âge ; cependant chez le grand enfant, elle est plus rapide que chez l'adulte, et il n'est pas rare de trouver des temps inférieurs à 10 secondes. Elle reste à peu près fixe chez le même sujet d'un examen à l'autre ; cependant, elle peut varier légèrement d'un jour à l'autre comme d'autres constantes physiologiques (pouls. respiration, pression artérielle, etc.). La vitesse de circulation n'est influencée ni par le sexe, ni par le poids, ni par la taille, ni par les chiffres du pouls, de la respiration, de la pression artérielle (dans les limites physiologiques). Elle est accélérée par l'effort, et inconstamment par la digestion.

C'est en pathologie cardio-vasculaire que la mesure de la vitesse de circulation présente son maximum d'intérêt. Les auteurs peuvent avancer que le ralentissement circulatoire est constant dans l'insuffisance cardiaque. Les exceptions à cette règle, d'ailleurs très rares, sont dues à l'intrication d'un facteur surajouté qui, à l'inverse de l'insuffisance cardiaque, accélère la circulation (grande tachycardie, maladie de Basedow, anémie sévère).

L'influence du traitement cardio-dynamique sur le ralentissement circulatoire est très nette. Dans certains cas, le ralentissement disparaît complètement par une cure de digitaline ou d'ouabaïne. D'autres fois, le ralentissement s'atténue simplement, et il est nécessaire de reprendre la médication après un certain temps d'arrêt. La mesure de la vitesse de circulation est intéressante à considérer pour la conduite du traitement, sans compter sa grande valeur pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque. En dehors de l'insuffisance cardiaque et des compressions de la veine cave supérieure, cette mesure fournit dans différentes affections des résultats très intéressants et très utiles à connaître. Il en est ainsi notamment dans les affections pulmonaires ou pleurales, les tachycardies et bradycardies, l'hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie, les anémies et polygloburies, l'hypertension artérielle, les états fébriles, etc...). (*L'Année médicale pratique*, 1936.)

Toute lésion chronique du sein peut contenir un germe de cancer

L'observation que rapporte le Docteur Dupuy de Frenelle, paraît à elle seule irréfutablement démonstrative. La lésion chronique du sein la plus minime doit être enlevée très largement ainsi que le pédicule ganglionnaire de la glande. C'est en procédant ainsi que l'on mettra la malade à l'abri du cancer, dans la mesure du possible.

Après cette large opération, la malade devra être soumise pendant toute sa vie, surtout s'il existe des antécédents familiaux cancéreux, à un traitement prophylactique anticancéreux selon les règles déjà formulées par l'auteur. Grâce à ce traitement, on voit rarement des récidives après l'opération des cancers du sein pratiquée depuis vingt ans.

Cette règle de conduite apporte la sécurité contre le cancer. Malheureusement, elle était jusqu'ici difficile à faire adopter aux malades qui se refusaient à une mutilation aussi disgracieuse que l'amputation du sein pour une lésion aussi minime. Sur ce point, la chirurgie esthétique a fait accomplir un grand progrès. La résection large d'une partie de la glande mammaire avec évidement axillaire est compatible avec une chirurgie esthétique entre les mains d'un chirurgien expérimenté. Elle est difficile, mais elle est possible. Elle améliore, le plus souvent, la statique du sein. Et c'est pourquoi elle est plus facile à faire admettre par les malades que l'amputation totale.

Cette dernière doit être réservée aux lésions qui font redouter plus particulièrement la dégénérescence cancéreuse. (*La Clinique*, février 1936, A).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sels halogénés de magnésium et prophylaxie du cancer

(M. E. BRUMPT ; 10-3-1936)

M. Brumpt fait un historique de cette question à laquelle le Professeur Delbet a consacré de nombreuses communications, dont l'une toute récente.

C'est à un savant japonais, Itami (1919) que l'on doit les premières recherches expérimentales sur le rôle du magnésium. Injectant du chlorure de magnésium chez des souris porteuses de greffes de carcinome, il n'obtint pas d'action favorable de ce sel dans la plupart des cas. Une action inhibitrice fut signalée par Reding (1923), par Delbet et ses collaborateurs Godard et Palios (1928). Les études ultérieures aboutirent à des conclusions diverses: Kotzareff, de Morsier et Morin enregistrent une atténuation des tumeurs et une prolongation de la vie de l'animal ; Marnlloz un ralentissement dans l'évolution des tumeurs ; Bolaffi un bénéfice nul ; Mac Donald et Itami, Cilotti aucun effet favorable ; Jingun une exagération du néoplasme ; Baroni et Comsia une régression des tumeurs dans la moitié des cas ; Braier une certaine inhibition des lésions ; Serbescu un développement plus rapide des cancers ; Singuira et Benedict une influence variant avec le moment où est utilisé le régime riche ou pauvre en magnésium.

La non-concordance des résultats rend difficile une conclusion à ce sujet. Néanmoins, tenant compte des recherches effectuées par les auteurs qui ont utilisé un nombre suffisamment élevé d'animaux pour autoriser l'établissement de pourcentages, M. Brumpt pense pouvoir donner à son travail, les conclusions suivantes :

1° Chez les rongeurs (rats et souris), le magnésium est nécessaire aux cellules des tumeurs comme aux cellules de l'organisme sain ;

2° Le régime hypermagnésien n'a aucune action empêchante sur l'apparition des cancers spontanés, ni inhibitrice sur l'évolution des cancers greffés expérimentalement ;

3° Ce régime, même prolongé, n'exerce aucune action préventive ou curative sur les cancers, qu'ils soient expérimentaux ou spontanés, des divers animaux sensibles étudiés jusqu'à ce jour.

4° Sans vouloir transporter ces résultats dans le domaine de la pathologie humaine, on peut estimer que l'action des sels de magnésium sur les tumeurs de l'homme reste à démontrer.

Le problème demeure donc à l'étude.

Est-il possible de vacciner l'homme contre la poliomyélite ?

(MM. LEVADITI, KLING et HABER ; 10-3-1936.)

Levaditi et Landsteiner, en 1910, essayant de vacciner des *Macacus* avec des moelles provenant de singes sacrifiés en pleine évolution de poliomyélite expérimentale, ont vu que cette vaccination ne fournissait pas constamment des résultats satisfaisants (le virus-vaccin ayant quelquefois provoqué une véritable poliomyélite) et ne saurait par conséquent être utilisée en pratique.

Il y a peu de temps (1934) deux auteurs américains, John Kolmer et Mlle Anna Rule pensèrent avoir résolu la difficulté en faisant agir du ricinoléate de sodium sur les émulsions virulentes. Ils pratiquèrent une série d'expériences chez l'animal et aussi d'essais sur l'homme, essais peut-être un peu prématurés. MM. Levaditi, Kling et Haber ont repris les expériences en question et il leur est apparu qu'actuellement encore, la plus grande circonspection s'impose, quant à l'opportunité de l'utilisation de la vaccination préventive anti-poliomyélitique, chez l'homme tout au moins, dans l'état présent de nos connaissances.

Il ne semble pas que les agents physiques ou chimiques soient capables d'atténuer le virus poliomyélitique sans lui enlever ses propriétés immunisantes.

Mongolisme et syphilis congénitale.

(M. L. BABONNEIX ; 18-2-1936.)

La syphilis congénitale joue-t-elle, dans la production du mongolisme, un rôle décisif, ainsi que l'admet M. Dop, ou négligeable comme le soutient, avec la majorité des auteurs, M. Comby ?

M. Babonneix a trouvé, dans dix de ses cas, une syphilis certaine. Il pense que l'on pourrait essayer chez les mongoliens le traitement spécifique et qu'il serait possible d'en obtenir quelques résultats, du moins partiels.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Sur les bradycardies d'origine digestive.

(MM. G. MARCHAL, P. SOULIÉ et A. ROY ; 20-12-1935.)

A propos de cinq observations, correspondant à autant de types différents, les auteurs insistent sur quelques particularités de ces brachycardies :

La brachycardie, si nettement caractérisée dans l'ulcère de la petite courbure, s'observe encore dans d'autres localisations ulcéreuses et en particulier dans les ulcères de la première portion du duodénum. Les altérations anatomiques du pneumo-gastrique gauche, bien établies au niveau de la petite courbure, peuvent donc encore s'observer un peu plus loin au niveau de sa terminaison dans le duodénum. Ainsi le syndrome de névrite du pneumo-gastrique gauche donne lieu à la bradycardie sinusale, qu'il s'agisse d'ulcus du bulbe duodénal, ou d'ulcus de la petite courbure, ou de troubles gastriques, d'apparence assez banale.

Le mode d'apparition de la bradycardie et de ses paroxysmes est variable. Tantôt elle apparaît en cours d'évolution et subit une accentuation au *cours des poussées évolutives*, douloureuses ou hémorragiques, de la localisation digestive. Tantôt elle précède cette localisation, tantôt elle débute avec elle.

Le type de la bradycardie est variable. Le réflexe oculo-cardiaque varie également : faible, normal, accentué avec échappements ventriculaires. L'épreuve à l'atropine et l'effort déclenchent une accélération ; parfois même celle-ci est très marquée, signant l'état amphotonique.

Enfin les accidents nerveux ont les aspects les plus variables : accidents pseudo-vertigineux, lipothymiques, syncopaux ou épileptiformes.

En conclusion, il faut insister sur le cadre très large des bradycardies digestives, sur la complexité des mécanismes qui créent les manifestations nerveuses, sur l'intervention de troubles vasculaires extracardiaques et parfois même de troubles de la conductibilité intra-cardiaque. Le rôle du médecin revient à disséquer ces divers facteurs pour guider sa thérapeutique.

Tabes traumatique.

(M. C. I. URECHIA, de Cluj, Roumanie ; 10-1-1936.)

C'est l'observation très démonstrative d'un des rares cas de tabes traumatique. Il s'agit d'un tailleur de pierre, qui souffre d'un grave traumatisme du crâne et de la colonne vertébrale ; quelques semaines après cet accident le malade, qui n'accusait auparavant aucun trouble subjectif, ressent des troubles vésicaux, et petit à petit des crises radiculaires des membres inférieurs, de l'ataxie, etc., qui traduisent le tableau classique du tabes. Comme un examen objectif n'avait pas été fait avant l'accident, on ne peut savoir si les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient absents ou non, si les pupilles réagissaient à la lumière, et si la ponction était positive ou non ; il n'est pas exclus du reste que l'accidenté ait eu un tabes latent. Mais comme il n'accusait aucun trouble subjectif avant le traumatisme, on doit admettre que cet accident a transformé une syphilis latente, en tabes évolutif, et qu'il s'agit, en définitive, de ce qu'on est convenu d'appeler un tabes traumatique. L'apparition de symptômes radiculaires, de troubles vésicaux si peu de temps après l'accident (quelques semaines), constituent une démonstration éclatante du rapport étroit et du rôle du traumatisme dans ce tabes. On doit remarquer que ce traumatisme si puissant de la tête avec déformation osseuse et perte de substance n'a donné lieu à aucun symptôme psychique ou en foyer, de nature syphilitique, et que l'infection a préféré jusqu'à présent au moins la moelle épinière et les racines postérieures. Ce tabes se compliquera-t-il plus tard de symptômes de syphilis cérébrale ? C'est une question d'avenir que le temps va trancher.

Le malade a reçu bien entendu une rente d'invalidité.

Le traitement de la claudication intermittente par les ondes courtes associées à l'action de l'acétylcholine.

(MM. A. PORTOCALIS, d'Athènes, et G. FLORA ; 10-1-1936.)

L'association de l'action des ondes courtes à celle de l'injection simultanée de l'acétylcholine à la dose de 0 gr. 20 (quatre séries de vingt séances de trente minutes, avec une dizaine de jours de repos entre les séries) a donné dans un cas de claudication intermittente, par artérite oblitérante très prononcée, une guérison fonctionnelle et objective complète et dans un autre une amélioration telle que le malade a pu reprendre ses occupations (les séances de traitement continuent). Ainsi, cette médication combinée constitue un moyen inoffensif qui doit entrer dans la thérapeutique courante de la claudication intermittente ; d'autres artérites oblitérantes (angor pectoris, etc.,) pourraient peut-être tirer profit de cette thérapie.

Syndrome de Parkinson aigu typhique.

(MM. L. DE GENNES, A. HANAUT et DE VÉRICOURT ; 10-1-1936.)

Les faits particuliers à cette observation sont surtout apportés par l'apparition au cours d'une typhoïde grave d'un syndrome parkinsonien très complet, caractérisé par une rigidité extrapyramidale et par un tremblement typique.

La disparition rapide et sans séquelles, contemporaine de l'amélioration de la maladie causale, suffit à affirmer l'origine éberthienne des accidents.

G. F.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

Séance du 26 février 1936

Fibro-sarcome pédiculé né au niveau du sinus piriforme gauche.

MM. HUBERT et RAMBERT. — Chez un homme de 51 ans, apparition progressive de dysphagie, dyspnée, enrouement. En août 1935 : trachéotomie d'urgence à Compiègne (Docteur Gand). Entre à Saint-Joseph, porteur d'une tumeur allongée en forme de banane, pédiculée, mobile, sphacélée partiellement, mollasse, masquant le vestibule laryngé, mais indépendante de l'épiglotte et des parois latérales et postérieure du pharynx ; l'implantation ne peut être précisée. Pas d'adénopathie. Biopsie : fibro-sarcome. Radiothérapie (5.000 R). Apparition d'une phase critique nécessitant une gastrostomie. Elimination spontanée de la tumeur par nécrose du pédicule implanté au niveau du sinus piriforme gauche. Fermeture spontanée et très rapide de la trachéotomie et de la bouche stomacale.

Récidive en janvier. Traitement palliatif par électro-coagulation unipolaire : arrêt temporaire de l'évolution.

Epithélioma du sillon gingivo-jugal inférieur droit.

Tumeur du sillon gingivo-jugal inférieur droit apparue insidieusement chez un homme de 67 ans. La tumeur d'aspect papillomateux, saigne légèrement au contact, s'étale à la fois sur la face externe du rebord alvéolaire, sans adhérer au squelette et sur la face interne de la joue sans l'infiltrer en profondeur ; pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma.

Les auteurs discutent la conduite thérapeutique : radium ou électro-coagulation. En raison du peu d'activité de la tumeur, du peu d'extension des lésions, de l'absence d'adénopathie, les auteurs penchent en faveur de la destruction large de la tumeur par électro-coagulation en une seule séance.

Discussion : MM. Dufourmentel et Truffert.

Fistule œsophago-trachéale bien tolérée.

M. GIRARD. — Une fistule œsophago-trachéale peut être compatible avec une bonne santé si elle ne laisse passer que des liquides et en petite quantité. Témoin une jeune fille qui, à la suite d'une œsophagite corrosive par absorption d'une solution de potasse, sent des liquides déglutis passer dans sa trachée et cela depuis sept ans. La réalité de la fistule a été mise en évidence par la radiographie (Maingot) et par la trachéoscopie. Aucun accident pulmonaire n'est survenu jusqu'à présent.

Discussion : MM. Truffert, Dufourmentel et Flurin.

Adéno-phlegmon-gangrène des loges sous-maxillaire et carotidienne.

M. THÉVENIN. — Malade âgé de 82 ans, n'ayant présenté que de petites ulcérations gingivales ayant provoqué l'inflammation puis la suppuration d'un ganglion de la région sous-maxillaire gauche.

Début brusqué avec température à 40 degrés, ne durant que 24 heures, puis s'établissant aux environs de 37,8 jusqu'à la fin.

Incision par le Docteur Duchesne, le sixième jour, puis le douzième jour, ouverture large depuis l'angle de la mâchoire jusqu'en dessous de la clavicule.

Destruction presque complète des muscles sterno-cléido-mastoïdien et omo-hyoïdien.

Destruction des jugulaires externe et interne, ainsi que de l'artère linguale et de tous les ganglions, la branche horizontale du maxillaire étant à nu, mais intégrité osseuse complète.

Mort six heures après l'opération par syncope cardiaque.

Angiomes caverneux cranio-faciaux.

M. DUFOURMENTEL récapitulant un certain nombre d'observations d'angiomes caverneux, attire l'attention sur quelques points particuliers :

a) Leur localisation habituelle au niveau des lignes de coalescence des bourgeons faciaux embryonnaires, c'est-à-dire sur la ligne médio-frontale, et au-dessous d'elle sur la ligne orbito-palato-buccale. On observe ainsi avec une particulière fréquence des angiomes de l'orbite, de la joue, des lèvres et du plancher buccal (grenouillette sanguine).

b) Le mécanisme de l'accroissement qui explique dans la plupart des cas une sorte de court-circuit entre un réseau artériel et un réseau veineux.

c) Les indications thérapeutiques qui comportent une grande prudence en ce qui concerne l'emploi du radium, et le grand avantage qu'il y a à traiter les angiomes de très bonne heure dans les premiers mois de la vie, c'est-à-dire *avant leur extension.*

Le secrétaire général, Dr GRIPPON DE LA MOTTE.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Séance du 10 janvier 1936

Fracture comminutive à six fragments du calcanéum.

MM. AIMES et PARÈS présentent les radiographies et l'histoire clinique d'une fracture comminutive du calcanéum dont les traits ont séparé six fragments. Le résultat anatomique et fonctionnel est excellent.

Sur un cas d'anasarque d'origine hépatique.

MM. BAUMEL, DESHONS et SERRES. — A propos d'un cas d'anasarque, où le tableau clinique, les recherches de laboratoire et l'examen anatomo-pathologique ont éliminé absolument tout facteur *cardiaque ou rénal, et démontré l'existence d'une*

insuffisance hépatique, avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, il a paru intéressant de souligner :

1° Qu'il existe des œdèmes dus à l'insuffisance fonctionnelle du foie.

2° Que les modifications de la pression osmotique des protéines peuvent expliquer leur mécanisme.

3° Qu'un anasarque peut représenter la seule production d'une insuffisance hépatique.

Kératite par poils de chenille.

M. Viallefont rapporte un cas de cette affection peut-être moins exceptionnelle dans notre région qu'ailleurs. Il critique le terme de « ophtalmia nodosa » souvent employé, et inapplicable dans son cas où les troubles visuels persistent de longs mois après l'accident et signale l'éventualité du retentissement médico-légal de cette affection.

Séance du 17 *janvier* 1936

Goitre exophtalmique et tuberculose. Présentation de malade.

M. Joseph Martin présente une malade complètement *guérie après quatorze mois de traitement médical* pur, d'un Basedow avec tuberculose.

La guérison constatée porte sur : 1° l'augmentation totale de poids de 18 kgr. ; 2° le retour à la normale du métabolisme basal qui était à + 30 % ; 3° la disparition totale du goitre et de l'exophtalmie ; 4° la disparition des troubles circulatoires spasmodiques avec crises d'asystolie ; 5° le retour de la vision normale, les spasmes rétiniens ayant déterminé de la cécité complète pendant six mois ; 6° la guérison de la tuberculose ; 7° le retour à la vie professionnelle depuis neuf mois. (Professeur dans une école de jeunes filles).

L'auteur discute l'action réciproque de la tuberculose et du Basedow. Il attire particulièrement l'attention sur l'importance du fonctionnement ovarien dans ce cas. Une première atteinte de Basedow avait débuté en 1917 au quatrième mois d'un allaitement, alors que la malade n'était plus réglée (pour grossesse) depuis treize mois. Une deuxième atteinte était survenue vingt ans après, en 1933, à l'occasion du dérèglement définitif de la ménopause.

Il admet que seule est scientifique la thérapeutique étiologique, et conclut à un Basedow fonctionnel, dû au dysfonctionnement ovarien chez une tuberculeuse avec hérédité.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du mardi 14 *janvier* 1936

Kyste hydatique du moyen-adducteur

MM. Courty et Desreumaux. — Homme de 39 ans, entré dans le Service de chirurgie de l'hôpital Saint-Philibert, pour tumeur de la cuisse gauche ; l'intervention montre qu'il s'agit d'un kyste hydatique.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette localisation et sur les difficultés du diagnostic.

A propos de 19 observations de cancers du poumon (présentation de radiographies)

MM. Langeron et Desplats montrent le polymorphisme clinique des cancers du poumon, mais la netteté généralement assez caractéristique des signes radiologiques. Ils présentent un certain nombre de radiographies particulièrement démonstratives et insistent sur les caractères qui permettent le diagnostic différentiel.

Sténose duodénale chez un nourrisson ; intervention, guérison.

M. Billet et Mlle Senellart. — Enfant d'un mois, présentant depuis la naissance un ictère très foncé, avec amaigrissement et bientôt vomissements tardifs, alimentaires et bilieux. L'examen radiologique montre une sténose duodénale complète. On trouve, à l'intervention, un estomac et un duodénum extrêmement dilatés ; le reste de l'intestin est, au contraire, flasque et d'un calibre très réduit. On déroule l'intestin, on brise des adhérences, la perméabilité se rétablit immédiatement. Suites opératoires normales et guérison complète.

Sécrétion gastrique et post-hypophyse. Recherches expérimentales et considérations thérapeutiques.

MM. Langeron, Paget et Danès ont traité dix-huit malades, qui ont reçu chacun douze injections quotidiennes de post-hypophyse, à la dose de 40 unités (1/4 de lobe). La comparaison de la chlorhydrie gastrique, avant et après traitement, montre que l'action frénatrice de la post-hypophyse est éphémère, avec résultat définitif des plus inconstants. Les douleurs elles-mêmes ont été modifiées de façon variable.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique publié sous la direction de P. Carnot et P. Lereboullet, 1er fascicule du t. XVII. **Maladies de l'intestin,** par P. CARNOT, CAROLI, JACQUET, J. RACHET, BOUTTIER, J. DUMONT, J. FRIEDEL et E. LIBERT. *Nouvelle Edition,* 1936. Un vol. 676 pages, 197 fig. et 17 planches. Prix : 150 fr.

Pharmacien capitaine J. COUILLAUD. — **Le gaz de combat.** PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. THÉRAPEUTIQUE DES INTOXICATIONS. PROTECTION. *Essai de contribution à la défense passive.* Préface du Professeur Labat. Un vol. 175 p. avec 50 fig., 1936. Prix : 25 fr.

H. MAGNE et D. CORDIER. — **Les gaz de combat au point de vue physiologique, médical et militaire.** Un vol. 162 p., 30 fig., 1936. Prix : 30 fr.

Dr A. ROLLIER, de Leysin. — **La cure de soleil.** Un vol. 212 pages, 185 fig. Prix : 65 fr.

Chez VIGOT FRÈRES, éditeur,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

J. BOUDREAUX. — **Les tumeurs primitives du rachis. Chirurgie du corps vertébral.** Un vol. 308 p. 33 fig., 1936. Prix : 45 fr.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Docteur Pierre MARTIN, de Châtel-Guyon. — **Les colites amibiennes, les colites à Lamblias, les colites à tricocéphales.** Un volume de 145 pages avec figures, 12 francs.

Cette étude constitue pour l'étudiant en médecine et pour le praticien une vue d'ensemble et une mise au point de l'un des plus délicats chapitres de la pathologie intestinale.

L'auteur a choisi dans la faune parasitaire ces deux protozaires et ce ver car ce sont les trois parasites que le laboratoire décèle le plus souvent et le plus régulièrement dans les selles de ces malades intestinaux.

Il décrit pour chaque parasite les moyens cliniques et les procédés de laboratoire qui permettent de diagnostiquer la souffrance colique et de dépister la parasitose.

Les diverses manifestations intestinales ainsi que les états secondaires et les troubles généraux qui en découlent sont étudiés au fur et à mesure de la description.

Les différents médicaments convenant à chaque protozoaire ou ver sont décrits avec leur mode d'administration, leur posologie et les phénomènes d'intolérance qu'ils peuvent dans certains cas provoquer.

Le traitement de la colite proprement dite est également l'objet d'une étude approfondie.

Enfin, après avoir rappelé la fréquence chez nous de ces parasites soi-disant exotiques et dit combien la thérapeutique est parfois décevante, l'auteur souligne l'importance d'une prophylaxie générale et individuelle.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Maurice JOURNÉ et Pierre-Noël DESCHAMPS. — **Manuel de pathologie médicale.** *Troisième édition.* Un volume de 1.702 pages. Broché en deux volumes, 90 francs. Relié : 110 francs.

Faire tenir la pathologie médicale en un volume de 1.700 pages était difficile à réaliser. Donner à chaque affection dans ce cadre volontairement limité un développement dont l'étendue fut proportionnée à son importance clinique était plus difficile encore. Les auteurs se sont acquittés avec succès de cette tâche ardue puisque ce manuel reparaît aujourd'hui en troisième édition.

Le Manuel de pathologie médicale a été écrit en premier lieu pour l'étudiant, aussi n'y trouvera-t-on pas de longs développements ; comme il est cependant très complet, tout y est présenté d'une façon beaucoup moins élémentaire que concise.

Comme ouvrage d'ensemble au courant des théories pathogéniques, des méthodes d'exploration et des procédés thérapeutiques les plus récents, ce Manuel sera consulté avec profit par le médecin lui-même qui y trouvera des descriptions très simples ; des caractéristiques très nettes, une mise au point d'ensemble de chaque affection.

Les Thèses

P. — Dr Ch. GAU. — **Hormonothérapie génitale des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.** (Thèse, 1936.)

Chez la tuberculeuse pulmonaire, on peut observers, à l'approche ou au cours de la menstruation, divers troubles, dont les plus fréquents sont les hyperthermies, les aménorrhées, les dysménorrhées, les douleurs pelviennes, les hémoptysies. Ils sont la cause de nombreuses aggravations.

Ces symptômes paraissent liés à un déséquilibre endocrinien : hypofolliculinisme ou hyperfolliculinisme avec hypoprogestinisme.

D'ailleurs les essais thérapeutiques de l'auteur l'autorisent à supposer valables ces hypothèses :

a) Les injections de folliculine améliorent les troubles menstruels des tuberculeuses pulmonaires dans 50 à 60 % des cas, et cette hormone agit, disent les gynécologues, par substitution.

b) En cas d'échec les extraits de corps jaune donnent quelques bons résultats ;

c) La progestine et les prolans semblent permettre d'espérer l'augmentation du nombre des guérisons.

L'hormone mâle et les hormones anti-œstrales ne sont, pour le moment, qu'une thérapeutique d'avenir.

P. — Dr MARGUERITE RICHARD-BRIDEL. — **La survie dans la lymphogranulomatose maligne traitée par radiothérapie pénétrante.** (Thèse, 1936.)

La seule méthode qui puisse dans la maladie de Hodgkin donner une survie appréciable est la radiothérapie. Tandis que l'évolution de la lymphogranulomatose, abandonnée à elle-même, est en moyenne de 12 à 16 mois, Mlle Richard-Bridel a obtenu par la radiothérapie pénétrante une moyenne de survie de 4 ans 7 mois qui concorde sensiblement avec celle de la plupart des auteurs. Les survies au delà de 6 ans sont exceptionnelles, même chez les malades régulièrement et convenablement traités.

Cette survie ne peut pas être augmentée par un traitement préventif qui ne constitue aucune assurance contre les récidives. Dès les premières manifestations de rechute, celles-ci peuvent bénéficier d'une reprise de traitement, sous réserve d'un rayonnement plus filtré que lors de la première application.

Il n'en reste pas moins vrai que la lymphogranulomatose, même avec ce traitement, le plus efficace de ceux connus, reste actuellement une affection fatalement mortelle.

NOTE THÉRAPEUTIQUE

Le Curcuma xanthorriza (Temœ Lawak)

Le retour, parfaitement justifié, aux méthodes phytothérapiques a rappelé l'attention des médecins sur nombre de plantes médicamenteuses jadis considérées comme remèdes héroïques, mais dont l'usage s'était perdu, faute d'en avoir pu extraire, par des méthodes chimiques, un principe actif bien défini, qui résumait d'une manière satisfaisante l'activité thérapeutique de la plante totale.

Et parce qu'il ne paraissait pas assez « scientifique » d'utiliser la drogue végétale, on a aussi abandonné d'admirables remèdes.

C'est l'honneur du Docteur Henri Leclerc, le maître ou pour mieux dire l'apôtre de la Phytothérapie, d'avoir réagi contre ces tendances et d'avoir remis à l'honneur la plante injustement délaissée.

D'autres pharmacologistes, et des plus appréciés, l'ont suivi dans cette voie et c'est ainsi que tout récemment les Docteurs Fernand Mercier, Léon-Justin Mercier et François Decaux ont consacré à un diurétique végétal remarquable, l'Orthosiphon Stamineus, une étude pharmacologique et clinique du plus grand intérêt.

Comme l'Orthosiphon Stamineus, le Curcuma Xanthorriza est originaire de Java où, sous le nom de Temoe Lawak, il est utilisé depuis des siècles par les indigènes pour le traitement de toutes les affections hépatiques, si fréquentes dans ces climats.

Les travaux de Henri Leclerc (1) en France, de Kalk et Nissen, de Koch, de Franquels en Allemagne, ont mis en lumière les remarquables propriétés du Temoe Lawak, qui peut être considéré actuellement comme l'un des meilleurs médicaments hépato-biliaires.

Cholérétique, bactéricide, cholagogue, cholestérolytique, diurétique, laxatif, le Temoe Lawak rend d'inappréciables services dans tous les cas d'insuffisance hépatique, d'ictère, de lithiase biliaire, d'hépatite, de cholécystite, de cellulite, de constipation.

(1) *Courrier Médical*, n° 26, du 30 juin 1935. — *Presse médicale*, n° 90 du 9 novembre 1935.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LES STRATÈGES DU PETIT CAFÉ

Pauvre Europe ! elle est bien malade.

A son chevet se sont assemblés médecins, rebouteux et thaumaturges. Chacun a son remède à prôner, ou son régime, ou son emplâtre. Tous les matins on institue une nouvelle panacée ; tous les soirs la température monte un peu plus. Si la patiente en réchappe.....

Car tous les organes sont malades à la fois, et c'est à se demander par quel bout commencer. De temps à autre un des consultants, brutal et mal embouché, frappe un grand coup de poing sur la table : il s'en envole toutes sortes de paperasses, des conventions, des pactes, des traités dont on attendait grand bien. La malade sursaute sur sa couche, pique un accès de fièvre et murmure découragée : « Ils me feront mourir ». Les collègues du brutal l'admonestent avec courtoisie, lui assurent qu'à l'ordinaire une chambre de malade s'accommode mieux du silence ; et puis l'un ou l'autre susurre » : « Messieurs, n'êtes-vous pas d'avis de clore l'incident et de reprendre la consultation ? »

Pendant que ces hauts personnages fomentent de nouvelles mesures pour régulariser le désordre des humeurs, un peu partout les salons, les clubs et les cafés du commerce tiennent aussi leurs assises. Ils commentent les événements et, pourquoi pas ? proposent leurs solutions. Ce n'est pas trop de toutes les compétences pour conjurer le péril. Pauvre Europe ! pauvre France!

Le petit bistrot qui a pour enseigne « A la fleur de lys » n'est pas le moins bruyant. Il y fréquente des atrabilaires que les « quarts Vichy » ne parviennent pas à édulcorer. Ils sont, eux, pour le chambardement intégral, la médication par le choc ; même la chirurgie mutilante ne leur ferait pas peur car ils tiennent en réserve une pièce de prothèse amoureusement polie et bichonnée par leurs mains . « Placez, disent-ils cette couronne au bon endroit, et vous n'imaginez pas le bien qui en résultera ». Possible ! il faudrait essayer. Mais la couronne une fois en place, si le mieux ne se déclarait pas, que ferait-on de la couronne ?

Les habitués du petit bistrot n'ont pas eu que cette idée ; ils sont d'imagination fertile. Et non contents de guérir l'appareil politique, ils prétendent aussi donner leurs soins à l'économique. Pour celui-ci, ils préconisent le recours aux corporations. Les corporations ? Voilà un mot qui me dit quelque chose. Où l'ai-je entendu ? Ah ! parfaitement : c'est à travers le mur mitoyen. Car ils font un tel boucan dans la maison voisine qu'il n'y a vraiment pas moyen d'être discret : chaque fois qu'ils ont une idée tout le quartier en est averti. Seulement, tout de même, cette fois-ci l'idée est un peu usagée. Et nous pourrions, empruntant une langue qu'ils comprendront mieux que personne leur crier à notre tour « *Multa renascuntur quæ jam cecidere* ».

***

Il y a une douzaine d'années, en ce même journal, notre directeur, avait publié une étude très complète de la naissance, l'efflorescence et la mort des corporations en France ; et il avait centré cette étude sur celle qui nous touche de près, la corporation médicale.

Pour ceux qu'intéresse le sujet et qui seraient curieux de la bibliographie très complète donnée par le Docteur Noir, voici les références : *Concours Médical*, 1924, 2, 16, 23 novembre. Je me bornerai ici à résumer très sommairement ces trois articles.

C'est au XII^e^ siècle, conjointement avec le mouvement communal, que s'organise en France le travail libre : le seigneur féodal, poussé par le besoin d'argent, besoin accru par les aventures des croisades, vend des libertés et des privilèges aux bourgeois, aux artisans et marchands des villes qui, souvent déjà, groupés en confréries religieuses, se constituent en corps de métiers, en corporations. Les rois de France, prévoyant plus ou moins consciemment le parti qu'ils pourraient tirer de cette force nouvelle pour édifier un Etat, favorisaient ce mouvement dans leur domaine, à la différence de nombreux féodaux laïques ou ecclésiastiques.

Au XIII^e^ siècle le mouvement corporatif est en pleine maturité. C'est alors que le pouvoir royal cherche à le stabiliser. Philippe-Auguste puis Saint-Louis s'y emploient, et, sous le règne de ce dernier, le Prévôt de Paris, Etienne Boileau enregistre, réforme et codifie les statuts et règlements des corporations dans le *Livre des Métiers*. Chaque corps de métier avait une organisation autonome et des privilèges variés. Il comprenait

trois classes de membres : les apprentis, les valets et les maîtres.

Les apprentis entraient tout jeunes chez le maître qui ne pouvait en prendre qu'un nombre limité et, par contrat, s'engageait à leur apprendre le métier.

Les valets étaient tenus en dépendance par les statuts de presque toutes les communautés d'arts et métiers. Chez les charcutiers de Paris, le compagnon qui allait travailler chez un charcutier privilégié, c'est-à-dire autorisé à exercer sans faire partie de la corporation, était exclu à jamais de la maîtrise. Chez les horlogers, l'ouvrier qui se permettait de travailler hors des boutiques des maîtres, encourait une pénalité de trois ans de galères. Chez les cordonniers, il était défendu aux maîtres de donner à des ouvriers un salaire supérieur à celui qui était fixé par les règlements (Histoire générale de Lavisse, tome VII, p. 665).

Quant aux maîtres, c'étaient de petits artisans ou boutiquiers, propriétaires de leur atelier ou de leur boutique. Ils payaient un droit à la corporation et un droit au roi.

La corporation était administrée par un Conseil de prud'hommes, sous la surveillance du *Prévôt de la Ville, à Paris.*

Il est certain qu'à l'origine les corporations répondaient à un véritable besoin : pour obtenir des métiers un travail suffisant, bien exécuté, pour procurer aux artisans des matières premières, difficiles à acquérir à cette époque, pour éviter de les voir accaparées par quelques-uns, alors que les transactions et les transports étaient aléatoires, force fut de recourir à des organisations collectives.

Mais peu à peu les corporations s'arrogèrent, chacune dans son domaine, un véritable monopole, à peine contrebattu à Paris par la concurrence des corporations établies en dehors de la juridiction du Prévôt, dans les seigneurries ecclésiastiques telles que les abbayes de Saint-Germain-des-Prés, de Sainte-Geneviève, de Saint-Marcel, le Prieuré de Saint-Martin-des-Champs. Certaines demandaient et obtenaient, sous prétexte d'encombrement et de concurrence excessive des arrêts qui leur interdisaient, pendant trente et quarante ans de suite, de recevoir des apprentis et des maîtres. D'autres décidaient de n'avoir qu'un compagnon par atelier. La plupart limitaient le nombre des maîtres plus étroitement qu'en plein Moyen-âge. A Nîmes, on voyait les perruquiers réclamer énergiquement contre un arrêt du Parlement qui avait autorisé les chirurgiens à friser les cheveux.

Aussi dans certaines professions, particulièrement celles du bâtiment, les ouvriers, comprenant que les statuts des corps de métiers rédigés par les maîtres étaient faits pour les maîtres, cherchaient protection dans des associations secrètes : les compagnons, les dévorants, les gavots (Lavisse). Il est probable que la franc-maçonnerie a pris naissance dans ces associations secrètes et, du reste, proscrites.

Quant au pouvoir central, après avoir favorisé les corporations, il avait fréquemment maille à partir avec elles : en 1357 Etienne Marcel, à la tête des plus riches corporations, réunit les Etats Généraux et fut quelque temps maître de Paris ; en 1382 éclata la révolte des maillotins ; en 1413 celle des cabochiens soutenue par le parti des Bourguignons ; enfin sous la Ligue on vit les Corporations prendre fait et cause contre le pouvoir royal.

Aussi les rois s'efforcèrent-ils peu à peu de les domestiquer. La lutte fut longue et sournoise ; au mépris des règlements corporatifs, François Ier délivrait, contre beaux deniers comptants, des lettres de maîtrise ; le même François Ier et Charles IX dépouillaient les corporations de certaines prérogatives pour en investir certains offices dont les charges étaient mises en vente. De leur côté les corporations protestaient, grondaient, portaient leurs doléances devant les Parlements qui se montraient, eux, essentiellement conservateurs à l'égard des privilèges corporatifs.

L'hostilité alla grandissant. Colbert, devant l'inaptitude des corps de métiers à perfectionner leurs techniques, créa les manufactures royales privilégiées (Beauvais, Gobelins, Savonnerie, pour la tapisserie ; l'atelier de Boule pour l'ébénisterie ; Alençon, Chantilly, pour les dentelles ; Amiens pour les draps, etc.).

Finalement au XVIIIe siècle, une voix proclamait « Dieu, en donnant à l'homme des besoins, en rendant nécessaire la ressource du travail, a fait du droit de travailler la propriété de tout homme, et cette propriété est la première, la plus sacrée et la plus imprescriptible de toutes ». Qui parlait ainsi ? Turgot qui, par ses édits de mai 1776, supprimait purement et simplement les corps de métiers afin « d'affranchir les sujets de toutes les atteintes portées à ce droit inaliénable de l'humanité ».

La mesure provoqua un soulèvement général des maîtres, des gens de robes et d'affaires et causa la chute de Turgot. Les corporations furent rétablies en août de la même année ; mais elles étaient décidément frappées de décrépitude et la Révolution n'eut qu'une chiquenaude à donner (loi du 2-7 mars 1791) pour les voir s'effondrer dfinitivement.

***

Tel fut le sort, en France des corporations. Tels furent, identiquement, les errements, l'égoïsme, l'esprit rétrograde de la corporation médicale. Inutile d'évoquer les interminables bisbilles entre la Faculté et les chirurgiens de

Saint-Côme. Cette acide mégère ne décolérait pas, qu'il s'agît des médecins des autres Facultés, du projet d'Académie de médecine, de la Société royale de médecine, ou bien simplement de la découverte de la circulation du sang jugée par elle ridicule et condamnable.

Battue en brèche par les médecins de la Cour, par la Société royale de médecine, par l'Académie de chirurgie, elle dut évacuer les écoles de la rue de la Bûcherie complètement en ruines, pour aller, en clopinant, s'installer rue Jean-de-Beauvais dans l'ancienne Ecole de droit qui n'était pas en plus brillant état et menaçait de s'effondrer. De sorte qu'au bout de peu de temps la pauvre vieille resta sans domicile et finit misérablement.

Est-il à souhaiter de voir revivre ces corps de métiers dont on a pu dire qu'ils détenaient, dans leur monopole, une sorte de titre de rente perpétuelle et que le public en payait les arrérages. Faut-il, ou non, tenir compte de cette double condamnation, prononcée par la royauté et, moins de quinze ans après, par la Révolution ? En ce qui nous concerne, que nous vaudrait, si elle ressuscitait de ses cendres, la corporation médicale ?

Si l'on se souvient qu'au XII^{e} siècle, les corporations furent créées dans l'idée d'obtenir des métiers un travail suffisant, de procurer aux artisans des matières premières à cette époque difficiles à acquérir, d'empêcher qu'elles ne fussent accaparées par quelques-uns assez habiles ou assez puissants pour ne pas craindre les risques des transactions et des transports, si l'on évoque tout ceci on ne manquera pas de remarquer que les conditions actuelles du marché sont exactement inversées ; il ne s'agit pas aujourd'hui d'obtenir plus de travail mais de limiter le travail ; je ne crois pas qu'un seul artisan ou usinier puisse se plaindre d'avoir manqué de matières premières puisque le monde entier se débat dans l'angoissant problème d'écouler les stocks ; et les accapareurs, s'il s'en trouvait, seraient plutôt honorés comme des philanthropes.

Ainsi donc d'une situation contraire naissent des désirs analogues, et l'on pourrait à bon droit s'en étonner auprès des braves gens qui soupirent après le retour aux corporations. En réalité, à l'origine de ce mouvement, on pourrait relever autant de raisons politiques que d'économiques ; et le discrédit (légitime, du reste, à mon avis, du moins) où est tombé le Parlement pèse aussi lourd dans la balance que les difficultés dues à la crise. On rêve de se libérer des politiciens et de remettre les rênes du char aux mains de ceux qui connaissent les ornières du chemin. On sait qu'aujourd'hui la politique d'un Etat découle surtout de son économie politique ; à l'extérieur l'Etat moderne est prêt à tout (même à la guerre !) pour se procurer du pétrole, s'ouvrir un débouché commercial ou semer de points d'appui ses lignes de navigation ; à l'intérieur les rivalités confessionnelles ont fait leur temps et les questions sociales ou financières constituent le plus clair de ses préoccupations. « Ayons un Parlement corporatif, se dit-on, et toutes ces questions là seront discutées au moins par des gens compétents ». En effet ! et même non seulement discutées mais disputées si, par exmple, la corporation du charbon s'estime menacée par les visées des métallurgistes, ou si les primeurs entrent en conflit avec les conserves. Il faudra remédier à cela par un pouvoir central fort et indépendant ? Oui, mais... d'abord ne faisons pas de politique.

Et pour nous limiter au domaine économique, essayons d'imaginer les corporations rétablies. Sur quels fondements ? Si la liberté du travail est intégralement respectée, si la discipline du corps de métier est facultative, je ne vois pas bien ce que nous aurons gagné sur les Syndicats actuels, et ce que pourra faire de plus la corporation battue en brèche par la dissidence. Si la liberté du travail est sacrifiée et l'affiliation obligatoire, qui donc fera respecter l'obligation, aux « jaunes », qui imposera le joug des règlements intérieurs ? Nous venons d'en avoir une idée par la discussion du projet d'Ordre des médecins : la justice, la police tout cela appartient à l'Etat. Pour qu'elles entrent en lice, il faut que l'Etat s'en mêle. Et l'Etat est comme ces féodaux qui faisaient payer cher aux manants la protection qu'ils leur accordaient. Les corporations auront déjà cette corde-là au cou.

D'un autre côté un Etat moderne peut-il tolérer qu'une caste de citoyens dispose à son gré d'une part dans l'activité commerciale du pays ? Que les boulangers puissent refuser de faire du pain, que les importateurs d'essences dispersent leurs stocks, ou que les constructeurs d'automobiles mettent, par un lock-out, 100.000 ouvriers sur le pavé ? L'Etat doit faire respecter l'ordre et veiller à la sécurité du pays : l'ordre et la sécurité seraient vite compromis par de telles mesures.

L'Etat, du reste, est un gros consommateur de toutes les sortes de denrées. Il a, de ce fait, des intérêts à défendre, et il est normal que l'intérêt général fasse fléchir les intérêts particuliers.

Plus pressant encore que le danger de conflit avec l'Etat, m'apparaît le danger des risettes, que ne manqueraient pas de lui faire les corporations pour obtenir de lui des mesures favorables. Nous gémissons aujourd'hui sur le pillage du budget auquel se livrent toutes les catégories de citoyens : rachat des blés ou des alcools stockés, commandes de l'Etat pour faire subsister certaines industries. Et les offices ? et les droits de douane *ad valorem* ? S'imagine-t-on

qu'une corporation, fortement groupée et disciplinée, n'aurait pas de quoi forcer la main à l'Etat autant et plus que les Chambres de commerce d'aujourd'hui ? Pour se défendre de sollicitations incessantes et peut-être contradictoires, et avoir ses coudées franches, l'Etat ne manquerait pas de chercher à assujettir ces trublions. Les rois, nous l'avons vu, firent pièces aux corporations en suscitant une concurrence qui leur était dévouée et en créant la manufacture royale. Que ferait l'Etat moderne, totalitaire et socialisant ?

***

Qu'il fasse, après tout, ce qu'il voudra des boyaudiers ou des marchands d'ombrelles ; nous ne sommes pas ici pour nous enquérir du sort qui serait réservé à ces citoyens. Mais le nôtre, quel serait-il ? Voici qui est d'un intérêt plus immédiat, d'autant que, parmi les «corporatistes », les médecins ne sont pas en petit nombre. Le leur reprocherai-je ? Il me faudrait oublier d'abord que moi-même, il y a quelques années, m'étais déclaré pour une organisation de notre profession qui n'était pas éloignée de la corporative. L'Etat était admis à siéger dans nos assemblées professionnelles avec voix délibérative au triple titre de consommateur de soins, d'exécuteur des sentences et de champion de l'intérêt général si l'intérêt de la profession venait à entrer en conflit avec celui-ci. Ne vous récriez pas, confrères : je ne songe pas à insinuer que les médecins pourraient un jour méconnaître leurs devoirs moraux envers la collectivité, mais certaines modalités d'organisation professionnelle peuvent faire diverger fournisseurs et consommateurs. En ce moment l'intérêt général n'exigerait-il pas que fussent répartis dans tout le territoire des centres de diagnostic groupant en un même lieu toutes les ressources des spécialités et de laboratoire ? Et ne savons-nous pas que nombre de médecins y sont formellement opposés ? Je ne parle pas des questions de tarifs qui seraient l'occasion d'incessantes querelles du type de celles qui opposa en 1922 Maginot et Lafontaine. Je n'en parle pas parce qu'à mon sens elles ne se poseraient pas : l'Etat aurait tôt fait, moitié persuasion, moitié menaces, de noyauter autour des milliers de médecins fonctionnaires qui existent déjà les médecins demeurés libres et de se constituer un « corps de santé » qu'il pourrait modeler et répartir au mieux de ses besoins. Pourquoi ? parce que l'Etat moderne ne *peut* pas se désintéresser de la situation et des ressources sanitaires du pays comme du négoce des orfèvres ou des marchands de nougat. Plus l'activité d'une profession est essentielle à la vie de la Nation, et plus il est du *devoir* de l'Etat de veiller sur celle-ci ; pour parer aux conflits éventuels il tentera d'assujettir cette profession. On peut tenir l'Etat en échec ? Certes, à condition que vous soyez inébranlablement unis. L'êtes-vous ? Et puis résiste-t-on vraiment à un Etat qui sait ce qu'il veut, s'il le veut longtemps et durement ? J'écris ces lignes le 30 mars ; souvenez-vous qu'hier 98 % des Allemands ont répondu un « Ya » qui peut cependant les mener loin. Mais ce sont des Allemands ? J'ai lu, ces jours-ci qu'une bonne partie de la grosse industrie était étatisée depuis que l'Italie vit sous le régime des corporations. L' U. R. S. S. n'a pas le monopole du communisme !

En définitive, je crois que la corporation à la mode du XII[e] et même du XVIII[e] siècle n'est plus viable aujourd'hui en France. Du moins si le gouvernement gouverne ; et c'est justement le bonheur qu'appellent de tous leurs vœux les consommateur du petit bistrot « A la fleur de lys ».

Allons à la corporation s'ils le veulent. Aussi bien je crois que, de bon ou de mauvais gré, dans cinq ans ou dans cinquante ans, nous irons.

Mais ne fallait-il pas rappeler à ces enthousiastes qu'une République (oui ! même une République) peut être belle aussi ..... quand on vit sous l'Empire !

G. LAVALÉE.

Il est toujours agréable, lorsqu'on a tant fait que d'échafauder une hypothèse de voir les faits la confirmer.

C'est à l'A. P. I. M., fille spirituelle de notre confrère et ami Decourt, que je dois aujourd'hui cette satisfaction. Elle nous décrit l'organisation corporative de la médecine par la monarchie la plus absolue du globe terrestre, je veux dire en Allemagne.

A la tête de tous les médecins allemands le Reich a placé un « Arztführer ». La Chambre des médecins, à laquelle tous les médecins sont *obligatoirement* affiliés, édicte des règlements et instructions et en impose le respect sous peine de sanctions disciplinaires. Les contrats de louage de services doivent être approuvés, les tarifs sont limités entre un minimum et un maximum. Les Universités sont soumises au contrôle politique de l'Etat, les recteurs et les professeurs nommés par Berlin.

Au, reste nombre de pays organisent l'exercice de la médecine. Depuis dix-huit mois des statuts nouveaux ont été édictés en Danemark, en Hongrie et en Allemagne. Il conviendra de revenir sur ce sujet. G. L.

ASSURANCES SOCIALES

Le nouveau régime des assurés indigents

L'application de l'article 59 de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930 avait donné lieu à de nombreuses controverses entre l'Administration ministérielle, ou préfectorale, le Corps médical et les Caisses d'assurances. L'Administration soutenait que les assurés sociaux notoirement indigents relevaient uniquement du régime institué par la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale, alors que principalement les médecins estimaient qu'aux termes mêmes de l'article 59 précité, les bénéficiaires étaient avant tout des assurés sociaux ne relevant du Service de l'Assistance médicale gratuite que pour la confection des listes.

D'ailleurs telle avait été l'opinion du législateur, qui, au cours des débats parlementaires, avait plus ou moins clairement spécifié que, bien qu'il soit indigent, l'assuré social n'en reste pas moins un bénéficiaire de la loi de 1928-1930.

Maintes fois la Cour de cassation eut à rendre des arrêts : c'est la Commission cantonale et non pas le Conseil de préfecture, qui est compétente pour connaître des conflits nés de l'application dudit article 59 (Cass. civ., 11 juillet 1933 ; *Concours Médical*, 1933, 3442). Quelle est la Commission cantonale, qui est compétente *rationæ loci* ? (Cassation civ., 8 janvier 1935 ; *Concours Médical*, 1935-382 ; Cass. civ., 5 juin 1935, *Concours Médical*, 1935-2778). Le tarif applicable, pour les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques est celui des accidents du travail et non celui de l'Assistance médicale gratuite (Cass. civ., 8 janvier 1935). Le régime est applicable aux assurés sociaux agricoles notoirement indigents (Cass. civ., 8 janvier 1935 précité).

Le décret du 30 octobre 1935

Un des décrets du 30 octobre 1935 vient de mettre fin au conflit, en réglementant les divers points en litige. Nous allons essayer de schématiser les nouvelles dispositions légales et réglementaires, pour apporter plus de compréhension dans cette situation des assurés sociaux indigents.

Disons de suite que l'article 13 du décret du 30 octobre 1935, réglementant le régime des assurés sociaux de l'agriculture rend applicable aux agriculteurs indigents et assurés, les dispositions de l'article 19, que nous allons étudier.

Quels sont les assurés qui peuvent être inscrits sur les listes des assistés ?

Ce sont les assurés sociaux, ainsi que les membres de leurs familles qui sont privés de ressources. Est supprimée la distinction, quelque peu arbitraire, entre les assurés notoirement indigents et les indigents simples, distinction qui découlait des termes mêmes de l'article 59 précité.

Rappelons, à ce sujet, que l'article 13 de la loi du 15 juillet 1893 spécifie que la liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement ceux qui seront admis aux secours, même s'ils sont membres de la même famille. Bien des difficultés surviennent, de ce que des maires, ou leurs secrétaires de mairie n'inscrivent que le chef de famille et non tous ceux qui dépendent de ce dernier.

Quotité des secours.

Les secours d'assistance peuvent être accordés aux assurés sociaux, ou à leur famille, dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, soit pour les soins médicaux et les frais pharmaceutique, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages.

Autrement dit, l'assuré social, candidat aux secours d'assistance, peut obtenir soit la gratuité complète des soins à domicile, ou à l'hôpital, soit une assistance partielle dans la mesure où il est privé de ressources, conformément à la circulaire du ministre du Travail de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 22 avril 1926, modifiant le règlement modèle de 1894 sur l'Assistance médicale.

Modalité des prestations. Frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation.

Les prestations, à la charge des Caisses d'assurances sociales sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés sociaux, c'est-à-dire libre choix du médecin, tarif à l'acte médical, liberté de prescriptions pharmaceutiques, etc.

Les honoraires des médecins et chirurgiens sont calculés selon le tarif de responsabilité des Caisses ; mais la charge du ticket modérateur qui, pour les assurés ordinaires, est retenu sur les sommes versées à ces derniers, est supportée par le service d'assistance médicale.

Les frais pharmaceutiques sont calculés selon le tarif applicable aux autres assurés sociaux, diminué d'un pourcentage fixé par décret.

Les frais d'hospitalisation, non compris les honoraires médicaux, sont les mêmes que ceux fixés pour les bénéficiaires de l'Assistance médicale, c'est-à-dire conformément aux dispositions de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1983.

Médecins, pharmaciens, Commissions administratives des hospices et hôpitaux touchent du Service départemental d'assistance médicale les sommes dues, conformément au tarif de responsabilité des Caisses, lequel est fixé par arrêté du ministre du Travail, conformément aux dispositions de l'article 6, § 18 du décret-loi.

Mais le ticket modérateur, retenu par la Caisse et mis à la charge de l'assuré social, sera supporté par les Services d'Assistance médicale. Ces diverses retenues sont prévues à l'article 6, §§ 7, 8, 9 et 10 du décret-loi.

Il en est de même pour le tarif kilométrique, qui est déterminé selon les chiffres fixés, par arrêté ministériel, au tarif de responsabilité des Caisses ; mais le Service d'Assistance médicale gratuite aura à supporter la différence entre le dit tarif et le prix payé par les collectivités d'assistance dans le département, pour ces déplacements kilométriques.

C'est au Service départemental d'assistance que les frais ci-dessus doivent être réclamés, soit trimestriellement, soit annuellement, selon le règlement départemental d'Assistance médicale gratuite.

Contrôle.

Pour les soins donnés à ces assurés sociaux bénéficiaires des lois d'assistance, le contrôle est identique à celui organisé tant par les Caisses que par les Syndicats de praticiens, pour les assurés sociaux ordinaires.

Signalons cependant l'obligation, pour le médecin traitant, d'informer la Caisse d'assurances de la première constatation médicale de la maladie, dans les trois jours suivants. D'après le dernier alinéa de l'article 19 du décret, cette obligation s'impose, pour le praticien, si celui-ci entend être réglé de ses honoraires.

Inscriptions sur les listes d'assistance médicale.

Les modalités prévues par les articles 13 et suivants de la loi du 15 juillet 1893, sont applicables en l'espèce, sous réserve cependant que les Caisses d'assurances sociales et les Syndicats de praticiens, ayant passé des conventions avec les Caisses, pourront prendre connaissance des listes susvisées et présenter leurs réclamations en inscriptions, ou radiations, selon les dispositions des articles 13 et suivants de la loi du 15 juillet 1893.

Communes autonomes (article 35 de la loi du 15 juillet 1893).

Le décret-loi ne fait aucune différence entre les Services départementaux d'assistance et les Services autonomes qui fonctionnent selon une autorisation du ministre de la Santé publique après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Toutes les dispositions ci-dessus sont donc applicables et notamment, les assurés sociaux *indigents conservent la faculté qu'ont* tous les assurés sociaux de choisir librement leur praticien, celui-ci étant honoré, non pas au forfait établi par le Bureau de bienfaisance de la commune bénéficiaire de l'article 35 de la loi de 1893, mais d'après le tarif de responsabilité des Caisses, ce payement étant effectué par les collectivités d'assistance.

Dr Paul BOUDIN.

ENCOMBREMENT MÉDICAL ET DÉBOUCHÉS PROFESSIONNELS : L'OPTIQUE, L'ORTHOPÉDIE, ETC.

On nous écrit la lettre suivante :

Au cours d'une réunion groupant des praticiens et de jeunes futurs confrères, la discussion vint sur l'encombrement énorme et toujours croissant de la profession.

L'un de nous émit l'opinion que certains débouchés médico-commerciaux devraient tenter de jeunes docteurs à la recherche d'une situation. Alors que des bandagistes et des opticiens sérieux engagent dès maintenant des employés-médecins et s'en vantent auprès de leur clientèle, y aurait-il déshonneur pour un médecin à exercer personnellement et franchement ces deux professions ?

Cela serait tout aussi honorable que de soigner d'hypothétiques accidents du travail où d'aller de ville en ville colporter des méthodes de thérapeutique hasardeuses.

Bien entendu de tels propos firent voiler la face à des confrères partisans de la pure orthodoxie. L'objection que fit l'un d'eux me semble toutefois à retenir. D'après lui, le médecin comme l'avocat ou l'officier n'aurait pas le droit d'exercer simultanément la médecine et une profession commerciale ?

Je serais heureux d'avoir l'avis du *Concours* sur ce point de droit ?

Dr B.

Réponse

La question que vous me posez est très délicate à traiter. Disons tout de suite que du point de vue juridique pur, aucune loi n'empêche un médecin de faire à la fois de la médecine et un commerce quelconque. La meilleure preuve, c'est que les propriétaires de maisons de santé, qu'on considère comme exerçant une profession libérale en tant que chirurgiens ou aliénistes, sont assimilés à des commerçants pour leurs maisons de santé.

S'il est interdit à un avocat de faire acte de commerce, c'est parce que les règles du Barreau interdisent ce cumul, mais la loi ne l'a jamais proscrit. Ce sont les Conseils de l'Ordre qui règlementent l'exercice de la profession d'avocat plaidant inscrit à un barreau.

Pour en revenir à la question qui nous est posée, il semble, *a priori*, que le médecin déroge lorsqu'il s'abaisse à exercer certaines branches de l'art de guérir. Pendant longtemps les dentistes n'ont pas été considérés comme faisant partie de la grande famille médicale pure. Je me rappelle aussi que certains confrères physiothérapeutes ou orthopédistes étaient considérés comme des frères inférieurs.

Il ne serait jamais venu à l'esprit, il y a quelques années, de considérer comme un confrère, le Docteur en médecine qui aurait exercé la profession de pédicure, ou de doucheur dans un établissement de bains. Et cependant, le Corps médical, à maintes reprises, a poursuivi pour exercice illégal de la médecine des opticiens, des masseurs, des pédicures, etc...

Je me rappelle le Congrès de 1906, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, où, personnellement, j'ai été le rapporteur de la question de l'exercice illégal par les bandagistes et les herboristes, où nous avons discuté de l'exercice illégal par des quantités de para-médicaux. Par conséquent, du moment où tous ces gens peuvent exercer illégalement la médecine, cela revient à dire qu'un médecin serait nettement qualifié pour donner des conseils pour porter des verres, pour faire faire un bandage herniaire, une ceinture orthopédique, soigner et guérir certaines affections des pieds.

Je crois que, dans cette période de marasme où le malade est de plus en plus attiré vers les « uni-prix » de la médecine (dispensaires de toutes sortes, établissements hospitaliers publics et privés, etc.), il ne nous appartient plus de dédaigner toutes les branches que l'activité médicale peut nous ouvrir en nous permettant de rendre service à des malades ; nous ne devons pas laisser exploiter ces branches de la médecine par des gens qui n'ont pas le diplôme exigé par la loi du 30 novembre 1892.

Mais un second problème doit être envisagé. Lorsque le Docteur en médecine est propriétaire de son fonds d'optique, de prothèse, ou autre, la question est simplifiée. Le médecin agira en qualité de docteur en médecine pour l'examen du malade, le diagnostic et le traitement ; il se transformera en commerçant du moment où il fera travailler des ouvriers dans un atelier, pour la taille des verres de lunettes, et se préoccupera de l'achat et la vente des montures de lorgnons ou de lunettes, etc..., pour la confection des appareils de prothèse, bandages, ceintures, etc...

Il faut cependant envisager le cas où les services professionnels du médecin sont réclamés par un étranger à la médecine qui est propriétaire du fonds de commerce, non seulement pour se couvrir du délit d'exercice illégal de la médecine, mais pouvoir, dans un but de propagande et de réclame, dire à ses clients : « un médecin est attaché à l'établissement ».

Si le docteur agit en toute indépendance, en toute liberté, par rapport à son associé ou à son patron, il n'y a rien à dire. Il n'est pas plus déshonorant pour un Docteur d'être l'associé ou l'employé à gage d'une firme d'optique ou de bandages, que d'être le salarié d'une firme qui, sous le nom d'hôpital, de clinique, ou autre, vend aux malades à la fois l'hôtellerie et les soins,

Si, sans opinion préconçue, nous examinons le salariat médical, nous voyons que, dans bien des cas, sous des vocables divers, le praticien n'est que l'employé d'une firme industrielle ou commerciale. Qu'on soit attaché à un grand magasin, à une banque, à une usine, voire même à un ministère ou autre établissement, on n'en est pas moins lié par un contrat de louage de services.

D'ailleurs le Corps médical accepte bien, à l'heure actuelle, de tirer certaines ressources d'actes commerciaux. Des coopératives médicales sont fondées pour donner à des médecins des avantages et ristournes.

Dans ces conditions, en raisonnant d'une manière très froide, j'estime, juridiquement, qu'il n'y a pas d'impossibilité pour un docteur en médecine de louer ses services à une firme commerciale, à la condition que ce praticien puisse conserver son indépendance absolue et reste au-dessus de tout soupçon en ce qui concerne l'examen des malades et les conseils thérapeutiques à leur donner. Mais j'ajoute que l'individualité médicale peut, parfois, se laisser tromper, abuser. Il est alors prudent que les Syndicats médicaux locaux aient à connaître de ces questions. Au Sou Médical, nous pouvons certes donner des conseils juridiques pour l'établissement de ces contrats de louages de services ; mais il appartient aux Syndicats médicaux de déterminer la part de déontologie qui doit intervenir dans ces traités.

Nous assistons, à l'heure actuelle, à une évolution profonde de l'art de guérir, entraînés que nous sommes vers une organisation de la Société en grandes collectivités publiques ou privées. L'individu a tendance à ne plus pouvoir travailler seul, mais, à contracter soit avec d'autres individualités, soit surtout avec des collectivités, pour l'organisation d'un travail professionnel qui se rapproche d'un salariat moins avéré. A nos Syndicats de défendre les intérêts collectifs des praticiens locaux, en surveillant de très près la formation de ces contrats divers.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

La patente des médecins de stations thermales ou climatiques

1° Patente proportionnelle au temps d'exercice

Serait-il possible de faire décider, soit par l'Administration des Finances, soit par la juridiction administrative, que le médecin, qui exerce dans une ville d'eaux, uniquement pendant la durée de la saison thermale, ne devrait payer la patente que pour cette seule durée d'exercice, étant donné que, pendant le reste de l'année, il ne pratique pas l'art de guérir ?

Pour le moment, nous devons répondre par la négative. La loi du 15 juillet 1880 décide, en effet, que la contribution de la patente est due pour l'année entière. C'est ainsi que le médecin qui exerce le premier janvier, mais vient à décéder subitement le 2 janvier, est considéré comme devant payer, par sa succession, la patente de l'année en cours complète.

La question s'est posée devant le Conseil d'Etat, à propos d'un confrère, qui exerçait uniquement à Vichy, pendant la saison. Par arrêt du *Conseil d'Etat, le 16 novembre 1910*, cette haute juridiction décida que la patente est exigible pour l'année entière, bien que le praticien n'ait exercé sa profession que momentanément, pendant quelques mois seulement.

Double résidence professionnelle

Un médecin qui, l'hiver, exerce dans une station climatique et l'été, dans une station thermale, doit-il payer deux patentes, ou peut-il faire transférer cet impôt d'une localité à l'autre, du moment où son exercice est non pas simultané, mais consécutif et alternatif ?

Un arrêt du Conseil d'Etat du 17 décembre 1909, décide qu'un médecin qui, l'hiver exerce à Nice et l'été à Biarritz, doit payer la patente dans toutes les communes où sont situés les locaux servant à l'exercice de sa profession. Il n'est pas fondé à soutenir que la patente, payée pour une ville, fait double emploi avec celle payée pour la seconde résidence, bien qu'il fasse la preuve qu'il n'exerce pas en même temps dans les deux localités.

Ce point a été également bien défini, lors de la discussion de la loi du 19 avril 1905, à propos de l'article 4. Cet article est ainsi rédigé : « Par « exception à l'article 14 de la loi du 15 juillet « 1880, le médecin qui se transporte annuelle- « ment dans une ville d'eaux ou une station bal- « néaire ou thermale pour y exercer sa profes- « sion, et qui ne se livre pas par ailleurs à l'exer- « cice de la médecine, n'est imposable au droit « proportionnel sur l'habitation que pour la mai- « son qu'il occupe pendant la saison balnéaire « ou thermale, même si cette maison ne consti- « tue pas son habitation habituelle ou principale. »

Au cours de la discussion de cet article au Sénat, M. Gauthier a déclaré qu' « il reste d'ail- « leurs bien entendu que si, par exception, un « médecin quelconque exerçait réellement la « médecine dans la localité où il habite en dehors « de la station thermale, il deviendrait immédia- « tement passible d'une double patente ».

De la lecture de ces textes, il reste donc bien décidé que ne paye qu'une seule patente, calculée sur son loyer professionnel de ville d'eaux, le praticien qui n'exerce que dans la seule station thermale, pendant la saison : mais sera assujetti à une seconde patente le confrère qui exerce alternativement dans deux localités, une pendant l'été, l'autre pendant l'hiver.

Médecin propriétaire de sa maison

Que le praticien soit locataire, ou propriétaire de l'immeuble, ou de l'appartement qu'il occupe, pendant la saison, il payera la patente calculée sur le loyer professionnel des pièces qu'il occupe, pour l'exercice de sa profession.

S'il est locataire, le contrat de bail servira de base. S'il est propriétaire, le Contrôleur des Contributions décidera de la valeur à attribuer aux pièces professionnelles, comme si le médecin devait les louer à un propriétaire.

Que faire ?

On sait que le régime actuel de la base de la patente est fixé par la loi du 6 juillet 1934, qui vient d'être modifiée par un des décrets-loi du 30 octobre 1935. L'impôt est constitué par un droit fixe, plus un droit sur les locaux professionnels.

Peut-être le syndicalisme médical pourrait-il obtenir que, pour les médecins qui exercent l'hiver dans une station climatique ou dans une ville et l'été dans une station thermale, le droit fixe ne pourrait être payé qu'une seule fois. Une modification à la législation présente, votée par la Chambre, étant actuellement soumise au Sénat, peut-être la Confédération pourrait-elle faire une démarche en ce sens.

Peut-être également pourrait-on demander (mais combien plus difficile à obtenir), que soit modifiée la loi du 15 juillet 1880, pour que la patente soit calculée, non plus pour l'année entière, mais sur la proportion des mois, pendant lesquels le praticien exerce effectivement sa profession.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Pour consommer des œufs sains, il est nécessaire de prendre certaines mesures appropriées.

C'est, en effet, un aliment vivant, qui n'est généralement livré à la consommation qu'après une période de conservation, ou dans un certain état d'altération. Pour l'une de ces raisons comme pour l'autre, ses constituants s'altèrent relativement vite, surtout s'il y a évaporation de la chambre à air. L'œuf constitue, de plus, un milieu de choix pour la culture des bactéries pathogènes : paratyphique, coli, Gaertner, streptocoque, pyocyanique, etc... Il en résulte que la crainte de sa nocivité le fait souvent proscrire des régimes.

Pour disposer d'un aliment sain, quels que soient les délais de sa conservation, il convient de ne recueillir tout d'abord que des œufs stériles. Or l'œuf frais n'est stérile que s'il provient d'animaux sains, bien entretenus, dont les organes génitaux ne soient pas souillés — et surtout si sa coquille reste intacte.

Déjà au cours de sa formation, l'infection de l'œuf peut, en effet, se produire, au niveau de l'ovaire, de l'oviducte ou du cloaque. Les germes alors inclus se développent en grand nombre soit dans le « blanc », soit dans le « jaune ». Ces milieux sont même électifs pour certains de ces germes. Cependant le « blanc » possède une substance lytique, qui peut les inhiber, s'ils ne sont pas trop nombreux et si la température ambiante ne favorise pas leur pullulation. L'œuf peut ensuite être souillé au niveau de sa coquille par des matières fécales, soit au moment de la ponte, soit dans des poulaillers malpropres et mal construits. Ces souillures constitueront une contamination d'autant plus importante que la coquille présentera des solutions, même minimes, de continuité.

Le Docteur G. Cuvier (1) rappelle que dans l'Antiquité la consommation de l'œuf ne se faisait plus, trois jours après la ponte. Actuellement, les conditions économiques font que ce délai a été singulièrement étendu : tout d'abord les poules ne pondent que durant un nombre restreint de mois, et l'on consomme des œufs toute l'année ; ensuite l'approvisionnement en œufs exige des transports souvent de longue durée. Sait-on que dans notre pays 8 milliards d'œufs sont consommés par an ?

De nombreux *procédés de conservation* ont été imaginés ; ils sont de valeur inégale. Les uns, dits ménagers, s'efforcent de mettre l'œuf à l'abri du contact de l'air (cendre, sciure, sable, lait de chaux, huile, paraffine, etc.). Ils sont, en général, aléatoires, et n'empêchent pas la multiplication des germes.

Les autres procédés sont industriels ; ils emploient soit la dessication pour préparer de la poudre d'œuf, soit le froid.

Comme toujours, le froid peut agir par congélation ou par réfrigération. Par congélation, la coquille étant exclue, le blanc et le jaune sont mis, séparément ou ensemble, dans des boîtes soudées. Bien préférable est la réfrigération en chambre froide simplement, ou en atmosphère gazeuse. Seule, la *méthode Lescarde*, par réfrigération en vase clos dans un mélange gazeux inerte, permettrait réellement au bout de six mois, et grâce à un tri préalable, de conserver les caractères organoleptiques des œufs frais : jaune sphérique facilement séparable du blanc ; saveur identique ; stérilité ; digestions peptique et lipasique également conservées ; perte de poids nul ; identité des gaz dissous ; pouvoir de cristallisation de l'albumine intact. Les œufs seraient en somme stabilisés. Mais une fois sortis de la réfrigération, ils devraient être utilisés au maximum dans les dix jours. Malheureusement, il n'existe qu'une seule Société pour exploiter ce procédé.

Quant à *l'inspection des œufs*, dans le seul département de la Seine existe un service spécial, et encore n'est-il que facultatif, et fonctionne-t-il aux frais des commerçants, qui l'utilisent. Il permet de retirer annuellement de la vente près d'un million et demi d'œufs sur 119 millions examinés, c'est-à-dire 1,13 %. Mais 50 % seulement de la consommation parisienne se soumet à ce contrôle préalable. Quand on saura que le Service des fraudes, par prélèvement occasionnel dans les lots non soumis à la vérification, n'arrive à retirer que 500.000 œufs, on verra qu'il en échappe au moins un million, et très vraisemblablement bien davantage.

Dans le reste de la France, les lois de 1884 sur l'inspection des denrées par les Maires, et de 1905 sur la répression des fraudes, sont les seules à intervenir. Encore sont-elles sans efficacité réelle, car le prélèvement d'un œuf corrompu ne permet pas de conclure à l'altération de tout le lot dont il provient.

D'ailleurs *aucun texte légal ne fixe les caractères de l'œuf sous ses différents états comestibles*

(1) *L'Hygiène sociale*, 25 décembre 1935.

Et puis, les moyens simples (signes objectifs directement évidents, et mirage) ne révèlent que les altérations assez accentuées ; quant aux procédés de laboratoire, ils sont longs, délicats et ne peuvent être d'un emploi courant.

Prévenir la vente d'œufs impropres à la consommation, qu'ils soient frais ou conservés, reste donc le seul moyen pratique pour réaliser cette partie d'hygiène alimentaire. Mais une législation et une organisation appropriées seraient nécessaires.

A cet égard on peut signaler l'exemple parfait du Danemark. Voici le schéma de son organisation. Une Association Nationale a été créée, ayant des magasins régionaux d'emballage et des sections de ramassage. Ces dernières sont formées par des collecteurs, qui reçoivent des producteurs leurs œufs estampillés et ayant moins de huit jours. Dans un délai de quatre jours, ils doivent parvenir au dépôt d'emballage, qui les inspecte, les trie mécaniquement en sept grosseurs, les estampille, et les emballe avec un soin particulier en des colis standards. Un bureau est à la tête de l'Association. Les membres de chaque cercle doivent remettre tous leurs œufs, *ne gardant* que ceux qui sont nécessaires à la consommation familiale. Tout œuf gâté entraîne une amende doublée après récidive. Pour l'exportation, il faut une autorisation du ministère de l'Agriculture et les Caisses doivent porter une mention de la semaine de l'expédition. Quant aux œufs importés dans ce pays, leur provenance doit être indiquée.

L'Angleterre, les Etats-Unis, la Hollande, l'Allemagne, l'Afrique du Sud, ont aussi leur réglementation ainsi que des marques commerciales garanties par l'Etat. La France fait malheureusement exception.

Mais, par une sorte de compensation, le Maroc possède lui aussi une réglementation stricte et efficace. C'est un point important pour notre pays, en raison de ce qu'il consomme une grande quantité de ces œufs et que bien souvent, jusqu'à ces dernières années, ces produits de l'Empire chérifien pouvaient passer pour suspects.

En 1932 seulement, a été créé l'Office chérifien de contrôle et d'exportation, organisme officiel de protectorat, dont l'activité s'applique à un certain nombre de produits ; les œufs y ont été rattachés en 1934.

Si le Maroc est d'une manière générale un producteur d'œufs, il existe néanmoins une contrée où sa production est particulièrement intense ; celle-ci a pour centre la ville de Mazaghan, qui est désignée pour cette raison « La Patrie des œufs ». Toute la production est dirigée sur ce point ; les œufs y subissent le triage et l'emballage en vue de l'exportation sur la France et l'Espagne. Le volume des sorties de Mazaghan a été en 1934 de plus de 67 millions d'œufs.

Le Docteur G. Cuvier (1) décrit, dans tous ses détails, la production des œufs et les améliorations recherchées dans la sélection des volailles et dans leur nourriture. Rien de particulier à signaler pour le ramassage, la vente aux grossistes et la livraison à l'exportateur. Au moment de l'achat se produit un triage « à la main » ; les œufs douteux sont mis à part et pesés. Cependant le côté intéressant de la question n'est pas la conservation de ces œufs, mais la rapidité avec laquelle ils peuvent arriver en France, sept à huit jours après le ramassage, ce qui leur assure un parfait état de fraîcheur, à la condition d'avoir subi une bonne sélection au départ. Il est à noter que la période de ponte au Maroc correspond à la période de disette en Europe.

Bien des perfectionnements doivent encore être apportées au système chérifien : amélioration de la nourriture des poules, pondoires modernes garnis de paille pour éviter que l'humidité ne favorise la pénétration à travers la coquille de moisissure ou de bactéries. Il faudrait également mentionner par une estampille l'âge de chaque œuf, et aussi la date de l'expédition sur l'étiquette de chaque caisse. Dans l'arrêté chérifien du 6 mars 1934 sont indiquées, pour le mirage, les caractéristiques des œufs frais. Il est recommandé d'écarter de l'emballage ceux qui ne réunissent pas les conditions requises. Les caisses doivent également remplir certaines conditions (bois sec, neuf et sans odeur, etc.). On réglemente aussi la disposition et le nombre des œufs qu'elles doivent contenir.

Bref, un discrédit avait été jeté au début de leur exportation sur les œufs du Maroc, alors qu'aucune règle hygiénique n'était observée. Il doit actuellement faire place à une faveur justifiée, grâce à l'organisation d'une marque officielle contrôlée, qui ne livre que des œufs frais et sains.

Espérons que dans notre pays un sérieux effort sera fait pour améliorer l'hygiène des œufs, alors que la production du lait est contrôlée, que d'autres produits agricoles bénéficient de l'appellation d'origine, et qu'il existe pour les huîtres un certificat de salubrité. En plus de l'augmentation de la vente que provoqueraient ces garanties désirées, les petits producteurs ne dépendraient plus des intermédiaires, qui actuellement achètent leurs œufs à un prix dérisoire aux époques de grande production, puis les entreposent dans des conditions trop souvent défectueuses. Ceci pour le grand bien de la santé publique.

Dr G. FISCHER.

(1) *Gaz, hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 décembre 1935.

LES RESSOURCES DES CLIMATS ET LES AVANTAGES DES PLAGES DE BRETAGNE

Considérés du seul point de vue hygiénique et médical, les avantages des plages bretonnes et du climat breton, sont connus depuis longtemps des nombreux médecins.

A cause de la situation même de la Bretagne, de la constitution de son sol granitique, cette région de France possède un choix nombreux et varié de plages. Leur vaste étendue, leur large ouverture sur la mer et leur sable balayé par la brise, et sans cesse battu par le flux et le reflux, réalisent toutes les conditions requises pour un séjour sain et revivifiant.

L'air y est pur, parce que sans cesse renouvelé par la brise marine de l'Ouest, *un air plus sain parce que chargé d'iode* et répondant le mieux aux conditions tracées par le Professeur Pech pour obtenir ce champ électro-magnétique si favorable aux échanges nutritifs des êtres humains et au développement de « leurs indices de nutrition ». D'ailleurs la preuve expérimentale de cette situation privilégiée n'est-elle pas fournie par les mêmes résultats constatés dans le règne végétal dont la merveilleuse fécondité constitue ce qu'on a appelé « la ceinture dorée bretonne ».

Les plages bretonnes constituent bien un champ d'application pour l'héliothérapie naturelle, qui y connaît d'ailleurs un succès sans précédent. *La réflectivité des rayons solaires par la mer ainsi que les immenses étendues de sable*, procurent un milieu éminemment favorable pour les bien portants, et surtout pour les enfants et les adolescents. Ceux-ci trouvent dans la vue et la jouissance d'une mer sans cesse en mouvement, « d'une mer vivante », la *pleine satisfaction de leur besoin de mouvement et de vie active, si propice à leur développement physique.*

Le climat breton en été ajoute ses avantages si particuliers à ceux des plages. Ce climat, surtout sur le littoral, présente les écarts très faibles de température, grâce « au grand régulateur thermique » qu'est l'Océan. De sorte que le danger des refroidissments brusques si redoutés à juste titre dans certaines régions pendant la nuit, au lever et au coucher du soleil, est chose inconnue en Bretagne.

On a trop longtemps considéré le climat breton comme un climat pluvieux. Or, le pluviomètre indique que la quantité de pluie en Bretagne est inférieure à celles de beaucoup de régions du Midi. Il y pleut beaucoup moins que d'aucuns veulent le prétendre, et en tout cas peu à la fois ; ailleurs il y pleut beaucoup plus abondamment.

Un avantage non moins important du climat breton est la possibilité de le *doser* en quelque sorte suivant la résistance de l'individu.

Le climat du nord de la Bretagne, légèrement plus rude, s'adresse particulièrement aux gens vigoureux et résistants.

Le climat du sud plus doux est surtout recommandable aux surmenés, aux convalescents et aux débiles.

Entre ces deux régions côtières, la campagne bretonne présente de magnifiques vallées, de splendides forêts, qui, grâce au sol granitique, poreux, *constituent des endroits sains et reposants propices aux gens fatigués, nerveux,* qui supportent mal d'emblée le bord de la mer (1).

REUNION INTERSYNDICALE

(Nièvre, Indre, Eure-et-Loir, Loiret, et Loir-et-Cher)

Le 15 mars, sur l'initiative de la Fédération des Syndicats du Loiret, a eu lieu à Orléans une réunion groupant des délégués de la Nièvre, de l'Indre, de l'Eure-et-Loir, du Loiret et du Loir-et-Cher.

Ces cinq départements forment la nouvelle Union régionale des Assurances sociales, et il était nécessaire que les syndicats correspondants échangeassent leurs vues sur les problèmes en cours. Le secrétaire du nouveau groupement est le Docteur Guérin, de Cepoy (Loiret). Il est chargé de centraliser tous les documents intéressant les rapports des syndicats avec les Assurances sociales.

Les délégués des Syndicats à l'Union régionale des Caisses sont les Docteurs Vion et Deshayes.

(1) Imprimerie Bahon-Rault, Rennes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires** (Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, pavillon Albarran), sous la direction du Professeur Maurice Chevassu du lundi 22 juin au samedi 11 juillet 1936, par MM. Chevassu, professeur à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Boppe, chirurgien des hôpitaux ; Braine, chirurgien des hôpitaux ; Leibovici, chirurgien des hôpitaux ; Bariéty, médecin des hôpitaux ; Cordier, prosecteur à la Faculté ; Roger Couvelaire, prosecteur à la Faculté ; Hepp, prosecteur à la Faculté ; Rudler, prosecteur des hôpitaux ; Bayle, assistant du service ; Leroy, ancien chef de clinique gynécologique ; Gauthier, assistant de consultation ; Lazard, assistant de cystoscopie ; Canoz, chef de laboratoire de bactériologie ; Moret, assistant de radiologie ; Roger Petit, assistant de consultation à l'hôpital Boucicaut ; Boulard, assistant-adjoint de cystoscopie.

Le cours sera complet en trois semaines. Il comportera, le matin, de 9 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 2 heures à 4 heures, quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, urétroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu à 4 h. 30. Consulter les affiches spéciales. Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

Programme du cours. — Lundi 22 juin : Matin, M. Chevassu : L'urèthre et son cathétérisme ; M. Chevassu et Moret : L'uréthrographie. — Soir, M. Bayle et Canoz : Examen clinique et bactériologique des urines ; M. Gautier : La blennorragie aiguë. Clinique et laboratoire. —

Mardi 23 juin : Matin, M. Gautier : Le blennorragie *chronique* ; M. Chevassu : Examen clinique des urinaires. — Soir, M. Leroy : La blennorragie féminine. Les polypes de l'urèthre ; M. Bayle : Les ruptures traumatiques de l'urèthre.

Mercredi 24 juin : Matin, M. Lazard : L'anesthésie en chirurgie urinaire ; M. Chevassu : La stérilisation du matériel urologique. — Soir, M. Gautier : L'étude de l'urèthre antérieur à l'uréthroscope ; M. Bayle : Les rétrécissements de l'urèthre. L'uréthrotomie interne.

Jeudi 25 juin : Matin, M. Bayle : Prostato-vésiculites. Abcès de la prostate ; M. Canoz : Critériums de guérison de la blennorragie. — Soir, M. Gautier : L'étude de l'urèthre postérieur à l'uréthroscope ; M. Lazard : Calculs et corps étrangers de l'urèthre. Calculs de la prostate.

Vendredi 26 juin : Matin, M. Couvelaire : L'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique ; M. Bayle : La clinique de l'hypertrophie prostatique. — Soir, M. Cordier : Les abcès urineux. L'infiltration d'urine ; M. Lazard : L'étude de l'urèthre postérieur à l'uréthrocystoscope.

Samedi 27 juin : Matin, M. Chevassu : L'opération de Steinach. La cystostomie ; MM. Lazard et Moret : Diverticules vésicaux. Cystographie. — Soir, M. Bayle : Traitement non opératoire de l'hypertrophie prostatique ; M. Cordier : Cancers de la prostate. La prostatectomie périnéale.

Lundi 29 juin : Matin, MM. Chevassu et Lazard : Le cystoscope et la cystoscopie ; M. Chevassu : La prostatectomie pour hypertrophie prostatique. — Soir, M. Bayle : Les rétentions d'urine ; M. Lazard : L'étude endoscopique de l'hypertrophie prostatique.

Mardi 30 juin : Matin, M. Couvelaire : L'anatomie du rein. Les voies d'abord du rein ; M. Chevassu : L'exploration fonctionnelle globale des reins. — Soir, M. Leibovici : Les tumeurs de la vessie ; M. Lazard : La cystoscopie des tumeurs vésicales. Leur traitement électrique.

Mercredi 1er juillet : Matin, M. Roger Petit : Pyélonéphrites et cystites ; M. Bayle : Abcès corticaux du rein. Phlegmons périnéphrétiques. — Soir, M. Leroy : Les fistules vésicales, vésico-vaginales en particulier ; M. Boulard : La cystoscopie des vessies ouvertes et fistuleuses.

Jeudi 4 juillet : Matin, MM. Chevassu et Lazard : Le cathétérisme des uretères ; MM. Chevassu, Lazard et Moret : L'urétéropyélographie. — Soir, M. Hepp : Les traumatismes du rein ; M. Chevassu : L'azotémie. La constance d'Aubard.

Vendredi 3 juillet : Matin, M. Chevassu : Les calculs urinaires ; M. Moret : Radiographie des calculs urinaires. — Soir, M. Lazard : Cystoscopie des calculs vésicaux ; M. Cordier : Anatomie de l'uretère. Calculs de l'uretère.

Samedi 4 juillet : Matin, M. Bayle : Traitement des calculs vésicaux. Lithrotritie ; M. Chevassu : Le traitement des calculs du reins. — Soir, M. Bayle : Rein mobile. Néphropexie ; M. Roger Petit : Les coliques néphrétiques et les douleurs abdominales qui s'en rapprochent.

Lundi 6 juillet : Matin, M. Chevassu : Les éliminations provoquées ; M. Bayle : Les hydronéphroses. Les rétentions rénales. — Soir, M. Couvelaire : Les kystes du rein. Les reins polykystiques ; M. Cordier . Les néoplasmes du rein.

Mardi 7 juillet : Matin, M. Chevassu : L'exploration fonctionnelle des reins séparés ; M. Bayle : Colibacilluries. — Soir, M. Lazard : Lavages du bassinet ; M. Bariéty : Les acidoses en urologie. Le traitement préopératoire des diabétiques.

Mercredi 8 juillet : Matin, M. Chevassu : La tuberculose urinaire ; M. Chevassu : L'interprétation des résultats du cathétérisme uretéral. — Soir, M. Bayle : Clinique et traitement non opératoire de la tuberculose urinaire ; M. Lazard : La cystoscopie de la tuberculose urinaire.

Jeudi 9 juillet : Matin, M. Gautier : La recherche du bacille de Koch dans les urines ; M. Chevassu : Technique des diverses néphrectomies. — Soir, M. Leibovici : Fistules uretérales ; M. Canoz : Vaccins et sérums en urologie.

Vendredi 10 juillet : Matin, M. Moret : Urographie descendante ; M. Chevassu : Indications et contre-indications de la néphrectomie. — Soir, M. Bayle : Les hématuries ; M. Boulard : Cystoscopie des hématuries.

Samedi 11 juillet : Matin, M. Cordier : Les anomalies de l'appareil urinaire ; M. Chevassu : Les anuries.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le 11 juillet. Pour les autres, il aura lieu dans la première quinzaine d'octobre. Ce cours sera précédé d'un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 8 au 20 juin. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire de bactériologie du Pavillon Albarran.

Droits d'inscription : cours de Cochin : 500 francs,

cours de chirurgie expérimentale : 500 francs, cours de médecine opératoire : 250 francs

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi).

— **Chaire d'hydrologie et climalotogie thérapeutiques** (Professeur M. Maurice Villaret). — *Conférences d'hydrologie expérimentale.* — Dans le laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques (professeur Maurice Villaret), M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses conférences d'hydrologie expérimentale le jeudi 23 avril, à 15 h. 30, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Chaque conférence sera suivie de démonstrations expérimentales.

— **Certificat de radiologie et d'électrologie médicales.** — Une session d'examen aura lieu à la Faculté de médecine le jeudi 30 avril, à 13 h. 30.

MM. les candidats sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat.

Le registre d'inscriptions sera ouvert du 20 au 24 avril inclus.

— **Thèses.** — Lundi 16 mars. — Jury : MM. Léon Binet, Brumpt, Sergent, Gayet. — M. Marquinie : Alcoolisation du phrénique. Phrénicectomie et lésions contro-latérales.

Mardi 17 mars. — Jury : MM. Pierre Duval, Lenormant, Cunéo, Basset. — MM. Mialaret : Les diverticules du duodénum. — M. Samuel : Luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien. — II. Jury : MM. Claude, Gougerot, Chevallier, Gastinel. — M. Korn : Etude des mécanismes pathogéniques des syndromes délirants post-encéphalitiques. — M. Heller : Adénome apocrine fibromateux.

Mercredi 18 mars. — MM. Gosset, Marcel Labbé, Loeper, Alglave. — M. Maupillier : Etude et traitement des ulcères perforés et bouchés de l'estomac. — M. Périer : Syndrome de Hanot et splénectomie. — M. Chavastelon : Impaludation cérébrale. — M. Nguyen Van Quan : Recherches touchant la médecine traditionnelle sino-japonaise en particulier l'acupuncture. — M. Zajtman : Les métastases du cancer de l'œsophage.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux.** *Conférences du dimanche.* — Ces conférences ont lieu le dimanche à 10 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune.

26 avril. M. Ribadeau-Dumas : Instabilité pondérale du nourrisson.

3 mai. M. Turpin : La génétique appliquée à la présentation des maladies humaines.

— **Hôpitaux Necker et Enfants-Malades** (Service de M. Le Mée). — *Technique de l'examen otoscopique à l'usage du praticien.* — Démonstrations et exercices pratiques par MM. les assistants du service, mardi, jeudi et samedi, de 11 h. 30 à midi. Pour chaque groupe, il est prévu trois séances : otoscopie chez l'adulte, otoscopie chez l'enfant, otoscopie chez le nourrisson.

S'inscrire auprès de M. J. Richier, assistant du Service. Pas de droits.

— **Honorariat des hôpitaux.** — M. Garnier est nommé médecin honoraire des hôpitaux. — M. Labey est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. — M. Cathala est nommé accoucheur honoraire des hôpitaux. — M. Bourgeois est nommé oto-rhino-laryngologiste honoraire des hôpitaux. — M. Poulard est nommé ophtalmologiste honoraire des hôpitaux. — MM. Guibert et Darbois sont nommés électro-radiologistes honoraires des hôpitaux.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** *Jury du concours de nomination*: MM. Gougerot, Babonneix, Marchal, Hallé, Léchelle, M. P. Weil, Jacquelin, Marquézy, Villaret, Daré, Basset.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — *Jury du concours de nomination*: MM. Chevassu, Cunéo, Veau, Deniker, Ombrédanne, Bergeret, Courcoux.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Un concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste sera ouvert le 19 mai 1936, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Inscriptions au bureau du Service de santé de l'Administration, 31, avenue Victoria, du 23 avril au 4 mai 1936.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux sera ouvert le 5 juin 1936. Inscriptions au bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, du 11 au 19 mai 1936.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — *Admissibilité. Epreuve pratique d'électrologie. Question donnée :* Montage, réglage et mise en place d'un chariot faradique.

Questions restées dans l'urne : Etant donnée une source de courant alternatif, redresser le courant et brancher les appareils de mesure et d'utilisation permettant l'application du courant galvanique. — Etablir un circuit faradique avec les appareils mis à votre disposition. Ont obtenu : MM. Frain, 11 ; Peuteuil, 6 ; Brunet, 6 ; Strouzer, 5 ; Amiot, 15 ; Lebouchard, 10 ; Mmes Baude, 13 ; Tedesco, 12.

Epreuve pratique de radiologie. Question posée : Positions à donner à l'ampoule et au sujet pour radiographie de la hanche dans un cas de fracture du col du fémur avec et sans Potter.

Questions restées dans l'urne : Indiquer les vérifications à faire avant la mise en marche d'un ionomètre. Mesure du taux de pénétration à 5 cm. avec un filtre de 2 mm. d'aluminium, le générateur étant réglé d'avance. Faire les mesures de petite capacité et sur 10 divisions ; ne démonter aucun appareil. — Positions à donner pour radiographier la 5e vertèbre lombaire avec et sans Potter. *Ont obtenu* : MM. Frain, 14 ; Strouzer, 10 ; Peuteuil, 9 ; Brunet, 12 ; Amiot, 10 ; Lebouchard, 9 ; Mmes Tedesco, 13 ; Bande, 10.

Total des points obtenus : Mme Tedesco, 71 ; Baude, 62 ; MM. Amiot, 61 ; Frain, 60 ; Brunet, 54 ; Peuteuil, 54 ; Strouzer, 52 ; Lebouchard, 50.

Sont admissibles : Mmes Tedesco, Baude, MM. Amiot, Frain.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **Académie de chirurgie.** *Prix à décerner en* 1936. — *Prix Duval-Marjolin,* annuel (300 francs). A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1936.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 francs). Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Le Dentu, annuel. A l'interne médaille d'or de chirurgien 1936.

Prix Chupin, biennal (1.400 francs). Au meilleur mémoire inédit ou imprimé de pathologie chirurgicale portant plus particulièrement sur les affections ou blessures observées aux armées.

Médaille Lannelongue, prix quinquennal (médaille et 5.000 francs en espèces).

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VI^e^ arrond.), avant le 1^er^ novembre 1936.

— **Les embellissements de Vichy.** — Le programme d'embellissement de Vichy marque, chaque année, une étape nouvelle vers le perfectionnement de l'outillage thérapeutique de la grande station française. Le Corps médical a suivi avec intérêt la création d'un Laboratoire de recherches hydrologiques, la construction du vaste établissement de bains de deuxième classe, dits « Bains Callou », l'organisation modèle de l'embouteillage et de l'expédition des eaux, la modernisation et l'agrandissement du grand établissement de première classe.

1936 sera marqué par une importante création, celle d'un parc d'enfants, réclamé depuis longtemps par les médecins de la station. Vichy voit, en effet, croître chaque année sa clientèle enfantine, qui bénéficie heureusement de la cure thermale dans tous les troubles, acquis ou héréditaires, de la nutrition. C'est en raitant l'enfant avant la puberté qu'on peut redretsser une hérédité fâcheuse, modifier un tempérament. Mais, en dehors de la thérapeutique thermale proprement dite, il importait de donner à l'enfant l'atmosphère de jeux de plein air qui lui est nécessaire, l'éducation physique qui contribue à son développement; c'est ce que réalisera le nouveau parc d'enfants, créé sur les bords de l'Allier, dans un cadre charmant de verdure, de fleurs, d'eau limpide. Ce parc sera le refuge idéal, d'abord pour les enfants dont on désire momentanément faire assurer la surveillance, dans une atmosphère de bien-être et de plaisir, et ensuite pour les parents qui préfèrent conserver leurs enfants auprès d'eux, sans avoir la charge d'une garde constante et fatigante.

Des jeux d'une extrême variété, surveillés et dirigés par moniteur et monitrice, permettront d'assurer aux familles le maximum de joie et de sécurité pour leurs enfants.

Une organisation d'éducation physique, conduite par un ménage de professeurs diplômés, sous direction médicale, permettra à l'enfant (qu'il accompagne simplement sa famille ou qu'il soit un jeune client de la station) de tirer de son séjour les résultats les plus favorables.

Dans ce parc, qui sera son domaine, l'enfant trouvera en même temps que la santé, le bonheur de vivre ; libre, bien que surveillé discrètement, il pourra s'épanouir dans un cadre où, selon le rêve du poète : « Le monde a les couleurs splendides de la joie ».

— **Second Congrès de l'Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques** (15-17 juillet 1936). — Le premier Congrès de l'Association (tenu du 15 au 17 juillet 1935) a été consacré à « l'Enfant à la Mer et à la Montagne ». Le second Congrès aura lieu à la même date (15-17 juillet 1936) et en voici le thème :

« Que savons-nous des radiations électriques solaires ?
« de l'électricité atmosphérique et de l'*ionisation* de
« l'air ? de la radio-activité des roches et des eaux ?
« Quelle est l'influence de ces radiations ambiantes sur
« la charge électrique du corps humain et, partant,
« sur l'apparition et l'évolution des maladies aiguës
« et chroniques ? »

Ce second Congrès sera tenu à La Malou (Hérault). Dès à présent, l'Association prie tous ceux qui voudront bien lui donner leurs concours, de signaler les travaux déjà publiés, les noms des personnalités ayant l'expérience nécessaire pour apporter une mise au point des questions posées, et les noms des chercheurs pouvant exposer leurs constatations et leurs essais, ou, tout au moins, les suggestions et les hypothèses pouvant servir de base scientifique pour des études nouvelles. Prière d'écrire, à cet effet, au Secrétariat de l'Association, 24, rue Verdi à Nice.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

11.745 REBOUL, 18, rue Clairaut, Paris (17e). Parrains : Docteurs Martin (Jean) et Frain.
11.746 RŒSER, 30/32, place Saint-Georges, Paris (9e). S. M. S.
11.747 SAÏNI, 43, rue Le Peletier, Paris (9e). S. M. S.
11.748 SCHNEIDER, Etival-Clairefontaine (Vosges). Parrains : Docteurs Margotton et Thomassin.
11.749 VERGNORY, 11, quai de la Pêcherie, Lyon. (Rhône). Parrains : Docteurs Sargnon et Jeantet.
11.750 ZOUITEN, Saint-Maur (Seine). S. M. S.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

2.410. — Prescription des droits aux prestations

Une jeune femme en février 1935 a fait un panaris du pouce gauche. Intervention chirurgicale. Résection de la demi-phalange terminale.

En fin de traitement, elle a envoyé ses feuilles à l'Assurance sociale, mais on lui a répondu que n'ayant payé ni médecin, ni chirurgien, l'Assurance sociale ne pouvait la payer.

Elle a, n'ayant pas d'argent, mis ses feuilles d'assurances en réserve et les a égarées.

Dernièrement, les ayant retrouvées, elle est venue régler ses frais médicaux et chirurgicaux. Mais l'Assurance sociale lui refuse de la régler maintenant, invoquant le délai de six mois passé.

Est-ce exact ? N'a-t-elle pas un moyen de se faire payer ? Dr L.

Réponse

Le délai de six mois n'a rien à voir dans cette affaire ; ce délai ne limite en effet que l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-maladie en cas de prolongation au delà de six

mois d'une même maladie. Mais une fois que ce droit est ouvert, et que l'intéressé n'a encouru aucune déchéance en remplissant à l'égard de sa Caisse les formalité prescrites au point de vue déclaration et délivrance des feuilles de maladie, ce droit ne pourrait perdre son efficacité que par l'expiration du délai de prescription. Or, justement le régime de la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales ne contient aucune disposition relative à la prescripion des droits des assurés à l'égard des Caisses. Il faut donc en déduire que ces droits ne se prescrivent conformément au droit commun que par trente ans. Le refus de la Caisse d'assurances sociales apparaît donc en l'espèce comme manquant de bases juridiques ; il y aurait par suite lieu de conseiller à votre cliente de la poursuivre en payement des prestations dues devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la réception de la décision de rejet.

Nous vous signalons à titre documentaire que la lacune existant sur la question de la prescription dans la loi de 1930 a été comblée par le décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales. En vertu de son article 25, § 1, l'action de l'assuré pour le payement des prestations des assurances-maladie-maternité, se prescrit par deux années à compter de la première constatation médicale.

2.755. — Plafond des prestations de l'assurance-maladie

J'ai actuellement en traitement, depuis trois mois, un assuré social atteint de pleurésie que j'allais voir tous les deux ou trois jours (piqûres intraveineuses de calcium, piqûres de biocholine, etc.). Après l'avoir remboursé pendant deux mois, la Caisse lui renvoie sa feuille de première quinzaine du troisième mois impayée. Ce malade demande des explications. Voici la lettre qu'il reçoit aujourd'hui :

« Le plafond journalier des Caisses (frais médicaux et pharmaceutiques) ne doit pas dépasser 12 francs par jour.

« Au bout de soixante jours, le malade a dépensé 1.315 fr. 90. A ce moment n'ayant que soixante jours de maladie à 12 francs vous n'auriez dû toucher que la somme de 720 francs, ce qui fait que vous avez touché en trop une somme de 595 fr. 90.

« Cette somme sera répartie à la fin de votre maladie si toutefois le plafond n'est pas dépassé.

Or, ce malade verse annuellement pour les Assurances sociales 536 francs ce qui, avec ce que verse le patron fait 1.072 francs par an. Il est en cinquième catégorie.

Est-il vrai qu'il n'ait droit qu'à un plafond de 12 francs par jour (juste le prix de remboursement *d'une visite*).

Par conséquent, il n'aurait en ce cas, droit à aucun

médicament. Je trouve cela vraiment abusif pour un malade versant 1.072 francs par an. S'il est en droit d'exiger le remboursement de ce qui lui est dû, comment devrait-il s'y prendre si la Caisse refuse ?

Dr C.

Réponse

Il est exact que sous le régime de la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales, les frais médicaux et pharmaceutiques remboursés par la Caisse ne peuvent, en principe, dépasser par journée de maladie, un plafond égal à 50 % de la moyenne générale des salaires de base ayant donné lieu l'année précédente dans chaque Caisse au paiement de cotisations.

Ce plafond est donc le même pour tous les assurés d'une même Caisse, quelle que soit sa catégorie ; il joue d'autre part non pas par journée effective, mais par maladie, d'après le coût moyen de chaque journée de soins.

En principe donc la réponse de la Caisse est juridiquement fondée. Toutefois, il résulte de l'art. 4, § 5, alinéa 2 de la loi de 1930 que « en cas de *maladie* exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé » après avis de la Commission technique en cas de désaccord entre la Caisse et l'assuré. Cette Commission est composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil. Puisqu'en l'espèce votre client était atteint d'une maladie présentant une certaine gravité, vous pourriez lui conseiller d'user de cette voie de recours en saisissant de l'affaire le Président du Tribunal civil par lettre recommandée.

Nous vous signalons enfin que les dispositions relatives au plafond journalier des prestations en nature de l'assurance-maladie n'ont pas été reproduites dans le décret du 30 octobre 1935 modifiant les Assurances sociales, et qu'en conséquence ce maximum ne joue plus à compter du 1er avril.

2.956. — Un jardinier doit-il être affilié aux Assurances sociales

Pour entretenir mon jardin, j'ai passé, l'année dernière, la convention qui suit avec un homme âgé de 65 ans :

En échange de mensualités fixes (3.000 francs par an, soit 250 francs par mois), il entretient mon jardin, à ses jours et heures ; en fait, il vient au plus trois *jours par semaine... quand le temps le permet.*

Il emploie le reste de son temps, soit dans son propre jardin, soit au service d'autres clients.

Dois-je verser aux Assurances sociales une part de la cotisation patronale ?

Quelle part ?

Calculée sur quelle base ? x % de 3.000 francs.

Dr G.

Réponse

D'après l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales dans l'agriculture, ne sont affiliés obligatoirement aux Assurances sociales que : *a*) les salariés des professions agricoles régies par les lois des 30 juin 1899, 15 décembre 1922, et 30 avril 1926 sur les accidents du travail agricole.

Or, les personnes employées par des particuliers à la mise en état et à l'entretien des jardins ne peuvent invoquer le bénéfice de la législation sur les accidents du travail que si elles n'ont pas la qualité de « petit patron », et sont liées avec leur employeur par un contrat de louage de services. Il semble bien qu'en l'espèce cette double condition n'est pas remplie par votre jardinier, lequel tout d'abord travaille pour lui-même, et pour plusieurs autres personnes, et en second lieu n'est pas placé à votre égard dans une situation de dépendance et de subordination suffisante pour que vos rapports aient les caractères d'un louage de services. Il est en effet libre de choisir ses jours et heures de travail comme il l'entend, se sert probablement de ses propres outils, dirige son ouvrage comme il lui plaît, etc... Nous pensons donc que vous pouvez le considérer comme ne relevant pas de la législation sur les Assurances sociales, et vous abstenir en conséquence de verser la cotisation patronale. Nous vous signalons toutefois, à toutes fins utiles, que celle-ci se monterait, non pas à un pourcentage du salaire, mais à une somme forfaitaire, égale à 10 francs par mois.

2.798. — Droit à une pension d'invalidité

Un de mes malades, 58 ans, est atteint de bronchite bacillaire depuis le 23 mai 1935.

Inscrit aux Assurances sociales la première quinzaine 1933, il a payé régulièrement les cotisations, maladie et vieillesse, jusqu'au 31 décembre 1935.

Cet homme a-t-il droit à la pension d'invalidité ? Non, probablement, malgré qu'il ait payé jusqu'à présent toutes les cotisations ; mais il n'était pas inscrit deux ans avant le début de la maladie.

Comme il est vraisemblable que sa vie ne se prolongera pas jusqu'à la pension de retraite, y a-t-il un intérêt quelconque à ce qu'il continue à payer ses cotisations retraite.

Dr G.

Réponse

Pour avoir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, il est nécessaire que l'assuré soit tout d'abord atteint d'une affection réduisant de plus des deux tiers (ou plutôt au moins 65 %), sa capacité de travail, et en second lieu qu'il ait versé au moins 480 cotisations journaliè-

res durant les huit trimestres civils précédant la première constatation médicale de sa maladie.

Si ces conditions ne sont pas remplies en l'espèce, votre client ne peut prétendre à une pension d'invalidité ; mais il peut avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie en cas de rechute, c'est-à-dire de période de plus grande activité de son affection, si cette rechute survient plus de deux mois après la fin de la période de maladie antérieure. D'autre part, quand bien même il ne serait pas susceptible pour une cause ou pour une autre de tirer avantage du régime des Assurances sociales, il ne peut cesser de cotiser s'il continue à travailler et à rentrer dans la catégorie des assurés obligatoires.

2.861. — Versement des cotisations pour les domestiques

Je viens vous demander s'il existe des feuilles spéciales pour les nouveaux versements à effectuer pour les domestiques aux Assurances sociales.

Je viens de recevoir quatre feuilles correspondant aux quatre trimestres 1936, intitulées : assuré des professions non-agricoles. Partie à remplir par l'employeur : montant de la rémunération sur laquelle est calculée la double cotisation, etc...

Or, puisqu'il existe un forfait pour les domestiques, faut-il indiquer la rémunération exacte ou bien dois-je mettre : domestique : forfait de ...... francs, à moins qu'il existe des feuilles spéciales et que c'est par erreur que l'on m'a envoyé celles pour assuré des professions non-agricoles ; dans ce cas, je devrai les renvoyer pour en demander d'autres ?

Quel est le taux patronal et employé pour domestique femme ? Dr H.

Réponse

Il n'existe pas à notre connaissance de feuille de versement spéciale pour les domestiques et gens de maison. Il vous suffira d'indiquer sur la feuille qui vous a été délivrée, en face de la mention « montant de la rémunération » : salaire forfaitaire de 4.800 francs par an (arrêté ministériel du 27 janvier 1936). Le taux de la double cotisation patronale et ouvrière est de 7 % du salaire de base pour l'année 1936. Le montant de la double cotisation mensuelle pour une domestique femme, dans une ville de plus de 80.000 habitants est donc de 28 francs.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.680. — La « suture du tendon » comprend la suture de la peau sus-jacente

Je me permets de vous demander quelques renseignements sur la tarification d'actes de petite chirurgie pratiqués sur un accidenté du travail.

Cet accidenté présentait :

1° Une plaie face dorsale main gauche, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne index ;

2° Une plaie face dorsale phalange pouce gauche avec section du tendon extenseur du pouce. Mains souillées de terre.

Voici ce que j'ai fait :

1° Suture (un crin) de la plaie métacarpo-phalangienne index ;

2° Anesthésie locale du pouce (cocaïne) ;

3° Incision des téguments pour découvrir les deux extrémités du tendon sectionné ;

4° Suture du tendon ;

5° Suture de la peau à ce niveau, cinq crins ;

6° Injection sérum antitétanique et pansement.

Dr F.

Réponse

Vous avez à compter pour le premier jour : suture du tendon extenseur du pouce : 100 francs (art. 17) + suture métacarpo-phalangienne index : 25 francs (*Ibid.*) + injection antitétanique : 20 francs + certificat d'origine : 8 francs, soit au total : 100 + 25 + 20 + 8 = 153 francs.

Le reste détaillé par vous est compris dans les interventions précédentes. Par exemple, toute suture de tendon implique la suture de la peau sus-jacente qui n'est qu'un acte terminal de l'intervention.

Dr F. Decourt.

2.758. — Regarder toujours avec soin les articles du Tarif et surtout les « observations » ou « notes » qu'on y trouve

Un confrère, après l'avoir soigné lui-même plusieurs semaines, m'a adressé un client porteur d'un sycosis qui a été mis sur le compte d'un accident du travail.

Que dois-je compter, en honoraires (Tarif accidents du travail) :

1° Pour la première séance qui a compris : examen microscopique, épilation à la pince d'un gros placard et des tissus périphériques ; criblage du placard au galvanocautère ; pansement ; injection iodée intraveineuse ;

2° Pour les séances suivantes qui comportent : pansement, quelques points de galvanocautère, injection iodée intraveineuse.

Je ne vois rien dans les tarifs officiels qui me permette de dresser ma note d'honoraires.

Dr P.

Réponse

1° *a*) Examen histo-pathologique : 150 francs (art. 29), mais cet examen doit être prescrit par le médecin traitant d'accord avec le médecin du patron ou de l'assureur (*Ibid.*, Observation II), cet accord a-t-il été demandé ?

b) Injection intraveineuse : isolée = 30 francs ; en série = 25 francs (Art. 16).

c) Quant au reste : pointes de feu, pansement, etc., tout cela est compris dans la visite ou consultation (art. 1er). Mais, en l'espèce, vous ne pouvez compter celle-ci alors que vous comptez une intervention (injection intraveineuse), ce serait le cumul interdit par l'art. 13.

2° Pour les séances suivantes, vous avez à compter : a) consultation (avec ou sans pansement), pointes de feu, etc., c'est la même chose ; b) injection intraveineuse mais sans compter alors la consultation. Ce n'est donc pas a + b, mais a ou b.

Dr F. DECOURT.

2.264. — Séance localisée ondes courtes

Quel tarif faut-il appliquer aux accidentés du travail, réformés de guerre, pour séance localisée ondes courtes (électropyrexie exceptée) ?

Les appareils ondes courtes étant infiniment plus chers que les diathermies, il me semble que le tarif diathermie devrait être majoré.

Dr D.

Réponse

Pour l'électrothérapie, que ce soit « galvanique et faradique simple » ou bien « électrisation complète » ou bien pour « une séance de rayons ultraviolets ou infra-rouges », ou bien « diathermie », le prix est immuablement fixé à 25 francs par séance (art. 27-6°), et je ne vois pas sur quel point vous pourriez vous baser pour demander davantage.

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

2.464. — Radiologie à domicile

Quand on est appelé à faire une radio à domicile pour un réformé ne pouvant se déplacer et habitant à quelques kilomètres, peut-on compter les kilomètres en plus de la radio et doit-on demander l'autorisation avant ou bien faire la chose et prévenir dans les quarante-huit heures ?

Dr P.

Réponse

a) Si le malade ne peut pas se déplacer sans inconvénient pour sa santé et qu'une radio soit nécessaire, il est évident que le radiographe doit compter son déplacement, tout comme le médecin traitant, mais suivant un tarif particulier : 1° de 50 francs ; 2° un supplément d'indemnité basé sur la distance... Mais « au cas où cette application devrait avoir lieu en dehors de la ville habitée par le médecin, l'autorisation préalable devrait être demandée à la Commission

de contrôle (art. 80, 7° Radiologie au domicile du malade) ;

b) S'il n'y a pas déplacement au dehors de la commune, on rentre dans l'art. 18, d'après lequel le médecin traitant doit en « donner avis » dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle. (L'art. 18 dit bien « le médecin traitant », mais j'ai toujours soutenu qu'à son défaut, le radiographe peut lui-même « donner avis ».)

Dr F. DÉCOURT.

FISCALITÉ

2.559. — Impôt d'un chirurgien propriétaire de clinique

J'ai l'honneur de vous soumettre le cas suivant qui est la matière d'un différend avec le Contrôleur des Contributions directes.

Je possède une petite clinique chirurgicale de six chambres à deux lits, où j'opère mes malades. L'exploitation de cette clinique est, et a toujours été déficitaire. Or, le fisc qui me demande de faire une discrimination très nette entre bénéfices de clinique et bénéfices de chirurgien d'un côté, dépenses de clinique et dépenses de chirurgien d'autre part, ne veut pas admettre, en déduction de mes bénéfices de chirurgien (*ou plutôt de ma balance bénéficiaire de chirurgien*), les déficits de clinique. Le Contrôleur m'affirme que, dans ma personnalité, le chirurgien et le propriétaire de clinique n'ont rien à voir l'un avec l'autre. Par ailleurs, un expert comptable m'affirme le contraire. Pratiquement, ma balance à moi est bien obligée de se ressentir du déficit de ma clinique.

Dr D.

Réponse

L'article 100 du décret de codification du 27 décembre 1934 ne prévoit l'imposition à une seule cédule que pour les entreprises qui étendent leur activité à différentes opérations. Or, l'Administration prétend que les médecins qui opèrent dans une clinique leur appartenant ont deux affaires distinctes qui ne sont pas le prolongement l'une de l'autre.

La question n'a pas été tranchée par la jurisprudence et nous serions heureux de la soumettre à la juridiction compétente, si vous vouliez nous adresser les renseignements pour répondre au Contrôleur.

D'autre part, la clinique ayant pour but de faciliter l'exercice de votre profession, il serait équitable de faire supporter par les honoraires une partie des frais, sous une rubrique que nous vous indiquerons lorsque vous nous aurez communiqué le résumé de vos comptes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.340. — Conséquences du maintien dans les cadres

Classe 1906, j'étais dégagé de toutes obligations militaires depuis le 15 octobre 1935.

J'ai accepté de rester dans les cadres, sans y réfléchir. Quels sont les avantages qui sont attachés au maintien dans les cadres ?

Si je veux démissionner, puis-je le faire ? Si non, pendant combien de temps serai-je maintenu dans les cadres, et quand pourrai-je offrir ma démission ?

J'ai trois fils, et suis lieutenant de réserve depuis août 1925.

En cas de mobilisation, puis-je demander à être mobilisé sur place ? Je voudrais pouvoir continuer à faire l'instruction de mes fils, et les suivre dans leurs études.

Quel est le traitement d'un lieutenant, en temps de guerre ?

Je suis proposé au grade de capitaine depuis trois ans, et je ne suis pas encore nommé. J'ai dit au Directeur du Service de santé que je voulais bien rester dans les cadres, à la condition d'avoir mon troisième galon. Il m'a dit que je serais nommé bientôt et je ne vois toujours rien venir.

Quelle est la solde d'un capitaine ?

D^r^ N.

Réponse

Médecin-lieutenant, vous serez maintenu dans les cadres jusqu'à l'âge de 57 ans (52 ans, âge de la retraite des lieutenants de l'active + 5 ans).

D'ici là vous ne pouvez offrir votre démission, puisque vous avez été maintenu dans les cadres sur votre demande. Seule une infirmité vous mettant dans l'impossibilité de remplir vos fonctions militaires durant six mois au moins vous permettrait d'être mis en non-disponibilité temporaire durant trois ans, après passage devant Commission de réforme.

Voyez votre Directeur du Service de santé, il vous accordera certainement une affectation à l'Intérieur, peut-être même sur place.

La solde annuelle d'un lieutenant est de 19.495 francs ; celle d'un capitaine de 28.900 francs.

En temps de guerre, diverses indemnités y ont ajoutées (vivres, etc.), qui augmentent ces soldes d'un tiers environ.

Jusqu'à l'âge de 52 ans, vous pouvez être promu au grade de capitaine dans les conditions normales. Plus tard, il est quelques dispositions restrictives.

2.420. — Conditions de la présomption d'origine

Dans une brave famille ouvrière de ma clientèle un des fils a fait son service militaire, classe 1933 A, incorporé le 19 octobre 1934, libéré en octobre 1935.

Il a fait en juillet-août 1935 au cours du service

actif et par conséquent plus de trois mois après l'incorporation une angine diphtérique suivie d'otite suppurée gauche avec paralysie faciale périphérique comme séquelle non seulement inesthétique, mais avec difficulté de prononcer certains mots, œil qui pleure et dont la vue a diminué.

Cette dernière infirmité le gêne particulièrement, car, dans le civil, c'est un conducteur de voitures. Cette paralysie est à mon avis soit d'origine infectieuse, soit d'origine sérique, car il n'a subi aucune intervention chirurgicale.

Avec tout ceci, il est réformé temporaire n° 2 par la Commission de réforme à la date du 20 décembre 1935.

Admettons à la rigueur la réforme temporaire, les paralysies faciales peuvent s'arranger, dit-on, jusqu'à deux ans, mais pourquoi n° 2. Cet infirme n'a-t-il pas droit à une pension d'après les lois existantes ?

Que me conseillez-vous de faire ?

Je ne connais ni la marche à suivre, ni la jurisprudence médico-militaire.

Dr G.

Réponse

Dans les conditions normales du service militaire, la présomption légale d'origine a été supprimée, même après trois mois de présence au Corps.

Une preuve d'origine, seule, peut être invoquée pour obtenir une pension d'invalidité.

Or, dans le cas actuel, la diphtérie en constitue un élément indiscutable, s'il est établi : 1° que cette maladie régnait à l'état épidémique dans la garnison ; 2° que, dans les délais normaux d'incubation, l'intéressé a bien contracté la diphtérie dans le milieu militaire.

Ces faits seront établis par une enquête ordonnée par l'autorité militaire.

Sans s'occuper de sa position actuellement réformé temporaire n° 2 (c'est-à-dire sans pension), que votre client adresse donc aussitôt, par lettre recommandée, au médecin chef du Centre de réforme une demande de visite pour pension d'invalidité. Qu'il y joigne, s'il le possède, une copie authentifiée de son billet d'hôpital, ainsi qu'un certificat médical établissant la relation de cause à effet de la diphtérie contractée en service avec les infirmités présentes.

2.589. — Conséquences de la naissance d'un deuxième enfant

Médecin lieutenant de réserve, je viens d'avoir mon deuxième enfant. Est-ce que cela me confère des avantages au point de vue militaire. Dans l'affirmative, que dois-je faire ?

Dr D.

Réponse

A la naissance de votre deuxième enfant, vous

êtes affecté à la classe de quatre ans plus âgée que la vôtre.

Si vous atteignez ainsi la deuxième réserve, il vous est possible : 1° d'offrir votre démission d'officier au ministre et de redevenir médecin auxiliaire, jusqu'à la libération normale de votre classe effective, c'est-à-dire non majorée ; 2° d'essayer d'obtenir une affectation de mobilisation à l'Intérieur.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.905. — Soins postérieurs à la consolidation

J'ai l'honneur de vous soumettre le cas suivant.

Le 10 août 1934, j'ai été appelé a donné mes soins au blessé X. Le montant de mes honoraires était de 1.049 fr. 50. Le 21 mai 1935 la Compagnie, en la personne de son agent, m'a versé 944 fr. 50 et se refuse à payer le surplus arguant de ce que la consolidation a été jugée acquise à la date du 21 janvier 1935 et qu'elle ne doit pas les visites faites après cette date.

Mais le procès-verbal de conciliation constatant cette acquisition de consolidation est la date du 28 mars 1935 à 14 heures, et les visites en contestation s'échelonnent entre le 21 janvier et le 28 mars.

Croyez-vous que je puisse poursuivre le recouvrement des 105 francs restant dus avec quelque chance d'aboutir. Dr J.

Réponse

Si l'accidenté a été considéré comme consolidé soit par accord entre les parties soit par jugement, à dater du 21 janvier 1935, vous n'avez plus d'action contre le chef d'entreprise responsable ou son Assurance substituée en ce qui concerne les actes médicaux faits postérieurement à cette date. En effet, à partir de ce moment, le chef d'entreprise n'est plus tenu aux indemnités temporaires, non plus qu'aux frais médicaux qui n'en sont que l'accessoire ; il ne peut être obligé que de verser, le cas échéant, une rente à la victime si elle reste atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale.

Il y a lieu d'observer d'autre part que même si votre action était fondée, la prescription d'une année, courant à partir du jour où l'indemnité temporaire a cessé d'être payée, vous serait actuellement opposable.

Vous ne pouvez donc qu'accepter les offres qui vous sont faites par l'Assurance, car cette action judiciaire risquerait d'aboutir à un échec.

QUESTIONS DIVERSES

2.187. — Prélèvement de 10 % sur le traitement d'un médecin d'hôpital

Je lis dans *La Défense du Médecin* du 1er mars que le prélèvement de 10 % n'est applicable au

traitement d'un médecin d'hôpital que si ce traitement atteint 8.000 francs.

Au-dessous de ce chiffre, il y a seulement prélèvement de 3 %.

Est-ce exact ? Quels textes sont à l'appui de cette affirmation ? Dr J.

Réponse

Le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général sur les dépenses publiques, a prévu dans son article 2 que le prélèvement de 10 % ne s'appliquerait pas aux « dépenses de personnel » et que celles-ci ne seraient soumises qu'à un prélèvement à taux dégressif. Toutefois l'Administration, par sa circulaire du 18 novembre 1935, a interprété à sa manière cette disposition, et entend réserver le taux dégressif aux émoluments des personnels liés par un contrat de louage de services avec les collectivités publiques et consacrant toute leur activité à remplir ces fonctions ou emplois publics. Au contraire elle applique le taux général de 10 % aux rémunérations visant des personnes ne faisant pas partie à proprement parler du cadre des fonctionnaires, rémunérations qui correspondent ainsi à une activité de caractère accessoire.

Nous estimons quant à nous que cette thèse n'est pas juridiquement fondée car il n'appartient pas à des circulaires ou des instructions ministérielles d'ajouter des conditions nouvelles à des textes précis qui se suffisent à eux-mêmes. Il résulte de l'art. 2 du décret-loi précité, ainsi que des art. 2 et 5 du décret du 30 juillet 1935 que le prélèvement dégressif est applicable à toutes les personnes réunissant les deux conditions suivantes :

1° Etre lié par un contrat de louage de services à une collectivité publique, et cette condition est bien remplie par les médecins d'hôpitaux ainsi que l'a reconnu à maintes reprises le Conseil d'Etat (V. note arrêt du 27 mai 1935, Aff. R. V.) ;

2° Ne recevoir à titre de traitements des collectivités publiques ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public (Compagnies de chemin de fer par exemple) que des émoluments nets totaux ne dépassant pas 10.000 francs par an en ce qui concerne le dernier trimestre de l'année 1935, et 12.000 francs depuis le premier janvier dernier en vertu de l'art. 54 de la loi de finances du 31 décembre dernier. Si même ces émoluments sont inférieurs à 8.000 francs, le prélèvement ne doit être en 1935 que de 3 %, et est réduit à zéro en vertu de la loi de finances précitée.

Cinquante-huitième année N° 17 26 Avril 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

IV

Tout médecin sollicité de s'installer à Chéroy (Yonne) est invité, dans son intérêt, à se renseigner auprès du Dr Bascou à Chéroy, et au Dr Potiron, à Sens (Yonne), président du Syndicat de l'arrondissement.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 112. — Vittel, Cause santé, client. de 25 ans, à céder après mise au courant collaborat. et présentat. pendant la saison 1936 seulement. Ecr. Dr Adda, 98, rue Michelet à Alger.

Nº 113. — 10 km. Paris client. très import. Appartem. tout conf., 8.000, bail 8 ans. Etranger et israélite s'abstenir.

Nº 114. — Dr français 40 ans, cherche à reprendre poste médical sérieux à Paris.

Nº 115. — Seine-Infér. Bonne clientèle à céder contre légère indemn. Pays très agréable. Près grande ville.

Nº 116. — A vend. maison de caractère située dans pet. port Côtes-du-Nord, soit comptant, soit viager dont partie comptant et rente à débatt. sur tête de 70 ans. On offre logement pendant quelques jours à acquéreur sérieux.

Nº 117. — Laborat. demande représentant pour visites médicales, région Nord. Spécialité déjà connue, de prescription facile.

Nº 118. — A vend. 601 Peugeot CV 12, berline de grand luxe, 6 cyl., 16.000 km. Paris, demandé : 25.000.

Nº 119. — On demande : 1º Grille de Syshohm 19 x 25 ; 2º diathermie de Boulitte Cº. Faire offres avec prix.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Aube. — Excellent poste actif dans centre industriel, résidence sur grande ligne. Belle maison. Prix : 55.000 francs.

Aisne. — Propharmacien, gros chiffre d'affaires, pays très agréable, proximité ville. habitation grand confort beau jardin. Indemnité 50.000 dont 35.000 comptant.

Banlieue immédiate. Ancienne et importante clientèle, médecine générale. Sans accouchement. Maison confortable, loyer 8.000. Cession avec présentation préalable.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté libre de médecine de Lille.** — *Concours d'agrégation.* — Un concours pour une place d'agrégé dans la Section d'oto-rhino-laryngologie aura lieu en 1937 à la Faculté libre de Lille.

Les candidats devront s'inscrire, avant le 1er avril 1937, par lettre adressée à M. le Secrétaire des Facultés catholiques. Leur inscription ne sera admise que si, au préalable, ils ont fait agréer leur candidature par le Recteur des Facultés catholiques.

Le concours comporte les épreuves suivantes : *épreuves d'admissibilité* : composition écrite de trois heures, sans le secours de notes, sur un sujet d'oto-rhino-laryngologie, la note 15 sera exigée ; *épreuves définitives* : exposé des titres et travaux ; leçon orale de trois quarts d'heure ; épreuve clinique.

Pour tous renseignements, s'adresser soit au secrétaire des Facultés catholiques, 1, rue François-Baës, à Lille ; soit au Doyen de la Faculté libre de médecine, 56, rue du Port, à Lille.

— **Hommage au Docteur Morax.** — Les amis, les collègues et les élèves du Docteur Victor Morax se réuniront à l'hôpital Lariboisière en mai 1936, lors du Congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie, pour commémorer son souvenir et placer son portrait dans le service qu'il a organisé puis dirigé pendant vingt et un ans.

Une souscription est ouverte à cet effet. Une reproduction sera remise à tout souscripteur de 100 francs.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599).

— **Centenaire du Professeur Politzer.** — La Faculté de médecine de Vienne vient de célébrer le centenaire d'Adam Politzer, qui serait aujourd'hui âgé de cent ans. Fondateur, à la suite d'Itard, de l'otologie moderne, Politzer fut le Charcot de l'otologie. Sa clinique demeura pendant de nombreuses années le Centre de l'enseignement de la pathologie auriculaire. Ses travaux, dans cette spécialité, sont célèbres et classiques.

— **A la mémoire des radiologues victimes des rayons X.** — Un monument, élevé à la mémoire de 160 radiologues de toutes nationalités qui ont été victimes des rayons X, vient d'être inauguré à Hambourg. La France était représentée à cette cérémonie par le Docteur Béclère.

— **Journées internationales périodiques de cardiologie.** — *Remise de date.* — Les Journées de cardiologie de Royat qui devaient se tenir les 31 mai et 1er juin 1936 ont été reportées au dimanche 30 et lundi 31 août 1936, pour des raisons d'opportunité.

— **Les médecins amis des vins de France.**— L'assemblée générale des médecins amis des vins de France aura lieu le mercredi 6 mai, à 20 heures, à la Rôtisserie périgourdine, place Saint-Michel, sous la présidence du Professeur Portmann, sénateur de la Gironde. Elle sera suivie d'un dîner (prix : 50 francs ; tenue de ville).

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Chassaing de Bosredon, 131, boulevard Malesherbes, Paris.

— **Hôpital-Clinique de la Glacière.** — *Clinique d'oto-rhino-laryngologie.* (Professeur : M. G. Portmann). — Un enseignement, donné par M. le Professeur Portmann, a ec la collaboration de MM. E. Chabert et J. Auzimour, oto-rhino-laryagologistes de la clinique, aura lieu suivant le programme ci-dessous :

Enseignement clinique. — Lundi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique. — Mardi, 9 h. 30 et à 12 heures : Séméiologie et examen clinique. — Mercredi, 9 h. 30 à 12 heures : Séance opératoire. — Jeudi, 9 heures à 10 heures : Conférence d'anatomie de la tête et du cou ; 10 h. 30 à 12 heures : Leçon clinique. — Samedi, 9 h. 30 à 12 heures : séméiologie et examen clinique.

1° *Cours de broncho-œsophagoscopie* du lundi 11 mai au samedi 16 mai 1936. Ce cours comprendra des *conférences théoriques et des exercices* pratiques sur les chiens chloralosés et les malades.

2° *Cours de pratique c hirurgicale oto-rhino-laryngologique* avec la collaboration de MM. E. Chabert et J. Auzimour, Despons et P. Leduc.

Ce cours, essentiellement pratique, aura lieu en octobre 1936 et comprendra des séances opératoires de démonstration ; chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie. Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur G. Portmann, Clinique Franklin, 15, rue Franklin, Paris.

— **Le V^e Congrès français de gynécologie** s'ouvrira à Paris le 18 mai 1936, sous la présidence du Docteur Dartigues. La séance inaugurale aura lieu à 14 heures à l'Hôtel des Syndicats médicaux français. A 15 heures, projection du film du Congrès de Salies-de Béarn. A 15 h. 30, rapports de M. André Binet, de Nancy (indications de la lutte contre la stérilité) et de M. Champy (fécondation et nidation). A 21 heures, soirée théâtrale.

Le 19 mai, à 14 h. 30, rapports de MM. J. Séguy et Chalier sur la stérilité. A 20 heures, dîner au Pavillon Dauphine.

Le 20 mai, à 15 heures, rapport de M. Favreau (traitements physiothérapiques et thermaux de la stérilité). A 21 heures, au Centre Marcelin-Berthelot,

remise de la médaille du Docteur Jayle, suivie d'une soirée artistique.

Du 21 au 24 mai, voyage à Londres.

Les séances sont publiques. Renseignements auprès du secrétaire général, M. le Docteur M. Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

— **Hôpitaux de Lyon.** — Le concours de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination du Docteur LEVRAT.

Le jury était composé de MM. Bonnamour, Bouchut, Pallasse, Chalier, Rebattu, Dufourt, Gaté, Barjon, Nicolas, Mouriquand, Tavernier et Rhenter.

— **Dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône.** — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin-chef, spécialisé des Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône.

Les candidats à cet emploi devront être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine, avoir satisfait à la loi militaire, et être âgés de moins de 40 ans (non compris les services militaires, qui reculeront d'autant la limite d'âge).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (Cabinet), avant le 1er mai 1936 et être accompagnée des pièces habituelles.

Le médecin-chef des Dispensaires sera soumis à un stage payé de six mois, avant d'être titularisé dans ses fonctions.

Le traitement attaché à la fonction de médecin-chef des Dispensaires d'hygiène sociale est fixé à 30.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs, tous les deux ans, jusqu'au maximum de 40.000 francs.

A ce traitement s'ajouteront : 1o une indemnité forfaitaire annuelle pour frais de déplacement fixée à 10.000 francs ; 2o une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de famille, égales aux indemnités de même nature allouées au personnel de la Préfecture ; 3o une indemnité au titre du fonctionnement antivénérien des dispensaires de Gray, Lure et Vesoul, dans la limite des crédits accordés, chaque année, à cet effet, par le ministère de la Santé publique (direction des Services de prophylaxie des maladies vénériennes).

Le médecin-chef des Dispensaires pourra, sur sa demande :

a) Etre admis à participer à la Caisse départementale des Retraites dans les conditions et limites d'âge prévues par le règlement départemental (retraite à 65 ans après vingt-cinq ans de service, c'est-à-dire versements à partir de 40 ans d'âge au maximum) ;

b) Ou en cas d'impossibilité (plus de 40 ans d'âge), il pourra constituer sa retraite par versements à la Caisse nationale des retraites, avec participation pour moitié (et au maximum pour une somme an-

nuelle de 1.500 francs) du Comité départemental (conformément au règlement intérieur des Dispensaires antituberculeux).

— **Enghien-les-Bains.** — L'ouverture de la saison thermale, le 4 avril dernier, a coïncidé avec une visite des membres du LIe Congrès dentaire (Semaine odontologique) sous la direction de M. Lucien Thil, vice-président de l'Union des Syndicats dentaires de la Seine.

Les congressistes, au nombre d'une centaine furent reçus à l'Etablissement thermal par M. Patenotre-Desnoyers, député-maire d'Enghien et par M. le Docteur Perrier, directeur de l'Etablissement qui leur fit visiter les différents services.

Les congressistes ne cachèrent ni leur surprise ni leur admiration devant l'œuvre réalisée depuis un an et qui place Enghien au premier rang des stations thermales françaises.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame Alfred Picard, femme du Docteur Alfred Picard, de Mâcon, et mère du Docteur Pierre Picard, médecin de 1re classe de la marine, décédée le 6 avril 1936 dans sa 54e année. Ses obsèques ont eu lieu le 8 avril 1936, à Mâcon.

Nous adressons au Docteur Alfred Picard et au *Docteur Pierre Picard* l'expression de toute notre sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 AVRIL

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène d'Eure-et-Loir.

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental des Services d'hygiène, directeur du laboratoire départemental de bactériologie d'Eure-et-Loir.

Les candidats à cet emploi devront être Français et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine ; ils devront être âgés de moins de quarante-cinq ans, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Un droit de priorité sera réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé pendant deux ans au moins les fonctions d'hygiéniste, ainsi qu'aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français. Les premiers ne sont pas soumis à la limite d'âge indiquée au paragraphe précédent.

Les demandes rédigées sur timbre, devront être adressées, avant le 6 mai 1936, au préfet d'Eure-et-Loir, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires,notamment laliste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement est fixé à 44.000 francs. Il s'y ajoute les avantages consentis aux agents du département (indemnités de résidence et de charges de famille). Le titulaire du poste bénéficiera, en outre, de 50 p. 100 du produit des examens et analyses payants qu'il effectuera au laboratoire départemental et des avantages en nature ci-après : logement, chauffage et éclairage.

Avis de vacances de postes de directeur de Bureau municipal d'hygiène.

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Fontenay-sous-Bois est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par le Préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 23 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué s'élève à 15.000 francs par an.

Le titulaire du poste sera autorisé à faire de la clientèle.

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène d'Aubervilliers est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le traitement alloué s'élève à 24.000 francs par an.

Le titulaire du poste sera autorisé à faire de la clientèle.

10 AVRIL

Enseignement de la médecine.

Concours d'agrégation de médecine.

Par arrêté du ministre des Travaux publics chargé de l'intérim du ministère de l'Education nationale, en date du 9 avril 1926, le concours d'agrégation de médecine ouvert par l'arrêté susvisé du 29 octobre 1935 est reporté aux dates suivantes pour les sections ci-dessous indiquées :

Section 12, obstétrique. — Jeudi 7 mai 1936.

Sections 1 et 2, anatomie et histologie. — Lundi 11 mai 1936.

Section 9, chirurgie générale et section 10, ophtalmologie. — Vendredi 15 mai 1936.

Exercice de la médecine aux colonies.

Décret du 18 mars 1936 portant addendum au décret du 18 janvier 1936 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux colonies.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Enseignement de la médecine.

Par arrêté du ministre des Travaux publics, chargé de l'intérim du ministère de l'Education nationale, en date du 9 avril 1936, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, s'ouvrira le lundi 19 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de Bureau municipal d'hygiène.

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Roubaix est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 4 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le traitement alloué est fixé à 30.000 francs par an et peut atteindre 40.000 francs en cinq classes. Le titulaire a droit, en outre, à une indemnité temporaire et revisable de cherté de vie de 2.904 francs, à une allocation pour charges de famille de 500 francs par enfant, ainsi qu'à une gratification de 600 francs. Le directeur du Bureau d'hygiène n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.767. — Certificat pour « arrêt de travail » (?) au cours du traitement

J'ai vu pour la X... un accidenté du travail auquel le 25 novembre 1935, j'ai délivré un certificat initial. Le 27, le malade qui avait voulu continuer son travail a dû s'arrêter et j'ai délivré un certificat d'aggravation que j'ai compté 10 francs. La susdite Compagnie me renvoie un mandat pour mes honoraires diminué de la dite somme avec l'observation suivante « conformément à l'article 30 du Tarif fixé par l'arrêté ministériel du 13 février 1933, le certificat indiquant l'arrêt du travail ne donne pas lieu à indemnité spéciale ». Or le texte dudit arrêté ne vise pas — d'après la feuille que j'ai sous les yeux — l'article 30 de l'arrêté de 1932 et celui-ci ne parle pas d'arrêt, mais de reprise de travail.

Dr G.

Réponse

a) Il n'y a pas de certificat à 10 francs. Il n'y en a qu'à 8, 15 et 16 francs.

b) Votre certificat est un certificat d'aggravation, mais pour que vous puissiez demander 15 francs, comme tel il faut qu'il soit « descriptif », c'est-à-dire qu'il y ait un problème technique à exposer. N'ayant pas de détails sur la blessure, je ne puis vous dire davantage.

c) Quant à l'assertion de la Compagnie sur « le certificat indépendant d'*arrêt* du travail ne donnant pas lieu à une indemnité spéciale », je ne sais sur quoi est basée une telle assertion.

Dr F. Decourt.

2.680. — Contention par plâtre sans réduction

Quel tarif puis-je demander pour contention d'un pied par un appareil plâtré allant des orteils au genou dans une arthrite bacillaire du pied suite d'accident du travail ? Pour réfection de ce plâtre ?

Dr M.

Réponse

Vous n'avez pas, dans ce cas, de « réduction », mais simplement « contention ». Que ce soit une première pose *d'appareil plâtré ou une « réfection* du plâtre », le prix me paraît devoir être également de 100 francs. (Art. 18, *in fine*.)

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.073. — Lumbago et accident du travail

Juridiquement parlant, le lumbago traumatique ou plutôt le coup de fouet lombaire, peut-il être considéré comme accident du travail, lorsqu'il est constaté sur le champ, lors du travail, à l'occasion d'un effort non contestable, signalé immédiatement, et qu'il y a des témoins ? Par assimilation, somme toute à la hernie de force.

Il s'agit d'une contestation, ou plus exactement d'une mise au point devant le Juge de paix, à l'occasion d'un fait de cet ordre, les circonstances étant celles dont je viens de parler, et la Compagnie d'assurances se déclarant prête à payer s'il lui est démontré, médicalement d'abord et juridiquement ensuite, qu'il s'agit bien d'un accident du travail rentrant dans la catégorie prévue.

Si vous pouviez m'envoyer au plus tôt votre avis motivé, de manière à pouvoir en faire état devant le Juge de paix, vous me rendrez service et plus encore à l'ouvrier, qui a fait les frais d'une hospitalisation.

D^s G.

Réponse

Le lumbago traumatique est une affection qui a fait couler beaucoup d'encre, car de nombreuses Compagnies d'assurances ont tendance à prétendre — et souvent avec motifs — qu'il est très facile, pour l'ouvrier fraudeur, de soutenir *qu'il est atteint* de pareille affection.

Sans nous égarer dans des discussions juridiques, ou médicales, nous devons dire, avec la jurisprudence, qu'il appartient tout d'abord à la victime d'apporter la preuve que la lésion, dont il se plaint a été la conséquence d'un traumatisme, ou d'une cause subite et fortuite, survenue pendant le travail, sur le lieu du travail et à l'occasion du travail.

Aussi, pouvons-nous dire avec la Cour d'appel de Dijon, 1re chambre, 16 mai 1933 (Rec. Dijon, 1933, 257) que l'effort, même normal, que l'ouvrier fait pour exécuter son travail, peut **constituer un traumatisme, et la lésion, qui est apparue pendant ce travail est réputée dès lors être un accident du travail.**

Il appartient alors à l'employeur de détruire cette présomption, en prouvant que, eu égard à ce qu'a été l'effort, et d'autre part, à la nature ainsi qu'à la gravité de la lésion, celle-ci ne peut scientifiquement être rattachée au travail, qui ne l'a pas causée et qui n'a d'ailleurs pas aggravé un état morbide préexistant.

Dans un rapport d'expertise du Docteur Paul, nous trouvons cette définition : « dans un lumbago traumatique, ou déchirure musculaire, « l'individu qui en est atteint est obligé d'arrêter immédiatement le travail et, dans la plupart des cas, on est forcé de le ramener à son « domicile, tant il ressent des douleurs. »

Voir la suite page LV-1285

PROPOS DU JOUR

LA LIBERTÉ DE PENSER ET D'ÉCRIRE

Sans la liberté de blâmer, il n'y a pas d'éloges flatteurs et il n'y a que les petits hommes qui redoutent les petits écrits.

BEAUMARCHAIS
Le Mariage de Figaro

Si la presque unanimité de nos lecteurs nous accorde sa confiance et nous témoigne chaque jour sa sympathie et sa gratitude pour les petits services que nous nous efforçons de lui rendre, il ne faut pas cependant croire que nous ne recevons au *Concours Médical* que des lettres amicales de félicitations. On ne peut contenter tout le monde et sur nos 10.000 lecteurs, il en est quelques-uns qui nous critiquent Quand ces critiques sont fondées et exprimées d'une façon courtoise, nous les accueillons avec reconnaissance, car elles dénotent chez leurs auteurs tout l'intérêt qu'ils portent à notre œuvre et leur souci cordial de la voir à l'abri de tout reproche. Mais il en est qui ne peuvent tolérer qu'on ne pense pas exactement et sur tous les points comme eux, sans être persuadés qu'on leur est délibérément hostile. Malgré tout le soin que nous prenons à éviter de traiter certaines questions qui nous divisent, ils voient une intention malicieuse et concertée toutes les fois qu'un de nos collaborateurs émet une opinion qui n'est pas la leur. Il en est par exemple qui se formalisent quand, par hasard, un propos grivois, quelque peu rabelaisien (ce qui arrive bien rarement) est tenu dans nos colonnes, ou quand il est fait allusion à un personnage politique. Nous respectons toutes les opinions pourvu qu'elles soient sincères. Nous comprenons et excusons toutes les susceptibilités, mais nous ne pouvons imposer à nos collaborateurs une réserve excessive qui enlèverait toute originalité et toute vie à notre journal. Nous demandons qu'on fasse preuve à leur égard et au nôtre de tolérance et qu'on ne réduise pas notre liberté de penser et d'écrire à celle de la presse telle qu'elle était comprise à l'époque de Beaumarchais.

« Pourvu, faisait-il dire à Figaro, que je ne parle en mes écrits ni de l'autorité, ni du culte, ni de la politique, ni de la morale, ni des gens en place, ni des corps en crédit, ni de l'Opéra, ni des autres spectacles, ni de personne qui tienne à quelque chose, je puis tout imprimer librement sous l'inspection de deux ou trois censeurs. »

L'intolérance de quelques-uns voudrait nous ramener à cette douce époque. Nous avouons humblement qu'il nous est impossible de nous plier à pareille exigence.

J. NOIR

Nous venions de jeter ces lignes sur le papier, quand l'entrefilet suivant, publié dans le *Temps* du 7 avril, tomba sous nos yeux :

La prière du journaliste. — Le directeur d'un journal de Bombay — le *Catholic Herald of India* — recommande à ses collaborateurs une prière assez humoristique qu'il publie dans son dernier numéro et que nous ne résistons pas au désir de citer :

« Saint François de Sales, patron aimé de notre profession tourmentée, accordez-nous votre protection. Donnez-nous, vos serviteurs, un peu plus de sens critique et donnez-en un peu moins à nos lecteurs. Faites que nos abonnés ne s'aperçoivent pas de nos erreurs et accordez-leur assez de lumières pour qu'ils apprécient nos mérites. »

Nul doute que cette invocation ne produise d'excellents effets..... et des numéros parfaits.

✦✦

LES AMÉNAGEMENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ET LES RELIQUES DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le pic des démolisseurs a fait disparaître le vieil hôpital de la Charité et sur ses ruines s'élèvera bientôt une nouvelle Ecole de médecine, annexe de la Faculté actuelle, que nous souhaitons vaste, commode et aussi.... harmorieuse. Des modifications ont été obtenues au plan primitif. Ainsi le projet d'élévation d'une tour de 56 mètres de haut a été abandonné. Cette construction qui eût écrasé le clocher voisin de l'église Saint-Germain-des-Prés, eût en perspective donné l'impression, vue de Notre-Dame par exemple, d'une bâtisse atteignant en hauteur apparente la moitié de la Tour Eiffel. On peut juger de l'effet produit dans le panorama de la rive gauche de Paris.

La Charité possédait des richesses artistiques, telles celles de l'ancienne Salle de Garde, décorée par de jeunes peintres, amis des internes d'alors, dont plusieurs ont laissé des noms célèbres parmi les artistes du siècle dernier. Des panneaux et des portraits sont signés Stephane Baron, Harpignies, Français, G. Doré, Feyen-Perrin, J.-L. Hamon, Achard, Vernier, Dantan, Droz, Nazon, Ballery-Desfontaines et autres.

L'Assistance Publique a recueilli ces reliques dans son musée de l'Hôtel de Miramon, (quai de la Tournelle, Pharmacie des hôpitaux) et son Directeur a eu l'heureuse pensée de faire soigneusement reconstituer la vieille Salle de Garde avec sa magnifique décoration.

L'inauguration solennelle de cette reconstitution a été faite le 2 avril par M. le Docteur Mourier, Directeur de l'Assistance publique, en présence des représentants du Conseil municipal, de l'Administration, de la Commission du Vieux Paris.

On avait songé à conserver et à utiliser l'ancien portail monumental de l'entrée de la Charité, formé d'un fronton, soutenu par deux colonnes massives. Il avait été proposé de le réédifier à l'entrée de l'École pratique donnant accès à la cour où s'élève le réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, devenu aujourd'hui le musée Dupuytren, et les pavillons d'anatomie.

Tout en rendant hommage au désir respectable de conserver cette relique du vieil hôpital de la Charité, reconnaissons que l'Administration et la Commission du Vieux-Paris ont eu de bonnes raisons pour repousser cette proposition. Le transport et la réédification du portail auraient occasionné une dépense relativement élevée. En outre le portail, d'un style assez banal, n'a pas de qualités esthétiques suffisantes pour être conservé à grands frais et il s'adapterait mal aux constructions qui lui seraient voisines.

Sans doute, l'entrée provisoire du musée Dupuytren et des salles de dissection est indigne de notre Faculté, mais il est permis de prévoir à brève échéance un embellissement de ce coin du Vieux Paris.

L'architecte des Monuments historiques, M. Danis, a très heureusement restauré le petit pavillon à coupole où était naguère l'Ecole des Arts décoratifs qui s'y était substituée au Collège des chirurgiens, quand, à la fin du XVIIIe siècle, ce dernier se transforma en Académie de chirurgie et acheta le Collège de Bourgogne (la Faculté de médecine actuelle). Ce gracieux petit monument est dans le voisinage immédiat des Cordeliers, et une maison sans caractère qui appartient à la Ville de Paris, le sépare de l'entrée de l'Ecole Pratique. On projette d'abattre cette maison, de dégager ainsi l'ancien Collège des chirurgiens et ce qui subsiste du Couvent des Cordeliers et d'y aménager un petit square qui donnerait à ce coin un aspect des plus pittoresques.

Souhaitons que cette heureuse réalisation ne se fasse pas attendre trop longtemps.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES PRINCIPES SCIENTIFIQUES D'UNE ALIMENTATION RATIONNELLE

Professeur Y. Volmar (de Strasbourg)

Les régimes alimentaires sont, selon l'expression d'A. Gautier, les modes d'alimentation qui visent à satisfaire plus particulièrement certains besoins de l'individu. Ces besoins étant très variables avec l'âge, le sexe, les conditions de vie, etc., la composition du régime nécessite donc :

1° La détermination des besoins réels du corps d'après l'âge, le sexe, l'état physique, le travail et le climat.

2° Un choix d'aliments d'après leurs qualités nutritives, leur digestibilité et leur prix de revient.

3° Une association de ces aliments faite de telle sorte qu'ils ne nuisent pas à l'appétit, ni aux fonctions digestives.

4° Une préparation culinaire aussi parfaite et aussi variée que possible, pour éviter que les aliments ne finissent par causer du dégoût et ne deviennent par là même inertes.

L'individu doit être ainsi nourri agréablement et suffisamment, mais non trop abondamment ; il doit recevoir en substances nutritives un ensemble chimiquement défini qui lui permette de réparer les pertes de son organisme, mais sans excès ; il faut « alimenter et non gaver ».

Les physiologistes de l'école d'A. Gautier ont classé les aliments en trois catégories :

1° Les *matières protéiques* ou *albuminoïdes*, d'origine animale : viandes, laitages, œufs, ou végétale : céréales, légumineuses ; ce sont surtout des *aliments énergétiques* ;

2° Les *matières grasses* qui existent dans les viandes, mais se trouvent surtout dans les végétaux : graisse de coco, huiles d'arachide et d'olive;

3° Les *matières amylacées ou hydrocarbonées* : féculents, sucres ; elles constituent avec les graisses, les *aliments plastiques*. A ce groupe se rattachent également la cellulose qui est un *aliment de remplissage*, le vin et l'alcool qui, à doses modérées, sont des pourvoyeurs d'énergie.

Les principaux aliments usuels renferment des principes se rattachant à ces trois types, mais en proportions très diverses : la viande est un aliment avant tout protéique, et secondairement gras ; les légumes apportent surtout des principes hydrocarbonés (sucres), une faible proportion d'albuminoïdes et très peu de graisses. Le lait seul est un aliment presque complet, dans lequel se trouvent associés en proportions convenables les matières sucrées, grasses, protéiques, et même des substances minérales dont certaines à doses infinitésimales, dont l'importance a été mise en évidence par G. Bertrand.

L'adulte normal a besoin d'absorber chaque jour une ration déterminée de ces divers aliments, et cette ration correspond, d'après les travaux de Balland, de Bruère, d'Alquier, etc., à un certain nombre d'unités d'énergie calorifique, c'est-à-dire de grandes calories :

25 calories par kilogramme pour l'homme au repos complet ; 35,5 calories par kilogramme pour l'homme au repos relatif ; 71 calories par kilogramme pour l'homme à un travail intensif ;

Ce qui fait pour un sujet moyen de 65 kgr. :

Repos complet : 1.700 calories.

Repos relatif : 2.300 calories.

Travail intensif : 4.600 calories.

En utilisant les tables d'Alquier, Atwater, Balland, etc., donnant la valeur alimentaire des principales denrées, on peut calculer en calories l'alimentation habituelle d'un individu et voir si elle se rapproche des besoins inhérents à son genre de vie, si elle est ou non suffisante.

C'est ainsi que Bruère établit que la ration journalière moyenne du soldat en garnison :

Matières albuminoïdes : 105-120 grammes.

Matières grasses : 60-80 grammes.

Matières amylacées : 500-600 grammes.

Alcool : 1 gramme.

Equilibres et rapports alimentaires

La détermination, pour apprécier la valeur nutritive d'un régime alimentaire, de sa composition chimique, de sa valeur énergétique, du coefficient de digestibilité des différents aliments qui le composent, s'est rapidement montrée insuffisante. Les données ainsi obtenues ne pouvaient expliquer certains accidents souvent graves, parfois mortels observés chez des individus ayant reçu une ration normale d'aliments suffisamment riches en principes divers et de digestibilité convenable.

Les travaux de Hopkins et de Eijkmann, qui ont conduit à l'importante découverte des vitamines, avaient déjà montré la nécessité dans le régime, à côté des aliments normaux, de prin-

cipes particuliers qui, en raison de leur dose infinitésimale avaient échappé jusqu'alors à toute analyse purement chimique ; les uns sont d'origine organique, ce sont les vitamines proprement dites A, B, C, D ; les autres sont de nature minérale, zinc, magnésium, manganèse, ce sont les infiniment petits minéraux de G. Bertrand. Leur absence totale ou même partielle, cause les affections connues sous le nom de scorbut, de béri-béri, de pellagre,de rachitisme, etc... Récemment, G. Schaeffer n'a pas hésité à affirmer que « les fièvres alimentaires sont dues à l'emploi de régimes établis sans tenir compte des récentes acquisitions de la science de l'alimentation. »

Des accidents moins graves ont été également constatés au cours d'expériences de longue durée sur des sujets recevant un régime normalement composé et normalement vitaminé. Ils semblent dus à l'existence dans la ration d'un excès ou d'un défaut d'un ou plusieurs principes alimentaires, à un véritable *déséquilibre du régime.*

Cette notion de déséquilibre alimentaire a été entrevue dès 1913 par le physiologiste américain Mac Collum qui a montré qu'il était impossible de nourrir des animaux uniquement avec des graines qui sont pourtant, au point de vue chimique, un aliment presque complet. Au contraire, un mélange de graines et de lait, ou de graines et de feuilles fraîches favorise, nettement la croissance, ce qui ne peut s'expliquer que par l'existence dans les graines de certains principes en quantité excessive par rapport aux autres. Lecoq a montré également la nécessité de mélanger, dans l'alimentation des jeunes enfants, les farines de céréales avec du lait, du sucre, ou même du sel.

Il ne suffit donc pas de donner à un individu les divers principes alimentaires qui lui sont nécessaires; il faut en outre, que ceux-ci coexistent dans sa ration suivant des rapports bien déterminés — et que son régime soit bien équilibré.

Ces *équilibres alimentaires*, qui constituent une véritable loi biochimique de l'alimentation, ont été surtout étudiés par Mme Randoin et ses collaborateurs, Simonnet, Lecoq, etc., qui, à la suite de leurs belles recherches, sont arrivés à la conclusion suivante (1) : « Il est nécessaire qu'il existe entre tous les principes nutritifs de la ration alimentaire un équilibre biochimique, moins strict certes que celui du milieu intérieur, lequel est déjà moins strict que l'équilibre biochimique cellulaire. Cet équilibre alimentaire ne doit pas être le même dans tous les cas physiologiques : croissance, entretien, gestation, allaitement, etc... Dans chaque cas, il peut être réalisé de plusieurs manières, en faisant varier les proportions relatives de certains principes nutritifs, si l'on prend soin de faire varier en même temps les proportions d'autres principes dont le rôle se trouve en relation avec le rôle joué par les premiers dans l'organisme ». Ces équilibres biochimiques peuvent être défiis par ce que Mme Randoin appelle les *rapports alimentaires* qui doivent exister entre les différents principes alimentaires pour qu'un régime soit normalement équilibré. Ces rapports sont de deux types, ceux qui sont indépendants des vitamines, et ceux dans lesquels elles interviennent :

(1) Chimie et Industrie, 1935, Tome 34, p. 10.

Rapports alimentaires vrais

Ces rapports qui représentent les relations qui doivent exister entre les différents types de principes nutritifs vrais, ont été définis par Mme Randoin, Alquier, Chaussin, etc... Les plus importants sont au nombre de cinq.

I. **Rapport d'encombrement** :

$$\frac{\text{Aliments assimilables}}{\text{Cellulose}}$$

Sa valeur varie dans de grandes limites avec les individus et les conditions de vie dans lesquelles ils se trouvent ; mais la présence, à côté des aliments vrais, énergétiques ou plastiques, d'une masse inerte, suffisamment importante, constituée surtout par des matières cellulosiques n'en est pas moins indispensable ; l'absence de ces produits qui n'entrent pourtant pas d'une manière effective dans la digestion et ne sont que des aliments de remplissage provoque des troubles intestinaux nets. Nous sommes ainsi très loin du rêve grandiose de Berthelot, la possibilité pour l'homme de reproduire artificiellement, à l'abri des vicissitudes saisonnières, les aliments chimiques dont il a besoin sous une forme condensée et de remplacer nos repas souvent si agréables par l'absorption d'un comprimé convenablement dosé en azote, phosphore, etc...

II. **Rapport énergétique.** — Il représente la richesse du régime en substances énergétiques, azotées, par rapport aux autres aliments ; on peut l'exprimer de deux manières différentes :

1° *Rapport azoté* : $\frac{\text{Azote assimilable}}{\text{Non azoté assimilable}}$ à valeur moyenne chez l'adulte, voisine de 1/13.

2° *Rapport adipo-protéique* $\frac{\text{Graisses}}{\text{Albuminoïdes}}$ qui doit être normalement compris entre 1/3 et 1/4.

III. **Rapport de Randoin et Alquier** :

$$\frac{\text{Principes énergétiques}}{\text{Principes minéraux}}$$

Une ration normalement satisfaisante se trouve déséquilibrée par un apport supplémentaire d'hydrocarbonés (par exemple de sucres),

comme par une *addition de sels minétaux* (chlorure de sodium), mais nullement par l'addition simultanée des deux substances en proportions convenables, ce qui ne trouble pas l'équilibre.

IV. **Rapports minéraux.** — De nombreux rapports ont été proposés par divers auteurs au cours de cedernières années ; les plus importants sont :

1° *Le rapport d'hydratation* :

$$\frac{\text{Eau}}{\text{Matières minérales totales}}$$

2° *Le rapport de Chaussin* :

$$\frac{\text{Sodium}}{\text{Potassium}}$$

3° *Le rapport de Hart et Steenbock* :

$$\frac{\text{Calcium}}{\text{Phosphore}}$$

dont la valeur, chez l'adulte normal ne s'écarte guère de l'unité. Seul, parmi les aliments usuels, le lait satisfait à ce rapport, ce qui justifie son importance dans l'alimentation du premier âge ;

V. **Rapport acido-basique** :

$$\frac{\text{Aliments générateurs d'acides}}{\text{Aliments générateurs de bases}}$$

Les aliments d'origine animale, en particulier les albuminoïdes, riches en soufre, donnent au cours de leur combustion des produits sulfonés ou carboxyliques, à réaction acide, dont l'accumulation serait nuisible à l'organisme ; pour les neutraliser, il est nécessaire d'ajouter à la ration une quantité suffisante d'aliments végétaux, riches en groupements aminés basiques.

Rapports alimentaires vitaminés

Leur importance a été établie par Mme Randoin et ses collaborateurs, à la suite de leurs recherches sur « le rôle possible de chacun des corps non énergétiques (vitamines) dans l'utilisation par l'organisme des substances énergétiques ».

I. **Rapport de Randoin et Simonnet** :

$$\frac{\text{vitamine B}}{\text{glucides}}$$

La consommation d'aliments hydrocarbonés, privés de vitamines, comme le sucre, les bonbons, la pâtisserie, conduit à des accidents digestifs ou nerveux que l'on peut arrêter rapidement par simple ingestion d'une substance riche en vitamine B. Ce besoin de vitamine B est d'autant plus grand que la digestibilité du glucide est elle-même plus élevée.

II. **Rapport de Randoin et Netter** :

$$\frac{\text{vitamine A}}{\text{lipides}}$$

Il *est analogue au précédent ; on peut* d'ailleurs établir un semblable rapport pour chaque type de vitamine.

III. **Rapport lactosique de Randoin et Lecoq** :

$$\frac{\text{lactose}}{\text{(vitamine B) (substances minérales)}}$$

Ce rapport, le plus important de tous,montre que l'assimilation du lactose ne dépend pas seulement de la quantité de vitamine B en présence, mais aussi de celle des substances minérales existant dans le régime ; le défaut ou l'excès de l'une d'entre elle est préjudiciable à l'individu, si l'autre ne varie pas dans le même sens.

Aussi, selon l'expression de Mme Randoin, « les régimes dans lesquels le lait entre écrémé ou desséché en fortes proportions doivent être plus que les autres strictement équilibrés... de manière à obtenir finalement un équilibre se rapprochant le plus possible de celui qui existe dans le lait entier ». Le lait desséché ne peut seul remplacer le lait frais.

Conclusions

Un régime alimentaire, pour être rationnel, doit être établi conformément aux lois d'équilibre biochimique dont nous venons d'énoncer les principales, et dont malheureusement toutes ne nous sont pas encore bien connues. Est ce là chose possible avec les différents aliments naturels dont nous disposons, ou faut-il leur ajouter des principes chimiques, véritables « engrais animaux » ?

La solution du problème est, en général, non seulement possible, mais facile, car il possède plusieurs inconnus que l'on peut choisir arbitrairement : il suffit de partir d'un aliment principal, que l'on choisira aussi parfait que possible et de lui associer d'autres aliments complémentaires pour l'équilibrer, c'est-à-dire pour lui apporter les principes qui lui manquent, dans la proportion où ils devraient s'y trouver.

Le pain par exemple, aliment principal dans nos campagnes, renferme, par rapport à sa teneur en glucides et en protides, un léger excès de phosphore, mais manque de chaux et de vitamine A ; il faudra donc lui associer des aliments complémentaires riches en chaux et en vitamine A, mais n'apportant que peu de phosphore et d'azote, par exemple des légumes, des salades, des fruits. Un excès d'albuminoïde (viande) et de vitamine B sera, au contraire, nécessaire chez un individu en voie de croissance ou effectuant un travail intensif.

Un seul aliment répond aux conditions d'un aliment idéal : le lait frais chez l'enfant au repos ; chez l'adulte qui ne le consomme pas seul, le régime lacté doit être soigneusement équilibré par suite des conditions étroites d'assimilation du lactose.

DIABÈTE ET GROSSESSE

Par M. le Professeur agrégé LACOMME

Il y a dix ou quinze ans encore, un conférencier qui eût pris pour sujet : « Le diabète associé à la gestation » aurait été volontiers considéré comme un fantaisiste aimant disserter sur les choses les plus rares. Le diabète, à cette époque, ne s'observait guère chez les femmes enceintes. J'ai passé tout mon internat et mon clinicat (temps pendant lequel peut-être 20.000 femmes enceintes sont passées sous mes yeux) sans en rencontrer un seul cas. Bouchardat, dont les ouvrages sur le diabète ont fait autorité, disait que dans sa clientèle de diabétiques, il n'avait jamais vu une seule femme enceinte. Sans doute, exagérait-il pour mieux frapper l'esprit. Lecorché écrivait avoir soigné des diabétiques enceintes mais à titre exceptionnel. Une raison, d'abord, explique cette rareté. Le diabète est une maladie de l'âge mûr et il y a peu de diabétiques avant la ménopause. Sur 114 femmes atteintes de diabète, Lécorché en avait noté quarante-deux seulement, soit environ un tiers, chez lesquelles la glycosurie avait débuté avant la ménopause : sur ces quarante-deux, sept étaient devenues enceintes.

Mais, les temps ont changé. Depuis l'insuline, la grossesse chez les diabétiques est apparue plus fréquente, suivant en cela un meilleur fonctionnement ovarien. Jadis, les jeunes filles atteintes de diabète juvénile ne voyaient pas leurs règles se produire à la puberté. Les règles étaient tardives, puis irrégulières, avec des troubles ovariens ne permettant guère la fécondation. Aujourd'hui, ces troubles génitaux du diabète sont efficacement combattus par l'insuline. Voici quelques observations prises dans les auteurs : quatre fillettes diabétiques sont soumises au traitement insulinique et elles ont une puberté normale ; cinq femmes diabétiques aménorrhéiques, stériles, ont un retour des règles puis deviennent enceintes au cours d'une cure insulinique. Chez les femmes diabétiques, l'insuline amène généralement une transformation au point de vue génital, de l'ovulation en particulier. A ce point de vue, il ne faut plus tenir compte de ce qu'écrivaient les anciens auteurs sur la fécondabilité des diabétiques.

***

Les problèmes soulevés par la question du diabète associé à la gestation sont au nombre de rois : 1° le diagnostic du diabète chez la femme enceinte ; 2° l'évolution médicale du diabète pendant la grossesse ; 3° le problème obstétrical posé par cette association.

1° *Diagnostic du diabète chez la femme enceinte.*

Ce diagnostic est beaucoup plus délicat qu'on ne pourrait le croire. Le diabète, dira-t-on, est une glycosurie chronique. Il n'y a ici rien de spécial. Et bien, non ! Si le diagnostic du diabète n'a pas été fait avant la gestation, il peut être difficile au cours de la grossesse. Il y a plusieurs causes d'erreur.

Le diabète chez la femme enceinte peut se manifester par ses symptômes habituels bien connus mais il peut se révéler aussi par des symptômes inattendus. M. Marcel Labbé a signalé dans cet ordre de faits la mort fœtale en série. Lorsqu'une femme, au cours de plusieurs grossesses surtout, expulse des enfants morts, on incrimine neuf fois sur dix la syphilis. Or, ce diagnostic est à vérifier et quelquefois il s'agit de diabète. M. Marcel Labbé signale le cas d'une malade qui fut ainsi saturée d'arsenic sans résultat. Par hasard, on examina ses urines et on découvrit le diabète : grâce à un traitement insulinique, la grossesse suivante évolua normalement. Je pourrais faire des remarques analogues pour l'hydramnios.

Quelles sont les causes d'erreur dans le diagnostic du diabète au cours de la gestation ? On peut trouver dans l'urine des femmes enceintes, en dehors du diabète, des corps qui réduisent la liqueur de Fehling. Il ne s'agit pas de glucose mais d'une lactosurie commune chez les gestantes, assez fréquente au milieu de la grossesse, diminuant ensuite pour reparaître vers le terme. Il s'agit d'une reprise du sucre du lait et de son élimination, car il n'y a pas de seuil d'élimination pour le lactose. Cette lactosurie peut donner la même réduction de la liqueur de Fehling que le sucre.

Ce n'est pas tout. On voit et on trouve parfois du glycose dans l'urine des femmes enceintes en dehors du diabète. C'est ce qu'on a qualifié autrefois de glycosurie physiologique chez les femmes enceintes. Cette glycosurie est permanente ou apparaît après les repas, les repas riches en hydrocarbonés principalement. Est-ce là du diabète ? A la vérité, on peut se trouver en présence d'états divers. La première variété est une glycosurie indépendante de toute hyperglycémie. Cette glycosurie sans hyperglycémie n'est pas du diabète. Quelquefois même, la glycémie est

au-dessous de la normale. Le taux normal du sucre sanguin est, on le sait, de 1 gramme à 1 gr. 20. Dans les conditions ordinaires, pour que le sucre passe dans l'urine, il faut que la glycémie s'élève et ce n'est guère que vers le taux de 1 gr. 80 que se produit la glycosurie. Ici la glycémie étant normale, ou même au-dessous de la normale, on doit admettre l'hypothèse pathogénique d'un abaissement du seuil rénal de l'élimination du sucre. Cette variété de glycosurie vraie des femmes enceintes est en général modérée, de quelques grammes : 4, 5, 10 gr. au maximum. Elle s'observe chez des femmes qui paraissent normales et elle disparaît après l'accouchement. Souvent intermittente, elle traduit une physiologie particulière du filtre rénal chez la femme en état de gestation. Cette forme de glycosurie commune, n'a pas d'intérêt pronostique. On peut n'y pas prêter attention, et elle ne commande pas une réduction des hydrocarbonés, au contraire même.

Une deuxième variété comporte l'existence d'une glycosurie, avec ou sans abaissement du seuil de l'élimination rénale du glycose, s'accompagnant de troubles légers de la glyco-régulation. Elle rentre dans le groupe des glycosuries paradiabétiques de Marcel Labbé. Le problème devient ici plus difficile. Dans la première variété, il n'y avait aucun trouble de la glyco-régulation. Dans cette seconde variété, quand on pratique l'épreuve de la tolérance aux hydrocarbonés, on trouve cette épreuve légèrement anormale. Faisant ingérer à un sujet normal, mis depuis dix à quinze jours à un régime connu et surveillé, 50 grammes de glucose à jeun, on voit se produire une poussée d'hyperglycémie dans la demi-heure qui suit, avec retour au taux antérieur au bout de 2 à 2 h. 1/2. Chez un individu ayant un petit trouble de la glyco-régulation, on peut voir une exagération de la montée hyperglycémique, ou bien une prolongation de la descente qui ne devient complète que 3, 4, 5 heures plus tard. Pour tenir compte de ces deux éléments, Marcel Labbé calcule l'aire du triangle formé par la flèche de montée hyperglycémique et la ligne de descente : c'est l'aire hyperglycémique. Normalement, elle est au-dessous de un centimètre carré. Chez les paradiabétiques, elle est augmentée, dépasse un centimètre carré, allant parfois à deux centimètres carrés. Supérieure à deux centimètres carrés, elle appartient aux états diabétiques vrais.

Ces glycosuries, avec abaissement du seuil rénal, avec troubles de la glyco-régulation, sont déjà sur la voie de la pathologie et confinent au diabète vrai. Entre ces états paradiabétiques et les diabètes vrais, il y a tous les intermédiaires.

On voit des femmes chez lesquelles des glycosuries paraissant paradiabétiques se répètent à chaque grossesse. Chez d'autres, après l'accouchement persistent quelques légers troubles de cet ordre. On a été amené, dans ces conditions, à se demander si la grossesse ne pouvait pas être un élément provocateur du diabète et être à l'origine de certains diabètes. Marcel Labbé a écrit qu'il n'était pas possible de contester absolument une telle opinion. Cependant cette idée que la gestation peut créer le diabète vrai n'apparaît guère vraisemblable. S'il en était ainsi, le diabète s'observerait surtout chez les multipares : or, il n'en est rien et il se rencontre à chiffre égal chez les primipares et les multipares. S'il en était ainsi, comment expliquer que le diabète soit plus une maladie du sexe masculin que du sexe féminin. Si la gestation est susceptible d'apporter un trouble de cette nature et peut-être de faire se dessiner un diabète, elle ne semble pas pouvoir le créer de toutes pièces.

Ainsi, le diagnostic du diabète chez la femme enceinte offre des causes d'erreur, du fait d'états particuliers réduisant la liqueur de Fehling, de lactosuries, de glycosuries vraies paradiabétiques avec légers troubles gluco-régulateurs passagers. Faire le diagnostic du diabète dans ces conditions est souvent difficile, à tel point que plusieurs auteurs déclarent qu'au cours de la gestation le diagnostic de diabète non établi antérieurement ne sera posé qu'à titre provisoire, quitte à le réformer plus tard.

2° *Evolution médicale du diabète vrai pendant la gestation.*

Si l'on s'en rapporte à quelques auteurs, on observerait parfois au cours de la grossesse, une amélioration du diabète vrai. Ces faits curieux semblent exacts. Toutefois, on doit convenir qu'il s'agit là d'observations très rares, sujettes pour certaines à caution.

Dans d'autres cas, ni le diabète, ni la grossesse ne sont influencés l'un par l'autre. Sur dix cas, de M. Marcel Labbé, de diabète vrai associé à la grossesse, trois n'ont pas été aggravés (l'un d'eux a même présenté une légère augmentation de la tolérance hydro-carbonée) et sept ont subi une influence défavorable. D'une façon assez générale, des accidents surviennent au milieu de la grossesse, au quatrième ou cinquième mois, sous forme de torpeur, d'asthénie progressive, de chute de la tolérance hydrocarbonée, acétonurie, acidose, aggravation en définitive affirmée à la fois par les troubles fonctionnels et les modifications du métabolisme hydrocarboné. Puis, un jour, peut venir le coma, aux environs du sixième mois en général.

Si la femme est convenablement soignée, par le régime et l'insuline, les accidents s'arrêtent. D'ailleurs, on voyait quelquefois, jadis, les choses s'arranger, soit que le fœtus ait été expulsé, soit que l'atténuation des troubles ait

été spontanée. L'acidose cesse, alors, la femme accouche à terme, mais après l'accouchement d'autres accidents peuvent survenir.

Pour expliquer cette sédation spontanée des troubles des derniers mois, on a dit que le pancréas fœtal au septième mois fabrique de l'insuline, qui serait reprise par l'organisme maternel. Explication ingénieuse, qu'on a même appuyée sur une preuve expérimentale. On sait qu'une chienne qui a été dépancréatée meurt. Or, la chienne gravide dépancréatée peut ne pas mourir. Cette explication est peut-être trop séduisante : elle influence par son caractère logique et il est possible que les expérimentateurs aient subi cette influence. Les expériences mériteraient d'être reprises.

L'amélioration spontanée en question, il est vrai, est considérée comme exceptionnelle par M. Marcel Labbé. Chez ces femmes, en effet, le médecin n'est pas resté inactif. Il est intervenu par un régime, par un traitement, et il s'agit là généralement du résultat d'une thérapeutique. L'amélioration dite spontanée n'est bien des fois qu'une amélioration thérapeutique.

Donc, l'accouchement va se produire, prématurément ou non. Que va-t-il se passer ? En *général, rien au moment même* de l'accouchement. D'une façon normale, on peut voir de l'acétonémie. Il y a une acétonémie du travail, dépendante de celui-ci.

Après l'accouchement, c'est une autre affaire. Deux cas se présentent. Ou le diabète s'améliore rapidement, éventualité la plus fréquente, constituant une amélioration vraie. Ou bien, cas le plus rare, on assiste à des accidents graves, très brusques, du coma, survenant dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement par exemple, un coma brutal.

En conclusion, il faut savoir que le diabète au cours de la gestation est une chose sérieuse. Il y a des diabètes aggravés et d'autres non. Les diabètes dangereux sont : 1° les diabètes évolutifs, diabètes maigres. Il est très rare toutefois que les femmes alors deviennent enceintes. Leur état général s'accompagne de troubles importants des fonctions génitales ; 2° les diabètes avec une marge de tolérance faible aux hydrocarbonés.

Autres diabètes dangereux, enfin : ceux qui débutent avec la gestation. Ils semblent capables de brûler les étapes. Ils sont plus graves en raison de leur découverte généralement tardive. Le diabète chez la femme enceinte est une chose trop rare pour que l'on y pense couramment. On ne le soupçonne que le jour où éclatent des accidents. Dans les diabètes antérieurement connus, on prend des précautions à temps.

3° *Problème obstétrical.*

Il se réduit à peu de choses. En pareil cas, il existe des troubles du métabolisme du fœtus : c'est un fœtus gros, obèse. Quand ces enfants arrivent à terme, ils pèsent parfois jusqu'à 5 et 7 kilogrammes. Ils se montrent fragiles, ne vivent pas habituellement, naissent fréquemment mort-nés. L'accouchement de tels enfants n'est pas chose simple, d'autant que l'œuf est souvent hydramniotique.

Au point de vue obstétrical, le diabète est donc un état sérieux. Il existe deux écoles. La première dit : vous allez avoir des enfants de 6 kilos, faites une césarienne systématiquement. Une telle opinion est tout à fait indéfendable, car on ne pratique pas une césarienne pour un enfant mort. On dit encore : faites avorter la mère, l'enfant est ici sans valeur. Ce conseil paraît en apparence plus opportun. Et cependant, des arguments sont à opposer à cette conduite. Il y a tout de même des femmes diabétiques dont la grossesse arrive à terme sans inconvénient notable. L'avortement provoqué, d'autre part, ne va pas toujours seul et peut s'accompagner de désastres.

Rathery et Marcel Labbé formulent la conduite suivante : soigner ces femmes médicalement (régime et insuline) ; les surveiller convenablement en se basant sur la tolérance hydrocarbonée établie sur un régime fixé, pesé. Sur dix cas, en adoptant cette pratique, Marcel Labbé n'a plus eu une seule mort et pas d'hydramnios, pas de gros enfant. Cinquante pour cent des enfants, il est vrai, succombent encore mais l'accouchement se fait sans encombre. On met ainsi les femmes à l'abri de la mort, non des accidents, certes, avec un enfant vivant sur deux, qu'on ne saurait dire bien portant toutefois.

Le pronostic ne se limite pas là. Vous observerez des femmes chez qui, parfois, le diabète s'est aggravé. Leur conseiller de ne pas redevenir enceintes.

En somme, la conduite à tenir chez la femme enceinte diabétique est le traitement médical du diabète (1).

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (15 février 1936), recueillie par le Docteur P. Lacroix.

L'AÉROPHAGIE

Par le Docteur F. TISON

Médecin de l'Hôpital Léopold Bellan

I. — Historique

Étymologiquement, l'aérophagie est le fait d'avaler de l'air, ce qui implique une conception pathogénique fort discutable, comme nous le verrons. Néanmoins, le mot a fait fortune et innombrables sont aujourd'hui les malades qui viennent consulter leur médecin en déclarant de prime abord : j'ai de l'aérophagie.

La vogue du mot est récente : dix à quinze ans au plus. Elle résulte de la vulgarisation au début du siècle de travaux à ce sujet. A ce moment, divers auteurs ont groupé, en un syndrome commun, un certain nombre d'accidents aigus ou chroniques pouvant s'expliquer logiquement par la déglutition de l'air et par sa rétention dans les voies digestives.

Nous citerons parmi ces savants : Bouveret, de Lyon, qui a créé le mot et décrit le syndrome en 1893. Peu après, Leven met en lumière « les petits signes » si précieux pour dépister l'affection à son début. Entre 1900 et 1914 paraissent les travaux de Mathieu, Soupault, Linossier, etc., et enfin ceux de Ramond et Zizine en 1932.

Et cependant bien des médecins de jadis s'étaient intéressés à la question. Les Romains connaissaient le « morbus ructuosus ». La littérature médicale des XVI[e], XVII[e], XVIII[e] siècles est remplie d'observations fort judicieuses, relatives à une symptomatologie parfois diverse, mais dominée par une propension aux « rectements ».

Mais si les anciens avaient brossé des tableaux cliniques remarquables parfois par leur précision et leur justesse d'observation, ils n'avaient risqué, en cette matière, ni étiologie, ni pathogénie.

En 1857 seulement, Chomel décrit des formes dyspeptiques flatulentes s'accompagnant de troubles mécaniques cardio-vasculaires et explicables uniquement par l'action de gaz remplissant les voies digestives. En 1864, Guipon décrit les « dyspepsies flatulentes dyspnéisantes ».

En résumé, l'histoire de l'aérophagie se ramène à ceci : les troubles ont été décrits dès l'antiquité, mais ce n'est que depuis fort peu de temps (surtout depuis le début du siècle) qu'on les a groupés en un syndrome *bien individualisé* et que cette affection est regardée comme une véritable entité clinique, d'une part par les physiologistes qui en ont étudié le mécanisme, et, d'autre part, par les thérapeutes qui en ont établi le formulaire.

II. — Qu'appelle-t-on aérophagie ?

Si vous interrogez un de ces innombrables malades qui se disent eux-mêmes atteints d'aérophagie, voici ce qu'ils vous déclarent.

Les uns se plaignent uniquement de « rots en série » qui surviennent de façon impérieuse après les repas surtout, et constituent une gêne considérable de la vie sociale.

D'autres ont constaté surtout des troubles congestifs post-prandiaux, parfois fort intenses : rougeur de la face, bouffées de chaleur, pesanteur épigastrique, ballonnement abdominal ; cet état de malaise s'accompagne d'éructations sonores et pénibles qui, en expulsant l'air, amènent finalement le soulagement.

Chez les chroniques, enfin, il y a des complications. En tout premier lieu la sialorrhée. Celle-ci est fort désagréable et contribue évidemment à augmenter la déglutition d'air, mais elle n'est pas comme on le croit communément la cause de l'affection, elle en est une conséquence aggravante.

Plus tragiques sont les accidents mécaniques qu'on appelle accidents de « compression de voisinage ». Il existe des accidents cardio-vasculaires nocturnes simulant absolument la crise classique d'angor pectoris. Plus rarement, on voit se produire une pseudo-crise d'asthme, peu typique cependant, parce qu'elle ne donne lieu à aucune expectoration.

De tels accidents effrayent le malade qui ne les rapporte pas à l'estomac, mais à l'organe qui en est le siège. Le médecin dans ces cas-là sera circonspect, car si l'aérophagie peut donner ces complications, il est extrêmement fréquent de voir des cardiopathies graves évoluer sournoisement sous le masque d'une aérophagie qui est parfois étrangère à leur développement et qui, le plus souvent, ne joue qu'un rôle de déclenchement.

Nous voyons combien il a pu paraître à la fois séduisant et logique de grouper tous ces symptômes divers et de les rattacher à une cause étiologique unique. D'autant plus qu'il est démontré par de nombreux travaux expérimentaux et théoriques que la présence d'un excès d'air dans l'estomac ou l'intestin est capable d'amener les troubles incriminés et toutes leurs complications.

III. — L'aérophagie existe-t-elle ?

Ou, plus exactement, est-il juste de la regarder comme une entité nosologique ? Les avis diffèrent ici : à côté de nombreux défenseurs de cette conception nouvelle, certains auteurs (Jacquelin) veulent ne voir là qu'un symptôme et font remarquer avec une grande justesse que c'est un diagnostic trop commode. Ils rapportent des cas qui se sont tragiquement terminés (une perforation gastrique qui révéla un ulcère jusqu'alors méconnu). Ils invitent leurs confrères à la plus grande méfiance touchant les prétendus « mangeurs d'air ».

Nous ne saurions les en blâmer, car nous partageons, en partie, leur avis. Toute aérophagie est *a priori* suspecte. Elle peut n'être que le symptôme d'une affection organique sous-jacente. Elle peut également coïncider avec une affection cardiaque par exemple, laquelle évolue obscurément, sous une symptomatologie fruste ou même inexistante, pour se terminer un jour par une mort subite.

Il ne faut diagnostiquer l'aérophagie qu'après avoir soigneusement éliminé toutes les autres possibilités, il faudra avoir multiplié les tests biologiques et les examens de laboratoires, avoir répété sans se lasser explorations cliniques et radiologiques avant de conclure en toute assurance. Car l'aérophagie existe, et même dans un grand nombre de cas. Tous les praticiens possèdent certainement dans leur fichier des observations de malades dont l'état général excellent coïncide avec des troubles et des désordres fort alarmants en eux-mêmes. Chez ces malades tous les examens auxquels nous avons fait allusion restent rigoureusement négatifs. Leur évolution, leur avenir clinique montrent toujours qu'aucune déficience organique n'est en jeu. Dans de telles conditions le diagnostic d'aérophagie s'impose de toute évidence.

Soyons prudents et circonspects, mais n'oublions pas qu'il y a de vrais aérophages.

IV. — Le fait d'avaler de l'air est-il pathologique ?

Nous répondrons non. Nous avalons tous de l'air et même nous en emmagasinons tous dans notre estomac. La radiographie montre qu'il existe en effet normalement dans cet organe une poche d'air qui joue un double rôle :

1° Elle favorise le brassage des aliments :

2° Elle fait office à la fois de dilatateur et d'excitateur vis-à-vis des tuniques musculaires de l'organe dont elle favorise la bonne contraction.

Donc le fait d'avaler de l'air n'est nullement pathologique. Bien plus, le sujet sain peut même se permettre d'en avaler autant qu'il veut sans en être nullement incommodé : l'excès nuisible sera aussitôt évacué par le jeu des deux soupapes sphinctériennes que sont le cardia et le pylore.

L'aérophagie est un phénomène physiologique, comme l'a montré Léon Meunier. Ce n'est donc pas le fait d'avaler plus ou moins d'air qui engendre les troubles et l'on ne doit conserver ce nom d'aérophagie qu'à condition d'en oublier l'éthymologie.

Le trouble qui est à la base de l'aérophagie, ce n'est pas la déglutition exagérée d'air, mais sa mauvaise circulation ou le fait que l'appareil digestif ne le tolère pas.

On sait d'ailleurs qu'il est exceptionnel de trouver à la radiographie des poches à air volumineuses chez les aérophages. Des malades qui accusent les symptômes les plus nombreux et les plus intenses ont la plupart du temps une poche à air normale ou même petite.

V. — Essai pathogénique

Le terrain.

Si l'on procédait chez ces malades à des explorations systématiques du système neuro-végétatif, je veux dire si l'on pratiquait sur eux l'épreuve du réflexe oculo-cardiaque, ou le test à l'atropine, on se rendrait compte qu'ils sont en grande majorité des « vagotoniques », c'est-à-dire des gens chez qui l'équilibre nerveux est rompu avec prédominance du para-sympathique.

De plus, ce sont presque toujours des hypo-calcémiques comme en font foi biologiquement le dosage du calcium sanguin, cliniquement la persistance du signe de Chvostek ou l'apparition fréquente de petites crises de blépharo-spasme par exemple.

Comment ces deux facteurs se conjuguent-ils ? Dans quelle mesure dépendent-ils l'un de l'autre ? Les connaissances actuelles de la physiologie du parasympathique ne sont pas assez précises et les études sur le métabolisme du calcium sont bien trop récentes pour qu'on puisse formuler une réponse catégorique.

D'ailleurs beaucoup de complications de l'aérophagie qu'il est classique de décrire comme troubles de compression de voisinage (la fausse angor pectoris et le pseudo-asthme) ne sont-ils pas plutôt la conséquence de ce double terrain vagotonique et hypo-calcémique ?

Car il est fréquent de voir les aérophages fort « ballonés » ne faire aucun de ces accidents « compressifs » alors que ceux-ci se trouvent chez des malades dont la poche d'air gastrique est minime.

Rôle des dyspepsies ou les facteurs gastriques de l'aérophagie

Nous allons montrer comment le mécanisme même de l'aérophagie a aussi pour cause divers facteurs provenant de l'estomac lui-même et résultant en général de lésions organiques de ce viscère.

1°) *La déglutition aérique de défense.*

Souvent l'air avalé en excès par les aérophages est une nécessité mécanique de leur digestion. Chez eux le bol alimentaire est arrêté, soit au cours de son trajet œsophagien, soit à son entrée dans l'estomac (cardia). L'interruption du transit normal a pour cause un arrêt du péristaltisme ou l'existence d'un obstacle prævia (spasme, sténose, compression médiastinale).

Dans les deux cas, l'air avalé agit d'une manière efficace, soit qu'il réveille ou renforce la

contractilité péristaltique par massage local du tube œsophagien, soit que, jouant le rôle de piston, il pousse les aliments contre l'obstacle et le leur fasse franchir de force.

Cette conception de la déglutition aérique de défense se vérifie expérimentalement par l'examen systématique de malades dont la digestion s'opère sous l'écran.

2°) *La réaction propre de la paroi.*

Vis-à-vis de l'air gastrique, il y a deux types de comportement pathologique de la muqueuse.

a) LE TYPE ATONE. — L'atonie de la fibre musculaire gastrique peut être congénitale, mais le plus souvent elle est acquise et se révèle comme la conséquence d'une vieille dyspepsie chronique (hypo ou hyperchlorhydrique), d'un ancien ulcus cicatrisé ou d'une dégénérescence histo-toxique de l'organe (éthylisme). En général, dilatation et ptose viennent compliquer cet état de choses.

Un tel estomac se laisse distendre par l'air, surtout si celui-ci est dégluti en excès. La fibre s'allonge, la cavité s'agrandit et l'estomac devient énorme et sonore. C'est dans ces cas-là qu'on voit les « fausses obésités » les plus typiques et qu'on enregistre les plus formidables poches à air. Mais la capacité de l'organe a des limites et bientôt, exagérément distendu, il va devenir douloureux et sera le siège de crampes souvent pénibles. Si l'on ajoute à cela la gêne provoquée aux organes voisins par cette énorme tumeur gazeuse, on réalise le tableau de l'aérophagie dans toute son intensité.

b) LE TYPE HYPERCHLORYDRIQUE. — Chez beaucoup d'individus (ulcéreux, au début, hyperkinétiques), l'estomac examiné à la radio apparaît petit, presque triangulaire, le bulbe pylorique est animé de contractions violentes, très efficaces et le contenu se vide avec une grande rapidité.

C'est l'estomac hyperkinétique.

Ces estomacs ont une muqueuse hypersensible soit du fait d'une lésion organique (ulcus), soit du fait d'une richesse particulièrement grande en terminaisons sensitives, soit enfin parce que le milieu est trop riche en acide chlorhydrique.

Ces estomacs qui s'opposent à la distension réagissent tout comme les précédents, mais avec une quantité d'air souvent très faible et qu'un estomac normal tolérerait très bien.

Ces aérophages sont porteurs de poches à air petites et en tout cas jamais supérieures à la normale. Ce qui est pathologique chez eux, c'est la sensibilité toute particulière de leur muqueuse.

3°) *Le mauvais jeu des soupapes.*

Les mêmes phénomènes pourront se produire dans un estomac à muqueuse et musculature normales si les soupapes (cardia et pylore) refusent de fonctionner : l'air gastrique deviendra pathogène et l'on réalisera le syndrome d'aérophagie bloquée.

Nous avons à étudier ici deux sortes d'obstacles : les sténoses et les spasmes.

Les sténoses

La sténose œsophagienne est rare : elle est bien peu souvent en cause dans l'étiologie de l'aérophagie. D'ailleurs qu'elle soit d'origine cancéreuse ou cicatricielle, elle est toujours grave et elle se présente avec un ensemble de signes cliniques et radiologiques fort nets.

L'aérophagie n'est dans ce cas qu'une complication sans intérêt et qui n'est pas constante.

La sténose du pylore, plus fréquente, se diagnostique tout aussi facilement par ses signes cliniques (vomissements) et radiologiques. Elle est d'origine soit cicatricielle, *soit cancéreuse, soit* ulcéreuse.

Les spasmes

Ils sont bien plus fréquents que les sténoses, qu'ils compliquent d'ailleurs toujours, et sont bien plus importants dans la pathogénie de l'aérophagie.

Ces spasmes sont le fait :

Soit d'une cause générale (rôle du terrain neuro-végétatif), soit d'une cause locale (ulcère, hyperchlorhydrie, estomac à muqueuse sensible, estomac hyperkinétique). C'est le cas le plus fréquent. Ils peuvent être provoqués aussi par une lésion d'un organe du voisinage (vésicule biliaire, intestin, appendice).

EN RÉSUMÉ : *L'aérophagie* apparaît donc comme la résultante de trois facteurs gastriques existant seuls ou en association et qui sont :

a) La déglutition aérique de défense ;

b) La réaction douloureuse de la paroi à l'air ingéré ;

c) La rétention aérique par obstacle.

A l'exception de cas rarissimes, l'existence de ces facteurs est toujours le signe d'une déficience morbide de l'organe.

Donc, nous pouvons écrire schématiquement :

Aérophagie = Dyspepsie

Causes annexes favorisantes.

Nous allons étudier ici un certain nombre d'affections qui favorisent ou entretiennent l'aérophagie :

a) *Les végétations adénoïdiennes et les hypertrophies des amygdales.* — Par la gêne respiratoire qu'elles provoquent elles sont la cause de déglutition d'air continuelle, soit au cours de la mastication (le malade devant prendre par la bou-

che à la fois ses aliments et son oxygène), soit avec la moindre déglutition de salive ;

b) *Les cholécystites lithiasiques ou non.* — Comme tous les organes de la région, ces affections retentissent sur le plexus solaire et s'accompagnent souvent d'une gastrite réflexe. Elles contribuent largement à prédisposer le terrain à l'aérophagie ;

c) *L'appendicite chronique.* — Souvent l'aérophagie n'en est que le symptôme prédominant. Il est évident que l'apparition d'un syndrome appendiculaire aggrave une aérophagie déjà existante et peut même la faire naître si d'autres facteurs étiologiques existent déjà.

VI. — Thérapeutique

Elle est sous la dépendance des facteurs étiologiques que nous venons d'étudier.

Il faudra en tout premier lieu s'assurer que l'aérophagie n'est pas en rapport avec une affection organique. Dans ce cas, il convient tout d'abord de traiter la cause première et cela amène souvent la guérison complète. Ce résultat est souvent le fruit d'une intervention chirurgicale opportune : amygdalectomie, appendicectomie, cholécystostomie, etc...

Mais bien souvent, on ne peut mettre en évidence aucune affection de ce genre. Il arrive aussi que l'intervention trop tardive ne donne pas le résultat escompté parce que l'aérophagie est devenue chronique et les phénomènes morbides irréversibles.

Il faut alors attaquer le mal dans ses racines profondes, c'est-à-dire le terrain et la dyspepsie.

Amélioration du terrain

Nous l'avons vu, il faut agir sur la vagotonie et *l'hypocalcémie.*

Les états vagotoniques sont justiciables de tous les sédatifs du para-sympathique. Parmi ceux-ci le plus connu est l'atropine déjà employée depuis bien longtemps. Ce médicament ne donne pas tous les résultats qu'on pourrait en attendre, surtout chez des malades qui supportent mal un médicament toxique et dont l'usage doit être prolongé. De plus, les accidents d'atropinisme (mydriase, sécheresse de la bouche, contracture des sphincters) doivent être évités, surtout chez les aérophages. Depuis quelques années, on a extrait de la sauge divers principes dont l'étude se poursuit, surtout à l'étranger, et qui semblent être la médication idéale. Nous citerons notamment un dérivé de la thuyone : la tétra-acétyl-glycocholyl-thujilamine recommandée par Jarno et Csaki.

L'action sur l'hypocalcémie est facile depuis la découverte du rôle de la parathyroïde, l'industrie pharmaceutique prépare aujourd'hui des extraits de parathyroïde stables, de bonne conservation et d'activité physiologiquement certaine.

Nous insistons sur ce point. En effet, le mode de prélèvement et de traitement des viscères importe au premier chef. Si certaines précautions ne sont pas prises, il se produit une autolyse intratissulaire déclenchée par l'acidification du milieu et la valeur physiologique de l'extrait d'organe est nulle. L'extrait de parathyroïde semble devoir être préféré aux mélanges d'extraits endocriniens multiples dont l'activité est toujours douteuse.

Sa posologie sera de l'ordre de 1/4 à 1 milligramme par vingt-quatre heures. A cette dose, il semble surtout agir comme récalcifiant, mais il agit aussi sur les petites manifestations de la tétanie, blépharospasme, etc...

Traitement de la dyspepsie

On peut la traiter par les méthodes anciennes : poudres saturantes, pansements gastriques, etc... Mais on connaît aujourd'hui une médication nouvelle fondée sur la théorie du reflux duodénal et qui traite les dyspepsies ulcéreuses ou hyperchlorhydriques par l'association de composés biliaires, tels que le fiel de bœuf, et de corps cholestérinogènes, tels que l'acide cholalique.

Nous renvoyons le lecteur à notre article paru dans le *Concours Médical* du 21 juillet 1935 (N° 29) où sont étudiés en détail les travaux de Jarno, Csaki, Bécart, Gaehlinger.

En associant ces deux thérapeutiques : amélioration du terrain, traitement de la dyspepsie, nous avons été amené à préconiser la formule suivante :

Tétra-acétyl-glucocholyl-thujilamine	0,05
Acide acétyl-glycocholique	0,05
Bile de bœuf desséchée	0,10
Parathyroïde	0,001
Bicarbonate de soude	0,10
Carbonate de chaux	0,10
Excipient	q. s. pour un comprimé

Avant de terminer, disons un mot des « petits moyens » préconisés empiriquement dans le traitement de l'aérophagie. Ces petits moyens consistent en une foule de « bonnes habitudes » à prendre par le malade. Ne pas avaler sa salive, porter une cravate serrée comprimant la pomme d'Adam, garder constamment un fume-cigarette entre les dents, boire au chalumeau, etc... Il semble en fait qu'une telle thérapeutique n'ait jamais guéri personne et le minime soulagement qu'accusent certains sujets n'est rien en comparaison du supplice qu'ils se sont imposé.

BIBLIOGRAPHIE

Bécart. — *Vie Médicale*, 10 décembre 1932.

Ramond, Zizine, Vannier. — *Journal des Praticiens*, 10 janvier 1932.

Ch. Jacquelin. — Les Cahiers de la gastro-entérologie, n° 3, juin 1932.

Ch. Jacquelin. — *Presse Médicale*, 17 août 1932.

F. Tison. — *Le Concours Médical*, 21 juillet 1935.

LE SYNDROME DE GULF-STREAM

Les passagers d'un paquebot franchissant l'Atlantique et les menant tous en même temps à travers les mêmes perturbations atmosphériques, voilà, n'est-il pas vrai, le champ d'observations idéal pour vérifier si la météoro-pathologie est un mythe ou une réalité. C'est ce qu'a pensé le Docteur J. Bohec, le distingué médecin-chef du *Normandie* (1).

Il a eu l'occasion d'observer à maintes reprises une sorte d'embarras gastrique simple ou fébrile qui sévit en particulier dans la zone du Gulf-Stream *pendant les traversées de retour d'Amérique en Europe.* La fréquence et l'intensité de ce malaise sont très capricieuses, variant d'une saison à l'autre, d'un mois à l'autre, d'un voyage à l'autre même ; par contre, il éclate toujours dans la même ambiance météorologique et avec les mêmes symptômes. En juillet et août dernier, il a sévi avec un renouveau d'intensité à bord de tous les paquebots, étrangers aussi bien que français, de la ligne de New-York, et particulièrement sur les paquebots à grande vitesse.

Il se présente sous les espèces d'un syndrome fébrile (37°5 à 38°5), constitué par la triade : coliques, vomissements, diarrhée profuse et très bilieuse, surprenant brutalement des organismes en bonne santé apparente. La crie est de courte durée : sous l'influence d'un traitement approprié, elle se résoud en vingt-quatre à quarante-huit heures.

Maladie infectieuse, contagion sévissant sur des personnes rassemblées en un étroit espace et soumises au même régime alimentaire ? Evidemment c'est à cela que l'on pense d'abord ; mais encore une fois le syndrome est apparu en juillet-août 1935 *sur tous les bateaux de la ligne* en même temps et partout aussi s'est terminé en même temps. Et ces troubles gastro-intestinaux n'ont fait nulle part la preuve, à la connaissance du Docteur Bohec, qu'ils marquassent le début d'une grippe gastro-intestinale, d'une typhoïde, d'une dysenterie ou d'une intoxication alimentaire.

C'est pourquoi le médecin chef du *Normandie* a pensé à l'influence nocive d'un complexe climatique, météorologique et saisonnier. Et il a réclamé la collaboration des officiers de la passerelle qui ont noté régulièrement toutes les quatre heures : les températures de l'air et de la mer, l'état hygrométrique, la pression barométrique, la direction et la force du vent, et l'état du temps. Malheureusement, faute d'appareils enregistreurs, ces marins n'ont pu joindre à leurs observations le potentiel électrique de l'air.

Or, de ces graphiques tenus strictement pendant toute l'année 1935, ressort l'évidence que la traversée de l'Atlantique-Nord peut se diviser en deux parties bien distinctes, à peu près égales, d'une durée de deux jours de marche chacune, pour les paquebots rapides, et que ces deux zones sont séparées par le 40e degré de longitude-ouest Greenwich. La zone jouit du climat océanique classique au large des côtes ; les températures de l'air et de l'eau y présentent des différences journalières peu sensibles et se maintiennent aux environs de 15°. La zone ouest, au contraire, est sujette à de fortes et brusques variations de ces mêmes températures, variations fréquentes et, en outre, discordantes. En moins de vingt-quatre heures, parfois même en moins de une heure, surtout pendant la nuit, on observe des dénivellations de l'ordre de 15° et plus. Ces variations se conjuguent avec les autres variations hygrométriques, barométriques et avec le régime des vents, et leur sont en outre simultanées.

Le grand fauteur de ces troubles est le Gulf-Stream ; des études nouvelles et, plus particulièrement, celles de l'océanographe Ed. Le Danois ont modifié les notions classiques sur ce fameux fleuve d'eau chaude que l'Amérique nous envoie et..... nous envie. Précisément, c'est à l'imparfait qu'il faudrait, d'après M. Le Danois, s'exprimer en ces termes, car le Gulf-Stream ou courant de Floride ne dépasserait pas, en tant que courant marin, le 40e degré de longitude ouest Greenwich ; nous ne devrions rien aux Américains.

Soit donc un bateau levant l'ancre aux appontements fameux de l'Hudson. Il commence par traverser le « Cold Wall », la muraille froide dont la température est de 12 à 15° inférieure à celle du Gulf-Stream. Au bout d'une demi-journée de marche, généralement en pleine nuit, il entre dans le courant chaud dont la température atteint 28 et quelquefois 32° avec les dénivellations décrites plus haut. Le Gulf-Stream est ensuite heurté et brisé perpendiculairement par le grand courant froid descendant du Labrador. L'on conçoit les séries de variations météorologiques déterminées par ces à-coup thermiques. Enfin ce même Gulf-Stream est la grand'route des cyclones qui se rendent en Europe et qui doivent, eux, perturber l'état électrique de l'air. Celui-ci serait à son potentiel minimum et, par conséquent, très déprimant. Il est probable qu'il faut, dans l'étiologie des incidents pathologiques

(1) *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, février 1936.

observés, réserver une grande part aux bouleversements du champ électrique.

Un point reste à élucider : la bizarre incidence du sens de la marche du bateau. L'affection ne prit une allure épidémique que sur les bateaux allant d'Amérique en Europe. C'est dans les réglements de navigation que l'on trouve le mot de l'énigme : à l'aller les navires évitent autant que possible le Gulf-Stream dans lequel ils se trouveraient marcher à contre-courant et vont passer au-dessus de sa limite Nord. Au retour, au contraire, ils passent en plein courant pour utiliser l'aide qu'il leur apporte.

Il y a encore un autre détail qui n'est pas moins curieux et qui rappellera des souvenirs à ceux qui ont fait la traversée. Le Docteur Bohec, pour ne rien négliger dans son chapitre d'étiologie, note que, au retour, la traversée des fuseaux horaires est plus rapide qu'à l'aller : il faut compter que l'heure avance d'une heure d'horloge par jour ; tout est déréglé, les heures des repas comme les heures de sommeil, et l'organisme supporte plus malaisément l'avance du retour que le retard de l'aller.

Et maintenant avis aux amateurs de navigations transatlantiques. Aller béer devant l'Empire Building, le pont Georges Washington ou Broadway nocturne (bien surfait, du reste !), c'est très joli.

Après cela, les prévient le Docteur Bohec, il faudra revenir !

G. Lavalée.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

du Foie vasculaire

pour le traitement rationnel de certaines congestions hépatiques

D'après le Professeur M. Villaret et R. Fauvert (*)

Les formes camouflées du foie cardiaque. Importance de la digitale

De diagnostic facile sont les formes banales du « foie cardiaque » par dilatation passive de l'organe, à la suite d'un engorgement de la circulation de retour. Leur traitement diététique et médicamenteux est celui même de l'insuffisance cardiaque à ses divers degrés.

Cependant, une asystolie localisée, à forme hépatique, peut être méconnue, et *prendre le masque d'une hépatite scléreuse*, d'un début de *cirrhose éthylique*. Certaines hépatomégalies sont donc susceptibles de maintenir leur origine cardiaque en latence ; dans ces cas, *la mesure de la pression veineuse* revêt une importance particulière pour poser un diagnostic étiologique.

En voici un exemple particulièrement instructif.

M. J..., 46 ans, n'a présenté jusqu'à l'année précédente que de fréquentes poussées de bronchite chronique. A cette époque, il est pris subitement le matin au réveil d'une crise douloureuse de l'hypocondre droit, qui nécessite son hospitalisation d'urgence, et l'administration de morphine durant trente-six heures environ.

Le diagnostic posé est celui de *colique hépatique*. Mais, à vrai dire, on ne retrouve pas avec précision dans l'interrogatoire du malade les caractères de localisation, d'irradiations, de signes hépatiques associés, qui permettent d'affirmer rétrospectivement ce diagnostic.

Par contre, dans les semaines qui ont suivi cette crise douloureuse, sont apparues des manifestations hépatiques : anorexie, difficulté de la digestion, douleurs vagues dans la région du foie, et surtout *ictère net et permanent.*

L'existence d'un gros foie dur, à peine sensible, la notion d'antécédents éthyliques indiscutables ont fait considérer le malade comme atteint d'une *cirrhose à son début*, et, pendant quatre mois, il a été traité comme tel, *sans bénéfice appréciable.*

Au moment de son hospitalisation, l'habitus du malade semble, au premier abord, confirmer le diagnostic antérieurement porté. Le facies est jaunâtre, les pommettes parcourues de varicosités ; les conjonctives et les muqueuses présentent un subictère franc ; les urines sont rares, hautes en couleur ; on y décèle de l'urobiline. Mais surtout, l'abdomen est fortement météorisé, sans ascite, et le foie est nettement augmenté de volume (16 cent. sur la ligne mamelonnaire) ; son bord inférieur et sa face antérieure sont lisses et durs ; il est un peu sensible à la pression. La rate n'est pas palpable, mais percutable en avant de la ligne axillaire moyenne. Par ailleurs, il y a des signes bilatéraux de bronchite et de sclérose pulmonaire. Fait capital, le *cœur paraît un peu gros* : la pointe est abaissée, et on découvre un souffle

(1) M. Villaret et R. Fauvert. — Sur le diagnostic et le traitement de certaines congestions vasculaires hépatiques (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1935, n° 9.)

systolique à son niveau. La tension artérielle est 13 1/2, 8 1/2. Le pouls est un peu rapide.

Observation importante : *la pression veineuse s'avère très élevée*, à 21 cent. d'eau.

Devant ces constatations, on soumet le malade au *traitement digitalique*. Celui-ci fait merveille ; car, *en quelques jours*, les troubles fonctionnels disparaissent, les œdèmes rétrocèdent. *Le foie diminue rapidement de volume* ; après huit jours, il ne mesure plus que 13 cent. sur la ligne axillaire. La tension artérielle est passée à 15-8, cependant que la *pression veineuse tombe à 15 cent. d'eau.*

Le malade est sorti de l'hôpital très amélioré au bout de quinze jours. Ultérieurement, il s'est comporté comme un hypertendu habituel (tension artérielle 22-12). Cette hypertension avait, en réalité, été masquée par une défaillance cardiaque latente, et l'apparition d'une insuffisance mitrale fonctionnelle.

Pareilles observations d'insuffisances cardiaques camouflées sont loin d'être exceptionnelles ; et elles incitent le praticien à prendre en considération *deux points importants* :

D'abord, l'intérêt, pour les déceler, de *la mesure de la pression veineuse.*

Ensuite, la *facile rétraction du foie sous l'influence de la digitaline*, malgré la dureté de l'organe à l'examen. A ce propos, il ne faut pas oublier que la simple tension vasculaire peut en imposer pour la dureté d'une foie scléreux.

* * *

Les congestions hépatiques par déficience du foie, « organe réservoir » et régulateur de la voie sanguine de retour. Importance des diurétiques

Il existe, en effet, un mécanisme physiologique de la circulation hépatique, et celui-ci, par la fermeture d'un « système de barrage » sus-hépatique, se révèle capable de bloquer une grande quantité de sang dans le réseau vasculaire du foie, grâce à des interventions réflexes et humorales.

L'une de ses actions les plus importantes et les plus évidentes consiste dans son *rôle de protection du cœur droit dans les surcharges de la circulation veineuse*, surtout dans les cas de déficience myocardique. Ainsi devient-il possible de mieux comprendre et de traiter plus rationnellement les phénomènes groupés sous le nom de « foie cardiaque ».

Si, au moment de la période de compensation des affections cardio-vasculaires, le cœur s'hypertrophie pour s'efforcer de maintenir le débit artériel, il est improbable que cet effort puisse s'exercer aussi sur la circulation de retour, fût-ce par la « vis a tergo ». Or, on a noté en pareil cas, à vitesse circulatoire égale, une diminution du débit systolique, et surtout une *réduction du volume du sang circulant*. A ce moment, ont donc été mis en œuvre les réservoirs hématiques pour emmagasiner une quantité de sang proportionnelle. Il s'agit surtout du plasma, et celui-ci s'accumule dans le foie, qui réagit ainsi, de par sa topographie aux incitations de l'hypertension veineuse rétrograde.

« Ces données paraissent correspondre à un type clinique de *maladie* cardiaque compensée, *avec tension artérielle normale* ou subnormale, *pression veineuse légèrement augmentée, hépatomégalie* modérée, sans signe de stase périphérique. »

Contrairement, à ce qui se passe dans le vrai foie cardiaque, dans le foie de stase passive, il s'agirait ici d'une sorte de congestion active pour défendre le cœur.

Ce serait *une congestion hépatique vaso-motrice active*. Cette congestion persisterait malgré une cure digitalique, efficace contre les accidents périphériques, et si active dans le foie de stase. Par contre, elle céderait rapidement par la diminution subite de la masse sanguine grâce à l'administration d'un *diurétique mercuriel énergique*.

Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante :

M. D..., 64 ans, présente depuis plusieurs mois des signes de défaillance cardiaque : dyspnée, œdème des membres inférieurs. Il est admis à l'hôpital le 27 septembre, pour les mêmes phénomènes : dyspnée continue, orthopnée à 100-110 sans paroxysmes nocturnes, sans douleurs ni angoisse, infiltration volumineuse des membres inférieurs et du scrotum, s'étendant même à la paroi abdominale. La peau est rouge, l'œdème ferme à la pression, prenant mal le godet.

Par ailleurs, l'examen du cœur révèle une arythmie complète, que confirme un électrocardiogramme. On ne perçoit pas de bruits orificiels. Le pouls est rapide et tout à fait irrégulier. La tension artérielle est à 18-12, la *pression veineuse de 37 centimètres d'eau*. Les urines sont d'abondance moyenne (1.000 grammes), claires, sans albumine, ni cylindres. L'urée sanguine est de 0,35 %.

Le *foie est gros*, hypertrophié en masse, dépassant le rebord costal de six centimètres ; il est

assez dur ; son bord inférieur est ferme et tranchant, un peu douloureux à la palpation.

Ce malade est soumis à la diète déchlorurée avec restriction des liquides. Il reçoit deux milligrammes de digitaline en quatre jours, puis, par périodes alternées de trois jours, 1 gr. 50 *pro die* de théobromine et cent gouttes quotidiennes de teinture de digitale.

A la suite de ce traitement, les œdèmes diminuent, comme le montre une perte de poids de trois kilos. Mais la dyspnée ne rétrocède pas, et même elle s'accroît après quatre à cinq jours. On pratique alors une saignée de 200 grammes et des injections quotidiennes de 1 /4 mm. d'ouabaïne pendant cinq jours. Sous cette influence, les accidents dyspnéiques et les œdèmes rétrocèdent ; le pouls s'est ralenti ; la tension artérielle différentielle a augmenté 19-8 ; la pression veineuse a baissé à 22 ; les urines oscillent entre 1.500 à 2.000 c. c. par jour.

Malgré cette évidente amélioration circulatoire, l'hypertrophie hépatique n'a aucunement diminué : ni la cure digitalique, ni le traitement par l'ouabaïne n'ont eu la moindre action à cet égard.

On pratique alors le 25 octobre, une injection intramusculaire d'une ampoule de *neptal*, après avoir soigneusement repéré les dimensions du foie. *Une heure après l'injection la diurèse s'est largement amorcée*, et l'on constate alors que le *foie a diminué évidemment de volume dans de fortes proportions*. La diurèse provoquée par le neptal se chiffre à 4 litres le jour même, à 3 litres le lendemain, et le taux des urines redescend alors à deux litres. Cependant le foie ne regagne pas ses dimensions antérieures.

Cet homme, depuis lors stabilisé, est soumis à un traitement permanent : teinture de digitale et théobromine alternées.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est la distinction à faire entre : 1° une hépatomégalie passive, de stase *rétrograde, qui apparaît à une phase* relativement avancée des affections cardiaques, et 2° une hépatomégalie active, due à la mise en œuvre du réservoir hépatique lors d'un stade de compensation relative.

La première, souvent camouflée, est décelable par la mesure de la tension veineuse ; elle est justiciable du traitement digitalique.

La seconde, qui peut nous présenter sous la forme d'un paradoxe un foie cardiaque sans stase droite évidente, se trouve considérablement améliorée par les diurétiques énergiques.

G. Fischer.

QUELS SONT LES STRABIQUES RÉÉDUCABLES ?

Par A. Cantonnet

Ophtalmologiste des Hôpitaux (1)

Sont rééducables les *déséquilibrés des yeux sans déviation*. Le sont également *dans* 70 p. 100 *des cas*, les *strabiques vrais* : 1° Qui ont *au moins* 1 /10 d'acuité de l'œil dévié, avec verres ; 2° Qui n'ont *pas plus de* 40° de déviation ; 3° Qui ont *au moins* 5 *ans* (avant on prépare la rééducation) ; 4° Qui n'ont *pas de lésion oculaire* (paralysie ou taies) ; 5° Qui ne sont pas *arriérés* ou *inintelligents* ; 6° Qui ont le *temps* de venir aux séances hebdomadaires (avec exercices à la maison).

On ne doit pas opérer un rééducable.

Telles sont les conditions de rééducabilité des strabiques.

(1) *La Médecine*, janvier 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Rôle du système nerveux végétatif dans les opérations chirurgicales et leurs suites

L'étude du Docteur A. HUSTIN a trait aux troubles fonctionnels provoqués par les interventions chirurgicales. Rares ont été les recherches entreprises pour découvrir les déviations du fonctionnement des tissus, des systèmes et des organes ; cependant, ces déviations doivent être importantes et variées, si l'on en juge par celles constatées dans les humeurs. Parmi les tissus dont les réactions sont modifiées au cours des opérations, le système nerveux végétatif doit occuper une des premières places : c'est, en effet, lui qui coordonne les fonctions végétatives de tous les organes. Il règle en particulier leur circulation sanguine. L'auteur a donc cru intéressant d'étudier les troubles que subit, au cours des interventions chirurgicales, la motricité d'artérioles facilement accessibles : celles de la peau, par exemple. Il s'est adressé à la température cutanée, car il est assez aisé de se rendre compte de l'état de contraction ou de relâchement des artérioles cutanées. Il va de soi que si les artérioles se contractent, la température baisse ; que si elles se relâchent, la température monte et se rapproche de la température centrale.

Les troubles vaso-moteurs périphériques, que l'on constate au cours des opérations chirurgicales et de leurs suites, peuvent se diviser en trois périodes. La première dure trente-six heures environ ; sauf durant une courte interruption déterminée par l'anesthésie générale ou lombaire, la vaso-constriction périphérique domine. Il y a augmentation du tonus de l'ortho-sympathique. La deuxième période s'étend du deuxième au sixième ou septième jour ; les vaisseaux périphériques sont relâchés comme si le tonus sympathique était déficient ou le tonus du parasympathique prédominant. La troisième période enfin, qui s'étend du septième ou dixième jour, est marquée par le retour progressif de la vaso-constriction diurne.

La première période avec hypertonie du système nerveux sympathique fait supposer qu'immédiatement avant, pendant et immédiatement après l'intervention, les organes de l'opéré se fatiguent, se surmènent, s'usent, comme ils le font au cours d'un travail intense. Pendant la deuxième période, où prédomine l'action du parasympathique, on se trouve au contraire en présence d'une phase de repos des organes, comme si toutes les forces du sujet étaient orientées ver la croissance et la réparation. L'analogie que l'on cherche à établir entre les troubles opératoires et ceux qui accompagnent le travail intense, n'a pas seulement un intérêt théorique. Peut-être pourrons-nous trouver dans les méthodes utilisées dans l'entraînement sportif et la lutte contre le surmenage physique et moral, des moyens de mieux préparer les malades aux interventions et de lutter contre les incidents opératoires. (*Le Scalpel*, 15 février 1936.)

L'aninsuline et son application à l'étude du sérum des sujets cancéreux

Le Docteur Ph. BARRAL étudie d'une manière très complète la réaction de déviation du complément à l'aninsuline, et son application à l'étude du sérum des sujets cancéreux et non cancéreux. Nous pouvons à l'heure actuelle affirmer l'existence de l'aninsuline et la légitimité de la réaction de déviation du complément à l'aninsuline pour mettre en évidence une propriété biologique du sérum de certains cancéreux.

L'aninsuline, obtenue à partir de l'insuline par un procédé voisin de celui qui permet d'obtenir l'anatoxine de Ramon, a perdu la propriété hypoglycémiante fondamentale de l'insuline, mais elle a acquis un pouvoir antigène remarquable. Son injection au lapin provoque l'apparition, dans le sang de cet animal, de propriétés sérologiques révélées par la réaction de déviation du complément.

Ces propriétés sérologiques sont identiques à celles que l'auteur a pu mettre en évidence dans le sérum de certains cancéreux.

La réaction à l'aninsuline demeure de faible intensité (R —) avec le sérum des sujets non cancéreux ; elle est plus intense (R +) avec le sérum de la plupart des cancéreux. Elle est également positive avec le sérum des lapins injectés à l'aninsuline.

Ce dernier fait, l'apparition d'une réaction positive chez les lapins injectés à l'aninsuline, permet d'interpréter la réaction positive comme traduisant l'existence, dans le sérum, d'anticorps correspondant à l'antigène représenté par l'aninsuline. En étendant cette interprétation aux cancéreux qui présentent une réaction positive, nous pensons que leur sérum renferme aussi des anticorps identiques. (*Lyon Médical*, 9 février 1936).

A propos des interventions dans les tuberculoses osseuses

Le Docteur Blankoff envisage spécialement les interventions dans les arthrodèses de la hanche, en fonction du pus et de son étude.

Avant toute intervention, on doit ponctionner un abcès identifié, et soumettre le pus prélevé à toutes les recherches : examen direct, culture, cobaye. La ligne de conduite diffère suivant qu'il s'agit d'abcès froids ou d'abcès chauds tuberculeux, avec ou non température, état général, fistulisation.

Son étude ne fait que confirmer que l'abcès froid vrai indique une lésion refroidie dont les grumeaux caséifiés sont la signature. Cette lésion bénéficie de l'intervention très largement. Plus on s'éloigne de ce pus, plus on va vers un abcès, soit à B. K. soit à des germes banaux, plus cela indique une contamination grande et une défense faible de l'organisme et moins l'on a de chance de réussir. Ces chances diminuent encore lorsque à ces caractères du pus se joignent des signes nets de déficience générale : température, altération de l'état général lui-même ou petits signes nombreux répétés et tenaces de cette imprégnation. (*Le Scalpel*, 15 février 1936.)

Le pneumothorax spontané dans les pneumonies de l'adulte

Il y a peu d'années encore, écrivent le Prof. agrégé Charles Aubertin et MM. J. Lereboullet et A. Pergola, la tuberculose était considérée comme la cause à peu près exclusive du pneumothorax spontané. On se rend compte actuellement qu'une telle opinion est trop absolue, et que si le pneumothorax tuberculeux reste le plus fréquent, il faut cependant faire une place assez importante aux pneumothorax non tuberculeux.

Parmi ces derniers, le plus souvent observé est le pneumothorax simple, relativement fréquent mais bénin. Son étiologie reste encore fort mystérieuse ; à son origine on ne trouve aucune lésion pulmonaire grossière. Plus rarement, le pneumothorax est secondaire à une lésion pulmonaire évidente. Il s'agit alors en général d'une pneumopathie aiguë : broncho-pneumonie, abcès du poumon, congestion pulmonaire. Ces cas sont relativement fréquents chez l'enfant ; ils représentent même chez lui la majorité des cas de pneumothorax spontanés. Chez l'adulte, le pneumothorax par rupture dans la plèvre d'un foyer pulmonaire abcédé ou gangréneux n'est pas très rare. Par contre, le pneumothorax secondaire aux congestions pulmonaires, pneumonies ou broncho-pneumonies est tout à fait exceptionnel.

Les auteurs ont observé deux cas de pneumothorax spontanés, l'un au cours d'une pneumonie, l'autre au cours d'une congestion pulmonaire à pneumocoques. Il semble que ces deux observations schématisent les deux variétés de pneumothorax qu'on peut observer au cours des pneumopathies aiguës, variétés extrêmement différentes tant au point de vue de leur pathogénie que de leur pronostic.

A ce dernier point de vue, il semble que la situation soit réglée par la nature de la fissuration. S'agit-il d'un pneumothorax fermé : le pronostic est favorable. Le pneumothorax est-il ouvert : l'évolution vers le pyopneumothorax semble fatale et de la plus haute gravité. Aussi tous les moyens susceptibles de fournir des indications à cet égard doivent-ils être mis en œuvre. La mesure de la pression pleurale est un des plus précieux : une pression constamment négative est l'indice d'un pneumothorax fermé ; de même le dépistage précoce par des examens radiologiques répétés de l'épanchement liquide, et surtout l'examen bactériologique de cet épanchement seront fort utiles. (*Paris Médical*, 15 février 1936.)

L'anesthésie à l'évipan sodique en pratique chirurgicale

Au cours d'un long et intéressant travail, MM. Aussiloux et Nichet envisagent le côté clinique et expérimental de la question.

Que conclure de la partie clinique ? En premier lieu qu'il ne faut pas faire de lui l'anesthésique universel, car, de l'avis des auteurs, on lui demanderait plus qu'il ne peut donner à l'heure actuelle. On a semblé lui octroyer beaucoup plus de critiques que d'éloges : c'est uniquement afin de mettre en garde contre de petits désagréments ceux qui voudront l'utiliser, et les inviter à poser strictement les indications.

L'Evipan reste un anesthésique excellent, idéal, dans certains cas ; mais dans d'autres, on l'a trouvé insuffisant et il faut pour le moment, soit lui préférer d'autres méthodes répondant plus précisément aux indications du cas à envisager, soit l'utiliser en association.

Tel est l'état actuel des indications : on peut espérer qu'avec les perfectionnements de la technique d'une part, qui pourra par exemple le rendre réglable à volonté par le goutte à goutte intraveineux de Jentzer et Oltramare, avec l'étude précise des éliminations d'autre part, on pourra en faire un anesthésique très précieux en grande chirurgie. (*Languedoc Médical*, janvier 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Thérapeutique de l'intoxication par les champignons basée sur les réactions humorales.

(MM. Léon BINET et J. MAREK. — Présentation par M. ACHARD ; 17-3-1936.)

MM. Binet et Marek ont étudié expérimentalement les réactions humorales provoquées par l'extrait d'amanite phalloïde, chez le chien et le lapin. Des examens du sang, effectués avant et pendant l'intoxication, ont montré, dans les cas d'intoxication grave, l'existence d'une azotémie nette, d'une hypochlorémie inconstante et surtout d'une hypoglycémie très accentuée. Il est apparu que les accidents présentés par les animaux à ce moment devaient être interprétés comme des convulsions hypoglycémiques.

Transposant ces données dans le domaine thérapeutique, les auteurs se sont proposés, en corrigeant l'hypoglycémie, d'améliorer l'évolution de l'intoxication. A des lapins ayant reçu une dose toxique d'extrait d'amanite phalloïde, ils ont appliqué une thérapeutique sucrée (sérum glucosé à 40 p. 1.000 intraveineux). Sur douze lapins traités, ils ont enregistré neuf succès, alors que les témoins non traités sont tous morts.

Le traitement sucré pourrait donc avoir son indication dans la thérapeutique des intoxications par les champignons.

L' « ajmalinine », alcaloïde cristallisé de l' « ophioxylum serpentinum ».

(M. RAYMOND-HAMET. — Présentation par M. PERROT ; 17-3-1936.)

Les populations de l'Inde et de Java emploient l'*ophioxylum serpentinum* (plante de la famille des Apocynacées) comme fébrifuge, antidysentérique, ocytocique et pour prévenir les effets des morsures de serpents.

MM. Sidiqui ont isolé de cette plante différents alcaloïdes, dont l'ajmalinine qu'a étudiée expérimentalement M. Raymond-Hamet. Les expériences de cet auteur montrent que l'ajmalinine doit être ajoutée à la liste encore fort brève des alcaloïdes sympathicolytiques vrais, c'est-à-dire de ceux qui atteignant presque exclusivement les vaso-constricteurs adrénalino-sensibles, transforment en hypotension les effets hypertenseurs des doses moyennes d'adrénaline. Remarquons que, si l'on excepte ceux qui ont été isolés de l'ergot de seigle, ces alcaloïdes proviennent seulement de deux familles végétales, celle des Apocynacées et celle des Rubiacées.

Conséquence économique de la diminution de la consommation du pain.

(M. A. GAUDUCHEAU. — Présentation par M. MESNIL ; 17-3-1936.)

D'après MM. Ch. Richet fils et Roëland, la diminution de la consommation du pain, entre 1900 et 1930, à Paris, aurait été d'environ 100 grammes par personne et par jour. M. Gauducheau s'est demandé qu'elle était l'influence de ce changement de régime sur notre économie alimentaire.

La diminution de consommation du pain a été compensée par une augmentation de cansommation de divers autres aliments, le lait, le beurre, les fruits, en particulier.

Si l'on tient compte qu'un kilogramme de pain donne 2.600 calories, 1 litre de lait 640 calories, 1 kilogramme de beurre 7.600 calories et 1 kilogramme de pommes 420 calories, on voit que les 0 fr. 15 que coûtent les 260 calories de 100 grammes de pain, s'élèvent pour arriver au même chiffre des calories à 0 fr. 60, 0 fr. 55 et 3 fr. 50 lorsque nous remplaçons le pain par le lait, le beurre ou les fruits. La diminution de la consommation de pain correspond donc à une augmentation du prix de la vie que M. Gauducheau calcule à 0 fr. 90 environ par individu et par jour.

En totalisant le supplément pour toute la France, on arrive au chiffre assez impressionnant de 13 milliards de francs, représentant la plus-value annuelle des produits alimentaires consommés. Nous aurions donc, en France, en définitive, plus de moyens d'achat, nous alimentant avec des produits plus coûteux que le pain et rapportant plus à l'agriculture.

Variations de l'index tuberculinique suivant les régions.

(MM. DEBÉNÉDETTI, OISEAU, BALGAIRIES et FORET ; 3-3-1936.)

Les auteurs présentent quelques considérations sur les variations de l'index tuberculinique suivant les régions, à propos de 2.155 cutiréactions à la tuberculine pratiquées en milieu militaire.

Leur statistique montre que le pourcentage des cuti-réactions négatives est susceptible de varier suivant les régions. La comparaison entre les statistiques déjà anciennes pouvait le laisser prévoir. Franz trouvait dans l'armée autrichienne une proportion de 42 % de cuti-réactions négatives, alors que Calmette, Grysez et Letulle notaient à Lille chez les

sujets de plus de quinze ans un chiffre de 12 cuti-réactions négatives seulement pour cent.

Ainsi le facteur « régional » paraît expliquer, dans une certaine mesure, les discordances semblant se dégager de statistiques établies dans des milieux différents.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

La solution de quinine-urée comme agent de traitement des collections liquidiennes non suppurées.

(M. R. WEISMANN-NETTER ; 17/1/36.)

Il s'agit de la méthode de M. Blavier, inaugurée avec le plus grand succès pour le traitement local de l'hydrocèle vaginale, après ponction et injection *in situ* de 5 à 10 c. c. d'une solution de chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée, à 25 % dans l'eau glycérinée. M. Weismann-Netter a employé une solution aqueuse de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 %, la même dont on se sert pour le traitement des hémorroïdes depuis les travaux de M. Bensaude. Les résultats favorables obtenus dans *l'hydrocèle l'ont incité à essayer le même traitement* dans les épanchements articulaires, dans quelques bursites séreuses, enfin dans deux cas de pleurésie réactionnelle tenace au cours de la collapsothérapie.

Les observations recueillies ont pu conclure que cette méthode permet une résorption rapide des *épanchements liquidiens*, et qu'elle s'oppose à leur récidive. L'injection est inoffensive aux doses employées ; elle n'est que tout à fait exceptionnellement douloureuse. Son action est proportionnelle à la quantité de liquide injecté, mais cette quantité même devra dépendre du volume de l'épanchement qu'il s'agit de traiter. Quel qu'ait été ce volume, le Docteur W.-N. s'en est tenu par prudence à des quantités minimes, inférieures à 10 c. c. Leur tolérance parfaite semble devoir permettre ultérieurement, soit d'augmenter les doses, soit d'augmenter leur concentration.

En ce qui concerne les hydrocèles vaginales, il apparaît bien que, comme l'a montré Blavier, l'injection de quinine-urée soit la méthode thérapeutique de choix. Elle est de beaucoup supérieure aux autres injections modificatrices qui furent longtemps employées (teinture d'iode par exemple) et que leurs inconvénients parfois graves firent abandonner par la plupart au bénéfice de la chirurgie.

Dans les épanchements articulaires, la quinine-urée exerce une action comparable. Elle trouvera sa principale indication lorsque l'épanchement seul constitue pratiquement toute la maladie, et quelle que soit sa cause. Lorsque l'hydarthrose est symtomatique, en cas, par exemple, d'arthrite chronique, elle peut contribuer pour une part considérable à l'impotence fonctionnelle et son assèchement est souhaitable. Au contraire, quand de grosses lésions ostéo-articulaires suffisent à rendre compte des troubles fonctionnels, cet assèchement est inopérant. Naturellement, des injections de quinine-urée n'ont aucune action thérapeutique sur la cause même des épanchements. Elle ne peut empêcher une tuberculose articulaire de forme tout d'abord hydarthrodiale, d'évoluer vers la tumeur blanche.

Les injections de quinine-urée peuvent enfin trouver des indications dans les pleurésies chroniques ou récidivantes, quelle qu'en soit la cause. Mais ici il est particulièrement important que la réaction de la séreuse ne dépasse point son but et la prudence s'impose.

L'on peut enfin penser que cette thérapeutique pourrait être proposée dans les localisations les plus diverses d'épanchements organiques : péricardites exsudatives, kystes, et peut-être même certaines ascites. Mais il reste bien entendu que cette médication est uniquement symptomatique et n'influe en rien sur les affections causales.

Un cas de diabète avec glycosurie traité par les ondes courtes sur la région hypophyso-tubérienne

(MM. DROUET, VERAIN, G. GRANDPIERRE et PIERQUIN ; 24-1-1936.)

L'association du diabète insipide et de la glycosurie n'est pas exceptionnelle. Son siège peut être présumé dans une lésion de l'infundibulo-tuber. L'observation communiquée est intéressante par deux points particuliers : son origine traumatique et et le résultat particulièrement net du traitement par la diathermie à ondes courtes.

La thérapeutique post-hypophysaire n'eut pas de résultat décisif. La diathermie par ondes courtes, à elle seule, abaissa la diurèse vers la normale. Cette action a persisté, sans autre traitement, pendant de longs mois, au moins d'une façon partielle et satisfaisante, puisque le taux des urines s'est maintenu ensuite aux environs de 3 litres, alors qu'avant toute thérapeutique il oscillait de 6 à 7 litres.

Le trouble glyco-régulateur de ce malade mérite quelques considérations particulières. Il s'est manifesté par trois ordres de faits : une glycémie normale avec glycosurie de 7 grammes ; une aire glycémique (deux fois environ l'aire normale) du type paradiabétique avec glycémie maxima à 1 gr. 81 et glycosurie ; enfin, une réaction importante à l'épreuve de l'insuline faite après disparition des symptômes morbides (polyurie et glycosurie).

En conclusion, il paraît utile d'insister, d'une part, sur l'effet bienfaisant des ondes courtes chez ce malade et sur l'intérêt qu'il peut y avoir à instituer pareil traitement dans le diabète insipide d'apparence essentielle et, d'autre part, sur le rôle considérable que peut jouer l'épreuve d'hyperglycémie provoquée dans la recherche du mécanisme intime de la polyurie essentielle.

G. F.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris

Docteur G. FRANCK. — **Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorrhagie.** Deuxième série : *Les porteurs de gonocoques.* Un vol. in-12, 112 pages. Prix : 12 francs.

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. LANDAU et J. HELD. — **La syphilis gastrique.** *Etude clinique.* Un vol. 186 pages, 15 fig. Prix : 32 francs.

PUBLICATION LOUIS-JEAN, GAP.

Auguste Rouzaud, par Emile ROUX-PARASSAC,

Dans une plaquette consacrée à la mémoire d'Auguste Rouzaud, M. Roux-Parassac qui pendant trente ans a vécu dans l'intimité de cet homme de bien et de ce réalisateur, nous retrace sa vie laborieuse, active et opiniâtre. A. Rouzaud fut non seulement le grand industriel que l'on sait, mais un des principaux défenseurs du thermalisme et du climatisme français. Il fut surtout l'artisan de Royat. C'est à ce titre qu'il a droit au souvenir des médecins. Voyant grand et large, ayant le sens de la propagande, il considéra nos stations thermales non plus, comme beaucoup le faisaient autrefois, sous l'angle uniquement touristique, mais sous le signe de la santé. Et s'adressant directement au Corps médical il fit de Royat la station qui guérit le cœur. C'est grâce à lui que le nom de cette cité fut propagé aux quatre coins du monde. Comme l'écrivait à l'occasion de sa mort notre regretté Duchesne : « Auguste Rouzaud fut dans toute la force du terme un remarquable professeur d'énergie ».

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

J. OKINCZYC, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris. — **Les petites règles de la chirurgie parfaite.** — Un volume de 60 pages, 12 francs.

Ce livre expose les règles méthodiques auxquelles toute chirurgie est soumise pour être parfaite.

Dans tout acte chirurgical, les plus petites causes peuvent engendrer de grands et redoutables effets ; rien ne doit donc être négligé pour assurer, dans le complet usage de nos moyens actuels, la plus grande sécurité possible des suites et la perfection des résultats.

L'habileté manuelle ne dispense pas des disciplines nécessaires. Leur rappel permettra au chirurgien d'éviter des négligences de technique et d'innombrables petites fautes susceptibles de compromettre le succès d'une opération, même si elle a été par ailleurs habilement exécutée.

Chapitres de l'ouvrage : L'enseignement. — Le geste chirurgical. — Dispositions générales pour l'acte opératoire, incisions. — Hémostase et ligatures. — Jeu des compresses. — Le champ opératoire (Utilisation. Exposition. Extériorisation). — Les sutures, soins post-opératoires.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris

J. MAISONNET, ancien professeur au Val-de-Grâce. — **Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale.** Un vol. in-8° de 220 pages avec 93 figures dans le texte, 28 francs.

Le Prof. Maisonnet publie un excellent « Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale » qui rendra les plus grands services à ceux qui ont la lourde mission de pratiquer une anesthésie. Il envisage successivement : les anesthésies générales avec leurs différentes variétés, les anesthésies locales et régionales, les anesthésies rachidienne et épidurale, l'anesthésie en spécialités (obstétrique, urologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie).

Après avoir signalé les méthodes et les procédés encore à l'étude, il décrit avec minutie, pour chacun des procédés d'anesthésie, les indications, les produits utilisés, leurs effets, leur mode d'administration, en faisant une large part aux accidents qu'ils peuvent provoquer et aux moyens de les éviter ou de les traiter.

De très nombreuses figures facilitent la description des appareils utilisables, ou précisent la technique des différentes anesthésies.

Les Thèses

P. — Dr R. Couturier. — **Les imperforations congénitales de l'œsophage.** (Thèse 1936.)

L'imperforation de l'œsophage, qui est le plus souvent une absence partielle de l'organe, est une anomalie beaucoup moins rare qu'on ne le pense habituellement.

L'anatomie pathologique est remarquablement constante. Dans la majorité des cas, il existe : un segment supérieur se terminant en cul-de-sac, ayant environ 4 centimètres de profondeur ; un segment inférieur s'abouchant trois fois sur quatre dans la trachée, une fois sur quatre se terminant en cul-de-sac ; un tractus intermédiaire, fibreux, unissant ces deux portions.

La concomitance d'autres malformations congénitales est fréquente.

Cette malformation résulte d'une altération, dès le début de la vie embryonnaire, dans la croissance des cellules de l'endoderme qui doivent donner naissance à l'œsophage ou à la trachée.

Les signes fonctionnels, véritablement pathognomoniques de l'imperforation, permettent de poser le diagnostic dès le deuxième jour de la naissance. Ils se manifestent par des crises de suffocation et des vomissements, survenant immédiatement après chaque tentative d'allaitement. En cas de doute, cependant, le cathétérisme de l'œsophage et la radioscopie, après ingestion barytée, permettent de confirmer le diagnostic.

La fistule trachéo-œsophagienne doit être soupçonnée chaque fois que l'enfant rejette entre les essais d'allaitement une grosse quantité de mucosités spumeuses, et lorsqu'on entend les bruits de la respiration au niveau de la région épigastrique, tendue et sonore ;

L'intervention chirurgicale, impuissante en cas de fistule, doit être tentée lorsque la communication œso-trachéale n'existe pas. Dans ce cas : *a*) gastrostomie, permettant de nourrir l'enfant ; *b*) cathétérisme rétrograde du conduit sous écran ; *c*) œsophagotomie trans-thoracique.

P. — Dr St. Lévy. — **Métastases et terrains morbides.** (Thèse, 1935.)

L'esprit observateur des anciens a vu un fait exact : le transport de la maladie d'un point à l'autre de l'organisme, et l'a appelé métastase. L'interprétation du fait a varié.

On peut dire que tout se passe comme si, à un moment donné, un phénomène morbide venait en remplacer un autre, ou tout au moins se développait pendant que l'autre garde le silence.

Pour tirer de la conception des métastases le meilleur profit, il faut se placer à un point de vue très synthétique.

Analytiquement, on sait retrouver l'atteinte syphilitique sous beaucoup de manifestations disparates ; l'atteinte goutteuse sous une arthrite, des phénomènes cérébraux, cardiaques, gastriques ; on voit le streptocoque envahir la circulation après le traumatisme d'un accouchement.

Mais il est beaucoup de manifestations où un substratum aussi net échappe. Deux attitudes sont alors possibles : ou bien étudier la deuxième manifestation morbide seulement en elle-même, véritable « deus ex machina » comme la première ; ou au contraire essayer systématiquement de les considérer, toutes choses égales, comme des équivalences, *quelle que soit la différence de leurs symptômes* et de leur étiologie apparente. C'est le point de vue synthétique. Il faut rechercher le *facteur commun* en dehors même de toute caractéristique matérielle présentement décelable, et essayer de le prouver par la thérapeutique.

Tout ceci est inséparable d'un retour à une étude approfondie du terrain, des constitutions et des tempéraments. Le terrain est à considérer dans toute maladie où la cause extérieure n'est pas, à elle seule, nécessaire et suffisante pour tout expliquer. C'est peut-être en s'adressant à lui qu'on peut, thérapeutiquement, obtenir les plus beaux succès.

P. — Dr L. Dutheil. — **Les métrites cervicales chroniques. (Etude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique).** (Thèse, 1936.)

La ténacité des métrites cervicales chroniques est remarquable ; elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

Deux complications sont à retenir : la stérilité; la la possibilité d'une greffe néoplasique.

Le diagnostic doit être précisé avec soin pour éliminer : le néoplasme au début et la syphilis du col à toutes les périodes.

La guérison des métrites cervicales chroniques, en dehors de l'intérêt particulier immédiat de la malade, présente un intérêt social important et parfois un intérêt vital.

Les traitements des cervicites chroniques comprennent le traitement gynécologique simple, qui se propose de détruire la muqueuse cervicale (Filhos, l'électro-coagulation) et le traitement chirurgical.

Les techniques physiothérapiques tendent actuellement à prendre la première place dans la thérapeutique des cervicites chroniques. Elles ont donné déjà des résultats remarquables. Leur simplicité, leur rapidité d'action et leur innocuité dans des mains entraînées, contribuent à en faire les méthodes de l'avenir.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LES ACADÉMICIENS DANS LE PRÉTOIRE

Hippocrate dit Oui
mais Galien dit Non

A un jeune confrère, venant m'apporter sa thèse et me confiant son désir de s'installer bien vite, comme chirurgien, je donnais, il y a quelques mois, ce précieux conseil :

— « Mon cher ami, le meilleur d'entre nous en prenant le bistouri, risque d'être traîné en justice, d'y perdre sa situation et son honneur, même s'il est instruit, même s'il sait bien son métier, même s'il prend toutes les précautions possibles, pour assurer la guérison de son malade. Le plus utile conseil que je puisse vous donner, c'est d'adhérer aussitôt installé à notre « Sou Médical » qui saura vous défendre dans ces pénibles moments où vous vous sentirez très seul, et souvent abandonné par ceux-là même en qui vous mettiez tout votre espoir. »

Mon jeune collègue me rappelait ces jours-ci ce bon conseil, en me demandant ce que je pensais du *jugement de Béthune* dont toute la presse médicale a publié les attendus et dont tous les groupements syndicaux discutent avec passion.

Faut-il vous rappeler les faits, que vous a déjà exposés mon ami Paul Boudin.

Un chirurgien qui, depuis de nombreuses années, utilise la rachianesthésie pour toutes sortes de cas, qui est rompu à ses techniques, qui est instruit de ses accidents, a cru pouvoir l'employer pour anesthésier un malade pusillanime, porteur d'un hygroma du genou.

Par excès de précaution, il a fait avant l'injection rachidienne, une piqûre d'adrénaline et cette piqûre a été le point de départ d'une gangrène gazeuse qui a entraîné la mort.

L'affaire qui eu des suites judiciaires, s'est terminée le 7 février 1936 par un jugement du Tribunal de Béthune, condamnent le chirurgien à d'importants dommages-intérêts.

En prononçant la condamnation du confrère le Tribunal de Béthune a surtout condamné la rachianesthésie ; les remarquables rapports écrits sur une méthode qui a eu d'ardents défenseurs ne feront pas oublier de sitôt à celui d'entre nous qui serait tenté de faire une rachianesthésie, qu'il emploie une méthode dangereuse, condamnée par les Tribunaux et qu'il risque gros s'il lui arrive un accident.

Le jugement de Béthune et ses attendus effacent tout ce qui a été dit et écrit jusqu'ici, sur la méthode, il rend caduque les travaux, les rapports, les discussions, il oppose à toutes les recherches, un fait brutal, *une condamnation*, pour avoir fait courir au malade, du fait d'une rachianesthésie, *un risque fort grand* et c'est cette intrusion inusitée de la justice, dans une question d'indication opératoire, de technique pure, sur laquelle l'avis des meilleurs d'entre nous reste partagé, qui nous apparaît, à nous chirurgiens, comme inadmissible et grave, puisque ce jugement pourra influencer nos décisions futures et que nous ne pourrons plus agir en toute liberté d'esprit, hantés que nous serons, par la sentence des juges de Béthune.

***

La vérité scientifique n'est jamais en médecine une vérité absolue, en chirurgie encore moins ; le même problème comporte presque toujours plusieurs solutions, toutes aussi bonnes, toutes dépendant de celui qui les applique, toutes étroitement liées à des facteurs personnels, impossibles à apprécier.

Ainsi s'expliquent ces discussions académiques dont les seuls initiés peuvent apprécier l'intérêt, et qui, en raison même de la divergence des points de vue exposés font que les opinions les plus contraires y sont tour à tour défendues.

J'ai eu la curiosité après le jugement de Béthune de reprendre le 37e tome du Congrès français de chirurgie où en 1928, l'état actuel de la question de la rachianesthésie fut mis en discussion, après un lumineux rapport d'Emile Forgue (de Montpellier) et d'Antoine Basset (de Paris). Tandis que je relisais tout ce que chacun avait dit et écrit, je me rendais bien compte que pareille discussion, transportée du grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine au prétoire de Béthune, risquait d'entraîner *ipso facto*, la condamnation de tout chirurgien ayant eu le malheur

de voir un de ses malades succomber, après une rachianesthésie.

Comment ! le Professeur Mayer (de Bruxelles) vient vous dire qu'il trouve la rachianesthésie entachée d'une mortalité trop élevée.

Le Professeur J.-L. Faure que la rachianesthésie est plus grave que l'anesthésie générale.

Peugniez que la rachianesthésie sort vaincue des discussions du Congrès.

Leclerc (de Dijon), que la rachianesthésie lui a paru moins bénigne que ne le disent les rapporteurs.

Et, jugeant en toute conscience d'après ces opinions, le Tribunal condamnera le chirurgien coupable de tant de légèreté et d'ignorance, estimant qu'il n'est point possible qu'un praticien n'ait point été frappé par des appréciations aussi sévères et se permette d'appliquer à un malade *non en danger de mort*, une méthode grevée de tant de désastres.

Mais l'opinion adverse a des défenseurs au moins aussi énergiques et aussi qualifiés, elle apporte pour soutenir sa thèse des arguments d'une telle force, qu'on se demande si c'est bien de la même méthode qu'il s'agit.

Brun (de Tunis) se basant sur plus de 6.000 observations, avoue n'avoir jamais posé d'indications ou de contre-indications spéciales à ce mode d'anesthésie. Il l'emploie chez tous les malades, et s'il fait des exceptions, c'est, en particulier, lorsqu'il n'est point certain de limiter son action à la moitié inférieure du corps.

Colle (d'Hénin-Liétard) après 2.254 anesthésies rachidiennes trouve que la rachi lui paraît supérieure à tous les autres modes d'anesthésie.

Mériel et Lefebvre (de Toulouse) voient là, une excellente méthode et l'appliquent *systématiquement* pour la chirurgie sous-diaphragmatique, aux lieu et place de l'anesthésie générale ; sa toxicité étant presque nulle, ils en font l'anesthésie des patients jeunes et résistants qui la supportent admirablement.

Guyot (de Bordeaux) considère l'anesthésie rachidienne comme un réel progrès.

Il est naturel que le praticien qui a vu appliquer couramment cette méthode par ses maîtres, ses amis, qui la voit prôner dans un Congrès, se croit autorisé à l'utiliser dans sa pratique et trouve injuste qu'on vienne lui reprocher *comme une faute grave*, ce que tous ses confrères conseillent et font tous les jours.

Il y a aussi l'opinion des éclectiques de ceux qui prétendent ne l'employer qu'*à bon escient*, ce qui ne veut rien dire, puisqu'en lisant les discussions, on se rend compte que l'un conseille de ne jamais la pratiquer chez les tuberculeux, alors que tel autre, voit dans la tuberculose, une indication formelle, si au Nord on la réserve aux adultes, au Sud on en est extrêmement satisfait chez l'enfant. On lit aussi qu'elle ne doit jamais être utilisée pour des opérations simples et bénignes, mais quelques pages plus loin, un chirurgien éminent l'utilise dix-huit fois pour poser une broche de Steinmann, quarante fois pour réduire, par voie non sanglante, des luxations ou des fractures.

En examinant avec impartialité les différentes opinions exprimées par les chirurgiens, on se prend à réfléchir que si tel ou tel de ces maîtres éminents avait été appelé à donner, devant le Tribunal, son avis *personnel* sur la gravité de la rachi, et sur la responsabilité encourue par notre confrère, la décision prise eût été très variable, on a l'impression que le jugement rendu reposant uniquement sur une opinion personnelle, risque d'être aussi différent que si l'on avait joué à pile ou face la condamnation ou l'acquittement de notre malheureux confrère.

Mais, est-ce bien dans le cas qui nous occupe la rachianesthésie qui doive être mise en cause ?

Le malade est mort d'une gangrène gazeuse secondaire à une piqûre d'adrénaline, et autant que je sache, *la piqûre d'adrénaline n'est pas indissolublement liée à l'anesthésie rachidienne.*

On fait souvent des rachi sans adrénaline. On fait aussi des piqûres d'adrénaline à des malades subissant une narcose par inhalation, dans la splénectomie par exemple, et il paraît difficilement admissible de porter la question de la responsabilité du chirurgien sur un terrain qui n'est point celui sur lequel les débats doivent s'engager.

Il est certain que même sans une rachianesthésie, le malade aurait fait sa gangrène gazeuse mortelle, et cela seul suffit à ne point mettre en cause le mode d'anesthésie.

Le jugement de Béthune a été faussé par les discussions scientifiques auxquelles témoins ou experts se sont laissé entraîner. Emportés par la force de leurs convictions, ils ont oublié qu'ils donnaient leur opinion à des juges, qu'ils devaient réserver l'exposé de leurs idées personnelles aux Sociétés savantes, aux Académies et qu'ils ne devaient point leur donner libre cours dans un prétoire, où le climat est différent.

C'est en agissant en toute bonne foi qu'ils ont amené les juges dans un débat qui ne relevait pas de leur compétence, à condamner une méthode que des hommes comme le Professeur Forgue pronent, utilisent et ne considèrent point comme dangereuse.

Des erreurs comme celle-ci, commises de bonne foi, doivent être réparées, il est juste qu'une nouvelle sentence vienne apporter dans nos milieux l'apaisement nécessaire, mais le jugement de Béthune doit rester, dans notre souvenir pour nous montrer le danger qu'il y a, à transformer le prétoire en Académie et à faire des juges les arbitres de nos discussions scientifiques.

Dr Raphaël MASSART.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE — RACHI-ANESTHÉSIE PIQÛRE D'ADRÉNALINE — GANGRÈNE GAZEUSE

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE BÉTHUNE

7 février 1936

Lorsque les rapports d'expertise déclarent que, pour l'ablation d'un hygroma, opération bénigne, le chirurgien a eu recours à un procédé d'anesthésie (une rachi-anesthésie) dont la gravité est hors de proportion avec la bénignité de l'affection, alors surtout qu'une piqûre préalable d'adrénaline a entraîné la mort par production de gangrène gazeuse, la culpabilité civile et pénale du chirurgien doit être retenue, parce qu'il a fait courir à son malade un risque fort grand, tout à fait inutile, ce qui constitue une imprudence suffisante pour entraîner sa condamnation.

Le Tribunal :

Attendu que le nommé L... (Marcel), atteint d'un hygroma chronique du genou droit, entrait à l'hôpital de Lens le 5 novembre 1934 pour y être opéré.

Attendu qu'il était procédé à cette opération le lendemain même vers dix heures par le Docteur B..., chirurgien, adjoint de l'hôpital de Lens, sous rachi-anesthésie à la scurococaïne Robert et Carrière, à la dose de deux centigrammes, le sieur L... ayant reçu auparavant à la face extérieure de la cuisse droite une injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline Robert et Carrière.

Attendu qu'il se produisait peu après, dans la région où avait été effectuée l'injection, une infection gangréneuse qui, par son extension et sa généralisation rapide entraînait, malgré un large débridement local, la mort de l'opéré le 7 novembre 1934 à quatorze heures.

Attendu qu'à la suite de ces faits une information était ouverte contre X... pour homicide involontaire.

Attendu que le Docteur Quénée pratiquait l'autopsie du cadavre le 17 novembre 1934 et constatait que la mort de L... (Marcel) était la conséquence directe de la piqûre d'adrénaline sans doute mal stérilisée, contenant des éléments microbiens anaérobies qui avaient provoqué au niveau de la piqûre une mortification des tissus, une gangrène gazeuse manifeste avec infection générale consécutive amenant rapidement la mort comme c'est pour ainsi dire la règle dans ces sortes d'infections.

Attendu d'autre part que les témoins entendus établissaient que l'infection sous-cutanée d'adrénaline avait été faite au malade par la demoiselle C... (Madeleine), infirmière bénévole qui avait pris toutes les précautions nécessaires, la seringue et l'aiguille ayant au dire même de la sœur Sainte-Claire, infirmière-major, été stérilisées régulièrement à l'appareil « Poupinel » puis plongées avec l'ampoule dans un bain d'alcool iodé pendant plus de deux heures.

Attendu enfin que l'ampoule d'adrénaline employée ne pouvait pas être suspectée, qu'en effet des ampoules provenant de la même fourniture et la même boîte avaient été portées le 12 novembre 1934 pour analyse au Docteur Dumas, chef de service de l'Institut Pasteur de Paris qui avait constaté que deux ensemencements pratiqués par lui dans le milieu Ivan Hall avaient été négatifs.

Attendu que la Vve L... (Marcel) s'étant constituée partie civile, le magistrat instructeur commettait, par ordonnance en date du 15 avril 1935, les Professeurs Lambret, Leclercq et Muller comme experts avec mission de prendre connaissance de toutes les pièces du dossier et de dire si étant donnée la nature de l'intervention chirurgicale envisagée sur la personne de L... (Marcel), (ablation d'un hygroma du genou droit) la rachi-anesthésie pratiquée suivant la technique en usage à l'hôpital de Lens était nécessaire si, au contraire, elle ne constituait pas en l'espèce une pratique dangereuse employée seulement dans des cas graves, à défaut d'anesthésie générale comportant en tout cas des risques hors de proportion avec l'opération et dont l'emploi constituait une faute professionnelle, une imprudence génératrice de responsabilité pénale.

Attendu que les experts ont rempli la mission qui leur était confiée et ont déposé leur rapport le 20 juin 1935.

Attendu qu'il résulte de ce rapport d'une part, que l'opération consistant en l'ablation d'un hygroma non infecté du genou ne nécessitait pas l'emploi d'une rachi-anesthésie, l'anesthésie locale bien moins dangereuse, moins toxique et moins choquante étant suffisante et que, d'autre part, si dans le cas particulier, l'emploi de la rachi-anestéhsie ne constituait pas à leurs yeux une véritable faute professionnelle, elle avait fait courir inutilement au malade un risque plus grand que celui qui serait résulté d'une anesthésie locale et non justifiée par la bénignité de l'hygroma.

Attendu qu'à la suite de ce rapport le docteur B... a été inculpé d'homicide involontaire.

Attendu que devant le magistrat instructeur le prévenu a déclaré qu'il avait pratiqué une rachi-anesthésie d'abord pour se conformer aux habitudes du service dans des cas analogues, puis en raison de la pusillanimité du malade L..., qui redoutait les multiples piqûres d'une anesthésie locale, il a bien voulu reconnaître que l'anesthésie locale pour procéder à l'ablation d'un hygroma était peut-être moins dangereuse, moins toxique et moins choquante qu'une rachi-anesthésie précédée d'une piqûre d'adrénaline.

Attendu que par ordonnance de M. le Juge d'instruction en date du 28 octobre 1935, le Docteur B... a été renvoyé devant le Tribunal correctionnel pour avoir à Lens, le 6 novembre 1934, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements été la cause involontaire de la mort de L... (Marcel).

Attendu qu'à l'audience, le Docteur B... a protesté contre la prévention relevée contre lui et a prétendu qu'il n'avait commis aucune faute professionnelle, toute opération comportant un risque ; que depuis dix ans, il pratiquait des rachi-anesthésies et qu'il n'avait jamais eu aucun cas de mort, que d'autre part, s'il avait opéré de la façon qui lui était reprochée, c'était pour se conformer aux habitudes du service et pour répondre au désir exprimé par L... qui, ne voulant pas souffrir, avait demandé la rachi-anesthésie.

Attendu que la demoiselle C..., infirmière bénévole et la Sœur Sainte-Claire, infirmière-major du quartier

opératoire de l'hôpital de Lens ont confirmé la déposition qu'elles avaient faite au cours de l'instruction, en précisant que pour la piqûre d'adrénaline, toutes les précautions d'usage avaient été prises.

Attendu que le Docteur Quénée, qui avait été commis par M. le Juge d'instruction pour rechercher et établir les causes exactes de la mort de L... a exposé que le décès de ce dernier était dû à une gangrène gazeuse provoquée par une piqûre d'adrénaline et qu'aucune faute n'était à reprocher au Docteur B..., que personnellement, il avait fait, en employant un mélange d'éther et de chloroforme, vingt-cinq mille anesthésies, qui toutes lui avaient donné satisfaction, mais que s'il avait un hygroma à opérer il n'aurait pas recours à une anesthésie.

Attendu que le Professeur Lambret, après avoir précisé qu'il était entièrement d'accord avec les Professeurs Leclercq et Muller, a confirmé les termes de son rapport et a exposé que l'ablation d'un hygroma était une opération mineure, c'est-à-dire simple et bénigne, qu'en conséquence il convenait d'éviter les rachi-anesthésies toujours dangereuses, que le Docteur B... avait donc commis une faute qui n'était peut-être pas lourde, mais qui était une erreur certaine, qu'au surplus le Professeur Forgue, de Montpellier, avait traité de la question et avait écrit dans un de ses ouvrages que le fait d'opérer un hygroma en ayant recours à la rachi anesthésie constituait une faute lourde.

Attendu que le Docteur Laurent a exposé au Tribunal que sans être un adversaire de l'anesthésie locale, il l'avait presque abandonné lorsqu'il avait à traiter l'hygroma du genou, qu'à l'heure actuelle il employait la rachianesthésie qui lui avait toujours donné satisfaction, qu'en conséquence le Docteur B.., son adjoint, n'avait commis aucune imprudence ;

Attendu que le Docteur Averland a développé que le Docteur B... n'avait commis aueune faute professionnelle, aucune faute de technique chirurgicale, la rachianesthésie contrairement aux conclusions du rapport du Docteur Quénée n'ayant pas été la cause de la mort de L...

Attendu que le Docteur Richard a exposé qu'il faisait de la rachi-anesthésie depuis vingt ans et que sa conviction était que l'on devait l'employer le plus fréquemment possible, même pour opérer des hygromas du genou, des cavités osseuses pouvant se trouver sous la poche de la tumeur, que touteofis personnellement il n'avait jamais fait de piqûre d'adrénaline, celle-ci n'étant pas indispensable et pouvant être remplacée par un autre produit.

Attendu que les Docteurs Besredka et Troussait ont précisé, après avoir déclaré que le problème en cause visait toute la médecine générale, que les sérums étaient inoffensifs, que la question de la piqûre n'était pour rien dans la mort de L... et que l'on pouvait faire de la rachi-anesthésie pour toutes sortes d'opérations.

Attendu que les témoins entendus à la requête du Docteur B... ont critiqué les conclusions des deux rapports des experts sans étayer leurs critiques de la moindre justification, que d'autre part ne connaissant pas suffisamment le dossier de l'affaire, ils n'ont pas vu comment le problème se posait et quelle était exactement la question que le Tribunal avait à résoudre, que dans ces conditions, leur témoignage ne peut avoir beaucoup de portée.

Attendu par contre qu'il résulte d'une part du rapport du Docteur Quénée que la mort de L... est la conséquence directe de la piqûre d'adrénaline contenant des éléments microbiens anaérobies qui ont provoqué au niveau de la piqûre une mortification des tissus, une gangrène gazeuse manifeste avec infection générale consécutive amenant rapidement la mort, comme c'est pour ainsi dire la règle dans ces sortes d'infections.

Attendu d'autre part qu'il résulte du témoignage du Professeur Lambert et du rapport des Professeurs Lambert, Leclercq et Muller que l'opération consistant en l'ablation d'un hygroma non infecté du genou ne nécessitait pas l'emploi dela rachi-anesthésie, l'anesthésie locale, moins dangereuse étant suffisante, qu'en second lieu si dans le cas particulier l'emploi de la rachi-anesthésie ne constituait pas une véritable faute professionnelle, elle avait fait courir inutilement au malade un risque plus grand que celui qui serait résulté d'une anesthésie locale et non justifiée par la bénignité de l'hygroma ;

Attendu que les conclusions de ces deux rapports sont fort nettes et qu'il appartient au Tribunal de statuer en se plaçant au point de vue subjectif, sur des faits qui sont bien définis et qui ne peuvent être l'objet d'aucune controverse au point de vue scientifique ou médical.

Attendu que le Docteur ne pouvait pas ignorer que l'ablation d'un hygroma non-infecté du genou était une opération simple, bénigne et pour employer le langage de la Faculté une opération mineure, que d'autre part, il n'était pas sans savoir que la rachi-anesthésie surtout précédée de piqûre d'adrénaline comportait quelque danger, les statistiques relevant en cas d'opération avec rachi-anesthésie et piqûre préalable d'adrénaline trois pour cent de décès dus à des causes inconnues, que néanmoins, il a eu recours à la rachi-anesthésie avec piqûre d'adrénaline le 7 novembre 1934 pour opérer L..., qu'il a ainsi fait courir à celui-ci un risque fort grand tout à fait inutile, un risque de mort possible dans une certaine proportion, que dans ces conditions, en ce faisant, il a commis une imprudence suffisamment caractérisée pour entraîner sa responsabilité pénale aux termes de l'article du Code pénal.

Attendu qu'il existe dans la cause des circonstances atténuantes.

Vu les articles 319, 463 du Code pénal, 194 du Code d'instruction criminelle, 9 de la loi du 22 juillet 1867 modifié par la loi du 30 décembre 1928, premier de la loi du 16 juillet 1930.

Le Tribunal déclare l'inculpé convaincu du délit d'homicide involontaire qui lui est imputé.

En conséquence le condamne en une amende de cent francs.

Le condamne au payement des cent décimes sur l'amende prononcée.

Le condamne aux dépens.

Fixe la durée de la contrainte par corps à deux mois.

Et en ce qui concerne M. le Maire de Lens, président delaCommission des hospices, assigné comme civilement responsable.

Attendu que la profession du médecin est incompatible avec la qualité de préposé dans le sens de l'article 1384 du Code civil, qu'en effet un médecin ne peut renoncer valablement à son indépendance professionnelle, qu'en conséquence l'Administration des hospices ne pouvait avoir sur le Docteur B... ni autorité ni pouvoir pour intervenir dans le service dont il était chargé.

Par ces motifs, dit n'y avoir lieu de retenir M. le Président de la Commission des hospices comme civilement responsable.

Et statuant sur la demande des parties civiles.

Attendu que par les faits dont il s'est rendu coupable le prévenu a occasionné à la partie civile un préjudice dont réparation lui est due. Que le Tribunal possède dans la cause les éléments suffisants pour fixer l'importance de ce préjudice.

Vu l'article 1382 du Code civil.

Condamne B... à payer à la dame Vve L... (Marcel) pour elle-même la somme de quatre-vingt mille francs à titre de dommages-intérêts avec intérêts judiciaires à dater du 7 novembre 1934 et pour son fils André une rente de deux mille quatre cents francs par an payable par trimestre et d'avance juqu'à la majorité dudit enfant.

Commentaires

Une fois de plus, un médecin a été condamné par la aute de ses confrères. Appelés à donner leur opinion devant un Tribunal, ces praticiens n'ont pas hésité à opposer leurs propres conceptions personnelles, à discuter de théories scientifiques devant des incompétents en médecine (les juges), à dire ce qu'ils auraient fait, chacun dans sa pratique personnelle, au lieu de se mettre à la place du confrère incriminé et de se demander si, scientifiquement et professionnellement, sa conduite n'était pas défendable.

Devant ce tournoi scientifique, les juges n'ont retenu qu'un seul point : c'est que certains médecins ont prononcé le mot de « faute ». Ils ont affirmé que c'était une faute que d'employer une rachianesthésie pour une opération aussi bénigne que celle de l'ablation d'un hygroma.

Pour des juges, faute entraîne condamnation et réparation des dommages occasionnés.

Reprenons les faits du procès.

Un chirurgien adjoint d'un hôpital qui, depuis de nombreuses années, fait, ainsi que son chef de service de très nombreuses rachianes hésies, pour toutes sortes de cas et sans accidents, croit pouvoir faire une rachi chez un malade porteur d'un hygroma. Cet individu a peur de la douleur, il est pusillanime et le chirurgien sait que, dans certains cas, lorsque la poche de l'hygroma s'insinue profondément entre les surfaces de l'article, l'anesthésie locale n'est pas suffisante.

L'anesthésie générale donne des accidents parfois mortels. La rachi, employée constamment dans le service, paraît inoffensive. La rachi est donc décidée.

Or, il est de pratique courante de faire préalablement une injection intramusculaire d'adrénaline. Cette injection est pratiquée avec toutes les règles d'asepsie et cependant une gangrène gazeuse se déclare, dont le point de départ est le siège même de la piqûre.

Tout le monde sait que les ampoules d'adrénaline ne peuvent pas être stérilisées : le liquide a donc été l'agent de contamination, le facteur des accidents mortels, bien que l'analyse d'autres ampoules témoins ait été négative.

La question posée devant le Tribunal se résumait donc en ceci : peut-il être déclaré coupable le chirurgien d'hôpital, dans le service duquel on pratique constamment des rachi, alors que l'injection préalable d'adrénaline a provoqué la mort ?

La rachi était-elle hors de proportion, comme gravité avec la bénignité de l'intervention chirurgicale ? Ou bien, faut-il incriminer l'infirmière qui aurait pu ne pas prendre toutes les précautions d'asepsie, ou le fabricant de l'ampoule, car, c'est celle-ci qui a été cause de l'accident mortel ?

Le Tribunal avoue son incompétence en matière médicale. Il s'adresse à des experts et consent à écouter les témoins cités, docteurs en médecine.

Or, il est regrettable qu'au lieu de venir affirmer en public que la médecine ne constitue pas une science exacte, qu'elle procède des données de l'expérience, voire même de l'empirisme et ne saurait avoir la rigueur d'une science mathématique, experts et médecins témoins se sont livrés à des joutes oratoires et scientifiques devant les incompétents en médecine, chacun pensant que sa propre méthode, sa conception personnelle revêt l'image de la vérité. Comme si la vérité, en médecine, pouvait exister !

Conclusion : condamnation d'un médecin, rompu aux pratiques de la rachi, qui, en présence d'un malade douillet, redoutant pour celui-ci des souffrances, au cas où il serait nécessaire de fouiller dans les profondeurs de l'article, préfère sa méthode de rachi, à *laquelle il est* entraîné, ainsi que tout son service, plutôt que de recourir à une anesthésie locale, peut être insuffisante, ou à une anesthésie générale, peut-être mortelle par syncope.

Dans cette discussion théorique, on a laissé de côté la responsabilité possible de l'infirmière — partant de l'Administration de l'hôpital — et celle du fabricant, préparateur de cette ampoule d'adrénaline, qui a occasionné la mort.

Cependant, si cette ampoule n'avait pas contenu de germes pathogènes, le malade ne serait pas mort ; il aurait fort bien supporté la rachi.

De mon jeune temps, lorsqu'on opérait beaucoup de malades sans anesthésie, même locale, ces accidents ne se produisaient pas — et pour cause. Nous nous trouvons donc en présence d'un de ces nombreux cas, qui constituent la rançon du progrès.

Faut-il condamner la rachi, à cause de ce cas malheureux ? Faut-il condamner les injections d'adrénaline, dans tous les cas médicaux ou chirurgicaux qui demandent l'usage de ce médicament par voie intradermique ? Faut-il condamner l'anesthésie générale, à cause des accidents rares, il est vrai, mais qui n'en existent, pas moins ? Faut-il condamner la locale, car également des accidents se sont produits ?

Avec cette responsabilité médicale, constamment suspendue sur nos têtes, l'exercice de la médecine va devenir impossible. Mais combien de confrères ne devraient-ils pas faire leur *mea culpa* : ce sont leurs discussions imprudentes *coram populo*, leurs articles de vulgarisation, leurs luttes d'écoles, leur prétention à avoir raison qui sont la cause des condamnations.

Dr Paul BOUDIN.

UN AUTRE COTÉ DE LA QUESTION

Nos amis Paul Boudin et Raphaël Massart viennent discuter cette malheureuse affaire de responsabilité médicale, l'un en juriste qualifié, l'autre en chirurgien de grande expérience.

Le confrère incriminé a été jugé dans son tort d'avoir eu recours à la rachianesthésie pour une opération bénigne, et les risques mortels sont nés de l'injection d'adrénaline, habituellement faite avant la piqûre intrarachidienne.

Certains ont pensé que l'ampoule d'adrénaline n'était pas stérile ; et cependant les autres ampoules du même lot furent reconnues dépourvues de germes. Mais cette différence, d'ailleurs exprimée sous le mode dubitatif dans le jugement, en d'autres termes, la présence d'une ampoule non stérile n'était pas nécessaire pour créer le risque mortel, ou mieux, le risque infectieux, puisque la mort dépend surtout de la virulence du germe en cause, et quand une septicémie se développe à la suite d'une injection hypodermique ou intramusculaire, si celle-ci a été faite suivant toutes les règles de l'asepsie, avec un *liquide aseptique, bref, s'il n'y a pas eu faute lourde, le médecin ne peut être rendu responsable.* Ainsi en a d'ailleurs jugé la première chambre du Tribunal civil de la Seine, le 11 mars 1935 (1).

A propos de ce jugement et pour le justifier au mieux, nous avions rappelé les intéressantes expérimentations de M. Brocq-Rousseu. Cet auteur a démontré qu'en injectant aseptiquement de l'essence de térébenthine au cheval, dans 90 % des cas l'abcès était aseptique, mais que dix fois sur cent, il était souillé, en général par du staphylocoque blanc. Or ce germe mis en culture ne pousse pas dans l'essence de térébenthine pure ; il ne parvient à s'y développer *que si l'on additionne de bouillon la culture* dans la proportion de 1 à 50 %. Fait intéressant à noter, les mêmes observations ont été également faites avec de l'huile d'olives ou de l'huile de paraffine, excipients habituels de l'huile camphrée : le milieu ne pousse pas, sans addition de bouillon.

Bref, *l'asepsie d'une injection d'huile camphrée ne garantit pas toujours l'absence de pus*, et, quand exceptionnellement celui-ci se produit dans de pareilles conditions, il est exact que l'abcès ait pu se développer par apport d'un germe interne, le liquide albumineux favorable ayant été fourni par les espaces conjonctivaux ou musculaires.

En raison de ces possibilités (2 à 5 % des cas), le médecin ne peut donc être reconnu responsable, s'il n'y a pas eu faute lourde.

Et pour revenir au procès de Béthune, si les juges n'ont pas tenu compte de la jurisprudence ils n'ont pas non plus attaché une valeur suffisante aux explications capitales que leur avait fourni le Docteur Besredka. Ce savant était cependant plus que tout autre qualifié, pour leur démontrer que, malgré la stérilité de l'ampoule d'adrénaline, malgré toutes les précautions aseptiques de l'injection, malgré la stérilisation de la peau à la teinture d'iode, on ne devait pas oublier le *microbisme latent de l'organisme humain*, représenté ici par le Perfringens, ou le vibrion septique. Il était aussi facile de se rappeler les précédentes expériences de M. Brocq-Rousseu, en ce qu'elles démontraient le développement possible, grâce à la sérosité tissulaire, de germes internes au niveau de la piqûre.

G. F.

Voici les plus importantes remarques qu'a faites le Docteur Besredka, à propos de la responsabilité chirurgicale dans ce cas (1).

« Pour ce qui nous concerne, nul doute que c'est l'injection de l'adrénaline, qui fut le point de départ de la gangrène de la cuisse. Cependant, la peau avait été antiseptisée avant la piqûre dans les conditions requises ; la seringue et l'aiguille ont été bouillies, comme à l'ordinaire ; l'ampoule d'adrénaline fut trouvée stérile. D'où peut alors venir l'infection ?

« Si nous ne mettons pas en doute la stérilité des instruments et de l'adrénaline, nous nous permettons d'être moins catégorique en ce qui concerne la stérilité des tissus intéressés par le bistouri du chirurgien.

« Expliquons-nous.

« La teinture d'iode, couramment employée pour désinfecter le champ opératoire, offre-t-elle une sécurité absolue ? Oui, si l'on ne considère que l'épiderme et *si les couches sous-épidermiques sont exemples de tout germe.* Mais, le sont-elles toujours?

« Les ensemencements de tissus, faits sous le couvert de la teinture d'iode, n'ont-ils pas donné, entre les mains de certains expérimentateurs, des résultats positifs ? N'a-t-on pas même prétendu que la couche épidermique, que forme la teinture d'iode, imperméable à l'oxygène, est propice au maintien des anaérobies à l'état vivant et virulent ?

» En pensant, que, seules, la peau et les muqueuses, en contact immédiat avec l'extérieur, sont porteurs de microbes, ne nous faisons-nous pas des illusions sur la virginité de nos tissus au point de vue microbien ?

(1) Voir *Concours Médical* du 21 avril 1935, page 1206

(1) *La Presse Médicale*, 5 février 1936.

« Rappelons-nous les expériences de Nocard qui a trouvé des microbes dans le sang chez des animaux sains, pendant la période de digestion ; n'est-ce pas une véritable septicémie physiologique ? Ne retrouvons-nous pas, d'autre part, dans certaines maladies, des microbes pathogènes bien longtemps après la guérison ? Ainsi nous savons que les bacilles d'Eberth persistent parfois pendant des années sans donner la moindre alerte à leur hôte ; puis, un jour, à l'occasion d'un refroidissement ou d'un traumatisme, ces bacilles se réveillent et créent une ostéomyélite typhique .

« Des sujets, normaux en apparenec, vaquant à leurs occupations quotidiennes, sont trouvés porteurs de bacilles de la peste, à l'occasion d'un bubon apparu subitement dans l'aine. Les cas de tétanos, éclatant à la suite de l'avulsion d'une dent cariée, rentrent également dans cette catégorie des *porteurs inconscient des germes pathogènes.* Il en est de même de ces enfants, rares heureusement, qui contractent l'encéphalite après avoir été vaccinés contre la variole, chez lesquels la préexistence du virus encéphalitique ne saurait être mise en doute.

« Ces jours-ci nous rencontrâmes un éminent chirurgien, professeur d'une de nos Facultés de province, qui nous fit part d'un cas troublant dont il avait été lui-même témoin. Il fut appelé à opérer un membre de sa famille, un jeune homme robuste, gêné dans ses mouvements par un vice congénital de l'articulation de l'épaule. L'opération a été effectuée, comme bien on pense, dans les meilleures conditions d'asepsie. Et quel ne fut pas le désespoir du chirurgien lorsque, quelques jours après, il constata chez son opéré une septicémie à streptocoques !

« Or, ce jeune homme, qui était en excellente forme au moment de l'opération, avait présenté antérieurement des angines à répétition. On ne peut guère s'empêcher de penser que ce sont les propres streptocoques de l'opéré, plus ou moins inoffensifs jusque-là, mobilisés par l'opération qui furent la cause de l'issue fatale.

« *Que devons-nous conclure ?*

«Malgré toutes les apparences de santé, nos tissus sont capables d'héberger des microbes pathogènes, à telle enseigne que la désinfection de la peau la plus minutieuse ne saurait mettre à l'abri d'une infection grave, même lors d'une simple injection sous-cutanée.

«Chaque fois que l'on est en présence d'une solution de continuité de la peau, deux facteurs sont à envisager, aussi importants l'un que l'autre : ce que l'on injecte et celui à qui on injecte.

« *La question de la responsabilité médicale* est, comme on le voit, trop complexe pour que sa solution soit confiée, comme on le pratique aujourd'hui, à des hommes de loi, si ferrés soient-ils sur les arguments de Dalloz. Les procès de ce genre doivent être, à notre avis, du ressort d'un tribunal exclusivement médical. »

MÉDECINE COLONIALE

L'art médical à Tahiti

Nos îles du Pacifique ont toujours continué de vivre, malgré l'évolution des temps et la succession des crises, sur la réputation que leur ont faite Bougainville et Dumont d'Urville et plus tard même, tous ces navigateurs, qui après plusieurs mois de traversée croyaient en y abordant, accueillis par les « vahinés » couronnées de fleurs, toucher à quelque paradis terrestre. Race autochtone des plus aimables et des plus sympathiques, sites toujours verdoyants et fleuris laissant croire à un printemps continu, température constamment attiédie ne fléchissant qu'au long des nuits afin de permettre un repos plus complet, tout y est en effet réuni pour en rendre le séjour édénique. Et il était de tradition de regretter les perturbations déplorables amenées par des races évoluées dans un autre sens, qui ne pouvant rien changer à la nature ni au climat, ont voulu se donner en modèles aux indigènes, imposer leurs habitudes, leurs mœurs, leur façon de manger et de s'habiller, de se loger et de vivre.

L'existence y devint difficile, compliquée, artificielle, chère. Pour permettre aux différents comptoirs qui s'étaient installés d'écouler leurs pacotilles, on créa des besoins aux habitants. Ils furent recensés, payèrent des impôts, mais purent aller au cinéma voir défiler des films américains. Notre action colonisatrice aurait été bien précaire, si pour l'appuyer et la justifier souvent, elle n'avait trouvé en avant comme premiers pionniers, des médecins. A Tahiti l'honneur d'avoir installé et organisé le Service de santé revient d'abord à nos confrères de la marine de guerre. Ils s'en acquittèrent avec bienveillance, doigté, savoir. Ils ont laissé dans les îles où ils passèrent le meilleur souvenir. Le nom de plusieurs d'entre eux survit encore dans la mémoire de beaucoup d'anciens. Nous en avons connu, qui, leur retraite prise, s'installèrent à Papeete où ils sont morts, ayant adopté définitivement ces terres, une fois connues. Les médecins des troupes coloniales leur succédèrent. Des médecins civils à leur tour vinrent se fixer là. Et

progressivement, au fur et à mesure que les années passaient, se réalisait avec la collaboration de tous, ce programme de protection sanitaire, dont le développement actuel pourrait être pris en exemple par beaucoup de colonies.

On fut heureux d'apprendre récemment que les médecins libres installés en Océanie française s'étaient constitués en Syndicat. Ils répondaient ainsi au vœu que nous avons maintes fois formulé, de voir dans chaque colonie se constituer des groupements locaux susceptibles de former une Fédération, sous l'égide de la Confédération générale des Syndicats médicaux.

Pourquoi faut-il que l'union ainsi réalisée n'ait pas été longue à se désagréger ? Sur les quatre médecins dont nous connaissons l'existence à Papeete et qui se partagèrent les fonctions du bureau du Syndicat, deux, nous écrit-on, disparurent un temps. On apprit par la suite que le premier avait quitté la Colonie, que le deuxième, objet de poursuites, s'était réfugié dans une maison du champ de courses, en dehors de la ville, où il fut retrouvé. On a lu ici même la lettre-circulaire adressée par le président du Syndicat des médecins de Tahiti aux médecins civils exerçant librement dans les colonies françaises de l'Océanie (les Hébrides, la Nouvelle Calédonie, Tahiti et ses archipels). Il y demande l'application étroite de la Circulaire Rollin que nous avons à différentes reprises commentée dans le *Concours Médical*. On ne peut que l'en approuver. Médecin libre, en effet, exerçant librement et sans aucune attache avec l'Administration, le président du Syndicat des médecins de Tahiti, a le droit d'exiger que la clientèle payante lui soit réservée ainsi qu'à ses confrères, placés dans les mêmes conditions, s'il en existe là-bas.

Mais à quelles difficultés ne va-t-il pas se heurter ? Un document qui nous a été adressé nous permet déjà d'en signaler quelques-unes. On a lu dernièrement ici sous la signature de notre directeur, le Docteur J. Noir, l'énoncé du prix courant des différents actes médicaux pratiqués dans un dispensaire. A son sujet un autre confrère, a comparé ces dispensaires bon marché aux magasins à prix minime. Que sont cependant les prix signalés, si on les compare au tarif fixé par l'hôpital de Papeete pour les « menues interventions » qui y sont pratiquées en faveur des consultants. Qu'on en juge plutôt :

Une injection hypodermique ou intramusculaire d'un médicament autre qu'un arsénobenzène ou un produit similaire coûte (médicament compris) 1 fr. 90. S'il s'agit d'un arsénobenzène ou produit similaire ce prix revient (toujours médicament compris) 5 francs ; l'injection intraveineuse de ce dernier médicament est tarifée 6 fr. 25 (médicament compris).

On peut avoir des pointes de feu, ou une application de ventouses (le nombre n'en est pas fixé) pour 1 fr. 90.

Une extraction de dent coûte sans anesthésie, 3 fr. 15 ; avec anesthésie, c'est le prix d'une injection intraveineuse, soit 6 fr. 25.

L'injection intraveineuse d'un produit autre qu'un arsénobenzène ou produit similaire, médicament compris, coûte par contre autant qu'une extraction dentaire sans anesthésie soit 3 fr. 15.

Pour les examens radiographiques, le tarif est le suivant :

Radioscopie simple (ne comportant qu'une séance)	30 francs
Radioscopie du tube digestif (comportant trois séances dans la même journée et délivrance de bouillie barytée)	60 francs
Examen radioscopique	7 50
Examen radioscopique qui exige l'emploi d'un sel de baryte ou de bismuth	18 75

Comme il n'y a qu'une seule installation de radiographie à Papeete, et que cette dernière se trouve à l'hôpital, « des radiographies pourront être effectuées pour leur compte personnel par des *photographes* (*sic*) étrangers à l'hôpital, sous le contrôle du médecin radiologue. Les fournitures de clichés et des produits nécessaires seront entièrement à leur charge, et les patients seront astreints à payer à l'Administration, pour chaque opération le prix des radioscopies fixé ci-dessus. »

Les tarifs de laboratoire sont aussi impressionnants :

Une analyse bactériologique simple (crachats, pus)	15 francs
Une analyse sérologique, prise de sang comprise (Wassermann)	15 francs
Une analyse de liquide céphalo-rachidien (ponction lombaire comprise)	15 francs

On ne peut nier qu'il s'agisse là réellement sans jeu de mots (et centimes compris) de prix minimes.

A tous les avantages que nous lui connaissions déjà, Tahiti en ajoute, si l'on peut dire, un nouveau : la médecine y est distribuée, désormais, comme au bazar.

L. SASPORTAS.

ASSURANCES SOCIALES

Le nouveau régime de l'assurance-maladie et de l'assurance-maternité

(Assurés ordinaires)

Le nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 devait théoriquement entrer en vigueur au premier janvier dernier ; mais, par suite de la parution tardive des règlements d'administration publique qui devaient en préciser la mise en application (22 mars pour les assurés ordinaires et 25 mars pour les assurés agricoles) les seules dispositions ayant réellement pris effet à leur date sont celles relatives à la procédure ou à la détermination des assurés obligatoires. Par contre, tant les conditions d'attribution que la quotité des prestations sont restées régies par la loi de 1928-1930 jusqu'au 1er avril dernier. C'est en particulier conformément à ce régime, c'est-à-dire d'après le tarif des accidents du travail que les médecins auront dû établir leurs mémoires pour soins donnés aux assurés indigents au cours du premier trimestre 1936. La liaison entre les deux régimes pour la détermination du droit aux prestations a, d'autre part, été réglée par l'art. 107 du règlement d'administration publique : les dispositions anciennes restent applicables pour toute maladie ou accident médicalement constaté avant le 1er avril, et aux accouchements antérieurs à cette date.

Quant au nouveau régime, tel qu'il résulte du décret-loi du 28 octobre 1935, et du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, nous l'étudierons ci dessous en nous plaçant successivement aux deux points de vue suivants : rapports entre assurés et Assurances sociales, rapports entre médecins et Assurances sociales.

Rapports entre assurés et Assurances sociales

Nous avons l'intention de rechercher sous ce titre à quelles conditions les assurés ont droit aux prestations de l'assurance-maladie et maternité, en quoi consistent exactement ces prestations, enfin comment est contrôlée l'application de ces prescriptions et réglés les différends qu'elles soulèvent.

A) Conditions d'ouverture du droit aux prestations

1° **Immatriculation.** — La première de toute est évidemment que l'intéressé fasse partie des Assurances sociales. Rappelons à cet égard que l'article 1er du décret-loi a étendu le champ des assurés obligatoires (travailleurs à domicile, voyageurs et représentants, conducteurs de voitures, etc.).

Ce même décret a supprimé par contre les assurés facultatifs, qui ne subsistent plus que dans l'agriculture. Les formalités d'immatriculation incombent en principe à l'employeur ; celui-ci peut avoir négligé de les remplir : rappelons que dans ce cas une jurisprudence constante décide que le salarié est fondé à le poursuivre, en cas de maladie, en payement d'une indemnité égale à la valeur des prestations dont il est ainsi privé, par application de l'article 1382 du Code civil (Cours d'Angers, 6 mars 1935). Le patron ne peut s'exonérer en partie de sa responsabilité qu'à la condition d'établir que le salarié s'est rendu complice de sa faute. La juridiction compétente pour connaître de tels litiges est en principe le Conseil des prud'hommes (Cass. civ., 15 mai 1935).

2° **Cotisations.** — Celles-ci, désormais calculées au taux de 7 % (3,50 pour le patron, 3,50 pour l'assuré), sur le salaire réel de l'ouvrier, sont retenues par le patron au moment de la paye et versées dans les dix premiers jours de chaque trimestre en espèces au bureau de poste ou par chèque postal. Seules, ces cotisations effectives et les cotisations de conservation de droit prévues dans certains cas particuliers ouvrent droit aux prestations ; le nouveau régime a supprimé par contre les versements facultatifs.

Les conditions à remplir pour pouvoir prétendre aux prestations sont en principe les suivantes :

— Assurance-maladie (art. 7, § 2) : Avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs durant les deux derniers ou 60 francs pendant les quatre derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ; toutefois, au cours du premier mois de chaque trimestre, la période de référence est celle antérieure au trimestre civil précédant la maladie.

— Assurance-maternité (art. 9, § 6) : Avoir subi une retenue au moins égale à 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs durant le premier.

Notons que les nouvelles dispositions résolvent les difficultés qui résultaient sous le régime de la loi de 1930, du versement tardif par l'em-

ployeur des cotisations précomptées : le versement tardif ne saurait préjudicier aux droits de l'assuré, du moment que ce dernier peut prouver que les retenues légales ont bien été faites en temps voulu. Cette preuve résulte, aux termes de l'art. 21, § 5 des pièces prévues par l'art. 44 A du livre 1er du Code du travail, constatant le montant de la rémunération gagnée par lui et des déductions opérées.

Le fait pour l'assuré de ne pas remplir ces conditions théoriques n'entraîne d'autre part pas dans tous les cas déchéance de ses droits. Un certain nombre d'exceptions ont été prévus par la loi :

a) *En cas de maladie indemnisée*, ou de maternité (art. 7, § 5 et 9, § 9), la Caisse verse au compte de l'assuré une cotisation forfaitaire égale au montant de l'indemnité journalière en ce qui concerne l'assurance-maladie, et à 24 francs pour l'assurance-maternité (chiffre forfaitaire pour la durée de la grossesse).

b) *En cas de chômage involontaire*, tout assuré, inscrit à un Office public de placement a droit au versement pour son compte d'une indemnité forfaitaire de 30 francs par trimestre civil comportant cinquante jours de chômage, avec maximum de deux trimestres consécutifs par an, à condition d'avoir subi une retenue d'au moins 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédents.

c) *En cas d'accident du travail*, l'assuré conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident ses droits aux prestations, et les conditions de cotisations sont appréciées au jour de l'accident. D'autre part, innovation heureuse du nouveau régime, au bout d'un mois le chef d'entreprise est tenu au versement d'une cotisation mensuelle forfaitaire de 12 francs.

d) *En cas d'invalidité*, l'assuré a droit pendant cinq ans aux prestations en nature ; ce bénéfice peut lui être conservé même en cas de suspension de sa pension. S'il ne l'est pas, et que l'assuré reprenne son travail, il est considéré comme ayant subi pendant les huit trimestres civils précédant cette suppression le minimum légal de retenues. Ces bénéfices sont toutefois personnel à l'assuré et ne s'étendent pas aux ayants droit.

3° **Nature et origine de la maladie.** — Les Assurances sociales ne couvrent pas toutes les maladies de l'assuré ; un certain nombre par leur nature ou leur origine sont exclues de leur champ d'application.

Il en est tout d'abord ainsi pour toutes celles qui relèvent d'un autre régime :

a) *Accidents du travail et maladies professionnelles.* — En vertu de l'art. 20, § 1 « ne donnent pas lieu aux prestations les maladies ou blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées en vertu de la loi sur les accidents du travail ». On a voulu déduire de ces termes que cette disposition excluait du bénéfice de l'assurance toute maladie ou accident résultant de la réalisation d'un risque professionnel. C'est là une interprétation trop large ; l'intéressé aurait droit aux prestations, même en cas d'accident survenu au temps et au lieu du travail du moment que la législation professionnel ne lui ouvre aucun droit à indemnité (v. Cass. civ., 20 novembre 1934). En cas de doute sur la nature de l'accident les prestations de l'assurance sont versées à titre provisionnel, si l'assuré a engagé une action pour faire valoir ses droits. La Caisse peut intervenir dans l'instance pour défendre son point de vue.

b) *Maladies ou blessures de guerre.* — L'article 18 exclut formellement de la garantie de l'assurance les maladies ouvrant droit aux soins gratuits en vertu de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919. Mais, pendant la période d'incapacité temporaire due à cette maladie, l'assuré a droit au versement des prestations en espèces. Enfin, les pensionnés de guerre sont dispensés de la participation obligatoire de 20 % dans les prestations en nature, pour les maladies ouvrant droit à ces prestations.

c) *Bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.* — Nous étudierons plus loin les modalités de liaison existant entre ce régime et celui des Assurances sociales (assurés sociaux indigents).

D'au re part, conformément aux principes généraux en matière d'assurance, les Assurances sociales ne peuvent garantir des éventualités déjà réalisées, c'est-à-dire des maladies antérieures à la mise en application de la loi ou à l'immatriculation de l'assuré (R. M., n° 2.381, *J. O.*, 12 janvier 1934). Ce principe ne saurait toutefois faire l'objet d'une application absolue ; ce qu'il pourrait avoir de trop rigoureux est corrigé par la théorie de la rechute étudiée ci-dessous.

Le nouveau régime a, en effet, conservé les dispositions de l'article 4, § 8 ancien : une maladie ayant fait l'objet de *six mois* de soins n'ouvre plus droit au bénéfice de l'assurance. Tel est le principe, mais par une innovation fort heureuse, l'article 6, § 13 du décret-loi a codifié la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation relative à la rechute considérée comme maladie nouvelle en décidant que « *lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, les prestations peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois*, si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie au moment de l'interruption, *la guérison apparente* ou la *fin de l'état de maladie* et en a avisé la Caisse dans les huit jours ». Deux conditions sont donc désormais nécessaires pour rouvrir le droit de l'assuré aux prestations : la

guérison apparente ou la fin de l'état de maladie (termes à peu près synonymes) et l'expiration d'un délai de deux mois. La première condition seule peut prêter à contestation ; on peut en donner la définition suivante : le malade est en état de guérison apparente lorsque son affection traverse une période de stabilité le dispensant de recourir aux soins et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. En cas de litige sur ce point, il y a lieu d'en saisir la Commission technique.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'une maladie ne donnant pas lieu à interruption du travail et ne nécessitant qu'un traitement d'entretien (maladies chroniques par exemple) l'article 6, § 16 accorde à l'assuré, à ses conjoints et enfants des prestations spéciales fixées par le règlement intérieur et ne pouvant excéder deux ans.

En dernier lieu, indiquons que les Assurances sociales ne peuvent couvrir une maladie ou un accident résu tant de la *faute intentionnelle* de l'assuré, c'est-à-dire les maladies ou blessures volontaires. Dans ce cas toutefois, l'assuré conserve ses droits aux prestations en espèces (indemnité journalière).

4° **Observations des prescriptions du règlement extérieur.** — Rappelons que sous le régime de la loi de 1930, l'inobservation du règlement n'entraînait pas déchéance de plein droit ; il y avait lieu au contraire, disait la Cour de cassation, de tenir compte des circonstances et des conséquences que le manquement pouvait avoir en ce qui concerne les intérêts légitimes de la Caisse. Il devait, d'autre part, être justifié que l'assuré avait reçu personnellement notification de ce règlement de la part de la Caisse.

Le nouveau décret a tenu compte de cette jurisprudence. Désormais toute Caisse élabore un règlement intérieur relatif aux formalités à remplir par l'assuré pour bénéficier des prestations. Ce règlement doit comporter des dispositions obligatoires fixées par un règlement-type établi par le ministre du Travail. (V. article 115 du règlement d'administration publique) et des dispositions spéciales.

Il doit être approuvé par le ministre ; il est d'autre part opposable à l'assuré s il a été porté à sa connaissance. Dans ce but, l'art. 115 précité a prévu l'obligation pour la Caisse d'afficher visiblement le règlement dans ses locaux et de remettre à l'assuré avec la première feuille de maladie une notice sommaire indiquant les formalités lui incombant et les déchéances qu'il peut encourir.

Le décret-loi a, d'autre part, prévu certaines formalités obligatoires que doit comporter ce règlement intérieur.

a) En matière d'assurance-maladie, la première constatation médicale de la maladie doit *sous peine de déchéance* être portée à la connaissance de la Caisse dans les trois jours, sauf cas exceptionnels que la Caisse appréciera. Cette déclaration aura lieu soit par envoi de la carte-lettre jointe à la feuille de maladie soit par envoi d'une lettre simple, en cas d'urgence, accompagnée d'un certificat du médecin traitant.

b) En matière d'assurance-maternité, l'article 9, § 7 stipule que l'assurée doit *sous peine de déchéance* des prestations en argent, justifier de la première constatation médicale de la grossesse, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement, et se conformer aux prescriptions du règlement intérieur en matière notamment de visites prénatales et de consultations de nourrissons.

5° **Prescription.** — Les prestations se prescrivent par deux années à compter de la première constatation médicale de la maladie (Art. 25, § 1).

B) Les prestations

1° Prestations en espèces

a) **Assurance-maladie.** — Elles comprennent tout d'abord une indemnité journalière variant de 3 francs à 18 francs par jour et fixée d'après un barème arrêté par le ministre du Travail suivant les cotisations servant de base à l'ouverture du droit aux prestations (pour l'année 1936, arrêté ministériel du 4 avril dernier). La loi institue un délai de carence de cinq jours. Les indemnités sont réduites en cas d'hospitalisation ; elles font, par contre, l'objet de majorations pour charges de famille. D'autre part, comme nous l'avons vu plus haut la Caisse verse à partir du deuxième mois, *pour le compte de* l'assuré, une cotisation forfaitaire de conservation de droits.

b) **Assurance-maternité.** — Les prestations comprennent tout d'abord une indemnité journalière calculée comme pour l'assurance-maladie (arrêté ministériel du 6 avril 1936), et versée pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines, qui suivent l'accouchement, à condition pour l'assurée de cesser tout travail pendant la période indemnisée et au moins durant six semaines. En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurée a droit aux prestations en espèces de l'assurance-maladie ; il n'y a lieu alors à application du délai de carence que si l'état morbide est constaté avant les six semaines précédant l'accouchement.

D'autre part, l'assurée qui allaite elle-même son enfant a droit à une allocation mensuelle qui ne peut être inférieure à 175 francs pour chacun des quatre premiers mois et ne peut dépasser 850 francs pour la période complète. L'effort

financier de la Caisse porte donc presque exclusivement sur ces quatre premiers mois (soit 4 × 175 = 700 francs). Si l'assurée est dans l'incapacité physique constatée par le médecin d'allaiter son enfant, elle reçoit des bons de lait qui ne peuvent excéder 60 % des primes d'allaitement. Il n'y a pas lieu de distinguer si l'allaitement artificiel et l'incapacité de la mère sont totaux ou partiels. En principe les bons sont réservés aux femmes, élevant chez elle leur enfant, toutefois des exceptions peuvent être faites après avis du contrôle médical.

Enfin, comme pour l'assurance-maladie, la Caisse verse au compte de l'assurée, pour conserver ses droits pendant la période de maternité, une cotisation fixée forfaitairement à 24 francs.

2° Prestations en nature

En bénéficient : l'assuré lui-même, les enfants à sa charge (c'est-à-dire de moins de 16 ans, non salariés, légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptifs), et son conjoint, à condition que le salaire ou le gain annuel de ce dernier ne dépasse les chiffres limites pour l'assujettissement obligatoire.

a) Le service médical

ASSURANCE-MALADIE

Signalons tout d'abord que les deux premières feuilles de maladie ne sont valables que pour huit jours au maximum, et les suivantes, s'il y a lieu, pour quinze jours comme antérieurement. L'art. 115 du règlement d'administration publique spécifie d'autre part que la feuille de maladie ne vaut que pour une seule maladie.

Etudions maintenant les principes généraux régissant la délivrance de ces prestations ; ces principes restent d'ailleurs les mêmes que sous l'ancien régime :

1° LIBRE CHOIX. — L'article 6, § 2 consacre formellement le droit pour l'assuré de choisir librement son praticien. Rappelons à ce sujet que le libre choix est absolu et d'ordre public ; les conventions Syndicat-Caisse ne peuvent y déroger valablement, fût-ce partiellement, du moment que l'exercice de ce choix ne fait pas obstacle au contrôle technique (Cass. civ., 14 mars 1934). De même une Caisse ne peut refuser de verser les prestations dues pour soins donnés par un médecin homéopathe. (R. M., n° 7.637, *J. O.*, 25 mars 1934).

2° LIBERTÉ DE TRAITEMENT ET DE PRESCRIPTIONS. — *La liberté de prescription* tout d'abord est consacrée par l'art. 6, § 8, qui fait toutefois une réserve : les prescriptions doivent être faites « selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ». Cette recommandation, assez platonique d'ailleurs, s'inspire de la « charte médicale internationale » établie par le Conseil de l'A. P. I. M. qui s'exprime ainsi : « la liberté de prescription doit être maintenue et recherchée sous réserve des contrôles d'abus et de la préférence donnée aux médicaments économiques lorsque le résultat thérapeutique apparaît sensiblement le même ». Le respect de cette disposition n'est sanctionné que par l'exercice du contrôle technique, qui d'après l'art. 16, § 2 du règlement d'administration publique porte en particulier « sur l'économie dans la prescription ».

Quant à la *liberté dans le traitement*, elle résulte implicitement des dispositions de la loi. Toutefois, « les Caisses seraient fondées à refuser de participer aux frais d'un traitement nouveau dont une expérience suffisamment longue n'a pas permis d'apprécier les résultats ; il semble que ce soit le cas de l'octozone » (R. M. n° 9.513, *J. O.*, 7 novembre 1934). En matière de *soins spéciaux*, il y a lieu de rappeler l'art. 31, § 4 du décret d'après lequel toute Caisse élabore un règlement intérieur indiquant les formalités à remplir par les intéressés pour bénéficier des prestations. Ce règlement qui comporte des dispositions obligatoires et générales, et des dispositions spéciales est opposable aux assurés lorsqu'il leur a été notifié. Le règlement d'administration publique, dans son article 115, a précisé que les dispositions obligatoires concerneraient : « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille, s'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien ou d'un auxiliaire médical ». L'assuré (mais non le médecin traitant bien entendu) devra donc en cas de traitement spécial obtenir l'accord du médecin contrôleur ou à défaut se pourvoir devant la Commission technique. Certains soins spéciaux comme la *prothèse dentaire* ou l'*orthopédie* font l'objet de dispositions particulières étudiées plus bas.

3° ENTENTE DIRECTE. — Le médecin n'a pas de rapport avec les Caisses d'assurances sociales ni de lien de droit avec elles. Ces organismes avancent ou remboursent les frais exposés dans la limite de leur tarif, d'après les indications du médecin qui doit se faire payer par l'assuré dans les conditions de droit commun. Conformément à l'article 10 du règlement d'administration publique, le médecin doit simplement :

— soit signer les imprimés dont la production est exigée par la Caisse pour l'obtention des prestations. *Il est réputé de ce fait avoir adhéré aux clauses de la Convention passée entre le Syndicat et la Caisse* ;

— soit délivrer à l'assuré un reçu d'honoraires sur papier libre (avec la mention Assurances

sociales) indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés.

L'entente directe véritable et absolue n'existe donc que dans ce second cas. Le médecin jouit alors en effet de la plus entière liberté pour fixer le chiffre de ses honoraires. Il n'est même pas limité comme sous l'ancien régime par les dispositions de la loi sanctionnant les ristournes sur honoraires ; en effet, la jurisprudence suivant laquelle le fait de prendre des honoraires inférieurs au tarif de responsabilité constituait la ristourne punissable (Tribunal correctionnel Châteauroux, 7 novembre 1934) ne serait plus fondée sous le nouveau régime, puisque l'art. 5, § 5, alinéa 2 stipule expressément « qu'en aucun cas la part remboursée par la Caisse ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré » et que le reçu délivré à l'assuré, indiquant nécessairement le chiffre des honoraires perçus, rend par ce fait impossible toute ristourne par abaissement de tarif.

Au contraire, dans le premier cas, le médecin, étant lié par les termes de la convention Syndicat-Caisse, se voit obligé d'appliquer le tarif minimum prévu dans cette convention pour les assurés. En cas d'inobservation d'une clause de cette nature, le Syndicat médical serait en effet fondé à le poursuivre en dommages-intérêts.

4° Secret professionnel. — La législation sur les Assurances sociales ne contient aucune dérogation à l'art. 378 du Code pénal. Le médecin traitant reste donc tenu d'observer le secret professionnel à l'égard de la Caisse ou de son médecin contrôleur comme à l'égard d'un tiers quelconque.

5° Remboursement forfaitaire de la part de la Caisse — La part garantie par la Caisse dans les frais médicaux est déterminée par son tarif de responsabilité. Cette part est en principe remboursée après payement du médecin par l'assuré ; elle peut être avancée d'après les conditions fixées par le règlement intérieur, mais cette avance n'est qu'une faculté pour la Caisse et non un droit pour l'assuré.

Il ne faut pas croire cependant que le tarif de responsabilité soit totalement indépendant des honoraires médicaux :

a) Tout d'abord la part remboursée ne peut excéder en aucun cas le montant des frais réellement exposés par l'assuré ; il ne s'agit donc plus comme sous l'ancien régime d'un forfait absolu ainsi que l'avait décidé la Cour de cassation (arrêt du 17 avril 1934) ;

b) D'autre part le tarif doit être établi « compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région ». Dans la majorité des cas, il sera d'ailleurs déterminé par convention avec les Syndicats médicaux, donc en liaison étroite avec leurs tarifs.

D'un autre côté le tarif n'est pas laissé à l'arbitraire des Caisses :

a) En premier lieu ces tarifs, établis par convention ou autrement, doivent être soumis pour homologation à une Commission régionale tripartite (Caisses, Groupements professionnels, Administration) chargée de prévenir et de régler les différends naissant entre les divers services ou les parties contractantes des conventions, avec possibilité d'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Il y a là une garantie précieuse qui permettra aux médecins de faire respecter la liaison devant exister entre les tarifs syndicaux et les tarifs de responsabilité, garantie d'autant plus importante que c'est d'après ces tarifs que seront désormais réglés les soins donnés aux assurés indigents ;

b) En second lieu, les tarifs doivent prévoir obligatoirement le montant et les conditions de participation au payement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux, soins qui sous l'ancien régime *étaient compris dans le forfait.*

c) Enfin, le ministre arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales et compte tenu des tarifs syndicaux, des tarifs limites de responsabilité qui, tout en ne s'imposant pas obligatoirement aux Caisses, les privent de réassurance en cas de dépassement et jouent en fait comme des maxima.

L'assuré ne reçoit pas le montant intégral prévu par le tarif ; il doit supporter obligatoirement une retenue de 20 % ; n'y échappent que les pensionnés de guerre. Par contre, le nouveau régime a supprimé la limitation prévue par la loi antérieure et connue sous le nom de plafond journalier des prestations.

Le mode de remboursement est fixé de manière spéciale dans certains cas particuliers :

a) *Prothèse dentaire.* — L'assuré n'a droit qu'aux appareils fonctionnels et thérapeutiques nécessaires à l'exercice d'une profession. La délivrance de ces appareils est soumise à la décision préalable d'une Commission spéciale ;

b) *Appareils orthopédiques.* — Leur délivrance a lieu sur avis du médecin-contrôleur ; l'assuré a l'obligation de choisir son fournisseur parmi ceux agréés par la Caisse (Art. 115 du règlement d'administration publique). Il résulte toutefois de la jurisprudence que l'inobservation de cette prescription n'entraîne pas déchéance de plein droit, la garantie de l'agrément étant efficacement remplacée par celle de la Commission technique (Cass. civ., 28 novembre 1933).

Assurance-Maternité

La délivrance des prestations en nature est régie de manière générale par les mêmes principes. En ce qui concerne toutefois, le tarif de responsabilité des Caisses, les prestations sont

fixées de *manière forfaitaire* pour l'accouchement et les soins médicaux et pharmaceutiques qu'il entraîne quelle que soit leur importance réelle. En compensation de ce forfait, l'assurée n'a aucune participation obligatoire à supporter.

En cas d'accouchement dystocique, une majoration doit être prévue au tarif (art. 9, § 1, alinéa 2), ce qui résoudra bien des questions autrefois délicates, notamment pour le payement des honoraires médicaux lorsqu'il s'agira d'assurée indigente.

Enfin, en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurée a droit aux prestations de l'assurance-maladie jusqu'à la guérison ou à l'expiration du délai de six mois.

b) Les frais pharmaceutiques.

ASSURANCE-MALADIE

Conformément au principe de la liberté de prescription, l'assuré a droit au remboursement de tous médicaments ou spécialités de vente légale en France. Il n'est plus question, comme sous le régime ancien de dresser une liste des spécialités autorisées; la Commission spéciale prévue à cet effet n'était d'ailleurs jamais entrée en fonction.

Mais un certain nombre de mesures ont été prises pour éviter que les frais pharmaceutiques ne grèvent trop lourdement les budgets des Caisses.

Il ne peut être établie qu'une seule ordonnance par acte médical. Il est précisé à cet égard que les prescriptions à l'occasion d'un acte médical rédigées sur des feuilles distinctes ne constituent qu'une seule ordonnance.

Le tarif de remboursement est abaissé de 85 % (régime antérieur) à 80 %. Il n'est même plus que de 60 % pour la part des frais pharmaceutiques excédant 25 francs par ordonnance. Cette disposition restrictive ne joue pas toutefois lorsqu'il s'agit de cas spéciaux nécessitant des frais élevés et que le médecin traitant est d'accord avec le médecin contrôleur, ou a défaut avec la Commission technique. Il en est de même pour les produits thérapeutiques injectables prévus par la loi du 14 juin 1934, mais lorsque le médecin prescrit de tels produits, il doit mentionner expressément sur son ordonnance « autorisés par la loi du 14 juin 1934 ».

Un maximum de remboursement par feuille de maladie et un tarif de responsabilité particulier pour certaines spécialités peuvent être prévus par le ministre du Travail.

Enfin, il est stipulé que les produits de régime alimentaire ne font l'objet d'aucun remboursement.

ASSURANCE-MATERNITÉ

Nous avons vu plus haut que les frais pharmaceutiques sont compris dans le forfait versé pour l'accouchement. Ils ne peuvent faire l'objet d'un remboursement spécial qu'en cas de grossesse pathologique mettant en jeu l'assurance-maladie.

c) Hospitalisation

ASSURANCE-MALADIE

Conformément à l'art. 115 du règlement d'administration publique, l'assuré qui désire être hospitalisé à l'obligation d'en aviser sa Caisse, et celle-ci en contre-partie doit lui indiquer les établissements avec lesquels elle a passé des conventions ou qui ont accepté son contrôle.

Bien entendu, comme auparavant, l'assuré garde le libre-choix de son établissement de soins. S'il entre dans un établissement n'ayant pas passé de conventions avec sa Caisse, il est considéré comme soigné à domicile et a droit aux prestations en espèces et en nature ordinaires (R. M., n° 9.439, *J. O.*, 7 novembre 1934. Trib. civ. Lyon, 25 octobre 1934).

S'il entre par contre dans un établissement ayant contracté avec les Caisses, celles-ci versent deux indemnités bien distinctes.

a) *Une indemnité pour frais de séjour* payée directement à l'établissement, l'assuré ayant à sa charge la différence entre ce tarif et le prix demandé. Ce prix ne saurait dépasser les tarifs les plus bas appliqués aux malades payants en ce qui concerne les établissements publics hospitaliers.

b) *Des honoraires médicaux et chirurgicaux.* — Ceux-ci font l'objet d'une indemnité différente et séparée, ainsi qu'il ressort formellement de l'art. 6, § 15, alinéa 2 d'après lequel « la part à supporter par la Caisse dans les frais d'hospitalisation ainsi que dans les honoraires médicaux est fixé par le tarif de responsabilité ». Ce tarif peut être conçu de deux manières différentes : soit prévoir un prix de journée de médecine ou de chirurgie, soit un payement à l'acte médical d'après un chiffre clé spécial.

ASSURANCE-MATERNITÉ

Ce n'est qu'en cas d'accouchement à domicile que le forfait prévu est applicable. Quand l'assurée ou la femme d'assuré accouche dans un établissement ayant passé une convention avec la Caisse, celle-ci prend à sa charge les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux dans la limite de son tarif de responsabilité (R. M. n° 6.029, *J. O.*, 10 janvier 1934).

C) Le contrôle médical de l'assuré

1° Principe. — L'article 8, § 2, l'indique formellement : le contrôle est une obligation pour l'assuré qui doit s'y soumettre dans les conditions prescrites par le règlement d'administration publique. La sanction du refus est la suspension des

prestations (Art. 8, art. 115 du règlement). L'assuré est toutefois fondé à exiger que le contrôle soit fait en présence de son médecin traitant. Le contrôle constitue de même une obligation pour chaque Caisse, qui doit avoir à sa disposition un ou plusieurs médecins-contrôleurs.

2° **Par qui est fait le contrôle.** — La Caisse peut faire procéder à toute enquête locale par ses administrateurs, ses correspondants, ses médecins et ses visiteurs et dames visiteuses. Ces derniers participent à la surveillance des malades et peuvent être chargé en outre de s'informer des conditions d'hygiène dans lesquelles ils vivent, leur dispenser des prestations en argent et leur apporter un concours moral.

Le principal organe du contrôle est le médecin contrôleur. Rien dans la loi ou les règlements n'en fixe le statut. Les médecins-contrôleurs sont donc choisis librement par les Caisses ; le ministre du Travail n'a pas à intervenir dans leur recrutement. Ils sont en général nommés par le directeur de la Caisse après examen des titres et références médicales, et ne sont titularisés qu'après une période de probation. La Fédération nationale des Caisses a décidé dans son dernier Congrès d'étudier l'établissement d'un statut général et la mise au point d'un concours pour le recrutement.

3° **Rôle du médecin-contrôleur.** — Il est défini et précisé par l'article 15 du règlement d'administration publique. Le médecin-contrôleur « est chargé de la surveillance des malades, et peut procéder pour cela à toute investigation et constatation concernant leur état et leur incapacité de travail ; mais il lui est interdit de donner des soins aux assurés affiliés à sa Caisse et de s'immiscer dans les rapports entre le malade et le médecin traitant ». Il est stipulé enfin « qu'il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné », mesure nouvelle et fort heureuse qui, espérons-le, mettra fin à des incidents regrettables dûs à des écarts de langage de médecins-contrôleurs devant les malades.

En cas de désaccord avec le médecin traitant sur l'état du malade, le médecin-contrôleur se met éventuellement en rapport avec ce praticien ; il en informe la Caisse qui statue sur la demande de l'assuré, sous réserve des droits de recours de ce dernier. Rappelons à cet égard qu'un accord avec le médecin-contrôleur est obligatoire, sauf recours devant la Commission technique, pour toute prescription médicamenteuse dépassent 25 francs par ordonnance. Son avis doit de même être fourni pour la délivrance de l'autorisation exigée par l'art. 115 du règlement d'administration publique en cas de traitement spécial.

Il entre enfin dans le rôle du médecin contrôleur de veiller à ce que le malade se soumette aux prescriptions de son médecin traitant, obligation qui lui est formellement imposée par l'art. 115 précité.

4° **Conditions matérielles du contrôle.** — Une disposition heureuse du règlement d'administration publique (art. 15, § 4) a pour but de mettre fin à des abus trop fréquents occasionnés par le contrôle. Désormais « les Caisses doivent éviter que l'exercice de leur contrôle n'entraîne une perte de salaire pour l'assuré. Si la maladie en question entraîne la cessation du travail, le contrôle peut être effectué aux lieux de visite fixés par la Caisse, quand l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique de se déplacer ».

D) Contentieux

1° Commission d'arrondissement

Elle se compose du Juge de paix du chef-lieu d'arrondissement, président, d'un employeur et d'un assuré. Elle est constituée au siège de chaque tribunal de première instance. Dans la Seine, il n'y a qu'une commission pour le département.

Quant à la compétence de cette juridiction, il y a lieu de l'étudier à deux points de vue :

a) *Compétence d'attribution.* — Elle constitue la juridiction de droit commun en matière d'assurances sociales : l'art. 36 lui attribue en effet compétence pour toutes les difficultés auxquelles donne lieu l'application des Assurances sociales. En sont exclues toutefois celles s'élevant sur l'état de l'assuré (Commission technique), celles relatives aux conventions (Commission tripartite) et celles naissant du contrôle technique. Bien entendu, échappent en outre à sa compétence tous les litiges mettant en jeu des principes de droit commun tels que l'action en responsabilité d'un assuré contre son patron qui ne l'a pas fait immatriculer ;

b) *Compétence relative.* — Elle appartient en principe, selon l'art. 155 du règlement d'administration publique, à la Commission du domicile ou du siège statutaire de l'organisme défendeur.

Indiquons rapidement les règles de procédure et les voies de recours concernant cette juridiction. Elle est saisie par lettre recommandée adressée à son président, au greffe du Tribunal civil dans un délai de dix jours à compter de la notification de la décision de refus, à peine de forclusion. Si l'organisme auquel la demande a été adressée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, le délai de dix jours court de l'expiration de ces deux mois (art. 156, § 1, Cass. civ., 15 mai 1935). L'expiration du délai de dix jours n'entraîne la forclusion que s'il s'agit naturellement d'une décision définitive notifiée par écrit à l'intéressé, notification dont

la partie de qui émane le refus doit apporter la preuve (Cass. civ., 9 juillet 1935).

La Commission statue, sans frais ni forme, en premier ressort sur tous les litiges de sa compétence. Appel peut être formé devant le Tribunal civil dans le délai d'un mois par déclaration au greffe faite par l'appelant lui-même ou son mandataire, accompagnée d'un mémoire exposant les moyens invoqués. Le Tribunal statue sur pièces ; la procédure est écrite et dispensée du ministère d'avoué, ainsi que de tous frais de timbre ou d'enregistrement. Un recours en cassation pour violation de la loi peut être formé dans les dix jours de la notification du jugement.

2° **Commission technique**

A l'inverse de la Commission d'arrondissement, cette juridiction n'est pas permanente. Elle est réunie pour chaque affaire et se compose d'un médecin désigné par la Caisse, du médecin traitant et d'un troisième médecin choisi par le président du Tribunal civil. Les honoraires d'assistance incombent pour les deux premiers membres à la partie qui les a désignés, et pour le troisième en principe à la partie qui succombe ; rappelons toutefois que la Caisse doit régler directement ce troisième médecin, sous réserve de son droit de recours contre l'assuré, si ce dernier est condamné (R. M., n° 524, *J. O.*, 4 juillet 1933). Pour éviter toute difficulté à ce sujet, le troisième membre de la Commission fera bien de n'accepter sa mission qu'après versement par la Caisse d'une provision suffisante.

La compétence de cette juridiction s'étend, en vertu de l'art. 8, § 3, à toute contestation s'élevant entre l'assuré et la Caisse en ce qui concerne l'état du malade. Il s'agit là d'une compétence obligatoire, et la Commission d'arrondissement ne pourrait valablement statuer sur une question de cet ordre (Cass. civ., 3 juillet 1935). C'est donc à cette Commission technique qu'il appartiendra d'apprécier si deux maladies sont indépendantes, si un malade est en état de guérison apparente (délai de six mois), ou s'il s'agit d'une affection relevant d'un autre régime ; relèveront aussi de sa compétence tous les différends s'élevant au sujet du traitement et des prescriptions faites à l'assuré par son médecin traitant.

Mais comme son nom l'indique, cette Commission ne peut prendre que des conclusions techniques, médicales ; elle ne saurait statuer sur les droits des parties en cause. Ce pouvoir n'appartient qu'aux juridictions instituées par l'art. 36 du décret, c'est-à-dire en premier ressort à la Commission d'arrondissement, qui doit être saisie dans les formes et délais ordinaires ; étant donné d'autre part le caractère de la Commission technique, sorte d'expertise à compétence obligatoire, les conclusions de cette dernière s'imposent alors à elle sans discussion (Cass. civ., 21 octobre 1935).

En ce qui concerne la procédure, la loi n'a rien fixé ; elle a laissé ce soin à un arrêté ministériel, qui n'a pas encore paru, mais résoudra, nous l'espérons, beaucoup de points restés obscurs sous l'ancien régime notamment quant aux formes et délais dans lesquels la Commission doit être saisie. Signalons que les décisions de cette Commission statuant en matière d'assurance-maladie ou maternité sont dénuées de toutes voies de recours.

Rapports entre les médecins et les Assurances sociales

Quoique les Assurances sociales soient sous le régime de l'entente directe, les médecins ne sauraient être considérés cependant comme absolument en dehors de la loi. Ils peuvent tout d'abord, par leurs groupements professionnels contracter des conventions avec les Caisses d'assurances sociales sur le mode de délivrance des prestations en nature, ils sont, en second lieu, en rapport direct avec l'Administration par les soins donnés aux assurés indigents, ils se trouvent d'autre part soumis à l'exercice d'un contrôle technique, et peuvent enfin encourir certaines sanctions pénales.

A) Les conventions

1° **Service médical.** — Les Caisses peuvent passer des conventions avec les Syndicats médicaux, habilités par leur groupement national après approbation par le Conseil supérieur des Assurances sociales. Si le groupement national refuse son habilitation, appel peut être formé par le Syndicat devant la section médico-pharmaceutique de ce Conseil.

Des conventions-types seront établies par le ministre du Travail. Les Conventions Syndicats-Caisses pourront y déroger, sauf en ce qui concerne certaines dispositions déclarées obligatoires. Les Conventions doivent respecter naturellement les principes d'ordre public posés par la loi ; elles ne peuvent ainsi porter valablement atteinte, fût-ce partiellement, au libre choix du praticien par le malade, du moment que ce choix s'exerce sans faire obstacle au contrôle technique.

Le but de ces conventions est principalement de fixer les modalités et le tarif de remboursement des Caisses, ainsi que leur liaison avec les tarifs syndicaux. Toutefois, ces tarifs et ces conventions n'acquièrent force obligatoire qu'après homologation par la Commission tripartite régionale prévue à l'art. 8, § 4. (Trib. civ. de Bourg, 12 mai 1935).

Rappelons que le fait pour un praticien de signer les imprimés des Caisses entraîne automatiquement adhésion de ce dernier aux clauses

de la convention Syndicat-Caisse (art. 10, § 1 du règlement d'administration publique). Cette adhésion implicite n'a pas lieu lorsque le praticien se contente de délivrer un reçu sur papier libre à l'assuré.

2° **Hospitalisation.** — Les établissements de soins peuvent eux aussi contracter avec les Caisses pour le règlement des frais concernant les assurés hospitalisés. Rappelons que lorsqu'un assuré désire être hospitalisé, il doit en aviser sa Caisse, et celle-ci doit lui indiquer les établissements avec lesquels elle a contracté (art. 115, règlement d'administration publique). Mais naturellement l'assuré garde le libre choix de son établissement de soin ; s'il entre dans un établissement n'ayant pas passé de convention avec sa Caisse, il est simplement considéré comme soigné à domicile, et l'établissement n'a pas de rapport avec la Caisse.

Des conventions types comportant des dispositions obligataires et facultatives sont établies par le ministre du Travail. Les conventions doivent d'autre part respecter les principes fixés par la loi, et notamment prévoir séparément une indemnité pour frais de séjour, et une indemnité pour honoraires médicaux (art. 6, § 15). D'autre part, les tarifs prévus par les conventions passées entre les Caisses et les hôpitaux publics ne peuvent excéder les tarifs les plus bas des malades payants.

Ces conventions doivent comme dans le cas précédent être soumises à l'homologation de la Commission tripartite régionale étudiée ci-dessous.

3° **Contentieux.** — En vertu de l'art. 8, § 4, toute difficulté intervenue entre les parties contractantes au sujet de l'application des conventions, sont arbitrées, sous réserve d'appel devant la section permanente du Conseil suéprieur des Assurances sociales, par une Commission fonctionnant au siège de chaque région, et composée de représentants des Caisses, des groupements professionnels, et des ministres du Travail et de la Santé publique. Echappent toutefois à sa compétence tous les litiges portant sur le contrôle technique.

B) Soins aux assurés sociaux indigents

1° Bénéficiaires de ce régime

L'article 19 a supprimé la liste spéciale prévue antérieurement par l'art. 59. Les assurés indigents doivent remplir les mêmes conditions que les assistés relevant de la loi du 15 juillet 1893, et sont inscrits sur la même liste que ces derniers. Rappelons que conformément à l'art. 13 de cette loi, l'inscription est personnelle et nominative ; le conjoint et les enfants de l'assuré ne bénéficieront donc des dispositions de l'art. 19 que s'ils figurent sur la liste d'assistance.

L'inscription peut être totale ou partielle ; ceci ne veut pas dire qu'elle a lieu pour un pourcentage d'assistance, mais qu'elle peut concerner soit les frais médicaux, soit les frais pharmaceutiques, soit les frais d'hospitalisation, soit la totalité. Les inscriptions ne sont pas laissées à l'arbitraire des Administrations locales ; outre les recours appartenant normalement à l'intéressé les Caisses et les Syndicats ayant contracté avec elles peuvent prendre connaissance des listes et présenter devant les juridictions compétentes des demandes en inscription ou radiation.

2° Modalités et tarifs

Le principe en est posé par l'art. 19, § 3, alinéa 3 : les prestations concernant les assurés indigents « sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés, et sont accordées, suivant les modalités et sous réserve *du contrôle* applicable à ces assurés ». Cette disposition assimile donc formellement, au point de vue principe les assurés indigents aux assurés ordinaires, alors que cette assimilation n'était qu'implicite dans la loi de 1928-1930 (Trib. civ. de Reims, 4 décembre 1935, C. M., 1936, 588). La seule particularité du régime des assurés indigents est que ces assurés n'ont pas à faire l'avance des frais médicaux ou pharmaceutiques, ni à y participer. Le praticien ou l'établissement de soins entre directement en rapport avec l'Administration et les organismes d'assurances et ne peut rien demander à son client.

a) Service médical. — Appliquant ce que nous venons de dire, nous en déduisons donc que les conditions du service médical sont en principe celles fixées par l'art. 6 de la loi que nous avons étudiées plus haut, et non pas celles résultant du règlement départemental d'assistance qui ne vise que les seuls assistés de la loi de 1893. Le malade a donc *le libre choix* de son médecin, quand bien même ce droit ne serait pas accordé aux assistés dans le département. Ce libre choix n'est pas limité par les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935, interdisant les changements de médecins en cours d'année, qui ne vise que les seuls indigents. D'autre part, le médecin jouit à son égard de la *liberté de traitement et de prescription*, dans les seules limites fixées par l'art. 6, exposées plus haut.

Mais, bien entendu, il n'est plus question d'entente directe. Le médecin est honoré, non plus comme autrefois conformément au tarif des accidents du travail, mais d'après *le tarif de responsabilité* de la Caisse de ses clients, selon les modalités déterminées par ce tarif et la convention Syndicat-Caisse. Il touche donc ce que la Caisse aurait remboursé à un assuré ordinaire,

avec cette différence toutefois qu'il n'a pas à supporter la participation obligatoire de 20 %, prise en charge par la collectivité d'assistance. Quant aux frais de déplacement, ils sont réglés d'après le tarif départemental d'assistance, la différence pouvant exister entre ce tarif et celui des Caisses étant supportée par ladite collectivité. C'est elle qui a, d'autre part, la charge du payement des médecins, après règlement par la Caisse des prestations ; il ne s'agit donc plus d'une avance comme antérieurement, mais d'une simple transmission, aussi peut-on penser que ce système amènera une meilleure cohésion entre ces deux services. Quelle est d'autre part cette collectivité débitrice auquel le médecin doit adresser son mémoire d'honoraires ? Depuis qu'un décret-loi du 30 octobre 1935 a centralisé les domiciles de secours des assistés dans le département, il faut en déduire que c'est, non plus comme antérieurement, la commune de secours de l'assuré mais le Service départemental d'assistance.

Rappelons d'autre part, que le droit du médecin au payement de ses honoraires est subordonné à l'observation d'une obligation à lui imposée par la loi, qui est de *prévenir la Caisse d'assurance de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants*.

Les mêmes règles sont applicables en matière d'assurance-maternité : le médecin touche le forfait prévu pour l'accouchement et les soins qu'il entraîne. La loi stipule d'autre part que ce forfait doit être majoré en cas d'accouchement dystocique. Enfin, le forfait est remplacé par le tarif de responsabilité ordinaire en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

b) Frais pharmaceutiques. — Le médecin jouit, ainsi que nous l'avons vu plus haut de la liberté de prescription dans les seules limites fixées par l'art. 6 pour les assurés ordinaires. L'assuré a donc droit à tous médicaments ou spécialités de vente légale en France, même s'ils ne figurent pas dans la nomenclature de l'Assistance médicale gratuite. Le payement du praticien est effectué par le Service d'assistance d'après le tarif de responsabilité prévu à l'art. 6 sous déduction d'un pourcentage fixé par décret. Les analyses et appareils font l'objet d'une disposition analogue : ils sont réglés conformément au tarif de réassurance diminué d'un pourcentage fixé par ce même décret, qui n'a pas encore paru.

c) Frais d'hospitalisation. — Aux termes de l'art. 19, § 3, alinéa 8, « les frais dus aux établissements hospitaliers sont réglés..., en ce qui concerne les frais d'hospitalisation, *non compris les honoraires médicaux*, conformément au tarif applicable aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite ». Il résulte donc expressément de cette disposition que les assurés indigents hospitalisés donnent lieu comme les assurés ordinaires, au versement de deux indemnités distinctes :

— Une indemnité pour frais de séjour calculée selon le tarif de l'Assistance médicale gratuite, déduction faite des honoraires médicaux, et versée à l'établissement par la Caisse et le Service débiteur ;

— Une indemnité séparée pour honoraires médicaux, fixée d'après le tarif de responsabilité de la Caisse, conformément à l'art. 6, § 15, et payée elle aussi par le Service d'assistance à l'établissement agissant en tant que représentant de son Corps médical et à charge pour lui de la lui répartir conformément à ses règles intérieures.

3° Contrôle

Le contrôle, tant de l'assuré (contrôle médical) que du médecin (contrôle technique) a lieu dans les mêmes conditions que pour les assurés ordinaires (art. 19 précité). Le règlement départemental d'assistance n'a donc pas non plus à jouer en cette matière. Ainsi le contrôle de tous les assurés sociaux se trouve-t-il unifié, ce qui permettra sans doute un meilleur fonctionnement de ce service, qui est facilité d'autre part par l'obligation imposée au médecin traitant de déclarer à la Caisse toute première constatation de maladie, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

4° Contentieux

a) *Compétence d'attribution.* — Conformément au principe d'assimilation déjà exposé, la juridiction compétente pour connaître des difficultés s'élevant à ce sujet est celle instituée par la loi sur les Assurances sociales, c'est-à-dire la Commission d'arrondissement, et non la juridiction administrative dont relève l'Assistance médicale gratuite (Cass. civ., 11 juillet 1933).

b) *Compétence relative.* — Quelle Commission d'arrondissement y a-t-il lieu de saisir ? Etant donné le décret-loi précité qui a substitué le domicile de secours départemental au domicile de secours communal, il faut en conclure que le débiteur des honoraires médicaux est le Service départemental d'assistance, représenté par son chef, le Préfet. Il faut donc poursuivre ce dernier conformément au principe posé par l'art. 155 du règlement d'administration publique, devant la Commission d'arrondissement du siège de la Préfecture.

C) Le contrôle technique

1° Nature

Il porte sur « la façon dont les services techniques, sont assurés (art. 8, § 1). L'art. 16, § 12 du règlement d'administration publique a précisé cette définition de la manière suivante : « le contrôle technique a essentiellement pour objet

la recherche et le redressement de tout abus professionnel. En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre de visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, l'économie dans la prescription du traitement, et d'une manière générale sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens ». Il est bien spécifié que « l'exercice de ce contrôle ne peut en aucun cas entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens ». C'est donc au premier chef le contrôle du médecin, du praticien, par opposition au contrôle de l'assuré que nous avons étudié plus haut ;

2° **Fonctionnement**

a) Service médical. — Conformément à l'art. 8, § 1, la Caisse exerce en principe un contrôle général sur l'ensemble des services. Mais, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le praticien, le contrôle est confié par les Caisses aux Syndicats professionnels avec lesquels elles passent des conventions, dans les conditions qui y sont fixées. Ces Syndicats contrôlent donc eux-mêmes leurs membres, soit de leur propre initiative, soit sur la demande de la Caisse. Bien entendu, la Caisse conserve un droit de regard général qui ne peut être délégué par elle.

Dans ce cas, le contrôle technique constitue pour le Syndicat professionnel une véritable *obligation* ; il doit nécessairement déférer à toute demande d'intervention formée par la Caisse. La sanction du non exercice du contrôle est le retrait de l'habilitation, et, par suite la rupture des conventions ; il appartient dans ce cas à la Commissiont ripartite régionale de prendre toute mesure pour parer à cette carence. D'autre part, lorsque les Syndicats poursuivent un praticien de leur propre initiative, ils doivent conformément à l'art. 16, § 3 du règlement d'administration publique porter cet abus à la connaissance de la Caisse, pour que celle-ci puisse défendre ses intérêts propres.

Rappelons à ce sujet qu'en vertu de l'art. 10, § 1 du règlement, le médecin qui signe les imprimés des Caisses, étant réputé par cela même avoir adhéré aux conventions Syndicat-Caisse, tombe sous le coup du contrôle technique syndical, quand bien-même il ne serait pas syndiqué.

Les *modalités de fonctionnement* du contrôle sont fixées par la convention et les statuts du Syndicat. Ceux-ci prévoient généralement au premier degré un Conseil de famille départemental, avec possibilité d'appel devant le Conseil de famille national. Signalons à ce propos que la publication de la décision d'un Conseil de famille prononçant l'exclusion temporaire contre un médecin ne constitue pas une diffamation, à condition que cette publication ait cessé dès que l'appel de cette décision a été notifié (Trib. civ. Lille 21 novembre 1934, confirmé par la Cour de Douai). Les décisions du Conseil de famille national ne sont pas susceptibles de recours devant la Commission d'arrondissement ; mais elles peuvent être déférées en appel et en dernier ressort à une Commission supérieure de contrôle, créée et organisée par l'art. 8, § 5 de la loi, et l'art. 22 du règlement d'administration publique.

La *Commission supérieure de contrôle* est composée d'un Conseiller d'Etat président, d'un représentant des Caisses, et d'un représentant du groupement professionnel intéressé. Elle est saisie soit par le Syndicat, soit par le praticien, soit par la Caisse, le *recours étant suspensif* ; elle rend des décisions qui, à l'inverse des Conseils de famille, ont force exécutoire. Elle peut prononcer contre le praticien les sanctions suivantes : l'avertissement, le blâme, et l'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux affiliés, soit de la Caisse intéressée, soit de toutes les Caisses d'un ou de plusieurs départements. Le praticien qui contreviendrait à cette interdiction serait tenu de rembourser à la Caisse les prestations versées par elle à l'assuré.

La Commission est d'autre part saisie en premier et dernier ressort des litiges non soumis aux Syndicats professionnels, soit en raison de l'absence de convention, soit s'il s'agit de praticien n'ayant pas adhéré à ces conventions.

b) Hospitalisation. — S'il s'agit d'hôpitaux publics, il appartient à l'Administration hospitalière et aux autorités au contrôle desquelles elle est soumise de surveiller la marche générale de l'établissement ; la Caisse conserve cependant dans ce cas un droit de regard réglementé par les conventions passées avec cet établissement.

En ce qui concerne les établissements privés, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire des Syndicats professionnels avec lesquels la Caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un Syndicat composé des seuls médecins de l'établissement (art. 19, § 2 du règlement).

D) Sanctions pénales

Elles sont prévues par l'article 27 du décret-loi du 28 octobre, et reproduisent, avec certaines aggravations, les dispositions des anciens articles 65 et 67 de la loi de 1928-1930.

1° **Fausse déclaration** (ancien article 65). — Est passible d'une amende de 16 à 500 francs (à multiplier par 11 avec les décimes) quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues. Lorsque ce

« quiconque » est un praticien (médecin, sage-femme, pharmacien), il peut, en outre être exclu du service des Assurances sociales ; si, d'autre part, il est coupable de collusion avec l'assuré, il est passible d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. Ce sont donc ces dernières pénalités qu'encourrait un médecin donnant d'accord avec l'assuré son acquit sur la feuille d'Assurances sociales alors qu'il n'a pas été payé.

2° **Ristourne** (ancien article 67). — Sera puni d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mos ou de l'une des deux peines seulement quiconque par offres promesses d'argent ristournes sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir des assurés dans une clinique ou un cabinet médical ou dentaire, ou une officine de pharmacie. Tomberait sous le coup de ces peines, le médecin qui ne prendrait à ses clients assurés sociaux que des honoraires inférieurs au tarif de responsabilité de la Caisse, à condition toutefois, qu'il n'ait pas fait connaître à la Caisse le chiffre ré l de ses honoraires, et que cette pratique ait eu pour but d'attirer chez lui ces assurés.

Conclusion

Le nouveau régime a, somme toute, conservé les mêmes principes que l'ancien. Les modifications qu'il a apportées ne visent que des modalités d'application et tendent principalement à opérer des économies sur les frais médicaux et pharmaceutiques de l'assurance-maladie et de l'assurance-maternité ; les moyens employés pour cela consistent dans l'abaissement du taux de remboursement pour les médicaments, ainsi que dans la limitation de la dépense par ordonnance, le renforcement du contrôle médical et des sanctions du règlement intérieur, et la substitution du Tarif de responsabilité au Tarif des accidents du travail pour les assurés indigents. A côté de cette recherche de l'économie nous constatons en outre un louable effort pour tenir compte des enseignements de la pratique en ce qui concerne les conditions d'ouverture du droit aux prestations : mesures tendant à conserver les droits de l'assuré même quand les conditions *de cotisations ne sont pas remplies s'il s'agit de causes indépendantes de sa volonté*, meilleure liaison avec le régime des accidents du travail, meilleur aménagement de la durée des prestations. Nous noterons enfin que le décret-loi, et surtout *le règlement d administration publique*, a heureusement précisé le statut juridiq e des médecins qui donnent leurs soins aux assurés sociaux et le fonctionnement du contrôle technique auquel ils sont soumis.

En résumé ce nouveau régime n'apporte pas le bouleversement complet auquel on pouvait s'attendre, il se contente d'adapter le régime de la loi de 1928-1930. Au point de vue médical, on ne peut, croyons-nous, que s'en féliciter, car les bouleversements projetés n'étaient pas précisément respectueux de la « Charte médicale », et de ses principes fondamentaux (libre choix, liberté de traitement et de prescription, entente directe et secret professionnel) qui continuent à régir l'assurance-maladie et l'assurance-maternité.

Jean MIGNON.

DUPUYTREN ET LE VOILE DE DENTELLE DE M^lle^ BOYER

« M. de La Tour du Pin venait de subir la douloureuse opération de l'extirpation d'un ganglion qui s'était formé sous la cheville du pied. Depuis bien des années, toutes les fois qu'il heurtait cette petite tumeur, pas plus grosse qu'un pois, il ressentait une vive douleur. Dans les derniers mois, elle avait un peu grossi, ce qui l'exposait par conséquent davantage à en souffrir par le contact avec quelque corps dur. Ayant consulté un mauvais chirurgien de Bruxelles, celui-ci lui ordonna d'appliquer un caustique sur la partie malade, afin de détruire la peau et de rendre ainsi plus facile l'extirpation de la tumeur. Mon mari suivit malheureusement ce conseil. Quelques heures après l'application du caustique, il fut pris de douleurs atroces et une vive inflammation envahit tout le pied. Cela m'inquiétait, et j'envoyai une consultation, écrite par mon excellent médecin, M. Brandner, à ma tante à Paris. Elle la porta elle-même chez M. Boyer, qui la lut avec attention et écrivit en bas, avec une brutale franchise : « Si M. de La Tour du Pin n'est pas opéré d'ici quatre jours, dans huit il faudra lui couper la jambe ».

« Cet arrêt terrifia Mme d'Hénin et la décida à expédier à Bruxelles M. Dupuytren, premier élève de M. Boyer. Il arriva à 5 heures du matin, et alla au bain avant de venir à la Préfecture. Peu d'instants auparavant j'avais reçu la lettre de ma tante, m'annonçant l'arrivée du chirurgien et me communi uant la déclaration de M. Boyer.

« M. Dupuytren entra, visita la plaie, et comme mon mari lui demandait quand aurait lieu l'opération, il répondit : « Tout de suite ». Puis, après avoir parlé un moment à son aide,

il me pria de me retirer, ajoutant que la chose serait bientôt faite. J'allai dans la pièce voisine, et les vingt minutes que dura l'opération me parurent vingt heures. Lorsque M. Dupuytren sortit, il me dit qu'il n'avait jamais fait une opération plus difficile. La sueur ruisselait de son front. Il se retira dans la chambre préparée à son intention et se coucha. Je trouvai mon pauvre mari fort pâle et notre fils Humbert, qui était resté auprès de son père, plus pâle encore. Cependant le malade ne souffrait pas et s'endormit bientôt paisiblement. Il n'avait pas fermé l'œil depuis dix jours.

« Le soir, je comptais cent louis à M. Dupuytren, plus les frais de poste de son voyage, et dix louis à son aide. Je lui donnai, de plus, un joli voile de dentelle, en le priant de l'offrir de ma part à Mlle Boyer, qu'il devait, disait-il, épouser dans quelques jours. Mais le mariage n'eut pas lieu. M. Dupuytren se brouilla avec M. Boyer, son maître et son bienfaiteur, n'épousa pas sa fille et garda mon voile. ».

(Marquise de La Tour du Pin. *Journal d'une Femme de cinquante ans*, Paris, 1913, II, p. 295.)

Ph. D.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Pathologie chirurgicale.** — M. PETIT-DUTAILLIS, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le samedi 2 mai 1936, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Programme. — Affections de l'abdomen, du rachis et de la moelle.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (Professeur : M. Pierre Duval). — *Chirurgie de la tête et du cou.* — Sixième cours par M. HESS, prosecteur avec la collaboration de M. MADURO, chef de clinique oto-rhino-laryngologique, sous la direction de M. F. Lemaître, professeur. Ouverture du cours le lundi 1er juin 1936, à 14 heures.

Première leçon : Chirurgie des oto-mastoïdites et de leurs complications encéphaliques. — *Deuxième leçon* : Complications veineuses des oto-mastoïdites. Ligature de la jugulaire interne. Ligature de la carotide externe. — *Troisième leçon* : Chirurgie des sinus de la face. Rhinotomies. Résection du maxillaire supérieur. — *Quatrième leçon* : Chirurgie du maxillaire inférieur et de l'articulation temporo-maxillaire. — *Cinquième leçon* : Chirurgie des glandes parotide et sous-maxillaire. — *Sixième leçon* : Trachéotomies et laryngectomies. — *Septième leçon* : Pharyngotomies. Œsophagotomies externes. — *Huitième leçon* : Chirurgie de la langue. Curage ganglionnaire du cou. — *Neuvième leçon* : Chirurgie du corps thyroïde. — *Dixième leçon* : Chirurgie du sympathique cervical. Neurotomie rétro-gassérienne.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet nº 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— **Thèses.** — Lundi 23 mars. — Jury : MM. Loeper Mathieu, Robert Debré, Haguenau. — M. FLEURY Etude de la sérothérapie non spécifique et de l'anti-anaphylaxie. — M. LUSZYNSKI : La tension artérielle pendant le cycle menstruel chez la femme. — M. NOTARI : Rétention des sels biliaires, au cours de l'ictère spirochétosique. — M. MOREAU : Etude du pied valgus congénital convexe. — M. MAHOUDEAU : Les accidents consécutifs à des déjections des ventricules en neuro-chirurgie, en particulier chez l'enfant.

Mardi 24 mars. — I. Jury : MM. Marion, Lenormant, Brocq, Schwartz. — M. HUTIN : Absence congénitale du vagin (traitement chirurgical). — II. Jury : MM. Gougerot, Jeannin, Laignel-Lavastine, Gastinel. — M. SLIM : Traitement local des furoncles et anthrax par l'acide salicylique cristallisé. — M. GOLDSTEIN : Etude de la présentation du siège (statistique de la maternité de la Pitié des six dernières années).

Mercredi 25 mars. — Jury : MM. Roussy, Lemierre, Cathala, Chiray. — Mme MERCIER : L'œuvre anatomo-pathologique du Professeur Maurice Letulle. — M. CHARLOT : Accidents nerveux (troubles moteurs et sensitifs) secondaires à l'emploi de l'émétine. — M. LAPLANE : Hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, pathogénie. Rôle du système neuro-végétatif. — M. NETTER : Les cardionéphrites.

Jeudi 26 mars. — Jury : MM. Léon Binet, Guillain, Lereboullet, Fey. — M. TEGO DEMOSTHÈNE : Recherches sur l'étiologie et la fréquence du rachitisme.

Samedi 28 mars. — Jury : MM. Tanon, Joannon, Lemaire, Philibert. — M. DUQUESNE : Nécessité de supprimer les petits abattoirs particuliers au point de vue de l'hygiène. — M. MERCIER HENRY : Etude de l'action de l'anhydride sulfureux sur la conservation des vins. — M. OSTER : Etude de la pathologie professionnelle dans l'industrie textile. — M. PITTCHALSKY : Tropisme buccal et immunité locale dans les infections buccales du nouveau-né. — M. POUGET : Hygiène individuelle de la jeunesse travailleuse française.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris** (Année 1935-1936). — *Conférences du dimanche* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (Autobus : PC, 87, AN, Q, AF, SK). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1935-1936. — 10 mai, M. SORREL : Traitement des déformations et impotences des membres inférieurs consécutives aux paralysies infantiles. — 17 mai, M. LESNÉ : Les avitaminoses frustes. — 24 mai, M. BENDA : L'épituberculose chez l'adulte (projections). — 7 juin, M. GRENET : Etudes sur la puberté. — 14 juin, M. GUTMANN : Début et évolution des ulcères gastriques et duodénaux. — 21 juin, M. B. WEILL-HALLÉ : Les réactions tuberculiniques et leurs enseignements chez l'enfant (projections). — 28 juin, M. LÉVY-VALENSI : Le Docteur Marat (projections). Exceptionnellement, cette conférence aura lieu à 10 h. 30, à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur AVIRAGNET, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, et celle du Professeur VAQUEZ, membre de l'Académie de médecine. Le Professeur Vaquez était, depuis la mort de Potain dont il fut l'élève, le chef de l'Ecole cardiologique de Paris. Il a donné son nom à une maladie : l'érythrémie ou maladie de Vaquez.

— **XXVIIIe Session du Conseil supérieur de la natalité.** — Le Conseil supérieur de la natalité a tenu sa XXVIIIe Session sous la présidence de M. Georges Risler, membre de l'Institut de France.

M. Serge Gas, directeur général de l'hygiène et de l'Assistance représentait M. le ministre de la Santé publique et de l'Éducation physique.

Après que M. le président eut prononcé l'éloge de M. le Professeur Charles Richet, ancien vice-président du Conseil supérieur, récemment décédé, et félicité M. le Professeur Siredey, promu Commandeur de la Légion d'honneur, il a été procédé à la réélection du Bureau qui est composé comme suit pour l'année 1936 : président, M. Georges Risler ; vice-président, MM. Landry, Duval-Arnould, François Saint-Maur, Pernot, Boverat ; secrétaire général, M. Lefas.

Après le renouvellement des pouvoirs des membres de la Section permanente, les rapports suivants ont été lus et adoptés après observations de MM. les Docteurs Siredey, Le Lorier, Cauchois, Abbé Viollet, MM. Landry, Lacoin, Duval-Arnould, Lefas, Partiot, Huber et Bertrand.

1° Rapport de M. Boverat, concluant à l'application normale, dans les hôpitaux de l'article 81 du Code civil, qui prescrit que les décès soient constatés par le médecin de l'Etat civil. Cette mesure a pour but de concourir notamment à la lutte contre l'avortement. Elle a été admise par le Conseil supérieur de l'Assistance publique et par M. le Directeur de l'Assistance publique de Paris avec certaines modifications que le rapport a entérinées.

2° Rapport de M. Georges Risler sur le projet de loi portant modification des art. 334 et 335 du Code civil, en vue de la répression de la traite des femmes majeures, en conformité du vœu de la Conférence internationale de Genève. Le rapport conclut à la prompte adoption de ce projet par le Parlement.

3° Rapports de M. Boverat sur la préparation d'un ouvrage relatif à la science démographique en France ; sur les encouragements à la nuptialité en Allemagne ; sur la préparation de films de propagande relatifs à la diminution de la population et à ses conséquences redoutables ; à la réorganisation de l'Etat civil en Russie ; enfin aux communiqués trimestriels de la presse sur le mouvement de la population.

4° Rapports de M. Georges Risler sur les propositions de loi de M. Louis Marin et Guillaume Poullet, relatives à la communication des maladies vénériennes et au dénombrement quinquennal de la population.

— **Médecine Maritime.** — Il est paru il y a un an, en langue française, un manuel « *Hygiène et Médecine à bord* », ouvrage standard de 400 pages, publié par la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et élaboré avec la collaboration de MM. Prof. Bogusat (Allemagne), Docteur Abt (O. I. P. H.), M. Bowden (Angleterre), Docteurs Carrozi (B. I. T.), Cavaillon, Clerc (France), R. Bernard et M.-J. Haeck (Belgique), Maj. Engelsen, M. Thorsen (Norvège), Cap. Freyer (Ass. Intern. Off. Mar.), Prof. Koolemans-Bijnen (Hollande), Docteurs Lutario (S. D. N.), Snow (Etats-Unis), Tsurumi (Japon), Humbert et R. Sand (secrétaires du Comité permanent du bien-être du Marin).

Nous apprenons qu'une édition anglaise et une édition japonaise vont être publiées bientôt, tandis que des éditions suédoise et espagnole sont dès à présent à l'étude.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Il en résulte que, si avant l'accident, l'ouvrier travaillait normalement, si des témoins peuvent affirmer que le blessé a dû interrompre immédiatement ses occupations, paraissant souffrir et cherchant à immobiliser instinctivement la région lombaire, il appartient au chef d'entreprise de détruire la présomption d'accident survenu à l'occasion du travail par tous autres moyens de preuve.

Dr Paul BOUDIN.

2.043. — Entreprise de démolition ; non assujettissement à la loi sur les accidents du travail

J'ai dans ma propriété un bâtiment assez important, anciennement à usage de brasserie, que je désire détruire.

Un cultivateur de mes clients m'offre de démolir cette construction et d'enlever les matériaux dont il a l'utilisation.

Ce serait une opération blanche, le travail fourni pour la démolition ayant sa contre-partie par l'abandon, de ma part, des matériaux récupérables.

Puis-je accepter cette offre ? dans ce cas, serai-je responsable des accidents qui pourraient éventuellement survenir au cours des travaux de démolition ?

Dr T.

Réponse

Pour que la loi sur le risque professionnel puisse trouver application, la condition primordiale est que l'on se trouve en présence d'un patron et et d'un salarié liés par un contrat de louage de services.

Or, il n'y a pas contrat de louage de services, mais bien contrat d'entreprise, lorsque, conformément à la jurisprudence, l'intéressé accomplit lui-même son travail comme il l'entend avec ses propres outils et avec l'aide d'ouvriers engagés par lui sans être sous la direction et la subordination de la personne pour lequel le travail est effectué.

Puisque tel est justement votre cas en l'espèce, vous n'avez donc pas à craindre de voir invoquer contre vous les dispositions protectrices de la législation sur le risque professionnel en cas d'accident survenu au cours de la démolition de votre bâtiment.

3.113. — Accident survenu dans le trajet entre le lieu du travail et le domicile du salarié

Le 1er avril 1936, en rentrant chez elle après son travail, une femme de journée que j'emploie plusieurs jours par semaine est victime d'une aggression et d'une tentative de viol. Son agresseur l'ayant

fait tomber elle se fracture l'extrémité inférieure du tibia et se trouve dans l'impossibilité de reprendre son travail avant une période minimum de trois mois.

Pourriez-vous me dire qui doit prendre à sa charge l'invalidité temporaire et les frais médicaux et pharmaceutiques ?

Première hypothèse : l'agresseur est solvable, qui est responsable ?

L'agresseur ?

Mon assurance-accidents ? (la femme de journée rentrait de son travail).

Les Assurances sociales ? (responsable de tout ce qui n'est pas accident de travail).

Même si c'est l'agresseur, n'est-ce pas mon assurance-accidents ou les Assurances sociales qui doivent prendre ces frais à leur charge dès maintenant et se faire rembourser plus tard par l'agresseur (cette question présente de l'importance dans le cas particulier car cette femme de journée veuve depuis quinze ans n'a que le produit de son travail pour faire vivre sa mère âgée de 78 ans).

Deuxième hypothèse : l'agresseur est insolvable. Qui est responsable ? Assurance-accidents ou Assurances sociales ?

J'ai fait immédiatement une déclaration « d'accident du travail » à mon Assurance-accidents, mais je n'ai pas encore reçu de réponse : dois-je prévenir les Assurances sociales que ma femme de journée a cessé son travail à la date du 2 avril 1936 ?

Dr C.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne couvre que les accidents survenus aux lieux et temps du travail, c'est-à-dire à tout endroit où la victime se trouve pour les besoins de l'entreprise et sur l'ordre de son patron. Les accidents survenus au cours du trajet du domicile au lieu du travail ou inversement ne peuvent être considérés comme tels que si le trajet est un prolongement du travail dans l'entreprise, soit parce que l'ouvrier est payé pendant ses heures de déplacement, soit parce que l'employeur prend le transport à sa charge, soit enfin parce que l'accès du lieu du travail présente des difficultés spéciales. Aucun élément de ce genre n'existant dans votre cas, l'agression dont a été victime votre femme de ménage ne saurait relever de la législation sur les accidents du travail et ne met en jeu, ni votre responsabilité, ni celle de votre Assurance.

La victime a, en conséquence droit au versement des prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie, si bien entendu, elle est en règle de ses cotisations. Mais, comme il y a un tiers responsable, la Caisse d'assurances sociales est en droit de se retourner ensuite contre lui pour lui demander le remboursement des prestations qu'elle a dû verser par sa faute. D'autre part, votre femme de ménage est elle aussi en

droit de poursuivre son agresseur en paiement de dommages-intérêts pour obtenir la réparation de la portion du préjudice subi, qui ne serait pas couvert par les Assurances sociales.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

2.770. — Recours contre le refus d'augmentation d'une pension

J'ai un malade pensionné militaire (loi de 1919) en 1920 pour sclérose pulmonaire à 10 %. Son état s'étant aggravé nettement, je lui ai fait un certificat, mais la Commission de contrôle a maintenu le 10 %.

Pourriez-vous me procurer un barème pour l'évaluation des blessures des pensionnés militaires ?

Que faut-il faire pour porter l'affaire devant le Tribunal des pensions ? Dr P.

Réponse

L'intéressé bénéficie d'un délai de six mois, à compter du jour où il a reçu le rejet ministériel de sa pension, pour se mettre en instance devant le Tribunal des pensions. Il doit adresser pour cela une lettre recommandée au Greffier du Tribunal civil de sa région, y joindre une copie du rejet de pension.

Le barème des invalidités militaires se trouve en vente chez Lavauzelle, éditeur, 124, boulevard Saint-Germain, Paris.

2.939. — Délais pour demander une pension militaire

En 1924 j'ai passé devant une Commission de réforme parce que j'estimais que ma santé du moment pouvait me soustraire à toute obligation militaire. La Commission a partagé ma manière de voir et a beaucop insisté pour me donner une pension. Obéissant à des sentiments peut-être honorables mais certainement maladroits, j'ai refusé avec la dernière énergie mettant le président dans l'embarras ; il voulait bien me réformer mais avec pension, moi je voulais être réformé mais sans pension. Finalement j'obtins gain de cause et sortis tout heureux avec une réforme n° 2. Depuis... douze ans ont passé, ma santé ne s'est pas améliorée et je m'aperçois que j'ai été un fameux imbécile. Pensez-vous qu'il est encore temps de réparer cette faute de jeunesse et comment m'y prendre ? En ce temps-là point n'était besoin de faire la preuve de l'imputabilité et comme je n'ai pas été évacué je n'ai aucune pièce sauf une vague *attestation de mon médecin-chef.*

J'étais médecin auxiliaire dans un bataillon d'infanterie, j'ai trois citations et la carte du combattant. Ce qui m'inquiète le plus, c'est que je vois l'horizon s'assombrir et que je ne voudrais pas revêtir l'uniforme et revivre activement une autre guerre, une expérience de ce genre suffit pour ma vie et je crains

qu'une réforme n° 2 me mette en état d'infériorité sur ce point.

Dr C.

Réponse

Le décret-loi du 30 octobre 1935 proroge jusqu'au 30 juin 1936 les délais pour demander une pension au titre de la Grande guerre. Les conditions imposées sont : d'être titulaire de la carte de combattant, d'avoir été évacué du front pour la maladie invoquée, et de faire la preuve que celle-ci a été contractée (et non aggravée) aux armées. Il est donc possible de réparer votre erreur de 1924 en adressant immédiatement, sous pli recommandé, une demande de visite au médecin-chef du Centre de réforme dont vous dépendez. Vous y joindrez la copie authentifiée de votre carte de combattant ainsi que celle de l'attestation de votre médecin-chef. Entre temps, il sera bon que vous essayiez de vous procurer au moins une autre attestation d'un camarade ou d'un médecin ; vous devrez aussi produire devant la Commission de réforme des pièces qui démontrent que vous vous êtes soigné pour la maladie invoquée d'une manière continue depuis la guerre.

Si la Commission de réforme et le ministre n'admettaient pas vos preuves d'origine, vous disposeriez ensuite d'un délai de six mois (à partir de la réception du rejet ministériel) pour vous mettre en instance devant le Tribunal des pensions.

2.661. — Port des insignes de décorations diverses

Nommé médaille de bronze du « Mérite civique », officier de l'Œuvre des vieux militaires, Palme d'Or de l'Encouragement public, je me demande si les rosettes que l'on ma remises peuvent être portées en public.

Un de mes amis, avocat, qui a lui-même certaines de ces palmes se demande si le port de ses rosettes (Mérite civique, Œuvre des vieux militaires, Encouragement public au Bien) est bien légal et autorisé.

Pourriez-vous me renseigner sur ces points ?

Dr T.

Réponse

Renseignements pris (Circulaire Ministérielle du 17 novembre 1911), vous pouvez porter en public, mais non sur l'uniforme militaire, tous ces insignes de décorations, bien qu'elles ne soient pas officiellement reconnues par le gouvernement, et cela au même titre que les insignes de sport, de sociétés, etc...

En tout cas, ces décorations ne sont pas frappées de droit de Chancellerie, pas plus que les Palmes académiques ou le Mérite agricole.

FISCALITÉ

2.708. — Déduction des primes d'assurance-vie

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir si la somme que je verse annuellement pour ma pension et ma retraire (primes contre-assurées) peut être déduites de l'impôt. Le Contrôleur me fait cette demande que je vous transcris :

« Indiquer à quel titre sont faits les versements indiqués au §§ 6 et 7 de votre déclaration.

« Sont-ils faits pour la constitution d'une retraite à capital aliéné ou à capital réservé.

« En vertu de la codification du 24 décembre 1934 (article 109) seuls sont autorisés par l'assiette de l'impôt les versements effectués en vue de la retraite du combattant. En conséquence la déduction que vous demandez n'est pas admise. »

J'ai répondu que mes versements étaient à capital aliéné avec primes contre-assurées. Est-ce bien ainsi?

Soyez assez aimable pour me dire si la déduction est possible.

Dr C.

Réponse

L'Administration prétend qu'aucune prime d'assurance-vie n'est déductible des recettes professionnelles imposables à la cédule des bénéfices non-commerciaux.

Votre Contrôleur par sa question semble admettre la déduction des primes lorsqu'il n'y a pas de réserve de capital. C'est aussi notre sentiment, mais seulement jusqu'à concurrence de 6 % du montant des honoraires. Dans votre cas, l'assurance est à capital aliéné et la contre-assurance vise seule le capital. La première prime est donc seule déductible dans la limite indiquée ci-dessus.

A. Martinot
Conseil fiscal

2.791. — Amortissement des automobiles et des appareils

Ayant une grosse installation composée d'appareils radiologiques, auto et meubles, pour la somme de 205.000 francs à amortir, le Contrôleur m'avait autrefois obligé à amortir le maximum chaque année Au bout de cinq ans j'avais ainsi amorti 87.000 francs Récemment le Contrôleur me fit savoir qu'il fallait dorénavant échelonner l'amortissement par des sommes fixes et il veut répartir le solde soit 115.000 francs sur dix ans. Mais cela me fait avec les cinq ans déjà pratiqués un amortissement réparti sur quinze ans. Je trouve cet échelonnement trop long car mon auto et mes appareils ne dureront pas quinze ans, et je propose cinq ans pour le solde soit dix ans en tout. Or les circulaires prescrivent que cet échelonnement doit être effectué suivant un

taux raisonnable et en rapport avec la durée probable des objets en cause. Je crois donc avoir raison, mais cela ne suffit pas pour obtenir gain de cause.

Sur quoi puis-je m'appuyer pour amener mon Contrôleur à accepter ma thèse ?

Quels sont les délais d'amortissement employés généralement pour les appareils radiologiques ?

Dr P.

Réponse

L'amortissement doit être proportionnel à la dépréciation.

Le Contrôleur ne peut en fixer le taux d'une façon arbitraire.

Certains appareils radiologiques doivent être rapidement remplacés par suite d'inventions nouvelles (cinq ou dix ans en moyenne).

Quant aux voitures automobiles, leur amortissement varie de deux à cinq ans, car il y a des docteurs qui les changent tous les deux ans ; c'est alors la soulte qui est déduite par moitié chaque année.

Si vous avez des contestations, soumettez-les nous.

A. M.

ASSURANCES SOCIALES

3.003. — Droit des assurés sociaux notoirement indigents aux spécialités

1° L'assuré social notoirement indigent a-t-il droit aux spécialités ?

2° Cet assuré social ne vous payant pas, mais vous présentant en guise de payement un billet de consultation ou de visite à domicile de l'Assistance médicale gratuite, y a-t-il lieu de signer dans la colonne « signature attestant le payement de l'acte médical par l'assuré » ou bien doit-on inscrire dans cette colonne : payé par billet de consultation de l'Assistance médicale gratuite ?

3° Le médecin a-t-il le droit de retenir jusqu'à payement la feuille de maladie de l'assuré social non-indigent, surtout lorsque cet assuré social a laissé apposer la signature attestant le payement et déclare à ce moment seulement ne pouvoir le faire ?

4° Le médecin a-t-il le droit de faire mettre opposition sur l'indemnité « journées de maladie » lorsque pendant un certain temps il a soigné un assuré social qui lui a déclaré ne pouvoir le payer pour l'instant mais a promis de le faire dès après indemnisation par la Caisse pour ses journées d'incapacité ? Bien entendu le médecin n'a pas donné quittance des visites mais a inscrit dans la colonne attestant le payement : « non payé ».

Dr P.

Réponse

Aux termes de l'art. 19 du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, les prestations concernant les assurés indigents « sont les mêmes que celles attribuées aux autres assurés, et leur sont accordées selon les modalités et sous réserve du contrôle applicables à ces assurés ». Cette disposition énonce donc formellement un principe qui était déjà contenu implicitement dans la loi de 1930 (V. Trib. civ. de Reims, 4 décembre 1935, *Concours Médical*, 1936, page 588), à savoir que les assurés indigents doivent en principe être assimilés aux assurés ordinaires et que la délivrance des prestations médicales les concernant est régie par les mêmes règles que celles relatives à ces assurés, c'est-à-dire par l'art. 6 du décret-loi qui pose formellement le libre choix du praticien, la liberté de traitement et la liberté de prescription. Par suite, le médecin traitant d'un assuré indigent est en droit de prescrire à ce dernier tout médicament de vente légale en France, même si ce médicament ne figure pas sur la nomenclature de l'Assistance médicale gratuite.

Il n'y a bien entendu pas lieu pour le médecin de porter son acquit sur la feuille de maladie comme pour les assurés ordinaires, puisque ses honoraires ne lui sont pas payés directement par ce dernier, qui n'a, de ce fait aucun remboursement à demander à sa Caisse, mais par sa collectivité d'assistance, c'est-à-dire le Service départemental d'assistance.

Le médecin ne peut retenir par devers lui la feuille de maladie d'un de ses clients assuré social ; il doit après chaque acte médical, soit porter la signature d'acquit s'il est payé, soit ne rien mettre s'il ne l'a pas été et rendre sa feuille à l'assuré.

Les indemnités journalières des assurés sociaux ne peuvent être cédées ou saisies que dans la même proportion que le salaire lui-même, c'est-à-dire pour le 1/10e seulement. Dans cette mesure, le médecin créancier de l'assuré est en droit à notre avis de faire opposition sur cette indemnité.

3.204. — Le titulaire d'une pension d'invalidité peut continuer à travailler

Un de mes malades est invalide et touche une pension des Assurances sociales pour tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée.

Cet homme a quitté son emploi et après traitement médical subi quinze mois, assure un service de comptabilité dans une boulangerie coopérative. Ce service de comptabilité lui est rémunéré.

Doit-il de ce fait, et malgré son invalidité continuer à effectuer des versements à la Caisse primaire à laquelle il était affilié auparavant ?

Je tiens à ajouter que ce malade n'est pas guéri cliniquement, que je continue à le soigner et que l'emploi qu'il occupe présentement n'est pas fatigant.

Dr S.

Réponse

Aucune disposition de la loi sur les Assurances sociales, qu'il s'agisse de l'ancien ou du nouveau régime, n'interdit à l'assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité de continuer à travailler. Il ne pourrait d'ailleurs en être autrement, puisque le taux de la pension est indépendant du taux d'incapacité, et que celle-ci peut très bien n'être pas de 100 %.

Si donc l'assuré use de cette faculté et reprend du travail comme salarié, il doit continuer à cotiser aux Assurances sociales du moment que son salaire annuel est inférieur au salaire limite. Mais, en vertu de l'art. 10, § 7 du décret-loi du 28 octobre 1935, le service de la pension peut être suspendu en tout ou en partie si l'intéressé jouit sous forme de pension, de salaire et de gain cumulés, de ressources au moins égales à celles dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

3.129. — L'assuré social est obligé de se soumettre au contrôle

Un assuré social actuellement en traitement a été convoqué une première fois chez le médecin contrôleur et s'y est présenté.

Une deuxième fois le malade a été contrôlé à domicile par le médecin contrôleur.

Etant invité par ce médecin à se présenter au dispensaire d'hygiène sociale antituberculeux le malade me consulte. Je lui conseille de ne pas se présenter au dispensaire car j'estime que cet organisme n'est pas chargé du contrôle des assurés sociaux.

Le malade reçoit alors la lettre ci-jointe qui lui refuse ses prestations.

Que pensez-vous de cette manière d'agir ?

Dr R.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 46 du règlement intérieur type des Caisses d'assurances sociales, qui est reproduit dans tous les règlements particuliers, l'assuré est obligé de se soumettre au contrôle médical dans les conditions de temps et de lieux fixées par ledit règlement intérieur. La Caisse était donc dans l'espèce en droit de faire procéder à ce contrôle dans un dispensaire public, où bien entendu, il n'aurait pu être question d'obliger le malade à se faire soigner. La sanction de l'inobservation des prescriptions du règlement intérieur étant la suspension des prestations, votre client ne peut en l'espèce former aucun recours contre la décision prise à son égard étant données les dispositions du règlement de sa Caisse.

QUESTIONS DIVERSES

911. — Honoraires pour certificat de décès

Un arrêté préfectoral datant déjà de plus d'un an prescrit aux familles de fournir le jour des obsèques un certificat médical constatant le décès et sa cause.

Je tiens simplement à vous demander si cet arrêté est légal (car j'ai lu l'article du *Concours* concernant l'obligation pour les maires seuls de constater les décès).

Au moment où l'on parle tant dans certains Syndicats de compression d'honoraires, il me semble qu'une économie à faire réaliser aux familles serait d'abord celle d'un déplacement inutile pour constater le décès d'un malade que l'on a soigné et chez qui on a vu progressivement approcher le terme fatal.

Il est évident que même en ce cas, pour «certifier», il faut avoir vu, sans quoi notre certificat serait un faux.

Dr L.

Réponse

Cet arrêté préfectoral est illégal pour plusieurs motifs.

Tout d'abord, l'article 77 du Code civil impose aux maires la constatation, par eux-mêmes, des décès survenus dans la commune. Le maire ne peut délivrer le permis d'inhumer que lorsqu'il va vérifier *de visu* l'état de mort. Si le maire répugne devant pareille besogne, il peut déléguer ses fonctions à un médecin, dit de l'Etat civil, qui, étant payé par la commune, ira aux lieu et place du maire constater si l'individu est réellement mort, et par suite, si le permis d'inhumer doit être délivré.

En conséquence, ce n'est pas aux familles à payer le certificat de décès — bien qu'en général et dans l'immense majorité des cas, les maires font supporter le prix de ce certificat à la famille de *de cujus*, pour faire des économies à la commune ; c'est à la mairie d'envoyer sur place l'officier de l'Etat civil ou le médecin qui agit aux lieu et place de ce dernier.

En ce qui concerne la cause des décès, le médecin traitant est lié par le secret professionnel. Il peut délivrer un certificat disant que : M. X... est mort, mais il n'a pas le droit d'ajouter que le décès est dû à une cause naturelle. En effet, si le médecin traitant avait été appelé pour un cas de mort violente, il se porterait indirectement dénonciateur en n'inscrivant pas sur son bulletin de décès que la cause de la mort est naturelle. La cause du décès ne peut être indiquée que par le maire ou par le représentant médical de ce dernier.

Au surplus, l'article 81 du Code civil fait un devoir à l'officier de l'Etat civil, lorsqu'il se trouve en présence d'un cas où la mort est due à une cause violente, de requérir un homme de

l'art pour faire constater l'état du cadavre et découvrir les causes de décès.

Un décret-loi du 30 octobre 1935 vient de prescrire aux médecins de déclarer les causes de décès dans les cas où la mort est due à une maladie contagieuse dont la déclaration est obligatoire pour les médecins ; mais, hormis ce cas, les praticiens doivent se taire sur les causes de décès. Même s'ils devaient indiquer cette cause à un autre docteur en médecine, inspecteur départemental des Services de l'hygiène. Entre ces deux confrères persiste encore le devoir du secret professionnel.

Je conclus donc que le Préfet de votre département a pris un arrêté qui est illégal, et il appartient à votre Syndicat d'en saisir la Confédération des Syndicats médicaux, pour voir s'il ne conviendrait pas de faire annuler l'arrêté préfectoral soit par décision ministérielle, soit par un recours en Conseil d'Etat.

Dr Paul Boudin.

---

852. — Capacité professionnelle des sages-femmes

Existe-t-il une codification médicale ou juridique assignant une limite au rôle professionnel des sages-femmes.

Dans une présentation du siège, une sage-femme peut-elle, sous sa seule responsabilité, procéder à un abaissement des bras et à une manœuvre de Mauriceau pénibles ? Alors qu'il lui est possible d'appeler un médecin ?

Dans un tel cas, s'il y a faute de la sage-femme, n'y a-t-il pas présomption d'exercice illégal de la médecine ?

Qui, dans un cas répréhensible, est en droit de déposer une plainte ? quels éléments a-t-il à produire ?

Dr G.

Réponse

En ce qui concerne la question que vous me posez quant à l'abaissement des bras et à la manœuvre de Mauriceau, je dois vous dire qu'ils se font d'une manière courante dans toutes les présentations du siège. Or, ces dernières présentations ne constituent pas, dans la majorité des cas, un accouchement laborieux qui nécessite l'appel d'un médecin.

Dans ces conditions, la sage-femme peut parfaitement faire elle-même ces différentes manœuvres, d'autant que lorsqu'elle a à les accomplir, elle n'a pas le temps matériel de faire appel à un médecin. Au surplus, l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 interdit aux sages-femmes de pratiquer seules les accouchements laborieux, et de faire usage d'instruments.

Dans toutes les présentations du siège l'ac-

couchement est beaucoup plus difficile que dans les présentations du sommet, mais ce n'est que dans des cas assez peu nombreux que l'on peut envisager une difficulté considérable ; le plus souvent, au contraire, l'accouchement se termine très bien pour la mère et l'enfant, si, comme c'est le cas, la sage-femme connaît son métier.

Il n'y a pas de codification médicale ou juridique en dehors des termes précités de l'article 4 de la loi de 1892 et des différentes décisions judiciaires qui en ont fait l'application.

Le tout est de définir l'accouchement laborieux, dystocique qui nécessite l'appel à un médecin, surtout si cet accouchement laborieux doit nécessiter l'application d'instruments, ce que ne peut faire la sage-femme.

D'après le troisième paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, est réputée exercer illégalement la médecine, la sage-femme qui sort des limites des attributions que lui confère la loi. Mais n'oublions pas que l'urgence peut expliquer bien des initiatives, même illégales, et peut même les absoudre.

Cependant, si l'on peut faire la preuve qu'en présence d'un accouchement qui s'annonçait comme devant être difficile, laborieux, dystocique, si la sage-femme n'a pas fait appel aux lumières d'un docteur en médecine, elle peut voir engager sa responsabilité pénale et civile, et être punie pour homicide ou blessures involontaires, et condamnée à des dommages et intérêts.

En ce qui concerne la plainte à déposer, si l'on veut aller devant la justice normale, c'est au mari de la parturiente qu'il convient de déposer plainte et de réclamer des dommages et intérêts.

Quant au médecin, il est préférable qu'il s'adresse à son Syndicat médical pour que celui-ci puisse s'entendre avec le Syndicat des sages-femmes afin de faire donner à la praticienne la leçon de déontologie, si elle la mérite. Ce n'est que dans des cas très caractérisés que le Syndicas médical, pourra porter plainte et se constituer partie civile. Dr Paul BOUDIN.

2.246. — Avortement et perforation utérine

A propos de votre consultation médico-légale page 726 du *Concours Médical* du 8 mars 1936 (no 10, 58e année) on ne peut qu'être entièrement de votre opinion. Je dirige un service obstétrical où affluent en même temps les fausses-couches (compliquées) et pour la plupart traumatiques, de toute la région ; leur pourcentage est fort élevé si on considère que les cas insolubles à l'extérieur nous sont vraisemblablement seuls montrés. Environ 1.000 fausses-couches pour 2.500 accouchements à la même période dans le service.

Les perforations traumatiques sont fréquentes (nous avons même vu une perforation utérine et vésicale simultanées). Quelquefois nous voyons des perforations spontanées par abcès de la paroi utérine (gangreneux ou non). Toutes ces perforations existent avant l'arrivée dans le service, et vraisemblablement très souvent criminelles, sauf les cas d'infection.

Sur huit môles hydatiformes, cependant nous avons observé un cas ayant donné insidieusement une péritonite généralisée (mortelle) purulente quatre jours après curetage évacuateur de la môle : l'hystérectomie vaginale nous montra une vaste perforation du fond utérin par énorme chorio-épithéliome térébrant.

C'est un cas absolument analogue à votre cas. Ici la curette n'a rien perforé mais bien le chorio-épithéliome comme le montrait l'examen de la pièce.

D'ailleurs une perforation instrumentale dans les utérus anormaux à paroi inexistante (et dont le diagnostic préopératoire est impossible) est imprévisible et impossible à prévenir même avec les plus grandes précautions. Ce sont des utérus qui ont (après hystérectomie), entre les mains, la consistance du buvard humide et se laissent traverser par la simple pression légère d'un doigt.

Dr J. COURTOIS

Accoucheur de l'hôpital
de Saint-Germain-en-Laye

3.103. — Conditions nécessaires pour exercer la propharmacie

Pour faire la propharmacie à quelle distance faut-il habiter d'une ville qui possède une pharmacie ?

Dr R.

Réponse

Aux termes de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI, « sont autorisés à exercer la propharmacie les médecins établis dans les bourgs communes ou villages où il n'existe pas de pharmaciens tenant officine ouverte ».

Contrairement à une opinion assez répandue, aucune distance minima n'est imposée entre le cabinet du médecin propharmacien et la plus proche officine de pharmacie.

Pour qu'un médecin puisse exercer la propharmacie, il faut et il suffit qu'il soit établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien, quand bien même dans la commune limitrophe se trouverait établi un pharmacien.

Ce point a encore été jugé, il y a quelques années par le Tribunal civil de Montmédy dans une affaire soutenue par notre Ligue.

Cinquante-huitième année — N° 18 — 3 Mai 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1^re Zone 75 fr. — 2^e Zone 100 fr.

◆ ◆ ◆

Renseignements

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

Nº 120. — A vendre, pressé, Chenard Aiglon 1933, Y 10 B, 8 glaces, grand luxe, 30.000 kilomètres, bon état. Prix : 6.500.

Nº 121. — Vittel. Cause santé, client. de 25 ans, à céder après mise au courant collaborat. et présentat. pendant la saison 1936 seulement. Ecr. Dr Adda, 98, rue Michelet, à Alger.

Nº 122. — 10 km. Paris client. très import. Appartem tout conf., 8.000, bail 8 ans. Etranger et israélite s'abstenir.

Nº 123. — Dr français 40 ans, cherche à reprendre poste médical sérieux à Paris.

Nº 124. — Seine-Infér. Bonne clientèle à céder contre légère indemn. Pays très agréable. Près grande ville.

Nº 125. — Laborat. demande représentant pour visites médicales, région Nord. Spécialité déjà connue, de prescription facile.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty,

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Gallmant, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Flandel, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire de 1936

L'Assemblée générale est convoquée pour le dimanche 7 juin 1936, à 15 heures, au siège social, 37, rue de Bellefond, Paris (IX[e]).

ORDRE DU JOUR

1° Rapport du Secrétaire général ;
2° Rapport du Trésorier ;
3° Rapport des Commissaires des comptes ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1935 ;
5° Election de deux Commissaires des comptes ;
6° Questions diverses.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE
du Corps médical français

Assemblée générale ordinaire de 1936

L'Assemblée générale ordinaire est convoquée pour le dimanche 7 juin, à 16 h. 30, au siège social, 37, rue de Bellefond, Paris (IX[e]).

ORDRE DU JOUR

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier ;
4° Rapports des Commissaires aux comptes et approbation des comptes de l'exercice ;
5° Ratification de la nomination par le Conseil d'un trésorier, d'un trésorier adjoint et d'un secrétaire général adjoint ;
6° Renouvellement des commissaires aux comptes ;
7° Renouvellement des membres du Conseil d'arbitrage ;
8° Questions diverses.

Le Président :
Dr J. NOIR.

• • •

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association générale des médecins de France.** *Assemblée générale annuelle.* — Cette Assemblée aura lieu sous la présidence de M. le Docteur Chapon le dimanche 17 mai 1936, à14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la Presse médicale.

Le soir, banquet à l'hôtel Continental, rue Rouget-de-Lisle, sous la présidence de M. le Docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président de l'Association. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 15 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques postaux, Paris : 186-07. Téléphone : Littré 61-43.

— **Collège de France.** — M. le Professeur Leriche a repris son cours dans la chaire de médecine du Collège de France.

— **Médaille du Docteur Béclère.** — La médaille du Docteur Antoine Béclère, œuvre du maître Dropsy, lui sera remise le dimanche 10 mai 1936, à 15 h. 30, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique (VIIe).

A l'issue de la cérémonie, le Docteur Antoine Béclère y recevra ses amis et leur famille.

— **Hommage au Professeur Castaigne.** — Les membres de la Société des Sciences médicales de Gannat et les lecteurs du *Centre Médical*, désirant fêter la nomination de commandeur dans l'Ordre de la Légion d'honneur du Professeur Castaigne, ancien président de la Société des sciences médicales de Gannat, rédacteur en chef du *Centre Médical*, médecin des hôpitaux de Paris, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, lui offriront un souvenir à la réunion de la Société qui se tiendra à Gannat le dimanche 2 août 1936.

Une souscription est ouverte à cet effet (20 francs).

Prière d'adresser les souscriptions à M. le Docteur Roger Ranglaret, trésorier de la Société, 11, rue Michel-de-l'Hospital, Moulins. Compte de chèques postaux n° 207-64, Clermont-Ferrand.

— **Journées médicales belges de 1936.** — La date des élections législatives belges ayant été avancés et fixés définitivement au mois de mai, la séance inaugurale des Journées médicales de Bruxelles de 1936 aura lieu, comme il avait été primitivement établi, le samedi 20 juin, à 4 heures, au Palais des Académies.

La Conférence d'inauguration sera faite par Maurice Bedel.

— **Livre jubilaire du Docteur Lambotte.** — Les amis et les élèves du Professeur Albin Lambotte ont décidé d'éditer en son honneur un Livre jubilaire, qui sera offert en hommage au « créateur de l'ostéo-synthèse ». Ce livre débutera par les conférences données par les Professeurs Sauerbruch (de Berlin) et Leriche (de Strasbourg) lors des fêtes jubilaires du Docteur Lambotte. Il comprendra en outre des articles originaux sur la chirurgie ostéo-articulaire écrits par plus de 40 chirurgiens de différents pays.

Les souscriptions sont reçues par le Docteur Jean Verbrugge, 75, avenue Van-Ryswyck, à Anvers. Prix de l'ouvrage : 130 francs (en Belgique).

— **Hospice départemental Paul-Brousse, Institut du cancer et Maison de retraite de Villejuif.** *Internat.* — Un concours pour la nomination à cinq emplois d'internes en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse, à l'Institut du cancer et à la Maison de retraite de Villejuif, s'ouvrira le 22 juin 1936.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e Bureau (annexe Lobeau, escalier A, 2e étage, porte n° 227), dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, jusqu'au 8 mai 1936.

Tous renseignements complémentaires sont dès à présent fournis en s'adressant au Service de l'Assistance départementale. L'hospice départemental Paul-Brousse est, par autobus, à 30 minutes du quartier des Facultés et des Grandes Ecoles.

— **Hôpital civil français de Tunis.** — Un concours sera ouvert au siège de la Faculté de médecine de Paris le lundi 8 juin 1936, pour un emploi de médecin des hôpitaux, à l'hôpital civil français de Tunis.

Liste d'inscription close le 7 mai 1936. Pour renseignements, s'adresser à la Direction de la Santé publique à Tunis (Direction de l'Intérieur).

— **Nécrologie.** — DAVIOUD (Jacques-Marie). — Nous avons appris avec infiniment de peine la mort accidentelle, survenue à Madagascar, du Docteur Jacques Davioud, chirurgien de l'hôpital et professeur à l'Ecole de médecine de Tananarive.

J'avais connu et apprécié ce jeune et brillant collègue, dès sa première année d'internat chez Mathieu. Il manifestait déjà des qualités chirurgicales de premier ordre ; il était curieux, actif, mais il avait aussi cet amour de l'aventure qui devait aller en se développant et l'amenait à la fin d'un internat chez des maîtres comme Robineau, Baumgartner, Roux-Berger, à quitter la France, pour aller là-bas, dans notre grande île, répandre les bienfaits de la civilisation et de la science française.

Son esprit original, dès son internat, l'avait

conduit à étudier la tolérance des tissus pour les corps étrangers, en particulier la prothèse métallique dans la chirurgie osseuse : ses travaux ont été le point de départ de nouvelles recherches qui montrent bien que Davioud avait vu juste et que longtemps encore, on trouvera dans ses travaux des renseignements précieux.

Il est profondément triste de voir une aussi belle intelligence détruite brutalement par un accident d'aviation alors qu'avec l'avion qu'il pilotait lui-même, Davioud allait partout où on l'appelait dans l'île, dispensait à tous les secours de la chirurgie, et étendait son action sur des centaines de kilomètres, rendant ainsi à notre belle colonie et à la science française, dont il était un bel ambassadeur, d'immenses services.

Cet exemple d'un collègue jeune, (il avait à peine 36 ans), qui meurt victime de son dévouement à la grande cause chirurgicale honore le Corps médical français, la belle phalange des internes, et nous devons nous incliner très bas devant cette tombe trop tôt ouverte pour dire à sa pauvre mère, à sa veuve désemparée, à son fils tout jeune quel souvenir il nous laisse et quel bel exemple il nous donne.

Dr Raphaël MASSART.

— **Homonymie.** — Le Docteur Maurice RIGAL, 5, rue Ruhmkorff, à Paris (XVIIe), nous informe qu'il n'a rien de commun avec son homonyme le Docteur Maurice Rigal dont plusieurs journaux médicaux ont annoncé la mort.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 AVRIL

Sanatoriums publics.

Mlle le Docteur Roche a été nommée médecin adjoint au sanatorium de Plougouven (Finistère).

16 AVRIL

Recensement des Associations professionnelles.

Décret du 15 avril 1936 relatif au recensement des associations professionnelles et à leur répartition entre les sections professionnelles.

Art. 1er. — Il sera procédé par les soins du président du Conseil, ministre de l'Intérieur (direction de la statistique générale de la France), au recensement à la date du 1er avril 1936 :

1° Des Associations professionnelles (Syndicats, Unions de Syndicats et autres groupements professionnels) ;

2° Des Associations de maires ;

3° Des groupements de consommateurs et d'usagers ;

4° Des Coopératives de consommation ;

5° Des Associations de familles nombreuses ;
6° Des Associations de tourisme ;
7° Des Sociétés et Fédérations de Sociétés de secours mutuels ;
8° Des Associations de propriétaires d'immeubles urbains ;
9° Des Associations de porteurs de valeurs mobilières ;
10° Des Associations ouvrières de production ;
11° Des coopératives agricoles.

Art. 2. — Les différents groupements énumérés à l'article 1er, à l'exception de ceux mentionnés à l'article 5 ci-après, devront faire connaître au siège de la Préfecture, dans les départements, et au ministère du Travail (direction du Travail) à Paris et dans le département de la Seine, avant le 15 mai 1936 :
1° Leur titre et leur objet ;
2° La ou les professions dont ils représentent les intérêts ;
3° Leur siège social ;
4° Les dates auxquelles ils ont accompli les formalités légales lorsqu'elles sont nécessaires pour leur constitution ;
5° Le nombre de leurs membres.

Les Syndicats et Unions de Syndicats professionnels qui auront fourni ces renseignements, en vue du recensement qui a été effectué à la date du 1er janvier 1936 par les soins du ministre du Travail, n'auront pas à les reproduire, sauf en cas de modifications survenues depuis cette date.

Art. 3. — Les prescriptions mentionnées à l'article 2 seront portées à la connaissance des groupements intéressés par voie d'insertion au *Journal Officiel.*

Art. 4. — Les résultats du recensement devront être adressés par les préfets au ministère du Travail (direction du Travail) entre le 15 et le 20 mai 1936. Il sera procédé à leur dépouillement entre le 20 mai et le 20 juin 1936. Le résultat en sera communiqué au secrétariat général du Conseil national économique.

Art. 5. — Les renseignements relatifs aux Sociétés coopératives de consommation, aux Associations ouvrières de production et aux Sociétés, Unions et Fédérations de Sociétés de secours mutuels, seront communiqués par le ministre du Travail au secrétariat général du Conseil national économique.

Art. 6. — Le même recensement sera effectué par les soins du gouverneur général de l'Algérie pour les groupements énumérés à l'article 1er existant sur le territoire de l'Algérie.

Art. 7. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret.

18 AVRIL

Assurances sociales.

Circulaire du 15 avril 1936 concernant les modalités d'application du nouveau régime des Assurances sociales pour les assurés du commerce et de l'industrie.

Des extraits de cette Circulaire seront publiés ultérieurement.

19 AVRIL

Sanatoriums publics.

Avis de concours d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le deuxième semestre de l'année 1936.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er juillet 1936, être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis. Toutefois, les candidats naturalisés ne pourront être pourvus d'un emploi dans un sanatorium d'Etat s'ils ne comptent au moins de dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française (loi du 19 juillet 1934.)

Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique, elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer.

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et en particulier du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui ;

6° Toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux ;

7° Un exemplaire de leur thèse et des études qu'ils ont publiées ;

8° Renseignements sur la situation de famille.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 20 mai 1936 au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction du personnel, 1re bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Service de santé militaire.

Par décret du 6 avril 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. titul. du B. P. M. S. : (rang 23 mars 1936) Miroux, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Aussounaire, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Fradin, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; Roose, 1re sect. infirm. milit., aff. 1re rég. ; Bens, 1re sect. infirm. milit., aff. 1re rég. Turot, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Lauret, 16e sect. infirm. milit., aff. 16e rég. ; Pradel, 13e sect. infirm. milit., aff. 17e rég.

Par décision du 7 avril 1936, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris

Les méd. lieut.-col. Rehm, du 19e C. A.
Les méd. command. : Lemeland, de la 5e région ; Di Chiara, de la 20e rég.
Les méd. capit. : Deriencourt, de la 4e rég. ; Guillaumont, de la 5e rég. ; Porak, des troupes de Tunisie.
Les méd. lieut. : Marquand, de la 2e rég. ; Deschamps, de la 4e rég. ; Lignières, de la 16e rég.
Le méd. sous-lieut. Allouche, du 19e C. A.

A la 2e région

Le méd. lieut. Weis, de la 20e rég.

A la 4e région

Le méd. capit. Briand, de la 11e rég.

A la 11e région

Le méd. comm. Retrouvey, de la 18e rég.
Les méd. sous-lieut. : Amphoux, de la 3e rég. ; Donet de la 18e rég.

A la 13e région

Le méd. command. Bonnet, du 19e C. A.
Le méd. lieut. Mezard, de la 17e rég.

A la 14e région

Le méd. lieut. Maure, du 19e C. A.

A la 15e région

Les méd. lieut. : Vional, de la 3e rég. ; Jubier, de la 4e rég. ; Siméon, de la 16e rég. ; Emeric, du 19e C. A.

A la 16e région

Le méd. command. Turcan, de la 15e rég.
Le méd. capit. Galinier, des tr. du groupe de l'Indochine.
Le méd. lieut. Le Forestier, de la 15e rég.

A la 17e région

Le méd. capit. Fontaine, des troupes du Maroc.
Le méd. lieut. Aubiban, de la 18e rég.

A la 18e région

Le méd. sous-lieut. Hubert, de la 11e rég.

Au 19e C. A.

Le méd. sous-lieut. Ramée, de la 20e rég.

A la 20e région

Le méd. sous-lieut. Schmittbuhl, de la 14e région.

Voir la suite page LV-1377

PROPOS DU JOUR

L'ancienneté des abus de l'hospitalisation et des soins à bas prix donnés dans les hôpitaux, les dispensaires et les cliniques, notamment à Paris.

L'action du Syndicat des médecins de la Seine dès son origine.

Le corps médical français et surtout le corps médical parisien s'insurgent contre les abus d'hospitalisation et de soins donnés à bas prix à tous venants dans les hôpitaux, les dispensaires et les cliniques. Une campagne très active a été menée à Paris, campagne à laquelle les syndicats médicaux n'ont pas été seuls à prendre part, mais qui a été appuyée par tous les groupements de praticiens. Il en est résulté des interventions au Conseil municipal de Paris, le dépôt d'une proposition de loi à la Chambre par M. Raoul Brandon, député du Ve arrondissement, à l'instigation du Docteur Michel Weill, membre du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, et même une tentative pour éclairer sur ces abus les candidats aux élections législatives.

La question est d'importance et nous ne saurions trop encourager et soutenir cette campagne. Elle ne date pas d'aujourd'hui et il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'elle fut une des premières préoccupations du Syndicat des médecins de la Seine lors de sa fondation, il y a exactement 45 ans.

On peut lire dans le deuxième numéro du *Bulletin officiel de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine* (1) du 15 février 1892, deux rapports du Docteur Fissiaux sur les policliniques qui, en dehors des hôpitaux et des Bureaux de bienfaisance, donnaient sans contrôle des soins médicaux gratuits à tous venants. Un de ces rapports visait la Policlinique de Paris, 28, rue Mazarine, qui s'intitulait : Œuvre d'assistance médicale et d'enseignement pratique de la médecine, et qui, ayant le projet de fonder des dispensaires privés dans chaque arrondissement de Paris, tâchait d'obtenir des subventions du Conseil municipal.

Dans le no 4 du même *Bulletin* du 15 avril 1892, on peut lire un rapport sur les consultations gratuites dans les hôpitaux par le Docteur de Beurmann, médecin des hôpitaux.

Au cours de la discussion qui suivit la lecture de ce rapport au Conseil d'administration du Syndicat dans sa séance du 21 mars, le Docteur Albert Le Blond, médecin de Saint-Lazare, vice-président du Syndicat, fit remarquer que l'abus était plus grand encore pour les malades admis à l'hôpital. « On y reçoit, et on y opère, disait-il, moyennant 3 fr. 50 par jour, des gens qui possèdent un capital de plusieurs centaines de mille francs. »

Le 22 juin le Conseil d'administration du Syndicat se rendit à l'hôtel de ville, conduit par le Docteur Chassaing, député de Paris et membre du Syndicat. Il remît une pétition protestant contre les subventions accordées aux policliniques au Président du Conseil municipal, et à M. P. Strauss, président de la 5e Commission du Conseil (assistance publique). Il fut entendu le 5 juillet par la Ve Commission et protesta aussi contre l'Admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Le 25 juin, le même Conseil d'administration remettait au Directeur et au secrétaire général de l'Assistance publique une pétition demandant à l'Administration de l'Assistance « de prendre les mesures nécessaires pour que le bénéfice des consultations et de l'hospitalisation fût réservé aux indigents. »

Le 22 juin 1892, le Syndicat avait adressé à chaque conseiller municipal de Paris une note signalant et précisant les abus. Nous y lisons que des artistes du Théâtre Français allaient régulièrement se faire soigner à l'Hôpital Saint-Louis ; qu'un monsieur jouissant de 25.000 francs de rente avait fait entrer sa femme dans un grand service de chirurgie en payant 3 fr. 50 par jour ; qu'un avocat, fort riche, blessé sur la voie publique et porté à l'hôpital Saint-Louis, y reçut les soins d'urgence, mais qu'il revint tous les jours, en coupé, se faire panser, emportant, sans payer, appareils et objets de pansements. Mille autres exemples de ce genre auraient pu être cités.

En novembre 1892, le journal le *XIXe Siècle* signale des abus constatés par le Docteur Hudelo à la clinique du Professeur Fournier, d'autres au service du chirurgien Péan et à celui du Docteur Ducastel. Il annonce l'intervention du Dr Deschamps, président du Conseil général.

En janvier 1893, le Docteur Navarre, conseil-

(1) Première dénomination du S.M.S.

ler municipal, appuyé par M. Deschamps, soutenait les doléances du syndicat, lors de la discussion de son rapport sur le budget de l'Assistance publique au Conseil municipal. Résultat : Sur la proposition de M. Lyon-Alemand, le Conseil décida d'inviter l'Administration à rendre plus sévères les enquêtes et à relever le prix de journée de l'hospitalisation pour les malades aisés, ce qui ne donna pas satisfaction au Syndicat (séance du Conseil municipal du 23 mars 1893).

Le *Bulletin syndical* signala de nouveaux abus nombreux à la Pitié dans les services des Docteurs Polaillon et Muselier, à Tenon dans le service du Docteur Reynier, à Laënnec dans le service du Docteur Ferrand.

A la séance du 12 mai, le président LE BARON émit l'idée de la création de maisons hospitalières privées ouvertes à tous les médecins pour les malades ne pouvant se faire soigner chez eux. Cette solution qui, à notre avis, était la bonne, ne fut pas prise en considération. Les mêmes faits furent constatés aux consultations de *l'Hospice des Quinze-Vingts*.

A l'Assemblée générale du Syndicat, le 26 novembre 1893, le Président émit l'espoir que le Conseil municipal mettrait un terme à ces abus.

Le 1er mars 1894, le Docteur A. Le Blond proposa à l'examen du Conseil judiciaire la question suivante :

L'Assistance publique a-t-elle le droit de faire payer ses soins aux malades en dehors des cas d'urgence ? Nous n'avons pu retrouver la réponse de nos juristes. Le Dr A. Le Blond obtint le 22 juin 1894, au Congrès d'assistance de Lyon, le vote à l'unanimité d'un vœu excluant les malades aisés dans les hôpitaux, vœu transmis au Parlement, pour obtenir le dépôt d'un projet de loi, frappant d'une amende les personnes aisées qui, hors le cas d'urgence, auraient recours aux hôpitaux, et, en cas de récidive, les frappant d'une peine d'emprisonnement.

Les journaux, le *Petit Parisien*, le *Jour*, le *Matin*, la *Presse*, la *Libre Parole*, le *XIXe Siècle*, le *Nouvelliste de Bordeaux*, appuyèrent la campagne du Syndicat. Le Docteur A. Le Blond la continua énergiquement par des conférences publiques ; en janvier 1895 il fit voter un vœu à ce sujet par le Comité républicain radical démocratique du Xe arrondissement, vœu transmis au Directeur de l'Assistance publique et au Parlement.

L'Administration de l'Assistance publique et le Conseil municipal firent la sourde oreille. Malgré les protestations et les démarches périodiques du Syndicat les choses restèrent en état ou plutôt continuèrent à s'aggraver jusqu'à ce jour.

En 1891 il y avait à Paris 2.200 médecins pour 3.000.000 d'habitants, soit un peu plus d'un médecin pour 1.300 habitants. Actuellement dans Paris et le département de la Seine, il y a 6.695 médecins pour une population qui n'atteint pas 5 millions et, comme les hôpitaux et les dispensaires ont plus que triplé de nombre ou d'importance, il se trouve que la clientèle des praticiens de certains quartiers est pratiquement réduite à 500 ou 600 personnes à soigner éventuellement.

Nous avons tenu à rappeler ces choses non pour nous livrer à de vaines récriminations, non pour reprocher quelque chose à quelqu'un, mais pour montrer que, dès son origine, il y a 45 ans, le Syndicat des médecins de la Seine a mené une campagne très active contre les abus des hôpitaux et des dispensaires. Il s'est servi des mêmes moyens que le corps médical parisien actuel : démarches auprès de l'Administration de l'Assistance publique, auprès du Conseil municipal, de sa cinquième Commission et de ses membres, démarches directes auprès des membres du Parlement, ou indirectes par l'intermédiaire du Congrès d'Assistance ou de Comités politiques, conférences, campagnes de presse dans plusieurs grands journaux quotidiens, voire même démarches lors des élections législatives auprès des candidats d'opinions les plus variées qui tous promirent *par écrit* de prendre en considération les intérêts médicaux (1).

Tous ces efforts ont été, hélas ! sans résultats.

Est-ce une raison pour désespérer et ne plus rien faire ? Nous ne le croyons pas. Espérons que par une modification de la Législation hospitalière la question ne tardera pas trop à se poser différemment ; c'est le plus ardent de nos souhaits.

Si cette satisfaction ne nous était pas donnée, il conviendrait d'envisager autrement le problème et de chercher d'autres moyens pour le résoudre.

J. NOIR.

(1) On pourrait retrouver dans le Bulletin du S.M.S. la trace de toutes ces démarches.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — LE TRAITEMENT LOCAL DES AFFECTIONS BÉNIGNES DE L'ANUS ET DU CANAL SPHINCTÉRIEN (1)

Par le Docteur Ed. ANTOINE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Glacière

Depuis seize ans, nous avons pu observer de très nombreux malades se plaignant d'affections diverses de la région anale et sphinctérienne. On sait combien sont pénibles toutes les maladies qui intéressent cette région, combien elles sont persistantes, difficiles à guérir et finissent parfois par créer chez les malades, qui en sont atteints, un degré variable de psychose.

On peut constater combien le traitement de ces lésions occupe peu de place dans les traités classiques et le médecin praticien se trouve souvent démuni pour soulager ces malades et aussi pour les guérir. Mais on ne saurait trop s'en étonner, car les notions concernant ces diverses affections et leur traitement ont subi ces dernières années de grands remaniements grâce à la mise au point de méthodes nouvelles d'exploration et de traitement. On voudra bien m'excuser si j'indique les *petits moyens* employés habituellement à ma consultation de l'hôpital de la Glacière en empiétant parfois un peu sur les domaines de la dermatologie et de la petite chirurgie.

Seront étudiés successivement : les anusites et les périanusites, les ulcères atones de la région anale, les hémorroïdes, les fissures, les fistules, les formations végétantes bénignes (marisques, condylomes, polypes, végétations), le prurit anal.

Dans le tome III des œuvres complètes d'Hippocrate éditées sous la direction du Professeur Roger, on trouve indiqués divers préceptes pratiques pour le traitement des hémorroïdes, des fistules et du prolapsus (page 27 et suivantes). On pourrait penser que la médecine n'a guère fait de progrès depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, puisqu'on y trouve décrites : la cautérisation des paquets d'hémorroïdes ; l'excision des hémorroïdes et des condylomes, l'application de cathérétiques, des onguents antiseptiques et des suppositoires astringents. L'incision des fistules borgnes y est indiquée. L'utilisation du spéculum et même d'une sorte d'anuscope cylindrique en cuivre (canule en cuivre creuse comme l'arundo phragmites) y trouvent leur place légitime.

Cependant, depuis vingt ans environ, le *traitement médical* des affections de la région ano-sphinctérienne s'est considérablement perfectionné, au point que les injections sclérosantes, les applications de courant de haute fréquence, la diathermo-coagulation, les injections intra-fistulaires de solution de fuchsine phéniquée ont remplacé le traitement chirurgical dans la plupart des cas. Ce qui caractérise l'application de ces nouveaux procédés de thérapeutique ce sont surtout leur étalement dans le temps, leur innocuité absolue et leur caractère de *traitement ambulatoire*. Il faut y ajouter le respect absolu du sphincter anal. Les malades continuent à mener leur vie normale pendant la durée du traitement dans presque tous les cas.

I. **Le traitement général** ne sera jamais négligé ; personne ne discute le rôle joué par les affections du foie sur le développement des hémorroïdes, le rôle des colites, des recto-colites et des rectites d'origine infectieuse ou parasitaire, des diverses dyspepsies gastro-intestinales, sur l'apparition des infections anales et péri-anales, le rôle de la tuberculose sur certaines fistules ou celui de la gonorrhée ou de la syphilis sur le développement de certains condylomes ou formations végétantes, etc... Ce sont là des données qu'aucun bon médecin n'oubliera de préciser en examinant les malades et en rédigeant son ordonnance ; la désinfection permanente du bol fécal par l'absorption de poudres inertes à base de carbonate de bismuth, de kaolin colloïdal ou de charbon s'impose dans tous les cas. Parfois on aura recours à l'auto-hémothérapie et aux diverses méthodes de désensibilisation, etc.

(1) Nous laissons volontairement de côté : le cancer de la région anale, les lésions syphilitiques, la tuberculose, l'actinomycose, la maladie de Nicolas et Favre, les angiomes diffus.

II. Le traitement local. — Pour éviter les répétitions, nous indiquerons d'abord rapidement la formule des quelques médicaments que nous employons d'une façon constante et qu'une longue expérience nous a montré être les meilleurs :

MEMENTO THÉRAPEUPIQUE

1° Solutions colorantes à base de couleurs d'aniline :

Fuchsine	2 gr.
Acide phénique neigeux	1 gr.
Alcool à 90°	10 c. c.
Eau distillée Q. S. P.	100 c.c.

pour usage externe en badigeonnage ; même formule en remplaçant la fuchsine soit par le bleu de méthylène, soit par le violet de gentiane. Nous avons été le premier à préconiser les applications larges de fuschsine phéniquée dans toutes les affections de la région ano-rectale, et nous constatons avec plaisir que cette méthode a été utilisée ultérieurement par de nombreux auteurs.

2° Ampoules de solution de chlorhydrate double *de quinine et d'urée à 5 % ou de salicylate* de soude à 30 %.

3° Solutions de nitrate d'argent à 1 % et à 3 %.

4° Pommade au collargol classique à 10 %.

5° Iode métalloïdique	1 gr.
Acide salicylique	1 gr.
Teinture de Benjoin	100 gr.

vernis-solution pour usage externe, en badigeonnage.

6° Suppositoires : voici une formule à laquelle nous donnons la préférence:

Oxyquinoléine	0 gr. 05
Hydrargyri-hydroxy-dibromo-fluorescéine	0 gr. 02
Kaolin colloïdal	0 gr. 25
Oxyde de Bismuth	0 gr. 25
Ephédrine chlor	0 gr. 05
Extrait de jusquiame	0 gr. 025
Extrait de ciguë	0 gr. 020
Hypalène	0 gr. 04
Mucilage de guimauve. / Beurre de cacao	Q. S. pour un suppositoire

(formule des suppositoires Biskama).

7° Si elle est nécessaire, l'anesthésie locale sera obtenue par des badigeonnages de la muqueuse avec le liquide de Bonain (cocaïne, menthol, acide phénique à parties égales) d'usage courant en oto-rhino-laryngologie, et par des injections intradermiques ou sous-cutanées d'une solution de novocaïne à 1 pour 200.

8° Teinture d'iode du Codex.

9° Des tubes de pommades à l'oxyde de zinc, ou de l'inotiol, etc., des pommades-vaccins, ampoules de sérum de l'Institut Pasteur, qui peuvent être appliquées localement en pansement.

En outre on aura à sa disposition le matériel usuel : tampons de coton montés et stérilisés, petites mèches de gaze imbibées de pommade au collargol, seringues stérilisées, anuscope, petites aiguilles fines et courtes semblables à celles utilisées par les dentistes, pinces, etc...

A) ANUSITES ET PÉRIANUSITES. — Parfois *primitives*, ces affections sont le plus souvent *secondaires* à une lésion anale (condylomes, hémorroïdes), à une lésion rectale basse ou haute, à une recto-colite ou même à une lésion génitale de voisinage, ou à un trouble général.

Caractérisées par l'humidité permanente de l'anus, la sécrétion de liquides irritants, du prurit, de la brûlure locale, rougeur, œdème de la muqueuse et de la peau périanale avec ou sans lésions eczémateuses et de grattage surajoutées, rétention de particules de matières fécales dans les plis radiés, exagérés par l'œdème infectieux. L'origine de ces lésions est d'ordre *microbien* (strepto, colibacilles, staphylocoques, entérocoques) ou *mycosique* (épidermophytoses), ou *parasitaire* ou *chimique* (selles riches en ammoniaque, ou en acides de fermentation, ou en bile). L'examen microscopique ou cytobactériologique peut préciser la cause. S'il y a des lésions à prédominance inflammatoire et eczémateuse, on employera les badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent tous les soirs ou tous les deux soirs, l'application de poudre de talc stérilisée ou d'ektogan, ou de vaseline additionnée ou non d'oxyde de zinc, de Cérat suivant les lésions.

S'il s'agit de lésions d'*origine mycosique*, on badigeonnera tous les deux soirs, l'anus et la région périanale avec la solution de vernis iode acide salicylique benjoin (Memento thérapeutique). L'application est douloureuse pendant quelques secondes, mais la sédation est ensuite presque immédiate.

S'il y a des exulcérations et des fissures du sillon interfessier, les badigeonnages quotidiens avec la solution de fuchsine phéniquée feront cicatriser très rapidement.

B) LES PLAIES ATONES DE L'ANUS, L'ULCÈRE CHRONIQUE DE L'ANUS.

C'est une lésion heureusement rare, développée près des commissures en haut ou en bas. Elle est caractérisée par sa chronicité. On devra varier constamment les topiques utilisés : poudres et pommades diverses, badigeonnages de nitrate d'argent, de solution de bleu de méthylène, de fuchsine ou de violet de gentiane, les insufflations d'air chaud ou d'oxygène, ou d'ozone, les effluvations de haute fréquence ou les cautérisations légères à la diathermo-coagulation, etc... L'avivement de la plaie avec l'aiguille diathermique nous a donné les meilleurs résul-

tats dans les cas d'ulcération rebelle (étincelle froide).

De toute façon, il faudra beaucoup de patience et de petits soins pour arriver à la guérison. Bien entendu, on recherchera toujours s'il ne s'agit pas de tuberculose ou de syphilis concomitantes.

C) Les hémorroïdes. — Nous en distinguerons quatre variétés suivant le degré de gravité :

— les *hémorroïdes internes, capillaires*, donnant lieu à des hémorragies plus ou moins répétées (premier degré, on les découvre seulement avec l'anuscope) ;

— les *hémorroïdes externes*, procidentes, isolées (deuxième degré) ;

— les hémorroïdes externes en gros bourrelets (troisième degré) avec ou sans thrombose ;

— enfin les *hémorroïdes avec prolapsus* de la muqueuse rectale (quatrième degré).

Les trois premières variétés guérissent avec le traitement médical.

La dernière variété peut nécessiter parfois l'intervention chirurgicale.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit d'hémorroïdes simples, non compliquées, et le traitement sclérosant peut être commencé aussitôt ; ou bien les hémorroïdes sont compliquées d'infection, de suintement, d'anusite, et dans ce cas-là il vaut *mieux nettoyer* la région pendant quelques jours par des lavages locaux, par des mèches au collargol, par des suppositoires antiseptiques, par des applications de haute fréquence anale, etc...

Donc éviter de faire un traitement par injections sclérosantes ou diathermo-coagulation en période aiguë inflammatoire. Mais il peut être appliqué en période de saignement sur lequel il est particulièrement efficace. Si une grosse hémorroïde est thrombosée et très douloureuse, elle sera incisée au thermo et le caillot sera exprimé. Si l'hémorroïde est assez pédiculée, elle pourra être sectionnée avec le serre-nœud diathermique. Cependant nous avons vu guérir de nombreux malades ayant une hémorroïde thrombosée, en utilisant seulement les bains de siège, les pommades, les suppositoires et plus tard les piqûres sclérosantes.

La plupart du temps, les hémorroïdes internes capillaires et les hémorroïdes externes du deuxième degré s'améliorent suffisamment par des procédés très simples (triade thérapeutique) : *marron d'Inde, suppositoires biskama* et *injections sclérosantes* constituent le traitement de base de tous les hémorroïdaires.

Prescrire 5 gouttes d'intrait de marron d'Inde avant les deux repas ; mettre un peu de vaseline dans l'anus avant d'aller à la selle, lavage local à l'eau fraîche après la selle, mettre un suppositoire (formulaire n° 6) tous les soirs au coucher et le garder toute la nuit. Dès le premier soir de ce traitement, les écoulements de sang disparaissent.

Résumé des divers traitements des hémorroïdes

1° Hémorroïdes internes, capillaires, hémorragiques (1er degré) ;	Le traitement général dans tous les cas comprend : Régime, régularisation et désinfection de l'intestin (constipation ou diarrhée), traitement du foie, de la circulation générale, hygiène locale, suppositoires désinfectants, haute fréquence, etc...	Injections sclérosantes sus-hémorroïdaires.		
2° Hémorroïdes internes et externes du 2e degré peu nombreuses ;			Injections sclérosantes sus et intra-hémorroïdaires.	
3° Hémorroïdes externes avec paquets de volume moyen (3e degré) ;	id.		*Idem* + diathermo coagulation.	
4° Gros paquets hémorroïdaires avec bourrelets et prolapsus (4e degré).	id.			*Idem* + diathermo-coagulation ou intervention chirurgicale.

Les injections sclérosantes. — On complétera le traitement local en faisant les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée (aux quatre points cardinaux du canal sphinctérien), une injection tous les trois à cinq jours à l'aide du rectoscope et avec une aiguille fine (*Fig.* 1). Presque toujours nous faisons l'injection sus-hémorroïdaire comme le conseille Bensaude. Plus rarement nous faisons l'injection intra-hémorroïdaire selon la méthode de Roux (de Lausanne) et comme font les Anglo-Américains, quand l'hémorroïde a résisté à l'injection sus-hémorroïdaire. L'anuscope étant en place on badigeonne à la teinture d'iode le

point que l'on va piquer, puis l'injection est poussée lentement, haut dans le canal sphinctérien à la naissance des hémorroïdes, dans la zone limite ano-rectale. L'injection de 1 à 2 c. c. étant faite, retirer l'aiguille, badigeonner de teinture d'iode et placer avec une longue pince une mèche de gaze imbibée de pommade au collargol qui est laissée dans le canal sphinctérien au fur et à mesure que l'on retire l'anuscope. La mèche sera gardée jusqu'au soir ou même jusqu'au lendemain matin (*Fig.* 2, 3, 4, 5). Très souvent dès la première piqûre, les hémorragies s'arrêtent. On demandera au malade d'aller à la selle avant d'avoir une injection sclérosante. Après avoir pratiqué des milliers de piqûres sclérosantes, nous n'avons jamais vu la moindre complication locale ou générale coucher un suppositoire (formule déjà indiquée) qu'il gardera toute la nuit. En fondant, le suppositoire laisse les substances, qui le composent, se déposer sur la muqueuse du canal sphinctérien. Cette dernière est ainsi très vite désinfectée, décongestionnée et cicatrisée.

Les résultats obtenus sont rapides et il est facile de les contrôler avec l'anuscope d'une fois à l'autre.

Les hémorroïdes du troisième degré seront également traitées de la même façon ; une fois sur deux, on verra peu à peu les bourrelets s'affaisser, se résorber, les suintements disparaître et le malade guérir comme dans les deux premiers cas avec marron d'Inde, injections sclérosantes et suppositoires.

Dans 50 % des cas, il faudra compléter ce

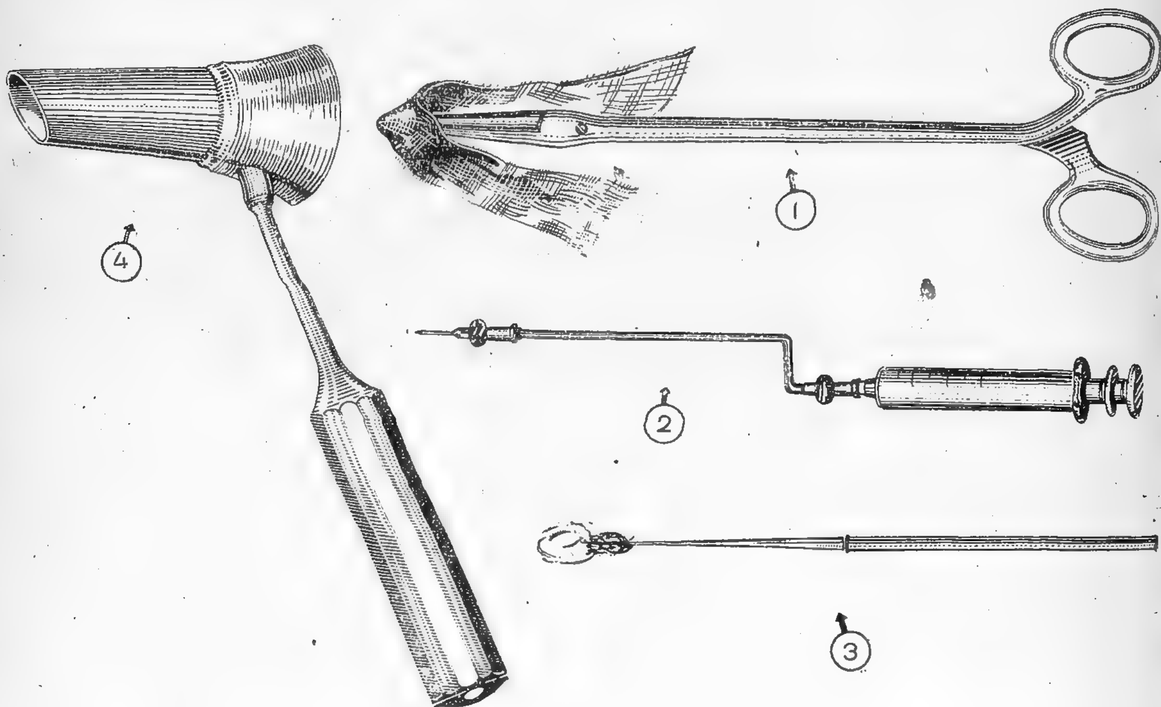


FIG. 1. — *Matériel nécessaire pour traiter les hémorroïdes par des injections sclérosantes.*

1. Pince sur laquelle on monte une mèche de pommade au collargol. La mèche ainsi montée est introduite dans l'anuscope et laissée en place après la piqûre ; on retire l'anuscope pendant que la pince maintient la mèche en place.
   La pince est retirée après que l'anuscope est dégagé de l'anus.
2. Porte aiguille coudé en baïonnette permettant de faire la piqûre sus-hémorroïdaire tout en dégageant le champ de l'anuscope (Ed. Antoine).
3. Porte-coton pour toucher à la teinture d'iode le point de la muqueuse avant et après l'injection sclérosante.
4. Anuscope de Bensaude dont le mandrin a été retiré.

(Bensaude et Oury, Cambiès ont fait la même constatation).

En général quatre piqûres suffisent. Parfois on est obligé de faire une à deux injections supplémentaires quelques semaines ou quelques mois après. Dès le début et dans l'intervalle des injections, le malade mettra tous les soirs au traitement par des applications de *haute fréquence anale* (méthode de Doumer), ou par la *diathermo-coagulation* (méthode de Bordier) ou la *section diathermique.*

Pour appliquer ce dernier traitement, il faut avoir une installation suffisante et la possibilité d'hospitaliser parfois les malades pendant quel-

ques jours au lit. On peut utiliser une seule aiguille active, ou bien une aiguille double (fourchette de Bordier). L'anesthésie locale est nécessaire.

Si la diathermo-coagulation est pratiquée en plusieurs fois, en touches légères, il n'y a pas lieu d'immobiliser le malade et la méthode reste ambulatoire, comme pour les injections sclérosantes. Si l'on pratique en une fois la diathermo-coagulation totale, avec destruction de volumineux bourrelets, la réaction post-opératoire est assez violente et nécessite un repos au lit de 8 à 10 jours avec applications répétées de pommade au collargol et lavage de la région anale après les selles avec un bock sans pression et du sérum salé isotonique. L'escarre tombe ainsi peu à peu et vers le dixième jour, la détersion du foyer est assez avancée pour laisser lever le malade. La cicatrisation ultérieure est très rapide ensuite avec les badigeonnages quotidiens de fuchsine phéniquée et la cicatrice obtenue vers le vingtième jour est de très bonne qualité et non rétractile. Les résultats éloignés sont absolument parfaits et la cicatrice devient invisible. Enfin s'il y a un *prolapsus rectal concommitant*, on peut parfois obtenir de très bons résultats (comme dans deux cas récemment traités) par les injections sclérosantes sous-muqueuses et les suppositoires. Heitz-Boyer utilise la diathermo-coagulation selon son procédé spécial (cloutage). Bensaude et Oury ont traité comme nous avec succès des prolapsus du rectum. Durand-Boisléard obtient la disparition complète du prolapsus par cinq ou six applications plus ou moins espacées avec l'aiguille diathermique, et en allant de la profondeur vers l'extérieur.

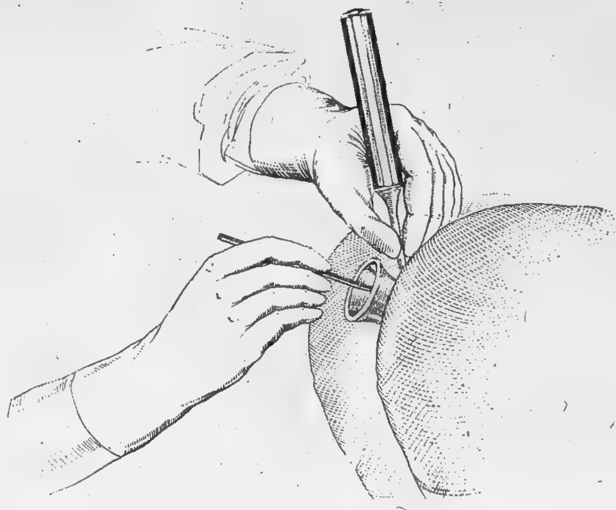


Fig. 2. — Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes ; premier temps : introduction de l'anuscope et badigeonnage avec la teinture d'iode du secteur de la muqueuse où l'on va enfoncer l'aiguille.

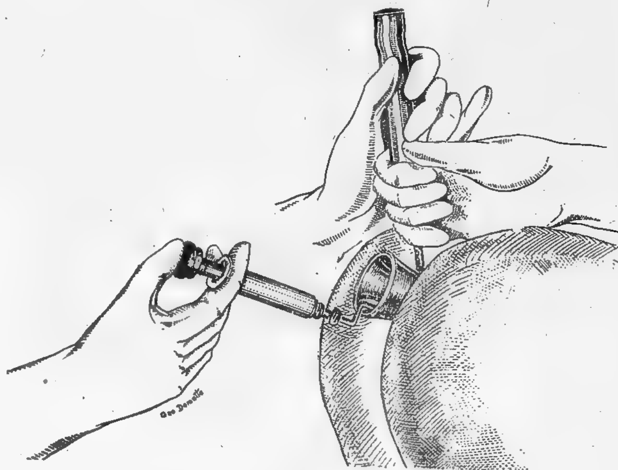


Fig. 3. — Deuxième temps : l'aiguille enfoncée d'un coup sec, le liquide sclérosant est injecté lentement sous la muqueuse à la limite supérieure du canal sphinctérien ; après avoir retiré l'aiguille, on badigeonne à la teinture d'iode le point qui a été piqué.
On notera combien le porte-aiguille en baïonnette permet de dégager le champ anuscopique et facilite l'injection.

Enfin, s'il y a un gros paquet hémorroïdaire bien pédiculé il y a avantage à le sectionner avec le serre-nœud diathermique, après l'avoir ligaturé avec un fil (pour empêcher l'écartement des bords sectionnés) et après anesthésie locale.

De toute façon, les soins ultérieurs consistent en application quotidienne de pommade au collargol, les premiers jours, puis on fera des badigeonnages de la surface cruentée avec de la *fuchsine phéniquée* et pansements secs ou vaselinés, maintenus par un bandage en T, lavage au sérum salé et au bock après les selles. On maintiendra, jusqu'à la cicatrisation l'évacuation de selles molles et pâteuses, bien désinfectées, par la prescription quotidienne de bismuth-kaolin-magnésie (le matin au réveil une cuillerée à soupe dans un verre d'eau) et par de l'huile de paraffine au dîner.

D) Traitement de la fissure anale. — On peut éviter l'intervention chirurgicale (anesthésie générale, dilatation totale de l'anus, laxité sphinctérienne ultérieure fréquente) en utilisant soit *la diathermo-coagulation* (Durand-Boiléard), *soit les injections sclérosantes* sous-fissuraire (méthode vulgarisée par Bensaude). Depuis plusieurs années nous avons traité ainsi les malades atteints de fissure anale par ce traitement ambulatoire, sans aucun insuccès. En général une à deux piqûres sont nécessai-

res : après badigeonnage local avec du liquide de Bonain, la seringue remplie de la solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée est armée d'une aiguille en nickel longue de 4 cm. et fine. L'aiguille est enfoncée brusquement (après avoir averti le malade) immédiatement au-dessus de l'extrémité de la fissure. Pendant qu'on enfonce l'aiguille en plein tissu et parallèlement au canal anal, on pousse progressivement 1 c. c. de la solution sclérosante. Le reste de la seringue est injecté au retour en retirant l'aiguille. Donc le liquide est injecté à l'aller et au retour. La douleur est brusque et vive, mais elle ne dure pas. Le malade après vingt ou trente secondes est soulagé, ne souffre plus ; le sphincter est relâché et l'on peut déplisser facilement l'orifice de l'anus, ce qui permet de passer sur la fissure un tampon de fuchsine phéniquée ou de nitrate d'argent à 3 %, puis de laisser en place une petite mèche de gaze imbibée de pommade au collargol ou de pommade vaccin (Inosepta ou autre). On doit faire revenir le malade tous les jours pour faire soi-même le pansement. Parfois une deuxième piqûre sclérosante est pratiquée le troisième jour et la cicatrisation complète de la fissure est obtenue en cinq ou six jours. Bien entendu, l'absorption de bismuth-kaolin-magnésie et d'huile de paraffine facilitera tous les jours les selles pâteuses. Nous avons traité une soixantaine de cas de fissures anales avec guérison en quelques jours, le malade part cinq minutes après la première injection, ne souffrant plus et il peut dormir le soir même sans médicament. C'est là vraiment un procédé curatif élégant et qui doit passer bien avant la dilatation forcée de l'anus, sous l'anesthésie générale, que pratiquent encore certains chirurgiens.

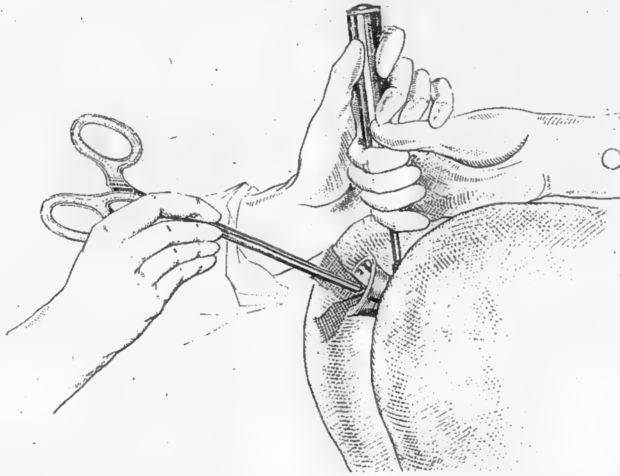


Fig. 4. — Troisième temps : la pince coiffée de la mèche de gaze imbibée de pommade au collargol est poussée dans l'anuscope jusqu'à son extrémité supérieure.

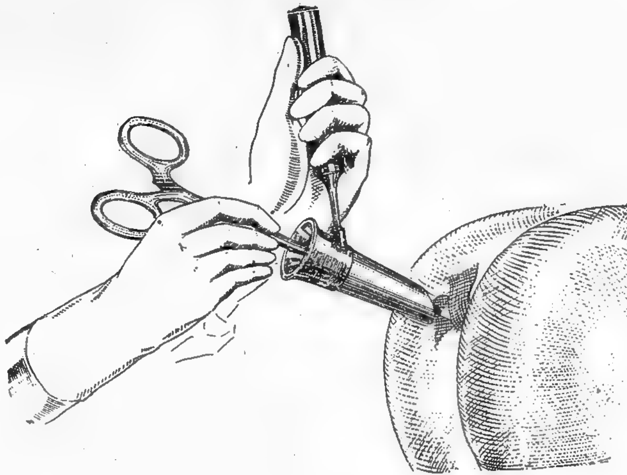


Fig. 5. — Alors que la mèche est maintenue en place par la pince, on retire doucement l'anuscope. Le sphincter anal se referme sur la mèche pansement, qui est laissée en place, en retirant doucement la pince.
La mèche est conservée jusqu'au lendemain.

E) Traitement des fistules ano-rectales par les injections phéniquées de fuchsine et de bleu de méthylène. — Dans le n° 10 de la *Médecine* (juillet 1924) nous avons exposé pour la première fois ce traitement original des fistules ano-rectales. Il n'est pas rare de recevoir à notre consultation de l'hôpital des malades porteurs de fistules anales ou ano-rectales, opérées à plusieurs reprises, sans avoir obtenu de guérison. Depuis 1920 j'utilise ce traitement facile à appliquer aussi bien par des infirmières que par les membres de la famille du malade, me réservant de surveiller la cicatrisation par un examen hebdomadaire.

1° *La solution employée* a été indiquée plus haut (voir le Memento thérapeutique).

2° *Le matériel nécessaire* comprend simplement une seringue de verre de 2 c. c. et une canule pour lavage du sac lacrymal en argent de Desmarres ; cylindro-conique, cette canule à bord mousse s'introduit facilement dans l'orifice externe de la fistule. En enfonçant plus ou moins la canule dans le trajet fistuleux, on peut arriver à bloquer l'orifice de la fistule. Le liquide injecté pénètre alors avec plus de force dans le trajet et va imprégner tous les recessus et tous les bourgeons. Si la fistule a deux orifices, il se produit un nettoyage énergique et le liquide ressort par le deuxième orifice. Si la fistule est borgne, quand

on perçoit une certaine résistance à la pulsion du piston de la seringue, on retire légèrement la canule. L'orifice est ainsi débloqué et le liquide revient s'échappant avec force en balayant la fistule. On recommence ainsi plusieurs fois cette manœuvre de blocage de la fistule, à chaque séance.

Les injections pourront être répétées tous les jours ou tous les deux ou trois jours. Il est parfois utile d'alterner les solutions antiseptiques injectées (bleu de méthylène phéniqué, fuchsine phéniquée, violet de gentiane phéniquée, etc.)

Les résultats obtenus sont excellents ; avec un peu de doigté et de persévérance, on peut guérir 90 % des malades en quelques semaines par ce traitement ambulatoire. Bien entendu, s'il y a un pont cutanéo-muqueux court, on le chargera sur une sonde cannelée et on le sectionnera avec la pointe du galvano-cautère ou l'aiguille diathermique. Les pansements seront ainsi facilités.

G) Ablation des polypes, condylomes, marisques, végétations et crêtes de coq, tumeurs bénignes de la région anale et du canal sphinctérien. — L'anesthésie est obtenue avec un badigeonnage de Bonain sur la zone muqueuse ou avec une injection infiltrante du pédicule cutané par la solution de novocaïne à 2 %. La destruction est obtenue par le serre-nœud diathermique si les tumeurs sont pédiculées ; si les tumeurs sont sessiles et étalées en nappe, on emploiera l'aiguille diathermique fine, montée sur manche isolant, et l'on fera de nombreuses et courtes applications de courant en piquant plus ou moins profondément. Très vite on apprend à connaître à quelle profondeur il faut enfoncer l'aiguille et combien de secondes il faut laisser passer le courant. Les tissus détruits deviennent blanchâtres et souvent une petite cloque se produit.

On peut également utiliser l'étincelle monopolaire froide ou le résonateur de Oudin, surtout s'il s'agit de petites verrues ou de végétations ano-rectales à détruire.

A la suite de tous ces traitements de diathermo-coagulation, on appliquera des pansements avec les pommades déjà indiquées. On badigeonnera tous les jours le pourtour avec la solution de fuchsine phéniquée ; on pourra activer dans certains cas l'épidermisation par les applications d'air chaud, d'ozone ou de rayons ultra-violets.

Un très grand nombre de malades ont été ainsi traités et guéris.

H) Le prurit de la région anale. — Un prurit modéré accompagne très fréquemment toutes les lésions que nous venons d'étudier, depuis les hémorroïdes internes ou externes jusqu'aux condylomes et aux anusites. Des soins de propreté locale, des applications de pommades calmantes, des badigeonnages de nitrate d'argent à 3 % ou de la solution (benjoin iodé salicylé) déjà indiquée sont en général suffisants pour soulager ces malades. Mais on assiste parfois à des formes de *prurit grave*, plus ou moins étendu au périnée et à la région génitale, résistant à tous les traitements locaux et généraux. On s'adressera à l'opothérapie, aux calmants nervins (gardénal, valériane, luminal, bromures, etc.), aux applications locales de solution de chloral, aux pansements gras isolants, à la haute fréquence, à la radiothérapie, à l'auto-hémothérapie. *Il y a parfois des prurits qui résistent à tout.* Nous avons obtenu la guérison dans un de ces cas en utilisant les injections sous-cutanées, en éventail, de la solution de benzocaïne (méthode de Yeomans, de N. Y.) prônée par Bensaude :

Benzoate de benzocaïne........	5 grammes
Alcool phényl méthylique......	5 grammes
Huile d'amandes douces.......	90 c. c.

Il a suffi de quatre injections faites en éventail tout autour de l'anus pour amener la disparition complète du prurit. Dès la deuxième piqûre le malade retrouvait le sommeil. La guérison paraît durable.

III. **Résultats**. — Le traitement ambulatoire de toutes les affections bénignes de la région ano-sphinctérienne s'impose actuellement dans la grande majorité des cas. Avec toute une série de petits moyens minutieux le médecin peut obtenir la guérison de ces maladies. Les succès ainsi obtenus, par ces diverses méthodes, doivent les faire définitivement admettre parmi les procédés de thérapeutique usuelle.

Marron d'Inde, suppositoires et injections sclérosantes ou bien marron d'Inde, suppositoires et diathermo-coagulation, ont le droit de prendre la place principale dans le traitement curatif de la plupart des hémorroïdes. La guérison est obtenue dans la *proportion de 70 % (Bensaude-Rachet)*. Avec les piqûres sclérosantes, nos résultats nous paraissent meilleurs encore. Cependant on évitera ces traitements (injections sclérosantes et diathermo-coagulation) chez les malades atteints de grosses lésions du foie, des reins, du cœur, au cours de la grossesse, du diabète (sauf après traitement insulinique) et de maladies infectieuses, chez les malades fortement hypertendus. La cicatrisation des lésions sera grandement accélérée par les applications de pommade au collargol, puis par les badigeonnages avec la solution de fuchsine phéniquée.

Les résultats excellents ainsi obtenus seront consolidés et maintenus par les conseils habituels d'hygiène générale : selles faciles, régime non congestionnant, vie aérée et sportive, hygiène locale, cures mensuelles de suppositoires et de gouttes de marron d'Inde, etc... (1).

(1) Dans un prochain article du *Concours Médical* nous étudierons le traitement local de certaines affections du rectum et du côlon.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

La sérothérapie des scarlatines malignes

La méconnaissance possible de certaines formes malignes

La forme suraiguë de la scarlatine est, certes, bien connue. Les symptômes majeurs en sont : une hyperthermie considérable ; une tachycardie dépassant souvent 140, avec effondrement tensionnel, assourdissement des bruits du cœur ; une éruption intense, souvent ecchymotique. Le malade est agité, sub-comateux. Le pronostic apparaît très sombre.

Mais, à côté de cette forme bien décrite, il en existe une autre, *forme cardio-bulbaire*, dont l'existence est souvent méconnue, mais dont le pronostic est également redoutable. Le sujet ne paraît pas abattu ; il conserve toute sa connaissance ; l'œil est vif, et *dès l'abord le tableau ne paraît pas très alarmant. Cependant, la fièvre reste très élevée* après quatre, cinq, six jours ; le pouls est extrêmement *rapide*, atteignant souvent 160. Un signe de valeur capitale permet de prévoir la mort ; c'est l'existence de *crises de collapsus*, pendant lesquelles le sujet est en état de mort apparente, avec un pouls imperceptible.

Ces scarlatines ne présentent pas un caractère exceptionnel ; elles sont plus rares en France que dans les pays anglo-saxons, mais leur existence est certaine.

Deux sérums de valeur certaine

Ce sont : le *sérum de cheval, et le sérum humain de convalescent.*

Ils constituent à l'heure actuelle un armement efficace, susceptible de fournir de *véritables résurrections dans les scarlatines malignes*, alors que dans les scarlatines bénignes, beaucoup les les plus fréquentes, il suffit d'une thérapeutique symptomatique et d'un régime bien observé.

I. Le *sérum spécifique* repose sur la constatation faite par Ch. Fiessinger, que le streptocoque hémolytique est l'agent causal de la maladie ; celui-ci siège dans la gorge, pour y occasionner une angine, et, de là, ses toxines se diffusent dans l'organisme pour déterminer les symptômes généraux et l'éruption.

La méthode du traitement sérothérapique de la scarlatine fut introduite en France en 1927 par R. Debré et Lamy.

Le sérum peut être obtenu de deux manières : soit en injectant au cheval des quantités croissantes de toxine, soit en injectant à cet animal des microbes virulents dans une masse de gélose. Le sérum ne doit être employé qu'après un titrage soigneux, car le nombre de doses neutralisantes au centimètre cube dépend à la fois de la toxine, de la souche de streptocoque, et du cheval. Un bon sérum renferme 10.000 doses neutralisantes par centimètre cube.

Voici les importantes règles, que précise le Docteur Julien Marie (1) pour l'emploi de ce sérum, qui doit être réservé aux *seules* scarlatines malignes.

Il faut l'injecter dès le début de la maladie, dès que le diagnostic est posé, *le plus rapidement possible. Le quatrième jour constitue une limite* au delà de laquelle l'efficacité de la sérothérapie diminue rapidement. « Passé ce délai, les résultats sont médiocres, quelle que soit la dose employée, on ne rattrape jamais le temps perdu ».

L'auteur conseille de *fortes doses d'emblée.* Le mieux est d'injecter en une fois 100 c. c., et de ne pas répéter les piqûres. Grâce à ce procédé, tous les auteurs ont pu noter d'excellents résultats. Il a été cependant observé que le sérum agissait uniquement sur les symptômes toxiques du début, et qu'il n'évitait pas les complications.

Ce sérum spécifique antiscarlatineux est préparé par l'Institut Pasteur.

II. En cas de défaut, on peut tenter des injections de *sérum de convalescent.* Celui-ci ne doit être prélevé que cinq semaines après le début de la maladie, et il nécessite un titrage. Son mode d'emploi est le même que pour le sérum d'origine équine. « La quantité à injecter doit être élevée : on n'en fait jamais assez. Il faut atteindre au minimum 60 c.c., et souvent monter jusqu'à 150 et 200 c.c. ».

Cependant les résultats semblent plus variables qu'avec le sérum équin ; parfois le sérum de convalescent se montre d'une activité remarquable, parfois il est peu efficace. Ceci tient souvent à ce que le titrage n'a pas été fait, et que des sérums de convalescents sont loin d'avoir tous la même valeur antitoxique.

Bref, ces deux méthodes permettent à l'heure

(1) Docteur Julien Marie. Traitement de la scarlatine. (*Journal des Praticiens*, 28 septembre 1935.)

actuelle de sauver un grand nombre de sujets atteints de scarlatine maligne : le praticien doit y recourir dans la mesure de ses moyens, quand il a posé un tel diagnostic.

Quelques mesures de prophylaxie pour éviter les scarlatines malignes

Le moyen d'éviter, autant que faire se peut, les formes malignes de la scarlatine consiste : 1° à *surveiller et à traiter convenablement les formes bénignes* et 2° à *faire* dans certaines circonstances de la prophylaxie pure par la *sérothérapie préventive.*

I. S'il est admis que, dans la scarlatine légère, « moins l'on fait, mieux cela vaut », on doit cependant surveiller la *tension des patients,* et quand celle-ci accuse une défaillance, les extraits surrénaux par voie buccale ou sous-cutanée peuvent rendre des services.

On assure la *désinfection du nez* par des instillations d'eau physiologique à 7 ‰ ; on prescrit des gargarismes boratés ou bicarbonatés. Il ne faut pas pratiquer d'attouchements des amygdales, il faut éviter les lavages du nez susceptibles d'entraîner des complications. *L'hygiène de la peau* est assurée par des onctions de tout le corps à l'essence d'eucalpytus, seul procédé survivant de la méthode de Milne, tombée en désuétude. Les bains seront repris au trentième jour, à condition que la température soit redevenue normale et que les urines ne contiennent pas d'albumine.

Il est indiqué après une scarlatine de garder l'appartement quarante jours. Toutefois lorsque trois recherches successives du streptocoque hémolytique dans la gorge sont restées négatives, on peut autoriser la sortie dès le trente-cinquième jour.

Quant à la *diététique pratique,* elle peut être résumée de la façon suivante :

Repos au lit formel sept jours après la chute complète de la fièvre, le lever n'étant permis qu'en l'absence d'albuminurie.

Diète hydrique durant la période fébrile, c'est-à-dire pendant cinq à sept jours : jus de fruits, bouillon de légumes, lait coupé d'eau.

Réalimentation à partir de ce moment jusqu'au vingtième jour, avec des légumes et des fruits offerts à volonté.

Après le vingtième jour, s'il n'est pas apparu d'albuminurie, la viande, le poisson et le sel (2 à 3 grammes) seront autorisés.

On évitera ainsi l'affaiblissement considérable qu'entraînait le régime lacté prolongé, et l'on n'a pas à craindre de néphrite.

II. *Sérothérapie préventive.* — Théoriquement, il faudrait pratiquer une réaction de Dick sur tous les individus susceptibles d'être contaminés, et *protéger par le sérum ceux qui sont sensibles à la maladie.* On sait que la réaction de Dick est positive si la papule, au point d'inoculation, dépasse au bout de vingt-quatre heures 1 cent. de diamètre. En pratique ce procédé est trop compliqué. Voici comment procède le Docteur J. Marie.

« On isole le scarlatineux avec une personne pour le soigner et l'on protège par le sérum les enfants et les adultes qui en valent la peine, c'est-à-dire ceux dont l'état de santé est tel, qu'une scarlatine représenterait un accident très grave, peut-être mortel, ou ceux qui pour des raisons variables doivent à tout prix éviter une maladie.

« En pareil cas la prévention sera obtenue de préférence avec du *sérum de convalescent titré,* qui ne donne pas d'accidents sériques. On injecte 20 à 30 c. c. chez les enfants, 40 à 50 c. c. chez les adultes. La durée de l'immunité est de treize jours. »

Notons enfin que, malgré les recherches actuelles, le problème de la vaccination contre la scarlatine n'est pas encore résolu, ou moins d'une manière pratique.

II

Le vaccin anticoquelucheux et son mode d'action

Voici quelques déclarations importantes, faites par le Docteur J. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, dont on connaît les remarquables travaux et la compétence particulière sur la question bactériologique de la coqueluche (1).

« Depuis quelques années, en Belgique particulièrement, le Corps médical témoigne au traitement vaccinothérapique de la coqueluche, une faveur croissante. De nombreux médecins estiment que ce traitement abrège manifestement la durée de la coqueluche, et confère à son évolution un caractère nettement plus bénin. Les quantités de vaccins préparées par l'Institut Pasteur de Bruxelles sont de plus en plus importantes. Il est certain que chaque année, en Belgique, depuis cinq ou six ans, plusieurs milliers d'enfants atteints de coqueluche sont soumis au traitement spécifique. En 1934, par exemple, l'Institut a délivré du vaccin pour plus de 4.600 enfants. »

(1) A propos du vaccin anticoquelucheux. (*Bruxelles-Médical,* 2 février 1936).

Ce mode de traitement, intervenant avant la période des quintes, ou même au début de celles-ci, les rend moins pénibles, moins fréquentes, et abrège très nettement la maladie. L'amélioration s'observe en général à partir du cinquième ou sixième jour après la première injection.

Quant à l'efficacité préventive du vaccin, elle a été démontrée par Madsen, aux îles Feroë, en 1926; cet auteur a pratiqué dans ces conditions, plus de 2.000 vaccinations préventives, qui permirent une expérimentation aussi rigoureuse qu'étendue.

Il est à noter que tous les vaccins, notamment le Néo-Dmetys en France, sont préparés en éliminant la toxine du bacille de Bordet-Gengou ; celle-ci, d'après le Docteur Bordet, ne serait d'aucune utilité pour l'immunisation, puisque la production d'antitoxine ne peut être escomptée, et que la toxine est à l'origine d'accidents de nécrose. Les vaccins sont, en conséquence, uniquement composés de corps bacillaires possédant les qualités antigéniques requises, mais ne provoquant aucune lésion.

S'il est vrai que l'enfant coquelucheux est capable, sans l'aide d'aucun traitement, de fabriquer les anticorps protecteurs, il ne les produit malheureusement qu'au bout d'un temps assez prolongé. Or l'intervention vaccinothérapique hâte et exhalte manifestement l'élaboration de ces principes protecteurs ; dès lors la défense de l'organisme s'effectue avec plus de promptitude et d'énergie.

Il est à noter enfin, que M. Bordet, en collaboration avec MM. Ramon et Debré, poursuit des essais de vaccination combinée contre la coqueluche et la diphtérie, le vaccin consistant en anatoxine diphtérique additionnée d'une quantité convenable de suspension concentrée de bacilles coquelucheux. Il semble logique, en effet de chercher à protéger à la fois contre ces deux maladies, puisque c'est à la même période de l'existence qu'on est particulièrement exposé à les contracter.

CONFÉRENCES DES HOPITAUX DE PARIS

LES POUSSÉES MENSTRUELLES CHEZ LES TUBERCULEUSES

Docteur Pierre Bourgeois

De la conférence faite le 23 mars 1936 à l'Association médicale des hôpitaux par M. le Docteur Bourgeois (*les poussées menstruelles chez les tuberculeuses*), il est, pour le praticien, quelques notions importantes à retenir.

1° Chez une femme normale, la température s'élève de quelques dixièmes de degrés avant les règles et s'abaisse pendant l'écoulement ;

2° Chez les tuberculeuses, l'élévation du niveau moyen de la température pendant l'écoulement ou une réaction thermique nette post-menstruelle est d'un pronostic plus sérieux, car elle traduit l'activité des lésions ;

3° L'*aménorrhée silencieuse* (non pas celle de la période précachectique) paraît avoir une heureuse influence sur l'évolution de la maladie ; elle semble être une réaction de défense de l'organisme qu'il faut respecter, car souvent, les malades voient leur tuberculose s'aggraver lorsque les règles réapparaissent ;

L'*aménorrhée active*, au contraire, où la poussée menstruelle existe, avec fièvre et réactions focales pulmonaires, est la forme la plus redoutable ; la thérapeutique a peu de prise sur elle.

Ayant déjà étudié la fièvre menstruelle des tuberculeuses dans ses rapports avec la dysménorrhée si fréquente chez ces malades, M. Bourgeois s'est demandé si on ne pourrait pas agir sur la fièvre en agissant sur la dysménorrhée. Or, la *folliculine*, essayée, a donné des résultats heureux sur l'évolution de la tuberculose, en supprimant ce facteur d'aggravation : la fièvre menstruelle. Un premier contrôle expérimental sur des cobayes, inoculés avec des bacilles de Koch assez atténués, a démontré que la folliculine n'était pas dangereuse. Sur les malades, les résultats suivants ont été notés :

Sur la dysménorrhée : dans 60 % des cas, très bons résultats ; sur la fièvre : dans 40 % des cas, résultats favorables.

On injecte 1.000 unités de benzoate de folliculine pendant les dix jours qui suivent les règles ou 5.000 unités en injection unique.

L'idéal serait évidemment pour une tuberculeuse de ne pas avoir de règles et de ne pas éprouver les troubles subjectifs qui accompagnent cette disparition ; mais on ne peut procéder à la castration, qui est un procédé trop brutal. Il faut donc s'en accommoder et les faire supporter le mieux possible : la folliculine répond, comme nous venons de le voir, à ce premier desiderata.

Le corps jaune a donné des résultats médiocres, sauf dans le cas d'augmentation du flux menstruel. Quant à l'hypophyse, peu d'essais ont encore été faits, mais les résultats paraissent favorables. En tout cas, il faut utiliser des extraits purs (20 unités entre le huitième et le quinzième jour).

Tous ces phénomènes sont encore à l'étude (1).

(1) Conférence recueillie et résumée par le Docteur Certain.

ADÉNOLYMPHOIDITE AIGUË BÉNIGNE ? OU LEUCÉMIE AIGUË FATALE ?

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD
Interne des Hôpitaux de Paris

C'est une histoire vraie.

Le climat de l'histoire d'abord : un grand hôpital ; dans cet hôpital, un service actif ; dans ce service, un laboratoire auquel préside un laborantin passionné de son métier ; les examens sont exécutés aussitôt qu'ils ont été demandés !

Vous trouvez que je brode *inutilement* ? Non ; il faut que vous soyez dans l'atmosphère pour comprendre la suite. La voici : un externe, un matin, se sent quelques ganglions dans le cou ; il les fait palper à ses camarades ; oui, tu as des ganglions, lui répondent-ils. Notre externe réfléchit, potasse des questions. Avant de se faire examiner par le patron, il demande au laborantin de lui faire une formule sanguine (dans les questions, le diagnostic des adénopathies comporte un examen de sang !), Aussitôt dit, aussitôt fait.

Le lendemain matin, notre externe bondit sur le patron, à peine arrivé : « Monsieur, j'ai une leucémie aiguë ! »

— Une leucémie aiguë ? Voyons, de quoi s'agit-il ?

— Oui, Monsieur, j'ai des ganglions cervicaux ; c'est une leucémie ; ma lame de sang est sous le micro ; venez voir, Monsieur.

Du bureau du patron, une porte donne accès au laboratoire ; le patron a mis l'œil sur le micro : il déplace un peu la lame de droite à gauche, de haut en bas. L'externe est haletant. Le patron abandonne le micro ; un sourire amusé plisse ses yeux. Et tandis qu'il revêt sa blouse et attache son tablier tranquillement, devant l'externe abasourdi, il interroge :

— Voyons depuis quand avez-vous ces ganglions ?

— Je les ai remarqués hier.

— De la fièvre ? une angine ? — oui naturellement.

— Mais alors Monsieur ?

— Avez-vous entendu parler de l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne, suivant l'expression de Chevallier, de la fièvre ganglionnaire des classiques ? Ce n'est peut-être pas une question « sortable » ?

....

L'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne ?

Elle se rencontre surtout à deux âges : la seconde enfance ; chez les adultes jeunes, au-dessous de 30 ans.

Dans la forme typique, après une incubation de cinq à six jours,

le début est assez brusque, en général : malaise, abattement, élévation de la température à 39°.

Parfois d'ailleurs les *premiers signes, ce sont* :

les *ganglions cervicaux* : carotidiens, sous-angulo-maxillaires, sous-maxillaires, parfois aussi occipitaux ou mastoïdiens, adénopathies assez volumineuses, fermes, légèrement douloureuses, sans empâtement, sans adhérence à la peau, sans tendance à la suppuration ;

accompagnant ces ganglions, *une angine* : rougeur diffuse des amygdales, des piliers, du pharynx ;

la *fièvre* à 38°, 38°5, persiste un jour ou deux ;

la rate est percutable ;

L'*examen du sang* montre :

un nombre normal de globules rouges ;

des globules blancs augmentés : leucocytose entre 10.000 et 20.000. Ce sont les mononucléaires qui sont augmentés : mononucléose à type monocytaire : leucocytes de grande taille, à un seul noyau arrondi ou réniforme, sans nucléoles.

La guérison est constante ; en deux jours la fièvre tombe ; les ganglions et la mononucléose persistent en général quelque temps.

A côté de cette forme typique, des formes frustes :

sans période de début, l'adénopathie est le premier symptôme ;

ou sans angine ; parfois l'angine peut être remplacée par un coryza ;

ou sans fièvre.

Toutes ces formes souvent méconnues contribuent vraisemblablement à la diffusion de la maladie.

Des formes plus sévères, au contraire :

avec fièvre à 38° ou 39°, persistant, pendant dix-quinze jours ;

avec pâleur, asthénie, amaigrissement,

formes pouvant d'ailleurs être suivies de rechutes.

Suivant les symptômes :
— des formes avec adénopathies généralisées : les ganglions axillaires, inguinaux, épitrochléens sont pris ; parfois aussi adénopathie trachéo-bronchique ;
— l'angine peut prendre l'aspect d'une angine de Vincent, d'une angine à fausses membranes diphtéroïdes ;
— la fièvre peut être oscillante ;
— parfois une éruption maculeuse peut apparaître ;
— dans le sang, en dehors des monocytes, on peut constater la présence de cellules jaunes, de lymphoblastes.

Suivant l'âge :
— la deuxième enfance, l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne y est fréquente, bien connue des pédiatres ; à signaler que la monocytose est moins caractéristique, puisque fréquente à cet âge
— les adultes jeunes : l'angine passe souvent inaperçue.

Telle est l'adéno-lymphoïdite aiguë, avec hyperleucocytose modérée et forte mono-nucléose, dont le pronostic est toujours bénin.

Son germe semble être un virus inconnu, dont la parenté a été discuté avec les virus (?) de l'agranulocytose, des leucémies, de la rubéole...

Le diagnostic en raison de l'angine peut se discuter avec une angine érythémateuse banale, fuso-spirillaire de Vincent, scarlatineuse, diphtérique ; — à cause de l'asthénie, avec un début de fièvre typhoïde, et celle-ci s'accompagne de mononucléose ; — en cas d'éruption maculeuse, avec une rubéole.

En réalité, le diagnostic qui se pose est surtout celui des adénopathies cervicales :

adénopathie due à une infection naso-pharyngée ;

ganglions tuberculeux : l'examen du sang permet le diagnostic ;

un début de maladie de Hodgkin : mais il y a une fièvre plus élevée, du prurit ; l'examen du sang montre une polynucléose neutrophile avec 5 à 6 % d'éosinophiles ;

une agranulocytose : mais l'état général est très atteint ; il y a une diminution considérable des globules blancs ; les polynucléraires sont preque absents et il y a peu de mononucléaires.

Le gros diagnostic, c'est la leucémie aiguë à prédominance lymphoïde ; certes la leucémie aiguë typiquement s'accompagne d'un état général grave ; les hémorragies sont multiples, l'anémie importante ; sur la lame, les cellules souches sont nombreuses et caractéristiques. Oui, mais la leucémie aiguë peut n'être pas d'emblée hémorragique et anémiante ; dans l'adéno-lymphoïdite se rencontrent souvent quelques lymphoblastes jeunes. Les deux tableaux sont bien voisins.

Alors ? l'œil sur le micro, « une angoisse vous saisit » (Chevallier), quand il s'agit de porter un pronostic. Et seuls les examens de sang répétés et surtout l'évolution clinique permettent de se prononcer. En somme, les examens de laboratoire, c'est très bien ; mais il ne faut point trop en abuser.

....

C'est tout au moins, je crois, l'avis du patron dont je vous parlais tout à l'heure. Vous avouerai-je que les quelques jours qui ont suivi la scène que vous ai contée, chaque matin il n'était tranquille, que lorsqu'il s'était assuré de la présence dans le service de l'externe en question. Quant à lui, il a peut-être maintenant oublié l'aventure. En tout cas, il va très bien, je vous remercie...

L'OLIGURIE DES MALADIES INFECTIEUSES

Par le Docteur J. Bonnet

L'atteinte rénale est fréquente au cours des manifestations infectieuses et la chute de la diurèse constitue un élément capital du pronostic.

Au même titre que la température et que le pouls, la courbe de la diurèse guide le clinicien dans l'appréciation de la gravité d'une pneumonie, d'une grippe, d'une diphtérie ou d'une scarlatine.

Nous ne voulons pas parler ici des véritables néphrites que l'on peut observer au cours des maladies infectieuses : néphrite scarlatineuse, bien connue, néphrotyphus qui peut être la première manifestation d'une septicémie éberthienne, néphrite pneumococcique, streptococcique, etc...

Nous voulons seulement attirer l'attention sur quelques aspects de la souffrance rénale au cours des maladies infectieuses et sur la nécessité de la surveiller par la courbe de la diurèse et la mesure de l'azotémie.

1° Scarlatine.

Dans la scarlatine, il y a beaucoup plus souvent qu'on ne le pense une élévation précoce de l'azotémie. Le Prof. Lemierre et M. de Font-Réaux ont procédé sur ce sujet à une enquête importante à l'hôpital Claude-Bernard. Chez 49 scarlatineux, ils ont trouvé dès la première analyse du sérum un chiffre d'urée compris entre 0 gr. 20 et 0 gr. 50. Par contre, chez huit malades, l'azotémie dépassait 0 gr. 50 dès le premier dosage. Enfin, chez une dernière malade, un premier dosage a donné 0 gr. 99 et un deuxième, pratiqué deux jours plus tard, 1 gr. 90. Fait remarquable sur lequel insiste le Prof. Lemierre, l'albuminurie a presque toujours fait défaut. Cette azotémie pour le Prof. Lemierre relève essentiellement de l'oligurie : « Le volume des urines, écrit-il, tombe souvent aux environs de 500 c. c. par vingt-quatre heures ». Cependant, à côté de l'oligurie, l'accroissement de la désassimilation azotée et l'impossibilité de sécréter l'urée à une concentration suffisante constituent deux facteurs essentiels dans l'élévation de l'azotémie.

2° Diphtérie.

Dans la diphtérie, l'oligurie constitue un symptôme de fâcheux augure. La chute de la diurèse confinant même à l'anurie est un symptôme constant au cours de la diphtérie maligne. L'oligurie s'accompagne alors d'albuminurie et de cylindrurie.

L'Ecole lyonnaise a insisté avec juste raison sur l'élévation de l'azotémie qui se produit alors et qui peut atteindre et dépasser un gramme. De même que dans la scarlatine maligne, l'anurie constitue un élément de pronostic des plus sombres, de même l'oligurie extrême au cours d'une diphtérie peut faire comprendre pourquoi l'action du sérum reste inopérante.

3° Pneumonie.

Dans la pneumonie, l'oligurie est de règle, et l'on sait que la crise pneumonique s'accompagne tout à la fois d'une chute de la température et d'une augmentation de la diurèse. Mais on peut voir une chute thermique précoce sans augmentation de la diurèse et, comme l'ont montré les travaux du Prof. Lemierre, il semble bien que cette chute thermique soit sous la dépendance d'une hyperazotémie. Cette persistance de l'imperméabilité rénale, malgré l'abaissement de la température, s'observe surtout chez les individus tarés, les alcooliques, et constitue un élément d'un très fâcheux pronostic.

4° Grippe.

Au cours des récentes épidémies de grippe, tous les cliniciens ont remarqué que les formes graves s'accompagnaient tout à la fois d'une défaillance cardio-vasculaire rapide et d'une oligurie marquée. On a même décrit sous le nom de rein grippal cette oligurie extrême des formes graves qui constitue un élément capital du pronostic.

5° Fièvre typhoïde.

Au cours de la fièvre typhoïde, l'oligurie peut être extrême au deuxième septenaire. On a même insisté sur l'élimination massive de bacilles d'Eberth par l'urine à cette période et sur la nécessité d'assurer une bonne diurèse. Quelquefois, certaines hémorragies viscérales multiples des typhiques s'accompagnent d'hématurie.

6° Tétanos.

Dans le tétanos, l'oligurie constitue presque un arrêt de mort. On sait la difficulté qu'il y a chez ces malades à provoquer l'absorption de quantités suffisantes de liquide, en raison du trismus. Aussi faut-il d'urgence pratiquer l'hydratation

par voie parentérale en facilitant l'élimination de l'eau par l'adjonction d'un diurétique.

Nous pourrions multiplier les aspects cliniques de ces oliguries au cours des maladies infectieuses.

La pathogénie de ces oliguries au cours des infections se résume en trois temps : atteinte rénale, collapsus cardio-vasculaire et rétention tissulaire.

L'atteinte rénale peut être d'origine infectieuse (comme au cours de la typhoïde) ou d'origine toxique (comme dans la diphtérie et la scarlatine) ; elle se manifeste par l'albuminurie et la cylindrurie.

Le collapsus cardio-vasculaire est surtout très évident dans la grippe.

La rétention tissulaire enfin est indiscutable dans la pneumonie. La crise pneumonique s'accompagne d'une véritable décharge d'eau et de chlorures.

A ces éléments, il faut ajouter une certaine perturbation de l'équilibre acido-basique, ces différentes rétentions aiguës s'accompagnent presque toujours d'acidose.

***

Si, après ce rapide exposé de quelques aspects cliniques de ces oliguries et de leur pathogénie, nous envisageons le problème du point de vue thérapeutique, nous allons être obligés de demander à la médication un triple effet. Elle devra pouvoir agir en effet sur l'élément rénal, cardio-vasculaire et tissulaire, dans l'incertitude où nous sommes d'attribuer précisément telle ou telle cause à l'oligurie.

Les faits expérimentaux et surtout cliniques semblent devoir donner à l'aminophylline une place de choix dans cette triple lutte (Prof. Hazard, Les médicaments cardio-vasculaires, 1934). En effet, peu de diurétiques réalisent aussi bien qu'elle :

1° *L'action rénale.* — Que l'atteinte soit d'origine toxique ou infectieuse, elle porte surtout sur les vaisseaux rénaux qu'elle dilate. Elle possède en commun avec tout le groupe des xanthines, cette propriété sur les artérioles tubulaires et glomérulaires (Gamard, *Gaz. méd. de France*, 15 février 1936). Elle augmente de plus, dans de notables proportions la diurèse aqueuse entraînant ainsi une élimination des acides (Stuber). C'est donc, dans la redoutable acidose des néphrites, un facteur capital de maintien de la réserve alcaline. Son pouvoir de renforcement des diurétiques mercuriels montre bien cette action à la fois directe et interstitielle de l'aminophylline. Dans l'atteinte rénale de la diphtérie, Kundrelitz, à l'hôpital des Enfants de Vienne, l'associe au sérum antidiphtérique et y trouve un adjuvant précieux de l'élimination rénale.

2° *L'action cardio-vasculaire,* telle qu'il est nécessaire de l'obtenir dans la grippe par exemple, que l'aminophylline soit employée en traitement d'urgence ou de fond. On l'associera systématiquement à l'ouabaïne. Elle permet en effet, l'irrigation plus importante du muscle cardiaque dont la contractilité a brusquement été augmentée par l'ouabaïne ; la dilatation coronarienne y pourvoit. Le débit cardiaque en est lui-même amélioré (Smith, Miller, Gruber ont montré qu'il pouvait doubler indépendamment de toute accélération cardiaque). Le diamètre des artères périphériques est indiscutablement augmenté : la circulation de retour s'en trouve soulagée d'autant et les accidents de défaillance cardiaque sont d'autant moins à craindre (Laubry, Villaret, Tzanck). Aussi, dit Franck Kisch (*Vie Médicale,* 10 janvier 1935), lorsqu'on doit recourir aux médicaments qui permettent de diminuer avant tout la résistance périphérique rencontrée par le courant sanguin, afin de réduire les exigences imposées au myocarde, et pour en améliorer l'irrigation, faut-il s'adresser à des médicaments au premier rang desquels se place l'aminophylline.

3° *L'action sur la rétention tissulaire,* indiscutable dans la pneumonie par exemple. L'aminophylline favorise en effet la migration de l'eau dans les espaces lacunaires et les drains lymphatiques. Elle agit mieux et plus vite que la théobromine sur les chlorures, car elle est beaucoup plus soluble. C'est d'ailleurs grâce à cette solubilité très particulière (40 % dans l'eau à 25°), à sa résorption, à sa tolérance parfaite, que l'aminophylline comporte différents modes d'administration : comprimés, gouttes (à la dose de 0 gr. 50 à un gramme par jour en plusieurs fois, en petits lavements à garder, pour ménager l'estomac).

De cette brève étude de l'atteinte rénale au cours des maladies infectieuses, il ressort que l'aminophylline remplit admirablement les exigences thérapeutiques de telles affections.

Depuis le 21 octobre 1930, elle est officiellement inscrite au Formulaire des Médicaments nouveaux du Council of the American Medical Association, et on peut la considérer comme le type du diurétique totalement atoxique, extrêmement efficace et facile à manier.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement chirurgical des spasmes vasculaires dans les artérites des membres inférieurs.

Tel est l'objet d'une intéressante étude de MM. Louis Bazy, H. Reboul et M. Racine. Un aperçu général de la question permet de dire que, si la chirurgie du sympathique possède à son actif de séduisants résultats et d'inexplicables échecs, il faut voir cette inégalité remarquable d'efficacité dans une méconnaissance trop absolue de deux notions capitales :

1° La localisation des lésions artérielles sur les parois des artères principales, ou sur les parois des artères collatérales ;

2° L'étendue des lésions sur l'arbre artériel.

Ainsi le rôle du sympathique est essentiel dans l'histoire clinique et évolutive des spasmes artériels ; mais son dysfonctionnement, n'est pas en rapport uniquement avec les lésions locales artérielles. Il est aussi sous la dépendance de facteurs humoraux et de troubles métaboliques complexes, les uns inhérents à la constitution même de chaque malade, les autres sous la dépendance vraisemblable des troubles endocriniens ou, selon des théories plus récentes, du déséquilibre du complexe potassium-calcium.

Ainsi, à la suite des physiologistes, les chirurgiens ont recherché à influencer les réactions du système de transmission : le sympathique, soit en modifiant ce système de transmission lui-même, soit en modifiant le système de commande endocrinien.

Les auteurs ont envisagé successivement :

I. Les traitements chirurgicaux portant sur le sympathique.

II. Les traitements chirurgicaux portant sur les glandes endocrines.

Mais ils auront surtout en vue le choix de ces différentes techniques en fonction, non seulement des manifestations cliniques, mais surtout des épreuves paracliniques qui paraissent seules susceptibles d'éviter les échecs des thérapeutiques uniformément systématisées pour toute artérite.

En ce qui concerne l'étude paraclinique des réactions régionales du sympathique, on ne doit pas perdre de vue l'intérêt des épreuves d'étude de la circulation cutanée par le brossage de la peau, le lavage à l'éther, la raie vaso-motrice, l'épreuve de Moskovitz, le bain chaud, le bain froid, et leurs variations oscillométriques qui doivent être interprétées comme des tests d'étude de la valeur de la circulation collatérale, sur lesquels on base le choix du lieu de l'amputation. Mais actuellement la thérapeutique chirurgicale des artérites ne se borne plus à limiter les progrès d'une gangrène, elle tend à en limiter l'échéance. Dans ces conditions il est à remarquer que les épreuves ci-dessus pouvant donner des réponses contradictoires, ne doivent être interprétées, à une phase précoce des artérites, que comme des épreuves infidèles de la sensibilité du sympathique. Aussi a-t-on cherché par d'autres procédés à étudier soit les réactions du sympathique en général (épreuve de l'acétylcholine, recherche de l'index vaso-moteur de Brown) ou bien à préciser plus particulièrement les réactions locales ou régionales (épreuve de l'adrénaline, anesthésie du sympathique lombaire).

Mais la multiplicité des interventions ne doit pas faire oublier la précision de leurs indications.

Si la chirurgie du sympathique est l'objet d'un certain discrédit dans l'esprit de beaucoup de médecins, il semble que l'on soit en droit d'incriminer avant tout l'oubli trop facile de quelques notions fondamentales :

a) Les véritables bases physiologiques indiscutables des sympathectomies.

b) La difficulté de préciser la nature et la localisation exacte des lésions artérielles, artériolaires et capillaires et l'étendue du territoire où le spasme réflexe se produit.

Ainsi il semble bien légitime d'espérer que les résultats du traitement chirurgical du spasme artériel dans les artérites des membres inférieurs pourraient à l'avenir bénéficier largement d'une précocité et d'une certitude plus grande dans les indications des différentes interventions proposées jusqu'à ce jour. (*Le Journal Médical Français*, février 1936.)

Cancer du col utérin

Le Docteur P. Degrais a déjà eu l'occasion de montrer la large place prise par la curiethérapie dans le traitement du cancer du col, traitement pour lequel elle tend de plus en plus, de par les résultats obtenus, à se substituer à la chirurgie. Cependant dans le cancer du corps, elle n'a pas obtenu le même succès, et les tentatives faites n'ont pu qu'affirmer la valeur plus grande de la chirurgie. La principale raison de l'infériorité

du radium réside dans la faible radiosensibilité des épithéliums cylindriques ou glandulaires ! Par contre, le cancer du corps a, au point de vue chirurgical, l'avantage de ne se développer que lentement et de ne se propager que tardivement aux ganglions ; il reste localisé pendant assez longtemps et présente ainsi la plupart du temps des conditions favorables à l'ablation.

Pour interpréter les résultats de la curiethérapie, on se rappellera que le cancer du col apparaît le plus généralement aux environs de l'âge moyen de la vie ; certaine doit être donc la guérison puisque nombreuses sont encore les années dont il faut faire bénéficier la malade.

L'épithélioma du corps fait au contraire son apparition au déclin de l'existence, alors que divers organes peuvent déjà être déficients ; le cancer n'est plus alors le seul grand danger, mais toutes les maladies intercurrentes sont à redouter en raison de la vieillesse. Quelques mois, quelques années seulement sont donc un bienfait et doivent être portés à l'actif d'une thérapeutique sans laquelle la mort aurait fait plus tôt son œuvre ; point n'est besoin, pour que cette thérapeutique soit reconnue valable, de s'assujettir à une épreuve du temps aussi importante que celle imposée au traitement du cancer du col.

En résumé, le cancer du col relève avant tout de la chirurgie ; mais, si pour une raison quelconque, celle-ci se déclare impuissante, le radium est capable d'apporter des rémissions de plusieurs mois, voire même d'un nombre d'années équivalent à une guérison. (*Le Bulletin Médical*, 22 février 1936.)

La tuberculose conjugale et le problème de la contagion de la tuberculose chez l'adulte

Au cours de cette intéressante étude, le Docteur J. Bertier envisage la précession masculine et il interprète sa signification. Voici ses conclusions :

1° Sur 1.365 ménages tuberculisés, la tuberculose conjugale est relevée 74 fois, soit avec le pourcentage de 5,5 ;

2° Le faible pourcentage de cette statistique, inférieur à celui qu'ont indiqué la majorité des observateurs (10 à 12 %), s'explique par la méthode employée pour l'obtenir (anamnèse) et par le milieu social dans lequel les observations ont été recueillies ;

3° Ce pourcentage est insuffisant par lui-même pour constituer un argument en faveur de la contagion conjugale ;

4° Par contre, une preuve de grande valeur en faveur de cette contagion est apportée par la constatation de la précession masculine qui s'élève à 74 % ;

5° Ces tuberculoses masculines initiales précèdent le mariage dans la moitié des cas et apparaissent durant la vie conjugale dans la moitié des cas également ;

6° La tuberculisation féminine qui n'est qu'au taux de 9,5 % avant le mariage, se hausse progressivement et atteint finalement le niveau de celle des hommes. Si cette tuberculisation est, sans doute, facilitée par les facteurs déprimants et anergisants de la vie féminine et matrimoniale, par certaines causes sociales et psychiques, elle ne peut s'expliquer que par l'intervention du facteur contagion, laquelle est apportée dans le ménage par le mari déjà atteint. (*Arch. médico-chirur. de l'app. resp.*, n° 6, 1935.)

Les éléments fondamentaux de la cure des poliomyélites

Grâce aux actuelles méthodes de traitement, le pronostic de la poliomyélite s'est amélioré ; mais il importe de bien connaître ces méthodes afin de savoir les recommander à temps.

Le Docteur E. Terrien en fait un exposé général : sérothérapie spécifique, radiothérapie, moyens physiques, etc... S'il est difficile d'attribuer à chacun de ces moyens un coefficient d'efficacité particulier, on doit savoir que tous sont efficaces s'ils sont bien utilisés. Grâce à eux seront évitées souvent, ou atténuées tout au moins, ces séquelles paralytiques qui constituent véritablement la phase dite chirurgicale de la maladie.

Giraud, en ses nombreuses observations, arrive à la conclusion suivante : 1° toutes les fois où il n'y a pas de R. D., les résultats ont été excellents à longue échéance, et les malades peuvent être considérés comme guéris ;

2° Malgré une R. D. atteignant certains groupes musculaires, et quelle qu'ait été la gravité de l'atteinte primitive, les résultats sont encore excellents si un traitement méthodique a été mis en œuvre pendant un an au moins ;

3° On peut ainsi arriver à des résultats remarquables : « La paralysie infantile, dit-il, ne doit plus laisser d'infirmité grave et durable à l'heure actuelle ».

A cette conclusion, à la fois si optimiste pour le malade, et si implacable pour le médecin qui n'a pas eu la bonne fortune d'obtenir pareil résultat, peut-on souscrire entièrement ? Sous la réserve que, dans certains cas, des lésions destructives et immédiates peuvent se produire d'emblée, que celles-ci sont alors plus ou moins irrémédiables, on peut admettre que semblable thérapeutique réduira au minimum les troubles fonctionnels pour les régions profondément atteintes, et qu'elle activera le retour à la normale de celles qui n'avaient été qu'effleurées. (*La Presse Médicale*, 7 mars 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sérum de convalescents de fièvre récurrente, en thérapeutique.

(M. André Sergent.— Présentation par M. Edmond Sergent ; 17-3-1936.)

M. André Sergent présente une étude expérimentale sur l'emploi du sérum de convalescents de fièvre récurrente hispano-africaine. Il conclut que ce sérum a une action heureuse sur le cours de la fièvre récurrente du cobaye. Il coupe l'accès fébrile et parasitaire.

C'est dans la semaine qui suit la fin de l'accès aigu que le sérum possède le plus fort pouvoir curatif. C'est à ce moment qu'il convient de prélever le sang aux convalescents.

L'emploi du sérum de convalescent pour le traitement de la récurrente hispano-africaine chez l'homme paraît indiqué, d'autant plus qu'à la différence de la fièvre récurrente à poux, la récurrente hispano-africaine n'est pas justiciable du traitement par les arsenicaux.

On peut envisager d'inscrire la fièvre récurrente hispano-africaine sur la liste des maladies qui sont susceptibles de bénéficier d'un traitement par le sérum de convalescents.

Elargissement définitif du bassin par greffes ostéo-périostiques.

(M. Yves Delagenière, du Mans ; 17-3-1936.)

Conseillée par Pinard pour l'accouchement des femmes ayant un bassin rétréci, la symphyséotomie a soulevé des objections. On lui a reproché de laisser quelquefois une certaine mobilité de la symphyse et aussi d'être itérative au cas d'une nouvelle grossesse.

M. Delagenière a complété cette symphyséotomie simple par une intervention facile et rationnelle, l'élargissement définitif du bassin, assuré et maintenu par des greffons ostéo-périostiques de Henry Delagenière unissant les surfaces angulaires du pubis et donnant une statique excellente aux opérées. Elle permet aux femmes de travailler aux ouvrages les plus durs et laisse la possibilité d'accouchements ultérieurs spontanés entièrement normaux.

La recherche du bacille tuberculeux dans l'estomac.

(MM. Armand-Delille et Kérambrun ; 17-3-1936.)

La recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique prélevé par tubage le matin à jeun, suivant la méthode imaginée par H. Meunier, a été, par M. Armand-Delille, un objet d'études depuis plusieurs années déjà. Cette méthode est surtout importante chez les sujets qui n'expectorent pas, les enfants et certains adultes.

M. Armand-Delille signale aujourd'hui les résultats de cette investigation pratiquée chez 1.298 enfants malades. Des chiffres qu'il rapporte il conclut à la haute valeur de ce procédé pour le diagnostic bactériologique de la tuberculose, chez les enfants et les adultes qui ne crachent pas. *La sensibilité est accrue par l'inoculation au cobaye et l'ensemencement sur milieu de Lœwenstein ou Pétrognani.*

Académie de chirurgie

L'anatoxine staphylococcique en chirurgie.

(M. Louis Sauvé ; 22-1-1936.)

Les publications de Ramon et de ses élèves sur les possibilités de l'anatoxine staphyloccocique ont fait naître de grands espoirs thérapeutiques. Les affections à staphylocoques sont, en effet, fréquentes, souvent sérieuses, rebelles et récidivantes, la thérapeutique demeurant alors bien des fois insuffisante, dans les septicémies staphylococciques principalement.

M. Louis Sauvé a eu recours chez 25 malades, à titre préventif ou curatif, à l'anatoxine staphylococcique de Ramon et il en indique les résultats. La vaccination fut faite suivant le procédé classique : 1/2, 1, 1 cent. 1/2, à huit jours d'intervalle.

Préventivement, appliquée dans ces conditions, l'anatoxine a donné deux résultats surprenants, chez des malades ayant, après septicémie, des accidents staphylococciques nouveaux. Pas de réaction générale.

Curativement, l'anatoxine a procuré des résultats contradictoires avec possibilités de réactions focales et générales ennuyeuses.

M. Sauvé conclut que la méthode de Ramon est d'un intérêt évident. La grande valeur des anatoxines autorise les chirurgiens à les expérimenter largement.

— M. Leveuf parle de l'anatoxinothérapie dans l'ostéomyélite aiguë chez les enfants.

— M. Ombrédanne n'a pas eu l'impression que l'anatoxine avait une action très nette sur l'ostéomyélite, sur les localisations osseuses aiguës de la staphylococcie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Néphrite chronique avec syndrome azotémique sans œdèmes ni hypertension.

(MM. René BENARD, M. POUMAILLOUX et Al. NEGREANU ; 17-1-1936.)

Les quatre grands syndromes classiques des néphrites chroniques établis par Widal, albuminurique, hypertensif, chlorurémique et azotémique, s'observent le plus souvent, plus ou moins associés, chez un même malade. L'existence d'un syndrome pur, et notamment du syndrome azotémique, reste relativement rare.

Dans l'observation rapportée, le diagnostic de néphrite chronique est évident, tant d'après les constatations cliniques que d'après les constatations anatomiques. L'évolution est restée pendant plusieurs semaines compatible avec une vie normale ; elle a été pendant les derniers mois celle d'un syndrome azotémique presque pur, avec coma urémique terminal typique. L'albuminurie est toujours restée modérée et seule une augmentation de poids anormale a traduit à deux reprises une certaine rétention chlorurée. On ne peut toutefois pas invoquer une origine extrarénale pour expliquer l'azotémie en raison de tous les symptômes urinaires associés et anciens. La tension artérielle était de 17-9 le jour de l'entrée à l'hôpital, mais s'est toujours maintenue par la suite à 15-8. Il ne saurait non plus être question d'hypertension décapitée, alors qu'on n'a trouvé ni dyspnée diurne ou nocturne, ni galop, ni non plus de modifications tensionnelles pendant les périodes d'amélioration de la diurèse.

Au point de vue thérapeutique, plusieurs tentatives plus ou mois heureuses ont été faites ; produit à base d'artichaut ; régimes alternativement chloruré et déchloruré. En désespoir de cause on a essayé l'administration d'urée par voie buccale ; mais celle-ci a entraîné une agmentation rapide et très notable du taux de l'azotémie, ou du moins l'aggravation a nettement coïncidé avec cette administration. Et cependant de nombreux auteurs, étudiant la toxicité de l'urée, ont pu affirmer récemment l'élimination rapide et l'inocuité de ce composé, en injections intraveineuses de doses allant de 1 à 10 grammes. Il est donc probable, et la chose est intéressante à noter, que les résultats que l'on peut attendre, quand le parenchyme rénal intact subsiste en quantité suffisante, sont différents de ceux que l'on peut craindre lorsque le rein est dans un état d'altération, tel que celui qui a été constaté à l'autopsie de la malade observée. Il y a donc lieu pour le moins d'être extrêmement prudent dans l'emploi de ce produit, toutes les fois que l'on peut être amené à soupçonner l'existence d'une sclérose rénale importante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 janvier 1936.

Rhumatisme blennorragique. Traitement par l'association infra-rouge. Massage.

Mme DELAPLACE et M. C. PIFFAULT montrent l'utilité de l'adjonction du massage aux rayons infrarouges dans le traitement du rhumatisme blennorragique pour diminuer la durée du dysfonctionnement.

Un électrocardiogramme à morphologie variable, avec projections.

M. A. PRUCHE projette une série d'électrocardiogrammes appartenant tous à un même sujet cliniquement et radiologiquement exempt de toute affection cardio-vasculaire. Au repos, l'électrocardiogramme est tantôt normal, tantôt présente l'aspect dit « bloc de branche ». Cette altération du tracé est strictement limitée à la dérivation I ; la morphologie des deux autres dérivations demeure constamment normale. En dérivation I, il est arrivé de recueilir deux tracés à cinq minutes d'intervalle ; le premier est un bloc de branche, le second est normal. D'autre part, trois tracés ont été pris, à quelques jours de distance, pendant la compression des globes oculaires ; ces trois électro-cardiogrammes n'ont entre eux aucune analogie et semblent appartenir à trois sujets différents. L'auteur se garde de tirer des conclusions ; il se borne à exposer des faits, à apporter sa contribution à l'étude du polymorphisme de certains électro-cardiogrammes.

Un cas de grande hypertrichose du visage chez une jeune femme de vingt ans.

Mlle A. PROST présente l'observation d'une malade atteinte de cette affection qu'elle a traitée et guérie. L'auteur donne à ce sujet des indications sur la technique employée pour détruire cette véritabe barbe sans laisser de traces.

L'anesthésie électrique. Ses cacactères.

M. R. GRAIN prenant comme exemple la dysphagie douloureuse de la laryngite tuberculeuse, précise les caractères très particuliers de l'anesthésie électrique. Elle est instantanée : fidèle, totale, progressive et stable.

La transfusion sanguine dans le traitement de l'urémie.

MM. A. GRIMBERG et KERCKHOVE apportent l'observation d'un malade dont la crise d'urémie aiguë a été complètement enrayée par des transfusions sanguines suivant des saignées. Le malade a pu se lever le dix-septième jour.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 6 mars 1936.

Modifications apportées à l'évolution d'un abcès polymicrobien du poumon par une injection intraveineuse de bactériophage. Acte chirurgical réduit. Guérison.

M. André Raiga communique une observation d'abcès du poumon à pneumocoque, streptocoque, staphylocoque doré et pneumobacille de Friedlander dans laquelle la stérilisation de l'infection secondaire surajoutée à la pneumococcie a été obtenue par une injection intraveineuse de bactériophage polyvalent. A la suite de cette transformation d'une infection polymicrobienne en une infection uniquement pneumococcique, transformation ralentie par les propriétés antiphages du sérum sanguin qui ont cédé à l'auto-hémothérapie, l'abcès s'est extériorisé sous la peau du thorax et a guéri complètement en quelques jours par une simple incision. L'auteur fait suivre sa communication de considérations sur le phénomène de bactériophagie.

Les angiomes cirsoïdes cranio-faciaux.

M. Dufourmentel a observé et traité une soixantaine de cas d'angiomes cranio-faciaux ; il attire l'attention sur quelques points : 1° La topographie des angiomes au niveau des fissures faciales montre que ce sont toujours des anomalies embryonnaires. A vrai dire, on en trouve dans tous les points, mais avec une fréquence particulière sur la ligne médiane du crâne et sur la ligne de coalescence des bourgeons faciaux. 2° Au point de vue histologique, il semble qu'on puisse reconnaître deux types d'angiomes : les uns sont incompressibles et souvent encapsulés, reproduisant la structure du corps caverneux ; les autres sont compressibles, souvent animés de battements et reproduisant la structure du corps spongieux. 3° L'évolution des angiomes montre que très souvent, à la naissance, ils ne sont qu'une tache de très petite étendue et qu'ils s'accroissent dans les premiers mois, pour atteindre leur développement définitif au bout de quelques années, d'où l'intérêt qu'il y a à les traiter de très bonne heure. 4° Les deux traitements actuellement en faveur : radium et chirurgie, ont leurs indications respectives que l'auteur précise en tenant compte de l'efficacité du radium au début, mais aussi des dangers ultérieurs qu'il présente. Au point de vue chirurgical, il s'attache surtout à régler la technique des angiomes en « bouton de chemise » c'est-à-dire avec communications transosseuses multiples et souvent importantes.

Angiome de l'articulation du genou.

M. Masmonteil communique l'observation d'un cas d'angiome de l'articulation du genou qui, pendant huit ans, a donné lieu à des hémarthroses à répétition, à des diagnostics divers et qu'il a opéré avec succès. L'auteur n'a retrouvé que six cas semblables dans la littérature et il se demande si bien des observations d'arthrite hémophilique ne sont pas des tumeurs vasculaires méconnues de la capsule articulaire.

Observation de radiumthérapie de cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison.

M. Jean Guisez rappelle qu'il a déjà présenté à la Société des chirurgiens de Paris, en mars 1934, le malade qui fait l'objet de cette communication, c'est-à-dire un an après la fin de son traitement radiumthérapique. Revu récemment (février 1936) ce malade a repris 25 kgr., vit de façon absolument normale, mangeant absolument de tout avec un appétit très vif. Comme il y a trois ans que le traitement a été effectué et que les lésions ont disparu complètement à l'endoscope, on peut prononcer aujourd'hui le mot de guérison. Deux œsophagoscopies avec biopsie faites par deux spécialistes différents ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire ; le diagnostic de cancer est donc incontestable. Dans plusieurs communications antérieures, l'auteur a rapporté une série de cas où le radium s'était montré particulièrement efficace, et il précise les indications et les contre-indications de ce traitement qui est surtout efficace lorsque les lésions n'ont pas encore dépassé les limites de l'œsophage ; d'où l'utilité d'un diagnostic précoce, qui permet seul l'endoscope.

Toulouse

Société de médecine

Quelques réflexions sur le traitement des algies précordiales.

M. P. Mériel, après avoir montré l'échec du traitement médicamenteux, envisage les résultats de la réflexothérapie sympathique : pourcentage élevé de succès dans les troubles fonctionnels purs, action non négligeable dans les cas d'angor organique où cette méthode semble agir sur les causes immédiates de la crise et non sur l'altération lésionnelle (aortite, coronarite, etc.)

L'acupuncture chinoise cherche à agir sur la répartition de l'énergie vitale en excitant des points déterminés à l'aide de piqûres d'aiguilles. Ceux qui correspondent au cœur se trouvent à la face interne du bras, de l'avant-bras et de la main, zone d'ailleurs douloureuse spontanément dans l'angor. Dans cette méthode aussi, effet nul sur la lésion mais action incontestable sur les phénomènes fonctionnels surajoutés.

Enfin, l'anesthésie du ganglion étoilé, qui dans certains cas de mal angineux a donné des sédations remarquables, alors que les opiacés s'avéraient impuissants.

L'agénésie de l'incisive latérale et le bec-de-lièvre.

M. Cadenat. — L'agénésie de l'incisive latérale est fréquente (4 sur 10.000 sujets), elle est plus marquée dans certains milieux. On a voulu en faire un stigmate de l'hérédo-syphilis. L'auteur montre qu'on la rencontre assez souvent chez les ascendants d'enfants atteints de bec-de-lièvre, ou chez les collatéraux ; pour lui, elle est due comme le bec-de-lièvre lui-même à une anomalie du remplacement par la carotide externe de la carotide interne dans la vascularisation de la face.

A propos de trois cas d'infection à pneumococcus mucosus.

M. Jean Calvet communique trois cas, qui soulignent d'une façon toute particulière la gravité des infections à mucosus : une guérison (mastoïdite), deux décès (sinusite et méningite). L'auteur conseille l'analyse systématique de tous les pus, et insiste sur l'indication d'une intervention précoce chez les malades atteints d'affection à pneumococcus mucosus.

***Hémorragie traumatique* dans une poche d'hydronéphrose.**

MM. J. Fabre et Cahuzac rapportent l'histoire d'une jeune femme qui après avoir subi un traumatisme léger de la paroi abdominale antérieure, présenta de l'hématurie ainsi qu'une tumeur dans le flanc gauche avec contact lombaire.

L'intervention montra qu'il s'agissait d'une poche hydronéphrotique contenant une grande quantité de sang. Les suites furent normales.

Hépato-néphrite mortelle.

MM. P. Fabre, Cahuzac, Darnaud et Garipuy relatent l'observation d'une femme de 33 ans, sans passé médical, qui après une hystérectomie subtotale pour rétroversion et annexite succomba en 60 heures à une hépato-néphrite toxique sans ictère, caractérisée par deux vomito negro. L'examen nécropsique montra du côté du foie de la nécrose massive sans systématisation topographique associée à une dégénérescence graisseuse minime et, du côté du rein, une néphrite aiguë à type épithélial avec dégénérescence granuleuse des tubes contournés. Il s'agit vraisemblablement dans ce cas d'une polypeptidémie post-opératoire.

Maladies allergiques et thérapeutique par la substance d'Oriel.

MM. Sendrail et Riboulet rappellent les recherches consacrées en Angleterre par Borber et Oriel à la mystérieuse substance P. que ces auteurs ont extraite des urines des sujets sensibilisés et qualifiée de dentéroprotéose. Ils exposent sur quelles données expérimentales a été établie la notion d'un pouvoir antigénique de cette substance qui dériverait de l'action du réactogène sur le foie. Ils ont poursuivi depuis plusieurs mois l'étude thérapeutique de la substance P dans un certain nombre d'états allergiques divers. Dans l'ensemble, les résultats ont paru jusqu'ici plutôt décevants : néanmoins quelques faits d'amélioration légère ou même de rémission prolongée ont été observés.

Fracture du canal optique.

MM. Gorse, Calmettes et Garipuy. — Il s'agit d'un accident où le traumatisme frontal, malgré sa violence, paraissait ne pas devoir entraîner de conséquences graves. Mais le blessé constatait une abolition complète de la vision d'un œil et la décoloration progressive de la papille optique permettait de conclure à une fracture du canal optique. Les auteurs insistent sur ces lésions traumatiques et l'importance de l'examen oculaire des blessés du crâne, notamment dans les traumatismes portant sur la région frontale et périorbitaire.

Rétinite pigmentaire atypique.

MM. Gorse, Calmettes et Garipuy rapportent une observation de rétinit epigmentaire où les signes objectifs ophtalmologiques étaient caractéristiques et où les signes subjectifs, héméralopie et rétrécissement concentrique du champ visuel faisaient totalement défaut. Par contre la vision centrale était grandement atteinte. L'examen général et les signes humoraux n'ont pas apporté de preuve d'étiologie syphilitique, mais le traitement mercuriel a arrêté l'évolutionde la maladie.

La douleur dans les abcès du pilier postérieur.

M. F. Favre rapporte trois cas d'abcès du pilier postérieur : le premier chez une jeune fille ayant subi une amygdalectomie l'année précédente (cette malade a présenté successivement quatre abcès, antérieur, supérieur, inférieur et postérieur), un autre chez une femme de 54 ans ayant un lourd passé amygdalien, enfin le dernier chez une petite fille de 10 ans après une angine banale.

De ces observations, il ressort que les abcès du pilier postérieur sont rares à l'état isolé et qu'ils se produisent en général dans les loges amygdaliennes cloisonnées par des infections antérieures. La douleur est moins vive, moins pulsatile que dans les autres variétés d'abcès amygdaliens. On remarque surtout une gêne fonctionnelle du voile (nasonnement) et du trismus.

Les Congrès

SESSION ANNUELLE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE

(Montpellier — 28 mars 1936)

Le coup de soleil

Par A. AIMES

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier

Le coup de soleil est un accident fréquent, en particulier au cours de la cure solaire. Il provoque des lésions locales et des effets généraux.

I. LÉSIONS LOCALES. — C'est d'abord l'érythème primaire, dû aux rayons calorifiques ; l'érythème secondaire, dû aux rayons ultra-violets ; puis, apparaissent un pointillé hémorragique, la pigmentation et la desquamation, ces dernières à la fin de la première semaine qui suit l'érythème ; dans les formes graves s'observent de l'œdème et des phlyctènes.

La photosensibilité varie avec l'intensité des radiations, la durée du temps d'exposition, le coefficient personnel de réaction ; elle varie aussi suivant les saisons, les climats, l'alimentation, les diverses régions du corps, la coloration des téguments, l'âge et certains facteurs pathologiques.

Considéré autrefois comme une simple réaction des téguments aux rayons chimiques, l'érythème serait, actuellement, pour certains auteurs, un phénomène plus complexe et interviendraient dans son apparition une substance H, du type de l'histamine, formée *in situ* (facteur cyto-hormonique), et aussi le système nerveux vaso-moteur en relation avec le sympathique.

L'organisme est défendu par la vaso-dilatation locale, par la sudation et par l'hyperkératose, par la formation de filtres épidermiques de plus en plus absorbants, par augmentation du volume des micelles des colloïdes protidiques du protoplasma (Keller) et par l'antagonisme biologique des radiations (Prof. Pech) : les rayons rouges et infra-rouges neutralisent les rayons violets et ultra-violets et provoquent par la vaso-dilatation un afflux sanguin qui constitue un écran pour les ultra-violets.

II. EFFETS GÉNÉRAUX. — Dans le coup de soleil léger, on observe de la lassitude, une sensation de malaise général, de l'obnubilation, de la céphalée, des vertiges, des nausées ; dans les formes profondes de la fièvre, du délire, de l'oligurie, de l'albuminurie.

A côté, se placent les actino-anaphylactoses, le photobiotropisme. Ces manifestations abiotiques apparaissent lorsqu'il y a excès d'exposition au soleil, intolérance ou sensibilisation. Mais il y a aussi des effets utiles, des modifications humorales favorables utilisées dans l'héliothérapie : action sur les vitamines, sur le sang, dermophylaxie, etc., stimulation du système nerveux, avec réaction psychique (psychose du coup de soleil) et peut-être réaction défensive, suivant la loi du balancement neuro-cutané, réaction utilisée dans le traitement de la syphilis, du tabès, par Gougerot, Rajka et Radnai.

Le traitement est surtout préventif : étude de la photosensibilité du sujet avant de l'exposer au soleil, entraînement progressif, suppression des catalyseurs. Le traitement curatif consiste à interrompre l'exposition aux rayons solaires, à envelopper la région lésée dans un pansement humide (solution aqueuse de un demi pour cent d'acétate d'alumine), laissé en place pendant deux heures, et suivi d'une application de poudre de talc ; protection des sujets photosensibles.

Le coup de chaleur

Par le Professeur Georges MOURIQUAND
et Docteur Roger CHARPENTIER (de Lyon)

Le coup de chaleur a été maintes fois bien décrit et en particulier par Lesage, par Weil et Bertoye, par Dufourt, par Ribadeau-Dumas et Imbert, par Gallois, Finkenlstein, Mathieu, etc...

Aussi les auteurs s'attachent-ils surtout à une étude étiopathogénique qui les conduira à ces notions essentielles que sont la pathogénie et le traitement.

On peut considérer chez l'enfant les formes cliniques suivantes:

1° Forme très grave (pâleur, somnolence, hyperthermie : 42°);

2° Forme grave (hyperthermie, dyspnée, tachycardie, agitation, convulsions, déshydratation intense, méningisme) ;

3° Forme moyenne (poussée fébrile passagère et troubles digestifs);

4° Le petit coup de chaleur (petite élévation de température, vomissements, langue saburrale).

On s'appliquera à ne pas confondre le coup de chaleur avec les syndromes cholériques et, d'une manière générale avec les poussées thermiques d'origine microbienne. Il conviendra de ne pas faire le diagnostic de « coup de chaleur » que par élimination. Marfan s'est élevé à juste titre contre la conception

qui voulait faire confondre « coup de chaleur » et « choléra infantile ».

Les auteurs étudient les différents éléments de la *thermogénèse* et de la *thermolyse*. Le coup de chaleur survient quand la thermogénèse est exagérée ou surtout quand la thermolyse est entravée.

Ils signalent les notions nouvelles de « température effective », de « température de confort ».

Ils passent en revue l'apparition du coup de chaleur à l'extérieur, à l'intérieur, en appartement, dans les conditions industrielles de surchauffe, le coup de chaleur vestimentaire, le coup de chaleur humide et le coup de chaleur sèche. Ils étudient le rôle du déplacement. Ils envisagent le coup de chaleur aggravant un état fébrile ou une dystrophie.

La prophylaxie et le traitement consisteront :

1° A écarter les facteurs météorologiques pathogènes ;

2° A lutter contre les facteurs de météorolabilité ;

3° A traiter les accidents (ventilation, rafraîchissement, bains, tonicardiaques : huile camphrée, etc...

Oxygène, réhydratation : thé léger sucré, solution de Jhon et Mhein, goutte à goutte rectal de sérum glycosé, injection de sérum glycosé isotonique avec une ou deux unités d'insuline).

Les *troubles digestifs* seront combattus.

4° La climatisation des locaux, et, en particulier des services d'hôpitaux rend de grands services, prophylactiques et curatifs.

Le coup de lumière et ses conséquences

Par H. Jausion

Ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce
Médecin-chef directeur des Laboratoires de l'Hôpital Franco-Musulman de Paris

L'auteur délimite, au terme de nombreux essais antérieurs, dont les derniers avec F. Fages, la part qui revient à la lumière dans le coup de soleil des régions tempérées, qui est un mélange à parties inégales d'actinite et de thermite.

Il dénombre sommairement les radiations, visibles et ultraviolettes, responsables, de ces lucites, très diverses, qu'il étudiera ensuite. L'antagonisme des rayons extrêmes du spectre lumineux et l'absorption des plus courtes longueurs d'onde par l'ozone et l'oxygène atmosphérique, s'interposent heureusement pour restreindre le dommage. Pour l'accroître, par contre, interviennent, en dehors de la surexposition, l'excès de sensibilité du patient, et surtout les phénomènes de sensibilisation.

Cette luminosensibilisation est un fait physique, dû à l'action de photocatalyseurs, qui peuvent imbiber, dans l'économie, le corps muqueux de Malpighi, véritable écran photodynamique. Il suffit que des radiations, accordées au spectre d'absorption du catalyseur, parviennent alors jusqu'à la cellule imprégnée, pour que leur longueur d'onde soit accrue, et, de ce fait, leur pénétration dans l'organisme, dont la réceptivité lumineuse est ainsi augmentée.

Le phototraumatisme, l'actinite, solaire ou artificielle, a des séquelles trophiques, comme les radiolucites et pigmentaires, telles que les mélanopathies, éphélides et vitiligo, par exemple.

Le photodynamisme conditionne nombre de lucites, que le catalyseur soit exo ou endogène, qu'il s'agisse de coup de lumière acridinique, de pigmentation par les essences, de dermatite bulleuse des prés, d'achromies parasitaires, ou, par contre, de pellagre et d'hydroa-vacciniforme.

Sous l'impulsion du photochoc, les virus en sommeil (herpès, acné, staphylocoque, bacille tuberculeux), s'éveillent ou se réveillent ; c'est le photobiotropisme.

La même paralysie des défenses par les rayons fait apparaître des intolérances, en transformant des substances inertes en toxiques occasionnels. Ainsi naissent l'urticaire, le prurigo, les eczémas solaires, les eczémas photomicrobiens, et toutes manifestations de la photo-anaphylaxie.

Il arrive même que des dermatoses, n'ayant rien à voir avec le soleil, se localisent à tel territoire cutané, préalablement lésé par l'injure lumineuse (phototypie et photomnémodermie).

En mettant au point la classification qu'il a proposée, dans son livre sur les maladies de lumière, l'auteur fait état des dernières recherches et de ses propres travaux.

Il aborde ensuite le traitement des actinodermatoses. En dehors de la prophylaxie par les pommades protectrices et l'huile de coco, le principe de la cure est la désensibilisation à la lumière. On la pratique en administrant la résorcine *per os* (0 gr. 25), ou la pyrocatéchine (0 gr. 005) par la veine. On prévient les phlyctènes par le xylol buccal (C gouttes par jour). On neutralise également les effets seconds de l'actinite, en irradiant de rouge-infra-rouge les territoires trop exposés.

Par l'hyposulfite de soude, la pilocarpine, l'*autoaurothérapie*, on stabilise le système neuro-végétatif trop susceptible. On vient à bout des eczémas solaires, par l'association de résorcine et d'hyposulfite. On égalise les plages dyschromiques de vitiligo, par le brassage pigmentaire.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

LA RENAISSANCE DU LIVRE
94, rue d'Alésia, Paris

Louis DELAPORTE. — **Les Hittites.** — Un volume 372 pages, avec 34 fig. au trait, 3 cartes et 4 planches hors texte. Prix : 40 francs.

MASSON ET Cie
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Le lymphatisme. Deuxième volume. *Premier Congrès international du lymphatisme.* Comptes rendus et communications. (La Bourboule, 9-11 juin 1934). Un volume 178 pages.

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Anatomie de la tête et du cou, par le Docteur Eugène OLIVIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — **Etude du système dentaire**, par le Docteur RAISON, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Deux volumes : Texte, un vol. de 372 pages ; Atlas, un vol. avec 235 fig. Les deux volumes : 65 francs.

La Bibliothèque de l'étudiant en chirurgie dentaire vient de s'enrichir d'un nouveau volume : « Anatomie de la tête et du cou », par le Docteur E. Olivier, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; « Etude du système dentaire », par le Docteur Raison, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Un volume de texte ; un volume d'atlas. Le texte comprendtoutes les connaissances anatomiques nécessaires à l'étudiant en chirurgie dentaire. Quant aux figures, réunies pour la commodité du lecteur en un atlas séparé, elles sont à grande échelle et facilement lisibles. Dessinées sur les os même, ou d'après des préparations originales exécutées au laboratoire d'anatomie, elles illustrent abondamment le texte.

Editions d'UMFIA. Imp. Tourangelle
Chez l'Auteur, à Luchon

Dr MOLINÉRY (Luchon). — **Nouveau dialogue des vivants.**

Membre de la Société française d'histoire de la médecine notre confrère, le Docteur Molinéry, ne craint pas de fréquentes incursions dans le domaine du para-médical et si nous le rencontrons le plus souvent « sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence », dont il aime l'ombre, la fraîcheur, les nymphes, les naïades et les farfadets et aussi le souvenir des nobles seigneurs et grandes dames qui vinrent, auprès de nos sources millénaires, chercher l'oubli de leurs maux physiques et de leurs détresses morales, on voit, aussi, l'auteur musarder sur les confins de la médecine, chers à M. le Doyen Mauriac.

C'est ainsi qu'en un dialogue des vivants où plane invisible mais présent l'esprit de Samuel Hahneman, le créateur de l'homéopathie, notre confrère met en scène, M. le Doyen Mauriac, M. Jean Séval et cite M. Martigny et le *Docteur Garrigues.*

Thèse, antithèse ou synthèse ? L'auteur qui ne cache pas son penchant pour l'homéopathie (au fait n'est-il pas hydrologue ?) plaide en faveur d'une entente entre les deux médecines.

« Un vent d'apaisement a soufflé sur la plaine ».

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs
19, rue Hautefeuille, Paris

Pharmacien-capitaine J. COUILLAUD. — **Les gaz de combat.** PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. THÉRAPEUTIQUE DES INTOXICATIONS. PROTECTION. *Essai de contribution à la défense passive.* Préface du Professeur Labat, de Bordeaux. Un volume in-16, 175 pages, 50 fig. Prix : 25 francs.

M. le pharmacien-capitaine J. Couillaud s'est proposé pour but — but qu'il a pleinement atteint — de présenter une étude complète quoique résumée des gaz de combat. Ce petit ouvrage, écrit en un style clair, sera consulté avec profit par tous ceux qui ont à prendre part à la lutte contre les gaz de guerre, médecins, officiers, chimistes, infirmiers, et aussi... par le public. Les médecins y trouveront des notions suffisantes sur les différents gaz connus de combat, leurs effets physiologiques, la thérapeutique des accidents qu'ils provoquent, sur la protection individuelle et collective, masques, abris, etc... L'ouvrage est à la fois facile à lire, et complet. L'auteur parle de questions qu'il connaît amplement, ayant contribué par son enseignement, depuis plusieurs années, à former des générations de pharmaciens, de médecins et de chimistes appelés en temps de guerre à participer à la lutte contre les gaz.

Les Thèses

P. — Dr J.-A.-S. Bernard. — **Polyglobulies et leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron.** (Thèse, 1936.)

Il semble légitime, lorsqu'on considère les relations étroites unissant les leucémies et les cancers, de tenter de produire des leucémies en portant le goudron, corps cancérigène, au contact de la moelle osseuse, organe dont les altérations sont si fréquemment à l'origine des leucémies.

Les conclusions que les recherches de l'auteur lui permettent de formuler confirment dans l'ensemble le bien-fondé de cette hypothèse.

La plupart de ses expériences ont été poursuivies chez le rat blanc. L'introduction répétée d'une quantité minime d'huile goudronnée dans la moelle osseuse provoque le développement d'une maladie subaiguë ou chronique caractérisée essentiellement par des désordres érythrocytaires et leucocytaires, des troubles généraux, des lésions médullaires, beaucoup plus rarement par des altérations spléniques. Ces différents troubles ont ces caractères communs de n'être pas immédiats, de ne commencer que plusieurs semaines après le début des injections de goudron et d'évoluer de façon autonome longtemps après la fin de ces injections.

Cette maladie du rat se rapproche beaucoup des leucémies humaines. Elle s'en écarte par la fréquence des formes associées érythro-leucocytaires et surtout par l'intégrité habituelle des différents viscères.

La mise en évidence de l'action hyperplasiante du goudron sur la moelle osseuse amène à envisager le traitement des aplasies médullo-sanguines par les injections intramédullaires de goudron. La méthode devrait être toutefois prudemment appliquée et réservée aux cas désespérés.

P. — Dr A. Fiehrer. — **Le bacille tuberculeux dans l'intestin.** (Thèse, 1936.)

Depuis plus de deux ans que l'auteur s'occupe de la culture du bacille tuberculeux, il a pu apprécier la supériorité incontestable des méthodes de culture et d'inoculation sur les méthodes d'examen direct. Il a démontré pour les fèces ce qui est admis pour les autres produits tuberculeux.

Considérations bactériologiques : *Les bacilles acido-résistants des fèces* ne sont pas toujours des bacilles tuberculeux. *Pour différencier les bacilles acido-résistants des bacilles de Koch, on doit avoir recours aux méthodes de culture et d'inoculation.*

L'inoculation des selles tuberculeuses aux cobayes *est certainement la méthode d'avenir* pour déceler le bacille de Koch dans les fèces.

Les coprocultures, moins sensibles, semble-t-il, *sont maintenant au point* : sur 16 cas de tuberculose pulmonaire l'auteur a obtenu 15 fois des macrocultures, soit un pourcentage positif de 93,57 %.

Considérations pathogéniques : *Les bacilles tuberculeux décelés dans les matières fécales ont une triple origine : 1° les crachats bacillifères déglutis ; 2° le flux biliaire (Calmette-Carnot) ; 3° l'élimination hématogène intestinale directe.*

Considérations cliniques : *chez tous les sujets qui ne crachent pas* (nouveau-né, nourrisson, enfant, femme adulte avec pneumothorax), la recherche des bacilles de Koch dans les selles vient au premier plan.

Elle devient indispensable *dans certaines formes de tuberculose : tuberculose fibreuse, tuberculose intestinale.*

La coproculture peut rivaliser avantageusement avec l'hémoculture et l'uroculture dans certaines tuberculoses. *La coproculture devient un élément de pronostic* au cours de collapsothérapie. *Elle peut aider à résoudre la question des « porteurs de germes ».*

Coprocultures et inoculations montrent le danger des déjections intestinales des tuberculeux.

P. — Docteur Pierre Relier. — **Chirurgie conservatrice en gynécologie** (Thèse, 1936, Arnette, éditeur.)

Au premier plan des préoccupations du chirurgien doit s'inscrire le déséquilibre organique déterminé par l'opération chez les femmes castrées chirurgicalement.

La chirurgie gynécologique ne doit plus être mutilante, on ne saurait sacrifier des organes sains en même temps qu'un organe malade, l'exérèse doit être limitée à la lésion elle-même sans la dépasser.

Sous l'inspiration de son maître Desmarets l'auteur a étendu les indications de la conservation et l'applique aux fibromes utérins, auxquels il laisse trompes, ovaires, et un petit segment d'utérus.

Ce travail divisé en huit chapitres étudie d'abord les troubles déterminés par la ménopause chirurgicale, puis les thérapeutiques préconisées pour pallier à la déficience de l'ovaire : l'opothérapie, les greffes ovariennes, la conservation isolée d'un ovaire.

L'auteur envisage alors la chirurgie conservatrice dans le traitement des kystes de l'ovaire, puis dans le fibrome.

C'est la partie principale du travail. Relier décrit avec des figures bien faites l'hystérectomie sus-isthmique permettant de garder trompes et ovaires en enlevant le fibrome, et il publie des résultats.

Une bibliographie importante termine cet ouvrage qui fait honneur à son auteur.

R. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

UNE CONFÉRENCE DU DOCTEUR PIERRE MAURIAC : L'INFLUENCE DES GRANDS MÉDECINS AU XIXe SIÈCLE

Le théâtre du Vieux-Colombier est voué cet hiver à Esculape ! Non content d'abriter, depuis le début de la saison, « Elisabeth, femme sans hommes », le magnifique drame historique de notre confrère Josset, il conviait le public, le vendredi 6 mars dans l'après-midi, à écouter le Professeur Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Mince silhouette dressée sur un fond de draperies sombres, son masque d'inquisiteur scrutant l'assistance, l'orateur a l'art de donner à son texte une intensité tout intérieure. Sans gestes ni éclats de voix, ne recourant aux notes que pour lire les références, il détache des mots-bolides qui, d'une longue trajectoire, vont tomber dans certaines plates-bandes, tant privées que publiques. C'est la revanche de la Croix-Rouge bombardée en Abyssinie.

Assistance nombreuse, surtout professionnelle, qui marque les coups et en apprécie le réglage.

« Peut-être eût-il mieux valu, dit en commençant l'orateur, confier ce sujet à un autre qu'à un médecin. Un étranger fait parfois des observations plus pertinentes qu'un familier de la maison. Peut-être aussi un médecin apportera-t-il un point de vue particulier s'il se propose de chercher les traces de l'influence de ses anciens sur des esprits représentatifs comme Gœthe, Balzac, Sainte-Beuve.

A l'aurore du XIXe siècle quels sont les médecins qui captivent l'attention du public ? L'on serait tenté de chercher des noms illustres : Laënnec ? Broussais ? Corvisart ? Point ! Beaucoup plus que de ces grands cliniciens, les salons et les milieux littéraires s'occupaient de Mesmer, de Gall et de Lavater. Oui ! Mesmer, l'homme au baquet, eut une immense renommée, passagère, il est vrai, puisqu'il mourut obscurément en Suisse en 1815 ; mais il avait eu le temps de compter parmi ses disciples des hommes comme Cabanis et de susciter un courant d'idées qui lui survécut. Pour Balzac, la réalité du fluide magnétique était évidente et indiscutable ; les sciences occultes le retenaient beaucoup plus que les sciences exactes ; son imagination l'emportait au delà des données positives et lui faisait pressentir la réalité de mystères encore inexpliqués.

Gall, avec sa phrénologie, n'eut pas un moindre succès auprès de Balzac comme aussi de Gœthe. Déduire, de l'extérieur du crâne, les qualités de son contenu, pénétrer de la sorte jusqu'aux intimes ressorts de *l'individu, c'était* de quoi séduire deux esprits aussi curieux de connaissances. Sainte-Beuve, du reste, prit aussi, à l'occasion, fait et cause pour Gall.

Quant à Lavater, créateur de la physiognomonie, il éveilla, pour les mêmes raisons, l'enthousiasme de Gœthe. Celui-ci en rabattit après *quelques années, et l'on retrouve trace de cette* volte dans sa correspondance.

Après ces trois médecins, aujourd'hui bien déchus de leur ancienne renommée, il convient de citer le Professeur Charles Robin, anatomiste de grande valeur qui se fit le consultant scientifique des écrivains de sa génération ; il documenta Michelet pour « l'Oiseau », « l'Insecte », « la Mer » ; les Goncourt lui durent la description détaillée de l'hypertrophie cardiaque dont ils font mourir Renée Mauperin, et certains traits de *Germinie Lacerteux* ; quant à Zola, on sait qu'il ne craignit pas d'insérer dans *Germinal* une page entière du Manuel opératoire de Farabeuf.

Charles Robin, positiviste convaincu, ne se contenta pas de cette influence scientifique ; il prêcha autour de lui la doctrine de Littré. Et c'est lui le vrai responsable du scandale qui éclata à propos du fameux déjeuner du 16 avril 1868, jour du vendredi saint ; Sainte-Beuve, ce jour-là, avait convié à sa table Taine, Edmond About, Renan, Flaubert, Robin et le prince Napoléon. Le menu fut confortable et en insurrection flagrante contre les commandements de l'Eglise. Le fait s'ébruita et Sainte-Beuve, qui était alors sénateur, fut invité par le Président du Sénat à s'en expliquer. C'est alors qu'il prononça le mot fameux. « Voilà bien du bruit pour une omelette au lard ».

Robin, avec Peter, était de ceux qui, à l'Aca-

démie, traitaient de haut Pasteur et en tenaient obstinément pour la génération spontanée. Il jouit, à cause de ses idées positivistes, d'une grande popularité parmi la jeunesse des Ecoles et compta parmi ses disciples Georges Clemenceau qui ne devait pas donner sa langue au chat lorsqu'il s'agissait de venir à la rescousse du maître.

C'est vers cette époque que le règne de la science connut son apogée. En dehors de Robin, trois hommes vivaient alors qui en étaient les véritables prophètes : Renan, Berthelot et Claude Bernard.

Inutile de décrire longuement l'attitude intellectuelle de Renan et de Berthelot lesquels, du reste, n'étaient pas médecins. Ils inspirèrent à Sainte-Beuve son mot « L'Eglise et la Science sont deux ennemies ».

Quant à Claude-Bernard, c'était tout uniment un physiologiste (le plus grand des physiologistes !) confiné dans son laboratoire et qui ne se souciait guère de philosopher. Mais ses disciples s'en soucièrent pour lui : ils bâtirent sur ses principes et ses découvertes scientifiques une doctrine : le déterminisme qui, alliée au transformisme de Darwin, fournit une riche matière aux libres penseurs. De « l' « Introduction à la médecine expérimentale », ils firent un véritable bréviaire. C'est à ce titre que le magistral ouvrage est actuellement connu des profanes ; il est certain que, parmi ceux-ci, une telle exégèse a plus fait pour la renommée de Claude Bernard que la découverte de la glycogénèse hépatique.

Cependant, vers la même époque, un souffle nouveau commençait à s'élever du laboratoire de Pasteur. Pasteur, lui non plus, ne fut ni un philosophe, ni un politicien. La seule fois qu'il se frotta à la politique ce fut comme candidat à une élection sénatoriale. C'est un politicien, un vrai, qui lui fut préféré : tout était mieux ainsi. Pasteur ne concevait pas que ses découvertes biologiques pussent ébranler quoi que ce soit dans le domaine métaphysique. Il séparait très naturellement sa foi de son activité de savant et par ailleurs, n'empiétait guère sur d'autres domaines. Tout ce qui n'était pas biologie le laissait fort indifférent. Le soir, après le dîner, quand ses élèves se réunissaient chez lui, le maître prenait peu de part à la conversation. Parlait-on de littérature, de mondanités, de politique, il somnolait dans son fauteuil. Mais, dès que revenait sur le tapis le travail en cours ou l'expérience projetée, il se redressait et interrogeait « Que disiez-vous ? » C'était l'homme d'un seul livre, mais d'un grand livre !

Pasteur ne fut pas médecin ; il n'est pas cependant possible de le tenir à l'écart d'une étude comme celle-ci en ce qu'il contrecarra, non par une doctrine de partisan mais par son exemple, l'influence des grands médecins positivistes de son époque.

A cette réaction, d'autres aussi avaient leur part, non médecins comme Pasteur. C'étaient Barbey d'Aurevilly, homme de lettres, et Louis Veuillot, journaliste. Tous deux passionnés, violents, prompts à annexer le nom d'un homme comme le physiologiste Flourens quand il fournissait des arguments à leur thèse, prompts à l'invectiver s'il ne les satisfaisait plus. « La Science, grondait Veuillot, cette petite vieille aux yeux chafouins... ».

Le XIX[e] siècle pensait qu'un savant ne peut être que positiviste ; un astronome ne peut être qu'athée puisqu'il lui est donné tous les soirs de vérifier l'absence d'un cerveau dans la mécanique du monde.

Le plan philosophique n'était qu'une introduction au plan politique. L'Université ne se faisait pas faute de s'occuper de politique. Les mots : liberté, progrès, entraînaient irrésistiblement la jeunesse. Et les maîtres qui savaient en user étaient sûrs de s'acquérir une grande popularité parmi les étudiants. Ceux, par contre, qui se montraient inféodés aux pouvoirs constitués étaient houspillés de belle manière. Rayer, médecin de Napoléon III, ayant été nommé par celui-ci professeur à la Faculté et pourvu de la chaire de médecine comparée, créée exprès pour lui, fut l'objet d'un tel chahut que, des dix-huit mois qu'il demeura à la Faculté, il ne put prononcer un mot. Quant à Dolbeau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, il connut une disgrâce analogue : comme on avait amené dans son service deux communards blessés, la police arriva et demanda à Dolbeau de les lui livrer. Ce qu'il fit. Le lendemain, assailli par les cris de « mouchard », « vendu », il ne put faire son cours.

Ce qui montre que la politique a souvent forcé les portes de l'Université et que certains sont mal venus aujourd'hui, à appeler en renfort contre elle, la police et on ne sait quelle basse pègre.

***

En somme, l'influence des grands médecins s'exerce soit par leur œuvre, soit par leur personne.

Claude Bernard n'a agi que par son œuvre. Grasset aussi ; en écrivant « Les limites de la biologie », il a inspiré Paul Bourget. De nos jours, nous avons vu Freud susciter par sa seule doctrine un intérêt passionné parmi les salons et les gens de lettres. C'est l'emprise purement spirituelle, la plus propre à satisfaire un savant, mais la plus difficile à acquérir.

Beaucoup plus nombreux sont ceux qui agissent par leur personne. De ceux-là, le plus bel

exemple est Charcot. Il a joui, sa vie durant, d'un prestige étonnant ; il était une sorte de dieu, impérieux et jaloux de son autorité. Aujourd'hui son œuvre est aux trois quarts en ruine ; et même la maladie qu'il avait créée, sans le savoir, l'hystérie, a fini de mourir avec le dernier de ses disciples.

D'autres ont eu une influence littéraire ; ils ont inspiré un écrivain. Nous avons vu Robin se profiler derrière Michelet et les Goncourt ; plus près de nous, il y eut Dieulafoy derrière Paul Bourget, Voivenel derrière Rémy de Gourmont, Charles Nicolle derrière Duhamel.

Quelquefois encore ils exercent une influence politique. Citons, sans nous attarder en ce domaine, Paul Bert et Clemenceau.

La plus belle et la plus chère influence du médecin, c'est celle qu'il doit uniquement à sa profession ; celle du médecin de campagne, du Docteur Benassis dont Balzac, pieusement, modela la figure, de l'humble praticien à qui tout un canton se remet en pleine confiance ; celle du médecin de bataillon vers qui, les jours d'attaque, les hommes regardaient ; celle du médecin de secteur qui eut parfois l'occasion de recevoir telle émouvante confession et de sauver un homme victime d'une minute de faiblesse et, pour cela, en passe de conseil de guerre.

Le chirurgien, lui, ne peut prétendre qu'à une influence toute personnelle. Dans sa blouse sanglante, il apparaît comme un dieu redoutable. Pour atteindre aux consolations qu'il offre, il faut préalablement traverser une terrible épreuve. Il est plus grand que le médecin et moins humain.

L'influence et la renommée, le médecin les acquerra avec plus de facilité s'il se porte vers les zones indécises où commence le mystère, vers ces confins où la médecine rejoint la foi ou les superstitions. Il est, pour se faire un nom, d'un effet plus certain de titiller la muqueuse pituitaire ou de manier avec dextérité la baguette que de pratiquer une médecine courante. Les charlatans attirent par ce qu'il y a en eux d'inexplicable.

Lorsqu'il se meut en ces régions où règnent la brume et les feux-follets le médecin court de gros risques. Un homme comme Charles Richet, en étudiant les phénomènes métapsychiques, ou bien rassemblera autour de lui toutes les troupes, assez indésirables, de la crédulité et s'en trouvera peut-être discrédité lui-même ; ou bien, il renforcera dans leur attitude de dénégation les irréductibles qui se refusent à admettre ce qu'ils ne peuvent concevoir. Et souvent, il atteindra simultanément l'un et l'autre effet. Car, peu nombreux sont les hommes qui se permettent de penser et moins nombreux encore ceux qui oseraient écrire ces lignes de Carrel ». De même que les lois de la thermodynamique rendent impossible le mouvement perpétuel, de même les lois physiologiques s'opposent au miracle. Cette attitude est aujourd'hui encore celle de la plupart des physiologistes, et des médecins. Cependant, elle n'est pas tenable en face des observations que nous possédons aujourd'hui. »

***

Cette situation dans le monde où il vit, le médecin la doit à l'aspect traditionnel de sa profession dite libérale. Libérale ? le demeurera-t-elle ? le sera-t-elle encore longtemps ? Une tendance presque invincible du monde moderne nous entraîne à renoncer à nos prérogatives. Plus d'un, déjà, se résigne à ce fonctionnarisme qui nous attend peut-être. Que subsistera-t-il alors du prestige médical ? Il est bien aventuré de le prévoir. Ce que nous gagnerons peut-être en sécurité, sans doute le perdrons-nous en satisfactions intérieures. A moins que.....

A moins que le XX^e siècle n'aille, suivant le mot de Renan, rechercher dans la corbeille beaucoup de vieux papiers que le XIX^e y aura jetés.

Souhaitons que la profession médicale ne tarde pas trop à récupérer ses titres de noblesse jetés à la poubelle démagogique.

Et, sur ce dernier percutant, s'acheva la conférence du Professeur Mauriac.

G. Lavalée.

OBLIGATION POUR LES MAIRIES D'ORGANISER UN SERVICE MÉDICAL DE CONSTATATION DES DÉCÈS ET D'EN SUPPORTER LES FRAIS

Un de nos confrères nous communique une circulaire préfectorale de Meurthe-et-Moselle, en l'accompagnant d'une lettre qu'il a reçue du médecin inspecteur départemental des Services d'hygiène.

Il nous demande quelle est notre opinion et si le Syndicat médical départemental ne serait pas qualifié pour résoudre, avec l'Administration préfectorale, cette question de la création d'un service communal de médecins de l'Etat civil et de faire honorer ces confrères, non par les familles, mais par le budget municipal.

I

PRÉFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE

Nancy, le 29 septembre 1933

Le Préfet de Meurthe-et-Moselle,
à Messieurs les Maires,

(En communication à MM. les Sous-Préfets)

Un vote de la Chambre des députés a invité le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour empêcher les inhumations prématurées en assurant une vérification du décès nettement affirmative de la certitude de la mort.

Répondant à des préoccupations du même ordre, une circulaire du Ministre de l'intérieur, en date du 24 décembre 1866 avait organisé, après avis de l'Académie de Médecine, la vérification médicale des décès pour l'ensemble du territoire.

Cette règlementation ne semble pas avoir obtenu les effets qu'on aurait pu légitimement en attendre, puisque certaines villes importantes n'ont pas institué le contrôle prescrit et que, dans la plupart des localités, l'inhumation est souvent pratiquée sans aucun exament médical.

C'est à cet état de choses fâcheux que le Parlement a désiré qu'il soit porté remède.

L'Académie de médecine, à nouveau consultée par les soins de M. le Ministre de la Santé publique, a considéré que la déclaration faite par le témoin appelé à la rédaction de l'acte de décès est insuffisante pour donner le certitude de la mort, puisqu'il ne peut lui-même en fournir la preuve.

Elle a rappelé, en outre, que si l'article 77 du Code civil fait peser sur l'officier de l'État civil la responsabilité de la constatation du décès, cette responsabilité implique l'obligation de s'entourer de tous les moyens propres à obtenir ce résultat formellement exigé.

Or, un médecin est seul compétent pour affirmer la réalité d'un décès.

C'est pour assurer la stricte application de cette vérité élémentaire, qu'il conviendra d'observer rigoureusement à l'avenir les prescriptions qui suivent :

Vous ferez choix d'un ou de plusieurs docteurs en médecine, qui seront chargés de vérifier les décès dont la déclaration aura été faite en mairie, conformément aux prescriptions de la loi.

Dès qu'une déclaration de décès aura été faite, vous ferez parvenir au médecin vérificateur du décès, une feuille en double expédition, sur laquelle il inscrira les noms, prénoms, sexe, âge, profession de la personne décédée, autant que possible la nature de la maladie à laquelle elle a succombé, le nom du médecin qui a soigné le malade, celui du pharmacien qui a délivré les médicaments.

Dans le cas où le décès paraîtrait douteux, vous retarderiez la délivrance du permis d'inhumer jusqu'à certitude complètement acquise de la mort par une nouvelle visite et un rapport spécial du médecin vérificateur.

Il ne pourra être procédé à l'inhumation d'une personne décédée qu'après 24 heures expirées depuis la déclaration faite à la mairie.

Pourront être exceptées les cas de putréfaction cadavérique avancée ou de toutes autres conditions préjudiciables à la santé publique. Dans ces cas exceptionnels, le médecin vérificateur fera un rapport spécial à la mairie.

En vous faisant ce rappel de règles déjà anciennes, je vous prie de bien vouloir prendre, d'urgence, les mesures utiles pour assurer l'exécution des présentes instructions et de veiller à ce que *dans aucun cas*, elles ne soient transgressées.

Le Préfet,
Emile ROBLOT.

II

PRÉFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE
Service d'hygiène
Inspection

Nancy, le 14 février 1936.

Mon Cher confrère,

Je réponds à votre honorée pour vous confirmer l'obligation de la production d'un certificat médical attestant la réalité du décès avant la délivrance, par le Maire, du permis d'inhumer.

Les prescriptions, à ce sujet, datent de 1866, et, à la demande du Ministre de la Santé publique, elles ont été impérativement rappelées aux Maires, par la circulaire, ci-jointe du 29 septembre 1933.

Certes la question des honoraires médicaux est

parfois délicate à régler lorsque les familles sont dans une situation modeste ou difficile.

Les honoraires du Médecin vérificateur doivent être supportés par les héritiers directs du défunt. Cependant, si la famille est notoirement indigente ou bénéficiaire de l'Assistance médicale gratuire, le budget communal doit prendre en charge les frais de déplacement et de constat, au chapitre « inhumation des indigents » ou « dépenses imprévues ».

Enfin, si les familles non indigentes s'opposaient à l'accomplissement de ces formalités, il appartiendrait à la commune de faire constater le décès et de faire recouvrir les honoraires médicaux par l'établissement d'un « bulletin de recette ».

Il serait certes infiniment préférable pour me permettre d'avoir une vue d'ensemble, et d'étudier l'évolution et les causes de la mortalité, de connaitre les diagnostics. Je ne crois pas que le secret médical puisse être invoqué car la cause peut être désignée sous un numéro et les bulletins sont adressés à l'inspecteur départemental d'hygiène, qui, d'après un décret-loi récent doit être docteur en médecine.

Peut-être une autre formule pourrait être suggérée pour calmer les légitimes scrupules des confrères-praticiens.

Je vous prie de croire, mon cher confrère, à l'expression de mes bien dévoués sentiments.

L'inspecteur départemental
des services d'hygiène,
Dr Robert Lévy.

Commentaires

La Circulaire préfectorale est très bien, et absolument conforme aux législations et prescriptions du Code civil.

Si nous lisions bien cette Circulaire, nous verrions que le Préfet rappelle aux Maires que ce sont eux, qui, en leur qualité d'officiers de l'Etat civil, doivent procéder, en personne, à l'examen des cadavres. L'article 77 du Code civil fait une obligation à l'officier de l'Etat civil de se transporter, en personne, auprès de l'individu décédé, de constater la mort, et de délivrer le permis d'inhumer.

Le Préfet reste toujours dans la légalité en rappelant aux Maires que s'il leur déplaît d'exécuter eux-mêmes cette besogne peu agréable, ils peuvent commettre un médecin qui sera leur délégué et qui, sous le nom de médecin de l'Etat civil, se transportera auprès des personnes décédées, vérifiera l'état du cadavre, et pourra, sans violer le secret professionnel, indiquer les causes de la mort.

J'insiste sur ce point qu'il n'y a pas violation du secret professionnel de la part du médecin de l'Etat civil, à la condition exprsse que ce dit médecin n'ait pas été le médecin traitant du *de cujus*.

Mais si la Circulaire du Préfet est bien, la réponse qui est faite par le médecin inspecteur du Service d'hygiène du département est tendancieuse, sinon fausse.

Ce confrère administratif cherche, en effet, à faire supporter aux familles le poids des honoraires pour la délivrance du certificat de décès. Les familles ont le droit absolu de se refuser à payer le médecin qui vient contrôler le décès, parce que l'article 77 du Code civil met cette constatation à la charge de l'officier de l'Etat civil et non pas à celle des familles. C'est à la mairie et non aux héritiers à payer la vacation du médecin de l'Etat civil.

En second lieu, et toujours dans un but d'économie et de simplification qui aboutit à une violation de la loi, le médecin inspecteur déclare que le médecin praticien peut très bien délivrer ce certificat de décès. Une fois de plus, je conclus encore par la négative. Le médecin qui a donné ses soins est lié au défunt par l'article 378 du Code pénal qui lui interdit d'indiquer à qui que ce soit la cause exacte de la mort. Au contraire, le médecin de l'Etat civil qui n'a pas été le médecin traitant du *de cujus* peut indiquer à son mendant, le Maire, tout ce qu'il voit, constate, apprend, découvre, dans l'accomplissement du mandat qui lui a été confié, c'est-à-dire la constatation du décès.

Ma réponse pourrait donc être communiquée au médecin inspecteur départemental des Services d'hygiène, et je me mets à la disposition de ce confrère pour discuter avec lui, textes en mains, la loi telle qu'elle est et même, s'il le désire, telle qu'elle devrait être.

Dr Paul Boudin.

MISE A L'INDEX

Publicité donnée à la sanction

Un secrétaire de Syndicat nous consulte sur le point suivant :

Nous envisageons une mise à l'index, concernant un non-syndiqué.

A ce sujet, nous serions très heureux si vous pouviez nous renseigner sur les points ci-dessus.

Nous avons vu vos articles du *Concours*, pages 557 (1926), 2639 (1927), 1245 (1931) ; 2866 (1930).

1° D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, la publication des jugements du Conseil de famille dans les journaux non-médicaux n'est pas licite.

Nous avons dans nos statuts que ces jugements peuvent être envoyés aux collectivités non médicales et particuliers pouvant être intéressés par les décisions prises. Est-ce licite ?

Je pense que oui, puisque cela se passe ainsi pour les Assurances sociales.

2° Je trouve dans des notes manuscrites sur la question : La Cour de Douai (16 novembre 1926) a jugé qu'un médecin non-syndiqué n'est nullement obligé de se soumettre à la juridiction syndicale et à tous droits de refuser de s'expliquer devant le Syndicat.

Ce jugement d'appel ne concerne-t-il pas les cas dont vous parlez dans votre article du *Concours* de 1926, page 557 ?

N'est-il pas en contradiction avec ce que vous dites dans vos articles ?

3° Vous avez dit dans le *Concours* du 9 octobre 1927, page 2689 :

« L'exclusion du Syndicat entraîne... dès que la pénalité est devenue définitive, c'est-à-dire n'est plus susceptible d'opposition au défaut, ou d'appel devant les Tribunaux de droit commun ».

a) Quel est ce délai d'appel ?

b) Quand un appel de la décision du Conseil de famille local est prévu devant le Conseil de famille départemental, l'intéressé peut-il néanmoins faire appel devant les Tribunaux de droit commun ?

c) *Si oui, est-ce bien* d'un appel qu'il s'agit dans ce cas, appel suspensif de la peine, alors qu'un appel est déjà prévu dans les statuts ?

N'est-ce pas plutôt un nouveau procès, non suspensif de la peine, et tendant soit à faire annuler les décisions syndicales pour manque de base ou vice de forme, soit à obtenir des dommages-intérêts en réparation d'un dommage causé ?

Excusez-moi de vous poser tant de question, mais nous aurions grand besoin d'être éclairés sur ces points, car nous ne voulons agir qu'avec la plus grande prudence.

Dr H.

Réponse

Du moment où un praticien n'est pas adhérent au Syndicat, il n'est pas lié à ce dernier par le pacte syndical. Il n'est pas tenu de respecter ni les statuts, ni les décisions des assemblées générales.

A plus forte raison, est-il en droit de ne pas accepter de comparaître devant le Conseil de famille et de s'y défendre.

Il en résulte qu'il lui est toujours possible de recourir aux Tribunaux de droit commun, soit pour soumettre à ces derniers une décision du Conseil de famille, alors qu'il a accepté de comparaître devant ce dernier, soit pour demander l'annulation d'une condamnation prononcée par défaut par le Conseil de famille, devant lequel il s'est refusé de comparaître.

Seul le pacte syndical oblige les syndiqués à se conformer aux statuts du groupe corporatif et notamment aux dispositions, qui visent la justice disciplinaire syndicale. En adhérant au Syndicat, le candidat a déclaré avoir pris connaissance des statuts et à consentir à les observer.

Pour justifier une mise à l'index d'un non-syndiqué, le Syndicat aura à prouver qu'il a agi dans un but de défense générale de toute la corporation et nullement dans un désir de nuire à une individualité. Il devra démontrer que les agissements du non-syndiqué ont porté un préjudice moral, ou matériel à l'ensemble des médecins de la région.

Ainsi serait justifiée la mise à l'index d'un praticien, qui, par des procédés de réclame outrancière, déshonore le caractère noble de la profession médicale ; mais on ne saurait frapper disciplinairement un médecin qui, par avilissement des honoraires, est loin de se conformer aux chiffres fixés dans le Tarif syndical minimum. En effet, en vertu de la liberté du travail, un praticien non-syndiqué, est libre de prendre aux malades tels honoraires que bon lui semble, comme le font d'ailleurs les dispensaires, hôpitaux, Uniprix de la médecine, les Instituts divers, les médecins liés par un louage de service à des Mutualités à des usines, des entreprises quelconque, etc.

De ceci découle la publicité à donner à une décision de mise à l'index.

Il convient d'abord de se reporter aux statuts, qui doivent prévoir quelle publicité sera donnée aux décisions des assemblées générales, ou du Conseil de famille.

En second lieu, si la publicité répond à un besoin de défense collective, si elle est rendue nécessaire, pour que les tiers soient avertis, dans un but de défense corporative d'ordre général, la mesure sera réputée régulière.

Mais si l'adversaire peut prouver que, par une publicité intempestive donnée à la mise à l'index, le Syndicat a uniquement eu pour but de gêner le médecin condamné dans l'exercice de son art, pour diminuer ses moyens d'existence, sans que l'intérêt général corporatif soit en jeu, le plaignant pourra obtenir réparation du dommage qui lui a été causé.

Pour terminer, disons qu'il est assez difficile de donner une consultation juridique, uniquement basée sur des considérations générales. Il est nécessaire de connaître les faits, pour préciser le conseil juridique à donner.

C'est dire que je reste à la disposition du Syndicat pour de plus amples renseignements.

Dr Paul Boudin.

L'HYPERPYREXIE :

Par la chaleur anéantir le germe dans l'organisme infecté.

Ce procédé, assez original, nous vient d'Amérique. Il ne s'agit pas d'une réaction de chaleur produite par l'organisme lui-même, sous l'influence de l'injection de microbes ou de substances albuminoïdes. C'est, au contraire, de la chaleur thermique empruntée à des sources de production, situées en dehors de l'organisme.

Déjà au Japon, à partir de l'An 1700, on empruntait, pour le traitement de la syphilis, de la goutte, et d'autres maladies chroniques, l'eau à certaines sources d'origine volcanique, dont la température variait de 43° à 71° Centigrades. Après une immersion de 3 à 6 minutes, le baigneur en sortait aussi rouge qu'un homard trempé dans l'eau bouillante. Ces bains se répétaient plusieurs fois par jour pendant 3 à 5 semaines, et les résultats en étaient favorables.

En ces dernières années, on a renouvelé l'expérience de cette pyrétothérapie physique au moyen de divers procédés, en tenant compte de la difficulté qu'il y avait à maintenir l'hyperthermie à un niveau déterminé pendant un temps également *déterminé. C'est ainsi qu'on* eut recours à divers procédés, qui pouvaient être convenablement réglés : diathermie simple, diathermie à ondes courtes, chambre thermogène à rayons infra-rouges ou à lampes de carbone. Car les bains d'eau chaude avaient été reconnus pénibles et difficiles à appliquer, quand une longue période d'hyperthermie était nécessaire. Il fallait aussi pouvoir, mieux que dans leur application, surveiller les réactions de la peau.

Simpson et Kettering firent mieux : ils inventèrent leur *chambre thermogène, à air chaud et humide.* Celle-ci permet une ascension thermique plus rapide que les chambres à éléments infra-rouges ou à lampes de carbone, et la température du malade peut-être réglée à volonté, puis maintenue aussi longtemps que l'état de celui-ci le permet ou le réclame. De plus, le corps du patient (sauf la tête, qui reste à l'extérieur) demeure entièrement libre dans la chambre, et l'appareil ne comporte pas d'électrodes, de plaques condensatrices ou autres.

Cette chambre pyréthogène consiste en une boîte rectangulaire longue d'environ deux mètres, haute de 75 centimètres et large de 90 centimètres. Montée h izontalement sur de longs pieds, elle est sép ée en deux parties inégales : l'une, formant la cellule destinée aux malades ; l'autre, réservée au mécanisme qui sert à chauffer, à humidifier et à faire circuler l'air autour du malade. Les parois en sont doubles, et celles de la partie inférieure constituent un lit roulant qui sert à introduire le patient. Le cou de celui-ci est enserré dans une pièce de caoutchouc éponge, ce qui permet de laisser la tête à l'air libre. Quant au mécanisme thermogène, il consiste en un appareil électrique pour le chauffage de l'air, que règle un thermostat à l'extérieur ; une cuve d'eau assure l'humidification de l'air, et son réglage est automatique. L'air, chaud et humide, ainsi produit est envoyé par un souffleur mécanique entre les deux couches du double plafond de la chambre ; de là il parvient au malade par l'intermédiaire de trous, perforés dans la couche interne. Sur les deux *côtés de l'appareil glissent* des panneaux pour permettre l'observation constante de la peau, la surveillance de la pression artérielle ainsi que la vérification fréquente de la température rectale.

Un point essentiel : le malade, placé dans la chambre thermogène, reste sous l'observation constante d'infirmières spécialisées qui ne doivent jamais s'absenter. Ainsi réglé, le traitement pyrétothérapique peut être conduit sans le moindre accident. Parfois des petits incidents circulatoires (pouls) ou gastro-intestinaux (nausées et vomissements), ou de la tétanie *musculaire surviennent ; mais ils* sont rapidement combattus par des mesures appropriées, et n'interrompent pas le traitement.

***

Cette ingénieuse organisation vise à détruire par la chaleur le germe pathogène, dans l'organisme humain lui-même, comme on le détruirait dans un milieu de culture.

Une étude de MM. Desjardins, Stuhler et Popp (1) envisage spécialement la *destruction du gonocoque*, en soumettant les malades eux-mêmes à une température de 41°,5 à 42°.

Voici d'ailleurs quelques faits d'observation intéressants, par lesquels ces auteurs établissent le bien-fondé de leur méthode, qui *a priori*, pourrait paraître un peu fantaisiste.

Dès 1893, Bogdan avait cité un cas de blennorragie, dans lequel l'écoulement urétral

(1) L'hyperpyrexie dans les affections gonococciques. *Bull. de l'Assoc. des Médecins de lang. franç. de l'Amérique du Nord*, janvier 1936.

s'arrêta au cours d'une pneumonie, mais reparut dès que cessa la fièvre. D'autre part, en 1894, Finger, Ghon et Schlagenhaufer s'étaient déclarés impuissants à produire une urétrite par l'injection de gonocoques dans l'urètre d'un malade dont la température s'élevait à 39° et 40° C, tandis que l'urétrite se développait toujours quand des injections identiques étaient faites à des malades sans fièvre. Guiard (1894) rapporta également un cas de blennorragie, dont l'infection urétrale disparut spontanément au cours d'une scarlatine. Neisser et Scholtz (1903) accusèrent aussi une difficulté constante à isoler le gonocoque dans des cas où les malades étaient fiévreux. Luys (1917) fit la même remarque chez un malade, dont la température, au cours d'une attaque d'oreillons, s'éleva à 40° C. Culver (1917) rapporta une observation analogue : en ce sens qu'une infection urétrale disparut après une attaque de paludisme, qui dura quatre jours, et au cours de laquelle la température s'éleva à 40°5 C.

Dans le même ordre d'idées, Steinschneider et Schaffer avaient noté qu'une température entre 40° et 41°, maintenue pendant quelques heures, suffisait à détruire le gonocoque. En fait, Ylppö (1916) traita une vulvo-vaginite chez une jeune fille de cinq ans au moyen de bains chauds, en commençant pas une température de 39° C, et en augmentant la température de l'eau jusqu'à 41°5 C : après huit bains quotidiens d'une heure de durée cet auteur se trouvait dans l'impossibilité d'isoler le gonocoque chez cette petite malade.

Malgré l'importance apparente de ces observations, la question du traitement pyrétothérapique de la gonoccie urétrale simple ou compliquée est beaucoup plus redevable encore aux études de Carpenter, Boak, Mucci et Warren (1933), qui entreprirent la recherche systématique de l'influence de la chaleur sur le gonocoque ; le but spécial de leurs travaux fut de déterminer le degré et la durée de température qui, d'une part, étaient supportables par l'homme et, d'autre part, nécessaires pour détruire ce microbe. D'une façon générale ils établirent que 99 % des gonocoques pouvaient être détruits en deux heures par une température de 41°5 à 42°.

Actuellement le gonocoque est le seul microbe dont la température léthale ait été déterminée, et puisse également être reproduite chez l'homme.

Voici, d'après les auteurs de cette étude, les *contre-indications* de ce traitement. Ce sont, tout d'abord, la vieillesse avec ses altérations cardio-vasculaires, puis les lésions organiques du cœur à tout âge. Ce sont aussi les désordres fonctionnels du cœur. La néphrite ou l'insuffisance *rénale constitue une défense moins importante.*

Par elle-même, la tuberculose pulmonaire ne contre-indique pas la pyrétothérapie, mais l'insuffisance respiratoire qui en résulte peut empêcher une ascension thermique suffisante, ou le maintien d'une température élevée assez longtemps pour qu'elle soit efficace. Quant au diabétique, dont l'état clinique se maintient, c'est-à-dire sans glycosurie ou avec un taux minime de sucre se règlant facilement avec de l'insuline, la pyrétothérapie est bien tolérée.

Avant d'instituer le traitement, les malades doivent d'abord être soumis à un examen général, afin d'éliminer ceux dont l'état cardio-vasculaire ou rénal pourrait contre-indiquer la pyrétothérapie. Dans les cas où le clinicien est incertain, l'électro-cardiographie et l'examen des vaisseaux au point de vue fonctionnel servent à éclaircir la situation. Si, malgré tout, l'état d'un malade reste un peu douteux, on lui fait subir une séance pyrétothérapique d'essai, et, quand le traitement est bien toléré, celui-ci est poursuivi jusqu'à guérison.

En somme, le nombre de cas avec contre-indications formelles est restreint, d'autant plus que l'âge de la blennorragie est généralement celui de la vigueur physique.

Lorsque la chambre thermogène est portée à la température voulue, les malades à jeun y sont introduits. Chez certains, la température monte à 41°2 en une heure ; chez d'autres, la période d'ascension thermique peut durer de 75 à 90 minutes. Au début, et tant que la température rectale ne dépasse pas 40° C, la prise de température se fait toutes les quinze minutes ; mais au delà de 40° C, la température rectale est prise à intervalles de cinq à dix minutes.

Au début de chaque séance de traitement, quand la température passe de 39° à 40° C, on observe souvent une période d'excitation légère que l'on appelle la « barrière », et qui constitue probablement une réaction défensive de l'organisme contre l'accumulation de chaleur. Cette barrière physiologique une fois franchie, le malade devient plus tranquille ou s'endort, cependant que la température s'élève rapidement. Quand la température oscille entre 41°2 et 42° C, certains malades nerveux se montrent un peu plus agités ; il suffit de quelque calmant pour les tranquilliser. A mesure que monte la température, le malade transpire avec une abondance croissante et, si des mesures appropriées n'étaient pas prises, il en résulterait une perte de poids (perte d'eau) de un à deux kilos ainsi qu'un affaiblissement prononcé (perte de chlorures), qui durerait quelques jours. Pour éviter ces complications, on fait boire au malade durant toute la séance, de deux à cinq litres d'une solution de sel à 0,6 pour cent (glacée). Après que la température a dépassé 40° C, la plupart des patients

ne goûtent d'ailleurs plus le sel et n'y font aucune objection ; au contraire, ils demandent constamment à boire. Dans certains cas où le goût de sel persiste et déplaît au malade, on fait alterner de l'eau salée et de l'eau fraîche.

Durant chaque séance de traitement l'état de la peau est fréquemment observé, et, quand une plaque d'érythème apparaît, elle est d'abord couverte avec une serviette pour empêcher le contact direct de l'air surchauffé de la chambre. Si, comme il arrive quelquefois, cette mesure ne suffit pas, on couvre la plaque avec un morceau de glace pendant quinze à trente minutes, puis l'érythème disparaît. Cette manière de procéder permet d'éviter les brûlures.

La plupart des malades tolèrent très bien l'hyperpyrexie, et leur attitude pendant le traitement est fonction absolue de leur caractère et de leur tempérament. Après une ou deux séances, ils s'habituent et toute appréhension disparaît plus ou moins. Il faut naturellement une certaine énergie pour passer six à dix heures à une température de 41° à 42° ; mais il est à noter que la fièvre artificielle engendrée par un moyen physique se supporte plus facilement que la fièvre d'une infection, car elle ne comprend aucun facteur toxique et n'est pas accompagnée de frissons. C'est là un point capital.

Combien de séances faut-il pour guérir l'infection gonococcique ?

Dans 90 à 95 % des cas, trois à six séances de pyrétothérapie suffisent à enrayer l'infection et à rendre définitive la guérison. Chez un bon nombre de patients, les frottis de pus urétral ou les cultures de gonocoque sont négatifs après la première ou la deuxième séance ; mais, pour assurer la guérison et prévenir tout danger de récidive, le malade doit faire deux séances supplémentaires. Chez certains les frottis et les cultures ne deviennent négatifs qu'après trois, quatre, cinq ou même six séances ; dans quelques cas exceptionnels, où le gonocoque est particulièrement résistant, la guérison ne s'obtient qu'après huit, dix ou douze séances.

Durée des séances :

La durée varie selon la résistance du gonocoque dans chaque cas. Actuellement voici comment Desjardins, Stulher et Popp ont réglé leur traitement : les deux premières séances sont considérées comme des séances d'essai et durent six heures, ce qui veut dire six heures de température entre 41°1 et 42° C. Mais, puisque la période d'ascension thermique varie entre 60 et 90 minutes, et que la période de retour à la normale est aussi longue, la durée totale de la séance est de 8 à 9 heures. Un intervalle de deux jours sépare ces deux séances initiales. Si, après la deuxième reprise, l'écoulement urétral ou vaginal a cessé, et si les frottis et les cultures ne décèlent plus de gonocoques, deux séances de même durée, et au même intervalle, complètent le traitement. Mais, si, après la deuxième séance, l'écoulement continue, ou si les frottis ou les cultures ne sont pas encore négatifs, la durée des séances est portée à 8 heures (durée totale, 10 à 11 heures). Puis, si même 8 heures ne suffisent pas à détruire le gonocoque, la séance suivante est portée à 10 heures.

Pareilles durées sont rarement nécessaires, mais il arrive parfois que, même après trois séances de 10 heures (durée totale de 12 à 13 heures), et quoique l'écoulement ait cessé pendant un ou deux jours, les frottis ou les cultures contiennent toujours des gonocoques actifs. Si dans ces cas, on peut atteindre 12 ou même 15 heures la guérison est encore possible. Si, au contraire, le malade n'est pas en état, ou refuse de se soumettre à de si longues séances, l'infection continue ou reprend de plus belle. Les auteurs n'ont observé cet échec que dans deux ou trois cas.

Résultats :

Entre le 1er décembre 1933 et le 1er août 1935, 76 malades ont été soigné effectivement : 68 (89,5 %) furent guéris, et l'état de sept malades (9,2 %) s'améliora considérablement ; chez un seul, le traitement fut sans effet apparent.

Il est à noter que quelques complications légères ou insignifiantes peuvent se produire. La plus commune, qui s'observe chez beaucoup de sujets, durant ou après une séance de traitement, est la céphalée ; mais généralement celle-ci disparaît presque toujours spontanément en quelques heures. Il faut citer également la possibilité d'érythème, d'herpès. Les nausées et vomissements s'observent quelquefois chez ceux qui n'ont pas respecté la prescription de se présenter à jeun pour subir le traitement ; en pareil cas il y a impossibilité pour le malade de boire la quantité d'eau salée à 0,6 %, si nécessaire cependant pour compenser la perte de chlorures ; dans ces conditions il est facile, sans interrompre le traitement, de remettre les choses au point rapidement, en injectant par voie veineuse de 500 à 1.000 c. c. d'une solution contenant 10 % de dextrose et 1 % de chlorure de sodium.

Sur les 76 malades traités, on comptait 53 hommes et 23 femmes. L'infection la plus récente datait de trois jours et la plus ancienne de six ans, soit une durée moyenne de cinq mois. Chez trente-six malades, l'infection gonococcique intéressait seulement l'urètre, tandis que 40 malades présentaient les complications suivantes : infection pelvienne, cinq ; prostatite, douze; glandes de Bartholin, trois ; épididymite, deux ;

vésiculite séminale, un ; sinus urétraux, quatre ; cystite, deux.

L'arthrite *gonococcique* fut cependant la plus fréquente des complications observées : dix-sept cas. *Et c'est pour elle que l'hyperpyréxie semble avoir donné les résultats les meilleurs et les plus rapides.*

Dans une forte proportion, les manifestations cliniques ont disparu très vite. Dès la première séance de traitement, la douleur diminuerait rapidement, le gonflement un peu moins vite. Lorsque l'inflammation articulaire est aiguë, l'effet de l'hyperpyrexie serait parfois surprenant. Toujours est-il que, dans la plupart des cas, un traitement systématique amène, disent les auteurs, une résolution complète et permanente du processus inflammatoire. Dans l'infection chronique également, on obtient une disparition prompte des manifesfations cliniques, puis la guérison. Cependant, quand le germe pathogène a déjà atteint les os, causé des altérations chroniques du tissu conjonctif, les lésions, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en résultent, peuvent diminuer plus ou moins ; rarement elles disparaissent d'une manière totale.

Telles sont les données que nous croyons intéressant de faire connaître sur cette curieuse méthode de traitement des infections par la chaleur physique. Souhaitons que de nouvelles recherches viennent mettre au point d'une manière définitive ce procédé thérapeutique, et permettent de le faire entrer dans le domaine réellement pratique. G. FISCHER.

LES PROPHARMACIENS ET LA PROPOSITION DE LOI AMAT

Nos confrères pro-pharmaciens vivaient en paix — autant qu'on puisse vivre en paix à notre époque troublée — quand apparut à leur horizon un point noir. Il venait du Midi, sous la forme d'une proposition de loi déposée à la Chambre en décembre dernier par le Docteur Amat, député de la Haute-Garonne.

Le projet Amat, qui bouleverse les statuts de la propharmacie, risque d'être adopté par le Parlement et même d'être voté sans discussion, comme tant de projets qui paraissent d'un intérêt secondaire aux parlementaires insuffisamment documentés. Il faut ajouter que, présenté par un médecin, le projet peut sembler avoir dans une certaine mesure l'approbation du Corps médical.

La loi de germinal sur l'exercice de la pharmacie autorise le médecin de campagne, lorsqu'il n'existe pas de pharmacie dans la localité où il habite, à délivrer à ses malades les médicaments qu'il prescrit au cours de ses visites ou de ses consultations. Ladite autorisation est donnée par la loi de Germinal dans l'intérêt des malades, l'éloignement des pharmacies apportant un retard préjudiciable aux soins et une entrave matérielle à ces soins. On apprécie les services rendus par les propharmaciens en tenant compte qu'un pharmacien ne peut souvent pas vivre là où un seul médecin exerce et qu'il y a seulement en moyenne un pharmacien pour deux médecins. En fait, plus de 3.000 médecins en France sont en même temps pro-pharmaciens.

Le Docteur Amat, député de la Haute-Garonne, s'est dit que la rapidité des moyens modernes de transport raccourcissait les distances. Son projet de loi stipule que la propharmacie ne sera plus dorénavant autorisée que s'il n'existe pas de pharmacie dans un rayon minimum de 8 kilomètres du domicile du médecin. En somme, actuellement, le médecin peut être propharmacien si dans sa localité il n'y a pas de pharmacie. Suivant le projet Amat, il faudrait qu'il n'y ait pas de pharmacie à moins de 8 kilomètres de son domicile. Le projet respecte bien les situations acquises mais il n'en constitue pas moins une entrave majeure pour les pro-pharmaciens actuels.

Nos confrères propharmaciens protestent avec raison.

Le projet Amat part de cette base que 16 kilomètres en automobile sont vite parcourus. Mais combien d'habitants des petits villages, des hameaux, des fermes isolées disposent d'une automobile ou d'un autre moyen rapide de transport à leur disposition ? Le paysan trouve toujours à sa portée un poste téléphonique pour appeler le médecin : il ne peut envoyer l'ordonnance par téléphone, ni recevoir les médicaments par la même voie.

Inconvénient plus grave encore : le médecin propharmacien dans les petites localités ne peut vivre que grâce à l'appoint de la propharmacie. Celle-ci supprimée (le projet Amat la supprimerait en grande partie), le praticien quittera — pour aller augmenter la pléthore médicale des villes — ces petites localités, qui n'auront plus de soins médicaux et seront livrées aux empiriques et aux réclames charlatanesques. Quel progrès à rebours et quel motif nouveau de désertion des campagnes.

P. LACROIX.

Nous publierons prochainement sur ce sujet une étude critique de la Section intrasyndicale des médecins propharmaciens du Syndicat médical des Deux-Sèvres.

HEURE D'ÉTÉ ? OU HEURE NORMALE ? ?

Chaque année, à l'époque où est mise en vigueur l'heure d'été, les citadins se réjouissent et les campagnards se renfrognent. Pourquoi ce désaccord qui surprend et irrite tout autant les uns que les autres ?

Ce ne sont certes pas les bonnes raisons qui manquent aux deux camps ; et depuis une vingtaine d'années qu'a été instituée l'heure d'été ils se les lancent et relancent à la figure, avec un égal insuccès dans leur propagande.

Un de nos lecteurs, le Docteur Besnier, de Bonnétable (Sarthe), ouvre le feu, cette année ; et il y fait preuve d'un mordant digne d'un franc-tireur. Comme il fait valoir des raisons médicales pour répudier « l'absurdité qu'est l'heure d'été », sans doute n'est-ce pas hors de propos de faire les lecteurs de ce journal juges du conflit.

Le Docteur Besnier prend texte d'un article du Docteur Schreiber, paru ici-même, et où le distingué pédiâtre, d'accord en cela avec le Professeur Nobécourt, insistait sur la nécessité pour les enfants d'une durée de sommeil en rapport avec leur âge.

« Or, dit le Docteur Besnier, c'est à la fin de la nuit que les enfants reposent le mieux ; j'entends, moi, médecin de campagne, les doléances des parents obligés de réveiller les malheureux gosses très tôt le matin parce qu'ils ont trois, quatre, cinq kilomètres à faire pour aller à l'école.

En été, par les grandes chaleurs, on ne s'endort guère avant dix ou onze heures du soir ; en tout cas jusqu'à la nuit close, les enfants jouent dans les rues. En définitive, leur sommeil est donc abrégé.

Quant aux adultes, pour quelques-uns qui vont gratter leur jardin, combien d'autres ne trouvent rien de mieux pour employer leur supplément de loisirs que de s'engouffrer chez les bistrots.

L'heure d'été désorganise le service des chemins de fer.

Enfin, pour les médecins, elle a de très désagréables conséquences : ils commencent leur tournée de l'après-midi à l'heure la plus chaude de la journée. Et si un villageois les appelle à 9 heures du soir, il n'admettra jamais de se voir compter une visite de nuit alors qu'il fait grand jour.

Telle est l'argumentation du Docteur Besnier ; et elle est loin d'être sans valeur.

Qu'il permette toutefois à un citadin, donc un opposant, de développer à son tour la défense de l'heure d'été.

Certes les raisons économiques qui militaient en sa faveur au moment qu'elle fut instituée, en pleine guerre, n'ont plus grande valeur aujourd'hui. Nous n'en sommes plus à économiser électricité et gaz, c'est-à-dire, en dernier ressort, du charbon, alors que les carreaux des mines en sont encombrés ; que la mévente sévit cruellement. Et que, au demeurant, dans les temps baroques que nous vivons, le gaspillage serait plutôt une manière de devoir civique.

Toutefois peut-être ne faut-il pas s'en tenir rigoureusement aux conditions exceptionnelles du marché d'aujourd'hui. Peut-être cette doctrine que l'on nous prêche sur tous les tons « Dépensez, jetez l'argent par les fenêtres, apprenez à être prodigues, et vous hâterez la fin de la crise » n'est-elle pas exempte de tous reproches. Il se pourrait que ce fût un de ces remèdes à courte vue combinés pour calmer une rage de dents mais qui, par inadvertance, sont bien capables d'empoisonner le patient. Nous ne sommes pas si loin d'une époque où certains estimaient que dépenser tout ce qu'on gagne et même un peu plus est le comble de la distinction. Je ne crois pas que ceux-là en portent fière mine aujourd'hui.

Le vieil esprit d'économie est une de nos respectables traditions françaises. Celui qui pense au « bas de laine » c'est qu'il se soucie de l'avenir, du *moment où ses forces faiblissantes ne lui* permettront plus de gagner sa vie. Et que, pour ce moment critique, il compte d'abord et avant tout sur lui-même. Il y en a tellement qui comptent sur les autres !

L'heure d'été n'aurait-elle que la valeur symbolique d'incarner, en ce temps affolé parce qu'il manque de valeurs stables, le traditionnel souci d'économie, qu'elle ne devrait pas être condamnée.

Elle incite les fidèles de « Saint Pinard » à prolonger leurs dévotions ? C'est possible et à tous égards regrettable. Le repos du dimanche et de la semaine anglaise sont passibles du même reproche, comme le seront dans l'avenir toutes les initiatives pour réduire la durée de la journée de travail. Il faut regretter qu'une loi ou des règlements municipaux limitant le nombre des débits de boisson et leur imposant une heure moins tardive de fermeture ne viennent pas compléter l'œuvre de l'heure d'été, mais non pas condamner celle-ci pour le mauvais usage qu'en font certains.

L'argument du sommeil abrégé pour les enfants doit nécessairement retenir l'attention des médecins. S'il était prouvé que, à cet égard, l'heure d'été eût de regrettables conséquences, le remède paraît être assez simple ; d'un trait de plume le ministre de l'Education nationale peut retarder d'une heure l'arrivée des enfants à la classe du matin. A la campagne cette réforme

ne souffrirait, je suppose, aucune difficulté puisque les paysans, nous dit notre correspondant, restent fidèles, même en été, à l'heure solaire.

En quoi sont-ils gênés, dans leurs travaux des champs, par l'avance de l'heure ? c'est ce que je n'ai pas encore compris, et ils ne le sont certainement pas puisqu'ils n'en tiennent pas compte. Ce n'est guère que les jours de marché ou s'ils doivent prendre le train pour se rendre à la ville qu'ils éprouvent un changement dans leurs habitudes. Un jour ? deux jours par semaine ? nos paysans se fâchent-ils réellement pour si peu ?

***

S'ils savaient, par contre, le véritable soulagement avec lequel, dans les villes, nous accueillons l'heure d'été ! Ils ne se rendent pas compte de ce qu'est pour nous un hiver : trois ou quatre mois de claustration dans des bureaux, des magasins et des ateliers où l'air est confiné, où les lampes électriques s'allument dès deux heures de l'après-midi (et parfois dès le matin !). Au *sortir de ces geôles : des rues étriquées* entre de hautes murailles, ruisselantes de pluies ; là-haut un bout de ciel fuligineux où l'on désespère de revoir jamais un peu de bleu ; ici-bas des foules qui se hâtent vers les galeries empuanties du métro, des autos qui filent parmi des giclées de boue et dont les freins hurlent, un grondement ininterrompu et démoniaque, les fumées âcres des pots d'échappement. Comment échapper à tout cela ? en s'enfermant chez soi, pour s'étioler de nouveau dans un air rare et sous une lumière artificielle.

Vous nous enviez, villageois mes frères, nos soirées mondaines, nos théâtres, tout le factice d'une vie que vous estimez brillante et qui n'est que clinquant. Du reste vous en jugez vous-même quand vous venez chez nous et que nous vous menons à l'une de ces mornes comédies desquelles on emporte une seule idée mais fort nette : celle d'avoir perdu sa soirée. Et nous, nous jugeons aussi, même si nous ne l'avouons pas (et les Parisiens, par exemple, se feraient couper en morceaux plutôt que de faire un tel aveu) que cette vie artificielle est aussi dénuée de saveur que les raisins hollandais mûris aux ultra-violets. C'est bien pourquoi nous accueillons avec ivresse l'heure d'été qui nous présage des journées plus longues, un supplément de soleil, et un peu de loisir pour en parer notre morose existence.

***

Personnellement c'est encore et surtout pour une autre cause que j'aime l'heure d'été : pour la grande et profitable leçon qu'elle nous donne.

Imaginez, confrère sarthois, qu'un réformateur, hygiéniste, économiste, ce que vous voudrez, féru des bienfaits du tôt-lever se soit mis en tête de nous prêcher cette modification dans nos habitudes. Il se serait armé des arguments les plus convaincants, aurait fait appel aux accents les plus pathétiques de son éloquence, nous aurait adjurés au nom de la nation ou de la race, au nom de notre propre bien. A quoi serait-il arrivé ? à rien du tout. A-t-on jamais pu convaincre les Français de manger, par hygiène, du poisson ou du pain rassis ? A-t-on jamais obtenu d'eux, par souci de nos finances, de ne plus voyager à l'étranger, de payer loyalement une contravention méritée ? Le Français se méfie des prédicants ; ceux de Hyde-Park, s'ils arrivent à grouper autour de leur estrade un public attentif, c'est qu'ils s'adressent à des Anglo-Saxons : à Paris, ils feraient chou-blanc. Et j'ai toujours pensé que notre Pierre l'Ermite a dû au moins une part de son succès aux alléchantes perspectives, qu'il faisait miroiter, de riches butins à amasser et d'infidèles à décerveler. Etpuis nos ancêtres valaient mieux que nous.

Alors, ne trouvez-vous pas magnifique le subterfuge du réformateur hélas ! inconnu qui voulut réaliser l'heure d'été ?

D'un simple coup de pouce il avança l'aiguille des horloges ; et les quarante millions de Français prompts à critiquer et protester, mais subjugués pour une fois par la simple élégance du procédé, marchèrent comme un seul homme. Et, de bonne ou de mauvaise grâce, ils continuent à marcher. Le fait est sans exemple dans toute notre histoire.

Hélas, pourquoi faut-il qu'il demeure unique ? Pourquoi ne trouve-t-on nulle part dans le monde un réformateur aussi avisé (quelle chandelle ne lui devrions-nous pas !) qui, en bougeant simplement une aiguille, ferait sonner l'heure dont nous finissons par désespérer, l'heure de la Paix ! !

G. Lavalée.

INCOME TAX

Vous venez de remplir, brûlants d'un zèle égal pour le Trésor public, qui a besoin d'argent, et votre propre trésor où il n'y en a pas beaucoup, vous venez de remplir vos déclarations de revenu professionnel ou particulier. Peut-être serez-vous satisfaits d'apprendre que nos confrères américains ont traversé les mêmes océans de scrupules. Sans doute à cause de la différence des longitudes, ils ont jusqu'au 15 mars ; mais s'ils sont en retard, ils subissent une amende de 25 % du revenu déclaré, ce qui est sévère.

Le taux normal de l'impôt sur le revenu, déduction faite des exemptions et réductions, est de 4 %. Il est dû par toute personne dont le revenu brut dépasse 1.000 dollars, soit 15.000 francs, pour les célibataires ou bien 37.500 francs pour les gens mariés.

Le revenu brut d'un médecin est le total des sommes qu'il a reçues dans l'année comme rémunération de ses services professionnels, plus ce qu'il a encaissé, en provenance de placements ou autres spéculations, et d'une façon générale l'ensemble de ses profits.

Mais il peut en déduire son loyer, du moins son loyer professionnel, raisonnablement calculé. Il peut aussi soustraire les dépenses inhérentes à l'habitation, comme chauffage, éclairage, téléphone, service, etc. ; de même, les dépenses professionnelles, y compris les journaux, revues et livres à moins qu'ils ne représentent un accroissement de capital. Il peut tenir compte de la détérioration du matériel. On admet qu'une auto perd 25 % par an ; que les livres et instruments se dégradent de 10 % ; le mobilier de 5 %. Il faut éviter de déduire un amortissement pour des articles déjà remboursés par cet amortissement annuel.

Les cotisations syndicales et les frais de voyages professionnels, ou de voyages d'études, sont déductibles ; de même les primes d'assurances, les frais de poursuites ou encore les pertes causées par l'incendie.

Vous voyez que les gouvernements, sans s'être consultés, mais en s'imitant l'un l'autre, aboutissent à peu près aux mêmes exigences et admettent les mêmes atténuations : mais dans un esprit plus large en Amérique qu'en France.

Ph. DALLY.

HABILLEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE

Le Directeur du Service de santé de la 20e Région rappelle les conditions dans lesquelles les officiers de réserve peuvent pourvoir à leur habillement. Nous croyons utile de les faire connaître à nos confrères, car elles doivent s'appliquer à l'ensemble du territoire.

1° *Cessions gratuites.* — Les officiers de réserve n'ayant jamais perçu d'indemnité de première mise d'équipement, peuvent percevoir *à titre gratuit*, une tenue de drap kaki du modèle de la troupe. A la place de la tenue de troupe, ces officiers sont autorisés à recevoir des effets confectionnés sur mesure en drap de tenue de ville de sous-officiers rengagés ou en drap plus fin, à condition de payer la différence de prix entre la tenue demandée et la tenue de troupe.

2° *Cessions à titre remboursable.* — Tous les officiers de réserve sont à même d'obtenir contre remboursement, soit une tenue en drap kaki *du modèle de la troupe*, soit du drap kaki (métrage maximum 3 m. 30). Ces cessions ne peuvent être renouvelées que tous les cinq ans.

3° *Formalité à accomplir.* — Les demandes de cession d'effets sont à adresser *directement* au médecin-général, directeur du Service de santé.

VARIÉTÉS

Médecine et thérapeutique au XVII[e] siècle. Un formulaire en vers latins et français

Le XVII[e] siècle ne fut pas un grand siècle pour la médecine et surtout la thérapeutique. L'astrologie au début était encore en faveur et les médecins du Roi tiraient des horoscopes. Les médicaments les plus étranges, les procédés les plus bizarres faisaient le fond de la pratique des guérisseurs diplômés. A cela s'ajoutait un degré stupéfiant de naïveté et de pédanterie que nous ne pouvons guère comprendre à notre époque. Nous avons sous les yeux un petit livre datant de 1694, publié, avec approbation et privilège du Roy, chez Laurent d'Houry, libraire rue Saint-Jacques devant la fontaine Saint-Severin, à l'enseigne du Saint-Esprit. Ce livre est intitulé *La Décade de médecine ou Le médecin des riches et des pauvres expliquant les signes, les causes et les remèdes des maladies.* La première édition de l'ouvrage datait du début du règne de Louis XIII pendant la régence de Marie de Médicis. Elle était composée en vers latins par François du Port, de Crépy-en-Valois, médecin de Paris, qui qualifiait son ouvrage d' « *opus triginta annorum, lectu perjucundum ob metrum et ad praxim utilissimum* », ce qui prouve que l'auteur n'avait pas une trop mauvaise opinion de son ouvrage. Cet avis fut vraisemblablement partagé de ses contemporains puisqu'à la fin du siècle. En 1694, M. du Four, docteur en médecine, conseiller et médecin du Roi, en donna une traduction en vers français. Nous ne reproduirons pas de vers latins et nous nous contenterons de quelques citations de la traduction en vers français qui suffiront à édifier le lecteur sur la valeur de l'ouvage.

L'auteur fait tout d'abord une profession de foi pacifiste :

Que le soldat combatte et vante sur la Terre,
Grecs, Allemands, Français, les Espagnols en guerre.
Que ceux qui n'aiment rien que carnage et qu'horreur
Exaltent les combats qui donnent la terreur.
Pour moy je n'aime point ni bouclier, ni flèches,
Trompettes, ni clairons, canons, mousquets, ni mèches.
La paix sainte me plaît, et cet art si sçavant
Qui d'un corps moribond fait un homme vivant.
C'est pourquoy j'entreprends cette docte partie,
Qui marque la douleur, et la rend amortie,
Qui détourne de nous les jours les plus fâcheux,
Et qui de languissants, nous rend plus vigoureux.
Toi qui veux vivre sain, lis donc ma poésie,
Et goûte longuement en santé cette vie.

Evidemment ces vers ne sont ni de Corneille, ni de Racine, pas même de Boileau. Mais l'intention est bonne, passons.

Voyons comment l'auteur mérite l'approbation de M. Bourdelot, conseiller du Roy, médecin de la feue Reine, et de la Chancellerie, docteur en médecine de la Faculté de Paris, qui ayant lu le livre par l'ordre de Monseigneur le Chancelier, y a trouvé « *une pratique fondée sur de bons principes et conforme aux règles les mieux reçues dans la médecine.* »

Voici par exemple, la description des *signes et des causes de l'obstruction du Poulmon.*

Dans le creux du poulmon l'humeur lente attachée,
Tumeur, pierre et pituite, et ronde et desséchée,
Bouchent si bien qu'on tousse et fort et fréquemment,
D'où l'on respire après plus difficilement,
Et d'où l'oppression extrêmement pesante
Au malade qui souffre est rude et déplaisante.

Nous ne citerons pas tous les signes de la maladie vénérienne, nous nous contenterons d'en dévoiler la cause :

.... La cause est le coït,
Par qui premièrement se corrompt la semence ;
Puis elle communique au sang sa virulence ;
Ensuite un air malin avec grande douleur,
Ronge et dissous les os comme le pourrisseur.

Et dans une note l'auteur explique que « le pourrisseur est un serpent, qui par sa morsure fond et dissout les membranes et les ligaments du corps ».

Ces quelques vers fixent sur la séméiologie ; abordons la thérapeutique.

Voici quelques « remèdes simples céphaliques qui sont bons au cerveau » :

Pour le phlegme abondant prens donc la sauge saine,
Mélisse, calament, rômarin, marjolaine,
Fenouil, soucis, stœchas, laurier, bétoine, anis,
Sarriette, nielle, euphraix, menthe, iris,
Accorus, mélilot, et camomille et rue,
Racine, graine et fleur de la pivoine crue,
Serpolet et lavande, et le thym et le nard.

Mais je m'arrête, les vers de ce genre se succédent par centaines (495 pages *in octavo*).

La dernière partie a trait aux maladies des femmes, l'auteur la met sous l'invocation de la Vierge :

Il ne me reste plus que ce dernier ouvrage,
Fille et Mère d'un Dieu, soutenez mon courage,
Afin de secourir votre sexe en ces lieux :
Vous le pouvez aider, grande Reine des cieux,
Et même le devez dans ses douleurs amères,
Puisque pour les pêcheurs, ô Princesse des Mères !
Dieu s'étant réservé votre sein maternel,
Vous avez mis au monde un Soleil éternel.

La thérapeutique en gynécologie ne laisse rien à désirer aux autres médications : saignées, purgations, clystères sont secondés par la rüe, les cheveux brûlés, le galbanum, la myrrhe, le musc, la civette, le plantain, l'eau de roses, l'oxycrat, le polluim, le pourpier, la laitue, la casse, la rhubarbe, l'opium, l'origan, le mélilot, l'huile de renard, les témoins de castor et le chamœdrys, le fœnu grec, renoncule, cresson, fumier de pigeon, résine de pin, mêlée de poix noire, etc., etc., etc.

La dernière pièce de vers est consacrée à la *cure de l'éléphantiasis et de la ladrerie.* Après purgatifs divers et diverses émissions sanguines, des cautères et des bains, l'auteur conseille l'ellébore, le fumeterre, un régime réconfortant tout en étant léger. Le cerf, le bœuf, le lièvre, l'âne, le porc, les fromages faits, les vins, les bières, cidre sont interdits.

Comme traitements héroïques, le châtrement a été préconisé, aussi les frictions mercurielles, le mithridat, la thériaque, la corne de cerf.

L'ivoire, l'émeraude, avec le vin fameux,
Où la vipère meurt, que doit boire un lépreux.
Ou qu'il mange sa chair dont l'on ôte la tête,
Et qu'avec l'huile, anet et pourreaux on l'apprête.

Et si l'on craint un effet trop violent du venin du corps de la vipère qu'on en nourrisse des poules et des poulets.

Dont mangeant un lépreux quittera sa vieillesse,
Et reprendra bientôt une verte jeunesse.

L'auteur termine par ces vers :

Hœc, si displicui, fuerint solatia nobis :
Hœc fuerint nobis prœmia, si placui.

Si ces vers ont pu vous déplaire
Ils ont fait mon soulagement ;
Mais s'ils vous plaisent au contraire
Je suis satisfait largement.

Nous aussi ! En tous cas ce n'est pas méchant.

J. Noir.

UN CLUB DE SANTÉ POUR LES FAMILLES

Les Anglais, qui ne sont pas réputés pour leur esprit d'innovation, viennent cependant d'avoir une idée vraiment nouvelle. Dans un district du sud de Londres, Peckham, deux médecins ont installé il y a trois ans un club ouvert aux familles, qui y trouvaient, moyennant une souscription d'un franc quatre-vingt par semaine environ, des consultations où on pratiquait des examens de santé périodiques, mais pas de traitements ; les membres de la famille qui avaient besoin de soins recevaient seulement à l'usage de leur médecin habituel, une note très explicite où les résultats de l'examen de santé étaient rapportés, avec une conclusion diagnostique.

Les affaires de ce club de santé ayant prospéré, il a été transféré dans de plus vastes locaux, construits spécialement. Le club est maintenant ouvert toute la journée aux membres, qui y trouvent une bibliothèque, des salles de réunions et de correspondance, et les divers avantages d'un cercle bien installé.

La souscription a été élevée à 4 francs par semaine pour chaque famille ; mais il y a une piscine, un gymnase, des salles de boxe et de danse, une cafeteria, une crèche, un solarium, un jardin d'enfants, un amphithéâtre, et une bibliothèque maintenant considérable. Les locaux sont prévus pour 2.000 familles et le revenu escompté est de 50.000 livres par an, qui suffiront à assurer le fonctionnement du club et l'amortissement du capital engagé.

La base scientifique de cette organisation, qui n'est ni une institution charitable ni une affaire financière, est que c'est seulement par la connaissance du milieu familial qu'il est possible d'avoir, sur chaque individu, et notamment sur les petits enfants, une idée juste et utile.

Ph. Dally

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Au début de la belle saison, bien des automobilistes songent à repeindre ou à faire repeindre leurs voitures. J'ai pensé en conséquence qu'il serait utile à mes lecteurs d'être documentés sur cette question.

Les Sociétés Le Ripolin et Le Ripolac ont bien voulu accepter de faire profiter les abonnés du *Concours Médical* de leur compétence universellement reconnue en m'indiquant, pour eux, les divers types de peintures et la meilleure manière de les utiliser.

Il va de soi que cette étude est limitée à la peinture des voitures par leurs propriétaires et non pas par des professionnels. En voici l'essentiel :

Les fabricants de peintures ont mis au point divers produits qui permettent de repeindre une carrosserie de voiture sans posséder des connaissances spéciales.

On peut distinguer plusieurs types dans ces peintures :

1° Les peintures laquées à séchage normal au glacis à finir ;

2° Les peintures laquées à séchage rapide qui ont pour base l'huile de bois de Chine qui possède la propriété de s'oxyder rapidement ;

3° Les peintures synthétiques, dans lesquelles les gommes naturelles entrant dans la composition des peintures précitées sont remplacées par des résines de synthèse, ayant pour effet de permettre à la pellicule de peinture appliquée de durcir rapidement ;

4° Les peintures cellulosiques, à séchage très rapide et utilisées presque exclusivement dans l'industrie, qui feront l'objet d'un article spécial.

A l'exception des peintures cellulosiques qu'il est préférable de n'employer qu'à l'aérographe, les peintures laquées s'appliquent aussi facilement à la brosse qu'au pistolet.

Quand on se sert d'un pistolet, il suffit simplement de mettre la fluidité au point par addition d'essence minérale dans la peinture normalement livrée prête à l'emploi à la brosse.

Voici maintenant le mode d'emploi sur lequel j'attire tout spécialement votre attention :

Bien entendu, ainsi qu'il est de règle pour tous travaux de peinture laquée, il est indispensable de préparer soigneusement la surface à peindre avant l'application de la couche finale :

Décapage de l'ancienne pellicule de peinture si elle est fissurée, écaillée, ou insuffisamment adhérente ;

Si la peinture existante peut être conservée, il suffit de la nettoyer par un lessivage, de la poncer, de reboucher les trous avec un mastic spécial, d'enduire le fond avec un apprêt à la brosse ou au couteau, puis de poncer jusqu'à l'obtention d'une surface parfaitement unie.

Passer alors une ou deux couches d'une peinture mate spéciale pour fond, d'une nuance approchante de celle choisie pour la couche finale. (Cette peinture de fond a une composition variable suivant que l'on travaille sur bois ou sur métal.)

Tous ces produits préparatoires existent prêts à l'emploi dans le commerce.

Ce n'est qu'après avoir obtenu un fond bien sec et bien propre qu'il faut appliquer la couche de peinture laquée. Mais c'est alors qu'il est nécessaire d'éviter minutieusement la poussière, car chaque grain de poussière marque sur la peinture et ne peut plus en être retiré, tant il s'y incruste. Il convient donc de travailler dans un endroit abrité, d'éviter les allées et venues, et d'arroser le sol pendant l'application de la peinture et au cours de son séchage.

Appliquer uniformément, assez grassement mais sans excès, la peinture laquée sur la surface à couvrir, lisser horizontalement et verticalement, la dernière fois de bas en haut ; toute trace de brosse disparaîtra ; la peinture « s'arrondissant » d'elle-même.

En utilisant, avec les précautions voulues, des produits de qualité, il est aisé d'effectuer soi-même un beau travail, qui se révélera très durable, tout en *réalisant* une grosse économie.

Pour repeindre soi-même une carrosserie avec des peintures cellulosiques.

Il arrive fréquemment qu'au cours d'une collision entre deux voitures, les avaries en résultant sont légères et ne consistent qu'en éraflures superficielles. Il est aisé d'en faire soi-même la réparation.

Il suffit, après un léger ponçage de la partie endommagée, d'appliquer avec un apareil *ad hoc*, le petit projecteur « Jexo » par exemple, qui fonctionne soit à la main, soit en se servant du moteur de la voiture comme compresseur, une ou deux couches de laque cellulosique et de polir après séchage.

Pour la peinture complète d'une voiture, le travail est plus important, et il est indispensable d'utiliser un source d'air comprimé (moteur de la voiture ou autre) pour le fonctionnement du projecteur, et de suivre le processus ci-dessous :

Emploi de la laque cellulosique sur voiture neuve ou décapée avec fonds cellulosique.

1° Dérouiller les tôles avec du papier abrasif n° 180 mouillé d'alcool dénaturé, ou mieux, les passer à un liquide dérouilleur.

Dans ce dernier cas, laver à l'eau pure, et sécher, en chassant à l'air comprimé l'eau qui s'est accumulée dans les creux et les joints ;

2° Nettoyer au chiffon imbibé de diluant pour laque cellulosique.

3° Epousseter au jet d'air comprimé ;

4° Appliquer au projecteur (souvent appelé « pistolet ») une couche légère d'impression obtenue en mélangeant :

Impression cellulosique : 2 parties.
Diluant : une partie.

5° Passer trois couches successives, à une heure d'intervalle, d'apprêt composé de :

Apprêt cellulosique : 2 parties.
Diluant : une partie.

6° Faire un enduit général au couteau spécial avec un mastic cellulosique.

Accorder 4 heures pour le durcissement du mastic ;

7° Poncer au papier abrasif n° 180 et adoucir au papier n° 240. Ces opérations se font à l'eau pure, à l'eau savonneuse ou au white spirit.

Si le ponçage laisse transparaître les tôles par endroits, repasser une couche d'impression et une couche d'apprêt, ou simplement une couche d'apprêt si les tôles sont peu apparentes ;

8° Appliquer la laque faite par mélange en parties égales de laque de la teinte choisie et de diluant.

Trois couches peuvent suffire quand il s'agit de nuances courantes et opaques. Pour les autres, il convient de pousser jusqu'à 4 couches, ou mieux de laquer sur une fausse teinte.

Mettre une heure d'intervalle entre chaque couche.

Il faut passer une curette aussitôt après l'application de la première couche de laque, et alors qu'elle est encore fraîche, afin d'enlever totalement les apprêts accumulés dans les creux.

Si la surface semble trop moutonnée pour être dres-

sés par le polissage, passer un simple brouillard de diluant pur qui ramollit la laque et lui permet de se tendre ;

9° Le lendemain, polir au papier abrasif n° 400 (à l'eau pure ou savonneuse).

Si la teinte a été « sucée » aux arêtes au cours du polissage, reprendre par de légers raccords faits au pinceau ou avec un pistolet de petit modèle ;

10° Essuyer et lustrer à la pâte à polir. Ce polissage se fait à la main, avec un chiffon ou un tampon d'ouate. C'est une opération assez longue.

Frotter ensuite à l'eau à lustrer, au tampon d'ouate, pour enlever le gras de la pâte à polir et donner le brillant définitif.

Il est bon enfin d'appliquer au chiffon une couche très mince d'un produit à lustrer de qualité, tel que Tumbler, Simoniz, etc.

La Société Le Ripolin, 7, place de Valois, à Paris, et la Société Le Ripolac, 15, rue de la Ville-L'Evêque, à Paris, adresseront gracieusement à tous les médecins, lecteurs du *Concours Médical*, qui leur en feront la demande, tous les renseignements complémentaires qu'ils pourraient désirer.

Toute erreur d'interprétation leur sera ainsi évitée.

Il est d'ailleurs clair, d'après ce qui précède, que le travail nécessité par la peinture d'une voiture est plus long et minutieux que difficile. Bien guidé et employant de bons produits, un amateur doit le réussir.

Marcel Toussaint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Salpêtrière. Professeur : M. Georges Guillain). — *Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique* sera fait à la Salpêtrière par MM. R. Garcin et P. Mollaret, médecins des hôpitaux, chefs de laboratoire ; St. de Sèze, médecin des hôpitaux ; P. Guillain, Ch. Ribadeau-Dumas, P. Rudaux, R. A. Schwob, chefs de clinique ; H. Desoille, J. Lereboullet, P. Mathieu, P. Schmite, J. Sigwald, anciens chefs de clinique ; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux ; Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de seize leçons ; la première série commencera le lundi 11 mai 1936, à 14 heures, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le vendredi 22 mai 1936, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Programme du cours : Première série. Syndromes vasculaires. Syphilis cérébrale. Tumeurs cérébrales. Aphasie. Apraxie. Epilepsie. Chorées. Syndrome thalamique. Paralysies pseudo-bulbaires. Pathologie du corps strié. Maladie de Wilson. Syndromes parkinsoniens. Syndromes pédonculo-protubérantiels. Syndromes bulbaires. Syndromes cérébelleux. Atrophies cérébelleuses. Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. Syndromes hypophysaires. Hémianopsie. Les névrites optiques. La stase papillaire.

Deuxième série. Poliomyélite. Syphilis médullaire. Sclérose en plaques. Syringomyélie. Compressions de la moelle. Sclérose latérale amyotrophique. Tabes. Arthropathies nerveuses. Scléroses combinées et syndromes neuro-anémiques. Maladie de Friedreich. Hérédo-ataxie cérébelleuse. Paraplégie spasmodique familiale. Atrophie Charcot-Marie et névrite interstitielle hypertrophique. Polynévrites. Myopathies. Myotonie. Névralgie faciale. Névralgie sciatique. Algies. L'électro-diagnostic. La chronaxie. Les examens du liquide céphalo-rachidien. Les examens labyrinthiques.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Clinique Médicale propédeutique** (Hôpital Broussais. Prof. Sergent). — Le *cours de perfectionnement sur la tuberculose* aura lieu du 15 juin au 15 juillet 1936.

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** (Prof. F. Rathery). Les Thérapeutiques nouvelles. *Conférences du dimanche matin.* — La conférence de M. le Docteur M. Lelong, médecin des hôpitaux, sur le *traitement du choléra infantile*, qui devait avoir lieu le 26 avril est reportée au dimanche 10 mai, à 10 h. 30.

— **Thèses.** — Lundi 30 mars. — I. Jury : MM. Gosset, Grégoire, Ombrédanne, Wilmoth. — M. Barraya : La thyroïdectomie totale. — M. Labougle : Anévrismes de l'artère ischiatique. — M. Duchêne : Les dysembryomes de l'ouraque. — Mlle Wix : Les sillons congénitaux dits par brides amniotiques. — II. Jury : MM. Baudouin, Clerc, Loeper, Duvoir. — M. Lerouge : Etude du traitement des dysménorrhées par l'anémone pulsatile. — M. Delamare : Secrétion rénale et tension superficielle.

Mardi 31 mars. — I. Jury : MM. Lemaître, Lenormant, Terrien, Halphen. — M. Salomon : Etude des tumeurs épithéliales de l'amygdale. — M. Duret : Etiologie et prophylaxie des récidives du trichiasis de la paupière supérieure. — M. Pétavy : Gerontoxon signe d'intoxication cholestérinique dans la cataracte, le glaucome et l'iritis de la cinquantaine. — II. Jury : MM. Bezançon, Carnot, Gougerot, Gastinel. — M. Cachin : Recherches comparatives sur l'excrétion biliaire du cholestérol et de l'acide cholestérique. — M. Macé : Etude des formes convulsives des accidents nerveux du pneumothorax. — M. Bohis : Le soi-disant cardiospasme. — M. Vaisman : La syphilis inapparente expérimentale chez la souris.

Mercredi 1er avril. — Jury : MM. Fiessinger, Tanon, Joannon, Lemaire. — M. Messimy : Les réticulo-fibromes de la rate. — M. Abet : La fièvre ondulante en France, sa prophylaxie. — M. Brugère : L'œil et la lumière électrique. — M. Le Gall : Consanguinité et descendance.

Jeudi 2 avril. — Jury : MM. Balthazard, Laignel-Lavastine, Sergent, Abrami. — M. Hausser : Le médecin expert et la révision en matière accident du travail (loi du 9 avril 1890). — M. Kerambrun : Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant par la méthode du lavage de l'estomac. — M. Colessos : Les kystes aériens du poumon.

Vendredi 30 avril. — Jury : MM. Couvelaire, Marcel Labbé, Lemierre, Portes. — M. Kinsbrunner : Etude des paralysies radiales du nouveau-né. — M. Casanova : Etude du fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse et rapports avec la glande thyroïde.

Thèse vétérinaire. — Lundi 30 mars. — Jury : MM. Fiessinger, Coquot, Lesbouyries. — M. Vaslot : Emploi de l'électro sérum en médecine vétérinaire.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Congrès international de l'insuffisance hépatique.** — Comme suite à une précédente note, annonçant que le Congrès international de l'insuffisance hépatique aurait lieu à Vichy, du 16 au 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Maurice Loeper, membre de l'Académie de médecine, nous donnons ci-dessous la composition du bureau : présidents d'honneur MM. les Professeurs von Bergmann, Berlin ; Carnot, Paris, Mariano Castex, Buenos-Aires ; Dustin, Bruxelles ; Walter Langdon Brown, Londres ; G. Maranon, Madrid ; Marchoux, Paris ; Orlowski, Varsovie ; Pende, Rome ; G.-H. Whiple, Rochester (New-York). — Président, M. le Professeur Maurice Loeper, de Paris. — Vice-présidents : MM. les Professeurs Cade, de Lyon ; Giraud, de Montpellier ; Merklen, de Strasbourg ; Ohler, de Marseille. — Secrétaire général : M. le Docteur J. Aimard.

Les travaux du Congrès seront répartis en deux sections : Section de médecine et de biologie, présidée par le Professeur Noël Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris ; Section de thérapeutique, présidée par le Professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux.

Nous rappelons que le Congrès de l'insuffisance hépatique sera précédé du Congrès international de gastro-entérologie, qui se tiendra à Paris les 13, 14 et 15 septembre 1937.

— **Le IIe Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer** aura lieu à Bruxelles du 20 au 26 septembre 1936.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française.** — La XLe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936.

Présidents : M. le Docteur O. Crouzon, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le Docteur A. Repond, médecin-directeur de la Maison de santé de Malevoz à Monthey (Valais).

Vice-président : M. le Docteur M. Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois.

Secrétaire général : M. le professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur O.-L. Forel, privat-docent à l'Université de Genève.

Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLe session :

Psychiatrie. — « L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques ». Rapporteurs : M. le Docteur W. Boven, privat-docent à l'Université de Lausanne, et M. le Docteur A. Brousseau, médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris.

Neurologie. — « Etude séméiologique, étiologique et pathologique du mouvement choréique ». Rapporteur : M. le Docteur Jean Christophe, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris.

Thérapeutique psychiatrique. — « Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles ». Rapporteur : M. le Docteur Hans-W. Maier, professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe), c. /c. postal 456-30, Paris. Cotisation : 80 francs.

— **Création d'un Comité d'études des radiations nocives.** — Par suite d'une résolution prise à l'une des dernières séances de l'Association internationale des médecins radiesthésistes, un Comité international d'études des radiations nocives vient d'être constitué à Paris. Répondant à une convocation émanant de l'A. I. M. R., plusieurs personnalités appartenant à divers milieux scientifiques (ingénieurs, médecins, radiesthésistes, etc.) se réunirent au secrétariat de l'A. I. M. R. (9, rue Etex, Paris-XVIIIe). Au cours de cette réunion furent nommés : président, le vicomte Henry de France ; secrétaire général, le docteur Andrée Besson. L'on détermina les objets proposés à l'activité de ce nouveau groupe de chercheurs :

1° Centraliser toutes les observations relatives aux radiations nocives (détection, topographie, causes, effets nuisibles, remèdes, etc.) ;

2° Informer les milieux scientifiques des dangers multiples que font courir à la santé publique certaines radiations (telluriques, cosmiques ou autres).

3° Créer des comités nationaux d'études de ces radiations ;

4° Demander à tous les principaux groupements radiesthésiques existant actuellement de bien vouloir : *a*) Mettre à l'ordre du jour d'une de leurs prochaines séances l'étude de ces radiations et des remèdes à envisager contre leur nocivité ; *b*) Désigner un ou plusieurs de leurs membres qui seraient chargés de remplir les fonctions de délégués régionaux ou de correspondants locaux.

Il a été décidé que le Comité se réunirait trimestriellement (la prochaine réunion aura lieu en mai).

Plusieurs centres locaux d'études ont déjà été constitués, en particulier à Bordeaux (M. Henry Béatrix), à Vichy (Docteur Fruictier), dans la Somme (vicomte Henry de France), dans le Lot (Docteur Delclaux).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Aux troupes du Maroc

Les méd. lieut. : Leprêtre, de la rég. de Paris ; Magenc, de la 17e rég. ; Lorenzi, des troupes de Tunisie.

Aux troupes de Tunisie

Les méd. lieut. : Joly, de la rég. de Paris ; Breysse, de la 15e rég. ; Rosse, du 19e C. A.

Sont placés dans la position « hors cadres, affectation spéciale » (article 18 de la loi du 8 janvier 1925), pour une durée de trois mois au titre des régions et tableaux indiqués ci-après, les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent :

A la 17e région

Le méd. lieut.-col. Izard, de la 17e région (tableau 2)

Pour les étudiants sous les drapeaux

M. Casanova, président de l'Union fédérale des étudiants, a été reçu par le directeur du Cabinet civil de M. Maurin, ministre de la Guerre et a attiré son attention sur le maintien de milliers d'étudiants sursitaires sous les drapeaux.

Il lui a été répondu que tous les efforts seraient faits pour libérer, à partir du 15 mai, les sursitaires par ordre d'ancienneté. Il est recommandé, d'autre part, aux command nts d'examiner avec la plus grande bienveillance toutes les demandes de sursitaires qui ont besoin de suivre les cours d'une Faculté proche de leur garnison. (*France Militaire*, 26 avril 1936.)

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

1.525. — Association ou collaboration avec un diplômé d'Université

Je projette d'exploiter une petite clinique de chirurgie et d'accouchements située aux environs de L. en collaboration avec un de mes amis qui est de nationalité yougoslave. Depuis douze ans en France, il a fait et terminé sa médecine ici, où par son mariage avec une Française, il est devenu parent d'un de mes confrères. N'étant pas bachelier, il ne possède pas de diplôme d'Etat. Il lui est donc impossible d'exercer la médecine en France.

Voici maintenant comment nous envisageons notre collaboration : mon collègue, associé à moi pour le financement et la gestion de la clinique, y résiderait et s'occuperait outre la surveillance générale, de la surveillance médicale des accouchées et des opérés. Les médecins et sages-femmes de la localité pratiqueraient eux-mêmes les accouchements ; quant à moi, je viendrais pour opérer.

Jusque-là, je pense, aucune difficulté. La nationalité de mon collaborateur ne peut l'empêcher d'assurer la gestion de ma clinique dont il est co-

propriétaire et la surveillance des malades qui y sont admis.

Mais je désirerais lui laisser la petite chirurgie : je ne puis venir pour des interventions minimes telles que panaris, anthrax, curettages, mise en plâtre de petites fractures, etc... Ces interventions peuvent être pratiquées sur leurs malades par les médecins de la localité à qui la clinique est largement ouverte, mais lorsque des malades se présenteront pour ces petites interventions, spontanément ou adressés par des médecins qui ne peuvent ou ne veulent s'en occuper personnellement, mon ami peut-il les pratiquer en dehors de ma présence ? Faut-il, pour la régularité des choses, qu'il me soit lié par un contrat le consacrant assistant, ou remplaçant ? Dr B.

Réponse

Trois situations juridiques sont à considérer d'après les questions que vous me posez.

1° Question commerciale de la maison de santé. Du moment où dans votre clinique, vous devez admettre des malades qui y seront hospitalisés, c'est-à-dire du moment où vous leur vendrez la nourriture et le couchage, vous êtes considéré comme exerçant une profession commerciale. Dans ces conditions, il vous est parfaitement loisible d'avoir un associé qui pourra gérer cette partie commerciale. Que cet associé soit Etranger ou Français, docteur en médecine ou non, peu importe ;

2° Question d'assistance à vos opérations. Le titulaire du diplôme d'Université, quelle que soit sa science et sa compétence, n'a pas le droit légal d'exercer la médecine en France. Dans ces conditions, il ne peut être votre assistant que dans les limites de celles où se trouve un interne, ou un infirmier ; il pourra exécuter certains actes peu difficiles, d'après vos ordres, sous votre surveillance suivie, mais il ne peut pas *proprio motu* faire autre chose, ni même vous remplacer.

3° Quelles sont les limites de l'exercice de la médecine pour cet étranger ? La réponse s'imbrique avec la précédente. Bien entendu, lorsque l'urgence est avérée, n'importe quel être humain doit porter secours à un autre être humain ; mais ces cas d'urgence avérée sont rares, et il ne faudrait pas croire que l'ouverture d'un panaris, la confection d'un plâtre, puissent être considérées comme des opérations urgentes.

Dans ces conditions, seul, un docteur en médecine peut les faire ou les faire faire, soit en sa présence, soit s us sa direction et sous sa surveillance.

Il est évident que bien des situations illégales existent en France. Tant qu'il n'y a pas d'accidents, ni de plaintes, tout se passe comme si le docteur d'Université était docteur d'Etat ; mais

ces situations illégales sont à la merci de la moindre anicroche. Qu'il y ait un procès en responsabilité civile parce que le malade prétend que sa fracture a été mal consolidée ou mal réduite, qu'il y ait un accident quelconque pour lequel le client demande des dommages-intérêts, immédiatement la responsabilité civile et la responsabilité pénale peuvent être engagées. Au diplômé d'Université, on reprochera d'avoir exercé illégalement la médecine en prenant part directement au traitement des maladies. Au diplômé d'Etat qui est censé couvrir le diplômé d'Univeristé, on reprochera de s'être rendu le complice du délit d'exercice illégal de la médecine, et on lui appliquera les mêmes pénalités qu'au délinquant principal.

C'est vous dire qu'il faut agir avec énormément de prudence dans l'association dont vous nous parlez. On peut très bien établir un contrat par lequel, du point de vue commercial, vous laissez la direction commerciale à votre collaborateur, mai s'il doit être spécifié dans ledit contrat que votre associé ne peut pas se livrer à l'exercice de la médecine, et que tous les actes médicaux qu'il accomplira le seront d'après les ordres, sous la direction et la surveillance d'un docteur en médecine d'Etat français.

Dr Paul Boudin.

3.545. — Protection des appareils de T.S.F.

A propos de la « Question diverse » n° 2.147, du *Concours* du 12 avril 1936 (Protection des appareils de T. S. F.), je me permets de vous signaler quelques points de votre réponse qui ne me paraissent pas juridiquement incontestables.

1° Il ne suffit pas qu'un appareil perturbateur soit muni d'un « dispositif de protection » pour que son propriétaire soit « plus qu'en règle » — ou même en règle avec la loi. Le dispositif doit être efficace, et les P. T. T., très justement, renvoient leurs opérateurs vérifier la réelle efficacicité des dispositifs imposés lors d'une première visite.

2° Non seulement il n'appartient pas aux P. T. T. d'indiquer un dispositif efficace, mais il est formellement interdit à leur personnel de le faire. Ils constatent la perturbation ; ils constatent qu'elle a disparu ou non, c'est tout.

3° Reste la question des appareils pouvant ou non, échapper à l'obligation de protection. Sous réserve que je n'ai pas les textes sous les yeux, l'arrêté du 31 mars 1934 ne change pas l'essentiel de la disposition du déeret du 1er décembre 1933 : il fixe simplement la liste d'un certain nombre d'appareils qui ne peuvent pas être dispensés d'antiparasites, et vous le dites fort bien. Les autres n'en restent pas moins soumis à l'obligation d'une demande de dispense, à accorder ou refuser suivant les conditions matérielles de chaque installation. Je ne crois pas

faire erreur sur ce point, et je ne pense pas que notre confrère soit actuellement « en règle avec la loi ». Ce qui est la raison de ces quelques lignes.

Dr V.

Réponse

Nous avons bien reçu votre lettre du 16 courant relative aux obligations incombant aux propriétaires d'appareillages et d'installations électriques, et vous remercions de nous faire part de vos observations à ce sujet. Nous ne croyons pas cependant qu'elles soient de nature à modifier notre opinion à ce sujet.

Nous n'avons tout d'abord pas dit que le propriétaire d'un appareil muni d'un dispositif de protection était plus qu'en règle avec la loi, même si cet appareil n'était pas efficace. Nous disions simplement que dans le cas envisagé, il importait peu que le dispositif adopté fût ou non en bon état de marche, et présentât une réelle efficacité, puisque l'intéressé n'était pas légalement obligé de munir son installation de tels dispositifs. En second lieu, on ne saurait obliger pénalement les détenteurs d'installations électriques à faire disparaître totalement toute émission parasitaire, ou les rendre civilement responsables de ces émissions, du moment qu'ils *ont rempli la seule obligation que la loi leur imposait*, à savoir munir leur installation d'un appareil de protection en bon état de marche, correspondant à la technique courante, et n'entraînant pas d'obligations hors de proportion avec l'importance de cette installation (art. 4-2°).

Quant au point de savoir quels sont les appareils échappant à l'obligation posée par l'art. 1er du décret du 1er décembre 1933, nous vous avouons avoir douté nous aussi de la solution que nous exposions. Mais notre opinion a été confirmée à la fois par celle de notre avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat, Me Bernard Auger, et par celle des constructeurs d'appareillages électriques (Compagnie générale de radiologie), que nous avons consultés sur ce point. Il est certain que le ministre n'a pas suivi les termes de l'art. 4 du décret du 1er décembre 1934, d'après lequel il devait « constater par arrêté les types d'installations ou d'appareils pour lesquels en l'état actuel de la technique, il n'existe pas de dispositif de protection efficace et qui sont par suite dispensés de l'adjonction de ce dispositif ». Son arrêté du 31 mars 1934 a suivi la méthode inverse, en déterminant la liste des appareils qui « ne pourront faire l'objet de dispenses et pour lesquels des dispositifs de protection efficaces sont techniquement réalisables ». Mais il faut en déduire, à notre avis, qu'en dressant une liste très détaillée des appareils qui doivent être munis de dispositifs antiparasitaires, le Ministre a implicitement reconnu que les appareils et installations n'y figurant pas ne

peuvent en l'état actuel de la technique, faire l'objet de l'adjonction obligatoire de tels dispositifs.

Il n'y a pas encore, à notre connaissance, de jurisprudence sur ce point ; mais, dans le doute notre rôle était de choisir celle des deux solutions la plus favorable aux intérêts du Corps médical. Si bien entendu notre adhérent faisait l'objet de poursuites judiciaires, nous ne manquerions pas de le faire bénéficier de notre appui moral et pécuniaire pour défendre ses droits, et faire trancher cette question d'une manière définitive.

3.190. — Conditions de l'assistance aux femmes en couches

La loi sur l'assistance aux femmes en couches (loi du 17 juin 1913 je crois) accorde, je crois, l'assistance seulement aux femmes enceintes travaillant chez autrui.

Est-ce qu'une petite cultivatrice ne travaillant jamais chez autrui mais ayant elle-même laveuse et couturière en journée, a droit à l'assistance aux femmes en couches et à la prime d'allaitement pour son troisième enfant.

Le mari seul de cette dame travaille chez autrui.

Dr B.

Réponse

Il est bien exact que l'assistance aux femmes en couches ne bénéficie qu'aux femmes de nationalité française et privées de ressources, qui se livrent habituellement chez autrui à un travail comme ouvrières, employées ou domestiques.

Par suite, la femme d'un ouvrier qui travaille chez autrui n'a pas droit aux allocations ni aux bons de lait, alors qu'elle-même travaille seulement chez elle et non chez autrui.

FISCALITÉ

3.462. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Je viens de recevoir du Contrôleur de l'impôt sur le revenu la note suivante concernant mon auto.

J'avais acheté en 1934 une auto 17.000 francs et avais fait un amortissement en cinq ans, soit 3.400 francs ; le 30 septembre ma boîte de vitesse s'est cassée et j'ai préféré la remplacer par une auto neuve pour laquelle j'ai versé 6.500 francs.

Or, le Contrôleur m'écrit : « En ce qui concerne les *amortissements sur auto ils ne peuvent être supé*rieurs en 1935 à la différence entre d'une part, le prix d'acquisition de la première voiture et sa valeur de reprise augmentée des amortissements déjà effectués en 1934.

« La nouvelle voiture ne peut être amortie que sur les 3/12 de la soulte versée en remplacement soit 6.500 × 3/12 = 1.628 francs.

J'avais mis 17.000 — 3.400 = 13.600 + 6.500 = 20.100 divisé par 5, soit 4.025 francs.

Que deviennent les amortissements qui ne sont pas effectués sur l'ancienne voiture et que je reportais sur la nouvelle et quelle somme doit figurer pour l'amortissement des deux autos ?

Dr M.

Réponse

Votre première voiture ayant coûté 17.000 francs, l'amortissement était de :

$$\frac{17.000}{5} = 3.400 \text{ francs}$$

Il restait à amortir 17.000 — 3.400 = 13.600.

A ce moment vous achetez une nouvelle voiture en versant 6.500, donc cette nouvelle voiture représente comme prix d'achat :

13.600 + 6.500 = 20.100 francs.

Pour 1935 vous amortirez cette nouvelle voiture en cinq ans, c'est-à-dire $\frac{20.100}{5} = 4.020$ fr.

Sans tenir compte du premier amortissement puisqu'il jouait sur la première voiture qui n'existe plus. Ce calcul suppose que votre voiture ne sert à aucun usage personnel ; s'il en était autrement, l'amortissement devrait être partagé entre l'usage professionnel et l'usage personnel *proportionnellement* à ces usages.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.297. — Consultation de nuit entre confrères

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur le point suivant concernant le Tarif médical accidents du travail.

J'ai dû appeler un confrère en consultation, la nuit pour un accouchement.

Or l'article 5 dit : un confrère étant appelé en consultation, le prix est triplé pour chacun.

Article 4. — Le prix de la visite est triplé lorsqu'elle a lieu entre 21 heures et 6 heures.

D'après ces deux articles, doit-on sextupler le prix de la visite pour chacun ?

2° Il s'agissait d'un accouchement : nos tentatives étant restées infructueuses, nous avons fait transporter la parturiente à l'hôpital.

Pourrons-nous faire rémunérer notre intervention sans résultat ?

Dr M.

Réponse

La « consultation de nuit » supporte deux majorations de deux fois 15 francs accordées : l'une comme consultation entre confr res » (art. 5); *trente francs de majoration sur la visite simple*, l'autre comme visite, de nuit également, 30 francs

de majoration (art. 4). D'où deux fois 30 = 60 francs de majoration, plus les 15 francs de visite soit 75 francs. En pratique, on peut compter directement, dans ce cas, cinq fois la visite simple = 75 francs.

2° Vous ne pouvez compter un accouchement que vous n'avez pas effectué. Chacun des deux médecins aura à compter sa « consultation de nuit », soit 75 francs.

Dr F. DECOURT.

3.141. — Botte à la colle de Unna

Combien dois-je compter pour des applications de trois bottes à la colle de Unna pour p aie accidentelle de jambe ?

Je ne trouve pas de tarification sur le règlement des accidents du travail.

Je vous remercie de l'obligeance avec laquelle vous nous renseignez. Dr P.

Réponse

Il n'y a pas de pansement de plaie à tarif spécial dans le Tarif accidents du travail, sauf en ce qui concerne les brûlures. En général, le pansement à la colle de Unna s'emploie pour les varices et non pour une « plaie accidentelle ».

Vous pourriez peut-être proposer 50 francs à l'amiable, par analogie avec « pansement d'une brûlure comprenant les trois segments d'un membre » ? Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS

2.347. — Accident survenu dans une école

J'ai eu l'occasion de soigner à plusieurs reprises des enfants d'une école blessés au cours de leurs jeux, enfants que le maître croyait assurés par une police d'assurances (responsabilité civile) qu'il croyait devoir là garantir.

Or l'Assurance prétend ne rien donner disant que la responsabilité du maître n'est pas engagée.

Je voudrais savoir si un maître d'école est responsable des accidents quels qu'ils soient et quelle qu'en soit leur cause qui peuvent survenir en dehors de sa surveillance ou sous cette surveillance.

Quelle est l'Assurance la plus convenable qui puisse le garantir dans tous les cas : responsabilité civile ? *ou assurance accident ?* *Dr B.*

Réponse

Il résulte de l'art. 1384 du Code civil que les instituteurs, et l'Etat, s'il s'agit d'instituteurs publics, sont présumés responsables des accidents causés aux tiers, ou aux autres élèves, par un élève placé sous leur garde.

Mais cette présomption ne saurait jouer lorsqu'il s'agit d'un accident survenu à un élève sans le fait d'un camarade. Dans un tel cas, la responsabilité d'un instituteur n'est engagée que si les parents de la victime peuvent prouver l'existence d'une faute de sa part, ayant une relation de cause à effet avec le préjudice subi.

S'il s'agit d'un instituteur public, ce dernier ne peut être mis en cause personnellement que si la faute qui peut lui être reprochée est une faute de l'homme se détachant de la fonction. Ainsi en est-il par exemple, du fait pour un instituteur de laisser hors de sa surveillance un instrument d'un maniement dangereux (dans l'espèce, une hachette pour fendre le bois), à portée d'enfants jeunes et inexpérimentés (Cass. req., 28 avril 1933). Dans un tel cas, les poursuites en dommages-intérêts peuvent être intentées contre l'instituteur lui-même ; elles sont de la compétence des Tribunaux de droit commun.

Si, au contraire l'accident ne peut être attribuée qu'à une faute de service, l'instituteur n'est pas responsable personnellement ; les poursuites ne peuvent être engagées que contre l'Etat, devant la juridiction administrative, c'est-à-dire devant le Conseil d'Etat. Il appartient bien entendu dans ce cas comme dans la première hypothèse, aux parents de la victime d'apporter la preuve de l'existence de cette faute.

Pour qu'une police d'assurances donne toute garantie à un instituteur, il est donc nécessaire qu'elle ne se borne pas à le couvrir contre la responsabilité qu'il encourt du fait de l'art. 1384 du Code civil, mais aussi contre celle résultant des fautes personnelles qu'il peut commettre dans son devoir de garde et de surveillance sur les enfants qui lui sont confiés.

3.548. — Accident du travail causé par un tiers

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner conseil au sujet d'un différend avec une Assurance accidents dut ravail.

Le 4 décembre 1931, M. R..., ouvrier chez M. B..., agriculteur, est blessé au cours de son travail dans les circonstances suivantes. M. R..., charretier, conduisait son attelage, assis sur un de ses chevaux Un camion le croisant, le heurte et le fait tomber de son cheval. Résultat « fracture de jambe par torsion et entorses du genou et de la tibio-tarsienne droite, entorse de la tibio-tarsienne gauche ».

Considérant l'ouvrier blessé au cours de son travail, je fournis les deux certificats habituels, assurance et mairie. Ma note d'honoraires de 690 francs (six cent quatre-vingt dix francs) est adressée à la X. le 12 février 1935.

Cette Compagnie me règle d'autres accidents

réclamés à la même date et ne règle pas l'accident en cause. Elle ne me donne pas la cause de ce non-règlement.

Après de nombreuses démarches par téléphone ou par lettres près de l'agent de cette Compagnie, je reçois le 2 avril dernier, une lettre explicative de la dite Compagnie, me citant les termes d'une lettre qu'elle prétend m'avoir expédiée le 22 février 1935 et que je n'ai jamais reçue. Voici le passage concernant cet accident :

« Au sujet de l'accident survenu le 4 décembre 1931 « à M. R... chez B... nous vous signalons que la « responsabilité de ce sinistre incombait à M. D... « assuré par la Compagnie X. Un règlement est intervenu en 1934 avec cette Compagnie qui nous a « remboursé intégralement toutes les notes que nous « avions pu avoir à payer à la suite de cet accident, « dont toute la charge incombait à M. D... Il nous « est donc absolument impossible d'examiner votre « note de 690 francs, l'accident R... ne concernant « plus notre Société. Peut-être pourriez-vous vous « adresser au S... qui est maintenant seul qualifié « pour vous régler le montant de vos honoraires « s'il y a lieu. »

Il me semble que la Compagnie La X. ayant reçu mes certificats de constatation d'accident du travail, ne devait pas m'ignorer comme médecin traitant ni penser que mes soins ne me seraient réglés par d'autre qu'elle seule que j'avais à connaître. De plus cette Compagnie ne devait pas attendre plus d'un an, pour me rappeler les termes d'une prétendue lettre, que je n'ai jamais reçue. Que me conseillez-vous de faire ?

Dr D.

Réponse

Bien que l'accident dont a été victime votre client soit dû à la faute d'un tiers, il n'en reste pas moins un accident du travail puisqu'il est arrivé par le fait et à l'occasion du travail.

Conformément à l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898, le patron responsable doit donc verser toutes les indemnités légales, sauf à se retourner ensuite contre l'auteur de l'accident pour en obtenir le remboursement.

Malheureusement, en raison du très long délai écoulé depuis la date de l'accident, la prescription qui est seulement d'un an en cette matière, se trouve depuis longtemps acquise et aucune action contre le patron responsable n'est plus juridiquement possible. Mais néanmoins si vous voulez bien nous faire parvenir le dossier complet comprenant notamment une copie détaillée de votre note d'honoraires avec les noms et adresses du patron et du blessé, la date de l'accident, etc., ainsi que la correspondance en votre possession, nous pourrons prier notre assureur-conseil de faire une démarche au siège de la R. pour tenter

de vous faire obtenir le règlement amiable de vos honoraires. Mais bien entendu nous ne pouvons vous garantir le succès de cette démarche.

ASSURANCES SOCIALES

3.498. — Admission au bénéfice de l'assurance-invalidité

1° J'ai en clientèle un assuré social atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale que j'ai mis au repos pendant six mois. Il n'est naturellement pas guéri.

Peut-il demander une pension et en ce cas a-t-il le droit de bénéficier en outre des soins médicaux et pharmaceutiques ou bien peut-il après un délai de deux mois toucher de nouveau pour cette même maladie son allocation journalière et bénéficier des soins médicaux et pharmaceutiques.

2° Mon chauffeur qui a versé pendant cinq ans à la Caisse d'assurances sociales vient de se marier et s'est installé comme petit artisan (cordonnier sans employer d'ouvrier). Dans quelles conditions peut-il adhérer à la Caisse pour ne pas perdre le bénéfice de ses versements antérieurs ?

3° Il y a environ un an ma bonne s'est brûlé les deux mains le soir en se couchant (le feu a pris dans sa lampe). Elle a eu des brûlures assez graves des deux mains ayant nécessité une interruption de travail assez longue et de nombreux pansements. J'ai adressé ma note à ma Compagnie d'assurances, note établie suivant le Tarif accident du travail. Cette note s'élève à 1.100 francs. La Compagnie m'écrit que l'accident s'est produit dans des circonstances particulières et me demande une sensible réduction de mes honoraires. Que dois-je faire ?

Et qu'arrivera-t-il si ma bonne se casse un jour la jambe en montant dans sa chambre ou en se levant la nuit pour répondre à un client ?

Dr M.

Réponse

Si l'assuré en question, après avoir bénéficié de six mois de soins, reste atteint d'une incapacité de travail d'au moins 66 % et possède à son compte 480 cotisations journalières durant les huit trimestres civils précédant la première constatation médicale de son état, il peut prétendre au versement des prestations d'invalidité en adressant à cet effet une demande à la Caisse primaire de répartition à laquelle il est affilié. Outre la pension d'invalidité, il aura droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie pendant cinq années.

Si, par contre le taux de son incapacité n'est pas suffisant pour lui permettre de demander une pension, il ne pourra bénéficier à nouveau des prestations en espèces et en nature de l'assurance-maladie qu'en cas de rechute, c'est-à-dire de période de plus grande activité de son affection,

survenant plus de deux mois après la guérison apparente. On peut considérer qu'un assuré est « en état de guérison apparente » si son affection passe par une période de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques, et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. En cas de contestation, ce point serait apprécié par la Commission technique.

Le nouveau régime des Assurances sociales résultant du décret-loi du 28 octobre 1935 ayant supprimé en ce qui concerne les assurés non-agricoles, l'assurance facultative, votre ancien chauffeur, n'étant plus salarié, ne peut plus continuer à faire partie des Assurances sociales, et perd en conséquence tous les droits résultant des cotisations qu'il a versées.

La législation sur le risque professionnel ne couvre que les accidents survenus au lieu et au temps du travail, c'est-à-dire tout endroit où le salarié se trouve sur l'ordre de son patron et pour les besoins du service. On ne saurait évidemment considérer comme tels les accidents survenus à une domestique, même logée chez son patron, dans sa propre chambre une fois sa besogne terminée ; en l'espèce le refus partiel opposé par la Compagnie d'assurances paraît donc juridiquement fondé. Il en irait tout autrement si l'accident survenait dans l'escalier alors que votre bonne se levait pour aller ouvrir à un client ; en effet conformément au principe posé plus haut, votre domestique serait alors au temps et au lieu du travail, et la responsabilité de vous même et de votre Assurance ne serait pas douteuse.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3.641. — Délai pour demander une pension

Un de mes clients a été réformé à 10 % et a touché sa pension du 13 juillet 1927 au 7 février 1929 (dysenterie, troubles gastro-intestinaux, présence d'amibes).

A partir de 1929 pension supprimée. A la suite de complication (mégacôlon), pension portée à 45 % en 1934 mais frappée de forclusion comme ayant été formulée postérieurement au 31 décembre 1932.

La notification ministérielle du 28 mars dit :

« L'infirmité considérée par la Commission de réforme qui a accordé 45 % n'est pas une de celles pour lesquelles la loi de prorogation du 2 décembre 1934 a ouvert un nouveau délai. »

Or il s'agit d'une maladie contractée sur le front et un extrait de journal que j'ai sous les yeux dit :

« La prorogation jusqu'au 30 juin 1936 vise notamment, sans réserve de constatation régulière, les blessures de guerre, les maladies contractées dans une unité combattante et les maladies exotiques. »

Il semble qu'ici ce soit bien le cas. Faut-il adresser une réclamation au ministère ou aller devant le Tribunal départemental des pensions ?

Dr B.

Réponse

Si votre client est titulaire de la Carte de combattant et si, d'autre part, il a été évacué du front pour l'affection en cause, — il n'y a aucun doute, il bénéficie non pas de la loi de prorogation du 26 décembre 1934, mais bien du décret-loi du 30 octobre 1935, qui vise spécialement son cas et qui, une nouvelle fois, a prorogé les délais jusqu'au 30 juin 1936.

Vous disposez de deux moyens que vous pouvez mettre en action simultanément :

1° Adresser une lettre de réclamation explicite au ministre des Pensions, en joignant *une copie authentifiée de la carte de combattant.*

2° Profiter du délai de six mois qui vous est offert à partir du 28 mars, pour vous mettre en instance devant le Tribunal des pensions. Cette instance pourra toujours être retirée si, au préalable, le ministre vous a donné satisfaction.

3.199. — Droit d'un membre du Conseil de revision à des indemnités

Je fais partie actuellement de la Commission des Conseils de révision, en qualité de médecin-lieutenant de réserve.

Bien entendu j'ai droit à la solde de médecin-lieutenant. Mais de plus, contrairement à la réponse de l'Intendance, ne suis-je pas en droit de prétendre à des indemnités supplémentaires. Et ce serait justice, car mon grade, mon uniforme, m'oblige à prendre mes deux repas et ma chambre dans des hôtels de bonne catégorie. D'où dépense supérieure à ma solde.

Dr X.

Réponse

Si vous avez été convoqué pour une période de réserve, vous avez droit indubitablement à la solde de votre grade.

Si, ayant rejoint votre poste de convocation, l'autorité militaire vous détache pour certaines séances du Conseil de révision, vous avez non moins droit, en plus de votre solde, à vos frais de dépla ement. Pour en justifier le payement vous devez présenter l'ordre, qui vous détache à ces fonctions.

En cas de refus de l'Intendance, adressez aussitôt une réclamation au Président du Conseil de révision, et au Commandant du Bureau de recrutement, qui organise les tournées.

Cinquante-huitième année — N° 18 *bis* — 6 Mai 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE DE PROPAGANDE
du " CONCOURS MÉDICAL "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

LA DÉFENSE DU MÉDECIN

PAR LA

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE (Sou Médical)

A NOS LECTEURS

Dans notre dernier *Bulletin* du 18 mars 1936 (nº 11 *bis* du *Concours Médical*), nous avons annoncé et démontré par des chiffres, que notre Ligue était en pleine prospérité, et que son activité s'accroissait régulièrement.

C'est ainsi qu'avant 1933, le chiffre des adhésions nouvelles était en moyenne de 394 par an, et qu'en 1934, il a pu atteindre 673, en 1935 le nombre de 739. Aujourd'hui, nous pouvons ajouter que depuis le premier janvier dernier, 330 admissions ont déjà été prononcées.

Nous devrions avoir dépassé le chiffre total de 9.000, et bientôt atteindre 10.000. Nous y arriverons ; cependant nous sommes un peu retardé dans cette ascension, parce que chaque année 200 confrères en moyenne disparaissent pour cause de décès, ou de cessation d'exercice de la profession. Notre Ligue ne compte donc encore que 7.390 membres à l'heure actuelle.

Aujourd'hui, nous allons vous démontrer que le Sou Médical offre à ses adhérents *des appuis et des conseils, qu'ils ne pourront trouver dans aucune Compagnie d'assurances.*

Reprenons donc le tableau des différentes affaires que, au 31 décembre 1935, restaient encore en cours au Sou Médical. Au nombre de 985, elles se décomposaient de la manière suivante :

A. *Affaire de responsabilité*	161
B. *Affaires de responsabilité pénale*	2
C. Contestations d'honoraires	285
D. Recouvrements d'honoraires contre le tiers qui a mis en œuvre le médecin	80
E. Recouvrements d'honoraires pour soins aux blessés de la route	41
F. Contestations au sujet des privilèges médicaux.	9
G. Dificultés de réglement d'honoraires en matière d'accident du travail	58
H. Affaires de « tout compris »	12

I. Difficultés de réglement d'honoraires pour soins à des agriculteurs blessés dans leur travail	15
J. Affaires de secret professionnel	5
K. Affaires de diffamation	30
L. Contentieux de l'A. M. G.	20
M. Affaires de loyer	19
N. Conflits entre médecins	12
O. Affaires d'exercice illégal	6
P. Affaires de soins aux pensionnés de guerre	79
Q. Affaires administratives	54
R. Recouvrements d'honoraires d'expertises	3
S. Affaires fiscales	105
T. Affaires portant sur l'incapacité de recevoir	1
U. Affaires d'accident d'auto	2
V. Affaires d'assurances sociales	36
Total	985

Or, seules les deux premières rubriques (A et B) sont du ressort des Assurances, soit 16,3 pour cent de toutes les affaires, dont s'occupe notre Ligue. Jugez par vous-même de la proportion qu'atteignent ses affaires propres.

Par ordre d'importance, mis à part quelques recouvrements d'honoraires de droit commun, nous trouvons : les affaires fiscales (11 %), les affaires de soins aux pensionnés de guerre (8 %), les recouvrements d'honoraires contre le tiers qui a mis en œuvre le médecin (8 %), les difficultés de règlement d'honoraires en matière d'accidents du travail (6 %) ; les affaires administratives (5 %), les affaires d'Assurances sociales (4 %), les difficultés de règlement d'honoraires pour soins aux blessés de la route (4 %), les affaires de diffamation (5 %), le contentieux de l'Assistance médicale gratuite (2 %), les affaires de loyer (2 %) ; les contestations au sujet des privilèges médicaux (1 %), les conflits entre médecins (1 %), etc., etc...

Pour s'occuper des affaires délicates, six juristes qualifiés sont attachés aux bureaux de notre Ligue, dont un avocat à la Cour, et un avocat au Conseil d'Etat. Tous les conseils utiles vous sont donnés ; s'il y a procès, la Ligue en prend les frais à sa charge, et en plus, elle vous couvre contre le risque de responsabilité civile, à l'occasion de vos actes cliniques et thérapeutiques, jusqu'*à cent mille francs.* Cette somme est même portée jusqu'à *cinq cent mille francs*, si, en plus de votre adhésion au « Sou Médical », vous vous abonnez au *Concours Médical.*

En résumé, *pour* 150 *francs par an*, vous recevez chaque semaine un journal bien informé, au point de vue médical, comme au point de vue professionnel ; vous avez droit à tous conseils utiles, à tous les frais de procès éventuels, et, par le jeu d'une réassurance, le *Concours Médical* joint son action à celle du « Sou Médical » pour vous couvrir jusqu'à concurrence de cinq cent mille francs. L'adhésion à notre Ligue ne constitue d'ailleurs aucune incompatibilité avec une participation à des Compagnies d'assurances.

Nos adhérents se montrent d'ailleurs satisfaits des services rendus. Beaucoup nous témoignent leur *reconnaissance* par de flatteuses épitres ; d'autres vont jusqu'à l'acte gracieux ; celui-ci également est en progression malgré les risques, de la crise.

C'est ainsi que le total des dons, qui était de
2.622 francs en 1933,
s'est élevé à 5.218 francs en 1934,
à 8.210 en 1935.

Faites-nous donc confiance, vous qui n'êtes pas encore des nôtres, adhérez aussitôt à notre Ligue de défense professionnelle, le *Sou Médical*, signez et envoyez-nous le bulletin d'adhésion que vous trouverez plus loin, page 1447.

Dr G. FISCHER,
Secrétaire général adjoint.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Admission au bénéfice des lois d'assistance

14.770. — M. Joseph DENAIS demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si une personne refusée à l'Assistance aux femmes en couches ou à l'Assistance aux vieillards ou à l'Assistance médicale par suite de la suffisance de ses revenus peut être secourue alors par le Bureau de bienfaisance ; 2° par qui est contrôlée la liste des indigents ou prétendus tels ; 3° si un contribuable peut en appeler d'une inscription sur les listes du Bureau de bienfaisance comme il peut en appeler d'une inscription sur les listes d'assistance surtout quand le Bureau est subventionné par la commune ; 4° dans l'affirmative, devant quelle autorité et dans quel délai. (*Question du* 26 *décembre* 1935.)

Réponse. — 1° Le Bureau de bienfaisance a principalement pour but l'attribution de secours à domicile à des indigents qui ne peuvent bénéficier des lois d'assistance obligatoire ou pour lesquels les allocations de ces lois sont insuffisantes, ou à des personnes nécessiteuses qui se trouvent momentanément privées

de ressources. Aucune disposition légale ou réglementaire n'empêche une personne refusée à l'Assistance aux femmes en couches ou à l'Assistance aux vieillards d'être secourue par le Bureau de bienfaisance ; 2° les secours sont en principe accordés par la Commission administrative, mais en cas d'urgence la décision peut être prise par un administrateur désigné à cet effet chaque année par la Commission ; 3° il n'existe aucun recours ouvert au contribuable qui juge abusive une inscription sur les listes de personnes secourues par le Bureau de bienfaisance. Les délibérations accordant une inscription sont exécutoires par elles-mêmes sans autorisation ni approbation de l'autorité supérieure.

(*J. O.*, 4 avril 1936).

Droits des herboristes

15,666. — M. Desgranges demande à M. le ministre de la Santé publique quels sont les droits des herboristes relativement au mélange des plantes médicinales destinées à la vente au détail. (*Question du 27 février* 1936).

Réponse. — En l'état actuel de la jurisprudence, les herboristes n'ont pas le droit de vendre des plantes *médicinales mélangées, le mélange des plantes* étant, en effet, considéré comme une opération pharmaceutique. (*J. O.*, 21 mars 1936).

Statut des inspecteurs d'hygiène et directeurs de Bureaux d'hygiène

15,670. — M. Léonce Salles demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° quelles seront, en fonction du décret du 30 octobre 1935, les attributions et le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène, des directeurs d'hygiène ; 2° quelles sont les mesures envisagées à l'égard du personnel actuellement en fonction ; 3° où en est la préparation du règlement d'administration publique qui fixera les modalités d'application du décret précité portant réorganisation des services d'hygiène. (*Question du 27 février* 1936.)

Réponse. — 1° Le règlement d'administration publique prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935 fixera les attributions et le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène ; 2° ce texte arrêtera également les mesures transitoires applicables au personnel actuellement en fonction ; 3° l'Administration procède à la mise au point du règlement qui doit intervenir. (*J. O.*, 4 avril 1936).

Droit aux prestations de l'assurance-maladie après la fin du service militaire

15,365. — M. Polimann expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'un assuré social, ayant régulièrement

cotisé jusqu'au 30 septembre 1934, est incorporé dans un régiment en octobre 1934, puis est atteint d'une pleurésie après un mois de service militaire, ce qui motive son hospitalisation, après quoi, il est renvoyé dans ses foyers comme réformé temporaire ; b) qu'à sa sortie de l'hôpital militaire, l'assuré a été soigné jusqu'au 10 avril 1935 ; et demande si l'intéressé a droit aux prestations des Assurances sociales pour cette maladie, à partir de la date où il a été renvoyé dans ses foyers. (*Question du 10 février 1936.*)

Réponse. — Les prestations ne peuvent être servies que si la maladie a été contractée en dehors du service. Dans ce cas, l'assuré a droit aux prestations pour la période restant à courir sur le délai de six mois prévu à l'article 4 de la loi du 30 avril 1930 et calculé à partir de la première constatation médicale effectuée par l'autorité militaire. Il est indispensable, d'autre part, que l'intéressé ait cotisé régulièrement avant son départ sous les drapeaux.

(*J. O.*, 21 mars 1936.)

● ● ●

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2.876. — Suture de tendon fléchisseur d'un doigt

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer, au Tarif des accidents du travail, les honoraires correspondant à : « Régularisation, épluchage, suture d'une plaie des doigts avec suture du tendon fléchisseur ».

Dr G.

Réponse

Suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils = 200 francs (art. 20., C.). Mais ce n'est pas dans ce cas ordinairement une simple « plaie du doigt », car il faut aller chercher parfois très loin le tendon fléchisseur. Il y aurait donc lieu, avant de prendre le tarif ci-dessus, de donner toutes explications techniques sur ce que vous avez dû faire.

Dr F. Decourt.

3.092. — Amputation simultanée de plusieurs doigts

J'ai opéré le 3 janvier 1936 un blessé de ce jour, d'amputation totale du cinquième doigt gauche, amputation partielle du quatrième doigt gauche, suture d'une plaie du pouce gauche et fait une injection antitétanique.

J'ai tarifé mes honoraires à 220 francs en appliquant l'article 17 du tarif : amputation partielle de plusieurs doigts et injection antitétanique, 20 francs, soit au total : 220 francs.

L'Assurance prétend que les honoraires doivent être tarifés de la façon suivante :

Amputation totale, doigt..............	150 fr.
Amputation partielle, doitg 75 : 2........	37 50
Injection antitétanique..............	20 »
	207 50

se basant sur ce que d'après le tarif ministériel : « en cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes (*sic*) effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein, les autres sont comptées demi-tarif ».

Alors, dans quel cas appliquer l'article visant *l'amputation de plusieurs doigts* ! ! !

Je vous serais obligé de me donner votre avis.

Dr D.

Réponse

Vous avez à compter : amputation simultanée de deux doigts : partielle = 200 francs + Injection antitétanique = 20 francs. Total : 220 francs (art. 17). Il n'y a pas à « décomposer » les divers postes du Tarif, mais à les appliquer tels qu'ils sont indiqués. Au cas où la Compagnie refuserait, vous pourriez demander à passer devant la Commission d'arbitrage. Mais vraiment le cas est tellement limpide, que, à mon avis, ce serait exagéré, surtout qu'il s'agit d'une différence de 13 francs.

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

2.934. — Radioscopies répétées (six en un mois) dans un cas d'épanchement pleural

J'ai créé le pneumothorax de M. P. en juillet 1935, après radiographie ; les insufflations se sont espacées normalement, chacune d'entre elles s'accompagnant d'une radioscopie que, naturellement, je n'ai pas comptée. Mais, en octobre, si ma mémoire est exacte (les talons sont entre les mains de la Commission de contrôle), ce malade a fait du liquide dans son

Voir la suite page XXXIX-1441

PROPOS DU JOUR

L'ÉVOLUTION D'UNE ŒUVRE UTILE ET PROSPÈRE

LA MAISON DU MÉDECIN

Le 2 avril 1911 la Société « *La Maison du Médecin* » acquérait pour 35.426 francs une petite maison de campagne avec deux hectares de terrain à Brézolles, près de Verneuil (Eure-et-Loir) et la transformait en maison de retraite. Aussi pouvons-nous célébrer le jubilé de *la Maison du Médecin*, et le 2 avril 1911 est une date qui doit compter dans les fastes de l'Assistance et de la Bienfaisance confraternelles.

Le 13 janvier 1908, le Dr COURTAULT avait réuni, dans sa clinique de mécanothérapie, une trentaine de confrères dont nous fûmes. Il exposa avec son ami, le Dr NASS, un projet de création de maison de retraite pour les médecins âgés. Ce projet séduisit les assistants et ils se constituèrent en Société de *la Maison du Médecin*. Le bureau comprenait le Dr Courtault, président ; MM. Triboulet et Bernard Cunéo, vice-présidents ; L. Nass, secrétaire général ; Wicart et Régis, secrétaires ; Schmitt et Favereau, trésoriers.

Nos confrères se mirent aussitôt en quête pour trouver l'argent nécessaire à réaliser leur but. Malgré de nombreux et puissants appuis les résultats étaient insuffisants et nombre de sociétaires devenaient sceptiques sur l'avenir de l'œuvre. Soudain, au début de 1911, on apprit qu'un confrère anonyme avait fait don de 40.000 francs et tout aussitôt le Président Courtault, qui avait jeté les yeux sur la maison de Brézolles, en proposa l'achat au Conseil d'administration. La *Maison du Médecin* était fondée ; le Dr Courtault avait réalisé son rêve. Son triomphe, hélas ! fut de courte durée ; le 10 août 1911, il était une des victimes du naufrage du vaisseau l'*Emir*.

M. P. REYNIER, membre de l'Académie de médecine, accepta de lui succéder. La situation était difficile, car il fallait entretenir la Maison et permettre aux pensionnaires d'y vivre. Comme dans un conte de fées, un donateur, qui resta inconnu, dota de 80.000 francs la nouvelle fondation. Lucien Nass vint nous conter, rue du faubourg Saint-Denis, où les bureaux du *Concours Médical* étaient alors, l'histoire merveilleuse de ce généreux original qui refusa énergiquement de recevoir le plus petit remerciement.

Le 1er octobre 1911 la fortune de la Maison du Médecin se montait (y compris la propriété de Brézolles) à 118.757 fr. 86.

Le 25 mai 1912, l'Œuvre était reconnue d'utilité publique. Mais Brézolles était insuffisant et éloigné de tout centre urbain. Une vingtaine de pensionnaires s'y étaient entassés, la plupart n'y firent que de très courts séjours, et *La Maison du Médecin* commençait à jouir d'une réputation fâcheuse. Il fallait la transporter ailleurs.

Le 6 novembre 1913, avec une subvention de l'Etat, la Société acquît le Château des Charmilles à Valenton (Seine-et-Oise) pour la somme de 187.083 fr. 75. Les pensionnaires de Brézolles y furent transférés. Au début de 1914, la propriété de Brézolles fut vendue 32.000 francs.

Vint la guerre, l'Œuvre de la Maison du Médecin faillit sombrer dans la tourmente. Il fallut faire vivre les pensionnaires et les ressources s'épuisèrent. Grâce à la générosité de Mme Thion de la Chaume, grâce à une avance de son frère le président Reynier, grâce au recouvrement du prix de vente de la maison de Brézolles, Valenton put vivre jusqu'en 1920, époque de la mort de M. Reynier, dont la famille (1) abandonna à l'œuvre les sommes qu'il avait avancées.

Le Dr E. SCHWARTZ, chirurgien de l'hôpital Cochin, fut élu président (1920-1924), mais sa santé précaire l'obligea à donner sa démission. Ce fut au Dr Maurice CAZIN que fut confiée la présidence qu'il conserva jusqu'à sa mort en 1933.

Le Dr L. Nass quitta le secrétariat en 1922 et ce fut M. DUPUY DE FRENELLE, qui lui succéda.

Le grand souci de MM. Cazin et Dupuy de Frenelle fut de rétablir la situation financière de la Société. Notre ami, le Dr Louis Régis, qui a rendu à l'œuvre, comme secrétaire général adjoint, d'éminents services, nous a fait part de ses angoisses quand on songea un instant à fermer Valenton et à distribuer aux pensionnaires les quelques milliers de francs disponibles du capital pour leur permettre de chercher un autre refuge. MM. Cazin et Dupuy de Frenelle

(1) Nous ne saurions trop reconnaître les bienfaits de la famille de M. Reynier. Son beau-père, M. Hérard, sa femme, Mme Reynier, sa sœur, Mme Thion de la Chaume, son gendre, le Professeur Laignel-Lavastine, ne cessèrent de s'intéresser activement et généreusement à la *Maison du Médecin*.

surent intéresser leurs amis au Château des Charmilles. Le Docteur et Mme Bobier léguèrent 300.000 francs. Mme Carnet d'Orny légua 150.000 francs ; le Docteur et Mme Hermet donnèrent 127.000 francs ; un vieux confrère qui tint à garder l'anonymat, remit au Dr Chevreau et à nous-même une somme de 116.000 francs. Le Dr Gavinzel et le Dr Boucard versèrent chacun 50.000 francs. Nous ne parlons pas de dons moins importants qui dépassèrent en dix ans 400.000 francs. Certains de ces dons méritent d'être signalés par leur généreuse originalité. Ainsi M. G. Blechmann abandonna à la Maison du médecin les bénéfices de ses *Feuillets du Pédiâtre*, qui ont rapporté à Valenton 27.540 francs. La *Butte médicale*, organe de la Société de Montmartre, que dirige et administre notre excellent collègue Signoret, a donné à Valenton le produit de sa publicité qui s'est élevée à plusieurs milliers de francs. Enfin notre collègue, le Dr Mondain, et M. Vergelot, pharmacien, ont groupé un certain nombre de leurs amis, notabilités de la boucherie en gros et médecins, qui se réunissent en un dîner périodique, dénommé *La Bidoche* ; des sommes importantes sont prélevées chaque fois pour le Château des Charmilles (1).

Malgré le concours de toutes ces générosités, la *Maison du Médecin* ne parviendrait pas à boucler son budget sans la contribution de la Vente de charité et de la Tombola qui ont lieu tous les deux ans. La tombola et la vente ont été inaugurées en 1922. Le succès de la vente est assuré par le dévouement des dames patronnesses et surtout par l'activité de leur présidente, Mme Paul Claisse. M. le Dr Boucard prend à sa charge les frais élevés de la tombola et ceux de la publicité et de la propagande.

L'œuvre de Maurice Cazin et du secrétaire général Dupuy de Frenelle ne s'est pas bornée là ; ils ont comblé une lacune en dotant Valenton d'une infirmerie qui a coûté 462.000 francs, sans qu'un sou ait été distrait du portefeuille, grâce à une souscription dont le produit a été publié régulièrement dans le *Concours Médical*, souscription accrue par des subventions que l'appui bienveillant de M. le Président Paul Strauss, un ami sincère de la *Maison du Médecin*, a fait obtenir. En outre, sous la présidence de Cazin, le Château des Charmilles a été doté d'un ascenseur. Notons que, lors de la mort de Cazin, le portefeuille de la Société atteignait près du million, tandis qu'en 1922, au début de sa présidence, la fortune totale de la Société, la propriété non comprise, ne dépassait guère, d'après les comptes du trésorier Dartigues, 33.000 francs.

M. le Professeur B. Cunéo remplaça Maurice Cazin à la présidence en 1933 et le Dr Dupuy de Frenelle, tout en acceptant l'honorariat, demanda à céder la charge fort lourde du secrétariat à notre distingué ami le Dr R. Massart.

Le choix fut particulièrement heureux et MM. Cunéo et R. Massart paraissent devoir recueillir une abondante moisson dans le champ si généreusement ensemencé par Cazin et Dupuy de Frenelle. Ils ont tout d'abord reçu les 300.000 francs que M. Cazin a légués en mourant ; le Dr J. Bengué peu après a eu la magnanime idée de doter le château de Valenton de 10.000 francs de titres de rentes (250.000 fr. de capital environ) pour fonder une chambre destinée à un ménage.

Enfin tout récemment, l'ouverture du testament du Docteur et de Mme Critzman, qui ont fait la Maison du Médecin leur légataire universelle, lui assure une somme d'au moins *trois millions de francs*. La prospérité du Château des Charmilles est désormais assurée et nous devons songer à étendre ses bienfaits.

MM. B. Cunéo et R. Massart font preuve d'une activité qui ouvre à la Maison du médecin des horizons nouveaux.

Des propositions très sérieuses, émanant de la région toulousaine et de la Côte d'Azur, nous font espérer le don par testaments de maisons entourées de jardins et de capitaux permettant de créer des annexes de Valenton.

La *Maison du Médecin* n'est pas une œuvre parisienne. Ses sociétaires, ses bienfaiteurs, ses pensionnaires ne sont pas exclusivement parisiens. Nous serions heureux de voir se fonder dans les grands centres des filiales de *la Maison du Médecin*, qui administreraient les annexes dont nous espérons la doter un jour. C'est un vœu que nous faisons nous-même, sachant qu'il est le rêve du Président, le Professeur Bernard Cunéo, et du secrétaire général, le Docteur R. Massart (1).

J. Noir
Vice-président
de la Maison du Médecin

(1) Nous devons remercier M. Pinot, conseiller municipal, et ses collègues, membres de *La Bidoche*, qui obtiennent tous les ans une subvention de 10.000 fr. de la Ville de Paris pour la *Maison du Médecin*.

(1) Nous ne saurions oublier de remercier Mme Rudolf Dupont, secrétaire de l'Administration de la Maison du Médecin, de son grand dévouement et de féliciter la nouvelle directrice de Valenton, Mme Gourdon, qui, par son habile gestion, a fait réaliser de sérieuses économies, tout en augmentant le bien-être des pensionnaires.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ENDOCARDITE MITRALE

Modes d'évolution — Éléments de pronostic

Par M. A. Dumas
Médecin des Hôpitaux de Lyon
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Il est exceptionnel d'assister à l'établissement d'une endocardite mitrale. En général on se trouve en présence du fait accompli chez un sujet jeune, qui a eu antérieurement une ou plusieurs atteintes de rhumatisme aigu. Dans près d'un tiers des cas cependant, cette notion de rhumatisme antérieur fait défaut. Cela parce que, n'ayant pas intéressé les articulations, le rhumatisme a passé inaperçu, ou bien parce-qu'il s'est localisé directement et uniquement sur l'endocarde. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'un sujet jeune présentant soit au complet, soit sous forme fragmentée, mais suffisamment nets, les symptômes du rétrécissement mitral doublé ou non d'insuffisance. Il n'y a pour lors ni hypertrophie cardiaque, ni arythmie, ni aucun symptôme de décompensation. L'affection est bien tolérée. Elle a pu être découverte incidemment ou à l'occasion de troubles fonctionnels minimes.

Quel est l'avenir de ce malade ?

L'avenir de tels malades dépend de plusieurs causes sur lesquelles notre action peut porter à des degrés différents. Tout d'abord la profession du sujet. Toute profession nécessitant une dépense importante d'activité physique assombrira le pronostic, puisque au surmenage cardiaque provoqué par la lésion elle ajoutera le surmenage professionnel. Et l'on comprend ainsi tout l'intérêt qui s'attache à l'effort philanthropique, que le Professeur Vaquez a consacré à l'institution de l'aide aux cardiaques, dont il est le fondateur. C'est en second lieu la menace d'une nouvelle atteinte rhumatismale ou la progression sournoise des lésions déjà constituées. Sur cette seconde cause nous pouvons agir dans une certaine mesure en conseillant au malade le séjour dans un climat sec, d'altitude modérée, l'habitation d'un local approprié, des cures thermales. Nous pouvons empêcher également la progression de la maladie en prescrivant, à titre préventif, le salicylate de soude de façon systématique à intervalles réguliers et surtout en intervenant à la moindre alerte par des doses curatives plus élevées de ce même médicament. Il est cependant des conditions sur lesquelles notre intervention restera trop souvent malheureusement inefficace, c'est l'évolution spontanée et progressive de la maladie vers toutes sortes de complications que nous aurons à décrire spécialement.

Nous aurons ainsi à décrire successivement :

1° Des endocardites mitrales à type cicatriciel, compatibles avec une existence normale et indéfiniment prolongée.

2° Des formes progressivement évolutives, constamment inflammatoires, qui s'opposent si nettement aux précédentes que l'on croirait avoir affaire à une étiologie différente et à une toute autre maladie.

3° Des formes arythmiques qui comprennent elles-mêmes des types cliniques différents suivant la variété d'arythmie.

4° Des cas avec hypertrophie cardiaque généralement fertiles en accidents asystoliques.

5° Des formes compliquées où nous rangerons la mort subite, les formes compliquées d'embolie, d'angor pectoris, d'œdème pulmonaire ou d'endocardite infectieuse.

Formes cicatricielles indéfiniment tolérées, formes évolutives, formes arythmiques, formes hypertrophiantes, formes compliquées, telles sont les modalités principales que peut présenter dans son évolution la maladie mitrale. Nous en donnerons une brève description, car c'est d'elles que nous aurons à tirer en conclusion les conditions d'un pronostic.

A. — MODES D'ÉVOLUTION

I. Endocardites mitrales indéfiniment tolérées. Formes latentes et formes silencieuses.

Les lésions mitrales les mieux tolérées sont en général celles qui ont donné lieu à un rétrécissement mitral solitaire. Une fois stabilisé, et il paraît l'avoir été d'emblée, il conserve un caractère purement cicatriciel. Nous ne faisons pas allusion ici au rétrécissement mitral congénital connu sous le nom de maladie de Duroziez. Le rétrécissement mitral congénital en effet s'accompagne assez souvent d'un retard de déve-

loppement, d'étroitesse du thorax, de dystrophies qui ne sont pas toujours compatibles avec une existence normale et prolongée. Par contre il n'est pas rare d'observer un rétrécissement mitral solitaire, acquis dans la première ou la seconde enfance ou parfois dans l'adolescence, dont le début a passé complètement inaperçu et dont la tolérance est indéfinie.

Tantôt la découverte du rétrécissement mitral sera une surprise d'examen à l'occasion d'une affection intercurrente, qui en reste complètement indépendante. Tantôt cette découverte se fera à l'occasion de quelques palpitations légères. Il s'agit en général d'un sujet n'ayant pas dépassé la vingtième année. S'il s'agit d'un garçon, il sera exempté du service militaire. S'il s'agit d'une fille, on se rappellera les adages anciens qui interdisaient à la jeune fille le mariage, à la femme mariée la grossesse et à la mère l'allaitement. Mais on se les rappellera plutôt pour mémoire que pour stricte observance. Sous surveillance, en effet, et à condition de pouvoir lui éviter les fatigues de la grossesse, il n'est pas interdit à une femme atteinte de rétrécissement mitral d'être mère. Nous avons dans notre clientèle une femme d'une soixantaine d'années, dont l'histoire particulièrement instructive sans être exceptionnelle est la suivante. A l'âge de 18 ans on reconnaît un rétrécissement mitral des plus net chez cette jeune fille par ailleurs bien portante et bien constituée. Le médecin traitant qui fait cette découverte, imbu des idées de l'époque, oppose de sérieuses objections à la question mariage qui lui est posée. Désolée cette jeune fille, escortée de ses parents, va consulter un maître d'alors qui reconnaît également le rétrécissement mitral mais lève l'interdit. Elle se marie. Elle a, en douze ans, trois enfants à la suite de grossesses parfaitement bien supportées et n'a jamais eu à se préoccuper de l'état de son cœur. Elle avait toujours eu soin d'éviter le surmenage et de suivre les conseils d'hygiène qui lui avaient été donnés. Telle est l'histoire que cette dame nous raconte en 1923 alors qu'elle accompagne à notre cabinet son mari seul en cause pour cette consultation. Il vient en raison d'un état d'oppression motivée par une hypertrophie cardiaque d'hypertension. La consultation terminée, la femme du malade se prête à une ausculation de pure curiosité, et nous constatons en effet chez elle un rétrécissement mitral non douteux avec cœur régulier non hypertrophié et en état de parfaite compensation. Elle nous fait remarquer, non sans humour, que c'est à son mari que nous prescrivons de la digitale, alors que c'est elle qui est atteinte d'une lésion cardiaque. Quelques années plus tard le mari succombe à l'asystolie progressive à laquelle l'avait conduit le gros cœur d'hypertension. Depuis lors nous avons revu à différentes reprises sa veuve pour de légères fatigues indépendantes de l'état de son cœur et aussi par souci de sa part de prévenir des accidents cardiaques éventuels, bien que l'ancienneté de la lésion la laisse assez confiante. Elle a actuellement une soixantaine d'années, ne présente pas de symptômes fonctionnels cardiaques dignes d'être notés. Le cœur est parfaitement régulier, légèrement hypertrophié sans avoir jamais donné lieu à de la dypsnée d'effort, les urines ne contiennent pas d'albumine, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, la tension artérielle est voisine de la normale à 13/7. Or, à notre grande surprise nous trouvons à chaque examen, d'année en année, une atténuation progressive des symptômes d'auscultation du rétrécissement mitral qui fait que lors de notre dernier examen le diagnostic de rétrécissement mitral si net autrefois serait resté certainement très douteux pour un observateur non prévenu.

Si nous avons rappelé cette observation, c'est que depuis nous avons pu grouper un certain nombre d'autres observations, tout à fait comparables, de rétrécissements mitraux devenus secondairement silencieux. Comme à beaucoup d'autres auteurs il nous a été donné d'observer à l'autopsie, principalement chez des sujets âgés, des rétrécissements mitraux qui, pendant les derniers temps de la vie, n'avaient donné lieu à aucun des signes habituels de cette maladie, ni à l'auscultation, ni à la palpation. Plutôt que d'admettre le rétrécissement mitral silencieux, nous pensons que de tels cas doivent être rapprochés des précédents et qu'il ne s'agit là que de rétrécissements mitraux dont les symptômes se sont atténués à la longue et *qui ne sont devenus silencieux que secondairement*. Quant à la raison de l'atténuation de ce symptôme, elle prête à diverses hypothèses. L'autopsie montre qu'en général les lésions mitrales sont très marquées et la valvule est souvent complètement immobilisée par la sclérose et l'athérome. C'est croyons-nous l'immobilisation de la valvule qui fait que s'atténuent progressivement les symptômes d'auscultation habituels au rétrécissement mitral, nécessitant pour se produire un jeu suffisant de la valvule.

Si nous avons insisté sur ce mode d'évolution, si particulier au rétrécissement mitral, c'est qu'il nous a paru assez fréquent dans les cas de rétrécissements mitraux indéfiniment prolongés.

II. Formes progressivement évolutives.

S'il est des cas, dans lesquels la lésion une fois constituée demeure simplement cicatricielle et réalise les cas indéfiniment tolérés que nous venons d'étudier, il en est d'autres au cours desquels les phénomènes inflammatoires prennent le pas sur les lésions simplement mécaniques et commandent des formes sans cesse évolutives

vouées à des accidents divers, le plus souvent incompatibles avec une existence normale. C'est l'asystolie inflammatoire de Bard.

Il est tout d'abord des cas dans lesquels c'est l'endocardite qui ne cesse d'évoluer par poussées successives, il en est d'autres qui se compliquent de la participation du myocarde à la maladie. Nous les étudierons successivement.

a) *Endocardite rhumatismale évolutive.*

Cette forme se rencontre généralement chez les jeunes sujets ; elle est assez rare après la trentaine. Tantôt il s'agira d'atteintes rhumatismales successives avec chaque fois douleurs articulaires, fluxions articulaires, état fébrile, etc... Après chaque nouvelle atteinte on constatera soit l'accentuation de la lésion primitive, soit l'adjonction à elle d'une autre lésion. A un rétrécissement antérieurement avéré s'adjoindra une insuffisance, un souffle systolique s'installera à demeure. Puis une insuffisance aortique viendra compliquer les lésions de la mitrale et en aggraver le pronostic. Il s'agira alors de la pancardite rhumatismale qui comporte souvent un cœur très hypertrophié, dilaté, dont le fonctionnement est troublé non seulement par les lésions orificielles mais aussi par l'inflammation rhumatismale à laquelle le cœur participe tout entier. Ces cas ne comportent pas une longue survie.

Dans d'autres conditions les poussées évolutives ne se font qu'à intervalles plus éloignés. Les malades restent de grands cardiaques, mais si l'endocardite s'arrête d'évoluer il peut y avoir survie, le sujet demeurant un grand infirme du cœur. Certaines formes d'endocardite rhumatismale peuvent revêtir à s'y méprendre le type de l'endocardite infectieuse prolongée. Là encore il s'agit de sujets le plus souvent relativement jeunes, chez lesquels l'élément infectieux précède et domine les symptômes lésionnels. On ne constate parfois à l'auscultation qu'un minimum de symptômes orificiels : de la tachycardie, un léger souffle systolique dont on ne sait souvent si on doit l'attribuer à l'anémie ou à l'insuffisance mitrale. Un bruit présystolique, dont on ne sait si on doit l'attribuer à l'éréthisme cardiaque avec léger galop ou à un rétrécissement mitral en voie d'établissement. Ces malades conservent un état subfébrile persistant, parfois de l'albuminurie. Seule l'absence d'hypertrophie de la rate élimine le diagnostic d'endocardite infectieuse. L'heureuse influence du traitement salicylé facilite également le diagnostic. Cette infection rhumatismale n'en reste pas moins extrêmement tenace. Elle peut persister pendant de longs mois et ce n'est que plus tard que les lésions de l'endocarde s'avéreront définitives.

b) *Endomyocardite rhumatismale.*

C'est le plus souvent chez les jeunes sujets que la participation du myocarde à l'infection rhumatismale s'observe dans toute sa netteté. Le cœur se dilate ou s'hypertrophie. Le foie se congestionne. Le péricarde peut lui-même participer à l'inflammation et donner lieu à la symphyse péricardique dont on connaît bien les symptômes cliniques dont l'anasarque généralisé est le plus marquant.

Chez les adultes et les sujets plus âgés la participation du myocarde à l'infection rhumatismale s'avère moins nettement. Elle n'en est pas moins très réelle. Myocardite lentement évolutive et fort peu inflammatoire — comme d'ailleurs toutes les réactions rhumatismales — commandant l'hypertrophie du cœur, complication fréquente de l'endocardite. Cette hypertrophie progressive du myocarde n'est pas en effet, comme certains auteurs l'ont prétendu, une réaction salutaire de compensation. Il n'est pas douteux, si on se base sur les données de l'observation, qu'elle est au contraire un élément de gravité. Les lésions orificielles du cœur qui n'engendrent pas d'hypertrophie peuvent être longtemps bien tolérées. Les cardiaques à gros cœur sont au contraire voués à *des accidents multiples*. Un auteur lyonnais à la fois anatomopathologiste et clinicien, R. Tripier, ne s'y est pas trompé quand il affirmait que ce qui fait le cardiaque c'est moins la lésion orificielle ellemême que l'hypertrophie du cœur. C'est à elle, nous le verrons plus loin, que doivent être attribuées les *atteintes d'asystolie à répétition*, l'œdème pulmonaire, les accidents d'insuffisance ventriculaire gauche, en un mot toutes les complications des cardiopathies.

III. Formes arythmiques de l'endocardite mitrale.

On distingue : l'arythmie complète, la tachycardie sinusale, la tachycardie paroxystique.

a) *Arythmie complète.*

On considère généralement l'arythmie complète comme l'aboutissant normal du rétrécissement mitral à une phase avancée de son évolution. L'arythmie complète observée chez un sujet encore jeune est très souvent la traduction à la fois objective et fonctionnelle d'un rétrécissement mitral dont les symptômes peuvent être plus ou moins masqués par cette arythmie. Tant qu'elle reste lente et qu'elle coexiste avec un cœur non hypertrophié, cette arythmie complète est relativement bien tolérée. Elle peut ne comporter qu'un degré minime d'oppression d'effort. Arythmie complète ne veut pas dire insuffisance ventriculaire, mais seulement fibrillation des oreillettes. Tant que le myocarde ventriculaire restera sain il suffira en boitant, à sa besogne. Il arrive même souvent que l'installation de l'arythmie complète mette fin à la gêne constante qu'occasionnent les salves extrasystoliques précédant en général l'installation généralement définitive de la fibrillation auriculaire.

Une fois l'arythmie complète installée, les

◆◆

symptômes du rétrécissement mitral deviennent plus difficilement perceptibles, surtout ceux qui dépendent de l'activité de l'oreillette : le roulement diastolique et le bruit présystolique. Les symptômes commandés, au contraire, par l'activité du ventricule (vibration dure et dédoublement du deuxième bruit), persisteront en général et permettront le diagnostic malgré l'arythmie. Si le sujet peut se reposer, s'il n'est pas soumis à des fatigues physiques excessives, il pourra supporter très longtemps, pendant dix, vingt ans parfois, cette arythmie complète.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. L'arythmie complète peut parfois s'accompagner de thrombose intra-auriculaire. Des caillots s'organisent adhérents à la paroi de la cavité auriculaire et qui peuvent être la source d'embolies susceptibles d'essaimer dans tout le domaine de la grande circulation. D'où la forme embolisante du rétrécissement mitral qui en est une complication redoutable. Les embolies seront en général précédées d'une accentuation de l'arythmie et parfois même de véritables crises de tachyarythmie. L'embolie pourra intéresser le cerveau ou les membres. Dans le premier cas elle donnera lieu à une hémiplégie qui sera seulement temporaire si l'embolus est minime, définitive au contraire s'il est suffisamment volumineux pour provoquer une lésion cérébrale irrémédiable comme c'est malheureusement le plus souvent le cas. Quand l'embolie intéresse les membres, elle pourra provoquer une gangrène massive de la jambe si l'embolus volumineux s'arrête au niveau de la bifurcation de la fémorale, ou simplement des lésions des orteils s'il s'agit d'un caillot de petite dimension.

Le cœur n'est pas toujours affecté lui-même par les lésions qu'il a provoquées à distance et chacun connaît des hémiplégiques anciens, parvenus parfois à un âge avancé, porteurs d'un rétrécissement mitral bien compensé malgré l'arythmie responsable de cette hémiplégie survenue dix ou vingt ans auparavant. Peut-être l'immobilisation forcée à laquelle la paralysie condamne ces malades, a-t-elle un rôle dans cette tolérance. Il peut arriver que, du fait de la récidive, ces malades soient atteints d'une double hémiplégie. Quand les embolies se répètent, il est rare que les malades survivent.

L'arythmie complète peut dans d'autres conditions, se compliquer d'asystolie. Il y a alors coexistence et intrication d'arythmie complète et d'insuffisance ventriculaire gauche, sans qu'on puisse dire que ce soit l'arythmie complète qui ait provoqué l'asystolie. Ces deux troubles sont en effet indépendants l'un de l'autre et l'on sait qu'il peut y avoir asystolie sans arythmie et, comme nous venons de le montrer, arythmie sans asystolie.

Pour fréquente qu'elle soit dans le rétrécissement mitral l'arythmie complète n'est pas la seule complication rythmique de cette maladie. On peut y observer en outre l'arythmie sinusale et l'arythmie paroxystique.

b) *Arythmie sinusale.*

La tachycardie sinusale, c'est-à-dire régulière et de type physiologique, se rencontre assez souvent à la période précoce du rétrécissement mitral. Elle peut en être le symptôme prédominant qui attirera l'attention du malade et permettra au médecin de reconnaître, sous cette tachycardie, la lésion qui la provoque. Il est bon cependant de signaler que très souvent cette tachycardie gêne l'auscultation. Les symptômes du rétrécissement mitral deviendront à cause d'elle de perception plus difficile et aussi il arrivera souvent qu'une tachycardie banale accompagnée d'éréthisme cardiaque donnera l'illusion d'un rythme mitral qui disparaîtra au moment où le cœur se ralentira.

Il s'agit de sujets encore jeunes, dont le début de l'affection est comme toujours difficile à préciser, qui se plaignent de palpitations d'effort ou spontanées, plus ou moins permanentes qui les gênent parfois dans leurs occupations, mais surtout les préoccupent beaucoup. La tachycardie est régulière, généralement entre 100 et 120, mais peut sous l'influence des émotions ou des efforts s'élever à 150 et plus. L'électro-cardiogramme montre qu'il s'agit bien de tachycardie sinusale, car le complexe électrocardiographique reste de type normal. Il arrive en général que les sédatifs et notamment la quinine ou la quinicardine suffisent à calmer ces palpitations et à réduire notablement la tachycardie. Il se peut pourtant que, dans certains cas tenaces, on soit amené à envisager une intervention sur le sympathique cervical ou le ganglion étoilé.

c) *Arythmie extrasystolique.*

L'extrasystolie peut compliquer tout rétrécissement mitral à n'importe quelle phase de son évolution. Il peut s'agir d'extrasystoles sporadiques, mais aussi de salves extrasystoliques perçues par le malade sous forme de choc intrathoracique accompagné de vertige avec lipothymies plus ou moins prononcées. Là encore il ne s'agit pas d'insuffisance ventriculaire, mais de troubles d'excitabilité cardiaque qui relèvent d'une thérapeutique sédative s'adressant au cœur ou au système sympathique. Cette forme d'arythmie extrasystolique peut coexister avec la forme de tachycardie sinusale précédemment étudiée ou avec la tachycardie paroxystique que nous allons maintenant envisager.

d) *Tachycardie paroxystique.*

Sans être une complication habituelle du rétrécissement mitral, la tachycardie paroxystique le complique parfois. La tachycardie paroxystique telle que l'avait décrite Bouveret n'est pas toujours essentielle ni primitive, mais peut s'ob-

server au cours du rétrécissement mitral dont elle peut passer alors pour être tributaire de cette affection, au titre d'une véritable complication. Ces crises peuvent rester bénignes, mais devenir gênantes par leur répétition. Il est rare qu'elles revêtent le type grave de la tachycardie terminale. Le plus souvent ces crises de tachycardie évoluent suivant un rythme imprévisible. Elles peuvent sans raison apparente s'espacer et même disparaître. Il est fréquent qu'elles aboutissent à l'arythmie complète qui leur succède en les supprimant.

e) *Tachycardie basedowienne.*

L'endocardite mitrale rhumatismale peut évoluer concurremment avec un goitre exophtalmique dépendant de la même cause : le rhumatisme. Il s'agit en général de formes tenaces et graves, à caractère évolutif. Dans les cas publiés et dans ceux observés personnellement, il s'agissait en général, non pas de rétrécissement mitral simple, mais de lésions intéressant les divers orifices. Les symptômes de la maladie de Basedow et surtout la tachycardie compliquent singulièrement l'évolution de la maladie.

f) *Bradycardie.*

La maladie mitrale peut se compliquer de bradycardie et en général de bradycardie par dissociation, c'est-à-dire par lésion du faisceau de His. Elle est susceptible de se compliquer de crises lipothymiques ou épileptiformes. Il nous a été donné d'en observer plusieurs cas. Il s'agit en général de lésions myocardiques rhumatismales intéressant le faisceaux de commande.

IV. Endocardite mitrale évoluant vers l'hypertrophie cardiaque. Forme asystolique de la maladie mitrale.

L'endocardite mitrale peut aboutir à la longue, ou quelquefois même assez rapidement, à l'hypertrophie du myocarde. Il s'agit alors d'une véritable myocardite rhumatismale permanente qui, de toutes les formes de rétrécissement mitral, est certainement la plus sévère. C'est dans de tels cas que l'on voit survenir les accidents d'insuffisance cardiaque sous leurs formes les plus diverses. Si la lésion endocardique elle-même constituant le rétrécissement mitral peut être, comme nous l'avons dit précédemment, indéfiniment tolérée, il n'en est plus de même quand le myocarde participe à l'atteinte rhumatismale. Il ne s'agit plus alors d'une simple lésion arrêtée dans son évolution et qui ne constitue qu'une gêne relative, mais d'une véritable cardiopathie permanente et évolutive.

C'est dans de tels cas que l'on verra survenir des accidents d'œdème pulmonaire sous forme aiguë ou subaiguë, qui constitue la forme œdémateuse du rétrécissement mitral. Forme très gênante du fait de l'oppression presque continue dont elle s'accompagne, et qui nécessite l'emploi fréquent de la digitale et parfois la nécessité de saignées répétées.

C'est également dans le rétrécissement mitral à gros cœur que l'on verra se produire ces pleurésies indéfiniment récidivantes, qui nécessitent de fréquentes ponctions et qui provoquées par le cœur retentissent par contre-coup fâcheusement sur son fonctionnement. On ne doit pas ménager les ponctions et nous connaissons des cardiaques qui, maintes fois ponctionnés, ont pu présenter une longue survie sans que le liquide se soit reformé.

C'est dans de tels cas que surviendront les accidents douloureux sous forme d'angor pectoris, sur lesquels Gallavardin a attiré l'attention dans son rapport sur l'angine de poitrine.

C'est dans de tels cas enfin que l'on verra se produire des accidents d'asystolie, avec œdème, albuminurie, épanchements multiples des séreuses qui pourront, au début du moins, être enrayés et même supprimés par le traitement digitalique associé ou alterné avec le traitement salicylé. On peut observer parfois de longues rémissions. Des sujets atteints de rétrécissement mitral ont pu survivre de nombreuses années à des accidents d'asystolie qui auraient pu être considérés comme rapidement mortels.

C'est aussi l'endocardite mitrale compliquée d'hypertrophie myocardique qui donnera lieu aux accidents viscéraux. Accidents hépatiques avec congestion, hypertrophie et insuffisance plus ou moins accusée de l'organe. Accidents rénaux se traduisant par de l'albuminurie en général intermittente et répondant chaque fois à des lésions d'infarctus. L'albuminurie dans ces conditions s'accompagne souvent d'hématurie.

Il est à retenir que ces formes *hypertrophiantes* et *asystolisantes* de la maladie mitrale comportent, en même temps que les symptômes du rétrécissement, le souffle systolique de l'insuffisance. Il est probable que dans beaucoup de cas il s'agit bien réellement d'un souffle d'insuffisance mitrale organique, la lésion endocardique ayant provoqué à la fois le rétrécissement et l'insuffisance. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive fréquemment que le souffle d'insuffisance mitrale — témoignage de gravité — n'est pas lié à la lésion endocardique elle-même mais bien à l'hypotonie du myocarde hypertrophié. Il s'agit alors d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle qui apparaîtra ou s'accentuera au cours des atteintes d'asystolie, pour s'atténuer ou disparaître après la récupération cardiaque fonctionnelle due au traitement digitalique ou au simple repos.

V. Formes compliquées.

Nous engloberons ici, en les envisageant spécialement, les principales complications de la maladie mitrale, complications relativement rares

et que pour la plupart nous avons déjà laissé prévoir au cours des chapitres antérieurs. Nous envisagerons successivement : la mort subite, l'embolie, l'angor pectoris, l'œdème aigu du poumon, l'endocardite infectieuse.

a) *Mort subite.*

La mort subite, au sens précis du mot, est relativement rare au cours de la maladie mitrale. Elle peut se produire de plusieurs façons, par syncope cardiaque, par fibrillation ventriculaire, par blocage du ventricule ou par spasme coronarien, au cours d'une crise d'angor. L'œdème aigu du poumon peut également dans certains cas évoluer avec une très grande rapidité, mais il s'agit moins de mort subite que de mort rapide.

La syncope cardiaque se produira surtout au cours de la forme arythmique du rétrécissement mitral, et parfois en l'absence de toute hypertrophie du cœur. L'arythmie consistera en intermittences du type de l'intermittence vraie avec absence de contraction ventriculaire, que Potain avait si bien su distinguer des intermittences fausses ou extrasystoles. Il s'agit alors de lésions myocardiques avec blocage auriculo-ventriculaire. L'électro-cardiogramme nous donnera dans ces conditions les plus précieux renseignements. On connaît la signification fâcheuse du rythme couplé, qui est un symptôme d'intolérance digitalique par épuisement du myocarde. Dans d'autres conditions, il s'agira de malades présentant habituellement de la tachycardie avec symptômes basedowiens plus ou moins nets. L'anxiété, les palpitations sont des symptômes banaux. Il est pourtant des cas, dans lesquels ils revêtent une accentuation et un caractère un peu particuliers, qui font appréhender un accident. La mort subite n'en reste pas moins exceptionnelle et imprévisible. La syncope cardiaque en est une explication facile qui n'est pas toujours la vraie. On pourra penser dans certains cas à une crise d'angor avec spasme coronarien. L'entrée des ventricules en fibrillation peut parfois être invoquée, mais la démonstration est là encore très délicate à établir. L'embolie peut également en être tenue pour responsable.

b) *L'embolie.*

L'embolie est, en général, le triste apanage des formes arythmiques, et notamment de l'arythmie complète, c'est-à-dire de la fibrillation auriculaire. Cette arythmie complète est, nous l'avons dit, très souvent bien supportée et indéfiniment supportée. Il arrive cependant qu'elle se complique de crises de tachyarythmie souvent transitoires, mais susceptibles de provoquer l'embolie. On sait que la fibrillation de l'oreillette, qui commande l'arythmie complète, équivaut pratiquement à une paralysie de l'oreillette, d'où possibilité de stase sanguine dans cette oreillette dilatée et formation de caillots à la faveur de cette stase. Ces caillots, en général adhérents et localisés au niveau de l'auricule, peuvent à l'occasion d'une reprise temporaire de l'activité auriculaire se détacher et provoquer l'embolie. On sait que c'est là l'explication que Mackenzie avait donné de la mort subite observée au cours du traitement par la quinidine, ayant commandé la reprise de l'activité auriculaire. Il semble bien que cette explication soit plus théorique que réelle. Il n'en est pas moins vrai que c'est au cours des troubles du rythme et notamment dans les phases de tachyarythmie que se produit l'embolie. *Cérébrale*, elle donne lieu soit à la mort subite, soit à ces hémiplégies persistantes que nous avons signalées dans un précédent chapitre. *Périphérique*, elle provoque ces gangrènes des extrémités des membres qui nécessitaient autrefois l'amputation et qui bénéficient aujourd'hui des traitements chirurgicaux nouveaux tels que l'embolectomie ou l'artériectomie.

c) *Endocardite infectieuse.*

Une autre complication plus rare, mais non moins grave, est l'adjonction à la lésion mitrale ancienne cicatrisée, d'un processus infectieux relevant d'un autre germe et indépendant du rhumatisme. La lésion mitrale, et nous entendons avant tout le rétrécissement, devient en effet dans les cas de septicémie, un point d'appel susceptible de s'ensemencer au contact permanent des bacilles contenus dans le sang. On voit alors se développer en plus des symptômes habituels au rétrécissement mitral, ceux de l'endocardite infectieuse qui peut évoluer rapidement en quelques mois ou persister parfois plusieurs années. Le diagnostic ne sera pas toujours facile à établir précocement. Cependant le développement des végétations sur la mitrale déjà lésée provoque en général des modifications d'auscultation qui peuvent servir grandement au diagnostic, avant même que l'hypertrophie de la rate soit devenue décelable. Nous avons eu l'occasion d'observer et de publier un cas d'endocardite à entérocoques ayant évolué en un an environ, chez une jeune femme atteinte de rétrécissement mitral ancien et qui avait dû subir un curettage à la suite d'une fausse couche infectée. Aux symptômes du rétrécissement mitral s'était adjoint brusquement un souffle systolique d'insuffisance qui persista quelques jours pour disparaître et réapparaître de nouveau. L'autopsie nous en donna plus tard l'explication, en nous montrant que cette insuffisance était due à une végétation pédiculée qui passant de l'oreillette dans le ventricule empêchait l'occlusion de la mitrale. Le développement ultérieur de la rate, et surtout l'hémoculture positive en entérocoques, ne tardèrent pas à confirmer notre diagnostic.

Il faut retenir de ces considérations que toute septicémie, quelle qu'elle soit, est susceptible de

donner lieu à une endocardite infectieuse, en se greffant sur une mitrale rétrécie par des lésions d'endocardite cicatricielle ancienne.

B. — ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

Comment, d'après ces différentes considérations, baser un pronostic en présence d'un cas de rétrécissement mitral ?

Un rétrécissement mitral solitaire peut en l'absence de toute complication être bien supporté indéfiniment. L'arythmie complète si fréquente à un stade avancé de la maladie ne doit pas être considérée comme une complication véritable, mais comme un mode d'évolution qui, sous réserve de prescriptions judicieuses, n'aggrave pas trop fâcheusement le pronostic.

Ce sont surtout les complications toujours possibles de nature également rhumatismale, qui confèrent à cette maladie une réelle gravité. Parmi elles, l'endocardite rhumatismale évolutive est la plus fâcheuse. Elle peut provoquer des accidents d'*asystolie inflammatoire*, et entraîner la production d'autres lésions orificielles qui rendront plus difficile la tâche du cœur.

L'insuffisance mitrale associée au rétrécissement réalise ce qu'on est convenu d'appeler la maladie mitrale, bien plus difficilement tolérée que le rétrécissement solitaire. C'est en général dans ces cas que l'on voit le cœur s'hypertrophier, donnant lieu à des accidents de subasystolie ou d'asystolie subintrante. Quand les lésions intéressent les sigmoïdes aortiques, l'insuffisance ou le rétrécissement de cet orifice, le plus souvent le rétrécissement associé à l'insuffisance ajouteront leur gravité à celle de la lésion mitrale. Quand le rhumatisme intéressera le myocarde les complications les plus diverses pourront se manifester : l'asystolie inflammatoire, les arythmies traductrices de l'atteinte du faisceau moteur telles que les tachycardies paroxystiques, ou au contraire la bradycardie par dissociation complète ou incomplète. Dans tous ces cas d'arythmie, l'électrocardiographie rendra les plus grands services pour identifier la nature de cette arythmie et reconnaître notamment le rythme couplé et l'arythmie préfibrillatoire, qui doivent rendre prudent dans l'administration de la digitaline, susceptible dans ces conditions d'entretenir le rythme couplé et d'aider au blocage ventriculaire.

L'hypertrophie du myocarde doit être considérée comme un témoignage de l'atteinte du muscle cardiaque par le virus rhumatismal, plus qu'une réaction de compensation comme on le croyait autrefois.

Les lésions viscérales multiples que l'on peut observer au cours du rétrécissement mitral peuvent, elles aussi, être considérées comme des manifestations périphériques de la maladie rhumatismale. On les désigne habituellement sous la dénomination d'infarctus. L'infarctus rénal se traduisant par de l'albuminurie, quelquefois des hématuries, constitue un élément de gravité en surajoutant une maladie des reins à la maladie du cœur. Depuis Rayer les auteurs ont admis qu'il pouvait s'agir d'embolie, mais aussi que les lésions artérielles responsables de l'infarctus pouvaient être commandées par le rhumatisme lui-même.

L'atteinte des poumons et des plèvres est également une complication qui entache singulièrement le pronostic. La pleurésie cardiaque est fréquente au cours du rétrécissement mitral. Elle peut être indéfiniment récidivante, gênant le travail du cœur, obligeant à des ponctions fréquentes si l'on veut permettre l'efficacité du traitement digitalique. L'infarctus du poumon prête aux mêmes considérations que l'infarctus rénal. L'embolie partie du cœur droit en est parfois responsable, mais l'atteinte pulmonaire peut aussi être primitive et là encore l'inflammation rhumatismale peut être responsable des lésions locales thrombosantes et congestives.

Il est des cas de rétrécissement mitral, qui s'accusent surtout par des manifestations hépatiques. Le foie est gros, douloureux, parfois, et pourra donner lieu par son insuffisance à des troubles gastro-intestinaux.

Ce sont là autant de manifestations viscérales, dont l'évolution progressive peut hâter la fin du malade, entraînant une insuffisance du cœur qui ne se serait peut-être pas produite sans eux.

C. — CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Pouvons-nous par une thérapeutique judicieuse enrayer l'évolution inflammatoire de la maladie mitrale et empêcher la production des diverses complications envisagées.

Il n'est pas douteux que des sujets parvenus à un âge avancé porteurs d'un rétrécissement mitral, dont ils ne connaissaient pas ou avaient oublié l'existence, ne se sont jamais astreints à aucun traitement, et cela en raison précisément de la tolérance et de la latence de leur maladie. Beaucoup d'autres, au contraire, qui n'ont jamais cessé de s'inquiéter de leur état et ont suivi docilement maintes thérapeutiques, ont vu leur cœur s'hypertrophier et survenir chacune des conséquences fâcheuses que comporte cette hypertrophie. Ces constatations quelque peu décourageantes ne doivent cependant pas nous conduire à l'abstention. Indépendamment des prescriptions d'hygiène et de diététique sur lesquelles nous reviendrons, tout sujet atteint d'endocardite mitrale, comme aussi de toute autre variété d'endocardite, devra se soumettre à la médication salicylée préventive, tout au moins tant qu'il n'aura pas dépassé l'âge moyen de la vie. Chez les jeunes gens de moins de vingt ans, nous conseillons habituellement une cure

de salicylate de soude à la dose de 2 grammes par jour pendant dix jours chaque mois, tout en insistant bien entendu sur la nécessité de doses beaucoup plus élevées, en cas de manifestations fébriles de type rhumatismal et aussi de toute affection fébrile inexpliquée qui, en l'absence même de manifestations articulaires, est susceptible d'appartenir à la maladie de Bouillaud. Chez les sujets qui ont dépassé la trentaine, chez lesquels l'endocardite paraît stabilisée, la cure préventive ne nous paraît plus aussi nécessaire.

Il est des cas néanmoins où le salicylate de soude n'agit pas, aussi bien par voie intraveineuse que par voie buccale. Malgré des doses importantes de ce médicament le malade conserve une température élevée, les articulations douloureuses, le cœur rapide. Il est le plus souvent impossible de savoir si l'endocarde participe à l'infection ou si les symptômes d'auscultation ne sont que la traduction d'une lésion chronique ancienne. En toute hypothèse il faut agir. Les vaccins microbiens, si peu spécifiques qu'ils puissent être dans une affection dont on ne connaît pas le germe, n'en ont pas moins parfois des résultats heureux, qu'il s'agisse du vaccin Bertrand (d'Anvers) ou de toute autre préparation microbienne. Les injections de lait ont pu parfois désaxer une température élevée qui évoluait depuis longtemps, et, après avoir provoqué des oscillations thermiques ou quelques recrudescences temporaires, aboutir à une température normale. L'abcès de fixation trouve également son indication dans certains cas particulièrement tenaces.

Si nous sommes armés pour agir en cas de crise de rhumatisme articulaire aigu et si ces crises peuvent, après une durée plus ou moins longue, disparaître sans avoir retenti sur le cœur pour en aggraver les lésions, il n'en est pas de même pour les atteintes sournoises. Bien que ne comportant que peu ou pas de symptômes, elles n'en aboutissent pas moins à une accentuation des lésions d'endocardite, et souvent à une hypertrophie progressive du myocarde. Dans ces conditions l'hygiène, la diététique et la prophylaxie prennent le pas sur la thérapeutique proprement dite. On supprimera de l'alimentation les substances riches en purines telles que les abatis, les viscères, et aussi les vins généreux, les épices, le chocolat. On conseillera d'éviter les fatigues physiques, mais on évitera la sédentarité absolue. On lui conseillera de courtes promenades matin et soir en terrain plat, une bonne aération, le séjour en climat sec. Enfin on aura recours aux médications préventives à base de salicylate de soude, de lithine. Des cures thermales annuelles à Bourbon-Lancy ou à Royat seront également des plus utiles.

Il nous reste à envisager la question des cures digitaliques à titre soit préventif, soit curatif.

Tant qu'une endocardite mitrale est bien compensée, nous estimons la cure salicylée plus importante à titre préventif que la cure digitalique. On se contentera, aussi longtemps qu'il n'y aura pas de symptômes de décompensation, de tonicardiaques légers, en se gardant de faire absorber inutilement, pendant des années et des années, de la digitaline à des malades qui n'en ont aucun besoin.

Quand apparaîtront les premiers symptômes de décompensation (nous avons vu qu'il y a des cas où ils n'apparaissent jamais) on prescrira des cures digitaliques mensuelles, en ayant soin de les faire précéder d'une purgation et de recommander pendant la durée de la cure, le repos nécessaire à la pleine action du médicament.

On saura distinguer les troubles d'hyperexcitabilité et d'hypersensibilité cardiaque des troubles d'insuffisance qui leur ressemblent parfois et qui cependant ne relèvent pas de la même médication. Tant qu'il s'agit d'extrasystoles, les sédatifs sont plus utiles que les tonicardiaques et notamment que la digitale. Celle-ci au contraire devient utile dès que le malade est entré en arythmie complète.

A une phase avancée la digitaline risquera d'être mal supportée. La provocation par elle du rythme couplé est l'indication la plus précieuse d'avoir à en suspendre momentanément l'emploi ou à en diminuer les doses, ou encore à la remplacer temporairement par l'ouabaïne.

CONCLUSIONS

Nous retiendrons tout d'abord que le rétrécissement mitral solitaire, acquis dans l'enfance ou dans l'adolescence, peut persister indéfiniment à titre de lésion purement cicatricielle, le cœur, c'est-à-dire le myocarde, restant pour ainsi dire indemne de la lésion endocardique et ne participant pas à l'infection rhumatismale. Ces cas sont les plus favorables. Ils peuvent être indéfiniment supportés. Il faudra cependant savoir soustraire ces malades à toute fatigue physique susceptible d'augmenter le surmenage d'un cœur surmené déjà par la lésion. Il sera prudent également de conseiller à de tels malades l'usage du salicylate de soude, à titre préventif et naturellement à titre curatif, quand on verra survenir chez eux une infection si bénigne soit-elle rappelant de près ou de loin le rhumatisme.

A ces cas de lésions mitrales solitaires et éteintes s'opposent les cas de ce qu'on appelle avec raison le cœur rhumatismal. Dans ces conditions, contrairement aux cas précédents, le myocarde ventriculaire participera à l'atteinte rhumatismale, le pronostic sera plus sombre et le malade restera indéfiniment un cardiaque troublé voué à finir en asystolie. Si ces derniers cas paraissent fréquents c'est peut-être parce qu'on les remarque davantage, les cas tolérés attirant moins l'attention.

LES SÉQUELLES DES TRAUMATISMES

Déséquilibres vaso-moteurs — Algies diffusantes
Œdèmes — Ostéoporoses — Moignons douloureux

Par M. Raphaël MASSART
Ancien chef de Clinique de la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital-Ecole

La législation particulière aux accidents du travail a créé chez un grand nombre de blessés une mentalité très particulière qui les pousse à chercher, sous forme de pension d'invalidité, à obtenir des Compagnies d'assurances des sommes souvent importantes. Cet état d'esprit du blessé a eu sa contre-partie nécessaire, et actuellement beaucoup de médecins, défenseurs des intérêts des Compagnies, taxent volontiers de sinistrose, de simulation, d'hystéro-traumatisme des lésions certaines, consécutives à des traumatismes même légers, où ni l'examen clinique habituel, ni l'examen radiologique ne permettent de déceler rien de bien anormal.

Les séquelles des traumatismes, du fait même des importants intérêts qui sont en jeu, sont à peu près impossibles à étudier chez les accidentés assurés, et c'est pour avoir vu trop souvent des simulateurs, que bien des cliniciens sont passés à côté de désordres réels, dont l'étude a pu être faite complètement et sérieusement chez des malades sincères, où aucun intérêt matériel n'entrait en jeu.

Nous avons pensé rendre service à tous ceux pour lesquels se posent fréquemment de pareils problèmes, en reprenant entièrement une question dont les éléments sont encore un peu épars, et en montrant tout ce que le traitement de ces séquelles doit aux recherches et aux travaux de notre maître Leriche et de ses collaborateurs. C'est à leurs travaux et à leurs publications que sont empruntés les différents chapitres de ce travail.

***

Lorsqu'une partie quelconque d'un membre est soumise à une violence, si une fracture, un arrachement articulaire, une lésion artérielle ou nerveuse ne se produisent point, même s'il n'y a pas de plaie, les tissus sont modifiés au moins momentanément et il est possible d'observer, à partir du moment où s'est produit le traumatisme, des réactions vaso-motrices importantes.

Les déséquilibres vaso-moteurs post-traumatiques ont été découverts pour la première fois, il y a bien longtemps par Vulpian ; Babinski et Froment pendant la guerre les ont retrouvés, tels que Vulpian les avait décrits ; ils y ont consacré d'importantes études, et Leriche reprenant leur étude a, le premier, montré que, dans les premières heures qui suivent tout traumatisme, l'étude oscillométrique de la pression artérielle dans le segment aval du membre vient déceler une vaso-constriction marquée, que rien ne permettait de soupçonner.

Dans la majorité des cas, la perturbation vaso-motrice n'est pas durable, les courbes oscillo-*métriques du côté sain et du côté traumatisé re*deviennent identiques, la fonction du membre touché est recouvrée et la récupération est complète.

Mais cette vaso-constriction peut persister dans les jours suivants, ou même faire place à une vaso-dilatation qui s'installe, devient définitive et amène un *déséquilibre vaso-moteur.*

C'est alors que, sous cette influence, on voit apparaître le tableau clinique, décrit par Babinski et Froment, où s'observent à des degrés plus ou moins marqués, de la parésie musculaire, de l'hypotonie, des troubles circulatoires ou trophiques (des œdèmes, de l'effilement des doigts, de l'effacement des plis cutanés).

Ces troubles sympathiques ne sont point en rapport avec la gravité des lésions observées, et c'est ainsi qu'ils sont particulièrement fréquents, après les petits traumatismes des extrémités des membres ; il semble qu'il y ait chez les sujets qui les présentent, une certaine prédisposition liée à la constitution même de celui qui va les présenter et que chacun après un traumatisme réagisse à sa manière.

L'expérimentation a montré la rigoureuse exactitude de ces faits. Albert, en expérimentant sur 80 chiens, a pu constater que les réactions vaso-motrices suivent immédiatement le traumatisme, qu'elles sont surtout le fait des traumatismes articulaires et que leur intensité, variable avec les points touchés, est particulièrement forte en certaines régions où existent des tendons et des ligaments.

Ces réactions vaso-motrices, et en particulier la vaso-dilatation, peuvent s'installer à demeure, devenir passives, durer des mois et des semaines et déclencher toutes les séquelles post-traumati-

ques qui répondent mal à l'idée que nous nous faisons de l'évolution normale des traumatismes.

Toute cette période post-traumatique, s'il n'y a pas de plaie, si le squelette est intact, n'attire guère l'attention du médecin, et même si le malade se plaint, accuse une douleur persistante, on n'y prête pas l'attention nécessaire ; bien plus, si c'est un accident du travail, on voit là une exagération bien explicable et on taxe de simulation des troubles réels, dont nous allons analyser les différentes manifestations, et que nous grouperons pour les mieux étudier en : *algies diffusantes post-traumatiques, œdèmes traumatiques, ostéoporoses, moignons douloureux.*

Les algies diffusantes post-traumatiques

Nous vivons avec l'idée que les conséquences des traumatismes sont toujours en proportion des lésions anatomiques observées et nous comprenons mal qu'une lésion insignifiante puisse laisser des séquelles graves, entraînant des impotences totales, agissant même sur le psychisme des blessés.

L'étude des *algies diffusantes post-traumatiques* doit s'éclairer de faits précis, et nous ne saurions mieux faire que de rapporter un des exemples, dont le Professeur Leriche nous a montré dernièrement l'évolution, dans le cours qu'il fait au Collège de France, sur la Chirurgie de la Douleur.

Une femme, en prenant sa température, se pique au doigt avec un thermomètre. La plaie est insignifiante, elle se cicatrice, mais quelques jours plus tard, à l'endroit de la piqûre, des douleurs apparaissent. Le doigt piqué devient hypersensible ; bien qu'il ait conservé sa mobilité normale, il est un peu plus rouge, mais rien n'explique les douleurs continues éprouvées par la malade. Les jours passent, les algies d'abord limitées au seul doigt piqué commencent à diffuser, elles remontent vers l'avant-bras, puis vers le bras. Rien ne vient les calmer, la fonction de tout le membre est compromise, tout travail devient impossible. Avec le temps, l'épaule, puis la nuque sont prises à leur tour et la malade, immobilisée par la douleur, incapable de se servir de son membre supérieur, réclame, à n'importe quel prix, un soulagement.

Le Professeur Leriche appelé près d'elle, cinq ans après une blessure aussi insignifiante, pouvait mesurer l'importance prise par les phénomènes douloureux. Avec les douleurs diffuses remontant sur l'axe du membre, le psychisme de la malade s'était modifié, elle présentait de l'inquiétude, des sautes d'humeur, de l'instabilité et on se demandait, avec angoisse, ce qu'il pourrait advenir à une telle malade.

Il est bien certain qu'un tel tableau clinique ne pourra jamais, pour un observateur superficiel, être rattaché à une lésion aussi peu importante et, si le malade est un accidenté du travail, on fera intervenir la simulation, les psychoses, car la douleur n'a aucune topographie neurologique, car elle est diffuse et combien d'entre nous, s'expliquant mal des troubles douloureux si marqués, succédant à une plaie insignifiante, se refuseront à reconnaître une relation quelconque entre ces deux phénomènes.

Ces algies diffusantes, qu'on rattache à la névrite ascendante, ont à peu près disparu de nos descriptions classiques, sans doute du fait des accidents du travail, qui voient toujours des simulateurs, mais on les trouve bien décrits dans les vieux traités, sous le nom de névralgies traumatiques.

En réalité, ce n'est point là une névrite ascendante, la guerre a bien montré que les nerfs sont peu sensibles à l'infection, et il faut voir là, comme Leriche l'a écrit, une sympathalgie, un trouble permanent de l'équilibre vaso-moteur.

Que faut-il conseiller à ces malades.

Il semble que chez eux, au début des accidents, l'infiltration novocaïnique du territoire accidenté, soit efficace et qu'une dizaine d'infiltrations puissent amener des guérisons définitives.

Dans les cas anciens, invétérés, où l'amputation est toujours à rejeter, car, dit Leriche, *elle ne guérit jamais, et elle aggrave toujours,* des infiltrations analgésiques ou des ablations des ganglions sympathiques ont paru donner des résultats durables.

Les algies diffusantes traumatiques, trop peu connues, prises souvent pour des exagérations, des simulations, des psychoses, méritent de retrouver leur place dans l'étude des séquelles traumatiques, dont elles constituent bien, un des chapitres les plus importants.

Les œdèmes d'origine traumatique

C'est souvent brusquement, quelques heures après le traumatisme, alors que l'idée de simulation ne peut encore avoir germé chez le blessé, qu'on les voit apparaître, et cette notion est indispensable à connaître, pour faire table rase de toutes les critiques qu'on a pu faire de ces séquelles traumatiques.

Dans de nombreuses publications aux Sociétés de chirurgie de Lyon et de Paris, Leriche, reprenant leur étude, montre que méconnus, souvent aussi mal traités, les œdèmes d'origine traumatique sont des œdèmes vaso-moteurs, relevant d'un réflexe de vaso-dilatation périphérique, dépendant du traumatisme lui-même. Ce sont les anciens œdèmes, durs, traumatiques, de Sécrétan, fréquents surtout au poignet et mis sur le compte de l'hystérie ou de la simulation.

En général ces lésions s'accompagnent d'une

impotence fonctionnelle très rapide, durable, empêchant ceux qui en sont atteints de fermer le poignet et de fléchir les doigts.

Le dos de la main, les doigts sont très augmentés de volume, leur pression est douloureuse, il y a de la chaleur locale.

Abandonné sans traitement, cet œdème peut persister, amener une impotence progressive, de l'atrophie du membre et constituer une séquelle fort ennuyeuse d'autant que longtemps on n'a pas su comment agir pour les faire disparaître.

Ces œdèmes actuellement sont le triomphe des opérations sympathiques et l'efficacité des sympathectomies fait la preuve de leur mécanisme. On s'en rend compte en étudiant cette observation publiée par Leriche.

Un malade, chargeant un wagon, reçoit sur le dos de la main, la porte de fer d'un wagon.

Ce choc douloureux ne détermine pas de fracture, les doigts continuaient à remuer. Cinq heures plus tard en quelques instants, le dos de la main et les doigts deviennent le siège d'un œdème énorme qui persiste cinquante trois jours, jusqu'à la sympathicectomie.

Cinq heures après l'opération, brusquement la main devient brûlante, et en quelques instants, sans douleur, l'œdème disparaît.

Ce résultat, douze mois plus tard s'était maintenu.

J'ai moi-même, il y a quelques mois publié le résultat d'une opération sympathique, que j'ai faite pour un œdème persistant du membre inférieur d'origine traumatique.

« Un homme vigoureux de 58 ans en visitant le jardin d'une maison qu'il venait d'acheter s'enfonça brusquement jusqu'à la hanche, le membre inférieur gauche, dans un trou de puits mal comblé.

Retiré de là avec des contusions violentes, sans fracture, il présente une série de troubles persistant encore deux ans après l'accident, dont les plus gênants sont un œdème accompagné de troubles circulatoires et d'un état violacé du membre inférieur.

Du fait de l'étendue des lésions, et de leur topographie élevée, je fis une résection du ganglion sympathique lombaire.

Le résultat en a été excellent, tous les troubles circulatoires et spécialement l'œdème ont disparu.

Cette notion d'un œdème d'origine vaso-moteur permet, au point de vue médico-légal, d'opposer des faits très précis, aux idées communément reçues qui veulent, lorsque le traumatisme n'a produit aucune lésion osseuse, qu'il s'agisse toujours d'une simulation, par striction ou même dans certains cas par petits chocs répétés, et déterminés volontairement dans un but de supercherie.

Les ostéoporoses post-traumatiques

De toutes les séquelles des traumatismes, l'ostéoporose mérite bien une description à part par sa fréquence, la précision, l'homogénéité de ses signes cliniques et le pronostic grave qu'elle comporte lorsqu'on la méconnaît.

L'ostéoporose fut découverte par Destot dès 1899. En comparant des aspects radiographiques du côté traumatisé et du côté sain, il vit la structure des os effacée, au point qu'en développant le cliché du côté blessé, en voyant sa transparence, en distinguant à peine les os des parties molles, on pouvait croire qu'il y avait *faute de radiographie.*

Chez un malade mort de broncho-pneumonie, trois ans après l'accident, Destot vit à l'autopsie des os ramollis, gras, réduits à une coque périostique, avec des articulations saines et sans liquide.

Rapprochant les cas différents observés par lui-même, cet auteur put donner de l'ostéoporose, une description, que, chaque jour viennent confirmer des faits nouveaux :

Les caractères décrits par Destot sont les suivants :

1° Apparition des troubles trophiques après un traumatisme léger. Disproportion parfois considérable entre l'intensité des lésions et la cause qui leur a donné naissance ;

2° Importance des troubles vaso-moteurs ;

3° Intégrité du système nerveux sensitivo-moteur ;

4° La douleur ne se produit pas toujours exactement au point frappé, tantôt elle est limitée, tantôt irradiée à distance ; le plus souvent, elle est marquée par un point douloureux qu'exaspère la pression.

Ces caractères, nous allons les retrouver dans toutes les descriptions et c'est à tort qu'on attribue à Sudek la paternité de ces lésions qu'il ne décrivit que deux ans plus tard en 1901.

***

Leriche, reprenant l'étude de l'ostéoporose eut le grand mérite de montrer que *l'ostéoporose, était liée aux perturbations vaso-motrices* qu'entraînent les contusions articulaires en particulier et que le rôle de l'immobilisation n'expliquait ni son apparition rapide, ni sa diffusion, ni sa persistance.

L'os doit être considéré comme un simple dépôt calcaire, essentiellement instable, qui peut être fait et défait avec la plus grande facilité.

Son maintien résulte d'un équilibre circulatoire, faute duquel on observe :

de la condensation lorsque la circulation se ralentit,

de la raréfaction, si cette circulation devient plus active.

On comprend ainsi quel rapport étroit lie l'extrémité osseuse et les troubles vaso-moteurs dont elle est le siège après un traumatisme.

Quand on observe les faits, il est banal, écri-

vent Leriche et Fontaine (1), de voir quelques jours après un traumatisme périphérique en apparence sans gravité, surtout s'il a porté sur une zone articulaire, survenir de l'enraidissement, de la douleur, de la gêne fonctionnelle de toute la région, parfois encore de l'atrophie et de l'œdème.

On y attache d'autant moins d'importance qu'une radiographie, faite aussitôt après l'accident, a montré l'intégrité du squelette et que, de ce fait, on a l'esprit tranquille.

Et cependant, après une période de latence de quelques jours ou quelques semaines à dater de l'accident, les douleurs s'installent, diffusent à tout le membre, rendent le mouvement impossible, le moindre attouchement douloureux, et souvent, c'est dès la reprise fonctionnelle, quand le blessé recommence à travailler, que se déclanchent les phénomènes.

La peau prend une couleur anormale, une teinte cyanotique, elle peut apparaître tendue, lisse, luisante avec effacement de ses plis de flexion.

La mobilité du segment touché, et celle des articulations voisines est difficile, l'amplitude des *mouvements est diminuée* et le malade a l'impression que son membre engourdi n'obéit plus à sa volonté.

Une oscillométrie, faite alors, montre du côté malade une courbe augmentée non seulement en étendue, mais en amplitude des oscillations.

En dépit de tous les traitements institués, les signes observés dans les premiers jours, les phénomènes douloureux, ne montrent aucune tendance à l'amélioration, au contraire la situation souvent s'aggrave.

Au bout de deux à trois mois, l'impotence devient de plus en plus marquée, les troubles articulaires s'accentuent, la synoviale s'hypertrophie, prend de l'épaisseur, laisse exsuder de la sérosité, et l'aspect du membre peut faire songer à une tuberculose articulaire.

La radiographie montre une modification de l'aspect osseux : tantôt les épiphyses sont raréfiées, grises, floues, avec de petites cavités qui peuvent faire croire à une tuberculose, tantôt les os sont tachetés, mouchetés, criblés de points noirs, cernés d'une bordure sombre.

L'immobilisation plâtrée n'amène aucune sédation, et si, au bout de plusieurs mois, les douleurs cessent, l'articulation reste enraidie et pratiquement, c'est par une ankylose partielle ou totale que se terminent ces phénomènes douloureux post-traumatiques.

En réalité, la guérison obtenue laisse des séquelles, de l'atrophie des muscles voisins, des doigts gourds et raides, une peau sèche et squameuse, et un gros déficit fonctionnel.

(1) Cf. *Presse Médicale*, Leriche et Fontaine, 7 mai 1930, Floresco, 29 décembre 1928.

De tels malades réalisent le *tableau clinique de l'ostéoporose post-traumatique*, dont les conditions d'apparition sont mal connues et qui, observées souvent à une époque très éloignée de la lésion causale, ont fait croire que l'ostéoporose était une atrophie osseuse relevant de l'inactivité fonctionnelle, d'une insuffisance circulatoire ou d'un trouble général de la nutrition.

Ces ostéoporoses sont fréquemment observées après des chocs violents, des entorses, de menus traumatismes répétés, qui ne laissent pas le souvenir d'un accident, comme les fractures de l'extrémité inférieure du radius, ou du péroné et faute d'un interrogatoire serré du malade on pourrait croire qu'elles ont apparu spontanément.

Leriche et Fontaine voient, dans la production des ostéoporoses, la conséquence de l'hyperhémie provoquée par les traumatismes et, en particulier par ceux qui portent sur les extrémités articulaires.

L'augmentation des oscillations au Pachon traduit cette hyperémie persistante.

Sur de telles lésions, les opérations sympathiques ont une action rapidement efficace, et font la preuve de la réalité de la lésion qui n'a rien à voir avec la simulation, la mauvaise volonté d'un malade, ou son désir de recevoir une indemnité importante.

Chez leurs opérés, Leriche et Fontaine ont, pour ainsi dire d'une façon constante, vu les douleurs disparaître à peu près complètement le soir ou le lendemain de l'opération. Les articulations plus libres et plus souples exécutent alors des mouvements jusqu'alors reconnus impossibles.

Radiologiquement aussi, la guérison anatomique s'observe, bien que, presque toujours, *il persiste un trouble d'ostéoporose* qui paraisse devoir être définitif.

L'ostéoporose post-traumatique algique ainsi comprise explique ces séquelles interminables de traumatismes légers, qui, abandonnés à leur évolution, sans être traités, amènent des troubles osseux, articulaires, et des lésions organiques irréparables qui finissent par altérer définitivement la fonction d'un membre.

Les moignons douloureux

En dépit de la perfection des procédés opératoires, en dépit de la plus rigoureuse des asepties, *il est des moignons douloureux*. Si la plupart d'entre nous en ont observés, s'ils ont été poursuivis par ces malades amputés, réamputés et toujours souffrant, sans que nous puissions nous expliquer la cause de leurs douleurs, ils sauront gré à Leriche d'avoir repris l'examen minutieux des troubles présentés par les amputés, et de nous apporter avec l'explication de leurs phénomènes douloureux, la possibilité d'y porter remède.

Je ne reprendrai point ici le détail des explica-

tions apportées par notre maître. On les trouvera admirablement exposées dans l'article qu'il a publié le 1er juin 1932 dans la *Presse Médicale* sur les *douleurs des moignons d'amputation*.

Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'on ne saurait toujours considérer l'amputation, surtout lorsqu'elle porte sur l'extrémité d'un doigt comme *une solution radicale et définitive*. Un amputé peut continuer à souffrir sans être un hystérique, un simulateur, ou un revendicateur, l'amputation la mieux faite peut laisser des séquelles douloureuses, et c'est à ce titre que j'ai cru devoir l'étudier dans un chapitre spécial.

Les moignons douloureux n'apparaissent pas aussitôt après l'amputation, il y a une période de latence de quelques mois et c'est souvent à la faveur d'un traumatisme léger ou d'une réintervention que la douleur apparaît.

Cette douleur n'a pas toujours les mêmes caractères et, si Leriche en décrit schématiquement trois types, il est bien évident que ces types se chevauchent, pour donner des tableaux cliniques assez particuliers.

Dans le premier type, la douleur a, en général, une topographie fixe, qui se localise dans le membre ou la partie du membre amputés. Son acuité, son caractère lancinant, varient avec les sujets et avec le temps, mais il faut noter que c'est une douleur continue qui ne laisse aucun répit, qui prend les caractères d'une brûlure, d'un endolorissement ou d'un tiraillement.

Dans un second type clinique, la douleur, au lieu d'avoir son siège dans la partie amputée du membre, se localise dans le moignon. Le malade *souffre de ce qu'il a encore et non de ce qu'il n'a plus*. La douleur est agaçante, énervante, présente des paroxysmes. C'est une douleur sympathique s'accompagnant de modifications du moignon, de troubles vasomoteurs, d'œdèmes, rendant à peu près impossible le port de tout appareil.

Dans une dernière forme particulièrement grave, car elle aboutit toujours à la morphinomanie et souvent au suicide, il existe une grande hyperesthésie douloureuse, superficielle, sans douleur profonde, mais épouvantable. Les descriptions qu'en donne Leriche sont hallucinantes, elles expliquent que ces malades aient supporté amputations sur amputations pour n'être jamais soulagés.

La douleur des amputés doit toujours et surtout dans ses débuts être prise en considération. L'attitude facile, dit Leriche, de prendre à la légère les plaintes d'un amputé est inhumaine et antimédicale.

Ce sont des malades dont il faut s'occuper pour les empêcher de verser dans la toxicomanie et si l'on veut les améliorer, il faut se *garder de les réamputer*, même si le moignon paraît n'être pas correct. Sur ces douleurs, pour savoir ce qu'il faut faire, il est prudent d'essayer comment agissent les injections anesthésiantes, de les pousser dans les nerfs correspondants, de les faire le long des gaines artérielles, d'essayer l'anesthésie des ganglions, le stellaire pour le membre supérieur, les lombaires pour le membre inférieur.

Suivant le calme apporté, on pourra essayer une sympathectomie, ou une neurotomie, et, avoir l'espoir d'améliorer son malade.

Dans cette thérapeutique des moignons douloureux, les échecs sont souvent instructifs et ils valent d'être tentés car « le but qu'on poursuit vaut la peine ».

***

L'étude de ces troubles douloureux, qui suivent les traumatismes et qui sont encore assez mal connus, nous montre qu'avant de décider qu'un blessé, ou un accidenté du travail cherche à tirer partie de l'accident qu'il a subi, ou de l'amputation qui a été faite, il faut être extrêmement circonspect.

C'est en voyant partout des simulateurs, c'est en négligeant d'entendre les renseignements fournis par les malades qu'on passe à côté des lésions, des troubles pathologiques, évidents, dont l'explication commence seulement à nous être fournie et dont nous entrevoyons déjà la thérapeutique. Nos idées en matière d'accident, et surtout d'accidents couverts par des assurances, sont continuellement faussées par la crainte que le blessé pourrait demander plus qu'il n'a droit, qu'il a intérêt à aggraver son cas, qu'il a une part de responsabilité dans les complications qui surviennent et ainsi, malgré nous, nous édifions une médecine inexacte reposant sur des données fausses, sur des faits mal connus, mal interprétés, où l'étude scientifique est à chaque pas troublée par les considérations d'intérêts matériels, où les cas d'espèce sont suspects, où la personnalité du malade et ses réactions individuelles ne trouvent plus leur place.

Sur une pente aussi déplorable, où, malgré nous, nous nous laissons entraîner, il est heureux que de temps à autre un observateur, auquel un fait précis ne passe pas inaperçu, vienne nous faire comprendre le danger qu'il y a pour le médecin à négliger ses vieilles disciplines d'esprit à tenir plus compte de graphiques ou de statistiques anonymes que de faits réels.

Nous arrêterons tout progrès si, aux erreurs de la médecine collective, anonyme, où tout est prévu, réglé, codifié, où l'on vit avec des idées préconçues, où les solutions sont définitives, — nous n' pposons pas les excellentes techniques de la médecine individuelle, où le malade est exactement observé, où on se laisse conduire par ses qualités naturelles, de curiosité, d'investigation, de recherche, où l'on s'instruit continuellement en découvrant le pourquoi de ce qu'on ignorait, et ceci pour le plus grand bien de tous les malades.

L'URÉTROGRAPHIE DANS LA PATHOLOGIE URÉTRALE

Docteur Jean LAURET

L'urétrographie constitue un moyen précieux d'investigation, supérieur même à l'urétroscopie, parce qu'il donne une vue d'ensemble de l'urètre et fournit l'image exacte des lésions urétrales et des foyers péri-urétraux communiquant avec le canal.

D'où les avantages suivants : possibilité d'établir un diagnostic auquel ne conduisent pas les autres explorations : découverte et localisation de lésions jusque-là insoupçonnées et dont la connaissance permet à la fois de convaincre le malade de la nécessité d'un traitement spécial et d'instituer une thérapeutique efficace ; possibilité de suivre l évolution des lésions et de contrôler les effets du traitement à ses différentes étapes.

La technique de l'urétrographie est bien réglée ; son exécution est facile, indolore, et ne nécessite aucun soin pré ou post-opératoire ; elle est acceptée par le malade sans difficulté ; donnant des images significatives, son interprétation ne demande qu'un peu d'habitude.

D'abord cantonnée dans la recherche des strictures et des anomalies congénitales, l'urétrographie est aujourd'hui employée pour l'étude de toutes les affections prostatiques (prostatites aiguës et chroniques ; hypertrophie, cancer, calculs), des tumeurs urétrales, des prolapsus de la muqueuse. Elle permet de contrôler les résultats des interventions sur le canal et sur la prostate.

Dans le plus grand nombre de cas, elle apporte des éclaircissements. Dans la blennorrhagie, en particulier, elle fournit des renseignements gros d'importance, tant pour le présent, par la découverte des causes de la persistance de l'infection, que pour l'avenir, par la connaissance de l'évolution des lésions.

On doit y recourir chaque fois que nos moyens ordinaires d'investigation sont en défaut.

Mettant à part les urétrites qui évoluent simplement et sans complications, il convient de l'utiliser dans toutes les blennorrhagies qui traînent depuis de longs mois, que l'examen bactériologique décèle ou non des gonocoques. Nous y recourrons dans toutes les urétrites chroniques, quelles que soient leurs séquelles (écoulements à rechutes, orchites à répétition, prostatites sans causes apparentes, arthralgies). Nous recourrons encore à l'urétrographie chaque fois que l'urétrite aura occasionné une complication dont nous voudrons apprécier l'importance (prostatite aiguë, abcès péri-urétral, abcès péri-prostatique, séquelle de rupture de l'urètre, rétrécissement, abcès urineux, prostatite chronique).

L'urétrographie ascendante est d'exécution facile et ne nécessite pas l'introduction d'une sonde dans l'urètre. Mais lorsqu'on a affaire à des lésions hautes (perte de l'élasticité des parois de l'urètre prostatique, sténose du col et même cavernes prostatiques), il faut la compléter par un cliché pris dans la position intéressant la lésion et obtenu par la méthode mictionnelle.

Nous restons fidèles au lipiodol, dans la méthode ascendante, et nous utilisons la gélobarine pour la méthode mictionnelle (radiographie de l'urètre distendu par un liquide opaque pendant que le sujet expulse ce liquide par miction volontaire).

Lorsqu'on obtient une image diverticulaire importante, ayant un conduit étroit, il faut prendre un quatrième cliché en déplétion qui montre distinctement l'image lésionnelle isolée et son mode de drainage.

(*Thèse de Montpellier*, 1936.)

INSUFFISANCE CARDIAQUE AVEC POULS RÉGULIER

Considérations thérapeutiques

Par le Docteur René GIROUX
Ancien chef de Clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Bellan

Il est habituel au cours de l'insuffisance cardiaque, quelle qu'en soit la forme, de noter les heureux effets de la digitale ou de l'ouabaïne. Au moins dans les premières périodes de l'insuffisance cardiaque, évoluant le plus souvent avec des troubles du rythme, on assiste à une véritable transformation des malades par la thérapeutique : la dyspnée et les palpitations disparaissent, les œdèmes s'effondrent, le pouls se ralentit et se régularise plus ou moins complètement tandis que les poumons et le foie se décongestionnent et que les urines augmentent, de quelques centaines de grammes à deux ou trois litres.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, que la thérapeutique s'avère inefficace après plusieurs crises d'insuffisance, celle-ci devenant irréductible, ou que l'insuffisance *irréductible d'emblée* relève du cœur lui-même ; dans ce dernier cas, le myocarde se trouve dans l'incapacité de réagir à la médication ou, s'il réagit, l'action thérapeutique est faible et éphémère. Ces faits, bien connus aujourd'hui, retiendront l'attention.

Ces insuffisances irréductibles se rencontrent surtout dans *les formes où la régularité du pouls est conservée*. Celle-ci est, au cours de l'insuffisance cardiaque, comme nous le verrons, un facteur clinique de première importance pour le pronostic comme pour la thérapeutique de certaines cardiopathies.

L'irréductibilité de l'insuffisance cardiaque peut évidemment tenir à d'autres causes : insuffisance des doses de digitale utilisées ; mauvais état des voies digestives, notamment du foie, qui gêne l'absorption du médicament, ou amène une véritable intolérance à son égard ; barrages périphériques, anasarque, hydrothorax, ascite, qu'il faut toujours avoir soin de lever.

A côté de cette irréductibilité apparente, il y a lieu de signaler aussi l'épuisement des effets de la digitale et de l'ouabaïne après de longues cures, mal conduites et souvent trop espacées, ou encore cette action dissociée de la digitale sur laquelle Merklen a insisté, et qui tient à ce que le cœur devient réellement réfractaire au médicament. A ce propos, il est bon de rappeler que l'action digitalique peut être réactivée par l'ouabaïne et que, dans certains cas, les cures ouabaïniques doivent être prolongées pendant plusieurs semaines pour obtenir l'amélioration cherchée.

Ces faits d'irréductibilité réelle, mais secondaire, de l'insuffisance cardiaque sont de notion courante ; nous insisterons sur l'insuffisance irréductible d'emblée et pour ainsi dire *primitive*.

Dans cette forme, la médication reste sans effet, parfois même elle est mal tolérée ; les accidents s'aggravent et le malade meurt quelques mois, un an ou plus, après le début des signes d'insuffisance cardiaque sans qu'on ait pu, à aucun moment, modifier ou arrêter leur inéluctable évolution. Presque toujours, en pareil cas, la régularité du pouls est conservée. Cette insuffisance irréductible avec persistance de la régularité du rythme cardiaque se rencontre soit au cours des lésions mitrales, soit au cours des lésions aortiques, soit dans l'insuffisance cardiaque secondaire aux lésions pulmonaires chroniques, qui créent l'insuffisance ventriculaire droite, à évolution rapide et grave, soit au cours des déformations thoraciques, enfin, dans l'insuffisance cardiaque consécutive à la sclérose de l'artère pulmonaire, primitive ou secondaire.

1° DANS LES LÉSIONS MITRALES, la persistance d'un rythme régulier est un fait plutôt rare. Chez les mitraux, présentant de l'arythmie, la digitale administrée toutes les trois semaines environ (dose utile : un milligramme en quatre ou cinq jours), améliore d'une façon constante, les signes fonctionnels et éloigne l'apparition de la grande insuffisance cardiaque terminale.

Si le rythme reste régulier, il en est tout autrement ; l'insuffisance cardiaque, s'installe définitivement et mène rapidement le malade à la mort. Les observations de M. Vaquez le prouvent.

Nous avons pu, ces dernières années, observer quelques cas de maladie mitrale avec persistance de la régularité du pouls ; ils sont assez exceptionnels. Comme dans les observations de M. Vaquez, les accidents de l'insuffisance cardiaque se sont succédé en s'aggravant progressivement ; le pouls, rapide, est resté jusqu'à la fin régulier, alors que tous les traitements n'ont eu aucune action nette et durable.

Cette insuffisance cardiaque des mitraux avec conservation de la régularité du pouls, si elle est peu fréquente, expose à de graves erreurs de pronostic. Comment, en effet, en face de ces porteurs d'une lésion valvulaire, jusqu'alors bien supportée, ayant même antérieurement franchi sans dommage telle éventualité, comme une grossesse dont on sait la répercussion sur un cœur lésé, ne pas porter, le jour où commencent à apparaître des signes de fatigue cardiaque, un pronostic encourageant et ne pas compter, grâce à l'heureuse intervention habituelle de la théra-

peutique, sur une rapide régression des phénomènes ? Le praticien non averti a toujours tendance à considérer chez le cardiaque valvulaire l'apparition d'une arythmie comme un facteur d'aggravation de la maladie ; l'expérience prouve, au contraire, et c'est sur ce point que nous voudrions attirer l'attention du médecin, que l'apparition des troubles du rythme au cours d'une lésion mitrale n'est pas un signe de mauvais pronostic.

Nous considérons ces troubles du rythme comme favorables, non seulement pour l'évolution ultérieure de la maladie, mais aussi pour l'action thérapeutique.

2° Chez certains aortiques, du fait du gros développement du ventricule gauche, le ventricule droit est considérablement gêné dans son expansion et sa contraction. Il en résulte, moins une dilatation ventriculaire, qu'une augmentation de l'oreillette droite, qui s'accompagne de stases et de phénomènes d'insuffisance cardiaque. Ceux-ci peuvent évoluer avec conservation de la régularité du pouls, c'est-à-dire d'une façon progressive et fatale. On savait depuis longtemps d'ailleurs que dans l'insuffisance aortique, les troubles du rythme sont rares et que la digitale n'améliore que fort peu les malades. C'est l'ouabaïne, en pareil cas, qui est la médication de choix parce que son action rapide et parfois durable est, dans les cas graves d'insuffisance, quasi-miraculeuse.

3° Dans les lésions chroniques du poumon on sait la gravité de l'insuffisance cardiaque par dilatation des cavités droites. Lutembacher a particulièrement insisté sur l'évolution progressive de l'insuffisance cardiaque, en décrivant le syndrome tricuspidien terminal des affections pulmonaires chroniques. Il y a lieu de retenir la rareté des troubles du rythme en pareil cas.

De même, on sait qu'à la faveur d'une lésion de l'artère pulmonaire intrinsèque ou extrinsèque (compression, brides) au cours des lésions chroniques du poumon, il peut se développer une insuffisance ventriculaire droite, qui a pour caractéristique d'évoluer sans troubles du rythme et de n'être pas influencée par la digitale.

4° Dans les scléroses de l'artère pulmonaire, qu'elles soient primitives ou secondaires, les signes fonctionnels et physiques qui les caractérisent : cyanose intense, dyspnée, insuffisance cardiaque, sont d'emblée irréductibles. L'insuffisance cardiaque évolue d'une façon progressive, s'accompagne d'une dilatation des cavités droites et les toni-cardiaques, quels qu'ils soient, n'ont qu'une action nulle ou passagère. D'ailleurs, les lésions qui commandent la cyanose et la dyspnée sont telles qu'il est aisé de comprendre qu'elles échappent à l'action des médications cardiaques les plus actives.

Dans la plupart des observations, un signe constant est la régularité du pouls.

5° Dans les déformations thoraciques, les mêmes caractères de l'insuffisance cardiaque se retrouvent. Après une période d'adaptation plus ou moins prolongée, l'insuffisance cardiaque apparaît, elle est rapidement irréductible. La dilatation des cavités droites évolue avec un pouls régulier et la digitale comme d'ailleurs l'oubaïne, n'ont qu'une action de courte durée sur les signes fonctionnels et cliniques. Chez de tels malades, on serait tenté de faire pratiquer une opération analogue à celle de Brauer, puisque, ici comme dans la symphyse, c'est le trouble profond de la solidarité fonctionnelle du cœur et des poumons qui en est cause.

***

Quelle que soit la variété étiologique de *l'insuffisance cardiaque avec pouls régulier*, elle se caractérise par une évolution progressive, du fait que la thérapeutique est sans action durable sur le myocarde. Somme toute, c'est à la persistance de la régularité du rythme que doit être *imputé l'échec des médicaments* cardiaques. Sans paradoxe, on peut dire que ce qui pourrait arriver de plus souhaitable à de tels malades, c'est une arythmie complète sur laquelle la thérapeutique aurait enfin quelque pouvoir. La gravité des cas d'insuffisance cardiaque sans troubles du rythme tient à ce que nous sommes désarmés contre eux, en raison même de leur caractère particulier, qui ne se prête pas à l'action complète de la digitale ou de l'ouabaïne.

L'effet modérateur de la digitale sur le sinus est si faible, qu'il ne suffit pas à ralentir le cœur; son action si puissante sur la conductibilité s'exerce surtout sur le cœur en arythmie complète. Si précieuse dans les insuffisances cardiaques, s'accompagnant de troubles du rythme, la digitale est donc condamnée à une inefficacité absolue dans ceux que nous venons de signaler.

De même l'ouabaïne, à l'action merveilleuse et rapide dans la dilatation brusque du cœur et surtout du ventricule gauche, est contre la dilatation progressive des cavités droites, singulièrement moins efficace ; ainsi nos ressources thérapeutiques se trouvent pratiquement réduites.

Pour lutter contre les œdèmes croissants, sinon pour soutenir le cœur, la théobromine est indiquée ; son action rénale peut suffire pendant quelque temps, sauf intolérance gastrique.

Il faut donc, en conclusion, se méfier de ces cas d'insuffisance cardiaque dans lesquels, malgré des apparences favorables, une thérapeutique active n'est pas rapidement suivie des heureux résultats escomptés. Par l'absence de troubles du rythme, ces insuffisances cardiaques ont un pronostic des plus sévères du fait de la faillite de la thérapeutique.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Rôle et limites d'action de la chirurgie dans le traitement des septicémies.

Voici les conclusions que MM. Ch. CLAVEL et R. WURTZ tirent de leur travail très documenté.

La chirurgie a une place indiscutable dans le traitement des septicémies confirmées, toutes les fois que leur point de départ réside dans un foyer unique et accessible. Mais l'étude critique des observations et des résultats oblige à conclure qu'il existe une hiérarchie dans les moyens d'action de la chirurgie contre les septicémies. Un seul moyen d'action est sans danger et présente une efficacité véritablement expérimentale, c'est l'amputation à distance à condition qu'elle ne soit pas pratiquée trop tard. Les interventions qui se passent au sein même du foyer infectieux sont théoriquement tentantes, mais comportent de graves dangers. Leur indication doit être discutée soigneusement et, lorsqu'on se décide à les pratiquer, il faut si possible les faire précéder d'une ligature veineuse et les associer à une thérapeutique médicale spéciale spécifique intense. Bien souvent, il faudra leur préférer le traitement médical pur et simple et la sérothérapie locale ou les injections intra-artérielles, lorsque les circonstances anatomiques s'y prêteront. (*Lyon Médical*, 1er mars 1936.)

Contamination tuberculeuse des adultes Tuberculose et grossesse

Le Docteur P. PERRIN fait une intéressante mise au point de ces deux importantes questions de l'actualité phtisiologique, qu'il a résumées en ces termes :

I. La contamination tuberculeuse des adultes. — Contrairement à ce qu'il était classique d'enseigner, un grand nombre d'adultes jeunes ont une cuti-réaction négative et se contaminent facilement. Il serait nécessaire de pratiquer des examens systématiques des plus exposés, étudiant et infirmières. Peut-être une vaccination au B. C. G. serait-elle également à envisager pour les individus à cuti-négative. Ces faits, observés en grand nombre par divers cliniciens, permettent de rejeter la théorie de l'origine exclusivement héréditaire de la tuberculose, théorie extrêmement dangereuse en ce qu'elle porte à négliger les moyens de protection de l'enfant et du jeune adulte.

II. Tuberculose est grossesse. — L'aggravation de la tuberculose par la grossesse semble actuellement établie, mais les statistiques, en confirmant ce fait, tendent à établir que la grossesse ne ferait qu'avancer une poussée qui se serait produite ultérieurement, la mortalité considérée avec un recul suffisant étant à peu près égale chez les femmes qui ont présenté une grossesse et chez celles qui n'en ont pas présenté. L'avortement provoqué, que proposent Brindeau et Kourilsky, ne semble pas comporter un bénéfice suffisamment certain pour faire accepter ses très graves inconvénients. (*Gazette Médicale de Nantes*, février 1936.)

Le syndrome endocrino-hépato-cardiaque

MM. L. DE GENNES, J. DELARUE et R. DE VÉRICOURT font une étude des cirrhoses pigmentaires avec infantilisme et myocardie. L'analyse de leurs observations leur a permis, en ne se fondant que sur des faits certains, d'individualiser un syndrome anatomo-clinique dont les trois termes : hépatite pigmentaire, défaillance du myocarde et lésions endocriniennes, semblent évoluer de pair sous l'influence d'une même cause. Quant à l'hypothèse la plus vraisemblable, les auteurs auraient tendance à penser que les lésions endocrines sont à l'origine de tout le syndrome et suffisent à expliquer cirrhose et la myocardie ; mais il faut encore la vérification d'autres études, cliniques ou expérimentales. (*La Presse Médicale*, 7 mars 1936.)

La chirurgie des rhumatismes chroniques Ses résultats

Depuis six ans qu'il étudie le traitement chirurgical des rhumatisants, le Docteur Raphaël MASSART, dont l'expérience porte sur plus de cent opérés, nous donne quelques règles pratiques tirées de son expérience.

Le rhumatisme chronique groupe des traumatisés anciens, méconnus ou non, des malformés soit congénitaux, soit du fait d'une croissance anormale, des infectés, des maladies constitutionnelles où la tuberculose, la syphilis, les désordres endocriniens jouent un rôle.

Le rhumatisant qu'on opère est un sujet taré, un candidat au mal de Bright, dont il meurt le plus souvent. Il est nécessaire de proportionner l'importance de l'opération à l'état de résis-

tance du malade. L'anesthésie est à surveiller. L'auteur utilise les anesthésiques de base, le tribromo-éthanol.

Les résultats, pour être bons, demandent des soins post-opératoires minutieux : la surveillance des premiers jours ; la reprise de la fonction articulaire ; la reprise de la marche.

L'auteur insiste sur l'importance d'une prothèse légère mais utile pour éviter l'entorse lorsque le malade remarche. Le rhumatisant doit continuer à se soigner, utiliser la créno, la physiothérapie, les médications actives. C'est en agissant ainsi que le succès chirurgical sera durable. (*Archives Hospitalières,* avril 1936.)

Les maladies à fractures multiples de la première enfance

Les Docteurs R. Dubois et Eline Helaers-Balle établissent que les maladies, qui s'accompagnent de fractures multiples, sont soit des affections congénitales et héréditaires du groupe de l'ostéopsathyrose ou du groupe de l'ostéopétrose, soit des formes graves du rachitisme infantile. Chacune de ces trois affections s'individualise par un ensemble de caractères cliniques, anatomiques, radiologiques et biochimiques.

Tout porte à croire que les cas décrits sous le nom d'ostéomalacie infantile, s'accompagnant de fractures multiples, d'une ostéoporose généralisée et d'hypocalcémie, sont en réalité pour la plupart des formes du rachitisme grave. Peut-être encore certains d'entre eux s'apparent-ils exceptionnellement au rachitisme cœliaque. Cependant, on trouve parmi ces descriptions des tableaux cliniques qu'il est impossible de classer avec précision à l'heure actuelle, le plus souvent en raison d'un manque d'examens anatomiques ou chimiques suffisants. Il importe par conséquent de rassembler une documentation aussi complète que possible à l'occasion de toute maladie infantile, qui s'accompagne de lésions osseuses et de tendance aux fractures afin d'éclairer la pathogénie et la classification de ces affections. (*Le Scalpel,* 22 février 1936.)

Sur la réaction de floculation de Sachs-Witebsky dans la syphilis.

Sachs et Witebsky ont étudié une nouvelle méthode de floculation dans le séro-diagnostic de la syphilis ; cette réaction leur a donné une positivité spécifique de 55,4 % avec une positivité non-spécifique de 0,2 %. Le but de ces auteurs était d'obtenir une floculation très rapide dans les sérums syphilitiques. Ils ont employé comme antigène un extrait alcoolique de cœur bovin, additionné de cholestérine. Leur réaction est très rapide et demande au maximum deux heures de temps. La lecture peut se faire soit à l'agglutinoscope, soit à l'aide de l'oculaire IV du microscope. La réaction positive se traduit par la formation de floculats, la réaction négative par une simple opalescence. Il existe aussi une micro-réaction qui consiste à mélanger rapidement sur une lame porte-objets une ou deux parties de sérum inactivé avec une partie d'extrait dilué ; on recouvre avec une lamelle et on examine au microscope. L'agglutination indique une réaction positive.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn paraissent être plus sensibles que la réaction de Sachs-Witebsky. Les Docteurs F. Van den Branden et R. Bernard se basant sur les cas examinés par eux, concluent qu'il ne leur paraît pas opportun de remplacer la réaction de floculation d'après Kahn, par la réaction de floculation de Sachs-Witebsky. (*Bruxelles-Médical,* 8 mars 1936.)

Prurit vulvaire. Prurit périnéal

Par une très intéressante étude, M. J. Magendie démontre que les traitements de cette pénible affection sont multiples et par conséquent fort peu spécifiques.

Les prurits légers cèdent vite au traitement médical sérieusement poursuivi. Les prurits graves et tenaces feront quelquefois la preuve d'une étiologie d'abord méconnue, en guérissant par un traitement antidiabétique ou antisyphilitique ou encore par ablation de la cause présumée (cas de Bernard, guérison par l'hystérectomie, prurit survenu chez une femme atteinte de cellulite pelvienne et de périmétrite).

Souvent on en sera réduit à appliquer avec constance et fermeté le traitement symptomatique dans ses diverses modalités. Le traitement de base absolument capital restera toujours le régime, les calmants, la désensibilisation et le traitement local des lésions dermatologiques du périnée. On y adjoindra les injections analgésiantes et sclérosantes et les petits moyens physiothérapiques.

Enfin dans les cas vraiment rebelles on choisira entre la radiothérapie et la chirurgie.

Mais celle-ci ne devra jamais être employée avant d'avoir épuisé toutes les ressources d'un traitement médical bien ordonné et bien surveillé. Il faudra être sobre d'indications chirurgicales (Hudelo, Bensaude, Petit-Dutaillis). Les opérations auront rarement des prétentions étiologiques et se borneront la plupart du temps à faire le traitement symptomatique de la douleur. Encore faudra-t-il savoir en user assez tôt avant le stade du prurit « mental » où la maladie organique disparaît pour faire place à la psychose. L'opération serait à ce stade à la fois inutile et même nuisible pour le malade et pour le chirurgien. Il faut se méfier de la chirurgie chez les psychopathes : elle présente parfois moins de danger pour l'opéré que pour l'opérateur. (*Gazette des Hôpitaux,* 7 mars 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Le dogme classique de l'intervention d'urgence dans les ostéomyélites aiguës doit-il être maintenu ?

(MM. Jacques LEVEUF, Louis BAZY, Paul MATHIEU, MONOD, Raymond GRÉGOIRE ; 4-3-1936.)

Dans une communication intitulée : « L'évolution spontanée des ostéomyélites aiguës à staphylocoque doré. Avantages du retard de l'intervention », M. Jacques Leveuf critique le dogme classique de l'intervention d'urgence dans l'ostéomyélite aiguë.

Kirmisson, dans ses leçons de chirurgie infantile, disait volontiers : il y a trois maladies principales à intervention opératoire d'urgence en clinique des enfants : la mastoïdite, l'ostéomyélite aiguë, et l'appendicite aiguë. Or, aujourd'hui, dans les cas simplement aigus, on trépane beaucoup moins les mastoïdites à leur début ; on attend volontiers — sauf accident pressant bien entendu — un temps plus avancé pour opérer. Va-t-on faire de même pour l'ostéomyélite ?

M. Leveuf estime qu'il est préférable, pour un bon nombre de cas, de ne pas trépaner immédiatement les foyers ostéomyélitiques. Pour se créer une opinion, il s'est efforcé de connaître, de fixer l'évolution spontanée de la maladie. M. Vignard, de Lyon, et M. Grégoire avaient déjà, renonçant à l'intervention d'urgence, traité les ostéomyélites l'un par l'abcès de fixation, l'autre par le vaccin de Salimbeni et ils avaient pu ainsi guérir leurs malades en ne pratiquant qu'une intervention retardée, plus bénigne et offrant moins de danger de diffusion des germes.

Le principe de l'intervention retardée se trouvant ainsi posé, M. Leveuf s'est demandé si l'évolution naturelle de l'ostéomyélite aiguë, sans emploi de l'abcès de fixation ou du vaccin, ne donnerait pas le même bon résultat. Ayant varié les traitements réputés spécifiques, vaccins, sérum ou plasma de convalescents, anatoxine staphylococcique, et les traitements non spécifiques, il a vu que dans tous les cas le cours de la maladie était à peu près identique : autant dire que l'ostéomyélite avait en ces diverses circonstances suivi son évolution naturelle. La date de l'intervention fut remise, jusqu'au moment où l'abcès dit périosté était bien collecté.

Sa conviction étant alors bien affermie, il se contenta, dans un cas d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur avec état général grave, température élevée et hémoculture deux fois positive, d'immobiliser le membre dans un appareil plâtré et de suivre la marche naturelle de la maladie. L'évolution fut la même que dans les cas précédents soumis aux divers traitements médicaux.

M. Leveuf a appliqué sa méthode dans son service de l'hôpital Bretonneau. Il met à part les variétés cliniques qui sont des septicémies foudroyantes, d'ailleurs au-dessus des ressources de la chirurgie. Chez dix-sept enfants atteints des formes chirurgicales habituelles de l'ostéomyélite aiguë, il a pu retarder l'intervention entre 3 et 49 jours, cette intervention étant souvent dès lors une simple incision d'abcès sous-périosté.

Lorsqu'on suit l'évolution spontanée de la maladie, on voit la fièvre, très élevée au début, baisser régulièrement, la défervescence étant achevée ordinairement aux environs du quinzième jour. En même temps, l'état général s'améliore. Les hémocultures sont positives ou négatives. Si l'on peut dire que l'hémoculture négative est d'un pronostic favorable, on ne saurait conclure à une gravité absolue d'une hémoculture positive. La *négativité apparaît spontanément* ou à la suite d'une intervention, de l'incision de l'abcès sous-périosté, par exemple.

En résumé, dans les dix-sept cas en question, la temporisation n'a pas aggravé l'ostéomyélite. Elle a évité les inconvénients de la résection d'urgence et a permis une évacuation simple de l'abcès collecté. Pour M. Leveuf, les méthodes de temporisation doivent prendre le pas sur les méthodes de chirurgie d'urgence, la trépanation en particulier. Le principe de la temporisation, masqué en général sous une vaccination, commence à s'affirmer (Aubert, Lasserre, Vignard).

— M. Louis BAZY souligne le caractère général des idées défendues par M. Leveuf. La question posée est, en réalité, celle du *moment* des opérations. L'abcès mûr, l'abcès collecté est l'abcès guéri : corps étranger qu'il suffit d'évacuer. En ce qui concerne la bactériothérapie, M. Bazy est d'un avis différent de celui de M. Leveuf : il croit à son utilité en pareille circonstance.

— M. Paul MATHIEU recommande la prudence en matière de temporisation. Il reste persuadé que, s'il faut éviter les délabrements précoces excessifs, l'évacuation du pus sous tension, voire par trépanation sans grand délabrement, doit être la règle.

— M. R.-Ch. MONOD n'est pas éloigné de croire que M. Leveuf a raison. Il a toujours été troublé par l'opposition existant entre la doctrine classique de trépanation immédiate dans l'ostéomyélite des membres et l'abtention systématique de trépanation dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

— M. GRÉGOIRE persiste à penser, comme M. Louis Bazy, que la vaccination, à laquelle toutefois on n'attachera pas plus de vertus qu'il ne faut, est cependant de quelque utilité.

— M. André MARTIN ajoute : temporisation, soit, mais temporisation très surveillée. P. L.

Les Livres

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, EDITEURS,
19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Maladies de l'intestin, par les Drs Paul CARNOT, J. CAROLI, P. JACQUET, J. RACHET, BOUTTIER, Jacques DUMONT, J. FRIEDEL, E. LIBERT. Un vol. grand in-8 de 676 pages avec 197 figures et 17 planches : 150 fr. (1er fascicule du t. XVII du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, dirigé par les Professeurs P. Carnot et P. Lereboullet).

Ce volume a pris une grande extension en raison de tous les faits nouveaux relatifs aux maladies de l'intestin depuis l'introduction des techniques radiologiques, coprologiques, endoscopiques et bactériologiques. Le premier fascicule qui vient de paraître, consacré aux *maladies générales de l'intestin*, comprend 676 pages de texte et sera suivi bientôt d'un deuxième fascicule beaucoup plus court, sur les *maladies particulières aux divers segments digestifs* (ulcères du duodénum, appendicites, colites, rectosigmoïdites, etc.)

Il comprend d'abord un article d'ensemble de *P. Carnot et J.Dumont sur les microbes de l'intestin.* Vient ensuite un important article de 200 pages de P. Carnot et E. Libert sur les *techniques d'exploration*; sur les *grands syndromes intestinaux* (constipation et stases intestinales chroniques ; diarrhées ; perforations ; occlusions ; syndromes muco-membraneux ; infarctus ; crises entéralgiques, etc.) communs à des affections de pathogénies différentes, et qui ne doivent pas être traités comme des maladies autonomes.

Suit une étude d'ensemble de P. Carnot et P. Jacquet sur les *malformations digestives* (136 pages), qu'il y a intérêt à rapprocher quel que soit leur siège, diverticules du duodénum, diverticules de Meckel, diverticules du gros intestin ; ptoses digestives ; gigantisme et nanisme intestinaux ; mégaduodénum ; méga et dolichocôlon ; brachycôlon, etc. ; malformations pariétales (éventrations diaphragmatiques et abdominales ; hernies épigastriques, etc.).

L'étude des *dystrophies intestinales* est due à P. Carnot et à Caroli. Celle des *parasitoses et infections intestinales* est faite par P. Carnot et J. Rachet, elle comprend l'étude des verminoses, de la lambliase, de l'amibiase, etc., ainsi que celle des dysenteries bacillaires, des tuberculoses intestinales diverses, etc.

Enfin la dernière partie est consacrée aux *tumeurs bénignes ou malignes de l'intestin* (117 pages) par P. Carnot et Bouttier ; ici on rapproche et on compare les divers néoplasmes intestinaux (cancer du duodénum, ampullome-cancer de l'appendice, cancer des côlons, etc.) Les *tumeurs ano-rectales* sont étudiées par P. Carnot et Friedel.

Un grand nombre de schémas, de dessins, de photographies et de radiographies complètent les descriptions.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, EDITEURS,
19 rue Hautefeuille, Paris (6).

H. MAGNE, professeur de physiologie à l'Institut national agronomique, et D. CORDIER, professeur agrégé de physiologie des Ecoles nationales vétérinaires. — **Les gaz de combat** au point de vue physiologique, médical et militaire.

Principaux chapitres de l'ouvrage : — Classification des poisons et place des poisons militaires. — Poisons agissant sans absorption : 1° Toxiques cellulaires, Suffocants et vésicants ; 2° Poisons irritants des terminaisons nerveuses sensitives. Poisons agissant après absorption.

Symptomatologie des intoxications : par les suffocants, par les vésicants ; action des lacrymogènes ; irritants des voies respratoires ; poisons agissant après absorption : Acide cyanhydrique ; oxyde de carbone.

Thérapeutique générale de l'intoxication par les gaz de guerre. I. Thérapeutique des blessés par gaz, suffoqués et vésiqués. — Thérapeutique de l'inflammation locale. — *A.* Soins locaux. — *B.* Traitement général. — 2° Thérapeutique du retentissement général de la blessure. — *A.* Thérapeutique de l'anoxémie. — *B.* Thérapeutique cardio-vasculaire. — *C.* Médication alcaline. — *D.* Médication diurétique. — II. Thérapeutique des malades par gaz, irrités et intoxiqués. Antidotisme et antagonisme : 1° L'antidotisme appliqué au traitement de l'intoxication cyanée ; 2° L'antagonisme appliqué au traitement de l'intoxication par l'oxyde de carbone ; 3° L'antagonisme appliqué au traitement des accidents produits par les irritants.

Protection contre les gaz. I. Protection par filtration. — *A.* Procédés chimiques et physiques de filtration. — *B.* Aménagement des appareils filtrants : 1° Appareils filtrants de protection individuelle. Masques filtrants. — 2° Les appareils filtrants de protection collective. — II. Protection par isolement : Réalisation des appareils isolants individuels ; Protection collective par isolement.

MASSON ET CIE, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain

L'Année thérapeutique. MÉDICATIONS ET PROCÉDÉS NOUVEAUX, par A. RAVINA. *Dixième année*, 1935. Un vol. 196 pages, 1936. Prix : 18 fr.

Voici quelques-uns des sujets traités dans cet ouvrage : Algies, traitement par l'iodure de sodium et l'hyposulfite de magnésium. Coup de chaleur, traitement par le chlorure de sodium. Eczéma, traitement par l'extrait de rate. Erysipèle, traitement par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. Intoxication par les champignons, traitement par le sérum antiphalloïdique. Maladie d'Addison, traitement par le sel, etc.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Le médecin d'hôpital a-t-il droit à des honoraires de la part des hospitalisés payants ?

(*Arrêt du Conseil d'Etat* du 21 février 1936)

Une récente décision de la plus haute juridiction administrative vient de jeter le trouble dans l'esprit des médecins, qui sont attachés aux hôpitaux. A la lecture superficielle et rapide du texte de l'arrêt, il semble que le Conseil d'Etat refuse aux médecins d'hôpitaux le droit aux honoraires que peuvent leur verser les malades admis comme payants. Aussi convient-il de bien peser l'importance de cette décision, pour que nous puissions en retirer tout le fruit possible.

Les faits

Le « Sou Médical » avait été saisi de la plainte d'un de ses adhérents, qui avait soigné dans un hôpital, un marin tombé malade à son bord. Comme le confrère habite La Rochelle et que la Société débitrice a son siège social à Paris, le « Sou Médical » avait accordé l'appui pécuniaire, pour que le conflit de recouvrement d'honoraires soit porté devant le Juge de paix du 8e arrondissement de Paris.

Devant ce magistrat, nous démontrâmes le bien-fondé de notre demande, à savoir que le marin avait été admis comme malade payant et non comme indigent. Par suite, le médecin avait droit à ses honoraires en sus du prix de journée d'hospitalisation, comme lui en accorde le droit le règlement de l'hôpital.

L'adversaire souleva alors une question de légalité, en contestant la valeur légale du règlement de l'hôpital de La Rochelle.

Le « Sou Médical » fut donc obligé de suivre et de prier son avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat, Me Bernard Auger, de soutenir les intérêts de notre confrère.

L'argumentation principale de nos adversaires reposait sur cette prétention, à savoir que le prix de la journée de séjour dans un hôpital doit comprendre les frais médicaux et pharmaceutiques et que, par suite, le médecin de l'établissement n'est pas fondé à réclamer directement des honoraires aux malades, ceux-ci seraient-ils payants et non-indigents.

A cela, Me Auger répondait que la prétention de l'adversaire concerne uniquement les malades hospitalisés comme indigents et que le médecin *d'hôpital peut être autorisé par le règlement* hospitalier à réclamer ses honoraires à quiconque est admis comme payant de sa poche.

Conclusions de M. Latournerie,
Commissaire du Gouvernement

Les médecins des hôpitaux peuvent-ils prétendre à une rémunération distincte de leur traitement ?

Paragraphe 1

Pour résoudre cette question, il est nécessaire d'examiner la nature des services assurés par les hôpitaux.

I. — La mission des hôpitaux comprend en effet — car il y a eu, sur ce point, extension progressive de la spécialité de ces établissements publics — plusieurs services distincts :

1° La tâche originaire, celle que prévoit l'art. 1er de la loi du 7 août 1851 à rapprocher de l'art. 1er de la loi du 15 juillet 1893 : à savoir les soins aux malades privés de ressources ;

2° Les soins donnés, par une obligation légale, à des malades sur lesquels la loi — du moins le plus souvent — ne permet pas aux hôpitaux de réaliser aucun bénéfice ; soins aux militaires (loi du 3 mars 1877) ; aux victimes d'accidents du travail (9 avril 1898) et aux personnes pensionnées de la loi du 31 mars 1919 (alinéas 10 et 64) ; enfin 3° le traitement de malades qui ne sont pas privés de ressources et dont le traitement n'est pas légalement obligatoire.

II. — Or, si le premier et le deuxième de ces services ont incontestablement — au moins dans la plupart des cas — le caractère de *services publics tout court*, du fait que, quant à ces services, les hôpitaux ne sont pas placés sur le plan des activités privées — comme en témoigne notamment la compétence admise sur les litiges soulevés par l'application de la loi de 1893 — il en va tout *différemment pour le service de la troisième catégorie.*

Sans doute, peut-il, en l'état des idées et des exigences de l'hygiène, être regardé comme une annexe *nécessaire* des services des deux premiers types — et c'est ce qui le rend légal.

Mais ici le service paraît se situer sur le plan des intérêts privés. Il ne diffère pas notablement de l'office des cliniques privées.

Il y a donc service *commercial*, ce qui implique pour ce service la possibilité de réaliser certains bénéfices, à condition qu'ils soient contenus dans certaines limites.

Paragraphe 2

Or, quel est le rôle que jouent, dans ces divers services, les médecins des hôpitaux ?

La règle, semble-t-il, est que ces médecins sont avant tout les médecins des pauvres. C'est la raison pour laquelle leur rémunération est si modique et si peu en rapport avec la qualité de leurs soins.

Sans doute, pour la formation scientifique du Corps médical, l'expérience clinique qu'il trouve dans la pratique des hôpitaux est-elle d'un inestimable prix. Et c'est là sans doute, outre la difficulté bien connue des concours, qu'il faut voir la principale origine du prestige incontestable dont sont légitimement entourés le titre de médecin des hôpitaux et même celui d'interne.

Mais l'étendue du champ d'expérience que cette élite du Corps médical trouve dans les salle des hôpitaux, les vues toujours renouvelées et si exceptionnellement instructives que leur offre le défilé incessant des malades les plus variés, le profit qu'ils en tirent pour leurs études et pour le perfectionnement de leur technique ne suffiraient pas seuls à rendre raison de toutes les particularités du statut de ce corps, et notamment de la plus saillante, celle que nous signalions tout à l'heure qu'elle apporte au service des hôpitaux : à savoir, autant dire, la gratuité du concours capital.

Pour expliquer un pareil trait, aux considérations que nous avons indiquées, il faut joindre indéniablement — et c'est cet alliage de la qualité, de la conscience scientifique et du dévouement désintéressé qui fait l'honneur de ce Corps médical — une idée d'assistance quasi bénévole aux plus déshérités parmi les souffrants.

Et c'est en ce sens que les plus modernes et les plus récemment équipés des hôpitaux de nos grandes villes, peuvent, sans manquer à leur destination, ne pas répudier leur vieille dénomination d'Hôtel-Dieu.

Paragraphe 3

1° Mais, s'il en est ainsi, sans doute peut-on admettre que, pour les services des deux premiers types, ce Corps médical ne puisse rien prétendre — et aussi bien ne prétend-il rien semble-t-il — en dehors de son traitement, qui n'a guère qu'une valeur indicative.

Mais en est-il de même pour le dernier service ?

La réponse paraît bien devoir être négative.

A supposer même, en effet — et telle est bien la solution qui, ainsi que nous l'avons dit semble bien devoir être admise — que l'institution d'un tel service ne déborde pas la « spécialité » des établissements publics en question, et qu'elle ne contrevienne pas à la règle de la liberté de commerce telle qu'elle s'interprète aujourd'hui, du moins paraît-il légitime que la différence de nature de ce service ait sa répercussion juridique sur la rémunération du Corps médical.

II. — Les médecins des hôpitaux ne sont pas en effet — du moins ne le sont-ils pas uniquement — des fonctionnaires publics.

Sans doute répondent-ils incontestablement à la définition des agents publics, comme occupant, en qualité de titulaires, un emploi permanent dans les cadres d'un service public ; d'où une série de conséquences sur leur nomination, leur révocation, le contentieux des indemnités et la limitation imposée à leur droit de se syndiquer.

Mais on réserve généralement la qualité de fonctionnaire à ceux qui consacrent à leur service la totalité, ou, du moins, la plus grande partie de leur activité.

Or, il s'en faut que ce soit le cas pour le Corps médical des hôpitaux. D'où les règles libérales que les textes électoraux ont tracées à leur égard, en ce qui concerne l'éligibilité et les incompatibilités.

Si donc, par la théorie de l'accessoire, par l'idée de l'annexe nécessaire, il est normal d'exiger que le Corps médical prête son concours au service de la troisième catégorie, dépendance normale ou plutôt complément normal des autres services, et si le médecin des hôpitaux reste agent public non moins dans ce cas que dans les précédents, serait-il normal que, quant à la rémunération, la règle soit la même dans tous les cas ?

Si ce médecin doit être présumé, par l'acceptation de sa nomination, avoir accepté de concourir au service n° 3, non moins qu'aux services 1 et 2, peut-il être légitimement présumé avoir étendu aux malades qui ne sont pas privés de ressources cette assistance quasi gratuite dont son statut lui impose le devoir de faire bénéficier les malades des autres catégorie s ?

Il n'y a donc nulle impossibilité pratique, il y a, au contraire les plus fortes raisons d'admettre, dans tous es cas de ce genre, une rémunération particulière.

Paragraphe 4

Est-ce à dire que le médecin puisse réclamer *directement* au malade, en vertu d'un contrat implicite ou d'un quasi-contrat de gestion d'affaires — une telle rémunération ? Non : car les théories de droit privé n'ont pas lieu dans la circonstance. Il n'y a place que pour les règles du droit public : celles qui régissent d'ailleurs les services industriels et commerciaux comme les services publics tout court.

Or, l'une des plus fondamentales est la règle de l'égalité des usagers devant le service public. Et une autre est que toute somme perçue à l'occasion du fonctionnement d'un service public, quel qu'il soit, ne peut l'être qu'en vertu d'un règlement fixant, par mesure générale, tant la quotité de la taxe que ses règles d'exigibilité.

La combinaison de ces règles, jointe à la nature du service n° 3, conduit à décider, dans la circonstance, que, si le service est en droit d'exiger pour frais médicaux des malades de la troisième catégorie, une rémunération supérieure à la quote-part du traitement du médecin et destinée à assurer à celui-ci un complément de rétribution, cette somme ne peut être légalement fixée, dans chaque cas, par une discussion — qui serait singulièrement malséante — entre le malade et le médecin ; et qu'elle ne peut être exigée directement du malade par le médecin, mais doit être arrêtée par voie de règlement — sans d'ailleurs que la règle de l'égalité des usagers interdise des distinctions établies suivant la fortune des malades — et doit être aussi, semble-t-il, recouvrée par l'hôpital.

Il s'agit là en effet d'une véritable taxe, que l'hôpital peut prélever au profit de ses médecins, mais qui a le caractère de deniers publics.

La délibération contestée était donc valable sur le principe d'une redevance due, pour soins médicaux, par les malades de la troisième catégorie, mais non sur l'exigibilité directe de cette taxe par les médecins.

Il n'y a lieu par suite à statuer tant sur le moyen concernant le Code du travail maritime (moyen qui, selon la défense, serait d'ailleurs irrecevable), que sur le moyen de forme relatif au défaut d'approbation du préfet.

Nous concluons dès lors :

1° A ce qu'il soit, à l'égard de la légalité de la délibération litigieuse, statué comme nous l'avons indiqué ;

2° A ce que les dépens soient mis à la charge du sieur Dufour.

ARRET DU CONSEIL D'ETAT

Séance du 21 février 1936

Vu la requête et le mémoire ampliatif présentés pour la Société anonyme les « Armateurs français », dont le siège social est à Paris 36, rue de Naples, représentée par ses Directeurs et Administrateurs en exercice,..... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil interpréter une délibération de la Commission administrative des Hospices civils de la Rochelle en date du 15 février 1921, par laquelle ladite Commission a admis que les médecins et chirurgiens auraient la faculté de demander directement des honoraires aux malades payants, sans distinction de salle, ni de services ;

Ouï Me Labbé avocat de la Société les « Armateurs français » et Me Auger, avocat du sieur Dufour, en leurs observations ;

Ouï M. Lagrange, maître des requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions.

Considérant que, par jugement en date du 17 avril 1930, le Tribunal de paix du 8e arrondissement de la Ville de Paris, saisi d'un litige relatif au payement d'honoraires médicaux et survenu entre le Docteur Dufour, médecin de l'hôpital de La Rochelle, et la Société les « Armateurs français », a sursis à statuer jusqu'à ce que soit tranchée la question de savoir si la délibération du 15 février 1921, par laquelle la Commission administrative des hospices civils de La Rochelle a « autorisé le Corps médical hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants, sans distinction de salle, ni de service » est légale ;

Considérant que les hôpitaux et hospices communaux constituent des établissements publics ; que, par suite, les médecins attachés à ces établissements hospitaliers ne peuvent pas réclamer directement des honoraires aux malades usagers de ce service public, quel que soit le titre auquel ces malades y sont admis et le montant du prix de journée perçu ; que dès lors, la délibération sus-rappelée de la Commission administrative des Hospices civils de La Rochelle est entachée d'illégalité.

Décide :

Il est déclaré que la délibération en date du 15 février 1921 de la Commission administrative des Hospices civils de La Rochelle est entachée d'illégalité en tant qu'elle autorise le Corps médical hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants.

Commentaires

Voici le principe que pose l'arrêt du Conseil d'Etat : les hôpitaux sont des établissements publics, qui traitent directement pour le payement du prix de journée. Par suite, les médecins, qui sont attachés à l'établissement, n'ont de rapports qu'avec la Commission administrative et nullement avec les malades, quelle que soit la qualité de ces derniers.

Il en résulte que, si la Commission administrative estime qu'il est équitable et juste de faire payer aux hospitalisés non-indigents un honoraire pour les soins médicaux et chirurgicaux, il appartient à la Commission seule de fixer le quantum de ces frais réclamés en sus du prix de journée. A l'Administation hospitalière de verser ensuite au Corps médical tout ou partie de ces honoraires.

Abordons la discussion de chacun de ces points.

1° *L'hôpital est un établissement public*

Cette affirmation, faite une fois de plus par le Conseil d'Etat, revêt, à mes yeux, une importance considérable.

Parce qu'établissement public, l'hôpital ne peut faire acte de commerce, c'est-à-dire faire payer l'hospitalisation avec ou sans bénéfice, car c'est faire acte de commerce que d'acheter, pour les revendre, les objets et matières, nécessaires à l'alimentation et le coucher. C'est faire le commerce d'hôtelier que de loger, contre remboursement, des malades, qui ne sont pas bénéficiaires de lois dites sociales.

Qu'il me soit permis une fois de plus d'insister sur ce point, car il représente, à mes yeux, le nœud de toute la campagne, qui, actuellement, est menée pour mettre un frein à l'extension progressive de l'activité hospitalière, en ce qui concerne l'hospitalisation des payants.

Au début, l'établissement public a recherché, par l'admission des payants, un bénéfice supplémentaire, permettant de boucler le budget des pauvres. Diminution du revenu des biens propres de l'hôpital, augmentation des frais généraux et du coût de la vie : le déséquilibre de la valeur de l'argent a produit un déséquilibre financier pour l'hôpital.

En recevant des malades payants, on diminue le pourcentage des frais généraux ; on peut également faire quelques recettes, en faisant payer le prix de journée à un taux supérieur à celui de l'assistance médicale gratuite.

L'article 28 du règlement modèle du 31 mars 1926 l'autorise exceptionnellement à recevoir des payants, lorsque se produit une des quatre conditions suivantes : malades contagieux, malades urgents, malades ne pouvant être transportés dans une maison de santé, absence de maison de santé dans la localité.

De nombreux hôpitaux ont progressivement transformé l'exception en règle générale. Certains recherchent même la clientèle payante, par des réclames, des articles de journaux, des brochures. L'hôpital fait carrément concurrence à la maison de santé.

Or, la spécialisation de l'hôpital, son carac-

tère d'établissement public obligent l'hôpital à ne pas faire acte de commerce, à moins que, par extension des décrets-lois des 5 novembre et 28 décembre 1926, il n'y ait carence ou déficience de l'initiative privée. Encore faut-il la séparation des budgets entre celui de l'établissement public et celui de la partie commerciale.

En décidant une fois de plus que l'hôpital constitue un établissement public, l'arrêt du Conseil d'Etat ne peut que renforcer notre thèse, lorsque nous déclarons que ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'hôpital peut recevoir des malades payants.

2° *Le règlement modèle des hospices et hôpitaux*

En ce qui concerne le droit aux honoraires pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux, nous devons dire que, de tout temps, le Corps médical a tenu à s'associer à l'œuvre de bienfaisance et de solidarité sociale des administrateurs des hospices et hôpitaux. Il accepte de donner sa science, son temps et son dévouement, pour ne recevoir, en échange, qu'une modeste *indemnité, lorsqu'il s'agit* de soigner des malades privés de ressources hospitalisés, ou des personnes de condition modeste.

C'est dans cet esprit qu'est rédigé le règlement modèle du 31 mars 1926, qui, dans la note sous l'article 28, sépare les malades non-indigents hospitalisés en trois classes : la série inférieure n'acquitte que le prix de journée de l'Assistance médicale, pour toutes charges, si leurs ressources sont très limitées. La série moyenne, le prix de journée de l'Assistance médicale, sensiblement majoré, pour toute charge, si leur condition est modeste.

Quant à la série supérieure, elle payera le prix de journée de l'Assistance médicale, avec une majoration, plus les frais de salle, d'opérations, de pansements, les frais médicaux et pharmaceutiques et tous les autres que déciderait la Commission administrative, si leur condition est plus aisée ; ou bien, ils payeront un prix de journée forfaitaire et calculé sur ces éléments. Les honoraires médicaux et chirurgicaux sont compris ou non dans les prix ci-dessus.

Le règlement ajoute : « La Commission administrative, libre de ces admissions exceptionnelles, est également libre de décider, après enquête, dans quelle série entre le malade payant.

« Ces honoraires médicaux et chirurgicaux seront réglés sur un tarif établi par la Commission administrative et après avis du Corps médical de l'établissement.

« Il appartient à chaque Commission administrative de prévoir dans son règlement si tous les médecins et chirurgiens doivent être admis à donner leurs soins aux malades payants...

« Pour les diverses séries énumérées ci-dessus la Commission administrative peut encore prévoir des services externes payants, tels que radiographie, analyses, à défaut de services analogues externes dans la localité, avec leur fonctionnement et leurs tarifs. »

Dans ses commentaires en ce qui concerne le payement des honoraires médicaux par les malades payants hospitalisés, le ministre écrit à la page 35 de sa circulaire du 31 mars 1926 :

« D'une façon générale, les honoraires médicaux et chirurgicaux seront réglés par un tarif établi par la Commission administrative. Le Corps médical sera nécessairement consulté à ce sujet : mais il ressort de la discussion du projet de règlement au Conseil supérieur qu'il devra seulement émettre un avis.

« Si les honoraires sont compris dans le prix de journée, la Commission administrative pourra distraire des sommes encaissées la part représentant les honoraires du médecin traitant pour la tenir à sa disposition d'après le mode qu'elle aura établi.

« Si les honoraires sont payés en sus par le malade, le payement sera fait à la Caisse de l'établissement. Les tractations entre malades et médecin doivent être évitées. Les Commissions administratives pourront apprécier si les honoraires doivent être reversés au médecin traitant, ou s'ils doivent être versés à une Caisse commune pour être répartis parmi tout le Corps médical, selon un mode établi d'accord entre la Commission administrative et les divers praticiens.

« Les Commissions administratives seront libres de décider, dans leur règlement, si les médecins et chirurgiens du dehors pourront être admis à donner leurs soins aux malades payants à la demande de ceux-ci.

« De plus, lorsqu'il n'existera pas dans la localité des services externes de radiographies, analyses, etc., analogues à ceux qui fonctionnent à l'hôpital, la Commission administrative pourra mettre ses services à la disposition des malades payants suivant un tarif qu'elle établira d'après les mêmes principes. Les frais seront plus ou moins élevés suivant la classe du malade et comprendront, ou ne comprendront pas, selon les cas, une part à remettre comme honoraires aux chefs de service. »

Ainsi, tout en respectant l'autonomie absolue que donnent les termes de la loi du 7 août 1851 aux Commissions administratives des hôpitaux, pour réglementer leur service intérieur, le ministre s'appuie sur ce que le Préfet, agissant comme tuteur des hôpitaux, doit accorder, ou refuser son approbation aux termes desdits règlements hospitaliers selon qu'ils seront conformes ou non au règlement modèle.

Il en résulte qu'en droit, la Commission administrative d'un hôpital pouvait insérer, dans son règlement, que le Corps médical était libre de réclamer directement des honoraires aux malades payants, d'après le tarif personnel de chaque praticien.

Si le Préfet ne soulevait aucune objection, le règlement était approuvé.

Aujourd'hui, l'arrêt du Conseil d'Etat que nous analysons, rend obligatoire le mode préconisé par le ministre, dans sa Circulaire du 31 mars 1926. Les médecins et chirurgiens ont droit à des honoraires, pour soins donnés aux malades payants, mais ces honoraires ne peuvent être réclamés aux débiteurs que par l'économat de l'hôpital, selon un tarif fixé par la Commission, après avis de son Corps médical hospitalier.

De plus, le règlement intérieur doit décider si ces honoraires seront versés soit en totalité, soit en partie aux médecins et chirurgiens, ou s'ils seront affectés à une Caisse commune, pour être partagés entre les membres du Corps médical hospitalier, ainsi que cela se pratique pour les assurés sociaux hospitalisés.

Conclusion

De la lecture de l'arrêt du Conseil d'Etat et des textes réglementaires, notamment de la Circulaire du 31 mars 1926 fixant le règlement modèle des hospices et hôpitaux, nous pouvons dire que ladite décision du Conseil d'Etat n'interdit pas aux médecins le droit aux honoraires, en ce qui concerne les malades payants ; mais ils ne peuvent pas traiter avec ces malades, pour que ces derniers leur règlent directement les frais de soins et d'opérations.

Il faut que ces honoraires soient réclamés par les Services administratifs de l'hôpital, selon un barême fixé par la Commission administrative, après avis du Corps médical hospitalier. Les malades s'acquitteront, non envers les médecins, mais envers la Commission administrative.

Pour étayer sa décision, le Conseil d'Etat considère que l'hôpital constitue un établissement public. Par suite les malades, qui, à un titre quelconque, sont usagers de ce service public, ne peuvent pas contracter directement avec les médecins et chirurgiens, parce que ceux-ci sont attachés audit service public.

D'ailleurs, à maintes reprises, le Conseil d'Etat a décidé que le médecin d'hôpital devait être considéré à l'instar d'un fonctionnaire, lorsque, devant être révoqué de ses fonctions hospitalières, il a droit à la communication de son dossier, ainsi que le prescrit l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, pour tous les fonctionnaires.

Aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de se mettre d'accord avec leur Commission administrative, pour décider, avec cette dernière, du quantum d'honoraires que l'Administration hospitalière réclamera aux malades payants pour es soins donnés et les opérations pratiquées dans l'établissement.

Mais retenons bien ce fait que l'hôpital est un établissement public et ne saurait par conséquent admettre tous les malades payants : le texte réglementaire du 31 mars 1926 fixe, en son article 28, en note, les cas exceptionnels, dans lesquels peuvent être hospitalisés ceux qui ne sont pas bénéficiaires des lois d'assistance, ou des lois dites sociales.

Cet arrêt du Conseil d'Etat renforce donc notre thèse juridique, lorsque nous cherchons à lutter, par tous moyens légaux, contre l'extension abusive des services payants, tendant à transformer l'hôpital, établissement public fondé en faveur des pauvres, en établissement commercial, pouvant tirer des bénéfices en vendant l'hospitalisation aux malades payants.

Si les hôpitaux pensent que leur devoir social exige que les portes de l'établissement soient largement ouvertes à qui peut payer, qu'ils unissent leurs efforts aux nôtres pour la modification de la loi du 7 août 1851.

Sinon, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, l'hôpital ne peut recevoir de malades payants qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Dr Paul Boudin.

DU DROIT D'UN MÉDECIN D'UTILISER, POUR DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES, LES EXAMENS DE MALADES DEMANDÉS A UN SPÉCIALISTE

Par M. Bernard AUGER

Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation
Docteur en Droit

Il est de plus en plus fréquent qu'un médecin de médecine générale, ou un chirurgien, fassent faire d'un malade venu les consulter un examen électrique ou radiologique ; qu'ils fassent prendre une ou plusieurs radiographies ; qu'ils demandent un examen histologique, une analyse chimique et bactériologique. Si le cas est intéressant, le consultant peut être amené à en faire la base d'un travail scientifique.

A-t-il le droit d'utiliser, pour ce faire, les travaux des spécialistes auxquels il a eu recours, sans demander l'autorisation de ces spécialistes, et même sans les nommer ?

C'est une question qui, au point de vue juridique, est assez délicate, et dont l'intérêt pratique est considérable.

Il convient d'abord de marquer que le travail du spécialiste n'est pas un travail purement matériel. C'est là une assertion qui n'a pas besoin d'être démontrée, et dont on a trouvé la meilleure illustration dans un travail tout récent : une leçon du Professeur Laquerrière à la Clinique électro-radiologique de l'hôpital Notre-Dame de Montréal (Canada), parue sous le titre « l'interprétation d'un cliché radiographique », dans le *Concours Médical* du 15 mars 1936. L'examen radiologique ou électrique, l'interprétation d'une radiographie — comme aussi le travail de tout autre spécialiste — sont donc essentiellement des travaux d'ordre à la fois scientifique et artistique — le mot *art* étant pris lui dans son sens propre d'emploi de la technique pour traduire la réaction de l'homme devant la vie — au même titre que l'examen clinique proprement dit — dont ils ne diffèrent d'ailleurs que par l'usage d'appareils pour prolonger, amplifier les sens du médecin. Cet examen, cette interprétation, seront la base même du diagnostic du médecin qui les aura demandés, et qui ne pourra même pas se flatter de les avoir refaits en se servant des chiffres ou des images donnés par le spécialiste, ces chiffres, il ignore dans quelles conditions ils ont été obtenus ; ces images, il ne saura pas, la plupart du temps, y distinguer la part de la technique dans les anomalies apparentes constatées, et il n'aura pas fait les radioscopies par lesquelles le spécialiste a contrôlé sa graphie ou aura déterminé les limites de son cliché.

Le spécialiste est ainsi le collaborateur indispensable, l'associé du médecin consultant dans son diagnostic et son observation ; ce n'est pas un simple assistant, chargé d'une besogne matérielle préparatoire. Il a fourni une « œuvre », au sens intellectuel du mot.

Or, il est de jurisprudence et de doctrine constantes, en France, que si l'auteur n'est pas à proprement parler propriétaire de son œuvre, il possède cependant sur cette œuvre un droit à la fois moral et pécuniaire, dont la concrétisation est qu'il est protégé contre l'utilisation de son œuvre par autrui à ses dépens ; qu'il est le seul à avoir le droit, d'ailleurs cessible, de tirer un parti pécuniaire de son œuvre (v. Perraud Charmantier, de l'Unité du droit d'auteur, *Semaine Juridique*, 1935, p. 481 et suivantes). En dehors de la médecine, il a été jugé, par exemple, que commet une faute génératrice de dommages-intérêts, l'individu qui, ayant ramassé dans une poubelle des débris de tableaux détruits par leur auteur, a reconstitué les tableaux et les a vendus sous le nom de leur auteur, sans l'autorisation de ce dernier (Trib. civ. Seine, 15 novembre 1927, *Gaz. du Palais*, 1927, 2e partie 916, Recueil de Sirey, 1928, 2e partie, p. 137, Recueil de Dalloz, 1928, 2e partie, p. 89, note Nast) ; commet le délit de contrefaçon prévu et puni par la loi des 19-24 juillet 1793 modifiée par celle du 11 mars 1902, l'individu qui sténographie, reproduit et vend le cours d'un professeur sans son autorisation (Cour d'appel de Paris, 20 juillet 1926, Dalloz, 1928.2.8, note Nast ; Cour d'Appel de Caen, 20 mai 1926, journal *La Loi*, 19 janvier 1927). Même s'il a cédé la « propriété » de son œuvre, il a toujours le droit d'en surveiller la publication, de la revoir et de la corriger (Jurisprudence constante depuis le célèbre jugement du Tribunal civil de Lyon, affaire Lacordaire, Dalloz, 1845.2.128, Sirey, 1845.2.469). Même solution en matière de dessins (Paris, 20 mai 1928, le droit d'auteur, 1929, 21), de photographie. S'il est permis à tout le monde d'aller photographier, dans les mêmes conditions de point de vue et d'éclairage, tel lieu dont un premier photographe a déjà commercialisé l'image (Toulouse, 17 juillet 1911, *Gaz. Pal.*, 1912.1.25, Sirey 1911.2.312, Dal. 1912.2.161, note Potu ;

Amiens, 20 avril 1912. *Gaz. Pal.*, 1912.2.529), on n'en a pas pour autant le droit de reproduire les photographies faites par un tiers (Trib. correctionnel Seine, 11 décembre 1913, *Gaz. trib.*, 16 juin 1914 ; Paris, 6 juin 1934, *Gaz. trib.*, 14 juillet 1934), et l'on sait que depuis la loi du 9 avril 1910, l'aliénation des œuvres d'art (la photographie pouvant constituer, en quelque mesure, une œuvre d'art) n'entraîne pas, à moins de convention contraire, l'aliénation du droit de reproduction.

En droit commun, on ne peut donc utiliser sous aucune forme « l'œuvre » intellectuelle ou artistique d'un tiers sans le consentement de ce dernier, à plus forte raison n'a-t-on pas le droit d'omettre de signaler la paternité de l'auteur du travail utilisé.

Comme l'indique judicieusement M. Perreau (médecins et propriété scientifique, *Paris Médical*, 28 décembre 1935, p. 552), ces principes s'appliquent à l'œuvre scientifique médicale. On ne voit d'ailleurs pas pour quelles raisons ils ne s'y appliqueraient pas... Il a été jugé, par exemple, que le médecin attaché à un centre d'examen de blessés est peut-être obligé par les règlements du centre de laisser ses fiches d'examen dans l'établissement en résignant ses fonctions ; il n'en a pas moins seul le droit de les utiliser dans une publication scientifique (Trib. civ. Seine, 5 décembre 1928, *Gaz. Trib.*, 1929.1.2. 183) ; le pharmacien qui a imaginé un médicament en s'inspirant des travaux d'un médecin n'a pas le droit d'insérer des passages des articles, leçons ou ouvrages de ce médecin, sans son consentement, dans la littérature incluse dans le conditionnement de son produit. (Trib. civ. Seine, 4 mars 1905, *Pandectes françaises*, 1907. 2.165 ; 7 juin 1907, *Annales propriété industrielle*, 1908.1.209 ; 12 mars 1914, *Ibid.*, 1919.2.28).

Ils commandent par suite la solution de la question.

Sans doute, l'électroradiologiste — prenons l'électroradiologiste pour exemple, c'est à son propos que la question se posera le plus souvent — chargé par un confrère d'examiner un malade, sait que l'observation rédigée par lui à la suite de son examen sera utilisée par le médecin traitant ou consultant, et conservée par lui pour son instruction personnelle, à moins qu'elle ne soit remise au patient ; il sait qu'il en sera de même de la radiographie faite par lui et, dans la majorité des cas, il se désintéresse de cette observation ou de sa radiographie. Mais il ne s'ensuit nullement qu'il ait cédé purement et simplement et sans restrictions la propriété totale, si l'on peut dire, de son œuvre au médecin consultant. S'il a consenti à seconder les efforts du consultant, à diriger, ou tout au moins à faciliter le diagnostic de ce dernier, il n'a jamais été convenu entre eux, il n'a même jamais été sous-entendu que le consultant ferait de l'observation de son confrère spécialiste matière à travail scientifique, qu'il mènerait seul, au risque de se trouver en désaccord avec le spécialiste et même de trahir la pensée de ce dernier. A plus forte raison, le consultant ne saurait-il se permettre d'utiliser le travail de son confrère sans même nommer ce dernier, de manière à s'attribuer seul le profit scientifique — et par voie de conséquence le profit de clientèle — du travail fait en somme en collaboration.

Ce qui est vrai de l'utilisation anonyme, oserai-je dire, des commentaires joints par le spécialiste aux résultats de son examen, l'est *a fortiori* de la reproduction sans autorisation de ce dernier des clichés ou épreuves radiographiques faites par lui. Ici, non seulement il y a atteinte au droit moral de l'auteur de l'examen radiographique, violation de ce que la doctrine française et belge appelle son droit au respect de son œuvre, mais encore il y a véritablement atteinte à la propriété artistique de l'œuvre, et, *même si le nom de l'auteur de la radiographie est cité*, il y a contrefaçon au sens des lois des 19-24 juillet 1795 et 11 mars 1902.

En sorte que, dans l'état de la loi, de la doctrine et de la jurisprudence françaises :

Le médecin de médecine générale qui a fait faire, pour un client, un examen par un confrère spécialiste (radiologue ; électrothérapeute ; anatomopathologiste, etc.) ne peut utiliser le travail de ce spécialiste pour en faire, avec ses propres observations, l'objet d'un travail scientifique, sans l'autorisation du dit spécialiste, et j'ajouterais même volontiers sans le contrôle de ce dernier — ce qui ne l'empêcherait nullement, bien entendu, de marquer leurs divergences éventuelles de vue. S'il ne se préoccupe pas de l'autorisation du spécialiste, à plus forte raison s'il passe sous silence le nom de ce dernier, il commet une faute, une atteinte au droit de l'auteur sur son œuvre.

S'il joint à son travail une radiographie, une microphotographie ou un dessin de coupe histologique faits par le spécialiste mis en œuvre, sans l'autorisation de ce dernier et à plus forte raison sans le nommer, il se rend coupable du délit de contrefaçon prévu et puni par la loi des 19-24 juillet 1793.

La peine appliquée à ce délit est, pour l'auteur de la contrefaçon, la confiscation de son ouvrage, et une amende égale au coût de 3.000 exemplaires de l'ouvrage contrefait ; pour le débitant de la contrefaçon, une amende égale au coût de 500 exemplaires payable à l'auteur de l'ouvrage contrefait.

La sanction de la faute purement civile commise par le médecin qui utilise sans autorisation ni référence les observations d'un spécialiste est une condamnation à des dommages-intérêts.

Sans doute objectera-t-on que la faute commise n'a pas causé de dommage, puisque l'observation a été payée par le client, en sorte que le spécialiste a tiré de son travail tout le profit matériel qu'il en escomptait. L'objection est spécieuse ; mais elle n'est pas fondée. Car, à côté du profit direct et immédiat constitué par l'honoraire susvisé, le médecin peut escompter un profit indirect et à plus lointaine échéance, constitué par l'accroissement de notoriété que lui vaudra la publication d'un travail scientifique apprécié. Le spécialiste qui, au cours d'un examen, a remarqué une particularité intéressante, a le droit tout aussi bien que le médecin qui lui a demandé l'examen d'utiliser cette remarque dans une publication scientifique ; comment pourrait-il le faire, si son observation a été déflorée par un tiers qui se l'est appropriée ? Le dommage est donc certain.

Le droit positif français donne ainsi à cette question, d'un intérêt somme toute considérable, une solution qui est celle que les principes de la déontologie médicale commandaient. Le droit est plus souvent qu'on ne le croit d'accord avec *la déontologie*...

S'il faut en croire Perraud-Charmantier (Le droit moral négatif, ou droit au respect, particulièrement en droit comparé et en droit international, *Semaine Juridique*, 1934, p. 965 et 977), le même accord se rencontre, en matière de « propriété » littéraire et artistique en général, dans la presque totalité des pays étrangers, même au Libéria. A l'étranger aussi, les principes généraux sont appliqués aux observations des spécialistes et spécialement des radiologues ; à côté de jugements de divers tribunaux allemands qui se seraient prononcés en ce sens, sans qu'il m'ait été possible de m'en procurer le texte ni même la référence, on trouve dans l'*American Journal of Medical Association* du 12 octobre 1935 un arrêt de la Cour d'appel du Michigan du 9 septembre 1935, qui a précisément consacré la thèse qu'on vient de voir développer.

On ne saurait donc trop recommander aux médecins qui ont eu recours à un radiographe, à un histologiste, etc., de ne pas utiliser le travail de ce spécialiste dans s'être d'abord mis d'accord avec lui pour collaborer dans l'ordre scientifique comme ils avaient collaboré en clientèle.

A LA COMMISSION SUPÉRIEURE DE REVISION DES PENSIONS DE GUERRE

La communication des dossiers aux intéressés, dont la pension aura été rejetée par les Services de revision.

La Commission supérieure de revision devenant, en quelque sorte, un Tribunal dont les arrêts seront pratiquement définitifs, car peu de pensionnés feront les frais d'un pourvoi au Conseil d'Etat, il importait de donner aux intéressés toutes les possibilités de se défendre.

On sait que le décret du 8 août 1935, prévoit que les intéressés, dont la pension aura été supprimée, pourront adresser un mémoire en défense à la Commission supérieure de revision.

Mais pour que ce mémoire soit convainquant, encore faut-il que celui qui aura la charge de le rédiger puisse rassembler tous les éléments qui peuvent plaider en faveur du pensionné déchu. Or, ce dernier ne pouvait ni se présenter lui-même, ni se faire représenter par un avocat devant la Commission. Dès lors, s'il n'avait pas la possibilité de *consulter son dossier*, d'attirer l'attention sur certaines pièces particulièrement probantes, sa défense était plus qu'aléatoire, presque nulle.

Désormais il sera permis aux intéressés ou à leur représentant qualifié (avocat, avoué ou parent) de compulser leur dossier avant d'établir leur mémoire en défense. Le ministre des Pensions se propose même de demander au Garde des Sceaux que les ex-pensionnés puissent faire appel à l'Assistance gratuite d'un avocat pour l'établissement dudit mémoire.

Une instruction ministérielle règle désormais cette question ; elle a été adressée, le 28 mars dernier, aux services compétents.

Ainsi se trouve défini un point important dans la défense des victimes, éventuellement des examens trop hâtifs des comités reviseurs.

VARIÉTÉ

Le séjour du Docteur Albert Haller à Paris en 1728
Botanique, poésie, flirt et dissection (1)

I

Un matin de printemps de 1728, un jeune homme d'une vingtaine d'années, en costume de de voyage, coiffé d'une casquette plate comme les étudiants d'Outre-Rhin et porteur de lunettes, guidé par un commissionnaire qui traînait ses bagages dans une voiture à bras, s'arrêtait devant une hostellerie, rue du Pré-aux-Clecs, à l'enseigne du « *Charmes des Alpes* ». Cette enseigne, suspendue au-dessus de la porte, par une tringle en potence, était peinte sur les deux faces ; d'un côté l'artiste avait représenté une chaîne de montagnes neigeuses, dorées par le soleil levant, et de l'autre, un pâturage où paissaient des vaches, gardées par un berger assis et jouant probablement un ranz à côté d'un chien de forte taille.

Cette peinture fit sourire le jeune homme, qui franchit allègrement le seuil et dont la figure s'épanouit encore plus à la vue d'une jeune fille fort jolie assise derrière le bureau ; celle-ci, s'empressa pour l'accueillir et appela sa mère, une imposante dame encore fort avenante la veuve Burcart, patronne de l'hôtel-pension, elle était née dans les Alpes Dauphinoises, et venue à Paris comme cuisinière dans un restaurant fréquenté par des sous-officiers de la Garde Suisse, ces magnifiques mercenaires qui ont servi la Monarchie française, et dont les derniers ont péri en défendant le Louvre, fusillés sous la colonnade par les Parisiens, embusqués place Saint-Germain-l'Auxerrois (1830). Elle avait épousé un de ces superbes montagnards, originaire du canton de Vaux.

Madame Burcart avait de remarquables talents de cordon bleu ; le garde Suisse démissionna et, avec leurs économies, ils ouvrirent un hôtel-pension, qui fut florissant au bout de quelques années. Mais le patron mourut d'une hydropisie, conséquence d'un long usage de liqueurs fortes, laissant à sa veuve une fille déjà adolescente.

Le voyageur manifesta le désir de louer un logement de deux pièces, bien éclairées, pour ses travaux de botaniste ; il était docteur de l'Université de Leyde, mais Suisse de naissance, du canton de Berne, parlant bien le français avce un accent allemand assez prononcé.

Le premier soin du jeune étranger, quand il fut installé dans son logement sous le nom d'Albert Haller, 20 ans, originaire de Berne (Suisse), docteur médecin, venant d'Angleterre, où il avait suivi les leçons de Douglas et de Cheselden, fut de s'informer du chemin à suivre pour se rendre au Jardin du Roi, où il désirait se faire connaître des illustres naturalistes qui y professaient alors : Geoffroy, Antoine de Jussieu.....

Il manifesta aussi l'intention de se rendre à l'hospice des Frères de la Charité, pour assister au cours du savant professeur Winslow.

Il était attiré à Paris par le double désir de se perfectionner dans la botanique et l'anatomie, en suivant les leçons des démonstrateurs au Jardin du Roi, qu'on appelait encore Jardin Royal des Plantes médicinales, et qui, à la Révolution, prit le nom de « Muséum d'Histoire naturelle ». Là enseignaient alors, Antoine de Jussieu, déjà illustre et venu de *Montpellier*, le chimiste *Geoffroy* et l'anatomiste Winslow, venu du Danemark avec une pension de son roi, et alors luthérien ; mais qui, séduit par l'éloquence de Bossuet, s'était converti au catholicisme, prenant même l'un des prénoms de son parrain : Bénigne. Il avait perdu alors, naturellement, la pension danoise et en avait reçu une du Roi de France. Ce trait biographique n'était pas fait pour attirer le jeune Haller ; calviniste intransigeant, mais l'éclat de Winslow suffisait à expliquer le désir du jeune Suisse de se perfectionner sous sa direction.

En explorant la région de Paris où se trouvait le jardin du Roi, sur la rive gauche de la Seine, il avait été frappé par l'aspect redoutable de l'énorme forteresse-prison connue de toute l'Europe, cette Bastille qui dominait le quartier Saint-Antoine sur l'autre rive de la Seine.

II

L'hôtel-pension des Alpes recevait deux catégories de clients. Les uns n'étaient que de passage, et prenaient leurs repas dans une salle autre que les pensionnaires habituels. Ceux-ci se retrouvaient chaque soir et la table était présidée par la patronne, sa fille y assistait aussi. Ces familiers comprenaient deux couples d'âge moyen et plusieurs célibataires. Les conversatins étaient animées et se prolongeaient parfois assez tard

(1) Les biographes du grand Encyclopédiste relatent sans en fournir d'explications suffisantes, le départ précipité du jeune Haller ; qui, venu à Paris pour se perfectionner en botanique, en chimie, en anatomie, et en chirurgie, n'y fit qu'un court séjour et s'enfuit précipitamment parce qu'il avait été dénoncé comme se livrant à la dissection dans son logement. J'ai cru pouvoir en fournir une hypothèse plausible dans ce petit récit romancé.

dans la soirée. La table étant desservie, les dames et la jeune fille apportaient des ouvrages, la plupart des jeunes gens partaient ou rentraient dans leurs chambres respectives. Deux ou trois étaient plus assidus ; parmi eux se trouvait un homme de lettres, journaliste, un étudiant en théologie protestante et un greffier au Châtelet, très au courant des choses de la Police. Tous trois faisaient plus ou moins la cour à Mlle Rosalie, le dernier surtout. Le nouveau venu, ayant manifesté l'intention de faire un séjour de plusieurs mois dans le logement de deux chambres, qu'il avait loué à l'étage le plus élevé, au fond d'un corridor ; afin de s'isoler plus facilement pour des travaux sur l'histoire naturelle et la médecine, prit place dans la petite société des habitués. Ses manières distinguées, sa conversation variée, le mirent rapidement en agréables relations avec ce petit monde bourgeois, d'ailleurs fort divers. Un des ménages était catholique, comme Mme Burcart, l'autre était calviniste. Parmi les célibataires se trouvait l'étudiant calviniste, le publiciste se déclarait d'esprit indépendant et sceptique.

Les conversations roulaient sur les sujets les plus divers, mais souvent sur les questions scientifiques ou médicales, quand on sut que le jeune Suisse était docteur en médecine et s'occupait particulièrement de botanique. Souvent aussi on abordait des questions religieuses ou philosophiques qui passionnaient l'opinion publique autant que l'amour de la nature. Le catholicisme était représenté par les époux savoisiens, qui parlaient avec enthousiasme de l'évêque François de Sales ; l'étudiant en théologie et Haller exaltaient Calvin.

Un soir où le nouvelliste libre-penseur fulminait contre l'intolérance, il citait comme exemple saisissant la mort du malheureux Michel Servet, le savant qui avait démontré la circulation cardio-pulmonaire, complétant la découverte d'Harvey, et dont Calvin avait provoqué l'exécution à Genève, sous le prétexte qu'il avait soutenu des opinions théologiques contraires aux siennes. On fut surpris de voir le jeune Haller, d'ordinaire si calme et si doux, prendre avec ardeur la défense de Calvin et l'approuver sans réserve. Sous son apparente froideur se cachait un fanatisme religieux, qui se révélaient dans certaines circonstances. C'est ainsi qu'il classait parmi les fausses vertus humaines, le courageux prosélytisme des Missionnaires catholiques, qui affrontaient la mort dans les tourments pour évangéliser la Chine ou l'Amérique. Cette opinion provoqua les protestations des Savoisiens catholiques.

Les controverses religieuses et philosophiques n'intéressaient guère les dames, celles-ci y mettaient fin le plus vite qu'elles pouvaient, et écoutaient au contraire avec plaisir ce que le jeune docteur suisse disait des joies que donne l'histoire naturelle et la botanique. Il parlait avec enthousiasme de son pays, auquel la jeune Rosalie s'intéressait d'autant plus qu'il réveillait le souvenir de son père. Quand M. Haller décrivait les aspects des montagnes, il le faisait en un langage si éloquent qu'elle lui fit avouer un soir, qu'il en parlait en poète ; celui-ci parla même d'un poème qu'il avait composé en allemand, et il consentit à en citer des passages qu'il traduisit en français : cela était si beau que tous les auditeurs des deux sexes applaudissaient. C'est ainsi qu'il fit connaître les principaux passages de ce poème sur *les Alpes*, qui ne fut publié que longtemps après, et qui fut traduit dans toutes les langues d'Europe.

III

..... « Si le Gothard perce les nues, la Nature a renfermé dans ce petit pays tout ce que la Terre produit de curieux, tout ce qui est utile, rien de ce qui est superflu. Les glaces amoncelées produisent les fleuves qui fertilisent les plaines.

Quand les premiers rayons du soleil dorent les rochers et ont dissipé les brouillards, du haut des monts on découvre les territoires de plusieurs peuples.

Un mélange agréable de montagnes, de lacs, de rochers s'offre à la vue, les couleurs s'en affaiblissent peu à peu, mais on distingue mille objets. Dans le lointain des hauteurs où de sombres forêts étouffent les derniers rayons. Une montagne proche montre des collines aux pentes insensibles, les mugissements des troupeaux en font retentir les vallons. Un lac offre un miroir immense, où une lumière tremblante brille sur les flots unis. Là des vallons tapissés de verdure forment des replis, qui se rétrécissent en s'éloignant.

Une montagne chauve revêt ses précipices d'une glace éternelle, qui, semblable au cristal, renvoie les rayons du soleil, et qui résiste même à la Canicule. Une autre montagne fertile se couvre de pâturages abondants, de l'éclat des blés mûrissants, les côteaux sont couverts de troupeaux. Des climats si opposés ne sont séparés que par un étroit vallon, où se trouve une ombre toujours fraîche.

Là une montagne escarpée est taillée en précipices, dont les parois sont à pic ; un torrent passe avec fureur entre les rochers et tombe par une ouverture, une chute suit l'autre, les flots écumeux s'élancent avec une force impétueuse au delà du roc. L'eau, aspirée par la vitesse de la chute profonde, forme une vapeur grise et mobile, suspendue dans un air épaissi. Un arc-en-ciel brille à travers ces gouttes légères et la vallée s'abreuve au loin d'une continuelle rosée. L'étranger voit avec surprise couler, dans les airs, des rivières qui sortent des nues et forment elles-mêmes des nuages.

L'œil éclairé par l'art et la science trouve à chaque instant une merveille qui l'arrête. Le flambeau de la physique, porté au sein de la terre, vous montrera l'argent dans les mines et l'or enrichit nos rivières. Parcourez l'aimable empire des plantes bigarrées, qu'un zéphir amoureux couronne le matin des perles de la rosée, vous trouverez partout des beautés différentes et des trésors inépuisables ....

Phœbus, perçant les brouillards légers, essuie du front de la terre les larmes que les nues y ont répandues. Les plantes brillent d'un éclat nouveau, qui nage sur les feuilles et rafraîchit la nature. L'air se remplit d'une odeur agréable, tribut que les enfants de Flore payent aux doux zéphirs. Les fleurs empanachées semblent rivaliser, un vif azur lutte avec l'or d'une plante voisine. Une montagne entière paraît un tapis de verdure brodé d'arcs-en-ciel.

La noble gentiane (Gentiana major lutea floribus rotatis verticillatis) élève sa tête altière au-dessus de la troupe rampante des plantes plébéiennes. Tout un peuple de fleurs se range sous son étendard ; son frère bleu (G. pratensis follù emplexis caulibus, flores fauce barbata) lui-même s'incline devant elle. L'or de ses fleurs s'étend en rayons : il embrasse sa tige, les feuilles radiées d'un vert foncé brillent du feu du diamant humide. Juste loi naturelle ! la vertu est unie à la beauté. Dans un beau corps vit une âme plus belle encore.

Ici une plante rampante étale ses feuilles cendrées (antirrhinum caule prœcumbente, follii verticillatis, floribus congestis) que la nature a disposée en croix ; la fleur porte fièrement les deux becs dorés, que soutient un oiseau d'améthyste. Là une herbe luisante, dont les feuilles sont en forme de doigts, mire son image verte dans un clair ruisseau. La tendre neige de ses fleurs, teinte d'une pourpre adoucie, forme comme une étoile aux blancs rayons. L'émeraude et la rose fleurissent jusque dans les bruyères qu'on foule aux pieds, et les rochers se couvrent d'un manteau de pourpre (Silena acaulis).

Dans les lieux mêmes où jamais le soleil ne jette ses doux regards, où une glace éternelle prive de verdure le vallon désolé, le sein des rochers s'orne d'une parure que ne flétrissent ni l'hiver, ni le temps. Le limon humide forme des voûtes d'un cristal brillant dans des grottes naturelles ; un roc de diamant, où se jouent mille couleurs, éclaire de ses rayons les ténèbres, Richesse de la Nature. Effacez-vous, productions de l'Italie. C'est ici que fleurit le diamant d'Europe, et il s'accroît jusqu'à former montagne (certains sélénites ont été dénommés fleurs de cristal ».

IV

Les descriptions imagées que le poète faisait des fleurs de la montagne, plaisaient particulièrement à la jeune fille, qui le questionnait souvent sur la botanique et ses mystères ; aussi Haller lui donnait-il avec plaisir des explications en dehors des conversations du soir, lui enseignant les éléments de la science qu'il possédait déjà si bien, lui montrant les planches de son herbier ; il conduisait les dames au Jardin du Roi pour leur en faire comprendre l'utilité. Souvent, il faisait des excursions dans les environs de Paris, rapportant le soir des échantillons de plantes fraîches, qu'il faisait sécher dans son logement. Plusieurs fois, le dimanche il consentit à se laisser accompagner dans ses promenades par Rosalie, à laquelle servait de chaperon sa mère. Cette intimité qui paraissait s'établir entre Rosalie et le jeune botaniste n'était pas du goût du commis-greffier, qui faisait sa cour à la jeune fille. Il prit en grippe ce dernier venu, dans lequel il craignait un rival et se mit à surveiller les détails de la vie d'Haller.

Celui-ci ne s'occupait pas seulement de botanique. Il allait très souvent à l'hospice des Frères de la Charité, suivre l'enseignement du célèbre anatomiste J. Bénigne Wilsow. Au même hôpital Haller voyait opérer le chirurgien Ledran, qui pratiquait la taille des vessies calculeuses. Pour poursuivre ses études anatomiques, Haller disséquait non seulement dans les dépendances de l'hospice, mais dans son logement et clandestinement. Il prétextait la dissection de petits animaux (souris, rats, grenouilles, lapins), mais, en outre, il y apportait des fragments d'organes humains soigneusement dissimulés et profitait des heures avancées de la soirée pour ce travail, dont se seraient effrayés les autres habitants de l'hôtel. Bientôt, personne ne fit plus attention aux occupations d'Haller, qui s'enfermait soigneusement dans son logement pour être certain de n'être pas dérangé ; mais certaines odeurs suspectes, tantôt nauséabondes, comme de tissus en putréfaction, ou aromatiques, d'alcools parfumés en vue de dissimuler les premières, attirèrent l'attention du greffier-policier, qui surveillait et espionnait, regardant au besoin par le trou de la serrure, devina que l'anatomiste ne s'exerçait pas seulement sur des animaux, mais disséquait aussi des tissus humains : occupation incompatible avec les règlements de police en dehors des hôpitaux.

Il conçut aussitôt le projet d'intimider son rival par la *menace de dénonciation. C'est ainsi* que le jeune Suisse reçut plusieurs lettres anonymes, dans lesquelles on l'avertissait charitablement d'abord, puis d'un ton comminatoire, que la police, informée de la nature défendue de ses dissections à domicile, allait le faire arrêter, et que, en pareille matière, les châtiments devaient être particulièrement rigoureux : la peine la moins sévère qui put lui être infligée, était un séjour plus ou moins prolongé à la Bastille, et même pouvait l'exposer à une condamnation pire telle que d'aller ramer sur les galères du Roi.

Haller ne connaissait personne à Paris, qui put le protéger contre pareils châtiments ; il était d'ailleurs d'un naturel plutôt timide, malgré ses années d'étude au milieu des turbulents élèves de l'Université de Leyde, dont il s'était toujours refusé à partager les excès contre la police de cette ville, et les grandes beuveries où se complaisaient ses condisciples.

Aussi fut-il profondément troublé par les menaces anonymes ; sans aller jusqu'aux galères, la perspective d'être embastillé lui inspirait un réel effroi. Récemment encore, dans les conversations des familiers de l'hôtel, on avait beaucoup parlé de ces lettres de cachet, qui permettaient à messire le lieutenant de police de reléguer, sans jugement, dans la sombre forteresse les gens qui déplaisaient aux pouvoirs publics, ou même aux puissants particuliers.

A l'heure des causeries entre les hôtes, l'auteur des lettres anonymes, constatant l'air soucieux de Haller et voulant accentuer l'effet de ses menaces, mit la conversation sur les mésaventures d'un jeune écrivain, dont il avait été parlé plusieurs fois depuis quelques années à Paris. François Arouet, fils, d'un notaire ou procureur, s'était fait connaître par deux ou trois pièces de

théâtre tendancieuses qui le firent exiler à Sully-sur-Loire, mais surtout par un pamphlet contre le Régent, à la suite duquel il fut mis à la Bastille où il resta pendant onze mois. Il en sortit sous le nom de Voltaire. Peu après, ayant voulu obtenir réparation d'une insulte que lui avait faite le chevalier de Rohan, il n'avait réussi qu'à se faire bâtonner par les laquais du gentilhomme ; mais pour étouffer l'affaire, la police avait de nouveau embastillé Arouet pendant quelque temps et celui-ci relâché, dut s'embarquer pour l'Angleterre où il séjournait encore, mais on prévoyait son retour prochain. On savait qu'il avait remplacé son nom familial par le pseudonyme de Voltaire. Qui pouvait alors prévoir que la sonorité de cet éclatant anagramme éveillerait tous les échos du monde, et se perpétuerait à travers les siècles comme mot de ralliement des libres-penseurs et des opprimés et comme symbole horrifiant pour les mainteneurs des abus et des cléricaux ? Pour le moment ce qui frappe Haller, c'est la facilité avec laquelle les autorités parisiennes pouvaient disposer arbitrairement de la liberté des Français ; elles devaient être encore moins regardantes pour celle des étrangers et, *puisqu'il était dénoncé comme ayant enfreint les* ordonnances de police, il n'était plus en sûreté à Paris.

Profondément troublé, il passa une nuit sans sommeil, tiraillé entre la crainte de la prison et le chagrin de s'éloigner d'études si intéressantes qu'il avait entreprises, et aussi de l'intérêt très vif qu'il trouvait dans la sympathie croissante que lui témoignait la charmante Rosalie, sympathie réciproque tournant à l'amourette, peut-être même à la perspective du mariage ; car le chaste Bernois n'envisagea jamais l'éventualité d'amours illicites. Or un mariage avec la fille d'une tenancière d'hostellerie ne pouvait être acceptée par un savant docteur appartenant à l'aristocratie bernoise.

Peu à peu il se résigna à l'idée d'un retour précipité dans sa patrie. Dès le lendemain, prétextant des nouvelles reçues de sa famille, il annonça son départ, fit rapidement ses préparatifs, et laissant espérer un retour ultérieur, il partit.

Il se rendit à Bâle pour y continuer ses études sur tant de sujets divers qui devaient faire de lui le plus encyclopédique des savants de son temps.

Fut-il regretté comme professeur de botanique ou comme amoureux possible, aucun document ne nous autorise à le décider.

Dr Paul Le Gendre,
Membre de l'Académie de médecine

FAÇON SIMPLE D'APPRÉCIER LES INDICATIONS D'UNE SAIGNÉE

Après avoir connu, il y a deux siècles, la plus grande faveur, la saignée, en ces cinquante dernières années, a vu rétrocéder son domaine à quelques indications bien définies.

Elle s'y montre un procédé réellement précieux. Mais, pour qu'elle donne son plein effet, il convient de ne l'employer qu'en cas d'hypertension veineuse. C'est alors qu'elle apporte au patient un soulagement immédiat et souvent lui sauve la vie.

Une pression veineuse élevée survient principalement en cas d'asystolie aiguë et secondairement dans les cas d'asystolie chronique avec œdèmes intermittents. L'indication typique est l'œdème pulmonaire.

La pression veineuse peut être déterminée par un simple manomètre avec robinet à trois voies rincé au moyen d'une solution citratée pour éviter la coagulation. La pression veineuse se lit en centimètres d'eau ; elle oscille normalement entre 12 et 18 centimètres. Dépassant 20 centimètres elle indique généralement la saignée.

Si l'on ne dispose pas de l'appareil en question, on peut avoir une approximation suffisante de la pression veineuse par le procédé suivant :

Faisant asseoir le patient dans son lit, on lui commande de tenir le bras pendant jusqu'à ce que les veines superficielles soient complètement remplies. On élève alors le bras jusqu'au niveau estimé de l'oreillette droite, et l'on note le temps nécessaire pour que l'engorgement veineux disparaisse. Quand la pression veineuse est normale, les veines s'affaissent très rapidement ; si elle est élevée, les veines demeurent saillantes tant que le bras n'a pas été mis à un niveau de beaucoup supérieur à celui de l'oreillette, niveau où la pression est nulle (1).

G. Lavalée.

(1) Proceedings of the Mayo Clinic, February 19, 1936.

STATISTIQUE DU CANCER

Le mystère du cancer n'est pas encore éclairci ; les biologistes, les cliniciens, les toxicologues ne peuvent qu'accumuler les hypothèses ; il n'est donc pas défendu aux statisticiens d'essayer de jeter, avec des chiffres, un peu de lumière sur la question.

C'est ce que vient de tenter un comité de statisticiens représentant les grandes compagnies d'assurances américaines. Les assurés des Etats-Unis et du Canada vivent dans un grand continent, dans des conditions très variées, et, sauf les particularités provenant de l'apport de races différentes, ou peut-être même à cause de ce mélange, ils représentent assez bien une moyenne d'humanité. Les chiffres très importants de leurs statistiques vitales et le soin avec lequel elles sont faites, leur donnent une valeur considérable. Il n'est donc pas sans intérêt d'analyser la récente publication de la Metropolitan Life Company, laquelle, sous le titre de *The Mortality from Cancer*, nous donne les éléments statistiques et les conclusions du Comité interassurances, basées sur une étude de la mortalité pour cancer pendant vingt ans (1911-1930).

***

En 1911, le cancer était au septième rang des causes de décès ; en 1930, il fut au second rang, après les maladies du cœur. Cette ascension n'est pas seulement due à l'*accroissement propre* de la mortalité par cancer, qui n'a gagné que 8,3 % pendant vingt ans ; on doit l'attribuer surtout à la diminution régulière des six maladies qui le précédaient dans les tables de mortalité, notamment de la tuberculose.

L'augmentation des décès par cancer est limité aux hommes ; pour les femmes de race blanche, on observe plutôt un déclin, que ne vient pas corriger le léger excès constaté chez les femmes de race noire. Actuellement, le taux est très voisin pour les hommes et pour les femmes : 88,5 et 89,8 %. Mais la tendance de la courbe des hommes tend à dépasser celle des femmes, ce qui est un fait nouveau.

Les voies digestives sont atteintes dans près de la moitié des cas ; le sein et les organes génitaux féminins comptent pour 30 % environ ; la peau et les autres organes pour les 25 % restants.

Le nombre des cas, pour chaque localisation, varie avec le sexe. Les cancers du foie ou de l'estomac se rencontrent chez 44 % des décès masculins, et 30 % seulement des féminins. Le cancer de la bouche atteint 8 % des hommes, et 1 % des femmes ; celui de la peau respectivement 3 et 1,3.

C'est seulement à partir de 55 ans que les décès par cancer augmentent, depuis vingt ans, chez les hommes de race blanche ; tandis que chez les femmes, la courbe s'infléchit à partir de 34 ans. Chez les femmes, le déclin signalé s'étend à tous les âges.

Les femmes de race noire sont plus sujettes au cancer du sein et des organes génitaux que les blanches. Les hommes blancs ont plus fréquemment des cancers de la peau que les « colored ».

On observe un accroissement significatif des cancers dénommés « d'autres organes ou d'organes non spécifiés », selon les termes de la classification internationale, ce sont surtout des cancers du poumon, de la plèvre, du pancréas ou de la prostate.

Près de 80 % des cancers, chez les hommes, sont situés profonds ; 50 % seulement chez les femmes.

***

Des réserves doivent être faites, d'une manière générale, sur tous ces chiffres, L'attention publique plus avertie, des diagnostics plus exacts, des autopsies plus fréquentes, des opérations plus faciles, ont rendu le repérage des cancers plus aisé et plus usuel. Il est intéressant de constater que les *chiffres des cancers externes* ont décru, tandis que ceux des cancers profonds sont en augmentation ; ce sont ceux dont le diagnostic est le plus difficile.

Le Comité croit que ces considérations tendent à réduire l'augmentation des morts attribuées au cancer, et dont le nombre croissant peut aussi bien provenir des progrès du diagnostic. Une autre cause capable de modifier les conclusions statistiques est le vieillissement de la population, qui l'expose davantage aux maladies de l'âge mûr : le cancer est actuellement une des principales.

Ph. DALLY.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

« Existe-t-il en France, m'écrit un jeune confrère, une société médicale assurant une indemnité en cas de maladie et une retraite ? Jamais nos Syndicats n'en parlent. Qu'est-ce que cette Mutualité familiale dont je vois parfois le nom dans le *Concours* ?... »

Je crois devoir redire une fois de plus ce qu'est notre Mutualité familiale.

Fondée en janvier 1894 par les dirigeants du *Concours* sous le nom d' « Association amicale des Médecins français », notre société eut primitivement pour unique rôle de servir à ses membres une allocation d'abord journalière, puis mensuelle, en cas d'incapacité d'exercice de la profession de cause pathologique quelconque. Cette allocation fut alors fixée à 10 francs du 5e au 65e jour d'incapacité, et à 100 francs par mois du 66e jour jusqu'à cessation de l'incapacité. Ce service s'arrêtait à 65 ans. Six mois après, une seconde combinaison assurait le service des allocations pendant la vie entière. Ainsi furent *fondées nos deux* premières combinaisons A et B.

Dix ans plus tard, les résultats du second inventaire quinquennal, montrèrent que la combinaison B (vie entière) avait été une erreur, car après 65 et surtout après 70 ans, il devient fort difficile de discriminer la vieillesse de la maladie, et que les cotisations versées étaient tout à fait insuffisantes. La combinaison B fut remplacée par une combinaison de retraite à 65 ans, assurant une pension de droit de 1.200 francs à tous ses membres.

Quelques années plus tard une convention unit notre Mutualité familiale à l'Association générale des médecins de France. Sous le régime nouveau, fut fondée notre Caisse des veuves réclamée par plus de 300 confrères ; mais, dès qu'elle fut ouverte, une douzaine d'entre eux seulement demanda son affiliation et, après vingt-huit ans de fonctionnement, cette combinaison n'a encore que 100 membres, tant nos confrères ont peu le souci de l'avenir des leurs ! !

A cette époque le Conseil de la Mutualité familiale mit sur pied une combinaison de retraite à 60 ans, de telle sorte qu'en 1910, l'Amicale comprenait les services suivants : indemnité maladie-accidents ; retraite à 60 ans ; retraite à 65 ans ; pension aux veuves.

En 1911, l'Amicale devint la Mutualité familiale actuelle parce qu'elle ouvrait ses Caisses de retraites aux femmes et enfants de ses membres.

Après la guerre l'indemnité maladie-accidents fut progressivement élevée à 20 francs, puis 30 francs, puis 40 francs, puis 50 francs. Les pensions primitives de 1.200 francs furent portées à 2.400 francs, à 3.600 francs, enfin à 4.800 francs. Les pensions aux veuves passèrent de 600 francs à 1.200 francs, puis à 1.800 francs.

Notre Mutualité familiale est une Société de secours mutuels libre, exclusivement composée de médecins, de leurs femmes et de leurs enfants, dirigée par un Conseil de quinze membres, qui se réunit tous les trois mois pour voter les indemnités dues et les pensions échues, et statuer sur les admissions des candidats présentés par le Bureau composé du président, des vice-présidents, du secrétaire général et des trésoriers ; à ce Conseil est adjoint un Conseil d'arbitrage qui juge des conflits possibles entre les membres et le Conseil. En quarante-deux ans, il a eu à juger deux conflits.

L'avoir général de l'Œuvre qui dépassait à peine 700.000 francs à la veille de la guerre, s'élève aujourd'hui à neuf millions.

Les membres ont droit, selon les combinaisons auxquelles ils sont inscrits :

1o A une *indemnité en cas d'incapacité de travail* de cause pathologique, allant de 10 francs à 50 francs par jour, du cinquième au soixante-cinquième jour d'incapacité, puis de 100 francs à 500 francs par mois, du soixante-sixième jour à la fin de l'incapacité. Sortie de la combinaison à 65 ans.

2o A *une pension à 60 ans*, allant jusqu'à un maximum de 4.800 francs, chaque part de retraite étant de 120 francs.

3o A *une pension à 65 ans*, également de 4.800 francs pour le maximum de quarante parts.

Ces parts sont ouvertes aux femmes et enfants majeurs des membres, et leurs cotisations peuvent être contre-assurées.

4o A *une pension aux veuves de* 600 francs, 1.200 francs ou 1.800 francs viagère, payable au décès et réversible sur les orphelins.

Les quatre combinaisons réunissent actuellement un peu plus de 2.000 membres. Elles se cumulent entre elles, et permettent à un ménage de s'assurer *une retraite totale de* 19.200 francs à la soixante-cinquième année du plus jeune.

En 1935, la Caisse a versé 167.000 francs d'indemnités, 65.000 francs de pensions et de retraites. Depuis la fondation elle a payé 3 *millions d'indemnités*. Elle a actuellement 9 *millions de réserve*.

Aucune société similaire n'a ni cette expérience, ni cet effectif, ni ces réserves. C'est donc en toute confiance qu'on peut, qu'on doit, et qu'on se doit, à soi et aux siens, de venir à elle.

Dr H. MIGNON.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs.

11.751 BANCHET, Aunay-sur-Odon (Calvados). Syndicat médical de Vire.
11.752 BARRÉ, Bazancourt (Marne). Parrains : Drs Bourdette et Barot.
11.753 BAUDIN, Chartres (Eure-et-Loir). Parrains : Drs Foisy et Poirel.
11.754 BERNARD, 10 quai de la Fosse, Nantes (Loire-Inférieure). Parrains : Drs Moigneteau et Barbin.
11.755 BESSON, 205 boulevard Raspail, Paris (14e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.756 BOEHLER, Bourg-la-Reine (Seine). Syndicat des chirurgiens de Paris.
11.757 BONHOMME, Sceaux (Seine). Association professionnelle des médecins directeurs de Maisons de Santé privées.
11.758 BOYER, Carcassonne (Aude). Parrains : Drs Lapeyre et Bertrou.
11.759 CAMARD, Drancy (Seine). Association professionnelle des anciens externes.
11.760 CARTERET, Vichy (Allier). Parrains : Drs Chaux et Vexerat.
11.761 CHANCEL, Cleon d'Audran (Drôme). Syndicat de la Drôme.
11.762 CHAVANETTE, Tuchan (Aude). Parrains : Drs Gau et Delteil.
11.763 COLIEZ, 11 rue Sainte-Anne, Paris (1er). Parrains : Drs Coliez et Boudot.
11.764 DORTE, Capestang (Hérault). Syndicat médical des arrondissements de Béziers-Saint-Pons.
11.765 Mme DUBOC, 14 rue Condé, Paris (6e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.766 DUNAUD, Celles-sur-Durolle (Puy-de-Dôme). Syndicat médical de Thiers.
11.767 FAINSILBER, Le Nouvion-en-Thiérache (Aisne). Syndicat médical d'Hirson.
11.768 FICONNETTI, Sainte-Maxime (Var). Syndicat médical du Var.
11.769 FIGUEL, Saint-Martin-de-Valamas (Ardèche). Syndicat médical de l'Ardèche.
11.770 FRÈZE, Sainte-Maxime (Var). Syndicat médical du Var.
11.771 GAILLARD, 36 place Bellecour, Lyon (Rhône). Syndicat du Rhône.
11.772 GARNIER, Arcueil (Seine). Syndicat de la banlieue sud-est.
11.773 GAUCHER, 36, avenue de la Bourdonnais, Paris (7e). S. M. S.
11.774 GILLET, Cany (Seine-Inférieure). Syndicat d'Yvetot.
11.775 GUIZOL, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat médical de Cannes.
11.776 GULMANN, Choisy-le-Roy (Seine). Parrains : Drs Ardillier et Courtois.
11.777 HECQUET, Reims (Marne). Parrains : Dr R. Lévy et Vigourt.
11.778 JAUSION, 21 rue Théodore de Banville, Paris (17e). Association des médecins de la Seine.
11.779 LACAN, 149, rue de la Pompe, Paris (16e). Parrains : Drs Blondin et Michon.
11.780 LAMY, 15, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Parrains : Drs Massart et Rouchon.
11.781 LE BARON, 52, boulevard Magenta, Paris (10e). Parrains : Drs Weissenbach et Martineau.
11.782 Mme LECOQ, 56, avenue Mozart, Paris (16e). Parrains : Drs Babonneix et Blechmann.
11.783 LE DOURNEUF, Saint-Brieuc (Côtes-du Nord). Syndicat médical de Saint-Brieuc.
11.784 LENOBLE, Troyes (Aube). Parrains : Drs Mougeolle et Dupont.
11.785 LEROY, Biarritz (Basses-Pyrénées). Syndicat médical du pays basque.
11.786 MACÉ, Dun-sur-Auron (Cher). Parrains : Drs Roques et Vion.
11.787 MAITRE, Belfort (territoire de Belfort). Parrains : Drs Daull et Butzbach.
11.788 MAURICE, Saint-Joseph (Martinique). Syndicat des médecins de la Martinique.
11.789 MIRALLIÉ, 12, rue Lafayette, Nantes (Loire Inférieure). Syndicat médical de Nantes.
11.790 MONEGER, Egletons (Corrèze). Syndicat de Tulle et d'Ussel.
11.791 PETIT, Privas (Ardèche). Syndicat médical de l'Ardèche.
11.792 POUSSIN, Saligny (Allier). Syndicat de l'Allier.
11.793 PRUGNIAUD, Sartrouville (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Auclair et Pouzergues.
11.794 REY, Cannes (Alpes-Maritimes). Syndicat des médecins hygiénistes français.
11.795 ROUSSEAU, Chateauneuf-sur-Loire (Loiret). Syndicat médical du Loiret.
11.796 SAUNAL, Saint-Sernin-sur-Rance (Aveyron). Syndicat médical de l'arrondissement de Sainte-Afrique.
11.797 SCHNEIDER, Dompaire (Vosges). Association des anciens externes de Paris.
11.798 SERRE, Colombelles (Calvados). Syndicat médical de Caen.
11.799 TAILLADE, 6, rue Daubigny, Paris (17e). Parrains : Drs Debavelaère et Lamothe.
11.800 THÉVENIN, Juvisy (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Ageorges et Perrier.
11.801 TOURTELIER, Saffré (Loire-Inférieure). Syndicat médical de la région nortaise.
11.802 TRICOT, Meursault (Côte-d'Or). Syndicat des médecins de la Côte-d'Or.
11.803 TRUELLE, 34 boulevard Ornano, Paris (18e). Parrains : Drs Noir et R. Truelle.
11.804 Mme VADELLA, La Croix (Var). Syndicat médical du Var.
11.805 VANNIÈRE, Chauny (Aisne). Parrains : Drs Lemarchal et Matry.
11.806 VAUDEY, 36, boulevard Longchamp, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins de Marseille.
11.807 VERDIER, Aubazine (Corrèze). Syndicat médical de l'arrondissement de Brive.
11.808 DE VERNEJOUL, 96 rue Sylvabelle, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat des médecins de Marseille.
11.809 WIND, 22 rue Fontaine, Paris (9e). Parrains : Drs Subilleau et Vilensky.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

Le Dr X., médecin communal en Algérie, s'est vu retirer ses fonctions par le Maire, à la suite de dissentiments politiques, sans que les formalités prescrites par le statut du personnel communal aient été respectées. Il a formé un recours devant le Conseil de Préfecture, qui s'est déclaré incompétent, motif pris de ce que le Dr X. n'aurait pas la qualité de fonctionnaire communal. Me Auger est d'avis de former un pourvoi en Conseil d'Etat contre cet arrêté, qui est en opposition avec toute la jurisprudence. La Fédération des médecins communaux du département s'intéresse vivement à cette affaire.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr B. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former un recours en Conseil d'Etat.

Le Dr P. a opéré et soigné les deux enfants d'un assuré social notoirement indigent et envoyé au Maire sa note se montant, au tarif des accidents du travail, à 620 francs. Le Maire ayant refusé de payer, le Dr P. a porté l'affaire devant la Commission d'arrondissement et demande l'appui pour se faire représenter à l'audience, qui se tient le jour de sa consultation.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr P. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour se faire *représenter dans ces circonstances.*

Le Conseil décide d'admettre au bénéfice de l'appui pécuniaire et de la garantie de la Caisse spéciale un certain nombre d'adhérents, qui sont assignés en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle ou menacés de l'être et dont il pourrait être dangereux de publier sur leurs cas des indications même succinctes.

Le Conseil de Préfecture a rejeté le recours qu'avait formé le Dr V. contre une décision du Préfet réduisant de 15 pour 100, pour abus de visites, son mémoire d'Assistance médicale gratuite du troisième trimestre 1934.

Me Auger estimant qu'un recours en Conseil d'Etat contre cette décision pourrait être favorablement acceuilli, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr V. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former ce recours.

Le Dr M. se plaint des agissements d'un médecin contrôleur des Assurances sociales qui, non content de contester à une malade le remboursement de prestations médicales qu'il estime abusives, s'est permis de tenir devant cette malade et son mari des propos de nature à porter atteinte à l'honneur et à la considération du Dr M.

Le Conseil décide de faire bénéficier ce dernier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour former une demande de dommages-intérêts contre le médecin contrôleur et la Caisse qu'il représente.

Le Dr P. avait obtenu l'appui de la Ligue pour assurer sa défense contre les poursuites en responsabilité professionnelle qu'un client menaçait d'exercer contre lui. Ces menaces n'ayant pas été mises à exécution, le Dr P., qui reste créancier de ses honoraires, désire maintenant en poursuivre le recouvrement.

Le Conseil décide de le faire bénéficier, à cet effet, de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue.

Le Dr P. ayant obtenu la condamnation d'un client à lui payer 2.000 francs, restant dus sur une note d'honoraires de 4.000 francs, l'adversaire a interjeté appel de cette décision.

Le Conseil décide de faire bénéficier le Dr P. de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour défendre à cet appel.

MM. les Drs A., C. et P., satisfaits des services qui leur ont été rendus par la Ligue, font don à la Caisse de celle-ci, respectivement, des sommes suivantes : 10, 500 et 50 francs.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Le client du Dr T. ayant fini par exécuter le le jugement qui l'avait condamné au paiement des honoraires qu'il contestait, le Conseil ordonnance le paiement au Dr T., du solde de ses honoraires, soit 1.700 francs, les honoraires de l'avoué restant à la charge de la Ligue.

Le Dr F., a obtenu intégralement gain de cause dans l'affaire de contestation d'honoraires accident du travail qu'il poursuivait avec l'appui de la Ligue, mais son adversaire vient d'interjeter appel de cette décision.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui pour défendre à cet appel.

Le Dr T., a été imposé pour chacun de ses deux cabinets à la patente avec le droit fixe. Une réclamation présentée au Directeur des Contributions directes a été rejetée.

Suivant l'avis de M. Martinot, le Conseil décide de faire bénéficier le Dr T., de l'appui moral et pécuniaire pour saisir le Conseil de préfecture.

Le Dr T., ayant donné ses soins à un assuré social notoirement indigent, s'est vu refuser le paiement de ses honoraires parce qu'il n'avait pas respecté les dispositions du règlement de l'Assistance médicale gratuite. Aux réclamations qu'il a adressées au Maire de la commune, la Préfecture a répondu en maintenant son point de vue.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour saisir la Commission d'arrondissement.

Le Dr X., est assigné en 100.000 francs de dommages-intérêts à la suite du décès d'une cliente.

Le Conseil décide de le faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue et de la garantie de la Caisse spéciale.

SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES

Section intrasyndicale des médecins-propharmaciens

Réunion du 1er mars 1936

Etude critique du projet Amat

Emus par la proposition de loi déposée par le Docteur Amat, député de la Haute-Garonne, la section des médecins pro-pharmaciens des Deux-Sèvres s'est réunie le 1er mars 1936 à la bibliothèque de l'hôpital-hospice de Niort.

Le Docteur Guyonnet, président du Syndicat, avait été prié de présider la réunion, à laquelle assistaient quatorze propharmaciens.

Lecture est donnée du rapport suivant ;

RAPPORT SUR LE PROJET DE LOI AMAT

Alors que les représentants du pays sont occupés à de graves problèmes de politique intérieure et extérieure, certains projets de loi sont présentés et risquent de passer dans les affaires courantes sans discussion. A première vue, ces projets paraissent de quatrième plan, mais peuvent en réalité léser gravement la liberté et l'intérêt des citoyens ruraux.

C'est ce qui nous semble être dans le récent projet du Docteur Amat, député, concernant l'exercice de la propharmacie. Projet qui, à notre avis, a été rédigé sans doute dans une bonne intention, mais ne paraît tenir compte que de l'intérêt commercial du pharmacien, se basant sur des griefs mal fondés, sur des renseignements erronés et partiaux.

C'est dans la recherche de l'équité pour la défense de la santé publique agricole et pour le maintien de nos droits de médecins propharmaciens, que nous nous permettons de vous transmettre nos explications qui auraient dû entrer en ligne de compte, aussi bien que celles du Syndicat des pharmaciens, avant tout projet de loi nous concernant.

La loi de Germinal an XI envisage, avant tout, l'intérêt, la santé, la commodité du campagnard.

1° L'article 32 de la loi du 21 Germinal an XI interdit aux pharmaciens de délivrer des médicaments sans ordonnance médicale, c'est-à-dire qu'il interdit à ceux-ci l'exercice illégal de la médecine ; il interdit encore à plus forte raison le colportage ;

2° L'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI interdit aux médecins propharmaciens de délivrer des médicaments dans les communes où se trouve une officine de pharmacie. Partout ailleurs ils peuvent délivrer les médicaments à leurs clients après visite ou consultation.

En outre, il est interdit aux médecins de tenir officine ouverte.

Pour réprimer les abus, s'il en existe de part ou d'autre, il suffira au législateur de préciser ces deux lois sans en modifier la nature.

Or, le projet de loi du Docteur Amat, qui a été déposé à la Chambre le 15 décembre, réclame une limitation du kilométrage pour l'exercice de la propharmacie.

a) Dans le paragraphe III de l'exposé des motifs, intitulé : *Tolérance accordée à certains médecins de délivrer des médicaments*, on lit :

« Il nous semble qu'une distance minimum de « l'officine la plus proche doit être fixée et, en fixant « cette distance à 8 kilomètres, nous croyons pro- « poser une solution correcte, 8 kilomètres, à l'époque « actuelle, constituant une distance rapidement fran- « chie. »

« Tel est le sens *de la légère modification* que nous proposons à l'aritcle 27 de la loi de Germinal ».

b) *Enfin*, dans la proposition de loi elle-même, on lit :

« ART. 2. — L'article 27 de la loi du 21 Germinal « an XI est supprimé et remplacé par l'article sui- « vant :

« ART. 27. — *Les docteurs en médecine, établis « dans les communes situées à plus de 8 kilomètres « d'une officine de pharmacie, pourront, nonobstant « les articles précédents, fournir des médicaments « aux malades auprès desquels ils sont appelés et ne résidant pas eux-mêmes dans une commune ayant « une officine ouverte.*

« *Ces médecins ne devront en aucun cas avoir officine « ouverte et ils ne pourront fournir que les médica- « ments prescrits par eux au cours de leurs consulta- « tions ou visites.*

« *Les docteurs en médecine placés dans les condi- « tions du présent article devront en faire la déclara- « tion à la Préfecture de leur département dans le délai « de six mois à partir de la promulgation de la présente « loi ou, en cas d'installation nouvelle, dans le mois « qui suivra leur installation. Après ce délai, tout « médecin qui ne respecterait pas les dispositions du « présent article se rendrait coupable du délit d'exer- « cice illégal de la pharmacie.* »

Ce projet de loi n'envisage plus l'intérêt, la santé la commodité du campagnard, il ne sert que l'intérêt commercial de certains pharmaciens et vise la suppression du propharmacien. Nous le prouvons par les arguments suivants :

La plupart des médecins propharmaciens sont installés après avoir succédé à des confrères qui, eux, ont pratiqué en paix. Ils sont, en outre, installés souvent *avec l'assentiment de toute une population rurale* qui, ayant à sa portée depuis toujours un vétérinaire pour les soins indispensables à ses animaux,

n'acceptera qu'avec rancœur la disparition forcée de son médecin local. Certains propharmaciens *sont installés sur invitation d'un maire et de son Conseil municipal*, quelquefois même dans *un local appartenant à la commune*.

C'est assez dire que la majorité des populations rurales n'admet pas *les soi-disant nouvelles commodités de déplacement (auto par exemple) qui sont le seul privilège de quelques riches*.

Si le projet de loi Amat était voté avec ses exigences kilométriques, en admettant même un vague et dangereux paragraphe épargnant les situations acquises, *ce serait prétexte à procès* contre tous les propharmaciens. Bien vite, ce serait pour la plupart l'impossibilité d'exercer la médecine à la campagne.

Pratiquement, ce serait l'obligation, pour les trois mille deux cent sept médecins propharmaciens, d'abandonner leur situation qui deviendrait insuffisante avec la seule clientèle médicale.

Ce serait une énorme injustice contre les populations rurales, au bénéfice de certains colporteurs qui placent des spécialités dites « *produits conseils* », spécialités au seul usage des pharmaciens qui pratiquent, malgré la loi de Germinal an XI, article 32, des consultations réservées aux médecins.

Autre point. Le projet de loi insiste sur l'officine du pharmacien et sur la commune du propharmacien pour l'estimation du kilométrage. Pourquoi pas le *domicile* de chacun d'eux, ce qui serait plus équitable ?

A la campagne, une commune comprend souvent trois ou quatre gros villages distants chacun de plusieurs kilomètres. Si on prend le groupe de villages le plus rapproché, on arrivera à des abus d'interprétation iniques. Rares seront les médecins qui pourront continuer la propharmacie.

Pourquoi ce chiffre arbitraire de 4, 6 ou 8 kilomètres ?

Un poste de propharmacie permet au médecin des honoraires équivalents à ceux d'un confrère ayant une suffisante clientèle strictement médicale. La propharmacie supprimée, le rayon d'action et le nombre de clients devenant insuffisants, le médecin est dans l'obligation d'abandonner sa situation.

Où ira-t-il ? Que fera-t-il ? On parle de pléthore dans les villes. Le médecin chassé de sa campagne ira alors accroître le surnombre de praticiens miséreux des villes. On privera le cultivateur de soins médicaux jusqu'à présent à sa portée, on l'obligera à faire, par exemple, 16 kilomètres, parfois la nuit, pour allez chez le pharmacien le plus proche quérir le médicament urgent qui aurait pu soulager, sauver peut-être le malade ! Il sera sans doute souvent trop tard. Heureux encore les rares campagnards qui posséderont une automobile. Les animaux dans les fermes seront plus privilégiés, le vétérinaire pouvant lui-même apporter et fournir d'urgence le médicament. Joli sujet de nouveau mécontentement du cultivateur, qui cependant ne manquait pas d'autres soucis. C'est un nouveau moyen d'encourager la désertion des campagnes !

Après avoir entendu l'exposé ci-dessus, les membres présents adoptent à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

Les propharmaciens des Deux-Sèvres, réunis à Niort le 1er mars 1936, sous la présidence du Président du Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Après lecture du projet Amat et de son exposé des motifs, notamment du paragraphe et des commentaires concernant l'exercice de la propharmacie,

Après avoir passé en revue toutes les considérations intéressant la propharmacie ;

Décident d'adresser un rapport à tous les parlementaires du département

Leur demandent d'agir pour le respect intégral de la pharmacie dans les termes de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI.

Et considérant avant tout intérêt corporatif, l'intérêt supérieur de la population rurale ;

Décident d'appuyer de toute leur ardeur l'action de l'Union syndicale des médecins propharmaciens.

Il est décidé que chaque propharmacien invitera les maires et Conseils municipaux des communes de son ressort à signer la pétition suivante:

COMMUNE DE ....
(Deux-Sèvres)

Nous, Maire et Conseillers municipaux de la commune de .... ayant pris connaissance de la proposition de loi de M. Amat, député et de l'ordre du jour adopté le 1er mars 1936 par le Groupement intrasyndical des médecins propharmaciens des Deux-Sèvres,

Considérant avant tout l'intérêt supérieur de nos administrés qui *exige* de conserver aux populations rurales les secours médico-pharmaceutiques les plus proches et les plus rapides possibles ;

Considérant que malgré le « progrès » dont il est fait état dans le projet de loi, nombreux sont ceux, qui, dans les campagnes, sont encore privés de tout moyen de transport rapide ;

Demandons aux Pouvoirs publics de maintenir le *statu quo* et de ne pas modifier l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI.

Avant de se séparer, les membres présents à la réunion remercient le Président du Syndicat de leur avoir donné l'appui de son autorité, et d'avoir associé le Syndicat médical des Deux-Sèvres à l'action qu'ils ont entreprise.

En conclusion de cette réunion, la lettre suivante a été adressée à MM. les Parlementaires du département:

Niort, le 4 mars 1936.

Monsieur le Député (ou M. le Sénateur),

J'ai l'honneur de vous adresser inclus le rapport établi par la section des propharmaciens du Syndicat médical des Deux-Sèvres et l'ordre du jour voté par eux lors de leur réunion du 1er mars.

Je vous serais obligé de bien vouloir en prendre connaissance.

La proposition de loi déposée par le Docteur Amat, député de la Haute-Garonne, a soulevé l'émotion de nos confrères propharmaciens. A juste titre, car il les atteint dans leurs intérêts les plus légitimes. Mais la menace qui pèse sur les médecins propharmaciens n'est rien à côté de celle qui intéresse nos populations rurales, et c'est la raison qui nous a déterminés à vous adresser les documents ci-contre.

En fixant à 8 kilomètres le rayon qui doit protéger les officines pharmaceutiques, le projet de loi dont il s'agit entraînerait, s'il était voté, la disparition de la quasi-totalité des médecins propharmaciens. Ceux-ci, en effet, ne peuvent vivre que grâce à l'appoint que leur apporte la vente des médicaments. Privés de cet appoint, ils se verront contraints, pour la plupart, de s'installer dans des centres plus populeux. Cet exode privera nos populations rurales non seulement des secours en médicaments, mais encore des secours médicaux auxquels elles étaient habituées.

Vous vous représenterez aisément les inconvénients qui en résulteraient pour les ruraux d'un département comme le nôtre, ceux de Gâtine et du Bocage, en particulier, habitant des hameaux ou des fermes isolées, desservies par des chemins souvent impraticables l'hiver.

Je me permets, Monsieur le ...... d'attirer votre attention sur les dangers d'un projet de loi dont les conséquences n'ont peut-être pas été examinées avec toute l'attention désirable et qui se révèle préjudiciable aux habitants des campagnes.

Veuillez agréer, Monsieur le ..... l'assurance de mes sentiments dévoués.

Le secrétaire général,
Dr Clouzeau

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Prix de médecine navale.** — *Le prix de médecine navale* pour 1936 a été attribué à M. le médecin principal Paponnet pour son travail intitulé : Supériorité de la culture (méthode de Lœvenstein) sur l'inoculation au cobaye pour le diagnostic précoce de l'infection tuberculeuse.

D'autre part, les récompenses ci-après ont été accordées à cette occasion aux officiers du corps de santé dont les noms et les travaux suivent :

Mention honorable : A M. le médecin en chef de 2e classe Gouriou et à M. le médecin principal Daoulas, pour leur travail en collaboration sur : L'hypoazotémie. Sa valeur symptomatique et pronostique importante dans l'insuffisance hépatique des éthyliques chroniques. — A M. le médecin en chef de 2e classe Rouche, pour son travail intitulé : Deux années de lutte contre les moustiques au centre d'aviation de Rochefort.

Remerciements : A M. le médecin de 1re classe Negrie, pour son travail sur : L'examen radiologique de la vésicule biliaire par les méthodes d'opacification. — A M. le médecin de 1re classe Le Mehaute, pour son travail intitulé : Un hivernage au Groënland avec la mission française de l'Année polaire. — A M. le médecin de 2e classe Le Gac, pour son rapport médical de fin de croisière en Extrême-Orient des sous-marins *Le Glorieux* et *Le Héros*.

— **IVe Congresso della Stampa Medica Latina,** sous la présidence du sénateur Prof. Davide Giordano. — Ce Congrès se tiendra à Venise, du 29 septembre au 3 octobre 1936. Secrétaire général : Prof. M. Saraval, Ospedale Civile, Venezia.

— **La Semaine gastro-entérologique de 1937.** — La Société Internationale de gastro-entérologie, fondée à Bruxelles en 1935, organise à Paris, du 13 au 15 septembre 1937, le 2e Congrès international, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval. Secrétaire général : Docteur Georges Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles. Questions à l'ordre du jour : 1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique ; 2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle.

Cette « Semaine » précédera immédiatement le Congrès international de l'insuffisance hépatique qui se tiendra, on le sait, sous la présidence de M. le professeur M. Loeper, du 16 au 18 septembre 1937, à Vichy.

— **Exposition internationale de 1937 : Congrès de médecine scolaire.** — La Société des médecins inspecteurs des écoles de la Ville de Paris et de la Seine a décidé, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, d'organiser un Congrès de médecine scolaire.

Ce Congrès international, qui aura lieu en juillet 1937, sera inclus dans les Journées internationales de la santé publique, ce qui permettra aux adhérents de suivre, s'ils le désirent, les travaux des différentes sections des journées.

Le Congrès de médecine scolaire, qui est placé sous le haut patronage des sommités de la médecine et de l'Enseignement sera consacré exclusivement à l'étude des questions d'hygiène et de médecine scolaire.

Le Comité met à l'ordre du jour les trois rapports suivants pour lesquels des rapporteurs étrangers seront demandés : 1° Rapports du médecin-inspecteur des Ecoles avec le corps enseignant et avec les parents (Docteur L. Dufestel) ; 2° Les conséquences sociales de l'inspection médicale des écoles (Docteur Grosset) ; 3° L'éducation physique à l'Ecole primaire (Docteurs Rosenthal et Laufer).

Ces rapports, imprimés à l'avance, seront envoyés aux membres du Congrès pour en faciliter les discussions.

Le prix de l'adhésion au Congrès de médecine scolaire, donnant droit aux travaux de toutes les sections des Journées de la santé publique est de 100 francs pour les membres adhérents titulaires et de 50 francs pour les membres associés (femmes ou enfants d'un adhérent).

Des réductions sur les prix des voyages en chemin de fer et sur les frais de séjour seront accordées aux membres.

Adresser les adhésions au Docteur Dufestel, secrétaire général du Congrès : 10, boulevard Magenta à Paris, (Xe arrondissement) ; et les cotisations au Trésorier des Journées internationales de la santé publique : Docteur V. Planson, 164, rue de Courcelles à Paris, compte Chèques Postaux : Paris 1781-39,

Pour les renseignements concernant les Journées internationales de la santé publique s'adresser au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris (IXe).

— **IXe Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie.** — *Réunion internationale en langue française.* — Ce Congrès se tiendra à Lyon, les 29, 30 et 31 mai 1936, sous la présidence de M. le Prof. M. Lannois. Le rapport sur les arachnoïdites de la base du cerveau sera présenté

par MM. H. et R. Bourgeois, Lapouge (otologie), H. Roger, P. Cossa (neurologie), P. Carlotti (ophtalmologie), Clovis Vincent (neuro-chirurgie).

Le bureau du Congrès est ainsi constitué : président honoraire, Prof. Rollet ; président, Prof. M. Lannois ; vice-présidents, Prof. P. Bonnet, J. Collet, J. Froment, J. Lépine ; membres du bureau : le président de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon et du sud-est, M. Chavanne, et le secrétaire de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon et du sud-est, M. Sargnon, le président de la Société d'ophtalmologie de Lyon, M. Grandclément, et le secrétaire de la Société d'ophtalmologie de Lyon, M. Bussy, le médecin lieutenant-colonel Gauthier et le médecin commandant Desgouttes-Talbot, chefs de service à l'hôpital Desgenettes, MM. Bériel, Dechaume, Devic, Rebattu, Ricard, Wertheimer, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Lyon.

Secrétariat local : M. Gaillard, avec MM. Mayoux et Mounier-Kuhn (otologie), Bourrat et P. Girard (neurologie), Paufique et Blanc (ophtalmologie), Mansuy (neuro-chirurgie) ; trésorier, M. A. Colrat.

La partie scientifique du Congrès comprendra essentiellement les exposés des rapporteurs et la discussion approfondie du rapport, accessoirement les communications ayant trait à la même question, mise seule à l'ordre du jour, des arachnoïdites.

La participation aux travaux scientifiques du Congrès ne comporte aucune cotisation.

Pour la discussion du rapport et les communications, se faire inscrire à l'avance auprès du secrétaire général M. Auguste Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris (VI[e]). Tél. Littré 53-25.

Pour tous les autres renseignements, s'adresser : secrétariat du Congrès des Sociétés d'O. N. O., Pavillon P., hôpital Edouard Herriot, place d'Arsonval, Lyon (Rhône). Comme d'habitude, l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, à Paris, se charge de l'organisation des transports et logements.

— Une Faculté de médecine israélite en Palestine. — Des projets sont à l'étude en vue de créer en Palestine une Faculté de médecine israélite. Nombreux sont en effet les professeurs et savants de laboratoire israélites qui se sont vu retirer le droit d'enseigner et d'exercer dans certains pays. La plupart d'entre eux se sont réfugiés en Palestine et ils ont l'intention de reprendre là-bas leur enseignement et leurs recherches. On mettrait à leur disposition un établissement conçu d'après les perfectionnements les plus modernes. L'enseignement serait donné en Yiddish.

— Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne. — Le premier Congrès de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, et de leurs effets biologiques et pathologiques, a été tenu à La Malou, du 15 au 17 juillet 1935, sous le titre : « l'enfant à la mer et à la montagne ».

Un volume illustré est consacré à ce Congrès : il contient le compte rendu des séances et des excursions, le texte des rapports, des communications, des vœux et des conférences, ainsi qu'une liste des maisons d'enfants (pensions, collèges, cliniques, sanatoria). Tous ceux que ce volume intéresse sont priés de le demander sans retard au secrétariat, en indiquant exactement leur nom et leur adresse. Ce volume étant édité par la *Revue de cosmobiologie*, les abonnés de la *Revue* le recevront dans leur service normal.

La Session suivante du même Congrès est prévue à Nice et à Cannes pendant les vacances du Carnaval 1937 (du 7 au 9 février). Elle sera organisée par le Comité permanent du Congrès, avec le concours de la Société médicale du Littoral méditerranéen et de l'Association pour l'Etude des radiations solaires, terrestres et cosmiques. Prière d'adresser les demandes d'inscriptions pour cette deuxième Session, ainsi que les propositions de sujets à mettre à l'étude, au secrétariat de l'Association pour l'Etude des radiations (24, rue Verdi, à Nice).

— V[e] Congrès international contre le rhumatisme. (Lund et Stockholm, 3-8 septembre 1936. Président : Professeur Sven Ingvar, Lund : secrétaire : Professeur agrégé G. Kahlmeter, Birgerjarlsgatan 36, Stockholm.) — Les sujets seront les suivants : I. Allergies dans les maladies rhumatismales. Rapporteurs : Professeur Rœssle (Berlin), Professeur Konchalovsky (Moscou), Docteur Freeman (Londres), Docteur Doer (Bâle), Professeur Mouriquand (Lyon), Professeur Pemberton (Philadelphie), Professeur Americo Valerio (Rio-de-Janeiro).

II. Lecture de photos radiographiques dans l'arthrite. Rapporteurs : Professeur Brogsitter (Berlin), Docteur Scott (Londres), Professeur Van Ebbenhorts Tengbergen (Amsterdam), professeur Rochline (Leningrad), Docteur Aquilar (Santander, Espagne), Docteur Helmer (Lund).

III. La nature de la myalgie. Rapporteurs : Dozent Freund (Vienne), Professeur Prusik (Prague), Docteur Mathieu-Pierre Weil (Paris), Professeur Rother (Berlin), Dozent v. Pap (Budapest), Professeur Ingvar (Lund), Docteur Helveg (Copenhagne). Co-rapporteurs : Docteur Burt (Bath), Docteur Forestier (Paris et Aix-les-Bains), Doz. Lindstedt (Stockholm), Docteur Kress (Berlin).

IV. L'aide de l'orthopédiste dans les maladies rhumatismales. Rapporteurs : Docteur Swain (Boston), Professeur Brofeldt (Helsingfors), Professeur Mathieu (Paris), Professeur Schede (Leipzig), Docteur Timbrell Fischer (Londres), Professeur Anasart Bastos (Madrid), Professeur Haglund (Stockholm).

V. L'état du logement chez les rhumatisants.

VI. Les affections de l'articulation de l'épaule dans différentes professions en rapport avec les diverses fonctions.

Des excursions sont prévues.

Les personnes désireuses d'assister au Congrès sont priées de s'adresser au secrétaire du Congrès, professeur agrégé G. Kahlmeter, Birgerjarlsgatan 36, Stockholm. Les membres titulaires, à titre de droit de participation au Congrès, ne payent que la carte de membre pour 1936 à la Ligue internationale contre le rhumatisme (Keizersgracht 489, Amsterdam).

Dès la réception de leur inscription, le secrétariat du Congrès fera parvenir aux intéressés une carte de membre.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

pneumo. J'ai arrêté les insufflations, et j'ai écrit à la Commission de contrôle pour la prévenir que, étant obligé d'arrêter les insufflations, je me voyais dans la nécessité de procéder à un contrôle radioscopique fréquent, et que j'aurais sans doute à pratiquer une série de radioscopies. En effet, j'ai pratiqué six radioscopies en l'espace d'un mois environ ; à ce moment, le liquide avait diminué, et j'ai repris les insufflations qui ont été continuées jusqu'au départ du malade en sanatorium, au début de janvier.

D'autre part, en décembre, ce malade a présenté une poussée fébrile avec point de côté, toux, crachats rosés, etc., et j'ai jugé nécessaire de lui faire une radiographie (pas de graphie depuis le mois de juillet). J'en ai prévenu la Commission (l'autre poumon a toujours été un peu suspect, et je pouvais à bon droit craindre une bilatéralisation).

J'ai donc compté sur le bordereau destiné à la Commission :

Six insufflations (radioscopies comprises) ;
Six radioscopies (effectuées chaque semaine) ;
Une radiographie isolée.

Il me semble bien que je suis dans mon droit le plus strict et qu'on ne saurait maintenir l'interprétation de la Commission qui aboutirait à ce résultat absurde que pendant tout le temps qu'un pneumo est maintenu, cinq ou dix ans quelquefois, on n'aurait jamais le droit de faire une radioscopie à un malade en dehors des insufflations, et aucune radiographie ;

Je vous demanderai donc quelle marche je dois suivre, soit que vous vouliez bien présenter vous-même ma défense devant la Commission, soit que plutôt je doive répondre suivant les directives que vous me donnerez, quitte à réclamer votre intervention si la Commission n'accepte pas votre interprétation.

Dr B.

Réponse

Il est regrettable qu'il y ait dans le même trimestre, six réinsufflations et six radioscopies, car la Commission a pensé que réinsufflations et radios étaient simultanément effectuées, auquel cas vous n'aviez pas à compter les radios. Il faut donc donner à la Commission des explications que vous m'envoyez dans votre lettre. Toutefois, six radios en un mois, pour un épanchement pleural me semble « du luxe » si je puis dire ; la percussion donnant des précisions assez marquées en ce cas. C'est ce qu'on ne manquera pas, je pense, de vous faire remarquer. Je ne saurais *donc espérer* que vous *puissiez être payé de ces* « six radios en un mois »... En tout cas, je vous conseille fortement d'aller vous-même vous expliquer devant la Commission comme vous en avez le droit, avant que toute décision soit prise.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

1.557. — Remboursement des dépenses des médecins légistes

Je suis médecin légiste depuis vingt-sept ans. Mes mémoires ont toujours comporté, pour certaines autopsies, des dépenses comprenant gants de caoutchouc, et désinfectants variés, etc...

Mon dernier mémoire comporte pour une autopsie simple, 29 francs de produits désinfectants, pour une autopsie après exhumation, une paire de gants caoutchouc à manchettes.

Parfois, quand il me reste des désinfectants, ou quand les gants ne sont pas déchirés, je n'achète rien et le mémoire ne comporte que les honoraires prévus par le tarif.

Or, un nouveau Substitut au Procureur général refuse de passer en taxe sur les mémoires de justice criminelle, les désinfectants ou autres objets nécessaires à l'accomplissement par le médecin légiste de sa mission.

« Le tarif ne prévoit, dit-il, que la rémunération de l'expert à raison de ses honoraires. Tout au plus, le magistrat instructeur peut-il dans certains cas exceptionnels allouer à l'expert conformément à l'article 140 du décret du 5 octobre 1920, une indemnité de dépenses modiques sous forme de frais urgents dont *le maximum ne saurait dépasser 50 francs* ».

Il refuse le payement.

Quelle est la doctrine exacte ? Une question posée au ministre serait peut-être utile ?

D^r^ L.

Réponse

M. le Docteur Faugère, sénateur, auquel nous avons demandé de bien vouloir poser la question au ministre de la Justice, nous a communiqué la réponse suivante :

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction criminelle

3^e^ Bureau

N° 516 L 36

Paris, le 27 mars 1936.

Monsieur le Sénateur,

Vous avez bien voulu, par lettre du 17 mars 1936, me demander si les médecins chargés d'une expertise en matière pénale « ont le droit de se faire rembourser les dépenses relatives à des fournitures ou opérations, même si ces dépenses sont supérieures à la somme de 50 francs fixée par les instructions du ministère de la Justice en exécution du paragraphe 2 de l'article 140 du décret du 5 octobre 1920 ».

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'article 140 précité a uniquement pour objet d'instituer un mode de payement simplifié (paye-

ment sur simple taxe), pour certains frais qui, antérieurement à 1920, étaient qualifiés « frais urgents », et qui comprennent : 1° les indemnités des témoins, des jurés et des interprètes ; 2° les dépenses modiques relatives à des fournitures ou opérations, et dont le maximum a été fixé à 50 francs par les instructions de la Chancellerie.

Mais, ainsi que le précise la Circulaire du 5 avril 1921 publiée au *Bulletin officiel* du ministère de la Justice, année 1921, page 22, « ne rentrent pas dans les prévisions de l'article 140, les indemnités et allocations, mêmes inférieures à 50 francs, dues soit aux médecins et experts, soit aux greffiers, aux officiers ministériels, et, d'une façon générale, à toutes les parties prenantes qui doivent produire des mémoires périodiques ».

La question du payement des fournitures qu'un médecin peut être amené à faire au cours d'une expertise en matière pénale est réglée par l'article 23 du décret précité du 5 octobre 1920, qui autorise tout expert à se faire rembourser, sur la production de pièces justificatives, tous déboursés reconnus indispensables.

Enfin, l'article 26 du même décret, qui fixe les honoraires des médecins-experts, prévoit que, dans le cas d'expertises médicales présentant des difficultés particulières, il appartient au magistrat commettant de fixer, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

Veuillez agréer, Monsieur le Sénateur, l'assurance de ma haute considération.

Pour le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,
Le Conseiller d'Etat,
Directeur des Affaires criminelles et des Grâces.

3.298. — La réduction de 10 % sur les loyers ne s'applique pas aux charges

Existe-t-il une nouvelle loi, ou un nouveau décret, modifiant les décrets-lois de juillet 1935 sur les loyers ?

Le propriétaire de l'immeuble que j'occupe a, en effet, lors du payement du trimestre en cours, mis sur le reçu : reçu de ....., la somme de ....., déduction faite de 8,5 % prévue par la loi.

Je serais heureux de connaître cette nouvelle loi si elle existe, et, dans le cas contraire de retenir, sur le prochain trimestre, ce que j'ai donné en trop celui-ci.

D[r] R.

Réponse

Le décret-loi sur les loyers du 16 juillet 1935 a été modifié par un second décret-loi du 30 octobre 1935. Aux termes de ce dernier décret, la réduction de 10 % du prix du loyer des locaux à usage d'habitation ou professionnels prévue par l'art. 1er du décret du 16 juillet 1935, n'est pas applicable aux charges locatives.

Lorsque les charges sont comprises dans le prix global du loyer, le montant en est fixé forfaitairement à 15 % du loyer et à 25 % en cas de chauffage de l'immeuble.

Ces dispositions nouvelles n'ont produit effet qu'à partir du terme qui a commencé à courir au 1er janvier 1936. Par conséquent si le loyer que vous payez constitue un prix global englobant les charges, votre propriétaire est fondé à en déduire tout d'abord 15 % représentant les charges forfaitaires et à ne faire porter ensuite la réduction de 10 % que sur la différence, c'est-à-dire sur 8,5 % du montant du loyer.

3.339. — Un docteur vétérinaire peut-il s'intituler « Docteur X, vétérinaire » ?

Dans le village, il y a un vétérinaire docteur. Il a passé une thèse quelque temps après son installation et sa plaque est ainsi libellée : « Docteur X..., vétérinaire ».

Ne doit-il pas mettre :« X., docteur-vétérinaire » ? Si oui, puis-je l'obliger à cette dernière rédaction et comment m'y prendre ?

Avant de rien entreprendre, je voudrais être fixé.

Dr R.

Réponse

D'après l'article 3, § 2 de la loi du 31 juillet 1923, sont punis des peines prévues à l'article 259 du Code pénal ceux qui, étant régulièrement docteurs vétérinaires, sans être docteurs en médecine, n'auront pas fait suivre leur titre de docteur du titre de vétérinaire.

Il en résulte que cet article de la loi fait obligation aux docteurs vétérinaires de s'intituler soit « M. X..., docteur-vétérinaire », soit « Docteur-vétérinaire X. ».

S'il mettait sur sa plaque, ou des papiers d'ordonnance la souscription « Docteur X., vétérinaire », il laisserait supposer qu'il est docteur en médecine et nullement docteur vétérinaire. Le Syndicat médical serait alors qualifié pour faire cesser cet abus.

Dr Paul Boudin.

FISCALITÉ

3.120. — Il n'y a pas à tenir compte dans la déclaration du revenu des stocks de pharmacie

Je serais heureux d'avoir quelques renseignements au point de vue d'une question que me pose le fisc, au sujet de ma déclaration.

Elle est ainsi libellée : « Pour la pharmacie achetée (je suis propharmacien), vous en restait-il en stock *en fin d'année d'invendue ? Si oui, pour quel chiffre ?* »

Evidemment, il m'en restait d'invendue et je ne crois pas être assimilé à un commerçant, c'est-à-dire obligé à faire un inventaire de fin d'année. Le chiffre que j'ai indiqué est ce que j'ai effectivement payé dans le courant de 1935.

Que dois-je répondre ?

Il me semble que le fisc ne doit tenir compte que des sommes déboursées dans le courant de l'année, les stocks restant en fin d'année, étant compris dans les déboursés des années précédentes.

Dr P.

Réponse

N'étant pas tenu de faire inventaire et d'avoir une comptabilité, vous n'avez pas à tenir compte des stocks qui se retrouvent d'une année à l'autre. Leur connaissance ne sera intéressante qu'au moment où vous cesserez d'exercer.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2.942. — Certificats non-exempts de timbre

Je suis médecin-assermenté et j'avais jusqu'ici l'habitude de rédiger sur papier libre les certificats (en particulier ceux de maladie) qui m'étaient demandés par les fonctionnaires : receveur d'enregistrement, employés et receveurs des P. T. T., instituteurs, cantonniers..., en vertu de la loi du 29 mars 1897.

Or, voici deux fois que mes certificats sont déclarés non-valables par les Administrations intéressées :

1) Un certificat de bonne santé délivré à la demande de l'Administration des Ponts et Chaussées pour un candidat à la place de chef cantonnier (le certificat d'un médecin-assermenté est exigé) ;

2) Un certificat de congé de huit jours pour raison de santé délivré à une receveuse des P. T. T.

Ces certificats m'ont été retournés avec avis d'avoir à les rédiger sur papier timbré à 4 francs. Ces prétentions sont-elles fondées et sont-elles basées sur un texte ou un décret-loi que j'ignore ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner à ce sujet.

Dr D.

Réponse

Aucun des certificats énumérés dans votre lettre *ne figure dans la liste de ceux qui sont* exceptionnellement exonérés du timbre.

Par conséquent, il est exact que ces certificats doivent être rédigés sur papier timbré.

A. M.

ASSURANCES SOCIALES

3.558. — Fonctionnement de la Commission technique

Un certain nombre de confrères et moi sommes désignés pour examiner les appels formés par des assurés sociaux, en vertu de l'article 7 de la loi des Assurances sociales (invalidité).

Cette procédure n'a pas encore eu lieu dans notre ville et les confrères, moi-même, le Tribunal n'ont aucune notion de nos droits, devoirs, règles et règlements, etc...

Pourriez-vous me faire adresser d'urgence toute la documentation nécessaire ? Je me chargerai de la communiquer aux confrères.

Dr L.

Réponse

Il résulte de l'art. 10, § 3 de la loi sur les Assurances sociales que si « l'assuré conteste le pourcentage d'incapacité qui lui a été notifié ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen de son dossier est nécessaire, l'état d'incapacité est apprécié par la Commission technique prévue à l'art. 7, § 3, avec appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Cette Commission technique « est composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la *Caisse, et d'un troisième médecin expert désigné* par le Président du Tribunal civil ».

Le règlement d'administration publique de la loi de 1930 précise d'autre part, dans ses articles 41, § 1 et 2, quelques modalités de fonctionnement de cette procédure : l'assuré dispose d'un délai de quinze jours pour saisir de sa réclamation, le greffier de la Justice de paix. Celui-ci provoque immédiatement la réunion de la Commission technique conformément aux dispositions de l'art. 7. La Caisse d'assurance-invalidité est appelée en cause devant ladite Commission. Chacune des parties peut interjeter appel de sa décision devant la Section permanente, par dépôt au greffe de la Justice de paix ou par lettre recommandée avec avis de réception dans les dix jours de la notification. Les pièces et mémoires sont transmis à la Section permanente par les soins du greffe.

Telles sont les seules dispositions réglementaires sur la question. Le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales a bien prévu dans son art. 10, § 3 que si l'assuré conteste le pourcentage de l'incapacité qui lui a été notifié par la Caisse d'invalidité, l'état d'incapacité est apprécié par une Commission constituée dans chaque région dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail et comprenant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré et un médecin désigné par la Caisse d'invalidité, *mais cet arrêté n'a pas encore paru.*

Des indications fournies par la loi, on peut

déduire que la Commission technique constitue somme toute une Commission d'expertise contradictoire : deux médecins représentent le point de vue de chacune des deux parties adverses, un troisième médecin expert tenant compte à la fois de leurs observations et de ses propres investigations a pour rôle de conduire l'expertise et de prendre les conclusions définitives en départageant éventuellement les deux opinions opposées. C'est à ce troisième médecin, sorte de président de la Commission, qu'il appartient de dresser le procès-verbal de la Commission ; ce procès-verbal contient les parties suivantes : composition de la Commission (il semble bien que celle-ci peut valablement fonctionner même en l'absence des deux membres désignés par les parties), l'exposé des faits et du point précis qui est soumis à l'appréciation de la Commission, la procédure (dates des différentes lettres de convocation, date de la séance, présence des membres de la Commission, indiquer en outre si la Commission a jugé sur pièces ou a procédé à l'examen du malade, ou a décidé de tenir de nouvelles séances), enfin l'avis de la Commission qui peut être donné sous la forme suivante : « après en avoir délibéré, la Commission a estimé à l'unanimité (ou à la majorité, en cas de division, le troisième médecin expert semblant bien avoir voix prépondérante), que.....

A notre avis, la Commission ne doit pas motiver médicalement sa sentence ; en effet, elle a été créée dans le but de respecter le secret professionnel, et l'obligation de motiver entraînerait la violation de ce secret. Par contre bien entendu le médecin traitant n'est pas lié à l'égard des autres membres par le secret professionnel ; il peut leur révéler ce qu'il a connu au cours du traitement, dans la mesure où cela est nécessaire pour la décision à prendre. La Commission est libre de procéder par les moyens qui lui paraîtront les meilleurs à l'instruction de l'affaire, soit en jugeant sur pièces, soit en examinant le malade à domicile ou au lieu désigné par elle.

En ce qui concerne les honoraires des membres de la Commission, il faut distinguer : les membres désignés par chacune des deux parties doivent se faire honorer personnellement et directement par elles. Quant au troisième membre ses honoraires incombent en principe à la partie perdante ; toutefois, la Caisse d'assurances doit en faire l'avance, sous réserve de son droit de recours contre l'assuré s'il succombe (Réponse ministérielle, n° 524, *Journal officiel*, 4 juillet 1933).

Pour éviter toute contestation ultérieure sur ce point, chacun des membres de la Commission fera bien de n'accepter sa mission qu'après versement d'une provision suffisante.

ACCIDENTS

3.128. — Demande en revision

Une ouvrière agricole fait une chute le 25 juin 1931 et se fracture l'humérus, fracture assez grave, avec fragment intermédiaire, suivie d'incapacité permanente partielle. La Compagnie est condamnée à servir une rente au titre « accident du travail ».

Il y a trois ou quatre mois, opération à l'hôpital pour cancer du sein, du même côté.

La blessée — ancienne — et son médecin traitant estiment qu'il y a relation entre le traumatisme ancien et le néo actuel. Ils écrivent à la Compagnie d'assurances qui ne répond pas.

Le médecin traitant meurt et j'hérite de cette cliente et de son cas litigieux.

Je ne vous cache pas mon scepticisme sur l'étiologie traumatique de ce cancer en particulier et du cancer, en général. Mais le doute ne suffit pas.

1° Pensez-vous que cette blessée a le droit de demander une augmentation de pension ?

2° Comme elle y est bien décidée, que je suis obligé d'agir, à qui devons-nous nous adresser et comment ?

Dr X.

Réponse

Suivant l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898, la *demande en revision de l'indemnité* fondée sur une aggravation ou une atténuation d'une infirmité de la victime, est ouverte pendant trois ans à compter soit de la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties, ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Etant donnée la date à laquelle l'accident s'est produit, il est plus que probable que l'accord pour la fixation de la rente, ou que la date à laquelle est passée en force de chose jugée la décision judiciaire attributive de rente, remonte à plus de trois ans.

S'il en est bien ainsi, votre cliente est absolument forclose et ne peut plus rien demander à l'heure actuelle.

Par contre, si le délai de trois ans n'est pas encore expiré, elle doit introduire immédiatement son action par simple déclaration au Greffier du Tribunal civil qui a déjà connu de l'affaire, et demander au Procureur de la République de lui désigner un avoué qui occupera pour elle devant le Tribuanl.

Pour pouvoir obtenir une augmentation de pension, il appartiendra à l'intéressée de démontrer que le cancer du sein dont elle est actuellement atteinte, constitue une aggravation de son état antérieur et qu'il y a relation de cause à effet entre le traumatisme initial et le cancer.

Il est donc certain qu'avant de statuer au fond, le Tribunal ordonnera une expertise.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN

par le SOU MÉDICAL

Plus de sept mille praticiens français sont membres de la Ligue médicale de Défense professionnelle, le « Sou Médical », et ce nombre s'accroît chaque jour. S'ils ont adhéré aussi nombreux à cette Société, c'est qu'elle est la seule capable de les défendre contre tous les risques professionnels, dont ils sont menacés dans l'exercice de la profession médicale, tout en prenant une part active à la défense générale des intérêts médicaux.

Le service juridique du « Sou Médical » compte six juristes, parmi lesquels un avocat à la Cour d'appel de Paris et un avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat. En outre une permanence fonctionne tous les jours au Secrétariat général de cette Société, pour recevoir les sociétaires, écouter l'exposé de leurs litiges, les conseiller dans les affaires courantes qui ne comportent aucune difficulté de solution, constituer leur dossier pour le soumettre aux avocats conseils, pour les affaires plus importantes.

Le « Sou Médical » possède une Caisse spéciale de garantie dotée d'une réserve de 1.250.000 francs destinée à faire face, jusqu'à 100.000 francs, *en outre* des frais du procès, à toutes les demandes en dommages-intérêts motivées par la mise en cause de la responsabilité professionnelle de ses membres.

S'ils sont en même temps abonnés au *Concours Médical*, les membres de la Ligue bénéficient d'une couverture supplémentaire de 400.000 francs, soit au total **cinq cent mille francs**.

Pour être membre du « Sou Médical », il faut faire partie d'un Syndicat ou d'une Association médicale, ou être présenté par deux parrains déjà membres de cette Ligue.

La cotisation annuelle est de cent francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion, payement de la cotisation, et publication au *Concours Médical*, n'ayant donné lieu à aucune protestation.

Cinquante-huitième année — N° 19 — 10 Mai 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Concarneau Dupouy.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
Saint-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 126. — Jeune méd. 35 ans, marié, 3 enf., cherche poste 50 à 60.000, si possib. sans accouchem., Anjou ou bords Loire avec facilités instruction enfants. Pcssibil. échange contre poste stat. balnéaire Océan.

N° 127. — Corniche Vendéenne. Cure climat., orient. exceptionn., vue splendide, bordure mer, 2 à 5 p., eau, gaz, élec., téléph., parc, 2 tennis. Condit. aux confr. Écr. en demand. notices à Ker Pilours. Croix de Vie (Vendée).

N° 128. — La Baule-les-Pins. A louer meublée belle villa, chauff. centr. eau, gaz, électr., salle bains, 7 p. et 2 ch. bonnes, garage, 2 terrasses. Dans les pins, près mer.

N° 129. — Côtes-du-Nord. Station climat. balnéaire. Urgent, poste méd. à céder pour cause décès. Logement et jardin à louer.

N° 130. — A vend. pressé Chenard Aiglon 1933. Y 10 B, 8 glaces, grand luxe, 30.000 km. bon état. Prix 6.500.

N° 131. — Le Vésinet. A louer belle villa tout confort mod. avec garage, bien située sur grande avenue, 12.000 fr. par an.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Centre quartier très peuplé. Très ancienne clientèle. Gros chiffre d'affaires avec fixe transm. Appartement 7 pièces. A céder avec longue présentat. 80.000 dont 1/2 comptant.

2 heures Paris. Ville agréable, clientèle méd. gle, surtout de consultations. Maison particulière bien installée. Pour cause santé, prix : 35.000 dont 20.000 cpt.

Nivernais. Dans important et riche chef-lieu de canton. A reprendre bon poste ancien, avec fixes transmissibles. Prix : 50.000.

Assemblées générales

de la Mutualité familiale du Corps Médical français et du « Sou Médical »

Rectification

Les Assemblées générales de la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* et du *Sou médical* se tiendront le dimanche 7 juin 1936, au siège social, 37, rue de Bellefond, Paris (IX)e.

Nous rectifions les heures annoncées par erreur dans notre dernier numéro : l'assemblée générale de la *Mutualité familiale* aura lieu à 15 heures (et non à 16 h. 30) et l'assemblée générale du *Sou* aura lieu à 16 h. 30 (et non à 15 heures.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine de Madrid.** — Nous sommes heureux d'annoncer que notre très distingué collaborateur, M. le Professeur Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, a été élu membre de l'Académie de médecine de Madrid. Nous lui adressons nos plus vives félicitations.

J. Noir.

—**Six conférences de rhumatologie** sur les lésions du carrefour sacré avec présentation de documents originaux (pièces, dessins, radios, etc.), par MM. Mathieu-Pierre Weil, Raphaël Massart, Coliez, Vidal-Naquet. — Du 10 au 26 juin auront lieu, les mercredi et vendredi, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mathieu-Pierre Weil, six conférences sur les lésions du carrefour sacré, avec présentation de documents originaux, d'une durée de trois quarts d'heure.

Le programme en sera le suivant :

Mercredi 10 juin, M. Massart : Anatomie et physiologie du carrefour.

Vendredi 12 juin, M. Coliez : Radiologie normale de la région sacrée, ses malformations congénitales, ses lésions acquises.

Mercredi 17 juin, M. Mathieu-Pierre WEIL : Les arthrites sacro-lombaires, les phénomènes hypertransitionnels, les discites vertébrales.

Vendredi 19 juin, M. VIDAL-NAQUET : Les asymétries douloureuses de la cinquième lombaire, les sacrums horizontaux et verticaux, les scolioses basses, spondylolyse et spondylolisthésis.

Mercredi 24 juin, M. Mathieu-Pierre WEIL : Les arthrites sacro-iliaques, les lumbagos, la sciatique.

Vendredi 26 juin : La thérapeutique médicale, chirurgicale, orthopédique et physiothérapique sera traitée par M. Mathieu-Pierre WEIL et tous ses collaborateurs.

Ce cours est libre, ouvert à tous les médecins français et étrangers ainsi qu'aux étudiants en médecine.

— **UMFIA ou Union médicale latine.** — *Conférence des Voix latines.* — Sous la présidence de M. le Docteur Georges Duhamel, membre de l'Académie française, le Professeur Jean FIOLLE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Marseille, membre d'honneur de l'UMFIA, donnera, le mercredi 27 mai, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur le sujet suivant : *L'ordre latin dans les Sciences, la biologie et la médecine.*

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) ; au *Monde Médical*, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (VIe) ; à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (IXe) ; au *Mercure de France* 26, rue de Condé, Paris (VIe).

— **Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille** (15-16-17 mai 1936). — La huitième session des « Journées médicales » aura lieu du 15 au 17 mai. S'inscrire dès maintenant pour le banquet de clôture, qui aura lieu le dimanche 17, à l'Hôtel Bellevue, et auquel les dames sont invitées.

M. le Docteur Louis Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire de l'Académie de chirurgie, et M. le Docteur Clovis Vincent, médecin de l'hôpital de la Pitié, feront une conférence.

— **Assemblée française de médecine générale.** — Les premières « Assises provinciales du souvenir » auront lieu sur la tombe de Laennec, à Ploaré (Finistère), le jour de l'Ascension (21 mai), présidées par le Professeur Sergent. Elles sont organisées par les Sections bretonnes de cette Assemblée et seront consacrées à la Tuberculose au temps de Laennec et aujourd'hui.

Le programme de la journée est le suivant : à 9 h. 30, les Assises auront lieu sur la plage du Ris, où Laennec se faisait transporter pendant ses derniers jours.

Après le déjeuner à Tréboul (50 francs), réception à Ploaré par la Municipalité et pèlerinage sur la tombe de Laennec, puis réception par M. du Fretay, au Manoir de Kerlouarnec où mourut Laennec et présentation des sites à Locranan par les archéologues du Finistère.

S'inscrire avant le 15 mai, en écrivant au Docteur Deluen, 4, rue Pierre-Loti, à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). Les médecins et leurs familles qui désireraient arriver la veille sont priés d'écrire pour les hôtels, au Docteur Cornic, à Douarnenez (Finistère).

— **Congrès des oto-laryngologistes autrichiens.** — Ce Congrès aura lieu à Graz, les 12 et 13 juin.

— **Une Journée Bretonneau.** — A l'occasion de l'inauguration d'une nouvelle salle à l'Ecole de médecine et de nouveaux services hospitaliers, une « Journée Bretonneau » aura lieu à Tours, en juin.

— **Hommage au Docteur Darier.** — La Société française de dermatologie et de syphiligraphie fêtera dans une de ses prochaines réunions, le 80e anniversaire de son Doyen, le Docteur Darier. Un exemplaire du mémoire sur « l'historique de la dermatologie, au cours des cinquante dernières années », qu'avait écrit M. Darier à l'occasion du Congrès de Budapest sera imprimé spécialement et offert à son auteur.

Beaucoup d'amis et d'admirateurs du Maître seront sans doute heureux de s'associer à cet hommage. Des feuillets sur lesquels les membres de cette Société, qui le désireraient, pourront apposer leur signature seront reliés dans la plaquette qui sera remise à M. Darier.

Une édition sera faite de cette plaquette, avec la reproduction en fac-similé de toutes les signatures qu'il portera. Ceux qui désireraient un exemplaire de ce tirage sont priés d'envoyer leur nom et leur adresse, avec un mandat de 30 francs, à M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

— **Journée médicale franc-comtoise.** — La Journée médicale franc-comtoise du 10 mai 1936 sera consacrée à l'étude de certains problèmes médico-psychologiques relatifs à l'enfant.

Des conférences seront faites au Building-Cinema, rue Proudhon (Besançon), à 9 h. 30, sur les sujets suivants :

M. le Docteur Simon, ancien président de la Société médico-psychologique : *Les tests d'intelligence* (Binet et Simon). — M. le Docteur Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris : *Le rôle du médecin dans l'orientation professionnelle.* — M. le Professeur Mouriquand : *La question des avitaminoses et la notion de carence devant la clinique.*

— **Congrès homéopathique.** — Le deuxième Congrès national du Centre homéopathique de France, 25, rue Murille, à Paris, s'ouvrira les 21, 22 et 23 mai

prochain, sous la présidence d'honneur de M. Camille Blaisot, ancien ministre de la Santé publique et du Docteur Léon Vannier, président du Centre homéopathique de France. M. le Docteur Boudard, de Marseille, en aura la présidence effective.

Des rapports seront présentés sur le traitement de la syphilis et l'emploi de l'auto-isothérapie sanguine.

— Allemagne. — *Chaires de médecine aérienne.* — Le Gouvernement allemand aurait l'intention de créer, dans plusieurs Universités, des chaires de médecine aérienne. Il existe déjà, à Berlin, un Institut de recherches médicales aériennes, et à Hambourg un Institut de médecine aérienne, qui ont été fondés par le ministère de l'Air.

— Hôpitaux de Brest. *Internat.* — Trois places d'internes en médecine seront vacantes le 1er novembre 1936.

Le concours aura lieu le 12 octobre 1936, à Brest.

Adresser demandes de renseignements et inscriptions avant le 27 septembre 1936 au secrétariat des hospices civils de Brest, 8 *bis*, rue Traverse, Brest.

— Hôpital d'Argenteuil. *Internat.* — Un concours est ouvert pour la nomination de six internes titulaires et six internes provisoires en médecine à l'hôpital d'Argenteuil. Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, s'ouvrira le mardi 19 mai 1936, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction de l'hôpital. Le traitement alloué aux internes est de 5.000 francs pour la première année et 5.400 pour l'année suivante. Ils sont logés et nourris.

Prendre connaissance du règlement à la direction de l'hôpital, tous les jours non fériés, de 14 à 17 heures.

— Naissance. — Le Docteur Maurice GALTIER, médecin consultant à Vals-les-Bains, et Madame Maurice Galtier nous font part de la naissance de leur fille *Annie*.

Nos plus sincères compliments.

— Æsculape. — *Sommaire du numéro d'avril* 1936 : La vieillesse... et la goutte, gravure de LÉPICIÉ d'après JEAURAT (1 ill.). — Ironie grecque et Humour anglais, douze caricatures anglaises sur la goutte, en marge de la « Tragodopodagra » de LUCIEN (12 ill.). — Pied gallo-romain stylisé avec survivances phylactériques, par le Docteur MORLET, de Vichy (1 ill.). — La ventouse au pied, gravure de CORNELIS DUSART (1 ill.). — Le pied et la jambe dans l'art galant du XVIIIe siècle, par Jean-Marcel PAUL, masseur médical (8 ill.). — La mort et l'avare goutteux, gravure de PETER SCHENK (1 ill.). — Supplément (15 illustrations).

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 AVRIL

Service de santé militaire.

Décret du 1er *avril* 1936 *modifiant le décret du* 19 *août* 1929 *instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecins et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines et instruction pour l'application de ce décret.*

Ces documents seront publiés ultérieurement.

HONORARIAT

Par décision du 12 avril 1936 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle de même date, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin colonel. — Deniez, Petges.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel. — Julia, Bourlange, Lenoble, Malartic.

Avec le grade de médecin commandant. — Delamare, Weill dit Weill-Halle, Gadaud, Dumon, Michelleau, Cabanes.

Avec le grade de médecin capitaine. — Chappe, Chouquot, Claeys, Cohen, Door, Froger Jay-Y-Ruiz, Giraudeau, Renard, Coppens, Carrez, Dubois, Aumond, Gauthier, Delaunay, Binet, Fabre, Gargaud, Caroff, Mayeux, Mignard, Castan, Galland, Royet, Gallimard, Marrel, Micaud dit Dalban, Arnaud, Colomb, Dauphin, Escarras, Raynaud, Saurin, Bonnaves, Pinel, Molas, Paranteau, Pitous, François, Bohin.

Avec le grade de médecin lieutenant. — Lemanissier, de Pierrepont, Etling, Gouriou, Dourilhet, Guillaud Martin, Gazagnaire, Dourthe, Chapplain.

PROMOTIONS

Par décret du 14 avril 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et reçoivent par décision du même jour, les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les méd. auxil. titul. du br. de P. M. S. ci-après désignés ;

(Rang du 3 mars 1936) : Gény, de la 17e sect. d'infir. mil., aff. à la 17e rég. ; (rang du 17 mars 1936) : Rousset de la 20e sect. d'infir. mil., aff. au 19e corps d'armée ; (rang du 23 mars 1936) : Jany, de la 15e sect. d'infir. mil., aff. à la 15e rég. ; Gavaudan, de la 16e sect. d'infir. mil., aff. à la 16e rég. ; (rang du 24 mars 1936) : Moreau, de la 23e sect. d'infir. mil., aff. à la 20e rég.

Les élèves officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés :

(Rang du 23 mars 1936) : Jouandon, de la 5e sect. d'infir. mil., aff. à la 5e rég. ; Berthet, de la 14e sect. d'infir. mil., aff. à la rég. Paris.

26 AVRIL

Sérums thérapeutiques.

Décret du 21 *avril* 1936 *relatif à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques et produits analogues.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), par suite de la nomination de M. le Docteur Menuau à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Un interne en médecine n'est pas assujetti aux Assurances sociales.

14.485. — M. J. Mitton demande à M. le ministre du Travail si un interne en médecine d'un Asile public d'aliénés, accomplissant un service réglementaire limité à deux ans et n'ayant aucun avantage à espérer des Assurances sociales, doit être assujetti à la loi et faire nécessairement des versements. (*Question du 5 décembre* 1935.)

Réponse. — Réponse négative. Les travaux effectués au cours du stage pratique obligatoire pour l'obtention de certains titres dont la délivrance est réglementée ne présentent pas le caractère de travaux salariés.

(*J. O.*, 4 avril 1936.)

La pérennisation des agrégés en médecine.

15.975. — M. Gaillemin demande à M. le ministre du Travail : 1° de quelle date part la pérennisation des agrégés en médecine ayant eu deux années d'exercice au 1er janvier 1936 ; 2° si cette pérennisation est appliquée pour lesdits agrégés d'après le décret du 7 mars 1936 ; ou bien, comme cela semble logique, si elle est prononcée d'après le décret en vigueur au moment où ils ont eu leurs deux années d'exercice. (*Question du* 17 *mars* 1936.)

Réponse. — 1° Aucune pérennisation des agrégés ayant eu deux ans d'exercice le 1er janvier 1936 n'a été effectuée ; 2° le comité consultatif de la médecine saisi des demandes de pérennisation des agrégés réalisant un stage d'enseignement de deux ans au 1er janvier 1936 a remis à sa prochaine session l'examen de ces demandes.

(*J. O.*, 4 avril 1936.)

Les cotisations pour pension de retraite ne peuvent être déduites du bénéfice imposable.

15.569. — M. Perreau-Pradier demande à M. le ministre des Finances si un médecin peut déduire de son bénéfice imposable une certaine somme destinée à lui assurer une pension de retraite viagère. (*Question du 25 février* 1936.)

Réponse. — Réponse négative, les prélèvements dont il s'agit n'ayant pas le caractère de charges professionnelles et aucune disposition du Code général des impôts directs n'autorisant d'autre part à les porter en déduction pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices des professions noncommerciales.

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

L'indemnité des Assurances sociales peut être cumulée avec celle d'une assurance individuelle.

15760. — M. Morin demande à M. le ministre du Travail si un joueur d'une société sportive étant assujetti aux Assurances sociales et, d'autre part, ayant une assurance individuelle accidents avec soins pharmaceutiques, peut, lorsqu'il est accidenté à l'issue d'un match de football, accident entraînant une incapacité temporaire, cumuler l'indemnité journalière des assurances sociales et celle de son assurance individuelle. (*Question du* 5 *mars* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.527. — Pansement long et compliqué

J'ai soigné récemment un blessé qui avait fait une chute de moto et présentait une large plaie superficielle de toute l'hémiface gauche. J'ai minutieusement nettoyé cette plaie toute souillée de terre, coupé les tissus meurtris et pratiqué une injection de sérum antitétanique. Sur ma note j'ai détaillé : Injection de sérum, 20 francs ; pansement plaie moyenne de la face (analogie avec brûlure), 30 francs comptée pour 50 % = 15 francs.

Je vous transmets la réponse de la Compagnie en vous priant de m'indiquer si je dois céder ou si je dois insister auprès d'une Compagnie, qui presque toujours conteste mes notes et qui est la seule jusqu'à présent dans ce cas.

Dr B.

Réponse

Il n'y a pas de prix spécial pour les pansements « compliqués » (à part les brûlures) mais dans ce cas il n'y a pas « d'analogie » avec celle-ci à escompter. La réclamation de la Compagnie est

donc justifiée et il n'y a à compter que l'injection antitétanique 20 francs, mais pas le pansement car ce serait commettre le cumul interdit par l'art. 13. Dr F. Decourt.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

3.557. — Qu'est un abcès profond non viscéral ?

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me dire ce que, à votre avis, on peut entendre par l' « ouverture d'un abcès profond non viscéral » des nomenclatures ?

Pourriez-vous citer quelques exemples ?

Je viens d'ouvrir, sous anesthésie locale à la novocaïne, chez un V. G. bénéficiaire de l'art. 64, un volumineux abcès de fixation (1/2 litre au moins de pus) ayant évolué dans les loges musculaires de la face externe de la cuisse, sans tendance à venir à la peau...

Puis-je le compter comme « abcès profond non viscéral » et demander 100 francs ce qui, à la vérité me paraît excessif ? — ou simplement 20 francs ? Je ne vois pas de tarif intermédiaire ou il faudrait alors procéder par analogie (ouverture d'un panaris de la gaine, par exemple, 35 francs ?)

Dr E.

Réponse

Un abcès de fixation, par définition même puisque consécutif à une injection sous-cutanée, ne peut être considéré comme un abcès profond. Un « abcès profond non viscéral » est celui qui ne communique pas avec les viscères, c'est-à-dire avec une cavité splanchnique. Ce sera, par exemple, un abcès dans le muscle fessier, ou un abcès de l'aisselle avec grand décollement des régions sous-costales, mais sans pénétration dans la cage thoracique même, etc...

Qu'à la suite de votre coup de bistouri à travers la peau seulement il s'écoule peu ou beaucoup de pus, l'intervention, par elle-même, est identique, plus facile même pour cet abcès de fixation que pour certains panaris de la gaine.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

3.080. — Les bénéficiaires de l'assurance-vieillesse n'ont plus droit au bénéfice de l'assurance-maladie

Pourriez-vous me faire savoir si comme le prétend la Caisse d'assurances sociales, il est exact que les enfants des assurés sociaux qui ont demandé la liquidation d'une pension de vieillesse, n'ont plus droit de ce fait aux assurances sociales, au remboursement de partie des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Voir la suite page LV-1505

PROPOS DU JOUR

DE L'ÉQUILIBRE MENTAL CHEZ LES POLITICIENS

Les hommes bien équilibrés, chez qui l'intelligence, le sentiment, la volonté et la raison s'accordent harmonieusement, sont exceptionnels. En tous cas, ils descendent rarement dans l'arène potitique.

Sans fréquenter les réunions publiques « contradictoires », il suffit de jeter les yeux sur les affiches ou de parcourir la littérature dont les candidats nous accablent en période électorale pour juger de leur état d'équilibre mental. Le plus souvent, comme le disait Voltaire, ils épanchent :

Un déluge de mots sur un désert d'idées.

Le Prof. Laignel-Lavastine, faisant, à la manière de Cabanès, de la Clinique historique rétrospective, s'est efforcé de démontrer que Danton était cyclothymique, que le Conventionnel Le Bon était un hypomaniaque à tendances paranoïaques et que Saint-Just, Robespierre et Marat étaient de vrais paranoïaques.

A notre époque, le déséquilibre est fréquent chez les politiciens et il est de notoriété publique que certains, et non des moindres, ont terminé leur vie dans des Asiles d'aliénés.

Notre distingué confrère Paul Farez, qui est un psychoneurologiste des plus avertis, a traité magistralement ce sujet dans une de ses causeries médicales du *Journal des Débats* du 26 avril 1936, intitulée : *Paranoïaques et autres indésirables.* Se guidant sur l'étude du Docteur Genil-Perrin, il brosse de main de maître un tableau des « petits paranoïaques », originaux, bizarres, qui intéressent, amusent et quelquefois séduisent.

Ce ne sont pas des fous à lier comme les grands paranoïaques , ce sont moins de réels malades que des êtres à l'esprit anormal, à jugement faux, vaniteux, fanfarons, « égocentriques », ambitieux, grands redresseurs de torts, parfois mus par des sentiments généreux, mais qui n'arrivant, le plus souvent, à convaincre personne, se jugent incompris, méconnus et deviennent persécutés.

Beaucoup de ces petits paranoïaques, de ces déséquilibrés se lancent dans la politique. Leur manque de jugement les empêche ordinairement d'arriver bien haut. Cependant, le hasard d'un scrutin peut les mettre à la tête et ils deviennent de « mauvai s bergers ».

Le Docteur Paul Farez fait remarquer qu'avant d'admettre un candidat dans nos grandes écoles, on exige un examen médical. Il en est de même pour les aviateurs, pour les chauffeurs d'automobiles, pour les mécaniciens de chemins de fer, pour la plupart des fonctionnaires de grandes administrations.

Pourquoi n'exigerait-on pas l'examen par un psychiatre de ceux qui ont la prétention de gérer les affaires publiques et de gouverner l'Etat ? Y aurait-il vraiment abus à s'assurer qu'un candidat ne contient pas dans son liquide céphalo-rachidien de tréponèmes en activité qui nous réservent de voir ce même candidat, devenu ministre, sombrer dans la paralysie générale ? Ne serait-il pas souhaitable d'éviter l'élection d'un cyclothymique, d'un hypomaniaque, d'un schizoïde, d'un paranoïaque, d'un déséquilibré, d'un revendicateur, d'un persécuté, ou d'un persécuteur ?

Et le Docteur Paul Farez réclame sinon un certificat préélectoral, ce qui logiquement serait le mieux, tout au moins un certificat préparlementaire délivré par un psychiatre.

M. Paul Farez conclut :

« Irréalisable, dira-t-on ! Rêverie, utopie, chimère ! C'est ce qu'on prétendait, il n'y a pas si longtemps, à propos du certificat prénuptial. Or, il est entré dans les mœurs ; il se pratique journellement. Pour ce qui concerne le certificat préparlementaire, qui sait si la « chimère » d'aujourd'hui ne deviendra pas la réalité d'après-demain ? »

Nous sommes bien de cet avis, et le certificat préparlementaire serait tout ce qu'il y a de plus logique et de plus désirable. Nous nous permettrons cependant de faire remarquer que le cer-

✦✦

tificat prénuptial en France est loin d'être encore rentré dans les mœurs.

Un de nos amis candidat à qui nous faisions part de l'idée du Docteur Paul Farez, nous répondit :

« C'est fort bien, c'est fort juste, mais d'abord il faudrait soumettre à un examen médical le psychiatre chargé de délivrer les certificats préparlementaires et aussi ceux qui examineraient les psychiatres. »

Où s'arrêterait-on, grand Dieu ?

J. Noir.

LA CARICATURE MÉDICALE

« La médecine vue par le malade : sujet passionnant et qu'on ne peut mieux étudier que dans les caricatures, tantôt féroces, tantôt débonnaires, dont nos malades nous ont gratifié ». Cette phrase que nous empruntons à la Préface que le Professeur Laignel-Lavastine a écrite pour le *Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours* (1), où M. A. Weber a réuni en les classant et les commentant, 130 gravures caricaturales ayant trait à la médecine, indique bien l'intérêt à la fois historique et moral qu'on peut retirer de leur étude.

L'antiquité classique égyptienne et gréco-romaine (ou du moins les témoins qu'elle nous a laissés) borne l'art de la caricature à quelques statuettes grotesques exagérant des difformités. Certaines terres cuites de Tanagra et de Myrina de ce genre d'un réalisme étonnant, contrastent singulièrement avec les gracieuses statuettes de même origine. Mais l'artiste a ici caricaturé des infirmes et des malades et non des médecins.

Le Moyen âge est l'époque où règne la terreur de la mort. La caricature médicale revêt la forme des danses macabres et le médecin y apparaît soit en face de la mort qui danse comme dans la Danse macabre de Mayence de la fin du XVe siècle, soit encore dans la Danse macabre d'Holbein du début du XVIe siècle où la mort s'interpose entre le médecin et le malade. Mais ce genre de caricature est bien particulier, le rire de la mort est affreux et sardonique.

Avec la Renaissance apparaît la satire contre les médecins ; on peut en juger par cette gravure italienne d'après un maître flamand, représentant une salle de chirurgie. Les praticiens y sont représentés par des singes et les patients par des moutons qui se laissent tondre.

(1) *Le François, édit., 91, boul. Saint-Germain, Paris.*

Le médecin est ridiculisé dans la nef des fous de l'Allemand Sébastien Brant et D. Opfer a reproduit la parabole de la poutre et de la paille dont le médecin est le personnage à la poutre.

Le XVIIe siècle est le siècle de Molière ; les caricatures de médecins se multiplient ; Nicolas de Larmenin reproduit curieusement les costumes du médecin et du chirurgien avec leurs attributs. David Tenier, Jean Steen et maints petits peintres hollandais exercent leur verve contre les médecins et surtout contre les chirurgiens et les dentistes. Il faut y joindre maintes gravures d'artistes anonymes et la Cure du Mal de Naples y tient sa place.

Au XVIIIe siècle, c'est le triomphe de l'humour anglo-saxon. (Hogarth et Rowlandson).

La vaccine, le baquet de Mesmer, le système de Gall servent de thèmes aux caricaturistes parmi lesquels se distingue Boilly.

Enfin, le XIXe siècle est le siècle de Daumier. Avant lui Napoléon avait inspiré maints humoristes, surtout anglais. Mais Daumier dépasse de beaucoup tous ses émules en prenant pour sujets la Politique et la Médecine, dans *Macaire médecin*. Ch. Jacques l'imite sans l'égaler : *Les malades et les médecins*, dans le *Charivari*.

Dans le même Charivari, Cham donnait des satires médicales et dans la *Caricature* paraissaient les dessins de Grandville et de Gavarni.

A la fin du XIXe siècle, le public commence à se lasser des légendes plus ou moins spirituelles qui commentent les gravures et désormais, c'est plus le médecin, le praticien et sa personnalité que la médecine qui alimente la verve satirique de nombreux artistes de talent d'aujourd'hui que nous ne saurions citer.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

II. — LE TRAITEMENT LOCAL DE QUELQUES AFFECTIONS DU RECTUM ET DU COLON GAUCHE LES PANSEMENTS RECTO-COLIQUES

Par M. le Docteur Ed. Antoine

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Glacière

Les affections du rectum et du recto-côlon gauche sont en général graves, tenaces, récidivantes, douloureuses ; elles exigent la mise en œuvre de traitements souvent combinés, parmi lesquels les traitements locaux jouent le premier rôle. Dans plusieurs publications (1), et en particulier dans une monographie (numéro spécial 3 *bis* de la *Médecine*, décembre 1925) nous avons décrit les traitements des recto-colites graves, appelant l'attention sur les divers procédés thérapeutiques que l'on peut mettre en œuvre au cours de ces maladies si tenaces et récidivantes :

1º Le traitement diététique, le repos ;

2º Le traitement médicamenteux, *per os*, et par la voie parentérale ;

3º Les traitements locaux ;

4º Les traitements biologiques (vaccins, insuline, autohémothérapie, désensibilisation) ;

5º Le traitement chirurgical.

Comme la plupart du temps il n'existe pas de traitement spécifique, pour arriver à vaincre ces terribles maladies, il faut savoir utiliser les divers moyens thérapeutiques, les associer habilement ou les alterner.

Les *traitements locaux* jouent de beaucoup le rôle le plus important, car ils ont pour but de porter au niveau des lésions mêmes du rectum et du côlon, les produits cytophylactiques, antiseptiques et cicatrisants qui amènent la sédation des douleurs locales, la diminution rapide des sécrétions anormales et des hémorragies la destruction des germes pathogènes et des parasites, et la cicatrisation des lésions de la muqueuse intestinale.

Les traitements locaux, que nous envisageons seuls dans ce travail, comprennent :

Les *lavages*, les *méthodes endoscopiques*, les *pansements rectaux et recto-coliques*, les *traitements électriques et la diathermo-coagulation.*

Ces divers procédés thérapeutiques locaux, que nous allons étudier en détail, peuvent s'appliquer à toute une série d'affections du rectum et du sigmoïde : *rectites diverses, recto-colites graves ulcéreuses, polypes du rectum* et du côlon, *diverticules* du côlon, *hémorroïdes hautes* et *angiome du rectum, cancers rectal* et *recto-sigmoïdien, tumeurs végétantes bénignes du rectum*, etc... Ils ne sont pas non plus à dédaigner dans le traitement des diverses dysentéries ou parasitoses, concurremment avec le traitement spécifique.

I. Les lavages recto-coliques

Au cours des recto-colites graves, il peut être nécessaire d'utiliser ces lavages.

Ils ont surtout pour but un nettoyage mécanique du côlon et du rectum avec des solutions non irritantes. Ils comprennent les lavages de bas en haut et ceux faits de haut en bas :

a) *Lavages de bas en haut* : ils ont pour but le nettoyage mécanique de la muqueuse malade ; ils doivent être réservés aux cas de recto-colites très graves avec suppuration abondante. Ils ne peuvent être administrés vraiment bien que dans un hôpital ou une clinique, ou à domicile par une infirmière expérimentée. La plus grande douceur et la plus grande prudence sont indispensables. On emploiera des solutions tièdes ou chaudes sans pression, le malade étant couché sur le dos ou sur le côté gauche. On utilisera soit la sonde à double courant de Friedel, soit la canule en verre, à double courant, imaginée par Bensaude, soit deux sondes en caoutchouc, soit le système de tuyaux en caoutchouc utilisé pour faire les lavages à double courant (méthode de Lockwood). Le lavage doit laisser écouler le liquide au fur et à mesure qu'il est injecté dans le rectum ; si l'on emploie le système à double cou-

(1) Thèse Paris, 1920. Les recto-colites graves et plusieurs publications faites soit par l'auteur, soit en collaboration avec R. Bensaude et A. Caïn.

rant, on ne laissera entrer que 50 à 75 c. c. de liquide et on le fera évacuer aussitôt par siphonage. De cette façon, le liquide injecté ne sera jamais sous pression et ne risquera pas de disséminer l'infection. Les lavages peuvent être quotidiens ou bi-quotidiens. Ils agissent plus par nettoyage mécanique de la muqueuse malade que par action antiseptique. Aussi, bien qu'on ait conseillé d'utiliser les solutions de collargol, d'ichtyol, de créosote, de nitrate d'argent, perchlorure de fer, eau oxygénée, bleu de méthylène, gonacrine, trypaflavine, yatrène, mercurochrome, etc., nous préconisons (sauf cas particuliers) de n'utiliser (quand ces lavages sont absolument indiqués), que des solutions isotoniques de chlorure de sodium à 5 ‰, ou de chlorure de magnésium à 10 gr. 50 ‰.

De même, nous avons préconisé depuis plus de quinze ans, les eaux minérales naturelles de Châtel-Guyon, de Plombières, de Vichy ou d'Uriage qui, administrées en goutte à goutte rectal, ont pu donner de bons résultats et sont utilisées par tous à présent.

b) *Lavages de haut en bas.*

S'il y a eu nécessité d'établir un anus cæcal ou iliaque (néo-sigmoïdien, néo-rectal, rectite ulcéreuse grave, etc.), *on sera amené à utiliser* les lavages de haut en bas, de la même manière, en plaçant la sonde d'arrivée dans le bout inférieur de l'anus artificiel et une sonde de sortie dans l'anus naturel. On facilitera l'évacuation du pus, des glaires, et on diminuera le ténesme rectal ainsi grandement. Les malades en éprouvent un grand bien-être dans ces cas-là, surtout ceux atteints de cancer du rectum inopérable.

Il faut rapprocher de ces procédés la méthode préconisée par Einhorn (*P. M.*, janvier 1925 et Cong. de Bruxelles, août 1935) : il serait possible de nettoyer le côlon de haut en bas, en introduisant un tube d'Einhorn par la bouche et en laissant descendre la petite olive métallique jusque dans le cæcum. Ceci doit être fait sous le contrôle des rayons X. Einhorn pratique alors une instillation d'une solution de 0 gr. 50 pour 1.000 de carbonate de calcium en goutte à goutte deux fois par jour. Une solution faible de mercurochrome (0,50 ‰) est instillée de même (50 à 100 grammes par jour). Le tube est ainsi laissé en place deux à trois semaines et n'empêche pas de s'alimenter par la bouche. L'enlèvement ultérieur du tube peut se faire, soit par la bouche, soit après section au niveau de la bouche en le laissant aller par la voie intestinale. Ce procédé ingénieux a donné de bons résultats à Einhorn.

II. Les méthodes endoscopiques

Elles mettent directement sous le contrôle du tube rectoscopique, les médicaments en contact avec les lésions mêmes, à condition qu'il s'agisse de lésions localisées du rectum ou du recto-sigmoïde. Elles sont limitées du fait qu'il faut employer le rectoscope, et avoir toute l'installation adéquate, et aussi du fait que le passage répété du rectoscope peut devenir irritant pour la région anale. Nous les utilisons une à deux fois par semaine, chez les malades qui ont des lésions très localisées, des ulcérations limitées ou chez les malades opérés de polypes après diathermo-coagulation. Nous avons employé avec un égal succès :

a) *Les insufflations* avec une poire et un long tube coudé, en utilisant les poudres diverses : dermatol, ektogan, craie, carbonate de bismuth, oxyde de zinc.

b) *Les badigeonnages* avec la solution de fuchsine ou de bleu de méthylène phéniquée, que nous avons les premiers utilisés pour des lésions de l'anus ou du rectum depuis 1920 :

Fuschsine ou bleu de méthylène....................	1 gramme
Acide phénique cristallisé.	1 gramme
Alcool à 90°..............	5 c. c.
Eau distillée........ q. s. p.	50 c. c.

c) *Les attouchements* d'une ulcération rectale avec des tampons imbibés de glycérine et de novarsénobenzol, ou avec une solution de nitrate d'argent à 1 %, etc...

d) *Les pulvérisations* sur une zone ulcérée localisée (comme les pulvérisateurs à eau de Cologne) avec les solutions de fuchsine ou de bleu de méthylène à 1 %, ou avec l'atomiseur indiqué par notre ami Savignac.

III. — Les pansements rectaux et recto-coliques

Ils constituent la méthode de choix la plus indispensable pour toutes les affections du rectum et du côlon, *qu'elles soient primitives* (rectites, recto-colites, cancer du rectum, tumeur villeuse, angiome, polypes du rectum, etc.), *ou bien, qu'elles soient secondaires à des lésions de voisinage du bassin* (rectites secondaires à des prostatites, cystites, métrites, salpingites, fibromes, rétroversions ou cancers de l'utérus, etc.).

Déjà, dans le volume III des œuvres complètes d'Hippocrate (page 35), éditées sous la direction du Prof. Roger, nous trouvons exposée l'inflammation du rectum ou rectite, avec douleur, fièvre, ténesme, épreintes. Le traitement indiqué par Hippocrate est bien proche de celui utilisé encore de nos jours : bain de siège chaud, cataplasme de farine de lin et fomentations, utilisation de pansement rectal : « on écrasera 60 baies de l'écarlate de gnide, on les délayera dans une cotyle de vin (0 litre 27) et une demi-cotyle d'huile d'olive, on fera chauffer ce mélange qui sera pris en lavement. » On trouve aussi l'usage du suppositoire et les onctions anales avec du cérat,

par dessus lequel on appliquera « un cataplasme fait d'ail cuit dans un vin noir coupé d'eau ». Il est intéressant de constater, à propos des rectites, comme pour les hémorroïdes, les fistules et le prolapsus du rectum, que la plupart de ces procédés thérapeutiques ont subi avec succès l'épreuve du temps.

Dans tous ces cas, les pansements recto-coliques amènent rapidement la diminution et la disparition des phénomènes douloureux locaux, la sédation de la douleur, la décongestion locale, une diminution rapide des hémorragies et des sécrétions muqueuses ou purulentes, etc...

Le principe des pansements recto-coliques, c'est de porter dans le rectum, dans le sigmoïde et, si c'est nécessaire, dans le côlon, au niveau même des lésions, des substances médicamenteuses ; celles-ci doivent être finement divisées et émulsionnées dans un excipient mucilagineux assez fluide pour être injecté facilement dans le rectum. Nous avons cherché à préciser le *volume de ces pansements recto-coliques* pour les divers cas. En mélangeant une substance opaque au pansement rectal ou recto-colique, nous avons pu déterminer sous le contrôle de l'écran radioscopique la quantité à injecter dans le rectum :

1) Cinq cuillerées à soupe du pansement, soit 75 centicubes, suffisent pour remplir l'ampoule rectale en entier et même un petit segment du sigmoïde (*Fig.* 1 et 2).

2° Dix cuillerées à soupe de pansement, soit 150 centicubes, suffisent pour remplir l'ampoule rectale, le côlon sigmoïde, et le côlon descendant jusqu'à l'angle gauche (*Fig.* 3 et 4, 5 et 6).

3° Vingt cuillerées à soupe ou 300 centicubes permettent en général de tapisser tout le côlon jusqu'au cæcum, comme N. Fiessinger et G. Hutet l'ont également signalé.

Les pansements rectaux et recto-coliques doivent donc être de volume réduit et ils sont alors parfaitement tolérés : normalement injectés le soir au coucher, ils ne sont évacués que le lendemain matin en même temps que la selle, qu'ils coiffent, et dont ils facilitent l'évacuation.

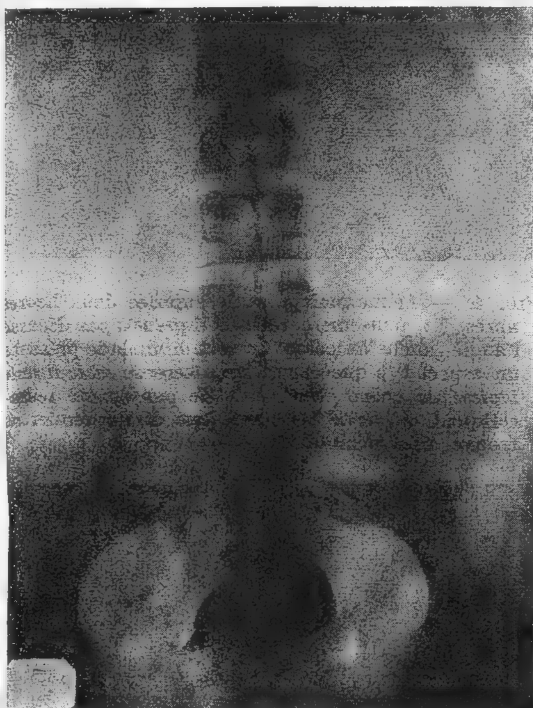


Fig. 1. — *Pansement rectal de* 75 c.c. aussitôt après l'injection. On remarquera quelques gaz dans la partie basse du rectum.

Fig. 2. — Le même malade radiographié une heure après l'introduction du pansement rectal de 75 c.c. Le rectum est entièrement rempli ainsi qu'une petite portion du sigmoïde.

Préconisés en France par Mathieu et ses élèves, J.-Ch. Roux, Friedel, Savignac, par G. Durand, par R. Bensaude, par nous-même, etc., en Angleterre, en Allemagne, en Amérique par de nombreux auteurs, ils ont donné d'excellents résultats dans le traitement de ces affections si décourageantes. Mathieu, Friedel et Taillander ont préconisé la formule suivante : une gelée est préparée avec 20 grammes d'*agar-agar* dans un litre d'eau bouillie. Sur trois cuillerées à soupe de cette gelée, on verse de l'eau bouillante et on mélange jusqu'à consistance crêmeuse ; à cet excipient, on peut incorporer :

FIG. 3. — *Pansement recto-colique de 150 c. c. aussitôt* après introduction, chez une *malade atteinte de rectite ulcéreuse.* On remarquera que la tête du pansement atteint en quelques minutes l'angle colique gauche.

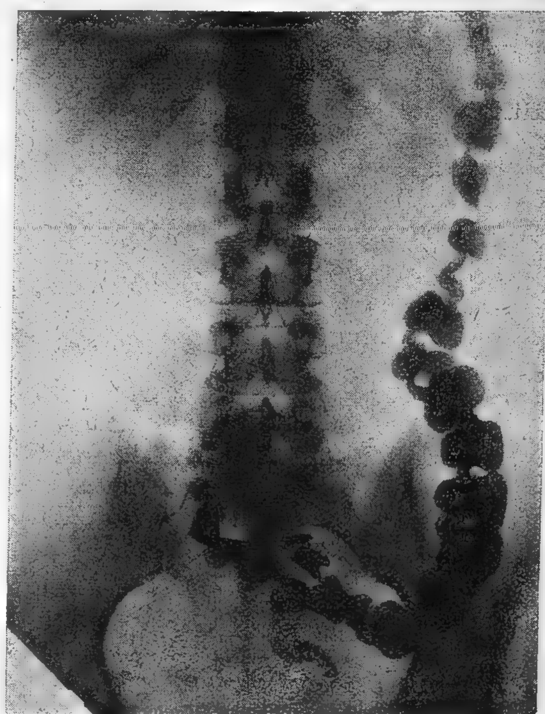


FIG. 4. — Même malade radiographiée deux heures après. Le pansement recto-colique n'a pas dépassé l'angle gauche du côlon. Le rectum malade présente un aspect typique de rectite ulcéreuse *mais il reste tapissé de crème* constituant le pansement recto-colique. L'efficacité thérapeutique de ce dernier se trouve ainsi démontrée.

FIG. 5. — *Pansement recto-colique de* 150 c. c. injecté dans le rectum d'une personne saine. Le sigmoïde est long et replié dans le bassin. La tête du pansement atteint en quelques minutes la partie moyenne du côlon descendant.

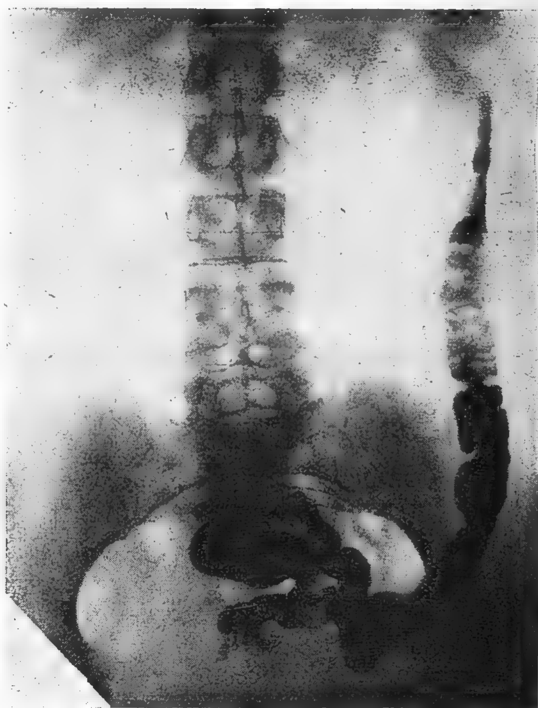


FIG. 6. — Même sujet, radiographié deux heures après l'introduction du pansement recto-colique. Les mouvements antipéristaltiques ont amené le pansement jusqu'à l'angle colique gauche, exactement comme chez la malade des fig. 3 et 4.

Soit des médicaments calmants : belladone XXX gouttes, laudanum X à XX gouttes, antipyrine 1 à 2 grammes, cocaïne 0 gr. 05.

Soit des médicaments *styptiques* : adrénaline XX gouttes, chlorure de calcium 2 grammes, émétine 0 gr. 10.

Soit des *cautérisants* : acide chromique III gouttes, solution de créosote 5 à 30 gouttes (nous avons eu trois cas de guérison durable avec la créosote).

Soit des *désinfectants* : huile goménolée à 10 %, XX gouttes, liqueur de Labaraque, XX gouttes, etc., eau oxygénée 1 à 2 cuillerées à soupe, du collargol (5 centigr.).

Du bleu de méthylène 0 gr. 05, etc., et aussi des ampoules de vaccin polyvalent (auto ou stockvaccins). On peut y incorporer aussi des poudres inertes (bismuth, craie, kaolin, talc, dermatol, etc.).

Voici quelques bonnes formules combinées :

Dermatol	2 grammes
Craie préparée	10. grammes
Laudanum	X à XX gouttes
Teinture de belladone	X à XXX gouttes
Excipient mucilagineux	75 à 200 c. c.

ou bien :

Chlorure de calcium	4 grammes
Adrénaline au 1/1.000	XX gouttes
Huile goménolée à 10 %	10 c. c.
Laudanum	X à XX gouttes
Excipient mucilagineux	75 à 200 c.c.

ou bien :

Créosote	X à XXX gouttes
Dermatol	2 grammes
Laudanum	X à XX gouttes
Excipient mucilagineux	75 à 200 c.c.

Après brassage du tout, on aspire le mélange bien émulsionné et tiède dans une seringue de Guyon et on l'injecte le soir dans le rectum avec une sonde molle de Nélaton. Le pansement sera gardé toute la nuit. Malheureusement, la confection de ces pansements rectaux rebutent rapidement malades et médecins et il est presque nécessaire d'avoir une infirmière spécialisée pour les administrer. *C'est dans un but de simplification, et pour rendre accessible ce traitement merveilleux à tous les malades*, avec ou sans infirmière, que nous avons utilisé depuis des années une formule de pansement recto-colique, mucilagineux et *gommeux*, qui peut se préparer en quelques minutes et être utilisé par le malade lui-même, sans aucune aide :

Oxyquinoléine	0,35
Dermatol	13,50
Kaolin colloïdal	20,25
Oxyde de zinc	6,75
Extrait de ciguë	0,15
Hypalène	0,28
Mucilage de guimauve	13,50
Excipient mucigommeux neutre q.s.p.	100 gr.

(formule du pansement recto-colique biskama).

Verser cinq cuillerées à soupe d'eau bouillie tiède sur une cuillerée à dessert de cette poudre, agiter jusqu'à émulsion complète.

Ce pansement rectal a la consistance d'une crème liquide, assez fluide pour être aspiré dans une poire de caoutchouc ou une seringue de Guyon. On peut lui incorporer à volonté 8 à 10 gouttes de laudanum (en général inutile), du bleu de méthylène ou du violet de gentiane (une cuillerée à café d'une solution de 1 %), ou du mercurochrome, ou de l'acriflavine, ou des vaccins (auto ou stock vaccins), ou même du sérum antidysentérique ou antidiphtérique de l'I. P. (20 c. c. à 40 c. c.), des vitamines (X à XX gouttes de vitadone par exemple) ou XX à XXX d'amunine (Savignac). Le malade injecte le pansement rectal tous les soirs au coucher et le garde toute la nuit. Il doit être renouvelé tous les jours dans la phase aiguë de la maladie, puis tous les deux soirs, puis deux fois par semaine jusqu'à guérison complète. Pour éviter des rechutes, il faut, après guérison clinique, continuer ces pansements recto-coliques une à deux fois par semaine pendant plusieurs mois encore. Crohn et Rosenberg, G. Durand, etc., ont utilisé l'acriflavine neutre (1 p. 4.000) et la gonacrine ; Bassler l'association d'acriflavine et de violet de gentiane ; Rachet et Busson le carotène en solution huileuse, avec succès.

IV. — Signalons les *injections d'oxygène ou d'ozone dans le rectum* qui ne peuvent être pratiquées que dans une clinique ou hôpital avec une certaine prudence.

V. — *Les traitements électriques et la diathermo-coagulation.*

Rappelons l'*ionisation rectale* au sulfate de zinc (Mummery, Bensaude et Meyer), l'emploi du thermophore électrique cylindrique, etc...

Les applications de *diathermie* donnent les meilleurs résultats lorsqu'il s'agit de dilater des rétrécissements inflammatoires et cicatriciels de la région ano-rectale et de l'ampoule. On utilisera des bougies de Hégar de calibre progressif sur lesquelles on fixera l'électrode active, l'autre électrode étant représentée par une grande plaque métallique placée dans la région sacrée, deux ou trois applications seront faites par semaine, de quinze à vingt minutes chacune. Il n'est pas rare de pouvoir augmenter le calibre de la bougie d'un numéro à chaque séance. Nous avons obtenu ainsi à l'hôpital de la Glacière d'excellents résultats chez plusieurs malades atteints de rétrécissement rectal. Mais le pansement recto-colique doit être appliqué le soir en même temps.

La *diathermo-coagulation* sera utilisée pour détruire les lésions végétantes du rectum, à l'aide du rectoscope et sous anesthésie locale par un simple badigeonnage avec du liquide de Bonain.

Nous avons ainsi enlevé de nombreux polypes

rectaux ou recto-sigmoïdiens avec le serre-nœud diathermique (*Fig.* 7).

Nous avons également détruit de nombreuses tumeurs bénignes sessiles ou étalées avec l'appareil imaginé par Marchand et qui est d'un maniement très facile, puisque l'éclairage électrique et l'aiguille diathermique sont solidaires. Nous avons guéri avec la diathermo-coagulation de nombreux malades, en particulier deux malades

Les soins secondaires à une diathermo-coagulation dans le rectum sont très simples :

a) Obtenir des selles faciles, pâteuses et bien désinfectées par l'absorption quotidienne de bismuth-kaolin-magnésie le matin à jeun et d'huile de paraffine au dîner.

b) Obtenir la cicatrisation rapide de la muqueuse rectale par les pansements rectaux, injectés tous les soirs au coucher et conservés toute la

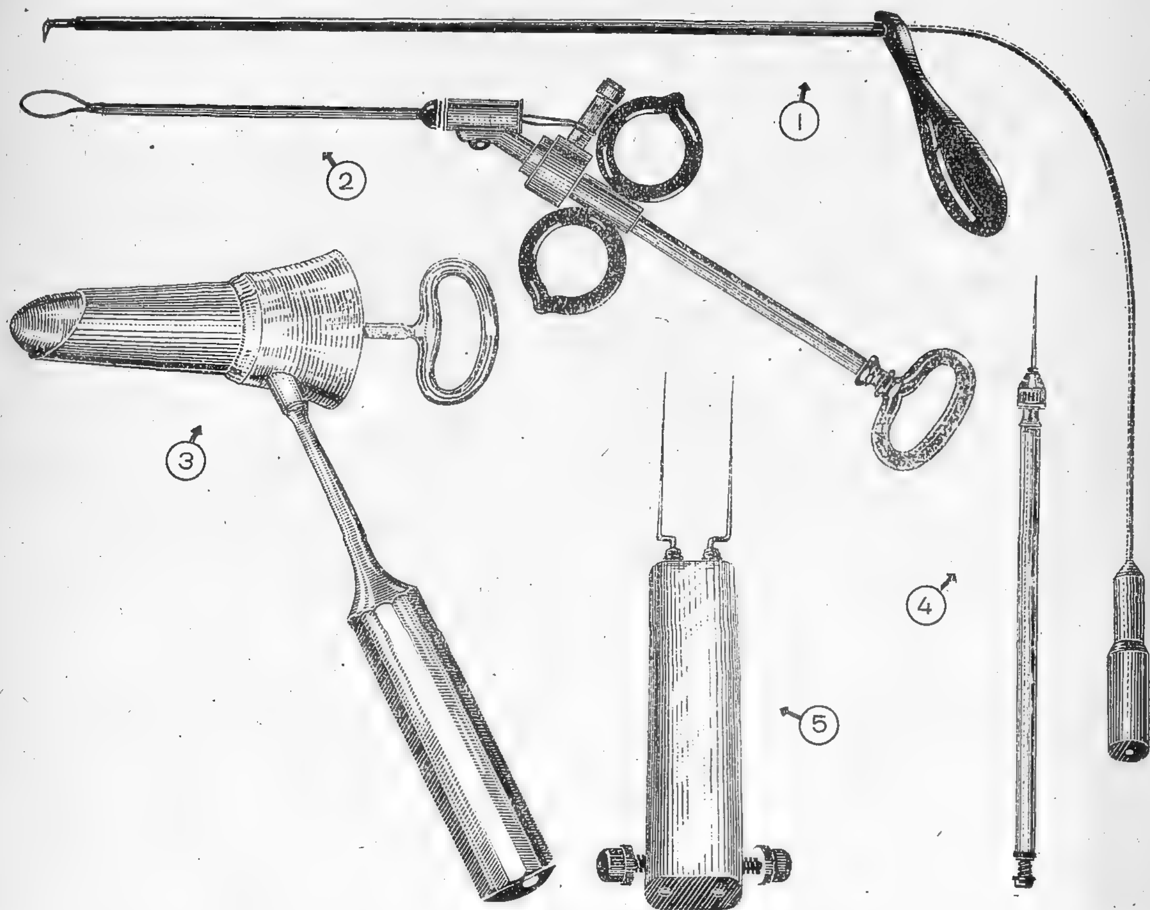


Fig. 7. — Matériel nécessaire pour traiter par la diathermo-coagulation les lésions ano-sphinctériennes et rectales

1. Electrode coudée à angle droit et permettant la destruction du pied des polypes et des tumeurs villeuses avec le courant diathermique dans le rectum.
2. Serre nœud diathermique permettant l'ablation facile des polypes dans le rectum ou le canal sphinctérien.
3. Anuscope de Bensaude muni de son mandrin.
4. Electrode simple mono-polaire.
5. Electrode bipolaire

atteints de tumeur villeuse du rectum, et qui avaient eu des récidives après plusieurs interventions chirurgicales ; une autre malade, atteinte de multimicropolypose du rectum, a été ainsi traitée par nous. La guérison a été obtenue après des destructions partielles et répétées de ces nombreuses tumeurs bénignes, sous anesthésie locale, et sans interrompre la vie normale de la malade. Ces observations nous les publierons en détail ultérieurement. L'électrode utilisée et imaginée par nous, est une aiguille coudée à angle droit ; elle permet de détruire facilement le pied du polype ou de la tumeur (voir *Fig.* 7).

nuit (pansement recto-colique biskama). La cicatrice obtenue par ces procédés est tellement régulière, qu'il est souvent difficile de la reconnaître ultérieurement au rectoscope.

En résumé, la plupart de ces méthodes de traitement local sont à la portée de tous les médecins. Ces derniers doivent se familiariser avec elles et apprendre à les utiliser largement, à les associer aux traitements généraux pour obtenir souvent une guérison rapide et complète, et toujours une amélioration rapide des symptômes locaux, ce qui permet au malade de continuer l'exercice de sa profession.

LES ENFANTS INSTABLES

Par le Docteur GILBERT-ROBIN

Ancien chef de Clinique neuro-psychiatrique
Médecin-assistant à Lariboisière

Le médecin a intérêt à connaître les enfants instables car il existe une thérapeutique de ces états.

L'écolier instable est un type bien connu des instituteurs. Il ne peut rester en place et il bouge sans motif. Ce n'est pas l'afflux de pensée et d'images qui l'empêche de se fixer. L'attention est mobile, et rien ne peut la retenir ; il arrive que cette dispersion réagisse sur l'intelligence et marche de pair avec un certain degré d'arriération mentale. En tout cas, la scolarité n'est jamais suffisante.

Les parents eux, remarqueront davantage les manifestations caractérielles de l'instabilité. Ils se plaindront que l'enfant soit un « mouvement perpétuel », un « touche-à-tout », ils diront qu'il est brouillon, léger, tête en l'air, que sais-je... De même qu'à l'école l'instable ne peut se fixer sur une occupation suivie, à la maison, il change sans cesse de jeu, pose des questions dont il n'attend pas les réponses, change sans cesse de place, etc... L'instable n'est pas foncièrement méchant, mais son affection manque de solidité. S'il n'est pas non plus toujours indifférent au point de vue moral, il peut, et cela il faut que nous le sachions, être aussi un pervers.

Il est très important de discriminer les différentes sortes d'instabilité, car il est non pas une, mais des instabilités, et je ne me rallie pas du tout à la théorie de Demoor qui considère tous les instables comme atteints de *chorée mentale*.

***

Instabilité et retard au développement du système nerveux.

Le retard du développement du système nerveux, entraîne une instabilité psycho-motrice que l'on remarque fréquemment. L'enfant est signalé comme inattentif, distrait, incapable de concentration ; l'intelligence, bien que quantitativement suffisante est mal utilisée par suite d'un manque de coordination. Qu'on examine l'enfant on constate de la maladresse dans les mouvements, souvent des tics, des troubles du langage, de l'écriture. Interroge-t-on les parents, on apprend que le premier développement psycho-moteur a été lent, la marche, la parole, la propreté sont apparues tard. On constate souvent de l'onychophagie ; l'enfant, parfois tète son pouce. Ces enfants sont souvent gauchers. Il n'y a aucune lésion cérébrale, mais un retard dans le développement neurologique très net. Un traitement médical améliorant la nutrition de la cellule nerveuse rétablira l'équilibre nerveux ; une rééducation, une pédagogie *concrète*, *redresseront l'instable* au point de vue scolaire et éducatif.

Instabilité et hyperthyroïdie.

Certains cas d'instabilité peuvent être interprétés de manière à la fois neurologique et endocrinienne. On se trouve, en dehors de cette maladresse, de cette instabilité que je viens de décrire, en présence d'enfants impressionnables, sensibles, craintifs, un peu phobiques, souvent insomniques, irritables. A l'examen attentif on *constate les petits signes* de *l'hyperthyroïdie* : pouls rapide, corps thyroïde perceptible, maigreur. Le métabolisme basal confirme l'examen clinique. La médication thyroïdienne, jointe à une médication hâtant le développement nerveux sera ici utilisée avec succès.

Instabilité et asthénie.

Très souvent aux signes de l'instabilité se mêlent ceux de l'asthénie. On se plaint à la fois de l'inactivité de l'enfant et de son instabilité psycho-motrice ; et le même enfant qu'on accusera d'être sans cesse en mouvement se plaindra sans cesse d'être fatigué, en particulier le matin au réveil, par conséquent sans cause apparente. La glossophe se est parfois observée.

Le métabolisme basal servira à prouver qu'on se trouve en face d'une asthénie et non d'hyperthyroïdie. On instituera un traitement double, d'une part des injections d'arsenic spécial, d'autre part, l'opothérapie à base de surrénale, d'extrait cérébral et de glandes interstitielles. Ainsi on améliorera le déséquilibre moteur et endocrinien.

Instabilité et toxi-infection fruste.

Certains enfants qu'on nous amène présentent, au point de vue intellectuel de l'inattention, et

au point de vue moteur, de très léger signes de déséquilibre, si légers d'ailleurs que parents et maîtres pensent avoir affaire à de simples manifestations caractérielles. L'enfant à l'école devient inattentif, ne fixe plus aucune connaissance, donne des réponses décousues, apporte des devoirs « sans queue ni tête ». Cette inattention s'accompagne de colères, de turbulence ; l'enfant présente des tics, des grimaces, alors qu'autrefois on n'avait rien constaté de semblable ; de même a-t-il des gestes décousus, incessants, sans rythme, mal coordonnés. On constate aussi dans quelques cas, une hyperémotivité très grande, et que les parents déclarent, elle aussi, nouvelle.

Si l'on remonte au début de cette période on constate que l'enfant a présenté une atteinte plus ou moins légère : grippe, rhumatisme, épisode fébrile, toxi-infections diverses. Cette instabilité de type subchoréique que l'on constate chez des enfants sans aucune prédisposition nerveuse, sont, à mon avis, d'origine toxi-infectieuse, et la médication qui réussit dans l'encéphalite épidémique donne ici de très bons résultats. Du reste, l'instabilité psychomotrice liée aux formes tardives et prolongées de l'encéphalite léthargique a été maintes fois décrite Thèses G. Lévy et Gilbert-Robin).

Instabilité et dégénérescence mentale.

Il est des cas d'instabilité où, à des manifestations motrices du même type que celles que nous venons d'étudier, sont liées d'autres manifestations intellectuelles. Il n'y a ici aucun caractère toxi-infectieux, et l'on se trouve en présence de troubles appartenant au type constitutionnel dégénératif. On constate des impulsions motrices et verbales, une agitation au maximum, des mouvements incessants, des grimaces, une gesticulation désordonnée et incoordonnée de type nettement choérique. Ces enfants parlent à tort et à travers, disent n'importe quoi, présentent une maladresse considérable : gestes décousus, semblant inadaptés, asynergie, impossibilité de faire les marionnettes, de sauter à pieds joints. Bien que généralement ces enfants n'aient pas présenté d'épisode infectieux, il faut les traiter comme des choréiques et lutter contre un élément toxi-infectieux possible, même si la preuve n'en est pas faite cliniquement.

Instabilité et hypomanie.

Nous connaissons des états d'excitation maniaque où la multiple activité des pensées et des désirs se transforme en actes, du moins en tentatives d'actes car ceux-ci se succèdent l'un à l'autre prenant à peine le temps d'une réalisation. L'enfant rit, chante, court, se déshabille sans but, sans idées directrice. Il brise tout, n'est pas sensible aux remontrances, cède encore moins à la violence. Ces états évoluent par accès, guérissent toujours, mais sont susceptibles de réapparaître.

***

Je signalerai l'instabilité du faux-pervers, où les troubles du caractère sont liés à une instabilité psychique et motrice grave qu'on traitera selon sa nature. Enfin l'instabilité d'origine affective et celle d'origine éducative dans lesquelles intervient à côté de la médication nerveuse, une partie psychothérapique très importante.

***

Il est bien certain et les maîtres me le disent chaque jour, que l'instabilité de l'enfant est un trouble qui n'avait jamais atteint l'intensité qu'on constate à notre époque. Le médecin ne peut malheureusement pas changer les conditions matérielles, sociales et morales de ses clients. Et cependant ces questions sont peut-être prépondérantes dans l'instabilité de l'enfant. C'est, à mon avis, à la faveur de ces insuffisances psychiques et morales que se développe l'instabilité organique. Contre cette dernière, en dehors des cas spéciaux nécessitant une thérapeutique strictement étiologique, comme par exemple dans l'instabilité thyroïdienne, la médication qui réussit le mieux — je suis bien d'accord sur ce point avec les auteurs qui se sont occupés de la question (d'Heucqueville) — est la médication par les borico-tartrates. Les tartrates borico-magnésiens m'ont toujours donné les plus heureux résultats. Ils calment les excès de la motricité, et, par leur action magnésienne, stimulent en même temps les fonctions cérébrales libérées par leurs calmants des facteurs qui les inhibaient.

J'ai renoncé depuis longtemps à l'usage des barbituriques dans ces sortes d'instabilité qu'ils exagèrent alors qu'au contraire, ils sont remarquablement actifs dans les instabilités épileptoïdes.

L'hydrothérapie chaude et les boricotartrates, joints à la médication, par injections d'arsenic spécial (Sulfarsénol, Arsenomyl) corrigent la plupart des instabilités psycho-motrices.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Ictère hémolytique (1)

(Résumé de la leçon du Professeur R. GRÉGOIRE)

L'ictère hémolytique n'est connu que de date récente. Il fut pendant longtemps considéré comme une maladie purement médicale.

C'est en 1884-85 que Hayem a décrit un type morbide particulier, qu'il a dénommé ictère chronique splénomégalique.

Depuis lors, on a étudié la question et on est arrivé à la conclusion qu'il s'agissait d'une variété morbide très complexe, variété bien connue actuellement.

C'est en 1900 que Minkowski observe un malade atteint d'ictère chronique héréditaire avec splénomégalie et chez lequel à l'autopsie, il trouve une infiltration des organes par un pigment ferrugineux. Cet auteur attribue l'affection à une hémolyse exagérée.

En France, c'est à Chauffard que revient le mérite d'avoir reconnu la nature hémolytique de la maladie et d'en avoir fait une description complète.

Voyons maintenant l'histoire de notre malade.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, dont le fils a été opéré dans le service, il y a quatre ans (l'enfant était atteint d'ictère hémolytique ; on pratiqua chez lui la splénectomie et actuellement, il est en parfait état).

Chez notre malade, l'ictère aurait fait son apparition vers 1905 à la suite d'un refroidissement. Depuis ce temps, le malade reste toujours plus ou moins jaune. Il présentait un ictère chronique, qui subissait des poussées tous les trois mois environ, sous l'influence d'une fatigue ou d'un refroidissement, et une anémie progressive. Vers l'époque de la guerre, il mène encore une vie à peu près normale. En 1926 il vient consulter le Docteur Brulé, qui lui trouve une grosse rate, un ictère hémolytique congénital.

L'état du malade se maintient à peu près jusqu'en 1930. A cette époque, il est victime d'un accident de travail, il reçoit sur l'épaule un poteau télégraphique.

Cet accident provoque une nouvelle poussée de la maladie, puis, vers 1935, la fatigue générale augmente considérablement, l'ictère devient plus net ; du 15 août au 18 septembre, il est pris de douleurs au creux épigastrique, douleurs s'irradiant vers le bras droit ; il a des vomissements de bile, sa température monte et atteint même 40° ; à ce moment ses matières sont nettement décolorées ; jusque-là, elles étaient toujours et, surtout au moment des crises, colorées intensément en vert. Les urines sont très foncées.

Le Docteur Brulé le prend dans son service, pratique le cathétérisme des voies biliaires et il trouve dans la vésicule une bile épaisse. Un examen du sang fait constater une diminution notable des globules rouges : 2.600.000, ce qui est à peu près la moitié du chiffre normal.

Le malade n'avait que 60 % d'hémoglobine ; le nombre des globules blancs est sensiblement normal ; la formule leucocytaire ne montre rien de particulier. On constate de l'anisocytose ; quelque temps plus tard, on trouve à un nouvel examen environ 25 % d'hématies granuleuses et une résistance globulaire diminuée. L'agglutination des globules rouges se fait normalement.

Voilà, rapidement résumée, l'histoire de notre malade.

Ainsi donc, il présente un ictère hémolytique congénital, et vous avez vu qu'il avait un fils atteint de la même affection. Cette affection est le plus souvent héréditaire.

Notre malade a un ictère hémolytique congénital, plus un ictère par rétention.

On distingue deux variétés d'ictère hémolytique : l'*ictère congénital* et l'*ictère acquis*. Dans les antécédents héréditaires du malade atteint d'un ictère hémolytique congénital, on trouve le plus souvent des parents atteints de la même affection. L'ictère hémolytique se voit plus fréquemment chez les hommes.

Vers 1908, Widal, Abrami et Brulé distinguent un autre type d'ictère hémolytique, le *type acquis*, survenant à l'âge adulte et sans qu'on trouve la même affection dans les antécédents héréditaires du malade.

L'ictère hémolytique acquis peut ne se manifester que vers l'âge de 40 ans. Si l'on interroge attentivement le malade, le plus souvent on arrive à la constatation que ces sujets avaient depuis des années présenté quelques poussées de jaunisse, que leur teint par moment avait été jaunâtre, ou bien que dans la famille, il y a eu des cas de jaunisse.

Vous voyez qu'en cherchant bien, en étudiant les antécédents du malade, on peut faire rentrer

(1) Leçon du 12 novembre 1935, résumée par Mme le Docteur TRIFONOFF.

cette variété d'ictère hémolytique dit acquis, dans la catégorie des ictères hémolytiques congénitaux.

Qu'il s'agisse d'un ictère hémolytique congénital ou acquis, on trouve une symptomatologie identique dans les deux cas. Ce sont trois symptômes principaux qui constituent le syndrome : l'ictère, l'anémie et la splénomégalie.

L'ictère apparaît souvent sans cause très précise, il est généralisé à tout le corps; on constate la coloration jaune aussi bien à la peau, qu'aux muqueuses, qu'aux conjonctives.

Vous savez qu'il y a des familles de cholémiques ; le teint de ces sujets est olivâtre, mais leurs conjonctives ne sont pas teintées. Les sujets atteints d'ictère hémolytique ne présentent pas de phénomènes d'intoxication, ils n'ont pas de bradycardie, pas de prurit.

Les urines ne contiennent jamais de sels biliaires ; elles contiennent de la bilirubine.

Les selles ne sont pas décolorées, elles sont même hypercolorées. Quand ces malades font de la rétention biliaire, le prurit peut apparaître et devenir intense.

D'autre part, ce ne sont pas des hémorragiques, ce sont des anémiques et leur *anémie est progressive.*

Vous avez vu que chez notre malade, l'anémie augmentait à chaque nouvelle poussée. Après la poussée, le nombre des hématies augmente, mais jamais il ne revient au chiffre précédant la crise. Le nombre de globules rouges peut tomber à 2.000.000, tel fut le cas du fils de notre malade.

On connaît dans la littérature des cas où le nombre de globules rouges fut inférieur à 800.000 mais alors les malades meurent.

Quand on examine le sang de ces sujets atteints d'ictère hémolytique, on le trouve très peu coloré, rose. Le temps de saignement chez ces malades est normal, mais le temps de coagulation peut être légèrement prolongé. On constate de l'hypoglobulie plus ou moins marquée, il y a de l'anisocytose, de la poïkilocytose.

C'est Chauffard qui, le premier, a insisté sur la présence chez les ictériques hémolytiques de la microcythémie.

Fiessinger a mis en évidence, la présence d'hématies granuleuses en plus ou moins grand nombre suivant les cas.

Tout ceci montre qu'on se trouve en présence d'une maladie des globules rouges.

D'autre part, il faut souligner la fragilité globulaire très marquée. La résistance globulaire est nettement diminuée à l'hémolyse.

Normalement, le globule conserve son état normal dans une solution de chlorure de sodium à 4 gr. 5 pour 1.000, il est dissout dans l'eau pure. Chez les sujets atteints d'ictère hémolytique, il faut des solutions plus fortes de chlorure de sodium pour éviter la destruction.

Ces malades ont une grosse rate.

Notre malade présentait déjà une rate très volumineuse au moment de la guerre. La rate peut atteindre un volume considérable ; il en fut ainsi dans un cas rapporté par nous : la rate pesée après splénectomie avait un poids de 2 kgr. 700.

De même que l'anémie, l'augmentation de la rate progresse par poussées. Au moment des crises d'ictère, en même temps que devient plus intense la déglobulisation, on note l'augmentation du volume de la rate.

Fiessinger rapporte l'observation d'une petite fille qui, au moment d'une poussée évolutive présentait une rate si douloureuse et si volumineuse qu'on avait droit de craindre sa rupture.

Il y a aussi d'autres phénomènes qu'il convient d'étudier. Peu à peu, chez ces sujets, la continuelle fatigue cause l inaptitude au travail et chaque nouvelle poussée de la maladie amoindrit les patients de plus en plus à tous les points de vue.

S'il s'agit de sujets jeunes, ils deviennent des insuffisants intellectuels. Le fils de notre malade en était un exemple. Notre patient est arrivé à un état tel qu'il se sent incapable d'aucun travail, il est constamment fatigué, c'est cet état lamentable qui nous l'amena et qui le força à nous demander l'intervention chirurgicale.

Certes, dans le nombre des malades atteints d'ictère hémolytique, on peut trouver tous les degrés de la déchéance physique et morale.

On peut rencontrer d'autres complications. Notre malade a eu une de ces complications : il a présenté des crises vésiculaires douloureuses en août et septembre derniers, crises ayant bien les caractères des coliques hépatiques. Ces crises sont le résultat de la formation de calculs très particuliers dans la vésicule biliaire. Ce sont des calculs pigmentaires, formés de bilirubinate de chaux ; ils sont en rapport avec l'excrétion exagérée de la bilirubine qui se précipitant partiellement dans la vésicule y forme finalement des calculs. Ces calculs sont solubles et visibles, d'autre part, à l'examen radiologique ; ils sont radio-opaques.

A quel âge apparaît cette lithiase ? On la voit rarement chez les enfants. Elle apparaît vers les 20 ou 25 ans ou dans certains cas même plus précocement.

Quelle est sa fréquence ? Elle est très considérable. Suivant certaines statistiques, on en trouve dans 65 % des cas et suivant d'autres même dans 80 % des cas.

Que deviennent ces patients ? En cas d'évolution normale, la mort est l'accident final certain. Ils meurent à l'âge adulte, vers 40 ou 45 ans. De quoi meurent-ils ? Presque toujours de leur anémie progressive.

Comment la conçoit-on cette affection ? Nous avons vu les symptômes cliniques et

hématiques de l'ictère hémolytique, il nous reste donc à étudier la nature de cette affection bien spéciale.

La destruction globulaire est ici le phénomène essentiel. Les preuves de cette destruction sont nombreuses : l'importance de l'anémie malgré la rénovation sanguine incessante, l'évolution de l'anémie parallèle à celle de la jaunisse, la fragilité globulaire, la fréquence des calculs pigmentaires, la sidérose pigmentaire des divers tissus.

Deux questions doivent être précisées : 1° la cause des phénomènes hémolytiques et 2° le mécanisme de la destruction sanguine aboutissant à l'ictère.

Voyons la première question. On sait actuellement que la présence des hématies granuleuses et que l'existence de la fragilité globulaire ne nous permettent pas d'admettre une maladie particulière des hématies. Ces symptômes ne sont que secondaires, la destruction globulaire est le résultat de l'action d'hémolysines (libres ou fixées).

D'où viennent les hémolysines ? Etant donnée l'importance de la splénomégalie, certains auteurs conclurent que le syndrome ictère chronique par hémolyse était dû à une maladie de la rate. Chauffard, tout particulièrement a soutenu la théorie splénogène.

Pour défendre cette théorie, Gilbert et Chabrol ont cherché à prouver l'existence dans la rate des malades atteints d'ictère hémolytique, d'hémolysines ; cependant ils n'en n'ont pas décélé dans la rate enlevée dans le but thérapeutique à un malade atteint d'ictère hémolytique.

Widal, Abrami et Brulé disent par contre que dans les ictères hémolytiques, la splénomégalie est la conséquence et non la cause de l'hémolyse. La rate étant le cimetière des globules rouges altérés, son rôle s'exagère quand la destruction globulaire devient intense et continue...

Qu'ils surviennent par l'intermédiaire de la rate ou par un mécanisme direct, les phénomènes hémolytiques peuvent être liés à des causes les plus variées.

Widal, Abrami et Brulé, dès 1907, ont soutenu la pluralité d'origine des ictères hémolytiques. C'est un syndrome clinique dont l'apparition peut être provoquée par des causes variées.

Quelle que soit la cause de l'hémolyse, il convient de rechercher par quel mécanisme, elle peut entraîner l'apparition de l'ictère. On a cru pendant longtemps que l'hémoglobine étant libérée en grande quantité, les pigments biliaires sont formés en excès dans le foie. La bile de ce fait devient épaisse, elle stagne dans les voies biliaires, les obture partiellement et reflue dans le sang.

Cette théorie ramènerait donc l'ictère hémolytique à l'identité avec l'ictère par rétention.

Widal, Abrami et Brulé ont insisté sur le fait que l'ictère d'origine hémolytique était une cholémie purement pigmentaire ; on ne constate que la rétention de la bilirubine dans l'organisme.

Ceci prouve qu'au cours de l'ictère par hémolyse seuls sont formés en excès les pigments biliaires aux dépens de l'hémoglobine libérée.

Où se fait la transformation de l'hémoglobine en bilirubine ? Pour nombre d'auteurs seule la cellule hépatique serait capable d'effectuer cette transformation. D'après Widal, Abrami et Brulé la transformation de l'hémoglobine en bilirubine peut se faire dans la plupart des tissus.

Que doit-on en conclure ? Dans l'ictère hémolytique, le phénomène le plus important, c'est la destruction globulaire (dépendant de la rate ou se faisant sous l'influence d'autres causes).

L'hémoglobine libérée est transformée en bilirubine ; celle-ci produite en excès ne peut être éliminée par les voies normales, elle s'accumule dans le sang et vient teinter les téguments, passe dans les urines sous forme d'urobiline.

A l'heure actuelle, en présence d'un ictère hémolytique congénital un problème chirurgical se pose : celui de la splénectomie. Banti a, le premier, pratiqué cette intervention, convaincu de l'origine splénique de la maladie.

Les résultats de la splénectomie, dans leur ensemble, ne paraissent pas mauvais. La mortalité opératoire ne dépasse pas 4 %.

Rapidement l'ictère, les signes anémiques s'atténuent et disparaissent. L'état général devient compatible avec une vie normale. Cependant, la fragilité globulaire peut persister.

On peut toutefois se demander si la splénectomie est toujours justifiée, car, dans nombre de cas, l'ictère hémolytique reste compatible non seulement avec une survie prolongée, mais encore avec l'existence à peu près normale.

Si tous les traitements ont échoué, si les poussées de la maladie se répètent, si l'état général faiblit, c'est à ce moment que l'intervention peut être envisagée (rappelez-vous le cas de notre malade).

L'action favorable de la splénectomie peut être expliquée de façons diverses : 1° en enlevant la rate, on enlève le principal foyer de formation des hémolysines, la guérison en résulte ; 2° la splénectomie n'agit qu'en exagérant les phénomènes de réparation au niveau de la moelle osseuse ; 3° la splénectomie affecte le processus de la maturation des hématies, des cellules plus résistantes apparaissent de ce fait dans le sang.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

de l'Hypertrophie prostatique

D'après le Docteur Georges LUYS (1)

VOULEZ-VOUS DEVENIR PROSTATIQUE ? VOICI UNE BONNE RECETTE

Elle s'applique principalement aux gens âgés, entre 55 et 70 ans, que guette l'hypertrophie de la prostate dans la proportion d'un tiers, car, pour celle-ci, l'âge est une condition nécessaire, mais non suffisante.

Certes, comme le dit Brodie : « Quand les cheveux deviennent gris et rares, quand les dépôts athéromateux envahissent les tuniques artérielles, quand il se forme une zone blanchâtre autour de la cornée, — à la même époque, la prostate, d'ordinaire, s'accroît de volume ».

Mais, il faut encore certaines causes occasionnelles, en plus d'une cause déterminante, qui est *infectieuse.*

Ces causes occasionnelles, le Docteur Luys les a résumées, suivant une formule chère à Ricord, lorsqu'il donnait des conseils pour qui voudrait contracter une blennorragie.

« Si donc vous voulez devenir prostatique : Usez d'un lit moelleux, restez-y tard et longtemps et si, au matin, Priape vous rend visite, gardez-vous de l'éloigner par une miction inopportune.

« Déjeunez copieusement, et rendez vous en voiture à votre bureau.

« A midi, faites un abondant repas arrosé de vins généreux, tels qu'en produit la Bourgogne, laissez-vous aller à une bonne sieste, propice aux évocations du paradis d'Allah, puis retournez vous asseoir sans bouger jusqu'au soir, prenant bien soin de vous congestionner la tête en gardant les pieds froids.

« Le soir venu, dînez en joyeuse compagnie, composez votre menu de mets de haut goût, relevés de vins et liqueurs fortes et, après plusieurs libations à Bacchus, couchez-vous incontinent.

« Sacrifiant à Vénus, livrez-vous à de savants retards, prolongeant la cérémonie, à moins que ne préfériez même en supprimer le terme.

« Au jour le jour, usez constamment de voitures ou du chemin de fer, évitant de marcher. Faites de longues stations en auto ou de longs voyages, qui vous obligeront à réfréner les appels de votre vessie.

« Et si, après un temps plus ou moins long de cette existence luxurieuse, votre prostate, arrivée au summum de la congestion, ne vous a pas obligé de penser à elle, c'est que les dieux païens vous protègent. »

* * *

MAIS VOUS PRÉFÉREREZ CERTAINEMENT ÉVITER CE MAL, ET CONNAÎTRE DE SES CAUSES

Or, donc, sachez qu'aux environs de la soixantaine, il est des causes occasionnelles et des causes déterminantes.

La congestion prostatique compte une grande fréquence parmi les premières. Souvent, elle est amenée par une mauvaise hygiène alimentaire, par les excès de table comme par la constipation, par la vie sédentaire, et aussi par la retenue volontaire prolongée des urines.

La continence sexuelle favorisera également l'hypertrophie de la prostate. Ainsi les prêtres catholiques notamment payent un lourd tribut à cette maladie. Par contre, c'est dans la race noire et la race jaune qu'on la rencontre le moins souvent, car chez celles-ci l'activité sexuelle est considérable et prolongée.

Certains excès vénériens doivent également être incriminés, par le fait qu'ils entretiennent l'appareil sexuel en un état d'éréthisme persistant : érections longues et sans résultat, coïts incomplets, masturbation.

Enfin, il faut citer certaines affections concomitantes, telles que les rétrécissements de l'urètre, les calculs de la vessie, les prostatites chroniques, l'inflammation chronique des vésicules séminales.

Quant au facteur déterminant, la première place revient à l'infection, que celle-ci siège au niveau des vésicules séminales ou des épididymes.

Cette donnée importante résulte sur les examens, pratiqués sur plusieurs milliers de prostatiques durant une quarantaine d'année.

(1) G. LUYS. — Comment éviter de devenir prostatique. (*La Clinique*, mars 1936-A.)

Chez eux, toujours l'explorateur à boule olivaire déterminait une douleur vive au verumontanum, ce qui signifie que les vésicules séminales sont enflammées, puisque « le verumontanum est le miroir des vésicules séminales.

L'examen des testicules a constamment montré, soit parfois de l'hydrocèle, soit beaucoup plus souvent des indurations épididymaires, ce qui signifie aussi que les vésicules séminales sont enflammées, car les lésions épididymaires sont toujours consécutives aux spermatocystites.

Enfin, par le toucher rectal, il était, dans tous les cas, possible de déceler, au-dessus des lobes prostatiques hypertrophiés, la présence de vésicules séminales enflammées, souvent indurées et toujours douloureuses.

Le Docteur Luys, par des examens urétroscopiques, a d'ailleurs pu suivre, pas à pas, ce développement de l'hypertrophie de la prostate, consécutif à des spermatocystites chroniques.

Dans un *premier stade*, on constate un allongement hypertrophique antéro-postérieur de la fossette prostatique. Normalement, l'urètre postérieur ne mesure que 2 à 3 centimètres. A l'état pathologique, il peut arriver à mesurer 8 à 10 centimètres.

Le deuxième stade est caractérisé essentiellement par une surélévation du col vésical. C'est à cette période que les instruments droits, introduits dans l'urètre, viennent buter contre le col vésical qu'ils ne peuvent franchir, car ils se heurtent contre la barre prostatique, qui, à ce moment, est à son début de formation.

Le troisième stade est caractérisé par l'évolution de l'adénome prostatique dans la vessie. C'est ce qui constitue alors la prostate endovésicale.

Ainsi : par l'allongement de la fossette prostatique, puis par la surélévation du col vésical, enfin par le développement endo-vésical du col, les *spermatocystites chroniques*, d'une marche très lente, mais constamment progressive d'avant en arrière, *aboutissent fatalement à la formation de l'adénome prostatique.*

Les faits indéniables, ainsi constatés chez des malades, atteints de spermatocystite chronique non soignée, indiquent formellement que l'inflammation des vésicules séminales se trouve constamment à l'origine de l'hypertrophie de la prostate.

En obédiance avec les signes urétroscopiques cités plus haut, ils ont permis de prédire à coup sûr chez quelques-uns d'entre eux *qu'ils deviendraient prostatiques* ; le temps a heureusement permis de voir évoluer la maladie, et de constater que ces prévisions, basées sur ces données urétroscopiques, s'étaient réalisées.

L'explication

Tous les auteurs, qui se sont occupés de la *localisation primitive de l'adénome prostatique*, l'ont indiquée dans le groupe des glandes sous-urétrales, situées sous la paroi inférieure de la fossette prostatique, entre le bord postérieur du veru montanum en avant, et le col de la vessie en arrière.

Or, que trouve-t-on de spécial dans cette région glandulaire ? Tout simplement, le trajet des canaux éjaculateurs, par l'intermédiaire desquels les vésicules séminales déversent leur contenu dans l'urètre, au niveau du veru montanum. Ce contenu *trop souvent septique*, stagne longtemps dans les rigoles prostatiques de chaque côté de ce point ; puis il finit par gagner la vessie sans jamais progresser en avant, au niveau de l'urètre.

Or, ce sont *précisément toujours les glandes prostatiques*, situées en arrière du veru montanum, qui, constamment imprégnées d'un pus, issu des vésicules séminales, sont seules prises dans l'adénome prostatique, et jamais, celles qui se trouvent en avant du veru montanum.

Ajoutons à cela que, du fait de l'âge, les rapports sexuels devenant de plus en plus espacés, tandis que les fonctions testiculaires et vésiculaires continuent à s'exercer, il en résulte que la *sécrétion testiculaire et vésiculaire ne s'écoule plus régulièrement*, et que cette stagnation est encore une *cause favorisante de l'infection.*

La plus grande attention doit donc être attachée à ces deux faits : localisation primitive, et stagnation vésiculaire.

Enfin deux choses importantes sont à signaler.

Tout d'abord l'*extrême fréquence, chez les prostatiques, des épididymites* qui sont toujours, comme on le sait, la conséquence de spermatocystites préexistantes ; et c'est justement en raison de l'extrême fréquence de cette complication, que tous les chirurgiens qui font des forages de la prostate ou des prostatectomies sectionnent les canaux déférents, avant leur opération, pour éviter cette complication.

Ensuite l'extraordinaire fréquence des *spermatocystites chroniques*, toujours *trop ignorées*, parce qu'elles ne sont pas systématiquement recherchées. La durée des inflammations chroniques des vésicules séminales est indéfinie, car leur symptomatologie toujours vague, n'attire pas particulièrement l'attention.

En examinant de plus près les choses, et en regardant sous la lumière de l'urétroscope l'état de ces fossettes prostatiques enflammées au cours de ces spermatocystites chroniques, on y découvre une muqueuse boursouflée, rouge, suintante, saignant au moindre contact. Or cette inflammation de la muqueuse de l'urètre prostatique est déterminée par la goutte de pus, qui, déversée des vésicules séminales par les canaux éjaculateurs, vient exercer son action nocive pendant des mois et des années sur elle et sur les glandes prostatiques, situées au-dessous d'elle dans a fossette prostatique.

Cette même goutte de pus détermine ainsi une inflammation chronique de l'épithélium des canaux excréteurs *des acini prostatiques.* Les canaux excréteurs subissent ensuite une prolifération conjonctive qui termine leur oblitération, de telle manière que les glandes prostatiques ne peuvent plus évacuer leur contenu. Les culs-de-sac glandulaires se dilatent alors secondairement, et l'aboutissant de ce processus pathologique est la production de l'adénome prostatique.

D'ailleurs, l'existence de ces spermatocystites *constantes, chez tous les prostatiques*, se manifeste bien souvent par la persistance du trouble des urines après la prostatectomie ou après le forage de la prostate ; ce trouble des urines, qui est tout à fait indépendant d'une lésion rénale, trouve son origine dans les vésicules séminales.

En résumé, l'infection chronique de ces vésicules donne naissance à un virus septique, certes d'un pouvoir infectant atténué et incapable de produire des abcès de la prostate, mais suffisant pour déterminer le développement de l'adénome prostatique par une irritation incessante, chronique et indéfinie.

Mais, où rechercher l'origine de cette *infection* des vésicules séminales, si importante au point de vue étiologique), qui nous intéresse !

Il faut signaler d'abord le *gonocoque* qui, dans près de la moitié des cas, atteint les vésicules séminales pendant les premières semaines de la blennorragie, et qui y reste cantonné pendant des temps illimités si on ne l'en fait pas sortir.

Cependant, d'autres microbes entretiennent aussi les spermatocystites : c'est le *bactérium-coli*, seul, ou associé avec l'entérocoque et le staphylocoque, le pseudo-diphtérique, le pneumocoque, le streptocoque.

On comprend tout de suite pourquoi si un grand nombre d'hypertrophies de la prostate sont observées chez des anciens blennorragiques, ayant subi une ou plusieurs infections gonococciques ; il faut surtout savoir — et ceci n'est pas assez connu, — qu'il existe un nombre extrêmement considérable de spermatocystites non gonococciques, au cours desquelles on trouve le liquide vésiculaire infecté par d'autres microbes, qui contaminent la vésicule séminale, suivant un mode de propagation que nous avons décrit.

***

Pour conclure, en fait de thérapeutique et de prophylaxie

« Puisque ce sont les spermatocystites chroniques qui engendrent l'hypertrophie de la prostate, c'est contre ces inflammations vésiculaires que doit être dirigée l'action thérapeutique.

« *Eviter soigneusement d'être atteint de spermatocystites chroniques et les diagnostiquer le plus hâtivement possible, les soigner attentivement et complètement aussitôt qu'elles sont décelées*, telles sont les précautions indispensables pour éviter de devenir prostatique.

« Pour se mettre à l'abri de l'hypertrophie de la prostate, il ne suffit pas d'être vierge de toute blennorragie antérieure, mais il faut aussi avoir un bon intestin ; car c'est de la défaillance de cet organe, dont la muqueuse laissera passer les microbes ordinaires, qu'il contient, dans l'appareil circulatoire et dans les reins, que découlera l'infection chronique des vésicules séminales, non gonococcique, mais au moins aussi grave dans ses conséquences que la gonococcie.

« Si, enfin, la spermatocystite existe, il faudra de toute nécessité en poursuivre la guérison jusqu'à la disparition de tout symptôme vésiculaire. C'est ainsi que doivent être employés pendant longtemps les massages des vésicules séminales combinés avec des dilatations urétrales, et quand cette thérapeutique patiemment continuée est cependant insuffisante, il conviendra, sans différer, de pratiquer systématiquement le lavage des vésicules séminales, tel que l'a établi le Dr Luys (1). »

G. Fischer.

(1) Voir à ce sujet Georges Luys. *Traité des Maladies des Vésicules séminales.* Doin, éditeur, Paris.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement radiothérapique des arthrites gonococciques aiguës

D'une étude de MM. les Docteurs L. JAME et MAUVAIS, il résulte que la radiothérapie constitue dans la plupart des cas le traitement de choix des arthrites gonococciques aiguës. En effet :

Elle est absolument inoffensive et permet l'application concomitante de toute autre médication. La douleur, fait remarquable et majeur, disparaît presque immédiatement sous l'action des rayons X, ce qui permet de mobiliser précocement l'articulation malade et d'améliorer d'une façon considérable le pronostic fonctionnel de l'arthrite gonococcique. La guérison fonctionnelle et anatomique paraît être obtenue non seulement plus rapidement, mais d'une façon plus constante qu'à l'aide des méthodes médicales ou chirurgicales. La radiothérapie permet de traiter simultanément plusieurs articulations et peut être appliquée aux localisations inaccessibles au chirurgien. (*La Science Médicale Pratique*, 1er mars 1936.)

Les septicémies à bacille de Pfeiffer

MM. A. LEMIERRE, A. MEYER et R. LAPLANE ont repris l'histoire de ces septicémies plutôt rares, mais dans lesquelles le début pharyngo-laryngé et les déterminations secondaires, surtout localisées sur les poumons et les articulations, réalisent un ensemble clinique assez univoque.

Leur agent, le bacille de Pfeiffer, a donné lieu à des études bactériologiques très curieuses sur lesquelles les auteurs n'insistent pas. Par contre, il est légitime d'essayer d'assigner à ce germe la place nosologique qui lui appartient.

On peut affirmer maintenant qu'il n'est pas le germe responsable de l'influenza. C'est un saprophyte banal des voies respiratoires supérieures, comme l'ont établi de nombreux et solides travaux. A l'occasion d'une broncho-pneumonie d'origine grippale ou consécutive à toute autre affection (coqueluche, rougeole, etc.), il peut jouer le rôle d'agent d'infection secondaire et même créer un état septicémique. D'autre fois, et ces circonstances sont les plus intéressantes, c'est une angine, une infection laryngo-pharyngée, qui lui sert de porte d'entrée. Il se rapproche en cela d'autres saprophytes habituellement inoffensifs des muqueuses, qui peuvent déterminer de redoutables infections, tels que les streptocoques aérobies ou anaérobies, le staphylocoque, le pneumocoque et le bacillus funduliformis. (*Annales de Méde-Médecine*, février 1936.)

Résultats éloignés de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

De l'exposé fait par le Docteur RAUTUREAU il ressort que la phrénicectomie ne mérite ni le crédit exagéré qu'on lui a accordé et que certains lui concèdent encore, ni le dénigrement qu'elle a subi récemment.

Une appréciation impartiale de ses résultats éloignés autorise à dire qu'elle a une valeur manifeste comme méthode autonome de traitement. Elle ne sera pratiquée qu'après échec ou insuffisance du pneumothorax — une dérogation à ce principe ne peut être envisagée qu'exceptionnellement — mais son emploi ne devra pas être systématique. Il est des cas où son insuccès peut être prévu et où elle est par conséquent contre-indiquée. Dans d'autres, où son action est trop douteuse, il est préférable d'avoir recours à une intervention plus certainement utile si les conditions en sont bonnes. Le temps n'est plus, en effet, où la phrénicectomie devait obligatoirement être réalisée avant toute thoracoplastie.

Enfin, dans les cas où la phrénicectomie paraît devoir rendre service, on agira différemment suivant le siège des lésions. Pour celles de la base et de la partie moyenne, elle sera faite sans alcoolisation préalable. Pour celles du tiers supérieur, on pratiquera d'abord une alcoolisation comme moyen d'épreuve en raison des effets toujours aléatoires de la paralysie diaphragmatique, ainsi que des inconvénients et des dangers qu'elle a ici si elle ne devient pas efficace. Ce procédé, bien qu'imparfait, est en général suffisant pour juger s'il y a intérêt ou non à rendre l'immobilisation diaphragmatique définitive par une exérèse secondaire.

Mais il faut se rappeler que des indications judicieusement posées ne permettent pas de tirer tout le profit possible de la méthode si elle ne sont appuyées par une cure hygiéno-diététique stricte et d'importante durée. Aucun des procédés collapsothérapiques ne saurait s'en passer et particulièrement la phrénicectomie car, quoi qu'on fasse, la guérison de la tuberculose pulmonaire exige une longue patience. (*Bull. et Mémoires de la Société Méd. de Passy, Haute-Savoie*, janvier 1936.)

Le diagnostic précoce de l'insuffisance surrénale.

Les progrès de la thérapeutique montrent que, malgré l'efficacité évidente de l'opothérapie surrénale et les autres moyens dont on dispose pour la compléter, la maladie d'Addison est une phase terminale irrémédiable du procès, et que les probabilités du succès ne seront plus grandes que lorsqu'on pourra appliquer les traitements avant cette phase terminale.

Le Professeur MARANON pense donc qu'il faut essayer de diagnostiquer l'insuffisance surrénale pendant la phase pré-addisonienne, c'est-à-dire avant que ne se présente le cadre complet de la maladie d'Addison, qui correspond à la phase finale et irrémédiable de la dite maladie. On doit également essayer de diagnostiquer les états d'insuffisance surrénale légère qui existent certainement et qui sont probablement très fréquents, mais qui ne se manifestent pas par le syndrome addisonien complet.

Au point de vue du diagnostic de ces phases initiales et de ces formes légères de l'insuffisance surrénale, l'étude soignée des symptômes cliniques et de certaines preuves analytiques et fonctionnelles ont une grande valeur.

Parmi les données cliniques, les plus importantes sont les suivantes : constitution hypoplasico-asthénique ou asthénique, variété atonique ; analyse de la pigmentation initiale ; ensemble des autres symptômes. Les auteurs appellent tout particulièrement l'attention sur la tendance à maigrir, le hoquet, les crises abdominales ayant une apparence inflammatoire ou toxique et l'hypothermie. L'antécédent tuberculeux (urogénital ou squelettique) est aussi très important. Parmi les données analytiques, les plus importantes sont celles qui indiquent la perturbation du métabolisme hydrocarboné de type « antidiabétique » et surtout l'hypersensibilité à l'insuline.

Dans un assez grand nombre de cas, ces données permettent de soupçonner, avec fondement, une insuffisance surrénale non-addisonienne et de soumettre à un traitement efficace des malades pour lesquels, d'autre façon, un faux diagnostic aurait été établi et qui auraient été mal soignés. (*Bruxelles-Médical*, 15 mars 1936.)

Traitement physiothérapique des spasmes vasculaires

D'un exposé anatomo-physiologique, MM. J. SURMONT et P. LE GÔ retiennent les notions suivantes pour servir de base à une action thérapeutique :

1° Le système circulatoire de chaque organe jouit d'une autonomie relative.

2° Les systèmes nerveux vaso-moteurs artériels, artériolaires, veineux et lymphatiques sont indépendants, bien qu'harmonieusement associés à l'état normal. A l'état pathologique cette harmonie est rompue, le trouble par excès ou défaut pouvant porter soit sur tel ou tel segment vasculaire, soit sur l'ensemble.

3° Un grand nombre de causes pathogènes peuvent déséquilibrer le système circulatoire en attaquant isolément ou simultanément les différents facteurs de régulation vasculaire.

Par suite, la thérapeutique devra combattre les phénomènes perturbateurs soit au niveau des centres nerveux sympathiques cérébro-spinaux, ou des centres sympathiques à distance, ou des nerfs, soit au niveau des diverses glandes endocrines intéressées, soit enfin localement au niveau des tissus et des vaisseaux eux-mêmes.

Quels moyens nous offre la physiothérapie pour atteindre des buts si multiples ?

L'expérience a montré l'intérêt d'utiliser isolément ou souvent associés : soit la radiothérapie sympathique, soit les ondes courtes, soit les rayons infra-rouges, soit la galvanisation ou les courants exponentiels avec ionisation de calcium ou d'histamine.

Accessoirement la diathermie glandulaire, les rayons ultra-violets et les bains de lumière, en particulier le bain oscillant de Surmont peuvent apporter une aide non négligeable aux traitements physiques fondamentaux.

Il est à remarquer toutefois que l'action puissante et diverse des différentes formes de la physiothérapie sur les spasmes vasculaires exige un examen minutieux du malade afin que soient déterminées la nature et les caractéristiques des courants les mieux adaptés au cas envisagé et pour ne pas traiter inutilement des malades qui ne sont pas justiciables de ces méthodes.

Les auteurs insistent tout particulièrement sur l'importance de la pratique habituelle de techniques délicates telles que celles utilisées en radiothérapie, ondes courtes, ou courants exponentiels une erreur de dosage pouvant aboutir à une exagération du spasme. (*Le Journal Médical Français*, février 1936.)

La thérapeutique des maladies d'intolérance

Après avoir défini le terme « intolérance » et énuméré les réactogènes les plus connus, le Docteur L. CAILLON passe en revue les différentes affections reconnues comme syndromes d'intolérance. Il décrit ensuite dans le détail les méthodes en usage pour leur traitement. Sa longue pratique personnelle le conduit à conclure que seule une thérapeutique polyvalente donne des résultats constants. Il préconise l'autohémothérapie (avec le sang total) à laquelle il joint une médication interne dont l'originalité est d'associer à l'hyposulfite de magnésium l'extrait de foie de veau frais. (*Gazette des Hôpitaux*, 1er avril 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le cancer dans la race noire

(M. Pierre DELBET ; 24-3-1936)

Le cancer est très rare chez les noirs vivant en Afrique à l'état sauvage. M. Pierre Delbet a fait, en 1932, une petite enquête sur ce sujet dans le Sud du Soudan français. Il a interrogé les médecins de colonisation dont les consultations sont très suivies, car les nègres ont grande confiance dans les médecins. Dès qu'on ouvre un poste, ils y affluent. Sur un total de 150.000 malades vus en dix ans par cinq chefs de postes, deux tumeurs malignes seulement furent observées.

A quoi tient cette grande rareté du cancer chez les noirs d'Afrique ? A une résistance naturelle de race ? Nullement, car chez les noirs d'Amérique, qui ont adopté les manières de vivre des blancs, le cancer est devenu fréquent.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'avis que l'augmentation de fréquence du cancer est liée à la civilisation et nombre d'entre eux incriminent l'alcoolisme, associé ou non à la syphilis, et l'alimentation : régime carné pour les uns ; pain blanc et sel raffiné pour M. Pierre Delbet, qui voit là encore le rôle d'une déficience en magnésium.

Les noirs du Soudan et de la Côte d'Ivoire sont plus végétariens que carnivores. Ils chassent peu et n'ont pas de bétail. Leur nourriture a pour base le mil, le sorgho. Ce sont les femmes qui l'écrasent, dans un cône creux de bois. Le martèlement cadencé des pileuses de mil est le spectacle qui frappe le plus quand on arrive dans un village nègre. Le sorgho soudanais est assez riche en magnésie et il est absorbé sans blutage. Ayant été invité à partager le dîner d'un chef nègre, M. Delbet constata qu'il comportait aussi l'usage abondant d'un piment, très riche, à l'analyse, en magnésie.

Il conclut que les principaux aliments des noirs vivant en Afrique à l'état sauvage sont extrêmement riches en magnésium. Il estime que c'est là un des éléments les plus importants pouvant expliquer la rareté du cancer parmi ces peuplades.

L'atropine à doses progressives et fortes dans le traitement des troubles post-encéphalitiques

(M. G. MARINESCO et FAÇON. — Présentation par M. SOUQUES ; 24-3-1936)

Bremer et Rœmer ont montré que les fortes doses d'atropine étaient d'une part bien supportées par la plupart des post-encéphalitiques et, d'autre part donnaient chez eux une atténuation appréciable des symptômes. Leur méthode consiste dans l'emploi du sulfate d'atropine en solution à 0 gr. 50 pour 100, dont une goutte correspond à un quart de milligramme d'atropine. On commence par administrer trois fois par jour une goutte, puis on augmente chaque jour de deux gouttes (une seule goutte chez les sujets âgés ou affaiblis). La sécheresse de la gorge n'est pas une contre-indication à l'augmentation des doses ; elle cède bientôt. Si l'on voit survenir d'autres troubles (vertiges, palpitations, troubles gastriques), on se maintient quelques jours à la dose atteinte.

On augmente ainsi jusqu'à amélioration des symptômes. On reste à ces doses pendant quelque temps puis on diminue de un quart de milligramme deux fois par jour jusqu'à ce qu'on aperçoive un signe de rechute. La dose optima se trouve alors située un peu plus haut.

Rœmer est arrivé à administrer de cette manière jusqu'à CL et CC gouttes par jour.

MM. Marinesco et Façon, chez leurs malades, ont eu recours, avec des résultats favorables, à des doses plus petites et ils n'ont pas dépassé C gouttes. Ils ont pu diminuer ensuite la dose d'entretien (XXX à L gouttes souvent) sans réduire l'efficacité du remède.

En conclusion, ils maintiennent leurs premières affirmations sur l'efficacité souvent remarquable du traitement atropinique à doses progressives et fortes chez les post-encéphalitiques (parkinsonisme, crises oculogyres, etc.), sur son innocuité et sa supériorité par rapport aux autres traitements. C'est seulement dans les cas — assez rares — d'intolérance pour les hautes doses d'atropine qu'on devrait recourir, selon eux, aux autres thérapeutiques, chez ces malades.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus du grêle guéri par médication antichoc.

(MM. PADOVINI et CATTAU ; M. LAFARGUE ; M. André DUFOUR. — Rapport de M. R. GRÉGOIRE ; 22-1-1936.)

M. Grégoire rapporte plusieurs observations, dues à MM. Padovini et Cattau, Pierre Lafargue, André Dufour, d'infarctus intestinal guéri par injection d'adrénaline.

Ces observations rentrent dans la catégorie des faits signalés par M. Raymond Grégoire, à savoir d'infarctus de l'intestin rattachés par lui à un choc anaphylactique et guérissant par la médication

anti-choc. L'injection d'adrénaline est une des modalités de cette médication, mais d'autres modalités sont applicables ici. L'anesthésie générale produit le même résultat ; on sait qu'il est à peu près impossible de déterminer expérimentalement un choc anaphylactique sur un animal endormi. Toute médication anti-choc et hypertensive peut, aussi bien que l'adrénaline, être utilisée.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Deux nouveaux cas de calcification du péricarde.

(M. G. DESHUQUOIS. Prés. par M. Bariéty ; 17-1-36.)

Les calcifications péricardiques, chez ces deux malades, ne se révélaient par aucun symptôme clinique. Le premier appelait sans doute l'attention sur l'appareil cardio-vasculaire, mais il s'agissait d'un symptôme banal, de palpitations, et l'examen clinique ne révélait chez lui aucune anomalie cardiaque ; pas plus que chez le deuxième malade. On n'a pas constaté la vibrance péricardique protodiastolique décrite par M. Lian. Chez ces deux malades, la constatation de calcifications péricardiques a été une découverte au cours de l'examen *radiologique. Aucun signe radiologique* de symphyse du péricarde. La pointe était bien mobile ; il n'y avait pas de profil croisé. La cuirasse péricardique suivait parfaitement les battements du cœur qui n'étaient pas modifiés. L'électro cardiogramme pratiqué dans un cas n'a révélé aucune anomalie. La localisation des calcifications avait obéi à la règle habituelle, qui est la prédominance dans la région ventriculaire droite. Chez un malade le dépôt calcaire avait abouti à une véritable coque continue, qui entourait le cœur ; c'est là un aspect fréquent.

L'auteur signale l'absence complète de toute étiologie ; ni la maladie de Bouillaud ni la tuberculose n'ont été retrouvées dans les antécédents. On sait d'ailleurs que l'étiologie des calcifications péricardiques demeure souvent encore mystérieuse.

A propos du traitement de la maladie d'Addison par l' extrait cortico-surrénal.

(MM. E. SERGENT, Cl. LAUNAY et RACINE ; 17/1/36.)

Il s'est agi d'une maladie d'Addison à symptomatologie fruste ayant duré un an et demi, due à une lésion tuberculeuse classique des surrénales, ayant résisté à un traitement cortico-surrénal. A ce propos, il est curieux de constater qu'une lésion complète des surrénales a donné lieu à un syndrome clinique si fruste, que la mélanodermie, l'hypotension artérielle, l'asthénie elle-même étaient très atténuées. Le seul témoin constant de l'aggravation était l'amaigrissement graduel. Quant à l'inefficacité sur une maladie d'Addison authentique d'un extrait cortico-surrénal, dont l'efficacité s'était montrée manifeste dans d'autres cas, on ne peut invoquer ni un traitement insuffisant ni l'extrait lui-même. La réaction individuelle vis-à-vis de l'extrait cortico-surrénal est donc extrêmement variable. Le malade appartenait à la catégorie des addisoniens, auxquels aucune dose de cet extrait n'apporte de soulagement. Malheureusement à l'époque on n'a pas étudié son métabolisme chloré, qui aurait peut-être permis comme dans certaines publications récentes, de le faire bénéficier de la thérapeutique par le sel.

A propos d'un cas de scorbut parisien.

(MM. Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et Ch. RENDU. 24-1-1936.)

Les auteurs ont observé un cas de scorbut dont le diagnostic ne faisait aucun doute. Son origine semblait remonter à une carence en aliments frais, c'est-à-dire à un manque de vitamines C, ou acide ascorbique. Le malade, isolé dans la vie, s'était mis à un régime exclusif de conserves et d'aliments très cuits. C'était de plus un prédisposé qui avait eu deux poussées antérieures de purpura en un an. Mais ce purpura ne s'était jamais accompagné de lésion gingivale et il était apparu au cours de l'évolution d'une adénite cervicale ; celle-ci opérée fut reconnue d'origine tuberculeuse par l'examen histologique.

L'évolution de ce scorbut fut favorable ; sous la seule influence du repos et de l'alimentation de l'hôpital (non renforcée par des citrons ou des oranges) tous les signes disparurent en quelques jours, en même temps que s'opéra une transformation rapide de l'état général. Au bout de dix-huit jours, le scorbutique sortait, ayant engraissé de plus de 4 kilogrammes et en parfaite santé.

La facilité d'apparition et de disparition du scorbut dans ce cas incite aussi à la prudence dans l'appréciation de l'action curatrice de l'acide ascorbique. La valeur de cet agent vis-à-vis du scorbut ne peut être établie que si le malade est maintenu à un régime tout à fait analogue à celui qui a été l'occasion d'apparition du scorbut, c'est-à-dire à un régime rigoureusement carencé.

M. MILIAN. — Le scorbut, même grave, guérit avec la plus grande facilité et très rapidement. J'ai eu pendant la guerre, l'occasion de soigner d'assez nombreux prisonniers allemands atteints de scorbut. Nous les avons mis au régime lacté pur, car nous avions plus facilement du lait que des vivres, et en six à sept jours, purpura, vastes ecchymoses, gonflement gingival, etc., disparaissaient en totalité.

G. F.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

A propos des vingt et un jours de cure thermale en gynécologie.

(M. Et. DAVID ; 17-2-1936.)

L'auteur s'élève contre la pratique qui a mis à la mode les trois septénaires pour fixer la durée d'une cure thermale. Une indication thermale aussi courte est peut-être admissible dans les cures de boisson pour des raisons de fatigues digestive et rénale ; elle ne saurait se généraliser aux stations qui n'agissent que par applications externes : bains, douches, irrigation.

D'ailleurs les gynécologues peuvent bien se demander si, dans la pratique courante, il existe un moyen thérapeutique quelconque qui puisse guérir en un si court délai : capable de décongestionner un utérus, de résorber une pelvi-cellulite, de résoudre une salpingite.

Et cependant c'est bien trois semaines qu'admettent pour régler le séjour thermal d'une malade les familles comme les diverses administrations.

Or, de nombreuses raisons médicales viennent militer contre les vingt et un jours. La malade qui fait le calcul, aboutissant à régler sa cure entre deux périodes menstruelles, est souvent obligée de partir avant même la fin de ses règles, si elles durent six à sept jours. Ce voyage prématuré risque de lui être préjudiciable en les aggravant et en les prolongeant. Comment ne pas admettre que la trépidation du voyage rende cette période plus délicate, puisque même pendant la cure on prend la sage précaution d'interrompre à ce moment tout traitement, afin de ne pas troubler les fonctions. Ne sait-on pas aussi que le traitement thermal trouble fréquemment le rythme des règles pour faire avancer la date escomptée ; au cas d'un congé administratif fixé d'avance il en résultera donc un raccourcissement du susdit traitement à dix-huit ou dix-neuf jours, ou un voyage de retour, parfois long, au cours de ce moment critique.

Dans la pratique, il faut en gynécologie quatre ou cinq jours, au moins, pour l'adaptation des doses utiles de thérapeutique thermale ; il ne peut alors rester que quinze jours de traitement ; or, si le rythme des règles est troublé, on devra encore en défalquer deux ou trois jours de plus. Faut-il aussi noter qu'avec les eaux chlorurées sodiques fortes, comme celles de Salies-de-Béarn, ce n'est que vers le treizième jour que survient la réaction thermale locale que l'on recherche, et qu'après cette période seulement on pourra espérer la sédation et la régression. C'est dire qu'il restera donc à peine une semaine utile au rétablissement physiologique normal, ce qui est notoirement insuffisant pour les affections utéro-pelviennes. Que peut-on espérer en un tel délai ?

Il faut de toute évidence prolonger cette période fatidique de vingt et un jours ; les anciens cliniciens de Salies-de-Béarn ont d'ailleurs été les premiers à démontrer que l'efficacité du traitement chloruré-sodique fort exigeait, dans les débuts de fibromatoses utérines, 30 à 35 bains.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 13 février 1936

De quelques erreurs alimentaires ou thérapeutiques habituelles chez les malades de l'intestin.

M. CARLI a observé à l'Hôpital militaire thermal de Châtelguyon un certain nombre de malades atteints d'entéro-colite victimes d'erreurs ou de restrictions alimentaires, de régimes avitaminés ou dont l'état a été aggravé par une mauvaise interprétation des prescriptions thérapeutiques.

Un cas d'érythrodermie consécutive à une vaccination associée.

G. ANDRIEU étudie un cas d'érythrodermie postvaccinale, consécutive à une injection de vaccin associé antitypho-paratyphoïdique-antidiphtérique et souligne l'extrême rareté d'accidents similaires. Après discussion des diverses pathogénies possibles, il interprète cette érythrodermie comme un accident d'intolérance.

Péricardite rhumatismale à début angineux

MM. G. ANDRIEU, A. *TOURNAIRE* et J. *PASSA* rapportent l'observation d'un sujet de 21 ans qui, après une angine pultacée banale, présenta au douzième jour de la maladie et pendant plusieurs heures une douleur précordiale angoissante du type de l'angine de poitrine. Ce n'est que trois jours plus tard que l'on put mettre en évidence un frottement péricardique dont l'étiologie rhumatismale fut révélée le lendemain quand apparurent les douleurs articulaires.

Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle

MM. L. JAME et MAUVAIS rapportent les excellents résultats qu'ils ont obtenus grâce à ce traitement rapide, commode, efficace et parfaitement toléré.

A propos d'un traumatisme du coude

M. CHAPPOUX présente l'observation d'un soldat qui, après une luxation spontanément réduite du coude, consécutive à une chute sur la paume de la main, rompit, la peau restant intacte, toutes les parties molles de la région antéro-interne du coude. L'examen radiographique ayant éliminé toute lésion osseuse, une intervention permit de suturer la synoviale, la capsule, les muscles épitrochléens et la ligature de la veine basilique rompue et thrombosée. Le résultat fonctionnel fut excellent. L'auteur discute la conduite à tenir dans les cas limites.

Le paludisme, élément de diagnostic différentiel des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite.

M. Fonteix relate une observation recueillie en Corse, d'un cas de paludisme simulant à tel point l'appendicite aiguë que l'indication opératoire a pu être posée fermement. Seul, l'examen extemporané du sang et l'épreuve thérapeutique ont pu écarter au dernier moment l'intervention.

Furoncles traités par rœntgenthérapie

M. Baudet rapporte les excellents résultats obtenus *dans trois cas de furoncles de la lèvre supérieure traités par la rœntgenthérapie* qui constitue la seule arme thérapeutique vraiment efficace.

Sur le rhumatisme articulaire aigu

MM. Bizaq et Valatz en étudient l'épidémiologie et constatent le parallélisme qui existe entre la morbidité des angines et rhino-pharyngites et celle du rhumatisme articulaire aigu et en soulignent l'importance en milieu militaire.

Puissance du courant sanguin et régime circulatoire aigu

La formule relativement simple que proposent *MM. Henri et Ferry leur permet de calculer approximativement*, chez un sujet normal *l'indice de puissance* du courant sanguin dans un segment artériel déterminé. Elle leur semble, par là même, susceptible de refléter assez exactement les variations plus ou moins importantes subies par le régime circulatoire dans le territoire considéré.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Séance du mardi 11 février 1936

Dysménorrhée membraneuse, endométrite déciduale et persistance d'un kyste du corps jaune (présentation de coupe et de pièce).

M. Callens et Mlle Sénellart. — Parmi les hémorragies génitales de la femme, il en est qui sont dues à une persistance du corps jaune ; le diagnostic peut être fait par l'examen de la muqueuse utérine, comme le prouve l'observation suivante :

Femme de 28 ans, habituellement bien réglée. Des ménorragies font craindre un avortement et nécessitent un curettage ; on ramène des membranes épaisses et blanchâtres, qui peuvent faire penser à un épithélioma ; un examen plus approfondi montre qu'il s'agit d'une métrite déciduiforme. On trouve, à l'intervention, un kyste du corps jaune, gros comme une mandarine. Extirpation ; suites normales, régularisation de la menstruation.

Le début clinique des ulcères gastro-duodénaux

M. Danès distingue trois modalités : début par complication dramatique (hémorragie, perforation), début masqué par une gastropathie antérieure, début aigu par une période douloureuse, avec signes radiologiques positifs d'emblée.

Observations démonstratives à l'appui, qui permettent d'infirmer l'ancienne théorie de la période pré-ulcéreuse.

Réflexions sur la pneumonie muette

M. Bernard. — A propos de trois observations de pneumonie silencieuse chez l'enfant, l'auteur passe en revue les différentes hypothèses émises pour expliquer ce fait. Se basant sur des recherches expérimentales et cliniques, il attribue le silence respiratoire à l'obstruction des bronches par l'exsudat fibrineux.

Hémoptysies dans l'hypertension

MM. Bernard et Coustenoble. — A propos de cinq cas, les auteurs abordent le problème étiologique et pathogénique soulevé par de tels faits.

Chez leurs malades, l'hémoptysie serait due à l'hypertension générale, sans qu'intervienne une hypertension paroxystique pulmonaire isolée. La localisation pulmonaire serait provoquée soit par une sclérose, soit par des troubles vaso-moteurs.

Leucémies aiguës et subaiguës post-éruptives

M. Wallois. — Après certaines fièvres éruptives, en particulier la varicelle et la rougeole, et dans un délai de deux à trois mois, l'auteur a observé des accidents nerveux, cutanés, pulmonaires, intestinaux, ganglionnaires, chez certains enfants prédisposés, — acétonémiques, insuffisants hépatiques, adénoïdiens. Ces accidents ont un cachet particulier suivant la localisation, mais ils se ressemblent tous par les signes généraux : agitation, insomnie, anorexie, amaigrissement rapide, anémie, sueurs profuses. L'évolution, dans certains cas, dure de deux à six mois ; la médication hématopoïétique amène, en général, une résolution plus rapide. Dans les formes sévères, le trouble de l'hématopoïèse est évident ; dans les cas légers, on note seulement une proportion anormale d'éléments jeunes : myélocytes et myéloblastes.

L'auteur incrimine une atteinte post-éruptive des organes hématopoïétiques.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Administration des « FICHES MÉDICALES »
15, boulevard Baudouin, à Bruxelles

Les fiches de pratique médicale, publication fondée par le Docteur DESFOUR, de Montpellier.

Fiches de 2, 4, 8 ou 12 pages traitant chacune d'un sujet de pratique courante. Fiches 1935 (un millier environ), rédigées par des professeurs de Paris, province, etc... Ces fiches sont tenues à jour et remplacées lorsqu'une mise au point nouvelle apparaît utile.

Direction scientifique : 17, rue École-de-Droit, Montpellier. Administration : 15, boulevard Baudouin, Bruxelles.

VIGOT frères, éditeurs
23, rue de l'École-de-Médecine

C. CAILLOL-BORGEAUD. — **La situation juridique de l'infirmière.** Un vol, 320 pages, 1936. Prix : 35 fr.

René PORAK. — **La diurèse.** LE RYTHME DES ÉLIMINATIONS CHIMIQUES PAR L'URINE ET SES CORRÉLATIONS AVEC D'AUTRES RYTHMES FONCTIONNELS. Un vol, 80 pages, 18 fig., 1936. Prix : 8 fr.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs
19, rue Hautefeuille, Paris (VIe)

Docteur A. ROLLIER (de Leysin), membre correspondant de l'Académie de médecine. — **La Cure de soleil.** Un vol. 212 pages avec 185 figures, 65 francs.

Le grand mérite de Rollier, dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, est d'avoir remplacé l'insolation locale que pratiquaient exclusivement ses prédécesseurs par l'*insolation de toute* l'enveloppe tégumentaire et d'avoir associé à l'héliothérapie le climat d'altitude agissant sur l'état général des malades.

Dans son nouveau livre, Rollier décrit la posologie et la technique des bains de soleil. A chacune des localisations de la tuberculose ostéo-articulaire correspond une orthopédie spéciale, minutieusement étudiée et exposée. Les interventions sanglantes en sont, en principe, exclues, comme y sont proscrits les grands appareils plâtrés occlusifs ; ils sont remplacés par des dispositifs de contention et d'extension d'une extrême simplicité, qui rendent accessible au soleil et à l'air la région malade sans jamais entraver la réfection de la musculature.

Les résultats sont remarquables comme en témoignent les 185 figures et les 23 planches qui illustrent l'ouvrage.

Il faut aussi mettre en relief le chapitre le plus neuf du livre, celui sur la cure de travail. Cet adjuvant à la cure de soleil tend à rendre au malade l'équilibre moral non moins troublé que l'équilibre physique par la maladie. Chez les tuberculeux chirurgicaux indigents, la cure de travail, à l'aide d'une réadaptation professionnelle, cherche à résoudre le problème de leur retour, après guérison, dans la Société. Elle a pour expression concrète la clinique-manufacture internationale de 120 lits, dont la construction fut terminée en 1930.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS,
120, boulevard Saint-Germain.

H. REBOUL. — ***L'artériographie des membres et de l'aorte abdominale.*** Préface de Ch. Laubry. 1 vol. de 137 pages avec 82 fig. : 40 fr.

Le Docteur Reboul rappelle d'abord les premières recherches sur le lipiodo-diagnostic artériel. Il étudie ensuite les substances de contraste auxquelles on peut avoir recours pour cette méthode et discute la valeur des principales d'entre elles. Puis il envisage les facteurs mécaniques des injections intra-artérielles. Après avoir insisté sur la technique à employer et les précautions à prendre, il considère que l'injection intra-artérielle de substance de contraste est inoffensive pour les parois artérielles.

Important lui paraît le rôle des réactions vaso-motrices et individuelles, aussi rejette-t-il formellement l'artériographie « chez tous les sujets atteints de troubles de la vaso-motricité décelables par la clinique ou l'intra-dermo-réaction à l'adrénaline ».

Après avoir rapporté les incidents et accidents qu'il a personnellement observés à l'occasion de plusieurs centaines d'injections pratiquées, le Docteur Reboul expose les résultats de cette méthode dans les cas où elle paraît indiquée (artères normales, artérite, anévrismes, tumeurs malignes...) et les déductions thérapeutiques basées sur elle.

Bien que les indications de l'artériographie se soient considérablement élargies et aient procuré des acquisitions nouvelles, il s'en faut, conclut l'auteur, qu'il s'agisse encore là d'une méthode parfaite. En raison des services qu'elle rend, l'artériographie est d'un grand intérêt, mais la connaissance indispensable de ses inconvénients actuels et de ses échecs, et leur étude, en constituent le facteur d'amélioration le plus important.

Les Thèses

— Dr Suzanne Veyres-Meynier. — **Contribution à l'étude de la sialorrhée au cours des divers syndromes mentaux.** (Thèse, 1935.)

Recherchant les sialorrhéiques dans de nombreux services d'aliénés, l'auteur a pu constater que leur nombre était restreint : environ un cas pour 150 aliénés (6,6 pour 1.000).

Dans les syndromes mentaux, précédés ou accompagnés d'hypersécrétion salivaire, il semble que la sialorrhée relève d'une atteinte névraxique siégeant : *a*) au lobe frontal. C'est le cas le plus fréquent ; il en est ainsi dans la maladie de Parkinson, la paralysie pseudo-bulbaire, l'idiotie, la démence précoce, les psychoses maniaques dépressives, les psychoses hallucinatoires, la paralysie générale, l'épilepsie ; *b*) Au bulbe parfois, dans les syndromes d'atteinte bulbaire, comme par exemple la paralysie labio-glosso-laryngée, qui s'accompagne si souvent de troubles mentaux ; *c*) au niveau des fibres d'association de ces deux groupes de centres (maladie de Parkinson, paralysie pseudo-bulbaire).

La *thérapeutique* de cette sialorrhée est le plus souvent décevante. Dans les psychoses, le parkinsonisme post-encéphalitique en particulier, la radiothérapie des glandes parotides faite prudemment a donné quelques résultats.

P. — Dr R. M. Perrot. — **Les problèmes de la lutte antituberculeuse dans les Asiles d'aliénés.** Thèse 1936. (Editions Delmas, Bordeaux, 303 p.).

Après avoir indiqué l'angle pratique sous lequel il envisage le sujet, P. précise quelques idées directrices. C'est ainsi que, par une synthèse de nombreux travaux sur la tuberculose, il souligne la notion de la *prémunition* (ou résistance aux surinfections) grâce à laquelle il croit pouvoir affirmer, au point de vue prophylactique, le rôle relativement secondaire de l'isolement, tandis que la notion du terrain et de ses composants l'autorise à affirmer la primauté des mesures d'hygiène générale.

Un chapitre : Tuberculose et Thérapeutique, lui permet, en exposant les progrès de cette dernière, d'insister sur ce côté de la lutte antituberculeuse trop souvent négligé.

Dans une IIe partie d'ordre statistique, l'auteur, à la lumière soit des publications scientifiques, soit des rapports médico-administratifs, s'efforce — avec un scepticisme toujours en éveil — de dégager quelques chiffres sur l'importance de la tuberculose dans les asiles, quelque hiérarchie selon les syndromes mentaux, et aussi quelque lien de causalité commune, s'il en existe. Il propose à cet égard, un *tableau statistique type.*

Dans la IIIe partie, envisageant le dépistage, puis le diagnostic de la tuberculose dans les services d'aliénés, P. précise quelques détails d'organisation susceptibles, selon lui, de faciliter ces opérations, insiste en en discutant les possibilités d'adoption à l'asile, sur l'usage de la radiologie, et souligne l'utilité d'un *consultant spécialisé* et d'une *collaboration* avec les organismes officiels de lutte antituberculeuse.

Du point de vue prophylactique, après avoir envisagé quelques mesures relevant de la salubrité générale et rappelé la condition essentielle de leur réalisation : une collaboration médico-administrative confiante et poussée, P. aborde la prophylaxie spécifique. Après mention des instructions réglementaires prescrivant l'isolement des tuberculeux, il discute, compte tenu des facteurs psychiatriques en cause, la valeur des méthodes employées et des solutions proposées pour le réaliser. Il aboutit à la notion d'hospitalisation en *pavillon spécial* (ou à la rigueur *en salle spéciale dotée d'annexes appropriées*) qui, seule, permet à l'asile d'aliénés une prophylaxie et une thérapeutique efficaces.

L'auteur tente alors un essai de description raisonnée d'un pavillon-type synthétisant les nécessités asilaires et sanatoriales. Ce terme pris dans son sens le plus vaste : hospitalisation prophylactique et thérapeutique des tuberculeux.

Un chapitre étudie ensuite le fonctionnement du service spécialisé (ou thérapeutique asilaire de la tuberculose). On y trouve le rappel des bases de la cure hygiéno-diététique, avec des détails d'ordre pratique ; puis la discussion des problèmes médicaux et financiers posés par l'éventuelle application du pneumothorax aux aliénés tuberculeux, principe, selon l'auteur, intangible, mais dont la réalisation sera malaisée.

Suit une description avec planches à l'appui, des pavillons pour aliénés tuberculeux construits récemment en France : réalisations intéressantes, mais susceptibles de perfectionnement.

Après un chapitre sur la tuberculose et le personnel des asiles d'aliénés, le texte s'achève sur une abondante bibliographie.

Livre copieux, documenté, où médecins d'asile et administrateurs trouveront de nombreuses remarques intéressantes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

L'INTERNAT ET LES MÉDECINS RÉSIDENTS A L'HOPITAL

Le médecin résident à l'hôpital est une idée déjà bien vieille ; il n'y a pas loin de trente ans que je l'ai entendue exprimer pour la première fois par des politiciens en mal d'étatisation et pour lesquels l'hôpital loin d'être un centre de traitement et d'enseignement médical constituait avec l'école un des éléments de leur fief électoral.

Le médecin résident véritable fonctionnaire convient à l'homme politique qui pense bien tôt ou tard avoir barre sur lui ; il convient à l'Administration qui aime la stabilité ; il n'a eu jusqu'ici contre lui que l'ensemble du Corps médical hospitalier et enseignant qui a toujours compris que fonctionnariser le médecin d'hôpital, c'était sonner le glas de tout notre système d'enseignement des élites, et abandonner à l'éducation théorique des Facultés les étudiants devenus inutiles et gênants pour la bonne marche de l'hôpital. Quelques articles parus dans la grande presse, des interviews qui, je le sais, font souvent dire aux gens le contraire de ce qu'ils pensent, ont cependant ému nombre de jeunes internes et c'est par les articles d'un journal quotidien qu'ils m'ont apporté que j'ai vu avec étonnement, ressusciter ce serpent de mer.

Le médecin résident dans un hôpital, tel qu'on le conçoit dans bien des villes et aussi a l'étranger, c'est un jeune docteur, frais émoulu de l'école qui vit à l'hôpital et y habite ; il est choisi en général parmi une élite, et reste pendant quelques années dans cette situation d'attente qui lui permet de faire des travaux, de vivre près des malades et de se perfectionner dans son art.

Ce médecin résident offre aux chefs de service une grande sécurité puisque sa présence continuelle permet de parer à l'imprévu, et de donner à tout malade qui se présente les soins réclamés par son état.

J'ai l'impression qu'entre le médecin résident et l'interne des hôpitaux, il n'y a qu'une bien faible différence, l'un a satisfait à tous ses examens, il a conquis tous ses grades, l'autre même s'il a fini toute sa scolarité doit par le règlement rester élève ; devenir docteur, c'est abandonner ses fonctions et quitter l'hôpital.

J'avoue mal comprendre une Administration qui empêche l'interne d'être docteur, et qui se plaint de n'avoir pas comme à l'étranger de médecin résident, une Administration qui joue sur les mots, car nous savons tous que cet interne de 4e année, deux mois plus tard, sa thèse passée, sera nommé chirurgien d'un hôpital de grande ville, souvent même professeur à l'Ecole de médecine et nul n'y trouvera à redire.

L'Administration de l'Assistance publique n'a jamais aimé l'internat, elle n'y a jamais touché, car elle a reculé devant l'émotion générale que provoquerait dans le Corps médical français une pareille réforme, mais elle serait ravie de voir les chefs de service, prendre l'initiative d'une telle mesure. Le médecin résident est un de ces ballons d'essais qui permettent de tâter le pouls de l'opinion, il semble à la manière dont les choses sont présentées que personne n'ait de grief à opposer à cette création, tout paraît être fait dans l'intérêt des malades, l'interne lui-même n'aura qu'à se réjouir d'avoir près de lui ce frère aîné et ce guide.

En réalité, du jour où il y a un médecin ou un chirurgien résident à l'hôpital, l'internat est déprécié ; rapidement, il perd son principal intérêt, il n'exerce plus sur les travailleurs, ce prestige qui est un stimulant excellent.

Quand on apprend que ce sont des médecins sortis de l'Internat, qui, sans l'internat n'auraient jamais pu se réaliser, et seraient restés pauvres et ignorés qui envisagent simplement de transformer un système hospitalier excellent pour se lancer dans l'aventure, il faut croire que l'esprit de bouleversement qui souffle sur le monde a atteint les meilleurs.

N'est-ce pas l'internat qui est l'école du médecin et du chirurgien de valeur, et lorsque j'entends dire qu'il n'est pas possible d'abandonner à un jeune interne de si lourdes responsabilités, je me demande quelle mentalité on prête à nos internes actuels, pour croire qu'ils sont incapables de discerner ce qu'ils peuvent entreprendre et de penser que par ignorance ou par con-

fiance excessive, ils font aussi bon marché de la vie des malades.

Dans les hôpitaux, où les internes sont tous jeunes, le chirurgien qui le sait, revient volontiers l'après-midi. La création des assistants a encore facilité les choses, et il faut être ignorant des choses hospitalières comme Ernest Laffont pour crier au scandale en apprenant qu'il n'y a pour tous les hôpitaux qu'un chirurgien de garde.

Dans quantité de services, le patron, l'assistant, les chefs de clinique font la garde et j'ai toujours vu les malades en tirer le plus grand bénéfice.

Lorsque les internes ont acquis l'expérience, alors qu'ils opèrent tous les jours, que le chef sait, en les voyant à l'œuvre, le matin, qu'il peut leur faire confiance, y a-t-il vraiment quelque inconvénient à leur faire confiance aussi l'après-midi et la nuit !

Dites-vous bien que l'interne auquel on a laissé une responsabilité importante s'en rend compte ; il faut voir le soin avec lequel il surveille son opéré, guette ses moindres réactions, redoute la moindre complication.

N'est-ce pas justement en lui laissant cette *liberté d'action qu'on développe* chez lui les belles qualités du médecin qui ne doit relever que de sa conscience. Il est curieux de voir combien avec l'âge, les maîtres, qui n'ont pas craint dans leur jeunesse de prendre, très tôt leurs responsabilités, deviennent pessimistes, craintifs, et s'indignent facilement de voir des jeunes faire à leur tour ce qu'ils ont eux trouvé tout naturel.

Ils ont perdu le souvenir de leur ardeur première, de leurs enthousiasmes, des efforts qu'ils faisaient pour se hisser au rang des meilleurs, pour être dignes de la confiance que le maître avait placée en eux et qu'il avait bien placée.

On les entend dire à quarante ans de distance « *on avait tort de me laisser faire, j'étais trop livré à moi-même* », ils ont oublié que si pareille liberté leur était laissée, c'est que leur chef avait jugé sans qu'ils s'en doutent, de leurs possibilités, et qu'à défaut d'une grande expérience, et d'une grande habitude des techniques, ils apportaient aux soins de leurs malades, une conscience et un dévouement qui contrebalançaient leur jeunesse.

Je sais bien que les internes ne sont pas sans défaut, ils sont frondeurs, ils ont leurs idées, ils ont la critique facile, en un mot, ils ont les travers de leur âge, mais n'est-ce point là aussi pour le malade une sérieuse garantie, n'est-ce point l'intérêt même du malade que le chef soit obligé de travailler sans cesse, pour n'avoir point à subir à son tour le jugement souvent dur et sans indulgence de ses élèves.

C'est le charme de l'internat et pour l'élève et pour le maître de n'être qu'une union passagère ; le jour où l'union serait définitive, et ce serait le cas du médecin résident, toute libre critique disparaîtrait, le résident dirait toujours *amen* et très vite, la routine s'installerait dans les traitements, dans les habitudes, dans les services.

Ah certes, quelle belle conquête ce serait pour l'Administration qui, elle, ne redoute pas la routine, tout serait réglé, décidé, définitif, il n'y aurait plus ces changements perpétuels dans les services, le médecin résident connaîtrait le conseiller, le député, les électeurs influents, il leur rendrait service, car devenu fonctionnaire, il songerait plus à son avancement qu'au progrès des techniques ou des méthodes.

N'ayant point de fils, et n'ayant aucun intérêt à soutenir l'un ou l'autre, l'interne ou le résident, je puis juger avec impartialité, de la question. Cette création porterait au corps de l'internat un coup fatal, elle ruinerait une institution qui, depuis plus de cent ans a donné à la France, les médecins et les chirurgiens qui l'honorent, elle bouleverserait notre système éducatif basé sur l'enseignement médical mutuel, elle ne profiterait à personne.

Gardons nos institutions qui sont bonnes, ne cherchons pas à réformer toujours, sous prétexte d'imiter des pays dont la mentalité, les coutumes, les usages sont différents des nôtres, souvent, ils ont autant à apprendre de nous, que nous n'avons à apprendre d'eux.

Soyons fidèles à nos traditions ; les traditions fidèlement respectées et suivies, ont fait des pays forts, les innovations, les bouleversements continuels, les changements n'ont accumulé que des ruines.

Dr Raphaël Massart.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Secret professionnel et certificat d'admission à l'hôpital

On nous écrit :

Nous sommes actuellement en divergence avec M. le Maire sur le point suivant :

Dans le but de restreindre les entrées abusives d'indigents à l'hôpital, donc dans un but d'économie, que nous ne pouvons qu'approuver comme contribuables, M. le Maire a adressé à chacun de nous une circulaire d'où j'extrais le passage suivant :

« ...Aucun malade indigent ne sera désormais « admis à l'hôpital sans la production d'un bulletin « d'entrée qui lui sera délivré par les soins du Bu- « reau des lois sociales à la Mairie. Ce bulletin ne sera « remis au malade que sur la présentation d'un cer- « tificat médical indiquant la *nature de la maladie* « et motivant l'impossibilité de soigner utilement « le malade à domicile.

« Bien entendu les cas d'extrême urgence sont « exclus de ces fonnalités. »

Nous avons répondu que nous étions d'accord avec l'Administration pour limiter les admissions à l'hôpital de malades privés de ressources et que d'autre part, la divulgation du diagnostic nous étant interdite, nous pensons qu'il était d'accord avec nous sur le sens des mots « nature de la maladie » que nous interprétons comme une simple indication du service hospitalier sur lequel diriger ce malade (médecine générale, chirurgie, contagieux, etc.).

M. le Maire à son tour nous répond ceci :

« Le règlement pour l'application de la loi du « 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite « dans la ville et commune, règlement approuvé « par arrêté ministériel du 20 septembre 1897, sti- « pule en son article 8 :

« Lorsqu'un malade ne peut être soigné à domi- « cile et doit nécessairement être traité dans un « établissement hospitalier, son admission n'est « autorisée que sur la production :

« 1º D'une note du Président du Bureau d'assis- « tance ou son délégué, attestant qu'il y a lieu de » l'admettre d'urgence.

« 2º *D'un certificat du médecin de l'Assistance « indiquant la nature de la maladie et les raisons pour « lesquelles il y a impossibilité de soigner efficacement « le malade à domicile.* »

« De ce qui précède il résulte qu'une personne « désirant bénéficier de l'Assistance médicale hos- « pitalière doit produire le certificat prévu par les « règlement précité et le fait que le dit certificat lui « est délivré *sur sa demande* par le médecin de son « choix, ce dernier n'est plus tenu en la circonstance « au secret professionnel.

« Cela est si vrai que la même formalité a lieu « couramment pour le placement en sanatoria des « malades tuberculeux et pour l'hospitalisation, au « titre de la loi du 14 juillet 1905, des vieillards, « infirmes et incurables privés de ressources. »

....

A titre de renseignement j'ajoute que la ville possède un Bureau de bienfaisance, avec six médecins honorés par un forfait annuel ; qu'en outre peuvent être admis gratuitement — ou presque — à l'hôpital des malades non-inscrits sur les contrôles du Bureau de bienfaisance, mais auxquels la Commission de police de leur quartier délivre un certificat d'indigence. Les médecins du Bureau de bienfaisance ne sont pas les seuls intéressés par la circulaire municipale.

Notre Président a vu M. le Maire à deux reprises, celui-ci ne veut pas démordre de son interprétation.

Seriez-vous assez aimable pour nous donner votre avis très autorisé là-dessus.

Des jugements en Conseil d'Etat n'ont-ils pas été rendus l'an dernier ou il y a deux ans sur une question très analogue à propos de la prétention d'un Préfet dans l'Aube ? Si nous pouvions mettre sous les yeux de notre Maire ces textes, peut-être comprendrait-il que nous avons raison et nous cherchions avec lui le moyen de lui permettre de faire ses économies.

Le Secrétaire général du Syndicat.

Dr L.

Réponse

Le Conseil général de chaque département tient de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 le droit absolu de réglementer en toute liberté le service de l'Assistance médicale gratuite, sauf approbation du Préfet.

De même, les communes autonomes, qui bénéficient des dispositions de l'article 35 de ladite loi de 1893, peuvent décider de leur règlement particulier du bureau de bienfaisance, à la condition que ledit règlement soit soumis à la délibération de la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique et proposé ensuite à l'approbation du ministre de la Santé publique.

Or, ces textes réglementaires ne sauraient en aucune manière déroger aux prescriptions générales, ordonnées par un texte de loi, ou de Code.

Il en est de même pour l'application de la loi 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux. Le règlement intérieur et de santé, délibéré par la Commission administrative de l'établissement, doit être soumis à l'approbation du Préfet (article 9 de la loi du 7 août 1851, modifié par la loi du 9 février 1927).

Le Préfet a le devoir de s'opposer à toute disposition qui serait contraire à un texte de loi, ou de Code, ou qui ne serait pas en conformité avec le règlement modèle des hospices et hôpitaux, publié par la circulaire ministérielle du 31 mars 1926.

Or, l'article 378 du Code pénal fait une obligation absolue aux docteurs en médecine de respecter le secret professionnel, même envers d'autres personnes tenues également au secret.

Plusieurs arrêts de la Cour de cassation ont proclamé ce principe et notamment un arrêt de la Chambre des requêtes du 17 juin 1927 (*Concours Médical*, 1935, 2317) qui décide que « la disposition de l'article 378 du Code pénal « est générale et absolue. En imposant à certai- « nes personnes, sous une sanction pénale, « l'obligation au secret professionnel, comme « un devoir de leur état, la loi a entendu assurer « la confiance qui s'impose dans l'exercice de cer- « taines professions, ou de certaines fonctions. »

Or, plus spécialement en matière d'assistance médicale, le respect du secret professionnel demeure obligatoire pour le médecin traitant, même au regard des services départementaux de la Préfecture.

Un arrêt du Conseil d'État (section du contentieux du 9 novembre 1928 (*Concours Médical, 1928, 3419*) stipule qu'en « l'absence de toute « disposition expresse de la loi du 15 juillet 1893, « sur l'Assistance médicale, il ne saurait être « dérogé à la règle générale et absolue sur le se- « cret professionnel, édictée par l'article 378 du « Code pénal ». En conséquence, le médecin traitant d'un assisté doit se refuser à donner connaissance du diagnostic aux Services de la préfecture, soit en vue d'un contrôle, soit pour le payement de ses honoraires.

Un autre arrêt du Conseil d'État, du 20 juillet 1932 annule une réglementation du Préfet de la Seine, du 18 février 1929, qui, pour les besoins du contrôle, enjoignait aux médecins du Bureau de bienfaisance, ou du Service de l'Assistance médicale, de mentionner le diagnostic des maladies sur les feuilles d'assistance et sur les mémoires d'honoraires.

Ces notions générales étant posées, nous pouvons dire que, dans le cas particulier qui nous est soumis, le Maire, président du Bureau de bienfaisance et président-né de la Commission administrative de l'hôpital, ne saurait obliger les médecins traitants à indiquer, sur un billet demandant l'admission d'un malade à l'hôpital, la nature et le nom de l'affection, qui nécessite l'hospitalisation.

Cette disposition réglementaire serait prise en violation des termes de l'article 378 du Code pénal, car le médecin doit garder secret le diagnostic, surtout vis-à-vis des Services administratifs du Bureau de bienfaisance, qui sont incompétents en matière de médecine.

Le certificat demandant sans diagnostic l'hospitalisation et délivré par le médecin traitant peut être pris en considération par l'Administration ou la Mairie en vue de l'hospitalisation. Le malade est ensuite examiné, du point de vue médical, soit par un chef de service de l'hôpital, soit par l'interne de garde, lesquels demandent que le malade soit dirigé en médecine, en chirurgie, ou sur un service de spécialités.

Du moment où l'Administration du Bureau de Bienfaisance ou de la Mairie est informée que du point de vue médical, l'hospitalisation est justifiée, elle se prononcera en toute indépendance, du seul point de vue administratif, à savoir si le candidat remplit toutes les conditions requises pour être admis gratuitement, ou s'il a un répondant pour payer le prix de journées.

Du point de vue administratif, la connaissance du diagnostic médical est absolument inutile. Sa divulgation dans les bureaux pourrait justifier soit un recours en Conseil d'État pour annulation de ce texte réglementaire, pris en opposition avec les dispositions de l'article 378 du Code pénal, soit, de la part du malade, une poursuite devant le Tribunal correctionnel, qui engloberait le médecin traitant et les Services administratifs du Bureau de bienfaisance.

Je suis d'avis que le fonctionnement des lois sociales est parfois gêné par le respect absolu du secret professionnel. Je l'ai personnellement démontré lors du dernier Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale à Angers. Mais, tant que l'article 378 du Code pénal restera en vigueur, dans l'universalité de ses termes, tant que la Cour de cassation et le Conseil d'Etat obligeront Administrations et médecins au respect absolu de ce secret, force sera à nos Syndicats médicaux de résister aux réglementations administratives, qui porteraient atteinte aux obligations légales, qui sont imposées au médecin *erga omnes*.

Paul BOUDIN.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses n'est pas imputable au praticien, à moins de faute lourde

Le récent jugement du Tribunal de Béthune vient à nouveau d'attirer l'attention sur cette importante question, qu'est la gangrène gazeuse après injections médicamenteuses.

Les juges, incomplètement éclairés, ont récemment condamné un chirurgien à une amende et à de forts dommages et intérêts pour homicide par imprudence ; celui-ci a été accusé d'avoir employé, sans raisons sérieuses, la rachi-anesthésie pour opérer un hygroma du genou. La mort est survenue par gangrène gazeuse, non pas comme suite directe de la rachi-anesthésie, mais comme conséquence de la piqûre d'adrénaline qui avait précédé cette rachi-anesthésie.

Voici donc ramenée à l'actualité cette question, bien angoissante pour le médecin praticien, de la responsabilité médicale pour le cas où peuvent survenir des accidents à la suite d'injections médicamenteuses.

Cette fâcheuse éventualité est heureusement fort rare ; elle existe néanmoins et il faut en tenir compte. Juges comme praticiens doivent désormais être au courant des risques courus, mais non imputables à l'opérateur s'il a pris toutes les précautions voulues d'asepsie, en ce qui concerne le produit à injecter, l'instrumentation, le manuel opératoire etc.

Ces cas malheureux sont rares ; le Docteur Touraine (1) a pu en réunir un total de 83, presque tous mortels. Pareil chiffre est impressionnant par lui-même, d'autant qu'il faut penser que d'autres observations ont pu ne pas être publiées. Cependant, pour ramener ce danger à ses véritables proportions, il convient de dire que des milliers d'injections médicamenteuses sont pratiquées chaque jour, et que les 83 cas en question se répartissent sur plus de cinqua te années.

Les injections intramusculaires, comme les injections sous-cutanées sont à incriminer. Et ce qui n'est pas pour rassurer, c'est que presque tous les grands remèdes d'urgence se retrouvent dans cette liste noire : l'adrénaline pour 32,5 % ; la caféine pour 21,7 % ; le sérum physiologique pour 8,4 % ; le camphre pour 8,4 % ; la quinine pour 6 % ; la digitale pour 4,8 % ; la spartéine et la morphine chacune pour 3,61 %. Enfin, des proportions inférieures sont notées pour la novocaïne, la scopolamine ; le salicylate de soude ; le méthylarsinate de soude ; le calcium ; l'huile éthérée, etc...

Aucun remède antisyphilitique ne figure dans cette liste, non plus qu'aucun sérum, ni vaccin thérapeutique, ni qu'aucun produit à pouvoir antiseptique élevé.

Notons en passant que les symptômes de la gangrène gazeuse n'ont rien de particulier, lorsque celle-ci succède à une injection. Le tableau en est d'une assez grande uniformité, conforme aux données classiques. Le traitement reste à peu près inefficcace. Larges incisions, mouchetures profuses, injections locales d'oxygène, amputation même, ne parviennent qu'exceptionnellement à enrayer l'extension de la zone de crépitation. Le sérum *antigangréneux n'est pas plus* efficace, même aux doses de 300 à 400 c. c. C'est une évolution très rapide et presque toujours mortelle (94 %).

Et voici maintenant *pour quelles raisons la responsabilité médicale peut être mise hors de cause en pareil cas.* Ces raisons, nous les retrouvons dans les observations cliniques comme dans les recherches de laboratoire.

Tout d'abord n'est-il pas surprenant qu'un *mauvais état général* soit le plus souvent noté au moment des accidents. La gangrène gazeuse paraît, en effet, frapper particulièrement les sujets dont la résistance est amoindrie par une affection grave (pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, paludisme, etc.), par une intoxication aiguë ou chronique dont la principale est l'alcoolisme.

Faut-il, d'autre part, rappeler les travaux de Brocq-Rousseu, qui démontrent que les germes ne peuvent se développer dans les excipients habituels de l'hypodermie (huile de paraffine, huile d'olive) qu'*après* addition de bouillon de culture, lequel est représenté dans les conditions habituelles de la pratique médicale, par le sérum intratissulaire.

Or, si la solution hypodermique est stérile, si le fait d'avoir été injectée dans les muscles ou sous la peau lui fournit le complément organique nécessaire à la germination microbienne, d'où

(1) Touraine. — *La Presse médicale*, 22 avril 1936,

pourraient provenir les microbes infectants, *si-non de l'organisme lui-même* ?

On en arrive ainsi à l'ancienne théorie du *mi-crobisme latent*, lequel, depuis les travaux de Nocard, a été reconnu augmenté dans tout organisme débilité.

Quant à la raison de son réveil, on la trouve facilement dans le *traumatisme produit par l'injection médicamenteuse*. Celle-ci provoque en effet une réaction locale plus ou moins forte. Suivant les cas, il se fait *une vaso-dilatation ou une vaso-constriction initiale et* presque toujours de l'œdème, de minimes suffusions sanguines, de l'attrition des tissus, une infiltration cellulaire diapédétique. De tels foyers réactionnels, intenses ou minimes, constituent donc au premier chef, un *point d'appel* pour la localisation des germes latents.

Parmi ces germes, nous nous en tiendrons à celui de la gangrène gazeuse, le B. perfringens. Celui-ci est un hôte normal des cavités digestives et des voies biliaires ; or, toute lésion de l'estomac, de l'intestin, favorise son passage dans la circulation et le met par conséquent en posture de devenir dangereux par sa localisation au point traumatisé par l'injection. Ajouterons-nous que ce sont les affections du tube digestif qui, le plus fréquemment, peuvent se compliquer de gangrène gazeuse à l'occasion de la pratique hypodermique.

Le B. perfringens se retrouve également au niveau de l'appareil génito-urinaire.

L'hypothèse la plus plausible est ainsi celle de la voie sanguine, amenant localement le microbe dans le liquide injecté.

Ainsi s'explique aussi le fait observé par le Docteur Touraine que deux injections, suivies d'infection, avaient pu être pratiquées sur le même malade par deux personnes différentes, et avec un autre matériel qui, chaque fois, sortait de la bouilloire après avoir servi à de nombreuses injections de divers produits le même jour. On aurait mal compris que, dans ces circonstances, deux seules aiguilles et seringues aient pu se trouver contaminées une seule fois dans la journée, et précisément pour le même malade. A noter encore pour le même cas qu'il s'agissait, pour les deux opérateurs différents, de personnes rompues à cette technique, lesquelles avaient fait auparavant des milliers d'injections, et plusieurs autres le même jour, dans la même heure, toutes sans incidents.

On comprend dès lors le mécanisme des infections qui, sans aucune faute lourde de la part de l'opérateur peuvent succéder à une injection thérapeutique.

Ainsi que ledit ce même auteur, le B. perfringens, agent habituel de la gangrène gazeuse, n'est pas introduit dans l'organisme en même temps que la solution médicamenteuse, il s'y trouve déjà avant l'injection, et celle-ci ne sert, parmi tant d'autres facteurs, que d'agent de localisation. Le fait est bien connu à propos de nombreuses autres septicémies.

« *En réalité, le malade est en puissance de gangrène gazeuse. C'est lui et non l'injection qui apporte le microbe* ».

« Si regrettables que soient les faits malheureux, ils ne doivent pas faire abandonner l'usage des médicaments de l'hypodermie. Tous ces remèdes sont parmi les plus efficaces que nous ayons pour lutter contre la maladie et ses symptômes les plus alarmants. Presque tous sont des médicaments d'urgence, indispensables à la pratique journalière du médecin. Rendre celui-ci responsable des très rares accidents, dont ils ont été la cause occasionnelle, risque d'en restreindre considérablement l'emploi et d'en priver les malades, qui en ont précisément le plus besoin. Les risques de bactériémie et de métastase sont, en effet, les plus grands quand la résistance de l'organisme est diminuée et qu'elle demande à être soutenue rapidement par l'injection de remèdes actifs. Condamner l'emploi de ceux-ci, au nom d'accidents exceptionnels, c'est diminuer singulièrement la puissance et la rapidité du secours que le médecin peut apporter aux moments les plus critiques ».

Dans l'ensemble, on peut dire que le *médecin ne saurait être légalement responsable de ces accidents qu'il ne peut ni prévoir ni prédire.* Les faits exposés ci-dessus ne sauraient être méconnus des juges lorsque la responsabilité du médecin vient à être engagée.

G. Fischer.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

I. Défense de la cuisine

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

L'hygiène alimentaire doit se fonder d'abord sur l'observation journalière, sur la tradition, sur le bon sens. Certes, les expériences de laboratoire relatives à la physiologie de la nutrition, lorsqu'elles sont bien faites, avec de bons témoins, méritent d'être considérées avec la plus grande attention et peuvent contribuer, d'une manière importante, au progrès de l'alimentation ; mais il ne faut pas se hâter d'en déduire des généralisations illégitimes, comme on le voit faire trop souvent, singulièrement à propos des vitamines ; il ne faut pas oublier que le public, généralement dépourvu d'esprit critique, accepte facilement l'erreur lorsqu'elle lui est présentée sous les apparences de soi-disant principes scientifiques et que, la vulgarisation aidant, on en arrive parfois à faire adopter par la foule, des croyances, des pratiques et des régimes absurdes.

Je vais citer ici deux exemples remarquables de ces incohérences de la mode alimentaire : la prétendue nocivité de la cuisine et les dangers imaginaires du pain actuel.

***

Toute une école dite naturiste affirme que nos usages culinaires traditionnels ne sont pas conformes à nos besoins et à notre santé et propose de revenir aux coutumes primitives, de se nourrir de denrées crues et d'abandonner la cuisine, sous prétexte que la cuisson détruit certains principes nécessaires à la vie. Des hygiénistes déclarent au contraire qu'il faut faire chauffer tout ce qu'on mange, tout purifier par le feu, afin disent-ils, de tuer les microbes. Comment concilier ces opinions ?

Nous allons voir s'il est vrai que les méthodes de préparation des aliments au vingtième siècle, ont pour effet de compromettre la santé publique. Cette discussion, dont il est inutile de souligner l'importance, est soulevée depuis longtemps. La découverte des vitamines en a encore augmenté l'intérêt. Mais, c'est probablement l'expérience de M. Richet sur le régime carné qui a le plus contribué à la faire connaître. Avant d'examiner ce document et les commentaires qu'il a suscités, je noterai que M. Richet, formé à l'école directe de Claude Bernard, s'est bien gardé de tirer des conclusions au delà de ce que lui permettait l'expérience ; mais ses lecteurs n'ont pas tous observé la même réserve et depuis 1923, nous avons assisté au développement progressif d'une mode qui consiste à déclarer, sous le couvert des mystérieuses vitamines, que les effets de la cuisine sont mauvais et que les industries alimentaires, telles que la conserverie, dénaturent nos denrées. Il est temps de dénoncer ces erreurs et ces exagérations.

Le 19 avril 1923, M. Richet exposait dans les termes suivants les résultats de ses études sur les propriétés nutritives comparées de la viande crue et de la viande cuite (1) :

« J'ai nourri deux groupes de chiens, les uns avec de la viandre crue seule, les autres avec de la viande cuite seule. Les résultats ont été éclatants.

« Les chiens nourris à la viandre crue seule, au bout de trois semaines, un mois, trois mois, six mois, restaient dans un état de santé merveilleux. Gras, agiles, gais, ils étaient en bonne forme pour le jeu, la course, le travail, l'amour. Leur poil était lustré et brillant. Leur vigueur était exceptionnelle.

Au contraire, les chiens nourris à la viande cuite, au bout de *quinze à vingt jours, commençaient à* dépérir. Ils sont maigres, efflanqués, frissonnants. Ils ne veulent presque plus toucher à cette viande cuite qu'ils avaient d'abord consommée avec avidité. Au bout d'un mois et demi, *ils sont tous morts.*

Quelque étrange que puisse paraître cette expérience, dit M. Richet, je l'ai répétée si souvent qu'elle entraîne la certitude absolue. Les chiens nourris à la viande cuite seule *meurent tous, sans aucune exception, en moins de deux mois.* Les chiens nourris à la viande crue sont dans un état de santé admirable, qu'aucune autre alimentation ne peut donner.

Si de la viande nous passons au lait, nous trouvons que la cuisson le détériore aussi.

...... « Je me contenterai de préciser ce que j'appelle une alimentation normale : *c'est celle qui n'a pas altéré par la cuisson nos aliments naturels, c'est-à-dire qui est conforme à notre ancestrale organisation.*

Ce n'est pas une vue théorique, c'est la conclusion nécessaire de faits aussi incontestés qu'incontestables. Et heureusement, la théorie — et une théorie très simple et très rationnelle — concorde entièrement avec l'expérience. »

Cet article, étant donnée la haute autorité de son auteur, eut un grand retentissement. Le

(1) Charles RICHET, membre de l'Institut. — L'alimentation normale. (*Le Figaro*, 19 avril 1923.)

public s'empressa d'en tirer cette conclusion que, pour l'homme comme pour le chien, la cuisson amoindrit tous les aliments, donc qu'il faut, autant que possible, manger des crudités. Raisonnement hâtif que les expériences de M. Richet sur le chien n'autorisent nullement en ce qui concerne l'alimentation de l'espèce humaine. *On n'a jamais prétendu nourrir des hommes exclusivement et continuellement de viande cuite ; on ne connaît personne qui, durant des semaines, ne mange que des viandes cuites, sans pain, ni vin, ni légumes, ni fruits. Je suis tout disposé à croire qu'un individu nourri de cette manière ne tarderait pas à succomber, après avoir manifesté un absolu dégoût pour la viande ; mais cela ne prouverait rien contre notre alimentation habituelle.*

***

A ceux qui nous recommandent la consommation exclusive de choses crues, sous prétexte de respecter les vitamines et de nous conformer aux usages de l'âge des cavernes, il faut répondre que l'opération principale de la cuisine, la cuisson des aliments, se justifie par les trois raisons péremptoires suivantes :

1° *Parce qu'elle améliore le* goût de nombreux aliments, fait très important sur lequel il est inutile d'insister. Elle améliore spécialement le goût de la viande. L'homme, au contraire du chien et des autres véritables carnivores, n'aime pas la chair crue. Notre aversion pour cette substance, la disposition de notre appareil dentaire et la longueur de notre tube digestif indiquent bien que la viande ne constituait pas la partie importante de l'alimentation ancestrale primitive. Nous avons trouvé le moyen de changer l'apparence et le goût des aliments carnés. S'il nous paraît toujours répugnant de mordre à même le morceau de bœuf cru que nous voyons à l'étal du boucher, il n'en est plus ainsi lorsque le cuisinier est interveun, lorsqu'il a fait seulement griller le bifteck. Nous trouvons alors la viande agréable. Tel est le miracle de l'art culinaire. *C'est grâce à la cuisine que nous sommes devenus et que nous deviendrons peut-être de plus en plus carnivores.*

2° Parce que la cuisine rend assimilables nos principales nourritures : le riz, qui fait vivre les Asiatiques et les Africains et le blé dont nous tirons le pain, etc... *C'est grâce à la cuisine, que la terre peut nourrir tant de monde.*

L'art culinaire est l'une des plus évidentes manifestations de notre supériorité sur les autres animaux.

3° Enfin, parce que le chauffage des aliments solides et des boissons détruit les parasites pathogènes qui peuvent s'y trouver et permet ainsi d'éviter plusieurs graves maladies : helminthiases, choléra, typhoïde, dysenteries, salmonelloses, brucellose, botulisme. *Sans la cuisine, les agglomérations urbaines seraient décimées, les villes seraient impossibles à cause des épidémies d'origine hydrique et alimentaire.*

Nous ne sommes plus aujourd'hui dans les conditions où se trouvait notre ancêtre avant l'invention du feu ; nous sommes plus menacés que lui par les infections d'origine alimentaire, en raison de notre état de civilisés qui multiplie autour de nous les causes de contamination. Nous avons créé des villes, c'est-à-dire des agglomérations artificielles d'êtres vivant dans un état de promiscuité qui serait redoutable s'il n'était l'hygiène.

Durant les premiers âges de l'humanité, lorsque les individus vivaient au grand air, en perpétuels changements de résidence, la nécessité d'éviter la contagion n'apparaissait pas ; les tribus abandonnaient leurs malades et poursuivaient leur route ; l'égrotant, source d'un virus quelconque, tuberculeux ou autre, s'éteignait tout seul dans quelque fourré.

Mais, après que l'homme eut inventé la conservation des aliments et la culture des plantes comestibles, les conditions de son existence changèrent profondément. Il cessa de mener l'existence incertaine du nomade pour rester à côté de ses provisions, à côté de son champ. Sa progéniture nombreuse, désormais moins exposée aux périodiques famines, se multiplia et fonda les cités fixes. Cela eut pour conséquence de favoriser l'extension des maladies épidémiques, spécialement des affections qui sont causées par les parasites pathogènes de l'intestin : helminthes, protozoaires, bactéries. Lorsque les tribus déversaient leurs déjections sur de vastes espaces de terres, pendant leur vie nomade, tous ces parasites étaient détruits dans le sol par le jeu des actions naturelles ambiantes, mais, lorsque devenues sédentaires et nombreuses, elles souillèrent de leurs résidus le sol et la nappe souterraine, ces parasites trouvèrent les conditions les plus favorables pour passer des malades aux hommes sains. L'ancêtre de cette époque, buvant à même l'eau de sa mare, devait nécessairement devenir la victime des ankylostomes, des ascaris, des amibes et des bactéries de la dysenterie, de la fièvre typhoïde et du choléra. Il est probable que les premiers essais d'agglomérations humaines furent malheureux à cause de ces maladies parasitaires. Il est possible que des civilisations aient fini de cette manière, par des infections parasitaires massives. Alors, les survivants fuyaient pour essayer de trouver ailleurs des conditions plus salubres, jusqu'à ce que l'invention du feu eût permis cette grande découverte de l'hygiène que constitue le chauffage des aliments. Il n'est pas douteux, à mon avis, que si les hommes n'avaient pas appris l'usage culinaire

du feu, l'existence des villes aurait été précaire, car les espèces microbiennes pathogènes intestinales auraient gêné considérablement l'essor de l'espèce humaine.

Quand on a vu des épidémies de choléra survenant au milieu de populations denses telles qu'on les observe notamment dans ces deltas inondés où les matières fécales sont répandues partout, où la nappe aquatique, le sol et les légumes sont imprégnés de vibrions largement déversés par les diarrhées des porteurs de germes, on comprend que la vie collective y serait aléatoire sans la purification des boissons et des aliments. Or, la plupart des Asiatiques, les Chinois et les Annamites boivent et mangent chaud le thé et le riz. Il faut voir dans cette coutume une tradition d'origine hygiénique. Leurs ancêtres leur ont, en effet, transmis la connaissance de ce fait d'expérience qu'en temps d'épidémie cholérique par exemple, celui qui boit directement l'eau naturelle san s la faire bouillir risque sa vie. Cette tradition est, chez eux, si forte que, même par les grandes chaleurs, alors qu'il est si agréable de boire frais, l'Asiatique ne prend, en général, que du thé tiède.

On ne peut guère imaginer ce que serait l'état sanitaire actuel dans notre pays si l'évacuation des déchets humains et la purification des eaux n'existant pas, toutes les denrées étaient consommées crues. Lorsqu'on assiste aux manipulations des cuisines, des boucheries, des charcuteries, des triperies et des halles, lorsqu'on constate que ces manipulations se terminent par un passage au feu, par un chauffage quelconque, on ne peut s'empêcher de considérer qu'il y a là une sauvegarde extrêmement importante pour la santé publique.

En particulier, l'habitude que l'on a prise de faire bouillir le lait est une excellente mesure de prophylaxie contre les infections qui pénètrent dans l'organisme avec cet aliment. La purification du lait par le chauffage et l'ensemble des autres mesures d'hygiène contemporaine destinées à préserver ce précieux liquide, constituent un fait considérable, au point de vue sanitaire.

Rappelons, à ce propos, qu'en 1830, l'économiste Fourier disait qu'on n'aurait pas pu trouver à Paris un bol de lait qui ne fut pas mouillé d'eau. Même en tenant compte de ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans cette opinion, cela signifie qu'en ce temps-là le lait était couramment contaminé par des manipulations douteuses ; on puisait l'eau de ce mouillage du lait dans les puits d'une nappe souterraine infectée par la masse des fosses d'aisance qui étaient creusées dans le sol parisien avant le tout-à-l'égout. Il ne faut pas s'étonner qu'à la même époque, les fièvres dites putrides, les typhoïdes et les dysenteries sévissaient gravement sur la population parisienne. Aujourd'hui, ces maladies ont presque disparu.

Nous voyons donc que la cuisson des aliments est un usage fondé sur des solides raisons d'ordre sanitaire.

***

Ce sont les conserves alimentaires qui ont été le plus visées par les détracteurs du chauffage culinaire. On a déclaré que ces aliments étant surchauffés n'ont plus de vitamines et ne peuvent plus servir à l'entretien de la vie.

Au moment où ces erreurs étaient produites, je les ai relevées, lorsqu'il en valait la peine, en diverses publications (1). Alors, je me trouvais à peu près seul, en France, parmi les hygiénistes, à soutenir, avec observations à l'appui, la salubrité des conserves. Je constate aujourd'hui que tous les techniciens de l'alimentation sont de mon avis. Il est étonnant que cette opinion erronée, la prétendue absence de vitamines dans les conserves, ait si longtemps persisté en France, alors que dans les autres pays, spécialement en Angleterre et en Amérique, *des expériences formelles démontraient pourtant le contraire.* On trouvera toute une bibliographie de ces travaux dans la collection du *Bulletin de la Société scientifique d'hygiène alimentaire.* En 1927, j'en signalais déjà quelques-uns.

Facteur A. — D'après Delf (2) , cette vitamine n'est pas complètement détruite par un chauffage de deux heures à + 130°. D'après Hopkins (3), la température de + 120° dans l'autoclave est à peu près sans action sur elle. Channon, Coward et Drummond (4), ont vu que le facteur (provenant de l'insaponifiable de l'huile de foie de morue) distille sous un à deux millimètres entre + 180° et + 200°.

Rappelons que les températures atteintes dans les préparations des conserves sont habituellement aux environs de + 110° et ne dépassent jamais + 120°. Dans ces conditions, la vitamine A résiste, ainsi que l'ont confirmé les travaux de Savage (5).

---

(1) Légitimité de la cuisson des aliments. (C. R. de séances de la Société de médecine publique. *Le Mouvement sanitaire*, 31 mai 1927, p. 389.)

Origine et conséquences sanitaires de la cuisson des aliments. (*Revue d'histoire naturelle*, publiée par la Société nationale d'acclimatation de France, décembre 1929.)

(2) E. M. Delf. — *Biochem. Journal*, 1918, XII, 416-467.

(3) F. G. Hopkins. — *Biochem. Journal*, 1920, XIV, 725-733.

(4) J. C. Drummond. — *Revue générale des sciences pures et appliquées*, 1926, n° 9, 262.

(5) W. G. Savage. — Canned Foods in relation to Health. (*Cambridge public Health Series*, 1923.)

Facteur B. — D'après Mc Collum et ses collaborateurs (1), la vitamine B n'est pas détruite pendant la préparation industrielle des boîtes de conserves. Durant le chauffage. ce facteur passe dans le bouillon.

Facteur C. — Pour Weill et Mouriquand (2), le pouvoir antiscorbutique du jus de citron résisterait une heure à +110°.

Il n'est pas vrai de dire que la consommation des aliments conservés, telle que nous la pratiquons habituellement, serait dangereuse.

Il faudrait apprendre une fois pour toutes, aux hygiénistes d'occasion qui propagent ces théories, que le chauffage à +115° en récipients hermétiquement clos, à l'abri de l'air, tel qu'il se fait dans l'industrie des conserves, est moins nuisible aux vitamines que les procédés usuels de la cuisine classique où l'on chauffe en présence de l'air, car ces facteurs sont encore plus sensibles à l'oxydation qu'à la chaleur, et que les opérations culinaires ordinaires, malgré leur action sur les vitamines, sont employées par tous les hommes qui vivent à la surface de la terre et cela depuis les temps préhistoriques, sans que personne se soit aperçu qu'il en résultât le moindre trouble, lorsqu'on suit, d'autre part, un régime normal.

La technique de la préparation des conserves consiste à enfermer les aliments en des récipients hermétiques que l'on soumet ensuite à un chauffage suffisant pour en stériliser le contenu, c'est-à-dire pour tuer les microbes qui pourraient s'y trouver ou tout au moins pour y rendre impossible toute végétation microbienne. Il en résulte que *la conserve proprement dite est un aliment essentiellement pur au point de vue bactériologique.*

Depuis la découverte d'Appert, en 1809, la consommation des conserves n'a cessé de croître. On en mange aujourd'hui dans le monde entier des centaines de millions de boîtes par an. Or, des accidents n'arrivent jamais lorsque les préparations sont correctes, dans les conditions habituelles de l'existence.

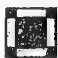
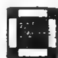
On peut même se nourrir exclusivement de conserves pendant longtemps, si l'on varie ses menus, si des légumes, petits pois, tomates, etc., alternent avec les viandes, comme on doit le faire pour la nourriture ordinaire.

Il est donc faux de prétendre, comme le font certains informateurs superficiels, que la technique moderne, par la mise en œuvre de ces procédés, diminue la salubrité des aliments.

Récemment encore, un journal à grand tirage informait ses lecteurs qu'un mécène venait de fonder un prix destiné au savant qui prouverait que le cancer est causé par la consommation d'aliments congelés ou conservés. Ce mécène disait que, pendant la guerre, étant prisonnier, il avait remarqué que le cancer était fréquent parmi ceux qui mangeaient des produits frigorifiés ou des conserves. Cette opinion ne tient pas debout pour les deux raisons suivantes : 1° il n'est pas vrai que le cancer ait été fréquent parmi les soldats prisonniers ; 2° On observe souvent le cancer parmi les populations rurales qui ne consomment jamais d'aliments congelés ou conservés ; donc, il n'existe aucune relation de cause à effet entre le régime incriminé et cette maladie. Faisons remarquer d'ailleurs que le cancer survient généralement chez des personnes d'un âge avancé, que la moyenne de la vie ayant presque doublé depuis un siècle, il y a beaucoup plus de vieillards aujourd'hui et que, par conséquent, il doit y avoir beaucoup plus de cancers qu'autrefois.

Il est regrettable de voir la presse accueillir avec autant de facilité et répandre aussi largement toutes ces notions fausses qui déroutent le public, alors que les spécialistes, qui se sont donné la peine d'étudier les questions alimentaires avant d'en parler, ne trouvent pas le moyen de se faire entendre.

(1) E. V. Mc Collum et M. Davis. — *Journ. biol. chem.*, 1914, LXI, 245-250.
(2) E. Weill et G. Mouriquand. — *Journal de Phys. et de Pathologie générale*, 1928, XVII, 849-855.

UNE CONQUÊTE SOVIÉTIQUE

En dehors de sa politique sociale, qu'il n'est pas du tout question d'apprécier ici, l'U. R. S. S. semble avoir réalisé quelques innovations intéressantes dans le domaine purement technique.

Je me souviens d'avoir lu, il y a quelques années, dans une revue scientifique, l'exposé très élogieux d'un ingénieur français sur le fameux barrage du Dniepr et l'électrification projetée de l'Ukraine. Un autre voyageur décrivait les recherches faites dans le Caucase pour l'acclimatation du coton, la sélection des plans, la mise en culture déjà effectuée de vastes territoires devant aboutir, sous peu d'années, à tenir en échec à la fois l'Egypte et les Etats-Unis. Enfin, c'est l'*Illustration* qui, à propos d'un voyage du brise-glaces « Krassine » révélait les véritables buts de ces explorations à travers l'Océan glacial : découvrir une route libre de glaces et permettant d'amener en Europe les bois des immenses forêts sibériennes. Si tout cela est mené à bonne fin, il est possible qu'avant peu la « Grande Expérience » nous touche davantage dans le domaine économique que par ses conceptions politiques.

La conquête dont il s'agit aujourd'hui, d'essence purement scientifique, pousse, comme on le verra, de singuliers prolongements vers la médecine humaine et vétérinaire, vers l'élevage des bestiaux et des volailles, et même vers l'agriculture.

Elle appartient tout entière, dans sa réalisation actuelle du moins, à un jeune savant russe, le Professeur Docteur Tchijevsky. Agé de 38 ans, il est professeur à l'Université de Moscou depuis déjà quatorze ans, et depuis six ans, directeur du Laboratoire central d'ionification. De nombreux travaux (dont certains publiés en France) (1), des communications aux Sociétés savantes ont commencé de répandre son nom à travers l'Europe.

L'idée d'appliquer aux plantes, aux animaux et à l'homme les forces électriques de l'atmosphère surgit, vers le milieu du XVIII[e] siècle, dans l'esprit d'un grand nombre de naturalistes après les premières expériences de Franklin sur l'électricité des nuages (1749) et l'invention de la machine électrostatique. A la vérité, ce n'était là qu'une réminiscence puisque les anciens Etrusques et les Chinois savaient utiliser l'influence de l'électricité atmosphérique sur la végétation (J. Regnault).

(1) Hippocrate. — 1936, janvier, févriers, mars, *Revue de pathologie comparée*, 1934 ; *Côte d'Azur médicale*, 1934, 1935, 1936, passim.

Il est certain qu'aujourd'hui, lorsqu'on parle d'électrothérapie, on ne songe plus guère à la vieille machine à plateaux de nos grands-pères. C'est pourtant elle qui, sous le nom de franklinisation, permit les premières expériences de thérapie électrique. Dès cette époque, la question se posait de savoir lequel des deux pôles, positif ou négatif, devait être appliqué au traitement de telle ou telle maladie. D'ordinaire le patient était installé sur une plaque mise en communication avec le pôle positif de la machine, tandis que le pôle négatif était relié à la plaque de la tête munie d'un groupe de pointes et établie au-dessus de telle ou telle partie de la tête ou du corps.

A la fin du XIX[e] siècle plusieurs savants s'avisèrent que les fortes tensions transmises à ces pointes *ionisaient l'air et que les ions, en bombardant* la surface du corps, lui transmettaient leurs charges électriques, établissant un courant le long de cette surface.

La question en était là lorsque, en 1919, Tchijevsky entreprit ses premières expériences biologiques expérimentales. Il voulut se rendre compte de l'action de l'ionisation unipolaire. Tout de suite, il nota que le flux ionique de signe négatif stimule l'organisme, augmente l'activité vitale, et que le flux positif, aux mêmes doses, provoque généralement des phénomènes inverses.

Après avoir étudié toute une série de méthodes pour obtenir une ionisation unipolaire (rayons ultra-violets, rayons X, décharges électriques), il s'arrêta à l'effluve du courant à haute tension des pointes et réalisa le dispositif suivant :

Un courant de 50.000 à 80.000 volts venant d'une machine statique, d'un inducteur ou d'un transformateur, est transmis à un réseau métallique suspendu au plafond sur des isolateurs et muni de pointes au nombre de 200 par mètre carré. Un redresseur (kénotron) est intercalé dans le circuit pour obtenir un courant unipolaire. L'autre pôle de la génératrice est mis à la terre. Le sujet en expérience est placé à la distance de un mètre du réseau à pointes. Les gaz délétères (ozone, Az^2) ne se produisent pas si certaines conditions sont strictement maintenues.

En 1930, Tchijevsky expérimenta ce dispositif sur 4.000 poules et poussins. Et il montra que l'air ionisé négativement provoque une augmentation rapide du poids, comparativement à la croissance des témoins, une augmentation de la ponte et une mortalité diminuée. Dans les œufs incubés l'embryon se révèle mieux développé, plus vigoureux.

Sur 140 porcs et truies fut notée une augmen-

tation nette du poids vif, de la force musculaire et de l'activité sexuelle.

Chez les brebis : mortalité diminuée, quantité de laine accrue et qualité meilleure de la laine.

Chez les vaches : augmentation de la production laitière.

Des recherches ont même été faites sur le développement embryonnaire des papillons (importance pratique concernant l'évolution du ver à soie) et sur la productivité des abeilles.

Enfin le flux ionique exerce une action bactéricide incontestable sur le bacille d'Eberth et sur le vibrion cholérique. L'air d'une chambre ionisée est purifié de microorganismes et demeure stérile pendant plusieurs heures après la fin des séances.

Dans le domaine agricole l'ionisation a été essayée sur les cultures potagères et sur les semences. En ionisant des semences de concombres, de salade, de lin, d'avoine, de tabac, de seigle, de betterave, de chanvre, d'orge, de trèfle, on obtient une germination plus énergique et plus rapide ; la récolte fut parfois doublée.

Fort de ces premières données Tchijevsky en vint alors à expérimenter sur l'homme et obtint une action intéressante sur toute une série de fonctions essentielles de l'organisme : activité *hémopoïétique*, *métabolisme*, *division cellulaire*, fonctions endocriniennes, activité neuro-psychique.

Certaines maladies, affections grippales des voies respiratoires, asthme, hypertension, rhumatisme articulaire, infections, réagirent de façon très favorable à l'air ionisé.

Tous ces faits, maintes fois contrôlés par Tchijevsky et ses élèves, ont déjà, en eux-mêmes, une immense portée pratique. Et l'on s'explique que le gouvernement soviétique n'ait pas marchandé à ces chercheurs les subventions et les récompenses. Mais il appartient au véritable savant de ne considérer des faits expérimentaux que comme des matériaux et de construire, à partir d'eux, une hypothèse qui constitue la carcasse, la maquette de nouvelles recherches.

En 1925, Tchijevsky eut l'intuition que l'air ionisé n'agissait pas sur l'organisme vivant uniquement par le bombardement de ses ions à la surface de cet organisme. Il atteint, durant la respiration, les alvéoles pulmonaires, afflue, en ce point, à une paroi constituée d'un mince endothélium et affronte le sang coulant dans des capillaires essentiellement perméables. Comment, dès lors, cet air ionisé n'agirait-il pas sur le sang ?

De fait, il y détermine une augmentation de taux de l'hémoglobine et un ralentissement dans la précipitation des globules rouges, par conséquent, suivant la théorie de Hober, augmente la charge négative naturelle portée par la surface des hématies.

Ceci posé surgissait l'hypothèse : le système pulmonaire, outre ses fonctions connues d'échanges gazeux et hydriques, ne posséderait-il pas une autre fonction essentielle et encore inconnue : régulariser l'état électrochimique des éléments colloïdaux et cellulaires du sang par inspiration des ions atmosphériques ? Le phénomène pourrait se passer ainsi : l'air, en passant à travers les conduits bronchiques entraîne la vapeur d'eau dont les voies aériennes sont saturées et, grâce au frottement, devient ionisé de l'un des signes, tandis que la paroi des bronchioles et alvéoles se charge d'électricité de signe contraire. En somme, l'appareil pulmonaire serait exactement une machine électrostatique du genre de la machine d'Armstrong. Si l'on tient compte de ce que les parois alvéolaires, en pleine inspiration, totalisent une surface de 100 mètres carrés, que le rythme respiratoire est de 15 à 18 mouvements par minute, on admettra l'ampleur et l'importance biologique du phénomène.

En faisant inhaler de l'air ionisé négativement, on ne fait qu'accroître ce processus naturel, on augmente la charge électrique du sang et, par celui-ci, des colloïdes tissulaires qu'il baigne, en définitive donc de tout l'organisme.

Et voici ouvert, pour notre époque éprise de physique moléculaire, un vaste et intéressant champ de recherches. Que les physiologistes se mettent au travail : il y a du pain sur la planche.

C'est égal : si l'hypothèse de Tchijevsky se vérifie nous apprendrons, un de ces jours, que nous portons en nous, sans en avoir jamais rien su, une magnifique dynamo naturelle.

Un de nos confrères prétend, m'a-t-on affirmé, que le bon Dieu, en construisant le premier homme, a imité assez servilement le moteur d'automobile. On le croirait volontiers tant il est persuasif et tant ses schémas sont satisfaisants. Mais voici qui porte un coup terrible à sa théorie. Quel automobiliste pourrait soutenir n'avoir jamais eu à s'occuper de sa dynamo et même avoir toujours ignoré où elle se trouvait ? L'avantage est indiscutablement à l'actif de la machine humaine. Et si nous avons droit, comme créatures, à quelque satisfaction, nous n'en ressentirons, comme chauffeurs, que plus de mélancolie.

G. Lavalée.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblée générale du 7 juin 1936

Rapport du Secrétaire général

Mes chers confrères,

Vous savez déjà quels changements nous avons dû apporter dans le service de notre Trésorerie. Mais je ne veux pas laisser passer la retraite de notre ami Gassot sans dire ici, en quelques mots, quel Trésorier il fut pour notre Société.

Dès la fondation de la Mutualité familiale au premier janvier 1894, il se chargea de la direction et de l'administration de nos finances ; et ce poste plein de lourdes responsabilités, plein de soucis journaliers, il l'a rempli sans une heure de défaillance jusqu'au 31 décembre 1935. Pendant quarante-deux années, c'est lui qui se chargea de l'encaissement des cotisations, du paiement des indemnités, du placement des fonds, de la gestion d'un portefeuille qu'il a su amener à la jolie somme de près de neuf millions de francs ; c'est lui qui, seul, du fond de sa campagne, a su tirer d'une comptabilité établie en harmonie avec ses propres possibilités, ces fameux livres où sont résumés non seulement l'essence de nos inventaires, mais surtout l'histoire même de chacun de nos sociétaires morts et vivants ; ces livres ont fait et font encore l'admiration des actuaires qui les ont connus et utilisés ; ils constituent la seule véritable source de toute étude future sur la morbidité médicale ; et le plus gros souci de ceux qui vont succéder à Gassot, sera de les continuer et de les tenir à jour comme il a su le faire lui-même.

Et qui dira cette formidable correspondance par laquelle il entretenait avec tous des relations où il savait joindre l'esprit le plus confraternellement amical, avec la hantise de ne jamais laisser violer les statuts de l'œuvre et de tenir la Caisse sous une vigilance qui n'a jamais failli ?

Nos statuts ? Il en fut le gardien jaloux ; il sut sans répit à la fois les faire respecter et les assouplir aux besoins mouvants de cette Mutualité dont pendant cette longue vie, il fut véritablement l'âme.

Et que dirai-je de plus de celui dont vous avez pu apprécier le dévouement et la sagesse, qui cède sa place, parce que son grand âge l'y oblige, mais qui restera des nôtres comme le père, le conseiller fidèle, jusqu'à son dernier souffle ?

Et votre nom à tous, chers confrères, votre Bureau fêtera notre trésorier Gassot, le matin même de notre Assemblée générale, en lui offrant, en association avec le Sou médical, dont il fut aussi le trésorier que vous savez, une modeste plaquette qui sera le gage de votre reconnaissance affectueuse, et de votre profonde admiration.

En accomplissant ce geste pieux, nous sommes certains d'être vos fidèles interprètes et nous ne doutons pas un seul instant que tous vous serez avec nous en pensée et de tout votre cœur en ce matin du 7 juin prochain.

....

Chers confrères, Gassot n'a pas voulu abandonner son poste sans conduire à bonne fin les éléments de notre inventaire quinquennal.

Il vient de les remettre à notre actuaire, M. Collomb, actuaire de la Compagnie d'assurances l'Union-Vie, qui était le bras droit du regretté M. Fleury, et qui, aux côtés de ce dernier, a appris à connaître tous les rouages de notre œuvre.

Je ne puis encore rien vous dire des résultats de cet inventaire. Je vous en donnerai les grandes lignes au cours de l'Assemblée générale prochaine et à ce moment-là, je vous demanderai de nous autoriser à réunir au cours du prochain automne, une Assemblée générale extraordinaire spécialement chargée d'étudier les résultats dudit inventaire et de prendre alors les mesures que comportera la situation.

A ce sujet, qu'il me soit permis d'émettre un vœu : cette Assemblée extraordinaire sera particulièrement *importante* ; elle aura à revoir nos statuts, peut-être à en modifier certains articles ; elle aura sans doute aussi à statuer sur des propositions venant de certains d'entre vous ou de votre Bureau. Je vous demande donc de tâcher de venir y assister en nombre. Pour nos confrères de Paris et de la banlieue, la chose n'offre aucune difficulté. Mais nous aimerions y voir certains confrères de province, surtout s'ils étaient mandatés par leurs co-sociétaires régionaux pour nous apporter leurs desiderata et voir de près comment nous administrons leur œuvre et sa fortune.

En attendant, je vais essayer de vous résumer en quelques paragraphes l'activité de notre Société au cours de 1935.

La section indemnités-maladie et accidents qui comptait 1396 embres, a eu 231 malades, ayant totalisé 19.591 journées d'incapacité de travail dont 5.309 à indemnisation pleine et 14.282 au titre indemnité chronique.

Nous avons donc eu 14 journées d'incapacité par membre inscrit en 88 journées par membre malade.

Le taux de mobidité est donc de 17 % et c'est là la proportion qui reste immuable depuis quarante années.

Ainsi, sur 100 membres, il y en a en permanence dix-sept qui ne peuvent exercer leur profession pour une cause pathologique quelconque. Je n'ai aucune amplification à faire sur ce chiffre ; il est ce qu'il est

toujours le même, et semble mesurer quelque loi mystérieuse régissant la morbidité dans notre Corps médical français.

Cette morbidité nous a coûté en 1935 environ 184.000 francs, soit une moyenne de 800 francs par malade.

Mais vous savez que nous avons plusieurs combinaisons d'indemnités allant de 10 fr. à 50 fr. par jour.

Or, voici comment se répartissent les indemnités entre les cinq combinaisons :

Pour la première, 10 francs par jour, environ 67.000 francs ;

Pour la deuxième à 20 francs par jour environ, 33.500 francs ;

Pour la troisième à 30 francs par jour environ 9.500 francs ;

Pour la quatrième à 40 francs par jour environ, 7,500 francs ;

Pour la cinquième à 50 francs par jour environ, 62.500 francs.

Et remarquez que la combinaison à 50 francs, quoi que ayant trois fois moins de membres que la vieille combinaison à 10 francs, arrive à nous coûter presque aussi cher que cette dernière.

Parmi ces indemnités, j'en relève dix ayant dépassé 2.000 francs ; l'une d'elle s'est élevée à plus de 4.000 francs sans cependant que son titulaire soit devenu un de nos chroniques.

Vingt-huit autres malades ont reçu des indemnités allant de 1.000 à 2.000 francs.

Quant à nos Caisses de retraites à 60 et 65 ans elles comprennent un effectif global de 700 membres et parmi eux, nous avons eu l'an dernier 76 retraités, 31 à 60 ans, 35 à 65 ans ; ils ont reçu environ 60.000 francs de pensions auxquels il faut ajouter 4.235 francs de pensions à neuf veuves.

Et le tout représente près de 250.000 francs qui ont été distribués à 317 de nos sociétaires et à leurs veuves.

Vous voyez que les services rendus par votre Mutualité familiale ne sont pas négligeables.

Notre Caisse indemnités-maladies et accidents possédait au 31 décembre dernier une provision de 3.147.000 francs.

Nos Caisses de retraites avaient 5.317.500 francs de réserves.

Et notre Caisse des veuves 590.000 francs.

Ces chiffres, calculés d'ailleurs à la valeur d'achat- n'ont pas besoin de grands commentaires. Ils permettent cependant de faire les observations suivantes :

La Mutualité familiale est une œuvre sérieuse autant qu'utile ;

Elle a su se plier à tous les besoins essentiels de ses membres ;

Ses cotisations servent intégralement à assurer le fonctionnement des combinaisons ;

Une caisse de gestion assurée par une surprime de 10 % permet à votre Bureau de faire face à tous les frais d'administration qui ne cessent de croître ;

Un actuaire surveille la marche financière de l'affaire ;

Nos réserves accumulées en attendant le jour où elles devront être employées, sont représentées par un portefeuille annuellement contrôlé par ceux que vous élirez à cet effet, et géré journellement et de la façon la plus sévère et la plus attentive par nos Trésoriers et le Bureau.

Aucune Soiété du même genre ne peut se vanter de posséder à la fois notre longue expérience, notre compétence, notre solidité ; aucune n'offre une telle sécurité et un tel avenir.

Que ne ferions-nous pas, si nous étions le nombre si notre contingent s'augmentait des deux ou trois mille médecins français que leur âge, leur santé et leur situation permettent d'être reçus dans nos rangs quand ils le voudront.

Mais je le répète, et ne cesserai de le répéter, les efforts de propagande de votre Bureau ne donneront tous leurs fruits que quand, *vous, chers sociétaires*, vous vous ferez, chacun dans votre coin, les apôtres de la bonne parole.

Vous rendrez service à tous les confrères que vous attirerez à votre œuvre ;

Vous consoliderez la puissance de celle-ci ;

Et en revanche, elle pourra alors vous le rendre, parce que plus riche encore et plus prospère, elle sera en mesure d'augmenter ses allocations et ses retraites comme nous ne cessons de le souhaiter et de le désirer pour tous.

Chers sociétaires, la sécurité de votre avenir est entre vos mains.

Aidez-nous ; apportez-nous votre collaboration, en nous envoyant des adhérents nombreux ; nous ferons le reste.

Le Secrétaire général,
H. Mignon.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1935

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1935 :

SECTION I

Indemnités maladie

1.396 membres ont participé aux diverses combinaisons indemnités-maladie, savoir 145 à la combinaison B qui s'éteint petit à petit, et 1.251 aux combinaisont MA dont 320 à MA⁵.

Ils ont donné 231 malades avec 19.591 journées d'incapacité de travail et par conséquent d'indemnités ; réparties en 5.309 journées aiguës et 14.282 journées de chronicité, c'est-à-dire d'indemnités mensuelles. Ces chiffres représentent 14,03 journées par inscrit et 87,40 journées par malade.

Recettes

Les recettes de 1935 se sont élevées à 458.620 fr. 48 savoir :

Cotisations	315.960 75
Intérêts	141.224 06
Boni sur remboursement de valeurs	1.435 67
	458.620 48

Dépenses

Indemnités-maladie	183.908 35

Balanee

Avoir au 31 décembre 1934	2.872.434 67	
Recettes de 1935	458.620 48	3.331.055 15
Dépenses de 1935		183.908 35
Reste avoir		3.147.146 80

ainsi répartis :

Combinaison B	213.149 88
Combinaison MA	1.126.456 72
Combinaison MA²	866.031 60
Combinaison MA³	343.940 75
Combinaison MA⁴	56.573 65
Combinaison MA⁵	540.994 20
	3.147 146 80

SECTION II

Pensions de retraite

La deuxième section comprend la combinaison P qui donne la pension à 60 ans et la combinaison R qui la donne à 65 ans.

700 membres ont participé à ces combinaisons, savoir :

371 à la combinaison P avec 31 retraités.
329 à la combinaison R avec 35 retraités.

Recettes

Les recettes en 1935 se sont élevées à 559.432 fr. 43 savoir :

Cotisations	320.281 40
Intérêts	235.472 63
Boni sur remboursement de valeurs	3.678 40
	559.432 43

Dépenses

Les dépenses se sont élevées à 75.618 fr., savoir :

Pensions	59.028 »
Remboursements de cotisations contre-assurées	16.590 »
	75.618 »

Balance

Avoir au 31 décembre 1934	4.833.724 96	
Recettes de 1935	559.432 43	5.393.157 39
Dépenses de 1935		75 618 »
Reste avoir		5.317.539 39

ainsi répartis :

Combinaison P	2.816.192 »
Combinaison R	2.501.347 39
	5.317.539 39

SECTION III

Pensions aux veuves

La section ne comporte que la combinaison V qui a compté 79 participants en 1935 ; elle a pensionné 9 veuves et une orpheline.

Recettes

Les recettes se sont élevées à 62.892 fr. 22, savoir :

Cotisations	37.446 20
Intérêts	25.446 02
	62.892 22

Dépenses

Pensions	4.235 »

Balance

Avoir au 31 décembre 1934	531.117 43	
Recettes de 1935	62.892 22	594.009 65
Dépenses de 1935		4.235 »
Reste avoir		589.774 65

Caisse auxiliaire

Recettes

Les recettes se sont élevées à 2.654 fr. 58 savoir :

Intérêts	2.109 58
Dons	545 »
	2.654 58

Dépenses

Allocations	92 90

Balance

Avoir au 31 décembre 1934	49.665 81	
Recettes de 1935	2.654 58	52.320 39
Dépenses de 1935		92 90
Reste avoir		52.227 49

Compte de gestion

Les recettes se sont élevées de 82.506 fr. 97 savoir :

Cotisations	67.218 90
Intérêts	3.822 57
Droits d'entrée	5.985 »
Recouvrements, rappels et timbres	5.480 50
	82.506 97

Dépenses

Les dépenses ont été de : 69.221 fr. 30, savoir :

Frais de poste	1.297 25
Frais d'envoi d'argent	821 95
Timbres quittances	996 50
Recouvrements et rappels	1.719 40
Matériel	1.425 70
Impressions	1.345 80
Frais de banque	13.729 70
Examens médicaux	5.535 »
Secrétaire général	9.000 »
Trésorier	12.000 »
Frais de bureaux	18.000 »
Commissaires aux comptes	150 »
Frais de propagande	3.200 »
	69.221 30

Balance

Avoir au 31 décembre 1934	82.446 92	
Recettes de 1935	82.506 97	164.953 89
Dépenses de 1935		69.221 30
Reste avoir		95.732 59

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banques	Caisse	Total
Première section	3.054.696 24	89.977 03	2.473 53	3.147.146 80
Deuxième section	5.144.589 01	159.530 62	13.419 76	5.317.539 39
Troisième section	531.609 55	57.164 31	1.000 79	589 774 65
Caisse auxiliaire	45.513 20	6.144 81	569 48	52.227 49
Gestion	60.002 »	27.628 62	8.101 97	95.732 59
	8.836.410 »(1)	*340.445 39*	*25.565 53*	9.202.420 92

Valeurs et espèces étaient toujours déposées :

à la *Société Générale* pour la première section, la Caisse auxiliaire et la gestion ;

au *Crédit Lyonnais* pour la seconde section ;

au *Comptoir National d'Escompte* pour la troisième section.

Messieurs,

Le présent rapport est le dernier que je vous présente, mon âge et l'état de ma vue m'ayant contraint à résilier, au 1er janvier dernier, les fonctions de Trésorier que je remplissais depuis quarante-deux ans, c'est-à-dire depuis la création de la Société ; je vous demande de bien vouloir me donner quitus de ma gestion.

Mais je ne veux pas me retirer sans vous remercier de la cordialité que vous m'avez toujours montrée dans nos relations, cordialité à laquelle, de mon côté, je me suis toujours efforcé de répondre.

A. Gassot.

SYNDICAT DES MÉDECINS DES ARDENNES

Réunion du Conseil d'administration du 6 mars 1936

Assurances sociales. — Traitement de la blennorragie. — Par lettre en date du 19 février 1936, M. le Docteur Pozier, médecin-contrôleur des Assurances sociales pose au Syndicat la question suivante :

« Le traitement de la blennorragie aiguë par « injections intraveineuses raccourcit-il considé- « rablement la durée de la maladie ? Ce traitement, « très onéreux pour le malade est-il avantageux « pour lui et pour les collectivités telles que les « Assurances sociales ?

Il cite le cas de deux Arabes soignés par injections locales et de l'arrhéol, puis des injections intraveineuses de gonacrine, et enfin d'autres injections hypodermiques, la maladie continue,... les malades ne sont pas guéris ; l'un a déjà coûté 460 francs de soins, 400 francs d'indemnités journalières, 7 P. C. 2, l'autre 586 fr. 75 de soins, 560 francs d'indemnités journalières, 14 P. C. 2.

M. le Docteur Jeanvoine expose que la question a déjà été posée au Syndicat des urologistes il y a un an ou deux. Le traitement le plus classique, les grands lavages, nécessite une moyenne de 40 lavages, soit 40 P. C. 2.

Après discussion le Conseil estime que le médecin est toujours libre d'appliquer à son malade le traitement qu'il juge le meilleur ; il estime qu'il lui est impossible de permettre ou d'interdire tel ou tel traitement, mais qu'une blennorragie simple, non compliquée, ne doit pas donner lieu au paiement d'indemnités journalières, la plupart des malades atteints de blennorragie pouvant continuer à travailler.

(1) Valeur au prix de revient.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Le dîner de la Bidoche

Sous la présidence du Docteur L. Ruaud, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Léopold-Bellan, a eu lieu le mardi 28 avril, au restaurant de la Tête de Bœuf, 23, avenue du Pont-de-Flandre, le 24e dîner de la Bidoche, qui, chaque fois, grâce au généreux concours de notables de la boucherie en gros, rapporte une sérieuse contribution à notre *Maison du Médecin*, de Valenton.

Tour à tour, les Docteurs Ruaud, Massart, le Prof. Laignel-Lavastine, le Docteur Noir, remercièrent les organisateurs du dîner, le Docteur Mondain et M. Vergelot. Ils firent ressortir les services de la Maison du Médecin et les ambitions qu'ils avaient d'étendre son action bienfaisante.

La quête, qui fut faite à la fin du dîner, produisit 1.300 francs destinés à procurer aux pensionnaires de Valenton un supplément de distraction et de bien-être.

Le Docteur Massart convia les assistants à venir au déjeuner de La Bidoche qui aura lieu à *Valenton* le 21 mai, jour de l'Ascension, à 12 h. 1/2.

Déjeuner en l'honneur du Dr Cambiès

Mardi 28 avril, au Cercle interallié, en présence de nombreux amis, après un déjeuner intime, le Docteur Dartigues, président-fondateur de l'Union médicale latine, a remis au Docteur Cambiès, trésorier de l'Union, la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur. Tous les membres du Bureau de l'Union médicale latine (UMFIA) avaient pris part à cette fête à laquelle le Président du Conseil des Ministres avait délégué son chef de Cabinet. Dans de nombreuses allocutions furent vantés les mérites du nouveau chevalier et le Docteur Bardelac de Pariente, un des fondateurs de l'*Umfia*, porta galamment en langue espagnole un toast à la charmante Mme Cambiès que des liens étroits de parenté, attachent à notre sœur latine transpyrénéenne.

Assises franco-italiennes de médecine générale

Nice, 5-6 avril 1936 — La Corse

Six cent trente congressistes français et italiens se sont réunis à Nice pour prendre part aux Assises franco-italiennes de médecine générale.

De très importants et très intéressants travaux furent exposés et discutés durant ces deux journées au centre universitaire méditerranéen, où se tinrent les réunions de travail.

L'organisation de ces assises et des réceptions grandioses dont elles furent l'occasion de la part de la municipalité de Nice, de la principauté de Monaco et des municipalités environnantes : Cannes, Beaulieu, Menton, etc., est au-dessus de tout éloge et ne peut être surpassée.

Ces deux jours furent un enchantement. On ne saurait trop louer les membres du Comité d'organisation, nos collègues d'Œlsnitz, de Giovani et Grinda, ni trop remercier M. Jean Médecin, député-maire de Nice, à l'initiative duquel nous devons l'ampleur somptueuse des réceptions de Nice et qui voulut bien nous faire l'honneur de présider la séance d'ouverture des assises. Cette séance fut l'occasion émouvante d'une manifestation enthousiaste et vibrante de l'amitié profonde qui unit les médecins italiens et français que traduisirent en termes si heureux le Prof. Bezançon au nom de l'Académie de médecine, le Prof. Cunéo, comme président des Assises françaises et le Prof. Zoia comme président des Assises italiennes. Aussi, lorsque, après s'être associé aux paroles prononcées, le Prof. Carnot, président de l'Assemblée française de médecine générale donna l'accolade au Prof. Zoia, président de l'Assemblée italienne de médecine générale, tous les congressistes français et italiens profondément émus se levèrent spontanément et applaudirent longuement ce geste fraternel qui traduisait si bien leur sympathie réciproque que notre dévoué et actif secrétaire général Godlewski sut énoncer de sa voix chaude et vibrante en une de ces belles improvisations dont il a le secret.

Des manifestations semblables se renouvelèrent à l'occasion du déjeuner de la Jetée-Promenade merveilleusement servi et que présida M. Jean Médecin. Successivement, M. Louis Madelin, de l'Académie française, président du Comité France-Italie ; M. le

sénateur Borletti, président du Comitatos Italia-Francia, le Prof. Cunéo, le Prof. Zoia, exaltèrent à nouveau l'amitié franco-italienne en des termes inoubliables.

Puis les cars nous emmenèrent, par un temps radieux, le long de la mer jusqu'au Casino de Cannes d'où, après avoir pris un thé de gala, nous rentrions à Nice pour repartir, une heure plus tard, vers le théâtre de Monte Carlo qui nous offrait une soirée de gala avec le concours des Ballets russes et de l'orchestre du Casino de Monte Carlo.

Son Altesse, le Prince de Monaco, voulait bien honorer cette soirée de sa présence et recevoir, dans sa loge, les membres du Comité d'organisation italiens et français.

Le lendemain, durant la séance de travail, les femmes des congressistes visitèrent, sous l'aimable direction des femmes de nos confrères niçois, la ville de Nice. Elles terminèrent par la visite des importants laboratoires Mercier qui remirent à chacune d'elles un appréciable coffret de leurs meilleurs produits : parfums, onguents et fards de haute qualité.

A 13 heures nous nous trouvions tous réunis dans le grand hall de l'hôtel Negresco. Le banquet de 600 couverts est présidé par M. Léon Baréty, député, ancien ministre, président du Conseil général des Alpes-Maritimes, assisté du Docteur Grinda, ancien ministre. Au dessert, d'Œlsnitz remercie le Conseil général de l'aide qu'il a apportée aux organisateurs. M. Léon Baréty se félicite de l'œuvre de rapprochement franco-italien réalisée à Nice et boit aux succès constants des assises, à la prospérité de l'Italie et de la France. Le Prof. Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux, vice-président de l'Assemblée française de médecine générale, exalte tout l'attachement de la Gascogne à la culture romaine : « Nous ne voulons pas, dit-il en terminant, d'autre source pour nous désaltérer que la source latine, la seule qui ne déçoive pas, la seule qui étanche la soif ». Le Prof. Zoia exprime l'espoir de recevoir prochainement les médecins français en Italie.

Le Prof. Donati s'associe à ce souhait en saluant l'œuvre de Mussolini. Le Docteur Grinda exalte la politique sanitaire réalisée en Italie. M. Maurice Mignon, directeur du Centre universitaire méditerranéen lit un magnifique discours de Paul Valéry de l'Académie française qui s'excuse de n'avoir pas pu nous recevoir lui-même au Centre universitaire qu'il préside.

Le Docteur Dalard (de Perpignan) évoque poétiquement la splendeur des journées niçoises, et Henri Godlewski exprime en une synthèse brillante, toute la valeur des deux journées passées et du souvenir inoubliable qu'elles nous laissent.

Puis nous parcourons, dans des cars très confortables la route Nice-Menton, par la Grande-Corniche aux vues splendides sur la mer Méditerranée. Au Casino municipal de Menton, si coquettement agencé, une réception délicate nous est offerte par la Municipalité représentée par M. Cosso, adjoint au maire. Au cours du thé de gala qui nous est donné, le Docteur Galavielle, conseiller municipal, dit toute sa joie d'accueillir, à Menton, les médecins d'Italie et de France. Godlewski au nom des congressistes français, et Gerbi au nom des congressistes italiens, remercient chaleureusement la Ville de Menton de son aimable accueil.

Nous rentrons ensuite à Nice par la Moyenne Corniche, pour entendre, au théâtre du splendide et harmonieux Palais de la Méditerranée, « La Fin du Monde ». Sacha Guitry, entouré de toute sa troupe, fut particulièrement brillant et spirituel. Il répondit à nos applaudissements prolongés par un souhait de bonne santé dont la malice fit sourire les plus sévères.

Puis ce fut, pour terminer ces deux journées de travail et de fête, un magnifique souper donné dans la grandiose salle des fêtes du Palais de la Méditerranée.

Le lendemain, à midi, une centaine d'entre nous, les plus courageux, s'embarquaient pour la Corse par un temps plus que douteux. La Méditerranée, très agitée voulait sans doute nous rappeler la dureté de la vie, que nous avions oubliée durant ces belles journées niçoises.

Enfin après une traversée difficile, la Corse nous accueille et nous visitons successivement durant trois journées : l'île Rousse, Calvi, le golfe de Porto, les Calanques de Piana, Ajaccio, berceau de Napoléon. La visite de sa maison natale et familiale est saisissante ; le guide actuel sait la rendre particulièrement vivante et pleine d'émotion.

Nous traversons ensuite Vizzavona, Corté et arrivons à Bastia où la municipalité nous offre un vin d'honneur à l'Hôtel de Ville. Nos confrères de la section de Bastia : Dufour, Pfeiffer, Pitti-Ferrandi, Zuccarelli, etc., conviés à notre dîner nous disent, en de charmantes causeries, la vie, les coutumes, la psychologie corses. Le lendemain, sous l'aimable et instructive conduite de Pitti-Ferrandi et de Pfeiffer, nous visitions le vieux port et les belles églises de Bastia.

Au déjeuner le Prof. Laignel-Lavastine, le Médecin général Paitre, Huber, médecin des hôpitaux de Paris, Nigra de Rossi, remercièrent nos collègues de Bastia de leur charmant accueil et Godlewski, de l'organisation de ce beau voyage.

Après avoir traversé le Cap Corse et goûté le vin de Patrimonio nous revenons à Bastia nous embarquer. Tout en voguant sur une mer calme et bleue, nous admirons les rivages du cap Corse que nous longeons, tandis qu'au loin s'estompe les contours de l'Ile d'Elbe, autre évocation de l'épopée Napoléonnienne.

Puis la nuit nous enveloppe. Nous rassemblons tous nos souvenirs. Mais déjà les lumières du continent brillent à l'horizon. C'est le retour vers la vie professionnelle.

Robert Dubois (de Saujon).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Laboratoire d'hygiène.** — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le Docteur JOANNON, agrégé d'hygiène ; M. LINDEMANN, adjoint au directeur des Services du Travail et de l'Enseignement maritime au ministère de la Marine marchande ; M. ROUBINET, chef de bureau à l'Etablissement national des invalides de la marine ; MM. les Docteurs CAMBESSÉDÈS, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique à la Faculté de médecine ; CLERC, assistant d'hygiène et conseiller techniquesanitaire du ministère de la Marine marchande ; NEVEU, chef de laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; NAVARRE, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Le cours durera du 18 mai au 5 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs et étudiants en médecine, à scolarité terminée, français et du sexe masculin ; 2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

— **Clinique de la tuberculose. (Hôpital Laennec).** — M. le Professeur Fernand Bezançon reprendra ses leçons le 15 mai et les continuera les vendredis suivants à 11 heures à la salle des conférences de la clinique.

— **Pathologie médicale et générale** (Professeur : M. A. Baudouin). — *Deuxième série* (mai-juin). M. LAROCHE commencera ses leçons le lundi 11 mai 1936, à 18 heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre.

PROGRAMME. — Maladies de la nutrition (*Suite*). Maladies des reins.

M. BÉNARD commencera ses leçons le mardi 12 mai 1936, à 18 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au Grand Amphithéâtre.

PROGRAMME : Maladies infectieuses (*suite*).

— **Physiologie** (1re et 2e années). — Depuis le 27 avril, M. Ch. RICHET, agrégé, traite, dans ses conférences, *de la chaleur animale et de la sécrétion rénale.*

Ces deux questions étant comprises dans le programme, MM. les étudiants de première année sont invités à suivre ces conférences.

— **Stomatologie.**— M. RUPPE, chargé de cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, a commencé ses leçons à la salle des thèses n° 2, le mardi 5 mai, à 18 heures, et les continuera les jeudis et mardi suivants à la même heure.

— **Agrégation.** — *Jury d'Anatomie et Histologie* (11 mai). — Président : M. Argaud (Toulouse). Membres : MM. Rouvière, Champy, Cunéo (Paris), Dubecq (Bordeaux), Lucien (Nancy), Debeyre (Lille) :

Jury de chirurgie générale 15 mai). — Président : M. Tixier (Lyon). Membres MM. Chevassu, Duval, Lenormant, Marion, Mathieu (Paris), Ducuing (Toulouse), Chauvin (Marseille), Michel (Nancy), Stolz (Strasbourg), Rocher (Bordeaux).

Jury d'ophtalmologie (15 mai). — Président : M. Terrien (Paris). Membres : MM. Strohl (Paris), Weill (Strasbourg), Gorse (Toulouse), Imbert (Marseille).

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE dirigera des conférences-promenades en mai et juin.

Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche à 10 h. 1/2 du matin.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES-PROMENADES. — Dimanche 10 mai : l'hôpital Beaujon-Clichy, 100, boulevard de Lorraine, Clichy (Seine). Réunion à l'entrée. Prendre le métro jusqu à la Porte de Clichy, puis l'autobus R *bis*. L'autobus U *bis* mène aussi à l'hôpital.

Jeudi 21 mai : La Bibliothèque de la Sorbonne. Réunion dans la cour de la Sorbonne.

Dimanche 14 juin : Le Musée de la Préfecture de Police, 36, quai des Orfèvres. Réunion dans la cour.

Dimanche 28 juin : La boulangerie de l'Assistance publique et l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin. Réunion dans la cour de la boulangerie, 13, rue Scipion (XIIIe).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.**— *Jury* : MM. Vignes, Brindeau, Desnoyers, Funck, Cathala, Tinel, Lardennois. *Lecteurs* : MM. Sureau, Digonnet. *Censeur* : M. Lacomme.

— **Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie** à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes : la première le 1er novembre 1936, la deuxième le 1er novembre 1937. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 juin 1936 à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) à partir du lundi 11 mai jusqu'au mercredi 20 mai 1936 inclusivement, de 15 heures à 18 heures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Joseph MOLLARD, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; du Professeur Robert BARANY, de l'Université d'Upsal, prix Nobel de médecine en 1914, connu par ses travaux de physiopathologie de l'oreille (épreuve de Barany).

— **Fédération internationale des Sociétés d'eugénique.** — La Fédération tiendra sa prochaine réunion du 16 au 21 juillet 1936 aux Pays-Bas, à Scheveningue et à la Haye.

La conférence spécialement organisée à cette occasion comme les autres années, portera sur les sujets suivants : Nouvelles recherches sur l'hérédité des troubles mentaux. — Nouvelles méthodes pour l'étude de la psychologie normale au point de vue de l'hérédité. — Mutations dans les règnes végétal et animal. — Mutations chez l'homme. — Statistiques ayant trait à la sélection dans le règne animal et chez l'homme. — Rapports concernant la stérilisation humaine.

Les personnes désireuses d'être invitées à cette réunion sont priées de s'adresser à M. Georges Schreiber, vice-président de la section eugénique de l'Institut international d'anthropologie, 26, avenue du Recteur-Poincaré, Paris (XVIe).

— **IIe Congrès international de microbiologie.** — Le IIe Congrès international de microbiologie se tiendra à Londres, du 25 juillet au 1er août 1936, sous la présidence de M. le Prof. J. C. G. Ledingham, directeur du Lister Institute.

Communications. — Les demandes de communications doivent être adressées au secrétaire général en indiquant pour chacune d'elle la section dans laquelle on désire la voir figurer. Les sections sont les suivantes :

Section 1 : General Biology of Micro-organisms. — Section 2 : Viruses and Virus diseases in animals and plants. — Section 3 : Bacteria and fungi relation to disease in man, animals and plants. — Section 4 : Economic Bacteriology soil, dairying and industrial microbiology. — Section 5 : Medical, Veterinary and Agricultural Zoology and Parasitology. — Section 6 : Serelogy and immunochemistry. — Section 7 : Microbiological Chemistry. — Section 8 : Specific immunisation in the control of human and animal disease.

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues par le Secrétaire général du Congrès, M. R. St-John-Brooks, Lister Institute of Preventive Medicine, Chelsea Bridge Road, London.

Le prix de l'inscription au Congrès est de une livre sterling. Cette somme doit être adressée au trésorier du Congrès : M. J. T. Duncan, London school of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London W. C. 1.

Voyage. — Les agences de voyage Cook / Wagon-Lits American Express Co, Dean and Dawson Ltd sont officiellement chargées de s'occuper du voyage et du séjour à Londres des Congressistes.

— **Allemagne.** — Nous lisons dans le *Bruxelles Médical* :

Un décret décide que dorénavant, en Allemagne, seront considérés comme juifs, les médecins qui, par leurs parents ou leurs grands-parents ont la totalité, les trois-quarts ou la moitié de sang juif ou encore ceux qui sont mariés à une juive. Ces médecins ne seront admis à pratiquer que dans une proportion égale à celle de la population juive en Allemagne. Les médecins non juifs n'auront pas le droit d'adresser des malades à des spécialistes juifs. Comme le nombre des médecins juifs admis à pratiquer est en ce moment largement dépassé, il ne saurait être question d'en admettre de nouveaux d'ici longtemps.

— **Quinze francs le litre de lait.** — On vend à Berlin — nous apprend Mme Beaugrand dans le *Journal* — du lait au prix de 15 francs le litre. Hâtons-nous d'ajouter qu'il s'agit de lait de femme conservé, destiné à l'alimentation des enfants. La « coopérative du lait maternel », qui fonctionne dans la capitale allemande depuis six mois, arrive à obtenir et à mettre en vente environ 250 litres de lait féminin par jour. Voilà une industrie nouvelle dont on ne saurait actuellement prévoir l'avenir !

— **Ier Congrès international des Sanatoriums.** — Le Premier Congrès international des Sanatoriums et des Etablissements de cure privés se tiendra à Budapest au mois de septembre 1936. MM. les congressistes sont priés de vouloir bien communiquer le sommaire de leurs communications éventuelles sur des questions professionnelles et scientifiques au Comité d'organisation.

La correspondance doit être adressée au Comité d'organisation : Margitsziget (Ile St-Marguerite) Sanatorium, Budapest.

— **IIIe Congrès international de la lumière.** — Ce Congrès aura lieu à Wiesbaden du 1er au 7 septembre 1936, sous la présidence du Prof. Friedrich, directeur de l'Institut de radiologie de l'Université de Berlin.

Des rapports seront présentés sur la biologie et la physique de la lumière et la thérapeutique par la lumière.

Pour tous renseignements concernant l'organisation du Congrès et de l'Exposition, s'adresser au secrétaire général du Congrès, M. H. Schreiber, Robert-Koch-Platz, 1, Berlin, N. W. 7.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Cependant il me semblait avoir vu dans un compte rendu que les retraités d'Assurances sociales avaient toujours droit aux soins ; n'en est-il pas de même pour leurs enfants et conjoints ?

Dr T.

Réponse

Les assurés qui ont demandé la liquidation de leurs droits à la pension-vieillesse n'ont plus droit aux prestations en espèces ou en nature de l'assurance-maladie. *A fortiori*, en est-il de même pour leur conjoint ou leurs enfants.

Vous confondez sans doute avec les dispositions de l'assurance-invalidité, en vertu desquelles l'assuré invalide continuer à avoir droit aux prestations maladie pendant cinq années ; dans ce cas d'ailleurs ce bénéfice est personnel à l'assuré, et ses conjoints ou enfants ne peuvent pas y prétendre.

1.430. — Prestations pharmaceutiques payantes et prestations médicales gratuites

Le Directeur de la Caisse primaire d'Assurances sociales de .... au *Concours Médical* :

Notre organisme se trouve appelé à rembourser à des assurés des frais pharmaceutiques sans prestation de l'acte médical par le praticien. Il est vrai que ce dernier est un médecin propharmacien.

Nous vous serions obligés de vouloir bien nous dire ce que vous pensez de la question soulevée ; il nous semble que cette façon de faire ne répondrait pas à l'absolu de la loi, puisqu'en l'occurrence, les malades recueillent des soins pour une affection qui ne se trouve pas nettement déterminée, et, que le délai de six mois de traitement semble presque impossible à pratiquer.

Le Directeur,

Réponse

Pour pouvoir bien préciser la situation professionnelle que vous nous soumettez, il faut nous placer sur le terrain pratique.

Un assuré social va chez un médecin, se fait examiner par lui, reçoit de ce dernier une ordonnance médicale, paye le praticien qui signe la feuille d'Assurances sociales, et notamment mentionne l'acquit de ses honoraires dans la colonne *ad hoc*. De cette manière, la Caisse est avertie de la date de la première prestation médicale qui servira de point de départ pour le délai de six mois.

Mais dans certains cas, le praticien pratique bien la prestation en nature, mais, il ne la fait pas payer. Il s'agit tantôt d'un bénéficiaire de l'article 64, d'autres fois d'un blessé du travail en cours de traitement, d'autres fois enfin, pour des motifs personnels, le praticien n'entend pas se faire rémunérer de ses soins. Il inscrit donc dans

la colonne de l'acquit que la prestation a été dispensée gratuitement. De cette manière, la Caisse d'assurances sociales ne remboursera pas à son ressortissant la part contributive pour un acte médical qui a été gratuit. Mais, il n'en reste pas moins que la Caisse doit rembourser une partie des frais pharmaceutiques. La date de la prestation indique également le début de la maladie pour le délai des six mois.

Ainsi par exemple, un médecin donne des soins à sa domestique ; il est très compréhensible qu'il ne se fasse pas payer par elle des honoraires auxquels il a droit, mais il peut parfaitement lui faire une ordonnance médicale que la domestique payera au pharmacien et dont elle se fera rembourser la part qui incombe à la Caisse d'Assurances sociales.

De même un médecin qui exerce la propharmacie peut très bien, pour une consultation rapidement donnée, pour un cas très bénin, ne pas demander d'honoraires pour ladite consultation et se contenter du bénéfice qu'il prélève sur la vente des médicaments à son client.

En théorie donc, le cas que vous nous soumettez paraît tout à fait normal et déontologique. Ce n'est que dans le cas où la Caisse aurait un soupçon tant sur l'honorabilité du praticien que sur la bonne foi de son ressortissant qu'elle pourrait, par son contrôle personnel ou par le contrôle technique du Syndicat, vérifier si des abus ne sont pas commis sous le couvert de la gratuité des actes médicaux.

Il appartiendrait alors au Conseil de famille du Syndicat de faire comparaître le médecin supposé fautif, de discuter avec lui et, s'il y a lieu, soit lui faire une confraternelle admonestation pour qu'il ne recommence pas, soit lui appliquer une sanction si on avait affaire à un récidiviste.

Dr Paul Boudin.

3.493. — Demande de pension d'invalidité

Une malade atteinte de mal de Pott, doit demander l'invalidité aux Assurances sociales au bout des six mois de maladie.

Quelles formalités à accomplir ?

Dr L.

Réponse

Un assuré social qui reste atteint au bout de six mois de soins d'une incapacité de travail d'au moins 66 % peut prétendre au versement des prestations de l'assurance-invalidité s'il a à son compte au moins 480 cotisations journalières durant les huit trimestres civils précédant la première constatation médicale de sa maladie.

La demande de pension doit être adressée à la Caisse primaire d'assurance-maladie à laquelle il

est affilié. Elle doit comprendre sa carte d'immatriculation, un certificat de son médecin traitant établi selon un modèle officiel attestant que l'affection dont il est atteint réduit d'au moins les deux tiers sa capacité de travail, un extrait de son acte de naissance, et un autre pour chacun de ses enfants à charge. D'autre part, l'assuré doit déclarer s'il bénéficie ou non d'un salaire ou d'un revenu résultant de son travail, et, dans l'affirmative, il indique outre le salaire perçu au cours du trimestre précédant la maladie, le montant du nouveau salaire, et le nom et l'adresse de l'employeur.

3.574. — Le médecin traitant n'a pas à fournir un rapport motivé en cas d'acte chirurgical

Je reçois à l'instant de la Caisse primaire, la lettre suivante concernant un petit opéré actuellement guéri et pour lequel je viens d'être réglé par les parents.

« Docteur,

« Nous recevons ce jour une carte-lettre afférente à la maladie de l'enfant G..., de ......

« Cet enfant a été l'objet d'une intervention chirurgicale. Selon le nouveau règlement d'administration publique, les Caisses d'assurances sociales doivent exiger en cas d'acte chirurgical pratiqué d'urgence un « *rapport motivé* » du chirurgien.

« Nous vous serions donc très obligés de bien vouloir nous préciser quelle est la nature de l'opération subie par l'enfant G.. »

Que dois-je faire ? La Caisse ne remboursera probablement pas mon client, si je ne lui réponds pas.

Dr G.

Réponse

La lettre que vous avez reçue de la Caisse d'assurances sociales de votre client n'est pas juridiquement exacte.

Tout d'abord le décret-loi du 28 octobre 1935 et le règlement d'administration publique ont bien prévu que les règlements intérieurs des Caisses devraient contenir certaines dispositions obligatoires. Mais encore faut-il pour cela que ce règlement ait paru, et ait pris force obligatoire, c'est-à-dire ait été approuvé par le ministre du Travail, et notifié à l'assuré conformément aux dispositions de l'art. 31 du décret-loi précité.

En second lieu, il n'est pas exact que l'art. 115 du règlement d'administration publique, qui énonce les dispositions obligatoires que doivent contenir les règlements intérieurs des Caisses, ait prévu que les Caisses doivent exiger en cas d'acte chirurgical pratiqué d'urgence un rapport motivé du chirurgien. Selon cet article, l'assuré malade doit envoyer à la Caisse, dans les trois jours,

qui suivent la première consultation ou visite médicale, soit la carte-lettre jointe à la feuille de maladie délivrée par la Caisse, soit en cas d'urgence une simple lettre indiquant la date de la première constatation médicale et un certificat du médecin traitant, certificat qui ne doit évidemment donner que les indications de la carte-lettre, c'est-à-dire la date de la première constatation et la durée probable de l'incapacité de travail. D'autre part, il est stipulé que le règlement intérieur doit prévoir « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille s'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurigen ou d'un auxiliaire médical ».

Toutes ces formalités incombent uniquement à l'assuré, et il n'est nullement question de rapport motivé de la part du médecin traitant ou du chirurgien. Ce dernier ne peut d'ailleurs donner à la Caisse un rapport motivé sur l'état de son malade, car il est tenu à son égard comme à l'égard de tous les tiers par l'obligation au secret professionnel que lui impose l'art. 378 du Code pénal et auquel aucun article de la loi sur les Assurances sociales ne déroge implicitement ou expressément.

Nous vous conseillons donc de répondre à la Caisse en question par une fin de non-recevoir, et de conseiller éventuellement à votre client de poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement si elle lui refuse le versement des prestations, motif pris de l'absence de cette formalité.

3.685. — Cotisations à verser pour les domestiques

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me donner quelques renseignements au sujet de l'inscription d'une bonne aux Assurances sociales.

Je viens d'engager une bonne (15 ans) pour la durée de six mois à 150 francs par mois.

Voulez-vous me dire quel prix je dois verser tous les mois au titre des Assurances sociales (versement patronal, versement de la bonne) ? Comment la faire inscrire ? A qui verser la somme que vous me direz, puisque, je crois, les timbres sont supprimés ?

Dr R.

Réponse

En vertu de l'art. 2 § 13 du décret-loi du 28 octobre modifiant le régime des Assurances sociales, le salaire servant à calculer la double cotisation patronale et ouvrière des domestiques et gens de maison n'est pas le salaire réel en espèces augmenté de la valeur des avantages en nature, mais un salaire forfaitaire fixé par arrêté ministériel. Il se monte pour l'année 1936, en vertu de l'arrêté du 27 janvier dernier, à

3.600 francs par an pour les femmes dans les communes de moins de 80.000 habitants. La double cotisation annuelle est égale à 7 % de ce salaire, soit 252 francs, la cotisation mensuelle est alors de 21 francs (10 fr. 50 pour le patron, et 10 fr. 50 pour la domestique).

Vous devez déclarer votre domestique au Service régional des Assurances sociales dans les huit jours de son embauchage.

Le versement de la double cotisation a lieu dans les dix premiers jours de chaque trimestre, soit par paiement en espèces au bureau de poste, soit par virement de chèque postal.

3.884. — Droit à la pension d'invalidité

Une de mes malades assurée sociale qui a cotisé depuis le début des Assurances sociales tombe malade en juin 1935. Elle a subi une grave opération d'appendicite avec abcès multiples. Elle s'est remise peu à peu. Cependant à la fin de la période de six mois elle était encore très maigre, anorexique subfébrile. Elle s'est vu couper toutes les prestations des Assurances sociales. Elle a demandé la pension d'invalidité puisqu'elle ne peut travailler. On lui a répondu qu'elle devrait verser 200 francs pour les frais d'expertise et que la pension ne pouvait être accordée que si elle avait au moins 63 % d'invalidité. Ceci me paraît dépasser les bornes. Une autre de mes malades a obtenu « la réassurance », c'est-à-dire la continuation des prestations pour soins médicaux et frais pharmaceutiques et cependant elle n'est que la femme d'un assuré, alors que la malade d'aujourd'hui est assurée elle-même.

On a dit aussi que les frais de justice étaient onéreux. Est-ce possible ? Dr A.

Réponse

Si l'assurée en question reste atteinte au bout de six mois de soins d'une incapacité de travail d'au moins les deux tiers, et si d'autre part elle a à son compte au moins 480 cotisations journalières durant les huit trimestres civils précédant la première constatation de sa maladie, elle a droit au versement des prestations de l'assurance-invalidité et doit les demander à sa Caisse primaire de répartition, en lui faisant parvenir sa carte d'assurée sociale, un extrait de son acte de naissance, et un certificat de son médecin traitant établi sur modèle spécial de l'Administration et indiquant le taux de son invalidité. L'octroi de ces prestations n'est nullement subordonné au versement par l'assuré d'une provision de 200 francs pour frais d'expertise ; l'assurée ne doit pas souscrire à cette demande, mais si sa pension lui est refusée motif pris de ce que son incapacité n'est pas suffisante, elle doit saisir du différend la Commission technique prévue par l'art. 10 § 3 de la loi

de 1928-1930 sur les Assurances sociales et composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin désigné par le Président du Tribunal civil. Chacune des deux parties honore le médecin qui la représente, quant aux honoraires du troisième médecin ils doivent être avancés par la Caisse et supportés en définitive par la partie qui succombe.

Les frais de justice devant la Commission d'arrondissement, qui a seule compétence pour statuer juridiquement sur les droits des parties en cause, et condamner la Caisse à verser les prestations dues, sont des plus minimes. En effet la procédure en matière d'assurances sociales est dispensée de tous frais de timbre et d'enregistrement ; les parties peuvent présenter elles-mêmes leur défense, le ministère d'un avoué ou d'un avocat n'étant pas obligatoire. Les seuls frais sont ceux de Greffe, qui se montent à une vingtaine de francs et sont remboursés en cas de gain.

Les ayants droit de l'assuré (conjoints, enfants à charge) peuvent prétendre au versement des prestations en nature de l'assurance-maladie dans les mêmes conditions que l'assuré lui-même. En particulier, ils peuvent invoquer les dispositions légales et la jurisprudence relative à la rechute, lorsque celle-ci survient plus de deux mois après la guérison apparente ou la fin de la période de maladie antérieure.

ACCIDENTS

3.607. — Accident de football. Tarif applicable

Permettez-moi de venir vous demander votre avis pour une question d'honoraires.

Le 25 mars 1934 vient dans mon cabinet un jeune homme qui avait reçu en jouant au foot-ball un ballon dans l'œil droit. Il est conduit par la comtesse X... qui s'intéresse à ces sociétés sportives.

Œil inéclairable. V. = 0. Hémorragie de tout le globe oculaire.

Je fais mon possible, bien entendu, pour lui conserver la vision. Après cinq séances j'ai la satisfaction de voir son œil s'éclaircir et peu après la vision redevient normale au point que dix jours après je l'autorise à remplir un engagement à B.

Les honoraires, comme il était convenu, sont adressés au président de la Société qui les renvoie à son Assurance.

Je réclamais 250 francs.

Je dois faire plusieurs rappels à l'agence de C.

J'écris à la direction à Paris.

Pas de réponse.

Pas de réponse non plus de la Société sportive.

Pour en finir j'envoie une lettre recommandée à Paris et voici la lettre qu'on se décide enfin à me répondre.

Dans le *Concours Médical* du 20 mars 1935 je lis un article où vous dites que ces accidents ne doivent

pas être considérés comme accidents du travail mais comme accidents du droit commun.

Que dois-je faire ?

Dr R.

Réponse

Vous n'êtes nullement tenu, au point de vue juridique, d'accepter comme honoraires le Tarif des accidents du travail. Ce tarif ne constitue en l'espèce que le tarif de responsabilité de l'Assurance de la Société sportive, et n'est opposable que dans les rapports existant entre cette Compagnie et son assuré. Il constitue pour vous une « res inter alios acta » que vous n'avez pas à connaître.

Vous êtes donc fondé à n'accepter ce qui vous est offert par cette Compagnie qu'à titre d'acompte sur votre note totale. L'excédent par rapport au tarif normal peut être demandé par vous, dans les termes du droit commun soit au blessé lui-même qui est toujours le principal débiteur du médecin puisqu'il est le bénéficiaire des soins, soit à la Société sportive si cette dernière s'est engagée, par l'intermédiaire de ses représentants, de manière expresse ou tacite, à prendre à sa charge le payement de vos honoraires.

2.505. — Kystes à grains riziformes et accident du travail

Une synovite crépitante de la gaine des radiaux peut-elle être soignée comme accident du travail ? Voici le fait.

J... est assuré contre les accidents du travail ; il a chez lui son fils Maurice qui l'aide à la culture et est considéré comme son domestique par l'Assurance contre les accidents agricoles.

Vendredi dernier, après avoir taillé la vigne toute la journée, Maurice avait mal au poignet gauche. Le lendemain matin, il aperçoit une tuméfaction ; il y a de la douleur et de la crépitation aux mouvements. Il vient me voir et je lui établis ce jour-là un certificat initial. Il fait ce même jour sa déclaration à la mairie et à l'agent de la Compagnie d'assurances en leur disant comment c'est arrivé.

Est-ce réellement un accident du travail ? Serait-ce une maladie professionnelle ?

Raisons pour : la lésion est arrivée à l'occasion et pendant les heures du travail.

Raisons contre : il manque le choc extérieur, la soudaineté caractéristique de l'accident, la notion d'un agent vulnérant.

D'autre part, il n'y a pas de témoins de l'accident (il y en a pour le travail de la vigne ce jour-là).

La question qui m'intéresse personnellement est de savoir à qui envoyer ma note (à la Compagnie ou au patron).

Dr C.

Réponse

Une synovite crépitante de la gaine des radiaux ou la synovite à grains riziformes est considérée comme étant, dans l'immense majorité des cas, de nature tuberculeuse ; c'est donc la manifestation extérieure d'une diathèse, et, par conséquent, elle ne semble pas devoir être considérée comme un accident du travail.

Mais si l'ouvrier peut apporter la preuve qu'avant l'accident invoqué il ne possédait aucune lésion au poignet, s'il peut prouver une cause brusque et soudaine, il pourra, avec ces faits, faire admettre l'applicabilité de la loi de 1898. Si, au contraire, il n'y a pas eu traumatisme, mais que la tumeur ne soit apparue que progressivement au cours d'un travail long et pénible, il s'agira plutôt d'une maladie professionnelle, qui, par suite, n'est pas garantie par la loi des accidents du travail.

Il aurait pû se faire que le blessé soit porteur d'un kyste à grains riziformes et que ce dernier ait été enflammé à la suite d'un traumatisme brusque et violent. L'application de la loi de 1898 pourrait être alors envisagée.

Mais, dans le cas qui nous concerne, bien que la jurisprudence de la Cour de cassation soit nettement établie, spécifiant qu'il ne faut pas tenir compte de l'état antérieur, il est cependant nécessaire, pour l'applicabilité de la loi de 1898, que la lésion soit la conséquence d'une cause brusque et soudaine.

Aussi, dans le cas particulier, il appartiendra à un médecin expert de déterminer s'il y a ou non applicabilité de la loi sur les accidents du travail.

Nous vous conseillons d'envoyer votre note d'honoraires au chef d'entreprise et non pas à la Compagnie d'assurances. Nous dirons même que vous devez envoyer votre note à la fois au blessé et à son père qui est en même temps son chef d'entreprise. Si eux croient devoir faire intervenir la garantie de la Compagnie d'assurances, ils le feront en toute liberté.

Dr Paul Boudin.

FISCALITÉ

3.352. — Patente des médecins qui ne font que des expertises

Un médecin ne faisant pas de clientèle mais désigné par le Tribunal pour faire des expertises peut-il être assimilé à un médecin qui met son activité au service des Compagnies d'assurances et ne paye pas patente lorsqu'il n'exerce pas ?

Autrement dit l'arrêt du Conseil d'Etat du 6 janvier dernier peut-il lui être appliqué ?

Dr B.

Réponse

Les docteurs qui n'ont pas de clientèle et se bornent à faire des expertises lorsqu'ils sont désignés par le Tribunal exercent une profession non-commerciale. Ils sont imposables à la patente comme experts (4e classe au 30e). Ce qui veut dire qu'à V. pour un loyer de bureau professionnel supposé de 900 francs le principal de la patente serait de :

Droit fixe 4e classe	45
30e de 900	30
Total	75

Cette somme multipliée par les centimes additionnels donne le montant de la patente.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

3,335. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Comme membre du Sou médical je viens vous demander un renseignement au sujet d'un différend que j'ai avec mon Contrôleur des Contributions directes.

En 1934 j'ai acheté une auto d'occasion (en mai) 9.800 francs ; en mai 1935 j'ai échangé cette première voiture contre une autre en versant 5.429 francs. J'avais chaque année déduit ces sommes de mes recettes professionnelles. Or mon Contrôleur en se basant sur l'art. 79 du Code général des impôts directs prétend que je n'aurais dû déduire en 1935 que 900 francs part correspondant à l'usage professionnel au lieu de 9.800 francs et en 1936 : 1.200 francs au lieu de 5.429 francs.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si j'ai eu raison de défalquer la première année la somme totale ou si c'est le Contrôleur qui est dans son droit en majorant mes déclarations.

Dr B.

Réponse

L'amortissement se calcule proportionnellement à la dépréciation des voitures.

D'autre part, si celles-ci servent pour la profession et l'usage personnel, ledit amortissement doit être partagé proportionnellement à l'importance de ces usages.

Admettons que vos voitures servent à la profession pour quatre cinquièmes et à votre usage personnel pour un cinquième, vous deviez déduire en 1934, si vous amortissez en cinq ans :

$\frac{9.800 \times 4/5}{5}$ soit 1.568

Il restait à amortir en 1935 :

9.800 — 1.568 = ... 8.232

Vous avez dépensé en achat nouveau	5.429
Total à amortir	13.661
En cinq ans soit	2.732,20

dont les 4/5 professionnels en 1935, soit :

$$\frac{2.732,20 \times 4}{5} = 2.185,76$$

A. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

Port de l'insigne de la Légion d'honneur

Rectification à la Réponse n° 2.338, page 1.152 (Concours Médical du 12 avril 1936)

Décret organique de la Légion d'honneur, du 16 mars 1852, art. 24.

« A l'avenir, nul ne pourra porter la décoration du grade, auquel il aura été nommé ou promu *qu'après sa réception*, à moins que cette décoration ne lui soit remise directement par le Chef de l'Etat. »

« Décoration » signifie aussi bien insignes complets, que barrettes et demi-barrettes, et même rubans et rosettes. L'obligation de la réception par un membre de la Légion d'honneur est imposée à tous les Français, ainsi qu'aux étrangers résidant habituellement en France (Loi du 4 juillet 1890). Une fois la réception effectuée, le légionnaire est propriétaire de son grade, dont il ne peut démissionner. Il ne quitte l'Ordre que par décès, ou par radiation prononcée en cas d'indignité par décision du Conseil de l'Ordre, ou même par le Président de la Cour ou du Conseil de guerre (Décret du 24 novembre 1852).

3.254. — Demande de pension militaire

Je soigne depuis 1921 pour séquelles de pleurésie un client. Il a, il y a trois mois, retrouvé son billet d'hôpital ainsi libellé : point de côté sein gauche, ancienne pleurésie gauche contractée en service commandé, signé : aux Armées, *illisible*.

Sur mes conseils, il a demandé à passer devant une Commission de réforme pour obtenir une pension : il est titulaire de la carte du combattant.

Devant la Commission de réforme, le médecin chef a demandé à mon client de produire des ordonnances ; ce dernier ne l'a pu, le pharmacien ayant ici l'habitude de les garder et les retrouver est pratiquement impossible. La Commission a alors statué : inférieur à 10 %.

Je voudrais savoir :

1° Si la production de ces ordonnances est obligatoire ;

2° Si mon client peut faire appel de cette décision, à qui, et dans quels délais ;

3° Si ayant accepté cette décision, il conserve pour l'avenir, les délais légaux étant expirés, et son état

s'aggravant, le droit de demander une augmentation de son pourcentage ;

4° Si réformé à moins de 10 %, il a droit au carnet de soins gratuits.

Dr A.

Réponse

1° Tout candidat à pension doit prouver que, depuis l'accident ou la maladie d'origine, il a reçu continuellement des soins pour l'infirmité qu'il invoque : actuellement cette preuve se fait par la production, soit de certificats médicaux, soit, à leur défaut, d'ordonnances pharmaceutiques ;

2° Votre client n'ayant pas obtenu de pension, n'est en somme lié par aucun délai, s'il peut produire une pièce nouvelle à l'appui de la preuve d'origine. Mieux vaudrait cependant le faire avant le 30 juin 1936 (décret-loi du 30 octobre 1935) ;

3° A moins de la circonstance précédente invoquée (pièce nouvelle), il ne pourra plus produire la demande avant le 30 juin 1936, puisqu'il n'a pas obtenu de pension ;

4° N'ayant pas obtenu un taux d'invalidité de 10 % (au moins) lui reconnaissant un droit à pension, si l'infirmité était reconnue imputable au service, le bénéfice des soins gratuits n'existe pas.

3.496. — Promotion au grade de médecin-lieutenant

Etant appelé à accomplir une période de sept jours au mois d'octobre prochain, à titre de médecin sous-lieutenant de réserve, je vous serai reconnaissant de bien vouloir à ce sujet me donner le renseignement suivant :

Ma nomination au grade de médecin sous-lieutenant, datant du 1er juillet 1932, j'avais par conséquent quatre ans de grade le 1er juillet 1936.

Pourriez-vous me faire dire à quelle date je dois passer au grade de médecin-lieutenant dans la réserve ?

Si, comme je le suppose, cette nomination doit avoir lieu après quatre années de grade de sous-lieutenant, n'est-ce pas en qualité de médecin lieutenant que je dois accomplir en octobre prochain ma période d'officier de réserve ?

Dr M.

Réponse

En effet, tout médecin sous-lieutenant doit être promu automatiquement au grade de médecin-lieutenant après quatre années d'ancienneté dans ce premier grade, mais à la condition expresse d'avoir effectué une période de réserve avec un galon ; sa promotion est différée jusqu'à ce que cette condition essentielle ait été remplie. Vous devrez donc accomplir, selon toute probabilité, votre période du mois d'octobre avec votre grade actuel.

3.426. — Libération des obligations militaires des pères de six enfants

Je serais heureux d'avoir votre avis éclairé sur la question des obligations militaires des pères de six enfants vivants.

Médecin lieutenant de réserve, j'ai demandé et obtenu, fin 1930, ma radiation des cadres qui me libère, *ipso facto*, de toutes obligations militaires.

1° Existe-t-il pour le temps de guerre des dispositions spéciales pour les hommes qui sont dans ma situation ?

2° Si une nouvelle loi me rendait mobilisable le serai-je avec mon ancien grade ou autrement ? (je suis de la classe 1910).

Dr L.

Réponse

L'article 58 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée libère définitivement de toutes obligations militaires les pères de six enfants. Vous ne pouvez donc plus être rappelé sous les drapeaux dans les conditions actuelles de la législation. Cependant si une nouvelle loi venait à vous rendre mobilisable à nouveau, vous seriez évidemment rappelé avec votre ancien grade.

3.702. — Indemnité de première mise d'équipement

Classe 1917 et père de deux enfants j'ai fait mon service comme chasseur à pied *n*e B. C. P., puis infirmier 2e classe.

Sursitaire et démobilisé j'ai passé ensuite l'exament de médecin auxiliaire.

En cas de mobilisation dois-je m'occuper moi-même d'acheter à mes frais l'équipement correspondant à mon nouveau grade (uniforme et armes) ou est-ce le Corps qui me le fournira ?

Si je dois me le procurer moi-même, quel uniforme et quelle arme, et ai-je droit de me les faire rembourser ?

Dr L.

Réponse

Puisque vous êtres médecin auxiliaire, vous seriez, en cas de mobilisation, habillé par les soins de l'autorité militaire comme tout sous-officier.

Au moment de votre promotion au grade de médecin sous-lieutenant, vous aurez droit à une indemnité de première mise d'équipement. Si vous ne perceviez pas cette indemnité, il vous suffirait d'adresser une demande au Directeur régional du Service de santé pour recevoir soit une tenue de troupe, soit le drap nécessaire à sa confection. Lisez à ce sujet, la note qui a paru dans le numéro du *Concours Médical* du 3 mai 1936, page 1371.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

Assemblées générales

de la Mutualité familiale du Corps Médical français et du « Sou Médical »

Rectification

Les Assemblées générales de la *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français* et du *Sou médical* se tiendront le dimanche 7 juin 1936, au siège social, 37, rue de Bellefond, Paris (IXe).

Nous rectifions les heures annoncées par erreur dans notre dernier numéro : l'assemblée générale de la *Mutualité familiale* aura lieu à 15 heures (et non à 16 h. 30) et l'assemblée générale du *Sou* aura lieu à 16 h. 30 (et non à 15 heures.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL, Paris 167-95.**

N° 132. — Corniche vendéenne. Cure climat. orient. exceptionn. vue splendide, bordure mer, 2 à 5 p., eau, gaz, électr., téléph., parc, 2 tennis. Condit. aux confr. Ecr. en demandant notices à Ker Pilours, Croix de Vie (Vendée).

N° 133. Nord-Est. Poste très important dans gros bourg industriel est proposé à jeune médec. très actif, de préfér. ancien interne.

N° 134. — Loir-et-Cher. Château de l'Ecluze (près Salbris). Cadre charmant et reposant pour le traitement des affections nerveuses. Direct. J. Olivier-Maystre.

N° 135. — Jeune méd., 35 ans, marié, 3 enfants, cherche poste 50 à 60.000 si possib. sans accouch. Anjou ou bords Loire, avec facilit. instruct. enfants. Possibilité échange contre poste stat. balnéaire Océan.

N° 136. — Le Vésinet. A louer belle villa tout confort mod., avec garage, bien située sur grande avenue, 12.000 fr. par an.

N° 137. — Côtes-du-Nord. Stat. climat. balnéaire. Urgent. poste méd. à céder pour cause décès. Logement et jardin à louer.

N° 138. — Institut marin du Docteur Bagot père, Roscoff. Traite par physiothérapie : douleurs, rhumatisme chronique, impotences diverses, lymphatisme, épuisement nerveux. Ouvert du 1er juin au 30 septemb.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Ille-et-Vilaine. Environs de ville. Seul médecin. Poste agréable sans accouchements, plusieurs fixes transm. Belle maison de maîtres grd jardin. Cession urgente. Indemnité 15.000 cpt.

Centre. Proxim. ville universitaire. Pro-pharmacien d'un bon rapport. Fixe intéressant. A céder 20.000 fr. cpt.

Belle région de Normandie. A deux heures de Paris. Excellente clientèle rurale. A céder 30.000 dont 10.000 cpt. Superbe habitation avec parc.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lanoy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Debidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salles-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Journées médicales belges de 1936.** — *Séance inaugurale.* — Rappelons que la séance inaugurale est définitivement fixée au samedi 20 juin, à 16 heures, au Palais des Académies, et que le Docteur Bedel, le célèbre auteur de *Jérome, 60° Latitude Nord*, fera la conférence d'usage.

Conférences. — M. le Docteur Raymond Grégoire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, a fait connaître le titre de sa conférence : *Les infarctus intestinaux.*

M. le Docteur J. Barré, professeur de clinique neurologique à la Faculté de Strasbourg, parlera des *Crises nerveuses* (nouvelles conceptions cliniques et thérapeutiques).

Les Fêtes. — Tout un programme de festivités est en voie d'élaboration. Nous pouvons annoncer dès aujourd'hui un bal avec attractions au Palais des Beaux-Arts, une représentation de gala au Théâtre Royal du Parc, et un banquet en l'honneur des délégués officiels étrangers.

Le mercredi 24 juin excursion aux grottes de Ham (150 francs belges).

Les dames congressistes seront priées d'assister aux fêtes prévues dans le programme général et au Banquet officiel. Pour elles, enfin, un programme spécial est conçu, comprenant notamment une réunion au champ de courses de Boitsfort, la visite des Châteaux de Grand-Bigard et de Beersel et la visite de l'Hôtel de Ville de Bruxelles.

— **Remise de la médaille du Docteur F. Jayle.** — La remise de la médaille du Docteur F. Jayle aura lieu le mercredi 20 mai à 21 heures, au Centre Marcelin-Berthelot. Elle sera suivie d'une soirée artistique avec le concours d'artistes de l'Opéra et du Théâtre Français.

— **Le Congrès de la Fédération nationale des Caisses chirurgicales mutuelles** s'est tenu à Toulouse les 9 et 10 mai 1936. Le programme comportait des rapports des Docteurs J. Paoli, Delmas et Delon, présidents des Mutuelles chirurgicales des Bouches-du-Rhône, du Lot-et-Garonne et de Toulouse. Un banquet a réuni les congressistes dans les salons du Grand Hôtel.

— **La XV^e Réunion neurologique internationale** se tiendra à Paris les mardi 26 et mercredi 27 mai 1936, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 heures à 12 heures et l'après-midi de 15 heures à 18 heures.

La question suivante a été mise à l'étude : La circulation cérébrale.

Pendant la réunion neurologique, les adhérents entendront également l'exposé des travaux du *Fonds Déjerine* et du *Fonds Babinski*.

S'adresser à M. O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

— **Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.** — Le poste de chef de service de la Maternité de l'hôpital de Bon-Secours est à pourvoir pour le 1er juillet prochain.

Les candidats à ce poste peuvent se présenter le mercredi de 9 à 11 heures, et le samedi de 14 à 17 heures, 66, rue des Plantes (XIVe). Il leur sera remis le règlement concernant le service médical de l'établissement.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 29 mai 1936.

— **Hôpital civil français de Tunis.** — *Internat.* — Des places d'interne sont actuellement vacantes à l'hôpital civil français de Tunis. Vingt inscriptions de doctorat exigées. Traitement de début : 9.000 francs, plus une indemnité de 2.000 francs pour les internes docteurs en médecine.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital.

— **Centre d'hygiène mentale de Marseille.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination de six internes en médecine pour le Centre d'hygiène mentale de Marseille sera ouvert fin juin.

Les candidats seront de nationalité française, célibataires, âgés de moins de 30 ans, et pourvus de seize inscriptions de doctorat.

Le concours comprendra des épreuves écrites et orales sur des sujets d'anatomie et de physiologie du système nerveux, de pathologie interne et de pathologie externe, et sur une question de garde.

Durée des fonctions : trois ans. Traitement annuel : 9.700 francs, plus le logement, chauffage, éclairage, nourriture, etc...

Adresser les demandes au directeur du Centre d'hygiène mentale, boulevard Baille, à Marseille.

— **Comité d'entente des Caisses d'assurances sociales des Ardennes.** — *Poste de médecin-contrôleur* — Le Comité d'entente des Caisses d'assurances sociales des Ardennes recrute un médecin-contrôleur. Traitement : 30.000 francs. Frais de déplacement en sus.

Adresser candidatures pour le 20 mai, au secrétariat, 40, boulevard Gambetta, à Charleville.

— **L'Etablissement thermal du Mont-Dore.** — Les baigneurs et les visiteurs qui, au cours de la dernière saison, ont connu le grand établissement thermal en plein rendement, qui en ont admiré les installations mises au point suivant les plus récentes méthodes, s'étonneront d'apprendre qu'au cours de cet hiver ce puissant organisme a été l'objet d'une rénovation totale et qu'il ouvrira ses portes le 25 mai après une complète métamorphose.

La Compagnie fermière du Mont-Dore n'a pas hésité, dès cette année, à réaliser un programme dont l'envergure révèle ses vues larges et hardies sur l'avenir de la grande station des voies respiratoires.

— **Examen de médecin sanitaire maritime.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène) les 22, 23 et 24 juin 1936.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère de la marine marchande (Direction de la flotte de commerce et du travail maritime), 3, place de Fontenoy, Paris(VII[e]).

— **Hôpital de Fontainebleau.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie aura lieu à l'hôpital mixte de Fontainebleau, le 20 juin 1936, à 8 h. 30.

Tous renseignements relatifs au concours seront donnés au bureau de l'Economat, les jours non fériés de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures.

— **Naissance.** — Le Docteur et Mme Claude Pinoche nous font part de la naissance de leur fille *Michelle* (12 avril 1936 ; 60, avenue Jean-Jaurès, Paris).

Nos bien sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Adam Przyborowski (de Varsovie). — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Adam Przyborowski, de Varsovie.

M. Przyborowski était président de la Chambre médicale de Varsovie, quand au Congrès médical franco-polonais, qui se tint à Paris en avril 1925, il vint lire à une séance du 23 avril, tenue à l'Académie de médecine, un mémoire sur *la défense professionnelle : projet de bureau international d'organisation professionnelle.*

Ce projet fut chaleureusement accueilli par nos organisations professionnelles et notre ami F. Decourt de concert avec le Docteur Cox, secrétaire général de la *British Medical Association*, ne tarda pas dans une réunion à Londres, de réaliser ce projet en fondant l'*Association professionnelle internationale des médecins*, A. P. I. M., qui n'a pas cessé de fonctionner depuis.

Nous avons à diverses reprises reçu au *Concours Médical*, le Docteur Adam Przyborowski, confrère distingué et aimable et ami enthousiaste de la France, aussi sommes-nous très vivement attristés de sa mort.

Le *Concours Médical* a l'honneur d'adresser au Corps médical polonais et à la famille du Docteur Przyborowski l'expression de ses plus vives sympathies.

J. Noir
Membre d'honneur
de l'Association des Médecins de Pologne
Officier de *Polonia Restituta*

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 AVRIL

Hygiène publique.

Décret du 26 avril 1936 prévoyant l'institution en Algérie d'un règlement sanitaire départemental

Ce décret sera publié ultérieurement.

1er MAI

Avis de vacance d'un poste de Directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de Directeur du Bureau municipal d'hygiène de Saint-Nazaire est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les Directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par le Préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué s'élève à 23.400 francs par an.

Le titulaire du poste ne sera pas autorisé à faire de la clientèle. Il pourra toutefois, avec l'autorisation préalable de l'Administration, apporter son concours aux Services départementaux et municipaux d'Assistance ou d'hygiène sociale et scolaire.

Service de santé militaire.

Par décret du 27 avril 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les méd. auxil., non titul. du B. P. M. S., ci-après désignés :

(Rang du 24 mars 1936) : Truello, de la 22e sect. d'inf. mil., aff. à la rég. Paris ; Séguin, de la 3e sect. d'inf. mil., aff. à la 3e rég. ; Lebreton, de la 6e sect. d'inf. mil., aff. à la 6e rég. ; Tarraube, de la 9e sect. d'inf. mil., aff. 9e rég. ; Prudhomme, de la 14e sect. d'inf. mil., aff. 14e rég. ; Poullain, de la 15e sect. d'inf. mil., aff. 15e rég. ; Grimaud, de la 15e sect. d'inf. mil., aff. 15e rég. ; Salvanet, de la 23e sect, d'inf. mil., aff. 20e rég.

Camus, de la 23e section d'inf. mil., aff. 20e rég.

Par décret du 27 avril 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

Les méd. auxil. titul. du B. P. M. S. ci-après désignés : (rang du 16 janvier 1936) : Torrel, de la 15e sect. d'inf. mil., aff. 15e rég. ; (rang du 18 mars 1936) : Rolland, de la 11e sect. d'inf. mil., aff. 11e rég. ; (rang du 23 mars 1936) : Mairesse, de la 2e sect. d'inf. mil., aff. 2e rég. ; Coupaye, de la 6e sect. d'inf. mil. aff. 6e rég. ; Dumeau, de la 15e sect. d'inf. mil., aff. 15e rég. ; Héran, de la 15e sect. d'inf. mil., aff. 15e rég.

(Rang du 24 mars 1936) : Colpaert, de la 6e sect. d'inf. mil., aff. 6e rég. ; (rang du 25 mars 1936) : Murat, de la 22e sect. d'inf. mil., aff. rég. Paris ; Cornetet, de la 6e sect. d'inf. mil., aff. 6e rég. ; (rang du 1er avril 1936) : Pétavy, de la 13e sect. d'inf. mil., aff. 13e rég.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Le médecin le plus proche.

15.317. — M. Xavier VALLAT, demande à M. le ministre du Travail : 1° si le fait pour un docteur en médecine de donner trois fois par semaine pendant deux heures des consultations dans un local loué ou prêté est suffisant pour le faire considérer comme résidant dans la commune dont dépend ce local, alors que son domicile légal se trouve dans une autre commune ; 2° si les assurés sociaux, faisant choix d'un autre médecin, doivent être privés du remboursement kilométrique prévu par la loi, motif pris que le médecin ci-dessus visé est considéré comme le plus proche ; 3° au cas où ce médecin serait considéré comme le plus proche, s'il doit être jugé comme tel pendant toute la journée, ou seulement pendant la durée de ses consultations dans le local loué. (*Question du 6 février* 1936.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative. Les articles 9 et 10 de la loi du 30 novembre 1892 permettent de donner le caractère d'un résidence au fait qu'un local est loué ou prêté à un praticien trois fois par semaine pour y donner des consultations. Ledit praticien se trouve même dans l'obligation d'en faire la déclaration à la mairie par application de l'article 10 précité ; 2° réponse négative. Le médecin dont il s'agit ne saurait être en effet considéré comme le plus proche, puisque d'une part, dans le cas indiqué l'assuré ne peut se déplacer, et que, d'autre part, le praticien ne vient dans la résidence de l'assuré que pour donner des consultations chez lui, et cela trois fois par semaine, pendant deux heures ; 3° la réponse à cette question est donnée ci-dessus.

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

Rôle de la Commission médicale d'examen des candidats à l'Ecole normale.

15.941. — M. Auguste Reynaud demande à M. le ministre de l'Education nationale : 1° quelle est la composition de la Commission médicale statuant sur l'aptitude physique des aspirants au concours d'entrée à l'Ecole normale d'instituteurs ; 2° Quelles sont les conditions physiques que doit remplir un aspirant qui n'est atteint d'aucune tare ou maladie ; 3° si un candidat peut être éliminé pour le seul fait qu'il posséderait un indice dit indice Pigné trop élevé ; et si cet indice Pigné peut, quand il est trop élevé, constituer un élément rédhibitoire lorsque la taille de l'intéressé dépasse 1 m. 70 ; 4° quel recours peut avoir un candidat contre la décision de la Commission médicale. (*Question du* 17 *mars* 1936.)

Réponse. — 1° La Commission médicale qui examine les candidats au concours d'entrée à l'Ecole normale est composée du médecin de l'Ecole normale et de deux médecins désignés par l'Inspecteur d'Académie, dont un médecin phtisiologue assermenté. L'Inspecteur d'Académie convoque et préside la Commission sans toutefois, assister aux opérations de visites. Le directeur ou la directrice de l'Ecole normale assiste obligatoirement aux séances de la Commission avec voix consultative ; 2° c'est à la Commission médicale qu'il appartient d'apprécier si le candidat possède l'aptitude physique nécessaire pour affronter les fatigues de la préparation du brevet supérieur et des études à l'Ecole normale et, ensuite, pour se consacrer à l'enseignement public ; 3° la décision appartient à la Commission médicale ; 4° la décision de la Commission médicale n'est pas susceptible d'appel (article 5 du décret du 4 février 1928).

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

Droit des assurés sociaux au remboursement de diverses prestations.

I

16019. — M. Trémintin demande à M. le ministre du Travail : 1° si les femmes ou enfants d'assurés sociaux, opérés dans une clinique privée ont droit au remboursement des frais de salle d'opération et de produits pharmaceutiques, et, plus particulièrement, des objets de pansements, dont la délivrance ne nécessite pas l'intervention d'un pharmacien diplômé ; 2° si le chiffre clé 2 ayant trait à tous les médicaments, salle d'opération, pansements, etc., s'applique dans ce cas. (*Question du* 19 *mars* 1936.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative en ce qui concerne les produits pharmaceutiques et les pansements sous réserve que les notes afférentes à ces frais aient reçu le visa d'un pharmacien diplômé lorsqu'il s'agit de produits dont la délivrance

nécessite l'intervention de ce praticien ; 2° si le malade est traité dans une clinique privée n'ayant pas passé de convention avec la Caisse, il est considéré comme traité à domicile. Il n'a droit ni aux indemnités afférentes aux frais de séjour en clinique, ni au remboursement des droits de salle.

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

II

16.018. — M. TRÉMINTIN demande à M. le ministre du Travail si la femme d'un assuré social, soignée dans une clinique privée et profitant de son séjour dans cette clinique pour se faire opérer d'une affection sans rapport avec la maladie principale, dans le seul but d'épargner doubles frais de séjour dans la clinique, peut prétendre au remboursement des deux opérations, indépendantes l'une de l'autre et faites à quelques jours d'intervalle. (*Question du* 19 *mars* 1936).

Réponse. — Réponse affirmative, étant entendu que si le malade est soigné dans une clinique privée n'ayant pas passé de convention avec la Caisse, il est considéré comme traité à domicile et n'a droit ni aux indemnités afférentes aux frais de séjour en clinique, ni au remboursement des droits de salle.

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La pratique journalière de l'assurance-maladie

Conseils aux Médecins

En vue de l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, ainsi que des décisions qui ont été prises en commun ou le seront par la Fédération et les Caisses, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a l'intention de donner une nouvelle édition de ses conseils aux médecins auxquels elle apportera quelques modifications.

Dès maintenant, la F. S. M. S. porte à la connaissance des médecins les innovations les plus importantes qui déjà sont entrées en pratique dans la Seine.

DURÉE DE VALIDITÉ DES FEUILLES DE MALADIE. — Les deux premières feuilles ne sont valables que pour huit jours chacune ; les suivantes restent valables pour quinze jours.

COLONNE UNIQUE POUR LES SIGNATURES DU MÉDECIN. — L'ancienne feuille de maladie comportait, pour chaque acte médical, deux signatures du méde-

Voir la suite page LXIII-153.

PROPOS DU JOUR

SINGULIÈRE CONSÉQUENCE D'UN PROGRÈS DANS L'ART DE GUÉRIR

A propos de la guérison instantanée des entorses simples par le Procédé du Professeur Leriche

Le progrès dans l'art de guérir donne lieu à de singulières conséquences.

Un médecin praticien de la région du Nord reçut la visite d'un ouvrier qui lui affirma avoir été victime d'un accident du travail. En descendant du camion automobile qu'il conduisait, il s'était, prétendait-il, tordu le pied. Il avait pu ramener son camion au garage sans trop de souffrance, mais quelques heures après il avait ressenti d'insupportables douleurs et s'était rendu chez le médecin.

Notre confrère constata un léger œdème de la cheville et de vives douleurs provoquées par les mouvements de l'articulation. Il diagnostiqua une entorse, rédigea le certificat de déclaration d'accident du travail et appliquant le procédé du Professeur Leriche dont il avait la pratique, il fit au blessé une injection de novocaïne au siège de la douleur. Quelques minutes après, le malade marchait sans souffrir. Le lendemain, qui était un dimanche, il se promenait et reprenait son travail le lundi matin.

Quand notre confrère envoya sa note d'honoraires, on refusa de le payer, prétendant qu'il n'y avait pas eu d'accident, le blessé ayant été vu le jour même marchant sans difficulté. Ce fut tout juste si l'on n'accusa pas le médecin de s'être rendu complice d'une tentative d'escroquerie, pour avoir trop rapidement guéri le blessé.

Nous avons cru intéressant de soumettre le cas à M. le Professeur Leriche qui très aimablement nous a répondu par la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier.

CLINIQUE CHIRURGICALE A
Prof. R. LERICHE

Strasbourg, le 27 avril 1936.

Cher Monsieur Noir,

Je crois que l'on peut sans arrière-pensée soulever dans le *Concours Médical* le problème général que pose le cas particulier que vous me racontez : il est certain que les compagnies d'assurances et les employeurs seront souvent tentés dans l'avenir de refuser à reconnaître la validité d'un diagnostic de traumatisme, quand une thérapeutique faite à temps en aura effacé la trace.

Je dirai plus : je pense qu'il le faut dès maintenant, pour éviter des procès de tendances.

Depuis huit ans que j'essaie en multiples circonstances les injections anesthésiantes locales ou dans les troncs sympathiques, j'ai vu tant de réussites extraordinaires, à caractère miraculeux, que j'ai longtemps hésité à en croire mes yeux, et que j'ai tout d'abord cru à des simulations. Puis je me suis rendu compte que la rapidité même de la guérison était la meilleure preuve qu'il n'y avait pas de simulation, car si quelqu'un a dans l'idée de simuler, il ne se déclarera pas guéri pour la simple raison qu'on lui a fait une piqûre, une seule. L'argument me paraît péremptoire. Ne savons-nous pas tous que les simulateurs sont les gens les plus durs à guérir ? Y parvient-on même ?

En tout cas, pour ce qui est de l'entorse, j'ai vu, plusieurs fois, des malades complètement guéris après une seule infiltration. J'ai raconté je ne sais où, l'histoire d'un étudiant en médecine, qui s'était tordu le pied en ski un dimanche, qui arriva dans mon service le lundi, avec des signes d'entorse, qui fut immédiatement infiltré, put aussitôt suivre la visite, aider aux opérations, et ne fut pas entravé un seul jour dans son travail. Dans des stations de ski, j'ai infiltré des skieurs quelques instants après des accidents, alors qu'il y avait déjà de l'œdème, de vives douleurs et une impotence complète, et quelques instants après, beaucoup sont repartis sur leurs skis, sans être gênés, sans souffrir. Je crois d'ailleurs que cette pratique s'est rapidement généralisée, pour la plus grande joie des intéressés, dans certaines stations de sport d'hiver. De même pour les footballeurs. On m'a dit que certains médecins, munis d'une trousse *ad hoc*, font les champs de rugby, et infiltrent de suite les accidentés, qui recommencent à jouer. Ce qui veut dire que le cas dont vous me parlez n'a rien d'extraordinaire en soi. Il rentre dans une certaine règle. J'ai écrit quelque part, qu'il ne devait plus y avoir d'entorse, parce qu'il était possible, avec un traitement bien conduit, d'empêcher tous les signes qui la caractérisent de s'installer, à condition évidemment qu'il n'y ait ni déchirure ligamen-

taire ni arrachement osseux, ce que d'ailleurs la pratique de l'infiltration permet de reconnaître avec plus de certitude que le simple examen clinique et radiographique. Je suis de plus en plus persuadé que c'est vrai.

Mais, si je ne me trompe pas, est-ce que le *Concours* n'a pas publié l'an dernier un petit papier d'un médecin des Basses ou Hautes-Alpes, rapportant sa propre observation : aussitôt après infiltration d'une entorse du genou, qui l'immobilisait pratiquement depuis plusieurs jours, il put partir en montagne dans des conditions difficiles, pour un accident qui exigea de lui un grand effort physique ? (1).

En somme, les Compagnies d'assurances ont tout intérêt à ne pas lésiner sur la reconnaissance de l'accident. En favorisant l'emploi des infiltrations, elles diminueront par elles le chiffre des indemnités. Tandis que si elles donnent à penser que l'infiltration enlève tout droit à la reconnaissance de l'accident, elles poussent les malades à la refuser et, tout compte fait, c'est elles qui y perdront.

Ce que je trouve de très intéresant dans cette question de traitement des entorses par l'infiltration, en dehors du côté pratique, c'est que les résultats nous montrent qu'un trouble fonctionnel arrive à créer un état anatomique qui met des jours et des jours à rétrocéder. C'est en somme qu'ils bouleversent la compréhension même de l'état de maladie en pareille matière.

Et j'y vois une leçon de portée générale.

Croyez, cher Monsieur Noir, à mes meilleurs sentiments dévoués cordialement.

R. LERICHE.

* * *

Nous n'avons rien à ajouter aux conclusions du Professeur Leriche. Il convient que désormais patrons et assureurs comprennent autrement leur intérêt et ne reprochent pas à un médecin d'avoir par un traitement approprié guéri trop rapidement un blessé qu'ils auraient pu, sans utiliser le procédé du Professeur Leriche, immobiliser quinze à vingt jours en multipliant les massages.

J. NOIR.

(1) Le *Concours Médical* du 29 sept. 1935, page 2.698, a publié une observation analogue du Docteur H. Berger, de Lanslebourg (Savoie).

LES EXPERTS MÉDECINS LÉGISTES ET LES ROMANS POLICIERS

On ne saurait contester l'importance de plus en plus grande que prend dans l'instruction d'un crime l'organisme médico-policier.

Le Docteur Edmond Locard, chef du laboratoire de police technique de Lyon, dont la perspicacité et l'ingéniosité sont universellement admirées, a, dans deux livres, à lecture passionnante : *Le Crime et les Criminels* et *Policiers de roman et de laboratoire*, dévoilé les mystères des expertises. Le Docteur Paul VOIVENEL dans son intéressante revue : *L'Archer* de mars 1936, aborde la question dans ses *Propos de Campagnou*.

Après avoir rendu hommage à la méthode anthropométrique que créa Bertillon et à quelques savants experts tels que le Prof. Lacassagne et M. Bayle, qui fut directeur de la police judiciaire de Paris, il fait remarquer avec Locard que les plus savants experts eurent pour précurseurs des romanciers et que la lecture des romans policiers, même de qualité inférieure, ne doit pas être dédaignée de ceux qui doivent se livrer à des enquêtes policières. Edgar Poe dans *le Double Assassinat de la rue Morgue*, dans *le Mystère de Marie Roget*, dans *la Lettre volée*, dans *le Scarabée d'or*, fait preuve d'extraordinaires qualités de détective. Dupin, le héros d'E. Poe, est un modèle de policier. Il en est de même du père Tabaret et de M. Lecoq, deux personnages de romans d'Emile Gaboriau dont on peut admirer, à défaut du style, la méthode psychologique et l'intuition.

Mais le maître romancier en l'espèce est Conan Doyle qui a donné avec son Sherloch Holmes le prototype du policier, doué de facultés de logique et d'intuition vraiment stupéfiantes.

Le Docteur Bercher a, dans sa thèse inaugurale, soutenue devant la Faculté de Lyon, fait une étude médico-légale fort intéressante de l'œuvre du grand écrivain anglais

M. Paul Voivenel insiste sur la nécessité de ne pas négliger le plus petit détail, la constatation la plus infime au cours d'une enquête criminelle et montre tout l'intérêt qu'il y a de ne rien déranger dans le lieu du délit ou du crime avant l'arrivée de l'expert enquêteur pour ne pas saccager les preuves les meilleures de l'identité du criminel. Il cite à ce propos quelques exemples empruntés à Lacassagne et à Locard.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant en pareil cas, c'est de voir des maîtres en médecine légale s'inspirer des romanciers qu'ils considèrent comme des précurseurs ou des inspirateurs.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades

La première attaque de la maladie de Bouillaud chez l'enfant (1)

Par le Professeur P. Nobécourt

Nous avons déjà souvent examiné à la salle Parrot la petite Sarah que je vous présente.

Ses parents et son frère de 6 ans sont en bonne santé. Elle est née à terme, le 9 mars 1927, avec un poids de 3 kgr. 500. Elle a été allaitée par sa mère ; son développement s'est poursuivi normalement. A 4 ans, elle a une otite, puis une rougeole et une varicelle.

La maladie actuelle débute le 21 décembre 1935 par du mal de tête et des douleurs vagues dans les genoux et les coudes. Les jours suivants, la température s'élève et reste autour de 39° ; les arthralgies cessent au bout de trois jours.

Mais, à partir du 26 décembre, surviennent des douleurs abdominales, sans vomissements.

C'est à cause de ces douleurs que Sarah est amenée à la salle Parrot, le 28 décembre, huitième jour de la maladie.

Agée de 8 ans 9 mois, pèse 27 kgr. 400. Sa température, le soir de l'entrée, est de 38°8.

Le lendemain 29, sa température se maintient à 38°6-38°8. Elle est pâle, un peu abattue. Elle éprouve de légères douleurs dans les coudes, surtout le droit ; ils sont sensibles à la palpation et les mouvements sont limités par la douleur.

L'abdomen est le siège d'une sensibilité diffuse à la palpation ; il n'est pas ballonné , la paroi est souple, la sonorité normale.

Le foie a un volume normal ; le pôle inférieur de la rate est palpable. Il y a de la constipation.

Le pouls bat à 108 ; il est régulier et bien frappé. La pression artérielle est de 9 pour la Mx , de 6 pour la Mn. A l'auscultation du cœur le premier bruit mitral est sourd.

L'appareil respiratoire est normal. Il n'y a pas de raideur de la nuque ; la flexion du cou provoque de la douleur au niveau de la colonne cervicale. Pas de signe de Kernig, ni de Lasègue.

Les urines sont peu abondantes ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine et la réaction de Bordet-Wassermann (H8) sont négatives.

Le 30 décembre, la température est, le matin, de 38°6, le soir, de 38°9 ; les douleurs abdominales ont disparu ; le coude droit est moins sensible, ses mouvements sont plus faciles ; les articulations atloïdo-axoïdiennes sont encore un peu douloureuses.

Fait nouveau : les genoux sont un peu gros et sensibles ; choc rotulien à droite ; pied droit sensible ; la mobilisation des diverses articulations et de la tibio-tarsienne provoque une légère douleur ; le dos du pied est un peu tuméfié.

La matité précordiale est un peu augmentée ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, le bord droit dépasse le sternum de 2 cm., la distance de l'angle cardio-hépatique à la pointe est de 12 cm. A la pointe, le premier bruit mitral est très sourd, à peine perceptible, et on entend un très léger souffle systolique. A la base, le second bruit pulmonaire est éclatant.

Dès lors, la température baisse : le 1er janvier, elle est de 37°6-37°5 ; le 3 janvier, de 37°2 le matin et le soir. Les douleurs et les autres symptômes articulaires disparaissent. La matité précordiale ne se modifie pas. Le premier bruit mitral reste sourd et un peu soufflant. Au foyer aortique : léger souffle systolique, second bruit, peu net, puis, le 4 janvier, *un peu claqué*. Au foyer pulmonaire, le second bruit est assez fort.

Depuis le 4 janvier, l'enfant est apyrétique, n'a aucune douleur, les bruits du cœur se modifient dans un sens favorable.

Actuellement, à la pointe du cœur, le premier bruit mitral est assez bien frappé et un peu prolongé ; à la base, le second bruit est clangoreux, sans qu'on puisse dissocier la part des valvules pulmonaires et des valvules aortiques. Le 10 janvier, sur un orthodiagramme, le volume du cœur est sensblement normal : D'G' mesure 9 cm. 4, G G', 6 cm. 4 ; le rapport $\frac{D'G'}{G G'} = 1{,}46$, est peut-être un peu fort ; la flèche du ventricule gauche est de 0 cm. 9.

Sarah a maintenant 8 ans 12 mois. Elle mesure 130 cm. 5 ; poids non modifié ; état général meilleur. Comme traitement nous avons donné du salicylate de sodium, à la dose quotidienne de 4 grammes (0 gr. 50 par année d'âge), du 30 décembre au 12 janvier, soit, en tout 56 gr. en 14 jours.

---

(1) Leçon du 18 janvier 1936.

Bref, Sarah a eu une première attaque de maladie de Bouillaud. Au début, l'attention est attirée surtout par la fièvre et les douleurs abdominales, qui font penser, un moment, à la possibilité d'une fièvre typhoïde. Les douleurs articulaires, d'abord vagues, discrètes, puis mieux caractérisées, conduisent plus tard au diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, de maladie de Bouillaud. Celui-ci est confirmé par l'apparition d'une endocardite mitrale et aortique. Les douleurs articulaires et la fièvre ont disparu rapidement avec le salicylate de soude.

***

Le RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, la MALADIE DE BOUILLAUD, d'après les conceptions actuelles, est une maladie infectieuse causée par un germe spécifique, encore inconnu.

L'infection a un début aigu ; ce début réalise la *première attaque* de la maladie de Bouillaud.

Dans certains cas l'attaque se prolonge et l'évolution prend d'emblée une allure subaiguë.

Généralement l'attaque se termine rapidement. Rarement elle reste unique. Habituellement la guérison n'est qu'apparente, l'infection persiste occulte et se réveille de temps en temps par une succession d'accalmies et de reprises.

Je désire vous parler aujourd'hui de la PREMIÈRE ATTAQUE de la maladie de Bouillaud.

Elle survient à des *âges* différents. Elle est exceptionnelle avant 3 ans, moins rare entre 3 et 6 ans, devient de plus en plus fréquente à partir de 7 ans et surtout entre 10 et 15 ans.

Elle peut survenir à toutes les *périodes de l'année,* mais surtout pendant certains mois. La statistique de la *Clinique,* que j'ai établie avec M. Paraf en 1932, établit qu'on l'observe surtout de décembre à janvier et de juin à septembre. D'après M. Findlay, en Ecosse, elle se rencontre surtout de décembre à janvier et en mai et juin.

Les *modalités cliniques* de la première attaque sont très diverses dans leur début, leurs symptômes et leur évolution.

Les *symptômes essentiels* sont :

1° La fièvre et divers symptômes généraux, marque d'une maladie infectieuse générale ; 2° Les symptômes articulaires, qui ont valu à la maladie l'appellation de rhumatisme. 3° Des symptômes cardiaques, qui souvent sont plus importants que les symptômes articulaires.

Les *autres symptômes* comprennent notamment des manifestations douloureuses atypiques. Leur intensité et leurs intrications diffèrent suivant les malades

Par suite, une description univoque de la maladie est difficile. Il convient d'envisager des *formes cliniques,* qui d'ailleurs sont mal délimitées. Je vais décrire les formes principales.

Pour cette description, je n'ai qu'à consulter mes leçons réunies dans mes livres de *Clinique médicale des enfants* sur les *Affections de l'appareil circulatoire* et sur les *Maladies infectieuses,* ou publiées dans divers journaux médicaux.

***

Pour fixer les idées, je décrirai d'abord la forme classique, l'attaque de RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU FRANC, GÉNÉRALISÉ. Ce n'est pas, je le dis de suite, la plus fréquente chez l'enfant.

Le *début* est brusque ou rapide, en pleine santé apparente, sans phénomènes prémonitoires appréciables. C'est une *attaque brusquée.*

Le premier symptôme est la fièvre qui s'installe brusquement ou rapidement et est souvent accompagnée de céphalée.

En même temps le malade peut se plaindre de mal de gorge, d'une dysphagie légère. La douleur manque souvent ; mais on trouve habituellement une angine rouge. Dès le début l'enfant peut accuser des douleurs articulaires ; plus souvent celles-ci n'apparaissent qu'au deuxième ou troisième jour et même plus tard.

Analysons les *symptômes.*

D'abord la fièvre. La température atteint d'emblée 39°, 39°5 quelquefois même 40°, souvent elle ne dépasse pas 38°5-38°9. D'autres fois sa courbe s'élève graduellement, pendant quelques jours. La fièvre est du type rémittent, avec abaissement matinal de un à deux degrés, courbe thermique irrégulière ; certains jours, la température est plus élevée ; elle est influencée par le salicylate de soude.

Le pouls est en rapport avec la température.

Souvent il y a des sueurs, plus ou moins abondantes, d'odeur forte, aigrelette, acides, du fait des fermentations lactique et butyrique. Parfois apparaissent des sudamina. Les malades sont habituellement pâles par suite d'un certain degré d'anémie, moins fréquente et moins forte qu'on ne le pensait autrefois.

L'angine a été signalée depuis longtemps. Pour beaucoup, elle traduit la réaction de la muqueuse pharyngée à la pénétration du virus. On l'observe chez les enfants : environ 75 à 80 % des cas. Rarement elle est très douloureuse. Elle doit être recherchée systématiquement. C'est une angine érythémateuse, avec une rougeur diffuse, mal limitée, rarement très forte des amygdales, du bord postérieur du voile du palais, de la paroi postérieure du pharynx ; parfois on voit un léger exsudat blanchâtre, peu

important. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire. Le plus souvent l'angine disparaît assez rapidement.

Langue un peu saburrale, anorexie, constipation, rarement diarrhée.

Les manifestations articulaires sont la signature de la maladie de Bouillaud. Elles apparaissent rarement en même temps que la fièvre, généralement au bout de deux ou trois jours.

Les grosses articulations sont surtout intéressées : genou, poignet, cou de pied, épaule, parfois hanche. Les petites articulations de la main, du pied, de la colonne vertébrale sont atteintes plus rarement. Les arthropathies sont mobiles ; lorsque l'une rétrocède, une autre est prise ; on a exagéré cette mobilité.

La douleur est quelquefois très vive, plus généralement modérée. Elle est spontanée, surtout provoquée par la mobilisation et par l'exploration ; elle immobilise le malade.

Souvent il s'agit d'une simple arthralgie sans modifications apparentes de l'articulation ; ou bien la région articulaire est un peu rouge, chaude, tuméfiée. On constate, ou non, une petite hydarthrose ; au genou on provoque le choc rotulien. La douleur siège, non pas tant dans l'articulation elle-même, que dans les tissus péri-articulaires, au niveau des insertions ligamenteuses et des synoviales.

Les douleurs sont généralement calmées par le salicylate de soude. La tuméfaction, l'hydarthrose persistent après leur disparition.

Les localisations cardiaques sont des symptômes et non des complications. Dans la plupart des cas, le cœur est atteint plus ou moins tôt ; parfois, dès le premier jour, on constate les signes de la cardiopathie. Le plus souvent, il s'agit d'une endocardite mitrale, que traduit un assourdissement du premier bruit et son léger souffle systolique ; il s'y associe parfois une endocardite aortique. La péricardite est plus rare ; elle est révélée par un frottement généralement discret. Souvent on constate un syndrome myocardique fruste, révélé par l'augmentation de la matité précordiale et une tachycardie supérieure à celle que provoque la fièvre, qui persiste après la chute de la température. Je ne puis insister sur les localisations cardiaques. Elles sont plus importantes que les localisations articulaires et demandent une étude spéciale.

Quand la maladie est installée, son *évolution* comporte *plusieurs éventualités.*

Dans une *première éventualité,* spontanément ou avec le salicylate de soude, la régression commence au bout de quelques jours. La fièvre s'abaisse, puis l'apyrexie s'installe ; l'angine, les douleurs et les symptômes articulaires s'atténuent et disparaissent. En huit à dix jours le malade paraît guéri et entre en convalescence. Mais, s'il y a une atteinte du cœur, la cardiopathie continue son évolution de façon occulte.

Dans une *deuxième modalité,* après une amélioration spontanée ou due au salicylate de soude, la maladie se prolonge ; un état fébrile persiste, le malade reste pâle et fatigué, une cardiopathie plus sévère s'installe.

L'observation de Bernard en est un exemple. Je l'ai relatée dans ma leçon du 10 mars 1934, *Sur une forme de rhumatisme cardiaque subaigu chez les enfants,* publiée dans la *Revue du rhumatisme* d'avril 1934.

Bernard a sa première attaque à 5 ans 3 mois. Elle débute par une fièvre à 39°, des douleurs articulaires multiples et fugaces, une localisation cardiaque. Au bout de huit à dix jours les douleurs ont disparu, mais il persiste une petite fièvre ; l'enfant est pâle, maigrit ; il a une dyspnée vive, de la tachycardie, un léger œdème des malléoles, des urines rares.

Il entre à la salle Bouchut deux mois après le début de la maladie. Il est âgé de 5 ans 5 mois. Il a une température de 38°5-38°8, un léger œdème des membres inférieurs et des bourses, un gros foie. On constate un syndrome myocardique, de l'insuffisance cardiaque, une endocardite mitrale et aortique, une péricardite, somme toute une pancardite subaiguë sévère.

Dans une *troisième éventualité,* la première attaque est sévère d'emblée. La fièvre est élevée ; elle persiste pendant des semaines, pendant trois ou quatre mois même. Les articulations restent indemnes ou, de temps en temps, apparaissent quelques symptômes articulaires discrets. Le fait dominant est une pancardite sévère.

La première attaque telle que je viens de la décrire, considérée comme la forme typique du rhumatisme articulaire aigu, est assez rare chez les enfants. Chez eux, bien plus fréquents sont les cas à symptômes plus atténués. On rencontre toute une série de FORMES DÉGRADÉES.

Le début est plus ou moins aigu. La fièvre, peu élevée, ne dure que trois ou quatre jours, l'angine est discrète. Les atteintes articulaires sont limitées à une ou deux articulations, à un genou, à un cou-de-pied ; elles sont peu douloureuses, ne se manifestent que par de l'arthralgie, une petite hydarthrose.

Tantôt, tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, tantôt l'évolution est traînante.

Voici à titre d'exemple, une observation que j'emprunte à ma leçon du 21 février 1925, sur l'*endocardite rhumatismale aiguë, simple, discrète chez les enfants,* qui se trouve dans mon livre de *Clinique* sur les *Maladies infectieuses.*

Juliette a sa première attaque de maladie de Bouillaud à 11 ans 2 mois. Elle présente une légère angine avec 38°. Trois jours après et

pendant dix jours, des douleurs apparaissent successivement dans la main gauche, la hanche droite, le coude et le genou gauches ; ces derniers sont tuméfiés ; aucun traitement.

Juliette entre à la salle Parrot le 18e jour de la maladie. Elle est apyrétique. Au genou gauche, presque indolent, on constate une légère hydarthrose. On prescrit 8 grammes par jour de salicylate de sodium. Le lendemain apparaît une petite hydarthrose du genou droit. Les manifestations articulaires disparaissent en quelques jours. Dès le jour de l'entrée nous constatons l'assourdissement du premier bruit mitral, et du second bruit aortique. L'apyrexie se maintient.

Fréquemment on observe des FORMES INSIDIEUSES, avec des douleurs articulaires plus ou moins vagues, souvent à reprises, et un état fébrile irrégulier, mais avec une cardiopathie.

En voici trois exemples. Dans ma leçon du 2 avril 1927, sur *Les péricardites rhumatismales aiguës et subaiguës* chez les enfants qui est dans un de mes livres de *Clinique* consacré aux *Maladies infectieuses*, je relate l'observation suivante.

Jeanne a sa première attaque de maladie de Bouillaud à 13 ans 9 mois. Début insidieux ; apparition sucessive de douleurs dans les genoux, les coudes, les chevilles. Jeanne entre à la salle Parrot le 5e jour de la maladie. Sa température est de 38°-38°2, puis dès le lendemain apyrétique. Elle est pâle, a des sueurs abondantes. Son pharynx est un peu rouge. Sa cheville droite est gonflée, chaude, très douloureuse. Son cœur est gros, le premier bruit mitral est sourd.

On donne 12 grammes par jour de salicylate de sodium, puis peu à peu on abaisse la dose à 8,6 et 4 grammes. L'apyrexie persiste. La cheville droite s'améliore en vingt-quatre heures ; mais la cheville gauche se prend à son tour, douloureuse et gonflée. Sept jours plus tard, toutes les manifestations articulaires ont disparu.

Dès lors la cardiopathie évolue seule. L'endocardite se précise ; le neuvième jour, léger souffle systolique à la pointe. Le vingt-troisième jour, on perçoit un frottement péricardique. Le cœur augmente de volume, ce qui est l'indice d'un syndrome myocardique fruste.

A propos de l'action sur la cardiopathie du traitement par le salicylate de soude, je disais : « Jeanne est un exemple de son inefficacité : la péricardite a débuté et évolué au cours d'un traitement salicylé poursuivi depuis près d'un mois aux doses quotidiennes de 12 grammes, 8 grammes, 6 grammes et 4 grammes. »

Voici une autre observation, rapportée dans ma leçon du 23 avril 1932 sur *La maladie de Bouillaud entre trois et six ans*, publiée par *Le Progrès médical* du 4 juin 1932.

Gabrielle a sa première attaque de maladie de Bouillaud à 5 ans 10 mois. La cheville droite est douloureuse, gonflée, un peu rouge. Elle entre à la salle salle Parrot, le quatrième jour de la maladie, avec une température à 38°2, puis de 37°8. Ses chevilles, un peu douloureuses, ne sont ni gonflées ni rouges.

On donne quotidiennement 4 gr. de salicylate de sodium. Il persiste une petite fièvre irrégulière jusqu'au vingt et unième jour. Mais les douleurs disparaissent rapidement. Dès l'entrée, on constate un léger souffle systolique mitral.

Dans cette même leçon je rapporte l'observation de Bernard : A 4 ans 6 mois, il présente une angine rouge. Le 2e jour, sa température est de 37°8, le genou gauche est douloureux et gonflé. Les jours suivants, il ressent des douleurs dans diverses articulations. Il ne se remet pas, il maigrit ; cependant sa température ne dépasse pas 38°. Il entre dans notre service à 4 ans 7 mois avec une température de 37°-37°5. Ses articulations sont normales. Mais le cœur est gros, on entend le premier bruit mitral sourd et un souffle systolique mitral. D'autre part, on constate un syndrome de congestion de la base droite. L'évolution se poursuit.

Les formes dégradées ou insidieuses sont de beaucoup les plus fréquentes chez les enfants.

Au bas de l'échelle on trouve des FORMES OCCULTES, qui évoluent sans manifestations articulaires, sans symptômes généraux ; à l'examen de l'enfant, on découvre une cardiopathie.

Quand on interroge les parents, tantôt ils n'ont rien remarqué, tantôt ils se rappellent que, quelque temps auparavant, l'enfant s'est plaint d'avoir mal dans une cheville ou dans un genou, mais ils n'y ont pas attaché d'importance.

Il n'est pas rare de rencontrer un enfant porteur d'une cardiopathie mitrale sans attaque nette de maladie de Bouillaud, dans son passé.

A l'opposé des formes précédentes, on trouve des cas où la première attaque de la maladie de Bouillaud revêt l'allure d'une maladie infectieuse générale, pouvant simuler la fièvre typhoïde ou la typho-bacillose. On décrit une FORME TYPHOÏDE, un TYPHO-RHUMATISME.

Suivant les cas, le malade présente des manifestations articulaires soit nettes, soit discrètes, fugaces, quelquefois tardives, ou même n'en présente aucune. La signature de la maladie est dans la constatation d'une cardiopathie, atténuée, tantôt sévère.

Voyons à présent les cas où la première attaque de la maladie de Bouillaud se traduit par des PHÉNOMÈNES PARTICULIERS, réalisant divers SYNDROMES. Ce sont notamment le *syndrome cervical*, appelé souvent *torticolis*, et le

syndrome cervico-sciatique, le *syndrome abdominal douloureux*, des *syndromes pleuro-pulmonaires*, des *syndromes encéphalo-méningés*.

J'ai étudié les SYNDROMES CERVICAL et CERVICO-SCIATIQUE dans ma leçon du 11 décembre 1926 sur *Rhumatisme cervical et cervico-sciatique chez l'enfant* ; cette leçon est publiée dans mon livre de *Clinique* sur les *Maladies infectieuses*.

Dans la première attaque de la maladie de Bouillaud, les localisations douloureuses au niveau des articulations de la colonne cervicale, ne sont pas rares. Deux éventualités peuvent se rencontrer : dans la première, la localisation cervicale est intriquée avec d'autres localisations articulaires, dans la seconde, la localisation cervicale est isolée et réalise le *rhumatisme cervical*, le *torticolis rhumatismal* ; s'il s'y ajoute des signes de sciatique, c'est le *rhumatisme cervico-sciatique*, que j'ai décrit à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 14 janvier 1916.

Le début est généralement rapide ou brusque. L'enfant est pris de fièvre, de courbature ; il a une angine et souvent des symptômes d'embarras gastrique. Il se plaint de douleurs dans la nuque et le cou, qui sont immobilisés. Dans certains cas, à ces douleurs s'associent de la céphalée, des douleurs dans la région lombaire, les fesses, les cuisses. On constate de la raideur de la nuque, du signe de Lasègue, du signe de Kernig, parfois quelques signes méningés. Le liquide céphalo-rachidien peut être hypertendu, contenir des lymphocytes, de l'albumine à la dose de 0 gr.30 à 0 gr. 80 ‰. La ponction lombaire soulage souvent le malade, en abaissant la pression intracranienne. Le tableau clinique est alors très semblable à une méningite cérébrospinale.

L'évolution est généralement rapide. Les symptômes s'atténuent et disparaissent en quelques jours. Généralement, pendant l'évolution, apparaissent les signes d'une endocardite, le plus souvent d'une endocardite mitrale, d'un syndrome myocardique fruste et quelquefois d'une péricardite, qui sont la marque de la maladie de Bouillaud.

Il y a des cas où cette première attaque ne s'accompagne pas de cardiopathie. Alors la nature rhumatismale du syndrome reste douteuse. Dans la suite, on peut voir apparaître des arthropathies et une cardiopathie, qui établissent l'étiologie de la première attaque.

C'était le cas pour Christiane dont j'ai relaté l'histoire dans la leçon que je viens de citer.

A 4 ans 6 mois, la première attaque de la maladie de Bouillaud se caractérise par un syndrome cervico-sciatique. Elle quitte l'hôpital le onzième jour, guérie cliniquement, avec un cœur normal. Dans la suite, de temps en temps, elle présente des poussées fébriles et des douleurs cervicales. A 5 ans 7 mois, elle a une attaque rhumatismale franchement articulaire ; nous constatons à cette occasion, une endocardite mitrale.

Le SYNDROME ABDOMINAL DOULOUREUX, comme le précédent, peut, soit apparaître au cours d'une attaque articulaire aiguë, soit être le symptôme principal d'une première attaque aiguë de rhumatisme articulaire aigu ; la maladie de Bouillaud a alors un début abdominal.

Le début est brusque ou rapide ; la température monte à 38°5, 39° ou même 39°5. Il y a de la céphalée. Les douleurs abdominales sont vives ; elles sont diffuses ou prédominent dans la fosse iliaque droite. Il n'y a généralement pas de vomissements. Il y a de la constipation ou de la diarrhée. On pense à une appendicite ou à une péritonite aiguë. Les douleurs abdominales s'atténuent rapidement, en deux, quatre, six jours. La fièvre persiste, cinq, huit, dix jours ; elle diminue graduellement plus ou moins tôt. On constate l'apparition d'une cardiopathie et de quelques arthropathies.

Dans ma leçon du 7 février 1931 sur *Les syndromes abdominaux douloureux de la maladie de Bouillaud chez les enfants*, qui est dans le livre de *Clinique* que je viens de citer, je relate l'observation de Paule. A l'âge de 8 ans, elle ressent, pendant une huitaine de jours, quelques douleurs dans la cheville droite ; ses parents n'y prêtent pas attention. Puis, un soir, au retour de l'école, elle est prise d'une violente céphalée ; sa température monte à 38°5. Les jours suivants, la fièvre persiste. Le troisième jour, la température monte à 40°3, de violentes douleurs abdominales et des douleurs d'oreille apparaissent, sans angine ni coryza. Le cinquième jour, son médecin l'envoie dans le service de chirurgie avec le diagnostic d'appendicite ; sa température est de 38°-39°.

Le sixième jour, la température reste à 39°, le diagnostic d'appendicite est éliminé. Le septième jour Paule entre à la salle Parrot. Sa température est de 38°5 ; elle est pâle, ses articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses, mais ne sont ni rouges ni tuméfiées. A l'examen du cœur, nous trouvons un premier bruit mitral très sourd et un léger frottement péricardique.

On prescrit 8 grammes par jour de salicylate de sodium. Les jours suivants, la fièvre diminue graduellement, les arthralgies disparaissent. A partir du onzième jour, l'enfant est apyrétique.

L'endocardite évolue et on constate un souffle systolique ; le frottement péricardique disparaît ; le cœur augmente de volume.

Des MANIFESTATIONS PULMONAIRES et PLEU-

RALES peuvent apparaître à toutes les phases de la première attaque de la maladie de Bouillaud et dans ses diverses modalités, dans la forme fébrile avec arthropathies généralisées aussi bien qu'au cours d'une attaque peu fébrile. Elles peuvent même survenir en dehors de toute arthropathie, être la seule manifestation de la maladie de Bouillaud. L'absence d'arthropathies laisse le diagnostic hésitant; l'apparition d'une endocardite contribue à l'élucider.

Les localisations pulmonaires et pleurales peuvent revêtir des modalités cliniques variées : congestion pulmonaire intense, généralisée, à évolution suraiguë ou aiguë, congestion pulmonaire à forme pneumonique ou à forme pleurétique, pleurésie avec épanchement.

Voici un exemple que j'ai rapporté dans ma leçon du 21 avril 1928, sur les *syndromes de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire dans la maladie de Bouillaud chez les enfants*, qui se trouve dans mon livre de *Clinique* sur les *Maladies infectieuses*.

Marie a une première attaque de maladie de Bouillaud à 8 ans. Au retour de l'école, elle ressent dans la hanche droite une forte douleur qui disparaît le lendemain; les jours suivants elle a des douleurs dans les genoux et les chevilles ; le genou gauche est tuméfié.

Le quatrième jour, elle entre à la salle Parrot. Sa température est 37°6-37°8 : les genoux et les chevilles sont douloureux ; dans les genoux on constate l'existence de petites hydarthroses. L'examen du cœur décèle une matité précordiale augmentée, un premier bruit mitral sourd.

On prescrit 8 gr. de salicylate de sodium par jour.

Les douleurs et les tuméfactions articulaires disparaissent. Les septième et huitième jours, la température baisse, puis se maintient à 37°5.

Le cœur grossit ; on entend à la pointe un léger souffle systolique mitral ; à la base, un second bruit aortique sourd et un léger souffle systolique, d'autre part, un frottement péricardique.

A partir du neuvième jour, la température remonte lentement à 38°, puis à 38°4, les seizième et dix-huitième jours. Le pharynx est rouge, l'enfant ressent des douleurs à la base de l'hémithorax gauche. Le seizième jour, on constate un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire de la base gauche et des frottements pleuraux.

A partir du dix-huitième jour, la température baisse à 37°5, le syndrome pleuro-pulmonaire rétrocède, les signes de l'endocardite mitrale et aortique se précisent.

Cette fille « paraît bien être atteinte d'une congestion pleuro-pulmonaire attribuable au virus de la maladie de Bouillaud ».

Je ne puis décrire aujourd'hui les SYNDROMES ENCÉPHALO-MÉNINGÉS. La *forme méningitique* me paraît se confondre avec le syndrome cervico-sciatique. La *forme cérébrale*, le *rhumatisme cérébral*, est rare chez l'enfant.

***

Telles sont les PRINCIPALES MODALITÉS CLINIQUES que peut revêtir chez l'enfant la PREMIÈRE ATTAQUE DE LA MALADIE DE BOUILLAUD.

J'ai voulu vous montrer le *polymorphisme clinique* de cette première attaque.

Il y a des cas où le tableau clinique est bien caractérisé : le diagnostic s'impose.

Dans d'autres cas, les symptômes sont atténués : la maladie peut alors être méconnue.

Souvent des syndromes divers font errer le diagnostic ; on pense à une maladie infectieuse générale, à une appendicite ou à une péritonite, à une méningite cérébro-spinale ou encore à une affection pulmonaire ou pleurale relevant d'une autre étiologie.

Tout en connaissant bien l'existence des formes atypiques de la maladie de Bouillaud, il faut se garder de lui attribuer tous les syndromes de nature imprécise, car la plupart de ces syndromes peuvent être réalisés par d'autres infections. Pour élucider l'existence de la maladie de Bouillaud, il n'existe guère que deux critériums, les arthropathies et les cardiopathies.

Beaucoup de médecins attachent une grande signification à l'épreuve thérapeutique par le salicylate de sodium. Ce dernier agit surtout sur la fièvre et les douleurs articulaires et encore pas dans tous les cas ; il peut avoir une action favorable sur ces phénomènes alors que le virus de Bouillaud n'est pas en cause ; il n'agit pas sur la cardiopathie. Il ne faut pas croire qu'en ayant recours à des doses très fortes les résultats sont meilleurs ; il n'est guère nécessaire de dépasser pour l'enfant la dose moyenne de 0 gr. 50 par année d'âge.

Retenez cette description de la première attaque de la maladie de Bouillaud, car vous la rencontrerez souvent. Même si vous la connaissez bien, votre diagnostic restera, à son début, souvent hésitant.

COMMENT RECONNAITRE EN CLINIQUE

LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES DES AVITAMINOSES B, ET DES ÉTATS DE PRÉCARENCE

Leur traitement par les jus de fruits, de raisin en particulier

Par le Docteur PLAGNIOL

Ancien chef de clinique à la Faculté de Montpellier

Les faits pathologiques auxquels on a reconnu une étiologie avitaminosique B, ont été classés en syndromes divers, bien connus dans leurs manifestations cliniques. Ces syndromes ont entre eux des liens de parenté clinique ; ces points de ressemblance qui étonnent tout observateur sagace par leur air de famille, constituent les symptômes d'entités morbides bien individualisées du moins dans leur formes complètes.

Les formes atténuées, larvées, incomplètes de ces mêmes syndromes passent inaperçues et cependant leurs causes invocables ne changent pas.

Il est donc parfaitement logique d'étudier sur le plan clinique pratique ces symptômes très divers qui ont pour substratum une carence en vitamines des groupes B et permettent ainsi une conclusion thérapeutique à l'examen d'une foule de désordres pathologiques quand leur cause avitaminique est réelle.

A ce sujet et *sans entrer dans des considérations théoriques*, et de fait hypothétiques sur le mécanisme déclenchant ces troubles, on ne saurait prétendre que la carence soit un pur trouble nutritif ; tout au contraire, il semble que le problème pathogénique soit des plus étendus, des plus complexes. Il y a là un problème de pathologie générale de demain, dont l'énoncé pourrait être le suivant : « Par quel mécanisme un état de carence en vitamine d'un groupe déterminé est-il capable d'exacerber la virulence d'un germe, ou de lever l'immunité contre un virus ou une toxine ». Il n'est pas défendu de constater combien dans certains cas les troubles morbides rapportés à une avitaminose se rapprochent de phénomènes nettement d'ordre infectieux. N'est-il pas permis de se demander s'il n'y aurait pas là un processus de bactériotropisme spécifique ou non ; microbiotropisme réalisé par l'intermédiaire de phénomènes eux-mêmes actinotropiques. L'identification récente chimique de certaines vitamines à certains pigments permettra peut-être la compréhension de ces phénomènes. Revenons à notre sujet, et voyons donc, quels sont les *principaux symptômes cliniques des avitaminoses B, des états de précarence*, en présence desquels, dans nombre de cas, l'étiologie vitaminique peut être à peine soupçonnée, et dont la thérapeutique pourrait être éclairée. Nous ne voulons pas dire cependant que les symptômes que nous allons énumérer soient toujours d'origine vitaminique, loin de là, mais nous prétendons que cette origine doit être recherchée.

Pour la clarté des faits, adoptons la division suivante, bien qu'elle n'ait pas d'écho absolu sur le plan clinique.

1° Dans un premier temps, occupons-nous des faits pathologiques dus à une insuffisance en vitamine d'utilisation nutritive.

2° Dans un deuxième nous nous occuperons des états de carence en vitamine antinévritique, dite d'équilibre nerveux.

I. SYMPTÔMES PRINCIPAUX D'AVITAMINOSE B D'UTILISATION NUTRITIVE

Les phénomènes de nutrition ont comme substratum les glandes du tube digestif et les organes glandulaires annexés à cet appareil. Dans l'état de carence ou de précarence en vitamine d'utilisation nutritive, les symptômes pathologiques répondent à des troubles qui ont pour point d'origine les divers étages du tube digestif, les glandes comme le foie, le pancréas, dans leurs effets sécrétoires internes ou externes, particulièrement leur action sur la digestion et l'élaboration des divers matériaux apportés par les aliments en particulier les glucides. Examinons donc ces principaux symptômes digestifs.

1. Phénomènes à localisation buccale ou pharyngée

Divers troubles à localisation buccale, troubles sécrétoires, troubles des glandes salivaires, lésions objectives, ont été signalées. C'est tout d'abord la sensation d'amertume, goût amer, ressenti par nombre de malades. C'est tantôt un goût de sel (mal salso des Italiens) symptôme inconstant observé dans la pellagre. Cette amertume dont la cavité buccale est le siège n'est pas spéciale à la pellagre mais avec des modalités différentes elle apparaît au cours de troubles digestifs chroniques, s'accompagnant d'insuffisance hépatique ou de trouble de l'excrétion biliaire. Chez les Pellagreux, ce symptôme est assez fréquemment rencontré pour faire partie du tableau clinique. Il ne faut pas s'étonner de le rencontrer aussi dans les formes d'avitaminose antinévritique, si l'on se rappelle les sensations gustatives éprouvées par le patient au cours d'application galvanique sur le cou, dans la région sous-maxillaire antérieure, et thyroïdienne. Dans la pellagre ces sensations désagréables de goût salé, de chaleur âcre locale, s'accompagnent de manifestations objectives telle la teinte rouge vif de la muqueuse de la langue et des joues ; et parfois la présence d'érosions ou excoriations fort pénibles.

2. L'anorexie

Ce symptôme inquiétant, dégoût des aliments,

surtout quand il s'agit d'enfants, fait partie du cortège des troubles par avitaminose. Il s'explique par le dysfonctionnement de l'arbre digestif. A côté des anorexies dites mentales, l'anorexie par avitaminose mérite attention ;elle mérite encore plus de soins chez les nourrissons, chez qui elle n'est pas toujours rapportée à sa cause efficiente.

3. Phénomènes stomacaux

En dehors du manque d'appétit et du dégoût marqué pour certains aliments, les nausées et même les vomissements font partie du cortège symptomatique. On rencontre cette intolérance gastrique surtout dans les cas d'avitaminose d'utilisation nutritive, particulièrement chez les enfants, les nourrissons alimentés sans directives sérieuses. Les vomissements, de même, ne sont pas rares dans les syndromes pellagreux et pellagroïdes.

4. Phénomènes intestinaux

Quelle que soit la catégorie d'avitaminose B soupçonnée, le dysfonctionnement intestinal est la règle. Les désordres consistent en constipation ; constipation de l'enfant au cours du béribéri infantile par exemple ; plus simplement, et plus fréquemment, constipation chez l'enfant carencé. Les vitamines B jouant un rôle excito-moteur vis-à-vis de la musculature intestinale, (Gross) l'état de carence se traduit par des troubles trophiques et secondairement de l'insuffisance motrice et de la parésie des anses, troubles qui vont s'accentuant entraînant l'intoxication et les réactions hépatiques secondaires. Tantôt la constipation alterne avec des poussées diarrhéiques, c'est le cas pour les pellagreux et de nombreux cas pathologiques qui sans en avoir la même netteté symptomatique se rapprochent de la pellagre.

Dans cette affection, la diarrhée persistante va s'aggravant avec la maladie et contribue pour une large part à la cachexie terminale. Diarrhée à rapprocher de certaines formes de tuberculose, au point qu'il est permis de se demander si pour combattre la diarrhée des bacillaires la vitamine B ne serait pas utile. Nous avons vu un pellagreux diarrhéique mourir de péritonite bacillaire et nous nous sommes demandés si précisément en raison de l'actinotropisme et l'actino-sensibilisation, il n'existait pas de rapport entre les deux affections. La diarrhée des pellagreux est plutôt sérieuse mais quelquefois muco-sanguinolente (Lumière avait observé la diarrhée chez l'animal carencé en vitamine B).

5. Dysfonctionnement hépatique

L'insuffisance hépatique s'installe insidieusement. Peut-être certaines cirrhoses hépatiques, certains états cirrhotiques s'accompagnant de lésions nerveuses centrales ou périphériques, voire névritiques, sont-ils la résultante d'avitaminose ignorée ; rappelant de loin, certains états hépato-striés avec parkinsonisme dans lesquels la cachexie terminale s'accompagne de sclérose polyviscérale.

Dans la pellagre on a trouvé aussi de vastes lésions hépatiques et spléniques, et quelquefois sur le plan clinique (Margarot), quelques phénomènes rappelant des troubles encéphalitiques.

Dans certains cas à évolution plus sévère il existe une véritable toxhémie d'origine hépatique avec asthénie profonde, vertiges et chutes (Ballordone). Toxémie rappelant dans les cas très graves (typhose pellagreuse) les infections suraiguës au point que cette hypothèse infectieuse a été soulevée (Tizzoni, Sambon, Margarot).

Cette hypothèse ne paraît pas devoir être rejetée dans tous les cas, elle peut même souffrir l'adjonction du rôle déclenchant de la carence en vitamine en ce sens que cette déficience, à part les troubles nutritifs qu'elle occasionne, pourrait fort bien placer l'organisme en un état de réceptivité ou de sensibilisation pour un virus donné: ceci directement ou indirectement, par actinotropisme positif, et ce fait est invocable à titre d'hypothèse pour la pellagre, maladie de phototropisme à triade symptomatique neuro-psychique, digestive et cutanée.

Cette hypothèse, hypothèse de travail, pourrait être légitime aussi pour les formes atténuées, larvées même, états de précarence passés inaperçus. Il y aurait là toute une conception nouvelle, hypothétique encore, concernant le rôle biotropique secondaire des vitamines, d'autant que nombre d'expérimentateurs (Abderhalden, Findlay, Biondo, Setti, Verkmann) ont conclu à la réalisation chez l'animal carencé d'une plus grande sensibilité aux infections. Ce fait vient là, appuyant notre hypothèse pathogénique.

Pour revenir à l'insuffisance hépatique des avitaminoses B, ajoutons que ce symptôme paraît être la règle dans les états pella-groïdes (Professeurs Gougerot, Oferlé et Meyer).

Insuffisances viscérales et endocriniennes.

Surrénale et pancréatique, [cette dernière inconstante (Findlay Simonet).]

Ces troubles glandulaires paraissent commander l'asthénie, la désassimilation progressive, s'associant aux troubles hépatiques. Dans les troubles du métabolisme des glucides, le pancréas joue son rôle classique et la pathogénie avitaminique de ces désordres pousse la thérapeutique à traiter les états hyperglycémiques par les vitamines B. L'insuffisance surrénale expliquerait l'hypotension avec tous ses degrés chez le malade comme (Baldwin, Cook et Nelson) l'avaient notés chez l'animal carencé

Troubles de l'état général

Ces troubles sont constitués par l'*amaigrissement* par défaut d'utilisation alimentaire. Ce symptôme est en relation à la fois avec la déficience digestive et le trophisme neuro-central. Cette influence sur le poids des animaux de laboratoire qui a frappé les observateurs se manifeste sur le terrain clinique. Osborne et Mendel proposent avec juste raison l'application aux convalescents et cachectiques de la thérapeutique vitaminique B.

L'asthénie est le symptôme qui au cours des grands états morbides comme la pellagre, l'acrodynie subit des rémissions plus ou moins variables. L'asthénie est à mettre sur le compte de l'intoxication, de la surrénalite et du trophisme neuro-central, ce dernier mécanisme plus net chez les pellagreux.

Troubles nerveux et psychiques. L'asthénie nerveuse est la règle chez le carencé en vitamines B. Il semble que ces troubles sont sous la dépendance du dysfonctionnement digestif mais nous y reviendrons à propos des troubles d'équilibre nerveux dans l'avitaminose spéciale qui les commande et dont nous allons parler.

II. Principaux symptômes accompagnant la carence en vitamines B plus particulièrement antinévritiques et d'équilibre nerveux

Ces troubles pathologiques peuvent être divisés pour la clarté de l'exposition en symptômes neuro-névritiques, en manifestations neuro-toxiques et neuro-circulatoires.

Phénomènes d'allure névraxitique et névritique

Ces troubles peuvent être tantôt, d'ordre sensitif, tantôt d'ordre moteur. Du point de vue de la motricité, signalons les formes atténuées de parésies motrices des membres avec atrophie, surtout des membres inférieurs, répondant aux formes paraplégiques de la pellagre, aux formes paralytiques diverses du béribéri. A côté de ces lésions d'origine cordonale ou centrale, il est des manifestations névritiques de type périphérique avec œdème. Troubles trophiques des extrémités comme dans le béribéri; du point de vue sensitif les algies ont été signalées : algies en éclair rappelant vaguement les douleurs des tabétiques. Au cours des expériences sur l'animal l'existence de paralysies a été largement démontrée (Mme L. Randoin).

Les manifestations neuro-toxiques

Nous voulons désigner par là les troubles nerveux signalant l'intoxication de l'organisme, troubles se caractérisant tantôt par des phénomènes généraux d'ordre psychique, asthénie nerveuse, instabilité du caractère, instabilité réfléchie par les manifestations vago-sympathiques, états de spasmophilie fréquents chez les enfants, états dont le déclenchement n'est pas toujours dû uniquement à la déficience en vitamine D, mais à un mauvais état digestif réalisant avec les pylorospasmes chez les nourrissons un véritables cercle vicieux. Des accès convulsifs ont été signalés d'ailleurs chez le pigeon carencé.

Certaines manifestations neuro-toxiques sont localisées et périphériques, telles les sensations de brûlure des extrémités dans la pellagre, les prurits des extrémités s'accompagnant de troubles psychiques rappelant l'acrodynie et la pellagre, sans que nous voulions assigner une étiologie avitaminique hypothétique à l'acrodynie. Enfin les vertiges à type cérébelleux réalisés chez le pigeon (M. Randoin) rappellent tout à fait le vertige (Ballordone) des pellagreux, s'accompagnant de chute.

Les troubles neuro-circulatoires, sont très souvent la conséquence des précédents : états larvés pathologiques cardio-vasculaires, palpitations, instabilité cardiaque. Eréthysme cardiaque, rappelant les accidents du béribéri.

Les manifestations circulatoires périphériques sont plus intéressantes :

Les acrocyanoses, dans leurs diverses modalités : acroasphyxies, acro-érythèmes, sont en général considérées et à juste titre comme des troubles dépendant souvent des sécrétions internes, agissant elles-mêmes sur les éléments neuro-végétatifs des extrémités. Dans certains cas elles dépendent de manifestations nerveuses centrales ou cordonales comme les myélites ou périphériques comme les polynévrites. Il est curieux de constater que nombre de cas d'acrocyanose peuvent s'accompagner d'asthénie nerveuse ou même de troubles mentaux. Les grands syndromes par avitaminoses B s'accompagnent de troubles circulatoires périphériques, chez les animaux carencés, en l'espèce la volaille, on avait remarqué la teinte violacée de la crête.

Enfin les **acro-œdèmes** s'accompagnent de prurit incoercible et d'instabilité nerveuse.

En conclusion, il n'est pas douteux que nombre de petits désordres de l'économie relèvent de la médication vitaminique des groupes B et même du facteur P incriminé dans la pellagre ; plus particulièrement, les troubles digestifs et hépatiques dus à la carence en vitamine d'utilisation nutritive. Cependant il ne semble pas que l'on puisse sur le plan clinique établir comme des cloisons étanches entre les effets des ordres

de vitamines, il semble que dans nombre de cas les phénomènes nerveux et digestifs vont de pair chez un carencé, il semble que les lésions au moins fonctionnelles peuvent toucher à la fois les viscères à fonction nutritive, et certaines fonctions ou organes du système nerveux. A titre d'exemple prenons certains diabètes et nous verrons combien fréquents sont les troubles trophiques, névritiques, pseudo-tabétiques, polynévritiques même, dans un syndrome de désassimilation ; syndrome dans lequel les troubles de la nutrition prédominent : troubles du métabolisme portant surtout sur les glucides. D'ailleurs des essais de traitements par les vitamines B n'ont pas donné des résultats négligeables dans le diabète glucosurique.

Enfin et surtout, du **point de vue thérapeutique** il est intéressant, en réalisant la cure par les vitamines B particulièrement d'utilisation nutritive, de trouver là une arme souvent méconnue, mais bienfaisante, physiologique, contre les troubles qui n'appelaient jusqu'à ce jour qu'une thérapeutique symptomatique.

Les vitamines B se retrouvent dans nombre de céréales, germes de blé, de riz, d'avoine, dans le cortex de ces graines, ceci pour les produits solides ; parmi les liquides, le jus de raisin et certains jus de fruits. Le jus de raisin bien préparé en particulier contient beaucoup de vitamine B d'utilisation nutritive et digestive.

Nous suivons actuellement des essais thérapeutiques cliniques des divers symptômes énumérés, essais dont nous donnerons un compte rendu dans de prochaines notes.

Les malades mis à l'alimentation vitaminique seront des convalescents, des asthéniques, des nerveux et en général des malades de l'appareil digestif avec toutes les conséquences de pareils troubles sur l'état général.

BIBLIOGRAPHIE. — RANDOIN (Mme) et LOMBA. Contribution à l'étude de l'avitaminose B, chez le pigeon (1923, *C. R. Acad.Sciences*, 176.)
RANDOIN (Mme) et SIMONNET. — Le facteur hydrosoluble B. (*Bull. Soc. chim. biologique*, 678.)
RANDOIN (Mme) et SIMONNET. — Entretien du pigeon par un régime totalement privé de facteur hydro-soluble B. (*C. R. Acad. Scienc.*, 179.)
BIONDO. — Impertanza della diverse vitamine nella difensa immiriitaria dell' organismo. (*Policlinico*, 273.)
BREAUDAT. — Origine alimentaire du béribéri (*D. S. Path. Exot.*, 965.)
KRAMAR. — Ueber des Verhaeten des B Vitamines gegenüler reduktion Prozessen.(*Bioll. Zeitch.*, 154.)Etc.

CONFÉRENCES DES HOPITAUX DE PARIS

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE

Docteur THIROLOIX

Dans une conférence sur le Diagnostic et le traitement de l'angine de poitrine, faite à l'hôpital Foch, le 14 mars 1936, M. Thiroloix a insisté sur l'importance de quelques signes pouvant aider au diagnostic de l'angine de poitrine et sur quelques résultats thérapeutiques obtenus par lui.

1° Se méfier, en présence de l'apparition d'une *sensation viscérale profonde* (à l'occasion d'un effort ou d'un phénomène biologique peu importants) et qui *se répète.*

2° L'irradiation de la douleur peut se faire des deux côtés, ou dans le bras droit ou *vers la mâchoire et les oreilles* : c'est un signe grave, d'angine de poitrine vraie.

3° En présence d'un malade qui présente une algie superficielle, un point fixe, sans irradiation, on s'imposera de le revoir tous les trois mois.

4° Suivre un malade un an ou dix-huit mois avant de faire un pronostic ; celui-ci n'est pas forcémen grave chez les jeunes.

5° Des crises angineuses peuvent être provoquées par des lésions à distance (la cellulite para-vertébrale, par exemple) qui cède bien aux injections de naïodine et aux rayons X.

La thérapeutique adoptée par M. Thiroloix est la suivante : crises : trinitrine, opium. Entre les crises : repos relatif, sédatifs, radiothérapie (avantages et inconvénients). Ses malades ont été souvent très soulagés par des injections de naïodine dans la fosse sus-épineuse (10 à 20 c. c.) mais assez loin de la colonne vertébrale, car on pourrait provoquer des crises. L'histidine intradermique (2 ou 3/10 c. c. ; dix-huit injections) lui a donné des résultats,

Mais, même avec une apparence de cœur sain, donner des toni-cardiaques, car l'insuffisance de la contraction ventriculaire paraît être à l'origine de la crise (ouabaïne à 4/1.000 jusqu'à 250 gouttes par jour, strophantus, 1, 2, jusqu'à 10 et 20 mmgr. suivant les besoins, quatre ou cinq jours par semaine).

Quelquefois tout échoue et il faut alors faire appel à la chirurgie, ce qui ne va pas sans risques (1).

(1) Compte-rendu par le Docteur Certain.

OBSERVATION INTÉRESSANTE D'UNE SEPTICÉMIE A STREPTOCOQUES HÉMOLYTIQUES GRAVE GUÉRIE PAR LE SÉRUM

Par

le Docteur Bréon — Médecin de l'Hôpital de Semur (Côte d'Or)

et

le Docteur Picard — Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris, Chirurgien de l'Hôpital de Semur (Côte d'Or)

Nous relatons ici, une observation intéressante de septicémie à streptocoques hémolytiques, post-partum, avec localisations secondaires, guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent, à fortes doses. Nous insistons d'emblée sur la valeur de cette observation pour les raisons suivantes :

1° Il s'agit d'une septicémie, due à un microbe très virulent (streptococcus pyogène hémolytique) décelé à l'hémoculture ;

2° La malade n'a été vue et traitée que vingt et un jours après son accouchement (dix-sept jours après les premiers signes d'infection) ;

3° La sérothérapie fut faite à fortes doses et par *voie intraveineuse*, sans phénomène de shock ;

4° Cette malade fut soignée à domicile, dans une campagne éloignée, ce qui a rendu la surveillance et le traitement plus délicats ;

5° La guérison, malgré les complications sérieuses de différents ordres, fut définitive.

Nous reproduisons l'essentiel de cette observation dans un style volontairement schématique, à cause de sa longueur. Nous n'insisterons que sur le traitement de l'infection généralisée du début.

Observation. — Mme M..., 24 ans, premier accouchement en 1932, normal ; deuxième accouchement *le* 15 *avril* 1935, tout à fait normal, sans aucune manœuvre.

Le 19 *avril* : un grand frisson, la température monte à 40° *cette température persiste avec oscillations pendant* douze jours, au delà desquels la malade rentre chez elle, sans vouloir consulter de médecin. L'un de nous la voit pour la première fois le 6 mai (soit le vingt et unième jour) et est tout de suite frappé par l'état de très grande gravité de son état : malade amaigrie, anémie intense avec teint cireux et subictère des conjonctives. Le pouls est rapide, très hypotendu. La température est à 40°, la respiration accélérée. Aucune douleur mais prostration extrême avec torpeur et abattement. La langue est rôtie, fuligineuse, le foie un peu gros, le cœur est mou, les urines très rares (200 à 250) avec grosse urobilinurie.

Le lendemain 7 *mai*, l'état est le même. Au toucher vaginal : on sent un utérus un peu gros, un peu sensible, dont le col est fermé. Le cul-de-sac droit est libre. Mais à gauche, on perçoit une masse diffuse mal limitée bloquant l'utérus, plutôt dure, très sensible. On fait trois injections de *propidon*, et un traitement local et général anti-infectieux.

15 *mai*, l'état général est très altéré. Les signes du début s'accroissent : diarrhée profuse, sueurs, frissons répétés, pâleur extrême, prostration. Localement : la masse péri-utérine loin de se ramollir, s'étend et devient étendue. On fait alors le diagnostic de *phlébite utéro-ovarienne* et le

16 *mai* on fait une *hémoculture* en injectant sans attendre : 70 *c. c. de sérum de Vincent* par voie intraveineuse. L'hémoculture pousse en moins de 24 heures, Le laboratoire répond : streptocoques hémolytiques en « purée », anormalement abondants

17 *mai*, T = 39°7 — sérum de Vincent : 80 c c. intraveineux. A ce moment apparition d'une *phlébite* sévère et rapide de toute la jambe gauche, qui évoluera très lentement vers des troubles trophiques sérieux.

18 *mai*,	T = 37°9, le soir : 38°9. Sérum 100 c. c.
19 *mai*,	— — — — — 100 c. c.
20 *mai*,	— — — — — 100 c. c.
21 *mai*,	— — — — — 80 c. c.
22 *mai*,	— *37°8* — *38°7* — 80 c. c.
23 *mai*,	— — — — — 70 c. c.
24 *mai*,	sérum I. V. 60 c. c.
25 *mai*,	— — 50 c. c.
26 *mai*,	— — 50 c. c.
27 *mai*,	— — 30 c. c.
28 *mai*,	— — 40 c. c. Deuxième hémoculture = ++ pousse en 48 heures.
29 *mai*,	— — 20 cc. + 20 sous-cutané
30 *mai*,	— — 20 c. c. + 20 —
31 *mai*,	— — 20 c. c. + 20 —
1er *juin*,	— — 40 c. c. + 40 — (T = 39°)
2 *juin*,	— — 40 c. c. + 30 —
3 *juin*,	— — 20 c. c. sous-cutané seulement
4 *juin*,	— — 20 c. c. — —
5 *juin*,	— — 20 c. c. — —
6 *juin*,	— — 20 c. c. — —
7 *juin*,	— — 20 c. c. — —
8 *juin*,	— — 20 c. c. — —
10 *juin*,	— — 20 c. c. — —

On remarquera que la deuxième hémoculture faite le 28 *mai*, n'a poussé qu'en 48 heures. D'ailleurs l'état général s'est progressivement amélioré. La température tombe très *lentement* de 1/10 à 2/10 par jour. Depuis le 29 mai, on fut obligé de diminuer le sérum par voie intraveineuse et d'y associer la voie sous-cutanée, puis de conserver seulement celle-ci devant les malaises (d'ailleurs discrets) accusés par la malade (vertiges, palpitations). On avait donné de l'adrénaline régulièrement par la bouche depuis le premier jour.

Le 12 *juin*, la température est tombée à 37°9 : on fait une *troisième hémoculture* qui est négative.

Pendant vingt-cinq jours on a injecté :

1,050 c.c. de sérum par voie intraveineuse et 270 c.c. par voie sous-cutanée, soit 1,320 c.c. en tout.

Le 15 juin la température remonte à 38°5 le soir et on perçoit une masse rétro-crurale gauche tendue, douloureuse avec météorisme abdominal accusé. Au toucher vaginal on sent un cordon dur très sensible, faisant corps avec la masse abdominale rétro-crurale. Glace sur le ventre en permanence.

La phlébite du M. I. gauche est stationnaire. Correctement immobilisée, la malade n'en souffre pas mais l'œdème est généralisé.

29 *juin*, des vomissements jusqu'au 8 juillet, la température oscille entre 39° le soir et 37°5 le matin, le foie, le rein, le cœur fonctionnent normalement, mais localement, si la masse rétrocrurale a diminué, il persiste toujours un gros cordon pelvien.

Devant cette température persistante, et l'extension de la masse pelvienne, on décide de faire une série de petites transfusions répétées.

On pratiqua ainsi *huit* transfusions sanguines de 140 c. c. en moyenne, qui ont pour résultat de faire céder momentanément la température.

Mais le 16 *septembre*, elle remonte en même temps que se localise une nouvelle inflammation autour de la crosse de la saphène ; on incise une collection péri-veineuse le 22 septembre ce qui fait tomber définitivement la température. Le 6 octobre la phlébite du membre inférieur est guérie. Dans le cul-de-sac gauche la masse phlébitique a disparu.

Nous n'avons pas (volontairement) insisté sur la thérapeutique symptomatique qui, durant cinq mois, a accompagné le traitement de fond non plus que sur les multiples incidents secondaires qui se sont manifestés au cours de cette longue maladie de six mois.

Actuellement, la malade est guérie mais il persiste un pied-bot en varus-équin consécutif à la phlébite de la jambe.

En résumé, il faut retenir de cette observation que :

1° Il s'agissait bien d'une septicémie streptococcique post-partum, à streptocoques hémolytiques, confirmée par le labo, cliniquement et évolutivement grave, dont le traitement ne fut entrepris qu'au *dix-septième jour de l'infection.*

2° Le traitement fut essentiellement constitué par le érum antistreptococcique de Vincent qui doit être employé à fortes doses (dans notre observation, il fut injecté 1.3 0 c. c.)

3° La voie *intraveineuse*, de beaucoup la plus active fut exclusivement utilisée au début, partiellement à la fin. C'est elle qu'on devra utiliser autant qu'on le pourra. Nous n'avons pas observé de phénomènes de shock graves, malgré des injections quotidiennes de 80 et 100 c. c. Ceci fut possible grâce à deux précautions essentielles :

a) Injection *extrêmement lente* dans la veine ;

b) Absorption d'*adrénaline* par la bouche durant toute l'injection.

Les injections ne donnèrent lieu à aucun incident.

NOTE DE PRATIQUE MÉDICALE

Deux causes d'erreur fréquentes dans la recherche du pH urinaire

Que les praticiens, qui, de temps immémorial recherchent l'acidité ou l'alcalinité de l'urine de leurs malades à l'aide du papier de tournesol ne s'effrayent pas : car si la théorie du pH urinaire (ou acidité ionique) semble compliquée, sa recherche dans la pratique journalière est tout aussi simple.

Laissant de côté les méthodes scientifiques dont le praticien n'a que faire, celui-ci pourra se contenter d'utiliser ces papiers réactifs que l'on trouve facilement, enclos dans une couverture qui sert d'échelle colorimétrique.

Plus le pH est élevé, plus l'urine est alcaline.

Plus le pH est bas, plus l'urine est acide.

L'échelle varie de 4,6 : urine hyperacide ; à 7,4 : urine hyperalcaline.

Le matin à jeun, le pH normal varie de 5,5 à 6,5. Après les repas, le pH augmente par suite de l'alcalinisation des humeurs.

Il est bon de le rechercher : à jeun, une ou deux heures après chacun des deux grands repas.

En pratique si le papier reste rose à jeun : l'urine est normale.

S'il devient rouge, l'urine est acide.

S'il devient bleu, l'urine est alcaline.

Cette recherche est si facile qu'on peut la confier le plus souvent au malade lui-même, ce qui permet de suivre les variations du pH au cours d'une même journée, ou ses variations brusques d'un jour à l'autre,

J'attire seulement l'attention des confrères qui voudront user de ce procédé sur deux causes d'erreur rarement signalées :

1° Le malade à qui on a confié le papier réactif le trempe dans un récipient où il a uriné seulement quelques gouttes ; les hommes même mouilleront le papier du premier jet de la miction. On compare la coloration obtenue à l'échelle et... le résultat est faux. Le premier jet de la miction est en effet toujours plus acide que le dernier : la différence entre les deux peut atteindre un degré : il faut donc recommander au malade de *tremper le papier dans toute l'urine d'une miction recueillie dans un récipient* (un verre de préférence).

2° Le malade vous rapporte le papier réactif enveloppé dans un morceau de buvard ou de papier quelconque : celui-ci par son pH propre, ou même par sa coloration peut fausser le résultat : *il faut donc lire le degré du pH à l'échelle colorimétrique, aussitôt que le papier encore humide, vient d'être retiré de l'urine.*

C'est simple, c'est facile et cela intéresse toujours le malade, qui peut suivre lui-même les progrès d'une cure d'acidification ou d'alcalinisation.

Dr Julien SILVESTRE.

LES CORPS ÉTRANGERS, QUI PRÉOCCUPENT LE PRATICIEN

I. — Corps étrangers happés par les sphincters

A. Les tubes de caoutchouc par le sphincter anal

La question des corps étrangers vésicaux est classique ; mais une seule chose peut varier, c'est la nature des objets introduits !

Autrefois, lorsque les cheveux longs étaient de mode, le type habituel des corps étrangers était constitué par les épingles à cheveux ; on avait même été amené à créer un instrument spécial pour retirer ces épingles « tombées » dans les vessies ; aujourd'hui elles ont subi une éclipse totale avec le port des cheveux courts.

Actuellement, le cure-ongle ou le cure-oreille, que l'on trouve sur toutes les tables de toilette, s'est substitué à l'épingle à cheveux.

Mais aussi le *tube de caoutchouc* jouit d'une certaine vogue.

On cite notamment le cas, observé par le Professeur André, qui trouva, au cours d'une taille, dans la vessie d'un adulte âgé d'une trentaine d'années un tuyau de caoutchouc, calibre tube à gaz, dont les fragments placés bout à bout représentaient environ une trentaine de centimètres.

C'est ensuite une observation du Docteur Prévot (1) ; mais ici le tuyau n'était pas, au moment de l'intervention, devenu complètement intravésical. Son introduction était tout à fait récente et l'extrémité dépassait encore le méat ; mais sa longueur mesurait 50 centimètres ! Il s'agissait d'une fillette de 11 ans, qui prétendait « avoir voulu faire pipi par un petit tuyau, comme son petit frère ».

Plus sérieux était le cas de MM. Lépinay et Pérard (2). Un jeune homme de 17 ans avait été traité rationnellement pour une pyélonéphrite à colibacilles. Mais, bien qu'apyrétique depuis plusieurs semaines, et alors que toute douleur rénale avait complètement disparu, le malade émettait toujours des urines plus ou moins troubles, et présentait certains jours, mais irrégulièrement, des signes de cystite. En général, la fréquence des mictions n'apparaissait qu'après le lever.

Une radiographie, faite quelques mois auparavant pour enurésie, avait révélé une spina-bifida, sans aucun calcul rénal (la région vésicule n'avait pas été comprise dans le champ de la radiographie).

Cependant la persistance de la pyurie incita les auteurs à pratiquer une cystoscopie, et celle-ci permit de découvrir un corps oval, qui avait l'apparence d'un calcul.

Une cystotomie était pratiquée quelques jours après, et chose surprenante, on retira de la vessie, non point un calcul, mais un corps étranger ayant la forme d'un tube replié en deux, et d'une longueur de 6 centimètres. C'était un tube de caoutchouc complètement incrusté, aux deux branches accolées, dont la couche phosphatique qui le recouvrait avait déjà un bon millimètre. Cette extraction amena la disparition de tous les troubles urinaires, et les urines reprirent bientôt leur limpidité.

Le jeune homme finit par avouer qu'alité pour sa pyélonéphrite, il avait voulu, pour diminuer la fréquence des mictions ?... fermer son méat avec ce tube de caoutchouc, mais que ce dernier lui avait échappé...

« De cette observation, retenons cet enseignement : *qu'il est toujours nécessaire, devant la persistance de troubles urinaires*, de ne point se borner à une seule des méthodes d'exploration, mais de *compléter les examens radiographiques par la cystoscopie.* »

B. Une canule rectale en ébonite par le sphincter anal

Le cas est rapporté par le Docteur Ponsan (3).

Un enfant de 13 mois, atteint de troubles digestifs, reçut un lavement administré par sa mère. La canule, mal assujettie à l'embout-robinet, pénétra de toute sa dimension (10 centimètres), dans le rectum et y resta. La mère tenta de l'extraire avec l'index, mais sa manœuvre n'eut, comme résultat, que d'introduire plus profondément le corps étranger.

A la palpation abdominale, on sent, à travers la paroi et dans la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'à la région ombilicale, la canule, dont la direction est verticale de dehors en dedans. Une radioscopie puis une radiographie confirme la nature et la direction du corps étranger. Le toucher rectal permet de localiser l'extrémité inférieure de la canule, bien au-dessus du promontoire sacré. On décide l'anesthésie immé-

(1) Prévot. (*Revue médicale de Nancy*, n° 1, 1936).

(2) Lépinay et Pérard. *Maroc Médical*, 15 février 1936.

(3) Docteur Ponsan. (*Maroc Médical*, 15 février 1936).

diate au chloroforme. L'enfant est mis dans la position de la taille et on tente l'extraction directe par la voie naturelle.

Les difficultés furent grandes. Il parut d'abord possible de ramener la canule au moyen d'une pince de Kocher introduite fermée le long de l'index rectal (à la façon de l'accoucheur qui rompt la poche des eaux), puis ouverte dans la cavité de la canule. Les dérapages de la pince firent abandonner ce procédé, dangereux d'ailleurs, car susceptible de blesser la muqueuse intestinale.

Finalement, on pratiqua une combinaison de manœuvres internes et externes, c'est-à-dire que l'index gauche étant dans son entier dans le rectum, au contact du corps étranger, l'autre extrémité de la canule fut refoulée délicatement à travers la paroi abdominale par les doigts de la main droite. En même temps, de légers mouvements de préhension étaient pratiqués avec l'extrémité de l'index gauche inclus dans l'intestin. Il fut ainsi possible de faire descendre la canule jusqu'à l'anus et de la fixer, enfin, avec une pince, pour l'extraire définitivement. Suites favorables.

Conclusions. — 1° Avant de recourir à une intervention sanglante pour corps étranger profondément inclus dans le rectum, on doit tenter l'extraction par les voies naturelles, même en présence de cas *a priori* non justiciables de cette thérapeutique. Les manœuvres combinées ci-dessus décrites, véritable petit accouchement dirigé, ont donné un résultat inespéré.

2° Le médecin doit faire proscrire l'usage des canules en ébonite, mal fixées à l'embout à frottement doux ; seul, l'usage de sondes rectales en caoutchouc, plus judicieux et plus efficace, met à l'abri de pareilles aventures susceptibles de complications dangereuses.

II. — Corps étranger bronchique expulsé spontanément par voie transpariétale

Ce corps étranger est un épillet d'une graminée sauvage, l'Orge des murs, plante très commune, poussant un peu partout. Il a été expulsé spontanément par voie transthoracique, chez un nourrisson de huit mois, qui l'avait aspiré à l'insu des parents, et qui a présenté un syndrome respiratoire insolite (polypnée intense, 40°) avec réaction inflammatoire de la paroi.

L'examen de l'enfant que firent les *Docteurs Ducos et Ferru* (1), ne révélait rien de très particulier et les signes d'auscultation, malgré la toux, la dyspnée intense et la température, étaient des plus discrets. Le traitement conseillé consista surtout en sinapisation et grands enveloppements humides ; en quarante-huit heures, disparition de la dyspnée et température normale. Durant quinze jours, petites poussées de température à 38°5, toux légère. Puis le bébé se mit à souffrir, lorsqu'il était pris dans les bras.

L'examen de l'enfant tout nu révéla, du côté droit, sur la ligne axillaire postérieure au niveau du 8e espace intercostal, une tuméfaction dure, douloureuse, rouge et acuminée, qui avait l'aspect d'un gros furoncle. Mais il existait aussi une zone de matité s'étendant environ sur trois travers de doigt, au niveau et en dedans de cette tuméfaction. A l'auscultation, on percevait un souffle assez doux et quelques râles au niveau de cette zone de matité. On pouvait penser à une pleurésie purulente enkystée sur le point de se faire jour. Cependant, l'état général de l'enfant était parfaitement bon. Il avait ce jour-là 37°5 et ne donnait pas l'impression d'un enfant malade. Devant l'excellence de l'état général de l'enfant et l'aspect nettement acuminé de la tuméfaction, il semble logique d'attribuer cette dernière à une inflammation pariétale, sorte de gros furoncle qui coïnciderait avec un foyer sous-jacent de condensation pulmonaire exprimé par un souffle tubaire. Pansements, au bouillon-vaccin Grémy et, le surlendemain, la tuméfaction s'ouvre spontanément, laissant sortir, avec quelques gouttes de sérosité, le corps étranger inattendu.

C'est alors seulement, que la maman se rappela avoir posé son enfant sur l'herbe, dans le jardin, quinze jours auparavant, ce même jour où l'enfant avait fait sa crise de polypnée avec fièvre élevée. On s'explique dès lors que l'enfant ait pu mettre dans sa bouche un de ces épis, lequel passa dans sa trachée et de là, dans sa grosse bronche droite. Puis, le corps étranger, dont la propulsion spontanée est bien connue et familière aux enfants, se fraya un chemin à travers tout son poumon droit pour venir finalement sortir entre deux côtes. Il est à remarquer que le voyage intrapulmonaire de ce corps étranger semble avoir été relativement bien supporté par l'enfant puisque ce dernier ne fit aucun accident grave et qu'il fut aussi rapidement que complètement remis après l'expulsion de l'épi.

Cette élimination d'un corps étranger des voies aériennes par une voie artificielle est une exception. Dans tous les cas rapportés, il s'agissait du côté droit, ce qui s'explique par ce que la bronche droite est large et presque verticale. Ce mode d'élimination pariétale des corps étrangers des voies aériennes semble réservé à ceux qui, comme les épis de certaines graminées, ont un pouvoir particulier de propulsion spontanée.

G. FISCHER

(1) *Revue médicale du Centre-Ouest* (mars 1936).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La spondylolyse, étiologie méconnue de sciatalgie rebelle

En présence d'une « sciatalgie rebelle », à côté du mal de Pott, du cancer rachidien, des tumeurs de la queue de cheval, de celles du petit bassin, de la sacro-coxalgie, du spina-bifida, de lésions douloureuses (lombalisation, sacralisation); toutes affections qui peuvent se trouver à la base d'une « sciatique chirurgicale », il faut faire à la spondylolyse une place dans le groupe des étiologies responsables, les sciatiques médicales (rhumatisme, intoxications, infections) étant également exceptées.

Sous le nom de spondylolyse, les Docteurs F. Jonckheere et R. Leclercq entendent une solution de continuité uni- ou bi-latérale de l'arc postérieur d'une vertèbre lombaire au niveau de sa portion isthmique inter-articulaire.

Parfois muette, la spondylolyse peut se compliquer, tantôt de déformations manifestes, troublant la statique rachidienne, tantôt de phénomènes douloureux siégeant dans le domaine du sciatique.

Il est impossible d'en faire le diagnostic par la seule clinique. Il faut la radiographie, de face et de profil et en oblique, pour découvrir l'image de la lésion, et, en l'absence de toute autre altération sacro-iliaque ou lombo-sacrée, de rapporter la sciatalgie observée à la pseudarthrose isthmique.

Comme traitement, la laminectomie simple est une opération logique à tenter, afin d'opérer, par une décompression rachidienne, une amélioration des irradiations sciatiques. Quant aux déformations de la colonne, il serait bon de faire en plus une greffe inter-sacro-lombaire bilatérale. C'est là un essai à faire. (*Le Scalpel*, 21 mars 1936).

Les réactions duodénales des cholécystites.

Ces réactions duodénales sont mises en évidence par les Docteurs G. Faroy et J. Ferroir. Il importe de les connaître parce qu'elles peuvent simuler l'ulcus duodénal. La vésicule et le duodénum sont appelés à réagir l'un sur l'autre, non seulement cliniquement et anatomiquement, mais étiologiquement par l'infection. Il n'est cependant pas toujours aisé de déterminer quel est l'organe primitivement atteint.

Ce qu'on peut dire actuellement, c'est que le diagnostic d'ulcus duodénal est souvent posé trop facilement, après des examens cliniques insuffisants et après des examens radiologiques interprétés trop hâtivement ; or, la cholécystite paraît une cause fréquente de ces erreurs. L'augmentation de fréquence des cholécystites depuis quelques années, leur association à la duodénite et à la péri-cholécystite doivent les faire rechercher avec soin ; on évitera ainsi des erreurs de diagnostic et des erreurs de traitement médical ou, fait plus grave, chirurgical. (*Le Progrès Médical*, 14 mars 1936.)

L'hystéroscopie, sa technique, ses résultats.

MM. H. Hamant et Durand apportent à l'étude des lésions intra-utérines une intéressante contribution iconographique, qui pourra servir de base pour une étude plus complète de ces lésions. Il est à souhaiter que d'ici quelques années l'hystéroscopie dans les lésions utérines soit aussi courante que l'est actuellement la cystoscopie dans les lésions vésicales.

En effet, l'hystéroscopie, après de nombreux tâtonnements, possède maintenant une technique sûre et un appareillage de bonne qualité qui la font entrer dans le domaine de la pratique courante.

D'une technique facile et simple, elle ne présente aucun danger pour les malades, ses suites étant extrêmement simples.

On peut dire que c'est le procédé le plus sûr, actuellement à notre disposition, pour faire le diagnostic des lésions intra-utérines (réserves faites de l'établissement d'un album iconographique), grâce à la visio directe des lésions et à la possibilité des biopsies.

Elle a permis et permettra de plus en plus, grâce à une expérience qui ne fera que s'accroître, de poser le diagnostic précoce des lésions intra-utérines et, par conséquent, rendre d'éminents services aux malades et aux chirurgiens en permettant de poser des indications opératoires précises.

Dans un avenir très prochain, quand les instruments adjoints à l'hystéroscope seront au point, en particulier la sonde à cathétérisme, elle permettra de faire le cathétérisme tubaire et le traitement direct de la lésion intra-utérine. (*Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, janvier 1936.)

La conservation de l'utérus après ovariectomie totale et la question des hormones utérines.

Voici les conclusions de l'importante étude que vient de faire le Docteur R. DIEULAFÉ.

De nombreux faits cliniques montrent que la conservation de l'utérus, même sans ovaire, loin d'être illogique, a l'avantage d'éviter souvent les troubles de la ménopause chirurgicale. Les recherches histologiques et expérimentales montrent que l'utérus a la valeur d'un organe à sécrétion interne. La situation anatomique de l'utérus explique l'intérêt de sa conservation pour la physiologie du petit bassin. Un utérus sain ou atteint d'inflammation légère doit être conservé, même si la malade a terminé sa vie génitale. Il est bon de faire systématiquement la fixation de l'utérus restant, afin d'éviter une déviation ou une ptose post-opératoires. (*Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, janvier 1936.)

La radiothérapie dans le traitement du cancer du sein.

M. P. HERMET étudie cette question, sans envisager toutefois les récidives et les métastases. Voici la conduite qu'il conseille de suivre dans les différents cas :

Dans les tumeurs techniquement opérables, on pourra se dispenser de la radiothérapie pré-opératoire si la tumeur est petite, mobile, sans adhérence à la peau, ni aux plans profonds et sans aucune adénopathie cliniquement reconnaissable.

On utilisera, au contraire, avec avantage, les radiations pré-opératoires pour les tumeurs d'un volume plus considérable, déjà fixées et qui s'accompagnent de ganglions palpables.

S'il y a des adénopathies sus-claviculaires, si la tumeur a une croissance rapide, si elle est déjà assez étendue, s'il s'agit d'une femme jeune, le temps de radiothérapie précédant l'intervention devient une véritable nécessité.

Pour les tumeurs qui sont techniquement inopérables ou difficilement opérables, l'intérêt des radiations pré-opératoires est de modifier les conditions de la chirurgie et de la rendre souvent possible et satisfaisante alors qu'elle n'eût réalisé, faite d'emblée, qu'une opération mauvaise ou médiocre. Ce sera le cas, par exemple, de certaines tumeurs très étendues, dont l'exérèse même large, surtout lorsqu'elles se sont développées vers le rebord costal ou vers la ligne médiane, peut difficilement dépasser les limites, des tumeurs ulcérées et infectées qu'une irradiation nettoiera et cicatrisera au moins en partie, des tumeurs adhérentes au plan thoracique qui, par l'effet des irradiations, se libéreront de cette adhérence, des adénopathies axillaires volumineuses et immobiles qui se modifieront souvent de façon appréciable.

Il reste évidemment des limites aux possibilités des radiations ; c'est ainsi qu'il ne paraît pas souhaitable d'entreprendre un traitement des cas avec dissémination large des lésions — de ce que l'on a appelé la lymphangite cancéreuse. Pour eux, un traitement radiothérapique pourra être palliatif, il ne rendra pas la lésion utilement traitable par la chirurgie. Bien entendu, dans ces cas, les irradiations post-opératoires dirigées sur une ou plusieurs places que la chirurgie a incomplètement traitées, seront à conseiller. Mais il ne faut certainement pas non plus ici des irradiations étendues et réparties au hasard.

En somme, la question de la radiothérapie d'un cancer du sein est encore loin d'avoir atteint un stade comparable à celui de la radiothérapie pour d'autres lésions néoplasiques. (*Paris Médical*, 21 mars 1936).

Les infections secondaires du cancer cervico-utérin.

Dans ce travail, le Docteur Paul DESAIVE envisage l'importance des infections secondaires au point de vue du pronostic et du traitement par les radiations. Si sévère, dit-il, que soit la coïncidence d'une infection microbienne et d'un cancer cervico-utérin, elle ne doit pas, *a priori* faire renoncer au traitement par les radiations, actuellement considéré comme idéal par la plupart des cancérologues, de cette forme de néoplasie maligne ; les moyens thérapeutiques qu'on peut mettre en œuvre contre cette infection en, auront souvent raison ; de toute manière, un effort prophylactique constant et surtout l'amélioration du dépistage précoce des cancers utérins nous permettront sans doute d'en diminuer à l'avenir la fréquence et la gravité. (*Paris Médical*, 21 mars 1936.)

Les glucides du plasma des hypertendus

Le Prof. G. CARRIÈRE et le Docteur Cl. HURIEZ démontrent indiscutablement qu'il existe un trouble, d'ailleurs assez léger, du métabolisme des hydrates de carbone au cours de l'hypertension artérielle permanente. L'hyperépinéphrie et la sclérose rénale ont surtout été invoquées à la base et de cette insuffisance glycolytique et du processus hypertensif. L'étude des troubles de la glycorégulation chez les hypertendus ne permet pas cependant ni de rendre indiscutable, soit la théorie rénale, soit la théorie surrénalienne, ni de formuler une nouvelle hypothèse sur la pathogénie de l'hypertension artérielle permanente.

Elle traduit surtout un aspect spécial du trouble profond de tous les échanges chez les hypertendus dont la formule humorale présente des modifications si importantes. (*Le Progrès Médical*, 18 janvier 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La thrombose comme agent hémostatique

(M. G. Crut ; 24-3-1936)

Dans la coagulation sanguine, on admet l'action d'un facteur, ferment ou non, dénommé thrombose ou thrombine. Il apparaît donc logique de penser que si au cours d'une hémorragie, on apporte une certaine quantité de thrombose étrangère, on obtiendra un effet hémostatique. M. Crut relate trois observations favorables à cette suggestion.

Sur la fermentation panaire

(31-3-1936)

L'Académie vote les conclusions suivantes du rapport de M. Marchoux sur la fermentation panaire :

1° La fermentation panaire doit être, comme toutes les fermentations, conduite avec le maximum de pureté ;

2° Cette pureté n'est pas assurée par l'emploi des levains

3° Les levures pressées, fournies par les bonnes usines, n'introduisent dans la pâte que le seul ferment favorable à une bonne panification ;

4° Quel que soit le milieu qui sert à les obtenir : produits de saccarification des grains par le malt ou les acides, résidus de sucreries désignées sous le nom de mélasses, les levures exigent, pour la constitution de nouvelles cellules, la satisfaction de leurs besoins en azote et en phosphore ;

5° La nature du milieu dans lequel elles se multiplient abondamment n'influe pas sur la valeur des levures de boulangerie, compte tenu de la pureté de la fabrication ;

6° Il n'existe pas de méthode permettant actuellement de distinguer une levure de mélasse d'une levure de grains.

Le déclenchement de certaines intoxications alimentaires

(M. Loeper, Mlle Riom, MM. Roy et Perreau ; 31-3-1936)

M. Loeper note, d'abord, les étapes successives des intoxications alimentaires dont il s'occupe. Première étape : troubles gastriques, vomissements, douleurs stomacales, ressortissant à des lésions congestives, œdémateuses de la muqueuse gastrique, mais superficielles et éphémères. Deuxième étape : troubles intestinaux, *entéralgie, spasmes, diarrhée.* Troisième étape : troubles hépatiques et, *enfin*, quatrième étape : accidents généraux, vertiges, hypotension, prurit et urticaire.

La substance toxique paraît se situer dans le groupe des monopeptides ou des monamines, dont la principale n'est autre dans bien des cas que l'*histamine.* Les aliments incriminés contiennent parfois cette histamine en nature (on l'a retrouvée dans le poisson, le gibier, la triperie) ou des imidazols, souches d'histamine, c'est-à-dire la carnosine et l'histidine dont les tissus musculaires de bœuf, de veau, de porc, le sang, le boudin sont assez riches (aliments histaminophores et histaminogènes).

Dans le tube digestif, de nombreux microbes peuvent effectuer la transformation de l'histidine et de la carnosine en histamine. L'acidité est un facteur favorisant de cette transformation et ceci est intéressant à connaître pour la thérapeutique. L'acidité permettrait donc la production d'un corps toxique au dépens d'un autre qui ne l'est pas.

Ainsi, que l'histidine vienne des aliments, ou qu'elle se forme dans l'organisme lui-même, il suffit d'une variation de l'équilibre acido-basique pour qu'elle devienne nocive par sa transformation facile et rapide en histamine. De cette manière s'explique le caractère toujours assez semblable de ces troubles, quelle que soit la nature ou la composition de l'aliment. La prévention de ces accidents est peut-être dans une certaine mesure possible. Les résultats obtenus *quelquefois* par les *médicaments alcalins* qui modifient le milieu intestinal et le milieu intérieur sont assez encourageants : l'alcalinisation est indispensable, surtout chez les sujets prédisposés. On l'associera au charbon qui absorbe et fixe les produits toxiques. Ce sont les deux médications préventives. L'adrénaline reste la médication curative.

Académie de chirurgie

Fistule de la fesse. Guérison par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.

(M. Le Jemtel, de Versailles ; 12-2-1936.)

M. Le Jemtel présente la radiographie d'une fistule purulente de la fesse avec suppuration très abondante, température élevée, œdèmes de la face et des membres inférieurs. Le laboratoire ayant révélé du streptocoque, l'auteur pratiqua pendant quatre jours des injections intra-veineuses de chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine, avec ingestion de comprimés du même produit Au bout de ce temps la fistule était tarie et l'état du malade transformé.

Les travaux de Levaditi et Vaismon ont montré l'action de ce colorant azoïque qui n'agit pas en tant que bactéricide direct puisque inactif *in vitro*, mais en mettant le coccus hors d'état d'attaquer les éléments figurés par ses toxines ou de se défendre contre les phagocytes.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Intérêt de la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique chez l'enfant.

(MM. R. DEBRÉ, A. SAENZ, R. BROCA et L. COSTIL ; 31-1-1936.)

Les auteurs ont voulu attirer l'attention sur l'intérêt que présente, pour le diagnostic précis du début de la tuberculose chez l'enfant, la recherche du bacille de Koch dans les mucosités prélevées par lavage gastrique. Cette méthode est bien connue et sa simplicité, sa valeur bien établies : elle n'est cependant pas employée aussi souvent qu'elle le mérite. Ils ont été frappés par ce fait qu'elle avait permis de mettre en évidence le bacille de Koch chez des sujets et dans des circonstances où le diagnostic de tuberculose était difficile à poser.

Il s'agit là d'une très intéressante méthode pour le diagnostic précoce du début de la tuberculose chez l'enfant et même chez certains adultes dont il est difficile de recueillir l'expectoration. On peut ainsi établir que des individus considérés comme non contagieux sont parfois encore dangereux pour les enfants de leur entourage. En réalité, lorsqu'on recueille le contenu gastrique le matin dès le réveil, on y trouve aisément, dans une toute petite quantité de suc gastrique, les crachats déglutis durant toute la nuit. Suit une description détaillée de ce procédé. Les résultats intéressants qu'on peut obtenir sont détaillés dans plusieurs observations.

En somme, la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique est une méthode excellente et sûre. Elle mérite d'être employée chez l'enfant non seulement en présence d'un foyer pulmonaire connu ou soupçonné, mais encore dans d'autres circonstances bien définies, dans l'érythème noueux, quand on craint une typho-bacillose, une granulie, voire une méningite tuberculeuse, enfin lorsque la tuberculose débute et que l'allergie apparaît, qu'il y ait ou non un foyer pulmonaire décelable par la radiologie. Mieux encore, on sera en droit de pratiquer également cette recherche chez un sujet, pour lequel on soupçonne une contamination tuberculeuse survenue depuis trois ou quatre mois, avant même que vire la réaction tuberculinique.

***

(MM. E. LESNÉ, A. SAENZ, G. DREYFUS-SÉE, C. LAUNAY et M. SALEMBIEZ ; 31-1-1936.)

Les auteurs insistent sur l'importance de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique, et sur les déductions concernant le pronostic ainsi que la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. Il est à noter tout d'abord que l'examen direct du liquide de lavage d'estomac ne suffit pas ; s'il est négatif, on doit effectuer simultanément la culture et l'inoculation au cobaye.

Chez les nourrissons de moins d'un an, cette méthode n'est pas nécessaire pour confirmer la gravité habituelle du pronostic ; mais elle met en évidence l'abondance du bacille, et la fréquence des résultats positifs doit faire redouter la contagiosité de tous les jeunes enfants présentant une cuti-réaction positive, alors même que les lésions radiologiques, toujours difficiles à apprécier sur les films d'enfants très jeunes, paraissent peu accentuées.

Pour les sujets de 3 à 10 ans, il est intéressant de noter que tous les cas de complexe ganglio-pulmonaire récent, clinique et radiologique, forme classique de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant, ont fourni lors d'un seul examen des résultats positifs. Il s'agit dans ces formes généralement curables chez les enfants d'âge scolaire, d'élimination pauci-bacillaire, dont il sera important de fixer la durée et les modes.

Les résultats de cet examen confirment la surveillance stricte obligatoire des enfants qui présentent une cuti-réaction positive avant un an, et les réserves à faire en ce qui concerne l'avenir des sujets chez lesquels cette cuti positive est apparue dans les trois premières années de l'existence.

Au point de vue prophylactique, il était classique, en ce qui concernait la tuberculose infantile, d'admettre que les enfants qui présentent une primo-infection tuberculeuse sans expectoration, avec une toux rare ou même souvent absente, ne sont pas contagieux. C'est là une erreur démontrée par l'existence de bacilles dans le contenu gastrique.

Certes, les enfants ne crachent pas et toussent peu ; cependant la pénétration dans l'estomac n'a pu se faire qu'à la faveur d'une secousse de toux suffisamment intense pour projeter les bacilles, à travers les voies respiratoires, jusqu'à l'orifice bucco-pharyngé des voies digestives où ils sont déglutis. Comment, dans ces conditions, affirmer que ces bacilles ne peuvent être expectorés avec les gouttelettes salivaires émises par l'enfant au cours de la toux.

Même pauci-bacillaire, intermittent, ce mode de contagion ne peut donc être considéré comme négligeable surtout pour des enfants qui jouent ensemble, s'embrassent, échangent des jouets ou des bonbons. Le contact de ces jeunes malades peut être à l'origine de contaminations frustes de sujets, jusqu'alors indemnes de toute manifestation tuberculeuse. Il est possible qu'on puisse expliquer ainsi certaines contaminations dont la source familiale n'est pas décelable

Les auteurs insistent encore sur la fréquence extrême de bacilles de Koch généralement peu nombreux dans l'estomac des enfants de 3 à 11 ans (âge scolaire) atteints de primo-infection tuberculeuse

avec lésions radiologiques nette ganglio-parenchymateuse, opposée à leur rareté chez les sujets allergiques ne présentant plus de signes cliniques ni radiologiques de lésion évolutive tuberculeuse.

Les indications prophylactiques qui découlent de ce travail paraissent être les suivantes :

1° Chez les enfants de moins de 3 ans une séparation stricte doit être maintenue entre les sujets à cuti positive et à cuti négative.

2° Chez les enfants de plus de 3 ans (âge scolaire) il semble que la plupart, sinon la totalité de ceux présentant un complexe primaire radiologique, sont susceptibles d'être bacillifères de façon intermittente.

Le diagnostic clinique et radiologique de la primo-infection évolutive chez ces enfants, impose donc leur séparation tant qu'ils présentent des signes évolutifs, d'avec des sujets réceptifs, aussi bien dans le milieu familial qu'en ce qui concerne l'école ou le préventorium.

Par contre, ces jeunes malades ne doivent pas être soumis à la surinfection que comporterait le séjour sanatorial avec contact de tuberculeux cavitaires expectorant en abondance des crachats bacillifères : ils représentent donc une classe de malades pour lesquels des sections spéciales doivent être prévues dans les établissements de cure de façon à leur éviter le contact des bacillaires graves et à ne pas les réunir avec les sujets sains. Ils doivent être éliminés strictement des organisations recevant des sujets à cuti-réaction négative.

Au contraire, des enfants à cuti-réaction positive ne présentant pas de signes cliniques, ni radiologiques de lésion évolutive, tels que les enfants avec réaction hilaire, légères calcifications, etc., pourront, comme par le passé, être considérés comme non-contagieux. Les établissements recevant des sujets à cuti-réaction négative ne prévoiront pas l'élimination de ce groupe d'enfants.

G. F.

Société des Chirurgiens de Paris

Séance du 3 avril 1936

Iléus paralytique apparu à la suite d'une éruption sérique et ayant imposé la laparotomie. Occlusion secondaire du grêle par bride. Intervention. Guérison.

M. Français fait un rapport sur une observation de MM. Luthereau, Gossart et Laroche (de Montereau). Une enfant de huit ans reçoit, au cours d'une angine diphtérique, une injection de sérum. Quatre jours après, éruption sérique, urticaire généralisé, signes généraux, fièvre, arthralgie, douleurs abdominales localisées autour de l'ombilic. Au bout de huit jours, disparition des accidents. Mais, quelques jours plus tard, dix-sept jours après l'injection de sérum, ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Opération : intestin distendu à partir de la dernière portion de l'iléon jusqu'à l'extrémité des côlons ; aspect cyanosé de l'intestin et dilatation extrême des vaisseaux veineux. On ne trouve aucun obstacle. Résection de l'appendice. Injection d'adrénaline et compresses chaudes sur l'intestin : presque aussitôt, la coloration normale de l'intestin reparaît. Néanmoins fixation du cæcum à la paroi pour pouvoir le ponctionner en cas de résistance des phénomènes d'iléus. Guérison. Trois mois après, nouvelles douleurs abdominales, vomissements, ballonnement de l'abdomen, arrêt des gaz, etc. ; une nouvelle laparotomie montre qu'il s'agit d'une occlusion de l'intestin grêle par une bride qui est réséquée. Guérison définitive. Les auteurs se demandent si l'iléus paralytique qui a nécessité la première opération ne doit pas être rapproché de l'infarctus intestinal d'origine anaphylactique, récemment décrit et étudié par le Prof. Grégoire : les lésions constatées ici ne sont pas tout à fait comparables à celles de l'infarctus, mais il n'y a, en somme, qu'une différence de degré ; elles rentrent dans la catégorie des infarctus spontanément curables. L'observation apporte une confirmation intéressante du rôle de l'anaphylaxie dans la production de ces accidents intestinaux.

Insufflation tubaire et injection intra-utérine de lipiodol dans la stérilité.

M. Pierre Duhail. — Parmi les trois causes principales de stérilité féminine (stérilité d'origine utérine, tubaire et endocrinienne), l'insufflation tubaire et l'hystéro-salpingographie doivent être avant tout réservées à la recherche de la perméabilité des trompes. Mais il ne faut pas employer ces méthodes lorsqu'il y a métrorragies, métrite du col, infection utérine ou salpingienne en évolution. C'est qu'en effet l'un comme l'autre de ces examens présente des dangers. Pour l'insufflation, il y a risque de rupture, d'infection, d'embolie gazeuse. Pour l'injection intra-utérine de lipiodol, il y a risque de rupture, d'embolie graisseuse, d'infection salpingienne ou péritonéale. Par contre, ces méthodes ont l'avantage de préciser la perméabilité des trompes, et l'hystéro-salpingographie montre, en outre, le siège de l'obstacle. De plus, il existe bon nombre d'observations où des trompes imperméables sont devenues perméables à la suite de l'examen. L'insufflation et l'injection intra-utérine de lipiodol peuvent être considérées comme un traitement de la stérilité d'origine tubaire. Le pourcentage des gestations dans les mois qui suivent l'un ou l'autre de ces examens se chiffre en moyenne à 10 ou 12 pour cent. Toutefois, la fréquence relative des grossesses ectopiques après lipiodol n'est pas à négliger.

L'insuline dans les hémorragies utérines

M. Roulland. — L'insuline est le traitement le plus efficace des hémorragies utérines d'origine ovarienne (autrefois hyperovarie et maintenant hyperfolliculinémie). Les hémorragies utérines justiciables

de l'insulinothérapie sont les hémorragies endocriniennes de la puberté, de l'âge adulte et de la ménopause. L'auteur insiste sur le mécanisme de ces hémorragies dues le plus souvent à un « follicule persistant », c'est-à-dire qui ne se rompt pas, devient kystique et empêche la formation du corps jaune ; en même temps, hyperfolliculinémie décelable. Pour l'auteur, l'action de l'insuline est une action endocrinienne frénatrice et non une action médicamenteuse hémostatique. Les doses qu'il préconise sont des doses faibles, commençant par 5 unités pour atteindre 10, 15 et 20 unités, dose qui n'est pas dépassée. Il insiste sur la rapidité d'action de l'insuline. L'effet est obtenu dès la deuxième injection si l'insuline doit agir ; on ne gagne rien à prolonger le traitement. L'auteur décrit les détails de sa technique et les résultats qu'il a obtenus.

Technique des forages, des enchevillements et de l'arthrodèse de la hanche par la voie transcervicale.

M. Raphaël Massart décrit une série de techniques toutes dérivées du même principe : passer à travers le col du fémur pour réaliser des forages, des enchevillements ou des arthrodèses. Le forage s'adresse aux rhumatisants, sujets âgés ou tarés ; il doit être rapide, sans complications ; aussi, l'auteur déconseille l'opération sous radioscopie ; le repérage de la tête, la direction du col sont faciles à obtenir en glissant l'index à la face antérieure de l'articulation. On évite ainsi les erreurs faites par les appareils de visée qui, parfaits pour des hanches normales, ne tiennent pas compte des variations pathologiques de la tête. Le forage ne doit pas être fait au vilbrequin qui, par son mouvement de rotation, déplace l'axe du forage ; l'auteur utilise des tarières droites. Le canal foré dans le col peut être vérifié à la radiographie. Sur les observations présentées, la technique a permis un bon forage axial.

L'enchevillement est utilisé aussi pour fixer les fragments du col fracturé. Il sera d'une exécution simple en procédant de la même manière que pour le forage du col du fémur, à condition d'avoir d'abord réduit la fracture sur la table orthopédique. Cet enchevillement est réalisé par l'auteur avec un greffon tibial pris au malade. Le greffon apporte avec lui son action calcifiante et est un élément important dans la formation du cal.

L'arthrodèse de la hanche a été faite par l'auteur en s'inspirant du même principe : un greffon tibial passe à travers le col du fémur et va se fixer à la partie supérieure de l'os iliaque en passant dans un canal foré par une incision faite à la face externe du grand trochanter. L'arthrodèse ainsi pratiquée est une opération simple, rapide, n'entraînant aucun délabrement.

Des observations de malades opérés viennent à l'appui de la description de ces techniques.

Société de médecine de Paris

Séance du 29 février 1936

Sciatique-névrite goutteuse.

M. J. Sédillot présente, guérie par la cure de désintoxication arthritique en moins de cinquante jours, une malade qui souffrait d'une sciatique à douleurs exceptionnellement intenses, diurnes et nocturnes. L'affection évoluait depuis trois mois. Le réflexe achilléen était aboli. Un éminent radiographe avait montré « une sacralisation complète de la cinquième lombaire » et le médecin traitant s'était cru désarmé, avait parlé d'incurabilité. Il s'agissait en réalité d'une sciatique névrite goutteuse, sévère certes, mais banale, qui a complètement guéri.

L'anesthésie électrique, ses caractères (*Suite*).

M. R. Grain étudie la progressivité, quatrième caractère de l'anesthésie électrique. Elle obéit à une loi déterminée suivant laquelle la durée du temps de l'anesthésie double sensiblement d'une séance à l'autre. Mais ce rythme évolutif peut être soit accéléré, soit rompu, soit arrêté. La progression de l'anesthésie ne peut d'ailleurs s'établir que de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures en raison du phénomène de maturité de l'anesthésie.

Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur ; le cardio-dynamomètre.

M. A. Pruche présente un appareil auquel il a donné le nom de cardio-dynamomètre. Cet appareil peut être conjugué à tout sphygmomanomètre, quel qu'en soit le type. Le cardio-dynamomètre permet au praticien de déterminer de façon clinique et pratique la valeur fonctionnelle du cœur droit et celle du cœur gauche suivant la méthode décrite par l'auteur dans des communications et travaux antérieurs, de mesurer la pression veineuse et l'indice de rétention veineuse dans toutes les attitudes. Enfin il met à la portée de la clinique toutes les applications de la pléthysmographie.

Comment examiner une déficience des seins au point de vue d'une opération reconstructive.

M. Dartigues, s'appuyant sur une série de projections, montre comment ces malades doivent être examinées au point de vue physique et topographique. Mais il insiste sur l'examen médical proprement dit, afin de s'entourer de toutes les précautions pour rendre ces opérations le moins grave possible.

Thérapeutique du cancer.

M. Ch. Taguet passe en revue les traitements médicaux du cancer, en tant qu'adjuvants aux traitements radiothérapiques, curiethérapiques et chirurgicaux. Après avoir indiqué la métallothérapie,

l'organothérapie, l'opothérapie, il parle des essais récents de Juster, Caillau et Huerre avec les lécithines irradiées ou modifiées chimiquement et de ceux, non encore terminés, qu'il a menés depuis deux ans avec ses collaborateurs et qui ont pour base l'emploi d'une lysocithine retirée du vitellus

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

17 *Janvier* 1936

Kyste hydatique du foie suppuré à évolution aiguë dans un post-abortum.

MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin, Bert et P. Betoulières rapportent l'histoire clinique d'un kyste suppuré du foie apparu au dix-huitième jour du post-partum. Le cliché radiologique permet seul le diagnostic étiologique en montrant à la surface du liquide la présence de vésicules caractéristiques. Il s'agit vraisemblablement d'un ensemencement infectieux du kyste jusqu'alors latent par un germe à porte d'entrée utérine.

Ramollissement de la région latérale de la calotte protubérantielle droite. Présentation de pièce.

MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin et Bert. — La pièce présentée montre un ramollissement en foyer qui occupe la moitié droite de la calotte protubérantielle dans la région de l'aile blanche externe en arrière de l'éminentia teres.

Ce foyer est fusiforme. Il mesure 1 centimètre de long et 7 millimètres de diamètre.

Sa localisation explique le syndrome alterné présenté par le malade caractérisé par une paralysie des IV^{e}, V^{e}, VI^{e}, VII^{e}, et VIII^{e} paires craniennes du côté droit, et l'anosmie et de l'anesthésie du type syringomyélique du côté gauche.

Séance du 24 *janvier* 1936

Leucémie aiguë en concomitance avec un traitement dit radio-actif suivi sans contrôle médical.

MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin et R. Lafon rapportent un cas de leucémie aiguë à forme myéloïde ayant évolué rapidement à la suite d'un traitement radioactif que le malade appliquait lui-même sans autres directives que celles données par le courtier qui lui avait vendu l'appareil.

Il préparait lui-même la solution radio-active dans une sorte de percolateur.

La solution ainsi obtenue était en partie ingérée en partie utilisée en application *loco dolenti*.

Les doses d'émanation ainsi absorbées par le malade étaient dix fois supérieures aux doses habituellement prescrites.

Sans l'affirmer les auteurs pensent qu'il y a corrélation entre le traitement et l'évolution de la leucémie aiguë et ils proposent que soit sévèrement réglementées la vente et l'utilisation par le public d'appareils de ce genre.

Le dosage en radonthérapie.

M. R. Castagne et Mlle Osborne, à propos de la communication de MM. L. Rimbaud, Anselme-Martin et R. Lafon, insistent sur les facteurs dont dépendent les quantités de radon véritablement appliquées aux malades. Ces facteurs tiennent d'une part, aux phénomènes radio-actifs, d'autre part à l'affection soignée.

A leur avis et selon leur expérience, on a souvent proposé des doses quotidiennes trop fortes.

Il est extrêmement dangereux de laisser entre les mains du malade l'appareil producteur de radon, étalonné une fois pour toutes, même si cet étalonnage a été correctement fait.

Il n'est pas possible d'obtenir en radonthérapie des résultats favorables et constants, sans une posologie *commandée par l'état clinique et par les contrôles de* laboratoire. D'ailleurs, il y a souvent lieu de faire une thérapeutique complémentaire.

Un seul moyen permet de savoir ce que prend le malade, le dosage direct du radon dans la solution et le contrôle de la quantité de solution prise chaque jour ; méthode plus longue et plus délicate que d'autres mais sûre et rendue maintenant pratique.

Depuis 1931, les auteurs ont appliqué dans les hôpitaux de Montpellier à 572 traitements leur nouvelle technique satisfaisant les conditions précédentes. Il n'a jamais été enregistré d'accident.

Appareil pour correction du torticolis congénital (Démonstration et présentation de malade).

MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac, présentent un nouvel appareil pour correction du torticolis congénital après ténotomie du sterno-cléido-mastoïdien.

L'appareil comprend deux parties, l'une inamovible fixée à la tête, l'autre amovible, prenant point d'appui sur l'épaule du côté appareillé.

La partie amovible vient s'arc-bouter sur une saillie plâtrée en forme de L couché qui fait corps avec la couronne.

L'appareil permet de maintenir la position d'hypercorrection et, par des allongements successifs de l'arc-boutant, de l'augmenter. En même temps l'indépendance des deux parties dont le contact est assuré simplement par une bande ordinaire roulée autour de la couronne permet de faire effectuer à plusieurs reprises dans la journée des mouvements actifs et passifs de la tête et du cou.

A propos des angio-scotomes.

MM. Viallefont et R. Lafon, étudiant la circulation rétinienne, ont recherché sur eux-mêmes les

modifications de la tache de Mariotte, après inhalation de nitrite d'amyle : aucune modification appréciable n'est apparue. Dans ces conditions les auteurs se demandent si le terme d'angioscotome, habituellement employé pour désigner les prolongements de la tache de Mariotte, est bien adéquat. Les auteurs ne croient pas applicable à tous les malades la recherche de ces microscotomes qui fournit d'ailleurs dans certains cas de précieux renseignements.

Toulouse

Société de médecine

La diathermo-coagulation est le seul traitement d'un nævo-carcinome.

M. Marcel Joly déconseille formellement topiques, caustiques, cautère, chirurgie, radiations lorsqu'une tumeur cutanée présente la moindre trace de mélanine : seule la diathermo-coagulation est de mise.

Fracture-luxation de la colonne cervicale sans troubles médullaires.

MM. J.-P. Tourneux, Cahuzac et Pontonnier présentent l'observation d'un homme de 48 ans, qui à la suite d'une chute sur la nuque de 1 m. 50 a fait une fracture latente de la colonne cervicale. Toute la symptomatologie se réduisait à une légère inclinaison de la tête à droite et à une hyperéflectivité généralisée. La radiographie montra une fracture des lames de C^5, une fracture luxation de C^6 dont l'apophyse épineuse a entraîné celle de C^5 libérée de son corps. L'élargissement du canal rachidien au niveau de C^5 semble suffire à expliquer l'absence de troubles nerveux malgré la luxation postérieure de C^6.

Quatre ruptures successives d'un kyste de l'ovaire

M. J.-P. Tourneux et Cahuzac rapportent l'histoire d'une femme de 43 ans atteinte d'un kyste de l'ovaire gauche, diagnostiqué précédemment fibrome et irradié, et qui s'était rompu quatre fois en l'espace de cinq ans.

L'intervention, longtemps refusée, permit d'extirper un très gros kyste remplissant toute la cavité abdominale, sans adhérences et sans dégénérescence ; en avant du kyste et adhérant intimement à la paroi abdominale antérieure sur une étendue de plusieurs centimètres, se trouvait une anse intestinale grêle qui dut être réséquée. Les suites opératoires furent normales.

Un accident de la vaccination antityphique.

M. G. Fabre a observé un cas où la négligence des principes de prudence a donné naissance à des accidents dramatiques mais rapidement curables. Une jeune fille de 19 ans reçoit deux heures après un repas où avaient figuré des coquillages et des fraises une deuxième injection de vaccin antityphique. Un quart d'heure après, elle présente de violentes douleurs abdominales, une diarrhée sanglante profuse : l'état général est profondément atteint, le facies grippé, presque péritonéal, le pouls est rapide et petit, la température reste normale. Les divers phénomènes s'amendent et disparaissent avec une injection d'adrénaline et l'absorption de chlorure de calcium.

Il s'est agi d'une véritable crise anaphylactique aiguillée vers l'intestin, lieu de plus grande activité fonctionnelle momentanée, et probablement sensibilisé par les aliments absorbés, dont on sait empiriquement le rôle sensibilisant.

Intoxication oxalique et thorium X.

M. Maurin. — Le thorium X a permis dans de nombreux cas de protéger efficacement soit des cobayes, soit des lapins, contre des doses mortelles de divers poisons. Toutefois, dans l'intoxication oxalique, contrairement à son action habituelle, cet agent radioactif, tout en augmentant la résistance de l'organisme et en prolongeant la survie, n'a pu empêcher la mort des animaux mis en expérience, ce qui souligne la sévérité particulière de ce toxique.

Enophtalmie traumatique.

MM. Gorse, Calmettes et Y. Garipuy présentent un malade atteint il y a un mois de violentes contusions périorbitaires, et chez qui la disparition de la tuméfaction de la région oculaire montra une enophtalmie d'un degré impressionnant. Il y a aussi diplopie et limitation extrême de tous les mouvements de cet œil : la vision est néanmoins normale et le fond de l'œil intact. Les auteurs rappellent les discussions pathogéniques soulevées par un pareil cas et acceptent ici la théorie nerveuse qui fait de l'enophtalmie traumatique la conséquence de l'altération du sympathique périphérique orbitaire.

Placentome bénin.

MM. Duguing et Guilhem présentent l'observation d'une grande multipare de 31 ans, qui, après avoir subi sans succès un traitement curiethérapique pour fibrome, fut hystérectomisée avec le diagnostic probable de cancer utérin.

L'examen de la pièce enlevée montra l'existence d'une masse sessile, arrondie, implantée au fond de la cavité utérine et constituée par des villosités choriales d'aspect normal sans aucun signe d'activité proliférante.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

René Lépine, éditeur,
39, rue d'Amsterdam, Paris

L'Année médicale pratique, XV[e] année, édition 1936, publié sous la direction de C. Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. Préface du Professeur E. Sergent. Un vol. in-16 couronne, 800 pages, 24 figures. Prix : 25 francs.

Recueil de 300 petits articles, classés par ordre alphabétique, sur les acquisitions médicales pratiques de l'année (médecine, chirurgie, spécialités).

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e])

Dr René Porak. — **La diurèse.** Le rythme des éliminations chimiques par l'urine et ses corrélations avec d'autres rythmes fonctionnels. — Un volume, 80 pages, 18 figures, 1936, 8 francs.

L'auteur expose une nouvelle méthode d'examen de l'urine : au lieu de se contenter d'une analyse de l'urine de vingt-quatre heures, il propose de suivre les éliminations aux phases successives à la suite d'une charge alimentaire ou d'un effort musculaire. La comparaison des sujets normaux et des malades prouve que cette méthode est capable de renseigner sur la valeur fonctionnelle de l'organisme.

Dans le chapitre II, on lira quelques corrélations entre rythmes chimiques et rythmes fonctionnels : température, ergographie, pression artérielle, oscillations de la tension servent de tests d'appréciation.

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

A. Landau et J. Held, médecins de l'hôpital Wolski, de Varsovie. — **La syphilis gastrique.** *Etude clinique.* Un volume de 186 pages, avec 15 figures, 32 fr.

Des divergences d'opinion existent sur la fréquence de la syphilis gastrique. Les uns comprennent sous le terme de « Syphilis gastrique » presque exclusivement les formes tardives qui constituent des cas relativement rares. D'autres y ajoutent les nombreux cas de gastrite syphilitique. D'autres enfin y englobent tout un groupe d'affections, causées par la syphilis nerveuse, donnant des symptômes gastriques souvent très sérieux et tenaces qui dominent à eux seuls toute l'image clinique.

Suivant les auteurs de ce livre qui ont eu à leur disposition un matériel clinique important, la syphilis gastrique est plus fréquente qu'on ne le sdiagnostique bien qu'on doive considérer que les ayphilitiques peuvent être porteurs de diverses sffections gastriques auxquelles la syphilis prédispose timplement. Une systématisation précise des affections syphilitiques de l'estomac et leur classification rationnelle sont donc des conditions nécessaires pour satisfaire au diagnostic.

On trouvera dans ce livre une étude clinique et thérapeutique de toutes les formes de syphilis gastrique qui peuvent se présenter et que les auteurs ont pu observer.

Librairie Le François
91, boulevard Saint-Germain.

Dr André Feil, chef de service à l'Institut d'hygiène industrielle. — **Le travail de l'ardoise et la pathologie professionnelle de l'ardoisier.** Un vol. 138 pages : 80 fig.

En France, près de 400.000 travailleurs sont employés dans les mines et tout praticien peut être appelé à soigner des ouvriers mineurs. Il est donc intéressant pour lui de connaître les conditions hygiéniques de travail dans le sous-sol et aussi la pathologie professionnelle des mineurs.

L'ouvrage de M. André Feil est une importante contribution à l'étude de ces questions. L'auteur a entrepris, à ce point de vue, une vaste enquête dans les carrières d'ardoise, celles de l'Anjou en particulier. Plus de 6.000 ouvriers sont occupés dans ces carrières, exposés plus ou moins à respirer les poussières de schiste et vivant dans des conditions matérielles spéciales.

Nous avons déjà publié un article de M. Feil sur ces sujets. L'auteur, dans le volume qu'il vient de faire paraitre, étudie plus spécialement la pathologie professionnelle de l'ardoisier, l'action des poussières d'ardoise sur le poumon, les manifestations pathologiques observées chez les ouvriers qui taillent l'ardoise. Il envisage enfin les mesures d'hygiène et de prophylaxie susceptibles de préserver contre ces risques professionnels.

Les Thèses

P. — Dr J. Veyres. — **Zona et troubles mentaux.** (Thèse, 1935.)

Le zona présente, chez les sujets âgés, un caractère indiscutable de gravité dû, entre autres causes, à la fréquence de l'atteinte du système nerveux central : de la moelle, le plus souvent, comme l'a fait présumer pendant longtemps la durée de certains troubles douloureux ; de l'encéphale, comme l'ont montré les études anatomo-cliniques de MM. Sabrazès, Netter, Thomas, Talhimer, études qui ne permettent plus actuellement de douter de la réalité de l'encéphalite zostérienne.

Celle-ci peut se manifester par des troubles neurologiques et par des troubles mentaux ; ces derniers se rencontrent sous deux modalités évolutives : tantôt aiguë, tantôt chronique, la forme des asiles d'aliénés.

L'auteur en rapporte trois observations, une dans laquelle le zona a eu une action dans la genèse des troubles mentaux survenant chez un sujet âgé, *n'ayant eu aucun antécédent psychopathique* ; deux, où l'éruption, apparaissant chez des aliénés, a été suivie d'une aggravation nette des syndromes présentés jusque-là.

Les atteintes de l'encéphale, toutefois, ne sont pas fréquentes au cours du zona.

P. — Dr E. Adrian. — **De l'emphysème sous-cutané généralisé et médiastinal au cours du pneumothorax thérapeutique.** (Thèse, 1936.)

L'emphysème sous-cutané généralisé et médiastinal est un accident grave, voire mortel, mais heureusement très rare, du pneumothorax thérapeutique.

Il survient au cours des tentatives infructueuses de pneumothorax pratiquées chez des malades présentant des adhérences pleurales, les tentatives étant suivies le plus souvent par de fortes quintes de toux.

On le voit se produire chez des malades à long passé pulmonaire. Il peut également survenir chez des sujets à gros thorax et chez les gros hémoptoïques, à tissu pulmonaire fibreux et plèvre symphysée.

Anatomiquement, cet emphysème est caractérisé par une perforation pulmonaire.

Cliniquement, il présente un tableau dramatique ; tout le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'une infiltration gazeuse considérable. L'épanchement gazeux médiastinal détermine de la dyspnée, de la dysphagie, de la cyanose et des troubles cardiaques.

Radiologiquement, l'emphysème sous-cutané se traduit par un soulèvement des téguments par une zone claire, faisant ressortir les fibres musculaires. L'emphysème médiastinal apparaît sous la forme d'un flou de l'ombre médiastinale, à contours peu nets, et plus claire qu'à l'ordinaire.

Son évolution dure de cinq jours à trois semaines. La mort peut survenir soit par asphyxie, soit par collapsus cardiaque.

Pour éviter la production de cet emphysème, il faut être très prudent, quant aux insufflations chez les malades qui pourraient présenter de la symphyse pleurale, de même que chez les malades à gros thorax et chez les grands hémoptoïques.

Son traitement consiste en une intervention chirurgicale dont le but est de mettre en communication le trajet fistuleux avec l'air extérieur.

Sous l'influence de ce traitement, les signes de compression médiastinale disparaissent les premiers et l'emphysème sous-cutané se résorbe ensuite progressivement.

Toutefois, dans certains cas, malgré la disparition de l'emphysème, la mort survient le deuxième ou le troisième jour par faiblesse cardiaque ou par généralisation tuberculeuse.

P. — Dr R. Fradin. — **Néphrite aiguë saturnine.** (Thèse, 1936.)

Le plomb n'est pas seulement un poison à nocivité lente pour le rein, il peut produire des néphrites aiguës.

Ces néphrites aiguës sont rares. Elles apparaissent surtout chez des femmes qui désirent avorter en absorbant régulièrement des petites doses d'extrait de Saturne. Des néphrites aiguës sont survenues à la suite d'intoxication d'ordre thérapeutique. Chez les saturnins chroniques elles sont exceptionnelles.

Cliniquement, elles apparaissent 1 ou 2 jours après la fin de l'ingestion et, semble-t-il, dans les jours qui suivent l'avortement.

Elles évoluent avec une intensité variable, allant de la simple néphrite bénigne à la néphrite anurique mortelle.

Au point de vue toxicologique, l'existence de morts à la suite d'ingestions minimes mais répétées d'extrait de saturne est à retenir.

L'élimination du plomb par les urines a été maintes fois démontrée et l'auteur pense que, comme la néphrite mercurielle dont elle rappelle certains caractères, la néphrite aiguë saturnine est une néphrite d'élimination.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I.

A PROPOS D'UN DÉCRET-LOI

Un certain nombre de Syndicats ont formulé des protestations contre le décret-loi qui apporte quelques restrictions au libre-choix du médecin par l'assisté. Et il en ont, parfois avec quelque véhémence, demandé l'abrogation.

Etant d'un sentiment différent, je m'en voudrais de ne pas exprimer publiquement cet avis hétérodoxe et les raisons qui m'y ont conduit.

Tout d'abord il est de bonne technique de se reporter au texte objet de la discussion. Le décret-loi en question a été publié dans le supplément documentaire du *Concours* de décembre 1935.

Il s'exprime ainsi : « En vertu de la loi du 15 juillet 1893 les personnes inscrites sur les listes d'assistance médicale gratuite ont, en cas de maladie, le libre-choix entre les médecins désignés par le service départemental.

Il a été constaté que ce libre-choix exercé sans limite créait des abus, les malades quittant fréquemment un médecin pour en prendre un autre, au gré de leur fantaisie. Ces constants changements de *traitement* et de *praticiens* permettent à la clientèle des assistés de provoquer et stimuler entre les médecins une sorte de concurrence qui se traduit en définitive par des retards dans la guérison des malades et par l'accroissement des dépenses d'assistance supportées par les collectivités.

Il nous a donc paru nécessaire de limiter dans le temps la faculté donnée aux malades de s'adresser à leur gré à des médecins différents, en vue de permettre un contrôle médical plus étroit et moins onéreux pour les services.

Tel est, Monsieur le Président, l'objet du présent décret-loi que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute approbation.

Article 1er. — L'assisté devra indiquer, au moment de la confection de la liste d'assistance médicale ou à l'occasion de sa première maladie le nom du médecin du Service départemental auquel il entend recourir. Ce choix ne pourra être modifié, avant l'expiration d'un délai d'un an, que pour motifs graves, sur avis conforme du fonctionnaire chargé du contrôle sur place des Services d'assistance. »

Voilà le texte intégral du décret-loi.

Et l'on remarque dès l'abord, que le libre-choix plein et entier est accordé au début de l'année ; l'on n'exige de l'assisté que de s'en tenir au médecin de son choix pour une durée d'un an. Par ailleurs les motifs allégués par le législateur sont-ils exacts ? Rigoureusement. Ce qu'il en est en province, je l'ignore ; mais il est hors de doute que dans la région parisienne les assistés butinaient avec une parfaite désinvolture le Corps médical. Le médecin jugé coupable de n'avoir pas assez promptement guéri son malade, celui qui avait fait quelque difficulté pour prescrire le fortifiant convoité, celui qui s'était fait attendre une heure de trop, ou bien tout simplement celui dont on avait assez vu la tête, était cassé aux gages et remplacé sans autre forme de procès ; l'assisté impitoyable portait ailleurs sa clientèle. Veuillez remarquer que chaque visite devant être précédée d'une demande à la mairie de feuille de maladie, ces changements pouvaient intervenir à tout moment et en plein cours de maladie. Il est difficile de soutenir que de *telles pratiques fussent pour le plus* grand bien du malade et, par voie de conséquence, des finances publiques ayant pris en charge la guérison de l'intéressant personnage. Les feuilles des assurés assistés (article 59) ne donnant droit qu'à cinq actes médicaux pour la quinzaine de leur validité, il suffisait à l'assisté d'aller chercher une autre feuille et un autre médecin pour avoir droit à cinq interventions nouvelles. Etait-ce un gage d'économies ?

Enfin quel que soit le bien-fondé de ses motifs, le décret-loi prévoit cependant une position de défense pour l'assisté qui aurait de justes griefs contre son médecin puisque le choix initial peut être modifié en cours d'année pour raisons graves.

J'avoue ne pas m'expliquer l'offensive déclenchée par certains Syndicats contre ce décret-loi. Voici un texte qui tend à faire revivre, au moins pour une durée d'un an, ce médecin de famille sur le tombeau duquel tant de larmes furent versées, et les médecins crient « Haro » ! Voici un texte qui essaye de faire comprendre aux assistés qu'on ne change pas de médecin comme de marque d'apéritif, et on lui crie « Raca ». Il

faudrait pourtant savoir ce que vous voulez, messeigneurs, et ne pas vitupérer le législateur lorsque, pour une fois, il entre dans nos vues et travaille à faire respecter notre dignité.

Car ne vous y trompez pas : l'indigent qui portera sa feuille de maladie tantôt à Pierre, tantôt à Paul ou à Jacques, c'est qu'il n'attache pas grande estime à Pierre, ni à Paul ni à Jacques, et qu'il les tient pour de vulgaires fournisseurs d'ordonnances, d'interchangeables donneurs de signatures. Est-ce cela que vous revendiquez d'être ? Grand bien vous fasse, dans ce cas. Pour ma part je déclare forfait tout de suite, et n'ai pas envie d'entendre cette apostrophe que me rapportait un pharmacien de mes amis : « Après tout, vous êtes à notre service » lui avait jeté avec morgue quelque hideux voyou. Non ! je prétends, en Assistance médicale gratuite, n'être pas au service des assistés, mais de la collectivité qui me délègue et me paye. Et je prétends, lorsque je me trouve au chevet de l'un d'eux, avoir droit, comme médecin, à un peu de considération et, comme contribuable, à un peu de reconnaissance.

***

Seulement, voilà ! Considération, reconnaissance, ce sont des vocables bien périmés et qui ne représentent plus grand'chose à l'esprit de la plupart des indigents. L'homme *n'apprécie* (c'est l'étymologie qui parle) que ce qui a un *prix*. Or quel prix voulez-vous qu'attache l'indigent à un acte médical qu'il se procure contre un bout de papier acquis sans peine et délivré sans *objections* ? Quelle considération avoir pour ces personnages dont on vous dit : « Muni de ce bout de papier vous ferez venir chez vous, quand vous voudrez, celui qu'il vous plaira de convoquer ». Et l'interjection du gentleman ci-dessus ne m'a pas surpris le moins du monde ; je suis persuadé qu'il a exprimé crûment, dans sa manière, le sentiment de beaucoup de ses congénères. Quant à la reconnaissance à laquelle je prétends avoir droit, à laquelle vous avez droit et tous ceux qui acquittent des impôts ont droit, mieux vaut, assurément, y penser quelquefois, n'en parler jamais. Comptez vous, médecins de l'Assistance médicale gratuite, agents d'œuvres d'assistance diverses, distributeurs de largesses d'Etat, qui avez entendu s'exprimer ce sentiment fossile !

Et ici, élevant le ton au risque de me faire durement rabrouer (ne vous gênez pas !), je reprocherai sans ménagements aux Syndicats prostestataires d'avoir fait vibrer une corde dont il est, aujourd'hui, de mauvais goût et de mauvais civisme de rechercher l'effet. Parler d' « intolérable brimade », des « droits des malheureux », de « mises en tutelle », pouah ! quel écœurant pathos ! Allons-nous nous faire les porte-voix des démagogues en pied ? Et n'est-ce pas assez de subir leur visqueux voisinage ? L'autre jour, dans une réunion privée, j'entendais le Docteur Siredey, un des doyens du Corps médical français, exprimer cet avis : « J'ai ouï dire, dans ma vie, bien du mal des politiciens ; mais jamais, non jamais, il ne s'en est autant dit qu'aujourd'hui. » Ce n'est donc pas le moment d'adopter leur langage, d'autant qu'il n'a rien de recommandable !

Quels sont, aujourd'hui, les vrais malheureux ? Ceux qui, ayant encore un peu de respect humain, sont trop fiers pour tendre la main et préfèrent la privation à l'humiliation. Et ceux qui, ayant possédé quelque aisance autrefois, en ont perdu les trois-quarts : il leur reste trop pour être assistés (s'ils possèdent une bicoque, par exemple) et pas assez pour manger à leur faim ou pouvoir, s'ils sont malades, se soigner. Tel est le cas de nombreux vieillards. Les autres (hélas ! tous les autres) sont des « ayant droit », des revendicateurs. Ils s'établissent dans l'indigence, ils s'y fortifient, ils s'y font une situation. Et personne ne sait comme eux jouer des textes et de la dispersion des pouvoirs. Interrogez-vos maires ; sans doute vous répondront-ils, comme m'a répondu le mien, qu'il suffit à un assisté rayé des listes par la mairie d'écrire à la Préfecture ; celle-ci intimera *l'ordre* au maire de réinscrire le chômeur qui a refusé du travail.

Je crois être aussi démocrate que quiconque ; je porte sans amertume un nom de belle et ancienne roture ; et j'exerce dans une zone plus ouvrière que bourgeoise. Par la naissance, par les goûts et par mon milieu, je me trouve donc en bonne place pour aimer le peuple. Mais on ne peut aimer quelqu'un jusque dans ses faiblesses et dans ses vices ; ou bien l'on n'est qu'un piètre ami, de ceux dont le satirique disait : « Seigneur, protégez-moi de mes amis ; quant à mes ennemis je m'en charge ».

J'ai la conviction que notre société moderne (car je n'ai pas seulement en vue la France) est allée trop loin dans l'assistance sociale. En infusant au peuple l'idée que cette assistance est de droit elle l'a émasculé. Il m'arrive souvent (comme il doit arriver à tous mes confrères) de voir un couple jeune, bien portant, inscrit au bureau de bienfaisance. Il part dans la vie avec cette dot constituée par la collectivité, n'en sait aucun gré à sa donatrice, modèlera ses besoins et ses appétits sur cette avance qui lui est faite et deviendra un couple de révoltés le jour où la nécessité exigera un effort ou une privation.

Que les politiciens cultivent ce funeste état d'esprit, c'est leur métier : ils en vivent et, au demeurant médiocres et dépravés comme ils sont, n'en mesurent pas les redoutables conséquences. Mais des médecins se doivent de ne pas leur

emboîter le pas. Si nous valons, comme je l'espère, mieux que cette horde de chacals, ne prenons pas notre plaisir à renifler la décomposition du Corps social. S'il y a à couper, coupons sans faiblesse. S'il y a à cautériser manions le fer rouge sans sensiblerie. Et même s'il faut des victimes (car peut-être en faudra-t-il au salut de la Société) admettons l'implacable loi ; ce seront probablement, comme dans toutes les expiations, des innocents qu'elle mettra en croix. Et nous souffrirons pour ce déni de Justice. Nous n'en sommes plus, hélas, à croire encore à la Justice, au moins individuelle. Souhaitons seulement que, pour l'avenir de notre race, elle ne soit pas trop stricte.

***

Les Syndicats protestataires font valoir un argument qui est toujours sûr d'émouvoir le Corps médical : le respect des principes, le libre-choix total inscrit dans la charte. Toujours cette duègne grimaçante et insatiable. Les principes ! en est-il de plus beaux, de plus généreux que les principes proclamés à la face du monde par les hommes de 1789. Et imprescriptibles ceux-là ! du moins devaient-ils l'être. Qu'en est-il advenu? Pourquoi, 150 ans après, nous faut-il admettre que l'homme hélas ! n'est pas encore digne de ce que lui concédaient les philosophes ? Pourquoi la devise inscrite aux frontons de nos monuments par des prophètes enflammés et sincères nous apparaît-elle comme la plus amère des dérisions ?

Il nous faut pareillement admettre les incidences inattendues et parfois déplorables de nos chers principes. Et savoir les sacrifier s'ils s'avèrent des obstacles à la bonne marche de la Société.

En dernière analyse le bien du Corps médical est certes respectable et souhaitable. Il ne saurait cependant en aucun cas interférer avec le bien public sous peine de faire figure de privilège. Si nous voulons que soient abolis les privilèges qui épuisent l'Etat et nous mènent à la ruine, sachons, pour commencer, faire bon marché des nôtres. Et si nous voulons pouvoir crier notre dégoût aux politiciens qui savent seulement démolir *ce que d'autres ont édifié, commençons* au moins par ne pas leur prêter main-forte.

G. Lavalée.

II

LA « CORPORATION MÉDICALE » EN ALLEMAGNE

Je reviens sur l'organisation de la « corporation médicale », en Allemagne, dont j'ai dit quelques mots déjà dans un récent numéro du *Concours*.

A la tête de la corporation médicale se trouve un chef tout puissant : l'Arztführer, à l'approbation duquel sont soumises toutes *les lois sociales* et qui est en même temps le représentant du parti national-socialiste.

Berlin nomme les recteurs d'universités et désigne les professeurs. Des cours de perfectionnement ont été institués qui, *jusqu'à présent*, ne sont obligatoires que pour les médecins fonctionnaires.

Les assurés sociaux, qui comptent plus de la moitié de la population, ne peuvent plus être soignés que par des médecins agréés par les Caisses, lesquelles sont désormais dirigées par des fonctionnaires d'Etat. Ces médecins agréés sont groupés en une Association dont l'Arztführer est le chef et où les adhérents au parti ont de particulières facilités d'admission.

Les honoraires d'assurance sociale et d'assistance médicale sont forfaitaires et payés au médecin par son organisation corporative au prorata de ses charges de famille et de l'état financier de la région où il exerce.

Le contrôle est organisé par l'Association, toujours sous la haute direction de l'Arztführer.

La liberté de prescription est restreinte et le secret professionnel admet des accommodements.

Les contrats de louage de services doivent être approuvés par le Conseil syndical.

En clientèle les honoraires sont limités par un *minimum et un maximum.*

La publicité médicale est surveillée, les articles d'ordre scientifique contenant une publicité déguisée sont arrêtés au passage ; quant aux charlatans ils sont déférés au tribunal d'honneur (prière de ne pas perdre de vue que nous sommes en Allemagne et, comme on dit aux actualités cinématographiques, de ne pas manifester !).

La chambre des médecins contrôle la qualité de la formation du médecin qui s'installe, autorise les cessions de baux et d'instruments, obtient la limitation du nombre des étudiants, répartit les médecins d'après les besoins du territoire.

Aucun médecin ne peut, sous peine de ne pouvoir exercer, se dispenser d'adhérer à la Chambre des médecins, qu'il soit fonctionnaire, médecin de Caisse ou médecin de clientèle privée.

Aucun adhérent ne peut se soustraire aux instructions de cette Chambre, sous peine de sanctions disciplinaires.

Les médecins allemands se défendent encore d'être fonctionnarisés. Il s'en faut, en effet, ... d'un mot.

Comme il s'en faut d'un insigne que, dans tout cela, les Soviets ne reconnaissent leur bien !

G. L.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

La défense du médecin contre les mauvais payeurs. Les listes noires

Excédés de la mauvaise volonté apportée par certains malades pour régler les honoraires médicaux, les praticiens d'une même ville demandent au Sou Médical quels sont leurs moyens de défense. Peuvent-ils constituer une liste noire, y faire figurer le nom des mauvais payeurs, pour que ceux-ci soient obligés désormais de régler comptant, ou même d'avance, s'ils veulent recevoir des soins ?

La légalité des listes noires.

En principe, les médecins d'une même localité sont parfaitement en droit de s'entendre pour se communiquer mutuellement la liste des mauvais payeurs. Ils peuvent même décider que serait considéré comme ayant violé les règles de la déontologie le confrère qui, en dehors des cas d'urgence, aurait accepté de donner ses soins à son client, dont le nom est consigné sur la liste des mauvais payeurs.

En effet, pour que la mesure soit efficace, il faut que ceux, qui ont pris la mauvaise habitude de ne pas payer leur docteur, ne puissent pas changer de praticien, dès que leur crédit est épuisé chez un certain nombre de médecins de la ville.

Les difficultés d'ordre juridique.

Si le fait d'établir une liste noire n'est pas répréhensible en lui-même, il n'en est plus ainsi en ce qui concerne la divulgation de ladite liste, surtout le fait d'en faire connaître les noms à des tiers.

On est en droit de dire à un client : « Je refuse « d'aller chez vous, parce que vous ne payez « pas votre médecin. Versez donc d'avance le « prix de votre consultation ou de votre visite, « car vous avez laissé impayés les mémoires « d'honoraires que vous ont déjà envoyés mes « confrères ». Ces paroles dites sans témoin sont légitimes.

Mais il serait répréhensible de dire à un commissionnaire, qui vient nous quérir pour une visite en ville : « Je refuse de m'y rendre, parce que M. X. ne paye jamais son docteur. »

En d'autres termes, lorsque le cas n'est pas urgent, lorsque la vie d'un malade ne se trouve pas en danger, lorsque ne joue pas le devoir d'humanité, le médecin reste en droit d'accepter, ou de refuser de donner ses soins. Seule sa conscience professionnelle lui dicte son devoir : la loi humaine le laisse absolument libre. D'ailleurs, nous discuterons plus loin ce point juridique.

En ce qui concerne la jurisprudence, que décide-t-elle concernant ce droit de défense collective, par la confection de listes noires ?

Les décisions de justice sont peu nombreuses. Elles reconnaissent cependant aux Syndicats professionnels le droit de tenir des offices de renseignements, permettant aux membres du groupe d'être mis au courant de la solvabilité des personnes avec lesquelles on est en mesure de contracter (Cour d'appel d'Aix, *Concours Médical*, 1899-132).

En ce qui concerne plus spécialement les médecins, un jugement du Tribunal civil de Chateauroux, du premier août 1908 (*Concours Médical* 1908-817) décide que « le ministère des « médecins étant absolument libre, sauf les cas « où il est requis par justice, ne peut donner lieu « à aucune action en dommages-intérêts contre « le refus d'un médecin de visiter un malade.

« Le médecin, qui, ayant eu des difficultés « avec un client, au sujet du règlement de ses « honorares, avise, dans un but de solidarité « professionnelle, ses confrères de ces circons- « tances ne commet aucune faute de nature à « engager sa responsabilité.

Mais la Cour de Bourges saisie en appel de ce jugement fut d'un avis différent. Par arrêt du 3 août 1909 (*Concours Médical* 1928-734) elle décida que « si en principe, un médecin, qui « a eu des difficultés avec un client, au sujet du « règlement de ses honoraires, a le droit de rom- « pre toutes relations avec ce client et de refuser « de lui donner des soins, alors d'ailleurs que la « localité possède d'autres médecins, il ne peut « cependant sans commettre un abus, signaler « ces difficultés à ses confrères et les inviter « en termes suffisamment clairs, à se concerter « avec lui, pour que ces praticiens suivent son « exemple.

« Le client eût-il en effet tous les torts, dans « le différend, il n'appartient pas au médecin « de lui infliger comme sanction la privation « de l'assistance médicale et d'assurer ainsi la « sauvegarde de ses intérêts, au mépris des de- « voirs d'humanité les plus élémentaires. »

Malheureusement la Cour de cassation n'a pas été saisie d'un recours contre la décision ci-dessus. De sorte que pour le moment, nous pouvons dire que si la rédaction d'une liste noire reste possible, c'est à la condition que le méde-

cin refuse par solidarité de donner ses soins à un mauvais payeur, mais sans indiquer les motifs de son refus (à moins que ceux-ci soient prononcés sans témoin). Le praticien n'a qu'à répondre qu'il refuse de visiter, ou de consulter M. X. sans donner d'explications. Rabroué par tous les médecins de la localité, le mauvais payeur comprendra que, s'il veut recevoir des soins médicaux, c'est à la condition de payer ce qu'il doit.

Dans quelles circonstances le médecin ne peut-il pas se refuser à donner des soins ?

1° Les cas d'urgence avérée.

2° La réquisition régulière de justice.

3° Les louages de services.

Je vise ici les cas dans lesquels le praticien s'est lié par un contrat, écrit ou verbal, à donner ses soins à des malades d'hôpital, à des mutualistes, des blessés d'usine, des ouvriers de mines ou d'entreprises commerciales ou industrielles, etc., etc... Le médecin doit obéir au contrat qui le lie avec le chef d'entreprise, ou avec la collectivité publique ou privée qui a loué ses services. S'il a à se plaindre d'un malade, il ne peut que signaler le fait aux patrons, ou chefs, mais il ne peut pas, de lui-même, refuser de donner ses soins audit malade.

4° Traitement en cours et abandon de malade.

Entre malade et médecin se forme un contrat tacite, par lequel le premier se confie au second pour recevoir les soins nécessités par son état de santé. Par suite, il faut des motifs graves, que les Tribunaux apprécieront, pour déterminer si le praticien est en droit de cesser ses soins, en cours de traitement. (Voir à ce sujet la jurisprudence que j'ai citée dans une consultation parue dans le *Concours Médical*, 1928-733.)

Signalons, depuis cette époque, un jugement du Tribunal civil de la Seine (1re Chambre supp.) du 30 juin 1932 (*Concours Médical* 1933-1828) qui décide que, même pour un malade en cours de traitement, le médecin est en droit de décider du moment où il doit faire sa visite et que le malade doit apporter la preuve de la relation de cause à effet entre le peu d'empressement qu'il reproche au médecin et l'aggravation prétendue.

Dans le même sens, un jugement du Tribunal civil de Grasse, du 27 mai 1935 : « On ne peut « imposer à un médecin l'obligation de soigner « tel ou tel malade ; mais la situation est tout « autre lorsqu'un médecin a pris charge d'un ma- « lade : il lui doit des soins et ne peut plus les « lui refuser. Mais lorsque le médecin traitant a « réellement abandonné son malade, pour que ce « motif soit retenu à l'appui d'une demande en « dommages intérêts, il faut établir la relation « de cause à effet entre le départ du médecin et « le préjudice subi ».

Dans le même sens, Cour d'appel de Pau, 1er mai 1900.

De plus, le médecin est parfaitement en droit de se refuser à pratiquer un accouchement, pour lequel il a été retenu d'avance, parce qu'il ne veut pas d'une infirmière, que la famille entend lui imposer. Le Juge de paix de Sées par jugement du 2 août 1930 a décidé qu'un médecin ne saurait se voir refuser le payement de ses honoraires, pour ce motif que ledit médecin aurait déclaré vouloir cesser ses soins, afin de ne pas être contraint d'appliquer un traitement imposé par un médecin consultant, dès lors qu'en même temps le médecin s'est mis à l'entière disposition du malade, de façon à ce que celui-ci ne souffre en rien de la cessation de ses visites.

Conséquences pratiques. Les réalisations.

A la lumière de ces données de la jurisprudence que peuvent pratiquement faire des confrères d'une localité, pour se défendre contre les mauvais payeurs ?

S'ils sont réunis en Syndicat, ou si tout simplement ils sont d'accord pour marcher ensemble, pour établir une liste noire et s'engager naturellement à en respecter les règles, ils peuvent adopter le texte suivant :

Règlement de protection contre les mauvais payeurs

Article premier. — Dans le but de se protéger mutuellement contre les agissements de certains clients qui, sans motifs valables, se refusent à régler les honoraires médicaux, les médecins de ..... (ou du Syndicat de .....) ont décidé de se communiquer confidentiellement les noms des mauvais payeurs.

Article 2. — La liste de ces derniers est uniquement destinée aux membres adhérents. Elle ne peut être communiquée, ni dévoilée à des tiers.

Article 3. — Cette liste sera dressée par les soins du Docteur X... et sera tenue à jour par ce praticien.

Pour faire inscrire le nom d'un débiteur, le médecin traitant doit apporter la preuve qu'il a épuisé tous les moyens de recouvrement en usage et que la note est restée impayée du fait du débiteur.

Article 4. — La liste est communiquée, lors de toute inscription, ou radiation, sous le sceau du secret, aux membres adhérents. Elle comporte le nom et l'adresse du débiteur, le montant des sommes dues et les noms des praticiens créanciers.

Article 5. — En dehors des cas d'urgence avérée, c'est-à-dire lorsque les devoirs d'humanité font une obligation à un médecin de prêter les secours de son art à une personne en danger, chaque adhérent à l'obligation confraternelle et contractuelle de refuser ses soins, aux personnes

inscrites sur la liste, à moins de payement comptant, ou de versement d'une provision en vue d'un traitement à entreprendre.

En aucun cas, le refus de soins ne doit être accompagné de commentaires, ni de motifs quelconque, surtout en présence de témoins, ou de tiers.

ARTICLE 6. — Lorsqu'un malade récalcitrant se sera enfin acquitté de sa dette vis-à-vis du médecin créancier, celui-ci le fera savoir le plus rapidement possible au confrère chargé de la tenue à jour de la liste, lequel, à son tour, préviendra tous les confrères adhérents d'avoir à rayer le nom mis en interdit.

ARTICLE 7. — Le présent accord étant une mesure de protection mutuelle et collective, les médecins adhérents prennent l'engagement de respecter les directives ci-dessus. Toute violation ou dérogation sera soumise à la connaissance du Conseil de famille du Syndicat médical de..... qui décidera s'il y a lieu d'appliquer les sanctions prévues aux statuts du Syndicat.

Intervention d'un agent de recouvrement.

Dans certaines localités, la médecine, ou le Syndicat se sont entendus avec une agence de recouvrements. Lorsque cette dernière a épuisé tous les moyens de conciliation, pour faire rentrer les honoraires dus par un mauvais payeur, il pourrait adresser à ce dernier une lettre recommandée, qui pourrait être conçue en ces termes :

« Monsieur, vous avez jusqu'à présent négligé « d'acquitter les honoraires que vous devez à « M. le Docteur A... pour les soins qu'il vous a « donnés et se montant à la somme de...

« Nous avons le regret de vous informer que le « créance de M. le Docteur A... a été remise « entre les mains de M. B..., huissier chargé « de poursuivre le recouvrement de votre dette « par tous moyens judiciaires.

« Nous vous avertissons en outre que le Syn« dicat médical de..... va, par lettre fermée et « confidentielle, informer tous ses adhérents et « les médecins exerçant dans la région, que vous « refusez, sans motifs valables, à régler les hono« raires pour soins qui vous ont été donnés, afin « que désormais, chaque praticien appelé par « vous, puisse se faire payer comptant, en vous « refusant tout crédit.

« Au cas où vous auriez des plaintes à formu« ler contre la note que vous a adressée le Docteur « A...,le Conseil de famille du Syndicat de..... « accepterait de vous entendre et même d'arbi« trer le différend.

« Veuillez agréer..... »

Conclusion.

Les médecins ont parfaitement raison de se défendre contre des clients de mauvaise foi, qui, les uns changent de médecin dès que leur dette devient criarde, les autres opposent le silence le plus dédaigneux, lorsqu'on ose réclamer des honoraires pour soins donnés.

Dans le cadre du Syndicat, ou de l'entente confraternelle entre praticiens de la même région, cette défense est possible à la condition d'être organisée par des procédés de prudence.

En premier lieu le refus d'aller visiter un client, qui n'est pas en cours de traitement, ne peut s'accompagner de commentaires que si aucun témoin n'est présent. Sinon, le refus doit être net, mais sans explications.

En second lieu, la liste noire doit rester confidentielle et ne saurait être divulguée. Mais, comme contre-partie, serait coupable le médecin, qui, une fois payé, n'avertirait pas le secrétaire, pour que le nom du client soit effacé. Serait de même répréhensible le secrétaire qui négligerait de tenir sa liste à jour et ne préviendrait pas ses confrères en temps utile et opportun.

Ces ententes doivent se faire sous l'égide du Syndicat, lequel est le protecteur des confrères et le gardien des règles de la déontologie. A lui de connaître les conflits entre confrères et même d'arbitrer la note d'honoraires, si le client estime pouvoir accepter cet arbitrage.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Père et mère assurés sociaux. Enfant malade

Dans ces deux cas, c'est toujours la mère travaillant à l'usine qui obtient une feuille. Est-ce légal quand le père existe et travaille ?

La loi du 30 avril 1930 ne parle que de l'assuré et non pas du chef de famille. L'assuré a droit aux prestations en nature, non seulement pour lui, mais pour ses enfants. Il en résulte que la mère ou le père, lorsque tous deux sont assurés sociaux, ont le droit de demander une feuille pour faire soigner l'enfant. Mais, comme le père et la mère sont tenus solidairement à la dette alimentaire vis-à-vis de leur descendance, ils seront tous les deux responsables, aux termes de l'article 212 du Code civil, vis-à-vis du médecin pour payer les honoraires de ce dernier pour soins donnés à l'enfant.

P. B.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les atteintes du poumon et du médiastin

I. L'ŒDÈME AIGU DU POUMON ET LE TRAUMATISME CRANIEN

On connaît bien la pneumonie lobaire aiguë, comme conséquence possible d'un traumatisme du thorax. La pneumonie « contusive », suite de simple contusion, a même été distinguée de la pneumonie dite « traumatique », conséquence d'une fracture de côte avec déchirure pleuro-pulmonaire.

La genèse de cette dernière est facile à comprendre, car elle résulte en somme de l'infection d'un foyer pulmonaire hémorragique par le pneumocoque, qui vit normalement dans les voies respiratoires. Plus difficile à saisir est le mécanisme de la pneumonie contusive, surtout lorsque l'accident ne s'est pas accompagné d'une hémoptysie, signe d'un foyer traumatique par rupture de quelques alvéoles ; il s'agirait alors d'un réflexe inhibitoire du pneumogastrique à point de départ pariétal; une vaso-dilatation en résulterait, qui suspendrait, comme dans la pneumonie *a frigore*, l'action défensive du poumon contre les saprophytes.

Nous citons cette pathogénie, car elle se retrouve à l'origine des pneumonies, broncho-pneumonies, ou œdèmes pulmonaires aigus, suite de *traumatismes craniens*.

Pareils accidents n'ont pas été souvent rapportés dans la littérature médicale.

MM. Ch. Laubry et J. Cottet (1) ont observé un blessé de ce genre ; son histoire constitue une véritable expérience, destinée à montrer l'*imporportance du système nerveux* dans le mécanisme de la crise d'œdème.

Le sujet, toujours bien portant, était tombé d'une hauteur de cinq mètres deux jours avant le drame pulmonaire. Le choc avait porté sur la tête et l'épaule droite; le blessé présentait une fracture à la clavicule droite et une ecchymose de la région temporale du même côté; il n'avait pas de fracture de côte, mais une douleur intense dans la partie interne du thorax droit.

Lors de son entrée à l'hôpital, deux jours après l'accident, cet homme de 50 ans est en proie à une dyspnée intense. « Sa respiration superficielle, d'une fréquence exagérée, le laisse incapable de s'exprimer ou de donner un renseignement quelconque. Il est assis dans son lit, le teint pâle, les lèvres cyanosées, le corps baigné de sueurs froides. En s'approchant de lui on entend à distance, sans poser l'oreille sur sa poitrine, de gros râles d'origine trachéale, semble-t-il, et on devine l'envahissement de l'arbre respiratoire tout entier par une abondante exsudation.

« L'examen thoracique confirme cette impression. Contrastant avec une sonorité conservée, se perçoit dans toute la région de la poitrine une véritable pluie de râles : les uns à grosses bulles, les autres sous-crépitants et crépitants. Le malade n'expectore pas, mais une sérosité affleure au coin des lèvres. Le pouls est rapide et bien frappé. Au travers de ce véritable bruit de tempête, il est impossible d'ausculter le cœur. D'ailleurs la crise d'œdème est si évidente, l'état si grave et si éloquent, que, sans prendre le temps de mesurer la tension artérielle, nous pratiquons une saignée de 400 c. c., suivie d'une injection intraveineuse de cardibaïne, et d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine à 0,01 gr.

Le mieux s'accentue rapidement. Au bout de trois heures, la tension artérielle est de 20-8 ; le pouls reste rapide. Toutefois, une heure plus tard, nous sommes rappelé auprès du malade en proie à un nouveau paroxysme. La dyspnée est redevenue atroce, angoissante. La respiration est superficielle ; les mêmes râles trachéaux sonores, entendus à distance, et qui avaient disparu, sont à nouveau présents. Le malade est trempé de sueurs froides ; le pouls est imperceptible, et la mort paraît imminente. Nous pratiquons, en désespoir de cause, une nouvelle saignée de 400 c. c., une injection de cardibaïne et de chlorhydrate de morphine, et les faisons suivre d'injections d'huile éthérée camphrée toutes les deux heures.

« A notre grand étonnement le calme semble s'établir. La nuit se passe mieux que nous ne l'avions espéré. L'interne de garde n'est pas appelé auprès du malade, et à la visite du matin on le trouve franchement amélioré. Il a le facies légèrement vultueux, mais la respiration est plus facile malgré un encombrement de la poitrine. La température est à 38°5. Des sueurs abondantes baignent tout le corps, et la tension artérielle est descendue à 13,5-8, le pouls bien frappé bat à 90.

« La sédation des troubles fonctionnels permet d'ailleurs une exploration minutieuse du thorax. On ne trouve nulle part de foyer de matité ; la sonorité est normale. Il existe à la base des râles sous-crépitants quelques râles ronflants et sibilants, mais tous sont disséminés inégalement dans les deux régions thoraciques. En d'autres termes, il n'existe aucun foyer. L'expectoration est peu abondante, légèrement mousseuse, sans caractère.

« L'amélioration d'ailleurs persiste, d'une façon lente mais progressive. La température, pendant 4 à 5 jours, oscille entre 37,5 et 38, bien que l'auscultation devienne normale. C'est à cette période qu'on peut soumettre le malade à d'autres examens que l'auscultation pulmonaire. On trouve un cœur normal, aussi bien à l'auscultation qu'à l'examen radiologique et électrographique. La tension reste stabilisée à 15-8,5. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Par contre, les pupilles réagissent normalement à la lumière et à la distance. La pression des massses musculaires des mollets est douloureuse. Il y a un léger tremblement des extrémités ; et en rapprochant ces signes d'une hypertrophie caractérisée par un débord du foie au-dessous des fausses côtes d'environ 3 cm., de l'état délirant qui faisait partie de la séméiologie fonctionnelle pendant les premiers jours de l'hospitalisation, nous concluons à une forte imprégnation éthylique.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 23 novembre 1935.

« L'azotémie est de 0,25 ; elle était au début de 0,29 sur le sérum de la première saignée. Les urines n'ont jamais présenté ni albuminurie, ni glycosurie. L'épreuve de diurèse provoquée de Vaquez et Jules Cottet est normale. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier est d'ailleurs normal au point de vue chimique et cylotologique.

« Au bout de quelques semaines, le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Nous le revoyons 6 mois après la crise, et son état reste parfait. Son cœur est en particulier normal : sa tension s'est maintenue à 14-8. Il a repris sans fatigue et sans incident son dur métier de jardinier. »

En résumé, un sujet éthylique, sans antécédents pathologiques, sans altération cardiaque, vasculaire ou rénale, fait à la suite d'un traumatisme céphalique e scapulaire une crise d'œdème aigu d'une violence extrême, qui cède à la thérapeutique classique, et se tert mine par sa guérison définitive.

Il faut souligner cette guérison heureuse et sans séquelles, en dépit de l'allure suraiguë de la crise, et d'une gravité telle que la mort paraissait fatale. Cette issue heureuse est à rapprocher des constatations négatives faites, une fois l'orage passé, et également de l'absence de toute tare organique, de toute lésion de l'appareil cardio-vasculaire ou rénal.

C'était bien un œdéme pulmonaire aigu, et non une pneumonie traumatique avec œdème aigu, suite d'une congestion pulmonaire par contusion thoracique ; en effet, aucun foyer pulmonaire ne put être mis sérieusement en évidence ; il n'y eut pas d'expectoration ; la fièvre était modérée et ressemblait plutôt à ces fièvres post-œdémateuses, si fréquentes pendant les quelques jours, qui suivent un accès ; enfin, l'examen de la mousse expectorée était concluant.

L'absence de toute infection, de toute taré cardiovasculaire antérieure, laissait apparaître le rôle pathogénique du système nerveux ; et celui-ci se trouvait appuyé par la brusquerie de l'accident, son évolution rapide et son caractère éphémère. D'ailleurs il a été confirmé par des faits précis, et bien connus aujourd'hui, concernant les réactions subites, œdémateuses du poumon, au cours des lésions du système nerveux (tabes, myélites, encéphalites, épilepsie, et aussi *blessés cérébraux*). Le rôle du système nerveux est ici évident : il s'agit d'un point de départ réflexe au niveau du thorax ou même d'une commotion cérébrale.

Quelques éléments de l'expertise

1° L'œdème pulmonaire aigu aura dû apparaître postérieurement au traumatisme, et cela dans un délai assez court : parfois avec une rapidité foudroyante, parfois au bout de quarante-huit heures seulement.

Une recommandation qui ne souffre par d'exception, c'est d'*ausculter soigneusement les blessés du thorax et de la tête, de prendre leur température dès le premier examen.*

2° On devra établir une relation de cause à effet entre le traumatisme et la pneumonie.

Le sujet était auparavant bien portant. Il a reçu un *choc sur le crâne* (ici ecchymose temporale), ou sur la *paroi thoracique* (ici douleur du côté droit, fracture de la clavicule). En cas de fracture de côtes, on observera plus souvent une pneumonie ou une broncho-pneumonie au niveau du côté atteint.

***

II. L'emphysème aigu du médiastin et les traumatismes du thorax ou de la trachée

L'emphysème du médiastin est toujours d'une gravité très grande. Il est caractérisé par la pénétration d'air, sous pression, dans le tissu cellulaire du médiastin. Cet accident a surtout été étudié depuis la guerre, où il a été observé à l'occasion des plaies de poitrine.

Les causes peuvent être médicales, opératoires ou *traumatiques*. Et, dans ce dernier cas, il faut envisager les traumatismes du thorax (avec ou sans fractures de côtes), et ceux du larynx ou de de la trachée.

En voici deux observations typiques rapportées par le Professeur Courty (1).

Observation personnelle I (Courty)

(*Emphysème médiastinal consécutif à des fractures multiples de côtes*)

Léon H..., 31 ans, menuisier, est hospitalisé le 21 mars 1935, à la suite d'une chute de 7 mètres. Il est tombé sur le dos et a perdu connaissance. On apprend par la suite qu'il a craché du sang.

A l'examen, on note un état de shock très prononcé : facies pâle, lèvres décolorées, pouls petit et filant ; il présente, d'autre part, de la dyspnée, avec tendance au stertor. Ce blessé qui est arrivé sans connaissance, revient peu à peu à lui, mais ne se souvient pas de l'accident. Il est en état de shock traumatique.

Il soulève avec peine les membres inférieurs, il ne peut par décoller le talon gauche du lit ; mais il n'a pas de position vicieuse des membres inférieurs. Au bassin: douleur à la pression de l'aile iliaque gauche et au pubis gauche. Douleur au rapprochement et à l'écartement des épines iliaques antérieures. *Abdomen souple*, sans matité dans les flancs. *Colonne vertébrale* : pas de douleur à la pression des apophyses épineuses.

Thorax : Emphysème sous-cutané au niveau de la partie supérieure de l'hémithorax droit, ainsi que dans l'aisselle du même côté. D'autre part, la pression sur les

(1) *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 27 octobre 1935.

premières côtes à droite, est très douloureuse (2e, 3e et 4e).

On note une limitation des mouvements de l'épaule gauche. Rien au crâne. Pas de troubles urinaires. Les urines recueillies par sondage sont claires.

Tension artérielle : à l'arrivée, T. A. : 10 ; au bout de quelques heures, T. A. : 12-7.

En somme, *la scène est dominée par un état de shock avec dysnpnée.*

Diagnostic clinique : fracture du bassin, fractures multiples de côte de l'hémithorax droit avec possibilité d'hémopneumothorax. Etat de shock traumatique.

On fait le traitement du shock par le réchauffement, les tonicardiaques, etc., etc... On immobilise le thorax avec une large bande de leucoplaste.

L'état du malade s'améliore progressivement, dans les journées suivantes du 22, 23 et 24 mars ; en particulier la dyspnée disparaît.

Mais dans la nuit du 24 *mars*, l'état du blessé s'aggrave brusquement. Il est anxieux, gêné pour respirer, il ne peut plus supporter son bandage thoracique, qu'on doit enlever ; d'autre part, l'emphysème sous-cutané a considérablement augmenté. Une piqûre de morphine rétablit le calme.

Le lendemain, 25 mars, à partir de 8 heures, la situation s'aggrave ; l'emphysème a envahi toute la paroi du thorax, en avant et en arrière, puis, vers 10 heures, le cou, la face, les paupières. Le cou est tout à fait proconsulaire, un énorme bourrelet pneumatique occupe les régions sus-claviculaire et sous-hyoïdienne.

Le malade se cyanose, et suffoque, avec du tirage ; le pouls est filant. La situation est dramatique.

Appelé d'urgence, je diagnostique un œdème aigu du médiastin. Je pratique extemporanément, au lit du malade, à l'anesthésie locale, trois incisions cervicales : une incision verticale sus-sternale et une incision transversale dans chaque creux sus-claviculaire. Les aponévroses cervicales superficielles et moyennes sont sectionnées, et avec le doigt j'effondre le tissu cellulograisseux par où de nombreuses bulles d'air s'échappent en sifflant.

Le malade est immédiatement soulagé. Les incisions sont laissées béantes. On met un drain dans chacune d'elle.

Guérison sans incident.

Observation II (Rüder, de Hambourg, 1931). *Emphysème médiastinal consécutif à une fracture de la trachée.*

Un jeune homme, 19 ans, heurte violemment un homme qui portait une plaque de marbre sur l'épaule, et tombe ; *il peut gagner à pied la demeure d'un médecin.*

Là, il devient brusquement dyspnéique et perd connaissance ; la figure est tuméfiée ; les veines du cou sont tendues, le cou, le thorax, le dos sont le siège d'un énorme emphysème.

Pas de trace apparente de traumatisme.

L'état du malade s'aggrave de minute en minute : il se cyanose, le pouls devient filiforme, la respiration semble s'arrêter.

Transporté d'urgence à la salle d'opération, on fait des incisions dans le creux sus-sternal, dans les régions sus-claviculaires, dans les creux axillaires et sur le thorax.

Comme un ballon qui se dégonfle, le thorax s'aplatit, la cyanose diminue. On explore alors le cou en prolongeant les incisions sus-sternales ; on trouve une fracture de la trachée, et l'on y introduit une canule.

Guérison.

Les symptômes

« L'apparition d'une tuméfaction, avec crépitation gazeuse au niveau de la fossette sus-sternale, est le signe capital, pathognomonique même, de l'emphysème du médiastin en évolution. » (Gatelier).

On se trouve en présence d'un traumatisé du thorax, soit qu'il s'agisse d'un accident de la rue avec fracture de côte, ou d'un blessé avec plaie pénétrante de poitrine.

Rarement d'emblée, souvent après une période de latence plus ou moins courte, variant de quelques heures à plusieurs jours, le blessé est pris d'accidents respiratoires et circulatoires, qui présentent rapidement une gravité exceptionnelle.

Dans quelques cas, cependant, il semble que l'emphysème s'installe à bas bruit et lentement. *C'est l'exception.*

La dyspnée apparait la première : le malade, anxieux, assis dans son lit, fait des efforts respiratoires désordonnés, au cours desquels apparaît souvent du tirage.

Puis, peu à peu, *il se cyanose,* signe qui témoigne de la gêne circulatoire, provoquée par l'encombrement gazeux du médiastin qui comprime les gros vaisseaux veineux de la base du cœur.

Les veines du cou sont distendues. Le pouls est petit, filant, et devient rapidement incomptable.

Les extrémités se refroidissent.

Dans la forme suraiguë, la mort peut survenir sans qu'on ait le temps de porter secours au blessé.

On aperçoit vite *un emphysème* qui se développe au niveau de la base du cou et qui tend à monter avec une vitesse foudroyante vers la face, et ferme les paupières par gonflement.

Le reste du corps peut d'ailleurs n'être que peu intéressé, alors que le malade est déjà en danger de mort.

Cet emphysème cervico-facial est volumineux, il est fortement crépitant et très tympanique.

Dyspnée intense avec cyanose, signes de défaillance cardiaque, emphysème de la base du cou, telles sont les manifestations cliniques du drame rapide, où se joue en quelques instants la vie du blessé.

Mais les événements ne vont pas toujours aussi vite, *il y a des formes moins foudroyantes* où l'on a, tout de même, le temps d'observer son malade.

D'abord, *quelques signes prémonitoires peuvent donner l'alarme, avant l'apparition de l'emphysème sus-sternal,* qui ne se produit anatomiquement qu'après l'insufflation complète du médiastin :

1° *La douleur phrénique;*
2° *La disparition de la matité précordiale.*

La douleur phrénique serait due à la compression de ce nerf par les gaz répandus dans le médiastin.

La disparition de la matité précordiale s'explique facilement par l'infiltration gazeuse du tissu cellulaire rétrosternal et l'insufflation des franges péricardiques.

3° Avant l'apparition de la crépitation gazeuse de la région sus-sternale, on peut trouver, par la palpation de cette région « *une sensation de coussinet élastique qui semble refouler, en avant de lui, les plans cutanés et superficiels.* » (Gatelier).

La radioscopie, quand on a la possibilité de la faire, apporte des données intéressantes. On peut observer un refoulement du poumon vers la paroi externe du thorax, c'est-à-dire le contraire de ce que l'on voit dans le pneumothorax. Ce refoulement serait bilatéral et s'accompagnerait d'une exagération de la clarté médiastinale. On aurait donc, de chaque côté des contours cardiaques, deux bandes claires, s'étendant du sommet à la base.

Ainsi prévenu, par ces signes avant-coureurs chez un blessé ou un traumatisé de poitrine, on pourra se tenir prêt à toute éventualité, et donner ainsi plus de chances de guérison au patient, par une intervention précoce.

Bien que l'emphysème aigu du médiastin soit une complication rare des traumatismes du thorax, il *doit être bien connu des médecins à cause de son extrême gravité*, et parce que l'*intervention chirurgicale précoce peut sauver la vie du patient.*

Il faudra donc surveiller de très près les accidentés *blessés de poitrine*, les *fracturés de côte* ; quand un de ces malades présentera brusquement de l'anxiété respiratoire, de la dyspnée, de la cyanose, de la défaillance cardiaque, il faut palper aussitôt la base du cou, et particulièrement le creux sus-sternal.

C'est là qu'apparaît le premier signe de l'insufflation du médiastin, sous la forme d'un gonflement à résistance élastique, puis d'un emphysème avec crépitation gazeuse qui envahit toute la base du cou et remonte vers la face.

Le cas est d'extrême urgence : il faut appeler un chirurgien.

Le Professeur Courty pense que le **traitement** devra être conduit de la façon suivante :

Incision sus-sternale (à l'anesthésie locale) allant jusqu'à la trachée, et dissociant le plus possible le tissu rétro-sternal et la gaine viscérale trachéo-œsophagienne.

Si on ne peut pénétrer suffisamment dans la profondeur, on pourra faire deux incisions sus-claviculaires (incision de la ligature et la sous-clavière) et dissocier le tissu de remplissage du creux sus-claviculaire, *celui-ci communique avec le médiastin postérieur.*

Il faut laisser ces incisions béantes et drainer.

Si le drainage du médiastin ainsi réalisé ne suffit pas, si l'état continue à s'aggraver, il y aura lieu de pratiquer la pleurotomie, suivant la technique de Chavannaz, pour provoquer l'affaissement du poumon, et l'arrêt de l'insufflation médiastine. Peut-être même, un simple pneumothorax tel qu'on le pratique en phtisiologie, serait-il suffisant.

***

Toutes ces données sont utiles à connaître pour le praticien chargé des soins et des expertises en matière d'accidents du travail ; l'apparition rapide de l'emphysème non-toxique, après un accident invoqué ne prête à aucune suite sur la relation avec la cause invoquée. L'expertise devra être menée avec prudence et circonspection pour l'appréciation de l'invalidité.

G. Fischer.

VARIÉTÉS

I

Variétés littéraires

« Laissez-nous vous rappeler l'importance qu'un ignorant « shaman », ou sorcier russe attache au caractère théâtral de son costume ou de ses gestes, lorsqu'il se présente au chevet d'un malade. Permettez-nous de considérer comme théâtral l'acte de « charmer un mal de dents » habituel aux paysans russes.

«La théâtrothérapie en est encore à son stade primitif de développement. Mais ceux qui président aux destinées de nos théâtres ont le devoir d'être bien prudents et judicieux dans le choix des pièces qu'ils offrent au public. Représenter toujours de la même façon les pièces du vieux répertoire, c'est négliger le fait que l'organisme cesse de tirer tout bénéfice d'un médicament auquel il s'est accoutumé. »

Nous extrayons ces lignes du beau livre « *Le Théâtre dans la vie* » de Nicolas Evreinof (1). Certes elle est toujours vraie cette inscription sur l'enseigne du fameux *Globe Theater* anglais : *Totus Mundus Agit Histrionem* qu'on pourrait traduire peut-être par : « Le monde entier se conduit comme gent histrionique », ce qui expliquerait la parole d'Erasme : « Sur la scène et dans la ville réelle, il y a les mêmes artifices, les mêmes déguisements, les mêmes mensonges permanents ».

Or le roman dépeint, lui aussi, la vie réelle. Et l'on pourrait se demander si à la « théâtrothérapie » ne pourrait s'ajouter la « romanothérapie » avec naturellement, d'accord avec la sagesse du médecin, choix judicieux et variété de livres interdisant à ceux-ci de dévenir médicament auquel le malade s'accoutume. Et voici le critique littéraire allié du médecin pour l'aider à combattre telle ou telle affection.

Le patient doit être désintoxiqué moralement aussi, — l'influence du psychisme sur le physique, — il faut l'aider à se reposer, se détendre, recevoir certains influx de gaieté ou de gravité suivant l'heure psychologique ; il a besoin de sentir différemment, de penser autrement que selon les habitudes de sa famille, de son milieu. Autrement dit, il revient à la médecine et à la littérature d'ajouter à l'action de fenêtres ouvertes pour l'oxygène des cellules physiques celle de croisées à ouvrir pour purifier le moral. Dans certains cas il s'avère opportun d'user du *similia similibus* (les semblables par les semblables) afin d'atteindre à un résultat plus sûr. Ainsi je viens de lire un ouvrage « *Sans reprendre haleine* » d'Ilya Ehrenbourg (1). J'en dirai quelques mots et les médecins psychologues jugeront eux-mêmes à quel cas plus spécial appliquer ce remède que je qualifierai de vivant pour le bien d'une ou de plusieurs créatures.

(1) Librairie Stock.

Félicitons un écrivain de la Russie soviétique d'avoir su éviter durant plus de deux cents pages tout développement, toute allusion pouvant se rapporter de près ou de loin à tel ou tel autre problème politique, social ou philosophique. Nous sommes loin d'une formule ou d'une définition à l'usage d'une mise en pratique possible. Ilya Ehrenbourg se montre tout de suite et reste peintre. Son titre « *Sans reprendre haleine* » très symbolique et réaliste à la fois, révèle le caractère de sa peinture. « C'est dans Kouzmine même qu'il manquait quelque chose. Il était encore très jeune. Il connaissait le vert des arbres, la joie de l'ocre, ou du chrome, le rire, les coulisses du théâtre, son métier. *Mais il ignorait encore de quoi était faite la douleur*... Il vit de couleurs, comme d'autres vivent d'idées, de sons ou de chiffres. La vie est étonnamment détaillable. Elle naît du revers d'un veston, d'une joue touchée par l'ombre, de la rancœur de l'un, de la joie d'un autre. » Mais... *sans reprendre haleine*, sans possibilité de répit, sans une heure de recueillement, il y avait l'art, ruines et Komsomols, taches de lumière sous le feuillage d'un arbre, amour, baisers, séparations tome de Marx, fièvre de barrage, jeunes filles apprenant le matérialisme dialectique, comédies au titre puissant : « La vie appelle »... il y avait des Lydia et des Gricha aux caresses sévères et chastes, Shakespeare et le sarclage, Desdémones et roses fleurissant dans la toundra, ouvriers de choc et Vénus noires en statues en bois du XVII[e] siècle, flotteurs faisant serment auprès des tombes de livrer tout le bois à date convenue...

Un roman semblable ne guérirait-il point de l'agitation allant jusqu'au déséquilibre insensé, de l'activité maladive peut-être particulière aux pays ou aux individus en crise de développement, mais surtout propre à la sensitivité russe poussant facilement les héros de Dostoievski, par exemple, aux extrêmes. L'amour lui-même se

(1) N. R. F., éditeurs.

ressent de cette existence fiévreuse. Et lorsqu'un Mesentzev s'écrie : « Et chez nous, quoi ? ! est-ce que tout le monde est heureux en amour. Un type, il souffre peut-être d'un amour malheureux, mais il vole quand même dans la stratosphère, ou va au pôle, ou construit Magnitogorsk ! » ... Un occidental malade ou sain ne pourrait-il lui aussi poser cette question concernant les amours malheureuses ou satisfaites ? Et la littérature occidentale ne saurait-elle lui répondre ?

Hélas ! même en Occident les rêves de sécurité, de certitude, de stabilité ne se réalisent pas et rien ne s'accomplit sous le signe de l'équilibre sûr qui, du reste, serait celui de l'immobilisation de la nature humaine. Les êtres, nulle part, ne reprennent haleine. Et les meilleurs romans, ceux nés d'une plume qui ne s'est pas contentée de toucher l'épiderme des créatures, la surface polie des choses portent cette grandeur des êtres en lutte consciente ou non contre leur destin. Pauvres malades occidentaux ! Ces livres vous guériraient de vos maux ? Pourquoi pas ? *Similia similibus*. Par les « semblables » les causes des « refoulements » les plus secrets peuvent être atteints... Or, donc et puisqu'il s'agit de l'amour vécu dans l'instabilité personnelle ou collective des malheureux « moi » humains tout de suite se présentent à mon esprit les deux ouvrages peut-être les plus émouvants : « *Sait-on jamais* ? et « *Grand-Hôtel* » de Vicki Baum, auteur aussi de « *Lac-aux-Dames* » (1). Emouvantes pages, certes, et combien empoignantes que celles où le baron Gaigern, la nuit, grimpe la façade du Grand-Hôtel, escalade les blocs de faux grès, pose avec précaution ses orteils dans les enfoncements du crépi, sent le mortier et des crépissures se détachant sous ses doigts, s'arrête sur la dernière saillie qui lui offre un point d'appui avant la surface lisse qu'il a à franchir, essaye son souffle, rassemble ses forces, se tend et, avec un saut de saumon, s'élance dans le vide, se suspend aux barres d'un balcon, se laisse balancer mollement, fait un beau rétablissement, franchit le grillage et se trouve devant la porte ouverte de la chambre de la Grousinskaïa. Et dans quel but cet exploit ? Pour voler à la célèbre danseuse russe les perles qu'il sait être rangées dans un suit-case et qui valent, peut-être, des millions. Mais voici que des circonstances contraires viennent empêcher sa fuite, le vol commis ; Gaigern se voit obligé d'attendre entre le rideau et le store et le n° 68 du Grand-Hôtel et, comble de guigne — la Gronsinskaïa rentre plus tôt qu'il ne pensait... Comment finit cette aventure ? Par des heures du plus bel amour pour tous deux, à la suite desquelles les pierres précieuses réintègrent leur écrin et la suit-case...

Dans « *Sait-on jamais* » certaines pages ne sont pas moins saisissantes. Une autre nuit de passion. Evelyne a quitté à Berlin son mari pour rejoindre, en avion, à Paris, Frank, l'époux d'une Américaine. Aller et retour en aéroplane pour quelques heures seulement de vrai « roman » vécu. Autre aventure bien différente, extérieurement, de celle des Grousinskaïa-Gaigern, mais combien parente si l'on pénètre le cœur humain. Et quel terme plus tragique. Au retour, alors même qu'Evelyne lisait ces lignes : « Nous tous tant que nous sommes nous mourons à un moment donné de notre vie sans qu'on nous enterre. Notre destin est accompli ; nous avons reçu tout ce que la vie avait à nous donner et nous avons donné tout ce qui était en nous »... brusquement, dans l'avion le silence régna. Plus de bruit de moteurs. Mollement on descend avec l'impression d'un vide sans frottement. Puis l'avion se met à faire des embardées. Le pilote, du dehors, tourne son visage vers la cabine ; il n'est plus brun, mais pâle, verdâtre, luisant de pâleur... C'est enfin un choc sourd, formidable, un coup, un fracas...

Ah ! les soirées rayonnantes de lune et d'amour possèdent leur côté sévère, âpre, humain, trop humain, terrestre, bien terrestre. Le vol qui précède, la mort par chute d'avion qui suit ces heures voluptueuses. A *Lac-aux-Dames* citons cet exemple — la profession de maître-nageur est plus que beaucoup d'autres, de nature à éveiller la faim. Malgré cela Hell se payait de belles nuits lunaires et sentimentales. Malheureusement le trouble se glissait ensuite dans les colonnes de chiffres de Hell. Le pantalon blanc, nous apprend l'auteur Vicki Baum, se trouvait compensé par trois journées sans repas de midi. Des économies devenaient nécessaires pour l'achat de souliers de tennis. Les soupers chez Schwoisshackel manquaient même aux jours de grandes recettes, car Hell ne s'accordait pas le temps de manger quand May était déjà sur la terrasse du lac à l'attendre. Il mettait alors tout bonnement un morceau de chocolat dans sa poche et le grignotait quand l'estomac réclamait son dû...

Mais l'intérêt, les composantes qui font frémir et la synthèse de toutes les forces accumulées dans chaque chapitre de *Sans reprendre haleine*, de *Grand-Hôtel*, du *Lac-aux-Dames* et de *Sait-on jamais* ? résident dans les événements riches de substance et qui font de la vie une aventure féconde en expériences à risquer. Les femmes Rupp qui restent trente-deux heures sans dormir avant d'acheter du poison, les Droste qui voient leur main traverser l'air et frapper leurs Marianne au visage, les Preysing qui vont à la débâcle, à la ruine à cause

(1) Tous trois à la Librairie Stock, éditeurs.

d'un portrait de dactylo frivole publié dans une revue, les Gaigern qui supplient des Kringelein moribonds de leur donner cinq mille marks, ou bien trois mille marks seulement, ou bien encore ne fût-ce que quinze cents pour régler leur note d'hôtel et payer leur voyage pour rejoindre une femme dont ils se sont follement amourachés ; — souffrir, aimer, être battu par la vie, écarter, appeler, subir les épreuves, mais n'est-ce point vivre réellement et non végéter, vivre encore et non exister, vivre toujours une aventure fertile en enseignements.

Qui oserait dire que pareils romans d' « aventures » ne portent pas avec eux quelque possibilité de « cure » ? Or c'est précisément le reproche que je me permettrai de faire à Mme Geneviève Fauconnier lorsque, dans *les Etangs de la Double*, elle avoue s'être éloignée à dessein de la vraie aventure. « Découvrir sans l'avoir cherchée, une vieille histoire assez inexplicable. Elle se passe là-bas, juste au delà des bois visibles de la fenêtre, ces bois qui, autrefois contenaient tout le mystère. Se décider, après des années de vague hantise, à explorer ce point d'horizon d'où monte la pleine lune de chaque mois... Je me suis délivrée de cette histoire. Je donne une version. Un scrupule me vient en pensant à l'aventure véritable. Celle-là personne ne la saura jamais... »

C'est précisément celle-là qu'il eût fallu conter. C'est d'elle que tout lecteur a soif. Et pourquoi ? Parce que si Marc-Aurèle a comparé l'homme à un acteur « renvoyé de la scène par le même prêteur qui l'avait invité à y paraître », l'homme désire toujours se regarder, acteur, et s'y reconnaître dans le miroir des aventures où il retrouve ses propres artifices, ses déguisements particuliers et ses mêmes mensonges permanents... Serait-ce pour « guérir », « s'amender » ou simplement « jouir » en se retrouvant tel qu'il est ?...

Marc SEMENOFF.

II

Le Professeur Vaquez et Clémenceau

Le Professeur Vaquez dont nous déplorons la mort récente avait acquis une grande réputation de cardiologue tant à l'étranger qu'en France. Il fut appelé plus d'une fois à donner son avis sur l'état de santé des têtes couronnées. C'est ainsi qu'il fut appelé en 1912 auprès de l'empereur d'Allemagne, Guillaume II, et du roi d'Angleterre, George V.

Clémenceau qui, en tant que docteur en médecine et ayant entretenu des relations intimes avec beaucoup de nos maîtres, n'avait pas une foi très robuste en leurs conseils, souffrant pendant la guerre de troubles arythmiques du cœur, pria Vaquez de venir le voir.

La revue *Aux Ecoutes* du 18 avril raconte ainsi cette consultation :

« Le Professeur trouva le président du Conseil à sa table de travail. Le Tigre, de mauvaise humeur, lui dit :

« — Vous ferez vite, Monsieur le professeur car je n'ai pas de temps à perdre. En deux mots, voici le diagnostic que j'ai fait moi-même.

« Là-dessus Clémenceau se mit à développer une grande théorie sur son arythmie. Vaquez écout , puis déclara sur un ton glacial :

« — Monsieur le président, je m'excuse de vous contredire, mais vous avez commis deux erreurs énormes.

« Clémenceau leva ses gros sourcils et dit :

« — C'est possible ! J'en commets même comme président du Conseil.

« Vaquez citait souvent ce mot à ses élèves comme un exemple de modestie. »

L'anecdote mérite d'être reproduite.

J. N.

LA CROIX DU COMBATTANT VOLONTAIRE AUX ANCIENS OFFICIERS DE COMPLÉMENT

Le Ministre de la Guerre refuse systématiquement la qualité de combattant volontaire aux officiers de complément qui, ayant accompli la durée du service militaire exigée par la loi du recrutement avaient, avant le 2 août 1914, demandé à être maintenus dans les cadres de la réserve ou de la territoriale.

Il considère comme toujours disponibles et soumis à toutes les obligations militaires les officiers qui n'ont pas donné leur démission et n'ont pas été rayés des cadres.

En conséquence, en 1914, ces officiers se trouvaient à la disposition de l'autorité militaire, nantis d'un ordre de mobilisation qui les mettaient en situation d'être contraints, d'un moment à l'autre, de rejoindre une formation combattante et ne pouvaient faire acte de volontaire (circulaire nº 40.773 M. du 11 décembre 1933).

La stricte application de ce principe, indispensable à la discipline, ne doit pas faire perdre de vue l'acte de volontaire accompli par les officiers en question.

Faire acte de volontaire, c'est accomplir un acte que personne ne pouvait vous contraindre d'accomplir.

Les officiers de complément, maintenus dans les cadres sur leur demande avaient accompli la durée du service militaire exigée par la loi du recrutement ; personne ne pouvait les contraindre de servir au cours des hostilités, ni même de revêtir la tenue militaire.

Si, lors de la mobilisation, ils étaient à la disposition de l'autorité militaire, nantis d'un ordre de mobilisation qui les mettait en situation d'être contraints, d'un moment à l'autre, de rejoindre une formation combattante, c'est uniquement parce qu'en demandant spontanément leur maintien dans les cadres, ils avaient sollicité et provoqué cet ordre de mobilisation.

En ce faisant, ils avaient contracté un véritable engagement volontaire pour servir aux armées dans une formation combattante.

Il faut bien remarquer qu'aucune condition particulière, aucune limite ni restriction d'aucune sorte ne sont imposées pour l'accomplissement de cet acte de volontaire.

« Ont été, à un titre quelconque, volontaires pour servir aux armées dans une formation combattante », dit simplement la loi du 6 avril 1930, avec l'intention bien caractérisée de n'exclure, des avantages qu'elle offre, aucun de ceux qui ont servi au front au cours de la Grande Guerre, alors qu'ils avaient des motifs bien légitimes de s'en dispenser et qu'on ne pouvait les y contraindre.

Tel était du reste l'avis du Parlement, lorsque fut votée la loi du 23 juin 1920 instituant la médaille commémorative de la Grande Guerre, et également celle du ministre de la Guerre dans l'instruction ministérielle du 20 janvier 1921, relative à l'application de cette loi, dont nous extrayons les paragraphes suivants :

Engagés volontaires.

Tous ceux qui, non soumis par leur âge aux obligations du service militaire ou non susceptibles d'appel dans un délai de deux ans, ont été réintégrés ou se sont engagés, au cours de la Grande Guerre, ont droit, sur le ruban, à la barrette, en métal blanc, portant les mots « engagé volontaire ».

De même, les officiers de complément qui, également libérés dès le temps de paix, par leur âge, de toute obligation militaire, étaient restés volontairement dans les cadres de la réserve ou de la territoriale et ont servi à ce titre, pendant la guerre, ont droit à la barrette « engagé volontaire ».

Si les officiers en question ont droit au titre et à la barrette d'engagé volontaire, ceux d'entre eux qui ont accompli, dans une formation combattante, le temps de service nécessaire pour obtenir la carte du combattant, remplissent les conditions fixées par la loi du 6 avril 1930 pour avoir droit à la qualité de combattant volontaire et, par la loi du 4 juillet 1935, pour avoir droit à la Croix du combattant volontaire.

E. G.

(*Journ. des Mutilés et Combattants*, 16 avril 1936.)

AUTOUR DES THÉATRES

Au Théâtre Antoine :

« Faites-çà pour moi »

Opérette en trois actes de Raoul PRAXY

Couplets de Max EDDY. Musique de Gaston GABAROCHE

Cette gentille opérette dont l'action ne casse rien mais qui vaut surtout par la qualité de ses trois principaux interprètes, tiendra l'affiche encore jusqu'à la Pentecôte. Si nous en parlons dans ce journal, c'est qu'on nous avait dit : «Allez donc voir Gabaroche au Théâtre Antoine, en médecin de Ville d'Eau, il est désopilant». Je m'y suis précipité, et afin que nos lecteurs en quête d'une soirée agréable, soient bien renseignés, nous allons disséquer un peu cette farce amusante et pleine d'attrait.

Gabaroche qui a campé dans « Enlevez-moi » le type d'un petit fonctionnaire timoré sur lequel s'abattent successivement les tuiles les plus diverses, et qui d'ailleurs en sort sans une égratignure, nous apparaît cette fois, tout en parcourant le même cycle de déveine et de veine, en petit professeur de solfège contraint par les événements aux plus folles complications. Il a de gentilles élèves auxquelles il enseigne la musique, et sa grosse mémère de femme est d'une jalousie de tigresse. Il est bon, et donne asile depuis un mois à des rendez-vous entre son ami Pierre et la jolie Nicole. Le mari de cette dernière survient, et pris de court dans ses explications, le petit professeur de solfège est obligé d'accepter de passer pour le docteur de Nicole. Le mari trompé est par hasard grand manitou à Divonne-les-Bains ; il est séduit par la réserve du prétendu savant, et voici mon Gabaroche — dit Baroche dans la pièce — bombardé médecin consultant pour l'été.

Comme il est de bon ton dans une opérette de ce genre, le deuxième acte ne fait que compliquer le premier. Le public, un peu étonné de voir le mari de Nicole accorder sa confiance comme docteur à ce fantoche un peu miteux, apprend que c'est pour mieux savourer sa vengeance qu'il a feint de le croire médecin, car dans son esprit, c'est bien Baroche qui a cherché à soudoyer sa femme. Il met ce docteur de pacotille en contact avec des malades choisis par lui et de connivence, et le pauvre Baroche en peine comme pas un, malade de peur, bafouille tellement dans ses consultations, qu'il se sauve, honteux comme un renard qu'une poule aurait pris.

C'est justement ce petit bafouillage qui est amusant, ses tâtonnements, ses hésitations quand il s'agit de faire dévêtir une cliente ou de l'interroger, et par surcroît la femme jalouse de Baroche s'amène toujours au moment où il ne faudrait pas qu'elle soit là.

Je ne vous raconterai pas le troisième et dernier acte ; comme il est de règle et cela se comprend, tout s'arrange pour le mieux. Le petit professeur de solfège est même nommé professeur au Conservatoire ; le mari trompé (d'ailleurs pas complètement) retrouve sa femme, et le jeune amant a trouvé nouvelle chaussure à son pied.

Ce qu'il faut retenir de cette farce un peu simpliste, ce sont les hésitations, les ahurissements de ce vraiment grand acteur qu'est Gabaroche ; sa loufoquerie déchaîne le fou-rire et c'est bien difficile maintenant de déchaîner dans une salle un rire de bon aloi.

Madame Eliane de Creus est vraiment bien agréable à voir et à entendre ; sa voix souple, fine et perlée rend admirablement le texte musical, et ses attitudes de gamine rieuse font le meilleur des contrastes avec l'hébétude fréquente de son partenaire.

M. Lestelly, dans le rôle de l'amoureux, est tout à fait parfait et même très brillant. C'est un acteur complet, à l'aise dans son jeu, et qui sait parfaitement diriger sa voix. Il est de plus « paraît-il » fort joli garçon. Mais je n'ai garde d'oublier la partition musicale qui nous a paru de toute première qualité, et pourtant ce n'est que par intervalles bien courts que nous pouvons l'apprécier, l'attention étant retenue bien souvent par la mise en scène et le parlé. Il y a de bien jolies chansons avec une pointe de douceur, de tendresse et de vie ; des chœurs alertes, rythmés et mouvementés ; d'exquis bavardages soulignés de temps en temps par des onomatopées d'orchestre. Un bon point pour Georgé, dont nous avons goûté la mise en scène. Une mention particulière pour le chef d'orchestre ; son nom ne m'a pas été révélé par le programme, mais je me permets de le féliciter d'accompagner au piano de temps en temps les artistes, prenant ainsi une part active au travail de sa vaillante phalange de musiciens.

Jean SÉJOURNET
de la Société des Auteurs

SYNDICAT MÉDICAL DES ARDENNES

Réunion du Conseil d'administration du 6 mars 1936

(*Suite et fin*)

I. Assurances sociales

Contrôle technique. — a) *Docteur X...* Par lettre en date du 26 février notre confrère déclare n'avoir aucune souvenance du fait qui lui est reproché d'avoir signé l'acquit avant d'être payé.

b) *Docteurs X... et Y...* Par lettre en date du 20 février le secrétaire a attiré l'attention des deux confrères sur l'intérêt qu'il y aurait pour eux à attacher plus d'importance à la rédaction des feuilles de maladie. Le Conseil regrette de n'avoir reçu aucune réponse jusqu'à ce jour.

c) *Caisse* 30. *Art.* 64. Un réformé de guerre bénéficiaire de l'article 64 a-t-il le droit de ne pas se servir de son carnet de soins et de se faire soigner au compte des Assurances sociales pour une maladie inscrite sur son carnet de réforme Art. 64.

M. le Dr Mignon est désigné comme rapporteur.

II. Art. 59. Visites de nuit et du dimanche

Le Service préfectoral de la troisième division propose de créer des feuilles qui porteraient une indication spéciale. Ces feuilles ne pourraient être délivrées par le médecin qu'en cas de visite de nuit ou du dimanche ; elles seraient confiées à chaque docteur et renouvelées par les Services de la Préfecture sur demande du médecin.

Le secrétaire a répondu qu'il ne voyait aucun inconvénient à accepter cette proposition et a envoyé un avis favorable. Le Conseil ratifie.

III. Réunion régionale syndicale.

Comprenant les Syndicats des départements suivants : Aisne, Ardennes, Marne, Haute-Marne, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Vosges.

Une réunion est prévue à Nancy de façon à pouvoir se renseigner mutuellement sur la situation dans chaque département, examiner les possibilités d'une action commune et donner des directives aux confrères qui seront chargés de représenter cette Union de Syndicats médicaux à la Commission tripartite et à l'Union de réassurance.

BIBLIOGRAPHIE

Editions J. Olivier, Paris (VIIe) (1936)

Jean des Vignes Rouges. — **Devenir un chef.**

Au moment où partout s'étale le règne du mufle J. des V. R. fait l'apologie des volontés fermes, des organisateurs, des dominateurs qui doivent victorieusement s'opposer aux goujats et veut faire de chacun de ses lecteurs suivant l'expression de W. James, « un seigneur de la vie ». Initiative, goût des responsabilités et du risque, courage, etc., sont les qualités que, quelle que soit la forme d'un gouvernement présent ou à venir, doit posséder le chef d'usine, d'armée, d'un ministère, d'un syndicat, etc... L'idée de l'auteur est que tout individu porte en lui des possibilités d'être chef. Ce sont ces aptitudes sur lesquelles l'éducation doit agir. Par suggestion tout d'abord, en s'imaginant le type de chef que l'on voudrait devenir et en tentant ensuite de se concevoir autrement qu'on est. Ainsi, en consacrant un effort continue et tenace vers le but, on peut suivant son caractère devenir le chef rayonnant, imposant, entraînant, ou bien encore séduisant, habile, logicien, technicien, etc... Cette tension intérieure qui suscite la passion doit élever au-dessus de la vie médiocre, mais cet état d'âme est difficile à acquérir et il faut avoir la force dans les moments de dépression inévitable de lutter contre les accès de désespérance. J. des V. R. fait ensuite l'éloge de l'esprit de décision, de l'acceptation voulue des responsabilités : toutes qualités faciles à acquérir si l'on a foi en son œuvre et si l'on sait se forcer à être à la fois ferme et bon, si l'on sait développer son esprit tout en résistant à la tentation de tout connaître, si l'on a le courage de ne pas penser comme tout le monde et l'on est capable enfin de donner l'exemple. Ce livre est d'actualité : peut-être aidera-t-il à la formation de celui qui veut devenir un chef, mais n'importe qui apprend-il réellement à commander, comme le prétend l'auteur ? N'est-ce pas plutôt le privilège de quelque nature d'exception ?

LES SALONS — LES ARTISTES FRANÇAIS — LA PEINTURE

Le Salon de cette année est, à mon avis, supérieur à celui de l'an dernier. Pas d'horreur, de l'art d'un classicisme modernisé et s'il n'y a pas de choses transcendantes, il y a un ensemble assez homogène, mettant en valeur la personnalité d'un certain nombre d'artistes.

Parcourons les salles :

Salle I. — Quelques groupements à voir. Les portraits féminins d'allure parisienne de Braitou-Sala, une suite d'œuvres toujours goûtées d'Henri Martin, les natures mortes, bien réalisées, de Grun, les nus savoureux de Sieffert, des voiliers de l'ancien temps d'Alaux et une rétrospective de Pointelin, paysages très poussés dans une tonalité à laquelle notre œil n'est plus habitué.

Salle 2. — Alice Delaye nous montre une femme peintre, entourée de jeunes enfants, dans les tons clairs d'une *Après-midi d'été*. Charreton nous offre la *Lecture dans un jardin ensoleillé* (*lumière de juin*) et *Lointain de pleine neige de ma fenêtre*, curieuse réalisation de peinture-sculpture.

Salle 3. — Foreau reste fidèle à ses brumes du soir et à ses marécages qu'il sait bien rendre (*Vers le soir*). On ne peut qu'admirer le *Portrait du Docteur L.* d'Edgard Maxence. J'apprécie cette *Vue du Quai d'Orléans à la Tournelle à Paris* de Claudius Félix, de même que le *Vieux castel sur la Durance*, de Balmigère.

Salle 4. — *Les Novios* de Lucien Weil sont d'une simplicité charmante. Amusante vision de ce groupe de petits enfants admirant et faisant jouer un petit bébé (*Enfants*), de Meriel-Bussy. Très bonnes toiles de A. Gosselin, *Bords de rivière, Ile de France* et joli *Coin de village en Seine-et-Marne*. Dans les paysages de Gueldry on retrouve le vieux maître.

Salle 5. — *Paris vu du parvis du Sacré-Cœur* par Adler, est une Toile d'une réalisation difficile dont l'auteur s'est tiré à son honneur. Zwiller dans son *Hymne au soleil* continue avec succès Hennery Pellerier nous montre un délicieux petit port dans son tableau de *Saint-Cado* (*Morbihan*). Curieuse et en excellente perspective, cette *Enfilade de chambres* d'Urtin.

Salle 6. — Gracieux *Intérieur d'atelier* de Mme Weil-Lestienne avec un nu de belle qualité. Consciencieux *Portraits* de Jongers et de Tollet *d'un abbé* (*Rev. P. G.*) Signalons en passant, par la place qu'il occupe, le *Tryptique d'Anzin*, de Jonas et le *Jardin de Mecknès*, de Mme Delpey-Maisné.

Salle 7. — Quelques nus ; de Cottenet, *Jeune femme au bord de l'eau* et de Dupuy, femme au domino et gants noirs (*Retour de Veglione*), aux tons nacrés séduisants. Bonne nature morte de Pidoll.

Salle 8. — Petite merveille d'éclairage, *Soleil de mai*, de Gay. J. d'Ylen pastiche avec succès les moissonneurs de Montezin. Belle série de *Portraits* de Baschet, maître incontesté.

Salle 9. — Fougerat s'impose dans ses *Sourires Bretons* et surtout dans son tableau les *Forces mystiques*. Mention spéciale à la *Vue de Florence* de Désiré Lucas et à son merveilleux *Portrait de M. Ch. M.*

Salle 10. — Talentueux *Portrait au crayon de Chiappe*, de Coraboeuf. *Le Pont de Saint-Antoine à Clisson* (Loire-Inférieure) de Montagné est un petit chef-d'œuvre.

Salle 11. — Le contre-jour de François Aubert est une œuvre très admirée, *Bord de la Loire*, étude de lagunes, au crépuscule, avec horizon d'un agréable éclairage. Consciencieux *Portrait de Mme Lacram*, de Constantin Font. Bons morceaux de nus dans le tableau de Mme Lagneau *Naissance de Lakchmi et des Apsaras*. Curieuse *nature morte* de Mlle Duflos.

Salle 12. — Signalons le *Quartuor de cordes* de Falcou et la Grande composition de Pougheon *Pour la mairie du XIVe*, composition savante de réalisation difficile dont il s'est tiré avec avantage. Charmante expression de visage dans ce portrait (*Anniversaire*) de L. Grandgérard.

Salle 13. — Œuvres dePascau : *Portrait du général Nollet* et une *France* à l'aimabe visage. Paysages de qualité de E. Schlumberger : *Les bords du Loing et le petit chemin de Marlotte.*

Salle 14. — *Bon Portrait de Guillonnet* par E. Aubry. *Portrait de M. J. M K* savant pastel de Royer. Signalons également les aquarelles pleines de brio de J. Lacaze : *Fontaine à Besse et Quimperlé.*

Salle 15. — Louise Lavrut triomphe dans cette salle avec ses deux *Portraits de femmes* d'une facture si harmonieuse. J'aime le *Vieux port de Cherbourg* de E. Dorrée et les *Bretons en prières* de Royer.

Salle 16. — La foule s'arrête devant le *Portrait de Renée Gilly* en Espagnole et admire l'étourdissante maîtrise d'Etcheverry pour faire chanter les étoffes. Impressionnante vision du *Cardinal Mercier sur son lit de mort*, de Bezambe.

Salle 17. — On voit avec plaisir les *Intérieurs d'église* de Leleu, *La Kouloubia* d'A. Delpey et les portraits officiels de Lazlo *des Souverains de Roumanie.*

Salle 18. — On ne peut que faire l'éloge de

Biloul pour le gracieux *Nu,* d'une si belle harmonie, qu'il présente au public.

Salle 21. — Devambez exhibe de la peinture officielle toujours ingrate malgré son grand talent *L'Académie française.* Je retrouve mon peintre dans sa fantaisie du métro, *Exquis portrait de femme* de Cyprien Boulet et, très réaliste vision de *Pouldavic par temps gris,* de Gorrin.

Salle 23. — Je trouve d'heureuse oppositions de clair obscur dans *Le cloître* de Raymond. La peinture de Didier-Pouget, la *Vallée de la Vézère* traduit bien la beauté du site.

Salle 24. — Un lumineux *Cloître de Girodon,* et *La prière au Sépulcre dans une crypte ancienne,* de Thiery, qui traduit bien une impression de foi religieuse. Amusante, la *Sortie du Palais de Justice de Chaumont,* de J. Hervé. Du même artiste, le *Bain de lumière* où se jouent de jeunes femmes nues, d'un charme particulier. Weissmann excelle toujours dans ses *portraits* féminins.

Salle 25. — Joli portrait d'un jeune enfant tenant sa poupée *Mlle Janine,* de Cyprien Boulet et de L. Lavrut, un pastel *Portrait de jeune fille.* J. Hervé est un joyeux humoriste dans ses fantaisies à la détrempe, le *Café de la Gaîté,* et le *Feu en ville.*

Salle 26. — Beau *Nu* de Tavernier d'une belle exécution. *L'Audition* de G. Lavergne, groupant quatre personnages autour d'un pianiste, ne manque pas de qualité. Valerian dans son *portrait* a réalisé un visage bien espiègle.

Salle 27. — Elle est consacrée à l'art religieux, innovation de cette année. Beaucoup de bonnes choses, à commencer par l'esquisse très pathétique exécutée par son élève Genies, *la Pieta,* le *Christ mort* de Leroux, le *Christ de bonté* de Pougheon, les *Vertus théologales* de M. Hanin, *la Fresque* de Marthe Debes et, le *Tricentenaire de Notre-Dame-de la Treille,* à Lille, de J. Le Vasseur.

Salle 28. — Portrait digne d'éloge de César Bachi, *En visite,* montrant une jeune fille assise avec une écharpe et un livre en main, et celui de Troncet d'un artiste portant un carton sous le bras, *Le vieux paysagiste.*

Salle 29. — Arrêtons-nous devant les *Portraits de Louis Lumière* se livrant à ses expériences et celui bien connu de *Victor Boucher,* d'Alexis Vollon.

Salle 30. — Montezin nous charme par la manière savante dont il fait jouer le soleil dans ses scènes de *Fenaison.* Il aborde aussi avec le même succès les paysages et scènes vénitiennes, *Pêcheurs vénitiens.* Le *Portrait de Catherine,* jeune bébé dans sa chaise, est plein d'une esquisse joliesse.

Salle 32. —Cornil réalise bien la vie parisienne dans sa vue de *la place de Saint-Médard.* Deux bons tableaux de Villon, *Temps gris en Bretagne* et le *Théâtre antique de Guelma,* Algérie.

Salle 33. — *L'Œuvre des petites sœurs de l'Assomption,* de Paul Waune, est une toile pleine d'émotion. Poétique *paysage* de Gabriel Venet.

Salle 34. — *La Flambée* de Baude, donne sur les visages des gens devant la cheminée, de curieux effets d'éclairage.

Salle 35. — Camescasse nous offre un *Paysage champenois* avec des lointains d'un charme particulier. Bel ensemble de fleurs, *Floral symphony,* de Richter. Vue très ensoleillée du *Cap d'Antibes en hiver,* de Duvent. Signalons encore les *Portraits* de Mlle Humbert Vignot.

Salle 37. — Xavier Bricard expose un nu vu de dos des plus capiteux, *Femme à la toilette* et un délicat *Portrait de Mlle F.* Mme Rondenay comme toujours nous donne un *Portrait de femme* aux heureuses réalisations. Dans un coin, gracieuse petite femme nue, sur un lit, de Calbet, intitulée *Fantaisie. Gitane,* très expressive, de Ch. Watelet.

Salle 39. — Nous retrouvons Camescasse avec toutes ses qualités dans sa peinture de *la Salle basse des Thermes.* Bon *portrait du Docteur Bellin,* d'Alix Marquet. *Les remparts de Marakech* sont peints par Thérèse Clément avec sa virtuosité coutumière. *Le duo dans une loge,* de Montassier est une étude intéressante. *Le portrait du Docteur C en blouse,* de E. Lesure, est d'une excellente facture (Salle 40).

La salle 41 présente *Une rétrospective de Humbert.* Nous y retrouvons les portraits d'artistes admirées jadis, surtout *de J. Samary.* Une promenade dans les pourtours nous montrera maintes toiles de bonne qualité, dont un portrait de *Mlle Marguerite S.,* de Mme Moisson. Aubert et surtout le portrait du *maître Charpentier,* auteur de Louise, avec des visions montmartroises d'Hirleman, d'un excellent ensemble, qui méritait mieux que le dépotoir des Galeries.

Dr M. VIMONT.

SOU MÉDICAL

Rapport du Secrétaire général sur l'exercice 1935

La responsabilité professionnelle

La responsabilité du médecin a été recherchée à maintes reprises, au cours de ce dernier exercice, mais nous ne retiendrons que les conflits, qui ont provoqué un débat judiciaire. Nous laisserons de côté les nombreux cas, dans lesquels le praticien a été simplement menacé de poursuites, par un client, qui usait d'intimidation.

Nous allons grouper ces litiges sous plusieurs chapitres.

1° Fautes de technique

Ce sont les causes les plus fréquentes de procès. Fausse route, au cours d'un examen de l'œsophage, fistule vésico-vaginale consécutive à un forceps très laborieux, piqûres sclérosantes dans des varices de jambe, ayant provoqué une escarre, sonde brisée dans une vessie, dentier mal ajusté et refusé par le malade, prétendue faute consécutive à une opération esthétique, appendicite aiguë, opérée à chaud et ayant laissé persister une fistule, piqûres intrafessières de quinine, ou de bismuth ayant provoqué une paralysie du sciatique, accouchement laborieux ayant nécessité le passage d'un lac dans l'aine d'un enfant présumé mort, d'où fracture de cuisse consécutive ; radiodermites à la suite de radios, tant scopies que graphies ou radiothérapie ; coloration brunâtre à la suite d'un traitement de détatouage par électro-coagulation.

2° Fautes dans le traitement

A la suite de cal vicieux suites de fractures de cuisse, ou des os de l'avant-bras, on reproche au médecin traitant l'absence de radiographies, alors que ces examens ont été pratiqués après pose de l'appareil de contention.

3° Erreurs de diagnostic

Erreur dans l'interprétation de clichés radiographiques, erreur dans la remise d'une plaque d'un malade à un autre client, erreur dans le diagnostic d'une fièvre puerpérale, lors d'une épidémie locale de fièvre typhoïde ; luxation de l'épaule méconnue, vu l'absence de radio ; de même pour une fracture du col du fémur ; erreur dans un examen de laboratoire.

4° Erreur de prescription pharmaceutique

Un médecin veut traiter un malade par de la crème de Vienne ; le pharmacien délivre de la pâte de Vienne, que le médecin applique sans vérifier le produit.

5° Fautes par imprudence

Un propriétaire de maison de santé chirurgicale reçoit une aliénée qui, faute de surveillance du médecin et des infirmières, s'enfuit et se tue ; délivrance d'un certificat constatant la syphilis d'une femme, qui se sert de la pièce pour intenter une action en divorce ; rédaction d'un certificat d'internement sans que le praticien se soit dérangé pour examiner le malade ; oubli d'une paire de ciseaux dans le cul-de-sac pelvien, à la suite d'une colpotomie ; oubli d'une mèche de gaze, dans les fosses nasales, à la suite de la réfection d'un nez brisé au cours d'un accident ; absence de piqûre antitétanique.

6° Faute du remplaçant

Heureusement, le remplacé et le remplaçant avaient rempli les conditions exigées par la loi, pour ces remplacements, c'est-à-dire avaient sollicité l'autorisation préfectorale, car, à la demande du client, qui reprochait au remplaçant une prétendue faute, au cours d'un accouchement, se serait jointe une action du parquet, en exercice illégal de la médecine, avec complicité du médecin remplacé.

7° Fautes a l'hopital

Bien qu'admis gratuitement, ou à des prix extrêmement bas dans les hôpitaux publics, les malades n'hésitent pas à mettre en cause la responsabilité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, celle de leurs externes et internes, celle des infirmiers et partant celle de l'Administration.

Citons une section du nerf récurrent à la suite d'une opération sur un goitre exophtalmique ; une ostéite chronique opérée plusieurs fois ; un décès survenu après un traitement d'avortement infecté ; mort à la suite d'artériographie ; fistule consécutive à une appendicite aiguë opérée à chaud. Un malade reproche au chef de service de l'avoir renvoyé trop tôt de l'hôpital. On inquiète des médecins tantôt pour une erreur de diagnostic d'un interne, tantôt pour une paralysie du sciatique poplité externe à la suite d'une piqûre intrafessière.

8° Fautes des infirmières

Tant à l'hôpital qu'en ville, on rend le médecin responsable des erreurs d'une infirmière, tant pour des brûlures par bouillottes trop chaudes que pour des lésions provoquées par un cata-

plasme. Dans un autre cas, le praticien a été recherché parce qu'à la suite de sa prescription, une infirmière de ville s'est tompée en faisant quotidiennement une injection arsenicale, qui n'aurait dû être pratiquée que deux fois par semaine.

9º Divers

Appelé pour constater le décès d'un enfant qu'il n'avait pas soigné un médecin refuse le permis d'inhumer. L'autopsie ayant conclu à une mort naturelle, les parents poursuivent ce praticien, qui, cependant, n'a fait que son devoir.

Conclusion

Dans tous ces cas, le « Sou Médical » a donné son appui moral et pécuniaire. Parfois, nous avons perdu, car la faute du praticien était évidente ; mais la plupart du temps, nous avons gagné, soit qu'à la suite d'une expertise à laquelle le Conseil du « Sou » m'avait délégué, les experts aient reconnu la parfaite correction technique de la conduite du confrère, soit que les Tribunaux nous aient donné raison.

D'ailleurs, nous avons, cette année, porté deux échecs devant la Cour de Cassation. Par un premier arrêt, la Chambre des requêtes a admis notre pourvoi. Nous sommes donc actuellement devant la Chambre civile. Mais qu'importent les dépenses lorsqu'il s'agit de faire trancher une question de droit et de principe, ou lorsqu'il faut prouver à nos adversaires qu'ils auront à décaisser de grosses sommes qui resteront à leur charge, même si en fin de compte, ils obtiennent la condamnation du médecin. Nous faisons ainsi œuvre de prophylaxie en faisant savoir que le praticien est défendu par tous les moyens, lorsqu'il a confié sa cause au « Sou Médical ».

Litiges professionnels exclus de la garantie des Sociétés d'assurances et défendus par le Sou

Une assurance contre la seule responsabilité ne peut évidemment accorder sa garantie que si la responsabilité professionnelle est mise en cause à la suite d'une demande en dommages-intérêts contre le praticien.

Au contraire, le « Sou » prend à sa charge les frais de procès intentés aux médecins, ou que ceux-ci intentent, que ce soit à l'égard d'individualités, ou de collectivités publiques ou privées.

1º Conflits avec les clients

A. — *Les conflits d'honoraires*

Ce chapitre est le plus chargé : clients chicaniers, marchandeurs, insolvables, payant parfois avec un chèque sans provision, ou présentant même au praticien un chèque de 350 francs tiré par un tiers pour solder une note de 100 francs et se faisant rembourser la différence. A l'encaissement, le chèque est faux.

Poursuit-on un client insolvable, le fait-on condamne , l'exécution du jugement devient impossible, si le débiteur vit en hôtel, ou est séparé de biens avec sa femme et vit entièrement chez elle.

Heureusement, pour le médecin créancier, le « Sou » a pris à sa charge les frais du procès. Bien qu'ayant fait condamner son client, le praticien demandeur a dû faire l'avance des frais d'instance, quitte à les recouvrer s'il le peut sur un client, qui opposera son insolvabilité.

Donne-t-on des soins à un ménage, un des époux invoque la séparation de biens, la séparation de corps, oppose une absence d'autorisation maritale, déclare que le ménage n'est qu'apparent, car il n'y a pas eu mariage. C'est un père ou une mère qui refuse de régler les honoraires pour soins donnés à un enfant, même au domicile des parents ; des héritiers qui renoncent à la succession de leurs parents ; une nourrice et les parents du nourrisson qui ne payent pas ; bref, tous les prétextes sont bons pour ne pas régler ce qu'on doit au praticien. Au « Sou Médical » d'établir les situations juridiques, permettant de faire faire les assignations en justice.

Ce sont encore des questions de privilège, pour soins donnés en cas de dernière maladie après décès, ou après faillite. Discussion avec un lycée qui, ayant fait appel à un médecin, pour un élève blessé, ne veut honorer qu'au tarif des accidents du travail, tarif qui est celui de l'Assurance qui couvre le lycée. Conflits avec des clients, qui, parce qu'ils sont de passage, ou se font soigner dans une station hivernale, climatique, ou thermale, croient que le praticien hésitera, pour se faire honorer, à les attaquer au lieu de leur domicile

Le « Sou » accorde l'appui nécessaire et a même fait juger que le juge compétent est celui du lieu où les soins ont été donnés.

Les accidents d'automobile donnent lieu à des actes de mauvaise foi ; l'automobiliste argue qu'en conduisant le blessé chez le médecin, il n'a agi que par humanité ; il se retranche derrière sa Compagnie d'assurances, laquelle essaye de rejeter le fardeau de la responsabilité sur un tiers, si ce n'est pas sur la victime elle-même. De toutes façons, le praticien doit s'adresser au « Sou » pour obtenir l'appui moral et pécuniaire, pour assigner tous les responsables directs ou indirects.

Certaines personnes, quelques agences de recouvrement ont fait de la publicité auprès du Corps médical, pour acquérir une clientèle de contentieux. Au moment de régler les comptes, le directeur a disparu, emportant la Caisse. Le « Sou » doit le poursuivre en abus de confiance.

Parfois, des poursuites en recouvrement d'ho-

noraires, qui sont très simples, au début, provoquent des conflits de jurisprudence. Témoin un procès intenté devant un Juge de paix, pour faire régler les honoraires d'un médecin d'hôpital, par un malade payant et qui nous a forcés de résister en Conseil d'Etat, sur une question de légalité du règlement hospitalier.

B. — *Diffamation*

Des parents répandent des bruits calomnieux sur un médecin, qu'ils accusent de la mort de leur enfant ; d'autres viennent invectiver le praticien dans son propre cabinet devant les malades qui attendent. Un journal est condamné à 100 francs d'amende et 10.000 francs de dommages-intérêts. Appel étant interjeté, nous suivons. Dans un autre procès, le « Sou » a formé un pourvoi en cassation, car la Cour d'appel, ayant réduit la condamnation du journaliste, a jugé *ultra petita* (1). Un confrère a été poursuivi pour prétendu attentat à la pudeur. Nous avons été assez heureux pour faire condamner un faux témoin à quinze jours de prison, 100 francs d'amende et 5.000 francs de dommages intérêts. Mais, à la suite de cette condamnation, une campagne sournoise par lettres anonymes a été menée. Le « Sou » a engagé les dépenses nécessaires, pour faire condamner également la coupable.

2° CONFLITS AVEC LES COLLECTIVITÉS PRIVÉES

A. — *Accidents du travail*

La Commission d'arbitrage, qui fonctionne au Ministère du Travail et devant laquelle sont soumis les conflits qui surviennent entre les médecins syndiqués et les Compagnies d'assurances, permet de résoudre pas mal de difficultés d'honoraires. On reproche au médecin de faire trop de pansements, de compter des indemnités kilométriques erronées, de réclamer une indemnité de déplacement, alors qu'il était de passage dans le pays, pour un autre client, de rédiger des certificats initiaux par trop sommaires, ou erronés, d'avoir pratiqué certaines interventions, ou actes à tarif spécial sans avoir averti l'Assurance, etc., etc...

D'autres fois, nous devons aller devant les juges pour déterminer la date de la prescription des honoraires médicaux, pour des soins donnés après consolidation, pour un accident qui n'a pas été déclaré par le patron, ou parce que celui-ci n'est pas en règle avec son Assurance, parce que le patron croit pouvoir rejeter la responsabilité sur un tiers, ou un autre employeur ; contestation d'honoraires, car malgré qu'il soit dans une situation aisée, le blessé du travail ne veut pas payer la part qui reste à sa charge, en sus du tarif ministériel.

B. — *Assurances sociales*

Des conflits divers ont conduit le « Sou » à aider ses adhérents à se pourvoir en Cassation, à propos des assurés sociaux notoirement indigents. Il a fallu, tantôt faire décider que le tarif applicable était celui des accidents du travail, tantôt que la Commission cantonale était seule compétente en premier ressort, tantôt que la Commission cantonale compétente était celle du domicile de secours, etc...

Cette question des indigents ne présente plus la même acuité depuis le décret-loi du 30 octobre 1935.

Ce sont ensuite des conflits entre médecins et Caisses, conflits qui ont fréquemment leur répercussion devant le Conseil de famille. Mais, certains confrères estiment que les Caisses abusent des plaintes et ils ont demandé au « Sou » aide et protection pour faire cesser ces assignations injustifiées devant le Conseil de famille.

C. — *Contrats de louage de services*

Que ce soit avec une Société de Secours mutuels ou avec un dispensaire privé, une mine ou une entreprise industrielle, des confrères qui ont contracté pour donner des soins à une catégorie de malades et selon des conditions fixées d'avance, se voient remerciés brusquement. Nous *aidons le confrère à faire respecter les délais de* préavis et, si possibilité nous en est donnée, nous aidons le confrère à obtenir des dommages-intérêts.

D. — *Vente d'appareils*

Nous avons eu cette année à soutenir plusieurs confrères qui, ayant acheté des appareils de diathermie à une société, avaient signé des traites à plusieurs échéances. Les appareils fonctionnaient mal ; des réclamations aboutirent à la visite d'un soi-disant agent, qui démontra que la Société primitive étant en faillite, le praticien pouvait contracter avec une autre société, qui prendrait à son compte la dette ancienne. Ainsi fut fait, mais le médecin se trouva avoir à payer deux fois le même appareil. D'où poursuites en escroquerie.

E. — *Loyers*

Nombreuses sont les discussions de certains membres du « Sou » avec leurs propriétaires, soit pour la question de la révision du taux des loyers, selon la loi de 1934 (procès qui actuellement est pendant devant la Cour de cassation), soit pour des troubles divers de jouissance des locaux loués.

3° CONFLITS AVEC LES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES

Devant le Conseil d'Etat, nous avons soutenu un membre du « Sou », qui avait été relevé brus-

(1) Un tribunal juge *ultra petita* lorsqu'il décide sur un point qui n'a été demandé par aucune des parties en cause.

quement de ses fonctions de médecin des P. T. T.; nous avons également aidé la veuve d'un confrère à obtenir des dommages-intérêts pour meurtre de son mari tué dans l'exercice de ses fonctions de médecin d'Asile d'aliénés.

Nous avons aussi soutenu des confrères victimes de rupture de contrats passés avec des communes ; nous avons poursuivi des dispensaires publics, ou des pouponnières, qui reçoivent des subventions publiques, et se font cependant payer des honoraires par des malades non-indigents, faisant ainsi concurrence aux médecins locaux.

B. — *Assistance médicale gratuite*

Des conflits divers ont été portés à la connaissance de notre Conseil médico-juridique par des adhérents, auxquels les services préfectoraux opposaient des abus de visites ou de prescriptions pharmaceutiques en matière d'assistance. On s'appuyait également sur de prétendues moyennes départementales, auxquelles on voudrait assujettir les mémoires des médecins. On refuse de payer un praticien sous prétexte que l'indigent aurait dû être soigné à l'hôpital et non pas à son propre domicile. Nous avons eu également à connaître de quelques cas d'inscriptions tardives sur les listes d'assistance, inscriptions faites après l'intervention, ou l'accouchement, pour permettre à un électeur bien en cour de ne pas payer son médecin, lequel n'aurait droit qu'aux chiffres modiques de l'assistance.

C. — *Les impôts*

Notre conseiller fiscal a eu fort à faire, car nombreuses ont été les contestations entre Contrôleurs des Contributions et les imposables. Tantôt discussion sur la base de la patente, la majoration du loyer professionnel, tantôt discussion sur le revenu imposable, alors que la préconciliation et la Commission de taxation se sont prononcées ; questions de patente à la suite d'un changement de local professionnel . Enfin, c'est la fameuse retenue de 10 % qui frappe les mémoires d'honoraires des médecins.

D. — *Hôpital*

Des praticiens ont été révoqués plus ou moins ouvertement de leurs fonctions hospitalières : parfois, on ne leur a pas communiqué leur dossier, parfois on use de procédés détournés, qui aboutissent à une révocation déguisée.

Mais les demandes de conseils ont été nombreuses en ce qui concerne la concurrence faite par certains hôpitaux aux maisons de santé privées et même aux médecins de la localité. Certains établissements construisent des pavillons payants et font une réclame quelque peu commerciale, pour attirer la clientèle payante. Certains hôpitaux ont même émis la prétention d'imposer, par leur règlement, l'obligation à leur personnel chirurgical de ne pas opérer en ville dans des maisons de santé privées.

E. — *Pensionnés de guerre*

Ici, la méconnaissance des règles de droit a provoqué de nombreux conflits juridiques. Nous avons dû plusieurs fois, recourir au Conseil d'Etat pour des questions de forme, de procédure, de violation des droits de la défense, sans que nous ayons à nous préoccuper du fond même du débat. Qu'un médecin fautif supporte les conséquences de son erreur plus ou moins involontaire, c'est dans la normale ; mais qu'il soit la victime de l'arbitraire, nous ne saurions le souffrir.

Les abus de visites et de médicaments sont fréquemment invoqués, lorsque le praticien dépasse une certaine moyenne factice ; des examens de laboratoire sont imputés au praticien, bien que ce dernier ait prévenu en temps utile la Commission départementale ; le Préfet ne soulève, en première instance, aucune objection sur la note du praticien, ce qui n'empêche pas la ministre d'interjeter appel. D'autres fois, le Commission supérieure juge un médecin sans l'entendre, ou elle le prive d'un degré de juridiction ; elle accorde parfois ce que personne n'a demandé, par l'octroi d'*ultra petita*.

Citons enfin dans ce chapitre la question des emplois réservés que certains membres du « Sou » réformés de guerre ont pensé devoir obtenir avant tous autres confrères.

4° Pharmacie

Nous avons dû nous occuper cette année de quelques médecins-propharmaciens qui étaient les victimes soit du colportage pharmaceutique, soit du dépôt de médicaments par un pharmacien de grande ville, dépôts faits chez des commerçants, des épiciers, etc...

Nous avons dû également venir au secours d'un confrère propharmacien, qui avait mis en vente des spécialités non conformes au décret du 13 juillet 1926.

5° Déontologie

Des conflits de cession de clientèle, des litiges nés à l'occasion de remplacements, des luttes interconfraternelles entre propriétaires de maisons de santé, des protestations contre des adhésions au « Sou », ou contre des membres de notre Ligue : voilà les chapitres qui ont dû retenir notre attention et provoquer de notre part, non pas des procès devant les Tribunaux de droit commun, mais des arbitrages confraternels.

6° Appui collectif aux Syndicats médicaux

Dans certaines circonstances, nous avons mis nos services juridiques et même les secours de la Caisse à la disposition de quelques Syndicats médicaux. L'appui pécuniaire, disons-le de suite,

est accordé pour les frais de procès, dans la proportion des membres du Syndicat faisant partie du « Sou ». Mais nos conseils et avis juridiques, les consultations de nos avocats spécialisés ont toujours été accordés gracieusement aux dirigeants dévoués du syndicalisme médical.

Questions d'exercice illégal de la médecine, poursuites contre un médecin qui utilise la main d'œuvre étrangère, pour organiser une véritable industrialisation de la médecine, grâce au concours de diplômés étrangers, n'ayant pas le droit d'exercer régulièrement en France. Examen juridique des moyens à opposer à certains praticiens qui s'affublent soit de titres auxquels ils n'ont pas droit, soit même de qualifications parfaitement fantaisistes, mais qui doivent cependant retenir l'attention du public, dans un but de réclame.

Nous avons aussi soutenu pécuniairement au prorata de leurs membres adhérents au Sou Médical, des Syndicats qui étaient poursuivis, les uns pour avoir volontairement, dans une ville d'eaux, omis le nom d'un confrère, qui ne faisait pas partie du Syndicat, un autre assigné par un membre qui avait été exclu du groupe corporatif, pour des agissements peu déontologiques.

CONCLUSION

De ce rapide aperçu de l'activité juridique et judiciaire du « Sou Médical » au cours de l'exercice 1935, nous devons conclure que la défense de la seule responsabilité professionnelle est peu de chose au regard des services nombreux et variés qu'a rendus la Ligue.

Que le confrère soit certain d'être couvert en cas de responsabilité professionnelle, c'est bien ; mais ce qui est mieux c'est de le défendre jusqu'au bout, non seulement pour lui-même, mais pour la profession tout entière. Faire de la prophylaxie, afin d'apprendre à nos clients, à ne pas abuser de ces actions en responsabilité, voilà un des rôles du « Sou », tout en s'occupant juridiquement de tout ce qui peut intéresser ou gêner le praticien dans l'exercice de sa profession.

L'esprit juridique et l'esprit médical sont parfois en opposition complète : l'art de guérir ne procède pas de la même manière que la science du Droit. Aussi convient-il que les praticiens puissent avoir affaire à des avocats non seulement très expérimentés en Droit civil, ou autres branches de la chicane, mais rompus au Droit médical, spécialité nouvelle et de plus en plus importante. Par son cabinet de contentieux composés de quatre juristes, qui ne s'occupent que de Droit médical, conseillés par des avocats distingués tels que Me Crochard, pour la Cour d'appel de Paris et Me Auger, pour le Conseil d'Etat et la Cour de cassation, avec des collaborateurs qualifiés tels que M. Martinot pour les questions fiscales, Baglin pour les questions d'assurances, le « Sou » est en mesure de donner au praticien la sécurité morale et matérielle dont il a besoin pour se livrer en paix à l'exercice de sa profession.

Dr Paul BOUDIN.

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1935

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous soumettre le rapport financier de l'exercice 1935.

CAISSE GÉNÉRALE

Compte de gestion

Recettes

Cotisations	679.486 »
Revenus du Portefeuille	95.580 98
Dons	8.210 20
	783.277 18

Dépenses

Propagande	27.000 55
Administration	15.425 »
Frais généraux	72.729 82
Frais de contentieux	126.220 80
Frais judiciaires	68.913 80
Versement statutaire à la Caisse de garantie	271.794 40
	582.084 37

Les recettes étant de	783.277 18
et les dépenses de	582.084 37
il y a un excédent de recettes de	201.192 81

laquelle somme constitue notre réserve pour assurer la liquidation des affaires de l'exercice.

CAISSE DE GARANTIE

Avoir au 1er janvier 1935	1.426.266 40
Versement statutaire des 4/10 des cotisations	271.794 40
	1.698.060 80
Payé pour sinistres	74.980 »
Solde créditeur	1.623.080 80

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1935

Actif		Passif	
Portefeuille	2.402.090 51	Caisse de garantie	1.623.080 80
Société Générale	37.081 98	Réserve 1932 et année antérieure	209.022 76
Solde en caisse	3.707 80	Réserve 1933	90.384 90
Chèques postaux	207.855 22	Réserve 1934	95.863 86
Caisse d'Epargne de Paris	108.282 96	Réserve 1935	201.192 81
Société de reports et dépôts	9.037 78	Comptes créditeurs divers	548.511 12
	2.768.056 25		2.768.056 25

Le Trésorier : H. MIGNON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Ecole de malariologie.** — L'enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris sera donné du 2 juin au 6 juillet. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

Nous publierons le programme dans notre prochain numéro.

— **Chaire de clinique de la tuberculose** (Fondation du **Conseil général de la Seine), Professeur : M. Fernand** Bezançon, avec la collaboration de MM. Poix, Paul Braun, Baron, Triboulet, Azoulay, Valtis, Mme Frey-Ragu, Mlle Heimann, MM. Destouches, Fouquet, Gaucher et Langlois, assistants ; de MM. André Meyer, Joly, Bousser, Mlle Jeanne Delon, chefs de clinique ; de M. Pierre Bernal, ancien chef de clinique ; de MM. Guillaumin et Delarue, chefs de laboratoire.

L'enseignement pendant les vacances sera assuré par M. Etienne Bernard, agrégé.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Pendant chacun des deux semestres il est institué un enseignement pratique de la tuberculose auquel peuvent participer tous les étudiants, mais qui sera particulièrement réservé aux étudiants en médecine de quatrième année, aux étudiants en fin d'études, et aux médecins qui se destinent à remplir les fonctions de médecins de dispensaires et de sanatoriums ou qui désirent compléter leur instruction en phtisiologie. Un certificat de stage pourra leur être délivré. Cet enseignement pourra être complété pendant la période de vacances par un stage dans un des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ou de la Renaissance sanitaire.

M. le Professeur Fernand BEZANÇON continuera ses leçons cliniques, le vendredi à 11 heures, à la salle de conférences de la clinique.

Sujet des leçons : Les formes dites pneumoniques de la tuberculose pulmonaire (L'élément fluxionnaire, congestif et inflammatoire dans les processus tuberculeux).

Lundi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique des entrants par M. Fernand BEZANÇON et les chefs de clinique. Pratique du pneumothorax ; traitement des pneumothorax compliqués et sections de brides avec la collaboration de MM. Paul BRAUN, POIX, BARON, TRIBOULET et André MEYER. — Mardi de 10 heures à 11 heures : Présentation de malades à la Salle de conférences ; de 11 heures à 12 heures, Examens médicochirurgicaux avec la collaboration de MM. LARDENNOIS, MAURER et ROLLAND. — Mercredi de 10 heures à 12 heures : Consultation des maladies des voies respiratoires (asthme et emphysème) avec présentation de malades avec la collaboration de MM. André JACQUELIN et CELICE. — Jeudi de 10 heures à 21 heures : L'enseignement de la prophylaxie antituberculeuse : Consultation au dispensaire avec la collaboration de M. Paul BRAUN. Prophylaxie anténatale par Mme FREY-RAGU. Consultation de nourrissons avec la collaboration de M. Maurice LAMY et de Mme FREY-RAGU. — Vendredi de 10 heures à 11 heures : Présentation et révision des dossiers par M. Paul BRAUN. — Vendredi à 11 heures : Leçon clinique par le Professeur (salle de conférences). — Samedi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique et radiologique des malades en collaboration avec MM. MAINGOT et AZOULAY. Lipiodolo-diagnostic (Docteur AZOULAY). — Mercredi et vendredi à 9 heures : Opérations de chirurgie pulmonaire dans le service du Docteur Lardenois, par MM. LARDENNOIS, MAURER et DREYFUS-LE FOYER. — Vendredi à 9 heures : Sections de brides par MM. TRIBOULET et André MEYER.

Au Dispensaire Léon-Bourgeois : lundi à 14 h. 30, jeudi et samedi de 8 h. 30 à 12 heures : Consultation par les assistants avec directives médico-sociales. Les applications de la législation antituberculeuse par M. POIX. Les élèves sont répartis par groupes pour participer à ces consultations. — Mercredi de 8 h. 30 à 12 heures : Séances de réinsufflations de pneumothorax. — Mercredi, jeudi, samedi à 11 heures : Examens bronchoscopiques par M. SOULAS. — Lundi à 10 heures : Contre-visite pour l'Œuvre du placement familial des tout-petits par Mme SUSSMANN, présidente, et Mme le Docteur FRAY-RAGU. — Mercredi à 11 heures : Contre-visite pour le placement familial d'enfants par M. VITRY. — Samedi à 9 h. 30 : Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium par M. André MARTIN.

Laboratoire de recherches : Bactériologie : M. Paul BRAUN ; Chimie : M. GUILLAUMIN ; Anatomie pathologique : M. DELARUE.

Au service de la clinique sont annexés : Une section du Service social à l'hôpital, présidente, Mme Getting, assistantes sociales : Mlle Vachez et Morcrette. — L'Œuvre des amis de la clinique de la tuberculose sous la direction de Mme Maurice Herbette. — Une bibliothèque (Bibliothèque Léon Bernard) sous la direction de M. le Docteur Arnould.

— **Concours du prosectorat.** — Candidats : MM. Chigot, Boudreaux, Monod, Mialaret, Lazard, Olivier, Calvet, Poilleux, Leuret, Beuzard, Barraya.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Tenon,** (4, rue de la Chine, métro Gambetta). —*Cours de perfectionnement sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.* — Ce cours, qui sera suivi du VI[e] V. E. M. cardio-vasculaire, aura lieu du 20 au 30 mai 1936, et sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux ; A.-C. Guillaume, ancien chef de clinique ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; Abaza, Deparis, Even, Facquet, Menetrel, F.-P. Merklen, Odinet, Pautrat, Puech, Frumusan, anciens internes du service; Marchal, assistant d'électro-radiologie; Golblin, assistant de la consultation des maladies des veines ; Baraige, assistant de laboratoire ; Brocard, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme du cours : Mercredi 20 mai, 10 heures, M. Lian : La mesure de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration pratique des injections sclérosantes intravariqueuses ; 15 heures, M. Facquet : Accidents cardiaques et rénaux de l'hypertension artérielle ; 16 heures, M. Deparis : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire; 17 h. 1/2, M. Haguenau : Accidents artériels de l'hypertension.

Jeudi 21 mai, 10 heures, M. Lian : Valeur séméiologique de la pression artérielle maxima, moyenne et minima ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. F.-P. Merklen : Causes et pathogénie de l'hypertension artérielle ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. Frumusan : Formes cliniques et évolution de l'hypertension artérielle permanente.

Vendredi 22 mai, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Odinet : Hypertension artérielle infantile et maladie de Cushing ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie ; 17 h. 1/2 : M. Welti : Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle.

Samedi 23 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement médical de l'hypertension artérielle ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : L'hypertension artérielle paroxystique ; 16 heures, M. Facquet : Mesure de la vitesse circulatoire ; 17 h. 1/2, M. Haguenau : Manifestations viscérales de l'athérome et de l'artériosclérose.

Lundi 25 mai, 10 heures, M. Facquet : Artérites oblitérantes ; 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation d'électro-cardiogrammes ; 15 heures : M. Marchal : L'artériographie ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie ; 17 h. 1/2, M. Welti : Traitement chirurgical des artérites oblitérantes.

Mardi 26 mai, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : Maladie de Leo Buerger ; 16 heures, M. Menetrel : Inhalations, injections sous-cutanées et intra-veineuses de CO^2 et d'O ; 17 h. 1/2, M. Abaza : Hypotension artérielle.

Mercredi 27 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement médical des artérites oblitérantes ; 11 heures, M. Facquet : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Deparis : Phlegmatia alba dolens ; 16 heures, M. Baraige : Mesure du débit cardiaque ; 17 h. 1/2, M. Frumusan : Formes cliniques des phlébites.

Jeudi 28 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement des phlébites ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. Golblin : Varices ; 16 heures, M. Even : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. Welti : Anévrysmes artériels et artério-veineux.

Vendredi 29 mai, 10 heures, M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures, M. Puech : Acrocyanose et syndrome de Raynaud ; 16 heures, M. Guillaume : Démonstration de capillaroscopie ; 17 h. 1/2, M. Abaza : Compressions des veines caves.

Samedi 30 mai, 10 heures, M. Lian : Exercices cliniques.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire. Le cours de novembre 1936 portera donc sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

— *VI[e] V. E. M. cardio-vasculaire.* — Il aura lieu à Bagnoles-de-l'Orne. Départ en auto-car le samedi 30 mai à midi et demi. A l'aller, visite de la cathédrale de Chartres et des Alpes Mancelles. Le dimanche matin, leçon de M. Lian sur la cure de Bagnoles et visite de l'établissement thermal, l'après-midi excursion aux environs. Le lundi matin, départ de Bagnoles, visite de la Suisse Normande, puis de Caen (déjeuner à Caen), de Lisieux, et arrivée à Paris à 20 heures.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours, 150 francs (tous frais compris) pour le V. E. M.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Facquet, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (Concours de nomination). — Épreuve de consultation écrite. Ont obtenu : MM. Degos, 19,72 ; Cachera, 19,45 ; Michaux, 18,90, Oumansky, 18,90.

Sont nommés médecins des hôpitaux de Paris : MM. Degos et Cachera.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux** (nomination). — Séance du 4 mai. — MM. Reinhold, 17 ; Couvelaire, 16 ; Gérard-Marchand, 15.

Séance du 5 mai. — MM. Patel, 19 ; Longuet, 17 ; Mouchet, 18.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Jury : MM. Chatellier, Hautant, Bloch (André), Rouget, Halphen, Troisier, Chevassu.

Censeurs : MM. Huet, Aubin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Création à Saint-Germain-en-Laye, d'un Centre de réadaptation de l'enfant.** — Cette fondation comprend :

1° Un Centre de rééducation et d'orthophonie, annexe de l'Œuvre du Docteur de Parrel, et dirigée par Mme Louise Matha. On y rééduque les enfants qui entendent mal (dyslaliques, dysphoniques, bègues), qui respirent mal, qui comprennent mal.

2° Une œuvre de l'enfance déficiente, dirigée par Mme le Docteur Suzanne Canale, et destinée au traitement gratuit des enfants arriérés et instables, de famille indigente.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme le Docteur Canale, 73 *bis*, rue de Pologne, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). Téléphone 515.

— **Bulgarie.** — Le Gouvernement bulgare aurait été invité par le Saint-Synode, pour des raisons morales et religieuses, à défendre légalement le mariage aux hommes âgés de plus de 55 ans et aux femmes âgées de plus de 50 ans.

— **Films de propagande antivénérienne.** — Ces films sont prêtés sur demande, à titre gratuit. La demande doit être adressée à la Cinémathèque du Ministère de la Santé publique et de l'Education physique, 3, rue Auguste-Comte, à Paris.

1° *Films muets.* — *a*) Une maladie sociale : la syphilis, grand film médico-social sur la syphilis, par le Docteur Leredde : 840 mètres, 42 minutes ;

b) Spirochaeta Pallida, Le microbe de la syphilis : 92 mètres, 5 minutes.

c) L'armement antivénérien en France, film documentaire sur les organismes antivénériens : 1.350 mètres, 1 heure.

d) Il était une fois trois amis, film épisodique sur les dangers de la syphilis héréditaire en particulier : 1.300 mètres, 1 heure.

e) Le baiser qui tue, film épisodique sur les dangers de la syphilis (milieux militaires) : 1.500 mètres, 1 h. 15 m.

f) Le baiser mortel, film épisodique sur les dangers de la syphilis : 2.400 mètres, 2 heures.

g) Causes et effets de la syphilis, film de provenance américaine, destiné à des conférences sur les maladies vénériennes pour un auditoire masculin : 700 mètres, 35 minutes.

h) Le rôle des consultations prénatales, film éducatif sur l'hérédo-syphilis : 250 mètres, 12 minutes.

i) L'hygiène sexuelle chez la femme, données schématiques élémentaires de physiologie nécessaire à la compréhension des maladies vénériennes chez la femme : 500 mètres, 25 minutes.

j) Les maladies sexuelles et leurs conséquences : 1.200 mètres, 1 heure.

k) Le conte de la mille et deuxième nuit (dessins animés) : 300 mètres, 10 minutes.

l) Le voile sacré, film épisodique sur le rôle des visiteuses d'hygiène sociale, une partie est consacrée à la syphilis : 2.300 mètres, 2 heures.

m) Ames d'enfants, film épisodique sur le taudis ; une partie est consacrée à la syphilis : 1.400 mètres, 1 heure.

n) La blennorragie, danger social, film consacré à un auditoire strictement masculin : 350 mètres, 10 minutes.

2° *Films parlants.* — *a*) Les maladies vénériennes : 300 mètres, 10 minutes. Conférence de M. Rabut sur les maladies vénériennes et leurs conséquences.

b) La blennorragie, danger social, film consacré strictement à un auditoire masculin : 350 mètres, 10 minutes.

c) Le conte de la mille et deuxième nuit, films et dessins animés, musical, paroles arabes : 300 mètres, 10 minutes.

Une collection de 82 plaques de projections fixées, établie sous la direction de M. le Prof. Gougerot, peut être prêtée.

— **Ier Congrès international de pyrétothérapie.** (Dr William Biermer, secrétaire général, 471 Park avenue, New-York. — Columbia University, New-York, 29 septembre, 3 octobre 1936). — *Comité français.* — Columbia University a demandé au Professeur Abrami de se charger de l'organisation européenne de ce Congrès, et de former un Comité français qui se rendra à New-York à la tête de la délégation française et des délégations de chacune des nations d'Europe.

Le Comité français a été ainsi constitué : sous le haut patronage de M. le Ministre de la Santé publique ; M. d'Arsonval, président d'honneur ; M. Abrami, président ; secrétariat général : MM. André Halphen, Jacques Auclair ; membre du Comité : MM. Alajouanine, Binet, Claude, Janet, Lardennois, Laubry, Levaditi.

Les membres du Comité français grouperont et commenteront, suivant leurs spécialités, toutes les publications françaises ayant trait à la pyrétothérapie (quel que soit l'agent pyrétogène) qui parviendront au secrétariat général, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe), avant le début de juin prochain.

Tous les confrères qui auraient des suggestions à présenter, des renseignements à demander sur l'organisation de ce Congrès, sont priés de s'adresser à l'adresse ci-dessus.

Le Comité français a été constitué uniquement par des Parisiens pour que les réunions puissent avoir lieu effectivement et pour faciliter l'organisation de ce Congrès, rendu difficile par la proximité de sa date de réunion et par l'échéance des correspondances nécessaires.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

cin : l'une attestant l'accomplissement de l'acte, l'autre le payement par l'assuré.

La nouvelle feuille ne comporte qu'une seule colonne de signature, celle-ci attestant le payement de l'acte médical et servant d'acquit. Le médecin ne doit donc apposer cette unique signature que si ses honoraires lui ont été versés.

Avis de traitement. — Chaque fois qu'une circonstance particulière vient à se produire au cours du traitement (consultations ou visites répétées, ordonnances coûteuses, série d'actes de pratique médicale courante ou de petite chirurgie, intervention chirurgicale ou soins spéciaux, envoi à l'hôpital, en maison de santé, en convalescence), le médecin note cette circonstance d'une simple croix sur la ligne correspondante de l'avis de traitement. Celui-ci est alors envoyé par l'assuré à sa Caisse, dans les mêmes conditions que la carte-lettre.

Cet avis de traitement a pour but d'informer la Caisse des circonstances qui peuvent entraîner pour elle le remboursement de frais élevés.

Ordonnances. — Le médecin doit savoir que, désormais, les médicaments ne sont plus remboursés qu'à 80 %, au lieu de 85 %, du prix payé au pharmacien par l'assuré.

En outre, le remboursement à 80 % ne joue que pour une ordonnance de 25 francs, ou pour les premiers 25 francs d'une ordonnance dépassant ce chiffre. La partie excédant 25 francs n'est remboursée qu'à 60 %.

Cependant, les sérums et les produits injectables, autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, sont remboursés à 80 %, quel que soit le montant de l'ordonnance. Le médecin doit signaler à part sur son ordonnance les produits appartenant à cette catégorie, afin que la Caisse puisse opérer leur remboursement à 80 %.

En outre, dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, tous produits pharmaceutiques peuvent être remboursés à 80 %, quel que soit leur prix, sur proposition du médecin traitant acceptée par le médecin contrôleur de la Caisse.

S'il a été rédigé plusieurs ordonnances à l'occasion d'un même acte médical, ces ordonnances se trouvent bloquées en une seule en ce qui concerne le calcul du remboursement à faire à l'assuré.

Toutefois cette disposition ne s'applique pas aux ordonnances qui prescrivent des examens de laboratoires, ni à celles qui comportent des appareils (bandages, ceintures, etc.).

NOUVELLES JUDICIAIRES

La Confédération nationale des Syndicats dentaires nous communique l'information suivante :

Nous apprenons que, sur une double plainte de M. de La Peine, chirurgien-dentiste à Chateaurenard (Vaucluse) et de M. Broustine, dentiste à Metz, M. Barail a été condamné par défaut, pour escroquerie, par un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine (13e Chambre), en date du 27 avril dernier, à un an de prison.

MM. de La Peine et Broustine respectivement assistés de Me Thumen et Me Suzanne Grinberg du Barreau de Paris, s'étaient inscrits de bonne foi à la fameuse Ecole d'électro-radiologie dentaire que M. Barail avait fondée à Paris, avenue d'Orléans. Sur la foi d'un enseignement qui devait être donné et du diplôme de docteur en électro-radiologie dentaire qui avait couronné les études, ils avaient versé des sommes se montant à 5.000 et 6.000 francs. Le Tribunal a condamné Barail à la restitution des dites sommes.

On se souvient que Barail avait été condamné, par arrêt de la Cour de Paris du 31 décembre 1934, à 500 francs d'amende pour infraction aux lois sur l'enseignement, n'ayant pas en effet le droit de distribuer des diplômes donnant le titre de docteur en électro-radiologie dentaire et que les Syndicats des médecins de la Seine et des chirurgiens-dentistes de France, qui s'étaient portés partie civile dans cette affaire, avaient obtenu chacun 1.000 francs de dommages-intérêts.

Paris, le 1er mai 1936.

Aux membres de la Mutualité familiale

Le secrétaire général, en temps voulu, écrit *toujours* une lettre de rappel aux membres, dont il n'a pas reçu de nouvelles.

D'autre part, aucun envoi d'indemnité ne peut être fait avant le vote du Conseil d'administration qui se réunit aux fins de trimestre ; les fonds sont expédiés dans la semaine qui suit la réunion de ce Conseil.

Enfin, les confrères ne doivent pas oublier de donner *la date exacte* de la reprise de leur activité professionnelle ; sans elle, comment calculer ce qui leur est dû ? Se rappeler enfin que les quatre premiers jours d'incapacité ne sont jamais payés.

Le Secrétaire général,
Dr H. Mignon.

• • •

AGRÉGATION DE MÉDECINE

Section de médecine générale

Candidats inscrits :

Académie de Paris : MM. Albot, Andrieux, Azerad, Bariéty, Benda, Blondel, Bonnet, Cachera, Caroli, Cattan, Coste, Decourt, Degos, Delarue, Doubrov, Dreyfus, Garcin, Gennes (de), Jacquet, Kourilsky, Lamy, Lelong, Lenègre, Marchal, Marie, Massias, Merklen, Mollaret, Patey, Péron, Perrault, Poumeau-Delille, Soulié, Uhry, Walich, Walser, Worms.

Académie d'Aix : MM. Brahic, Olmer, Raybaud.

Académie de Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée, Gré, Massière, Traissac.

Académie de Lille : MM. Breton, Houcke, Huriez, Martin, Patoir, Warembourg.

Académie de Lyon : MM. Barbier, Barral, Chevallier, Croizat, Delore, Froment, Gardère, Guichard, Josserand, Levrat, Martin, Naussac, Thiers.

Académie de Montpellier : MM. Boucomont, Chardonneau, Fafon, Rimbaud.

Académie de Nancy : MM. Kissel, Michon.

Académie de Toulouse : MM. Bounhoure, Desforges-Mériel, Fabre, Gadrat, Planques, Stillmunkes.

Leçon de trois quarts d'heure. — Ordre de passage : MM. Warembourg, Houcke, Caroli, Massière, Planques, Lafon, Patay, Patoir, Bounhoure, Martin, Gadrat, Froment, Goucomont, Gré, Massias, Brahic, Kissel, Bonnet, Stillmunkès.

Séance du 4 mai. — M. Warembourg : « Crises astriques du tabes ».

M. Houcke : « Erythème noueux ».

M. Caroli : « Formes cliniques de la méningite tuberculeuse. »

M. Massière « Leucémie aiguë ».

Séance du 5 mai. — M. Planques : « Mélitococcie ».

M. Lafon : « Tétanos. Formes cliniques. »

M. Patey : « Formes cliniques des abcès du poumon ».

M. Patoir : « Gangrènes diabétiques ».

Séance du 6 mai. — M. Bounhoure : « Pneumonie, caséeuse ».

M. Martin : « Tuberculose intestinale ».

M. Gadrat : « Maladie d'Addison ».

M. Froment : « Diphtérie maligne ».

Section d'histoire naturelle et parasitologie

Leçon de trois quarts d'heure. — Séance du 5 mai. — M. Sautet : « Rôle pathogène des amibes intestinales de l'homme ».

Leçon d'une heure. — Séance du 6 mai. — M. Sautet « Etiologie des fièvres récurrentes ».

◆ ◆ ◆

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

11.810 Agniel, Bagnols (Gard). Parrains : Docteurs Arène et Dusauls.
11.811 Amic, 60, rue de Marseille, Lyon (Rhône). Syndicat des médecins du Rhône.
11.812 Bessière, 7, cours A.-Briand, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.
11.813 Boyer, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). Parrains: Docteurs Derome et Durozoy,
11.814 Chevallier, Aix-les-Bains (Savoie). Syndicat des médecins de la Savoie.
11.815 Collibert, 13, rue d'Alexandrie, Paris (2e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.816 Colmez, Seyssel (Ain). Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.
11.817 Cossa, 29, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes). Synd. méd. de Nice.
11.818 Coste, Aurillac (Cantal). Syndicat médical de l'arrondissement d'Aurillac.
11.819 Cuilleret, 3, rue du Plat, Lyon (Rhône). Syndicat des médecins du Rhône.
11.820 Doisy, Rennes (Ille-et-Vilaine). Syndicat médical de Rennes.
11.821 Doumax, Marmande (Lot-et-Garonne). Syndicat médical du Lot-et-Garonne).
11.822 Duchet-Suchaux, Vesoul (Haute-Saône). Syndicat des médecins de la Haute-Saône.
11.823 Dufour, 49, avenue de la Motte-Picquet, Paris (15e). Parrains : Docteurs Mario Lebel et Gaucher.
11.824 Ebner, Ramerupt (Aude). Syndicat médical de l'Aube.
11.825 Folie Desjardins, Esbly (Seine-et-Marne). Parrains : Docteurs Simon et Vilpelle.
11.826 Fournier, 59, boulevard Dugommier, Marseille (Bouches-du-Rhône). Société française de dermatologie.
11.827 Garmier, La Clayette (Saône-et-Loire). Syndicat médical de l'arrondissement de Charolles.
11.828 Georgel, Témouchent (Oran). Syndicat médical d'Oran.
11.829 Guilmard, Gorbio-Menton (Alpes-Maritimes). Parrains : Docteurs Louis Py et Camaret.
11.830 Gully, Sully-sur-Loire (Loiret). Syndicat de Gien.
11.831 Jegourel, Pontivy (Morbihan). Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy.
11.833 François Lavabre, Millau (Aveyron). Parrains: Docteurs Lavabre (Elie) et Gaillard.
11.834 Pierre Lavabre, Millau (Aveyron). Parrains: Docteurs Lavabre (Elie) et Gaillard.
11.835 Le Roy, Malaunay (Seine-Inférieure). Syndicat médical de Rouen.
11.836 Levaxelaire, Chambéry (Savoie). Syndicat des médecins de la Savoie.
11.837 Losay, Neuilly-Plaisance (Seine-et-Oise). Syndicat médical banlieue-est.
11.838 Monnier, Tourcoing (Nord). Syndicat médical de Tourcoing.

11.839 Pesque, Rouen (Seine-Inférieure). Syndicat de Rouen.
11.840 Peyaud, Bernay (Eure). Parrains : Docteurs Thin et Boucher.
11.841 Poisson (Pierre), Albi (Tarn). Syndicat médical Albi-Gaillac.
11.842 Prades, Belfort (Territoire de Belfort). Syndicat médical de Belfort.
11.843 Réchou, 38, rue de Saint-Genès, Bordeaux-(Gironde). Syndicat médical de la Gironde.
11.844 Sauvan, 38, cours Pierre-Puget, Marseille (Bouches-du-Rhône). Syndicat professionnel des médecins de Marseille.
11.845 Smilovici, Auberive (Haute-Marne). Parrains : Docteurs Voillemin et Husson.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

3.507. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie en cas de rechute

Un de mes malades, tuberculeux pulmonaire chronique, à lésions accentuées (cavernes, bacilloscopie +) procède par poussées évolutives, dans l'intervalle desquelles il peut travailler, faute de quoi il mourrait d'ailleurs, non plus de sa tuberculose, mais de faim.

Son avant dernière poussée a eu lieu en novembre 1934. Il s'est soigné et reposé six mois, après quoi il a repris son travail, en mai 1935 et a cotisé jusqu'en mars 1936. A cette date, nouvelle poussée et recrudescence des symptômes, à la suite d'une grippe probablement.

Sa Caisse lui a demandé un certificat médical disant qu'il s'agissait cette fois d'une maladie autre que celle soignée en 1935.

Je lui ai fait un certificat disant qu'il était atteint d'une maladie *chronique avec poussées*, que la poussée actuelle était différente de la précédente, qui avait si bien guéri qu'il avait pu travailler et cotiser.

La Caisse lui répond par la lettre ci-jointe.

Que doit faire mon malade ?

D'autre part, il est décidé maintenant à demander

l'invalidité. Il a évidemment droit à plus de 66 %. De quand partira cette invalidité ?

Je profite par ailleurs de ce que je vous écris pour vous demander un autre avis concernant un des derniers décrets-lois.

Il faudra dorénavant pour toute maladie exigeant plus de quatorze jours d'arrêt de travail, délivrer un certificat de guérison.

Mais il y a des quantités de maladies qui permettent à l'intéressé de reprendre le travail alors qu'ils ne sont pas guéris complètement. Et il y a des maladies chroniques. Un hépatique, par exemple, ou un cardiaque.

Quelles pourront alors être les conséquences de pareils certificats ?

Dr V.

Réponse

Il n'est pas douteux à notre sens que le refus opposé à l'assuré en question par sa Caisse d'assurances sociales n'est pas juridiquement fondé. Il résulte en effet de la jurisprudence de *la Cour de cassation* (V. *not.* arrêts des 31 mai et 25 juillet 1934) que toute rechute survenue plus de deux mois après la fin de la période de maladie antérieure est une maladie nouvelle rouvrant pour six mois le droit aux prestations. Deux conditions sont donc nécessaires pour cette réouverture : d'une part la fin de la première période de maladie, et d'autre part la rechute survenant plus de deux mois après. Or, il y a fin de la période de maladie, ou guérison apparente, lorsque l'affection dont souffre l'assuré passe par une période de stabilité le dispensant momentanément de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. Ces conditions paraissant remplies en l'espèce, votre client a donc droit pour six nouveaux mois aux prestations de l'assurance-maladie.

Le fait qu'il n'ait pas averti la Caisse de cette guérison apparente, et qu'il ne l'ait pas fait médicalement constater ne saurait suffire à le priver de ses droits, s'il peut établir par tout autre autre moyen qu'il en a bien été ainsi. Cette obligation de préavis et de contrôle n'est en effet légalement imposée aux assurés que par l'art. 6 § 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, qui n'est entré en application, en ce qui concerne, les conditions d'ouverture du droit aux prestations, que depuis le 1er avril dernier, et ne saurait donc être opposé en l'espèce.

Mais d'autre part si votre client est atteint d'une incapacité de plus des deux tiers, et s'il possède à son compte au moins 480 cotisations journalières durant les huit trimestres civils précédant la première constatation médicale de sa dernière rechute (puisque chaque rechute cons-

titue au point de vue Assurances sociales une maladie nouvelle), il peut demander à sa Caisse primaire d'assurance-maladie, la liquidation de ses droits aux prestations invalidité. Dans ce cas, outre sa pension, il aurait droit en effet pendant cinq années aux prestations en nature de l'assurance-maladie.

Aucune disposition du décret-loi du 28 octobre 1935 ou du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 n'oblige le médecin à délivrer un certificat de guérison après quatorze jours d'arrêt de travail. L'art. 6 § 12 oblige seulement l'assuré (ou le médecin lorsqu'il s'agit d'assuré indigent) à prévenir la Caisse de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants et le § 13 à prévenir la Caisse de toute guérison apparente dans les huit jours.

---

3 733. — Droit des assurés notoirement indigents au libre choix du médecin

Comme suite à votre article « Le nouveau régime des assurés indigents » paru dans le *Concours Médical* du 19 avril 1936, je vous prierai de bien vouloir me faire connaître si d'après la nouvelle législation concernant les assurés sociaux notoirement indigents, les médecins peuvent — comme par le passé — pratiquer des accouchements chez les assurées sociales notoirement indigentes, ou s'il y a des restrictions dans ce sens. Dr S.

Réponse

Il résulte de l'art. 19 § 3 alinéa 3 du décret du 28 octobre 1936 modifiant le régime des Assurances sociales, que les prestations concernant les assurés indigents sont les mêmes que celles des assurés ordinaires et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicables à ces assurés.

Il faut donc en déduire que les soins aux indigents seront régis non pas par les dispositions du règlement départemental d'assistance, mais par celles de l'art. 6 du décret-loi sur les Assurances sociales visant les assurés ordinaires. En particulier les assurés indigents jouiront du libre choix de leur médecin traitant, quand bien même les assistés du département ne bénéficieraient pas de cette faculté, et sans que ce libre choix soit limité par les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 concernant les assistés de la loi de 1893 et suivant lequel ces assistés ne peuvent changer de médecins en cours d'années *que pour motifs graves et après* autorisation spéciale. Par suite les médecin pourront librement pratiquer des accouchements chez les assurées sociales indigentes ou conjointes d'assurés indigentes en toute liberté comme s'il s'agissait d'assurés ordinaires.

QUESTIONS DIVERSES

2.504. — Un diplômé d'Université peut-il s'intituler « Docteur X »

Un étranger titulaire du doctorat d'Université qu'il est en train de changer en diplôme d'Etat peut-il être poursuivi pour usurpation de titres s'il met sur ses cartes et papiers à en-tête, Docteur X... de la Faculté de médecine de Paris?

Est-il considéré comme étudiant ou médecin devant la loi pour renouveler sa carte d'identité, car les droits varient ? Dr B.

Réponse

Sur la première question concernant l'usurpation de titre, nous devons vous dire que l'usage en France veut que le titre de docteur précédant le nom patronymique signifie « docteur en médecine d'Etat ayant le droit légal d'exercer la médecine ».

Un docteur en droit, un docteur ès sciences, un docteur ès lettres, ne signent jamais : Docteur X... Certes, en droit pur, n'importe quel docteur peut signer comme en Allemagne, Docteur X..., mais l'usage, en France, s'oppose à cette possibilité.

De plus, par le fait même que cet étranger est docteur en médecine d'Université, il peut laisser croire qu'il a l'intention d'exercer illégalement la médecine et tenter d'attirer des clients dans son cabinet. Le public ne sachant pas quelle est la distinction entre le titre « d'Etat » et le titre « d'Université », croira, de bonne foi, que le Docteur X... a le droit légal d'exercer la médecine en France, alors qu'il n'en est rien.

En second lieu, au point de vue du renouvellement de sa carte d'étranger, il peut très bien se considérer comme étant étudiant puisqu'il postule pour l'obtention du grade d'Etat. Il a par conséquent de ce chef les obligations de subir des examens comme étudiant ordinaire. N'ayant pas le droit d'exercer la médecine en France puisqu'il est étranger et qu'il n'a qu'un diplôme d'Université, il ne peut pas s'intituler médecin.

Dr Paul Boudin.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.688. — Radio du bassin et de la colonne lombaire sur le même cliché

J'ai, avec la Compagnie la X., assurance-accident, un petit différend.

J'ai radiographié le 6 juillet 1935 un blessé le sieur S... Alphonse, domicilié à V., qui possédait une assurance agricole, accident du travail. Ce blessé est insolvable.

Sur un même film 36 × 43, pris en téléradiographie,

j'ai pu mettre le bassin et la colonne lombaire de face.

J'ai compté :

Radiographie du bassin	200 fr.
Radiographie de la colonne lombaire de face	165 fr.
Au total (tarif accidents du travail)	365 fr.

Sous prétexte que les deux radiographies étaient sur le même cliché, la Compagne m'a réglé 200 francs et refuse de me régler les 165 francs. Autrement dit, elle soutiendrait, ce qui est contre toute technique et ce qui créerait un précédent regrettable, que chaque segment de corps doit être radiographié séparément. Il m'arrive constamment de faire des radiographies où sur le même film de grandeur appropriée j'ai le cou-de-pied, la diaphyse, le genou. Ces radiographies présentent de gros avantages pour les comparaisons de décalcification, d'axe, etc... Du fait qu'elles sont prises en téléradiographie, 1 m. 50 ou 2 mètres de distance, il n'y a pour ainsi dire pas de déformation. Or, vous verrez par la lettre ci-jointe les erreurs énormes que soutient cette Compagnie ; d'abord en voulant tarifer 75 % la deuxième radiographie, ensuite en la refusant pour des questions de dimensions de cliché, puis en donnant comme argument la radiographie totale du corps humain sur un seul film, qui contrairement à leur allégation a été réalisée par des téléradiographies de trois à huit mètres de distance et pour lesquelles le prix de chaque segment fournirait bel et bien le prix total de la radiographie. Cette discussion est intéressante car elle a trait à un fait tout à fait nouveau « plusieurs segments du corps humain sur un même film ».

Je vous demande votre avis et si vous jugez à propos de me soutenir, de vouloir bien entrer en discussion avec cette Compagnie pour discuter l'affaire au fond, tout en me faisant obtenir satisfaction dans le cas partiiculier.

Dr G.

Réponse

a) A l'art. 27, après énumération des prix des diverses radios, il est dit, à l'alinéa « Observations : Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves ». De plus, au 8e alinéa, il est dit : « Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées, etc. . . » Or, dans le cas présent il n'y a qu'un seul cliché et le prix demandé est celui de deux clichés : il y a quelque chose d'anormal évidemment.

b) En cas de deux clichés de la même région, le prix du premier serait celui indiqué et le prix du second le même minoré de 25 % (*Ibidem*, alinéa 3). Mais là encore, il y a deux clichés dont quatre épreuves, deux commentaires détaillés, etc., ce n'est pas davantage le cas.

c) D'autre part, la radio du bassin seul étant de 200 francs, celle du bassin plus de la colonne

lombaire doit être plus grande, donc d'un prix plus élevé d'après les autres postes de même tarif radiologique. Il s'ensuit que dans ce cas spécial, il apparaît équitable de compter 50 % en plus que pour la radio du bassin seul, ce qui mettrait le prix total à 300 francs.

Dr F. DECOURT.

3.622. — Auto-hémothérapie en série

Quel tarif appliquer à un assuré-assisté pour injection intra-veineuse médicamenteuse suivie d'auto-hémothérapie ?

Au tarif des accidents du travail (applicable aux assurés-assistés) ne figure pas l'auto-hémothérapie ; l'injection intraveineuse en série y est tarifée 25 francs.

Au tarif des bénéficiaires de l'art. 64 de la loi des pensions, l'auto-hémothérapie est tarifée 25 francs également.

Je crois qu'il serait pourtant exagéré de demander à l'assurance-assistance 25 + 25 = 50 francs pour injection intra-veineuse suivie immédiatement d'auto-hémothérapie, l'opération ne comportant qu'une seule ponction veineuse.

Ne croyez-vous pas que 35 ou 40 francs serait un tarif raisonnable, acceptable pour la Caisse d'assurances et pour les finances départementales ?

Dr F.

Réponse

Quand nous faisons une auto-hémothérapie, nous pratiquons une piqûre intraveineuse qui est tarifée en série, 25 francs, en accidents du travail. Puis nous faisons une injection du sang dans la fesse, ce qui n'est pas l'objet d'une tarification spéciale.

La conclusion est qu'une auto-hémothérapie, en série est tarifable 25 francs, tout comme une injection intraveineuse. Et cela d'autant mieux qu'une simple « prise de sang pour analyses » est tarifé 20 francs.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

3.802. — Maladies professionnelles non garanties par la loi

Les maladies professionnelles sont-elles en tout assimilables aux accidents du travail ? Un ouvrier atteint d'une maladie professionnelle (un mineur atteint de nystagmus par exemple) n'a-t-il pas droit aux demi-salaires tout comme s'il était blessé, et le médecin qui le soigne ne peut-il réclamer à l'employeur ou à l'assureur substitué des honoraires établis d'après le tarif des accidents du travail.

Ayant eu ces temps-ci plusieurs ouvriers mineurs

à soigner pour nystagmus, bursite aiguë, pneumotoniose, j'avais réclamé à la Compagnie des mines des honoraires analogues à ceux que je réclame pour les accidents du travail et voici copie de la réponse que j'ai reçue :

« En réponse à votre lettre nous vous faisons connaître que le décret du 16 octobre 1935, venant du reste simplement compléter la liste des maladies établies par les décrets antérieurs pris en exécution de la loi de 1919, ne modifie nullement nos obligations envers nos ouvriers ni à plus forte raison envers leurs médecins... »

Que penser de cette interprétation ? Je compte sur votre extrême obligeance pour me documenter à ce sujet. Dr G.

Réponse

A l'inverse des accidents du travail, les maladies professionnelles ne donnent pas en principe à la victime droit aux indemnités prévues par la législation sur le risque professionel. Il n'en va autrement que pour les maladies figurant sur la liste limitative dressée par la loi du 1er janvier 1931, et complétée par le décret du 12 décembre 1922 promulguant en France la Convention de Genève du 10 juin 1925.

Or le nystagmus des mineurs ne figure pas dans lcette liste ; il est seulement prévu par le décret du 16 octobre 1935, dont le sens est tout autre. Ce décret, qui a remplacé et abrogé celui du 16 novembre 1929, a simplement pour but d'énumérer les cas de maladie ayant un caractère professionnel que les docteurs en médecine doivent déclarer, aux termes de l'art. 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de la prévention des maladies professionnelles, et de l'extension ultérieure de la liste des maladies bénéficiant de la protection légale.

Il s'en suit que tout ce qui concerne ces maladies se trouve sous l'empire du droit commun. La victime ne peut prétendre à une indemnité de la part de la Compagnie que si elle peut établir que la responsabilité de cette dernière est engagée dans les termes des art. 1382 et 1384 du Code civil ; quant au médecin il n'a d'action directe pour le payement de ses honoraires que contre son client ; il n'est bien entendu limité par aucun tarif pour l'établissement de sa note.

Au contraire s'il s'agissait d'une maladie relevant de la législation sur les accidents du travail, les droits du médecin et de la victime à l'égard du chef d'entreprise responsable seraient les mêmes qu'en cas d'accident proprement dit.

3.991. — Responsabilité d'un accident survenu dans une école

En mai 1934, l'enfant d'un de mes clients ayant été bousculé à l'école, l'instituteur jugea utile de faire appel au médecin.

Depuis cette époque les parents refusent de payer

la petite note relative à cette intervention sous prétexte que ce n'est pas eux qui ont demandé que l'enfant soit vu par le médecin.

Dans ces conditions je vous serais reconnaissant de me faire savoir à qui je puis utilement adresser la note de soins donnés et médicaments fournis. Est-ce à la commune, est-ce à la Caisse des instituteurs ? Ou les parents sont-ils tenus de payer les frais de ce petit accident ? Dr B.

Réponse

Il résulte de l'article 1384 du Code civil que les instituteurs, et l'Etat lorsqu'il s'agit d'instituteur publics, sont civilement responsables des accidents causés par les élèves placés sous leur garde à des tiers et notamment à leurs camarades. Puisque, en l'espèce, l'incident ayant motivé vos soins est attribuable à une bousculade survenue entre les enfants de l'école, l'art. 1384 est donc applicable, et l'Etat est responsable des suites de cet accident à l'égard des parents. L'action en dommages-intérêts doit être dirigée contre le Préfet du département, elle est de la compétence des Tribunaux judiciaires ordinaires. Etant vous-même créancier des parents de l'enfant pour les soins que vous lui avez donnés, vous êtes fondé à exercer cette action contre l'Etat, et à demander à l'Administration le payement de votre note.

En second lieu, la jurisprudence décide de manière constante que le fait pour un tiers de faire appeler un médecin auprès d'un malade fait présumer que ce tiers s'est tacitement engagé à prendre à sa charge le montant de ses honoraires, du moment qu'il ressort des circonstances de la cause que ce tiers avait un intérêt personnel à la guérison du malade. Ces principes ont été appliqués au cas d'instituteurs ou maîtres d'école faisant appeler un médecin pour donner des soins à un de leurs élèves, et il a été jugé que le maître était responsable du payement du médecin s'il n'a pas prévenu ce dernier qu'il n'entendait pas répondre des frais engagés, l'intérêt personnel à la guérison résultant suffisamment de ce qu'il pouvait se croire responsable au moins moralement de l'accident survenu alors que les élèves étaient sous sa garde (Tribunal de paix d'Eu, 1er mai 1931).

Enfin il n'est pas douteux que les parents de l'enfant auquel vous avez donné vos soins restent vos débiteurs principaux, quand bien même ce ne sont pas eux qui ont fait appel à vous. Le malade bénéficiaire des soins, ou ses représentants légaux, sont en effet les premiers tenus du payement des honoraires du médecin, et d'autre part les parents sont débiteurs à l'égard de leur enfant de l'obligation de secours prévue par le Code civil.

Tels sont les recours dont vous disposez en l'espèce pour obtenir le payement de votre note.

Cinquante huitième année — N° 21 — 24 Mai 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappe ons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet. Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stäuder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Concarneau Dupouy.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
Saint-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

Nº 139. — A louer Dordogne, 200 m. gros bourg, ch. de fer, rivière, villa neuve 8 p., cab. toil., porche, véranda, w. c. int. et ext. garage, eau, gaz, calorif., potag. et fleurs. Pêche, chasse. Photo c. timb. 0,50.

Nº 140. — M. et Mlle. Dans centr. industr. important poste méd. datant de 1901 à céder de suite pour cause décès. Belle maison avec jardin, communicat. facile avec gr. ville à 12 km. Condition à débatt.

Nº 141. — Corniche vendéenne. Cure climat. orient. except. vue splend. bordure mer, 2 à 5 p., eau, gaz, électr., téléph., parc, 2 tenn. Condit. aux confr. Ecr. en demand. notice à Ker Pilours, Croix-de-Vie (Vendée).

Nº 142. — Le Vésinet. A louer belle villa tout conf. mod., avec garage, bien située sur grande avenue, 12.000 fr. par an.

Nº 143. — Côtes-du-Nord. Stat. climat. balnéaire. Urgent, poste méd. à céder pour cause décès. Logement et jard. à louer.

Nº 144. Nord-Est. Poste très import. dans gros bourg industr. est proposé à jeune méd. très actif, de préfér. anc. interne.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Banlieue Sud. Prox. de Paris, excellente clientèle d'un bon rapport. Beau pavillon avec jardin et confort. A céder pour cause santé 50.000 dont 30.000 cpt.

Normandie. Proximité de la côte. Clientèle rurale avec gros fixe transmissible. Prix 50.000 dont partie cpt.

2 h. 30 Paris. Importante clientèle industrielle et rurale, proximité ville. Belle maison de maître. Indemnité 55.000 fr.

Renseignements

« Le Vert Logis » **Montmorency**, 6, rue du Cours. Régimes, Convalescences. Pens. 35 fr. T. 23-35.

Méd. recommande Maison de convalescence « Sanor », à **Andernos-les-Bains**, en bordure du bassin d'Arcachon. Climat marin et forestier. Tout confort.

Nos pères ordonnaient le manganèse pour relever les fonctions alanguies. Toute dyspepsie s'accompagne d'asthénie. Donnez 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE à vos malades. Vous guérirez à la fois la dyspepsie et l'asthénie.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime

Héliothérapie, Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

A céder, cause maladie. Côte d'Azur. Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 27 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. le Professeur Volmar, de Strasbourg, est élu correspondant national dans la VIe division (*pharmacie*).

Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent collaborateur nos plus vives et nos plus sincères félicitations.

— **Congrès des médecins-automobilistes** (14-17 juin 1936). — Un Congrès, auquel chaque médecin-automobiliste peut assister, se tiendra à Paris. L'ordre du jour comporte les questions suivantes :

M. Godlewski (Paris, auditeur du Conseil suprême : Les accidents de la route. — M. Béhague (Paris) : Les secours sur route. — Prof. Lahy (Paris) : Les examens psychotechniques. — M. Keil (Reichenberg) : L'automobilisme médical et sa rétribution kilométrique en service public sanitaire. — M. Horak (Prague) : Les avantages moraux et matériels des membres des automobiles-clubs médicaux. — M. Prins (Utrecht) : La position des médecins-automobilistes dans le monde.

Un grand nombre d'excursions a été prévu. Les frais de participation s'élèvent à 465 francs par personne.

Renseignements au secrétariat général, 89, boulevard Magenta, Paris (Xe).

— **Hôpitaux de Paris.** — La *répartition* des médecins, chirurgiens, accoucheurs, des spécialistes, des chefs de cliniques, des internes et des externes dans les services des hôpitaux de Paris pour 1936-1937 est actuellement terminée.

L'Administration de l'Assistance publique de Paris vient de publier les nouvelles listes du personnel médical pour l'année hospitalière 1936-1937.

— **Journées médicales belges de 1936.** — *Visites dans les hôpitaux de Bruxelles.* — Avec le bienveillant accord de la Commission d'assistance publique, deux matinées d'applications pratiques et opératoires auront lieu dans les hôpitaux de Bruxelles : le lundi 22 à Saint-Pierre, rue Haute, et le 23 à Brugmann, à Jette. Les chefs de service, aidés de leurs adjoints et assistants, élaborent le programme qui sera offert aux congressistes. Disons enfin qu'à 10 h. 30, le lundi, M. Goossens-Bara, président, et les membres de la Commission, recevront officiellement les congressistes et leur feront visiter le nouvel hôpital universitaire.

— **Concours de médecin inspecteur des Ecoles du département de la Seine.** — *Classement définitif des candidats* : 1. Mme Zagdoun ; 2. Mme Bernard ; 3. M. Patey ; 4. M. Mercklen ; 5. M. Rouques ; 6. M. Boulanger ; 7. Mme Roudinesco ; 8. M. Baize ; 9. Mlle L'Hoir ; 10. M. Mallez ; 11. M. Lestoquoy ; 12. M. Fauvert ; 13. M. Cahen ; 14. M. Langlois ; 15. M. Gilbrin ; 16. M. Sterne ; 17. Mme Ogliastri ; 18. M. Prieur ; 19. M. Servel de Cosmi ; 20. M. Bohn ; 21. Mlle Delos ; 22. Mme Wesbecher ; 23. M. Lafitte ; 24. M. Bolgert ; 25. M. Fortier ; 26. M. Baillet ; 27. M. Bréhier ; 28. M. Fourniat ; 29. Mme Cros ; 30. Mlle Lecocq ; 31. Mlle Ronget ; 32. M. Klotz ; 33. M. Canonne ; 34. Mme Zucman ; 35. Mlle Abricossof ; 36. M. Saullière ; 37. M. Degrais ; 38. M. Lévy ; 39. M. Bonnard ; 40. Mme Arager ; 41. M. Cabaille ; 42. Mme Bayer.

— **Tennis-Club médical de Paris.** *Championnat médical de tennis.* — En raison du succès remporté l'année dernière, le tennis club médical de Paris organise à nouveau, cette année, un championnat de tennis ouvert à tous les médecins français.

Ce championnat de tenis se déroulera, pour les confrères de Paris et de la région parisienne sur un des deux courts de tennis du T. C. M. P. Pour les confrères de province ne pouvant disputer leurs matches à Paris des éliminatoires régionales sont prévues.

La date extrême des engagements est fixée au 10 juin, le premier tour commencera le 15 juin, la finale aura lieu à Paris, le jeudi 9 juillet. Le titre de Champion Médical 1936 sera décerné au vainqueur ; de nombreux prix sont offerts par les principaux laboratoires et seront distribués aux demi-finalistes et aux finalistes. Les convocations seront envoyées individuellement.

Prière d'envoyer avant le 10 juin, accompagnés d'une somme de 25 francs, les engagements au siège social, 77, boulevard Suchet, Paris, ou au président, le Docteur Galand, 177, boulevard Saint-Germain, Paris, ou au trésorier le Docteur Mazer, 5, rue de Stockholm, Paris.

— **Préfecture du Haut-Rhin.** *Concours d'inspecteur d'hygiène.* — Un concours pour la nomination d'un médecin-inspecteur d'hygiène d'arrondissement aura lieu à la Préfecture du Haut-Rhin, à Colmar, au courant du mois de juin 1936.

Les candidats devront être Français, docteurs en médecine, âgés de 26 ans au moins et de 40 ans au plus. Toutefois, cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à une pension de retraite, sans que l'âge de 45 ans ne puisse cependant être dépassé à moins qu'il ne s'agisse d'un candidat ayant des titres exceptionnels, ce qui sera laissé à l'appréciation du jury. Ils devront parler suffisamment les deux langues, française et allemande.

Le traitement initial attaché à la fonction est de 38.000 francs soumis au prélèvement de 10 % (décret du 16 juillet 1935). Les frais de bureau sont de 1.500 francs par an. Les frais de tournées sont remboursés.

Les inscriptions en vue de ce concours seront reçues à la Préfecture du Haut-Rhin (Inspection départementale d'hygiène), à Colmar, jusqu'au 5 juin 1936, dernier délai.

Tous renseignements sur le concours et sur la constitution des dossiers seront fournis sur demande adressée à M. l'Inspecteur départemental d'hygiène, 3, rue Wilson, Colmar.

—**Nos croisières.** — Nous rappelons à nos lecteurs que la XII[e] croisière de *Bruxelles-Médical*, au Canada et aux Etats-Unis, partira de Cherbourg le 15 juillet, par le SS *Montclare*, et que le retour aura lieu avec départ de Montréal le 7 août, arrivée à Cherbourg le 14 août. Elle visitera Québec, Ottawa, Toronto, les Chutes du Niagara, Chicago, Rochester (facultatif), Washington, Philadelphie, New-York, Boston, Montréal.

Prix de la traversée, en classe cabine : 551 dollars, en classe touriste : 475 dollars.

Nous organisons de notre côté une croisière au Canada et aux Etats-Unis, dont l'itinéraire est, à peu de chose près, identique à celui de la croisière ci-dessus, mais qui partira de Cherbourg le 18 août, et sera de retour au Havre le 16 septembre.

Le prix, en classe touriste, a été fixé à 7.425 francs.

Enfin, nous organisons également du 1[er] au 25 août, une croisière dans les mers arctiques, sur le « Foucauld ». Le prix, en classe touriste, est de 3.275 francs.

Pour tous renseignements complémentaires sur ces trois croisières, s'adresser au Bureau de Tourisme du *Concours Médical*.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 MAI

Enseignement de la médecine.

Avis de concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale, en date du 8 mai 1936, un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira, le lundi 5 octobre 1936, au siège de ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour trois emplois de médecin assistant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote.

Un concours est ouvert pour trois postes au moins de médecin assistant résidant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote (hôpital maritime).

Le traitement de début est de 20.000 francs et peut atteindre 30.000 francs par avancements successifs.

Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Il est interdit de faire de la clientèle et d'accepter un emploi accessoire.

Les femmes sont admises à concourir.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1936. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires.

Les candidats devront être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et compter au moins dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française.

Ne pourront prendre part à ce concours que les candidats anciens externes des hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'Ecole de médecine ou ceux pourvus d'un certificat de phtisiologie délivré par une faculté de médecine.

Les candidats devront justifier des connaissances qu'ils pourraient avoir dans les recherches de laboratoire appliquées au diagnostic bactériologique et biologique de la tuberculose.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique et de l'Education physique

(direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe) avant le 10 juin 1936. Elles seront accompagnées des documents ci-après :

1o Extrait de l'acte de naissance ;

2o Pièce établissant la nationalité française, ou, s'il y a lieu, la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3o Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4o Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

6o Dépôt de la thèse et des travaux et publications ;

7o Pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires ;

8o Renseignements sur la situation de famille ;

9o Eventuellement, justifications de la pratique du laboratoire.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur entrée en fonctions, subir les visites médicales exigées des candidats à un emploi public.

Exercice de la médecine et de la profession de sage-femme à Madagascar.

Décret du 2 *mai* 1936 *modifiant le décret du* 22 *décembre* 1916 *portant réglementation de la médecine indigène et de la profession de sage-femme à Madagascar.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR

Année 1936

RÉSERVES

SERVICE DE SANTÉ

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

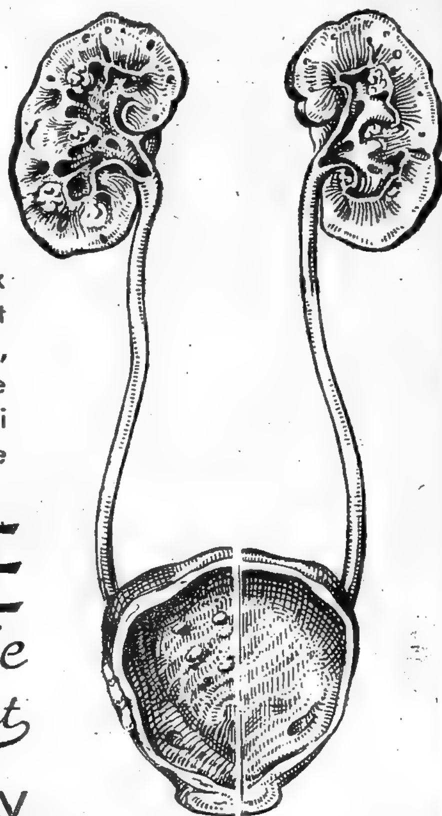
(Loi du 17 juillet 1931)

Sont inscrits :

Pour le grade d'officier

Villa, méd. command. 3e rég. ; Rauzy, méd. command. 17e rég. ; Josse, méd. lieut.-col., 19e C. A. ; Cazottes, méd. command., 17e rég. ; Périe, méd. command., 17e rég. ; Laporte, méd. col. rég. Paris ; Pascal, méd. col. rég. Paris ; Bernard, méd. lieut.-col., 20e rég. ; Trollat, méd. command. 18e rég. ; Monraisse, méd. command. 13e rég. ; Lannou, méd. lieut.-col., 11e rég. ; Humbel, méd. lieut.-col., 5e rég. ; Robert, méd. lieut.-col. 19e rég. ; Fourmentin, méd. command. 1re rég. Malartic, lieut.-col., 15e rég.

Nurdin, méd. command. 7e rég. ; Séverac, méd. lieut.-col., 9e rég. ; Cadé, méd. lieut.-col. 14e rég. ; Fabrégat, méd. command. 17e rég. ; Cerise, méd. command. rég. Paris ; Lévy, lieut.-col. rég. Paris ; Cousyn, méd. command. 15e rég. ; Bailly Salin, méd. command. 8e rég. ; Roucayrol, méd. command. rég. Paris ; Gauthier, méd. command. 14e rég. ; Arsimoles, méd. command. 20e rég. ; Léméland, méd. command. rég. Paris ; Mouriquand, méd. lieut.-col. 14e rég. ; Mesnager, méd.



command. 6e rég. ; Audy, méd. command. 2e rég. ; Bézos, méd. command. 18e rég. ; Dumas, méd. command. 14e rég. ; Duffau, méd. command. 19e C. A. ; Validire, méd. command. 9e rég. ; Sévin, méd. command. 15e rég. ; Lancelot, méd. command. 18e rég. ; Constantini, dém. capit. 19e C. A. ; Le Chaux, méd. capit. 19e C. A.

RAYÉ DES CADRES POUR UNE CAUSE AUTRE QUE CELLE RÉSULTANT DE BLESSURES DE GUERRE

Vichot, anc. méd. comm.

Pour le grade de chevalier

Lavoine, méd. capit., 3e rég. ; Galippe, méd. capit., 15e rég. ; Boudon, méd. cap., 15e rég. ; Boussuge, méd. command., 14e rég. ; Grandjean, méd. capit., rég. Paris ; Charasse, méd. capit., 15e rég. ; Vanlaër, méd. capit., 1re rég. ; Ronce, méd. lieut., rég. Paris ; Chéry, méd. capit., 20e rég. ; Chapotin, méd. capit., 3e rég. ; Coreaux, méd. capit., 8e rég. ; Geffroy, méd. capit., 19e C. A. ; Simon, méd. capit., rég. Paris ; Bruneau, méd. capit., 15e rég. ; Eliot, méd. command., rég. Paris ; Molas, méd. capit., 17e rég. ; Noël, méd. capit., 20e rég. ; Giron, méd. capit., rég. Paris ; Le Treut, méd. capit., 4e rég. ; de Raymond, méd. lieut., 16e rég. ; Lancon, méd. command., Tunisie ; Castelli, méd. capit., 19e C. A. ; Barbaux, méd. capit., 3e rég. ; Courciéras, méd. capit., rég. Paris ; Blatin, méd. command., 13e rég. ; Cousin, méd. capit., 13e rég. ; Genairon, méd. capit., 13e rég. ; Douffiagues, méd. lieut., 19e C. A. ; Serre, méd. capit., 13e rég. ; Roger, méd. command., 11e rég. ; Morère, méd. capit., 18e rég. ; Poissonnier, méd. command., 13e rég. ; Dufils, méd. command., 9e rég. ; Yaich *dit* Jais, méd. capit., 19e rég. ; Caillebar, méd. capit., 17e rég. ; Breton, méd. capit., 5e rég. ; Aubry, *méd. command, 20e rég. ; Loze, méd. command, 1re rég. ;* Binet, méd. capit., 19e C. A. ; Eynard, méd. capit., 14e rég. ; Dourthe, méd. lieut., 18e rég. ; Rimey, méd. capit., 7e rég. ; Guichou, méd. capit., 17e rég. ; Trillat, méd. capit., 14e rég.

Poisson, médec. capit., 15e rég. ; Brisard, médec. capit., 11e rég. ; Fontaine, médec. capit., rég. Paris ; Binet, médec. command., 9e rég. ; Proust, médec. capit., 8e rég. ; Nicolas, médec. lieut., 11e rég. ; Sauve, médec. capit., 3e rég. ; Le Droumaguet, médec. capit., 11e rég. ; Paranteau, médec. capit., 18e rég. ; Thévenot, médec. lieut.-col., 14e rég. ; Gauthier, médec. capit., 3e rég. ; Barrois, médec. capit., 1re rég. ; Rostagni, médec. capit., 15e rég. ; Chapuis, médec. command., 2e rég. ; Hostabrich, médec. capit., 15e rég. ; Laparra, médec. capit., 18e rég. ; Sauvan, médec. command., 15e rég. ; Peiffert, médec. capit., 1re rég. ; Bouchut, méd. command., 14e rég. ; Belle, médec. capit., 2e rég. ; Juif, médec. capit., 8e rég. ; Sahut, méd. capit., 13e rég. ; Michel, médec. command. 15e rég. ; Wattez, médec. capit., 1re rég. ; Ménage, médec. capit., 9e rég. ; Bettinger, médec. command., 6e rég. ; Dona, médec. capit., 19e C. A. ; Huguet, médec. capit., 15e rég.

Clap, médec. capit., 15e rég. ; Lauze, médec. capit., 15e rég. ; Gautier, médec. capit., 4e rég. ; Gâté, médec. command., 14e rég. ; Routier, méd. capit., 2e rég. ; Baudot, médec. capit., 6e rég. ; Faure-Beaulieu, méd. command., tr. Maroc ; Pfeiffer, médec. command,. 2e rég. ; Delemontey, médec. command., 19e C. A. ; Algan, méd. command., 20e rég. ; Légal-Lasalle, méd. capit., 4e rég. ; Barbier, méd. capit., 11e rég. ; Duhot, méd. command., 1re rég. ; Renevey, médec. command., 5e rég. ; Marcou, médec. command., 16e rég. ; Besson, médec. command., Maroc ; Besnard, médec. capit., rég. Paris ; Cerutti, méd. capit., 14e rég. ; Guichard, médec. command., 14e rég. ; Chastel, médec. command., 2e rég. ; Chevallier, médec. lieut., 6e rég. ; Masson, méd. capit., 14e rég.

Guyonnet, médec. capit., 9e rég. ; Faveret, médec. capit., 5e rég. ; Jacquot, médec. capit., 20e rég. ; Philip, médec. capit., 15e rég. ; Julian, méd. capit., 15e rég. ; Rigaud, médec. capit., 17e rég. ; Panou. médec. capit., 9e rég. ; Bourdeaux, médec. capit., rég. Paris ; Durantet, médec. capit., 13e rég. ; Marx, médec. capit., rég. Paris ; Lugnier, médec. capit., 6e rég. ; Dumont, médec. command., 20e rég. ; Hutin, médec. command., 20e rég. ; Méline, médec. capit., 6e rég. ; Brettmon, médec. capit., rég. de Paris ; Bessière, médec. capit., 20e rég. ; Huc, médec. capit., 9e rég. ; Corbinean, médec. capit., 9e rég. ; Baufle, médec. command., 7e rég. ; Trillet, médec. capit. 15e rég. ; Salle, médec. capit., 3e rég. ; Violle, médec. capit., rég. de Paris.

Jalibert, médec. capit., 16e rég. ; Chabardes, médec. command., 16e rég. ; Briens, médec. capit., 3e rég. ; Dionnet, médec. capit., 9e rég. ; Vernet, médec. capit., 20e rég. ; Fourtier, méd. lieut., 20e rég. ; Cœurdacier, médec. capit., 20e rég. ; Ladroitte, médec. capit., rég. Paris ; Rocher, médec. capit., 15e rég. ; Frémont, médec. lieut., 18e rég. ; Dizeur, médec. capit., 13e rég ; Cumenge, médec. capit., 16e rég. ; Poirot, méd. command., 6e rég. ; Girard, médec. capit., 14e rég. ; Dujardin, médec. capit., 4e rég. ; Trarieux, médec. command., 9e rég. ; Daude, méd. capit., 16e rég. ; Perruchot, médec. capit., 9e rég. ; Debray, médec. lieut., rég. Paris ; Landau, médec. capit., rég. Paris ; Sans, médec. capit., 3e rég. ; Casablanca, médec. capit., 15e rég. ; Jean, médec. capit., 13e rég.

Vérit., méd. capit., 18e rég. ; Levaud, méd. capit., 9e rég. ; Forthomme, méd. lieut., 4e rég. ; Louvot, méd. lieut., 7e rég. ; Valléry, méd. *capit., rég. Paris ; Rous*seaux, méd. capit., 6e rég. ; Didry, méd. capit., rég. Paris ; Gaborit, méd. capit., 11e rég. ; Baylac, méd. capit., 18e. ; Battistella, méd. capit., rég. Paris ; Menuau, méd. lieut., 5e rég. ; Chamfeuil, méd. capit., 13e rég. ; Delattre, méd. capit., 1re rég. ; Chevallier, méd. lieut., 14e rég. ; Anis, méd. capit., 9e rég. ; Vacher, méd. lieut., 14e rég. ; Lombard, méd. lieut., 15e rég. ; Barbier, méd. capit., 8e rég. ; Pauty, méd. capit., tr. Maroc ; Macquet, méd. command., 1re rég. ; Daveau, méd. capit., 11e rég. ; Boccard, méd. capit., rég. Paris ; Fernier, méd. capit., 20e rég. ; Cabart-Danneville, méd. capit., 3e rég. ; Wickham, méd, capit., rég. Paris ; Liacre, méd. lieut., rég. Paris ; Jourdan méd. capit., 6e rég. ; Billot, méd. command., 14e rég. ; Bosche, méd. lieut., 9e rég. ; Minvielle, méd. lieut., 18e rég. ; Plait, méd. capit., 8e rég. ; Renauld, méd. lieut., rég. Paris ; Lazard, méd. lieut., rég. Paris ; Adelmann, méd. lieut., rég. Paris ; Fouché, méd. lieut., rég. Paris ; Mariot, méd. capit., 6e rég. ; Andrieu, méd. lieut., 4e rég. ; Vuillermoz, méd. capit., 7e rég. ; Duhamel, méd. lieut., 17e rég. ; Seguin, méd. lieut., rég. Paris ; Thomas, méd. sous-lieut., rég. Paris ; Noyer, méd. lieut., 3e rég. ; Delarue, méd. capit., 2e rég. ; Lotte, méd. capit., 3e rég.; Tarte, méd. capit., 20e rég. ; Galle, méd. lieut., 18e rég. ; Saint-Yves, méd. capit., 14e rég. ; Bagot, méd. lieut., rég. Paris ; Lamy, méd. capit., rég. Paris ; Champeil, méd. lieut., 13e rég. ; Chanes, méd. lieut., 8e rég.

Pigot, méd. capit., rég. Paris ; Delalande, méd. lieut., rég. Paris ; Dardel, méd. lieut., 3e rég. ; Szkolnick, méd. capit., 6e rég. ; Haye, méd. capit., 4e rég. ; Ravina, méd. capit., rég. Paris ; Petit, méd. lieut., rég. Paris ; Flammarion, méd. capit., 7e rég. ; Rouvière, méd. lieut., 15e rég. ; Marsset, méd. capit., rég. Paris ; de La Genière de La Ramée de La Sèpres, méd. lieut., 4e rég. ; Héraux, méd. lieut., rég. Paris ; Gleyvod, méd. lieut., 14e rég. ; Robin, méd. capit., 7e rég. ; Oury, méd. lieut., rég. Paris ; Jalenques, méd. capit., 13e rég. ; Courtin, méd. capit., rég. Paris ; de Sallier-Dupin, méd. capit., 11e rég. ; Pargoire, méd. capit., 15e rég. ; Wess, méd. lieut., 20e rég. ; Lucy, méd. lieut., 8e rég. ; Galy-Gasparrou, méd. lieut, 17e rég. ; Cordier, méd. command., 1re rég. ; Darène, méd. capit., rég. Paris ; Vallée, méd. capit.,

4e rég. ; Morin, méd. capit., 13e rég. ; Prelot, méd. capit., 7e rég. ; Oberthur, méd. capit., rég. Paris ; Lejard, méd. lieut., rég. Paris ; Ginsburg, méd. lieut., 6e rég. ; Guillon, méd. capit., 15e rég. ; Bernard, méd. lieut., 20e rég. ; Laurain, méd. lieut., rég. Paris ; Tandonnet, méd. lieut., rég. Paris ; Gestat, méd. lieut., 5e rég. ; Dumail, méd. lieut., 18e rég. ; Landrieu, méd. capit., 1re rég. ; Bariety, méd. capit., rég. Paris ; Porcher, méd. capit., rég. Paris ; Lebout, méd. lieut., 13e rég. ; Villey-Desméserets, méd. capit., rég. Paris ; Benmussa, méd. lieut., tr. Tunisie.

Rayés des cadres avec une invalidité inférieure a 65 p. 100, résultant de blessures de guerre.

Jacques, méd. lieut. ; Richer, méd. sous-lieut.

Rayés des cadres pour une cause autre que celle résultant de blessures de guerre.

Poirier, capit. ; Gauchard, capit. ; Martel, capit. ; Bonnet, capit. ; Schangel, capit. ; Cherfils, capit. ; de Laroque, lieut.

II. Armée coloniale

(Loi du 17 juillet 1931)

Sont inscrits :

Pour le grade d'officier

Jousset, méd. command., 18e rég. ; Colat, méd. command., *4e rég. ; Benjamin, méd. comm. 18e rég.* ; Denœux, méd. comm. rég. Paris ; Le Hur, méd. comm., 4e rég.

Pour le grade de chevalier

Cusset, méd. capit., A. O. F. ; *Faivre, méd. capit.*, rég. Paris ; Quenardel, méd. capit., Indochine.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

3.625. — Durée de la prorogation

Je fais partie du Sou Médical et viens vous demander conseil au sujet de mon loyer.

J'occupe le même logement qu'avant la guerre.

Au moment de la déclaration de guerre je payais 710 francs.

Quelle est, d'après la législation en cours, la limite extrême de la prorogation à laquelle j'ai droit.

La ville où j'habite a une population de 15.000 habitants. Dr L.

Réponse

Du fait que le loyer de votre appartement en 1914 dépassait 500 francs sans atteindre 1.000 francs, la prorogation à laquelle vous avez droit en qualité d'occupant de locaux professionnels situés dans une ville de moins de 100.000 habitants *prendra fin le 1er juillet 1937.*

Il n'en serait autrement que dans le cas où un décret en Conseil d'Etat, rendu après avis du Conseil municipal et du Conseil général, aurait abrogé avant le 1er juillet 1937 la législation spéciale des loyers dans votre ville.

Voir la suite page LV-1649

PROPOS DU JOUR

COLONIES SCOLAIRES — COLONIES SANITAIRES COLONIES THERMALES

La question des colonies scolaires tient toujours une grande place dans l'hygiène de l'enfance ; aussi il était tout à fait normal de voir les propagandistes les plus qualifiés de ces institutions utiles, les Docteurs MOLINÉRY, apôtre des camps thermaux, DEQUIDT, président du Conseil national des colonies scolaires, et J.-P. GODARD, médecin en chef du service des cures des Assurances sociales, venir récemment traiter avec quelque ampleur cette question, à la *Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris et de la Seine*.

De très nombreuses assistantes scolaires étaient présentes à la séance que présidait le Docteur MOULIN, maire du V[e] arrondissement de Paris, assisté du Docteur DUFESTEL, secrétaire général de la Société.

Est-il utile de refaire l'historique des colonies scolaires ?

Nous ne remonterons pas au rapport de Portiez que fit imprimer la Convention en 1796. Ce rapport préconisait surtout les voyages pour instruire la jeunesse ; Portiez en outre y écrivait : « Quelle impossibilité y aurait-il à ce que, dans les beaux jours, une école, même toute entière, se portât à la campagne. ? »

Mais ce fut Michelet qui, dans un de ses beaux poèmes de la nature, *La Mer*, paru en 1861, eut l'idée très nette des colonies scolaires : « Je veux, y a-t-il écrit, une bonne maison à la côte, un peu abritée et bien ensoleillée, pour loger cinquante enfants, etc... ».

La première réalisation fut celle du pasteur Bion à Zurich en 1876 qui fut imitée peu après dans les autres villes de Suisse, en Danemark, puis successivement à la fin du XIX[e] Siècle dans toute l'Europe et aux Etats-Unis. Enfin au début du XX[e] siècle, en Australie (Melbourne), au Japon, en Argentine et actuellement dans toutes les nations civilisées.

En France, ce fut le pasteur Lorriaux qui fonda en 1881 l'*Œuvre des trois semaines* avec placement familial des petits colons. Mme de Pressenssé le suivit de près en créant l'*Œuvre de la chaussée du Maine*, à la disposition de laquelle Mme d'Eichtal mit une de ses fermes, ce qui permit d'y installer une colonie collective, comme dans les villas scolaires déjà nombreuses en Belgique.

En 1883, M. Edmond Cottinet fit organiser à Paris par la Caisse des écoles du IX[e] arrondissement une colonie scolaire. L'exemple fut suivi par toutes les Caisses des écoles parisiennes et grâce à l'initiative d'Abel Hovelacque, ces colonies furent largement subventionnées par le Conseil municipal dès 1887.

Le Docteur MOLINÉRY développa avec l'enthousiasme généreux dont il est coutumier, les raisons sanitaires et sociales pour lesquelles on devait développer les colonies scolaires et fit un éloquent plaidoyer en faveur des colonies thermales et des camps thermaux qui permettent aux enfants débiles peu fortunés de bénéficier des grandes richesses thermales de notre pays.

Des colonies ou camps thermaux ont été expérimentés au Mont-Dore, à Saint-Honoré, à Luchon, à Cauterêts. A la Bourboule la Fondation Guillaume Lacoste peut accueillir des enfants débiles ou malades et vraisemblablement il en sera de même sous peu à Vichy.

Le Docteur Molinéry s'est étendu sur les indications des climats et des diverses stations de France ; il a fait remarquer que les stations maritimes de nos côtes avaient selon leur situation topographique et géographique des indications bien différentes même dans des régions fort voisines. Il en est de même pour les stations hydrominérales. Aussi a-t-il été organisé à l'hôpital des Enfants-Malades par le Professeur Villaret, une consultation spéciale permettant d'indiquer la station qui convient à chaque enfant candidat à une cure climatique ou thermale.

Les colonies thermales sont de réalisation récente bien que l'idée en soit assez ancienne. En relisant un rapport que nous fîmes en 1905 à l'*Œuvre des colonies scolaires de vacances* dont nous étions alors administrateur, œuvre qui, sur les indications des médecins, envoyait les écoliers à la campagne, à la montagne ou à la mer, nous avons relevé le passage suivant qui montre que cette œuvre, il y a plus de trente ans, avait songé aux colonies thermales. Nous écrivions alors en 1905 :

« Un de nos collègues, M. Courrèges, instituteur

à Saint-Denis, n'a pas attendu que nous disposions de moyens suffisants pour nous proposer dans un intéressant rapport, de créer des groupements spéciaux d'enfants à tendances maladives héréditaires ou acquises, pour leur assurer une cure d'air ou une saison thermale. Il y a loin de nos colonies actuelles à ces colonies de malades ; les difficultés s'élèvent autrement importantes et nombreuses, mais l'essai que nous avons fait cette année nous rend présomptueux et nous porte à répondre à l'audacieux M. Courrèges : Pourquoi pas ? »

Un quart de siècle plus tard, ce rêve était réalisé et se développait grâce à l'initiative du Commandant Fabre, à l'activité enthousiaste de Molinéry et à sa foi dans le succès.

Le Docteur DEQUIDT, président du Comité national des colonies scolaires, précisa la collaboration que le médecin scolaire et son assistante pouvaient apporter à l'organisation et au développement des colonies scolaires ordinaires et sanitaires. Les désirs de M. Dequidt sont *actuellement réalisées dans les Ecoles de Paris*, tout au plus pourrait-on les perfectionner.

Les enfants, candidats aux colonies, sont examinés par le médecin scolaire qui, documenté sur ses antécédents par la fiche sanitaire, peut indiquer si l'enfant doit bénéficier de la colonie avant ses camarades du fait de son état de santé et vers quelle genre de colonie il doit être dirigé.

Le directeur ou la directrice de l'Ecole donnent une note, reflet des observations psychologiques qu'ont pu faire le maître ou la maîtresse qui ont suivi l'enfant au cours de l'année. Enfin le délégué de la Caisse des écoles donne à son tour son avis sur la situation sociale de la famille. Nous croyons qu'il serait très utile de faire collaborer les assistantes sociales à cette enquête.

Le Docteur Moulin, maire du V[e] arrondissement et nous mêmes avons précisé comment fonctionnaient les colonies scolaires dans les Ecoles parisiennes.

Elles se divisent en colonies à placement familial et en colonies collectives. Chacun de ces types a ses avantages et ses inconvénients : leurs qualités et leurs défauts relèvent surtout du choix des personnes qui les font fonctionner et de la surveillance qu'elles exigent toutes.

En outre il faut discerner dans les colonies scolaires, les colonies de vacances et les colonies sanitaires. Les colonies de vacances relèvent des caisses des écoles ou d'œuvres privées, elles consistent en placement familial ou en colonies collectives installées dans une villa scolaire ou un établissement aménagé pour recevoir les colons. Elles permettent d'assurer un séjour de trois semaines en moyenne à la campagne, à la montagne ou à la mer, aux écoliers sélectionnés mais *en bonne santé*.

Les colonies scolaires sanitaires (thermales ou autres), destinées aux *débiles*, aux *prétuberculeux*, aux enfants *atteints d'une affection chronique*, ou d'une *tare héréditaire*, ne se bornent pas aux vacances. Dans les Ecoles parisiennes, ces colonies sont organisées par les Associations d'hygiène sociale qui sont en liaison étroite avec l'Office public d'hygiène social. Le séjour de l'enfant dans une colonie sanitaire est plus prolongé ; il dure souvent plusieurs mois et affecte le type du placement familial. Nous pouvons indiquer comme modèle les colonies de ce genre réalisées par l'Office public d'hygiène social dans la région d'Orthez. Elles suppléent aux préventoriums insuffisants.

Quant aux colonies thermales elles sont organisées selon le type collectif.

M. Dequidt a insisté sur la nécessité de contrôler les résultats obtenus au retour des colonies par la comparaison des mensurations du poids, de la taille, du périmètre thoracique avec celles qui doivent être opérées avant le départ.

Mais le grand écueil dans le développement des colonies scolaires est d'ordre financier. 200.000 enfants devraient, d'après le Docteur Dequidt, bénéficier des colonies sanitaires, où trouver les moyens de les y envoyer ? Dans la région parisienne la Caisse interdépartementale des Assurances sociales intervient. Le Docteur J.-P. GODARD, médecin-chef du Service des cures de cette caisse, a donné des précisions et des explications sur l'envoi des enfants *débiles* après un examen approfondi, dans les colonies sanitaires permettant une cure climatique simple (maritime, d'altitude, de plaine) ou une cure climatique et thermale à la Bourboule, Cauterêts, Luchon, Eaux-Bonnes, probablement Vichy. Le séjour serait de quarante jours pour les cures thermales, de quarante-cinq jours pour les cures climatiques. Malheureusement la situation économique et financière actuelle oblige la Caisse a limiter son effort. En tous cas les bonis de ces dernières ne sauraient être mieux employés (1).

J. NOIR.

(1) Nous publions page 1635 la circulaire adressée aux médecins-praticiens par le Docteur J.-P. Godard, médecin en chef du service des cures, de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales (Seine et Seine-et-Oise).

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'INDURATION CUTANÉE DURABLE DU NOUVEAU-NÉ

Par L. Babonneix

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

En deux ans, nous avons eu deux fois, l'une avec M. Diriart, l'autre avec M. J. Gouyen, l'occasion d'observer, chez des nouveau-nés, une affection caractérisée, en divers points du tégument, par des plaques indurées, recouvertes d'une peau violacée, qui ne s'accompagnent d'aucun trouble local ou général, et qui, au bout d'un temps parfois assez long, finissent par disparaître sans laisser la moindre trace. C'est cette *induration cutanée curable du nouveau-né* dont nous voudrions tracer l'histoire pour ceux de nos lecteurs qui, n'en n'ayant pas encore vu de cas, seraient exposés à la méconnaître.

Observation I (avec M. Diriart). — T... Vincent, né à terme, le 19 juin 1934, est amené, le 25 juillet suivant, à notre consultation de médecine, pour un placard rouge induré, occupant toute la région du dos, survenu alors qu'il avait trois semaines.

Aucun antécédent familial. La mère n'a pas eu d'autres grossesses

L'accouchement a été très long : ayant débuté un dimanche à 18 heures, il ne s'est terminé que le mardi à midi. Il n'y a pas eu d'application de forceps. Mais *l'enfant, à la naissance, était en état d'asphyxie : on dut recourir à la flagellation de toute la région du dos* et la prolonger vingt minutes. Quelques heures plus tard, nouvelle crise asphyxique suivie de la même manœuvre.

T.., qui pesait 3 kgr. 500 à la naissance, a été nourri au lait Nestlé sans le moindre incident d'alimentation, si ce n'est quelques troubles digestifs légers : rares vomissements ou selles mal digérées parfois. Son poids a régulièrement augmenté jusqu'à ce jour.

Vers la fin de la troisième semaine apparait le placard qui a amené sa mère à venir nous consulter. Il occupe toute la région dorsale, descendant jusqu'à la région lombaire, remontant jusqu'à la racine du cou et débordant de 3 cm. environ sur la région antéro-externe des bras.

De coloration rouge violacé, il a une consistance ligneuse qui ne permet pas de plisser la peau sous-jacente ; il adhère aux plans profonds. Au pourtour de la lésion, on peut apprécier l'épaisseur de l'induration, qui paraît atteindre un demi-centimètre. La palpation ne semble pas douloureuse.

A aucun moment on n'a noté d'élévation thermique.

L'état général reste très satisfaisant. Autre trouble pathologique. En un mois, les téguments ont repris leur aspect normal.

En somme, existence chez un sujet né en état d'asphyxie et dont on a dû flageller vigoureusement la région dorsale, d'une plaque de consistance ligneuse occupant la région traumatisée, sans fièvre, sans phénomènes généraux, et disparaissant complètement en un mois.

Observation II (avec M. J. Gouyen). — F. Fernand, âgé d'un mois et demi, nous est amené à la consultation de l'hôpital Saint-Louis parce que la maman a remarqué, dans les joues du bébé, depuis sa troisième semaine, de nombreuses masses dures, arrondies, « de petites glandes », nous dit-elle.

Ce qui frappe, en effet, dès l'examen de l'enfant, c'est la présence, à l'intérieur même des joues, de petites masses dures, de petits nodules arrondis, ovalaires, nettement séparés les uns des autres. Leur volume varie de la dimension *d'une noisette à celle d'une lentille. Ils* sont au nombre de 6 à 10 pour chaque joue. Leur palpation paraît absolument indolore. Ils sont mobiles, nullement adhérents ni à la profondeur ni à la peau. Les régions sous-maxillaires, sous-mentales et carotidiennes sont libres et ne présentent pas le moindre ganglion.

On retrouve, sur la face externe du bras, au-dessus de l'épitrochlée, quelques petites masses analogues. Mais ici, elles sont moins mobiles. On arrive difficilement à plisser sur elles la peau, qui paraît comme infiltrée. Et surtout, symétriquement, sur la face externe des deux bras, existe une véritable coulée d'infiltration cutanée. Ce placard d'induration épaissit et double complètement les épaules, envahit en arrière, sur un demi-revers de main, la partie supérieure du dos, réalisant une véritable pèlerine. Les bords en sont assez nets, l'épaisseur en paraît d'un demi-centimètre, facilement doublée, en tout cas, aux épaules, où le blindage se fait beaucoup plus considérable. On plisse mal la peau sur le placard d'induration, et l'on plisse et l'on mobilise fort bien, sur les plans du fond, le placard lui-même. Il n'y a rien aux aisselles ni dans les plis inguinaux. La coloration de la peau est normale sur toute l'étendue du placard. L'élévation *de la température locale fait défaut.*

Le reste de l'examen est entièrement négatif.

L'état général est excellent, le poids et la croissance, normaux. L'enfant est à l'allaitement mixte.

Ses frères et sœurs sont traités dans le service pour une syphilis héréditaire ; mais, à part des testicules un peu gros et durs, aucun stigmate ne permettrait de révéler la syphilis chez le bébé qui nous intéresse. Le B.-W. est d'ailleurs négatif.

En somme, chez cet enfant, deux ordres de symptômes :

a) De larges placards d'induration cutanée en pèlerine, symétriques sur les deux membres supérieurs et les épaules, s'étalant encore plus largement, jusqu'à la pointe des omoplates, à un deuxième examen, pratiqué environ une dizaine de jours après le premier ; *b*) Des nodules durs, surtout localisés aux joues.

A noter l'absence de tout phénomène inflammatoire. L'état général est parfait.

***

Quel diagnostic poser dans ces deux cas ?

Nous pouvons éliminer les infections : *érysi-*

pèle, lymphangite, dont nos petits malades ne présentent aucun symptôme : plaques rouges ou blanches limitées par un bourrelet, dans le premier cas, cordons rougeâtres, parallèles à l'axe du bras, dans le second, qui s'accompagnent toujours de phénomènes généraux graves, dont la fièvre ; les *productions syphilitiques*, puisque les placards ligneux ont disparu sans subir la fonte gommeuse ; le *sclérème*, plus précoce, propre aux prématurés débiles, où la peau est comme congelée dans certaines régions, dont, surtout, la face dorsale des pieds, la face postérieure des membres inférieurs, qui s'accompagne de phénomènes généraux graves aboutissant presque toujours à la mort : la *sclérodermie*, exceptionnelle chez le nouveau-né (P. Woringer).

Nous voilà donc, par exclusion, conduits à l'hypothèse d'*induration cutanée curable du nouveau-né*, qui, pour notre second cas, a été confirmée par l'examen clinique de M. Sézary, et par leur biopsie, due à M. Lévy-Coblentz.

***

C'est à MM. Marfan et Hallez (1) que revient d'avoir individualisé cette affection, dite encore *cytostéatonécrose* (P. Woringer), *induration lipophagique* (E. Pichon), *granulome lipophagique* (P. Masson), qui, depuis leur mémoire paru en 1926, a été surtout étudiée par M. P. Woringer (2), dont la description a trouvé place dans le *Traité de médecine des enfants* (Paris, 1934, t. I, p. 398 et t. IV, p. 749) et à laquelle Mme Th. Poze vient de consacrer sa thèse (3).

Les nouveau-nés atteints, dit Mme Poze, sont presque toujours sains, nés à terme et de poids normal. Leurs mères n'offrent aucune tare morbide. La grossesse s'est bien passée, mais presque toujours, à l'origine du mal, on trouve un accouchement difficile, qu'il ait été prolongé d'où naissance en état d'asphyxie, avec mort apparente, qu'on traite par les moyens habituels : bains alternativement chauds et froids, flagellation du dos, mouvements de respiration artificielle, ou encore qu'il se soit agi d'une mauvaise présentation avec une application de forceps.

Les premières indurations cutanées se montrent de bonne heure : du troisième au quatrième jour (Marfan et Hallez), entre le quinzième et le vingt-deuxième. Bien décrites par MM. Coste et Semelaigne, elles affectent deux types principaux : plaques ou nodules.

Les plaques sont de dimensions variables ; elles peuvent recouvrir toute une région des téguments : cou, dos surtout.

Les nodules peuvent siéger à leur voisinage ou à distance. Dans le cas de Marfan et Hallez, comme dans l'un des nôtres, ils siègeaient aux joues.

Les uns et les autres ont, d'emblée, leurs caractères définitifs. Ils ne se modifient que lorsqu'ils vont disparaître. Jusque-là, ils font une légère saillie à la surface des téguments. De coloration rouge-violacé, ils sont le fait d'une induration sous-cutanée, d'une sorte de blindage formé aux dépens de tous les plans superficiels. La peau qui les recouvre ne se laisse pas plisser ; elle est dure, sans souplesse, adhérente aux tissus sous-jacents, plus chaude que la peau voisine (Coste et Semelaigne), qui est saine et souple.

Plaques et nodules occupent les régions les plus exposées aux traumatismes obstétricaux : région dorsale, intéressée dans la flagellation, joues, mention, bords de la mâchoire inférieure, sur lesquels portent les applications de forceps.

Il n'y a jamais ni ecchymoses, ni fièvre, ni adénopathies, ni phénomènes généraux, ni troubles digestifs, la croissance s'effectue normalement et la guérison se fait toute seule. En quelques semaines, sans cicatrice, la peau reprend ses caractères habituels. Le pronostic est donc constamment favorable.

Le diagnostic se fonde sur la constatation, chez un nouveau-né, venu au monde dans des conditions difficiles, qu'on a dû, soit extraire au forceps, soit flageller dès sa naissance, de placards ecchymotiques, avec cartonnage des téguments sous-jacents, ne s'accompagnant d'aucun trouble et guérissent spontanément au bout d'un temps parfois long. Quant au diagnostic différentiel, nous l'avons déjà étudié.

Parfaitement étudiées par MM. P. Woringer G. Weiner et Oberling (1), les lésions portent sur les cellules adipeuses, qui subissent une transformation cristalloïde, avec transformation, *in situ*, des graisses neutres et acides gras et en savons, analogue à celle qui se produit dans la cystostéatonécrose de l'adulte (2), mais dont la cause reste inconnue. A ces lésions essentielles, s'ajoutent des phénomènes inflammatoires subaigus ou chroniques, aboutissant à la disparition des matériaux nocifs : acides gras et savons et à leur remplacement par du tissu conjonctif.

L'affection étant bénigne, un traitement simple suffit : soins d'hygiène de la peau, application, sur les placards indurés, de poudres inertes.

(1) A. B. Marfan et Hallez. — Induration cutanée curable du nouveau-né. (*Le Nourrisson*, 1926.)

(2) P. Woringer. — La cytostéatonécrose du tissu sous-cutané chez le nouveau-né. (*Revue française de pédiatrie*, février 1928.)

(3) Thérèse Pose. — L'induration cutanée curable du nouveau-né. (*Th. de Strasbourg*, 1935.)

(1) P. Woringer et G. Weiner. — La cytostéatonécrose du tissu sous-cutané chez le nouveau-né. (*Revue française de pédiatrie*, t. LV, n° 1, 1928, p. 58-76.)

(2) P. Lecène et P. Moulonguet. — La cytostéatonécrose ou la saponification intra-celluiaire du tissu cellulaire adipeux sous-cutané. (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, mai 1925, p. 193-215.)

LES LUNETTES DE TIR

Par

le Docteur Etienne GINESTOUS

Lauréat de l'Institut
Ophtalmologiste de l'Hôpital suburbain de Bordeaux

le Médecin général Henry COULLAUD
Lauréat de l'Institut

le Médecin colonel Henri BICHELONNE

Dans des publications antérieures et déjà anciennes (1), nous avons précisé les conditions visuelles qu'exige la précision du tir. Très brièvement, nous rappellerons les conclusions générales de nos travaux qui, il nous plaît de le reconnaître, sont mentionnées dans nombre d'ouvrages classiques (2) et ont été reproduites par Azoy (de Barcelone) (3) qui les a fait siennes :

I. — L'exercice du tir est un acte de vision monoculaire ;

II. — La précision du tir est compatible avec une diminution considérable, avec l'abolition même complète de l'acuité visuelle d'un œil, avec les amétropies monoculaires, ce qui explique les succès obtenus dans les concours de tir par les borgnes, les amblyopes *ex anopsia*, les anisométropes.

III. — Le tireur choisit généralement l'œil dont l'acuité visuelle est la meilleure pour établir sa ligne de visée. Dans la majorité des cas, les tireurs gauchers ont une acuité visuelle ou une réfraction défectueuse de l'œil droit. Ceux qui tirent les deux deux ouverts sont la plupart du temps des amblyopes monoculaires qui n'ont pas besoin de fermer un œil pour le neutraliser. Les gauchers et les tireurs visant les deux yeux ouverts peuvent devenir d'excellents tireurs.

IV. — L'acuité visuelle de l'œil directeur qui établit la visée doit être au minimum de 1/2 ; cependant, dans certains cas exceptionnels, cette acuité peut être inférieure à cette limite.

V. — La réfraction statique est de peu d'importance pour la précision du tir ; il est nécessaire, au contraire que la réfraction dynamique (puissance positive d'accommodation), soit indemne ; car, le tireur doit surtout posséder une vision nette et précise du cran de mire et du guidon situé en moyenne à une distance de l'œil de 1 m. 18 dans le fusil Lebel de l'infanterie, de 78 cent. dans la carabine de cavalerie.

VI. — De la conclusion précédente, il résulte qu'il y a avantage pour le tireur à corriger toute myopie supérieure à une dioptrie et que l'asthénopie accommodative si fréquente chez les hypermétropes, de même que la presbytie, nécessitent le port de verres convexes appropriés pour fixer le guidon.

Par la publication de ce nouveau travail, nous n'avons nullement l'intention de reprendre nos études antérieures dont les constatations demeurent entières. Nous nous proposons simplement de fixer, sur ces données, des indications pratiques en recherchant les avantages et les inconvénients que peut avoir dans chaque cas déterminé pour la précision du tir, l'usage d'appareils d'optique ou de verres spéciaux. Envisageant comme nous venons de le dire la pratique courante, nous devons faire remarquer que nos travaux précédents ont exclusivement envisagé le tir à la cible, celui-ci en vue de la préparation au combat ; que nous avons laissé de côté le tir de chasse, dont les méthodes sont assez différentes de l'autre, mais qui, certainement, intéressse un bien plus grand nombre de personnes.

Les tireurs à vue normale (emmétropes). — Les tireurs à vue normale peuvent-ils bénéficier de l'usage d'appareils d'optique spéciaux rendant plus précis le pointage, plus net le but à atteindre ?

(1) GINESTOUS et COULLAUD. — La vision des tireurs' *Arch. d'ophtalmologie*, mai 1906.
COULLAUD et GINESTOUS. — La vision dans le tir d'artillerie. (*Arch. d'ophtalmologie*, décembre 1908).
GINESTOUS. — La projection visuelle et la précision du tir. (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, fév. 1917).

(2) SIEUR. — Examen de la vision au point de vue du service militaire. (*Encycl. fse d'opht.*, t. IX, p. 783).

(3) AZOY (de Barcelone). — Projecto de cuadro clasficado de las infreme dacles, lésiones o-defectos fisicos en su relacion con la avtitud fisica para el servico militar. (*Archivos de oftalmologia*, juilo 1908.)

Trou sténopéique. — La vision à travers un trou d'épingle percé dans une carte ou un diaphragme augmente la netteté des images rétiniennes. Ce phénomène dû à la diminution des cercles de diffusion est réalisé en optique physiologique par le *trou sténopéique* et a reçu en clinique des applications diagnostiques et thérapeutiques. Il était indiqué que le tir dans son acte visuel cherchât à en tirer profit. En fait, le cran de mire qui permet de diriger la ligne de mire sur le but à atteindre — pointage de l'arme — n'est, en réalité, autre chose qu'un instrument optique de ce genre. Instrument, il est vrai incomplet puisqu'il s'agit non d'un trou sténopéique, mais d'une simple encoche.

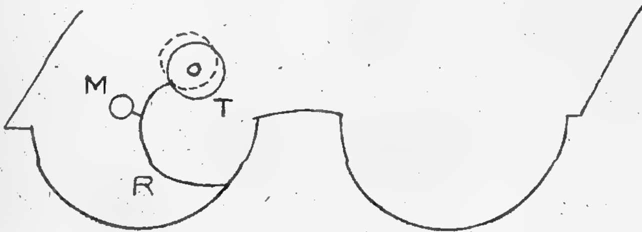
De plus en plus, les tireurs tendent à faire usage d'appareils sténopéiques perfectionnés. Les uns sont constitués par des lunettes portant un diaphragme percé d'un trou se plaçant devant l'œil.

fondant avec les diopters de la position ordinaire du tireur couché.

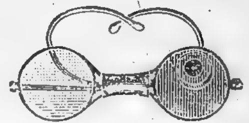
M. Léon Johnson, armurier très expert dans toutes les questions de tir, nous a fourni un schéma original d'une lunette à trou sténopéique que nous reproduisons ci-dessous.

Nous empruntons, d'autre part, à un catalogue d'une grande manufacture d'optique la figure d'une lunette en usage dans beaucoup de stands.

Les autres appareils sont directement fixés sur l'arme et c'est en passant par le trou sténopéique que le tireur établit sa ligne de mire — sa visée. Les manufactures d'armes ont créé des diaphragmes de ce genre que nous trouvons indiqués et reproduits dans des catalogues commerciaux. Beaucoup de tireurs les font fabriquer eux-mêmes suivant leurs convenances personnelles. *Quels sont les avantages et les inconvénients des uns et des autres* ? M. Régis (de Bordeaux), champion international de tir au pistolet, a bien



T. — Disque avec trou sténopéique de grand diamètre devant lequel viennent se placer des trous de diamètres différents percés sur un disque mobile.
R. — Tige en métal souple incassable permettant le réglage du disque avec une grande stabilité indispensable dans le tir des armes à fort recul.
M. — Boucle pour la manœuvre.



Lunette de tir, pour vue normale, d'un côté avec disque à iris réglable à verre jaune, et de l'autre avec verre fumé, branches garnies caoutchouc. Ces lunettes permettent de centrer l'œil du tireur et d'obtenir de façon parfaite la ligne de mire.

(Cliché prêté aimablement par la Manufacture d'Armes de St-Etienne.)

Dans un numéro déjà ancien du tir national, Grasset indique que M. Henry Andrews (London) a construit sous le nom de Orthoptic Eye-Piece Shooting Spectacle, un instrument en forme de lunettes dont le verre de l'œil droit est remplacé par une plaque de métal percé de trois ouvertures correspondant aux trois positions de tir : 1° debout et à genou ; 2° couché ; 3° couché sur le dos ; devant cette plaque, s'en trouve une seconde très mince, portant douze trous ou diopters de grandeurs différentes qui peuvent venir se placer, par simple rotation de cette deuxième plaque, devant les ouvertures de la première, et de façon qu'il ne présente jamais à l'œil qu'un seul diopter ouvert ; de sorte que le tireur dispose de six diopters gradués pour chacune des positions du tir ci-dessus mentionnées, ceux pour la position couché sur le dos se con-

voulu nous fournir à ce sujet ses observations : ..... « Le trou sténopéique utilisé pour le tir à la carabine est certainement l'appareil de visée qui donne les meilleurs résultats. Il est utilisé par tous les tireurs internationaux. En ce qui concerne le tir au visé du pistolet de précision à 50 mètres, il est impossible d'utiliser le trou sténopéique directement monté sur l'arme ; car la distance qui le sépare de l'œil est trop grande. La meilleure condition pour un tireur au pistolet est de posséder une excellente vue. Si cette vue est anormale, le trou sténopéique placé sur sa monture de lunette lui donnera toute satisfaction... »

Nous avons également demandé son opinion à M. Raymond Durand (Dijon) matcheur international, champion du monde, qui, avec sa haute autorité, a bien voulu nous la communiquer. Nous l'en remercions. M. Raymond Durand nous écrit : « .....Dans les matches, nous n'em-

(1) Grasset. — Optique de tir. (*Le Tir national*, 11 juillet 1903, p. 362.)

ployons pas de lunettes à trou sténopéique. Elles exigeraient du tireur une trop grande difficulté d'utilisation ; étant donné que les armes dont nous nous servons dans ces compétitions possèdent des appareils de pointage munis eux-mêmes de trous sténopéiques (œilleton Lyman ou Larson et guidon *ad hoc*). Vous comprendrez aisément dès lors qu'il serait épuisant pour un tireur ayant sur les bras une carabine pesant environ 7 kilos (quelquefois davantage) et cela pendant toute une journée de prendre une visée concentrique passant :

« 1° Par ses lunettes ;

« 2° Par le diopter,

« 3° Par le guidon,

le tout laissant autour du visuel une couronne blanche absolument régulière et parfaitement nette.

« L'usage de ces lunettes portant un disque noir, dans lequel est ménagé un trou sténopéique — fixe ou mobile — n'est uniquement recommandable à mon avis qu'aux tireurs utilisant les armes à pointage découvert, tels le fusil Lebel, le revolver ou le pistolet.

« Les trous sténopéiques de l'arme doivent être de dimensions variables à utiliser suivant les cas ci-après :

« 1° La vue du tireur ;

« 2° Le degré d'*éclairement* ;

« 3° L'éloignement du disque porteur, par rapport à l'œil, pour le guidon ;

« 4° Suivant la longueur du canon ;

« 5° La distance de tir et, partant, la dimension du visuel ».

Après ces explications techniques, M. Raymond Durand donne aux tireurs ces conseils : «..... Une erreur fréquente, commune à beaucoup de tireurs non habitués à ce mode de pointage, consiste à utiliser un guidon dont le trou permet tout juste d'apercevoir le visuel..... Je pense que l'effet diffractif n'est pas étranger aux erreurs de pointage commises avec ce dispositif défectueux. Pour éliminer la plus grande partie de cette diffraction, il est naturellement nécessaire de posséder des appareils bien construits et d'une épaisseur aussi faible que possible sur les bords ». M. Raymond Durand nous donne ainsi les caractéristiques des trous employés par lui sur la carabine Lansen avec laquelle il a tiré le dernier match :

« *Pour le diopter* :

« Trou de 12 dixièmes au centre d'un disque de 25 millimètres placé à 0,05 de l'œil.

« Guidon de 3 mm. 8/10 sous tunnel de 18 mm. placé à 0 m. 85 de l'œil, cela pour le tir à 50 mètres — visuel noir de 0 m. 14.

« Il utilise le même appareillage pour la distance de 300 mètres, sauf le guidon qui est de 3 mm. 5/10 pour un visuel de 0,60... »

***

De cet aperçu, il ressort que le trou sténopéique procure aux tireurs une plus nette précision...

Il faut dire cependant que son utilisation ne saurait être étendue à tous les cas. Elle doit être réservée au tir qu'on pourrait appeler réfléchi, le tir à la cible. Par le fait qu'il limite le champ visuel, et qu'il ne permet pas un acte prompt et rapide, le trou sténopéique devient impraticable cela va sans dire dans le tir de chasse — bien différent du tir à la cible — et dans le tir de combat.

Les tireurs à vue anormale (amétropes). — Un tireur atteint d'un vice de réfraction a-t-il intérêt à le corriger ? Nous avons (1), déjà longuement étudié cette question dans nos travaux antérieurs et il est établi que le tireur devant surtout voir distinctement le guidon situé à une distance rapprochée de l'œil, il importe d'abord *que ce guidon soit nettement visible*. Dès lors, à moins d'amétropie excessive rapprochant par trop le punctum remotum, la réfraction statique est secondaire ; par contre, pour bien tirer, ce qui est nécessaire c'est que la puissance positive d'accommodation soit conservée normale. Toute déficience de cette fonction physiologique, qu'elle soit la conséquence de fatigue chez des sujets jeunes — asthénopie accommodative — ou qu'elle résulte de l'âge — presbytie — doit être corrigée. Les verres à double foyer tels ceux Télégic sont en l'espèce d'application pratique ; car ils permettent de passer aisément de la vision au loin à la vision correctrice de près.

Ces indications générales fournies, *disons que* le trou sténopéique dont nous avons précédemment indiqué l'usage supplée aux insuffisances de réfraction et que précisément beaucoup de tireurs peuvent par son emploi se libérer de leurs verres correcteurs (observations de M. Régis).

Lunettes protectrices de la lumière. — Dans la lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser M. Raymond Durand, examinant les causes des insuccès des tireurs, dit : «...La lumière est une des grosses difficultés du tir et plus spécialement aux grandes distances. La psychologie du tireur s'y trouve soumise à une rude épreuve : lumière, vent, mirage, forment un tout contre lequel viennent souvent échouer des hommes qui, au point de vue physique sont de véritables affûts. »

Aussi les tireurs ont-ils cherché à se prémunir à la fois contre ces excès et contre ces insuffisances de lumière. On a tout d'abord pensé à y remédier en substituant aux cibles ordinaires des

(1) GINESTOUS et COULLAUD. — La vision des tireurs *Loc. cit.*,

cibles de couleur *jaune* qui augmenterait leur visibilité. Elles furent en usage à Nancy et Ch. de Balme (1), après ces essais les préconisa avec visuel grenat dont « la combinaison des couleurs a pour le but et pour effet de rendre minimum le flou de la cible ». Depuis lors, on s'est arrêté à une tout autre solution : le port des verres jaunes. Vandaele relatant en 1903 les expériences faites par des officiers de l'armée russe, relevées dans la *Novoie Vremia* et le *Grandjanine* faisait ressortir les avantages qu'il y aurait à munir les tireurs de lunettes de cette couleur. Voici en quels termes reproduits par F. Grasset (2), il exprime son opinion à ce sujet : « Les tireurs munis de cet appareil très simple, mais conçu de manière à éviter toute modification du foyer oculaire, ont vu la précision de leurs armes s'accroître dans une proportion presque invraisemblable. Les officiers russes préposés aux expériences en estimaient le rapport de un à quatre. Chose merveilleuse, à la tombée de la nuit ou par temps très couvert, les contours généralement indécis s'estompent vigoureusement dans la brume et accusent des reliefs très nets, là où l'œil nu ne perçoit qu'une masse informe ... ».

F. Grasset recommanda l'emploi des verres Fieuzal. Dans le premier mémoire que nous avons publié en 1906 (3), nous avons fait connaître sur ce point l'opinion des champions de tir de l'époque. M. Achille Roch (de Genève) se servait avec avantage « de verres teintés en vert jaunâtre par les temps trop lumineux et lorsque les cibles ne sont pas abritées et reçoivent les rayons solaires » et les verres à la Fieuzal étaient également en faveur à la Société de tir de Reims.

Dans un article récent (4), MM. Bichelonne, Monnier (Alfred) et Mouton (Marcel) ont publié une étude sur l'emploi des verres jaunes sélectifs au sulfure de cadmium.

Ils ont constaté que lorsqu'on utilise, pour l'éclairage des échelles visuelles, une lampe à lumière sélective jaune, l'acuité visuelle se trouve augmentée de 1/10e.

Ils expliquent l'action des verres colorés, en rappelant que, dans la rétine, les cônes sont surtout sensibles aux radiations de grande longueur d'onde, les bâtonnets, aux radiations de courte longueur d'onde. La fovea contient principalement des cônes, éléments récepteurs qui varient très peu de sensibilité ; la périphérie de la rétine renferme surtout des bâtonnets qui sont beaucoup plus sensibles.

Les verres jaunes sélectifs soustraient les bâtonnets aux radiations de courte longueur d'onde et les mettent à l'abri de l'éblouissement qui peut, dans certains cas, réduire leur sensibilité à 1/10.000 de sa valeur normale.

Il nous est possible de compléter notre enquête. Les verres jaunes sont toujours en honneur parmi les tireurs. M. Raymond Durand (de Dijon) emploie des ménisques neutres orange interchangeables de teinte plus ou moins soutenue, suivant l'intensité de l'éclairage. Tous ses camarades, nous écrit-il, ont employé des lunettes basées sur le même principe : seuls les verres différaient en couleur ou en forme suivant la vue de chacun. Aussi les constructeurs se sont-ils efforcés de mettre à la disposition des tireurs, des lunettes à verres colorés répondant à leurs désirs. Le modèle Groscogeat paraît particulièrement adopté... Peut-être, a-t-on un peu trop oublié les verres de la couleur Motais imaginés par le Professeur d'Angers...

Il est aussi à souhaiter que les verres sélectifs au sulfure de cadmium soient expérimentés par les tireurs, en comparaison avec les autres verres colorés employés jusqu'ici.

Et puisque nous avons promis de ne pas oublier dans notre étude les tireurs de chasse — bien différents, répétons-le, des tireurs à la cible — terminons en disant pour eux que précisément, ils peuvent avoir avantage à améliorer la luminosité par la vision en lumière jaune.

(1) Ch. de Balme. — *Le carabinier gymnaste*, 16 mai 1903.

(2) F. Grasset. — Chronique du tir. (*Le Tir national*, 11 juillet 1903, p. 361.)

(3) Ginestous et Coullaud. — La vision des tireurs. (*Archives d'ophtalmologie*, mai 1906.)

(4) Bichelonne, Monnier (Alfred) et Mouton (Marcel). — Avantages d'une lumière sélective jaune. (*Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie*).

L'ASTHME ET L'ECZÉMA SONT BIEN DES MALADIES, NON DES SYNDROMES

Jacques Sédillot
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

On voit souvent l'asthme et l'eczéma ou coexister, ou se succéder, ou même alterner chez un même sujet ; et, en France, nous avons La Bourboule, dont l'indication majeure est l'asthme infantile, intriqué de dermatoses prurigineuses.

Mais il y a mieux : bien que l'une et l'autre affection relèvent du domaine de spécialités différentes, elles auront connu, au cours de ce dernier siècle, des fortunes, ou plus exactement des vicissitudes semblables, parfois même parallèles : origine infectieuse de l'eczéma avec un microbe spécial, le morocoque de Unna de Hambourg, et origine infectieuse de l'asthme avec le streptocoque hémolytique de Haibe de Namur ; Rôle du bacille de Koch dans l'eczéma (Milian), et rôle de la tuberculose dans l'asthme (Professeur Bezançon, Auguste Lumière) ; L'asthme est une maladie (Professeur Bezançon, opinion de 1928) ; l'eczéma est une maladie (Brocq, 1909) ; L'asthme n'est qu'un syndrome (Professeur Bezançon, opinion de 1932), l'eczéma n'est qu'un syndrome (Darier, Congrès de Copenhague 1931).

On pourrait poursuivre longtemps encore ce parallèle. Qu'il nous suffise seulement de rappeler que, à l'heure actuelle, eczéma et asthme ont encore ce sort commun d'être deux affections tout aussi mystérieuses l'une que l'autre ; et que, devant ces deux problèmes insolubles, les spécialistes ont fini par adopter l'attitude du découragement : ni l'une, ni l'autre ne seraient des maladies véritables, Asthme et eczéma ne seraient que des syndromes. De cette façon il n'y a plus de problèmes à résoudre, ni pour la pathogénie de l'asthme ni pour celle de l'eczéma : les deux affections ne seraient plus que des symptômes très généraux et dépendant de causes multiples, innombrables, comme le sont la fièvre, la douleur ou la cachexie.

Darier (*Presse Médicale*, 10 décembre 1930) : « *L'eczéma* n'ayant pas une cause unique et définie *n'est pas une maladie*. Cela est si évident que, à Copenhague, pas un congressiste, bien que quelques-uns aient employé l'expression : la maladie eczéma, n'a soutenu l'idée qu'elle implique. Le mot eczéma n'a qu'un sens morphologique ».

Professeur Bezançon (opinion de 1932. Congrès du Mont-Dore) : « *L'asthme n'est pas une maladie mais un syndrome* ; dans la question de l'asthme, une bonne part de l'obscurité vient de ce qu'on a voulu faire de l'asthme une maladie. Il n'y a pas en réalité de maladie asthmatique. C'est une fiction purement verbale. L'asthme n'est qu'un syndrome ».

Le but essentiel du présent travail va être de rechercher si, pour étudier l'une et l'autre des deux affections, il n'y aurait pas eu intérêt à les jumeler, comme l'observation, comme la nature nous les montre souvent jumelées chez certains sujets.

***

Parmi les faits *(d'observation clinique*, anatomo-pathologique ou bactériologique) dont l'ensemble constitue l'histoire d'une maladie déterminée (que celle-ci soit d'origine infectieuse ou de nature diathésique) les uns traduisent l'attaque de l'organisme par le processus pathogène, les autres au contraire : la défense de l'organisme contre le processus pathogène.

Les premiers seront des *faits constants*, sans jamais une seule exception, des faits « cent pour cent ». En effet, dans une maladie donnée, le processus pathogène est par définition toujours le même, toujours identique à lui-même. Sans lui, la maladie n'existerait pas.

Les seconds, au contraire, auront pour caractères essentiels d'être des *faits variables* dans leur importance, souvent même inconstants, puisque le terrain, où évolue la maladie est un facteur essentiellement variable d'un sujet à l'autre, suivant l'âge du sujet, suivant ses tares héréditaires ou acquises, suivant le sexe, etc...

Cette discrimination des faits d'une maladie donnée en deux catégories très distinctes est tellement logique et tellement fondée que nous pouvons même inverser les termes de la proposition, et dire : *quand un fait est constant dans l'histoire d'une maladie, sans jamais une seule exception, nous pouvons tenir pour certain qu'il se rapporte à l'attaque de l'organisme par le processus pathogène et non à la défense du terrain contre ce processus pathogène.*

Prenons l'exemple d'une maladie infectieuse bien caractérisée : la pneumonie.

Enumérons les faits de l'histoire de la pneumonie : le point de côté initial, le frisson, la toux, l'expectoration spéciale, la fièvre, le souffle tubaire, le bloc pneumonique à hépatisation

rouge, la présence du pneumocoque dans ce bloc pneumonique, etc...

Ecartons d'abord les faits variables ou inconstants : le point de côté initial peut manquer ou être le siège atypique (point de côté abdominal). Le frisson initial et même la fièvre sont inconstants dans la pneumonie du vieillard. L'expectoration spéciale n'existe pas dans la pneumonie du sommet de la deuxième enfance. La toux manque dans la pneumonie centrale, le souffle tubaire de même dans la spléno-pneumonie.

Les deux seuls faits constants, « cent pour cent » dans l'histoire de la pneumonie sont le bloc pneumonique et la présence du pneumocoque dans le bloc pneumonique. Ce sont ces deux seuls faits qui ne manquent jamais dans aucun cas de pneumonie qui ont permis d'affirmer : la pneumonie est bien une maladie caractérisée, mais elle a des formes cliniques variables : forme chez l'enfant, forme chez l'adolescent, forme chez *l'alcoolique*, forme chez le vieillard, etc...

Quels sont dans l'histoire de l'asthme, et dans celle de l'eczéma les faits constants, les faits « cent pour cent » ?

Ce n'est pas moi qui vais répondre à cette question, mais bien ceux-là même qui ont pourtant proclamé récemment que l'asthme et l'eczéma ne sont que des syndromes.

Darier (Congrès de Copenhague) : « Le mot eczéma n'a qu'un sens morphologique. *L'eczéma* est une épidermo-dermite *caractérisée par la spongiose*. La lésion caractéristique de l'eczéma est la spongiose du corps muqueux de Malpighi ».

Professeur Bezançon : « *L'éosinophilie des crachats est le symptôme pierre de touche, le criterium de l'asthme*. C'est un symptôme très précieux pour le diagostic de l'asthme dans les cas difficiles. La constatation de l'éosinophilie impose le diagnostic d'asthme ».

Les deux faits constants sont donc dans l'eczéma la spongiose et dans l'asthme l'éo inophilie des crachats.

Parce qu'ils sont constants, sans jamais une seule exception, nous avons le droit d'affirmer que ces faits se rapportent l'un et l'autre à l'attaque de l'organisme par le pocessus pathogène, celui-ci restant encore à l'heure actuelle tout aussi mystérieux en ce qui concerne l'asthme qu'en ce qui concerne l'eczéma.

***

A première vue il ne semble pas y avoir aucun rapport, aucune relation entre la spongiose de l'eczéma et l'éosinophilie des crachats de l'asthmatique, entre le fait « cent pour cent » de l'eczéma et le fait « cent pour cent » de l'asthme.

Mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse.

Au-dessus de la spongiose se forment des vésicules qui contiennent un liquide (l'exoserose), lequel liquide tient en suspension des éléments figurés (l'exocytose de l'eczéma). Quels sont ces éléments figurés ? Ce sont des débris de leucocytes, en abond nce telle que Feuillé qui, le premier, a bien étudié le fait a écrit « des flux leucocytaires ». Mais Feuillé, à tort, a pensé qu'il s'agissait là de leucocytes malades ; et, à tort encore, il a précisé sa pensée « des flux leucopathiques ».

Par où donc sont passés ces leucocytes pour arriver dans les vésicules de l'eczéma ? Sans aucun doute, nous pouvons affirmer qu'ils sont passés à travers la spongiose ; et nous pouvons supposer que la spongiose est peut-être une modification histologique créée par les leucocytes pour forcer la barrière de l'épiderme.

Darier (Congrès de Copenhague) : « Quand on examine cette spongiose, on a l'impression que c'est à ce niveau *que se passe quelque chose* qui conditionne l'exoserose et l'exocytose de l'eczéma ».

Tout à l'heure nous pourrons reprendre à notre compte cette phrase, mais en la modifiant ainsi « ..... que c'est à ce niveau *qu'il passe quelque chose* (les monocytes) qui conditionne l'exoserose et naturellement aussi l'exocytose ».

Et les éosinophiles mononucléaires de l'expectoration de l'asthmatique, par où donc sont-ils passés pour s'expulser de l'organisme dans l'expectoration si spéciale qui apparaît à la fin de la crise d'asthme ? Nous pouvons affirmer qu'ils sont passés à travers la muqueuse bronchique. A travers une muqueuse bronchique normale ? Non pas. Un Américain, Clearf de Philadelphie, a eu le premier l'idée d'examiner au bronchoscope la muqueuse bronchique au cours de la crise d'asthme. Il l'a vue violemment congestionnée, tomenteuse. « L'asthme est une urticaire de la muqueuse bronchique » a-t-il écrit.

Les éosinophiles mononucléaires de la fin de la crise d'asthme sont donc passés *à travers une muqueuse bronchique modifiée* ; mais « urticaire des bronches » est une expression impropre : puisqu'il y a aussi dans l'asthme comme dans l'eczéma un suintement, une éxoserose (l'expectoration filante si spéciale), les couches superficielles de la muqueuse bronchique ne sont certainement pas intactes (comme le sont les couches superficielles de l'épiderme à la fin d'une urticaire cutanée banale). C'est donc « eczéma des bronches », « l'asthme est un eczéma des bronches » que Clearf aurait dû écrire. Il y a, sans doute, un certain degré de spongiose transitoire, ou tout au moins de vive congestion de la muqueuse bronchique au cours de la crise d'asthme.

Nous avons écrit plus haut « à première vue il ne semble y avoir aucun rapport entre la spongiose de l'eczéma et l'éosinophilie des cra-

chats de l'asthme, mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse », on saisit en effet maintenant :

— *Quelle relation très étroite au contraire il y a entre la spongiose de l'eczéma et l'éosinophilie de l'asthme : les deux faits représentent deux étapes différentes d'un même processus physiopathologique* ;

— *et combien il pouvait être intéressant de jumeler les deux affections pour les étudier, pour arriver à déchiffrer les énigmes de leurs pathogénies* : les faits « cent pour cent » des deux affections relèvent d'un même processus pathogène : diapédèses de monocytes à travers le tégument externe dans l'eczéma, à travers un tégument interne (une muqueuse) dans l'asthme. Le processus pathogène dans l'asthme et dans l'eczéma serait en définitive le même : une diapédèse de leucocytes à travers la muqueuse bronchique et à travers l'épiderme.

Il nous reste à élucider la raison d'être de ces diapédèses leucocytaires, processus pathogène commun aux deux affections.

***

Pourquoi d'abord trouvons-nous des *monocytes éosinophiles pour la plupart intacts dans l'exoserose de l'asthme*, et au contraire seulement *des débris de leucocytes dans l'exoserose de l'eczéma* ?

Parce que dans l'eczéma, pour s'expulser définitivement hors de l'organisme les monocytes ont à forcer une barrière : l'épiderme, dans son état normal, pour eux barrière infranchissable. Comme Noël Fiessinger l'a bien montré dans son livre sur « les ferments leucocytaires », c'est à l'aide de leurs ferments protéolytiques, les oxydases, que les leucocytes, quand il le faut, ont raison des tissus qui leur barrent la route ; mais pour libérer leurs ferments, les leucocytes doivent s'auto-éclater. Les monocytes après avoir créé l'état de spongiose, arrivés sous les couches superficielles de l'épiderme, s'auto-éclatent (voilà pourquoi nous ne retrouvons plus que leurs débris), libèrent leurs ferments qui attaquent les cellules de l'épiderme et créent la vésiculation.

Dans l'asthme au contraire, la traversée de la muqueuse bronchique par les monocytes est des plus faciles. Cette muqueuse n'est pas, comme l'épiderme, une barrière, un obstacle sérieux à leur diapédèse. Cela nous le savons depuis les travaux de Morel et Abelous sur la pneumonie épithéliale, desquammative : « Les cellules phagocytaires traversent facilement les revêtements endothéliaux du poumon, en s'insinuant entre leurs éléments. Ce sont elles qui, en voie de diapédèse, apparaissent à l'examen des préparations de pneumonie épithéliale ».

Policart n'est-il pas allé même jusqu'à nier l'existence d'un véritable épithélium pulmonaire, sauf pendant l'état fœtal : « chez l'adulte, les revêtements alvéolaires seraient constitués par des histiocytes disposés en endothélium plus ou moins continus ». Or ce sont les éosinophiles mononucléaires de l'expectoration de l'asthmatique, *parce qu'ils s'expulsent de l'organisme, la plupart intacts*, qui vont nous permettre de déchiffrer la dernière énigme du problème dont nous poursuivons la solution dans le présent travail.

Ces éosinophiles mononucléaires sont de l'ordre de grandeur des gros monocytes phagocyteurs du sang. Ils ne sont pas autre chose en effet que des histiocytes d'Ashoff portant en eux l'objet de leur mission : « les grains éosinophiles représentent des floculations d'acide urique, que les monocytes ont moissonnés dans le sang de la veine sus-hépatique, à la fin de la digestion hépatique, à la septième heure environ après la fin des repas (Les horaires de prédilection des crises d'asthme sont 7 heures du soir (sept heures après le déjeuner et 2 heures du matin, (sept heures après le dîner) et qu'ils vont sortir de l'organisme, en s'en expulsant eux-mêmes, au niveau du premier organe que traverse le sang sus-hépatique, au niveau du poumon. Voilà pourquoi de toutes les misères de l'arthritisme, la crise d'asthme est l'incident de beaucoup le plus fréquent » (1).

En résumé le processus pathogène comprend trois phases, aussi bien dans l'asthme que dans l'eczéma.

Phase initiale : traversée par les monocytes du tégument cutané ou du tégument muqueux avec modifications de ces tissus (spongiose).

Deuxième phase : phase exsudative (exoserose)

Phase ultime : exocytose (monocytes éosinophiles intacts dans l'asthme, éclatés dans l'eczéma).

Le fait « cent pour cent » facile à constater dans l'histoire de l'asthme est la phase ultime du processus pathogène : l'exocytose, l'éosinophilie mononucléaire des crachats.

Le fait « cent pour cent » facile à constater dans l'eczéma est au contraire la phase initiale : la spongiose.

Si nous n'avions pas l'éosinophilie des crachats de l'asthme, il nous serait impossible de comprendre la signification de la spongiose de l'eczéma.

Et inversement, sans la spongiose de l'eczéma, pourrions-nous saisir la signification de l'éosinophilie de l'asthme ? D'où, je le répète encore une fois, l'intérêt immense qu'il y avait à jumeler les deux affections pour les étudier et arriver à déchiffrer les énigmes de leurs pathogénies.

---

(1) Sédillot. — L'asthme. Edition 1934. Edit. Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

***

Le moment me paraît venu maintenant d'essayer de montrer rapidement :

— Comment, en ces vingt dernières années on a complètement laissé de côté l'étude des faits constants dans l'histoire de l'asthme et de l'eczéma, et comment, au contraire, on s'est attaché inutilement à l'étude des faits variables et inconstants, qui traduisent la défense de l'organisme contre le processus pathogène.

— Pourquoi on a agi ainsi contrairement à toute logique.

De la spongiose voici à peu près ce qu'on a trouvé à dire :

Bruno Bloch (Congrès de Copenhague) : « La spongiose serait créée par le choc antigène-anticorps survenant dans le sang au-dessous des régions du territoire cutané, qui vont s'eczématiser ».

? ? ?

Tout récemment on a essayé d'enlever à la spongiose sa valeur pathognomonique dans l'eczéma :

Sézary : « La spongiose n'est pas pathognomonique de l'eczéma ; on la rencontre dans des affections comme la trichophytie cutanée, l'épidermophytie inguinale. »

Mais cette remarque, n'est-elle pas une preuve de plus à l'appui de notre doctrine? : des parasites dangereux, des teignes, se sont fixés sur un point de l'épiderme. Les globules blancs de la *défense anti-infectieuse* de l'organisme, *les polynucléaires cette fois*, pour arriver jusqu'à ces parasites dangereux et remplir contre eux leur mission de défense, vont être obligés de créer eux aussi un état anormal (spongiose) du corps muqueux de Malpighi pour arriver jusqu'à eux, pour arriver à passer.

De l'éosinophilie des crachats de l'asthme, il ne sera pas long non plus de rappeler tout ce qui fut dit.

« Les éosinophiles mononucléaires de l'expectoration de l'asthme seraient des polynucléaires éosinophiles du sang qui auraient transformé leurs noyaux. »

Professeur Besançon : « Il semble bien qu'il s'agisse dans l'asthme d'une éosinophilie locale comme dans le kyste hydatique et les maladies parasitaires ; mais la raison intime de cette éosinophilie nous échappe encore.....

« Serait-elle liée a une excitation du bout périphérique du pneumogastrique ? »

Enfin comme pour la spongiose de l'eczéma, on a essayé de contester sa valeur pathognomonique au fait « cent pour cent » de l'asthme

Pasteur-Valléry Radot : « L'éosinophilie des crachats n'est pas le moins du monde un stigmate d'anaphylaxie, et ne constitue nullement un phénomène essentiel de la diathèse colloïdoclasique ».

Voilà à peu près tout ce qui a été dit des faits « cent pour cent ». Autant dire que l'on a complètement méconnu leur valeur, complètement laissé de côté leur étude.

Par contre, que l'on veuille bien se rappeler *les innombrables travaux* qui ont été publiés au sujet des faits inconstants et variables dans l'histoire de l'asthme et de l'eczéma.

La vagotonie, l'anaphylaxie, la colloïdoclasie, l'allergie n'étaient, somme toute, que des faits inconstants et variables dans l'histoire de l'asthme. L'anaphylaxie majeure ne se rencontre que dans 3 % des cas d'asthme, et l'hémoclasie digestive, test de la diathèse colloïdoclasique, n'est positive que dans 27 % des cas, etc...

Et il en est de même du choc antigène-anticorps, de l'allergie, de l'intolérance (Tzanck) en ce qui concerne l'étude de l'eczéma en ces vingt dernières années.

Pourquoi a-t-on fait pareille fausse route ?

Par réaction contre la période qui avait précédé la guerre. Pasteur, quoique non-médecin, fut certes un observateur, un clinicien de génie, qui sut toujours faire leur part et au microbe et au terrain ; et son petit-fils Pasteur-Vallery Radot vient fort opportunément de le rappeler, de le prouver à nouveau, documents en mains, dans l'édition qu'il fait paraître des œuvres de son grand-père ; mais après Pasteur, il n'est malheureusement que trop exact que, pendant une période d'une trentaine d'années les bactériologistes se sont trop enfermés dans leurs laboratoires ; qu'alors le microbe fut tout, et le terrain ne fut plus rien du tout.

Au lendemain de la guerre, on s'est aperçu enfin de l'erreur commise ; et en reprenant l'étude de maladies qui, comme l'asthme et l'eczéma, avaient été complètement laissées de côté pendant la période bactériologique, on est tombé dans l'erreur inverse : les réactions du terrain furent tout désormais (anaphylaxie, colloïdoclasie, allergie, intolérance ; et les faits « cent pour cent » se rapportant à l'attaque de l'organisme par la processus pathogène, on ne s'en est pas plus occupé, que s'ils n'avaient pas existé.

Avant d'essayer de dégager de cet article quelques conclusions pratiques, une réserve est à formuler.

Pour suivre notre comparaison entre l'asthme et l'eczéma (affections diathésiques) et la pneumonie (maladie infectieuse) nous avons écrit :

Que la traversée par les monocytes des couches superficielles de la peau dans l'eczéma et de la muqueuse bronchique dans l'asthme constituait un processus pathogène vis-à-vis de l'organisme, et que anaphylaxie, colloïdoclasie, aller-

gie, intolérance, etc., étaient des réactions de défense du terrain contre le processus pathogène ;

Ceci n'est pas tout à fait exact, surtout la deuxième phrase. En réalité la diapédèse des monocytes phagocyteurs de floculats hors de l'organisme est un expédient de secours, *un moyen libérateur d'exception* qu'emploie l'organisme, quand une partie de ses déchets azotés (qui normalement devraient être éliminés à l'état dissous) passe de l'état dissous à l'état floculé ; mais la mise en jeu de ces moyens libérateurs crée des affections comme l'asthme et l'eczéma, dont nos clients viennent nous demander de les guérir à tout prix. Le moyen libérateur, utile en soi, est donc bien d'une certaine manière un processus pathogène.

Par contre anaphylaxie, colloïdoclasie, allergie, etc., ne sont nullement des réactions de défense du terrain contre le processus pathogène, mais seulement l'expression clinique d'incidents inconstants et variables (chocs sanguins) qui deviennent l'occasion du passage subit des déchets azotés de l'état dissous à l'état floculé. Cette réserve faite, tout reste exact : la diapédèse des monocytes est bien le fait constant, le fait « cent pour cent », et l'anaphylaxie, la colloïdoclasie, etc., restent des faits fort variables, fort inconstants.

Restent vrais également tous les vieux dictons populaires « l'eczéma est une soupape de sûreté souvent à respecter » ; parfois « l'asthme est un brevet de longue vie ».

A ces moyens d'élimination des déchets azotés à l'état floculé qui s'appellent l'asthme et l'eczéma s'ajoutent encore l'urticaire, l'accès de goutte et le rhumatisme.

Le rôle du médecin sera de mettre l'organisme de son client dans la situation de n'avoir plus à recourir à ces moyens libérateurs d'exception, d'élimination à l'état floculé.

Comment mettrons-nous l'organisme en état d'éliminer tous ses déchets azotés à l'état dissous ? De deux manières simultanément : en abaissant le taux de ces déchets azotés dans le sang (traitement de l'insuffisance uréopoïétique et protéopexique de la cellule hépatique par la cure de désintoxication arthritique), et en activant les éliminations de ces déchets par les émonctoires naturels, bile et urines. Là est le traitement rationnel de ces misères de l'arthritisme. Au contraire tout moyen thérapeutique (méthodes de désensibilisation pour l'asthme, traitements externes de l'eczéma) visant directement ces affections sans s'adresser préalablement à la cause qui les a fait naître, est un non sens et peut présenter des dangers.

***

De ce court travail on peut tirer *quelques conclusions utiles.*

Les problèmes de la pathogénie de l'asthme et de l'eczéma élucidés, il nous en reste encore bien d'autres à résoudre : l'urticaire, la goutte, le rhumatisme, etc., etc... Dans l'étude de chacune de ces affections sachons, à l'avenir, *isoler les faits constants*, les faits « cent pour cent » qui traduisent l'attaque de l'organisme par le processus pathogène. C'est en serrant de très près l'étude de ces faits constants, et non pas celle des faits inconstants et variables, que nous arriverons à comprendre quel est le processus pathogène réel dans ces affections, et alors nous nous trouverons devant des problèmes extrêmement simples à résoudre (1).

Il y a quinze ans, quand j'ai succédé à Edouard Delthil dans sa clientèle spécialisée d'asthmatiques, j'avais accepté le problème de l'asthme dans la forme où il se trouvait posé pour tous depuis un siècle, depuis la découverte de Reissassen en 1822 « L'asthme est un spasme des bronches. Qu'est-ce qui provoque ce spasme ? »

Mais deux ans plus tard je savais déjà que l'asthme n'est certainement pas un spasme des bronches, et le problème se posait pour moi sous cette forme beaucoup plus large : « Qu'est-ce que l'asthme ? ». Quand en 1925, Ehrlich fit part de sa découverte de l'éosinophilie des crachats, parce que personnellement je ne croyais plus au spasme des bronches j'étais en mesure de tirer de suite de sa découverte toutes les conclusions qu'elle comportait.

Ma doctrine personnelle touchant l'asthme et l'eczéma explique facilement, ai-je besoin de le souligner, la coexistence, les alternances, les métastases de ces deux affections : une deuxième conclusion pratique à tirer est donc que toutes les fois que la nature nous montre deux affections évoluant ensemble, ou successivement ou en alternance chez un même sujet, *il y a intérêt à les étudier ensemble*. Cette deuxième conclusion est la condamnation formelle de la tendance actuelle à compartimenter la médecine en d'étroites spécialités qui s'ignorent les unes les autres, dermatologistes, spécialistes de l'asthme, spécialistes du rhumatisme etc., etc... Si à Copenhague on avait étudié l'asthme avec l'eczéma, on aurait peut-être compris que le choc antigène-anticorps dans l'eczéma de Bruno Bloch, et le spasme des bronches dans l'asthme étaient des faits qui ne pouvaient souffrir aucun rapprochement, et qu'il fallait essayer de trouver autre chose. Même raison en ce qui concerne le Congrès de l'asthme au Mont-Dore, deux ans plus tard. Si Champollion n'avait étudié les hiéroglyphes que sur un seul des monuments de l'Egypte des Pharaons, il ne serait certainement pas arrivé à les déchiffrer. Il en est de

(1) SÉDILLOT. — L'arthritisme, édition 1934, Editeur Arnette, 495 pages.

même en médecine, en pathologie : *une affection ne peut être parfaitement étudiée, isolée du groupe de maladies où la nature lui a fixé sa place.*

Un des congressistes, à Copenhague, avec le sourire, j'imagine, a rapporté cette idée d'un clinicien d'avant Pasteur :

« L'éruption de l'eczéma résulte de l'élimination par la peau de certains poisons ou humeurs peccantes qui sortent en bouillonnant ».

Loin de moi l'idée de défendre cette phrase prise dans son sens littéral ; mais dès qu'on ne l'accepte plus que comme un comparaison, comme une expression imagée, combien elle me semble plus près de la vérité que tout ce qui a été dit au Congrès de Copenhague au sujet de l'eczéma !

L'OXYDE DE CARBONE DANS SES RAPPORTS AVEC L'AVIATION

De l'oxyde de carbone ayant été trouvé dans le sang d'un aviateur de la marine qui s'écrasa au sol lors des courses aériennes de Chicago en 1930, des recherches furent entreprises par le Bureau de médecine et de chirurgie pour déterminer si les aviateurs encouraient, du fait de ce gaz, un risque quelconque.

Au début, comme il n'existait aucune méthode pratique pour analyser l'air à l'intérieur de l'avion, on faisait voler les divers types d'appareils pendant une durée de 4 à 6 heures, le pilote étant accompagné d'un médecin. Dès l'atterrissage une prise de sang était faite, aux deux hommes et l'analyse était faite à la fois par l'acide pyrotannique et la méthode de Van Slyke. Ces recherches révélèrent que, dans certains types d'avions, la teneur du sang en oxyde de carbone allait jusqu'à 20 pour cent du taux de saturation.

Pour éviter les très nombreuses ponctions veineuses que nécessitait cette méthode, des recherches furent entreprises pour trouver un instrument permettant d'analyser directement l'air de la carlingue. Elles aboutirent à créer *l'indicateur d'oxyde* de carbone, capable de doser une teneur en oxyde de carbone qui n'est pas supérieure à 0,01 pour cent.

Il consiste essentiellement en une pompe foulante mue par un moteur, un manomètre entretenant un courant d'air constant dans l'indicateur, une boîte de déshydratation et une cellule catalytique qui contient une série de cinquante-six couples thermo-électriques connectés directement à un cadrant ; ce cadrant est gradué en centièmes pour cent d'oxyde de carbone, les graduations allant de 0 à 0,15 pour cent. Enfin une batterie d'accumulateurs destinés à propulser le moteur.

L'air à analyser étant amené par un tube flexible dans l'instrument franchit le manomètre, traverse la boîte de déshydratation et parvient à la cellule catalytique où l'oxyde de carbone se trouve oxydé en anhydride carbonique. La chaleur qui en résulte est directement proportionnelle à la teneur en oxyde de carbone laquelle s'inscrit aussitôt sur le cadran. L'agent catalytique consiste en bioxyde de manganèse et oxyde cupreux préparés dans des conditions particulières de température et de pression. Il est parfaitement sélectif pour l'oxyde de carbone ; aucun autre gaz combustible ne sera oxydé par lui à moins que la température dépasse 212° F. L'instrument a été éprouvé à différentes altitudes jusqu'à 8.700 mètres.

Bien que la plus forte teneur du sang en oxyde de carbone trouvée au cours de ces recherches ait été de 20 pour cent du taux de saturation, et que cette teneur n'ait pas été considérée comme suffisante pour faire perdre connaissance ou pour tuer, les Américains ont considéré comme de première importance d'éliminer ce gaz en aviation parce qu'il est vraisemblablement capable de diminuer le rendement des pilotes ; il a été constaté en effet que l'exposition à de basses concentrations en oxyde de carbone pendant de longues durées finit par avoir un effet cumulatif. Ainsi une concentration de 0,02 pour cent d'oxyde de carbone dans l'air inspiré produit au bout de trois ou quatre heures une teneur de 20 pour cent dans le sang, teneur capable de causer du mal de tête et une sensation de constriction autour du front.

La marine américaine n'accepte plus actuellement d'appareils où la moindre trace d'oxyde de carbone a été décelée au poste de pilotage (1).

Il semble que dans la pensée des Américains, une intoxication du pilote par l'oxyde de carbone dû aux gaz d'échappement puisse expliquer certains accidents d'aviation demeurés mystérieux.

G. Lavalée.

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic,* march 25-1936.

LA CLINIQUE UROLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

I

POUR ÉVITER DES COMPLICATIONS REDOUTABLES DANS LES BALANO-POSTHITES INFECTIEUSES

Le Docteur Marcel PINARD (1) précise qu'il importe de bien connaître les différentes formes des balano-posthites infectueuses, pour en instituer un traitement rationnel. Ici, deux conditions priment toute l'étiologie : prépuce long, et orifice étroit empêchant de décalotter ; manque de lavages.

1. *La balano-posthite érosive circinée* est caractérisée par une desquamation superficielle, à contours géographiques, du gland et du prépuce. Des érosions multiples, de dimensions variables, très superficielles, arrondies, polycycliques s'étendent excentriquement ; mais leur point de départ est toujours dans le sillon balano-préputial. Leur fond est lisse, plat, rouge vif ; il est entouré par un mince liseré épithélial blanchâtre, légèrement saillant ; le moindre frottement à la compresse suffit à faire tomber ce liseré, tandis que le bourrelet blanchâtre, qui les entoure, résiste aux frictions ; ce qui constitue un signe important pour le diagnostic. Ces érosions sécrètent un pus abondant, d'un jaune terne, d'une odeur fade et particulièrement nauséabonde.

L'écoulement de ce pus et le phimosis constituent les premiers éléments du tableau. Les ganglions inguinaux peuvent manquer, ou bien ils sont augmentés de volume, durs, mobiles sans périadénite. Dans ce cas, on aurait toutes les raisons de penser à l'existence d'un chancre syphilitique. Cette affection est, en effet, essentiellement vénérienne, et se transmet par contagion. Cependant l'ultramicroscope montre l'absence de tréponèmes ; et la coloration du frottis ne révèle qu'une triade : cocci, bacilles courts sous forme de bâtonnets et quelquefois incurvés, spirilles fins plutôt ondulés que spiralés.

Pour traiter cette forme de balano-posthite, il est nécessaire de pratiquer des lavages sous-préputiaux soit à l'eau oxygénée, soit au nitrate d'argent au 1/50e, ou bien à l'oxycyanure de mercure à 0,50 p. 1.000, ou encore au néol avec poudrages soit à l'ektogan, soit au dermatol ; au cas de paraphimosis, laver, désinfecter, réduire, au besoin inciser pour libérer le lien constricteur.

2. *La balano-posthite pustulo-ulcéreuse* détermine de petites pustules acuminées, suppurant d'emblée, et laissant après s'être ouvertes des ulcérations assez profondes et cerclées de rouge ; au centre, le fond est pultacé. Cependant la suppuration est peu abondante, assez indolore, procède par poussées, dure plusieurs semaines, et finit par guérir sans laisser de cicatrices.

Son traitement de choix est le badigeonnage avec une solution alcoolique d'acide phénique au 1/10e. Le nitrate d'argent au 1/50e, le bleu de méthylène à 1 p. 200 donnent également de bons résultats.

3. La *balano-posthite ulcéro-membraneuse* est assez rare. On y trouve en abondance des bacilles fusiformes et de gros spirilles analogues à ceux de l'angine de Vincent.

Des attouchements sont recommandés avec *glycérine, 45 grammes ; alcool à 90°, 5 grammes ;* bleu de méthylène, 0 gr. 50.

4. La *balano-posthite gangréneuse* est très grave et peut aboutir à la mort. L'œdème du fourreau est considérable, avec rougeur sombre des tissus, lymphangite dorsale et du raphé, écoulement de pus sanieux, fétide, quelquefois teinté de sang. L'adénopathie douloureuse complète le tableau, qu'aggrave rapidement, si l'on n'intervient pas, *la gangrène, dite spontanée, de la verge.*

Le rôle important, au milieu de toute une flore microbienne, est joué par un bacille grêle, filamenteux, prenant le gram, et strictement anaérobie ; sa culture dégage une odeur infecte.

Compresses humides d'eau oxygénée, irrigations sous-préputiales prolongées et fréquentes seront appliquées aussitôt. Si la gangrène menace, débrider largement du limbe au sillon sur la face dorsale, en touchant les bords au thermocautère. Ensuite, les applications directes amèneront une guérison rapide.

(1) Marcel PINARD. Les balano-posthites infectieuses. (*La Médecine, octobre* 1935).

II

UNE ATTEINTE MÉDULLAIRE DÉCELÉE PAR L'INCONTINENCE SPHINCTÉRIENNE, SUITE DE COUP DE FREIN AUTOMOBILE

Le Docteur C.-A. PIERSON (1) a décrit sous le nom de « *signe du coup de frein* », un élément de diagnostic important, auquel on ne prête pas toujours une attention suffisante, et qui est susceptible de déceler une lésion de la moelle terminale.

Celle-ci résulte d'un traumatisme antérieur, mais elle serait restée occulte sans cette révélation, fortuite en quelque sorte. Et, en effet, la symptomatologie neurologique, de la zone médullaire, qui commande aux sphincters, n'est pas toujours faite de signes majeurs, de troubles bruyants, telles l'incontinence ou la rétention complète d'urine. « Il est parfois nécessaire de *rechercher des manifestations minimes*, juxta-physiologiques, qu'il faut mettre en valeur, et qui orientent les recherches vers la moelle ».

Voici une observation intéressante, que communique l'auteur :

« Un homme dans la force de l'âge a été victime d'un grave accident d'automobile, il y a quatorze mois ; il n'y pense plus guère d'ailleurs. Il vient consulter pour des faits bien précis. Chaque fois qu'il prend l'autocar, conte-t-il, il est au supplice du côté de ses sphincters. Il y enregistre automatiquement tous les incidents de la route. Il a beau fermer les yeux, s'abstraire du voyage, la moindre modification de vitesse retentit sur son sphincter vésical et anal. *Un coup de frein* amène instantanément quelques gouttes d'urine au méat ; un arrêt brusque relâche son sphincter anal et occasionne une souillure sur sa chemise, parfois sans qu'il en ait la notion. Ces troubles, qui inquiètent beaucoup le malade, à juste titre avouons-le, nous mettent sur la piste d'une lésion du cône médullaire.

« En effet, nous découvrons assez vite une anesthésie subtotale de la région coccygienne et sacrée, qui se prolonge vers le tiers supérieur des cuisses ; le réflexe anal est aboli, le réflexe crémastérien est difficilement perçu à droite. Au cours de cet accident grave, dont il a été victime il y a quatorze mois, le sujet avait éprouvé des troubles subjectifs très nets dans les membres inférieurs et, d'autre part, il avait présenté une rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme plusieurs jours de suite.

« L'attention des chirurgiens avait été attirée exclusivement sur les lésions osseuses, et retenue par la surveillance de la colonne lombo-sacrée. Il est vraisemblable, si l'on se rapporte aux séquelles sphinctériennes actuelles, que le blessé avait présenté soit des *troubles de la moelle du type commotionnel, soit des lésions d'ordre hématomyélique localisées au niveau de la portion terminale,* dont nous ne trouvions plus que les vestiges atténués et transformés. Il faut bien spécifier que le malade ne présentait, lors de notre examen, aucun trouble sphinctérien au cours de la vie quotidienne, en dehors de ses trajets en automobile. »

Le signe du coup de frein n'est en somme que *l'exagération d'une sensation normale,* exagération due à un phénomène hématomyélique, ou simplement commotionnel.

La sensation normale consiste dans *la modification instantanée du tonus vésical ou anal qui se manifeste, de façon consciente ou inconsciente, à l'occasion d'un brusque changement dans l'allure d'un véhicule.*

Nous avons tous éprouvé, de façon élémentaire, des sensations de ce genre. C'est, par exemple, le monsieur qui roule en automobile à 90 à l'heure et qui, devant un obstacle inattendu, doit réagir par un magistral coup de frein. Eh bien, l'on peut dire que sa vessie a réagi une demi-seconde après son pied ; il a, en quelque sorte, freiné avec sa vessie. Peut-être très imparfaitement, peut-être de façon pratiquement non perçue.

La pathologie nous fournit des formes atténuées de ce symptôme dans un certain nombre d'affections de la moelle, à côté d'autres signes plus nets. D'ailleurs sa mise en évidence n'est pas spéciale à l'automobile. L'aviation ou le simple usage de l'ascenseur entraînent les mêmes constatations.

En résumé le « signe du coup de frein » doit être réservé aux cas, où sont révélés des troubles sphinctériens occultes, la plupart du temps méconnus. Il peut alors mettre sur la voie de lésions silencieuses de la moelle lombo-sacrée, ou révéler des vestiges de lésions antérieures dans la zone du noyau vésico-rectal du parasympathique ; celui-ci, par son excitation sur les muscles lisses du corps de la vessie, vient inhiber l'action frénatrice qu'exerce le grand sympathique sur le sphincter lisse du col vésical et les fibres du trigone ; d'où un effet de miction. Ce signe doit figurer parmi ceux de la première heure, comme un révélateur ultra-sensible.

G. FISCHER.

(1) C.-A. PIERSON. — Le « signe du coup de frein », index sphinctérien de la moelle terminale. (*Maroc Médical*, 15 mai 1935.)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Lésions ostéo-articulaires et fautes de diagnostic en gastro-entérologie.

Si des erreurs en sens inverse peuvent être commises, ce sont le plus souvent des lésions ostéo-articulaires qui donnent le change pour des accidents digestifs. Le Docteur F. Moutier a vu des dyspepsies nerveuses simulées par des ostéites vertébrales ou des arthrites ostéophytiques. Il a rencontré des algies diverses attribuées à l'estomac, à la vésicule, à l'appendice, au côlon, au recto-sigmoïde, au plexus-hypogastrique, liées en réalité à du rhumatisme vertébral, à des arthrites et péri-arthrites traumatiques, à des glissements et déformations des disques vertébraux, à quelque cypho-scoliose, à des lombalisations ou sacralisations, enfin à la spina bifida. Le cancer de l'estomac lui-même peut être simulé par des radiculites liées à une compression. L'ulcère de l'estomac voit son syndrome en partie joué par le mal de Pott, l'appendicite chronique se trouve simulée par une arthrite coxo-fémorale. On croira douloureux un dolicho-côlon alors que le rhumatisme vertébral est seul responsable de l'algie inguinale ou iliaque. On a vu enfin l'ulcère de la face postérieure de l'estomac simuler presque à s'y méprendre le mal de Pott dorsal inférieur ; mais c'est là un autre ordre d'idées.

En résumé, il faut tenir le plus grand compte du résultat des épreuves thérapeutiques, et ne pas s'obstiner par exemple à croire à un ulcère lorsque les traitements éprouvés ne donnent aucun résultat. Chaque fois qu'une lésion digestive n'est pas évidente, ne fait pas formellement sa preuve clinique, radiologique, endoscopique, il faut penser à la possibilité d'une erreur de diagnostic ; à côté des lésions rénales, si souvent méconnues, les lésions *ostéo-articulaires* sont, parmi les accidents morbides de l'organisme, ceux qui le plus souvent prennent le masque d'un syndrome *digestif*. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1936.)

Les abus de la ponction lombaire dans les traumatismes craniens.

Le Docteur H. Laffitte étudie les avantages réels que le praticien peut tirer de la ponction lombaire en présence de cas cliniques.

Tout d'abord, il faut noter que chez les grands traumatisés du crâne, la ponction lombaire est parfaitement inutile, comme d'ailleurs tout autre acte chirurgical. De même, si un blessé a reçu un choc précis en un point quelconque de la voûte, et présente à ce niveau une dépression réelle, c'est un acte chirurgical qu'il faut faire et non une ponction lombaire, qui ne nous apprendrait rien.

Cependant, quand un blessé du crâne arrive dans un état d'obnubilation sans autres symptômes bien nets, il est correct de prendre sa tension du liquide céphalo-rachidien et si, comme on peut l'espérer, sa tension est normale, il faut en rester là. Il est totalement inutile de soustraire du liquide ; on risque de faire saigner davantage et de provoquer des accidents d'hypotension. Que ce même traumatisé du crâne présente, au bout d'un intervalle libre, des signes d'aggravation, là encore la ponction lombaire ne peut être d'aucune utilité ; elle nous apprendra qu'il y a eu un traumatisme des centres, ce que l'on sait déjà. En réalité, il faudra songer à un hématome sus ou sous-dural et intervenir chirurgicalement.

Un cas plus embarrassant est celui d'un traumatisme moyen : pouls petit, face pâle, un peu de mydriase, parfois un écoulement de liquide céphalo-rachidien par l'oreille ou un épistaxis. La ponction lombaire n'est pas indispensable pour affirmer ou non une fracture du crâne ; elle peut être utile cependant au point de vue du traitement : s'il y a hypertension, on peut soustraire une petite quantité de liquide. S'il y a hypotension, on vérifiera en même temps *la tension artérielle* et si celle-ci est faible ou moyenne, il faut éviter de faire la moindre soustraction et de préférence injecter dans les veines 30 à 40 c. c. d'eau distillée. En résumé, si la ponction lombaire ne pouvait indiquer qu'un traumatisme des centres cérébro-spinaux, elle n'aurait pas une très grande valeur, mais, fort heureusement, elle apporte des renseignements autrement précis, à condition qu'elle soit réalisée d'une façon correcte, c'est-à-dire sur un malade couché, avec un manomètre de Claude.

Ce qu'il faut éviter, c'est de l'employer d'une façon systématique. Sa répétition peut conduire à des désastres.

Utilisée d'une façon précise et dirigée, elle peut rendre au contraire de très grands services. (*L'Actualité médico-chirurgicale*, février 1936.)

Invagination intestinale des nourrissons.

Le Docteur André Martin fait une étude très complète de cette question importante. Il donne

un développement particulier à la clinique et à l'évolution. Le diagnostic est envisagé dans trois conditions différentes, suivant que l'enfant est vu au moment des crises douloureuses, qu'il a présenté une émission sanglante ou qu'il présente un syndrome abdominal.

Certes, très précieux sont les renseignements donnés par l'examen et l'observation patiente de l'enfant surveillé d'heure en heure ; mais actuellement la radioscopie et la radiographie nous permettent de poser sûrement les indications thérapeutiques. A ce propos, l'auteur fait remarquer que si le lavement baryté est un mode de diagnostic utile, il peut amener des complications (collapsus, hyperthermie, perforation, rupture) ; aussi est-il prudent de ne pas l'utiliser après la vingt-quatrième heure.

Le traitement de l'invagination ne peut être que chirurgical, et sous anesthésie générale. Avant l'opération, le sérum, les préparations tonicardiaques, l'huile camphrée, le réchauffement de l'enfant, l'adrénaline sont indiqués. Pour obtenir les résultats les plus favorables, malgré des suites opératoires parfois mouvementées, il faut opérer tôt, avant la vingtième heure. Passé ce délai, la désinvagination peut être impossible ; les anostomoses donnent un résultat bien aléatoire. L'extériorisation du boudin est un pis aller ; quand à la résection, dont les résultats sont franchement mauvais, elle est fatale dans presque tous les cas.

Un nourrisson présentant des coliques violentes avec phases d'accalmie, qui a une émission sanglante par l'anus, chez lequel on a perçu le boudin, ou chez lequel le boudin a été reconnu par l'examen radiologique, doit être opéré sans délai. Si l'intervention est précoce, la guérison est la règle. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1936.)

Les abcès du poumon chez l'enfant

Le Docteur E. Dubourg, au cours de ses recherches, a été frappé par le nombre d'abcès du poumon, qui est moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Dans la moitié des cas il s'agit de nourrissons, le plus précoce ayant été observé à trois semaines. Nos connaissances sur l'étiologie et la bactériologie des abcès fétides chez l'enfant sont encore rudimentaires. La clinique est à peu près au même point que chez l'adulte. Certes, le diagnostic reste souvent plus ardu en raison de la facilité avec laquelle les vomiques passent inaperçues, et des difficultés que créent les diverses suppurations intrathoraciques, spécialement les pleurésies purulentes enkystées. Cependant, si l'on y pense, l'abcès du poumon est diagnostiqué de façon certaine et précise dans la très grande majorité des cas. L'examen radiologique reste la clé du diagnostic. Mais il faut l'utiliser systématiquement et aussi précocement que possible, avant l'apparition intempestive d'une pleurésie, qui en diminue singulièrement la valeur, ou même l'annihile. Dans un dixième des observations, non seulement les vomiques sont absentes du tableau clinique, mais parfois même aucun symptôme respiratoire n'est mentionné, et le diagnostic fut une trouvaille radiologique.

En manière de pronostic, il faut considérer comme entièrement erronée la notion classique de la bénignité des abcès du poumon chez l'enfant. D'après les statistiques de l'auteur, basées sur trente cas, on note la guérison dans la proportion de 50 %, la mort, 43,33 %, une évolution indécise 6,66 %. L'évolution est absolument indépendante du germe en cause ; la complication la plus fréquente est la pleurésie purulente avec pyopneumothorax spontané.

Au point de vue thérapeutique, le traitement médical par l'émétine ne semble efficace que pour les abcès amibiens. Le traitement chirurgical semble recommandé de préférence, mais non pas le pneumothorax, la phrénicectomie, etc... L'auteur conseille la pneumotomie, assez précoce pour qu'elle ait des chances d'être suffisante, c'est-à-dire avant que les lésions de pyosclérose ne soient trop étendues. Ne pas oublier la très grande fréquence des pleurésies purulentes, qui sont associées aux abcès du poumon.

En conclusion on peut dire que la question des abcès du poumon chez l'enfant renferme encore beaucoup de points obscurs. C'est ainsi que les indications et les modalités du meilleur traitement, spécialement du traitement chirurgical, restent à préciser. (*Bull. de la Société Méd. infantile de Bordeaux et du Sud-ouest*, décembre 1935.)

La réflexothérapie

Le Docteur Chagavat fait une étude complète de cette question, en décrivant et en expliquant sa méthode. La réflexothérapie, dit-il, est un mode de traitement non négligeable, malgré la mauvaise réputation donnée à cette méthode par une publicité surtout commerciale. Les malades qui bénéficient le plus de cette méthode sont les déséquilibrés végétatifs, certains psychiques, quelques asthmatiques, ou sujets atteints de troubles nerveux sans lésion. Il est recommandé de ne pas cautériser les muqueuses, de ne jamais intervenir lorsque celles-ci sont malades. Ne jamais commencer une cure de réflexothérapie sans avoir examiné à fond son sujet, car toute lésion organique contre-indique la méthode. Il en est ainsi notamment pendant la grossesse, dans les tuberculoses broncho-pulmonaires, dans les affections des yeux. (*Journal de médecine de Paris*, 16 janvier 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Silicium et tuberculose pulmonaire.

(MM. VILLARNOVA et CANALIS. — Présentation par M. VINCENT ; 31-3-1936.)

Ayant pratiqué différentes analyses chimiques du parenchyme pulmonaire, les auteurs ont vu que le silicium existe en quantité très faible dans les poumons des vaches, qui sont si facilement tuberculisables, et qu'au contraire on en décèle en très grande abondance dans ceux des chèvres et des moutons, rarement touchés par les lésions bacillaires. Il leur est apparu que le silicium aurait une influence protectrice, pour le poumon, vis-à-vis de la tuberculisation. Ils ont retrouvé le même parallélisme chez les petits animaux, spermophile et cobaye.

Innocuité du B. C. G. chez les tuberculeux

(M. L. GUINARD ; 21-4-1936)

S'étant demandé si le B. C. G. ne pourrait pas avoir quelque utilité thérapeutique chez les tuberculeux, M. Guinard l'a employé sur un groupe de 34 femmes atteintes de tuberculose pulmonaire soignées en sanatorium. Dix malades ont réagi par réaction fébrile et 30 par formation de petits abcès contenant du B. C. G. Les améliorations, notées 14 fois, n'ont pas pu être mises de façon péremptoire au bénéfice du B. C. G.

L'auteur conclut que si l'action thérapeutique favorable du B. C. G. chez les tuberculeux reste douteuse, il ressort de ces essais que le vaccin, inoffensif chez les sujets sains, l'est également pour les tuberculeux.

Le même fait a été constaté par le Prof. Holmgren, de Stockholm.

— M. GUÉRIN rappelle que les bovidés déjà tuberculeux possèdent la même tolérance vis-à-vis du bacille tuberculeux virulent.

Fièvre des fondeurs. Fièvre des soudeurs.

(MM. F. et H. HEIM DE BALSAC ; 7-4-1936)

La fièvre des fondeurs, signalée dès 1832, chez les ouvriers du laiton, a été l'objet de nombreux travaux. Elle se manifeste par des frissons, une élévation thermique supérieure à 38°, des nausées, des sueurs, de la céphalalgie, le tout se calmant au bout de trois à quatre heures. Pour l'expliquer, on a incriminé le plomb, le zinc, le travail devant les feux, le surmenage.

MM. F. et Heim de Balsac apportent à l'étude de cette fièvre une contribution qui en précise la nature. Ils ont observé un groupe de sujets séjournant dans un milieu de soudeurs où la soudure se fait avec des baguettes en laiton (zinc et cuivre). On ne trouve pas de vapeurs de cuivre dans l'atmosphère de ces ateliers, mais il s'y produit, en revanche, une abondante émission de vapeurs de zinc immédiatement transformées en oxyde de zinc. Or, chez 9 sujets observés sur 10 ayant séjourné dans cette atmosphère, s'est produit, 4 à 6 heures après la cessation du travail, un ensemble de troubles rappelant la fièvre des fondeurs typique sous une forme atténuée (céphalée, état subfébrile, insomnie, sueurs, etc.).

Le travail de braso-soudure ne s'effectuant pas devant un foyer, le facteur chaleur radiante ne peut être invoqué ; non plus, le facteur surmenage. L'oxyde de zinc apparaît donc nettement comme l'élément *pathogène*.

En somme, cette fébricule zincique professionnelle des soudeurs fixe la nature des troubles plus sérieux observés chez les fondeurs. Elle en commande la prophylaxie, l'éloignement des vapeurs de zinc, des particules d'oxyde de zinc.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus post-abortif de l'utérus.

(M. Serge HUARD ; M. Abel PELLÉ, de Rennes. — Rapport de M. HUET ; 19-2-1936.)

M. Huet rapporte deux observations l'une de M. Huard, l'autre de M. Pellé, d'infarctus post-abortif de l'utérus. Dans un cas, les accidents apparurent peu après une injection intra-utérine d'eau savonneuse ; dans l'autre à la suite de manœuvres intra-utérines avec un crochet rigide. Etat général de shock grave. Localement, dans l'observation de M. Pellé, les lésions d'infarctus étaient à l'état de pureté sans inflammation surajoutée. Chez la patiente de M. Huard les lésions d'infarctus étaient encore reconnaissables, mais il y avait déjà infection massive, avec réaction péritonéale.

L'hystérectomie fut pratiquée chez ces deux malades. La première guérit, non sans péripéties inquiétantes. La seconde succomba.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Un cas de myélomes multiples (plasmocytomes)

(MM. P. Carnot, R. Cachera et Mlle M. Tissier ; 24-1-1936.)

Les observations cliniques de myélomes multiples des os demeurent assez rares ; habituellement, ces tumeurs ne sont identifiées qu'après l'autopsie. Dans le cas présent, le diagnostic clinique, rendu vraisemblable par l'aspect radiographique du squelette, a pu être confirmé sur le vivant par un précieux procédé d'exploration : la ponction du sternum. C'est grâce à elle et à la radiographie que l'on a pu porter le diagnostic ferme de myélomes multiples et en préciser la variété histologique. Pendant six mois on a suivi l'évolution clinique et radiographique jusqu'à la terminaison fatale ; les pièces d'autopsie ont alors vérifié les diverses constatations qui avaient été faites : cliniques, cytologiques et radiologiques.

On doit souligner que les manifestations symptomatiques de cette maladie sont demeurées très frustes, malgré la multiplicité des foyers médullaires. La radiothérapie, appliquée de façon aussi intensive que possible, ne semble pas avoir modifié de façon bien *nette l'évolution de la maladie.* La courbe de l'amaigrissement paraît seule avoir été influencée, d'une manière d'ailleurs toute relative, par le traitement. On ne peut pas, en tout cas, parler de rétrocession, et aucune géode osseuse suivie sur les films pendant six mois n'a réellement disparu. Au contraire, les lésions n'ont jamais cessé de s'accroître.

Le diagnostic positif précoce, affirmé par myéloponctions, représente le principal intérêt de ce cas.

Méningo-encéphalite mélitococcique tardive avec spasmes sylviens et épisodes psychiques.

(MM. H. Roger, J. Piéri et M. Bouet ; 31-1-1936.

Un employé aux abattoirs est apparemment guéri d'une fièvre ondulante d'allure banale qui l'a immobilisé pendant huit mois, lorsqu'il commence, trois mois après la reprise du travail, à présenter des céphalées et des crises de paresthésie brachio-faciolinguales droites se propageant au membre inférieur droit, se compliquant d'aphasie, durant une heure ou deux, et s'échelonnant durant deux mois. Plus tard, apparaissent trois épisodes psychiques, de durée de moins en moins longue, à type de subagitation, de désorientation, de zoopsie. Ces épisodes coïncident avec une poussée fébrile, la recrudescence des céphalées et quelques signes pyramidaux droits *transitoires*, La ponction lombaire révèle une réaction méningée intense avec relative dissociation cytoalbumineuse (hypercytose à 160 pour 0,70 d'albumine), un séro de Wright nettement positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Ce cas, particulièrement intéressant, confirme les données précédemment acquises sur les méningites mélitococciques, en particulier en ce qui concerne quatre points importants : début généralement tardif, souvent plusieurs mois après la guérison apparente de l'infection générale, fréquence des spasmes vasculaires sylviens, à type de paresthésies faciobrachiolinguales (avec ou sans aphasie), avec ou sans propagation au membre inférieur, fréquence telle que, survenant au cours d'un syndrome méningé qui ne fait pas sa preuve, ces spasmes doivent dans les régions méridionales orienter vers la fièvre ondulante, — fréquence des troubles auditifs à type d'hypoacousie et parfois de vertiges, — enfin caractère particulier du liquide céphalo-rachidien, intensité de la réaction cytologique dépassant la centaine de leucocytes pour un taux d'albumine corrélativement moins élevé et contrastant parfois avec la pauvreté des signes cliniques

Mais le point particulier réside chez ce malade dans l'apparition des trois épisodes psychiques compliqués de fièvre et d'hémiparésie droite passagère.

A propos d'un cas d'angiomatose hémorragique (maladie de Rendo-Osler).

(MM. Duvoir, Pollet, Bouley et Orinstein ; 31-1-1936.)

En rapportant l'observation d'un cas d'angiomatose hémorragique les auteurs ont voulu attirer à nouveau l'attention sur les formes acquises spontanées et surtout sur la coexistence fréquente de ce syndrome et d'altérations hépatiques. Il s'agit d'une observation intéressante pour trois raisons, sans parler de la réelle rareté de cette affection : 1° L'absence de tout caractère familial connu ; 2° L'existence de troubles sanguins discrets, mais n'en donnant pas moins une note homogénique ; 3° la coexistence d'altérations hépatiques.

Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire.

(MM. M. Léon Kindberg et H. Blinder ; 31-1-1936.)

Il s'agit d'un homme de 37 ans, en parfait état de santé jusque-là, chez qui, à la suite d'une intervention pour une sinusite maxillaire suppurée, se développa une suppuration pulmonaire. Après deux mois d'une suppuration profonde et progressive, on vit apparaître une tuberculose grave et évolutive, inexistante jusque-là. La crainte de la tuberculose doit donc nous hanter, non seulement au décours mais au cours même des abcès du poumon. La recherche régulière du bacille dans les crachats ne doit jamais être omise.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 mars 1936

La chirurgie des rhumatismes chroniques. Ses résultats.

M. R. MASSART. — Le rhumatisme chronique groupe des traumatisés anciens méconnus ou non, des malformés soit congénitaux, soit du fait d'une croissance anormale, des infectés, des maladies constionnelles où la tuberculose, la syphilis, les désordres endocriniens jouent un rôle.

Le rhumatisant qu'on opère est un sujet taré, un candidat au mal de Bright, dont il meurt le plus souvent. Il est donc nécessaire de proportionner l'importance de l'opération àl'état de résistance du malade. L'anesthésie est à surveiller et l'auteur utilise les anesthésiques de base, le tribromo-éthanol.

Les résultats pour être bons (plus de cent opérés) demandent des soins post-opératoires minutieux ; la surveillance des premiers jours, la reprise de la fonction articulaire, la reprise de la marche. Une prothèse légère est utile pour éviter l'entorse lorsque le malade remarche.

Le rhumatisant doit continuer à se soigner, utiliser la créno, la physiothérapie, les médications actives.

M. J. SÉDILLOT. — Nous devrons revenir au traitement surtout diététique du rhumatisme chronique diathésique.

M. C. RŒDERER. — Cette chirurgie est une des grandes acquisitions de ces dernières années. Elle ne saurait entrer en jeu qu'après l'échec de tout traitement diététique, médicamenteux, physiothérapique, sans oublier le traitement orthopédique qui a fait ses preuves.

Traitement par le radium des épidermoïdes du larynx

M. RENAUX. — Présentation d'un malade atteint d'épidermoïde du larynx d'après l'examen histologique et traité au radium en 1927. Ce malade est resté huit ans libre de tout symptôme. Une récidive actuelle vient d'être traitée par une nouvelle application qui a fait disparaître la plupart des symptômes alarmants. D'autres observations personnelles concernent des malades suivis sans récidive, pendant plusieurs années, l'un pendant neuf ans, deux pendant cinq ans, et un pendant quatre ans.

Ces résultats ont été obtenus avec une technique aujourd'hui périmée. On peut espérer obtenir bientôt dans le traitement des épidermoïdes du larynx les mêmes résultats que pour ceux de la langue.

M. A. MOULONGUET. — Dans le traitement du cancer endolaryngé, la chirurgie donne actuellement de meilleurs résultats que les agents physiques. Dans les cancers limités, traités par thyrétomie, 80 % de survies au bout de trois ans ; dans les cancers étendus traités par laryngectomie totale, 40 % de survies au bout de trois ans.

M. F. BONNET-ROY. — Il faut distinguer les cancers intrinsèques du larynx curables par la chirurgie des cancers pharyngo-laryngés qui seuls s'accompagnent d'adénopathie, ceux-ci très graves car un échec des agents physiques sur les ganglions équivaut à un échec total.

Le rat de laboratoire peut être plus subtil que le microscope

M. A. ARTHUS. — Pour rapprocher l'un de l'autre deux phénomènes biologiques, pour les identifier surtout, il ne faut pas se contenter de leur reconnaître un seul point commun.

L'auteur comparant deux réactions biologiques qui se montrent absolument identiques au microscope, démontre qu'elles ont deux significations physiologiques absolument distinctes.

Et cette distinction que le microscope ne permettrait pas, c'est le rat, réactif biologique lui-même, qui s'en charge.

Cas de chorio-épithéliome

MM. R. VAUDESCAL et MARTIN. — A propos d'un cas de chorio-épithéliome, les auteurs rapportent l'observation d'un chorio-épithéliome de l'utérus consécutif à un avortement molaire qui fut diagnostiqué avant tout symptôme clinique grâce au titrage du prolan B, par la méthode de Brindeau et H. Hinglais.

Ils insistent sur la valeur de ces différents tests biologiques qui permettent dès maintenant une appréciation très exacte de l'activité placentaire au cours des complications de la grossesse.

Une endémie de « quatrième maladie »

M. R. MÉTAIS (de la Jarne). — Durant l'été 1935, l'auteur a observé en Charente-Inférieure, une petite endémie d'une affection contagieuse et éruptive qu'il rattache à la « quatrième maladie » de Filatow-Duke par les caractères suivants : angine avec adénoïdite et enduit lacunaire sur les amygdales, adénopathie angulo-maxillaire discrète, langue saburrale (ou framboisée), exanthème composé de petits éléments rouges arrondis en tête d'épingle plus ou moins nombreux, très légèrement prurigineux, dont quelques-uns se transforment en vésiculettes à contenu trouble, surmontées par la suite d'une petite croûtelle brunâtre. A l'éruption succède une fine desquamation. L'incubation paraît d'une durée au moins de six jours. Il existe des formes frustes sans exanthème.

M. G. BLECHMANN qui a rapporté les observations de M. P. MÉTAIS n'a jamais rien vu qui se rattache aux descriptions de la « quatrième maladie » et il estime comme TEISSIER et GAUTIER que la question doit rester en suspens.

Nouveaux membres. — Ont été élus à la séance du

3 mars 1936 : MM. AZOULAY, Ed. GROS (hôpital américain), A. HUDELO (Amitié des Aveugles), P. LAVAT (hôpital de la Glacière), J. LHERMITTE (hospice Paul Brousse).

G. BLECHMANN.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du mardi 3 mars 1936

Le diagnostic radiologique de l'ulcère de la petite courbure ; caractère exceptionnel de la niche de *Haudeck* ; *fréquence des niches* sans bulles d'air

MM. LANGERON et DANÈS présentent douze radiographies d'ulcère de la petite courbure, tous vérifiés à l'opération. En aucun cas, n'existait la niche décrite par Haudeck (niveau liquide baryté surmonté d'une bulle d'air). Partout l'on trouvait une niche, tantôt petite, tantôt volumineuse, mais sans bulle d'air.

La niche de Haudeck est une image tardive, qui correspond le plus souvent à un ulcère térébrant, ayant entamé le tissu hépatique ou pancréatique.

En même temps que l'observation clinique et radiologique, ils présentent la pièce de gastrectomie de leur dernier malade.

Néphrite mercurielle très bénigne

MM. LANGERON, PAGET, LEDIEU et CAMUS. — Cette néphrite s'est traduite par un minimum de signes cliniques et biologiques, la dose absorbée ayant été d'environ 0,50 d'oxycyanure de mercure. Les auteurs versent ce cas à l'étude de la question, pour montrer qu'il existe des formes très atténuées. Ils rappellent, par ailleurs, les traits essentiels de cette affection, se réservant de revenir sur les problèmes qu'elle soulève.

Endocardite maligne aiguë streptococcique, greffée sur une aortite sigmoïdienne syphilitique

MM. LANGERON et FOURNIER.—Homme de 59 ans ; diagnostic vérifié par l'autopsie. La lésion sigmoïdienne constitue une cause d'appel local pour une septicémie streptococcique ou autre ; il se fait une endocardite maligne, type Osler-Jaccoud. Les cas aigus de ce genre, au moins ceux publiés, sont exceptionnels.

A propos des fractures de la colonne vertébrale ; présentation de radiographies

M. BELLE. — Les fractures de la colonne vertébrale semblent plus fréquentes qu'on ne le soupçonne. Des traumatismes variés peuvent les créer, traumatismes souvent insignifiants qui ne donnent lieu, au moment de l'accident, à aucun signe particulier susceptible d'éveiller l'attention de ce côté.

Il est important de songer à ces fractures possibles, qui restent latentes, et de faire pratiquer au moindre doute des explorations minutieuses du rachis, en particulier à la suite de chutes ou de chocs plus ou moins directs.

Il va sans dire qu'un diagnostic posé dès le début, permet d'instituer une thérapeutique rationnelle et d'éviter les graves complications qui viennent tardivement préciser la nature de la lésion.

Diagnostic précoce de la grossesse par la radiographie. Présentation de radiographies

M. BELLE. — Sans vouloir diminuer la valeur indiscutable des examens biologiques dans le diagnostic précoce de la grossesse, l'auteur pense que l'épreuve radiographique faite dans des conditions satisfaisantes de technique, permet d'apporter des éléments de certitude convaincants. S'ils sont plus tardifs, trois mois, trois mois et demi, ils donnent néanmoins une preuve éclatante du fait accompli et particulièrement dans le cas de grossesse gémellaire ou multiple.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Corps étranger intra-oculaire toléré trente-cinq ans.

MM. GORSE, CALMETTES et Y. GARIPUY présentent un corps étranger métallique extrait à l'aide de l'électro-aimant d'un œil où il séjournait depuis trente cinq ans. Il était devenu friable et tout oxydé par les liquides intra-oculaires : il occupait la chambre antérieure, et à travers une brèche cornéenne laissait voir au dehors sa tranche sous l'aspect d'une ligne noirâtre. Les auteurs font remarquer l'extraordinaire et inhabituelle tolérance de l'œil pour un corps étranger aussi volumineux et ainsi placé, le malade n'ayant pas été inquiété durant si longtemps par le moindre phénomène douloureux ou inflammatoire de l'œil blessé ou de son congénère.

Périarthrite de l'épaule et calcémie.

MM. BOUNHOURE, BASEX et DARIS rapportent le cas d'une femme de 40 ans, ancienne spécifique, souffrant du genou droit après un traumatisme et chez laquelle la radiographie montra en arrière des condyles une formation osseuse de la grosseur d'une noisette. En l'absence de tout signe de maladie de Pellgrini-Stieda et de Thibierge-Weissenbach, les auteurs, en raison de la forme, du volume et de la situation de cette néoformation osseuse pensent qu'il s'agit d'une périarthrite du genou par boursite calcifiante chez une syphilitique.

Les examens humoraux ayant montré que le taux du calcium était demeuré sensiblement normal, les auteurs font remarquer que la mutation calcique à point de départ ostéo-articulaire et d'origine traumatique ne nécessite pas toujours un stade d'hypercalcémie préalable.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie DELAGRAVE,
15, rue Soufflot, Paris (Ve)

Le Jeu d'Adam et Eve. Transposition littéraire de Gustave COHEN, professeur à la Sorbonne. Adaptations musicales de Jacques CHAILLEY. Un vol. in-12, 92 pages. Prix : 10 francs.

P. LITHIELLEUX, libraire-éditeur,
20, rue Cassette, Paris, 1936

Éducation psychologique de le jeunesse

Voici la réédition, mais complètement remaniée d'un précédent ouvrage de notre confrère et ami le Docteur H. Mignon.

En quelques préceptes clairs, aussi concis et dépouillés que possible, l'auteur s'efforce de dénouer les difficultés qui, chaque jour, se soulèvent devant les éducateurs parents et maîtres.

Des éducateurs qui, pour la plupart, ont grand besoin eux-mêmes d'être éduqués ! Ils viendront chercher ici les connaissances psychologiques et pédagogiques, les « directives » comme on dit aujourd'hui, qui leur permettront de mieux remplir leur rôle. Mais hélas ! l'éducation psychologique n'est pas une science. Elle demeure obstinément un art pur, une « adaptation individuelle, intelligente et créatrice des connaissances acquises aux circonstances présentes ». Ce n'est donc pas affaire d'érudition, mais d'esprit de finesse.

A titre de modèle de cet esprit de finesse, l'on peut proposer cet ouvrage aux parents qui n'ont peut-être pas encore réfléchi à tous leurs devoirs.

Se sont-ils, par exemple, jamais souciés de la façon dont se meuble « l'Inconscient » de leurs enfants ? Et cependant cet inconscient, fait d'apports ancestraux, d'acquits de la vie intra-utérine et, ensuite de la vie de relation, cet inconscient est le soubassement de la personnalité ; il conditionne l'évolution des caractères, des tendances, du « moi » véritable.

C'est donc un devoir imprescriptible d'apprendre à l'enfant, et dès les premiers temps de la naissance, le sens du réel par l'éducation des actes conscients ; et d'accroître progressivement ses facultés d'attention, c'est-à-dire de contrôle conscient.

Age quod agis disaient les anciens, précepte dont le Docteur Mignon propose cette traduction singulièrement forte et précise « Sois à ce que tu fais ».

Dès les premiers temps de la naissance, avons-nous dit ? En effet, ce petit animal humain dont la vie semblerait toute végétative, est déjà susceptible de recevoir une éducation sensitivo-sensorielle. L'auteur en fournit des exemples à propos des tétées, des toilettes, des réactions à la lumière et au son. Il épie les premières manifestations de la conscience, et cette période cruciale où l'enfant sachant se tenir sur ses jambes et marcher s'arrache à la tutelle maternelle.

Arrivent la seconde enfance et la « conquête de la raison », le dévoilement du tempérament et du caractère, l'accès à la culture élémentaire. Le rôle des éducateurs, à la maison comme à l'école, se fait singulièrement complexe et redoutable se fait aussi leur carence.

L'enfant est à « l'âge ingrat » ; il faut, pour le modeler, une infinie délicatesse de touche : satisfaire à ses curiosités légitimes et réserver avec pondération les questions qui se poseront plus tard, n'exigeant pas moins de diplomatie, celles de *l'éducation sexuelle*.

De discipline en discipline, guidé par un aîné clairvoyant, l'adolescent parvient à l'âge d'homme, au seuil du mariage. Bientôt il recommencera le cycle mais avec la charge, cette fois, de restituer à ceux qui naissent de lui la patience et l'expérience dont il fut le bénéficiaire.

Livre où le médecin, le philosophe et le père unissent leurs conceptions et tirent de leur propre fond des règles pratiques d'éducation.

Les jeunes mamans apprendront du Docteur Mignon que la puériculture n'est pas faite seulement d'horaires de tétées ou de techniques pour la confection des bouillies. Malheureusement combien auront assez de sérénité et de « self-control » pour appliquer les judicieuses techniques de notre confrère ? Peut-être en est-il de celles-ci comme des récits de guerre : notre époque les aura écrites ; souhaitons à nos successeurs de les méditer et d'en faire leur profit. Ce serait, en nos temps incertains, le plus solide héritage à leur laisser.

G. LAVALÉE.

AMÉDÉE LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain

Dr G. FRANCK, ancien chef de clinique à l'Université de Lausanne. — **Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie.** *Deuxième série* : LES PORTEURS DE GONOCOQUES. Un vol. 112 pages, **12 fr.**

L'auteur consacre son deuxième volume sur la blennorragie à la question des porteurs de gonocoques, question importante en prophylaxie et en thérapeutique si l'on considère que porteurs et porteuses de gonocoques sans manifestations cliniques décelables sont à l'origine d'un grand nombre de contagions.

Les Thèses

P. — Dr R. Marquinie. — **Alcoolisation du phrénique. Phrénicectomie et lésions contro-latérales.** (Thèse 1936.)

La phréno-alcoolisation ne donne qu'une paralysie passagère et incomplète du diaphragme. Elle n'a d'intérêt qu'employée comme opération d'épreuve de tolérance chez les malades pour lesquels on craint une complication pulmonaire, cardiaque, ou gastrique, consécutive à la paralysie diaphragmatique.

Elle apparaît également comme l'intervention des « cas limites » : *a)* Dans les cas graves, comme premier temps d'une thoracoplastie, lorsqu'on est persuadé qu'une phrénicectomie serait insuffisante et lorsque la thoracoplastie n'est pas indiquée d'emblée ; *b) Dans les cas bénins qui ne justifient pas l'institution* d'un pneumothorax ou d'une phrénico-exérèse et pour lesquels l'alcoolisation paraît suffisante.

Les tuberculoses ulcéro-caséeuses extensives, les évidements du sommet, les lobites scléreuses avec *scissures fortement arquées, ne sont pas du ressort de* la paralysie diaphragmatique.

L'indication de la phrénicectomie est la lésion ulcéro-fibreuse jeune, à faible potentiel évolutif.

En cas de lésions bilatérales, lorsque l'indication d'un traitement par paralysie artificielle du diaphragme a été posée, il faudra préférer la phrénicectomie à l'alcoolisation du phrénique parce que : 1° La présence des lésions contro-latérales qui exige une action thérapeutique rapide, nous fait choisir l'intervention la plus sûrement efficace ; 2° Les lésions du côté opposé sont heureusement influencées par la phrénicectomie qui paraît avoir avoir un effet contro-latéral analogue à celui du pneumo-thorax ; 3° Quel que soit le mécanisme d'action contro-latéral de la phrénicectomie, il semble que l'évolution du côté opposé dépende de celle du côté traité. Il n'y a amélioration contro-latérale qu'avec amélioration homo-latérale.

P. — Dr I. Welt. — **Brûlures par le brome dans l'industrie et leur traitement.** (Thèse, 1936.)

Le brome liquide produit au niveau des tissus une corrosion et même une perte de substance qui, suivant la durée de son action, est plus ou moins profonde.

Dans l'industrie bromique, grâce à l'expérience des ouvriers (traitement neutralisant), les brûlures corrosives graves de la surface cutanée sont exceptionnelles. Les lésions les plus fréquentes sont celles du premier, deuxième et, plus rarement, du troisième degré.

Parmi les brûlures des muqueuses, les plus nombreuses par ordre de fréquence sont : celles de la conjonctive, de la muqueuse nasale, linguale et buccale.

Au niveau des muqueuses trachéale et bronchique, on n'observe jamais de brûlures ; cette particularité est due probablement au spasme glottique qui empêche les vapeurs de pénétrer dans les conduits aériens.

Les vapeurs de brome à une certaine concentration possèdent les mêmes facultés corrosives pour la surface cutanée que le brome liquide.

Les vapeurs à une faible concentration doivent, pour produire les mêmes lésions, rencontrer une sensibilité individuelle spéciale pour cet élément.

Le degré de la brûlure dépend de la précocité du traitement neutralisant. On emploiera pour ce dernier, une solution de bicarbonate de soude ou de bromure de fer non saturée ; la solution d'acide phénique sera rejetée à cause de son pouvoir destructif de la matière organique, et de sa toxicité relative.

Les brûlures par le brome, à partir du troisième degré, ont une tendance très faible à la cicatrisation ; elles mettent très longtemps à guérir.

Ce fait est le plus caractéristique de cette variété de brûlures.

P. — Dr J. Hamoniaux. — **Des erreurs des statistiques du cancer.** (Thèse, 1935.)

D'une enquête poursuivie dans un département de Bretagne, l'auteur conclut que les décès par cancer qui échappent aux statistiques sont également nombreux, que la commune demande ou non au médecin un certificat de décès.

L'utilité pratique du certificat de décès, à ce point de vue, n'apparaît pas, même pour les villes de plus de 5.000 habitants et ce en raison de la répulsion assez habituelle du médecin à faire figurer le mot cancer sur le certificat de décès.

Un examen rapide des statistiques publiées pour les autres départements français montre que si pour certains le certificat médical a permis de donner des chiffres plus voisins de la vérité, trop souvent les mêmes erreurs signalées dans le département breton se retrouvent dans la statistique générale de la France. Une modification à l'établissement des dites statistiques pourrait être utilement envisagée.

THÉRAPEUTIQUE

Les céphalées chez les nerveux

Les céphalées sont une des manifestations douloureuses les plus fréquemment rencontrées. Mais alors que nombre d'auteurs — et des plus distingués — se sont attachés à des monographies de la douleur en général, il nous est apparu que ce symptôme avait été relativement délaissé dans le domaine des affections psychopathiques et ce, précisément, à cause du terrain même sur lequel il apparaît.

Parmi la multitude des céphalées rencontrées chez les psychopathes, il y a lieu — à notre sens — d'établir une classification (arbitraire comme toutes les classifications), mais qui nous paraît néanmoins assez logique. Nous l'avons, par ailleurs, établie par ordre de fréquence.

A la suite de nos observations cliniques, il semble qu'on puisse ainsi diviser les affections psychiques, dans lesquelles se rencontrent des céphalgies :

1° Les affections dans lesquelles les céphalées sont un symptôme constant ;

2° Les affections dans lesquelles les douleurs céphaliques n'apparaissent qu'à titre épisodique.

Dans la première catégorie, nous rangerons : neurasthénie, mélancolie, hypocondrie.

Dans la deuxième catégorie prendront place : paralysie générale, démences artériopathiques (ou organiques), démence précoce, traumatismes craniens, épilepsie, psychoses hallucinatoires, bouffées délirantes des débiles, tous les états toxi-infectieux déterminant l'apparition de troubles psychiques qu'on a groupés sous le vocable générique de confusion mentale.

Envisagées sous l'angle du rythme de leur apparition et de leurs caractères particuliers, tant topographiques que subjectifs, les douleurs céphaliques en médecine mentale comportent des formes nombreuses.

Il est actuellement bien établi que la céphalée est un symptôme constant dans l'évolution des manifestations neurasthéniques. Cette douleur est caractérisée, topographiquement, par une localisation bien particulière, et qui a permis de la dénommer de l'expression imagée de « céphalée en casque ». Il ne semble pas qu'on puisse lui assigner des heures d'apparition bien précises : elle se montre tantôt au lever pour durer quelques heures et disparaître dans le courant de la matinée, tantôt dans l'après-midi (au moment de la digestion en particulier), tantôt après le repas du soir. Chez les neurasthéniques, il ne paraît pas possible d'établir de relations entre les céphalées et le fonctionnement des glandes endocrines, mais dans un certain nombre de cas, on a pu en rendre en partie responsables des dysfonctionnements de la thyroïde et des surrénales. Chez les mélancoliques, qui sont habituellement des hypotoniques cardio-vasculaires, l'insuffisance relative de vascularisation cérébrale, consécutive à cette hypotension, est la cause des céphalées, qui affectent plutôt le caractère de gêne continue, de lourdeur cérébrale généralisée, de douleur sourde, que de véritable douleur aiguë, lancinante.

Enfin, dans le syndrome hypocondrie, qui peut accompagner nombre de psychopathies, on constate des céphalées, qui semblent étroitement liées à une perturbation profonde de l'ensemble du *tractus digestif.*

Les céphalées de la deuxième catégorie nous retiendront moins longtemps, justement parce qu'elles n'existent qu'à titre épisodique. Toutefois, malgré ce caractère épiphénoménal, le praticien ne peut pas s'en désintéresser.

Dans la paralysie générale, et la syphilis cérébrale, on rencontre souvent des manifestations algiques céphaliques, dont les seuls caractères précis sont une ténacité et une tendance à la récidive absolument décevantes.

Dans les autres affections de notre deuxième catégorie, il importe de remarquer l'absence absolue de systématisation des céphalées.

Alors que, dans les trois premières maladies de notre classification (neurasthénie, mélancolie, hypocondrie), les caractères d'apparition, disparition, localisation, étaient souvent bien particuliers et permettaient déjà fréquemment à eux seuls d'orienter le diagnostic, dans les affections de la deuxième catégorie, aucune de ces précisions ne peut être relevée. Nous avons néanmoins retenu dans notre étude les affections précitées parce que, à notre sens, la céphalée peut y être expliquée soit par des raisons anatomo-pathologiques, soit par une perturbation du mécanisme physiologique habituel.

Ainsi, le spasme cortical dans l'épilepsie rend compte de cet « état second », de cette espèce d'obtusion douloureuse, qui est habituellement en rapport plus ou moins étroit avec une insuffisance de vascularisation cérébrale.

Encore dans les traumatismes craniens, il n'échappe à aucun observateur que le shock et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien peuvent être rendus responsabes des céphalées consécutives.

Dans les démences artériopathiques (ou organiques), les lésions anatomo-pathologiques secondaires aux accidents artériels suffisent à expliquer à elles seules l'apparition de céphalées.

Enfin, les divers mécanismes étiologiques toxi-infectieux des états de confusion mentale permettent de comprendre l'apparition des céphalées chez les confus.

Aussi, comme l'étiologie, la thérapeutique des céphalées chez les malades mentaux est extrêmement polymorphe. Nous ne parlerons pas ici de l'administration de la strychnine à doses massives suivant la méthode de Hartenberg ni de celle des sédatifs, toute médication rentrant plutôt dans le cadre des médications étiologiques. Il est bien évident d'autre part qu'il faudra commencer par envisager le point de vue étiologique avant d'entreprendre tout traitement.

Chez les psychasthéniques et neurasthéniques, on remédiera aux insuffisances endocriniennes, thyroïdiennes, surrénales, ovariennes, etc., dans les cas où on aura pu déceler un dysfonctionnement de ces glandes. Le tonus des neurasthéniques pourra être relevé par des préparations surrénales. Chez les mélancoliques du sexe féminin, à la période de la ménopause, on donnera de l'hormone folliculaire. La psychothérapie elle-même pourra être essayée chez les hypocondriaques.

On fera un traitement spécifique aux syphilitiques, on utilisera les vaso-dilatateurs artériels chez les déments artériopathiques, on tentera l'aurothérapie associée à la pyrétothérapie chez les déments précoces, etc...

Du point de vue symptomatologique, le traitement des céphalées apparaissant chez les psychopathes doit être dominé par la notion suivante : *chez des malades* aussi vulnérables il est indispensable de *calmer sans déprimer.*

Nous avons essayé dans ce but, soit des médiments simples, soit des associations thérapeutiques. Tout d'abord l'acide acétylsalicylique s'est révélé bien souvent inopérant. Les psychopathes présentent-ils un état réfractaire à ce médicament, ou bien n'est-ce pas plutôt qu'ils sont déjà accoutumés ? Nous ne sommes pas en mesure de répondre à cette question, mais nous avons très souvent constaté le fait : l'aspirine calme mal les céphalées des psychopathes.

Nous avons utilisé tour à tour la phénacétine, l'exalgine, le pyramidon. Ceux-ci, associés dans les proportions habituelles, procurent fréquemment une sédation suffisante, mais ils ont l'inconvénient de déterminer porfois des effets secondaires fâcheux : nausées, brûlures d'estomac, vomissements, sueurs profuses, hypotension, tendance au collapsus et surtout dépression psychique intense. Pour obvier à ces divers inconvénients, nous avons après maints essais, été conduits à adjoindre à ces drogues une faible dose de caféine. Mais, alors qu'on atténuait l'effet dépresseur sans toutefois l'annihiler complètement, l'adjonction de caféine déterminait l'apparition d'une excitation psycho-motrice également intempestive.

Quant aux barbituriques employés seuls, nous avons dû y renoncer car ils se comportent habituellement plutôt comme des hypnotiques que comme des antialgiques. Nous avons, enfin, essayé un médicament, dans lequel l'amidopyrine est associée à la diéthylmalonylurée. On sait que, d'après Burgi, l'action de médicaments, appartenant au même groupe pharmacodynamique, résulte moins d'un effet additif que du mode d'action de chacun d'eux.

Lorsque deux substances introduites dans l'organisme agissent de la même manière sur les mêmes cellules, leur effet s'ajoute simplement ; au contraire, si l'action de deux médicaments s'exerce sur des cellules différentes, ou même sur des substances différentes, ou en des points différents d'une même cellule, l'effet thérapeutique est supérieur à la somme des effets des deux constituants, à condition toutefois que les deux médicaments appartiennent à des groupes pharmacodynamiques différents.

Il est ainsi possible d'obtenir de l'amidopyrine un effet analgésique plus puissant, tout en évitant les inconvénients secondaires, en associant une molécule du « corps de Pfeiffer » (amidopyrine diéthylmalonylurée) à une molécule d'amidopyrine.

Nous avons constaté, en utilisant cette association, connue sous le nom de Véramone, une action analgésique pure, débarrassée de l'effet hypnotique obtenu par la diéthylmalonylurée employée seule.

C'est là un résultat très satisfaisant puisqu'on réussit à calmer sans déprimer ce qui est, nous l'avons dit, le souci essentiel à conserver dans le traitement des céphalées au cours des maladies mentales.

Dr Fayner.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

RÉFLEXIONS SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

« La mauvaise répartition des médecins en France »

Si la statistique est la troisième façon de mentir, il faut cependant se garder de mépriser les chiffres, de n'en point tenir compte. Leur interprétation est souvent difficile et c'est pour l'avoir négligée que dernièrement un rédacteur de « *La République* » cité ici par Lavalée pouvait écrire qu'en France, on manquait de médecins puisqu'il n'y a qu'*un* médecin pour 1.645 habitants, alors qu'à Bruxelles il y en a 1 pour 600, et à Genève 1 pour 413. Nous aurions aimé voir comparer des choses comparables, une ville à une autre ville, ne pas conclure de la France à Paris ou à telle autre agglomération importante et risquer sur un renseignement mal compris d'engager nos futurs bacheliers à faire bien vite leur médecine pour s'installer à Lyon, à Marseille ou même à Paris.

Il y a en France une très mauvaise répartition du Corps médical, Duchesne l'a écrit depuis longtemps et toutes les conversations que j'ai eues, tout ce que j'ai pu personnellement voir, m'a fortifié dans cette idée qu'il est triste qu'il y ait d'un côté des médecins aigris ne gagnant pas leur vie, se plaignant sans cesse, alors qu'à quelques kilomètres, d'autres médecins vivent largement, honorablement et jouissent de la considération générale.

Au risque d'étonner bien des confrères qui voient dans les villes, leurs clientèles s'émietter, leurs frais augmenter, et leurs soucis s'accumuler, je leur dirai qu'actuellement dans les petites villes, dans les campagnes, dans les petits centres, *où souvent d'ailleurs règne entre les conres une bonne entente,* la situation du médecin est encore une de celles qui font envie. Les situations médicales sont enviables, comparées à toutes les autres réduites à rien, enviables et enviées par le lycéen qui, à la fin de ses études, se demande avec angoisse comment il va gagner sa vie.

Sera-t-il fonctionnaire ? les places deviennent chaque jour moins nombreuses, elles sont protégées par des concours sévères et difficiles qui ne laissent même plus la possibilité d'envisager l'avenir avec confiance.

Ingénieur ? la crise que subit l'industrie a obligé beaucoup d'entre eux, à devenir des contremaîtres, pour assurer le pain familial.

Le barreau des grandes villes connaît aussi ses misères. Ainsi procédant par élimination et après mûre réflexion, le bachelier fait sa médecine.

Devenu étudiant, il a l'exemple de réussites surprenantes obtenues avec de petits moyens, il sait que les influences, les amitiés, des maîtres peuvent beaucoup, il *se rend compte que dans* la sous-préfecture familiale les cinq médecins installés depuis une dizaine d'années, arrivés dans le pays sans fortune, y gagnent largement et honorablement leur vie, sans avoir fait d'études extraordinaires et sans avoir pâli sur les bouquins, et ces exemples de tant de réussites moyennes agissent beaucoup plus sur sa décision que la vocation irrésistible qui jadis a poussé vers la médecine quelques-uns d'entre nous. L'étudiant sait aujourd'hui qu'en médecine, la réussite n'est pas forcément proportionnée à l'*effort fourni et son esprit pratique* son désir de gagner l'éloignent de tout ce qui ne doit pas *lui apporter un profit certain et* autant que possible rapide.

Actuellement le médecin qui veut faire une carrière honorable, lui permettant d'élever facilement sa famille doit fuir les grandes agglomérations où les frais sont lourds, où les situations sont tardives, aléatoires et où les médecins sont en surnombre. Des statistiques faciles à établir nous montreraient avec éloquence que dans l'agglomération parisienne qui compte à peu près trois millions d'habitants, il y a 6.700 médecins, ce qui fait 1 médecin pour 450 habitants. Il serait curieux de calculer encore pour cette population combien il y a d'organisations de soins, d'œuvres gratuites ou philanthropiques, de lits hospitalisés publics et privés et de les mettre en regard par rapport au nombre d'habitants avec ceux d'un département agricole pris au hasard dans la France.

Le problème de la pléthore diffère complètement selon qu'il est vu de la grande ville ou de la petite et, suivant qu'on considère le sort du méde-

cin sous l'un ou l'autre de ces aspects, la profession médicale fait envie ou pitié.

Quelle cause à cette mauvaise répartition ?

Je ne pense que que ce soit l'attrait des grandes villes qui soit seule en cause et je pense que beaucoup de jeunes docteurs restent dans les grandes villes où ils ont fait leurs études, parce qu'ils ne savent où aller, et la meilleure preuve c'est que ce sont les villes de Faculté et d'Ecole qui sont surtout pléthoriques. En réfléchissant à ce qui se passe, on comprend que l'étudiant devenu docteur, après de longues études, reste dans la ville où il a ses habitudes, ses amis, parce qu'il ne sait pas où aller et parce que s'il n'appartient pas à une famille médicale, *personne ne le guide, et ne le renseigne utilement et sincèrement sur les possibilités médicales de sa région.* Irrésolu, indécis, il n'ose pas franchir les obstacles qui séparent la vie de l'étudiant, de celle du praticien ; il recule devant les frais d'une véritable installation, devant les risques que comporte l'achat d'une clientèle et il commence sa pratique en faisant quelques remplacements. Entre ces remplacements, il revient à la ville de ses études et pour peu que ses parents lui aient rendu le mauvais service de lui assurer une petite aisance, il vivote en attendant le client, en courant après des fixes, des besognes salariées et il constitue en ornant son esprit d'études para médicales, de lectures, de conférences, ce type intéressant du médecin amateur cultivé, peu occupé, curieux de tout, si répandu dans nos grandes villes.

Je suis bien persuadé que sitôt ses études finies, si on avait montré à ce jeune médecin la possibilité, en quittant la ville de Faculté où il a été reçu, de mener une vie aisée, une vie de travail, d'entrevoir les possibilités d'une bonne succession, il aurait dirigé tout autrement sa vie. La nécessité l'aurait rendu actif, il aurait moins de loisirs, il quitterait le domaine du rêve et il vivrait largement de sa profession. Il s'étonnerait sans doute qu'un médecin instruit comme lui, ayant longtemps étudié, puisse considérer avec envie, le fixe dérisoire après lequel il court, et que proposent à des hommes de sa valeur, des Mutualités ou des organisations de soins, et elles n'ont que l'embarras du choix !

Le problème est le même pour d'autres confrères qui après avoir satisfait à des concours sérieux, avoir été internes, chefs de clinique se dirigeraient vers les écoles de province s'ils étaient assurés de voir les places décernées au mérite, et si pour toute la France, un recrutement régulier était institué. Mais combien de ces anciens internes, leur thèse passée, se sont heurtés à des combinaisons plus ou moins mystérieuses, présidant aux nominations hospitalières et professorales, et combien ont préféré renoncer à les pénétrer, que de commencer une vie de luttes sourdes, dont ils sont d'avance les vaincus.

Il y aurait une possibilité d'améliorer les situations des nôtres, des jeunes surtout en essayant de les aider à faire leur choix, et en entreprenant une étude générale de la France médicale.

L'examen de quelques chiffres est un des meilleurs moyens de guider les choix ; le chiffre de la population, le nombre des pharmaciens, des médecins exerçant, leurs âges respectifs, les établissements hospitaliers, les moyens de communications cons itueraient autant de renseignements permettant de dresser des cartes analogues à celles qui tapissent les bureaux de nos plus grands industriels, et qui montrent qu'utilisées dans la grande industrie avec succès, elles pourraient renseigner utilement bien des nôtres.

En reprenant les chiffres que j'exposais au début de cet article je trouve que la proportion de un médecin pour 1.645 habitants est une proportion faible qui permet à un médecin jeune et actif de vivre aisément de sa profession, mais en étudiant les proportions exactes par départements, et surtout par ville, les écarts s'avèrent considérables et les proportions suivant les régions varient de 1 pour 400 à un pour 2.000.

En étudiant la répartition médicale j'ai gardé le souvenir d'un département français que j'avais pris au hasard et où j'ai pu faire les constatations suivantes : au chef-lieu qui compte environ 16.000 habitants, il y a quatorze médecins omnipraticiens, trois chirurgiens, un radiologue, un oto-rhino, le département compte plus de vingt agglomérations dépassant deux mille habitants, une campagne riche, de gros bourgs, une périphérie importante. Si je vous dis que ce département est voisin d'un grand centre, qu'il appartient à une de nos riches provinces, que bien des médecins installés sont loin du maximum de leurs possibilités, vous comprendrez que je m'étonne quand on vient me parler de pléthore et de misère médicale.

Il serait urgent de dresser cette carte statistique de la France médicale si utile, si instructive pour nous tous, et je pense bien m'y consacrer un jour pour occuper les loisirs des vacances. Elle apporterait une solution pratique au problème de l'installation des jeunes, elle pourrait d'ailleurs constituer un beau sujet de thèse et le candidat qui aurait l'idée d'entreprendre un pareil travail ne manquerait pas de l'appui de nous tous pour reconnaître le service rendu au Corps médical tout entier.

Dans ce journal, où nous avons toujours cherché à améliorer la situation des médecins l'étude rationnelle de la répartition médicale permettrait de mieux utiliser nos forces, et l'on ne verrait plus d'un côté des confrères surmenés se faisant assister quelquefois même par des étudiants et des illégaux et de l'autre des oisifs, prêts à accepter pour vivre des salaires de famine.

Raphaël MASSART.

MÉDECIN-PHARMACIEN ET PROPHARMACIE

Un président de Syndicat médical nous consulte sur un conflit, qui vient de s'élever entre deux praticiens.

Un des confrères est titulaire des deux diplômes de médecin et de pharmacien. Il tient une officine ouverte.

Pour des questions de rancune politique, on attire, dans la localité, un jeune confrère et on lui conseille, pour pouvoir vivre, de faire de la propharmacie, motifs pris que son concurrent est souvent absent et que, par conséquent, il doit être considéré non pas comme un pharmacien, ayant officine ouverte, mais comme propharmacien. Cet argument est-il valable ?

En droit, la jurisprudence tant de la Cour de Cassation que du Conseil d'Etat, s'est maintes fois prononcé sur la faculté légale d'exercer simultanément les deux professions de médecin et de pharmacien qu'a le titulaire du diplôme de docteur en médecine et de celui de pharmacien.

Il résulte de nombreux arrêts que le possesseur des deux diplômes peut cumuler valablement l'exercice des deux professions.

Mais, en pratique, le pharmacien doit rester, autant que possible, présent dans son officine : c'est à lui qu'incombe la direction de sa pharmacie, la surveillance de ses employés, la préparation des médicaments officinaux, ou magistraux. Bref, sa responsabilité est engagée, tant de son fait personnel que de celui de ses élèves et employés.

Il en résulte que lorsque le docteur en médecine est contraint à de longues absences, pour accomplir ses obligations médicales, il doit délaisser sa pharmacie. Pendant ses absences, il peut faire gérer son officine par un pharmacien diplômé, qui sera soit son associé, à la condition que ce diplômé n'ait pas d'autre officine, soit son salarié.

En réalité, dans l'immense majorité des cas, les remplaçants momentanés du pharmacien sont dépourvus de tout diplôme. Ce sont des salariés, qui, depuis de nombreuses années, exécutent les préparations courantes, débitent aux clients les médicaments préparés d'avance, ou les spécialités. Au pharmacien diplômé sont réservées, pour son retour, les préparations magistrales, comportant des connaissances techniques et pratiques, qui sont reconnues par l'obtention du diplôme de pharmacien.

Une Administration peut, par conséquent, faire état de la tenue irrégulière d'une officine ouverte, dans une commune, pour considérer que cette dernière ne met pas obstacle au droit, pour un docteur en médecine, de faire de la propharmacie. Ce droit, qui n'est pas admis lorsqu'une pharmacie est ouverte dans la commune, peut être déclaré licite par les Tribunaux, si les circonstances de fait permettent de décider que l'officine est tenue d'une façon irrégulière, ce qui peut même entraîner la fermeture de l'officine (Cassation, Cour criminelle, 4 janvier 1935). Déjà dans le même sens s'était prononcée la Cour suprême par arrêts du 17 décembre 1900 et du 22 décembre 1900.

Tout n'est donc que considérations de fait, pour décider si la gérance du propriétaire de l'officine n'est pas suffisamment effective pour être considérée comme réelle. Mais seuls les Tribunaux ont ce droit d'appréciation, qui échappe à l'autorité administrative.

Il appartient donc à votre adhérent, médecin et pharmacien, de démontrer que son officine est correctement tenue, pour *répondre à tous les besoins* de la clientèle, afin que son confrère ne puisse pas détenir de dépôt de médicaments, en qualité de propharmacien.

Le Syndicat médical peut intervenir dans ce conflit, en faisant, s'il y a lieu, des représentations au confrère qui entendrait exercer la médecine et la propharmacie, alors qu'il existe une officine régulièrement ouverte, même tenue par un docteur en médecine, titulaire également du diplôme de pharmacien.

Quant à l'autorité préfectorale, elle n'a aucun pouvoir pour accorder une permission quelconque. Seule l'autorité judiciaire, c'est-à-dire les Tribunaux auraient qualité pour apprécier les situations de fait, au cas où le médecin et pharmacien assignerait son confrère propharmacien, devant le Tribunal correctionnel, pour exercice illégal de la pharmacie, motifs pris que l'officine ouverte dans la commune fonctionne régulièrement, même pendant les absences de son propriétaire.

Dr Paul BOUDIN.

REMPLACEMENT GRATUIT DES AMPOULES DE SÉRUM TROP VIEILLIES

Un de nos confrères nous fait part de sa déconvenue. L'Institut Pasteur se refuse à échanger gratuitement les ampoules de sérum, ayant plus de deux années d'existence. Notre confrère nous consulte par la lettre suivante :

Je possédais jusqu'ici dans ma trousse d'urgence un flacon de sérum antivenimeux et jusqu'ici tous les ans il avait servi. J'ai voulu cette année échanger celui en ma possession qui allait être périmé. L'Institut Pasteur (lettre-ci-jointe) refuse de me le reprendre et je ne peux tous les ans risquer de perdre 20 francs ; mon pharmacien non plus ne veut pas en avoir dans ce cas.

Le sérum a beau être urgent et indispensable force me sera d'inviter mes piqués à s'en passer et, (d'après la lettre ci-jointe) je n'aurai qu'à inviter ceux-ci à avoir toujours une ampoule seringue dans leur poche au moment des chaleurs.

Je me dis que l'Institut Pasteur dépend de la Santé publique, mais que le ministre dudit ministère ne s'occupera pas d'un état où ne rentre pas la politique et où il n'y aura pas à molester le Corps médical. Alors je m'adresse à la Confédération pour qu'elle me dise que faire quand une vipère aura injec é son venin (même un nid de frelon) et si frappé déjà d'impôt nouveau par décret-loi sur une partie de mon activité je dois subir 20 francs d'amende pour avoir été à même d'empêcher un blessé de succomber.

Des maisons de commerce m'avaient fait la même réponse. Il m'a suffi de les avertir que je n'emploierais plus alors leur produit pour les voir me proposer l'échange avant le périmage. Dr J.

Copie de la lettre de l'Institut Pasteur

Service de sérothérapie, Paris. 18 février 1936,

Le sérum antivenimeux, d'un prix de préparation plus élevé que le prix de vente, ne peut être échangé. Ce sérum est surtout pris par précaution par de très nombreuses personnes partant en vacances dans la campagne où ce sérum sert très rarement et tout ce que nous avons délivré nous reviendrait pour échange à la date limite d'efficacité, ce qui serait impossible à l'Institut Pasteur de supporter. C'est donc comme une prime d'assurance qui n'est pas remboursée le danger étant passé.

Si vous désirez un flacon pour votre usage personnel, nous sommes à votre disposition pour vous en envoyer un flacon.

Réponse

L'Institut Pasteur est un établissement qui a été créé par des fondations, des subventions, mais qui, actuellement, ne peut subvenir aux dépenses de son fonctionnement qu'en vendant avec bénéfices les différents produits, sérums et vaccins, qu'il fabrique.

Il est donc très compréhensible, dans ces conditions, que l'Institut Pasteur refuse de supporter la charge de l'échange gratuit d'un certain nombre de flacons dont l'efficacité est rendue nulle par le temps.

Qu'une maison de commerce ordinaire accepte de gaîté de cœur, de remplacer gratuitement ces ampoules, c'est pour elle une question de publicité ; seuls, les actionnaires de cette firme peuvent se plaindre d'avoir ainsi moins de bénéfices à toucher en fin d'année. Mais il n'en est plus de même de l'Institut Pasteur qui est un établissement public, et qui, par conséquent, n'a pas de dividendes à distribuer à des actionnaires qui n'existent pas. Il faudrait, dès lors, que les Pouvoirs publics et surtout le ministère de la Santé *publique*, prissent à leur charge ces frais d'échange. C'est là une question à étudier.

En tout cas, aux termes de la loi du 22 juin 1934 qui modifie celle de 1895, sur les sérums et vaccins, ces produits antimicrobiens doivent être délivrés par le pharmacien. Les médecins sont autorisés à les fournir à leurs clients en cas d'urgence. Quant au Service de l'Assistance médicale gratuite départementale, il supporte les frais de délivrance de vaccin pour les malades inscrits sur la liste de l'Assistance médicale gratuite.

Il semble donc, à première vue que ce devrait être le pharmacien qui devrait supporter cette perte sèche des ampoules ainsi périmées dans leur efficacité.

Quant à nous, médecins, par humanité, nous avons dans notre trousse d'urgence, une ou plusieurs ampoules de différents vaccins, ou de produits tels que : caféine, morphine, éther, etc., etc... Mais, aucune loi ne nous y oblige, et par suite, nous pouvons , dans un cas spécial, formuler une ordonnance pour qu'on aille immédiatement s'approvisionner en médicaments ou en vaccins à la pharmacie la plus proche.

Vous avez donc eu raison de saisir la Confédération de cette question : nos représentants syndicaux pourront faire une démarche auprès du ministère de la Santé publique, pour que ce dernier se mette d'accord avec la Direction de l'Institut Pasteur, afin que les médecins prévoyants qui ont dans leur trousse une ou plusieurs ampoules de sérum ou vaccin, puissent, au nom de la protection de la santé publique et aux frais du ministère compétent, faire échanger les ampoules par l'Institut Pasteur lorsque lesdites ampoules, ont perdu, par vieillissement, toute leur efficacité.

Dr Paul Boudin.

LA CHRONIQUE DES ACCIDENTS

L'alcoolisme décelable par une prise de sang chez les fauteurs d'accidents

Cette recherche peut faciliter l'appréciation de la responsabilité, s'il est admis que *l'ivresse soit une circonstance aggravante du délit.* Elle fournit en tout cas des résultats plus exacts qu'une enquête sur le simple comportement du délinquant.

La méthode est basée sur ce fait que l'alcool diffuse, d'une façon à peu près homogène dans tous les organes et humeurs. Aussi l'examen du sang est-il tout indiqué pour l'y découvrir. Par ailleurs, on sait que les doses d'alcool ingérées sont éliminées en totalité dans les vingt-quatre heures suivantes ; une recherche négative évitera ainsi d'incriminer des sujets intempérants ou qualifiés tels par des témoins.

MM. Nicloux (France) et Dettling (Suisse) viennent d'étudier différentes méthodes de micro-dosage, qui rendent pratique ce procédé, et n'exigent plus, comme auparavant, un prélèvement minimum de 10 à 15 c. c. pour faire un dosage d'alcool dans le sang.

A titre d'exemple G. Hausser (1) nous fait connaître les instructions données à cet égard dans le canton de Berne par la Chambre pénale de la Cour suprême (7 juillet 1932).

« A la suite d'un accident de circulation, ayant entraîné des lésions corporelles ou des dégâts matériels, le prélèvement de sang peut être ordonné par le Juge ou par la Police judiciaire sur les personnes *suspectes* d'ivresse, ayant participé à l'accident (auteur et victimes) quand ces personnes refusent de se soumettre volontairement aux prélèvements de sang.

« Le fonctionnaire qui a ordonné le prélèvement de sang doit prendre toutes dispositions, afin qu'il y soit procédé de suite après l'accident.

« Prélèvement et analyse seront exécutés par un médecin patenté, et selon toutes les règles de l'art.

« Cependant, avant tout prélèvement, le médecin doit établir, après une visite sanitaire de celui-ci, que la prise de sang ne peut être préjudiciable à la santé du sujet.

« C'est celui qui a ordonné le prélèvement de sang qui est responsable des frais vis-à-vis du médecin ou de l'hôpital chargé de l'opération et de l'analyse. Le payement de ces frais sera déterminé par les prescriptions du Code de procédure pénale ».

Une application intéressante de ces dosages a été faite chez les automobilistes ayant participé à un accident, notamment en Suisse, aux Etats-Unis, et en Suède.

Dans le canton de Berne, en 1934, 168 prises de sang ont été effectuées ; plus de 100 d'entre elles concernaient des personnes (conducteurs de véhicules et piétons), chez lesquelles la concentration d'alcool éthylique révélait l'ivresse. Dans le canton de Vaud, une trentaine de prises seulement ont été faites actuellement. A Berne notamment, les autorités considèrent que la crainte d'être plus facilement reconnu en état d'ivresse, *d'une part invitera les délinquants à* plus de prudence, et d'autre part permettra, dans certaines affaires civiles, une plus juste appréciation de la question de responsabilité.

En conclusion, la prise de sang qui, depuis de *nombreuses années, a été instaurée chez tous les* fauteurs d'accidents, tant en Suède et Norvège qu'en Suisse, devrait être adoptée en France ; elle pourrait, tout au moins au début, être mise à l'essai pour Paris et le département de la Seine.

G. Fischer.

(1) *La Presse médicale*, 11 décembre 1935.

COLONIES SANITAIRES POUR ENFANTS DÉBILES

Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise

Le Conseil d'administration de la Caisse interdépartementale ayant eu l'occasion de constater, au cours de l'été dernier, combien nombreux étaient les enfants de la région parisienne en mauvais état de santé, a décidé de créer, cette année, un certain nombre de colonies sanitaires pour enfants débiles.

De l'expérience faite au cours de l'été 1935 et en raison de la situation financière actuelle des Caisses, il a été décidé :

1° De placer seulement les enfants *débiles*, après un examen approfondi, fait à la C. I. A. S. ;

2° De les envoyer dans des colonies spécialement aménagés dites *Colonies sanitaires*.

A. — Organisation de ces Colonies

1° Ces colonies sont réservées à nos colons ;

2° Elles sont installées conformément au règlement édité par le Comité national des Colonies de vacances, et sous le contrôle de la C. I. A. S. ;

3° Etant donné l'état physique déficient des petits

colons, les menus seront spécialement étudiés ; l'emploi du temps se rapprochera de celui des préventoriums et comprendra, entre autres, plus de repos et moins de marche que dans les colonies de vacances ;

4° Elles doivent s'assurer chacune la collaboration d'un médecin ou d'un interne et d'une infirmière diplômée résidente ;

5° Ces colonies sont de deux types différents permettant : *a*) une cure climatique simple (maritime, d'altitude ou de plaine) ; *b*) une cure climatique et thermale.

B. — Lieu de séjour

La Caisse interdépartementale aura à sa disposition un certain nombre de colonies (de plaine, maritimes ou de demi-altitude).

Enfin, des lits sont réservés dans quelques stations thermales : Bourboule, Cauterets, Luchon Eaux-Bonnes et probablement Vichy.

C. — Durée de séjour

Le séjour sera assez long pour que le bienfait obtenu soit *durable* l'expérience ayant prouvé que la persistance de l'amélioration est en rapport direct avec la durée de la cure.

Il sera d'au moins :

Quarante jours pour les cures thermales,

Quarante-cinq jours pour les cures climatiques.

Cette période pourra, en certains cas, être prolongée, puisque l'action de la Colonie sanitaire ainsi comprise, dépasse largement celle de la Colonie scolaire.

D. — Quels enfants pourront être envoyés dans ces Colonies ?

1° Au point de vue administratif :

Filles et garçons d'âge scolaire de 5 à 14 ans, enfants d'assurés sociaux affiliés à la C. I. A. S. en règle de leurs cotisations ;

2° Au point de vue médical :

a) Enfants chétifs dont la taille et le poids sont inférieurs de 10 % à la moyenne de leur âge ;

b) Enfants ayant déjà fait une cure préventoriale et dont l'état général fléchit à nouveau ;

c) Enfants convalescents de maladies infectieuses anergisantes (rougeole, coqueluche, etc.) ;

d) Enfants atteints d'une diathèse (adénoïdiens, asthmatiques, etc.), justiciable d'une cure thermoclimatique.

E. — Formalités de départ

1° La Caisse interdépartementale fait appel à tous les médecins traitants, médecins des dispensaires, médecins inspecteurs des écoles, pour nous adresser avec un certificat du modèle ci-après, tous les enfants susceptibles de bénéficier d'un séjour en Colonie sanitaire.

Les enfants subiront (sur convocation) une contre-visite, au Contrôle médical de la Caisse. Pour la désignation, le lieu, la durée du séjour, la date de départ, il sera tenu compte des propositions faites, mais la Caisse décidera en conformité avec les places disponibles.

Au cours de la contre-visite, le médecin contrôleur de la Caisse examinera tout spécialement l'état du nez, de la gorge et des dents, et indiquera quelles sont les interventions qui pourront et *devront* être faites avant le départ.

De même, la vaccination antidiphtérique sera obligatoire.

La liste d'inscription sera irrémédiablement close le 1er juillet.

Il va sans dire que l'on exigéra des parents un nettoyage complet du cuir chevelu, au cas où les enfants auraient été présentés à cette première visite avec de l'impétigo ou de la pédiculose.

En cas de placement, en cure thermale, l'avis d'un médecin consultant spécialisé pourra être demandé, pour savoir quelle sera la station la plus indiquée pour chaque enfant.

2° Visite de contrôle avant le départ.

Quelques jours avant le départ de chaque envoi, il sera procédé à un examen médical sommaire ayant pour but :

a) De voir si l'enfant n'est pas en incubation de maladie contagieuse ;

b) S'il ne présente pas des affections cutanées ou parasitaires ;

c) Si les interventions jugées nécessaires à la première visite ont été effectuées.

Tout enfant ne remplissant pas ces conditions sera *impitoyablement* rayé des listes.

En conclusion, la Caisse interdépartementale, dans un but de prophylaxie sociale, a le vif désir de faire bénéficier les enfants débiles de ses assurés d'un séjour en colonie sanitaire. Elle ne peut le faire qu'avec la collaboration de l'Inspection médicale des Écoles et des différents services sociaux parisiens.

Toute demande de placement (composée d'un certificat médical et d'une partie administrative) sera envoyée au Service des Cures où l'on examinera les droits des parents. Les enfants de ceux qui seront en règle seront convoqués ultérieurement pour la visite médicale.

Modèle du certificat :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'enfant..
âgé de............... demeurant..................
à..
a besoin d'un séjour en ;............................
Colonie sanitaire
Colonie thermale
Résumé des constatations médicales : ....
Climat (ou station) proposé : ....
Durée du séjour : ....
A. ...., le ...., 19

Toute la correspondance devra être envoyée à M. le médecin-chef du Service des Cures, *Section Cures d'air*, Caisse interdépartementale, 70, rue Rochechouart, Paris (IXe).

CHIRURGIE DE PAIX — CHIRURGIE DE GUERRE

Y a-t-il une chirurgie de guerre et une chirurgie de paix ? De l'avis de la grosse majorité des chirurgiens de carrière, les données de la chirurgie courante peuvent faire face à tous les problèmes posés. Pour cette majorité, la chirurgie est une et indivisible, et il ne saurait y avoir un mode opératoire différent en passant d'un cas à l'autre. D'accord, peut-être, si nous nous contentons de considérer un blessé sur la table d'opération, en face d'un opérateur averti. Et pourtant dès le début de la guerre, où la chirurgie, à de rares exceptions près, fut faite par des chirurgiens de carrière, les résultats furent tellement décevants que, pour ne pas mettre en cause à tort la responsabilité morale et manuelle des chirurgiens, il faut bien rechercher quelle part de responsabilité on peut reporter sur l'état des blessés, et sur les événements, et sur les circonstances.

Je vais essayer de démêler cet écheveau et d'en faire ressortir les grandes lignes.

Le premier point qui, à mon sens, saute aux yeux, est que, en 1914, la chirurgie aux armées a été fait (au moins dans ses tout-débuts) sur des données exclusivement civiles, sans tenir aucun compte de l'expérience qu'auraient dû donner les guerres russo-japonaise et balkanique.

Cette ignorance n'est pas à retenir comme faute contre les chirurgiens. Nul d'entre-nous n'ignore quelle cloison étanche existait il y a vingt-cinq ans, entre le Corps des médecins de l'active et les médecins de complément. Les cadres du Service de santé militaire connaissaient les statistiques chirurgicales des guerres récentes ; mais il n'en avait transpiré jusqu'à nous qu'une indication fumeuse : « plaie de guerre = 85 % de plaies par balle : plaie aseptique : teinture d'iode : pansement et va-t-en plus loin ». Formule éminemment catastrophique, parce qu'elle s'étendit aux dégâts apparemment peu importants causés par les éclats d'obus de petite et moyenne dimension. Ainsi traités, allèrent mourir de tétanos ou autres infections graves, à Pau, Tarbes ou Lourdes, d'anodins blessés de Belgique ou des Vosges.

Le 15 % restant des blessures, gros éclats d'obus, balles retournées ou ricochées, devaient se satisfaire avec la médecine opératoire de Farabeuf, et il ne serait venu à l'idée de personne de se souvenir, que Larrey avait vu bien des choses sur les champs de batailles du Ier Empire, et qu'après 1870 des travaux didactiques, tels que ceux de Ricard et Bousquet, Bousquet et Poulet, etc., avaient donné des descriptifs parfaits de l'œdème bronzé, de la pourriture d'hôpital, de l'œdème blanc malin, des phlegmons gazeux, cliniquement classés.

Tout cela était resté lettre morte. Au total il semblait que la chirurgie aux armées en 1914, commençât sur une ère nouvelle entièrement ignorante des faits et enseignements antérieurs. Les chirurgiens, éloignés de leurs ancêtres de toute l'épaisseur de leurs gants de caoutchouc, prétendirent appliquer à la blessure de guerre la pratique opératoire de l'accident de rue. Rendons à la grande majorité d'entre eux cette justice, qu'ils ne tardèrent pas à ouvrir les yeux, et leur première surprise fut de constater que le blessé de guerre diffère d'abord et essentiellement du blessé de paix, par ce que vous me permettrez d'appeler le pré-shock.

Ce pré-shock, méconnu jusqu'alors, se révéla être un des éléments déterminant du pronostic opératoire, qu'il aggravait singulièrement. A l'analyse, ce pré-shock est constitué par tout ce qu'a d'anormal la vie du soldat sur le champ de bataille : éreintement des marches et contre-marches, émotion précédant la bataille, excitation du feu, brutalité de l'atteinte vulnérante, commotion subséquente, angoisse jusqu'au relevage, fatigue des transports sous le feu, ébriété consécutive aux apitoiements successifs des camarades rencontrés, détente brutale en arrivant dans le lieu d'asile que représente l'*hôpital* : après toutes ces *causes dépressives*, le shock opératoire n'apparaît plus que comme un tout petit élément, une infime goutte d'eau, risquant cependant de tout faire déborder. Qui donc oserait affirmer que c'est là le tableau habituel de la pratique civile ?

Voilà je crois un premier distinguo bien net : en poussant plus loin, et en considérant les circonstances *périphériques qui conditionnent (en* dehors du blessé) la chirurgie en temps de paix et la chirurgie en temps de guerre, je pense pouvoir établir d'autres différenciations, non pas subtiles, non pas légères, mais tellement massives, qu'elles entraîneront forcément la conviction que dans la chirurgie en temps de guerre, ce n'est plus l'état du blessé qui commande la nature de l'intervention, mais un ensemble de circonstances au milieu desquelles la personnalité du blessé ne joue plus un rôle de premier plan.

Ces circonstances périphériques, je les classerai grossièrement en circonstances de lieu, de nombre, de temps et d'espèces, classification toute artificielle du reste, dont les éléments peuvent jouer isolés, ou groupés avec des dosages infiniment variés.

Je vais passer en revue ces différentes circonstances, en opposant l'une à l'autre la pratique de paix et la pratique de guerre.

Circonstances de lieux. — Sous cette indication, je comprendrai non seulement l'organisation de la salle d'opération, mais encore son emplacement par rapport à la ligne de feu (échelons chirurgicaux) son personnel, son matériel et sa sécurité.

En temps de paix, à cet égard, tout est, dans la généralité des cas, ce que ça doit être. La salle d'opération représente un milieu confortable, adéquat à son usage, le matériel est suffisant, en nombre, qualité et asepsie. Le personnel est dressé par le chirurgien qui a bien en main toute son installation. La caractéristique de lieu en temps de paix est la stabilité, et tout ce qu'elle comporte de sécurité et d'aisance dans le travail chirurgical.

En temps de guerre la salle d'opération est ce qu'elle est, tente, grange, baraque ou salon de château : froide ou chaude suivant les possibilités, claire le jour, parce que généralement ainsi choisie et la nuit munie d'un éclairage d'infortune. Dans les débuts c'était l'acétylène qui s'éteignait pour un coup de canon à 3 km., qui sautait à chaque ouverture ou fermeture de porte, et fumait généreusement sur le champ opératoire.

Le personnel recruté n'importe où, ne se dresse que peu à peu et souvent mal : de 1914 à 1916, la question du personnel a été une perpétuelle hantise pour l'opérateur. Assistant, anesthésiste, infirmiers, personne n'avait le sens du but commun poursuivi, pour le plus grand bien des opérés. Il n'y eut de fixité qu'à partir de 1915, dans les auto-chir., à partir de 1916 dans les équipes chirurgicales.

Le matériel, dans les débuts était de mauvaise qualité. Les paniers C et C *bis* des ambulances étaient composés de façon très imprévue, je dirai presque incohérente. A côté de matériels spécialisés, superflus, à 4 km. du front, on manquait de moyens de stérilisation, car je ne peux me décider à considérer comme matériel de stérilisation le petit Poupinel inréglable et sans capacité qui nous était attribué. Aucun matériel de suture ou de ligature, crins, soies ou catgut. Pour tout cela on s'arrangeait comme on pouvait, et, jusqu'à 1916, on a trop souvent travaillé avec du fil à coudre trempé dans l'alcool et la stérilisation des instruments par ébullition dans l'eau ou dans l'huile.

Un peu avant 1917 tout cela s'améliora dans de très larges proportions, et l'on eut dans la plupart des cas des installations enfin adéquates à l'usage que l'on se proposait d'en faire. Mais il y avait eu quelques mauvaises habitudes de prises, et il faut toujours un certain temps pour s'en défaire.

Enfin, dans les questions de lieu, il faut encore comprendre les possibilités que donnent les locaux de garder les opérés plus ou moins longtemps après opération. Ne pas se laisser embouteiller, est une condition primordiale du fonctionnement de la salle d'opération et, même en fin de guerre certains groupes opératoires admirablement équipés, étaient réduits dans leur activité par le défaut de lits d'hospitalisation derrière eux. Je citerai l'exemple de Villotte devant Louppy, 2e armée, où derrière un groupe de huit salles d'opération à deux tables, servies par vingt-quatre équipes chirurgicales, il n'y avait pas tout à fait cinq cents lits d'hospitalisation.

J'ai dit plus haut — échelons chirurgicaux, on a toujours entendu sous cette appellation faire la différenciation allant de la chirurgie d'extrême urgence à la chirurgie à tête reposée. Effectivement du poste divisionnaire jusqu'à l'H. O. E. primaire, la chirurgie est toujours une chirurgie que l'on peut appeler « d'évacuation » rapide ou retardée, étant entendu que chaque relais chirurgical comporte une capacité régulatrice permettant de retenir à son niveau les blessés ne pouvant absolument pas, momentanément, ou pour toujours, être poussés plus loin de la ligne de feu. Et il n'est pas besoin de dire que cette nécessité d'aller plus loin modifie entièrement l'acte chirurgical, suivant le niveau où il se présente. Un exemple simple. Ce qui est garrot au poste de secours régimentaire, devient pince au poste de secours divisionnaire, puis au relais suivant, ligature avec ou sans épluchage préalable : plus loin l'épluchage sera fait à coup sûr, et plus loin encore, on trouvera même des cas d'épluchage minutieux, suture de l'artère et fermeture de la plaie, le tout couronné de succès — et ceci en restant toujours dans la zone des armées.

Jusqu'à l'H. O. E. primaire exclus, on peut dire que la chirurgie est toujours essentiellement d'évacuation rapide.

A l'échelon H. O. E. l'évacuation retardée peut déjà prendre quelquefois même le nom d'hospitalisation jusqu'à consolidation. Et dans ce cas les services d'H. O. E. ont l'allure de services d'hôpitaux du territoire.

Mais il suffit d'une attaque imprévue pour que tous les échelons précédant l'H. O. E. soient débordés et dans ce cas la chirurgie de l'H. O. E. pourra être ramenée à un échelon ou plusieurs en avant, redevenant de la chirurgie d'évacuation rapide.

Il y a aussi lieu de faire entrer en ligne de compte, dans les circonstances de lieu, la sécurité de l'emplacement d'une part (et ceci a son importance tant pour les blessés que pour les

opérateurs) et, d'autre part, la sécurité d'ensemble des formations de l'armée à laquelle on appartient. Un hôpital pris (volontairement ou non) sous le feu est dans l'obligation d'une part de ne plus recevoir de blessés, donc surcharge pour les salles d'opération d'un autre hôpital, d'autre part, d'évacuer ses blessés opérés, d'où encombrement de l'hospitalisation d'une autre formation, qui se trouve par cela même obligée de modifier ses prévisions horaires et journalières d'organisation.

Circonstances de nombre. — En temps de paix, même pour un chirurgien excessivement occupé, l'opéré est pratiquement seul, et rien ne saurait excuser le chirurgien de ne pas faire une intervention poussée à fond. Il a du temps pour prendre sa décision opératoire, au cours de l'acte chirurgical, rien ne le pousse, et, après intervention, il peut trouver loisir de se détendre. Le chirurgien sait que sa salle d'opération est à lui et que personne n'attend derrière — à moins d'émeute, catastrophe ou autre événement.

En temps de guerre un blessé pousse l'autre, et le chirurgien est moralement tenu de faire chance égale à tous les blessés, quant au sauvetage immédiat de leur vie.

Il suffit d'avoir connu les afflux de Verdun en 1916 et 1917, de Champagne en 1917, pour se rendre compte à quel point les chirurgiens se sentaient poussés par un travail débordant, uniquement sur l'intervention vitale, sans souci de la lenteur de récupération ultérieure, ou des séquelles causées par l'insuffisance de l'acte opératoire. La chirurgie même à l'H. O. E. prenait l'allure de chirurgie d'évacuation rapide, après mise du blessé hors d'atteinte de complications graves. Le chirurgien travaillant à deux tables passait immédiatement d'une intervention à une autre, d'un crâne à un ventre, d'un ventre à un genou, d'un genou à une épaule, décidant de son intervention dans le temps d'un éclair, et, quelquefois sur la seule indication radiographique, et ceci, dans une salle d'opération agitée par le brancardage, les allées et venues du médecin chef, du chirurgien consultant ou des visiteurs officiels français ou étrangers.

C'est à ces moments de bousculade effrénée, que l'on essaya de confiner les chirurgiens à la salle d'opération, en donnant la direction des soins post-opératoires à des médecins de salle traitants. Cette manière de faire, qui s'avéra désastreuse par émiettement de responsabilité, n'aurait jamais vu le jour en temps de paix — heureusement.

Circonstances de temps. — Les circonstances de nombre entraînent une limitation du temps consacré à chaque blessé, et obligent ainsi à une limitation dans l'acte opératoire : mais ce n'est pas à ce point de vue que je me placerai : j'envisagerai le temps écoulé depuis la blessure et l'emploi fait de ce temps. En pratique civile le blessé date d'une heure ou une heure et demie, en temps de guerre l'expérience de 1914-1918 a montré qu'un blessé pouvait être considéré comme frais et traité chirurgicalement comme tel, jusqu'à l'extrême limite de 12 heures. Au delà de cette limite tout acte chirurgical, visant à être complet était exposé à des complications nécessitant une surveillance très grande et par conséquent une hospitalisation prolongée, souvent incompatible avec la contenance de la formation. Du reste, dans la plupart des cas, nombre et temps vont de pair, pour limiter l'acte chirurgical à un minimum de sécurité.

Variez le dosage du mélange, lieux, nombre, temps et vous vous rendrez compte aisément, à combien de modifications possibles de l'acte chirurgical elles correspondent, et ajoutons-y pour compliquer encore une situation presque inextricable les *circonstances d'espèces.*

Les circonstances d'espèces. — Ce sont les cas particuliers, ou, si l'on peut dire, la blessure prise en soi et comportant des nécessités chirurgicales immédiates et lointaines.

Et c'est sur cette question de cas particulier que la plupart des chirurgiens est intraitable n'acceptant pas un mode opératoire spécial à la période de guerre. A ceux qui s'obstinent dans cette opinion, j'opposerai immédiatement *le fait* suivant : « En août et septembre 1914 on a enterré une masse d'amputés pour gangrène gazeuse, avec de superbes moignons Farabeuf solidement recousus. »

A qui la faute. En octobre 1914 Pauchet donna la solution avec *l'amputation en saucisson.* On se souvient encore à quel point il fut traité de fou, et pourtant combien cette folie n'a-t-elle pas sauvé de vies ? Il semble que devant les résultats obtenus tout le monde aurait dû s'incliner — eh bien, en 1916 j'ai rencontré plusieurs chirurgiens de carrière, universitaires, qui, pour ne pas abandonner leurs idées d'amphithéâtre, faisaient encore des moignons à lambeaux et les recousaient, avec un drain comme concession à l'état de guerre. Je les ai toujours vus faire sauter leurs sutures le lendemain et quelquefois réamputer plus haut — L'un d'entre eux s'obstinait encore en 1918.

Je vais maintenant examiner rapidement, espèces par espèces, les modifications que les circonstances périphériques ont fait subir au cours de la guerre, à la pratique civile du début : les différences entre la mortalité post-opératoire et les quanta d'invalidité entre 1914 et 1918 permettent d'affirmer immédiatement qu'il y eut un progrès énorme de réalisé et que des méthodes mieux appropriées avaient été utilisées.

Les fractures. — Au début, presque toutes les fractures des diaphyses importantes se sont terminées par amputation fréquemment, mort souvent, infirmité presque toujours. Quelques mois plus tard la création des centres de fractures, avec en général à leur tête des chirurgiens autorisés, permit d'obtenir des résultats infiniment supérieurs. La méthode généralement suivie à partir de 1915 était la suivante : première intervention : extraction du projectile, nettoyage sommaire de la plaie, et enlèvement de toute esquille totalement libre ; deuxième intervention : trois ou quatre jours après, la réaction périostique s'étant produite, débridement large du foyer de fracture, esquillotomie *sous-périostée*, méchage dans les premiers temps, Carrel à partir de 1916, et évacuation après consolidation.

On avait fait à ce moment un très gros effort d'appareillage, appareils de Delbet, d'Alquier, Foisy, Thomas, etc., pour ne citer que les principaux.

Après consolidation, le blessé expédié sur un centre chirurgical à l'intérieur, subissait pour extraction de séquestres les troisième, quatrième, nième interventions.

A partir de 1917 et jusqu'à la fin de la guerre les services spécialisés en restèrent à leur même méthode améliorée par l'application du procédé Carrel, qui avait été primitivement, très combattu : et pendant ce temps la plupart des chirurgiens d'équipe non spécialisée, étendit aux fractures les procédés de suture primitive après épluchage, nettoyage et esquillotomie très soigneux, du foyer de fracture. Il y eut des résultats parfaits en une seule intervention avec les opérateurs pondérés : mais avec ceux qui voulurent *suivre de trop près les indications* de la collection bleu horizon, les pseudarthroses se multiplièrent.

Certains opérateurs firent même des interventions très complètes avec greffe osseuse primitive, lorsque les dégâts étaient trop importants. Les résultats n'en furent pas constamment bons et en 1918 Jacob déconseillait formellement toutes les greffes primitives. Tanton était d'avis contraire.

Les articulations. — Dès le début de la guerre on vécut sur l'idée trop simpliste de drainage de l'articulation blessée, suivie de résection en cas d'infection sérieuse.

Cette application de la pratique civile donna des résultats civils pour toutes les articulations sauf le genou, et, dès octobre 1914, la formule pour le genou était : drainage (avec ou sans section des ligaments latéraux,) résection, amputation au tiers moyen. Ce fut Loubat qui, fin 1915 début 1916, donna la formule vraiment chirurgicale. *L'intervention de Loubat* fut par la suite diminuée quant à ses délabrements opératoires, qui comprenaient indispensablement la section du tendon rotulien. Quelques agités prétendirent améliorer la formule de Loubat par la section transversale ou longitudinale de la rotule — en fait une ou deux arthrotomies latérales ont toujours été suffisantes pour inspecter et nettoyer un genou.

Malgré les résultats splendides et l'on peut dire constants de l'opération de Loubat, quelques chirurgiens refusèrent de se rendre à l'évidence, et j'ai connu l'un deux qui, en 1918, se satisfaisait d'avoir amélioré sa méthode articulaire de 1914 en supprimant le temps de drainage, et en faisant immédiatement la résection de toute articulation blessée.

Ce malgré quoi, on peut dire que, dans l'ensemble, la méthode de Loubat s'est imposée et a passé dans la pratique courante.

Les crânes. — La seule indication précise de 1914 était l'expérience des guerres récentes : aucun trépané avec dure-mère ouverte vivant un an après l'intervention. L'indication d'évolution était pour les plus favorisés, suppuration plus ou moins longue, hernie du cerveau et mort. Dans la pratique civile, il en était du reste à peu près de même. Les débuts de la guerre semblèrent confirmer cette habitude d'évolution : mais en octobre 1914 Pauchet donna l'indication de bourrage de la plaie cérébrale à la gaze au trioxyméthylène, après épluchage et nettoyage superficiel, et rabattement, suture lâche du lambeau cutané sur drainage filiforme. Les résultats furent immédiatement meilleurs, et quelques mois plus tard, l'acte opératoire s'était fixé pour jusqu'en fin de guerre dans la forme suivante : nettoyage manuel de la plaie cérébrale, excision des tissus contus, lavage à l'éther et suture sur drain filiforme. Il y a actuellement, qui circulent dans la vie courante, un nombre imposant de trépanés avec dure-mère ouverte qui datent de vingt ans.

Les thorax. — Première période : civile si l'on peut dire : abstention primitive absolue, avec secondairement et s'il y avait lieu, pleurotomie plus ou moins large pour évacuation d'une suppuration. En 1915, Petit de la Villéon montra avec sa méthode rudimentaire, que les atteintes instrumentales du poumon ne présentaient pas la gravité qu'on leur avait attribuée. Quelques chirurgiens prirent alors le parti d'intervenir sur le poumon préalablement fixé à la paroi. Il n'y avait plus qu'un pas à franchir pour en venir à l'intervention sur le poumon libre, au mépris du pneumothorax brutal ainsi déterminé. Ce pas fut franchi et si les résultats n'en furent pas absolument désastreux il n'en furent pas non plus, très brillants. En 1917, J.-L. Faure s'insurgeait contre l'intervention primitive sys-

tématique, hors les cas d'hémostase péremptoirement nécessaire, et recommandait l'intervention secondaire pour évacuation de collection pleurale, s'il y avait lieu. C'était la méthode généralement suivie en fin de guerre : on en était revenu à la pratique civile antérieure.

Les ventres. — Les opinions les plus contraires ont été émises à leur sujet, et c'est vraiment pour les ventres que l'on peut affirmer que la donnée chirurgicale seule ne permet pas d'obtenir la solution du problème. Au début, avec l'idée « plaie par balle », on avait fait confiance à un imaginaire bouchon muqueux qui, marié au jeûne et à l'immobilité, devait donner des résultats splendides. Ce fut vrai dans quelques cas. Mais avec les plaies par éclats d'obus, le bouchon muqueux fit faillite, et on crut donner une apparence de traitement chirurgical aux plaies de l'abdomen avec l'opération de Murphy. Cette dernière ne donna guère de résultats que dans les cas où l'abstention en eut fait autant : et en matière de plaies de l'abdomen, on resta sans directive réelle jusqu'en 1915. En 1915, et je ne parle que de ce que j'ai vu, un mouvement se dessina en faveur de l'intervention aussi précoce que possible ; et, dans l'auto-chir de Chevassu, abstentionniste, Viannet montra à plusieurs reprises que, faite dans de bonnes conditions, l'intervention donnait fréquemment de bons résultats : cependant, les deux opinions opposées continuèrent à briser des lances en faveur de l'intervention (Quénu) ou de l'abstention (Chevassu). La mise au point et le raccordement des deux théories ont été très clairement faits dans la thèse de Duponchel élève de Quénu. Duponchel s'est montré résolument abstentionniste dans tous les cas où les moyens matériels manquaient, et où l'affluence des blessés était trop grande, résolument interventionniste dans tous les cas raisonnablement possibles. Pour lui, la question intervention ne dépendait plus du blessé ou de l'opérateur, mais seulement des conditions extérieures du moment ; en 1918, à la création des groupes d'équipes mobiles, la plupart des chefs de groupe, avaient pensé à organiser leur chantier sur le tour de garde à quatre équipes, la cinquième équipe, hors garde ne faisant que les ventres et les thorax obligatoires dans une salle d'opération réservée.

Plaies des parties molles. — Actuellement et malgré qu'elles aient été le plus grand nombre, plus personne ne veut se souvenir des plaies des parties molles : il semble que de trop nombreux chirurgiens en aient gardé l'impression d'un travail indigne, incapable de les inspirer, et cependant quelle mortalité ce dédain n'a-t-il pas entraînée par gangrène gazeuse, tétanos ou autres infections !

Dans les commencements le traitement était simple — teinture d'iode, pansement avec mèche évacuation. On sait les résultats.

On voulut bien admettre que la méthode ne valait rien, alors, ce fut le débridement large, la mise à plat (et combien à cet égard, furent généreux certains bistouris), drainage et évacuation à température tombée.

Je rappelle pour mémoire les discussions guerrières à propos du drainage, par mèche tassée ou lâche, ou en papillon, drainage par crins, par drain en métal ou en caoutchouc, par tiges souples en caoutchouc, unies ou cannelées. Jusqu'en 1916 la cicatrisation était abondonnée à elle-même, et durait ce qu'elle durait. A partir de 1917, le développement large de la méthode Carrel abrégea notablement la durée de cicatrisation en permettant les sutures secondaires.

En même temps que la méthode de suture secondaire de Carrel, se développait la méthode de suture primitive qui, seulement appliquée jusqu'alors aux cas où elle complétait nécessairement l'acte opératoire (articulations, crânes, ventres), put s'étendre aux plaies des parties molles. On faisait l'excision large de tous les tissus lésés, on créait une plaie neuve propre, et l'on rapprochait à points espacés sur drainage, filiforme en général.

Cette méthode, parfaite en soi, avait le défaut de prolonger les interventions, et l'hospitalisation consécutive pour surveillance, et devenait impraticable en période agitée : on faisait alors de la primo-secondaire, où la plaie préparée dans les mêmes formes et les fils mis en place, on ne les rapprochait qu'au bout de deux ou trois jours, lorsque l'à-coup était passé. Ces deux dernières méthodes ont donné d'excellents résultats de 1917 en fin de guerre.

Au total, les plaies des parties molles ont d'abord été négligées parce que supposées aseptiques dans bien des cas, ensuite on les a débridées largement « comme un livre ouvert » (et cette formule n'a pas été heureuse dans toutes les mains), plus tard méthode Carrel et suture secondaire, enfin méthode de véritable récupération avec suture primitive et primo-secondaire.

Encore que tous les problèmes de décision opératoire que nous venons de passer en revue, soient déjà assez compliqués, il faut cependant les considérer comme des cas simples, car nous n'avons en vue que la blessure isolée. Or, dans des cas très nombreux, s'accumule sur le même blessé toute une série de lésions, comportant chacune indication opératoire et nécessitant le classement immédiat par ordre d'importance ; et dans ces cas-là, il faut vraiment une très grande habitude, pour saisir presque instantanément quelle est l'opération d'importance vitale à exécuter immédiatement, l'opération qui doit être menée à fond, alors que pour les autres blessures,

une intervention plus superficielle, sera suffisante pour assurer la sécurité. C'est dans ces cas vraiment que la symbiose, radiographe, opérateur, assistant est indispensable : ce malgré quoi, il arrive bien souvent, que l'on soit obligé en cours d'opération de changer ses batteries, du fait de la gravité subitement découverte d'une blessure que l'on croyait sans importance.

Il serait intéressant de conclure cet exposé de méthodes par l'opinion d'un chirurgien ayant d'un bout de la guerre à l'autre, travaillé à l'intérieur, et ayant pu constater les modifications des résultats éloignés. Je n'ai pas à cet égard d'opinion personnelle, cependant j'ai pu voir en 1916 au lycée de filles de Moulins que les suites opératoires du front n'étaient pas brillantes : en 1918-1919 j'ai vu au petit lycée de Clermont-Ferrand que le tableau avait changé du tout au tout et à son avantage.

Je m'étais proposé de démontrer que la chirurgie au cours de la guerre ne doit pas tenir compte uniquement du blessé, mais encore, et je dirais presque surtout, des circonstances extérieures au blessé ; je crois y être arrivé.

La chirurgie en temps de paix est une chirurgie d'individus isolés, la chirurgie en temps de guerre est une chirurgie de collectivité, qui doit être d'abord vitale, mais qui doit aussi être récupérative, pour rendre aux corps de bataille le maximum possible d'unités et dans le plus bref délai. Enfin, elle se doit d'être budgétaire en évitant dans la plus large mesure (et elle le peut) les invalidités permanentes de petits et moyens pourcentages, qui pèsent si lourdement sur une époque.

Et pour répondre à ma question de début, — « Y a-t-il une chirurgie de guerre et une chirurgie de paix », je dirai : il n'y a qu'une seule chirurgie, mais les circonstances qui l'entourent sont variables et il faut savoir les reconnaître rapidement pour pouvoir les combattre si possible, ou s'y adapter si l'on ne peut les combattre. Ce qui a fait la chirurgie de guerre si longue à prendre sa forme de chirurgie normale, ça été l'impréparation non pas manuelle mais intellectuelle des chirurgiens.

La chirurgie en temps de guerre pose des problèmes de décision opératoire. Etre chirurgien ce n'est pas seulement ouvrir des ventres, c'est oublier l'étymologie du terme et voir très au delà de ses mains.

Dr G. HUGUET.

Réunion climatologique de La Baule

Tout récemment, M. le Docteur CATTIER, rapporteur au Congrès de climatologie de La Baule, invitait un certain nombre de professeurs, d'agrégés, de médecins des hôpitaux et enfin, la Société d'hydrologie et de climatologie de Paris, à venir participer à une « Journée climatologique » à la station de La Baule.

M. le Docteur Cattier, après avoir salué les membres du bureau présidé par M. le Professeur Olive, fit un exposé très clair du problème de l'après-cure hélio-marine. Il fut vivement applaudi. Le Docteur Bizard nous entretint du potentiel électrique de chacune des stations, potentiel qui donne une valeur propre à chaque région côtière. Le Docteur Armand-Delille exposa succinctement l'historique de l'héliothérapie marine tandis que le Docteur Bagot faisait connaître les résultats qu'il obtenait à Saint-Pol-de-Léon. Le Docteur Molinéry demanda la permission d'argumenter chacun des rapporteurs et fit émettre le vœu que, dans chaque station thermale et climatique, un laboratoire de chimie-physique, de climatologie, de biologie enfin soit ouvert afin d'étudier, une commune mesure, les tests qui permettront une véritable posologie dans le thermo-climatisme. Le Docteur Molinéry s'adressant ensuite à M. Lajarrige, maire de La Baule, demanda que cette magnifique station puisse s'ouvrir au thermo-climatisme social et instaurer, dès cette année, une colonie balnéo-marine qui pourrait suivre les cours d'une école de plein air. Il fut demandé en outre qu'un enfant ne puisse être adressé à une station thermale, climatique ou balnéo-marine sans avoir été examiné par un centre de triage qualifié.

M. le Professeur Olive remercia les rapporteurs et se félicita de voir se généraliser des journées de travail analogues à celles-ci.

La réception fut celle que l'on pouvait attendre de la munificence des édiles de La Baule et, maîtres de la Faculté, des hôpitaux, praticiens, regagnèrent Paris convaincus que, peu à peu, la science du thermo-climatisme entrait dans une voie essentiellement expérimentale.

Les journalistes présents remercièrent unanimement nos hôtes de l'accueil qui avait été réservé à leurs invités et promirent de faire connaître à tous l'importance d'une journée de travail au cours de laquelle bien des points de technique climatologique ont été fixés.

M.

LA PAGE SANS MÉDECINE

Ecrire : verser avec rage toute la sincérité de soi sur le papier tentateur, si vite que parfois la main lutte et renâcle, surmenée par le dieu impatient qui la guide... et retrouver le lendemain, à la place du rameau d'or miraculeusement éclos en une heure flamboyante, une ronce sèche, une fleur avortée.....

COLETTE.

13. Jean-Jacques BROUSSON. — **La Louve en Languedoc.** Un album illustré 21 × 25 tiré à 333 exemplaires numérotés sur les presses de Maurice Darantière à la Vallée-aux-Loups. *Editions du Cadran*, Paris, 1936.

DANS le grand saccage des paysages français, Brousson prend vigoureusement la défense de la région languedocienne la plus riche en vestiges romains. Il l'aime deux fois puisqu'il y est né et cet amour tour à tour ennoblit et apaise sa colère suivant qu'il remonte le cours de ses souvenirs d'enfance ou qu'il fustige les vandales qui ont mutilé ces richesses. Il est scandaleux sans aucun doute que sur le pont du Gard par exemple puissent passer les mastodontes automobiles qui ébranlent dangereusement l'édifice, encore qu'un béat rond-de-cuir prétende que les lézardes infligées à l'œuvre d'art ne soient à sa silhouette que rides au visage d'un vieillard ! Le commerce du gros vin rouge a des droits sacrosaints et il en va de tout ainsi dans un pays au pillage, où les sites, les monuments (1), ne pèsent plus bien lourd devant les cyniques appétits des marchands. La publicité, le troc empoisonnent les paysages les plus purs, ceux où frémit le souvenir de civilisations, de sagesses, de rumeurs de grands peuples. C'est ainsi que s'effrite peu à peu notre patrimoine : l'exemple languedocien en est particulièrement démonstratif. Mais le livre de Brousson n'est pas que véhémente vitupération ; ressaisi par la grandeur de son thème l'écrivain capte au contraire à notre usage les insaisissables éléments du charme pittoresque de la région. De Nîmes à Uzès (pourquoi n'a-t-il pas fait le crochet de Montpellier ?) il évoque le souvenir des Romains et plus sommairement plus près de nous le passage de Poquelin et de Racine. Quelques lignes campent épisodiquement l'ombre de l'abbé Brémond venu se désaltérer aux fontaines latines. Concis et d'une merveilleuse densité le style de Brousson rassemble en quelques pages tous ces fantômes levés de sa terre brûlée. Les images jaillissent, le sentiment fuse avec une spontanéité et une originalité singulières. La forte personnalité de l'écrivain dans une langue savoureuse éclate en merveilleuses trouvailles de style. Causticité, prenante poésie, vision aiguë, vigueur verbale enflent et emportent la sarabande des lignes sans leur ôter leur pureté fondamentale ; dans leur foisonnement et leur alacrité, elles gardent la vivante ordonnance du talent : d'un talent incisif très près de l'éblouissement local de la lumière d'été et de son miroitement, de l'aggressive stridence des cigales, de cette vivante latinité qui conjugue sous un ciel flamboyant de brutales couleurs, des horizons heurtés et la suprême harmonie d'arches, de fûts, de chapiteaux, d'arènes, venus sous ce climat de passion dispenser, comme dans le style de Brousson, la mesure et le perpétuel équilibre. Cette dualité du style se modèle étroitement sur le double visage des lieux et c'est certainement cette concordance qui augmente l'attrait de cette œuvre. La sobre ordonnance de la typographie soignée comme il est de coutume au Cadran, pare l'album et l'affine. Les gravures composées de logiques perspectives ont un ton chaud et mat comme celui des vieilles pierres menacées et ardemment défendues par leur redoutable et disert avocat.

(1) Voir à Albi la grotesque désaffectation du Palais de la Berbie...

14. Georges DUHAMEL.— **Fables de mon jardin.** Un vol. 12 × 19. *Editions du Mercure de France*, Paris, 1936, 12 francs.

DE la vie et de la mort de son jardin Duhamel a su tirer d'admirables leçons, symboles ingénieux de nos existences ; méditations de poète, brusques virevoltes du style parti d'un brin d'herbe, d'un bruit, d'une couleur et qui se hausse sans effort jusqu'aux plus graves inquiétudes de l'homme ; musardant et philosophant, persiflant et trouvant tout à coup pour sa phrase les plus émouvantes résonances du cœur. La perpétuelle compassion de Duhamel lui ouvre des horizons qui nous sont cachés ; la stupidité végétale, l'ingéniosité des plantes, le mystérieux instinct des bêtes qui passent ou demeurent dans son enclos, lui sont autant de prétextes à brèves dissertations, véritables poèmes en prose. Sa langue claire, simple a réussi ce difficile exploit de rester au sol sans s'empêtrer dans les lieux communs des jardiniers à houlette qui, avec un

déconcertant sang-froid firent si souvent dire aux champs des sottises champêtres.

15. Paul CLAUDEL. — **Introduction à la peinture hollandaise.** Un vol. 11 × 16. *Editions de La N. R. F.*, 1936, Paris.

Le jugement de Paul Claudel sur la peinture hollandaise est formulé vigoureusement, en saisissants raccourcis. Plus nuancé, beaucoup plus subtil que celui d'Eugène Fromentin, il augmentera la confusion des électeurs de l'Académie qui commirent la sottise de ne pas admettre cet écrivain au sein de leur assemblée.

16. Pierre FRONDAIE. — **Le Lieutenant de Gibraltar.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*, Paris, 1936.

L'adresse de l'intrigue qui peut être ramenée à un conflit entre l'Intelligence-service et l'amoureuse Espagne tourne comme il se doit au bénéfice de l'honorable institution britannique. Le roman bien charpenté est habilement écrit, mouvementé, frémissant de cette chaude atmosphère de Séville avant l'actuelle la défiguration que lui inflige le progrès (??) social.

17. — *Yvonne PAGNIEZ.* — **Ouessant.** Un vol. 12 × 19 de la collection « *Les Livres de Nature* ». *Editions Stock.*, Paris, 1936, 12 francs.

Ce livre écrit sans forfanterie et sans recherche est une vigoureuse description de cette terre perdue, avec ses tempêtes, ses légendes, la vie âpre et très particulière que lui créent la mer et le vent ; la seule traversée par gros temps mérite de retenir vos loisirs sous une magnifique description de la colère aveugle des éléments.

Varia***

Le *Figaro illustré* d'avril est consacré au voyage. L'art de la présentation, la netteté des clichés, les rubriques d'actualité, de modes, de périples divers le parent agréablement.

*Le numéro d'avril de *Mesures* donne les poèmes primés de son concours de poésie et annonce (clôture le 15 juin) un concours de « récit bref » doté d'un prix de trois mille francs. Le texte de la revue est varié, d'une originalité très particulière et somptueusement imprimé.

*Dans la *Revue métapsychique* d'avril une sage mise au point du Docteur Pascal de Bazas (Gironde) sur les extravagances de la radiesthésie.

*Dans le *Mercure de France*, un pertinent article de Duhamel sur la décadence de l'attention ; l'énigme basque ; l'inflation des diplômes ; apologie pour Israël ; la question romaine.

*Dans le *Divan* d'avril, un commentaire sur la poésie de Paul Valéry ; quelques poèmes ; d'alertes chroniques de Pierre Lièvre, Martineau, Parturier dans une livraison encore mincie mais robuste.

*Aux éditions de la Nouvelle Revue française, de Paul Chopine : « *Six ans chez les croix de feu* », par un démissionnaire de ce groupement.

*Aux éditions de l'*Homéopathie Moderne*, 33, rue de la Bienfaisance à Paris, une biographie d'Hahnemann par M. Larnaudie.

*Dans ma chronique prochaine, je vous parlerai d'un bon livre de Henri Pourrat : *Toucher terre*, paru aux éditions de la Cigale, à Uzès et écrit au bruit des eaux vives de son Auvergne.

1er mai 1936,

Docteur Jean SÉVAL.

CES DAMES DE COLOGNE

Il y avait à Cologne, au dernier recensement, 750.000 habitants, parmi lesquels 1.200 dames inscrites au Bureau de santé de la ville comme prostituées. C'est le chiffre habituel ; mais les demandes d'inscriptions volontaires sont beaucoup plus nombreuses que jadis. Le rythme des inspections sanitaires varie selon les cas ; on les fait tous les jours, ou moins souvent. Dès l'inscription, on va voir chez l'intéressée comment elle est installée ; si sa condition hygiénique paraît satisfaisante, les examens ont lieu tous les quinze jours ; plus souvent, et même journellement, si on l'estime nécessaire. Le Docteur Morschhauser, qui nous donne ces détails, ne nous dit pas sur quels signes se base M. l'Inspecteur pour fixer la fréquence des examens. Mais il paraît que ce classement a un effet salutaire sur le comportement de ces dames, qui désirent toutes mériter, par leur zèle sanitaire, d'être classées dans la première catégorie, et ne pas être inspectées trop souvent.

Sur la carte qui leur est attribuée, une inscription très apparente indique que le Bureau de santé ne garantit aucunement leur innocuité.

Comme en France, si quelque maladie transmissible est découverte, la malade est immédiatement envoyée à l'hôpital, sous bonne garde.

Mais ce qu'on ne fait pas ici, c'est une statistique très complète des examens. Le Bureau de santé possède des fiches individuelles de toutes ses clientes, avec leurs empreintes digitales ; il a la liste de ces dames par rues, leurs surnoms et noms de guerre ; il conserve enfin l'identité de toute personne, mâle ou femelle ayant eu affaire à lui ou qu'il a pu repérer. Si, sur la plainte d'un contaminé, une femme est reconnue contagieuse, elle est immédiatement envoyée à l'hôpital. On y dirige également tout syphilitique sortant de prison, pour vérification, et traitement s'il y a lieu.

Ph. DALLY.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration

2 *avril* 1936

Présents : MM. GASSOT, *trésorier honoraire*, NOIR, *président* ; PAMART et VIMONT, *vices-présidents*, H. MIGNON, *secrétaire général* ; FISCHER, *trésorier* ; J. MIGNON, *trésorier adjoint* ; HENNE, MAZEROUX et M. MIGNON, *membres* et M. GASSOT, *ancien trésorier adjoint* ; M. COLLOMB, *actuaire* à l'Union-Vie.

Excusés : MM. O'FOLLOWELL et BOELLE.

Lecture est donnée du procès-verbal de la séance du 16 janvier dernier, qui est adopté sans observation.

Indemnités maladie et accidents

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons B et MA

133	ARCHAMBAUD (Eure), 3 mois	300	»
25	ARMAND (Savoie), 3 mois	300	»
1964	AUJALEU (Tarn-et-Garonne), 40 jours + 27 jours chr.	489	90
1363	BERNARD (Maine-et-Loire), 3 mois	300	»
946	BÉZY, Toulouse, 3 mois	300	»
569	CADILHAC (Yonne), 3 mois	300	»
1799	CASTAGNONI, Bône, 3 mois	300	»
1038	COSTE, Bouches-du-Rhône, 3 mois	300	»
423	COUFFOU, Mayenne, 60 jours + 1 m. chr.	700	»
1044	DAVET (Gard), 26 jours	260	»
1028	DEJEAN (Nièvre), 18 jours	180	»
504	DELUCQ (Gers), 3 mois	300	»
668	DOUARE, Paris, 15 j. + 11 j. chr.	186	65
457	DUBOIS (Loir-et-Cher), 60 j. + 16 j. chr.	653	30
653	DUHAMEL (Lot-et-Garonne), 3 mois	300	»
806	GABRIAULT (Vienne), 34 jours	340	»
908	GARDETTE (Seine-et-Oise), 3 mois	300	»
975	GARÈS (Seine-et-Oise), 13 jours + 1 mois et 24 j. chr.	309	95
453	GAUJA, Bordeaux, 32 jours	320	»
670	GIRAUD, Lyon, 5 jours chr.	16	65
925	GUYOT (Haute-Marne), 11 jours	110	»
1524	JOURDIN (Maine-et-Loire), 1 mois + 18 j. chr.	159	95
1281	KERRIEU, Saint-Malo, 3 mois	300	»
400	LABLANCHERIE (Indre-et-Loire), 3 m.	300	»
1866	LAUFER, Paris, 25 j. + 1 m. et 24 j. chr.	429	95
1693	LEIBOVICI, (Seine) 3 mois	300	»
1313	MATHIEU (Seine-Infér.), 3 mois	300	»
2	MAURAT (Oise), 13 j. + 2 m. et 18 j. chr.	390	»
910	MENDEL, Paris, 3 mois	300	»
1409	MERCIER (Oise), 32 jours	320	»
1825	MICHEL (Saône-et-Loire) 59 jours	590	»
1272	MOLINÉRY (Seine), 3 mois	300	»
375	PIERRHUGUES (Var), 12 jours	120	»
634	PIZE (Doubs), 3 jours	30	»
1392	POURSAIN (Ille-et-Vilaine), 33 jours	330	»
700	REY (Haute-Garonne), 3 mois	300	»
104	RICARD (Hérault), 39 jours	390	»
1259	RILHAC (Haute-Vienne), 3 mois	300	»
367	ROSSIGNEUX, Lyon, 3 mois	300	»
1896	ROURE (Vaucluse), 3 mois	300	»
42	ROY (Côte-d'Or), 2 mois	200	»
327	SAINT-PIERRE (Ain), 12 jours	120	»
49	SALLES. (Pyr.-Orientales), 3 mois	300	»
458	SANTELLI (Seine), 45 j. + 5 j. chr.	466	65
349	SERVAS, Bourg, 2 jours	20	»
145	SIMONNEAU (Vendée), 18 j. + 2 m. et 6 j. chr.	400	»
1612	SUTTEL, Le Puy, 37 jours	370	»
869	TOUSSAINT, Amiens, 34 jours	340	»
1002	TRABY (Pyr.-Orientales), 3 mois	300	»
523	FERRAND, Marseille, 3 mois	300	»

Combinaison MA^2

1596	BARDET, Clermont-Ferrand, 44 jours	880	»
1390	BOSCHER (Manche), 13 jours	260	»
1769	CHARLIN (Doubs), 27 jours	540	»
1424	GUILLAUD (Savoie), 5 jours	100	»
1003	LAPEYRE (Lozère), 1 jour	20	»
1069	LEROY (Manche), 3 mois	600	»
1396	ORLIAC, Agen, 17 jours	340	»
1924	PASQUEREAU, Nantes, 36 jours	720	»
217	PONS (Pyr.-Orientales), 43 jours	860	»
1520	POULIQUEN, Brest, 21 jours	420	»
763	RAULT, Rennes, 3 mois	600	»
1172	RENOULT (Calvados), 3 mois	600	»
283	ROGER (Manche), 11 jours	220	»
1398	ROUX (Haute-Savoie), 39 jours	780	»
314	SERVENT, Evreux, 48 jours	960	»
1861	VOINIER (Vosges), 32 jours	640	»
1988	WEGBECHER (Indre-et-Loire), 8 jours	160	»

Combinaison MA^3

99	ABITBOUL, Alger 12 jours	360	»
1952	BARLATIER (Drôme), 26 jours	780	»
388	LAFITTE (Marne), 2 jours	60	»
1413	RAYMOND (Puy-de-Dôme), 29 jours	870	»
851	SEDEILHAN (Gironde), 6 jours	180	»

Combinaison MA^4

830	BROT (Yonne), 47 jours	1.880	»
1229	MATTEI (Hautes-Alpes), 3 mois	1.200	»

Combinaison MA^5

651	ANRIOUD (Caen), 15 jours	750	»
1470	BAPTESTE (Saône-et-Loire), 21 jours	1.050	»
741	BLAIRE (Somme), 2 jours	100	»
739	BRODY (Alpes-Maritimes), 45 jours	2.250	»
701	DOUSSIN (Calvados), 11 jours	550	»
921	DUCRET (Haute-Savoie), 42 jours	2.100	»
148	DUCRUET (Jura), 36 j. + 1 m. 1/2 chr	2.550	»
269	EZANNO (Morbihan), 7 jours	350	»
1393	HULIN (Sarthe), 19 jours	950	»
343	LAURE (Aude), 31 jours	1.550	»
1755	LEFÈVRE (Allier), 6 jours	300	»
832	ROCHAS (Manche), 37 jours	1.850	»
953	SAUDINO, Aix, 35 jours	1.750	»

720 Sevelloc (Aube), 2 jours	100	»
1339 Viguier (Aveyron), 28 j. + 21 j. chr.	1.749	85
1336 Vittet (Ardèche), 60 j. + 13 j. chr.	3.216	60

Le secrétaire général fait part au Conseil d'une lettre du Docteur X., qui étant à la combinaison MA désire passer à la combinaison MA⁵. Etant donné son état de santé, le Conseil décide de n'accepter ce passage à une combinaison donnant une indemnité plus élevée qu'après un stage de deux années.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue pour leur pension du deuxième trimestre, les sommes suivantes à Mesdames :

4 Lepage (Paris)	150	»
13 Deshusses (Haute-Savoie)	25	»
27 Gallois (Côte-d'Or)	150	»
43 Chevreux, Paris	150	»
38 Gillette (Calvados)	150	»
45 Valot (Hautes-Alpes)	60	»
51 Rousselot (Haute-Marne)	150	»
42 De Nazaris (Lot-et-Garonne)	150	»
31 Delthil (Loiret)	60	»
30 Roche (Vaucluse)	150	»

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 31 mars 1936.

Ratification d'admission

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 16 janvier 1936, le Conseil prononce l'admission définitive aux combinaisons-maladie suivantes, de Messieurs :

Combinaison MA²

Stolzenberg, Seyne (Basses-Alpes).
Morvan, Elliant (Finistère).

Combinaison MA³

Budin, Rives (Isère).

Combinaison MA⁵

Arsonneau, Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise) ; Fabre, Saint-Sulpice-la-Pointe (Tarn) ; Barde, Vayres (Gironde) ; Roy, Baugé (Maine-et-Loire) ; Gaudiot, Mirebel (Jura) ; Lemoine, Charly-sur-Marne (Aisne) ; Barbe, Le Mans (Sarthe) ; Pradines (Epernon (Eure-et-Loir) ; Filhol, Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; Angeras, Paris (11e) ; Pazot, Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) ; Lussac, Le Haillan (Gironde) ; Bernard, Buis-les-Baronnies (Drôme) ; Giraud, Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Candon, Yvetot (Seine-Inférieure) ; Bonnard, Paris (6e) ; Courteville, Bruay-en-Artois (Pas-de-Calais).

Combinaison V

Arsonneau (Mme), Saint-Arnoult-en-Yvelines (Seine-et-Oise) ; Lussac, Le Haillan (Gironde).

Admissions provisoires

Sur la présentation et le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire, les admissions suivantes aux combinaisons d'indemnités maladies et accidents.

Ces admissions seront rendues définitives au 1er juillet 1936 si aucune protestation ne survient à leur sujet avant cette date :

Combinaison MA²

M. le Docteur Guidon (Robert), Dinan (Côtes-du-Nord).

Combinaison MA⁴

Claudel (Jean), Antibes (Alpes-Maritimes).

Combinaison MA⁵

MM. les Docteurs Colson (Pierre), Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Turcry (Maurice), Audruicq (Pas-de-Calais) ; Fortwenberg (Roger), Veynes (Hautes-Alpes), Dassonville (Marc), Belle-Isle-en-Terre (Côte-du-Nord) ; Grange (Louis), Pau (Basses-Pyrénées) ; Fourcade (Raymond), Marmande (Lot-et-Garonne) ; Tardiu (Jean), Salses (Pyrénées-Orientales) ; Pouliquen (Noël), Douarnenez (Finistère); Le Petichaud (Louis), Pontrieux (Côtes-du-Nord); Raffault (Jean), Noyant-Meon (Maine-et-Loire) ; Linval (Félix), Quimper (Finistère) ; Legrand (Robert), Le Neubourg (Eure) ; Galland (Pierre), Château-Gontier (Mayenne).

L'admission du Docteur Prallet est ajournée, le Conseil demandant à ce qu'il soit procédé à un nouvel examen médical.

Admissions aux Caisses de retraites

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes aux combinaisons retraites :

Retraites P

MM. les Docteurs Colson (Pierre), Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Colson (Mme), Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Dassonville (Marc), Belle-Isle-en-Terre (Côtes-du-Nord) ; Bonnet (Gabriel), Mortagne (Orne); Huet (Léon), La Roche-Posay (Vienne) ; Massol (Mme), Belvèze (Aude) ; Linval, (Mme), Quimper (Finistère) ; Legrand (Robert), Le Neubourg (Eure) ; Legrand (Mme), Le Neubourg (Eure).

Retraites R

MM. les Docteurs Colson (Pierre), Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Colson (Mme), Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Grange (Louis), Pau (Basses-Pyrénées) ; Bonnet (Gabriel), Mortagne (Orne) ; Linval (Félix), Quimper (Finistère).

Pensions aux veuves

MM. les Docteurs Colson (Pierre), Nancy (Meurthe-et-Moselles) ; Grange, Pau (Basses-Pyrénées).

Préparation de l'Assemblée générale

La date de l'Assemblée générale ordinaire est fixée au 7 juin prochain. A cette occasion, M. Colomb, actuaire de la Société, se met en rapport avec M. le Docteur Gassot, trésorier honoraire, pour l'établissement de l'inventaire quinquennal, qui doit être ter-

minée avant cette date, et fera l'objet d'un rapport à l'Assemblée.

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est ainsi fixé : Allocution du Président. Rapport du secrétaire général. Rapport du trésorier et de l'actuaire. Rapport des commissaires aux comptes. Approbation des comptes de l'exercice 1935. Approbation par l'Assemblée de la nomination par le Conseil d'un trésorier, d'un trésorier adjoint et d'un secrétaire général adjoint. Nomination d'un membre du Conseil, en remplacement de M. le Docteur Levassort décédé. Renouvellement des commissaires aux comptes. Renouvellement des membres du Conseil d'arbitrage. Questions diverses.

Questions diverses

Le secrétaire général donne communication au Conseil d'une demande d'admission éventuelle émanant d'un chirurgien-dentiste. Les statuts s'y opposant formellement, cette admission est évidemment refusée ; d'autre part, le Conseil, après avoir examiné la question, considère qu'une modification des statuts étendant les avantages de la Société aux membres de la « Corporation de la santé publique » autres que les médecins ne paraît pas opportune.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire des séances,
Dr P. Boudin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Ecole de malariologie.** — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris du mardi 2 juin au lundi 6 juillet 1936, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Programme. — Les cours auront lieu au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Prof. E. Brumpt. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de trois heures, dirigée par M. Langeron, chef de laboratoire.

I. *Hématologie.* — Trois leçons par M. F. Coutelen : Hématies de l'homme et des vertébrés. Numération. Hémoglobine. Hématies pathologiques. Physiologie pathologique des hématies. Leucocytes normaux et pathologiques. Formule leucocytaire. Rôle des organes hématopoïétiques. Hématoblastes. Sérologie, réaction d'Henry. Détermination spécifique du sang ingéré par les moustiques.

II. *Entomologie.* — Quatre leçons par M. Neveu-Lemaire, agrégé : Morphologie et classification des insectes. Les moustiques. Procédés de capture, de conservation et d'étude. Classification des moustiques. Anophèles européens, africains, asiatiques, océaniens et américains. — Quatre leçons par le Prof. E. Brumpt : Biologie des moustiques. Métamorphoses, œufs, larves, nymphes, adultes. Les culicinés, biologie et rôle pathogène. — Les anophélinés, biologie et rôle pathogène.

III. *Protozoologie* (Sporozoaires et parasites du sang). — Trois leçons par le Prof. E. Brumpt : Cycle évolutif des sporozoaires. Hémosporidies de l'homme et des animaux. Piroplasmidés. Hémogrégarines. Toxoplasmes. Flagellés sanguicoles. Microfilaires.

IV. *Parasites du paludisme.* — Quatre leçons par le Prof. E. Brumpt. Cycle évolutif et biologie des plasmodidés. Paludisme expérimental. Etude détaillée, morphologique, biologique et géographique des quatre *Plasmodium* humains ; *P. vivax*, *P. malariæ*, *P. falciparum*, *P. ovale*.

V. *Etude clinique et épidémiologique du paludisme.* — Quatre leçons par M. Neveu-Lemaire, agrégé :

Historique du paludisme, théories anciennes, découvertes modernes. Epidémiologie. Indice endémique. Symptomatologie. Pathogénie. Anatomie pathologique. Méthodes de diagnostic. Thérapeutique. — Une leçon par M. X. Henry : Méthode de diagnostic par la mélanofloculation.

VI. *Paludisme thérapeutique.* — Une leçon par M. P. Mollaret : Paludisme thérapeutique *(malariathérapie).*

VII. *Prophylaxie.* — Huit leçons par le Prof. E. Brumpt : Facteurs de l'endémie. Prophylaxie individuelle. Quininisation. Protection mécanique. Prophylaxie générale. Stérilisation du réservoir de virus. Destruction des anophèles. Théorie du rideau protecteur. Grandes et petites mesures antilarvaires ; méthodes hydrologiques, chimiques et biologiques. Choix des méthodes prophylactiques. Rôle de l'Etat. Propagande. Personnel. Contrôle. *Résultats acquis.*

VIII. *Assainissement et drainage.* — Deux leçons par M. Préaud, inspecteur général du Génie rural : Assainissement agricole. — Une leçon par le Prof. E. Brumpt. Historique de l'assainissement antipaludique en Asie (Chine, *Japon, Indochine, Malaisie, Ceylan).*

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme *de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine)* 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine. Les candidats proposés par les Administrations sanitaires de leurs pays respectifs devront adresser une demande à la Section d'hygiène de la Société des Nations, à Genève. Un nombre limité de bourses sera accordé par l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, sur demande présentée au Directeur médical de la Société des Nations par les Administrations intéressées.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : Epreuve pratique d'hématologie ; épreuve pratique de protozoologie ; épreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

Deuxième examen : Epreuve théorique de protozoologie ; épreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme ; épreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droit à verser. — Droit d'immatriculation, 120 francs ; droit de bibliothèque, 90 francs ; trois séries de droits de laboratoire, 790 francs. Total : 1.000 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis,

de 14 à 16 heures. MM. les docteurs en médecine sont priés de se munir de leur diplôme ou d'un acte officiel en tenant lieu.

— **Concours du prosectorat.** — *Epreuve écrite d'anatomie.* — Séance du 7 mai. — MM. Boudreaux et Poilleux, 29 ; Calvet et Monod, 27 ; Mialaret, 26. Séance du 8 mai. — MM. Leuret, 25 ; Beuzart, 26 ; Barraya, 29.

Pathologie chirurgicale. — Séance du 8 mai. — MM. Boudreaux et Poilleux, 29 ; Mialaret, 28 ; Monod, Calvet et Barraya, 26.

— **Concours de l'adjuvat.** — Candidats :

MM. Benassy, Caby, Cauchoix, Chevallier (R.-J.), Coldefy, Cordebar, Debidour, Delinotte, Guénin, Huguier, Léger, Lortat-Jacob (J.-L.), Mathey, Neyraud, Monsaingeon, Ollier, Picard, Rouvillois, Roux (M.), Tissot.

Première épreuve écrite. — Séance du 7 mai. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur ».

Deuxième épreuve écrite. — Séance du 8 mai. — Question donnée : « Les processus de régulation de l'activité des centres respiratoires ; les modifications de cette activité observées en pratique chirurgicale ».

Troisième épreuve écrite. — Question donnée : « Anévrisme artériel poplité (traitement exclu) ».

— **Agrégation de médecine.** — *Section de médecine générale.* — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Séance du 8 mai. — M. Brahic : « Maladie de Raynaud ».

M. Kissel : « Arthropathies tabétiques ».

M. Bonnet : « Cancer primitif du poumon ».

M. Stillmunkès : « Syphilis rénale ».

Candidats admissibles à l'épreuve de titres :

MM. Andrieux, Bonnet, Bonhoure, Boucomont, Brahic, Caroli, Froment, Gadrat, Gré, Houcke, Kissel, Lafon, Martin, Massias, Massière, Panques, Patoir, Patey, Stillmunkès, Warembourg.

Section d'obstétrique. — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Séance du 7 mai. — M. Guilhem : « Anomalies de la dilatation du col ».

M. Gernez : « Hydramnios. »

Séance du 8 mai. — M. Cartoux : « Délivrance naturelle et ses complications immédiates ».

M. Daléas : « Eclampsie convulsive au cours de la grossesse, du travail et du post-partum ».

Section d'histoire naturelle et parasitologie. — *Leçon d'une heure.* — Séance du 7 mai. — M. Coutelen : « Cycle évolutif des Trématodes parasites de l'homme ».

Sont proposés : MM. Coutelen et Sautet.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Jury : MM. Brindeau, Funck, Cathala, Vignes, Desnoyers, Tinel, Lardennois.

— **Concours de chirurgien des hôpitaux.** (Concours de nomination).

Séance du 6 mai. *Ont obtenu* : MM. Chabrut, 19 ; Gosset, 18 ; Merle d'Aubigné, 18.

Séance de médecine opératoire. *Ont obtenu* : MM. Merle d'Aubigné, 29 ; Patel, 27 ; Gosset, 27 ; Reinhold, 26 ; Mouchet, 26 ; Gérard-Marchand, 25 ; Chabrut, 25 ; Couvelaire, 24 ; Longuet, 23.

Séance du 8 mai. *Ont obtenu* : MM. Reinhold, 19 ; Chabrut, 18 ; Mouchet, 17.

Séance du 9 mai . *Ont obtenu* : MM. Gosset, 19 ; Merle d'Aubigné, 18 ; Patel, 19.

Séance du 11 mai. *Ont obtenu* : MM. Patel, 30 ; Reinhold, 30 ; Merle d'Aubigné, 29 ; Gosset, 29.

Total des points obtenus : MM. Patel, 95 ; Merle d'Aubigné, 94 ; Gosset, 93 ; Reinhold, 92.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : M. Patel, Merle d'Aubigné.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Nogué, rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie* et du *Bulletin de l'Association Lagoguey*, décédé à Paris à l'âge de 72 ans.

— **Société d'hydrologie et de climatologie médicales.** — *Prix Albert-Robin.* — Un prix d'une valeur de 25.000 francs a été fondé par M. André Robin et mis par lui à la disposition de la *Société d'hydrologie* en souvenir de son père le Professeur Albert-Robin, ancien président de la Société, pour récompenser un travail ou un ensemble de travaux d'un auteur français concernant l'hydrologie ou la climatologie médicales et paru dans les huit années précédentes.

La *Société d'hydrologie* attribuera le prix Albert-Robin pour la première fois à sa deuxième séance de décembre 1938.

S'adresser pour renseignements complémentaires au secrétaire général de la *Société d'hydrologie* : Docteur Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (XVI[e]) et Saint-Nectaire.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

3.978. — Limitation du libre choix des assistés

Je lis dans le *Concours Médical* du dimanche 26 avril, à la page 1279.

a) Service médical : Le libre choix des assurés sociaux indigents n'est pas limité par les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935, interdisant les changements de médecin en cours d'année, qui ne vise que les seuls indigents. Je n'avais pas connaissance de ce déret-loi. J'ai un client qui a eu un ictus apoplectique le 12 mars suivi d'une hémiplégie gauche en voie d'amélioration, il m'a quitté sous prétexte que la guérison traîne en longueur ? et a fait appeler un médecin de L... à 5 kilomètres. Les indigents ne payant pas leur médecin, changent de médecin comme de chemise.

Veuillez, je vous prie, me donner le libellé de ce décret-loi, afin que j'en donne connaissance au Maire qui est chargé de faire appliquer la loi.

Dr Q.

Réponse

C'est un décret loi du 30 octobre 1935, qui est venu « préciser les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite peuvent choisir leurs médecins ». Aux termes de ce décret, « l'assisté devra indiquer, au moment de la confection de la liste d'Assistance médicale ou à l'occasion de sa première maladie le nom du médecin du service médical auquel il entend recourir. Ce choix ne pourra être modifié, avant l'expiration d'un délai d'un an, que pour motifs graves, sur avis conforme du fonctionnaire chargé du contrôle sur place des services d'assistance ».

En l'espèce votre client assisté a donc contrevenu aux dispositions de ce décret ; il a perdu de ce fait même ses droits au bénéfice de l'Assistance pour le traitement entrepris par le second médecin, et ce dernier ne saurait être payé au titre de la loi de 1893, il ne peut que s'adresser à son client dans les termes du droit commun.

4.087. — Privilège en cas de dernière maladie

Je reçois aujourd'hui même la lettre ci-jointe d'un avoué.

Il s'agit de soins donnés le 27 septembre 1935 (radiographies du crâne et certificat sur papier timbré constatant d'après ces radios la présence d'une balle dans le crâne du blessé.

Ce blessé était à ce moment-là relativement sain d'esprit, mais quelques jours après à la suite d'extravagances et de violences, il était interné à l'Asile de N. (où il est encore actuellement).

Vers le mois de février, il était déclaré en faillite.

L'annonce de sa faillite, avec demande de centralisation de ses dettes, étaient faites par cet avoué dans le numéro du 27 mars 1935 d'un journal local (ma réponse fut envoyée le même jour).

Que puis-je faire pour prouver que ma créance est privilégiée, si elle l'est ?

Dr P.

Réponse

En vertu de l'article 2.101 3e du Code civil sont privilégiés les frais quelconques de la maladie du débiteur précédant immédiatement l'événement donnant lieu à distribution de ses deniers. Par suite pour que les honoaires d'un médecin soient payés dans une faillite par préférence aux autres créances, il faut qu'ils concernent la « dernière » maladie du failli.

Or, il résulte tant de la doctrine que de la jurisprudence, qu'en matière de soins donnés aux aliénés, la « dernière » maladie est la phase d'accès immédiatement antérieure à l'avènement générateur du concours des créanciers, pendant laquelle les soins ont été donnés sans interruption notable (Cour de Paris 2 janvier 1935), par « interruption notable », il faut entendre une interruption de plusieurs mois dans la fourniture des soins ou des médicaments (Cass. civ., 3 août 1897). Il importe d'ailleurs fort peu que les soins pendant cette phase ait été donnés par plusieurs médecins successifs ; l'art. 2.101 ayant déclaré privilégiés les frais « quelconques » de dernière maladie, chacun des médecins ayant participé au traitement de cette dernière maladie » a droit au paiement de ses honoraires par préférence, sans qu'il y ait lieu de distinguer entre le premier et le dernier médecin traitant.

De ces principes nous déduirons dans votre cas les conclusions suivantes : si l'état d'aliénation mentale dont votre client était atteint au moment de sa mise en faillite peut être scientifiquement rattaché à la blessure cranienne ayant motivé votre intervention et n'en constitue que les suites normales, ou si cet accident n'a fait que déclencher des prédispositions antérieures, votre note d'honoraires concerne bien la « dernière maladie » du failli, et vous êtes fondé à invoquer le privilège prévu par l'art. 2.101 3° du Code civil, au même titre que l'Asile où le malade est actuellement interné, pour la partie des frais de pension ayant un caractère médical.

---

808. — Exclusion d'un Syndicat. Adhésion à un Syndicat voisin. Adhésion au Sou médical

Est-il admissible qu'un médecin dont la clientèle est à cheval sur deux départements et qui pour faute grave et prolongée (a accepté de soigner les malades

d'une Société de Secours mutuels et les assistés d'une commune, à l'exclusion des autres médecins), pendant plus de dix-huit mois, exactement jusqu'à l'arrivée d'un jeune confrère, qui a déclaré qu'il ne continuerait à donner ses soins aux dits malades qu'à la condition expresse que tous les médecins appelés auraient également le droit de donner leurs soins.

Est-il admissible, dis-je, que ce médecin puisse continuer à faire partie d'un Syndicat du département voisin ?

Quelles sont les sanctions qui doivent frapper un médecin exclu d'un Syndicat ?

A-t-il droit notamment à l'entr'aide confraternelle des médecins syndiqués ?

A-t-il droit à l'entr'aide des médecins consultants, des spécialistes, des chirurgiens ?

Si à l'occasion de la fusion des divers Syndicats d'arrondissement dans un unique Syndicat départemental il tentait de rentrer dans ce Syndicat, ou si on tentait de le faire rentrer grâce au parrainage de deux médecins déjà syndiqués, quelle devrait être l'attitude du Syndicat départemental à son égard ?

Quelle attitude devrais-je moi-même avoir ?

Est-ce que pour faire partie du Sou Médical il n'est pas indispensable de faire préalablement partie d'un Syndicat ? Dr V.

Réponse

Ce sont là questions locales qui doivent être résolues en toute autonomie par le Syndicat local ou par le Syndicat voisin.

Un groupe professionnel a cru utile d'exclure de son sein un confrère qui vit en marge de la bonne confraternité. Cette exclusion, si elle est régulièrement prononcée par une Assemblée générale après audition de l'accusé, doit entraîner les conséquences suivantes : interdiction, pour tous les médecins syndiqués d'avoir des rapports de confraternité avec le médecin exclu, refus de collaboration technique, sauf dans le cas où l'urgence, l'humanité, obligent un médecin à prêter son concours, même si le médecin traitant est exclu du Syndicat.

Mais ce médecin, ainsi rejeté hors du sein de la grande famille syndicale, peut-il demander son adhésion à un Syndicat voisin parce qu'exerçant sur les limites de deux départements ? Il appartient au premier syndicat qui a exclu le confrère de prévenir le second groupement, et lui notifier la peine qui frappe le candidat.

Si, cependant, le second Syndicat ne tenait aucun compte de la sanction disciplinaire prononcée par le premier, et venait à admettre dans son sein le praticien exclu, il faudrait en référer à la Confédération des Syndicats médicaux qui pourrait décider comme arbitre du conflit.

Mais à la base de tout ceci existe l'autonomie

pleine et entière de chaque Syndicat qui fait ce qu'il veut.

Dans tous les cas, si vous avez personnellement des doutes sur la conduite à suivre, veuillez en référer au président de votre Syndicat, lui dire quels sont vos scrupules d'ordre professionnel et lui demander si vous devez ou non, vous référer aux pénalités disciplinaires qui ont pu être prononcées contre un confrère par un Syndicat qui n'est pas le vôtre.

Quant à l'adhésion au Sou Médical, elle est prononcée d'office lorsqu'un médecin fait partie d'un Syndicat. Elle est également prononcée lorsque le praticien fait partie d'un groupe professionnel légalement constitué, ou s'il est présenté par deux parrains faisant partie du Sou Médical. Mais l'admission n'est que provisoire. Le nom des candidats au Sou Médical est publié avec le parrainage ou le nom du Syndicat dans les colonnes du *Concours Médical.* Si dans les quinze jours de la publication aucune protestation ne s'est fait connaître, l'adhésion devient définitive. C'est vous dire que n'entre pas qui veut au *Sou Médical.*

D'autre part, lorsqu'un confrère a une conduite professionnelle qui peut porter tort au bon renom de la Ligue, en particulier lorsqu'un praticien s'est vu exclure d'un Syndicat pour faute grave, *le Sou Médical peut prononcer l'exclusion* **de cet adhérent** après que celui-ci a été mis à même de présenter sa défense devant le Conseil d'administration du Sou, et en appel devant l'Assemblée générale de notre Ligue. Nous tenons essentiellement à ce que l'on puisse dire que tous les membres — sans exception — du Sou Médical sont tous des confrères dont nous pouvons soutenir la défense devant toutes les Administrations publiques ou privées comme devant toutes les juridictions.

Dr Paul Boudin.

10.822. — Le Maire peut-il interrompre un traitement en refusant de renouveler un carnet de soins ?

Une de mes clientes, A. M. G., présente une sclérose pulmonaire grave avec phénomènes d'insuffisance cardiaque, je décide de lui faire dix injections intraveineuses d'ouabaïne.

A la troisième visite, le carnet de soins épuisé, j'en fais demander un autre à la mairie, où l'on répond que jusqu'à nouvel ordre il ne sera plus délivré de carnets de soin à cette malade. Remarquez qu'elle est toujours inscrite à l'Assistance médicale gratuite ; je viens même de recevoir les listes de 1936 où ma cliente figure toujours, j'écris au maire qui me répond ainsi :

« La municipalité étant responsable des deniers de

« la commune a non seulement le droit, mais le « devoir de contrôler les dépenses qu'elle est dans « l'obligation d'engager et au nombre desquelles « figurent celles de l'Assistance médicale gratuite. « L'examen de la liste des bénéficiaires lui a révélé « l'importance de la part contributive de l'un deux « à ces défenses ; elle s'en est émue, et ses membres « ont jugé qu'il convenait pour la réduire d'agir « avec modération dans la délivrance des carnets de « maladie. »

Entendez par là qu'on refuse à la malade un carnet de soins jusqu'à nouvel ordre en pensant que je serai obligé de cesser mes visites jusqu'à la délivrance dudit carnet.

Je me demande même si interrompant un traitement en cours, une issue fatale venant à survenir, je ne serai pas susceptible d'être poursuivi par la famille de la malade.

J'estime donc qu'il y a abus de pouvoir et préjudice grave causé à la santé de ma cliente.

J'ai l'intention d'aviser la Préfecture et de demander un contrôle médical ; avant d'engager les hostilités je serais cependant heureux d'avoir votre opinion autorisée sur le point de savoir si le médecin est libre oui ou non de soigner ses malades, même indigents, comme l'exige leur état de santé, sans être obligé d'aller mendier l'autorisation de le faire à des Conseillers municipaux incompétents et versatiles.

Dr J.

Réponse

Comme vous le faites très bien remarquer, les maires, à moins qu'ils ne soient docteurs en médecine, sont incompétents pour savoir si une série de soins médicaux est, ou non, nécessaire pour le traitement d'un assisté.

Le bénéficiaire de la loi du 15 juillet 1893 doit légalement être Français, privé de ressources et malade. Aux maires de vérifier la réalité des deux premières conditions ; au médecin traitant de vérifier le bien-fondé de la troisième. C'est dire que pour l'application de cette loi d'assistance médicale gratuite, il doit y avoir collaboration entre les Services municipaux et préfectoraux et le Corps médical.

Or, dans le cas que vous nous soumettez, outrepassant ses droits, le Maire croit pouvoir, ou devoir, refuser un carnet de soins pour un traitement jugé nécessaire et indispensable par le praticien. Ce conflit doit être soumis au Préfet, qui, en vertu de l'article 51 de votre règlement départemental pourra ordonner un contrôle médical sur place, fait par un médecin-contrôleur désigné par le Préfet. Ce contrôle aura lieu en la présence du médecin traitant. Ces deux praticiens *décideront* ensemble *s'il* y a *lieu* de faire le traitement proposé par le médecin traitant. S'il y a désaccord entre ces deux confrères, on pourra désigner un troisième praticien qui départagera les deux premiers.

Mais aux termes du règlement départemental, le Maire sort de ses attributions en se refusant, pour des raisons d'économies communales, à délivrer les bons et feuilles nécessaires pour le traitement des indigents.

Veuillez donc écrire aux Services préfectoraux en leur demandant l'application de l'article 51 du règlement de votre département.

Dr Paul BOUDIN.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.743. — Contestation sur l'époque de la guérison

En vertu de la loi de 1898 sur les « accidents du travail » *est-il indispensable à l'assuré d'apporter un certificat médical de guérison pour que la Compagnie puisse le régler ? ou bien le fait que la Compagnie ne possède pas de certificat médical de prolongation suffit-il pour pouvoir régler les frais à la fin de la période d'invalidité marquée sur le certificat initial*

Dr X.

Réponse

La période d'invalidité temporaire marquée *sur le certificat initial n'est là — et cela est bien naturel* — qu'à titre indicatif de probabilité, pas autre chose. Ce certificat initial ne peut donc servir de certificat de guérison et la Compagnie (qui n'est que la mandataire du patron) ne peut interrompre de son propre gré la responsabilité patronale, si elle ne possède pas le certificat de guérison du médecin traitant.

Toutefois si son médecin contrôleur déclare le blessé guéri et que tel ne soit pas l'avis du blessé ou de son médecin traitant, le différend ainsi établi devra être l'objet d'une réquisition du chef d'entreprise au Juge de paix, en vue d'une « expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours » (voir art. 4, alinéa 7 de la loi du 9 avril 1898), Mais alors c'est le Juge de paix et non le patron ou son assureur substitué, qui fixe la date de guérison, d'après l'expertise médicale.

Dr F. DECOURT.

3.745. — Infiltrations anesthésiques

Je vous adresse ci-joint copie de la lettre de la Compagnie X. *Il s'agit de fixer le tarif des honoraires dus* pour une infiltration novocaïnique au titre des accidents du travail. La Compagnie X et moi, acceptons l'arbitrage et le taux que vous voudrez bien fixer.

C'est une question intéressante à trancher en raison de la fréquence et des indications multiples

des infiltrations novocaïniques dans toutes les lésions traumatiques.

A titre de renseignement, je vous indique que certaines Compagnies ont accepté la somme de 100 francs que j'ai demandée pour rétribution d'infiltration novocaïnique dans les entorses ou dans les séquelles de lésions traumatiques des membres inférieurs.

Dr G.

Réponse

Avant de répondre aux divers confrères ayant posé la même question, de l' « infiltration anesthésique faite dans un but thérapeutique, en matière d'accident du travail », je me suis informé auprès de chirurgiens, leur demandant de faire des « propositions de tarification *à l'amiable* ». Voici ce que l'on pourrait équitablement proposer :

Infiltrations anesthésiques :

— périarticulaires (pour entorse ou séquelles de traumatisme.......... 60 fr.
— périartérielle (pour œdème ou troubles sympathiques)............. 100 fr.
— périganglionnaire nerveux (ganglions lombaires, stellaire) .... 120 fr.

Il est entendu que ces propositions faites, à l'amiable pour le moment, seront faites officiellement par moi, lors de la plus prochaine réunion de la Commission du Tarif, au ministère du Travail.

Dr F. DECOURT.

3.094. — Actes médicaux multiples

Pourriez-vous me dire comment je dois tarifer une suture simple de la peau et une injection de sétum antitétanique avec pansement et visite faite après 21 heures ? Dans un cas semblable, quelle sera la tarification si je fais la suture seulement au cours de la visite après 21 heures et 'injection le lendemain matin seulement ?

Dr B.

Réponse

Le cumul est interdit par l'art. 13 quand il s'agit d'une intervention plus une visite ou consultation (que ces dernières aient lieu avec ou sans pansement, c'est la même chose, Art. 1er). Mais on peut cumuler en cas de « actes médicaux » multiples (art. 14). Donc, dans votre cas : « suture de la peau plus injection antitétanique », vous aurez à cumuler ces deux actes médicaux, soit 25 + 20 = 45 francs.

Nota. — L'alinéa 2 de l'art. 10 ; minorant de 50 % l'une des deux « opérations concomitantes » n'est pas en jeu ici puisqu'il ne s'agit pas d' « opérations », mais de simples « actes médicaux ».

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

3.924. — Faillite d'une Compagnie d'assurances. Recouvrement des honoraires contre les patrons

Plusieurs notes concernant des accidentés du travail ont été impayées par la Compagnie d'assurances, celle-ci étant en faillite. Ai-je un recours contre les patrons de ces blessés et dois-je leur adresser ma note d'honoraires ?

Dr D.

Réponse

En matière d'accidents du travail, le médecin traitant choisi par le blessé possède une action directe en payement de ses honoraires dans les limites du tarif contre le patron responsable. Par contre, la loi n'a créé aucun lien de droit entre lui et l'Assurance du patron.

Si, en pratique, les honoraires d'accidents du travail sont réglés au médecin par les Assurances, c'est que celles-ci se substituent à leurs assurés et agissent comme leurs mandataires. Par conséquent, la faillite de la Compagnie d'assurances ne saurait porter aucune atteinte au droit que vous tenez de la loi du 9 avril 1898 d'exiger des patrons responsables eux-mêmes le payement de vos honoraires.

Envoyez-donc à chacun d'eux les notes, qui restent impayées, en les priant de vous en régler le montant dans un délai que vous fixerez ; si vous n'obtenez pas un règlement amiable, nous pourrons demander à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour saisir le Juge de paix.

Nous attirons votre attention sur ce point capital que l'action doit être engagée au plus tard dans le délai d'un an à compter soit du jour de l'accident, soit du jour de la cessation du payement de l'indemnité temporaire au blessé, sous peine d'être atteinte par la prescription.

3.931. — Rechute d'un accident du travail

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant (accident du travail) : un ouvrier reçoit quelque chose dans l'œil au cours du travail, il va voir son médecin qui n'aperçoit aucun corps étranger, constate seulement un peu de rougeur de l'œil et lui fait reprendre son travail le lendemain avec certificats à l'appui.

Un certain temps après la vue de l'œil blessé se trouble, il devient un peu douloureux le blessé vient me trouver et je constate un petit éclat d'acier intra-oculaire.

La Compagnie d'assurances refuse de payer les soins parce que le blessé a repris son travail et que la blessure a été consolidée le lendemain de l'accident.

Ne peut-on pas soutenir que la blessure a été consolidée par erreur ? En réalité elle ne l'était pas et le corps étranger intra-oculaire en est la preuve matérielle.

Dr C.

Réponse

Il est certain qu'en principe lorsque l'accidenté a repris son travail, après délivrance d'un certificat de consolidation par son médecin traitant, certificat fait sans aucune réserve, le chef d'entreprise ou son Assurance substituée est fondé à considérer la période d'incapacité temporaire comme ayant pris fin. Il n'est donc plus tenu que selon les dispositions de l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898, concernnait la rechute et la révision des indemnités pour cause d'aggravation.

Peut-on soutenir que le certificat de consolidation a été délivré par erreur, et que l'accidenté n'était pas effectivement guéri ? La chose apparaît difficile si l'intervalle séparant la repriseet la constatation de la non-guérison est d'une certaine durée ; la Compagnie d'assurances pourrait dire en effet que les troubles oculaires de la victime ont passé par une période de stabilité équivalent à une guérison apparente, et que la nouvelle période d'activité qu'ils ont brusquement manifesté présentent tous les caractères d'une rechute.

Le mieux à notre avis serait de se placer purement et simplement sur le terrain de l'art. 19 précité. Certes, il résultait jusqu'à présent de la jurisprudence que « l'art. 19 qui ouvre pendant trois années à la victime de l'accident le droit de demander la révision de l'indemnité en se fondant sur l'aggravation de l'infirmité ne vise que la rente allouée ou à allouer, et ne contient aucune disposition qui s'applique ni à l'indemnité journalière, ni aux frais médicaux et pharmaceutiques faits à l'accasion de cette aggravation. On ne peut donc imposer par analogie au chef d'entreprise ou à son Assurance une obligation que la loi de 1898, de caractère forfaitaire et dérogatoire au droit commun, n'a pas mise expressément à leur charge ». (Cass. civ., 1er juin 1932). Mais tout d'abord votre client pourra éventuellement réclamer l'octroi d'une rente s'il reste atteint d'une incapacité permanente, rente qui doit être calculée au taux de 100 % pendant la pendant la période d'incapacité absolue résultant de la nécessité de se soigner (Cour d'Angers, 20 mars 1935, *Gaz. Palais*, 22 juin 1935). En second lieu la jurisprudence précitée n'est pas à l'abri de toute critique, et certaines Cours d'appel l'ont abandonné, témoin la Cour de Caen qui a décidé par son arrêt du 23 mai 1935 (*D. H.*, 1935.483) que « l'indemnité prévue par l'art. 19 de la loi du 9 avril 1898, et dont l'ouvrier peut en cas d'aggravation demander la revision, comprend tout à la fois la rente l'indemnité de demi-salaire et le remboursement des frais médicaux ».

FISCALITÉ

2.918. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

1° En 1935, jai amorti en une fois les dépenses nécessitées pour achat de voiture. Il paraît qu'actuellement une voiture automobile ne peut être amortie qu'en quatre ou cinq ans. Est-ce vrai et depuis quelle année ?

2° J'ai fourni au Contrôleur des Contributions directes le détail jour par jour de mes dépenses professionnelles de 1935 avec le total au bout de l'année et avec les factures à l'appui.

Le Contrôleur prétend que je dois établir un état des dépenses professionnelles et chaque dépense doit être reportée à un article particulier (par exemple auto, postes, etc.) .

Comme propharmacien, au cours des années 1932 et 1933 je n'ai pas porté comme dépenses professionnelles l'achat de la pharmacie. La pharmacie rapportant environ 33 % net j'avais incorporé ces 33 % dans mes recettes professionnelles.

Or le Contrôleur prétend qu'il faut majorer les recettes professionnelles du total de l'achat de la pharmacie plus les 33 % des bénéfices nets :

Par exemple achat	21.000
33 % bénéfices	7.000
	28.000

Mais ces 7.000 francs de bénéfice sont déjà portés aux recettes professionnelles, la majoration ne doit porter à mon avis que sur les 21.000 francs.

En plus n'ayant pas ajouté les achats de pharmacie à mes dépenses professionnelles, j'ai le droit de majorer ces dépenses du total des achats donc de 21.000. D'une part majoration des recettes professionnelles 21.000, d'autre part majoration des dépenses professionnelles 21.000. Il y a là équilibre et je ne comprends pas le raisonnement du Contrôleur en ce qui concerne la majoration seulement des bénéfices professionnels puisqu'il y a augmentation identique des recettes et des dépenses.

Veuillez je vous prie éclairer ma lanterne.

D[r] B

Réponse

L'amortissement des autos est proportionnel à leur dépréciation et non pas fixé à quatre ou cinq ans. Ces chiffres représentent seulement une moyenne.

Pour faciliter la vérification des déclarations, il est d'usage de dresser un tableau récapitulatif des dépenses par nature ; loyer, téléphone, chauffage, éclairage, auto (essence, réparations, etc.).

Pour la pharmacie, la meilleure manière d'opérer est de porter en dépenses les achats et en recette, le montant des ventes.

Les 33 % de bénéfice n'est qu'une évaluation à défaut de bases de détermination du bénéfice

réel. Si vous avez déjà porté en recette les 7.000 francs vous ne pouvez majorer les recettes du prix d'achat augmenté de ces 7.000 francs, si vous portez en recettes les 21.000 francs, il faut aussi les porter en dépenses.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

3.711. — Timbre des certificats

Pourriez-vous me faire savoir si un certificat délivré à un réformén ° 2 pour instance devant le Tribunal des Pensions doit être sur timbre ou papier libre.

Dr R.

Réponse

Il n'y a pas de modification à la loi de mars 1919. Le certificat dont vous parlez est exempt de timbre à condition bien entendu qu'il porte mention de sa destination.

A. M.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

3.813. — Frais de déplacement pour subir une visite médicale

Un officier de réserve est convoqué au bureau de la place de X pour « y subir une visite médicale en vue de la régularisation de sa situation militaire ». A qui les frais de déplacement incombent-ils ?

Dr X.

Réponse

Le payement de vos frais de déplacement incombe à l'autorité militaire, quelle qu'elle soit, qui vous a adressé un ordre de convocation.

4.093. — Montant d'une pension militaire

Un de mes malades vient d'être réformé pour tuberculose. Sa feuille d'indemnité porce ceci :

Pension d'invalidité de 100 % plus complément de pension de 5e degré (?).

1° Tuberculose pulmonaire : 100 %.
2° Synovite du poignet : 25 + 5.
3° Adénopathie cervicale : 10 + 10.

Que signifient : ce 5e degré, ces 25 + 5 et 10 + 10. Ceci veut-il dire qu'il est pensionné à 150 % ? et à combien doit se chiffrer sa pension ?

Dr M.

Réponse

Une pension de 100 % + 5e degré signifie 100 % (invalidité totale) + surpension de 5 degrés (la valeur de chaque degré ayant été primitivement fixée à 100 francs) avec maximum de 10 degrés, soit au total 1.000 francs.

Pareille pension équivaut actuellement à 13.100 francs par an (moins 10 %), non comprise éventuellement l'indemnité de soins aux tuberculeux (10.000 francs).

ASSURANCES SOCIALES

4.005. — Assujettissement aux Assurances sociales

Un jeune homme s'est installé comme artisan menuisier dans une petite localité. Il n'a pas d'ouvriers, mais pense en employer ultérieurement.

Il travaille non seulement dans son atelier, mais aussi chez des clients qui l'emploient et qui le payent soit à la pièce, soit à la journée. Vis-à-vis des Assurances sociales, comment doit-il être considéré ?

1° Est-il assuré obligatoire ou facultatif ?

2° Dans l'un et l'autre cas sur quel taux doivent être calculés ses versements.

3° Sa situation vis-à-vis des Assurances sociales changera-t-elle, à partir du jour où il employera lui-même des ouvriers.

4° S'il est assuré obligatoire ou facultatif, mais de ce cas assuré réel, les Assurances sociales couvriront-elles le risque-accident qui existe du fait de l'exercice de sa profession soit dans son atelier, soit chez le client enmployeur.

Dr G.

Réponse

La première condition pour qu'une personne soit obligatoirement assujettie aux Assurances sociales est qu'elle ait la qualité de salarié et soit au service de un ou de plusieurs employeurs. Les personnes travaillant habituellement à domicile soit seules, soit avec leur conjoint ou leurs enfants à charge ou un auxiliaire, ne rentrent donc dans la catégorie des assurés obligatoires que si ce travail est fait pour le compte d'un ou de plusieurs chefs d'entreprise, et non pour de simples clients à l'égard duquel n'existe aucun lien de dépendance ou de subordination.

L'artisan menuisier en question ne saurait non plus être considéré comme un salarié pour les travaux qu'il effectue au domicile de ses clients. Il s'agit là au contraire, d'un contrat de louage d'ouvrage ou d'entreprise ordinaire, car l'intéressé travaille dans ce cas avec ses propres outils, en toute indépendance technique, et sans être sous la direction de son client ; le mode de rémunération, qu'il soit à la tâche, à la pièce ou à l'heure ne saurait en rien modifier la nature juridique de ce contrat.

Il faut donc en conclure que cet artisan ne rentre en aucune façon dans la catégorie des assurés sociaux obligatoires, tels qu'ils sont définis par l'art. 1er du décret-loi du 28 octobre dernier. Comme d'autre part, ce décret, qui a abrogé les dispositions antérieures de la loi de 1928-1930, n'a pas reproduit celles qui étaient relatives à l'assurance facultative (qui n'existe plus que dans le régime des Assurances sociales agricoles, décret-loi du 30 octobre 1935), il s'en suit que l'intéressé ne peut bénéficier du régime des Assurances sociales.

Cinquante-huitième année — N° 22 — 31 Mai 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

Renseignements

« Le Vert Logis », **Montmorency**, 6, rue du Cours. Régimes, convalescences. Pens. 35 frs. Tél. 23-35.

Silicyl réalise et assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).
***Ne pas confondre* Silicyl, gouttes, comprimés, ampoules 5 cc. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Toute fosse septique, à base de bioxyde de manganèse désodorise et purifie. La TABLETTE DE MANGAÏNE, par son bioxyde colloïdal de manganèse, nettoie, aseptise, tonifie le tractus digestif.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

A céder, cause maladie, Côte d'Azur, Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 27 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 145. — Belle client. stomatologiste à céder cause santé, 150 km. Paris. Grandes facilités paiement.

N° 146. — Ménage jardiniers 33 et 27 ans, homme très expérimenté, robuste mais sourd, femme ancienne infirmière entretiendr. maison, ferait cuisine, etc. Prétent. modestes, sérieuses références.

N° 147. — Le Vésinet. A louer belle villa tout confort mod., avec garage, bien située sur gr. avenue. 12.000 par an.

N° 148. — Mthe-et-Melle. Dans centre industriel important poste méd. datant de 1901 à céder de suite pour cause décès. Belle maison avec jardin, communic. facile avec gr. ville à 12 km. Condit. à débatt.

N° 149. — A louer Dordogne, 200 m. gros bourg, ch. fer, rivière, villa neuve 8 p. cab. toil. porche, véranda, w. c. int. et ext. garage, eau, gaz, calorif. potager et fleurs. Pêche, chasse. Photo contre timb. 0,50.

N° 150. — Cause décès accident., bon cab. méd. à reprend. de suite dans stat. climat. des Alpes universell. connue, saison été et hiver. Situat. d'avenir. Grandes facilités paiement, même en plus. années.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Olavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tarbié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salles-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Docteur Colombani, membre correspondant de l'Académie de médecine.** — Nous sommes heureux d'annoncer que M. le Docteur Colombani, directeur honoraire du Service de l'Assistance indigène au Maroc, commandeur de la Légion d'honneur, a été élu membre correspondant de l'Académie de médecine dans sa section d'hygiène.

Est-il besoin de rappeler que le Docteur Colombani, collaborateur du Maréchal Lyautey, a été le véritable organisateur du Service sanitaire du Maroc et a rendu ainsi le plus grand service à notre pays en facilitant et intensifiant la pénétration pacifique de l'Empire chérifien.

Il y a quelques mois a été inauguré à Casablanca l'Hôpital Colombani. On ne rendra jamais trop d'hommages aux grands serviteurs de la France au premier rang desquels se trouve le Docteur Colombani.

J. N.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chaires nouvelles.* — M. Abrami est nommé professeur de pathologie interne ; M. Laubry est nommé professeur de cardiologie clinique, à compter du 1er octobre 1936.

— **Remise d'une épée à M. le Professeur A. Gosset.** — Pour commémorer l'élection du Professeur A. Gosset à l'Académie des sciences, ses amis et ses élèves ont l'intention de lui remettre, au cours d'une cérémonie et d'un banquet dont la date sera ultérieurement fixée, son épée d'académicien.

Les souscriptions sont reçues chez M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599).

Les noms des souscripteurs seront réunis dans une plaquette qui sera remise en même temps que l'épée.

— **Société internationale des médecins des Universités françaises.** — *Réunion de constitution.* — La La réunion générale de constitution de la Société internationale des médecins des Universités françaises, fondée l'année dernière sur l'initiative du Docteur E.-G. Minopoulos, de la Faculté de Paris, et qui a pour but de grouper les médecins, de tous les pays du monde, diplômés des Universités françaises ou ayant fait partiellement des études médicales en France, suivi des cours de perfectionnement, etc., et établis dans les cinq continents, a eu lieu aux Sociétés savantes le 26 mars avec la participation des confrères de vingt-cinq nations (Argentine, Belgique, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Cuba, République Dominicaine, Espagne, Etats-Unis, Grèce, Haïti, Hongrie, Japon, Pérou, Perse, Philippines, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Turquie, Uruguay, Yougoslavie, Venezuela.)

La présidence de cette séance avait été offerte au Docteur M. Milochevitch, chef du Service de la

tuberculose à l'hôpital général d'Etat de Belgrade, qui, de passage à Paris, a tenu à honorer de sa présence la séance de constitution.

Après le vote des statuts, le Bureau de la Société, placé sous la présidence d'honneur des diplômés des Universités françaises nommés professeurs dans les pays adhérents, a été ainsi constitué :

Président-fondateur : E.-G. Minopoulos ; vice-présidents : J.-G. Calderon, A. Saenz, M. Yelissiyevitch (fondateur) ; secrétaire général : D. Gomez ; secrétaire adjoint : S. Kakou ; trésorier-fondateur : J. Del Regato, trésorier adjoint : E. Wyrobek.

La Société tiendra réuglièrement des séances scientifiques à Paris et des Congrès en France et dans les pays adhérents. Ainsi les confrères de 40 pays environ trouveront en venant à Paris un foyer pour les accueillir. (Adresse provisoire : Docteur E.-G. Minopoulos, avenue de Fontainebleau, Avon-Fontainebleau).

—Légion d'honneur. — Nous avons lu avec plaisir, dans le tableau de concours pour la Légion d'honneur récemment paru au *Journal officiel*, le nom de notre distingué collaborateur, le Professeur agrégé Lévy-Valensi, médecin de l'Hôtel-Dieu, lieutenant-colonel de réserve, proposé pour le grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Association française des femmes-médecins. — La prochaine réunion se tiendra 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe), le mercredi 10 juin, à 21 heures. Pour renseignements, s'adresser à Mlle Sérin, secrétaire générale, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

—L'Association médicale de clinique internationale de Tunbridge Wells donnera les 3, 4, 5 et 6 juin, à Londres et à Tunbridge Wells, des Journées médicales, sous la présidence du Professeur et Madame Joliot-Curie.

Tous les confrères qui désirent participer à ces Journées médicales pourront écrire directement au Secrétariat général de l'International Clinic, Sherwood Park, Tunbridge Wells (Angleterre), qui leur enverra des cartes d'invitation.

— Hôpital Saint-Michel (Paris). — Le concours sur titres pour la nomination des *internes du service de gastro-entérologie* de l'hôpital Saint-Michel s'est terminé par le classement suivant : MM. Jean Campagne, Albert Jacquet, Jean Brenugat, Pierre Bertin, Claude Binet, Roger Chardac, Francis Joly.

— Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination dans les hôpitaux de Rouen d'un *médecin accoucheur*, s'ouvrira le lundi 6 juillet 1936, à 9 heures à la Faculté de médecine de Paris.

Epreuves du concours : 1° une épreuve de titres ; 2° une composition écrite sur un sujet d'obstétrique ; 3° une consultation écrite sur une malade, au choix du jury ; 4° une épreuve clinique sur une malade.

Les candidats devront être Français ou naturalisés Français et pourvus depuis plus de deux ans du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Toutefois l'ancienneté de doctorat ne sera pas exigée des anciens internes des hôpitaux de Paris ou des médecins qui, ayant été nommés après concours internes en médecine des hôpitaux de Rouen, y auront accompli, en cette qualité, deux années de services effectifs à la satisfaction de l'Administration et auront, en outre, obtenu au concours soit la place de prosecteur à l'Ecole de médecine de Rouen, soit la médaille d'or du prix Pillore.

Les candidats devront, d'autre part, justifier d'un stage d'au moins une année dans un service d'obstétrique dépendant des hôpitaux d'une ville pourvue, soit d'une Faculté de médecine, soit d'une Ecole de médecine.

L'indemnité de fonction est de 5.000 francs par an.

S'inscrire au Secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont, avant le 13 juin 1936.

— **Hôpitaux de Nice.** — *Internat.* — Le lundi 19 octobre 1936, sera ouvert aux hospices civils de Nice un concours pour six places d'internes en médecine et en chirurgie. (Ce nombre pourra être augmenté en cas de besoin).

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins un mois avant la date fixée pour le concours au secrétariat des hospices.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Fulbert TAILLARD nous font part de la naissance de leur fille *Berthe* (Rennes, 12 *bis*, rue de Châtillon ; 8 mai 1936).

Nos sincères compliments.

Dîner du V[e] Congrès français de gynécologie

Mardi soir, 19 mai 1936, les organisateurs de cette intéressante réunion scientifique avaient décidé de reposer les esprits des congressistes en les réunissant pour un dîner de gala au Pavillon Dauphine du Bois de Boulogne.

Près de deux cents personnes avaient répondu à cet appel ; habits noirs et toilettes de soirée garnissaient des tables admirablement décorées, dans un cadre de verdure des plus attrayants. Le menu fut particulièrement soigné et très apprécié de tous les convives. Des discours fort applaudis furent prononcés par le Docteur Dartigues, président du Congrès ; le Docteur Daniel, de Bucarest, au nom des congressistes étrangers, et enfin M. le Professeur Alfieri (de Milan), président d'honneur.

Une soirée dansante clôtura cette belle fête. Le *Concours Médical* avait été fort aimablement invité, et il prie tous les organisateurs d'agréer l'expression très vive de ses remerciements les plus sincères.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 MAI

Légion d'honneur

Est promu officier de la Légion d'honneur M. le Docteur Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

8 MAI

Service de santé militaire.

Par décret du 1er mai 1936 sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les méd. sous-lieut. ci-après désignés : (rang du 22 novembre 1929) Abbou, de la rég. Paris ; (rang du 24 mai 1935) Dubecq, de la 18e rég. ; (rang du 26 mai 1935) Salles, de la 18e rég. ; (rang du 30 août 1935) Catinat, de la rég. Paris ; Duval, de la rég. Paris ; Maruelle, de la rég. Paris ; Neyraud, de la rég. Paris ; Perrin, de la 14e rég. ; Sausay, de la 14e rég.

(Rang du 6 octobre 1935) Francescoli, de la rég. Paris ; Léger de la rég. Paris ; Therme, de la rég. Paris ; Bonnal, de la 15e rég. ; (rang du 13 octobre 1935) Arthus de la rég. Paris ; Faulong, de la rég. Paris ; Lacroix, de la rég. Paris ; Maronne, de la rég. Paris ; Rouzeau, de la rég. Paris ; Jobin, de la 2e rég. ; Sommeyre, de la 2e rég.

(Rang du 16 décembre 1935) Billard, de la 13e rég. ; (rang du 6 janv. 1936) Hunckler, de la 20e rég. ; (rang du 10 janvier 1936) Roset, de la 20e rég. ; (rang du 15 janvier 1936) Née, de la 9e rég. ; (rang du 12 février 1936) Desmonts, de la 16e rég. ; (rang du 17 février 1936) Chabbert, de la 16e rég. ; (rang du 18 févr. 1936) Jeune, de la 14e rég. ; (rang du 27 févr. 1936) Bouchayer, 14e rég. (rang du 9 mars 1936) Guignon, du 19e corps d'armée ; (rang du 24 avril 1936) Louge, de la 1re rég. ; Porez, de la 1er rég.

Chantelu, de la 6e rég. ; Houin, de la 6e rég. ; Belle, de la 9e rég. ; Masfrand, de la 9e rég. ; Rivellier, de la 14e rég. ; Albespy, de la 16e rég. ; Balan, de la 16e rég. ; Sauvy, de la 16e rég. ; Azam, du 19e corps d'armée.

12 MAI

Service de santé militaire.

Par décret du 7 mai 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires ci-près désignés, qui par décision de même date reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

(Rang du 17 mars 1930) Guibal, ex-lieut. de rés. d'art., c. m. art. 220, aff. 20e rég.

(Rang du 26 décembre 1932) Phelippeau, ex-lieut. de rés. d'inf., c. m. inf. 181, aff. 18e rég.

Par le même décret est promu :

Au grade de médecin lieutenant.

Le méd. sous-lieut. : (rang du 17 mars 1934) Guibal, 20e rég.

Accidents du travail.

Sont nommés membres de la Commission du Tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail :

M. Gazier, conseiller à la Cour de cassation, en remplacement de M. Casteil, décédé ;

M. le Docteur Albert, de Parcé (Sarthe), en remplacement de M. le Docteur Humbel, démissionnaire.

13 MAI

Enseignement de la médecine.

M. Brémond, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté d'Aix-Marseille.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Delannoy et Paquet, agrégés libres à la Faculté de Lille.

14 MAI

Asile des convalescents de Saint-Maurice.

Concours pour l'emploi d'interne en électro-radiologie à l'Asile national des convalescents de Saint-Maurice

Art. 1er. — Il est ouvert un concours pour l'emploi d'interne en électro-radiologie à l'Asile national de convalescents de Saint-Maurice.

Les épreuves aront lieu à l'Asile des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), le jeudi 2 juillet 1936, à 9 heures 30.

Art. 2. — Pour être admis à concourir, les candidats doivent être Français, âgés de moins de trente ans le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions de doctorat. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

Art. 3. — Les demandes d'admission au concours sont reçues au secrétariat de l'Asile national des convalescents, jusqu'au 13 juin 1936, à midi.

Les candidats devront joindre à l'appui de leur demande :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un certificat de scolarité établissant qu'ils ont pris au moins douze inscriptions de doctorat.

Art. 6. — Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une épreuve orale portant sur un sujet de pathologie interne et sur un sujet de pathologie externe.

Il est accordé au candidat trente minutes pour la préparation et quinze minutes pour l'exposition des deux sujets.

Le maximum des points attribués à cette épreuve est fixé à 20 ;

2° Une épreuve écrite sur une question de thérapeutique d'urgence.

Il est accordé trente minutes pour la rédaction de cette épreuve, qui est lue ensuite publiquement.

Le maximum des points est fixé à 10 ;

3° Une interrogation de dix minutes sur un sujet courant d'électro-radiologie.

Le maximum des points est fixé à 20.

L'épreuve orale est éliminatiore pour tous les candidats n'ayant pas obtenu un minimum de 20 points.

Les épreuves sont les mêmes pour tous les candidats. Il est procédé, pour chacune d'elles au tirage au sort entre trois questions, qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Art. 9. — Les internes de l'Asile national des convalescents sont nommés pour un an.

Leurs fonctions peuvent être prorogées d'années en année pendant deux ans.

Elles sont incompatibles avec toute autre fonction médicale, notamment avec celle d'interne des hôpitaux ou d'aide dans une clinique de l'Assistance publique ou privée.

Art. 10. — Tout candidat déclaré admissible, qui obtiendra le diplôme de docteur en médecine avant d'être titularisé dans les fonctions d'interne, sera considéré comme renonçant implicitement à sa nomination.

Les internes titulaires auront la faculté de présenter leur thèse pendant leur internat, à la condition de ne pas exercer la médecine, ils pourront continuer leurs fonctions à l'Asile national des convalescents.

Concours pour l'emploi d'interne en médecine générale à l'Asile national des convalescents de Saint-Maurice.

Art. 1er. — Il est ouvert un concours pour l'emploi d'interne en médecine générale à l'Asile naticnal des convalescents de Saint-Maurice.

Les épreuves auront lieu à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), le jeudi 2 juillet 1936, à 9 h. 30.

Art. 2. — Pour être admis à concourir, les candidats doivent être Français, âgés de moins de trente ans le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions de doctorat. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

Art. 3. — Les demandes d'admission au concours sont reçues au secrétariat de l'Asile national des convalescents jusqu'au 13 juin 1936 à midi.

Les candidats devront joindre à l'appui de leur demande :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un certificat de scolarité établissant qu'ils ont pris au moins douze inscriptions de doctorat.

Art. 6. — Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une épreuve orale portant sur un sujet de pathologie interne et sur un sujet de pathologie externe.

Il est accordé au candidat trente minutes pour la préparation et quinze minutes pour l'exposition des deux sujets.

Le maximum des points attribués à cette épreuve est fixé à 20 ;

2° Une épreuve écrite sur une question de thérapeutique d'urgence.

Il est accordé vingt minutes pour la rédaction de cette épreuve qui est lue ensuite publiquement.

Le maximum des points est fixé à 10.

L'épreuve orale est éliminatoire pour tous les candidats n'ayant pas obtenu un minimum de dix points.

Les deux épreuves sont les mêmes pour tous les candidats. Il est procédé, pour chacune d'elles, au tirage au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Art. 9. — Les internes de l'Asile national des convalescents sont nommés pour un an.

Leurs fonctions peuvent être prorogées d'année en année pendant deux ans.

Elles sont incompatibles avec toute autre fonction médicale, notamment avec celle d'interne des hôpitaux ou d'aide dans une clinique de l'Assistance publique ou privée.

Art. 10. — Tout candidat déclaré admissible, qui obtiendra le diplôme de docteur en médecine avant d'être titularisé dans les fonctions d'interne, sera considéré comme renonçant implicitement à sa nomination.

Les internes auront la faculté de présenter leur thèse pendant leur internat ; à la condition de ne pas exercer la médecine, ils pourront continuer leurs fonctions à l'Asile national des convalescents.

14 MAI

Substances vénéneuses.

Décret du 2 mai 1936 portant application à l'Ile de la Réunion de la loi du 13 juillet 1921 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

Art. 1er. — Est déclarée applicable à l'Ile de la Réunion la loi du 13 juillet 1922, complétant la loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

Art. 2. — Le ministre des Colonies et le garde des Sceaux, ministre de la Justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de a République française, ainsi qu'au *Journal Officiel* de la Réunion et inséré au *Bulletin Officiel* du ministère des Colonies.

Voir la suite page LI-1713

PROPOS DU JOUR

LA RETRAITE DU MÉDECIN

A l'Association Générale des médecins de France

La retraite des médecins est une préoccupation de constante actualité. Nous avons démontré, nous basant sur l'avis des actuaires et de toutes les personnes compétentes qui se donnent la peine de calculer et de réfléchir, que le seul moyen sérieux et sûr de se constituer une retraite à peu près normale et certaine (en supposant une situation sociale et économique stable) est la capitalisation sur laquelle est basée celle de notre *Mutualité familiale du Corps médical français* et celle de la *Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.* Tout autre système est aléatoire, ce n'est plus la retraite vraie. Si l'on a recours à la répartition, ce qu'on appelle pension de retraite est simplement une allocation annuelle variable, souvent précaire, le fonds qui permet de les répartir dépendant de dons, de bénéfices commerciaux irréguliers et aléatoires.

Divers projets de retraites sont à l'étude ou en voie de réalisation. Il convient en pareil cas d'être très prudent ; de ne se livrer qu'avec une grande réserve à des expériences que la situation économique et financière actuelle par son instabilité pourrait rendre catastrophiques. C'est pour cela que nous exposerons simplement et sans les discuter à fond les projets qui nous ont été soumis.

L'un émane d'un de nos anciens, le Docteur Veillard, d'Orléans, qui, au cours de sa longue carrière, a pu se documenter non seulement au point de vue de la profession méoicale mais de bien d'autres professions.

M. Veillard fait remarquer d'abord que la situation financière compromet les sommes considérables mises en réserve dans le système de la captalisation. Il croit préférable d'avoir recours à un système de répartition, mais pour que ce système donne de bons résultats et que la retraite du médecin présente la même sécurité que celle du fonctionnaire, il pose en principe l'obligation pour tout médecin qui exerce de payer une cotisation.

Cette obligation de payer une cotisation à une caisse de retraites, obligation que M. Veillard juge indispensable, suffit à nous faire considérer son projet comme irréalisable actuellement. Pour imposer l'obligation il faudrait une loi et même une transformation totale du statut de la profession médicale.

M. Veillard a calculé qu'avec une cotisation obligatoire de 480 francs et les ressources d'une Caisse auxiliaire, il serait possible de verser à tout médecin de 65 ans et plus une pension de 10.000 francs qu'il juge amplement suffisante au médecin retraité pour vivre. Nous ne discuterons pas les calculs de M. Veillard.

Quant à la somme de 10.000 francs que M. Veillard juge suffisante, nous sommes persuadés que la plupart de nos confrères ne seront pas de cet avis. Elle serait peut-être suffisante si le vieux praticien était seul et sans charge, mais il est très souvent marié et sa femme est généralement plus jeune que lui. 10.000 francs pour deux personnes vivant isolées nous paraissent un peu maigres, même en supposant que le pouvoir d'achat de ces 10.000 francs reste stable, ce que M. Veillard n'entrevoit pas puisque le point de départ de son projet a été la constatation de la dépréciation des capitaux et de la monnaie.

M. Veillard augmenterait cette caisse avec les revenus d'une autre caisse qui serait approvisionnée par les employeurs des médecins (Etat, départements, communes, administrations diverses et Assurances sociales), qui, en versant régulièrement des sommes fixes, reconnaîtraient les services que leur auraient rendus les médecins praticiens.

Les cotisations obligatoires de 480 francs de chaque praticien et les subventions seraient perçues comme les impôts par les contributions directes, mais formeraient une Caisse spéciale autonome que les délégués du Corps médical seraient chargés d'administrer.

En revanche les médecins, pour reconnaître la générosité de leurs employeurs, formeraient des

◆◆

chambres départementales pour étudier les questions d'hygiène. Ces chambres de praticiens, guidés par le Corps enseignant des Facultés, des Ecoles et des hôpitaux, prendraient une part active à la propagande contre les fléaux, indiqueraient l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie contre les maladies transmissibles.

Il n'est pas douteux que ces fonctions, jointes à l'obligation du versement d'une cotisation pour la retraite avec bonification par l'Etat et ses satellites, seraient un pas décisif fait vers la fonctionnarisation. Du reste M. Veillard ne se fait guère d'illusion sur la chose sinon sur le mot qu'il ne prononce pas, car dans une de ses lettres, il nous fait remarquer que son projet a de sérieuses analogies avec la loi allemande qui réglemente la profession médicale Outre-Rhin, loi dont il a lu récemment un exposé dans le *Siècle médical*. Il ne s'en est pas d'ailleurs inspiré, car son projet était élaboré bien avant.

Nous ne croyons pas entrer dans les détails du projet de M. Veillard, d'abord parce qu'il est actuellement inapplicable, en outre parce qu'il a été envoyé à l'Association générale des Médecins de France qui en fera, nous en sommes sûrs, une étude approfondie.

***

A l'Assemblée générale récente de l'Association Générale des Médecins de France, à la suite de vœux de plusieurs sociétés et à la demande du Docteur Boulard, le principe d'un projet mis au point par une Commission avec le concours de l'actuaire de l'Association et approuvé par le Conseil général, a été voté à la presque unanimité.

Voici en quoi consiste le projet : Les médecins qui voudront s'assurer une retraite à 65 ans verseront chaque année 200 francs de cotisation à la Caisse nationale par l'intermédiaire de l'Association. Cette somme, versée à partir de 30 ans, assurera à 65 ans une pension de 2.700 francs. Les jeunes médecins auront tout avantage à verser sans attendre d'avoir atteint un âge avancé. Chaque adhérent aura de ce fait un livret individuel pour sa retraite à la Caisse des dépôts.

Une seconde Caisse sera alimentée par des legs, des dons et toutes autres ressources. Le produit total des sommes versées à cette caisse sera réparti chaqu e année pour bonifier les retraites des adhérents. La moitié sera divisée entre les livrets individuels dont elle augmentera le montant ; l'autre moitié sera attribuée aux médecins de plus de 65 ans ayant au moins 25 ans de participation à la Caisse. Inutile d'insister sur les avantages qui seront ainsi faits à ceux qui rentreront de bonne heure dans cette combinaison. M. Boulard a l'intention d'éditer à ses risques et périls un formulaire des spécialités pharmaceutiques judicieusement rédigé. L'Association ne veut prendre aucune part à l'édition de ce formulaire ni lui donner son patronage. Mais M. Boulard, complètement désintéressé, a l'intention de verser les bénéfices éventuels de ce formulaire dans la Caisse des retraités de l'A. G. L'Association n'a le droit de refuser des dons que s'ils proviennent d'une source moralement suspecte, ce qui ne sera pas ici le cas, nous ne saurions en douter.

M. le Docteur Dibos a exprimé la crainte qu'on ne considérât ces dons comme une collusion entre les spécialistes et l'Association générale. Il a peur qu'il en résulte un prétexte pour les Assurances sociales de refuser le remboursement partiel des spécialistes pharmaceutiques. On porterait ainsi atteinte à la liberté de prescrire.

M. le Docteur O'Followell, faisant allusion à la publicité dont bénéficiaient beaucoup d'autres sociétés fort respectables, rassura à ce sujet l'Assemblée et M. le Docteur Dibos. On ne saurait en effet taxer de collusion le versement comme don du produit d'une publicité quelconque qu'elle fût faite dans un journal, un bulletin, un formulaire ou toute autre publication. M. le Docteur Blechmann abandonne, depuis dix ans, à la *Maison du médecin*, le produit de la publicité de ses *Feuillets du Pédiâtre*. M. le Docteur Signoret verse aussi tous les ans à la Maison du médecin les bénéfices de la publicité de la *Butte Médicale*, organe de la Société des médecins de Montmartre ; personne n'a eu jusqu'ici et n'aura l'idée d'accuser nos généreux confrères, ni la Société de la Maison du médecin, de collusion avec les spécialistes.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PHÉNOMÈNE DE KOCH SYPHILITIQUE

Par le Professeur Gougerot

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Dans une première série d'études, nos observations cliniques ont prouvé l'existence du phénomène de Koch spontané chez l'homme (c'est-à-dire l'apparition sans cause expérimentale d'une lésion nécrotique, rapide et profonde), en montrant que les tuberculides papulo-nécrotiques classiques résultaient d'une réaction défensive de l'organisme, surtout d'un mélange de sensibilisation et d'immunisation (1), en décrivant des tuberculides bulleuses purpuriques et nécrotiques (2) et surtout en individualisant les *tuberculides noires* (3) qui représentent le phénomène de Koch tuberculeux spontané au maximum de son intensité et dans toute sa pureté ; nos reproductions expérimentales avec Guy Laroche confirmaient.

Dans une deuxième série d'études nos observations cliniques ont prouvé l'existence d'un phénomène de Koch pyococcique, tantôt spontané sous forme de pyodermites papulo-nécrotiques tuberculoïdes, d'acné nécrotique, de folliculites et d'ecthyma nécrotiques... tantôt expérimental provoqué par l'injection de streptocoques et staphylocoque tués. (4)

Des faits multiples cliniques et expérimentaux prouvent l'existence d'un phénomène de Koch syphilitique, c'est-à-dire de lésions nécrotiques intenses et rapides et ce sera l'objet de l'étude d'aujourd'hui.

Cette démonstration n'a pas seulement l'intérêt doctrinal de prouver que le phénomène de Koch existe en dehors de la tuberculose, dans les pyococcies, dans la syphilis et dans d'autres infections, que par conséquent c'est un phénomène « général » que réalise n'importe quelle cause du moment qu'elle produit une hypersensibilisation générale.

Elle a aussi un grand intérêt pratique, propostique et thérapeutique en confirmant la méthode de protéino-pronostic proposée par le Professeur Dujardin et en suggérant des indications thérapeutiques d'avenir soit en diminuant la sensibilisation, soit en cherchant à renforcer l'immunisation.

Le phénomène de Koch syphilitique est à étudier :

1° Dans les syphilis tertiaires, gommes sous-cutanées et cutanées (dermiques) ou ecthyma et rupia syphilitiques ;

2° Dans les syphilis secondaires (et primaires) malignes précoces ;

3° Dans les syphilides tertiarisées par l'arsenic (syphilis tertiaires anticipées).

La comparaison de ces trois ordres de faits pose des problèmes pathogéniques complexes encore obscurs et qui, résolus, pourraient nous donner des indications thérapeutiques importantes.

I. — Démonstration du phénomène de Koch dans les syphilis tertiaires classiques tardives

On sait que la gomme syphilitique est caractérisée par son bourbillon, c'est-à-dire par une nécrose intense et profonde des tissus.

C'est la sensibilisation qui explique le mieux le mécanisme des syphilis tertiaires gommeuses hypodermiques et dermiques.

Un des premiers nous avons décrit cette « sensibilisation » syphilitique et insisté sur « l'importance de l'état de sensibilisation dans la pathogénie de la syphilis. Mélange de l'état de sensibilisation et de l'état d'immunité. Différence de réaction du syphilitique à son propre virus et aux virus étrangers. Spécialisation du virus par sensibilisation » (*Annales des maladies vénériennes*, mai 1916, n° 5). Nous avons schématisé ces conceptions dans des courbes reproduites par plusieurs auteurs, en particulier par notre ami Raoul Bernard (de Bruxelles). Notre maître Widal dans son cours célèbre sur les infections générales fait à la Faculté en janvier et février 1914 (5) voulut bien les adopter.

Déjà Jadassohn avait invoqué les variations

(1) Gougerot et Guy Laroche. — Etiologie et pathogénie des tuberculides cutanées. Les tuberculides expérimentales. — I. Démonstration de la nature bacillaire des « tuberculides cutanées par la reproduction expérimentale des lésions sur la peau épilée du cobaye au moyen de simples frottis de cultures pures de bacilles de Koch. — II. Pathogénie des tuberculides cutanées, éclairée par l'expérimentation : hypothèses pathogéniques anciennes et nouvelles. *Gazette des hôpitaux*, 27 janvier et 3 février 1912, nos 11 et 14, pp. 141 et 185, et Pathogénie des tuberculides cutanées, nouvelles hypothèses. *Société de la Tuberculose*, 21 mars 1912, n° 4, p. 39.

(2) Gougerot et Burnier. — Deux cas de tuberculides papuleuses et nodulaires, bulleuses et purpuriques, nécrotiques et ulcéreuses. Discussion de la *dermatitis nodularis necroticans* et des réactions de défense nodulaires par sensibilisation (7 fig.). *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, mars 1933, n° 17, p. 92 et *Société de Dermatologie*, 7 juillet 1932, n° 7, p. 1194.

(3) Gougerot. — « Tuberculides » escharrotiques noires : tuberculoses papuleuses et nodulaires, cyanotiques et purpuriques, toujours nécrosantes et à escharres noires. Phénomène de Koch spontané récidivant. *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, mars 1933, n° 17, p. 110.

Gougerot et Boudin. — Nouveau cas de « Tuberculides » purpuriques et escharrotiques noires. Phénomène de Koch spontané récidivant. *Société de Dermatologie*, 2 février 1934, n° 2, p. 291. Gougerot. *Journal des Praticiens*. 8 février 1936. n° 6, p. 81.

(4) *Journal des Praticiens*. 4-IV 1936. n° 14, p. 225.

(5) Malheureusement resté inédit.

de l'immunité pour expliquer les réactions différentes du syphilitique à ses diverses périodes : « l'immunité de la syphilis, écrivait-il, s'accroît à la période secondaire et atteint alors son maximum ; puis elle régresse peu à peu, plus ou moins rapidement : les accidents tertiaires sont des réactions d'un organisme possédant encore une certaine immunité mais une immunité affaiblie et capable de former des réactions défensives vis-à-vis de poisons même peu virulents » ; en contre-partie nous disions : c'est peut-être la forme de l'état de sensibilisation qui donne « aux divers accidents syphilitiques leur aspect spécial : secondaire, tertiaire, suivant l'âge de la syphilis ». Plus clairement et en généralisant, Widal admet que les différences de réaction des tissus aux périodes secondaire et tertiaire sont dues aux variations de l'immunité par rapport à la sensibilisation ; nous adoptions pleinement cette conception nouvelle si séduisante :

« Période secondaire :

« Sensibilisation moins forte que l'immunité = grande résistance de l'organisme.

« D'où : accidents superficiels, bénins, érythémateux, passagers.

« Période tertiaire :

« Sensibilisation plus forte que l'immunité = moindre résistance de l'organisme et réaction plus vive. D'où accidents localement graves, nécrotiques, gommeux, ulcéreux, durables.

« Entre ces états extrêmes se classent tous les intermédiaires ».

D'après Widal, qui le premier a émis cette hypothèse avec netteté, c'est précisément parce que la sensibilisation l'emporte sur l'immunité faiblissante que la syphilis tertiaire se caractérise par la dégénérescence et la nécrose. Autrement dit ce sont encore les variations du mélange immunité et sensibilisation qui expliquent les différences de réaction du syphilitique pendant les période secondaire et tertiaire : ainsi s'oppose le terrain tertiaire (immunité faible, sensibilisation forte) au terrain secondaire (immunité forte, plus forte que la sensibilisation).

Là encore, et nous y insistons, « la sensibilisation reste beaucoup plus forte vis-à-vis du propre virus que vis-à-vis des virus étrangers ainsi qu'en témoigne la comparaison des lésions intenses produites par les tréponèmes du malade et les lésions produites par inoculation de tréponèmes étrangers : notamment le « chancre de retour » (qui pour nous est souvent un chancre d'inoculation nouvelle) est moins grave que la gomme ou les syphilides ulcéro-crustacées que le même malade a eu quelques mois auparavant ou aura quelques semaines après la septicémie qui suit ce nouveau chancre ; cette inoculation nouvelle ne produit qu'une roséole de retour, lésion bénigne. « Peu à peu cette sensibilisation s'atténue, elle aussi, sans doute avec la disparition progressive du virus qui par conséquent ne peut plus sensibiliser l'organisme ; la preuve en est donnée par ces roséoles de retour, ces érythèmes circinés tertiaires provoqués par des décharges septicémiques du propre virus du malade et qui sont si bénins. Toutefois la sensibilisation peut réaugmenter, car à ces lésions si bénignes peuvent succéder des lésions graves. Je ne parle pas des coexistences sur un même sujet, au même moment, de lésions graves et bénignes, je les explique (en outre des immunisations et des sensibilisations locales et régionales) par le mode de répartition des germes : des germes isolés (et peut-être atténués) provoqueront des lésions bénignes simplement érythémateuses, des germes virulents en amas provoqueront des lésions graves.

« Quand la syphilis s'éteint et guérit il y a : 1° disparition de l'immunité puisqu'une réinoculation redonne une nouvelle syphilis ; 2° atténuation puis disparition de la sensibilisation vis-à-vis du propre virus et des virus étrangers ; 3° disparition du virus » (1916).

Dujardin avec Desneux, Decamp, etc., a développé les mêmes concepts, explorant l'hypersensibilité du syphilitique tertiaire par les réactions positives souvent intenses aux extraits tréponémiques tués (luétine, luotest, etc.), et démontrant que des protéines banales (sérum de cheval) donnent des réactions analogues à celles des extraits de tréponèmes tués. On sait les recherches du Prof. Dujardin sur l'allergie et l'anallergie des syphilitiques, leur rôle dans la pathogénie des syphilis quaternaires ou parasyphilis (P. G. P., tabès, etc.), leur importance dans le pronostic et le traitement des syphilitiques.

En résumé dans les syphilis tertiaires classiques : tardives, gommeuses, hypodermiques ou dermiques, la nécrose, caractéristique du processus gommeux, est due à la sensibilisation, c'est un phénomène de Koch spontané.

II. — Phénomène de Koch clinique, mais absence de sensibilisation expérimentale dans les syphilis secondaires malignes précoces

L'identité clinique et anatomique des syphilis secondaires malignes précoces et des syphilis tertiaires tardives (1) faisait prévoir que les syphilis secondaires malignes précoces relevaient de

(1) Gougerot, Gaucher et Guggenheim. — Apparition d'accidents tertiaires quatre mois après le début du chancre syphilitique. *Soc. de Derm.*, 2-III 1911, n° 3, p. 101 Gougerot, Gaucher et Bricout. — Syphilis térébrante du nez et des fosses nasales, un an après le chancre. *Société de Dermatologie*, 7 décembre 1911, n° 9, p. 423.

la même pathogénie allergique et que l'on trouverait chez de tels malades les mêmes réactions allergiques ou désensibilisation.

Or, contrairement à cette attente, dans un cas suivi avec Patte et Mlle Wix (1) et dans un cas identique récent, les intradermo-réactions aux protéines et aux luétines furent négatives.

La malade de Gougerot, Patte et Wix (1) avait 7 lésions ulcéreuses gommeuses qui guérirent rapidement par 5 gr. 25 de 914 en cinq semaines, les B. W. étaient fortement positifs = H⁰; mais les examens directs ne décelèrent pas de tréponèmes visibles. Des intradermo-réactions en séries ont montré une *anallergie* syphilitique presque permanente (jugée par les réactions au sérum de cheval suivant la méthode de Dujardin et Decamp) et cependant les réactions positives à la tuberculine prouvaient que la malade était « capable de réaction ».

Par exemple :

« 1º Le 5 janvier :

L'intradermo-réaction au sérum de cheval (hémostyl) est encore négative huit jours après.

« 2º Le 9 janvier :

I. D. à l'hémostyl est toujours négative.

I. D. à la tuberculine lue le 11 janvier est positive : nodule de 12 millimètres de diamètre :

« 3º Le 18 janvier :

I. D. au streptocoque (vaccin de l'Institut Pasteur),

I. D. au staphylocoque (vaccin de l'Institut Pasteur), restent négatives.

« 4º Le 24 janvier :

I. D. à la tuberculine, au streptocoque et au staphylocoques, lues le 25 janvier :

Tuberculine : nodule 15 × 15 millimètres, érythème de 35 × 20 millimètres.

Staphylo : nodule de 15 × 20 millimètres, érythème de 35 × 45 millimètres.

Strepto : pas de nodule, érythème de 5 × 15 millimètres.

Revues le 27 janvier, les mêmes réactions se montrent :

Tuberculine : nodule de 15 × 15 milimètres, érythème de 30 × 30 millimètres ;

Staphylo : nodule disparu, érythème disparu ;

Strepto : érythème de 10 × 10 millimètres.

« 5º Le 1er février :

Quatre I. D. sont faites, 2 à la tuberculine, 2 à l'hémostyl ; l'une dans la cicatrice d'une des lésions, l'autre symétriquement au tissu sain.

Vues le 4 février : les deux I. D. à l'hémostyl sont négatives, tant celle faite en tissu cicatriciel que celle faite à l'autre bras en tissu sain.

Les deux I. D. à la tuberculine sont positives : nodule de 15 millimètre sur 15 millimètres en tissu sain (cuisse droite), nodule de 15 millimètres sur 15 millimètres sur la lésion de la cuisse gauche, à cheval sur la cicatrice et le tissu sain environnant où la réaction paraît plus importante. Ces nodules sont encore *palpables* le 8 février et se résorbent lentement.

« 6º Le 15 février 1933, deux I. D. à l'hémostyl sont faites comme précédemment : celle faite en tissu cicatriciel est négative, alors que celle faite *en tissu sain* au point symétrique de la cuisse est positive, donnant un *nodule* de 7 millimètres de diamètre donc d'intensité moyenne, qui persistera une huitaine de jours (donc valable).

« 7º Mais depuis, les mêmes intradermo-réactions faites de la même façon, tous les 7 à 15 jours, ont été négatives (le 27 avril).

« 8º Des *intradermo-réactions à l'hémostyl et au luotest* faites le 23 octobre 1933 par M. Boulle seront *positives plus fortes en peau saine que dans la cicatrice*. En effet, l'auréole rouge œdémateuse a été égale des deux côtés, et de 30 millimètres de diamètre ; le nodule dans la cicatrice de la cuisse était moins prononcé, plus diffus de 10 millimètres à peine ; le nodule en peau saine exactement au point symétrique de l'autre cuisse était plus épais, large de plus de 12 millimètres. »

Il semble donc qu'il y ait anallergie habituelle, rarement allergie (transitoire). Au contraire, Chiale (1) soutient que la syphilis maligne est due à une hyperergie due à la syphilis héréditaire ; mais chez notre malade, les intradermo-réactions aux protéines du sérum de cheval (hémostyl) sont négatives, sauf deux fois, prouvant qu'elle est habituellement anallergique.

Et cependant, cette maladie se défend puisqu'elle guérit sous l'influence du 914, et le 25 janvier elle est complètement cicatrisée.

Mais avant, pendant et après la guérison des lésions, les intradermo-réactions aux protéines (hémostyl), restent négatives (sauf deux fois, le 15 février et 23 octobre) ; elle est donc habituellement anallergique aux protéines.

Ces seules intradermo-réactions positives encadrées par toutes les autres réactions négatives antérieures (janvier-février) et postérieures (février, mars, avril, etc.), indiquent un effort resté, pendant neuf mois environ, isolé et infructueux de défense allergique.

Cependant, les deux réactions positives isolées à l'hémostyl et les intradermo-réactions positives à la tuberculine prouvent que cette malade est capable de réactions et que c'est une anallergie spéciale.

A la longue, la réaction défensive semble s'établir, car l'intradermo-réaction devient positive en octobre 1933 avec le luotest.

Tous ces faits nous font donc conclure que la syphilis maligne est une syphilis anallergique chez cette malade, mais en nous gardant de généraliser ; car d'un cas on ne peut généraliser et l'on peut faire trois objections sur la méthode.

Malgré l'identité apparente clinique et anatomique des syphilis secondaires malignes précoces et des syphilis tertiaires tardives, il existe donc plusieurs différences entre ces deux catégories :

Une première différence est « biologique » :

(1) Gougerot, Patte et Mlle Wix. — Syphilis maligne précoce et anallergie. *Soc. de Derm.*, 9 II 1933, nº 2, p. 263 et *Arch. dermato-syphiligraph. de la clin. de l'hôpital Saint-Louis*, III 1934, nº 21, p. 76.

(1) Chiale. — Syphilis maligne (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. IX, août 1932, p. 1, 380). Pour Chiale, la syphilis serait due à un état d'hyperergie héréditaire, état qui serait dû à des états de syphilis allergiques chez les ascendants et qui se manifesterait chez les descendants par la violente réaction ulcéreuse cutanée vis-à-vis d'une nouvelle infection spirochétosique. L'auteur interprète donc la syphilis maligne comme la manifestation d'une réaction organique atypique hyperergique à l'égard du tréponème ; cette réaction pouvant être due à des influences héréditaires dans certaines conditions.

par cette absence de sensibilisation aux luétines et aux protéines, ces syphilis malignes précoces se rapprochent des syphilis secondaires bénignes banales et s'éloignent des syphilis tertiaires.

Une deuxième différence est la résistance de ces syphilis secondaires malignes précoces aux traitements d'autrefois : le mercure était inefficace alors qu'il cicatrisait parfaitement et souvent rapidement les gommes tertiaires tardives (l'iodure était alors le moins mauvais des traitements).

Une troisième différence est la date des accidents, et la multiplicité des accidents comme en période secondaire.

III. — Phénomène de Koch clinique. Absence de sensibilisation expérimentale, puis sensibilisation dans les syphilis tertiarisées par l'arsenic (syphilis tertiaires anticipées)

Les mêmes ressemblances cliniques et anatomiques entre les syphilis tertiarisées et les syphilis tertiaires faisaient prévoir la même pathogénie, et, par conséquent chez ces malades, faisaient supposer les mêmes intradermo-réactions positives aux extraits tréponémiques et aux protéines. Or, de même que dans les syphilis secondaires malignes précoces, toutes les intradermo-réactions furent d'abord négatives ; en cela les syphilis tertiarisées se rapprochent des sphilis malignes précoces. Mais plus ou moins rapidement les intradermo-réactions deviennent positives, identifiant ces syphilis tertiarisées aux syphilis tertiaires tardives.

Ces syphilis tertiarisées sont importantes à connaître et nous avons dès 1913 souligné leur *intérêt (1)*. Dujardin et Desneux (2) en 1916 ont soutenu la même pathogénie et l'appliquent aux neuro-récidives, ce que nous confirmions.

Un cas récemment suivi avec Brouet a pu être exploré biologiquement (3).

Cette syphilitique, jeune, a eu en 1934 des syphilides secondaires. L'intradermo-réaction au sérum de cheval *était négative*. La malade reçut alors, entre le 27 avril 1934 et le 9 juin 1934, une série de dix injections de novarsénobenzol, au total 6 gr. 75, *mais depuis cette époque elle n'a fait aucun traitement.*

En 1935 elle est atteinte de syphilis gommeuse ulcérée, 17 mois seulement après ses syphilides secondaires acnéiformes. Elle doit certainement cette tertiarisation précoce à une arsénothérapie insuffisante ; car elle n'a reçu qu'une seule cure de 6 gr. 75 de 914 sans aucun traitement de consolidation.

Le début s'est fait par un petit nodule sous-cutané qui a augmenté progressivement mais assez lentement de volume, pour aboutir à une ulcération laissant couler un pus blanc jaunâtre, gommeux, peu abondant. Les ulcérations s'accompagnaient de douleurs lancinantes, calmées par les pansements humides. Leur âge différent explique pour une part leur inégale grandeur.

Ces lésions, au nombre de sept, ont les caractères typiques des gommes tertaires. Elles siègent à la face antérieure du genou droit et sur la partie supérieure de face interne de la jambe droite, sur la région malléolaire interne gauche, à la partie supérieure de la face postérieure du coude gauche, à la face antérieure du poignet gauche, à la partie supérieure de la face postérieure du coude droit, à la face antérieure du poignet droit. Les unes sont arrrondies, de 10 à 30 millimètres de diamètre ; les autres sont plus étendues, serpigineuses, ou disposées en croissant. Les contours sont toujours circinés, formés de lignes courbes sans aucune partie rectiligne..

Les bords sont rouges sur une largeur de 2 mm., taillés à pic sur la cavité profonde qu'ils circonscrivent. Le fond est inégal, tomentueux, tapissé d'un enduit bourbillonneux blanc jaunâtre. La base est de consistance pâteuse et sensible à la palpation. Les ganglions correspondants sont intacts.

On ne découvre aucune lésion cutanée ou muqueuse en activité. L'état viscéral semble normal.

Cette observation permet de préciser la variété de cette syphilis précoce « avancée par l'arsenic ».

— La *clinique*, par la multiplicité des lésions au nombre de sept, rapproche cette syphilis gommeuse des syphilis secondaires malignes précoces ; mais elle s'en différencie par la date plus tardive de son éclosion (17 mois après les accidents secondaires), par son apparition loin des premiers accidents secondaires qu'elle n'a pas remplacés, par le petit nombre des lésions. En effet, on se rappelle que la syphilis secondaire maligne précoce survient précocement dès les premières semaines de la syphilis à la date de la roséole (qu'elle représente), qu'elle remplace, l'éruption secondaire qui n'existe pas, et que ses éléments sont nombreux.

Donc par tous ses caractères, l'éruption de *syphilis tertiaire anticipée par l'arsenic* se classe *cliniquement entre la syphilis secondaire maligne précoce et la syphilis tertiaire classique tardive.*

— Les *épreuves biologiques* classent ces *syphilis tertiaires anticipées par l'arsenic* entre les syphilis secondaires malignes précoces et les syphilis tertiaires tardives. En effet, la présente malade,

(1) Gougerot. — Syphilis d'évolution atypique, I. Retard, réduction et suppression de la période secondaire. — II. Les fausses guérisons de la syphilis : récidive précoce sous forme d'accidents tertiaires (à propos d'un cas de syphilis tertiaire serpigineuse de l'épaule et gommes du dos, apparues sept mois après un chancre traité par le 606. *Paris Médical*, 21 juin 1913, n° 29. p. 64 ; et in *Thèse* Weber, Paris, 1913.

Traitement de la syphilis. L'indispensable en syphiligraphie (Bibliothèque des praticiens : « Comment guérir, Maloine, édit. 492 pages, 58 pages hors texte dont 12 en couleurs 1914. 2e édit. 1918, 3e édit. 1920, 4e édit. 1926.

Sifilis terciazirzada por un tratamiento arsenical incompleto. *La Medicina Argentina*, IV 1927, n° 59, p. 183.

Syphilis déformée par le traitement. *Paris Médical*, 15 septembre 1934, n° 147, p. 355 et *Journal des Praticiens*, 20 octobre 1934, n° 42, p. 673.

(2) A propos des neuro-récidives, B. Dujardin (*Journal des Praticiens*, 30-XII-1916) conclut au tertiarisme des neuro-récidives. Un des cas observés avec Desneux présente à l'autopsie des gommes cérébrales typiques.

Voici le protocole d'autopsie dans : « Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis (Maloine, 1921).

(3) Gougerot et Brouet. — Syphilis tertiarisée par l'arsenic. Sa place clinique et biologique entre la syphilis secondaire maligne précoce et la syphilis tertiaire tardive. *Ann. des mal. vénériennes*, I 1936, p. 38.

dans une première phase, a des intradermo-réactions au sérum de cheval négatives du 20 novembre au 3 décembre comme dans la syphilis secondaire maligne précoce ; ainsi que l'un de nous l'a montré avec Patte (1), elle est anallergique. Au contraire, Dujardin et Decamp ont montré que dans la syphilis tertiaire gommeuse, l'intradermo-réaction au sérum de cheval est constante, sauf de rares exceptions (Gougerot et Peyre). Or, la preuve que notre malade est capable de réaction allergique est qu'elle a eu de fortes réactions à la tuberculine et aux streptocoques. Par conséquent, l'absence de réaction au sérum de cheval prend une valeur « spécifique ».

Dans une deuxième phase qui correspond à la guérison des lésions, les intradermo-réactions deviennent positives.

La malade est soumise à un traitement bismuthique par le nouveau bismuth colloïdal de Ronchèse ; dès la troisième injection, on constate une amélioration considérable des lésions. A la cinquième injection, les gommes de petite dimension sont totalement cicatrisées, les ulcérations gommeuses étendues sont sèches ; *seul* leur centre n'est pas encore cicatrisé.

Au cours de cette régression, les ntradermo-réactions au sérum de cheval ont été répétées tous les huit jours :

Le 12 décembre 1935, réaction érythémateuse extrêmement légère. On ne peut parler deréacti on positive, mais il y a une différence très nette avec la première intradermo-réaction antérieurement nulle au sérum de cheval. Le 19 décembre 1935, réaction érythémateuse nette de 12 mm. de diamètre. Le 25 décembre 1935, on fait trois intradermo-réactions en des lieux différents : au bras gauche, on obtient une réaction papuleuse ortiée de 20 mm. de diamètre ; au poignet droit, à 1 cm d'une lésion guérie, on obtient une réaction papuleuse ortiée de 100 mm. sur 60 mm. ; dans la cicatrice, il est impossible de juger la réaction obtenue.

On a également pratiqué des intradermo-réactions au *luotest*, qui ont donné les résultats suivants :

Le 19 décembre 1935, au bras droit, papule très infiltrée de 6 mm. de diamètre ; à 1 cm. des lésions on obtient une macule légère de 5 mm. de diamètre ; dans les cicatrices, la réaction ne peut être jugée.

Le 25 décembre 1935, au bras droit, on obtient une papule de 5 mm. de diamètre, très infiltrée.

Le 31 décembre 1935, l'intradermo-réaction au luodest donne une papule de 6 mm. de diamètre sans auréole œdémateuse ;

Le 21 janvier 1936, une nouvelle intradermo-réaction au sérum de cheval donne une papule urticarienne de 20 mm. de diamètre ;

Le 1er février 1936, une intradermo-réaction au luotest donne une macule insignifiante de 1 mm. 5 de diamètre, moins importante que les réactions précédentes.

—La *sérologie*, par ses B. W. fortement positifs du début et jusqu'après guérison des lésions rapproche la syphilis tertiarisée de notre malade des syphilis tertiaires tardives ; car les B. W. y sont habituellement positifs, et, au contraire, on se souvient que les B. W. sont négatifs dans la syphilis secondaire maligne précoce.

Tous ces critères confirment que la syphilis tertiarisée par l'arsenic ou syphilis tertiaire anticipée, se classe entre la syphilis tertiaire et la syphilis secondaire maligne précoce. Par la clinique et l'évolution, par la sérologie positive, elle est plus proche des syphilis tertiaires tardives. Par les réactions allergiques d'abord négatives, elle commence par être plus près des syphilis secondaires malignes précoces ; puis, par les intradermoréactions positives aux protéines et au luotest, elle s'identifie avec les syphilis tertiaires tardives classiques.

Ainsi se multiplient les formes des syphilis déformées par le traitement (1) et s'affirme la complexité des réactions de défense du syphilitique.

***

Cette absence de « sensibibilisation expérimentale » (autrement dit ces intradermo-réactions négatives) dans les syphilis malignes précoces et au début des syphilis tertiarisées pose un problème pathogénique insoluble actuellement. On ne peut expliquer comment se produit la nécrose massive.

Mais de ces quelques faits on ne saurait généraliser et l'on peut faire à la méthode d'exploration par le sérum de cheval trois objections :

Tout d'abord, l'intradermo-réaction aux protéines n'est pas spécifique et si nous avions pu faire dès le début l'intradermo-réaction avec un extrait de tréponèmes, peut-être aurions-nous obtenu une réaction positive.

Ensuite dans la syphilis tertiaire classique ancienne, deux fois nous avons vu des malades atteints de gomme cutanée banale ne pas réagir et avoir avant, pendant et après la guérison des gommes, pendant plusieurs mois, une intradermo-réaction à l'hémostyl négative. Par exemple, chez le malade no 8.084 suivi depuis août 1927, atteint de deux gommes typiques du voile du palais et de la lèvre inférieure depuis trois mois (mai 1927). les gommes ont guéri en un mois par le 914 (en avril 1927). Les intradermo-réactions à l'hémostyl restent négatives du 19 août 1927, alors qu'il était presque guéri jusqu'au 13 octobre 1927 ; elles deviennent positives le 20 octobre, et nettement positives, larges de 100 sur 70 millimètres, alors que la guérison remonte déjà à près de deux mois, le B. W. étant encore nettement positif à Ho ; on cesse alors les intradermo-réactions ; puis, explorées périodiquement et systématiquement depuis lors jusqu'à l'été 1933, elles sont restées négatives, sauf une ébauche de réaction en février 1928, une réaction moyenne en mars 1931 et une ébauche en octobre 1932 : ni le rythme du traitement régulièrement poursuivi, ni la courbe des séro-réactions devenues négatives

(1) Gougerot, Patte et Mlle Wix. — Syphilis maligne précoce et anallergie. *Soc. de Derm.*, 9 11 1933, no 2, p. 263.

(1) Gougerot. — Syphilis déformées par le traitement. *Paris Médical*, 15 septembre 1934, no 147, p. 35 et *Journal des Praticiens*, 20 octobre 1934, no 42, p. 673

depuis le 20 février 1929 n'expliquent ces variations dans la courbe des réactions aux protéines. On pourrait donc soutenir que c'est un défaut de la méthode qui, chez notre malade atteinte de syphilis maligne, ne montre pas l'hyperergie.

Enfin, Dujardin, avec lequel nous avons souvent parlé de ces réactions, se demande si ces exceptions de réactions négatives en syphilis tertiaire ne s'expliqueraient pas par des allergies localisées ne se manifestant pas en dehors de la gomme ; l'absence de réactions aux injections faites dans la cicatrice des lésions, l'opposition entre l'intradermo-réaction du 15 février positive en tissu sain et négative dans la cicatrice, la plus faible intensité de la réaction au luotest dans la cicatrice qu'en peau saine, ne sont pas en faveur de cette hypothèse.

***

On voit que le problème de la pathogénie de la syphilis maligne n'est pas résolu et qu'il appelle de nouvelles recherches.

Cette énigme, si elle était résolue, serait sans doute très instructive, elle nous expliquerait la raison de la malignité de certaines syphilis, et peut-être en tirerions-nous des notions pronostiques et thérapeutiques importantes.

Si l'on se borne aux constatations de faits, c'est-à-dire à la démonstration de la sensibilisation aux extraits tréponémiques et aux protéines chez les syphilis tertiaires, on peut avec Dujardin en tirer des conclusions pratiques importantes.

Au point de vue *pronostic*, que Dujardin a proposé un *protéino-pronostic*. En effet puisque le pronostic d'un syphilitique tertiaire atteint de gommes est évidemment plus bénin que celui d'un syphilitique quaternaire atteint de paralysie générale précoce ou de tabes, et puisque le tertiaire a des réactions allergiques faciles à démontrer, au contraire du quaternaire, on en déduit une épreuve facile pour explorer le pouvoir allergique du syphilitique par l'intradermo-réaction avec des extraits de tréponèmes ou à défaut avec des protéines : injections intradermiques de 2 à 6 gouttes de sérum de cheval ; c'est ce que nous avons appelé l'épreuve de Dujardin et Decamp (1).

(1) Gougerot et Peyre. — Protéinopronostic et protéinothérapie de la syphilis. *Société de Biologie* (non publié) mentionnée dans *Presse Médicale*, 19 mai 1926. *La Médecine*, n° 3 *bis*, décembre 1926, p. 21, publié *in extenso* dans *Monde Médical*, 1er décembre 1927, n° 720, p. 969, 1er février 1928, n° 724, p. 65.

Pronostic et traitement de la syphilis par les injections de protéines non syphilitiques. Protéinopronostic et prothéinothérapie. *Rev. coloniale de Méd. et de Chirur.*, 15. II. 1930, p. 21.

Si elle est positive, le pronostic est favorable ; car, si le syphilitique fait une récidive, il est probable qu'il la fera sous la forme bénigne de gomme et non pas d'une syphilis quaternaire.

Si elle est négative, il faut craindre que cette récidive se fasse, non pas sous forme de gomme, mais de paralysie générale précoce, tabes, aortite, etc.

C'est pourquoi Dujardin réclame de faire un traitement pour transformer cet anallergique qui se défendrait mal, en un allergique qui saurait se défendre par la protéinothérapie.

Au point de vue *thérapeutique*, on peut distinguer deux tendances puisqu'il y a mélange de sensibilisation et d'immunisation : ou bien on peut essayer de *désensibiliser*, c'est ce que fait l'iodure de K. d'après Dujardin ; ou bien on peut chercher à augmenter l'immunisation par plusieurs méthodes, tout en continuant la chimiothérapie, As, Bi, Hg suivant les cas :

— Protéinothérapie à la façon de Dujardin, injection hebdomadaire de 0,01 à 0,02 de sérum de cheval, chaque semaine jusqu'à réaction dermique nette.

— Pyrétothérapie à la façon de Sicard, Haguenau et Wallich, injections veineuses deux fois par semaine de doses croissantes de vaccins tués (Dmelcos ou analogues) de façon à obtenir 12 accès à 39°-40°.

— Malariathérapie à la façon de Wagner von Jauregg, en laissant évoluer une douzaine de grands accès.

— Défenses cutanées sur lesquelles Dujardin et surtout Raoul Bernard, en Belgique, nous-même en France avons tant insisté (1).

On voit que, partant de l'étude du phénomène de Koch dans la syphilis, on aboutit à des sanctions pratiques capitales, pronostiques et thérapeutiques. Ces notions thérapeutiques ne doivent pas faire abandonner les traitements chimiothérapiques, elles ne font que les compléter et permettent au syphilitique de mieux les utiliser.

(1) Gougerot. — Les immunisations par la peau en syphilithérapie, 1re leçon, l'immunisation spontanée par l'éruption secondaire. *Journal des Praticiens*, 14 mai 1932, n° 20, p. 321.

Les défenses et immunisations par la peau (2e leçon). La défense ou immunisation spontanée chez le syphilitique par l'érythrodermie arsenicale. *Journal des Praticiens*, 23 septembre 1933, n° 38, p. 609.

Défenses et immunisations par la peau (4e leçon). La syphilis des XVe et XVIe siècles. Sa transformation « moderne » en Europe. Sa conservationenAfrique. Les raisons de cette opposition et déductions thérapeutiques. *Journal des Praticiens*, 23 XII 1933, n° 51, p. 883.

SCIATIQUE ET SYPHILIS

F. COSTE et J. FAUVET
Médecin Interne
des hôpitaux de Paris

La sciatique syphilitique est habituellement décrite comme une *sciatique radiculaire typique*. De ce fait, on lui assigne des symptômes spéciaux : début assez brusque, sans lumbago prémonitoire ; douleur intermittente, par élancements, plus ou moins nettement fulgurante, et sans ce fond algique persistant qui, par contre, existerait dans la sciatique rhumatismale commune, fréquence des troubles objectifs de la sensibilité (hypoesthésie en bande sur le territoire de S^1-S^2), de l'aréflexie achilléenne (qui peut même, dans quelques formes bénignes et passées presque inaperçues, révéler rétrospectivement l'atteinte radiculaire). Dans les formes sévères apparaîtraient de la parésie, des amyotrophies à topographie radiculaire, une hypoesthésie en selle et même des troubles sphinctériens. La bilatéralité *simultanée* serait fréquente. Enfin, signature du diagnostic, le liquide céphalo-rachidien présenterait une réaction inflammatoire : hyperalbuminose, lymphocytose, réactions colloïdales (benjoin) et de B. W. plus ou moins positives. La radiculite sciatique syphilitique se verrait surtout à la période secondaire. Elle pourrait aussi, à une phase plus tardive, accompagner une méningite gommeuse de la queue de cheval, avec un tableau clinique rappelant celui d'une tumeur des racines, un liquide xanthochromique avec hypercytose et B. W. positif. Elle peut enfin révéler un tabes.

Les analogies cliniques ne seraient donc qu'assez lointaines entre elle et la sciatique rhumatismale banale, aujourd'hui généralement attribuée, après les brillantes descriptions de Sicard, à une funiculite des trous de conjugaison. On ne trouverait dans la sciatique syphilitique ni les points de Valleix, ni le signe de Lesègue, ni les troubles vasomoteurs d'origine sympathique, ni surtout la scoliose lombosacrée que Sicard ramène à une attitude antalgique, ouvrant les trous de conjugaison empruntés par les funicules enflammés.

Qu'il existe de telles sciatiques syphilitiques, à caractère radiculaire aussi tranché, le fait n'est pas niable. Elles ne sont nullement une rareté. Mais représentent-elles *toute* la sciatique syphilitique ? La sciatique syphilitique est-elle *forcément* une radiculite ? Comme telle, s'oppose-t-elle *forcément* à la sciatique-funiculite, dite rhumatismale ?

Nous pensons qu'on ne saurait être aussi absolu, et, conformément aux idées maintes fois défendues par André Thomas, qu'on ne saurait établir une démarcation rigide entre la pathologie de segments nerveux aussi proches voisins que le sont la racine et le funicule. Il n'est pas vraisemblable que le syndrome radiculaire se distingue aussi clairement du symptôme funiculaire qu'on le voit affirmé dans certaines descriptions.

Quand nous recherchons la syphilis chez nos sciatalgiques, nous la trouvons avec une appréciable fréquence, assurément supérieure à celle de cette maladie chez nos autres consultants d'hôpital ou de ville (à condition, bien entendu, d'exclure de ces derniers ceux qui présentent une affection rattachable à sa syphilis). La proportion est, croyons-nous, largement supérieure à 10 %. Or de quelles sortes de syphilis et de quelles sortes de sciatiques s'agit-il ? Très habituellement de syphilis *guéries*, anciennes, éteintes à la suite d'un traitement bien conduit, et où les réactions sérologiques sont depuis longtemps redevenues normales — très habituellement aussi de sciatiques *banales*, du type dit rhumatismal, c'est-à-dire de ces sciatiques que tout porterait à considérer comme funiculaires : début lombalgique, souvent très brusque après microtraumatisme, scoliose lombosacrée typique, avec douleur vive à l'inflexion latérale du tronc vers le côté de la sciatique, points de Valleix au moins supérieurs (douleur à la pression sur l'échancrure sciatique et sur la fesse), signe de Lasègue, conservation indéfinie du réflexe achilléen. La ponction lombaire, quand nous pouvons la pratiquer, ne montre qu'un peu d'albuminose ; le liquide céphalo-rachidien est par ailleurs normal. L'anesthésie novocaïnique paravertébrale, ou épidurale, les injections d'alcool intrafessières, la radiothérapie guérissent ces sciatiques. La radiographie ne montre que très inconstamment de l'ostéophytose vertébrale : celle-ci devient plus fréquente si l'on veut bien se contenter de chercher sur les clichés une légère déformation anguleuse des vertèbres que nous considérons comme l'équivalent (au point de vue des poussées algiques réactionnelles) de la lombarthrie la mieux développée.

Les malades sont assez souvent des hommes d'âge moyen, à partir de la quarantaine. Jamais, en période d'activité, leur syphilis ne leur avait valu des douleurs radiculaires. Ils n'ont pas le moindre signe de tabes, il ne saurait s'agir de tabes fixés. Enfin certains de nos malades

s'adonnaient à une culture physique assidue, entretenant une souplesse de leur colonne lombaire peut-être supérieure à celle qu'on peut tolérer sans risques à partir d'un certain âge, où les distensions ligamentaires musculo-tendineuses, et les appuis forcés entre surfaces articulaires deviennent plus périlleux.

Ce schéma clinique nous dispensera de rapporter des observations particulières : dans toutes celles qui nous ont permis de le tracer, on trouverait réunis la plupart des caractères précités.

Il faut maintenant tenter d'interpréter ces cas. Entreprise fragile, certes, car on ne saurait donner de descriptions sûres de la sciatique, que sur la base solide de l'anatomie pathologique. Cette remarque si juste d'André Thomas ne nous dispense cependant pas d'essayer de comprendre les faits d'observation clinique.

Tout se passe comme si d'anciens syphilitiques guéris, arrivés à l'âge du rhumatisme ostéophytique (ou des autres « rhumatismes » dyscrasiques), avaient un nerf sciatique particulièrement irritable. Les microtraumatismes ou les autres causes de poussée congestive, inflammatoire, qui font d'une lombarthrie, jusque-là silencieuse, un foyer d'irradiations algiques, trouvent le terrain préparé et la névralgie sciatique éclate d'autant plus facilement. En quoi peut consister cette fragilisation nerveuse, séquelle d'une syphilis éteinte ? Y a-t-il eu, à la période secondaire ou tertiaire, méningo-radiculite discrète ayant laissé une sclérose interstitielle, propagée peu à peu au funicule puis au tronc du nerf ?

La syphilis n'est peut-être pas le seul facteur de fragilisation du sciatique : nous venons d'observer un homme de 47 ans, atteint depuis un an d'une lombalgie, puis d'une lumbo-sciatique, avec scoliose secondaire et qui présente du même côté les cicatrices chéloïdiennes, en hémiceinture, d'un zona lombo-abdominal de l'enfance. On ne trouve chez lui aucun autre antécédent morbide. Deux vertèbres lombaires montrent une amorce d'ostéophytose.

Comme on le voit, cette manière d'interpréter les faits ne mène ni à nier la funiculite au profit de la radiculite, ni à l'inverse. Nous croyons un peu stérile l'entreprise de prouver que tel symptôme, donné par certains comme spécial à l'une peut aussi être réalisé par l'autre. Il y a tout de même un syndrome funiculaire, et un syndrome radiculaire, mais ils ont sans doute un certain nombre de points communs. Outre leur ressemblance clinique, il faut tenir compte de leur association, sans doute assez fréquente. Et il faut surtout penser à la propagation possible de la racine au funicule, ou du funicule à la racine et aux culs-de-sac méningés, de réactions inflammatoires ou de lésions cicatricielles. Sicard l'avait bien vu lorsqu'il soulignait la légère albuminose d'accompagnement qu'on voit dans la funiculite, et il nous semble que l'antécédent syphilitique relevé dans certaines sciatiques banales, « funiculaires » traduit, en sens inverse, le même processus.

MISE AU POINT

A la suite de mon récent article sur « Le syndrome du Gulf-Stream », j'ai reçu une lettre très amicale de celui qui le premier l'a décrit : notre confrère le Docteur J. Bohec, médecin-chef du « Normandie ».

Le Docteur Bohec me reproche d'avoir présenté les choses de telle sorte que j'ai l'air de vouloir dégoûter les gens d'aller en Amérique. Telle n'était certes pas ma pensée : j'ai fait la traversée avant de connaître ledit syndrome et, avec ou sans syndrome, « je la ferais encore si j'avais à la faire » dirai-je avec le héros de tragédie.

Ce tableau clinique, précise mon correspondant, a surtout pour intérêt de rapporter à leur véritable origine des troubles gastro-intestinaux qui s'observent assez fréquemment sur les navires de la ligne Europe-Amérique du Nord. Les passagers sont tentés de les attribuer à l'eau ou à la nourriture et récriminent aigrement. Or l'eau potable est très strictement contrôlée, en ce qui concerne les bateaux de la Compagnie Transatlantique, par le bureau d'hygiène du Havre. Quant aux approvisionnements ils sont de premier choix et conservés dans les meilleures conditions grâce aux chambres froides dont sont pourvues toutes les unités en service. La concomitance de tels incidents pathologiques sur *tous* les navires, aussi bien étrangers que français, qui a été observée l'été dernier juge la question et ne laisse place qu'à une explication : celle que propose le Docteur Bohec.

C'est un déséquilibre vago-sympathique qui cause à la fois le syndrome du Gulf-Stream et le mal de mer. Or contre ce déséquilibre nous sommes actuellement fort bien armés, dit notre confrère, et nous savons annihiler ou, en tous cas, réduire au minimum ses méfaits.

Allez donc en Amérique, lecteurs, et, au passage, épanchez dans le Gulf-Stream l'expression de votre mépris.

G. Lavalée.

LA SILICOSE

Question de bon sens

Par les Docteurs

. CONROZIER et J. MAGNIN

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon — Ancien interné des Hôpitaux de St-Etienne.

Voici un homme de quarante ans, vigoureux qui, récemment a dû interrompre son travail de foreur de roche parce qu'il étouffe à l'effort. Il a bonne mine. Il n'a pas maigri. On est frappé par sa dyspnée au repos qui rappelle celle des asthmatiques en état de mal. Auscultons-le. On s'attend à trouver une pluie de sibilances et de râles ronflants ; de la congestion des bases. Rien. La respiration est lointaine, avec, ici et là, des plages d'obscurité quasi-totale. Aucun râle, aucun souffle. Ce malade respire à travers un édredon. Il ne crache pas. La recherche du bacille est négative.

Tirons un instantané de son thorax. Ce parenchyme que l'on s'attend à trouver trop clair, distendu par l'emphysème est, au contraire, masqué par d'énormes plages de condensation fibreuse dans les deux champs. Ce malade a, dans ses poumons, des tumeurs. Il a aussi une pluie de nodules tout autour.

Voilà en bref, le tableau d'une silicose grave dans le bassin du Gard.

Nous avons dit silicose. Devrions-nous dire tuberculose ? D'éminents médecins en France l'affirment. La prétendue silicose disent-ils n'est qu'une forme spéciale de la tuberculose pulmonaire et les cas de silicose pure sont des erreurs de diagnostic.

Revenons à notre malade et demandons : existe-t-il, en dehors des pneumokonioses, une affection pulmonaire chronique donnant un ensemble de signes comparables à ceux de notre malade ? Nous n'en connaissons pas et nous jugeons sans intérêt la discussion minutieuse du diagnostic.

Ce gaillard anhélant, apyrétique, sans expectoration et sans bacilles, qui travaille longtemps avec des blocs fibreux qui colmatent son parenchyme, ce n'est ni un syphilitique ni un cancéreux, ni un tuberculeux : c'est un silicotique.

Nous n'affirmons pas cela à cause de tel ou tel signe isolé (sa radiographie est pourtant bien curieuse). Nous n'affirmons pas cela parce qu'il ne crache pas de bacilles. Nous disons silicose parce qu'il n'y a pas d'autre maladie des poumons qui ressemble à celle-là.

Nous n'avons ni l'un ni l'autre jamais rencontré, soit en quinze ans de dispensaire, soit en clientèle où plusieurs milliers de malades ont été observés avec téléradiographie, jamais disons-nous nous n'avons rencontré en dehors des mineurs au rocher un cas qui rappelle celui-ci.

Toute la question de la silicose est là.

Nous accordons qu'il y a des cas moins purs, plus légers, bien que la moitié de nos malades aient des images tumorales.

Nous accordons également que certains de nos mineurs sont ou deviendront tuberculeux bien que le laboratoire en vérifie très peu chez nous.

Mais la question du plus ou du moins grand nombre de cracheurs de bacilles importe peu. Car ce ne sont pas les bacilles qui tuent nos malades ; c'est la poussière de rocher.

Affirmation gratuite ? Voyons donc nos mineurs du fond, ceux au charbon comme ceux au rocher. Faisons des radiographies de tous ceux qui sont essoufflés. Que constatons-nous ? *Seuls, les mineurs au rocher fournissent des images tumorales.* Les mineurs au charbon alors qu'ils sont l'énorme majorité n'en fournissent pas.

Autre observation d'importance capitale :

Il y a peu de tuberculeux dans notre population minière, et en particulier chez les mineurs au charbon (1/10 des décès d'après nos propres recherches). Cela explique en partie la rareté de nos cas de silico-tuberculose par rapport aux autres bassins miniers.

Or, nous ne connaissons pas un mineur au rocher qui, après dix ans, ne soit plus ou moins gravement atteint de fibrose chronique.

Peu de tuberculeux. Beaucoup de silicotiques.

Si l'on veut bien méditer un instant sur ces données, le problème des rapports entre silicose et tuberculose se ramènera à ses justes proportions.

Le cas que nous avons présenté au début de ce article n'est pas isolé. Nos documents sont nombreux et notre conviction que la silicose est une maladie autonome représente sept années d'observation. En janvier dernier, dans la *Médecine du travail*, nous avons présenté cinquante radiographies de mineurs du bassin du Gard atteints de silicose. Parmi ces cinquante cas, nous avons pu faire rechercher les bacilles chez quarante-quatre malades, souvent à plusieurs reprises et avec inoculation au cobaye.

Dans quarante cas, la réponse du laboratoire a été négative.

Nous avons écrit que nous voyons peu de tuberculeux et beaucoup de silicotiques. Nos observations permettent d'ajouter que nous voyons peu de tuberculeux chez les silicotiques.

Or, l'opposition à la silicose s'appuie surtout sur cet argument : que la silicose est rare lorsque la tuberculose est rare.

Dans une communication récente à l'Académie de médecine, M. Doubrow l'a soutenu fortement à la suite d'un voyage en Hollande.

Dans les charbonnages des Pays-Bas, il a vu peu de tuberculeux et également peu de silicotique. Il en a conclu que la silicose étant rare là où est rare la tuberculose, la silicose est une tuberculose.

Le voilà bien le grand danger du syllogisme !

Si M. Doubrow, au lieu d'aller en Hollande, s'était rendu dans le Gard, il aurait vu peu de tuberculeux, mais beaucoup de silicotiques. Et nul doute qu'il eût conclu avec nous : la tuberculose étant rare là où la silicose est fréquente, la silicose n'est pas une tuberculose, mais une maladie par la silice.

Pourquoi dirait-on toujours tuberculose en présence de lésions scléreuses ? Ce serait rétrécir singulièrement le champ de la pathologie pulmonaire. Le tissu conjonctif peut réagir à de nombreuses causes d'irritation : irritation microbienne, irritation chimique, irritation mécanique ; la silicose procède sans doute de ces deux dernières.

Les roches du Gard contiennent 81,7 % de silice : ce qui les apparente au quartz des mines du Transvaal. On sait que les plus fines particules de poussière de roche pénètrent dans les alvéoles. Dans le Gard comme au Transvaal, on découvre chez les mineurs qui respirent ces poussières des lésions fibreuses, souvent massives, des poumons. Pourquoi ne dirions-nous pas silicose ?

Choisirait-on exclusivement des tuberculeux pour le travail au rocher ?

Notre conviction sur la silicose, maladie autonome ne peut paraître singulière qu'en France.

En 1934 et en 1935, la Conférence internationale du Travail ayant eu à délibérer sur la silicose s'est prononcée à l'unanimité non seulement sur le danger du travail dans les poussières de silice, mais sur la réalité nosologique de la maladie.

A l'unanimité, avons-nous dit, moins cependant une fraction de la délégation française.

Il est important de savoir que sur le plan international des maladies professionnelles, l'opposition à la silicose se heurte à l'assentiment général.

Nous avons invoqué le bon sens au début de cet article. Nous espérons avoir démontré qu'en France, on trouve des documents en faveur de la silicose maladie autonome.

Nous sommes fondés à réclamer des tenants de la silicose-maladie tuberculeuse des preuves éclatantes. Notre bon sens demande à être ébloui. Il ne l'a pas été jusqu'ici, et nous reprenons volontiers la conclusion du Prof. Etienne Martin qui rendant compte des travaux de Genève en 1934, écrivait : « En réalité, les médecins français ne possèdent aucune documentation leur permettant de soutenir que la silicose pulmonaire n'existe pas ».

CONFÉRENCES DES HOPITAUX DE PARIS

TRAITEMENTS RÉCENTS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Docteur HALBRON

Après avoir résumé les différents aspects cliniques de l'hypertension artérielle (H. A.), M. le Docteur Halbron expose les notions étiologiques et pathogéniques qui commandent cette thérapeutique. Il rappelle la gravité exceptionnelle et l'évolution rapide de l'H. A. chez les jeunes. Les causes, sauf pour l'hypertension paroxystique, sont obscures. Le rôle de la syphilis, même dans les formes malignes des très jeunes, a été exagéré.

Au point de vue pathogénique on a incriminé tour à tour la tension superficielle (Clerc), les modifications chimiques du sang, la sclérose des artères ou des capillaires, celle des artérioles rénales, les spasmes des vaisseaux (rôle très important), l'excitation permanente des vasomoteurs, les hormones glandulaires (en particulier l'hyperfonctionnement de la surrénale dans l'hypertension paroxystique) ; enfin la conception neuro-humorale est actuellement le plus en faveur.

Les recherches thérapeutiques ont donc été inspirées par les diverses théories pathogéniques : 1° Clerc et Stern ont cherché à agir sur l'augmentation de la tension superficielle par des solutions aqueuses d'alcool octylique en injections intraveineuse actives sur les troubles fonctionnels (vertiges, céphalée, diurèse), peu sur les troubles organiques. Les hypertensions paroxystiques surtout seront modifiées par cette thérapeutique.

Mais les injections intraveineuses d'eau distillée amènent également de l'hypotension.

L'oléate de soude à 2 % (intraveineux) a été utilisé par M. Renaut.

2° Contre les troubles vaso-moteurs, Villaret

et Justin-Besançon ont utilisé l'*acétylcholine* (bromure ou chlorhydrate) par voie intraveineuse : on observe une chute de la tension, puis une élévation, enfin un abaissement. Par voie sous-cutanée la chute primitive ne se produit pas et la tension s'abaisse plus ou moins progressivement. Dans quelques cas on a une amélioration qui porte surtout sur les troubles fonctionnels.

La *méthylacétylcholine* a une action plus marquée par voie buccale.

La *yohimbine* (vaso-dilatatrice) aurait des effets plus prolongés avec action particulière sur le sinus carotidien (Loeper et Lemaire). On pourra donc l'associer à l'acétylcholine. Mais on a signalé des accidents d'hémorragie cérébrale mortels.

Les extraits injectables d'*ail* peuvent être utilisés.

3° En rapport avec les théories endocriniennes on a prescrit différents extraits d'organes ou de glandes. Parmi eux :

a) *L'insuline* (effet d'abord hypotenseur puis hypertenseur secondaire).

b) *L'extrait pancréatique désinsuliné* (Abrami) (35 à 50 % de succès). Elle a peu d'action chez les athéromateux et les hypertendus juvéniles. Elle agit surtout chez les hypertendus « oscillants », mais cette action se manifeste dès la première injection de 20 mmgr. Si aucun effet favorable ne se manifeste, il est inutile de continuer les injections. Si au contraire on observe une amélioration on fera cinq ou six injections. C'est une substance non toxique, à action non brutale et qui peut être utilisée même en cas d'accidents cardiaques ou rénaux. Tout au plus peut-on parfois observer des érythèmes, du prurit, des arthralgies.

A citer encore les extraits de *muscles*, de substance corticale du *rein*, *hépatiques*, *aortiques* dont l'action est assez hypothétique. L'extrait *hypophysaire* est plutôt hypertenseur.

Traitement radiothérapique. L'irradiation des *surrénales* a une action nette mais agit-elle sur la glande ou sur le plexus sympathique péri-surrénalien ? Les rayons appliqués sur la cuisse déterminent en effet une action équivalente. La radiothérapie de l'*hypophyse* est favorable.

Traitements électriques. La *darsonvalisation* a une action sur les troubles fonctionnels, les *ondes courtes* peuvent donner des accidents.

Traitement chirurgical. Des opérations variées, depuis la section des racines antérieures de la 6e D. à la 2e L jusqu'à la surrénalectomie, l'énervation périsurrénale, la décapsulation rénale ont été pratiquées. En cas de *surrénalome*, on observe dans huit cas sur neuf une évolution favorable. Dans l'hypertension permanente l'ablation d'une surrénale a donné des résultats intéressants. Mais d'une façon générale c'est plutôt une thérapeutique à réserver aux cas graves, à pronostic fatal en quelques mois (hypertension des jeunes par exemple).

Anciennes thérapeutiques. Quelques mots sur :

a) *la saignée* : utile dans les crises paroxystiques avec insuffisance cardiaque, elle est d'action médiocre dans l'hypertension permanente. Elle est quelquefois suivie d'hypertension.

b) *Régimes* : peu copieux, mais non carencés cependant, *surtout s'il n'y a pas de rétention* chlorurée ou azotée. Quelques jours par mois de jeûne avec repos au lit ont un effet très salutaire.

c) *Sédatifs* : très indiqués (papavérine, barbituriques, opiacés) ; effets favorables sur les signes fonctionnels.

Dans les accidents cérébraux (rythme de Scheynes-Stockes) la ponction lombaire est indiquée.

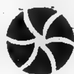
d) Quant au *traitement spécifique* on en a abusé car il peut être nocif sur des reins insuffisants. Chez les sujets jeunes il n'a pas d'action directe sur l'hypertension.

Il faut donc traiter les accidents et traiter soit un *insuffisant cardiaque* (utiliser les toni-cardiaques quand la tension baisse) soit un *insuffisant rénal* (goutte à goutte intraveineux de sérum glycosé à 20 ou 30 ‰).

Chez les veillards l'hypertension est un acte de défense : il ne faut donc pas trop la diminuer car les artères ont besoin d'un certain stimulus.

D'une façon générale avoir l'œil plus sur les troubles fonctionnels que sur l'aiguille du sphygmomanomètre (1).

(1) Conférence faite à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1936 Compte-rendu du Docteur Certain.



LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Le streptocoque chez l'accouchée

détermine infection locale, septicémie puerpérale d'emblée, scarlatine puerpérale ou septicémie secondaire, suivant la résistance de l'organisme,

D'après les Docteurs WAREMBOURG et DÉMAREZ (1)

UNE DIFFÉRENCE D'ESPÈCE N'APPARAÎT PAS ENTRE LA SCARLATINE PUERPÉRALE ET LA SEPTICÉMIE STREPTOCOCCIQUE. — L'ANGINE UTÉRINE.

C'est peut-être là une opinion encore discutée, mais « du choc des cervelles jaillit la lumière », et il est bon que le praticien ne perde pas de vue des faits, indispensables en vue d'éclairer un diagnostic parfois hésitant, et surtout d'instituer une thérapeutique efficace dans des cas, souvent mortels.

Il y a quelques mois déjà, MM. Warembourg et Démarez résumaient ainsi cette importante question : « Même microbe, même porte d'entrée sont à notre avis des caractères communs à la scarlatine et à l'infection puerpérale streptococcique. Seul, semble-t-il, l'état de réceptivité ou de sensibilisation du terrain, détermine le tableau clinique ».

Ces auteurs avaient observé à l'hôpital, au cours de l'hiver 1934, une épidémie de scarlatine puerpérale, et ils avaient remarqué à cette occasion que nombre d'accouchées avaient été atteintes, *non seulement de scarlatines authentiques, mais aussi de septicémies puerpérales, d'infections utérines banales, d'éruptions fugaces* bénignes et non suivies de desquamation.

Notamment dans trois cas de *scarlatine nette*, classique, avec desquamation évidente, et confirmation du diagnostic par la réaction positive d'extinction de Schultz et Charlton — il y eut complication d'une streptococcémie redoutable. Un fait important à noter, c'était l'*absence d'angine au début*, comme il est fréquent dans la scarlatine puerpérale, ainsi que la constatation à l'autopsie de lésions infectieuses des organes génitaux. Ici « l'*angine utérine* » remplaçait l'angine habituelle, et la porte d'entrée génitale ne faisait aucun doute. Qui plus est, des manifestations s'étaient révélées *prédominantes au niveau de la porte d'entrée utérine*, lors du syndrome malin tardif, de même que, lors du *même* syndrome malin tardif qui se produit dans la scarlatine banale, on observe une *reviviscence de l'angine initiale*.

Ne sait-on pas déjà que, dans l'entité clinique bien définie et relativement fréquente, que l'on dénomme scarlatine puerpérale, toujours l'angine fait défaut ? Or, voici que la porte d'entrée génitale se trouvait vérifiée.

L'étude des conditions, dans lesquelles se fait l'inoculation du streptocoque au niveau des voies génitales permettra de mieux comprendre la graduation, qui se produit dans la gravité des phénomènes cliniques, suivant l'extension en profondeur de l'infection.

Si l'on admet la présence du streptocoque, dans le vagin, ou bien son accès ultérieur à ce niveau il faut, pour interpréter les circonstances de son développement, d'abord noter et expliquer l'absence de scarlatine chez les *femmes enceintes*, même en foyer épidémique, et aussi le fait que les *femmes venant d'accoucher* sont presque *seules* atteintes.

Pour le premier point, on connaît le pouvoir auto-protecteur du vagin, grâce à l'action bactéricide de ses sécrétions, à l'acidité du milieu, à la concurrence vitale des germes, et l'on sait que celui-ci est encore renforcé en fin de grossesse par le bouchon muqueux du col. Ce pouvoir est tel, il faut bien le savoir, que quelques chercheurs n'ont pas hésité à introduire dans le vagin des gestantes au voisinage du terme, des tampons imbibés de culture pure de *streptocoque* ; au bout de soixante-douze heures, tous les germes avaient disparu.

Quant au deuxième point, on sait également que cette barrière de protection disparaît dès le début du travail. Alors, la filière pelvi-génitale devient une voie ouverte à l'infection pour les germes qu'elle contient : simples parasites saprophytes ou microbes facultativement pathogènes. Pour cela, il n'est donc pas nécessaire

(1) WAREMBOURG et DÉMAREZ. — De la scarlatine à la septicémie des accouchées. (*Revue de médecine*, janvier 1936.

d'incriminer une faute d'asepsie, ou l'apport de germes infectants du milieu extérieur. L'accouchement, même normal, est à lui seul un traumatisme suffisant, surtout chez la primipare, pour que l'on comprenne avec quelle facilité se fera l'infection microbienne. C'est ainsi que, dans 50 % des cas observés par les auteurs, l'accouchement avait été rigoureusement normal.

Dans ces conditions, si les résistances locales suffisent à retenir l'agresseur, c'est une *infection locale* au niveau de la porte d'entrée, qui se développe à différents degrés : endométrite, paramétrite, infections pelviennes en générale ; mais surtout l'infection ne dépasse pas le stade utérin.

Sinon, — et en temps d'épidémie les germes sont multipliés — ce stade est dépassé : c'est l'infection de l'organisme, dont l'intensité devient fonction des ses résistances générales ; notons, à ce propos, que le stade utérin peut être à peine marqué, et même, dans les formes qui souvent sont d'une grande gravité, rester complètement silencieux. Les accoucheurs ne savent-ils pas qu'une infectée, dont les lochies sont très abondantes et fétides, guérira plus facilement qu'une septicémique, où l'examen le plus approfondi ne peut mettre en évidence le moindre signe de localisation ?

Admettons qu'à ce moment l'organisme ne soit pas sensibilisé, que ses défenses soient nulles, c'est la *septicémie puerpérale d'emblée.* Mais s'il se défend, s'il est allergique, c'est la *scarlatine puerpérale,* que l'on observe à la suite d'une réaction exceptionnelle du terrain. Celle-ci pourra cependant se compliquer ultérieurement de septicémie secondaire.

Ainsi s'explique, en raccourci, l'apparition de phénomènes graves, à début inattendu, pendant des suites de couches d'apparence physiologique, après un accouchement absolument normal.

Mais, dira-t-on, si le développement d'une septicémie puerpérale se conçoit aisément, comment rapporter une scarlatine puerpérale à une même origine que cette septicémie ?

Tout d'abord, parceque c'est le streptocoque que l'on rencontre dans les deux cas ; qu'il soit hémolytique ou non, suivant le cas, peu importe : il s'agit là d'artifices de culture, qui suffisent à eux seuls pour faire disparaître ou apparaître à volonté son caractère hémolytique.

Ensuite, parce que ce sont les mêmes délais d'incubation (deux à cinq jours), pour la septicémie d'emblée comme pour la scarlatine. « En dépit de quelques cas tardifs, on ne peut donc qu'être frappé de cette date de début, qui correspond de façon étonnante à la durée d'incubation moyenne de la scarlatine, si l'on prend comme date de contamination celle de l'accouchement. »

Quant à la porte d'entrée, tous les auteurs sont d'accord pour constater l'absence d'angine véritable à la phase d'invasion de la scarlatine puerpérale ; certains vont même jusqu'à considérer ce fait comme une caractéristique importante de la scarlatine puerpérale ; mais, même la présence d'une angine banale ne serait pas de nature à infirmer l'existence d'une porte d'entrée utéro-génitale dans la scarlatine des accouchées ?. D'ailleurs, on note quelquefois, quand apparaît la scarlatine soit un peu de fétidité des lochies, dont l'écoulement est augmenté, soit même un utérus subinvolué et légèrement sensible.

D'autre part, ne connaît-on pas les exanthèmes puerpéraux des streptococcémies, qui sont parfois accompagnés de desquamation, et la scarlatine elle-même ne peut-elle pas se présenter sous une forme fruste, dont le diagnostic est souvent difficile, en raison même de ce que la desquamation n'est pas toujours observée ?

Que dire encore des cas, rares il est vrai, où une scarlatine par *contagion* est survenue au contact de septicémies puerpérales banales ?

Ces exemples montrent également à quel point l'infection puerpérale streptococicque peut être intriquée avec la scarlatine, et combien il est parfois difficile, sinon impossible, de départager ces deux maladies, ou mieux les exanthèmes puerpéraux des streptococcémies et les exanthèmes scarlatineux.

Des *faits indiscutables de contagion viennent* aussi de leur côté renforcer cette idée que la scarlatine, dite puerpérale, constitue bien une scarlatine véritable. *De Lavergne et Fruhinsholz ont pu* ainsi observer un véritable essaimage de l'affection, qui atteignit tour à tour différentes personnes du service hospitalier. Il faut encore citer l'auto-observation du Docteur Baize, qui contracta une scarlatine typique au lit d'une malade. Et puis, les Docteurs Warembourg et Desmarez ont vu, au cours de l'épidémie qu'ils ont étudiée, deux infirmières chargées des soins aux accouchées, contracter une scarlatine franche, du reste bénigne.

Enfin une septicémie streptococcique peut succéder à une scarlatine puerpérale, et réaliser ainsi le syndrome malin tardif, que l'on rencontre également dans les scarlatines malignes, qui n'atteignent point des accouchées ; seulement, dans le cas des accouchées, ce syndrome s'accompagne d'une localisation utérine.

En résumé, *on ne peut séparer nettement et scientifiquement, dans tous les cas, d'une part*

la scarlatine des accouchées, et d'autre part, l'infection puerpérale, si fréquente à son côté en temps d'épidémie, si fréquente aussi comme complication secondaire de la maladie éruptive.

Nulle part ailleurs que chez la récente accouchée, *l'origine streptococcique de la scarlatine ne paraît plus probable* : les cas de contagion, qui font se succéder l'une à l'autre ces deux affections, la fréquence des complications streptococciques dans la scarlatine puerpérale sont les plus solides arguments de cette théorie streptococcique.

Toutes les manifestations telles que : infections locales, septicémie puerpérale d'emblée, scarlatine puerpérale, septicémie streptococcique secondaire, n'ont que la valeur de réactions diverses d'organismes différemment préparés vis-à-vis d'un germe banal : le streptocoque.

***

Les déductions thérapeutiques rationnelles

En admettant qu'il puisse persister un petit doute sur la nature exacte de l'agent causal de la scarlatine puerpérale, l'agent des *complications* reste sans contredit le streptocoque. La médica*tion anti-streptococcique* s'impose donc.

Sous quelle forme ?

Le *sérum de convalescents* a donné de beaux résultats dans le traitement de la scarlatine ; mais la difficulté de se procurer ce produit en *restreint l'emploi. Cependant,* nous possédons une arme plus efficace encore dans le *sérum antistrepto-coccique de Vincent.*

A quel moment, à quelles doses et par quelle voie devrons-nous l'employer ? MM. Warembourg et Démarez considèrent qu'à l'heure actuelle il constitue le seul traitement véritablement actif de la septicémie streptococcique. On n'attendra pas pour agir la confirmation du laboratoire, montrant la présence dans le sang du streptocoque hémotytique, et cela en raison des dangers redoutables de ces essaimages tardifs, de *ces septicémies puerpérales secondaires à la scarlatine.* Craignant à juste titre l'apparition de cette complication au cours, ou au décours d'une forme grave de scarlatine puerpérale, il paraît indiqué de faire des petites doses de sérum (20 c. c. sous-cutané par jour) à titre préventif. De plus, dès que l'on verra la température s'élever brutalement à 40°, quelques frissons apparaître, l'état général s'aggraver subitement, on n'attendra pas non plus le résultat de l'hémoculture pour agir rapidement et fortement.

Des doses massives, longtemps poursuivies, susceptibles d'arriver jusqu'au chiffre considérable de 1 lit. 400, paraissent le seul garant de la guérison dans les formes graves. On ne doit pas hésiter à employer la voie veineuse (sérum dilué à 33 %, ou même pur), car elle donne l'impression d'une activité nettement accrue, et elle a semblé conditionner directement la guérison dans plusieurs cas d'apparence désespérée.

Il existe aussi un traitement chirurgical de l'infection puerpérale ; celui-ci a donné entre les mains de quelques chirurgiens de très beaux résultats. Il n'en demeure pas moins extrêmement discuté. L'infection puerpérale post-scarlatineuse en est-elle justiciable, du moins théoriquement, car l'hystérectomie ne semble jamais avoir été pratiquée jusqu'à présent dans ce cas ?

Il existe de gros arguments en sa faveur : c'est l'existence d'un syndrome malin tardif, réaction secondaire au niveau de la porte d'entrée utérine. C'est la constatation, à l'autopsie de malades, d'utérus gros et mous farcis d'abcès miliaires intramuraux, sources redoutables d'essaimages septicémiques. Mais, dans un cas particulièrement instructif, on a pu observer à partir du septième jour un arrêt, puis une régression de l'involution utérine, traduction clinique de ces lésions infectieuses de l'utérus, coïncidant avec l'installation du syndrome septicémique. « Comment espérer dans de telles conditions obtenir, même par une sérothérapie intensive, la guérison d'une septicémie entretenue par des décharges microbiennes permanentes, à partir de cette véritable éponge farcie de pus, qu'est devenue l'utérus ? Aussi ne paraît-il pas téméraire de penser qu'une hystérectomie, pratiquée à ce moment, pourrait modifier le cours de la maladie et doive être préconisée. »

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'angine de poitrine des aortiques

M. Lenègre insiste sur la valeur de l'électrocardiogramme, qui apporte des précisions capitales pour élucider le mécanisme des troubles douloureux et par suite conduire à un traitement rationnel. De même que l'on doit s'enquérir de l'existence d'un angor plus ou moins larvé chaque fois que l'on pense à l'aortite, de même toute angine de poitrine doit attirer l'attention sur l'aorte et faire minutieusement explorer ce vaisseau.

C'est ici qu'intervient l'importance des électro-cardiogrammes, qui viennent compléter ou non la présomption, que constitue l'apparition de la douleur à l'occasion de l'effort. On ne saurait trop souligner les difficultés du diagnostic par les seules données cliniques et radiologiques ; car c'est avec beaucoup trop de complaisance qu'on affirme l'existence d'une aortite, soit sur un signe fonctionnel comme l'angor pectoris qui n'en est nullement l'apanage, soit sur des signes physiques sans valeur réelle comme le petit souffle systolique de base ou le claquement du deuxième bruit, soit encore sur des modifications radiologiques de calibre ou d'opacité ; on ne doit pas oublier en effet qu'une aorte peut être chez un artério-scléreux flexueuse ou allongée, voire un peu dilatée, au même titre que les autres grosses artères, les artères humérales par exemple, sans que l'on soit en droit, pour cela, de parler d'aortite.

La constatation de certaines anomalies électriques au cardiogramme constituera chez l'angineux une coïncidence troublante, pour le moins très suspecte. Le fait paraissait digne d'être souligné, parce qu'il confère au pronostic une note spécialement réservée, attendu qu'il n'est pas superflu de savoir si, à l'aortite, s'ajoute une coronarite que traduit l'angine de poitrine. (*La Médecine*, mars 1936.)

L'interférométrie

B. Cornil, après une revue critique de cette importante question, conclut que l'interférométrie glandulaire nous donne des renseignements de la première importance, à condition, toutefois, de la subordonner à la clinique et de la confirmer par d'autres analyses qui, elles, permettent de préciser le sens de la dysfonction, résultat de l'altération morphologique indiquée par l'interféromètre.

Telles sont : le dosage du calcium et du phosphore pour la parathyroïde ;

Le métabolisme basal, l'angle d'impédance, la cholestérinémie pour la thyroïde ;

Le glutathion, pour la surrénale ;

Les dosages hormonaux (dosages biologiques, en attendant mieux) folliculine, thyréo et gonado-stimulines, hormone gonadotrope seule ; principe mélanophoro-dilatateur, etc., pour l'hypophyse et les glandes génitales qu'elle régit.

Il est probable que, grâce à une connaissance plus approfondie des bornes de l'interférométrie, à une technique impeccable dont il faut souhaiter la standardisation, à une collaboration plus étroite de la clinique et du laboratoire, la valeur de l'interférométrie se précisera comme un élément du diagnostic biologique des lésions endocriniennes. (*Le Scalpel*, 18 janvier 1936.)

Une forme rare de maladie de Heine-Médin

Les Docteurs Asselin et G. Potez attirent l'attention sur un cas où la réaction méningée fut particulièrement intense et durable. Autant il est fréquent d'observer pareille réaction, légère et transitoire, souvent même latente et ne donnant lieu à aucune manifestation clinique, autant il est rare que la méningite constitue, comme dans le cas actuel, le syndrome dominant pendant toute la durée de la maladie. De telles formes sont intéressantes car elles font la transition entre les formes purement encéphalo-myélitiques et les formes purement méningées dans lesquelles on ne note aucune paralysie, ces formes qui, jusqu'à plus ample informé ne peuvent être attribuées au virus dit poliomyélitique que par des arguments épidémiologiques. Enfin, dans le cas rapporté, il faut noter la lenteur avec laquelle s'établirent les paralysies.

Cette observation concerne une jeune fille de 14 ans qui, trois jours après une angine érythémateuse banale, est atteinte de méningite aiguë avec paraplégie flasque incomplète, abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et paralysie isolée du deltoïde droit. Les paralysies ne se sont installées que progressivement, mettant huit jours à atteindre leur plein développement, puis rétrocédant très rapidement sans

présenter de réaction de dégénérescence à l'examen électrique. Par contre, la méningite — caractérisée biologiquement par une lymphocytose modérée et une très grosse albuminose — a dominé le tableau clinique pendant toute l'évolution de la maladie, ne disparaissant que le vingtième jour environ, alors que les paralysies étaient en pleine régression depuis plusieurs jours. (*La Normandie Médicale*, février 1936.)

La gastrite précancéreuse

D'un exposé fait par le Docteur F. Moutier se dégage l'impression générale que les bouleversements de la gastrite chronique prédisposent au cancer. Malheureusement, dans l'ignorance où nous sommes encore des causes exactes de la néoplasie, il nous faut admettre que la gastrite ne crée pas le cancer, mais seulement le terrain sur lequel il se développe. L'ulcère ne paraît pas prédisposer davantage au cancer qu'une gastrite quelconque. Il est facteur d'irritation et d'anarchie cellulaire à l'égard de tout agent de déviation cellulaire et de travail cicatriciel. Cliniquement, une gastrite chronique peut être dite précancéreuse avec une telle exactitude qu'il est impossible de deviner à quel moment, dans un syndrome dyspeptique continu, s'est glissé un syndrome cancéreux. D'autre part, c'est par erreur d'interprétation clinique sur la valeur nosologique de la douleur tardive que, dans certains cas, on a qualifié d'ulcéro-cancers des cancers développés sur des gastrites chroniques, ulcéreuses ou non. (*Paris Médical*, 4 avril 1936.)

Endocardite maligne aiguë streptococcique greffée sur une aortite sigmoïdienne syphilitique

MM. L. Langeron et A. Fournier en rapportent une observation et ils précisent que la lésion sigmoïdienne syphilitique, comme la lésion sigmoïdienne rhumatismale, constituent une cause d'appel local pour une septicémie streptococcique, ou autre, et l'endocardite maligne se constitue ainsi aisément. Etant donnée la fréquence de l'aortite syphilitique sigmoïdienne, on pourrait même s'étonner que cette éventualité ne soit pas plus fréquente ; en fait, elle affecte la forme d'endocardite maligne chronique type Osler-Jaccoud, et les cas aigus, au moins ceux publiés, sont exceptionnels. (*Journ. des Sc. Médicales de Lille*, 29 mars 1936.)

La recherche du bacille tuberculeux dans les matières fécales

MM. P. Carnot, H. Lavergne et A. Fiehrer exposent tout d'abord les trois méthodes de recherche qu'il convient d'employer : 1° examen direct ; 2° culture ; 3° inoculation. Ils insistent ensuite sur l'importance de cette recherche lorsqu'il n'y a pas de bacilles dans les crachats et qu'il y a des lésions pulmonaires. Ce procédé précis, facile, sensible, doit être employé chez l'enfant tuberculeux et dans les tuberculoses pulmonaires de l'adulte, au cours des périodes non-évolutives, au cours des poussées avec élimination paucibacillaire dans les crachats, surtout dans la tuberculose fibreuse. Au cours de la collapsothérapie, il est nécessaire de recourir à l'examen des selles, à intervalles plus ou moins éloigné, surtout lorsque se pose la question de la cessation du pneumothorax. Lorsqu'il n'y a pas de lésion pulmonaire, par la recherche des bacilles de Koch dans les matières fécales, on réunit l'étude des éliminations biliaire et intestinale. C'est en outre une recherche importante pour la prophylaxie, en ce qu'elle permet de déceler les porteurs sains de bacilles de Koch. En définitive cette méthode doit entrer dans la pratique bactériologique courante. (*Paris Médical*, 4 avril 1936.)

Paludisme et grossesse

Voici les conclusions d'une étude faite par le Docteur Daléas :

Le paludisme se comporte vis-à-vis de la grossesse, suivant sa forme clinique, comme toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques et réciproquement.

Comme elles, il est susceptible d'altérer plus ou moins le fonctionnement du foie et des reins, par conséquent de compliquer dans des proportions extrêmement variables l'état de grossesse.

Réciproquement, la grossesse en survenant chez une paludéenne ne provoque pas, semble-t-il, de recrudescence de l'état infectieux, mais est susceptible d'aggraver l'insuffisance hépato-rénale résultant de l'infection malarique. Cette aggravation sera d'autant plus grave que l'organisme de la malade sera plus fortement altéré.

Le caractère particulier du paludisme est d'infecter très fréquemment le fœtus pendant la gestation. Cette infection qui apparaît comme de plus en plus fréquente, au fur et à mesure qu'elle est davantage étudiée, entraîne, pour ainsi dire toujours, l'interruption de la grossesse à tous les âges, dans les cas aigus ou chroniques à manifestations fébriles intermittentes et accentuées.

Elle est cause que des réserves doivent presque toujours être faites en ce qui concerne l'avenir des enfants nés de paludéennes. Seuls, peut-être, ceux qui ne sont atteints que d'une forme bénigne latente n'ayant pas créé de lésions anatomo-pathologiques sérieuses, paraissent pouvoir bénéficier d'un pronostic sûrement favorable. (*Rev. Franç. de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1936).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La localisation apicale de la tuberculose se trouve-t-elle chez les bovidés ?

(MM. L. PANISSET et E. JALABERT ; 31-3-1936.)

Chez l'homme la tuberculose pulmonaire présente des localisations apicales, dans 90 pour 100 des cas environ. La fréquence de ces localisations se retrouve-t-elle chez les bovins ? S'appuyant sur le résultat d'inspections sanitaires faites aux abattoirs, MM. L. Panisset et Jalabert ne le pensent pas. Ils ont noté 3 fois seulement sur 30 la localisation apicale à l'exclusion de toute autre altération tuberculeuse pulmonaire et huit fois sur trente l'absence complète de cette localisation. Le plus souvent (19 fois sur 30) les lésions tuberculeuses étaient irrégulièrement réparties dans le parenchyme pulmonaire.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Septicémie à staphylocoques après avortement provoqué

(M. H. MONDOR ; 12-2-1936.)

Il est classique d'attribuer au streptocoque les accidents de la fièvre puerpérale, les septicémies puerpérales. De cette notion, considérée comme assez absolue, découle un traitement automatiquement déclenché : celui des streptococcémies, le sérum antistreptococcique en particulier.

Sans doute, en est-il ainsi dans la grande majorité des cas. Mais, il est bon de savoir qu'il est à cette sorte de règle, des exceptions plus ou moins nombreuses, pour lesquelles conviendrait une thérapeutique différente, l'anatoxine staphylococcique, par exemple, au cas où le staphylocoque serait en cause.

Dans les états septicémiques graves des suites d'avortement, dit M. Mondor, et ne retenant que les septicémies vraies et non les bacillémies éphémères, bien des agents microbiens peuvent être responsables en dehors du streptocoque : perfringens, colibacille, staphylocoque...

L'auteur relate une observation de septicémie staphylococcique *post-abortum*. Il s'agit d'une jeune femme, enceinte de trois mois, qui se fit, dans un but abortif, une injection intra-utérine d'eau bouillie. Le fœtus fut expulsé le lendemain, mais deux jours après commença un état septicémique traité par le curetage, le sérum antistreptococcique, etc. Une hémoculture et la culture de débris extraits de l'utérus révéla une septicémie à staphylocoque. On essaya, tardivement, l'anatoxine staphylococcique. La malade succomba.

L'autopsie montra un utérus peu atteint. Les groupements microbiens étaient beaucoup moins nombreux et moins denses dans le tissu utérin qu'au niveau du rein et de l'endocarde. Pour que l'hystérectomie eut eu chance d'agir, en pareil cas, il l'eût fallu d'une particulière précocité. Très tôt sans doute, les foyers lanceurs, dans l'organisme, de staphylocoques étaient ailleurs que dans le viscère à incriminer, à l'endocarde notamment.

Ostéolyse progressive de la main gauche.

(MM. DUPAS, BADELON et DAYDÉ. — *Rapport de* M. MOUCHET ; 12-2-1936.)

L'observation curieuse de MM. Dupas, Badelon et Daydé concerne un garçon de 12 ans qui, à la suite d'un choc sur l'index gauche, eut une fracture du deuxième métacarpien. Cinq ans après, ce sujet tombe sur la main gauche et se fracture le troisième *métacarpien*.

La radiographie montre à ce moment une disparition presque complète du deuxième métacarpien. Un mois plus tard, c'est le troisième métacarpien qui commence à se décalcifier, ainsi que les os du carpe. Ni le traitement recalcifiant, ni les rayons ultra-violets, ni l'opothérapie n'arrivent à enrayer le processus d'ostéolyse, Tour à tour sont atteints la première phalange de l'index, les cinq métacarpiens, les os du carpe.

Toutes les épreuves de laboratoire sont restées négatives : calcémie normale, pas de phosphaturie. Il y a seulement une légère augmentation du métabolisme basal.

Pour expliquer ce processus de fonte osseuse si spécial et si localisé, MM. Dupas, Badelon et Daydé parlent d'ostéomalacie localisée. Mais, dans l'ostéomalacie, l'os ne disparaît pas entièrement et il reste apparent sur les radiographies.

Le traitement recalcifiant n'a donné aucun résultat.

— M. CHEVRIER a vu, un jour, dans son service, une femme âgée dont la plupart des os des deux mains avaient complètement disparu. Les deux mains étaient petites et molles. Malgré ces mains molles et gélatineuses, la malade s'en servait et tricotait même toute la journée. Il y avait conservation des fonctions avec disparition presque totale du squelette.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Coma barbiturique ; état de mort apparente ; injection intracardiaque de strychnine, d'ouabaïne et d'adrénaline. Guérison.

(M. P. AUZÉPY, présenté par M. J. CATHALA ; 7-2-1936)

Dans cette observation de coma barbiturique, l'enchaînement des circonstances a amené un interne de garde à pratiquer des injections intracardiaques de strychnine, d'ouabaïne et d'adrénaline. A la suite d'une intoxication barbiturique, une malade est admise en état de mort apparente. On venait d'injecter par voie sous-cutanée un centigramme de strychnine. Devant la gravité du tableau et l'impossibilité de trouver une veine turgescente, on pratique une injection intracardiaque du restant de la strychnine préparée, soit quatre centigrammes, auxquels on adjoint un quart de milligramme d'ouabaïne. On voit reparaître une inspiration brusque, suivie d'une pause, puis une seconde inspiration, enfin un rythme respiratoire encore irrégulier. L'aiguille intracardiaque d'abord immobile, se met à battre. Le pouls revient, assez rapidement bien frappé. Laissant en place l'aiguille intracardiaque munie d'un mandrin, on peut pratique sur une veine du pli du coude redevenue turgescente, une saignée au bistouri de 600 grammes. D'abord très lent, l'écoulement du sang se fait en une vingtaine de minutes ; à la fin, il est très aisé en jet. Six minutes environ après l'injection intracardiaque le pouls redevient petit, filant, irrégulier. On pratique alors, par l'aiguille toujours en place, une injection d'un milligramme d'adrénaline. Au total la malade a reçu par la voie intracardiaque 4 centigrammes de strychnine avec un quart de milligramme d'ouabaïne, puis six minutes plus tard un milligramme d'adrénaline. Par voie sous-cutanée, un centigramme de strychnine et une ampoule de caféine. Sous l'effet de ces thérapeutiques, la malade sortit de son état de mort apparente, dont la durée avait été d'environ une à deux minutes.

Cette malade n'avait absorbé qu'une dose modérée de gardénal. Il faut noter : 1° le résultat remarquable et inespéré obtenu par une injection intracardiaque, seule voie accessible ; 2° la tolérance par le cœur d'une dose brutale de strychnine associée à l'ouabaïne, puis d'adrénaline, toutes médications qui n'ont pas été nuisibles et semblent même avoir eu une efficacité surprenante.

Mycose pulmonaire à forme de tumeur primitive.

(MM. M. Léon KINDBERG, M. PARAT et H. NETTER ; 31-1-1936.)

Il s'agissait, chez un homme de 41 ans, d'un syndrome essentiellement constitué par une dyspnée croissante, une toux quinteuse et un amaigrissement progressif, évoluant depuis dix-huit mois. L'examen clinique et radiologique montrait l'existence d'un gros foyer de la base gauche, avec réaction pleurale. La tuberculose étant éliminée, toutes les probabilités étaient en faveur d'un cancer du poumon ; l'injection intra-bronchique de lipiodol remplit un vaste cavité sans qu'aucune arborisation bronchique voisine se dessinât sur le cliché. Le diagnostic de cancer cavitaire semblait donc assuré. Le malade mourut peu après ; les constatations nécropsiques confirmèrent, sembla-t-il, ce diagnostic. Ce n'est que l'examen histologique qui démontra, avec l'absence de toute prolifération épithéliomateuse, l'édification d'un véritable « mycétome pulmonaire » avec envahissement des alvéoles et de la plèvre avoisinantes par un aspergillus. Les « métastases » ganglionnaires, hépatiques et spléniques présentaient la même structure et relevaient de la même étiologie.

Les conséquences pratiques de pareille erreur de diagnostic peuvent être sérieuses, car un traitement ioduré précoce et suffisamment intense eût peut-être sauvé le malade. Dans l'incertitude, devant un cancer simplement probable, il y aurait intérêt à ne pas hésiter. En tout cas, la recherche de champignons parasites doit être plus systématique qu'il n'est courant de le faire, et en particulier la culture des produits prélevés au bronchoscope semble devoir être systématiquement conseillée.

Le diagnostic de l'atélectasie pulmonaire

(MM. E. SERGENT, H. DURAND, KOURILSKY, RACINE et TURIAF ; 14-2-1936)

Il s'agit ici d'une mise au point qui envisage seulement l'atélectasie pulmonaire chronique, celle qui s'établit progressivement, plus ou moins rapidement ou lentement, et qui restera durable et définitive. Il faut tenir compte, dans son diagnostic, d'une juste interprétation des images radiologiques ; car il est certain que l'exagération, trop fréquente actuellement, du diagnostic d'atélectasie pulmonaire tient particulièrement à une interprétation hâtive et inexacte de ces images. Afin de définir les éléments essentiels de son diagnostic, les auteurs ont choisi trois observations caractéristiques : la première est une fausse atélectasie ; la seconde, une atélectasie vraie ; la troisième, une atélectasie associée à une sclérose pulmonaire. Il est essentiel de constamment se rappeler, notamment en ce qui concerne l'atélectasie pulmonaire, qu'un diagnostic ne peut être que l'interprétation de l'ensemble des résultats obtenus par la mise en œuvre de tous les moyens d'exploration, dont le clinicien dispose. Accorder à l'exploration radiologique seule, ou à tout autre procédé d'examen, une valeur indiscutable et suffisante, est une erreur profonde.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 avril 1936

A propos d'une petite épidémie de recto-colite

M. Ed. ANTOINE. — L'auteur a observé durant ces trois derniers mois un nombre anormal de recto-colites aiguës dans certains arrondissements de Paris Dans quelques familles, elles ont pris une allure épidémique. Le début est brutal, survenant en général la nuit, et s'accompagnant de nombreuses évacuations liquides et douloureuses avec muco-pus et sang. L'étude de la flore a montré un chiffre extrêmement élevé de colibacilles associés à du staphylocoque ou à de l'entérocoque. On a noté en outre, de la fièvre et de l'asthénie. Chez quelques malades, les hémorragies répétées ont été même alarmantes. La guérison a été rapidement obtenue par le repos, la diète, les vaccins buccaux et les pansements recto-coliques quotidiens chez ceux soignés dès le premier jour. Les malades qui ont attendu ont été beaucoup plus difficiles à guérir. Cette petite épidémie s'est trouvée sans doute en rapport avec les inondations de cet hiver et la pollution possible des eaux potables.

R. SAVIGNAC a lui-même observé plusieurs cas de recto-colite pendant la même période. Une rectoscopie lui a permis de constater une rectite hémorragique intense.

Tuberculose à forme d'abcès du poumon

MM. COFFIN et TRUFFERT présentent une observation d'abcès du poumon pendant la convalescence duquel apparaît une expectoration bacillifère sans modification de l'image radiologique. Après avoir discuté une tuberculose aiguë simulant un abcès du poumon, ils concluent à une tuberculisation secondaire.

Sur le mécanisme du coma diabétique et son traitement

MM. H. CHABANIER et LOBO O'NELL rappellent la théorie céto-acidosique du coma diabétique et étudient les difficultés qu'elle comporte.

Ils montrent qu'en réalité, ce n'est pas la céto-acidose qui est à la base du coma et que celle-ci n'est qu'un phénomène.

Analysant parallèlement les accidents toxiques dits urémiques, et les accidents comateux du diabète, ils constatent un enchaînement identique de phénomènes morbides ; perturbation quantitative et qualitative du métabolisme protéique, altération fonctionnelle des reins, mouvements du chlore du sang vers les tissus avec hypochlorurie. La seule différence consiste dans l'intensité de la cétose, généralement peu marquée dans les états urémiques, habituellement accentuée dans le coma diabétique. Elle tient à ce que le processus de désassimilation survient ou non chez un diabétique. Mais ce processus est de fait fondamental, et c'est lui que les auteurs mettent à la base des accidents, dans les deux cas rejoignant ainsi, en ce qui concerne le coma diabétique, l'hypothèse déjà ancienne d'Hugounencq et Morel.

Ils soulignent les suggestions qui se dégagent de leur travail, et montrent le bénéfice que l'on peut escompter de l'association au traitement insulinique (efficient à lui seul dans 50 à 60 % des cas de coma diabétique) d'une chloruration, dont certaines observations soulignent déjà l'intérêt.

De l'inefficacité des injections d'histidine pour guérir l'ulcus gastro-duodénal. Observations anatomiques

M. P. BAILLET distingue pour chaque médication anti-ulcéreuse l'action sédative sur les crises gastriques et l'action cicatrisante sur la lésion. Il est difficile d'apprécier l'action sédative et l'on risque souvent d'attribuer au médicament les accalmies qui reviennent à l'évolution naturelle de la maladie. Pour juger l'efficacité d'un traitement, il faut constater l'action sur la lésion elle-même. Il apporte trois observations d'ulcus gastro-duodénaux traités par les injections d'histidine, où l'intervention a montré l'ulcus en pleine activité.

Indications et contre-indications du traitement radiothérapique des tumeurs de la région hypophysaire

M. A. BISSON. — Les heureux résultats déjà anciens de la radiothérapie appliquée aux adénomes hypophysaires et les progrès *récents de la neuro*-chirurgie, exigent que l'on précise la valeur de la radiothérapie.

Indications : 1° Adénomes s'accompagnant de signes cliniques et radiologiques aussi précis que possible ;

2° Adénomes présentant une évolution assez lentement progressive ;

3° Adénomes avec acuité et champ visuels par trop compromis.

Contre-indications. — 1° Diagnostic douteux : éviter d'irradier une tumeur non radio-sensible (tumeur de la poche de Ratke ; méningiome suprasellaire) ; 2° aggravation rapide au cours du traitement ; 3° aggravation ou état stationnaire peu satisfaisant malgré une reprise de traitement sur un adénome non douteux. Dans ce cas, craindre une dégénérescence nécrotique de l'adénome contre laquelle la radiothérapie n'a plus d'action.

Enfin danger des irradiations trop répétées sur les champs trop grands en cas d'opération ultérieure.

M. M. JOLY. — La variété des adénomes hypophysaires est telle qu'on ne peut les ranger très schématiquement en radio-sensibles et en non radio-sensibles.

G. BLECHMANN.

Société de médecine militaire française

Séance du 12 mars 1936

A propos d'un cas de polyintolérance au traitement antisyphilitique avec érythrodermie exfoliante généralisée

MM. Le Roch et Talon, commentent l'observation d'un syphilitique qui présenta successivement une érythrodermie arsenicale et une rechute due à une injection de bismuth ; accidents graves qui rétrocédèrent rapidement grâce à des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude.

Quelques cas d'érysipèle traités par le chlorhydrate de sulfamino-chrysoïdine

MM. L. Ferrabouc, G. Andrieu et P. Moutier, à propos de six cas traités avec succès, soulignent l'intérêt de ce nouveau médicament et conseillent de compléter cette thérapeutique par un traitement local.

Observation d'un cas d'inflammation et perforation du diverticule de Meckel

MM. Cosnier et Vidal rapportent une observation intéressante non seulement à cause de la rareté, en pratique journalière, des accidents inflammatoires occasionnés par le diverticule de Meckel, mais parce qu'elle souligne une fois de plus, l'utilité d'avoir toujours présente à l'esprit la tragique réalité du diverticule en pathologie abdominale.

Remarque sur l'évolution anormale d'une épidémie de scarlatine

MM. Ferrabouc, Placidi, Andrieu et Moutier présentent l'étude épidémiologique d'une épidémie de scarlatine dont le début soudain, la massivité des atteintes et l'arrêt brusque s'écartent de l'épidémicité habituelle de cette maladie. L'enquête épidémiologique révéla seulement comme facteurs favorisants de l'éclosion ou de l'extension des cas le surmenage occasionné chez les sujets atteints par la préparation intensive d'un concours, certaines défectuosités du casernement. L'arrêt brusque de l'épidémie n'est pas moins intéressant à noter que son explosion massive ; à ce sujet, les auteurs soulignent que les angines observées dans cette période furent considérées comme des formes frustes de la scarlatine ; leur isolement précoce peut expliquer dans une large mesure l'extinction rapide de l'épidémie.

Un cas de septicémie à bacilles fœcalis alcaligenes

MM. Andrieu, Crosnier et Moutier rapportent que le bacillus fœcalis alcaligenes peut déterminer chez l'homme un syndrome anatomo-clinique voisin de la fièvre typhoïde. Un de leurs malades présenta brusquement une élévation thermique à 40° avec courbature généralisée ; la fièvre se stabilisa très vite en un plateau à 38° pendant une dizaine de jours. Le malade accusa une lassitude profonde et présenta des sueurs profuses, des gargouillements de la fosse iliaque droite, un ventre très légèrement météorisé. La défervescence se fit ensuite régulièrement en lysis. L'hémoculture permit d'isoler un bacillus fœcalis alcaligenes et le germe ainsi identifié fut agglutiné au 1/500e par le sérum du malade.

Note au sujet du diagnostic de la rubéole

MM. Millet et Lemaire insistent sur l'importance de la recherche de la monocytose sanguine et de la splénomégalie.

Ostéochondrite disséquante du coude

MM. Membrey et Connes, rapportent l'observation d'un soldat qui, huit jours après un traumatisme du coude par retour de manivelle qui avait fait penser au début à une entorse du coude avec arrachement osseux, fut reconnu atteint d'ostéochondrite disséquante dont la cause est rapportée aux micropolytraumatismes auxquels était exposé le malade, mineur de profession, qui maniait fréquemment une perforeuse pneumatique.

A propos d'un cas d'abcès corticaux du rein

M. Liscoet insiste sur l'insidiosité du début, sur l'existence de point douloureux fixe au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'intérêt de la notion d'une furonculose ayant évolué quelques jours avant le début du syndrome infectieux et la constatation de staphylocoques dans les urines.

L'injection antitétanique préventive en médecine militaire

M. Liscoet rappelle la fréquence avec laquelle la prophylaxie du tétanos se pose en milieu militaire En 1935, pour un effectif de 700 hommes, 60 injections de sérum ont été pratiquées à l'infirmerie et 50 à l'hôpital. L'auteur conclut en insistant sur les avantages de la vaccination par l'anatoxine tétanique.

Syndrome hémorragique et purpura généralisé à la suite d'une injection intramusculaire de quinine uréthane

M. Bertier rapporte l'observation d'un paludéen qui avait déjà présenté des épitaxis et des gingivorragies (gros mangeur éthylique) à la suite d'injections de quinine. Une injection de quinine uréthane déclencha un syndrome hémorragique foudroyant qui enleva le malade en dix-huit heures.

Les Congrès

VIe CONGRÈS DE MÉDECINE DU MAROC (CONGRÈS DE L'AMIBIASE)

(*Rabat, Casablanca, 2, 3, 4 avril 1936*)

Le VIe Congrès de médecine du Maroc, organisé par la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord, s'est tenu à Rabat et à Casablanca le 2, 3 et 4 avril 1936. Il réunissait plus de 350 adhérents venus de France, de Belgique et d'Afrique du Nord.

La question à l'ordre du jour était : l'*amibiase en Afrique du Nord.* Elle a donné lieu à diverses communications et à plusieurs rapports de MM. Jean Baumel, Chiray, Gillot, Costantini, Pérard et Dubourau, Paul Chène, etc...

La séance inaugurale se déroula à Rabat le 2 avril, sous la présidence de M. Helleu, ministre plénipotentiaire, délégué de la Résidence. Le lendemain 3 avril, les congressistes se rendirent à Casablanca où se tint, salle des Ambassadeurs, la séance solennelle, présidée par M. le médecin général Spick, qu'assistaient les représentants de la municipalité, de l'armée et de la marine. On y projeta deux films documentaires, le premier sur la physiologie de l'amibe, le second sur la dysenterie amibienne.

Ces manifestations scientifiques furent, d'autre part, agréablement accompagnées de réceptions et d'un programme touristique attrayant et varié qui permit aux congressistes de visiter le Maroc, pays si curieux, dans les meilleures conditions.

***

Dans un important rapport, M. Jean Baumel a fait une mise au point précise de la question de l'amibiase chronique. M. le Professeur Chiray, M. le Professeur Gillot, MM. Costantini, Pérard et Dubourеau ont présenté d'intéressantes études sur l'hépatite amibienne, l'amibiase infantile, l'aspect chirurgical de l'amibiase.

L'amibiase intestinale chronique

Données cliniques et rectoscopiques

M. Jean BAUMEL,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier

L'amibiase, dit l'auteur, maladie chronique entrecoupée de crises paroxystiques, rappelle par son évolution la syphilis. Il faut donc traiter ses manifestations aiguës, mais aussi son fond chronique. On doit lui opposer un traitement d'attaque, et un traitement d'entretien.

Bien souvent, l'amibiase chronique est une dysenterie sans dysenterie. Le syndrome dysentériforme, selles douloureuses et nombreuses, est alors absent.

D'autre part, ce syndrome en lui-même est loin d'être pathognomonique de l'infestation amibienne ; il traduit simplement, sans rien préjuger de leur nature, l'existence de lésions recto-sigmoïdiennes.

Le Dantec et Ravaut ont donc été bien inspirés de supprimer le terme de dysenterie amibienne et de le remplacer par celui d'amibiase.

La plupart du temps, l'amibiase intestinale chronique se traduit par des symptômes banaux de colite simple. Mais ces signes, qui résistent à la thérapeutique habituelle des colites, sont parfois entrecoupés d'accès à type dysentérique qui en font reconnaître la nature amibienne. D'autres fois, ces troubles apparaissent chez des coloniaux dont les uns se rappellent avoir eu la dysenterie, dont les autres nient toute infestation amibienne. Le diagnostic étiologique est alors plus délicat ; il le devient encore davantage lorsqu'au lieu de manifestations intestinales, on se trouve en présence de manifestations pathologiques gastriques, appendiculaires, hépatiques, cardiaques, psychiques, les *manifestations intestinales* ayant disparu ou n'attirant l'attention ni du malade ni du médecin. L'origine amibienne de tous ces états doit *a priori* être soupçonnée chez tout individu qui a vécu dans un pays infesté à l'état endémique par l'amibe, même si l'*examen des selles* est négatif. Si, dit M. Jean Baumel, j'avais attendu que ce dernier fut positif pour porter le diagnostic de l'amibiase chronique, je ne pourrais pas faire état de plus d'une vingtaine d'observations sur une statistique de plus de 700.

L'amibiase intestinale chronique n'a pas d'allure clinique propre, comme beaucoup d'autres maladies d'ailleurs. Suivant la localisation de ses lésions, elle se traduit par l'apparition de signes banaux intestinaux ou extra-intestinaux.

L'étude rectoscopique ne montre pas non plus de lésions spécifiques de la muqueuse recto-sigmoïdienne On constate des lésions qu'un ensemble de 2.000 rectoscopies faites chez des amibiens chroniques permet à l'auteur de classer de la façon suivante :

1° Amibiase chronique ancienne sans poussées intercalaires avec simplement troubles de coloration ou néo-formations vasculaires ;

2° Amibiase chronique avec poussées intercalaires, subdivisées elles-mêmes en :

a) *Forme bénigne.* — En dehors des poussées : état chagriné maroquiné, diminution de souplesse des parois.

En période de poussées : enduit pultacé, érosions,

œdème de la muqueuse, état spasmodique plus ou moins marqué gênant parfois la progression du tube rectoscopique ;

b) *Forme grave.* — Avec ulcération confluente, œdème et cartonnage des parois, ou avec hypertrophie pseudo-cancéreuse et bourgeons à type néoplasique faisant parfois un rétrécissement plus ou moins important du calibre intestinal.

L'étude anatomo-pathologique montre qu'il n'y a aucun élément néoplasique et qu'il s'agit nettement d'une rectite hyperplasique.

Il n'existe aucun caractère clinique ou endoscopique vraiment pathognomonique de l'amibiase. Comment donc dans ces conditions arriver à affirmer son existence ?

Par la recherche des parasites dans les selles, qui a une grosse valeur quand elle est positive, qui n'en a aucune, ni pour ni contre, lorsqu'elle est négative.

Par l'examen radiologique, qui montre des lésions de recto-sigmoïdite gauche.

Par l'étude des anamnestiques, qui doit faire soupçonner l'amibiase chez tout individu qui présente des troubles colitiques ou gastriques mal définis ne cédant pas aux thérapeutiques habituelles. La thérapeutique anti-amibienne les améliore. Dans ces conditions, l'origine amibienne de ces troubles doit être affirmée.

L'épreuve du traitement est une véritable pierre de touche qui, en quelques semaines permet de faire disparaître des signes locaux ou généraux qui paraissaient jusqu'alors rebelles à toute thérapeutique.

On n'oubliera pas que l'amibiase n'est pas simplement une maladie aiguë ; c'est une affection essentiellement chronique. Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une manifestation amibienne aiguë de primo-infection ou intercalaire, il faut absolument instituer un traitement de longue haleine et après lui, la poussée aiguë disparue, un traitement d'entretien chargé de guérir, après l'épisode aigu, la maladie elle-même.

L'hépatite amibienne chronique des pays tempérés

M. le Professeur M. Chiray

L'hépatite amibienne simple des régions tempérées est caractérisée par la triade symptomatique : manifestations hépatiques, symptômes intestinaux et gastriques, enfin troubles de l'état général.

M. Chiray établit le diagnostic de l'hépatite amibienne des régions tempérées en s'appuyant sur les constatations cliniques faites sur le foie, le caractère particulier des troubles intestinaux, la recherche des antécédents d'amibiase ou d'infestation possible, les résultats donnés par les examens radiologiques et de laboratoire et les résultats obtenus par un traitement d'épreuve.

Dans un dernier chapitre, l'auteur insiste à son tour sur la nécessité de la longue continuité du traitement.

(A suivre).

Les livres qui viennent de paraître....

Armand Colin, éditeur
103, boulevard Saint-Michel, Paris (V^{e})

Paul Lester, sous-directeur du laboratoire d'anthropologie du Muséum, et Jacques Millot, professeur à la Faculté des Sciences de Paris. — **Les races humaines**. Un vol. in-16, 224 p., 23 fig. Prix : 10 fr. 50.

Editions Fustier
8, rue de Choiseul, Paris (II^{e})

D^{r} R. Pierreville. — **L'inégalité humaine devant la mort et la maladie**. Un vol. 446 pages. Prix : 15 francs.

Imprimerie Alençonnaise
9, rue des Marcheries, Alençon (Orne)

XXV^{e} anniversaire de la fondation de l'Ecole française de stomatologie. Compte rendu de la séance inaugurale du 26 octobre 1935. Discours de MM. Gires, Rousseau-Decelle et du Professeur Roussy. Une brochure 56 pages, 1936.

Librairie polytechnique Ch. Béranger
15, rue des Saints-Pères

Prof. H. Coutiere. — **Connais-toi ou la physiologie sans pleurs.** Un vol. 176 page, 1936.

THÉRAPEUTIQUE

Les formes cliniques de l'hypotension artérielle et leur traitement Rôle des analeptiques cardio-vasculaires

Docteur Douyau

Alors que l'hypertension artérielle se présente parfois en clinique sous l'aspect d'une maladie d'allure autonome, l'hypotension n'est, le plus souvent, qu'un symptôme d'états pathologiques très divers.

Mais précisément en tant que symptôme, l'hypotension revêt une grande importance diagnostique et pronostique. D'autres fois, au contraire, c'est la chute tensionnelle qui est au premier plan de la scène clinique : dans ces cas, le cortège de troubles qui l'accompagne lui est étroitement lié et l'ensemble mérite toute l'attention du clinicien et du thérapeute.

Avant de rappeler les divers états pathologiques où l'abaissement de la pression sanguine doit être pris en considération du point de vue thérapeutique, il nous paraît nécessaire de décrire brièvement ces troubles dont l'existence est en relation si directe avec l'hypotension.

Enfin, cette étude se terminera par la recherche d'un traitement susceptible de convenir à toutes les formes de états d'hypotension.

Symptomatologie

On considère généralement que la pression artérielle est insuffisante lorsque la Mx est inférieure à 11 et la Mn à 7.

La fatigabilité (Lian et Blondel), le refroidissement des extrémités, certains troubles légers liés à l'ischémie encéphalique (vertiges, engourdissements, syncopes) et des troubles sensoriels (oculaires et auditifs) apparaissent, isolés ou réunis, d'une façon atténuée ou, au contraire, marquée suivant l'importance de la chute tensionnelle et aussi, suivant qu'il s'agit de formes chroniques traduisant une certaine adaptation de l'organisme ou bien de formes aiguës dans lesquelles le déficit circulatoire se manifeste beaucoup plus bruyamment.

En outre et de façon fréquente, certaines modifications de la composition du sang peuvent être associées à l'hypotension : diminution de la cholestérolémie, de la glycémie, etc...

Les formes de l'hypotension

Pour la commodité de cette étude nous envisagerons successivement : les hypotensions chroniques, les hypotensions subaiguës transitoires, les hypotensions aiguës et suraiguës.

1° Les hypotensions chroniques

Ce groupe comprend l'hypotension essentielle et les hypotensions symptomatiques d'états pathologiques chroniques.

A) *L'hypotension chronique d'allure idiopathique*

Comme l'ont décrite Vaquez, Laubry, Lian et Blondel, A. Dumas, elle est caractérisée par le fait qu'aucune affection cachectisante, aucun état infectieux ou toxique ne la commande apparemment.

Assez souvent, elle n'est révélée que par la mesure de la pression artérielle. Elle s'accompagne de quelques-uns des symptômes cités plus haut et notamment de fatigabilité, de tendance aux syncopes, de refroidissement plus ou moins marqué des extrémités. En général, on n'observe pas de troubles cardiaques importants.

L'hypotension essentielle semble avoir des causes multiples. Toutefois, il en est une que les auteurs ont plus fréquemment retenue : c'est l'hypotonie artérielle commandée par une diminution de l'activité des centres vaso-moteurs sympathiques.

B) *Les hypotensions symptomatiques chroniques.*

Elles sont très nombreuses. Nous pouvons citer parmi les plus fréquentes, celles qui accompagnent la tuberculose, le cancer et toutes les maladies cachectisantes. Elles s'observent également au cours des cirrhoses atrophiques et dans certaines formes de psychasthénie.

Enfin, signalons l'hypotension symptomatique de la maladie d'Addison.

2° Les hypotensions subaiguës transitoires

Ce groupe comprend toutes les hypotensions symptomatiques survenant au cours des maladies infectieuses ; elles sont bien connues.

L'étude en a été faite, en particulier avec beaucoup de soin, pour la fièvre typhoïde. La pression s'abaisse à mesure que la température augmente et l'hypotension s'atténue lorsque la température baisse. Les courbes de température et de pression sont donc approximativement inverses l'une de l'autre.

Toutefois la pression reste encore basse après le retour à la normale de la température ; elle ne reprend sa valeur habituelle qu'à la fin de la convalescence comme l'a si bien montré A. Dumas.

Parfois les accidents de collapsus, véritables crises hypotensives par défaillance cardio-vasculaire, viennent couper la régularité de la courbe.

Bien que nous ayons pris la typhoïde comme exemple, parce que son hypotension est la mieux étudiée, nous signalerons que l'hypotension accompagne toutes les maladies infectieuses.

3° Les hypotensions aiguës et suraiguës

Nous rangerons dans ce groupe :

A. Les états de chocs. — L'hypotension brusque dans les chocs aigus, moins brutale dans les chocs atténués les accompagne tous et l'on peut les classer ainsi :

— *Phénomènes de choc proprement dit ou crises colloïdo-clasiques :*

1° Chocs anaphylactiques (peu fréquents) ;

2° Chocs protéiques (accidents sériques) ;

3° Chocs par action physique (froid, émotion, effort physique, rayons X) ;

4° Chocs médicamenteux (arsénobenzols, sels d'or).

— *Les chocs traumatiques.*

— *Les chocs opératoires.*

— *Le choc obstétrical.*

Nous ne les décrirons pas en détail, car ils sont bien connus.

B. Les hémorragies. — Les signes généraux qui accompagnent les hémorragies sont en rapport avec un collapsus cardio-vasculaire qui s'installe d'autant plus rapidement que la spoliation sanguine est plus abondante et plus rapide.

C. Le collapsus toxi-infectieux de la typhoïde ou d'autres maladies infectieuses, déjà cité plus haut et que nous rappelons pour mémoire.

D. Les brûlures. — Surtout chez les blessés dont les brûlures sont étendues, sans même être profondes, il peut se produire une évolution fatale qui est causée par le choc nerveux, certaines altérations sanguines (hypochlorémie) et aussi l'intensité de la résorption nécrotique.

E. Le coma diabétique s'accompagne très souvent d'un collapsus cardio-vasculaire.

F. Le coma barbiturique où le centre respiratoire est parfois rapidement inhibé, sans que la strychnine puisse le ranimer.

G. L'intoxication oxy-carbonée où le tonus vasculaire descend très bas et ne remonte que très lentement au cours de la convalescence.

H. Enfin, les syncopes anesthésiques. — Tous les modes d'anesthésie peuvent déclencher des collapsus cardio-vasculaires par inhibition centrale, et l'on connaît bien leur gravité.

Traitement

Les facteurs qui entrent en jeu dans la production des hypotensions sont donc peu nombreux : ils sont presque uniquement dus à des affaiblissements du tonus vasculaire et de l'énergie cardiaque.

L'atonie vasculaire est causée par l'hypotonie du sympathique : elle ne peut cesser que par l'administration d'une médication sympathicotonique.

Quant à la déficience de l'énergie cardiaque, elle nécessite l'emploi d'un médicament agissant soit directement sur le myocarde, soit par l'intermédiaire des centres bulbaires.

Le traitement type de toutes les formes d'hypotension consistera donc dans l'utilisation d'un tonique, à la fois cardiaque et vasculaire. Mais au point de vue pratique, le problème est plus complexe car ce produit doit offrir une grande marge thérapeutique pour répondre à tous les besoins.

De plus, étant donné que l'on s'adresse à un symptôme, l'effet du médicament doit assurer une sécurité prolongée.

Et c'est là surtout qu'apparaissent les inconvénients d'associations à effet fugace comme celle que l'on peut réaliser, par exemple, avec l'adrénaline et le camphre. Par ailleurs, le renouvellement des doses ne doit pas présenter d'inconvénient et l'on sait que l'adrénaline et l'éphédrine provoquent des extra-systoles et une angoisse fort désagréables.

Les qualités d'un médicament presseur sont donc en définitive : une grande marge thérapeutique, une activité prolongée, une tolérance parfaite.

Récemment introduit en thérapeutique, le Pressyl réunit ces qualités. Il associe sous deux formes (ampoules et comprimés) un puissant stimulant des centres bulbaires et du muscle cardiaque, la camphramine et un excitant énergique du sympathique, la pressédrine.

La camphramine beaucoup moins toxique que le camphre offre une très grande marge de sécurité qui permet le renouvellement des doses.

La pressédrine s'apparente par sa formule à l'adrénaline et à l'éphédrine, mais, à l'inverse de la première, elle est active par voie buccale, très peu toxique et sa durée d'action est beaucoup plus prolongée. C'est également un puissant anti-choc.

La durée de l'action du Pressyl est très prolongée : 6 et même 8 heures après une injection sous-cutanée, on peut encore constater une élévation des chiffres manométriques. Enfin, la tolérance parfaite due à sa très faible toxicité permet de renouveler sans inconvénient les doses. Les sensations désagréables qui accompagnent les injections d'adrénaline ainsi que les troubles divers qui les suivent n'existent pas.

Nous nous trouvons donc en présence d'une médication puissante, très souple et facile à manier, d'une tolérance et d'une efficacité remarquables et qui est certainement appelée à rendre d'importants services en thérapeutique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE SCANDALE DES HOPITAUX D'ANNECY

C'est un véritable scandale qui semble vouloir se perpétuer à Annecy, écrit notre ami Cibrie dans le *Médecin de France*, et justement émus par l'exposé qu'il fait de la situation, nous avons le devoir de venir dire ici à tous nos amis du Corps médical français que chaque jour qui passe, sans que ce scandale cesse, témoigne de la faiblesse de nos moyens d'action, contre des pouvoirs publics qui semblent nous lancer un défi et se rire de nos alarmes.

Voici bientôt un an, qu'à la suite d'un différend survenu entre les médecins d'Annecy et la Commission des hôpitaux, tous les services hospitaliers d'une ville de cette importance sont livrés à un trio familial à peine émoulu des facultés et qu'on a été chercher je ne sais où.

Voici bientôt un an, que des médecins nommés à l'hôpital pratiquent, dans leur omniscience, la chirurgie, la médecine, la phtysiologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, que sais-je encore, alors que s'ils avaient moins d'entêtement et plus de dignité, ils se seraient depuis longtemps retirés sans attendre, pour leurs débuts dans la carrière, d'être mis au ban du Corps médical.

Ne les connaissant point, mais les sachant jeunes, je voudrais leur trouver une excuse, que ma sympathie pour la jeunesse cherche en vain.

Croient-ils vraiment pouvoir, en agissant ainsi, se créer une situation durable, alors qu'ils ont ameuté contre eux le Corps médical français, que dans les provinces les plus éloignées chacun sait leur nom, leur âge et les cloue au pilori ?

Ont-ils pensé à ce qu'ils deviendraient le jour où, ne se soumettant plus aux exigences d'une Commission hospitalière qui dispose d'eux, ils seraient chassés à leur tour. Se rendent-ils compte que devenus de véritabes parias, ils ne sauraient trouver personne pour les plaindre et pour s'intéresser à eux ?

L'exercice de la médecine est une longue patience, où l'estime des pairs est nécessaire, où dans toutes les circonstances douloureuses, on a besoin de sentir près de soi le secours d'un ami.

Quels mauvais conseillers ont-ils bien pu entendre, pour préférer se dresser contre le Corps médical d'un pays tout entier, et servir une administration hospitalière, changeante, dont ils deviendront par cela même, les jouets.

Se peut-il que le soir, lorsqu'ils sont réunis tous les trois, ils ne mesurent pas, dans leur solitude, la gravité des responsabilités qui les écrasent, et qu'ils ne soient point effrayés d'avoir consenti à jouer un pareil rôle !

Avec les beaux jours qui viennent, les étrangers qui vont affluer, les autos qui vont sillonner les routes dangereuses des montagnes, les accidents qui vont ensanglanter la Haute-Savoie, leur entêtement risque fort, de devenir odieux.

Comment ! demain ils peuvent tenir entre leurs mains la vie ou la mort d'un hôte illustre, d'un homme éminent, d'un de ses parents, d'un de ses enfants, *amené dans leur service par la fatalité*, et ils vont pouvoir le soigner en toute liberté d'esprit, alors que le Corps médical du pays les a carencés ; ils vont pouvoir prendre des décisions graves, alors qu'une méfiance générale les entoure et que l'erreur, à laquelle nul ne saurait échapper, sera considérée pour eux comme une faute grave, liée à une inexpérience coupable, je recule devant un terme plus fort !

Et le blessé ? ?

Il va recevoir, par suite du caprice d'une Commission hospitalière, les soins d'un de ces trois jeunes gens, *sa vie va être l'enjeu d'une querelle de clocher*, il va être livré à la petite expérience des médecins de cet hôpital et, tandis que partout, les organismes de soins recherchent des compétences et sont de plus en plus difficiles dans leur choix, il n'y aura qu'à Annecy qu'on fera bon marché de la valeur professionnelle et qu'on chassera ceux dont l'expérience est appréciée pour mettre à leur place, dans un hôpital public, des médecins trop jeunes auxquels on demande de tout faire.

Il ne s'agit pas là seulement d'une question syndicale, d'une affaire que règle un ministre, mais de la protection de notre santé à tous. C'est au nom de la collectivité qui voyage en auto, en chemin de fer, en avion, c'est au nom des touristes qui viennent nombreux dans la région, des étrangers qui fréquentent les stations thermales voisines, qu'un tel scandale doit cesser.

La Commission hospitalière croit-elle s'être mis à l'abri des responsabilités qu'elle encourt, en nous donnant le change avec des titres et des médailles dont nous savons tous apprécier la

valeur exacte ? Elle porte seule tout le poids d'une décision aussi grave dont les conséquences douloureuses peuvent être, du fait des hasards malheureux, impossibles à mesurer.

Va-t-il falloir ameuter contre Annecy toutes nos Associations de tourisme, nos organismes d'assurances, nos maîtres qui ne sauraient admettre qu'on n'utilise point les plus dignes, tous nos Corps constitués pour exiger qu'on remette à leur place des hommes compétents, pour donner à tous les voyageurs qui passent en Haute-Savoie et que la fatalité douloureuse peut amener à l'hôpital, l'assurance d'y être soignés avec compétence ?

Va-t-il falloir attendre pour agir qu'un hôte de marque soit encore la victime de notre incurie ? Désirons-nous que, prenant Annecy pour exemple, la propagande à rebours aille clamer à travers le monde qu'en France on est soigné dans les hôpitaux par les premiers venus et qu'on se moque pas mal de la santé des hôtes qui font toute la richesse d'une région ?

C'est en envisageant les faits sous cet angle, qu'il faut déclancher, sans attendre, une action vigoureuse contre une ville dont l'administration hospitalière comprend mal les intérêts de sa population et oublie que son premier devoir consiste à donner toutes les garanties désirables pour sauvegarder la santé des touristes qu'elle cherche à attirer chez elle, par tous les moyens possibles.

Que la loi soit ou non pour nous, il y a à côté de la légalité, de hautes obligations morales qui s'imposent ; faute de s'y astreindre on jette le discrédit sur toute une région où le plus dangereux de tous les accidents est d'être conduit à l'hôpital.

C'est avec infiniment de peine que nous avons été amenés à mettre en pleine lumière les faits qui se passent à Annecy, et la tournure grave prise par des conflits successifs, qu'on a eu tort de laisser s'aggraver.

Sans rechercher les fautes du début, il faut considérer la situation déplorable actuelle que l'entêtement, l'intransigeance et la stupidité menacent encore d'envenimer.

Du retentissement fatal de ces désordres, c'est toute une région qui va souffrir et quand cette région est une des plus merveilleuses de la France, une de celles dont le charme prenant attire chaque année tant de fervents, nous voudrions qu'avant d'en arriver aux solutions extrêmes, tout soit encore tenté par ceux dont le rôle administratif est d'apaiser les conflits au lieu de les envenimer, de faire régner la bonne entente, au lieu d'allumer la guerre, et d'écouter les justes doléances de chacun, avant de jeter la perturbation dans des services auxquels sont confiées tant de précieuses vies humaines.

Dr Raphaël MASSART

LA NOUVELLE LOI SUR LE SECRET PROFESSIONNEL EN ALLEMAGNE

Une nouvelle loi sur le secret professionnel vient d'être promulguée en Allemagne. Selon l'ancien Code allemand régissant le secret médical, les médecins et leurs assistants étaient passibles d'un emprisonnement n'excédant pas trois mois s'ils étaient convaincus d'avoir, sans autorisation, divulgué le secret confié à eux par les malades.

La récente loi allemande augmente les pénalités dont peuvent être frappées les violations du secret professionnel mais elle légitime, dans certains cas où l'intérêt général est en jeu, ces violations. Elle modifie, en somme, assez profondément la conception légale antérieure sur ce sujet.

Les dispositions de cette nouvelle loi stipulent que le médecin peut être puni d'un emprisonnement de un à deux ans, quand il révèle sans autorisation le secret d'une maladie ou d'un fait qu'il a connu au cours de sa pratique. Sont soumis aux mêmes pénalités les médecins, leurs assistants et les étudiants en médecine.

Par contre, la nouvelle loi spécifie que le médecin n'est passible d'aucune poursuite quand il révèle un secret par devoir légal ou moral dans le but de servir une cause nationale ou publique légitime. Ladite loi absout le médecin quand la divulgation du secret médical offre un intérêt supérieur, général ou national, par exemple au cas de crime, de maladie contagieuse pouvant se transmettre à des voisins non prévenus, etc... La jurisprudence allemande aura ainsi à fixer, dans la suite, les limites dans lesquelles le secret médical se trouvera en fait aboli.

P. LACROIX.

ASSURANCES SOCIALES

I

Pour le paiement de ses honoraires le médecin peut-il faire opposition auprès de la Caisse ?

Un de nos confrères ne fut pas payé des soins qu'il avait donnés à un assuré social. Comme il devait le faire, il n'apposa aucune signature dans la colonne de l'acquit des honoraires, sur la feuille de maladie ; mais il avertit la Caisse que n'ayant pas été honoré, il priait cette dernière de lui adresser directement ce qu'elle devrait rembourser à son ressortissant. Il ajoutait qu'il préférait se contenter de ces honoraires réduits, plutôt que de ne rien toucher du tout.

A tort, la Caisse remboursa son assuré, bien qu'elle ait eu la preuve, par la présentation de la feuille de maladie, qne le médecin n'avait pas été payé, puisqu'il n'avait pas signé dans la colonne de l'acquit.

Le médecin demande au Sou Médical si, avec l'appui de la Ligue, il ne pourrait pas assigner directement cette Caisse et lui faire un procès, du moment où, passant outre à son opposition, elle avait payé au malade ce que celui-ci aurait dû ne toucher que s'il avait réellement honoré le praticien. Ce dernier ne peut-il pas soutenir que la faute de la Caisse lui a porté un préjudice, dont il veut demander réparation ?

En équité et avec bon sens, notre confrère a raison de se plaindre, mais en droit il a tort.

En effet, les lois du 5 avril 1928, 30 avril 1930 et le décret-loi du 30 octobre 1935 décident que pour le payement de ses honoraires, le médecin n'a pas à connaître ni de près ni de loin les Caisses d'assurances sociales, mais seulement son malade.

Celui-ci a le libre choix de son patricien et doit l'honorer directement. Lorsqu'il apporte à sa Caisse la preuve que le praticien a été payé, il demande le remboursement de ce quc la Caisse doit lui verser d'après le tarif de responsabilité diminué du ticket modérateur.

Le Corps médical organisé a décidé de supprimer le tiers payant : il en résulte que du point de vue de la loi et des règles médicales, le praticien ne doit connaître que son client ; il ne peut se faire payer que par lui et ignorer totalement la Caisse d'assurances sociales.

Peut-on agir contre la Caisse ; demander aide au Syndicat ?

Si nous nous adressons au Syndicat, il va nous répondre par les règles corporatives citées plus haut, à savoir qu'en aucun cas le médecin ne doit correspondre directement avec la Caisse d'assurances sociales pour une question d'honoraires.

L'entente directe, partie de la Charte médicale, nous oblige à ne considérer que notre seul malade pour le payement de ce qui nous est dû.

Si, maintenant, agissant contre la Caisse, nous nous adressons aux Tribunaux de droit commun, les juges nous demanderont en vertu de quel texte nous pouvons assigner la Caisse.

En effet, celle-ci doit rembourser son assuré lorsque ce dernier apporte la preuve qu'il a payé le médecin.

Si la Caisse à tort, c'est-à-dire alors que le praticien n'est pas réglé, il ne peut lui être reproché d'avoir causé un dommage au praticien puisque, en aucun cas, la Caisse d'assurnaces sociales n'a à traiter avec le médecin.

Les preuves juridiques nous font donc défaut pour pouvoir assigner la Caisse devant les Tribuneaux de droit commun, d'autant que celle-ci peut encore arguer pour sa défense qu'elle a entendu faire à son malade l'avance de ce qu'elle devait lui rembourser pour que le client puisse aller de suite honorer s n médecin.

Si l'assuré social de mauvaise foi garde pour lui cet argent qui était destiné au praticien, ce n'est que ce dernier qui peut actionner le malade en payement de ses honoraires et non pas la Caisse qui a remis, soit par erreur, soit pour avance, ce à quoi elle était tenue par les textes législatifs et réglementaires.

Une seule action pourrait être possible ; mais elle ne ferait pas toucher ce qui est dû au médecin.

Ce serait de porter plainte devant le Syndicat contre la Caisse parce que celle-ci ayant été avertie que le malade était un mauvais payeur, a commis l'imprudence de rembourser son ressortissant alors que la signature du praticien n'avait pas été apposée dans la colonne de l'acquit.

Puisque les Caisses poursuivent les médecins devant le Conseil de famille, lorsque ces praticiens commettent l'erreur de signer l'acquit d'honoraires qu'ils n'ont pas touchés, nous pourrons porter plainte près du Syndicat contre les Caisses qui remboursent leurs malades malgré la virginité de toute signature dans la colonne d'acquit de la feuille de maladie.

Au Syndicat local de juger de l'opportunité d'une observation à faire à la Caisse uniquement sur ce dernier point, qui constitue une violation de la Convention intervenue entre la Caisse et le Syndicat.

II

Une Caisse peut-elle se refuser à rembourser un examen biologique de la grossesse au début ?

Un adhérent du Sou Médical nous soumet le litige suivant : se trouvant en présence d'une femme autour de la cinquantaine et pensant à une grossesse au début (deux à trois mois), il avertit la Caisse qu'il va faire procéder à un examen biologique, en faisant, par un laboratoire, injecter de l'urine de la cliente à une souris.

La Caisse refuse de rembourser cet examen à l'assurée, sous prétexte que le médecin contrôleur aurait déclaré que, par un simple examen clinique, il était facile de diagnostiquer la grossesse. De plus, cet examen de laboratoire n'était destiné qu'à confirmer un « état » de grossesse et non pas une maladie.

Voici ma réponse :

Pour faire des économies, une Caisse a toujours le droit de refuser de rembourser un acte médical qu'un praticien a fait faire à un assuré social, mais il appartient aux Tribunaux de décider si la Caisse a raison ou tort dans son refus.

Dans le cas qui m'est soumis, la recherche biologique doit conduire au diagnostic d'une grossesse au début : c'est est un adjuvant qui peut être indispensable ou facultatif. Il est indispensable lorsque le praticien se trouve embarrassé parce que si certains signes lui font croire à une grossesse possible, d'autres au contraire manquent ou, même, viennent contrecarrer son idée.

Que de praticiens se sont trouvés gênés dans le diagnostic d'une grossesse à son début, alors qu'ils craignaient d'être en présence d'une maladie utérine ou même d'une affection générale ! L'emploi de la souris vient éclairer le diagnostic dans un très grand nombre de cas.

Dans ces conditions, lorsque le praticien se trouve en présence d'une personne qui offre un certain nombre de signes pathologiques et qui consulte le praticien parce que sa santé est ébranlée ou chancelante, le médecin a le devoir de poser son diagnostic avec tous les moyens possibles, afin d'élucider l'état pathologique de sa cliente.

Il est évident que la conduite à tenir et les conseils à donner ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'une grossesse utérine ou extra-utérine, d'un fibrome utérin, d'une lésion d'une trompe ou d'un ovaire, ou seulement d'une anémie généralisée, chlorose, tuberculose au début, etc., etc...

La Caisse, et surtout son médecin contrôleur, sont donc mal venus de faire indirectement grief au médecin traitant de rechercher à connaître la vérité, alors que la dite Caisse refuse à son ressortissant le remboursement d'un examen biologique de laboratoire qui permet d'éclairer le diagnostic.

Je crois que le Syndicat pourrait peut-être entrer en discussion avec le médecin contrôleur de la Caisse pour que ce dernier puisse reconnaître son erreur. Ce n'est que dans le cas où le désaccord persisterait entre praticiens que l'assurée sociale pourrait porter devant le Juge de paix président la Commission d'arrondissement pour les Assurances sociales, sa demande en remboursement des frais d'examen de laboratoire pour diagnostic de la grossesse au début.

III

Refus de feuille de maladie

D. — Un patron a-t-il le droit de refuser de continuer à délivrer des feuilles pour la fillette d'un assuré social en traitement depuis la mi-juin et que je vois une fois la semaine pour une injection intraveineuse ?

R. — Le patron n'a qu'à délivrer une feuille de maladie, mais lorsque la Caisse d'assurances sociales veut être renseignée sur l'état d'un malade et sur la manière dont les soins lui seront dispensés, elle délègue son médecin contrôleur. Sur le rapport de ce dernier, la Caisse peut suspendre la délivrance des feuilles. S'il y a tromperie de la part de l'assuré, elle peut également saisir le président du Syndicat médical pour déclencher le contrôle technique, au cas où le médecin contrôleur aurait des doutes sur la nature de la maladie.

En outre, s'il y a désaccord entre le médecin contrôleur et le médecin traitant sur l'état de malade, la Caisse peut demander la réunion de la Commission technique prévue tant par l'article 7 de la loi du 30 avril 1930, que par l'article 8, paragraphe 3, du décret-loi du 30 octobre 1935.

Cette Commission technique est composée d'un médecin désigné par l'assuré (qui peut être le médecin traitant), d'un médecin désigné par la Caisse (qui peut être le médecin contrôleur) et enfin d'un troisième praticien désigné par le Président du Tribunal civil. Ces trois confrères examineront ensemble le malade et décideront, à la majorité, du diagnostic et du traitement.

Dr Paul BOUDIN.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Comment la collaboration entre Assurance et médecin traitant n'est pas toujours facile

Par le Docteur Fernand Decourt

Assez souvent, lors d'une réunion de la Commission d'arbitrage (Province) dont j'ai l'honneur d'être le président-médecin, j'entends un représentant de Compagnie d'assurances se plaindre des difficultés que les Compagnies rencontrent, quand elles s'efforcent de COLLABORER avec le médecin traitant «afin que les blessés reçoivent les meilleurs soins possibles ». Elle seraient toujours prêtes à faciliter tous les examens techniques que demande ce médecin et à se mettre, dans ce but, à sa disposition, s'il le désire... Malheureusement, il arrive trop fréquemment qu'elles se heurtent à de l'incompréhension ou à une véritable hostilité, etc...

Tout en faisant la part des choses, dans la réalité, et, entre autres, du manque de TACT de trop d'agents locaux, indisposant le médecin contre la Compagnie, je n'en ai toujours pas moins « prêché » la plus cordiale collaboration, celle-ci ne devant avoir qu'un but, procurer au blessé, de façon ou d'autre, « les meilleurs soins possibles »... Et non seulement j'ai prôné cette « doctrine », si je puis dire, mais personnellement je l'ai toujours mise en pratique à l'occasion.

Je dois reconnaître toutefois que cette « collaboration » n'est pas toujours facile et qu'il arrive — trop souvent aussi — que le médecin traitant se heurte, de la part de la Compagnie d'assurances à une incompréhension, à une négligence, à une méconnaissance des besoins du blessé, entraînant des RETARDS déconcertants, tels même que le médecin traitant finit par se dire qu'en fait de collaboration avec l'Assurance, « on ne l'y reprendra plus ».

Dans ma correspondance du *Concours* au sujet des accidents du travail (j'en serai d'ici quelques jours à ma *cinq millième réponse*...) j'avais déjà entendu, de certains confrères, des doléances vraiment impressionnantes, précisément sur ce sujet. Aujourd'hui, je désire citer un cas qui m'est personnel et dont, par suite, je puis certifier l'absolue authenticité, jusque dans les moindres détails.

***

Donc, le 3 janvier 1936, l'ouvrier Raymond L..., employé chez M. Y..., assuré à la X..., tombe d'une hauteur de six à sept mètres. Je constate diverses régions douloureuses et l'adresse aussitôt à l'hôpital voisin avec demande de radiographie du thorax et du bassin. On me le renvoie avec « le commentaire » suivant : « *fracture à la partie postérieure de deux côtes. Rien au bassin* ». Je possède d'ailleurs les deux grandes radios effectuées.

Au bout d'un mois, les fractures costales sont liquidées, mais, à la région sacrococcygienne douleur toujours assez marquée. Le blessé marche, se promène, mais a encore une certaine gêne pour se baisser, un peu comme dans un lumbago. Rien à signaler en ce qui concerne les membres inférieurs. Je fais un traitement révulsif puis, vers le début de mars, j'écris à l'Assurance pour lui demander *de montrer ce blessé à un chirurgien et, au besoin à un électroradiologue...*

Quinze jours se passent, je récris. On finit par me répondre qu'on a demandé au Docteur Z. de vouloir bien visiter le malade avec moi. (Z. est un voisin et ami qui était aide-major pendant la guerre alors que j'étais médecin-chef et qui a connu par moi son poste actuel. Donc pas « d'invidia » quelconque à soupçonner entre nous deux. Je le dis pour la suite de l'histoire.)

Nous voyons le malade dans mon cabinet et les deux omnipraticiens que nous sommes concluent... à la nécessité d'un examen par un chirurgien et éventuellement un électroradiologue — exactement ce que j'avais dit trois semaines plus tôt.

Le temps passe... J'écris à la Compagnie qui me réponds « avoir chargé le Docteur Z... de faire le nécessaire ».

Le temps passe... le malade que je rencontre dans la rue me dit devoir aller consulter le surlendemain à la Salpêtrière.

Le temps passe... vers le 10 avril, il arrive à ma consultation et me raconte ce qui suit : voilà quatre fois qu'il est allé à la Salpêtrière (30 kilomètres de son domicile). La première fois, malgré rendez-vous donné, comme on était occupé, on lui a dit de revenir. La deuxième fois, il fut examiné puis on lui a dit de revenir pour une radio. La troisième fois, radiographie et on lui a dit de revenir huit jours plus tard. La quatrième fois, on lui déclara « avoir constaté une fracture du sacrum ». Il demanda la radio pour son médecin traitant. On la lui refusa

en disant qu'on ne connaissait que le médecin de l'Assurance le Docteur Z. (mon voisin)... et que c'est à lui-même que l'on remettrait la radio.

Le temps passe et repasse... Mon malade continue à se promener en attendant. Ne prévoyant guère que, malgré cette « fracture du sacrum » non décelée à une première radio et découverte trois mois après, il y ait jamais eu un traitement impérieux à effectuer, et le malade allant, en réalité de mieux en mieux, je... « laisse filer » et attend philosophiquement des nouvelles de mon confrère voisin afin de pouvoir, par son intermédiaire *autorisé*, être renseigné sur le résultats officiels de la deuxième radio.

Il n'en est pas moins vrai que ma demande de « collaboration » à l'Assurance a eu lieu *au début de mars* et que vers la *fin d'avril* je n'avais pas encore pu obtenir de la Compagnie *aucun acte de « collaboration » effective*, malgré trois ou quatre lettres écrites au Directeur avec mention « personnelle ». L'expérience était déjà concluante...

***

Mais il y a mieux. C'est une lettre d'un humour délicieux du Directeur de la Compagnie, en réponse à une lettre où je demandais des nouvelles de la radio que je savais avoir été effectuée.

Cette lettre, je ne résiste pas au plaisir de la publier. On y verra le DÉSIR DE COLLABORATION montré par certaines Compagnies d'assurances envers certains médecins qui ont eu le malheur de penser facile, possible en tout cas, d'*établir cette collaboration* dans l'intérêt même du malade, dans les cas assez difficiles à fouiller, comme celui dont je parle. Voici donc la lettre, dont je supprime seulement les noms :

LA X...
Compagnie anonyme d'assurance contre les accidents.

Paris le 14 *avril* 1936

Monsieur le Docteur Decourt,
à Mitry-Mory (Seine-et-Marne).

Monsieur,

Nous avons bien reçu votre lettre relative à l'accident survenu le 3 *janvier à M. Raymond L..., lettre qui a retenu notre attention.*

Vous nous avez demandé, en effet, de faire contre-visiter ce blessé que vous avez pris en charge. C'est dans ces conditions qu'après accord avec votre confrère, M. le Docteur Z..., il a été décidé qu'un examen radiographique serait effectué.

Le blessé a donc été dirigé sur la Salpêtrière qui l'a examiné (sic) *une première fois et devait l'examiner de nouveau le samedi* 4 *avril.*

Le résultat de ces examens devait nous être communiqué le 12 *avril date correspondante avec les jours fériés de Pâques. C'est pourquoi dès aujourd'hui* 14 *avril, nous avons envoyé un de nos inspecteurs pour,* contre payement, *retirer la radiographie.*

Celle-ci nous a été refusée. C'est donc à votre client qu'il appartient de se mettre en possession de cette radio pour ensuite nous la communiquer.

S'il résulte de cette radio qu'une intervention chirurgicale doit être effectuée, c'est L... qui devrait choisir un chirurgien puisqu'il a déjà fait usage du libre-choix en vous désignant comme médecin traitant.

Nous vous serions d'ailleurs très obligés si, une fois en possession de la radio, vous vouliez bien la communiquer à M. le Docteur Z. notre médecin contre-visiteur.

Veuillez agréer.....

Le Directeur,
(Signature illisible).

Après les *faits* relatés ci-dessus (refus de communication de la radio réservée au médecin de la Compagnie) on pourra constater qu'on ne saurait mieux se moquer du monde que l'ineffable directeur de la X. — surtout quand il fait allusion au libre-choix » alors que j'avais demandé que la Compagnie désigne elle-même le chirurgien ou l'électro-radiologue au sujet des investigations techniques à effectuer, en vue d'une conclusion à tirer de cette affaire. « Que le blessé se débrouille et vous aussi ! » tel était, en réalité, le fond de la lettre...

On ne pouvait refuser plus brutalement toute collaboration avec un médecin traitant qui l'avait aimablement demandée.

Heureusement que le « médecin contre-visiteur » invoqué dans la lettre (le *seul* qualifié pour recevoir la radio et les explications techniques sur l'examen électrique) était mon ami Z. Quelques jours plus tard, il venait me voir et c'est ainsi que j'ai pu — enfin — APPRENDRE PAR LUI que : 1° Il y avait eu fracture du sacrum (près du coccyx) contrairement à la première radiographie. 2° Aucune intervention chirurgicale n'aurait pu ni ne pouvait être envisagée. 3° Les examens électriques démontraient l'intégrité fonctionnelle des nerfs pouvant être intéressés. La « consolidation » de l'accident pouvait être, dès maintenant, décidée, avec une certaine incapacité permanente partielle.

J'aurais bien voulu pourtant voir cette deuxième radio contradictoire avec la première, au sujet de cette fracture sacro-coccygienne non décelée au début, ni par la radio ni par aucun signe clinique du côté du bassin ou des membres

inférieurs. Malheureusement, le Docteur Z., persuadé que j'avais reçu la radio par les soins de la Compagnie, n'avait pas apporté la sienne. Toutefois, quelques jours plus tard, il revenait aimablement me la montrer, en sorte que je pus l'examiner quelques instants, grâce à son amicale complaisance — mais cela en dehors de la Compagnie qui persiste à « IGNORER » *systématiquement* le médecin traitant.

Il en résultait que, malgré mes lettres, après bientôt deux mois que j'avais demandé un examen radiologique et électrique, *je n'avais rien pu obtenir de l'Assurance* et n'avais plus qu'à CROIRE SUR PAROLE son «médecin contre-visiteur ». Sans doute, dans ce cas puisqu'il s'agissait du Docteur Z. il m'était aisé de lui faire confiance, mais il n'en est pas moins vrai que ma tentative de loyale collaboration avec l'Assusance avait piteusement échoué...

***

Que les représentants des Compagnies d'assurance ne viennent donc plus désormais se plaindre, dans nos commissions d'arbitrage, de « l'incompréhension ou de l'hostilité des médecins traitants »... Certes, je l'avoue — puisque le cas s'y prêtait et que les investigations demandées avaient surtout pour but, en mon esprit, l'éventualité d'une consolidation avec incapacité permanente partielle — ce n'est pas sans une certaine malice que, voyant la nonchalance de l'Assurance, j'avais tenu, patiemment à pousser jusqu'au bout mon « expérience ».

Je ne dirai pas qu'elle « a réussi » car c'est avec peine que je constate de tels errements alors que, depuis plus de vingt ans, je n'ai cessé de « prêcher » (je le répète) une loyale et confiante collaboration entre assurance et médecin traitant. Je suis obligé néanmoins, on l'avouera, de constater, d'après cette « expérience » que « certaines incompréhensions ou même certaines hostilités » proviennent également quelquefois de Compagnies d'assurances, C. Q. F. D.

Et cette « démonstration », j'ai tenu à la publier dans le *Concours*, afin que l'on puisse, à l'occasion, s'y référer.

Dr Fernand DECOURT.

LA SURDITÉ ET LE CHARLATANISME

Les sourds, ou plutôt les durs d'oreille, dont le nombre est légion, ont, depuis toujours, excité les appétits déchaînés de charlatans de toutes sortes. Qu'ils soient diplômés d'une Faculté de médecine, ou simples mortels, les spécialistes, dans le domaine si immense de la poiriculture, s'adressent volontiers aux malheureux, accablés d'une diminution de leur fonction auditive, et qui ne désespèrent point de trouver un moyen susceptible, sinon de les débarrasser de leur mal, tout au moins de l'atténuer dans une proportion quelconque.

La quatrième page des journaux était jadis réservée aux habiles exploiteurs de la crédulité publique. Les temps ont changé, et maintenant, il est possible de trouver, pour des raisons faciles à comprendre, des articles éloquents, même en première page. La prose tentante s'étale d'une façon si habile que l'on s'imagine avoir affaire à un texte rédactionnel. D'après le principe : on n'est jamais aussi bien servi que par soi-même, l'information sensationnelle a été fournie par le « grand savant » en personne, ou par un de ses domestiques, mais le bon public ne connaît pas ces finesses d'une cuisine publicitaire et avale, comme on le dit vulgairement, le morceau.

Dans la *Revue de l'Ouïe*, organe trimestriel de la Ligue contre la surdité et de la Fédération nationale des mutilés et déficients de l'oreille, dirigée, avec tant d'autorité, par l'infatigable apôtre Robert Morche, nous trouvons des pages hautement amusantes (Mai 1936) sur un de ces « Maîtres » du jour, qui, entre autres, soigne aussi la surdité. Il est à noter que les célèbres praticiens ne se limitent pas dans leur champ d'activité. Aucun malade ne doit leur résister, et aucune maladie non plus.

Citons d'après M. Morche un exemple. Prenons le cas d'une brave Mme Blanchet, rencontrée dans une foule de naïfs à la recherche d'une guérison impossible. La bonne femme est éblouie. Un laquais stylé la mène au salon. Des bronzes, des marbres, des gobelins ; c'est princier. Longue attente, il y a tant de monde ! Enfin, une jeune infirmière vient chercher la malade subjuguée.

Introduite dans une salle plutôt sévère, mais ornée de tableaux synoptiques, statistiques, attestations et portraits, tous à la gloire de la nouvelle thérapeutique et de son prophète, Mme Blanchet est interrogée par la gentille infirmière :

Votre nom, votre âge, votre adresse ?
Profession de votre mari ?
Vos antécédents, vos maladies ?
Etes-vous bien réglée ?
Etes-vous constipée ?
Pourquoi venez-vous ?

Voyagez-vous souvent ?
Faites-vous de l'auto ?

Que ces questions trahissent la perspicacité du patron ! A quoi bon demander le montant du compte en banque ? Il suffit, pour apprécier à sa juste valeur le cas pathologique, de poser quelques questions d'apparence anodines. Mme Blanchet ne se doute de rien. Bien au contraire, mise en confiance par ce scrupuleux interrogatoire, elle se réjouit d'être venue. Elle l'est davantage encore lorsqu'une seconde infirmière aussi gracieuse que la première, lui prend, dans une autre salle plus intime, sa tension artérielle, son pouls, examine ses réflexes, ses dents, lui fait une prise de sang, recueille son urine, etc... Puis un autre laquais, impeccable dans sa livrée, raide, hautain, conduit enfin la jeune femme émue dans le cabinet du maître, dans le sanctuaire du Sauveur.

Un moelleux tapis d'Orient recouvre le parquet, des bas-reliefs égyptiens égayent la pièce de leur sobre coloris. Un divan est là, plus loin le bureau, ici, sur une table minuscule, quelques instruments posés sur des plateaux de verre ou dans des tubes : spéculums auriculaires, nasaux, vaginaux, abaisse-langue, miroir frontal, des doigtiers, des sondes en gomme, en nickel, en argent, des stylets, etc.

Nous sommes toujours à la phase préparatoire. Le point culminant, c'est l'arrivée du maître lui-même. Attention ! Il est impressionnant, très élégant, à la fois aimable, distant, impénétrable. Il s'incline imperceptiblement. Dans ses mains, les fiches remises par une secrétaire le renseignent sur sa nouvelle cliente.

— Déshabillez-vous, Madame.

— Mais c'est pour l'oreille. Docteur ?

— Déshabillez-vous ! ! !

Lentement, rougissante, Mme Blanchet obéit. La voici en combinaison.

— Couchez-vous.

Le maître regarde, palpe, percute, ausculte.

Il dicte quelques mots à sa secrétaire.

Puis tout d'un coup :

— Rhabillez-vous, Madame, et asseyez-vous ici.

Examen rapide de la gorge, des fosses nasales de l'oreille.

— Docteur, je n'entends plus très bien, et j'ai si peur de voir mon état s'aggraver.

— Je vous guérirai en vingt séances au plus. Ne bougez pas.

— Vous me ferez mal, Docteur ?

— Vous ne sentirez rien. Je commence. Ne bougez pas.

Un spéculum dilate l'une des narines, une sonde pénètre à l'intérieur, assez en avant ; elle chatouille peu désagréablement, en somme. Des touches rapides, aucune douleur, aucune hémorragie, quelques secondes et c'est fini.

Nous voilà arrivés au moment pathétique d'ordre financier. En effet, Mme Blanchet se retire ; la secrétaire l'accompagne, toutes deux traversent un bureau.

— Voici votre reçu, Madame, deux mille francs la première séance, en raison des examens préliminaires, mille francs les autres. Mme Blanchet pâlit ; elle savait pourtant. Deux beaux billets bleus sortent de son sac... Cinq séances, dix séances, quinze séances, vingt séances ont passé. Vingt mille francs sont disparus du sac en cuir mauve. Le maître annonce, souriant — son premier sourire — depuis cinq semaines :

— Vous êtes guérie, Madame.

— Mais, Docteur, je n'entends pas mieux...

— Vous êtes guérie, Madame. Les troubles de votre grand sympathique sont dissipés, et l'audition redeviendra normale peu à peu.

— Et si elle ne revient pas Docteur ?

— Vous pourrez toujours venir me voir, Madame.

— Mais, Docteur...

— Excusez-moi, Madame, j'ai d'autres rendez-vous, je ne puis faire attendre.

Mme Blanchet descend tristement l'escalier de marbre ; pour un peu, elle pleurerait ! Elle pleurerait son argent d'abord, ses illusions perdues ensuite...

Laissons pleurer Mme Blanchet, car les larmes soulagent, et méditons sur cette histoire. Surtout, vous, confrères, qui peinez à la sueur de votre front pour joindre les deux bouts, réfléchissez sur la méthode de ce « médecin », devenu multimillionnaire. Il vous faudra une bonne dose de philosophie pour comprendre notre époque, si favorable au charlatanisme.

Peut-être finira-t-on par mettre bon ordre dans le monde de thérapeutique commercialisée ? Les prisons sont-elles tellement surpeuplées que l'on ne trouve plus une petite place pour ces écumeurs ?

Toutes ces questions, et tant d'autres, se présentent à l'esprit à l'occasion d'une histoire, qui serait amusante, si elle n'était pas, en même temps, hautement tragique. *Caveant consules* !

G. ICHOK.

LES SALONS

La Nationale — La Gravure — La Sculpture

L'exposition de la Nationale est toujours intéressante. C'est un salon d'évolution fait par des artistes de qualité. C'est un chaînon entre les Artistes français à tendance classique et les salons plutôt d'avant-garde, comme les salons d'Automne, des Tuileries, des Indépendants.

Les salles (A et B) sont plutôt destinées à la décoration. On y voit des meubles, des paravents, des panneaux de Gauthier ou de Chaplin avec des fleurs décoratives de Madrassi.

Dans la salle (C) Jeanne Jozon nous présente quelques charmants *dessins sur la Bretagne* (1019 à 1023).

Dauchez (salle D) nous séduit avec ses toiles largement et savamment brossées, surtout le *Ravin de Bangor* (495) et *Par temps d'orage* (494). Il est par excellence, le maître paysagiste. L'ensemble réaliste de Chahine ne manque pas de qualités dans *La petite canette* (334), *Le café* (335), *Lily Arena* (336). Beaux portraits de Gumery (884-886). Albert Guillaume, nous amuse toujours avec ses dessins aquarellés, aux spirituelles légendes (861 à 865).

Domergue est le clou de la salle (G). Il a peint dans le costume rituel de sa séduisante nudité, Joséphine Backer, avec sa technique coutumière, corps effilé, aux extrémités grêles et délicates, qui font de l'ensemble une image attrayante. Même remarque, pour le *Parasol Vert* (596). *Dans la nuit à Longchamp*, il a des trouvailles d'éclairage (598), *Soko* est un excellent morceau (597).

Quel contraste avec les compositions décoratives de Jaulmes, d'une beauté classique et d'une note agréable : les *Plaisirs d'été* (986) et *Prinles Vieux Ponts de Sospel temps provençal* (987), (1793) et *de Cotrevaux* (1794) de L.-J. Thoré, sont d'une belle luminosité. Intéressantes recherches de lumière, de Madrassi, dans un nu abrité du soleil par un rideau de couleur transparente.

A signaler salle (H), les *Roses au Vase Rouge*, de René de Braux (513), le bon *portrait d'un confrère* d'Hugues de Beaumont (961) et *Les Noyers*, d'une heureuse facture de H. Gaulet (782).

Guirand de Scèvola forme l'attrait de la salle (K) avec ses délicieux pastels (874-875-876) et surtout avec cette exquise peinture de l'atelier de l'artiste où pose un joli modèle féminin : *Chez l'artiste* (872), le *Soir d'août*, présentant un quartier pauvre réunissant les habitants sur les trottoirs et la chaussée en réparation, à la recherche de la fraîcheur (1573) est une œuvre d'un réalisme vécu.

La rétrospective de J. Béraud, nous fait revivre une page du passé. Salle (L), nous revoyons avec satisfaction ces scènes, de jadis, notamment la *Rédaction du Journal des Débats en* 1889 (108), *La salle Graffard* (125), *Les fous à Charenton* (126) *Le boulevard devant les Variétés* (113).

Goulinat (salle M) expose un portrait de qualité celui du *Capitaine de vaisseau Ch. Platon* (838). J'en dirai autant du portrait du *Docteur B.* de Delasalle (salle N). La salle (O) contient les œuvres d'Yves Brayer, le *Palais Rouge* (238), la *Place à Venise* (239) et surtout les *Cigarières*, peintures vigoureuses, de facture âpre et un peu dure. Dans la même salle, et un peu dans les mêmes notes, les toiles de Lucien Simon, le portrait d'Yves Brayer, son élève, et un *Nu* très vivant. Suzanne Faivre a fait une œuvre intéressante et pleine de mouvement, *Intérieur* (682).

Arrêtons-nous salle (P) devant les portraits, traités dans une formule moderne de Théophilactos (1783-1784) et le portrait officiel du *Roi de Suède*, de Kronstad (1044). *La Guinguette* bien ensoleillée de Chochon (376) est une page amusante.

Très fidèle dessin de la *vedette Annabella* (salle R), d'Henri de Nolhac. Lucien Péri, présente des paysages traités par la masse sans détails, d'un curieux et impressionnant effet. J'aime moins ses Ciels (1489 à 1493). Les *Nus* de Duval, peintures et dessins (644-645-646) dégagent beaucoup de charme. Souillet, (salle S) la *Toilette du tapis* (1733), *Portrait du père Carion* et *Paysages parisiens* ; *Devant chez Baumann* (1736) *et Place Saint-Médard et rue Moufetard*, montre une fois de plus ses brillantes qualités. Comme il a su modifier sa technique au cours des années ! Un portrait de Van Dongen, dont je ne dirai rien (1830).

Dans la salle (T), nous avons remarqué le portrait d'*Isidore de Lara* (451) et le tableau de Cadel, *Espagne* (272) et le portrait de *Taddée Zielinski de Varsovie*, par Tadé Stika, qui ne manque pasde mérite.

Une série de *Vues de Gand*, de Willaert, doit retenir notre bienveillante attention, surtout *La Hièvre à Gand, l'hiver*, peinture sombre et triste. *Vieilles maisons parisiennes* bien au point de Simas, la *Rue de l'Hôtel-de-Ville* (1702) et la *Rue Chanoinesse* (1703-1704). Paysages maritimes *Port à Trouville* (1810), *Quai à Honfleur* (1812) de Truffaut, qui manie habilement l'aquarelle (salle V).

Nous voyons toujours avec une nouvelle satis-

faction, les peintures maritimes de René Hanin *Rouen* (913), *Fécamp* (914-915), *Saint-Servan* (916).

Le portrait de *Georges Lecomte* (362) de l'Académie française, traité dans des tonalités sombres, est d'un heureux effet, de Charlot (salle X). Terminons par un tour dans les galeries. Yolande Osbert nous présente la *Vieille Abbaye*, pleine de charme avec ses bâtiments ensoleillés dans un clair obscur et ses jolis parterres d'hortensias au premier plan (1454). Dessins très poussés de Nikolsky, une *Danse* et un *Nu* bien mis en valeur et pour finir les habiles aquarelles d'André Engel, *Rivière d'Auray à marée basse* (672) *Soir d'été aux environs de Lausanne* (673).

Les diverses manifestations de la gravure sont groupées, (salle F). à l'exposition de la Nationale.

C'est là que nous pouvons étudier les différents aspects de Strasbourg de M. Achener, les délicats *Ex libris* et *Frontispices* de Carlège, les lettres sur *Rome* illustrées par Decaris au burin si, puissant, les pointes sèches de Webster, la *Bastide du Lude*, la *Nef de la Salute*, de *Venise* et les remarquables eaux fortes de Jonas.

La section de gravure des Artistes français offre aussi un grand nombre d'œuvres, qui font le plus grand honneur aux artistes. Parmi celles-ci, nous avons apprécié les burins de Corabœuf. le *Czar Nicolas et les hussards de la Garde impériale* (3987), de Cottet et du même, cette impressionnante étude de Cordoue (3989), les illustrations de Desbois (*Aspects du Vieux Paris*), les *eaux fortes originales sur Paris*, de D'Allemagne (3993-3974), une restitution du *Cimetière des Innocents en* 1560, eau forte en noir de Gauguet (4141), la gravure sur bois d'*Amiens, marché sur l'eau* (4098), de Philippe de Meaux et la belle lithographie de G. Prost, l'*Etang embrumé* (4124).

La Soulpture

Il est difficile de détailler les nombreuses sculptures qui s'offrent à nos regards dont beaucoup sont d'excellente qualité. Il faudrait notamment énumérer les nombreux bustes qui figurent et qui, dans l'ensemble, sont des morceaux captivants. A la Nationale, dans la rotonde centrale, ensemble très satisfaisant et varié de L. de Monard; Paul Vannier expose un *monument à Steilein* d'une simplicité qui n'exclut pas un réel talent (1834). La *femme couchée et le torse féminin*, de Constant Brulé, sont d'un charme agréable (411-412).

A signaler aussi *l'homme* de Benon (105) d'une belle anatomie et le *buste de jeune homme* de Fix Masseau (713).

Aux artistes français, nous avons remarqué le buste de Sudre (3715), le *buste du Père Brottier* (3556), des orphelins d'Auteuil, et la *statue du général Galiéni* (3555), du grand maître Auguste Maillard, de Gasq, un délicieux buste d'enfant. *La jeune fille aux colombes* (3652), de H.-G. Privat aux formes si bien harmonieuses, est une œuvre de beauté.

Moncassin nous donne toujours des œuvres adéquates à son grand talent, tel cet exquis *buste d'enfant* (3591) et ce puissant haut *relief du Professeur Pinard* (3590) destiné à la Faculté de médecine. Mlle Mocquot une des vedettes du salon des médecins, a sculpté *un saint Joseph* (3588) dans une note très personnelle. Anna Quinquaud, excelle dans ses bustes, tel celui *du Docteur M. D.* (3658). Nous revoyons avec plaisir *le Vendéen* symbolique de Maxime Réal del Sarte. *La famille*, groupe formant le dessus d'une cheminée de Farama (3396), est une heureuse composition. J'aime assez *le berceau* d'un enfant, groupe plâtre patiné, de Nahama, formé par les jambes repliées de sa mère (3608).

Charmante *petite fontaine* couronnée de bébés d'Alliot (3238). Signalons pour terminer la grande composition aux données modernes de Noël Feuerstein, la *grande aventure* (3404) et cette présentation bizarre *de saint Pierre*, nudisme intégral, soulevant avec effort une massive clef de l'Eglise.

Dr M. VIMONT.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

I

Le banquet du Syndicat des Médecins de la Seine

Le banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine a eu lieu le samedi 16 mai à l'Hôtel Continental sous la présidence du Docteur Hartenberg, ancien président du Syndicat. Nombreux étaient les convives et parmi eux, de nombreuses et charmantes dames égayaient la fête.

Le Docteur Sadoux, organisateur du banquet fut longuement applaudi, quand il eut lu les excuses des absents. Le Président du Syndicat, le Docteur Tissier-Guy, remercia les invités présents et eut un mot aimable pour chacun, il félicita tout particulièrement le Docteur Hartenberg.

Puis, prirent successivement la parole, le Docteur Bourguignon, président du Syndicat du Corps médical hospitalier, le Docteur Herpin, président de la Fédération des Syndicats de la Seine, le Docteur Hilaire, secrétaire général suppléant de la Confédération des Syndicats médicaux français, le Docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine, etc., etc... Le Docteur Hartenberg clôtura la série des discours. Il fit une discrète allusion au conflit qui sépara pendant quelques temps le S ndicat et la Confédération, conflit qu'il parvint à dissiper. Il montra combien la situation des médecins parisiens est, à l'heure actuelle critique, ce que ne paraissent pas croire nos confrères de province.

Des bans chaleureux suivirent chaque discours et la fête se termina très en avant dans la nuit par un bal brillant et animé.

II

A l'Association générale des Médecins de France

Le dimanche 17 mai, a eu lieu l'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France. Le principe de la création d'une nouvelle Caisse de retraite où la capitalisation s'harmonise avec la répartition, fut adopté à la presque unanimité. Le Président Chapon, rendit hommage aux efforts désintéressés, à la courtoisie et à la ténacité du Docteur Boulard, l'instigateur de cette innovation.

Le soir, un brillant banquet eut lieu à l'Hôtel Continental sous la présidence du vénéré Docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président de l'Association.

Le Président de l'Association, Docteur Chapon, souhaite la bienvenue aux invités. Puis, prirent successivement la parole, le Docteur Dibos, au nom de la Confédération des Syndicats médicaux français, le Docteur Tissier-Guy, président du Syndicat des médecins de la Seine, le Docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine, le Sénateur Gadaud au nom des médecins parlementaires présents qui ont défendu si activement nos intérêts professionnels.

Le Docteur Siredey, dans une improvisation charmante, rappela avec une éloquente simplicité ses origines bourguignonnes ; il fit remarquer que la présidence de la fête avait été offerte à son compatriote et ami le Docteur Gaget, de la Côte-d'Or, nonagénaire extraordinairement valide, qui, retiré à Nice, n'a pu entreprendre un aussi long voyage. Il a rappelé que le legs le plus important dont avait bénéficié l'Association était dû à la générosité du Docteur Dard et de Mme Dard, de Dijon, qui ont laissé plus de 80.000 francs de rentes à l'Association. Il remercie et félicite chaudement M. le Docteur Zipfel qui vient de liquider la succession Dard et a, au cours de cette liquidation très difficile et très longue, défendu avec une habileté, un dévouement, un désintéressement et une énergie peu communs les intérêts de l'Association générale.

Le discours de M. le Docteur Siredey a été chaleureusement applaudi et finalement acclamé.

J. N.

III

La remise d'une médaille au Docteur F. Jayle

Le 20 mai 1936, au Centre Marcellin-Berthelot, sous la présidence du Professeur Hartmann, président de l'Académie de médecine, a eu lieu la remise de la médaille offerte par souscription de ses amis et de ses élèves au Docteur Félix Jayle. Un public très choisi, parmi lequel étaient de nombreuses dames en toilette de soirée, remplissait l'amphithéâtre.

Un grand modèle de la médaille, œuvre du graveur Deherain, exposé sur l'estrade, représentait à l'avers le Docteur Jayle et au revers un superbe tronc de femme, symbolisant la gynécologie.

Le Docteur Dartigues, président du V[e] Congrès français de gynécologie et ami du Docteur Jayle, résuma sa carrière scientifique, exalta ses qualités d'intelligence, de travail, d'énergie et associa Madame Jayle au triomphe de son mari.

Le Docteur A. Binet, professeur agrégé de Nancy, prit ensuite la parole au nom de la Société française

de gynécologie, le Docteur Desfosses parla au nom de *la Presse médicale*.

Le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, énuméra les services que le Docteur Jayle avait rendus au syndicalisme médical et la réalisation qu'il obtint en dotant la Confédération de l'Hôtel Chambon.

Le Docteur Tissier-Guy, président du Syndicat des médecins de la Seine, rappela que F. Jayle avait été secrétaire général du Syndicat avant d'en être président et qu'il préside actuellement le Conseil de famille qu'il a doté d'un réglement modèle. Il félicita Madame Jayle de son activité à la Société des Femmes et Enfants de Médecins qui rend efficacement tant de services aux familles médicales dans la détresse et de l'organisation du Bal de la médecine française dont les bénéfices permet à la Société de secourir les veuves et les orphelins du Corps médical.

Puis plusieurs représentants des Sociétés de gynécologie (belge, italienne, suisse, roumaine, espagnole, anglaise) venus au V[e] Congrès, prirent tour à tour la parole au nom des Associations qui les avaient délégués ; des messages de félicitations cablés d'Amérique furent lus et le Président Hartmann clôtura la série des éloges.

Le Docteur Jayle prit ensuite la parole. Dans un discours d'une spirituelle originalité ; il exposa sa vie laborieuse en prenant pour guide un horoscope qu'avait tiré de lui, sans le connaître, un ancien élève de Polytechnique qui s'adonne à l'astrologie. Cet horoscope signale plusieurs évènements de sa vie avec une fidélité surprenante et, en le suivant, le Docteur Jayle nous apprend qu'il est Auvergnat de la Patrie de Vercingétorix et que Mme Jayle est Lorraine de la Patrie de Jeanne d'Arc. Il rend hommage à ses maîtres et tout particulièrement à Pozzi, qui fut son maître préféré et dont il vénère pieusement la mémoire. Il termine par un hymne enthousiaste en l'honneur du pays de ses ancêtres, de son cher Plateau Central.

Après une interruption qui permit à leurs nombreux amis de féliciter chaudement M. et Mme Jayle, un concert termina la soirée.

Les Noces norvégiennes, divertissement (musique de Grieg et de H. M. Hansen) furent brillamment jouées sous la direction de Mme Chasles, professeur au Conservatoire.

M. Franz, de l'Opéra, interpréta plusieurs extraits de R. Wagner.

Mme Mary Marquet, sociétaire de la Comédie française, dit de vieilles chansons de France, accompagnée sur la harpe par Mlle Lily Laskine des Concerts du Conservatoire.

Enfin le quadrille de Véronique, de A. Messager, réglé par Mme Chasles, clôtura la fête bien avant dans la nuit. J. N.

IV

Un déjeuner de la Bidoche à la Maison du Médecin à Valenton

Pour fêter le 25[e] anniversaire de l'ouverture de la Maison du médecin, la Société La Bidoche accepta l'invitation de venir déjeuner au Château des Charmilles à Valenton.

Soixante-dix convives et parmi eux de très nombreuses dames et jeunes filles s'étaient rendues à l'invitation.

Grâce au dévouement et à l'ingéniosité de Madame Gourdon, la directrice de la Maison, grâce à la collaboration du Docteur R. Massart, secrétaire général, de Madame Massart, de Madame Dupont, secrétaire de l'administration et de tous les pensionnaires qui prirent à cœur de bien faire les choses, le déjeuner eut lieu avec une organisation parfaite et le Château des Charmilles laissa aux visiteurs la meilleure impresion.

Parmi les convives étrangers au monde médical étaient M. Robert Lévy, président de la Bidoche, M. Vergelot, pharmacien, secrétaire de cette Société.

Au dessert, M. le Professeur Cunéo, président de la Maison du médecin et M. le Professeur Laignel-Lavastine, vice-président, remercièrent les invités et surtout les généreux membres de la Bidoche. Ils félicitèrent Madame Gourdon et le personnel du tour de force accompli, de ce déjeuner important servi avec les seules ressources de la Maison.

Le Docteur Fleury qui, depuis de longues années, est retiré aux Charmilles, remercia à son tour dans l'impromptu en vers suivant de sa composition qui fut fort applaudi.

Nous étions très flattés déjà l'année dernière
Quand de nous inviter vous nous fîtes l'honneur,
Messieurs de la Bidoche, et que votre grand cœur
Vous fit agrémenter si bien notre ordinaire
Qu'il nous en est resté le meilleur souvenir

Et vous récidivez ! C'est donc que le plaisir
Fut partagé : Dès lors en notre Phalanstère
Pour la deuxième fois soyez les bienvenus ;
D'autant plus qu'avec vous fameux sont les menus :
Vous savez avec art corser la bonne chère,
Apparier certains vins aux mets et entremets
Et tout le monde sait que vous êtes gourmets !

Excellent t varié, certes notre ordinaire
N'a rien à voir avec celui d'un monastère ;
Mais la chère si fine et le vin supérieur
Font qu'aujourd'hui nous vous bénissons tous en chœur.
Et ce vin capiteux, s'il nous tourne la tête,
Vous nous excuserez : ce n'est pas toujours fête !

Au café, pris dans les salons, un concert fut improvisé et l'on applaudit chaleureusement M. et Mme Depas, artistes distingués, et leur jeune et brillante élève, Mlle Tison, qui était venue avec son père, notre confrère le Dr Tison.

Puis, avant de se séparer, les invités firent le tour du parc, véritable Paradou avec ses arbres touffus et ses majestueuses allées, et visitèrent le potager, la basse-cour et le château.

Chacun s'en alla charmé et enviant un peu, en gagnant la ville bruyante et poussiéreuse, le calme et le repos dont jouissent les pensionnaires de Valenton. J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Clinique chirurgicale (*Salpêtrière*). — COURS DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — M. le Prof. A. Gosset fera du 8 au 27 juin 1936 un cours de technique chirurgicale avec la collaboration de MM. Ledoux-Lebard, radiologiste des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté ; Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté ; Charrier, Leibovici, Thalheimer, Funck-Brentano, chirurgiens des hôpitaux ; G. Lœwy, Sauvage, J. Gosset, Hepp, anciens chefs de clinique ; I. Bertrand, Hauduroy, chefs de laboratoire ; Wallon, assistant de curiethérapie.

Ce cours comprendra : 1° Dix-huit leçons théoriques, accompagnées de projections et qui auront lieu le matin à 11 h. 30 à l'Amphithéâtre de la clinique. Ces leçons auront surtout pour but d'exposer les méthodes de diagnostic et les techniques actuellement en usage dans le service de M. le Prof. Gosset ; 2° Des séances opératoires par M. le Prof. Gosset et ses assistants, séances réservées aux élèves des cours.

PROGRAMME : Technique de l'appendicectomie (avec projection d'un film), par M. le Prof. A. GOSSET. — Technique de l'ablation des cancers du sein (avec projection d'un film), par M. le Prof. A. GOSSET. — Opérations pour lithiase biliaire, par M. le Prof. A. GOSSET. — Les greffes nerveuses, par MM. le Prof. A. GOSSET et I. BERTRAND. — L'exploration radiologique des fistules biliaires, par M. LEDOUX-LEBARD. —Indications et technique des trépanations pour traumatismes craniens, par M. PETIT-DUTAILLIS. — La gastrectomie, par M. CHARRIER. — L'amputation du rectum pour cancer, par M. CHARRIER. — Colectomies pour cancer du côlon gauche, par M. LEIBOVICI. — Traitement des pleurésies purulentes, par M. LEIBOVICI. — Thoracoplasties, par M. THALHEIMER. — Hystérectomie pour fibrome, par M. FUNCK-BRENTANO. — Traitement du cancer de l'œsophage, par M. G. LŒWY. — Traitement du cancer de la langue, par MM. SAUVAGE et WALLON. — Traitement du cancer du col utérin, par MM. SAUVAGE et WALLON. — Fractures du membre inférieur, par M. J. GOSSET. — Prolapsus utérin, par M. HEPP. — Données nouvelles sur la stérilisation du matériel chirurgical par MM. le Prof. A. GOSSET et HAUDUROY.

Début du cours : le lundi 8 juin, à 11 h. 30, à l'Amphithéâtre de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Ce cours est réservé exclusivement aux docteurs en médecine français et étrangers.

Droit d'inscription : 100 francs. Un certificat sera délivré à la fin du cours aux auditeurs qui auront régulièrement assisté aux conférences. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, tous les jours de 9 à 11 heures, et de 11 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

— Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins* (Prof. Rathery), du 8 au 20 juin 1936. Droit d'inscription : 250 fr.

— Agrégation. — SECTION 1-2. *Anatomie-Histologie.* Leçon de 3/4 d'heure (Tour de passage). 1. M. Coulouma : Ventricule latéral. — 2. M. Huard : Urètre masculin.

Sont déclarés admissibles à la suite des épreuves de 2e série : MM. Coulouma, Huard, Salmon.

Leçon orale de 1 heure. — 1. M. Salmon : Les dentitions. — 2. M. Huard : Les osselets de l'ouïe. — 3. M. Couloүma : Thymus.

SECTION 4. *Physiologie*. Leçon de 3/4 d'heure. — 1. M. Morin : L'acte sécrétoire.

A la suite de cette épreuve, M. Morin est déclaré admissible.

SECTION 5-6. *Chimie-physique médicales.* — Liste des candidats : Chimie : MM. Machebœuf, Thivolle, Eltori, Monnier. Physique : MM. Dubost, Seigneur, Castagne. Dubon.

Leçon de 3/4 d'heure (Tour de passage). 1. M. Thivolle : Acides uroniques. — 2. M. Seignerat : Physiologie du sang (sans les applications pathologiques). — 3. M. Monnier : Guanidines. — 4. M. Dubost : Stéréoscope. Théorie, applications.

SECTION 8. *Médecine générale.* Sont déclarés admissibles à la suite des exposés de titres :

MM. Brahic, Olmer, Raybaud (Aix-Marseille) ; MM. Bounhoure, Broustet, Derville, Gré, Massières (Bordeaux) ; MM. Breton, Huriez, Warembourg (Lille) ; MM. Barbier, Barral, Croizat, Delore, Froment, Josserand, Levrat, Martin, Thiers (Lyon) ; MM. Boucomont, Rimbaud, Lafon (Montpellier), MM. Cadrat, Kissel, Michon (Nancy) ; MM. Andrieu, Desforges-Mériel, Fabre, Planques, Stillmunkes (Toulouse) ; MM. Bariéty, Benda, Bonnet, Caroli, Coste, Garcin, Kourilski, De Gennes Lelong, Mollaret, Marchal (Paris) ; MM. Patez, Massias (Hanoï).

Ordre de passage pour la leçon d'une heure : 1. MM. Patez, 2. Huriez, 3. Dervillée, 4. Marchal, 5. Barbier, 6. Boucomont, 7. Bounhoure, 8. Breton, 9. Massias, 10. Brahic, 11. Bariéty, 12. Thiers, 13. Massières, 14. Benda, 15. Croizat, 16. Kissel, 17. Rimbaud, 18. Planques, 19. Mollaret, 20. Caroli, 21. Froment, 22. Warembourg, 23, Delore, 24. Martin, 25. Olmer, 26. Raybaud, 27. Lelong, 28. Andrieu, 29. De Gennes, 30. Coste, 31. Josserand, 32. Barral, 33. Desforges-Mériel, 34. Gré, 35. Levrat 36. Broustet, 37. Fabre, 38. Stillmunkes, 39. Michon, 40. Garcin, 41. Kourilski.

MM. Bonnet, Lafon et Gadrat n'ont pas répondu à l'appel de leur nom.

SECTION 12. *Obstétrique*. Leçon orale de 1 heure. — 3. M. Guilhem : Tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec la gestation et l'accouchement au point de vue maternel. — 4. M. Cartoux : Nidation de l'œuf.

— Adjuvat. — Epreuve écrite de physiologie. Ont obtenu : MM. Benassy, 18 ; Caby, 17 ; Chevallier, 17 ; Delinotte, 17 ; Léger, 17 ; Roux, 17 ; Neyraud, 16 ; Goldefy, 14.

— Prosectorat. — Epreuve écrite de biologie. Ont obtenu : MM. Boudreaux, 18 ; O. Monod, 15 ; Mialaret, 16 ; Calvet, 17 ; Poilleux, 17.

Epreuve orale d'anatomie. Ont obtenu : MM. Boudreaux, 18 ; Mialaret, 15 ; Calvet, 16 ; Poilleux, 15.

Epreuve orale de chirurgie. Ont obtenu : MM. Boudreaux, 18 ; Mialaret, 19 ; Calvet, 17 ; Poilleux, 18.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hospice de la Salpêtrière.** — *Maladies des os et des endocrines.* — M. Crouzon fait les samedis à 10 h. 30, depuis le samedi 16 mai, au Pavillon du Perron, avec le concours de M. Christophe, assistant du service, des conférences sur *Les maladies du système nerveux* et les *maladies chroniques des os et des glandes endocrines.*

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques.

En outre : les mardis, à 11 heures, au Pavillon du Perron : Consultation psychiatrique avec M. Vurpas; les mercredis à 10 heures : Consultation à la porte de l'Hospice : Examen des nouveaux malades externes ; les vendredis, à 10 heures, au Pavillon du Perron : Examen des anciens malades externes.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (2e *concours de nomination*). — Jury (tirage au sort). Boidin, M. Labbé, Lemierre, Trémolières, De Massary, Comte, Turpin, Duvoir, Troisier, Mouquin, Boppe.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Le Comité d'action corporative des groupements médico-pharmaceutiques de Paris et de la Seine** avait soumis, lors des dernières élections législatives, aux candidats à la députation à Paris et dans la Seine, un cahier de revendications qu'un certain nombre d'entre eux ont accepté. Voici qu'elles étaient ces revendications :

1° Toute question touchant la santé publique ou la médecine sociale ne saurait être résolue sous une forme législative ou autre sans l'avis préalable des organisations professionnelles.

2° Le statut de l'Assistance publique à Paris et dans la Seine doit être révisé, en vue de l'exclusion rigoureuse des malades aisés des hôpitaux et dispensaires, où ces malades ne doivent pas avoir place. Leur entrée dans ces établissements nuit aux intérêts légitimes des indigents et des nécessiteux, à qui l'hôpital et le dispensaire doivent appartenir d'après la loi.

3° La publicité charlatanesque faite par la presse d'information ou vulgarisation, le cinéma, la T. S. F., etc., et toujours nuisible à la santé publique, doit être interdite.

4° L'Ordre des médecins et l'Ordre des dentistes doivent être votés dans le plus bref délai.

5° Le projet de loi interdisant à tout établissement commercial ou société commerciale de se livrer à l'exercice d'une profession libérale (médecine, art dentaire, obstétrique, art vétérinaire, etc.), doit être voté d'urgence.

6° Une meilleure répartition des pharmacies, ainsi que l'interdiction de délivrer des médicaments dans les administrations publiques et privées, devront être envisagées.

7° Un statut des laboratoires d'analyses biologiques devra être créé.

8° Il doit être interdit d'ouvrir un cabinet dentaire sans être muni du diplôme légal pour exercer en France.

9° Les pénalités pour exercice illégal de l'art dentaire doivent être augmentées et aggravées de la confiscation du matériel technique.

10° L'égalité fiscale de tous les Etablissements privés d'hospitalisation recevant des malades payants doit être établie ; en particulier, tout dispensaire, tout hôpital d'œuvres, même déclarées d'utilité publique, du fait qu'il reçoit des malades payants, doit être soumis aux mêmes impôts que la maison de santé privée.

11° Le projet de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire (déposé le 30 mars 1935 sur le bureau de la Chambre) doit être voté d'urgence.

12° La vente des plantes médicinales doit être réservée aux seuls pharmaciens et herboristes.

— **Prix de la Faculté de médecine de Paris (fondations)** (1935). — *Prix Barbier* : Mlle Bochet. — *Prix Saintour* : Docteur Delarue. — *Prix Rigout* : Docteur Debroise. — *Prix Jeunesse* : Docteur Lantz. — *Prix Segond* : MM. Boudreaux, Cauchoix. — *Prix Bernheim* : Docteur André Meyer. — *Prix Déroulède* : Docteur Perrot. — *Prix Monthyon* : Docteur Olivier Monod. — *Prix Girard-Martinet* : M. Nicolle. — *Prix Lacaze* : Docteur Ameuille. — *Prix Jeunesse* : Mlle le Docteur L. Verrier. — *Prix Châteauvillard* : Docteur Contiades. — *Prix Serge-Henri Salle* : M. Petit. — *Prix Lévy-Franckel* : M. Catinat.

— **Hôpitaux-châlets et postes de secours sur route en Finlande.** — Des hôpitaux-châlets ont été installés par la Croix-Rouge de Finlande dans la partie du pays où la population est le plus clairsemée et les moyens de communication particulièrement réduits. Sept hôpitaux-châlets fonctionnent déjà depuis quelques années ; un huitième vient d'être achevé à Aholanvaara et un neuvième sera construit prochainement.

Le nombre des postes de secours établis par la Croix-Rouge de Finlande, en collaboration avec l'Automobile-Club national, se monte à plus de 80.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions prononcées par le Conseil au cours de sa séance du 5 mai 1936.

11.846 ADAM, Decize (Nièvre). Parrains : Docteurs Renaudeaux et Rolland.

11.847 BASSAGET, Villard-de-Lans (Isère). Synd. de l'Isère).

11.848 BOSQUET, Chartres (Eure-et-Loir). Syndicat médical de l'arrondissement de Chartres.

11.849 BOUILLIÉ, Le Havre (Seine-Inférieure). Syndicat des médecins du Havre.

11.850 BRUGNOT, Bligny-sur-Ouche (Côte-d'Or). Parrains : Docteurs Tassin et Jorrot.

11.451 CAPDEPON, Pontivy (Morbihan). Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy.

11.852 CHICHET, Rouen (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Cornet et Devoir.

11.853 COQUELIN, 95, boulevard Voltaire, Paris (11e). Union fédérative nationale des médecins de réserve.

11.854 DALARD, Perpignan (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.

11.855 DANIS, Veneux-les-Sablons (Seine-et-Marne). Syndicat de Seine-et-Marne.

11.856 DESVAUX-DE-LYF, Montargis (Loiret). Syndicat médical de l'arrondissement de Montargis.

11.857 DONNEFELD, Fleury-sur-Andelle (Eure). Syndicat des Andelys.

11.858 DORMOY, 4, rue Paillet, Paris (5e). Syndicat national des stomatologistes.

11.859 DUCASTEL, 120, rue du Point-du-Jour, Boulogne-Billancourt (Seine). Syndicat médical de la Banlieue-Ouest.

11.860 FEUERBACH, Altkirch (Haut-Rhin). Syndicat médical de Mulhouse.

11.861 FICHAUX, Sars-Poteries (Nord). Syndicat d'Avesnes.

11.862 GILLOT, Les Houches (Haute-Savoie). Ass. des Amis de Laënnec.

11.863 HEEM, Cassel (Nord). Syndicat médical d'Hazebrouck.

11.864 JOUENNE, Brousse, par les Mars (Creuse). Syndicat médical de la Creuse.

11.865 JULIEN, Yerville (Seine-Inférieure). Syndicat médical d'Yvetot.

11.866 JULY, 9, boulevard Rochechouart, Paris (9e). Parrains : Docteurs Dartigues et Bécart.

11.867 LE JOLIFF, Plabennec (Finistère). Syndicat de Brest.

11.868 MALINSKY (Mme), 171, faub. Poissonnière, Paris (9e). Parrains : Docteurs Weissenbach et Martineau.

11.869 PARLADI, 13, Allée de Bellevue, Le Perreux (Seine). Parrains : Docteurs Richard et Moral.

11.870 PERRIER, 30, rue Hamelin, Paris (16e). Parrains : Docteurs L'Hirondel et Antonelli.

11.871 PLANSON, Sellières (Jura). Parrains : Docteurs Albertin et Duponchel.

11.872 POINTUD, Mer (Lot-et-Garonne). Syndicat de Lot-et-Garonne.

11.873 ROUX, Isle-sur-Sorgue (Vaucluse). Syndicat médical d'Avignon.

11.874 SOUBRANE, La Rochelle (Charente-Inférieure). Parrains : Docteur R. Massart et Mérat.

11.875 VERDIER, Millau (Aveyron). Parrains : Docteurs Lavabre et Gaillard.
11.876 WICKHAM, 175, rue de la Pompe, Paris (16e). Syndicat des médecins de la Seine.
11.877 ARONWALD, Ezy (Eure). Syndicat de l'Eure.
11.878 ASTRUC, Bueil (Eure). Syndicat d'Evreux.
11.879 BARAU, Pacy-sur-Eure (Eure). Syndicat d'Evreux.
11.880 BONAN, Tillières-sur-Avre (Eure). Syndicat médical de l'Eure.
11.881 BOUTIER, Pacy-sur-Eure (Eure). Syndicat médical d'Evreux.
11.882 CASTAN, Damville (Eure). Syndicat médical d'Evreux.
11.883 DEHAIL, Evreux (Eure). Syndicat de l'arrondissement d'Evreux.
11.884 DELOTTE, Vernon (Eure). Syndicat d'Evreux.
11.885 DUCHEIN, La Haye-Malherbe (Eure). Syndicat médical d'Evreux.
11.886 GILLET, Vernon (Eure). Syndicat médical d'Evreux.
11.887 KUBORN, Ivry-la-Bataille (Eure). Syndicat des méd. de l'Eure.
11.888 LAMBEY, La Croix-Saint-Leufroy (Eure). Syndicat médical d'Evreux et du Neubourg.
11.889 LE DARD, Le Neubourg (Eure). Syndicat médical d'Evreux et du Neubourg.
11.890 LOTTE, Saint-André (Eure). Syndicat de l'Eure.
11.891 MOLARD, Pacy-sur-Eure (Eure). Syndicat d'Evreux.
11.892 PILLOUARD, Mainneville (Eure). Syndicat de l'arrondissement des Andelys.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la *présente publication* (art. 5 des statuts).

Les Colonies sanitaires et les Assurances sociales

Nous avons publié dans notre numéro du 24 mai la circulaire de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de la Région parisienne ayant trait aux colonies sanitaires. Un de nos correspondants se plaint qu'il est conseillé *systématiquement* aux parents d'enfants susceptibles d'être envoyés en colonies de vacances de *s'adresser au dispensaire* le plus proche de leur domicile. Deux des clients de notre correspondant lui auraient signalé ce fait regrettable.

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « **Le Sou Médical** » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

• • •

Notre voyage au Canada et aux Etats-Unis

(18 Août-16 Septembre)

Les Etats-Unis et le Canada ont toujours été d'un attrait puissant, et chacun a eu et a encore le désir de visiter ces terres nouvelles.

Aussi, à la demande de nombreux lecteurs, nous avons organisé cette année ce voyage, dont l'itinéraire a été étudié avec le plus grand soin.

Le choix du paquebot a retenu également notre meilleure attention, et c'est sur le «Duchess of Richmond», un des splendides navires de la Canadian Pacific, que nos voyageurs s'embarqueront, de Cherbourg, le 18 Août.

La traversée, qui doit durer à peine cinq jours, sera des plus agréables, car la vie à bord de ces paquebots modernes est loin d'être monotone. A chaque heure du jour, une distraction nouvelle attire les passagers.

Le programme du voyage à terre comporte la visite des villes si curieuses du Canada, et des cités célèbres des Etats-Unis, si dissemblables l'une de l'autre, qui permettront de se rendre compte de la diversité des Américains, en même temps que de mieux comprendre l' « Américain » dans son ensemble.

Nos lecteurs trouveront, encartée dans ce numéro, la brochure spéciale donnant tous les détails utiles au sujet de ce voyage, et nous sommes toujours avec le plus grand plaisir à leur disposition pour leur adresser, sur demande, tous renseignements concernant le programme des excursions et tout le séjour à terre, ainsi que sur le paquebot, aménagement, cabines, etc.

Le prix forfaitaire de notre voyage, de Cherbourg au Havre, en classe cabine, sur le paquebot est de $ 610. -, soit environ, au cours actuel du change, 9.150 frs français.

Il est néanmoins possible d'effectuer ce voyage en classe touriste, dont les aménagements sont très confortables et cependant d'un prix moins élevé. La réduction prévue pour cette classe est en effet de $ 115. -, soit environ 1.725 frs, *à déduire du prix indiqué* ci-dessus.

Nous sommes également à la disposition des intéressés, pour leur fournir toutes indications utiles au sujet de ce voyage.

CORRESPONDANCE

Assurance et Mutualité

Réponse à un prévoyant

Assuré à une Compagnie d'assurances contre les accidents, j'ai demandé à son agent de m'établir une police pour m'assurer contre la maladie et la vieillesse. Il m'a répondu que sa Compagnie ne tenait pas ces articles là.

Est-ce que le *Concours* pourrait me documenter ?

J'ai 28 ans. Je puis disposer d'environ 2.500 à 3.000 francs par an et je veux être prévoyant, car je suis installé depuis peu et pense me marier bientôt.

Dr P., à R. (V.).

Réponse

Le *Concours* ne peut que vous recommander la Mutualité familiale, société confraternelle en pleine prospérité qu'il a fondée il y a quarante-deux ans.

A 28 ans, la M. F. peut vous assurer contre :

1° Le risque invalidité de cause pathologique quelconque, maladie ou accidents pour une indemnité de 50 francs par jour pendant deux mois et de 500 francs par mois ensuite tant que dure la maladie et jusqu'à 65 ans révolus ;

2° Le risque vieillesse, pour une pension de 4.800 francs à 60 ans et une seconde pension cumulant avec cette dernière, également de 4.800 francs à 65 ans ;

Le tout, gestion comprise, et cotisations retraites contre-assurées, vous coûterait globalement 1.570 francs pour le maximum dans les trois combinaisons.

Et une fois marié, vous pourrez assurer mêmes retraites à votre femme avec les disponibilités qui vous resteront. Vous trouverez nos barèmes aux statuts que je vous envoie.

A ce moment-là, étudiez aussi notre Caisse des veuves.

Le Secrétaire général :
H. Mignon.

ASSURANCES SOCIALES

3.852. — Conditions du droit aux prestations de l'assurance-maternité

Je viens d'embaucher au début de ce mois une secrétaire qui a été assurée sociale du 1er juillet 1930 au 31 août 1934, et qui a cessé tout versement depuis cette date n'ayant pas travaillé depuis ce temps-là.

Cette personne étant enceinte de trois mois et

demi, pourra-t-elle toucher les prestations pour l'accouchement et ses suites ?

Dr F.

Réponse

Il est, en principe, nécessaire, pour qu'une assurée sociale puisse prétendre aux prestations de l'assurance-maternité, qu'elle ait versé, durant la période de référence, le montant des cotisations requises par la loi. Puisqu'il s'agit en l'espèce d'une maternité antérieure au 1er avril 1936, ces conditions seront celles posées par la loi de 1928-1930, c'est-à-dire que l'assurée devait avoir à son compte au moins soixante cotisations journalières durant le trimestre civil qui a précédé la première constatation médicale de grossesse.

Si ces conditions ne sont pas acquises en l'espèce, par suite du chômage involontaire de l'intéressée, elle ne pourrait avoir conservé ses droits aux prestations que si elle a bénéficié de la garantie en cas de chômage prévue par l'article 21 de la loi de 1930, c'est-à-dire si elle s'est fait inscrire à un Office public de placement et a ainsi obtenu à son compte le versement des cotisations forfaitaires prévues par l'article précité. Si, par contre, elle n'a pas rempli ces formalités, elle ne peut actuellement prétendre à aucune indemnité en cas d'accouchement, de la part de sa Caisse d'assurances sociales. Elle pourrait seulement invoquer, le cas échéant, le bénéfice de la législation sur l'Assistance médicale gratuite ou sur la protection des femmes en couches si elle remplit les conditions exigées par ces lois.

4.195. — Droits des assurés sociaux atteints d'une maladie qui n'entraîne pas la cessation du travail

Depuis le 3 octobre 1935 je soigne pour accident primaire un assuré social. La Caisse refuse de rembourser les piqûres faites après le 3 mars 1936, date d'expiration des six mois de soins. J'écris à la Caisse en lui demandant de bien vouloir accorder à mon client (qui n'a jamais interrompu son travail) une prolongation des soins pendant deux ans, en me référant à l'article 6, paragraphe 16, du décret-loi du 28 octobre 1935.

La Caisse me répond que la maladie ayant commencé le 3 octobre 1935, se trouve régie par l'article 4 paragraphe 8 de la loi du 5 avril 1928 modifiée par la loi du 30 avril, 1930 lequel indique que les indemnités ne sont dues que pendant une période de six mois.

Je voudrais savoir :

Pourquoi l'art. 6, paragraphe 16 n'est pas applicable ? Est-ce parce que le début de la maladie remonte avant l'application de ce décret-loi ? Je

croyais que cet article avait été spécialement mis au point pour les malades syphilitiques.

Le fait d'arrêter les soins pendant deux mois (mais sans délivrance de certificat de guérison) ouvre-t-il à nouveau une nouvelle période de six mois de soins ?

Que puis-je conseiller à mon client ?

Dr P.

Réponse

Il est exact que les dispositions du décret-loi du 28 octobre 1935 concernant la quotité et le mode de délivrance des prestations en nature ne sont pas applicables aux accidents ou maladies dont la première constatation médicale est antérieure au 1er avril 1936. L'intéressé ne saurait donc en l'espèce invoquer à l'égard de sa Caisse l'art. 6, § 16 dudit décret-loi, si le début des soins remonte au 3 octobre 1935.

Mais cet article n'est que la reproduction (avec extension aux ayants droit), de l'art. 4, § 9 de la loi de 1928-1930, sous l'empire de laquelle se trouve placé votre client pour l'affection en question. Aux termes de cet article, «l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs, ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail recevra les indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur de la Caisse».

Il y a donc lieu de conseiller à votre client de se référer à ce règlement intérieur et d'en demander l'application, en portant le différend, en cas de refus, devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil dans les dix jours de la notification de la décision de rejet.

4.175. — Soins aux assurés sociaux notoirement indigents

On m'a affirmé, à propos du Tarif des assurés assistés, que le prix de 12 francs qui est adopté à peu près partout, pouvait être porté à 15 francs dans quelques centres industriels, au nombre desquels se trouverait N... et F...

Y a-t-il quelque chose d'exact dans cette affirmation ?

Etant membre du « Sou », je me permets de m'adresser à vous pour avoir ce renseignement.

Dr L.

Réponse

D'après l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre dernier modifiant le régime des Assurances sociales, les honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés indigents sont réglés non plus comme autrefois selon le tarif ministériel des accidents du travail, mais, d'après le tarif de responsabilité de la Caisse d'assurances de l'intéressé.

Or, le tarif de responsabilité des Caisses d'as-

surances sociales varie avec chacune d'entre elles ; il est fixé « en tenant compte des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région », après homologation par une Commission tripartite régionale. Il s'agit donc là d'une question essentiellement locale sur laquelle nous ne saurions vous renseigner. Le mieux serait de vous adresser sur ce point à votre Syndicat médical régional, particulièrement bien placé à ce point de vue puisqu'il doit passer des conventions avec les Caisses locales.

4.194. — L'obligation du secret professionnel dans les Assurances sociales

J'abuse de votre obligeance, mais devant l'afflux des lois, décrets-lois et contrôles, vos renseignements si précis et complets nous deviennent de plus en plus nécessaires.

Ci-joint lettre du médecin contrôleur de l'Assistance médicale gratuite.

Il s'agit en l'occurrence d'un enfant d'assuré social agricole notoirement indigent, atteint depuis sa naissance d'eczéma généralisé ; cet eczéma au lieu de disparaître vers l'âge de 18 mois persiste et se double de violentes crises d'asthme. J'avais prescrit 20 ou 30 paquets de 2 ctgr. d'extrait thyroïdien. L'Assistance médicale gratuite a édité un opuscule avec les produits permis et à l'article opothérapie il y a « une demande d'autorisation préalable, appuyée du diagnostic, adressée au médecin contrôleur sous pli fermé ».

Le Service d'Assistance médicale gratuite participant pour une part (assez modique) dans le remboursement des produits pharmaceutiques, croyez-vous fondée la demande du médecin contrôleur ?

Dr S.

Réponse

En admettant même que, conformément à la thèse de l'Administration, les assurés sociaux indigents soient assimilables aux assistés médicaux gratuits de la loi du 15 juillet 1893 et que le règlement d'assistance départemental soit applicable en cette matière, la demande faite par le médecin contrôleur départemental de l'Assistance serait tout à fait illégale et nous ne pourrions que vous conseiller d'y répondre par la négative. Il a, en effet, été jugé par le Conseil d'Etat (V. not. arrêt du 9 novembre 1928) que l'article d'un règlement d'assistance départementale prévoyant dans certains cas, l'obligation pour le médecin de fournir le diagnostic de la maladie doit être considéré comme nul parce que contraire aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal instituant pour les médecins, l'obligation de garder le secret professionnel. En effet, en l'absence de toute disposition expresse de la loi de 1893, il ne saurait être dérogé à la règle gé-

nérale et absolue édictée par l'art. 378 précité ; par suite le refus de payement opposé à un médecin pour inobservation de cet article du règlement n'est pas juridiquement fondé.

Mais, ainsi que nous l'avons exposé à de nombreuses reprises, et ainsi que l'a reconnu la jurisprudence (V. not. trib. civ. Reims, 4 décembre 1935, *Concours Médical*, 1936, page 588), les assurés sociaux notoirement indigents ne sont en aucune manière assimilables aux assistés de la loi de 1893. Ce sont, avant tout, des assurés sociaux, ayant de ce fait le droit d'invoquer toutes les dispositions de la loi de 1930 dont l'application n'a pas été formellement écartée par les textes de loi les concernant, et notamment le libre choix de leur praticien, et, pour le médecin, le droit de prescrire librement tous les médicaments ou spécialités de vente légale en France même si elles ne figurent pas à la nomenclature de l'Assistance médicale gratuite. Ces principes qui résultaient implicitement des dispositions de la loi de 1928-1930 sont expressément consacrés par le nouveau régime des Assurances sociales (art. 19 du décret-loi du 25 octobre 1935), en vertu duquel « les prestations concernant les assurés indigents sont les mêmes que celles des autres assurés et leur sont accordées selon les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces derniers ».

Nous vous conseillons donc de répondre par un refus pur et simple à la demande qui vous est faite, refus que vous pouvez motiver d'une part par les obligations que vous impose l'art. 378 du Code pénal, et, d'autre part, par l'inapplicabilité du règlement d'assistance aux assurés sociaux indigents ou à leurs ayants droit.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

3.650. — 1° Pansements multiples ; 2° Radioscopie de contrôle dans un cas complexe de lésions d'avant-bras et poignet

Je désire soumettre à la Commission d'arbitrage un litige soulevé par le Syndicat X pour un accident de travail grave, survenu le 2 juillet 1935, vers 17 heures.

Accident grave, certificat descriptif de lésions multiples : plaies de tête, luxation de la première phalange sur le premier métacarpien du pouce gauche ; luxation du carpe et fracture du radius droit ; plaie de la face palmaire du poignet droit.

Un médecin conseille l'envoi immédiat à l'hôpital. Effrayée par les propos de l'interne de garde, la blessée que j'avais soignée précédemment me demande de la recevoir malgré l'heure avancée.

Pansements divers, réduction, appareil plâtré sous anesthésie générale.

La Compagnie refuse de payer le certificat initial 15 francs. J'ai dû faire radioscopie de l'avant-bras avant et après le plâtre. Si je ne l'avais pas fait la Compagnie aurait été la première à me blâmer. Elle refuse de me payer une radioscopie (il en a été fait deux).

Le 11 après accord préalable j'ai fait faire une radiographie, la seule que la compagnie accepte de payer ;

2 juillet : pansement tête, poignet droit, pouce gauche 15 × 3 = 45. La Compagnie offre 40 francs. En résumé sur une note de 1.005 la Compagnie offre 927 francs.

Si la Compagnie a raison veuillez me le dire. Sinon nous devrons aller devant la Commission d'arbitrage.

Dr D.

Réponse

1° En cas de pansements multiples sur des membres différents, on doit compter 15 francs par pansement avec un maximum de 50 francs, et non de 40 (art. 16, 1er alinéa).

2° Il n'y a aucune raison valable pour que ne vous soit pas payée la radioscopie, faite le jour même de la réduction et contention de fracture du radius, luxation du carpe, etc... Dans un cas complexe comme celui que vous indiquez, si les résultats ultérieurs eussent été mauvais, le blessé, ou la Compagnie, auraient pu fort bien vous reprocher précisément de n'avoir pas contrôlé votre intervention par une radioscopie

3° Le certificat initial vu la complexité des lésions me paraît devoir être du prix de 15 francs.

Dr F. Decourt.

4.131. — Si pas de réponse du patron ou de l'Assurance en cas de demande de radiographie

Quelle est la marche à suivre pour ne pas courir le risque de n'être pas payé quand il y a lieu de radiographier un accidenté du travail et que le caractère d'urgence ne peut être invoqué ? En effet certaines Compagnies d'assurances ne répondent pas aux lettres que je leur envoie dans ce cas.

Le cas vient de se présenter avec la X.................. J'ai écrit plusieurs lettres à l'agent de R......, vainement, puis au siège à Paris, vainement aussi. Trois semaines se sont ainsi écoulées. La douleur de l'ouvrière augmente. Si je fais une radiographie et qu'il n'y a pas de fracture, on refusera évidemment de me payer. J'ai écrit à l'assureur que je déclinais toute responsabilité et qu'il y aurait une incapacité permanente et j'ai prévenu le patron.

Dr R.

Réponse

« Qui ne dit mot consent ». Mais, pour éviter toute contestation en cas de non-réponse, la Commission a fait mettre précisément sur sa propre proposition, après avoir noté « l'accord » à établir « entre le médecin traitant et celui du chef d'entreprise ou de son assureur substitué » a fait ajouter, dis-je, ce qui suit : « Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours, à compter de la date de réception de la lettre recommandée du médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé ». Vous n'aviez donc pas à attendre trois semaines..., ni votre pauvre blessée non plus. Relisez avec soin toutes les « observations » de l'art. 27 car il en est d'autres également importantes qu'il faut connaître, en matière de radiologie.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

3.742. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Je reçois ce jour une note du Contrôleur des Contributions que je vous joins. La loi, me semble-t-il, me donne le choix entre la déclaration de la valeur d'achat total en un an ou sur quatre ans. Pourquoi le Contrôleur prétend-il que cela ne peut pas être admis ?

Y aurait-il eu un décret-loi lui donnant raison ?

Cela, d'autant plus que, le 1er janvier 1934 j'ai dû acheter une 201 que j'ai payée comptant et que je veux défalquer en entier sur l'exercice 1936.

Dr L.

Réponse

L'article 79 du décret du 27 décembre 1934 soumet les professions non-commerciales aux même règles que les professions commerciales, pour les amortissements des prix d'achat, et supprime par conséquent la déduction en une seule fois du prix d'achat du matériel, meubles professionnels, etc...

Cet amortissement est calculé en divisant le prix de l'objet par sa durée probable. Une automobile s'amortit, par exemple, en un temps variant de cinq à dix ans suivant l'usage.

La décision du Contrôleur est exacte.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

3.391. — Base de la patente

Quelle va être ma situation au point de vue patente car, séparé de biens avec ma femme, le bail pour raison de famille est à son nom.

La location est de 6.000 francs par an, charges comprises. De plus ma salle d'attente est constituée par une véranda considérée comme dépendance et non comme pièce énumérée au bail. L'ameublement du cabinet et de la dite salle d'attente est mien.

Veuillez me donner quelques indications de façon à ne pas me laisser taxer indûment.

Dr X.

Réponse

Peu importe que le bail soit à votre nom ou au nom d'un tiers, vous serez taxé, pour la patente, sur la valeur locative de vos locaux professionnels, effectivement utilisés par vous.

La véranda, comme dépendance, est comprise dans le prix du bail proportionnellement à son importance. Vos locaux professionnels comprennent donc deux pièces (salle d'attente et cabinet), s'il y avait un garage, cela ferait trois pièces.

A. M.

QUESTIONS DIVERSES

3.649. — La réduction de 10% sur les loyers ne porte pas sur les charges

Est-il exact qu'un décret du 31 octobre 1935 stipule qu'à partir du 1er janvier 1936, la réduction de 10 % sur les loyers ne portera plus que sur les 85/100 du montant du loyer ?

Dr C.

Réponse

Un décret-loi du 30 octobre 1935, complétant et précisant les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935 a décidé que la réduction de 10 % n'était pas applicable aux charges locatives et il a ajouté que, lorsque les charges étaient comprises dans le prix global du loyer, le montant devait en être fixé forfaitairement à 15 % du loyer et à 25 % en cas de chauffage de l'immeuble.

Ce décret-loi est applicable à partir du terme qui a commencé à courir au 1er janvier 1936. Par conséquent deux cas sont à envisager : ou bien vous payez votre loyer et les charges en sus ; dans ce cas, vous avez droit à la réduction de 10 % sur l'intégralité de votre loyer proprement dit, les charges ne subissant aucune modification ; ou bien vous payez un prix global et forfaitaire sans qu'aucune discrimination soit faite pour les charges ; dans ce cas, votre propriétaire est fondé à n'appliquer la réduction de 10 % que sur 85 % du loyer.

3.340. — Collaboration abusive d'une infirmière avec un médecin

Il existe à quelques kilomètres de chez moi, un confrère peu respectueux des règles de la déontologie. Il est allé jusqu'à s'assurer les faveurs d'une femme

quelconque (ne possédant aucun diplôme d'infirmière) qui se charge de faire chez les malades du confrère des séries de piqûres. Elle va jusqu'à recevoir les gens chez elle pour les conseiller et organise en somme une consultation. D'autre part, la nuit elle se rend chez les clientes du confrère et selon ses intuitions, elle pratique des piqûres de toutes sortes. Elle détient d'ailleurs chez elle tout un stock d'ampoules variées dont elle use à sa guise ?

La loi met-elle à ma disposition un moyen de faire cesser cet exercice illégal et de poursuivre l'exerçant (cette femme se fait rémunérer).

Je compte sur votre obligeance pour me faire connaître votre opinion et la marche à suivre, j'avais prévenu le Syndicat, celui-ci ne m'a jamais répondu.

Dr H.

Réponse

Même s'il est muni d'un diplôme d'Etat d'infirmier, institué par le décret du 27 juin 1922, un infirmier ou une infirmière ne peut, en aucun cas, prendre part habituellement, ou par une direction suivie au traitement des maladies. Il doit rester placé sous la surveillance et les ordres d'un docteur en médecine, qui encourt une certaine responsabilité, du fait des actes dudit infirmier.

Il en résulte que l'infirmier ne peut faire des piqûres que s'il en a reçu l'ordre du médecin. Encore faut-il que cet ordre soit écrit, ou spécifié sur une ordonnance, pour pouvoir en faire la preuve le cas échéant.

N'étant pas pharmacien, l'infirmier n'a pas le droit d'avoir chez lui un dépôt de médicaments surtout s'il vend ces derniers à ses malades. Si le médecin entrepose des boîtes de médicaments chez l'infirmier, il commet une imprudence, en cas d'empoisonnement accidentel, ou en cas d'erreur de l'infirmier.

Le médecin lui-même peut avoir des médicaments d'urgence chez lui ; mais il n'a pas le droit de les débiter à ses malades, du moment où il n'est pas muni du diplôme de pharmacien, à moins qu'il ne soit médecin-propharmacien.

La situation est donc des plus irrégulières. Si vous pouviez fournir des preuves de cas d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, le « Sou Médical » examinerait, avec ses avocats spécialisés, de quelle manière s'adresser à la justice pour faire cesser cet état de choses anormal.

Dr Paul BOUDIN.

Cinquante huitième année — N° 23 — 7 Juin 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod. Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Concarneau Dupouy.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
Saint-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 151. — Jeune fille, pharmacienne, fille de méd., très sérieuse, désire trouver emploi dans laborat., si possible en province.

N° 152. — Méd. recomm. sa belle-sœur, jeune fille 35 ans, bien sous tous rapp., dévouée, qui dem. place auprès dame seule ou enf. Voyagerait.

N° 153. — Cause décès accid. bon cab. méd. à reprend. de suite dans stat. climat. des Alpes universell. connue, saison été et hiver. Situat. d'avenir. Gr. facilités paiement, même en plus. années.

N° 154. — Belle client. stomatolog. à céder cause santé. 150 km. Paris. Grandes facilités paiement.

N° 155. — Le Vésinet. A louer belle villa tout conf. mod., avec garage, bien située sur grande avenue. 12.000 par an.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Gobet,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Normandie, proximité de la côte. — A reprendre, clientèle demi-repos, seul dans joli pays, médecin exerçant depuis 30 ans. Indemn. 15.000.

Grande banlieue parisienne. — Grosse situation médecine générale à céder cause fatigue. Maison spacieuse avec grand confort. Prix : 100.000 fr.

80 kil. Paris. Affaire ancienne d'Y.-O.-R.-L.. A céder avec facilités de paiement. Longue présentation.

Renseignements

« Le Vert-Logis », **Montmorency**, 6, rue du Cours. Régimes. Convalescences. Pens. 35 francs. Tél. 23-35.

A céder, cause maladie. Côte d'Azur. Importante Maison santé en pleine exploitation. Existe depuis 27 ans. Situation magnifique. Installation moderne.

Formule simple et efficace. Dans toutes les gastralgies, sucer 4 ou 5 PASTILLES DE MANGAÏNE, en dehors des repas, en choisissant les moments de douleurs.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie, Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Villa du Parc. Saujon. (Char.-Infre). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Jubilé parlementaire de M. le Docteur Chauveau, sénateur de la Côte-d'Or.** — Sous la présidence de M. Jeanneney, président du Sénat, a été célébré le vingt-cinquième anniversaire de l'entrée de notre éminent confrère, M. le Docteur Chauveau, ancien ministre, dans la Haute Assemblée. M. Chauveau a rendu de nombreux services au Corps médical et a toujours répondu avec dévouement à toutes les démarches légitimes faites en notre faveur. Le *Concours Médical* est heureux de profiter de cette occasion pour exprimer au Docteur Chauveau ses souhaits les plus sincères.

— **Les Journées médicales de Bruxelles** (XVe session) se tiendront à l'Université libre du 20 au 24 juin 1936, sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et de S. M. le Roi, et la présidence de M. le Professeur Robert Denis.

Le programme scientifique comprendra des séances opératoires et d'application pratique dans les hôpitaux et une série de conférences.

Au programme des distractions, nous notons : un raoût et une soirée dansante, une représentation de gala, un banquet dans les salons du Cercle « L'Etrier Belge », une excursion dans les Ardennes et visite

des Grottes de Han, et pour les dames, une réunion hippique, la visite guidée de l'Hôtel de Ville, la visite de châteaux et des réceptions diverses.

A la séance inaugurale, le Docteur Maurice Bedel fera une conférence sous le titre : Pétition à MM. les médecins au nom des malades.

Une Exposition internationale des arts et sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire se tiendra pendant la durée des Journées.

Les chemins de fer belges accordent aux congressistes une réduction de 35 % et les chemins de fer français une réduction de 40 %.

La cotisation est fixée à 100 francs belges (50 francs pour les dames et les personnes accompagnant). Inscription et renseignements auprès du Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

— **La troisième conférence mondiale pour l'Assistance aux Enfants estropiés** aura lieu à Budapest du 29 juin au 3 juillet 1936.

La Section nationale hongroise invite cordialement toutes les personnes qui s'intéressent aux enfants estropiés à prendre part à ce Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Balthazar Horvath, secrétaire, Semmelweis utca 9, Budapest IV, ou, en France, à M. L. Lamy, 6, rue Piccini, Paris.

— **Le IIIe Congrès national des médecins amis des vins de France** aura lieu cette année en Bourgogne, avec siège à Dijon, dans la première quinzaine de septembre.

C'est le Docteur Ozanon, vice-président du Comité central et du Comité national de propagande pour le vin, qui s'occupe de son organisation.

— **Etablissement thermal d'Aix-les-Bains.** — Les médecins, leur femme et leurs enfants mineurs sont reçus gracieusement à l'Etablissement thermal d'Aix-les-Bains pour la cure thermale.

Services nouveaux au nouvel établissement :

— *Aspiroclyse* des Docteurs Frumuzan et Mendoza.

— *Enterocleaner* ou entéroclyse en baignoire.

— *Bains mousseux.* La moussothérapie qui produit une sudation abondante est spécialement indiquée pour les affections rhumatismales et l'obésité.

— *Mécanothérapie sous-marine.* Installation *unique au monde* au moyen des appareils du Docteur de Champtassin.

Pour tous renseignements s'adresser au Directeur de l'Etablissement thermal d'Aix-les-Bains (Savoie).

— **Ecole centrale des arts et manufactures.** — Le poste de *maître de conférences d'hygiène médicale* est actuellement vacant à l'Ecole centrale des Arts et Manufactures.

Les candidats devront adresser leur demande, accompagnée de leurs titres, à M. le directeur de

l'Ecole centrale, 1, rue Montgolfier, Paris (IIIe), dans un délai d'un mois à dater du 17 mai.

— **Medical Yacht Club de France.** — Nous rappelons qu'un groupement de médecins amateurs du sport nautique s'est constitué : le « Médical Yacht Club de France » dont le siège social est 40, avenue Henri-Martin, à Paris (XVIe). Les confrères, internes, et étudiants français que ce groupement intéresse sont priés de bien vouloir adresser le plus tôt possible, leur adhésion au Docteur Lièvre-Brizard, 25 *bis*, rue Victor-Hugo, à Evreux (Eure) qui tient les statuts à leur disposition et répondra à toutes demandes de renseignements.

Une Assemblée générale doit se tenir le 15 juin prochain à 19 h. 30 au cercle interallié, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris, à laquelle sont conviés les adhérents. Cette assemblée sera suivie d'un dîner amical auquel sont invités à s'inscrire tous les confrères yachtmen. Adresser l'inscription au Docteur Luys, 20, rue de Grenelle, à Paris (VIIe). Prix du dîner, 55 francs tout compris.

Des confrères sont disposés à embarquer à leur bord pendant les vacances des étudiants ou des internes; s'adresser au siège social.

— **Maison de Saint-Lazare.** — Par arrêté du Préfet de police en date du 11 mai 1936, M. Lucien Périn, médecin du Dispensaire de Salubrité, assistant de l'hôpital Saint-Louis, a été nommé médecin-chef de service à la Maison de Saint-Lazare.

— **Hôpitaux de Marseille.** — La médaille d'or des hôpitaux de Marseille a été attribuée à MM. les Docteurs Paillas (médecine) et Picaud (chirurgie).

— **Hôpital-hospice d'Orléans.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination de quatre internes titulaires, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le lundi 3 août 1936, à 10 heures.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice.

— **Hôpital de Cherchell (Algérie).** — Un concours sur titres est ouvert, à Alger, le 12 novembre 1936, pour le recrutement d'un médecin-adjoint à l'hôpital de Cherchell. La liste des candidats sera close le 22 septembre 1936.

Pour renseignements, s'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, direction de la Santé publique.

— **Congrès de l'Union internationale des Automobile-Clubs Médicaux.** — Ce Congrès, qui devait avoir lieu du 14 au 17 juin 1936, est reporté à l'année prochaine.

— **La Croisière médicale franco-belge des grandes vacances 1936.** — Répondant au désir qui lui a été exprimé, le Comité a décidé que la XXIIIe *croisière* serait organisée à bord du paquebot de grand luxe *Foucauld* (15.000 tonnes), qui a déjà effectué les XVIe, XVIIIe et XXIe croisières médicales franco-belges, et dont la réputation n'est plus à faire dans les milieux médicaux.

Le voyage aura lieu du 1er au 25 août, vers les Shetland, les fjords de Norvège, le Spitzberg, le Cap Nord et retour par les Capitales Scandinaves. Itinéraire : Dunkerque, Lerwick (Shetland), Odda Molde, Digermulen-Troll, Tromsoe, Magdalena Bay, Cross Bay, Kings Bay, Temple Bay, Advent Bay, Ile de l'Ours, Cap Nord, Hammerfest, Lyngseidet, Narvik, Oye, Merok, Bergen, Oslo, Copenhague, Dunkerque. Prix depuis 2.000 francs français pour vingt-cinq jours de navigation. Réduction de 5% aux médecins et à leurs familles, qui en feront la demande de notre part, au *Concours Médical* (Bureau des voyages), 37, rue de Bellefond, Paris.

— **Les médecins dans la nouvelle chambre.** — Voici les noms des médecins élus aux dernières élections législatives :

Républicains U. R. D. — Docteur Jean Bernex (Haute-Savoie), Docteur Biétrix (Doubs), Docteur Cousin, de Paris (IXe), Docteur de Framond (Lozère), Docteur Gaillemin (Vosges), Docteur Oberkirch (Bas-Rhin). Total : 6.

Jeune République. — Docteur Paul Boulet (Hérault), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Total : 1.

Républicains de gauche. — Docteur Joly (Ille-et-Vilaine), Docteur Lecacheux (Manche), Docteur Rocca-Serra (Corse), Docteur Talandier (Cantal). Total : 4.

Radicaux socialistes. — Docteur Dezar, Naulds (Nièvre), Docteur Henry Gout (Aude), Docteur Pécherot (Drôme), Docteur Camille Perfetti (Haute-Marne). Total : 4.

S. F. I. O. — Docteur René Arbeltier (Seine-et-Marne), Docteur Léon Bondoux (Nièvre), Docteur Dupré (Nord), Docteur Arsène Fié (Nièvre), Docteur Gardiol (Basses-Alpes), Docteur Guy (Haute-Savoie), Docteur Hollande (Aisne), Docteur Martin (Isère). Total : 8.

Communistes. — Docteur Georges Lévy (Rhône). Total : 1.

Totaux : 24. L'ancienne Chambre comptait trente-huit médecins.

— **Naissance.** — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Michel Biot, fils du Docteur R. Biot, de Lyon. Michel Biot est le dixième enfant vivant de notre confrère. Santé et prospérité à cette belle famille et vives félicitations aux parents.

J. N.

— **Æsculape.** *Sommaire de mai* 1936. — Le Bain de Bethsabée, par Jean Avalon (7 illustrations).

Les Sciapodes, par Louis Masson, docteur en pharmacie (5 illustrations).

Saint Eloi et le Miracle du Pied coupé, par Louis de Nussac (9 illustrations).

L'Epine au pied dans l'Art antique, par le Docteur Raymond Cordier (5 illustrations).

Supplément (21 illustrations).

TABLEAU D'AVANCEMENT POUR 1936

RÉSERVES

SERVICE DE SANTÉ

MÉDECINS

I. ARMÉE MÉTROPOLITAINE

Pour le grade de médecin colonel

Les méd. lieut.-col. : Gault, 8e rég. ; Ancel, 20e rég. ; Aubaret, 15e rég. ; Gougerot, rég. Paris ; Parisot, 20e rég. ; Debeyre, 1re rég. ; Argaud, 17e rég. ; Perrin, 20e rég. ; Delmas, 16e rég. ; Louet, rég. Paris.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel

Les méd. command. : Sibille, 18e rég. ; Groc, 16e rég. ; Savy, 14e rég. ; Barberousse, 5e rég. ; Chon, 4e rég. ; Nandrot, 5e rég. ; Delherm, 17e rég. ; Rouch, 7e rég. ; Gaud, tr. du Maroc ; Rambaud, 17e rég. ; Lamy, 20e rég. ; Mayer, rég. Paris ; Flandin, 5e rég. ; David, 1re rég. ; Ben Hamou, 19e corps armée ; Cibrie, rég. Paris ; Abadie, 19e corps d'armée ; Huber, rég. Paris ; Descomps, 17e rég. ; Schmitt, 6e rég. ; Couronnet, 11e rég. ; Martin, rég. Paris.

Pour le grade de médecin commandant

Les méd. capit. : Sourdille, 11e rég. ; Philip, 18e rég. ; Gaillemin, 20e rég. ; de Verbizier, 17e rég. ; Sauvageot, 7e rég. ; Boissart, rég. Paris ; Lévy, rég. Paris ; Poingt, 9e rég. ; Curel, 15e rég. ; Picard, 19e corps d'armée ; Bretton, rég. Paris ; Lachèze, 9e rég. ; Gillot, rég. Paris ; Klein, 1re rég. ; Molina, rég. Paris ; Monteil, rég. Paris ; Gilbert, rég. Paris ; Pourtau, tr. du Maroc ; Balmès, 17e rég. ; Jacquemaire, 1re rég. ; Villeclère, 15e rég. ; Potiron, 8e rég. ; Harter, 20e rég. ; Gosselin, 1re rég.

Bourretu, 15e rég. ; Perdrigeat, 18e rég. ; Boudailliez, 1re rég. ; Carban, 13e rég. ; Deviller, rég. Paris ; Breillat, 11e rég. ; Petit, rég. Paris ; Bousrez, 20e rég. ; Rogery, rég. Paris ; Monin, rég. Paris ; Périneau, rég. Paris ; Logre, rég. Paris ; Thiers, rég. Paris ; Huguet, 13e rég. ; Blanc, 14e rég. ; Maury, 4e rég. ; Fil, 9e rég. ; Soula, 17e rég. ; Decrop, tr. du Maroc ; Mouton, 20e rég. ; Jobelin, 14e rég. ; Miquel-Maillé, 19e corps armée ; Brabant, 1re rég. ; Feuillette, 2e rég. ; Paranelle, 14e rég. ; Vilte, 2e rég. ; Derancourt, 2e rég. ; Sassy, 16e rég.

Robert, 7e rég. ; Deschamps, rég. de Paris ; Brousse, 11e rég. ; Neau, 17e rég. ; Ségala, 17e rég. ; Rouveix, 13e rég. ; Soalhat, 4e rég. ; Coutaz, 14e rég. ; Deroche, 6e rég. ; Foucart, rég. Paris ; Dubreuil, 9e rég. ; Phélip, 13e rég. ; Fuchs, rég. Paris ; Loiseleur, 4e rég. ; Codvelle, 1re rég. ; Pastour, 15e rég. ; de Coste, 17e rég. ; Rochaix, 14e rég. ; Marini, tr. de Tunisie ; Pruvost, rég. Paris ; Timal, 1re rég. ; Lhez, tr. du Maroc ; Lançon, 14e rég. ; Charpy, 7e rég. ; Michaud, 13e rég. ; Cuvillier, rég. Paris ; Martin, 13e rég. ; Porcheron, 3e rég. ; Hosteing, 9e rég.

Hatry, 9e rég. ; Soulier, 15e rég. ; Sigaud, 14e rég. ; Santy, 14e rég. ; Martin, 14e rég. ; Fourcade, rég. Paris ; Bénard, rég. Paris ; de Labretoigne du Mazel, tr. du Maroc ; Lehucher, tr. de Tunisie ; Gauthier, 20e rég. ; Arène, 15e rég. ; Izard, 16e rég. ; Gaillard, rég. de Paris ; Fort, 14e rég. ; Martingay, rég. Paris ; Magnes, 16e rég. ; Bonnes, 20e rég. ; Talent, 15e rég. ; Rougelot, 15e rég. ; Derrieu, 19e corps armée ; Oulié, 19e corps armée ; Fleurot, rég. Paris ; Brocca, 15e rég. ; Rimette, rég. Paris ; Croizier, 13e rég. ; Loubet, 17e rég. ; Chagavat, rég. Paris ; Gaveau, 15e rég. ; Giraud, 16e rég. ; Gutmann, rég. Paris ; Brun, tr. de Tunisie ; Gaudelut, 5e rég. ; Mazel, 14e rég.

Gérest, 13e rég. ; Guelt, 16e rég. ; Valser, 7e rég. ; Delor, rég. Paris ; Paul, 17e rég. ; Chalard, 8e rég. ; Guédeney, rég. Paris ; Jacquemin, 4e rég. ; Vilfroy, 2e rég. ;

Chopinet, 13e rég. ; Bonnet, 19e C. A. ; Lavat, rég. Paris ; Auricombe, 17e rég. ; Gouriou, rég. Paris ; Verne, rég. Paris ; Béglin, 3e rég. ; Vigot, 3e rég.

Pour le grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Péré, 9e rég. ; Phalempin, 1re rég. ; Aymès, 15e rég. ; Sinaud, 15e rég. ; Bouzat, rég. Paris ; Hubac, rég. Paris ; Duret, 3e rég. ; Narcy, rég. Paris ; Bardoz, 7e rég. ; Bit, 19e C. A. ; Valleton, 13e rég. ; Pons, 9e rég. ; Massip, 17e rég. ; Château, 1re rég. ; Le Faucheur tr. de Tunisie ; Dussans, 17e rég. ; Bodet, rég. Paris ; Pillot, 20e rég. ; Elicagaray, 18e rég. ; Rouché, rég. Paris; Brus, 18e rég. ; Cadiot, 20e rég. ; Fritz, région Paris ; Aynaud, 15e rég. ; Luquet, rég. Paris ; Guillaumot, 8e rég. ; Picot, 3e rég. ; Buvat, 13e rég. ; Torret, 14e rég. ; Grille, rég. Paris ; Besnard, rég. Paris ; Gibout, 6e rég. ; Cornet, 18e rég. ; Ducruet, 7e rég.

Lepage, 4e rég. ; Guillard, 3e rég. ; Pérol, 15e rég. ; Dax, 18e rég. ; Prévost, rég. Paris ; Nappez, 7e rég. ; Bernard, 15e rég. ; Couturier, rég. Paris ; Pouget, 19e C. A. ; Mercier, 13e rég. ; Hude, 18e rég. ; Doumenge, rég. Paris ; Duron, 15e rég. ; Dugué, 4e rég. ; Schmutz, 9e rég. ; Chambon, 17e rég. ; Audouy, 11e rég. ; Champeau, rég. Paris ; Lambolez, 20e rég. ; Détouillon, 8e région ; Rouvier, 14e région ; Hufschmitt, 7e rég. ; Soulié, 18e rég. ; Capdevila, 15e rég. ; Favrel, 5e rég. ; *Bouet*, 6e rég. ; *Henrion*, 2e rég.

Viguier, 16e rég. ; Conrozier, 14e rég. ; Bréville, 2e rég. ; Chatelier, 11e rég. ; Delon, 16e rég. ; Lauquin, 8e rég. ; Delattre, 14e rég. ; André, 15e rég. ; Sarda, 16e rég. ; Joly, rég. Paris ; Régis, 18e rég. ; Amblard, 13e rég. ; Michelet, 18e rég. ; Binet, 15e rég. ; Forgeron, 8e rég. ; Séguin, 8e rég. ; Amalric, 16e rég. ; Roullaud, 16e rég. ; Couinaud, 4e rég. ; Gayraud, 2e rég. ; Prudot d'Avigny, 6e rég. ; Sauvage, 11e rég. ; Gresset, rég. Paris ; Raynaud, 17e région ; Archambault, 5e rég. ; Krebs, rég. Paris ; Chabrut, 6e rég. ; Vigneul, 20e rég. ; Maquart, 2e rég. ; Denoël, 11e rég.

Loyer, 18e rég. ; Martin, 18e rég. ; Fouache, 3e rég. ; Delhoume, 9e rég. ; Creuzot, 3e rég. ; Bathiat, 1re rég. ; Pingat, 8e rég. ; Simonin, 20e rég. ; Aubert, 13e rég. ; Pothion, rég. Paris ; Baras, 1re rég. ; Pommade, 18e rég. ; Guitton, 6e rég. ; Fontaine, rég. Paris ; Legay, 4e rég. ; Vatar, 4e rég. ; Foucaud, 15e rég. ; Asselin, 2e rég. ; Brouet, rég. Paris ; Quilici, 15e rég. ; Roussillon, 5e rég. ; Delorme, 14e rég. ; Charlot, 5e rég. ; Cocq, 5e rég. ; Lepelletier, 2e rég. ; Cornet, 2e rég. ; Chandebois, 1re rég. ; Perrot, 8e rég. ; Mallet, 13e rég.

Binard, 3e rég. ; Ringard, 1re rég. ; Morin, 20e rég. ; Prunier, 20e rég. ; Bernardini, 3e rég. ; Prouvost, 1re rég. ; Martin, 1re rég. ; Guérin, 8e rég. ; Benoit, rég. Paris ; Broca, rég. Paris ; Poty, 8e rég. ; Aron, 20e rég. ; Baud, 14e rég. ; Delrat, rég. Paris ; Ardisson, 8e rég. ; Fischer, 19e C. A. ; Vincent, 19e C. A. ; Martel, 20e rég. ; Poitrinal, rég. Paris ; Castille, rég. Paris ; Constans, 16e rég. ; Thyébault, 7e rég. ; Conthe, 13e rég. ; Albert, 14e rég. ; Desgranges, rég. Paris ; Quantin, 18e rég.

Bouchez, 2e rég. ; Fillon, 4e rég. ; Guittard, 13e rég. ; Coyaud, 11e rég. ; Paumelle, 3e rég. ; Fassy, 14e rég. ; Bisson, rég. Paris ; Martinazzo, 16e rég. ; Fassy, 18e rég. ; Schwab, rég. Paris ; Lacq, 18e rég. ; Degroote, 2e rég. ; Libersa, 1re rég. ; Gourdin-Servenière, 3e rég. ; Coulaudon, 13e rég. ; Tissot, 14e rég. ; Carréga, 15e rég. ; Gaston, 15e rég. ; Le Rasle, 3e rég. ; Agner, 20e rég. ; Pédron, 4e rég. ; Hickel, 20e rég. ; Moureau, 18e rég. ; Hivert, 14e rég. ; Michel, 14e rég. ; Thibaudier, 14e rég. ; Auberge, 13e rég. ; Bertrand, rég. de Paris ; Chenard, 4e rég. ; Drapier, 2e rég.

Girot, 14e rég. ; Gicquel, 4e rég. ; Bézine, 8e rég. ; Rabreau, rég. Paris ; Destremont, 11e rég. ; Maleysson, 13e rég. ; Marchal, 2e rég. ; Bourdais, 2e rég. ; Gauran, 15e rég. ; Rochaix, 14e rég. ; Lorfeuvre, 16e rég. ; Hermann, 14e rég. ; Bouchara, 19e C. A. ; Tourneux, 17e rég. ; Lalbie, rég. Paris ; Gouguet, rég. Paris ; Pénard, 13e rég. ; Merlin, 1re rég. ; Laflotte, 20e rég. ; Carrié, 2e rég. ; Colonna, 19e C. A. ; Guilluy, 1re rég. ; Bourcet, 9e rég. ;

Mamet, 1re rég. ; Hélie, rég. Paris ; Pigeaud, 14e rég. Kolopp, 6e rég. ; Hoechstetter, 20e rég. ; Malassez, rég. de Paris ; Ohlmann, 20e rég. ; Krumenacker, 20e rég. ; Echilley, 14e rég. ; Daban, 4e rég. ; de La Motte de Broons de Vauvert, 4e rég. ; Jan, 4e rég. ; Allard, rég. Paris ; Séval, 17e rég. ; Mazières, 17e rég. ; de Douhet, 13e rég. ; Hoch, 7e rég. ; Sicart, tr. de Tunisie ; Béraud, 19e C. A. ; Mangini, 9e rég. ; André, 13e rég. ; Deblois, 9e rég. ; Fernet, 2e rég. ; Guichard, rég. Paris ; Safar, 19e C. A. ; Meyer, 19e C. A. ; Lermigeaux, 1re rég. ; Frey, 3e rég. ; Ferré, 14e rég. ; Aviérinos, 15e rég. ; Baudot, 4e rég. ; Lazare, 13e rég. ; Vimal-Charrier de Fléchac, 13e rég.

Renault, rég. Paris ; Schaeffer, 20e rég. ; Michel, 20e rég. ; Maritoux, 14e rég. ; Escande, 16e rég. ; Porcheron, 9e rég. ; Doré, 17e rég. ; Pradal, 16e rég. ; Boucher, 20e rég. ; Hériard, 9e rég. ; Vignal, 13e rég. ; Hémon, rég. Paris ; Reynès, 3e rég. ; Le Rochais, 19e C. A. ; Grandhomme, 4e rég. ; Touzard, 4e rég. ; Courteville, 1re rég. ; de Rocca-Serra, 15e rég. ; Verdier, tr. du Maroc ; Villeneuve, 9e rég. ; Desbonnets, 1re rég. ; Fétis, 9e rég.

Sollier, 16e rég. ; Braun, 7e rég. ; Bertrand, 14e rég. ; Nayrac, 1re rég. ; Dauch, 15e rég. ; Foucault, 5e rég. ; Mégnin, 19e C. A. ; Kaplan, 4e rég. ; Besançon, rég. Paris ; Bourgeois, rég. Paris ; Louis, 5e rég. ; Bonafous, 17e rég. ; Gouez, 11e rég. ; Leduc, 6e rég. ; Fourche, 6e rég. ; Seidel, 7e rég. ; Woringer, 20e rég. ; Gosset, 7e rég. ; Braun, 7e rég. ; Veyrier, 15e rég. ; Auprêtre, 14e rég. ; Demélin, 6e rég. ; Enselme, 14e rég. ; Ganascia, 19e C. A. ; Ricard, 14e rég. ; Chavannaz, 18e rég. ; Chevallier, 15e rég. ; Bazélis, 1re rég. ; Lévy, 6e rég. ; Jacquin, 6e rég. ; Monnot, 20e région ; Houeix de la Brousse, 11e rég. ; Mourgues, 6e rég. ; Salmon, 6e rég. ; Lux, 7e rég. ; Gazet du Châtelier, 2e rég. ; Marcel, 2e rég. ; Bartet, 2e rég. ; Chalet, 2e rég. ; Durand, rég. Paris ; Blum, rég. Paris ; de Girardier, 8e rég. ; Jeannin, 8e rég. ; de Grailly, 18e rég. ; Pichat, 11e rég. ; Marie, rég. Paris ; Huet, rég. Paris ; Lemonnier, rég. Paris ; Azérad, rég. Paris ; Barnéoud, tr. du Maroc, tr. du Maroc ; Mollaret, rég. Paris ; Blondin, rég. Paris ; Bertrand, 17e rég. ; Petit, rég. Paris ; Despons, 18e rég.

Charles, tr. du Levant ; Mayoux, 14e rég. ; Gernez, 1re rég. ; Nicolle, 6e rég. ; Meillère, rég. Paris ; Pierrot, rég. Paris ; Boltanski, rég. Paris ; Lutringer, 13e rég. ; Jondeau, 8e rég. ; Garcin, rég. Paris ; Dragacci, 15e rég. ; Jouffrey, 14e rég. ; Parat, rég. Paris ; Muller, 20e rég. ; Séménon, 9e rég. ; Orsini, 15e rég. ; Bué, 1re rég. ; Couppey, 3e rég. ; Bertrand, 4e rég. ; Matignon, 8e rég. ; Catanéi, 19e C. A. ; Oberling, rég. Paris ; Goldman, rég. Paris ; Bourde, 15e rég. ; Hurst, 20e rég. ; Glover, rég. Paris ; Wilpote, 1re rég. ; Husson, 6e rég.

Ségelle, 5e rég. ; Gibert, 14e rég. ; Goirand, 14e rég. ; Brétin, 14e rég. ; Laclavetine, tr. de Tunisie ; Peycelon, 14e rég. ; Borrot, 13e rég. ; Waitz, 20e rég. ; Peyre, rég. Paris ; Decoularé, Delafontaine, 3e rég. ; Quignard, 5e rég. ; Tramuset, 6e rég. ; Leblanc, rég. de Paris ; Le Blay, 18e rég. ; Leplat, 1re rég. ; Barcelot, 5e rég. ; Dumollard, 14e rég. ; Grimbert, 6e rég. ; Poujol, 13e rég. ; Sorel, 17e rég. ; Mourgue-Molines, 16e rég. ; Audema, 16e rég. ; Pollet, rég. Paris ; Caffort, 17e rég. ; Giberton, 1re rég. ; Launay, rég. Paris.

Banssillon, 14e rég. ; Grivet, 14e rég. ; Creyssel, 14e rég. ; Mallet, 14e rég. ; Houcke, 1re rég. ; Baillat, 17e rég. ; Corret, 20e rég. ; Léonardon Lapervenche, 17e rég. ; Labry, 14e rég. ; Alary, 5e rég. ; Bohème, 20e rég. ; Dulac, rég. Paris ; Lyon, 17e rég. ; Chartier, 4e rég. ; Thiébaut, rég. Paris ; Regnard, rég. Paris ; Marteret, rég. de Paris ; Reiser, 6e rég. ; Racle, 7e rég. ; Dussuel, 14e rég. ; Allain, 4e rég. ; Maisondieu, 9e rég. ; Fron, rég. Paris ; Gaubert, 17e rég. ; Jossand, 5e rég. ; Prévot, rég. Paris ; Courrier, 19e C. A. ; Baumier, 9e rég.

Lefèvre, 6e rég. ; Nida, rég. Paris ; Coffin, 2e rég. ; Canonne, rég. Paris ; Viette, 4e rég. ; Chappaz, 6e rég. ;

Digonnet, rég. Paris ; Marchant, rég. Paris ; Jourdy, rég. Paris ; Dubar, rég. Paris ; Roeser, rég. Paris ; Meyer, 20e rég. ; Nativelle, rég. Paris ; Le Conte des Floris, 7e rég. ; Moret, rég. Paris ; Chaperon, 3e rég. ; Roux, rég. Paris ; Seillé, rég. Paris ; Fourniat, rég. Paris ; Lemaire, rég. Paris ; Viallefont, 16e rég. ; Agostini, 15e rég. ; Gallais, 6e rég. ; Bousquet, 15e rég. ; Ripert, 15e rég.

Bouisset, 15e rég. ; Béclère, rég. Paris ; Doussin, 3e rég. ; Coste, rég. Paris ; Layani, rég. Paris ; Deguison, 13e rég.

II. ARMÉE COLONIALE

Pour le grade de médecin colonel

Le méd. lieut.-col. Mathis, 15e rég.

Pour le grade de médecin lieutenant colonel

Le méd. command. Hermant, Indochine.

Pour le grade de médecin commandant

Les méd. capit. : Terrisse, Indochine ; Le Meillour, 15e rég. ; Delbreil, A. O. F.

Pour le grade de médecin capitaine

Les méd. lieut. : Rougnon, 15e rég. ; Temple, 16e rég.; Hermet, Indochine ; Rousset, 15e rég. ; Joyeux, Indochine.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 MAI

Enseignement de la médecine.

M. Abrami, agrégé libre, chargé de cours de clinique annexe est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de Paris.

M. Laubry est nommé professeur de cardiologie clinique à la Faculté de Paris (chaire nouvelle).

Asiles publics d'aliénés.

M. le Docteur Couleon, reçu au concours de médecin des Asiles en 1935, a été nommé médecin chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson (Manche).

21 MAI

Liste des candidats admis au concours du médicat des Asiles publics d'aliénés.

1. M. le Docteur Guilbert ; 2. M. le Docteur Tusques ; 3. M. le Docteur Balvet ; 4. M. le Docteur Hédouin ; 5. M. le Docteur Beaujard ; 6. Mme le

Voir la suite page LV-1797

PROPOS DU JOUR

ENTR'AIDE CONFRATERNELLE ET BIENFAISANCE MÉDICALE

Un exemple à imiter. Une institution à faire prospérer :
L'Association des Médecins du département de la Seine

Bien que centenaire, l'*Association des médecins du département de la Seine*, qui ne comprend que les médecins de Paris et de son immédiate banlieue, est peu connue même dans son département. En effet, sans cette excuse, on ne comprendrait guère que sur 6.695 médecins qui exercent dans la Seine, 750 seulement y aient adhéré. Aussi croyons-nous devoir la faire connaître à nos lecteurs, car ceux qui ne sont pas parisiens pourront se rendre compte de son organisation, des services qu'elle rend comme œuvre de bienfaisance et chercher à l'imiter.

Cette Association, reconnue d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, a reçu et peut recevoir des dons et des legs.

Certains, parmi les plus importants, ont une affectation spéciale à la demande des donateurs.

***

L'Association des Médecins de la Seine, la plus ancienne Association médicale de bienfaisance française, fondée en 1833 par Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a tenu récemment sa 103e Assemblée générale sous la présidence de M. le Docteur Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine.

Dans un discours des plus émouvants et qui mériterait d'être lu et médité par tous les médecins de France, M. Lesné, en citant de nombreux exemples, a brossé un sombre tableau de la misère qui frappe plus d'une famille médicale parisienne.

En regard, il signale avec peine qu'un huitième tout au plus des médecins du département de la Seine cotise à l'Association, alors que la diminution des rentes réduit les sommes dont dispose l'Association, sommes distribuées après enquête, à de vieux confrères, surtout à des veuves qui en ont un besoin urgent et dont beaucoup sont même étrangers à l'Association. Il constate avec tristesse le refus de payer leur cotisation d'un certain nombre de membres sous le prétexte qu'ils doivent, à cause de la crise économique, restreindre leurs dépenses. Cependant, il en est dont la situation est suffisante pour leur permettre de sacrifier annuellement cinquante francs à l'entr'aide charitable confraternelle.

Ce discours fort applaudi a causé parmi les assistants une très vive émotion.

M. Louis Bazy, secrétaire général, chirurgien des hôpitaux et secrétaire général de l'Académie de chirurgie, a ensuite prononcé l'éloge des vingt-quatre membres de l'Association décédés au cours de l'année écoulée. Parmi ces confrères dont la perte est irréparable, signalons : Ch. Richet, Morax, Netter, Legry, Guéniot le centenaire, Walther, Robert Proust, tous membres de l'Académie de médecine, Levassort, Paul Richer, Ménétrel, Frey, Terson, etc., etc...

M. Louis Bazy a un talent remarquable pour prononcer les éloges funèbres. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, s'était fait au début du siècle dernier une grande réputation dans ce genre d'éloquence. M. Louis Bazy dépasse sur ce point Pariset.

Le bureau de l'Association a été renouvelé, il comprend :

M. le Docteur Lesné, président, MM. Michon et Rathery, vice-présidents, Louis Bazy, secrétaire général, Fernet, secrétaire adjoint, Genouville, trésorier, l'âme de l'Association, Fage, trésorier adjoint, Roy, archiviste.

◆◆

***

L'*Association des médecins du département de la Seine*, administrée par son bureau et par une Commission générale de quarante-cinq membres, distribue tous les ans plus de 100.000 francs d'allocations après enquête, revenus de sa *Caisse générale* (3.000 francs aux sociétaires, de 1.100 francs à 1.600 francs aux veuves des sociétaires).

Le *fonds du Centenaire* (5.000 francs de revenus) sont destinés à des allocations d'études et le reliquat, s'il existe, grossit les disponibilités de la Caisse générale.

La Caisse des pensions viagères dont le revenu est de 37.000 francs permet de donner 10 à 11 pensions de 3.000 francs.

Le legs Marquis (5.100 francs de revenu) permet d'augmenter les allocations aux familles nombreuses qui touchent le maximum de la Caisse générale.

La Bourse Moulin-Desnos (3.855 francs de revenu) est destinée à donner des allocations d'études à des enfants de médecins.

Le Legs Soudry (25.700 francs à distribuer) est destiné à donner 15 bourses d'études.

Notons qu'en vertu des statuts des secours de 400 à 500 francs peuvent être alloués à des étrangers à l'Association, la plupart veuves de médecins ayant exercé dans la Seine, après enquête sur leur situation.

Les enquêtes toujours discrètes sont faites par les membres de la Commission générale.

En somme, plus de 180.000 francs sont distribués annuellement par l'Association des médecins de la Seine.

Faisons remarquer que du fait de la stricte économie et du dévouement désintéressé des membres du Bureau, et surtout des trésoriers, les frais de gestion ne dépassent guère 6.000 francs (imprimerie, timbres et chèques postaux, etc.).

Notons que les demandes de secours des veuves émanent surtout de personnes dont les maris n'étaient pas sociétaires, ce qui paraît indiquer que les familles de nos sociétaires sont plus prévoyantes que les autres. D'ailleurs, les secours donnés aux étrangers à l'Association consistent en sommes infimes (400 à 500 francs), mais toujours demandés avec instance par des personnes réellement très malheureuses.

Tous les médecins de la Seine devraient faire partie de cette belle Association, car, aucun ne sait si, lui ou sa famille, ne sera obligé d'y avoir recours un jour, quelque soit sa situation actuelle.

Il serait désirable que l'Association des médecins de la Seine, fût en liaison avec les autres œuvres de Prévoyance et de bienfaisance médicales, notamment avec la *Maison du Medecin* qui pourrait donner Asile à certains de ses pensionnés dans l'isolement et la détresse.

J. Noir.

***

Pour faire partie de l'Association, il faut être docteur en médecine (diplôme d'Etat) et habiter le département de la Seine. Adresser une demande d'admission au président : Docteur Lesné, 15, rue de l'Université, demande signée par deux sociétaires.

Le droit d'admission est de 12 francs une fois donnés.

La cotisation minimum annuelle est fixée à 50 francs.

Les cotisations doivent être versées avant le 1er avril au trésorier, 75, rue de Lille, Paris, VIIe. Compte de chèques postaux : Paris 232-50.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA SCIATIQUE LOMBO-SACRÉE

Par MM. Mathieu-Pierre Weil, Charles-Polak, René Theiler et Mlle Litichewsky.

Parce que la grande Ecole neurologique française s'y est particulièrement intéressée, la sciatique continue à être considérée comme une algie ou une névrite banale, de l'ordre de celle par exemple dont le nerf trijumeau peut être le siège.

Certes personne n'ignore la possibilité de lésions vertébrales à son origine. Dès 1905, Goldthwait signalait son caractère fréquemment orthopédique, le rôle dans son apparition d'anomalies congénitales comme la sacralisation de l'apophyse transverse de la 5e v. l. ou les variations des articulations vertébrales postérieures, ou d'attitudes corporelles susceptibles de comprimer la cinquième racine lombaire dans son trou de conjugaison. En 1911, Sicard insistait sur la fréquence, dans la sciatique, de « névro-docites » inflammatoires des canaux osseux qui conduisent le nerf, et individualisait, entre la radiculite de Déjerine et la névrite tronculaire des classiques, la « funiculite » par souffrance du nerf dans son trou de conjugaison. En 1914, Henri Forestier signalait la pathogénie sacro-vertébrale de certaines sciatiques. En 1922, sous l'inspiration de Sicard, Jacques Forestier étudiait en détails, dans sa thèse, le trou de conjugaison vertébral et le « syndrome du trou antérieur ».

Cependant, *tous les trous de conjugaison n'ont pas, dans la détermination de la sciatique, la même importance*, et par ailleurs *on ne saurait réduire à une altération des funicules dans ces canaux toutes les causes ostéo-articulaires de ce qu'on a pu appeler la « sciatique haute »*.

Si, en effet, comme l'ont bien établi Danforth et Wilson par l'étude de douze sujets de l'Ecole médicale de Harward, la quatrième racine lombaire, la première de celles qui prennent part à la constitution du plexus dont naît le nerf sciatique, est plus volumineuse que les précédentes et traverse un canal osseux moins large, elle se trouve cependant généralement à son aise dans son canal de conjugaison qu'elle ne remplit que rarement. Aussi, bien qu'elle n'y chemine pas seule puisqu'elle y est accompagnée d'une artère, d'un plexus veineux, d'un réseau lymphatique, et d'une masse cellulo-graisseuse, on conçoit mal qu'elle puisse y souffrir, même dans les mouvements de flexion antérieure ou latérale qui, en portant en avant les apophyses articulaires ou en rapprochant les apophyses transverses, tendent à rétrécir la lumière de ce canal.

De même, si les racines sacrées peuvent, dans leur trajet intra-dural, subir le contre-coup d'une altération vertébrale, elles se trouvent également à leur aise dans leurs trous de conjugaison où elles sont protégées par la rigidité du massif osseux que constitue le sacrum.

Mais il n'en est plus de même de la *cinquième racine lombaire*. Celle-ci, plus volumineuse que les précédentes, traversant le canal osseux qui, normalement est le plus rétréci et qu'elle remplit complètement (Danforth et Wilson), s'y trouve à la merci de phénomènes de compression, que ceux-ci relèvent d'une altération dégénérative du conduit ou d'une tuméfaction inflammatoire de la racine ou de la masse cellulo-vasculaire qui l'accompagne.

Aussi, en fait, la 5e *racine lombaire seule est-elle, dans le trou de conjugaison, vouée à une souffrance*, sur la fréquence de laquelle, nous manquons d'ailleurs de toute donnée, car la radiologie ne permet guère d'explorer les canaux osseux.

Mais *le trou de conjugaison franchi*, à l'encontre des racines sacrées qui, dans leur court trajet restant, ne présentent aucun rapport anatomique particulièrement dangereux, les 4e *et* 5e *racines lombaires* vont avoir des relations étroites avec toute une série de formations osseuses : et *c'est là que réside selon nous la cause de beaucoup la plus fréquente de la sciatique* considérée de manière générale, et même de la sciatique haute considérée en particulier. A la notion de funiculite par altération du trou de conjugaison, trop générale puisqu'elle n'intéresse en fait qu'un seul nerf, trop limitée puisqu'à elle on ne saurait réduire les causes les plus banales des sciatiques hautes, nous croyons préférable de substituer la notion de *sciatique lombo-sacrée*.

L^4, après sa sortie du trou de conjugaison, entre en contact avec le rebord articulaire des 4e et 5e v. l. et la face latérale du disque interposé entre celles-ci. Puis la racine repose sur la base d'implantation et la face antérieure de l'apophyse transverse de la 5e v. l. et, après avoir franchi l'espace situé entre elle et le sacrum, parcourt la face antérieure de l'aileron sacré *en dedans de l'articulation sacro-iliaque* qu'elle re-

joint en général au moment de pénétrer dans la grande échancrure sciatique, reposant alors sur son extrémité inférieure et contractant avec elle des rapports étroits.

L^5, dès son émergence du trou de conjugaison, entre en contact direct avec le rebord latéral de la face inférieure de la 5e v. l., la face latérale du disque sous-jacent, et le rebord de la surface articulaire du sacrum. Puis, descendant sur l'aileron sacré, en dedans de l'articulation sacro-iliaque, la racine atteint la grande échancrure sciatique le plus souvent en dedans de l'extrémité inférieure de l'articulation sacro-iliaque, mais souvent à son niveau même, de toute manière tout près d'elle, contractant avec elle des rapports intimes. Or, c'est dans ces longs trajets que L^4 et L^5 seront le plus ordinairement l'objet de processus irritatifs. Plus que le trou de conjugaison, ils constituent, selon l'expression de Sicard, le « carrefour de la douleur ». Aussi le *nerf sciatique poplité externe*, qui naît essentiellement de ces deux dernières racines lombaires, sera-t-il le siège le plus fréquent de l'atteinte sciatique, alors que celle du sciatique poplité interne, qui naît essentiellement des deux premières racines sacrées, est relativement rare. Par ailleurs, les relations étroites de la 4e racine lombaire, « nerf en fourche », avec le plexus lombaire à la formation duquel elle prend part par sa branche ascendante, expliquent la coexistence fréquence de phénomènes dans le territoire du crural ou de l'obturateur, tandis que le plexus honteux, à la participation duquel concourent cependant S^2 et S^3, ne prend qu'exceptionnellement part à la souffrance.

En présence d'une douleur sciatique, le premier réflexe du médecin est d'*en rechercher l'origine dans le massif ostéo-articulaire au niveau duquel le nerf prend son origine lombaire.*

* * *

En dehors d'une souffrance dans le trou de conjugaison, L^4 et L^5 peuvent donc subir le contre-coup d'une lésion des 4e *ou* 5e *v. l.*, d'*anomalies de cette dernière* auxquelles la voue son caractère transitionnel normal entre l'état lombaire et l'état sacré sur lequel l'un de nous a insisté avec van Dam, d'*altérations des disques interposés* entre la 4e et la 5e v. l. ou entre celle-ci et le sacrum, d'*arthrites des articulations vertébrales postérieures*, et surtout d'*arthrites lombo-sacrées et sacro-iliaques*.

On sait avec quelle fréquence s'observent des *lésions dégénératives de la colonne lombaire*, et leur prédilection pour les dernières vertèbres sur lesquelles s'exerce au maximum le poids du corps. Les processus inflammatoires ou les hyperostoses qui en sont l'expression retentiront avec facilité sur les racines nerveuses qui les bordent ; le fait sera particulièrement aisé lorsque, ainsi que cela s'observe parfois, le nerf se trouve enfoncé dans un canal osseux né des rebords latéraux de la 5e v. l. ou du sacrum.

Dans ces altérations dégénératives réside une cause particulièrement fréquente de sciatique.

Tantôt celles-ci seront assez importantes pour qu'elles ne puissent échapper à l'examen radiologique le plus sommaire ; dans d'autres cas, elles n'apparaîtront qu'à un examen particulièrement minutieux et fouillé. Il appartient à la collaboration du radiologiste et du rhumatologue d'en préciser l'existence et la signification.

Dans d'autres cas, la cause de la sciatique réside dans une *arthrite vertébrale postérieure*. Ce serait là, selon Putti, la cause la plus fréquente de souffrance dans le trou de conjugaison. Une anomalie dans la situation de ces articulations, normalement disposées sagittalement à la région lombaire, frontalement à la région sacrée, et quelque peu obliquement au niveau de l'articulation de la 5e v. l. et de la 1re v. s., une asymétrie dans la position des deux articulations homologues, « anomalie du tropisme articulaire » selon l'expression de Putti, en déformant la direction du trou de conjugaison, en réduisant ses dimensions, ou en entraînant des altérations mécaniques de la colonne lombaire, peuvent être fréquemment cause de sciatique. Par ailleurs, tout processus inflammatoire survenant à leur niveau, du fait de l'irrégularité du rebord de la facette articulaire qu'il détermine ou de l'ankylose à laquelle il donne naissance, peut être d'autant plus facilement générateur de sciatique que, pour se protéger contre ces perturbations, les racines nerveuses n'ont plus à ce moment ni l'arachnoïde, ni le liquide céphalo-rachidien, mais sont directement en rapport avec le riche plexus veineux qui les entoure.

Dans d'autres cas un *trouble d'origine hypertransitionnel* est en cause. Cependant, quelle que soit leur fréquence au niveau de la charnière lombo-sacrée, ni la sacralisation de la 5e v. l., ni la lombalisation de la 1re v. s. ne semblent intervenir souvent comme causes de sciatique.

Tout à fait fréquentes à son origine sont par contre les *arthrites lombo-sacrées et sacro-iliaques.*

De fait, c'est avec une extraordinaire fréquence que l'on trouve chez les sciatalgiques une discite, que caractérise une diminution de l'espace intervertébral normalement disposé entre L^5 et S^1. C'est là une constatation qu'il nous a été permis de faire de très longue date.

Ayers, sur 27 cas, a constamment observé un pincement lombo-sacré, ou des bavures osseuses à ce niveau, ces deux ordres de lésions coexistant d'ailleurs fréquemment. Williams note la fréquence du pincement vertébral chez la majorité des malades présentant des symptômes d'irritation sciatique : sur 80 sujets atteints de scia-

tique, il note l'existence d'une arthrite sacro-iliaque 3 fois, « d'un spondylolisthésis 2 fois », d'anomalies lombo-sacrées 1 fois, d'ostéo-arthrite hypertrophique 15 fois, et d'un pincement lombo-sacré 59 fois, soit dans 74 p. 100 des cas.

On penserait que cette diminution du disque peut constituer un état normal ou congénital. Il n'en est rien ; sur trois cents sujets sains pris au hasard, Williams ne la constata en aucun cas.

Le point de départ de la lésion peut résider dans certains cas dans le *nucleus pulposus*, d'autant que la lordose normale de la région reporte à la partie postérieure des corps vertébraux la transmission de la force axiale.

L'*articulation lombo-sacrée* elle-même est vouée à toute une série de souffrances du fait de son importance fonctionnelle. Au cours de la croissance cette articulation est le siège de mouvements particuliers puisque le sacrum, qui primitivement pointe en avant, ne se place en arrière que secondairement, l'axe de rotation étant justement l'articulation du sacrum et de la 5e v. l. Chez l'adulte le disque lombo-sacré est exposé au traumatisme d'une façon élective, et parce qu'il supporte le poids le plus grand, et parce que, du fait de la rigidité du sacrum, les mouvements sont particulièrement fréquents à son niveau. L'asymétrie des facettes y rendrait par ailleurs, selon von Lackem, les traumatismes plus faciles. Aussi la surface articulaire lombo-sacrée est-elle la plus grande de toutes les surfaces intervertébrales. Fait aggravant, le poids du corps n'y est pas dirigé verticalement, mais s'exerce en bas et en avant, tendant à déplacer la 5e v. l. en avant du sacrum, de manière variable selon le degré d'ouverture de l'angle lombo-sacré, différente donc selon les individus.

La *saillie* même de cette articulation est une cause d'irritation pour les 4e et 5e racines lombaires ; les *puissants ligaments* unissant la 5e v. l. au sacrum et aux os iliaques, rendent plus étroit le passage de la racine nerveuse.

La *spondylose*, le *spondylolisthésis*, un *sacrum horizontal ou basculé*, peuvent être aussi des causes non négligeables de sciatique, sans compter les autres processus dont l'articulation lombo-sacrée peut être le siège, *entorses*, *tiraillements statiques*, souffrances par *décubitus prolongé* du fait d'une maladie chronique ou d'une opération chirurgicale, *lésions micro-traumatiques*, *tuberculose*, *néoplasie*, *rhumatisme*, *goutte*, etc...

Mais plus loin, les 4e et 5e racines lombaires trouvent une nouvelle région dangereuse au niveau de l'*articulation sacro-iliaque*. Celle-ci, formée par l'accollement de deux larges surfaces sans contrôle musculaire, bien que protégée par des ligaments puissants, peut être l'objet d'irritation dans les mouvements d'hyperextension ou de torsion du tronc (golf), lors de faux-pas, de secousses répétées (cavaliers), etc., ou de contre-coups qu'elle peut subir à la suite de processus traumatiques localisés au bassin. C'est ainsi que chez un de nos malades ayant gardé d'un accident d'automobile survenu deux ans auparavant une fracture non consolidée de la branche ischio-pubienne, survint, après plusieurs lumbagos, une sciatique sévère du même côté, en liaison avec un diastasis secondaire sacro-iliaque.

L'inflammation du *muscle pyramidal* peut également retentir sur le nerf sciatique, pouvant être par ailleurs le trait d'union entre l'arthrite sacro-iliaque et la souffrance du nerf (Yeoman, 1928 ; Freiberg et Vinke). Ce muscle, en effet, embrasse par ses origines l'articulation sacro-iliaque, certaines de ses insertions se faisant sur la capsule articulaire ; le plexus lombo-sacré repose directement sur lui et son fascia. Or, si le nerf passe dans la règle en avant du muscle, il peut, comme l'a montré Morris, le croiser en arrière, ou se bifurquer pour l'engaîner ; parfois, le muscle engaine au contraire le nerf, ou l'un et l'autre se divisent, les branches musculaires et nerveuses contractant alors les unes avec les autres tous les rapports possibles. Dans 10 % des cas, le sciatique poplité externe perfore le pyramidal pour passer à travers lui. Par ailleurs, une branche fessière de la honteuse interne et la veine qui l'accompagne croisent le tronc du sciatique sous le ventre du pyramidal : une pression continue à ce niveau, une contracture musculaire, peuvent déterminer une *congestion de la veine et de* la gaine nerveuse, et secondairement une souffrance sciatique.

Cependant, quelle que puisse être l'importance des facteurs que nous venons d'envisager, *à eux seuls ne se reduit pas la sciatique lombo-sacrée*. Ils peuvent être définitifs et la sciatique passagère, anciens et la sciatique récente, congénitaux et la sciatique occasionnelle. Dans un grand nombre de cas tout au moins, ils ne constituent en quelque sorte que l'*épine irritative* sur laquelle s'exercent tous les processus générateurs de rhumatisme, qu'ils appartiennent au sujet ou lui soient étrangers. C'est ainsi que la *fatigue* et le *surmenage*, l'*humidité*, le *froid*, les *changements de temps*, les *variations atmosphériques*, la *ménopause*, les *facteurs infectieux* même, par les modifications vaso-motrices qu'ils entraînent au niveau des tissus fibreux, jouent dans l'apparition de la sciatique un rôle souvent prépondérant Ainsi la sciatique entre plus encore dans la pathologie rhumatismale.

***

C'est fréquemment à la suite d'un *effort* violent, tel celui de glisser, tomber, sauter, que la sciatique lombo-sacrée se déclenche. Dans d'autres cas, on relève les *conditions de travail* habituelles au sujet : une attitude fortement penchée

ou accroupie, une torsion répétée de la colonne vertébrale, ou le port fréquent de lourdes charges. Jansen relève le traumatisme dans 25 % des cas de sciatique, et dans 17,5 le petit traumatisme journalier, incessant. Massart note la fréquence de la sciatique chez les imprimeurs de journaux qui, dans l'agitation qui accompagne l'heure du tirage, transportent rapidement les lourdes morasses d'un point à un autre. Williams rapporte le cas d'une jeune fille de 17 ans qui, après un coup reçu en jouant au basket-ball, ressentit aussitôt une douleur intense au bas du dos, et eut quatre mois plus tard une sciatique ; la radiographie décelait l'existence d'un pincement du disque lombo-sacré.

Dans ces facteurs traumatisants, les auteurs scandinaves font jouer un rôle essentiel à la souffrance du muscle : Helweg parle de « *myopathie lombaire* », Hedenius de *ruptures* parcellaires de fibres des tendons et des muscles lombaires à leurs origines, Jansen de « myalgie fessière » ; Lindstedt considère la myalgie lombaire comme de même valeur que la névrite sciatique. Cependant, nous pensons que c'est à l'articulation même qu'il faut rapporter la majorité des faits.

Le lumbago est le signe clinique révélateur de la sciatique du carrefour. Il peut survenir juste avant son apparition, ou plus ou moins longtemps avant elle, quelques jours, quelques semaines, quelques mois. Mais, lorsque la douleur s'est propagée à la cuisse, au creux poplité et aux régions sous-jacentes, serait-ce sous la forme d'un simple engourdissement, la douleur lombaire, chose curieuse, disparaît fréquemment.

Dans d'autres cas, au contraire, le lumbago est tardif, secondaire à la sciatique. Il se répétera, à plusieurs années de distance parfois. Mais il peut manquer, bien que la lésion lombo-sacrée soit évidente. Cependant, sur 200 cas de sciatique, Jansen relève le lumbago 154 fois (77 %).

En faveur d'une sciatique lombo-sacrée militent également *certains caractères de la douleur*, son exagération lors de certains mouvements (hyperextension, flexion latérale), sa disparition en position couchée, son atténuation le matin après le repos de la nuit, son exagération au contraire le soir après les fatigues de la journée, ainsi que son amplification par la toux, l'éternuement, les efforts de défécation, phénomène qui n'est pas propre, comme on le croit trop souvent, avec Déjerine, aux seules sciatiques radiculaires, mais que partage avec elles la sciatique lombo-sacrée.

L'existence d'une *scoliose* secondaire est également très fréquente au cours des sciatiques lombo-sacrées. Celle-ci, qu'elle soit contro-latérale, homo-latérale ou alternante, apparaît comme le réflexe défensif qui intervient en séparant les facettes articulaires douloureuses. Dans d'autres cas, il s'agit d'une scoliose pré-existante, d'un dos plat ou cyphotique, ou d'une exagération de la lordose normale dont le maximum ne correspond plus à la partie moyenne de la région, et ne disparaît plus en position assise. Parfois, un rapprochement insolite des côtes et des os iliaques est le phénomène objectif révélateur.

L'observation mettra fréquemment en évidence une rigidité lombaire, par contracture musculaire, que celle-ci siège dans les muscles des gouttières vertébrales ou dans le psoas, entraînant une rotation de la colonne, dans le carré des lombes ou le pyramidal, facteurs importants de contracture lombaire basse, et dont la réaction fréquente tient à ce qu'ils reçoivent partie de leur innervation de la 5e racine lombaire par les branches postérieures perforantes.

Une *douleur à la pression* de l'articulation lombo-sacrée, d'une des articulations sacro-iliaques, ou de la colonne lombaire au niveau de ses articulations postérieures, est également un argument en faveur d'une sciatique lombo-sacrée. Cependant, on n'oubliera pas que la douleur sacro-iliaque peut être secondaire, cette articulation recevant son innervation de L^5, par l'intermédiaire du nerf fessier supérieur

D'autres arguments en faveur d'une sciatique lombo-sacrée seront tirés de la constatation d'une douleur à la pression du tronc sciatique à la fesse, à la partie supérieure de la cuisse, ou lors de la flexion de la cuisse sur le tronc, soit d'un seul côté (mobilisation de la sacro-iliaque), soit des deux (mobilisation de la lombo-sacrée) ; il en est de même de l'existence de phénomènes douloureux dans le territoire du nerf crural ou de l'obturateur, ou de troubles de la sensibilité à la face antérieure ou latérale de la cuisse, qui n'appartiennent pas au territoire du sciatique.

Mais c'est la *radiographie* qui fournit souvent les renseignements essentiels. On explorera les 4e et 5e v. l. avec un soin extrême ; on étudiera la régularité de leurs contours, leurs articulations postérieures, les apophyses qui les flanquent, les disques qui les bordent. On pratiquera des radiographies de face, de profil, en position oblique, tout particulièrement pour ce qui est des articulations sacro-iliaques, et des stéréo-radiographies qui indiqueront le relief du promontoire et fourniront des renseignements précieux sur les rapports de la 5e v. l. avec le sacrum et les différentes formations de la région.

Mais *on saura se contenter souvent de signes discrets* ; on se souviendra que la lésion est toujours plus importante qu'elle n'apparaît, que la région lombo-sacrée est d'exploration difficile, que les formations fibreuses y sont particulièrement abondantes et importantes, échappant aux rayons, et qu'un long laps de temps est certainement nécessaire pour qu'une lésion inflammatoire et même dégénérative puisse aboutir à la constitution des désordres osseux que seule la radiologie peut avoir la prétention d'entrevoir.

POILS INCARNÉS

Par R. Barthélemy

Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Il y a quelques années, Weninger, élève d'Audry, le regretté professeur de dermatologie de Toulouse, a rappelé, après Schmidt, l'attention sur de petits troubles déjà observés en partie voici près d'un siècle par Eschricht.

Il s'agit de fausses folliculites de la barbe chez de jeunes sujets qui commencent à se raser, et dont les poils, au lieu de surgir à peu près normalement à la surface épidermique en la traversant comme il convient, prennent une malencontreuse obliquité en clivant l'épiderme qu'ils enflamment ou qui même sortent réellement et se recourbent en croc pénétrant.

Ce qu'on constate, ce sont des petits nodules ayant une taille de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet, ou des papules rouges, ou de véritables pustulettes. Ces lésions sont démangeantes ou cuisantes. Mais ce qui fait que leur nature réelle soit méconnue, c'est qu'on les prend pour des folliculites vraies développées autour et à la racine d'un poil, véritablement sectionné par le rasoir, phénomène courant, et le seul auquel on pense. Or dans l'incarnation vraie, le poil n'a pas été rasé. Car même s'il est sorti de la peau, il a, en raison de sa courbure et d'une *vigueur particulière* glissé sous la lame. Il jette bien « une sorte de pont » hors du tégument, mais il pénètre de nouveau à proximité dans ce tégument qu'il irrite secondairement. Ce ne sont donc pas sa racine ni son follicule qui se trouvent en cause, mais bien sa pointe.

Dans les cas les plus nombreux, d'ailleurs, le poil ne perce pas le vernis corné. Il reste, ainsi qu'on décrit le poil de la kératose pilaire, pris comme dans du collodion. Mais alors que le poil de la kératose est particulièrement atrophique, le poil dit incarné est exceptionnellement vigoureux. Incurvé et rigide comme un hameçon, il embroche de sa pointe le derme qui réagit comme vis-à-vis de tout corps étranger. Que cette sorte d'écharde naturelle inocule des cocci pyogènes, et toute la série des éléments papulo-pustuleux se développera.

C'est alors au sein de ces éléments qu'on découvrira à la pince l'anse de crin irritante et qu'on parviendra à dégager son bout libre et offensif, non sans peine parfois.

Que le sujet soit blond ou brun, avec des cheveux raides ou frisés, ces facteurs ne semblent pas intervenir, non plus que la race.

C'est la disposition, ou plutôt l'anomalie, naturellement congénitale, d'implantation des poils qui joue plutôt un rôle comme l'a bien noté Weninger : « Nous avons, dit-il, remarqué cette obliquité exagérée qui porte sur tous les poils sans exception. C'est là une ressemblance avec ce qu'on trouve chez l'embryon, où les poils ne percent pas directement l'épiderme, mais subissent une coudure au niveau de la sortie du follicule et cheminent à l'intérieur de la couche cornée sur un certain parcours ».

Il ajoute que le siège de prédilection est à la région sous-maxillaire. Ainsi dans un de ses cas, les poils poussent normalement sur les joues. La région sous-maxillaire, par contre, donne l'impression du *désordre*. Les poils y poussent dans tous les sens et la direction des courants se laisse à peine deviner.

Cette anomalie est parfois familiale, par exemple chez deux frères, ou chez le fils et le père.

Un autre élément assez fréquent est la présence de follicules doubles ou triples, c'est-à-dire d'où sortent deux ou trois poils au lieu d'un. Cet élément rapproche encore le poil incarné de ce qu'on observe dans la kératose pilaire, laquelle réalise d'ailleurs une incarnation ébauchée.

Les frottements, les pressions répétées comme celle du faux-col accentuent certainement les conséquences de l'anomalie, mais ne sont que des adjuvants. Le rasoir est l'agent provocateur par excellence, car c'est du moment où les sujets commencent à se raser qu'apparaissent les phénomènes inflammatoires et douloureux, et Weninger dit d'ailleurs : on est en présence d'une maladie de la barbe, pour autant que la barbe *reste la seule région du corps subissant l'action du rasoir*.

De fait j'ai observé un cas où la nuque était en cause, chez un homme particulièrement velu et qui usait abondamment du rasoir pour éviter sur ses folliculites atypiques de la région cervicale postérieure, l'*accrochage* du faux-col, seul coupable à ce qu'il croyait.

Chez une jeune femme également douée d'un système pileux exubérant, poussant en désordre, et que le rasoir offensait depuis longtemps, j'ai trouvé aussi, à la nuque, des papules conte-

nant des poils sectionnés et sans doute traumatisants, car ils étaient gros, durs et crochus.

Pour conclure avec cette bizarre petite affection, disons que les traitements ordinaires de la folliculite n'y font rien, car ils ne suppriment pas le corps étranger. Cette suppression, des malades observateurs l'obtiennent eux-mêmes, soit en dégageant à l'aiguille le poil en hameçon, soit en l'arrachant à la pince, soit en laissant purement et simplement pousser leur barbe.

Il semble imprudent de tenter une épilation radiothérapique, comme on l'a proposé, ou une épilation au thallium. Celle-ci ne seraitd'ailleurs que temporaire.

La propreté et la désinfection à l'alcool, à l'eau-de-vie camphrée, sont indispensables. Le traitement des pyodermites n'a rien de spécial à cette affection.

Il semblerait qu'on dût clore ici le chapitre des poils incarnés. Il n'en est rien, car le poil incarné *peut ne pas appartenir au malade.*

Deux cas se présentent alors, selon qu'il s'agit de poils humains ou de poils d'animaux. C'est en effet chez les coiffeurs et chez les garçons d'étable (marcaires) qu'on rencontre la rare dermite professionnelle par implantation de cheveux coupés ou de poils de vaches irritant les mains des trayeurs.

La symptomatologie est la même. C'est dans les espaces interdigitaux que le malade, peu soigneux plutôt que doué d'un épiderme spécialement fin ou vulnérable, montre les lésions discrètes causées par l'accumulation et la pénétration des poils. Les traces de grattage y dominent, et c'est seulement par un examen attentif que se décèle le fait caractéristique, la présence de papulettes ou de pustulettes tant soit peu cratériformes, dont le sommet laisse passer l'extrémité d'un poil. Celui-ci, outre l'aspect inattendu du cheveu humain ou du crin animal et de sa coloration souvent peu assortie à celle du système pileux du porteur, siège donc dans une région où n'existent pas de follicules pileux. Enfin, il n'est pas adhérent, n'étant pas enraciné, et sa partie intra-tégumentaire, extirpée, ne montre aucune gaine, aucun bulbe, et il est facile de vérifier à la loupe ou au microscope qu'elle est nettement sectionnée ou au contraire effilée comme la pointe libre d'un follet.

Le poil n'est donc pas autochtone, la lésion n'est pas une folliculite, mais un point de dermite irritative par corps étranger, avec ou sans foyer pyococcique d'inoculation.

On a affaire à un type indiscutable de dermite professionnelle, puisqu'elle est directement causée, sans l'intermédiaire toujours douteux d'une irritabilité propre au sujet ou d'une sensibilisation plus ou moins évidente, par l'action mécanique de corps étrangers inhérents à l'exercice même de la profession.

La dermite par poils de vache a été, comme il sied, observée tout d'abord en Suisse, pays de grand élevage bovin et de trayeurs. Elle n'a rien de commun avec la maladie également professionnelle dénommée nodules des trayeurs et qui a un aspect tout différent et une origine très probablement infectieuse.

La dermite des coiffeurs par cheveux coupés a été décrite en France il y a quelques années. Elle est fort rare.

Ces deux affections peu connues pourraient être prises pour une gale circonscrite en raison de leur siège. Un examen local montrant les poils incarnés, un examen général montrant l'absence de toute autre localisation propre à la gale, et le fait que le sujet, n'a pu être contaminé ni n'a contaminé personne, suffisent à écarter ce diagnostic pourtant le plus probable.

Le traitement est simple et consiste dans l'extirpation à la pince des poils étrangers et dans des applications antiseptiques et cicatrisantes, solution de nitrate d'argent, pommades mercurielles faibles, tanin, etc.

La prophylaxie est plus simple encore et consiste en nettoyages mécaniques et savonneux des espaces interdigitaux.

On voit qu'il n'est pas en dermatologie de petits sujets et que la question des poils incarnés, bien mesquine au premier abord, trouve une diversité de réponses inattendue et sortant du banal.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les contusions du foie

Par M. J.-P. Tourneux

Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Il y a une quinzaine de jours vous m'avez vu essayer d'intervenir chez un malheureux charretier qui environ une heure auparavant avait été renversé par une automobile dont une des roues lui était passée sur le corps. Il nous avait été amené dans un état grave, dans cet état de choc intense commun à tous les grands traumatisés et qui, en dépit de toute la thérapeutique mise en œuvre ne parvint pas à se dissiper. Devant le tableau clinique, pâleur du facies, décoloration des conjonctives, refroidissement des extrémités, petitesse et rapidité du pouls, j'ai bien vite pensé qu'il devait s'agir d'une hémorragie interne que la contracture assez marquée de la région sous-hépatique me fit localiser du côté du foie.

Sans tarder, j'ai donc pratiqué une laparotomie par incision parallèle au rebord costal droit, et je n'ai pas tardé à me rendre compte que l'étendue des lésions était telle, que toute tentative était complètement illusoire. Devant la destruction de la plus grande partie du lobe droit du foie, il n'y avait évidemment rien à tenter, aussi me suis-je borné à refermer la brèche abdominale après avoir disposé un vaste tamponnement : le blessé succomba trois heures après.

Voilà donc un cas de contusion hépatique dépassant du fait des désordres organiques les limites de la chirurgie : heureusement que toutes les lésions traumatiques du foie, ne présentent pas un tel degré de gravité, et que, comme vous allez pouvoir vous en rendre compte par l'exposé que je vais vous faire, l'intervention chirurgicale peut dans de nombreux cas donner d'excellents résultats.

***

Connues encore sous le nom de déchirures ou de ruptures, les contusions du foie comprennent l'ensemble des lésions de cet organe, toujours consécutives à une violence externe, ne communiquant pas avec l'extérieur et s'accompagnant par suite d'une intégrité complète ou relative de la paroi.

Généralement la peau est intacte ainsi que les couches musculaires sous-jacentes, le foie seul étant rompu ou déchiré, mais pour qu'il y ait contusion cette condition n'est pas nécessaire, et la peau peut elle aussi être le siège de diverses lésions provenant du même traumatisme, pourvu que la paroi n'ait pas été détruite ou perforée dans toute son épaisseur ; dans le cas contraire, il ne s'agit plus de contusion, mais bien de plaie du foie.

Vous n'aurez certainement pas de peine à saisir tout de suite l'importance capitale de cette persistance de la paroi qui établit une profonde différence entre les contusions et les plaies : le foie est isolé et protégé grâce à l'intégrité de la paroi, qui établit une barrière contre l'infection et imprime ainsi une allure particulière à chacune de ces variétés de lésions.

***

Entrevues par Morgagni (1763) et signalées par J.-L. Petit, Desault, Richerand, Dupuytren, Delpech, Guthrie, les traumatismes fermés subis par le foie ont surtout été bien étudiés vers la fin du siècle dernier par Navarette (1872), par Terrillon et par Roustan (1875), par Terrier et et Auvray (1896 et 1901), par J.-L. Faure (1910), etc...

Relevées beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, et se voyant surtout à l'âge adulte, bien qu'un bon nombre de cas aient été signalés chez l'enfant, dont le foie par son volume et sa friabilité, est tout particulièrement exposé aux traumatismes, les contusions hépatiques sont relativement assez fréquentes et cela en raison de divers facteurs.

Tout d'abord, le foie est rendu vulnérable par sa situation, par son volume et aussi par l'étendue de sa surface : fixé et maintenu sous la coupole diaphragmatique entre le gril costal et la saillie de la colonne vertébrale, il ne peut en effet fuir devant l'action traumatique.

En outre, si le foie ne peut s'échapper, il se trouve de par sa constitution morphologique tout particulièrement apte à subir les effets vulnérants : masse énorme, pesante et mal soutenue, formée d'un tissu friable et peu résistant, semblable à une éponge gorgé de sang, il est en outre enveloppé par une membrane conjonctive à peu près inextensible, toutes conditions qui vous expliquent fort bien les lésions de rupture, d'éclatement qui se produisent sous l'effet d'un choc direct ou à distance.

Il convient aussi de tenir compte que divers états pathologiques (alcoolisme, tuberculose, paludisme), qui viennent modifier le volume du foie, sa consistance et sa friabilité, peuvent avoir sur l'importance des lésions une influence indéniable, comme il faut également faire entrer en ligne de compte certaines conditions physiologiques, la glande hépatique étant plus accessible pendant l'inspiration où le diaphragme la repousse vers le bas, que pendant l'expiration où elle est attirée sous la protection naturelle de la paroi costale.

Le foie peut être contus et déchiré sous l'influence de traumatismes divers relevant de mécanismes fort différents : presque toujours il s'agit de violence directe, la violence indirecte ou par contre-coup est plus rare, quant à l'action de la contraction musculaire, elle paraît assez douteuse.

Les *contusions directes*, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, résultent de causes innombrables, et l'on peut citer à ce sujet toutes les violences qui viennent s'exercer sur l'hypochondre droit, qu'il s'agisse de coup de bâton, de coup de pied de cheval ou de choc sur un corps dur, sur coin saillant. Tous ces traumatismes viennent meurtrir le foie sans rompre la paroi, et les lésions hépatiques sont d'autant plus profondes qu'elle se sera moins défendue. Bien souvent en effet, à moins qu'il ne s'agisse d'un choc extrêmement violent cette paroi, constituée en dehors de la cuirasse costale par des muscles puissants, opposera grâce à la contracture musculaire un obstacle insurmontable aux violences extérieures qui viendront s'épuiser sur elle en la meurtrissant plus ou moins, mais en respectant le foie. Dans le cas au contraire, où les muscles seront relâchés, où la paroi restera souple et même flasque comme dans l'ivresse, la même violence, appliquée au même point, la déprimera sans qu'elle résiste et viendra surprendre le foie. Ce dernier brusquement atteint, ne peut pas modifier sa forme, il ne peut diminuer de volume car les veines sus-hépatiques sont incapables d'assurer le rôle de décharge immédiate, et comme d'autre part la capsule est inextensible, la glande hépatique éclate le plus souvent au niveau de sa face convexe. Vous comprenez aisément que dans ces conditions, l'étendue des lésions sera en rapport avec la dimension de l'agent vulnérant et avec l'intensité du choc.

Les *pressions* violentes, bien qu'agissant par un mécanisme un peu différent, rentrent également dans le cadre des causes directes. Il est bien certain qu'une pression considérable peut seule meurtrir le foie à travers la paroi costo-diaphragmatique, comme on le voit dans les écrasements par roues de voiture, par tampons de chemin de fer, ou dans les éboulements. Le foie est alors serré entre le corps vulnérant qui déprime ou qui fracture les côtes et la colonne vertébrale : il s'écrase et les lésions sont d'autant plus profondes et plus étendues que la pression s'est fait sentir plus longuement et sur un plus large surface.

La *contusion indirecte ou par contre-coup* agit suivant un mécanisme tout différent, car les lésions ne relèvent plus d'un trauma porté sur la région hépatique mais succèdent à un ébranlement du foie causé par quelque chute sur les pieds, sur les genoux ou sur les ischions. Au moment où le corps a été brusquement arrêté, le foie, relativement libre dans la cavité abdominale, tend à continuer sa course : il tire alors violemment sur ses ligaments suspenseurs, ligament coronaire et attache des veines sus-hépatiques à la veine cave, ce qui entraîne non seulement des tiraillements ligamenteux, mais encore des modifications brusques de la courbure du foie, et il en résulte une déchirure plus ou moins étendue de sa face postérieure ou même un arrachement du point d'attache ligamenteux.

Dans le même ordre d'idées, lors d'une chute sur la tête, le foie pourra venir se contusionner sur le diaphragme, comme dans une chute oblique et latérale gauche, il ira, en arrachant une partie de ses ligaments s'écraser sur la colonne vertébrale.

Exceptionnellement, la contusion hépatique pourrait être due à une contracture musculaire, succédant à un effort violent (Taylor et Percheron) ou à une crise d'épilepsie (Poljakoff). J'ajouterai d'ailleurs qu'un grand nombre d'auteurs n'admettent pas ce dernier mécanisme.

***

Au point de vue anatomo-pathologique, les attritions post-traumatiques du foie varient d'aspect suivant que la capsule de Glisson demeure intacte ou au contraire se trouve rompue.

Dans le cas d'intégrité capsulaire, le siège des lésions, qui d'après Terrillon se verrait surtout au niveau de la face inférieure, peut-être superficiel ou profond. Il s'agit alors dans le premier cas de suffusions hémorragiques plus ou moins étendues et développées, allant depuis la simple ecchymose s'étalant sous la membrane fibreuse jusqu'à l'épanchement collecté au niveau d'une fissure ayant décollé et soulevé la capsule.

Pour les lésions profondes, dites encore interstitielles, elles siègent dans la masse même du foie, dont la surface paraît complètement indemne. Succédant d'ordinaire à un violent ébranlement de la glande, elles sont représentées par des foyers hémorragiques, le plus souvent multiples, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Ces hématomes intra-hépatiques peuvent ultérieurement se résorber,

se transformer en kyste, ou encore se mettre à suppurer.

La capsule de Glisson est cependant rompue dans la grande majorité des cas, et il existe alors au point contus une fissure plus ou moins allongée et plus ou moins irrégulière, représentée parfois par de véritables craquelures, ou encore par une étoile à branches divergentes. Cette fissure, toujours occupée par des caillots dont l'abondance varie avec l'étendue des lésions, s'enfonce à une profondeur variable dans le tissu glandulaire déchiré dont les surfaces saignantes présentent un aspect tout à fait irrégulier. En rapport avec la violence du choc, la déchirure hépatique atteint des dimensions très variables, et on peut trouver tous les intermédiaires allant depuis la simple craquelure n'offrant qu'une longueur de un à deux centimètres pour une profondeur d'un millimètre à peine jusqu'à la déchirure béante, de quinze centimètres de long, divisant presque le foie dans toute son épaisseur. Dans certains cas même, au cours de traumatismes directs particulièrement violents un segment de la glande a pu être complètement détaché du reste de l'organe, ou transformé en une véritable bouillie. C'est dans ces derniers cas, que l'on a signalé de véritables embolies de cellules hépatiques entraînées par les veines jusqu'au niveau du cœur et même du tronc de l'artère pulmonaire.

Les fissures qui peuvent se faire dans toutes les directions, mais qui lorsqu'elles succèdent à une violence indirecte, ou contre-coup, sont toujours orientées suivant un diamètre antérieur ou légèrement oblique, sont généralement situées sur la face convexe et sur le lobe droit, plus lourd, plus étendu, plus directement exposé aux chocs : mais il n'est aucune partie du foie qui ne puisse être atteinte, et la face concave est souvent contusionnée, surtout dans les ruptures par pression (Terrillon).

Il va de soi, que dans toutes les ruptures du foie, les canalicules biliaires intra-hépatiques sont intéressés au même degré que les vaisseaux sanguins, ce qui donne toujours lieu à un épanchement de bile plus ou moins important dans la cavité péritonéale. Dans un certain nombre des cas, les voies biliaires extra-hépatiques, vésicule ou cholédoque, ont été également intéressées : il est à noter que la quantité de bile épanchée est alors beaucoup plus considérable, et suivant la rapidité de l'écoulement il se crée soit un cholépéritoine enkysté, soit un épanchement de la grande cavité.

Enfin, il ne faut pas oublier que les contusions hépatiques s'accompagnent dans bon nombre de cas de lésions variées du squelette costal ou des autres viscères abdominaux, qui peuvent présenter des désordres très étendus. C'est ainsi que l'on a pu constater des ruptures du diaphragme permettent des hernies partielles du foie, des broiements de la rate, des déchirures de l'estomac et du duodénum, etc...

En ce qui a trait au processus de réparation des lésions hépatiques, on a cru pendant longtemps que tout se bornait, après résorption des éléments nécrosés, à une réparation par prolifération conjonctive et néoformation vasculaire donnant naissance à un tissu de cicatrice sans aucune participation du tissu propre du foie. On sait actuellement, depuis les recherches de Cornil et Carnot, de Ponfick et de Kahn, qu'il n'en est rien et que la réparation s'effectue surtout aux dépens des cellules hépatiques et de l'épithélium des conduits biliaires donnant naissance à de véritables lobules hépatiques néoformés dont les canalicules ne tardent pas à se raccorder aux canalicules préexistants.

***

Nous venons de voir quelles sont les causes des contusions du foie ainsi que les lésions qu'elles peuvent déterminer, abordons maintenant leur symptomatologie.

La période de début qui suit immédiatement le traumatisme offre une grande variabilité. Dans certains cas, plutôt rares il est vrai, la violence est si considérable que la mort survient sur le coup : bien qu'elle relève presque toujours non de la lésion hépatique seule mais de l'ensemble des désordres qui l'accompagnent, elle peut encore être due à une syncope provoquée par la commotion, ou à une hémorragie foudroyante consécutive à la rupture d'un gros vaisseau.

Plus rarement encore, il n'y a pas d'autre symptôme que de la douleur initiale et tout signe de shock manque primitivement, bien qu'il puisse apparaître au bout de quelques heures.

Ordinairement, le sujet atteint présente des symptômes graves de dépression, de shock plus ou moins marqué : il est pâle, anxieux, les traits tirés, la respiration haletante, avec un pouls petit, rapide, parfois presque incomptable, les extrémités glacées, le front couvert d'une sueur froide, le ventre sensible, douloureux, parfois ballonné ou au contraire aplati par la contraction musculaire. Bien souvent des nausées et même des vomissements viennent secouer le malade et aggraver ses souffrances.

Lorsque cet état se prolonge, le blessé peut tomber dans le collapsus et succomber dans l'adynamie, il peut au contraire se relever lentement, voir ses différents symptômes s'atténuer progressivement et guérir sans incidents ; entre ces deux extrêmes, il y a place pour d'innombrables cas intermédiaires évoluant différemment et présentant des complications variant suivant l'importance des lésions.

Une fois que grâce aux moyens mis en œuvre

les premiers phénomènes se seront dissipés, et que l'on se sera fait renseigner par l'entourage du blessé sur les circonstances de l'accident, la puissance de l'agent vulnérant, la direction de la force et la région de la paroi où le traumatisme a porté, on pourra alors rechercher les signes de la rupture traumatique du foie, dont les principaux sont la douleur, la défense musculaire et l'hémorragie.

La douleur, qui ne manque jamais, constitue un signe de très grande valeur : elle est fixe, profonde, localisée à l'hypochondre droit, réveillée et exaspérée par la pression au point contus ; elle s'accompagne souvent d'irradiation soit du côté de l'épaule droite, soit vers l'appendice xyphoïde. Boyer avait pensé que les irradiations scapulaires étaient consécutives aux lésions de la face convexe, par suite d'irritation du nerf phrénique et du plexus cervical, tandis que les *irradiations xyphoïdiennes* témoignaient d'une lésion de la face concave par irritation du plexus *solaire : cette* assertion, des plus réduisantes en théorie, a été malheureusement démentie par les faits, car de nombreuses constatations opératoires sont venues démontrer que la direction des irradiations douloureuses n'était pas en rapport avec une localisation particulière des lésions.

Cette douleur s'accompagne presque toujours d'une défense spéciale de la paroi abdominale : cette défense musculaire se traduit ordinairement par une contracture plus ou moins marquée immobilisant toute la moitié droite du ventre lors des mouvements respiratoires ; dans certains cas, elle se manifeste par un véritable ventre de bois pouvant en imposer pour une perforation du tractus intestinal, mais il ne faut pas oublier qu'il en est d'autres, rares il est vrai, où la paroi reste souple dans toute son étendue.

L'hémorragie est un phénomène toujours constant, mais d'importance extrêmement variable et des plus difficiles à apprécier, car on ne peut établir aucune comparaison entre les quelques gouttes de sang succèdant à une craquelure du foie et la grande hémorragie qui suit la rupture d'un gros vaisseau. Lorsque le sang coule librement dans la cavité péritonéale, il vient s'accumuler en un point déclive, guidé par la racine du mésentère, dans la fosse iliaque droite ou dans le petit bassin, et donne alors lieu à une aire de matité anormale progressivement croissante, à moins qu'elle ne soit bridée dans son expansion par des adhérences anciennes ou de nouvelle formation. Si la rupture vasculaire se fait dans un espace limité, comme entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, pour gagner de ce point le tissu cellulaire rétro-péritonéal, l'hémorragie sera nécessairement moins abondante.

Mais, quel que soit son siège, il est souvent fort difficile d'apprécier l'importance de l'écoulement sanguin : il est évidemment des cas ou par suite de son caractère suraigu aucune hésitation n'est permise, mais en dehors de ceux où en raison de sa faiblesse il est impossible de la reconnaître, il en est d'autres, qui sont d'ailleurs les plus fréquents, où l'hémorragie se fait progressivement, et où ce n'est que par une minutieuse attention d'heure en heure que l'on parvient à se rendre compte de son étendue. C'est dans ces cas que le blessé se réchauffe mal, qu'il se plaint d'une soif ardente, que son facies demeure pâle, que ses conjonctives se décolorent, que le nez et les extrémités se refroidissent, que la respiration reste brève, accélérée et que le pouls, remonté un instant par la thérapeutique antérieure reprend un rythme de plus en plus accéléré, il est petit, dépressible, battant entre 120 et 140.

Mais l'hémorragie peut ainsi apparaître quelquefois tardivement chez un blessé dont l'état initial n'avait pas inspiré de véritables inquiétudes. Cette hémorragie secondaire, ou mieux retardée, dont la véritable signification (hématome intraglandulaire se faisant jour, stupeur initale de la plaie, infection) est encore des plus discutées, survenant quelques jours ou plusieurs semaines après l'accident, peut être brutale et se manifester alors par des signes d'anémie aiguë. Plus souvent elle est lente, progressive, aboutissant à une collection enkystée de la région sous-hépatique ou de la fosse iliaque.

Lorsque par suite de l'intégrité de la capsule de Glisson, il s'y est produit une rupture centrale donnant naissance à un hématome intra-hépatique, les signes du shock du début s'amendent plus ou moins rapidement, sans que l'on voit apparaître ni signe d'anémie, ni signes péritonéaux. C'est dans ces cas, où la douleur fixe prend une importance de premier ordre, que l'on peut trouver des pigments dans le sang, pendant que se manifeste un léger ictère et que la radiographie montre parfois l'existence d'une ombre intra-hépatique anormale. Il n'est pas rare de voir survenir dans les suites des embolies pulmonaires.

Quant à l'ictère, toujours tardif, il reste très inconstant, à moins qu'il n'y ait eu en même temps rupture des voies biliaires : il en est de même pour la glycosurie, signalée déjà autrefois par Claude Bernard comme conséquence des contusions hépatiques et qui n'est jamais que passagère.

L'état général du blessé, sorti de l'état de shock et ne présentant pas d'hémorragie abondante, n'offre le plus souvent rien de particulier : la température est presque toujours au-dessous de la normale pendant que le pouls n'est pas agité. L'on note assez fréquemment quelques troubles digestifs plus ou moins marqués, nausées, vomissements, constipation, un léger

hoquet et de la gêne respiratoire, le blessé essayant d'immobiliser son diaphragme dont les contractions sont toujours douloureuses.

***

L'évolution des contusions hépatiques dépend évidemment de leur gravité : si de grosses lésions sont rapidement mortelles, beaucoup de formes sévères guérissent après une intervention bien conduite, tandis que les lésions de peu d'importance, fissures superficielles, ecchymoses sous-capsulaires, légères ruptures interstitielles évoluent rapidement sans incidents, passant d'ailleurs la plupart du temps inaperçues.

Dès que l'hémorragie est arrêtée, commence la réparation des lésions facilitée par l'extrême vascularisation du foie, mais il est bien évident que la guérison sera d'autant plus longue à se parfaire que les désordres auront été plus profonds, et dans les cas graves on peut voir survenir des accidents sérieux dus à l'apparition de complications infectieuses.

Celles-ci proviennent de deux modes d'inoculation différents suivant que les voies biliaires tant extra qu'intrahépatiques sont saines ou au contraire sont infectées. Dans le premier cas, la bile provenant des canalicules biliaires ouverts par le traumatisme, étant aseptique, ne saurait infecter le foyer traumatique, qui ne saurait alors être inoculé que par voie sanguine ; c'est là une éventualité très rare, on pourrait même dire exceptionnelle.

L'infection vient presque toujours des voies biliaires elles-mêmes, qui, communiquant avec l'intestin, milieu où pullulent tant de microbes, en particulier le colibacille, sont si souvent contaminées. L'inoculation faite, les phénomènes peuvent alors évoluer de diverses manières, sous forme d'hémorragies secondaires, de suppurations localisées intra ou extra-hépatiques, abcès du foie, cholépéritoine infecté, péritonite diffuse.

Il va sans dire que ces complications infectieuses sont en général graves et la fièvre qui apparaît après une contusion du foie est presque toujours un signe de mauvais augure, car en dehors d'abcès bien localisés guérissant facilement après un débridement, la plupart de ces suppurations périhépatiques et péritonéales ne se terminent que par la mort.

Enfin il convient encore de signaler à titre de séquelles des fistules biliaires persistantes, des rétrécissements des voies biliaires, ou encore des accidents lithiasiques : on a également signalé des troubles du tractus pyloro-duodénal dus à des adhérences, reliquat du foyer de contusion.

***

Le pronostic des contusions du foie dépend uniquement de l'importance des lésions. Bénin dans le cas d'attritions peu étendues et de destructions peu profondes, il s'assombrit considérablement lorsque les désordres deviennent plus importants et en dehors des cas où une hémorragie mortelle emporte immédiatement le blessé, il faut bien reconnaître que pendant longtemps on pourra redouter de voir survenir ces complications infectieuses qui trop souvent entraînent une évolution fatale.

***

Il est assurément des cas de lésions traumatiques du foie, analogues à celui que je vous ai rapporté, qui du fait de la complète destruction d'une notable partie de la glande sont au-dessus de tout ce que nous pourrions tenter ; nous sommes réduits à demeurer impuissants devant des lésions aussi étendues ; mais il n'en est pas heureusement toujours ainsi, et lorsque dans un cas de contusion abdominale, par suite de la localisation du traumatisme à la région hépatique et du siège de la douleur, il est permis de penser à une déchirure du foie, que convient-il de faire ?

Dans les cas bénins, lorsque la dépression du blessé est légère, lorsque le pouls est bon, la douleur pas trop vive, lorsque l'état général est relativement satisfaisant, et que malgré tout la nature de l'accident permet de croire à des lésions du foie, mais relativement légères, vous ferez bien de ne pas chercher à intervenir et vous vous contenterez d'une surveillance attentive, tout en imposant un traitement rigoureux. Vous mettrez donc le blessé au repos le plus complet en lui interdisant tout mouvement de peur d'hémorragie, et vous instituerez au moins pendant quarante-huit heures une diète absolue afin d'éviter tout mouvement intestinal et toute congestion secondaire du foie : la morphine en injections sous-cutanées et la glace à demeure sur la région hépatique ne devront pas être négligées. Si votre blessé continue à s'améliorer, vous pourrez alors reprendre prudemment l'alimentation ; dans le cas contraire, vous devez intervenir sans perte de temps. Dans les cas favorables, la guérison doit survenir dans un délai variant de quelques jours à quelques semaines, en tout cas votre sujet ne doit pas se lever et reprendre ses occupations avant que tout phénomène de sensibilité abdominale ait complètement disparu.

Dans les cas graves au contraire, en présence de signes d'hémorragie interne, il faudra intervenir sans tarder. La difficulté principale résidant dans l'abord malaisé de la région blessée, il conviendra d'utiliser une voie d'accès suffisamment large pour pouvoir faire face à toutes les éventualités.

L'incision parallèle au rebord costal donne un

four excellent sur le bord antérieur du foie, sa face inférieure et la région du hile ainsi que le versant antérieur de la face convexe, mais elle est insuffisante pour en aborder la partie la plus reculée, même en pratiquant la résection du rebord cartilagineux. Mieux vaudra donc commencer par une incision verticale sous-ombilicale médiane ou le long du bord externe du droit : vous pourrer alors aisément une fois les lésions reconnues soit brancher une incision oblique sous-costale soit encore la prolonger par thoraco-phréno-laparotomie, qui seule permet l'abord relativement aisé du bord postérieur du foie.

L'incision convenable une fois pratiquée, la découverte des lésions se fera par l'examen direct de la glande après avoir rapidement épongé le sang qui en masque la surface : une main glissée sur la face convexe vous permettra aisément d'apprécier sur la surface lisse hépatique l'irrégularité que dessine la déchirure. La lésion reconnue, il vous sera indispensable de la bien exposer soit par abaissement en masse de la glande, aidé par la section entre deux pinces du ligament suspenseur, soit par relèvement du foie rejeté sous la coupole diaphragmatique.

Alors, suivant les cas vous pourrez pratiquer une suture, une résection ou un tamponnement. La suture devra être faite à points séparés, en vous servant de gros catgut qui ne déchire pas le tissu si friable du foie etvous nouerez vos fils sans les serrer, car une striction trop forte sectionnerait à coup sûr le parenchyme hépatique. Le résultat morphologique sera parfait si la surface de section était régulière, il sera moins satisfaisant s'il s'agissait de lésions plus ou moins anfractueuses, mais l'essentiel est d'assurer l'hémostase par l'affrontement des surfaces, ce qui suffit lorsque l'hémorragie se fait en nappe : si vous aperceviez au fond de la plaie une artériole saignant en jet, il faudrait vous efforcer d'en pratiquer la ligature isolée.

Ce n'est qu'exceptionnellement que vous pourrez être amenés à pratiquer une résection, dans le cas par exemple d'un écrasement limité du bord antérieur, ou de l'extrémité d un des lobes vous feriez alors suivre votre exérèse d'une suture également à points séparés.

Si toute sorte de réunion est impossible, le tamponnement restera le seul procédé applicable et il en sera ainsi dans les délabrements considérables, au niveau desquels un segment de la glande est déchiqueté, ou en bouillie ; c'est au moyen de mèches tassées au niveau de la face supérieure ou de la face inférieure de la glande, suivant les cas, que l'hémostase pourra être réalisée.

Lorsque les voies biliaires sont intéressées, votre conduite variera suivant la nature des lésions ; une atteinte de la vésicule ou du cystique vous amèneront à pratiquer une cholécystectomie typique, dans le cas de lésion cholédocienne mieux vaudra drainer la bile au dehors que de vous livrer à des opérations plus complexes. D'ailleurs n'oubliez pas que vous êtes en pleine chirurgie d'urgence, et que vous ne devez être guidés que par la nécessité d'arracher votre blessé au danger immédiat.

S'il survient ultérieurement des complications, laplupart d'entre elles, hémorragie secondaire, abcès du foie, abcès sous-phrénique, nécessiteront, elles aussi, des interventions d'urgence suivies selon les cas de drainage ou de tamponnement : je n'insiste pas sur des complications plus tardives, sténose biliaire ou pylorique et fistule biliaire qui vous poseraient d'autres problèmes chirurgicaux.

L'ÉVOLUTION DE L'ART DENTAIRE

Mise au point

Mon article sur « L'évolution de l'art dentaire », a provoqué une riposte du Docteur Julien Tellier, ancien chargé de cours de stomatologie à la Faculté de Lyon.

Mon distingué correspondant conteste aux Américains la découverte des répercussions qu'aurait l'infection bucco-dentaire sur l'état général, et la description des états infectieux reconnaissant cette origine. Il rappelle que Galippe, entre 1885 et 1890, y fit souvent allusion et que lui-même a publié, depuis 1898, un certain nombre de mémoires sur cette question. En somme l'infection focale de Billings et Rosenow ne serait qu'une modalité du phénomène général décrit par les deux auteurs français.

Une fois de plus il aura fallu qu'une découverte née en France traversât les frontières et nous revînt travestie d'une livrée étrangère pour attirer l'attention. Sans doute a-t-il manqué à nos deux compatriotes les hauts-parleurs de la publicité américaine.

G. LAVALÉE

AU CHEVET DES PATIENTS

Morsures de rats — Morsures de serpents

LES MORSURES DE RATS ET LE « SODOKU »

Un état fébrile prolongé, ne doit pas être confondu avec d'autres pyrexies (rhumatisme, paludisme, dothiénenterie, brucellose, etc.), *si l'on ne méconnaît pas* la valeur de l'antécédent, que constitue *la morsure du rat.*

Cependant le rat, s'il peut inoculer à l'homme par sa morsure le spirochète spécifique du sodoku, est également suceptible d'introduire dans l'organisme mordu des germes pathogènes vulgaires, capables de donner naissance à des infections locales ou générales, qui n'ont rien à voir avec le sodoku ; et cette maladie il faut bien savoir la reconnaître, même dans les cas anormaux.

Voici un cas de sodoku, qui est intéressant en raison de ce qu'il a été un peu atypique, par la brièveté de sa période d'incubation, et par l'absence complète de signes locaux au niveau du membre siège de la morsure du rat.

Le Docteur Louis RAMOND (1) nous en fait le récit, d'autant plus instructif que cet accident initial était passé inaperçu, en ce sens que le patient n'y avait attaché aucune importance, ne pensant même plus à le signaler à son médecin traitant.

Le 12 décembre dernier, un homme de 60 ans, frotteur de parquets, habituellement bien portant, rentre chez lui, à la fin de l'après-midi, en proie à un très grand malaise ; frisson intense, vomissement alimentaire, 39°. Convaincu qu'il s'agissait d'une simple grippe, il se couche, se met à la diète, se repose. Quatre jours plus tard, la fièvre a disparu, et quoique incomplètement rétabli, le sujet reprend son travail le 16 *décembre.*

Mais, deux jours plus tard, le 18 *décembre,* il doit de nouveau s'aliter : 39°5 ; céphalée ; courbatures généralisées ; douleurs musculaires dans les deux membres supérieurs et le thorax ; arthralgie vive dans le coude droit avec troubles fonctionnels, tuméfaction, rougeur et chaleur. Un confrère appelé fait très logiquement le diagnostic de rhumatisme, de maladie de Bouillaud, et non de pseudo-rhumatisme infectieux, — parce qu'il ne trouve pas d'étiologie infectieuse nette à la base de ces accidents articulaires, et aussi parce qu'il lui semble percevoir une minime atteinte de l'endocarde, sousf orme d'un très léger assourdissement du premier bruit du cœur à la pointe.

(1) *La Presse médicale,* 7 mars 1936.

Un traitement salicylé, accompagné d'enveloppement et d'onction du coude droit avec un baume au salicylate de méthyle, produit un amendement des phénomènes aigus, ainsi qu'un abaissement à 38° de la température. Hémoculture en bile et en bouillon, complètement stérile. *Apyrexie totale du* 6 *au* 12 *janvier.* Le malade cependant reste très fatigué, perclus de douleurs thoraciques vagues avec angoisse, incapable d'étendre complètement son avant-bras droit, et de fermer les poings sans éprouver des douleurs dans les doigts.

Le 13 *janvier la fièvre se rallume* : 38° et 39°5 ; prostration marquée ; langue sale et sèche ; aucune localisation infectieuse viscérale ne vient justifier pareille atteinte profonde de l'état général.

Le Docteur Ramond, appelé en consultation le 22 janvier, trouve le malade prostré, anéanti, presque incapable de répondre à son interrogatoire. Le coude droit est redevenu normal, pouvant être mobilisé, activement et passivement, sans douleurs, mais il n'arrive toutefois pas à l'extension complète. Aucune autre manifestation articulaire. Cependant, sur tout le corps, la face exceptée : une desquamation extrêmement accentuée ; aux mains et aux pieds, c'est par grands lambeaux que la peau s'écaille ; desquamation également aux avant-bras, aux bras et aux cuisses. Que signifie cette desquamation ? Elle serait la suite d'une éruption généralisée, survenue dans la nuit du 19 *au* 20 *décembre,* c'est-à-dire trente-six ou quarante-huit heures après le début de l'arthrite du coude droit, et huit jours après le début des accidents infectieux généraux. Cette *éruption* scarlatiniforme aurait duré trois ou quatre jours ; elle venait plaider fortement *en faveur d'un pseudo-rhumatisme infectieux.*

N'aurait-on pas observé antérieurement au 12 *décembre,* une angine, un furoncle, un anthrax, ou encore un accident qui aurait déterminé une plaie, susceptible d'avoir servi de *porte d'entrée aux germes pathogènes, actuellement en cause* ?

Effectivement, le 8 *décembre, quatre jours avant* l'apparition des premiers symptômes de la maladie actuelle, le malade a été *mordu par un rat d'égout* à l'auriculaire de la main *gauche.* Ses plaies ont été aussitôt désinfectées avec de l'eau javellisée, après avoir pris soin, au préalable, de les faire abondamment saigner. Du reste, ces

morsures ont très rapidement guéri sans aucune complication locale, et c'est pourquoi on n'avait pas jugé bon d'en parler. A l'heure actuelle, d'ailleurs, il est impossible d'en trouver la moindre trace. Cependant, c'est dix jours plus tard que le malade avait commencé à souffrir du coude *droit* ; en même temps, il s'était plaint de la paume de sa main *gauche* : toute la région palmaire était le siège d'une légère tuméfaction, rouge et douloureuse à la pression.

L'inspection du 22 janvier dénote une langue sèche, sale, saburrale ; le ventre est souple, non douloureux. Rien d'anormal à l'examen des autres organes ou systèmes ; ni sucre, ni albumine.

En considération de ces anamnestiques, le diagnostic s'impose d'une maladie infectieuse spéciale, d'une spirochétose consécutive à la morsure du rat, du *sodoku*.

Cependant, la seule notion de morsure du rat n'aurait pas suffi pour affirmer ce diagnostic, puisque d'autres infections peuvent reconnaître la même origine.

Certes, la morsure du rat était nécessaire, et de haute valeur diagnostique. Mais encore, le tableau clinique, très différent de celui, que l'on observe dans toutes les maladies infectieuses habituelles, et rappelait bien les caractères du sodoku.

L'*incubation*, il est vrai, avait été plus courte (quatre jours) que dans les cas habituels (quinze jours) ; cependant le fait n'est pas exceptionnel.

Suivant la règle, cette période d'incubation avait été absolument silencieuse, et les plaies d'inocubation étaient, sinon cicatrisées, du moins en très bonne voie de guérison, lorsque les premiers symptômes de la maladie ont éclaté.

Classiquement, l'*invasion* du sodoku est *brusque*. Elle est constituée par des frissons, des vomissements, de la céphalée, une très grande fatigue générale, des douleurs musculaires et articulaires, une brusque élévation thermique à 39° ou 40°. Ainsi, en a-t-il été pour le sujet en question.

A côté de ces signes généraux, l'*éruption cutanée est encore un élément caractéristique* du syndrome morbide. D'ordinaire, elle apparaît en même temps que la fièvre ; ici l'exanthème n'est survenu que huit jours après la fièvre. Mais il a présenté typiquement l'aspect et la marche de l'éruption du sodoku, qui est généralisée et composée par des éléments érythémateux, presque papuleux, du volume d'une grosse lentille au maximum, ; ceux-ci d'abord bien isolés, deviennent rapidement plus ou moins confluents pour former de larges placards à contours polycycliques sur le thorax, l'abdomen, les membres, et plus rarement la face. Parfois un exanthème bucco-pharyngé accompagne l'exanthème cutané.

Ce qui a fait défaut dans le cas présent, c'est l'intensité des phénomènes locaux au niveau de la morsure : l'auriculaire gauche ne s'est à aucun moment œdématié, boudiné ; il n'est pas devenu violacé, sensible. Aucune réaction lymphangitique, ni ganglionnaire, comme c'est la règle habituelle.

D'autres caractères atypiques consistent ici dans l'absence de réactions viscérales de l'infection : pas de splénomégalies, pas d'ictère, pas de signes pulmonaires, pas d'albuminurie, etc...

Par contre, *caractéristique a été l'évolution par poussées successives* de la maladie. D'ordinaire ces poussées sont de huit à quinze jours, espacées de trois ou quatre jours. Chaque poussée nouvelle est marquée par la reprise de la fièvre, la réapparition de l'exanthème et de tous les signes locaux au niveau de la plaie et des territoires lymphatiques, qui en dépendent.

Des erreurs de diagnostic restent toujours possibles, si l'on méconnaît la valeur de l'antécédent, constitué par la morsure de rat : rhumatisme ou pseudo-rhumatisme infectieux *à cause des douleurs* ; tuberculose, endocardite d'Osler, paludisme, fièvre typhoïde, fièvre de Malte, à *cause des signes généraux* ; érythème noueux, à cause de l'association des douleurs rhumatoïdes et de l'exanthème ; syphilis, rougeole, etc...

Aucun moyen de laboratoire pratique ne permet encore actuellement de confirmer d'une manière certaine le diagnostic : ni la recherche des spirochètes du sodoku dans les papules éruptives, le sang, les ganglions ; ni l'inoculation du sang aux animaux.

Quant au pronostic, assez sérieux au Japon (10 p. 100 de mortalité), il se révèle plus favorable en Europe, où les décès sont rares. La guérison se produit en six semaines, deux ou trois mois. Des rechutes ont pu parfois se prolonger durant plus d'un an, et déterminer de l'asthénie profonde, de la cachexie.

Toutefois, l'évolution est très favorablement impressionnée *par le traitement arsenical* (novarsénobenzol, acétylarsan, stovarsol). Chez le malade observé, dès la première injection de novar, la température a baissé progressivement ; après la troisième injection l'apyrexie est devenue complète, et la convalescence a commencé.

En principe, les injections intraveineuses de novarsénobenzol se font à la dose de 0 gr. 15 le premier jour, 0 gr. 30 le troisième jour, 0 gr. 45 le sixième jour, 0 gr. 60 le dixième jour, et deux fois encore à cette dose à cinq jours d'intervalle, afin d'assurer la guérison définitive.

***

LES MORSURES DE SERPENTS : LEUR TRAITEMENT (1)

Voici ce qu'il est classique de faire :

Aussitôt après la morsure,

a) *Retarder l'absorption du venin* par une ligature, serrée modérément à la racine du membre blessé ; la suspendre toutefois pendant quelques minutes tous les trois quarts d'heure pour éviter la gangrène ;

b) *Faire saigner la plaie par succion* (à l'aide d'une bouche saine) en ayant soin de faire cracher souvent le sang ainsi aspiré. On remplacera avantageusement la succion buccale par une ventouse sèche.

c) *Débrider la plaie,* si nécessaire.

d) *Injecter* dans la plaie, un quart ou un demi-centimètre cube de l'une des solutions suivantes :

Permanganate de potasse...	1 gramme
Eau distillée..............	100 grammes

ou bien :

Chlorure de chaux du commerce fraîchement dissous.........	1 gramme
Eau distillée	60 grammes

e) *Toutes les fois que la chose sera possible,* injecter *dans les trois heures qui suivent* la morsure, du *sérum antivenimeux de l'Institut Pasteur.* Ce sérum de *Calmette,* à la dose de 10 c. c. chez le jeune enfant et de 20 c.c. chez l'adulte, est extrêmement actif.

Dans les *cas particulièrement graves,* on pourra avoir recours à la *voie intraveineuse* pour l'introduction du sérum.

f) *Chaque fois qu'il sera nécessaire,* on aura recours, pour *soutenir le cœur défaillant,* aux injections sous-cutanées d'*huile camphrée* éthérée, de *caféine* ou encore de *spartéine.*

Cette thérapeutique destinée à l'homme est également applicable aux *chiens de chasse* si souvent victimes, eux aussi, des vipères.

***

Nous allons exposer maintenant, des méthodes simples, et toujours faciles à appliquer. Leur efficacité demande cependant encore quelque confirmation dans l'avenir.

C'est tout d'abord, d'après le Docteur THALHEIMER (2), l'application *de sangsues* aux œdèmes résultant de morsures de vipères, par analogie à leur emploi dans les phlébites et dans les œdèmes infectieux.

Voici résumée l'observation princeps de cet auteur.

Une fillette de onze ans était piquée par une vipère au niveau de la partie dorsale du pied droit. La plaie fut immédiatement traitée : incision locale suivie de succion ; une heure après, injection de sérum antivenimeux. Le traitement classique avait donc été institué dans les délais voulus.

Le lendemain, l'état général s'aggrave, le membre s'œdématie et se cyanose. Les parents, affolés ramènent leur enfant à Paris, à l'hôpital. L'état général est de plus en plus grave. L'enfant est pâle, son pouls est filant, sa respiration superficielle ; toutefois, il n'y a pas d'élévation de température.

On débride la plaie, on injecte encore du sérum antivenimeux ; on met le membre dans une gouttière. Malgré tout cela, la cyanose et l'œdème progressent et remontent jusqu'à l'abdomen.

C'est alors qu'on fait appliquer des sangsues à la racine de la cuisse. Dès l'après-midi, la cyanose s'atténue, l'œdème diminue au niveau du membre, mais reste sans changement au niveau de l'abdomen. Devant ce résultat, on place alors des sangsues sur l'abdomen. Les symptômes rétrocèdent. Par la suite, l'enfant guérit sans autre traitement.

D'autre part, d'après M. Etienne Sergent, il serait utile et efficace de pratiquer des *injections sous-cutanées d'eau physiologique* contre l'envenimement par morsure de vipère ou piqûre de scorpion. L'expérimentation en a démontré la valeur chez la souris blanche, après plusieurs doses mortelles de venin de vipère : 16 % de survies, tandis que ce pourcentage n'est que de 39 % avec le sérum spécifique.

Il serait intéressant de rechercher, dans les cas où l'on serait dépourvu de sérum antivenimeux, si des injections sous-cutanées massives d'eau physiologique ne pourraient pas être employées utilement pour traiter l'envenimement chez l'homme et chez les animaux domestiques, Il y aurait intérêt à injecter la plus grande quantité possible d'eau.

G. FISCHER.

(1) *Journal de médecine de Lille,* février B, 1936.

(2) *Concours Médical,* 13 janvier 1935.

LE ROLE DU FOIE DANS LA GENÈSE DE L'OBÉSITÉ

L'obésité naît de cette circonstance que le sujet fait de la «nutrition retardante». Il est généralement gros buveur et surtout grand mangeur, de viande en particulier. Volontiers, il estime avoir besoin d'une abondante alimentation carnée pour parer aux besoins de son travail intellectuel. Or, si les hydrocarbones et les graisses sont des aliments de force vive, de combustion, s'ils sont ce que l'essence est à l'automobile, les aliments azotés, spécialement d'origine animale, sont de plastique, et d'entretien ; ils doivent ne servir qu'à réparer l'usure des tissus ; ils représentent, si l'on veut, l'huile de graissage et les pneumatiques de l'automobile (J. Sédillot). Or, de ces aliments plastiques il faut une certaine quantité chaque jour ; il en faut même un léger excès au delà de la quantité fixée par les calculs des physiologistes.

Mais, que va-t-il advenir si cette quantité d'azotés est nettement, chaque jour, dépassée ? Le sujet fera de la graisse en excédent dans tous ses tissus, et cela parce que ces fautes d'hygiène alimentaire auront amené son *foie*, primitivement normal, à un certain état de surmenage, puis d'*insuffisance fonctionnelle*. Chez l'obèse, en effet, on trouve le foie toujours congestionné : c'est « l'hépatisme » de Frantz Glénard.

De petits signes urinaires traduiront bientôt la déficience hépatique : abaissement du rapport azoturique, élévation du coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard, présence d'urobiline, richesse en urée (35 à 40 grammes), en chlorures (12 à 15 grammes). Dans les urines, les corps xantho-uriques seront également en excès, soit sous la forme dissoute (plus de 1 gramme par vingt-quatre heures), soit sous la forme précipitée (sable, gravelle, lithiase). D'autre part, on notera une azotémie supérieure à la normale ; l'uricémie et la cholestérinémie seront nettement exagérées, parfois au double et au triple de la normale.

Déductions pratiques

L'obèse par insuffisance hépatique est le plus souvent un polyphage et un sédentaire (Marcel Labbé). Régime et exercice physique sont recommandés pour ces candidats à l'obésité.

« Deux à trois semaines de régime lacto-fruito-végétarien, sans œufs », c'est ce que J. Sédillot appelle le régime de grand repos hépatique. Mais, s'il faut en exclure les dangereuses albumines animales, on ne peut cependant défendre leur usage au delà de la troisième semaine, car elles sont nécessaires à la restauration des tissus, notamment des muscles ; dès ce moment, on permettra donc l'usage de la viande, cinq fois par semaine, au repas de midi, afin que la cellule hépatique dispose ensuite vingt-quatre heures de repos. Le lait restera toujours autorisé, sous des formes diverses, à raison de trois quarts de litre par jour. Tous les légumes seront permis ; on recommandera l'usage des salades crues, des fruits crus. Interdire les potages gras, les crustacés, les coquillages, les poissons de mer à chair grasse, les viandes de conserve, le gibier, etc.

Une cure de diurèse sera nécessaire pendant vingt à trente jours. Le sujet devra boire beaucoup, aux repas, entre les repas. On recommandera les eaux minérales lixiviantes ; celles-ci devront être aussi peu calcaires que possible ; aussi l'eau de Vals-Reine trouve-t-elle ici une indication particulière ; elle est alcaline, de minéralisation moyenne, et peut être utilisée indéfiniment, sans qu'on ait à craindre ni la fatigue, ni l'intolérance, ni la fameuse cachexie alcaline.

Une saison thermale est indiquée : Vichy, Vals, Le Boulou [Justin-Besançon] (1). Cependant, certaines atteintes polyviscérales des futurs obèses peuvent contre-indiquer cette cure ; aussi devra-t-on examiner sérieusement le fonctionnement du rein, du cœur et des vaisseaux périphériques.

Le mode d'action des eaux minérales est double :

Les unes agissent indirectement en modifiant le fonctionnement intestinal, et surtout hépatique. Les autres semblent avoir un effet direct sur les combustions tissulaires.

Le régime sera bien réglé ; la gymnastique, surveillée par un médecin, comportera des assouplissements correctement réglés. L'exercice physique sera gradué suivant les possibilités physiques du malade.

Chaque jour, une heure de marche rapide, dont une demi-heure aussitôt que possible dans la matinée. Tous les sports, qui pourraient être recommandés en remplacement ou en supplément de la marche, sont utiles à la condition qu'ils constituent réellement un exercice musculaire et une occasion de respirer plus amplement.

Dr George.

(1) Justin-Besançon. — Aperçus généraux sur le traitement thermal et climatique de quelques maladies de la nutrition. (*La Pratique médicale française*, septembre, 1934).

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La radiographie sans préparation dans le diagnostic des occlusions intestinales aiguës

Le Docteur P. Moulonguet estime que cette méthode doit être employée dans tous les cas où l'on n'a pas un diagnostic précis. Quant à l'adjonction à la radiographie sans préparation de l'image d'un lavement baryté, voici comment il faut procéder : commencer toujours par la radiographie simple, sans aucune manœuvre que l'incertitude du diagnostic risque toujours de rendre dangereuse ; si cette radiographie simple, donc inoffensive, montre des images typiques, notamment celle d'une occlusion sur le grêle, on s'abtiendra de donner un lavement. Si au contraire, l'identification des anses distendues apparaît difficile, ou si, le diagnostic d'occlusion sur le côlon étant porté, on veut connaître le siège exact de l'obstacle, l'administration d'un lavement sous faible pression ne présente aucun inconvénient. Quant à l'ingestion de substances de contraste, quelle qu'en soit la nature chimique, on la déconseille formellement en cas d'occlusion aiguë.

Cette méthode permet de reconnaître précocement l'occlusion intestinale, de diagnostiquer la localisation et la nature de l'occlusion. Le diagnostic entre occlusion et péritonite peut être dans certains cas facilité par la radiographie sans préparation, mais d'ailleurs la clinique suffit le plus souvent à faire cette différenciation.

Il ne peut jamais y avoir contradiction entre ce nouveau moyen d'investigation et les solides données que nous fournit l'examen du malade. (*Paris Médical*, 4 avril 1936.)

Le foie du bon vivant

Le « bon vivant » n'est pas seulement le pléthorique exubérant que l'on s'imagine volontiers, c'est aussi plus simplement, écrit le Docteur Fruictier (de Vichy), le sujet qui, par tendance constitutionnelle, nécessité professionnelle ou habitude familiale, sans commettre d'excès évidents, mange et boit plus qu'il ne faudrait pour son activité physique ou son tempérament.

Bien portant en apparence tant qu'il est jeune et que ses organes résistent au surmenage qui leur est imposé, il ne tarde pas à se révéler, en avançant en âge, ce qu'il est réellement : une façade.

De petits troubles avertisseurs surviennent alors progressivement que l'auteur décrit en détail. Ils sont du reste généralement négligés jusqu'au jour où le bon vivant se présente alors comme un hépatique plus ou moins méconnu dont on peut distinguer deux types principaux : le pléthorique, gros et rouge, et l'intoxiqué, jaune et maigre. Chez le premier, ce sont les troubles circulatoires qui dominent, et chez le second, les désordres digestifs et intestinaux. Mais chez tous les deux, le foie est à la base de tous les troubles.

L'évolution, nettement influencée par le terrain, est bénigne ou grave et se fait dans des sens différents suivant les tares héréditaires ou acquises du sujet : obésité, diabète, goutte, lithiase, artério-sclérose, urémie, cirrhose, etc... Tous ces malades, en tout cas, sont des arthritiques particulièrement fragiles aux *infections*.

Le traitement consiste en premier lieu dans le redressement des fautes d'hygiène alimentaire qui ont amené cet état. Il faut se garder cependant de prescrire des régimes carencés ou trop pénibles impossibles à suivre et que le sujet abandonne vite.

Ensuite vient le traitement du foie que l'on s'efforcera de décongestionner et de mettre au repos ou de stimuler suivant les cas, soit au moyen de cholagogues variés, soit au moyen d'agents physiques appropriés : hydrothérapie, massage, exercice physique, diathermie, électricité, cures thermales, comme la cure de Vichy qui permet d'obtenir en peu de jours des diminutions de volume impressionnantes du foie. (*La Clinique*, février-B, 1936.)

Les injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques chez les brightiques hypertendus.

MM. Roch, Eric Martin et François Scoclounoff consacrent une importante étude à l'action et à l'emploi de ces injections. Ils s'arrêtent aux conclusions suivantes :

L'administration de fortes doses de solution glucosée hypertonique n'est pas dangereuse, même chez les brightiques, les hypertendus, les asystoliques. Cette pratique ne se heurte à aucune difficulté technique. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, l'administration du sérum sucré, lorsqu'on utilise le « goutte à goutte », ne crée d'hypertension ni importante ni durable.

Les réactions consécutives ne sont pas dangereuses et elles sont transitoires.

Les brightiques bénéficient du traitement glucosé, de même que les cardiaques, les hépatiques, etc... L'action directe sur le rein est problématique ; l'action diurétique est très variable ; l'action sur le foie et le système cardio-vasculaire est certaine, l'effet favorable sur l'état général est presque constant. Le malade s'améliore tout en gardant le plus souvent, un taux d'urémie élevé.

Tous les examens de laboratoire ont été impuissants à déterminer exactement le mécanisme d'action de la solution sucrée hypertonique. Ils montrent la persistance de la rétention azotée et la médiocrité des éliminations urinaires. Cependant l'heureux résultat clinique est évident. (*Annales de Médecine*, mars 1936.)

Systématisation de la ligamentopexie en gynécologie conservatrice

Le Docteur LOUTE propose, en complément de toute intervention gynécologique conservatrice, la ligamentopexie suivant une technique personnelle, dérivée de celle de Doléris, mais n'en présentant pas les inconvénients. Les ligaments ronds sont réunis et juxtaposés, au travers des muscles grands droits, sur une longueur de deux à trois centimètres, en évitant leur torsion. Il faut se rendre compte, ce faisant, de la position exacte de l'utérus et vérifier s'il ne s'est produit aucune coudure ou traction exagérée sur les trompes. Il s'agit d'une opération qui fixe les ligaments à un niveau plus bas que dans les autres procédés. Cette pratique offre un premier avantage, celui d'écarter, en raison de l'insertion basse et externe des ligaments ronds au-dessus de la ligne innominée, tout danger d'étranglement d'une anse intestinale entre la paroi abdominale et l'utérus. Un second avantage est de parer au danger d'éventration grâce au passage très oblique des ligaments ronds au travers des droits. Enfin un troisième avantage est d'éviter l'inclusion des trompes dans la paroi par la prise très externe des ligaments ronds, lesquels sont en effet beaucoup plus écartés des trompes en leur portion distale.

L'étude de 105 cas opérés suivant ce principe, et revus à longue échéance, montre que les résultats opératoires ont pu être ainsi nettement améliorés. L'anatomie statique obtenue est parfaite ; non seulement il n'y a pas eu de rétro-déviation utérine post-opératoire, mais encore le corps de l'utérus est venu en antéversion physiologique. De la sorte il se trouve en entier dans le petit bassin ; le fond utérin n'est pas, comme dans l'opération de Doléris, attiré très près de la paroi abdominale. Il reste moins vulnérable qu'avec une fixation haute. Certes quelques insuccès sont inévitables, mais ils proviennent de la nature même des affections opérées (récidives d'ovarite scléro-kystique, apparition de fibromes utérins, etc.), mais jamais de la technique. La fécondité est nettement facilitée, la grossesse et l'accouchement ne sont pas l'occasion de difficultés spéciales, la présentation n'est pas influencée défavorablement ; il n'a pas été observé d'hémorragie grave au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la délivrance ; les suites ont toujours été normales et l'involution de l'utérus n'a pas été modifiée.

Le dessein de l'auteur n'est pas de vouloir diminuer la valeur des diverses méthodes de fixation utérine, qui ont été proposées ; mais il souhaiterait voir généraliser la ligamentopexie, afin de coopérer à la lutte contre les affections gynécologiques, et dans une certaine mesure, d'éviter les castrations totales. (*Bruxelles-Médical*, 29 mars 1936, 5, 12 et 19 avril 1936.)

Les pleurésies enkystées et cloisonnées de la grande cavité.

Ces affections, écrit le Docteur J. OPRAN, sont relativement fréquentes. Si la radiologie a une importance capitale au point de vue du diagnostic, la pneumo-séreuse en a une non moins grande ; associée à la radiologie, elle permet parfois le diagnostic des pleurésies cloisonnées où la radiologie n'est pas suffisante. Avec cette méthode, les pleurésies enkystées ou cloisonnées, qui étaient autrefois des trouvailles d'autopsie, ont passé du domaine de l'anatomie pathologique dans celui de la clinique.

Il y a trois variétés de pleurésies enkystées de la grande cavité : la pleurésie du sommet ; la pleurésie axillaire généralement secondaire à un autre épanchement de la grande cavité et la pleurésie sous-mammaire ou de la base, seule ou parfois associée à une pleurésie diaphragmatique. La pleurésie cloisonnée de la grande cavité présente une morphologie extrêmement variée. Les signes de présomption sont les suivants : les antécédents pleuraux du malade ; la sonorité anormale de l'espace de Traube dans les grands épanchements du côté gauche ; une matité circonscrite ou suspendue ; une bande de sonorité entre deux zones de matité ; une thoracenthèse donnant une quantité de liquide manifestement plus faible que les symptômes ne le faisaient supposer. Quant aux signes de certitude, ils ne peuvent être fournis que par la pneumo-séreuse suivie d'examen radiologique. (*Arch. Médico-chirur. de l'app. respiratoire*, n° 1, 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Sur le test cutané de Frei

(MM. Escher et Chaglassian, de Beyrouth. — Présentation par M. Levaditi ; 21-4-1936)

Frei, de Breslau, a décrit en 1925, une réaction observée dans la maladie de Nicolas-Favre. Elle met en évidence l'allergie spécifique cutanée des sujets ayant ou ayant eu cette affection. L'inoculation de l'antigène se fait dans le derme (injection intra-dermique), à l'avant-bras, par exemple. La réaction se lit après quarante-huit heures : positive, elle consiste en une papule en dôme rouge, infiltrée et d'un diamètre d'au moins 4 à 5 millimètres, papule qui doit durer un temps assez long (huit à dix jours). Le phénomène important n'est pas tant l'érythème que la papule. La réaction se perçoit donc à la fois à la vue et au doigt.

L'antigène employé au début provenait du pus lympho-granulomateux. Les travaux de Hellerström et Wassen, de Levaditi, Ravaut et P. Lépine ont permis d'utiliser un antigène simiesque testé dont l'obtention est plus facile.

Le point le plus important de la question est celui de la valeur diagnostique de la réaction de Frei dans la maladie de Nicolas-Favre. Des doutes ont été émis sur la valeur de ce test. Clément-Simon, Braley et Minck ont trouvé (sur 50 malades), 10 % de résultats positifs chez des sujets ne présentant aucun signe pouvant faire penser à une lymphogranulomatose. Il est vrai que l' « élément humain » utilisé par Clément Simon était composé des prostituées de Saint-Lazare qui, par leur « profession », pouvaient avoir été plus ou moins touchées par le virus lymphogranulomateux.

MM. Escher et Chaglassian ont repris le problème dans un milieu analogue, en Syrie. Ayant constaté d'abord la rareté de la maladie de Nicolas-Favre en Syrie, ils ont estimé *a priori* que la même maladie masquée devait être rare également chez les prostituées des pays du Levant, et que la réaction de Frei devait se montrer peu fréquente chez elles. Effectivement, sur un total de 80 femmes se livrant à la prostitution qu'ils ont pu observer (42 libanaises, 18 syriennes, 8 arméniennes, 4 alaouites, etc.), ils n'ont trouvé aucun test de Frei positif.

Leur étude tendrait en somme à établir que l'objection tenant à la fréquence des réactions positives chez les prostituées de Saint-Lazare relèverait d'une imprégnation latente du virus lympho-granulomateux chez ces femmes et non d'une absence de spécificité de la réaction.

Académie de chirurgie

150 observations d'abcès du foie.

(MM. P. Huard et Meyer May ; 12-2-1936.)

Les abcès du foie ne sont pas toujours dus à l'amibe, ce qui offre un double intérêt, pathologique et thérapeutique, la thérapeutique par l'émétine n'ayant plus d'indication dans les abcès non amibiens.

Outre ce point particulier, les auteurs ont noté la fréquence des complications et des lésions associées. L'abcès du foie est fréquemment le centre d'un énorme processus pyogène à retentissement thoracique, abdominal et lombaire. Devant de pareilles lésions, l'émétine est insuffisante et il faut presque toujours opérer.

Les auteurs ont recueilli leurs observations au Tonkin.

La température cutanée chez l'homme normal.

(M. A. Hustin, de Bruxelles ; 12-2-1936.)

Au cours d'une communication sur le rôle du système nerveux végétatif dans les opérations chirurgicales, M. Hustin étudie les variations de la température cutanée chez l'homme normal, variations sur lesquelles il base son travail.

Chez une personne normale gardant le lit, la température centrale est plus élevée dans la journée (37°5) que pendant la nuit (37°). C'est entre 5 et 8 heures du matin, et 18 à 22 heures le soir que les courbes changent progressivement de niveau.

La température de la plante du pied nu d'une personne alitée, placée nuit et jour sous les couvertures, subit, elle aussi, des variations nycthémérales mais différentes de celles de la température rectale.

Vers minuit, la température des pieds est à 36°, un degré environ au-dessous de la température générale ; elle garde sensiblement ce niveau jusque vers 5 heures du matin ; elle baisse alors assez brusquement, parfois de 5 à 6° en quelques heures. Pendant la journée, la courbe thermique reste assez basse (30°-32°) ; elle remonte ensuite entre 18 et 19 heures, pour atteindre à 21 heures, 36°, taux qu'elle garde presque sans changement toute la nuit.

Ces phénomènes relèvent d'une vaso-constriction diurne des vaisseaux périphériques, due à la température ambiante.

M. Hustin présente ensuite quelques remarques sur les variations vaso-motrices des pieds au cours des opérations chirurgicales.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le hoquet post-sérothérapique

(MM. Th. MIRONESCU, membre correspondant et LAZARESCU, interne ; 14-2-1936)

Aux autres symptômes de la maladie du sérum, il faut ajouter le hoquet post-sérothérapique. Celui-ci présente une grande importance pratique, car le traitement par le sérum s'adresse, sauf les cas exceptionnels, aux infections où le hoquet constitue un symptôme grave ayant un pronostic sérieux, tandis que le hoquet post-sérique, comme tous les accidents de même cause, est loin d'avoir un pronostic aussi grave.

De l'observation rapportée, il résulte que le hoquet est survenu chez le malade en même temps que l'éruption cutanée post-sérique, et dura le même temps qu'elle. Ce fait, et surtout la réapparition du hoquet en même temps que celle des autres manifestations sériques, ainsi que leurs disparitions simultanées ne laissent aucun doute que le hoquet fut une manifestation de la maladie sérique.

Donc cet accident doit être pris en considération dans des situations semblables.

Atélectasie pulmonaire brusque par hémoptysie

(MM. P. CARNOT, A. LAFFITE et BONS ; 14-2-1936)

Les auteurs rapportent un cas d'atélectasie brusque au cours d'une hémoptysie, si typique que le diagnostic a pu être fait d'emblée, par la clinique et confirmé par la radiographie. Il est probable que de pareils accidents sont beaucoup plus fréquents que ne le ferait croire le nombre minime de cas publiés. S'ils sont le plus souvent méconnus, c'est, d'une part, qu'ils sont transitoires et cessent en quelques jours aussi brusquement qu'ils sont survenus ; c'est aussi qu'on hésite à examiner à fond (surtout à la radiographie) un malade en pleine hémoptysie. Mais, à la vérité, point n'est besoin, le plus souvent, d'une radiographie, ni même d'une auscultation longue et minutieuse pour reconnaître la brusque rétraction thoracique, la déviation du cœur et la remontée du diaphragme, qui attestent le vice pleuro-pulmonaire consécutif à l'oblitération bronchique, dont la cause est, évidemment, l'hémoptysie. Le diagnostic se fera d'autant plus facilement que l'on connaîtra mieux ce tableau clinique.

Le collapsus atélectasique par hémoptysie est un accident brutal, très dramatique, mais habituellement fugace et sans conséquences mortelles.

Il provoque une symptomatologie, clinique et radiologique, évidente, d'autant plus facile à dépister qu'on la connaîtra mieux, celle d'une brusque rétraction pariéto-phréno-cardio-médiastine *ex vacuo*, qui a permis le diagnostic immédiat dans le cas rapporté. Cette atélectasie s'explique par l'obturation bronchique, à sens unique, réalisée par un caillot formant clapet, qui empêche l'entrée de l'air sans en empêcher la sortie lors des mouvements respiratoires et de la toux.

Son traitement comportera l'usage d'expectorants hémostatiques, tels que l'ipéca. Mais on se souviendra que cet accident dramatique disparaît spontanément après quelques jours par élimination du caillot, et aussi soudainement qu'il est apparu.

Néphrite érysipélateuse. Action du bicarbonate de soude ingéré sur l'acidose

(MM. A. LEMIERRE, A. LAPORTE, M. LAUDAT et DAUM ; 27-3-1936)

Chez un homme, ayant souffert de plusieurs poussées de néphrite hématurique et atteint d'une albuminurie chronique, l'érysipèle s'est d'emblée compliqué d'une grave atteinte rénale : hématuries, oligurie assez accentuée, azotémie progressive ayant atteint son maximum cinq jours après la cessation de la fièvre. Douze jours plus tard, guérison complète, l'hématurie et l'albuminurie ayant disparu définitivement à l'instant même où l'azotémie est entrée en régression. Ayant constaté une réserve alcaline à 32 vol. 5 au moment où le taux de l'urée sanguine n'était encore qu'à 2 grammes 69, on a prescrit au malade une dose quotidienne de 8 grammes de bicarbonate de soude. Il s'est produit tout de suite un relèvement de la réserve alcaline à 38 vol. 5 ; après sept jours de traitement, elle est montée à 69 vol., puis est redescendue quatre jours plus tard à 63 vol. 3, malgré la continuation de ce traitement. On a donc réussi, grâce à la seule administration du bicarbonate de soude par la bouche, à faire immédiatement régresser l'acidose. Les auteurs ont l'impression que s'ils s'étaient abstenus de la thérapeutique alcaline, la néphrite n'en aurait pas moins guéri. Mais ce fait démontre une fois de plus ce qu'on peut attendre du bicarbonate de soude par voie buccale pour lutter contre l'acidose, liée à l'insuffisance rénale.

En même temps, les auteurs ont noté que le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine prescrit contre l'érysipèle lui-même n'avait pas exercé une action nocive sur le rein malade. A dose thérapeutique, cette substance, qui a fait sa preuve comme médicament spécifique de l'érysipèle, paraît donc pouvoir être utilisée sans crainte en cas de complications rénales.

G. F.

Les Congrès

VIe CONGRÈS DE MÉDECINE DU MAROC (CONGRÈS DE L'AMIBIASE)

(*Suite et fin*) (1)

Les mirages et les réalités de l'insuffisance hépatique

M. le Professeur Chiray

On peut concevoir ainsi à l'heure actuelle, les différentes formes de l'insuffisance hépatique :

1° *Insuffisance hépatique médico-mondaine,* qui n'est pas une insuffisance, mais qui est cataloguée de la sorte par des malades atteints d'affections de l'estomac ou de la vésicule

2° *Insuffisance hépatique totale réalisée par hépatectomie,* que Fiessinger dénomma très justement «insuffisance hépatique foie absent » ;

3° *La grande insuffisance hépatique terminale* des hépatites infectieuses ou toxiques qui peut être observée en clinique et réalisée en médecine expérimentale, celle que Fiessinger dénomme « Insuffisance hépatique, foie présent »

4° *La petite insuffisance hépatique* au cours des maladies médicales, celle qu'il serait si important de connaître et de mesurer, celle sur laquelle les éléments d'appréciation offerts aux médecins restent encore si fragiles ;

5° *L'insuffisance hépatique consécutive aux interventions chirurgicales.* — L'hépatite grave secondaire, très redoutée des chirurgiens qui demandent aux médecins un test de sécurité, paraît pouvoir être actuellement décelée avant l'opération grâce à une nouvelle épreuve de l'insuffisance hépatique, qui s'adresse à la fonction glycogénique. M. le Professeur Chiray emploie l'épreuve de la galactosurie qui, préconisée d'abord par Bauer en Autriche, fut établie sur de nouvelles bases par Fiessinger, Dierick et Thiébault. Il l'a modifiée très légèrement et n'a jamais trouvé de contradictions en se basant sur 2.000 examens.

Aussi il estime qu'au point de vue chirurgical, on peut à l'heure actuelle reconnaître par cette méthode l'hépatite avant l'opération, y surseoir s'il n'y a pas urgence ou tout au moins la réaliser avec le moins de choc possible.

M. le Professeur Chiray termine en disant que s'il conserve des doutes sur la valeur de la plupart des tests de l'insuffisance hépatique employés en médecine courante, principalement dans les cas de petite insuffisance au cours des maladies chroniques du foie, il croit que sur le terrain limité du pronostic chirurgical comme dans celui de l'ictère catarrhal habituel ou prolongé, la réaction des concentrations galactosuriques permet d'obtenir des précisions intéressantes.

L'amibiase infantile

MM. le Professeur V. Gillot et F. Dendaie, d'Alger

Les rapporteurs font une description des formes aiguës de l'amibiase infantile qu'ils classent en *forme gastro-intestinale, fébrile, forme cholérique* et en *syndrome de diarrhée verte.*

Les formes suraiguës sont rares et peuvent être confondues avec des entérites d'origines très diverses et surtout parasitaires comme par exemple celles provoquées par les lamblias.

Les formes chroniques peuvent être classées de la façon suivante : 1° Entéro-colite chronique ; 2° Colites, rectites, recto-sigmoïdites ; 3° Formes larvées.

L'abcès amibien du foie chez l'enfant paraît être une rareté.

Les difficultés diagnostiques dans les colites amibiennes

M. R. Deschiens

Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris

Les colites hroniques amibiennes ne se distingues pas cliniquement des colites chroniques parasitaires ou même des colites fonctionnelles et diathésiques.

Le diagnostic de ces états amibiens est d'ordre coprologique et parasitologique.

Or, il existe dans les infestations intestinales chroniques amibiennes des périodes (périodes négatives), pouvant atteindre sept jours, pendant lesquelles les kystes et les formes végétatives de l'amibe dysentérique n'apparaissent pas dans les selles.

Un examen isolé ou des examens espaces exposent donc, en cas de résultat négatif, à conclure qu'un sujet n'est pas amibien alors qu'il est infeste.

La recherche des éléments parasitaires devra donc, dans ces infestations chroniques, être faite quotidiennement et portée sur un intervalle de temps plus long que la période négative la plus longue avant qu'il soit possible d'indiquer qu'un malade est ou n'est pas amibien.

Un procédé pratique de prélèvements pendant huit jours consécutifs et une méthode de recherche des parasites sont exposés.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 22.

Aspect chirurgical de l'amibiase

M. COSTANTINI, d'Alger

L'amibiase demeure encore pour un peu une affection chirurgicale, malgré les progrès de la thérapeutique médicale. D'abord, ses formes larvées intéressent le chirurgien au plus haut point. Elles lui offrent le tableau d'une appendicite, d'une cholécystite, ou de toute autre affection chirurgicale. Il lui faudra donc dépister sous ces masques trompeurs la cause réelle des troubles pathologiques, sous peine d'opérer inutilement des malades qui ne sont que des amibiens.

Les abcès amibiens du foie sont de plus en plus rares. Leur traitement est médico-chirurgical. Lorsqu'on opérera, l'infection du pus par les microbes imposera le drainage, mais dans la règle, le pus étant amicrobien, on pourra se passer de drainer.

Pour l'amibiase du poumon, elle paraît responsable de bien des suppurations pulmonaires à l'origine desquelles elle doit être placée.

Chirurgie de l'amibiase

MM. PÉRARD et DUBOUREAU

Le chirurgien peut se trouver en présence des deux formes de l'amibiase :

Les formes aiguës, qui deviennent plus rares dans les milieux civilisés et dont l'abcès du foie représente encore la majeure partie et l'amibiase chronique d'emblée ou non, avec ses formes pseudo-chirurgicales, où il doit se garder d'intervenir.

Le traitement de l'abcès du foie, comme celui des autres localisations de l'amibiase aiguë est un acte chirurgical purement mécanique, évacuateur des tissus nécrosés, et dont le succès ne serait que passager s'il n'était associé au traitement médical.

Sur la technique, tout le monde est d'accord, à quelques détails près, et nos difficultés dans les formes rares ne proviennent le plus souvent que de l'insuffisance ou du retard du diagnostic et de l'évolution anormale du pus en voie d'extériorisation.

Reste l'amibiase chronique, la plus fréquente à l'heure actuelle, avec ses formes qui simulent l'appendicite, l'ulcère de l'estomac, l'occlusion intestinale.

Nous aurions pu, disent les auteurs, intituler ce chapitre « des rapports que la chirurgie ne doit pas avoir avec l'amibiase » et c'est la conclusion que nous essayons d'en tirer.

Les erreurs commises par les meilleurs chirurgiens montrent la difficulté de la tâche.

S'inspirant des idées de Leriche, il est possible de concevoir que la petite ulcération intestinale provoque une cicatrice et que ce tissu cicatriciel aboutisse à une sclérose et à un névrome des terminaisons sympathiques qui se traduit par un spasme.

Le spasme du côlon serait donc le point de départ de toutes ces manifestations, présidant à leur symptomatologie et leur imprimant ce caractère flou qui leur est propre.

Ce spasme, on peut le contrôler par la radiographie et en vérifier la nature par le traitement d'épreuve, s'il est d'origine amibienne récente.

Dans les vieilles amibiases résistantes à l'émétine et dans certaines colites chroniques, on arrivera peut-être à obtenir un résultat par l'infiltration paravertébrale des ganglions sympathiques.

Il ne faut pourtant, en aucun cas, subordonner la clinique à une opinion préconçue, s'hypnotiser sur l'amibiase et laisser passer l'heure de la décision opératoire.

En conclusion, la chirurgie, associée au traitement médical, a guéri et guérira encore les abcès du foie et les autres localisations aiguës de l'amibiase.

Son rôle diminuera d'importance avec le progrès des diagnostics précoces faits à la période présuppurative.

Le chirurgien devra s'efforcer de dépister sans esprit de parti pris, avec l'aide de la clinique, de la radiographie et du laboratoire, les formes pseudo-chirurgicales de l'amibiase chronique et savoir s'abstenir d'interventions inutiles.

Thérapeutique des recto-colites graves non-spécifiques

M. Paul CHÊNE

Si l'amibiase comporte un important problème de diagnostic, les difficultés portent aussi sur la thérapeutique. Avant tout, il importe de ne pas nuire : ne pas imposer un régime trop strict au malade, ne pas irriter son intestin, plutôt le panser et le traiter doucement.

Dans les recto-colites hémorragiques, les médications de shock, l'hépato-thérapie et certaines opothérapies semblent apporter des améliorations encourageantes.

Dans les formes ulcéro-purulentes, le polymorphisme des germes parfois imprévus ne permet que des auto-vaccins, en dehors du traitement général.

L'action du mixiod dans l'amibiase intestinale

M. le médecin commandant MILLISCHER

Le rapporteur conclut :

Les deux médicaments « émétine et mixiod », agissant de façons différentes, complètent heureusement leur action. L'émétine s'élimine dans les parties profondes de la paroi intestinale et atteint donc les lésions profondes, tandis que le mixiod absorbé par la couche muqueuse agit en surface et au niveau même des ulcérations.

Pour cette raison, l'association des deux thérapeutiques, dans l'intervalle libre desquelles on peut encore trouver place pour les arsenicaux, doit réaliser le meilleur traitement de l'amibiase intestinale.

Aux médecins qui redoutent l'emploi de l'émétine aux hautes doses nécessaires l'association du mi-

xiod apporte une assurance que le traitement ne conduira pas leurs malades dysentériques à la chronicité.

Les éternels porteurs de kystes, les personnes chez lesquelles, la cure émétinienne est contre-indiquée : atteinte de myocarde, affections rénales et neurologiques, grossesse, uricémie goutteuse, etc., trouveront dans le mixiod un médicament très précieux en raison de son efficacité et de la commodité de son emploi.

Mieux que l'émétine, il se prête au traitement ambulatoire ou à domicile.

Epidémiologie et étiologie de l'amibiase en Algérie

M. Georges FABIANI (d'Alger)

L'histoire de l'amibiase en Algérie est un exemple de la répercussion des grands faits humains sur l'extension d'une maladie infectieuse.

Sous l'influence de la guerre mondiale, des déplacements militaires, des campagnes coloniales, des relations commerciales, l'amibiase est devenue une affection vraiment algérienne, alors qu'elle n'existait dans ce pays qu'à l'état de cas isolés et d'origine souvent étrangère. Cependant, il ne s'agit pas là de l'extension d'une maladie coloniale en pays exotique, mais d'un aspect de l'évolution mondiale de la pathologie sous l'influence du développement des relations avec des pays d'endémie amibienne forte. La meilleure preuve en est dans le parallélisme de la progression de l'amibiase en France et en Algérie, contrée où, évidemment, la dysenterie est plus importante.

L'amibiase en Tunisie

M. ANDERSON

Sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis

M. Anderson présente des statistiques sur les examens des selles pratiqués au Laboratoire officiel de la régence. D'après ces statistiques, l'amibiase existe aussi bien dans la population civile que dans l'élément militaire.

Ces statistiques font ressortir la faible fréquence de l'amibiase en Tunisie.

L'amibiase au Maroc

MM. PUJOL et VUILLAUME

L'amibiase est une affection fréquente au Maroc. Elle est moins fréquente toutefois que le disent certains et il existe comme dans la Métropole de nombreux syndromes douloureux abdominaux, n'ayant aucune spécificité.

La notion de l'amibiase méconnue doit toujours être présente à notre esprit, quelle que soit la nature des symptômes accusés,

Le clinicien, le radiologue, le bactériologiste doivent le plus souvent conjuguer leurs efforts pour le diagnostic, que bien souvent, aucun d'eux, pris séparément, ne peut affirmer.

Les Livres qui viennent de paraître....

VIGOT, frères, éditeurs
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

J. BOSVIET, Em. DUFAU, Ph. RAZET et L.-G. TORAUDE. — **Législation française des substances vénéneuses**, SUIVIE DES DOCUMENTS OFFICIELS ET DES CONVENTIONS INTERNATIONALES, Préfaces de Me J. Appleton et de M. Toubeau. Un vol. in-8, 452 pages. Prix : 50 francs.

CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS
292, rue Saint-Martin, Paris

R. BONNARDEL. — **Vision et professions.** Un vol. 166 pages. Publications du « Travail Humain. » Prix 25 francs.

THÉRAPEUTIQUE

Bromure et Sédobrol

Par le Docteur R. CHAUSSET

La médication bromurée est une des plus anciennes et également une des plus employées par les praticiens, étant donnée la multitude de ses indications dans presque toutes les branches de la médecine. Les multiples combinaisons de l'acide bromhydrique ont donné de nombreux bromures, mais tous ne sont pas utilisés en thérapeutique. On n'emploie plus guère, actuellement, que les bromures minéraux et parmi eux les bromures alcalins, principalement les bromures de potassium et de sodium. Jusqu'à ces dernières années, le bromure de potassium était le plus employé, mais le bromure de sodium est actuellement de plus en plus en vogue et a pris, dans la thérapeutique bromurée une place prépondérante.

La raison en est que, si leur action thérapeutique est à peu près identique, il n'en est pas de même de leurs actions secondaires. Le bromure de potassium, par son élément potassium, est un dépresseur du cœur dont il ralentit les contractions et trouble le rythme (Rabuteau, Pouchet). Il ralentit la respiration et la nutrition et parfois est mal toléré par la muqueuse gastrique. Le

bromure de sodium est donc préférable dans tous les cas où l'on doit ménager le système cardio-vasculaire ou lorsqu'on craint des accidents toxiques par insuffisance du fonctionnement rénal.

L'administration, même non prolongée, des bromures, peut entraîner parfois des inconvénients, légers le plus souvent, mais parfois plus sérieux, dont l'ensemble constitue le bromisme et qui consistent surtout en troubles dyspeptiques gastro-intestinaux et en dermatoses parfois tenaces. Pour éviter ces accidents, dus le plus souvent à des impuretés, aussi bien qu'à des doses trop fortes, il faudra utiliser un bromure minutieusement préparé et se préoccuper du mode d'administration. En effet, beaucoup de cas d'intolérance gastrique sont dus simplement au fait que le bromure a été donné à un taux de concentration trop élevé. Le meilleur mode d'administration consiste dans l'emploi du sédobrol, petites tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré, dosées à un gramme de bromure de sodium chimiquement pur par tablette. Dissoutes dans une tasse d'eau très chaude, elles donnent un excellent bouillon de goût très agréable, sans l'amertume atroce du bromure de potassium que n'arrivait jamais à masquer aucun des sirops que l'on ajoute à la préparation. Enfin, et ceci est un avantage d'ordre psychologique qui peut avoir son intérêt dans certains milieux, frustes ou plutôt mal avertis, où l'on évite de prononcer le mot bromure qui jouit d'une fâcheuse réputation, car il évoque, on ne sait trop pourquoi, l'asile d'aliénés ou la maison de santé.

La médication bromurée, si elle rend de grands services dans la thérapeutique des affections nerveuses et neuro-psychiques, possède des indications beaucoup plus étendues et rend d'appréciables services dans nombre de maladies fort diverses. Les bromures sont avant tout des dépresseurs du système nerveux, leur action s'exerce surtout sur les centres nerveux, encéphale et moelle, provoquant une diminution de la sensibilité et du pouvoir réflexe.

On en obtiendra donc d'excellents résultats dans tous les cas d'agitation nerveuse avec insomnie ; les états d'agitation au cours des maladies infectieuses telles que la chorée et la poliomyélite par exemple, également dans des affections spasmodiques, tétanos, laryngite striduleuse, coqueluche.

Il est aussi toute une catégorie de malades qualifiés de « nerveux » qui sont des déprimés constitutionnels chez lesquels il suffit de peu de chose, soucis d'affaires ou de famille, pour provoquer un état d'anxiété ou d'agitation, léger certes, mais cependant pénible à la longue, pour eux et leur entourage, et caractérisé par une certaine instabilité, une irritabilité marquée, des insomnies, des cauchemars, etc... Chez de tels malades, l'administration, prolongée assez longtemps, ce qui est d'ailleurs sans danger et sans inconvénient, d'un à deux grammes de bromure de sodium, c'est-à-dire d'une à deux tablettes de sédobrol amènera la disparition de cet état névropathique.

L'une des principales indications du bromure de sodium est l'épilepsie, qu'elle soit essentielle ou Bravais-Jacksonienne. Les périodes de crises sont surtout influencées par la médication bromurée qui agit d'autant mieux que le malade est soumis à un régime déchloruré plus strict. L'administration d'un barbiturique peut compléter et renforcer l'action du bromure.

Dans les affections de l'appareil circulatoire, les bromures trouvent de multiples indications et c'est là surtout que se manifestera, comme nous l'avons signalé plus haut, la supériorité du bromure de sodium.

Dans la tachycardie paroxystique, l'aortite, l'arythmie, certains cas d'hypertrophie et dilatation du cœur, le bromure de sodium fera disparaître les troubles subjectifs dont se plaignent les malades, palpitations, dyspnée, angoisse.

En thérapeutique gastro-intestinale, où le bromure de sodium est également supérieur au bromure de potassium, l'action de la médication bromurée est complexe, résultant à la fois d'une action modératrice sur l'hyperesthésie de la muqueuse gastro-intestinale et d'une action dépressive sur le système nerveux.

On l'emploiera dans toutes les dyspepsies avec un syndrome hyperesthésique, les affections spasmodiques, soit liées à une lésion organique, soit essentielles, c'est-à-dire sans substratum anatomique et en général dans toutes les affections liées à un état d'hyperesthésie du plexus solaire. Il agit également, d'après Sabatier, comme un régulateur de la nutrition.

Enfin, dans l'aérophagie, son emploi pourra être conseillé avec de grandes chances de succès tant au point de vue de l'amélioration des douleurs gastriques que des complications cardiaques, dyspnée, palpitations.

Cet exposé rapide et schématique montre que la médication bromurée en général, et surtout sous la forme de Sédobrol, trouvera son emploi très fréquemment dans la pratique journalière même chez les enfants et permettra de rendre, tant au médecin qu'aux malades, de signalés services.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

SCIENTISME ET SCIENCE

« Les hommes souffrent, dans leur âme plus encore que dans leur corps, et il semble qu'ils soient dans l'attente d'un obscur renouvellement. Ne serait-ce pas que la foi qui les a soutenus depuis la Renaissance est sur le point de les abandonner ? Ne serait-ce pas qu'ils ont épuisé la substance et les ressources de l'Humain ? »

Tragique interrogation que quelques hommes posent aujourd'hui et qu'écoutent beaucoup d'autres étreints d'un indéfinissable malaise. A toutes les époques de son histoire, tantôt avec curiosité, plus souvent avec angoisse, toujours avec le dépit de son irrémédiable cécité le « roseau pensant » a cherché à entrevoir l'avenir. « Où allons-nous ? » nous demandons-nous les uns aux autres.

Le temps présent est si chargé d'inquiétude, d'une instabilité si menaçante que cette question rituelle est devenue le plus rebattu des sujets de conversation. Les uns s'alarment à propos de la gestion de l'Etat, les autres à propos des menaces extérieures ; les uns parlent affaires, les autres parlent Bourse. Chacun exprime ses plus urgentes préoccupations, et son fond le plus réel. Il y aurait bien des analyses psychologiques à faire, et bien des découvertes, en notant la façon dont chaque homme interrogé répond aujourd'hui à la question « Où allons-nous ? »

Archimède, tandis que les Romains entraient dans Syracuse, et que la populace terrifiée fuyait par les ruelles, Archimède s'absorbait dans la solution d'un problème. Un soldat lui trancha la gorge d'un coup de glaive, et le grand homme mourut sans même avoir su que la ville était prise. Est-il mort plus sereine ? Si c'est demain que notre ville doit être prise soit par ceux-là soit par ceux-ci, si elle doit être ruinée par telle révolution ou telle banqueroute l'exemple est beau d'hommes qui, plutôt que de se laisser obséder par de basses hantises, se demandent « Où va la pensée contemporaine ? »

Les hommes souffrent, certes ! Et, pour avoir cherché à élucider la nature de leurs maux, en tout cas du plus profond et du plus secret d'entre eux, le Professeur Jean Fiolle, vient d'écrire un magnifique livre (1). Avec autant de sûreté et de bonne foi que les replis d'un petit bassin son bistouri dissèque les arcanes de la pauvre âme humaine. Il sépare le bon du mauvais, il tranche et il suture ; et puis, son œuvre faite, plein de pitié et d'appréhension, prononce à la manière de son ancien « Je la pansai : voudra-t-elle guérir ? »

(1) *Scientisme et Science*. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

***

Une coupure s'est faite, dit Fiolle, depuis deux ou trois cents ans dans ce bloc que les Anciens nommaient Science et qui était la somme des connaissances humaines. Est Science, aujourd'hui, ce qui relève de l'observation de l'expérience et de la raison ; ne l'est plus ce qui se perçoit directement : esthétique, morale, poésie, métaphysique. Certes Renan ne l'entendait pas ainsi lorsqu'il définissait « l'Avenir de la science » ; c'est qu'en ce mot il réunissait trop de choses et ne prévoyait pas où l'évolution *des* sciences allait nous emporter.

Quant au scientisme, nous en accepterons la définition du Larousse « Croyance à la toute puissance de la Science positive, même dans le domaine des choses morales ». Avec cette correction que le scientisme croit non seulement à la toute puissance mais encore à l'*excellence* de la science. C'est donc une religion et qui se flatte de tout expliquer, de tout pénétrer : elle est exclusive de toute autre croyance. Elle introduit la mystique et l'intolérance dans ce qui devrait demeurer objectif, indifférent. Dans la croyance de nos pères à la « rédemption par la science », il ne faut pas croire que tout ait été vulgaire. Il y avait en eux beaucoup de noble ferveur, ferveur de l'humanité, de la vérité pure. La « Religion de la Science » eut, tout comme les autres, ses prophètes et ses martyrs. Elle eut aussi ses sacrilèges : Brunetière a crié à la faillite de la Science, sans réfléchir qu'il trahissait ainsi la déception d'un véritable croyant.

La position solide, c'est Grasset qui l'exprime dans son ouvrage « Les limites de la biologie ». « Chacun peut, s'il le croit bon, et sans contradictions, aller successivement à son laboratoire et à son oratoire ». L'Eglise s'est fourvoyée pendant tout le temps qu'elle argumentait avec la Science, elle trahissait ses propres méthodes et s'aventurait hors de son domaine. Mieux vaut proclamer qu'il existe deux connaissances distinctes et conclure « Chacun chez soi ».

Seulement, dans l'agitation de la vie moderne, une sorte de fausse mystique s'insinue un peu partout : la science prend parti et se fait agressive Certains lui attribuent la responsabilité du déclin de toute grande culture intérieure. Mais l'on peut

soutenir au contraire que c'est l'épuisement momentané de la pensée métaphysique en Occident qui a « appelé » la science. Et l'âme du Moyen-Age s'est tarie parce que l'Eglise, oubliant son vœu et sa destination de pauvreté, a souffert d'un excès de pouvoir temporel. « La religion s'est usée à dominer ». La science moderne n'est sans doute pas autre chose qu'un ersatz de remplacement, le jeu d'un siècle dépourvu. Dans son perpétuel « devenir » elle a beau changer de figure chaque jour, la foi de ses servants ne fléchit jamais : elle est devenue le réceptacle d'une spiritualité, réduite sans doute, mais à notre mesure. Vaille que vaille, auprès d'autres fanatismes, contrefaçon de l'extase, éclos ces temps-ci, le fanatisme scientiste contraste encore par un prestige de générosité et d'ampleur.

Par contre la Science endosse les responsabilité du machinisme, auquel la lient la filiation et les aspirations communes. Inutile de se leurrer : faire le procès de l'un c'est mettre l'autre en accusation.

La fatalité de la connaissnce pèse sur l'homme d'Occident : « Nous sommes, à la lettre, impuissants à n'être pas instruits ». Et notre attribut primordial, héréditaire, est de penser scientifiquement. Mais que notre spéculation se hausse tant soit peu elle se cogne à la philosophie, elle pressent des « au delà » ; et la voilà aussitôt qui, dans ses efforts d'évasion, se sent garrottée par sa science an'érieure : « Voir en dehors empêche de voir en dedans ».

La science a retourné l'âme des peubles dans ses profondeurs, et l'on peut valablement soutenir que l'avenir de l'esprit scientiste est solidaire de l'*évolution politique* de l'Occident, et que, réserve faite de la qualité, il serait favorisé par le triomphe du prolétariat : au moins en intention, sinon en fait, les régimes prolétariens seront favorables aux progrès des Sciences.

Pourquoi ? c'est que les affirmations de la Science sont soumises au contrôle des deux facultés auxquelles l'Européen actuel accorde le plus d'importance : les perceptions des sens et la raison. Tandis qu'il n'y a ni preuve ni signe véritable de la valeur d'une œuvre d'art, et que cette valeur est donc toujours contestable. Bien mieux l'œuvre d'art court aussi le risque de devenir objet de haine ou de scandale car celui qui n'a pas d'émotion ressent, à l'égard de l'enthousiaste, une sorte d'irritation et de jalousie. Ainsi nous rejoignons Vigny qui, quelque part, dit « ... deux pêchés mortels : l'Orgueil, père de toutes les Aristocraties, et l'Envie, mère de toutes les Démocraties possibles... » Avec cette nuance qu'il n'est ici question ni de caste, ni de haute ou petite naissance !

Une autre vertu de la science, au regard du monde, celle qui emporte objections et doutes, c'est son utilité pratique. « A quoi cela sert-il ? » En servant, la Science a l'air de tenir la Nature en tutelle et nous rassure sur la valeur de nos mécanismes intellectuels. En outre elle s'interpose entre nous et la matière brute, toujours ennemie: l'homme a le sentiment d'accéder à plus de dignité Humanisme, humanitarisme !

L'artiste, ne créant pas de « l'utile » est à la fois un parasite et un ennemi, car sa chimère insulte au commun. L'intelligence désintéressée est traduite devant l'Inquisition, devant la Convention de 1793, devant les Conseils de guerre.

Il y a encore une autre raison pour le peuple de s'engouer des Sciences : elles sont susceptibles de vulgarisation. La diffusion déforme et avilit ; les Arts, intraduisibles, gardent seuls leur pureté originelle. Le peuple est « sérieux » et aime ce et ceux qui lui en imposent. Les savants « font sérieux » ; les artistes sont légers et fantasques.

Dans la rivalité entre la Science et la Métaphysique (et aussi la Religion) le grand public a pris le parti des calculateurs qui affirment et promettent. La Religion, elle, reporte ses promesses sur l'au delà qui est loin, et qui n'est pas sûr. Les peuples n'entrevoient pas, pour l'instant ce qu'ils pourraient en tirer.

Enfin les nouvelles apparences de la vérité scientifique s'accordent aux aspirations du jeune esprit démocratique occidental. Plus de définitif, de stable, de « statique » ; ce qu'il exige c'est du « dynamisme » symbole de la notion sacrée du « Progrès ».

En définitive l'esprit de ruche dominera probablement les sociétés de demain ; c'est le moment de reprendre l'amère prophétie de Duhamel « Les temps du lourd silence vont venir ». Ce sera le silence pour les artistes, les penseurs, les poètes. Ce sera aussi sans doute la gêne, une certaine défaveur pour le savant de génie, le chercheur original qui ouvre la brèche sans exploiter la veine. Les exploitants, les travailleurs en détail, les inventeurs d'applications pratiques connaîtront la vraie faveur. Et c'est ce qui montre qu'il ne faut pas envisager en bloc l'avenir des Sciences ; si la physique, la chimie, la minéralogie ont chance de garder l'avantage, l'histoire, la philologie, la linguistique, parce qu'on voudra tirer d'elles des enseignements favorables à la doctrine sociale régnante, courront le risque d'être méprisées. « A quoi servez-vous ? » Si les savants veulent préserver l'esprit de science, il leur faudra à tout prix se solidariser : toute offense subie en un point serait ressentie dans le corps entier.

***

Se peut-il que notre héritage de savoir soit mis en péril ? Certes ! et d'abord par l'accumulation inouïe des acquisitions de tous ordres. « Notre civilisation ploie sous son butin ». Et

nous suffoquons par impossibilité actuelle de synthèses. Il faudrait que des chercheurs parvenus au faîte de leur vie, vinssent nous dire « De ce que j'ai obtenu le temps aura vite fait d'emporter ceci et cela ; mais écoutez l'essentiel de ma pensée : que cela, du moins soit respecté par les années ». A défaut de ces simplifications nous ne compterons que sur le choix décisif du temps.

Sommes-nous menacés par le machinisme ? Il faut remarquer que ce ne sont pas les machines qui sont mauvaises mais l'usage que nous avons fait d'elles. Seules les vérités incomplètes entraînent le monde ; il faut à la Science ces manifestations concrètes et grossières pour rallier des partisans. Si le machinisme triomphe, tant pis pour la Science, mais elle aura tôt ou tard sa revanche quand les techniciens devront à nouveau lui demander conseil. Tandis que la philosophie et les arts s'étioleront pour longtemps.

Un autre écueil nous menace : la satiété. Nous aimons surtout ce que nous ne possédons pas encore, même sans le connaître.

A côté de si puissants motifs de craintes, les menaces venues du dehors semblent bien anodines. L'Europe fût-elle envahie et piétinée, elle le serait par des barbares aussi civilisés que nous ; et tout le reste du monde servirait de refuge à la Science. Mais nos vrais ennemis sont en nous-mêmes, et déjà il y étaient en 1914.

Reste encore le danger des grandes pandémies. Ainsi que l'a expliqué Charles Nicolle, les épidémies ne pourront s'espacer et s'éteindre que si la civilisation vient à sombrer, que si les peuples demeurent confinés dans d'étroites limites, le temps nécessaire pour les virus d'atténuer leur virulence dans chaque groupe. Encore, s'il survenait un tel cataclysme, quel en serait pas, vis-à-vis de la Science, la désaffection provoquée par l'impuissance des savants.

***

En regard de telles menaces, quels sont les facteurs de vitalité de la Science ?

Le premier réside dans notre façon de penser : pour nous plus d'évidence que par les méthodes et l'expression scientifiques. Que la Science vienne à périr et toutes nos certitudes vacilleront ; il faudrait que le mécanisme adapté en nous au raisonnement, à l'observation, à l'expérimentation, se remît automatiquement en marche.

Il y a aussi la « passion » de l'étude ; toujours la Science aura ses prédestinés par amour.

A travers la fourmilière subsistent des intelligences-reines qui rejettent l'accessoire, troquent contre un lingot d'or fin un tombereau de petite monnaie, et libèrent notre horizon.

Faut-il envier un gouvernement confié aux savants par une Société vomissant la politique ? Ce serait pour la Science une mauvaise victoire. Le savant n'a rien du conducteur d'hommes. Mieux vaut laisser ceux-ci aux mains de ce que Renan a appelé le « goujat de l'humanité ».

Au total l'extinction de l'esprit scientifique ne paraît pas à craindre.

***

La dévotion scientiste ne permet plus que la recherche se borne à la découverte de rapports, à des constats d'expérimentation. Elle veut se substituer à la morale, à l'art, à la philosophie, à la concentration intérieure : tel est son but suprême : d'une part tout expliquer, de l'autre rendre plus digne notre condition dans le monde.

Il n'est que trop aisé de constater que l'analyse scientifique a tari des sources de consolation et de bonheur relatif: Mais, rétorquent les amis de la Science, la connaissance n'est pas faite *pour rendre les hommes plus heureux ; elle ne vise qu'à les rendre meilleurs*. Y parvient-elle ? nul ne s'en aperçoit encore. La Science épure le savant reclus dans une vie austère, non le peuple.

Entre Renan et Duhamel, ces deux humanistes séparés seulement par quelques dizaines d'années, et rapprochés par des affinités singulières, comment expliquer le désaccord concernant les progrès de la Science. Renan était d'abord un savant aux yeux de qui l'Art faisait figure d'instrument propre à traduire dignement les vérités découvertes. Duhamel est avant tout un artiste ; il n'admet pas l'intrusion de la Science et de ses créations entre les œuvres d'art et nous ; il leur reproche de corrompre le goût, de supprimer l'effort, de rendre irrespirable l'atmosphère où nous vivons. La Science qui devait élever à elle le commun des hommes s'est abaissée à la mesure de leur petitesse.

***

Et nous voici maintenant devant la grande énigme : le Scientisme, mis en échec dans le domaine de l'Art, va-t-il réaliser sa suprême ambition et substituer son pouvoir à ceux de la religion et de la métaphysique ? Le moment est venu pour le monde de choisir et de fixer sa foi.

Celui qui s'adonne à la prière doit-il dédaigner de scruter les secrets de la nature ? Mais l'Eglise même fait la part de la vie, de ses peines, de ses joies et de ses nécessités. Il y a seulement une hiérarchie à maintenir parmi les préoccupations de l'existence. L'absolutisme religieux met la foi à l'abri de tout contact extérieur, il n'est pas à souhaiter que les dogmes gagnent sur la science, ni la science sur les dogmes.

En ce qui concerne la métaphysique, qui a pour objet les principes universels, immuables et inexplicables, la difficulté de fixer une attitude convenable s'accroît démesurément.

Nous nous trouvons ici en face d'une tradition intellectuelle pure, née dans la nuit de la préhistoire, et qui vit dans les ésotérismes musul-

man et hébraïque comme aussi dans le catholicisme du Moyen-Age. Son principal moyen de réalisation est la concentration intérieure ; elle n'est animée d'aucun désir de prosélytisme.

Or la Science, à force de reculer les limites de l'irrationnel, prétend les faire craquer un jour et, en remontant la chaîne des « comment » parvenir au « pourquoi ». Elle se flatte de découvrir bientôt la nature de la vie. Et elle dit que ce jour-là elle aura abattu les derniers retranchements de la métaphysique. Est-ce vrai ?

La matière, dit Sir Oliver Lodge, est le véhicule de l'esprit. Même en disséquant, en démontant la matière jusqu'en ses éléments premiers, nous n'avons rien conquis sur l'esprit qui n'ayant ni forme ni caractéristiques de quantité échappe par cela même à la Science. La Science n'a ni instinct, ni intuition, ni pressentiment ; de ce fait tout un monde lui est fermé. Elle n'a même pas à dire « J'ai l'intime conviction que... Tout fait espérer que... » C'est là langage d'esprit de finesse et non d'esprit scientifique.

Certains savants nient parfois, purement et simplement, la métaphysique. On peut nier le « contenu » de la méditation, mais non le fait de cette méditation. Or, tout ce que l'homme est capable de concevoir doit avoir une réalité, sinon ce serait une création. Une conception immense à chance de contenir plus de vérité qu'une conception bornée. Au reste la certitude scientifique n'est pas notre seul mode de connaissance ; notre grand tort a été de l'oublier et de promouvoir la Raison à un rôle qu'elle ne pouvait pas assumer seule.

Dans cette lutte entre un assailli immobile et un assaillant en pleine action, le seul recours possible est de séparer les ennemis et de les renvoyer chacun à son domaine respectif.

Que la Science admette la métaphysique et, avec elle, les sciences traditionnelles liées à la même doctrine : la science des nombres, l'astrologie, l'alchimie.

A quoi bon compromettre ses destinées lointaines, en essayant d'anéantir des valeurs spirituelles qui ne gênent en rien son essor ?

***

Voici résumé le livre du Professeur Jean Fiolle : l'élévation et la tension de la pensée en font une lecture austère. Mais il s'y déploie une telle richesse intérieure, une telle sérénité qu'en achevant les dernières pages on croit entendre la finale d'une symphonie de Beethoven.

C'est un heureux hasard et, pour moi, une véritable joie d'avoir pu, en l'espace de quelques mois, présenter aux lecteurs de ce journal la figure de Charles Nicolle, dessinée par Duhamel, une étude sur Duhamel, à l'occasion de son élection à l'Académie, une conférence de Pierre Mauriac, un livre de Jean Fiolle.

Pourquoi unir ces quatre noms ? C'est qu'ils le sont dans mon esprit depuis que, il y a deux ans, j'entendis ces quatre hommes énoncer, chacun en son domaine, « les responsabilités de la médecine ». Dans l'amphithéâtre du Collège de France un auditoire déférent les écoutait ; ce furent, je crois, les derniers cours de Nicolle. Assis au premier rang, le vieux maître tendait l'oreille, son oreille « fautive » aux paroles de ses jeunes amis et, la conférence finie, les remerciait d'un sourire. L' « équipe » de Charles Nicolle me paraît maintenant indissoluble.

D'autant qu'un corps de doctrine l'unit, même après la mort du chef. Ce que fut cette mort beaucoup d'entre nous le savent. C'est à travers une lettre écrite par Nicolle à Léon Daudet et publiée par celui-ci qu'elle m'a paru le plus belle. Daudet venait d'envoyer à son ancien condisciple son dernier livre : Les Universaux Et Nicolle répondait (à défaut du texte je garantis au moins l'esprit) : «... C'est probablement le dernier livre que je lirai ; car voici que les œdèmes ne cèdent plus à la théobromine et que le cœur bute à chaque pas. J'avais pourtant encore à faire : j'aurais voulu mettre au point mes derniers cours et puis débrouiller quelques idées que je crois nouvelles. Le temps me manque. Au point où j'en suis on essaie de résumer sa vie. La Science me fut une bonne compagne ; elle m'aura conduit assez loin dans la direction où je souhaitais aller. Mais quand je lui ai demandé de m'accompagner au delà d'un certain point, elle s'est dérobée et m'a laissé seul. Que faire ? Il faut me décider vite ; Eh bien ! je fais comme toi, je me rallie. Et (pourquoi chercher plus loin) je me rallie à la religion qui me fut autrefois enseignée. Je mourrai chrétien ; qui l'eût dit ? Adieu ».

J'ai voulu relater cette lettre émouvante pour situer la position intellectuelle du chef d'équipe à propos du problème qui nous occupe.

La position de Duhamel, exécrateur du machinisme et revalorisateur de l'immesurable est bien connue ; Tout autant celle de Mauriac, passionné et combattif autant qu'un croisé.

Et voici la pensée de Fiolle.

A côté d'eux, j'évoque Carrel criant sa malfaisance à la civilisation américaine.

J'évoque Maranon conjurant les médecins de ne pas sombrer dans le professionnalisme et de se remettre en face des problèmes universels.

Que nous veulent tous ces hommes ?

Pourquoi leurs voix, s'élevant des sommets qui dominent la plaine où nous campons, se répondent-elles l'une à l'autre, comme des cloches dans un ciel de Pâques ?

Qu'ont-ils donc à nous annoncer ?

Quelque chose va-t-il renaître ?

Quelqu'un va-t-il ressusciter ?

G. LAVALÉE.

MÉDECIN-PROPHARMACIEN — DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS DANS UNE COMMUNE OÙ UNE OFFICINE EST OUVERTE

On nous écrit :

Jusqu'à présent je délivrais les médicaments aux malades de la commune de Z., voisine de 4 kilomètres, où est installé un pharmacien, quand ils venaient ici, à ma consultation, et m'en faisaient la demande. Or, je reçois à ce propos du président du Syndicat des pharmaciens une lettre, écrite à la demande du pharmacien de Z., où il me dit en outre :

Si vous êtes autorisé à délivrer des médicaments aux clients de la commune de X., ayant été l'objet de vos soins ; si même vous pouvez délivrer, chez vous des médicaments à des clients de communes voisines, venus vous consulter, vous ne pouvez, étant en visite dans la commune de Z., où exerce un pharmacien, y remettre des médicaments, ni emporter votre prescription pour exécuter par vous-même à X..

De nombreux arrêts de cour justifient cette doctrine, qui découle d'ailleurs de l'application pure et simple de l'article 27 de la loi de germinal.

Or, ignorant cette loi, mais par simple courtoisie je n'avais jamais délivé lors de visites à Z. de médicaments non plus que je n'ai jamais ramené mes prescriptions pour les exécuter, ou même demandé aux clients de venir les chercher eux-mêmes chez moi.

Pouvez-vous donc me dire :

1º Si j'ai le droit de donner des médicaments aux malades de Z. quand ils viennent à ma consultation ;

2º Si j'ai le droit de leur délivrer des médicament quand ils viennent eux-mêmes, munis de mon ordonnance, les chercher chez moi. (Il en est, évidemment qui ne veulent pas les prendre à la pharmacie de Z., or, il n'y a pas d'autres pharmaciens à moins de 1;3 kilomètres) ;

3º Si j'ai le droit d'exécuter moi-même pour ces clients de Z., les examens de laboratoires (analyses d'urines, examens microscopiques, etc.), qui ne sont, en somme que des compléments d'examen médical et non une thérapeutique ;

4º Si j'ai le droit de délivrer des médicaments aux malades de communes situées au delà de Z...

5º Si j'ai le droit de délivrer à Z. des médicaments urgents (par exemple du sérum antidiphtérique dont je suis toujours muni) ; et où s'arrête la liste de ces médicaments. Il m'est arrivé de nuit de délivrer du laudanum ou du sirop de morphine par exemple, à des malades de la commune de Z. situés beaucoup plus près de mon domicile que de la pharmacie.

Voici pour ce qui concerne mes relations avec la pharmacie de Z.

D'autre part, pouvez-vous me dire également :

6º Si j'ai le droit, allant dans les communes voisines dépourvues de pharmacie, d'emporter avec moi quelques médicaments courants (potions, purgatifs, etc.), ce qui évite souvent à ces clients des dérangements longs et peu commodes. En effet, les malades sont souvent obligés de demander à une tierce personne de venir prendre les médicaments ; cette tierce personne ne peut-elle être moi ? Et plutôt que d'utiliser un courrier ou mon prochain passage dans le village pour les apporter ne puis-je d'emblée les avoir avec moi ?

7º Quelle comptabilité, je suis obligé de tenir au point de vue pharmacie. Doit-elle être distincte de celle de médecine ?

8º S'il existe un groupement corporatif de médecins propharmaciens. Et si oui pouvez-vous m'en fournir l'adresse.

Je m'excuse de cette longue liste de questions et je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître quels honoraires dédommageront celui qui aura pris la peine d'y répondre, si possible rapidement, car je suis menacé des foudres du Syndicat de pharmacie ; et c'est pourquoi je vous demande une réponse par lettre, en plus de la voie du *Concours*, si vous jugez que quelques-unes, parmi ces questions puissent intéresser vos lecteurs.

Dr M.

Réponse

Les questions que vous me posez doivent être envisagées du point de vue juridique et du point de vue déontologique.

En résumé, elles se posent de la façon suivantes : avez-vous le droit, lorsque vous êtes appelé auprès d'un malade qui, habite une commune où il existe une officine ouverte, de délivrer à ce malade les médicaments que nécessite son état ? Le client n'est-il pas obligé de se fournir à la pharmacie du lieu ?

En droit, commençons par donner le texte exact de l'article 27 de la loi du 21 germinal, An XI :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, « villages ou communes, où il n'y aurait pas de « pharmaciens ayant officine ouverte pourront, « nonobstant les deux articles précédents, four- « nir des médicaments simples ou composés aux « personnes près desquelles ils seront appelés, « mais sans avoir le droit de tenir une officine « ouverte. »

En droit, la question n'est pas définitivement élucidée.

Si nous nous reportons en effet aux termes de l'article 27 précité, sur l'exercice de la pharmacie, nous lisons que les médecins, dits propharmaciens et qui peuvent se prévaloir de cet article, ont la faculté de délivrer des médicaments « ux pearsonnes près desquelles ils sont

appelés ». Cela signifie donc que ce qui importe, c'est que, dans la résidence du médecin, il n'y ait pas d'officine ouverte et nullement dans la commune où réside le malade.

Pratiquement, le propharmacien a souvent des médicaments préparés d'avance dans sa voiture ; il peut donc les délivrer immédiatement à ses malades. Ceux-ci ne sont pas dans l'obligation de se servir à l'officine voisine, même si celle-ci existe dans leur commune.

Par jugement du 31 janvier 1899 (*Concours Médical*, 1890-263), le Tribunal correctionnel de Chalon-sur-Saône a acquitté un médecin propharmacien, poursuivi pour avoir vendu des médicaments, à un de ses malades, résidant dans une commune où existait une officine de pharmacie.

Dans ses éléments de jurisprudence médicale, le Professeur Perreau, qui soutient cette même thèse, cite également un arrêt de la Cour d'appel de Dijon, du 12 mars 1890, mais l'espèce n'est pas tout à fait la même et ne nous paraît pas probante : cet arrêt décide que le propharmacien peut, à son propre domicile vendre des médicaments à un de ses clients domicilié dans une commune, où se trouve une officine de pharmacie.

Cependant, un jugement du Tribunal civil de Rennes (1re chambre), du 2 février 1910 (*Gaz. Pal.*, 19 avril 1910), nous montre le problème sous un autre jour : « Dès lors qu'il existe un « pharmacien dans le bourg où ils résident, les « malades sont certains de trouver chez lui les « médicaments qui leur sont nécessaires et un « médecin ne peut invoquer l'article 27 de la loi « de germinal pour les fournir. »

La doctrine elle-même est divisée : si, dans ses éléments de jurisprudence médicale (page 187), le Professeur Perreau reconnaît aux propharmacien le droit de délivrer partout, à leurs malades, les médicaments utiles (car la loi de Germinal doit être prise dans son sens étroit), nous trouvons l'opinion inverse dans le droit de la profession pharmaceutique (page 100) de M. Georges Renard. Quant à Simon Auteroche, dans son Manuel pratique de Droit médical (page 151), il se contente de dire que la question est controversée.

Déontologiquement, nous pouvons dire que si le pharmacien et le médecin vivent en bonne intelligence — ce qui, à mon avis, devrait être la règle, non seulement pour le plus grand bien des malades, mais aussi pour l'exercice adjacent des deux professions, le médecin propharmacien doit s'abstenir de faire concurrence au pharmacien en délivrant aux malades qui résident dans la commune où la pharmacie est ouverte, des médicaments que le praticien a emportés avec lui.

C'est une question de bonne courtoisie, et le pharmacien saura reconnaître ce geste confraternel, en faisant le moins de médecine possible, et en envoyant au médecin toutes les consultations médicales que le pharmacien pourrait être tenté de donner.

Mais si, malheureusement, la bonne intelligence ne peut exister si chacun reste sur le terrain juridique en s'y cantonnant d'une manière intransigeante, ce sera la guerre, car le médecin trouvera qu'en vendant des médicaments à ses seuls clients, il répond à la pratique de la médecine que le pharmacien ne se prive pas de faire.

A mon avis, pareille question devrait être tranchée d'un commun accord entre le Syndicat médical et le Syndicat pharmaceutique du département.

Vous me demandez s'il existe un Syndicat des médecins propharmaciens. Celui-ci est dirigé par le Docteur Fougerat, de Bonneuil (Seine). Adressez-vous donc à lui pour avoir les statuts et un bulletin d'adhésion.

Je reprends maintenant toutes vos autres questions.

Vous avez le droit absolu de vendre des médicaments à tous ceux qui viennent vous consulter à votre domicile, qu'ils habitent, ou non, dans des localités où se trouvent une pharmacie ouverte. Mais cette délivrance de médicaments ne peut être faite qu'à vos clients, et il vous est interdit d'exécuter des ordonnances signées par l'un de vos confrères.

Les examens de laboratoire sont absolument libres et ne sont sont nullement réservés au pharmacien.

En ce qui concerne les cas d'urgence, le devoir d'humanité excuse toujours toutes les violations des lois. Mais, bien entendu, il faut que ce soit l'urgence qui commande cette violation et non pas l'idée de jouer un mauvais tour au pharmacien.

Vous pouvez avoir avec vous une pharmacie portati e que vous débiterez à vos malades personnels, mais, bien entendu, il ne faudrait pas que cette pratique se transformât en véritable colportage de pharmacie, c'est-à-dire vente de médicaments sans consultation médicale préalable.

Au point de vue comptabilité, il est préférable d'avoir une tenue de livres distincte pour la partie médicale et la partie pharmaceutique. Cela vous évitera bien des difficultés tant vis-à-vis du fisc que vis-à-vis de votre successeur éventuel.

Docteur Paul BOUDIN

LA MÉDECINE COLONIALE

De l'installation des médecins annamites dans la Métropole pour atténuer la crise médicale

Toutes les idées doivent pouvoir être exprimées. C'est de cette expression même, pourrait-on dire, qu'elles commencent d'être. Mais, à peine émises, elles provoquent des réactions dans des sens différents, et ces multiples opinions, pourvu qu'elles soient sincères, méritent toutes d'être considérées.

Tels sont quelques-uns des principes que ceux qui font métier d'écrire connaissent bien et respectent, heureux de trouver où développer les idées qu'ils professent. Le *Concours Médical* n'a jamais refusé d'ouvrir ses colonnes aux médecins de ses lecteurs qui, dans l'intérêt de notre corporation tout entière, peuvent avoir quelque chose à faire connaître. Et, il n' y a pas si longtemps que notre directeur dans un « Propos du jour » des plus sensés, parlait de « la liberté de penser et d'écrire » en rappelant la réflexion de Beaumarchais dans « Le Mariage de Figaro » que « sans la liberté de blâmer, il n'y a pas d'éloges flatteurs et il n'y a que les petits hommes qui redoutent les petits écrits ».

Les articles que j'ai publiés ici sur la « Médecine coloniale » m'ont valu à différentes reprises des lettres d'encouragement de confrères qui connaissant la situation des médecins aux Colonies comme je la connais, ont bien voulu y donner leur approbation. Elles m'ont attiré aussi, parfois, des critiques, qui, faites de bonne foi, ont provoqué des discussions non dénuées d'intérêt. Mais, il est arrivé rarement qu'un lecteur se soit donné la peine d'écrire pour apporter à un article publié des *rectifications*..... sans fondement. C'est ce qui vient de m'advenir cependant à propos des considérations parues dans ces colonnes (*Concours Médical* du 18-III-36, n° 11 *bis*) sur « Les Ecoles de médecine aux Colonies ».

Voici, en effet, la lettre qu'un médecin annamite qui désire que l'anonymat lui soit conservé a adressée au Directeur du *Concours Médical* :

A Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

L'article du Docteur Sasportas publié dans le *Concours Médical*, n° 11 *bis*, du 18 mars 1936, à la page 861 sous la rubrique « La médecine coloniale » appelle quelques rectifications que je vous prie de bien vouloir insérer dans un de vos prochains numéros.

1° Le Docteur Sasportas, après avoir cité le Professeur Lemaitre écrit sur les étudiants annamites : « Ces étudiants sont en général de grands travailleurs. Ils sont doués en plus d'une belle mémoire et leur habileté manuelle est grande. Mais ils manquent d'esprit critique et leur sens clinique est assez rudimentaire. Ils pêchent au surplus par orgueil ».

Le Professeur Lemaître a laissé, parmi les étudiants annamites, un souvenir des plus reconnaissants pour les marques de sympathie dont il a honoré plusieurs d'entre eux. J'ai donc été surpris d'apprendre qu'il ait inspiré un jugement aussi sévère sur mes compatriotes. Je me suis reporté à la chronique de la *Presse Médicale*, citée par le Docteur Sasportas, et je lus :

« Pour ce qui est du manque d'esprit critique ;..... est-ce à dire qu'ils n'ont pas de logique parce que leur logique est différente de la nôtre ?... Pourquoi ne pas admettre qu'il provient surtout de l'insuffisance de l'enseignement clinique qui leur est actuellement donné ? »

« Oui, le jeune Annamite a facilement une belle opinion de lui-même. Mais est-ce parce qu'il est jeune ou parce qu'il est Annamite ? »

Je ne songe nullement à contester au Docteur Sasportas le droit d'exprimer une opinion personnelle ; il aurait peut-être mieux valu qu'il en prenne l'entière responsabilité, au lieu de s'abriter sous l'autorité d'une personnalité médicale aussi respectée que celle du Professeur Lemaître.

2° Le Docteur Sasportas écrit encore : « Il est constant que leurs examens passés avec succès, les étudiants des Ecoles de médecine de Hanoï, de Tananarive, de Pondichéry, de Dakar, sont loin de posséder la culture et le sens clinique indispensables à l'exercice de leur profession. M. le Professeur Lemaître l'a signalé expressément dans son étude sur les Annamites, qui cependant, particulièrement adroits et doués pour apprendre, appartiennent à une race que l'on peut considérer déjà comme des plus évoluées. »

Les étudiants annamites seront certainement sensibles à cette flatteuse considération, tout en déplorant qu'elle ait désavantagé, d'une façon singulière, leurs camarades malgaches, hindous et sénégalais.

3° Le Docteur Sasportas écrit enfin : « On sait que la plupart des mouvements d'agitation provoqués dans nos colonies contre l'autorité française, ont souvent comme instigateurs des médecins ou des avocats formés à nos Ecoles ».

Une pareille assertion risque d'attirer sur les étudiants coloniaux et particulièrement sur les étudiants annamites, mis en vedette par le Docteur Sasportas, les plus graves suspicions de la part des lecteurs du *Concours Médical* (numéro tiré à 23.000 exemplaires).

Je me fais un devoir d'attirer l'attention de ceux qui n'ont pas eu le temps de tout lire, sur l'article de la *Presse Médicale* en question (*P. M.*, 1935 : n^{os} 47 et 53) : le Professeur Lemaître en y relatant les obsèques du Docteur Lucas-Championnière, professeur à l'Ecole de médecine de Hanoï, a bien voulu reconnaître que les étudiants annamites ne sont pas dénués « d'affectueuse gratitude » envers ceux qui se sont consacrés à leur formation intellectuelle.

D'ailleurs, l'éminent maître de la Faculté de Paris a fait preuve d'une admirable impartialité ; tous les étudiants annamites lui ont su gré d'avoir exprimé ses jugements, même les moins favorables, avec infiniment de tact et de bienveillance.

Les raisons pour lesquelles j'insiste auprès de vous, Monsieur le Directeur, en vue de la publication de ces lignes se justifient suffisamment. Je vous prie de leur garder l'anonymat car elles n'engagent aucune polémique.

Veuillez être assuré des plus vifs remerciements d'un Ancien étudiant de l'Ecole de médecine de Hanoï.

Je veux écarter tout de suite de la discussion les *rectifications* qui font l'objet des deux derniers paragraphes de cette lettre.

M. X., médecin annamite, est d'un avis différent du mien sur la valeur professionnelle des médecins indigènes formés à Hanoï, Dakar, Pondichéry ou Tananarive. Il est orfèvre et je me contenterai de le renvoyer à l'opinion des colons de l'Indo-Chine, de l'A. O. F., des Indes ou de Madagascar.

Il s'inquiète, d'autre part « de la suspicion que va attirer sur les étudiants coloniaux et particulièrement les Annamites », mon assertion sur la part prise par les intellectuels indigènes dans les incidents politiques qui caractérisent actuellement certains de nos territoires d'Outre-Mer. Je ne pense pas utile d'ouvrir ici un débat déplacé. Tous ceux qui s'intéressent à nos Colonies, qui lisent nos feuilles coloniales, qui se tiennent au courant des événements qu'elles relatent, ont fait les mêmes constatations que moi et ce n'est pas d'aujourd'hui.

Je ne crois pas devoir laisser passer par contre le reproche que m'adresse notre correspondant annamite de ne pas prendre la responsabilité d'une opinion émise sur ses collègues, que j'aurais attribuée à M. le Professeur Lemaitre, derrière lequel il m'accuse, un peu légèrement peut-être, de m'abriter. Qu'il veuille donc bien relire, avec des yeux débridés, si possible, mon texte. Où a-t-il pris l'excuse de son accusation ?

Le passage incriminé de mon article n'est point, je l'ai vérifié, entre les guillemets d'une citation. Il figure, par contre, entre deux citations, *in extenso* extraites celles-ci, de l'article analysé. Il est donc bien placé sous ma signature et a paru, n'en déplaise à notre redresseur de torts, sous ma responsabilité.

Ceci établi indiscutablement, il est aisé de constater que « l'opinion personnelle » que j'ai, de la sorte, émise, se trouve ressembler étrangement à l'opinion du Professeur Lemaitre luimême. On me permettra, en effet, un parallèle des deux textes et l'on m'excusera de me répéter une nouvelle fois. Les lignes qui ont irrité notre médecin indochinois sont les suivantes :

« Ces étudiants sont, en général, de gros travailleurs, ils sont doués de plus d'une très belle mémoire et leur habileté manuelle est grande. »

Le Professeur Lemaitre avait écrit, p. 958, col. 2 : « en général, l'élève annamite est un gros travailleur, doué d'une très belle mémoire et d'une très grande habileté manuelle. »

Plus loin, mon texte : « Mais ils manquent d'esprit critique et leur sens clinique est assez rudimentaire ».

Du Professeur Lemaitre, p. 958, col. 3 : « Passons maintenant aux défauts : l'absence de sens critique... A coup sûr, l'idéation ne se fait pas dans leur cerveau comme dans le nôtre ; leur raisonnement ne procède pas comme le nôtre de l'esprit cartésien. Pour certains, l'infériorité de leur instruction clinique ... ».

Plus loin encore, mon texte : « Ils pèchent au surplus par orgueil ».

Du Professeur Lemaître, p. 959, col. 1 : « J'ai même pour quelques-uns une réelle amitié, cela m'autorise à les mettre en garde contre un petit défaut qu'il m'a été donné de remarquer chez certains d'entre eux et je leur répète ici ce que j'ai dit à Hanoï au jeune candidat que j'avais félicité... et qui se montra par la suite un peu trop satisfait de lui-même. « Attention, ne vous laissez pas griser par un succès facile et n'oubliez pas que la véritable intelligence n'est jamais satisfaite d'elle-même ». Oui, le jeune Annamite a facilement une belle opinion de lui-même ».

J'ai écrit qu'il est orgueilleux ; le Larousse donne comme définition de l'orgueil : opinion trop avantageuse de soi-même. Je reconnais d'ailleurs qu'il aurait été peut-être plus exact d'écrire qu'il est suffisant.

Au reste, il s'agit là d'une discussion byzantine et l'on voudra bien me pardonner de m'y être laissé entraîner pour une mise au point indispensable cependant.

Le sujet doit être plus élevé. Il réside, en réalité,

dans la situation nouvelle faite à nos confrères installés en Indo-Chine ou désireux d'aller s'y installer, telle qu'elle résulte du fonctionnement à plein rendement de l'Ecole d'Hanoï (octroi large des bourses, facilités des examens du baccalauréat), telle qu'elle résulte aussi de la politique actuellement suivie par le Gouverneur général de notre Colonie du Pacifique.

Dans le discours qu'il prononçait le 3 décembre 1935 à l'occasion de l'ouverture de la session du Conseil de Gouvernement de l'Indo-Chine à Hanoï, M. René Robin déclarait :

« *Cette année encore, il n'a pas été fait de recrutement de docteurs européens de l'Assistance et le nombre des médecins militaires hors cadres a été maintenu inchangé de façon à permettre l'accession progressive, nécessaire et légitime à la direction de postes provinciaux d'assistance des docteurs et des médecins indochinois reconnus aptes à occuper ces emplois.* »

Et ailleurs :

« Aussi, ai-je décidé, après mûres réflexions, d'instaurer des cadres indochinois de remplacement *qui se substitueront aux cadres européens.* »

En accord avec ces déclarations, un cadre latéral de l'Assistance médicale indigène a été créé. Y sont admis tous les médecins indochinois munis d'un diplôme d'Etat. Ce cadre latéral est appelé à remplacer progressivement le cadre européen.

La substitution ainsi engagée présente aux regards de l'Administration deux avantages principaux, d'abord elle permet de caser tous ces médecins annamites sortis de l'Ecole d'Hanoï, qu'ils doivent justifier et ensuite, elle laisse entrevoir la réalisation d'économies appréciables, les soldes allouées aux médecins indigènes de ce cadre latéral étant sensiblement inférieures à celles jusqu'ici perçues par les médecins européens. Reste à savoir maintenant dans quelles conditions fonctionneront les différents services sanitaires.

Dans un article publié par un journal local (*La Voix française*, Hanoï, 17-VIII-35), nous lisons avec le titre : « Sous le masque du bien public . Faut-il conserver notre Ecole de médecine ? », les lignes suivantes :

« Nos gouvernants ont artificiellement créé une catégorie de jeunes gens nantis de diplômes supérieurs, mais ces diplômes ne répondent pas à la tradition des populations, à leurs mœurs, à leurs coutumes, à leurs besoins. Ils sont sans utilité, inutilisables tout au moins comme porte ouverte à des carrières libérales ou à des entreprises qui ne répondent à aucun besoin réel de la population.

« Il faut donc aujourd'hui utiliser ARTIFICIELLEMENT, ces diplômes et *la Colonie se trouve politiquement obligée de les prendre à sa charge puisque le pays ne peut les résorber.* »

La conséquence fatale de cette nouvelle organisation de l'Indo-Chine, c'est que cette vaste colonie qui, jusqu'à ce jour pouvait constituer un débouché intéressant pour quelques-uns de nos confrères, leur est désormais bien fermée.

Et la situation s'aggrave pour nos confrères de la métropole, anxieux de résoudre par tous les moyens la crise qui les étreint, du fait que viennent aujourd'hui s'installer en France, par une infiltration lente, mais continue, bon nombre de médecins indigènes, issus de nos écoles de médecine coloniales.

En ce qui concerne plus particulièrement les Indochinois, on nous signale que douze étudiants annamites furent candidats au dernier concours de l'externat. Le nombre ne pourra que s'accroître d'année en année. Ces jeunes camarades, accepteront-ils, leurs études terminées, de retourner chez eux, ou bien, à l'exemple de notre correspondant annamite et anonyme, auquel nos préoccupations nous ramènent ici, qui, aujourd'hui interne dans un Asile, sera probablement demain médecin des Asiles, prendront-ils la place, en France, de médecins français ?

L. SASPORTAS.

CHRONIQUE FISCALE

I. — Propharmaciens

On nous signale de divers côtés, différents procédés employés par les Contrôleurs, à défaut de données certaines pour évaluer les bénéfices réalisés par les docteurs propharmaciens sur la vente des médicaments.

Il serait bon, pour éviter les évaluations exagérées, que les praticiens en question adoptassent une règle uniforme permettant de calculer exactement le bénéfice net réalisé.

Voici ce que nous proposons.

Les honoraires seraient inscrits sur le livre journal conformément à l'article 92 du décret du 27 décembre 1934.

Le total des recettes d'honoraires ainsi obtenu donne le bénéfice brut des honoraires.

Sur un livre spécial seraient inscrits au jour le jour les achats et les ventes de médicaments sur deux colonnes distinctes.

Les totaux généraux de ces deux colonnes donneront le total des achats de médicaments et celui des ventes pendant l'année entière.

Au 31 décembre de chaque année le prophar-

macien fera un inventaire en valeur d'achat des médicaments lui restant et il pourra ainsi établir le compte d'exploitation ci-dessous; supposons les résultats suivants :

Honoraires bruts	60.000
Ventes de pharmacie	15.000
Achats de pharmacie	11.000
Stock antérieur 1934	4.500
Stock de l'année 1935	5.100
Frais professionnels suivant état	25.000

On établira ainsi le compte d'exploitation :

Ventes de pharmacie	15.000	
Stock au 31 décembre 1935	5.100	
Total	20.100	
Achat de médicaments	11.000	
Stock de 1934	4.050	
Total	15.500	15.500
Bénéfice brut		4.600
Honoraires bruts		60.000
Total		64.600
Frais professionnels		25.000
Bénéfice net de la profession		39.600

Ce résultat ne pourrait donner lieu à aucune critique si les écritures étaient régulièrement tenues.

A. MARTINOT
Conseil fiscal
Directeur du *Contribuable Français*

II. — Cliniques

Très souvent le chirurgien qui a installé une clinique pour recevoir et opérer ses malades se voit taxer sur la totalité de ses honoraires alors que l'exploitation de la clinique est en déficit.

Aucune imputation n'est admise parce que l'Administration regarde l'exercice de la médecine et la gestion de la clinique comme deux activités absolument indépendantes.

En fait, on ne saurait contester qu'il y a un lien très étroit entre elles. Il est bien évident que dans beaucoup de cas, la possession d'une clinique est une condition *sine qua non* de l'exercice continuel de la profession de chirurgien.

La clinique permet d'étendre considérablement la clientèle. Si elle a une installation moderne, si ses prix sont bien étudiés elle constitue pour le chirurgien une publicité efficace.

Afin d'obtenir la réunion des deux résultats (chirurgie et clinique) pour le calcul de l'impôt nous avions songé à demander l'application de l'article 100 du décret du 27 décembre 1934, ainsi conçu : « Lorsqu'une entreprise industrielle ou commerciale étend son activité à des opérations relevant de la cédule agricole ou de la cédule des professions non-commerciales, les résultats de ces opérations, déterminés suivant les règles propres à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, sont entrepris dans les bases dudit impôt ».

Mais l'Administration n'a pas manqué de nous faire observer que cet article visait une entreprise commerciale étendant son activité à des opérations relevant de la cédule non commerciale, alors que dans les espèces envisagées c'est le contraire qui se produit.

Cette distinction nous paraît peu équitable, mais elle est conforme à la lettre du texte, si non à son esprit.

Nous avons donc pensé qu'il convenait de tourner la difficulté en attribuant à la profession certaines dépenses qui figuraient jusqu'alors au budget de la clinique et même en attribuant à cette dernière une subvention prélevée sur les honoraires lorsqu'il est manifeste que certains prix de la clinique sont maintenus très bas pour attirer les malades.

Ces jeux d'écritures, pour être opérants, doivent être admis par les juridictions compétentes ; en conséquence, établis d'après les conseils d'un spécialiste capable de les justifier en cas de contestations.

Nous sommes donc à la disposition de nos lecteurs qui croiront utile de nous consulter.

A. MARTINOT
Conseil fiscal
Directeur du *Contribuable Français*

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DU NORD

Réunion du 22 mars 1936

Les sanctions prononcées contre les médecins n'ayant pas transcrit les prescriptions pharmaceutiques sur les souches des carnets de mutilés.

Le Président a reçu la lettre suivante :

Lille, le 19 mars 1936,

Le Préfet du Nord, à Monsieur le Président de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord,

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai soumis à la Commission tripartite départementale de surveillance et de contrôle des soins gratuits, lors de sa dernière réunion, les observations que vous m'avez communiquées touchant la décision de cette Assemblée relative aux médecins qui ont omis de transcrire leurs ordonnances sur les souches des carnets de soins gratuits des pensionnés de guerre.

« La Commission a fait observer tout d'abord que les honoraires versés aux docteurs au titre de l'article 64 comprennent, outre la rémunération de l'acte médical proprement dit, celle de la besogne matérielle de rédaction du bulletin de visite, de la feuille d'ordonnance et de transcription sur la souche des « prescriptions médicales ».

« L'obligation de ces diverses mentions résulte, en effet, pour le médecin-traitant, des dispositions de l'article 15 du décret du 25 octobre 1922. »

« Chaque souche porte, en outre, dans sa partie inférieure une mention marginale imprimée ainsi conçue : « à remplir par le médecin ».

On ne saurait donc valablement, arguer de l'ignorance des médecins intéressés. Et cependant les vérifications opérées à cet égard, dans les différentes régions du département, ont permis de constater que nombre de souches ne comportaient aucune mention de prescriptions médicales ; bien plus, certains docteurs, avaient même omis d'y indiquer leurs nom et adresse.

« La Commission a considéré, d'autre part, que ainsi que l'ont spontanément reconnu plusieurs praticiens appelés devant elle, dans certains cas, — tel, par exemple, celui du renouvellement d'une ordonnance, — l'intervention du médecin se réduit à une simple besogne matérielle que celui-ci est inexcusable de chercher à éluder, même partiellement.

« C'est dans ces conditions que l'Assemblée a été amenée à décider le principe d'une sanction qui, dans son esprit, ne doit être et ne sera appliquée qu'aux seuls médecins ayant généralement omis de remplir les souches des carnets.

« Des contestations ont été, par ailleurs, élevées sur la signification des mots « prescriptions du médecin » reproduits tant dans le texte de l'article 15 ci-dessus que sur la souche du carnet.

« Sur ce point particulier, l'Assemblée a estimé que l'expression envisagée devait s'entendre de l'ordonnance même, dont la répétition sur la souche doit permettre le contrôle inopiné de sa fidèle exécution, sinon en qualité, au moins en quantité ou en volume

« Cette interprétation du mot « prescription » est d'ailleurs corroborée par les auteurs des dictionnaires Larousse et Littré qui, tous deux, en donnent la définition suivante : « ordonnance du médecin ».

« La Commission avait cependant, dès l'origine, décidé d'appliquer une sanction légère de principe aux docteurs qui, sans rappeler leurs ordonnances sur les souches, y avaient néanmoins reproduit des conseils divers à l'usage de leurs malades, notamment sur le mode d'emploi de la médication.

« Enfin, l'Assemblée n'a pas manqué de souligner que, les ordonnances au titre de l'article 64 restant aux mains du pharmacien après leur exécution, leur reproduction sur la souche est de nature à faciliter la tâche du médecin lors de ses interventions subséquentes et à éviter qu'il ne favorise inconsciemment les velléités de fraudes ou d'abus de la part de certains bénéficiaires de l'article 64.

« Il demeure entendu qu'en ce qui concerne l'application de la décision chaque cas particulier fera l'objet d'un examen spécial et bienveillant de l'Assemblée ».

Une longue discussion s'engage sur le sens à donner à l'expression « prescriptions médicales ».

Le Président rappelle que le Président de la Commission de contrôle de l'art. 64 lui a déclaré qu'il s'agissait de l'*ordonnance médicale*, qui seule présente de l'intérêt pour le contrôle!

Le Docteur Coppens estime que, d'après la définition du dictionnaire Larousse, il s'agit des conseils donnés au malade pour la conduite d'un traitement et non pas de l'ordonnance médicale.

Cette opinion est en général partagée ; mais on reconnaît que c'est l'ordonnance médicale qui a seule de l'importance.

Le Docteur Coppens constate que les représentants de la Fédération dans les Commissions officielles, vivant dans une atmosphère administrative, prennent peu à peu l'esprit administratif.

Le Docteur Picard demande que ces représentants maintiennent le contact avec le Conseil de la Fédération, se documentent auprès de lui sur les desiderata du Corps médical et s'en inspirent.

Le Conseil approuve cette proposition.

Le Président est chargé de voir le Président de la Commission de contrôle de l'art. 64 pour lui signaler à nouveau l'émotion qu'ont produite dans le Corps médical les sanctions prises par cette Commission et

le désir exprimé par le Conseil de voir ces sanctions supprimées ou atténuées. Il y aura lieu, en outre, de porter à la connaissance des médecins la durée des délais d'appel contre les décisions de la Commission départementale de contrôle.

***

Comme suite à cette décision le Président de la Fédération a eu une entrevue avec le Président de la Commission du contrôle de l'art. 64.

Voici les conclusions de cette conversation :

La Commission ne peut revenir sur les jugements qu'elle a prononcés ; toutefois elle a examiné et examinera avec bienveillance les dossiers concernant cette question — comme l'indique la dernière phrase de la lettre adressée au Président de la Fédération.

C'est l'ordonnance médicale qui doit être reproduite sur la souche du carnet du mutilé.

DÉFENSE ET ILLUSTRATION DE LA RACE ALLEMANDE

Les *Deutsches Aerzteblatt*, organe officiel des Fédérations médicales allemandes, estime à 500.000 le nombre des avortements clandestins en Allemagne, année moyenne, perpétrés dans la grande majorité des cas, par des faiseuses d'anges ; sur ce nombre, 16.000 auraient abouti au décès de la mère, et les deux tiers des autres femmes peuvent être considérées comme des infirmes, vouées aux complications génitales, et désormais stériles.

La Cour spécialisée de Hambourg, chargée de donner un avis souverain sur les problèmes eugéniques, et notamment sur les stérilisations légales, admet que l'avortement pratiqué pour la sauvegarde de la race est permis étant donné les menaces qui pèsent sur le sang allemand. Trente-neuf avortements eugéniques ont été ainsi approuvés — contre la loi — en 1934.

***

D'autre part, le Docteur Ockel, dans le même organe corporatif signale l'accroissement rapide des naissances illégitimes. Le Docteur Harmsen, qui dirige à Berlin une clinique obstétricale destinée aux mères des classes moyennes, non mariées, y a reçu en 1933, 206 jeunes filles entre 14 et 20 ans, dont un grand nombre ne savaient pas exactement lequel de leurs « camarades » était le père de leur enfant.

Le remède, suivant le Docteur Gross, Directeur du Bureau de politique raciale du Parti national socialiste, serait de rendre plus précoce et plus intense l'éducation sexuelle. Elle doit être commencée entre 5 et 10 ans, et progressivement développée, de façon à ne rien laisser ignorer des choses du sexe aux adolescents.

***

Je crois bien qu'en France du moins, la liberté de la conversation peut suffire à instruire tout adolescent un peu curieux sur les détails de la sexualité, de la conception et de la procréation. Ces leçons privées, et les intuitions fragmentaires, doivent évidemment être complétées, à l'école, par des données plus précises et plus complètes. Mais il semble que le problème général soit mal posé : ce qui intéresse l'adolescent des deux sexes, ce n'est pas tant l'anatomie et la physiologie de l'amour que le mystère du plaisir sexuel, dont la connaissance fait de l'enfant un adulte.

J'ai souvent été frappé de voir des pères et des mères prendre pour l'éducation de leurs enfants des soins extrêmes, et tout régler pour qu'ils deviennent des hommes ou des femmes parfaits, capables de faire face avec avantage à tous les événements de la vie, sachant se comporter admirablement devant toutes les épreuves possibles. Ces parents attentifs ont tout appris à leurs enfants, hormis une chose essentielle : l'amour — et ils laissent au hasard, à des inconnus, à des rencontres quelconques, l'enseignement des comportements amoureux, de la volupté, de la finalité sexuelle qui est pourtant l'axe de la vie.

Que faire ? Il est difficile d'imaginer une pédagogie des gestes ou des gesticulations intersexuelles, et de contrôler l'apprentissage de l'orgasme. Peut-être qu'un prochain numéro de *Deutsches Aerzteblatt* nous apportera, sur ce point, une nouvelle contribution ; l'inépuisable imagination germanique est seule capable de fournir, à ce difficile problème, une solution.

Ph. Dally.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris

Le 9 mai fut une grande journée pour l'Association : l'après-midi se tenait son Assemblée générale ; le soir, internes et anciens internes étaient conviés au banquet annuel.

4 h. 1/2 : le soleil embrase Notre-Dame ; de nombreux Ancins flânent sous les arbres du parvis ; quelques parisiens, des provinciaux, tous heureux de se retrouver et de croire un *instant* qu'ils viennent, comme autrefois, faire leur courte visite. Le concierge, sur la casquette duquel brillent, argentées les lettres fatidiques A. P., monte la garde devant la porte. Saurait-il où se tient l'Assemblée générale ? Non, il l'ignore. Au fond tant mieux. Car c'est un prétexte à parcourir les vieilles galeries, où si souvent on a erré en blouse blanche...

Cependant, on finit par se retrouver à l'amphithéâtre Trousseau. Le président Labey déclare ouverte l'Assemblée générale de 1936. Il fait un rapide tour d'horizon, remercie l'ancien président Legueu du dévouement dont il a toujours fait preuve pour l'Association ; il évoque le souvenir des deux grands morts de l'année, Walther et Legry.

Puis Delarue, secrétaire fait le triste appel de la longue liste de tous les diparus depuis la dernière Assemblée générale Il donne ensuite lecture du résultat des élections : MM. Crouzon, Jomier, Lian, Bonnet-Roy, Regaud, Hurez, anciens internes ; Salles, Courtial, Malgras, Perrot, internes en exercice sont nommés membres du Comité, à des majorités imposantes. De même, MM. Legendre et Duvoir, anciens internes, Grenet et Carrez, internes en exercice composeront en 1936 le Conseil de famille.

Delarue termine en rappelant qu'il est obligé, en raison de ses occupations professionnelles, d'abandonner le secrétariat. Une ovation lui est faite, combien méritée, quand on sait avec quel dévouement de tous les instants, il a rempli sa lourde charge de secrétaire ; mais les applaudissements s'adressent aussi à Regaud, le nouveau secrétaire, dont la remarquable action durant qu'il était président des internes en exercice est garante de ce celle qu'il montrera dans ses nouvelles fonctions.

De Brun, le trésorier, fait un brillant exposé de la situation de la trésorerie ; les applaudissements crépitent à nouveau, s'adressant plus au sympathique trésorier qu'à ses chiffres ardus auxquels j'ai l'impression, peut-être erronée, que personne ne s'intéresse.

Et l'Assemblée générale est levée — tandis que le nouveau Comité va siéger en séance privée.

Les vieux murs de l'Hôtel-Dieu retentissent à nouveau des conversations rappelant les souvenirs d'antan.

....

8 heures du soir : sous les frondaisons illuminées du Bois de Boulogne, le Pavillon Dauphine accueille les internes ; à vrai dire, le banquet a attiré beaucoup plus de monde que l'Assemblée générale. Cette année, on a renoué la tradition du passé : les collègues sont venus seuls. Certaines épouses ont peut-être regretté cet interdit. Qu'elles soient rassurées : les convives en habit et en smoking, les nombreux verres de cristal, les nappes de fine lingerie ne rappellent que de fort loin les tonus de salle de garde, les gros verres A. P. et les alèzes de toile écrue, aux utilisations successives, tantôt de draps de lit pour malades, tantôt de nappes pour la table des internes. Et si l'atmosphère est celle des anciennes salles de garde, ce n'est qu'en paroles : te rappelles-tu, vieux, ce fameux tonus à la Charité en 1902 ? et le célèbre dîner de Saint-Louis, en 1905 ? Comment s'appelait donc cette petite, tu sais, que nous portions sur le pavois, qui personnifiait l'« Eve moderne » au Bal de 1906 ? Tiens, ce vieux Chose, comment vas-tu ? Cela fait trente ans que nous ne nous sommes vus. Sais-tu comment j'ai appris que dans l'intervalle tu t'étais marié ? en rencontrant l'autre jour dans le train, un beau jeune homme de 22 ans, ton fils !

Les mets étaient de qualité, les discours ne leur cèdent en rien.

Le président, le Professeur Daniel, spécialement venu de Bucarest, époque le passé avec éloquence et souligne combien l'ouverture de l'internat aux étrangers a contribué au rayonnement de la pensée française dans le monde.

Messieurs Legueu et Labbey se renvoient le mérite d'avoir fait de l'Association ce qu'elle est : de plus en plus prospère.

Au nom des internes en exercice, Salles insiste sur l'union intime qui joint les jeunes de l'internat et leurs aînés.

M. Verchère apporte les conseils des Anciens aux jeunes et souligne le caractère amical de l'Association.

Enfin, devant l'insistance unanime, Dartigues, le tribun de l'internat, ne peut refuser de nous faire entendre une improvisation de son éloquence passionnée.

Ainsi s'acheva cette « journée » de l'internat de Paris. Elle fut une magnifique démonstration de solidarité. Cette solidarité entre tous les internes, elle s'explique facilement : quel que soit le temps qui sépare une génération d'une autre, il y a pour les relier la communauté des lieux où ils ont vécu, la communauté des fonctions qu'ils ont remplies dans des conditions semblables. Grâce à l'association, il y a aussi le contact que peu à peu les jeunes prennent avec les anciens ; 80 nouveaux internes chaque

année viennent ainsi rejoindre leurs aînés ; c'est afin que cette union se réalise que jamais aucune inscription, aucune cotisation obligatoire n'a été réclamée aux internes en exercice ; aussitôt reçus au concours, automatiquement les jeunes font partie de l'Association, et participent à l'élection du Comité des internes en exercice, qui collabore avec le Comité des anciens internes. Ainsi ils s'initient peu à peu aux questions, appelons-les corporatives, professionnelles ou syndicales, peu importe, trois mots pour dire la même chose. Le Comité des anciens internes envisage l'ensemble de toutes les questions d'actualité : n'a-t-il pas adressé récemment à tour les membres de l'Association un questionnaire, pour leur demander, entre autres sujets, leur avis sur l'Ordre des médecins, les lois sociales, c'est-à-dire sur les grands problèmes des rapports des médecins entre eux, des rapports entre les maladies et les conditions sociales de vie des malades. De son côté, le Comité des internes en exercice étudie plus particulièrement les questions qui intéressent les internes ; il remplit ainsi son triple rôle :

1° de collaboration avec l'Administrtaion pour l'amélioration du fonctionnement des Services, à l'hôpital ;

2° de défense des intérêts matériels des internes (voir *Concours Médical* 1936, n° 10. Les internes des hôpitaux et les nécessités de l'existence) ;

3° de secours aux collègues, que la maladie écarte temporairement de leurs fonctions.

Mais cette solidarité, cette collaboration des internes et anciens internes sont loin d'être exclusives ; elles ne sont qu'un début, qu'un exemple ; elles s'étendent à tous les médecins. La solidarité existe entre tous les médecins. Non, ne souriez pas ! Oh ! je sais, vous allez me raconter tel cancan, telle rivalité qui oppose un médecin à son voisin, un dirigeant de Syndicat médical à un autre. Voyons ça de plus haut ! Ne jugeons pas du dedans, mais du dehors. De même que les Français ne cessent de se critiquer entre eux et que cependant l'étranger a l'impression d'une admirable unité de vue de la France, de même les médecins passent leur temps à se dénigrer l'un l'autre et pourtant les autres professions admirent et envient l'unité de la profession médicale. Ne nous laissons pas obnubiler par les jalousies mesquines, mais prenons conscience de cette solidarité médicale qui existe réellement ! Ne soyons pas seuls à l'ignorer !

L'Association amicale des Internes et anciens Internes donne un exemple de ce que peuvent être cette collaboration, ce concours de tous les médecins. Comment un tel exemple ne serait-il pas souligné par le *Concours Médical* ?

R. FASQUELLE.

BIBLIOGRAPHIE EXTRA-MÉDICALE

L'Ours

C'est comme cela, — OURS, — que se prononce le titre de la brochure — un livre, un vrai livre, court et substantiel — que nous devons à M. ERNEST MERCIER.

L'auteur a fait imprimer son titre correctement :

U. R. S. S.

et nous savons tous ce que cela veut dire.

Il y a des sous-titres : l'un modeste, *réflexions* ; les autres de nature à retenir l'attention. *Document n°* 1, puis, tout à fait en bas de page, (des) *éditions du centre polytechnicien d'études économiques.*

Comme vous voyez, c'est tout à fait alléchant pour des praticiens. Eh bien ! Médecins mes frères, il vous faut lire cette étude économique que nous devons à un polytechnicien.

Je ne vous dirai pas que j'ai pris plaisir à cette lecture, encore que ce soit la vérité, mais j'en sors tout secoué, tant et si bien secoué que j'éprouve l'impérieux besoin d'en parler... d'en écrire, c'est tout comme.

En se jouant, E. M. nous explique bien des choses. Des *petites*, comme celle-ci : qu'est-ce que ça veut dire GÉPÉOU (*police secrète* dans le plus vilain sens de ces deux mots) ? Voilà *Gépéou*, ça ne veut rien dire en soi : c'est l'art d'*épeler* trois lettres G. P. U (1).

Puis des choses *imprévues* ; quand un citoyen russe se trouve avoir gagné plus de roubles qu'il n'en peut dépenser pour se nourrir (se loger et se vêtir) que va-t-il acheter ?

Je ne veux pas vous faire attendre ? un bâton de rouge, des bas de soie pour la dame de ses rêves.

Quant aux choses *importantes* sur lesquelles E. M. nous renseigne, je suis obligé de me restreindre : c'est de la politique internationale, sujet dont le *Concours* n'admet pas qu'on disserte.

Lisez la brochure.

Un conseil cependant : commencez cette lecture à la page 91 et allez jusqu'au bout... après quoi, vous reviendrez à la première page et vous irez de nouveau jusqu'au bout.

Dr J. CAMESCASSE.

(1) Il n'y a qu'en français que le signe U ne se prononce pas OU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié.** *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins*, du 8 au 20 juin 1936. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery avec la collaboration du Professeur Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin ; des Docteurs Boltanski, Julien Marie, Mollaret, médecins des hôpitaux ; du Docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des Docteurs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Moline, Pautrat, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS : Les théories de la sécrétion rénale ; Les grands syndromes ; Les méthodes d'exploration rénale ; Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale ; Les classifications des néphrites ; Les lésions anatomo-pathologiques types ; Les néphrites aiguës ; Les différents types cliniques des néphrites chroniques ; La thérapeutique des néphrites.

EXERCICES PRATIQUES. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline, Le dosage du Na Cl dans le sang et les urines, La recherche de l'urée sanguine, La constante uréo-sécrétoire, L'indoxylémie, La réaction xantho-protéique, La créatininémie, Les épreuves de diurèse provoquée et la densimétrie, L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, La cylindrurie, Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Droit d'inscription : 250 francs Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

— **Laboratoire Lemonnier** (Ecole pratique, escalier C). — Une série de douze démonstrations d'*anatomie pathologique* sera faite par MM. MACAIGNE, agrégé, et NICAUD, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital Lariboisière, tous les jours à 2 heures, à partir du lundi 8 juin 1936.

Cours gratuit. S'inscrire chez le concierge de l'Ecole pratique.

— **Clinique des maladies du système nerveux.** (Professeur : M. Georges Guillain). — M. le Docteur Th. ALAJOUANINE, agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre, fera pendant le mois de juin, à la clinique neurologique de la Salpêtrière (amphithéâtre Charcot), une série de conférences sur *La pathologie de la circulation cérébrale*

Ces conférences ont lieu à 18 heures les lundis, mercredis et vendredis.

— **Laboratoire d'hygiène.** (Année scolaire 1935-1936). — *Hygiène urbaine et protection contre les gaz.* — Un cours de perfectionnement sur l'hygiène urbaine et les gaz de guerre sera fait à la Faculté de médecine du 15 juin au 3 juillet 1936. Il s'adresse à l'ensemble du personnel sanitaire destiné à protéger la population civile en cas d'attaque aérienne : fonctionnaires, hygiénistes, médecins, pharmaciens, infirmières Z de la Croix-Rouge, assistantes Z du Devoir national. Il est organisé sous la direction de M. le Professeur Tanon, professeur d'hygiène et inspecteur général des Services techniques d'hygiène de la Préfecture de police et de M. Sieur, médecin inspecteur général, avec la collaboration de M. M. Anglade, médecin-colonel, conseiller technique de la défense passive de Versailles ; M. Bruère, pharmacien colonel, docteur ès sciences ; M. Carville, lieutenant-colonel et délégué général de l'Union nationale pour la défense aérienne ; M. Clerc, assistant d'hygiène à la Faculté de médecine et médecin de la Préfecture de la Seine ; M. Cot, médecin colonel, attaché à l'Etat-major de l'inspection générale de la défense aérienne du territoire, directeur technique des secours aux asphyxiés du département de la Seine ; M. François, chef des services d'hygiène à la Préfecture de police ; M. Galtier, directeur du matériel à la Préfecture de police ; M. Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; M. Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; M. Sée, docteur ès sciences, attaché au laboratoire d'hygiène, professeur à l'Union des femmes de France (Croix-Rouge française).

Le cours aura lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de 18 à 19 heures. Il comprendra des leçons théoriques et filmées avec des visites et exercices pratiques au poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

S'inscrire au laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le cours est gratuit.

PROGRAMME DU COURS : Lundi 15 juin, M. TANON : Plan général du cours. M. SIEUR : Protection des populations civiles en cas d'attaque aérienne. Historique et état actuel de la question. — Mardi 16, M. CARVILLE : Mesures dites de défense passive ; repliement, dispersion, guet, abris, police, incendie, transport. Le personnel volontaire et les divers services de défense. — Mercredi 17, M. NAVARRE : Gaz de combat : définition et classification. Action physiologique et lésions des gaz irritants et vésicants. — Jeudi 18, M. NAVARRE : Action physiologique et lésions des gaz suffocants et toxiques généraux. — Vendredi 19, M. COT : Traitement. Exposé des grands moyens thérapeutiques utilisés en matière d'asphyxie par le sauveteur ou le médecin ; respiration artificielle. Inhalation d'O et de carbogène. Saignée. Injections intraveineuses. — Samedi 20, M. COT : Application de ces moyens aux cas d'espèce posés par les diverses variétés de gaz. Traitement des gaz vésicants. — Lundi 22, M. COT : Organisation sanitaire d'un secteur urbain. Rôle du médecin inspecteur départemental d'hygiène et du directeur municipal de bureau d'hygiène. Le plan de secours urbain. — Mardi, 23, M. COT : Appareils de protection individuelle, masques. — Mercredi 24, M. BRUÈRE : Organisation. Principes à appliquer en ce qui touche la protection contre les explosifs et l'étanchéité. — Jeudi 25, M. COT : Fonctionnement du poste de secours sous abri (conférence avec film). — Vendredi 26, M. ANGLADE : Protection contre les gaz dans l'habitation familiale. — Samedi 27, M. BRUÈRE : La détection. Prélèvements sur place. Détection d'urgence. Détection au laboratoire (physiologique, physique, chimique). — Lundi 29, M. CLERC : La désinfection. Organisation des équipes. Personnel et matériel. Désinfection du sol et de l'atmosphère des appartements, des literies et des vêtements. Vêtements de protection spéciaux. — Mardi 30, M. SÉE : Rôle du personnel sanitaire aux divers échelons. Equipes de premier secours. Médecins, infirmières Z des

postes de secours, assistantes Z du Devoir national, infirmières des hôpitaux Z. — Mercredi 1er juillet, M. FRANÇOIS : Brancardiers. Matériel de transport et voitures. — Jeudi 2, M. GALTIER : Fournitures de matériel et aménagements. — Vendredi 3, M. NEVEU : Le péril microbien.

Les visites du poste de secours sous abri dela Faculté de médecine avec démonstrations pratiques auront lieu à des dates et heures indiquées pendant le cours.

— **Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.** (Professeur : M. Pierre Duval.) — *Chirurgie d'urgence.* — Septième cours : par MM. Baumann et Billet, prosecteurs. Ouverture du cours le lundi 15 juin 1936, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Membres, crâne, cou, thorax.* — 1° Plaies accidentelles. Sutures des muscles, tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main. Panaris. Ostéomyélite aiguë. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomies. Traitement des fractures ouvertes. — 4° Traumatismes du crâne. Trépanations. Opération d'Ody. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Gastro-entérostomie. Sutures intestinales. — 3° Splénectomie. Gastrostomie. Cholécystectomie. Cholécystostomie. Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cœcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

— **Clinique gynécologique** (Broca). — M. le Prof. Pierre MOCQUOT a fait sa leçon inaugurale au Grand Amphithéâtre de la Faculté, le samedi 23 mai 1936, à 17 heures. Il continuera son enseignement clinique le samedi à 11 heures du matin.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 : Opérations. — Mardi 10 heures : Consultation. — Mercredi, 9 h. 30 : Opérations. — Jeudi, 9 h. 30 : Examen des malades. — Vendredi, 9 h. 30 : Opérations : 11 heures. Consultation pour la stérilité (insufflations tubaires). — Samedi, 11 heures : Leçon clinique.

Consultations externes : Lundi, mercredi, vendredi à 19 h. 30.

— **Agrégation.** — SECTION 1. *Anatomie.* Leçon orale de 3/4 d'heure (Tour de passage). — 1. Morel : Les muscles réticulés. — 2. Pallot : La névroglie. — 3. Klein : La thyroïde.

SECTION 2. *Histologie.* Leçon orale de 3/4 d'heure (Tour de passage). — 4. M. Broussy : La moelle des os. — 5. M. Vanderdope : Mitoses de maturation. — 6. M. Odiette : L'écorce cérébelleuse. — 7. M. Boissezon : Développement de l'extrémité céphalique de l'embryon.

SECTION 4. *Physiologie.* Est proposé à la nomination du ministre : M. MORIN.

SECTION 5-6. *Chimie et Physique médicales.* Leçon orale de 1 heure : 1. M. Thivolle : Vitamines A et D. — 2. M. Dubouloz : Sensibilité rétinienne (sens chromatique excepté). — 3. M. Machebœuf : Les composés organiques des acides phosphoriques. Leur rôle en biologie — 4. M. Dubost : Electricité atmosphérique. — 5. M. Castagné : Activité électrique du système nerveux. — 6. M. Monnier : La réaction de Cannizzaro en biologie. — 7. M. Ettori : Phénomènes de décarboxylation en biologie.

SECTION 8. *Médecine générale.* Leçon orale de 1 heure (Tour de passage). 1. M. Patey : Les ostéites fibro-kystiques. — 2. M. Huriez : Méningite syphilitique. — 3. M. Dervillée : Le rachitisme. — 4. M. Marchal : Les asthmes. — 5. M. Barbier : Syphilis des os longs. — 6. M. Boucomont : Acrocyanose. — 7. M. Bounhoure : Spondylite rhizomélique. — 8. M. Breton : ne s'est pas présenté. — 9. M. Massias : L'œdème aigu du poumon. — 10. M. Brahic : Pleurésies hémorragiques. — 11. M. Bariéty : La maladie osseuse de Paget. — 12. M. Thiers : hypoglycémies. — 13. M. Massières : L'hypertension intra-cranienne. — 14. M. Benda : Ictère des syphilitiques. — 15. M. Croizat : Agranulocytose. — 16. M. Kissel : Les ictères dans les cirrhoses.

SECTION 9. *Chirurgie générale.* Leçon orale de 3/4 d'heure (Tour de passage). Ont passé : 1. M. Jung : La tuberculose iléo-cæcale. — 2. M. Fabre : Les tumeurs mixtes de la parotide. — 3. M. Blanc : Le cancer du corps de l'utérus. — 4. M. Figarella : L'ankylose de la hanche. — 5. M. Luccioni : La hernie crurale étranglée. — 6. M. Dambrin : Les luxations récidivantes de l'épaule — 7. M. Dieulafé : Les fractures fermées du rachis dorso-lombaire. — 8. M. Dor : Les paraplégies pottiques.

SECTION 10. *Ophtalmologie.* Leçon orale de 3/4 d'heure (Tour de passage). 1. M. Calmette : Sémiologie dse exophtalmies.

Leçon orale de 1 heure (Tour de passage). 1. M. Viallefont : Sémiologie du scotome central. — 2. M. Renard : L'œil et les glandes endocrines. — 3. M. Dejean : Les insuffisances de convergence.

Sont proposés à la nomination du ministre : MM. RENARD (Paris), DEJEAN (Montpellier).

SECTION 12. *Obstétrique.* Sont proposés à la nomination du ministre : MM. DALÉAS (Hanoï), GUILHEM (Toulouse).

SECTION 8. *Médecine générale.* — Leçon orale de 1 heure (Tour de passage). — Ont passé : 17. M. Rimbaud : Les polyglobulies. — 18. M. Planques : Les ulcères duodénaux. — 19. M. Mollaret : Les purpuras. — 20. M. Caroli : Déterminations pleuro-pulmonaires de la maladie de Bouillaud. — 21. M. Froment : L'atélectasie pulmonaire. — 22. M. Warembourg : Les embolies gazeuses. — 23. M. Delore : La primo-infection tuberculeuse. — 24. M. Martin : L'attaque de goutte. — 25. M. Olmer : Syndromes parkinsoniens. — 27. M. Lelong : Hémophilie. — 28. M. Andrieu : Sclérodermie. — 29. M. De Gennes : Accidents de l'arsénothérapie. — 30. M. Coste : Le problème du rhumatisme tuberculeux. — 31. M. Josserand : Néphrites mercurielles. — 32. M. Barral : La pathogénie des œdèmes. — 33. M. Desforges-Mériel : Aortite syphilitique. — 34. M. Gré : La maladie amyloïde. — 35. M. Levrat : Les cirrhoses pigmentaires. — 36. M. Brouster : Les péritonites à pneumocoques. — 37. M. Fabre : Le rein dans la scarlatine. — 38. M. Stillmunkes : Le pancréas dans le diabète. — 39. M. Michon : Maladie du sérum. — 40. M. Garcin : Infarctus du myocarde.

SECTION 9. *Chirurgie générale.* — Leçon orale de 3/4 d'heure (Tour de passage). 9. M. Meyer-May : La tuberculose de l'articulation scapulo-humérale. — 10. M. Sabadini : Le rein mobile. — 11. M. Virenque : Les plaies articulaires du genou. — 12. M. Curtillet : Les formes cliniques des cancers du sein. — 13. M. Arnaud : Les hernies diaphragmatiques. — 14. M. Rieunau : Les cals vicieux du cou-de-pied. — 15. M. Arnulf : L'invagination intestinale du nourrisson.

A la suite de cette épreuve, sont autorisés à subir les épreuves de 2e série : MM. Arnaud, Arnulf, Blanc, Curtillet, Dambrin, Dieulafé, Dor, Fabre, Figarella, Jung, Luccioni, Meyer-May, Rieunau, Sabadini, Virenque.

— **Prosectorat.** — Total des points obtenus : MM. Boudreaux, 170 ; Mialaret, 160 ; Calvet, 160 ; Poilleux, 166.
Sont nommés prosecteurs : MM. BOUDREAUX, POILLEUX.

— **Adjuvat.** — Total des points : MM. Caby, 102 ; Chevallier, 109 ; Delinotte, 106, Léger, 107 ; Roux, 107 ; Neyraud, 98.
Sont nommés aides d'anatomie : MM. CABY, CHEVALLIER, DELINOTTE, LÉGER, ROUX.

— **Thèses.** — Lundi 4 mai. — Jury : MM. Baudouin, Robert Debré, Marcel Labbé, Moreau. — M. FACQUET : Vitesse de la circulation du sang dans l'organisme. — M. FERESTER : Étude des réactions d'intolérance à l'insuline. — M. LEBIQUE : Étude de l'éléphantiasis nostras acquis des membres inférieurs. — Mlle LE SUEUR : Étude physio pathologique et valeur des polypnées du nourrisson.
Mardi 5 mai. — Jury : M. Lemaître, Mocquot, Terrien, Halphen. — M. AILLET : Considérations sur l'ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire. — M. LE CORRE : Pertes de substances pathologiques du maxillaire inférieur. — M. ROUYER : Traitement des hémorragies utérines par les benzoates de folliculine et la lutéine. — M. BANNARDEL : Vision de professions. — M. LOB : Névrites optiques et conjonctivite arsenicale.
Mercredi 6 mai. — MM. Lemierre, Tanon, Joannon, Donzelot. — M. BALANDRA : Les nourrices de rois dans l'ancienne France. — M. PERSON : L'hygiène des chantiers souterrains. — M. PLAWNER : Hygiène de la peau du nourrisson.

Vendredi 8 mai. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Mathieu et Leveuf. — M. COEN : Facteurs de gravité de l'opération césarienne basse au cours du travail. — M. WAGNER : Les diverticulites hémorragiques du gros intestin. — M. DRUCKER : L'ostéochondromatose du genou (à propos d'un cas inédit). — M. SOUBRANE . Paralysie du triceps sural, séquelle de poliomyélite: Traitement.
Samedi 9 mai. — Jury : MM. Claude, Lereboullet, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. ROSEMBLATT : A propos du suicide en médecine mentale. — M. REQUART : Étude de la calcification des incisives et canines permanentes.
Thèse vétérinaire. — Mardi 5 mai. — Jury : MM. Champy, Maignon, Simonnet, Lesbouyries. — M. LABRUYÈRE : Recherches expérimentales sur la régulation hormonale de la contractilité utérine.

Thèses. — Mardi 12 mai. Jury : MM. Léon Binet, Carnot, Gougerot, Sézary. — M. GRUNBERG : Les extraits de l'avoine en thérapeutique.
Mercredi 13 mai. — Jury : MM. Loeper, Tanon, Chiray, Joannon. — MM. GUTMAN : Étude du cancer du sein chez l'homme. — M. HORODNICEANU : Prophylaxie du typhus exanthématique. — M. LANDOWSKI : Étude de l'hypoménorrhée associée à l'adiposité et son traitement — M. MÉJIA : La psittacose. A propos des récentes épidémies. — M. Agypa RYCHTER : Angiomatose familiale hémorragique.
Samedi 16 mai : Jury : MM. Brindeau, Nobécourt, Mouquin, Vaudescal. — MM. DEHOUVE : Étude de l'emploi simultané de la quinine et de l'hypophyse en obstétrique. — BRAYTBORT : Étude du rhumatisme et de l'endocardite scarlatineuse.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Salpêtrière.** — ÉLECTRO-RADIOTHÉRAPIE (*Laboratoire d'électro-physiologie de l'École pratique des Hautes-Études*). — M. Georges Bourguignon, directeur du laboratoire d'électro-radiologie de la Salpêtrière, fait depuis le 3 juin jusqu'au 10 juillet 1936 inclus, dans son Laboratoire, un cours théorique et pratique sur la *Technique de la chronaxie chez l'homme et les mammifères. Son application à l'étude clinique et expérimentale de la dégénérescence neuro-musculaire et des maladies musculaires primitives.*
Le cours comprendra deux leçons théoriques et une leçon pratique par semaine. Les leçons théoriques auront lieu les lundi et mercredi à 18 heures. Les leçons pratiques auront lieu le vendredi à 17 heures.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (2e *concours de nomination*). — Jury après acceptation : MM. Boidin, M. Labbé, Lemierre, Trémolières, De Massary, Comte, Turpin, Duvoir, Troisier, Mouquin, Boppe.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Jury (tirage au sort) : MM. Dupuy-Dutemps, Bourdier, Terrien, Monthus, Crouzon, Richard. Censeurs : MM. Weil, Hartmann.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Total des points obtenus : MM. Bourgeois, 46 ; Lévy, 45 ; Maduro, 40 ; Lemoyne, 40 ; Richier, 39 ; Rémy-Néris, 37 ; Bérard, 37.
Sont déclarés admissibles : MM. BOURGEOIS, LÉVY, MADURO.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Total des points obtenus : MM. Lepage, 72 ; Suzor, 70 ; Bidoire, 69 ; Meyer, 64 ; De Péretti, 62 ; Merger, 61 ; Weil, 51.
Sont déclarés admissibles : MM. LEPAGE, SUZOR, BIDOIRE.
Séance du 25 mai. Épreuve de médecine opératoire. Ont obtenu : MM. Lepage, 17 ; Suzor, 19 ; Bidoire, 14

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul BARBARIN, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, chirurgien de l'hôpital américain, officier de la Légion d'honneur ; du Docteur André PETIT médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

— **Le IXe Congrès des médecins et biologistes de Langue catalane** aura lieu à Perpignan, salle Arago, les 24, 25, 26, 27 juin 1936.

Les rapports qui seront présentés seront les suivants :

I. *Le rhumatisme.* — *a*) Etude étiologique et clinique du rhumatisme. Essai de classification. Rapporteur : Docteur CUATRE CASAS ; *b*) Thérapeutique du rhumatisme. Rapporteur : Docteur PEDRO I PONS. — *c*) Le rhumatisme chronique. Rapporteur : Professeur CASTAIGNE, de Clermont-Ferrand.

II. *La maladie hydatique.* — *a*) Etude géographique de la maladie hydatique. Rapporteurs : MM. Joan HOMEDES, Vicen TARRAGO, Josep-Maria VILLAMIL et Salvador RIERA I PLANAGUMMA. — *b* Les kystes hydatiques pulmonaires. Rapporteurs : Docteur Antoni Trias PUJOL et Francesco Coll I TURBAU (Gerone). — *c*) Les kystes hydatiques abdominaux. Rapporteurs : Docteurs Puig I SUREDA (Barcelone) et Primitiu Sabali I BARJAU. — *d*) Les kystes hydatiques des os. Rapporteurs : Docteurs TRUETA et BAILLAT (Perpignan).

III. *Le diagnostic de début des tumeurs cérébrales.* — *a*) Les signes cliniques du début. Rapporteur : Docteur G. RODRIGUEZ ARIAS — *b*) Les signes oculaires. Rapporteur : Docteur BORDAS. — *c*) Le diagnostic topographique. Rapporteur : Docteur Tolosa I COLOMER. — *d*) La symptomatologie et ses rapports avec l'histologie. Rapporteur : Docteur G. ESCARDO I MONTE. — *e*) Les indications thérapeutiques d'après le diagnostic. Rapporteur : Lluis BARRAQUER.

Il est prévu trois excursions touristiques : 1° La Côte Vermeille (visite du Cloitre d'Elne, Argelès-sur-Mer, Collioure, Banyuls-sur-Mer, avec banquet à Port-Vendres); 2° Le Vallespir (Amélie-les-Bains, Arles-sur-Tech, Prats-de-Mollo, La Preste. (Banquet à Amélie-les-Bains) ; 3° La Cerdagne française (Mont-Louis-Font-Romeu, Les Escaldes Boug-Madame).

La cotisation de membre titulaire est de 80 francs pour les médecins français.

Secrétaire général : Docteur Bailliat, chirurgien des hôpitaux, 23, Cours Palmarole, Perpignan.

Adresser toute la correspondance au secrétaire général adjoint : Docteur Arnaud, Pézilla-la-Rivière (Pyrénées-Orientales).

— **Prix de thèse sur le vin.** — L'Association des médecins Amis des vins de France, soucieuse de faire étudier le problème du vin au point de vue alimentaire et d'hygiène sociale, a décidé d'offrir un prix pour la meilleure thèse soutenue devant une faculté de médecine de France ou d'Algérie sur le sujet suivant : *Le vin et l'alcool.* Peut-on confondre ces deux produits, tant au point de vue alimentaire que de leur influence sur la physiologie et la pathologie humaine ?

Organisation du concours. — 1° Pourront prendre part à ce concours toutes les thèses pour le doctorat en médecine ou en pharmacie présentées avant le 1er juillet 1937 devant une faculté de médecine de langue française ;

2° Toutes les thèses faites sur ce sujet seront imprimées par les soins de l'Association des médecins amis des vins de France après agrément par le Comité de cette Association ;

3° La thèse imprimée jugée la meilleure par ce Comité recevra en outre un prix de 1.500 francs en espèces ;

4° Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général : Docteur Eylaud, 126, rue Camille-Godard, Bordeaux.

Les manuscrits devront parvenir avant le 1er mars 1937, au vice-président délégué : Docteur Malachowski, 41, rue des Martyrs, Paris (IXe).

— **Bureau des examens et concours.** — *Examens et concours officiellement annoncés.* — 1° *Cinq cents postes surnuméraire des P. T. T.* (hommes) : Date : 5 août 1936. Clôture des inscriptions : 4 juillet. Age minimum, 17 ans au dernier jour du concours et maximum : 25 ans à l'ouverture des épreuves. Traitement de base : 10.500 francs plus indemnités. Diplôme exigé : aucun.

2° *Elève-bureau à la Compagnie des chemins de fer de l'Etat.* — Date : 27 août 1936. Clôture des inscriptions : 9 juillet. Age : 15 à 20 ans au 1er janvier 1937 pour parents d'agents et 14 à 20 ans pour orphelins de guerre. Traitement mensuel de début : 355 francs plus indemnités. Diplôme exigé : aucun.

3° *Rédacteur des services civils de l'Indo-Chine.* Date 3 novembre 1936. Clôture des inscriptions : 3 septembre. Avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Limite d'âge supérieure : 30 ans au 1er janvier 1936. Traitement de base : 2.657 piastres 20 plus indemnités. Diplôme exigé : Licence ou équivalence.

4° *Douanes et régies de l'Indo-Chine.* Contrôleur stagiaire et contrôleur adjoint stagiaire, 24 septembre 1936 ; vérificateur stagiaire et vérificateur adjoint stagiaire, 28 septembre 1936. Délai commun d'inscription : 24 juillet 1936. Traitement de base : 1.788 piastres 89 pour les vérificateurs adjoints stagiaires et les contrôleurs adjoints stagiaires : 2.385 piastres 18 pour les vérificateurs stagiaires et les contrôleurs stagiaires. Diplômes exigés : Bacc. ou B. S. pour les emplois de contrôleur adjoint stagiaire et vérificateur adjoint stagiaire. Licence ou équivalence pour les emplois de contrôleur stagiaire et vérificateur stagiaire.

Pour renseignements, écrire en joignant un timbre de 0 fr. 50 au Bureau des examens et concours, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (XVIe).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Docteur André ; 7. M. le Docteur Aubin ; 8. M. le Docteur de Boucaud ; 9. M. le Docteur Gardien ; 10. M. le Docteur Royer.

24 MAI

Sanatoriums publics.

Par arrêtés du ministre de la Santé publique et de l'Education physique en date du 18 mai 1936, ont été nommés médecins adjoints :

M. le Docteur Brunet, au sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le Docteur Perrier, au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Clinique des Quinze-Vingts.

Avis de concours pour des emplois de chef de clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Par arrêté en date du 19 mai 1936, un concours pour trois emplois de chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts est ouvert le 20 juillet 1936.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, âgés de moins de quarante ans.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours (sauf les dimanches et jours fériés), de neuf heures à dix-huit heures, jusqu'au samedi 11 juillet 1936 inclus.

Service de santé militaire.

Par décret du 14 mai 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. titul. du br. prép. mil. sup., ci-après désignés :

(Rang du 23 mars 1936) Paumier 2e sect. d'inf. mil, aff. à la 1re rég. (rang du 1er avril 1936) Jacquet, de la 13e sect. d'inf. mil. aff. à la 3e rég. (rang du 2 avril 1936). Le Gall, de la 9e sect. d'inf. mil., aff. à la 9e rég. ; (rang du 3 avril 1936) Fortineau, de la 15e sect. d'inf. mil. aff. à la 15 rég. ; (rang du 4 avril 936) Lardin, de la 7e sect. d'inf. mil., aff. 7e rég. ; Mallet, 9e sect. d'inmil., aff. 9e rég. (rang du 5 avril 1936) Guillaume, 16e sect. d'inf. mil., aff. 16e rég.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.029. — a) Abus de consultation entre confrères ; b) Prolongation injustifiée d'incapacité de travail ? ?

Médecin contrôleur de Compagnies d'assurances et chargé de contre-visiterdes accidentés-loien cours de traitement, j'ai l'honneur de vous demander si un médecin traitant — dans un but de chicane et pour écarter le médecin d'une Compagnie — a le droit de demander à tout propos et hors de propos l'intervention d'un chirurgien ou de tout autre spécialiste en vue d'une simple consultation, évaluation de la durée d'une incapacité de travail, pourcentage d'invalidité ?....

A l'appui de cette prétention, l'article 7 du tarif des frais médicaux (arrêté du 5 février 1932) modifié par l'arrêté ministériel du 13 février 1933 a été invoqué :

« Lorsqu'au cours du traitement, le médecin trai-
« tant estime nécessairesoit la consultation, la visite
« ou tout autre intervention... il doit en donner
« avis préalable par lettre recommandée au patron et
« à son assureur substitué ... »

Quels sont les moyens de défense pour les Compagnies et leur médecin à opposer aux procédés signalés ainsi qu'aux abus résultant de prolongations injustifiées d'incapacité de travail ?

Il me serait très agréable d'obtenir une réponse par lettre personnelle ou si ma demande ne pouvait être satisfaite, de la voir paraître dès que possible dans votre journal.

D[s] B.

Réponse

a) Il est impossible de répondre *ex cathedra*, pour des faits pris en général et sans avoir devant soi un ou plusieurs faits concrets. En tout cas, s'il y a abus de « consultations entre confrères », car, c'est cela, en somme que vous reprochez, il est un moyen bien simple d'y remédier : c'est de refuser le payement d'une série de ces consultations et de présenter les notes s'y rapportant devant la Commission de contrôle, qui jugera d'un bien ou d'un mal fondé de vos reproches. Mais il faut une série de cas assez importante pour démontrer qu'il y a « abus » et non simple « coïncidences », cela va de soi.

b) Pour la prolongation injustifiée d'incapacité de travail, si injustice apparaît, soit de la part du médecin traitant, soit de la part de l'Assurance qui refuse une prolongation, voyez l'ali-

néa final de l'art. 4 de la loi qui dit de « requérir du Juge de paix une expertise médicale qui doit avoir lieu dans les cinq jours ».

Dr F. DECOURT.

4.042. — Le transport d'un blessé n'est pas une question de tarif médical

Ayant été chercher à son domicile à 3 km. de chez moi un blessé pour le radiographier et l'ayant reconduit, dois-je compter en plus de la radio un ou deux déplacements ?

2° Ce blessé, la radio l'a révélé, a une fracture hélicoïdale de la base de la malléole péronière avec diastasis accentué, rien au tibia.

J'ai appliqué une botte plâtrée en corrigeant la chute du pied en dedans.

Quel tarif appliquer ? Dr F.

Réponse

Le transport d'un blessé n'est pas une question de « tarif médical » mais de « loueur de voiture ». Toutefois, puisque vous avez agi « comme tel » par humanité, sans doute, expliquez le cas à la Compagnie et je pense que celle-ci ne refusera pas de vous payer ce « transport » au tarif de déplacement du médecin qui est, d'ailleurs, inférieur à celui des loueurs de voitures presque en tous lieux. Dr F. DECOURT.

4.276. — Séance de faradisation

Une de mes clientes atteinte d'entorse du poignet et de l'articulation tibio-tarsienne a été traitée par quelques séances de faradisation (cinq). Comment dois-je tarifer pour la Compagnie d'assurances (il s'agit d'un patron) ?

Dr M.

Réponse

1° S'il s'agit d'un patron, ce n'est plus (qu'il y ait assurance ou non) le tarif des accidents du travail mais celui du Syndicat local.

2° En matière d'accidents du travail, on se baserait sur l'art. 27-6°, Electrothérapie qui dit : « traitement galvanique ou faradique simple ; par séance : 25 francs ».

Dr F. DECOURT.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

4.275. — Est-il licite de toucher un supplément de frais de déplacement ?

Je soigne un réformé de guerre atteint de tuberculose qui est un de mes très anciens clients. Ce réformé a quitté la commune, il habite actuellement à 23 kilomètres, et à cinq kilomètres du médecin le plus proche. Je lui avais conseillé de se faire soigner

par un médecin d'une commune voisine mais il a tenu absolument à ce que je continue à le soigner. Comme je ne puis sur le carnet médical porter que la distance du médecin le plus rapproché (ce que je lui ai expliqué), je suis obligé de lui demander de me régler directement la différence de parcours kilométrique, ce à quoi il a consenti. Je désirerais savoir si cela est légal, du moment qu'il y a libre consentement de mon malade.

Dr M.

Réponse

Vous ne pouvez demander à un pensionné de guerre un supplément au prix de 15 francs de la visite ou consultation. Cela a été jugé, c'est entendu. Pour le déplacement, en est-il de même? Tout d'abord, il est entendu que vous ne pouvez compter sur la feuille de visite plus de kilomètres que ceux qui seraient effectués par le médecin le plus rapproché. Mais si le pensionné de guerre désire spécialement être soigné par vous, quitte à payer de sa poche la différence entre 5 et 23 kilomètres, avez-vous le droit de toucher la différence ? La question, que je sache, n'a jamais été jugée. Il faudrait donc la poser devant votre Commission départementale et mieux encore la faire poser au ministre des Pensions par un député.

Dr F. Decourt.

ACCIDENTS

3.936. — Origine traumatique d'un rhumatisme. Secret professionnel du pharmacien

J'ai assuré un ouvrier contre les accidents ; cet homme en abattant un arbre est heurté au genou par une grosse branche ; il arrête le travail ; le surlendemain je lui donne mes soins et constate une déformation globuleuse du genou, douleur à la mobilisation; dans mon ordonnance je prescris : salicylate de soude.

Quinze jours après l'agent d'assurances conteste l'accident car le malade fait une crise de rhumatisme aiguë, et argue de ma première ordonnance portant du salicylate pour dire qu'il n'y a pas eu accident du travail au sens net (d'après les dires du pharmacien)...

1° Ce dernier est-il dans son droit en donnant ce renseignement à l'agent d'assurances ?

2° N'est-il pas absolument admis que le traumatisme est cause étiologique du rhumatisme.

J'ai prescrit le salicylate de soude en pensant à l'hérédité possible de l'ouvrier grand nerveux et dont le père a eu de graves crises de rhumatismes...

Dr B.

Réponse

En ce qui concerne les dires du pharmacien, si c'est celui-ci qui a exécuté votre ordonnance

pour votre blessé, il est lié par le secret professionnel. Il ne doit dévoiler à personne le nom des médicaments qu'il a donnés en votre nom.

Mais si l'agent d'assurances a eu en sa possession l'ordonnance primitive prescrivant du salicylate de soude, ou si la commune renommée le lui a appris, il n'y a plus de secret professionnel en ce qui concerne l'ingestion de ce produit thérapeutique. Mais le pharmacien sort des attributions que lui fixe la loi du 21 Germinal, an XI en se mêlant de médecine et en donnant son opinion à l'agent d'assurances.

Le pharmacien a le devoir d'exécuter les ordonnances médicales, d'en référer aux docteurs en médecine signataires s'il a une observation à formuler, mais il doit se garder de discuter devant des tiers le bien-fondé des prescriptions médicales ou leur but.

Si vous avez à vous plaindre de ce pharmacien, vous pouvez saisir de la question votre Syndicat médical pour que celui-ci puisse, à son tour, en discuter avec le Syndicat des pharmaciens.

En ce qui concerne le traumatisme comme pouvant être agent causal du rhumatisme, nous devons dire que cette dernière maladie est encore très controversée comme pathogénie. On discute beaucoup, soit sa nature infectieuse, soit son origine héréditaire.

En tout cas, il n'est pas rare de constater dans la science médicale qu'à la suite d'un choc plus ou moins léger ou violent, une crise de rhumatisme puisse se déclencher, ayant comme point de départ l'article traumatisé.

En tout cas, votre certificat initial a dû être suffisamment descriptif pour que l'origine traumatique ne soit pas niable, surtout si le traumatisme a pu être prouvé par des témoins.

Toute lésion qui découle d'un traumatisme survenu à l'occasion du travail sur le lieu de celui-ci ou pendant le travail doit être considérée comme « accident du travail ».

Les arrêts de la Cour de Cassation sont très nets sur ce point.

D[r] Paul BOUDIN.

4.285. — Accidents du travail ; reprise du travail avant guérison complète

Je soigne actuellement un ouvrier agricole blessé au cours de son travail. La blessure n'est pas guérie, mais néanmoins il désirerait reprendre son travail au moins partiellement. Dans ces conditions m'est-il possible de remettre à cet ouvrier un certificat de demie-incapacité temporaire de travail ?

D[r] C.

Réponse

La législation sur les accidents du travail n'a pas prévu l'existence d'incapacité temporaire partielle ; quel que soit son état, le blessé reçoit

pendant cette période une indemnité journalière égale à la moitié de son salaire et a droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par le traitement de sa lésion. Son degré d'invalidité n'entre en jeu pour la détermination de ses droits, qu'à partir de la date de la consolidation s'il reste atteint à ce moment d'une incapacité permanente partielle ou totale.

Mais cette indemnisation à caractère forfaitaire n'a nullement pour conséquence de le priver du droit de reprendre partiellement du travail avant la consolidation de sa blessure. La jurisprudence reconnaît au contraire formellement que le blessé peut parfaitement utiliser comme bon lui semble, soit dans la même, soit dans une autre entreprise, la capacité de travail, dont il dispose, et cumuler ce gain avec le demi-salaire sans pour cela se rendre coupable d'escroquerie à l'égard de son patron ou de son Assurance, à condition bien entendu qu'il agisse sans fraude et sans dissimulation de son état.

Votre client peut donc parfaitement ne pas attendre sa guérison pour reprendre son travail dans la mesure de ses facultés restantes. Il est inutile pour ce faire que vous lui délivriez un certificat constatant le degré de son incapacité temporaire ; *en effet, tant qu'il n' y aura pas* consolidation, cette reprise partielle du travail ne modifiera en rien ses droits à l'égard du patron ou de son Assurance.

4.332. — Refus de paiement du demi-salaire d'un accidenté du travail

Un accidenté du travail auquel la Compagnie refuse le payement de son demi-salaire (et mes honoraires aussi naturellement) doit-il demander au Juge de paix du lieu de l'accident de procéder à l'enquête.

Sinon quel est son recours?

Dr L.

Réponse

Si la déclaration d'accident a été faite régulièrement par le chef d'entreprise, et si, d'autre part, le refus opposé par la Compagnie d'assurances est dépourvu de base juridique ou ne provient que d'une déchéance encourue par le patron à son égard, la victime de l'accident n'est nullement forcée de s'incliner devant ce refus. Elle peut, au contraire, citer son patron devant le Juge de paix du lieu de l'accident en payement du demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques exposés durant la période d'incapacité temporaire. Cette citation déclenchera l'enquête du Juge de paix, et permettra à la victime de faire respecter ses droits.

Si le Juge de paix reconnaît qu'il y a bien en l'espèce accident du travail, et mise en jeu de la responsabilité patronale, vous serez d'autre part fondé à adresser votre note d'honoraires établie suivant le Tarif ministériel de la loi de

1898, au chef d'entreprise ou à son Assurance substituée. Dans le cas contraire, vous ne pourriez que vous adresser à votre client débiteur personnel des soins dont il a bénéficié.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.218. — Retrait de la carte du combattant

J'ai reçu le 24 avril 1936 par l'intendant militaire notification d'une décision du ministre en date du 29 juin 1935, par laquelle le droit à la retraite du combattant m'était refusé.

J'avais reçu précédemment le 18 janvier 1935 du Comité départemental du Combattant une notification du retrait de la carte qui m'avait été délivrée.

Je n'avais pas crû devoir faire appel de cette décision. En effet les sept mois que j'avais passés aux Armées dans une ambulance divisionnaire (avec laquelle j'avais cependant participé à l'offensive de Champagne en septembre 1915) ne pouvaient pas me permettre de prétendre que j'avais été exposé aux mêmes dangers que les combattants de première ligne.

J'ai donc encore l'intention de ne pas protester contre cette nouvelle notification. Mais ce que je trouve absolument scandaleux c'est qu'on puisse envisager le reversement des sommes reçues antérieurement (1.200 × 5) et viens vous demander conseil pour essayer de l'éviter.

Dr X.

Réponse

La décision ministérielle de rejet vous parle dans son dernier paragraphe, du remboursement ou de l'exonération de reversement des sommes indûment perçues. Vous pouvez donc être appelé à rembourser, ou bien être exonéré. En principe l'Administration n'exige pas de reversement quand l'intéressé a perçu étant de bonne foi. En tout cas, il ne pourrait s'agir que des sommes touchées depuis la notification de rejet en date du 16 janvier 1935 car, au préalable, vous étiez régulièrement titulaire de la Carte de combattant, et vous étiez en possession de tous les droits à la Retraite du Combattant.

4.873. — Périodes d'instructions volontaires

J'ai fait le nombre suffisant de périodes pour mon grade de lieutenant.

Une période volontaire présente-t-elle un intérêt quelconque ? entre autres pour l'avancement ?

Au bout de combien de temps passerai-je au grade de capitaine ?

N'existe-t-il pas de périodes volontaires payées qu'on peut accomplir à sa demande au moment des incorporations ?

Dr H.

Réponse

Une période volontaire augmente, dans l'état des services, la « période d'activité », et, pour sa valeur, la durée des services ; elle permet donc à un candidat d'augmenter ses titres vis-à-vis d'un *ex-æquo* (Avancement ou Légion d'honneur). Afin d'être proposable pour capitaine, il faut, en plus des périodes d'instruction requises, compter au minimum six années de grade de lieutenant.

Les périodes volontaires peuvent être effectuées avec ou sans solde ; elles sont plus facilement accordées « sans solde » par l'autorité militaire.

4.323. — Promotion au grade de médecin sous-lieutenant

De la classe 1928 j'ai fait mon service du 15 octobre 1932 au 15 octobre 1933, et j'ai été nommé médecin auxiliaire le 15 avril 1933.

Reçu docteur le 2 mai 1934, j'ai fait une demande de nomination de médecin sous-lieutenant en me conformant aux instructions reçues de la Place sur ma demande : 1° une demande de nomination au ministre de la Guerre : 2° un certificat de la Faculté constatant le régime d'études ; 3° un extrait d'acte de naissance ; 4° un extrait d'acte de mariage, le tout envoyé au général commandant la subdivision.

Au mois d'octobre dernier j'ai fait une période de vingt et un jours comme médecin auxiliaire. A ma libération on m'a annoncé que la nomination serait faite incessamment, mais le 20 décembre 1935, on m'a réclamé un certificat constatant que je suis titulaire du diplôme d'Etat, aussitôt envoyé.

Depuis j'attends toujours. Que faut-il faire ? et si je suis nommé quelle sera la date de mon rang ?

Est-ce la date de thèse ou une autre ? Dr D.

Réponse

Actuellement les promotions au grade de médecin sous-lieutenant ne sont plus automatiques dès que la thèse de doctorat est passée, car les cadres sont complets, et il existe des besoins en médecins auxiliaires. Evidemment votre promotion aurait dû être faite ces temps derniers, car les propositions sont faites au Ministre par les Directeurs chaque année en fin février ; cependant tout espoir n'est peut-être pas perdu pour 1936. En tout cas, je vous conseille vivement, si d'ici le mois de novembre prochain vous n'avez pas obtenu satisfaction, de faire à ce moment une démarche auprès du Directeur du Service de santé afin de lui rappeler votre cas. Votre ancienneté dans le grade ne partira que du jour de votre promotion à l'*Officiel* ; cependant vous bénéficierez de trois an-

nées en raison de vos études (nouveau régime), c'est-à-dire que votre ancienneté sera reportée à trois ans plus tôt à partir du jour de votre promotion,

ASSURANCES SOCIALES

3.750. — Remboursement des honoraires des auxiliaires médicaux

Permettez-moi d'avoir encore recours à vos lumières à propos des soins donnés par des infirmières diplômées d'Etat civiles aux assurés sociaux.

Une infirmière civile diplômée d'Etat s'installe de son propre gré dans une localité.

Quand elle participe au traitement d'un malade sous la surveillance médicale et qu'elle fait par exemple une série d'injections intramusculaires, elle a droit incontestablement à des honoraires.

Si le malade se trouve être un assuré social, peut-il prétendre se faire rembourser par sa Caisse d'assurances sociales les honoraires perçus par l'infirmière ? Dans l'affirmative, existe-t-il un barème ?

Dr F.

Réponse

Sous le régime de la loi de 1928-1930, qui est encore applicable à toute maladie ou accident médicalement constaté avant le 1er avril 1936, les honoraires versés à des aides ou auxiliaires médicaux, comme les infirmières, donneurs de sang, etc., ne donnaient généralement pas lieu à un remboursement spécial de la part de la Caisse, ce remboursement étant considéré comme compris dans le forfait alloué pour les frais médicaux.

Le décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales a, au contraire, prévu expressément, dans son art. 6, § 6, que les Caisses doivent fixer dans leur règlement intérieur « le montant et les conditions de leur participation au payement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux ». Ainsi qu'il ressort de cette disposition, le tarif de remboursement pour les soins de cette nature dépend donc de chaque *Caisse, et il n'existe pas de barême national.*

3.637. — Le tarif de l'application des ondes courtes en Assurances sociales

Je serais heureux d'avoir votre avis au sujet du *mode de notation des Assurances sociales.*

a) Ne trouvant pas dans le Tarif édité par la Confédération des Syndicats médicaux le chiffre K correspondant à un traitement par ondes courtes (avec appareil puissant, deux lampes Chenaille) pour diverses affections telles salpingo-ovarite, hémorroïdes, sinusites, j'ai indiqué sur la feuille de soins K4 ou K5 ou K6 suivant le temps et l'intensité des séances ; ces K correspondent aux honoraires récla-

més, étais-je fautif en procédant aussi par analogie ? Dois-je demander aux Caisses leur avis à ce sujet ? Bien que ne pratiquant que par intermittences ces traitements.

Dr F.

Réponse

N'ayant pas de précisions à fournir au sujet des « ondes courtes » puisqu'elles ne sont pas dans la nomenclature, je me suis adressé au secrétaire général du Syndicat national des électro-radiologistes et je vous transcris sa réponse autorisée sans y changer un mot :

« J'ai bien reçu votre lettre du 28 avril concernant une demande du Docteur F......

« Les ondes courtes ne sont pas prévues à la nomenclature ancienne, actuellement en vigueur. Une nouvelle nomenclature est à l'étude et on attend que les Caisses et la Confédération se soient entendues à son sujet. Nous avons donné en temps voulu les indications nécessaires en ce qui concerne l'électro-radiologie. Légalement, on ne peut donc en attendant que libeller les feuilles de soins d'après la nomenclature en vigueur, c'est-à-dire ; diathermie K3 par séance ; la durée des séances n'est pas non plus prévue dans la nomenclature. »

Docteur F. Decourt,

4.516. — Remboursement de la rémunération des auxiliaires médicaux

Pourriez-vous me dire si un assuré social peut faire faire des piqûres intramusculaires prescrites par un médecin ? Il lui faut, je suppose se munir d'une feuille pour soins par auxiliaire médical. Quel est dans ce cas le tarif que peut demander l'auxiliaire, faiseur de piqûres ?

Dr V.

Réponse

Une des réformes relatives à l'assurance-maladie accomplie par le décret-loi du 28 octobre 1935 a été de prévoir le remboursement par les Caisses des frais concernant les auxiliaires médicaux. Il résulte en effet de l'art. 6 § 6 dudit décret que « les Caisses fixent également dans leur règlement intérieur le montant et les conditions de participation au payement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux ». Il est stipulé d'autre part par le règlement d'administration publique du 19 mars 1936, article 115, qu'un règlement type établi par le ministre du Travail énoncera les dispositions communes que devront contenir obligatoirement tous les règlements intérieurs de Caisse, et que parmi ces dispositions communes figureront celles concernant « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale

annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille s'il y a lieu à intervention..... d'un auxiliaire médical.... »

Par conséquent cette intervention ne peut donner lieu à remboursement pour l'assuré qu'après accord avec sa Caisse, ou, à défaut, après décision favorable de la Commission technique prévue par l'art. 8 § 3 du décret-loi, et composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil.

Au point de vue payement de ses honoraires, l'auxiliaire médical jouit comme le médecin lui-même de l'entente directe avec son malade ; il ne peut seulement demander un tarif inférieur au tarif de responsabilité de la Caisse.

Contrôle syndical. Stomatologistes et chirurgiens-dentistes

Un docteur en médecine exerçant la stomatologie, ne faisant partie ni d'un Syndicat médical, ni d'un Syndicat dentaire, ni d'un Syndicat mixte a été déféré par une Commission technique de prothèse devant le Conseil de famille d'un Syndicat dentaire : N'y a-t-il pas abus, même s'il ne s'agit que d'une question de prothèse dentaire et non de soins ?

Ne relevait-il pas d'un Syndicat médical et dans ce cas était-ce le Syndicat des stomatologistes ou bien le Syndicat des omni-praticiens ?

D[r] B.

Réponse

Selon les termes de la loi sur les Assurances sociales et du règlement d'administration publique, le contrôle technique est confié par les Caisses aux Syndicats qui ont passé des conventions avec elles.

Il faut donc établir d'abord cette première condition, à savoir si le Syndicat des médecins et celui des chirurgiens-dentistes ont chacun passé une convention avec la Caisse d'assurances locale.

En second lieu, on peut dire que le contrôle des actes professionnels accomplis par un médecin doit être soumis à la connaissance du Syndicat de praticiens qui ont des titres scientifiques au moins égaux au contrôlé.

Autrement dit, un docteur en médecine sera contrôlé par un Syndicat de docteurs en médecine, un chirurgien-dentiste par un Syndicat de chirurgiens-dentistes ou même de docteurs en médecine, une sage-femme par un Syndicat de sages-femmes ou par un Syndicat de docteurs en médecine.

En effet, pour pouvoir apprécier du point de vue technique la conduite scientifique et professionnelle d'un médecin, seul un autre méde-

ein est capable de donner une opinion technique sur les faits qui ont motivé un contrôle.

Cependant, dans le cas que vous m'exposez, il s'agit d'une question de prothèse.

On peut, à première vue, décider qu'en matière d'appareillage dentaire un Syndicat de chirurgiens-dentistes soit autant qualifié qu'un Syndicat de médecins pour apprécier l'utilité et la valeur de ces travaux mécaniques.

Cependant, dans certains cas, le docteur en médecine a pu, peut-être, se décider à faire tel ou tel appareillage pour des considérations d'ordre médical, se basant tant sur des constatations locales que sur des considérations pathologiques.

Dr Paul Boudin.

QUESTIONS DIVERSES

4.303. — Recouvrement d'honoraires contre un client peu solvable

J'ai été appelé quelquefois (ma note s'élève à 300 francs) par un vieillard qui vit d'une petite rente viagère et qui possède outre quelques propriétés quelques fonds en banque. Mais il est veuf et la succession n'ayant pu être réglée on a mis opposition sur son avoir en banque. J'ai réussi actuellement à le faire hospitaliser. Mais je n'ai pu pendant plusieurs semaines ni refuser mes soins ni faire régler mes honoraires. La famille (belle-sœur, belle-fille, etc.) ne veut rien entendre.

Je dois ajouter qu'il est mon client depuis longtemps et m'a toujours ponctuellement honoré jusqu'à ces ces derniers mois. Que dois-je faire ?

Dr A.

Réponse

Dès lors que votre client n'est pas totalement dénué de ressources puisqu'il reçoit une petite rente viagère et, d'autre part, qu'il est encore propriétaire de certains biens fonciers, il vous est impossible d'exiger le payement de vos honoraires des membres de sa famille qui pourraient, le cas échéant, être tenus à son égard, de l'obligation alimentaire.

Si vous ne pouvez vous faire payer dès maintenant, si, d'autre part, il vous répugne, en raison de la situation de votre client, de prendre jugement contre lui et de faire vendre ses biens, la seule chose que vous ayiez à faire est de lui faire écrire, sur papier timbré, une reconnaissance de dette, datée et signée, reconnaissance de dette qui vous permettra, au moment de son décès, de faire saisir et vendre l'actif de la succession si les héritiers ne veulent pas alors vous payer amiablement.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

Causerie sur Lyautey et le médecin

Notre éminent confrère, M. le Docteur Colombani, directeur honoraire du Service de l'Assistance indigène au Maroc, Officier de la Légion d'honneur, veut bien, en toute intimité, exposer l'utilisation du médecin par le Maréchal Lyautey dans son œuvre colonisatrice.

Cette causerie, dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'intérêt, et à laquelle nous convions les amis du *Concours Médical*, aura lieu le mercredi 17 juin, à 21 heures précises, au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, dans la salle des Conseils.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 156. — Dr n'exerç. plus aider. et conseill. confr. désireux s'installer dans gr. ville maritime Bretagne. Grosse réussite assurée.

N° 157. — Jeune pharmacienne, fille de méd., très sérieuse, désire trouver emploi dans laborat., si possible en province.

N° 158. — Méd. recomm. sa belle-sœur, jeune fille 35 ans, bien sous tous rapp., dévouée, qui dem. place auprès dame seule ou enf. Voyagerait.

N° 159. — Cause décès accid. bon cab. méd. à reprend. de suite dans stat. climat. des Alpes universell. connue, saison été et hiver. Sit. d'avenir. Grandes facil. paiement, même en plus. années.

N° 160. — Belle client. stomatol. à céder cause santé 150 km. Paris. Grandes facilités paiement.

N° 161. — Le Vésinet. — A louer belle villa tout confort mod., avec garage, bien située sur gr. avenue, 12.000 par an.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Grande banlieue. — Importante clientèle avec fixes. A céder cause santé avec présentation. Prix à débattre.

Seine. — Clientèle agréable, d'un bon rendement maison bien installée avec jardin. Indemnité : 50.000 fr. à débattre dont 30.000 cpt.

200 km. Paris, Belle région, clientèle rurale d'un rapport très intéressant. Facilités de paiement, cession urgente.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Baîlan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Réed. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Debidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. LAMBRET, de Lille, et ABADIE, d'Oran, sont élus correspondants nationaux dans la deuxième division (*chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*).

— **Académie royale de médecine de Belgique.** — M. le Professeur PORTMANN, sénateur de la Gironde, est nommé membre de l'Académie royale de médecine de Belgique.

— **Conférences de rhumatologie** sur les lésions du carrefour sacré, avec présentation de documents originaux (pièces, dessins, radios, etc.), par MM. Mathieu-Pierre Weil, Raphaël Massart, Coliez, Vidal-Naquet. — Ces conférences, commencées le 10 juin, se continueront jusqu'au 26 juin, les mercredi et vendredi, à l'hôpital Saint-Antoine, service du Docteur Mathieu-Pierre Weil.

Mercredi 17 juin, M. Mathieu-Pierre WEIL : Les arthrites sacro-lombaires, les phénomènes hypertransitionnels, les discites vertébrales.

Vendredi 19 juin, M. VIDAL-NAQUET : Les asymétries douloureuses de la cinquième lombaire, les sacrums horizontaux et verticaux, les scolioses basses, spondylolyse et spondylolisthésis.

Mercredi 24 juin, M. Mathieu-Pierre WEIL : Les arthrites sacro-iliaques, les lumbagos, la sciatique.

Vendredi 26 juin : La thérapeutique médicale, chirurgicale, orthopédique et physiothérapique sera traitée par M. Mathieu-Pierre WEIL et tous ses collaborateurs.

Ce cours est libre, ouvert à tous les médecins français et étrangers ainsi qu'aux étudiants en médecine.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Clinique oto-rhino-laryngologique.* — Le cours de perfectionnement du Professeur Portmann, avec la collaboration de M. le Professeur agrégé J. Despons ; de MM. les Prof. Dupérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges, Réchou, Teulières ; de M. le Professeur agrégé Delmas-Marsalet, et de MM. Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Barraud, chef de clinique, et Junca, ancien aide de clinique, aura lieu du lundi 6 au samedi 18 juillet 1936.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

— **Société médicale de Passy (Haute-Savoie).** — Le Comité de patronage de la Société médicale de Passy (Haute-Savoie), constitué afin d'orienter et soutenir le développement rationnel de la station climatique de Passy, est composé de MM. le Prof. Bezançon, Courmont, Docteur Courcoux, Prof. Debré, Leuret, Olmer, Parisot, Docteur Rist, Prof. Sergent, Vaucher.

— **Le rhumatisme, maladie sociale.** — Le numéro de mai de la *Revue du rhumatisme* (édité par l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi), est consacré à l'étude de cette question. C'est une suite d'articles signés de professeurs rhumatologues de neuf nations européennes.

Ces articles, qu'a bien voulu réunir le Professeur Kalhmeter (de Stockolm), constituent une documentation importante montrant le fonctionnement des diverses organisations, existantes en Europe, pour la lutte contre cette maladie sociale (maisons spécialisées pour les traitements du rhumatisme, statistiques, lois sociales).

On trouvera aussi, dans ce numéro, des suggestions précises qui permettront de mieux organiser en France, la lutte, qui n'est encore qu'à l'état embryonnaire, comme le montre un article vibrant du Docteur Mathieu-Pierre Weill.

— **Médecins amateurs de Jardins.** — Les médecins amateurs de jardins se sont réunis en Association. Le but du groupement est une documentation réciproque des membres, la mise en commun des graines ou plantes que chacun peut récolter en excès ; divers avantages matériels sont acquis aux sociétaires, etc... Chacune des quatres réunions annuelles se tient au cours de la visite d'un jardin, d'un établissement horticole particulièrement intéressant.

Comme il se devait, la première réunion fut consacrée à l'Ecole nationale d'horticulture de Versailles. Après un déjeuner fort gai, l'après-midi fut employée à la visite détaillée de l'Ecole d'horticulture. Une trentaine de membres y prirent part. Le président, Docteur Herbinet, assisté des vice-présidents, Docteur Chirie, accoucheur des hôpitaux et Docteur Heins, présentèrent les membres au Professeur Lecollier, professeur à l'Ecole nationale d'horticulture. Celui-ci voulut bien consacrer trois heures à une leçon-visite, au cours de laquelle furent examinées les différentes serres de l'Ecole et son verger célèbre : on sait que trois poiriers vivent encore, qui furent plantés par La Quintinie sous Louis XIV. Du point de vue artistique comme du côté technique, ces milliers d'arbres fruitiers merveilleusement

conduits offrent un spectacle admirable. Le jardin de fleurs, le jardin botanique de l'Ecole mériteraient plus de temps qu'il ne fut possible de leur en consacrer.

Une séance de la Société fut ensuite tenue dans le grand amphithéâtre de l'Ecole. Le secrétaire général, Docteur Dejust, et le trésorier, Docteur Nissim, mirent leurs collègues au courant des affaires de l'Association. Celle-ci compte bientôt une centaine de membres. Son service de répartition des graines et plantes commence à fonctionner dès aujourd'hui.

Avant de se séparer, il fut décidé que la prochaine réunion serait consacrée à la visite d'une roseraie célèbre, et qu'une courte conférence y serait faite par le Docteur Heins, dont on connaît la compétence rosiériste.

Le lieu et l'heure de la réunion, dernier dimanche de juin, seront annoncés ultérieurement.

Les confrères voulant y prendre part et ceux qui désirent des renseignements sur l'Association sont invités à écrire au secrétaire général : Docteur Dejust, 58, rue Saint-Lazare, à Saint-Ouen-L'Aumone.

—Le nom du Docteur Zamenhof, auteur de l'esperanto, est donné à deux nouvelles rues en France — Après d'autres villes à l'étranger, les municipalités de Houilles (Seine-et-Oise) et de Thiers (Puy-de-Dôme) viennent de donner à une de leurs rues le nom du Docteur Zamenhof, chevalier de la Légion d'honneur, auteur de l'Esperanto.

— **Hospices civils de Versailles.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires, six provisoires) se tiendra les jeudi 9 juillet et vendredi 10 juillet 1936.

Les trois premiers internes titulaires prendront leurs fonctions aussitôt après leur nomination. Les trois autres ne seront appelés à assurer un service régulier qu'en octobre, après le départ des titulaires en fonctions.

Quant aux internes provisoires, ils seront appelés au fur et à mesure des besoins hospitaliers.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil de Versailles, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 heures.

— **Hôpital mixte de Vannes.** *Concours pour la nomination d'un chef de laboratoire de chimie et de bactériologie.* — Un concours pour la nomination d'un chef de service du laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le vendredi 26 juin 1936.

Ne pourront être admis à se présenter que les docteurs en médecine et pharmaciens de nationalité française et munis du diplôme d'Etat.

Les candidats devront s'inscrire au secrétariat des hospices de Vannes, place Abel-Le-Roy, et y déposer leurs pièces. Les inscriptions y seront reçues jusqu'au vendredi 19 juin 1936 inclus. Les lettres et paquets devront être recommandés.

PIÈCES A PRODUIRE : Acte de naissance, diplôme de docteur, exposé manuscrit ou imprimé des titres scientifiques et des services.

Le titulaire doit assurer un service quotidien, dimanches et fêtes exceptés, de 9 heures du matin à midi. Pour ce service il reçoit une indemnité annuelle de 12.000 francs, En dehors des heures de service, il est autorisé à exploiter en ville un laboratoire particulier. Le titulaire est assisté d'une laborantine.

Entrée en fonctions le 1er juillet 1936.

— **Bureau d'hygiène de la Ville d'Oran.** — La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de la Ville d'Oran est déclarée par décision du maire d'Oran du 25 mai 1936, en raison de la mise à la retraite du titulaire à dater du 1er juillet 1936.

Les candidats doivent adresser leur demande au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau). Le directeur sera nommé par le maire parmi les trois personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

— **La Société mutuelle de retraite des médecins du front**, au cours de son Assemblée générale du 23 mars 1936, a décidé d'offrir une médaille en bronze au Docteur A. Landrin pour les éminents services rendus à la Société. La remise de la médaille — œuvre du sculpteur Horlon — aura lieu le 8 juillet au cours d'un banquet au Pavillon Dauphine sous la présidence du Professeur Balthazard.

Le prix de souscription à la médaille est de 50 francs.

Le prix du banquet est de 50 francs.

Pour renseignements et souscriptions s'adresser au Docteur Hufnagel, trésorier de la Société, 10, rue Freycinet (XVIe). Tél. Passy 28-20.

— **Nous apprenons** que le Docteur Georges Audain abandonne, à partir du mois de juin, la direction du *Phare médical de Paris.*

Il est suivi dans sa retraite par le Comité de patronage tout entier composé de MM. L. Barbonneix, J. Braine, F. Cathelin, E. Demelin, R.-A. Gutmann, Mathieu-Pierre Weil, G. Lion, A. Monthus, Félix Ramond, Léon Tixier, A. Tzanck et H. Vignes.

— **Mariage.** — Nous sommes heureux de faire part du mariage de M. Guy GODLEWSKI, externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Marie-Louise COMMASSONS. M. Guy Godlewski est le fils de notre très distingué confrère, le Docteur Henri Godlewski, du Conseil supérieur d'hygiène de France, qui a remarquablement organisé les *Assises générales de la médecine française.* Le *Concours Médical* adresse au Docteur et à Madame Godlewski ses confraternelles félicitations et fait les vœux les plus sincères pour le bonheur des futurs époux.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée le mardi 16 juin à 11 heures 30 en l'église N.-D. d'Auteuil à Paris. J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 MAI

Sérums thérapeutiques

Décret du 22 mai 1936 autorisant la fabrication et la vente de sérums, vaccins et produits analogues.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Service de santé militaire

Par décision du 27 mai 1936, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la rég. de Paris : Bouclier, 19e C. A. ; le méd. command. Brau, *19e C. A. ; le méd capit.* Ausset, 1re rég. ; le méd. lieut. Dauna, 18e rég. ; le méd. sous-lieut. Sacquépée, 1re rég.

A la 1re rég. : le méd. sous-lieut. Giraud, 2e rég.

A la 2e région : les méd. lieut. Bock, rég. de Paris ; Heunet, rég. de Paris ; le méd. sous-lieut. Bataille, région de Paris.

A la 4e rég. : le méd. command. Poty, rég. Paris ; les méd. lieut. Bézier, rég. Paris ; Laboureau, rég. Paris.

A la 6e rég. : le méd. lieut. Tarterat, rég. Paris.

A la 7e rég. : les méd. lieut. Houette, 20e rég. : Feuerbach, 20e rég. ; Tempé, 20e rég.

A la 8e rég. le méd. lieut. Collette, rég. Paris.

A la 9e rég. : Bobé, rég. Paris ; Deloulay, rég. Paris ; Relier, rég. Paris ; Richard, rég. Paris .

A la 11e rég. ; les méd. lieut. Cauneau, rég. Paris ; Diény, rég. Paris ; Poignant, tr. de Tunisie.

A la 13e rég. : le méd. lieut. Carteret, rég. Paris.

A la 14e rég. : les méd. lieut. Martinon, 13e rég. ; d'Arbois, de Jubainville, 20e rég.

A la 15e rég. : les méd. capit. Choux, 3e rég. ; Perrussel, tr. de Tunisie.

A la 16e rég. : le méd. lieut. Bruant, 3e région.

A la 17e rég. : le méd. capit. Daubas, 18e rég. ; le méd. lieut. Bonnaud, 16e rég.

A la 18e rég. : le méd. lieut. Soubrane, rég. de Paris.

Au 19e corps d'armée : le méd. capit. Mathieu, 20e rég. ; le méd. lieut. Guerrieri, 15e rég.

Aux tr. du Maroc : les méd. lieut. Clary-Bousquet, rég. Paris ; Meyer, 20e rég.

Aux tr. du gr. du Pacifique : le méd. sous-lieut Bousquet, 5e rég.

***

Sont placés dans la position « hors cadres, affectation spéciale, tableau 2 » (article 18 de la loi du 8 janvier 1925), au titre des régions et pour les durées indiquées ci-après, les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent :

A la 17e rég. : le méd. capit. Bacqué, 17e rég. (durée : 3 mois).

Au 19e corps d'armée : les méd. capit. Hertrich, 19e C. A. (durée : 2 mois) ; Tramini, 19e C. A. (durée : 2 mois).

Les méd. lieut. Colonna, 19e C. A. (durée : 2 mois) ; Saintourens, 19e C. A. (durée : 2 mois) ; Taïob, 19e. C. A. (durée : 2 mois).

A la 20e rég. : les méd. lieut. Lévy, 20e rég. (durée : 2 mois).

30 MAI

Assurances sociales

Arrêté du 20 mai 1936 fixant les conditions de fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité prévue à l'article 10, paragraphe 3, du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales.

Circulaire du 28 mai 1936 relative aux dispositions transitoires applicables à l'assurance-invalidité et au payement des pensions d'invalidité par les Unions régionales.

Les parties de ces décret et circulaire susceptibles d'intéresser nos lecteurs seront publiées ultérieurement.

Maladies contagieuses

Décret du 16 mai 1936 fixant la liste des maladies contagieuses soumises à la déclaration.

Art. 1er. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 et du décret-loi du 30 octobre 1935 est fixée ainsi qu'il suit :

Première partie

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes ;
2° Le typhus exanthématique ;
3° La variole ;
4° La scarlatine ;
5° La rougeole ;
6° La diphtérie ;
7° La suette miliaire ;
8° Le choléra ;
9° La peste ;
10° La fièvre jaune ;
11° Les dysenteries amibienne et bacillaire ;
12° Les infections puerpérales ;
13° La méningite cérébro-spinale ;
14° La poliomyélite antérieure aiguë ;
15° Le trachome ;
16° Les fièvres ondulantes ;
17° La lèpre ;
18° La spirochétose ictéro-hémorragique.

Deuxième partie

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. — Tuberculose pulmonaire.
B. — Coqueluche.
C. — Grippe.
D. — Pneumonie et broncho-pneumonie.
E. — Erysipèle.
F. — Oreillons.
G. — Teigne.

Art. 2. — Les maladies à déclaration obligatoire (première partie) doivent donner lieu :

1° A la désinfection, dite continue, pendant leur cours.

2° A la désinfection, dite totale, après transport, guérison ou décès.

Toutefois, à moins que le médecin ne le recommande expressément, la désinfection totale ou terminale n'est pas requise pour la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite, le trachome, la lèpre et la spirochétose hémorragique.

La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, assurée par la famille sous la direction du médecin, T pour la désinfection terminale effectuée par les services publics).

Art. 3. — Pour les maladies à déclaration facultative (deuxième partie), il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés, soit sur les déclarations visées à l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935, soit à la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques prévues par le règlement sanitaire départemental.

Art. 4. — Les décrets des 10 février 1903, 28 septembre 1916, 13 octobre 1923, 1er janvier 1925 et 21 juillet 1929 sont abrogés à compter du 1er janvier 1937, date à partir de laquelle le présent décret entrera en application.

Art. 5. — Le ministre de la Santé publique et de l'Education physique est chargé de l'exécution du présent décret.

Soins aux pensionnés de guerre

Décret du 27 mai 1936 règlementant l'établissement des mémoires pharmaceutiques produits au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Ce décret sera publié ultérieurement.

31 MAI

Arrêté du 26 mai 1936 prorogeant les dispositions de l'arrêté du 1er août 1935 établissant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Article unique. — Sont prorogés à dater du 1er janvier 1936 et pour une période de six mois les dispositions de l'arrêté du 1er août 1935 établissant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Voir la suite page LV-1865

PROPOS DU JOUR

L'ÉVOLUTION DES MŒURS MÉDICALES

Depuis plus de quarante ans que nous observons l'évolution des mœurs médicales et que nous méditons sur elles, nous n'avons plus grand'chose à apprendre à son sujet. Néanmoins nous avons répondu à l'invitation de notre très distingué confrère lyonnais M. le Docteur René Biot, secrétaire général du Groupe lyonnais d'Etudes médicales philosophiques et biologiques quand il nous avisa qu'il allait traiter cette question à Paris, salle Albert le Grand.

Les auditeurs de la Conférence ne nous parurent pas exclusivement des membres du Corps médical et l'élément féminin y tenait une large place ; aussi étions-nous curieux de voir comment le conférencier aborderait ce sujet délicat. Nous avons pu constater que M. R. Biot, en orateur habile et consommé, a exposé ses idées sur les mœurs médicales avec une méthode, une clarté, une sincérité et un tact auxquels nous nous croyons devoir rendre hommage. Ses idées du reste ne diffèrent pas sensiblement des nôtres.

M. R. Biot commença par éliminer les faits criminels ou délictueux ayant trait aux médecins que les quotidiens se plaisent à étaler dans leurs chroniques scandaleuses. Ce sont là choses très rares. Les médecins marrons et escrocs sont une infime minorité dont on ne saurait tenir compte. Il ne faut étudier que les mœurs de l'unanimité des médecins qui, plus que dans toute autre profession, ne comprend que des gens honnêtes.

Jadis chaque famille avait son médecin, qui en connaissait tous les membres. Elle avait dans lui une inaltérable confiance. Ce médecin de famille, sur qui reposait l'honneur et la dignité du Corps médical français, n'existe malheureusement pour ainsi dire plus, il disparaît tous les jours. Quelles sont les causes de cette disparition ?

On invoque le surnombre des médecins, le recrutement des médecins dans d'autres milieux sociaux où ils n'ont pas puisé les qualités morales qui étaient jadis l'apanage du praticien français : désintéressement, dévouement, dignité, souci de l'estime et de la considération. Tout est différent entre le médecin d'aujourd'hui et celui qui exerçait il y a cinquante ans, tout, même ses allures, même son costume.

On ne rencontre plus dans les villes le docteur de jadis en redingote noire, coiffé d'un haute-forme, même en été, portant invariablement une cravate blanche, parlant avec une correction un peu compassée, affectueux, compatissant sans familiarité, refusant chez les malheureux tout honoraire, laissant même discrètement une aumône à leur chevet. Aujourd'hui le médecin s'habille comme tout le monde, parfois adopte une tenue sportive, quelque peu débraillée, il croit de bon ton d'affecter une sorte de bon garçonnisme, de tutoyer certains de ses clients, ce qui ne l'empêche pas d'être plus âpre au gain et de faire céder trop souvent les sentiments d'altruisme qui sommeillent dans son cœur, à ses intérêts. D'où vient cette transformation ? A une évolution sociale fatale et aussi, il faut bien le dire, au progrès scientifique. Nous ne saurions nous élever contre le progrès social, pas plus que contre le progrès scientifique, mais chaque médaille a son revers.

Le développement inouï depuis un siècle et demi des sciences mécaniques, physiques et chimiques ont amené des découvertes qui s'appliquent pour la plupart à l'art médical. Des instruments, des procédés nouveaux d'investigation, de nombreuses recherches de laboratoire prolongent singulièrement les facultés de nos sens et facilitent et précisent les diagnostics, tout en compliquant les traitements. Pour examiner et traiter un malade comme il paraît en droit de l'être, le praticien devrait avoir pour cabinet une véritable usine et pour utiliser efficacement instruments et appareils, il lui faudrait des connaissances précises qu'il lui est impossible d'acquérir pendant ses études et que même il ne pourrait pas obtenir en travaillant toute sa vie.

Devant ces exigences des progrès techniques, devant les exigences des malades qui, mis au courant de ces progrès par la vulgarisation scientifique et même par la seule observation de leurs amis ou de leurs connaissances malades, réclament tel ou tel procédé d'examen plus compliqué, telle ou telle méthode de traitement, même inutile, le médecin a dû se spécialiser et les spécialisations médicales sont devenues presqu'infinies. Outre les ophtalmologistes, les stomatologistes, les oto-rhino-laryngologistes, les aliénistes, nous avons vu naître les psycho-neurologistes, les cardiologues, les spécialistes du tube digestif, du rein et des voies urinaires. La spécialisation ne s'est pas bornée aux affections

◆◆

d'un organe, elle s'étend à chaque maladie, la tuberculose, la syphilis, le diabète, les affections du foie, par exemple, Nous ne parlons pas de la chirurgie : tel chirurgien est gynécologue, urologiste, orthopédiste, etc., etc. Dans le domaine de la thérapeutique on a recours aux rayons, à l'électricité, à la physiothérapie, à l'endocrinologie. Le médecin traitant ne peut répondre à toutes ces spécialités, son cabinet est devenu simplement un centre de triage et il est obligé d'aiguiller ses clients pour les soigner complètement et les satisfaire, chez tel ou tel spécialiste. Le plus souvent, par raison d'économie, le client néglige d'avoir un médecin traitant et va spontanément, directement, chez le spécialiste jouissant d'une notoriété qui n'est pas toujours en rapport avec sa valeur professionnelle. Celui-ci devrait renvoyer le malade à son médecin traitant, mais le plus souvent il l'ignore, si toutefois il existe. Et puis un spécialiste a fatalement une clientèle peu nombreuse et d'énormes frais de premier établissement, de personnel, d'assistants, d'infirmières, à couvrir ou à amortir. Il doit se plier aux exigences du client. Il en résulte une élévation fatale du prix des honoraires, et une tendance pour ceux dont la conscience est plus élastique et que tenaillent les difficultés de l'existence, à chercher à attirer le client par tous les moyens licites ou illicites, publicité de bon ou de mavais aloi, même adoptée par des maîtres de grande valeur, recours à des rabatteurs, abus de la dichotomie, etc., etc. Il en résulte qu'au milieu de tout cela, le médecin traitant, le médecin de famille disparaît ou joue un rôle infime quand ce rôle devrait être de premier plan.

Joints à cela, les progrès de la chimie, de la sérologie, de la vaccinothérapie ont doté la thérapeutique d'un nombre infini de médicaments qui ne peuvent être préparés que dans des laboratoires ou des usines industriellement équipés et le médecin ne peut plus traiter ses malades qu'en ayant recours à des spécialités pharmaceutiques qui, seules, lui offrent des garanties sérieuses dans ses prescriptions.

Mais toutes ces spécialisations médicales, chirurgicales, pharmaceutiques entraînent parfois à des frais assez élevés et les classes moyennes qui sont dans une situation de plus en plus précaire, sont obligées de s'adresser de plus en plus à des organisations de soins à prix réduit ou gratuites que leur offrent, à défaut des médecins, l'Etat les départements, les communes, des collectivités privées comme les mutualités, des œuvres diverses dites de bienfaisance ou même de simples hommes d'affaires.

Ces organisations emploient des médecins salariés et peuvent assurer les soins des spécialistes à un prix infiniment plus bas par l'organisation du travail en série, du travail à la chaîne pour nous servir d'une expression empruntée aux usines. C'est l'industrialisation de la médecine. On ne soigne plus que des maladies, même que des affections d'organes et cependant si l'on veut faire œuvre vraiment utile, il convient de soigner le malade en totalité.

En outre les découvertes de Pasteur ont ouvert la voie à la prévention, à la prophylaxie des maladies évitables. L'Etat et ses organismes ont indiscutablement le devoir de combattre les fléaux sociaux et ils se sont efforcés d'organiser cette lutte hygiénique administrativement, comme le Gouvernement organise la police, l'armée, l'enseignement. Nous nous acheminons peu à peu mais sûrement vers la fonctionnarisation, vers l'étatisation de la médecine, vers sa socialisation.

Si la collectivité pourra y gagner quelque chose, l'individu y perdra certainement et le médecin y sacrifiera beaucoup de sa dignité et de son indépendance.

Il faut bien se convaincre que l'homme malade est un tout physique, intellectuel et moral, que l'affection d'un organe retentit sur l'être tout entier. Il est nécessaire que le médecin ne borne pas son action à un mécanisme périmé, qu'il se rende compte qu'il a à faire à un être vivant, qui sent et qui pense, qu'il n'y a pas à soigner seulement le corps souffrant mais qu'il faut aussi relever le courage, stimuler les forces spirituelles qui jouent un grand rôle dans la guérison.

Pour cela il faut que le médecin soit un médecin total. Certes il doit utiliser tous les progrès techniques que la science met à sa disposition, tous les procédés thérapeutiques, toutes les innovations, mais il ne doit pas oublier qu'il ne doit pas borner au corps son action bienfaisante, qu'il doit agir sur l'esprit, sur l'âme, sur les forces vitales mystérieuses qui se cachent en partie dans le domaine de l'inconscient. Le médecin complet doit être un homme de science, un clinicien, un thérapeute mais aussi un psychologue, un idéaliste.

Tel est, en résumé, et bien incomplètement exposé, le sujet de la conférence du Docteur René Biot, sujet présenté avec un art, une éloquence et une sincérité qui provoquèrent les applaudissements prolongés de son auditoire.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TOLÉRANCE PARTICULIÈRE DES ENFANTS AUX MÉDICAMENTS

Par Emile CASSOUTE

Professeur de Clinique des Maladies des enfants à la Faculté de médecine de Marseille
Médecin des Hôpitaux

C'est une notion des plus classiques que, chez les enfants, les médicaments en général, et plus particulièrement les plus actifs ou toxiques, doivent être prescrits à des doses, pouvant varier suivant l'âge, du huitième au quart ou à la moitié de celles employées chez l'adulte.

Or la pratique journalière nous montre que cette idée classique est sujette à revision.

Lorsqu'en 1898 j'employai pour la première fois la **carbonate de créosote « per os »**, dans les pneumopathies infantiles ou dans la coqueluche, je fus surpris de constater avec quelle impunité les enfants supportaient les sels de créosote à des doses atteignant ou dépassant même 0,25 centigrammes par année d'âge. Il est vrai que le carbonate de créosote en particulier, quoique contenant 0,92 % de créosote, a une toxicité très diminuée par rapport à la créosote pure. La tolérance parfaite de cette médication n'en était cependant pas moins remarquable. C'est pourquoi, je l'ai toujours préférée à celle, beaucoup moins pratique, qui consiste à donner la créosote en lavements, émulsionnée dans du lait.

Quelques années plus tard en 1908, un éminent pédiatre, Triboulet, fit à la Société de Pédiatrie une communication sur l'emploi de la **morphine** dans le traitement de la coqueluche.

Cette thérapeutique, si en opposition avec les recommandations soigneusement observées depuis Trousseau, concernant le danger de l'opium ou de ses dérivés chez l'enfant ne manqua pas de causer chez la plupart d'entre nous un certain étonnement. Cependant M. Marfan confirma quelques mois plus tard la tolérance remarquable de la **morphine** par les enfants. Il en avait utilisé des doses en injections sous-cutanées allant de un tiers jusqu'au trois quarts de centigramme et avait même atteint 1 centigramme chez des enfants de 7 ans et plus.

J'avais moi-même à cette époque un service de coquelucheux parmi les enfants assistés de l'hospice de Sainte-Marguerite et avec mon ancien interne Moiroud, actuellement professeur agrégé, non sans quelques hésitations, nous utili âmes la **morphine** en injections sous-cutanées aux doses de un quart ou un demi centigramme chez nos coquelucheux dont l'âge variait entre 3 et 10 ans. Plus d'une soixantaine furent ainsi traités et si nous n'obtînmes pas comme le prétendait Triboulet une guérison rapide, nous pûmes constater que nos petits malades, surtout ceux atteints d'hypercoqueluche, sensiblement soulagés passaient de meilleures nuits.

De plus, aucun cas d'intoxication ne fut noté parmi eux, mais, observés de très près par Moiroud d ns les heures qui suivirent la piqûre, ces enfants ne manifestèrent ni somnolence, ni vomissements, ni myosis.

Depuis cette époque j'ai conservé la **morphine** dans mes prescriptions, soit en piqûres, soit en sirop, pour les maladies douloureuses de l'enfance ou dans les hypercoqueluches.

C'est en me souvenant de ces observations déjà anciennes que l'idée m'est venue de reprendre l'étude de la posologie infantile, lorsque récemment M. Paisseau fit une communication à la Société de Pédiatrie sur l'emploi de la **strychnine** à fortes doses dans le traitement de la diphtérie maligne et des paralysies diphtériques. Les résultats que j'ai déjà obtenus par la méthode de M. Paisseau sont très encourageants et j'en publierai ultérieurement les détails.

Je me contenterai pour aujourd'hui de souligner que les doses de **strychnine** préconisées par notre collègue atteignent des proportions que l'on ne donnerait pas sans hésitation même à des adultes. On peut arriver en effet jusqu'à un milligramme par kilo et par vingt-quatre heures et cela avec une parfaite tolérance de la part des petits malades.

Je pourrai rappeler, comme autre exemple de tolérance chez les enfants, celle du **gardénal** dans les nombreux états convulsifs ou spasmodiques. M. Marfan a déclaré à la Société de Pédiatrie, à la suite d'une communication de Mlle Dreyfus-Sée, qu'il préférait dans le traitement des convulsions infantiles, le **gardénal** au chloral et aux bromures. Le Professeur Marfan ajoutait qu'on peut atteindre des doses élevées à la condition de les donner progressivement.

Je puis encore citer la parfaite tolérance des enfants à l'égard du **mercure**. Alors qu'avant de commencer un traitement mercuriel chez un adulte, il importe toujours de s'assurer de l'état

des dents et de faire procéder à un nettoyage ou à des soins spéciaux si elles ne sont pas en bon état, cette précaution est à peu près inutile chez les enfants qui ont cependant si fréquemment de la polycarie dentaire. Chez eux les gingivites, les stomatites mercurielles sont tout à fait exceptionnelles et depuis de longues années je ne me souviens pas d'en avoir observé. Et cependant les enfants font facilement des stomatites à l'occasion d'infections quelquefois banales, et paraissent plus que les adultes exposés à avoir du noma. Il est même intéressant de constater que malgré la débilité rénale de certains hérédo-syphilitiques que j'ai étudiée avec Zuccoli, la néphrite mercurielle est rare dans les premières années de l'existence.

Comme exemple des hautes doses de **mercure** que l'on peut atteindre chez l'enfant, je citerai le cas récent d'un petit malade de 4 ans, hospitalisé dans mon service qui présentait une cirrhose avec ascite et qui fut notablement amélioré par des injections quotidiennes de 1/2 centigramme de cyanure de mercure intraveineux. Il reçut même un jour par mégarde et sans inconvénient 1 centigramme.

Je pourrais établir des conclusions semblables pour le **bismuth** que je n'emploie pas cependant aussi couramment que le mercure.

En ce qui concerne **l'arsenic**, nous savions, bien avant l'utilisation des arsénobenzènes que les différentes combinaisons de ce métalloïde pouvaient être données à des doses relativement très élevées, comme par exemple lorsqu'on utilise la **liqueur de Boudin**, ou le **beurre arsenical** selon la méthode de Weill dans le traitement de la chorée. Il existe à la clinique infantile de Marseille, un service de traitement de l'hérédo-syphilis dans lequel est traité un très grand nombre de jeunes enfants et même de nourrissons. Il est tout à fait exceptionnel que l'on signale les accidents immédiats ou tardifs si redoutés chez les adultes à l'occasion d'injections **d'arsénobenzènes** Lorsqu'on en observe c'est plutôt dans la seconde enfance et ce sont des troubles tout à fait bénins et passagers. Chez les nourrissons je ne me souviens pas en avoir jamais constaté. Je pourrais même citer le cas d'un enfant de huit ans qui reçut par erreur une injection intraveineuse de 60 centigrammes d'arsénobenzène, sans présenter par la suite aucun signe d'intoxication.

J'ai utilisé avec mon collègues Vignes le **cacodylate de soude** en injections intra-veineuses, suivant la méthode de Ravaut, chez des enfants atteints d'eczéma tenace. Nous avons progressivement atteint des doses de 50 à 60 centigrammes, deux fois par semaine. Un enfant de 13 ans supporta fort bien une dose de 1 gramme de cacodylate intraveineux.

Le **salicylate de soude** est encore un exemple remarquable d'un médicament qui non seulement peut, mais doit être utilisé à des doses quotidiennes relativement élevées à l'occasion des manifestations articulaires ou cardiaques du rhumatisme infantile. Tous les pédiatres sont d'accord pour reconnaître qu'étant donnée la nécessité d'éviter, de limiter et même de guérir une poussée cardiaque, des doses quotidiennes de 4 à 8 grammes doivent être prescrites, et cela pendant au moins deux à trois semaines. Il est vrai que le rhumatisme est rare avant 5 ou 6 ans, ce qui permet de n'avoir pas à descendre au-dessous des doses ci-dessus indiquées qui peuvent être prescrites d'emblée en présence de manifestations cardiaques précoces et à allure rapide.

Par la voie veineuse, M. Lesné a montré, en 1928, à la Société de Pédiatrie, que les enfants supportaient des doses quotidiennes de 2 à 6 grammes en solution glucosée à 10 ou 20 %. Il a même signalé que cette solution traumatise peu les veines même lorsqu'elle est injectée plusieurs jours de suite.

Personnellement, lorsqu'il y a indication à faire un traitement intensif, je prescris les deux voies intraveineuse et stomacale, car il y a toujours intérêt à donner le **salicylate de soude** par fractions répétées, dans les 24 heures, ce qui a pour premier avantage de mieux réaliser la tolérance stomacale et aussi de laisser constamment l'organisme imprégné d'acide salicylique. Alors que l'adulte manifeste rapidement des douleurs gastriques, des vomissements, des bourdonnements d'oreille, même avec des doses moindres, ces signes d'intolérance sont beaucoup moins fréquents et en tout cas plus tardifs chez l'enfant. Certains auteurs soulignent même que l'élimination est d'autant plus rapide que l'enfant est plus jeune. Les quelques accidents signalés sont exceptionnels et n'infirment pas les résultats généraux qui paraissent bien acquis. J'ai pu faire les mêmes constatations au sujet de **l'antipyrine** que j'emploie avec de bons résultats dans la chorée et à des doses qui s'élèvent progressivement jusqu'à 6 et même 8 grammes par jour chez des enfants de 10 à 12 ans, et cela pendant plusieurs jours de suite.

De même les **bromures** sont supportés par les enfants à des doses proprotionnellement plus fortes ou même équivalentes à celles de l'adulte, notamment dans le traitement de l'épilepsie.

Depuis assez longtemps j'utilise la **digitale**, dans les cardiopathies de la seconde enfance, à des doses semblables à celles des adultes, soit sous forme de teinture, soit avec la solution de digitaline au millième. Il est vrai qu'on a moins souvent l'occasion d'employer les préparations de **digitale** dans la première enfance où les manifestation d'hyposystolie ou d'asystolie sont rares. Comme chez l'adulte, la diurèse sera toujours surveillée de près. Il est certain

qu'elle s'établit plus rapidement que chez l'adulte.

La coqueluche, les énurésies, les affections gastro-émétisantes du nourrisson, nous donnent assez souvent l'occasion d'employer la **belladone** sous forme de teinture ou de sirop. Si on a soin de procéder graduellement on peut arriver à faire tolérer des doses se rapprochant de celles de l'adulte.

La **génatropine** me paraît en particulier être très bien supportée. J'ai observé à ma consultation le cas d'un enfant de trois ans qui absorba en une seule fois, par erreur, la valeur d'une demi-cuillerée à café de **génatropine** et n'en ressentit aucun malaise.

D'ailleurs, d'une façon générale, ce que je viens de dire pour la belladone qui doit être donnée à doses progressives, s'applique à la plupart des autres médicaments que je viens de passer en revue. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il existe, à tout âge, des prédispositions individuelles, c'est pourquoi la prudence indique de n'atteindre les fortes doses que progressivement, surtout pour les alcaloïdes ou pour les médicaments pouvant produire des phénomènes d'inhibition des centres nerveux.

En ce qui concerne la créosote, le salicylate de soude et même la strychnine, ils peuvent être donnés d'emblée à des doses élevées, car pour ce dernier médicament surtout, il faut se souvenir de la loi de Gubler si juste et si méconnue (Babonneix). En effet l'emploi de la strychnine dans les intoxications par les barbituriques est une démonstration récente de la valeur de cette loi qui établit qu'on peut donner des médicaments à doses d'autant plus élevées que l'organisme est dévié par la maladie, dans un sens opposé à celui du traitement. Mais il faut tenir compte également, *pour expliquer la tolérance des enfants aux fortes doses, de l'activité plus grande de leurs organes éliminateurs.* C'est ce qui explique la rareté chez eux des accumulations.

Aussi, lorsqu'on supposera qu'un émonctoire est en état de méiopragie, on devra s'abstenir, non seulement de fortes doses, mais même des doses classiques. Je prendrai pour exemple l'insuffisance hépatique qui commande l'abstention des différentes préparations d'arsenic.

De sorte que si nous avons pu démontrer que l'opinion classique concernant la posologie infantile n'est pas toujours exacte, le praticien ne devra cependant pas s'écarter des règles de prudence que nous avons cru devoir rappeler. En effet, un cas malheureux d'intolérance est non seulement déplorable pour le malade et pour le médecin, mais il est capable de discréditer une méthode qui, dans la majorité des cas, est parfaitement réalisable.

LA CHIRURGIE BIOLOGIQUE DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Par Robertson LAVALLE (de Buenos-Aires)

Dans plusieurs numéros importants de la *Semana Medica*, n° 34 de 1934 et 30 de 1935, le Professeur C. Robertson Lavalle étudie à nouveau, à la lumière de nombreux documents cliniques et radiologiques, la méthode bien connue qu'il défend depuis dix-huit ans. Il est certain que les travaux récents français et étrangers sur l'action des forages, sur le rôle biologique capital des greffons osseux vivants, dans la tuberculose articulaires, ont montré le bien-fondé de certaines idées de Robertson Lavalle. Aussi faut-il reconnaître l'heureuse orientation donnée par l'auteur à cette chirurgie encore assez nouvelle.

Robertson Lavalle prétend que l'on trouve pour chaque articulation atteinte, un seul foyer, dit « chancre de réinoculation ».

L'acte chirurgical doit chercher à accentuer la tendance naturelle de ce chancre à évoluer vers la transformation fibreuse. En agissant ainsi, le bénéfice local obtenu entraînerait pour tout l'organisme la mobilisation et le développement des réserves humorales de combat. L'auteur, qui a notablement simplifié sa technique, se contente de faire une perforation para-articulaire au point de la lésion initiale et introduit une auto-greffe vivante. Il observerait à brève échéance, la sclérose des lésions tuberculeuses même à distance du foyer articulaire.

Robertson Lavalle étend sa méthode à la tuberculose pulmonaire en cherchant à perforer dans le poumon tuberculeux un foyer semblable à celui des tumeurs blanches. De nombreuses et excellentes radiographies appuient cette thèse. Nous rapprocherons de la méthode de Robertson Lavalle, les intéressants travaux allemands de S. Hofman et R. Tarlo parus récemment (*Zeit. of orth. chir.*, vol. 62, f. 4). Ces auteurs pratiquent dans les tumeurs blanches du genou deux simples ostéotomies du fémur et du tibia, suivies d'une immobilisation plâtrée. En étudiant 89 observations, les auteurs allemands notent la rapidité de la guérison du processus tuberculeux, l'amélioration de l'état général et la réparation progressive.

L'excitation locale (Bier), ou l'action sur l'innervation sympathique (Leriche), expliqueraient l'action bienfaisante de l'opération. Les travaux de Robertson Lavalle, de Hofman et Tarlo, semblent confirmer les idées émises à plusieurs reprises par Le Fort (de Lille) et par R. Massart, sur la chirurgie biologique de la tuberculose des os et des articulations.

G. VIDAL-NAQUET.

CONFÉRENCES DES HOPITAUX DE PARIS

L'OPIUM ET L'HYPOPHYSE EN OBSTÉTRIQUE

M. le Docteur LE LORIER

Ces deux grandes vedettes actuelles de l'obstétrique ont, dans leur emploi, des indications assez précises, quoique leur étude soit encore à son début. Nous les résumerons en quelques lignes :

1° *Opium.* — a) *Dans les interventions abdominales juxta-utérines,* la dose de 3 à 5 centigr. de morphine par vingt-quatre heures (un centigr. toutes les six heures) est généralement bien supportée. Par prudence, on commencera par un centigramme.

b) Comme *préventif de l'avortement spontané,* l'action de l'opium est plus douteuse et peut même le favoriser en provoquant la dilatation du col ;

c) Son action dans l'*éclampsie* est à peu près égale à celle du chloral ;

d) Comme *préventif de l'accouchement prématuré* son efficacité est discutable : on l'emploiera néanmoins aux doses indiquées ci-dessus pour éviter les reproches de l'entourage ;

e) *En plein travail* : effet analgésiant surtout sur les « douleurs de rein » et à utiliser dans le « travail long et ennuyeux » (de vingt-quatre, de trente-six heures), car il permet un repos et même un sommeil réparateurs.

Dans beaucoup de cas, la dilatation est facilitée et l'opium peut même brusquer l'accouchement. Action favorable également dans les hypertonies et les contractures utérines.

Inconvénients. — Le fœtus naît quelquefois un peu apnéique s'il a absorbé le toxique à la fin du travail et surtout si l'on a associé à la morphine une substance très nocive : la scopolamine.

Les *tranchées* des multipares sont bien calmées par un lavement laudanisé ;

2° *Hypophyse* :

a) Elle ne constitue pas un abortif ;

b) Comme moyen de diagnostic de la grossesse : procédé peu employé ;

c) Quand la fibre utérine a atteint une certaine maturité, elle peut provoquer le travail et, à la fin de la gestation, au début du travail, son action peut être d'une intensité redoutable (mort du fœtus, rupture utérine). Aussi a-t-on adopté un dosage international. Une unité est représentée par l'activité correspondant à une dose de poudre de 1/2 milligr. Mais il y a une différence d'activité suivant sa provenance ; aussi faudra-t-il se méfier des grosses doses de dix unités et se servir d'ampoules contenant *une unité internationale,* qu'on répétera suivant les besoins.

On peut donc abréger le travail presque à volonté, sans oublier toutefois que le maniement de l'hypophyse doit être prudent puisqu'il est possible de déterminer des « dystocies fabriquées » par suite de contractures et de rétractions utérines exagérées.

d) *A la délivrance.* — Après l'expulsion du fœtus, elle peut produire des rétentions placentaires et cotylédonaires comme l'ergotine.

Il faut la donner *au moment de l'expulsion,* pour éviter le forceps, elle favorise alors l'expulsion du placenta et empêche les hémorragies.

A titre préventif, à la fin d'un travail trop long, elle évitera l'inertie utérine ;

e) *Suites de couches.* — Après quatre ou cinq jours, elle est peu active. Il vaut mieux recourir alors au tartrate d'ergotamine.

En cas d'*hémorragie par inertie utérine,* après la délivrance, le lobe postérieur d'hypophyse est un médicament admirable, soit par voie sous-cutanée, intraveineuse, voire même intraparenchymateuse utérine ; on peut arrêter ainsi une hémorragie menaçante pour la vie de la mère.

Quant à l'association des deux médicaments dans le but d'accoucher « vite et sans douleur », la question est à l'étude : l'avenir dira ce que vaut cette formule.

Le conférencier a terminé sa causerie en rappelant aux sages-femmes, qui y assistaient nombreuses que la prescription de l'opium et de l'hypophyse leur était interdite (1).

(1) Conférence faite le 19 janvier 1936 à l'Association médicale des hôpitaux de Paris. Compte rendu par le Docteur Certain.

ACIDITÉ VAGINALE ET DÉTERMINISME SEXUEL

Par R. BATLLE

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Montpellier

Quelques travaux étrangers semblent avoir tout dernièrement donné un regain d'actualité à la question du déterminisme des sexes dont l'intérêt ne s'est jamais départi.

Biologistes et médecins ne sont d'ailleurs pas les seuls à rechercher la solution de ce nébuleux problème. A leurs interprétations scientifiques, le public, curieux sinon instruit, vient adjoindre ses théories empiriques dont il est néanmoins troublant de constater la concordance avec des idées plus sérieuses récemment émises en Allemagne.

Sans avoir la prétention de mettre au point une question de biologie qui ne saurait l'être en raison des inconnues qu'elle renferme encore, il est cependant plein d'intérêt d'en exposer les principales données et de passer en revue les recherches dont elle a été l'objet.

Sitôt que deux cellules génératrices, mâle et femelle, ont uni leurs pronucléi, l'œuf, résultat de cette fusion, porte en lui tous les composants de son avenir. Malgré sa simplicité anatomique, il est déjà l'être vivant en voie d'organisation dont la perfection ne sera que l'aboutissant de divisions, de différenciations cellulaires complexes. Les phases biologiques de cette évolution sont invariables pour une espèce donnée, et le rythme n'en peut être altéré que par des influences extérieures.

Le sexe du produit de conception ne saurait échapper à cette détermination précoce dont l'unanimité des biologistes admet actuellement la probabilité. Seuls quelques animaux inférieurs font exception à cette règle, et certains nématodes du genre *Mermis* voient leur différenciation sexuelle se produire en cours de développement, sous l'influence de facteurs extra-ovulaires.

Il n'est pas douteux, semble-t-il, que les chromosomes soient les agents responsables du déterminisme des sexes. L'orientation en est fixée, dès la fécondation, par une disparité chromosomique dont les recherches modernes paraissent avoir nettement précisé l'influence.

Selon que le facteur déterminant se trouve inclus dans le spermatozoïde ou dans l'ovule, il convient de distinguer, dans la série animale, deux types biologiques essentiels : le *type insecte* et le *type oiseau*. Nous rappellerons brièvement les caractéristiques de ces deux modalités afin de pouvoir leur comparer ce qui se passe dans l'espèce humaine.

a) **Détermination sexuelle du type insecte.** — Les cellules du « Drosophile », mouche que les naturalistes prennent en général pour exemple, présentent des garnitures chromosomiques, dissemblables chez le mâle et la femelle.

Celle-ci possède en ses cellules une disposition chromosomiale symétrique constituée par deux chromosomes rectilignes parfaitement identiques et que rien ne saurait différencier. On les désigne sous le nom de *chromosome X*.

La garniture des cellules du mâle est au contraire asymétrique, se distinguant de celle de sa compagne par la présence de deux chromosomes dissemblables. Si l'un d'eux est en effet rectiligne, analogue à ceux précédemment décrits et comme eux un chromosome X, son voisin est par contre recourbé, généralement plus petit. Cet hétérochromosome, appelé *chromosome Y*, est rigoureusement spécifique de la cellule mâle.

Il est dès lors facile de comprendre quel sera le retentissement de cette disparité chromosomique sur la division cellulaire terminale de l'ovogénèse et de la spermatogénèse : chez la femelle, les ovules produits seront identiques, tous également pourvus d'un chromosome X. Mais il y aura chez le mâle deux espèces de spermatozoïdes, les uns étant munis d'un chromosome X, les autres d'un chromosome Y.

Cette dualité anatomique des gamètes mâles rend la fécondation possible selon deux formules distinctes :

1° Ovule à X chromosome fécondé par spermatozoïde à X chromosome = œuf à XX chromosomes (formule chromosomique de la cellule femelle) = *mouche femelle.*

2. Ovule à X chromosome fécondé par spermatozoïde à Y chromosome = œuf à XY chromosomes (formule chromosomique de la cellule mâle) = *mouche mâle.*

b) **Détermination sexuelle du type oiseau.** — Nous ne saurions nous étendre longuement sur ce mode de déterminisme sexuel toujours basé sur une disparité chromosomique, il diffère simplement du précédent par la présence de l'hétérochromosome dans l'ovule. Si la cellule reproductrice femelle devient ici le facteur déterminant le résultat demeure néanmoins inchangé.

Dans l'espèce humaine, la différenciation des sexes ne saurait se soustraire à la loi biologique commune et la répartition des chromosomes en demeure la cause essentielle, ainsi que le confirment les recherches modernes.

Les cellules féminines renferment 48 chromosomes et les cellules masculines 47. Une telle disproportion se retrouve, avec quelques variantes, dans l'ovule et le spermatozoïde, à travers les divers stades de leur maturation.

Au cours de l'ovogénèse il se produit, en fin de période d'accroissement, une segmentation de la chromatine de l'ovocyte qui aboutit à la formation de 48 chromosomes symétriquement disposés en 24 paires. Mais au terme de son évolution, l'ovocyte est une cellule inapte à la fécondation dont le noyau doit subir encore une réduction chromatique.

Deux divisions chromosomiques successives, histologiquement caractérisées par l'expulsion de deux globules polaires, vont appauvrir l'ovocyte en chromatine et le changer en un ovule fécondable, point final de l'ovogénèse. Ces divisions de maturation sont à tel point symétriques, que l'ovule, ainsi transformé, n'en conserve pas moins 24 chromosomes identiques.

La spermatogénèse comporte également, dès le stade transitoire de spermatogonie, une fragmentation de la chromatine. Il en résulte une garniture chromosomiale dont la caractéristique essentielle est ici la disparité. Les chromosomes qui la composent se répartissent en vingt-trois paires de bâtonnets identiques auxquels vient s'adjoindre un « hétérochromosome » isolé (Winivarter, 1926) dont Painter, H.-M. Evans et Olive Swezy nous disent, après avoir couvé des testicules de diverses races humaines, qu'il est plus petit que les autres.

Ce chromosome impair ne subit pas, à l'encontre de ses congénères, la division qui, en cours de période de maturation, aboutira à la production de spermatocytes de 2e ordre. Si les vingt-trois paires chromosomiques participent à cette division, l'hétérochromosome conserve en effet son individualité et passe en entier dans l'une ou l'autre des cellules filles.

Une telle répartition aura donc pour résultat la production de deux espèces de spermatocytes II différenciées par la présence ou l'absence de l'hétérochromosome.

Ce dimorphisme va dès lors persister, à travers le stade de spermatide, jusqu'au spermatozoïde dont il y aura deux variétés distinctes dans l'espèce humaine : l'une à 23, l'autre à 24 chromosomes.

Quel peut donc être le résultat biologique de la disparité des spermatozoïdes ? Une réponse semble pouvoir être actuellement donnée à cette intéressante question et, d'après les conceptions de Winivarter et Oguma, il est généralement admis que ce dimorphisme a pour conséquence la détermination des sexes.

Selon qu'un spermatozoïde de l'une ou de l'autre espèce féconde l'ovule, la formule chromosomique de l'œuf est d'un type différent. Les deux modalités possibles peuvent être schématisées ainsi :

1. Ovule à 24 chromosomes fécondé par spermatozoïde 23 chromosomes = œuf à 47 chromosomes (correspondant à la formule chromosomique de la cellule mâle) = *garçon.*

2. Ovule à 24 chromosomes fécondé par spermatozoïde à 23 chromosomes + hétérochromosome = œuf à 48 chromosomes (correspondant à la formule chromosomique de la cellule femelle) = *fille.*

Si tant est qu'une comparaison soit permise entre le mode de détermination des sexes chez l'homme et ceux précédemment décrits pour le règne animal, la présence d'un chromosome atypique dans le spermatozoïde implique entre le type humain et le type insecte une certaine analogie.

Painter souligne plus précisément encore cette ressemblance lorsqu'il admet que le nombre des chromosomes est le même dans les cellules reproductrices masculine et féminine, le spermatozoïde ne différant de l'ovule que par la présence d'un chromosome Y.

Il est donc généralement admis aujourd'hui que la disparité chromosomique du spermatozoïde détermine le sexe du produit de conception. Seuls quelques auteurs discutent encore cette donnée et prétendent, avec Otto Schoener et Vargas (1), que le sexe se trouve défini dans l'ovule avant toute fécondation.

Puisque les divisions cellulaires produisent au cours de la spermatogénèse, une égale quantité de spermatozoïdes générateurs de mâles et de femelles, garçons et filles devraient logiquement être conçus selon des proportions identiques.

Les statistiques nous prouvent cependant qu'il n'en est rien, car il naît, tant chez l'homme que chez la plupart des mammifères, plus de mâles que de femelles. En 1931, Box (2) écrivait qu'il vient au monde en Espagne 108,5 garçons pour 100 filles, et comparait ces chiffres à ceux donnés par Morgan pour l'Angleterre (103,6 garçons pour 100 filles), données numériques sensiblement en rapport avec la moyenne de 106 pour 100 généralement admise.

La raison de ce déséquilibre ne saurait être trouvée dans une élimination prématurée plus fréquente des œufs féminins. Les recherches de Prinzing et d'Auerbach établissent en effet que les mâles prédominent aussi dans les avortements.

Il a donc bien fallu donner à ces faits une autre interprétation et l'on s'est demandé si les spermatozoïdes générateurs de garçons étaient plus

mobiles que leurs congénères, plus rapides dans la course à l'ovule, ou bien si les voies génitales féminines présentaient des conditions humorales plus favorables à leur pouvoir fécondant.

Des travaux ont été dès lors entrepris et les biologistes ont successivement tenté soit d'agir sur le géniteur pour lui faire produire à volonté un plus grand nombre de spermatozoïdes de l'une ou de l'autre espèce, soit de modifier le milieu génital de la mère pour favoriser les uns au détriment des autres.

C'est principalement en Allemagne que ces recherches ont été faites, et MM. Keller et Reiles (3) ont récemment publié une excellente mise au point de la question. On ne saurait mieux faire que de se reporter à leur travail.

Il semble bien que, dans certaines conditions d'expérience, quelques savants aient réussi à modifier chez l'animal la proportion des sexes.

Certains ont pu, par l'alcoolisation du géniteur. accroître la descendance masculine de la souris. L.-G. Barth, soumettant le *drosophile mâle* à l'action des rayons X enregistre tout d'abord une surproduction des femelles, puis un excédent de mâles. Il en déduit une moindre résistance aux rayons des spermatozoïdes à chromosome Y.

L'administration d'alcalins, le chauffage du géniteur, ont également pu modifier le rapport normal des sexes. On a observé que les mâles, épuisés par des accouplements nombreux et rapprochés, produisent, chez la lapine, des femelles en surnombre : au vingtième accouplement en vingt-quatre heures, la proportion des mâles tombe, pour 100 femelles, de 129 à 28.

100 femelles pour 73 mâles naîtraient enfin chez des rats exclusivement soumis à un régime carencé en vitamine B.

Si de telles recherches semblent évidemment prouver la possibilité d'agir sur la proportion normale des sexes au moyen de certains artifices, on ne saurait conclure, faute de preuves, à une modification de la qualité des spermatozoïdes.

Les tentatives expérimentales s'attachant à modifier le milieu humoral de la mère, et par conséquent les conditions d'habitat des spermatozoïdes, sont d'un tout autre intérêt. Dans ce but, les chercheurs se sont naturellement adressés aux hormones sexuelles qui, depuis quelques années, sont à l'ordre du jour en biologie.

Vogt (4) parvient à stériliser temporairement des lapines par des injections d'insuline ; il observe l'année suivante que la descendance des animaux injectés subit une hyperféminisation. L'auteur conclut à la possibilité d'une influence hormonale sur le sexe du produit de conception.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Uhlmann (de Bâle) (5) grâce à l'administration de sistomensine au même animal, mais ils s'opposent cependant à ceux publiés par Gostimirovic et par Koch.

Gostimirovic (6) soumet en effet, en cours de gravidité, des souris blanches à des injections journalières d'hormone ovarienne (Menformon-follikulin) de concentrations diverses ; à conditions que celles-ci soient suffisantes (0,2 à 0,5 unité-souris par centimètre cube), il observe une augmentation du pourcentage des mâles.

Koch (7) administrant à des chiennes en rut VIII et XII gouttes d'hormone folliculaire purifiée (Unden) durant les quelques jours qui précèdent la saillie, provoque la naissance d'un plus grand nombre de mâles : les animaux traités donnent, avant l'expérience, 30 portées de 65 mâles et 77 femelles, contre 21 mises-bas de 57 mâles et 49 femelles après folliculinothérapie.

Si les précédentes recherches sont d'un grand intérêt scientifique de par l'attrait de la question qu'elles veulent éclairer, sans y parvenir il est vrai, elles sont cependant dépourvues de toute portée pratique.

Plus importants sont, à ce point de vue, les travaux du Prof. Unterberger (de Königsberg) dont l'observation et les essais de modification humorale portent sur l'espèce humaine.

Unterberger, plusieurs fois appelé à formuler un avis sur la stérilité des bovidés, a fait administrer aux vaches improductives, selon une pratique vétérinaire déjà ancienne, des irrigations vaginales au bicarbonate de soude. Les résultats obtenus lui ont alors donné l'idée d'appliquer cette thérapeutique à la stérilité féminine. Non seulement il a pu enregister de multiples succès, mais il a remarqué en outre que les enfants, conçus en cours de traitement, appartenaient toujours au sexe masculin.

Ayant ainsi constaté la naissance d'une série de garçons chez 74 femmes ayant précédemment accouché de 2 à 4 filles, Unterberger affirme l'action favorisante du chimisme vaginal sur l'une ou l'autre variété de spermatozoïdes.

Après de telles constatations cliniques, l'auteur entreprend en 1932 (8) la vérification expérimentale de ses théories : soumettant des lapines à des injections du bicarbonate de soude, administrant à d'autres des injections à l'acide lactique, il obtient chez les premières 142 mâles pour 65 femelles. La démonstration demeure cependant douteuse, car Unterberger s'abstient, dans son mémoire, de publier le résultats de la contre-épreuve à l'acide lactique.

L'auteur cite enfin, à l'appui de ses idées, les constatations de Futh qui, ayant étudié chez 200 femmes l'influence du chimisme vaginal sur la qualité des naissances, observe 56,2 % de filles contre 38,8 % de garçons chez les mères dont les sécrétions sont fortement acides, et enregistre 51,9 % de garçons pour 36,1 % de filles lorsque le vagin est faiblement acide ou alcalin.

Il est bien difficile, malgré les apparences, de tirer de ces faits des arguments précis ayant force de loi biologique en matière de détermination sexuelle. On ne saurait en particulier, sans imprudence, suivre Unterberger quand il soutient l'existence de spermatozoïdes acidophiles et basophiles. Il s'agit là d'une affirmation gratuite, car la découverte de granulations acidophiles ou basophiles dans le pronucléus mâle n'a jamais été faite.

Que les spermatozoïdes trouvent cependant dans les voies génitales féminines, et en particulier dans le vagin qu'ils doivent traverser, des conditions plus ou moins favorables au maintient de leur vitalité et de leur pouvoir fécondant, on ne saurait en douter.

Chez l'homme et les animaux, les sécrétions génitales sont cycliquement modifiées pour que surviennent périodiquement des conditions favorables à la fécondation. Des transformations de l'épithélium vaginal, rythmées par le cycle œstrien, ont été mises en évidence chez le cobaye pas Stockard et Papanicolaou, par Courrier et Tsu-Zong-Yung. Nous connaissons aussi le rôle nutritif joué par les sécrétions utérines de la *Pipistrelle*, chauve-souris hibernante dont l'accouplement se fait en automne et l'ovulation au printemps, et chez laquelle les spermatozoïdes passent l'hiver accolés à la muqueuse utérine sans rien perdre de leur vitalité ni de leur pouvoir fécondant.

Chez la femme, nous savons, depuis longtemps déjà que le transsudat vaginal possède une fonction acide que Zweifel a, le premier, attribué à la présence d'acidité lactique. C'est à partir du glycogène de l'épithélium vaginal que s'élaborerait cette acidité dont le taux correspond à celui d'une solution d'acide lactique à 5 % (Cotte).

Libéré par desquamation (Vignes), ce glycogène est tansformé, sous l'action d'une diastase, en maltose, puis en dextrose et glycose. Celui-ci aboutit enfin à la production d'acide lactique, par la double intervention d'un ferment glycolytique provenant des cellules épithéliales et d'un ferment bactérien produit par le bacille de Döderlein, hôte habituel du vagin.

Il est intéressant de noter, chez la femme, l'existence de modifications de la teneur du vagin en acide lactique, suivant des modalités cycliques et physiologiques, soit au cours d'états pathologiques.

Le taux de l'acidité vaginale varie selon les phases du cycle mentruel et les époques de la vie génitale.

C'est ainsi qu'avant la puberté les sécrétions vaginales sont normalement alcalines. En période d'activité génitale il existe, ainsi que l'ont démontré les travaux de Graffenberg, de von Jaschke, de Bienenfeld et Eckstein (9), une véritable courbe d'acidité en rapport avec le cycle menstruel, présentant un maximum au voisinage immédiat des règles, avant et après elles, et un minimum au m lieu du cycle, lors de la ponte ovulaire. Dès la ménopause enfin l'acidité vaginale serait en décroissance.

Ces notions trouvent d'ailleurs leur confirmation dans les dosages effectués par Zwolinski et Truskowski (10). Ceux-ci notent, chez la femme normale, un pH vaginal pouvant varier entre les chiffres de 4 à 6,5 (pH moyen de 4,7), et leurs recherches tendent à prouver que l'acidité demeure normale chez la femme enceinte, qu'elle est en diminution marquée au cours des rapports sexuels et des états infectieux. Les chiffres précédents sont en accord avec ceux de Séguy et Vimeux qui trouvent un pH vaginal voisin de 4,5 dans les cas normaux.

Le pouvoir d'acidification des sécrétions prémenstruelles et menstruelles sur le vagin est très probablement le fait de leur teneur en glycogène. Celui-ci, mis en réserve dans la muqueuse utérine prégravidique aux fins de nutrition de l'œuf qu'elle se prépare à recevoir, est alors éliminé sous forme d'acide lactique, sans même que soit nécessaire l'intervention du bacille de Döderlin (Vignes) (11).

Il existe un rapport constant entre l'acidité du vagin et la formule de sa flore microbienne : la réaction vaginale apparaît d'autant plus acide que cette formule est plus normale.

Kreissman et Fleisher (12) ont d'ailleurs décrit chez le rat des variations cycliques de la flore vaginale en rapport avec les modifications périodiques du chimisme ; peut-être pourrait-on trouver chez la femme des transformations du même ordre.

Nous connaissons bien le pouvoir bactéricide de l'acide lactique dont la présence dans le vagin réalise une auto-protection de l'organisme contre l'intrusion des germes pathogènes. La nature ne met-elle pas d'ailleurs cette défense en action dès la puberté, à l'époque où des occasions nouvelles de contage peuvent se produire ? Les manifestations des rapports de l'acidité et du microbisme vaginal sont fréquentes en gynécologie.

La teneur en acide lactique vient-elle à décroître, voilà que les streptocoques s'installent dans le vagin. Une jeune fille hyposthénique (Heurlin et Salomon), une hypoplasiée ovarienne (Schœder, Lehmann), voient-elles diminuer leur acidité génitale, par suite d'une moindre excrétion du glycogène, la leucorrhée apparaît.

Pourquoi ne pas admettre que les spermatozoïdes, tout comme les microbes, soient sensibles à l'acide lactique ? Si Unterberger limite cette sensibilité à certaine variété d'entre eux, ce qui ne saurait être admis sans discussion, de nombreux arguments permettent de penser qu'une neutralisation du vagin est tout au moins utile pour la fécondation.

Runge (13) a démontré la mort des spermatozoïdes dans le vagin. Hohne et Behne (14) ont vu que cette mort est d'autant plus rapide que le chimisme vaginal est plus acide. Tout concourt d'ailleurs à démontrer l'utilité d'une neutralisation vaginale aux fins de reproduction :

C'est bien à la puberté que l'acide lactique apparaît pour protéger le vagin contre un contage possible, mais c'est à ce moment aussi, ne l'oublions pas, que vont intervenir les sécrétions alcalines du corps utérin, du col, des glandes de Skene et de Bartholin. On ne saurait oublier non plus le rôle des glaires cervicales sur l'importance desquelles Seguy et Vimeux (15) ont récemment insisté. Ces glaires, dont le pH est voisin de 7, sont un véhicule alcalin fort utile à l'ascension des spermatozoïdes dans l'utérus. La périodicité d'une telle sécrétion, en concordance avec l'ovulation, vient heureusement nous en faire saisir la fonction.

Un argument définitif nous est enfin donné par l'alcalinité du sperme.

Ce qui précède ne saurait, en aucune façon, étayer les conceptions d'Unterberger touchant à la fragilité de certains spermatozoïdes au chimisme acide. Il est cependant curieux de constater qu'il est possible, à la lumière de ces idées, de tenter l'interprétation de certaines croyances populaires concernant la détermination des sexes.

Le public admet volontiers que les filles sont généralement issues de rapports pratiqués avant ou après les règles, tandis que les garçons sont procréés pendant la période intermenstruelle. Ceci correspond d'ailleurs aux constatations que Siegel, Unterberger et Pryll ont pu faire en Allemagne pendant la guerre, sous le régime des courtes permissions, et paraît superposable aux données, précédemment exposées, concernant les rapports du cycle de l'acidité vaginale avec le cycle anatomique des menstrues.

On croit aussi, dans le public, que la partie la plus active en amour détermine le sexe opposé. Conformément aux théories d'Unterberger, on pourrait penser que si l'orgasme féminin contribue à la procréation des enfants mâles, c'est en raison du profluvium alcalin venu du col, des glandes de Skene et de Bartholin, qui concourt à neutraliser une acidité vaginale préjudiciable aux spermatozoïdes générateurs de garçons.

Box n'est-il pas d'ailleurs de cet avis lorsqu'il avance que si les statistiques Espagnoles comportent un pourcentage de garçons supérieur aux statistiques anglaises, c'est en raison de la frigidité des filles d'Albion.

Unterberger est loin de voir ses idées partagées sans discussion par l'unanimité des biologistes et des médecins. Si quelques observations cliniques, quelques recherches expérimentales, paraissent confirmer ses théories, de nombreux auteurs les infirment.

Pour Itzkin (de Riga) (16), les facteurs susceptibles d'influencer la détermination des sexes sont, cliniquement, l'âge de la mère, la parité et le moment de la conception. Il signale la prédominance des mâles dans la descendance des femmes relativement âgées dont l'acidité vaginale tend à décroître ; chez les multipares, dont la laxité ou les déchirures périnéales anciennes facilitent aux germes l'accès du vagin, ou dont l'infection cervicale est la source de sécrétions alcalines. L'auteur trouve enfin une corrélation entre le sexe du produit de conception et l'époque du coït dont il est issu, par rapport au cycle menstruel. Ses observations sont donc superposables à celles d'Unterberger puisqu'elles semblent confirmer l'action du chimisme vaginal sur le déterminisne sexuel.

Les recherches de Futh sont aussi parmi celles qui viennent corroborer les conclusions du gynécologue de Königsberg. Mais le nombre des détracteurs domine cependant :

En 1930, Fuchs publie, dans la Nord-deutsche Gesellchaft, le résultat de ses expériences semblables à celles d'Unterberger. Ayant soumis des lapines à des injections bicarbonatées à 1 %, il n'obtient que sept mâles pour dix femelles.

Goldschmitt en 1931 nie la possibilité de favoriser artificiellement l'une ou l'autre des variétés de spermatozoïdes.

Ebel en 1932 déduit de ses observations, chez la femme enceinte à terme, que le chimisme vaginal est sans rapport avec la détermination des sexes.

En 1933 enfin, Schumacher publie à la Société allemande de gynécologie les résultats de son enquête clinique et de ses recherches expérimentales. Sur 1.150 gestantes examinées, il n'a jamais trouvé de relation précise entre la qualité chimique des sécrétions vaginales et le sexe de l'enfant. Expérimentalement en outre, 150 souris ou rats soumis à l'action du bicarbonate de soude sont demeurés aussi stériles qu'un même nombre d'animaux traités par l'acide lactique.

Les conclusions opposées des auteurs qui se sont occupés de la question ne permettent donc pas, dans l'état actuel de nos connaissances, d'entrevoir une solution précise ni d'accorder un grand crédit aux idées d'Unterberger, si séduisantes par leur simplicité. Les phénomènes biologiques sont en général plus complexes, et Keller et Reiles ont raison d'écrire qu' « il serait « du moins étonnant que des manifestations de « la vie aussi compliquées et mal connues, qui « se passent dans le monde de l'infiniment petit, « puissent être influencées selon notre gré par des « moyens aussi simples et grossiers ».

S'il paraît actuellement prouvé que les sper-

matozoïdes s'accommodent mal d'un milieu hyperacide, puisque les sécrétions organiques tendent à une neutralisation du milieu vaginal, on ne saurait démontrer encore l'existence de la susceptibilité particulière d'une race de gamètes mâles à un chimisme donné. Les jumeaux bivitellins des deux sexes en sont d'ailleurs la preuve.

La nature garde donc son secret, et sans doute vaut-il mieux. Que deviendrait l'humanité si l'homme pouvait un jour soumettre à son caprice le sexe de sa descendance ?...

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(1) VARGAS. — *Rev. méd. lat. amér.*, 1931 et 1932.

(2) A. BOX. — Le déterminisme des sexes dans l'espèce humaine. (*Rev. espan. de obst. y gyn.*, jan. 1931.)

(3) R. KELLER et M. REILES. — Peut-on influencer le sexe du produit de conception ? (*Strasbourg médical*, n° 19, 5 juillet 1935.)

(4) VOGT. — Ueber hormonale. Beeinflussbarkeit des Geschlechtes im Tierreich. (*Méd. Klinik-H* 6, 1928.)

(5) UHLMANN. — Gibt es eine hormonale Beeinflussung des Geschlechts. (*Med. Klinik*-U 38, 1928.)

(6) GOSTIMIROVIC. — Experimentelle Hyperfeminirung und ihr Einfluss auf des Geschlechts der Nachkommenschaft. (*Biol. Zbl.*, 49, 1929.)

(7) KOCH. — Ueber hormonale Beeinflussung des Geschlechts beim Hunde. (*Klin. Wochens.*, I, 1934.)

(8) UNTERBERGER et KIRSCH. — Berichte über Versuche zur Beeinflussung des Geschlechts verhältnisses bei Kaninchen nach Unterberger. (*Monats. f. Geb.*, 1932.)

(9) BIENENFELD et ECKSTEIN. — Indice d'acidité et blennorrhagie. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1-V-1926.)

(10) ZWOLINSKI et TRUSZKOWSKI. — Recherches sur l'acidité vaginale. (*Ginekologja Polska*, T. V, 1926.)

(11) VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes. (1 vol. Masson édit., 1929, p. 143.)

(112) KREISSMANN et FLEISHER. — Cyclic changes in vaginal flora. (*Proc. of the soc. f. exp. biol. and. méd.*, t. XXV, 1928, p. 503.)

(13) RUNGE. — Aetiologie und therapie des weibl. sterilität. (*Arch. f. gynäk.*, 87, p. 572.)

(14) HOHNE et BEHNE. — Ueber die Lebensdauer homologes und heterologes Spermatozoen im weibl. Genitalapparat und die Bauchhöhle. (*Zent. f. gynäk.*, I, 1914, p. 5.)

(15) SEGUY et VIMEUX. — Contribution à l'étude des stérilités inexpliquées : étude de l'ascension des spermatozoïdes dans les voies génitales basses de la femme. (*Gyn. et Obst.*, t. XXVII, 1933, p. 346.)

(16) ITZKIN. — Beitrag zum problem des Geschlechtstimmung. (*Arch. f. gyn.*, 140.)

LES CRISES DE FATIGUE DANS LES GASTRO-ENTÉROPATHIES

Les relations entre certains états de « fatigue générale » et les gastro-entéropathies sont connues depuis longtemps. Dans son enseignement de l'hôpital Cochin, Dujardin-Baumetz, il y a plus de quarante ans, rattachait la neurasthénie aux affections de l'estomac et décrivait une neurasthénie gastrique, comportant une thérapeutique étiologique spéciale.

La thèse inaugurale récente (Paris, 1936) de Mlle Yvonne CHALLIOT, faite dans le service du Docteur Faroy, nous présente un exposé moderne de la même question et montre la réalité, chez les digestifs, de « crises de fatigue » intéressantes à connaître.

Par leur retentissement sur la nutrition, les affections gastro-intestinales chroniques peuvent provoquer un état de fatigue générale permanent et de l'amaigrissement, mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici. Les crises de fatigue dont nous parlons sont des asthénies *paroxystiques* qui apparaissent à certains moments, à des périodes particulières de la digestion surtout. Elles sont nettement épisodiques, passagères, naissent et se calment dans des conditions déterminées et cèdent à une thérapeutique appropriée.

Les dites crises ont des caractères cliniques remarquablement fixes. Elles se produisent après les repas, tardivement, une fois la digestion gastrique achevée. A ce moment, le malade ressent un malaise épigastrique, une fatigue subite, avec sensation de vide, impression d'épuisement, d'anéantissement, de défaillance. Ce syndrome rappelle ce que l'on a décrit sous le nom de « faim défaillante » des dyspepsies hypersthéniques, de malaises de la maladie orthostatique, de syndrome hypoglycémique.

La pathogénie est complexe. Bien que la symptomatologie rappelle celle du syndrome hypoglycémique, les quelques dosages pratiqués par Mlle Challiot au cours des crises lui ont paru plutôt infirmer l'hypothèse de l'hypoglycémie. Un état troublé de l'équilibre neuro-végétatif, une perturbation de l'irrigation cérébrale seraient à son avis à l'origine des malaises observés. Chez ces malades, on rencontre souvent des ptoses, des entérocolites, une atteinte hépatique.

Le traitement des crises de fatigue des digestifs sera d'abord étiologique et s'adressera à la maladie gastro-intestinale causale. Le traitement médicamenteux luttera contre la constipation et l'infection intestinale (charbon) ; contre le déséquilibre neuro-végétatif (crataegus, passiflore, ésérine).

Au moment de la crise, recommander le décubitus dorsal, la prise d'aliments, l'ingestion de sucre, active même en dehors de toute hypoglycémie. Mlle Challiot s'est bien trouvée de donner quelques gouttes de teinture de camphre sur un morceau de sucre.

P. LACROIX.

LES INTOXICATIONS VOLONTAIRES PAR LES BARBITURIQUES

Par R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD

Interne des Hôpitaux de Paris

Le nombre de cas observés est considérable. A Paris, ces intoxications sont extrêmement fréquentes ; dans les hôpitaux, il est rare que l'interne de garde, durant ses vingt-quatre heures de séjour continu à l'hôpital, ne soit pas amené à donner ses soins au moins à un intoxiqué par les barbituriques ; à la consultation et dans le service qui reçoit, la boîte contenant le tube de Faucher pour lavages d'estomac et les petites ampoules de strychnine à 1 milligramme doit être constamment maintenue sur la première planche de l'armoire d'urgence ; l'entretien de cette boîte est le premier souci de la surveillante de garde. Et je me souviens d'un jour, à Lariboisière, où notre collègue de garde reçut huit intoxiqués en douze heures !

Quel est le pronostic général de toutes ces intoxications ?

Une statistique serait facile à faire. Elle est impossible pour le passé : en effet, on se garde bien en général, sur la feuille administrative, de préciser la nature de l'intoxication ; un diagnostic précis entraînerait en effet la conviction que l'intoxication a été volontaire et inciterait, s'il venait à être connu, les Assurances (en particulier les Assurances sociales) à refuser de prendre à leur compte les frais de séjour à l'hôpital. Ce qu'il faudrait, ce serait demander, pendant six mois ou un an, aux internes de garde, dans tous les hôpitaux de Paris, de noter sur un cahier spécial uniquement médical, les noms de tous les intoxiqués par les barbituriques reçus par eux ; il suffirait ensuite de rechercher sur les livres si les intoxiqués sont sortis ou sont décédés. J'ai l'impression que la proportion des morts ne dépasserait pas 10 p. 100. Le pronostic des intoxications serait donc en général favorable (et je crois très supérieur à ce qu'il était il y a cinq ou six ans). Peut-être ce bon pronostic tient-il plus à la nature du barbiturique utilisé, aux doses relativement faibles absorbées, — et avant tout, à la rapidité du traitement institué, qu'aux doses fortes de strychnine administrées.

La nature du barbiturique ?

C'est dans l'immense majorité des cas le gardénal ; or l'expérience semble montrer que d'ordinaire il est beaucoup plus facile de réveiller les intoxiqués par le gardénal que par le véronal.

La dose absorbée ?

L'unité, c'est le tube de gardénal, 20 comprimés à 0,10, 2 grammes. Or 2 gr., c'est une dose faible ; rappelons que parmi les pharmacologues les uns indiquent que la dose mortelle est de 1 gr. 50, les autres 3 grammes.

La rapidité du traitement institué ? Elle semble le point essentiel ; c'est surtout sur elle qu'ont porté les progrès de la lutte contre les intoxications barbituriques ; et ici, un avantage à la mode des suicides par les barbituriques : le public connaît ces intoxications ; dès qu'un sujet est suspecté par son entourage, aussitôt, le médecin est appelé ; il fait une injection de strychnine et ordonne le transfert à l'hôpital ; Là, du bureau jusqu'à l'interne, en passant par les infirmières, on sait de quoi il s'agit : tout est près, et aussitôt mis en œuvre : lavages d'estomac, strychnine, coramine. D'ordinaire l'heure des intoxiqués, c'est 10 ou 11 heures du soir : son travail terminé, vers 6 heures, le sujet a absorbé le toxique vers 7 ou 8 heures ; son absence est remarquée au dîner ; la famille s'inquiète, trouve l'intoxiqué étendu sur son lit, appelle le médecin, alerte l'ambulance automobile ; il ne s'est pas écoulé plus de 2 à 3 heures entre l'absorption du gardénal et l'arrivée à l'hôpital. De même l'après-midi : c'est vers midi ou 1 heure que les comprimés ont été avalés, c'est vers 3 ou 4 heures que le lavage d'estomac est pratiqué. Il est un fait d'ailleurs, c'est que le pronostic de l'intoxiqué hospitalisé le matin est toujours plus mauvais, car la nuit entière s'est écoulée sans aucun traitement.

Quant aux fortes doses de strychnine, elles paraissent ne jouer qu'un rôle tout à fait secondaire dans ce pronostic favorable. Faudrait-il en conclure qu'elles aient un rôle néfaste ? ce serait aller trop loin : dans quelques cas désespérés, des doses formidables de strychnine ont amené la guérison — d'autre part, il est exceptionnel que même avec des doses considérables de strychnine, on voit apparaître des signes d'intoxication strychnique (ce qu'on traduit en disant que le gardénal a augmenté la tolérance à la strychnine). Pourtant un cas, comme celui que rapportent Huriez et Carrière, celui de cet intoxiqué, dans le coma, à qui on répétait les injections de 1 centigr. de strychnine, tandis qu'on enregistrait son rythme cardiaque par électro-cardiographie et qui brusquement, à la sixième injection, présente un trouble de l'électrocardiogramme jusque-là normal, et meurt — est tout de même impressionnant et incite à la prudence.

Tels sont les différents facteurs qui semblent, en général, jouer un rôle dans le pronostic des intoxications barbituriques.

Mais quelle que soit l'importance de ces différents facteurs, si d'après eux, on peut jusqu'à un certain point ébaucher un pronostic, en pratique cependant, seule l'observation d'heure en heure de l'intoxiqué a de la valeur ; il n'y a pas de médecine standard. En dehors de toute question de nature du toxique, de dose absorbée, de temps écoulé, c'est l'état du malade qui compte ; pour influencer le pronostic, et guider le traitement.

Si le malade présente quelques mouvements spontanés, s'il réagit, ne serait-ce que légèrement, aux excitations fortes, s'il gémit quand on a recours au lavage d'estomac, si on a plus l'impression d'être en présence d'un sujet endormi que d'un malade dans le coma, même si on a la certitude d'une très forte dose absorbée, ce serait une erreur d'avoir recours à de très fortes doses de strychnine d'emblée. Souvent à la suite d'une simple injection de 5 milligrammes de strychnine intraveineuse, on constate une petite amélioration ; il semble d'ailleurs que le seul fait de ne pas laisser le malade au repos aboutit au même résultat ; et il n'est pas rare qu'un malade paraissant vraiment comateux à la consultation quand on le reçoit, à la suite du transport sur le brancard, des nombreux mouvements qu'exige le déshabillage, des excitations résultant de l'examen, d'une bonne paire de gifles — ou même d'une série de gifles — aille déjà mieux. Chose curieuse : le réflexe cornéen réapparaît quelquefois ainsi sans qu'on sache pourquoi. C'est en venant le revoir d'heure en heure, en réinjectant ainsi 5 milligrammes par 5 milligrammes la strychnine qu'au bout d'un temps plus ou moins long on assiste au réveil, sans que les doses formidables de strychnine recommandées par certains auteurs aient été atteintes. Au contraire, le malade est-il dans un coma profond, coma carus, avec respiration stertoreuse, ne réagit-il ni au lavage d'estomac, ni aux excitations, ni aux gifles, ni à l'injection de 5 milligrammes de strychnine, le pronostic est bien mauvais ; il faudra dans ce cas administrer la strychnine à doses formidables ; mais on pourra avertir la famille de n'avoir pas beaucoup d'espoir, ce que malheureusement l'évolution confirme le plus souvent.

Devant la fréquence de ces intoxications barbituriques volontaires, de nombreuses sociétés savantes ont émis le vœu qu'une réglementation soit imposée pour la vente des barbituriques ; c'est ce qu'en d'autres termes exprimait tel vieux garçon d'hôpital, au cours d'une nuit de garde : « Si c'est pas malheureux qu'on aye le droit pour 6,50 de venir en. . . nuyer une infirmière, un médecin et deux garçons ! »

Eh ! bien au contraire, me semble-t-il, la vente libre doit être autorisée ; qu'on interdise le véronal, peut-être ; mais la vente libre du gardénal peut être considérée comme ayant une véritable utilité sociale !

De deux choses l'une :

— ou c'est par désir de publicité, de chantage qu'un sujet (une femme en général) veut simuler un acte de suicide, alors le gardénal est vraisemblablement ce qu'il y a de moins dangereux ; 1 gramme, 2 grammes même peut-être, voilà de quoi provoquer un joli petit scandale, effrayer les proches, nécessiter le transport à l'hôpital : au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, on se réveille sinon frais et dispos, au moins, d'ordinaire, sans atteinte grave de la santé. Aucun autre simulacre de suicide n'offre la même garantie : le saut dans la Seine, devant un public imposant, est plus spectaculaire, mais plus dangereux : il n'existe pas toujours un spectateur prêt à sauter à l'eau. De même le gaz d'éclairage : malgré toutes les précautions, les pompiers ne sont pas toujours prévenus assez vite ;

— ou vraiment le désespoir est réel et la volonté de suicide bien arrêtée ; on recourt au gardénal, parce que c'est ce qu'on trouve le plus facilement ; mais à son défaut ce serait la fenêtre du 6e étage, la rame de métro, le revolver ou le couteau de cuisine. Le gardénal offre plus de chance de survie. Voilà donc une de ses utilités sociales. C'est le moyen de suicide le plus facile et le moins sûr.

Une autre utilité sociale, la voici : avec la balle de revolver ou la rame de métro bien souvent le suicide est réussi, et jamais nous n'en saurons la raison. Le gardénal, lui, nous permet au contraire souvent d'interroger le suicidé — après son échec. Certes chez les grands déprimés, les neurasthéniques, la récidive n'est pas toujours facile à éviter : ce sera le rôle des psychiatres ou autres psychanalystes vers qui nous les orienterons. Mais dans un nombre de cas de plus en plus grand, depuis la crise économique, l'interrogatoire révèle comme raison du suicide une de ces situations sociales lamentables et navrantes, qui autrement serait restée ignorée et méconnue. De la connaissance de la situation au remède à y apporter, il n'y a qu'un pas à franchir le gardénal tout au moins nous en offrira la possibilité.

Et nous conclurons : les intoxications par les barbituriques, grâce et même sans la strychnine sont dans la majorité des cas de pronostic favorable ; ce procédé de suicide médical paraît donc supérieur, au point de vue social, aux procédés de suicide chirurgicaux.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Contre la rougeole et ses complications broncho-pulmonaires

Les méthodes modernes de prophylaxie

POUR ÉVITER OU ATTÉNUER LA ROUGEOLE, QUAND ELLE RISQUE D'ÊTRE GRAVE

La séro-prévention

De prime abord, déjà il apparaît impossible de réaliser une prophylaxie totale de l'infection morbilleuse, et l'on doit choisir les sujets à prémunir. En effet, « cette maladie est si répandue que pratiquement aucun homme des pays civilisés ne peut lui échapper. La réceptivité de l'espèce humaine est extrême ; un simple contact, si furtif qu'il soit, avec un rougeoleux suffit à déterminer la contagion du sujet sain » ; ainsi est-il écrit par le Docteur Babonneix (1), dont la compétence particulière est reconnue de tous.

Cependant il est à remarquer que l'immunité acquise après la maladie est constante et solide : le sujet, qui a eu la rougeole, peut donc impunément être maintes fois en contact intime et prolongé avec des rougeoleux sans risquer une nouvelle atteinte !

Or cette immunité acquise persiste un long temps. Aussi a-t-on découvert que le *sérum de convalescents* jouissait de propriétés indéniables de protection.

C'est de sept à dix jours après la fin de l'éruption rubéolique que le sang est le plus riche en immunisines. Dans les semaines et les mois qui suivent, cette teneur en immunisines baisse, sans aboutir toutefois à leur disparition complète. Il faut néanmoins, si l'on emploie du sang ou du sérum de sujets, ayant eu *jadis* la rougeole, en injecter une dose plus forte, et les résultats sont moins sûrs.

Pour réaliser une bonne action préventive, on doit encore tenir compte du moment où l'on injecte le sérum, par rapport à la date de contamination.

On sait que l'évolution de la rougeole est régulière ; la durée de l'*incubation* est de dix jours ; puis, c'est l'*invasion* : enfin quatre jours après le début de l'invasion, apparaît l'*éruption* qui, durant ce laps de temps, aura été précédée d'une période catarrhale, avec un peu de fièvre et de larmoiement. Ces données, si précises et si constantes, sont des plus précieuses pour le sujet qui nous occupe ; et voici de quelle manière.

Si l'on injecte du sérum de convalescents à un enfant, *qui se trouve en danger d'être contaminé*, parce qu'il va être mis au contact d'un rougeoleux, *la rougeole n'apparaît pas* chez lui : le sérum a pu complètement empêcher l'éclosion même de la maladie.

D'autre part, quand l'enfant a été contaminé à une date bien déterminée, facile à fixer, la marche de l'infection est connue d'avance. Dès lors, une injection de sérum, faite *durant les cinq premiers jours de l'incubation*, sera seule capable de supprimer pratiquement la rougeole : c'est la *séro-prévention absolue*.

D'après le Prof. Debré et les collaborateurs (1) la *dose de sérum* à injecter doit être de :

4 c. c. pour un enfant au dessous de 1 an.
5 c. c. pour un enfant de 1 à 2 ans.
5 c. c. à 8 c. c. pour un enfant de 2 à 5 ans.
10 c. c. pour un enfant de 5 à 10 ans.
15 c. c. pour un enfant au-dessus de 10 ans.

Les résultats sont très bons : 95 % des enfants injectés dans ces conditions ne contractent pas la maladie. Mais la *durée de l'immunité*, ainsi dispensée, ne *dépasse pas trois ou quatre semaines*. Si donc, l'enfant est de nouveau en contact après l'injection de sérum avec un nouveau rougeoleux, il faudra lui faire une nouvelle dose pour éviter qu'il ne contracte la maladie.

La séro-atténuation

Si l'on pratique maintenant l'injection *du cinquième au huitième jour* de la période d'incubation, la rougeole apparaîtra, mais elle sera singulièrement modifiée : *c'est la séro-atténuation*.

La phase d'incubation sera prolongée, allant jusqu'à 12, 15 jours et plus. Il apparaît que plus l'incubation est longue, plus la rougeole est bénigne. Les catarrhes sont complètement supprimés ou considérablement diminués, l'éruption;

(1) Docteur L. BABONNEIX. — Les sérums de convalescents (*Gazette des hôpitaux*, 9 Janvier 1935.)

(1) *L'année pédiatrique*. (Masson, édit., Paris 1934.)

souvent très légère, peut même ne pas exister ; la pérode fébrile est plus courte et moins intense ; enfin, fait remarquable, l'enfant garde un excellent état général, et même fréquemment toute sa bonne humeur pendant sa courte maladie.

Contrairement à ce qui se passe pour la séro-prévention, l'immunité conférée par la séro-atténuation sera d'autant plus durable que la rougeole aura été moins atténuée, que l'organisme aura dû mettre en jeu ses moyens de défense d'une manière plus active. Il semble, cependant, qu'en pratique, on puisse considérer cette immunité comme définitive : on a observé, en effet, que des enfants, ayant présenté cette *rougeole modifiée, ont pu être mis, à plusieurs* reprises, en contact avec des rougeoleux contagieux, sans contracter la rougeole.

Il est à remarquer toutefois que si l'injection de sérum est pratiquée seulement *après le huitième* jour qui a suivi le contact, la maladie n'est en rien modifiée dans ses allures. La rougeole évolue de façon classique, mais, au niveau où l'injection a été poussée, l'éruption n'apparaît pas. On observe une zone large comme la paume de la main sans taches rouges. (C'est le phénomène de l'inhibition locale.)

De même, lorsque la rougeole est déclarée, il est inutile, dans la pratique, d'essayer d'injecter du sérum pour tenter de l'enrayer ou de la rendre moins grave, même avec des doses massives de sérum de convalescent ou de sang d'ancien rougeoleux.

Les sujets, qu'il faut protéger

On peut se demander pour quelles raisons on cherche à lutter contre une maladie inévitable, et si peu redoutable, alors qu'elle est habituellement bénigne. Mais cette proposition n'est pas entièrement exacte, car la rougeole est grave plus souvent qu'on ne tend à le croire. L'étude des statistiques de mortalité montre qu'elle tue, dans notre pays, et cela principalement par ses complications (broncho-pneumonies, otites) plus de petits enfants que les autres maladies, qui sont communes dans le jeune âge : la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie.

Cependant puisque, de par la rareté relative des moyens, et de par la difficulté de se procurer une quantité suffisante du sérum de convalescent, il existe des limites matérielles à la séro-prévention ou à la séro-atténuation, il est indiqué d'*exercer un choix parmi les sujets à protéger*. Ce choix sera réglé par les facteurs qui rendent la maladie grave, et principalement par l'âge des sujets, surtout dans les milieux populaires.

Plus l'enfant est jeune, plus la rougeole est grave ; mais il faut bien savoir qu'avant 3 et 4 mois un enfant né d'une mère ayant eu la rougeole (ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent) possède pratiquement une immunité à peu près assurée. Donc, un enfant de moins de 4 mois, qui a été en contact avec un rougeoleux, n'a pour ainsi dire aucune chance de contracter la maladie.

Cette immunité transmise par la mère diminue à partir du troisième jusqu'au sixième mois ; mais l'enfant a les plus grandes chances, s'il a la rougeole à ce moment, ce qui reste encore assez rare, d'être atteint d'une rougeole beaucoup moins grave qu'à un âge plus avancé. Ainsi *la rougeole avant 6 mois est relativement peu à craindre*. Mais il faut bien remarquer que si un enfant naît d'une mère n'ayant pas eu la rougeole, il ne dispose d'aucune immunité.

A partir de 6 mois jusqu'à 2 ans et même 3 ans, la rougeole atteint, comme chacun le sait, son maximum de gravité.

A partir de 3 ans, la gravité diminue et la mortalité baisse nettement.

Mais il existe d'autres facteurs de gravité que l'âge.

L'atteinte d'une maladie antérieure, *les troubles digestifs, la débilité, l'hérédo-syphilis, le rachitisme* constituent des facteurs importants d'aggravation. Enfin, il faut toujours redouter l'association d'une maladie infectieuse aiguë : coqueluche, diphtérie, etc., ou chronique : tuberculose.

Il existe aussi de grandes différences dans les diverses épidémies, et certaines d'entre elles paraissent particulièrement malignes. Souvent, une grande mortalité coexiste avec une grande morbidité. Au cours de ces épidémies particulièrement dangereuses, le médecin devra être encore plus soucieux de chercher à protéger les enfants.

La rougeole est aussi beaucoup plus sévère lorsqu'il y a agglomération d'enfants. C'est ainsi que l'habitation *dans les taudis* surpeuplés et *les crèches* exerce une influence considérable sur la mortalité. Les enfants des classes pauvres, mal logés, dans des maisons insalubres et insuffisamment aérées, sont frappés beaucoup plus sérieusement que les enfants des quartiers riches et ensoleillés, et l'on devra surtout s'efforcer de protéger les enfants placés dans ces conditions néfastes. Lorsque le médecin se trouvera en présence d'un enfant qui aura été contaminé par un rougeoleux, il devra s'efforcer d'éviter, à cet enfant la rougeole,

maladie très redoutable en pareil cas. Il devra pratiquer une séroprévention absolue.

Dans chaque circonstance il faut aussi considérer le résultat que l'on veut obtenir ; séro-prévention absolue ou séro-atténuation.

La séro-prévention absolue est toujours indiquée avant deux ans, elle l'est encore dans les conditions, où l'on désire arrêter net une épidémie naissant au milieu d'une collectivité d'enfants.

Dans tous les autres cas, la séro-atténuation est préférable, puisqu'elle détermine à peu de frais un état réfractaire prolongé, peut-être définitif.

Il faut enfin savoir que chez les femmes enceintes, la rougeole est redoutable, et d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée. Cette constatation importante servira de guide à la séro-prophylaxie, telle qu'elle vient d'être rappelée.

La méthode est sans danger, on ne constate ni arthralgie, ni adénopathie, ni érythème, même chez les sujets ayant déjà reçu du sérum de cheval. Il est vrai cependant que — très rarement — on a pu observer immédiatement après une injection de sérum quelques incidents : œdème local avec gonflement rouge et chaud autour du point d'inoculation pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, un peu de malaise, d'agitation, d'insomnie, de la température pouvant s'élever pendant quelques heures à 39°, 40°. Mais ces incidents sont *rares et bénins*. La possibilité de leur éclosion ne peut pas être une contre-indication à l'emploi du sérum humain.

La difficulté pour le médecin d'appliquer cette méthode provient surtout de ce fait qu'il ne lui est pas aisé de se procurer de sérum de convalescents.

La séro-prévention à l'aide du *sang des sujets atteints de rougeole* est certes, toujours et partout, facile à réaliser.

Quant à celle que réalise le sérum *de convalescents*, elle est principalement applicable dans les hôpitaux et dans les grandes villes, en raison de la difficulté de se procurer ailleurs, ce sérum en quantité suffisante.

Aussi devra-t-on employer le plus souvent du sérum ou du sang d'anciens rougeoleux ; le médecin traitant pourra prélever et faire préparer lui-même le sérum. Il lui sera également possible d'injecter le sang total, ce qui présente d'une part l'avantage d'éviter une série de manipulations, mais aussi, d'autre part, l'inconvénient de réaliser une résorption plus lente et plus difficile pour une quantité au moins double de sang, sans compter l'éventualité d'hématomes. Il y aurait avantage, le cas échéant, à employer le sang de plusieurs donneurs, puisque la richesse en anticorps est très variable suivant les sujets.

Il existe aujourd'hui bien des centres, où l'on peut dans une certaine mesure obtenir, pour quelques cas, ce précieux sérum de convalescents. En vérité, pour simple que soit cette méthode, elle exige néanmoins une technique parfaite. Une bonne récolte du sang, une préparation correcte du sérum, une vérification de sa stérilité, un contrôle clinique et biologique du donneur, qui *doit être sain à tous égards*, un mélange éventuel des sérums de plusieurs donneurs, un titrage aussi lorsqu'il est praticable, — tous ces actes nécessitent un local bien adapté, une bonne instrumentation, et surtout un personnel compétent.

A Paris, deux laboratoires fondés, à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Claude-Bernard, par l'Administration de l'Assistance publique, — à Strasbourg un laboratoire, organisé à l'Institut d'hygiène par le Professeur Borrel en collaboration avec M. Lœwenberg, peuvent servir de modèles. Ils fournissent chaque année un ou même plusieurs litres de sérum de convalescents, et ils ont déjà rendu les plus grands services. Jamais ce dernier auteur n'a eu recours à ses petits malades, car les adultes, dépistés dans les services hospitaliers de la ville, ainsi que les malades particuliers renseignés par la presse, ont toujours suffi à fournir les quantités de sérum nécessaire. Fréquemment les sujets guéris sont venus spontanément au Centre pour y offrir leur sang.

A l'hospice des Enfants-Assistés des Bouches-du-Rhône, la séro-prophylaxie de la rougeole a pu également acquérir droit de cité depuis trois ans. En matière de séro-prophylaxie morbilleuse dans un établissement d'enfants assistés. le Professeur Cassoute (1) croit pouvoir affirmer qu'il y a grand intérêt, — dans un tel milieu, très difficile à protéger efficacement, en période d'épidémie urbaine, contre des apports extérieurs renouvelés de virus morbilleux — à éviter l'action séro-préventive qui confère une immunité solide, mais trop courte. Seule la séro-atténuation lui est apparue comme susceptible d'éviter les contaminations ultérieures ; et c'est là un fait dont l'importance ne saurait échapper.

D'autres essais plus modestes, entrepris dans différentes villes de France, méritent d'être

(1) Professeur CASSOUTE. — Congrès d'hygiène de Paris, 21 octobre 1935.

encouragés et il faut, à coup sûr, envisager une augmentation du nombre de ces laboratoires répartis sur le territoire du pays. Ils devront non seulement contribuer à la lutte déjà entreprise contre les maladies infectieuses par les méthodes connues, mais aussi faciliter de nouveaux progrès dans le domaine de la sérothérapie et de la séroprophylaxie par le sang humain.

Il faut enfin que le public, mis au courant de ces méthodes, aide à leur diffusion. Trop souvent, aujourd'hui, les médecins désireux d'employer cette méthode en sont empêchés par le manque d'une provision de sérum, qui devrait être à leur disposition.

***

Pour éviter la gravité de la rougeole, surtout dans ses complications broncho-pulmonaires

Déjà la séro-atténuation (en cela préférable à la séro-prévention) procure une remarquable résistance aux surinfections pour les jeunes enfants rougeoleux, laissés sans isolement en plein foyer d'infection broncho-pulmonaire. Le Professeur Cassoute et G. Montus ont, en effet, à plusieurs reprises, été contraints faute de place de laisser dans la même salle les enfants séro-atténués avec d'autres enfants atteints d'affections pulmonaires aiguës, graves, et cependant ils n'ont, chez ces sujets ainsi traités, jamais observé de complications pulmonaires.

D'autres recherches intéressantes de MM. Chevalley, Duchon et Fourestier (1) méritent également d'être signalées. Ces auteurs ont remarqué que la grande mortalité par rougeole chez les enfants (un bon tiers des enfants de moins de 2 ans hospitalisés, et la moitié de ceux de moins de un an) n'était pas due au virus morbilleux lui-même. Les complications broncho-pulmonaires, au cours ou au déclin de la fièvre éruptive — et qui sont la cause de 90 p. 100 des décès après rougeole — étaient provoquées *par les germes pathogènes les plus communs* (streptocoque, pneumocoque, bacille de Lœffler). Aussi ces auteurs ont-ils eu l'idée d'associer, dans un but de prophylaxie, la vaccinothérapie polymicrobienne et la sérothérapie antidiphtérique. Afin d'obtenir les meilleurs résultats, il eût fallu procéder à la vaccinothérapie dans un délai de huit jours au moins avant l'apparition des complications broncho-pulmonaires. La chose n'était pas toujours réalisable. Aussi ont-ils adopté le mode suivant : tout enfant, dès son arrivée dans le service des contagieux, devait recevoir 20 c. c. de sérum antidiphtérique, et en plus une injection de 1 c. c. de lysat-vaccin polymicrobien, injection de vaccin à renouveler chaque jour pendant huit jours.

Cette méthode leur a permis de réduire la mortalité, dans les proportions suivantes :

Au-dessous de 1 ans : 11,6 pour 100 au lieu de 50 p. 100.

Au-dessous de 2 ans : 11,9 p. 100 au lieu de 25 p. 100.

Au-dessus de 2 ans : 3,2 p. 100 au lieu de 9 p. 100.

Ces chiffres confrontés révèlent donc l'activité de méthode de prévention à l'égard des complications secondaires de la rougeole. Les résultats eussent été meilleurs, s'il avait été possible de réaliser les conditions exactes de la prévention pour les infections broncho-pulmonaires. Malheureusement, dès leur arrivée, certains rougeoleux sont déjà porteurs de foyers constitués et, chez d'autres entrants, ces foyers apparaissent en quelques heures.

Cependant l'examen des courbes fébriles, rassemblées pendant les mois d'épidémie, a montré que les incidents infectieux se firent plus rares, à mesure que la précession de la vaccination avait pu être plus effective, lorsque les accidents infectieux avaient tardé à se manifester.

D'autre part, tandis que le nombre des grands infectés diminuait dans les salles, la propagation des infections secondaires devenait moins intense.

Il était intéressant de faire connaître ces avantages appréciables que l'on peut acquérir contre la gravité de la rougeole, en particulier dans le milieu hospitalier.

G. Fischer.

(1) Chevalley, Duchon et Fourestier. — Essai de prévention des infections broncho-pulmonaires de la rougeole. (*La Revue médicale*, 9 mai 1936.)

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'évolution de la mélitococcie en clinique

Le Professeur RIMBAUD établit que l'évolution clinique qu'il décrit à la mélitococcie n'est qu'un des éléments de son évolution générale, qui n'est pas terminée et qui ne le sera peut-être jamais. Les mélitococcies viscérales, d'abord considérées comme des complications ou des localisations de la maladie, secondaires à sa phase septicémique avec sa longue période de pyrexie ondulante, tendent aujourd'hui à devenir primitives, se fixant à un appareil sans bruit, avec de discrètes réactions fébriles, soulevant des problèmes de diagnostic, qui ne peuvent être résolus qu'avec l'aide indispensable du laboratoire.

Actuellement, ramenées à quelques formes bien distinctes, nerveuse, hépatique, pulmonaire, articulaire, on commence à voir la détermination viscérale s'associer, se combiner : hépato-néphrites, formes hépato-pulmonaires, formes polyviscérales. Et ce polymorphisme symptomatique rend difficile l'identification de la maladie et assombrit son pronostic qui, lui aussi, se modifie défavorablement. Presque toujours curable dans sa forme de septicémie ondulante, dont la mortalité ne dépasse pas 1 % à 5 %, ce pronostic s'aggrave et dans les formes viscérales la mortalité atteint 10 %, 20 % et plus. Et encore faut-il prévoir les redoutables séquelles motrices et peut-être psychiques de certaines neuro-mélitococcies.

Les causes de cette évolution clinique de la fièvre ondulante nous échappent. La fréquence des formes nerveuses semble indiquer que la mélitococcie a suivi cette tendance manifeste qu'ont eue, au cours de ces dernières années, les maladies infectieuses à acquérir un redoutable neurotropisme. (*Le Journ. de Médecine Français*, mars 1936.)

Sur l'action hypoglycémiante de l'extrait testiculaire dans le diabète

Les données anatomo-cliniques, qui établissent l'existence de lésions organiques et de troubles fonctionnels testiculaires chez les malades diabétiques, ainsi que les expériences, qui tendent à démontrer une interaction testiculo-pancréatique, ont conduit MM. L. CORNIL et J.-E. PAILLAS à tenter l'essai d'un traitement du diabète par l'extrait testiculaire.

Ils ont d'abord injecté par voie intraveineuse une solution aqueuse d'extrait testiculaire correspondant à 10 grammes de glande totale et fraîche. Chez les diabétiques, cette injection détermine dans les trois heures qui suivent, une baisse notable, mais variable, de la glycémie initiale. Les auteurs ont proposé de dénommer cette épreuve : Epreuve de l'hypoglycémie testiculaire provoquée. Comme corollaire de cette action, ils ont traité, de façon régulière, par l'extrait testiculaire cinq diabétiques, dont quatres ont favorablement réagi.

A défaut d'autres hypothèses, possibles mais encore à vérifier, l'action hypoglycémiante de l'extrait testiculaire chez les diabétiques leur paraît devoir s'expliquer par ce fait que, chez l'animal, les injections d'extrait testiculaire provoquent une hyperplasie et une hypergénèse diffuse des îlots de Langerhans. (*La Presse Médicale*, 1er avril 1936.)

Quelques réflexions au sujet des opérations itératives sur l'abdomen

Le Docteur OURY distingue trois groupes de malades, dont l'histoire clinique, les difficultés diagnostiques et l'avenir pronostique paraissent assez tranchés.

Le premier groupe comprend des sujets que des affections, sans rapport apparent entre elles, livrent plusieurs fois au chirurgien. De leur observation on acquiert la notion que toute intervention chirurgicale sur l'abdomen constitue souvent, même avec une technique irréprochable, un traumatisme non négligeable, dont on ne peut jamais à l'avance prévoir les conséquences ultérieures.

Le deuxième groupe comprend des malades ayant subi des opérations sur des organes présentant entre eux d'étroites connexions physiologiques et anatomiques. Chez ceux-ci l'état pathologique d'un des organes retentit sur les autres, pour créer une symptomatologie complexe et des difficultés diagnostiques et thérapeutiques, croissantes avec chaque nouvelle intervention. C'est dans cette classe que l'on observe le plus grand nombre de poly-opérés. L'étude de ces cas met en évidence une notion importante : ne recourir à l'intervention qu'après avoir posé un diagnostic précis et, dans ce but, s'entourer de toutes les garanties données

par une collaboration étroite avec le médecin et le radiologue, et ne s'y décider qu'après échec d'un traitement médical persévérant.

Le troisième groupe comporte les malades ayant subi des opérations successives sur un même organe. Les plus fréquentes portent sur le gastro-duodénum pour ulcus. Il faut bien dire que, c'est trop souvent à l'impatience des malades, leur répulsion à la lenteur du traitement médical, la méconnaissance des soins et du régime post-opératoires, les difficultés de leur situation sociale, qui les livrent à des interventions chirurgicales répétées.

Quant au pronostic opératoire de ces polyopérés, deux éléments importent principalement : c'est d'une part la participation importante du déséquilibre neuro-végétatif *exagéré par l'acte chirurgical* et que peut corriger l'action associée des agents physiques et des médications à action vago-sympathique (atropine, pilocarpine, adrénaline, insuline, traitement rapide des cicatrices restées douloureuses). C'est d'autre part une plus grande attention accordée à l'état intestinal : côlite résiduelle survivant à l'appendicite chronique, troubles colitiques des ulcéreux, mais surtout assez grande fréquence de dolichocôlon, accentués, bien tolérés jusqu'à l'intervention et décompensés à sa suite.

La thérapeutique post-opératoire des opérés abdominaux doit être ainsi beaucoup plus rigoureusement surveillée : la continuation du régime alimentaire, l'emploi prolongé des pansements gastriques, des laxatifs huileux et mucilagineux, l'utilisation des médications vago-sympathiques, la mise en œuvre des agents physiques sont le prolongement inséparable de l'acte chirurgical lui-même. (*La Pratique Médicale Française*, avril 1936.)

L'insuffisance cortico-surrénale masquée au cours d'affections digestives chroniques

M. Michel Demole a cherché à isoler un syndrome caractérisé par les faits suivants :

1° Symptômes cliniques de la maladie d'Addison, mais à un degré léger : c'est l'asthénie qui prédomine ; la pigmentation respecte les muqueuses ; la tension artérielle est peu abaissée ; 2° association avec une affection digestive chronique complexe, dont les symptômes masquent ceux de l'insuffisance surrénale, en les prenant partiellement à leur compte ; 3° diagnostic délicat à poser, pouvant s'appuyer sur la constatation d'une hypoglycémie à jeun, et surtout d'une hyperglycémie consécutive à l'injection de cortine ; 4° action rapide du traitement par l'hormone cortico-surrénale à petites doses.

La nature essentiellement corticale de ce syndrome surrénalien paraît vraisemblable, puisque la tension artérielle est à peine abaissée. La maladie digestive primitive joue certainement un rôle important dans le déterminisme de cette petite insuffisance endocrinienne.

Sa rareté n'est peut-être qu'apparente. Les cas démonstratifs ne sont certes guère plus fréquents que ceux de la maladie d'Addison proprement dite ; mais on peut supposer que l'attention attirée sur ce syndrome et l'emploi d'une épreuve diagnostique permettront de multiplier les cas encore méconnus, et de mettre ainsi en évidence la participation, souvent soupçonnée, de la surrénale dans les dyspepsies anciennes.

Les brillants résultats de la thérapeutique spécifique représentent une épreuve indirecte de la nature du syndrome. Cet effet heureux de la cortine n'a pas seulement un intérêt doctrinal ; il faudra penser à l'appliquer chaque fois que, dans un état dyspeptique chronique, résistant aux traitements locaux, on pourra suspecter l'intervention d'un facteur surrénalien. (*La Presse Médicale*, 1er avril 1936.)

Diagnostic de la mélitococcie

Le Docteur Janbon, après avoir traité la question clinique, en arrive aux méthodes de laboratoire. Or, on n'ignore pas qu'en raison des aspects cliniques si variés de la maladie, le laboratoire reste la seule ressource pour faire un diagnostic certain. Trois moyens sont à la disposition du praticien : un procédé bactériologique, l'hémo-culture ; un procédé sérologique, la séro-agglutination de Wright ; une réaction allergique, l'intradermo-réaction à la mélitine de Burnet. Cependant la séro-agglutination de Wright reste la méthode la plus fidèle et la plus facilement réalisable du diagnostic de l'infection mélitococcique active. Les trois méthodes de laboratoire précitées se complètent fort heureusement. Il semble difficile, lorsqu'elles ont été mises en œuvre, qu'un cas de mélitococcie soupçonné par la clinique échappe aux investigations.

D'autres procédés ont été proposés, qui sont tombés en désuétude : lacto-réaction, salivo-réaction, ponction de la rate, recherche de brucella dans les urines. La déviation du complément donne des résultats à peu près analogues à ceux de l'agglutination ; elle est même d'une sensibilité plus grande qu'elle, mais de manipulation trop délicate pour que son utilisation soit de pratique courante. (*Journ. Médical Français*, mars 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Education et écoles de plein air

(M. P.-F. ARMAND-DELILLE ; 28-4-1936)

Les premiers essais d'éducation en plein air remontent à trente ans, et sont dus à l'initiative de Marié-Davy et Lemonnier. Cinq ans plus tard était réalisée à Lyon la première école de plein air. A la fin de la guerre, en 1918, le Docteur Armand-Delille établit en Haute-Savoie, avec le Docteur Wapler, pour les enfants rapatriés, une école analogue complétée par la pratique de l'héliothérapie totale, que lui avait enseignée Rollier, de Leysin. Méry créa à Fontaine-Bouillant une autre école de plein air pour des fillettes de Paris. Carton, d'autre part, avait institué à la même époque, pour les petits convalescents de Brévannes, une cure d'air et de soleil.

Ces initiatives ont porté leurs fruits et actuellement fonctionnent ou commencent à fonctionner tout un ensemble d'écoles de plein air. L'expérience déjà acquise permet d'établir une doctrine desdites écoles et de leur rôle dans l'hygiène et le développement normal de l'enfant. Ces écoles ont montré qu'il était possible, pour les enfants qui suivent l'enseignement primaire, et aussi pour ceux qui suivent l'enseignement secondaire, de réunir à la fois les conditions d'hygiène générale et l'instruction que réclame la préparation des certificats et diplômes, et celle des professions, accordant ainsi le développement physique et mental et donnant au futur citoyen le *mens sana in sano corpore*, idéal de la culture déjà dans l'antiquité.

Les écoles de plein air sont destinées à tous les enfants des milieux urbains et non pas seulement aux plus débiles. Elles ne sont pas faites pour les infirmes, ni pour les tuberculeux, ni pour les arriérés. A l'Ecole de plein air, l'enfant a chaque jour un certain nombre d'heures d'exercices physiques, un bain de soleil surveillé, une douche ou un bain de piscine, une alimentation appropriée, enfin une cure de repos et de silence, après le repas de midi. Une partie des classes se fait en plein air, pendant l'hiver, et toutes entièrement en plein air dès le printemps.

L'enfant élevé dans les écoles en plein air, s'il a moins d'heures d'études, s'assimile mieux et retient mieux parce que ses fonctions physiques sont meilleures. Ces enfants se montrent aux examens, dans l'ensemble, aussi instruits et aussi avancés que les autres.

Danger pour l'homme de la prémunition animale par vaccin mélitococcique

(MM. L. MERLIAC et LISBONNE. — Présentation par M. LEMIERRE ; 21-4-1936)

Une malade de 52 ans est atteinte de fièvre ondulante, diagnostic établi par séro de Wright positif à 1/1.250 et hémoculture qui permet d'isoler un germe du genre Brucella. Or, cette femme ne boit que du lait bouilli et ne mange pas de fromage de chèvre. De plus, elle n'a fait aucun voyage depuis plusieurs années. Par contre, elle possède une vache, dont elle assure la traite, vache non malade, n'ayant pas avorté, mais qui a été soumise deux ans auparavant à une inoculation de vaccin contre l'avortement épizootique. Ce vaccin, examiné bactériologiquement, avait pour base le même microbe constaté à l'hémoculture chez la malade.

La pratique de la vaccination contre l'avortement épizootique (avec des vaccins vivants), bien que l'accord ne soit pas entièrement fait sur son efficacité, commence à se répandre dans l'élevage du gros bétail. L'observation rapportée par MM. Merliac et Lisbonne montre qu'il peut parfois être nocif pour l'homme, par l'intermédiaire de l'animal qui l'a reçu. On sait également que des vétérinaires ont pu être contagionnés par la manipulation de ces produits.

En somme, la vaccination des bovins contre l'avortement épizootique est un problème qui intéresse aussi les médecins et les hygiénistes et un contrôle de ces vaccins à usage vétérinaire apparaîtrait sans doute utile.

Conservation des stock-sérums agglutinants

(M. Paul MICHON, de Nancy ; 21-4-1936)

Il est intéressant de savoir comment se conservent les agglutinines des stocks-sérums utilisés pour la détermination des groupes sanguins, d'après la méthode de Beth-Vincent. L'emploi de stocks-sérums périmés pourrait en effet conduire à de grossières erreurs de détermination et à des désastres de transfusion.

Ayant étudié ce problème, M. Paul Michon conclut que le vieillissement des sérums n'obéit pas à des règles absolument immuables et que, pour avoir des stock-sérums actifs, il faut les choisir riches en agglutinines et aussi les surveiller régulièrement.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

La tension rachidienne des hypertendus artériels

(MM. RISER, PLANQUES, et VALDIGUIÉ, de Toulouse ; présentés par M. Noël FIESSINGER ; 7-2-1936)

Chez 90 hypertendus artériels permanents, explorés d'une manière assez complète, on peut distinguer : *a*) 54 sujets chez qui les deux pressions, veineuse et rachidienne, sont normales ; *b*) sept malades, à pression rachidienne augmentée de 1 à 2 c. c., la pression veineuse demeurant normale ; *c*) vingt-neuf malades qui ont une hypertension rachidienne certaine, au-dessus de vingt-trois en position couchée.

Comme pathogénie, on ne saurait invoquer l'hypertension artérielle proprement dite ; dans quelques cas, l'hypertension veineuse est patente et commande à elle seule, l'hypertension cranienne ; d'autres fois, la pression veineuse est normale, mais pour expliquer la tension rachidienne élevée, on peut mettre en évidence des œdèmes, de la rétention chlorée et azotée.

Néphrite érysipélateuse. Etude de la chlorémie et de l'élimination urinaire des chlorures

(MM. A. LEMIERRE, A. LAPORTE, M. LAUDAT et A. MEYER-HEINE ; 27-3-1936)

Une observation a permis à ces auteurs d'étudier parallèlement la chlorémie et l'élimination urinaire des chlorures, ainsi que l'action exercée par l'ingestion de bicarbonate de soude sur la réserve alcaline.

La malade en question a présenté un érysipèle de la face qui s'est compliqué d'une néphrite aiguë grave. Au quatrième et au cinquième jour de l'érysipèle, la diurèse journalière était de 500 c. c., il existait une albuminurie légère et l'urée du sang n'était qu'à 0 gr. 57. C'est seulement le sixième jour de la maladie, au moment où l'infection était à son déclin et où la guérison semblait prochaine que, brutalement, le volume des urines est tombé à 50 c. c. par vingt-quatre heures. Pendant les quatre jours suivants, il s'est maintenu entre 25 et 40 c. c. par vingt-quatre heures. Puis il a commencé à s'élever progressivement et, neuf jours plus tard, il a atteint deux litres. L'albuminurie n'a jamais été très accentuée : le taux maximum, 6 grammes pour 1.000, a été enregistré le jour où s'est indiquée une reprise de la diurèse. Toute hématurie, même microscopique, a fait défaut ; mais les cylindres granuleux ont été nombreux dans le sédiment.

Le chiffre maximum de l'urée sanguine, 3 gr. 97, a été noté, alors que la diurèse était déjà en augmentation depuis six jours et atteignait 750 c. c. Ce n'est que treize jours plus tard que l'urée sanguine est retombée à la normale, 0 gr. 41.

Les seules interventions thérapeutiques faites par les auteurs pour tenter de stimuler la diurèse ont été une transfusion sanguine de 150 c. c. le quatrième jour de l'oligurie extrême, et une injection intraveineuse de 100 c. c. de sérum glucosé hypertonique le lendemain. Ils n'ont pas l'impression que leur action ait été manifeste.

Cette néphrite érysipélateuse, purement azotémique, et un moment inquiétante en raison de l'oligurie extrême, qui a persisté sans détente pendant cinq jours, s'est donc terminée par la guérison spontanée.

L'étude des échanges chlorurés poursuivie chez cette malade, montre que si les lésions rénales causées par l'infection érysipélateuse ont eu pour conséquence une rétention azotée des plus nettes, elles ont retenti d'une façon toute différente vers l'excrétion chlorurée, celle-ci ayant persisté, au cours de la période d'azotémie, malgré la diète hydrique et malgré l'hypochlorémie.

Cet aspect paradoxal de l'excrétion chlorurée, momentanément transformé par une cure de rechloruration d'ailleurs modérée, mais qui avait très notablement relevé la chlorémie, a reparu par la suite, alors que le taux de l'urée sanguine était retombé à la normale, que la diurèse était redevenue abondante et que l'albuminurie avait disparu. Il est demeuré le seul témoin de la néphrite récente et qui, cliniquement, était parfaitement guérie. Il a eu pour conséquence une déperdition de chlore par l'organisme et une chute de l'hypochlorémie. Il a fallu une nouvelle cure de rechloruration pour faire cesser cette anomalie. Tout s'est donc passé comme si le processus néphrétique avait déterminé entre autres désordres de la fonction rénale un abaissement exagéré du seuil d'excrétion des chlorures.

A noter qu'on avait prescrit à la malade 8 grammes de bicarbonate de soude par la bouche, et cela durant onze jours. Non seulement, la réserve alcaline est remontée rapidement à la normale, mais elle a atteint le onzième jour du traitement le chiffre considérable de 94 vol. 6. Sans doute ce résultat est-il attribuable à une élimination défectueuse du bicarbonate de soude par le rein malade. Ces constatations montrent que la correction de l'acidose dans les néphrites peut s'obtenir par simple administration par voie buccale et que, lorsqu'il n'y a pas intolérance gastrique, il n'est pas besoin d'avoir recours aux injections intraveineuses de cette substance.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1936

Albuminuries essentielles. Céphalées et hypotension en pédiatrie

M. Albéric BOUDRY, après avoir analysé les traits essentiels et les plus objectifs de son travail sur la *fatigue* de l'enfant et attiré l'attention sur l'importance de son signe, l'*oto-érythrie* (oreille unilatéralement rouge), au cours des fatigues de l'enfant, précise le caractère et la haute signification d'une triade clinique : albuminurie essentielle, céphalée et hypotension, en pédiatrie: ce *syndrome d'alarme*, réalisé par une fatigue particulièrement sévère, doit imposer une réglementation immédiate et la plus stricte de la *diététique* qui doit être saine, oxalatée et anti-uricémique, des *exercices physiques* et *intellectuels* qui seront équilibrés, taylorisés et soumis à la sanction des tests, ainsi que du choix optimum du statut *atmosphérique* et du *milieu climatique* offerts à l'enfant.

Remarques sur l'histochimie des cellules cancéreuses

M. LÉO montre que les albumines acides de la cellule sont celles qui conditionnent son existence. La disparition des albumines acides implique la mort de la cellule.

Un cas de polytumeurs simultanées

M. G. LUQUET rapporte le cas d'une malade de 70 ans chez laquelle, dans une même séance opératoire, il fut amené, par suite des circonstances, à enlever un fibrome de l'ovaire droit, à pratiquer une néphrectomie pour grand kyste du rein droit, enfin à faire une hémicolectomie droite pour une tumeur de l'appendice et une tuberculose à forme hypertrophique du cæcum. Malgré son âge, la malade a très bien supporté ces interventions et a parfaitement guéri sans incidents.

Estomac atteint de deux ulcères térébrants

M. G. LUQUET présente une pièce opératoire de résection d'estomac. Ce dernier était porteur de deux ulcères térébrants, l'un antérieur dans le foie, l'autre postérieur dans le pancréas. A ce sujet, l'auteur insiste sur quelques points de technique permettant de traiter facilement de telles lésions par la résection. Le malade a bien guéri.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Au sujet de deux cas de névraxite suraiguë.

M. R. SOREL rapporte deux cas de névraxite de cause indéterminée, qui, évoluant en quelques jours chez des adultes jeunes, ont entraîné la mort dans un syndrome bulbaire. Le premier de ces cas concerne une jeune femme de 29 ans, chez laquelle se constitua en quelques heures une paraplégie, puis une quadraplégie flasque, accompagnée de diplopie, sans fièvre, sans réaction méningée et qui se termina en trois jours par la mort dans le tableau du syndrome de Landry. Le liquide céphalo-rachidien était normal.

La seconde observation a trait à un homme de 26 ans, qui fut frappé d'hémiparésie gauche, à type pyramidal, et chez lequel des accidents bulbaires survinrent au bout de cinq à six jours. Le malade mourut sans qu'il fût possible de préciser l'étiologie.

Ces cas, observés à quelques jours de distance, mais en des points très éloignés, traduisent des toxi-infections neurotropes cryptogénétiques, qui se localisèrent à des étages différents du névraxe, mais évoluèrent toutes deux d'une façon identique vers l'atteinte bulbaire et la mort.

Néphrite chronique urémigène et hypertensive à évolution prolongée.

MM. BOURNHOURE, BASEX et L. TAMALET. — Il s'agit d'une malade de 68 ans atteinte de néphrite chronique mixte : elle succomba après avoir présenté pendant plusieurs semaines un état demi-comateux avec somnolence prolongée, orthopnée et vomissements périodiques. On doit noter dans ce cas : la longue durée de l'affection dont le début remontait à l'âge de 25 ans (typhoïde et grippe), l'aggravation classique à la ménopause, la phase de stabilisation à 55 ans avec grands œdèmes persistants du membre inférieur. L'albumine urinaire s'élevait pendant cette période à 1,75 %, l'azotémie à 1,30.

Au point de vue anatomique, il s'agissait d'atrophie rénale avec sclérose interne, la rate et le foie étaient également atteints : le cœur était de petit volume et le ventricule gauche sans hypertrophie ni dilatation.

Modification possible de la séro-floculation à la mélanine de Henry sous l'influence du thorium X

M. MAURIN. — Dans la séro-floculation de Henry du paludisme qui comprend une mélano-floculation, la mélanine n'a pas de propriétés antigènes et l'on considère cette séro-floculation comme spécifique. Cependant, l'injection de thorium X à la dose de 60 microgrammes à un lapin permet de constater, en sacrifiant l'animal quarante-huit heures après, que la mélano-floculation devient légèrement positive.

Par suite, dans les cas rares, où un sujet serait soumis à l'action du thorium X, il serait difficile de préciser le diagnostic par la séro-floculation à la mélanine : notion à retenir pour le sérologiste qui apprendrait que du thorium X a été donné à son malade.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Séance du 14 février 1936

Etude comparative des effets cardio-vasculo-sympathiques de l'atropine végétale et de l'atropine synthétique

MM. EUZIÈRE, CASTAGNE, LAFON et DUPUY étudient ces deux agents en employant l'épreuve de Daniélopolu ; ils constatent que l'atropine synthétique a une action sur les terminaisons sympathiques et qu'elle provoque de la vaso-dilatation. Ces deux médications, loin d'être équivalentes, paraissent au contraire se compléter.

Scoliose congénitale suivie pendant cinq ans

MM. ETIENNE, LAPEYRIE et CABANAC rapportent une observation de scoliose congénitale par défaut d'une hémi-vertèbre. Le malade est traité depuis trois ans et les auteurs ont constaté un arrêt de la déviation et un développement satisfaisant des portions sus et sous-jacentes de la colonne vertébrale.

Le larmoiement dans la maladie de Basedow

M. VIALLEFONT. — Le larmoiement peut être un signe précoce et révélateur du goitre exophtalmique, comme le montre l'observation rapportée par l'auteur.

Kyste hydatique du foie latent révélé par un ictère du type par rétention

MM. RIMBAUD, Anselme MARTIN et BERT rapportent l'observation d'un malade ayant fait, après une phase fébrile, un syndrome douloureux de la région dorsale inférieure et un ictère par rétention. Il s'agissait d'une obstruction des voies biliaires par la fissuration d'un kyste hydatique du foie latent. L'évolution se fit spontanément vers la guérison.

Séance du 21 février 1936

MM. HARANT et SIRC. — **Présentation d'un têtard polymèle.**

Etude de la vaso-motricité dans un cas de syndrome de Brown-Séquard

MM. EUZIÈRE, CASTAGNE, LAFON et FASSIO rapportent l'étude détaillée des troubles vaso-moteurs observés dans un syndrome de Brown-Séquard. Ils constatent, au-dessus de la lésion : du même côté, un syndrome de vaso-constriction et, du côté opposé : un syndrome de vaso-dilatation ; au niveau de la lésion et du même côté, un syndrome de vaso-dilatation.

Etude de la morphologie des capillaires cutanés dans la sclérodermie

MM. EUZIÈRE, LAFON, ROCHE et Mlle GOUROVITCH ont étudié deux cas de sclérodermie et ont constaté des déformations des capillaires se traduisant, soit par le pelotonnement de l'extrémité des anses, soit par la distension des anses au niveau du limbe, soit enfin par la suppression des anses et l'apparition du plexus sous-capillaire.

Séance du 6 mars 1936

A propos d'un cas de commotion labyrinthique pure par détonation de canon

MM. J. TERRACOL et J. CHEYNEL. — Histoire d'un militaire, qui, à la suite de tirs répétés, présenta des lésions vestibulo-cochléaires avec paralysie faciale, suivies de guérison de la septième paire, mais de troubles importants et définitifs de la huitième paire cranienne.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Séance du mardi 17 mars 1936

Un cas de pneumonie prolongée chez un syphilitique

MM. BERNARD et MASSY. — Pneumonie lobaire supérieure droite, ayant ébauché sa chute au sixième jour. La fièvre persiste ensuite pendant un mois, les signes physiques et radiologiques, pendant trois mois.

S'il est admis qu'une pneumonie peut se prolonger, du fait d'une atténuation de virulence, d'une association microbienne ou d'une modification de terrain, les auteurs pensent que la tendance plus spéciale d'un syphilitique à faire de la sclérose, explique, pour une grande part, la prolongation de la pneumonie chez leur malade.

Comme toujours en pareille circonstance, le rôle important du diagnostic a été d'éliminer la tuberculose.

Le mode d'action des carbures cancérigènes

MM. DELATTRE et LOU-CHANG. — Après avoir rappelé l'action du benzopyrène, les auteurs étudient les phénomènes de cancérisation sur la peau, le sang, les urines, etc... Ils indiquent les procédés permettant de freiner ou d'accélérer ces processus cancérigènes

Les plaies en cage. Application de la méthode en chirurgie otologique

M. DIDIER applique à la chirurgie otologique la méthode déjà connue de traiter les plaies par application d'une cage, évitant le contact direct du pansement. Il a pu obtenir, en trois semaines, la cicatrisation complète d'une mastoïdite ; en douze jours, celle d'un évidement. Il discute les avantages et les inconvénients de ce procédé thérapeutique.

Les Livres

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Troubles de la Croissance, de la Puberté, de la Nutrition et des Glandes endocrines

Par le Professeur P. NOBÉCOURT

Depuis 1930, M. le Professeur NOBÉCOURT a réuni en volumes les leçons qu'il a faites à la Clinique des Enfants-Malades de la Faculté de médecine de Paris. Nombre de ces leçons, toutes très intéressantes, ont été publiées dans le *Concours Médical*, revues par le maître et nous le remercions vivement d'avoir bien voulu nous honorer ainsi de sa précieuse collaboration. Aujourd'hui, le Professeur Nobécourt fait paraître le treizième volume de ses cliniques (1) qui comprend ses leçons sur les *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*.

Ces troubles sont fréquents chez les enfants aux trois périodes de l'enfance. Lors de la puberté, ils se confondent avec les troubles de l'évolution sexuelle qui prend une place prépondérante quand jusqu'alors elle restait au second plan. Ces troubles le plus souvent complexes exigent pour en élucider la nature et en tirer les indications d'une thérapeutique efficace, une étude minutieuse du petit malade : une étude morphologique, anthropométrique, sexuelle, un examen clinique méthodique, complété par l'exploration radiologique et toutes les recherches biologiques nécessaires. Trop souvent toutes ces études ne permettent que des hypothèses qu'il faudra bien se garder de considérer comme des réalités. De même pour les traitements institués ; pour juger de leur efficacité, il convient de tenir compte des modalités de la croissance staturale et de l'évolution pubérale à un âge où l'enfant se développe et se transforme.

M. le Professeur Nobécourt insiste sur le caractère clinique de son livre ; ce n'est pas un traité théorique qui, en une synthèse, décrit des maladies, c'est un livre d'art médical, de science appliquée, où l'auteur n'envisage que des malades, des êtres vivants différents les uns des autres et qui peuvent réagir différemment sous l'influence d'un même processus morbide.

***

M. le Professeur Nobécourt étudie d'abord les *hypotrophies* et les *hypertrophies staturales* et conclut, après un sérieux examen de cas cliniques différents que la prédisposition à la tuberculose pulmonaire, réalisée par une haute stature, lui paraît très problématique.

Etudiant la *puberté chez les filles*, M. Nobécourt montre que les caractères sexuels secondaires qui distinguent les filles et les garçons se précisent à partir de 6 ans et surtout de 9 à 12 ans (période prépubérale). La première menstruation, la ponte d'ovules mûrs pouvant être fécondés se manifeste à 13 ou 14 ans ; la période pubertaire dure généralement trois années de 12 à 15 ans. Les règles reviennent à des intervalles de 25 à 30 jours.

Il ne faut pas confondre la puberté et la nubilité. Il y a une période internubilo-pubertaire pendant laquelle la jeune fille se perfectionne et qui dure cinq années. Une fille pubère à 13 ans est nubile à 18 ans. Ce n'est que lorsqu'elle est nubile, qu'une jeune fille est apte au mariage et capable de fournir les frais d'une bonne gestation.

Chez les *garcons* la *puberté* évolue de 14 ans 1 /2 à 17 ans 1 /2. Son éclosion se fait à 15 ans 1 /2 et ils sont nubiles à 20 ans.

Une leçon sur les *aménorrhées de la puberté* fait suite. Ces aménorrhées sont dues soit exclusivement à un trouble ovarien, soit à des troubles ovariens relevant de l'insuffisance des hormones gonadotropes de l'antéhypophyse ou de l'hormone thyroïdienne liée dans le second cas à l'excès d'hormone cortico-surrénale. La sous-alimentation, le défaut d'hygiène générale, les maladies aiguës ou chroniques, les anémies, les troubles digestifs, le myxœdème, les tumeurs de l'hypophyse, les émotions, les accidents, les refroidissements peuvent être isolément ou conjointement cause des aménorrhées de la puberté, qu'on traite en tâchant de supprimer les causes et en prescrivant l'extrait ovarien, la folliculine, l'ocréine ; on peut avoir recours aux opothérapies antéhypophysaire ou thyroïdienne

Les leçons suivantes ont trait à des types morbides peu fréquents : telle l'*achondroplasie* dans la grande enfance qui établit le rôle capital de l'insuffisance primaire du cartilage germinatif à l'origine de certaines hypotrophies staturales.

(1) Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), 1936.

Le sujet de cette leçon est un cas d'achondroplasie légère, fruste, mais nette.

Tel aussi un cas de *rachitisme dans la moyenne enfance.* Ce rachitisme tardif est rare mais les lésions et les symptômes sont les mêmes que dans le rachitisme commun de la première enfance. Le repos au lit, l'hygiène générale (vie au grand air et au soleil, mer, montagne), régime alimentaire surveillé, les rayons ultra-violets, la vitamine D, l'ergostérine irradiée donnent d'excellents résultats.

A propos d'un goitre exophtalmique fruste chez une fille de q inze ans, le Professeur Nobécourt fait l'étude clinique du *goitre exophtalmique chez les enfants,* avec ses symptômes, cardinaux (goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement rare chez l'enfant) et ses symptômes du second plan (troubles psycho-moteurs, vaso-moteurs, digestifs, urinaires, nutritifs, température instable, anémie, troubles de la croissance, du métabolisme basal, qui, tantôt augmenté, tantôt diminué, permet de mettre en question l'unité de la maladie de Basedow).

Le traitement exige une hygiène générale appropriée (vie calme, isolement, parfois repos au lit), un régime alimentaire mixte à prédominance lacto-végétarienne, pas d'excitants comme le vin, le bière, le café, le thé, l'hydrothérapie tiède, les cures hydrominérales à Néris, Bagnères-de-Bigorre, Divonne. On administrera des sédatifs du sytème nerveux (bromures, valériane, passiflore, saule, aubépine, gardénal, quinine ; parfois le salicylate d'ésérine excitant du parasympathique et par suite le médicament de la sympathicotonie, le tartrate d'ergotamine).

L'hyperthyroïdie exigera d'avoir recours à l'opothérapie (hémato-éthyroïdine), à l'iode, à l'électrothérapie, à la radiothérapie, même à la chirurgie.

A propos d'un cas de nanisme et d'infantilisme hypophysaire, suivi pendant de longues années, le maître étudie la *croissance staturale et la taille dans les tumeurs de l'hypophyse.*

Il relate les malformations des organes génito-urinaires, ce qui le conduit à étudier les enfants gynandroïdes et le *syndrome génito-surrénal* (hypercroissance et hypertrophie staturale, hirsutisme, anomalies des organes génitaux externes). L'examen des causes du *syndrome chiasmatique* qui s'accompagne d'*obésité,* permet de décrire une obésité d'origine hypophysaire, une obésité d'origine infundibulo-tubérienne et une obésité d'origine neuro-hypophysaire.

Enfin l'examen clinique d'une fille de six ans très maigre permet à M. Nobécourt de faire d'intéressantes considérations sur la *maigreur,* l'*hypotrophie pondérale* et l'*amaigrissement.*

L'amaigrissement peut résulter de vices d'alimentation ou de maladies diverses et être secondaire, symptomatique ; il peut être primitif essentiel, tenir parfois à l'anorexie mentale, psychique, nerveuse.

Cette énumération des leçons cliniques de M. Nobécourt donne une idée imparfaite de la méthode du maître qui, à propos d'un cas typique ou exceptionnel, étudie la maladie sous toutes ses faces. Nos lecteurs, répétons-le, ont pu plus complètement se rendre compte de la valeur de cette méthode en lisant les nombreuses leçons cliniques du Professeur que le *Concours médical* a publiées.

J. Noir.

Les livres qui viennent de paraître....

Editions Hippocrate,
7, rue des Grands-Degrés, Paris

Prof. Docteur A.-L. Tchijevsky, de Moscou. — **Les phénomènes électro-dynamiques dans le sang et le moyen de les diriger**. Un vol. 48 pages, 1936.

Chez G. Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon

G. Jeanneney et G. Hirtz. — **Formulaire endocrinologique du praticien**. Un vol. in-8°, 160 p., 22 fig. Prix · 20 francs.

Edité par la Société médicale d'Aix-les-Bains

Aix-les-Bains médical. Archives cliniques, radiologiques et thérapeutiques de rhumatologie. 1re année, n° 2, avril 1936, le numéro, 3 francs.

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France. Sanatoriums. Maisons de santé. 64e édition. Année 1936. Un vol. 756 pages avec illustrations. Prix : 60 francs.

Ouvrage remis gratuitement aux médecins qui en feront la demande (envoi par poste contre mandat de 5 francs).

Cet ouvrage contient une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur la plupart des sanatoriums et maisons de santé. On y trouvera aussi des renseignements administratifs et des articles scientifiques sur la crénothérapie et la climatothérapie.

Les Thèses

P. — Dr J. Ageorges. — **Aspects radiologiques du poumon après abandon du pneumothorax artificiel.** (Thèse, 1936.)

Dans la quasi-totalité des pneumothorax artificiels, le poumon collabé revient à la paroi. Ce n'est que lorsqu'il y a pleurésies purulentes récidivantes avec collapsus pulmonaire total que cette réexpansion peut faire défaut.

Dans tous les cas où il a été possible de juger l'aspect radiologique du parenchyme après abandon du pneumothorax artificiel, le poumon a paru sensiblement normal. Ce qui confirme l'opinion que la guérison de la tuberculose pulmonaire s'accompagne en règle d'un nettoyage radiologique. La pachypleurite est fonction de l'ancienneté ou de l'importance des lésions pulmonaires d'une part, de la durée des épanchements d'autre part.

Dans un tiers des cas, l'image radiologique est absolument normale avec intégrité des mouvements du diaphragme.

La déviation en crosse de la trachée est une séquelle assez fréquente (un tiers des cas).

P. — Dr Fr. Faye. — **Des éléments du pronostic des paralysies diphtériques généralisées de l'enfant.** (Thèse, 1936).

Les éléments du pronostic des paralysies diphtériques généralisées chez l'enfant sont nombreux. Interviennent : l'âge du malade, le pronostic étant presque toujours fatal au-dessous de 2 ans, réservé de 2 à 4 ans, et ne devenant plus favorable qu'au-dessus de cet âge ; les antécédents ; l'albuminurie et l'hyperazotémie ; les signes cardio-vasculaires concomitants ; l'association possible d'une autre maladie infectieuse ou générale ; les paralysies respiratoires, etc.

Quant au pronostic *fonctionnel* éloigné des paralysies il est toujours bon. L'avenir du malade qui guérit n'est entaché d'aucune séquelle clinique ou électrique.

P. — Dr S. Axelrad. — **La survie du cœur dans la mort apparente.** (Thèse, 1936.)

Dans la pratique actuelle, on devrait demander à l'électrocardiographie la confirmation de la mort à côté des autres signes.

Si la réalisation de l'électrocardiogramme paraît difficile en clientèle, il serait souhaitable que son développement soit généralisé dans les centres industriels où les accidents sont fréquents (asphyxie aiguë, électrocution pofessionnelle) en raison des services qu'il rend en indiquant le moment efficace de l'injection intracardiaque.

Il ne faut jamais porter le diagnostic de mort réelle en présence d'un sujet dont le cœur et la respiration sont arrêtés ; la mort est certaine seulement si on observe le refroidissement, la rigidité et la lividité. Si ces trois derniers signes n'existent pas et si on ne dispose pas d'un électrocardiographe, il ne faut pas cependant abandonner le sujet : on utilisera tous les moyens thérapeutiques de réanimation et en dernier lieu l'adrénaline intracardiaque.

Les résultats des observations et des expérimentations apportés font comprendre les effets souvent remarquables de l'adrénaline injectée par voie intracardiaque au cours des syncopes graves et des états de mort apparente.

Str. — Dr S. Goldschlager. — **Examen critique d'un cas d'écrasement par train.** (Thèse, 1936.)

L'auteur fait un long exposé des données médicolégales recueillies à propos d'un cas d'écrasement par train. Il s'agit du cas d'un magistrat parisien, trouvé sur la voie ferrée de la ligne Paris-Dijon, dont la mort dramatique fit grand bruit en raison des circonstances politiques qui l'accompagnaient.

Le Dr Goldschlager conclut plutôt à l'assassinat après anesthésie prolongée. Il lui paraît impossible d'attribuer au passage du train les ecchymoses relevées au visage et à la face externe du larynx. L'œdème pulmonaire constaté à l'autopsie ne pourrait selon lui être dû qu'à un anesthésique nécrosant. La nécrose du poumon n'a pu se produire que deux heures au moins après l'application du tampon anesthésiant. La victime aurait été endormie depuis au moins deux heures lorsqu'elle fut écrasée par le train.

Mp. — Dr M. Rouquette. — **Contribution à l'étude des périviscérites gastro-intestinales essentielles généralisées.** (Thèse, 1936.)

Les périsviscérites digestives essentielles représentent un syndrome anatomoclinique, de causes diverses, dont le caractère est une réaction de l'organisme modifiant le mode de fixation d'un ou plusieurs segments du tube digestif, avec toutes les conséquences que cela comporte.

Ce syndrome dont l'anatomie-pathologique n'a rien de spécifique affecte un polymorphisme de symptômes qui est le fait essentiel de sa séméiologie. Les difficultés du diagnostic clinique ne peuvent être résolues que par la radiographie.

3° Les périviscérites digestives essentielles ne sont justiciables que d'une thérapeutique médicale. Elles sont aggravées par le traumatisme chirurgical. L'intervention opératoire sera strictement réservée aux cas de complications mécaniques telles que les occlusions ou les subocclusions compromettant la vie du malade de façon immédiate.

Mp. — Dr P. Fons. — **Le traitement des gangrènes par artérites par la méthode de Silbert.** (Thèse 1936).

La méthode de Samuel Silbert est simple : elle consiste en injections intraveineuses de solution saline hypertonique à 5 %, à la dose de 300 c. c., trois fois par semaine, puis deux, puis une fois par semaine pendant assez longtemps ; interdiction formelle de l'usage du tabac et section des nerfs périphériques si la douleur est très forte. Elle s'adresse aux gangrènes par artérites, principalement celles relevant d'une thrombo-angéite oblitérante, chez les sujets adultes jusqu'à l'âge de 60 ans.

Les résultats rapportés par Silbert sont très séduisants. Sur 524 cas traités et observés pendant dix ans, il a été constaté, dans 83 % des cas, une amélioration qui s'est traduite par un arrêt de la douleur, une amélioration de la marche, une augmentation de l'indice oscillométrique, un accroissement de la température des extrémités, la guérison des ulcérations gangréneuses et la réouverture des vaisseaux oblitérés. Le pourcentage des amputations a été abaissé à 7,6 %.

Cette méthode, appliquée sur une très grande échelle en Amérique, et qui donne une importante proportion de guérisons durables, est, du fait de nos habitudes hospitalières, d'emploi difficile en France.

A New-York, les malades viennent au Dispensaire, sont aussitôt installés sur la table et l'injection est faite sans perdre de temps. Un quart d'heure après, ils peuvent partir reprendre leur travail.

Chez nous, l'organisation hospitalière est telle que les malades perdent presque chaque fois toute une matinée. Dans ces conditions, ils préfèrent abandonner le traitement.

Il y a là un problème social à considérer. Les artéritiques doivent suivre longtemps un traitement sans être empêchés de travailler. Ils doivent également exercer une profession en rapport avec leur maladie. A cet égard, en Amérique, le service social leur procure des situations adaptées à leurs moyens physiques.

L'auteur présente enfin quelques observations de gangrènes par artérite oblitérante traitées par injection de sérum salé, avec résultats favorables.

P. — Dr S. Luszynski. — **La tension artérielle pendant le cycle menstruel chez la femme.** (Thèse, 1936).

De l'étude de trente courbes de la tension artérielle pendant le cycle menstruel, l'auteur croit pouvoir dégager les conclusions que voici : il existe, contrairement à l'opinion de certains auteurs, une relation entre les variations de la tension artérielle et le cycle menstruel chez la femme.

D'une manière générale, chez la femme saine, la tension artérielle, surtout la maxima, s'élève à la période prémenstruelle, deux ou trois jours avant le commencement de l'écoulement, de 1 à 3 cm. de Hg. La minima s'élève parfois de 1 à 1 centimètre et demi.

Au début de la période menstruelle, la tension artérielle descend pendant les deux premiers jours pour remonter ensuite de nouveau quand l'écoulement devient plus abondant.

La quantité de sang émise ne provoque pas la chute de la tension, car celle-ci se produit quand l'écoulement est encore faible. La maxima remonte le deuxième ou troisième jour, quand l'écoulement est le plus abondant. En outre, la perte de sang pendant toute la période menstruelle (200 à 300 grammes) est inférieure à la quantité de sang (800-900 grammes) nécessaire pour faire baisser la maxima de un centimètre de Hg.

A la période post-menstruelle, la tension artérielle revient à sa valeur normale qui est celle constatée à la période intermenstruelle.

D'une manière générale chez les femmes malades, présentant des algies en dehors de la sphère génitale liées aux époques menstruelles, on constate une élévation maxima très importante allant jusqu'à 6 cent. de Hg à la période prémenstruelle.

La diminution de la pression différentielle à l'époque de l'ovulation, fréquente chez la femme saine l'est beaucoup moins dans la menstruation pathologique.

P. — Dr Yves Nau. — **Sur le traitement des néoplasies par les extraits de tumeurs.** (Thèse, 1936.)

Le cancer ne paraît pas être seulement une affection locale, mais aussi une maladie générale ; un traitement complet des néoplasies doit donc tendre à supprimer la lésion locale et à remédier au trouble général.

Parmi les médications préconisées comme susceptibles d'augmenter la résistance organique à l'égard du cancer, la thérapeutique par les extraits de tumeurs paraît principalement indiquée. Son efficacité ressort des observations où, employée seule, elle a pu déterminer la régression cliniquement complète de foyers cancéreux.

Pour qu'une telle action puisse se manifester pleinement et demeurer durable, l'adjonction d'un traitement local — chirurgical ou radiothérapique — destructeur des éléments néoplasiques, ainsi que d'un traitement général modificateur du terrain cancéreux par apport de substances manquantes (magnésium, calcium, extraits glandulaires) semble le plus généralement indispensable.

Par cela même nous voyons que, loin de se contrarier, les divers traitements anticancéreux, bien au contraire, se renforcent et se complètent, à condition d'être judicieusement choisis.

THÉRAPEUTIQUE

Réflexions sur l'eczéma et son traitement oposérothérapique « per os »

Par le Docteur L. MARCERON
Ancien chef de Laboratoire de l'Hôpital Saint-Louis
Lauréat des Facultés de médecine et de pharmacie de Paris

Si l'eczéma est anatomiquement une lésion inflammatoire bien précise de la peau, sa cause en est infiniment controversée et son mécanisme à peu près inconnu. Pourtant tous ceux qui voient fréquemment des eczémateux se forment petit à petit une opinion sur la signification de cette maladie, opinion intuitive, sans base objective précise, mais qui ne peut pas ne pas influer sur la façon de conduire le traitement.

L'eczéma se comporte à la façon d'une *soupape de sûreté.* La vésicule eczémateuse est sinon la voie d'évacuation de produits accumulés en excès dans l'organisme, du moins le témoin de cette évacuation et cela suffit à en affirmer le caractère arthritique.

L'arthritisme, terme flou scientifiquement parlant, est pourtant bien précis pratiquement parlant puisqu'il représente toute la série des accidents dont peuvent être atteints ceux dont l'organisme reçoit plus qu'il ne dépense.

De fait l'eczéma ne se rencontre que chez de tels individus : les gros mangeurs, ceux de la classe aisée dont la nourriture trop riche n'a pas sa contre-partie dans un exercice suffisant, ceux de la classe laborieuse obligés à un travail sédentaire, ceux qu'une infirmité oblige à un manque total d'activité physique, en un mot tous ceux dont le bilan est trop favorable.

On peut objecter qu'il y a des ezcémas dus à des irritations nettement externes : eczéma d'eau, eczéma des cimentiers, eczémas par contact de certains corps végétaux ; mais là encore l'expérience confirme que le produit irritant n'est que l'appel vers la peau d'une activité éliminatrice qui cherche sa voie. Le traitement paraît alors enfantin ; mais pourtant ceux dont le régime est rétabli dans le juste souci d'équilibrer recettes et dépenses ne voient pas guérir leur eczéma avant longtemps.Tout se passe comme si avant l'établissement de la nouvelle statique, il y avait une période d'écoulement des stocks.

Quelle est la nature de ces produits stockés ? L'accord est difficile à faire sur leur identité exacte mais qu'il s'agisse de tel ou tel corps chimique il est une qualité physique qui les caractérise tous, c'est leur faibe solubilité. Ces floculats ou même ces précipités ont de la peine à traverser les membranes filtrantes des émonctoires ; foie et rein en particulier. Bien plus, l'effort fait par de telles suspensions pour traverser le filtre, leur accumulation possible contre ou dans la membrane elle-même déterminent la moindre valeur de cette dernière, et l'état fonctionnel d'un foie et d'un rein chez l'arthritique comme chez l'eczémateux est presque toujours diminué.

Si dans le traitement de l'eczéma, le régime tient une place importante il est de toute nécessité de « décolmater » les émonctoires et de leur rendre le maximum de puissance.

Mais l'expérience démontre que ce n'est pas suffisant. En effet, le contrôle des sorties reste l'apanage du système sympathico-endocrinien et nous en avons pour preuve ces très fréquents eczémas à poussées cataméniales ou ceux apparus à l'occasion d'une ménopause. Dans ces derniers cas, l'opothérapie ovarienne se montre très active. Mais l'ovaire n'agit pas seul et il semble que toutes les glandes à sécrétion interne participent au brassage et à la dispersion moléculaire des trop mystérieux floculats.

Enfin, et ceci est un fait d'expérience, tout se passe comme si les organes d'élimination avaient leur préférence ; leur filtre marque une certaine répulsion à laisser passer certains produits auxquels l'organisme est *sensibilisé.* C'est ainsi que pour un eczémateux donné, un produit que lui-même finit souvent par identifier détermine à coup sûr une poussée.

Nous connaissons maintenant toutes les conditions thérapeutiques de l'état eczémateux, cas particulier de l'état arthritique :

Diminuer les apports.
Libérer les émonctoires.
Favoriser le brassage endocrinien.
Désensibiliser.

La diminution des apports relève du régime. Les trois autres conditions de la thérapeutique proprement dite.

Libérer les émonctoires... cela peut se faire par l'emploi de diurétiques et de cholagogues ; cela peut se faire aussi en augmentant la valeur du foie et du rein par l'opothérapie rénale et hépatique.

Favoriser le brassage endocrinien.... cela ne peut se faire que par l'opothérapie pluri-glandulaire, parce que l'expérience en a montré la puissance — et puisque dans la question mysté-

rieuse de l'eczéma nous sommes obligés d'employer de multiples « tout se passe comme si... ». nous proposons : tout se passe comme si les corps à précipitation trop facile ayant besoin pour filtrer de voir leurs molécules divisées, ce travail ne pouvait se faire qu'en passant et repassant à travers les épithéliums glandulaires à sécrétion interne. Ainsi le produit nocif filtré et refiltré finit par passer une dernière muqueuse hépatique ou rénale qui expulse définitivement l'indésirable.

Désensibiliser..... Lorsque le produit sensibilisateur est identifié, le problème est relativement simple. Ou bien on évite son introduction dans l'organisme ou on tente une méthode de désensibilisation.

Nous voici encore devant un des mystères qui pullulent dans la question de l'eczéma. Par quelle série de tentatives plus ou moins raisonnées, par quelles séries de hasards heureux en est-on arrivé là, nous ne savons, mais il est un fait, c'est qu'on obtient des résultats soit par le choc préprandial de peptone, soit par les hémothérapies, « auto-hémo », « auto-sero », « hétero-hémo », hétero-sérothérapies. Si les résultats de ces médications sont inconstants, ils n'en sont pas moins d'un apport sérieux à la thérapeutique très polymorphe de l'eczéma.

Puisque chacune des thérapeutiques de l'eczéma a sa valeur et puisque aussi chacune d'elles est passible d'insuccès, nous avons pensé que leur action synergique ne pourrait qu'augmenter les chances thérapeutiques et de fait leur association donne des résultats incontestables. Mais la synergie exige la simultanéité et dans la pratique on ne peut guère accabler le malheureux eczémateux de ces thérapeutiques si leur association simple ne peut être obtenue.

Régime,
Polyopothérapie,
Sérothérapie,
Peptonothérapie,

qui, nous le répétons, doivent être menés de front. Cela nous conduit à employer une formule unique réunissant la polyopothérapie et la sérothérapie en observant par rapport aux repas un horaire qui assure le favorable choc prépandial.

En équilibrant dans la formule les poudres desséchées d'organes jeunes fraîchement prélevés sur des animaux jeunes, en donnant une certaine importance au foie et au rein, en insistant aussi sur la rate dont on connaît l'activité si particulière aux frontières de l'opothérapie et de l'hémothérapie, en ajoutant des sérums desséchés d'animaux jeunes, sérums exaltés par des transfusions et des saignées, on en arrive à une formule, complexe, sans doute, mais d'activité certaine. L'administration s'en fait *per os*.

On peut objecter la faible activité d'un sérum desséché absorbé par voie digestive. En réalité, pourvu que le produit soit frais, il traverse parfaitement la muqueuse intestinale et permet le choc recherché. Enfin, pour obtenir un effet analogue à celui de la peptone, le complexe médicamenteux a intérêt à être administré trois quarts d'heure avant les repas.

Cette poudre peut être prise par paquets ou en cachets mais, étant donnée la nécessité de protéger les produits contre l'altération due à l'air, il est préférable de l'enrober dans des dragées.

L'expérience nous a amenés à considérer que le traitement oposérothérapique devait être mené avec une certaine fermeté ; les doses doivent être choisies pour déterminer une diurèse abondante et même un certain degré de sécheresse de la langue, un malaise général qui coïncident presque toujours avec les premiers effets thérapeutiques.

Normalement, une telle cure destinée à faire céder une poussée d'eczéma dure une dizaine de jours, mais on en peut facilement prolonger l'application. Dans 50 % des cas, une cure de 10 jours suffit à faire disparaître toute éruption; une autre cure est nécessaire dans 35 % des cas. Les insuccès sont exceptionnels.

Bien entendu, une ou deux cures ne suffisent pas à transformer un tempérament et le traitement oposérothérapique doit être répété à intervalles réguliers. Dans l'ensemble, nous conseillons tous les trois mois une cure d'entretien.

Il n'y a pas de traitement univoque de l'eczéma mais si l'oposérothérapie par voie buccale n'a pas la prétention de faire face à toutes les éventualités, il faut reconnaître qu'elle est un traitement facile, de résultat brillant et présentant même l'avantage par emploi régulier d'agir profondément sur l'équilibre général.

A la longue, non seulement l'état eczématique est grandement amélioré ou même guéri mais le terrain arthritique lui-même subit une modification favorable considérable.

Dr L. Marceron

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

ÊTRE « AU COURANT »

Voici une expression nationale qui érige devant nous, médecins, une impérieuse règle de vie ; elle concrétise ce que notre sort aura toujours d'inquiet et d'inachevé.

Il y a des gens, qui, le soir venu, ont l'apaisante certitude d'avoir accompli leur journée ; ils s'estiment en droit de savourer un loisir bien gagné et s'abandonnent aux charmes d'un roman ou d'un bridge, de la conversation ou de la T. S. F. Certains vont même jusqu'à narguer le temps qui coule et les emporte, et, béats au creux d'un fauteuil, passent une heure ou deux à vraiment ne rien faire. Incontestablement ce sont les vrais sages, les derniers qui restent en ce monde : ils s'écoutent vivre, et sans doute savent-ils des choses que nous ne connaîtrons jamais. Car nous sommes bourrelés de soucis et de travaux ; nous sommes des écureuils affairés à faire tourner leur roue ; la roue, à son tour, nous entraîne et nous force à nous démener ; et, l'un poussant l'autre, nous allons ainsi sans répit jusqu'à ce que le système s'enraye, soit que la mécanique se détraque, soit que l'animal en crève.

Pour *être* au courant, il faut *se tenir* au courant. Il y a un demi-siècle c'était encore, pour le médecin, une salubre et agréable gymnastique de l'esprit. Le dernier traité paru constituait un bréviaire où revenir, de temps à autre, alimenter ses méditations et étayer sa doctrine.

Deux ou trois revues suffisaient amplement à lui décrire ce qui se passait de neuf dans le monde touchant sa profession. Et, au prix d'un léger sacrifice sur son temps de loisir, il acquérait l'intime satisfaction de suivre le gros de l'armée, de ne pas être un éclopé en train de se laisser distancer. Sa conscience aussi était en repos : les malades qui se fiaient à lui ne seraient pas trompés et bénéficieraient de la dernière technique comme du plus récent remède. Comme cette époque fortunée comptait encore des écrivains, des penseurs, des artistes, dignes d'intéresser une « tête bien faite » le médecin curieux trouvait quelques bribes de temps de reste pour lire, regarder des gravures, écouter ou déchiffrer de la musique. Il n'eût pas toléré d'ignorer tout d'un écrivain en renom, de n'avoir pas d'opinion sur les doctrines d'un philosophe. La devise de Lucrèce était alors celle de tout homme éclairé : en tout il convenait d'être au courant. Que l'on fût premièrement médecin, d'accord ; mais non pas sans entretenir, jouxtant le potager professionnel, un noble jardin d'Académus, aux verts ombrages et aux murmurantes pièces d'eau.

Cet éclectisme produisait des esprits chatoyants, pleins de séductions et de mystère ; le hasard d'un mot ouvrait une échappée vers quelque futaie insoupçonnée. L'on pouvait vivre des mois auprès d'un homme sans trouver la formule de sa personnalité, et savoir seulement qu'il était, comme dit Montaigne, « digne d'être aimé ».

Austère comme Trousseau, décoratif comme Dieulafoy ou Pozzi, jovial comme Brissaud, apostolique comme Richet, c'était toujours, dans une diverse ordonnance, le même être avide de capter et de s'incorporer toutes les émanations de son époque. Même obscur et isolé autant que le village où il exerçait, le médecin d'alors était souvent une façon d'encyclopédie en qui se reflétaient les ramures de l'Arbre de Science. Nous en avons tous connu de ces respectables et admirables confrères. Ils auront été les derniers de leur espèce.

***

Car où en sommes-nous aujourd'hui ?

Aujourd'hui, en matière de connaissances médicales comme de possessions économiques, nous sommes étouffés par la pléthore. Chaque jour une nuée de notions nouvelles prend son essor ; elles s'entrecroisent et se heurtent sur nos têtes ; elles se matérialisent en d'innombrables publications. Du jour au lendemain une vérité s'affirme et est répudiée ; le vent d'Est prône tel procédé que le vent d'ouest dénigre. C'est la confusion des langues renouvelée de la tour de Babel. Chaque fois que me parvient la très complète documentation éditée par le *Monde Médical* sur les acquisitions de l'année écoulée (il n'y faut pas moins d'un fort volume de 2 ou 300 pages) je suis saisi d'un véritable accablement. Tout en rendant grâce aux bénédictins qui, pour ma commodité, ont accompli un tel travail, je ne puis m'empêcher de penser qu'ils m'ouvrent une mine et que j'en explorerai à peine une veine infime. Même en se mettant, d'une étude acharnée, à extraire toute la moelle de haut goût condensée en cet os, à peine aurait-on

fini qu'il faudrait en hâte remettre au goût du jour beaucoup de connaissances si chèrement acquises et déjà défraîchies. A ce train là Pénélope elle-même n'aurait pas tenu le coup !

Pas plus que ne le tiennent aujourd'hui les vastes traités en dix volumes. Ils ne représentent plus la formule moderne : l'on nous fabrique des fiches. Et l'éditeur a grand soin de préciser que, dans un an ou dix-huit mois, celle qu'il nous adressa ce matin, n'étant plus bonne qu'à jeter au rebut, devra être remplacée par une autre. C'est ainsi que nous est mesurée la certitude! « Croyez cela jusqu'à l'année prochaine » nous dit-on, « à ce moment-là il est probable que ce que nous vous enseignons présentement ne sera plus qu'erreur et imposture ».

Naturellement personne ne se met en frais pour présenter des vérités si précaires. Plus de ces sonores périodes qu'un Dieulafoy ciselait amoureusement croyant s'adresser aux générations : des mots tout secs, des formules, des comprimés qui ne tiennent pas de place. Nous revêtons d'un cache-misère l'idée nouvelle avant de la lancer par le monde ; c'est bien assez bon pour les quelques mois qu'elle a à vivre.

Si nous ne valons pas nos anciens, si le monde moderne n'est plus qu'une steppe infiniment morne, si beaucoup d'entre nous sont submergés par le spleen, s'ils doutent de l'avenir et d'eux-mêmes, peut-être le devons-nous plus que nous ne pensons à cette inflexible nécessité de nous « tenir au courant ». Elle nous fouette, elle nous précipite dans un galop de plus en plus forcené. Nous n'avons plus d'yeux que pour la route qui s'allonge devant nous, plus d'idée que de maintenir le train. Le printemps reverdit ? pas le temps de le regarder. Un beau livre vient de paraître ? pas le temps de le lire. Beau programme à ce concert ? pas le temps d'y aller. La vie pourrait être belle ? pas le temps d'y songer. Et la mort arrive ? pas le temps... Ah ! si pardon ! cette fois-ci il vous faudra prendre le temps. Même il faudra prendre le temps de se sentir déchoir, de souffrir, de voir sa pauvre loque se recroqueviller ; et aussi de songer aux dérisoires frénésies d'antan, qui aboutissent à quoi ? à cette déception, à ce vide affreux.

Si nous consentions enfin à avouer que nous sommes rompus de fatigue ? que nos recherches et nos études, si nobles soient-elles en leur essence n'ont pas besoin d'être poursuivies dans la fièvre? qu'à chaque jour suffit sa peine ?

Si nous rétablissions en ce monde un peu de sérénité. Nous allons léguer à nos descendants des corps épuisés, des esprits déréglés, une race déclinant, des connaissances où ils puiseront plus d'amertume que d'espoir. Halte ! ne cherchons pas à forcer la Nature de vitesse ; elle se rit de nous. Fermons un moment nos livres et rangeons nos microscopes. Mais il faut être au courant, dites-vous. Au courant de quoi ? Quand ils vont faire une ascension les montagnards se mettent en route d'un pas calme ; ils savent que la hâte est funeste et que ceux qui courent sont vite hors de combat. C'est exactement là que nous en sommes aujourd'hui. Nous avons pris l'élan comme si le sommet était à portée de notre main. Mais le souffle nous manque, nous titubons, et ceux qui nous suivent nous trouveront affalés, vaincus par notre inexpérience.

Comme j'achevais cet article m'est parvenue la *Revue de l'Umfia* de notre excellent ami Molinéry. En parcourant le compte rendu du dîner du 3 février dernier je suis tombé sur le discours du Professeur Maranon et ai eu la surprise de constater que je venais, avant de l'avoir lu, de paraphraser ce beau morceau d'éloquence.

« J'éprouve, dit Maranon, une grande préoccupation devant l'état actuel et l'avenir de la Science... La médecine actuelle est en train de se perdre dans le professionnalisme,... et cela sous une hypocrite apparence scientifique... Il y a surabondance de publications qui n'ont pas un sens scientifique profond et qui paraissent cependant dans des revues ou des livres absolument sérieux... *Aucun médecin actuel n'ignore que la rareté des informations bibliographiques, aux époques de profonde inculture et de pauvreté de l'humanité, n'a jamais constitué pour le progrès de la Science un obstacle comparable à la pléthore, à la congestion, à l'inondation actuelle d'articles, de monographies, de livres et de traités* ... L'attention et l'amour que nous apportons à notre technique limitée doit être la même que celle que nous apportons aux problèmes universels ».

Se perdre dans le professionnalisme ! Voilà bien là plus terrible embûche ouverte sous les pas d'une profession qui se dit et veut rester intellectuelle. Trop des nôtres, dès maintenant, n'ont plus d'yeux et d'oreilles que pour les choses de la médecine ; pour elles seules s'éveille leur intérêt, elles seules alimentent leur conversation.

Les anciens admiraient et redoutaient « l'homme d'un seul livre ». Il est redoutable en effet... tant il est assommant et, en définitive, étroit d'esprit. Veillons, il en est grand temps, à garnir notre bibliothèque !

G. LAVALÉE.

EXERCICE DE LA MÉDECINE

I

Différence entre un remplaçant et un assistant

De nombreux confrères nous demandent souvent d'examiner les termes d'un contrat, qu'ils passent avec un médecin, ou avec un étudiant en médecine, lequel est tantôt qualifié du terme de remplaçant, tantôt désigné comme étant un assistant, un collaborateur.

Parfois, le praticien est malade, souffrant, âgé, infirme : il désire prendre un aide, qui le suppléera en partie, dans sa clientèle. D'autres fois, le médecin veut étendre le plus possible son champ d'action, soit en parcourant de nombreuses localités, parfois éloignées de son domicile, soit en adjoignant à l'exercice de la médecine générale celle des rayons X, du laboratoire, de quelques spécialités médicales, etc...

Ne pouvant pas venir tout seul à bout de cette sorte d'entreprise professionnelle, il veut s'adjoindre un aide, parfois même plusieurs, qui visiteront la clientèle au profit du propriétaire du fief médical.

Je laisse de côté le point de vue déontologique, car il appartient aux Syndicats médicaux de décider si cette conception nouvelle de l'exercice de la profession est utile, ou nuisible ; si elle n'est pas une des causes de la pléthore médicale, alors que certaines clientèles, qui pourraient nourrir plusieurs praticiens, sont accaparées au profit d'un seul.

Enfin, convient-il, pour le maintien de la dignité médicale de laisser s'instaurer ces pratiques, qui peuvent être considérées comme des entreprises à allure industrielle, avec un patron, docteur en médecine, entrepreneur de soins et, autour de lui, une collection de praticiens, payés au mois et travaillant pour le compte du propriétaire de l'organisation ?

Aux syndicats de décider. Je me contente aujourd'hui de discuter le point juridique de la question et définir ce qu'il faut entendre par ces appellations de « remplaçant, d'assistant ou de collaborateur ».

Il semble à première vue, qu'il soit enfantin de dire qu'un remplaçant doit « remplacer », alors que l'assistant, le collaborateur doit « aider ». Et cependant, cette définition s'impose lorsque l'auxiliaire n'est pas docteur en médecine, mais simplement étudiant.

Un docteur français a le droit de remplacer, d'assister, d'aider un confrère, soit comme salarié, soit comme associé. Son diplôme lui donne le droit d'exercer à sa guise.

Mais il n'en est plus de même pour un étudiant. S'il doit « remplacer » un docteur en médecine, c'est à une triple condition : d'abord, il faut que le docteur en médecine remplacé soit absent ou malade, ou dans l'impossibilité momentanée de pratiquer l'art de guérir.

Il faut ensuite que l'étudiant ait terminé sa scolarité, c'est-à-dire qu'il soit muni de vingt inscriptions (à moins qu'il ne soit interne des hôpitaux nommé au concours : il ne lui faudra alors que seize inscriptions).

Il faut, en dernier lieu, obtenir l'autorisation préfectorale, pour faire ce remplacement, autorisation que le Préfet est en droit de refuser, sans avoir à donner d'explications. Si l'autorisation est accordée, elle ne l'est que pour une durée de trois mois et est renouvelable.

Si le praticien n'abandonne pas sa clientèle mais veut, au contraire, s'adjoindre quelqu'un pour l'aider dans son « entreprise médicale », il ne peut s'adresser qu'à un docteur en médecine, qui a le droit légal d'exercer en France. Ni un étudiant, ni un étranger ne peuvent remplir ces fonctions.

Il ne s'agit plus, en effet, d'un remplacement, puisque le praticien continue à visiter sa clientèle, mais plutôt d'un contrat de collaboration.

Il en résulte qu'aux termes de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, l'étudiant peut être autorisé, sous certaines conditions, à faire un remplacement, mais il ne peut lui être permis d'exercer la médecine, comme adjoint à un docteur. Le contrat de collaboration, conclu avec un étudiant, serait entaché d'irrégularité légale et risquerait d'entraîner des poursuites judiciaires. L'étudiant serait poursuivi pour exercice illégal et le médecin, son patron, comme complice du délit.

Aussi convient-il, pour nos confrères, de bien préciser leurs intentions, lorsqu'ils demandent conseil au Sou Médical, ou lorsqu'ils désirent contracter avec un collaborateur. Nous devons avant tout respecter les lois qui régissent notre profession.

J'ajouterai aussi qu'il est indispensable de se conformer aux règles déontologiques. Mais la garde du respect de ces dernières appartient aux Syndicats médicaux. Par ce temps de pléthore, convient-il de laisser à certains « lions de clientèle » le monopole de l'exploitation d'un rayon professionnel, avec l'aide de médecins, et souvent même d'infirmiers, lesquels font les piqûres en série, ou autres traitements ? Aux Syndicats de décider.

Paul BOUDIN.

II

Cession de clientèle — Vendeur appelé en consultation

Un de nos lecteurs a acheté une clientèle. Aux termes du contrat de cession, le vendeur s'est engagé à ne pas exercer la médecine pendant un temps déterminé et dans un rayon de 20 kilomètres de son ancien poste.

Or, il s'est réinstallé dans une localité située à 39 kilomètres et accepte volontiers d'être appelé en consultation auprès de certains anciens malades par des confrères amis.

L'acheteur se plaint de cette conduite, qu'il considère comme abusive et nous demande s'il peut empêcher son vendeur de revenir dans son ancien domaine professionnel, même sous le prétexte de consultation avec confrères. Le cas est soumis au Conseil de famille syndical, qui arbitrera ; mais le membre du Sou voudrait savoir quels sont exactement ses droits par rapport à celui qui lui a cédé son poste.

Si nous examinons le conflit du point de vue du droit pur, nous devons dire que d'après les termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, il faut entendre par « exercice de la médecine » le fait de prendre part habituellement, ou par une direction suivie au traitement des maladies.

Le vendeur de sa clientèle pourrait donc soutenir qu'appelé en consultation par des confrères, dans le périmètre qui lui est interdit par contrat, il n'exerce pas la médecine, du moment où il ne prend part qu'accidentellement au traitement des maladies, se bornant à examiner le malade d'un confrère, avec lequel il se trouve en consultation.

Il faudrait alors que le plaignant puisse prouver que ces consultations sont nombreuses, répétées, fréquentes, ce qui constituerait le fait de prendre part « habituellement et par une direction suivie » au traitement de plusieurs malades.

Déontologiquement, la difficulté peut se concevoir sous l'angle suivant : l'acheteur a versé une certaine somme d'argent, pour être seul désormais à bénéficier de la situation médicale qu'il a acquise. Le vendeur doit faire ce qui lui est possible, soit pour aider son successeur à gagner autant que lui-même (antérieurement à la cession) soit pour rester neutre, au cas où des confrères voisins bénéficieraient du départ du prédécesseur.

Il y a un adage de Droit qui décide que « donner et retenir ne vaut ». Du moment où un médecin a vendu sa clientèle, qu'il a touché de l'argent sur cette vente, il ne doit pas essayer, sous différents prétextes, de revenir dans son ancien fief. Si des confrères l'appellent en consultation, il doit refuser, ou prier ses confrères d'appeler son successeur.

Certes, il est toujours flatteur, pour l'amour-propre médical, de se sentir regretté par ses anciens clients. Mais, du moment où l'on a vendu une clientèle, on doit respecter ses engagements et se refuser à donner des consultations dans l'ancien rayon.

Des conflits surgissent, lorsque certains médecins en vacances, consentent à consulter des malades au détriment des confrères du lieu. Il est de bonne déontologie de se refuser à toute sollicitation, même lorsque celle-ci provient d'un confrère, sauf conditions exceptionnelles, ou cas d'urgence.

Sous le bénéfice de ces considérations d'ordre divers, il convient d'analyser les questions de fait, qui peuvent modifier la rigueur des arguments que je viens d'exposer en théorie.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Les avances

Si certains patrons consentent à faire des avances sur les feuilles à toucher, d'autres refusent ? Que faire alors ?

Réponse. — L'article 4 de la loi du 30 avril 1930 et l'article 6, paragraphe 5, du décret-loi du 30 octobre 1935, laissent à la Caisse la liberté de rembourser ou d'avancer à l'assuré social la part contributive que la Caisse doit à son ressortissant.

Les modalités de ces avances sont prévues tant dans les conventions passées entre les Caisses et les Syndicats de praticiens que dans le règlement intérieur de la Caisse. C'est donc une liberté qui est laissée à cette dernière pour le règlement de chaque cas. Elle déterminera si elle doit ou non consentir une avance à l'assuré social.

D'ailleurs, si celui-ci est hors d'état de payer son médecin, alors qu'il serait momentanément privé de ressources, il peut demander son inscription sur les listes de l'Assistance médicale gratuite, uniquement pour les frais médicaux et pharmaceutique (article 19, paragraphe 3 du décret-loi du 30 octobre 1935).

P. B.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

II. La question du pain

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Depuis une dizaine d'années, on nous dit que le pain est généralement mauvais et qu'il est couramment falsifié par les méthodes « chimiques » de la meunerie et de la boulangerie, d'où a mévente du blé et le marasme agricole.

Nous allons voir si cette opinion est fondée. Après avoir constaté la diminution de la consommation du pain, nous en rechercherons les causes. Cette étude nous conduira à mettre en évidence l'évolution moderne de l'alimentation publique, fait historique important par ses conséquences économiques, sociales et biologiques.

***

Le 17 juillet 1934, l'Académie de médecine votait un vœu dans lequel on lisait ceci (1) :

« L'Académie de médecine, fidèle gardienne des intérêts de la santé publique, s'émeut à juste titre de la consommation de plus en plus généralisée — surtout dans les centres urbains — d'un pain blanc obtenu avec une farine privée des éléments énergétiques essentiels du blé ».

Elle recommandait le pain bis « cet aliment complet, si parfaitement équilibré et à l'abandon progressif duquel est dû, au moins en partie, l'affaiblissement de la résistance et l'hyponatalité d'une race essentiellement mangeuse de pain et naguère si vigoureuse... »

Dans un deuxième vœu, voté le 8 octobre 1935 (2), l'Académie vient de déclarer que « la qualité du pain a beaucoup baissé depuis la guerre ; il est moins appétissant et moins digestible. Deux conséquences en découlent : une moindre consommation qui va à l'encontre des intérêts de l'agriculture, des troubles digestifs plus ou moins graves que les médecins constatent trop souvent, au point de conseiller à leurs malades une consommation de pain modérée ou même l'abstention complète. »

Cette opinion est partagée par la majorité du Corps médical.

***

Les vœux que l'on vient de lire soulèvent les objections suivantes :

1° L'Académie pense que l'abandon du pain bis a contribué à faire baisser notre natalité.

Je crois plutôt que les naissances ont diminué, chez nous comme ailleurs, parce que la plupart des hommes et des femmes veulent délibérément restreindre le nombre de leurs enfants et parce que l'hygiène sexuelle est de plus en plus répandue. L'usage du pain blanc, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, est un signe de richesse et celle-ci, en général, est inversement proportionnelle à la natalité. Le pain blanc serait donc un signe, un contemporain, mais non pas une cause de l'hyponatalité.

2° Quant à la résistance de notre race, rien ne prouve qu'elle ait baissé. Les statistiques nous apprennent que la durée moyenne de la vie ne cesse d'augmenter. D'autre part, les records sportifs sont en progrès constants. Cela serait plutôt en faveur d'une amélioration de notre vigueur physique. En tout cas, rien ne prouve que le taux d'extraction des farines ait eu ici une influence quelconque.

3° L'exposé des motifs du vœu que nous critiquons contient la phrase suivante : « Tout blutage intempestif (de la farine) en fait un produit carencé, impropre à assurer l'entretien de l'organisme, surtout aux époques d'évolution, de croissance ». On se préoccupe de ce que le pain blanc ne renferme pas les éléments nécessaires pour assurer le développement des jeunes organismes. Ce défaut est certain. Mais ce n'est pas en modifiant le blutage des farines que l'on pourra améliorer sensiblement l'alimentation infantile.

Pour assurer la croissance des enfants, il est préférable d'organiser la distribution copieuse du bon lait, aliment supérieur à tout ce que l'on peut trouver dans le pain bis.

4° Le vœu de l'Académie déclare encore que le pain blanc est obtenu avec une farine privée des éléments énergétiques essentiels du blé.

Voilà, pour le moins, une exagération. Si tout le monde est d'accord pour reconnaître que le blutage excessif enlève au blé des éléments précieux, il n'en est pas moins vrai qu'il laisse à la graine son amidon, lequel ne doit pas être traité comme une chose négligeable. *Il ne faut pas oublier que l'amidon cuit est transformé par le tube digestif en glucose et que ce glucose est la source principale de notre énergie.*

5° En comparant les chiffres de la ration

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 98e année, 3e série, n° 27, séance du 17 juillet 1934.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 99e année, 3e série, tome 114, n° 31, séance du 8 octobre 1935.

moyenne du Parisien donnés par MM. Roëland et Richet fils, en 1930-1933 (1), avec ceux qui avaient été trouvés par Armand Gautier et Charles Richet père, pour la période 1890-1900 nous voyons qu'il y a trente-six ans, le Parisien moyen consommait par jour, entre autres aliments, 420 grammes de pain (y compris les pâtes et pâtisseries), 213 grammes de lait et 28 grammes de beurre, huile et graisse. En 1930, il ne mange plus que 320 grammes de pain, soit 100 grammes (ou 24 p. 100 de moins) ; mais il boit 400 grammes de lait, soit 187 grammes (ou 88 p. 100) de plus qu'en 1900 et il mange 70 grammes de beurre, huile et graisse, soit 42 grammes (ou 150 p. 100) de plus. La diminution du pain fait perdre à la ration 260 calories. L'augmentation du lait fait gagner 120 calories et l'augmentation du beurre et autres graisses en fait gagner 350, en chiffres ronds.

Nous remarquons en outre que le total des besoins caloriques n'a pas changé (3.100 calories par jour). Ce qui a changé, c'est la distribution de ces calories entre les parties de la ration.

Considérant que le total de nos besoins nutritifs exprimé en calories est constant lorsque nos dépenses énergétiques demeurent elles-mêmes constantes et que la variation quantitative de l'un des éléments de la ration entraîne nécessairement la variation du reste en sens inverse ; sachant, d'autre part, d'après les statistiques que cette diminution du pain a été compensée par une augmentation de divers autres aliments, en particulier du lait, du beurre et des fruits ; connaissant le prix et la valeur calorique de ces denrées, j'ai recherché ce que devient le prix de la ration lorsque la quantité de notre pain quotidien diminue et est remplacée par une quantité isodyname de lait, de beurre ou de fruits. Au cours actuel, le pain étant compté pour 1 fr. 50 et 2.600 calories le kilogramme, le lait pour 1 fr. 40 et 640 calories le litre, le beurre pour 20 francs et 7.500 calories le kilogramme et les fruits (pommes) pour 6 francs et 420 calories le kilogramme, nous voyons que notre dépense alimentaire s'élève de 0 fr. 39, de 0 fr. 55 ou de 3 fr. 56 lorsque nous remplaçons 100 grammes ou 0 fr. 15 de pain par une quantité, équivalente en calories, de lait, de beurre ou de fruits. Ces chiffres prouvent que la *diminution* du pain fait toujours *augmenter* le prix de la ration.

J'ai ensuite calculé, avec l'approximation que permettent les documents statistiques, la variation du prix du régime moyen normal du Parisien, entre 1899 et 1930. Connaissant la nature et le poids des aliments qui formaient la ration au début et à la fin de cette période, j'ai trouvé que le prix moyen de la nourriture journalière, évalué en monnaie actuelle, au cours actuel du commerce de détail, était passé de 6 fr. 08 à 6 fr. 95 dans l'espace de trente et un ans. Donc, pendant que le pain baissait de 100 grammes, nous devions lui substituer d'autres denrées et celles-ci coûtaient plus cher que le pain, de sorte que cette *diminution* de notre aliment principal coïncidait avec une *augmentation* du prix de la vie de 0 fr. 87 par individu et par jour. On se nourrit donc, à Paris, plus richement qu'autrefois : fait intéressant, même au point de vue biologique (1).

Si nous admettons que la même évolution s'est produite en province et si nous multiplions 0 fr. 87 par 365 jours et par la population de la France, nous obtenons le chiffre de treize milliards, représentant la plus value annuelle des produits alimentaires. C'est que l'industrie laitière et d'autres activités rurales se sont développées, qui, non seulement ont récupéré la perte subie du côté du froment, mais encore ont augmenté considérablement le chiffre d'affaires de ceux qui produisent et distribuent les aliments. Il ne faut donc pas dire, comme on le fait couramment, que la moindre consommation du pain « va à l'encontre des intérêts de l'agriculture » (2), ni vouloir augmenter cette consommation pour « revaloriser les produits agricoles » (3). Je pense, au contraire, que l'augmentation de la consommation du pain ferait baisser automatiquement les bénéficices de l'agriculture.

Dans l'alimentation ouvrière et paysanne pauvre, le pain apporte environ la moitié des calories totales ; il coûte moins du quart du prix de la ration entière. Dans les familles aisées, le prix du pain représente à peine le dixième de la dépense alimentaire quotidienne ; on y mange moins de pain que chez le travailleur manuel, mais on y consomme beaucoup plus de beurre, de viande, de fruits, etc. Ces dernières denrées, que nous appellerons, pour la circonstance, des *compléments du pain*, constituent la dépense principale du budget familial alimentaire. On voit donc que l'augmentation de l'aisance, manifestation matérielle apparente du progrès social,

(1) M. Roëland, conseiller municipal de Paris et Ch. Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine : L'alimentation de Paris en 1930-1933. *Bulletin de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle de l'homme*, volume XII, nos 7 et 8 ; année 1934, p. 175 à 216.

(1) A. Gauducheau. — *Bulletin de la Soc. de médecine militaire française*, 28e année, no 6, juin 1934, p. 169. — Evolution de l'alimentation publique. *Le Mouvement sanitaire*, 11e année, no 127, novembre 1934, p. 625. — Economie actuelle de l'alimentation. *Revue d'hygiène*, 57, no 6, juin 1935, p. 434. — Sur l'alimentation publique actuelle, Vigot éditeur, 1935.

(2) Rapport de la Commission du pain. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 114, no 31, séance du 8 octobre 1934, p. 215.

(3) Communiqué du ministre de l'Agriculture à la presse, 14 février 1936.

se traduit ici par une élévation importante de cette dépense des compléments du pain.

Or, le progrès continue dans ce sens ; on veut toujours un peu plus de beurre sur la tartine. Ce n'est donc pas la composition du pain que l'on cherche à modifier, c'est la qualité, la richesse de ce qu'il y a dessus que l'on veut toujours augmenter. Le pain est devenu désormais un simple substratum auquel on ne prête guère attention malgré son importance physiologique. Ce qui intéresse surtout le consommateur, c'est le reste de la ration.

Nous voyons que la consommation du pain est en raison inverse de l'augmentation de la richesse populaire et des perfectionnements de l'agriculture et de l'industrie, que les consommateurs, sollicités par une offre de plus en plus abondante et variée, donnent leur préférence aux mets les plus délicats et quand leur appétit est de cette manière satisfait, ils laissent le pain sur la table, tout simplement.

6° On a parlé des défauts du pain blanc ; on a omis de dire qu'il a tout de même une qualité : il est blanc, et ce détail ne doit pas être méprisé ; la blancheur exige de l'hygiène. Le public préfère le pain blanc parce que son apparence immaculée inspire confiance. Ici, blancheur et propreté vont de pair. Le geindre négligent qui ne lave pas son pétrin ne peut se permettre de tacher un fond blanc. La clientèle est mise en appétit par un aspect blanc et propre ; elle est plus méfiante en présence d'un produit brun. *Il ne faut pas perdre de vue que la réputation d'un aliment se fonde non seulement sur sa valeur nutritive et son goût, mais aussi sur son apparence et sa présentation.* Et c'est pour cela que la faveur du public va au pain blanc.

***

Voilà donc six objections sérieuses aux vœux de l'Académie.

Faut-il en conclure, cependant, que le pain actuel est toujours bon ? Non. Il faut constater seulement qu'il est quelquefois indigeste et cela surtout à cause d'un défaut de cuisson.

Pour être digestible, l'amidon doit être cuit. L'amidon cru est réfractaire aux sucs digestifs. Or, il arrive que, par négligence ou par intérêt, certains fabricants ne poussent pas assez la cuisson de leurs pains ; ils savent que le chauffage prolongé fait évaporer l'eau contenue dans la pâte et fait perdre du poids à leurs marchandises ; ils saisissent la croûte à chaleur vive et ils emprisonnent l'humidité à l'intérieur. Alors, l'amidon cru, qui forme la mie centrale « reste sur l'estomac » du consommateur, traverse les voies digestives supérieures sans être dissous et devient la proie des microbes dans le gros intestin ; d'où les désordres que signalent les médecins.

Il est évident que le pain, s'il forme la totalité de la ration, doit être aussi complet que possible. Mais cette extrême indigence est heureusement très rare dans notre France contemporaine. La famine est devenue impossible, dans les pays civilisés, à moins que l'on ne tombe encore dans la folie de 1914. Nos sociétés se sont donné l'obligation de pourvoir à la nourriture de tout le monde. On fournit aux malheureux non seulement le pain, mais aussi un petit complément. La question est de savoir si ce complément doit être prélevé dans les couches périphériques du grain de froment ou ailleurs. La première solution, le pain bis, est la plus simple et la plus économique ; elle ne saurait être que partielle. La deuxième solution au problème, consistant à compléter le pain par du lait, des viandes, etc., présente d'autres avantages, dont celui de plaire aux intéressés ; elle est dans la ligne de l'évolution normale des usages.

***

On parle de diriger notre économie. Avant de diriger, il faut apprendre quels sont les besoins, les goûts et les moyens du consommateur, connaître l'économie de la ration sur laquelle doit se modeler le ravitaillement national.

DE LA LONGÉVITÉ

Flourens, après avoir consacré une vingtaine d'années à des recherches sur la loi physiologique de la durée de la vie, soit chez l'homme, soit chez les animaux domestiques, est arrivé à cette conclusion : «La vie *normale* de l'homme, c'est-à-dire la durée de vie possible par la constitution primitive et saine du corps humain, est de 100 ans ».

Avant Flourens, Buffon avait exprimé à peu près la même opinion puisqu'il estimait la durée naturelle de la vie de l'homme à quatre-vingt-dix ou cent ans. Haller, bien qu'il se soit longuement intéressé au problème de la longévité, n'a pas conclu à cet égard. Par contre, le Docteur *Foissac*, le Docteur Legrand, ont pensé également parmi bien d'autres, avec Buffon et Flourens, qu'un siècle est le terme de la vie naturelle de l'homme.

Tous les physiologistes admettent l'existence de rapports, aussi bien chez l'homme que chez les animaux (mammifères seulement) entre la durée de la gestation, celle de l'accroissement et celle de la vie. Foissac donne cette indication générale : la durée de la gestation est la centième partie de la vie. Ainsi, l'écureuil et le lapin portent un mois et vivent de sept à huit ans ; le chat et le chien portent respectivement 56 et 64 jours et vivent 15 et 20 ans ; le lion porte 108 jours et vit 25 ans, etc. L'éléphant qui porte 2 ans est l'un des animaux qui atteignent l'âge le plus avancé, 200 ans, dit-on. Il est égalé en longévité par la baleine et dépassé par le crocodile et la carpe qui vivraient jusqu'à 300 ans. Cette règle fixant les rapports de durée de gestation et de vie n'est pas absolue puisque le cheval, par exemple, porte 11 mois et ne vit que de 25 à 30 ans.

Chez les mammifères et en particulier chez l'homme, la durée de l'accroissement aide avec plus d'exactitude que la durée de la gestation à établir la durée de la vie. Buffon, déjà, avait observé que la durée de la vie est proportionnelleà la durée de l'accroissement. Il écrivait : « Le cheval, dont l'accroissement se fait en quatre ans, peut vivre six ou sept fois autant, c'est-à-dire 25 ou 30 ans. Comme le cerf est 5 ou 6 ans à croître, il vit aussi sept fois 5 ou 6 ans, c'est-à-dire 35 ou 40 ans. L'homme qui est 14 ans à croître, peut vivre six ou sept fois autant de temps, c'est-à-dire 90 ou 100 ans. »

Si le principe d'un rapport entre la durée de la vie et celle de l'accroissement est admis par les physiologistes et les naturalistes, il semble que les uns et les autres diffèrent dans l'appréciation de la limite de l'accroissement chez l'homme. Buffon fixe ici ce terme à 14 ans, mais ailleurs, il est vrai, il indique 16 et 18 ans. Flourens émet comme axiome que « tant que les os ne sont pas réunis à leurs épiphyses, l'animal croît ; dès que les os sont réunis à leurs épiphyses, l'animal cesse de croître. Dans l'homme, cette réunion des os et des épiphyses s'opère à 20 ans. » Pour Foissac, la durée de l'accroissement de l'homme est de 30 à 35 ans, et fait-il remarquer, la contradiction entre ce chiffre et ceux de Buffon et de Flourens n'est qu'apparente : « Buffon, remarque Foissac, après avoir dit que l'homme croît *en hauteur* jusqu'à 16 ou 18 ans, reconnaît en réalité que l'homme est 30 ans à croître et qu'il vit 90 ou 100 ans. » Quant à Flourens, partageant la vie de l'homme en quatre âges : l'enfance, la jeunesse, l'âge viril et la vieillesse, il propose de fixer de la naissance à dix ans la première enfance, de dix à vingt ans la seconde ou adolescence ; la première jeunesse de vingt à trente et la seconde de trente à quarante : « Je prolonge la jeunesse jusqu'à quarante ans, dit-il, parce que ce n'est que vers quarante ans que se termine l'accroissement du corps en grosseur. Passé quarante ans, le corps ne grossit plus, à proprement parler; l'augmentation de volume qui survient alors n'est point, en effet, un véritable développement organique ; ce n'est qu'une simple accumulation de graisse. » Flourens classe ensuite en premier âge viril et deuxième âge viril les périodes de quarante à cinquante-cinq et de cinquante-cinq à soixante-dix ans, la première vieillesse commence à soixante-dix ans et s'étend jusqu'à quatre-vingt-cinq ; enfin, à quatre-vingt-cinq ans commence la seconde et dernière vieillesse.

Peu de gens arrivent à ce stade final, et Flourens lui-même n'y parvint pas : il mourut à 73 ans. L'âge atteint par quelques-uns des savants qui comme lui se sont occupés de la longévité est : 81 ans pour Buffon, 77 pour Haller, 68 pour Casper, 85 pour Foissac. La durée moyenne de la vie humaine s'est considérablement relevée depuis plusieurs siècles. Le Docteur M. P. Legrand écrivait en 1912 : « La durée moyenne de la vie qui était en France de 28 à 29 ans, avant 1789, s'est élevée à 32 ans de 1800 à 1825, à 37 ans vers 1850, à 40 ans en 1881. Elle n'a cessé de s'accroître non seulement chez nous où elle dépasse 46 ans, mais chez tous les civilisés. Elle serait de 55 ans en Amérique ; de 50 en Angleterre, de 51 ans en Suède, de 28 seulement en Russie. » A Genève, la moyenne de la vie qui n'était que de 21,2 annéesau seizième siècle est passée à 25,7 années au dix-

septième, à 33,6 au dix-huitième, à 39,7 dans la période 1801-1883.

Deux causes principales sont à la base de l'augmentation de la durée moyenne de la vie : diminution de la mortalité infantile et disparition progressive de la famine et d'épidémies aussi meurtrières que celles de peste, de choléra, de variole, de fièvre typhoïde, etc. L'hygiène dans toutes ses applications, l'amélioration des conditions de travail dans les mines et dans les villes manufacturières, la suppression des taudis ont de même fait baisser très sensiblement depuis un siècle le taux de la mortalité qui, dans certains pays et dans certaines villes, atteignait un pourcentage effrayant. D'après les statistiques de Farr, sur 1.000 morts de tout âge en 1838, Manchester, Leeds, Birmingham, Liverpool, comptaient environ 450 enfants morts au dessous de 3 ans, Londres 338, l'ensemble de l'Angleterre 343 et les circonscriptions agricoles 278 seulement. En France, de grandes villes industrielles, Reims, Mulhouse, Rouen, Lille et Paris dans quelques quartiers, offraient à l'observateur les mêmes données affligeantes. Le Docteur Gosselet, dans un rapport présenté à l'Académie des sciences morales en 1848, n'écrivait-il pas : « Il meurt avant la cinquième année un enfant sur trois naissances dans la rue Royale ; il en meurt sept sur dix dans les Rues-Réunies ; et dans la rue des Etaques considérée seule, c'est sur quarante-huit naissances quarante-six décès que nous trouvons. Là, à deux pas de vous, dans la demeure de l'ouvrier, sur vingt-cinq enfants, un seul peut atteindre la cinquième année ».

Les temps, heureusement, sont révolus ; l'espoir de vie à la naissance ne cesse d'augmenter, parallèlement à la durée moyenne de la vie dont voici, pour la France, un tableau relevé par le Docteur Valot il y a cinq ou six ans.

1817-1831	39,5 années
1840-1859	40,1
1861-1881	42,1
1898-1903	47,4
1908-1913	50,5
1920-1923	54,1

L'augmentation sera encore plus sensible si l'homme arrive à vaincre trois des fléaux qui le déciment : cancer, tuberculose et alcoolisme.

On connaît le mot célèbre : « L'homme ne meurt pas, il se tue ». Buffon, Flourens, Foissac, sont d'accord pour constater que l'homme n'atteint pas l'âge auquel il devrait *normalement* parvenir. Buffon écrit : « L'homme périt à tout âge au lieu que les animaux semblent parcourir d'un pas égal et ferme l'espace de la vie... Les passions et les malheurs qu'elles entraînent influent sur la santé et dérangent les principes qui nous animent ; si l'on observait les hommes, on verrait que presque tous mènent une vie timide et contentieuse, et que la plupart meurent de chagrin ».

Flourens : « La plupart des hommes meurent de maladies ; très peu meurent de vieillesse proprement dite. L'homme s'est fait un genre de vie artificiel, où le moral est plus souvent malade que le physique, et où le physique même est plus souvent malade qu'il ne le serait dans un ordre d'habitudes plus sereines, plus calmes, plus constamment et plus judicieusement laborieuses ».

Foissac, enfin : « De toutes les personnes dont il nous a été donné de connaître la vie intime, nous ne pourrions en citer une seule qui, par sa faute, n'ait abrégé son existence de plusieurs années. »

Quant aux facteurs qui régissent la longévité, ils sont multiples : sexe, pays, climat, hérédité, santé, mariage et célibat, profession, richesse et pauvreté, sobriété et intempérance, caractère, voilà un certain nombre des causes dont l'influence joue dans la durée plus ou moins longue de la vie humaine. Il est toutefois impossible d'établir une règle absolue dont l'observation permettrait à l'homme d'atteindre un âge très avancé. Flourens, grand partisan de la sobriété, a consacré à Cornaro, tout un chapitre dans son célèbre ouvrage *De la longévité humaine.* Ce Cornaro, Vénitien illustre qui mourut en 1566, à plus de cent ans, était dans sa jeunesse, de constitution débile. Vivant à une époque et dans un milieu où régnaient débauches et excès de toutes sortes, il ne se priva d'abord ni des unes ni des autres, en abusa même, et, ainsi sembla si bien achever de ruiner sa santé déjà peu solide, qu'à trente-cinq ans les médecins ne lui donnaient plus que deux ans à vivre. Frappé par cet avertissement il abandonna son existence déréglée et devint sobre. Pendant un demi-siècle il n'absorba plus chaque jour comme nourriture que douze onces d'aliments solides et quatorze onces de vin. Sur la fin de sa vie, un jaune d'œuf lui suffisait pour un et même deux repas. Les médecins lui avaient conseillé un régime plus substantiel mais après essai il y renonça, son extrême sobriété habituelle lui convenant mieux. Il écrivit sa propre biographie en quatre *Discours* qui ne forment qu'une répétition d'éloges de la tempérance.

Enregistrons à titre de curiosité et en laissant au lecteur le soin d'apprécier le sérieux qu'il convient de leur attribuer, les déclarations d'un tout autre genre faites récemment à un journaliste par une centenaire, Mme Veuve Aufaur, domiciliée à Paris et née à Dun-le-Pelleteau (Creuse) en 1831 : « Sachez ceci : à cent quatre ans je n'ai jamais été malade ; j'ai toujours bien mangé, surtout de la viande, toujours bu du vin et ma « petite goutte » après chaque repas, ceci

depuis plus de soixante-dix ans, et j'entends continuer... ».

Bien que dans les naissances le nombre de garçons prédomine assez fortement sur celui des fille, la femme, en général, vit plus longtemps que l'homme ; le fait est connu et les statistiques, discordantes quelquefois à certains égards, ne l'ont jamais été sur ce point, dans aucun pays. Le Docteur Legrand rapporte qu'en France, en 1850, sur 334 personnes ayant plus de 99 ans, centenaires à part, on comptait 101 hommes et 233 femmes. En 1901, sur 313 personnes âgées de 98 à 100 ans, il y avait 99 hommes et 214 femmes. Aux Etats-Unis, en 1890, sur 3.981 personnes presque centenaires, les hommes figuraient pour 1.398 contre 2.583 femmes. A New-York seulement, 111 personnes de plus de 90 ans moururent cette année là : 34 hommes et 77 femmes. Au recensement des 26-27 avril 1931 en Angleterre, on relève 156 centenaires dont 129 femmes et 27 hommes ; à cette date l'âge de 1.713 femmes et 565 hommes variait entre 95 et 99 ans. On pourrait multiplier les exemples.

Le savant Déparcieux a été le premier à signaler que le mariage semble être une des conditions de longévité. Les observations d'Hufeland, d'Odier, de Stark, de Biches, concluent de même. Déparcieux avait examiné à la paroisse Saint-Sulpice les registres se rapportant à 48.540 morts survenues entre 1.715 et 1.744. « Il semble, dit-il, que l'on vit plus longtemps dans le mariage que dans le célibat. Le nombre des garçons morts après 20 ans est presque double de celui des hommes mariés et des veufs morts au même âge ; aussi n'y a-t-il que six garçons pour quarante-trois hommes mariés ou veufs qui vivent au delà de 70 ans. Le nombre des filles mortes après la vingtième année est environ quatre fois plus grand que celui des femmes mariées et des veuves décédées après la même époque, de sorte que quatorze filles seulement vivent au delà de la 90e année, tandis que 112 femmes mariées ne meurent qu'après avoir dépassé ce terme de vie. »

Le Docteur Legrand, après recherche des âges de très nombreux personnages célèbres, depuis l'antiquité jusqu'à 1910, a établi la durée moyenne de vie de ces célébrités, intellectuelles en majorité. Dans le tableau établi d'après cette statistique, le premier chiffre indique le nombre de personnages compris dans chaque catégorie, le second la durée moyenne de leur vie :

141	jurisconsultes	70,3
193	mathématiciens	69,5
205	humanistes	69,4
873	hommes d'église	69,1
1072	hommes politiques	69,1
251	médecins	68,7
322	physiciens	68,7
300	philosophes	68,5
197	naturalistes	68,4
871	publicistes	68,3
155	acteurs, comédiens	67,8
902	hommes de guerre	67,7
216	musiciens	66,8
1162	peintres et sculpteurs	66
310	historiens	64,9
590	poètes	64,4
213	auteurs dramatiques et romanciers	63,1
82	voyageurs, explorateurs	60
587	souverains et princes	58,8

De ces 8.642 personnages illustres, 29 seulement sont morts centenaires, dont deux souverains ou princes, un homme politique, deux poètes, trois publicistes, sept philosophes, un humaniste, un jurisconsulte, un physicien, un médecin, six hommes d'église, trois peintres ou sculpteurs, un acteur. On constate de plus que les souverains ou princes, bien que comptant deux centenaires, figurent les derniers sur l'échelle ; il y a mieux : si après Cabanès et Legrand on se reporte aux principaux souverains ayant régné en France depuis l'an 800 jusqu'en 1870, on voit que leur vie moyenne est encore bien plus faible ; 51 ans, 2. Sur ces cinquante souverains, dix moururent de mort violente, dix seulement dépassèrent la soixantaine, aucun n'atteignit sa 80e année. Le plus âgé, Charles X mourut à 79 ans.

Michel RENAULT.

ASSISES DU SOUVENIR EN L'HONNEUR DE LAËNNEC

organisées par

l'Assemblée française de médecine générale

Une réunion en l'honneur de Laënnec, de l'Assemblée française de médecine générale, a eu lieu à Tréboul, le 21 mai 1936, sous la présidence du Professeur Sergent.

Le sujet scientifique traité fut : *la tuberculose au temps de Laënnec et depuis la guerre.* Prirent part à cette discussion le Professeur Sergent, les Docteurs Godlewski, Courcoux, L. Renault, président du Syndicat des médecins du Sud-Finistère ; Gauthier, de Dinan ; Le Jeune, de Quintin ; Bagot, de Saint-Pol-de-Léon ; Tuset, de Quimper ; Fruchot, d'Angers ; Bernon, de Châteaubriant.

A midi, un banquet servi dans les salons de l'hôtel de la Plage, réunissait plus de 150 convives parmi lesquels on remarquait, à la table d'honneur, M. le Professeur Sergent, les Docteurs Heitz-Boyer, Godlewski, Cornic, Deluen, Coreaux, Cras, directeur du Service de santé de la 2e Région maritime ; M. du Frétay, maire de Ploaré, qui, dans son discours, demanda qu'une statue de Laënnec soit élevée à Paris et que le nom du grand médecin soit donné à une rue parisienne. Une souscription ouverte à cet effet par le Docteur Godlewski, recueillit immédiatement plus de deux mille francs.

Après le banquet, les assistants se rendirent successivement au cimetière de Douarnenez où un émouvant discours fut prononcé devant la tombe de Laënnec, par le Professeur Sergent, au Manoir de Kerlouarnek où mourut l'illustre inventeur de l'auscultation et à la vieille cité de Locronan.

Discours du Professeur Emile Sergent.

Mes chers Confrères,

Puissé-je trouver les pensées et les mots qui sauront exprimer le respectueux et fidèle hommage de la médecine française, à celui qui dort ici son dernier sommeil. Réunis devant la tombe où repose sa dépouille mortelle, nous songeons au rayonnement spirituel de sa grande âme et nous lui demandons de continuer à nous diriger sur la route encore obscure de la clinique. C'est lui qui a guidé nos premiers pas ; c'est lui qui nous a montré la voie sur laquelle nous devions nous engager ; c'est lui qui a posé les premières fondations de l'observation rigoureusement conduite, en créant la méthode anatomo-clinique, et en enseignant que les constatations n'avaient de valeur que si elles étaient « maintes et maintes fois répétées » ; c'est lui qui, avec une sagesse exemplaire, nous a mis en garde contre les dangers des théories et des doctrines, interprètes souvent aveugles des conceptions de l'heure présente, que viendront anéantir les nouvelles acquisitions de la science constamment en progrès.

Chers amis, je ne veux vaincre ni dissimuler mon émotion. Le souvenir de Laënnec est le plus puissant des soutiens de ma volonté. Pendant vingt-trois ans j'ai vécu dans des lieux où il a travaillé, dans cette vieille Charité, où, arrivant de sa Bretagne, il est venu en septembre 1802, suivre, comme étudiant, les leçons de Corvisart, guidé par Bayle, son aîné, qui devait devenir le meilleur de ses amis et avec qui il a commencé à tisser la trame de ses immortels travaux. Pendant vingt-trois ans, j'ai tenté d'enseigner les notions élémentaires de la clinique, dans cet amphithéâtre où il avait été élève et où il vint remplir les fonctions de professeur durant les derniers mois de sa trop courte vie.

Vous comprenez pourquoi je suis ému et pourquoi je vous remercie du fond du cœur, mes chers confrères et amis bretons, de m'avoir confié la mission d'apporter en votre nom et au nom de tous les médecins français, l'hommage d'une inaltérable reconnaissance à celui qui est notre maître à tous.

Si la médecine française conserve encore quelque prestige dans toutes les parties du monde et même dans les pays qui pensent être aujourd'hui les pionniers de la science médicale, c'est à Laënnec, c'est à son nom qu'elle le doit.

Au cours des cérémonies organisées en 1926 pour célébrer le centenaire de sa mort, un médecin de l'Amérique du nord vint visiter notre vieil hôpital de la Charité ; en pénétrant dans l'amphithéâtre, je lui dis : Laënnec s'est assis comme étudiant sur ses bancs ; il y a donné son enseignement comme professeur, vingt-cinq ans plus tard ». Ce confrère, d'apparence froide et réservée, fut saisi d'une vive émotion, ses lèvres furent agitées de petites secousses fibrillaires, de grosses larmes coulèrent sur ses joues : « Lanec ! Lanec ! Lanec ! » murmura-t-il.

La clinique française contemporaine conservait le prestige de son glorieux passé un siècle après la mort de son fondateur !

N'était-ce pas, indirectement, une nouvelle preuve de la valeur de la tradition ? Le progrès se construit sur les enseignements du passé. Il n'y a pas opposition ni contradiction entre l'aspiration au progrès et la fidélité à la tradition. L'évolution est un phénomène normal ; elle est le résultat d'une progression inévitable et constante, génératrice de modifications incessantes auxquelles nous devons nous soumettre en nous attachant à les rendre bienfaisantes et utiles et à les empêcher de devenir néfastes et dangereuses.

Laënnec a été un grand traditionnaliste, aussi bien du point de vue scientifique que du point de vue professionnel et moral ; mais cela ne l'a pas empêché de guider l'évolution en réglant avec sagesse les acquisitions nouvelles de nos connaissances. Lorsqu'il a découvert l'auscultation il n'a jamais pensé qu'elle suffirait à elle seule et supprimerait les moyens d'exploration clinique déjà existants. Il a répondu lui-même à ses détracteurs — et il n'ignorait pas qu'ils étaient nombreux — que ce moyen nouveau ne diminuait pas la valeur de la percussion, de la palpation, de l'inspection, qu'elle ne les supprimait pas mais s'ajoutait à eux.

Nous souvenant de son enseignement, nous pouvons dire aujourd'hui à ceux qui aveuglés par les feux étincelants de l'ampoule de Rœntgen, oublient les confidences voilées du stéthoscope : « L'ampoule de Rœntgen n'a pas fait disparaître le stéthoscope de Laënnec ». Ce faisant nous obéissons au principe de son enseignement : les moyens d'exploration clinique doivent tous être mis en œuvre ; ils doivent être contrôlés les uns par les autres.

Reportons-nous à la page 13 de la 2e édition de l'immortel *Traité de l'auscultation médiate* et retenons la petite leçon qu'il donne à Andral, auquel il reproche courtoisement de ne l'avoir pas lu : « Il eut vu que je n'ai jamais proposé de reconnaître les maladies du poumon et du cœur par la seule auscultation et que j'ai tiré beaucoup de signes nouveaux de la percussion et de diverses méthodes tout à fait oubliées, et il se fut dispensé de chercher à juger l'auscultation seule et dépouillée des lumières qu'elle reçoit et qu'elle rend par sa comparaison avec les autres signes et symptômes ».

Pardonnez-moi de citer, ici, quelques lignes du discours que j'eus le grand honneur de prononcer à l'Académie de médecine dans la séance consacrée à la gloire posthume de Laënnec, cent ans après sa mort, en 1926 :

« Laënnec ne veut admettre que des faits bien contrôlés ; quand une patiente et rigoureuse observation lui a démontré l'existence réelle d'un fait, il défend avec passion sa conviction, ne craint pas de descendre sur le terrain de la polémique et n'hésite pas à répondre aux attaques, mais, si sa réponse est parfois virulente, jamais elle ne s'écarte des règles de la courtoisie ; et ici, nous voyons apparaître, à côté de la rigueur de son esprit scientifique, les notes dominantes de son caractère : la franchise et l'indépendance. Cette franchise dans la riposte, cette indépendance du caractère, cette fierté, nous les retrouvons en traits fortement frappés à toutes les étapes de la vie de Laënnec ; elles donnent à ses actes et à sa correspondance un cachet de noblesse et de hauteur que ses contemporains, méconnaissant la grandeur de son génie, ont dû bien souvent considérer comme un signe d'orgueil, mais qui ne peuvent que le grandir devant le jugement de la postérité... »

Durant sa vie Laënnec eut plus de détracteurs que d'admirateurs. Broussais, grand pontife, le vitupéra, tenta de l'écraser par sa puissance de potentat et chercha à anéantir la méthode anatomo-clinique. Laënnec lui répondit en des termes plus sévères que ceux dont il usa à l'égard d'Andral, lorsque celui-ci critiqua l'auscultation : « Monsieur Broussais et moi cultivons des sciences tout à fait différentes... ». L'œuvre de Laënnec demeure impérissable ; que reste-t-il des théories doctrinales de Broussais ?

Voilà pourquoi, mes chers confrères, lorsque ma chaire de clinique fut transférée de la Charité à l'hôpital Broussais, il y aura trois ans dans quelques mois, j'ai pensé qu'un devoir s'imposait à moi : exiger que le nom de Laënnec fût donné à l'amphithéâtre de mon nouveau service qui avait été, à La Charité, celui où Laënnec avait enseigné la clinique, à la suite de son maître Corvisart.

Le temps a fait justice des attaques dont Laënnec fut victime de la part de ses contemporains. « Le jugement de la postérité est plus sûr, plus impartial que celui des contemporains. L'écho des querelles et des inimitiés personnelles s'éteint ; l'œuvre, si elle est grande, solide et durable, demeure. L'oubli fait justice des critiques hâtives et intéressées ; le temps consacre le génie. »

C'est vingt ans au moins après leur mort, lorsque sont morts aussi leurs amis et leurs ennemis, leurs adeptes et leurs adversaires, que les hommes peuvent être impartialement jugés et que les erreurs et les injustices peuvent être réparées. L'oubli efface le souvenir des uns ; l'immortalité grave le nom des autres.

L'Académie de médecine ne commença à percevoir la grandeur de l'œuvre de Laënnec que douze ans après sa mort, en 1838, lorsque Broussais cessa de vivre. Dans la séance annuelle qui suivit, le 1er décembre 1839, Paris, secrétaire perpétuel, prononça l'éloge de Laënnec. En 1926, cent ans après la mort du fondateur de la méthode anatomo-clinique et de l'initiateur de l'auscultation, une manifestation grandiose consacra définitivement sa mémoire.

Ici, aujourd'hui, mes chers confrères, nous sommes moins nombreux ; mais notre culte n'est ni moins profond ni moins vibrant. Auprès de sa tombe, sur sa terre bretonne, nous n'honorons pas seulement le maître génial qui apporta à la science médicale, à la clinique française, les plus beaux et les plus impérissables de ses fleurons, nous nous inclinons aussi avec un respect ému devant le médecin dont le noble exemple ne cessera de nous enseigner la grandeur de notre profession, la beauté de notre rôle, les règles de conscience de notre action.

Tous, maître vénéré, nous nous inclinons avec émotion devant le souvenir de votre belle vie !

PAUL BOURGET ET LES MÉDECINS

Mon compatriote auvergnat, le Docteur Robert, comme moi ancien élève de l'Ecole de médecine de Clermont, et qui exerce à Issoudun, rappelle dans l'intéressante revue, le *Berry Médical* qu'il rédige avec talent, les séjours de Paul Bourget à Clermont-Ferrand où exerçait son beau-frère, le Docteur Gantrez.

Le père du romancier, M. Justin Bourget, fut de 1882 à 1887, recteur de l'Académie et à cette époque, j'étais interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Le Docteur Gautrez, d'origine créole, vint alors s'installer à Clermont où il habitait entre le palais de l'Académie et l'Hôtel-Dieu, un très vieil hôtel, boulevard de la Pyramide.

Peu après, il épousa la fille du Recteur, une fort belle personne et devint le beau-frère de Paul Bourget. Le Docteur Gautrez fut médecin de la Maternité, directeur de l'Ecole des sages-femmes et directeur du Bureau d'hygiène de Clermont-Ferrand,

Il fut un temps secrétaire du Syndicat médical, il entra en relations avec moi qui étais alors secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.

Paul Bourget allait fréquemment chez son beau-frère.

Il aimait à séjourner dans la capitale de l'Auvergne qui lui rappelait sa jeunesse ; n'avait-il pas été quelques années avant moi, élève du vieux Lycée Blaise Pascal ? L'Auvergne tient une place importante dans plus d'un de ses romans.

Pendant la guerre, Paul Bourget fit un long séjour à Clermont-Ferrand. Mon oncle, J. Lamothe, qui était alors administrateur-ordonnateur de l'Hôtel-Dieu, me racontait que souvent le grand romancier venait suivre les visites à l'hôpital, et se plaisait à causer avec lui pendant de longues heures dans son cabinet.

Tout le monde sait que Paul Bourget s'intéressait vivement aux choses de la médecine et si le Dr Gantrez, l'a initié, comme le croit le Dr Robert, aux mystères de notre art, il comptait depuis bien longtemps dans le monde médical parisien de nombreux et anciens amis, notamment notre très distingué confrère, le Dr Charles Fiessinger du *Journal des Praticiens*, qui dut plus d'une fois l'aider de ses conseils.

J. NOIR.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies du système nerveux.** (Professeur : M. Georges Guillain.) —. *Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux*, par M. Ivan BERTRAND, chef de laboratoire.

M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire, commencera le lundi 22 juin 1936, à la Salpêtrière, Clinique Charcot, une série de douze leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux. Ce cours, d'un ordre essentiellement pratique, sera accompagné d'exercices techniques de laboratoire, avec présentation de pièces macroscopiques et étude de préparations histologiques. Les élèves seront initiés aux techniques d'histopathologie nerveuse et pourront se constituer une collection des coupes qu'ils auront exécutées.

Le cours aura lieu tous les jours, de 14 à 16 heures, à la Clinique Charcot de la Salpêtrière (Boulevard de l'Hôpital), du 22 juin au 4 juillet 1936.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Cerveau sénile ; 2° Syphilis nerveuse ; 3° Tuberculose des centres nerveux ; 4° Encéphalites ; 5° Poliomyélites. Maladie de Landry. Rage ; 6° Sclérose latérale amyotrophique. Sclérose en plaques ; 7° Compressions médullaires. Syringomyélie ; 8° Tumeurs cérébrales ; 9° Encéphalopathies infantiles ; 10° Maladies familiales ; 11° Affections du cervelet ; 12° Affections des nerfs et des muscles.

Techniques de Nissl, Weigert, Pal, Bielschowsky, Cajal, Lhermitte, Marchi, Alzheimer, Rio del Hortega, etc...

Les inscriptions pour ce cours, comportant un droit de 250 francs, sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures et à la salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

— **Agrégation.** — SECTION 9. *Chirurgie générale. Admissibilité* : Sont déclarés admissibles :

Paris : MM. Ameline, Fèvre, Funck-Brentano, Huet, Menegaux, Merle d'Aubigné, Patel. — *Hanoï* : MM. Arnulf, Marion, Meyer-May. — *Alger* : MM. Curtillet, Goinard, Sabadini. — *Lyon* : MM. Bertrand, Clavel, Desjacques, Labey, Mallet-Guy. — *Toulouse* : MM. Dambrin, Dieulafé, Fabre. — *Bordeaux* : MM. Darget, Laffargue, Magendie, Massé, Villar. — *Aix-Marseille* : MM. Dor, Figarella, Luccioni.

Tour de passage pour la leçon d'une heure :

3 juin : MM. Marion (16 h.) Desjarques (17 h.), Clavel (18 h.). — 4 juin : MM. Dor (16 h.), Meyer-May (17 h.), Darget (18 h.). — 5 juin : MM. Labey (16 h.) Dieulafé (17 h.), Curtillet (18 h.). — 8 juin : MM. Dambrin (16 h.), Villar (17 h.), Arnulf (18 h.). — 9 juin : MM. Patel (16 h.), Goinard (17 h.), Magendie (18 h.). — 10 juin : MM. Bertrand (16 h.), Menegaux (17 h.), Ameline (18 h.). — 11 juin : MM. Figarella (16 h.), Funck-Brentano (17 h.), Mallet-Guy (18 h.). — 12 juin : MM. Massé (16 h.), Sabadini (17 h.), Huet (18 h.). — 15 juin : MM. Merle d'Aubigné (10 h. 30), Laffargue (11 h. 30), Luccioni (16 h.), Fabre (17 h.), Fèvre (18 h.).

Thèses. — Lundi 18 mai. — Jury : MM. Robert Debré, Lemierre, Sergent, Et. Bernard. — M. LESIEUR : Etude du traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine de Ramon. — M. MEJIA CASALI : Etude statistique des affections cardiaques congénitales enregistrées comme telles à la policlinique du Docteur Laubry. — M. DU BRIET. — Traitement des méningites aiguës par le bactériophage. — M. SACHTER : Guérison de quelques cas de fistules pleuro-cutanées d'origine tuberculeuse.

Mardi 19 mai. — I. Jury : MM. Lemaître, Terrien, Halphen, Velter. — MM. ABRAMOVITCH : Réduction du trismus aigu inflammatoire par le mélange de Bonain au niveau du ganglion sphéno-palatin. — VALÉA-ROMÉRO : Effort mental et rééducation du strabisme. — II. Jury : MM. Balthazard, Laignel-Lavastine, Duvoir, Troisier. — MM. ANDRÉOTA : Etude des rapports du corps médical et de la spécialité pharmaceutique. — M. VALENTIN : Plomb, éthyle et hygiène industrielle. — M. TRIBALET : Histoire médicale de Chartres jusqu'au XII[e] siècle.

Mercredi 20 mai. — Jury : MM. Léon Binet, Grégoire, Mathieu, Turpin. — MM. RIVOALLAN : Etude et traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. — M. TOP : L'immobilisation plâtrée dans le traitement des inflammations aiguës des muscles.

Samedi 23 mai. — Jury : MM. Bezançon, Tenon, Chevallier, Mouquin. — M. GORSE : Essai sur les modifications sanguines au cours des syndromes gastriques. — M. LE SEAC'H : L'image granitée post-hémoptoïque. — M. CHAVEZ : La maladie de Carrion. — M. GAÏTA : La dépopulation au banat Roumain. — M. VOIGNIER : Les matériaux de construction et l'hygiène.

Thèses vétérinaires. — Mercredi 20 mai. — Jury : MM. Gosset, Coquot, Verge. — M. DEYHIMI : Fracture phalangienne chez le cheval de selle.

Vendredi 22 mai. — Jury : MM. Lemierre, Panisset, Robin. — M. ROUSSELOT : Vaccination antirabique en Tunisie.

— **Thèses.** — Lundi 25 mai. — Jury : MM. Clerc, Couvelaire, Loeper, Portes. — M. DEBRAY : Etude clinique de la lymphadénie tuberculeuse. — Mlle KAZAKIEWICZ : Epidémie de diphtérie chez les nouveau-nés, maternité Lariboisière. — Mlle VACHER : Sur la présentation du siège, chez la primipare. Etude statistique et thérapeutique. — Mme DAVID : Les épreuves d'insuffisance hépatique dans la spirochétose ictérigène.

Mercredi 27 mai. — Jury : MM. Gosset, Lemierre, Tanon, Moreau. — M. LETOUZÉ : Etude du syndrome de Fauchard-Bourdet. — M. KOTLAR : Agent de transmission de la fièvre boutonneuse et réservoir de virus. — M. ROCH : Hygiène de la marche en haute-montagne. — M. ROSSIGNOL : Un cas d'hépatite amibienne fruste à type de fièvre pseudo-palustre.

Samedi 30 mai. — Jury : MM. Gougerot, Marion, Tiffeneau, Sézary. — M. FELD : L'intradermo-réaction de S. Nuttermil et A. Grimberg avec les polysaccharides gonococciques. — M. HALPERN dit GELBARD : Le venin de vipéra-cripen. — M. PENOT : Essai d'analgésie obstétricale par le sonéryl (butyéthyl malonylurée).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Henri-Rousselle.** — Une série de *conférences* et de *démonstrations* techniques à l'usage des médecins et internes des hôpitaux psychiatriques et des asiles aura lieu à l'hôpital Henri-Rousselle du 14 au 21 juin.

Le but de cet enseignement est de mettre à la disposition des médecins psychiatres des techniques éprouvées susceptibles d'être pratiquées avec un matériel restreint.

PROGRAMME. — *Anatomie pathologique* : M. MARCHAND : I. Technique des autopsies dans les asiles d'aliénés et présentation de pièces ; 2. Techniques histologiques. — *Chimie biologique* : M. Maurice DELAVILLE : 1. Les méthodes de dosage en chimie. Applications à la chimie clinique ; 2. Les examens chimiques de sang ; 3. Les analyses d'urine ; 4. Les épreuves fonctionnelles rénales et hépatiques ; 5. Le liquide céphalo-rachidien. Les réactions de floculation ; 6. Le métabolisme de base.

Physiologie : M. SIMONNET : Technique du dosage biologique des hormones sexuelles et hypophysaires. — *Psychologie* : M. SIMON : Niveau mental : détermination des degrés d'arriération ; application à l'analyse de l'état mental des aliénés et autres malades mentaux.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** (*Deuxième concours de nomination*). — Séance du 27 mai. EPREUVE DE CONSULTATION ÉCRITE. *Ont obtenu* : MM. Wallich, 19,63 ; Michaux, 19 ; Cattan, 20 ; Rouquès, 19,81 ; Mme Roudinesco, 19.

Classement des candidats : MM. Cattan, 40 ; Rouquès, 39,81 ; Wallich, 39,63.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Séance du 26 mai. EPREUVE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. *Ont obtenu* : MM. Bourgeois, 17 ; Maduro, 20 ; Lévy, 18.

Concours d'accoucheur des hôpitaux (*admissibilité*). — Classement des candidats : MM. Suzor, 136 ; Lepage, 132 ; Bidoire, 128.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Fédération de la Presse médicale latine.** — Le Comité permanent s'est réuni au siège social, 52, avenue de Breteuil. L'ordre du jour comportait l'examen de la date et du lieu du Congrès de 1938 ainsi que la mise au point définitive du Congrès que la Fédération tiendra à Venise en septembre prochain.

— **IIIe Congrès international du paludisme** (Madrid, 12-18 octobre 1936). — Secrétaire général du Comité organisateur du Congrès : M. le Docteur Emilio Luengo, chef du service de parasitologie, Institut national de la Santé publique, Madrid.

Les cinq rapports officiels du Congrès sont les suivants :

1. Etat actuel de la thérapeutique du paludisme.
2. Espèces et races des parasites du paludisme. — Pathologie expérimentale et immunité.
3. Espèces et races d'Anophèles et leurs rapports avec l'épidémiologie du paludisme.
4. Méthodes et résultats de la prophylaxie antipaludéenne. 5. Assainissement et Colonisation.

— **En Italie, les professeurs des Facultés de médecine sont invités à s'abstenir de prêter leur nom et leurs titres à des fins publicitaires.** — Le ministre de l'Education nationale d'Italie, dans une circulaire aux recteurs des Universités du royaume communique que son attention a été attirée par le fait que quelques professeurs de Facultés de médecine ou de chirurgie faisaient de la publicité pour des produits pharmaceutiques.

Ces professeurs, cédant à des raisons d'intérêt pécuniaire, acceptaient que la publicité pharmaceutique soit faite dans certains journaux accompagnée de leur témoignage signé avec indication de tous leurs titres académiques.

Le ministre, ne pouvant consentir que des professeurs universitaires prêtent l'autorité de leur nom et de leurs titres à des insertions journalistiques présentant un caractère commercial, demande aux recteurs des Universités qu'ils invitent les professeurs des Facultés de médecine et de chirurgie à s'abstenir de façon absolue de toute déclaration de ce genre.

Il est évident qu'ils pourront donner leur témoignage scientifique à certains produits ayant fait l'objet d'examens dans les sociétés compétentes. (*Siècle Médical.*)

— **Le IVe Congrès international de cytologie expérimentale** aura lieu à Copenhagne du 10 au 15 août 1936. La journée du 10 août sera consacrée à des rapports et à des démonstrations concernant la chimio-physique de la cellule ; celle du 11 août aux problèmes histo-chimiques et au métabolisme de la cellule ; celle du 12 août à la morphologie expérimentale ; celle du 13 août à l'électro-physiologie de la cellule ; celle du 14 août à la pathologie expérimentale de la cellule et à l'action des radiations.

Pour renseignements s'adresser au Professeur Harald Okkels, Institut d'anatomie pathologique de l'Université, 11, Frederik v. rej, Copenhague.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Service de santé militaire

Avis de concours pour l'admission à l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines.

Par arrêté du 25 mai 1936, un concours sera ouvert, le lundi 23 novembre 1936, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Serv. de S. M., à Paris (Val-de-Grâce, 227 *bis*, rue Saint-Jacques), pour l'admission à 25 emplois, en principe, de médecin sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines. Les candidats admis à concourir devront : 1° être Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins ; 2° être possesseurs du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ; 3° avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1936 ; 4° avoir satisfait au 13 décembre 1936 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ; 5° souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er novembre 1936.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la Guerre (dir. du Serv. de santé, 1er bureau), soit aux directeurs du Serv. de santé des régions.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil a prononcé, au cours de sa réunion du 19 mai 1936, les admissions suivantes :

11.893 DECRETTE, Vernon (Eure). Syndicat d'Evreux.
11.894 AGASSE-LAFONT, 159, avenue Malakoff, Paris (XVIe). Syndicat médical de la Seine.
11.895 BÉRARD, Sainte-Foy-l'Argentière (Rhône). Syndicat de la région lyonnaise.
11.896 BORG, Aubure (Haut-Rhin). Syndicat du Haut-Rhin.
11.897 BOURGGRAFF, Hussigny (M.-et-M.). Association des médecins de Meurthe-et-Moselle.
11.898 BROUTIN, Saint-Pol-sur-Mer (Nord). Parrains : Docteurs Fiévez et Anquez.
11.899 CARVAILLO, 169, boulevard Haussmann, Paris (VIIIe). Parrains : Docteurs Gerson et Friedmann.
11.900 DAVID, Epinac-les-Mines (Saône-et-Loire). Syndicat des médecins de l'Autunois et du Morvan.
11.901 DELAHAYE, Berck-Plage (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Berck.
11.902 DELIAN, 16, boulevard Voltaire, Paris (XIe). Parrains : Docteurs Henry et Kaplan.
11.903 DEVRIENDT, Bousbecque (Nord). Syndicat de Tourcoing.

11.904 DIENY, Lorient (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
11.905 DIFFRE, 20, rue des Fabricants, Roubaix (Nord) et La Bourboule. Syndicat médical de La Bourboule.
11.906 DIVET, Rennes (Ille-et-Vilaine). Syndicat des médecins de Rennes.
11.907 DUPONT, 10, rue Claude-Debussy, Paris (XVII^e^). Association générale des médecins de France.
11.908 FIDELIS, Prisse (Saône-et-Loire). Syndicat médical de Mâcon.
11.909 GUIRET, Lens (Pas-de-Calais). Syndicat de l'arrondissement de Béthune.
11.910 GUYON, Champagnolle (Jura). Syndicat médical du Haut-Jura.
11.911 HAYEM, 139, rue Jacquemars-Giélée, Lille (Nord). Syndicat médical de Lille.
11.912 JACQ, Huelgoat (Finistère). Parrains : Docteurs Jacq et Pailheret.
11.913 JOUGLA, Harrar (Ethiopie). Parrains : Docteurs Renault et Martin.
11.914 LABAT, Villandraut (Gironde). Syndicat des médecins de l'arrondissement de Bazas.
11.915 LATOUR, Laigle (Orne). Parrains : Docteurs Beauchef et Frinault.
11.916 LEISSEN, Calais (Pas-de-Calais). Syndicat O.-R.-L.
11.917 LENOURY, Neuville-en-Ferrain (Nord). Syndical médical de Tourcoing.
11.918 LIÈGE, 66, avenue de Saxe, Paris (XV^e^). Parrains : Docteurs Massart et Kaplan.
11.919 LIMAL, Moulins-la-Marche (Orne). Syndicat médical de Mortagne.
11.920 MERMET, Saint-Chamond (Loire). Syndicat médical de la Loire.
11.921 MEYER, 67, boulevard de Courcelles, Paris (VIII^e^). Syndicat des médecins de la Seine.
11.922 MINET, 155, avenue de Versailles, Paris (XVI^e^). Parrains : Docteurs Cros et Wauthier.
11.923 NAVARRE, Saint-Sauveur (Oise). Syndicat de l'Oise.
11.924 NIQUET, Saleux (Somme). Syndicat de la Somme.
11.925 PELTIER, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme). Association médicale des médecins de Châtel-Guyon.
11.926 PERDU, Mirebeau-sur-Bèze (Côte-d'Or). Parrains : Docteurs Lamoure et Bollet.
11.927 PRADET, Moulin (Allier). Syndicat des médecins de l'Allier.
11.928 RIGONDET, Montluçon (Allier). Parrains : Docteurs Clément et Giscard.
11.929 ROUSSEAUX, Vannes (Morbihan). Syndicat médical de l'arrondissement de Vannes.
11.930 SCHAFLER, Vendays (Gironde). Syndicat professionnel des médecins du Médoc.
11.931 THÉODORE, 5, rue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin). Syndicat des médecins de Strasbourg.
11.932 VAN DEN BUSSCHE, Villeneuve-sur-Yonne (Yonne). Parrains : Docteurs Picquet et Bailly-Salin.
11.933 VIELLE, Saint-Philbert-sur-Orne (Orne). Syndicat médical d'Alençon.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestations dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.249. — Appareil plâtré pour fracture du péroné

J'ai fait pour un blessé, accidenté du travail atteint de fracture de l'extrémité supérieure du péroné, un appareil de Delbet. Me conformant au tarif j'ai demandé comme honoraires pour cet appareil plâtré, 200 francs.

La Compagnie d'assurances me répond textuellement : « Le sieur V.... a été atteint d'une fracture de la malléole externe du pied droit dont la réduction est tarifée 30 francs. Cependant, cette fracture ayant nécessité la pose d'un appareil plâtré, il paraît équitable de compter 100 francs, honoraires prévus à l'article 18 du Tarif officiel. »

Or, l'article 18 mentionne les « fractures de jambe » (200 francs) mais ne parle pas du tout des fractures isolées du péroné. Je pense que la Compagnie dans sa dernière phrase veut assimiler fracture isolée du péroné à la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Quoiqu'il en soit, j'ai répondu à la Compagnie d'assurances que je n'acceptais pas son point de vue et que je vous soumettrais ce litige. J'adopterai la ligne de conduite que vous voudrez bien m'indiquer. Je crois être en droit de maintenir mon point de vue, mais je transigerais si tel est votre avis.

Dr L.

Réponse

La réduction et contention de fracture du péroné est tarifée 30 francs quand il n'y eut « ni appareil plâtré au silicate ni extension ». Elle n'est pas tarifée avec appareil plâtré, mais si celui-ci fut nécessaire (et il faut justifier techniquement cette nécessité) il y a lieu de compter, par analogie, 100 francs comme pour une pose de plâtre ordinaire (art. 18 *in fine*).

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS

4.418. — Conditions nécessaires pour qu'il y ait accident du travail

Ma bonne, au cours d'un nettoyage d'objets poussiéreux, est prise subitement d'envie d'éternuer au moment précis où elle se mouchait. Elle éternue sans desserrer ses doigts de ses narines et la surpression de l'air fait éclater son tympan, avec hémorragie dans le conduit et dans le nez. Je fais constater par un confrère oto-rhino la déchirure. Réactions douloureuses et suppurantes consécutives et tout s'apaise enfin avec surdité totale de cette oreille.

La Compagnie d'assurances prétend que cette rupture traumatique du tympan, bien que survenue aux heures et lieux du travail, n'est pas un accident du travail et refuse de payer.

Je voudrais savoir quelle définition exacte de l'accident du travail permet d'éliminer cet éclatement d'un organe.

Dr C.

Réponse

Il résulte d'une jurisprudence bien établie de la Cour de cassation que toute lésion survenue au temps et au lieu du travail doit être considérée sauf preuve contraire comme résultant d'un accident du travail au sens de la loi de 1898. Il y a donc mise en jeu de la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée toutes les fois qu'un traumatisme ou toute autre cause extérieure survenue au cours du travail a déclanché un mal ou une lésion, ou a eu une répercussion quelconque sur sa production, sans qu'il y ait lieu de tenir compte des prédispositions de la victime, ou de son état antérieur, à moins qu'il ne soit établi que ces prédispositions et cet état ont été la cause unique de la lésion.

Or, en l'espèce votre domestique était, bien évidemment, en train de se moucher par suite de son état personnel et indépendant de son travail ; mais la lésion dont elle est actuellement atteinte a été déclenchée par l'action sur cet état d'une cause extérieure, inhérente à son travail, l'aspiration brusque et soudaine des poussières se trouvant sur les objets qu'elle nettoyait, aspiration qui a provoqué l'éternuement cause immédiate et directe de la lésion. Toutes les conditions pour qu'il y ait accident du travail et application de la législation sur le risque professionnel se trouvent donc réalisées : action violente et soudaine d'une cause extérieure survenue aux lieu et temps du travail, déclenchant une lésion attribuable partiellement, mais non uniquement, à l'état de la victime au moment de l'accident. Le refus opposé en l'espèce par la Compagnie d'assurances n'est donc nullement fondé ; votre domestique serait donc en droit de la poursuivre en payement des indemnités auxquelles elle est tenue en vertu de son contrat.

4.668. — Accident survenu dans une école

Un confrère m'envoie un écolier à radiographier : chute à l'école, coude face et profil : comme seule référence, la Compagnie d'assurances où l'école (ville de T...) est assurée.

J'agis comme pour un cas privé, demande 140 francs ; la Compagnie m'objecte que l'école est assurée au titre de la loi de 1898, et m'impose le prix de 125 francs au titre accidents du travail.

Il y a six mois, dans un cas analogue, j'avais

forcé la Compagnie à me payer une somme supplémentaire au Tarif accident du travail, par application d'un arrêt de Cassation en date du 16 juillet 1934.

Dr M.

Réponse

Il est exact qu'en l'espèce le tarif ministériel de la loi de 1898 ne saurait vous être opposé puisque la législation sur les accidents du travail ne saurait trouver application. Il est exact aussi que la Compagnie d'assurances ne saurait être obligée de vous verser une indemnité supérieure à ce à quoi elle est tenue en vertu de son contrat avec l'Ecole en question. Si elle a adopté dans ce contrat comme tarif de responsabilité le tarif des accidents du travail, elle est en droit de calculer le montant de vos honoraires à ce tarif. Il vous suffit de n'accepter ce versement qu'à titre d'acompte sur votre note totale, et de vous retourner pour le surplus soit contre les parents de l'enfant, débiteurs des soins dont ce dernier a bénéficié même si ce ne sont pas eux qui ont fait appel à vous, soit contre l'Ecole qui vous a mis en œuvre, et s'est tacitement engagée à prendre à sa charge le payement de vos honoraires.

4.719. — Distinction entre accident et maladie professionnelle

Un laboureur présentant un œil de perdrix au pied gauche me fait appeler pour un gros abcès phlegmoneux survenu à la suite d'une grande difficulté à labourer dans une terre très dure.

Peut-il marcher avec assurance sociale ou accident du travail ?

A. C.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne couvre en principe que les « accidents » survenus au temps et au lieu du travail ; elle ne s'étend pas par contre aux « maladies » professionnelles, exception faite toutefois des maladies comprises dans la liste limitative dressée par la loi du 1er janvier 1931.

La distinction entre « accident » et « maladie » est parfois assez difficile à effectuer ; il y a lieu d'après la jurisprudence, de s'en rapporter aux critères suivant : un « accident » résulte de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, tandis qu'une lésion morbide provient de l'action lente et progressive d'une cause tenant à l'exercice régulier de la profession.

Si en l'espèce l'abcès phlegmoneux qui a motivé votre intervention n'est pas attribuable

à un traumatisme, ou à une piqûre septique survenue pendant le travail, mais s'est formé à la suite d'un effort soutenu au cours d'un ou plusieurs labourages, il faut le considérer comme une lésion à caractère morbide excluant l'application de la législation sur les accidents du travail.

Cette lésion ne pouvant donner lieu au payement d'indemnité quelconque en vertu de cette législation, relève donc du régime des Assurances sociales, et l'intéressé peut demander à sa Caisse le versement des prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie, s'il est en règle de ses cotisations.

ASSURANCES SOCIALES

4.538. — Tarif à appliquer pour rémunérer un médecin et une sage-femme

1° Un médecin, appelé par une sage-femme auprès d'une parturiente (assurée sociale) fait une simple visite, sans intervention. La sage-femme termine seule l'accouchement, qui est long, mais normal...

2° Un médecin, appelé par une sage-femme, auprès d'une parturiente (assurée sociale) termine l'accouchement par un forceps ou une version...

3° Le médecin ou la sage-femme décident d'envoyer la parturiente (assurée sociale) à l'hôpital...

4° La parturiente (assurée sociale) meurt avant la fin d'un accouchement où se trouvaient, soit un médecin, soit une sage-femme, soit une médecin et une sage-femme.

Dr X.

Réponse

Chaque Syndicat local règle toutes ces questions au mieux des intérêts des trois parties en présence : praticien, Caisse et malade.

Il n'existe aucune règle générale et ce sont les conventions locales qui fixent les prix.

1° Le médecin n'a fait qu'un simple acte médical ; il ne doit donc compter qu'une visite. Il la majore s'il s'agit d'une visite d'urgence, du dimanche ou de nuit. Si, en outre, il a accompli un acte spécial, il le comptera s'il y a lieu.

2° Le médecin a droit au prix de l'intervention obstétricale et la sage-femme conserve son son droit aux honoraires d'accouchement d'après les termes de la convention modèle parue au *Journal Officiel* du 8 août 1930.

3° Même réponse qu'à la première question : le médecin doit compter ses honoraires d'après les actes professionnels qu'il accomplit.

4° Encore ici même réponse, étant bien entndu que si la parturiente meurt au cours d'un forceps ou d'une version, le médecin demandera les honoraires afférents à l'acte obstétrical qu'il a accompli.

Dr Paul Boudin.

4.080. — Droits des assurés sociaux atteints d'une maladie qui n'entraîne pas cessation du travail

Auriez-vous l'amabilité de me renseigner sur le point suivant ?

Un assuré social atteint de syphilis a droit, je crois, à un remboursement de soins et de médicaments de plus de six mois.

Quelles formalités doit-il accomplir auprès de sa Caisse pour pouvoir exercer ce droit ?

Dr C.

Réponse

Il résulte en effet de l'art. 6, § 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, lequel reproduit d'ailleurs une disposition analogue de la loi de 1928-1930, que l'assuré atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales dont le montant et les conditions d'attribution sont fixées par le règlement intérieur de la Caisse.

La syphilis ne nécessitant qu'un traitement d'entretien, et n'entraînant pas d'incapacité temporaire pour celui qui en est victime, nous paraît entrer dans cette définition, qui permet à l'assuré d'échapper ainsi à l'application brutale du délai de six mois.

Nous vous rappelons d'autre part que le délai de six mois n'est pas lui-même absolument rigoureux, toute rechute survenue plus de deux mois après la guérison apparente du malade étant considérée comme maladie nouvelle.

4.302. — Droit aux prestations en cas de rechute

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner la marche à suivre pour le cas suivant :

M. X... tuberculeux pulmonaire a été arrêté de janvier 1935 à août : à cette époque l'examen des crachats ne révèle plus de B. K., son état général lui permet de reprendre un peu de travail, ce que je l'autorise à faire et sur sa feuille d'assurance sociale je marque : Stabilisé.

Je ne peux mettre guéri considérant qu'un tuberculeux est toujours susceptible d'une rechute, et le mot stabilisé me semble bien convenir au cas dont il s'agit puisque M. X... n'est plus évolutif.

Après plusieurs mois de reprise de travail, mon malade fait une légère rechute qui nécessite une reprise des sels d'or ; mais les Assurances sociales jouant sur le mot : stabilisé, refusent de payer.

Le médecin de la Caisse prétend que seul le mot *guéri* est valable ? ? ?

Vous seriez donc bien aimable de me dire ce qu'il

y a lieu de faire dans la circonstance pour que mon client puisse faire valoir ses droits.

Dr D.

Réponse

La thèse de la Caisse d'assurances sociales et de son médecin contrôleur provient en l'espèce d'une interprétation trop étroite de la loi. Il résulte au contraire de la jurisprudence constante de la Cour de cassation (V. not. Cass. civ., 31 mai et 25 juillet 1934) que toute rechute survenue plus de deux mois après la fin d'une période de maladie constitue une maladie nouvelle rouvrant pour six mois le droit aux prestations. Il n'est donc nullement nécessaire pour la réouverture de ces droits que l'assuré ait été médicalement guéri, il suffit que son affection traverse pendant plus de deux mois une période de stabilité dispensant de tout recours aux soins médicaux et pharmaceutiques, et lui permettant de reprendre ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. Si une rechute, c'est-à-dire une nouvelle période de plus grande activité de la maladie, survient à ce moment, elle est considérée au point de vue assurances sociales comme une maladie nouvelle pouvant faire l'objet de six mois de soins.

Il y a donc lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est opposé, mais de porter le différend devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son président au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus. Si la discussion devant la Commission porte non pas sur l'interprétation de l'art. 4 § 10 de la loi de 1930 ou la jurisprudence de la Cour de cassation, mais sur une question d'ordre technique et médical, celle-ci devrait alors surseoir à statuer et le litige serait tranché par la Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil. Les conclusions techniques de cette Commission s'imposeraient alors de manière obligatoire à la Commission d'arrondissement dont le rôle se bornerait à en tirer les conséquences juridiques quant aux droits des parties en cause.

4.329. — Droit des assurés sociaux notoirement indigents aux spécialités pharmaceutiques

Lors de soins donnés à un bénéficiaire de l'art. 59, un pharmacien a jugé à propos de réduire les quantités des produits entrant dans mes prescriptions magistrales.

Ayant demandé des explications à ce praticien, il m'a annoncé que la loi de 1898 (accidents du travail) n'était applicable aux assurés sociaux notoirement

indigents qu'au point de vue du tarif et non à celui des quantités restant les mêmes que celles des prescriptions faites aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.

Or, dans le *Concours Médical* du 26 avril 1936, pages 1290 et 1291, l'article 3003 sur « Le droit des assurés sociaux notoirement indigents aux spécialités » semble ne pas admettre cette façon de voir du pharmacien. Je me suis, donc rendu à l'Hôtel de Ville où j'ai prié le chef de service de l'Assistance médicale gratuite de bien vouloir me faire connaître son opinion à ce sujet. Sa réponse a été conforme à celle du pharmacien : les bénéficiaires de l'art. 59, paraît-il, n'ont droit, jusqu'à nouvel ordre, qu'aux seules quantités (combien infimes !) prescrites pour les malades de l'Assistance médicale gratuite dans la Seine.

Dr S.

Réponse

Ainsi que nous l'avons exposé à plusieurs reprises dans le *Concours Médical* (V. not. *C. M.*, 1936 pages 588 et 1280) les assurés sociaux notoirement indigents ne doivent en aucune manière être assimilés aux assistés médicaux gratuits relevant de la loi du 15 juillet 1893. Ce sont au contraire avant toute chose des assurés sociaux ayant les mêmes droits que les les assurés ordinaires ; aussi la délivrance des prestations en nature les concernant est-elle régie par les dispositions générales de l'assurance-maladie, exception faite toutefois de l'entente directe seule dérogation au régime commun, et non par celles du règlement départemental d'assistance. Ils ont donc le libre-choix de leur praticien ; quant à leur médecin traitant, il jouit de la liberté de traitement et de prescription que lui reconnaît la loi sur les Assurances sociales.

Cette thèse qui résultait implicitement de la loi de 1928-1930, ainsi que l'avait reconnu la jurisprudence (V. not. Trib. civ. de Reims, 4 décembre 1935), n'est plus douteuse à l'heure actuelle, puisqu'elle est consacrée formellement par l'art. 19 du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, qui s'exprime ainsi : Les prestations afférant aux assurés indigents sont les mêmes que celles des autres assurés et leur sont accordées selon les modalités et sous réserve du contrôle, applicables à ces derniers. On ne saurait donc poser plus nettement le principe d'assimilation que nous exposions plus haut, et qui est d'ailleurs le seul compatible avec l'esprit de la loi sur les Assurances sociales.

4.251. — Cotisations des domestiques aux Assurances sociales

J'ai une bonne qui gagne 2.400 francs par an logée et nourrie, la commune a 1.851 habitants,

Quelle est ma part mensuelle pour les Assurances sociales et quelle est sa part, je ne comprend rien à ce nouveau règlement.

Dr G.

Réponse

En vertu de l'art. 2 § 14 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, les cotisations concernant les domestiques et gens de maison ne sont pas calculées, comme pour les assurés ordinaires, sur le salaire réel égal au salaire en espèces augmenté de la valeur des avantages en nature, mais sur un salaire forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre du Travail. Ce salaire forfaitaire a été établi pour l'année 1936 par l'arrêté du 27 janvier 1936 : il s'élève à 3.600 francs par an pour les femmes dans les communes de moins de 80.000 habitants.

La double cotisation patronale et ouvrière est en conséquence égale pour l'année à 7 % de ce salaire, soit 252 francs, ou 21 par mois. Sur cette cotisation la moitié soit 10 fr. 50 incombe au patron, et l'autre moitié au salarié. Le versement de cette double cotisation incombe au patron seul ; il doit avoir lieu dans les dix premiers jours de chaque trimestre, soit en espèces au bureau de poste soit par virement de chèque postal.

QUESTIONS DIVERSES

4.540. — Privilège pour honoraires médicaux

Un de mes clients me doit pour accouchement de sa femme quelque 600 francs ; pour être payé j'ai dû l'appeler en Justice de paix en juin 1935 : condamné à me payer, il se fait déclarer en faillite en décembre. Je reçois du greffier du Tribunal le 11 avril un avis imprimé que le syndic a déposé au Greffe l'état des créances et que j'y figure pour la somme de 809 francs (dettes, intérêts, frais de justice) « à titre chirographaire ».

Je reçois hier un avis m'avertissant qu'une réunion concordataire aura lieu le 29 mai, et me donnant un résumé : l'actif se monte à 3.177 francs, le passif comprend 2.600 francs de dettes privilégiées, 33.000 de créances chirographaires, 6.000 de créances non-produites, et frais de greffes.

Je reçois enfin, un avis d'une offre de 30 % en cinq ans à 6 % par an, premier versement le 31 décembre 1936 et l'invitation à assister ou à me faire représenter par un mandataire pour l'établissement d'un concordat.

Ayez la bonté de me dire :

1° Pourquoi ma note n'est pas dans les créances privilégiées.

2° Si vous me conseillez d'accepter cette offre, qui je puis choisir comme mandataire (personne ne

m'est proposé, et je ne connais personne dans la ville où le Tribunal de commerce siège), est-ce que la rétribution de ce mandataire me regarde ou sera faite par l'actif de la faillite

3° Est-ce que je puis me retourner contre les parents de l'accouchée, dans la maison de qui j'ai fait l'accouchement, où le failli dira qu'il était locataire ?

Dr H.

Réponse

Suivant l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui a modifié le paragraphe 3 de l'article 2.101 du Code civil, les frais de dernière maladie sont privilégiés concurremment entre ceux à qui ils sont dus, qu'elle qu'en ait été la terminaison.

Ce privilège peut donc s'exercer, depuis cette loi, en cas de faillite ou de déconfiture du débiteur comme à son décès.

Mais, suivant la jurisprudence qui a précisé l'interprétation de ce privilège, ce dernier ne s'applique qu'aux honoraires dus pour les soins donnés au débiteur lui-même ; il ne s'étend pas à ceux qui ont pour cause des soins donnés aux membres de sa famille et notamment à sa femme et à ses enfants.

Puisque, en l'espèce, il s'agit d'honoraires dus pour un accouchement, vous ne pouvez donc être admis à la faillite à titre privilégié et il est impossible de contester votre collocation comme créancier chirographaire.

Vous ne toucherez donc, dans la faillite, qu'un pourcentage proportionnel à l'ensemble des dettes du débiteur et à l'actif restant disponible une fois les créanciers privilégiés désintéressés.

Etant donnés les renseignements que vous nous donnez sur la composition du passif et de l'actif, il est malheureusement à craindre qu'aucun dividende substantiel ne puisse vous revenir. Dans ces conditions, le mieux que vous ayiez à faire est d'accepter l'offre concordataire.

Si vous vous faites représenter au concordat, vous aurez à supporter personnellement les frais et les honoraires de votre mandataire sans pouvoir les récupérer sur l'actif de la faillite.

Afin de pouvoir exercer une action contre les parents de l'accouchée, il faudrait que vous soyez en état de faire la preuve que c'est sur leur demande expresse que vous avez été appelé à donner vos soins.

3.568. — Un docteur en pharmacie peut-il se faire appeler « Docteur X » ?

Il y a près d'ici, un pharmacien docteur en pharmacie, qui met sur ses imprimés et devanture :

Docteur X...
Docteur en pharmacie.

Il écrit des articles qu'il signe Dr X.... J'ai demandé au Directeur de la *Vie Médicale* si ce confrère a le droit d'agir ainsi. Il me répond en me conseillant de m'adresser à vous qui avez traité la question dans le *Concours Médical*.

M. P., pharmacien.

Réponse

A part la loi du 31 juillet 1923, qui oblige les titulaires du grade de docteur-vétérinaire de faire suivre le titre de docteur du titre de vétérinaire, aucun texte législatif ne réserve aux docteurs en médecine le monopole de l'appellation « Docteur X ».

Un docteur en droit, un docteur ès lettres, ou ès sciences, un docteur en pharmacie peuvent parfaitement s'intituler et se faire appeler « Docteur X » ainsi que cela se pratique en Allemagne et dans les pays centraux.

Mais, en France, l'usage a voulu que le titre de docteur sgnifie « médecin ». On va chez le docteur, on fait appeler le docteur. De sorte que si l'appellation n'a aucune importance, lorsqu'il s'agit de quelqu'un qui, comme un avocat, un notaire, un professeur de mathématiques ou de lettres, n'exerce pas l'art de guérir, il n'en est pas de même lorsque celui qui se fait appeler docteur exerce une profession médicale (dentiste), ou para-médicale (pharmacien). Cette appellation de docteur laisse supposer qu'il s'agit du doctorat en médecine.

Ainsi en ont décidé un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 14 mars 1899 et un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine (10e Chambre) du 15 mai 1895 qui déclarent que « le titre de docteur joint au nom d'un dentiste ne peut avoir, pour le public, d'autre signification que celle de docteur en médecine.

Il en résulte que si un pharmacien, docteur en pharmacie, veut respecter la saine et bonne déontologie, il s'abstiendra de signer : « Docteur X, pharmacien ». Il usera de la formule : « M. X, docteur en pharmacie ».

S'il use de la dénomination « Docteur X », il risque de se voir poursuivi par le Syndicat médical, qui pourra demander aux Tribunaux de faire défense au pharmacien d'user d'une dénomination, qui pourrait induire le public en erreur, laissant supposer que ledit pharmacien est non docteur en pharmacie, mais docteur en médecine.

Dr Paul Boudin.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

◆ ◆ ◆

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Orles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Concarneau Dupouy.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
Saint-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

N° 162. — Indre. Poste méd. génér. à céder dans gros bourg. Condit. : reprise bail et lég. indemn. Départ raison famille.

N° 163. — Cause cessation chasse, à céder sup. pointer blanc moucheté noir, 20 mois, pédigrée illustre, prte à dresser. Dr Ducroux, Marcigny (S.-et-L.).

164. — Pour cause départ, on céderait bel appartem. 5 p., magnif. réception, tout confort, avec ou sans mobilier. Meubles anciens bon état, tapis neufs. Prix à débatt.

165. — Belle demeure à louer 2.500 pour la saison, dans magnif. campagne du Jura. Parc et dépendances, garage, eau, électric., gaz butane. Cuisine salle à m., 3 chamb. avec 5 lits dont 3 pet., chamb. de bonne.

166. — Doct. cherche collaborat. pour organisation clinique ou sana. Terrain admirab. situé, 18 km. de Paris.

N° 167. — Urologiste de Paris dem. remplaç. doct. ou interne, 3 après-midi par sem., août et sept. S'ad. Dr Gallois, secrét. génér. Syndic. urologistes, 26, rue de Clichy, Paris. Tél. Tri. 19-01.

N° 168. — Paris. Méd. franç. ferait visites de ville pour confrère fatigué.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Gobet,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Banlieue proche. Importante clientèle médecine générale, sans A. M. G. Peu d'accouchements. Belle propriété, grand jardin. A céder pour raisons de santé avec un comptant de 40.000 francs.

Région du Nord. A proximité villes. Poste seul médecin, clientèle groupée dans petit rayon-maison très confortable. Prix : 20.000 francs.

Vallée du Rhône. Près grande ville. Clientèle rurale, avec fixe transmissible. Habitation 6 pièces. En raison de l'urgence : prix 10.000 francs.

Renseignements

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical* de MM. les Docteurs JACQUEMAIRE Paul, de Denain ; GALICHON, de Lyon ; MENDEL, de Cayres et ADDA, d'Alger, la somme de quatre-vingts francs pour bons offices du journal.

AVIS IMPORTANT

Les impositions à la patente pour 1936 doivent tenir compte de la réduction de loyer de 10 %.

Nous prions donc nos adhérents de nous adresser leurs avertissements de 1935 et 1936 pour les comparer et d'y joindre tous renseignements au sujet de la valeur locative de leurs locaux professionnels (montant des baux, nombre des pièces professionnelles et des pièces d'habitation).

Ceux qui sont propriétaires de leur immeuble, doivent indiquer le revenu foncier, les frais d'entretien, l'amortissement et l'impôt foncier.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. PASTEUR VALLERY-RADOT a été élu membre de l'Académie de médecine.

Le *Concours Médical* adresse au maître éminent, petit-fils de Pasteur, ses plus sincères félicitations.

— **Un déjeuner en l'honneur du Professeur Danielopolu.** — A l'issue de sa dernière réunion, le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine avait organisé un déjeuner en l'honneur du Prof. Danielopolu, de Bucarest, son vice-président fondateur.

Ce déjeuner était présidé par les Prof. Achard et Hartmann, auprès desquels avaient pris place M. Gheorghiu, secrétaire de la Légation de Roumanie, représentant S. E. M. le Ministre de Roumanie à Paris, les Docteurs Dartigues, président de l'Union médicale latine, Martiny, secrétaire général de la Section médicale du Comité France-Italie, Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, Pereira, attaché au Consulat du Brésil, Tuchila, médecin des hôpitaux de Jassy, Minopoulos, d'Athènes, Coelho, de Porto, Jayle, Le Sourd, Gardette, Huber, Godlewski, etc.

Au champagne, le Prof. Achard a exprimé en quelques phrases heureuses les sentiments des membres

de la Fédération et en particulier des médecins français à l'égard du Prof. Danielopolu qui a su réaliser si heureusement, durant l'année écoulée, la création de l'Académie de médecine de Roumanie, dont il est le secrétaire général et le principal animateur.

Le Prof. Danielopolu a répondu en assurant ses collègues de son dévouement à la Fédération et en rendant hommage à la Science médicale française, dont ses compatriotes sont des servants fidèles. Il a terminé en buvant à la France et à la Latinité.

Ajoutons qu'à l'issue du déjeuner les convives ont adopté à l'unanimité le texte d'une adresse au Prof. Giordano, président de la Fédération de la Presse médicale latine.

— **Journées de la « Medical Association of the International Clinic ».** — Les 3, 4, 5 et 6 juin se sont déroulées à Tunbridge Wells, des Journées médicales organisées par « The Medical Association of the International Clinic » sous la présidence de Mme Joliot-Curie, sous-secrétaire d'Etat aux Recherches scientifiques.

Cette manifestation en l'honneur de la science française comprenait une réception à la clinique internationale et à l'Hôtel de Ville de Tunbridge Wells et une conférence au Wigmore Hall de Londres par Mme Joliot-Curie sur : « La synthèse des nouveaux éléments radio-actifs ».

Le soir, au cours d'un banquet présidé par l'Ambassadeur de Chine, le Professeur Hopwood retraça la vie du savant français et de ses illustres parents.

Le lendemain, à Tunbridge Wells, toute une série de conférences avec projections de films, démonstrations cliniques et présentation de malades eurent lieu.

— **Société amicale des médecins alsaciens** (9, rue d'Astorg, Paris). — Séance du 9 juin. Présidence du Docteur Keim. Etaient présents : M. le sous-secrétaire d'Etat Oberkirch, M. le Sénateur Armbruster, M. le Professeur Hartmann, MM. les Docteurs Bloch-Vormser, Blum, Brucker, Hahn, Keim, Lantzenberg, Metzger, Rœderer, Schmitt, Ulrich, Wach.... et de nombreuses dames.

Le secrétaire général Ch. Schmitt, après son court rapport annuel, annonce que le 19 juillet, à l'occasion de la Foire-Exposition de Nancy, aura lieu en cette ville une grande fête alsacienne avec le concours des municipalités et des principales Sociétés des régions recouvrées. Il invite les membres présents et absents à envoyer le plus tôt possible leur adhésion pour faciliter le travail des organisateurs. Il propose de remplacer le dîner d'octobre par le banquet de toutes les Amicales médicales de Paris et de province, banquet qui doit avoir lieu à la même époque.

On élit par acclamation le bureau : président, Docteur Bloch-Vormser ; vice-président, Docteur Oberkirch ; secrétaire général, Docteur Ch. Schmitt ; secrétaire adjoint, Docteur Quirin ; trésorier, Docteur Brucker.

M. le Docteur Trèves rend compte du voyage que viennent d'effectuer en Alsace les membres du Congrès de chirurgie et de la réception brillante et cordiale qui leur a été faite. Il insiste sur l'admirable organisation des services hospitaliers de la Faculté de Strasbourg, qu'ils ont visités en détail sous la conduite de l'éminent doyen Forster. Dans ce centre remarquablement installé se poursuivent des recherches du plus grand intérêt. Les professeurs originaires de l'Intérieur y sont chez eux et peuvent dans une ambiance attentive et très sympathique, y donner, comme le Professeur Leriche, la pleine mesure de leur science et de leur talent.

M. le Ministre Oberkirch rappelle ses souvenirs de jeunesse et l'accueil qu'il a reçu des maîtres parisiens lorsqu'après l'annexion il est venu se perfectionner dans notre Faculté. Il se félicite d'avoir été avant tout un médecin praticien, ce qui lui a permis de connaître les difficultés de l'exercice de notre profession et aussi de pouvoir, par un contact journalier avec ses compatriotes annexés, scruter leur cœur et percevoir leurs sentiments les plus intimes et les plus profonds, en particulier leur amour ardent pour la France dans la bonne et la mauvaise fortune.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Clinicat.* — Le concours du clinicat médical s'est terminé par la nomination de M. le Docteur Saric, comme chef de clinique titulaire, et de M. le Docteur Lévy, comme chef de clinique adjoint.

— **Comité France-Italie.** (Secrétariat et trésorerie : 23, boulevard des Capucines, Paris.) Section médicale, 10, rue Alfred-Roll, Paris. Président, Professeur Cunéo. — Cotisations : Membre fondateur : 1.000 francs, bienfaiteur, 500 francs par an, actif 100 francs par an, adhérent, 25 francs par an.

— **Jetons de présence.** — L'*Informateur médical* nous renseigne, dans son dernier numéro, sur l'importance des jetons de présence des membres de l'Académie de médecine. Ces jetons de présence sont d'environ...... *quinze francs* par séance, ce qui ramène le taux de l'heure à 7 fr. 50.

Les Académiciens vont-ils à leur tour se mettre en grève et « occuper les lieux », en demandant de l'augmentation ?

— **Le III[e] Congrès de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs** se tient à Bordeaux les 20, 21 et 22 juin 1936, à la Maison des médecins, 15, rue Professeur Demons.

— **Légion d'honneur.** — Nous avons le plaisir d'annoncer la promotion, au grade d'officier de la Légion d'honneur, du Docteur Georges Baillière, directeur-gérant du *Paris-Médical*. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus vives et nos plus sincères félicitations.

— **Conférence radiophonique du Docteur Boëlle sur les procédés charlatanesques en médecine.** — Sous les auspices de la Confédération des travailleurs

intellectuels le Docteur Boëlle, président du Comité international contre le charlatanisme, a fait au poste de la Tour Eiffel une conférence sur les procédés charlatanesques en médecine. Le conférencier a conclu en souhaitant que soit créé l'Ordre des médecins et que le Parlement vote une loi destinée à réprimer toute publicité charlatanesque.

— **Hôpitaux maritimes.** — M. le Docteur André, chargé de cours à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine, assistant de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être reçu médecin des hôpitaux.

— **Hôpital et dispensaire français de Londres.** — On demande un médecin résident, remplissant les fonctions d'interne, disposé à venir pendant la période de vacances, c'est-à-dire pendant six semaines à partir du début de juillet. Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme) ou au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français (172 Shaftesbury Avenue, Londres, W. C. 2.)

— **Hôpitaux de Bourges.** — On demande, à l'Hôtel-Dieu de Bourges, un étudiant célibataire, de nationalité française, ayant 13 à 14 inscriptions, pour fonctions d'interne. Conditions : nourri, logé, chauffé, traitement de 5.000 francs. Pressé. S'adresser à l'économe des hospices de Bourges.

— **Ministère des postes, télégraphes et téléphones.** *Service médical à Rennes.* — Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1936, au ministère des P. T.T. à Paris, en vue de la nomination, à Rennes, d'un médecin suppléant au Comité médical régional siégeant dans cette ville.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés au plus de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au directeur régional des P. T. T. à Rennes, avant le 1er juillet prochain. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

— **Fiançailles.** — Nous apprenons les fiançailles du Docteur Adrien-Marc Weill, ex-chef de clinique à la Faculté, avec Mademoiselle Andrée Bloch.

Nos plus sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Mme Edouard Landrin, mère de M. le Docteur Albert Landrin, ancien président de la Fédération nationale des Médecins du front.

Le *Concours Médical* adresse au Docteur Albert Landrin l'expression de sa vive et douloureuse sympathie.

Croisière Médicale Franco-Belge

aux MERS ARCTIQUES

à bord du Paquebot de Luxe « FOUCAULD »

Cette croisière, qui sera effectuée à bord du "Foucauld" habitué des mers nordiques, quittera Dunkerque le 1er août 1936.

Elle a été minutieusement étudiée pour qu'avec le minimum de temps et de fatigue les passagers puissent voir le maximum.

Le " Foucauld " est le type même du navire de croisière. Ses caractéristiques lui assurent une remarquable tenue à la mer, et son tonnage élevé lui permet néanmoins de pénétrer dans tous les fjords.

Ses aménagements sont du plus grand confort et toutes les cabines prennent jour directement sur la mer.

Contrairement à ce qui existe dans la plupart des navires, la salle à manger et le salon fumoir occupent la partie supérieure du bateau. Cette disposition permet aux touristes de voir le paysage se dérouler devant eux à tout instant de la journée.

Nous donnons ci-après l'itinéraire de cette croisière.

Itinéraire de la Croisière :

	Arrivée	Départ
Dunkerque.......		1er août 9 h. 30
Lerwick (Shetland)	3 août 7 h.	3 — 12 h.
Odda	4 — 14 h.	4 — 20 h.
Molde	5 — 21 h.	6 — 1 h.
Digermulen-Troll..	7 — 13 h.	7 — 18 h.
Tromsoe..........	8 — 9 h.	8 — 14 h.
Magdalena Bay...	11 — 7 h.	11 — 12 h.
Cross Bay........	11 — 16 h.	11 — 17 h.
Kings Bay	11 — 19 h.	11 — 19 h.
Skansen Bay.....	12 — 8 h.	12 — 8 h.
Temple Bay......	12 — 11 h.	12 — 11 h. 30
Advent Bay......	12 — 14 h.	12 — 18 h.
L'Ile de l'Ours....	13 — 17 h.	13 — 17 h.
Cap Nord........	14 — 12 h.	14 — 12 h. 30
Hammerfest......	14 — 18 h.	14 — 22 h.
Lyndgseidet......	15 — 7 h.	15 — 11 h.
Narvik	16 — 7 h.	16 — 14 h.
Oye..............	18 — 7 h.	18 — 10 h.
Merok	18 — 15 h.	18 — 19 h.
Bergen...........	19 — 13 h.	19 — 20 h.
Oslo	21 — 7 h.	21 — 13 h.
Copenhague......	22 — 12 h.	23 — 12 h.
Dunkerque.......	25 — 14 h.	

Prix des passages à partir de **2.000 francs** en classe touriste et **3.275 francs** en 1re classe. Une réduction de 5 % est accordée aux membres du corps médical qui s'inscriront directement dans nos bureaux.

Demandez la brochure illustrée détaillée, et inscrivez-vous au

Bureau de Voyages du « *Concours Médical* », 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 JUIN

Service psychiatrique des prisons

Décrets du 31 mai 1936 portant création d'un service d'examen et d'observation psychiatriques dans les prisons du département de la Seine et fixant les indemnités allouées aux médecins psychiatres

Art. 1er. — Un service d'examen et d'observation psychiatriques est créé à la prison de la Santé et à la prison de la Petite-Roquette à Paris et aux prisons de Fresnes (Seine).

Art. 2. — Le personnel médical des prisons de la Seine est fixé comme suit :

A. — *Prisons de Paris*

Deux médecins.
Trois médecins psychiatres.
Un pharmacien.
Un chirurgien-dentiste.

B. — *Prison de Fresnes*

Deux médecins.
Un chirurgien.
Un pharmacien.
Cinq internes.

Art. 3. — Le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Art. 1er. — Les indemnités annuelles allouées aux médecins psychiatres des prisons de la Seine sont fixées ainsi qu'il suit :

Maison d'arrêt de la santé, 6.000 francs.
Maison d'arrêt de la Petite-Roquette, 6.000 francs.
Prison de Fresnes, 6.000 francs.

Art. 2. — Les indemnités fixées par le présent décret sont exclusives de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire de quelque nature que ce soit ne peut être attribué au personnel des services spéciaux de l'Administration pénitentiaire que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 3. — Le garde des Sceaux, ministre de la Justice, et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

4 JUIN

Médecins psychiatres des prisons de Paris et du département de la Seine

Par arrêté du garde des Sceaux en date du 3 juin

1936, ont été nommés médecins psychiatres des prisons de Paris et du département de la Seine :

M. le Docteur Ceillier, à la prison de la Santé.

M. le Docteur Schiff, à la prison de la Petite-Roquette.

Mlle la Doctoresse Badonnel, à la maison d'éducation surveillée et à l'école de préservation de Fresnes.

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre du ministère de la Santé publique :

Officiers : MM. les Docteurs Brès, de Cannes et Delrat, d'Orsay.

Chevaliers : MM. les Docteurs Carette, de Saint-Pol-sur-Ternoise ; Roland, de Besançon.

5 JUIN

Pensions militaires

Décret du 26 mai 1936 relatif à la rémunération des médecins spécialistes chargés par les Comités administratifs de revision des pensions abusives de donner leur avis sur certains dossiers.

Art. 1er. — Pour l'étude de certains dossiers particulièrement délicats par suite de la nature de l'invalidité qui a été l'origine de la pension, les Comités administratifs de revision des pensions sont autorisés à demander l'avis d'un médecin spécialiste choisi sur la liste des médecins agréés à cet effet par le ministre des Pensions.

Art. 2. — Il est alloué aux médecins spécialistes visés à l'article 1er du présent décret une indemnité fixée à 15 francs par dossier examiné.

Art. 3. — Le ministre des Pensions et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

6 JUIN

Service de santé militaire

Par décret du 3 juin 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil., titulaires du B. P. M. S., ci-après désignés : (rang du 21 avril 1936), Vienne, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; (rang du 22 avril 1936), Viennois, 14e sect. inf. milit., aff. 14e rég. ; (rang du 24 avril 1936), Sacré, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég. ; rang du 24 avril 1936) Lapierre, 16e sect. inf. milit., aff. 16e rég.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

La règlementation des fonctions des médecins contrôleurs des Assurances sociales

12.615. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. le ministre du Travail : 1° si les assurées sociales ordinaires qui sont obligées, pour bénéficier des primes d'allaitement, de se soumettre à un examen médical mensuel, et d'obtenir un certificat d'allaitement, sont en droit d'obtenir le remboursement des consultations médicales ainsi motivées ; 2° si les assurées assistées qui se trouvent dans la même situation sont en droit d'obtenir, dans les mairies, des feuilles de maladie ou de maternité les dispensant de tout payement de consultations médicales ; 3° si la question ci-dessous peut être soumise au Conseil supérieur des Assurances sociales : « étant donné qu'il est prévu par les lois sur les Assurances sociales et par les décrets et arrêtés subséquents, d'une façon explicite ou implicite que les médecins contrôleurs seront chargés par les Caisses d'assurances sociales de contrôler l'état de santé des assurés sociaux malades, de participer au fonctionnement des Commissions techniques prévues par l'article 7 de la loi sur les Assurances sociales, de préparer des rapports motivés relativement aux demandes de pensions des assurés sociaux invalides, de collaborer à l'organisation des œuvres et institutions prévues à l'article 33 de la loi sur les Assurances sociales, etc. ; étant donné que, dans l'intérêt des assurés sociaux comme dans celui des Caisses, il serait fort utile que les médecins chargés de fonctions aussi délicates soient nommés au concours et dégagés de toutes préoccupations de clientèle, au lieu d'être nommés d'une façon quelque peu arbitraire par des directeurs ou administrateurs de Caisses plus ou moins incompétents pour apprécier les capacités des médecins, quel est l'avis du Conseil supérieur des Assurances sociales sur l'opportunité d'une réglementation des fonctions des médecins contrôleurs (nomination au concours, conditions de traitement et d'avancement, etc.), ladite réglementation pouvant être établie par analogie avec les dispositions du décret du 2 février 1910 relatif au personnel médical des Asiles d'aliénés. (*Question du* 28 *mars* 1935.)

Réponse. — Comme suite à la réponse parue au *Journal officiel* du 28 mai 1935, il est fait connaître, en ce qui concerne la troisième question posée par l'honorable député, que le Conseil supérieur des Assurances sociales, saisi d'une demande d'avis sur l'opportunité d'établir une réglementation des fonctions de médecins contrôleurs des Caisses primaires d'assurances sociales, a émis l'avis suivant, dans sa séance du 28 février 1936 :

« Le Conseil supérieur des Assurances sociales ;

« Saisi d'une demande d'avis du ministre du Travail sur l'opportunité d'établir une réglementation des fonctions de médecin contrôleur des Caisses primaires d'assurances sociales ;

Voir la suite page LV-1933

PROPOS DU JOUR

LA RETRAITE DU DOCTEUR ARMAND GASSOT

Après avoir pendant 56 ans pris une part active à la rédaction et la direction du *Concours Médical*, après avoir pendant 42 ans assumé la tâche ingrate d'administrer les finances de la *Mutualité familiale du Corps médical français*, après avoir rempli pendant 38 ans les fonctions de trésorier de notre Ligue de défense individuelle, le *Sou Médical*, notre ami vénéré, Armand Gassot, plus qu'octogénaire, en pleine possession de ses facultés mais sentant s'appesantir sur lui le poids des années et des infirmités résultant de son grand âge, a pris l'irrévocable décision de résigner ses fonctions. Cette détermination ne fut pas sans nous attrister. Il nous semblait que, sans le Docteur Gassot que nous entourions tous des témoignages de notre respectueuse affection, notre «Mutualité familiale» et notre « Sou Médical » ne seraient plus les mêmes, mais nous ne pouvions, malgré nos regrets, que nous incliner devant ces impérieuses obligations.

Le Conseil de Direction du *Concours Médical*, les Conseils d'administration de la *Mutualité familiale du Corps médical français* et du *Sou Médical* résolurent d'exprimer à la suite d'un déjeuner absolument intime ses sentiments d'affectueuse et de respectueuse gratitude à M. Gassot, qui, pendant un demi siècle, avait assuré avec un dévouement admirable et un souci méticuleux de l'intérêt de nos œuvres, la tâche de trésorier.

Ce déjeuner a eu lieu le dimanche 7 juin au restaurant Drouant. Trente convives, membres de nos Conseils, y prirent part.

A la fin du repas, le Docteur Noir, Directeur du *Concours Médical*, Président de la Mutualité familiale du Corps médical français, prit la parole en ces termes :

Mes chers Amis,

Le Conseil de Direction du *Concours Médical*, les Conseils d'administration de ses filiales : la « Mutualité familiale du Corps médical français » et le « Sou Médical », vous ont conviés à venir aujourd'hui dans un déjeuner tout intime témoigner à notre maître et ami, le Docteur Armand Gassot, jusqu'ici toujours vaillant, mais qu'actuellement l'âge et les infirmités obligent à prendre sa retraite, nos sentiments respectueux d'affectueuse gratitude et nos remerciements les plus sincères pour les services éminents qu'au cours d'une carrière simple, mais en tous points admirable, il a rendus pendant un demi siècle au Corps médical.

Vous connaissez tous M. Gassot. Néanmoins permettez-moi de vous rappeler sa carrière dans toute sa simplicité.

Né le 25 août 1850 à Chevilly (Loiret), il était le fils d'un médecin de campagne. Son père, fils d'un maître de postes, s'était destiné à la médecine sous l'influence d'un ami de sa famille, ancien médecin de marine, qui était venu exercer à Chevilly.

Armand Gassot soutint sa thèse de doctorat en médecine le 15 décembre 1873 et, en 1874, à l'âge de 23 ans, il vint suppléer son père à Chevilly. Il fut médecin de campagne dans toute l'acception du mot. Seul, éloigné de tout centre important, il dut répondre à toutes les exigences de la profession et faire de la propharmacie. Ses compatriotes lui témoignèrent leur affection et leur confiance en l'appelant à la mairie de Chevilly et en l'y maintenant durant 29 ans. Le Préfet du Loiret lui confia les fonctions d'inspecteur de l'Assistance médicale gratuite. Son fils aîné, dont nous déplorons la perte, lui succéda comme médecin à Chevilly.

Quand en 1878, Cézilly qui venait de fonder le *Concours Médical*, lança un appel aux médecins praticiens de France, Gassot fut un des premiers à y répondre. Cézilly qui se connaissait en hommes, vit quel parti il pouvait tirer de la collaborationde Gassot et, dès 1880, l'attacha à la direction et à la rédaction de son journal. Il prit une part active à toutes les initiatives de Cézilly et joua un rôle important dans l'évolution du syndicalisme médical à ses débuts.

Deux innovations du *Concours Médical* eurent la fortune que vous connaissez : «La Mutualité familiale » et le « Sou Médical ».

Notre ami Vimont, président du « Sou Médical », va vous dire ce que cette institution doit au Docteur Gassot.

A la Mutualité familiale, M. Gassot fut un trésorier modèle. Il fut l'âme de la Société. Il s'opposa toujours avec énergie à toute innovation qui eût pu faire dévier notre œuvre de son but et exigea la collaboration constante des actuaires, M. Marie d'abord, M. Fleury ensuite dont nous regrettons la disparition prématurée, mais qui nous a laissé un successeur digne de lui, M. Colomb. En basant les cotisations sur les calculs des actuaires, en soumettant tous les cinq ans, la situation à un inventaire minutieux, M. Gassot savait que sa Mutualité serait toujours en mesure de tenir toutes ses promesses. Aussi laisse-t-il la Caisse de la Mutualité familiale prospère avec un capital de plus de neuf millions.

Mes chers Amis,

Sur le sol mouvant du monde médical, il est difficile d'élever des édifices solides et durables.

Pour assurer leur pérennité, il faut les asseoir sur des fondations profondes, sur des piliers puissants. Ces fondations, ces piliers sont invisibles ; cachés sous terre, on ne les voit guère et le public qui admire les élégantes et brillantes superstructures, ne se doute guère que si elles existent et durent, c'est grâce à la solidité des fondations.

M. Gassot, et aussi notre ami Boulanger, sont les

piliers sur lesquels reposent le *Concours Médical* et ses filiales. Leur rôle n'a guère attiré l'attention ; pour le juger, il faut, comme nous, bien le connaître ; il est le plus souvent humble et caché, mais, c'est la base solide sur laquelle repose notre maison.

Messieurs, en votre nom à tous, je remercie M. Gassot des services éminents qu'il nous a rendus, je le prie de croire à notre respectueuse et affectueuse reconnaissance, je bois à sa santé et à la prospérité des œuvres auxquelles il a consacré avec une admirable énergie l'activité de sa longue carrière.

Des applaudissements prolongés et un ban suivirent cette péroraison et M. le Docteur Vimont, président du *Sou Médical*, se leva à son tour et prit la parole en ces termes :

Mon cher Gassot,

Il y avait trois Mousquetaires qui étaient quatre comme dans Alexandre Dumas, c'étaient Gassot, Maurat, Jeanne et Cézilly, qui consacraient tous leurs loisirs à étudier les moyens d'améliorer la profession médicale.

Praticiens, ils connaissaient les démêlés des médecins avec certains clients et ils avaient la préscience, que cette situation ne ferait que s'aggraver dans l'avenir. Ils pensèrent qu'aucun médecin ne se refuserait à verser un sou par jour, pour être assuré de sa défense en cas de besoin.

Cette solution simple et même simpliste devait bientôt trouver son application. En novembre 1897, vous faisiez, mon cher Gassot, un rapport sur la question et en 1898, le « Sou Médical » entrait en vigueur avec une cotisation votée de 18 francs, soit un sou par jour. Si l'on tient compte de la dévaluation, la cotisation est restée la même avec des avantages plus grands.

Les médecins, plus exigeants avec raison, voulaient être garantis contre la responsabilité civile.

En 1905, le praticien est assuré contre ce risque jusqu'à concurrence de 2.000 francs pour une cotisation de 20 francs. A cette époque, les condamnations étaient très rares. Cela n'était pas suffisant : en 1919, la garantie passe à 10.000 francs avec une cotisation de 25 francs, puis à 20.000 en 1921, puis 50.000 en 1924, et cela sans augmentation nouvelle de la cotisation.

Mais le médecin est de plus en plus en butte aux manœuvres des clients de mauvaise foi. Il fallut faire un effort plus grand. La garantie en 1925, est portée à 70.000 francs avec une cotisation de 40 francs, et le journal le *Concours Médical*, voulant aider le « Sou » dans son œuvre de défense, donne une garantie complémentaire de 30.000 francs aux membres du « Sou », abonnés du *Concours*, de façon à mettre à leur disposition 100.000 francs en cas de besoin.

Nouvel effort en 1930, la cotisation est portée à 100 francs pour une garantie de 100.000 francs et le *Concours* par une contre assurance ajoute 400.000 francs de couverture pour les confrères à la fois membres du « Sou » et abonnés du *Concours* ; de sorte que pour 150 francs le praticien peut attendre les évènements avec sérénité, puisqu'il a à sa disposition outre sa défense assurée devant les Tribunaux, 500.000 francs pour répondre à ceux qui veulent s'en prendre à lui.

Quel fut, mon cher Gassot, votre rôle dans l'évolution ascendante du « Sou » ? Dès sa fondation fut acceptée par vous la fonction la plus ennuyeuse, la plus ingrate, celle qui crée le plus de réponsabilité, de trésorier. Votre labeur fut considérable, rentrées de cotisations souvent difficiles, maniement et placement de fonds parfois délicats et travail matériel augmentant d'année en année, avec l'accroissement du nombre des adhérents, qui, de 300 à l'origine, de 900 en 1904, de 2.747 en 1914, est actuellement de 7.300. Non seulement pendant plus de 32 ans vous vous êtes livré à un véritable travail de bénédictin, mais vous avez su défendre notre Caisse envers et contre tous.

De tout ceci, nous vous sommes profondément reconnaissants et imitant ce qui fut fait pour les grands chefs de la guerre, nous devrions graver dans le bronze, mais nous l'avons gravé dans nos cœurs, cette devise : « Gassot a bien mérité du Corps médical ».

Au soir de la vie, vous avez la gloire et la joie de passer en revue votre œuvre et de constater la situation prospère du « Sou ». Grâce à votre savante gestion, vous laissez notre trésorerie dans un état qui met notre ligue à l'abri de toutes les éventualités et une caisse de garantie qui aura bientôt 2.000.000 de réserves auxquels il faut ajouter plus de 400.000 pour solder les affaires en suspens des exercices précédents.

Vos enfants, le *Concours*, la Mutualité, le « Sou », ont délégué un d'entre eux pour vous offrir quelques fleurs et vous témoigner leur grande gratitude. Je ne suis que leur mandataire en vous priant d'accepter cette modeste plaquette qui traduit leur geste.

Je lève mon verre en votre honneur et empruntant le langage ecclésiastique, je vous dis en toute cordialité : *Ad multos annos.*

M. Vimont remit alors à M. Gassot la plaquette en bronze où un bel enfant symbolise la reconnaissance, en tendant avec ses petites mains, un bouquet de fleurs.

Après les applaudissements chaleureux et les bans traditionnels, M. Gassot se leva. Très ému, les larmes aux yeux, il remercia ses amis en quelques mots et exprima le regret de ne plus pouvoir participer à leurs travaux.

Cette cérémonie dans sa simplicité fut une touchante manifestation d'amitié, d'admiration et de reconnaissance dont nous conserverons toujours le souvenir.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT ACTUEL DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE CHEZ L'ENFANT

Par le Professeur P. LEREBOULLET

L'angine diphtérique est particulièrement fréquente chez le jeune enfant, c'est chez lui plus que chez l'adolescent et l'adulte que vous aurez à la soigner et, si simples que soient actuellement les règles de son traitement, il est bon de les préciser, étant données les discussions qu'elles ont, récemment encore, soulevées.

Sans revenir sur les signes cliniques révélateurs de l'angine diphtérique vraie, sans entrer dans la discussion biologique du problème thérapeutique, sans faire l'histoire des travaux qui lui servent de base depuis ceux de Roux, Martin et Chaillou jusqu'à ceux de G. Ramon et de Debré, je voudrais me borner à vous dire ici la conduite à laquelle, pour ma part, après avoir soigné plus de 5.000 diphtériques aux Enfants-Malades et ailleurs, je me suis arrêté. Elle m'a permis de sauver bien des vies humaines et je n'ai jamais eu à regretter de l'avoir adoptée.

***

Vous savez que l'angine diphtérique est une affection locale, due à l'action du bacille diphtérique sur la muqueuse amygdalienne, dont les conséquences générales sont liées, non à la généralisation du germe qui reste dans la gorge, mais à l'intoxicaton de l'organisme par la toxine diphtérique sécrétée au niveau du pharynx, toxine dont Roux et Yersin ont démontré l'existence en 1890.

Autrefois, avant cette notion de l'intoxication diphtérique, la thérapeutique n'était dirigée que contre l'affection locale ; aussi, malgré le *traitement topique* énergique (et d'ailleurs barbare), utilisé par Bretonneau, Trousseau et leurs continuateurs (le topique de Gaucher était classique au début de mes études médicales), l'effort thérapeutique restait très limité. Seules guérissaient les angines diphtériques bénignes et encore, même dans ces formes, la mortalité atteignait le chiffre déja fort élevé de 30 p. 100. Lorsque l'angine diphtérique revêtait les formes malignes, la mort était fatale.

La découverte de la *sérothérapie* et son emploi en 1894 chez l'homme par Roux, Martin et Chaillou ont transformé la situation. Nous pouvons, par un traitement antitoxique actif, lutter contre le poison diphtérique et rendre l'organisme insensible à ses effets, quelle que soit la dose de toxine sécrétée par le bacille diphtérique au niveau de la gorge. Encore faut-il savoir administrer à temps — et à doses suffisantes — cette admirable médication ; je n'ai pas à la défendre contre les attaques que, périodiquement, et récemment encore, elle a subies. Mon collègue le Professeur Debré a montré, dans divers travaux solidement étayés, que le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur, tel qu'il est actuellement préparé, n'a rien perdu de sa valeur, bien au contraire. Mais son emploi doit être basé sur des règles précises, dont la transgression risque d'en diminuer l'action bienfaisante .

Actuellement, l'Institut Pasteur de Paris délivre pratiquement deux espèces de *sérum antidiphtérique* :

1° Le *sérum antidiphtérique* ordinaire, présenté en flacons de 10 c. c. renfermant 300 unités au centimètre cube ; par suite le flacon de 10 c. c. couramment délivré contient 3.000 unités et le flacon de 20 c. c. en renferme 6.000. La quantité d'unités antitoxiques est légèrement plus forte qu'elle n'était autrefois.

2° Le *sérum antitoxique purifié* ou *antitoxine diphtérique purifiée* délivré en flacons de 10 c. c. renfermant 5.000 unités antitoxiques et en flacons plus petits, de 2 c. c. 5, renfermant 1.000 unités antitoxiques et utilisés surtout pour le traitement préventif. Le sérum purifié a été réalisé pour rendre moins fréquents et moins intenses les accidents sériques. Il a ses indications surtout chez l'adulte ; peut-être est-il, à chiffre d'unités égales, un peu moins actif que le sérum ordinaire qui reste le plus communément employé.

L'Institut Pasteur a réalisé un troisième *sérum à la fois antitoxique* et *antimicrobien* destiné à agir dans certaines formes graves, mais il n'est nullement démontré que son activité soit supérieure et il n'y a pas lieu de chercher à l'employer, de préférence au sérum ordinaire ou à l'antitoxine

purifiée, seuls d'emploi courant actuellement. Je ne parle que de ces sérums, n'ayant personnellement pas la pratique d'un autre sérum concentré et purifié étudié récemment par mon collègue le Docteur Marquezy.

Qu'on emploie le sérum ou l'antitoxine purifiée, il y a avantage actuellement, comme dans toute autre sérothérapie, à *compter en unités antitoxiques* et non en flacons de sérum ou en centimètres cubes.

Ce sérum antitoxique dont les effets ont été minutieusement étudiés chez l'animal et chez l'homme va neutraliser la toxine circulante.

Il n'a expérimentalement qu'une action nulle sur la toxine déjà fixée. Il est prouvé qu'il est sans effets dans l'intoxication diphtérique expérimentale du cobaye, lorsque dix heures ont passé depuis l'injection de toxine. Fort heureusement chez l'homme la question ne se pose pas de la sorte et il est prouvé que son action se manifeste, même alors que l'intoxication diphtérique remonte à plusieurs jours. Mais ce fait expérimental établit la *valeur de l'injection précoce*. Et vous devrez retenir que, selon une formule employée par moi de longue date et souvent répétée *depuis, il faut frapper vite et fort*. De cette double règle, je puis vous donner les raisons.

L'angine diphtérique se traduit par des symptômes cliniques, alors que, depuis plus ou moins longtemps, le nez et le pharynx sont infectés par le bacille. La fausse membrane dès qu'on la constate, révèle une diphtérie constituée, donc une intoxication déjà réalisée, modérée dans les angines communes, marquée dans les angines submalignes. Attendre pour intervenir, c'est risquer de mettre le malade dans les conditions de l'animal d'expérience, c'est-à-dire hors d'état de subir l'action du sérum curateur, à quelque dose qu'on l'administre. *Agir vite est donc la condition de la guérison*. D'où la gravité d'une décision qui remet au lendemain l'injection de sérum et la vérité de la formule de Marfan *qui demande au premier examen clinique l'indication de la première injection de sérum*. Trop souvent, le médecin tend à surseoir, alors que l'examen bactériologique direct ne peut lui donner qu'un renseignement vague et souvent inexact, que la culture ne peut qu'après vingt heures être affirmative et parfois reste douteuse devant la diphtérie la plus certaine. Certes, il faut faire cet examen bactériologique qui, pour la suite du traitement, garde sa valeur. Mais le médecin doit agir sans attendre son résultat, lorsque surtout l'angine diphtérique par ses caractères, par l'adénopathie satellite, par la pâleur et les signes généraux souligne la malignité de l'infection.

Il faut aussi *agir fort*. Sans doute, au début du traitement de la diphtérie, des doses faibles de sérum paraissaient suffisantes et il était fréquent de se contenter de 20 c. c. de sérum mais, comme beaucoup d'observateurs l'ont noté, la diphtérie n'était pas alors la maladie qu'elle est devenue ces dernières années. Si on veut agir efficacement, il faut, dans l'ignorance où l'on est de la gravité ultérieure de la maladie, faire une dose de sérum capable de mettre dans l'organisme assez d'unités antitoxiques pour lutter contre la toxine répandue dans la circulation par le foyer diphtérique pharyngé et celle qui s'y répandra les jours suivants. Les inconvénients d'une dose peut-être excessive sont minimes en regard de ceux d'une dose insuffisante.

J'ai ajouté, il y a quelques années une troisième condition. Il faut *frapper longtemps*, disais-je alors ; la sérothérapie doit être *prolongée*. Je me basais sur les recherches biologiques qui avaient montré la rapidité de l'élimination de sérum injecté par voie intraveineuse et même par voie intramusculaire, et qui signalaient la disparition du pouvoir antitoxique du sang dans les trois à quatre semaines qui suivent la première injection. Il semble d'après les recherches de MM. Debré, Ramon et J. Bernard que le sérum s'élimine beaucoup moins vite, que ce n'est qu'assez lentement que le pouvoir antitoxique du sérum baisse et que, par suite, cette prolongation de la sérothérapie n'a pas le même intérêt. Au surplus, elle ne peut jamais se faire au delà de six à sept jours, les accidents sériques en marquant la limite assez vite. Je n'ai toutefois jamais eu à me repentir d'avoir prolongé quelques jours la sérothérapie pour retarder le moment où plusieurs semaines après, le pharynx n'étant pas débarrassé des bacilles virulents, une reprise de l'intoxication serait à craindre. Puis, il est difficile de s'abstenir de toute intervention lorsque, la maladie suivant son cours, l'amélioration tarde. Volontiers donc, je reste fidèle aux injections répétées, plutôt qu'à l'injection unique, surtout dans les formes submalignes ou malignes. Il est dur pour le médecin de s'avouer vaincu et j'ai vu guérir assez de diphtéries malignes, pour estimer que ma persévérance dans la sérothérapie était justifiée. Mais j'admets volontiers que cette persévérance est d'autant moins nécessaire qu'on a, dès le début, agi énergiquement.

Sachez donc reconnaître une angine diphtérique dès le premier examen, n'hésitez pas à agir même dans les cas douteux par la sérothérapie et mettez-la en œuvre d'une manière précoce et intensive, en la répétant, si besoin est, les jours suivants, mais sans jamais la prolonger au delà de quelques jours.

Quelles sont les *voies d'introduction* ? On utilise le plus souvent la *voie sous-cutanée* facile, simple et par laquelle le sérum est assez vite résorbé. Classiquement, il n'agirait qu'après vingt-quatre heures, alors que le sérum injecté par *voie intramusculaire* agirait en huit heures (tout en s'éliminant en huit à dix jours).

Les recherches récentes que je vous citais, de mon collègue Debré et de ses collaborateurs, attachent moins d'importance à cette différence et le plus simple est d'*associer les deux voies en faisant la moitié de la dose sous la peau, l'autre moitié dans les muscles.*

Quant à la *voie intraveineuse,* périodiquement recommandée, elle peut être indiquée dans des cas particulièrement graves, mais, d'une part, elle ne donne que quelques heures d'avance à l'action du sérum, d'autre part, elle est d'une technique plus délicate, elle expose à des chocs graves et qui ont été parfois mortels, est contre-indiquée formellement chez les sujets présumés sensibles (asthmatiques, eczémateux), chez ceux qui ont reçu des injections de sérum etc ; *ce n'est donc qu'une voie d'exception.*

Il n'est pas besoin enfin d'insister longuement sur l'*inefficacité de la voie buccale et de la voie rectale,* parfois encore recommandées bien qu'elles soient complètement dépourvues d'action ; jamais en administrant du sérum par ces voies à un sujet présentant une réaction de Schick positive, on n'a pu négativer sa réaction. *Il est inutile de perdre son temps à une telle thérapeutique.*

Le *choix du sérum* est simple. Chez l'*enfant,* les accidents sériques étant dans l'ensemble moins marqués et moins pénibles que chez l'adulte, il faut employer le sérum ordinaire, dont l'efficacité est peut-être, à dose égale, plus rapide et plus marquée que celle du sérum purifié. Chez l'adolescent et l'adulte, j'ai l'habitude, en raison des réactions sériques violentes dont j'ai été témoin, de recourir de préférence au sérum purifié qui, dans l'ensemble, donne des réactions moindres. Je l'emploie aussi chez des enfants qui semblent plus sensibles (asthmatiques, eczémateux, urticariens, grands nerveux). Il ne les met d'ailleurs pas nécessairement à l'abri de ces accidents et le seul cas de sérothérapie mortelle que j'aie vu après injection de sérum concernait un nourrisson de près de deux ans qui succomba sous mes yeux, après une injection de 10 c. c. de sérum purifié, amplement justifiée par une diphtérie larvée avec mauvais état général ; cet enfant (je ne l'ai su que plus tard) avait été sensibilisé quelques mois antérieurement par des injections d'une spécialité à base de sérum désalbuminé faite à titre tonique. Le sérum purifié, tout en limitant les risques ne les supprime donc pas complètement. De toute façon, l'injection chez les sujets sensibilisés ou présumés susceptibles doit être faite avec lenteur, en commençant par une minime dose, selon la méthode fixée par Besredka.

Les *doses à employer* varient avec les cas, mais, d'une façon générale, mieux vaut faire trop que pas assez de sérum car nous ne savons jamais à quand remonte exactement l'infection diphtérique, surtout en cas d'épidémie. Nous ignorons l'évolution ultérieure. Il va pourtant de soi qu'il est des angines communes auxquelles des doses moyennes suffisent, des angines submalignes ou malignes que seules, des doses élevées peuvent modifier.

L'âge de l'enfant intervient peu, le foyer toxigène étant chez lui sensiblement le même chez un jeune enfant que chez un adolescent. A une intoxication égale doit être opposée une sérothérapie antitoxique égale.

Au cas d'*angine commune,* je fais injecter 40 c. c. de sérum ordinaire ou 20 c. c. de sérum purifié soit environ 10.000 unités antitoxiques. La dose est répétée le soir, si l'aggravation est notée, le lendemain matin, au besoin le surlendemain ; j'attends volontiers le moment où l'angine commence à céder ce que révèlent les modifications de la fausse membrane qui se gonfle et tend à tomber. Mais, dans l'état actuel de la sérothérapie, je ne dépasse pas dans une angine commune en tout 100 à 120 c. c. de sérum ordinaire ou 50 à 60 c. c. de sérum purifié, c'est-à-dire 25.000 à 30.000 unités antitoxiques. Assez volontiers, dans les angines communes, je me rallierais d'ailleurs à la formule de mon collègue Debré qui conseille une injection unique mais plutôt plus forte que celle que j'indique, considérant 15.000 unités comme un minimum. La prudence me semble toutefois commander une seconde injection le deuxième ou le troisième jour ; celle-ci permet de parer à toute erreur sur la gravité de la diphtérie observée.

Au cas d'*angine submaligne* ou *maligne,* la sérothérapie intensive s'impose : c'est ici qu'on a parlé de *doses massives.* Personnellement, j'ai conseillé 100 c. c. de sérum ordinaire répété par voie intramusculaire et sous-cutanée pendant quatre à cinq jours ; j'ai même recommandé de forcer la dose si le traitement était tardif, afin d'arriver rapidement à une quantité correspondant à 100 grammes par jour de maladie. Ces doses qui pouvaient atteindre dans l'ensemble 500 grammes et plus de sérum ordinaire, c'est-à-dire 150.000 unités, si élevées soient-elles, étaient loin et de celles couramment administrées dans certains cas de tétanos déclaré et de celles qui, dans la diphtérie même, ont été conseillées par certains auteurs danois, qui ont injecté jusqu'à deux litres de sérum antidiphtérique intraveineux ! Ici encore, il va de soi que si, selon le conseil de M. Debré, on force la dose initiale à 80.000 unités par exemple, on peut être plus sobre les jours suivants. Il reste qu'il est bien difficile d'affirmer le second ou le troisième jour du traitement d'une diphtérie maligne qu'on a fait une dose suffisante et qu'il est inutile d'insister. Les derniers faits que j'ai observés m'ont donné l'impression que j'avais eu raison de répéter les doses et la statistique que j'ai publiée en

1927 justifie ma conduite. Sur un total de plusieurs centaines d'enfants, *je n'ai eu, dans les six premiers mois de 1926, aucun décès chez les enfants atteints d'angine commune, j'ai pu guérir 81 p. 100 des cas considérés à l'entrée comme des cas d'angine maligne ou submaligne* et la *mortalité globale de mes diphtériques n'a pas dépassé 5,7 %*. C'est dire l'intérêt de la sérothérapie précoce et intensive par voie sous-cutanée et intramusculaire simultanée. On a dit récemment, pour justifier la limitation des doses, qu'il était vain de poursuivre la sérothérapie dans la plupart des angines malignes, vouées à la mort quelles que soient les doses, le sérum arrivant trop tard. J'ai, pour ma part, la conviction d'avoir contribué à guérir nombre de diphtéries malignes, alors même que leur début remontait à plus de trois et quatre jours. Ici, comme si souvent en médecine infantile, il faut savoir lutter sans désespérer.

Si la sérothérapie est la base du traitement de l'angine diphtérique, on peut lui associer divers utiles adjuvants. Le sérum lutte contre l'intoxication, il n'est pas antimicrobien. Les bacilles de Löffler, même après la chute des membranes, continuent souvent à coloniser dans le nez et dans la gorge et il n'est, selon moi, pas démontré que leur présence soit toujours inoffensive, lorsque surtout, longtemps après la guérison apparente de l'angine et alors que le sérum est presque totalement ou totalement éliminé, ils continuent à sécréter une toxine qui se répand dans l'organisme. C'est ce qui me fait penser que, parfois tout au moins, ils sont capables de provoquer ou d'entretenir les paralysies diphtériques tardives. Aussi bien, dans ce but, ai-je, il y a quelques années, systématiquement fait à mes petits malades une deuxième série d'injections de sérum purifié pour « recharger » pour ainsi dire l'organisme en antitoxine au moment où celle-ci diminuait fortement dans les humeurs. Des recherches récentes tendent à prouver qu'une telle mesure était superflue. Il n'en reste pas moins qu'il est désirable, tout au moins pour faire disparaître le foyer de contagion que représente le nasopharynx infecté, d'*agir localement sur le bacille diphtérique*. C'est ce que je réalise actuellement en joignant au traitement sérique : 1° des *instillations nasales biquotidiennes avec la solution d'acétylarsan pour adultes*, préparé en ampoules intranasales ; instillée à la dose de trois à quatre gouttes dans chaque narine, elle aide (je l'ai montré avec J.-J. Gournay) à la disparition rapide des bacilles de Löffler.

2° Des *applications sur les amygdales* redevenues normales (car, dans la phase aiguë, si de simples lavages au bock ou des gargarismes sont autorisés, il faut se garder d'attouchements directs, mal acceptés des enfants), soit de *glycérine iodée*, soit d'une *solution de nitrate d'argent au 1/200e*, soit encore d'un *collutoire au novarsénobenzol.*

En diminuant ainsi l'infection diphtérique locale, on a selon moi plus de chances d'éviter les accidents toxiques tardifs et la méthode est simple et inoffensive. Au traitement sérique, au traitement local peuvent s'adjoindre une série de *médications associées.* Sans s'en exagérer la valeur, il faut savoir, lors d'angine submaligne ou maligne surtout, qu'il y a là des ressources parfois fort utiles. L'*opothérapie surrénale* et l'*adrénaline* sont, depuis les travaux classiques de Castaigne et de Martin et Darré, souvent employées. Si on peut recourir à l'injection souscutanée d'un demi-milligramme d'adrénaline ou d'une ampoule d'extrait surrénal, il faut se rappeler qu'elles provoquent parfois des chocs impressionnants et, que l'action par voie buccale de l'extrait surrénal en cachets ou en comprimés et de l'adrénaline (celle-ci sous forme de gouttes données sans eau sur un demi-morceau de sucre à croquer) est réelle et inoffensive. Les *toni-cardiaques* , camphre, digitale, ouabaïne, ou strophantus peuvent avoir aussi leurs indications. La *strychnine* enfin est souvent un utile adjuvant comme tonique du système nerveux, par voie sous-cutanée ou par voie gastrique et ces trois médications remédient aux trois grandes causes de gravité lors de diphtérie maligne (atteinte du cœur, des capsules surrénales, du système nerveux). Mais de telles médications sont d'application courante chez l'enfant et leur emploi ne présente aucune difficulté, ce qui me permet d'être bref.

Retenez surtout la nécessité d'agir vite et fort par la sérothérapie antidiphtérique et les conséquences trop souvent fatales d'un retard ou d'une insuffisance de l'action thérapeutique. C'est ce qui fait que lors d'angine larvée, d'angine plus nette, mais survenant chez un vacciné, le doute sur la nature diphtérique des accidents ne doit nullement faire conclure à l'abstention.

C'est d'une sérothérapie précoce et intensive que dépend la guérison. Au surplus, c'est actuellement de la pratique de plus en plus répandue de la vaccination à l'anatoxine que peut dépendre la disparition, parmi les jeunes enfants, des angines diphtériques. C'est à répandre cette vaccination que vous devez, dans votre carrière, vous appliquer, tout en sachant, lorsque vous la rencontrerez, traiter victorieusement l'angine diphtérique.

CLINIQUE MÉDICALE

(Hôpital de la Pitié — Service du Professeur Clerc)

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse (1)

M. le Professeur agrégé J. Haguenau

Un seul symptôme certain de la méningite tuberculeuse : c'est la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. En son absence, tout autre signe peut être trompeur, et il n'est pas de médecin qui n'ait, en l'absence d'examen de laboratoire, commis d'erreur dans le diagnostic de méningite tuberculeuse. Comme l'évolution favorable de cette maladie est absolument exceptionnelle, vous vous rendez compte du drame individuel et familial que comporte ce diagnostic ; d'où la règle générale : ne jamais risquer de poser le diagnostic de méningite tuberculeuse à tort et rechercher toujours le bacille.

La clinique française est basée principalement sur l'étude des signes *cliniques* des maladies ; en cas de discordance avec les résultats du laboratoire nous concluons presque toujours conformément aux premiers. Cependant, en ce qui concerne les états méningés, il faut inverser cette proposition et abandonner la prééminence de la clinique : le diagnostic positif comme le diagnostic étiologique d'une méningite doit être fondé sur la réponse du laboratoire.

I. — Trouve-t-on *toujours* le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien des méningitiques tuberculeux ? — Oui, mais à trois conditions : 1° les recherches bactériologiques doivent suivre immédiatement la ponction lombaire, ou au moins, le liquide céphalo-rachidien doit être recueilli dans une substance anticoagulante ; 2° la centrifugation du liquide doit être prolongée longtemps (quelques heures) ; 3° l'examen sur lame doit être poursuivi avec patience. Dans le service de mon maître Sicard, dont la laborantine était consciencieuse, on trouvait toujours le bacille de Koch chez les méningitiques tuberculeux. Pour plusieurs auteurs, le bacille de Koch serait plus difficile à mettre en évidence à la période terminale de la maladie ; pour ma part, je ne le crois pas.

Inversement, suffit-il de trouver un bacille acido-alcoolorésistant sur lame pour conclure au bacille de Koch, et les cas de guérison publiés ne sont-ils pas dus à des méprises bactériologiques ? Une première cause d'erreur est évitée en pratiquant l'examen du culot de centrifugation sur lame neuve. Mais il existe des cas où l'on a trouvé des bacilles acido-résistants non tuberculeux, et il est alors nécessaire de poursuivre l'identification par l'inoculation au cobaye. Cependant, A. Jousset ne croit pas à l'existence de pseudo-bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien. Toujours est-il que le bacille existe dans presque tous les cas de méningite tuberculeuse et que, seul, il permet d'affirmer le diagnostic avec certitude.

II. — Cependant, si on soupçonne l'origine tuberculeuse d'une méningite, malgré l'absence du bacille de Koch, on peut rechercher, dans le liquide céphalo-rachidien, d'autres éléments de diagnostic, non pathognomoniques, mais de probabilité. Habituellement, ce liquide est clair et limpide, mais si on laisse reposer le tube, on observe après quelques heures, une fine *pellicule* qui se forme en surface du liquide et puis se rétracte et tombe au fond ; la production de cette pellicule fibrineuse a une réelle importance pour le diagnostic de méningite tuberculeuse.

L'*albumine* est toujours augmentée, mais dans des proportions modérées (de 0 gr. 50 à 1 gramme par litre). L'examen cytologique montre que le chiffre des *lymphocytes* est fortement augmenté et atteint quelques centaines (400 à 800 par millimètre cube).

A côté de ces deux tests classiques, d'autres examens chimiques apportent des données qui, en se corroborant les unes les autres, ont une très grande valeur : il faut surtout doser le sucre, les chlorures et les cendres. Dans la méningite tuberculeuse, il y a une chute brutale du *sucre* : celui-ci n'existe plus qu'à l'état de traces (normalement : 0,60 centigr.). Les *chlorures* sont eux aussi diminués (5 gr., 6 gr., au lieu de 7 gr.30). C'est aussi une baisse considérable des *cendres* (6 gr. à 7 gr. 50 au lieu de 8 gr. 80). Ces trois constatations, si elles sont parallèles, font présumer la méningite tuberculeuse.

La réaction du *benjoin colloïdal* de Guillain, Laroche et Léchelle montre souvent une altération de la courbe de floculation normale. Dans la méningite tuberculeuse, la floculation se produit habituellement vers les septième et huitième tubes. En réalité, tant avec le benjoin qu'avec les autres corps colloïdaux, on constate souvent

(1) Leçon faite le 13 décembre 1935, et résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

cette courbe de floculation dans toutes les méningites (zone méningitique de la réaction à l'or colloïdal de Lange), et elle n'est pas caractéristique de la méningite tuberculeuse.

Il est enfin habituel de trouver la réaction à la *résorcine* de Verne très positive : (densité optique de 200 à 400...). Si elle est négative, on peut rejeter presque certainement le diagnostic de méningite tuberculeuse. D'autres méningites non tuberculeuses pourraient donner une densité optique forte : pour ma part, je n'ai pas observé ce fait. Notez qu'il peut exister une discordance entre la réponse du liquide céphalo-rachidien et celle du sang.

III. — Passons aux résultats atypiques de l'examen du liquide céphalo-rachidien

Le liquide peut être *hémorragique*, soit légèrement teinté en jaune (xanthochromie), soit franchement sanglant. Sachez-le : il ne faut pas rejeter *a priori* le diagnostic de méningite tuberculeuse en présence d'une hémorragie méningée.

Autre éventualité : le liquide céphalo-rachidien est clair, mais l'examen cytologique montre une *réaction polynucléaire*. Je vous ai dit que la formule de la méningite tuberculeuse est surtout lymphocytaire, avec quelques polynucléaires. Or, on observe des cas où la proportion des polynucléaires atteint 40 % et plus. Aussi, recherchez le bacille de Koch, même dans les cas où la formule cytologique montre surtout des cellules blanches multinucléées.

***

C'est l'étude de ce syndrome liquidien qui permettra de distinguer la méningite tuberculeuse de toute une série d'affections au cours desquelles on peut constater, coïncidant avec des signes cliniques de méningite, un liquide céphalo-rachidien plus ou moins clair, plus ou moins riche en albumine et en cellules de types divers, presque toujours à prédominance lymphocytaire. De très nombreux facteurs toxiques, de très nombreux agents infectieux peuvent déterminer de tels tableaux cliniques.

a) *Causes toxiques.* — Je n'insiste pas ici sur certaines *méningites urémiques* qui sont exceptionnelles et posent rarement le problème diagnostique qui nous intéresse. Mais certains toxiques exogènes peuvent déterminer des réactions méningées. Récemment encore, Bénard et Poumayou rapportaient, à la Société médicale des hôpitaux, le cas d'un sujet présentant un syndrome méningé avec amaigrissement et lymphocytose rachidienne ; mais le bacille de Koch était introuvable. Une enquête plus serrée leur apprit que la méningite s'était déclarée après une injection mercurielle ; de fait, après chaque nouvelle injection de mercure, les phénomènes méningés réapparurent. Je n'insisterai pas sur le fait de savoir s'il s'agissait véritablement de méningitetoxique ou d'*intolérance méningée* (Tsanck). Rappelez-vous seulement la possibilité pour un toxique de déterminer de telles réactions.

On peut considérer comme une variété de méningite toxique la *méningite vermineuse*. Les vers intestinaux, surtout les ascaris, semblent intervenir par les produits toxiques qu'ils élaborent. Cette forme de méningite est connue surtout des pédiâtres : Lebon, Bouchut furent les premiers à la signaler. C'est d'ailleurs une notion populaire et, dans de nombreuses familles, il est de règle d'administrer un vermifuge en présence de tout symptôme nerveux. Le tableau clinique offre beaucoup de ressemblance avec la méningite tuberculeuse : l'enfant est grognon, se plaint de la tête, pousse des cris, présente des convulsions ; on constate la raideur de la nuque et des troubles oculaires, tous signes qui cadrent avec le diagnostic de la méningite tuberculeuse. Guillain et Bardin ont même trouvé dans un cas de méningite vermineuse, de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose rachidiennes. Mais les autres signes liquidiens manquent et, d'ailleurs, la torpeur est exceptionnelle ; la maladie évolue par poussées coupées de périodes d'apaisement de plusieurs semaines ; la température n'est guère modifiée. En cas de doute, il suffit de pratiquer l'examen du sang qui montrera de l'éosinophilie dans le cas de méningite vermineuse ; enfin, l'épreuve thérapeutique à la santonine peut être tentée.

b) *Causes infectieuses.* — On peut observer des réactions méningées trompeuses, simulant la méningite tuberculeuse, au cours de toutes les méningo-encéphalites. Par exemple, la *méningite cérébro-spinale*, dans ses formes frustes et dans ses formes prolongées peut présenter une formule qui ressemble à celle de la méningite tuberculeuse.

On observe des réactions méningées dans toutes les affections neurotropes provoquées par les virus les plus divers, parfois les plus banaux : tel le *virus herpétique*. Je vous signale aussi les formes méningées de la *poliomyélite aiguë*.

Relevez encore l'importance de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic différentiel avec l'*encéphalite léthargique*, très délicat à poser. Si, cliniquement, le sommeil de l'encéphalite peut être différencié de la torpeur de la méningite, si les caractères des paralysies oculaires ne sont pas strictement semblables, si les réactions fébriles n'ont pas le même type, n'oubliez cependant pas d'envisager l'importance des examens du liquide céphalo-rachidien. Opposez l'hypertension de la méningite à la tension peu modifiée de l'encéphalite qui, par ailleurs, ne provoque que de faibles modifications de la teneur en albumine, en chlorures, en cen-

dres et en sucre (ce dernier peut être même augmenté : hyperglycorachie) ; les réactions colloïdales au benjoin, à la résorcine y sont en général négatives.

La spirochétose ictéro-hémorragique peut donner naissance à un syndrome méningé pur, et il faut penser à cette étiologie.

Enfin, souvenez-vous que des réactions méningées trompeuses peuvent être observées dans toutes les *maladies infectieuses de l'enfance.* Je vous rappelle que ces réactions sont surtout fréquentes au cours des *oreillons* et, si le gonflement parotidien est tardif ou discret, on peut méconnaître une méningite ourlienne et croire à une méningite tuberculeuse.

***

Nous allons terminer par l'étude de ces cas que l'on a réunis récemment — peut-être à tort — sous le vocable de *méningite lymphocytaire bénigne.*

En réalité, des observations de cet ordre avaient été publiés en France en 1910, 1912, 1924, par Comby, Lemierre, Laubry, Rist, etc... Il s'agissait, presque toujours, de jeunes gens du sexe masculin qui présentaient un syndrome infectieux plus ou moins marqué et un syndrome méningé typique. La ponction lombaire avait mis en évidence l'existence d'une réaction à type lymphocytaire. L'évolution plus ou moins traînante faisait penser à une méningite tuberculeuse mais les malades guérissaient.

Roch, de Genève, vient d'apporter — avec Martin et Mlle Monedjikova — douze cas semblables, et ce sont eux qui ont proposé l'épithète de méningite lymphocytaire bénigne.

Comment faire le diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse ?

Cliniquement, il est exceptionnel de trouver des signes de localisation, en particulier de localisation basilaire, tels que paralysies oculaires ; il est rare aussi qu'il y ait une torpeur aussi marquée, et des troubles psychiques intenses ; mais surtout, on constate que la ponction lombaire amène une sédation extrêmement rapide de la maladie et constitue un traitement de l'état méningé ; enfin, la réaction cellulaire est intense, beaucoup plus forte que dans la méningite tuberculeuse et s'oppose à la réaction albuminique qui est beaucoup moins marquée (dissociation cyto-albuminique). En outre, nous ne croyons pas que les dosages dont nous avons parlé, chlorures, sucre, cendres, aient été pratiqués chez ces malades.

Qu'est-ce donc que la méningite lymphocytaire bénigne ? Voici plusieurs hypothèses :

1° Ne s'agit-il pas d'une forme fruste d'une affection neurotrope, poliomyélite, encéphalite épidémique ?

2° Ne s'agit-il pas d'une forme à localisation méningée d'une maladie infectieuse banale, spirochétose, paratyphoïde, maladie rhumatismale, méningococcie, mélitococcie même, comme on l'a soutenu ?

3° Ne s'agit-il pas d'une forme spéciale (à virus invisible) d'une méningite tuberculeuse ? — Quelques cas rapportés dans la thèse de Mlle Laquerrière montrent la possibilité de tels faits. En réalité, aucune inoculation en série chez l'animal, aucun fait précis ne permet de le supposer.

4° Ne s'agit-il pas d'un virus propre ? On l'a soutenu, puisque ces cas ont une allure épidémique, qu'ils apparaissent toujours de préférence chez le garçon, que l'affection a, malgré tout, un caractère stéréotypé, et que la guérison a été rapide, définitive et sans séquelle chez tous ces malades. Il ne peut s'agir que d'une hypothèse, puisque le virus est inconnu.

Il semble donc bien que cette méningite lymphocytaire bénigne puisse être rapportée, selon les cas et selon les épidémies, à tel ou tel virus connu ou inconnu. N'est-ce pas, aussi en effet, Roch, qui — avec Demole et Mach — vient d'observer une méningite lymphocytaire bénigne survenant dans des cas très spéciaux : il s'agissait de *jeunes porchers* qui soignaient des porcs atteints d'affection non classée par les vétérinaires ; ces jeunes gens, après un état pseudo-grippal avec toux, douleurs abdominales, courbe thermique assez caractéristique (fausse défervescence et deuxième crochet thermique) présentaient des signes méningés avec forte réaction cellulaire ; la guérison s'est toujours produite, définitive et sans rechute. Il s'agirait là d'une affection spéciale, transmissible du porc à l'homme et capable de déterminer une méningite lymphocytaire bénigne.

***

On voit donc qu'en définitive tous ces cas ne peuvent être distingués de la méningite tuberculeuse que par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Seules l'absence du syndrome que nous avons décrit et surtout l'absence du bacille de Koch permettront d'éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse De même seule la présence du bacille de Koch pourra faire faire le diagnostic de méningite tuberculeuse dans les formes exceptionnelles de cette affection : telles ces *formes prolongées*, parfois très anormales comme dans le cas de Lxderich, (l'évolution se fit en plus de cent jours).

CONFÉRENCES DES HOPITAUX DE PARIS

COMMENT LE PRATICIEN TRAITERA-T-IL UNE OTITE MOYENNE AIGUË ?

M. André MOULONGUET

Au cours d'une leçon donnée à l'Association médicale des hôpitaux le 28 janvier 1936 par M. André Moulonguet, oto-rhino-layngologiste de l'hôpital Boucicaut, sur le *traitement et la surveillance des otites moyennes aiguës*, les indications et la technique de la paracentèse ont été parfaitement exposées. Cette question intéresse particulièrement le médecin éloigné de tout auriste ; c'est pour lui un devoir de savoir pratiquer à temps une paracentèse.

Dans les otites phlycténulaires, grippales, d'octobre et de novembre, on peut attendre ; dans celles de janvier, février, il faut intervenir, mais dans le doute, il faut toujours paracentéser et il vaut mieux le faire trop tôt que trop tard ; rares et bénins sont, en effet, les accidents de paracentèse pratiquée par un opérateur d'occasion.

Technique. — Pas d'anesthésie au-dessous de dix-huit mois ; au-dessus narcose rapide au chlorure d'éthyle ou à l'éther ; chez les enfants plus âgés, liquide de Bonain (sauf si le tympan est perforé).

La technique la plus pratique est la myringotomie verticale, de bas en haut, du point le plus déclive de l'aire tympanale à son point le plus élevé, en passant derrière le manche du marteau ; les repères ont, en effet, le plus souvent disparu ; on recherche alors la sensation tactile de perforation de la membrane, en procédant très délicatement.

L'incision idéale est une incision inférieure de 5 mm. désinsérant la partie la plus déclive du tympan avec une incision perpendiculaire, décrite ci-dessus, mais elle est parfois bien difficile à réaliser.

On aura préalablement désinfecté le conduit par un bain d'alcool.

Soins consécutifs. — Pas de tampon de coton bouchant le conduit, mais pansement aseptique avec deux ou trois compresses sèches ; par dessus, appliquer un carré de coton maintenu par une bande de crêpe. Pas de pansements humides. Le méchage n'est pas une méthode pratique car la mèche doit être renouvelée quatre fois par jour.

La technique de choix est la suivante : le matin : nettoyage de la peau à l'eau oxygénée et à l'alcool ; puis lavage doux de l'oreille, à la poire, avec un demi-litre d'eau stérile tiède additionnée de X gouttes de phénosalyl ; cataplasme de farine de lin sur la mastoïde et pansement sec sur le pavillon. A midi : bain de sérum physiologique tiède de dix minutes. A 4 heures : bain d'eau oxygénée boratée de cinq minutes. A 9 heures du soir : nouveau bain de sérum. Pommade à l'oxyde de zinc sur les parties cutanées de la peau et du pavillon qui sont souillées par le pus.

Au cours de la deuxième semaine : un bain, le matin à l'eau d'Alibour faible, l'autre le soir à la liqueur de Van Swieten + glycérine.

A la fin de l'otite assécher avec des bains de nitrate d'argent au 1/100e ou à l'alcool à 80° boriqué à saturation, ou au Dakin, ou à l'argyrol à 1/40, etc...

La vaccinothérapie, dangereuse au début, peut être essayée dans les otites traînantes. La sérothérapie sera réservée aux cas compliqués de mastoïdite. L'urotropine est le meilleur médicament préventif de la méningite otogène. Le rubiazol semble avoir une certaine efficacité dans les otites à streptocoques (1).

(1) Compte rendu par le Docteur Certain.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

des progrès accomplis dans le diagnostic et le traitement

des Maladies des Reins

D'après le Professeur J. Castaigne (*)

I. LE DIAGNOSTIC

L'exploration fonctionnelle de la dépuration urinaire

au lieu de « l'analyse complète des urines » ou de l'exploration fonctionnelle des reins

Dans la période, qui précède les quarante dernières années, c'était surtout l'*analyse complète des urines*, que l'on tâchait de rendre de plus en plus détaillée, afin d'obtenir des renseignements sur le fonctionnement des reins.

L'albuminurie était considérée comme le symptôme directeur pour porter le diagnostic des affections rénales, et cela jusqu'au jour où l'un de nos Maîtres déclara que l' « albuminurie était un symptôme inconstant, infidèle, et trompeur des maladies des reins ».

L'étude des *éléments cytologiques* de l'urine au point de vue de leur valeur pathologique (globules rouges ou blancs, cylindres de toute nature, etc.), a conservé son importance, et elle a été précisée sur quelques points ; mais, si elle permet de faire un diagnostic anatomo-pathologique, elle n'aide guère, même maintenant, à l'appréciation fonctionnelle des reins.

Seule, la diminution de l'*urée urinaire* conserve l'importance qu'on lui attribuait déjà autrefois, mais encore faut-il apprécier cette diminution à la lumière des découvertes sur la concentration maxima de l'urée dans l'urine.

On sait maintenant que les substances, éliminées par l'urine, qu'elles soient considérées du point de vue de la quantité de chacune d'elles ou des rapports que les unes ont avec les autres, sont beaucoup plus intéressantes pour étudier la *nutrition en général*, ou même les fonctions du foie, que pour étudier l'*état fonctionnel des reins*. Ces éléments recueillis à l'occasion de l'exploration fonctionnelle des *reins*, nous renseigneront et, il faut s'en souvenir, *au delà de la fonction de ces organes*. Aussi, le Prof. Castaigne préfère-t-il parler d'une exploration fonctionnelle non pas *des reins*, mais de la *dépuration urinaire*. Si, en effet, cette dernière reste sous la dépendance des reins, elle traduit, en plus, l'état du fonctionnement de toute une série d'autres systèmes organiques. Et même les différentes parties du rein pourraient sembler ne pas fonctionner dans des conditions normales, si l'on ne pensait aux multiples facteurs, susceptibles de produire des variations dans la production des éléments, que sont chargées d'éliminer les urines.

Parmi ces facteurs, on doit tenir compte :

1° d'une accumulation exagérée dans le sang de substances toxiques apportées du dehors par l'alimentation, ou résultant de déviations pathologiques dans le fonctionnement des organes et des tissus ; or l'on conçoit que, si ces poisons sont très abondants, des reins même très normaux, ne puissent les éliminer tous ;

2° du mauvais fonctionnement des différents systèmes organiques ou tissulaires (cœur, vaisseaux, foie, système nerveux, glandes endocrines, tissu lacunaire) susceptibles, à eux seuls, de restreindre le débit hydrique, (dont l'importance est capitale pour la dépuration de l'organisme) et, en plus de produire, par leur simple déviation fonctionnelle, de nouveaux toxiques s'ajoutant aux précédents.

De ces considérations, établies d'une manière incontestable par un ensemble de travaux récents, il résulte que, si les lésions des *reins* et leur insuffisance jouent *un rôle de premier plan* dans la production des *symptômes et accidents des néphrites*, l'ensemble des humeurs, des tissus et des organes, *autres que les reins*, jouent un rôle toujours *important*, et parfois même capital dans la pathogénie de ces troubles morbides.

Ainsi, la *diminution de la diurèse*, dont le rôle est primordial dans la production de l'*urémie*, est certes d'origine rénale au cours des néphrites aiguës ; mais, même dans ces cas et surtout au

(1) *Le Journal médical français*, janvier 1936.

cours des néphrites chroniques, cette diminution, si grave de la quantité parfois, d'urine est commandée par une série d'autres systèmes organiques (cœur, vaisseaux, foie, système nerveux, glandes endocrines, etc.). Certains tissus eux-mêmes (albumine des sérums, tissu musculaire, tissu lacunaire, etc.), en retenant l'eau circulante de l'organisme peuvent également restreindre la diurèse et commander pour une part tout au moins, les accidents urémiques.

Quant à la *rétention du chlore dans le sang*, elle était attribuée, naguère encore, à l'imperméabilité des reins pour le NaCl. On sait à l'heure actuelle, d'une façon non douteuse, *qu'outre ses causes rénales proprement dites*, elle dépend d'un *facteur circulatoire, et* aussi d'un *facteur tissulaire.* Ce sont les mêmes éléments, qui retiennent l'eau et les chlorures. Les albumines du sang semblent intervenir d'une façon primordiale dans cette rétention chlorée et aussi dans la production des œdèmes. De cette action non douteuse de l'albumine circulante, il faut rapprocher les déchets des albumines de l'organisme qui, dans de nombreuses circonstances morbides, interviennent activement pour provoquer vers eux un appel chloruré. La chloropénie et ses accidents, quand ils apparaissent au cours et en dehors des maladies des reins, sont dus sans doute parfois à la déperdition du sel par l'urine ou les vomissements, ou la diarrhée, mais souvent aussi à la fixation du chlore sur les tissus. Pour l'ensemble, on peut dire que, *dans la majorité des cas, la chloropénie est d'origine extra-rénale.*

Ainsi la question importante de l'*albumine et de la globuline du sérum* déborde de beaucoup le cadre des albuminuries. Comme, dit plus haut, c'est surtout la rupture d'équilibre entre la pression osmotique des albumines du sérum (diminuée) et la pression sanguine (restée la même), qui entraîne la formation des œdèmes par filtration de l'eau salée du sérum dans le tissu lacunaire ; et cela mieux qu'une perméabilité diminuée des reins pour le NaCl. Or, un trouble de métabolisme des protéines peut résulter de certaines insuffisances de la fonction hépatique ou de la fonction du corps thyroïde.

Quant aux différents types cliniques des néphrites, on a cherché à modifier leurs appellations en raison des études nouvelles faites sur la composition de l'urine et du sang. On avait pensé notamment à introduire dans leur dénomination les variations du chlore. Mieux vaut, dit le Professeur Castaigne, garder les anciennes appellations : néphrite chronique hydropigène, néphrite chronique urémigène, et néphrite chronique albumineuse simple. Elles ont en effet, le mérite de ne devoir leurs noms à aucune conception de pathogénie, susceptible de se montrer insuffisante ou fausse par la suite. Elles se basent exclusivement sur des constatations cliniques :

grands œdèmes, albuminurie intense ; très bon fonctionnement des reins s'opposant à l'apparition de l'urémie ;

insuffisance dépuratrice des reins ; ensemble de symptômes dus à l'urémie atténuée ou complète, et au retentissement de la déficience rénale sur toute une série de systèmes organiques ;

grosse albuminurie, longtemps compatible avec une bonne santé générale, sans œdèmes, ni urémie, ni insuffisance rénale.

Certes, cette classification ne peut comprendre toutes les formes de néphrites, qu'il est possible de rencontrer ; il existe notamment des formes mixtes, et ce qu'il faut, en pareils cas, c'est toujours rechercher comment a débuté la maladie, afin de porter le diagnostic : soit de *forme urémigène compliquée d'œdème* ou de *forme hydropigène compliquée d'insuffisance rénale*, car chacune de ces formes a un pronostic spécial et commande une thérapeutique différente, auxquels on n'aurait pas songé avec un diagnostic de « formes mixtes », sans chercher plus loin.

Les néphroses lipoïdiques, qui n'étaient pas connues au moment de cette première classification de 1906, ont été étudiées depuis lors. De l'ensemble des travaux sur ce sujet, trois formes principales peuvent en être décrites :

Les unes, les plus fréquentes, compliquent les formes urémigènes ou hydropigènes de la néphrite chronique et, dans le premier cas, elles peuvent constituer une de ces formes mixtes dont le clinicien doit rechercher la nature.

Les autres surviennent, d'emblée, après une maladie contagieuse, ou sans cause apparente ; certaines ont des symptômes qui se calquent absolument sur la néphrite chronique hydropigène ou la dégénérescence amyloïde.

D'autres faits sont analogues à la néphrite chronique albumineuse simple, telle qu'elle était signaléedans la classification de 1906.

Le devoir du clinicien est donc de rechercher, dans les deux formes de néphrites chroniques (albumineuses simples ou hydropigènes), les symptômes caractéristiques permettant de reconnaître la néphrose lipoïdique, tel qu'une lipémie se surajoutant à l'abaissement du quotient albumineux du sérum, avec présence de corpuscules bi-réfringents dans l'urine. Le diagnostic de la cause lipoïdique du syndrome constaté sera important puisque, dans ces cas purs, le traitement iodé ou thyroïdien pourra guérir les malades.

LES MOYENS A LA DISPOSITION DU PRATICIEN POUR EXPLORER LA DÉPURATION URINAIRE

I. Appréciation de l'insuffisance globale de la dépuration urinaire

L'azotémie est simple et facile à rechercher pour indiquer, non pas la fonction propre des reins, mais l'insuffisance de la dépuration urinaire. Et, comme les autres substances excrémentitielles sont retenues dans la même proportion qu'elle par l'organisme, elle doit servir de témoin. Mais, pour que l'appréciation d'une hyperazotémie ait toute sa valeur, on doit rechercher ce qui, dans cette augmentation de l'urée sanguine, appartient :

d'une part, à la fonction propre des reins ;

d'autre part, aux autres organes, qui influencent le débit urinaire ;

et enfin, à une augmentation de l'apport azoté de l'organisme par voie exogène ou endogène.

L'azotémie nous renseignera à la fois sur la fonction de concentration des reins et sur le débit urinaire, c'est-à-dire sur l'ensemble de la dépuration urinaire qui, par son insuffisance, commande l'urémie. A elle seule l'hyperazotémie, même élevée, ne permet pas, sans être interprétée, d'affirmer qu'une lésion rénale est en cause, de même qu'une azotémie normale ou subnormale peut exister avec un fonctionnement insuffisant des reins. Certes une hyperazotémie de plusieurs grammes par litre de sang (au lieu de 0 gr. 30) comporte toujours un pronostic très défavorable. Mais, où l'interprétation de la rétention uréique devient plus délicate, c'est lorsqu'il s'agit de doses évoluant entre 0 gr. 40 et 1 gramme, c'est-à-dire d'une azotémie-limite ; et celle-ci se retrouve dans les quatre cinquièmes des cas de malades dont on a fait analyser le sang. Il résulte des recherches de ces dernières années, que, sans intervention d'une néphrite, ces azotémies limite peuvent résulter de causes extra-rénales, telle notamment la diminution de la diurèse : par gêne de la circulation de retour, par déperdition d'eau par voies accessoires (vomissements, sueurs abondantes, etc.). Ces azotémies-limite à 0,75, par exemple, disparaîtront en quelques jours, si elles sont d'une cause extra-rénale, alors qu'elles sont d'un pronostic déjà sérieux, si elles sont dues à un début de néphrite. Mais, « il serait tout aussi inconsidéré de porter *d'emblée* un pronostic grave ou bénin au sujet d'une urémie à 0 gr. 75. » En face d'une telle constatation, on doit étudier la diurèse du malade, et, si elle n'est pas assez abondante, essayer de la ramener à la normale par le repos et les médications utiles.

II. Appréciation des insuffisances partielles de dépuration urinaire

La recherche de l'azotémie doit être complétée en discriminant la fonction rénale proprement dite, et en appréciant du débit urinaire, qui dépend à la fois du rein et de toute une série d'organes et de tissus.

A) **L'insuffisance de la fonction rénale proprement dite** (*pouvoir concentrateur des reins*) sera mise en évidence par les méthodes suivantes :

Epreuve de la concentration maxima dans l'urine.

Il s'agit ici de la fonction cardinale des reins. Leur rôle capital, est, en effet, d'éliminer les substances de déchet contenues dans le sang, après les avoir concentrées.

La concentration de l'urée (substance choisie comme témoin) s'exprime par le nombre de grammes ou de centigrammes d'urée contenus dans un litre d'urine. En clinique, des reins concentrant l'urée à 45 et au-dessus, peuvent être considérés comme normaux au point de vue de leur pouvoir dépurateur. Une chute basse et permanente de la concentration uréique au dessous de 20 fait affirmer une néphrite chronique.

Voici la technique de Legueu, Ambard et Chabanier. « Elle consiste à faire ingérer, au sujet, chaque jour, le coagulum de quatre litres de lait strictement débarrassé de son sérum et additionné de sucre. Pour cela, du lait frais est mis à coaguler avec de la présure, puis jeté sur un linge fin, afin que tout le sérum soit bien éliminé. Le sujet ingère ce coagulum, sans boire aucun autre liquide pendant les deux premiers jours ; vers le troisième jour, on lui permet de boire de l'eau par petites gorgées, à sa soif. On aromatise le coagulum, selon le goût, avec de la fleur d'oranger ou de la vanille. A moins qu'il ne s'agisse de grands œdémateux, dont les hydropisies sont en voie de réduction, on peut admetre que la concentration maxima est atteinte vers le troisième jour du régime ».

Cependant il n'est pas sans inconvénient de faire ingérer, pendant trois jours, le coagulum de 3 à 4 litres de lait, à un malade atteint de néphrite chronique urémigène, dont le pouvoir de dépuration des reins est très diminué, et dont on fait ainsi baisser la diurèse. Toujours l'azotémie de tels malades augmente beaucoup au troisième jour, et, lorsqu'on pense au diagnostic de néphrite chronique urémigène grâce aux méthodes cliniques, si le malade a une diurèse normale ou augmentée, mieux vaut se contenter des

autres procédés décrits plus loin. Des inconvénients graves existent également chez certains hypertendus soumis à ce régime d'épreuve que l'on ne doit donc appliquer qu'avec une grande circonspection.

Elimination des substances colorantes : bleu de méthylène.

On injecte à un malade qui vient d'uriner, le matin, à jeun, 1 c. c. d'une solution à 1/20e de bleu de méthylène chimiquement pur.

On recueillera ensuite les urines, d'heure en heure au début, puis chaque fois que le sujet en observation sentira le besoin d'uriner, et on notera : le début de l'apparition du bleu dans les urines, la coloration plus ou moins intense des mictions, la disparition possible du bleu dans certaines mictions et, surtout, au bout de combien de temps il ne restera plus traces du colorant dans les urines.

Les résultats. — *a*) Chez un sujet dont la concentration uréique maxima de l'urine est élevée : dès la première heure, l'urine est nettement bleue et sa coloration est extrêmement intense dès la troisième heure jusque vers la *dixième ; à partir de ce moment, cette coloration* s'atténue pour disparaître complètement, en moyenne, vers la cinquante-quatrième heure, toujours entre cinquante et soixante heures.

b) Chez un sujet dont la concentration uréique maxima de l'urine est basse (la néphrite chronique urémigène en est le type le plus caractéristique), le début de l'élimination peut être retardé, ne se faisant qu'après la deuxième heure, mais surtout, la coloration n'est jamais intense et reste à peu près identique, d'un bout à l'autre de l'élimination qui persiste plus de quatre jours ; c'est l'élimination également faible.

c) Chez un albuminurique dont la concentration uréique maxima de l'urine est très élevée (néphrites chroniques hydropigènes, dégénérescences amyloïdes, néphroses lipoïdiques), la coloration apparaît très intense, dès la première heure, et se maintient ainsi presque jusqu'à sa disparition qui se fait très précocement (trente heures en moyenne). C'est la coloration continue et fortement intense.

L'élimination provoquée des autres substances colorantes donne des résultats du même ordre. La méthode américaine de la phénolsufonephtaléine avait paru apporter une précision telle qu'il a paru à beaucoup, que toutes les autres méthodes devaient s'effacer devant elle. Cependant il ne semble pas que le rouge américain soit supérieur au bleu français. C'est, en effet, sur le dosage de l'intensité colorante de l'urine, recueillie pendant trois quarts d'heure, qu'on juge du pouvoir de concentration des reins. Or il y a des causes d'erreur dans l'appréciation des dosages colorimétriques, c'est un fait indéniable.

Etude densimétrique des urines fractionnées.

Il faut que le malade recueille chacune de ses émissions successives de l'urine du nycthémère, dans des récipients séparés. Si le malade ou son entourage en est capable, on demandera que la densité soit prise aussitôt après chaque émission ; sinon le médecin procédera à la densimétrie de chacun des échantillons des vingt-quatre heures, lors de sa visite journalière.

Il sera nécessaire aussi de fairc ensuite deux parts des urines recueillies : l'une représentant les urines du jour (de 8 heures du matin à 8 heures du soir), l'autre les urines de la nuit (de 8 heures du soir à 8 heures du matin) ; on aura soin de compter les urines de 8 heures du matin parmi les urines de la nuit, et celles de 8 heures du soir, parmi les urines du jour. On doit savoir, en effet, que chez le sujet normal les urines du jour sont nettement plus abondantes que celles de la nuit, alors qu'au contraire, dans les cas d'insuffisance de la dépuration rénale, les urines de la nuit sont nettement supérieures en quantité à celles de la nuit (nycturie) : on voit combien cette technique est simple. Cependant cette recherche ne saurait avoir de valeur, lorsque les urines contiennent du sucre ou de grosses quantités d'albumine, de sang ou de pus, car cette adjonction de substances anormales augmente considérablement la densité.

Les résultats ainsi obtenus sont ensuite réunis sur un tracé, qui permet d'étudier la courbe de la densimétrie. Le Professeur Castaigne parle d'imparidensité, de paridensité basse ou haute.

Un sujet présente de l'imparidensité urinaire, lorsque, parmi les divers échantillons des urines fractionnées, les uns ont une densité élevée (aux environs de 1.030), les autres une densité basse (au-dessous de 1.010). En portant en abscisses les heures de récoltes des urines et en ordonnées les densités constatées à ces différentes heures, on obtient une courbe, très irrégulière, ayant des points très bas et d'autres très haut situés : c'est la courbe typique de l'imparidensité.

Une courbe très nette d'imparidensité urinaire signifie que les reins fournissant de telles urines, ont un rôle dépurateur parfait.

Dans la paridensité, toutes les urines émises ont sensiblement la même densité. Si elle est basse, il y a insuffisance de la dépuration urinaire, sauf s'il s'agit d'un potomane ou d'un diabétique polyurique. Elle se rencontre dans la néphrite chronique urémigène, les néphrites azotémiques aiguës en stade de régression.

Une paridensité haute, au-dessus de 1.015, se trouve dans les troubles du débit urinaire, ne s'accompagnant d'aucune diminution du pouvoir concentrateur des reins (cardiaques hyposystoliques, certains hépatiques avec oligurie, œdémateux).

B. **Etude de l'insuffisance du débit urinaire**

Nous retrouvons ici l'étude du rythme de la diurèse et de la densimétrie urinaire, mais surtout l'épreuve de la *diurèse provoquée.*

Cette dernière, bien appliquée, permet de faire la part, non seulement des reins, mais aussi des autres organes ou tissus, qui peuvent intervenir dans la diurèse.

Si le pouvoir concentrateur des reins est le facteur essentiel qui commande la dépuration de l'organisme, il faut, pour que cette dépuration s'exerce dans de bonnes conditions, que le débit hydrique soit suffisant. Autrement dit, malgré que les reins aient une très bonne puissance de concentration, la dépuration de l'organisme ne sera pas suffisamment assurée, si la diurèse est très diminuée (au-dessous de 500 c. c.). D'autre part, la dilution des urines favorise, dans des proportions considérables, la dépuration de l'organisme. Ainsi une mauvaise élimination hydrique peut suffire à expliquer une rétention exagérée d'urée et des autres substances azotées dans le sang, alors que cependant les reins ont une valeur fonctionnelle propre qui est excellente. On comprend également qu'une diurèse, suffisamment abondante, puisse aider l'organisme à avoir une dépuration suffisante, ou presque, alors que les reins ont un pouvoir dépurateur insuffisant.

On admet qu'une quantité de 1.000 grammes d'urine est nécessaire et suffisante pour un sujet normal. Cependant un tel sujet reste soumis à des besoins de diurèse variables, en rapport avec la quantité d'aliments ou de boissons ingérés, avec des insuffisances fonctionnelles passagères du foie ou de l'estomac, etc... Au premier abord, un médecin qui ne réfléchit pas et qui voit un sujet uriner 500 grammes d'urine, ou même un peu plus, dans les deux heures qui suivent l'absorption d'un demi-litre d'eau, pourrait croire que l'eau est apportée directement aux reins, sans aucun intermédiaire, et que s'il y a plus ou moins d'urine éliminée, c'est le rein lui-même qui en est cause, par sa plus ou moins grande perméabilité à l'eau qui lui est ainsi apportée.

Or, l'élimination urinaire de l'eau ingérée est autrement complexe, et au niveau de chaque étape franchie par l'eau, celle-ci peut être retenue partiellement ou en totalité, ce qui restreint alors le débit urinaire, sans qu'une cause rénale ait besoin d'intervenir.

Voici donc l'eau arrivée dans l'estomac : elle subit un léger temps d'arrêt, rapidement franchi à l'état normal, mais qui peut être considérable à l'état pathologique, notamment en cas de sténose du pylore. Une fois dans l'intestin, l'absorption se fait normalement très vite, sans doute, mais si les origines de la veine porte sont engorgées de sang, par suite d'hypertension portale, un arrêt plus considérable peut se produire. Et, quand elle est survenue dans ce grand réservoir qu'est l'énorme glande hépatique, l'eau peut y stagner aussi très longtemps, retenue qu'elle est par des causes mécaniques ou même par des troubles pathologiques des cellules du foie. Arrivée dans le cœur droit, si la circulation est défectueuse, même, parfois du fait de la simple station debout qui, chez certains sujets, entrave considérablement la circulation, l'eau arrivera beaucoup moins vite aux reins. Il faut toute une série des systoles successives, par l'intermédiaire desquelles l'eau passe dans tout le torrent circulatoire, et en particulier au niveau de la partie intermédiaire entre les capillaires artériels et veineux, où se trouve le système lacunaire, dans lequel se trouve l'eau stagnante de l'organisme et qui peut, sous des influences multiples (crase sanguine, causes nerveuses, causes endocriniennes), retenir tout ou partie de l'eau absorbée.

Voici la *technique* pour rechercher la polyurie provoquée :

1° Prescrire le régime suivant : petit déjeuner, 250 grammes de bouillie ; 12 heures et 19 heures : en quantités égales chaque jour, viande grillée, et pommes de terre, ou pâtes ; 500 cent. cubes d'eau.

2° Pendant trois jours recueillir : *a*) l'urine 7 heures à 9 heures du matin ; *b*) l'urie de 9 heures à 21 heures ; *c*) l'urine de 21 heures à 7 heures le lendemain matin.

3° Le quatrième jour, on donne au sujet entre 7 heures et 8 heures, 500 cent. cubes d'eau, et on recueille les urines de la même façon.

Les observations faites seront les suivantes :

1° Reins de perméabilité normale.

Durant les trois premiers jours, les urines du jour sont trois fois plus abondantes que celles de la nuit ; le quatrième jour, entre 7 heures et 9 heures, on a une décharge d'urines très supérieure à celle des autres jours.

2° Reins de perméabilité diminuée.

L'urine de la nuit est plus abondante que celle du jour. Le quatrième jour, l'élimination de la grande quantité d'eau, absorbée dans l'heure, est considérablement retardée.

Enfin la **rétention chlorée** sera mise en lumière par la chlorurie provoquée ; on se rappellera que si, dans la plupart des cas, il y a parallélisme entre les débits chlorés et hydriques, il n'en est pas toujours ainsi (1).

(1) Nous étudierons LE TRAITEMENT dans notre prochain numéro.

LE STREPTOCOQUE CHEZ L'ACCOUCHÉE

Nous avons établi précédemment, d'après les travaux de MM. Warembourg et Démarez, de quelle manière il était possible de concevoir que, chez l'accouchée, le streptocoque détermine, suivant la résistance de l'organisme, soit une infection locale, une septicémie puerpérale d'emblée, une scarlatine puerpérale, soit enfin une septicémie secondaire.

Aujourd'hui neous recevons de notre distingué confrère, le Docteur J. COURTOIS, accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, la très intéressante documentation suivante :

Je viens de lire avec le plus vif intérêt votre article du *Concours Médical* (dimanche 31 mai 1936).

Me permettez-vous quelques réflexions suggérées par quatre années de recherches bactériologiques et cliniques effectuées en collaboration avec mon ami R. Lecoq, et portant sur environ 2.500 accouchées (1).

En résumé, nous trouvons presque toujours au début de *toutes* les infections puerpérales une septicémie passagère (décelable par hémoculture pendant *quelques* heures) à porte d'entrée vulvo-vagino-cervicale (dès le début du post-partum).

Une thérapeutique intempestive (notamment intraveineuse) peut à ce moment favoriser une septicémie.

En général, pour la majorité des cas tout s'arrange et l'infection disparaît ou se localise : dans ce cas, suppuration nette des lochies.

Parfois il va y avoir continuation de la généralisation (tendance à là péritonite d'emblée ou à la septicémie) ; dans ce cas, il y a défaillance du système réticulo-endothélial, et le streptocoque élimine tous les autres microbes, qui l'accompagnent souvent, pour présenter la prédominance. Il devient tout particulièrement pathogène et acquiert des qualités vitales spéciales, telles que anaérobiose, hémolyse (ce qui le met alors souvent *au-dessus des atteintes du sérum anti-streptococcique de H. Vincent*).

Cette généralisation par virulence spéciale du streptocoque tient beaucoup à la *défaillance du terrain de l'accouchée.*

Nous insistons alors sur la glycémie, la réserve alcaline, la défaillance du système réticulo-endothélial (et de la rate) qui ne fixe pas les streptocoques. Et parmi cette défaillance du système réticulo-endothélial, nous rangeons les toxémies gravidiques (éclamptisme, éclampsie, apoplexie utéro-placentaire), les tendances aux thromboses, aux embolies, aux infarctus, à l'hémogénie, purpura, aux œdèmes, toutes les aplasies et fragilités des capillaires et du sang. Dans ce cas, thyroïde et cortico-surrénale fonctionnent souvent très mal (avitaminose C ? A ?). C'est plus spécialement ce type d'accouchée qui fait des accidents graves.

Prophylaxie.

Il nous a semblé qu'une vaccination unique locale dans le périnée lors du travail d'accouchement était particulièrement efficace pour faire baisser les infections puerpérales dans un service de Maternité (1).

La suite des événements nous l'a prouvé. Nous vaccinons toutes les femmes ainsi depuis. (Ce procédé est le plus efficace pour arrêter l'invasion microbienne par blocage du système réticulo-endothélial).

En ce qui concerne *la scarlatine* je vous signale deux faits, que j'ai publiés (2).

Dans le même moment, dans mon service, deux accouchées, récentes, atteintes de scarlatine puerpérale toutes deux de type septicémique.

— L'une soignée aux injections locales intra-utérine de Dakin : guérison.

— L'autre DÈS *le début* (*premières heures*), sérum de Vincent (doses *quotidiennes* de 100 *c. c*, à 200 *c. c.* intraveineuses et intramusculaires) ; la température ni le pouls ne décrochent pas. En quelques jours, *malgré renforcement du traitement*: péritonite purulente suraiguë à *streptocoques*, et mort très rapide malgré drainage et sérum massif dans l'abdomen.

Ceci illustre 1° le rôle du *terrain* et la nécessité de sa participation dans une sérothérapie efficace ; 2° la *virulence microbienne* (même germe de départ pour les deux femmes) *selon le terrain.*

Dans ce cas, si on pouvait prévoir, peut-être l'hystérectomie serait-elle meilleure faite dès le premier clocher de température et le premier frisson. Mais alors sur quel signe intervenir ? Cette conduite, excellente théoriquement, est impossible à mettre en pratique.

(1) COURTOIS-LECOQ, — Soc. de Path. comp., 9 juillet 1935 ; *Rev. Path. comp. et Hyg. gén.*, n° 467, sept. 1935, t. 35, p. 1222, 1225, 1226, etc... Voir thèse de Doctorat de mon interne : A. LONGUET ; 8 janvier 1936, Marcel Vigné, édit. ; *La Gynécologie*, 35, 4 avril 1936, p. 216 et 34, 11, p. 665 et suivantes ; *Journal de Médecine de Paris*, 55, 37, 12 septembre 1935, p. 808-810, etc...

(1) *Journal des Praticiens*, Ch. FIESSINGER, 49, 24, 15 juin 1935, p. 1248.

(2) Société médico-chirurgicale de Saint-Germain-en-Laye, le 8 mars 1936 ; compte rendu in *Bulletin mensuel* du Syndicat médical de Seine-et-Oise, 7 mai-juin 1936.

FICHE DE LABORATOIRE

Notice concernant les prélèvements

Par René Lambolez

En tant que chargé de dispensaires d'hygiène sociale, nous avons été appelé à collaborer avec un laboratoire privé et reconnu l'utilité de la note que nous publions, espérant qu'un tel résumé pourra servir de guide à tous ceux qui, partageant notre opinion, estiment qu' « il n'y a pas de bonne clinique sans laboratoire ».

A) Liquides retirés par ponction.

Dans tous les cas, nettoyer la paroi à ponctionner au savon ; sécher et badigeonner de teinture d'iode.

Le liquide sera recueilli dans des tubes ordinaires, des tubes à centrifuger bouchés à l'ouate, des flacons avec bouchons ; tout cela parfaitement stérilisé : A titre d'exemple, le flacon stérilisé s'emploie de la façon suivante : tenir le flacon de la main gauche, le déboucher de la main droite en évitant de toucher les bords du goulot et la partie inférieure du bouchon, passer le goulot à la flamme (ouate imbibée d'alcool, cela suffit), introduire le liquide, passer à nouveau le goulot à la flamme et boucher soigneusement.

A défaut de récipients stérilisés par le laboratoire, prendre un petit flacon bien nettoyé, lavé, stérilisé dans de l'eau légèrement salée portée à ébullition pendant une dizaine de minutes. En vue de culture le liquide pourra être recueilli dans un tube ou un ballon stérilisés par le laboratoire et contenant le milieu de culture approprié.

a) Ascite. Ponction à la seringue et aiguille ou mieux au trocart stérilisés, soit au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, un peu en dessous de cette ligne pour éviter l'artère épigastrique, soit — le malade ayant uriné, — au milieu de la ligne qui joint l'ombilic et le pubis.

b) Hydarthrose. Ponction du cul-de-sac latéral antérieur du genou après badigeonnage à la teinture d'iode de sa face antéro-interne.

c) Hydrocèle. En général, ponction antéro-externe, de toute manière elle sera pratiquée en un point fluctuant et non sensible.

d) Liquide céphalo-rachidien. Toute ponction lombaire est faite à jeun autant que possible.

Ponctionner au lieu d'élection bien connu, sujet assis ou mieux couché, avec une aiguille de 6 cm. au moins et munie de son mandrin le tout parfaitement stérilisés ; ne pas aspirer à la seringue, l'écoulement doit être modéré, à cet effet prévoir un mandrin de petit calibre pouvant être introduit dans l'aiguille.

S'il y a du sang dans le liquide, laisser couler les premières gouttes après le prélèvement qui ne doit pas dépasser 20 c. c.

Même technique chez l'enfant, aiguille de 2 à 3 cm. seulement, le prélèvement ne pouvant dépasser 10 c. c.

e) Liquide péricardique. Ponctionner en pleine matité avec une aiguille montée sur une seringue stérile. Lieu d'élection au cinquième espace intercostal gauche à 3 cm. environ du bord sternal pour éviter la mammaire interne.

f) Liquide pleural. Injection prudente préalable d'un toni-cardiaque. Ponction en pleine matité, au milieu d'un espace intercostal (on ne lèse rien). Aiguille à sérum, munie d'une seringue de 10 c. c. à 20 c. c. ; on fera le « vide » à la main pour aider au remplissage de la seringue.

Remarque. — Se méfier des « ponctions exploratrices », penser aux kystes hydatiques (accidents graves, même mortels par diffusion du liquide toxique) et aux anévrysmes (confondus avec abcès ou kystes).

B) Crachats

Le malade, après s'être bien mouché, s'est rincé la bouche, la gorge à l'eau bouillie, au réveil. Les « crachats pulmonaires » — et non de la salive diffluente ou des sécrétions du rhino-pharynx — sont recueillis dans le flacon stérile de prélèvement et si possible dans les conditions exposées en A ; en adresser au laboratoire 5 c. c. à 6 c. c. (en cas d'homogénéisation.)

L'interprétation d'un examen de crachats, en dehors des B. K. exige que les crachats soient « purs » c'est-à-dire un prélèvement impeccable et leur envoi rapide au laboratoire.

Une potion expectorante peut être utilisée chez l'adulte, si nécessaire.

(En cas d'absence de crachats : recherche du B. K. dans les selles, et même dans le sang, le liquide gastrique, etc.).

C) Sang.

Selon les quantités de sang à prélever, on aura recours à une simple piqûre (doigt, lobule de l'oreille...) ou à une ponction veineuse. Précautions aseptiques indiquées plus hautquant au lieu de l'intervention et à l'instrumentation.

a) Réaction de déviation du complément (Wassermann, Besredka, Weinberg.) Sang prélevé par ponction veineuse, aiguille stérile à large calibre et courte saisie par sa base avec une pince flambée, montée sur une seringue de 20 c. c. avec embout métallique (stérilisés à l'autoclave dans un gros tube).

Vider la seringue dans un récipient stérile (tube, flacon, bien secs) après avoir enlevé l'aiguille de l'embout sans le toucher (il est indiqué de passer l'embout à la flamme avant de poser ou enlever l'aiguille). Prélever de 10 c. c. à 15 c. c. de sang au moins ; Un sang qui serait hémolysé ne pourrait être utilisé : le mieux est de n'envoyer que le sérum au laboratoire ; Le prélèvement sera fait à jeun, pour éviter le pouvoir anticomplémentaire du sérum.

b) Sérodiagnostic ou examen microscopique. Le prélèvement à la pipette fermée est le procédé de choix :

Laver le doigt à l'alcool ou à l'éther et après séchage, piquer la pulpe à l'aide d'une aiguille ou d'un vaccino-style flambés. Couvrir l'extrémité de la pipette contenant le coton filtrant, d'un *capuchon de compte-gouttes* ; briser la partie effilée, la passer à la flamme et aspirer par le vide de telle façon que le liquide ne reste pas dans la partie effilée, qui sera passée à la flamme jusqu'à obturation par fusion du verre.

Pipettes fermées ou tubes dits « à vaccin » conviennent parfaitement pour un envoi au laboratoire.

Pour examen de sang et frottis, utiliser des lames préalablement nettoyées et sèches. La goutte de sang recueillie sur une lame doit être assez petite pour obtenir un étalement mince et uniforme ; pour cela, s'aider d'une autre lame placée de champ, un de ses petits côtés en oblique sur la goutte : cette goutte fuit d'elle-même le long du bord et d'un mouvement continu, on fait alors glisser la lame de champ sur l'autre dans toute sa longueur. Sécher par agitation à l'air dès l'étalement et envoyer au laboratoire (ne pas fixer). En ce qui concerne la recherche de l'hématoizoaire du paludisme, le prélèvement sera fait au moment du frisson, le malade n'ayant pas pris de quinine.

c) Hémoculture. Ponction veineuse, seringue et aiguille toute montée stérilisées à 120° pendant vingt minutes. Les 6 à 7 c. c. de sang nécessaires sont recueillis dans un récipient contenant de petites perles de verre, le tout bien stérilisé ; le sang est défibriné par agitation et peut être adressé au laboratoire.

Le laboratoire peut fournir le flacon avec bile stérile pour hémoculture, valant pour les bacilles du groupe T. A. B.

D) Exsudats pharyngé, nasal.

Se servir d'un écouvillon (petit tampon d'ouate monté sur un fil de fer de 10 à 15 cm.) stérilisé au four à flamber, dans un tube à essai bouché d'ouate hydrophile. Le produit à étudier est prélevé par contact avec l'écouvillon qui peut d'ailleurs être courbé pour atteindre plus facilement certaines régions du rhinopharynx, recherche du méningocoque par exemple. Eviter de toucher l'ouverture du tube à essai, d'ailleurs débouché de la quantité juste nécessaire au libre passage de l'écouvillon.

A livrer au laboratoire dès que possible, éviter la dessication.

E) Pus.

Lames pour frottis, aspiration à la pipette en cas d'abcès ouvert, ponction en cas d'abcès fermé. Le pus est adressé au laboratoire : étalé et séché sur lame, dans une pipette fermée ou dans un tube ou un flacon stériles.

a) Chancre. Nettoyer sa surface à l'eau bouillie avec du coton hydrophile stérile, râcler légèrement sa surface avec un instrument métallique stérile légèrement tranchant : quelques gouttes de sérosité apparaissent, étaler sur lame et sécher à l'air (faire plusieurs lames).

b) Pus uréthral. Le malade n'ayant pas uriné depuis le plus longtemps possible, toilette du gland, prélever le pus à l'anse de Pt stérile, dans la fossette naviculaire, étaler sur lames par frottement du fil de Pt, sécher à l'air.

c) Pus utérin. Mucosité prélevée aseptiquement par écouvillonnage sous contrôle du spéculum.

F) Matières fécales.

Employer de préférence un flacon stérilisé fermé par un bouchon de liège supportant une petit cuiller (à défaut un flacon préalablement bouilli 10 minutes dans l'eau salée).

Les selles du malade sont recueillies dans un vase qui a été lavé à l'eau salée bouillante. Si le malade est constipé, lui donner un lavement à l'eau bouillie avec un appareil stérilisé dans l'eau salée bouillante.

Prélever avec la petite cuiller (à défaut avec une baguette de verre, un fil de fer flambés) gros comme une noisette seulement d'une partie glaireuse, sanguinolente, purulente, d'apparence suspecte, des matières fécales. Bien boucher, ficeler le bouchon pour un envoi au laboratoire.

Pour la recherche des parasitoses, l'évacuation des œufs pouvant être intermittente, prélèvements journaliers pendant huit à quinze jours dans des tubes, avec indications de la date.

G) Urines.

Après toilette du méat, recueillir à la sonde, stérilisée ou bien faire uriner et ne prélever que la fin de la miction dans un récipient flambé à l'alcool ; en transvaser aseptiquement 10 c. c. à 15 c. c. dans le flacon stérile destiné au laboratoire. Au besoin, cathétérisme des uretères.

H) Cheveux, squames.

Extirpés à la pince flambée, placés dans le flacon stérile.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les modifications du poids au cours de la grossesse et leur signification clinique

Le Docteur H. VIGNES expose quelques considérations intéressantes sur cette question. Le poids de la femme augmente au cours de la grossesse ; une partie de cet accroissement pondéral s'explique par la présence du fœtus et de ses annexes ; une autre partie par la constitution de réserves dans l'organisme maternel ; d'ailleurs l'appétit est augmenté et, par conséquent, les ingesta sont plus abondants. Plus la femme a eu de grossesses et plus marquée est, en moyenne, l'augmentation pondérale. Le repos et une bonne alimentation sont des facteurs importants de cette augmentation de poids. Chez certaines femmes il se produit une véritable obésité gravidique qui s'accuse en général à mesure que la gestation progresse. L'obésité gravidique disparaît souvent difficilement après la grossesse ; elle détermine fréquemment des phénomènes dyspeptiques ; l'excès d'aliments et l'acidose consécutive prédisposent à l'éclampsie et aux affections du même groupe. Enfin plus une femme enceinte prend de poids et plus elle court le risque d'avoir un mauvais accouchement, d'abord par excès du poids fœtal, ensuite et surtout parce que la suralimentation (carnée principalement) est néfaste au bon fonctionnement du muscle utérin.

D'autre part il peut arriver qu'une femme perde du poids au cours de la grossesse sous l'influence d'une maladie cachectisante ou d'une affection fébrile ou d'une alimentation insuffisante.

En résumé, la pesée de la femme enceinte, faite systématiquement tous les quinze jours, peut faciliter sa surveillance clinique. Connaissant l'allure normale de la courbe du poids au cours de la grossesse, l'attention du médecin sera attirée par une variation brusque et il sera conduit à en chercher la cause. (*La Presse Médicale*, 22 avril 1936.)

La vision et l'écriture

Le Docteur E. GINESTOUS, ophtalmologiste des plus distingués, a eu le mérite de recueillir, durant de nombreuses années, des documents graphologiques qui sont à la base de son intéressante étude. A des épreuves graphologiques, collectionnées avec toute la précision scientifique désirable, ont été jointes les fiches optométriques qui fixaient exactement sur l'état de réfraction des scripteurs. De la sorte il a été possible d'opérer un rapprochement comparatif de ces deux sources de renseignements. L'auteur a étudié successivement l'écriture des aveugles, celle des myopes, des hypermétropes, et des astigmates.

Après un examen impartial des autographes, l'auteur aboutit dans l'ensemble à une conclusion généralement négative. Tout au plus peut-il dire que les myopes de degré moyen ont une écriture fine, petite, serrée, mais que cette constatation ne s'étend pas, bien au contraire, aux myopies élevées. Encore faut-il ajouter qu'il serait bien imprudent d'oser prétendre, au simple vu d'une écriture, déduire l'état de réfraction du scripteur. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 avril 1936.)

Le déterminisme morbide du dolichocôlon

Etudiant le dolichocôlon, le Docteur J. TAUZIN, de Plombières, note que le dolichocôlon congénital n'est pas un effet pathologique mais une cause pathogène ; le dolichocôlon acquis est un résultat pathologique avant d'être une cause pathogène.

Le dolichôcolon acquis peut résulter d'une déficience musculaire primitive, soit organique, soit fonctionnelle ou bien d'une déficience musculaire secondaire par distension excessive de la fibre musculaire longitudinale. Cette distension excessive peut à son tour être secondaire ou primitive, et il y a des dolichocôlons acquis « *actifs* » et d'autres « *passifs* ».

Mais, avec un déterminisme pathogénique différent, des deux formes ont un déterminisme pathogène identique.

a) cette anatomie anormale entraîne une physiologie anormale ; de la constipation habituelle. Pourtant, il y a des formes sans constipation apparente ; et il y a aussi des formes diarrhéiques (par réaction colitique, par dyspepsie gastrique réflexe) ;

b) la constipation habituelle entraîne du ballonnement abdominal. Celui-ci peut résulter d'une aérophagie réflexe, ou de fermentations intestinales excessives ; c'est une pneumogénie d'absorption ; il peut résulter aussi d'une élimination insuffisante soit par obstacle circulatoire hépatique, soit par obstacle mécanique colique : c'est une pneumogénie d'élimination.

L'hyper-pneumatose ainsi constituée provient donc : soit de l'ingestion, soit de l'élaboration, soit de la non-résorption, soit de la non-élimination des gaz. Le dolichocôlon détermine sa localisation : il y a des hyper-pneumo-iléies

et des hyperpneumo-colies associées, il y a des hyper-pneumo-iléies pures, il y a des hyper-pneumo-colies totales pures, il y a des hyperpneumocolies partielles ;

c) la constipation habitelle et le ballonnement abdominal qui en résultent entraînent souvent dans le dolichocôlon plus qu'ailleurs, mais non uniquement dans le dolichocôlon, des crises pseudo-occlusives douloureuses.

Ces trois symptômes majeurs ne coexistent pas nécessairement dans le dolichocôlon et ils peuvent coexister en dehors de lui.

Et si dans l'apparition des troubles dolichocolitiques, il peut y avoir une phase d'accommodation ou de compensation et une phase de tolérance, on risque toujours à la longue de voir survenir une phase de déséquilibre : moteur, sensitif, infectieux ou toxique. L'évolution est fonction *de la « personne* humorale » qui la subit. (*Presse Médicale*, 18 décembre 1935.)

A propos du diagnostic du cancer du corps utérin

Le Professeur Léon Bérard et F.-E. Leclerc insistent sur la nécessité de l'exploration intra-utérine dans la métrorragie après la ménopause. On peut admettre certes que, lorsqu'une femme perd, après la ménopause, sans raison évidente, la première idée qui doit venir à l'esprit est celle du cancer du corps utérin. Mais porter un diagnostic ferme est souvent extrêmement difficile, souvent même impossible d'après le seul examen clinique ; ce n'est jamais qu'un diagnostic de probabilité, et le flair du chirurgien le plus averti ne peut être érigé en dogme. On ne peut assez répéter que penser à l'épithélioma du corps entraîne une sanction thérapeutique grave, qu'opérer une femme âgée c'est lui faire courir un risque qui doit être compensé par le service qu'on veut lui rendre. Hystérectomiser une femme pour cancer du corps utérin possible, et n'en point trouver à l'examen histologique de la pièce, paraît une erreur qu'il faut à tout prix éviter. D'aucuns disent qu'il vaut mieux enlever de temps en temps un organe dont le rôle physiologique est terminé que de laisser évoluer un néoplasme méconnu. Mais ainsi on enlèverait plus de 40 % d'utérus atteints de lésions bénignes, et cela sans tenir compte de la mortalité opératoire qui n'est pas négligeable. On doit penser aux moyens qui peuvent être mis en œuvre pour fournir aux chirurgiens un diagnostic exact. Il en est un qui doit être placé au premier plan : c'est le curetage explorateur, obligatoirement suivi d'examen histologique. (*La Presse Médicale*, 8 avril 1936.)

Considérations sur l'indoxylurie. Son intérêt pratique. Son traitement

Normalement l'urine contient de 10 à 12 milligrammes d'indoxyle par litre, et cela dans l'urine du matin au réveil, cette concentration pouvant être considérée comme représentant l'indice biologique d'un sujet donné, en ce qui concerne le métabolisme de l'indoxyle. Le Professeur Guy Laroche précise que l'indoxyle naît de l'indol intestinal par un processus d'oxydation qui a son siège dans le foie. Ce pouvoir de transformation est considérable car le foie, quelle que soit sa déficience, est toujours capable de transformer l'indol en indoxyle : on ne trouve jamais d'indol dans les urines. Le problème de l'indoxyle dans le sang et les urines revient ainsi à celui de l'indol intestinal. Or la formation de l'indol intestinal est subordonnée à l'activité de la flore intestinale, fonction elle-même de la quantité de matériaux albuminoïdes offerts à la putréfaction. A ce point de vue il faut considérer surtout les résidus alimentaires ayant échappé à la digestion et à l'absorption dans les parties hautes du tube digestif, et sa sécrétion muqueuse cæco-colique.

Il faut donc s'efforcer de diminuer l'indoxylurie non par un régime spécial, mais par le régime commandé en raison de la forme clinique de l'entérite dont le malade est atteint.

L'indoxylurie paraît, avec la phénolurie le meilleur test des résorptions toxiques intestinales. Or la simplicité du dosage de ces corps permet de les considérer comme des tests éminemment pratiques pour le diagnostic et le traitement des affections intestinales. (*La Pratique Médicale française*, avril 1936, A.)

Méningite syphilitique aiguë à forme mentale. Guérison

Le Docteur Massias rappelle que la syphilis peut réaliser au cours de la période secondaire ou tertiaire des syndromes mentaux variés se rattachant plus ou moins à la confusion mentale. Bon nombre de ces troubles mentaux sont en rapport avec une méningite aiguë de nature syphilitique comme le montre l'étude du liquide céphalo-rachidien. La régression des signes psychiques, physiques et biologiques sous l'influence du traitement spécifique est complète et définitive. L'évolution du syndrome humoral et la disparition des signes psychiques permet de distinguer ces formes méningées-mentales de la paralysie générale véritable en voie d'installation. L'auteur a observé, au cours d'une syphilis méconnue et non traitée, mais devant remonter au plus à 3 ou 4 ans, l'évolution d'un syndrome de confusion mentale avec syndrome méningé aigu et fébrile, avec Kernig et modifications humorales du liquide céphalo-rachidien. La guérison fut obtenue par le traitement spécifique ; elle se maintient définitivement depuis sept ans. (*Gaz. Hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 5 janvier 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Crises épileptiques jacksoniennes ou généralisées au début de la sclérose en plaques

(MM. G. GUILLAIN et P. MOLLARET ; 5-5-1936)

Les crises épileptiques sont considérées comme une manifestation rare de la sclérose en plaques. MM. Guillain et Mollaret estiment toutefois que leur connaissance est importante pour éviter des erreurs de diagnostic.

Certaines crises épileptiques jacksoniennes sont parfois la première manifestation apparente de la sclérose en plaques. Elles peuvent précéder de plusieurs années les autres signes cliniques qui assurent le diagnostic de cette maladie. Quelquefois, lorsqu'il existe en même temps de la céphalée, on peut penser à tort à une tumeur cérébrale et même parler d'opération.

Des crises épileptiques généralisées peuvent aussi se voir au début de la sclérose en plaques, ou plus tardivement, alors que l'affection a déjà été reconnue grâce à d'autres symptômes.

Il ne s'agit pas d'une simple association d'épilepsie et de sclérose en plaques. Les crises en question sont en rapport avec des foyers d'encéphalite infectieuse évolutive. Elles peuvent être un symptôme de début, traduisant le première poussée évolutive de la maladie. Au point de vue thérapeutique, elles indiquent non seulement un traitement par le gardénal, les sels de bore, mais aussi une médication anti-infectieuse par le salicylate de soude, l'urotropine, les métaux colloïdaux, etc...

Fièvre typhoïde et coquillages sur le littoral méditerranéen

(M. M. TEISSONNIÈRE. — Présentation par M. TANON ; 28-4-1936)

M. Teissonnière apporte une série d'arguments en faveur de l'extension du décret du 31 juillet 1923 pour assurer une production salubre de tous les coquillages. On a consommé à Nice et à Cannes, en 1932, 33 et 34 près d'un million de kilos d'huîtres et on n'a relevé aucune contamination typhique. Au contraire, on a pu incriminer souvent les moules, clovisses, oursins, qui ne sont soumis à aucune surveillance.

Le laboratoire de l'Office des pêches que dirige M. Teissonnière a procédé à de nombreuses recherches ou enquêtes qui ont fait ressortir : 1° que la colimétrie n'était pas à elle seule suffisante pour permettre d'affirmer qu'il y avait danger. Il faut s'appuyer surtout sur les constatations faites aux lieux de production ; 2° que l'élevage salubre des moules était possible ; il est réalisé dans les parcs de l'étang de Thau, mais les coquillages de pêche qui viennent d'endroits non surveillés, même quelquefois ignorés, se vendent en plus grande quantité ; 3° que le colportage devait être interdit, comme il l'est dans l'Aude et dans l'Hérault ; les coquillages provenant de zones suspectes doivent être épurés ou interdits.

Le danger est plus grave qu'on ne pourrait le supposer d'après les statistiques officielles, car la surveillance des coquillages et même de certaines huîtres qu'on fait tremper ensuite dans des eaux impures est inefficace, n'étant pas assurée par une loi. Les sanctions infligées aux contrevenants se sont toujours montrées insuffisantes. Il importe d'étendre la surveillance à tous les coquillages.

Un nouvel élément dans le corps humain : le titane

(MM. MAILLARD et ETTORI ; 5-5-1936)

MM. Maillard et Ettori ont trouvé à l'analyse, dans divers tissus du corps humain, du titane. Les organes qui en sont le plus riche sont la rate, les surrénales, la thyroïde, le corps strié. Actuellement, toutefois, rien ne saurait autoriser à attribuer au titane un rôle défini dans la physiologie et la pathologie humaines.

L'épidémie d'acrodynie infantile dans le sud-ouest de la France

(M. ROCAZ, de Bordeaux ; 28-4-1936)

Le Sud-Ouest de la France paraît être une des régions de notre territoire où l'on constate le plus de cas d'acrodynie infantile. En dix ans, M. Rocaz a pu en observer personnellement 68 cas et pour le groupe départemental sud-ouest 158 cas. L'affection a été surtout fréquente de un à trois ans (84 %). Le malade le plus jeune avait douze mois, le plus âgé onze ans.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Les difficultés de la radiologie pour séparer les atélectasies pulmonaires des fausses atélectasies

(MM. R. Benda et H. Mollard ; 21-2-1936)

Il est nécessaire de formuler certaines réserves sur la facilité, un peu trop grande, avec laquelle on incline à porter actuellement le diagnostic d'atélectasie pulmonaire. Il s'agit surtout de l'atélectasie psrtielle, si bien que certains auteurs n'hésitent pas à l'évoquer en présence de toute opacité pulmonaire paseagère.

On doit remarquer en effet : 1° que le syndrome radiologique, à lui seul, ne peut suffire à faire porter ce diagnostic ; 2° que les ombres fugaces peuvent avoir d'autres causes, en particulier des inflammations péri-focales. C'est peut-être parce que jusqu'ici on a trop méconnu les inflammations péri-focales que l'on a attribué aux atélectasies partielles des symptômes qui ne leur appartiennent pas : fièvre, souffles, râles congestifs, etc... Ces contradictions tombent d'elles-mêmes lorsqu'on a soin de dissocier, dans leurs scènes cliniques, ces deux phénomènes dont l'unique trait de rapprochement est d'être passager.

Sur les formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire

(M. L. Sayé, de Barcelone ; 21-2-1936)

L'étude radiologique des processus pulmonaires et 'exploration avec le lipiodol, la détermination de la pression intrapleurale et le pneumothorax dans les cas douteux, la bronchoscopie et la pleuroscopie ont permis de mieux connaître la fréquence et les formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire.

On peut dire ainsi qu'en plus des formes d'atélectasie dues à l'obstruction bronchique d'origine endobronchique ou non, l'observation clinique montre l'existence des formes d'atélectasie partielle sans relation nette avec les bronches lobaires et pourtant dues à l'obstruction de bronches plus petites ; dans d'autres cas, le rôle de l'élément nerveux paraît être exclusif ou prépondérant ; atélectasie d'origine réflexe.

Deux cas d'atélectasie pulmonaire de cause pleurale

(M. J. Jacob et Mlle Scherrer ; 28-2-1936)

Il est indéniable qu'au cours de pneumopathies chroniques, au cours de la tuberculose surtout, on peut rencontrer des modifications du parenchyme pulmonaire déterminant des aspect radiologiques conformes en tous points à ce qu'on observe dans les atélectasies les mieux caractérisées, aspects qui ne relèvent ni d'un épanchement pleural important, ni d'une sclérose pulmonaire massive (un fibrothorax en effet ne se laisserait pas aussi facilement affaisser lors de la création d'un pneumothorax), ni d'une infiltration étendue.

Les auteurs pensent que la cause de ces atélectasies chroniques doit être souvent cherchée non dans l'état des bronches, mais dans l'état de la plèvre.

De leurs observations, ils tirent la conclusion suivante : dans les grandes atélectasies où l'oblitération bronchique ne semble pas évidente, il y aura toujours lieu de chercher dans les antécédents récents des malades un épisode pleural, et la constatation, soit par ponction exploratrice, soit par examen radioscopique après institution d'un pneumothorax, d'un petit épanchement pleural résiduel, apportera quelquefois l'explication d'un état physique dont la cause reste souvent mystérieure.

Atélectasie totale massive du poumon consécutive à des hémoptysies

(M. A. Courcoux ; 28-2-1936)

Ces faits d'atélectasie massive, suite d'hémoptysies, sont assez rares. Le cas rapporté confirme dans son ensemble la symptomatologie, maintenant classique, de l'atélectasie massive du poumon ; il présente cependant quelques particularités intéressantes.

C'est l'atélectasie-type par obstruction. Hémoptysie avec dyspnée consécutive ; matité totale d'un hémithorax ; abolition des vibrations ; silence respiratoire. Le syndrome radiologique est au complet : ombre opaque couvrant tout l'hémithorax avec élévation du diaphragme et immobilisation du jeu costal ; déviation caractéristique de la trachée dont Sergent et Vibert ont montré l'importance diagnostique ; attraction du cœur du côté malade en quelque sorte éclipsé derrière la matité.

Enfin, symptôme de valeur quasi-pathognomonique : la pression pleurale hautement négative et qui donne au moment de la ponction une brusque et large aspiration de la colonne d'eau du manomètre. C'est ce vide pleural qui explique la sorte d'attraction des organes intrathoraciques : médiastin, trachée, diaphragme ; le poumon étant en quelque sorte refoulé et accolé sur le gril costal. Par contre, on n'a pas noté un symptôme presque constant : la rétraction du thorax avec accentuation de l'obliquité costale.

Contrairement aux observations habituelles d'atélectasie post-hémoptoïque, le début n'a pas été brusque, avec douleur et surtout dyspnée importante ; il semble que l'atélectasie se soit installée lentement, les signes fonctionnels de déficience respiratoire ne s'étant manifestés qu'après la troisième hémoptysie.

Il est probable que les hémoptysies, cause de l'atélectasie, sont d'origine tuberculeuse. Jusqu'ici, rien ne permet cependant d'affirmer la tuberculose, l'examen des crachats est toujours resté négatif ; aucune lésion n'est décelable ni dans le poumon rétracté, ni dans le poumon droit, lequel paraît absolument sain.

G. F.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie Garnier, frères
6, rue des Saints-Pères

Les quinze joyes de mariage, PRÉFACE, BIBLIOGRAPHIE ET GLOSSAIRE, par Fernand Fleuret. Un vol. 208 pages. Prix : 9 francs.

Publication de l' « Argus »
37, rue Bergère, Paris

— **Nomenclature des publications en langue française du monde entier**, contenant plus de 15.000 noms de périodiques différents en langue française. 7e édition.

Librairie Polytechnique Ch. Béranger
15, rue des Saints-Pères, Paris

Henri Coutière, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine. — **Connais-toi ou la physiologie sans pleurs.**

« Nous sommes de ceux qui pensent qu'il existe une « constante » de l'intelligence, et que l'homme n'a guère de chances de se dépasser lui-même que lorsqu'il baigne dans un « climat » intellectuel adéquat, tel que certaines époques anciennes en connurent d'incomparables.

« Mais ce qui s'est démesurément augmenté, c'est la somme des connaissances... La maîtrise de l'homme sur la nature est ainsi devenue infiniment plus grande ; sous certaines incidences ce sent tombé fait figure de démiurge...

« Jusqu'à ce que la souffrance, la maladie et la mort lui rappellent durement qu'il n'est que poussière...

« Suivant que l'on se sent d'humeur enthousiaste ou chagrine, nos connaissances sur nous-mêmes peuvent être considérées soit par le côté achevé, qui n'a plus guère de chances de varier, soit par le côté en voie de défrichement, lourd d'hypothèses et d'inconnues. Telle qu'elle se présente, avec certains terrains encore mal assurés, cette somme est déjà magnifique, c'est elle que nous nous proposons de dérouler sous forme d'un film très sommaire, sans termes savants ni théories. » G. L.

En vente chez Vigot, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Jacques Bosviel, avocat au Conseil d'Etat, Em. Dufau, Ph. Razet, inspecteur du Service de la Répression des fraudes et L.-G. Toraude, docteur en pharmacie. — **Législation française des substances vénéneuses**, SUIVIE DES DOCUMENTS OFFICIELS ET DES CONVENTIONS INTERNATIONALES. Préface de M. Jean Appleton et de M. Maxime Toubeau, docteur en droit. Un vol. 452 p. Prix : 50 francs.

La législation des substances vénéneuses, après avoir été établie dans un cadre seulement national (loi de 1916), a été envisagée dans le cadre international par le Bureau d'hygiène de la Société des Nations. Les décisions de principe sont actuellement d'ordre international, mais les mesures d'application varient pour chaque nation, selon les habitudes, les mœurs, la situation des divers pays.

Dans les limites des conventions internationales, il existe une législation française des substances vénéneuses qui intéresse les fabricants, les pharmaciens, les médecins, les industriels, et aussi les magistrats, les douanes, les ambassades, les agriculteurs, etc...

C'est à cette législation que MM. Bosviel, Dufau, Razet et Toraude ont consacré leur travail.

Dans le plan qu'ils ont adopté, les commentaires de la loi de 1916 et des décrets de 1916 et de 1930 qui régissent la question occupent la première partie ; les documents officiels indispensables occupent la seconde. Les Conventions et toutes les décisions de la Société des Nations y sont reproduites chronologiquement et *in extenso*, ainsi que les circulaires et les textes administratifs français.

Les commentaires des auteurs éclairent et interprètent les textes de la législation française des substances vénéneuses. Ils en établissent la base et en déterminent les principes. Quels que soient les changements ou modifications que l'avenir apportera à cette législation, qu'il s'agisse des nomenclatures des tableaux ou de toute particularité ayant trait aux obligations présentes, ces commentaires conserveront leur valeur argumentatrice.

Les Thèses

P. — J. SOUBRANE. — **La paralysie du triceps sural, séquelle de polio-myélite. Son traitement par les transplantations tendineuses.** (Thèse de 1936.)

Voici un excellent travail, dans lequel les chirurgiens et les orthopédistes trouveront un exposé très complet et très clair de la question si complexe du pied creux paralytique et du pied talus paralytique.

L'auteur, à très juste titre, défend les transplantations tendineuses très utilisées en Italie et en Allemagne, plus rarement pratiquées en France.

Après une étude de la physiopathologie, Soubrane envisage les opérations osseuses les plus courantes : arthrodèse tibio-tarsienne, arthrodèse antérieure, *astragalectomie*. Il décrit enfin en détail une technique pour pratiquer la ténoplastie des péroniers, du jambier postérieur et du fléchisseur propre et l'insertion minutieuse sur le calcanéum.

Vingt et une observations inédites, illustrées de photographies démonstratives montrent les heureux résultats que l'on peut attendre des transplantations tendineuses, à condition de bien poser les indications.

G. VIDAL-NAQUET.

P. — Dr Démosthène TÉJA. — **Recherche sur l'étiologie et la fréquence du rachitisme.** (CONSULTATION DE L'ECOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Thèse, 1936.)

Les recherches faites par l'auteur à l'Ecole de Puériculture de Paris, lui ont permis de constater que les affections gastro-intestinales chroniques de la première enfance, les erreurs de régime, les infections jouent un grand rôle dans l'étiologie du rachitisme.

La syphilis et encore moins la tuberculose ne semblent pas constituer une cause importante.

Dans 25 % de cas, on n'a trouvé aucune particularité apparente dans l'étiologie du rachitisme, permettant de supposer, pour ces cas tout au moins, qu'il s'agit ou bien d'une carence en lumière, ou bien d'une prédisposition héréditaire.

Le rachitisme est très fréquent chez les enfants prématurés ou débiles.

Il est plus fréquent chez les enfants nourris au biberon que chez ceux nourris au sein.

La prophylaxie du rachitisme doit être d'abord anté-natale par l'hygiène générale et le régime alimentaire de la femme en état de gestation.

Il faut éviter chez le nourrisson toute faute d'hygiène générale et alimentaire ; insister sur les bonnes conditions d'aération et d'habitation ; éviter et prévenir la carence solaire ; éviter et traiter les infections prolongées et les troubles digestifs.

P. — Dr Louis GÉRAUD. — **Une médication substitutive de l'iode. Le rhodanate de potassium.** (Thèse, 1936.)

Bien que n'ayant aucune parenté chimique avec les iodures et les composés iodés, le rhodanate de potassium présente avec ces corps une curieuse analogie de propriétés pharmacodynamiques.

Il n'en possède pas les inconvénients (iodisme, réactions congestives ou thyroïdiennes). Dans sa molécule, la double liaison fixée sur un seul côté de l'atome de soufre est une fonction chimique que l'on retrouve dans presque tous les médicaments du rhumatisme chronique.

A la condition d'être pur, il n'est pas toxique. Il est toujours parfaitement toléré.

Dans l'hypertension artérielle, le rhodanate se montre un hypotenseur puissant et son action se manifeste plus rapidement sur les chiffres manométriques que sur les phénomènes subjectifs. On aura donc intérêt à associer la médication rhodanique aux sédatifs nerveux ou aux spasmolytiques vasculaires, pendant le début de la cure.

Dans le rhumatisme chronique, on réservera le rhodanate aux cas relevant de la cure soufrée et iodée et surtout aux rhumatismes gonococciques, aux polyarthrites déformantes chroniques en général.

Les rhumatismes diathésiques, la maladie de Charcot, d'ailleurs généralement rebelles à toute médication, constituent une indication plus infidèle de la cure rhodanique.

Les scléroses viscérales, les polyscléroses, l'emphysème et les scléroses pulmonaires, en raison des propriétés lytiques du rhodanate sur les tissus fibreux, constituent d'excellentes indications.

D'autres indications récentes, entre autres la thérapeutique des oreillons par le rhodanate, méritent d'être retenues et étudiées.

P. — Dr Ph. ROY. — **Contribution à l'étude du traitement des colibacilloses par le bactériophage.** (Thèse, 1936.)

L'auteur a utilisé des suspensions de bactériophages préparées par bactériophagie totale d'émulsions de microbes à 500 millions de germes par centimètre cube. Ces microbes étaient isolés du malade.

THÉRAPEUTIQUE

Les symptômes d'alarme de la fatigue nerveuse

Par L. Marchand

A côté des grands syndromes psychiatriques dont l'hyperexcitabilité cérébrale paraît commander le tableau clinique, il existe un grand nombre d'états nerveux que le médecin de clientèle est appelé à dépister et à soigner, car ils ne nécessitent pas l'internement ou l'hospitalisation dans une maison de santé. Si depuis plusieurs années, le nombre des aliénés a augmenté dans des conditions alarmantes, le nombre des personnes atteintes seulement de légers troubles cérébraux fonctionnels, tout en conservant une conscience complète de leur état, a suivi la même progression. Et on peut se demander si le système nerveux de l'homme est devenu moins résistant ou s'il est soumis davantage à des causes déprimantes. C'est que les troubles que nous allons envisager sont surtout fréquents chez l'habitant des grandes villes soumis à la tyrannie d'une existence trépidante : le surmenage, l'abus des plaisirs, les veilles prolongées, les bruits grandissants et obsédants, l'air vicié et confiné, le manque de confort, les repas pris hâtivement dans les restaurants, les préoccupations journalières jouent un rôle évident ; il y a là, pour l'organisme, un surmenage continu, insidieux, une suite de tentatives d'adaptation qui, chez les prédisposés, aboutit à ces états neuro-psychiques difficiles à classer qui, faute de meilleures expressions, sont considérés comme les symptômes d'alarme de la neurasthénie et de la psychasthénie. Il faut aussi noter que très fréquemment des cas d'aliénation mentale grave ont été précédés pendant une période plus ou moins longue de ces troubles légers qui, traités à temps, auraient pu parfaitement guérir. C'est dire que tout praticien doit leur attacher une grande importance s'il veut prévenir de plus graves accidents.

L'une des manifestations les plus communes de l'épuisement nerveux à son début est la lassitude inquiétante matinale. Le sujet se lève fatigué, même s'il a bien dormi. A son réveil, il a de la difficulté à accomplir les actes les plus simples, tels que celui de faire sa toilette. La mise en train est difficile. Il a la sensation que ses membres sont lourds, que ses muscles se contractent mal. Il lui faut dépenser une grande force de volonté pour lutter contre l'engourdissement de son organisme. Il éprouve, en même temps, un sentiment de malaise général qu'il ne peut définir et qui ne correspond à aucun trouble organique décelable. Cet état peut durer une demi-heure, une heure, puis s'atténue peu à peu pour disparaître complètement dans l'après-midi. Contrairement à ce que l'on observe chez l'asthénique, les soirées sont les meilleures, le sujet ne gardant plus que le souvenir de ses malaises de la matinée sans préoccupation notable. Et le lendemain et les jours suivants, le même trouble se reproduit indiquant que l'organisme se répare mal.

Il est un autre phénomène qui impressionne davantage et qui peut également se produire isolément, c'est le sentiment de vide cérébral. Le sujet a conscience que sa mémoire et sa volonté ont faibli, que ses idées sont moins nettes, que son attention est difficile à fixer, que ses sentiments sont émoussés, que son affection pour les siens a diminué. L'ensemble de ces troubles qui entraîne une diminution de l'activité donne au sujet cette impression spéciale de vide intracranien, d'engourdissement cérébral dont il reconnaît d'ailleurs le caractère pathologique. Il s'agit de la phase de début du « sentiment du vide », décrit par Janet, et qui s'accompagne si fréquemment du sentiment de dévalorisation.

A l'opposé de cette sensation de vide cérébral, d'autres sujets se plaignent de lourdeur de tête sans céphalée. Ils n'éprouvent pas de douleur mais une sensation mal définie de pesanteur, de plénitude, de constriction cranienne qui varie d'intensité suivant les heures de la journée et qui ne disparaît pas complètement dans la position étendue.

Parmi les symptômes les plus connus et les mieux étudiés indiquant le mauvais fonctionnement du système nerveux, l'insomnie est certainement le plus pénible, et le nombre toujours croissant des médicaments que l'on crée contre ce trouble indique suffisamment sa fréquence ; mais l'insomnie est déjà une manifestation sérieuse de l'atteinte cérébrale. Avant que ce symptôme soit établi un trouble plus léger du sommeil peut survenir sous l'influence des causes que nous avons énumérées plus haut et qui est important à connaître car son traitement peut empêcher les sujets de devenir insomniques. Il s'agit d'un état particulier qui comprend les deux particularités suivantes : le sujet éprouve de la difficulté à s'endormir et, une fois endormi, malgré son aptitude à dormir, il est réveillé par le moindre bruit. Le sommeil est devenu léger. Comme dans la plupart des immeubles modernes, les moindres bruits se répercutent à tous les étages et viennent se surajouter à ceux de la rue, le manque de sommeil crée un état psychique qui prépare le terrain à diverses manifestations mentales pathologiques. Le sujet, qui sait qu'il sera réveillé plusieurs fois pendant son sommeil et qu'il aura de la difficulté à s'endormir de nouveau, éprouve, au moment de se coucher, une sorte de crainte qui finit par causer l'insomnie et peut même se transmer en obsession.

Un autre symptôme qui s'observe souvent chez les individus en imminence de troubles mentaux graves comprend l'état psychique que les psychiatres désignent du nom de mentisme. Il s'agit d'une sorte de rumination mentale pendant laquelle les idées défilent rapidement, sans arrêt, d'une façon incoercible, pendant laquelle des représentations mentales vives involontaires, pénibles, conscientes s'imposent à l'esprit. Le sujet ne peut s'empêcher de penser ; les idées les plus sérieuses, comme les plus saugrenues, surgissant dans sa mentalité. Il a le sentiment qu'il est do-

miné par le déroulement automatique de ses pensées, mais il garde la conscience que celles-ci restent intégrées à sa personnalité tout en prenant un caractère d'étrangeté, de parasitisme. Il s'agit, en somme, d'une forme atténuée des phénomènes qui caractérisent le syndrome d'automatisme mental.

Le début du fléchissement du dynamisme nerveux peut encore se traduire par un état de subanxiété, d'inquiétude que rien ne justifie et qui ne répond à aucune défaillance physique. Cette tendance dépressive rend pénibles les actes et les décisions les plus simples de la vie journalière. Le sujet est sombre, morose. Il n'a plus le même entrain au travail et les distractions qu'il recherchait, quand il était bien portant, le laissent plutôt indifférent. Il est porté à s'analyser et à exagérer les moindres troubles de son organisme.

Les différents symptômes que nous venons d'exposer ont comme caractère commun de ne pas s'accompagner de perturbations organiques appréciables. Les sujets qui en sont atteints ne s'en préoccupent pas d'une manière exagérée ; ils continuent à mener une vie plus ou moins active jusqu'au jour où le besoin d'une modification dans leur vie journalière s'impose. Ces différents troubles ne sont, en réalité, que la forme atténuée des symptômes beaucoup plus graves qui traduisent l'épuisement cérébral. Ils indiquent, à un moindre degré, l'état de souffrance du système nerveux. Il n'y a pas lieu de les attribuer plutôt à une réaction du système vago-sympathique qu'à une réaction du système ortho-sympathique ; il y a non seulement dystonie végétative mais perturbation du système nerveux central tout entier.

Chez ces sujets atteints d'épuisement nerveux, le but du traitement doit être d'abord la réparation du trouble nutritif de la cellule nerveuse. On alternera par périodes de dix jours les préparations arsenicales et phosphorées.

Les formules classiques sont celles qui nous ont donné les meilleurs résultats :

Phosphate tribasique de calcium...	0 gr. 40
Carbonate de calcium............	0 gr. 30
Chlorure de sodium...............	0 gr. 20

pour un paquet.

Prendre un paquet dissous dans un peu d'eau avant chacun des deux principaux repas.

Acide phosphorique..............	10 gr.
Phosphate de sodium.............	20 gr.
Eau distillée.....................	200 gr.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau avant le déjeuner.

Phosphate monocalcique..........	10 gr.
Julep gommeux..................	200 gr.

Une cuillerée à café au début de chacun des trois repas.

Hypophosphite de chaux..........	0 gr. 50
Glycérophosphate de manganèse...	0 gr. 05

Un cachet avant chacun des deux principaux repas.

Arrhénal.........................	1 gr.
Eau distillée.....................	100 gr.

Une cuillerée à café à chacun des deux principaux repas.

On peut associer dans la même formule sels arsenicaux et phosphate.

Phosphate de soude..............	20 gr.
Arseniate de soude...............	0 gr. 10
Eau distillée.....................	300 gr.

Une cuillerée à café au début de chacun des trois principaux repas.

On devra ordonner en même temps un traitement sédatif. Les produits d'origine végétale tels que la valériane, la jusquiame, la stramoine, l'aubépine, la passiflore, la ballote trouvent ici leurs indications. On pourra employer la formuule suivante :

Teinture de cratægus..............	} ââ
Teinture de passiflore	}

Vingt gouttes dans un peu d'eau au début de chacun des deux principaux repas.

Nous recommandons particulièrement, contre l'excitation neuro-végétative, les alcaloïdes totaux de la belladone (bellafoline), associés à la phényl-éthyl-malonylurée sous le nom de Belladénal. Pris à la dose de deux comprimés par jour (un à chacun des deux principaux repas), ce sédatif, dont l'administration sera continuée durant plusieurs semaines, donne le plus souvent d'excellents résultats.

On devra, enfin, joindre aux traitements reconstituants et sédatifs quelques conseils d'hygiène mentale. Une cure de repos, de silence et d'air pur sera conseillée. La période des vacances suffit chez nombre de personnes pour rétablir l'équilibre du système nerveux et constitue ainsi le meilleur traitement prophylactique. Toutefois, il est important de noter que les sujets qui présententles symptômes d'alarme des psychopathies continuent souvent leur travail journalier pendant des mois, refusant de prendre un long repos. Or, ces épuisés remarquent eux-mêmes que leurs malaises s'accentuent les jours de repos hebdomadaire. Il arrive donc qu'ils auront une certaine difficulté à s'adapter à un congé de longue durée. Ils devront, avant tout, éviter le désœuvrement ; ils devront rechercher les distractions ou une occupation quelconque (jardinage, pêche, excursions, etc.), complètement différentes de celle qu'ils accomplissent habituellement s'ils veulent tirer le plus grand profit de leur cure de repos.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

L'ORDRE LATIN DANS LES SCIENCES LA BIOLOGIE ET LA MÉDECINE

Sous la présidence de Georges Duhamel, de l'Académie française, le Professeur Fiolle, de Marseille, a fait, le 27 mai dernier, une conférence aux « Voix latines » sur ce sujet.

Plus qu'à quiconque il appartient certainement à un Marseillais de venir évoquer dans les brumes septentrionales la limpidité et l'harmonie des disciplines méditerranéennes.

Ainsi que, un peu malicieusement, l'indiquait le Docteur Dartigues en présentant l'orateur, une pensée qui a pris ses relais à l'Acropole et au Capitole doit nécessairement aboutir à Notre-Dame-de-la-Garde. S'il se trouve que ce Marseillais est à la fois un grand chirurgien, un pur écrivain et un pénétrant philosophe, sans doute conviendra-t-on qu'il a quatre raisons pour une de choisir et brillamment traiter un tel sujet.

Le Professeur Fiolle n'est pas un tribun : son geste sobre, sa voix un peu assourdie, sa façon de se pencher vers son auditoire comme s'il lui faisait confidence d'une intime préoccupation, décèlent un homme plus voué aux débats intérieurs qu'aux réunions contradictoires.

Et le public charmé écoute avec une sorte de recueillement ce conférencier qui transpose en mineur le ton ordinaire des discours et semble s'adresser en particulier à chacun de ceux qu'il a devant lui.

***

« Comment , se demande-t-il, définir l'esprit latin ? »

Préférant, pour mieux s'exprimer, une image à un tour de style, il continue :

« Je connais, dans mon pays de Provence, un peintre que je prise beaucoup. Il n'a pas la grande renommée : son nom, Chabaud, ne vous dira peut-être rien. Dans sa première manière il fit des paysages rutilants, éclaboussés de soleil, une peinture enivrée, je dirais presque forcenée ! Ensuite ses toiles sont devenues plus calmes, empreintes d'une beauté sévère. Si vous le complimentez sur ses premières œuvres, il vous posera cette question : « Qu'y a-t-il de plus beau qu'un cheval emballé ? » Et sans attendre votre réponse, il arrachera le voile qui couvre son dernier tableau et ajoutera « C'est le cheval qui *voudrait* s'emballer, mais qui se sent tenu par une poigne rigoureuse et frémit de tous ses muscles ».

Ainsi l'esprit latin : il aime l'enthousiasme mais davantage encore la maîtrise de soi-même ; il a de l'élan mais avec circonspection ; il accepte l'émotion mais la tient sous le contrôle d'une pudeur secrète.

L'esprit latin est grave ; ce n'est pas l'habitant des grandes villes cosmopolites qui l'incarne, mais le paysan de Provence qui vit sur un sol rocheux, parmi les troncs tourmentés des oliviers, qui affronte l'effort et le renoncement.

Pour l'esprit latin il n'est rien au delà de l'accord avec les rythmes éternels. C'est cet accord qu'il assigne comme but à toute spéculation, vers ces rythmes qu'il oriente son ambition. Fait-il irruption dans une âme nordique ? il y provoque un épanouissement comme celui dont Gœthe fut le magnifique foyer.

S'il faut, maintenant, définir la science, la science moderne du moins, il semble que le principal relief en soit le caractère spécialisé en opposition avec l'universalité de la science d'autrefois ; et aussi la propension à confisquer la faveur des hommes. Pourquoi, depuis la Renaissance, cette invasion du monde par les sciences ? C'est que l'âme humaine s'est centrée sur elles et les a admises à remplacer le mysticisme du passé. Elles ont servi de support à ce besoin d'adorer qui est au fond de chacun de nous. De sorte que dans nos connaissances actuelles deux éléments distincts coexistent bien qu'en apparence inconciliables : un réalisme de nature et une mystique inavouée de tendance.

***

C'est à l'ordre latin qu'est dévolu d'équilibrer ces deux facteurs. Car une affinité profonde existe entre l'esprit latin et l'esprit de recherche scientifique : là comme ici commande la règle impersonnelle, immuable, froide, la méthode, la rigueur. Mais en même temps l'esprit latin, fidèle aux traditions de Rome, tient compte

des facteurs spirituels et leur garde une place. L'esprit latin ne rejette ni ne méprise le mysticisme, mais ce mot même d' « humanités » par lequel nous désignons notre héritage spirituel ne marque-t-il pas que le côté méditerranéen de notre esprit est surtout anxieux des problèmes humains ?

C'est par ce joint que se coordonnent l'humanisme de la Renaissance et l'esprit scientifique. La Renaissance a opposé aux ardeurs et aux ivresses de l'extase mystique, apanage du Moyen-Age, la joie sereine et froide de la recherche. On peut dire que, dans l'entreprise humaniste, si la science n'a pas de parts de fondateur, elle possède au moins un beau paquet d'actions. Il n'est que de se souvenir de la source d'inspiration qu'elle fut et est encore aux arts et à la littérature modernes.

Mais l'excès de ses acquisitions, en ces dernières années, a éloigné la science des humanités. Elle a trop souvent confondu réalisme et utilitarisme. En chirurgie, par exemple, la place est faite trop grande aux artifices de technique, aux petites inventions fragmentaires ; on dirait qu'une sorte de discrédit s'attache aux spéculations plus vastes et aux vues d'ensemble plus ambitieuses.

En même temps un faux mysticisme a gagné la science, en certaines de ses parties du moins. Si les sciences mathématiques en sont exemptes, ce mysticisme apparaît en biologie, et bien plus encore en pathologie. Il vient adultérer la recherche scientifique dont le « climat » est fait de longueur de temps et d'impassibilité. Rien n'est plus incompatible que le métier de praticien et l'état d'expérimentateur en biologie. Rangez autour d'une table des gens placides et de bonne foi ; chacun d'eux est curieux de voir si la table tournera et, au bout d'un moment, elle tournera en effet. Est-il plus invraisemblable que le coup de pouce intervienne dans une expérience que l'on a bonne envie de voir réussir ?

Dans ce domaine un peu trouble l'esprit latin a un rôle primordial et salutaire de mise au point, de discrimination et de critique. Parce qu'il y a en lui plus de robustesse que de subtilité, il ne se laisse pas circonvenir par le tape-à-l'œil ; ce qu'il veut c'est, avant tout, de la simplicité, de la sobriété, des bases inébranlables autant que celles du mur d'Orange ou du Pont du Gard. Ainsi a-t-il résisté aux prestiges des standardisations et des esbrouffes à l'Américaine.

***

L'esprit latin est objectif, général comme la science même ; il dépasse les particularismes locaux. C'est ce qui a permis au latin d'être, à l'époque de la Renaissance, la langue dans laquelle communiquaient entre eux tous les savants du monde civilisé. Mais son caractère d'universalité ne s'oppose en aucune façon à l'individualisme ; c'est simplement la manifestation d'une aptitude à comprendre et d'un goût de comprendre tous les modes de pensée. En cela la méthode allemande est opposée à l'esprit latin. Gardons-nous du ridicule et de la fausseté d'adorer ce qui nous est propre et de dénigrer l'étranger. La méthode allemande a fait de grandes choses contre lesquelles ne prévaudrait aucun parti pris. Mais c'est un fait qu'elle a le goût du détail et l'esprit latin le goût de l'ensemble ; à l'une le retranchement dans un tout petit canton ; à l'autre l'arpentage des grandes étendues.

Pour peu que l'activité humaine s'élève au-dessus de l'industrie primitive il faut, si l'on veut qu'elle progresse ou seulement subsiste qu'elle soit organisée ; et c'est là le rôle de l'ordre latin qui ne représente pas exclusivement une tendance originale, mais au sens absolu du mot une fonction.

Tant que les hommes auront à se transmettre en héritage une parcelle de savoir objectif, l'esprit latin ne périra pas.

***

De longs applaudissements accueillirent cette péroraison. C'est alors que Georges Duhamel s'avança et tout en faisant l'éloge de Fiolle dit son mot sur la perte de l'esprit encyclopédique chez les médecins :

« Il y a une trentaine d'années cet esprit encyclopédique qui avait été longtemps le propre des grands médecin et même des médecins tout court était passé de mode.

« Je me rappelle la semonce que s'attira un de mes camarades de son maître, grand patron d'alors (il est mort depuis longtemps et je ne risque pas d'éveiller un souvenir qu'il se croirait obligé de répudier). « Que faites-vous le dimanche ? avait-il demandé à mon camarade. Et celui-ci, dans l'innocence de son âme, avait répondu « Eh bien ! je vais entendre un concert, voir une exposition ; je lis un beau livre ; je vais regarder les arbres en banlieue ». « Malheureux ! s'était écrié le grand patron, et quand ferez-vous des questions ? »

« Vingt ans plus tard mon camarade fut interrogé de la même façon par le même : « Que faites-vous le dimanche ? » Instruit par l'expérience il jugea habile de répondre : « Je prépare mes concours ». « Ce n'est pas cela qu'il faut, trancha l'ancêtre : Cultivez-vous, et venez voir un jour ma galerie de tableaux ».

« Les idées avaient évolué et l'ancêtre avait changé d'opinion. Mais son opinion première est encore trop souvent celle du médecin.

« Heureusement il y en a comme vous, mon ami,

qui, aux heures où ils délaissent le bistouri, s'intéressent à la peinture, peignent eux-mêmes, écrivent des romans et manquent de peu le prix Goncourt. »

Et puis Duhamel dit sa longue et fervente amitié pour Fiolle :

« Vous souvenez-vous ? c'était à l'auto-chir 21 de notre maître Pierre Duval, en bordure de ce petit village de Ressons-sur-Matz. Un jour, comme vous erriez, un peu désœuvré, vous avez entendu un air de flûte qui s'échappait d'une baraque en bois (je crois bien que je jouais un fragment de Berlioz !) Vous avez poussé la porte, vous êtes entré et tout de suite j'ai vu que je vous aimerais.

« Il y a bien dix-neuf ou vingt ans de cela. C'est donc que j'ai passé une trentaine d'année sans vous connaître, et je ne m'en console pas. Il y a bien l'éternité pour rattraper le temps perdu. Dans 2 ou 3.000 ans s'il m'est accordé la faculté de me souvenir, je retrouverai dans mon cœur quelques noms, oh ! pas beaucoup : ils ne sont pas si nombreux les gens qu'on aime vraiment. Mais vous serez du nombre, Fiolle !

« Et s'il m'est permis de formuler un vœu, je demanderai « Est-ce qu'on peut le voir ? » Mais là je m'attends à ce que ma pauvre requête soit rejetée ; car vous, Fiolle, vous serez au paradis ! »

Pour le salut éternel de Georges Duhamel, en faveur d'un réprouvé si humblement contrit et si fidèle dans ses amitiés, il faut souhaiter que fléchissent les règles d'admission au séjour des élus.

Il doit bien y avoir des grâces d'Etat pour ceux que la terre a déjà promus à l'immortalité !

G. LAVALÉE.

II

LA RESTRICTION DU LIBRE-CHOIX EN ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Nous avons reçu du Docteur Paul Gay la lettre suivante :

Dans un article du *Concours Médical* du 17 mai 1936 le Docteur Lavalée s'élève contre les Bulletins syndicaux qui ont protesté contre le décret-loi de la Santé publique obligeant l'assisté à choisir son médecin au début de l'année ou à sa première maladie et à garder ce médecin toute l'année.

Le Docteur Lavalée a-t-il lu tous les Bulletins syndicaux qui ont traité de cette question ? j'en doute, car je suis certain que le Bulletin de la Haute-Savoie *Le Souffle* qui contient sur ce sujet controversé un article bien mûri et bien pesé du Docteur Charleux aurait certainement attiré son attention.

Je vais donc reprendre les arguments de Charleux, j'en ajouterai encore et le Docteur Lavalée, ainsi que les lecteurs très nombreux du *Concours* pourront se faire une opinion :

1° Le médecin choisi est absent. Par quelle formalité faudra-t-il que le malade et le médecin passent pour que les soins soient homologués ?

2° Le médecin choisi erre, il n'a plus la confiance de son malade ; comment ce dernier pourra-t-il en changer ? (il y a des cas où le malade a raison).

3° Le malade ayant choisi un praticien de médecine générale se trouve avoir besoin d'un spécialiste : oto-rhino, ophtalmo, radio, chirurgie, etc. ; comment fera-t-il ? c'est là un très gros argument, le décret-loi ne l'a pas prévu et pour l'instant les préfectures ne veulent rien entendre.

4° Dans le cas contraire, la malade assistée médicale gratuite a eu d'abord besoin d'un oto-rhino et maintenant elle a besoin d'un accoucheur. Comment faire ?

5° Le malade assisté médical gratuit est allé consulter en premier lieu un médecin plus éloigné. Il est malade à son domicile ; que devient le dogme du médecin le plus rapproché ? Ou le médecin est lésé, ou le malade indigent paye le supplément.

6° Dans un village éloigné un assisté médical gratuit a fait appeler son médecin choisi, mais un autre malade assisté médical gratuit a besoin de son médecin qui est autre ; il ne peut donc utiliser celui dont le déplacement est déjà payé, et il doit faire venir l'autre.

7° Les malades assistés médicaux gratuits qui, en fin d'année, auront été mécontents du peu de complaisance de leur médecin choisi, et qui ont eu toute l'année pour entendre chanter les louanges du Docteur X..., professionnel de l'Assistance médicale gratuite, se porteront l'année suivante en masse sur le spécialiste Assistance médicale gratuite et dès lors le monopole sera solidement constitué et ira en augmentant d'année en année.

8° Si on commence à limiter le libre-choix, cher à nos cœurs syndicaux, il ne faudra pas s'étonner que la limitation gagne de proche en proche les autres couches de médecine sociale.

L'argumentation du Docteur Gay est très pertinente et judicieuse. L'on pourrait même ajouter un 9° ainsi conçu : Un jeune médecin s'installe en cours d'année dans une localité : devra-t-il attendre jusqu'en janvier suivant la possibilité de soigner un assisté médical gratuit ?

La vérité est que la médecine sociale est devenue un marécage où nous pataugeons à qui mieux mieux. On y aboutit à des incohérences telles que celle-ci : après comme avant le décret-loi, et fût-ce seulement le 1er janvier, le malade a tout de même le droit de choisir son médecin. Mais le médecin n'a plus le droit de choisir son malade ! Du moins, dès qu'il est inscrit sur la liste préfectorale, n'a-t-il pas le droit de dire à un assisté médical gratuit : pour des raisons personnelles je refuse de vous soigner. La chose a été jugée, nous affirme notre ami et excellent juriste le Docteur P. Boudin. De sorte que, sans y prendre garde, nous avons perdu une des libertés essentielles de l'homme : la liberté du travail, et que nous avons fait retour à un mode d'esclavage ; la différence est qu'au lieu d'un seigneur nous avons pour maître l'indigent. Heureusement qu'il ne connaît pas l'étendue de son pouvoir ! nous en verrions de belles.

La vérité est que notre charte, parfaitement solide et satisfaisante tant que l'acte médical a été, suivant l'expression de Duhamel, un acte singulier, d'homme à homme, est pratiquement inapplicable depuis l'avènement de la médecine sociale. La charte repose son auguste fondement sur le trépide sacré : entente directe, secret, libre-choix.

L'entente directe est morte ! Morte par la force des choses en Assistance médicale gratuite, morte de nos propres mains en accidents du travail, morte pour les réformés de guerre. Et en matière d'Assurances sociales, cette entente directe est la source de mésententes, très directes elles aussi et très irritantes, entre Caisses et malades, entre Caisses et médecins. Nous verrons bien où cela nous mènera, je veux dire (et non sans appréhension) où les Caisses nous mèneront.

La question du secret est le plus beau panier de crabes qui se puisse offrir à la médecine française pour s'y débattre. Tous les jours, par nécessité professionnelle, nous violons le secret ; et chaque fois nous nous mettons en contravention avec la loi, ainsi, du reste, qu'avec notre charte. Le respect du secret professionnel a ceci de commun avec l'injection préventive de sérum antitétanique que le pratiquer on encourt des risques et à ne pas le pratiquer une condamnation. Débrouillez-vous dans cette alternative !

Reste le libre-choix. Il a tenu à peu près le coup jusqu'à présent, non sans être étayé de toute une organisation de contrôle où beaucoup des nôtres ont trouvé quelque refuge contre la dureté des temps. Pour éviter à leurs confrères l'avanie d'être assimilés à des fonctionnaires, ils se sont dévoués jusqu'à se faire les boucs émissaires de la profession. Il convient donc de leur rendre grâce et de maintenir le principe où ils trouvent matière à une sorte de flagellation morale. Je voudrais seulement être sûr que, le jour où il passerait envie aux Caisses de narguer les décisions syndicales et d'instituer un corps de médecins à leur solde pour soigner les assurés sociaux, nos confrères contrôleurs ne sauteraient pas à pieds joints sur l'occasion, après avoir battu le rappel parmi leurs amis et connaissances.

A ceci et cela près, la charte est sauve.

J'avais, dans l'article incriminé, exposé quelques considérations sur l'effacement possible de certains intérêts particuliers et la sauvegarde souhaitable de l'intérêt général. Il est inutile de les reprendre ici.

Mais ce malheureux pays livré à tant de convoitises indomptées va pouvoir d'ici peu, nous assure-t-on, méditer sur ce point. Les fonctionnaires lésés par l'abattement de 10 %, obtiendront satisfaction. La mesure sera excellente pour ceux qui empochent. Elle le sera moins pour les non-fonctionnaires qui décaissent.

Ainsi, d'une caste à l'autre, c'est un continuel échange de mauvais procédés et nos gouvernements, tiraillés à hue par les uns, à dia par les autres, sont finalement frappés d'ataxie.

Pour conclure, je conviendrai volontiers avec mon honorable contradicteur que le décret-loi qui restreignait le libre-choix aurait pu être aménagé par quelques judicieuses corrections. Mais il va sans doute être aboli comme les autres.

Il y aura de la satisfaction pour tout le monde. Sauf pour les contribuables ! mais eux, ils commencent à être habitués, et du reste n'étant pas revendicateurs ne sont pas intéressants.

G. Lavalée.

ORTHOPÉDIE ET EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Depuis toujours, nos confrères se plaignent des tournées régulières, faites par des para-médicaux et annoncées à grand renfort de réclame. Les clients viennent nombreux, attirés qu'ils sont par l'annonce de guérisons sensationnelles, faites par un « grand spécialiste ».

A propos d'une réponse que j'avais fait paraître dans le *Concours*, 1936 page 408, un de nos confrères fait part de ses réflexions par la lettre suivante :

Comme vous appartenez au Comité de Rédaction du *Concours Médical*, et que vous avez publié une série d'articles orthopédiques, je me permets, comme jeune orthopédiste, d'attirer votre attention sur les idées de notre aimable confrère Paul Boudin, et si vous avez les mêmes idées que moi, j'espère que vous aurez l'occasion de le rencontrer, de discuter avec lui et de le convaincre.

Je vous envoie ci-joint la demande que je lui avais adressée et la réponse qu'il m'a faite et qui a paru dans le nº du 6 février 1936.

Vous y verrez que Paul Boudin ne considère pas comme un acte médical d'appliquer un appareil de contention pour scoliose, de redresser un pied-bot ou de soutenir une malformation quelconque, sous prétexte qu'avant d'appliquer le traitement on n'a das à faire de diagnostic.

Il me semble que l'on pourrait trouver des lésions de la colonne vertébrale relevant de traitements différents, bien que présentant une déformation identique et qu'on retomberait ainsi dans l'exemple donné au paragraphe suivant à propos de l'erreur de piagnostic hernie-adénite.

En dehors de la difficulté que nous pouvons rencontrer à poursuivre ces orthopédistes de passage, en chambre d'hôtel, il m'a tout de même semblé que les idées du Docteur Paul Boudin n'avaient pas beaucoup évolué depuis 1906, et j'ai pensé qu'il pourrait être utile, pour les jeunes de nos spécialités, de lui faire ressortir que l'orthopédie est une science qui a évolué.

Je m'excuse de vous importuner.

Vous ferez ce que vous voudrez de ces idées, mais j'ai pensé qu'elles pouvaient vous intéresser, puisque vous écrivez de différents côtés, tant au point de vue défense professionnelle qu'au point de vue scientifique pur.

Dr D.

Je comprends parfaitement que l'on puisse me donner tort, en me croyant toujours cristallisé dans les idées que j'ai émises en 1906, au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. C'est que nous ne parlons pas le même langage, et par cette explication, je vais prouver à mon confrère que, s'il n'a pas tout à fait raison, de mon côté, je n'ai pas tout à fait tort.

En effet, en qualité de médecins, nous pouvons dire que constitue un acte d'exercice illégal de la médecine le fait, pour un orthopédiste, de faire le diagnostic après examen d'une grosseur dans l'aine et de prendre cette tumeur pour une hernie lorsqu'il s'agit d'une adénite. Il en est de même pour le diagnostic de mal de Pott, de scoliose, ou de toutes autres déviations de la colonne vertébrale en voie d'évolution.

En effet, c'est sur la base de ce diagnostic, qui est posé par un non-diplômé, que celui-ci va exécuter un traitement lequel consistera en un bandage, en un corset ou tout autre appareil.

En ma qualité de Docteur en médecine, je reconnais, comme je le disais déjà en 1906, que l'orthopédiste, qui est un artisan ou un ouvrier, n'est pas qualifié pour faire un diagnostic, puis pour instituer un traitement.

Or, ce n'est pas ma faute si la législation et la jurisprudence n'ont pas évolué, non seulement depuis 1906, mais encore depuis la loi du 30 novembre 1892. L'article 16 de cette loi décide en effet qu' « exerce illégalement la médecine celui qui, sans diplôme, prend part habituellement ou par une direction suivie, au « traitement des maladies ». Voilà donc le critérium de l'exercice illégal : il faut prendre part au traitement. Or, on ne peut traiter qu'une affection morbide en évolution. Lorsque cette dernière est devenue définitive, lorsque le rôle du médecin est terminé, on peut dire que la pose d'un appareil orthopédique ne constitue pas un traitement, mais un simple moyen de contention et de protection.

Ainsi par exemple, voici une personne qui est atteinte définitivement d'une lésion de scoliose : celle-ci ne pourra plus ni s'aggraver, ni s'améliorer, le renouvellement d'un corset orthopédique ne constitue pas un traitement. Il en est de même lorsque la hernie est nettement diagnostiquée et que le malade ne veut pas se faire opérer, mais entend simplement contenir sa hernie par un bandage approprié.

Le fait, pour un orthopédiste, de confectionner un bandage herniaire aux dimensions du malade, ne constitue pas un acte de traitement mais simplement un moyen de protection. Ce n'est pas le bandage qui guérira le malade.

Voilà pourquoi, en ma qualité de médecin et de juriste, je suis très souvent pris entre le désir de défendre mes confrères en envisageant la loi telle qu'elle devrait être, et que par ail-

leurs, je suis obligé de modérer leurs désirs parce que je dois dire la loi telle qu'elle est. Cette question devrait retenir l'attention de nos Syndicats professionnels et de la Confédération.

Nous allons faire poursuivre et condamner un orthopédiste parce qu'il aura, de lui-même, diagnostiqué une affection et proposé la guérison ou l'amélioration par un appareil de sa confection ou de son invention. A côté de cela, les Tribunaux relaxeront un prévenu qui devant un diagnostic posé par un docteur en médecine, se sera contenté de renouveler, sans ordonnance médicale, l'appareil ou le bandage que porte le patient.

Or, voici quelques confrères jeunes, sortant de la Faculté, qui sont très embarrassés pour gagner leur vie avec leur diplôme comme praticiens de médecine générale. Ils viennent me consulter pour savoir de quelles manières ils pourraient s'associer ou louer leurs services à un orthopédiste pour s'occuper de toute la partie médicale, c'est-à-dire : diagnostic et traitement laissant à l'orthopédiste le soin de fabriquer l'appareil d'après les indications fournies. Ensuite le praticien examine à nouveau le malade pour voir si l'appareil confectionné répond bien aux desiderata en vue du traitement ou de la contention.

C'est encore un orthopédiste qui, désireux de donner toutes garanties à ses clients, veut « attacher un médecin » à son établissement et le faire savoir dans sa clientèle. C'est un marchand de lunettes qui veut également avoir un médecin ophtalmologiste avec lui pour examiner les lésions de l'œil et déterminer la réfraction. C'est un pédicure qui veut réserver certaines interventions à un Docteur en médecine qui sera son associé ou son employé.

Il y a donc, de ce côté, une évolution médicale très nette, qui entend faire rentrer dans le giron médical toutes ces professions para-médicales, qui, jusqu'à présent, ont été négligée par les médecins, sinon méprisées.

Je laisse de côté le point de vue déontologique et professionnel parce que des médecins vont devenir les salariés de commerçants, ou, en s'associant avec ces industriels vont professer une médecine dont le caractère libéral tendra à disparaître.

Je n'insiste pas non plus sur les accusations de raccolage, de compérage, ou autres, qui se feront jour contre de pareilles associations.

Mon confrère a donc eu raison, d'écrire au Docteur Massart, et de lui faire part des doutes qui étaient nés dans son esprit à la suite de mon article. Comme médecin, je suis avec lui pour dire qu'il faudrait que nos groupes professionnels puissent discuter et faire réglementer toutes ces situations para-médicales. Mais, comme juriste, je suis obligé de faire remarquer combien délicate est la question, car, si, pour nous médecins, il est évident que pas mal d'orthopédistes exercent illégalement la médecine, les Tribunaux sont loin de partager notre opinion, et ont tendance à relaxer tous ceux que nos Syndicats peuvent faire poursuivre.

Pour le magistrat, il faut prouver que le prévenu a pris part « habituellement ou par une direction suivie » au traitement des maladies, et la preuve est souvent difficile à apporter.

Je reste à l'entière disposition de mes lecteurs pour donner à cette question la suite et l'ampleur qu'elle comporte.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Le contrôle

Comment doit se faire légalement et correctement une visite de contrôle ? Le médecin traitant doit-il être prévenu d'avance ? Peut-il refuser faute d'être prévenu en temps utile, demander le renvoi ? En cas de désaccord avec le médecin contrôleur envoyé par une Compagnie d'assurances, quelle juridiction invoquer ?

Réponse. — Il faut bien faire une distinction entre le contrôle des accidents du travail et celui des Assurances sociales.

Pour un accident du travail, le médecin traitant doit être prévenu quarante-huit heures à l'avance, et par lettre recommandée après que le chef d'entreprise aura désigné au Juge de paix le médecin chargé du contrôle. Si, pour la fixation de la date de la reprise du travail, il y a contestation entre le médecin de contrôle et le blessé, le chef d'entreprise s'adressera au Juge de paix pour faire désigner un médecin expert.

Au contraire, dans la loi des Assurances sociales, une simple faculté est reconnue à l'assuré social de se faire assister, si bon lui semble et à ses frais, par son médecin traitant. Par suite, le médecin contrôleur n'est pas légalement obligé de prévenir le confrère qui donne ses soins, c'est au malade qu'il appartient de prévenir le praticien pour que celui-ci assiste à la visite de contrôle.

S'il y a désaccord entre le médecin contrôleur et le médecin traitant, désaccord qui provient souvent de ce que le médecin traitant est tenu au secret professionnel vis-à-vis du médecin contrôleur, et ne peut pas lui dire tout ce qu'il sait sur l'état du malade contrôlé, il appartient à la Caisse de provoquer la réunion de la Commission technique des trois médecins.

Dr Paul BOUDIN.

IMPRESSIONS MÉDICALES DE VOYAGE

Sur la route de Téhéran... et à Téhéran

Notre distinguée collaboratrice, Mme le Docteur Trifonoff-Matousséviich s'est rendue dernièrement en Iran, où habite son mari et où elle doit elle-même exercer la médecine, dans les hôpitaux et formations sanitaires iranais. Le Docteur Noir vient de recevoir d'elle une relation, très imagée et très intéressante, de son voyage à travers le désert de l'Asie-Mineure, jusqu'à Téhéran, relation que nous publions ci-après. Nous espérons recevoir d'elle, ultérieurement, d'autres articles sur la profession médicale dans ces pays d'Orient où elle va faire un long séjour.

Téhéran (Iran). Le 11 mai 1936.

Permettez-moi, de la ville lointaine où je suis actuellement, d'exprimer au *Concours* tout ma gratitude pour l'accueil si fraternel que j'y ai toujours reçu. Le *Concours* restera toujours pour moi un petit coin lumineux de la terre de France...

Jusqu'ici je ne puis encore rien vous dire de très intéressant sur l'organisation médicale et sanitaire du pays, car je ne me suis pas encore orientée, je ne suis pas encore entrée dans le monde médical de Téhéran.

Ma demande est au ministère de l'Instruction publique, la Commission qui doit décider de mon sort ne s'est pas encore réunie... Donc, j'attends...

Que puis-je vous dire de mon voyage ? Le début en fut bien banal, le Simplon-express file.. On traverse la Suisse, l'Italie, la Yougoslavie, la Bulgarie, on arrive à Stambul...

J'ai connu l'Italie avant la grande guerre, le pays était tout souriant, plein d'animation, de gaîté; aujourd'hui c'est le silence, le calme, dans les gares comme celle de Milan, de Venise, peu de monde, des visages préoccupés... Est-ce le résultat de la guerre en Abyssinie ?

La Yougoslavie... Que puis-je en dire ? Je ne la connaissais pas avant, la gare de Belgrade est pleine de vie, d'animation et ceci à 7 heures du matin. Dans les campagnes qu'on traverse, on voit la vie battre son plein...

La Bulgarie... Vaste campagne ; par-ci par-là, sur les routes on aperçoit des paysans en costumes pittoresques, des bergers recouverts de hardes bariolées, gardant de nombreux troupeaux de moutons.

Sofia, je n'ai vu que la gare, mais c'est une gare de toute petite ville de province, et encore d'une province bien lointaine...

La Turquie, triste paysage... Misère, pauvreté... Stambul, le Bosphore je n'en parle pas, le Bosphore a été souvent et fort bien décrit par des poètes réputés, je n'ose même pas en donner une impression...

La ville n'a rien d'enchanteur, là encore c'est l'étalage de la pauvreté, de la malpropreté, sauf dans le quartier européen; et encore, il ne faudrait pas voir les petites rues de gauche et de droite, avec leur pavé défoncé, leurs maisons sales, leurs oriflammes de linge multicolore aux fenêtres...

Le trajet de Hayderpacha à Tel Kotchek, en Taurus-express ne présente aucun intérêt, l'Orient ne se dévoile qu'en Iraq.

On quitte le train et l'on suit en auto une piste fort peu confortable. Les autos sont des Rols-Royce très belles, mais qui sont déjà d'un âge très avancé, ce qui les rend peu agréables...

On est dans la plaine, vaste et triste, malgré le beau ciel bleu. A droite et à gauche de la route on voit des caravanes de chameaux, on les entend venir de loin, car chaque bête porte une clochette, le son de ces clochettes est triste, mélancolique, nostalgique...

On peut aussi voir des chameaux en liberté, ils sont alors le plus souvent accompagnés de leurs petits, qui gambadent joyeusement autour de leur mère. Les petits chameaux sont couverts de poils longs et touffus, ils sont presque blancs... Les jeunes autant que les plus âgés, ont une allure très digne, ils vous regardent passer attentifs et penseurs, leur regard est intelligent, sérieux et rêveur, peut-être à cause des longs et soyeux cils qui voilent leur œil noir.

La plaine, l'avant goût du désert, presque pas de végétation.... De nombreux troupeaux de moutons et de brebis, gardés par des enfants le plus souvent. De loin en loin quelques villages miséreux, enfoncés dans la terre ; on les prendrait facilement pour des rochers, s'il n'y avait par par-ci par-là un peu de fumée sortant de terre... Ces masures sont construites avec de la terre mélangée à de la paille finement hachée, les toits en sont plats, pas de fenêtres.

On voit sur les toits de ces masures, ainsi que sur les rares arbres qui les entourent des nids de cigognes; la silhouette élancée de ces oiseaux

migrateurs se dessine nette et précise sur le ciel bleu. Ils sont là au repos, avant de reprendre leur lointain voyage vers l'Europe, où ils iront pour l'été.

De loin en loin, on aperçoit des femmes arabes, des enfants couverts de haillons multicolores, ou bien des bédouines vêtues de noir, sveltes et hautes de taille, portant des fardeaux ou des cruches d'eau sur la tête... De temps en temps on croise des cavaliers arabes, montés sur de beaux chevaux nerveux, à silhouette fine et gracieuse ; ces cavaliers sont si pittoresques, ils font si bien sur le fond bleu du ciel. Dans le lontain se dessinent les tentes sombres et presque invisibles de ces nomades, qui, il y a encore quelques années, étaient un danger pour les voyageurs...

Vers 5 heures de l'après-midi nous arrivons à Mossoul, ville assez importante de l'Iraq. Maisons à un ou deux étages, rues vastes et larges, nombreuses boutiques, encore plus nombreux « cafés » où l'on voit dans la demi-obscurité, des sortes de lits larges et bas, recouverts de tapis, qui servent de sièges aux consommateurs. Partout du monde, surtout des hommes; ils se tiennent assis ou couchés sur des bancs, par terre ou dans les cafés; on entend des chants, des cris, des discussions et même on est charmé par la voix sonore d'un haut-parleur... Tous fument, des pipes longues et imposantes...

On passe la nuit à Mossoul, dans le Rest-House des chemins de fer de l'Iraq. Après dîner, je sors sur le balcon, la nuit est douce, le ciel étoilé, au loin on entend la triste et monotone mélopée iraquienne. On voit passer des ombres noires, ce sont les femmes, qui en Iraq portent encore le voile, un long voile noir qui les recouvre de la tête aux pieds et qui en fait des spectres énigmatiques voguant au milieu des autres hommes...

Le lendemain, toujours en auto, on repart vers Kirkuk, où l'on doit prendre le train pour l'Iran.

On déjeune en pleine brousse, dans une prairie, bien au soleil, certes pas pour se réchauffer, mais on ne trouve pas la moindre ombre, pas un arbre, pas un buisson. Nous sommes en retard, va-t-on manquer le train ? Le chauffeur nous rassure : le train nous attendra, paraît-il...

Enfin, après de longues heures d'auto, nous voilà à Kirkuk, le train nous attend... C'est un tout petit train, composé de wagons blanc-argenté à portières basses, à vitres recouvertes de moustiquaires. La voie n'a pas de ballast, les rails sont posés directement et à même le sable. On part à 6 heures du soir ; pendant la nuit on traverse un bout de désert et le matin on se voit littéralement saupoudré de sable jaune et fin.

A 7 heures du matin on arrive à destination; cette fois on abandonne définitivement le train, c'est en auto que nous continuons notre voyage. Une Buick très confortable nous attend, c'est elle qui nous amènera jusqu'à Téhéran. Une vingtaine de minutes de trajet en auto et nous arrivons à la frontière de l'Iran.

Là on nous laisse en plein soleil pendant une bonne heure avant de nous faire entrer dans la salle de douane. Les employés de la douane iranienne parlent parfaitement français et ils sont extrêmement aimables.

Vers 11 heures on nous libère, on nous donne le laisser-passer... Nous voilà en terre iranienne... Au bout d'une demi-heure de route nous arrivons à la quarantaine, où l'on passe la visite médicale. Nous entrons dans un superbe jardin, entouré de vastes et basses bâtisses en pierre blanche, ornées de mosaïques bleues. On attend le docteur, un tout jeune homme, qui après nous avoir salué, nous délivre le laisser-passer ; un homme expérimenté ne voit-il pas tout de suite si les personnes qui se présentent à lui sont dangereuses pour son pays ?

Sur la terre iranienne on a un contrôle rigoureux des passeports; à la sortie de tous les villages on doit s'arrêter pour le visa des papiers, ce qui nous met en retard, simplement de quelques heures, mais on n'a pas à se presser, on est en Orient...

On monte, on arrive dans les montagnes, partout on voit dans les rochers des vautours que nous dérangeons à notre passage; ils sont immenses, brun-foncé, ils prennent leur vol d'un air outragé, lent et indécis, ils semblent vouloir nous dire : « Que venez-vous faire ici ? c'est à nous, ces monts sont les nôtres... »

Avec la nuit, on monte de plus en plus, pour arriver au col le plus élevé, qui est à environ 4.000 mètres. La route est étroite, il y a à peine place pour deux voitures ; à gauche on a des montagnes abrutes, toutes blanches de neige et à droite, tout en bas, la plaine...

Vers 11 h. 1/2 du soir, on arrive à Hammadan, il y fait froid, il pleut, la neige est restée plus haut. On couche à Hammadan pour en repartir le lendemain matin de bonne heure, ce sera notre dernière étape, à 5 heures on doit arriver à Téhéran (l'heure iranienne avance sur celle de Paris de 3 heures).

A midi nous arrivons à Kazvine, petite ville sale et peu jolie, mais lorsque, comme dans toutes les villes, on nous arrête à la sortie pour nos passeports, nous avons tout le temps pour admirer une ancienne et monumentale porte de la ville, déjà quelque peu gâtée par des centaines de bidons à pétrole accumulés là on ne sait dans quel but.

Enfin, nous voilà à Téhéran, nous y arrivons du côté ouest, du côté de la plaine ; à l'est et au nord on voit une chaîne de montagnes neigeuses, qui encerclent la ville. Téhéran est à environ 2.000 mètres d'altitude. La ville nouvelle, le centre, est bien pavé, les avenues y sont larges et d'une propreté méticuleuse, les maisons sont à deux étages le plus souvent ; elles sont blanches ou bien jaune-clair ou encore bleu-ciel. Peu de verdure, seuls les jeunes arbres bordant les avenues ; les jardins, et chaque maison en a un, plus ou moins vaste, sont cachés à la vue des passants par de hauts murs. Des deux côtés de chaque avenue, de chaque rue, il y a des caniveaux, asphaltés ou non suivant l'importance de la rue : ce sont ces caniveaux qui amènent à ciel ouvert l'eau, l'unique eau de Téhéran. Cette eau vient des montagnes voisines, elle serait parfaite si la canalisation était bien organisée. Pour avoir une sau potable, on doit l'acheter 5 centimes le eeau à la Légation d'Angleterre, qui a une source dans son vaste parc. Cette eau, dite anglaise, est livrée dans toute la ville en tonneaux. D'autre part, chaque maison possède un bassin souterrain, d'où l'on prend l'eau pour tous les besoins ménagers. Le bassin souterrain, le « Abambar » est rempli d'eau venant des caniveaux, il en est de même pour le bassin qu'il y a dans chaque jardin.

Dans les quartiers un peu excentriques, on voit encore de nombreuses maisons anciennes, avec des murs épais de plus d'un mètre, avec un toit en tuiles ou en terre battue, avec des colonnes, Du dehors, ces maisons ne montrent à l'œil curieux des passants qu'un mur sans fenêtres, qu'une petite porte verte ou brune, garnie de gros clous et d'une main en métal qui sert à prévenir les habitants de la maison qu'il y a un visiteur à la porte.

Les rues commerciales sont très mouvementées : des boutiques, des magasins, des affiches et des pancartes en toutes les langues ; on y voit des changeurs tous les 20 mètres, des marchands de tapis ; chez certains d'entre eux on aperçoit des gamins de 10 à 12 ans travaillant toute la journée à des tapis, qu'ils font rapidement, certes plus rapidement que ne l'auraient fait des adultes.

On voit souvent des annonces en français. En voici quelques-unes qui m'ont charmé : « Peinturerie » ce qui veut dire magasin de couleurs, ou bien encore : « A l'exconfience » sur une maison de tissus, je pense que le commerce doit péricliter depuis que la maison s'appelle exconfience... Il y a aussi beaucoup de coiffeurs, surtout depuis que les femmes ne portent plus le voile ; j'en ai vu un qui se dit de Paris, on voit sur sa boutique en gros caractères noirs sur fond bleu : « Coiffour de Paris »...

On peut circuler en ville en auto, en voiture, Les fiacres sont de hautes voitures attelées de deux chevaux, la course coûte deux rials ; si l'on va à cent mètres ou à six kilomètres le prix est le même ; on peut aussi prendre l'autobus, il y en a deux ou trois lignes.

La police est bien faite ; des agents, gantés de blanc, surveillent la circulation à tous les carrefours.

Les mendiants abondent, ils sont tolérés par la police, ce sont le plus souvent des femmes avec des enfants de 5 à 10 ans ou des nourrissons ; il y a aussi des mendiants hommes, des aveugles, des estropiés qui font étalage de leur infirmité.

Chose qui m'a surprise, autant en Turquie qu'en Iran, pour le transport de fardeaux on se sert d'hommes, on les appelle des « Ambales ». Ces malheureux portent des caisses immenses, des meubles, des ballots sur le dos ou bien s'il s'agit de choses fragiles, ils les posent sur un grand plateau qu'ils portent sur la tête.

Dans certaines petites rues il n'y a pas de caniveaux pour l'eau, alors ce sont des porteurs spéciaux qui fournissent l'eau aux maisons qui en sont privées ; ces hommes puisent l'eau dans les caniveaux et la transportent sur leur dos dans des sacs faits avec des peaux de moutons. Là encore c'est une silhouette qu'on se représente difficilement dans les rues de Paris.

On boit beaucoup de thé, ce qui entraîne encore un commerce très particulier. On voit dans les rues où il y a beaucoup de boutiques, des hommes qui sont un café ambulant ; ces hommes portent une espèce de samovar pour l'eau bouillante et un grosse théière pour le thé, ils versent le thé dans de petits verres. Le thé distribué de la sorte est dégusté avec délice...

Les boutiques sont remplies de marchandises soviétiques, les pharmacies abondent en spécialités allemandes ; les spécialités françaises sont rares, cependant les ordonnances sont toutes rédigées en français, souvent en un français un peu vague et imprécis.

Les personnes ne parlant pas persan et désireuses de connaître les dernières nouvelles ont à leur disposition un journal quotidien publié en français. On lit dans cette feuille des annonces du type suivant : « On demande un bon chien gardien, méchant, sans argent... »

Combien de marchands ambulants circulent dans les rues ! Ils ont des ânes qui transportent d'immenses paniers d'oranges ou de citrons, ou encore de la glace à rafraîchir, amenée de la montagne voisine. Les ânes servent aussi au transport du bois, du charbon, des matériaux de construction. Mais ces animaux ont encore des fonctions plus importantes à remplir ; on les voit, le soir surtout, porter sur leur dos les prêtres musulmans, silhouette digne et imposante, suivie d'un gamin qui guide la monture.

Les Soviets ont fondé à Téhéran une superbe

école, un hôpital qui est paraît-il le meilleur de la ville ; il n'y a pas d'hôpital français.

L'Alliance française est le centre de propagande, on y organise des conférences, des spectacles d'amateurs ; ainsi tout récemment, on y a joué « la Petite Chocolatière » ; les artistes étaient des amateurs, mais des amateurs artistes.

Dans les administrations on parle français ; dans les magasins par contre, c'est la langue russe qui rend le plus de services.

Téhéran est bien une ville orientale, mais que le gouvernement actuel cherche énergiquement et, du reste, il faut en convenir, avec succès, à européaniser.

Certes, la vie pour nous y est pleine d'inattendus et de surprises, mais l'on se fait à tout !

Téhéran m'a souri à mon arrivée, et quant à l'avenir, je dirai avec les Iraniens « Inch Alla » ce qui veut dire « A Dieu va ! »...

***

En terminant, de cet éloigné pays d'Orient, je voudrais adresser mon souvenir le plus amical à tous ceux qui se souviennent encore de moi. Quant à moi, je n'oublie personne, mon cœur est resté à Paris, au *Concours*.

J. MATOUSSÉVITCH.

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Un décret en date du 29 mai (*Journal officiel* du 5 juin 1936) adapte le statut militaire à la période dite des *années* creuses (1936-1940). Voici l'article 8 qui concerne les étudiants en médecine :

Art. 8. — Bénéficiaires de l'article 37 de la loi de recrutement. — Les jeunes gens visés à l'article 37 de la loi de recrutement (étudiants en médecine, en pharmacie et en chirurgie dentaire) accompliront leur service dans les conditions indiquées ci-après :

Les candidats classés premiers de la catégorie *a*) sont nommés dans l'ordre du classement et jusqu'à concurrence du nombre de places fixé annuellement par le ministre, médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires ; après avoir servi six mois en cette qualité, ils sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes sous-lieutenants de réserve.

Les candidats de la catégorie *a*) immédiatement classés après les précédents, et les candidats de la catégorie *b*) qui ont obtenu une moyenne égale ou supérieure à celle fixée, sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires.

Enfin, un certain nombre de médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires provenant de la catégorie *a*) pourront, après dix-sept mois de services, être nommés, dans la proportion fixée par le ministre de la Guerre, médecins, pharmaciens ou dentistes sous-lieutenants de réserve afin d'achever en cette qualité leurs obligations d'activité.

Les E. O. R. du Service de santé des catégories *a*) et *b*) qui n'auraient pas obtenu, à l'examen de sortie du peloton d'instruction, la moyenne des points fixée par le ministre dans les conditions indiquées ci-dessus, achèveront leur service actif comme infirmiers, dans un corps de troupe ou dans un hôpital militaire, où ils recevront, sous la surveillance directe du médecin-chef, une instruction pratique sur les diverses obligations d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un dentiste militaire.

LA HONTE : « ÊTRE FONCTIONNAIRE » LE RÊVE : « AVOIR UN FIXE »

Mon ami Chose vient de passer sa thèse ; c'est le grave problème de l'installation qui se pose.

— De toutes nos forces, disait-il, nous devons nous opposer à cette évolution qui tend à transformer les médecins en fonctionnaires. Chaque médecin, dans sa sphère, doit réagir ; les Syndicats de médecins doivent obliger les Pouvoirs publics à lutter contre ce danger. Toutes les traditions de la médecine s'y opposent ; la liberté, l'individualisme ont toujours été l'apanage des médecins ; l'indépendance, c'est notre premier bien. Ne trouvez-vous pas ?

— ...

— C'est vrai : pendant sept, dix ans, nous travaillons avec l'idée de nous installer comme médecins, et d'être libre de nos actes. Nous entendons faire ce qui nous plait : voir les malades à l'heure que nous avons choisie, prendre des vacances, à l'époque où nous le voulons. Et nous serions soumis à une surveillance perpétuelle ! Nous devrions faire des « heures de présence ». Vous voyez-vous obligés à l'entrée ou à la sortie de votre cabinet de faire poinçonner un petit carton sur une pendule enregistreuse, qui, en même temps que résonnerait un timbre au son argentin, inscrirait l'heure où vous franchiriez le pas de la porte ?

— ...

— Médecins-fonctionnaires ? Représentez-vous ce que cela signifie : c'est la médecine en série ; les consultants déshabillés, en file indienne; tant de malades à l'heure, tant de coups d'oreille à la minute, comme au conseil de révision. Non : j'entends examiner mes clients suivant ma méthode et mes manies ; faire les examens que je juge utiles — si j'ai besoin d'avoir recours à un spécialiste, adresser mes malades à qui je veux. Je tiens à être juge de ce que j'ai à faire, et seul juge. Pas vous ?

— ...

— Si je tombe sur un cas intéressant, je veux être libre de l'étudier à loisir, de faire pratiquer les recherches de laboratoire, peut-être superflues, mais qui m'instruiront ; et je ne veux, là-dessus, avoir de comptes à rendre à personne.

— ...

— Rond de cuir ! très peu pour moi. Mes ancêtres médecins ont assez souvent répété que la médecine était un sacerdoce ; je ne veux pas, moi être un salarié !

***

Ces fortes paroles lui ayant valu une manifestation alcooligène (nous étions en salle de garde), aussitôt battue à l'unanimité, les traditionnelles bouteilles de « Fine » et de « Cherry » étaient à peine servies, que déjà mon ami Chose avait repris la parole :

— Vous ne vous doutez pas des sommes d'argent que peuvent exiger les frais d'installation. Aussi, voyez-vous, l'essentiel, c'est de pouvoir trouver un « fixe », un fixe important, ou même plusieurs fixes. Etre le médecin d'une grande Assurance, d'une Compagnie de chemins de fer, assurer le service médical d'un grand magasin, d'une usine aux nombreux ouvriers, voilà qui vous ôte tout souci matériel. Etre assuré de toucher en fin de mois la somme sur laquelle on a compté, ne plus craindre de voir rester hermétiquement fermée la porte de votre cabinet de consultation, ne plus avoir à sursauter au moindre coup de téléphone dans l'espoir d'entendre la voix d'un client éventuel, alors qu'il ne s'agit que d'un fournisseur, que de soucis envolés, grâce aux fixes !

— ...

— La matérielle étant assurée, les travaux désintéressés deviennent possibles. Savez-vous qui j'envie ?

— ... ?

— Vous avez dû le connaître : Malesherbes ? Il a passé sa thèse, il y a deux ans. Il a réussi à se faire nommer médecin du personnel de deux grandes banques. Dès son arrivée au cabinet qui lui est réservé, il est reçu par une infirmière qui est à son service. Les clients sont là, à heure fixe : inutile d'arpenter les rues de Paris et de grimper les escaliers. Tout le matériel dont il peut avoir besoin est préparé d'avance : aiguilles, seringues, compresses stérilisées. Un appareil de radioscopie est à sa disposition dans la pièce voisine ; et si l'ampoule se brise, ce n'est pas lui qui en supportera les conséquences. Croit-il nécessaire l'intervention d'un spécialiste, il n'a qu'à regarder un tableau, posé sur sa table, indiquant le jour où le spécialiste vient faire une consultation à la banque — et à lui adresser le malade. En aucun cas, il n'a à tenir compte des possibilités financières de son malade, question souvent si délicate — et si pénible — en clientèle ; c'est la banque qui se charge de tout.

— Certes, cinq jours par semaine, il est pris de 2 heures à 6 heures de l'après-midi ; mais, 6 heures passées, il peut rentrer chez lui tranquille ; il peut accepter de dîner chez des amis, sans craindre d'apprendre par téléphone, au milieu des légumes, que Mme Z... est « reprise par ses vomissements » — il peut aller au théâ-

tre ou au cinéma, et rentrer chez lui, sûr qu'il ne devra pas immédiatement repartir pour sonder son vieux client, qui est « en rétention depuis le dîner » — il peut, s'il le préfère, rester au coin du radiateur de son bureau, à bouquiner Verlaine ou manipuler le bouton de son appareil de T. S. F., au lieu de courir rassurer les parents de la petite Cécile, qui, croit-on, a avalé la médaille, qu'on retrouve finalement sur la table de nuit — il peut dormir et faire de jolis rêves, au lieu d'être assis sur une mauvaise chaise, au bout d'un divan trop bas, crevant de sommeil et répétant aimablement : « Poussez, Madame » à quelque parturiente récalcitrante... Obtenir des fixes aussi avantageux que ceux de Malesherbes est difficile, car de pareilles conditions sont rares. Ah ! si vous entendez parler d'un fixe que je puisse avoir, vite, prévenez-moi ! je bondirai ».

***

Comme je rapportais les paroles successives de mon ami Chose au vieux Docteur Jérôme Dupuiset :

— Savez-vous comment, d'un mot, je résumerais cette... conversation, si l'on peut dire ?

— ...

— Je l'intitulerais LOGIQUE, me dit-il, en souriant...

R. FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD.

MÉDECINS NÈGRES

Il y a aux Etats-Unis environ 12 millions de nègres, c'est-à-dire un peu moins du dixième de la population totale ; mais il n'y a que 4.000 médecins nègres, soit 2,5 % du nombre des médecins. Cela fait un médecin nègre pour 3.000 nègres et un médecin blanc pour 785 habitants.

Mais ces médecins nègres ne sont pas tous, ni en majorité, dans les Etats où il y a beaucoup de nègres. Les Etats du Sud contiennent 85 % de la population noire, mais seulement 60 % des médecins *colored*.

La plupart des médecins de couleur ont été gradués dans les deux universités qui, seules aux Etats-Unis, admettent des étudiants noirs : Mehary medical College et Howard University. Mais il reste pas mal de vieux médecins nègres, qui avaient fait leurs études dans des Universités aujourd'hui disparues.

Les médecins nègres ne soignent que des gens de leur race ; mais les médecins blancs les aident dans une large mesure, et si les nègres n'avaient comme médecins que des médecins nègres, ils n'y en aurait pas assez pour leur donner des soins suffisants.

Ph. DALLY.

EXAMEN MÉDICAL PRÉNUPTIAL

Un exemple à suivre

Par les soins de la mairie de Lille, une notice soulignant l'intérêt de l'examen prénuptial est remise aux fiancés à l'occasion des démarches en vue d'une publication légale. En voici le texte : (1)

AUX FUTURS ÉPOUX

Pour être heureux, une affection mutuelle ne suffit pas.

La mésentente provient souvent de l'état maladif et des discussions concernant le mauvais état antérieur. Le bonheur est allié à une bonne santé commune, qui permet de créer une famille saine.

Il est de votre devoir de connaître si vous êtes aptes à fonder un foyer heureux, si votre santé est bonne, si vous pouvez envisager l'avenir avec confiance ou si vous devez attendre une santé meilleure.

Bien des maladies, parfois dangereuses, demeurent méconnues sans un examen médical sérieux.

Craignez la maladie qui amène le chômage, la misère et vous impose la charge d'enfants malingres et souffreteux. Faites-vous examiner, avant de vous marier, par votre médecin de famille.

(1) La prophylaxie antivénérienne, mai 1936.

SOUVENIRS DE MÉDECIN

Le médecin ayant pour métier de soigner des malades, on pourrait croire que lorsque, sur le tard il ressasse ses souvenirs, ce sont des histoires de maladies qui lui reviennent en mémoire. Or ce sont plutôt des cas, des situations, des mots entendus, qu'il se rappelle.

Pour ma part du moins, je repensais récemment à certains faits que j'ai connus et qui ne manquaient pas d'assaisonnement variés.

C'est ainsi que je ne puis oublier la confusion de certaines personnes, qui, allant à la garde-robe sur un simple vase de nuit avaient écrasé sous elle cet ustensile utile, certes, mais qui produit des éclats coupants. La gêne qu'elles montrent pour exposer alors et faire réparer leur ... figure, montre qu'elles ne considèrent pas cela comme de la chirurgie esthétique.

L'une d'elles reste encore plus présente à mon esprit, parce que pendant que je la soignais on m'attendait chez moi pour une autre blessure assez curieuse ; c'était au temps où la mode faisait porter aux femmes d'innombrables broches en forme d'ancre marine.

Un jeune homme, lutinant une jeune fille sa fiancée, s'était si bien accroché le nez sur la broche qu'elle portait au corsage que l'une des pointes lui avait traversé la cloison sous-nasale, et telle un hameçon, ne pouvait ressortir.

Voilà une jeune fille qui s'entendait à « jeter le grappin » sur un prétendant !

Ce n'est pas toujours la clientèle locale qui fournit les cas remarquables. J'en ai vu bon nombre dans les hôtels, depuis les histoires drôles, jusqu'aux morts subites plus ou moins corsées.

Parlons seulement de celles qui sont drôles :

Je ne puis me souvenir encore sans sourire d'une dame qui, arrivant à la mer, s'était un peu trop régalée des nombreux hors d'œuvre-marins qui lui étaient présentés, mais qui surtout avait quelque peu abusé de « homard à l'Armoricaine ».

Un « flux abdominal » des plus violents l'avait contrainte à appeler un médecin. Mais cette brave dame, qui eût voulu « le faire au chic » eut beau nous prier d'attendre pour se présenter au moins convenablement, il lui fut impossible de « démarrer ». Elle dut se résigner à me donner audience « sur le trône ». Son attitude ne faisait nullement penser au Roi Soleil recevant dans sa ruelle !

C'est encore dans un hôtel qu'il m'arriva de faire un accouchement un peu spécial : il s'agissait d'une jeune femme « presque neuve » (comme disait mon vieil oncle), qui — en faisant sa toilette expliqua-t-elle de façon fort embrouillée, s'était introduit— vous voyez où — un savon cadum presque neuf, lui aussi (Réclame non payée, seuls importent la forme et le volume du coupable).

Eh bien ! ce ne fut pas mon accouchement le plus facile. J'eus l'occasion de constater que Camescasse a raison quand il dit que le savon est un excellent lubrifiant. Ah, oui, ça glisse !

Une autre fois par exemple, j'en constatai les avantages : c'était encore près de mes débuts et je parcourais la campagne en cabriolet hippomobile. Voilà que, traversant un hameau fort éloigné de ma résidence, je fus hélé pour une parturiente qui se trouvait en difficulté.

Je n'avais pas ma trousse, mais il eût fallu plus de deux heures pour aller la prendre et revenir...

J'entrai donc, et dans un lit clos constatai d'un coup d'œil qu'il s'agissait d'une présentation de l'épaule qui avait déjà abouti à une procidence complète d'un bras. J'étais pris au piège, — il fallait « y aller ».

On me trouva un savon de Marseille plutôt crasseux, mais dont un couteau me permit d'énucléer la partie centrale. Je pus ainsi savonner abondamment (avec de l'eau de puits) mes mains, la femme et le bras procident. L'onctuosité du savon me permit de mener à bien, sans trop de peine, une version podalique, et de ramener un superbe bébé — qui « ne s'en fit pas ».

Les suites de couches furent excellentes, ce qui prouve que Camescasse a encore raison quand il dit qu'à ses vertus lubrifiantes le savon ajoute des qualités antiseptiques.

Mais voilà que ceci me rappelle un autre accouchement que je fis dans un village voisin de ce hameau. C'était encore une multipare qui, pour une fois, se trouvait en panne. C'est qu'il s'agissait, pour elle aussi, d'une présentation de l'épaule, et elle n'avait jamais eu ça. Il fallut se *résoudre* à appeler un médecin, mais du coup la femme fut terrifiée. Elle s'attendait en effet, à voir venir un vieux médecin du pays, qui ne passait pas pour être très doux, — on le surnommait : ar Kiguer (le boucher).

Aussi, dès que le mari fut parti, demanda-t-elle de l'eau de vie. On ne trouva pas le vieux médecin, et ce fut moi qui vint. Ce fut pour trouver une femme absolument ivre. Pas besoin de chloroforme, pour elle du moins, mais pour moi la besogne ne fut pas commode, j'ai le souvenir d'une véritable bataille.

Faut-il ajouter que cela n'empêcha pas les suites d'être excellentes.

Pourrai-je encore oublier jamais la naissance que voici ? Il s'agissait d'une femme fortement albuminurique et qui nous inspirait les plus grandes craintes. A force de soins, on avait pu atteindre le terme, mais on se disait : « Peut-être parviendrons-nous à sauver la mère... mais l'enfant ? ? ? »

Vint l'heure H ; il fallut tellement m'occuper de la mère que, dès que j'eus l'enfant, je le passai à une des assistantes. Celle-ci, le voyant inerte et s'attendant tellement à ce qu'il ne vécut pas, crut que ça y était. Sans faire grand bruit elle l'enveloppa dans une simple serviette, le posa par terre dans un coin (sur un sol cimenté) et revint nous aider.

Je m'occupais de mon côté de la mère, et en avais assez pour ma part. Quand j'eus fini, une grand'mère jetant un regard sur *le paquet* s'écria : « Mais voyez donc, il bouge ». C'était vrai. On déballa bien vite le bébé, on le frictionna, on le bichonna et bientôt il montrait sa belle voix.

Il est devenu un fort gaillard et la mère, robuste commerçante, fait encore bonne figure derrière son comptoir.

Mais il y a aussi des accouchements plus drôles tel celui que je fis (ou plutôt que je ne fis pas, car j'arrivai trop tard), dans un petit théâtre forain. Je trouvai dans les coulisses ! ! ! sur un vague matelas, une jeune femme toute maquillée (et comment !) habillée de blanc et décorée (évidemment !) de fleurs d'orangers. Elle jouait un rôle de mariée. Au cours de la représentation elle avait été prise de douleurs et en un rien de temps avait expulsé son poupard.

Les suites, là encore, furent excellentes... pas pour moi, car on se doute bien que les honoraires...

Puisque nous en sommes aux histoires amusantes, il faut que je raconte comment je perdis la clientèle d'une famille, parce qu'une fois j'avais consenti à faire le vétérinaire.

J'étais venu un jour voir le père, pendant que la mère et la fille faisaient une promenade en voiture. Elles rentrèrent tout à coup, se lamentant parce que leur petit chien : Mouti, s'était fait prendre la queue sous une des roues. La queue était cassée. Je fis un tube avec un morceau de carton, j'en gainai la queue et le résultat fut fort bon. On m'accabla de remerciements, *j'étais un homme charmant.*

Mais hélas ! quelque temps plus tard j'étais sur le pas de ma porte, partant pour une visite, quand je m'entendis héler par une femme qui arrivait à la course et qui me tendit une carte. On me priait « de vouloir bien avoir l'amabilité de venir poser des ventouses scarifiées (sic) au pauvre Mouti qui avait une congestion pulmonaire ».

Je ne pus m'empêcher de sourire, je dis à la domestique de m'excuser et que la chose n'était pas possible. Puis, sans y mettre la moindre malice, machinalement même, je déchirai la carte et partis.

Je ne sais ce que put rapporter la bonne ; on m'a dit que j'avais déchiré la carte d'un air... Toujours est-il que le soir même on me signifiait que je n'étais plus le médecin de la maison.

Mentionnons encore certain dimanche de Pentecôte dont la soirée ne fut pa ordinaire. J'étais allé faire une promenade avec un ami. Quand je rentrai, mon garçon me dit qu'on venait de m'appeler pour un homme qui s'était brisé la jambe.

Je constatai en effet, une fracture, mais dont le mode de production avait été inusité. Il s'agissait d'un boucher qui, au cours d'une partie de boules, avait glissé en se penchant pour juger un coup. Au cours de sa chute, la jambe s'était brisée sur le rebord de la planche qui bordait le terrain.

Mais la suite fut encore moins ordinaire : j'avais posé une gouttière plâtrée que je surveillai les premiers jours, puis j'espaçai mes visites, ayant dit à l'homme qu'il en avait pour trente jours là-dedans. Mais le trentième jour, n'étant pas venu à lui dès la prime aurore, je ne le trouvai pas. J'appris qu'impatienté de ne pas m'avoir déjà vu, il avait lui-même enlevé l'appareil et *qu'il était déjà parti se promener* ! Je ne le revis que lorsqu'il vint me payer, et ma foi ! ça n'allait pas mal du tout.

Après avoir appareillé cet homme, je rentrais chez moi, pensant pouvoir dîner, quand mon garçon m'arrêta encore au seuil de la porte me disant qu'on était venu, entre temps me demander pour une autre jambe cassée. C'était exact; il s'agissait encore d'une fracture et aussi d'une fracture de production bizarre. Il s'agissait d'un brave ivrogne qui avait « sanctifié le dimanche », ce qui l'avait conduit à faire un peu trop de chahut devant la gendarmerie. Un gendarme finit par sortir, mais n'étant pas sans pitié, il se borna à saisir le type par l'épaule, pour lui faire faire un demi-tour et le renvoyer chez lui. Mais l'homme ayant sans doute, voulu résister, il s'effondra en se contournant, ce qui produisit une fracture très oblique d'une jambe.

Je procédai à cette deuxième réduction, mais en rentrant chez moi, ce fut encore pour être accueilli par mon garçon qui me dit : « On vous a demandé à la campagne pour un accident, je crois que c'est encore une jambe cassée ».

Suffoqué, je dus pourtant partir, il faisait nuit. J'eus à passer par des sentiers impossibles où je m'égarai, je dus me défendre contre de chiens de ferme, heureusement plus bruyants que méchants, et je trouvai un homme qui avait voulu, pour se distraire en ce jour de fête, monter un jeune cheval. Celui-ci non dressé, l'avait

vite désarçonné. Mais ce n'était pas la jambe qui avait souffert, cette fois, c'était la tête.

J'avoue que je n'étais pas très rassuré en revenant, me demandant si mon sommeil serait aussi troublé que mon dîner.

Voulant terminer sur une note plus gaie, cela m'amène à raconter deux mots assez savoureux que j'ai entendus. J'en garantis l'authenticité ; je ne serais pas assez malin pour les avoir inventés.

Le premier eut pour auteur un acteur d'un de ces petits théâtres forains qui dans notre enfance nous firent connaître les Deux Gosses, les Deux Orphelines, le Bossu, etc.

Discutant un diagnostic, on avait été amené à parler de la possibilité d'une de ces maladies qu'on rattache aujourd'hui à la syphilis. « Alors, dit-il, j'aurais attrapé la vérole ? Oh ! alors Docteur, ce ne peut être qu'avec une femme du monde ».

J'avoue qu'avant d'avoir prononcé ces mots dignes de Brichanteau c'était bien plutôt le Capitaine Fracasse qu'il évoquait pour moi.

Mais l'autre mot était bien meilleur encore. Jugez-en : j'étais encore presque débutant quand je vis venir à ma consultation une robuste gaillarde, paysanne de 26 à 27 ans, qui voulait savoir pourquoi « elle ne voyait plus ». (Vous avez compris que ce n'était pas de l'acuité visuelle qu'il s'agissait).

Hélas, il n'était pas non plus question d'anémie, il ne s'en fallait que de neuf mois...

« Mais alors ? Que faire ? — Le plus simple serait évidemment d'épouser le partenaire. — Pas possible ; il est déjà marié. — Ah Diable ! Mais comment avez-vous pu, vous, évidemment avertie, commettre cette bêtise ? — Oh ! monsieur, il m'avait dit qu'il me ferait épouser son frère... »

Je crois qu'après cette belle manifestation de l'esprit... de famille, je puis tirer l'échelle !

(8 avril 1936). Dr Edy.

MORTALITÉ INFANTILE SELON LES RACES

L'étude des statistiques de mortalité américaines a conduit le Docteur L. I. Dublin à quelques conclusions intéressantes (1). Le déclin de la mortalité infantile est continu aux Etats-Unis depuis longtemps. Dans la période 1921-1923, le taux était de 29,9 pour cent ; il n'est plus pour 1930-1932 que 19,1. Mais ce déclin remarquable n'est pas le même pour les enfants des différentes races qui peuplent l'Amérique, et dont quelques-unes ne comptent vraiment dans la population générale que depuis peu de temps.

La mortalité des enfants nés de parents immigrés s'est améliorée plus vite que celle des enfants de parents établis depuis longtemps aux Etats-Unis, ce qui serait surprenant, si l'on ne tenait pas compte des taux élevés qui étaient au point de départ de cette amélioration. En 1921-1923, les taux respectifs étaient, pour les immigrés, 83,3 pour mille ; pour les indigènes, 68,5. La réduction la plus importante est celle des enfants des Canadiens immigrés (34,5 %) ; puis viennent les enfants d'Allemands (33,2 %), ceux des Polonais (33,1 %), qui avaient le record (102,6 pour mille) et qui le possèdent encore. Les enfants d'Anglais et d'Ecossais débutent dans cette course à la vie avec une mortalité de 67,4 pour mille ; ils l'ont améliorée de 31,2 %. Les Scandinaves partaient à 59,2 %, ils ont très peu gagné ; les Australiens, les Hongrois et les Irlandais se groupent autour de 30 % et les Italiens arrivent bons derniers avec un progrès de 25,9 % seulement.

Les enfants de race blanche américaine montrent une amélioration presque égale à celle des nègres, 19,3 % ; mais les nègres, au départ, avaient un lourd handicap de 114 décès pour mille enfants nés vivants, et ils en sont encore au chiffre peu satisfaisant de 92 pour mille.

La très grande majorité de ces décès étaient dus à des affections des voies digestives, maintenant beaucoup moins fréquentes. En second rang se plaçaient les maladies contagieuses de la première enfance ; puis, assez loin derrière, les affections des voies respiratoires.

Les chiffres actuels peuvent être encore grandement améliorés, par des soins prénataux, par des progrès dans l'obstétrique, ou plutôt une meilleure utilisation de règles bien connues, mais mal appliquées ; car plus de la moitié des décès proviennent, aujourd'hui, de conditions antérieures à la naissance.

Ph. Dally.

(1) *Statistical Bulletin, Metropolitan Life Insurance Company*, août 1935.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Les voyages chirurgicaux de la Société des chirurgiens de Paris

(***Strasbourg 29-30 mai 1936***)

L'idée de ces voyages d'études qui fait honneur à l'esprit d'initiative et de réalisation tant de fois montré par cette jeune Société, avait amené pour ce troisième voyage plus de vingt chirurgiens dans la capitale de l'Alsace.

Le président actuel, le Docteur André Trèves, alsacien de vieille souche, avait, d'accord avec les maîtres strasbourgeois, organisé des séances de travail qui laisseront à tous un souvenir durable, et ont été très appréciées par tous ceux qui y ont pris part.

Les matinées du vendredi et du samedi ont été essentiellement consacrées à des séances opératoires admirablement préparées, et dont bien des enseignements se sont dégagés.

A la clinique chirurgicale A, le Professeur Leriche *dont l'extraordinaire activité* se communique à tout son entourage, fit devant une nombreuse assistance une série d'interventions dont il faut tout particulièrement retenir une ablation à l'anesthésie locale d'un ganglion stellaire et une sympathectomie lombaire double.

A la clinique du Professeur Stolz, le Professeur agrégé Weiss, son suppléant, a fait les honneurs du service, et les visiteurs ont pu apprécier la manière de la jeune école strasbourgeoise.

Les séances opératoires des Professeurs Reeb, Canuyt, du Professeur agrégé Fontaine, du Docteur Meyer ont complété un programme varié et fort bien composé.

Les après-midi avaient été réservées pour des visites à la Faculté, à la cité hospitalière et pour des présentations d'opérés. M. le Doyen Forster était venu lui-même faire les honneurs des bâtiments et des services.

Les présentations des nombreux malades qui avaient été réunis à la clinique chirurgicale A ont permis de faire défiler avec tous les documents susceptibles de retracer les étapes de leurs maladies, un choix exceptionnel d'opérés de tous ordres. Il faut connaître toutes les difficultés d'une telle présentation, pour apprécier exactement l'effort qui avait été fait par le Professeur Leriche et son agrégé Fontaine, afin d'intéresser les chirurgiens de Paris.

Le samedi après-midi le Docteur Allenbach réunissait à l'hospice Stéphanie les membres de la Société des chirurgiens de Paris, et leur montrait l'importance sociale de la rééducation des malades, auxquels pendant de longs mois l'orthopédiste a dû apporter ses soins.

Le vendredi soir, sous la présidence du Professeur Forster, doyen de la Faculté, un somptueux banquet réunissait Parisiens et Strasbourgeois, dans la salle d'honneur de l'hôpital civil, et le lendemain pour clore ces journées instructives, les chirurgiens de Paris recevaient à déjeuner les maîtres Strasbourgeois. Le recteur de l'Académie de Strasbourg, M. Durch avait bien voulu honorer ce déjeuner de sa présence ; il répondit avec émotion à l'allocution du Docteur Trèves, président de la Société des chirurgiens de Paris, et le Professeur Leriche dit en quelques mots la place importante prise dans le monde chirurgical par cette Société parisienne et son intéressant *Bulletin*.

Mme Leriche, tandis que les chirurgiens travaillaient, se dépensa sans compter pour rendre le séjour très agréable aux dames qui accompagnaient leurs maris.

Après Bordeaux, après Lille, le voyage chirurgical de Strasbourg montre l'intérêt qu'il peut y avoir à voyager pour s'instruire, pour faire disparaître les barrières qui séparent les Ecoles, et pour resserrer les liens d'amitié qui doivent toujours exister entre des hommes dont les aspirations, les desseins et les buts sont les mêmes.

R. M.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Hygiène et clinique de la première enfance. Enfants-Assistés.** — *Un cours de revision et de perfectionnement consacré à l'hygiène et au traitement des maladies de la première enfance* aura lieu à la clinique Parrot (hospice des Enfants-Assistés) sous la direction de M. le Prof. Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux, de M. Lelong, médecin des hôpitaux, de MM. Baize, Benoist, Bohn, Garnier, Gavois, Joseph, Odinet, chefs et anciens chefs de clinique, M. Aimé, électro-radiologiste de l'hospice des Enfants-Assistés, MM. Gournay et Détrois, chefs de laboratoire, MM. Saint-Girons et Boudinesco, assistants du service.

Ce cours commencera le mercredi 1er juillet et se terminera le samedi 11 juillet 1936.

Les leçons auront lieu à 10 h. 45 et à 16 h. 30 et 17 h. 15 et seront complétées par des présentations de malades, des exercices pratiques et des visites à divers établissements de biologie ; elles seront précédées le matin à 9 h. 45 de visites dans les salles.

Sont admis à ce cours les étudiants en médecine français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs. Se faire inscrire au secrétariat.

Le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant, prière d'aviser de son inscription, M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, avant le 25 juin.

— **Agrégation.** *Section de chirurgie générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 3 juin. — M. Marion : « Les contusions du rein ».

M. Desjacques : « Les calculs de l'uretère pelvien ».

M. Clavel : « Les cholécystites lithiasiques ».

Séance du 4 juin. — M. Dor : « Diagnostic et traitement des sténoses médio-gastriques ».

M. Meyer-May : « Les dysfonctions de la gastro-entérostomie (ulcère peptique excepté) ».

M. Darget : « Les invaginations intestinales chez l'adulte ».

Séance du 5 juin. — M. Labry : « Les troubles urinaires dus aux fibromes de l'utérus et leur traitement chirurgical ».

M. Dieufafé : « La tuberculose salpingo-ovarienne ».

M. Curtillet : « Le chorio-épithéliome de l'utérus ».

Séance du 8 juin. — M. Dambrin : « Les kystes et les adamantinomes de la mâchoire inférieure ».

M. Villar : « Diagnostic et traitement des tumeurs du médiastin. »

M. Arnulf : « Les indications et les accidents de la ligature des carotides primitive et interne ».

— **Clinicat.** — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris s'ouvriront aux dates suivantes :

Le lundi 29 juin 1936, à 9 heures :

Clinicat des maladies nerveuses : titulaires sans indemnité, 2. — Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : avec indemnité, 2 ; sans indemnité, 2. — Clinicat des maladies cutanés et syphilitiques : titulaires avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 2.

Mercredi 1er juillet à 9 heures :

Clinicat ophtalmologique : titutaire avec indemnité, 1, adjoint 1.

Vendredi 3 juillet, à 8 h. 30 :

Clinicat des maladies des enfants : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 1. — Clinicat de la première enfance : titulaire, sans indemnité, 1. — Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 1 ; adjoints, 2.

Mercredi 8 juillet, à 9 heures :

Clinicat médical : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 7. — Clinicat médical propédeutique : titulaires, sans indemnité, 3. — Clinicat thérapeutique médical : titulaires, sans indemnité, 3. — Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 3.

Vendredi 10 juillet, à 9 heures :

Clinicat chirurgical : titulaires, avec indemnité, 2 ; sans indemnité, 6 ; — Clinicat thérapeutique chirurgical : titulaire, sans indemnité, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au jeudi 25 juin inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours d'ophtatmo'ogiste des hôpitaux.** — Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité :

M. Dollfus, 48 ; Mme Vallon, 46 ; MM. Joseph, 45, Hudelo, 43.

M. Dollfus et Mme Vallon sont déclarés admissibles.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 10 juin. — Mme Vallon, 17 ; M. Dollfus, 19.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux** (nomination). — *Epreuve d'électro-radiologie.* — Séance du 6 juin. — MM. Foubert, 15 ; Busy, 13 ; Sthul, 15 ; Codet, 14.

Radio-diagnostic. — Séance du 10 juin. — MM. Busy, Foubert, Sthul et Codet, 14.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mme DE BRANCAS, chef du service central d'électro-radiologie de l'hôpital Baudelocque.

— **Les élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie du Professeur Maurice Villaret visitent la station thermale de Vichy.** — La série des voyages d'études médicales à Vichy a été ouverte par les élèves du cours de perfectionnement d'hydro-climatologie du Professeur Maurice Villaret. C'est ainsi que le samedi 16 mai, à 18 h. 15, ayant à leur tête ce maître éminent, entouré de ses dévoués collaborateurs : M. le Professeur agrégé Justin Besançon et M. le Docteur Deval, sont arrivés à Vichy de jeunes médecins étrangers, représentant dix nations différentes : Angleterre, Grèce, Iran, Mexique, Roumanie, Suisse, Tchécoslovaquie, Yougoslavie, ainsi que des internes et externes des hôpitaux de Paris.

Nos confrères ont été installés à l'Hôtel du Parc, par les soins de la Compagnie fermière.

Après le dîner, ils étaient reçus au Grand Casino, et assistaient à la représentation de « Trois et Une », la délicieuse comédie de Denys Amiel.

Le programme de la journée du dimanche 17 mai débutait par la visite du laboratoire de recherches hydrologiques, créé par la Compagnie fermière de Vichy, et qui est placé sous le patronage et le contrôle de l'Institut d'hydrologie du collège de France. M. le Docteur Lescœur, qui dirige avec une haute compétence ce laboratoire, a fourni à ses visiteurs de nombreux renseignements sur ses travaux et le résultat de ses recherches.

Puis, vînt la réception par la Société des sciences médicales de Vichy : M. le Docteur Binet, président, salua MM. Maurice Villaret, Justin Besançon et Deval, et souhaita une cordiale bienvenue à ses jeunes confrères français et étrangers. Dans une fort intéressante causerie il rappela les origines de la station, donna des précisions sur ses différentes sources, et sur les indications de la cure de Vichy.

M. le Professeur Maurice Villaret fit ensuite à ses élèves la dernière leçon de son cours d'hydro-climatologie.

A midi, un banquet offert par la Compagnie fermière dans les salons de l'hôtel du Parc, réunissait les hôtes de la Compagnie, et quelques personnalités du Corps médical de Vichy, autour de M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie fermière, qui présidait.

Au champagne, des discours furent prononcés par : M. Normand, qui mit ses auditeurs au courant de la création du Bureau permanent de surveillance médicale des régimes, qui fonctionne au Grand établissement thermal, et donna, en outre, de nombreux renseignements sur les différentes installations de la Compagnie fermière et sur les nouveaux travaux, en cours d'exécution ou projetés ; M. le Docteur Binet, président de la Société des sciences médicales ; les représentants des différentes nations, au nom de leurs pays respectifs, et enfin M. le Professeur Maurice Villaret, qui se livra à une improvisation charmante, faite comme toujours sur le ton le plus aimable.

A l'issue du banquet, les participants à ce voyage d'études médicales assistèrent à une conférence faite par M. le Professeur agrégé Justin Besançon. Ils procédèrent ensuite à la visite des différents services du Grand établissement et des sources. Ils se rendirent, vers la fin de l'après-midi, au Sporting-Club de Vichy, dont ils parcoururent les installations et les terrains de golf, et où le thé leur fut offert au Club-House.

Pour terminer la journée, ils assistèrent au théâtre du Casino, à une soirée de gala, où ils eurent l'occasion d'applaudir, dans le « Maître de son cœur », de Paul Raynal, trois vedettes parisiennes : Mlle Annie Ducaux, MM. Jean Servais et Jean Marchat.

La matinée du lundi 28 mai fût consacrée à la visite de l'établissement « Callou », puis des ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat et de la centrale thermique, installations qui constituent la cité industrielle, complétant la cité thermale de Vichy. L'ensemble ainsi obtenu, vraiment unique, justifie bien pour Vichy le titre de « Capitale des stations thermales ».

Au cours de ces visites, les participants à ce voyage ont manifesté à plusieurs reprises leur profonde admiration pour l'organisation remarquable de la station, et pour les précieuses ressources qu'elle offre aux malades relevant de son traitement.

— **En Palestine.** — Nous avons signalé le projet de création d'une Université israélite en Palestine. A Tel Aviv se sont fixés nombre de médecins expulsés d'Allemagne, entre autres le Professeur Zondek, connu par ses travaux d'endocrinologie, le Professeur Rosenbaum, pédiatre, les Professeurs Eyton, Marcus, etc.

— **XIVe Congrès de l'Association des médecins de langue française d'Amérique du Nord** (Montréal, 7-8-9-10 septembre 1936, à l'hôtel Windsor). — Ce Congrès a mis à son ordre du jour les trois questions suivantes : 1° *Abcès du poumon* (rapports du Prof. SERGENT, de Paris, du Prof. CHEVALIER JACKSON, de Temple University, Philadelphie, des Docteurs BETHUNE et DESHAIES) ; 2° *Ulcère gastro-pyloro-duodénal* (rapport du Docteur Alfred MOUSSEAU) ; 3° *Tuberculose de la hanche* (rapport du Docteur E. SAMSON).

Droit d'inscription : 6 dollars. Secrétaire du Congrès : Docteur J.-A. Vidal, 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal, Canada.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

« Vu les observations présentées par la Confédération des Syndicats médicaux français, par l'Association des médecins conseils et contrôleurs des Caisses, et par le Comité central d'entente des Caisses primaires d'assurances sociales ;

« Ouï M. Pierre Laroque, auditeur au Conseil d'Etat, en son rapport ;

« Considérant que le Conseil supérieur des Assurances sociales ne saurait se prononcer sur la question qui lui est soumise avant d'avoir connaissance des résultats de l'enquête à laquelle il est actuellement procédé par l'Administration sur le fonctionnement du contrôle médical des Caisses ;

« Considérant toutefois qu'il lui apparaît dès maintenant souhaitable de donner un plus grand développement à l'enseignement de la médecine sociale en vue de la formation des médecins-contrôleurs ; que, d'autre part, il conviendrait d'imposer aux Caisses d'assurances sociales l'obligation d'organiser un service de médecins-contrôleurs, soit par elles-mêmes, soit par l'intermédiaire de leurs Unions régionales ;

« Considérant enfin que, pour le bon fonctionnement du contrôle médical des Caisses, il serait désirable que les principes et les méthodes qui doivent en régir l'exercice fussent définis en accord entre les groupements de Caisses et notamment les Unions régionales, d'une part, et les représentants du Corps médical, d'autre part ;

« Est d'avis :

« 1° D'ajourner la solution des questions touchant à la réglementation des fonctions de médecins-contrôleurs, jusqu'à la conclusion de l'enquête en cours ;

« 2° D'appeler l'attention du ministre de l'Education nationale sur le vœu relatif à l'enseignement de la médecine sociale ;

« 3° D'introduire dans le règlement d'administration publique actuellement en instance au Conseil d'Etat une disposition comportant pour les Caisses l'obligation d'organiser un service de médecins-contrôleurs, soit par elles-mêmes, soit par l'intermédiaire de leurs Unions régionales. »

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

Les pharmaciens et les herboristes seuls peuvent vendre des plantes médicales en petits sachets

16.012. — M. Jean Castagnez demande à M. le ministre de la Santé publique s'il est possible, légalement, à une personne ne possédant aucun diplôme de médecine, pharmacie ou herboristerie de vendre, en gros, dans le commerce (hôtels, cafés, salons de thé) des infusions en petits sachets (thé, menthe, tilleul, verveine, camomille, etc.), il est indiqué que ces produits n'ont aucun caractère médicinal et sont considérés comme des consommations ordinaires. (*Question du 19 mars 1936*).

Réponse. — Aux termes de l'article 33 de la loi du

21 germinal, an XI, les épiciers et droguistes peuvent faire le commerce en gros des drogues simples sans pouvoir en débiter aucune au poids médicinal. La menthe, le tilleul, la verveine et la camomille sont des drogues simples que peut vendre en gros toute personne pourvue de la patente de marchand droguiste en gros. La vente de ces plantes « en petits sachets » semble *a priori*, correspondre à une vente au poids médicinal réservée aux seuls pharmaciens et herboristes, mais un arbitrage des Tribunaux ou une expertise acceptée par les intéressés serait nécessaire pour en décider dans chaque cas d'espèce considéré. En ce qui concerne le thé, la vente en est libre, en gros et en détail.

(*J. O.*, 24 avril 1936.)

Dispense du pourcentage de participation aux frais médicaux pour les assurés sociaux pensionnés de guerre

15.274. — M. Polimann expose à M. le ministre du Travail: 1° que l'article 51, paragraphe 1er, de la loi du 30 avril 1930 sur les Assurances sociales, stipule que: « pour les maladies, blessures ou infirmités n'ayant pas une origine militaire, les assurés jouiront, ainsi que leur conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, des prestations en nature de l'assurance-maladie, mais ils seront dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides ; 2° que le tarif des Syndicats médicaux est généralement supérieur au tarif de responsabilité des Caisses ; et demande si l'exonération du pourcentage des frais médicaux dont bénéficient les assurés pensionnés de guerre, doit porter sur le tarif de responsabilité de Caisses, ou sur le prix des soins effectivement payés par l'assuré, notamment en ce qui concerne les indemnités kilométtriques. (*Question du 4 février* 1936).

Réponse. — La dispense instituée par l'article 51 paragraphe 1er, de la loi du 30 avril 1930, au profit des assurés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre, s'applique au montant de la participation personnelle de l'assuré au tarif de responsabilité de la Caisse. Il s'ensuit que, pour une visite médicale à domicile, l'assuré bénéficiaire des dispositions susvisées reçoit sans réduction le montant de la participation inscrite par la Caisse dans son tarif de responsabilité en ce qui concerne le prix de la consultation. Le remboursement des indemnités kilométtriques est effectué suivant le tarif de responsabilité de la Caisse ; aucun ticket modérateur n'est appliqué pour ces frais, que l'assuré soit ou non bénéficiaire de l'article 51 susvisé.

(*J. O.*, 24 avril 1936).

• • •

CORRESPONDANCE

Les Prévoyants retardataires

Membre du Sou et de la Mutualité familiale pour l'indemnité-maladie, je ne fais pas partie malheureusement des Caisses de retraites. J'ai passé l'époque où je pouvais le faire. Je croyais que les revenus de mes économies seraient suffisants sans avoir besoin de cela.

Malheureusement, je constate chaque année que ces revenus diminuent sans cesse : avec les pertes que subit le capital, arrivé à une période où je gagne moins, qui sera bientôt suivie d'une autre où je ne gagnerai plus rien du tout, je vais me trouver bientôt dans une gêne profonde. En outre j'ai deux filles à ma charge, dont l'une est trop malade pour pouvoir travailler.

Où pourrais-je trouver une société qui moyennant une somme à verser chaque année, pourrait à mon décès, assurer à ma malade une rente lui permettant de vivre modestement. Il y a bien les Caisses de l'Etat mais ne serait-ce pas trop cher ?

Dr R., à L. (G.).

Réponse

Hélas ! Combien de confrères insuffisamment prévoyants sont aujourd'hui dans votre situation ! C'est l'histoire de bien des nôtres, confiants en un avenir aléatoire, comptant sur le futur, et ne croyant pas devoir faire, dans le présent et quand ils le peuvent, l'effort personnel nécessaire à assurer leurs vieux jours et un peu de ressources pour les leurs !

S'assurer contre le risque d'incapacité de travail, c'est bien et, contre ce risque, vous êtes assuré encore jusqu'à 65 ans. Mais après ? et les vôtres ?

Une adhésion à nos combinaisons retraites pour vous d'abord, pour votre fille ensuite, vous aurait sauvé de l'angoisse actuelle et de la gêne que vous redoutez pour demain.

Vous n'avez pas d'autre ressource que les combinaisons de la Caisse nationale des Retraites, quel qu'en soit le prix, profitez-en pour faire sans retard le maximum possible. Car, chez nous, la loi nous impose quinze années de participation avant la retraite, et d'autre part nous ne pouvons faire l'assurance d'un capital au décès.

Tout ce que je pourrais vous proposer, ce serait une pension à 60 ans pour votre fille. Or, c'est un petit capital à votre décès qu'il lui faut. Seule la Caisse nationale peut vous en donner la possibilité !

Dr H. Mignon.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.721. — Pansement long et difficile

J'ai opéré récemment un accidenté du travail pour un phlegmon diffus des gaines de la main droite. Tous les jours, je me rends au domicile du malade pour le pansement.

Il s'agit de longs pansements, plus d'une heure, nécessitant des lavages, irrigations de la plaie, introduction de drains, bains chauds dakinisés de la main. J'estime que le tarif de 15 francs est nettement insuffisant mais je ne trouve aucun autre dans le Tarif des accidents du travail.

Que dois-je compter ? A quoi dois-je comparer ce pansement ? Vaste brûlure au premier degré (50 francs) ou brûlure moyenne de la face (30 francs) ?

Dr M.

Réponse

Il n'y a pas de tarif spécial pour les pansements longs et difficiles (au contraire de qui est inscrit à ce sujet dans le Tarif des Pensionnés de guerre). Des prix spéciaux ne sont inscrits que pour les pansements de brûlure, mais on ne peut faire d'analogie, à ce sujet, celles-ci n'ayant jamais été acceptées. C'est un « mauvais cas » pour le médecin, que d'autres, plus rémunérateurs, par contre, viendront compenser demain.

Dr F. Decourt.

4.773. — Ostéosynthèse du premier métacarpien

J'ai eu à intervenir ce matin, sur un accident du travail qui présentait une fracture de la tête du premier métacarpien, impossible à bien réduire, par une autre méthode que l'intervention sanglante.

J'ai fait en somme une ostéosynthèse du premier métacarpien, maintenue par une ligature au catgut, et plâtre ensuite.

Dans la nomenclature des accidents du travail, je ne trouve rien qui corresponde à ces sortes d'interventions. Voudriez-vous me faire connaître, comment, le moment venu, je pourrai libeller ma note d'honoraires pour éviter d'avoir, des contestations avec la Compagnie ?

Dr I.

Réponse

A défaut d'autre analogie, le proposerais celle de : Art. 20-G : Chirurgie articulaire. Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation. Petites articulations : 185 francs. Mais, en proposant cette analogie qui m'apparaît équitable, donnez toutes explications techniques nécessaires pour la justifier.

Dr F. Decourt.

4.214. — Refus de paiement d'une double radiographie qui aurait été effectuée sans autorisation bien que non-urgente (? ?)

Membre du Sou, je viens vous demander conseil pour un accident du travail.

13 avril 1935, je radiographie l'épaule face et profil pour S... René, employé chez M. de R..., adressé par son médecin traitant.

1er juin 1935, j'écris au patron pour lui demander l'adresse de son Assurance.

2 juin 1935, sa réponse (lettre n° 1).

4 juin 1935, j'envoie à la Compagnie la note de mes honoraires (290 francs).

20 juin 1935, réponse de la Compagnie (lettre n° 2) me demandant les épreuves des radios.

22 juin 1935, j'envoie les épreuves demandées.

28 avril 1936, j'écris à la Compagnie pour réclamer.

6 mai 1936, sa réponse (lettre n° 3).

La Compagnie me semble de mauvaise foi puisqu'elle se base pour nier le caractère d'urgence sur le résultat de la radiographie qu'elle refuse de payer.

Que me conseillez-vous ?

Dr P.

Réponse

1° Il y avait urgence et même extrême urgence alors que la radiographie de l'épaule devait déceler la présence ou l'absence d'une luxation, ce sur quoi il appartenait d'être fixé immédiatement en vue d'une réduction éventuelle.

2° Le médecin traitant devait, puisqu'il y avait urgence « prévenir sans délai le chef d'entreprise ou son assureur substitué » (Art. 27, Observations) sans qu'il y ait « accord » cette fois, comme en cas de non-urgence.

3° Deux exemplaires de chaque cliché devaient être fournis par le radiographe avec commentaire détaillé dont l'un pour le patron ou son assureur, l'autre pour le blessé (voir *Ibidem*). Il est regrettable que l'exemplaire pour l'assureur n'ait été remis que le 22 juin mais il n'est pas indiqué de date de remise dans le texte de l'arrêté ministériel.

Conclusion. — Il y a eu faute du médecin traitant pour n'avoir pas prévenu le patron ou son assureur — et faute très légère du radiographe de n'avoir fourni l'épreuve, qu'après demande de la Compagnie et non de soi-même, après la radio effectuée. Mais, en toute équité, ces restrictions ne sont pas suffisantes pour refuser tout payement légitimement dû d'une double radiographie pour laquelle des frais matériels ont été effectués par le radiographe.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

4.089. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Je viens avoir recours à vous (abonné du *Concours*) pour un cas qui se présente dans ma clientèle.

Un de mes clients est assuré social. Par ailleurs lui et sa femme sont inscrits à l'Assistance médicale gratuite de la commune.

Ils attendent un premier enfant pour la mi-juin. Qui payera les frais d'accouchement et à quel taux ? Ne serai-je en tout cas honoré que du tarif de l'Assistance médicale gratuite : 150 francs pour un accouchement normal, ou puis-je bien prendre la différence avec le tarif ordinaire, de telle sorte que les Assurances sociales rembourseront leur part calculée forfaitairement sur 300 francs ?

Ce cas se présente très rarement ici, car il y a excessivement peu d'assurés sociaux.

Dr L.

Réponse

Si votre cliente est conjointe d'assuré social, en règle de ses cotisations, et est inscrite nominativement sur la liste d'assistance dans les conditions prescrites par la loi du 15 juillet 1893, elle a droit aux prestations en nature de l'assurance-maternité dans les formes et conditions fixées par l'art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales qui est relatif au régime des assurés sociaux indigents.

En conséquence elle n'a elle-même, non plus que son mari, aucune participation à supporter dans les frais médicaux ou pharmaceutiques. Vos honoraires vous seront réglés directement par la collectivité d'assistance, c'est-à-dire le Service départemental d'assistance, d'après le tarif de responsabilité de la Caisse de l'assuré.

4.380. — Cotisation des domestiques aux Assurances sociales

J'ai une bonne que je viens de faire inscrire aux Assurances sociales. Elle mange à la maison, mais n'est pas couchée. Elle ne travaille que pour moi.

Son gain annuel est :

a) Gages	4.800 »
b) Nourriture :	
Prix forfaitaire pour une ville de 5.000 à 200.000 habitants, 3 fr. 50 par jour	1.260 »
Total	6.060 »

Dois-je payer annuellement pour ma part :

$$\frac{6.060 \times 3,5}{100} = 212 \text{ fr. } 10$$

ou bien existe-t-il encore pour les gens de maisons des cotisations forfaitaires et quelles sont-elles ?

Dr D.

Réponse

En vertu de l'art. 2, § 14 du décr t-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, les cotisations concernant les domestiques et gens de maison ne sont pas calculés, comme pour les assurés ordinaires, sur le montant du salaire réel (rémunération en espèces augmentée de la valeur des avantages en nature, mais sur un salaire forfaitaire arrêté chaque année par le ministre du Travail. Pour l'année 1936, ce salaire de base a été fixé, par l'arrêté du 27 janvier dernier, à 4.800 francs pour les femmes dans le département de la Seine. La double cotisation annuelle, patronale et ouvrière, est alors égale à 7 % de ce salaire, soit 336 francs ; elle se monte mensuellement à 28 francs ; 14 francs à la charge de l'employeur et 14 francs à la charge de l'assuré.

4.713. — Prestations de l'assurance-maladie

Je me permets de vous demander quelques renseignements au sujet du remboursement par les Caisses d'assurances sociales pour un accouchement « dystocique ».

Une de mes clientes primipare a accouché dans une clinique où elle est restée huit jours ; j'ai dû lui faire une grande extraction du siège, et je crois que le tarif à appliquer est de K40 n'est-ce pas ? Dans des cas analogues (application de forceps, etc.) « d'accouchement dystocique », les Caisses remboursaient jusqu'alors :

1° Le forfait soit 270 francs ;

2° L'intervention du médecin selon les coefficients indiqués par ce dernier sur la feuille maternité.

Or, la Caisse départementale, dans le cas cité plus haut, prétend ne rembourser à ma cliente, que la somme de 270 francs, soit le forfait, dans lequel tout doit être compris (frais de clinique, de pharmacie, frais médicaux). « Cette manière de faire est justifiée par les nouveaux décrets », la Caisse *dixit* !... Or, j'ai parcouru le supplément du *Concours Médical* d'avril 1936 et n'ai rien vu de semblable. Je vous serai reconnaissant de me dire si la Caisse d'assurances sociales a raison, et dans le cas contraire, quels sont les arguments à lui opposer pour le remboursement intégral ; je crois que ma cliente a dix jours pour se pourvoir devant le Juge de paix de son arrondissement en cas de refus ; je vous prierai donc de me répondre le plus rapidement possible.

Dr B.

Réponse

Il est en effet exact que le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales a posé dans son article 9, § 1, en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance-

maternité, le principe d'un remboursement forfaitaire, représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Il est toutefois spécifié au § 1, alinéa 2 de ce même article que « le tarif des Caisses doit prévoir des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural ». En l'espèce, votre cliente est donc fondée à refuser le forfait pur et simple, et à demander l'octroi de ces majorations.

Si elles lui sont refusées par la Caisse, elle doit se pourvoir devant la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée adressée à son Président au Greffe du Tribunal civil dans les dix jours du refus.

4.822. — Supplément d'invalidité d'un pensionné de guerre

Un de mes clients assuré social est en même temps réformé et pensionné à 70 % pour mutilation des deux pieds. Il a été victime d'un accident qui est garanti par la Caisse d'assurances sociales et qui porte son invalidité à 80 %.

A-t-il droit à un supplément d'invalidité au titre des Assurés sociaux ?

Réponse

La question que vous nous posez est résolue par l'article 18, §§ 3 et 4 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, qui s'exprime de la manière suivante :

« En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accidents, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

« Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 %, et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu de l'article 10 (article relatif aux prestations de l'assurance-invalidité) la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire. »

4.521. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Un de mes clients représentant à la commission était assuré social depuis plusieurs années, et cotisait régulièrement.

Sa femme, non-assurée sociale, accouche aujourd'hui 14 mai 1936. La grossesse a été déclarée à la Caisse en février, il y a quatre mois au cinquième mois.

Ce client depuis que sa femme est enceinte n'a plus d'employeur. Il a demandé pour bénéficier de l'Assurance sociale au moment où il allait pouvoir en

profiter à continuer les versements comme assuré facultatif. On lui répond que les décrets-lois ont supprimé l'Assurance sociale facultative.

Le début de la grossesse étant antérieur aux décrets-lois, et au changement de situation, est-il susceptible de bénéficier du régime d'Assurance sociale valable au début de la grossesse (indemnité pour frais d'accouchement) ; ou, au contraire, est-il soumis au régime d'assuré social en cours à la date de l'accouchement (impossibilité de compléter ses versements parce qu'il n'a plus d'employeur, et qu'on a supprimé l'assurance sociale facultative).

Je serais heureux d'avoir votre avis.

Dr L.

Réponse

C'est non pas à la date présumée du début de la grossesse, mais à la date de l'accouchement qu'il faut se placer pour rechercher quel est du nouveau ou de l'ancien le régime applicable. Ceci résulte formellement du décret d'administration publique du 19 mars 1936 qui est venu préciser le décret-loi du 28 cotobre 193.5.

Il est exact d'autre part que ce décret-loi a supprimé les versements facultatifs que prévoyait la loi de 1928-1930. Mais il faut observer que ce régime, fût-il encore en vigueur l'assuré en question n'aurait pu valablement recouvrer ses droits aux prestations en versant des cotisations facultatives pour compléter son compte postérieurement à l'ouverture du risque, c'est-à-dire postérieurement à la première constatation médicale de la grossesse.

Si donc en l'espèce les conditions posées par l'art. 9, § 6 du décret-loi ne sont pas remplies, c'est-à-dire si l'intéressé n'a pas subi sur son salaire une retenue d'au moins 80 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le dernier trimestre, il ne peut prétendre actuellement aux prestations de l'assurance-maternité.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.780. — Conditions nécessaire pour obtenir une pension militaire

Un malade, tuberculeux actuellement incorporé le 16 mars 1920. Hospitalisé le 28 mai suivant pour congestion pulmonaire et pleurésie. Séjour à l'hôpital : quatre mois. Congé de convalescence : trois mois, puis terminant normalement ses deux ans de service militaire. Peut-il, maintenant encore, essayer d'obtenir une pension pour cette tuberculose ?

Dr D.

Réponse

Ce malade est actuellement frappé de forclusion, puisque plus de cinq années se sont écou-

lées depuis sa libération du service militaire. N'étant pas « malade de guerre », il ne bénéficie pas des prorogations de délais accordées en dernier lieu par le décret-loi du 30 octobre 1935.

FISCALITÉ

3.742. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Rectification

Dans la réponse 3.742 (*Concours* du 31 mai 1936, n° 22 , une erreur de dactylographie nous a fait dire : une automobile s'amortit, par exemple, en un temps variant de cinq à dix ans suivant l'usage.

Au lieu de : Une automobile s'amortit, par exemple, en général en cinq ans et le matériel en dix ans, suivant l'usage qui en est fait.

A. MARTINOT
Conseil fiscal.

4.752. — Calcul de la patente

Il s'agit de contributions et je me permets de vous demander deux renseignements :

1° Le prix du loyer étant pris pour base. La patente et la mobilière doivent-elles être comptées sur le prix de 1935 ou sur le prix de 1935 après réduction des 10 % des décrets-lois ?

2° La patente n'étant calculée que sur la valeur des locaux professionnels.

J'ai un garage particulier. D'accord avec le Contrôleur, il est admis que 4/5e des frais d'auto sont imputables à la profession.

La patente de mon garage doit-elle être calculée sur la totalité du loyer ou seulement sur les 4/5e qui constituent la partie professionnelle du local ?

Dr J.

Réponse

1° La patente pour 1935 doit être calculée sur le prix du loyer non diminué des 10 %. Les décrets-lois étant du 16 juillet 1935.

Pour la mobilière, cela n'aurait eu aucun effet, puisque c'est une contribution de répartition qui est calculée, pour chaque commune, sur un loyer matriciel fictif déterminé par les répartiteurs.

2° La patente de votre garage doit être calculée sur la valeur locative de la place occupée et non sur la redevance payée.

A. M.

QUESTIONS DIVERSES

5.122. — Médecin-propharmacien et docteur en médecine, diplômé pharmacien

Dans votre *Concours* du 24 mai, page 1633, je lis l'article du Docteur Boudin sur médecin pharmacien et propharmacien.

Je me permets de faire la remarque suivante : votre distingué collaborateur est beaucoup trop indulgent pour le médecin nouvel arrivé.

Voici la doctrine constante que nous soutenons au « Propharmacien ». Du moment que le médecin-pharmacien tient une officine ouverte (ligne 5 et 6) le nouvel installé est dans l'illégalité s'il ouvre une officine.

A mon avis, le médecin-pharmacien n'a rien à démontrer.

Voici l'article 27 de la loi de Germinal : « Les officiers de santé établis dans des... communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments ... ».

Si donc le médecin pharmacien tient officine ouverte et paye chiffre d'affaires, patente et impôts commerciaux, il est installé comme « pharmacien » et le deuxième arrivé ne peut exercer que l'art médical.

Dr L.

Réponse

Si vous relisez attentivement mon article, vous verrez que nous sommes absolument d'accord.

Si vous vous placez du point de vue du droit strict, votre doctrine est la bonne ; mais à côté du droit pur se trouvent des questions de faits que peut modifier ou atténuer l'absolutisme de la théorie.

C'est parce que j'ai dans mes archives de jurisprudence des décisions de justice concernant des officines mal gérées ou irrégulièrement ouvertes, que j'ai laissé entendre dans mon article qu'à côté de la théorie juridique pure découlant des termes de la loi du 21 Germinal an XI pouvaient se trouver des situations de faits permettant à un médecin d'exercer la propharmacie s'il arrive à prouver que le pharmacien docteur en médecine pratique la pharmacie d'une manière irrégulière.

Vous voyez donc que, par cette précision, nous arrivons à être du même avis et que vous comme moi nous recherchons autant que possible la défense des intérêts professionnels de nos confrères.

A contrario, si un médecin propharmacien exerce depuis de nombreuses années, il sera contraint à cesser la propharmacie le jour où un pharmacien ou médecin muni du diplôme de

pharmacien ouvrira une officine dans la commune et la gérera d'une façon légale.

Dura lex sed lex ! Dr Paul BOUDIN.

5.026. — Privilège des frais de dernière maladie

Je vous remercie bien sincèrement de l'appui que vous m'avez prêté dans l'affaire P... et qui me permettra de recouvrer cette créance.

Je viens encore solliciter votre compétence pour une autre affaire. J'ai une note d'honoraires P... qui s'élève à 920 francs pour soins donnés à la famille du 19 juin 1934 au 25 septembre 1935. Du 19 juin au 29 juillet soins à M. P... lui-même. Du 25 janvier 1935 au 25 septembre, soins à son petit et à sa femme.

Cette affaire vient d'être déclarée en faillite.

Le passif de cette affaire est de 855.000 francs avec un actif réalisable de 442.500 francs, ce qui laisserait un déficit de 412.500 francs.

Je voudrais tout simplement savoir si je suis compris dans les créanciers ordinaires, auquel cas je devrais me contenter de recouvrer ma créance au prorata de ce qui restera quand tout sera liquidé, ou si je suis créancier privilégié comme médecin. Dans ce deuxième cas, je vous demanderais de m'indiquer quelle est la ligne de conduite à tenir pour faire respecter mes droits. Dr G.

Réponse

L'article 2.101, 3° du Code civil déclare privilégiés « les frais quelconques de dernière maladie quelle qu'en ait été la terminaison ». Par suite, le médecin peut réclamer le payement de ses honoraires par préférence aux autres créanciers, sauf toutefois le fisc et les frais de justice, pour toute maladie précédant immédiatement l'événement donnant lieu à distribution des deniers du débiteur. Il n'est donc pas douteux en l'espèce que vous ne devez pas être payé au même rang que les créanciers ordinaires en ce qui concerne les soins donnés à M. P... lui-même.

Mais il résulte de la jurisprudence que le privilège pour frais de dernière maladie, constituant une disposition dérogatoire au droit commun, devait être appliqué de façon restrictive, et ne saurait s'étendre aux honoraires concernant les soins donnés à la femme ou aux enfants du débiteur. Pour cette partie de votre note, vous n'avez donc que la qualité de créancier chirographaire, et serez réglé au marc le franc. Toutefois, la femme du failli est personnellement débitrice des soins dont elle a bénéficié, ainsi que de ceux qui ont été donnés à ses enfants ; vous êtes donc fondé à la poursuivre en payement du complément de vos honoraires, afin de vous faire payer sur ses biens propres.

Cinquante-huitième année — N° 26 — 28 Juin 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Renseignements

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Docteur LAYGUE, d'Argental, la somme de quinze francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL**, ***Paris 167-95.***

Nº 169. — Banl. de Reims. Client. 35 ans, propharm. belle maison, pas de loyer, autres avantages. A céder 30.000 dont moitié comptant.

Nº 170. — Situat. d'avenir offerte à électro-radiol. doct. en méd. français actif, compétent, parf. honorab. Commencerait comme assistant cabinet réputé grande ville Nord. Success. à envisager.

Nº 171. — Reims. A céder cause décès bon cabinet méd. Reprise insignif. Maison grande et très confort, à vendre ou à louer.

Nº 172. — Yonne. Poste méd. — propharm. à céder d'urgence. Bon rapport. Bail 2.700. Condit. à débatt.

Nº 173. — Dr O. et O.-R.-L. n'exerç. plus vendrait nombr. instrum. d'ophtalm. et d'O.-R.-L. à moitié de leur valeur. Dr E. 10, rue Jules-Verne, Paris.

Nº 174. — A vend. instrum. et appar. d'ophtalmol. en très bon état. Divers instrum. méd. génér. Juris-classeur, accid. travail et assur. sociales, complets jusqu'en 1934. Écr. Dr Bernson, à Lille (Nord).

Nº 175. — Remplaçant légal, méd. génér. et accouch., marié, 3 enf., dem. remplacem. entre 25 juillet et 19 août. Possède auto.

Nº 176. — Jne doct. dispos. voiture ferait remplacem. juillet, août, septemb., octobre.

Nº 177. — Près La Baule. A louer belle villa en bord. mer, tout confort, 9 chamb., terrasses, jardin, garage. Prix confratern.

Nº 178. — Indre. Poste méd. génér. à céder dans gros bourg. Condit. : reprise bail et légère indemn. Départ rais. famille.

Nº 179. — Echanger. clientèle 6 ans Paris, 60.000 fisc contre clientèle comparab. dans pet. ville ou propharmacie campagne.

Nº 180. — Urologiste Paris demande remplaçant doct. ou interne, 3 après-midi par sem., août et sept. Dr Gallois, secrét. génér. Syndicat urologistes, 26, rue Clichy, Paris. Tél. Tri. 19-01.

Nº 181. — Petit poste à prendre Côte d'Azur proche grande ville, légère indemn.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Poitou. A céder d'urgence 15,000 fr. Intéressante clientèle méd. gle en ville. Peu de visites, sans accouchements, maison, jardin et garage avec bail.

Yonne. Clientèle rurale groupée, très peu de frais, maison 8 pièces, jardin, petit loyer. Indem. 15.000 à déb.

Centre-Est : Grande ville. Importante clientèle méd. gle et accouchements. Excellente situation. A céder de suite conditions très avantageuses pour raison santé.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Élection à l'Académie de Médecine.** — Nous sommes heureux d'annoncer la belle élection à l'Académie de médecine de M. le Docteur LAIGNEL-LAVASTINE, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié.

M. le Professeur Laignel-Lavastine compte parmi les plus éminents de nos collaborateurs ; secrétaire de la Société internationale d'histoire de la médecine, le nouvel académicien est en outre vice-président du Conseil de *la Maison du médecin*, œuvre à la prospérité de laquelle il a pris une part si active avec sa famille.

J. N.

— **Académie de médecine.** — *Un vœu de M. Sieur concernant la semaine de travail de quarante heures.* — M. Sieur a soumis à l'Académie le vœu suivant :

« Si l'on veut que la loi de la semaine de travail de quarante heures atteigne pleinement le but social en vue duquel elle est proposée, il est indispensable que l'un de ses articles :

« 1° Limite le nombre des débits de boisson et réglemente avec soin la nature des liquides qui pourront y être vendus ou consommés ;

« 2° Que les villes possédant une population ouvrière nombreuse soient invitées à mettre à la disposition de cette dernière des terrains propres au jardinage. A cet égard, la création de cités-jardins est particulièrement recommandable. »

Ce vœu a été renvoyé à une commission composée de MM. Sieur, Marcel Labbé et J. Renault.

— **Caisse nationale de la recherche scientifique.** — M. le ministre de l'Education nationale a fait connaître à l'Académie de médecine que la Caisse des recherches scientifiques et la Caisse nationale des sciences sont réunies en une seule : la « Caisse nationale de la recherche scientifique ».

Le mandat de M. Achard, déjà délégué de l'Académie aux deux caisses précédemment existantes, lui a été renouvelé au Conseil d'administration de la nouvelle Caisse.

— **Médaille du Professeur Le Fort.** — La remise de la médaille du Professeur LE FORT aura lieu le dimanche 28 juin, à 17 heures, salle des actes de la Faculté de médecine, à Lille (1, rue Jean-Bart).

— **Conférence sur la pyrétothérapie.** — Une conférence a été faite à l'Institut Alfred Fournier, le mercredi 24 juin 1936, à 21 heures, par M. Walter M. SIMPSON, de Miami Valley hospital, de Dayton, U. S. A., sur *La pyrétothérapie dans la syphilis et les affections gonococciques.*

— Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres. — *Vœu de MM. G. Blechmann et Coffin concernant l'examen préventif des étudiants en médecine.* — Après discussion en séance, ce vœu a été soumis à un referendum. Voici le texte qui a été agréé par la presque unanimité des membres :

« La Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres de Paris et de province, émue de la relative fréquence et de la gravité de la tuberculose de primo ou de réinfection chez les étudiants en médecine, émet le vœu de les voir se présenter dès le P. C. B., puis périodiquement, à un examen systématique complet.

« La Société estime qu'il serait utile d'intensifier la propagande en ce sens parmi les étudiants et leurs familles pour leur montrer tout l'intérêt de ces visites préventives. »

— Ligue française contre le cancer. — L'Assemblée générale annuelle s'est tenue à la Faculté de médecine (salle du conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique. Un rapport a été présenté par M. le Prof. Forgue, sur la part de la science française dans l'avance actuelle de la question du cancer.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Nous rappelons que la XL[e] session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936.

Président : M. le Docteur O. Crouzon, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV[e]). C/c postal 456-30, Paris.

— Association internationale des médecins radiesthésistes. — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le mercredi 1[er] juillet 1936, à 20 h. 30, à la Mairie du VI[e] arrondissement (place Saint-Sulpice).

Ordre du jour : 1° Phytothérapie sous contrôle radiesthésique ; 2° Organisation de la recherche radiesthésique scientifique ; 3° Travaux récents (articles et communications) sur la radiesthésie médicale ; 4° Radiations nocives et proto-tuberculose.

— Hôpital de Bône. — Un concours sur épreuves est ouvert, à Alger, le 30 novembre 1936 pour le recrutement d'un médecin-adjoint à l'hôpital de Bône. La liste d'inscription des candidats sera close le 10 octobre.

Renseignements au gouvernement général de l'Algérie, direction du Service de santé.

— **Mariages.** — Le mariage du Professeur Paul Delmas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, avec Madame Gabrielle Wybauw, chevalier de l'Ordre de Léopold de Belgique, sœur du Docteur René Wybauw, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, a eu lieu à Montpellier le 6 juin 1936.

Le *Concours Médical* est heureux d'adresser au Professeur et à Madame Paul Delmas ses plus sincères compliments et tous ses vœux de bonheur.

— Nous apprenons le mariage, à Paris, de M. Nicolas Ph. Barbatis, fils de Mme et du Docteur Barbatis, de Monte-Carlo, chevalier de la Légion d'honneur, directeur-fondateur du *Monaco Méditerranée-Médical*, avec Mlle Christiane Portelli.

Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs vœux avec toutes nos félicitations.

—**Nécrologie.** — M. le Docteur Cambiès, médecin-consultant à Châtel-Guyon, et Madame Cambiès nous font part de la mort de leur père M. Jean Cambiès, âgé de 82 ans. Nous leur adressons nos plus sincères condoléances.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 juin

Enseignement

Décret du 3 juin 1936 portant exonération d'augmentation de droits universitaires

Art. 1er. — Pendant les années scolaires de 1935-1936 à 1940-1941 incluse, les étudiants pourvus au 1er octobre 1935 d'au moins deux inscriptions non périmées afférentes à un diplôme d'Etat et poursuivant régulièrement leurs études en vue de ce diplôme seront exonérés des augmentations des droits d'inscriptions résultant du décret-loi du 10 août 1935.

Art. 2. — Doivent être considérés comme compris dans cette catégorie :

1o Les étudiants pourvus, soit du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques et qui se sont inscrits pour l'année scolaire 1935-1936 aux études afférentes au doctorat en médecine ou à la licence ès sciences ;

2o Les étudiants de première année de pharmacie et de chirurgie dentaire qui étaient inscrits au stage

avant le 1er octobre 1935 et dont les inscriptions ne sont pas périmées.

Art. 3. — Les étudiants visés par le présent décret qui auront acquitté, conformément au tarif du décret du 22 septembre 1935, les inscriptions afférentes aux deux premiers trimestres ou au premier semestre de l'année scolaire 1935-1936 seront dispensés de plein droit des inscriptions relatives aux troisième et quatrième trimestres ou au second semestre de ladite année. A partir du début de l'année scolaire 1936-1937, ils seront exonérés de la moitié des droits d'inscriptions.

Art. 4. — Le ministre de l'Education nationale, le ministre des Finances et le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, chargé des services d'Alsace et de Lorraine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Asiles publics d'aliénés

Le poste de médecin directeur de la Colonie d'aliénés d'Aulnay-le-Château (Allier), est vacant par suite du départ de M. le Docteur Vié.

12 JUIN

Hygiène publique

Avis de concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental des Services d'hygiène des Ardennes.

Les candidats à cet emploi devront être Français et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine, ils devront être âgés de trente ans au moins et de trente-cinq ans au plus, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée de services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à la retraite ; ils devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Le concours est réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français, et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu aux autres docteurs en médecine.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être envoyées avant le 1er juillet 1936 au Préfet des Ardennes, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir pour les candidats.

Le traitement est fixé de 30.000 à 42.000 francs en cinq classes. Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat et une gratification de fin d'année égale au douzième du traitement annuel.

Réponse ministérielle

Sur l'Assistance médicale gratuite et l'Hygiène

12.607. — M. Taittinger demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° s'il lui est possible de préciser par un arrêté ou un décret, dans quel délai en cas d'urgence établie par un certificat médical le maire est tenu de réunir le Bureau d'assistance de sa commune par application du premier alinéa de l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite ; 2° s'il lui est possible de préciser également par un arrêté ou un décret que les personnes non admises au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite par application dudit premier alinéa de l'article 19, peuvent présenter une réclamation, par application de l'article 17 de ladite loi et dans quel délai il devra être statué sur la réclamation présentée ; 3° quels sont les médecins qui, à Paris et dans la Seine, remplissent les fonctions de directeur du Bureau d'hygiène et d'inspecteur départemental d'hygiène (ou des fonctions analogues) ; 4° quels sont *les textes de loi ou les décrets relatifs* à la nomination auxdites fonctions à Paris et dans la Seine ; 5° quels ont été en 1931, 1932, 1933, 1934 : *a)* les crédits inscrits dans le budget de l'Etat en faveur des départements de la Charente-Inférieure, de la Gironde, et de la Seine, par application de l'article 11 du décret du 14 août 1914, édictant des mesures exceptionnelles , etc. ; *b)* le crédit total résultant de l'application dudit article II ; 6° s'il est bien exact (voir quest. écr. n° 2969, *J. O.* du 27 II 1935) que les Bureaux d'hygiène de Périgueux, de Niort et de Saintes sont ignorés par les Adons préfectorales, et si, par suite, les dépenses relatives à leur fonctionnement sont supportées par les communes de Niort, de Périgueux et de Saintes, sans participation des départements intéressés et de l'Etat ; 7° comment il se fait que d'assez nombreux préfets (voir question écrite n° 2.969 mentionnée ci-dessus) tolèrent que les articles 19 et 26 de la loi du 15 février 1902 ainsi que les dispositions du décret du 3 juillet 1905 sur les Bureaux d'hygiène ne soient pas respectés, malgré leur caractère obligatoire, par de nombreux maires et municipalités ; 8° quelles seraient les observations à présenter au Conseil d'Etat, par le ministre de la Santé publique, dans le cas où un contribuable d'une commune de plus de 20.000 habitants, se basant sur la violation de la loi précisée ci-dessus, déférerait dans le délai réglementaire à la centure du Conseil d'Etat, aux fins d'annulation pour excès de pouvoir : *a)* soit tous les arrêtés municipaux et délibérations municipales, pris relativement à l'application de la loi du 15 février 1902 ; *b)* soit les arrêtés municipaux et délibérations municipales, relatifs au fonctinnement d'un bureau d'hygiène non conforme aux prescriptions du décret du 3 juillet 1905 ; *c)* soit les décisions préfectorales explicites ou implicites portant rejet d'une demande dudit contribuable aux fins d'obtenir, que le préfet fasse respecter les articles 19 et 26 de la loi du

15 février 1902, en employant les moyens prévus par les articles 85 et 149 de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale ; 9° s'il est possible de soumettre la question ci-dessous au Conseil supérieur d'hygiène (sans attendre le vote plus ou moins éloigné d'une nouvelle loi relative à l'hygiène publique) : étant donné que le régime institué par la loi du 15 février 1902 et le décret du 2 juillet 1905, en matière de nomination des hygiénistes départementaux et communaux, a été l'objet de nombreuses critiques (formulées aussi bien par des médecins hygiénistes que par des députés et sénateurs et en particulier par le Docteur Goujon, député, dans son rapport n° 1891, annexe séance 18 mai 1933), quel est l'avis du Conseil supérieur d'hygiène sur l'opportunité d'abroger le décret du 5 juillet 1905, et de prévoir, au moyen d'un nouveau décret, l'organisation d'un concours annuel, sur épreuves et sur titres, aux fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène et de directeur de Bureau d'hygiène, le régime de nomination et d'avancement de ces fonctionnaires pouvant être établi par analogie avec celui prévu par le décret du 2 février 1910, relatif au personnel médical des Asiles d'aliénés. (*Question du* 28 *mars* 1936.)

Réponse. — 1° Aux termes de l'article 6 du décret du 30 octobre 1935, prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance, les demandes d'admission au bénéfice des lois d'assistance, et notamment de l'Assistance médicale gratuite, doivent être adressées à la mairie de la résidence de l'intéressé. Ces demandes sont instruites par le Bureau d'assistance. Elles sont transmises, avec l'avis de ce bureau et celui du Conseil municipal, au secrétariat de la Commission cantonale d'admission chargée de statuer. Toutefois, conformément à l'article 8 du même décret « l'admission d'urgence à l'Assistance médicale gratuite est éventuellement prononcée par le maire, la Commission cantonale ratifie, dans le délai d'un mois au maximum, l'admission d'urgence décidée par le maire. ». Jusqu'à l'intervention du règlement d'administration publique visé aux articles 3 et 11 du décret-loi du 30 octobre 1935, il y a lieu d'appliquer la procédure prévue par l'article 55 de la loi du 28 février 1934, c'est-à-dire que les demandes instruites par le Bureau d'assistance sont soumises au Conseil municipal qui statue en comité secret ; 2° les voies de recours communes à toutes les lois d'assistance (appel devant la Commission départementale et ensuite s'il y a lieu, devant la Commission centrale), sont applicables à l'Assistance médicale gratuite. Les intéressés ont, à dater de la notification de la décision vingt jours pour se pourvoir devant la Commission départementale d'appel et deux mois pour se pourvoir devant la Commission centrale. Pour se prononcer aucun délai n'est imparti aux Commissions susvisées qui examinent les dossiers le plus rapidement possible dans l'ordre d'arrivée des recours. L'article 56 de la loi du 28 janvier 1934 applicable jusqu'à intervention du règlement d'administration publique prévu par le décret-loi du 30 oct. 1935

permet à l'intéressé ou à son représentant de faire appel devant le préfet qui doit statuer immédiatement, d'une décision du maire refusant l'admission d'urgence à l'Assistance médicale gratuite. La décision du maire est ensuite soumise à la ratification du Conseil municipal ; 3° et 4° la loi du 15 février 1902 est applicable au département de la Seine et à la Ville de Paris. En raison de la situation exceptionnelle de la Ville de Paris, il existe un ensemble de services spécialisés dont la réunion constitue le Bureau d'hygiène. Ce services sont : le bureau administratif, le service technique de l'hygiène de l'habitation et du casier sanitaire, le laboratoire d'hygiène, le service de contrôle des eaux, l'inspection générale des services techniques d'hygiène de qui relèvent les services de la désinfection et de la vaccination à Paris, le service des transports par ambulances et la surveillance médicale du périmètre de protection des sources qui alimentent la capitale en eau potable. L'inspecteur général des services techniques d'hygiène outre les attributions d'ordre municipal énumérées ci-dessus, est chargé des diverses enquêtes sanitaires, dans le département de la Seine dans la imite des attributions que l'article 22 de la loi du 15 février 1902 confère au préfet de la Seine ; 5° il n'est pas inscrit dans le budget du ministère de la Santé publique de crédit spécial pour l'exécution des mesu- prévues par le décret du 14 août 1914. Lorsque des dispositions exceptionnelles sont prises en vertu de ce texte, les dépenses mises à la charge de l'Etat sont limputées sur les fonds du chapitre : « Hygiène et salubrité générales. — Epidémies ». Aucune dépense n'a été engagée pour cet objet au cours des années 1931, 1932, 1933 et 1934 ; 6° et 7° il est exact que certaines villes sont dépourvues de Bureau d'hygiène, contrairement aux prescriptions de l'article 19 de la loi du 15 février 1902, ou en possèdent un constitué de façon irrégulière. Ces villes sont exclues de la participation financière accordée par l'Etat en exécution de l'article 26 de ladite loi. L'Administration rappelle à toute occasion aux municipalités qui ne sont pas en règle avec la loi, tout l'intérêt qu'elles auraient à posséder un Bureau d'hygiène conforme aux dispositions du décret du 3 juillet 1905 ; 8° les recours aux fins d'annulation pour excès de pouvoir éventuellement formés par un contribuable à l'encontre des décisions prises en violation des textes précités, devraient, pour ce qui concerne les répercussions sur les finances municipales, être soumis pour avis à M. le ministre de l'Intérieur qui exerce à l'égard des communes l'autorité de tutelle ; 9° le décret-loi du 30 octobre 1935 portant organisation des inspections départementales d'hygiène et des Bureaux d'hygiène prévoit que les inspecteurs départementaux, les inspecteurs adjoints, les directeurs de Bureaux d'hygiène et les directeurs adjoints sont nommés par le ministre de la Santé publique. Un règlement d'administration publique fixera les modalités d'application de ce décret et notamment, les nouvelles conditions de recrutement de ces fonctionnaires.

(*J. O.*, 24 avril 1936).

Voir la suite page LIX-2005

PROPOS DU JOUR

LA GRAPHOLOGIE

Le rôle important qu'elle peut jouer en séméiologie

La graphologie est l'étude de l'écriture permettant de tirer des conclusions sur le comportement de celui qui l'a tracée. La graphologie est à la fois une science et un art. C'est une science en ce qu'elle examine et groupe des phénomènes, des signes (séméiologie) ; c'est un art lorsqu'elle interprète ces derniers.

La graphologie peut être très utile au psychologue, à l'éducateur, au pédagogue et aussi au médecin. Elle n'a rien d'occulte, d'ésoterique, de mystérieux ni de divinatoire. Si, jusqu'à notre époque, elle a été tenue dans un certain discrédit, c'est qu'elle a été exploitée primitivement par des charlatans qui l'ont ravalée en quelque sorte au rang de la chiromancie.

Un philosophe italien Baldo au cours du XVII^e siècle paraît être un des premiers à s'apercevoir qu'on pouvait tirer parti de l'étude de l'écriture. Le fameux Cagliostro au XVIII^e siècle utilisa la graphologie, ce qui ne contribua guère à la faire prendre au sérieux. Michon, Crépieux-Jamin et bien d'autres au XIX^e siècle, l'étudièrent avec plus de méthode. Rogues de Fursac, Pierre Ménard, Jean Cussinat, Paul Carton l'appliquèrent à la psychologie et à la clinique. Le D^r Camille Streletski qui, depuis une dizaine d'années, a publié de nombreux travaux sur ce sujet, a eu l'excellente idée de les condenser en un *Précis de Graphologie Pratique* (1), ouvrage considérable de près de 400 pages, grand format, remarquablement édité, qui contient 500 spécimens d'écriture méthodiquement classés avec leur interprétation. C'est indiscutablement l'ouvrage qu'il faut consulter si l'on veut se faire une idée juste de la graphologie et se rendre compte dans quelle mesure peut en bénéficier la clinique.

***

Dans l'examen d'une écriture, d'un graphisme, fait remarquer le Docteur Streletski, il faut considérer l'attitude et le dessin. *L'attitude* peut être consciente mais est le plus souvent subconsciente. Le *dessin* est toujours conscient.

Le graphisme d'un individu a pour base un modèle calligraphique vu au travers de son tempérament qui le modifie, le déforme.

On peut définir le *tempérament* l'expression fonctionnelle de l'être vivant au double point de vue cinématique et dynamique. C'est en somme la faculté qui règle nos gestes qui eux-mêmes révèlent nos états d'âme, leur donne une forme, un rythme. On conçoit que Don Quichotte, long, maigre, idéaliste et visionnaire et son écuyer, Sancho Pança, court, gros, chez qui l'esprit est dominé par la matière, ne sauraient avoir le même tempérament et partant le même graphisme. En effet chaque tempérament a un graphisme dont les caractères sont différents.

Les individus à tempérament *sanguin* qui ont le geste large et exhubérant, possèdent un graphisme fondamentalement mouvementé et étalé avec un appoint fuselé ou renflé, arrondi, gonflé, orné.

Les *bilieux* au geste sec, raide, contenu, ont un graphisme anguleux, ferme, rigide, contenu, souvent net, parfois acéré et massué.

Les *lymphatiques* (très souvent insuffisants hypophysaires) au geste lent et mou, ont aussi un graphisme lent, mou, rond, égal, monotone, terne, sinueux, parfois tordu.

Les *nerveux excités* (parfois hyperthyroidiens, sympathicotoniques) au geste vif, inégal, ascendant, ont une écriture inégale, rapide, précipitée, saccadée, montant ou chevauchant en montant, liée, arquée-convexe, parfois discordante et tremblante.

Les *nerveux déprimés* (vagotoniques, souvent insuffisants surrénaliens) au geste faible, hésitant, tombant, ont un graphisme léger, inégal, inhibé, descendant-arqué, concave, souvent petit, serré, haché, hésitant, inachevé, inutilement ponctué ou barré.

(1) Vigot frères, édit. Paris, 1936.

Toutes ces indications sont évidemment schématiques ; en pratique les cinq tempéraments présentent des degrés variables, sont souvent associés. Un nerveux peut être alternativement excité et déprimé.

Le tempérament est de sa nature peu modifiable, mais il convient de tenir compte de l'intervention du *caractère* qui est en partie notre œuvre et qui peut être modifié.

Nous renverrons le lecteur à l'ouvrage du Docteur Streletzki pour l'étude des tracés graphiques types, divisés d'après leur dimension, leur direction, leur forme, leur ordonnance, la pression, la continuité, la vitesse avec lesquelles ils ont été exécutés. Il y a le tracé *haché* de la sénilité et de l'artériosclérose, le tracé *contraint*, *saccadé*, de l'hyperémotivité pendant la période digestive, le tracé *automatique* de la débilité mentale, le tracé *brisé* des anxieux, avec troubles respiratoires ou circulatoires, les tracés *inutilement ponctués* (obésité, dyspnées diverses, arriérés), les tracés *recherchés*, *exagérément* étalés (paranoïa, manie, démence précoce) les tracés *tremblés (sénilité, intoxications alcoolique*, tabagique, caféinique, etc., basedovien, paralytiques généraux, parkinsoniens, sclérose en plaques, cérébelleux), le tracé *lent* (lymphatique, insuffisance thyroidienne) etc. etc...

Le tracé peut changer avec *l'âge* et le *sexe*. Le Docteur Streletzki nous donne des spécimens très curieux de l'écriture du Docteur Guéniot à 35, 45, 57, 73, 86, 93, 100 et 102 ans.

Quant au sexe, il ne faut pas être trop absolu. Le spécimen donné du graphisme de Lamartine est nettement à caractère féminin tandis que celui de Colette est masculin.

M. Streletzki a consacré un chapitre à *l'endocrino graphologie* se servant comme guide des travaux de Léopold Lévi ; il a dans un autre chapitre esquissé un essai de *graphopathologie* ayant surtout trait, mais pas exclusivement, à la pathologie nerveuse et mentale. Il a laissé entrevoir la possibilité d'utiliser la *graphothérapie*, imposant une certaine discipline, une rééducation par des exercices d'écriture.

Il termine en notant la nécessité pour tracer le *portrait graphologique* sérieux d'une personne de disposer, si possible, de nombreux documents écrits à des époques différentes, de se renseigner même sur l'instrument (plume, stylo) qui aura servi à exécuter les tracés, de tenir compte du geste subconscient, de l'attitude à la fois, subconsciente et consciente et du dessin, toujours conscient, du scripteur.

Le graphologue devra procéder d'abord par analyse en recherchant les caractères dominants du graphisme, puis les caractéristiques secondaires. Après cela, il fera la synthèse en tenant compte des résultantes : tempérament (troubles endocriniens et sympathiques), émotivité, activité, avidité, bonté, éthisme, sociabilité attention, culture, mémoire, association des idées, imagination plus ou moins disciplinée, jugement et raisonnement.

Il conclura avec prudence et réserve. Les causes d'erreurs en séméiologie graphologique, étant aussi nombreuses, peut-être plus que dans toute séméiologie.

Nous ne ferons que signaler les sages conseils que M. Streletski donne au sujet des difficultés de l'expertise en écriture, notamment pour les lettres anonymes et les testaments.

En somme la graphologie, à la fois science et art comme la médecine, est en pleine évolution et nul doute qu'elle doive apporter son concours à la clinique. En l'étudiant avec méthode, scientifiquement, le Docteur Streletzki a fait une belle œuvre, une œuvre durable et nous terminerons pour l'apprécier à son mérite par cette phrase de Lasègue, maître pour lequel l'auteur du *Précis de Graphologie Pratique* a une véritable vénération, puisqu'il a fait de lui l'objet de sa thèse de Doctorat :

« L'observateur sincère et qui voit juste, a ce privilège que le temps agrandit ou transforme ses déductions, mais n'en atteint pas la substance. »

J. NOIR

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

ULCÈRE DU DUODÉNUM ET CRISES GASTRIQUES DU TABÈS

Par le Professeur Pierre MAURIAC

Le diagnostic de l'ulcère de l'estomac est semble-t-il chose facile si l'on écoute les spécialistes, les « gastrologues », pour qui les radiographies et leur interprétation n'ont pas de secret. Malheureusement, les plus malins se trouvent quelquefois embarrassés, ou s'ils ne le sont pas et parlent quand même avec assurance, les faits se chargent de rabaisser leur superbe. Mais combien en est-il qui n'ont de mémoire que pour leurs succès et ne se souviennent jamais de leurs erreurs.

L'observation que je vais vous résumer est un bel exemple de la difficulté du diagnostic de certains ulcères de l'estomac.

Cet homme, âgé de 55 ans, est entré dans mon service le 4 janvier 1936 ; détail que je vous prie de retenir, il est peintre à la Compagnie d'Orléans. C'est parce qu'il souffre de l'estomac, *par crises*, qu'il vient demander nos soins.

Il a joui d'une santé excellente jusqu'en décembre 1933. A cette époque, les douleurs gastriques commencent et jusqu'en juin 1934, donc pendant près de six mois, il subira des crises qui affectent les caractères suivants. Aussitôt après les repas, il ressent des douleurs épigastriques ne s'irradiant pas dans le dos, mais bien dans l'hypocondre gauche ; ce sont des brûlures, bien plus que des coliques, qui obligent le malade à s'asseoir et à chercher du soulagement en enfonçant son poing dans l'épigastre. Ces crises qui durent deux à trois heures rendent tout travail impossible. Quelquefois un vomissement survient, ordinairement alimentaire, et qui calme les douleurs : jamais de vomissements retardés. Ces crises sont presque quotidiennes, au moins cinq jours sur sept nous dit le malade. A noter que le repas du soir ne provoque pas de crises douloureuses. Un médecin est consulté qui prescrit un régime, des gouttes, une poudre : sous l'influence du traitement une amélioration se produit, l'amaigrissement jusque-là progressif s'arrête. Mais l'appétit ne revient guère. Le travail qui avait été interrompu en avril est repris en juin, et jusqu'en décembre 1935 la santé reste relativement bonne. Pourtant déjà en novembre 1935 des douleurs surviennent après les repas, d'abord légères et passagères puis peu à peu tenaces, durant de 13 heures à 17 heures. Calmées par l'alimentation, elles reprennent le soir vers 22 heures pour s'atténuer vers 7 heures, rendant le sommeil impossible. Les vomissements apparaissent bientôt, alimentaires, de plus en plus fréquents. Craignant l'apparition de crises, le malade s'alimente fort peu : son état général s'altère, il maigrit, et c'est dans ces conditions qu'il entre à l'hôpital.

Ses antécédents sont assez chargés : à 14 ans il eut une blennorhagie avec orchite. Exerçant la profession de peintre il mania la céruse jusqu'en 1922 ; mais il ne semble pas avoir jamais présenté des accidents de saturnisme. En outre, il boit trois litres de vin par jour et ne se prive pas de quelques apéritifs quotidiens.

Marié une première fois, sa femme est morte de laryngite tuberculeuse ; il eut d'elle deux enfants mort-nés. De sa deuxième femme encore vivante il a un enfant en bonne santé. Son père est mort au cours d'une crise d'asthme, sa mère est morte à 84 ans. Il eut deux frères et trois sœurs : un de ses frères et deux de ses sœurs sont morts de tuberculose pulmonaire.

EXAMEN A L'ENTRÉE A L'HÔPITAL. — Quand nous examinons cet homme il nous apparaît avec un teint terreux, les lèvres pâles, du subictère conjonctival.

Appareil digestif. — Nous avons déjà décrit les crises douloureuses qui ont motivé l'hospitalisation. La langue est bonne, la denture très mauvaise ; il n'existe pas de liseré de Burton. Le malade a une selle quotidienne d'aspect normal. La palpation de la région épigastrique dénote une sensibilité exagérée, avec légère défense musculaire, sans point électivement douloureux ... Le foie semble plutôt petit, la manœuvre de Murphy ne réveille aucune douleur. La rate est percutable. Il existe des hémorroïdes.

La radiographie montre un estomac dilaté, abaissé, atone, se vidant lentement ; on ne voit pas de modifications pathologiques des contours de l'estomac, par contre sur quelques clichés, le bulbe duodénal paraît irrégulier, déchiqueté et ferait penser à l'existence d'un ulcère ou d'une périduodénite.

L'étude du *chimisme* gastrique montre un certain degré d'hyperacidité : 1 gr. 60 d'HCl libre dans le repas d'épreuve, 3 gr. 39 d'acidité totale.

Il existe chez cet homme un état *d'insuffisance rénale* : sans doute il urine 1 l. 500 par 24 heures, et l'albuminurie n'est que de 0,04 cgr. Mais le dosage de l'azotémie donne un chiffre de 0,98 cgr., sans qu'on puisse mettre en évidence les petits signes du brightisme.

Le cœur est régulier, plutôt ralenti (60 à la minute), les bruits sont sourds et lointains. La tension artérielle au Pachon est de 18-7, indice 3. Le thorax est un peu globuleux, à l'auscultation on trouve de légers signes d'emphysème sans toux, ni expectoration.

En somme, en dehors du syndrome digestif, le bilan pathologique se réduirait à peu de chose, si l'exploration ne se montrait beaucoup plus féconde du côté du *système nerveux*. Il n'existe pas de troubles psychiques, ni de troubles de caractère. La parole, l'écriture sont absolument normales.

Rien à retenir non plus du côté de la motilité : la force musculaire est conservée au niveau des membres. La marche est normale ; aucun trouble de l'équilibre, pas de signe de Romberg, pas de tremblement, pas de dysmétrie, pas d'asynergie, pas d'adiodococinésie, pas de troubles stéréognostiques.

Il n'existe pas de troubles sensitifs, subjectifs, ni objectifs ; la sensibilité profonde est normale.

Les réflexes sont normaux au membre supérieur ; de même le réflexe cutané abdominal supérieur, l'inférieur étant aboli ; le réflexe crémastérien est très faible. Au membre inférieur le réflexe rotulien existe mais très faible, le réflexe achilléen est à peine ébauché ; le réflexe plantaire se fait en flexion. Enfin du côté des yeux

les pupilles sont inégales et déformées ; le réflexe à la lumière est absent ; les réflexe à l'accommodation et à la convergence sont faibles, mais ils existent.

En résumé on se trouve en présence d'un homme de 55 ans qui, professionnellement, fut exposé à l'intoxication saturnine, qui s'est adonné à des habitudes d'éthylisme, et qui depuis deux ans souffre de crises gastriques douloureuses. L'examen clinique découvre chez lui de l'azotémie, et des troubles oculaires pouvant faire songer au tabès.

I. — CE MALADE EST-IL TABÉTIQUE ?

On en pourrait douter si l'on considère que ni la motilité, ni la sensibilité, ni l'équilibre, etc., ne sont troublés. Il y a pourtant un faisceau de trois constatations à retenir : la diminution des réflexes tendineux au niveau des membres inférieurs, le signe d'Argyll-Robertson, enfin, l'examen du *liquide céphalo-rachidien* qui donne les résultats suivants : albumine 0,45 centigr. ; glucose 0,51 ; 53 éléments cellulaires par mmc. à la cellule de Nageotte ; enfin, le B-W. est franchement positif.

Donc, nous pouvons affirmer l'existence d'un tabès fruste, chez un syphilitique présentant un certain degré d'insuffisance rénale.

II. — QUELLE EST LA NATURE DES DOULEURS GASTRIQUES ÉPROUVÉES PAR LE MALADE ?

Précisons d'abord leurs caractères principaux : elles surviennent après les repas, précocement, par crises aiguës ; les vomissements, jamais très abondants, les calment. De longues périodes de sédation alternent avec les périodes douloureuses.

a) Seraient-ce *des accidents saturnins*, type colique de plomb ?

Malgré sa profession cet homme n'a jamais eu aucun accident de ce genre : aucun signe d'intoxication, ni de liseré de Burton, ni tuméfaction chronique des parotides, ni hypertension, etc...

b) N'aurions-nous pas affaire à une *urémie à forme gastrique* ? Sans doute, on trouve 0,98 cgr. d'urée sanguine ; mais l'urémie gastrique se produit d'ordinaire chez les brightiques pâles, hypertendus, œdématiés. Ce n'est pas le cas ici ; et l'intoxication azotée paraît ne jouer qu'un rôle tout à fait secondaire.

c) Notre malade, un tabétique, ne souffre-t-il pas simplement de *crises gastriques du tabès* ?

Quels sont les caractères principaux de la crise gastrique du tabès ? La brusquerie du début, la violence extrême des manifestations, leur indépendance à l'égard des repas ; les vomissements répétés incoercibles (quoiqu'il existe la forme de vomissements à sec, de Fournier), l'épigastre dur, rétracté ; l'atteinte profonde de l'état général pouvant aller jusqu'au collapsus.

Or, chez notre malade, la plupart de ces caractères manquent : le début des crises n'est pas particulièrement brusque, leur intensité n'est pas considérable, les vomissements sont alimentaires, rares et peu abondants ; enfin et surtout l'ensemble de la crise est bien rythmé par les repas. Pour toutes ces raisons, malgré le tabès indéniable, nous ne pensons pas avoir affaire à des crises tabétiques.

d) Notre malade serait donc atteint d'un ulcère : la clinique nous invite à ce diagnostic et aussi les radiographies qui peuvent être interprétées dans ce sens.

Nous portons donc *le diagnostic d'ulcère duodénal* chez un tabétique azotémique, en faisant toute réserve sur la dégénérescence néoplasique toujours possible chez un homme âgé de 55 ans. Maintenant faut-il se tenir strictement à ce diagnostic, et considérer qu'aucun autre facteur qu'un ulcère n'intervient dans la genèse des accidents dont souffre notre malade ?

Le problème est sans doute plus complexe. M. Cade rapportait en 1933 l'observation d'un malade qui, pendant plusieurs années présenta le tableau classique d'un ulcus juxta-pylorique ; puis, apparurent des crises gastriques nettement tabétiformes, puis des signes d'aortite abdominale et thoracique en même temps que les signes d'un tabès fruste se précisaient avec Bordet-Wassermann positif dans le sang. Bref, chez ce malade, on pouvait invoquer à la fois un facteur local (ulcère), un facteur nerveux (tabès), un facteur vasculaire (aortite), enfin, la spécificité.

Dans le cas présent, nous pensons que chez un malade atteint de tabès ou de syphilis nerveuse, par surcroît éthylique et azotémique, existe un ulcère duodénal. Faire la part de chacun de ces facteurs dans la genèse des crises douloureuses est chose assez difficile. Une chose certaine : le *pronostic* s'en trouve considérablement aggravé.

Car *le traitement*, si notre diagnostic est exact, ne peut être que chirurgical : cet homme souffre au point que toute activité lui est interdite ; de plus, la menace du cancer plane sur lui. En le préparant par le repos, un régime approprié, en ramenant si possible son azotémie à un chiffre voisin de la normale, nous pouvons, je crois, sans trop de risque tenter une laparotomie qui confirmera, je l'espère, notre diagnostic, et permettra une dérivation ou une exérèse libératrice.

On vous mettra souvent en garde contre l'erreur de prendre pour un syndrome ulcéreux des crises gastriques du tabès. Je vous signale aujourd'hui l'erreur contraire : méconnaître chez un tabétique un ulcère gastrique en évolution.

Epilogue. — Ce malade a été opéré le 3 avril par M. le Docteur Charbonnel. On a trouvé un ulcère duodénal avec grosse réaction périviscérale et adénopathie de voisinage. Un ganglion a été prélevé pour examen. Suites opératoires normales ; le malade est actuellement guéri de ses troubles gastriques.

LES FIÈVRES PROLONGÉES DE L'ENFANCE ET LEURS ORIGINES (*)

Par M. R. Liège

Ancien chef de Clinique médicale infantile à la Faculté
Médecin de l'Hôpital de la Glacière

Une mère soucieuse de la santé de son enfant prend sa température, soit par hasard, soit parce que l'enfant, un garçon ou une fille, lui paraît fatigué, a les yeux cernés, la peau chaude, etc..,

Le thermomètre marque 37°8-38°. L'école est supprimée. On laisse l'enfant à la maison, et dès lors dans les jours qui suivent on prend la température chaque matin et chaque soir.

Celle-ci se montre plus ou moins capricieuse, se maintenant le soir aux environs de 37°8-37°9, atteignant parfois 38°-38°1 certains jours. L'inquiétude naît dans la famille et plus ou moins rapidement on vous amène l'enfant, « parce qu'il a de la fièvre » et l'on vous en demande la raison.

Syndrome relativement fréquent qui pose souvent un problème difficile à résoudre et commande un examen méhodique.

***

L'un des premiers points qu'il convient de préciser est de savoir comment et dans quelles conditions la température est prise.

L'existence d'une légère température après une marche prolongée, une course, après un jeu, après l'école ou encore l'exposition au soleil n'a pas de valeur.

Expérimentant sur des adultes, Michalowicz a fait à ce sujet des expériences précises particulièrement intéressantes (1).

Le travail physique intense produit des modifications notables de la température ; un adulte qui soulève un poids de 8 kgr. 540 fois en 27 minutes avec huit poses présente une élévation de température de 0°6. Au bout de 63 minutes la température n'a baissé que de 0°33.

L'exposition d'un sujet à l'action du soleil de juin amène au bout de quarante minutes une élévation de 0°3 de degré. Trente minutes après l'arrêt de l'action du soleil la température baisse de 0°20 et n'est donc pas encore revenue au niveau primitif qu'elle avait avant l'expérience.

Il peut également être utile de s'inquiéter de l'exactitude du thermomètre.

Certains thermomètres vendus très bon marché s'altèrent plus ou moins rapidement. Jadis Wilkoroski procédant à la vérification des thermomètres employés dnas les hôpitaux de Cracovie, n'en a trouvé que huit de justes sur cent. Tous les autres donnaient des indications fausses.

Les causes d'erreur éliminées, la température étant prise correctement, l'enfant au repos, il existe bien de la fièvre, dès lors il convient de poursuivre l'enquête et de chercher à déceler la cause de cette fièvre en s'entourant d'un certain nombre de renseignements tirés de l'interrogatoire des parents, de l'examen clinique de l'enfant que l'on complétera par certains examens spéciaux.

Cet examen et ces recherches auront pour objectif principal le dépistage d'un foyer infectieux plus ou moins caché ou la découverte d'une tuberculose latente.

Parmi les foyers infectieux plus ou moins cachés susceptibles de déterminer des poussées de température chez l'enfant, le plus fréquemment en cause est celui que réalise la présence de *végétations adénoïdes* ou de *grosses amygdales cryptiques*.

Il suffira souvent de faire procéder à l'ablation des amygdales et des végétations pour voir la courbe thermique se régulariser.

— Dans d'autres cas, les amygdales et les végétations adénoïdes ont déjà été enlevées et il existe de la fièvre. L'examen de l'abdomen montre un point douloureux appendiculaire net que l'on retrouve à plusieurs reprises. L'examen radiologique de la région cæco-appendiculaire confirme le diagnostic d'*appendicite chronique*. Après l'appendicectomie la courbe thermique se régularise.

Ni le rhinopharynx, ni l'amygdale, ni le ventre ne peuvent être mis en cause, songeons alors à l'*infection de l'arbre urinaire et à la colibacillose*.

L'examen des urines sera pratiqué entre lame et lamelle et l'on ne se hâtera pas de porter un diagnostic de colibacillose sur le seul résultat de l'ensemencement des urines. Pour que le colibacille puisse être incriminé il importe que l'*examen direct* des urines entre lames et lamelles montre d'assez nombreux germes et d'assez nombreux leucocytes.

Si ce dernier examen reste négatif, il convient dès lors de porter toute son attention sur l'appareil pulmonaire dans le but de déceler une tuberculose latente. La crainte de la tuber-

(*) Conférence faite à la Clinique médicale infantile de l'Hôpital des Enfants-Malades, le 10 mars 1936.

(1) Michalowicz. — Sur les oscillations de la température humaine. Recherches faites à un millième de degré. Travaux scientifiques de la clinique infantile de l'Université de Varsovie 1921-1929.

culose dans ces états subfébriles de l'enfance devient souvent une hantise pour la famille et pour le médecin. Il ne faut pas en réalité taxer de tuberculeux à la légère tout enfant qui présente des irrégularités thermiques inexpliquées. Armand-Delille (1), rapportant plusieurs observations d'enfants ayant présenté des périodes subfébriles prolongées, écrit : « Dans aucun des cas auxquels je fais allusion elles n'ont abouti à des manifestations tuberculeuses ni n'ont été suivies même après plusieurs années d'aucune détermination tuberculeuse. »

La radiographie pratiquée d'emblée nous a souvent paru être une cause d'erreur. L'enfant présentant de la fièvre dont on ne décèle pas la cause, c'est ici que toutes les fausses interprétations des ombres hilaires s'érigent en adénopathies trachéo-bronchiques, imposant en toute hâte des séjours inutiles en sanatoria ou en préventoria.

Il nous a toujours paru préférable de pratiquer en premier lieu une cuti-réaction à la tuberculine, de la répéter au bout de quelque temps si elle se montre négative, de recourir par surcroît de sécurité, si des cuti-réactions à la tuberculine *pratiquées en séries restent négatives* à l'intra-dermo-réaction de Mantou, généralement considérée comme plus sensible que la cuti-réaction de von Pirquet. En cas de cuti-réaction ou d'intra-dermo-réaction positive, ce qui signifie en l'occurrence que l'enfant a été touché par le bacille de Koch, qu'il existe quelque part dans son organisme une lésion folliculaire, mais n'autorise pas encore à conclure que la température est causée par la tuberculose, il importera alors de faire un examen radioscopique et une radiographie du thorax.

Si celle-ci montre l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique manifeste, il est logique de rapporter la fièvre à cette cause et d'envoyer l'enfant en préventorium.

Si la radiographie montre peu de chose ou des ombres d'interprétation discutables, il est fort possible que la température soit indépendante de cette lésion.

Mikalowicz écrit : « Les longues années d'étude à ce sujet m'ont appris que les états subfébriles sont souvent dus à des causes qui n'ont rien à voir avec la tuberculose ».

Observant des enfants à cuti-réactions positives cet auteur a montré l'influence de la suralimentation sur la température.

Toutefois, en pratique, il faut être très circonspect et beaucoup plus prêt à voir une relation de cause à effet entre l'existence de fièvre et d'une cuti-réaction positive à la tuberculine qu'enclin à rechercher une cause plus ou moins valable pour expliquer cette fièvre.

En fait, on ne prendra jamais assez de précautions, et il vaudra mieux pécher par excès de prudence que par défaut.

Somme toute pour un certain nombre d'enfants la fièvre correspond à un substratum pathologique. L'enfant est malade porteur d'un foyer infectieux ou d'une tuberculose latente. La ligne de conduite à suivre est simple, on prescrit le traitement de la maladie que l'on a décelée.

Pour d'autres enfants, toutes les recherches précédentes restent négatives. Il n'existe ni végétations adénoïdes, ni appendicite chronique ni collibacillurie, ni tuberculose latente.

Il peut même arriver que lorsqu'on a cru trouver la cause de la température, et que l'on a fait enlever le foyer infectieux, celle-ci persiste. Tel est le cas suivant :

B... Christiane, née le 11 avril 1931, vient consulter à l'hôpital de la Glacière le 11 juillet 1935 pour une fièvre persistante datant du mois de janvier.

Cette fille née à terme, alimentée artificiellement, ne présente rien de spécial dans ses antécédents. Elle pèse 17 kgr. 600, mesure 101 cm. et a bon aspect général.

En janvier, la mère trouvant l'enfant fatiguée prend sa température. L'enfant a 38°2, le lendemain matin la température est de 37°2, mais elle remonte le soir à 38°1. A partir de ce moment la courbe thermique oscille autour de 38°. L'enfant est examinée.

L'examen des urines ne montre rien d'anormal, la cuti-réaction à la tuberculine est négative, la radiographie des poumons ne révèle aucune image pathologique.

Différentes médications anti-infectieuses restent sans effet.

La température persistant l'enfant est envoyée à l'hôpital de la Glacière, un séro-diagnostic T. A. B. reste négatif.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen de l'enfant sauf de grosses végétations adénoïdes, des amygdales cryptiques et enchatonnées.

L'enfant est opérée dans le courant du mois de juillet. La température persiste après l'intervention et la courbe thermique ne commence à se régulariser qu'à la fin du mois de septembre.

Au mois d'octobre, l'enfant ne présente plus aucune irrégularité thermique.

Sa température le matin est de 36°9, le soir elle ne dépasse pas 37°2. Le poids est de 18 kgr. 100, la taille de 103 cm. Elle est en excellente santé.

Le problème est complexe et la carence de la séméiologie dans de tels cas doit faire approfondir l'examen clinique (interrogatoire des parents sur le mode d'alimentation, le genre de vie de leur enfant, fonctionnement du tube digestif, examen de l'appareil circulatoire, recherche des troubles endocriniens étude de la musculature, du squelette, etc.).

Un examen clinique minutieux permet de donner corps et d'étayer certaines des hypothèses qui

(1) Armand-Delille. — Les périodes subfébriles prolongées des enfants, des prétendues fièvres de croissance et leur rapport avec l'infection tuberculeuse latente (Société de Pédiatrie de Paris, séance du 18 nov. 1919, p. 246.)

ont été formulées pour expliquer ces températures d'origine obscure chez les enfants, encore appelées fièvres cryptogénétiques [Apert (1)]; fébricules prolongées de l'enfance [Comby (2)]; fièvres prolongées de cause obscure des enfants et des adolescents [J. Cathala et J. Chabrun (3)].

L'étiologie digestive est assez fréquente chez les tout jeunes enfants à l'époque du sevrage entre dix-huit mois et deux ans et demi.

Fréquemment, ce sont des manifestations cutanées (prurigo-prurigostrophulus) plus ou moins prurigineuses qui surviennent par poussées au cours d'un état subfébrile plus ou moins prolongé et mettent sur la voie du diagnostic.

Chez des enfants plus âgés, certains aliments, des fautes d'hygiène alimentaire paraissent susceptibles de déterminer de la fièvre.

Dans un cas de Linossier (4), une petite fille avait une température atteignant et dépassant 39° le soir, cela dura des mois et disparut le jour où on supprima la viande de l'alimentation.

L. Tixier a vu la cervelle déclencher de la fièvre (5).

Michalowicz (6) a rapporté des observations d'enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique chez lesquels la suralimentation entretient un état subfébrile permanent. Remis à un régime normal la température de ces enfants se régularise ; remis à un régime de suralimentation forcée ils recommencent à faire de la température.

D'après Comby, il est permis de classer dans les fièvres digestives certains enfants « qui ont un appétit irrégulier, qui mangent trop ou trop peu, qui avalent sans prendre le temps de mastiquer, qui boivent sans cesse, qui négligent toutes les règles d'une bonne hygiène alimentaire. Certains enfants ont de la dilatation d'estomac avec état saburral des premières voies ; d'autres souffrent d'entérocolite mucomembraneuse ou de constipation.

Toutes ces affections peuvent jouer un rôle dans l'auto-intoxication et prolonger des états fébriles plus ou moins prolongés » (7).

Toutefois en pratique et de par la clinique seule il est bien difficile d'affirmer l'origine digestive d'un état fébrile. L'examen chimique des selles peut être dans ces cas particulièrement utile, s'il montre une digestion imparfaite ou nulle des amidons, des fermentations exagérées, des fibres musculaires peu touchées, un dédoublement défectueux des graisses imparfaitement transformées en acides gras et en savons ; il apporte un appoint au diagnostic.

A *l'époque de la puberté* l'examen clinique révèle souvent différents troubles d'ordre circulatoire qui, associés à d'autres troubles réalisent la dystrophie des grands enfants et de l'adolescence. Les battements du cœur sont violents, le cœur paraît trop gros pour la poitrine, le pouls est rapide avec fréquemment de l'arythmie respiratoire, les mains, les pieds souvent disproportionnés sont froids et rouges. Il existe parfois de la fièvre, elle peut tenir à l'instabilité cardiaque (Laubry et Esmein) ou être le fait de troubles endocriniens. Léopold Lévy a fait jouer un rôle aux glandes endocrines dans la production de cette fièvre, et a montré l'action heureuse que pourrait avoir dans certains cas sur la température la médication thyroïdienne.

Du point de vue pratique, il peut donc être utile dans ces cas de fébricules prolongées des enfants de rechercher les petits signes d'insuffisance glandulaire, et au besoin de chercher à préciser les troubles endocriniens par l'examen interférométrique.

On ne négligera pas non plus l'examen du squelette, du système musculaire. Certains enfants ont des membres longs et grêles, un système musculaire encore peu développé, ils se tiennent mal, ont une attitude penchée, souffrent plus ou moins, se fatiguent vite, font facilement de la fièvre.

Il faut peut-être voir là, dans la constitution, le tempérament, l'origine de la fièvre. Cathala écrit à ce sujet : « Il est très probable que certains états fébriles prolongés de l'adolescence de cause obscure ne sont que des fièvres de fatigue ».

Souvent l'examen clinique le plus minutieux ne fournit pas d'arguments susceptibles d'étayer l'une des hypothèses habituellement envisagées, et l'on sera obligé de chercher dans de vieux termes médicaux cons crés par le temps une explication qui, pour peu scientifique qu'elle soit, satisfait l'entourage de l'enfant. On se raccroche à la vieille diathèse neuro-arthritique et l'on prononcera le mot de « fièvre de croissance » tout en se rappelant que ce terme « ne paraît pas plus justifié que celui de fièvre de dentition » (Comby).

Si le diagnostic étiologique de ces états subfébriles de l'enfance est souvent très difficile, par contre lorsque l'enfant a été complètement examiné le pronostic paraît plus facile à porter. Il est bénin, mais pour être valable vis-à-vis de la famille, il faut qu'il soit porté avec autorité, celle-ci ne peut avoir pour base que la certitude de l'absence de toute affection organique, et en

---

(1) Apert. — Les fièvres crytpogénétiques. (*Monde Médical*, 1er novembre 1925.)

(2) Comby. — Fébricules prolongées chez les enfants. (*Arch. de Médecine des Enfants*, 1922, p. 449.)

(3) J. Cathala et J. Chabrun. — Fièvres prolongées de cause obscure des enfants. (Traité de méd. des Enfants, Nobécourt et Babonneix, t. I, p. 875.)

(4) Linossier. — Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 2 mai 1919 (Discussion).

(5) L. Tixier. — Les fièvres d'origine digestive des jeunes enfants. (*Monde Médical*, 15 décembre 1929.)

(6) Michalowitz. — *Loco citato.*

(7) Comby. — Fébricules prolongées chez les enfants. (*Arch. de Médecine des Enfants*, 1922, p. 449.)

particulier de tuberculose plus ou moins latente. Cette certitude ne s'acquiert que par un examen méthodique et complet de l'enfant et par la répétition des épreuves à la tuberculine.

Il sera très difficile d'assigner une durée à ces états subfébriles de l'enfance ; celle-ci est excessivement variable. Tantôt les irrégularités de la courbe thermique sont passagères, ne durent que quelques semaines ; tantôt au contraire elles se prolongent pendant des mois voire même des années.

Michalowicz cite le cas d'une mère qui lui apporta un journal où elle notait la température de son enfant depuis deux ans et demi sans interruption.

Peaudler raconte qu'une mère, en venant le consulter pour son enfant, développa une feuille de température de cinq mètres de longueur.

Siredey (1) a rapporté la curieuse observation du fils d'un médecin qui pendant deux ou trois ans entre 15 et 18 ans, resta sujet à des variations de température. Au retour du lycée il avait presque chaque soir 38°5 et souvent davantage. On le met en congé, on lui fait faire des promenades au grand air ; après avoir fait à pied le tour du lac du Bois de Boulogne il atteignait 39°. Les examens les plus minutieux ne révélèrent rien d'anormal. A 18 ans, ces troubles diminuèrent tout en persistant encore parfois. Quelques années plus tard ce jeune homme fut mobilisé comme tous ses camarades, il passa quatre ans et demi aux armées, il supporta très bien les fatigues, les intempéries, les émotions de tout genre et sa santé n'a pas cessé de rester satisfaisante.

Pour la fillette dont j'ai rapporté l'observation la croissance se poursuit normalement. En quatre mois la taille s'est accrue de 1 centimètre et demi, le poids a augmenté de 800 grammes, son aspect est des plus satisfaisant ; elle est gaie, rieuse, enjouée, turbulente et l'irrégularité de sa courbe thermique, sans cause décelable, fut aussi sans conséquences.

Le traitement de ces états subfébriles de l'enfance varie évidemment suivant les facteurs étiologiques qui paraissent les déterminer.

Si la température semble liée à un mauvais fonctionnement du tube digestif, on essaiera de le régulariser en utilisant les ferments lactiques, l'amylase, les solutions de Bourget, etc., etc.

Si les glandes endocrines paraissent en cause, on prescrira un traitement opothérapique. Dans le cas d'insuffisance thyroïdienne, Léopold Lévi associait l'adrénaline à l'extrait thyroïdien et prescrivait des cachets en associant un milligramme de la première de ces substances à un milligramme de l'autre. Il donnait ces cachets pendant vingt jours de suite.

L'instabilité cardiaque, les troubles circulatoires, l'insuffisance du développement du système musculaire peuvent parfois nécessiter l'interruption des études, chez des enfants surmenés, et faire prescrire une vie calme et hygiénique au grand air.

En règle, il ne faut pas bourrer ces enfants de médicaments inutiles, mais avoir suffisamment d'a torité pour éviter aux parents la véritable psychose que peut devenir pour eux l'instabilité thermique de leur enfant.

LE LAIT DE VACHE CRU DANS L'ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS

Le professeur Weill-Hallé étudie dans l'*Hygiène Sociale* (25 avril 1936) la question de l'emploi du lait de vache cru pour l'alimentation des jeunes enfants.

Le lait cru a ses partisans, qui tablent sur les avantages physiologiques relatifs du lait cru au regard du lait bouilli dans l'alimentation de l'enfant, du nourrisson. Dans le lait cru, ils pensent trouver des substances vivantes, plus ou moins mystérieuses, allant des albumines, qui n'ont rien de commun ici avec la molécule humaine, jusqu'aux vitamines.

Cependant, le lait cru peut offrir aux jeunes enfants un danger, qui tient essentiellement au risque d'infection qu'il comporte. On peut y trouver notamment l'origine de certaines colibacillémies, de la fièvre aphteuse, ou d'autres affections, qui provoquent des fièvres prolongées, dont on ne suspecte pas toujours la cause ; il faut surtout insister sur la fréquence de l'infection tuberculeuse.

Le Docteur Weill-Hallé conclut que, dans les conditions usuelles, il y a lieu de déconseiller formellement l'usage du lait cru pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La pasteurisation bien faite suffit à faire disparaître tout danger de contamination par une infection mammaire de la vache d'ordre banal ou tuberculeux.

(1) Siredey. — Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 2 mai 1919 (Discussion).

LES RÉACTIONS VACCINALES DOIVENT-ELLES FATALEMENT SUIVRE LA MÊME PROGRESSION QUE L'ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE DES VACCINS ?

Par Ph. LESBRE

Ex-chef de Laboratoire à la Faculté de Paris

Le simple énoncé de ce titre peut paraître paradoxal et même sacrilège à l'égard des conquêtes rapides et des perfectionnements incessants des méthodes de vaccination. Il s'accorde cependant à l'évidence des faits observés par les praticiens qui exigent à bon droit de payer au plus juste prix la rançon du progrès.

Par définition la vaccination comportait sous sa forme première des inconvénients certains : à l'infection virulente était substituée une inoculation quantitativement ou qualitativement atténuée et il était bien entendu que l'immunisation n'était acquise qu'au prix d'une maladie au moins ébauchée. Ce risque a paru dans nombre de cas encore trop lourd, car les variations de virulence et de résistance des germes peuvent faire échec à toute technique standardisée d'atténuation. C'est ainsi que l'emploi du virus simplement atténués ne peut qu'inspirer de prudentes réserves dans des infections redoutables comme la peste ou le choléra par exemple. Il en est de même pour l'inoculation intraveineuse de doses minimes de virus typhique, dysentérique ou cholérique, expérimentée par Ch. Nicolle. Ces techniques, susceptibles de déterminer chez le patient la maladie qu'on avait pour but d'éviter n'ont plus guère qu'un intérêt théorique ; certaines, pourvues de rigoureuses garanties, sont justiciables en l'absence d'autres modes de vaccination efficaces et devant un péril majeur de contamination : il en est ainsi du B. C. G. et de la vaccination contre le typhus exanthématique par un virus d'origine murine.

La stérilisation des vaccins par le chauffage ou l'addition d'antiseptiques a apporté une première sécurité relative. L'expérience a prouvé que, dans certaines infections, le pouvoir immunisant de ces vaccins n'était pas sensiblement inférieur à celui des virus atténués : la peste, le choléra, la typhoïde en ont bénéficié. L'injection de vaccins stériles n'est cependant pas inoffensive et il suffit pour l'affirmer d'évoquer les inconvénients universellement éprouvés et redoutés des piqûres antityphiques. La libération brutale des toxines par la désintégration rapide des germes déclenche ces accidents, avec l'aggravation fréquente de réactions allergiques. Cet effet s'est révélé d'autant plus redoutable que les injections sont devenues plus massives : alors que la vaccination fut tout d'abord pratiquée au moyen de quatre injections prudemment graduées et espacées, elle est maintenant réduite à une seule inoculation ; l'action immunisante est diminuée, l'effet de choc est maximum.

Les doses fortes de vaccins sont d'ailleurs dangereuses, indépendamment de toute action proprement toxique. Fiessinger et Cattan ont montré que l'injection de bactéries saprophytes, dénuées de tout pouvoir toxigène, entraînait des lésions des voies d'élimination hépatiques. On conçoit aisément qu'un afflux d'albumines étrangères ne soit pas inoffensif ; normalement ne pénètrent dans les humeurs, après une digestion parfaite, que les produits de désintégration ultimes de ces molécules complexes susceptibles de perturber l'équilibre physico-chimique des tissus.

L'emploi de vaccins stériles a seul pu permettre l'essor de la vaccinothérapie. En présence de la maladie déclarée, l'indication des vaccins paraît encore plus contestable : l'avantage résultant de l'apport d'un supplément de matière microbienne, *a priori* superflu, est loin d'être évident dans tous les cas ; tout au moins doit-on exiger de la méthode un minimum d'inconvénients. Il nous paraît irrationnel cependant de vouloir disjoindre totalement les applications préventives et curatives des vaccins en plaçant avec certains auteurs l'antigénothérapie en dehors de la vaccination proprement dite. Evidemment il est facile d'opposer le concept immédiatement logique de la vaccination préventive aux théories confuses et même contradictoires qu'a suscitées la vaccinothérapie. Alors que, pour Wright, l'injection de vaccin a pour but de porter au secours du point attaqué de l'organisme la réaction des parties saines provoquée à distance, la vaccinothérapie locale repose sur la conception diamétralement opposée de Besredka : la saturation vaccinale doit être faite dans la partie réceptive atteinte, l'action empêchante sur la pullulation des germes étant symbolisée par l'antivirus. En réalité on comprendrait mal que l'action d'une même substance fût fondamentalement différente dans le cas de la prévention et dans celui de la guérison d'une même infection. La qualité immunisante intervient aussi bien dans la vaccination préventive que dans la vaccinothérapie locale ou générale, et les améliorations apportées aux antigènes ont parallèlement retenti sur les progrès de ces techniques.

L'inévitable prépondérance des réactions allergiques dans la vaccinothérapie, telle qu'elle est couramment pratiquée, explique la grande variabilité des résultats, étant donné le caractère capricieux de ces réactions. L'effet allergique doit donc être étudié pour chaque antigène, pour chaque phase d'une infection et même pour chaque individu. En général, il est plus violent et plus dangereux à la période d'acuité, plus favorable dans l'infection subaiguë ou chronique. L'injection de vaccin staphylococcique préconisée par Wright et couramment pratiquée, donne assez souvent d'heureux résultats dans la furonculose : inversement, dans une congestion pulmonaire, l'injection d'un vaccin sera susceptible de déclencher, par la même réaction allergique, l'apparition d'une pleurésie purulente.

L'évolution d'une fièvre méditerranéenne, pourra être coupée net par l'injection massive d'endoprotéines du micrococcus melitensis. Dans ce cas, un effet de choc se combine à l'action allergique ; cette dernière est évidemment fonction de sa spécificité : provoquée par le germe qui a sensibilisé l'organisme, elle est habituellement plus marquée qu'avec un stock-vaccin. L'action de choc peut être obtenue indépendamment de toute spécificité : il suffit d'élever les doses de vaccin ; elle peut tout aussi bien être déclenchée par l'injection de n'importe quelle protéine étrangère. Cette méthode brutale est en marge de la vaccinothérapie ; elle a évidemment à son actif d'incontestables succès, mais il est non moins certain que la perturbation humorale et les lésions des organes d'élimination ne sont pas sans péril. Elle est actuellement mise en œuvre par l'élévation progressive des doses de vaccin. Alors que Wright avait proposé des doses comprises entre 50 et 500 millions de germes par centimètre cube, des injections de 4 à 12 milliards sont maintenant pratiquées. La crainte d'une phase négative ayant disparu, une véritable surenchère s'est exercée sur ces chiffres impressionnants, comme si la grandeur de ces nombres mesurait la qualité des vaccins. Cette fâcheuse inflation n'a été réalisable que grâce à des méthodes de lyse brutale, chimique ou diastasique, les antigènes étant ainsi suffisamment dégradés et dénaturés pour éviter des réactions trop violentes. Ainsi s'est développée, contrairement au principe même de la spécificité vaccinale, une thérapeutique aveugle par le choc.

Pendant longtemps le rite de la vaccination s'est attaché à la conservation superstitieuse des corps microbiens. Leur état d'intégrité passait pour la qualité essentielle du vaccin. Pour prolonger cette simple apparence, l'action de certaines substances, telles que le fluorure de sodium, avait pour but de momifier ces cadavres de germes. L'autolyse des microbes était considérée comme une altération susceptible de provoquer de fâcheuses réactions. Ce point de vue a été totalement inversé. On a reconnu que les sécrétions vitales et les constituants endoprotéiques des germes avaient une importance prépondérante dans l'immunisation. Les unes, exotonines, diffusent et peuvent agir à distance ; les autres, les plus nombreux et les moins actifs, restent attachés au corps bactérien et ne sont libérés que par sa désintégration ; la digestion du germe est nécessaire à la solubilisation et à la diffusion de ces endotoxines et d'autres constituants protéiques qui constituent la mosaïque d'antigènes et sont indispensables à l'immunisation.

L'utilisation des toxines les plus actives n'a pas eu lieu d'emblée, étant donnée leur redoutable activité aux doses les plus faibles. Leur neutralisation, pratiquée de façon à atténuer ou à supprimer le pouvoir pathogène sans compromettre leur qualité antigénique a représenté une étape indispensable dans leur application : réalisée d'abord par les sérums antagonistes, elle a été tentée ensuite par divers agents chimiques, iode, formol, salicylates, savons... ; le terme de cryptotoxines peut s'appliquer à l'ensemble de ces préparations. En ce qui concerne les toxines neutralisées par le formol et le vieillissement, Ramon a montré par la méthode de floculation qu'elles avaient conservé les propriétés physico-chimiques des toxines originelles et il a réservé le nom d'anatoxines à celles de ces préparations qu'il a contrôlées par cette méthode. A la recherche de l'intégrité grossière, morphologique, des corps microbiens s'est donc substituée celle de l'intégrité physico-chimique des constituants solubles. Il faut desceller la mosaïque d'antigènes tout en respectant l'intégrité de chacun des fragments.

La cryptotoxine qui constitue, sinon un antigène complet, du moins sa fraction la plus active, a-t-elle perdu toute action nocive, comme semble le proclamer son état de neutralisation ? Il n'en est rien et l'expérience de l'anatoxine diphtérique a prouvé le danger des injections faites chez l'adulte. Elle n'est d'ailleurs qu'exceptionnellement indiquée chez des sujets qui ont acquis par d'inévitables contacts avec le bacille un état de véritable immunisation occulte et plus fréquemment encore de dangereuse sensibilisation. L'intensité des réactions allergiques spécifiques qualifie tout autant que celle de l'immunisation la perfection antigénique ; celle-ci ne peut être obtenue d'autre part que grâce à l'emploi de milieux de culture riches en protéines susceptibles à elles seules de déterminer des chocs. Il va sans dire que les risques de réactions de sensibilisation et de choc se multiplient dans les vaccinations polyvalentes qui ont été tentées.

Cependant l'expérience a prouvé qu'une im-

munisation antidiphtérique efficace peut être réalisée soit par des frictions cutanées au moyen de pommade à l'anatoxine, soit par de simples pulvérisations nasales de cette anatoxine. Si ces techniques ne présentent pas cette apparence de rigueur mathématique toujours illusoire en biologie, elles ont du moins l'avantage d'être dans tous les cas parfaitement inoffensives et de calquer fidèlement le mécanisme de l'immunisation occulte. N'est-il pas prudent et logique de se contenter d'imiter et au besoin de compléter ce processus naturel si parfaitement euphorique et efficace par les mêmes contacts multipliés des muqueuses réceptives avec l'anatoxine diphtérique qui a sur le bacille l'avantage de l'innocuité au lieu d'imposer brutalement à un organisme déficient, par une injection massive, une réaction dangereuse et non définitivement immunisante ?

De même la simple vaccination locale par voie digestive paraît encore plus particulièrement indiquée dans la dysenterie à bacilles de Shiga (1) puisqu'une protection expérimentale parfaite peut être obtenue par l'ingestion d'une dose suffisante d'anatoxine dysentérique. Il est donc illogique de courir le risque d'injections ou de l'anatoxine ou des corps microbiens dont l'endotoxine détermine des phénomènes de nécrose au point d'inoculation. Il en est de même pour les infections typhoïdes (2) et le choléra, à condition de solubiliser et de neutraliser les endotoxines : les bouillons-vaccins ainsi préparés sont beaucoup plus actifs que les corps microbiens utilisés par Besredka, même avec adjonction de bile. L'insuffisance des résultats obtenus par les bili-vaccins doit être en effet attribuée à cette imperfection antigénique et non, comme il est classique de l'affirmer, à une défaillance congénitale et irrémédiable de la méthode de vaccination locale. Nous constatons au contraire que la perfection de l'antigène joue en sens inverse dans la vaccination locale et dans les vaccinations par piqûres : elle est tout bénéfice dans la première, elle multiplie proportionnellement les risques de choc dans la seconde.

L'utilisation des cryptotoxines a eu pour avantage de rappeler l'attention sur les qualités toxigènes éventuelles de germes banaux qu'on avait longtemps négligé de sélectionner à cet égard. Le pouvoir toxigène est en effet une propriété générale que les travaux de Marmier avaient bien mise en évidence dès le début de l'ère pasteurienne. Les études des Dick sur les streptocoques scarlatineux ont réamorcé ces recherches. En collaboration avec Sacquépée (3) nous avons prouvé que ce pouvoir toxigène se rencontre avec la même intensité sur des streptocoques non-scarlatineux. Le colibacille, type du saprophyte le plus banal, est susceptible de produire des toxines redoutables que le Professeur Vincent a mises en évidence.

Cette mesure du pouvoir toxigène a une importance capitale pour la sélection des souches qui doivent être utilisées en vaccination préventive ou en vaccinothérapie. En ce qui concerne cette dernière, on conçoit aisément qu'un antigène de qualité supérieure à celle du virus générateur de la maladie traitée puisse susciter une réaction défensive beaucoup plus vigoureuse de l'organisme, et l'effet immunisant du vaccin, débordé jusqu'ici par l'effet allergique, reprend ainsi sa juste prépondérance. La méthode de floculation de Ramon a confirmé cette valeur primordiale de la sélection microbienne par le pouvoir toxigène. Cette sélection nécessite d'ailleurs un travail considérable, car les souches de streptocoques, de coli ou de staphylocoques fortement toxigènes sont exceptionnelles ; l'utilisation de milieux particulièrement adaptés au développement maximum de ce pouvoir toxigène ne passe qu'au second plan.

En 1926, j'ai préparé par la technique de M. Nicolle (filtration après cinq jours de cultures en bouillon Martin) des toxines staphylococciques très actives, l'une d'origine canine provoquant la nécrose dermique, l'autre plus pathogène tuant un lapin de 2 kilogr. à dose de 2/10 de c. c. et provenant d'une blépharo-conjonctivite humaine d'une désespérante chronicité (1). En formolant à 6/1.000 ces toxines, j'obtins après trois semaines de vieillissement à l'étuve un produit neutralisé capable de protéger le lapin par simple pansement contre une inoculation virulente, même pratiquée à distance de la surface traitée. Cette action immunisante se montrait très supérieure à celle obtenue par l'emploi de filtrats préparés suivant la technique de Besredka ; elle est également supérieure à celle des bactériophages, ceux-ci n'agissant qu'*in situ* et dans une période très limitée de l'évolution inflammatoire. La seule application rationnelle et vraiment spécifique du staphylophage est en effet son injection dans l'abcès en formation, à la période de crudité : dans ces conditions on peut très rapidement faire disparaître l'infiltration et arrêter net l'infection. A la période de suppuration, le bactériophage n'agit plus en raison de l'acidité du pH ; quant à ses applications à distance, elles n'exercent de toute évidence qu'une action de choc très aléatoire. Une expérience de dix ans nous a prouvé qu'une

(1) Ph. Lesbre. — *C. R.* Soc. biol., tome 93, p. 612.
(2) Ph. Lesbre. — *C. R. Soc. Biol.*, tome, 96, p. 1216.
(3) Sacquépée et Lesbre. — *C. R. Soc. biol.*, tome 97, page 27.

(1) *C. R. Soc. biol.*, 15 mai 1926. Immunisation cutanée antistaphylococcique du lapin par pansements à la toxine neutralisée par la chaleur et le formol.

cryptotoxine staphylococcique pouvait, par simples pansements, guérir les lésions en cours et prévenir définitivement les récidives : l'infection blépharo-conjonctivale chronique qui nous permit de préparer la toxine la plus active, céda très rapidement aux pansements à la cryptotoxine.

Il nous paraît utile de rappeler ces faits au moment où l'usage de l'anatoxine en piqûres donne lieu à des réactions d'une incontestable gravité. Par cette technique les accidents sont inévitables en vaccinothérapie antistaphylococcique où l'état de sensibilisation, au lieu d'être accidentel comme en vaccination préventive, est constant et développé au maximum. La recherche préalable du degré d'allergie cutanée ne suffit pas à éviter tout danger, surtout en ce qui concerne les réactions viscérales, hépatiques ou rénales. On a proposé, il est vrai, de réduire les doses d'anatoxine injectée ; il reste à préciser dans quelles limites ces injections seraient à la fois efficaces et sûrement inoffensives.

Il serait évidemment plus satisfaisant de purifier l'anatoxine et de la débarrasser de tout le support protéique hétérogène nécessaire à l'élaboration de la toxine : malheureusement cette technique compliquée et de faible rendement n'a pu, jusqu'ici, être rendue pratique.

L'application de la cryptotoxine formolée en pansements est donc actuellement la seule méthode inoffensive qui ne fasse pas payer la perfection antigénique par de dangereuses réactions.

Ce rapide exposé critique n'a pas la prétention d'aboutir à une formule pour un problème en perpétuelle rénovation de théories et de techniques comme celui de la vaccination. Il montre que les *progrès récemment accomplis* grâce à la sélection et au réglage de l'activité maxima des antigènes ont comme fatale contre-partie l'aggravation des réactions allergiques dans la technique traditionnelle des injections parentérales. En vaccination préventive, étant donné que l'application systématique des modes d'immunisation actuels peut présenter pour un nombre appréciable d'individus de véritables dangers, étant donné d'autre part que le nombre de ces vaccinations se multiplie suivant une logique progression, que les injections répétées ou cumulées de protéines étrangères peuvent entraîner, même chez les sujets sains, des perturbations humorales fâcheuses ou des lésions des organes d'élimination, il est nécessaire de prévoir et de définir un équilibre rationnel entre les exigences de l'hygiène collective et celles, infiniment nuancées, des contre-indications individuelles. Il est singulier qu'on puisse hésiter, dans les cas douteux, à substituer à l'effraction dangereuse du milieu intérieur par les piqûres, la vaccination par les voies normales d'absorption, seule inoffensive et conforme au processus naturel de l'immunisation occulte.

La même prudence est davantage de rigueur en vaccinothérapie où l'introduction de ces antigènes nouveaux permettra de substituer une action immunisante spécifique maxima à l'effet de choc capricieux et discutable, à la condition d'éviter des réactions allergiques encore plus redoutables et malheureusement, proportionnelles, elle aussi, à la perfection antigénique.

Dans l'état actuel de la question, la vaccination locale, injustement dépréciée, est seule à bénéficier, sans cette angoissante contre-partie, des progrès accomplis dans la préparation des vaccins.

VALEUR ALIMENTAIRE DE LA BIÈRE

Le Dr J. Feller a consacré sa thèse inaugurale (Paris, 1936) à l'exposé des qualités alimentaires de la bière.

La bière, dit-il, est une boisson rafraîchissante et d'une grande valeur alimentaire.

Par ses hydrates de carbone et les sucres qu'elle contient sous forme très assimilable, elle est très nourrissante. Elle est tonique par la petite quantité d'alcool qu'elle renferme, légère à l'estomac par son gaz carbonique, apéritive par ses amers. La vitamine B_3, d'utilisation cellulaire et nutritive, et ses diastases facilitent la digestion des autres substances nutritives. Elle apporte à l'organisme des sels nécessaires (céréalophosphates et sels de potassium).

Chez le sujet sain, la sécrétion gastrique notablement augmentée et le séjour plus long des aliments dans l'estomac, après absorption de bière, créent des conditions éminemment favorables à une meilleure digestion du bol alimentaire.

Par ses ions de potassium et son alcool, la bière est diurétique ; par son houblon, légèrement soporifique.

Absorbée en quantités raisonnables (un litre à un litre et demi par jour), elle constitue une boisson très hygiénique si, pendant sa fabrication, on pousse la fermentation assez loin pour rendre les fermentations intestinales impossibles. La bière est indiquée non seulement dans l'alimentation des sujets sains, mais aussi dans celle de beaucoup de malades, surtout celle des affaiblis, cachectiques et tuberculeux.

TRAITEMENT DES ALGIES DU MEMBRE INFÉRIEUR (1)

M. le Docteur Paul DESCOMPS

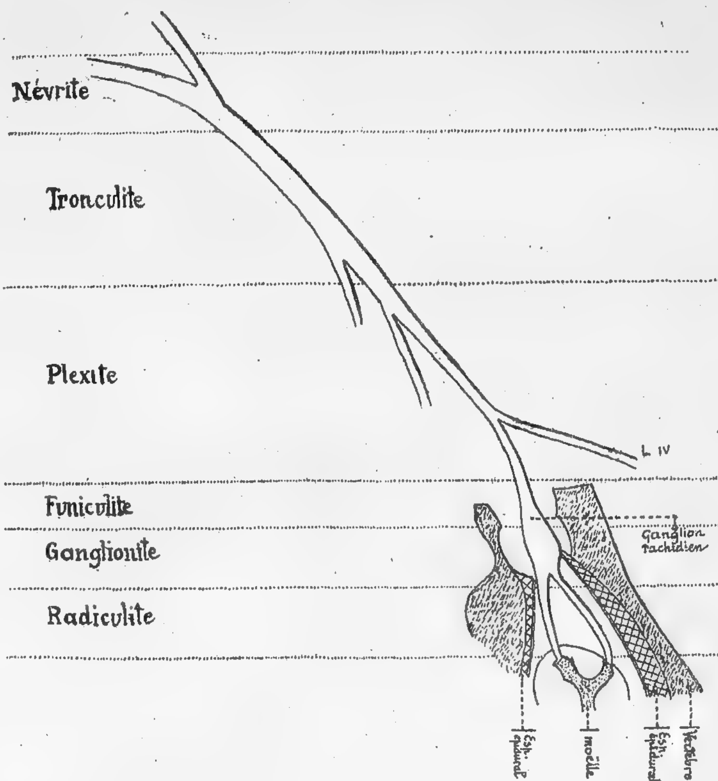
Médecin en chef de l'Hôpital Foch

C'est là un problème qui se pose quotidiennement au praticien, lui donnant tour à tour des déceptions et des résultats satisfaisants ; il faut bien dire aussi que la connaissance de ces algies dans leur position anatomique est un peu floue dans l'esprit de beaucoup de médecins et cependant cette connaissance anatomique précise est indispensable non seulement pour les comprendre, mais aussi pour les guérir.

Je bornerai cette causerie non pas à l'étude de toutes les algies du membre inférieur (artérielles, articulaires, etc.) mais à celles qui touchent uniquement le système nerveux. C'est à l'école de Sicard, que nous avons appris à les connaître.

Nous laisserons de côté les *algies d'origine centrale* : elles coexistent en général avec des hémiplégies un peu particulières, lésant la capsule interne, le thalamus, les couches optiques et touchant surtout les membres supérieurs.

Quant aux *algies d'origine médullaire (radiculaire* surtout) le type en est fourni par le *zona* et le *tabes*. C'est contre elles que nous sommes le plus désarmés. Nous n'insisterons pas sur le trajet intrarachidien, intraméningé de ces racines, trajet bien connu. Nous parlerons surtout des atteintes du nerf dans son trajet extraméningé. Le schéma ci-contre nous aidera à suivre cette description.



Avant tout, je dois vous rappeler succinctement l'anatomie d'une région extrêmement importante : celle du *trou de conjugaison*. Ce tunnel osseux qui peut atteindre jusqu'à un centimètre de longueur, est limité en haut et en bas par les bords inférieur et supérieur des pédicules des vertèbres sus et sous-jacentes, en arrière par l'apophyse articulaire supérieure, en avant par le bord inférieur du ménisque intervertébral et la face postérieure du corps vertébral. Il est tapissé par un matelas fibreux qui représente la continuation des gaines durale et épidurale.

Outre le funiculus il livre passage à l'artère spinale, aux filets sympathiques émanés des rami communicantes, à des plexus veineux, à des lymphatiques, le tout plongé dans une masse cellulo - graisseuse abondante.

La description de l'*espace épidural* doit également être rappelée : il s'étend entre la paroi ostéoligamentaire du canal rachidien et la dure-mère depuis la base du crâne jusqu'au coccyx. Il est rempli par une graisse demi-fluide, avec des plexus veineux ; les nerfs rachidiens, enveloppés d'une expansion de la dure-mère, le traversent, pour se rendre dans les trous de conjugaison, où cet espace communique largement avec les espaces rétro-viscéraux. Virtuel au niveau de l'atlas cet espace épidural présente une épaisseur de 4 à 6 mm. dans la région dorso-lombaire. Bien noter, et nous y insistons ; la dure-mère n'adhère pas au pourtour osseux du trou de conjugaison et la cavité du trou de conju-

(1) Conférence faite à l'Hôpital Foch le 29 mars 1936 pendant le cours sur les « Actualités médicales ». Recueillie par le Dr Certain.

gaison se continue sans démarcation en avant et en arrière avec l'espace épidural.

Quant au *nerf sciatique* rappelons qu'il est formé par la réunion de la 5e racine lombaire, à laquelle s'ajoute une grosse anastomose, venue de la 4e racine lombaire et des deux premières racines sacrées (S^1 S^2). Après un trajet pelvien il sort du bassin par la grande échancrure sciatique, donne des branches aux muscles postérieurs de la cuisse, suit un trajet fémoral et dans le creux poplité se divise en ses deux branches terminales : s. poplité interne et s. poplité externe

Etudions maintenant la *symptomatologie* et la thérapeutique de ces algies, à leurs différents niveaux, en suivant ce schéma.

I. *Algies intra-méningées.* — Les douleurs fulgurantes du tabes sont les plus typiques. Elles *n'entraînent* pas de modifications d'attitude ; il existe des troubles marqués de la sensibilité radiculaire en bandes, des troubles réflexes importants, une absence de douleur à la pression, le long de la colonne vertébrale. Elles ne sont pas augmentées par les mouvements, à l'inverse des algies extra-méningées ; elles se fixent pendant plusieurs jours à un territoire cutané, puis brusquement apparaissent dans un autre ; ce sont quelquefois des paresthésies douloureuses (striction en brodequin, fourmillements) ; des topoalgies continues ou paroxystiques, siégeant à la jambe ou au pied et pouvant durer des semaines ou des mois. Fait essentiel : dans le liquide céphalo-rachidien, grosse lymphocytose.

II. *Pathologie extra-méningée.* — Après le ganglion rachidien, les racines de la moelle s'unissent en un tronc nerveux qui, pendant sa traversée du trou de conjugaison, prend le nom de *funicule*, au trajet *entièrement extraméningé.* L'inflammation de ce funicule conditionne la pathogénie des *sciatiques hautes* (Sicard).

Nous laisserons de côté les algies symptomatiques de tumeurs, etc., pour étudier les *sciatiques rhumatismales ou essentielles.*

A) *Funiculite* (ou sciatique haute).

L'atteinte du funicule est en général *unilatérale*, d'où les attitudes antalgiques pour éviter la compression du funicule dans le trou de conjugaison ; surtout un symptôme essentiel : la *scoliose* qui sera *croisée.*

On observe encore : une contracture en masse des muscles latéraux vertébraux lombaires, avec des points douloureux dans la profondeur ; peu de troubles de la sensibilité (hypoesthésie légère le plus souvent).

Pas de points de Valleix ni de Lasègue dans cette sciatique haute ou en tout cas très inconstants. La douleur s'étend souvent au nerf crural et au nerf obturateur.

A la ponction lombaire : Radiculite = lymphocytose (tabes) ; lymphopolynucléose (zona). Funiculite = pas de signes cellulaires; présence discrète d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

B) *Plexite* (ou sciatique moyenne). Irradiations diverses, mais surtout vers la fesse, la face postérieure de la cuisse et les adducteurs. L'atrophie porte surtout sur la fesse avec hypotonie musculaire. Le réflexe achilléen est conservé, le réflexe rétro-malléolaire aboli, mais un fait capital : *la fréquence d'une douleur localisée à l'articulation sacro-iliaque,* liée à une arthrite inflammatoire de voisinage, par le nerf lombo-sacré, qui est à son contact : Pour préciser cette participation articulaire palper le malade debout, en arrière ; en avant pratiquer le toucher rectal ; essayer de comprimer en les rapprochant les deux os iliaques, le malade sur le dos.

C) *Sciatique tronculaire* (ou sciatique basse ; avec ses signes classiques : points de Valleix, de Lasègue, etc.) Un signe important c'est la *scoliose homologue.* Elle s'oppose à la scoliose croisée de la sciatique funiculaire servant à ouvrir davantage les trous de conjugaison du côté malade.

Pas de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Ces différentes formes anatomiques et cliniques de sciatiques, s'intriquent plus ou moins les unes dans les autres dans des combinaisons très variées qui donnent naissance à des formes cliniques nombreuses ; toutefois, faire un diagnostic de hauteur est très important pour la thérapeutique.

Traitement

I. *Contre les algies intraméningées* et les douleurs fulgurantes du tabes nous sommes peu armés. Une thérapeutique souvent efficace consistera à interrompre, au niveau de la peau, l'arc réflexe douloureux par l'injection sous-cutanée en nappe d'une solution faible de cocaïne ou de stovaïne, en assez grande quantité (50 à 80 c. c.). L'arrêt de la douleur est en général immédiat ; il peut persister des heures, quelquefois même des mois.

Le siphonage, le courant faradique peuvent apporter un soulagement momentané.

En réalité, il faut aller plus haut ; avec mon maître Sicard nous avons injecté, après ponction lombaire, au niveau des racines rachidiennes postérieures, des substances anesthésiantes, légèrement irritatives dans le but de déterminer un processus réactionnel léger, destiné à interrompre le réflexe douloureux. La solution à injecter sera du type de celle-ci :

Eau stérilisée, alcoolisée à 10 %	un centicube
Stovaïne	un centigramme

La ponction lombaire sera effectuée dans le

décubitus latéral ; on retirera une quantité de liquide céphalo-rachidien égale à la quantité de liquide à injecter (2 c. c. au maximum). Le malade sera couché sur la jambe où la douleur est prédominante ; c'est là une règle générale au membre inférieur quelle que soit la hauteur de la lésion. On injectera très lentement. En quelques secondes la douleur cesse, le malade « perd ses jambes ». Dans l'heure qui suit, la sensibilité revient, mais pas la douleur. Il faut quelquefois répéter l'injection à quelques jours d'intervalle, mais le plus souvent la sédation persiste plusieurs mois. Naturellement, il est parfois indiqué de faire un traitement concomitant spécifique du tabes et de se souvenir, à cette occasion, que les douleurs peuvent subir un réveil momentané au début du traitement antispécifique. Aucun accident n'est à redouter.

II. *Algies extra-méningées.* — Nous n'avons pas en vue, ici, les cas aigus, où les médications externes et internes connues, sont le plus souvent efficaces. Nous n'excluons pas davantage les agents physiques, mais ils ne peuvent pas faire disparaître toutes les sciatiques, surtout rebelles.

L'élongation nerveuse, méthode plus exceptionnelle, peut donner des résultats dans quelques cas spéciaux, mais n'est qu'un adjuvant. Enfin, la cure thermale n'est pas à sous-estimer comme moyen complémentaire.

Les injections locales constituent un traitement permettant d'atteindre le nerf et la racine là où il faut. Ce sont elles qui donneront les meilleurs et surtout *les plus rapides résultats.*

La plus importante est l'*injection épidurale sacrée* : elle se pratique au niveau de l'hiatus sacro-coccygien, espace triangulaire à sommet formé par le quatrième tubercule sacré sur la ligne épineuse et la base par les deux tubercules latéraux postéro-internes. Il est plus ou moins élargi suivant les individus et recouvert par la membrane sacro-coccygienne. Il va nous permettre de pénétrer dans le sac épidural qui contient : le cul-de-sac dure-mérien avec les terminaisons du filum terminale, les nerfs de la queue de cheval, les nerfs sacrés et coccygiens, des plexus veineux et du tissu de comblement finement vascularisé. La position genu pectorale du malade, la plus commode pour l'opérateur, est à rejeter, car elle est la plus douloureuse ; la position en décubitus ventral, avec un oreiller glissé sous l'abdomen est favorable au malade, mais peu pratique pour un opérateur peu expérimenté, aussi choisit-on surtout le *décubitus latéral.*

Le matériel ? une aiguille assez grosse (de 8 ou 10/10 de millimètre), assez longue : parfois chez les obèses une aiguille à ponction lombaire (les sciatalgiques sont des gras). Après anesthésie locale, on enfoncera l'aiguille perpendiculairement au ligament sacro-coccygien, dont la traversée est peu douloureuse d'ailleurs (après avoir facilement senti les repères, aux trois angles du triangle sacro-coccygien). L'aiguille ira buter contre la troisième vertèbre coccygienne ; à ce moment on l'inclinera vers le bas, de 20 à 25° et on la poussera dans la lumière du canal sacré, suffisamment loin (3 à 4 cm.). Dans la bonne voie on perçoit une sensation de liberté de l'aiguille, quelquefois le frôlement des parois osseuses, il ne se produit pas d'œdème sous la peau, enfin on constate des contractions fibrillaires dans la fesse du côté malade, car il faut diriger le plus possible l'aiguille du côté malade ou faire coucher le malade sur le membre douloureux.

Subjectivement : le malade « sent monter » le liquide dans le dos ; ce liquide s'échappe par les trous de conjugaison et provoque des engourdissements, des fourmillements dans le membre parfois jusqu'au niveau du gros orteil.

Les incidents sont insignifiants : les hémorragies veineuses se tarissent très rapidement ; s'il y a ouverture du cul-de-sac sous-arachnoïdien, l'évacuation du liquide céphalo-rachidien. C'est qu'on a poussé l'aiguille trop haut. Il faut évidemment prendre alors quelques précautions (repos), mais le liquide peut continuer à couler et provoquer des céphalées, pendant plusieurs jours parfois, sans autres phénomènes graves ; cette complication est tout à fait exceptionnelle.

Il faut savoir que ces injections réussissent rarement à la première tentative, et qu'il faut les répéter deux ou trois fois de suite, à quelques mois d'intervalle.

Injection épidurale haute. — Si l'épidurale sacrée ne peut être réalisée (atrésie de l'hiatus), si l'on a affaire à des sciatiques funiculaires hautes (L^5 S^1) on fera pénétrer l'aiguille entre la 4e et la 5e lombaire. C'est en somme une rachicentèse, avec cette différence que l'aiguille ne doit pas perforer la dure-mère, par conséquent n e pas pénétrer dans les espaces sous-arachnoïdiens. Le liquide céphalo-rachidien ne doit pas s'écouler. Il est essentiel, dès qu'on a perforé le ligament jaune (la main perçoit un léger ressaut très caractéristique), de ne pas pousser plus avant l'aiguille mousse et d'injecter le liquide thérapeutique après un trajet de un à deux millimètres après la perforation du ligament jaune. Par déclivité le liquide progressera vers le haut ou vers le bas selon la position donnée au malade.

Injections para-vertébrales. — Sicard et nous-même les avons pratiquées depuis 1906. Elles ont été reprises depuis par Alajouanine et Mauric. Tout d'abord les injections hautes, dans les muscles, en pleine contracture douloureuse et aus si les injections directes sur les lames vertébrales sont susceptibles de donner des résultats favora-

bles dans les algies lombaires ou lombo-sacrées. Il suffit que la pointe de l'aiguille arrive au contact de la lame osseuse vertébrale ; on injectera également dans les muscles de petites doses, qui auront pour effet de diminuer leur irritabilité et de faire céder la contracture.

Le liquide de choix est l'huile iodée.

L'injection *paravertébrale moyenne* (Barré) se fait au niveau du cinquième funicule dans l'espace iléo-sacro-vertébro-transversaire ; après avoir repéré la cinquième apophyse épineuse lombaire, on fait pénétrer l'aiguille à 4 cm. en dehors, légèrement en dedans du bord postérieur de l'os iliaque, et en avant l'aiguille vient buter bientôt sur la cinquième apophyse transverse ; on retire alors l'aiguille légèrement en arrière et on enfonce à nouveau de 3 à 5 cm. de profondeur en imprimant à l'aiguille une direction non plus perpendiculaire, mais oblique en bas et en dehors. Il faut une aiguille de 10 cm. assez grosse. On peut injecter soit une huile iodée soit un sérum stovaïné.

Injection de l'articulation sacro-iliaque. — Dans les sciatiques basses nous savons la fréquence de l'association d'une arthrite sacro-vertébrale. Normalement l'interligne articulaire est trop serré pour que l'aiguille puisse pénétrer facilement, si l'on n'a pas une habitude très grande de cette pratique, dans l'articulation. Mais l'hiatus sacro-iliaque constitue un large canal osseux, un entonnoir où il est facile de déverser de l'huile iodée. Son repère est l'épine iliaque postéro-supérieure. On enfonce l'aiguille perpendiculairement à la peau, et dès que l'on a le contact osseux on oblique en dehors et à 3 ou 4 cm. de profondeur environ, on pénètre dans la cavité iléo-sacrée, dans laquelle on injecte, à plusieurs reprises 3 à 5 c. c. d'une huile iodée. Cette huile iodée pénètre lentement dans l'hiatus sacro-iliaque, qui la conduit inévitablement par les seules lois de la pesanteur jusqu'à l'articulation elle-même, mais lentement et progressivement, tandis que l'action calmante est souvent immédiate si on a pu faire pénétrer directement l'aiguille dans l'interligne articulaire.

Injections locales étagées. — Au niveau de l'*échancrure sciatique*, Baudoin et Lévi donnent les points de repère suivants : tracer une ligne de la base du coccyx au bord postérieur du grand trochanter, diviser cette ligne en trois parties égales et à 2 cm. en dehors de la division interne enfoncer perpendiculairement l'aiguille de 5 à 9 cm. de profondeur. Le malade éprouve une douleur parfois violente ; on a atteint le nerf, retirer alors un peu l'aiguille et injecter soit une huile iodée soit une substance anesthésiante.

Les autres points à injecter, par étages successifs sont : *le pli fessier*, la gouttière musculaire profonde de la *face postérieure de la cuisse*, en un ou plusieurs points, le point du *sciatique poplité externe* (dans le canal ostéo-fibreux, à 1 cm. au-dessous de la tête du péroné), le *mollet* (*s. poplité interne*).

Substances à injecter. — 1° *Injections épidurales.* — La nature même de la substance est peu importante, car l'injection a surtout une action mécanique de dilacération des tissus vascularisés, constituant de fines membranes, de minces adhérences plus ou moins serrées. Le sérum physiologique, les solutions anesthésiantes sont indiqués. La quantité à injecter sera de 30 à 40 c. c. ; il faudra pousser l'injection avec force, à l'aide d'une grosse seringue, de façon que le liquide surpressé ressorte par les trous de conjugaison. On pourra associer à la substance injectée, variable, un anesthésique qui ajoutera son action antidouloureuse à l'action mécanique.

2° *Injections paravertébrales.* — Le plus souvent : huiles iodées (lipiodol), avec la seringue de Lafay, à vis micrométrique.

3° *Injections étagées.* — On utilise, comme nous l'avons déjà dit, les huiles iodées ou les solutions anesthésiantes. Mais on peut injecter aussi, avec précaution, loin des cordons nerveux, dans le muscle, des solutions alcooliques. Alcool antipyriné, de Sicard, par exemple (25 gr. d'antipyrine dans 100 c. c. d'alcool à 70°). Mais c'est là une injection qui peut être dangereuse pour le nerf, en des mains inexpérimentées.

CONCLUSIONS. — Après avoir bien analysé la symptomatologie, pour fixer l'étage de la sciatique, la grande règle est de *porter la substance assez haut, vers l'origine rachidienne.* Si l'on se contente d'une thérapeutique basse, on est à peu près voué à un échec perpétuel.

Se souvenir également que l'on a souvent à associer à cette thérapeutique celle de l'*articulation sacro-iliaque, si souvent atteinte.*

Ne pas oublier qu'il s'agit aussi le plus souvent d'une maladie de région et que *la sciatique rhumatismale n'est pas seulement une maladie du nerf, mais de tous les tissus de la région.*

Monter toujours assez haut, telle est la règle dans ces injections locales diverses que nous venons d'étudier avec vous, et qui, bien maniées, constituent une arme d'une efficacité certaine dans les algies rebelles du membre inférieur.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

des progrès accomplis dans le diagnostic et le traitement

des Maladies des Reins

D'après le Professeur CASTAIGNE (*)

II. LE TRAITEMENT

LES DONNÉES MODERNES SUR LE TRAITEMENT DES NÉPHRITES

Autrefois « le lait ou la mort », tel était l'adage classique

Ce que nous savons, à l'heure actuelle, nous montre qu'au contraire, c'est le *lait* qui, autrefois, a conduit beaucoup plus vite à la mort toute une série de malades atteints de néphrite chronique urémigène, ou de vieux prostatiques. Ces patients avaient tous des phénomènes gastro-intestinaux graves qui hâtaient leur mort et qui n'eussent pas existé, sans le régime lacté.

Et il y avait encore tous ces nombreux sujets atteints d'albuminurie chronique bénigne, auxquels on prescrivait le lait d'une façon exclusive, et qui s'affaiblissaient progressivement non pas du fait de leur maladie, mais à cause de leur régime.

Cependant, la réaction actuelle ne doit pas dépasser son but dans le traitement des maladies des reins.

Combien de médecins dénient à tous leurs malades, atteints de néphrite, le droit de prendre du lait, alors que le lait pur ou écrémé, ou le petit-lait bien préparé, sont des diurétiques très efficaces et bien utiles à toute une série de patients.

Dans la suite, c'est le *régime déchloruré*, qui a été le premier mis en honneur. Pour une certaine catégorie de malades œdémateux, le régime sans sel est, en effet, capable de vaincre l'enflure, alors que le régime salé la fait revenir. Toutefois il ne faut pas généraliser, et c'est encore un abus de la mode en médecine qui a conduit à prescrire, pendant une dizaine d'années, le régime déchloruré à tous les albuminuriques, ce qui fut une erreur regrettable, mais qui a été vite corrigée.

La *thérapeutique chlorurée* qui avait disparu des prescriptions médicales, à l'époque où l'on abusait du régime sans sel, est, au contraire revenue en honneur depuis qu'on a vu, dans certains cas de brûlures étendues, d'obstruction intestinale, d'accidents post-opératoires et même de néphrites aiguës ou chroniques, des injections de sérum salé être la cause indubitable de véritables guérisons,

(*) V. I, LE DIAGNOSTIC; *Concours médical*, n° 25 du 21 juin 1936.

Cependant, déjà on a provoqué des œdèmes pulmonaires graves et même mortels à des malades anuriques, chez lesquels on pensait stimuler la diurèse par des doses élevées de sel.

Sachons donc bien que les injections de sel ou les injections de sérum chloruré peuvent constituer une excellente thérapeutique, qui stimule la diurèse et la désintoxication de l'organisme. Mais soyons bien sûrs, avant de la prescrire, que le malade une forte déperdition de sel et présente, si cette constatation n'a pas pu être faite, assurons-nous tout au moins, par une épreuve prudente de chlorurie provoquée, qu'il élimine normale ment le sel qu'on lui fait ingérer.

De son côté, le *régime hypoazoté* a réalisé un progrès considérable dans la thérapeutique des néphrites chroniques urémigènes ; c'est à son application rationnelle que l'on doit de pouvoir conserver, pendant de bien plus longues années qu'on ne le faisait autrefois, des malades qui, soumis au régime lacté exclusif (si riche en azote), ne dépassaient pas cette échéance de deux ou trois ans, que l'on considérait comme inéluctable.

C'est là, certes, un perfectionnement dû au régime, mais aussi, et surtout, aux méthodes d'études de la dépuration de l'organisme et du fonctionnement des reins.

Si, en effet, nous surveillons régulièrement tous les malades confiés à nos soins, au point de vue de la dépuration *globale* de leur organisme et que nous prescrivions à temps le régime hypoazoté, il nous sera possible de retarder, pendant de très nombreuses années, l'apparition de la néphrite chronique urémigène, telle que nous la constations autrefois si fréquemment.

Là encore il ne faut pas sacrifier à une mode médicale ; n'oublions pas que les aliments azotés sont cependant nécessaires à l'organisme, que la viande — même en petite quantité — est en plus un stimulant de l'homme ; calculons donc nos restrictions selon l'état des reins, et gardons-nous bien de prescrire systématiquement un régime sans azote à tous nos albuminuriques, car certains d'entre eux ont besoin, au contraire, d'un régime azoté.

L'*hygiène* suivie par les malades atteints de néphrite chronique, dès le début de leur affection, (grâce au dépistage précoce de l'affection) permet aussi de leur garder, pendant longtemps une vie compatible avec l'exercice de leur profession.

Sont à recommander : la vie au grand air dans un climat tempéré, si c'est possible ; une eau de diurèse prise le matin à jeun ; des exercices réguliers pour stimuler l'ensemble des tissus, sans aller toutefois jusqu'à la fatigue ; les frictions de la peau et les bains chauds pour assurer un bon fonctionnement des glandes sudoripares ; une bonne surveillance du tube digestif ; des cures de repos et de diète pendant un ou deux jours toutes les quinzaines ; des vacances prises de préférence dans une ville d'eaux où l'on prescrira une cure de diurèse bien adaptée à la période de l'évolution de la maladie et à l'état personnel du malade. Tous ces soins réguliers évitent l'encombrement toxique progressif de l'organisme, et procurent au malade une très longue survie qui autrefois nous aurait étonné.

Quant à la *thérapeutique médicale proprement dite*, elle est moins opérante que l'alimentation et l'hygiène, aux périodes non compliquées de la maladie.

On se borne le plus souvent, avec raison, à quelques diurétiques anodins, à des laxatifs et à des toni-cardiaques à dose faible, si nécessaire.

A ce point de vue, il faut considérer que de tels malades sont susceptibles de s'intoxiquer facilement, et que l'on doit leur éviter les médicaments pouvant empoisonner l'organisme, du fait de leur élimination insuffisante.

Dans les périodes avancées de la maladie, nous nous servirons encore des indications thérapeutiques, qui avaient été bien précisées par nos devanciers. Pour suppléer les fonctions des reins, nous ferons appel à une stimulation du cœur si c'est nécessaire, à une dépuration de l'intestin par des purgatifs drastiques et à l'amélioration de la diurèse.

A ce dernier point de vue, la meilleure organisation des cures de diurèse dès le début de la maladie, l'emploi des extraits glandulaires (rénal, hépatique, et quelquefois thyroïde ou hypophysaire) constituent de véritables progrès.

Enfin les diurétiques mercuriels ont pu aussi donner de très bons résultats dans certains cas de néphroses ou de néphrites avec œdème ; mais, dès que le fonctionnement rénal proprement dit est déficient, il faut se défier des intoxications consécutives à l'emploi de ces médicaments. De toutes façons, si l'on peut compter sur ces mercuriels pour déclencher la diurèse, on doit savoir qu'ils n'en prolongent pas la durée, et que celle-ci devra être demandée à une autre médication.

Le traitement iodé, qui, après sa vogue ancienne, avait tendance à être abandonné, mérite d'être essayé, d'une façon systématique, dans certaines formes de néphroses lipoïdiques, où il peut rendre de très grands services, alors même que l'extrait thyroïdien avait été sans effet.

***

Ce qu'il faut retenir, c'est l'évolution des idées et les progrès accomplis en pathologie médicale des reins depuis les dernières années du XIX[e] siècle. Le praticien ne devra cependant pas garder une idée confuse des méthodes employées en clinique pour l'exploration fonctionnelle des reins. Et surtout il ne confondra pas cette dernière, avec l'étude de la dépuration urinaire globale : celle-ci dépend bien de la fonction rénale, mais, en plus, de toute une série d'autres fonctions organiques ou tissulaires.

La recherche de l'azotémie fournit les meilleures indications au sujet de la dépuration globale.

Vient ensuite l'appréciation des éléments partiels, qui concourent à l'établissement de cet ensemble, notamment la concentration des urines, résultant de la fonction cardinale des reins, et puis surtout l'étude de la diurèse hydrique qui, bien appliquée, permet de faire la part non seulement des reins, mais aussi des autres organes ou tissus.

On oublie trop souvent, que des reins dont le fonctionnement est très bon, ne pourront assurer la dépuration urinaire que d'une manière défectueuse, si la diurèse hydrique est diminuée, même par le fait d'une cause extra-rénale. En revanche, d'ailleurs, si la diurèse hydrique est augmentée ; des reins seront susceptibles, malgré un mauvais fonctionnement, d'assurer une dépuraton urinaire suffisante, ou presque suffisante : c'est ce qui se passe d'ailleurs, au début de la néphrite chronique urémigène.

Quant au traitement, on a pu voir, avant la période moderne, de malheureux albuminuriques auxquels, pendant des mois et des années, on imposait à tort le régime lacté absolu.

Aujourd'hui, n'abusons pas du régime déchloruré ; méfions-nous de la thérapeutique chlorurée, réservée à certains cas bien définis ; n'oublions pas que le régime hypoazoté constitue un réel progrès dans la thérapeutique des néphrites urémigènes ; enfin, attachons toute l'importance voulue à l'hygiène dès le début des néphrites chroniques ; nous pourrons ainsi laisser ces malades durant de longues années vivre une vie compatible avec l'exercice de leur profession.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Hypophyse. Métabolisme des sucres et diabète

Le Professeur Langeron a observé un cas de diabète sucré lié à une altération hypophysaire, dans lequel la radiothérapie a fait disparaître le diabète. La part de l'hypophyse dans le diabète sucré en général est très admissible du point de vue physiologique, mais incertaine souvent sur le terrain clinique. Dans ces cas la radiothérapie hypophysaire, malgré ses résultats intéressants, encore peu nombreux, a surtout une valeur indicative. Il y a là une méthode qui peut rendre, quand elle sera mieux connue, des services non négligeables. (*Journal de Médecine de Lille*, avril -A, 1936.)

Le traitement de la coxarthrie

Après les traitements purements médicaux et la crénothérapie sont venus les agents physiques, dont certains se sont révélés très efficaces, et enfin les opérations chirurgicales. La valeur de tous ces traitements et leurs indications sont encore très discutées. Parmi les arthrites chroniques de la hanche, les Docteurs Coste et Fauvet envisagent plus particulièrement l'arthrose de la hanche ou coxarthrie qui représente la partie la plus importante des arthrites déformantes de la hanche. Les auteurs exposent la manière dont il faut conduire le traitement médical et physiothérapique de la coxarthrie, en s'inspirant à la fois de notions rationnelles et de constatations empiriques. Ils énumèrent un certain nombre de méthodes thérapeutiques, qu'il faut employer suivant les cas, car chaque malade demande un traitement particulier. Le plus souvent, on conseillera en premier lieu le repos allongé, un régime amaigrissant, une cure iodosoufrée et la radiothérapie. En cas d'échec ou même dans l'intervalle des traitements radiothérapiques, on pourra recourir aux ondes courtes, aux injections para-articulaires d'histamine. Il faudra cependant se rappeler que l'effet de tous ces traitements n'est pas toujours immédiat et qu'il faut attendre un temps suffisant avant de conclure à leur échec car une amélioration tardive peut succéder à un stade d'inefficacité apparente ou même à une exacerbation des douleurs. Puis est envisagé le facteur statique, dans l'application d'appareils orthopédiques, dans la réalisation de l'arthrodèse, de l'arthroplastie, enfin du forage. Le forage n'est proposé qu'après essai d'autres procédés thérapeutiques. On doit le réserver : 1° aux malades pour lesquels une intervention chirurgicale plus importante est contre-indiquée (âge, état général) ; 2° aux coxarthries qui, à première vue, apparaissent insuffisamment graves pour justifier l'arthroplastie ou dans lesquelles, pour des raisons diverses, ni l'arthrodèse, ni la butée ostéo-plastique ne semblent indiquées, et qui cependant résistent d'une façon absolue aux traitements médicaux et physiothérapiques habituels. (*Le Monde Médical*, 15 avril 1936.)

Les solidarités cardio-humorales

Le Docteur Charles Laubry et E.-R. de Véricourt ont écrit cette intéressante étude à propos d'un cas de myocardie pigmentaire. Les examens anatomo-pathologiques, dans des cas analogues, leur ont montré qu'au regard des lésions myocardiques, plus ou moins accentuées mais souvent discrètes, les glandes endocrines superficielles ou profondes étaient le siège de scléroses interstitielles et de lésions cellulaires régressives, d'infiltrations pigmentaires ; on trouve une certaine infiltration sidérosique des cellules du foie et du pancréas. On ne saurait dire toutefois quelle atteinte met le branle aux troubles du métabolisme pigmentaire et aux syndromes fonctionnels, en particulier aux syndromes cardiaques. L'important pour les auteurs était de montrer que le problème ne dépendait pas uniquement du cœur ou d'altérations cardiaques, mais que l'on pouvait envisager le rôle du foie et peut-être de tout le système endocrinien. (*L'Orientation Médicale*, avril 1936.)

Les modifications sanguines au cours de la cure aurique en tuberculose pulmonaire

Les sels d'or ne guérissent pas la tuberculose pulmonaire, ils l'empêchent d'évoluer. Aussi MM. Ch. Nancel-Pénard et R. de Lachaud estiment-ils que le traitement doit être poursuivi jusqu'au moment où l'organisme, par ses seuls moyens, aura cicatrisé ses lésions, ce qui n'est pas toujours possible spontanément. Aussi l'aurothérapie n'a-t-elle jamais empiété sur les méthodes collapsothérapiques.

Il est illusoire de tenir compte des modifications sanguines pour prévoir l'intolérance ou la saturation de l'organisme par les sels d'or. Elles

n'ont aucune valeur ni dans le diagnostic précoce, ni dans le pronostic des accidents. La fréquence des accidents sanguins n'est pas telle qu'elle puisse justifier l'abandon d'un traitement, qui s'avère efficace dans bien des cas.

Ces accidents sont graves, leur traitement souvent illusoire, mieux vaut donc essayer de les prévenir. On abandonnera les doses massives, la voie intraveineuse ; c'est là tout ce qu'on peut faire pour éviter les syndromes agranulocytaires dont l'imprévisibilité et la rareté sont les caractères prédominants. Contre les accidents hémorragiques, on recommandera une extrême prudence dans la conduite du traitement chez les les insuffisants hépatiques. La toxicité des métaux lourds en général, et de l'or, en particulier, est considérablement diminuée si on les combine à de l'hyposulfite en excès. Plutôt que de frapper vite et fort en créant parfois des accidents, il est préférable de procéder plus prudemment en se rappelant que le traitement de la tuberculose par l'or est un traitement de longue haleine. (*La Pratique Médicale française*, avril 1936-B.)

Un nouveau cardio-rénal : l'aminophylline

Le Docteur Gamard *étudie l'activité* pharmacologique de l'aminophylline et montre sa double action : cardiaque, caractérisée par la dilatation des vaisseaux coronaires et la sédation de leurs spasmes, l'accroissement du débit systolique, la régularisation du rythme ; rénale, par la dilatation des artérioles du rein, l'augmentation de la diurèse, l'élimination des acides, l'assèchement des œdèmes ; l'aminophylline est un diurétique à la fois direct et interstitiel.

L'élimination par le rein est rapide. Le médicament est bien toléré et ne produit ni effets toxiques, ni accoutumance.

Les effets cliniques sont ceux que l'on peut déduire de l'étude pharmacodynamique. L'aminophylline constitue le médicament d'urgence des grands syndromes cardiaques douloureux : l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine, l'asthme cardiaque, l'œdème aigu, l'anasarque. Elle est une thérapeutique de fond dans le syndrome cardio-rénal avec œdèmes, les myocardites, les arythmies (extra-systoles, pouls lent, etc.), les cirrhoses, les myocardites des vieillards. Enfin, elle constitue le traitement prophylactique de la crise d'angor et des accidents de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Dans les néphrites aiguës, l'aminophylline, diurétique non toxique, grand éliminateur de l'eau, des chlorures et des acides, permet d'éviter une chute de la réserve alcaline. De même dans les infections aiguës (pneumonie, grippe) elle est administrée comme diurétique efficace et cardio-tonique.

Il faut tenir compte en dernier lieu des effets subjectifs de cette médication : la sensation d'angoisse, de mort imminente, dans l'angine de poitrine, cède rapidement à l'aminophylline dont les effets sont prolongés. L'oppression des cardiaques, cette soif d'air qui dure même après l'administration de la digitaline, est calmée de façon durable.

Une étude complète devrait en outre, dit le Docteur Gamard, tenir compte des travaux de l'école viennoise, sur les indications de l'aminophylline dans les grandes infections (diphtérie maligne, tétanos, scarlatine), les intoxications.

L'aminophylline s'avère comme une médication cardio-rénale éprouvée, sans contre-indication, sans toxicité, sans accoutumance. (*Gazette Médicale de France*, 15 février 1936.)

L'orientation actuelle des méthodes collapsothérapiques appliquées au traitement de la tuberculose pulmonaire.

On n'entretient plus actuellement un pneumothorax comme on le faisait il y a quelques années. Au pneumothorax compressif on a substitué presque partout le pneumothorax hypotensif, plus maniable et moins dangereux : moins dangereux, parce qu'il permet de ne plus redouter ces accidents pleuraux et ces poussées contro-latérales qui ont constitué pendant longtemps la terreur du phtisiologue ; plus maniable aussi, adapté à des cas plus divers et plus nombreux, parce qu'il est électif et ne trouble pas la fonction respiratoire. MM. Tobé et Joly précisent que le pneumothorax compressif avait pour but d'immobiliser le poumon malade et de le mettre au repos fonctionnel ; il affaissait le parenchyme pulmonaire, alvéoles et bronches et devait mettre en contact les parois cavitaires. Il provoquait le développement d'une sclérose lésionnelle importante ; cependant l'épanchement pleural était la règle. En vérité il se révélait traumatisant pour la lésion et l'ensemble du poumon collabé.

Aussi a-t-on cherché à faire mieux par la collapsothérapie hypotensive, qui doit immobiliser la lésion et supprimer à son contact le traumatisme respiratoire. Elle semble devoir permettre la rétraction élective de la région malade, conserver et améliorer la fonction des parties demeurées saines dans le poumon collabé. Enfin sur le poumon opposé elle ramène des conditions mécaniques plus favorables, en évitant toute distension compensatrice contro-latérale. De même la collapsothérapie chirurgicale s'engage peu à peu, elle aussi, dans la voie de l'hypotension et de la détente ; cependant elle ne devra pas remplacer en toute occasion la compression par la détente ; seule ou associée à la collapsothérapie médicale, elle contribuera ainsi à élargir considérablement les indications de la méthode et à multiplier ses bienfaits. (*Le Bulletin Médical*, 18 avril 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le danger de contamination tuberculeuse par le personnel dans les services d'enfants

(M. B. WEILL-HALLÉ ; 5-5-1936)

Dans une communication récente à la Société de médecine et d'hygiène publique, M. Weill-Hallé appelait récemment l'attention sur la nécessité d'un contrôle du personnel des maisons d'alimentation en vue de réduire la contamination occulte de la tuberculose, surtout pour l'enfant.

A l'occasion de certains faits venus à sa connaissance, il a été amené à envisager la contamination éventuelle des nouveau-nés et des enfants plus âgés, au cours de leur séjour dans les crèches, les maternités, les hôpitaux, par les infirmières. Il conseille en conséquence un contrôle permanent du personnel des maternités, des crèches et services d'enfants, par un examen renouvelé à intervalles relativement courts et s'ajoutant à l'examen d'admission très complet. Cet examen devrait être effectué par un médecin phtisiologue spécialisé tous les six mois au minimum.

Tout agent suspect, ou guéri après un incident pathologique même douteux, et *a fortiori* après bacilloscopie positive, serait éliminé définitivement des services d'enfants ou maternités.

La répartition géographique de l'acrodynie

(MM. PÉHU et BOUCOMONT ; 5-5-1936)

MM. Péhu et Boucomont ont étudié la répartition géographique actuelle de l'acrodynie en France et hors de France. Les renseignements qu'ils ont recueillis ne peuvent donner qu'une idée approximative de ce point de vue épidémiologique, l'acrodynie infantile n'étant pas toujours reconnue et les réponses venues de l'étranger étant souvent incomplètes.

En France, l'acrodynie se retrouve dans toutes les régions, à Paris, dans le Nord, dans la région lyonnaise, la région bordelaise, en Touraine, etc...

En Europe, on la rencontre principalement dans la partie occidentale de l'Europe centrale (France, Suisse, Belgique, Est de l'Allemagne). Elle paraît rare dans les pays nordiques.

L'Australie est particulièrement atteinte. Les Etats-Unis n'en sont pas indemnes.

Les cas d'acrodynie, dans une localité, sont presque toujours uniques. De ce point de vue, comme en ce qui concerne la répartition géographique, l'acrodynie ne peut être comparée à aucune des deux maladies voisines : la poliomyélite et l'encéphalite.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Diagnostic des tumeurs des os

(MM. J.-L. ROUX-BERGER et F. BACLESSE ; 4-3-1936.)

Dans la grande majorité des cas, disent MM. Roux-Berger et Baclesse, la radiologie et l'histologie permettent de faire un diagnostic de tumeur des os. Toutefois, dans quelques cas exceptionnels, il est impossible d'acquérir une certitude après un premier examen, même appuyé sur l'histologie.

Le mode évolutif de la tumeur, surtout la rapidité de cette évolution dans certaines tumeurs malignes primitives, est un élément de diagnostic capital. Il faut savoir attendre et faire une ou plusieurs radiographies successives. Cette attente, certes regrettable, ne sera que de courte durée dans beaucoup de cas, précisément en raison de la rapidité d'évolution des tumeurs primitives (ostéo-sarcomes sous-périostés).

Les auteurs, tout en ne rejetant pas systématiquement, tant s'en faut, la biopsie dans le diagnostic d'une tumeur osseuse, font remarquer qu'elle constitue toutefois un geste sérieux, portant sur une tumeur fermée jusque-là, et qui peut être le point de départ d'une extériorisation très fâcheuse de la néoplasie.

L'examen radiographique, fait avec une grande minutie et répété, leur paraît à l'heure actuelle donner des précisions suffisantes pour orienter le diagnostic et éviter la grosse confusion à laquelle un chirurgien doit toujours penser : de prendre pour une tumeur maligne une tumeur inflammatoire.

Si le bilan radio-clinique est en faveur d'une tumeur maligne, ne pas trop se hâter et suivre le malade par des radiographies successives.

Si le bilan radio-clinique est en faveur d'une lésion inflammatoire (ostéo-périostite), intervenir pour prélèvement qui, dans une lésion périostique limitée, réalisera en même temps le traitement.

Ne pas oublier que le tissu d'une lésion inflammatoire mise à jour peut avoir l'apparence d'une néoplasie maligne. Aussi impressionnant que puisse être cet aspect macroscopique, il ne faut jamais amputer sur-le-champ, mais se contenter de prélever des tissus pour examens histologiques et bactériologiques.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Un cas d'encéphalite de la scarlatine

(MM. Jean MORNET et VÉZIN ; 6-3-1936)

Il s'agit d'une névraxite de la scarlatine survenue tardivement vers le dix-huitième jour, sans aucun signe de complication rénale. Les accidents nerveux ont débuté par une prostration, entre-coupée de périodes d'agitation avec température de 39,9. Il n'y eut pas de céphalée, mais l'enfant accusait une vive douleur de la nuque quand on cherchait à la mobiliser ; elle paraissait un peu gênée pour ouvrir la bouche, et on notait, sans l'expliquer, qu'elle ne pouvait tirer la langue que vers la droite ou vers la gauche, sans réussir à la placer en position médiane normale ; pas de signes de Kernig ; une certaine agitation verbale et motrice. Le lendemain, la fillette était dans le coma, les yeux clos ; elle ne répondait à une question pressante que par des grognements inarticulés ; elle perdait ses urines dans son lit ; carphologie, réflexes abolis sans paralysie. Le troisième jour, amélioration manifeste après une deuxième injection de 15 c. c. de sérum de convalescent. Toute déglutition est devenue impossible pendant quelques jours. Le neuvième jour des accidents nerveux, paralysie flasque des membres inférieurs. A partir du vingtième jour des complications nerveuses, tous les accidents disparaissent progressivement. Il est à noter comme d'observation peu courante ce syndrome buccal dont la paralysie de la déglutition fut la manifestation la plus frappante. Le sérum de convalescent dont il fut injecté au total 110 c. c., semble avoir été particulièrement efficace.

Deux cas de septicémie à bacilles de Pfeiffer

(MM. A. LEMIERRE, A. MEYER et R. LAPLANE ; 13-3-1936)

Le passage du bacille de Pfeiffer dans la circulation sanguine a surtout été constaté au cours de la grippe épidémique avec graves déterminations pulmonaires, ou au cours de certaines broncho-pneumonies, de la rougeole ou de la coqueluche. En pareils cas, cette bactériémie, à moins qu'elle n'ait le temps d'engendrer des localisations secondaires méningées, articulaires ou endocarditiques, ne se traduit par aucune symptomatologie nette et n'est qu'une découverte d'hémoculture.

Il est beaucoup plus rare de la voir évoluer sous l'aspect clinique d'une septicémie.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre, où le point de départ de l'infection générale semble bien avoir été le pharynx. L'un s'est compliqué d'une endocardite mortelle, l'autre s'est terminé par la guérison. Dans ce dernier cas, la septicémie s'est développée dès les premiers jours de la pharyngite. Elle s'est compliquée de détermination cutanée, articulaire et pulmonaire, mais l'endocarde est resté indemne. Il faut remarquer tout particulièrement l'intensité des accidents pharyngés initiaux. Au bout de vingt-quatre heures, c'était une crise de suffocation laryngée, si intense qu'on put penser à une attaque de croup. On constata l'existence d'une tuméfaction œdémateuse du pharynx, d'une ulcération sur la face postérieure de la luette et d'un œdème de la face antérieure de l'épiglotte. Ultérieurement se montrèrent d'autres ulcérations de la luette et du larynx. Ces lésions ont affecté un aspect si particulier qu'on ne put s'empêcher de supposer que le bacille de Pfeiffer lui-même en avait été l'agent spécifique. Ce germe fut d'ailleurs trouvé à l'état de pureté dans trois hémocultures pratiquées les troisième, sixième et onzième jours de la maladie.

Radiothérapie de la maladie de Basedow

(MM. L. GALLY et Max LÉVY ; 28-2-1936)

Il existe actuellement un mouvement considérable en faveur de la chirurgie du corps thyroïde, qu'il s'agisse de maladie de Basedow, d'hyperthyroïdie simple ou de cardiopathie. Cependant, on peut attendre d'excellents résultats de la radiothérapie, lorsqu'elle est appliquée suivant la technique la plus perfectionnée, combinée à une bonne surveillance clinique et au contrôle du laboratoire. Ainsi, il n'y a jamais de lésion ou de pigmentation cutanée. La sclérose thyroïdienne ainsi que l'ont constaté les chirurgiens, n'est pas le fait des rayons X, mais bien de l'évolution spontanée de la maladie de Basedow. Seul un traitement radiothérapique mal conduit, trop étalé, pourrait être un facteur indirect de sclérose. Quant à la durée du traitement, elle n'est pas trop prolongée (deux à trois ans comme on le dit) ; elle est actuellement très brève, des doses considérables et efficaces pouvant être administrées dans un temps très court.

En réalité, il ne doit plus y avoir d'opposition entre la chirurgie et les rayons X, mais, au contraire une symbiose parfaite, dont le bénéfice sera recueilli par le patient. Le traitement radiothérapique doit être court, rapidement conduit et intense ; si l'échec se produit, le patient devra être opéré sans tarder, il n'aura pas perdu de temps, la sclérose locale n'aura pas eu le temps de se développer ; dès lors, le chirurgien pourra agir dans de bonnes conditions. Jusqu'à ce que nous ayons à notre disposition un autre procédé rapide et sûr d'action sur la régulation du fonctionnement thyroïdien, la radiothérapie doit avoir une place importante dans le traitement de la maladie de Basedow.

G. F.

Les Congrès

Ve CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Paris, 18-24 mai 1936

Le V[e] Congrès français de gynécologie s'est tenu à l'Hôtel Chambon, à Paris, du 18 au 21 mai 1936 et a été suivi, du 21 au 24 mai, d'une excursion à Londres.

Le Congrès avait pour président d'honneur le Professeur Alfiéri, de Milan, pour président le Docteur Dartigues et pour secrétaire général le Docteur Maurice Fabre. Parmi les personnalités présentes, signalons le Professeur Mocquot, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Paris, le Docteur Jayle, président de la Société française de gynécologie, les Professeurs Guyot et Jeanneney, de Bordeaux, Cotte et Chalier, de Lyon, Binet et Guillemin, de Nancy, Vanverts et Favreau, de Lille, Green-Armytage, de Londres, Douglas-Miller, d'Edimbourg, Cova, de Turin, Schockaert, de Louvain, Jona, de Melbourne, Labhardt, de Bâle, Daniel, de Bucarest, Quadias-Bordes, Poujoan et Casanelles, de Barcelone.

Le mardi 29 mai un banquet réunit les membres du Congrès au Pavillon-Dauphine, dans le décor du Bois de Boulogne, sous la présidence du Professeur Alfiéri. Le *Concours Médical*, gracieusement invité, y était représenté par le Docteur Fischer, qui a rendu compte dans un de nos derniers numéros de cette belle soirée, toute à l'honneur de ses organisateurs, du distingué président du Congrès, le Docteur Dartigues et du dévoué secrétaire général, le Docteur Maurice Fabre.

Lors du voyage à Londres, qui a terminé les séances de travail du Congrès, des visites fort intéressantes furent faites dans les services de gynécologie de la grande cité et une réception très cordiale des congressistes eut lieu au Collège des gynécologues britanniques.

***

La question scientifique à l'ordre du jour du V[e] Congrès français de gynécologie était l'étude clinique et thérapeutique de la stérilité : sujet d'importance non seulement médicale mais aussi sociale, essentiellement à l'ordre du jour puisqu'il intéresse un problème national urgent : la dénatalité.

Cinq rapports envisageant les différentes faces du sujet ont été présentés par MM. André Binet, Champy, Séguy, Chalier et Favreau.

I

Considérations générales sur la stérilité chez la femme : les indications individuelles, familiales et sociales de la lutte contre la stérilité

Par M. le Professeur André Binet, de Nancy

La stérilité est tout d'abord un fléau individuel car elle s'oppose à l'épanouissement d'un des plus puissants instincts féminins : l'instinct maternel. Pour M. André Binet, il s'agit bien d'un instinct puisqu'on l'observe à la fois chez les animaux et chez l'homme. Il est nettement distinct de l'instinct sexuel avec lequel cependant il peut entrer en conflit : la femme qui cultive la satisfaction des sens, qui cherche à régner sur l'homme par sa beauté n'a que peu ou pas le désir d'être mère.

La stérilité est aussi un fléau social et national. Certes, la stérilité volontaire domine beaucoup la stérilité involontaire. Cependant, on estime en France à 15 % le pourcentage des ménages involontairement sans enfant, chiffre qui n'est pas négligeable. Un traitement de la stérilité permet de réduire dans une certaine proportion l'insuffisance des naissances. Mais, il faut bien reconnaître qu'en matière de dénatalité, il faut apporter d'autres remèdes que les techniques scientifiques, mettre en œuvre des moyens économiques, et surtout moraux.

La dénatalité n'est pas un mal nouveau. On l'a signalée dans l'antiquité, à Athènes et à Rome, à l'époque de la décadence. Cinquante ans après Périclès, le luxe était pour la population athénienne le seul but à atteindre. La courtisane éclipsait la mère de famille. Rome subit le même sort à l'époque d'Auguste. La natalité baissait, en même temps que s'élevait le besoin de plaisir et le psychisme égoïste.

Un renouveau de vitalité demande une élévation des sentiments domestiques. L'élite doit intervenir pour l'éducation morale de la masse et le médecin ne saurait se désintéresser de cette mission sociale.

II

Physiologie de la fécondation et de la nidation

par M. le Professeur Champy

M. Champy envisage les phénomènes cytologiques de la fécondation, le rôle des glandes annexes, les

causes, les anomalies de la fixation de l'œuf. Beaucoup d'inconnues dans ces questions et ce sont surtout les points obscurs que l'auteur s'est efforcé non de solutionner, mais d'exposer.

III

Etude étiologique et clinique de la stérilité

par M. Jean SÉGUY

Le travail de M. Séguy est un des deux plus importants rapports présentés au Congrès.

Les causes de la stérilité sont nombreuses. Enumérons les principales : les lésions des glandes génitales, de l'ovaire, du testicule, par infection (syphilis), intoxication, ectopie, déséquilibre endocrino-sympathique ; les troubles de la nutrition générale (obésité, diabète) ; les lésions du canal vecteur, aplasie, dysplasie, infection (prostato-vésiculite altérant les spermatozoïdes, cervicite du col utérin, salpingite) ; l'imperméabilité du canal vecteur (chez 45 % des femmes stériles, l'auteur a trouvé une oblitération tubaire bilatérale) ; les troubles physiologiques (ovulation, spermatogénèse).

Le fait que des cas de stérilité assez nombreux s'observent avec des organes sains et perméables montre que des facteurs biologiques interviennent aussi dans la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. M. Séguy parle du rôle de l'acidité vaginale. Une acidité modérée provoque une excitation physiologique des spermatozoïdes les incitant à gagner rapidement le col. Une acidité exagérée amène une sidération des spermatozoïdes. Une acidité vaginale trop faible fait que les spermatozoïdes ne recevant plus l'incitation passagère du milieu vaginal restent sur place, où le pH leur convient.

Ainsi donc, l'acidité vaginale normale joue un rôle de stimulation des spermatozoïdes, rôle dont l'action, utile lorsqu'elle est de courte durée, devient défavorable lorsqu'elle se prolonge. Si le spermatozoïde n'a pas gagné rapidement son refuge cervico-tubaire, l'acidité vaginale, même entièrement normale, est vite nocive pour lui : il perd peu à peu sa mobilité, d'abord exagérée, et il meurt en quelques heures. Le refuge cervical se maintient pendant quelques jours au cours de chaque cycle : c'est le moment où la femme est fécondable.

Existe-t-il une période déterminée de fécondabilité de la femme et comment peut-elle être établie cliniquement ?

On connaît les travaux de Knauss et Ogino, travaux qui ont fait un certain bruit, non seulement dans les milieux scientifiques mais encore dans le public. Des articles de magazines, des livres ont donné aux études de ces auteurs une large publicité dont le retentissement a été énorme, en particulier dans les pays anglo-saxons.

Knauss et Ogino se basent sur un rapport théorique, constant selon eux, entre l'ovulation et la menstruation. Pour Knauss et Ogino, chez une femme dont le cycle menstruel est physiologique, l'ovulation a toujours lieu au milieu de la période intermenstruelle, du 16e au 12e jour qui précède les règles (Ogino). Or, d'une part, l'ovule n'est fécondable que durant quelques heures, et d'autre part les spermatozoïdes ne peuvent vivre en général plus de 48 heures dans les voies génitales de la femme, en raison des conditions thermiques inappropriées et de l'action des sécrétions génitales. La fécondabilité serait ainsi mensuellement de courte durée ; elle commencerait trois jours avant la date de l'ovulation et se terminerait un jour après, soit, par conséquent, chez la femme ayant un rythme menstruel régulier, à des dates simples à fixer.

Les théories de Knauss et Ogino ont été critiquées par Devraigne et Séguy, qui soutiennent une notion différente.

Pour Séguy, la période de fécondabilité de la femme est caractérisée par l'apparition dans le canal cervical d'une sécrétion glaireuse translucide et filante sur laquelle, avec le Docteur Jeanne Vimeux, il a été le premier à insister. Cette sécrétion ne dure que quelques jours et, comme l'établissent les documents microphotographiques de l'auteur, elle joue un rôle essentiel dans l'ascension des spermatozoïdes. L'absence, l'insuffisance ou la modification chimique ou infectieuse de ces glaires cervicales suffit à créer une cause de stérilité absolue. Il convient de noter, toutefois, que le moment d'apparition de ces sécrétions glaireuses coïncide dans plus des 3/4 des cas avec le moment indiqué par Knauss et Ogino.

M. Séguy n'en conclut pas moins que la détermination de la période de fécondabilité par la méthode d'Ogino et Knauss expose à trop d'erreurs pour être adoptée pratiquement.

Pour illustrer son opinion, il cite le texte suivant d'une information parue dans les journaux médicaux du 16 décembre 1935, et intitulée « *Curieux procès aux Etats-Unis* » :

> Dans une grande ville des Etats-Unis, on a intenté dernièrement un procès à l'auteur d'un livre de vulgarisation traitant de « L'hygiène du mariage ».
>
> L'auteur expose au cours de son ouvrage les travaux du Japonais Ogino et du Tchécoslovaque Knauss. Ceux-ci ont montré qu'il existe une période de stérilité dans tout cycle menstruel et que cette période est conditionnée par l'ovulation.
>
> L'auteur de l'ouvrage insiste sur l'existence de cette période de stérilité absolue où les rapports sont totalement inféconds : il détermine rigoureusement sa durée.
>
> Mais comme il est à toute règle des exceptions et qu'il n'y a pas de période strictement définie et identique pour tous les cas, la loi interprétée par l'auteur s'est trouvée contredite par les faits.
>
> Les plaignants ont cru devoir rendre responsable de leur mésaventure l'auteur de l'ouvrage.

Il appartenait à l'Amérique de créer la « responsabilité médicale du livre » !

Le diagnostic étiologique de la stérilité s'appuiera sur l'examen clinique, local et général, sur l'examen du sperme du mari, la recherche de la perméabilité

tubaire, l'étude par les tests cliniques et les tests de laboratoire, du fonctionnement ovarien.

Quelques remarques générales sont à présenter à ce sujet.

Si l'on ne trouve rien de cliniquement décelable, ne pas conclure trop rapidement de façon optimiste, car des causes de stérilité cachées peuvent échapper. Des ovaires altérés, des trompes oblitérées peuvent paraître normaux cliniquement.

Si l'on constate une lésion évidente, ne pas dire trop vite : euréka, car souvent à cette cause, parfois facilement curable, s'en ajoute une autre plus discrète, souvent plus grave.

Les examens du sperme doivent être répétés pour avoir une certaine valeur. Etre réservé quand on en donne les résultats : lorsque les spermatozoïdes sont absents, le mari pourrait prendre ombrage de cette affirmation.

Comme conclusion générale de son rapport, considérant que le problème de la stérilité féminine est complexe, M. Seguy demande que l'on organise des centres bien outillés de diagnostic et de traitement de la stérilité, centres groupant des gynécologues, des urologues, des biologistes, des chimistes, travaillant en symbiose. M. Séguy étudie la question sous cet angle depuis plus de dix ans à la Maternité de Lariboisière.

(*A suivre*), P. LACROIX.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris

TRAITÉ DE PATHOLOGIE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE, publié sous la direction d'E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. — **Pédiatrie.** 2e *édition.* Trois volumes 15 × 21, 2.160 pages, 233 figures et radios, 4 hors-texte. Les trois volumes brochés : 290 francs.

Tome I. Hygiène infantile. Alimentation des enfants. Thérapeutique infantile. — Tome II. Infections du nouveau-né. Voies respiratoires. Cœur. Encéphalopathies infantiles. — Tome III. Voies digestives. Foie, Reins, Dermatoses, etc...

EDITIONS LAJEUNESSE
14, rue Brunel, Paris (XVe)

Dr Albert PERRET. — **Le traitement homœopathique de la goutte.** Préface du Docteur Vannier. Un vol. 142 pages. Prix : 15 francs, 1936.

Formulaires de spécialités pharmaceutiques. — Nous avons reçu successivement les Formulaires suivants :

1° *Les spécialités pharmaceutiques médicales*, un volume in-16, 436 pages, reliure souple.

Ce dictionnaire est édité par la Chambre syndicale des Fabricants de produits pharmaceutiques médicaux, 27, rue du Cherche-Midi, Paris.

Groupant la documentation relative à environ 600 spécialités pharmaceutiques préparées par les Laboratoires faisant partie du Syndicat. L'énumération des spécialités comporte en outre leur composition, leurs propriétés, leurs indications, leur forme ainsi que leur posologie.

Le prix de chaque préparation a été mentionné, afin que le praticien puisse se rendre compte de l'importance de ses prescriptions ;

2° *La Médication française.* — Guide thérapeutique des spécialités pharmaceutiques françaises. J. Férenczi et fils, éditeurs, 9, rue Antoine-Chantin, Paris (XIVe).

Ce guide forme un volume in-16 de 650 pages. Il a été édité avec la collaboration de MM. les Prof. Bezançon et Legueu, les Docteurs Huber, Weissman-Netter, Aubry, Tzanck, Gutman, Dausset, Viel et Lutembacher.

Il comporte un classement des spécialités selon les maladies auxquelles elles se rapportent ;

3° *Le Livre Blanc*, 16, rue Cassette, Paris. Dépositaire général : Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce formulaire, qui est en quelque sorte un Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques, est publié sous le contrôle d'un groupe d'anciens internes, de médecins des hôpitaux de Paris, et préfacé par MM. les Prof. Arthus, Leulier et Piéry.

Il est divisé en trois parties :

1° Consultations médicales. Notices élémentaires. Liste alphabétique des laboratoires ;

2° Liste alphabétique des spécialités. Liste numérique des laboratoires inscrits au Laboratoire national de contrôle ;

3° Etablissements médicaux. Stations thermales. Principales constantes de l'organisme.

4° Rappelons que nous avons signalé il y a quelques mois le *Dictionnaire des Spécialités pharmaceutiques* de M. Louis Vidal. (O. V. P., 107, rue Lafayette, à Paris).

Les Thèses

T. — Dr Paul Dambrin. — **Traitement chirurgical des cavernes de la base.** (Thèse 1936.)

Le traitement chirurgical de choix des cavernes de la base est la phrénicectomie qui réalise au mieux a « détente » et « l'immobilisation ».

Son action sur la base peut être comparée à celle d'une thoracoplastie partielle sur le sommet et ses modalités d'application, avec ou sans association d'un pneumothorax artificiel, sont multiples.

L'auteur pense que, dirigée contre une caverne de la base, la paralysie (et l'ascension diaphragmatique) doit être complète et définitive. C'est, pourquoi, il préconise la phrénicectomie « totale », portant en même temps sur le nerf du sous-clavier et le phrénique accessoire.

La phrénicectomie agira au maximum sur les cavernes de l' « étage inférieur » de la base. Les lésions de l' « étage supérieur », si elles sont externes, pourront être favorablement influencées par le pneumothorax. Les cavités siégeant à la partie interne de l' « étage supérieur » : formes sous-hilaires, nécessiteront le plus souvent l'association des deux méthodes et, parfois, on pourra leur opposer le pneumothorax contro-latéral.

La thoracoplastie, quand on sera amené à la pratiquer, devra être totale. On la pratiquera généralement en deux temps en commençant par le bas, et les résections supérieures seront peu étendues en largeur.

Mais une thoracoplastie pour caverne de la base ne devra être pratiquée qu'après échec préalable du pneumothorax et de la phrénicectomie.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de phrénicectomie ou de thoracoplastie, deux points paraissent d'un intérêt capital : la collaboration médico-chirurgicale et la cure sanatoriale post-opératoire.

P. — Dr Pierre Halleron. — **Contribution à l'étude de certaines interréactions neuro-végétatives de l'œil et du nez.** (Thèse 1936.)

L'embryologie et l'anatomie montrent que les fosses nasales sont en rapports étroits avec l'orbite et son contenu. Il faut distinguer deux parties aux fosses nasales, une antérieure, d'origine cranienne comme l'orbite, une postérieure, d'origine faciale, qui ont chacune leurs vaisseaux et leurs nerfs.

Le syndrome du nerf nasal de Charlin (algies, troubles oculaires, rhinorrhée) et la névralgie de Studer (syndrome du ganglion sphéno-palatin) entrent dans le cadre des sympathalgies faciales au même titre que le vacuum sinus et les céphalées méatiques. Ces affections sont dues à un trouble du système nerveux organique périphérique périvasculaire, qui, par la contraction ou la dilatation des vaisseaux, entraîne un trouble réflexe du système cérébro-spinal et provoque la douleur. Les différents aspects cliniques de ces sympathalgies répondent à différentes localisations du processus vasculo-nerveux. Tout traitement local qui rétablit l'équilibre organo-végétatif local guérit ces sympathalgies, mais il ne faut pas négliger de soigner l'état général.

En se basant sur la physiopathologie de ces sympathalgies, et sur les bons résultats d'une thérapeutique nasale, l'auteur a été amené à étudier certaines manifestations sensorielles visuelles, et à poser le problème des névrites rétro-bulbaires survenant au cours de sinusites non-suppurées. L'anesthésie cocaïnique, la résection des queues de cornet moyen, etc., agissent peut-être surtout par la réaction vasomotrice qu'elles provoquent. Il n'y a pas d'arguments suffisants pour faire entrer la névrite rétrobulbaire dans le cadre des sympathalgies faciales.

Le rôle d'une sinusite est possible dans la production d'une névrite rétro-bulbaire. Avant de l'affirmer, il faut pouvoir éliminer sûrement toutes les autres causes, en particulier la syphilis et la sclérose en plaques.

Mp. — Dr M. Buc. — **La pyrétothérapie soufrée dans le traitement des maladies mentales.** (Thèse 1936.)

Pour obtenir une hyperthermie artificielle thérapeutique, le Docteur Buc injecte au malade une huile soufrée à 1 %, à la dose de 5 cent. cubes. On procède par série de dix injections, généralement renouvelée une fois. L'hyperthermie obtenue, légère au début, augmente par la suite et dure deux ou trois jours.

Appliqué correctement, le traitement par l'huile soufrée est inoffensif. Il est indiqué en psychiatrie dans la syphilis nerveuse, dans certaines formes de démence précoce et dans certaines psychoses périodiques.

Str. — Dr R. Hoffmann. — **L'ulcère du canal pylorique.** (Thèse 1936.)

Ces ulcères, à cheval sur le sphincter pylorique, ont comme caractéristiques d'être plutôt petits, rarement pénétrants ou perforants et ne semblent pas être plus exposés aux hémorragies que les autres ulcères gastro-duodénaux.

Contrairement à ce qu'on pouvait s'attendre, 57 % d'ulcères pyloriques, malgré leur siège orificiel, évoluent pendant de longues années sans jamais montrer la moindre tendance à la sténose, aussi bien cliniquement que radiologiquement et qu'à l'intervention.

Les ulcères du pylore ont une symptomatologie moins franchement ulcéreuse que les autres ulcères : 14 cas seulement sur les 41 observations de l'auteur ont eu simultanément le double caractère typique de poussées douloureuses rythmiques dans le jour et périodiques dans l'année. Les autres frappent par certains caractères atypiques tels que horaire inhabituel des douleurs, absence de toute périodicité.

P. — Dr J. Macé. — **Formes convulsives des accidents nerveux du pneumothorax.** (Thèse 1936.)

Les accidents nerveux convulsifs sont relativement fréquents au cours de la pratique du pneumothorax. Ils peuvent aller du trouble léger à la mort presque immédiate.

Leur gravité très variable, ne constitue cependant pas une contre-indication à cette méthode thérapeutique qui présente par ailleurs tant d'indications cliniques et sociales.

Devant la diversité des accidents et des résultats d'examens anatomo-pathologiques aucune théorie ne s'impose nettement.

Personne n'est à l'abri de ces accidents qui surviennent la plupart du temps sans faute professionnelle ; seule une erreur grave de technique devrait rendre juridiquement responsable le praticien.

Le traitement des accidents nerveux du pneumothorax comportera essentiellement l'administration de calmants, de tonicardiaques, de vaso-dilatateurs (acétylcholine), et de la saignée.

Mp. — Dr J. Turot. — **Contribution à l'étude de la transfusion sanguine dans le traitement de la fièvre typhoïde.** (Thèse 1936.)

La transfusion de sang doit être considérée comme un procédé thérapeutique particulièrement actif dans la fièvre typhoïde.

Elle peut être employée : 1° A titre symptomatique : elle arrête les grandes hémorragies, dont elle est la médication héroïque ; 2° à titre préventif : elle modifie la crase sanguine, prévient les hémorragies, favorise l'hématopoïèse ; 3° comme stimulant des défenses leucocytaires et antitoxiques.

L'immuno-transfusion est la méthode de choix, mais, à défaut, on peut transfuser du sang de sujet normal, comptant non plus sur les propriétés spécifiques du sérum, mais sur son pouvoir antitoxique, et sur un choc thérapeutique.

Il est bien entendu que la transfusion, médication de premier ordre, sera employée concurremment avec les autres médications habituelles de la typhoïde. On devra reconnaître les cas où elle est inutile et même dangereuse (atteinte pulmonaire, myocardique). Maniée avec éclectisme, elle pourra constituer un appoint sérieux pour la guérison.

P. — Dr J. Charlot. — **Accidents nerveux secondaires à l'emploi de l'émétine.** Travail du service du Prof. agrégé Brulé. (Thèse 1936.)

Les accidents nerveux dus à l'émétine sont rares. L'auteur en a retrouvé trente et une observations dans la littérature et il en rapporte sept nouvelles.

Ces accidents surviennent aussi bien au début qu'à la fin du traitement, avec des doses faibles comme avec des doses élevées, mais ils sont plus fréquents avec des doses fortes.

Dans un grand nombre de cas, des phénomènes prodromiques : nausées, diarrhée, douleurs, peuvent faire redouter l'apparition des accidents et doivent inciter à interrompre le traitement.

Les accidents nerveux se présentent sous les types les plus divers : polynévrite des membres inférieurs ; polynévrite des membres supérieurs ; phénomènes périphériques diffus intéressant plusieurs groupes musculaires, voile du palais, etc. ; manifestations à type sensitif, etc...

Le traitement est avant tout prophylactique. Il existe des règles précises et des doses qu'il ne faut pas dépasser ; dans le traitement amibien, la dose totale d'émétine doit être fixée à 0 gr. 01 par kilogramme. Cette dose atteinte, il faudra attendre quarante jours avant de reprendre le traitement.

THÉRAPEUTIQUE

Comment parer aux inconvénients de la belladone et de l'atropine dans la médication spasmolytique

Par le Docteur S. Camredon

La belladone et l'atropine ont toujours occupé, dans la thérapeutique antispasmodique, une place de choix. Et c'est d'autant plus compréhensible qu'elles jouent, par leurs effets paralysants périphériques, un rôle absolument irremplaçable, à la fois sédatif du système nerveux et modérateur des sécrétions glandulaires.

La médication atropinique agit en effet en diminuant l'excitabilité réflexe médullaire et la sensibilité générale, et en déterminant ainsi une véritable paralysie des éléments nerveux moteurs des organes à fibres excito-sécrétoires. D'où son efficacité remarquable, d'une part sur toutes les hypersécrétions, gastrique et sudorale en particulier, d'autre part sur les affections spasmodiques les plus variées, comme la coque-

luche et l'épilepsie, l'asthme et les états parkinsoniens, les faux croups et le mal de mer, la constipation du saturnisme et l'énurésie nocturne.

Malheureusement cette efficacité médicamenteuse s'accompagne de graves inconvénients et de nombreux risques, qui en limitent fâcheusement l'utilisation.

Les inconvénients sont les effets secondaires, constants, mais plus ou moins gênants suivant les susceptibilités individuelles et qui se manifestent sur les terminaisons nerveuses des deuxièmes et troisièmes paires, par un ensemble de troubles oculaires variés tels que la paralysie irido-pupillaire en mydriase, l'impossibilité de l'accommodation, la diminution de l'impressionnabilité rétinienne ; et ensuite sur le vague et les nerfs modérateurs périphériques cardiaques, par de la tachycardie avec hypotension.

Les risques sont les possibilités d'intoxication dont les symptômes varient, suivant la gravité du cas, depuis la simple sensation de sécheresse et de chaleur de la peau et de la gorge, avec dysphagie et soif intense, jusqu'aux accidents visuels plus sérieux d'amblyopie ou d'amaurose, et aux troubles circulatoires, respiratoires et cérébraux : céphalée avec vertiges, délire avec hallucinations, agitation et coma.

Or, les travaux récents de M. K. Fromherz ont démontré que ces inconvénients paraissaient surtout provenir de la présence de la « tropine » dans la molécule de l'atropine, qui n'est autre, chimiquement, que l'ester tropique de la « tropine ».

En effet, lorsqu'on veut conserver cette partie « tropine » de la molécule, on a beau chercher à l'estérifier avec d'autres acides que l'acide tropique, les résultats obtenus sont toujours aussi mauvais à ce point de vue.

Par contre, lorsque, inversement, on sacrifie la « tropine », en la remplaçant par une autre amine alcoylée, tout en conservant par ailleurs l'acide tropique intégralement, on aboutit à des dérivés pourvus d'effets secondaires excessivement faibles par rapport à l'action spasmolytique générale.

C'est ainsi qu'a été obtenu le syntropan « Roche », qui est exactement le phosphate de l'ester-3-diéthylamino-2, 2-diméthyl-propylique de l'acide tropique.

Ce sel, amer et très soluble, possède toutes les propriétés neurotropes de l'atropine dont il dérive, un centigramme de syntropan agissant exactement comme un quart de milligramme de sulfate d'atropine. Mais son action fâcheuse sur la pupille, la sécrétion salivaire et l'innervation cardiaque est tellement réduite que sa marge de sécurité thérapeutique dépasse infiniment celle de tous les autres médicaments connus de la série atropinique. Aussi les doses quotidiennes habituelles de deux à six centigrammes de ce produit peuvent-elles être, en cas de besoin, comme par exemple dans le traitement intensif des syndromes parkinsoniens, augmentées dans des proportions véritablement considérables, sans autre inconvénient, très exceptionnellement, qu'une simple sécheresse des lèvres, pouvant parfois se manifester comme premier indice, dans quelques cas tout à fait particuliers, d'intolérance personnelle.

Les propriétés paralysantes du syntropan sont particulièrement remarquables sur le système nerveux parasympathique et les fibres musculaires lisses. D'où ses indications thérapeutiques toutes spéciales dans les états et les crises hypertoniques viscérales ou vasculaires, telles que les ulcères de l'estomac et du duodénum, les spasmes de l'estomac, du pylore ou de l'intestin, les vomissements de la grossesse, les coliques intestinales ; la constipation spasmodique ou le ténesme rectal ; la lithiase rénale et les coliques néphrétiques, le ténesme urétéral et vésical ; la cholécystite, la cholélithiase et les coliques hépatiques ; la dysménorrhée spasmodique et les coliques utérines ; les angiospasmes et l'hypertension spasmodique ; sans oublier les indications générales de l'atropine, énumérées déjà en tête de cet article et concernant les hypersécrétions et toutes les affections nerveuses spasmodiques.

Dans tous les cas, le syntropan agit aussi nettement et aussi électivement sur la musculature lisse que la papavérine elle-même, si bien qu'on a pu dire qu'il réalisait à la fois les indications de l'atropine et de la papavérine dont il réunit les propriétés.

Et, en toutes circonstances, cette réalisation synthétique toute nouvelle de la médication atropinique, sans action secondaire sur la pupille, le cœur et les glandes, permet de remédier aux inconvénients trop connus de l'atropine dans la thérapeutique spasmolytique moderne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE DANGER DE LA MÉDECINE A TIERS PAYANT

Pour s'adapter aux lois sociales, pour satisfaire les collectivités et les tiers payants, la médecine subit actuellement une transformation progressive et lente qui, malgré nous et sans que nous nous en rendions assez compte, menace d'ébranler le vieil édifice traditionnel qui a fait de notre profession libérale une de celles dont on se plaisait à respecter les habitudes de dignité et d'honneur, en dépit de toute leur intransigeance.

Le premier coup a été porté par la loi des accidents du travail qui a substitué le tiers payant au règlement direct souvent d'ailleurs plein d'aléas.

Si cette loi sociale a permis à un grand nombre d'entre nous de trouver une source de revenus dans les soins aux accidentés, nous avons vu en échange apparaître des obligations nouvelles qui ont introduit des tarifs limitatifs, des certificats, des contrôles ; les mémoires médicaux ont été soumis à l'examen de contentieux, les notes ont été discutées, sérieusement épluchées, et actuellement cette médecine d'assurances, définitivement installée, tend à s'étendre à d'autres classes sociales. Le jour n'est pas loin où l'assurance permettra a tout malade de se protéger contre le risque de la maladie moyennant le payement d'une prime et c'est un organisme d'assurance qui se trouvera en face du médecin au moment du règlement des honoraires.

L'exemple de l'Assurance sociale constitue pour beaucoup de clients de la classe aisée et surtout pour bien des Compagnies une expérience intéressante qui dernièrement, avec le sport d'hiver où les accidents sont fréquents, a pris une importante extension. L'assurance contre l'accident fait qu'au moment d'un règlement d'honoraires le médecin voit apparaître un agent de Compagnie discutant des soins donnés , de leur opportunité, de leur valeur, de la fréquence des visites faites, exactement comme s'il s'agissait d'un accident du travail. Parfois même, et l'exemple m'en a été donné, *ce sont les tarifs des accidents du travail qui sont pris pour base* et le malheureux médecin a beau faire remarquer que ces tarifs applicables à des ouvriers ne représentent qu'une partie de la part, la part patronale, qu'ils ne sauraient s'appliquer à des clients aisés passant un mois d'hiver à la montagne, il n'en reste pas moins que le médecin qui a demandé des honoraires légitimes, est mis vis-à-vis de son malade, dans une situation souvent gênante ;

Si nous avons accepté de collaborer loyalement à des lois sociales comme celles des accidents du travail, comme celles des assurances sociales, nous ne devons pas laisser cette médecine tarifée s'introduire dans nos habitudes, et c'est la crainte que j'ai de voir se modifier les rapports anciens entre médecins et malades qui me pousse à en signaler ici le péril.

Bien entendu la tarification, la limitation des prescriptions, la fixation des durées de séjour et des visites à faire seraient possibles si la médecine était une science exacte, susceptible d'être mise en formules et *à jamais fixée dans son évolution*. Fort heureusement pour l'avenir de la médecine et pour le bien des malades il n'en est rien. Nous en avons actuellement un bel exemple avec le traitement des entorses par les injections analgésiantes *loco dolenti*. Par ce procédé dont Leriche a montré tout l'intérêt, l'entorse peut être guérie du soir au matin, au lieu de durer plusieurs jours, de nécessiter des immobilisations, des massages et des soins souvent longs, comme beaucoup d'entre nous le font encore Or, cette méthode ne figure nulle part, les tarifs méconnaissent ces thérapeutiques nouvelles et le médecin instruit, se tenant au courant, se trouve désavantagé par rapport à son confrère plus routinier, il risque même de faire figure vis à vis du tiers payant d'homme peu honnête et peu scrupuleux s'il réclame le juste prix de son travail.

La médecine tarifée se montre ainsi limitée dans son action, hostile à toute évolution, routinière et par conséquent mauvaise, puisqu'elle risque d'empêcher le malade de profiter rapidement des progrès de la science médicale.

Cet exemple devrait suffire à faire comprendre que la médecine doit être libérale, qu'il n'y a pas deux façons de l'exercer, et que vouloir tarifer chacun de ses actes, en dresser un catalogue, incomplet forcément, comme les Caisses d'assurances sociales ont cherché à le faire, constitue une erreur colossale, à laquelle nous avons le grand tort de ne point opposer une résistance suffisante.

J'ai dernièrement assisté à une réunion où on voulait élaborer un de ces tarifs et j'en ai retiré une impression bien pénible : le panaris était séparé en trois ou quatre catégories et suivant chacune de ces formes répondant d'ailleurs à la réalité des lésions et à des thérapeutiques plus ou moins complexes, il faisait l'objet de plusieurs chapitres. On se rendait compte que pour rester dans l'équité et honorer justement le médecin de sa peine, on était amené à établir un *véritable dictionnaire de tous les actes médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, et de spécialité*, un catalogue de prix courant permettant pour rémunérer équitablement le médecin, de dresser une espèce de mémoire détaillée qui, si elle satisfaisait le bureaucrate, faisait bon marché de la confiance qu'on doit garder à un médecin.

Il y aurait beaucoup à dire sur toutes les nomenclatures existantes, incomplètes, erronées, confectionnées hâtivement, où quantité d'actes courants sont omis et où un médecin scrupuleux est souvent bien embarrassé lorsqu'il est mis dans l'obligation de choisir par analogie ; il ne sait jamais s'il n'y risque pas sa dignité, son honneur, et s'il ne court pas le risque d'être traité en fraudeur des Caisses, voire même en escroc.

On m'objectera que dans la médecine sociale, il y a des abus, que les Conseils de famille jugent des écumeurs sans vergogne qui pillent les Caisses, que les compagnies d'assurances doivent se protéger contre les abus, que dans la médecine des mutilés, il y a des familles entières qui profitent des carnets, la chose est possible, mais je doute fort que ces confrères soient très nombreux, le pourcentage qu'ils représentent par rapport à l'ensemble du Corps Médical est infime et presque toujours ils sont connus de leurs confrères. Ce n'est d'ailleurs point une raison parce que dans une Société il y a des voleurs, pour que les honnêtes gens soient régulièrement brimés par la police, et qu'ils souffrent dans leur liberté de la malhonnêteté d'autrui. Plus de rigueur pour les fauteurs, plus de libéralité pour les autres m'apparaît comme une formule préférable. Actuellement en médecine sociale, en médecine d'assurance, le médecin qui réclame des honoraires est considéré d'avance comme un suspect et tout est mis en œuvre pour diminuer la liberté qu'il peut avoir et pour ruiner la confiance qu'on devrait lui porter.

Jusqu'ici la liberté de prescrire lui a été laissée, mais comme on sent qu'elle gêne les tiers payants, qui voudraient habilement la restreindre et la remplacer par une espèce de médecine régimentaire passe-partout où le droit au médicament serait limité et astreint à un contrôle sévère, tracassier, aboutissant pratiquement, à sa suppression.

Bien entendu, de telles mesures qui seraient impopulaires, qui soulèveraient l'indignation des malades, on les prépare de longue main, on crée une ambiance favorable pour les faire accepter et un jour, profitant d'une occasion, d'une maladresse, on arrive à les imposer et c'est le médecin, le bouc émissaire, qu'on rendra responsable de la mesure prise.

Si nous laissons se créer ainsi deux manières d'exercer la médecine, une pour tous ceux qui sont assujettis aux lois sociales, l'autre pour les clients ordinaires, nous nous acheminerons peu à peu vers la ruine de la médecine traditionnelle, et nous verrons se réaliser ce que précisément nous n'avions pas voulu, au moment où les textes de lois ont été élaborés puis discutés, et où le législateur avait tenu à ce que des garanties légales nous fussent données. Il n'y a pas là uniquement pour le médecin une question de défense d'intérêts matériels, comme on essaie de le faire croire, la question doit être placée sur un plan bien plus élevé, son plan véritable. C'est tout l'avenir de la médecine française qui est en jeu, c'est la possibilité de son évolution, de son progrès, qui doit nous faire ouvrir les yeux sur ce qui se passe. Dans cette action nécessaire contre des forces administratives qui risquent de nous étouffer, nos Syndicats font bien tout ce qu'ils peuvent, mais il serait nécessaire que des médecins éminents appartenant à des corps constitués, dont les travaux, le grand nom et la valeur sont indiscutés, viennent joindre leur action individuelle à la leur. La République estime les savants, leurs observations seraient écoutées et nous verrions nos suggestions aboutir plus vite s'ils joignaient leurs autorité et poids à l'action de nos groupements nombreux et agissants dont l'anonymat reste malgré tout la grande faiblesse.

Dr Raphaël MASSART.

UNE NOUVELLE PREUVE DE LA CONCURRENCE FAITE PAR L'HOPITAL, ÉTABLISSEMENT PUBLIC, AUX MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES

Interdiction aux chirurgiens d'hôpitaux d'opérer en ville, dans une maison de santé

Un de nos confrères nous communique les modifications que la Commission administrative de l'hôpital des Sables-d'Olonne vient d'apporter à son règlement. Il insiste sur le deuxième alinéa de l'article 13, aux termes duquel le chirurgien doit s'engager à ne pas opérer dans un autre établissement de la localité et à faire tous ses efforts pour assurer la prospérité de l'hôpital, pour la partie commerciale et payante de celui-ci.

Voici le texte incriminé :

DÉPARTEMENT DE LA VENDÉE	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—	—
VILLE DES SABLES-D'OLONNES	
—	HÔPITAL-HOSPICE
Séance du 25 septembre 1935	
—	*Extrait du registre des délibérations de la Commission administrative.*
Objet Service médical hospitalier	
—	
Modification au Règlement	

L'an mil neuf cent trente-cinq et le mercredi vingt-cinq du mois de septembre, à quinze heures, la Commission administrative de l'hôpital-hospice des Sables-d'Olonne s'est réunie en séance extraordinaire à l'Hôtel de Ville sur la convocation de M. P. Lecomte, maire, président,

Etaient présents : MM. P. Lecomte, président ; E. Bataille, vice-président ; L. Herbert, ordonnateur; J. Friconneau, ordonnateur suppléant ; O. Durand, C. Machard et L. Rondeau, administrateurs.

Absents valablement excusés MM.

La séance ouverte M. le Président expose qu'il a été saisi, par plusieurs membres de la Commission administrative de l'hôpital-hospice, qui ont manifesté leur surprise de voir une clinique s'ouvrir en ville, sur les instigations de plusieurs médecins, auxquels les services de l'hôpital ont toujours été et sont encore ouverts tout grand jusqu'à ce jour, d'une demande de modification du règlement de l'hôpital-hospice, en ce qui concerne le service médico-chirurgical hospitalier. Qu'au surplus, certaines modifications paraissent utiles au bon fonctionnement des services.

La Commission administrative, ouï l'exposé de son président, après en avoir délibéré à la majorité des voix,

Décide d'apporter les modifications suivantes au règlement intérieur de l'hôpital-hospice :

Art. 13. — Le médecin-chef, l'aide-médecin, le chirurgien-chef et l'aide chirurgien sont recrutés par voie de concours et nommés par la Commission administrative. Ils ne peuvent être révoqués qu'avec l'approbation du Préfet.

Pour les concours en vue de nominations futures, tout postulant devra prendre l'engagement d'honneur de ne pas exercer habituellement, dans un autre établissement de la localité et devra s'employer à la prospérité de l'hôpital.

Dans le cas où le candidat désigné n'aurait pas un an de résidence aux Sables, il ne serait nommé que temporairement, sa nomination ne devenant définitive qu'après un an et un jour.

Le jury des concours comprendra :

Le Directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, président, assisté de deux chefs de clinique ou de chirurgie.

Un membre de la Commission administrative,

Un membre du Syndicat des médecins de la Vendée.

Au cas où aucun candidat ne se présenterait, la Commission administrative serait appelée à en connaître et à prendre la décision que la situation comporterait.

La limite d'âge sera uniformément fixée à 65 ans, tant pour les médecins que pour les chirurgiens. Toutefois, les titulaires actuellement en service resteront s'ils le désirent sous le régime de l'ancien règlement, quant à la limite d'âge.

La Commission administrative pourra leur conférer l'honorariat, en raison de leurs services.

M. P. Lecomte, président déclare s'abstenir, M. E. Bataille, vice-président, déclare voter contre, les cinq autres membres votent pour.

Art. 14. — Le paragraphe IV de l'art. 14 du règlement est remplacé par la disposition suivante :

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital doivent se prêter assistance, chaque fois que l'un d'eux le demande, aussi bien pour les malades en salle commune, que pour ceux en chambres particulières.

Tous les membres de la Commission administrative ont voté pour cette modification, sauf M. E. Bataille, qui a déclaré voter contre.

Les décisions prises par la délibération administrative en date du 6 mars 1931 sont rapportées et remplacées ainsi qu'il suit :

Le médecin-chef et le chirurgien-chef, nommés régulièrement sont seuls maîtres dans leurs services,

tant dans les chambres particulières que dans les salles communes.

En conséquence, l'art. 19 *bis*, ajouté par la dite délibération est abrogé.

Tous les membres de la Commission administrative ont voté pour cette modification, sauf M. E. Bataille, qui a déclaré voter contre.

Et ont, les membres présents, signé après lecture ;

Le Maire, président
de la Commission administrative,
Signé : P. Lecomte.

Vu et approuvé
La Roche-sur-Yon, le 8 octobre 1935.
Pour le Préfet,
Le secrétaire général délégué,
Signé : Fourquie.

Pour copie certifiée conforme :
Le Maire, président
de la Commission administrative,
P. Lecomte.

Discussion

Si nous nous reportons aux textes législatifs et règlementaires, sur les hospices et hôpitaux, nous constatons qu'en principe la Commission administrative a le droit de nommer ses médecins et chirurgiens, comme bon lui semble et d'inscrire, dans le programme du concours de nomination ce qui lui plaît.

Une Circulaire ministérielle du 31 mars 1926, qui publie et commente le règlement modèle des hospices et hôpitaux, délibéré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, ne peut qu'émettre le vœu suivant, dans une note sous l'article 11 : « La Commission administrative peut « instituer et il est désirable qu'elle institue un « concours préalable à la nomination des méde- « cins et chirurgiens titulaires ou adjoints et à « la nomination des pharmaciens. »

Disons de suite que ce règlement modèle, ainsi que la Circulaire ministérielle ne sauraient modifier l'absolutisme du droit que les Commissions administratives tiennent de la loi, pour la nomination de leur personnel médical.

Le Préfet est tenu, en sa qualité de fonctionnaire, d'obéir à son ministre, mais la Commission peut passer outre. Si le Préfet n'accorde pas son approbation, un conflit naîtra et traînera durant des années.

Il en résulte que la Commission administrative de l'hôpital des Sables-d'Olonne est en droit strict d'inscrire, dans la modification de son règlement, qu'elle interdit aux futurs médecins et chirurgiens qu'elle instituera et nommera, la possibilité d'opérer, ou de soigner des malades dans des établissements privés, sous prétexte que lesdits établissements font concurrence aux services payants de l'hôpital.

Le Préfet dûment alerté par le Syndicat médical, aurait pu refuser son approbation à la modification du règlement. Le conflit aurait été soumis au ministre de la Santé publique et porté, par ce dernier, à la connaissance de la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique, composé en majeure partie de membres ou vice-présidents des Commissions administratives des plus grands hôpitaux de France.

Analysons maintenant ladite décision des Sables, au point de vue pratique.

L'hôpital ne cache nullement son but : bien qu'établissement public, il a institué des chambres et salles payantes, qui doivent faire concurrence aux maisons de santé et cliniques privées des Sables et des environs. C'est pour briser cette concurrence et favoriser l'admission des malades payants à l'hôpital, que la Commission administrative entend obliger son Corps médical à n'opérer qu'à l'hôpital et nullement en ville ou en maison de santé privée.

A l'encontre de cette interdiction, nous pouvons objecter que, parce qu'il est établissement public, l'hôpital ne peut pas faire acte de commerce, ni concurrencer les maisons de santé privées. Malheureusement, les décrets-lois des 5 novembre et 28 décembre 1926, ainsi que du 31 octobre 1935 laissant aux communes, comme aux établissements publics le droit d'organiser des services commerciaux, lorsqu'il y a carence ou déficience de l'initiative privée.

Il est donc très facile de prétendre que, dans une localité, il n'existe pas suffisamment de lits pour l'hospitalisation payante des personnes de condition modeste : d'où l'obligation, pour l'hôpital, de créer des salles et chambres payantes.

Pour défendre les légitimes intérêts des médecins et des chirurgiens, on peut s'appuyer sur le règlement modèle du 31 mars 1926, qui, par son article 28, déclare nettement que l'hôpital doit être en principe réservé aux seuls nécessiteux. On peut également espérer que la Chambre des Députés abordera un jour prochain la discussion de la proposition de loi de M. Raoul Brandon, replaçant les hôpitaux dans leur cadre légal : celui de l'hospitalisation des seuls malades privés de ressources, ou de condition très modeste.

Mais, en attendant les jours très lointains, où ces discussions parlementaires auront pu aboutir, je préfère situer dès maintenant, la position juridique de l'hôpital, faisant fonction de maison de santé payante. Par un projet, que j'ai publié dans le *Concours Médical* (1935, 2591), je voulais attirer l'attention non seulement de mes confrères, mais des Pouvoirs publics sur l'anomalie juridique, qui acquiert force et vigueur, à cause de nombreuses situations de fait.

Dans beaucoup de localités, l'hôpital se transforme progressivement en maison de santé payante, ouverte à toutes les bourses et devant,

dans un avenir plus ou moins éloigné, faire disparaître les cliniques privées, celles-ci ne pouvant lutter contre l'établissement public.

Ce dernier ne paye pas d'impôts ; il bénéficie des revenus du fonds de dotation de l'hôpital, provenant de dons, legs et fondations charitables ; il n'a pas de loyer à payer pour l'argent qui a servi pour ces constructions payantes, ou pour la transformation de salles ouvertes à tous ; il reçoit des subventions de l'Etat, ou du département ; il peut obtenir des subsides importants dans la répartition des fonds du Pari mutuel.

Dans un avenir très rapproché, l'uniprix de la médecine aura institué en France un service de médecine socialisée. C'est tellement vrai que, pour supprimer toute concurrence, l'hôpital des Sables-d'Olonnes entend interdire à ses chirurgiens d'opérer dans la maison de santé privée, concurrente de l'établissement public.

Que peut-on faire ?

La Commission hospitalière, instituée dans le sein de la Confédération des Syndicats médicaux étudie actuellement cette question de l'hospitalisation des malades aisés.

Du bon travail a déjà été accompli et nous osons espérer que des délibérations de cette Commission sortira un texte devant modifier la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux.

Mais, je crois que le temps presse, parce que chaque jour, les hôpitaux fortifient leurs positions, en ce qui concerne l'hospitalisation des payants. Chaque jour se créent de nouvelles salles, ou chambres à l'usage des malades qui ne sont pas privés de ressources. Chaque jour, l'uniprix de la médecine sollicite la clientèle, qui apprend à connaître et à apprécier le chemin de l'hôpital, où l'on est reçu, opéré et soigné pour des prix défiant toute concurrence.

A mon avis, toutes les méthodes de lutte sont bonnes, pour venir au secours des maisons de santé privées. Au projet Brandon, annexons un autre, ou plusieurs autres projets, ne serait-ce que pour attirer l'opinion du Parlement sur l'incohérence juridique où se trouve actuellement l'hôpital, établissement public, faisant cependant acte de commerce.

La tâche est ardue, difficile et longue. Ne désespérons pas, à moins que le Corps médical ne veuille changer de tactique et, envisageant l'exercice de la profession sous un jour nouveau, il accepte que l'hôpital de demain recrute un corps médical, payé au mois, mais ne pouvant exercer qu'à l'hôpital, se consacrant au service des malades indigents comme à celui des payants et ne se trouvant plus entravé, par les soucis de la clientèle, pour l'enseignement des étudiants, qui, à des titres divers suivent les services des hôpitaux.

Au Corps médical organisé de décider.

Paul Boudin.

CRÉATION DE DISPENSAIRES PAR DES MÉDECINS OU DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous avons reçu la lettre suivante :

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je lis dans le numéro du 10 mars votre réponse concernant l'organisation d'un dispensaire par des médecins et chirurgiens-dentistes. Certains points de votre réponse m'étonnent, soit parce que je les comprends mal, soit parce que j'avais des idées erronées sur ce sujet.

Vous écrivez ceci :

« ...... Votre société civile aura donc pour but d'étendre l'exercice de votre profession à une catégorie de malades, et parce que ces derniers sont des gens privés de ressources ou de condition très modeste, vous ne tirerez pas de bénéfices des soins qui leur seront donnés.

« Il faudra nettement indiquer dans vos statuts que le but de cette association entre confrères est de venir en aide aux déshérités de la vie en leur prodiguant des soins à bas prix. De cette manière, vous éviterez les impôts et taxes commerciales du moment où vous serez une œuvre de bienfaisance ».

Tout cela est-il nécessaire ? Si l'établissement en question ne vend rien, ne reçoit pas de pensionnaires, et se borne aux soins médicaux et dentaires, ne doit-il pas échapper aux impôts et taxes commerciales, quel que soit le genre de sa clientèle et même si, faisant des bridges et couronnes (qui ne sont pas des articles commerciaux), il n'a aucun caractère d'œuvre de bienfaisance ?

D'autre part, au point de vue de la patente, s'il y a rémunération, il y a patente. Mais le moyen le plus simple d'en payer le moins possible ne serait-il pas que l'un des confrères fit seul figure de propriétaire et que les autres, au point de vue fiscal, soient présentés comme ses opérateurs salariés ?

Je m'excuse de vous déranger par les petites difficultés que je découvre là où il n'y en a sans doute aucune, mais je voudrais bien, pour mon instruction, et pour régler ma conduite sans risquer quelque tuile, être fixé dans un sens ou dans l'autre sur les points que je vous signale.

Dr X.

Réponse

Je regrette que mon correspondant n'ait pas cru devoir donner son nom ni son adresse, et se cache sous le voile de l'anonymat. Néanmoins, je lui réponds par la voie du *Concours*.

Il est évident que la consultation juridique à laquelle il fait allusion n'a pu être donnée qu'en termes très généraux, me réservant de donner aux confrères qui les désireraient des précisions, en égard aux questions locales ou confraternelles particulières.

Tout d'abord j'estime très intéressante la question qui m'avait été primitivement posée, parce que j'y voyais la possibilité pour un groupe de confrères de faire enfin la concurrence aux nombreux dispensaires publics ou privés qui surgissent un peu de partout sous la forme d'« Uniprix » de la médecine. Ces dispensaires multiples, le Corps médical les a laissés se développer, alors qu'il eût dû les organiser lui-même. Ils font aujourd'hui une concurrence terrible aux praticiens, en admettant, non seulement des malades pauvres ou besogneux, mais des clients aisés et même riches.

Les confrères qui m'ont consulté voulaient organiser un dispensaire pour personnes pauvres ou de condition modeste. Je leur ai donné, dans les grandes lignes, la possibilité d'échapper le plus possible aux impôts qui frappent aussi bien les sociétés commerciales que les sociétés civiles ou même les associations entre confrères.

C'est pour cela que, du moment où l'on précisait que le dispensaire serait ouvert seulement aux personnes pauvres ou privées de ressources, je conseillais de donner à cet établissement l'aspect d'une institution de bienfaisance pour que, en vertu de la jurisprudence du Conseil d'Etat, ledit établissement soit dispensé de taxes et d'impôts.

Mais si des confrères veulent également donner dans un dispensaire des soins à des malades payants, aisés ou fortunés, c'est leur droit le plus absolu.

Si les capitaux sont fournis par des tierces personnes qui assureront la partie matérielle de l'affaire, cette dernière peut être créée sous une forme commerciale, notamment sous forme de société à responsabilité limitée.

En effet, d'après la jurisprudence du Conseil d'État, doit être considéré comme commerçant le propriétaire non-diplômé d'un cabinet dentaire, qui, faisant exploiter ce dernier par un dentiste diplômé, tire cependant profit du travail d'autrui.

Si, au contraire, la société ne comprend que des médecins, elle pourra revêtir le caractère purement professionnel. Elle ne sera pas société commerciale, mais si cette association n'est pas déclarée, chaque médecin devra payer une patente sur la partie des locaux qu'il occupe. Si l'association est déclarée, elle peut, comme personne morale, payer une patente entière au nom d'un de ses associés ; les autres associés auront à payer dans l'ensemble une demi-patente supplémentaire, chacun intervenant personnellement pour une part dans cette demi-patente.

On peut également admettre que le praticien peut être le salarié du propriétaire de la clinique ; il devra alors, non pas payer une patente, mais acquitter l'impôt sous la cédule des traitements et salaires.

Somme toute, je réponds à mon correspondant anonyme en lui disant que, d'une manière générale, j'applaudis des deux mains à l'initiative confraternelle ou syndicale destinée à lutter contre les dispensaires de tous ordres par la création de dispensaires syndicaux.

Je donne des directives d'ordre général, restant à la disposition des lecteurs du *Concours Médical*, pour leur envoyer, par lettre particulière, toutes les précisions dont ils pourraient avoir besoin pour créer localement des organisations qui, à mes yeux, doivent être l'apanage du Corps médical et non pas un moyen d'asservissement de celui-ci par des collectivités publiques ou privées.

Dr Paul BOUDIN.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

VINGT-HUITIÈME LETTRE

Les mal-lotis

(modèle 1936)

Par le Docteur CAMESCASSE

Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines

Medicus sum; humani nihil a me alienum puto

Autrement dit : Médecin, mon frère, que tu le veuilles ou non, tu seras en ton village un véritable TOUCHE-A-TOUT.

Or voici, en 1936, que nos villages sont menacés de voir recommencer l'histoire des MAL-LOTIS.

Il y a cinq ou six ans, pas plus, qu'on découvrit ces taudis collectifs — éparpillés en surface ; — ils étaient nés des lotissements *non surveillés.*

Des spéculateurs, —spéculateurs sur la misère, — avaient organisé ces agglomérations de gens auxquels tout devait bientôt manquer : tout, y compris un *chemin praticable* pour accéder à leur logis.

Ces spéculateurs avaient même réalisé l'*égalité par en-bas.* Que le logis fut construit de boîtes à sardines et couvert d'une bâche, jadis imperméable ; qu'il fut de planches mal jointes, tout autour, et de tôle ondulée par dessus ; qu'il fut une petite maison réellement maçonnée abritée de belles tuiles rouges... peu importait.

Il ne suffisait pas de patauger dans la boue et de franchir des tas d'immondices pour rentrer chez soi. Il fallait encore, cet abri rejoint, s'apercevoir que l'eau potable manquait; que, encore plus, manquaient les moyens d'évacuer les eaux usées ; que les W. C. devaient être de ces feuillées qu'on creuse chaque matin en bouchant le trou de la veille ; que l'eau des gouttières, et toutes les eaux météorologiques ne savaient par où s'écouler ; que le facteur le plus complaisant ne pouvait vraiment pas retenir votre adresse ; que ... mais je dois ici m'arrêter pour être sorti, avec ce facteur, du domaine de l'hygiène.

Et les MAL-LOTIS de se plaindre : au maire, au préfet qui n'en pouvaient mais — au ministre, lequel ?... à la longue ils ont obtenus une loi (Sarraut) et des lourdes subventions, pour quoi nous contribuons indistinctement.

On a élargi leurs chemins, mis en état de viabilité ; on a éclairé ces chemins et par ainsi permis que fussent dotés de la lumière les maisonnettes, belles, moins belles et jusqu'aux déplorables.

On a amené de l'eau, potabilisée à l'eau de Javel.

Des fossés entraînent, mal trop souvent, l'eau des pluies et celle des neiges à l'occasion, bien rarement celles usées.

Les W. C. ? non, vous exagérez ... au village voisin chacun fait ce qu'il peut.

Mais enfin le boulanger, quand cela en vaut la peine, passe devant votre porte ; le Bon Marché livre à domicile le baton de rouge de Madame (ça plait à Monsieur) ; le facteur sait votre adresse et l'indique au médecin, ayant, ce facteur, cette autre supériorité sur ce médecin, qu'il est sûr d'être salarié fin-courant.

A l'appui de la loi vint un règlement d'administration publique qui transposa, — pour les *futurs* lotissements — toutes ces charges sur le dos des lotisseurs, ou bien, par leurs soins, sur le dos des Syndicats *ad hoc* avec adhésions obligatoire des sus-dits mal lotis... *adhésion* dont l'obligation est inscrite dans l'acte de vente et dont le lotisseur demeure plus ou moins responsable.

Tout cela coûtait très cher ; la bonne affaire de jadis, *bonne* pour les lotisseurs devint d'un médiocre rendement... les candidatures au titre de *moins mal-lotis obligatoirement syndiqué* se firent de plus en plus rares.

Il ne restait plus qu'à trouver le moyen de tourner la loi et son fieu ; je veux dire « le Règlement d'administration publique » qui juge les LOTISSEMENTS.

C'est de ce MOYEN dont je veux vous entretenir.

Le premier souci des promoteurs d'une telle entreprise c'est de choisir un nom adéquat. Leurrer le client grâce à une belle enseigne n'eut pas été trop difficile puisque la langue spéciale aux œuvres sociales fournissait « CITÉ JARDIN ». Mais il se trouvait justement que des lotissements d'antan, revus et corrigés aux frais de la Princesse (voyez Budgets...), venaient d'être tant et si bien améliorés qu'ils avaient mérité ce titre ... étant devenus, maisonnettes comprises, de véritables, et parfois gracieuses, Cités Jardins... l'Administration tutélaire s'en faisait gloire... avec raison.

Alors on a découvert, dans le Petit Larousse illustré, le vocable MORCELLEMENT. Ce mot modeste convenait aux modestes prétentions qu'on affichait.

« Mettre à la disposition des moins fortunés un bout « de terrain : deux cent cinquante mètres carrés ! Juste « de quoi utiliser les heures de loisir à faire pousser trois « choux et quatre laitues avec un beau soleil (Tourne- « sol) au milieu.

Un *vague chemin* pour approcher ; un puits quelconque pour fournir l'*eau d'arrosage* et c'était tout.

DÉFENSE DE BATIR quoi que ce fut qui ressemblât à un logis.

Liberté entière, pour les preneurs, de s'entendre entr'eux pour entretenir les chemins et pour faire réparer la pompe commune... Syndicats *ad hoc* si vous voulez... si les preneurs veulent.

Mais l'Administration veillait, car tout arrive : même que l'Administration fasse quelque chose de bien.

Elle a, en l'espèce, envoyé un vrai fonctionnaire voir un *morcellement* par-ci ; par-là ce fut un pseudo-fonctionnaire comme moi, plus ou moins membre d'une Commission sanitaire, après quoi on nous mit face à face. (Je parle de ce qui s'est passé de mon côté).

Or, nous fûmes d'accord, l'éminent fonctionnaire compétent... et moi indigne, pour qualifier durement ces morcellements de — MOYEN DÉTOURNÉ POUR CRÉER UNE NOUVELLE CATÉGORIE DE MAL-LOTIS, en mettant les vendeurs à l'abri de toute réclamation pour le jour, plus ou moins éloigné, où les acquéreurs s'apercevront qu'ils ont été floués.

Voici, d'ailleurs, des détails sur la façon dont nous avons envisagé, — on dit maintenant *réalisé* — l'avenir des morcellements.

Un jeune ménage d'ouvriers, de ceux qu'une circonstance favorable met à l'abri du chômage (total), a été tenté par le goût du grand air. Il a acheté et payé comptant, deux morceaux accolés d'un vaste terrain sis... à deux ou trois lieues de son logis. Je dis bien douze kilomètres ! — 12 kilomètres ? mais ça n'est rien, n'a-t-on pas un side-car.

Si on pouvait bâtir seulement un abri... quatre mètres sur quatre mètres, avec une toiture en tôle ondulée, on partirait le samedi après-midi (semaine anglaise)... et en voilà pour jusqu'au dimanche soir... car le camping n'a pas été inventé pour les chiens.

Mais le seul abri toléré ne devra couvrir que trois mètres superficiels (1).

(1) *Commission départementale d'aménagement des villes et villages*, 24 octobre 1935.

Ce métrage — trois mètres carrés — est précisé par le dernier paragraphe du rapport concernant le décret-loi du 8 août 1935 sur les LOTISSEMENTS DE JARDINS.

Comme la racine carrée de trois (3) est assez difficile à calculer, le jeune papa adoptera la forme du rectangle : deux mètres sur un mètre cinquante. (Agissant ainsi il se conformera aux enseignements de l'Ecole des Beau-Arts qui proclament qu'un rectangle est infiniment moins laid qu'un carré).

Pratiquement, un jour grimaud, ce papa pourra y faire asseoir — à l'abri — sa petite femme à côté de la corbeille-berceau du petit (de la petite) actuellement en cours de fabrication.

S'il pleut à verse ? En se tassant un peu, on y tiendra tous les trois !

Autre affaire : on a apporté son *manger*, comme disent les bouchons d'alentour. C'est très facile ... pour un seul repas.

Mais *le boire* ? On a bien pu prendre un litre de vin chez le dernier bistro ; ça ne va pas loin quand on apprend à travailler la terre, besogne assoiffante ; il faudrait bien couper ce vin d'un peu d'eau.

Or, on n'a d'eau, que celle du puits d'arrosage justement qualifiée de non-*potable* ! (1)

(Voici que je constate une fois de plus, que je me suis, trop longuement complu dans mon rêve. J'en abrège donc la fin).

Le side-car est devenu une automobile (d'occasion). On a apporté une tente... du couchage... une lampe à alcool... et on arrive dès le samedi.

D'où trois repas, sinon quatre.

Les voisins ont fait comme vous.

A raison de trois personnes par jardin, de dix jardins par puits (2) l'eau, même sale, va faire défaut en quantité, d'où discussions sinon batailles autour du puits commun.

Mon rêve finit mal. C'est le moment de revenir aux dures réalités qui ne cadreront pas avec ce projet de réglement que nous avons dit.

Ici je dois mettre le lecteur en défiance — ou en confiance, — selon qu'il lui paraîtra. Le rédacteur de ces lignes est un rural qui a eu l'occasion d'utiliser, cinquante année durant, tous les moyens de transport par tous les chemins : ... de la sente qui se dirige vers la cabane du bûcheron jusqu'à la route nationale la mieux entretenue ... à pied, à cheval, dans un cabriolet, sur une bicyclette ! pour finir, affaissé sur des coussins moelleux, dans l'automobile que dirigeait un chauffeur professionnel.

(1) Des hygiénistes affirment bien que, un verre de vin versé dans un litre d'eau sale (bactériologiquement sale) assainit cette eau..... au bout de deux heures de contact..... Tout de même, de l'eau propre — potable — vaudrait mieux.

(2) Dans le morcellement que j'ai visité, les vendeurs avaient généreusement creusé *un* puits pour *quarante* lots... à arroser, compte non tenu des gens... à abreuver.

Minimum des exigences à imposer aux morcelleurs (alias lotisseurs à faux-nez).

SITE. Aucun terrain ne peut être découpé s'il ne présente des pentes (*une* suffit) telles que les *chemins* intérieurs à tracer puissent eux-mêmes bénéficier, selon leur grand axe (longueur), *d'une pente de trois centimètres* (environ) par mètre courant.

C'est là la condition essentielle qui préservera ces dessertes des méfaits des EAUX MÉTÉOROLOGIQUES. Au-dessous de cette dénivellation, apparaissent les flaques d'eau stagnante et la boue. Au-dessus, on voit naître de petits torrents qui érodent aussi bien le revêtement que la terre nue et qui imposeraient la construction de canivaux onéreux (1), conditions qui exclurait la convention initiale... terrains à bon marché.

CHEMINS. — D'abord le *chemin rural* communal qui va de la route vicinale (entretenue) à l'entrée du morcellement ; aussi, cette *sente communale* qui relie directement le même Morcellement au Bourg (vivres, épicerie, boissons... tabac).

L'arrêté d'autorisation doit imposer l'élargissement et l'empierrement de ces deux ruraux, aux frais du morcelleur, *avant* toute cession des lopins.

Ensuite, *les chemins intérieurs* qui desserviront directement ces lopins. Pas de trottoirs, pas de margelle... si on veut, mais il faut maintenir jalousement la CONDITION PENTE, énoncée et expliquée au paragraphe Site ci-avant.

La largeur doit être telle que, entre les deux bordures, deux voitures ordinaires (2) puissent se croiser... à petite allure.

Pratiquement, il sera difficile d'économiser les frais d'un profil transversal bombé... mais il ne faut peut-être pas exagérer, encore qu'il soit certain qu'un Morcellement, corsé de la Semaine anglaise, verra affluer les fournisseurs venant sur camionnette.

EAU. — Deux aspects :

Premièrement : même si le respect de la clause *non-œdificandi* pouvait être pratiquement réalisé, le camping ne permet pas d'espérer que le Morcellement ne sera pas HABITÉ. Cela n'est d'ailleurs pas désirable du tout... au nom de l'hygiène.

Donc, au nom de cette même hygiène, il faut de l'EAU POTABLE.

C'est dur, mais c'est comme cela : il faut de l'eau potable, fût-ce à titre onéreux (3).

(1) Il ne s'agit pas ici des grandes routes, bien entretenues encore qu'à grands frais. Mais, là où règne encore le Mac-Adam, l'optimum *trois centimètres par mètre* se vérifie facilement.

(2) La circulation, l'accès des grosses... des *larges* voitures peuvent être interdits sans difficulté.

(3) A cause du gaspillage, vraisemblable, au profit des jardins, il sera prudent de *faire payer* aux consommateurs cette eau potable.

Deuxièmement : qui dit Jardin, dit Arrosage. Ici, il faut BEAUCOUP d'eau.

Il faut prévoir que cette eau non-potable sera abondante et assez facilement accessible (1).

Ce serait tout pour le DOMAINE COMMUN, si ne saillait maintenant la question pécuniaire : pourvoir à l'*entretien* des puits (terme générique) à eau d'arrosage et des chemins.

Ici il ne faut pas permettre aux morceleurs de se décharger du souci de se conformer aux conditions qui ont été imposées fort sagement aux lotisseurs (avoués tels) : l'acte de vente devra comporter l'adhésion forcée de l'*acquéreur* au Syndicat préformé qui collectera les contributions individuelles ; l'existence de ce Syndicat et sa mise en route, — y compris la collecte de la contribution initiale, demeureront une obligation contractuelle dont le *vendeur* demeurera responsable.

J'oublie volontairement ce que pourra faire — désirera faire — le secteur pour l'éclairage et pour les autres merveilles à venir de l'ÉLECTRICITÉ.

Et maintenant, après voir fait montre d'exigences insupportables — parce qu'onéreuses — je vais scandaliser le lecteur, médecin donc hygiéniste, par deux solutions de facilité.

Les EAUX USÉES d'abord. Comme on ne peut pas arroser les choux directement avec l'eau savonneuse qui a servi à se laver les mains (et le reste) ; comme il n'y a pas d'égout pour le *tout à l'égout*, il ne reste qu'une ressource : *un trou* à l'air libre .... (pour la suite voir ci-après).

Après le sort des EAUX USÉES, il faut bien se préoccuper des W.-C.

La solution de ce problème épineux est beaucoup plus simple que ne pensent les théoriciens. Cette solution est matérialisée dans le village le plus proche du morcellement.

Que ce village compte 100 habitants ou qu'il en compte 1.000 ; qu'il soit doté ou non d'une distribution d'eau potable, — le LIEU DES COMMODITÉS n'est pas pourvu d'eau (water) et, pas davantage, il n'est clos (closet) même s'il est couvert.

Des statisticiens (quelle race !) pourraient peut-être vous dire dans combien de demeures *rurales* — sur cent — nos nécessités trouvent un abri... confortable.

Moi, je n'ai guère fréquenté, — dans ma zone *et ailleurs* — que deux mille établissements ... ruraux. Or, je compterais, sans les épuiser, sur mes dix doigts tous les W. C. que je connais, y compris ma baraque (2).

(1) Dans un projet, que j'ai vu, le puits, commun à quarante lopins, était situé dans un de ces lopins... disposition tout à fait insensée.

(2) Et encore, dans mon jardin, la solution, — la solubilisation dernière, — des Colloïdes, — n'est-elle pas parfaitement louable.

A quoi devront donc se résigner (pour la plupart, ils s'en fichent) les morcelés ?

LE TROU ! Le trou, qui sera commun aux détritus, aux eaux usées et à nos excréta.

Si le morcelé est sage, avant de quitter son lopin le dimanche soir, il couvrira la masse d'un voile de terre.

Puis, après quelques semaines d'usage de ce trou, il en étalera le contenu sur la plate-bande (jardin) qu'il va labourer ; il creusera, ensuite un nouveau trou, assez loin du premier, bouchant ce premier trou avec la terre du second ... etc.

Le mélange, crasse de savon, graisses de l'eau de vaisselle, matières fécales, débris végétaux et terre (ou sable), constituera un engrais utile (à petite dose, c'est-à-dire étalé sur une assez large surface).

Dans les intervalles, le sous-sol cultivé aura bu avec avidité les eaux apportées.

CONCLUSIONS

Etant donné qu'il est infiniment désirable que les travailleurs (il en est d'intellectuels) des villes puissent jouir de la campagne, même dans des conditions *ralativement* précaires, il faut et il suffit de limiter cette PRÉCARITÉ.

Ce sera donc méchanceté pure qu'interdire — au nom de l'hygiène théorique, — l'édification d'un abri *suffisant* sur une propriété rurale de 250 mètres carrés. Nous accorderons à cet abris 16 mètres carrés (quatre mètres sur quatre) dut l'esthétique du site en souffrir.

Nous ne demanderons ni égouts, ni W.-C. (ou simili), ni trottoirs, ni goudronnage des routes, ni... tout ce que j'ai dit ou qu'on pourrait imaginer.

Mais nous exigerons un TERRAIN EN PENTE et de l'EAU POTABLE.

Et cela quelle que soit la distance qu'aura à parcourir le LOTI entre son Domicile (1) (de travail) et sa Villégiature.

P. S. — Cette lettre a été écrite en avril 1936, soit dit pour expliquer les mots *Semaine anglaise* qui ne sont plus d'usage courant en juillet 1936.

EN BELGIQUE : LE SECRET PROFESSIONNEL DANS LES HOPITAUX

Une protestation du Collège des médecins belges contre une saisie judiciaire

Il y a quelques jours, un juge d'instruction attaché au Parquet de Bruxelles fit, à la suite d'une plainte, une descente à l'hôpital Brugmann dans un service dépendant de l'Université. Il pria le chef de service, lequel est professeur à l'Université, de lui donner un renseignement.

Le professeur se retranchant derrière le secret professionnel, refusa de fournir ce renseignement.

Le juge d'instruction fit alors saisie du fichier d'observations cliniques et en retira la fiche relative à la personne au sujet de laquelle il avait été chargé d'ouvrir une enquête.

Les médecins, estimant que cette fiche n'est pas une pièce comptable, ont considéré l'acte du juge d'instruction comme une violation directe du secret professionnel.

Il y a toutefois lieu de faire observer que la loi belge qui donne au juge d'instruction toute latitude pour opérer ses recherches, ne reconnaît pas formellement à ce sujet le secret professionnel.

Le Collège des médecins de l'Agglomération bruxelloise, saisi de l'incident par le chef de service, étudia cette affaire et rédiga la protestation ci-après :

« Le Comité directeur du Collège des médecins de l'Agglomération bruxelloise, dans sa séance du 8 mai 1936, ému de la saisie par la Justice à l'hôpital Brugmann de Bruxelles, d'une observation médicale ;

« Considérant que l'observation que rédige le médecin et qui lui est nécessaire pour l'établissement du diagnostic fait partie du secret professionnel que lui impose formellement la loi ;

« Considérant que cette saisie constitue une atteinte grave vis-à-vis du secret professionnel médical, dont le principe doit rester intangible dans un intérêt social et humanitaire ;

« Proteste à l'unanimité de ses membres et demande à M. le ministre de la Justice que des mesures soient prises d'urgence pour éviter le renouvellement de semblables faits. » (2)

(1) Cette affaire n'intéresse pas que les gens qui sont domiciliés dans les TAUDIS urbains. *Manquant d'air*, et d'espace, à peu près tous les *privilégiés* qui habitent ces casernes, — petits loyers, — dont la *grande* chambre ne peut pas loger un berceau côte à côte avec le lit des parents, ont besoin de s'aérer !

(2) *Bruxelles Médical*, 17 mai 1936.

L'ENSEIGNEMENT NÉCESSAIRE D'UNE CALLIGRAPHIE MÉDICALE

L'étude qu'on va lire n'est pas une improvisation sur un sujet banal. Elle est la synthèse, bien incomplète encore, d'une quantité d'observations et d'expériences recueillies dans le but de chercher s'il ne serait pas possible de doter les médecins d'une écriture rapide, lisible, automatique et aisée.

Les médecins, en général, écrivent mal et il en résulte des catastrophes. Il est inutile de trop développer ce sujet sur lequel les pharmaciens seraient intarissables : les conséquences d'une ordonnance illisible font frémir. Les certificats médicaux qui, sans être comme les ordonnances une question de vie ou de mort, ont bien aussi leur importance, et mon ami Boudin, appelé souvent à les consulter, se lamentait vivement à leur sujet, il n'y a pas longtemps : c'était cependant à un moment bien agréable où, assis côte à côte, nous savourions le dernier dîner du *Concours Médical*. Son indignation faillit troubler sa digestion.

Pourquoi les médecins écrivent-ils mal ? Parce qu'ils écrivent beaucoup, qu'ils n'aiment pas écrire, qu'ils sont toujours pressés, que leurs pensées vont plus vite que leurs mains (même chez les chirurgiens) et, surtout, parce qu'ils ne savent pas écrire !

Une chaire de calligraphie médicale à la Faculté de Médecine sauverait peut-être plus de malades que certaines chaires magistrales. Je vois très bien à ce poste un jeune agrégé de physiologie qui serait un peu neurologue, qui connaîtrait l'orthopédie, l'empirisme graphologique et serait tout de même artiste. Cela peut se trouver.

Il lui faudrait faire table rase des principes ancestraux que les professeurs d'écriture rabâchent aux enfants depuis des siècles. Ces principes paraissent, sur bien des points, contraires à l'écriture que nous ambitionnons pour les médecins. Ils recommandent la lenteur, l'application, les fioritures, les pleins, les déliés, l'inclinaison, toutes choses dont nous n'avons que faire car elles n'augmentent pas la lisibilité et causent du ralentissement et de la fatigue. Lenteur et fatigue sont les deux ennemis que le professeur de calligraphie doit combattre avant tout.

Il faut réfléchir à l'analogie qui existe entre l'acte de marcher et l'acte d'écrire. Celui-ci doit devenir aussi automatique que celui-là, car c'est l'automatisme qui nous sauvera.

Nous marchons sans y penser, en faisant des pas toujours réguliers et égaux : et nous sommes cependant pressés d'arriver à notre but ; mais si l'on reproduisait le graphique de notre marche pas à pas, on aurait un dessin aussi régulier qu'une ligne d'imprimerie. Les plus nerveux d'entre nous vont tout droit, sans faire des pas plus longs les uns que les autres, sans zigzags, sans bafouillage et sans escamotage.

Pourquoi la plume, qui suit sa voie de gauche à droite de notre papier, ne fait-elle pas, elle aussi, des petits pas réguliers, sans s'impatienter ! Il s'agit, en somme, de tracer dans le sens vertical des petits traits de quelques millimètres de hauteur qu'un petit mouvement horizontal relie les uns aux autres en les caractérisant. Les lettres qui dépassent ont tout au plus l'importance que présentent, pour la marche, les trottoirs à monter ou à descendre. Pourquoi le tracé de la plume n'est-il pas automatique, régulier et facile comme la marche ? Parce qu'on nous a appris à écrire en immobilisant le poignet et en bougeant les doigts.

Il est tellement vrai que les mouvements classiques des doigts, mouvements surtout destinés à faire des pleins et des déliés, sont une cause de fatigue qu'ils aboutissent à créer la crampe des écrivains. Et comment, psychiatre, combattez-vous cette névrose ? En conseillant aux malades d'écrire avec un porte-plume emmanché dans une grosse boule de bois que les doigts doivent empaumer : ils ne peuvent plus faire ainsi leurs incessants petits mouvements, qui devenaient des crispations et qui sont nuisibles à la fabrication des traits d'écriture.

Que dit le professeur classique à ce sujet ? La main doit se poser sur le papier solidement par l'intermédiaire du poignet et de l'auriculaire, de façon à laisser toute liberté de mouvements aux premiers doigts. Résultats : d'abord vous ne faites pas des traits droits, mais courbes, c'est-à-dire des fragments de circonférence ayant comme rayon la distance qui sépare votre plume de l'appui de l'auriculaire. L'ensemble constitue un petit compas. Ensuite quelle fatigue de changer tous les deux ou trois centimètres le « solide appui » du poignet bien obligé de suivre la ligne, mais la suivant par saccades.

Avez-vous vu écrire au pinceau d'agiles petits Japonais ? Leur pinceau fait de jolis traits aussi fins que nos plumes : essayez d'écrire au pinceau, vous ferez d'horribles empâtements. Mais le petit Japonais n'appuie pas son poignet sur son papier ; il écrit ou plutôt il dessine à main levée ce qui lui permet tout le long de sa ligne d'appuyer son instrument avec une pression constante. Tandis que vos doigts lourdement appuyés sur la plume lui donnent d'incessants changements de pression, ce qui les fatigue.

La conclusion, c'est qu'il faut écrire — que vont dire les calligraphes ? — — ni avec les doigts, ni avec le poignet ou le coude, mais avec l'épaule. Si nous apprenons à écrire avec notre muscle deltoïde, nous serons sauvés. Le deltoïde est un instrument aussi merveilleux que polyvalent.

Posez légèrement votre avant-bras sur une table, depuis le bord cubital du petit doigt jusqu'au bord cubital de l'olécrâne, et actionnez votre deltoïde, vous verrez quels mouvements subtils vous pourrez imposer à votre main, sans fatigue. Votre main sortira et rentrera dans votre manche par des petits déplacements axiaux dont la longueur, à volonté, peut aller du millimètre au centimètre. Les déplacements extrêmement complexes de la main seront absorbés par la laxité naturelle du tégument cutané de la face interne et postérieure de l'avant-bras, à quelques centimètres en avant du coude. Là, se trouve l'appui nécessaire, suffisant et suprêmement élastique de l'acte d'écrire.

Grâce à cet appui, vos doigts tiendront votre stylo, sans le serrer, le bord cubital de la main effleurera le papier sans appuyer, les articulations n'auront que des mouvements minimes et passifs qui n'occasionneront ni fatigue, ni spasmes. Ils auront aussi une assurance, un élan qui imposeront aux traits tracés la netteté recherchée.

La maxime publicitaire bien connue dit : puisque vous savez écrire, vous pouvez dessiner. C'est l'inverse qui est vrai. L'écriture est un dessin et celui qui dessine doit pouvoir écrire d'une façon lisible. Or, il faut mettre en principe que tout le monde peut dessiner en donnant à ce verbe une certaine modestie ; il ne s'agit pas d'art, il ne s'agit pas de pouvoir établir la ressemblance d'une figure ou d'un paysage. Les peintres qui chantent en peignant des lettres sur les magasins dont ils rafraîchissent les façades ne sont pas forcément des artistes ; il est cependant très instructif, pour notre cause, de les regarder travailler. Ils tracent des traits impeccables, la main haute à peine appuyée sur l'extrémité du petit doigt allongé. C'est le deltoïde qui marche.

Le vrai peintre qui, à grands traits assurés, établit son esquisse travaille aussi à main levée. La grande différence du travail des doigts et du travail du deltoïde peut être facilement mise en évidence expérimentalement : le plus simple de tous les dessins est la ligne droite. Essayez d'en tracer une sur votre papier en rejoignant deux points distants de dix centimètres. Si vous travaillez, comme votre maître d'écriture vous la enseigné, vous ferez des quantités de petits traits successifs par des petits mouvements des doigts et en déplaçant votre main par saccades. Votre ligne aura un aspect hésitant et hachuré : vos petits traits seront, non des lignes droites, mais des courbes dont le rayon aboutira à vos successifs points d'appui. Tracez au contraire votre ligne droite avec le deltoïde, le bord cubital de la main appuyant sur le papier ou la table juste assez pour garder le contact tout en glissant sans pression sur lui, d'un élan vous allez d'un point à l'autre par une ligne unie, partout égale d'épaisseur, sans bavures : si vous êtes maladroit, elle sera peut-être serpentine, peut-être même aurez-vous manqué le second point, mais votre maladresse n'a rien à voir avec le principe ! tout le monde ne peut pas être Léonard de Vinci.

Ces exemples ont pour but de montrer l'action du deltoïde qui vous permet de mobiliser l'appareil scripteur constitué, comme un pantographe, par les différents segments du membre supérieur droit, et de tracer, sans fatigue, les petits traits verticaux de l'écriture. Ceux-ci doivent être reliés horizontalement pour constituer les lettres ; en plus du deltoïde, un groupe musculaire contribue à assurer cette fonction : c'est le groupe des épicondyliens qui forment la masse charnue antéro-externe de l'avant-bras. Cette masse dans la position que nous avons décrite (avant-bras reposant sur la table par son bord cubital) se trouve tout à fait libre de fibriller. Il lui suffit de peu d'efforts pour faire les O, les U, les M et les N à condition que les doigts tenant le stylo soient bien passifs. Mais son rôle est accessoire.

Il est facile, en appuyant la main gauche sur le deltoïde droit pendant l'acte d'écrire, de constater les multiples contractions musculaires qui vont se répercuter au bout des doigts immobilisés sur la plume. Les fibres musculaires entourent la tête humérale qui roule dans tous les sens et donnent ainsi une gamme infinie de mouvements : le squelette du bras avec ses articulations constitue un long levier coudé d'une souplesse extrême, mais qui donne aux mouvements une fermeté facile à vérifier. Le vieux rentier, incapable de tracer une ligne droite sur un papier, fait de magnifiques traits fermes avec le bout de sa canne sur le sable du Luxembourg, quand il rêve assis sur un banc. Cette fermeté qui donne de l'agrément et de la lisibilité à l'écriture ne peut être obtenue sans fatigue par les mouvements séparés des doigts car ces mouvements ont pour intermédiaires de longs tendons fragiles et des muscles minces, guettés par les crampes.

Toutes les explications données jusqu'ici sont un peu compliquées ; mais elles vont s'éclaircir par l'analyse. Vous voilà prêt à écrire bien d'aplomb devant votre table. Votre main droite se trouve juste devant vous dans l'axe du corps, c'est-à-dire que l'avant-bras fait avec le bord de la table un angle de 45°. Du bras gauche,

faites ce que vous voulez : vous pouvez appuyer le poids de votre corps sur votre coude, étayer votre joue sur la main, mais, le mieux, ce sera d'utiliser cette main à maintenir ou à mobiliser votre papier.

Au moment d'écrire suivant la méthode deltoïdienne, il y a deux points à examiner encore. Ils sont d'importance : l'instrument et l'écriture proprement dite. Si nos explications ont été suffisantes, on se rappellera que l'instrument — plume, crayon — doit parcourir son chemin de gauche à droite du papier en l'effleurant, également, sans jamais appuyer : le crayon doit donc être plutôt mou et la plume tout à fait douce.

La vieille plume d'oie de nos grands-pères répondait à cet idéal ; les plumes d'acier, pas du tout. C'est un instrument félin qui ne marche qu'en griffant le papier. Les plumes d'or des instruments à réservoirs, improprement appelés stylographes, peuvent, à volonté, avoir la douceur de la plume d'oie et corrigent les défauts de celle-ci : 1° par leur pérennité (jamais besoin de les tailler) · 2° et par leur réservoir (jamais d'encre à prendre). Nous voulons écrire vite, le réservoir nous gagne le temps perdu par nos ancêtres astreints à d'incessantes allées et venues du papier à l'encrier. Quel travail, toutes les deux ou trois lignes, de quitter la position bien établie du coude à la table, de soulever tout le membre, d'aller à 20 ou 25 centimètres de là explorer un encrier boueux et revenir se mettre au port d'arme ! Cela représente au bout d'une page écrite un nombre de kilogrammètres qu'on ne peut imaginer, mais facile à calculer.

Mieux encore que la plume d'or, je crois que le vrai stylographe remplit les conditions que nous cherchons. Il existe depuis bien longtemps, a même précédé la plume d'or, mais n'a pas connu une heureuse fortune au début. On sait qu'en principe, il est constitué par une pointe métallique en forme de crayon ou de stylo de graveur. Cette pointe est creusée suivant son axe et, dans le petit canal qui en résulte, joue un fil métallique très fin qui doit assurer un écoulement continu à l'encre. Pour que cet écoulement fonctionne, il faut que le fil, dont l'extrémité dépasse légèrement celle de la pointe, soit sans cesse en mouvement. Pour assurer ce va et vient on a longtemps utilisé un tout petit ressort ; celui-ci s'encrassait vite, et voilà l'outil inutilisable.

On trouve maintenant des stylos où le ressort décevant est remplacé par une petite masse pesante. Chaque fois que l'instrument abandonne le papier entre deux mots, la pesanteur fait dépasser la pointe grâce au contre-poids et l'orifice est à nouveau humecté. Pas de panne à redouter : l'outil court sur le papier, traçant facilement sa ligne régulière par un contact léger et toujours égal.

Qu'on ait choisi une plume ou un stylo, il importe d'avoir une préhension aussi peu fatigante que possible. Bon nombre de personnes, dans ce but, maintiennent leur instrument entre l'index et le médius. On a ainsi une écriture ronde aisée, mais le problème n'est pas résolu car ce sont encore les doigts qui agissent par petits à-coups. La position classique, la plume reposant sur le bord radial de l'index en haut et maintenue en bas par la réunion du pouce et des deux premiers doigts est encore la meilleure, pourvu que l'ensemble fasse un tout sans mouvements actifs. Le porte-plume doit être tenu aussi délicatement que la tige d'une fleur, pas serré du tout, juste ce qu'il faut pour que l'extrémité écrivante glisse sur le papier lisse avec l'ensemble solidaire de la main. Il n'y aura ainsi pas de fatigue possible, car le deltoïde, seul organe actif, est infatigable, les muscles commandant les doigts, n'ayant qu'un rôle de tonicité, n'auront pas à fibriller et ne devront connaître ni lassitude, ni crispation.

Comment la main, tenant le stylo comme une fleur, va-t-elle se poser sur le papier ? Elle a droit à une certaine fantaisie elle peut osciller autour de l'axe du poignet ou bien se coucher sur le bord cubital ou au contraire se relever à gauche vers son bord radial. Il ne faut pas exagérer cette dernière attitude qui renverse l'écriture et peut fatiguer les muscles supinateurs. Cette position n'est pas entièrement passive ce qui est contraire à la méthode qui exige l'abandon tonique de tous les muscles, sauf du deltoïde et des épicondyliens. L'inclinaison sur le bord cubital donne une écriture extrêmement arrondie, ce qui ralentit un peu l'allure, diminue la lisibilité parce que les petits jambages s'arrondissent tous en bas. Il devient difficile de différencier les i, les u, les n, les m. : il n'y a plus que des u.

En conclusion, pour poser la main, entre l'extrême redressement vers le pouce ou le nonchalant repos sur le bord cubital, il y a une position intermédiaire qui doit être adoptée : dans le milieu réside la vertu.

Quand nous aurons bien spécifié qu'il ne faut écrire que sur du papier lisse et éviter tout ce matériel granité ou grenu y compris l'économique papier à machine et le luxueux papier chiffré, il ne nous restera plus qu'à parler de l'écriture elle-même. Nous pourrons maintenant l'exécuter sans fatigue en laissant aller tout seul notre stylo sur le papier glacé qu'il va effleurer d'un petit pas égal, tranquille, quoique rapide.

On pourrait croire qu'en suivant tous les principes émis jusqu'ici, on va aboutir à une écriture aussi uniforme que lisible. Ce serait peut-être possible dans les pays disciplinés qui acceptent le marteau, le faisceau, la faucille et la croix gam-

mée (1). Mais il est impossible d'enlever leur individualisme aux Français et surtout aux médecins qui, même syndiqués, restent les plus individualistes des hommes. Ils sauront garder une écriture caractéristique, même s'ils veulent bien suivre nos recommandations d'ordre général. La principale de celles-ci, c'est que le stylo doit, par le chemin le plus court, courir à droite vers le bord droit du papier en ne retournant en arrière que juste ce qu'il faut pour former les lettres. Et là nous nous rencontrons avec l'empirisme graphologique : lisez les manuels de cette science (?) et vous verrez que tous les signes péjoratifs sont des retours inutiles en arrière. Ce sont, en tout cas, des pertes de temps. Il faut, en second lieu, toujours pour ne pas perdre de temps, éviter tout trait inutile. La lettre isolée ne doit comporter que le tracé minimum qui lui donne sa signification. Pourquoi redoubler les boucles des o et des a pour les relier au jambage suivant ? Les jambages des grandes lettres B, D, F, L, etc., doivent être réduits au minimum nécessité par la lisibilité. Il faut, évidemment revenir un peu en arrière pour mettre les points sur les i, les barres des t et les accents ; mais ce manquement à la règle de courir à droite doit être aussi réduit que possible, notamment pour les barres des t. Un petit conflit entre la lisibilité et la rapidité mérite une mention. L'écriture la plus lisible est évidemment celle qui sépare toutes les lettres (comme dans l'imprimerie) mais elle est en même temps la moins rapide puisqu'elle multiplie le nombre des petits mouvements qui font quitter le papier par le stylo. On écrit évidemment beaucoup plus vite en ne levant jamais la plume, c'est l'origine de l'écriture dite cursive. Il y a même des gens qui ne séparent pas les mots par économie de temps, ils exagèrent. Au contraire on peut, sans perte de temps réelle, écrire en lettres séparées les mots dont la lisibilité est particulièrement importante. Cela permettra, comme dans un cas connu, au *pharmacien, ne pas confondele sulfate* de strychnine et le sulfate de quinine.

C'est dans la confection des majuscules que l'individualité se manifestera. Inutile de proclamer que la lisibilité exige les majuscules : le malaise causé au lecteur par certains imprimés artistiques d'avant-garde, supprimant les grandes lettres, en apporte la preuve. Beaucoup de majuscules peuvent reproduire en grand la minuscule correspondante : c. g. l. k. m. n. o. q. s. u. v. par exemple. Il y a intérêt de lisibilité à remplacer les autres par la lettre imprimée bâton, A. B. D. P. R., etc., à laquelle, du reste la graphologie attribue une signification flatteuse : tempérament artistique. Il faut bien spécifier *lettre-bâton* : les majuscules imprimées avec ornements : B au lieu de B ; A au lieu de A, comportent des traits superflus qui n'ont aucun intérêt de lisibilité et sont causes de retard.

Cette écriture sobre, avec jambages automatiquement espacés, avec beaucoup d'air entre les mots constitue un ensemble, non seulement très lisible, mais plaisant à l'œil. Lorsque vous arriverez au bas de votre page et que l'ensemble vous paraîtra agréable, vous commencerez à aimer écrire pour l'acte lui-même, comme nous aimons marcher pour marcher quand il fait beau et que les passantes sont jolies.

Nous n'avons pas encore dit que l'écriture devait être droite, car nous voulions réserver pour la fin ce principe de première importance. Il découle de la façon dont l'avant-bras mobilisé suivant son axe, à chaque jambage, par l'action deltoïdienne, doit actionner la main. Celle-ci dessine des va-et-vient incessants dans le même axe qui doit également être celui de la feuille de papier. Les avantages de la lisibilité de l'écriture droite sautent aux yeux. Les imprimeurs, qui sont des malins, l'ont bien compris. Une bonne preuve, c'est l'ennui que causent les textes trop longs imprimés en italique.

Le présent travail, qui est modeste, n'a pas prévu de bibliographie : cependant, un nom propre doit être tracé ici, c'est celui du Docteur Javal qui a écrit, avec une ardeur extraordinaire, de nombreux travaux pour démontrer la nécessité de l'écriture droite.

Il était tellement convaincu qu'il continua à étudier la question et à publier, à son sujet, après être devenu aveugle. Les deux objections qu'on oppose généralement à l'écriture droite sont faciles à combattre. La première est sentimentale : l'écriture penchée est traditionnelle, il faut respecter les traditions. On peut les respecter sans les suivre. M. Lebrun, successeur des rois mérovingiens, n'aimerait pas beaucoup aller aux courses de Longchamp, traîné par un char à bœufs. La seconde est plus grave : l'écriture droite est considérée comme plus lente. C'est un automatisme à *acquérir* et lorsque le rythme deltoïdien est *acquis*, l'écriture droite devient naturelle et rapide. Les traits verticaux formant la grande majorité du tracé à accomplir se tracent sans peine par le simple aller et retour de l'avant-bras hors de la manchette, dans l'axe du papier et du levier brachial.

Nous pourrions encore indiquer des quantités de recommandations secondaires pour augmenter la rapidité et la lisibilité. Mais il faut que les disciples que nous espérons former aient tout de même quelque chose à découvrir. Il faut également respecter l'individualité des scripteurs. Peut-être serait-il temps de conclure. Le mieux

(1) Peut-être les femmes sont-elles plus disciplinables : nous avons tous connu l'écriture uniforme et pointue des anciennes élèves du Sacré-Cœur.

serait de le faire en style télégraphique, pour ne pas abuser :

1° Apprendre, en appuyant l'avant-bras sur la table, à faire rentrer et sortir automatiquement l'avant-bras de la manche par l'action de l'épaule (deltoïde), glissement du tissu conjonctif sous-cutané du bord cubital de l'avant-bras.

2° La main serrant le stylo comme un bistouri quand on dissèque en dédollant, doit librement aller et venir en bloc sur le papier dans le sens de son grand axe et de l'axe de l'avant-bras.

3° Du coude au bout du stylo, l'ensemble doit former un tout sans mouvement actif ; tout se passe dans l'épaule et, pour les liaisons horizontales, dans la masse épicondylienne de l'avant-bras. Le stylo court sur le papier avec la pression minima nécessaire à marquer le trait, pression qui doit rester toujours égale. Les mots doivent finir nettement, sans massues ou sans coups d'effilure, signes honnis, du reste, par les graphologues.

Quand on marche régulièrement, on ne s'amuse ni à taper du pied, ni à faire des pointes.

4° Signes réduits à leur plus simple expression.

5° Eviter le plus possible tout mouvement amenant le stylo à gauche ou en bas. Le point de direction est le bord droit du papier. Tout trait nécessitant le mouvement de la plume à gauche et en bas du papier est néfaste : c'est lui qui, aux yeux des graphologues, vous pare des défauts les plus vilains. Quand on veut tracer un O, un A ou une boucle des B, des D, des G, etc., il faut bien revenir un tout petit peu en arrière : mais au minimum. Le rêve inaccessible serait de supprimer les points sur les i, les accents et les barres des t !

Il faut terminer. Peut-être des lecteurs, particulièrement patients, auront-ils lu tout mon exposé. Ils ne seront pas bien nombreux. Parmi eux, une minorité se sera dit : essayons. Ceux qui essaieront réussiront ou ne réussiront pas ; à ces derniers nous ne pouvons donner qu'un ultime conseil, un conseil suprême, achetez une machine à écrire.

Quant aux autres qui auront essayé et qui en auront eu bénéfice, même s'ils ne sont que cent, que dix, même que deux (voir Jénovah àGomorrhe) leur réussite m'aura payé de ma peine.

Dr BRIAU.

DITES.... NE DITES PAS....

Ne dites pas ce que vous a confié votre malade, nous ordonne la loi, ou ce que vous-même avez constaté.

Dites-le ! nous ordonne M. le Préfet.

A qui faut-il obéir ? Nous prend-on pour des bourriques que l'on tire à hue et à dia ?

Or, donc, ces jours-ci, Haut et Puissant Seigneur Monsieur le Préfet de la Seine m'a adressé un papier revêtu de tous les sceaux et griffes d'usage, et ainsi conçu :

« Prière à Monsieur le Maire de (le Maire étant l'intermédiaire obligé entre Lui et moi) de vouloir bien inviter le Docteur ... à fournir sur la présente note les renseignements ci-dessous demandés par la Commission de contrôle, en vue du règlement du mémoire du quatrième trimestre 1935. »

La demande de ladite Commission se libellait ainsi : « Dire quel acte médical est indiqué sous P. C. 2 pour l'assisté X ».

Saisissant ma plume je répondis incontinent : « Impossible comme prescrit par la loi. Un seul moyen de renseignement : le contrôle », et signai avec fermeté.

Mais Monsieur le Préfet de la Seine a de la suite dans les idées. C'est sans doute une qualité indispensable pour devenir un haut fonctionnaire.

Et le papier me fut présenté de nouveau avec cette mention surajoutée : « Les réponses pouvant être adressées, si le médecin le désire, sous pli cacheté au médecin contrôleur, prière de se conformer à la demande ci-dessus ».

Voici qui est net et presque impératif.

D'une étude parue dans un numéro récent du *Concours* sur les derniers perfectionnements apportés à la loi des Assurances sociales, j'avais cru pouvoir conclure que l'obligation du secret subsistait entière, et même à l'égard du médecin contrôleur.

Monsieur le Préfet me fait assavoir que je n'entends rien à l'exégèse ; au contraire son Administration, imbue d'une extraordinaire subtilité, sait fort bien tirer d'un texte exactement le contraire de ce qu'il prétendait exprimer.

Seulement pour les être bornés cette jonglerie est un vrai cassement de tête.

Et je pensais, en contant cette histoire, aux jeux de langue, calembourgs et contrepetteries légués aux salles de garde par des générations de joyeux drilles.

Dites « Pour mieux respecter le Préfet, j'ai violé un secret ». Mais ne dites pas « Pour mieux respecter un secret, j'ai violé... » Non ! voyons, cela ne se dit pas !

G. LAVALÉE.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

J'ai déjà eu l'occasion, à diverses reprises, d'écrire des chroniques sur les pneumatiques. Le sujet aurait pu paraître épuisé. Il n'en est rien, cependant, et je voudrais revenir à nouveau sur cette importante question. La faute en est, non pas à moi, mais à nos techniciens de l'industrie du caoutchouc qui ne se déclarent jamais satisfaits des progrès acquis. Les améliorations récentes apportées par Michelin dans la fabrication des pneumatiques sont assez importantes, à mon avis, pour que mon devoir de chroniqueur m'oblige à les relater à mes lecteurs.

Dans l'étude sur les pneumatiques publiée dans le *Concours Médical* du 10 février 1935, j'avais dit tout le bien que je pensais des pneus « Stop Michelin », à lamelles en zigzag, *venues au moulage*. Ce dispositif constitue en effet un perfectionnement formidable au vieux procédé qui consistait à donner une meilleure adhérence au sol de la bande de roulement par sciage de lamelles droites et peu profondes de la gomme de la chape d'un pneumatique *après son démoulage*.

Au lieu d'affaiblir la résistance de la gomme par cette sorte de mutilation volontaire, les lamelles venues au moulage par leur souplesse, leur profondeur et leur force exceptionnelles, en prolongent la durée, parce qu'elles se prêtent mieux au déformations et remédient à l'usure prématurée grâce à la suppression du dérapage et de l'effort exagéré que l'enveloppe doit fournir à ce moment.

Le principe des lamelles a fait si bien ses preuves que Michelin a décidé de l'étendre à ses divers types de pneus pour voitures. Et c'est là ce que je voulais vous signaler tout particulièrement : Michelin fabrique mainnant, dans chaque dimension, plusieurs types de pneus.

De même que l'on porte des chaussures différentes pour la ville, la chasse, le sport ou le repos, de même il est rationnel d'équiper une voiture avec des types de pneus appropriés au service qu'on lui demande.

En effet, l'usure d'un pneu varie non seulement suivant son entretien et sa charge, mais aussi suivant d'autres conditions d'utilisation, souvent indépendantes de l'usager.

Voici quelques exemples qui illustrent ce fait :

— En Corse, le propriétaire d'un autobus voit ses pneus râpés en moins de 15.000 km. par des routes usantes, aux virages brusques, aux montées et descentes nombreuses.

— En Normandie, les ramasseurs de lait utilisent les petits chemins semés de silex : leurs pneus meurent hachés de coupures, en moins de 30.000 km.

— A Paris, sur l'asphalte et le pavé de bois, le chauffeur de taxi ou d'autobus fait 50 à 60.000 km. avec ses pneus sans user complètement leur gomme.

— Dans le Campo Argentin, le fermier roule sur des pistes, dans la poussière en été, dans la boue en hiver : ses pneus ne se râpent pas, ne se coupent pas, mais pourrissent.

Un seul type de pneu, uniforme dans toutes ses parties, ne saurait logiquement convenir à ces différents usagers.

Pour le sol usant de la Corse, il sera trop faible en gomme, pour l'asphalte de Paris, trop faible en toile, etc...

Et pourtant, la plus grande prudence s'impose pour l'établissement des différents types de pneus. Ce serait en effet une grave erreur de croire par exemple qu'il suffit d'augmenter le nombre des toiles ou l'épaisseur d'une chape pour qu'une enveloppe soit plus solide.

Il est absolument indispensable qu'il y ait un rapport favorable entre tous les éléments qui constituent la carcasse et la chape.

Une chape trop épaisse tendrait à provoquer des éclatements des toiles, des toiles trop nombreuses pour une chape mince retireraient de la souplesse sans empêcher — au contraire — la faiblesse de la bande de roulement.

Michelin, évidemment très averti de ces écueils, ne s'est lancé résolument dans la voie des pneus spéciaux, adaptés à l'utilisation qu'on doit en faire, qu'après une étude approfondie et de nombreux essais.

Le marché universel du pneu a été étudié de très près par ses soins et les cas d'utilisation extrême, sortant des conditions normales d'usure pour lesquelles conviennent les pneus normaux ont été groupés en un certain nombre de catégories, pour chacune desquelles un pneu spécial a été créé :

Un pneu dit « S » à bande de roulement, particulièrement renforcée et étudiée pour résister au maximum aux coupures et à l'effet de râpe des sols irréguliers, pour les usagers roulant sur des silex et des routes râpeuses ;

Un pneu « Grand Tourisme » élégant et aux qualités antidérapantes exceptionnelles, pour les possesseurs de grosses voitures, familiers des grands itinéraires n'empruntant guère que des routes goudronnées ;

Un pneu « Neige » pour les régions de hautes montagnes ;

Un pneu « Paris » pour les voitures ne roulant que dans les grandes villes, aux rues asphaltées, pavées en bois ou en très bons pavés de pierre ;

Naturellement, un pneu spécial doit être utilisé dans les conditions pour lesquelles il est prévu.

Si, par exemple, le pneu « S » donne sur les routes râpeuses et coupantes le prix de revient kilométrique de loin le plus bas, il n'en sera pas de même s'il est utilisé sur route pavée ou route goudronnée bien lisse.

Dans ce cas, le renforcement des bandes de roulement loin de lui être une aide, fatiguerait anormalement sa carcasse et le ferait mourir prématurément.

Somme toute, et cette formule sera tout particulièrement claire pour des médecins, le pneu spécial est un remède qu'il ne faut employer qu'à bon escient.

Je suis persuadé en tout cas, que tout automobiliste a intérêt à savoir que l'un des fabricants de pneumatiques les plus réputés du monde :

1° Applique un procédé antidérapant radical à tous ses pneus, y compris les pneus spéciaux.

2° A créé un type de pneu spécial pour toute utilisation.

Les partisans du pneu « Stop » — et ils sont légion — n'auront donc plus à craindre de revenir à l'emploi des anciens pneus non munis de lamelles venues au moulage, si leur profession ou tout simplement leur fantaisie, les amène à avoir besoin d'enveloppes spéciales, à employer dans des conditions anormales.

Grâce en soit rendue au fabricant-providence des automobilistes.

Marcel TOUSSAINT.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

I

A l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine Les propositions du Ministre de la Santé au Secrétaire de la Confédération.

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, qui a eu lieu le vendredi 19 juin, a été émouvante et passionnée.

A peine le Président Tissier-Guy eut-il dans une brève allocution énuméré les travaux du Conseil et les efforts méritoires des Commissions, que le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération, demanda la parole pour faire part à l'Assemblée de son entrevue avec le nouveau ministre de la Santé, M. Henri Sellier.

Cette entrevue a eu lieu en présence du Docteur Hilaire, secrétaire suppléant du Docteur Cibrie et le Docteur Hazemann, du Cabinet du ministre.

M. Henri Sellier commença par affirmer sa ferme intention de ne recevoir que les médecins délégués par leurs Syndicats.

Donc aucune personnalité ne pourra, sans être mandatée s'arroger le droit de parler au ministre, au nom du Corps médical.

Puis comme Cibrie exposait la situation très critique où se trouvaient les médecins praticiens, surtout dans les grandes villes et à Paris, le ministre lui affirma qu'il n'avait pas l'intention de bouleverser l'exercice normal de la médecine qu'il considère devoir se continuer comme par le passé, mais il désire voir les Syndicats médicaux prendre en charge la médecine préventive, après avoir signé un contrat collectif et un cahier des charges spécifiant les services sociaux demandés aux médecins praticiens. Ces services que les Syndicats organiseraient à leur gré et sous leur propre responsabilité, pourraient, selon les cas, être remplis au cabinet du praticien ou dans des centres de santé.

Après une discussion assez vive où l'on entendit les protestations véhémentes de quelques fougueux traditionnalistes, et où quelques autres vinrent franchement dire à la tribune qu'ils avaient changé d'opinion et croyaient devoir se ranger à l'avis de Cibrie, qui conseille l'essai loyal des propositions du ministre, — un ordre du jour favorable fut voté, indiquant la ferme volonté du Syndicat de ne pas laisser accaparer la médecine sociale par quelques privilégiés aux dépens de leurs confrères.

Comme la presque unanimité des Syndicats de province ont donné leur assentiment, Cibrie pourra continuer ses pourparlers avec le ministre de la Santé qui a l'intention d'aboutir avant quelques semaines.

Somme toute, nous en arrivons à la prise en charge de la médecine sociale par le Syndicat en signant un contrat collectif, ce que proposait Lafontaine, il y a 25 ans environ.

J. N.

II

Lyautey et le médecin

Causerie de M. le Docteur Colombani au *Concours Médical.*

Mercredi 17 juin, M. le Docteur Colombani, organisateur et directeur honoraire de l'Assistance médicale indigène au Maroc, membre correspondant de l'Académie de médecine, a bien voulu dans l'intimité de la salle des Conseils du *Concours Médical,* faire une causerie sur *le Maréchal Lyautey et le Médecin.* La séance fut présidée par M. le Professeur Roule, du Muséum national d'Histoire naturelle, qui, au cours de plusieurs séjours au Maroc, a pu juger de la grandeur de l'œuvre de M. Colombani.

Le Directeur du *Concours Médical* présenta en quelques mots l'éminent conférencier qui fut l'ami du Maréchal et le principal réalisateur de ses conceptions. L'élection de M. Colombani à l'Académie de médecine et l'attribution de son nom à l'hôpital de Casablanca récemment inauguré, indiquent toute l'importance reconnue de ses éminents services.

M. Colombani exposa dans une causerie à la fois simple, éloquente, attrayante, les conceptions coloniales de Lyautey et le rôle qu'il y faisait jouer au médecin. Il montra de quel prestige il jouissait auprès de ses collaborateurs, de la sorte de fascination qu'il exerçait sur eux et comment il savait réveiller chez eux ce qu'il appelait l'esprit d'équipe.

M. le Prof. Roule félicita comme il convenait l'aimable et distingué conférencier, et le Directeur du *Concours Médical,* fit remarquer que M. Colombani n'avait parlé que de l'équipe médicale qui avait donné de si brillants résultats au Maroc ; mais il n'avait omis qu'une chose : c'était lui, Docteur Colombani, qui avait organisé cette équipe et qui l'avait dirigée, la laissant en se retirant entre les mains expertes du Docteur Gaud, un de ses meilleurs collaborateurs.

La causerie du Docteur Colombani sera publiée *in extenso* dans les colonnes du *Concours Médical.*

J. Noir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Laboratoire de parasitologie** (Professeur : M. E. Brumpt). — Huitième session : *Mycologie théorique et clinique*. 24 manipulations sous la direction de M. Maurice Langeron. — Le but de cet enseignement, essentiellement pratique, est d'exercer individuellement les élèves à toutes les manipulations nécessaires pour l'étude des champignons pathogènes. Les élèves prépareront donc eux-mêmes leurs milieux de culture et feront chacun les ensemencements, inoculations, colorations, etc.

La durée de l'enseignement est de 24 jours. Les séances auront lieu tous les jours à 15 heures, du 7 juillet au 4 août 1936.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté, droit : 400 francs.

— **Agrégation.** *Section de chirurgie générale. — Leçon d'une heure.* — Séance du 9 juin. — M. Patel : « Les tumeurs malignes secondaires ».

M. Goinard : « La formation du cal osseux et des pseudarthroses. »

M. Magendie : « Les mutilations acquises du pouce et eurs traitements. »

Séance du 10 juin. — M. Bertrand : « Les entorses graves du genou ».

M. Menegaux : « Les diverticules de l'œsophage ».

M. Ameline : « L'envahissement lympho-ganglionnaire dans les cancers du sein, et les indications thérapeutiques qui en découlent. »

Séance du 11 juin. — M. Figarella: « Les dilatations idiopathiques de l'œsophage. »

M. Funck : « L'ostéomyélite aiguë de la hanche ».

M. Mallet (Guy) : « Les traitements prophylactiques et curatifs du tétanos. »

Séance du 12 juin. — M. Massé : « Les accidents de la rachianesthésie. »

M. Sabadini : « Les greffes cutanées. »

M. Huet : « L'étude des rétentions sanguines azotées en chirurgie générale. »

Séance du 15 juin. — M. Merle d'Aubigné : « Les complications immédiates et tardives des luxations de l'épaule. »

M. Lafargue : « La maladie kystique du sein. »

M. Luccioni : « Les indications de l'ostéosynthèse vertébrale. »

M. Fabre : « Méthodes de traitement de la tuberculose de la hanche. »

M. Fèvre : « Les endo-métriomes. »

Section de médecine générale. — Sont proposés :
Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée.
Lille : M. Huriez.
Lyon : MM. Croizat, Delore, Josserand, Levrat.
Marseille : M. Brahic.
Montpellier : M. Pierre Rimbaud.
Nancy : M. Kissel.
Paris : MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret.
Toulouse : MM. Andrieux, Desforges, Mériel.
Hanoï : M. Massias.

— **Thèses.** — Mercredi 3 juin. — I. Jury : MM. Gosset, Mathieu, Portes, Quénu. — M. Brochard : Etude du traitement des salpingo-ovarites par les ondes courtes. — M. Poirier-Coutansais : Les kystes des ménisques du genou. — II. Jury : MM. Clerc, Marcel Labbé, Lemierre, Abrami. — M. Guézou : Etude du pneumothorax spontané récidivant non-tuberculeux. — M. Charnaux : Glycémies non diabétiques chez l'enfant. — M. Zuchwerge : La forme œdémateuse du cancer de l'estomac.

Jeudi 4 juin. — I. Jury : MM. Chevassu, Marion, Terrien, Velter. — M. Jomain : L'uréthrographie, technique et résultat. — M. Seidel : Kératocone et troubles endocriniens. — II. Jury : MM. Guillain, Laignel-Lavastine, Sergent, Huguenin. — MM. Bussel : L'état mental des toxicomanes. — M. Bayle : Valeur pronostique des variations de certains éléments figurés du sang au cours de l'évolution des maladies infectieuses — M. Pescarolo : Epanchements pleuraux invisibles.

Samedi 6 juin. — I. Jury : MM. Bezançon, Claude, Gougerot, Chevallier. — M. Feinstein : Rhumatisme et profession. — M. Loublié : Hémoptysie tuberculeuse d'alarme et son comportement. — Mme Doré : Manifestations non-œdémateuses de l'urticaire. — M. Mauryey : Impétigo unguéal. — II. MM. Nobécourt, Tanon, Boulin, Gastinel. — M. Ribert : Troubles digestifs secondaires aux rhino-pharyngites dans la première enfance. — M. Ché Tchon Ching : Le facteur humain dans les accidents du travail. — M. Lambruschini : La cocaïne et ses dangers

Thèse vétérinaire. — Mardi 2 mai. — Jury : MM. Tanon, Létard, Vergé. — M. Mathieu : Evolution du marché de la viande depuis la période d'avant-guerre jusqu'à nos jours.

— **Thèses.** — Lundi 8 juin. — I. Jury : MM. Couvelaire, Grégoire, Ombrédanne, De Gaudart d'Allaines. — M. Legros : Signe de la contraction permanente de l'utérus comme diagnostic précoce de l'appendicite au cours de la gestation. — M. Corlay : Etude des hernies diaphragmatiques droites congénitales. — M. Héraud Igmerlian : Remarques sur la thérapeutique de la gestation ectopique. — M. Silbermann : Principales voies d'abord des suppurations pelviennes chez la femme. — M. Horovitz : Fragilité osseuse congénitale. — II. Jury : MM. Lemierre, Loeper, Cathala, Sézary. — M. Kassoin : Etude des médicaments camphrés. — M. Ech : Les paralysies diphtériques.

Mardi 9 juin. — I. Jury : MM. Pierre Duval, Jeannin, Lemaître, Lantuéjoul. — M. Avramoff : Etude des ostéites tuberculeuses du calcanéum chez l'adulte. — M. Mabin : Traitement de l'épithéliome lingual, au centre anticancéreux de Rennes. — M. Bertin : Etude de l'inondation péritonéale dans les chorio-épithéliomes. — Mlle Stanculescu : Etude des résultats éloignés de la césarienne suprasymphysaire. — M. Lusgtig : Etude de la chimiothérapie des méningites otogènes à streptocoques. — II. Jury : MM. Balthazard, Carnot, Lereboullet, Hazard. — Mlle Kohan : Elargissement de la responsabilité médicale depuis l'emploi des agents physiques dans l'art de guérir. — M. Morel : Les localisations méningées du pneumo-bacille de Friedlander. — M. Sufrin : Traitement de la syphilis congénitale chez l'enfant par le bismuth.

Mercredi 10 juin. — Jury : MM. Robert Debré, Fiessinger, Tanon, Gastinel. — M. Zahler : Technique du tubage duodénal rapide. — Mme Schramech : La maladie hémolytique. — M. Daniel : L'intoxication par le phosphore. — M. Epifanie : Etude de la conservation des cadavres. — M. Moscovici : La désinfection des appareils téléphoniques.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Beaujon-Clichy.** *Conférences cliniques.* — Le lundi 29 juin et les lundis suivants à 9 h. 30, au laboratoire du Docteur Aubourg, des conférences essentiellement pratiques seront faites sur les caractéristiques physiques et les résultats cliniques des méthodes suivantes :

29 juin, M. Le Go. — Courants galvaniques et faradiques et dérivés. — 6 juillet, M. Aubourg : Les courants exponentiels de basse fréquence. — 20 juillet, M. Surmont : Diathermie et ondes courtes. — 27 juillet, M. Aubourg : L'ozone : résultats cliniques des cent premiers cas traités à Beaujon.

— **Concours de médecin des hôpitaux.** — *Deuxième concours de nomination.*

Total des points obtenus : MM. Cattan, 40 ; Rouquès, 39,81 ; Wallich, 39,63.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Cattan et Rouquès.

— **Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.** — Total des points obtenus : MM. Maduro, 98 ; Bourgeois, 97 ; Lévy, 96.

Est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux : M. Maduro.

— **Concours d'accoucheur des hôpitaux.** — Total des points obtenus : MM. Suzor, 136 ; Lepage, 132 ; Bidoire, 128.

Est nommé accoucheur des hôpitaux : M. Suzor.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 juin. — Mme Vallon et M. Dollfus, 19.

Classement des candidats : M. Dollfus, 86 ; Mme Vallon, 82.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux** (nomination). — *Radiothérapie.* — Séance du 11 juin. — MM. Codet, 12 ; Busy, Stuhl et Fourbert, 13.

Classement des candidats par ordre de mérite : MM. Foubert, 57 ; Busy, 54 ; Stuhl, 53 ; Todet, 52.

— **Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux.** — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Configuration extérieure et rapports du corps thyroïde et des glandes parathyroïdes. — Physiologie du pylore. »

MM. Cauchoix et Coldefy, 26 ; Monsaingeon, 24 ; Barcat, 22 ; Neyraud, 26 ; Mathey et Lecœur, 24 ; Huguier, 26 ; Lortat-Jacob, 23.

Sont admissibles : MM. Coldefy, Neyraud, Cauchoix, Huguier. Le Cœur, Mathey, Monsaingeon, Lortat-Jacob.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Le IVe Congrès de la Presse médicale latine** se tiendra à Venise du 29 septembre au 3 octobre 1936. Des rapports seront présentés sur les questions suivantes : Histoire de la presse médicale dans les pays latins ; Influence sociale de la Presse médicale ; L'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins.

Les chemins de fer italiens ont accordé une réduction de 70 % de Venise à la frontière et de 50 % pour quatre trajets d'une gare quelconque à une autre gare du réseau italien. Des réductions sont également accordées par les chemins de fer français. Les hôtels de Venise feront aux congressistes des prix de faveur.

Les inscriptions sont reçues par le secrétaire-trésorier du Congrès : Professeur U. Saraval, Ospedale civile, Venezia. La cotisation est fixée à 80 lires ou 100 francs français pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef), 40 lires ou 50 francs français pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non-journalistes, personnes accompagnant les congressistes).

Les membres non-italiens peuvent remettre le montant de la cotisation au secrétariat général de la Fédération, le Docteur L.-M. Pierra, à Luxeuil (Hte Saône).

— **Faculté de médecine d'Autriche.** — Pour limiter la pléthore médicale en Autriche, il a été décidé que les étudiants refusés à un examen ne pourraient pas se présenter plus de trois fois ; ceux refusés à deux ou trois examens n'ont le droit de se représenter que deux fois ; ceux qui ont subi l'échec en quatre matières sont exclus et ne pourront pas obtenir le diplôme permettant d'exercer en Autriche.

— **Congrès du paludisme** (Madrid, 12-18 octobre 1936) *Secrétariat général.* — Le Docteur Ferradas étant retenu par ses fonctions officielles, M. le Docteur Luengo a été nommé secrétaire général du Comité organisateur du Congrès.

Toute la correspondance devra être adressée à M. le Docteur E. Luengo, secrétaire du Comité organisateur du IIIe Congrès international du paludisme, Instituto Nacional de Sanidad, Calle de Recoletos, 19, Madrid (Espana).

— **La néo-science médicale allemande.** — Nous lisons dans le *Bruxelles-Médical* :

La doctrine hitlérienne gouverne désormais toute l'activité nationale allemande, et son influence s'étend jusqu'à la thérapeutique. Un mouvement se crée, soutenu par un périodique, *Volksgesundheit*, où Virchow, Erlich, Wassermann et Koch, gloires de la science médicale allemande, sont accusés des pires méfaits ! Il y est dit notamment : « Le national-socialisme ne se laissera pas arrêter par les fous des écoles techniques allemandes et les fous de la science. Si nous voulons créer une nouvelle science de l'art de guérir, elle ne sera pas basée sur les découvertes surestimées de la vieille science ; elle doit être établie seulement sur notre conception nationale-socialiste du monde. »

— **L'avortement légal en U. R. S. S.** — Une récente loi soviétique abolit l'avortement libre et légal en U. R. S. S. Désormais, l'avortement ne pourra être fait en Russie soviétique qu'après une décision médicale tenant compte de l'état de santé de la femme et de sa condition sociale.

Les médecins qui contreviendraient à la loi nouvelle et les personnes (époux, etc.) qui pourraient avoir influencé la femme dans sa décision de recourir à l'avortement, seraient passibles de peines de prison.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix de thèses.* — MÉDAILLES D'ARGENT 1394-1935 : MM. Michel Albeaux, Jean Antonelli, Hubert Benoit, Mme Amy Bernard, MM. Jacques Blaizot, Marc Bolgert, Bertrand Bompard, Louis Bonnefous, André Bosquet, Maurice Boureau, Robert Bourgeois, Jacques Bousser, Jean Brisset, Mejer Bursztjn, Louis Cadet de Gassicourt, Jean Carlotti, Angel-Bienvenido Carrasco, Abel Charbonnel, Lucien Costil, Jean-Marie Cottet, Jean David, Paul Delay, Mlle Jeanne Delon, MM. Pierre Demarquet, Jean Demirleau, Marie Deparis, Lucien Dermer, Léon Derobert, Alexandre Elbim, Robert Fauvert, Alfred Gajdos, Henry Gallot, Alain Gaston, Marie Gilbrin, Pablo Guerra, Jean Gorecki, André Hauert, Jules Herbert, Georges Hornus, André Hurez, Etienne Joseph, Marcel Joseph, François Joly, Jean Judet, Mme Simone Kourilsky, M. Daniel Lagache, Mme Anne Legrange, MM. Jean Laquintinie, Israël Lipsztejn, Guy Loisel, Marie Mariau, René Martin, Roger Martinot, Louis Marx, André Maurice, André Meyer, Roger Michel, Hubert Mutricy, Jacques Naulleau, Mlle Madeleine Odru, MM. Fri Palmer, Joseph Paschetta, Jean Pauchard, Jean Pautrat, Marcel Peney, Julien Pergola, Pierre Petit, Félix Poilleux, Bernard Poncet, Pham-Huu-Chi, Pierre Prat, Si mon Pressat, Henri Reboul, Robert Richard, Henri Rouart, Marie Rudler, Georges Sandor, André Soubiran, Jean-Jacques Sterne, René Terrenoire, Jean-Marie Tusques, Mlle Marie-Louise Verrier, M. Paul Vincent.

MÉDAILLES DE BRONZE 1934-1935. — M. André Aubin, Mme Simonne Aletru, MM. Robert Albessard, Alain Assailly, Christian Apert, Diégo Arreaza, Mme Blanche Brisard, MM. Joseph Brandy, André Béchet, Jean Barrier, Jacques Bouvier, Jacques Bruneton, Bernard Baussan, Luis Bermudez, Léo Alpern, Paul Bissery, Georges Charpentier, Jean Colas, Pierre Coste, Angel Chuc, Michel Comar, André Debidour, Mlle Marie-Thérèse Desallais, MM. Gabriel Debroise, Louis Desrosiers, Jaime De Pariente, Roger Etienne, Jean Fourault, Abdelmalek, Faraj, André Gasne, Jean Guyot, Jean Guyot, Laurent Gole, Michel Gerbet, Pierre Gasne, Mme Simone Gasne. MM. Mostafa Habibi, Jean Héry, Luigi Irazabel, Doris Klotz, Mehmet Kapandji, Wladimir Katchoura ou Caciura, Michel Laquerrière, Jean Lieffring, Mme Arlette Lièvre, MM. André Limasset, Jean Leduc, Jean L'Huillier, Dolphi Lichtenberg, Mme Jane Le Roy des Bares, M. Alfred Lamy, Mlle Geneviève Mahieu, MM. Jean Maillefer, Pierre Masson, Pierre Massonnet, Georges Michaëlides, Olivier Monod, André Martin, Frédéric Nitti, Pierre Nordin, Guillermo Munez y Oti, Mme Suzanne Perles, MM. Raymond Perrotte, Jean Petresco, Emile Plaussu, Albert Raibaut, Jean Régaud, Ivan Rizoff, Julio Rodriguez-Alderete, Mme Marcelle Roy, MM. Robert Salmon, Pierre Sardin, Josef Schiller, Paul Seidmann, Paul Szumlanski, Mme Françoise Touzé, MM. Julio Trelles, Francisco Trujillo y Fernandez, André Villechaize, David Weinman, Viktor Willner, Mme Michelle Zagdoun.

MENTIONS 1934-1935. — MM. André Adnes, Burel, André Chevallier, Vladimir de Zernoff, Hennet, Abelardo Indocochea, René Maître, Paul Pasquier, Aranza Rodriguez, Auguste Richard, Marcel Valet-Bellot, J. Viader.

— **La Société internationale d'hydrologie médicale** tiendra du 10 au 16 octobre 1936 en Autriche sa réunion annuelle, ouverte contre un droit d'entrée d'une livre sterling à ceux qui ne sont pas membres de la Société.

La séance d'ouverture et la première discussion auront lieu à Innsbruck, sur l'aimable invitation de l'Université et de la Municipalité. La caravane se rendra ensuite à Bad Gastein, Hof Gastein, puis à Salzburg. Une excursion automobile facultative permettra de visiter Salzkammergut (une journée) ; d'autres excursions facultatives sont organisées pour Vienne et Budapest à partir du 17 octobre.

Les deux principaux sujets traités sont : *Cure hydrominérale des maladies de la vieillesse,* avec introduction par Sir Humphry Rolleston, rapports par le Professeur Pap (Budapest) et le Docteur J. Schneyer (Gastein) ; *Radio-activité des eaux minérales,* étudiée sous les aspects physique, physiologique et clinique, par les Docteurs Penkada (Prague), Gerke (Gastein), Pierret (La Bourboule) et Stieffel (Plombières).

Une séance sera ouverte aux communications individuelles sur tous sujets hydrologiques.

La réunion suivra immédiatement le XVe Congrès international à Belgrade, et les membres dudit Congrès bénéficient d'une réduction de 50 % sur le droit d'entrée.

Les frais de participation (voyage Innsbruck-Salzburg, hôtels, etc.), s'élèveront à 180 schillings autrichiens (500 francs environ).

Pour tous renseignements, s'adresser à : General Secretary, International Society of Medical Hydrology, 109, Kingsway, London, W. C. 2.

— **L'entr'aide des rhumatisants.** — Cette œuvre a son siège à l'Hôtel-Dieu de Paris, service de physiothérapie du Docteur Dausset. Ses présidents d'honneur sont MM. Mourier, les Professeurs Carnot, Bezançon et Laignel-Lavastine.

Le bureau est ainsi constitué : président, Docteur Henri Dausset ; vice-président, Docteur Dejust ; secrétaire général, M. Goumy.

L'entr'aide des rhumatisants poursuit actuellement la création d'un hôpital spécial pour rhumatisants et de maisons de retraite pour ces malades.

— **Espagne.** — Des modifications importantes doivent être apportées, en Espagne, aux études médicales, pour être appliquées au mois d'octobre prochain. Les étudiants auraient à faire six années de scolarité, et une année préparatoire à la Faculté des sciences, analogue à notre P. C. B.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Notre Croisière médicale au Canada et aux Etats-Unis

Nous rappelons à nos lecteurs que notre voyage au Canada et aux Etats-Unis doit avoir lieu du 18 août au 16 septembre. C'est le « *Duchess of Richmond* », une des plus belles unités de la Canadian Pacific qui doit effectuer la traversée. Très rapide, ce paquebot parcourt la route la plus courte : Cherbourg-Québec en cinq jours et comme un tiers du voyage se déroule entre les rives splendides et calmes du Saint-Laurent, c'est donc trois jours et demi à peine que les voyageurs passeront en mer. Le Canada attire toujours les Français et par l'attrait de ses sites et par la culture si profonde que nous y avons laissée. A cet égard Québec, puis Montréal, d'abord visitées, sont très suggestives et en opposition avec Ottawa et Toronto, si imprégnées de l'influence anglaise. Ces deux villes intéressantes seront parcourues avant de pénétrer aux Etats-Unis où la première étape sera consacrée aux fameuses chutes du Niagara. Le contraste entre les deux pays apparaît d'emblée et se précise par la visite des villes : Détroit tout d'abord où l'on peut prendre contact avec la vie surindustrialisée de Ford ; Chicago si industrialisée elle aussi et si grandiose, et puis Washington, la capitale, plus harmonieuse, moins colossale et dont les plans sont dus à un Français de génie ; New-York enfin, sur lequel il est inutile d'insister. Tout cela fera un voyage vivant, coloré, inoubliable. Le retour aura lieu sur le « *Manhattan* » : c'est un des tous derniers paquebots américains, dont le confort est particulièrement apprécié. Nous rappelons que le coût de ce voyage est maintenant accessible : 7.425 francs, classe touriste, de Cherbourg au Havre. Et nous soulignons combien les aménagements de cette classe sont supérieurs à ceux des premières des paquebots naviguant avant la guerre. La nourriture y est excellente et copieuse, et les distractions les plus variées ne manquent pas à bord.

Une brochure détaillée sera adressée gratuitement aux lecteurs qui en feraient la demande au *Concours Médical* (Bureau des Voyages).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 2 juin 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

11.934 Baurmalo, Couëron (Loire-Inférieure). Syndicat médical de la Loire-Inférieure.

11.935 Chaudon, Les Aubiers (Deux-Sèvres). Syndicat médical des Deux-Sèvres.

11.936 Dandier, 31, rue Saint-Placide, Paris (VIe). Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.

11.937 Dauch, 30, avenue de Saint-Estève, Perpignan (Pyrénées-Orientales). Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.

11.938 Devau, La Chapelle-des-Marais (Loire-Inférieure). Syndicat des médecins de Saint-Nazaire.

11.939 Donias, Guémené-sur-Scorff (Morbihan). Syndicat de Pontivy.

11.940 Duflos, Cherbourg (Manche). Société de stomatologie de Paris.

11.941 Ellie, Floirac (Gironde). Parrains : Docteurs Guillemet et Jeanneney.

11.942 Gandouet, Aizenay (Vendée). Syndicat des médecins de la Vendée.

11.943 Gibert, Commentry (Allier). Parrains : Docteurs Picandet et Gibert.

11.944 Gillet, Flize (Ardennes). Syndicat médical des Ardennes.

11.945 Giraud, Hazebrouck (Nord). Syndicat médical d'Hazebrouck.

11.946 Izard, Cagnac-les-Mines (Tarn). Syndicat des médecins d'Albi-Gaillac.

11.947 Joulia, 50, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.

11.948 Juvanon, Macon (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Sanerot et Raymond.

11.949 Lehmann, 1, rue Villeneuve, Clichy (Seine). Syndicat banlieue-ouest.

11.950 Morigny, Saumanes (Vaucluse). Confédération des Syndicats médicaux du Vaucluse.

11.951 Pouget, Matha (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Nuel et Jonchères.

11.952 Rame, Loiron (Mayenne). Syndicat de la Mayenne.

11.953 Roche, Virieu-le-Grand (Ain). Parrains : Docteurs Boudet et Denave.

11.954 Rongy, Hauteville (Ain). Syndicat du Haut-Bugey.

11.955 Stiévenart, Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Bateman et Roussel.

11.956 Vettier, 73, rue de la Convention, Paris (XVe). Association des externes et anciens externes des hôpitaux.

11.957 Younes, 20, place d'Italie, Paris (XIIIe). Parrains : Docteurs Goilot et Stoïanoff.

11.958 Zakhajm-Linget, Le Mans (Sarthe). Parrains : Docteurs Plaisant et Dumas.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

4.277. — Le règlement de l'assistance médicale gratuite n'est pas applicable aux assurés sociaux notoirement indigents

La Préfecture émet la prétention d'obliger les médecins de demander l'autorisation de continuer les soins à tout assuré social notoirement indigent qui a déjà reçu cinq visites, comme cela existe pour les indigents ordinaires. Est-ce légal et admissible ? Peut-on éviter ce papier supplémentaire véritable sujétion ?

Dr R.

Réponse

Les prétentions de la Préfecture sont en l'espèce dépourvues de toutes bases juridiques et ne se fondent que sur la confusion commise à tort par l'Administration entre assistés médicaux gratuits relevant de la loi du 15 juillet 1893 et assurés sociaux indigents relevant de la loi sur les Assurances sociales. Ces derniers doivent, au contraire en principe être assimilés aux assurés ordinaires pour ce qui concerne en particuilier la délivrance des prestations en nature (exception faite bien entendu de l'entente directe, dont la suppression constitue la seule particularité de leur cas), et le médecin qui les soigne ne saurait se voir opposer le règlement départemental d'assistance.

Cette solution, qui résultait déjà implicitement de la loi de 1928-1930, ainsi que l'avait reconnu la jurisprudence (V. not. Trib civ. de Reims, 4 décembre 1935) ne saurait plus faire de doute actuellement, car elle est consacrée formellement par l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, qui s'exprime de la manière suivante : « Les prestations afférant aux assurés indigents sont les mêmes que celles concernant les autres assurés et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicables à ces assurés ». On ne saurait poser plus nettement le principe d'assimilation que nous avons toujours soutenu, et qui est le seul compatible avec l'esprit de la loi sur les Assurances sociales.

Nous vous renvoyons d'ailleurs, pour plus de développement sur cette question aux deux articles parus dans le *Concours Médical*, de 1936, pages 588 et 1279.

Le Préfet ne peut donc vous imposer une telle formalité, si elle n'est pas prévue par le règlement des Caisses des assurés indigents, il ne saurait non plus refuser valablement le payement

d'un mémoire pour soins donnés à des assurés indigents motifs pris de l'inobservation de cette formalité.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

4.692. — On doit toujours préciser techniquement ce qui a été fait comme traitement

J'ai fait sous anesthésie locale, une rég[illegible]on d'amputation traumatique de deux d[illegible] même main avec ablation de l'ongle du [illegible]

Vingt jours plus tard, il y a eu ablati[illegible] langette osseuse sous anesthésie locale.

J'ai compté à la Compagnie d'assura[illegible] logie, art. 17, poste 3, 100 francs pour le [illegible] et 50 francs pour le deuxième, soit p[illegible] 150 francs.

Pour l'ablation de la phalangette os[illegible] par analogie, art. 17, poste, 11, j'a[illegible] francs.

Pour la première intervention, l'Ass[illegible] que le raccourcissement des doigts d[illegible] environ ne pouvait pas donner lieu à [illegible] tion d'amputation et offre comme po[illegible] multiple : 20 francs.

Pour l'ablation de la phalangette, elle assimile cette opération à extraction de corps étranger à 50 francs ; est-elle dans le vrai ? votre avis nous départagera.

Dr L.

Réponse

a) 1° S'il n'y a vraiment, comme le dit la Compagnie, qu'un raccourcissement d'un centimètre seulement, du doigt, quelle « amputation traumatique » a pu exister ? 2° En tout cas, le troisième poste de l'art. 17 dit « Régularisation épluchage et suture » (Voyez la note 1, correspondant à ce poste). 3° Je ne vois pas (même si vous avez satisfait à tout ce que dit la note), qu'il puisse s'agir d'une « plaie contuse étendue et pro[illegible]nde : 100 francs, quand il s'agit de l'extrémité [illegible]e phalangette. Ce serait tout au plus une ré[illegible]sation « superficielle » à 10 francs.

[illegible]ur l'ablation de la phalangette, il n'y a là [illegible]oute. C'est une amputation partielle du [illegible] francs.

Dr F. DECOURT.

[illegible]3. — Traitement électrique à ondes courtes

[illegible] personnel qu'au nom de M. le [illegible]urs *Médical*, nous nous [illegible]a question suivante :

Notre client s'est vu adresser par son médecin traitant (qui est également en d'autres circonstances, le

contrôleur de la Compagnie), un blessé, en le priant de lui faire suivre un traitement physiothérapique le plus efficace, tout en le laissant libre du traitement à appliquer.

Notre client a fait au blessé des séances d'ondes courtes qu'il a tarifées à 45 francs la séance.

La Compagnie retourne les notes en déclarant : « que le prix de la séance du traitement galvanique et faradique est tarifées 25 francs (art. 27 G). »

Mais M. le Docteur D. nous fait remarquer qu'il s'agit là d'un traitement spécial, non prévu par le tarif et qui exige l'emploi d'appareils nouveaux d'un prix très élevé et en conséquence, il estime que le prix de 45 francs demandé pour chacune des séances d'ondes courtes, est raisonnable.

Nous vous serions très obligés de bien vouloir nous donner votre avis.

L'Escompte médical.

Réponse

a) La Compagnie est dans son droit, tarif en main. Et cela d'autant plus si le Dr D. a omis de « donner avis préalable par lettre recommandée »... « d'une série d'interventions à tarif spécial » (ici de 25 francs), ainsi qu'il est dit à l'art. 7. Auquel cas, la Compagnie pourrait refuser de payer même 25 francs par séance.

b) Le mieux est donc de traiter avec elle à l'amiable, en lui donnant toutes raisons techniques et en la priant de consulter un médecin électrothérapeute en qui elle ait confiance, auquel elle remettrait les explications techniques justifiant votre demande qu'il ne faut pas manquer de lui fournir avec précision.

Dr F. DECOURT.

5.232. — Pansement de brûlures. Extraction de corps étranger de l'œil

Membre du « Sou Médical », j'ai eu à soigner un accidenté du travail atteint de brûlures multiples du 2e degré (par projection de zinc) : 1° de la région frontal ; 2° de la joue droite ; 3° de la joue gauche ; 4° du menton ; 5° de la face antérieure du cou ; 6° de la face postérieure du cou et des brûlures de la conjonctive des deux globes oculaires, avec corps étrangers des deux yeux (grains de zinc).

Je vous serais très obligé de me faire connaître la tarification de ces interventions du premier jour et celle des pansements ultérieurs.

Dr C.

Réponse

a) Vous avez à compter par séance un pansement de « grande brûlure : *b*) Brûlure de la majeure partie de la face ou du front : 50 francs ». Cela durant les premiers pansements en changeant de catégorie (donc de prix) « au fur et à

mesure des progrès de la cicatrisation » (voir note 2 de l'art. 16).

b) Quant à l'extraction de corps étrangers, vous avez à compter pour chaque œil : « Extraction sous-anesthésie locale de... corps étrangers multiples superficiels surla cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale : 30 francs. (Art. 25 A.).

Dr F. Decourt.

5.131. — Ablation totale d'un doigt en deux séances à un mois d'intervalle

Nous vous saurions gré de nous donner votre avis sur l'application du tarif ministériel dans le cas suivant :

Doit-on compter :

Désarticulation de la troisième phalange annulaire	75	»
puis un mois après,		
Désarticulation de l'annulaire entier	150	»
	225	»
ou :		
Seulement deux fois 75 francs	150	»

Cie L., à X.

Réponse

Il me semble impossible de compter une ablation de doigt en entier, plus en partie, auquel cas on aurait fait l'ablation d'un même doigt une fois et demie... Néanmoins, il y eut deux interventions à un mois d'intervalle, et non une seule comme dans la désarticulation d'un doigt en entier. Il m'apparaît donc légitime de compter, à l'amiable et par désir d'équité, un peu plus que pour l'ablation totale en une fois. Je proposerais donc une somme de 180 francs dans ce cas spécial et cela, par analogie d'idée avec « Injection de sérum antitétanique : en une seule fois : 20 francs ; en plusieurs fois (Besredka) : 25 francs (art. 16). »

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

5.113. — Application de la réduction de 10% aux locaux meublés

Je suis locataire de mon cabinet aux conditions suivantes : loyer, 5.000 ; meubles, 2.000 ; total : 7.000 francs.

Ma propriétaire estime que'elle échappe au décret-loi portant réduction de 10 % parce qu'elle me loue meublé... et m'a fait verser intégralement l'an passé les 7.000 francs.

Je crois qu'elle doit me faire cette diminution de 10 % et serais heureux d'en recevoir l'affirmation de notre conseiller.

Je vous demande donc de m'adresser une réponse spécifiant nettement que la réduction de 10 % doit porter.

1° Sur les 5.000 francs ;

2° Sur les 2.000 francs et que la loi est formelle.

Dr D.

Réponse

Il résulte formellement de l'article 1er du décret loi du 16 juillet 1935 instituant une réduction de 10 % sur les loyers des locaux à usage professionnel et d'habitation, que cette réduction doit être appliquée « au prix actuel des loyers de tous les locaux appartements ou chambres loués nus ou en meublés... »

Il n'y a donc pas lieu en l'espèce, pour le calcul de la réduction à laquelle vous avez droit, de distinguer entre le prix du loyer correspondant aux locaux nus et au prix de location des meubles. L'assiette des 10 % est le montant intégral du loyer soit 7.000 francs, et vous ne devez payer dorénavant qu'un loyer annuel de 7.000 — 700 soit 6.300 francs.

5.505. — A propos de la transcription des prescriptions pharmaceutiques sur les carnets à souches des pensionnés de guerre

Après avoir lu les pages 1789 et 1790 du *Concours Médical* du 7 juin, je m'empresse de vous faire savoir que l'interprétation du Préfet du Nord au sujet des indications à inscrire sur le feuillet-souche des carnets de réformés est sinon inexacte, « fortement discutable ».

Ayant eu, en effet, en 1923, une discussion avec un confrère à ce sujet, je prétendais que, du moment où il était imprimé sur la souche : 1° Prescriptions du médecin, et sur la feuille ; 2° « feuillet d'ordonnance », c'est que l'une ne devait pas être la copie de l'autre.

J'estimais que « prescriptions du médecin » signifiait l'ensemble des directives données au malade, la manière de prendre les remèdes, les heures, les indications pour les enveloppements, le régime, les sorties, etc., etc... Tandis que la feuille d'ordonnance était uniquement réservée, comme son nom l'indique, à l'ordonnance.

J'ai soumis le désaccord à la Commission préfectorale des soins gratuits du Gard, qui, après renseignements pris, m'a répondu en date du 6 mars 1923, par lettre, n° 134, que c'était mon interprétation qui était la bonne et depuis cette époque, je procède de la même manière et mes confrères *idem*. Dont acte !

Vous pouvez donc, si vous le jugez utile, faire état de cette lettre.

Docteur Pibre,
de Beaucaire

Certains médecins écrivent spontanément, le double de l'ordonnance sur la souche 1 ; ils ont tort et créent ainsi une habitude que l'Administration peut prendre ensuite pour une « obligation ».

Légitimation d'un enfant adultérin

Un Monsieur, en instance de divorce, vivait maritalement avec une femme dont il a eu un enfant.

Le divorce prononcé, il se marie avec la mère de son enfant et voudrait reconnaître ou adopter celui-ci, bien qu'il ait un enfant légitime du premier mariage. Le peut-il ?

Réponse

Selon les termes de la loi du 25 avril 1934, qui modifie l'article 331 du Code civil, un enfant adultérin peut être légitimé par le mariage subséquent de ses père et mère, lorsque ceux-ci le reconnaissent au moment de la célébration du mariage, dans les cas suivants :

1° Les enfants nés du commerce adultérin de la mère lorsqu'ils sont désavoués par le mari, ou ses héritiers ;

2° Les enfants nés du commerce adultérin du père ou de la mère, lorsqu'ils sont réputés conçus à une époque où le père ou la mère avait un domicile distinct en vertu de l'ordonnance rendue conformément à l'article 878 du Code de procédure civile et antérieurement à un désistement de l'instance, au rejet de la demande, ou à une réconciliation judiciairement constatée ; toutefois la reconnaissance et la légitimation pourront être annulées si l'enfant a la possession d'état d'enfant légitime ;

3° Les enfants nés du commerce adultérin du mari, dans tous les autres cas, s'il n'existe pas d'enfants ou de descendants légitimes issus du mariage au cours duquel l'enfant adultérin a été conçu.

Lorsqu'un des enfants visés au présent article aura été reconnu par ses père et mère, ou par l'un d'eux, postérieurement à leur mariage, cette reconnaissance n'emportera légitimation qu'en vertu d'un jugement rendu en audience publique, après enquête et débat en chambre du Conseil, lequel jugement devra constater que l'enfant a eu, depuis la célébration du mariage, la possession d'état d'enfant commun.

Ce sont donc les dispositions de ce dernier alinéa qui sont applicables dans le cas qui nous est soumis.

Dr Paul BOUDIN.

5.210. — Réduction du prix du loyer par application des décrets-lois

J'ai lu dans le *Concours Médical*, un certain membre de réponses concernant les 10 % et les charges locatives ; mais il ne m'a pas été possible de savoir dans mon cas particulier, si oui ou non, je devais déduire 15 % de mon loyer pour charges avant de faire la réduction de 10 %. Mon prochain terme étant le 1er juillet, je désirerais être renseigné auparavant.

Dans un bourg de quinze cents habitants environ, j'occupe un appartement dans une maison habitée pour le reste par la propriétaire :

il n'existe pas le gaz ;

l'éclairage électrique est complètement séparé ;

le chauffage central chauffe quatre de mes pièces sur six et une pièce de ma propriétaire ; ce chauffage est entièrement à ma charge ;

l'eau m'est fournie par la propriétaire à l'aide d'une moto-pompe sur puits ; j'ai en tout deux robinets sur évier (eau froide et chaude).

En contre-partie de cette fourniture d'eau, je lui chauffe deux radiateurs (branché l'un sur le chauffage central, l'autre sur le fourneau de cuisine) et je lui fournis son eau chaude (sur évier et dans sa salle de bain), l'eau étant chauffée par le fourneau de ma cuisine. Ce fourneau, dont j'assure naturellement entretien et chauffage, a été compris dans le bail.

Il n'existe pas d'arrangement amiable possible avec ma propriétaire.

Dr R.

Réponse

Suivant le décret-loi du 30 octobre 1935 qui a modifié le décret-loi du 16 juillet, la réduction de 10 % du prix des loyers des locaux à usage d'habitation ou professionnel n'est pas applicable aux charges locatives.

Lorsque les charges sont comprises dans le prix global du loyer le montant doit en être fixé forfaitairement à 15 % du loyer et à 25 % en cas de chauffage de l'immeuble.

D'après le bail que vous nous soumettez, vous payez un loyer annuel de 3.000 francs sans aucune charge en sus ; par conséquent, ces charges se trouvent comprises dans le prix global du loyer et ainsi le décret-loi du 30 octobre 1935 vous est applicable, en raison même de son caractère forfaitaire, malgré le peu d'importance relative des charges dont votre propriétaire fait l'avance pour vous.

Il en résulte que la réduction de 10 % ne doit porter que sur 85 % de votre loyer et non sur la totalité.

ACCIDENTS

4.841. — Droits du médecin traitant en cas de faillite du patron

J'aurais besoin de vos conseils au sujet d'une note d'honoraires concernant un accidenté du travail. Le blessé accidenté en août 1934, vient seulement d'obtenir gain de cause contre la Compagnie d'assurances. Depuis ce temps, le patron a fait faillite. Puis-je malgré cela obtenir le règlement de mes honoraires de la Compagnie d'assurances ? celle-ci n'aura-t-elle pas le droit d'invoquer la prescription ?

Dr C.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence qu'il appartient à la victime seule, et non au médecin, de faire trancher le point de savoir si un accident a ou non le caractère d'accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898. Il est donc impossible au médecin d'actionner le chef d'entreprise en payement de ses honoraires tant qu'une décision de justice, à défaut d'accord amiable, n'a pas reconnu formellement l'applicabilité de la législation sur les accidents du travail. Il a été jugé d'autre part que lorsque la réalité d'un accident n'a pu être établie par un jugement que plusieurs années après la date à laquelle il s'est produit, la prescription annale ne peut être opposée à l'action en payement des frais médicaux formés par l'accidenté peu de temps après ce jugement (Trib. de paix de Clermont-Ferrand, 5 juin 1934, *Gaz. Pal.*, 26 juin 1935). *A fortiori* en est-il de même lorsqu'il s'agit de l'action du médecin contre le chef d'entreprise, puisque celle-ci n'est que l'exercice par ce dernier des droits de son client. Nous en concluons donc qu'en l'espèce, le patron responsable ou son Assurance substituée ne seraient pas fondés à invoquer la prescription à votre égard. Celle-ci ne sera encourue qu'un an après la date à laquelle aura eu lieu le dernier payement de l'indemnité journalière.

Il ressort d'autre part de la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance, qu'en matière d'assurance responsabilité, le tiers lésé possède une action directe contre l'Assurance en payement de l'indemnité prévue au contrat. Cette indemnité tombe donc pas en cas de faillite de l'assuré, dans le gage général des créanciers ; par suite, votre client est toujours fondé, malgré la faillite de son patron, à demander à la Compagnie d'assurances le versement intégral des indemnités légales ; étant vous-même créancier de la victime, vous pouvez user de l'art. 1.166 du Code civil, et exercer à l'égard de ses débiteurs les actions qui lui appartiennent ; vous pouvez donc demander à la Compagnie le payement de votre note au Tarif accidents du travail, comme le ferait la victime elle-même.

D'autre part, vous pourriez produire à la faillite du patron, en vertu de l'action directe que vous donne contre lui l'article 4 de la loi du 9 avril 1898. Dans ce cas, vous seriez en droit de demander votre règlement par préférence, en invoquant le privilège que confère à la victime, l'article 2.101, 6° du Code civil, et que vous êtes en droit d'exercer par subrogation (Cass. civ., 19 avril 1928, D. H., 1928.285.

4.739. — Accident survenu au cours du trajet entre le lieu du travail et le domicile de l'ouvrier

Voici les faits sur lesquels, je vous demande avis : le 18 mai, je suis mandé pour un ouvrier qui, sur le chantier se blesse un doigt, plaie contuse avec arrachement de l'ongle. Il rentre chez lui, seulement, sur la route étant en vélo, il tombe, se fracture l'avant-bras au tiers inférieur; c'est, du reste, l'histoire de la fracture qui a motivé mon appel. Cette fracture est-elle un accident du travail ?

A mon sens, je crois que je n'ai qu'à mentionner ce que j'ai vu : plaie doigt plus fracture, mais je ne voudrais pas être soupçonné de m'associer à une indélicatesse.

J'ai du reste établi un certificat d'accident du travail dans ce sens.

Voulez-vous avoir l'obligeance de confirmer ou d'infirmer ma manière de voir ?

Dr M.

Réponse

La législation sur les accidents du travail ne couvre que les accidents survenus au temps et au lieu du travail. Les accidents qui se produisent au cours du trajet aller et retour du domicile de l'ouvrier au lieu de l'entreprise ne peuvent en principe être considérés comme tels, à moins que ce trajet ne constitue qu'un prolongement du travail, soit parce que le patron prend à sa charge le transport ou paye son salarié pendant ses heures de déplacement, ou encore si l'accès de l'entreprise présente des difficultés ou des dangers spéciaux. Aucun élément de ce genre ne pouvant être relevé en l'espèce, l'accident en question ne saurait en aucune manière mettre en jeu la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée. C'est au blessé lui-même qu'il appartient de supporter les suites de sa chute, sauf à demander à sa Caisse d'assurances sociales, le versement des prestations en nature de l'assurance-maladie s'il est en règle de ses cotisations.

4.820. — Les piqûres d'insectes peuvent-elles être considérées comme accidents du travail ?

Le 12 juillet 1935, une jeune fille de 16 ans, travaillant en atelier, est piquée au cou-de-pied par une grosse mouche noire à reflets d'acier, pendant son travail. La mouche est tuée, il y a deux témoins, on s'empresse de laver la piqûre à l'eau oxygénée. Le cou-de-pied enfle, la jeune fille se sent mal. Le patron la fait accompagner chez le médecin choisi par la victime, c'est-à-dire à mon cabinet.

Un abcès se forme, assez volumineux, qui se vide ensuite par trois orifices. Un repos de un mois est nécessaire, ainsi que de nombreux pansements. J'ai

délivré des certificats « accident au cours du travail », pour la Mairie et pour l'Assurance. J'apprends que le patron n'a rien déclaré à la Mairie. Il n'y a pas d'infirmité permanente.

La Compagnie d'assurances refuse de prendre en charge le sinistre et déclare que cet accident ne tombe pas sous le coup de la loi de 1898. Comme les pourparlers avec l'Assurance ont duré longtemps, la déclaration aux Assurances sociales n'a pas été faite.

1° Est-ce un accident du travail ?

2° Si cela n'en est pas un, peut-on raccrocher cet accident aux Assurances sociales, malgré le retard ?

S'il fallait poursuivre la Compagnie d'assurances accidents du travail, me donneriez-vous l'appui de la Ligue ? En ce cas, du reste, c'est la famille de la blessée qui poursuivrait le patron en justice de paix.

Dr G.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence qu'en principe les accidents dus aux « forces de la nature » (froid, chaud, soleil, foudre, etc.) ne constituant que la réalisation d'un risque général, encouru par tout le monde, et sans lien avec le travail, ne donnent pas lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898, et n'engagent pas la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée. Les piqûres d'insectes venimeux, mouches, moustiques, etc., sont à cet égard assimilées aux phénomènes naturels, et ne constituent donc pas des accidents du travail (V. not. Cass, req., 4 octobre 1935, *Gaz. Pal.*, 27 mai 1935).

Il n'en va autrement que si le travail lui-même ou les conditions dans lesquelles il est effectué dans l'entreprise a été de nature à provoquer la mise en jeu de ces forces naturelles ou à en aggraver les effets (Cass. arrêt précité). Dans ce cas, en effet, la réalisation du risque a un lien certain avec le travail, et l'accident prend alors un véritable caractère professionnel. C'est ainsi que seraient considéré comme accident du travail les conséquences d'une piqûre de guêpe survenue dans une fabrique de confitures, ou de piqûres de mouches « tsé-tsé », dans une entreprise coloniale. Si en l'espèce aucun élément de ce genre ne permet de rattacher l'accident avec le travail effectué dans l'entreprise, c'est à bon droit que l'Assurance a refusé de verser à la victime les indemnités prévues par la loi de 1898.

Mais puisque cet accident n'est pas indemnisé par la législation sur le risque professionnel, ni susceptible de l'être, l'intéressée peut prétendre au versement des prestations de l'assurance-maladie, si elle est en règle de ses cotisations. Le retard apporté dans la déclaration de l'accident à la Caisse d'assurances sociales ne saurait entraîner pour l'assurée déchéance de ses droits, car le droit aux prestations ne se prescrit que par deux années à compter de la première constatation médicale.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Assurances Sociales

Décrets-Lois du 31 octobre 1935

Décret modifiant le régime des Assurances sociales (régime applicable aux assurés du commerce et de l'industrie)

TITRE Ier

IMMATRICULATION ET CONTRIBUTIONS

Art. 1er. — § 1. — L'assurance instituée par la loi du 5 avril 1928 modifiée couvre les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès en tenant compte des charges de famille et de maternité, dans les conditions ci-après.

§ 2. — Sont assurés obligatoirement tous les salariés et, d'une façon générale, toutes les personnes de nationalité française de l'un ou de l'autre sexe travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 francs.

Ce chiffre limite est porté à 18.000 francs dans les villes de plus de 200.0000 habitants, et dans les circonscriptions industrielles dans la liste est déterminée par arrêté du ministre du Travail. Il est augmenté de 2.000 francs pour les personnes qui ont un enfant à charge dans le sens fixé par l'article 14, de 4.000 francs, pour celles qui en ont deux. Il est porté à 25.000 francs pour celles qui en ont trois ou davantage.

Ne sont pas considérés comme salariés, les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le livre II (art. 1er), du Code du travail ; 2° qui, sans recevoir de salaire en argent travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci.

Ne sont pas considérés comme assurées obligatoires les personnes dont le salaire habituel au cours d'une année est inférieur à 1.500 francs.

§ 3. — Sous réserve que le produit annuel de leur travail ne dépasse pas le chiffre limite, sont affiliés obligatoirement aux Assurances sociales, quelles que soient la forme et la nature du contrat qui les lie, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires ;

1° Les personnes travaillant à domicile, habituellement et régulièrement soit seules, soit avec leur conjoint ou leurs enfants à charge au sens fixé par l'article 14, ci-après, ou un auxiliaire pour le compte d'un ou de plusieurs chefs d'entreprise ;

2° Les voyageurs et représentants de commerce non patentés, même rémunérés à la commission, qui travaillent d'une façon habituelle et suivie pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise déterminée ;

3° Les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;

4° Les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transports fixés par l'autorité publique, lorsque ces conducteurs ne sont pas propriétaires de leur voiture ;

5° Les porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils son liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;

6° Les ouvreuses de théâtres, cinémas et autres établissemnts de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de diverse nature.

§ 4. — *L'affiliation s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues à l'article 4, à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions du présent article. Elle est opérée par le service régional des Assurances sociales dans la circonscription duquel se trouve le lieu de l'établissement dont dépend l'intéressé.* Ce service immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'Assurances sociales.

En ce qui concerne les assurés visés au paragraphe 3 du présent article, les obligations incombant à l'employeur sont à la charge du chef d'établissement ou du

chef d'entreprise. Sont assimilés à ceux-ci les personnes ou sociétés qui fournissent les voitures, les exploitations et les concessionnaires visés audit paragraphe.

§ 5. — Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent, l'immatriculation des assurés qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou sont rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires et qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs, reste à la charge des assurés. Il en est de même pour les assurés qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence.

§ 6. — Les travailleurs étrangers remplissant les conditions visées aux paragraphes 2 et 3 ci-dessus, sont assurés obligatoirement, dans les mêmes conditions que les salariés français et assimilés. Ils bénéficient ainsi que leurs ayants droit, s'ils ont leur résidence en France, des prestations résultant des versements effectués pour leur compte. Toutefois, ils n'ont droit aux allocations et fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration visé à l'article 38 ci-après, que s'il a été passé, à cet effet, une convention avec leur pays d'origine.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux étrangers ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France, s'il a été passé à cet effet une convention avec leur pays d'origine.

Les assurés visés aux deux alinéas ci-dessus, qui cessent d'avoir leur résidence ou leur lieu de travail en France, conservent le bénéfice de la rente inscrite à leur compte individuel d'assurance-vieillesse, et éventuellement des avantages susceptibles de résulter pour eux de conventions diplomatiques.

§ 7. — Dans le calcul de la rémunération totale annuelle visée au paragraphe 2 du présent article, il est tenu compte de toutes les rétributions en argent ainsi que des divers avantages en nature que le salarié reçoit de l'employeur.

Entrent également en compte dans le montant de ladite rémunération, les pourboires versés au salarié, directement ou par l'entremise de l'employeur ou d'un tiers, lorsque, en vertu du contrat de travail ou des usages de la profession, ils constituent en tout ou en partie un mode de rémunération.

§ 8. — Le montant des avantages en nature ou des pourboires est évalué forfaitairement d'après les barèmes établis par arrêté du ministre du Travail, compte tenu, s'il y a lieu, des contrats collectifs de travail.

Le montant annuel des rétributions en argent est déterminé d'après le contrat individuel ou collectif de travail. Si le contrat ne comporte pas d'éléments suffisants d'appréciation, ce montant est déterminé pour les salariés occupés depuis un an dans un emploi de même nature et chez le même employeur, d'après les salaires effectivement touchés par l'intéressé au cours de l'année civile précédente. A défaut des bases d'évaluation ainsi prévues, le montant du salaire est déterminé d'après les rétributions perçues par les salariés travaillant dans les mêmes conditions et dans un emploi ou une entreprise analogue.

Pour les travailleurs à domicile, il y a lieu de tenir compte, le cas échéant, des frais d'atelier qui pourraient être mis à leur charge par l'employeur.

§ 9. — Un arrêté du ministre du Travail fixe le modèle de la déclaration que l'employeur doit fournir, en exécution des dispositions du paragraphe 4 ci-dessus.

Le même arrêté fixe le modèle du bulletin que, indépendamment de cette déclaration toute personne remplissant les conditions prévues aux paragraphes 1er à 3 ci-dessus a la faculté d'adresser au service régional, en vue de solliciter son immatriculation.

§ 10. — Lorsque les assurés cessent de remplir les conditions prévues par le présent article, il doit être procédé à leur radiation. Cette radiation peut être opérée soit sur la demande de l'intéressé ou de l'employeur, sous réserve de la production des justifications nécessaires, soit sur l'initiative du service régional. Elle a effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant.

Lorsqu'un assuré a été immatriculé ou maintenu à tort dans l'assurance, les versements indûment effectués ne peuvent être remboursés si l'intéressé a été immatriculé sur sa demande ou maintenu dans l'assurance faute par lui d'avoir demandé sa radiation ou s'il a bénéficié de prestations. Toutefois, dans ces cas, l'assuré conserve le bénéfice de la rente inscrite à son compte individuel d'assurance-vieillesse.

§ 11. — Des arrêtés du ministre du Travail précisent les conditions dans lesquelles les services régionaux des Assurances sociales procèdent à l'immatriculation et à la radiation des assurés et à la vérification des renseignements fournis à cet égard, tant par les employeurs que par les salariés.

Art. 2. — § 1er. — Les ressources des Assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat par des versements trimestriels pour moitié à la charge de l'assuré et retenus lors de sa paye au moins une fois par mois et pour moitié à la charge de l'employeur. C'est à ce dernier qu'incombe sous les sanctions prévues à l'article 4 ci-après, l'acquittement de cette double contribution.

§ 2. — Pour déterminer, lors de chaque paye, le montant de la rémunération sur laquelle doit être calculée la contribution ouvrière et la contribution patronale l'employeur retranche des sommes revenant à l'assuré le montant des allocations familiales qui y seraient comprises et y ajoute, le cas échéant, les avantages en nature dont l'assuré a bénéficié pendant la période considérée ; ces avantages sont évalués dans les conditions fixées à l'article 1er, paragraphe 8.

Au cas où la rémunération ainsi obtenue dépasse :

1.000 francs par mois si le salaire est réglé mensuellement,

500 francs par quinzaine si le salaire est réglé par quinzaine,

240 francs par semaine si le salaire est réglé par semaine,

40 francs par jour si le salaire est réglé journellement,

5 francs par heure pour les journées dont la durée est inférieure à la durée légale,

c'est seulement sur ces chiffres de salaire qu'il y a lieu de calculer la double contribution.

La somme à prendre pour base du calcul lors de chaque paye est arrondie au franc inférieur si elle n'atteint pas 100 francs et si elle dépasse 100 francs au multiple de 5 francs immédiatement inférieur.

Le taux de la contribution ouvrière à retenir sur le salaire est de 4 p. 100 de la somme ainsi obtenue. La contribution patronale est égale à la contribution ouvrière. Le montant de la double contribution est arrondi au décime immédiatement inférieur.

§ 3. — *L'employeur occupant dix assurés ou moins s'acquitte de la contribution visée au paragraphe précédent dans un bureau de poste.*

S'il a plus de dix assurés, il se libère par un ordre de virement postal au compte ouvert à la Caisse des dépôts et consignations, en application du paragraphe 12 du présent article.

L'employeur qui occupe dix assurés ou moins peut également adopter ce dernier mode de libération s'il est titulaire d'un compte postal.

Un arrêté des ministres du Travail et des Postes, Télégraphes et Téléphones précise les conditions dans lesquelles doivent être effectués ces versements.

§ 4. — A l'appui des versements trimestriels est joint, pour chaque assuré, un feuillet sur lequel l'employeur est tenu d'indiquer en même temps que la contribution globale, la rémunération sur laquelle est calculée cette contribution pour le trimestre de validité du feuillet. Ces feuillets sont adressés gratuitement à l'assuré, chaque année, par le service régional des Assurances sociales. A défaut de présentation par l'assuré de son

euillet trimestriel, l'employeur est tenu de demander un duplicata qui lui est délivré par les soins du service régional.

Dans les dix jours du trimestre qui suit la fin de leur période de validité, les feuillets trimestriels doivent être, soit remis au bureau de poste, soit adressés par l'employeur au service régional, accompagnés de l'ordre de virement postal établi pour l'ensemble de la contribution due par le même employeur, suivant le mode de libération prévu.

Le modèle des feuillets trimestriels est fixé par arrêté du ministre du Travail ; ces feuillets comportent obligatoirement une partie détachable à remettre à l'assuré pour servir d'attestation de versement des retenues effectuées sur son salaire et des contributions patronales correspondantes.

Un arrêté du ministre du Travail et du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, précise :

a) Les conditions dans lesquelles les feuillets remis aux différents bureaux de poste parviennent aux services régionaux des Assurances sociales ;

b) Les conditions dans lesquelles les ordres de virement adressés aux services régionaux des Assurances sociales sont transmis au bureau de chèques postaux.

§ 5. — Pour les assurés qui quittent leur employeur dans le courant d'un trimestre, les contributions patronales et ouvrières doivent être versées au plus tard dans les dix premiers jours du mois qui suit la date du départ des ouvriers et employés, pour la partie du trimestre écoulée avant cette date.

§ 6. — Les employeurs qui n'ont pas effectué les versements prescrits dans les délais fixés sont passibles, à compter du premier jour du mois suivant, d'intérêts de retard calculés à raison de 5 p. 100 des cotisations lorsque le retard n'excède pas un an. Ce taux est porté à 10 p. 100 lorsque le retard excède un an, sans préjudice des dispositions de l'article 4 ci-après. Les intérêts de retard sont payables en même temps que les versements.

§ 7. — Un arrêté contresigné par le ministre du Travail et le ministre des Finances fixe, avant le 1er décembre de chaque année pour l'année suivante, les bases de répartition des cotisations entre les différents organismes d'assurances.

§ 8. — Le salarié immatriculé aux Assurances sociales ne peut s'opposer au prélèvement de sa contribution effectué par l'employeur au moment de la paye. Le payement du salaire effectué sous déduction de la retenue fixée au paragraphe 2 ci-dessus vaut acquit de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

L'assuré est tenu de verser entre les mains de l'employeur sa contribution sur les sommes perçues par lui directement ou par l'entreprise d'un tiers, à titre de pourboires, évaluées forfaitairement conformément à l'article 1er précédent. Le non-versement de cette contribution est une cause de résiliation du contrat de travail.

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

§ 9. — Les dispositions du paragraphe précédent sont applicables aux salariés travaillant à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile ou rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires, lorsque ceux-ci travaillent d'une manière régulière pour le compte d'un même employeur.

Si les salariés visés à l'alinéa précédent travaillent d'une manière régulière et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, ou s'ils travaillent par intermittence pour le compte du même ou des mêmes employeurs ou encore s'ils sont occupés par des employeurs successifs pour des travaux temporaires ou occasionnels, le payement de la contribution prévue au paragraphe 1er incombe à chacun de ces employeurs pour la fraction du salaire payée par lui, dès l'instant que la rémunération totale annuelle évaluée dans les conditions fixées à l'article 1er n'excède pas le chiffre limite. Un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail, du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones et du ministre des Finances peut prévoir pour ces salariés des modalités spéciales de versement des cotisations.

§ 10. — Le travailleur à domicile, rémunéré à façon, aux pièces ou à la tâche, si lui-même est assuré obligatoire vis-à-vis du fabricant pour le compte duquel il travaille, n'est point tenu au versement des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui pour le dit fabricant. Ces contributions sont à la charge du fabricant et calculées d'après les déclarations de salaires fournies à ce dernier.

Le salaire propre au travailleur à domicile est obtenu en déduisant de la rémunération globale versée par l'employeur, d'une part, les salaires des personnes travaillant avec lui ; d'autre part, s'il y a lieu, le montant des frais d'atelier fixés forfaitairement par arrêté du ministre du Travail.

§ 11. — En cas de cession ou de cessation d'un commerce ou d'une industrie, le payement des contributions dues pour le trimestre en cours est immédiatement exigible.

§ 12. — Le montant des versements effectués conformément au paragraphe 1er du présent article est centralisé par l'Administration des Postes et des Télégraphes, dans les conditions fixées par un arrêté des ministres des Finances, du Travail et des Postes, Télégraphes et Téléphones. Il est versé à la Caisse des dépôts et consignations qui le porte à un compte de dépôt ouvert dans ses écritures au titre « Ministère du Travail. — Produits des cotisations d'assurances sociales ». Cette Caisse est chargée de la gestion du fonds ainsi institué. Les revenus de ce fonds sont versés chaque année au compte spécial institué à l'article 21.

§ 13. — Tout employeur occupant 100 assurés ou plus est tenu, en dehors des obligations prévues au présent article, de déposer à la Caisse des dépôts et consignations un cautionnement, productif d'intérêt, dont le montant est au moins égal pour chaque année au dixième des cotisations dues au titre des Assurances sociales pendant l'année précédente. Ce cautionnement peut être remplacé par une caution bancaire ou autre agréée par le ministre des Finances et le ministre du Travail.

Sont dispensés de cette obligation, les employeurs qui s'acquittent dans les dix premiers jours de chaque mois des cotisations dues pour le mois précédent, dans les conditions fixées par un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones.

§ 14. — *Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les cotisations dues par les maîtres de maison sont calculées d'après un salaire forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre du Travail.*

§ 15. — Lorsque la comptabilité d'un employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des salaires payés par lui à l'un ou plusieurs de ses salariés, le montant de ces salaires est fixé forfaitairement par le service régional.

Le forfait est établi d'après le taux des salaires pratiqués habituellement soit chez l'employeur, soit dans sa profession ou dans la localité.

La durée de l'emploi est déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve.

La décision du service régional est notifiée par lettre recommandée à l'employeur dans les formes prévues à l'article 4 ci-après.

Art. 3. — § 1. — L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans est radié à compter du premier jour du trimestre civil suivant. S'il continue à travailler, il est exonéré de toute retenue à sa charge.

§ 2. — La contribution patronale est due pour l'em-

ploi de tout salarié français ou étranger rentrant dans les conditions de l'article 1er, paragraphe 2 : *a*) dont la retraite de vieillesse constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée ou en instance de liquidation ; *b*) âgé de soixante ans ou plus, qui ne bénéficierait d'aucune retraite constituée dans ces conditions.

§ 3. — Ces contributions doivent être acquittées trimestriellement sous les sanctions prévues à l'article 4 aux mêmes époques et dans les mêmes formes que la contribution patronale et ouvrière instituée par l'article 2.

Elles sont périodiquement versées au fonds de majoration.

Art. 4. — § 1er. — Les employeurs sont tenus de recevoir à toute époque les contrôleurs ou inspecteurs désignés par le ministre du Travail pour vérifier l'immatriculation du personnel aux Assurances sociales, le montant des salaires payés et l'application régulière des dispositions concernant le versement des cotisations prévues aux articles 2 et 3.

§ 2. — Les oppositions ou obstacles à ces visites ou inspections sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le Code du travail, en ce qui concerne l'inspection du travail.

§ 3. — *L'employeur qui ne s'est pas conformé aux prescriptions des articles* 1er, 2 *et* 3, *est poursuivi devant le Tribunal de simple police*, soit à la requête du ministère public, sur la demande du ministre du Travail ou du directeur régional des Assurances sociales compétent, soit éventuellement à la requête du ministre du Travail ou de toute autre partie intéressée ; *il est passible d'une amende de 5 à 15 francs prononcée par le Tribunal, sans préjudice de la condamnation, par le même jugement et à la requête du ministère public ou de la partie civile, au payement de la somme représentant les contributions dont le versement lui incombait ainsi qu'au payement des intérêts de retard.* L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans des conditions contraires aux prescriptions des articles 1er, 2 et 3, sans que le total des amendes puisse dépasser 500 francs.

Toute poursuite effectuée en application du présent paragraphe ou des paragraphes 4, 9 *et* 12 *ci-après, est obligatoirement précédée si elle a lieu à la requête du ministère public d'un avertissement par lettre recommandée du service régional des Assurances sociales* invitant l'employeur à régulariser sa situation dans les quinze jours. Si la poursuite a lieu à la requête du ministre du Travail ou de toute autre partie intéressée, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur. Copie de cette mise en demeure doit être envoyée au service régional par la partie intéressée.

L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les périodes d'emploi comprises dans les cinq années qui précèdent la date de son envoi.

§ 4. — En cas de récidive, le contrevenant est poursuivi devant le Tribunal correctionnel et puni d'une amende de 16 à 100 francs, sans préjudice de la condamnation par le même jugement et à la requête du ministère public ou de la partie civile, au payement des contribution dont le versement lui incombait ainsi qu'au payement des intérêts de retard.

§ 5. — Il y a récidive lorsque, dans les douze mois antérieurs à la date d'expiration du délai de quinzaine imparti par l'avertissement ou la mise en demeure prévus au paragraphe 3, alinéa 2, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une contravention identique.

§ 6. — Le Tribunal peut, en outre, dans ce cas, prononcer pour une durée de six mois à cinq ans :

a) L'inéligibilité du contrevenant aux chambres de commerce, aux tribunaux de commerce, aux chambres d'agriculture et chambres de métiers, aux conseils de prud'hommes ;

b) Son incapacité à faire partie des comités et conseils consultatifs constitués auprès du Gouvernement.

§ 7. — Le Tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désignera et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant, sans que le coût total de l'insertion puisse dépasser 1.000 francs.

§ 8. — En cas de pluralité de contraventions entraînant les peines de la récidive, l'amende est appliquée autant de fois qu'on a relevé de nouvelles contraventions. Toutefois, le total des amendes ne peut dépasser 3.000 francs.

§ 9. — L'employeur qui a retenu par devers lui indûment la contribution ouvrière précomptée sur le salaire, en application de l'article 2 ci-dessus, est passible des peines prévues aux articles 406 et 408 du Code pénal.

§ 10. — En ce qui concerne les infractions visées aux paragraphes 3, 4 et 9 du présent article, les délais de prescription de l'action publique commencent à courir à compter de l'expiration du délai de quinze jours qui suit selon le cas soit l'avertissement, soit la mise en demeure, prévus au paragraphe 3, alinéa 2.

§ 11. — Avant de saisir le ministre du Travail ou le ministère public des poursuites à exercer en vertu des paragraphes 3 et 4 ci-dessus, le service régional a la faculté de recourir à la procédure sommaire ci-après en vue du recouvrement des sommes dues par l'employeur.

Si à l'expiration du délai de quinzaine imparti par l'avertissement ou la mise en demeure prévus au paragraphe 3, alinéa 2, le versement dû n'a pas été intégralement effectué ou, si la réclamation de l'employeur, introduite dans ce même délai, n'a pas été admise par le service et n'a pas été portée par l'employeur dans les quinze jours devant la Commission prévue à l'article 36, l'état des contributions ouvrières et patronales visées par l'avertissement ou la mise en demeure est rendu exécutoire par arrêté du Préfet intéressé et remis au trésorier payeur général qui assure par l'intermédiaire du percepteur du domicile du débiteur le recouvrement des sommes ainsi exigibles y compris les frais afférents comme en matière de contributions directes.

§ 12. — *L'action civile à intenter en recouvrement des contributions ouvrières et patronales indépendamment ou apres extinction de l'action publique, dans les conditions prévues à l'article* 36, *se prescrit par cinq ans à dater de l'expiration du délai suivant l'avertissement ou la mise en demeure prévus au paragraphe* 3, *alinéa* 2, *ci-dessus.* La procédure de recouvrement visée au paragraphe 11 ne peut être mise en œuvre que dans le même délai.

§ 13. — Les jugements intervenus en application du présent article sont susceptibles d'appel de la part du ministère public et des parties intéressées.

§ 14. — Les inspecteurs des Assurances sociales ont qualité pour dresser en cas d'infraction aux règles posées par les articles 1er, 2 et 3 précédents, des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve contraire. Ces procès-verbaux sont adressés au service régional.

Art. 5. — § 1er. — Les sommes qui sont versées à titre de contribution en exécution des articles 2 et 3 ci-dessus, tant par l'employeur que par le salarié, sont déduites du total du revenu de ceux-ci pour l'assiette des impôts sur les revenus et de l'impôt général sur le revenu.

§ 2. — Le payement des contributions ouvrières et patronales dues en application des mêmes articles et non encore versées par l'employeur est garanti pour l'année échue et ce qui est dû pour l'année courante par un privilège sur les biens meubles et immeubles dudit employeur, lequel privilège prend rang concurremment avec celui des gens de service et des ouvriers et commis, établi respectivement par l'article 2101 du Code civil et par l'article 549 du Code de commerce.

TITRE II

PRESTATIONS

Assurance-maladie (prestations en nature)

Art. 6, § 1er. — L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transports ainsi que les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, les enfants à la charge de l'un d'eux au sens fixé par l'article 14 ci-après, selon les modalités suivantes.

Ne bénéficie pas des prestations prévues au présent paragraphe le conjoint de l'assuré obligatoire, lorsque le montant annuel de son salaire ou de son gain dépasse le chiffre limite fixé à l'article 1er ou lorsqu'il bénéficie d'un des régimes spéciaux énumérés à l'article 23.

En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'assuré n'a droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

La délivrance de ces appareils est soumise à la décision préalable d'une Commission spéciale dont la composition est fixée par le règlement général d'administration publique visé à l'article 42 ci-après.

§ 2. — *L'assuré choisit librement son praticien.*

§ 3. — *Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.*

§ 4. — *Chaque maladie ou accident donne lieu à la délivrance, par la Caisse, de feuilles de maladie ; les deux premières de ces feuilles sont valables pour huit jours au maximum, les suivantes, s'il y a lieu, pour quinze jours.*

§ 5. — *La part garantie par les Caisses dans le prix de l'acte médical est établie par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.*

Cette part est avancée ou remboursée par la Caisse à l'assuré ; elle est inscrite ainsi que toutes autres conditions jugées utiles dans les conventions à passer entre les Caisses et les Syndicats professionnels. En aucun cas, elle ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

Les Caisses ne peuvent passer des conventions qu'avec des Syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par le Conseil supérieur des Assurances sociales.

Dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation est donné par le groupement national intéressé, le Syndicat professionnel peut faire appel devant la section médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des Assurances sociales. Au cas où cette section confirme l'avis du groupement national il n'y a pas lieu à habilitation. Dans le cas contraire, il est prononcé sur l'habilitation, comme il est dit plus haut, par le Conseil supérieur des Assurances sociales.

§ 6. — *Les Caisses fixent également dans leur règlement intérieur le montant et les conditions de leur participation au payement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux.*

§ 7. — *La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité visés ci-dessus est fixée à 20 p. 100.*

§ 8. — *Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner, selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement, les médicaments conformes à la législation et à la réglementation existantes. Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance par acte médical.*

§ 9. — *Le tarif de remboursement des frais pharmaceutiques est fixé à 80 p. 100. Il est réduit à 60 p. 100 pour la part de ces frais excédant 25 francs par ordonnance.*

Toutefois, et sauf abus de prescription, le tarif de 80 p. 100 est applicable aux produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934. Il en est de même pour tous autres médicaments dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, sur proposition du médecin traitant et avec accord du médecin contrôleur de la Caisse.

Le ministre du Travail, sur avis conforme du Conseil supérieur des Assurances sociales, peut, en outre, fixer un maximum de remboursement par feuille de maladie et prescrire l'établissement, par une Commission dont il fixe la composition, d'une liste de médicaments spécialisés pour lesquels il y a lieu de prévoir des tarifs de remboursement particuliers.

N'ouvrent en aucun cas droit au remboursement les produits de régime alimentaire.

§ 10. — Les frais d'appareils et les dépenses pharmaceutiques autres que l'achat de médicaments sont remboursés dans les conditions et suivant un tarif fixés par le règlement intérieur de la Caisse, compte tenu d'une participation de l'assuré de 20 p. 100.

§ 11. — A défaut de convention avec les Syndicats médicaux dans les conditions prévues au paragraphe 5 ci-dessus, les Caisses peuvent prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité spécial.

§ 12. — *Les prestations prévues au présent article sont dues à partir de la première constatation médicale et pendant une période totale de soins de six mois.*

La première constatation médicale de la maladie doit, sous peine de déchéance du droit aux prestations, être portée à la connaissance de l a Caisse dans les trois jours, sauf cas exceptionnels que la Caisse appréciera.

§ 13. — *Lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours. Il en est de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations.*

§ 14. — L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

L'organisation et le fonctionnement techniques des établissements fondés par les Caisses sont réalisés par les Conseils d'administration des Caisses, après avis des Syndicats médicaux intéressés, lorsque les Syndicats ont passé une convention collective avec les Caisses. Celles-ci doivent demander par lettre recommandée l'avis des Syndicats intéressés, lequel doit être donné dans un délai d'un mois. En cas de désaccord, ces Syndicats peuvent, dans le délai fixé ci-dessus, saisir la Commission tripartite prévue à l'article 8, paragraphe 5, laquelle statue dans un délai de deux mois.

Les Caisses peuvent passer des contrats avec les Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels ayant créé des œuvres sociales dans les conditions de la loi du 1er avril 1898 modifiée, en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents.

§ 15. — *Les assurés sociaux sont soignés dans les établissements hospitaliers visés par la loi du 13 juillet 1935 à des tarifs qui ne pourront excéder les tarifs les plus bas appliqués aux malades payants.*

La part à supporter par les Caisses dans les frais d'hospitalisation, ainsi que dans les honoraires médicaux est fixée par le tarif de responsabilité des Caisses.

§ 16. — *L'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail reçoit, s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales, dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse.*

§ 17. — Tous les cinq ans, l'assuré malade ou non peut être autorisé à se soumettre à un examen de santé

dont les conditions seront fixées dans les conventions prévues au paragraphe 5 du présent article ou, en l'absence de convention, dans le règlement intérieur de la Caisse.

Ce règlement peut prévoir la même faculté pour le conjoint et les enfants à la charge de l'assuré, au sens fixé par l'article 14.

§ 18. — Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales et compte tenu des tarifs syndicaux minima, les tarifs limites de responsabilité. Les Caisses qui adoptent des tarifs supérieurs à ces tarifs-limites ne peuvent, en cas de déficit, obtenir une subvention de la section de garantie des unions régionales visées à l'article 30.

Assurance-maladie (prestations en argent)

Art. 7. — § 1er. — Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, dès le sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident et jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure, et au maximum jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 6, à une indemnité par jour ouvrable.

Cette indemnité qui ne peut être inférieure à 3 francs, ni supérieure à 18 francs, est déterminée d'après un barême arrêté par le ministre du Travail suivant les cotisations servant de base à l'ouverture du droit aux prestations, tel que ce droit est déterminé aux paragraphes suivants. Pour le calcul de ladite indemnité, le salaire servant de base aux cotisations est supposé correspondre à 75 journées de travail par trimestre.

L'indemnité visée au paragraphe précédent est due dès le quatrième jour, si l'assuré a au moins trois enfants à sa charge au sens fixé par l'article 14.

Les dispositions de l'article 6, paragraphe 13, sont applicables aux prestations visées ci-dessus.

§ 2. — *Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en espèces, l'assuré devra avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident.*

Si l'assuré ne remplit pas les conditions prévues à l'alinéa précédent, il peut obtenir les prestations légales, à condition de justifier qu'il a subi une retenue de 60 francs au moins pendant les quatre trimestres précédant celui de la maladie ou de l'accident.

Toutefois pour les maladies ou accidents survenus au cours du premier mois de chaque trimestre, les périodes de référence à considérer sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladie ou de l'accident.

§ 3. — Si l'assuré est immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie ou de l'accident, il n'est tenu de justifier pour obtenir les prestations légales que d'une retenue de 15 francs pendant le trimestre civil précédent.

§ 4. — L'indemnité à laquelle l'assuré peut prétendre aux termes du paragraphe 1er ci-dessus est réduite en cas d'hospitalisation à la charge de la Caisse ;

Du tiers si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

De la moitié si l'assuré est marié sans enfants, ni ascendants à sa charge.

Des trois quarts dans tous les autres cas.

§ 5. — Lorsque la maladie a duré plus d'un mois, la Caisse d'assurance verse pour le compte de l'assuré, pour les mois ultérieurs, une cotisation forfaitaire par quinzaine comportant l'octroi de prestations en espèces quel que soit le nombre de journées indemnisées.

Cette cotisation forfaitaire est versée dans les conditions prévues à l'article 2, elle est égale au montant de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec un minimum de 6 francs.

§ 6. — Pour l'appréciation des droits des assurés, il est tenu compte des cotisations versées pour le compte dudit assuré en application du paragraphe précédent et des articles 9, paragraphe 9, 15, paragraphe 1er, et 20, paragraphe 5.

Assurance-maladie (contrôle)

Art. 8. — § 1er. — *La Caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les Administrations hospitalières sur leurs établissements. Dans le cas où existe une convention avec la Caisse, les Syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes soit sur la demande de la Caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.*

§ 2. — *Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectuent en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.*

§ 3. — *Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant indiqué par l'assuré, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le Président du Tribunal civil.*

En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles. Un arrêté du ministre du Travail fixe les règles de fonctionnement de la Commission visée au présent paragraphe.

§ 4. — Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins, et les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'article 6, sont soumis à une Commission fonctionnant au siège de chaque région, composée pour le premier tiers de représentants de la Caisse, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels et pour le derniers tiers de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf pour le contrôle du service technique, elle est chargée de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. En particulier elle arbitre, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naissent entre les parties contractantes, de l'application desdites Conventions.

§ 5. — *Les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution du contrôle du service technique, tel qu'il est prévu par le paragraphe 1er ci-dessus, sont soumises à une Commission supérieure de contrôle. Cetē Commission est composée d'un conseiller d'Etat qui exerce de droit la présidence, d'un représentant des Caisses et d'un représentant des groupements de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes ou de pharmaciens, suivant que le litige met en cause un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un pharmacien.* Le conseiller d'Etat est désigné chaque année par le Conseil d'Etat. Le représentant des Caisses et les représentants des groupements professionnels de praticiens sont élus chaque année par le Conseil supérieur des Assurances sociales et choisis dans son sein.

La Commission statue en premier et en dernier ressort sur les litiges qui, en raison de l'absence de convention passée dans les conditions de l'article 6, paragraphe 5, n'ont pas été préalablement soumis aux groupements professionnels nationaux de praticiens. Elle connaît en appel et en dernier ressort des décisions prises conformément à leurs statuts par les groupements professionnels nationaux de praticiens.

La Commission est saisie, soit par les groupements professionnels de praticiens, soit par le praticien ou les Caisses intéressés. *Le recours est suspensif.*

La procédure est écrite et contradictoire. Lorsque la Commission statue sur des litiges non antérieurement soumis aux groupements professionnels de praticiens, elle doit préalablement provoquer l'avis du Syndicat départemental. La Commission peut ordonner la comparution personnelle des parties et prescrire toutes enquêtes ou expertises jugées par elle nécessaires. Elle liquide et répartit les frais entre les parties. Les décisions rendues par elle ont force exécutoire.

Les sanctions que peut prononcer la Commission sont :

1° *L'avertissement avec ou sans communication à la Caisse d'assurances ;*

2° *Le blâme ;*

3° *L'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux affiliés. soit de la Caisse intéressée, soit de toutes les Caisses d'un ou plusieurs départements.*

Tout praticien qui contrevient aux décisions de la Commission supérieure de contrôle en donnant ses soins ou en vendant ses produits à un assuré social, alors qu'il est privé ou suspendu du droit de le faire est tenu de rembourser à la Caisse le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celle-ci a été amenée à payer audit assuré social du fait des soins qu'il a donnés et des ordonnances qu'il a prescrites ou exécutées.

Le règlement général d'administration publique édicte toutes les mesures nécessaires à l'application des dispositions du présent paragraphe et fixe notamment les règles de la procédure.

Assurance maternité

Art. 9. — § 1er. — En cas de maternité, sauf dans le cas visé au paragraphe 3 ci-après, l'assurée et la femme de l'assuré reçoivent une prestation fixée par le tarif de responsabilité de la Caisse et représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Le tarif des Caisses doit prévoir des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural.

Les bénéficiaires ne supportent aucune participation dans ces prestations et ont la liberté de choix du praticien.

§ 2. — *Six semaines avant la date présumée de l'accouchement et six semaines après, l'assurée reçoit l'indemnité journalière visée au paragraphe 6 ci-après, à condition de cesser tout travail salarié durant la période indemnisée et au moins pendant six semaines.*

§ 3. — *En cas de grossesse ou de suite de couches pathologiques, l'assurance maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.*

§ 4. — L'assurée qui allaite son enfant a droit à des allocations mensuelles fixées par le règlement intérieur de la Caisse. L'ensemble des allocations payées à une même assurée ne doit pas excéder 850 francs pour la période complète d'allaitement. L'allocation prévue pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieure à 175 francs.

§ 5. — L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin, d'allaiter son enfant peut, si l'enfant est élevé par elle, à son domicile, recevoir pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait dont la valeur n'excède, dans aucun cas, 60 p. 100 de la prime d'allaitement.

Lorsque l'enfant doit être séparé de la mère pour des raisons médicales, les Caisses, après avis favorable de leur contrôle médical, peuvent accorder tout ou partie des bons de lait prévus à l'alinéa précédent.

§ 6. — *Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations visées aux paragraphes 1er à 5 ci-dessus, l'assuré ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres.*

Pour l'appréciation des droits de l'assuré ou de son conjoint, les dispositions de l'article 7, paragraphe 6, s'appliquent.

L'indemnité journalière est fixée conformément au barème arrêté par le ministre du Travail, d'après les cotisations afférentes au premier des trimestres ci-dessus visés ; elle ne peut être inférieure à 3 francs ni supérieure à 18 francs.

§ 7. — *Sous peine de déchéance du droit aux prestations en argent l'assurée doit :*

1° *Justifier, auprès de la Caisse d'assurance de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement ;*

2° *Se conformer aux prescriptions indiquées par la Caisse d'assurances dans son règlement intérieur, en ce qui concerne notamment les visites prénatales et post-natales et la fréquentation régulière des consultations maternelles ou des consultations de nourrissons.*

§ 8. — Les conditions prévues à l'article 6 pour les conventions entre Caisse et Syndicat et à l'article 8 pour le contrôle technique sont applicables à l'assurance maternité.

§ 9. — La Caisse d'assurance verse, en outre, pour le compte de l'assurée, une cotisation forfaitaire de 24 francs.

Cette cotisation est versée dans les conditions prévues à l'article 2.

En cas de grossesse pathologique, les dispositions de l'article 7, paragraphe 5, s'appliquent.

Assurance invalidité

Art. 10. — § 1er. — L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois prévu à l'article 6 ou en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit à une pension d'invalidité. Cette pension est toujours concédée à titre temporaire ; elle a effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé.

§ 2. — Le degré d'invalidité est apprécié compte tenu de la capacité de travail restante et en faisant état des indications d'un barème établi par le ministre du Travail après avis de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

§ 3. — *Si l'assuré conteste le pourcentage de l'incapacité qui lui a été notifiée par la Caisse d'invalidité ou si cette Caisse estime qu'un nouvel examen du dossier est nécessaire, l'état d'incapacité est apprécié par une Commission constituée pour chaque région dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail et comprenant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré et un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité. Il peut être fait appel des décisions de cette Commission devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.*

§ 4. — *Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident et avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs pour chacune de ces années, sous réserve des dispositions de l'article 7, paragraphe 6.*

§ 5. — La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la Caisse d'assurance-invalidité. Pour l'assuré affilié avant l'âge de trente ans, cette pension est égale à 40 p. 100 du salaire annuel moyen servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance. Toutefois, ledit salaire et le chiffre correspondant à la pension sont respectivement arrondis au multiple de 200 francs et de 100 francs le plus voisin.

Pour l'assuré immatriculé après trente ans, elle est

réduite dans les mêmes conditions d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre trente ans et l'âge d'entrée. Toutefois, la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure à 1.000 francs si l'assuré justifie de six ans ou plus de versements ; 900 francs si l'assuré compte au moins cinq ans de versements ; 800 francs si l'assuré compte au moins quatre ans de versements ; 700 francs si l'assuré compte au moins trois ans de versements ; 600 francs si l'assuré compte au moins deux ans de versements.

Ne comptent comme années de versements que celles au cours desquelles l'assuré a subi au moins la retenue prévue au paragraphe 4 du présent article.

§ 6. — Pour l'assuré qui ne compte pas trente années entières d'assurance et qui a interrompu ses versements pendant une année ou plus, la pension d'invalidité est réduite dans les conditions du paragraphe précédent, d'un trentième par année d'interruption ou par fractions réunies d'années équivalant au moins à une année entière.

§ 7. — Le service de la pension est suspendu en tout ou partie lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit, sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

La pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 p. 100. En cas de contestation, la capacité de l'intéressé est appréciée par la Commission instituée au paragraphe 3 du présent article.

§ 8. — *Pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie, à la condition de participer aux frais médicaux et pharmaceutiques conformément à l'article* 6.

En cas de suspension ou de suppression de la pension dans les conditions du paragraphe 7 ci-dessus, le droit aux prestations en nature peut être maintenu.

Les règles fixées par l'article 7, paragraphe 4, sont applicables à la pension d'invalidité.

§ 9. — Ces prestations sont servies au pensionné pour le compte de l'union régionale prévue à l'article 30 ci-après, par la Caisse dont il dépendait pour l'assurance-maladie, suivant les conditions fixées par l'article 6.

§ 10. — Sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui à toute époque, peuvent être demandées par les organismes intéressés. On considère qu'il y a refus d'examen si l'invalide ne répond pas à la convocation, par lettre recommandée, du médecin de la Caisse ou de l'Union, ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre.

§ 11. — Des ententes peuvent intervenir entre l'Union régionale, les Caisses maladie adhérentes et les Caisses d'invalidité en vue de la prévention de l'invalidité et du partage éventuel des dépenses entre ces divers organismes. La participation des Caisses d'invalidité est, dans tous les cas, limitée au montant des ressources qui reviendront à ces organismes par application de l'article 34, paragraphe 4.

§ 12. — Les frais de déplacement du pensionné ou de l'assuré qui, pour répondre à la convocation du médecin désigné par l'Union ou la Caisse, ou de l'expert médical, doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de l'Union. Le tarif de ces frais est fixé par arrêté du ministre du Travail.

§ 13. — Les dispositions relatives au contrôle de l'assurance-maladie sont applicables à l'assurance-invalidité.

§ 14. — La pension d'invalidité prend fin à l'âge de soixante ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension de vieillesse à laquelle l'assuré a droit en raison tant des versements effectués par ses employeurs successifs que des cotisations versées annuellement en leur lieu et place, par la Caisse d'invalidité en ce qui concerne l'assurance-vieillesse. Ces cotisations sont fixées conformément à un barême établi par le ministre du Travail, d'après le salaire ayant servi de base au calcul de la pension d'invalidité.

. . . .

Maintien des droits à l'assurance en cas de chômage

Art. 15. — § 1er. — Tout assuré de nationalité française se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail et inscrit à un office public de placement, a droit au versement pour son compte d'une cotisation forfaitaire de 30 francs par trimestre civil comportant au moins cinquante jours de chômage constaté, sans que ce versement puisse être effectué pour plus de deux trimestres consécutifs au cours d'une même année civile.

§ 2. — L'office de placement certifie, s'il y a lieu, sur le feuillet trimestriel que l'assuré remplit la condition visée au paragraphe précédent. Au reçu de ce feuillet, le service régional invite la Caisse des dépôts et consignations à prélever sur le fonds visé à l'article 2, paragraphe 12 ci-dessus, au profit des organismes d'assurances intéressés, la cotisation prévue au paragraphe précédent. Cette cotisation est postérieurement remboursée audit fonds par la Caisse générale de garantie, instituée à l'article 38 ci-après.

§ 3. — Pour faire face à ces remboursements, il est effectué sur l'ensemble des cotisations d'Assurances sociales, un prélèvement dont le taux est fixé par l'arrêté visé à l'article 2, paragraphe 7.

§ 4. — Les versements visés au paragraphe 1er du présent article ne sont opérés que dans les limites des ressources prévues au paragraphe 3 et peuvent être réduits en cas d'insuffisance de ces ressources, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre du Travail.

§ 5. — Pour bénéficier des dispositions du présent article l'assuré doit avoir subi sur son salaire, pour les quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel le chômage a commencé, une retenue totale au moins égale à 60 francs, sous réserve des dispositions de l'article 7, paragraphe 6.

§ 6. — Sont autorisés à compléter les versements ainsi prévus en cas de chômage contrôlé par l'office de placement et dépassant les limites fixées au paragraphe 1er :

1° Les fonds de chômage créés par les départements et les communes ;

2° Les Caisses spéciales annexées soit à un Syndicat professionnel ou à une Union de syndicats de mêmes professions ou industries constitués conformément aux dispositions du livre III du Code du travail, soit à une Société de secours mutuels composée de membres exerçant en majorité la même profession ou industrie et constituée conformément à la loi du 1er avril 1898 ainsi que les Caisses créées par des Associations constituées en vertu de la loi du 1er juillet 1901.

Assurance spéciale des femmes d'assurés

Art. 16. — § 1er. — Les femmes non salariées des assurés sont admises au bénéfice de l'assurance spéciale définie comme suit :

Elles sont considérées comme des assurées obligatoires recevant un salaire annuel supposé de 1.500 francs sauf les différences ci-après. Leur cotisation est fixée à 8 p. 100 de ce salaire supposé, soit 30 francs par trimestre. Elles n'ont pas droit aux indemnités journalières prévues à l'article 7, paragraphe 1er. L'attribution d'une pension d'invalidité ne joue qu'en cas d'incapacité totale de vaquer aux soins du ménage. La moitié de la cotisation est affectée à la constitution d'une rente de vieillesse capitalisée à un compte individuel. Le minimum garanti pour la pension d'invalidité ou de vieillesse en période transitoire est fixé à 250 francs et accordé dans les mêmes conditions de versements.

§ 2. — Les femmes non salariées des assurés peuvent contracter sans l'assistance de leur mari l'assurance spéciale et jouissent à cet égard, de la pleine capacité juridique.

....

TITRE III

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX BÉNÉFICIAIRES DES DIVERSES LÉGISLATIONS DE PRÉVOYANCE ET D'ASSISTANCE

Bénéficiaires de la législation des pensions militaires

Art. 18. — § 1er. — Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions ci-après.

§ 2. — Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions réglementaires qui en règlent l'application. Ils ont droit, dans tous les cas, aux prestations prévues à l'article 7.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées au paragraphe 1er du présent article, ils jouissent, ainsi que leur conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, des prestations en nature de l'assurance-maladie, mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Si la Caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de législation sur les pensions militaires.

§ 3. — En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

§ 4. — Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 p. 100 et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu de l'article 10, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire.

Bénéficiaires des lois d'assistance

Art. 19. — § 1er. — L'assuré qui reçoit une pension de vieillesse ou d'invalidité au moins égale à 600 francs ne peut se prévaloir de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. Il en est de même de l'assuré qui recevrait une pension au moins égale à ce minimum, s'il n'avait effectué ses versements à capital réservé ou s'il n'avait réclamé le bénéfice de l'article 11, paragraphe 11. Toutefois, les communes où le secours attribué aux assistés est supérieur à la pension que reçoit l'assuré doivent accorder à ce dernier, en droit d'être assisté, le bénéfice d'une bonification complémentaire destinée à rétablir l'équivalence. Cette bonification reste à leur charge.

§ 2. — L'assuré conserve le bénéfice des dispositions des lois sur l'assistance ou l'encouragement national aux familles nombreuses.

Les femmes assurées qui ont droit aux prestations en cas de maternité ne peuvent se réclamer des dispositions légales sur l'assistance aux femmes en couches.

§ 3. — *Les assurés indigents et les membres de leur famille peuvent être inscrits sur les listes d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, soit pour les soins médicaux et les frais pharmaceutiques, soit pour les frais pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages.* Les Caisses d'assurances et les Syndicats médicaux ayant passé des conventions avec elles, pourront prendre connaissance des listes susvisées, et présenter dans les formes et délais prévus par la loi du 15 juillet 1893 des réclamations en inscription ou en radiation.

Les dispositions suivantes sont applicables au règlement des prestations pour lesquelles le bénéfice de l'assistance est accordé.

Les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les assurés bénéficiaires du présent article, sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés.

Les frais dus aux praticiens et aux établissements d'hospitalisation sont réglés :

En ce qui concerne les frais médiacux et chirurgicaux et ceux afférents aux soins appliqués par des auxiliaires médicaux, conformément au tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés susvisés ;

En ce qui concerne les frais pharmaceutiques, conformément au tarif applicable aux adhérents de ladite Caisse, diminués d'un pourcentage fixé par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre de la Santé publique.

En ce qui concerne les analyses et les appareils, conformément au tarif limite prévu à l'article 6, paragraphe 18, et diminués d'un pourcentage fixé par le même décret ;

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, non compris les honoraires médicaux, conformément au tarif applicable aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

La différence entre le montant des frais tels qu'ils résultent de l'application de l'alinéa précédent, et les sommes remboursées par la Caisse d'assurance après la déduction prévue à l'article 6, paragraphes 7, 9 et 10, est prise en charge par les collectivités d'assistance. Il en sera de même de la différence entre le prix payé par la Caisse pour l'indemnité kilométrique et le prix payé par les collectivités d'assistance dans le département pour cette même indemnité.

Les frais revenant aux praticiens leur sont payés par les collectivités d'assistance, après règlement des prestations dues par la Caisse. Ce règlement ne peut intervenir qu'autant que le médecin traitant a informé la Caisse d'assurance de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants. Les frais d'hospitalisation sont payés directement à l'établissement par la Caisse et le service débiteur.

Bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Art. 20, § 1er. — *Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent des assurances-maladie, invalidité et décès, sous réserve des dispositions ci-après, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail.*

§ 2. — *L'assuré, victime d'un accident du travail tout en bénéficiant des dispositions de la loi du 9 avril 1898, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations du titre II, pour lui, son conjoint et les enfants à sa charge, pourvu qu'il remplisse lors de l'accident les conditions fixées aux articles 7 et 9.*

Toutefois, l'assuré ne peut cumuler le demi-salaire dû en vertu de la loi du 9 avril 1898 et l'indemnité journalière prévue par l'article 7 ou par l'article 9 ci-dessus. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'allocation journalière desdits articles 7 ou 9, sans déduction du délai de carence si, à cette date, la maladie remonte à plus de six jours.

§ 3. — Le titulaire d'une rente allouée en vertu de la loi du 9 avril 1898 dont l'état d'invalidité subit une aggravation imputable à une cause autre que celle qui

a ouvert le droit à la rente, peut réclamer le bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité atteint au moins 66 p. 100 et si la rente-accident est inférieure à la pension à laquelle l'assuré a droit en vertu de l'article 10. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension, calculée comme il est dit à cet article, et la rente-accident.

§ 4. — *L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie reconnue comme ayant le caractère professionnel, et dont le droit aux réparations prévues par la loi du 9 avril 1898 ou par la loi du 25 octobre 1919 est contesté par son employeur ou par l'assureur substitué, reçoit, à titre provisionnel, les prestations de l'assurance-maladie si par ailleurs, il justifie des conditions de versements fixées à l'article 7 ci-dessus, et s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre des lois susvisées. En pareil cas, la Caisse d'assurance peut intervenir dans l'instance. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées restent acquises à l'assuré.*

§ 5. — *Lorsque l'accident entraîne une incapacité de travail de plus d'un mois, l'assuré a droit au versement à son compte d'une cotisation forfaitaire de 12 francs pour chaque mois entier au delà du premier mois, pendant la période d'incapacité indemnisée.*

Cette cotisation est versée dans les conditions prévues à l'article 2. Elle est à la charge de l'employeur ou de l'assureur substitué.

TITRE IV

Dispositions diverses

Art. 21. — § 1er. — Le solde du compte visé à l'article 2, paragraphe 6, de la loi du 30 avril 1930, ainsi que les revenus annuels du fonds institué par l'article 2, paragraphe 12, ci-dessus, sont versés à un compte spécial ouvert dans les écritures de la Caisse générale de garantie. Ces ressources sont exclusivement affectées au versement, pour le compte de l'employeur, en cas de faillite, de liquidation judiciaire ou de déconfiture, ou dans les cas où les condamnations prévues à l'article 4 n'auront pu intervenir ou être exécutées, des contributions ouvrières précomptées sur le salaire et des contributions patronales correspondantes, ainsi que de la double contribution afférente aux salaires dus et non payés aux assurés, lorsque ces contributions ne sont pas immédiatement recouvrables.

§ 2. — Le versement des contributions ouvrières et patronales prévu au paragraphe précédent est réputé avoir été opéré à la date à laquelle ces contributions auraient dû être acquittées par l'employeur, en vue de la détermination du droit des intéressés aux prestations des assurances-maladie, maternité, invalidité et décès et au minimum garanti de l'assurance-vieillesse, sous la seule réserve pour les assurances-maladie, maternité et invalidité, que les bénéficiaires se soient soumis, en temps utile, au contrôle de l'organisme d'assurance.

§ 3. — Les contributions avancées en application des paragraphes 1er et 2 ci-dessus sont garanties par le privilège établi par l'article 5, paragraphe 2.

§ 4. — Peuvent bénéficier des dispositions qui précèdent les assurés sociaux pour lesquels n'ont pas été versées les contributions ouvrières et patronales afférentes à des périodes de travail postérieures à l'année 1934.

Pour les périodes de travail antérieures, le règlement d'administration publique détermine les conditions et délai dans lesquels les contributions ouvrières précomptées sur le salaire et non acquittées par un employeur insolvable, donnent lieu, par imputation sur le compte spécial visé au paragraphe 1er du présent article, aux versements nécessaires pour garantir les droits des assurés intéressés en cas de vieillesse et d'invalidité.

§ 5. — *En ce qui concerne les assurés qui ne peuvent bénéficier des dispositions ci-dessus, le versement des cotisations arriérées augmentées des intérêts de retard, n'ouvre pas droit aux prestations des assurances-maladie, maternité, invalidité et décès pour des risques dont la réalisation s'est produite avant ce versement. Toutefois, si l'ouvrier ou l'employé justifie de sa qualité d'assuré et s'il produit les pièces prévues par l'article 44 A du livre Ier du Code du travail sur lesquelles doit figurer le montant de la rémunération gagnée par lui et le montant des déductions opérées sur cette rémunération, la Caisse à laquelle il est affilié ne peut lui refuser le bénéfice des prestations correspondant aux retenues constatées sur lesdites pièces si l'intéressé s'est soumis en temps utile à son contrôle.*

Les cotisations arriérées augmentées des intérêts de retard ne sont valables pour l'obtention du minimum garanti prévu à l'article 2 que si elles ont été acquittées dans le délai de cinq ans suivant la date de leur exigibilité.

§ 6. — La Caisse qui accorde à un assuré des prestations dans les conditions indiquées au paragraphe 5 est fondée à en poursuivre le recouvrement auprès de l'employeur responsable, en exécution des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil, dans la mesure où le montant des prestations payées excède les cotisations et intérêts acquittés pour le compte de l'intéressé.

Art. 22. — § 1er. — Les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

§ 2. — Toutefois, l'assuré qui, à son départ, remplit les conditions légales de versements peut recevoir éventuellement la pension d'invalidité prévue à l'article 10 si la réforme est prononcée pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service et ne donnant pas lieu, de ce fait, à l'attribution d'une pension militaire. Il confère en outre, à ses ayants droit, le bénéfice des prestations prévues aux articles 9, 13 et 14.

§ 3. — A son retour dans ses foyers, il est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire le minimum légal de retenue ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie.

. . . .

Art. 25. — § 1er. — *L'action de l'assuré pour le paiement des prestations des assurances-maladie et maternité se prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation médicale.*

§ 2. — *Ne donnent lieu à aucune prestation en argent, les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.*

§ 3. — Lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les Caisses d'assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent, lors de l'introduction en instance, indiquer, à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que les Caisses d'assurances sociales auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques.

§ 4. — Dans le cas visé au paragraphe précédent, l'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la Caisse d'assurances sociales.

§ 5. — Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la Caisse d'assurances qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Art. 26. — § 1er. — *Les pièces relatives à l'application des Assurances sociales sont délivrées gratuitement et dispensées des droits de timbre et d'enregistrement.* Les droits d'enregistrement et autres à percevoir sur les libéralités

faites aux organismes visés au titre V ci-après seront les mêmes que ceux perçus pour les libéralités faites aux hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance.

§ 2. — Les jugements ou arrêts, ainsi que les extraits, copies, grosses ou expéditions qui en sont délivrés, et généralement tous les actes de procédure auxquels donne lieu l'application des Assurances sociales, sont également dispensés des formalités de timbre et d'enregistrement. Ils doivent porter une mention expresse se référant au présent article.

§ 3. — Un arrêté du ministre du Travail et du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones fixe les conditions dans les quelles bénéficient de la franchise postale les objets de correspondance adressés ou reçus pour le service des Assurances sociales. La dépense résultant de cette franchise fait l'objet d'un forfait dont le montant, fixé annuellement par la loi de finances, est remboursé au budget des Postes, Télégraphes et Téléphones, dans les conditions prévues à l'article 38 ci-après.

§ 4. — Sont exemptées du droit de timbre les affiches imprimées ou non, apposées par les organismes visés au titre V ci-après ayant pour objet exclusif la vulgarisation des Assurances sociales, ainsi que la publication de comptes rendus et conditions de fonctionnement de ces organismes.

§ 5. — Les taxes dues pour l'exécution des virements ordonnés par les employeurs pour le payement des cotisations d'assurances sociales ne sont pas perçues lors de cette exécution. Elles sont prélevées sur le montant du forfait visé au paragraphe 3 du présent article et rétablies chaque année par virement de compte dans les recettes des services financiers du budget des Postes, Télégraphes et Téléphones.

Art. 27. — § 1er. — *Est passible d'une amende de 16 francs à 500 francs quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois s'il y échet.*

§ 2. — Sont passibles d'une amende de 100 francs à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois :

1° Les administrateurs, directeurs, agents de toutes sociétés ou institutions recevant, sans avoir été dûment agréés ou autorisés à cet effet, les versements visés au titre 1er ci-dessus ;

2° Les administrateurs, directeurs et agents de tous les organismes d'assurance, en cas de fraude ou de fausse déclaration dans l'encaissement ou dans la gestion, le tout sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

§ 3. — *Sera puni d'une amende de 100 francs à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offres, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des Caisses d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une Caisse, dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie.*

§ 4. — Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le Tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 1.000 francs.

§ 5. — *Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.*

. . . .

Art. 29. — § 1er. — L'adhésion de l'assuré à une Caisse d'assurance est valable pour deux ans, sauf le cas où l'assuré change de lieu de travail. Cette adhésion qui se renouvelle par tacite reconduction ne peut produire effet au regard de la nouvelle Caisse désignée par l'assuré qu'autant que ce dernier remplit, pour chaque risque, les conditions légales d'immatriculation et de versement.

§ 2. — L'assuré qui cesse de travailler dans la circonscription d'une Caisse d'assurances-maladie, est présumé faire choix, sauf volonté contraire de sa part exprimée dans le délai d'un mois, de la Caisse d'assurance maladie fonctionnant dans son nouveau lieu de travail ayant la même affinité que celle à laquelle il cesse d'adhérer.

. . . .

Art. 30. — § 1er. — Les Caisses maladie-maternité sont groupées en Unions régionales ayant leur siège dans la même ville que les services régionaux et la même circonscription que ces services.

. . . .

§ 7. — Les Unions peuvent prendre toutes mesures utiles en accord avec les Caisses pour l'organisation du contrôle des malades et de la prévention. En vue de réduire les dépenses ultérieures de l'assurance et notamment de l'assurance-invalidité, elles peuvent, après avis du ministre de la Santé publique et autorisation du ministre du Travail, créer ou subventionner des œuvres d'intérêt commun, telles que : œuvres de maternité et d'enfance, dispensaires et autres institutions ou établissements d'hygiène sociale et de prophylaxie générale, colonies de vacances, établissements de prévention et de cure, sanatoriums, maisons de convalescence et de retraite, œuvres de placement dans les établissements de cure ou de prévention.

Les dépenses engagées à ce titre, même lorsqu'elles comportent des acquisitions immobilières, ne sont pas considérées comme des placements.

Les Unions peuvent également, avec l'agrément du ministre du Travail, consentir des prêts à des collectivités ou établissements visés au paragraphe 1er de l'article 33, en vue de la réalisation d'œuvres de même nature que celles énumérées au premier alinéa du présent paragraphe. Le taux de ces prêts est fixé par l'arrêté prévu au paragraphe 5 de l'article 33.

Un arrêté du ministre du Travail et du ministre des Finances fixe chaque année le montant maximum des sommes dont les Unions ont la disposition pour l'application du présent paragraphe.

La construction ou l'aménagement d'établissements hospitaliers de prévention ou de cure ne pourront s'effectuer, dans les villes où siège une Faculté ou une Ecole de médecine, qu'après avis des Commissions administratives des hôpitaux et des Conseils de Faculté ou Ecole de médecine. Cet avis doit être donné dans les quatre mois de la demande.

. . . .

Contentieux

Art. 36. — § 1er. — *Les difficultés autres que celles prévues à l'article 8, auxquelles donne lieu l'application des Assurances sociales, sont soumises, par lettre recommandée, à une Commission d'arrondissement présidée par un Juge de paix du chef-lieu d'arrondissement ou un suppléant du Juge de paix, désigné par le premier président de la Cour d'appel. Cette Commission comprend, en outre, un employeur et un assuré, assistés du greffier du Tribunal civil.*

Dans la Seine, il n'est constitué qu'une Commission pour l'ensemble du département.

Un décret rendu sur la proposition du ministre du Travail et du ministre de la Justice peut toutefois décider la création de plusieurs sections de ces Commis-

sions dans tous les cas où cette création est reconnue nécessaire.

La lettre recommandée visée ci-dessus doit être adressée au président de la Commission dans un délai de dix jours à compter de la date de réception de la notification de la décision.

§ 2. — Dans la première quinzaine de chaque année, le service régional choisit, par arrondissement, les employeurs et assurés appelés, au nombre de vingt-quatre, donc douze employeurs et douze assurés, à faire partie, durant l'année, de ladite Commission, ainsi que six suppléants par arrondissement.

La mission de chacun d'eux dure un mois.

Ils sont convoqués par le greffier de la Commission, sur l'ordre de son président, par lettre recommandée, avec accusé de réception, le tout circulant en franchise, au moins huit jours avant celui de l'audience de la Commission.

Tout employeur ou assuré, membre titulaire ou suppléant, qui ne s'est pas rendu à la convocation dont il a été l'objet, et sans avoir donné de son absence une excuse jugée légitime, est condamné par le président à une amende de 5 à 10 francs pour chaque absence non justifiée.

§ 3. —La Commission ainsi constituée connaît en premier ressort de tous les litiges visés au paragraphe 1er du présent article. Elle peut ordonner la comparution personnelle des parties ; elle fait tous ses efforts pour les concilier ;en cas de non conciliation, elle statue.

§ 4. — Ses décisions sont toujours susceptibles d'appel devant le Tribunal civil de l'arrondissement.

L'article 443 du Code de procédure civile est applicable aux formalités de l'appel ; toutefois, le délai dans lequel celui-ci doit être interjeté sera d'un mois.

§ 5. — Le pourvoi en cassation ne peut être formé que pour violation de la loi.

Services administratifs

Art. 37. — 1er. — Le ministre du Travail est chargé d'assurer par ses services d'administration centrale l'application des Assurances sociales. Dans les départements les services régionaux, placés sous l'autorité du ministre concourent à cette application.

§ 4. — Le nombre et la composition des services régionaux sont fixés par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail. Le directeur et le personnel desdits services sont nommés par arrêté du ministre du Travail.

§ 5. — Les services régionaux assurent notamment l'immatriculation et la radiation des assurés. Ils reçoivent et contrôlent les déclarations d'affiliation, les feuillets et pièces de versements des contributions. Ils provoquent le créditement, par la Caisse des dépôts et consignations, des sommes revenant aux différentes Caisses et Unions. Ils établissent les listes sur lesquelles sont choisis les membres de la Commission prévue à l'article 36. Ils peuvent procéder, sur l'ordre du ministre du Travail, à la liquidation et au contrôle des dépenses mises à la charge de la Caisse générale de garantie.

§ 6. — Le ministre du Travail est recevable à intervenir devant toutes les juridictions et en tout état de la procédure dans toutes les affaires relatives à l'application des Assurances sociales.

....

TITRE VI

Dispositions transitoires

Art. 39. — § 1er. — Les contrats d'assurance facultative établis en application des articles 37 à 43 de la loi du 5 avril 1928 modifiée sont annulés.

....

Art. 40. — § 1er. — *A titre exceptionnel, le taux de la contribution ouvrière fixée à l'article 2, paragraphe 2, est ramené à 3,5 p. 100 pour l'année 1936. La contribution patronale est réduite dans les mêmes conditions.*

....

Art. 42. — § 1er. — Un règlement général d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre du Travail et des ministres intéressés, déterminera les mesures nécessaires à l'application des articles 1er à 39 ci-dessus, et notamment celles destinées à assurer la coordination du régime ainsi institué avec celui prévu par la loi du 5 avril 1928 modifiée.

§ 3. — Le régime des Assurances sociales ci-dessus institué ne sera applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle qu'en vertu d'une loi spéciale qui déterminera la date d'application ainsi que les mesures de coordination propres à substituer au régime des Assurances sociales actuellement en vigueur dans ces trois départements les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires.

§ 4. — *Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret qui entrera en vigueur le 1er janvier 1936.*

Décret modifiant le régime des Assurances sociales (régime applicable aux assurés de l'agriculture)

TITRE Ier

Assurance obligatoire

Art. 1er. — § 1er. — Les assurances-maladie, invalidité, vieillesse et décès sont applicables aux salariés des professions agricoles et forestières et aux métayers, dans les conditions fixées ci-après, compte tenu des charges de famille et de maternité.

§ 2. — Les salariés agricoles régis par le présent décret sont :

a) Les salariés des professions agricoles et forestières régies par les lois des 30 juin 1899, 15 juillet 1914, 15 décembre 1922 et 30 avril 1926 sur les accidents du travail agricole ;

b) Les salariés des artisans rurauxvisés à l'article 9 du décret du 9 février 1921, adhérents ou non à un Syndicat agricole ;

c) Les salariés des entreprises de battage et de travaux agricoles ;

d) Les employés des Syndicats agricoles ;

e) Les employés des organismes pratiquant l'assurance sociale agricole instituée par le présent décret ;

f) Les employés des Caisses d'assurance ou de réassurance mutuelle agricole régies par la loi du 4 juillet 1900 ;

g) Les employés des Caisses de crédit agricole mutuel régies par la loi du 5 août 1930 modifiée

h) Les employés des coopératives agricoles régies par la loi du 5 août 1920 et par le décret du 9 août 1935 ;

i) Les employés des Caisses d'allocations familiales agricoles régies par la loi du 11 mars 1932 ;

j) Et généralement les employés de tous groupements professionnels agricoles régulièrement constitués.

§ 3. — Les métayers régis par le présent titre sont ceux qui travaillent ordinairement seuls, avec l'aide des membres de leur famille : conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux et qui ne possèdent pas, à leur entrée dans l'exploitation, une part de cheptel d'une valeur supérieure à 1.000 francs.

§ 4. — Ne sont pas considérés comme salariés, les enfants : 1° soumis à l'obligation scolaire qui effectuent un travail salarié non interdit par le Livre II (art. 1er) du Code du travail ; 2° qui, sans recevoir de salaire en argent, travaillent chez leurs parents et pour le compte de ceux-ci.

§ 5. — Les membres de la famille de l'exploitant agricole, lorsqu'ils habitent avec lui et travaillent habituellement chez lui et pour son compte, rentrent dans la catégorie des assurés obligatoires, dès l'instant qu'ils sont susceptibles de bénéficier de la législation sur les accidents du travail dans l'agriculture.

Art. 2, § 1er. — Les cotisations afférentes aux assurés sociaux obligatoires agricoles sont fixées ainsi qu'il suit :

CATÉGORIES	COTISATION JOURNALIÈRE		
	Assurance	Employés	Total
1° Enfants jusqu'à 16 ans	0 30	0 30	0 60
2° Femmes	0 40	0 40	0 80
3° Hommes	0 50	0 50	1 »

CATÉGORIES	COTISATION MENSUELLE		
	Assurance	Employés	Total
1° Enfants jusqu'à 16 ans	6 »	6 »	12 »
2° Femmes	8 »	8 »	16 »
3° Hommes	10 »	10 »	20 »

CATÉGORIES	COTISATION ANNUELLE		
	Assurance	Employés	Total
1° Enfants jusqu'à 16 ans	72 »	72 »	144 »
2° Femmes	96 »	96 »	192 »
3° Hommes	120 »	120 »	240 »

§ 2. — La cotisation ainsi déterminée est pour moitié à la charge de l'assuré, et pour moitié à la charge de l'employeur.

Le propriétaire d'un corps de bien dont le métayer est obligatoirement assuré dans les conditions de l'article 1er est assimilé à l'employeur ; lorsqu'il existe un fermier général, celui-ci est substitué au propriétaire.

....

Art. 3, § 1er. — Sous réserve des dispositions de l'article 5 ci-après, les cotisations prévues par l'article 2 sont versées par l'employeur dans les conditions fixées à l'article 2 du décret du 28 octobre 1935 et sous les sanctions prévues à l'article 4 du même décret.

A titre transitoire, les modalités de versements prévues à l'article 2, paragraphe 9, du décret du 28 octobre 1935, pourront être utilisées pour tout assuré des professions agricoles.

§ 2. — Les Caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900 ainsi que les Sociétés de secours mutuels et les Syndicats agricoles autorisés à cet effet, pourront se charger pour le compte de l'employeur, d'effectuer les opérations afférentes au payement des cotisations, dans les conditions prévues au paragraphe précédent.

....

Art. 4. — Les salariés et métayers visés à l'article 1er s'affilient, pour l'assurance maladie et maternité, à une Société ou Section de Société de secours mutuels composées exclusivement d'assurés des professions agricoles. Les Unions de Sociétés de secours mutuels sont admises à pratiquer directement la couverture des mêmes risques ; elles doivent constituer à cet effet une Section spéciale ayant une personnalité financière distincte.

Ces Sociétés et Unions sont approuvées dans les conditions de l'article 16 de la loi du 1er avril 1898. Elles sont régies par les prescriptions de cette loi, sous réserve des dispositions du présent texte. Elles ont une circonscription au moins départementale ; toutefois, cette circonscription peut être limitée à l'arrondissement si l'effectif atteint un minimum qui sera fixé par le règlement d'administration publique.

Les Unions de Sociétés de secours mutuels visées ci-dessus pourront, dans des conditions à déterminer par le règlement d'administration publique, assurer le service des prestations par l'intermédiaire des Sociétés ou Sections de Sociétés adhérentes composées exclusivement d'assurés des professions agricoles : leur rétrocéder, tout en conservant la responsabilité des opérations qui leur incombent, une fraction des risques à couvrir et les faire participer aux excédents éventuels de recettes.

Sont présumés être affiliés aux Sociétés ou Unions visées au paragraphe précédent les assurés dont la demande d'immatriculation aura été transmise au service régional des Assurances sociales par l'un de ces organismes. Cette affiliation ne devient définitive qu'à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de ces notifications à l'assuré par le service régional des Assurances sociales et sauf déclaration contraire de la part de l'intéressé dans ce même délai.

§ 2. — L'adhésion à l'une des Sociétés ou Unions visées au paragraphe 1er emporte de plein droit l'affiliation à la Caisse autonome de retraites constituée en application de l'article 27 de la loi du 1er avril 1898, à laquelle le Conseil d'administration de cette Société a décidé de se rattacher pour la couverture des risques vieillesse, invalidité et décès. Ce rattachement est valable pour cinq ans, sauf disparition de la Caisse autonome et se renouvelle par tacite reconduction. Si la circonscription de la Société ou de l'Union comprend plusieurs départements, le choix de la Caisse autonome pourra être exercé séparément pour chacun de ces départements.

Les assurés sociaux agricoles obligatoires sont groupés au sein de ladite Caisse autonome dans une section spéciale financièrement autonome.

Ladite section fonctionne sous réserve des dispositions du présent décret, suivant les règles fixées pour les Caisses primaires d'assurance-vieillesse, invalidité, décès, par le décret du 28 octobre 1935.

§ 3. — Les assurés qui ne sont pas inscrits à l'un des organismes prévus à l'article précédent sont affiliés d'office pour les assurances-maladie, maternité, à la section agricole des Caisses primaires départementales ou interdépartementales.

Les adhérents de la section agricole desdites Caisses sont inscrits, pour les assurances vieillesse, invalidité et décès, à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

....

Art. 7. — § 1er. — Les Sociétés ou Unions visées au paragraphe 1er de l'article 4 et les Sections agricoles des Caisses primaires départementales ou interdépartementales servent à leurs adhérents, en cas de maladie ou de maternité, les prestations prévues par leurs statuts. Les statuts des Unions nationales visées à l'article 6 fixent les conditions dans lesquelles sont donnés les soins aux invalides.

§ 2. — Lesdits statuts doivent obligatoirement comporter les dispositions générales inscrites à un règlement type arrêté par le ministre du Travail après consultation des Unions nationales agricoles.

Art. 8, § 1er. — Les fractions de cotisations revenant aux Caisses autonomes ou à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, en vue de la constitution de rentes, sont entièrement capitalisées aux comptes individuels ouverts aux intéressés par lesdites Caisses.

Les rentes sont constituées à capital aliéné, sauf stipulation contraire des intéressés.

§ 2. — L'assuré agricole âgé de 60 ans dont le compte individuel d'assurance-vieillesse a été crédité chaque année pendant trente ans au moins de cotisations atteignant au moins 100 francs pour les hommes et 60 francs pour les femmes, a droit à une pension de retraite égale à vingt fois la cotisation annuelle moyenne versée au titre de l'assurance-vieillesse.

Pour les assurés âgés d'au moins 30 ans au 1er juillet 1930 qui auront rempli depuis cette date et jusqu'au 31 décembre 1935, les conditions prévues au paragraphe 2 de l'article 15 de la loi du 5 avril 1928 modifiée et dont

le compte individuel aura été crédité chaque année à à partir du 1er janvier 1936 de cotisations atteignant au moins le minimum ci-dessus prévu, la pension vieillesse est égale à autant de trentièmes de la pension normale qu'il figure de versements annuels à leur compte, sans que le chiffre de cette pension puisse être inférieur à 600 francs.

. . . .

Art. 9. — § 1er. — Les assurés sociaux agricoles ont droit, en cas d'invalidité, à des pensions calculées sur la base des cotisations obligatoires effectivement acquittées pour l'assurance-vieillesse.

Pour qu'un assuré puisse prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, il doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident et son compte individuel d'assurance-vieillesse doit avoir été crédité, pour chacune de ces deux années, des cotisations s'élevant au moins à 100 francs pour les hommes 60 francs pour les femmes et 20 francs pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans.

Pour l'assuré immatriculé avant l'âge de 30 ans, le pension est égale à dix fois la cotisation annuelle moyenne figurant au compte individuel de l'intéressé ; cette cotisation étant arrondie à la dizaine la plus voisine.

Pour l'assuré immatriculé après l'âge de 30 ans, elle est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée. Toutefois, la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure à :

800 francs si l'assuré justifie de quatre ans de versements ;

700 francs si l'assuré justifie de trois ans de versements ;

600 francs si l'assuré justifie de deux ans de versements.

Ne comptent comme années de versements que celles au cours desquelles le compte individuel de l'assuré comporte, suivant le cas, des cotisations annuelles de 100, 60 ou 20 francs visées au paragraphe 2 de l'article 8.

La Caisse nationale des retraites pour la vieillesse et les Caisses autonomes verseront, à ces comptes spéciaux ouverts dans les écritures, le capital de couverture des pensions à l'expiration de la cinquième année suivant l'entrée en jouissance. Ce capital est calculé d'après les tables tenant compte, aux divers âges, de la mortalité des invalides.

§ 2. — Pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie, à la condition de participer aux frais médicaux et pharmaceutiques correspondants.

§ 3. — Ces prestations sont servies au pensionné pour le compte des Unions nationales prévues à l'article 6, par l'organisme dont il relevait pour l'assurance-maladie.

§ 4. — Les ayants droit de l'assuré, visés au paragraphe 2 de l'article 13 du décret du 30 octobre 1935, ont droit, au décès de l'assuré, à un capital égal à dix fois le montant de la cotisation portée au compte individuel d'assurance-vieillesse de l'assuré défunt au cours des quatre derniers trimestres civils précédant, soit celui du décès, s'il est subit, soit celui de la maladie ou de l'accident à la suite duquel le décès est survenu si le *de cujus* avait la qualité d'assuré à la date du décès.

L'assuré n'ouvre droit à cette prestation que si son compte individuel d'assurance-vieillesse a été crédité pour la période susvisée de :

20 francs au moins, s'il s'agit d'un enfant ;

60 francs au moins, s'il s'agit d'une femme ;

100 francs au moins, s'il s'agit d'un homme.

Art. 11, § 1er. — La Commission instituée par l'article 36 du décret du 28 octobre 1935 est compétente pour statuer sur les difficultés autres que celles prévues à l'article 8 du même décret, auxquelles donne lieu l'application des Assurances sociales agricoles, mais le président est assisté d'un employeur et d'un assuré agricoles.

Ces deux assesseurs sont désignés par le service régional, comme il est dit au paragraphe 2 dudit article 36.

Art. 13, § 1er. — *Sont applicables au régime spécial des professions agricoles, sous réserve des dispositions du présent titre, les articles* : 1er, 2, 3, 4, 5, 10, *paragraphes* 1er 2, 3, ,6, 7, 10, 12, 13, 14 *et* 15 ; 11, *paragraphes* 1er, 3, 4, 6, 8, *à* 14 ; 12, 13, *paragraphe* 2 ; 14, 17, *paragraphe* 1er ; 18, 19, 20, *paragraphes* 1er *à* 4 ; 21, *paragraphes* 5 *et* 6 ; 22, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 36, 37, 40 *et* 42 *du décret du* 00 *octobre* 1935.

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 17 *ci-après fixera les règles de coordination de ces articles avec les dispositions du présent titre.*

. . . .

TITRE II

Assurance facultative

Art. 14. — Peuvent s'assurer contre les risques maladie, maternité, vieillesse et décès et bénéficier des avantages institués par les articles qui suivent, à la condition d'être Français, âgés de moins de soixante ans et que le produit annuel de leur travail n'excède pas les chiffres limites prévus à l'article 1er du décret du 30 octobre 1935 :

a) Les propriétaires exploitants ;

b) Les fermiers ;

c) Les métayers possédant une part de cheptel d'une valeur supérieure à 1.000 francs à leur entrée dans l'exploitation ;

d) Les petits artisans ruraux visés à l'article 9 du décret du 9 février 1921, sous réserve qu'ils n'emploient pas plus de deux ouvriers d'une façon permanente ;

e) Les entrepreneurs de battage et de travaux agricoles ;

f) Les femmes des assujettis obligatoires ou facultatifs agricoles, sous réserve qu'elles ne soient pas assurées ;

g) Les membres de la famille de l'exploitant agricole, sous réserve qu'ils habitent avec lui et travaillent chez lui et pour son compte et qu'ils ne soient pas susceptibles de bénéficier à ce titre de la législation sur les accidents du travail dans l'agriculture.

Art. 15. — Les assurés facultatifs visés à l'article précédent, reconnus par le service régional des Assurances sociales comme remplissant les conditions fixées audit article, s'affilient pour la maladie, la maternité et le décès, à l'une des Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels visées à l'article 3 du présent décret. Le risque vieillesse est couvert, en ce qui les concerne, par une Caisse autonome mutualiste de retraite fonctionnant dans les conditions de l'article 27 de la loi du 1er avril 1898 et du règlement d'administration publique pris pour son exécution.

Les cotisations et prestations sont déterminées par les statuts des organismes précités.

Art. 17. — Un règlement d'administration publique rendu sur la proposition du ministre du Travail, du ministre de l'Agriculture et des ministres intéressés, déterminera les mesures nécessaires à l'application des articles 1er à 16 ci-dessus.

Sont abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret qui entrera en vigueur le 1er janvier 1936.

Soins aux Pensionnés de guerre

Décret du 22 décembre 1935, modifiant les modalités de remboursement et procédure contentieuse relatives aux mémoires présentés en paiement au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919

Art. 1er. — Le texte du titre II du décret du 25 octobre 1922 est remplacé par le suivant :

TITRE II. — ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CONTRÔLE ET DE LA SURVEILLANCE DES SOINS

SECTION I. — *Commission départementale*

Art. 25. — La surveillance et le contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques sont assurés dans chaque département par une Commission composée de douze membres désignés pour un an : Quatre représentants de l'Etat. Quatre représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Quatre représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques (soit deux médecins et deux pharmaciens).

Art. 26. — Les représentants de l'Etat sont : Le Préfet, Un représentant désigné par le ministre des Finances, Deux représentants désignés par le ministre des Pensions.

Le Préfet désigne son délégué.

Les ministres des Finances et des Pensions désignent un suppléant pour chacun de leurs représentants.

Art. 27. — Les représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 sont désignés par les mutilés des Offices départementaux des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation, parmi les pensionnés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Ne peuvent être désignés comme représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, les médecins ou les pharmaciens qui donnent des soins ou délivrent des produits au titre dudit article 64.

Art. 28. — Les représentants des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques sont désignés par les délégués des groupements qui existent dans le département. Ces délégués sont réunis à la diligence du Préfet.

Art. 29. — Les représentants des mutilés et des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques sont nommés pour un an, par arrêté préfectoral, sur la proposition de leurs groupements respectifs.

Les représentants suppléants sont désignés en nombre égal à celui des représentants titulaires et selon la même procédure.

Art. 30. — La Commission est présidée par le Préfet ou son délégué ; elle se réunit sur convocation de son président au moins une fois par mois ; en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Art. 31. — La Commission désigne chaque année un secrétaire choisi parmi les représentants du Corps médical.

Art. 32. — Le secrétaire a pour rôle de mettre en état les affaires soumises à la Commission, de prescrire le contrôle direct et d'expédier les affaires courantes.

Il est notamment chargé de recevoir les avis prévus aux articles 17, 18, 19, 21, 22, 24 *bis*, 68, 81, 82, et de leur donner la suite qu'ils comportent.

Art. 33. — La Commission constitue deux sous-commissions, l'une de compétence médicale, l'autre de compétence pharmaceutique. Ces sous-commissions examinent les affaires qui leur sont soumises par le président ou le secrétaire et les mettent en état en vue de leur présentation devant la Commission plénière.

Art. 34. — Les deux sous-commissions sont composées chacune de cinq membres : La première comprend : Deux représentants de l'Administration. Un mutilé. Deux médecins.

La seconde comprend :

Deux représentants de l'Administration. Un mutilé. Un médecin. Un pharmacien.

Art. 35. — Dans les départements où le nombre des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est particulièrement élevé, il pourra être créé plusieurs Commissions départementales de contrôle, sur proposition du préfet, soumise à l'approbation du ministre des Pensions.

Art. 36. — Il est alloué aux membres des Commissions et des sous-commissions, à l'exclusion des membres fonctionnaires, une somme de 9 francs par heure de présence effective aux séances de la Commission et des sous-commissions.

Art. 37. — Il est alloué au secrétaire une indemnité mensuelle dont le taux est arrêté pour chaque département par le ministre des pensions, d'après l'importance du service, dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances sans pouvoir dépasser la somme de 1.000 francs par mois.

SECTION II. — *Commission supérieure*

Art. 38. — Il est institué au ministère des Pensions une Commission supérieure de surveillance et de contrôle.

Art. 39. — Cette Commission est composée de quinze membres désignés de la façon suivante : Cinq représentants de l'Administration dont trois pour le ministère des Pensions et deux pour le ministère des finances. Cinq représentants des Associations centrales de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Cinq représentants des Syndicats et Associations médicaux et pharmaceutiques, soit trois médecins et deux pharmaciens.

Art. 40. — Ces membres sont nommés pour un an par arrêté du ministre des Pensions, sur la proposition de leurs Associations ou Administrations respectives. Sont nommés selon la même procédure quinze membres suppléants.

Art. 41. — Les représentants des Associations centrales de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 sont désignés par les mutilés, faisant partie de l'Office national des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la Nation, parmi les pensionnés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1910, membres des Associations centrales. Ne peuvent être désignés comme représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 les médecins ou les pharmaciens qui donnent des soins ou délivrent des produits au titre dudit article 64.

Art. 42. — Les représentants des Syndicats et Associations médicaux sont désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France. Les représentants des Syndicats et Associations pharmaceutiques sont désignés par les groupements nationaux de ces Syndicats et Associations.

Art. 43. — La Commission est présidée par l'un des représentants du ministère des Pensions à cet effet désigné par le ministre des Pensions. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 44. — La Commission désigne chaque année un secrétaire choisi parmi les membres de la délégation médicale.

Art. 45. — Une allocation est attribuée aux membres non fonctionnaires de la Commission supérieure dans les conditions et suivant le taux prévu pour les membres des Commissions départementales. L'indemnité du secrétaire est fixée par le ministre des Pensions dans la limite d'un maximum de 1.500 francs par mois.

SECTION III. — *Contrôle et surveillance*

A. — Rôle et attributions des Commissions départementales

Art. 46. — Les Commissions départementales ont

une mission générale de contrôle et de surveillance sur le fonctionnement de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, dans l'étendue de leur département. Elles veillent à ce que les bénéficiaires reçoivent en qualité et en quantité toutes les prestations qui leur sont dues, tant au point de vue médical qu'au point de vue pharmaceutique. Elles s'assurent que ces prestations sont délivrées selon les règles d'un exercice correct et loyal de la médecine et de la pharmacie et s'appliquent exclusivement à la thérapeutique des infirmités ayant donné lieu à pension.

Art. 47. — Elles établissent chaque année un rapport sur le fonctionnement du service et les améliorations qui peuvent y être apportées et adressent ce rapport au ministre des pensions qui le communique à la Commission supérieure.

Art. 48. — Elles dressent chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et qu'elles ont agréés.

Art. 49. — Elles statuent sur les notes et mémoires qui leur ont été déférés comme il est indiqué à la section ci-dessous, sur les cas dont elles sont saisies par application des articles 7 et 9 du présent décret, et, d'une façon générale, sur toutes les contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64 à la suite des décisions prises soit par le secrétaire de la Commission en application à l'article 32 ci-dessus, soit par le Préfet.

Elles prononcent les sanctions prévues par l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926 et signalent au Préfet les agissements susceptibles d'être déférés aux juridictions pénales.

Art. 50. — Elles font procéder chaque fois qu'elles le jugent utile au contrôle sur place. Celui-ci est assuré par les contrôleurs choisis parmi les membres des groupements ou administrations représentés près la Commission départementale et désignés annuellement par le Préfet sur une liste établie par la Commission et soumise à l'approbation du ministre des Pensions.

Art. 51. — Le contrôle sur place est ordonné exclusivement par la Commission ou par son secrétaire, agissant au nom de la Commission.

Le contrôle sur place consiste :

Soit dans l'examen du malade par le médecin contrôleur, le médecin traitant devant alors être prévenu vingt-quatre heures à l'avance et pouvant assister à l'examen sans avoir droit de ce fait ni à des frais de déplacement, ni au remboursement d'une visite.

Soit en enquêtes pratiquées ou dans les officines, ou au domicile du malade ou dans l'établissement qui le traite, par un contrôleur qualifié, médecin, pharmacien, mutilé et représentant de l'Administration.

Art. 52. — Le médecin contrôleur reçoit une allocation calculée d'après les dispositions de l'article 62 ci-après, à laquelle pourront s'ajouter une indemnité kilométrique et une indemnité de 25 francs par certificat détaillé, les autres contrôleurs peuvent recevoir une indemnité pour frais de déplacement dans les conditions fixées par décret contresigné par le ministre des pensions et par le ministre des Finances.

B. — Rôle et attributions de la Commission supérieure.

Art. 53. — La Commission supérieure a une mission générale de surveillance et de contrôle sur le fonctionnement de l'article 64 dans l'ensemble du territoire. Elle examine sur pièces les appels formés contre les décisions des Commissions départementales. Elle donne son avis au ministre sur toutes les questions qu'il lui soumet et lui adresse toutes suggestions utiles. Elle examine le rapport annuel de toutes les Commissions départementales et établit un rapport d'ensemble qu'elle remet au ministre des pensions.

SECTION IV. — *Règlement des mémoires*

Art. 54. — Les mémoires trimestriels des médecins et pharmaciens sont établis sous forme de bordereaux récapitulatifs en deux exemplaires, auxquels sont annexés les bulletins de visite et feuilles d'ordonnance extraits du carnet spécial et classés par malade. Ils doivent parvenir à la préfecture dans le délai maximum de quinze jours suivant l'expiration du trimestre ; passé ce délai, le retard pourra entraîner, sur décision de la Commission tripartite départementale, une retenue calculée, après tous redressements nécessaires, à raison de 5 p. 100 par mois de retard, sur le montant de la somme arrêtée, sans pouvoir toutefois excéder 25 p. 100 de ladite somme.

Les mémoires des hôpitaux, sanatoriums et établissements privés sont également établis en deux expéditions et doivent parvenir à la préfecture aux mêmes dates et dans les mêmes délais.

Art. 55. — Les mémoires sont examinés par l'Administration préfectorale dans l'ordre d'arrivée.

Ceux qui ne soulèvent aucune contestation, qu'ils soient acceptés tels quels ou rectifiés d'un commun accord avec l'Administration préfectorale et les parties prenantes, sont mandatés immédiatement. La décision du Préfet est notifiée au ministre des Pensions par l'envoi d'états nominatifs sous pli recommandé avec accusé de réception.

Ceux que l'Administration préfectorale ne croit pas pouvoir mandater, soit qu'elle ne se considère pas comme suffisamment éclairée, soit qu'elle entende contester tout ou partie des mémoires, sont déférés par ses soins à la Commission tripartite départementale. La décision du Préfet est notifiée aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception.

SECTION V. — *Voies de recours*

Art. 56. — Si une décision prise soit par le Préfet, soit par le secrétaire de la Commission, en application de l'article 32 ci-dessus, n'est pas admise par le ministre des Pensions ou par l'une des parties en cause, elle peut être déférée à la Commission tripartite départementale pendant un délai de deux mois, à dater de sa notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

Art. 57. — La Commission tripartite départementale ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et statue en première instance.

Les parties intéressées doivent toujours être invitées à prendre sur place communication du dossier et à fournir leurs explications, soit devant la Commission si elles désirent être entendues par elle, soit par écrit, dans le délai que la Commission aura fixé.

Les décisions de la Commission tripartite départementales sont exécutoires nonobstant appel, sauf celles prises en application de l'article 162 de la loi de finances du 19 décembre 1926.

Ces décisions sont notifiées au préfet, au ministre des pensions et aux parties intéressées par pli recommandé avec accusé de réception ; elles peuvent être déférées en appel devant la Commission supérieure pendant un délai de deux mois à dater de leur notification, la date de l'accusé de réception faisant foi.

Art. 58. — La Commission supérieure reçoit des appels, ordonne toutes mesures d'instruction et d'enquête qu'elle juge utiles et arbitre sur pièces souverainement Elle notifie ses décisions au ministre des Pensions et aux préfets intéressés, à charge pour ceux-ci de les notifier aux parties en cause par pli recommandé et d'en remettre une ampliation à la Commission tripartite départementale. (*J. O.*, 24 décembre 1935.)

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

"L'Officiel Médical"

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Assurances sociales

Circulaire du 30 décembre 1935 relative à la mise en vigueur du nouveau régime des Assurances sociales

(*Extraits*)

Le ministre du Travail à MM. les directeurs des Services régionaux des Assurances sociales.

Paris, le 30 décembre 1935.

Le nouveau régime des Assurances sociales, résultant des décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935, entre en vigueur le 1er janvier. Le règlement d'administration publique et les décrets prévus pour son application seront publiés prochainement.

Pour vous permettre de renseigner les assurés, les employeurs et les Caisses d'assurance sur leurs obligations et les avantages qui en résultent pour les bénéficiaires, j'ai l'honneur de vous fournir les renseignements ci-après que je vous prie de porter à la connaissance des intéressés.

Cotisations dues pour l'année 1935

Les cotisations dues pour les salariés qui ont été occupés au cours du 4e trimestre 1935 ou antérieurement continuent d'être régies par les dispositions jusqu'ici applicables. Ces cotisations devront être acquittées en timbres « Assurances sociales » apposés sur les feuillets trimestriels d'assurance-maladie et sur les cartes annuelles d'assurance-vieillesse en cours au 31 décembre. Elles devront être calculées, comme précédemment, sur la base de la catégorie de salaire dans laquelle les assurés intéressés ont été rangés, ou éventuellement, pour les salariés dont les cotisations doivent être calculées sur le salaire réel, à raison de 4 p. 100 du salaire pour chaque contribution.

Transmission des feuillets trimestriels et des cartes annuelles en cours.

Les feuillets trimestriels et cartes annuelles de cotisations en cours au 31 décembre 1935 cesseront d'être valables à partir du 1er janvier 1936.

Ces feuillets et cartes ne pourront plus ainsi être utilisées pour les périodes de travail accomplies à partir du 1er janvier 1936.

Non seulement les feuillets du 4e trimestre 1935, devront être déposés à la poste avant le 11 janvier mais également les cartes annuelles d'assurance-vieillesse, quelle que soit la période de validité sur ces cartes. Si des assurés ou des employeurs ont conservé par devers eux des feuillets trimestriels ou des cartes annuelles munis de timbres « Assurances sociales », ces feuillets et ces cartes devront tous, sans exception, être l'objet du même dépôt, pour être transmis aux Services des Assurances sociales. Il ne pourra être tenu compte des versements repré-

sentés sur les feuillets ou cartes qui ne seraient pas ainsi retournés à l'Administration.

De nouveaux feuillets trimestriels de cotisations destinés à la constatation de la totalité des versements trimestriels, sans distinction entre l'assurance maladie et l'assurance-vieillesse, se substitueront aux feuillets et cartes précédemment délivrés. Ils seront adressés aux assurés au cours du 1er trimestre 1936. Les employeurs n'auront besoin de ces feuillets le plus souvent qu'à partir du 1er avril prochain. Les numéros d'immatriculation portés sur les nouveaux feuillets seront les mêmes que sur les feuillets et cartes précédemment délivrés.

Cotisations dues pour l'année 1936

Les nouvelles cotisations sont égales à 3,50 p. 100 du salaire pour l'assuré et à une somme égale pour l'employeur, le salaire étant entendu de la rémunération totale versée lors de la paye, déduction faite des allocations familiales, et compte tenu de la valeur des avantages en nature, s'il y a lieu. L'évaluation des avantages en nature reste déterminée sur les bases forfaitaires précédemment prévues.

La retenue à effectuer lors de chaque paye, comme la cotisation patronale correspondante, ne saurait être calculée sur un salaire net supérieur à 40 francs par jour si la paye est effectuée par jour, à 240 francs par semaine si le salaire est réglé par semaine (ou toutes les deux semaines), ou à 1.000 francs par mois s'il est réglé mensuellement.

Ces cotisations seront dues pour toute période d'emploi à partir du 1er janvier 1936.

Epoque de paiement des nouvelles cotisations

Les nouvelles cotisations devront être acquittée par l'employeur dans les dix premiers jours de chaque trimestre pour les périodes de travail accomplies au cours du trimestre précédent.

Toutefois, pour les assurés qui quitteraient leur emploi en cours de trimestre, les cotisations dues devront être acquittées dans les dix premiers jours du mois suivant.

Ainsi, ce n'est pas avant le début du mois de février ou du mois de mars 1936 que les employeurs auront à acquitter les nouvelles cotisations en ce qui concerne les assurés qui auraient quitté leur emploi pendant le mois de janvier ou le mois de février. Pour les autres assurés, les nouvelles cotisations devront être acquittées pour la première fois au début du mois d'avril.

Mode de versement des nouvelles cotisations

Les nouvelles cotisations seront acquittées, soit en espèces à la poste, soit par ordre de virement sur le compte postal de l'employeur. Les employeurs qui occupent plus de dix assurés devront obligatoirement s'acquitter par virement sur leur compte postal. Les employeurs n'occupant pas plus de dix assurés auront la faculté d'utiliser ce procédé.

Lorsque le versement sera effectué directement à la poste, l'employeur devra déposer en même temps les feuillets trimestriels de cotisations qui lui auront été remis par les assurés, après avoir mentionné sur ces feuillets le montant de la double cotisation due pour le trimestre et joindre un bordereau sommaire des feuillets déposés. Si la somme à verser est supérieure à 20 francs, l'employeur pourra s'acquitter par chèque bancaire, dans les conditions où ce mode de payement est accepté par les receveurs des postes.

Lorsque l'employeur se libèrera par virement sur son compte postal, il adressera directement au Service régional des Assurances sociales — lequel a son siège au chef-lieu de chaque région postale — les feuillets de cotisations, accompagnés d'un bordereau récapitulatif sommaire et d'un ordre de virement correspondant au montant total des sommes à acquitter.

Pour les assurés quittant leur emploi en cours de trimestre, l'employeur devra se procurer à la poste, ou au Service régional des Assurances sociales, des formules de duplicata des feuillets trimestriels de cotisations. Il établira ces duplicata à l'aide des feuillets de cotisations ou des cartes d'immatriculation, dont étaient en possession les assurés ayant cessé leur emploi, feuillets ou cartes qu'il devra restituer aux intéressés. Ce sont les duplicata de feuillets ainsi établis que l'employeur aura à utiliser, dans les conditions ci-dessus énoncées, pour s'acquitter de la double cotisation due.

Attestation de versement

Les feuillets trimestriels de cotisations comporteront une partie détachable intitulée « attestation de versements ». Cette attestation de versement sera rendue par la poste au déposant ou renvoyée par le Service régional des Assurances sociales, revêtue d'un timbre à date. Cette attestation est destinée à l'assuré pour être présentée par lui, éventuellement, à la Caisse d'assurance, en vue de justifier de ses droits aux prestations.

Prestations

Les prestations étant conditionnées par les versements opérés, il en résulte que le nouveau régime institué ne peut avoir d'effet, en ce qui concerne les conditions d'attribution et la quotité des prestations qu'à compter du 1er avril 1936, c'est-à-dire qu'autant que les versements correspondant au nouveau régime auront été opérés au moins pendant un trimestre.

Jusqu'au 1er avril prochain, les organismes d'assurance devront ainsi continuer à accorder des prestations sur la base du régime précédemment établi C'est seulement à partir de cette date qu'ils auront à tenir compte des nouvelles dispositions, tant pour la détermination du droit des assurés aux prestations que pour la fixation des avantages à leur accorder.

Par ailleurs, les assurés ne sauraient subir aucun

préjudice du fait des modifications apportées par le nouveau régime à l'organisation technique de l'assurance. Ils devront, s'ils bénéficient de soins pour invalidité, continuer à bénéficier de ces soins, encore que la charge des soins aux invalides ne doive plus être assurée, à partir du 1er janvier 1936, par la Caisse générale de garantie et être assumée par les Unions régionales de Caisses primaires.

Régime spécial aux gens de maison.

Pour les gens de maison : bonnes à tout faire, femmes de chambre, cuisinières, valets de chambre, chefs de cuisine, chauffeurs, etc., les cotisations dues tant par l'employeur que par l'assuré, à raison de 3,50 p. 100 du salaire, seront calculées sur un salaire forfaitaire tenant compte des avantages en nature dont ils bénéficient.

Les nouvelles cotisations applicables sont les suivantes pour toute période d'emploi de l'année 1936. Elles sont dues tant par l'assuré que par l'employeur ;

	COTISATIONS mensuelles	
	Hommes	Femmes
	francs	francs
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine....	24 50	14 »
Autres communes......	17 50	10 50

Juridiction

A partir du 1er janvier, les contestations relatives aux Assurances sociales ne doivent plus être soumises aux Commissions cantonales. Seule est compétente dorénavant la Commission d'arrondissement. Les réclamations à porter devant cette Commission doivent être adressées, par lettre recommandée, au président, au greffe du Tribunal civil.

L.-O. Frossard.

Fixation du nombre et des circonscriptions des services régionaux des assurances sociales.

Décret du 22 *août* 1935.

Art. 1er. — Les circonscriptions des services régionaux des Assurances sociales, dont le nombre est fixé à quinze, sont déterminées ainsi qu'il suit :

Service régional	Circonscriptions
Paris...	Seine. Seine-et-O. Seine-et-M. Oise. Eure-et-L.
Rouen..	Calvados. Eure. Manche. Orne. Seine-Infér.
Lille....	Nord. Pas-de-Cal. Somme. Aisne.
Nancy..	Ardennes. Aube. Marne. Hte-Marne. Meuse. Vosges. M.-et-Mosel.
Rennes.	Côtes-du-N. Finistère. Ille-et-Vil. Mayenne. Sarthe.
Nantes..	Morbihan. Indre-et-Loire. Loire-Infér. Maine-et-L. Vendée.
Orléans.	Cher. Indre. Loiret. Loir-et-Ch. Nièvre.
Dijon...	Côte-d'Or. Doubs. Jura. Saone-et-L. Yonne. Hte-Saône. Ter. de Belf.
Limoges	Charente. Char.-Infér. Corrèze. Creuse. Deux-Sèvr. Vienne. Hte-Vienne.
Clerm.-Fer.	Allier. Cantal. Hte-Loire. Lozère. Puy-de-Dôme.
Lyon...	Ain. Ardèche. Drôme. Isère. Loire. Rhône. Savoie. Hte-Savoie.
Bordeaux..	Dordogne. Gironde. Landes. Lot-et-Gar. Basses-Pyr.
Toulouse	Ariège. Gers. Lot. Htes-Pyrén. Tarn. Tarn-et-Ga. Hte-Garon.
Montpellier.	Aude. Aveyron. Hérault. Gard. Pyr.-Orient.
Marseille	Basses-Alp. Htes-Alpes. Alpes-Mar. B.-du-Rh. Var. Vaucluse.

Art. 2. — Il est maintenu à Ajaccio (Corse) un service des Assurances sociales ayant comme circonscription le département de la Corse et qui est rattaché au service régional de Marseille.

Art. 3. — Le ministre du Travail est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*. (*J. O.*, 27 décembre 1935.)

Accidents du Travail

Tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail

Le ministre du Travail arrête :

Art. 1er. — Le tarif annexé au présent arrêté est applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Pour tout ce qui ne figure pas à l'annexe ci-après, les tarifs et barèmes applicables sont ceux dressés par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et des colonies en tenant compte des dix bulletins de variations publiés par ladite allociation depuis le 1er avril 1930.

Art. 2. — Les tarifs visés à l'article 1er ci-dessus ne comporteront aucun rabais dans les communes ne comptant pas plus de 5.000 habitants ; ils seront réduits de 4 p. 100 dans les villes comptant de 5.001 à 25.000 habitants, de 6 p. 100 dans les villes comptant de 25.001 à 100.000 habitants, de 8 p. 100 dans les villes comptant plus de 100.00 habitants et de 10 p. 100 dans Paris et le département de la Seine.

Art. 3. — Pour la détermination des taux de réduction, il y a lieu de prendre pour base la population municipale de la commune où réside le pharmacien fournisseur.

Art. 4. — Les substances toxiques prévues aux tarifs visés à l'article 1er ci-dessus seront remboursées aux pharmaciens sur production d'une copie par eux certifiée conforme aux ordonnances en prescrivant la délivrance.

Art. 5. — Les factures devront être établies d'après le prix porté au tarif ou aux bulletins de variations visés à l'article 1er ci-dessus en vigueur à la date de la livraison des fournitures. Le règlement en sera fait dans les trois mois de la remise de la facture. Les récipients ne seront comptés qu'une seule fois lorsque la fourniture sera renouvelée.

Art. 6. — En vue de prévenir et de régle amiablement les différends relatifs à l'application du présent tarif, les parties intéressées pourront convenir de la constitution de Commissions d'arbitrage.

Art. 7. — Sont rapportées toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

ANNEXE

I. — Produits chimiques et pharmaceutiques

A défaut d'indications très précises mentionnées sur les ordonnances médicales concernant les produits figurant aux présents tableaux sous la même appellation, le pharmacien devra toujours délivrer et par conséquent toujours tarifer les produits précédés d'un astérisque (*).

Honoraires de responsabilité	Nomenclature des produits chimiques et pharmaceutiques	Numéro de la référence au barème (1)
»	Acide acétylsalicylique	47
»	Acide borique officinal	24
»	Acide picrique en solution à 1 p. 100, prix minimum : 1 fr. 50.	17
»	Alcool à 95 degrés	41
»	Alcool (*) à 90 degrés	40
»	Alcool camphré (*) fort	40
»	Alcool camphré faible	38
»	Alcoolat de Fioravanti	42
»	Analgésine	52
»	Antipyrine	52
»	Aspirine	47
»	Baume du Commandeur	43
»	Baume de Fioravanti	42
»	Baume opodeldoch	42
	Le flacon contient 90 grammes : s. v., 6 fr. 10.	
	(*) Le demi-flacon contient 45 grammes : s. v. 3 fr. 40.	
»	Baume tranquille	31
1 50	Chlorhydrate de cocaïne	84
1 »	(*) Chloroforme	38
1 »	Chloroforme anesthésique	45
	L'ampoule de 30 grammes, 9 francs net	
	L'ampoule de 60 grammes, 13 francs net	
1 »	Chlorure (Bi-) de mercure	47
1 »	Chlorure (Bi-) de mercure (mélange de) et d'acide tartrique uniquement formule Codex, à 2 gr. 50 pour 10	46
»	Chlorure de soude liquide, prix minimum : 75 centimes	14
»	(*) Eau blanche du Codex, prix minimum : 75 centimes	10
»	Eau blanche de Goulard, prix minimum : 1 fr. 50	19
»	Eau boriquée, prix minimum : 75 centimes	10
»	Eau de Goulard, prix minimum : 1 fr. 50	19
»	Eau oxygénée Codex, prix minimum : 1 franc	16
»	Eau phéniquée à 1 p. 100, prix minimum : 75 centimes	11
»	Eau phéniquée (*) à 2 p. 100, prix minimum : 75 centimes.	12
»	Eau phéniquée à 5 p. 100, prix minimum : 75 centimes	14
»	Eau végéto-minérale, prix minimum : 1 fr. 50	19
»	Eau-de-Vie camphrée	38
»	Essence de térébenthine officinale	25
»	Essence de Wintergreen artificielle	39
»	(*) Ether sulfurique rectifié	32
»	Ether sulfurique anesthésique.	35
	L'ampoule de 50 gr. 10 fr. net.	
	L'ampoule de 100 gr. 15 fr. net.	

(1) Barème du Tarif général de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et des colonies.

Honoraires de responsabilité	Nomenclature des produits chimiques et pharmaceutiques	Numéro de la référence au barème
»	Graisse de laine anhydre......	31
»	(*) Graisse de laine hydratée ..	30
»	Huile de camomille camphrée .	35
»	Huile camphrée	32
»	Huile chloroformée du Codex..	36
»	Huile de jusquiame	35
»	Huile de jusquiame composée.	31
»	Hypochlorite de soude liquide, minimum : 75 centimes	14
»	Iodoforme pulvérisé	59
»	Lanoline adhydre	31
»	(*) Lanoline hydratée	30
1 50	Laudanum de Sydenham.....	50
»	Liniment chloroformé	36
»	Liniment oléocalcaire	30
»	Liniment de Rosen	49
»	Liqueur de Dakin titrée, prix minimum : 1 franc	18
»	Liqueur de Labarraque, prix minimum : 75 centimes	14
0 50	Liqueur de Van Swieten, prix minimum : 1 franc	12
»	Permanganate de potsase.....	35
»	Plâtre chirurgical en boîte de 1 kilogr. .... Le prix de toute quantité supérieure à 1 kilogr. sera établi proportionnellement au prix du kilogramme.	20
»	Pommade boriquée à 1 p. 10, prix minimum : 75 centimes.	34
»	Pommade iodoformée à 1 p. 10, prix minimum : 3 fr. 50	45
»	Pommade phéniquée à 1 p. 100, prix miuimum : 2 francs	35
»	Pommade de Reclus, prix minimum : 2 fr. 50	40
1 »	Poudre de sublimé et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10 ...	46
»	Salicylate de méthyle	39
»	Salicylate de phénol	48
»	Salol	48
»	Sérum antitétanique, prix marqué net.	
»	Sérum physiologique : L'ampoule de 60 centimètres cubes : 6 francs. L'ampoule de 125 centimètres cubes : 8 francs. L'ampoule de 250 centimètres cubes : 11 francs. L'ampoule de 500 centimètres cubes : 14 francs.	
»	Solution d'acide picrique à 1 p. 100, prix minimum : 1 fr. 50.	17
0 50	Solution de sublimé à 1 p. 1.000, prix minimum : 1 franc.....	12
»	(*) Sparadrap diachylon	214
»	Sparadrap des hôpitaux ..... Le rouleau de sparadrap est de 1 mètre de long sur 20 centimètres de large.	214
1 »	Sublimé corrosif	47
1 »	Sublimé (Mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10	46
1 »	Sulfate d'atropine	76
»	Teinture d'arnica	41
»	Teinture balsamique	43
»	Teinture d'iode officinale	43
»	Vaseline pure	33
»	Vaseline boriquée, prix minimum : 75 centimes	34
»	Vaseline iodoformée, prix minimum : 3 fr. 50	45
»	Vaseline phéniquée, prix minimum : 2 francs	35

II. — Objets de pansements

Les objets de pansements simples, non médicamenteux, ne devront être délivrés en boîte métallique ou en flacon que lorsque le médecin l'aura spécifié dans son ordonnance.

Lorsque plusieurs articles du même nom sont inscrits à ce tarif, ce sera toujours celui de ces articles marqué par un astérisque (*) qui devra être délivré et tarifé, à moins d'indication contraire sur la prescription

Lorsqu'il est prescrit « une bande », sans autre indication, c'est toujours une bande de gaze hydrophile qui doit être délivrée et tarifée.

S'il est prescrit « une bande de crépon », sans désignation de couleur de fil, le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer la bande « crépon de coton ». La tarification sera faite en conformité de la fourniture. La trame du tissu de la gaze hydrophile et des bandes de gaze hydrophile, inscrites au tarif, devra compter 9/10 fils au centimètre carré.

Nomenclature des objets de pansements	Prix francs
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, (*) largeur 4 à 6 centimètres..	2 10
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	3 25
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres ...	4 10
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres...	6 10
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	8 25
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	9 50
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	11 75
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres (*), largeur 4 à 6 centimètres	2 70
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	3 60
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	4 50
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	6 75
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	9 »
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	10 50
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	12 20
Bande de flanelle, longueur 5 mètres, (*) largeur 4 à 6 centimètres	6 75
Bande de flanelle, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	9 »
Bande de flanelle, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	11 75
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, (*) largeur 4 à 6 centimètres..	0 80

Nomenclature des objets de pansements	Prix francs
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	1 10
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	1 50
Bande de gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	2 15
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 18 centimètres, avec une gaze	7 70
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 18 centimètres, avec deux gazes	9 40
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 9 centimètres, avec une gaze	4 80
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 9 centimètres avec deux gazes	7 60
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 5 centimètres, avec une gaze	3 40
Bande d'ouate de cellulose, longueur 2 m. 25, largeur 5 centimètres, avec deux gazes	3 70
Bande plâtrée, longueur 5 mètres (*) largeur 4 à 6 centimètres	3 60
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	5 »
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	5 75
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, (*) largeur 4 à 6 centimètres	1 60
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	2 25
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	2 75
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, (*) largeur 4 à 6 centimètres	0 95
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	1 50
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	1 75
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	2 25
Bande de toile, longueur 5 mètres, (*) largeur 4 à 6 centimètres	3 25
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	4 50
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	6 25
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 00	7 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 0	7 50
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 1	8 »
(*) Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 2	9 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 3	10 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 4	11 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 5	12 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 6	13 »
Compresses de gaze purifiée, grandes (40 × 40), la boîte de 10	5 »
Compresses de gaze purifiée, moyennes (30 × 30), la boîte de 10	3 50
Compresses de gaze purifiée, (*) petites (20 × 20), la boîte de 10	1 50
Compresses de gaze stérilisées, grandes (40 × 40), la boîte métallique de 10	12 50
Compresses de gaze stérilisées, moyennes (30 × 30), la boîte métallique de 10	9 »
Compresses de gaze stérilisées, (*) petites (20 × 20), la boîte métallique de 10	6 25
Coton hydrophile Codex, 25 grammes (poids net)	0 90
Coton hydrophile Codex, (*) 50 grammes (poids net)	1 50
Coton hydrophile Codex, 100 grammes (poids net)	2 75
Coton hydrophile Codex, 125 grammes (poids net)	3 40
Coton hydrophile Codex, 250 grammes (poids net)	6 50
Coton hydrophile Codex, 500 grammes (poids net)	12 50
Coton hydrophile Codex, 1.000 grammes (poids net)	24 »
Coton Cardé, 25 grammes (poids net)	0 85
Coton cardé, (*) 50 grammes (poids net)	1 40
Coton cardé, 100 grammes (poids net)	2 60
Coton cardé, 125 grammes (poids net)	3 20
Coton cardé, 250 grammes (poids net)	6 25
Coton cardé, 500 grammes (poids net)	12 »
Coton cardé, 1.000 grammes (poids net)	23 »
Crins de Florence stérilisés, fins, petits, moyens ou gros, le tube de 1	1 60
(*) Crins de Florence stérilisés, fins, petits moyens ou gros, le tube de 6	5 50
Crins de Florence, stérilisés, fins, petits, moyens ou gros, le tube de 12	6 86
Crins de Florence stérilisés, fins, petits, moyens ou gros, le tube de 25	10 »
Doigtier de caoutchouc, la pièce	1 25
(*) Doigtier de cuir, la pièce	1 75
Doigtier de peau, la pièce ?	1 50
Gaze hydrophile purifiée (*) le paquet de 1 m. × 0 m. 65	1 80
Gaze hydrophile purifiée, à la pièce, par 5 mètres ou plus, le mètre	1 60
Gaze hydrophile stérilisée, (*) la boîte métallique ou le flacon :	
De 1 mètre	5 »
De 5 mètres	15 »
Gaze iodoformée, le flacon de 1 mètre	6 50
Gaze au peroxyde de zinc, non stérilisée, le flacon de 1 mètre	5 50
Gaze salolée, le flacon de 1 mètre	5 75
Mousseline à cataplasme, le mètre	1 60
Oouate de cellulose, 125 grammes (poids net)	2 20
Oouate de cellulose, 250 grammes (poids net)	4 40
Ouate de cellulose, 500 grammes (poids net)	8 80
Ouate de cellulose, 1.000 grammes (poids net)	17 60
Taffetas chiffon, largeur 80 centimètres, nº de barème 211	»
Taffetas gommé, largeur 80 centimètres, nº de barème 209	»

A moins d'indication contraire pour les taffetas, si la largeur n'est pas spécifiée sur l'ordonnance, la longueur prescrite sera délivrée en carré. S'il est prescrit taffetas ou imperméable sans autre indication, c'est le taffetas gommé qui sera délivré et tarifé.

Tarlatane, le mètre	1 60

(*J. O.*, 1er novembre 1935.)

Pensions militaires

Tribunaux départementaux des Pensions pour l'année 1936.

Sons nommés pour l'année 1936 :

Membre du tribunal départemental des pensions d'Agen : M. Dichamp, docteur en médecine à Agen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Andrieu et Arrès-Lapoque, docteurs en médecine à Agen.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aix, M. Beisson, docteur en médecine à Aix.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pierre Roman et Lattil, docteurs en médecine à Aix.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Ajaccio : M. Colonna, docteur en médecine à Ajaccio.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Guiderdoni et Miniconi, docteurs en médecine à Ajaccio.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Albi : M. Izard, docteur en médecine à Cagnac.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Merle-Beral et Verlac, docteurs en médecine à Albi.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alençon : M. Cauvin, docteur en médecine à Alençon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bailleul et Chon, docteurs en médecine à Alençon.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Alger : M. Witas, docteur en médecine à Alger.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bullinger-Muller et Sarrouy, docteurs en médecine à Alger.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Amiens : M. Hurtrel, docteur en médecine à Amiens.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Caraven et Merle, docteurs en médecine à Amiens.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angers : M. Estève, docteur en médecine à Angers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pelegrin et Barot, docteurs en médecine à Angers.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Angoulême : M. Fournier, docteur en médecine à Angoulême.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Decressac, docteur en médecine à Angoulême.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Annecy : M. Orsat, docteur en médecine à Annecy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tissot et Giorgi, docteurs en médecine à Annecy.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Arras : M. Brassart, docteur en médecine à Arras.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Woillez, docteur en médecine à Arras, et Andrès, docteur en médecine à Saint-Pol-sur-Ternoise.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auch : M. Lestrade, docteur en médecine à Auch.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Rivière et Szelechowski, docteurs en médecine à Auch.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Aurillac : M. Apchin, docteur en médecine à Aurillac.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Vermenouze, docteur en médecine à Aurillac, et Albessard, docteur en médecine à Vic-sur-Cère.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Auxerre : M. Duché, docteur en médecine à Auxerre.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sarrazin et Houde, docteurs en médecine à Auxerre.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Avignon : M. Garnier, docteur en médecine à Avignon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bonnet et Passelègue, docteurs en médecine à Avignon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bar-le-Duc : M. Fistie, docteur en médecine à Bar-le-Duc.

Membres suppléants dudit tribunal : MM.

Baudot et Joyeux, docteurs en médecine à Bar-le-Duc.

Membre du tribunal départemental des pensions de Beauvais : M. Parmentier, docteur en médecine à Clermont.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Largeteau et Louet, docteurs en médecine à Beauvais.

Membre du tribunal départemental des pensions de Belfort : M. Edouard Riss, docteur en médecine à Belfort.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Georges Levis, docteur en médecine à Belfort.

Membre du tribunal départemental des pensions de Besançon : M. Baufle, docteur en médecine à Besançon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tisserand et Volmat, docteurs en médecine à Besançon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Blois : M. Loiseau, docteur en médecine à Champigny-en-Beauce.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Debard, docteur en médecine aux Montils.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bordeaux : M. Lande, docteur en médecine à Bordeaux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. de Montalier et Leuret, docteurs en médecine à Bordeaux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Boulogne-sur-Mer : M. Fourmentin, docteur en médecine à Boulogne-sur-Mer.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Cadart, docteur en médecine à Saint-Martin-les-Boulogne et de Cazeneuve, docteur en médecine à Boulogne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourg : M. Saint-Pierre, docteur en médecine à Bourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Joseph Louis et Touillon, dcoteurs en médecine à Bourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Bourges : M. Bonneau, docteur en médecine à Bourges.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Marioton et Gauchery, docteurs en médecine à Bourges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Brest: M. Le Goan, docteur en médecine à Brest.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Teurnier et Bossé, docteurs en médecine à Brest.

Membre du tribunal départemental des pensions de Caen : M. Guibé, docteur en médecine à Caen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desbouis et Collette, docteurs en médecine à Caen.

Membre du tribunal départemental des pensions de Cahors : M. Besse, docteur en médecine à Cahors.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Segala et Delport, docteurs en médecine à Cahors.

Membre du tribunal départemental des pensions de Carcassonne : M. Soum, docteur en médecine à Carcassonne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Combéléran et Boyer, docteurs en médecine à Carcassonne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châlons-sur-Marne : M. Joseph Chevron, docteur en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Aumont et Van-Vyre, docteurs en médecine à Châlons-sur-Marne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chambéry : M. Denarié (Amédée), docteur en médecine à Chambéry.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Voutier et Masson, docteurs en médecine à Chambéry.

Membre du tribunal départemental des pensions de Charleville : M. Bridoux, docteur en médecine à Charleville.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Rozoy et Blairon, docteurs en médecine à Charleville.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chartres : M. Dudefoy, docteur en médecine à Chartres.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Baudin et Haye, docteurs en médecine à Chartres.

Membre du tribunal départemental des pensions de Châteauroux : M. Boucarel, docteur en médecine à Châteauroux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sineau et Pigelet, docteurs en médecine à Châteauroux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Chaumont : M. Weil, docteur en médecine à Chaumont.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Carel et Merger, docteurs en médecine à Chaumont.

Membre du tribunal départemental des pensions de Clermont-Ferrand : M. Cornet, docteur en médecine à Clermont-Ferrand.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pourcher et Vimal, docteurs en médecine à Clermont-Ferrand.

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar (1re section) : M. Kayser, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Hamburger et Kœnig, docteurs en médecine à Colmar.

Membre du tribunal départemental des pensions de Colmar (2e section) : M. Nordmann, docteur en médecine à Colmar.

Membres suppléants dudit tribunal : MM Schreiber et Duhamel, docteurs en médecine à Colmar.

Membre du tribunal départemental des pensions de Constantine : M. Piquet, docteur en médecine à Constantine.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Jouanne docteur en médecine à Constantine.

Membre du tribunal départemental des pensions de Digne : M. Chaussegros, docteur en médecine à Digne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Gassend et Romieu, docteurs en médecine à Digne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Dijon : M. Castille, docteur en médecine à Dijon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Edouard Moriot, docteur en médecine à Dijon et Sirot, docteur en médecine à Beaune.

Membre du tribunal départemental des pensions de Douai : M. Toison, docteur en médecine à Douai.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desmoulin et Monnier, docteurs en médecine à Douai.

Membre du tribunal départemental des pensions de Draguignan : M. Pelloquin (Joseph), docteur en médecine à Draguignan.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Proust, docteur en médecine à Trans, et Turcan, docteur en médecine à Fréjus.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Epinal : M. Urmès, docteur en médecine à Epinal.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lacour et Riff, docteurs en médecine à Epinal.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Evreux : M. Servent, docteur en médecine à Evreux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bettinger et Dehail, docteurs en médecine à Evreux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Foix : M. Calazel, docteur en médecine à Foix.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lestrade et Sicre, docteurs en médecine à Foix.

Membre du tribunal départemental des pensions de Gap : M. Bruyère, docteur en médecine à Gap.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mayoly et Suard, docteurs en médecine à Gap.

Membre du tribunal départemental des pensions de Grenoble : M. Juvin, docteur en médecine à Grenoble.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fabre et Vareilles, docteurs en médecine à Grenoble.

Membre du tribunal départemental des pensions de Guéret : M. Brésard, docteur en médecine à Guéret.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumont et Dufour, docteurs en médecine à Guéret.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laon : M. Menu, docteur en médecine à Laon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Ruby et Lemarchal, docteurs en médecine à Laon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Laval : M. Aubin, docteur en médecine à Laval.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Loiseleur et Le Basser, docteurs en médecine à Laval.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lille : M. Leclercq, docteur en médecine à Lille.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Levêque et Vansteenberghe, docteurs en médecine à Lille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Limoges ; M. Cubertafon, docteur en médecine à Limoges.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Delor et Hervy, docteurs en médecine à Limoges.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lons-le-Saunier : M. Boulée, docteur en médecine à Lons-le-Saunier.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pichon et Thilly père, docteurs en médecine à Lons-le-Saunier.

Membre du tribunal département des pensions de Lyon (1re section) : M. Durand, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mazel et Rebattu, docteurs en médecine à Lyon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Lyon (2e section) : M. Pollosson, docteur en médecine à Lyon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Laroyenne et Condomine, docteurs en médecine à Lyon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mâcon : M. Richard, docteur en médecine à Mâcon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Alexandre Juvanon, docteur en médecine à Mâcon et Lagoutte, docteur en médecine au Creusot.

Membre du tribunal départemental des pensions du Mans : M. Legros, docteur en médecine au Mans.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dumas et Laburthe, docteurs en médecine au Mans.

Membre du tribunal départemental des pensions de Marseille : M. Ferdinand Camoin, docteur en médecine à Marseille.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Doux et Gallerand fils, docteurs en médecine à Marseille.

Membre du tribunal départemental des pensions de Melun : M. Siguier, docteur en médecine à Melun.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Malvy et Herman, docteurs en médecine à Melun.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mende : M. Bessière, docteur en médecine à Mende.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Morel et Constant, docteurs en médecine à Mende.

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz (1re section) : M. Ellin, docteur en médecine à Metz.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Grojean, docteur en médecine à Knutange.

Membre du tribunal départemental des pensions de Metz (2e section) : M. Leder, docteur en médecine à Metz.

Membre suppléant dudit tribunal : M. Colrint, docteur en médecine à Metz.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montauban : M. Paisseran, docteur en médecine à Montauban.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Monribot et Hornus, docteurs en médecine à Montauban.

Membre du tribunal départemental des pensions de Mont-de-Marsan : M. Dibos, docteur en médecine à Mont-de-Marsan.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Betous, docteur en médecine à Mont-de-Marsan, et Castera, docteur en médecine à Hagetmau.

Membre du tribunal départemental des pensions de Montpellier : M. Roume, docteur en médecine à Montpellier.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mourgues-Molines et Félix Durand, docteurs en médecine à Montpellier.

Membre du tribunal départemental des pensions de Moulins, M. Ranglaret, père, docteur en médecine à Moulins.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Penard et Gomot, docteurs en médecine à Moulins.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nancy : M. Michel, docteur en médecine à Nancy.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. F. Abt et R. Froehlich, docteurs en médecine à Nancy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nantes : M. Bureau, docteur en médecine à Nantes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Desclaux et Moutier, docteurs en médecine à Nantes.

Membres du tribunal départemental des pensions de Nevers : M. Tribas, docteur en médecine à Nevers.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Houzé et Boudot, docteurs en médecine à Nevers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nice : M. Rovery, docteur en médecine à Nice.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Perdrigé et Rosanoff (Michel), docteurs en médecine à Nice.

Membre du tribunal départemental des pensions de Nîmes : M. Charles Perrier, docteur en médecine à Nîmes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Foulquier, docteur en médecine à Nîmes, et Peyre, docteur en médecine à Alès.

Membre du tribunal départemental des pensions de Niort : M. Collon, docteur en médecine à Niort.

Membre suppléant dudit tribunal : M. All-

guste Poineau, docteur en médecine à Saint-Hilaire-la-Pallud.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Oran : M. Botalla-Gambetta, docteur en médecine à Oran.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dijon et Narboni, docteurs en médecine à Oran.

Membre du tribunal départemental des pensions d'Orléans : M. Geffrier, docteur en médecine à Orléans.
Membres suppléants dudit tribunal, MM. Marmasse et Coville, docteurs en médecine à Orléans.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pau : M. Marsoo, docteur en médecine à Pau.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Fayon et Guichot, docteurs en médecine à Pau.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (1re section) : M. Loewy, docteur en médecine à Paris.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Banzet et Vinant, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (2e section) : M. Dervieux, docteur en médecine à Paris.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Mendelssohn et Revault d'Alonnes, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (3e section) : M. Duvoir, docteur en médecine à Paris.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Legrain et Guiraud, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (4e section) : M. Lutaud, docteur en médecine à Paris.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Piedelièvre et Lyon-Caen, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Paris (5e section) : M. Maréchal, docteur en médecine à Paris.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Ceillier et Truelle, docteurs en médecine à Paris.

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux (1re section) : M. Crozet, docteur en médecine à Périgueux.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Leroux et Lacoste, docteurs en médecine à Périgueux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Périgueux (2e section) : M. Le Roux, docteur en médecine à Périgueux.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Crozet et Lacoste, docteurs en médecine, à Périgueux.

Membre du tribunal départemental des pensions de Perpignan : M. Pous, docteur en médecine à Perpignan.
Membre suppléant dudit tribual: M. Wittwer, de Froutiguen, docteur en médecine à Perpignan.

Membre du tribunal départemental des pensions de Poitiers : M. Foucault, docteur en médecine à Poitiers.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Veluet et Ferru, docteurs en médecine à Poitiers.

Membre du tribunal départemental des pensions de Pontoise : M. Derome, docteur en médecine à Pontoise.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Herbinet et Butin, docteurs en médecine à Pontoise.

Membre du tribunal départemental des pensions de Privas : M. Fargier, docteur en médecine à Privas.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Comte, docteur en médecine à Privas, et Manson, docteur en médecine à Chomérac.

Membre du tribunal départemental des pensions du Puy : M. Maleysson, docteur en médecine au Puy.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Jean et de Morangiès, docteurs en médecine au Puy.

Membre du tribunal départemental des pensions de Quimper : M. Lagriffe, docteur en médecine à Quimper.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Tuset et Morvan, docteurs en médecine à Quimper.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rennes : M. Millardet, docteur en médecine à Rennes.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Guillerm et Mouchette, docteurs en médecine à Rennes.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Rochelle : M. Dufour, docteur en médecine à la Rochelle.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Pozzi et Appraillé, docteurs en médecine à la Rochelle.

Membre du tribunal départemental des pensions de la Roche-sur-Yon : M. Choyau, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon.
Membres suppléants dudit tribunal : MM. Péaud, docteur en médecine à la Chaize-le-

Vicomte et Claverie, docteur en médecine à la Roche-sur-Yon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rodez : M. Bousquet, docteur en médecine à Rodez.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lagarrigue et Virenque père, docteurs en médecine à Rodez.

Membre du tribunal départemental des pensions de Rouen : M. Vallée, docteur en médecine à Rouen.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bellicaud et Cauchois, docteurs en médecine à Rouen.

Membre du tribunal départemental des pensions à Saint-Brieuc : M. Moy, docteur en médecine à *Saint-Brieuc.*

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Lebreton et Pedron, docteurs en médecine à Saint-Brieuc.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Etienne : M. Gereste, docteur en médecine à Saint-Etienne.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Genairon et Bouvet, docteurs en médecine à Saint-Etienne.

Membre du tribunal départemental des pensions de Saint-Lô : M. Le Clerc, docteur en médecine à Saint-Lô.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Dupont et Roger, docteurs en médecine à Saint-Lô.

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg (1re section) : M. Paul Baur, docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Alfred Dolbé et Félix Humbert, docteurs en médecine à Strasbourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Strasbourg (2e section) : M. Blind (Edmond), docteur en médecine à Strasbourg.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Willy Brion et Allenbach, docteurs en médecine à Strasbourg.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tarbes : M. Prunet, docteur en médecine à Tarbes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Benezech, docteur en médecine à Bagnères-de-Bigorre, et Salsac, docteur en médecine à Lourdes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulon : M. Rit, docteur en médecine à Toulon.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Bricaire et Pestre, docteurs en médecine à Toulon.

Membre du tribunal départemental des pensions de Toulouse : M. Tapie, docteur en médecine à Toulouse.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Sorel et Chamayou, docteurs en médecine à Toulouse.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tours : M. Babeau, docteur en médecine à Tours.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Faix et Louis Guillaume, docteurs en médecine à Tours.

Membre du tribunal départemental des pensions de Troyes : M. Debret, docteur en médecine à Troyes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Serbource et Briault, docteurs en médecine à Troyes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Tulle : M. Mazeyrie, docteur en médecine à Tulle.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Morély et Puyaubert, docteurs en médecine à Tulle.

Membre du tribunal départemental des pensions de Valence : M. Calvet, docteur en médecine à Valence.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Serre et Gaston Ratier, docteurs en médecine à Valence.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vannes : M. Franco (père), docteur en médecine à Vannes.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Audic et Kliszowski, docteurs en médecine à Vannes.

Membre du tribunal départemental des pensions de Versailles : M. Gautier, docteur en médecine à Versailles.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Remilly, docteur en médecine à Versailles, et Behague, docteur en médecine au Chesnay.

Membre du tribunal départemental des pensions de Vesoul : M. Petitjean, docteur en médecine à Vesoul.

Membres suppléants dudit tribunal : MM. Talpain, docteur en médecine à Vesoul, et Munier, docteur en médecine à Lure.

(*J. O.*, 31 décembre 1935.)

Stations hydrominérales et climatiques

Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1936 (loi du 24 septembre 1919, art. 1er, et décret du 4 mai 1920, portant règlement d'administration publique, en exécution de la loi du 24 septembre 1919, art. 86).

I. — *Stations hydrominérales et climatiques.*

Biarritz (Basses-Pyrénées). — 30 mai 1918.
Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). — 9 mars 1913.
Hyères (Var). — 8 mars 1913.
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne). — 2 mars 1913.
Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). — 12 avril 1913.
Brides-les-Bains (Savoie). — 20 mai 1913.
Laucaune (Tarn). — 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie). — 25 septembre 1913.
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales). — 17 mars 1914.
Aix-les-Bains (Savoie). — 28 juin 1914.
Ganties (Haute-Garonne). — 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie). — 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées). — 9 avril 1919.
Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées). — 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie). — 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). — 16 avril 1921.
Menthon (Haute-Savoie). — 13 août 1921.
Biskra (Algérie). — 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées). — 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne). — 31 juillet 1923.
Salins (Savoie). — 11 mai 1926.
Challes-les-Eaux (Savoie). — 9 avril 1927.
Balaruc-les-Bains (Hérault). — 3 août 1927.
Le Boulou (Pyrénées-Orientales). — 17 février 1930.
Bagnols-les-Bains (Lozère). — 10 août 1934.

II. — *Stations hydrominérales.*

Dax (Landes). — 21 avril 1912.
Vichy (Allier). — 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche). — 25 mai 1912.
Eux-Bonnes (Basses-Pyrénées). — 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées). — 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault). — 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme). — 30 mai 1912.
Vittel (Vosges). — 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier). — 10 juin 1912.
Néris (Allier). — 10 juin 1912.
Capvern (Hautes-Pyrénées). — 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges). — 10 juin 1912.
Martigny (Vosges). — 10 juin 1912.
Châtelguyon (Puy-de-Dôme). — 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (Puy-de-Dôme). — 27 octobre 1912.
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme). — 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme). — 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône). — 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes). — 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrénées). — 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège). — 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 12 mars 1913.
Plombières (Vosges). — 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges). — 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne). — 7 août 1913.
Boubon-Lancy (Saône-et-Loire). — 28 juin 1914.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). — 28 juin 1914.
Chaudesaigues (Cantal). — 15 juillet 1914.
Besançon (quartier de la Mouillière) (Doubs). — 25 février 1915.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre). — 26 juin 1916.
Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise). — 28 février 1919.
Bussang (Vosges). — 21 mars 1921.
Bagnoles-de-l'Orne (Orne). — 15 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre). — 27 mai 1921.
Salins (Jura). — 6 juillet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère). — 9 janvier 1922.
Alet (Aude). — 28 mars 1923.
Uriage-les-Bains (Isère). — 21 juin 1923.
Audinac-les-Bains-Montjois (Ariège). — 31 juillet 1923.
Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin). — 7 juillet 1926.
Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure). — 17 décembre 1926.
Miers-Alvignac (Lot). — 5 mars 1927.
Charbonnières (Rhône). — 9 avril 1927.

Vallée-des-Eaux-Chaudes (commune de Digne) (Basses-Alpes). — 27 juillet 1927.

Morsbronn-les-Bains (Bas-Rhin). — 19 janvier 1929.

Aulus (Ariège). — 19 juin 1929.

Encausse (Haute-Garonne). — 4 août 1929.

Evaux-les-Bains (Creuse). — 19 novembre 1935.

Meylieu-Montrond (Loire). — 19 novembre 1935.

III. — *Stations climatiques.*

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées). — 25 mai 1912.

Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais). — 30 mai 1912.

Ajaccio (Corse). — 10 juin 1912.

Chamonix (Haute-Savoie). — 10 juin 1912.

Gérardmer (Vosges). — 10 juin 1912.

Wimereux (Pas-de-Calais). — 10 juin 1912.

Mimizan (Landes). — 10 juillet 1913.

Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales). — 10 juillet 1913.

Bormes (Var). — 22 juillet 1913.

Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais). — 3 septembre 1913.

Le Lavandou (Var). — 14 novembre 1913.

La Nouvelle (Aude). — 6 décembre 1913.

Briançon (Hautes-Alpes). — 8 juillet 1914.

Arcachon (Gironde). — 8 juillet 1914.

Cabourg (Cavados). — 15 juillet 1914.

Saint-Raphaël (Var). — 15 septembre 1914.

Pralognan (Savoie). — 15 septembre 1914.

Cannes (Alpes-Maritimes). — 20 février 1915.

Hendaye (Basses-Pyrénées). — 4 avril 1917.

Pau (Basses-Pyrénées). — 5 juin 1918.

Nice (Alpes-Maritimes). — 7 novembre 1918.

Menton (Alpes-Maritimes). — 28 janvier 1919.

Malo-les-Bains (Nord). — 24 mars 1921.

Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine). — 21 mars 1921.

Annecy (Haute-Savoie). — 21 avril 1921.

Trouville-sur-Mer (Calvados). — 12 mai 1921.

Deauville-sur-Mer (Calvados). — 12 mai 1921.

Houlgate (Calvados). — 12 mai 1921.

Beausoleil (Alpes-Maritimes). — 27 mai 1921.

Perros-Guirec (Côtes-du-Nord). — 21 juin 1921.

Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — 4 août 1921.

Bastia (Corse). — 13 août 1921.

Durtol (Puy-de-Dôme). — 13 août 1921.

Etretat (Seine-Inférieure). — 13 août 1921.

Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes). — 13 août 1921.

Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes). — 13 août 1921.

Paramé (Ille-et-Vilaine). — 13 août 1921.

Sainte-Maxime (Var). — 11 mars 1922.

Villers-sur-Mer (Calvados). — 11 mars 1922.

Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes). — 11 mars 1922.

Beaulieu (Alpes-Maritimes). — 11 mars 1922.

Grasse (Alpes-Maritimes). — 11 mars 1922.

Pornichet (Loire-Inférieure). — 11 mars 1922.

Royan (Charente-Inférieure). — 29 juin 1922.

Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine). — 29 juin 1922.

Ouistreham (Calvados). — 28 mars 1923.

Les Sables-d'Olonne (Vendée). — 7 avril 1923.

Alger (Algérie). — 31 juillet 1923.

Saint-Eugène (Algérie). — 31 juillet 1923.

Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). — 31 juillet 1923.

Bandol (Var). — 31 juillet 1923.

Hauteville-en-Bugey (Ain) (1). — 26 avril 1924.

Grau-du-Roi (Gard). — 26 avril 1924.

Palavas-les-Flots (Hérault). — 26 avril 1924.

Luc-sur-Mer (Calvados). — 26 avril 1924.

Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure). — 1er juillet 1924.

Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) (1). — 21 août 1924.

Quiberon (Morbihan). — 17 décembre 1924.

Lion-sur-Mer (Seine-Inférieure). — 21 janvier 1925.

Dieppe (Seine-Inférieure). — 21 janvier 1925.

Soulac-sur-Mer (Gironde). — 21 janvier 1925.

Stella-Plage (Pas-de-Calais), commune de Cucq. — 8 juillet 1925.

Granville (Manche). — 16 mars 1926.

Châtelaillon (Charente-Inférieure). — 3 juin 1926.

Langrune-sur-Mer (Calvados). — 7 juillet 1926

Bugeaud (Constantine). — 17 juillet 1926.

Le Pouliguen (Loire-Inférieure). — 2 mars 1927.

Hardelot-Plage (commune de Neufchâtel) (Pas-de-Calais). — 9 avril 1927.

Yport (Seine-Inférieure). — 27 avril 1927.

Sables-d'Or-les-Pins, commune de Pléhérel (Côtes-du-Nord). — 27 juillet 1927.

Bidart (Basses-Pyrénées), section de la plage et d'Ilbarritz, section Parlamentia. — 15 avril 1933.

Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). — 23 mai 1928.

Cayeux-sur-Mer (Somme). — 23 mai 1928.

Saint-Georges-de-Didonne (Charente-Inférieure). — 23 mai 1928.

Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Maritimes). — 23 mai 1928.

Vence (Alpes-Maritimes) (1). — 19 juillet 1928.

Guéthary (Basses-Pyrénées). — 23 janvier 1929.

Saint-Cergues (Haute-Savoie). — 15 février 1929.

Sanary (Var). — 12 mai 1929.

(1) Station de cure.

Anglet (fractions de territoire de la commune) (Basses-Pyrénées). — 23 mai 1929.
Langogne (Lozère). — 23 mai 1929.
Lompnes (Ain) (1). — 23 mai 1929.
La Ciotat (fraction de territoire de la commune) (Bouches-du-Rhône). — 5 août 1929.
Cassis (Bouches-du-Rhône). — 17 février 1930.
Falaises-d'Arcole (fraction de la commune d'Arcole) (Alger). — 17 février 1930.
Noirétable (Loire). — 17 février 1930.
Soorts-Hossegor (Landes). — 17 février 1930.
Passy (Haute-Savoie) (1). — 3 avril 1930.
Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord). — 6 avril 1930.
Saint-Julien-en-Genevois (Haute-Savoie). — 10 août 1930.
Ain-el-Türck (Oran). — 10 août 1930.
Villard-de-Lans (Isère). — 21 août 1930.
Saint-Briac (Ille-et-Vilaine). — 18 avril 1931.
Saint-Gingolph (Haute-Savoie). — 18 novembre 1931.
Enval (Puy-de-Dôme) (1). — 23 mars 1932.
Constantine (Constantine). — 12 mai 1932.
Ile-Rousse (Corse). — 15 avril 1933.
Calvi (Corse). — 15 avril 1933.
Blonville-sur-Mer (Calvados). — 10 août 1934.
Carnac-Plage (Morbihan). — 10 août 1934.
Antibes (Alpes-Maritimes). — 21 mars 1935.

(*J. O.*, 18 janvier 1936.)

(1) Station de cure.

Les Sociétés médicales de Paris

Académie de médecine, 16, rue Bonaparte. Les séances ont lieu tous les mardis, à 15 heures.

Académie des sciences, à l'Institut de France, quai Conti. Les séances ont lieu tous les lundis, à 15 heures.

Académie de chirurgie, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu tous les mercredis, à 15 h. 30.

Association française pour l'Etude du cancer, laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les séances ont lieu le troisième lundi du mois à 17 heures.

Société anatomique de Paris, laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les séances ont lieu le premier jeudi de chaque mois, à 17 heures.

Société de Biologie, Ecole pratique de la Faculté de médecine, 15, ruede l'Ecole-de-Médecine. Les séances ont lieu tous les samedis, à 16 h. 45.

Société de chimie biologique, Faculté des sciences. Les séances ont lieu les premier et troisième mardis de chaque mois, à 20 h. 30.

Société des chirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes. Les séances ont lieu les premier et troisième vendredis de chaque mois, à 17 heures.

Société d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le deuxième samedi du mois, à 16 h. 30.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie, hôpital Saint-Louis (salle des conférences du Musée). Les séances ont lieu le deuxième jeudi de chaque mois, à 9 heures.

Société française d'électrothérapie et de radiologie médicale, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le quatrième mardi de chaque mois, à 21 heures.

Société française d'hématologie, Hôtel-Dieu (salle Saint-Christophe). Les séances ont lieu le 5 de chaque mois à 9 h. 30.

Société française d'histoire de la médecine, Faculté de médecine, foyer des professeurs. Les séances ont lieu le premier samedi de chaque mois, à 17 heures.

Société française de prophylaxie sanitaire et morale. Faculté de médecine. Les séances ont lieu le deuxième jeudi de chaque mois, à 17 heures.

Société française de sérologie et de syphilis expérimentale, 25, boulevard Saint-Jacques. Les séances ont lieu à l'Ecole de sérologie, 25, boulevard Saint-Jacques.

Société française d'urologie, hôpital Necker (amphithéâtre de la clinique). Les séances ont lieu le troisième lundi du mois, à 17 heures.

Société de gastro-entérologie de Paris, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le deuxième lundi du mois, à 17 h. 30.

Société de graphologie, 9, rue Pelouze. Les séances ont lieu les deuxième et quatrième vendredis du mois à 21 heures.

Société d'hydrologie médicale de Paris, 12, rue de

(1) Station de cure.

Seine. Les séances ont lieu les premier et troisième lundis de chaque mois, à 16 h. 30, de novembre à avril.

Société d'hygiène de l'enfance, mairie du IVe arrondissement. Les séances ont lieu le deuxième lundi du mois, à 20 h. 30.

Société de laryngologie des hôpitaux de Paris. Les séances ont lieu le troisième lundi de chaque mois, à 9 h. 30, dans les divers hôpitaux.

Société de médecine et d'hygiène tropicales, Faculté de médecine, salle des Thèses. Les séances ont lieu le quatrième jeudi du mois, à 17 heures.

Société de médecine légale, Palais de Justice, salle d'audience de la 4e Chambre de la Cour d'appel. Les séances ont lieu le deuxième lundi de chaque mois, à 17 heures.

Société de médecine militaire française, petit amphithéâtre, Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques. Les séances ont lieu le deuxième jeudi de chaque mois, à 16 heures.

Société de médecine de Paris, 51, rue de Clichy. Les séances ont lieu les deuxième vendredi et quatrième samedi du mois, à 16 h. 30.

Société de médecine publique et de génie sanitaire, Institut Pasteur, 28, rue Dutot. Les séances ont lieu le quatrième mercredi du mois, à 17 heures.

Société des médecins inspecteurs de la Ville de Paris et de la Seine, Bibliothèque du Musée pédagogique, 29, rue d'Ulm. Les séances ont lieu le quatrième vendredi des mois de février, avril, juin, octobre et décembre, à 20 h. 30.

Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale, Institut Pasteur, 25, rue Dutot. Les séances ont lieu le troisième lundi de chaque trimestre.

Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu tous les vendredis, à 16 h. 30.

Société médicale des praticiens, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Les séances ont lieu le troisième vendredi du mois, à 21 heures.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, 58, avenue Bosquet. Les séances ont lieu le 3 de chaque mois, à 21 heures.

Société médico-psychologique, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le dernier lundi du mois, à 16 heures.

Société de neurologie, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le premier jeudi du mois, à 9 heures.

Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, à la Maternité, 121, boulevard de Port-Royal. Les séances ont lieu le premier lundi de chaque mois, à 17 heures.

Société d'ophtalmologie de Paris, Hôtel de l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le troisième samedi du mois, à 9 heures.

Société d'oto-neuro-oculistique de Paris, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre de la clinique ophtalmologique. Les séances ont lieu le premier vendredi du mois, à 17 h. 30.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie. Les séances ont lieu le deuxième jeudi de chaque mois, à 10 heures, dans un des services hospitaliers.

Société de pathologie comparée, Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Les séances ont lieu le deuxième mardi du mois, à 16 h. 45.

Société de pathologie exotique, Institut Pasteur, rue Dutot. Les séances ont lieu le deuxième mercredi du mois, à 17 heures.

Société de pédiatrie, hôpital des Enfants-Malades. Les séances ont lieu le troisième mardi du mois, à 16 h. 30.

Société de psychothérapie, 49, rue Saint-André-des-Arts. Les séances ont lieu le troisième mardi du mois, à 17 heures.

Société de radiologie médicale de France, 12, rue de Seine. Les séances ont lieu le deuxième mardi du mois, à 21 heures.

Société de stomatologie, 20-22, passage Dauphine. Les séances ont lieu le mardi qui suit le troisième lundi du mois, à 21 heures.

Société de Thérapeutique, Faculté de médecine, salle Pasteur. Les séances ont lieu le deuxième mercredi du mois, à 16 h. 30.

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
"L'Officiel Médical"
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Soins aux pensionnés de guerre

Organisation, contrôle et tarifs des soins médicaux dus aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions dans les Colonies

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Paris, le 21 janvier 1936

Monsieur le Président,

Un décret en date du 15 juin 1926 a réglementé, pour les Colonies, l'organisation, le contrôle et les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions.

Ce décret s'inspire du décret du 25 octobre 1922 qui a fixé, pour la métropole, la même réglementation ; il ne constitue que l'adaptation aux Colonies des dispositions adoptées pour la métropole.

Il s'ensuit que les dispositions du décret du 15 juin 1926 doivent être mises en concordance avec celles du décret du 25 octobre 1922 chaque fois que des modifications sont apportées à ce dernier. Dans ce but, le décret du 15 juin 1926 a déjà été modifié à deux reprises par les décrets (colonies) des 20 mai 1927 et 14 février 1928.

Mais, depuis cette dernière date, plusieurs modifications ont été de nouveau apportées au décret du 25 octobre 1922. Il convient de les incorporer au décret du 15 juin 1926 en les adaptant à l'organisation administrative et aux conditions particulières de notre domaine d'outre-mer.

Par ailleurs, le décret du 15 juin 1926 a fixé, pour l'Indochine et les établissements français de l'Inde, des tarifs en monnaie locale avec un taux de conversion forfaitaire qui se trouvait imposé par les circonstances du moment. Or, depuis cette époque la piastre indochinoise a été stabilisée ; le taux de la roupie ne varie plus d'un jour à l'autre que dans de faibles proportions et un décret du 18 novembre 1934 (Colonies) a établi que les traitements des fonctionnaires en service dans les établissements français de l'Inde seront désormais payés en monnaie locale au taux du jour de l'ordonnancement. Il n'y a plus, par conséquent, de raison de maintenir, pour les monnaies locales de l'Indochine et de l'Inde, en ce qui concerne les payements à effectuer au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, des taux conventionnels, et il importe de rajuster à cet égard les tarifs du décret du 15 juin 1926 à la valeur actuelle de la monnaie dans les deux colonies intéressées, ce qui entraînera, pour le budget de l'Etat, une économie appréciable.

Le projet de décret ci-joint, que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation, a

en conséquence pour but de réadapter à la situation actuelle les dispositions du décret du 15 juin 1926. Si vous en approuvez les termes, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre des Colonies,
Louis Rollin,

Le ministre des Pensions,
Henri Maupoil.

Le ministre des Finances,
Marcel Régnier.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des Colonies, du ministre des Pensions et du ministre des Finances,

Décrète :

Art. 1er. — Les articles ci-après énumérés du décret susvisé du 15 juin 1926 portant réglementation, pour les colonies, de l'organisation du contrôle et des tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions, sont modifiés conformément aux dispositions suivantes :

Art. 1er. — L'article 1er est complété comme *suit :*

« Le maire, ou l'autorité administrative en tenant lieu, procède à l'inscription sur la liste spéciale des bénéficiaires de l'article 64, et transmet la demande au chef de la colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat, qui tient une liste récapitulative générale pour l'ensemble du territoire qu'il administre, et qui attribue un numéro d'ordre à chacun des inscrits ; ce numéro d'ordre est communiqué au maire, ou à l'autorité en tenant lieu, et reproduit sur la liste locale tenue par ces autorités ainsi que sur la couverture du carnet prévu par l'article 14 ci-dessous. »

Art. 7. — Le paragraphe 2 de l'article 7 est remplacé par le paragraphe suivant :

« En cas de refus d'inscription par le maire, ou par l'autorité administrative en tenant lieu, ou en cas de refus d'approbation par le chef de la colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat, d'une inscription proposée par le maire ou par l'autorité administrative en tenant lieu, l'intéressé peut se pourvoir devant la Commission de surveillance et de contrôle des soins gratuits, qui statue. »

Le paragraphe 3 de l'article 7 est supprimé.

Art. 9. — Le paragraphe 1er de l'article 9 est remplacé par le suivant :

« Le chef de la colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat peut, au cas où une inscription lui semble irrégulière ou injustifiée, saisir la Commission de surveillance et de contrôle des soins gratuits d'une demande en radiation. »

Art. 15. — L'article 15 est complété comme suit:

« Lorsqu'un bénéficiaire demande le renouvellement d'un carnet épuisé, il en conserve les souches et remet la couverture au maire, ou à l'autorité administrative en tenant lieu, qui la transmet au chef de la colonie, du pays de protectorat, ou du territoire à mandat. »

Art. 17. — Le paragraphe 1er de l'article 17 est remplacé par le paragraphe suivant :

« Quand un médecin voit un malade pour la première fois, il envoie immédiatement à la Commission de contrôle une lettre écrite sur son papier à en-tête reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé. »

Art. 21. — Le paragraphe 1er de l'article 21 est remplacé par le suivant :

« Si l'hospitalisation est jugée nécessaire, le médecin traitant doit le certifier par une lettre, écrite sur son papier à en-tête, reproduisant les indications du bulletin de visite et adressée six jours d'avance à la Commission de contrôle pour autorisation (sauf les cas prévus à l'article suivant). »

Au troisième paragraphe de l'article 21, les mots : « Il convient de joindre au bulletin de visite » sont remplacés par les mots : « Il convient de joindre à la lettre reproduisant les indications du bulletin de visite ».

Au quatrième paragraphe du même article, les mots : « le bulletin de visite » sont remplacés par les mots : « la lettre reproduisant les indications du bulletin de visite ».

Art. 22. — Le paragraphe 1er de l'article 22 est remplacé par le paragraphe suivant :

« En cas d'urgence motivée, ou si les délais nécessaires à la transmission des pièces ne permettent pas l'application des dispositions prévues au paragraphe 1er de l'article précédent, il est procédé à l'hospitalisation. L'établissement public ou privé qui reçoit le malade avise immédiatement la Commission de contrôle de la colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat, et, si le bénéficiaire est inscrit dans une autre colonie, un autre pays de protectorat ou territoire à mandat, la Commission de contrôle du lieu d'inscription. Le médecin traitant adresse immédiatement, sur son papier à en-tête, une lettre à la Commission de contrôle reproduisant les indications du bulletin de visite, en indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé et en faisant connaître les motifs de l'hospitalisation d'urgence. »

Le deuxième paragraphe de l'article 22 est supprimé.

Art. 23. — Au troisième paragraphe de l'article 23, les mots : « au malade » sont remplacés par les mots : « à l'intéressé ».

Art. 24 *bis.* — Le deuxième paragraphe de l'article 24 *bis* est modifié comme suit :

Les mots : « Toutefois cette Commission de contrôle, dès réception du bulletin de visite que les articles 17 et 21 ci-dessus prescrivent au médecin traitant d'adresser ... », sont remplacés par les mots : « Toutefois cette Commission de contrôle, dès réception de la lettre que les articles 17 et 21 ci-dessus prescrivent au médecin traitant d'adresser ... ».

Art. 31. — L'article 31 est complété comme suit :

« 5° Elle prononce les imputations et les exclusions prévues par l'article 102 de la loi de finances du 19 décembre 1926 :

« 6° Elle statue sur les cas dont elle est saisie en application des articles 7 et 9 du présent décret. »

Art. 34. — L'article 34 est complété de la façon suivante :

« Cette notification est faite.

« Au chef de la colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat, par remise contre reçu du procès-verbal de la séance de la Commission de contrôle et de surveillance ;

« Au ministre des Pensions, par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception, du procès-verbal de la séance de la Commission de contrôle et de surveillance ;

« Aux autres parties par envoi, sous pli recommandé avec accusé de réception, d'un extrait du procès-verbal les concernant.

« Le délai de quatre mois ci-dessus prévu partira, pour l'appel par le chef de la colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat, de la date du reçu délivré par celui-ci, pour l'appel par le ministre des Pensions et par les autres parties, de la date de l'accusé de réception. »

Art. 41. — L'article 41 est modifié comme suit :

« Il est alloué aux membres de la Commission et des sous-Commissions, à l'exclusion des membres militaires et des membres fonctionnaires de l'Administration, une somme fixe de 9 francs par heure de présence effective aux séances de la Commission et des sous-Commissions. En Indochine, cette allocation est payée en monnaie locale au taux légal de la piastre. Dans les établissements français de l'Inde, elle est payée en monnaie locale au taux de la roupie au jour de l'ordonnancement. »

Art. 42. — L'article 42 est modifié comme suit :

Au lieu de : « Indochine : 40 piastres », mettre : « Indochine : 120 francs » ; au lieu de : « Etablissements français dans l'Inde : 15 roupies », mettre : « Etablissements français dans l'Inde : 30 francs », et ajouter : « Ces payements seront effectués en monnaie locale au taux légal de la piastre pour l'Indochine, et pour l'Inde, au taux de la roupie au jour de l'ordonnancement ».

Art. 55. — L'article 55 est modifié de la façon suivante :

« Si la décision de la Commission n'est pas acceptée soit par le créancier, soit par le chef de la Colonie, du pays de protectorat ou du territoire à mandat, soit par le ministre des Pensions, la Commission supérieure est saisie dans les conditions fixées à l'article 34 ci-dessus. »

Art. 58. — A l'article 58, premier paragraphe, les mots « indemnités de 10 francs » sont remplacés par « indemnités de 25 francs ». En outre, le deuxième paragraphe de l'article 58 est remplacé par le suivant :

« En Indochine et dans les établissements français de l'Inde, cette dernière indemnité sera payée en monnaie locale aux taux de conversion indiqués à l'article 41 ci-dessus. »

Art. 60. — L'article 60 est modifié et complété comme suit :

« Le prix de la consultation et de la visite médicale, y compris les menues interventions telles que pansements simples, massages, pointes de feu, ventouses simples et scarifiées, injections hypodermiques, injections intramusculaires, injections intratrachéales, mouchetures, etc., est fixé comme suit :

« Toutes colonies. — Consultation, 15 francs ; visite, 20 francs.

« Toutefois, le prix à payer pour la consultation ou la visite ne pourra, en aucun cas, excéder le prix appliqué habituellement par le médecin à sa clientèle ordinaire.

« En ce qui concerne l'Indochine et les établissements français dans l'Inde, les payements seront effectués en monnaie locale aux taux de conversion indiqués à l'article 41 ci-dessus. »

(Le reste sans changement).

Art. 65. — Au lieu de : « énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales », mettre : « énumérés au tarif national pharmaceutique à l'usage de l'Assistance médicale gratuite ».

Art. 65 *bis*. — Remplacer les mots : « figurant aux chapitres 3 et 5 de la nomenclature », par les suivants : « figurant aux chapitres 2 et 3 du tarif ».

Art. 65 *ter*. — L'article 65 *ter* est remplacé par le suivant :

« Le tarif des produits pharmaceutiques et accessoires de pharmacie fournis par les officines pharmaceutiques ouvertes au public, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, est établi ainsi qu'il suit :

« 1° Le prix des fournitures pharmaceutiques ne pourra pas être plus élevé que celui appliqué par les pharmaciens à la clientèle ordinaire de leur officine ;

« 2° En tout état de cause, ce prix ne pourra pas être supérieur à celui porté sur l'arrêté du 10 janvier 1935 du ministre de la Santé publique et

de l'Education physique établissant un tarif national pharmaceutique pour l'Assistance médicale gratuite, avec une majoration de 25 p. 100 destinée à tenir compte des frais généraux supplémentaires incombant aux pharmaciens établis aux Colonies.

« Le tarif établi comme il est indiqué ci-dessus prendra effet du 1er juillet 1935. Aucune augmentation de ce tarif ne pourra ultérieurement s'appliquer aux fournitures de l'article 64 sans l'assentiment préalable du ministre des Pensions et du ministre des Colonies. Par contre, toute réduction du tarif national sera applicable d'office auxdites fournitures. »

Art. 65. — 4. — Les mots : « décomptée d'après le tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales ... », seront remplacés par les mots : « décomptée d'après le tarif national pharmaceutique à l'usage de l'Assistance médicale gratuite... ».

Art. 65. — 6. — Au lieu de : « Les analyses sont payées au tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ... », mettre : « Le prix des analyses est celui porté au tarif national pharmaceutique ... ».

Art. 66. — L'article 66 est remplacé par le suivant :

« Si un malade est admis dans un établissement hospitalier ou un sanatorium relevant soit des budgets locaux, soit du budget de l'Etat, il y est classé à la catégorie afférente au grade qu'il détenait au moment où il a quitté l'armée, et les frais de traitement sont remboursés suivant les tarifs en usage dans l'établissement pour le traitement des malades relevant du budget de l'Etat. »

Art. 67. — Les deux premiers paragraphes de l'article 67 sont remplacés par les paragraphes suivants :

« Si le malade est admis dans un établissement privé, les frais de traitement sont remboursés à cet établissement suivant le prix de journée des malades ressortissant au budget de l'Etat dans les hôpitaux ou les sanatoriums relevant des budgets locaux ou du budget de l'Etat dans la colonie intéressée et d'après le grade que détenait le malade au moment où il a quitté l'armée. Si la colonie intéressée comporte à la fois des établissements relevant des budgets locaux et du budget de l'Etat, le tarif de remboursement est celui des établissements relevant du budget de l'Etat. »

Art. 68. — Le paragraphe 2°, de l'article 68, est modifié comme suit.

Les mots : « Dans tous les cas, cette indemnité est calculée d'après le tarif en usage pour le traitement des militaires du grade de soldat », sont remplacés par les mots : « Dans tous les cas, cette indemnité est calculée d'après le prix de la journée d'hôpital afférent au grade que détenait l'intéressé au moment où il a quitté l'armée, et d'après le tarif prévu pour les malades relevant du budget de l'Etat ».

Art. 73 *bis.* — Le texte de l'article 73 *bis* est remplacé par le suivant :

« En Indochine, les prix du tarif, aussi bien que ceux prévus pour la rémunération des aides et anesthésistes, sont décomptés en monnaie locale au taux légal de la piastre.

« Dans les établissements français de l'Inde, ces mêmes prix sont décomptés en roupies au taux du jour de l'ordonnancement. »

Art. 74. — L'article 74 est complété comme suit: Ajouter :

« Injection de vaccin microbien, 20 francs.

« Injection neurolytique, par séance, 60 francs.

« Oléothorax, 150 francs.

« Oxygénation, par séance, 15 francs.

« Curetage du trou mentonnier pour destruction du nerf maxillaire inférieur avec injection d'alcool sous anesthésie générale, 600 francs.

« Thoracoplastie, quel que soit le nombre des temps, 1.000 francs. »

Art. 77. — L'article 77, paragraphe larynx, est complété comme suit :

« Injection d'huiles médicamenteuses par voie cricoïdienne :

« Première injection, 50 francs.

« Les suivantes, l'une, 25 francs. »

Art. 80 *bis.* — L'article 80 *bis* est modifié comme suit :

Au lieu de : « Inhalation de vapeurs balsamiques sous pression, 6 francs », mettre : « inhalation de vapeurs balsamiques sous pression, 8 francs ».

Art. 81. — L'article 81 est complété par le paragraphe suivant :

« En dehors du cas où l'hospitalisé est bénéficiaire de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, cas dans lequel la tierce personne qui l'accompagne voyage de droit gratuitement, la gratuité du transport peut encore être accordée aux convoyeurs indispensables après autorisation spéciale de la Commission de contrôle et de surveillance. »

Art. 2. — Le ministre des Colonies, le ministre des Pensions et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies.

Fait à Paris, le 22 janvier 1936.

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le ministre des Colonies,
Louis ROLLIN.

Le ministre des Pensions,
Henri MAUPOIL.

Le ministre des Finances,
Marcel RÉGNIER.

(*J. O.*, 25 *janvier* 1936).

Assurances sociales

Circulation en franchise, par la poste, des plis concernant le service des Assurances sociales

Le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, et le ministre du Travail,

Vu le décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des Assurances sociales, applicable aux assurés du commerce et de l'industrie, et notamment l'article 26, paragraphe 3, ainsi conçu :

« Un arrêté du ministre du Travail et du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones fixe les conditions dans lesquelles bénéficient de la franchise postale les objets de correspondance adressés ou reçus pour le Service des Assurances sociales. La dépense résultant de cette franchise fait l'objet d'un forfait dont le montant, fixé annuellement par la loi de Finances, est remboursé au budget des Postes, Télégraphes et Téléphones, dans les conditions prévues à l'article 38 ci-après » ;

Vu l'article 13, paragraphe 1er, du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés de l'agriculture.

Arrêtent :

Art. 1er. — Les correspondances qui concernent l'exécution des décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie, et aux assurés de l'agriculture, et qui émanent des services, fonctionnaires ou organismes visés à l'article 2 du présent arrêté, sont admises à circuler en franchise par la poste, à condition d'être expédiées à découvert, sous bande ou sous enveloppe ouverte.

Toutefois, celles de ces correspondances qui présentent un caractère confidentiel peuvent être expédiées sous pli fermé, mais elles doivent porter sur la souscription, outre les indications prévues à l'article 3 ci-après, la mention imprimée ou manuscrite « nécessité de fermer », contresignée à la main. Le contreseing sera, selon le cas, celui du fonctionnaire expéditeur, du chef de service responsable ou de leur représentant qualifié.

Par exception, les envois de cartes d'immatriculation et de feuillets trimestriels de cotisations peuvent être effectués sous enveloppe close sans être soumis au contreseing manuscrit du directeur du Service régional expéditeur ou de son délégué.

Les correspondances adressées aux Services fonctionnaires ou organismes visés à l'article 2 du présent arrêté peuvent circuler en franchise sous pli fermé; l'Administration des postes peut vérifier, au bureau d'arrivée, le contenu de ces correspondances en présence d'un représentant du Service, du fonctionnaire ou de l'organisme destinataire.

Art. 2. — La liste des Services, fonctionnaires et organismes autorisés à expédier et à recevoir en franchise les correspondances concernant les Assurances sociales est annexée au présent arrêté ; des modifications pourront y être apportées ultérieurement par le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, après avis du ministre du Travail.

Art. 3. — Les correspondances émanant de ces Services, fonctionnaires ou organismes doivent porter sur leur suscription, en caractères très apparents, la mention imprimée « Franchise postale (Assurances sociales) », complétée par la désignation imprimée ou manuscrite du Service, du fonctionnaire ou de l'organisme expéditeur.

Le dépôt de ces correspondances doit être obligatoirement effectué aux guichets des bureaux de poste, selon les règles applicables aux envois échangés en franchise pour le service de l'Etat.

Art. 4. — La franchise s'opère, à l'égard des correspondances adressées à ces mêmes services, fonctionnaires ou organismes, par la désignation, dans la suscription, du titre du Service, du fonctionnaire ou de l'organisme destinataire. Ces correspondances doivent également porter, au recto et à la partie supérieure de la suscription, le nom et l'adresse de l'expéditeur.

Art. 5. — L'envoi des plis recommandés, avec s'il y a lieu, avis de réception, bénéficie de la franchise totale lorsque la formalité de la recommandation et de l'avis de réception est obligatoire en vertu d'une disposition des décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935 susvisés ou du règlement d'administration publique et des décrets et arrêtés pris pour leur application.

Ces correspondances doivent porter sur la suscription, outre les indications prévues à l'article 3 ou 4 ci-dessus, la mention imprimée ou manuscrite : « Franchise complète », contresignée à la main par l'expéditeur.

Art. 6. — Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* et déposé au ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones pour être notifié à qui de droit.

Fait à Paris, le 22 février 1936.

Le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones,
Georges Mandel.

Le ministre du Travail,
L.-O. Frossard.

ETAT ANNEXE A L'ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL DU 22 FÉVRIER 1936

Liste des services, fonctionnaires et organismes autorisés à expédier et à recevoir en franchise les correspondances postales concernant l'application des décrets-lois du 28 *octobre* 1935 *et du* 30 *octobre* 1935 *modifiant le régime des Assurances sociales.*

I. — Services et fonctionnaires

Services régionaux des Assurances sociales ;
Préfectures et mairies (services des Assurances sociales) ;
Caisse générale de garantie (22, rue d'Estrées, Paris) ;
Contrôleurs et inspecteurs du ministère du Travail ;
Inspecteurs des finances, receveur central des finances de la Seine, receveurs percepteurs du département de la Seine, trésoriers-payeurs généraux, receveurs des finances et percepteurs pour les départements autres que celui de la Seine.

II. — Organismes

A. — *Institutions d'assurance*

1° Caisses primaires d'assurances maladie-maternité ;

2° Caisses primaires d'assurances vieillesse-décès, ou d'assurances vieillesse-invalidité et décès : Caisses autonomes mutualistes, Caisses mutualistes de retraites ouvrières, Caisses patronales autorisées par décret ;

3° Unions régionales des Caisses maladie maternité (art. 30 du décret-loi du 28 octobre 1935) ;

4° Sociétés, sections ou unions de sociétés de secours mutuels agricoles et sections agricoles des Caisses départementales ou interdépartementales visées à l'article 4, paragraphe 1er, du décret-loi du 30 octobre 1935 ;

5° Caisses autonomes mutualistes pratiquant l'assurance vieillesse agricole (art. 4, § 2, du décret-loi du 30 octobre 1935) ;

6° Unions nationales pratiquant la réassurance agricole (art. 6 du décret-loi du 30 octobre 1935) ;

7° Caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900, sociétés de secours mutuels et syndicats agricoles se chargeant, pour le compte de l'employeur, des opérations d'acquittement des cotisations (art. 3, § 2, du décret-loi du 30 octobre 1935) ;

8° Sections locales et correspondants locaux des organismes ci-dessus énumérés.

B. — *Conseils et commissions*

1° Conseil supérieur des Assurances sociales et section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales (place Fontenoy, Paris) ;

2° Commission d'arrondissement chargée de connaître en premier ressort des difficultés auxquelles peut donner lieu l'application des Assurances sociales (art. 36 du décret-loi du 28 octobre 1935 et art. 11 du décret-loi du 30 octobre 1935), au siège du Tribunal civil ;

3° Tribunal civil, en appel des décisions des Commissions d'arrondissement (art. 36 du décret-loi du 28 octobre 1935) ;

4° Commission spéciale pour la délivrance des appareils de prothèse dentaire (art. 6, § 1er, dernier alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935) ;

5° Commission chargée d'établir la liste des médicaments spécialisés (art. 6, § 9, dudit décret) ;

6° Commission technique chargée d'apprécier l'état des malades (art. 8, § 3, dudit décret), au siège du Tribunal civil ;

7° Commission régionale chargée d'apprécier le degré d'invalidité (art. 10, § 3, dudit décret), au Tribunal civil du siège du Service régional des Assurances sociales ;

8° Commission régionale tripartite de l'article 8, paragraphe 4, dudit décret ;

9° Commission supérieure de contrôle prévue à l'article 8, paragraphe 5, dudit décret ;

10° Commission arbitrale de subventions et avances prévue à l'article 30, paragraphe 5, dudit décret ;

11° Commission arbitrale prévue à l'article 35, paragraphe 3, dudit décret ;

12° Offices publics de placement, ou sections ou correspondants des offices publics de placement (art. 15 dudit décret), et Commission administrative paritaire de l'Office départemental de placement.

Cotisations dues par les maîtres de maison pour les Assurances sociales

Le ministre du Travail,

Vu le décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, en ce qui concerne les assurés du commerce et de l'industrie, et notamment son article 2, paragraphe 14, ainsi conçu :

« Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les cotisations dues par les maîtres de maison sont calculées d'après un salaire forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre du Travail »,

Arrête :

Art. 1er. — Les cotisations dues par les maîtres de maison pour les domestiques et gens de maison sont calculées sur la base d'un salaire forfaitaire annuel évalué comme suit, y compris la nourriture, et les autres avantages en nature s'il y a lieu :

Désignation	Salaire forfaitaire annuel	
	Hommes	Femmes
	francs	francs
Villes de plus de 80.000 habitants et département de la Seine...........	8.400	4.800
Autres communes.........	6.000	3.600

Art. 2. — Les cotisations ouvrières et patronales dues sur la base du chiffre de salaire fixé à l'article 1er sont les suivantes : (voir tableau ci-contre).

Art. 3. — Les cotisations hebdomadaires ou mensuelles correspondent à des semaines ou des mois complets comprenant les jours ouvrables ou non. Pour les mois incomplets de travail, la double cotisation est calculée sur la base de la cotisation hebdomadaire et, éventuellement, pour les journées de travail en sus, sur la base de la cotisation journalière.

Art. 4. — Le présent arrêté est applicable aux périodes de travail accomplies, à compter du 1er janvier 1936.

Art. 5. — Le Directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 janvier 1936.

L.-O. Frossard.

(*J. O*, 28 janvier 1936)

Désignation	Cotisations — Journalière			Hebdomadaire			Mensuelle			Annuelle		
	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total
	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs
a) Du 1er janvier au 31 décembre 1936												
Villes de plus de 80.000 habit. et dép. de la Seine :												
Hommes........................	0 85	0 85	1 70	5 60	5 60	11 20	24 50	24 50	49 »	294 »	294 »	588 »
Femmes........................	0 50	0 50	1 »	3 25	3 25	6 50	14 »	14 »	28 »	168 »	168 »	336 »
Autres communes :												
Hommes........................	0 60	0 60	1 20	4 »	4 »	8 »	17 50	17 50	35 »	210 »	210 »	420 »
Femmes........................	0 35	0 35	0 70	2 45	2 45	4 90	10 50	10 50	21 »	126 »	126 »	252 »
b) A partir du 1er janvier 1937												
Villes de plus de 80.000 habit. et dép. de la Seine :												
Hommes........................	0 95	0 95	1 90	6 40	6 40	12 80	28 »	28 »	56 »	336 »	336 »	672 »
Femmes........................	0 55	0 55	1 10	3 70	3 70	7 40	16 »	16 »	32 »	192 »	192 »	384 »
Autres communes :												
Hommes........................	0 70	0 70	1 40	4 60	4 60	9 20	20 »	20 »	40 »	240 »	240 »	480 »
Femmes........................	0 40	0 40	0 80	2 80	2 80	5 60	12 »	12 »	24 »	144 »	144 »	288 »

Décret du 30 janvier 1936 déterminant les modalités de versement des cotisations d'Assurances sociales applicables aux travailleurs à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaire.

Le Président de la République française,

Vu l'article 2, paragraphe 9, du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du Commerce et de l'Industrie ;

Vu l'article 3, paragraphe 1er, du décret du 30 octobre 1935, modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés de l'agriculture ;

Sur le rapport du ministre du Travail, du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones, et du ministre des Finances,

Décrète :

Art. 1er. — Pour les assurés travaillant à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile ou rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires, qui travaillent d'une manière régulière et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, ou pour les assurés qui travaillent par *intermittence* pour le compte du même ou des mêmes employeurs, ou qui sont occupés par des employeurs successifs pour des travaux temporaires ou occasionnels, les cotisations dues sont représentées par des timbres-poste collés sur un *feuillet intercalaire nominatif*, encarté dans le feuillet trimestriel de cotisations prévu à l'article 2, paragraphe 4, du décret du 28 octobre 1935 susvisé. Ces timbres doivent être annulés par l'indication de la date d'apposition.

Le feuillet intercalaire nominatif est délivré aux assurés intéressés, sur leur demande ou celle de leur employeur, par le Service régional des Assurances sociales. Il peut être délivré plusieurs feuillets intercalaires par trimestres pour un même assuré.

L'assuré présente le feuillet trimestriel, muni de son feuillet intercalaire, à chacun de ses employeurs, lors de la paye, pour l'apposition des timbres. Il le dépose, à son échéance, au guichet d'un bureau de poste ; ce bureau lui remet, après vérification du montant des timbres, l'attestation de versement attenant au feuillet trimestriel et conserve le feuillet intercalaire.

L'employeur, à qui le feuillet n'est pas présenté lors de la paye, reste tenu d'effectuer le précompte sur le salaire et d'acquitter la double contribution en timbres-poste qu'il appose sur le feuillet intercalaire que lui délivre, sur sa demande, le Service régional.

Les versements afférents aux assurés visés au présent article ne peuvent être effectués partie en timbres-poste, partie en numéraire ou en chèques.

L'employeur peut exiger de l'assuré à qui il restitue ou remet un feuillet comportant des timbres-poste une décharge de la valeur de ces timbres.

Art. 2. — Les dispositions de l'article 1er sont applicables transitoirement aux assurés obligatoires des professions agricoles et forestières, même s'ils ne travaillent pas dans les conditions prévues à cet article.

Toutefois, il n'est pas délivré, pour ces assurés, de feuillets intercalaires. Les intéressés reçoivent des feuillets trimestriels comportant une partie détachable, destinée à l'apposition des timbres.

Art. 3. — Le ministre du Travail, le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 7 février 1936.)

Fait à Paris, le 30 janvier 1936.

Albert Lebrun.

Par le Président de la République :

Le ministre au Travail,

L.-O. Frossard.

Le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones,

Georges Mandel,

Le ministre des Finances,

Marcel Régnier.

Préparation et vente de produits

Décret du 9 février 1936 sur la préparation et la vente de produits visés par la loi du 14 juin 1934

Le Président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — La préparation et la mise en vente de produits visés par la loi du 14 juin 1934 est autorisée dans les Etablissements ci-après désignés et dans les conditions suivantes :

I. — M. le Docteur Abramov et M. J. Roux-Delimal, pharmacien, directeurs des Laboratoires de la rive gauche, 48, rue Monsieur-le-Prince, à Paris :

Une pâte-vaccin pour massage des gencives préparée en incorporant à un excipient approprié 8 p. 100 d'une préparation polymicrobienne obtenue en ajoutant à un filtrat à parties égales de cultures de streptocoques, staphylocoques, entérocoques et bacilles pyocyaniques autolysées par long séjour à l'étuve, la même quantité d'une émulsion mixte à parties égales de corps microbiens des mêmes espèces isolés de cultures de vingt-quatre heures et figurant dans le mélange pour une proportion globale de 10 milliards de germes par centimètre cube.

II. — M. Barral, pharmacien, au nom de la Société parisienne d'expansion chimique Specia, 21, rue Jean-Goujon, à Paris ; laboratoire 12, rue Pelée, directeur technique M. le Docteur Cathoire :

1° Un vaccin à administrer par la voie vaginale sous la forme d'ovules, pesant 7 gr. 50 et contenant chacun, dans un excipient fusible à 36 degrés, 1 gr. 60 d'un mélange à parties égales de cultures de staphylocoques, de streptocoques et de bacilles pyocyaniques, partiellement lysées par vieillissement à l'étuve et stérilisées par chauffage à 65 degrés pendant une heure ;

2° Un vaccin à administrer par la voie rectale sous la forme de suppositoires pesant trois grammes et contenant chacun, dans un excipient fusible à 36 degrés, 0 gr. 64 d'un mélange polymicrobien, de même composition que celui dont la formule est énoncée ci-dessus ;

3° Une préparation à administrer par voie intradermique en vue d'une réaction pour le diagnostic du chancre mou et constituée par une émulsion microbienne de bacilles de Ducrey à une concentration de 450 millions de corps microbiens par centimètre cube, soit double de la concentration du vaccin injectable correspondant, antérieurement autorisé.

Autorisation accordée sous la réserve, pour la préparation devant servir à déceler la présence du bacille de Ducrey, que le mode d'emploi sera indiqué d'une manière très apparente et que les ampoules seront d'une forme différente de celles qui contiennent le vaccin injectable correspondant.

III. — M. Rolland, pharmacien, directeur des laboratoires Ciba, 109-113, boulevard de la Part-Dieu, à Lyon :

Un extrait hématique total préparé par traitement approprié du sang total et contenant, par centimètre cube de solution en eau physiologique isotonique, 2 milligrammes 5 d'extrait, correspondant à 2 centimètres cubes 5 de sang frais.

Autorisation accordée sous la réserve qu'indépendamment de toute dénomination commerciale, le produit sera désigné sur les étiquettes par l'appellation nécessaire d' « extrait hématique total » avec indication de la correspondance en sang frais de cet extrait et mention du titrage pour un centimètre cube de la solution injectable.

IV. — M. le Docteur Debat, 60, rue de Monceau, à Paris ; laboratoire à Garches (S.-et-O.) :

1° Une gelée-vaccin pour pansements, préparée en incorporant à un mucilage végétal 95 p. 100 d'un bouillon-vaccin, obtenu par mélange de cultures microbiennes partiellement autolysées par long séjour à l'étuve et répondant à la formule suivantes :

	Milliards par c.c.
Staphylocoques	5
Streptocoques	1
Bacilles pyocyaniques	0,2

2° Un suppositoire-vaccin préparé en incorporant à un excipient fusible à 36 degrés, à raison de 0 gr. 60 par suppositoire pesant trois grammes, un bouillon-vaccin obtenu par mélange de cultures microbiennes, partiellement autolysées par long séjour à l'étuve et répondant à la formule suivante :

	Milliards par c.c
Colibacilles	4
Entérocoques	2

3° Un filtrat-vaccin pour instillations vésicales préparé, à partir de souches microbiennes, d'origine urinaire, par mélange de filtrats de cultures de chaque espèce partiellement autolysées par séjour de deux semaines à l'étuve, puis filtrées et chauffées à 100 degrés pendant trente minutes. Le mélange répond à la composition suivante :

	Pour 100 parties
Filtrat de cultures de colibacilles	60
Filtrat de cultures d'entérocoques	20
Filtrat de cultures de staphylocoques	20

4° Un ovule-vaccin, pour pansements vaginaux, destiné à remplacer une préparation analogue autorisée par décret n° 75 du 4 août 1935, et dont la composition se trouve modifiée comme il suit :

	Milliards par ovule de 15 gr.
Colibacilles	12,80
Entérocoques	1,28
Streptocoques	1,12
Staphylocoques	0,48
Bacilles de Hoffmann	0,10
Diplocoques de Neisser	0,10

5° Un bouillon-vaccin, pour pansements gynécologiques, en ampoules scellées de 10 centimètres cubes, ayant la composition suivante :

	Milliards par c.c.
Colibacilles	4
Entérocoques	0,8
Streptocoques	0,7
Staphylocoques	0,6
Bacilles d'Hoffmann	0,25
Diplocoques de Neisser	0,25

Autorisation accordée sous la réserve que les étiquettes porteront la mention que le produit doit être réservé à l'usage externe, pour pansements gynéclogiques, et que la limite d'utilisation est inférieure à dix-huit mois.

V. — M. le Docteur Albert Fournier, directeur technique des laboratoires Fournier frères, 7, rue Biscornet, à Paris :

La formule du vaccin antipyogène polyvalent, autorisé par le 36e décret en date du 2 décembre 1922, est modifiée ainsi qu'il suit :

	Par cent. cube
Streptocoques	50 millions
Staphylocoques	25 —
Pneumocoques	25 —
Bacilles pyocyaniques	2,5 —
Colibacilles	1 —
Protéines d'exsudat pleural de lapin	0 milligr. 016

VI. — MM. Millet et Guillaumin, 4, rue Richer, à Paris :

Un vaccin polymicrobien, en ampoules de 5 centimètres cubes, destiné à être administré par la voie buccale et ayant la composition suivante :

	Milliards par c.c.
Colibacilles	4
Entérocoques	2
Staphylocoques	0,5
Streptocoques	0,5
Proteus vulgaris	0,5
Bacillus lactis aerogenes	0,5

VII. — M. le Docteur Roussel (Société des usines chimiques des laboratoires français), 89, rue du Cherche-Midi, à Paris ; laboratoire, 68, rue de Noisy, à Romainville (Seine) ; directeur technique : M. Pierre Huchet, pharmacien :

Seize solutions injectables préparées à partir d'extraits de glandes d'origine animale prélevées à l'abattoir et correspondant aux organes ou parties d'organes suivants :

Ovaire. Corps jaunes de l'ovaire. Testicule. Hypophyse totale. Hypophyse lobe antérieur. Hypophyse lobe postérieur. Thyroïde. Parathyroïde. Thymus. Surrénale. Cortico-surrénale. Rate. Rein. Pancréas. Cœur. Mamelle.

Autorisation accordée sous réserve que, pour chaque préparation mise en vente, le fabricant fera mention sur les étiquettes, indépendamment de toute dénomination commerciale, privative ou non, de la nature et de l'origine animale des glandes ou partie de glandes utilisées, ainsi que du titrage exprimé par centimètre cube de la préparation en unités physiologiques conformément aux prescriptions du comité d'hygiène de la Société des nations, ou, à défaut de ces prescriptions, du titrage exprimé par ce même volume en poids d'organe frais et en poids d'extrait sec correspondant.

Art. 2. — Indépendamment de toute dénomination commerciale et sans préjudice des réserves particulières formulées ci-dessus, tous les tubes ou ampoules et les emballages contenant les produits autorisés seront obligatoirement revêtus d'une étiquette sur laquelle devront figurer exclusivement, les mentions suivantes :

Nature et composition exacte du produit telle qu'elle est libellée dans le présent décret :

Mode d'administration ; Date limite d'utilisation ; Marque du lieu d'origine ; Et, immédiatement au-dessous du nom du produit, la mention « Décret n° 85 du 9 février 1936. »

Art. 3. — La mention précédente exceptée, toute forme de publicité relative à l'autorisation est interdite sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices, etc...

Art. 4. — Les produits ci-dessus visés peuvent être débités, à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable ; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Art. 5. — Le ministre de la Santé publique et de l'Education physique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 9 février 1936.

Albert Lebrun.

(*J. O.*, 14 *février* 1936).

Codex pharmaceutique

Le ministre de l'Education nationale,

Vu le décret du 30 mars 1922, relatif aux articles à introduire ou à modifier dans le codex pharmaceutique ;

Vu les travaux de la commission chargée de la rédaction du codex.

Arrête, ainsi qu'il suit, les suppressions, modifications et additions à apporter au codex pharmaceutique :

1° SUPPRESSIONS

Page 449 et 451, supprimer les articles : « Pâte de gomme officinale » et « Pâte pectorale officinale ».

2° MODIFICATIONS

Page 449, supprimer l'article : « Pâtes » et le remplacer par le suivant :

Pâtes officinales.

« Les pâtes sont des saccharolés de consistance plastique n'adhérant pas au doigt. Elles sont essentiellement composées de sucre et de gomme arabique, dont la solution dans l'eau est évaporée après addition, dans des conditions déterminées, de substances médicamenteuses diverses.

« L'apparence des pâtes varie selon le mode de préparation ; elles peuvent être transparentes ou opaques ».

« Les premières sont obtenues par simple évaporation de la solution de gomme et de sucre. Lorsque la consistance est convenable et, après addition des substances médicamenteuses, la solution est coulée dans des moules et l'évaporation est terminée à l'étuve.

« Les secondes diffèrent, par ce fait, que la solution de gomme et de sucre est, pendant l'évaporation, agitée avec une spatule ou tout autre moyen approprié. Elles doivent leur opacité, surtout, à l'interposition de l'air.

« Ces diverses sortes de pâtes peuvent être recouvertes d'une légère couche de sucre cristallisé, qui permet de les conserver plus longtemps molles ; elles prennent alors le nom de « *pâtes au candi* ».

Page 450, supprimer , l'article : « Pâte de lichen officinale » et le remplacer par l'article suivant :

Pâte officinale de lichen.

« Gomme du Sénégal	500 gr.	»
« Sucre blanc	400 gr.	»
« Lichen d'Islande	100 gr.	»
« Extrait d'opium	0 gr.	20
« Eau distillée	Q. S.	»

« Mettez le lichen dans l'eau, chauffez jusqu'à ébullition ; rejetez ce premier liquide qui renferme la presque totalité du principe amer. Lavez le lichen à l'eau froide et faites-le bouillir pendant une heure avec une quantité d'eau suffisante pour obtenir 600 grammes de décocté dans lequel vous ferez dissoudre, au bain-marie, la gomme concassée et lavée.

« Passez, avec expression, à travers une toile serrée ; laissez en repos et, tandis que la liqueur est encore chaude, décantez ; ajoutez alors le sucre et, quand il sera dissous, l'extraitd'opium en dissolution dans une petite quantité d'eau. Faites évaporer en agitant continuellement, en consistance de pâte très ferme ; coulez celle-ci sur un marbre ou dans des moules légèrement huilés avec de l'huile de vaseline ; quand elle sera refroidie, essuyez-la avec du papier non collé pour enlever le peu d'huile qui y adhère et conservez-la dans une boîte en fer blanc.

« 100 grammes de cette pâte contiennent, environ, 2 centigrammes d'extrait d'opium. »

Page 452, supprimer l'article : « Pâte de réglisse officinale » et le remplacer par l'article suivant :

Pâte officinale de réglisse.

« Gomme du Sénégal	500 gr.	»
« Sucre blanc	400 gr.	»
« Suc de réglisse	40 gr.	»
« Extrait d'opium	0 gr.	20
« Eau distillée	600 gr.	»

« Disposez sur un tamis de crin le suc de réglisse concassé ; faites-le plonger dans l'eau froide le temps nécessaire pour que le liquide ait enlevé au suc toute la partie soluble . Décantez, passez la liqueur au blanchet ; ajoutez-y la gomme et le sucre et conformez-vous, pour la suite de l'opération, aux indications qui ont été données pour la pâte de lichen.

« 100 grammes de cette pâte contiennent environ 2 centigrammes d'extrait d'opium ».

2° Additions

Après l'article : « Pâtes officinales », page 449, ajouter :

Pâte officinale à l'eucalyptus.

« Gomme du Sénégal	525 gr. »
« Sucre blanc	425 gr. »
« Essence d'eucalyptus	1 gr. »
« Extrait d'opium	0 gr. 20
« Vert malachite	0 gr. 05
« Eau distillée	600 gr. »

« Lavez la gomme à deux reprises et laissez-la égoutter. Faites-la dissoudre dans l'eau au bain-Marie. Passez le soluté au travers d'une toile serrée. Ajoutez-y le sucre. Faites évaporer jusqu'à consistance convenable. Laissez refroidir, et, avant de couler, ajoutez l'essence d'eucalyptus, puis l'extrait d'opium et le vert malachite dissous dans une petite quantité d'eau. Répartissez dans des moules et terminez l'opération à l'étuve à 40 degrés centigrades.

« 100 grammes de cette pâte contiennent environ 2 centigrammes d'extrait d'opium. »

Après l'article : « Pâte officinale au lichen » (nouvel article) ajouter :

Pâte officinale au menthol et à l'eucalyptus.
(Pâte d'eucalyptus composée).

« Gomme du Sénégal.......	525 gr. »
« Sucre blanc	425 gr. »
« Menthol	2 gr. »
« Essence de menthe	0 gr. 25
« Essence d'eucalyptus	1 gr. »
« Vert malachite	0 gr. 05
« Eau distillée	600 gr. »

« Opérez comme pour la pâte à l'eucalyptus. Lorsque la solution de gomme et de sucre sera obtenue à consistance convenable, ajoutez le menthol dissous dans l'essence d'eucalyptus, puis le vert malachite dissous dans une petite quantité d'eau.

« Répartissez dans des moules et terminez l'opération à l'étuve à 40 degrés centigrades.

« 100 grammes de cette pâte contiennent environ 20 centigrammes de menthol.

Pâte officinale au tolu et à la codéine.

« Gomme du Sénégal	525 gr. »
« Sucre blanc	425 gr. »
« Teinture de baume de tolu.	10 gr. »
« Codéine	0 gr. 50
« Eau de laurier-cerise	10 gr. »
« Eau distillée	600 gr. »

« Faites dissoudre la gomme dans l'eau, comme il est dit à l'article « Pâte officinale à l'eucalyptus ». Ajoutez le sucre et faites évaporer jusqu'à consistance convenable. Laissez refroidir ; ajoutez l'eau de laurier-cerise et la solution de codéine dans la teinture de tolu ; mélangez intimement et coulez dans les moules. Terminez l'évaporation à l'étuve à 40 degrés centigrades.

« 100 grammes de cette pâte contiennent, environ, cinq centigrammes de codéine ».

N. B. — Cette pâte est habituellement colorée en rose par addition d'une petite quantité de matière colorante rose autorisée.

Après l'article : « Pâte officinale de réglisse » (nouvel article) ajoutez l'article suivant :

Pâte officinale de réglisse au goudron et au baume de tolu.
(Pâte de réglisse composée).

« Gomme du Sénégal	500 gr. »
« Sucre blanc	400 gr. »
« Suc de réglisse	50 gr. »
« Goudron végétal	0 gr. 50
« Teinture de tolu	10 gr. »
« Extrait d'opium	0 gr. 20
« Eau distillée	600 gr. »

« Faites la solution de suc de réglisse de gomme et d'eau comme il est dit à l'article « Pâte de réglisse ». Evaporez jusqu'à consistance convenable. Laissez refroidir. Ajoutez la solution de goudron dans la teinture de tolu et l'extrait d'opium dissous dans une très petite quantité d'eau. Mélangez intimement et répartissez dans les moules. Terminez l'opération à l'étuve à 40 degrés centigrades.

« 100 grammes de cette pâte contiennent, environ, deux centigrammes d'extrait d'opium. »

Fait à Paris, le 27 juin 1935.

Mario Roustan
(*J. O.*, 29 juin 1935.)

Tourisme

Organisation du tourisme, du thermalisme et du climatisme

Décret du 7 septembre 1935

(Extraits)

TITRE Ier

COMMISSARIAT GÉNÉRAL AU TOURISME

Art. 1er. — Le commissaire général au tourisme, dont les attributions ont été fixées par l'article 1er du décret du 25 juillet 1935, est notamment chargé :

1° De renseigner les différents départements ministériels sur les besoins du tourisme, du thermalisme et du climatisme, de provoquer et de coordonner leurs décisions ;

2° De recueillir et d'étudier les suggestions des collectivités, des groupements et associations de tourisme et, s'il y a lieu, d'en poursuivre la réalisation ;

3° D'encourager et d'unifier les initiatives des entreprises de transports en vue de rendre plus aisés l'accès des stations françaises et la circulation des touristes ;

4° De suggérer et de provoquer éventuellement les mesures qui ont pour but d'assurer un bon accueil aux touristes et de favoriser leur séjour ;

5° De recueillir et de tenir à jour une documentation propre à orienter le développement du tourisme, du thermalisme et du climatisme ; de contribuer, avec la collaboration du comité consultatif créé par le décret du 25 juillet 1935, à la préparation et à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires et d'en contrôler l'application ;

6° D'étudier et de régler les questions qui concernent le développement des stations de tourisme, hydrominérales, climatiques, et la création de stations de tourisme ;

7° De coordonner et de développer toute publicité faite dans l'intérêt du thermalisme, du climatisme et du tourisme en France, aux colonies et à l'étranger.

Il correspond directement avec les ministres et sous le couvert des ministres des affaires étrangères et du commerce, soit avec les agents diplomatiques et consulaires, soit avec les attachés et agents commerciaux à l'étranger.

Il propose au ministre des travaux publics l'utilisation des crédits visés à l'article 3 du décret et en surveille l'emploi.

Art. 2. — Le délégué général chargé d'assister le commissaire général est nommé, par arrêté ministériel, sur la proposition du commissaire général ; il est choisi parmi les membres des grands corps ou administrations de l'Etat, où il continue à exercer ses fonctions.

Art. 3. — Le commissaire général suit la préparation du budget du centre national du tourisme, du thermalisme et du climatisme et exerce une surveillance permanente sur son exécution.

Il est obligatoirement consulté sur l'octroi des subventions de toute nature.

....

TITRE II

COMITÉ CONSULTATIF DU TOURISME, DU THERMALISME ET DU CLIMATISME

Art. 5. — Le comité consultatif du tourisme, du thermalisme et du climatisme, institué par l'article 2 du décret du 25 juillet 1935, comprend cinquante membres, savoir :

Quatre sénateurs et quatre députés désignés par leurs Assemblées respectives. Quatre membres de droit en raison de leurs fonctions : le président de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, ou son représentant ; le directeur général des chemins de fer et des routes, ou son représentant ; le chef du service des œuvres françaises à l'étranger au ministère des Affaires étrangères ou son représentant ; le directeur du budget au ministère des finances ou son représentant.

Sept représentants des ministres intéressés, savoir :

Le représentant du ministre de l'intérieur.

Le représentant du ministre de la Santé publique et de l'Education physique.

Le représentant du ministre des Colonies. Le représentant du ministre de l'Education nationale. Le représentant du ministre du Commerce et de l'Industrie. Le représentant du ministre de l'Agriculture. Le représentant du ministre de la Marine marchande.

Trente et un membres nommés par arrêté du ministre des Travaux publics, sur la proposition du commissaire général:

Un membre du Conseil d'Etat. Un membre de la cour des comptes. Un représentant du conseil national économique. Un représentant des chambres de commerce. Un représentant des réseaux de chemin de fer. Un représentant des compagnies de navigation maritime. Un représentant des compagnies de navigation aérienne. Un représentant des transports automobiles. Quatre représentants des grandes associations de tourisme. Deux représentants des maires des communes, sièges de stations thermales, climatiques et touristiques et des cham-

bres d'industrie de ces stations, désignés par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique.

Un représentant des médecins spécialisés dans les questions d'hydrologie et de climatisme, désigné par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique.

Deux représentants des groupements constitués en vue du tourisme à bon marché. Deux représentants des syndicats d'initiative, constitués en vue du développement des stations. Un représentant des group ments de l'industrie hôtelière. Un représentant des groupements des restaurateurs et débitants. Un représentant des agences de voyages. Deux représentants de la presse française. Deux représentants des groupements intellectuels et des grandes associations d'expansion nationale à l'étranger. Un représentant des Associations constituées pour la défense des paysages, sites et monuments naturels. Deux personnes qualifiées par leur connaissance de la vie internationale dans ses rapports intellectuels et économiques avec le tourisme français.

Deux membres du conseil supérieur de l'éducation physique, désignés par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique.

Les membres désignés par le ministre sont désignés pour trois ans.

Le ministre des travaux publics peut leur désigner des suppléants qui seront appelés à siéger au Comité consultatif en cas d'empêchement du titulaire.

Cessent de plein droit de faire partie du Comité consultatif les membres qui n'exercent plus les fonctions en raison desquelles ils avaient été appelés à siéger audit comité.

Le Comité consultatif a pour président le ministre des Travaux publics et pour vice-président le commissaire général.

Art. 6. — La section permanente du Comité consultatif instituée par l'article 2 du décret du 25 juillet 1933, comprend onze membres, dont six élus dans son sein pour un an, par le Comité consultatif, et cinq désignés par le ministre sur la proposition du commissaire général et choisis parmi les membres de droit et les représentants des ministres.

La section permanente est présidée par le commissaire général et, à son défaut, par un vice-président désigné par elle.

Art. 7. — Le délégué général assiste aux séances du Comité consultatif et de la section permanente. Il a qualité pour y remplir les fonctions de rapporteur.

....

Art. 8. — Le comité consultatif se réunit au moins une fois par an et sa section permanente aussi souvent que son président le juge nécessaire et sur la convocation de celui-ci.

La présence de la moitié de leurs membres est nécessaire à la validité des délibérations.

Art. 9. — Le Comité consultatif, dont les attributions ont été définies par l'article 2 du décret du 25 juillet 1935, étudie notamment les questions relatives aux transports, au séjour des touristes, à l'organisation de la publicité faite en France et à l'étranger, pour le tourisme, le thermalisme et le climatisme, aux moyens propres à coordonner l'activité des services publics et des associations, groupements, commerces et industries qui intéressent le tourisme, le thermalisme et le climatisme.

Art. 10. — La section permanente du comité consultatif émet des avis sur toutes les questions renvoyées à son examen, soit par le ministre des travaux publics ou le commissaire général, soit par le comité consultatif.

Elle est obligatoirement consultée :

1° Sur les demandes tendant à obtenir le patronage du commissariat général présentées par les particuliers, les associations et groupements ainsi que par les collectivités publiques ou privées ;

2° Sur l'allocation des subventions destinées au développement du tourisme, du thermalisme et du climatisme ;

3° Sur les questions prévues :

a) Par l'article 10 (3e et 4e alinéa) de la loi du 24 septembre 1919, en ce qui concerne la création des stations de tourisme ;

b) Par l'art. 12 de la même loi et par l'art. 50 du décret du 4 mai 1920, en ce qui concerne les conditions d'établissement de perception et d'emploi de la taxe de séjour dans les stations de tourisme ;

c) Par l'article 53 du décret du 4 mai 1920 en ce qui concerne les chambres d'industrie touristique ;

d) Par l'article 77 du décret du 4 mai 1920, en ce qui concerne l'examen des comptes administratifs du tourisme par application de l'art. 11 de la loi du 23 septembre 1919 et la publication du rapport d'ensemble au *Journal Officiel* ;

e) Par l'article 85 du décret du 4 mai 1920, en ce qui concerne la fixation du taux de la taxe additionnelle.

TITRE III

Dispositions générales et transitoires

Art. 11. — Pour l'application de l'article 50, *in fine*, du décret du 4 mai 1920, le comité consultatif du tourisme est substitué au Conseil d'administration de l'Office national du tourisme.

....

Art. 14. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent décret.

....

(*J. O.*, 4 octobre 1935.)

Jurisprudence

Honoraires médicaux

Nous nous proposons de publier sous cette rubrique un tableau des principales décisions de jurisprudence intervenues en matière d'honoraires médicaux, afin d'illustrer ainsi par des exemples concrets les principes qui régissent cette matière. Cette étude comprendra les titres suivants : 1° Montant des honoraires ; 2° Preuve de l'existence de la dette ; 3° Personnes responsables ; 4° Prescription ; 5° Procédure ; 6° Privilège. Nous commençons par publier dans le présent numéro les deux premiers titres et le début du troisième, qui se divisera de la manière suivante : a) Principe, b) Cas particuliers, c) Personnes tenues de l'obligation de secours. Ces deux dermiers chapitres paraîtront dans notre prochain numéro.

1° Montant des honoraires médicaux.

Appréciation du Juge. — Eléments servant de base à cette appréciation.

Pour déterminer le chiffre des honoraires médicaux, le Juge doit prendre en considération les difficultés de l'opération, le rang et la fortune de la personne traitée, les titres et la situation professionnelle du médecin.

(Tribunal de paix de Thiviers, 30 janvier 1931, Archives du Sou médical).

Eléments servant de base à l'appréciation des honoraires. — Tarif syndical. — Valeur indicative.

Le Tarif syndical n'a que la valeur d'une indication sans force obligatoire à l'égard du client, les honoraires médicaux doivent, à défaut d'entente préalable avec le malade, être fixés, en considération des usages, de la gravité de la maladie ou de l'opération (abstraction faite du résultat obtenu), de la capacité professionnelle plus ou moins notoire du médecin, de la nature de l'affection traitée et de la situation de fortune du malade.

(Tribunal civil de Périgueux, 13 juin 1933, Archives du Sou Médical).

Honoraires. — Appréciation par le Juge. — Influence de la notoriété du médecin. — Soins donnés par un assistant.

En matière d'honoraires dus aux médecins pour leurs soins et interventions, les titres et la notoriété sont des facteurs utiles pour l'évaluation qu'il sied de leur donner, et il est légitime qu'un maître éminent en son art puisse se prévaloir d'une situation qui lui confrère une sorte de monopole pour fixer en conséquence le prix de ses interventions.

Mais il en est autrement lorsqu'un praticien, ainsi investi d'un privilège dû à ses mérites personnels, prétend à des honoraires élevés pour des soins et une assistance qui ont été donnés sous son égide par un autre que lui. L'on ne peut admettre comme seule justification d'un honoraire dû que l'assistance personnelle du médecin auprès du malade.

(Tribunal civil de la Seine, 25 novembre 1932, *Gaz. Pal.*, 1932).

Honoraires. — Appréciation par le juge. — Nature des soins donnés. — Secours purement moral. — Droit à des honoraires.

Les visites faites par un médecin, à la demande de la famille, auprès d'un malade, uniquement pour des raisons morales et pour rassurer le malade dont l'état ne laissait aucun espoir de guérison donnent le droit au médecin de demander des honoraires.

En effet auprès d'un patient, même condamné, un médecin peut néanmoins, par des descriptions appropriées, adoucir ou tout au moins essayer d'adoucir ses souffrances. Au surplus le rôle moral du médecin, traditionnellement reconnu, qui est de plus en plus prédominant à mesure que l'état du malade s'aggrave, suffit à justifier sa présence auprès de l'homme qui lui a donné sa confiance, le secours physique accordé en même temps au patient fut-il faible ou inexistant.

(Tribunal civil de la Seine (6e Ch.), 31 mai 1935, Archives du Sou Médical.)

Honoraires. — Opération chirurgicale grave. — Prix forfaitaire convenu à l'avance. — Maintien du pouvoir d'appréciation du Juge. — Influence du résultat de l'opération.

Le chiffre des honoraires convenus entre le client et le médecin avant l'opération, même en présence de témoins, ne saurait lier le Tribunal saisi par le médecin d'une demande en payement de sa note. Les conventions ne se forment en effet que par le libre, consentement des parties ; or la gravité de l'état du malade, ses souffrances,

la menace du trépas prochain, la crainte d'être considéré comme inopérable étaient de nature à lui faire violence et l'amener à souscrire aux conditions les plus onéreuses que la circonstance d'être abandonné par d'autres médecins concourrait à lui faire admettre.

En pareil cas le consentement d'un malade peut être considéré comme sans valeur, et les Tribunaux sont fondés à ne pas s'y arrêter. Il y a lieu au contraire de calculer les honoraires du médecin d'après la notoriété de celui-ci, l'importance des soins donnés et la situation de fortune de l'opéré. Par contre le bon ou le mauvais résultat de l'opération n'est pas en principe à considérer au point de vue payement des honoraires, à moins toutefois qu'il ne s'agisse d'une opération si difficile et de résultat en tout cas si précaire qu'elle ne peut, en dehors de toute urgence, se justifier que par son succès.

(Cour de Paris (8e Ch.), 11 avril 1934, confirmant jugement du Tribunal civil de Meaux du 2 décembre 1932.)

Chirurgien. — Honoraires. — Droit pour le chirurgien de réclamer dans ses honoraires ceux du médecin traitant et de ses aides.

Le chirurgien est en droit de réclamer dans ses honoraires, les honoraires du médecin traitant et des aides qui l'ont assisté dans l'opération. Seul en effet le chirurgien assure la responsabilité de l'opération, comme un entrepreneur assure la responsabilité de l'ouvrage qu'il a entrepris. Le client doit le désintéresser de ces frais faits uniquement dans son intérêt et qui font partie intégrante des honoraires réclamés.

(Tribunal civil de Lille (3e Ch.), 31 octobre 1928, *Gaz. Pal.*, 12 décembre 1928.)

2° Preuve de l'existence de la dette.

Impossibilité de la preuve par écrit. — Preuve par tous moyens. — Présomptions. — Valeur probante de la comptabilité du médecin.

Le médecin, ne pouvant se procurer une preuve littérale de l'obligation contractée envers lui par le malade est admis à faire cette preuve par tous moyens, même par présomptions, en produisant son carnet de même que le négociant produit ses livres de commerce.

Mais les présomptions invoquées ne peuvent constituer une preuve que si elles sont graves, précises et concordantes.

La comptabilité d'un médecin perd toute force probante lorsque les inscriptions faites sur des feuillets, non reliés, laissent entre chaque jour des blancs et des lacunes permettant d'opérer des interpolations et que la méthode employée, ne comportant pas de livre de caisse, ne permet d'opérer aucun contrôle ni aucune vérification des encaissements effectués.

(Tribunal civil de Périgueux, 13 juin 1933, Archives du Sou Médical).

3° Personne responsable du payement des honoraires.

A) Principe

Débiteur principal. — Malade bénéficiaire des soins. — Tiers ayant fait appel au médecin. — Présomption d'engagement au payement des honoraires. — Intérêt personnel à la guérison du malade. — Action directe du médecin contre lui.

En principe le médecin peut toujours s'adresser à son malade ou à son représentant légal pour se faire régler ses honoraires ; le malade en effet, soit qu'il ait appelé le médecin de sa propre initiative, soit qu'il ait accepté ses soins par la suite est toujours tenu des honoraires et demeurera toujours le débiteur principal.

Mais parfois aussi le médecin aura à côté du malade d'autres personnes également responsables du payement de sa note et auxquelles il n'hésitera pas à s'adresser lorsque la solvabilité de son principal débiteur lui paraîtra douteuse ; ces personnes tenues cumulativement avec le malade peuvent l'être soit légalement, soit volontairement en vertu d'un engagement exprès ou tacite, et dans ce dernier cas, qui est évidemment le plus fréquent, cet engagement découlera toujours de circonstances de fait.

C'est ainsi que l'appel du médecin par un tiers auprès d'un malade ou d'un blessé, la consultation faite en sa présence ou sur sa demande feront très souvent présumer que le tiers s'est engagé à prendre à sa charge le payement des honoraires ; il faut certes se garder d'étendre outre mesure cette présomption et d'en faire un principe absolu ; le mobile qui a poussé l'intermédiaire à agir doit immédiatement entrer en ligne de compte, ce mobile pouvant être un sentiment d'humanité vague et général dont on ne pourra pas déduire que le tiers s'est obligé implicitement ; mais le tiers ayant pu avoir aussi des raisons spéciales, et notamment un intérêt personnel pour s'intéresser au malade qu'il fait soigner, sa demande auprès du médecin n'affecte plus alors le caractère de l'exécution d'un simple devoir d'humanité, et permet à ce médecin d'agir directement contre lui.

(Cour de Chambéry, 20 avril 1932, Archives du Sou Médical.)

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
" L'Officiel Médical "
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Ce que doit savoir le praticien du Nouveau Régime des Assurances sociales

Règlement général d'administration publique du 19 *mars* 1936 *pour l'application du décret-loi du* 28 *octobre* 1935 *modifiant le régime des Assurances sociales en ce qui concerne les assurés du commerce et de l'industrie.*

(*Extraits*)

TITRE Ier

SECTION PREMIÈRE

Immatriculation et contributions

CHAPITRE PREMIER

IMMATRICULATION

Art. 1. — § 1er. — La déclaration prévue à l'article 1er, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie, est adressée au directeur du Service régional des Assurances sociales dans la circonscription duquel se trouve le lieu de l'établissement dont dépend l'intéressé.

§ 2. — L'employeur est dispensé de cette déclaration pour les salariés dont la rémunération totale annuelle excède les limites fixées à l'article 1er, paragraphe 2, dudit décret-loi.

§ 3. — Toute personne qui sollicite son immatriculation ou dont l'immatriculation est demandée par l'employeur, peut adresser au Service régional le bulletin prévu à l'article 1er, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935. Elle peut indiquer sur ce bulletin la Caisse d'assurance maladie-maternité à laquelle elle désire être affiliée. Elle peut également indiquer sur ce bulletin, pour l'assurance vieillesse-invalidité et décès, une des Caisses autorisées, en application de l'article 28, paragraphe 11, dudit décret-loi, à continuer à fonctionner, si elle remplit les conditions d'affiliation à cette Caisse.

§ 4. — Sont tenus d'adresser au Service régional le bulletin prévu à l'article 1er, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935 :

1° Dans la huitaine qui suit leur embauchage et s'ils n'ont pas fourni à leur employeur les renseignements mentionnés sur ce bulletin

a) Les salariés et personnes énumérés à l'article 1er, paragraphes 2 et 3, du décret-loi non encore immatriculés, à l'exception de ceux qui sont visés au paragraphe 5 dudit article dont la rémunération totale annuelle est comprise entre 15.000 ou 18.000 francs suivant le cas et 25.001 francs et qui ont des charges de famille au sens de l'article 11 dudit décret-loi ;

b) Les salariés et personnes énumérés à l'article 1er, paragraphes 2 et 3 du décret-loi dont la retraite de vieillesse constituée sous un régime

résultant de dispositions légales ou réglementaires, est liquidée, ou en instance de liquidation, et dont la rémunération totale annuelle n'excède pas le chiffre limite fixé au paragraphe 2 dudit article ;

2° En tout état de cause et sans délai :

a) Les assurés dont la situation, au point de vue de l'assurance, s'est modifiée du fait de l'accroissement ou de la diminution soit de leurs charges de famille, soit de la quotité de leur rémunération ;

b) Les assurés qui deviennent bénéficiaires d'une retraite constituée sous un régime résultant de dispositions légales ou règlementaires ou qui se mettent en instance pour la liquidation d'une telle retraite, et qui, par suite, n'ont plus droit à l'assurance.

Art. 3. — § 1er. — Sont tenues, en vue de faire connaître leur situation au regard des Assurances sociales, compte tenu de leurs charges de famille, d'établir une déclaration conforme au modèle arrêté par le ministre du Travail, les personnes non encore immatriculées, qui travaillent à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou sont rémunérées à l'aide de Commissions ou suivant le chiffre d'affaires, et qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs, ainsi que celles qui ne travaillent pour le compte d'un même employeur qu'une seule fois ou par intermittence, lorsque leur rémunération totale de l'année civile précédente n'a pas excédé le chiffre limite fixé à l'article 1er, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935. Cette déclaration est adressée par les intéressés dans la huitaine qui suit le commencement de leur travail, au Service régional des assurances sociales dans la circonscription duquel se trouve leur domicile. Il est fait état éventuellement, dans cette déclaration, des dispositions de l'article 2, paragraphe 10, du décret-loi du décret-loi du 28 octobre 1935 et de l'article 4 du présent décret.

§ 2. — Les personnes visées à l'article 1er, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935 sont tenues de remettre à l'employeur, soit leur feuillet trimestriel de cotisations d'Assurances sociales, soit, si elles ne sont pas susceptibles d'être immatriculées, une attestation du modèle arrêté par le ministre du Travail, dans laquelle, elles certifient qu'elles appartiennent aux catégories énumérées au paragraphe 5 dudit article et justifient de leur situation au point de vue de l'assurance obligatoire.

L'employeur conserve cette attestation en vue de justifier éventuellement de sa situation au regard des obligations résultant pour lui des articles 1er et 2 du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 3. — Le Service régional peut procéder soit spontanément, soit à la demande de l'employeur à l'immatriculation des personnes visées par le présent article qui ne lui ont pas adressé la déclaration prévue au paragraphe 1er et dont il a reconnu après enquête, que la rémunération totale de l'année précédente ne dépassait pas le salaire limite.

L'employeur, à qui lesdites personnes n'ont pas remis soit leur feuillet de cotisations soit l'attestation indiquée au paragraphe 2 ci-dessus est tenu de s'informer auprès du service régional de la situation des intéressées au regard des Assurances sociales et de lui demander de mettre à sa disposition, au cas où celles-ci auraient été ou seraient immatriculées, le duplicata de feuillet de cotisations prévu à l'article 2, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935.

CHAPITRE II

Versement des contributions

Art. 5. — § 1er. — L'assuré qui travaille à titre permanent pour un seul employeur remet son feuillet trimestriel de cotisations à cet employeur qui doit le conserver.

Dans les dix jours suivant l'échéance du feuillet, l'employeur, s'il n'occupe par plus de dix assurés, remet le feuillet au guichet d'un bureau de poste en s'acquittant de la double contribution, ou l'adresse au Service régional des Assurances sociales en l'accompagnant d'un bordereau récapitulatif et d'un ordre de virement postal ; s'il occupe plus de dix assurés, il adresse le feuillet au Service régional en y joignant lesdites pièces.

Il remet à l'assuré l'attestation de versement détachée du feuillet qui lui est rendue par le bureau de poste, ou qui lui est renvoyée par le Service régional s'il y a entente entre lui et le Service à cet effet.

Lorsque l'assuré quitte son emploi en cours de trimestre, l'employeur, par application de l'article 2, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, établit, à l'aide du feuillet trimestriel de cotisations en cours de validité, un duplicata de ce feuillet du modèle délivré par le ministère du Travail. L'employeur restitue ensuite à l'assuré l'original de son feuillet, sans y apposer aucune mention.

§ 2. — Les assurés travaillant à façon, aux pièces, à la tâche, à domicile, ou rémunérés à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires et qui travaillent d'une manière régulière et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, ou par intermittence pour le compte du même ou des mêmes employeurs, ou qui sont occupés par des employeurs successifs pour des travaux temporaires ou occasionnels, conservent leur feuillet trimestriel de cotisations ; ce feuillet doit être complété, sur leur demande adressée au Service régional ou celle de leur employeur, par un feuillet intercalaire nominatif destiné à l'ap-

position de timbres-poste pour l'acquittement des contributions dues.

Les conditions de dépôt des feuillets périmés par les assurés intéressés sont fixées par le décret prévu à l'article 2, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 3. — Les assurés qui, sans travailler dans les conditions prévues au paragraphe précédent, travaillent cependant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, ainsi que les voyageurs et représentants de commerce, remettent leur feuillet trimestriel à l'un de ces employeurs. Dans ce cas, il est délivré à chacun des autres employeurs par le Service régional, sur la demande des assurés ou de leur employeur, des feuillets trimestriels supplémentaires, destinés à l'acquittement des cotisations dues pour les périodes d'emploi effectuées chez chaque employeur.

Art. 6. — § 1er. — Lorsque le salaire est réglé à des intervalles inférieurs à une quinzaine, ou excédant une quinzaine et inférieurs à un mois, le maximum de la rémunération totale nette à considérer pour l'application de l'article 2, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, est déterminé d'après le nombre de jours ouvrables compris dans chaque période à raison de 40 francs par jour ouvrable.

§ 2. — Lorsque le salaire ou le gain est réglé soit à intervalles irréguliers, soit au cours ou à la terminaison d'un travail, le maximum de la rémunération totale à considérer pour l'application de l'article 2, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 est déterminé par mois, quelle que soit la durée qui s'écoule entre deux règlements. Le montant de la double contribution est, dans ce cas, calculé sur le chiffre maximum de 1.000 francs par mois prévu audit article ; l'excédent est reporté sur le mois ou les mois suivants et s'ajoute éventuellement à la somme correspondant aux salaires ou gains réglés pour ledit ou lesdits mois.

§ 4. — Pour les assurés qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, et dont la rémunération est réglée soit par mois, soit dans les conditions prévues au paragraphe 2 ci-dessus, il y a lieu éventuellement de ramener à 1.000 francs pour le calcul de la double contribution, sous réserve de l'application dudit paragraphe 2, le total des rémunérations versées mensuellement par les employeurs intéressés. Dans ce cas, la part incombant à chacun des employeurs dans le montant de la double contribution est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées.

§ 6. — En cas de désaccord entre l'assuré et ses employeurs, le Service régional des Assurances sociales fixe pour chaque employeur, à la demande des parties intéressées, la fraction de la rémunération sur laquelle doit être calculée la double contribution.

TITRE II

Prestations

CHAPITRE Ier

Assurance-maladie

1° *Prestations en nature*

Art. 8. — Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales :

a) Le type des conventions à intervenir entre les Caisses et les différents groupes de praticiens ;

b) Les types de conventions à intervenir entre les Caisses et les Etablissements hospitaliers ;

c) Le règlement-type des Caisses d'assurances sociales ;

d) Les tarifs limites de responsabilité prévus à l'article 6, paragraphe 18, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Ces conventions et règlements types comportent des dispositions obligatoires et des dispositions facultatives.

Art. 9. — Il peut être dérogé, dans les conventions passées entre les Caisses et les Syndicats professionnels ou les Etablissements hospitaliers, ainsi que dans les règlements établis par les Caisses, aux dispositions types qui n'ont pas été déclarées obligatoires, sous réserve de l'approbation de la Commission prévue à l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935 pour les conventions, et de celle du ministre du Travail pour les règlements.

Art. 10. — § 1er. — **Le praticien qui signe les imprimés dont la production est exigée par la Caisse pour l'obtention des prestations est réputé avoir adhéré aux clauses de la convention passée entre la Caisse et le Syndicat.**

§ 2. — **Lorsque le praticien n'appose pas sa signature sur ces imprimés, il peut y avoir lieu à application du mode de remboursement forfaitaire prévu à l'article 6, paragraphe 11, du décret-loi du 28 octobre 1935 ; ce remboursement n'intervient que si le praticien traitant, légalement qualifié à cet effet, a délivré à l'assuré un reçu d'honoraires indiquant la date, la nature, la quantité et le prix des soins administrés.**

Art. 11. — § 1er. — La Commission prévue par l'article 6, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 pour la délivrance des appareils de prothèse comprend :

1° Un membre désigné par le Conseil d'administration de la Caisse intéressée ;

2° Un médecin désigné par le ou les Syndicats

médicaux ayant passé une convention avec la Caisse ;

3° Un chirurgien-dentiste désigné par le ou les Syndicats de chirurgiens-dentistes ayant passé une convention avec la Caisse.

§ 2. — Dans le cas où aucune convention n'a été passée par la Caisse avec les Syndicats médicaux médicaux ou dentaires, le médecin, ou le chirurgien-dentiste, ou l'un et l'autre, sont désignés à la requête de la Caisse par le Président du Tribunal civil.

§ 3. — La demande de l'assuré tendant à la délivrance des appareils de prothèse dentaire est transmise par la Caisse d'assurances sociales dans les cinq jours de sa réception à la Commission qui statue dans le délai de vingt jours.

§ 4. — Les décisions de la Commission de prothèse dentaire ne sont pas susceptibles d'appel.

Art. 12. — § 1er. — Les prescriptions médicamenteuses, à l'occasion d'un acte médical, même rédigées sur des feuilles distinctes, ne constituent qu'une seule ordonnance pour l'application de l'article 6, paragraphes 8 et 9, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Lorsque le médecin prescrit un des produits thérapeutiques injectables, autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, il doit le mentionner expressément sur l'ordonnance.

2° *Prestations en espèces*

Art. 13. — § 1er. — L'attribution de l'indemnité journalière prévue à l'article 7, paragraphe 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, est exclusive des allocations de chômage.

§ 2. — L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien des avantages en nature en cas de maladie peuvent en informer la Caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

§ 3. — L'indemnité journalière ne peut faire l'objet d'une saisie-arrêt ou d'une cession que dans les conditions et limites fixées par la législation concernant la saisie-arrêt des salaires.

§ 4. — La cotisation forfaitaire prévue à l'article 7, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935 est versée à compter du début de la période de validité de la quatrième feuille de maladie délivrée à l'assuré.

3° *Contrôle*

Art. 14. — § 1er. — Toute Caisse est tenue d'exercer un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie. Elle doit avoir à sa disposition un ou plusieurs médecins-contrôleurs. Toutefois, elle peut s'entendre à cet effet avec d'autres Caisses ou avec l'Union régionale à laquelle elle est affiliée, conformément à l'article 30, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Elle peut faire procéder à toutes enquêtes utiles par ses administrateurs, ses sections locales, ses correspondants locaux, ses médecins contrôleurs, ses visiteurs et dames-visiteuses.

Art. 15. — § 1er. — **Le médecin contrôleur chargé de la surveillance des malades ne peut donner de soins aux assurés qui sont affiliés à la Caisse. Il procède à toutes investigations et constatations concernant l'état et l'incapacité de travail des malades. Il ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné.**

En cas de désaccord sur l'état du malade avec le médecin traitant, il se met éventuellement en rapport avec ce praticien. Il en informe la Caisse qui statue sur la demande de l'assuré sous réserve des droits de recours de ce dernier.

§ 2. — Les visiteurs et dames visiteuses participent à la surveillance des malades et peuvent en outre être chargés de s'enquérir des conditions d'hygiène dans lesquelles ils vivent, leur dispenser les prestations en argent et leur apporter un concours moral.

§ 3. — Les médecins contrôleurs, ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses, signalent, le cas échéant, à la Caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater.

§ 4. — Les Caisses doivent éviter que l'exercice de leur contrôle n'ait pour conséquence d'occasionner une perte de salaire pour l'assuré. Si la maladie entraîne la cessation du travail le contrôle peut être effectué aux lieux de visite fixés par la Caisse quand l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique de se déplacer.

Art. 16. — § 1er. — **Le contrôle technique exercé sur les services médicaux et pharmaceutiques est, en ce qui concerne les malades soignés à domicile ou chez le praticien, confié par les Caisses aux Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels elles ont passé une convention et dans les conditions qui y sont fixées,** sous réserve du contrôle général appartenant à la Caisse et qui ne peut être délégué par elle.

Le Syndicat professionnel s'engage, dans la convention, **à exercer ce contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité,** de manière à en assurer la pleine efficacité, ainsi qu'à **déférer aux demandes spéciales d'intervention que la Caisse lui adresserait.**

Les Syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine de retrait de l'habilitation, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la Commission tripartite prévue à l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935 prend toute mesure nécessaire pour y parer.

§ 2. — **Le contrôle a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel.**

En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, l'économie dans la prescription du traitement, et, d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens.

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par le praticien.

L'exercice de ce contrôle ne peut, en aucun cas, entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens.

§ 3. — Sans préjudice du droit qui appartient aux Syndicats professionnels de poursuivre, dans les conditions prévues par leurs statuts, la répression des abus qu'ils constatent, ils portent à la connaissance de la Caisse ces abus, en vue de la défense, par celle-ci, de ses intérêts propres.

Art. 17. — Dans le cas où un bénéficiaire de l'assurance reçoit les prestations en dehors de la circonscription de la Caisse à laquelle il est affilié, le contrôle général ci-dessus prévu est confié à la Caisse qui a pris en charge le service des prestations, sous réserve du droit de regard de la Caisse d'origine qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la Caisse de rattachement a contracté.

Art. 18. — § 1er. — Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers, tant par les Administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces Etablissements et sous réserve du droit de regard de la Caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces Etablissements.

§ 2. — Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent lesdites conventions.

Art. 19. — § 1er. — En ce qui concerne les Etablissements privés et les Etablissements appartenant à la Caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la Caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un Syndicat composé des seuls médecins de l'Etablissement.

§ 2. — Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 16 du présent décret.

4° *Commission régionale*

Art. 20. — La Commission régionale prévue à l'art. 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935 comprend douze membres, savoir :

Un représentant du ministre du Travail et un représentant du ministre de la Santé publique ;

Quatre représentants des Caisses pratiquant dans la région les assurances maladie, maternité et les soins aux invalides, dont un représentant de l'Union régionale ;

Quatre représentants des Syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les Caisses, dont trois représentants des Syndicats de médecins et un représentant des Syndicats de pharmaciens ;

Deux représentants des Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics ;

Un représentant des Syndicats professionnels intéressés ayant passé des conventions avec les Caisses remplace un des trois médecins, lorsque la Commission traite de questions où les intérêts du groupement sont engagés.

Le ministre du Travail désigne le président et le vice-président de la Commission.

Art. 21. — § 1er. — La Commission régionale est saisie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 8, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935. Les décisions prises par elle doivent être motivées et notifiées aux organismes, services ou administrations intéressés.

§ 2. — L'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales doit être déposé ou parvenir par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la Commission, dans les dix jours de la notification. Communication en est donnée, dans les dix jours qui suivent, aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans le délai de deux mois à dater de cette dernière communication.

5° *Commission supérieure de contrôle*

Art. 22. — § 1er. — La désignation des membres de la Commission supérieure de contrôle prévue au paragraphe 5 de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 doit intervenir chaque année avant le 15 décembre. Le Conseil supérieur des Assurances sociales désigne, au cours de sa session immédiatement antérieure à cette date, les représentants des Caisses et les représentants des groupements de praticiens.

Les rapporteurs devant la Commission sont choisis parmi les rapporteurs devant le Conseil supérieur des Assurances sociales.

Le secrétariat de la Commission est assuré par le secrétariat du Conseil supérieur des Assurances sociales.

§ 2. — Les recours sont adressés en triple exemplaire au secrétariat de la Commission par

lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans un délai d'un mois à dater de la notification de la décision attaquée. Les mémoires justificatifs doivent être présentés dans le même délai et déposés également en triple exemplaire.

Dans le cas où, par application du paragraphe 5, 2e alinéa, de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935, la Commission statue en premier et dernier ressort, un praticien est désigné à la demande de la partie plaignante par le Service régional intéressé, en vue de constater les faits donnant lieu à la plainte. Dans ce cas, le délai de recours d'un mois court de la date de constatation des faits.

Les recours doivent indiquer les nom et adresse du requérant ainsi que ceux des parties mises en cause. Ils sont enregistrés au secrétariat.

Le secrétaire de la Commission donne communication des recours, dans les dix jours, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au groupement national de praticiens intéressés, au Syndicat du département où exerce le praticien requérant ou mis en cause, et, suivant le cas, à la Caisse ou au praticien mis en cause par la partie plaignante.

Les personnes ou groupements auxquels est donnée communication des recours, doivent présenter leurs mémoires dans un délai de vingt jours à dater de cette communication.

Les parties doivent indiquer, dans le même délai, si elles entendent présenter des observations orales.

Lorsqu'il y a lieu, par application du paragraphe 5, 4e alinéa, de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935, de provoquer l'avis du Syndicat départemental de praticiens, communication du recours est donnée, dans les conditions prévues ci-dessus, au Syndicat qui doit fournir cet avis dans *un délai de vingt jours à* dater de la dite communication.

§ 3. — Lorsque la Commission ordonne, par application du paragraphe 5, 4e alinéa, de l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935, la comparution personnelle des parties devant elle, le secrétariat notifie cette décision dans les cinq jours par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, aux parties ainsi convoquées. Celles-ci peuvent, soit comparaître en personne, soit se faire représenter par un mandataire dûment habilité à cet effet.

Les décisions prises par la Commission sont motivées. Elles contiennent les nom et conclusions des parties et visent les pièces produites, ainsi que les dispositions législatives dont il est fait application. Elles mentionnent éventuellement que les parties ou leurs mandataires ont été entendus et énoncent les noms des membres qui ont pris part à *la délibération*.

La minute de la décision est signée par le président, le rapporteur et le secrétaire, et conservée au secrétariat.

Toute décision est notifiée aux parties par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception et copie en est adressée aux Services régionaux pour exécution.

CHAPITRE II

Assurance-maternité

Prestations en nature et en argent

Art. 23. — § 1er. — L'indemnité prévue par l'article 9, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 est allouée même si l'enfant n'est pas né vivant.

§ 2. — En cas de naissances multiples, les allocations et prestations prévues par les paragraphes 4 et 5 de l'article 9 dudit décret-loi sont accordées pour chacun des enfants.

Art. 24. — § 1er. — En cas de grossesse pathologique, lorsque l'état morbide est constaté avant la période de six semaines précédant l'accouchement, les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie sont servies jusqu'à la guérison ou l'expiration du délai de six mois qui suit l'accouchement. Il y a lieu à application du délai de carence visé à l'article 7, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Si l'état morbide se déclare pendant la période légale de repos, il y a lieu à attribution des prestations de l'assurance-maladie à compter de la date de la constatation médicale de cet état, sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence.

§ 3. — Si l'état morbide se déclare après la période légale de repos, les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie sont servies à compter de la constatation de cet état, sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence, et jusqu'à la guérison ou l'expiration du délai de six mois suivant l'accouchement.

§ 4. — Pendant la période où l'intéressée reçoit les prestations en argent de l'assurance-maladie, elle ne peut recevoir en même temps les prestations en argent de l'assurance-maternité.

Si la guérison intervient avant l'expiration du délai de douze semaines fixé à l'article 9, paragraphe 2, dudit décret-loi l'indemnité de repos prévue à cet article est versée pour la période restant à courir.

Art. 25. — Les dispositions de l'article 22, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 s'appliquent au cas où la femme de l'assuré peut prétendre aux prestations de l'assurance-maternité.

Art. 26. — Les justifications à produire par les assurés pour avoir droit aux primes d'allaitement et aux bons de lait, sont déterminées par le règlement d'administration intérieure de chaque Caisse conformément aux dispositions du règlement-type arrêté par le ministre du Travail.

Art. 27. — Les dispositions des articles 14 à 19 relatifs au contrôle de l'assurance-maladie sont applicables à l'assurance-maternité.

CHAPITRE III

Dispositions communes a l'assurance-maladie et a l'assurance-invalidité

Art. 28. — § 1er. — La Caisse d'assurance-maladie doit, dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie, sous réserve des ententes à intervenir par application de l'article 10, paragraphe 11, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — La Caisse d'assurance-maladie signale à l'Union régionale et éventuellement à la Caisse d'assurance-invalidité auxquelles elle se rattache les assurés dont la maladie, déclarée depuis plus de deux mois, laisse présager une invalidité future, ou paraît exiger des soins spéciaux tels qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure ou une intervention chirurgicale.

Ces soins peuvent être, d'un commun accord entre ces organismes, dispensés par la Caisse d'assurance-maladie, à charge de remboursement d'une partie des frais par l'organisme à qui incombe la charge de l'assurance-invalidité, sans qu'en aucun cas la participation de la Caisse d'assurance-maladie puisse être inférieure à la dépense résultant de l'application de son tarif de responsabilité.

CHAPITRE IV

Assurance-invalidité

Art. 30. — § 1er. — L'assuré qui prétend au bénéfice de l'assurance-invalidité en application de l'article 10, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, adresse sa demande à la Caisse d'assurance-maladie. Celle-ci transmet cette demande en y joignant son avis, dans le délai d'un mois à dater de sa réception, à la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle est affilié l'intéressé. Elle notifie cette transmission au Service régional aux fins de complément du dossier, ainsi qu'à l'Union régionale.

§ 2. — Le modèle de la demande et les pièces à y annexer sont déterminés par le ministre du Travail.

Art. 31. — La Caisse d'assurance-invalidité vérifie si l'assuré remplit les conditions d'immatriculation et de versement prévues à l'article 10, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935. Elle communique ensuite le dossier de la demande à son médecin contrôleur, qui procède à un contre-examen de l'assuré, s'il le juge utile, et donne son avis motivé.

Art. 32. — § 1er. — La Caisse d'assurance-invalidité statue dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle la demande lui a été transmise par la Caisse-maladie. Elle apprécie, notamment, en se conformant aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935, si l'affection ou l'infirmité dont l'assuré est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail. Elle décide également, lorsque l'intéressé est déjà titulaire d'une rente, en vertu de la législation sur les accidents du travail, si l'aggravation est ou non imputable à la cause qui a ouvert le droit à la rente. Elle notifie ses décisions par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'intéressé et à l'Union régionale à qui incombent les prestations pendant les cinq premières années suivant l'entrée en jouissance de la pension.

§ 2. — Au cas où l'intéressé continue de travailler ou reprend le travail, la capacité de travail restante visée à l'article 10, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, est appréciée compte tenu du montant du salaire ou du gain perçu par l'assuré.

Art. 33. — Lorsque, à la fin du délai de six mois visé à l'article 10, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurance-invalidité peuvent s'entendre, en application de l'article 10, paragraphe 11, dudit décret-loi, pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum. La pension à servir à l'assuré dont l'incapacité, au cours du délai accordé, devient au moins égale aux deux tiers ne prend effet qu'à partir du premier jour du mois qui suit la date où cette *condition* se trouve remplie.

Art. 34. — § 1er. — Si le médecin contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité constate que la capacité de travail de l'invalide pensionné est supérieure à 50 p. 100, cette Caisse suspend ou supprime la pension, soit immédiatement, soit à partir d'une date qu'elle fixera dans sa décision. Elle décide, en outre, s'il y a lieu, de continuer les soins. Elle notifie cette décision, par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception à l'assuré, et éventuellement à l'Union régionale si l'assuré est encore à la charge de celle-ci, ainsi qu'à la Caisse d'assurance-maladie s'il y a lieu.

§ 2. — Pendant les cinq premières années d'attribution de la pension d'invalidité, l'Union régionale peut, sur les constatations faites par son médecin contrôleur, demander la suspension ou la suppression de ladite pension à la Caisse d'assurance-invalidité visée au paragraphe précédent.

§ 3. — La décision de la Caisse d'assurance-invalidité suspendant ou supprimant la pension d'invalidité, ou les soins peut être contestée dans les conditions prévues à l'article 35 du présent décret.

§ 4. — Les dispositions des articles 8 à 19 du présent décret sont applicables à l'assurance-invalidité en ce qui concerne les prestations en nature dispensées par l'Union régionale.

Art. 35. — § 1er. — L'assuré qui conteste les décisions prises par la Caisse d'assurance-invalidité, en vertu des articles 32 et 34 du présent décret, dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification de ces décisions pour adresser sa réclamation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la Commission technique régionale visée à l'article 10, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, en indiquant le nom du *médecin qu'il désigne* pour y *siéger.*

La même procédure est suivie si l'Union régionale entend contester ces décisions pendant les cinq premières années de l'invalidité. Dans ce cas, l'Union régionale se fait représenter devant la Commission par un médecin de son choix.

La Commission statue dans un délai de deux mois, après avoir procédé à une enquête et une expertise sur place, s'il y a lieu.

§ 2. — L'assuré et la Caisse d'assurance-invalidité peuvent interjeter appel de la décision de la dite Commission technique devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. L'Union régionale a le même droit, même si elle n'est pas intervenue devant la Commission technique. Cet appel doit être déposé au secrétariat de la Commission technique régionale ou au secrétariat de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les quinze jours de la notification de la décision par le secrétariat de la Commission technique régionale. Les pièces et mémoires remis par les parties sont transmis par ce secrétariat au secrétariat de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales qui statue définitivement dans le délai de deux mois.

Art. 36.— La Caisse d'assurance-invalidité détermine, conformément aux articles 10, 18, paragraphe 4 et 20, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, le montant de la pension d'invalidité à attribuer à l'assuré dont la demande a été reconnue fondée. Elle notifie le montant de la pension à l'intéressé, à l'Union régionale, et au Service régional dont il relève.

Sa décision est susceptible de recours devant la Commission d'arrondissement dans les conditions prévues à l'article 36, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Art. 38. — § 1er. — La pension d'invalidité, y compris éventuellement la majoration pour charges de famille prévue à l'article 14, § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935, ainsi que les soins aux invalides, prennent fin au premier jour du trimestre civil qui suit le soixantième anniversaire de l'assuré. A partir de cette date, l'assuré a droit à la pension de vieillesse correspondant tant aux cotisations versées avant qu'il ne devienne invalide, qu'aux cotisations versées ultérieurement par la Caisse d'assurance-invalidité et affectées à l'assurance-vieillesse.

Cette pension de vieillesse est liquidée dans les conditions prévues à l'article 11 du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Si la pension ou la rente de vieillesse à laquelle l'assuré a droit est inférieure à la pension d'invalidité précédemment accordée, le fonds de majoration verse un complément de rente égal à la différence entre la pension d'invalidité et la rente de vieillesse.

Si l'assuré a effectué des versements à capital réservé, le complément de rente à la charge du fonds de majoration est calculé en supposant que ces versements ont été opérés à capital aliéné.

§ 3. — La majoration pour enfants prévue à l'article 11, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, s'ajoute à la pension calculée dans les conditions des paragraphes 1er et 2 du présent article.

§ 2. — Un extrait d'inscription provisoire est délivré par les soins de l'Union régionale aux pensionnés. Il est valable pour les cinq premières années d'attribution de la pension. A l'expiration de ce délai, cet extrait est remplacé par un nouvel extrait délivré par la Caisse d'assurance-invalidité.

§ 3. — Les arrérages de la pension, y compris la majoration pour charges de famille, sont dus à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé, cette date résultant de la réception de ladite demande par la Caisse d'assurance à laquelle est affilié l'intéressé pour le risque-maladie.

§ 4. — Lesdits arrérages sont payés trimestriellement et à terme échu, les 1er mars, 1er juin, 1er septembre et 1er décembre, dans les conditions prévues par le décret visé à l'article 31, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 5. — Ils peuvent être servis par l'intermédiaire de la Caisse d'assurance-maladie, si elle est chargée de dispenser les prestations en nature pour le compte de l'Union régionale.

Art. 41. — § 1er. — A partir de l'âge de 60 ans, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité perçoivent les arrérages de la pension de vieillesse à laquelle ils ont droit, par les soins de la Caisse d'assurance-vieillesse à laquelle ils sont affiliés.

Art. 43. — § 1er. — En application des paragraphes 7 et 13 de l'article 10 du décret-loi du 2 octobre 1935, la Caisse d'assurance-invalidité

peut, à toute époque, et l'Union régionale peut, pendant le délai où elle sert la pension d'invalidité, procéder à une enquête sur les ressources dont jouit le pensionné sous forme de pension et de rémunération ou de gain cumulés et provoquer toute expertise médicale sur la capacité de travail qui lui reste. La Caisse intéressée suspend, dans les conditions de l'article 34 du présent décret, en tout ou en partie, le service de la pension lorsqu'il est constaté que l'intéressé jouit de ressources au moins égales à la rémunération dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

§ 2. — La décision de la Caisse portant suspension de la pension doit être notifiée tant à l'assuré qu'à l'Union régionale, et à la Caisse d'assurance-maladie s'il y a lieu, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette décision peut être contestée dans les conditions prévues à l'article 35 du présent décret.

CHAPITRE V

Assurance-vieillesse

I. — *Dispositions générales*

Art. 45. — Le compte individuel de chaque assuré, prévu à l'article 11, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, indique, d'une part, les versements effectués, d'autre part, les rentes éventuelles auxquelles ces versements donneront droit, lorsque l'intéressé atteindra l'âge de soixante ans.

Art. 46. — Les organismes fonctionnant comme Caisses primaires d'assurance-vieillesse sont tenus de communiquer à tout assuré qui le demande le montant des rentes éventuelles inscrites à son compte.

Art. 47. — § 1er. — Pour les assurés qui n'ont pas atteint soixante ans, à la date du 31 mars 1936, l'âge servant de base à la liquidation des pensions de vieillesse est fixé à soixante ans. Les intéressés peuvent toutefois demander la liquidation anticipée de leur pension dans les conditions prévues à l'article 11, paragraphe 10, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Pour les autres assurés, l'âge servant de base à la liquidation est celui qu'ils atteindront à leur anniversaire de naissance suivant le 31 mars 1936.

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne peuvent avoir pour effet de réduire à moins de cinq ans, à compter de l'immatriculation des intéressés, la période de versement des assurés visés à l'article 15, paragraphe 3, de la loi du 5 avril 1928 modifiée. Elles ne peuvent plus avoir pour effet de réduire à moins de cinq ans, depuis la date à compter de laquelle la législation sur les Assurances sociales leur a été étendue, la période de versement des assurés admis au bénéfice de l'assurance obligatoire en application soit des décrets ou arrêtés déterminant la liste des circonscriptions industrielles où le salaire limite est élevé à 18.000 francs, soit des décrets de coordination visés à l'article 23 du décret-loi du 28 octobre 1935, soit des dispositions de l'article 1er, paragraphe 3, dudit décret-loi.

§ 2. — Les demandes de liquidation de pension de vieillesse sont adressées au service régional avant la fin du trimestre qui comprend l'anniversaire de naissance à compter duquel la liquidation doit avoir lieu dans les formes et avec les justifications déterminées par arrêté du ministre du Travail. Il en est donné récépissé à l'assuré.

Les assurés naturalisés français joignent notamment aux pièces exigées par l'arrêté susvisé une copie certifiée conforme par le maire de leur résidence du décret de naturalisation.

Un acte de notoriété établi par le juge de paix pourra tenir lieu d'acte de naissance pour les assurés qui ne pourraient se procurer des pièces d'état civil dans leur pays d'origine.

Cet acte de notoriété ne pourra être établi que sur un certificat du Directeur du Service régional constatant que l'intéressé est en instance de liquidation de pension. Il devra être établi en brevet, rester joint au dossier de l'intéressé et aucune copie ne pourra en être remise à ce dernier.

§ 3. — L'assuré qui désire bénéficier de la majoration prévue à l'article 11, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935 joint à sa demande de liquidation les pièces justificatives déterminées par arrêté du ministre du Travail.

§ 4. — En application de l'article 3, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assuré cesse d'être soumis à des versements, à compter du premier jour du trimestre civil qui suit celui au cours duquel il atteint l'âge servant de base à la liquidation de la pension.

§ 5. — Aucun assuré âgé de plus de soixante ans au 1er juillet 1930 ne pourra prétendre au bénéfice des dispositions de l'article 15, paragraphe 3, de la loi du 30 avril 1930, s'il n'a été immatriculé par le Service régional avant le 1er janvier 1936.

Art. 48. — § 1er. — La Caisse générale de garantie détermine les droits de l'assuré à un complément de pension, avec ou sans majoration, compte tenu des rentes résultant des versements portés à son compte individuel et du nombre des enfants élevés jusqu'à l'âge de seize ans.

La Caisse générale de garantie procède à la liquidation de ces droits. Elle notifie à l'assuré, à la Caisse d'assurance et au Service régional le montant du complément de pension attribué.

Sur l'ordre du ministre du Travail, et dans les conditions qu'il fixera, le Service régional peut être chargé d'effectuer ces opérations pour le compte de la Caisse générale de garantie.

Lorsque l'intéressé n'est pas susceptible d'avoir droit au minimum de pension, le Service régional envoie le dossier à la Caisse d'assurance pour liquidation des droits de l'assuré.

§ 2. — L'assuré qui a élevé au moins trois enfants jusqu'à l'âge de seize ans n'a droit à la majoration prévue à l'article 11, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, que s'il peut prétendre au minimum de pension garanti. La majoration est égale à 10 p. 100 du montant de ce minimum.

Art. 50. § 2. — Entrent en compte dans les vingt-cinq années exigées par l'article 11, paragraphe 10, du décret-loi, pour l'admission au bénéfice de la liquidation anticipée de la retraite, les années où l'intéressé à effectué, antérieurement au 1er juillet 1930, les versements prévus par la loi sur les retraites ouvrières et paysannes, sous réserve qu'il justifie, conformément à l'article 13, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1928 modifiée, du minimum de cinq années de versements sous le régime des Assurances sociales.

Art. 51. — L'assuré ne peut ajourner la liquidation de sa pension au delà de l'âge fixé à l'article 47 du présent décret. Lorsqu'il n'a pas présenté sa demande de liquidation dans le délai prévu à cet article, le chiffre de la pension à laquelle il peut prétendre reste arrêté au chiffre correspondant à l'âge auquel la llquidation doit avoir lieu. Le montant des rentes inscrites à son compte individuel n'est l'objet d'aucune augmentation du fait de l'ajournement du dépôt de la demande de liquidation.

Art. 52. — Les assurés et les anciens assurés obligatoires qui n'ont pas droit au minimum de pension garanti prévu à l'article 11, paragraphes 5, 7 et 14, du décret-loi du 28 octobre 1935, conservent leurs droits à la rente correspondant aux versements inscrits à leur compte individuel d'assurance-vieillesse.

Art. 54. — § 1er. — Les arrérages des pensions sont payés trimestriellement et à terme échu, les 1er mars, 1er juin, 1er septembre, 1er décembre de chaque année. Ils sont dus à partir du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel l'assuré a atteint l'âge servant de base à la liquidation.

II. — *Tarifs d'assurance-vieillesse*

Art. 59. — § 1er. — La rente de vieillesse, correspondant aux versements, y compris les intérêts de retard, dont la Caisse d'affiliation a été créditée pour le compte d'un assuré, entre le 1er janvier et le 31 décembre d'une année déterminée, est calculée d'après le tarif utilisé par cette Caisse au cours de ladite année, et d'après l'âge atteint par l'assuré au cours de la même année.

§ 2. — Les tarifs sont applicables par période entière d'une année.

§ 3. — Chaque tarif est établi en tenant compte : 1° de l'intérêt composé du capital, fixé conformément à l'article ci-après ; 2° des taux de mortalité annuels calculés sur des tables de mortalité spéciales aux assurés et provisoirement, conformément à l'article 11, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, sur la table de mortalité établie non par la statistique générale de la France et dite table P. M. F. 1921 ; 3° du remboursement, sans intérêt, des versements effectués au compte individuel de vieillesse de l'assuré, si l'assuré a stipulé ce remboursement ; 4° de la trimestrialité des payements à terme échu ; 5° de la remise aux ayants droit de l'assuré des prorata au décès, le décès étant réputé devoir survenir en milieu de période et le tarif impliquant en conséquence le payement d'un capital égal, en moyenne, au huitième de la rente annuelle lors du décès du rentier.

III. — *Réversibilité des pensions de vieillesse*

Art. 65. — § 1er. — L'assuré dont les versements ont été effectués à capital aliéné et qui désire faire bénéficier éventuellement son conjoint survivant d'une pension de réversion, est tenu d'en faire la déclaration expresse au moment où il réclame la liquidation de sa pension de vieillesse ; il déclare, en même temps, accepter, en ce qui le concerne, la réduction de sa pension propre.

La réduction est définitive et irrévocable, même si le conjoint de l'assuré vient à décéder du vivant de celui-ci. L'assuré joint à sa demande de liquidation un extrait de son acte de mariage et un extrait de l'acte de naissance de son conjoint.

§ 2. — La réversibilité ne s'applique ni à la rente provenant des versements patronaux et ouvriers, opérés en exécution de la loi du 5 avril 1910, ni aux rentes correspondant à des versements précédemment effectués à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Art. 67. — Pour entrer en jouissance de la pension de réversion, le conjoint, au profit duquel la demande de réversion a été introduite lors de la liquidation de la pension de l'assuré décédé, doit justifier qu'il a atteint l'âge de 55 ans et joindre à sa demande, outre les pièces établissant sa qualité de conjoint à la date du décès et les justifications déterminées par arrêté du ministre du Travail, un extrait de l'acte de décès du *de cujus*.

Art. 68. — § 1er. — Le conjoint survivant qui a atteint 55 ans peut demander l'ajournement de sa pension de réversion jusqu'à 60 ans.

Le décret prévu à l'article 31, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935, fixera les conditions dans lesquelles cet ajournement sera effectué.

§ 2. — Les demandes d'ajournement à un âge compris entre 60 et 65 ans, présentées avant la publication du présent décret, en application de l'article 76 du décret du 25 juillet 1930, portant règlement général d'administration publique pour l'application de la loi du 5 avril 1928 modifiée, garderont leur plein effet.

CHAPITRE VI

Dispositions communes a l'invalidité et a la vieillesse

Art. 69. — § 1er. — Les versements effectués avant le 1er janvier 1936, par application des dispositions des articles 2, paragraphe 8 et 56, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, et les versements visés à l'article 24 du décret-loi du 28 octobre 1935, n'entrent pas en compte pour la détermination du droit à la pension de vieillesse ou d'invalidité. Les assurés conservent le bénéfice de ces versements, ainsi que de ceux qui ont été opérés en application de la loi des retraites ouvrières ; lesdits versements leur donnent droit aux rentes correspondantes, indépendamment et en sus de la pension d'invalidité ou de vieillesse prévue par la législation des Assurances sociales.

Art. 71. — La pension d'invalidité prend fin à l'âge de soixante ans ou éventuellement à l'âge prévu à l'article 47, paragraphe 1er, du présent décret. Au premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel le pensionné a atteint cet âge, la Caisse d'assurances sociales, à laquelle il est affilié pour le risque invalidité, annule le titre par elle délivré et avise le Service régional dans la circonscription duquel l'assuré a travaillé en dernier lieu.

Il est procédé à la liquidation de la pension de vieillesse de l'intéressé, compte tenu de l'application de l'article 10, paragraphes 14 et 15, du décret-loi du 28 octobre 1935.

CHAPITRE VII

Assurance-décès

Art. 72. — Pour l'application de l'article 13, paragraphe 1er, et de l'article 14, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, les titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse sont considérés comme ayant la qualité d'assurés ouvrant droit au capital-décès et aux pensions d'orphelins, tant qu'ils remplissent les conditions prévues au paragraphe 3 dudit article 13.

Art. 73. — § 1er. — Les demandes tendant au payement du capital prévu à l'article 13 paragraphe 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 ou de la pension d'orphelin prévu à l'article 14, paragraphe 4, dudit décret, sont adressées, en ce qui concerne les décès postérieurs au 31 mars 1936, à la Caisse d'assurance-vieillesse à laquelle était inscrit l'assuré décédé.

§ 2. — Lorsque le droit au payement du capital garanti au décès est ouvert au profit de descendants mineurs, la demande prévue au paragraphe précédent est formée par le tuteur. Si celui-ci n'est pas nommé, le juge de paix forme la demande et désigne la personne ou l'établissement qui doit recevoir en dépôt, pour le compte des mineurs, les sommes leur revenant.

CHAPITRE VIII

Charges de famille

Art. 74. — Les allocations pour charges de famille visées à l'article 14 du décret-loi du 28 octobre 1935 sont réglées par les Caisses, sur leurs ressources, dans les mêmes conditions et aux mêmes époques que les indemnités, pensions et capitaux dont elles constituent la majoration. Elles sont revisées chaque fois que les charges de famille se modifient.

Art. 75. — Lorsqu'un assuré, titulaire d'une pension d'invalidité, bénéficie d'une majoration pour charges de famille, il a droit, s'il travaille et remplit les conditions prévues à l'article 7, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, à la majoration de l'indemnité journalière de maladie.

CHAPITRE IX

Maintien des droits a l'assurance en cas de chômage

Art. 76. — Pour bénéficierdu maintien de ses droits à l'assurance selon les modalités fixées à l'article 15 du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assuré, qui se trouve en état de chômage, doit se faire inscrire à l'office public de placement compétent pour le lieu de sa résidence et lui remettre le feuillet trimestriel de cotisations se rapportant à la période de chômage.

Art. 77. — Ne peuvent bénéficier des dispositions de l'article 15 susvisé :

1° Les assurés qui, sans motif valable, ne se présentent pas aux convocations qui leur sont adressées ou qui ne se soumettent pas au contrôle de l'Office public de placement ;

2° Ceux qui, sans motif valable ou parce qu'ils sont en chômage à la suite d'un différend collectif de travail, refusent d'accepter un nouvel emploi ;

3° Ceux qui, sans motif valable, refusent de participer aux travaux de secours organisés par les Administrations et les Etablissements publics ou sous leur surveillance, pour occuper les chômeurs.

Art. 79. — § 1er. — L'état de chômage ne peut être attesté par l'Office public de placement qu'à partir du jour de l'inscription de l'assuré, et seulement pour la période pendant laquelle il s'est soumis au contrôle dudit office.

§ 2. — Si, au cours d'un trimestre civil, la période de chômage ainsi constatée comporte au moins cinquante jours de chômage, l'Office public de placement appose sur le feuillet de cotisations concernant ce trimestre et sur l'attestation de versement correspondante, dans l'emplacement réservé à l'employeur, une mention, appuyée de son timbre, certifiant que la période de chômage constatée atteint au moins cinquante jours pour le trimestre.

§ 3. — Les feuillets de cotisations revêtus de la mention susvisée sont retournés par les soins de l'office public de placement au Service régional des Assurances sociales.

§ 4. — Le Service régional s'assure, d'après le compte qu'il tient pour chaque assuré, que les intéressés remplissent les conditions prévues à l'article 15, paragraphes 1er et 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, pour bénéficier du versement de la cotisation forfaitaire à effectuer en vertu de cet article. Dans ce cas, il indique le montant de cette cotisation et appose son cachet tant sur le feuillet trimestriel que sur l'attestation de versement attenant au feuillet, et retourne cette attestation à l'assuré. Le Service régional provoque ensuite le versement de ladite cotisation, conformément à l'article 15, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Art. 80. — Lorsque l'Office public de placement, malgré la réclamation de l'assuré, n'a pas procédé à la formalité prévue à l'article précédent, l'intéressé peut se pourvoir devant la Commission administrative paritaire de l'Office départemental de placement compétent.

Art. 81. — Dans les communes où il n'existe pas d'Office public de placement, la section ou le correspondant de l'Office remplit le rôle de cet organisme auprès du chômeur et procède à la formalité prévue à l'article 79 ci-dessus, dans les mêmes conditions et sous l'autorité et le contrôle de l'Office départemental de placement.

Art. 82 — L'allocation accordée aux chômeurs qui participent aux travaux momentanés de secours visés à l'article 77 ci-dessus est considérée comme un salaire au sens de l'article 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 ; les journées pendant lesquelles l'assuré a pris part à ces travaux ne sont pas considérées comme journées de chômage.

Art. 83. — § 1er. — Pour pouvoir se charger des versements complémentaires prévus à l'article 15, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, les Institutions et Caisses de chômage visées à cet article doivent satisfaire aux conditions exigées pour bénéficier des subventions accordées par l'Etat aux fonds de chômage et aux Caisses de chômage syndicales et mutuelles et se soumettre au contrôle administratif prévu à cet effet.

§ 2. — Les versements complémentaires ci-dessus visés s'appliquent éventuellement au trimestre de chômage pour lequel l'assuré n'a pas droit, au cours d'une même année civile, au versement de la cotisation forfaitaire prévue à l'article 15, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935.

CHAPITRE X

Assurance spéciale des femmes

Art. 84. — § 1er. — Les demandes d'admission au bénéfice de l'assurance spéciale prévue à l'article 16, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, sont reçues au Service régional des Assurances sociales du lieu où la demanderesse a sa résidence.

§ 2. — La femme assurée spéciale n'a droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité que si son mari remplit les conditions de taux et de durée de versements ouvrant droit à ces avantages. Elle a droit à des indemnités de repos en cas de maternité, si elle a versé régulièrement ses cotisations pendant les quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement et si elle a été immatriculée dans l'assurance spéciale avant le début de sa grossesse.

§ 3. — L'assurée spéciale ne peut s'affilier qu'à la Caisse d'assurances maladie-maternité à laquelle est inscrit son mari. Au cas où celui-ci change de Caisse d'assurances maladie-maternité, cette mutation s'applique de plein droit à sa femme.

§ 4. — Les Caisses d'assurances maladie-maternité ne peuvent refuser l'adhésion des assurées spéciales.

TITRE III

Dispositions spéciales aux bénéficiaires de la législation des pensions militaires, des lois d'assistance et de la législation sur les accidents du travail.

SECTION I

Bénéficiaires de la législation des pensions militaires

Art. 85. — Le règlement type des Caisses d'assurances sociales, arrêté par le ministre du Travail, fixera les conditions dans lesquelles les Caisses d'assurances payeront les indemnités prévues à l'article 7, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, aux assurés malades ou blessés de guerre, lorsque ces assurés recevront personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 86. — Les assurés français ou étrangers qui bénéficient de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit, en cas d'hospitalisation, au titre de l'article 46 précité, à l'indemnité journalière d'assurance maladie non réduite, quelle que soit leur situation de famille.

Art. 87. — La Caisse ne doit les prestations en nature aux assurés visés à l'article 18 du décret-loi du 28 octobre 1935 que pour les affections distinctes de celle qui a motivé l'attribution d'une pension au titre de la loi du 31 mars 1919. Lorsqu'il est reconnu qu'une maladie résulte directement de cette dernière affection, elle ne donne pas lieu aux prestations des Assurances sociales.

SECTION II

Bénéficiaires des lois d'assistance

Art. 88. — § 1er. — La bonification complémentaire visée à l'article 19 du décret-loi du 28

octobre 1935, due par la commune, est attribuée dans les conditions prévues aux articles 7 et suivants de la loi du 14 juillet 1905 par le Conseil municipal et sur la demande écrite de l'intéressé accompagnée des justifications utiles.

§ 2. — Lorsque la demande de bonification complémentaire d'assistance est rejetée pour le motif que la rente ou pension est supérieure au chiffre des allocations d'assistance, l'assuré peut renouveler sa demande si la situation qui a motivé le rejet vient à changer.

§ 3. — Les femmes assurées, y compris celles visées à l'article 16 du décret-loi du 28 octobre 1935, qui ont droit, en cas de maternité, aux prestations en nature et en argent, sont, de ce fait, et par application de l'article 19, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, exclues du bénéfice de la législation sur l'assistance aux femmes en couches et ne peuvent non plus prétendre aux primes d'allaitement prévues par la loi du 24 octobre 1919.

§ 4. — Les femmes d'assurés, non assurées elles-mêmes, qui ont droit aux prestations en nature, peuvent, si elles remplissent par ailleurs les conditions requises pour être admises au bénéfice des lois des 17 juin et 30 juillet 1913, des 23 janvier et 4 décembre 1917 et du 24 octobre 1919 sur l'assistance aux femmes en couches, obtenir les prestations en argent prévues par lesdites lois.

SECTION III

Bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail

Victimes d'accidents causés par des tiers

Art. 89. — § 1er. — L'assuré qui prétend aux prestations provisionnelles visées à l'article 20, paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, doit présenter à sa Caisse, à défaut de l'exploit introductif d'instance, une pièce délivrée, soit par le greffier de la Justice de paix, soit par un avoué auprès du Tribunal civil, soit par le secrétaire du Bureau d'assistance judiciaire, attestant qu'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué une action judiciaire, en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre des lois sur les accidents du travail ou les maladies d'origine professionnelle.

Au cas où la responsabilité de l'employeur est reconnue, en raison du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, les prestations provisionnelles reçues par l'assuré entrent en compte dans le montant de celles qui lui sont dues par l'employeur ou l'assureur substitué et sont remboursées directement à la Caisse par celui-ci.

§ 2. — Dans les cas visés à l'article 25, paragraphes 3 à 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, le tiers reconnu responsable doit rembourser à la Caisse à laquelle est affiliée la victime, outre les diverses prestations avancées, les cotisations versées au titre de l'article 7, paragraphe 5, dudit décret-loi et les frais exposés, dont le montant sera fixé par le jugement intervenu, dans la mesure de la responsabilité encourue par le tiers.

TITRE IV

Dispositions spéciales aux assurés dont les contributions ouvrières ont été précomptées et non acquittées par un employeur insolvable.

Art. 90. — Le Service régional des Assurances sociales procède au décompte des cotisations à attribuer sur le compte spécial prévu à l'article 21, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, aux assurés susceptibles de bénéficier des dispositions du paragraphe 1er de cet article, pour les périodes de travail postérieures au 31 décembre 1934.

Art. 91. — § 1er. — Peuvent seuls prétendre au versement des cotisations nécessaires pour maintenir leurs droits à la pension minima de vieillesse et à la pension d'invalidité, en ce qui concerne les périodes de travail antérieures au 1er janvier 1935, les assurés dont les contributions ouvrières ont été précomptées et non acquittées par un employeur insolvable ; ils devront justifier, en outre, qu'ils auraient possédé à leur compte, si lesdites cotisations avaient été acquittées, et compte tenu des cotisations versées ou à verser par application des articles 1er, 2 et 3 de la loi du 10 juillet 1935, autant de fois 240 cotisations journalières que d'années accomplies avant l'année d'assurance pour laquelle l'employeur ne s'est pas acquitté des contributions précomptées.

§ 2. — Le versement des cotisations à porter au compte des assurés intéressés conformément aux dispositions du paragraphe précédent est imputé sur le compte spécial prévu à l'article 21, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 3. — Pour bénéficier des dispositions des paragraphes 1er et 2 ci-dessus, les assurés doivent adresser leur demande au Service régional des Assurances sociales avant le 1er juillet 1937.

A l'appui de cette demande, ils doivent produire toutes les pièces susceptibles de prouver qu'ils ont été occupés chez un des employeurs visés à l'article 21, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, et qu'ils y ont subi le précompte : notamment le certificat prévu par l'article 24 du livre 1er du Code du travail et les pièces prévues par l'article 44 *a*) dudit livre 1er.

§ 4. — Le Service régional des Assurances sociales, même si les pièces visées au paragraphe précédent ne peuvent être produites, procède à toutes vérifications utiles en se référant éventuellement aux productions de l'Administration aux faillites et aux liquidations judiciaires, et

aux jugements intervenus en application des articles 63 et 64 de la loi du 5 avril 1928 modifiée et n'ayant pu être exécutés.

§ 5. — Lorsqu'il résulte de l'examen du dossier et des recherches effectuées que la demande est fondée, le Service régional procède au décompte des cotisations d'assurance-vieillesse précomptées et non acquittées à inscrire au compte de l'intéressé pour la période du 1er juillet 1932 au 1er janvier 1935, sans que ces cotisations ajoutées aux versements déjà inscrits audit compte puissent avoir pour effet de porter l'ensemble des cotisations à un nombre supérieur au produit de 240 cotisations journalières par le nombre d'années de versement accomplies. Les cotisations ainsi décomptées sont imputées sur le compte spécial.

Le Service régional notifie aux intéressés l'acceptation ou le rejet de leur demande.

TITRE V

Organisation administrative et financière

SECTION II

Caisses primaires et Unions régionales

Chapitre Ier

Création et agrément des Caisses, cessation de leurs opérations

Art. 106. — § 1er. — L'agrément qu'aux termes de l'article 31, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, doivent obtenir les Caisses primaires est subordonné aux conditions ci-après :

1° La Caisse doit avoir été inscrite dans les conditions fixées par la loi du 1er avril 1898 au répertoire des Sociétés de secours mutuels.

Par exception, n'ont pas à demander cette inscription les Caisses mutualistes de retraite souvrières, les Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels ayant constitué antérieurement au 1er janvier 1935 une Caisse autonome mutualiste, et les Caisses patronales ou syndicales qui participent à la gestion de l'assurance par application des articles 28, paragraphe 3, et 35 du décret-loi du 28 octobre 1935.

2° Elle ne doit se proposer d'autre but ni poursuivre d'autre fin que les opérations prévues par la loi et s'interdire toute discussion ayant un caractère politique ou religieux. Ses statuts doivent comporter une clause énonçant ces obligations.

§ 2. — Ne peuvent réclamer cet agrément, pour une Caisse créée par eux, que les organismes fonctionnant régulièrement et dont l'action est limitée aux objets en vue desquels ils ont été fondés en vertu de leur législation propre.

§ 3. — Pour obtenir l'agrément du ministre du Travail, les Caisses d'assurance maladie-maternité doivent justifier qu'elles sont en mesure de satisfaire d'une façon normale à leurs engagements et de faire face à leurs dépenses d'administration et de gestion. L'agrément est accordé d'abord à titre provisoire et, après deux ans de fonctionnement, à titre définitif.

§ 4. — Les Caisses d'assurance vieillesse et décès doivent en outre justifier des conditions d'effectif exigées des Caisses autonomes mutualistes pour les Assurances vieillesse et décès.

§ 6. — Une Caisse primaire d'assurance maladie-maternité peut s'entendre, dans les conditions prévues à l'article 107 ci-après et sous réserve de l'agrément du ministre du Travail, avec une autre Caisse primaire d'assurance maladie-maternité, pour prendre la suite de ses opérations. La même entente peut être réalisée entre Caisses d'assurances vieillesse-invalidité-décès.

§ 7. — Lorsque l'agrément demandé par une Caisse n'est pas intervenu dans le délai de trois mois prévu à l'article 31, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le Conseil d'Etat dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai susvisé.

§ 8. — L'agrément est retiré dans les conditions prévues à l'article 31, paragraphe 2, dudit décret-loi.

§ 9. — Lorsque la liquidation d'une Caisse primaire d'assurance maladie-maternité révèle un déficit, il appartient à l'Union régionale de combler la totalité de ce déficit dans les conditions qui seront déterminées par le décret ci-dessus prévu, sous réserve du droit du ministre du Travail de poursuivre, s'il y a lieu, les Administrateurs de la Caisse en application de l'article 34, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Chapitre II

Organisation et fonctionnement des Caisses

Art. 108. — Les opérations de toute Caisse primaire départementale ou interdépartementale sont réparties entre deux sections distinctes :

1° Une section groupant tous les assurés des professions non agricoles ne relevant d'aucune autre Caisse primaire de répartition ;

2° Une section groupant tous les assurés des professions agricoles ou assimilés qui ne seraient pas affiliés à une des Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels visées à l'article 4, paragraphe 1er, du décret-loi du 30 octobre 1935.

Art. 109. — § 1er. — La nomination par le Conseil d'administration de la Caisse primaire départementale ou interdépartementale du Directeur et à titre exceptionnel d'un Directeur adjoint doit être agréée par le ministre du Travail.

Art. 110. — § 1er. — Les statuts de chaque

Caisse fixent le mode de représentation des adhérents à l'assemblée générale.

§ 2. — Ils fixent également la composition du Conseil d'administration et la durée du mandat des administrateurs.

Ils prévoient la désignation, par le Conseil d'administration, d'un représentant légal pris parmi ses membres ou en dehors d'eux, qui représentera la Caisse en justice et dans les actes de la vie civile.

Art. 111. — § 1er. — Les Caisses fondées par des Sociétés de secours mutuels ou Unions de Sociétés de secours mutuels, qui ont décidé statutairement conformément à l'article 28, paragraphe 8, deuxième alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935, qu'elles seront administrées par le Conseil d'administration de l'organisme fondateur, peuvent continuer à fonctionner en cas de dissolution de cet organisme, à la condition toutefois de procéder immédiatement à l'élection d'un nouveau Conseil d'administration composé comme le prescrit l'article 28, paragraphe 8, premier alinéa du décret précité.

§ 2. — Les Caisses primaires de répartition doivent comporter une gestion indépendante de celle de l'organisme qui les constitue.

Art. 112. — § 1er. — Les Caisses primaires peuvent passer des conventions avec celles qui fonctionnent dans d'autres départements pour la garantie du même risque, en vue d'assurer pour leur compte les prestations à ceux de leurs adhérents qui résident dans ces départements.

§ 2. — Les Caisses primaires qui ont des adhérents résidant à l'étranger et travaillant en France peuvent passer des conventions analogues avec les organisations étrangères similaires dans les conditions prévues par les accords intervenus ou à intervenir avec les Gouvernements étrangers.

Art. 113. — § 1er. — Les Caisses d'assurance vieillesse et les Caisses d'assurance vieillesse et invalidité visées à l'article 28, paragraphes 2 et 3, et à l'article 35, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 sont administrées soit par la Société de secours mutuels ou l'Union de Sociétés de secours mutuels qui administre la Caisse de retraites ouvrières ou la Caisse autonome, soit par l'organisme qui administre la Caisse patronale. Les dispositions de l'article 28, paragraphe 8, 1er et 2e alinéas, dudit décret ne sont pas applicables aux Caisses primaires formées dans ces conditions.

§ 2. — Les Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels ayant fondé une Caisse autonome mutualiste, qui bénéficient de l'autorisation prévue au paragraphe 3 de l'article 28 du décret-loi susvisé, doivent comprendre deux sections distinctes, afférentes, l'une aux opérations de la loi du 1er avril 1898, l'autre aux opérations du décret-loi du 28 octobre 1935. Elles jouissent, en ce qui concerne ces dernières opérations, de la personnalité civile, conformément au paragraphe 3 de l'article 28 dudit décret.

§ 3. — Les Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels ne peuvent avoir qu'une Caisse primaire chargée des Assurances sociales, en ce qui concerne les risques prévus au paragraphe 1er du présent article.

§ 4. — Les Caisses d'assurance vieillesse-invalidité-décès fondées conformément à l'article 28, paragraphe 3, du décret-loi susvisé, par des sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels ayant constitué une Caisse autonome mutualiste sont admises, au cas où cette Caisse autonome cesserait ses opérations, à continuer à fonctionner comme Caisses primaires d'assurances sociales.

Chapitre III

Changement de caisse

Art. 114. — § 1er. — Sauf le cas où il change de lieu de travail, l'assuré inscrit à une Caisse d'assurance ne peut demander son affiliation à une autre Caisse qu'à partir de l'expiration de la période de deux ans consécutive à son affiliation primitive ou renouvelée par tacite reconduction. Cette demande, établie dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail, doit parvenir au Service régional avant la fin du trimestre civil qui suit.

§ 2. — La mutation a effet à compter de la fin de la période de validité du feuillet trimestriel en cours à la date où se termine la période de deux ans susvisée.

§ 4. — Lorsque l'assuré est susceptible d'avoir ou d'ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, et que les conditions légales d'immatriculation et de versement ne sont pas remplies par lui, au regard de la Caisse à laquelle il appartient, les prestations sont servies par cette Caisse pour le compte de la Caisse à laquelle il était affilié en dernier lieu, quelle que soit la durée de cette affiliation.

§ 5. — L'assuré pensionné pour invalidité ou vieillesse ne peut changer d'organisme d'assurance pour le service des prestations qui lui sont dues. Ces prestations restent à la charge de l'organisme qui en est responsable, même si le bénéficiaire change de résidence.

En cas de changement de résidence, les prestations de l'assurance-invalidité sont servies conformément aux dispositions de l'article 39, paragraphe 2, du présent décret.

Chapitre IV

Service des prestations et règlement intérieur

Art. 115. — § 1er. — **Les Caisses primaires et primaires départementales déterminent dans leur règle-**

ment, et conformément à un règlement type élaboré par le ministre du Travail, les modalités d'organisation du service des prestations.

§ 2. — Le service local des prestations est assuré pour le compte des Caisses primaires et primaires départementales.

a) Soit par les sections locales de ces Caisses ;

b) Soit par les Sociétés de secours mutuels acceptant d'être des correspondantes de ces Caisses ;

c) Soit par des correspondants locaux ;

d) Soit par d'autres Caisses primaires avec qui elles ont passé contrat.

§ 3. — **Les dispositions communes à toutes les** Caisses d'assurance maladie-maternité et aux Unions régionales **que doit contenir, aux termes de l'article 31 paragraphe 4, du décret-loi du 28 octobre 1935, le règlement d'administration intérieure des Caisses sont énoncées par le règlement type arrêté par le ministre du Travail.**

Ces dispositions concernent :

a) L'affiliation des assurés à la Caisse sans examen médical préalable ;

b) L'obligation, pour les adhérents, de se soumettre aux statuts de la Caisse et à son règlement ;

c) **L'attribution des prestations maladie**, maternité, et des soins aux invalides dans les conditions prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 et le présent décret, ainsi que les mesures d'application et de contrôle à prévoir pour les frontaliers ;

d) **L'envoi à la Caisse par l'assuré malade, dans les trois jours qui suivent la première consultation ou visite médicale, soit de la carte-lettre** jointe à la feuille de maladie délivrée par la Caisse, **soit en cas d'urgence, d'une simple lettre indiquant la date de la première constatation médicale, et d'un certificat du médecin traitant** ;

e) **La limitation de la validité de la feuille de maladie à une seule maladie** ;

f) **Le payement direct du praticien par l'assuré et le remboursement** à l'assuré de ses frais dans la limite du tarif de responsabilité de la Caisse, compte tenu, s'il y a lieu, de la participation personnelle de l'intéressé, sur le vu de l'acquit du praticien.

g) Le payement des prestations à l'assuré dans les quinze jours qui suivent le renvoi de la dernière feuille de maladie, sauf empêchement motivé ;

h) **L'attribution d'avances aux assurés** qui ne peuvent acquitter les frais médicaux et pharmaceutiques ;

i) Le payement des prestations aux guichets de la Caisse ou, s'il y a lieu, par la poste, les frais de port étant supportés par l'assuré ;

j) La possibilité pour la Caisse de payer valablement entre les mains du conjoint de l'assuré, ou, si ce dernier est mineur, de son père ou tuteur, ainsi que la faculté pour l'assuré de déléguer un tiers pour l'encaissement de prestations, cette délégation ne pouvant être donnée que pour une seule maladie et la Caisse conservant en ce cas le droit de surseoir au payement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer par la poste ;

k) **La délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille, s'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien ou d'un auxiliaire médical, ainsi que la délivrance d'une feuille de traitement ou de prothèse dentaire** ;

l) **La délivrance des appareils orthopédiques sur avis du médecin contrôleur** de la Caisse, et l'obligation pour l'assuré de choisir son fournisseur parmi ceux qui ont été agréés par l'organisme d'assurance ;

m) **L'obligation, pour l'assuré qui désire être hospitalisé, d'en aviser la Caisse** et, pour celle-ci, de lui indiquer les établissements avec lesquels elle a passé une convention ou qui ont accepté son contrôle général ;

n) L'obligation, pour les assurés victimes d'un accident du travail ou d'un accident susceptible d'être imputé à un tiers, d'en aviser leur Caisse dans le délai de huit jours ;

o) **L'obligation, pour les malades, de se soumettre aux prescriptions de leur médecin traitant** de ne pas quitter la circonscription de leur Caisse sans autorisation de celle-ci ;

p) L'obligation, pour l'assuré qui tombe malade en dehors de la circonscription de sa Caisse, d'en prévenir celle-ci dans les quarante-huit heures, et, pour la Caisse, de lui servir directement les prestations, ou de le faire prendre en subsistance dans une Caisse locale ;

q) **L'obligation, pour tout bénéficiaire, de se soumettre aux contrôles** institués dans les conditions du présent décret, sous peine de suspension des prestations ;

r) **L'obligation, pour la Caisse, d'afficher visiblement le règlement intérieur** dans ses locaux et de **remettre à l'assuré,** en même temps que la première feuille de maladie, **une notice sommaire lui indiquant les formalités auxquelles il doit se soumettre** pour l'obtention des prestations et les déchéances qu'il peut encourir.

Chapitre V

Unions régionales

Art. 116. — § 1er. — Les Unions régionales visées à l'article 30 du décret-loi du 28 octobre 1935 ne peuvent avoir d'autres objets que ceux prévus à l'article 30 de ce décret-loi ou par leurs statuts ; elles soumettent leurs statuts et leur règlement intérieur à l'agrément du ministre du Travail. Elles ne peuvent prendre une autre dénomination que celle sous laquelle elles ont

été inscrites au répertoire général des Sociétés de secours mutuels.

§ 2. — Des statuts et un règlement d'administration intérieure types à l'usage desdits organismes sont arrêtés par le ministre du Travail après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales. Ces documents comporteront des dispositions obligatoires et des dispositions facultatives.

§ 3. — Toute modification aux statuts ou au règlement d'administration intérieure doit être soumise à l'agrément du ministre du Travail.

TITRE VI

Dispositions concernant l'application de la législation sur les retraites ouvrières et paysannes

CHAPITRE Ier

Dispositions concernant les assurés de la loi du 5 avril 1910

Art. 146. — Les assurés qui ont obtenu à soixante ans ou postérieurement la liquidation des allocations et bonifications de la loi des retraites ouvrières, dans les conditions de l'article 47, paragraphe 1er, de la loi du 5 avril 1928 modifiée, conservent la faculté d'ajourner jusqu'à soixante-cinq ans au plus tard la liquidation totale de leurs droits et de bénéficier, jusqu'à l'époque de cette liquidation, du transport à leur compte des arrérages des allocations et bonifications susvisées.

Art. 148. — Les rentes inscrites en application de la loi sur les retraites ouvrières subissent, en cas de liquidation effectuée avant soixante-cinq ans, une réduction calculée d'après le coefficient qui résultera, pour l'âge servant de base à la liquidation, des tarifs prévus par la loi sur les retraites ouvrières et calculés à un taux fixé par un décret rendu sur la proposition du ministre des Finances et du ministre du Travail.

Art. 149. — § 1er. — Les dispositions du décret du 25 mars 1911 restent applicables à l'établissement et à la délivrance des titres de retraites ouvrières et paysannes ainsi qu'au payement des arrérages des allocations et bonifications de l'Etat.

Toutefois, les arrérages des pensions comportant à la fois des rentes acquises au titre de la législation des retraites ouvrières et paysannes et sous le régime de la loi des Assurances sociales seront payés aux dates d'échéance prévues pour les pensions acquises au titre des Assurances sociales.

§ 2. — Les Caisses d'assurances sociales assurent le payement des pensions acquises ou en cours d'acquisition de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes constituées au profit des assurés adhérant à la Caisse de retraites ouvrières dont elles ont pris la suite des opérations. Le remboursement des allocations viagères et des bonifications de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes qu'elles ont payées pour le compte de la Caisse générale de garantie est effectué par cette Caisse dans les conditions déterminées par un arrêté du ministre du Travail et du ministre des Finauces. Les comptables du Trésor continuent à payer, à charge de remboursement par ladite Caisse dans les formes prévues à l'article 159 du décret du 25 mars 1911 les allocations viagères et les bonifications de la loi des retraites ouvrières échues sur les titres spéciaux déjà délivrés ou qui seront délivrés en application de l'article I, paragraphe 4, de cette loi.

TITRE VII

Contrôle, contentieux et pénalités

Art. 152. — § 1er. — **Les employeurs de l'industrie, du commerce et des professions libérales, sont tenus de présenter aux contrôleurs ou inspecteurs** visés à l'article 4, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, les **pièces de comptabilité ou autres qui constatent les salaires payés, les contributions patronales et ouvrières versées pour les Assurances sociales, ainsi que les dates d'embauchage et de cessation de service du personnel.**

§ 2. — Les contrôleurs ou inspecteurs susvisés peuvent interroger les ouvriers et employés, notamment pour connaître leur nom, adresse, rémunération, y compris les avantages en nature dont ils bénéficient, le montant des retenues effectuées sur leur salaire pour les Assurances sociales, les Caisses d'assurance dont ils font partie.

§ 3. — Ils doivent communiquer, le cas échéant leurs observations à l'employeur, en l'invitant à y répondre dans la huitaine.

§ 4. — A l'expiration du délai sus indiqué, ils transmettent au Service dont ils relèvent leurs observations accompagnées de la réponse de l'employeur.

Art. 153. — § 1er. — Les Caisses primaires, primaires départementales ou interdépartementales, et les Unions régionales, ainsi que les institutions de retraites et de prévoyance visées aux articles 23, paragraphe 3, et 35 du décret-loi du 28 octobre 1935, sont soumises au contrôle du ministre du Travail.

§ 2. — Ces mêmes établissements, à l'exception des institutions visées aux articles 23, paragraphe 3 et 35 du décret-loi précité qui ne fonctionnent pas comme Caisses primaires, sont l'objet de vérifications de l'inspection générale des finances, des trésoriers-payeurs généraux, des receveurs particuliers des finances, et, dans le département de la Seine, du receveur central des finances de la Seine.

Art. 154. — § 1er. — Les Commissions d'arrondissement visées à l'article 36, paragraphe

1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, sont constituées dans chaque ressort de Tribunal de première instance et au siège de ce Tribunal.

§ 2. — Les employeurs et les assurés appelés à faire partie des Commissions d'arrondissement dans les conditions prévues à l'article 36, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, doivent être pris en dehors des membres des Conseils d'administration des Caisses primaires dont ils relèvent.

Art. 155. — § 1er. — La Commission d'arrondissement compétente est celle du domicile du défendeur, ou du siège statutaire de l'organisme défendeur.

§ 2. — Toutefois : 1o les recours contre les décisions des services régionaux prononçant l'immatriculation dans l'assurance ou la radiation d'un assuré sont portés, par la personne immatriculée ou radiée ou par son employeur, devant la Commission dans le ressort de laquelle travaille la personne qui a été l'objet de l'immatriculation ou de la radiation contestée ; 2o il en est de même des pourvois formés par l'employeur contre les décisions du Service régional relatives aux salariés qui motivent le versement de la contribution patronale en application de l'article 3, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 3. — Dans les cas autres que ceux visés au paragraphe 2 du présent article, lorsque le demandeur est un assuré et le défendeur le Service régional, ce Service élit domicile au siège de la préfecture du département dans lequel l'assuré a son lieu de travail.

Art. 156. — § 1er. — Si le Service régional ou l'organisme auquel a été adressée la demande ou la réclamation par lettre recommandée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la Commission d'arrondissement. Toutefois, si des documents sont produits après le dépôt de cette demande, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents. La date du dépôt de la demande ou de la réclamation et, éventuellement, des documents produits ultérieurement, est constatée par le récépissé de l'envoi, sous pli recommandé, de la demande ou desdits documents.

A défaut de décision, ce récépissé doit, à peine de déchéance, être produit par les parties, à l'appui de leurs recours devant la Commission d'arrondissement.

§ 2. — La Commission d'arrondissement est réunie, conformément aux dispositions de l'article 36, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, dans un délai de dix jours à compter de la réception de la requête. Elle statue sans forme de procédure et sans autres frais que les émoluments alloués aux greffiers conformément à l'article 162 du présent décret. Le greffier convoque les parties, par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, quinze jours au moins avant l'audience.

§ 3. — La décision n'est pas susceptible d'opposition.

§ 4. — Le greffier en adresse, dans la huitaine, un extrait à chacune des parties convoquées à l'audience par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception.

Art. 157. — § 1er. — Dans le mois de la réception de la notification, chacune des parties intéressées peut interjeter appel de la décision de la Commission d'arrondissement, devant le Tribunal civil. L'appel est formé par déclaration au greffe du Tribunal civil faite par le demandeur ou par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale. Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné d'un mémoire contenant l'exposé des moyens et les conclusions de l'appelant, et, le cas échéant, de pièces justificatives. Le greffier en informe sans délai les autres parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, en leur signalant qu'elles peuvent dans le délai d'un mois faire parvenir, au greffier du Tribunal civil, un mémoire accompagné ou non de pièces justificatives.

§ 2. — L'affaire est jugée sans autre forme de procédure, avec dispense du ministère d'avoué, et sans autres frais que les émoluments alloués au greffier conformément à l'article 162 du présent décret, chacune des parties pouvant prendre connaissance au greffe du Tribunal civil, sans déplacement, des mémoires et pièces justificatives produites par les autres parties.

§ 3. — Les parties sont averties quinze jours au moins à l'avance, par lettre recommandée du greffier avec demande d'avis de réception de la date à laquelle l'affaire sera appelée.

§ 4. — Dans le mois qui suit l'expiration du délai prévu au paragraphe 1er ci-dessus pour l'envoi des pièces et mémoires, les jugements sont rendus sur le rapport d'un juge fait en l'audience publique, le ministère public entendu dans ses conclusions.

§ 5. — Il n'y a pas de plaidoirie, mais les parties peuvent présenter à l'audience de simples observations. Le Tribunal peut également les inviter à fournir oralement des explications ou justifications complémentaires ; en cas d'empêchement dûment justifié des parties de comparaître à l'audience en personne, elles peuvent se faire représenter soit par un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale, soit par un avocat ou un avoué.

Le Tribunal peut recourir éventuellement aux mesures d'instruction en usage devant la Justice de paix, dans les conditions et suivant les formes admises devant cette juridiction.

§ 6. — Dans la huitaine, le greffier du Tribunal adresse un extrait de la décision à chacune des

parties, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

§ 7. — Cette décision n'est pas susceptible d'opposition.

Art. 158. — § 1er. — La décision du Tribunal civil peut être déférée à la Cour de cassation pour violation de la loi dans les dix jours de la réception de la notification prévue par l'article 157, paragraphe 6, ci-dessus. Le pourvoi est formé par déclaration au greffe du Tribunal civil faite par le demandeur ou un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale ou un avocat à la Cour de cassation. Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné :

1° D'une expédition du jugement attaqué, avec justification de la date à laquelle la notification en a été reçue par les parties, le tout fourni par le greffier ;

2° De l'indication sommaire des moyens de cassation invoqués.

Un mémoire ampliatif ou un mémoire en défense à un pourvoi ne peut être produit par le Directeur d'un Service régional agissant au nom du ministre du Travail qu'à la condition d'avoir reçu son visa.

Le demandeur peut faire parvenir au greffe du Tribunal civil un mémoire ampliatif accompagné ou non de pièces justificatives. Lesdits mémoires et pièces doivent être accompagnés d'autant de copies qu'il y a de parties en cause. Ils ne sont recevables par le greffier que dans le délai d'un mois à dater de l'introduction du pourvoi.

§ 2. — A l'expiration du délai imparti par le paragraphe 1er ci-dessus pour la production du mémoire ampliatif, le greffier du Tribunal civil donne avis du pourvoi par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, aux autres parties intéressées et leur adresse copie : 1° du procès-verbal de déclaration du pourvoi et des moyens de cassation invoqués par le demandeur ; 2° du mémoire ampliatif qui aurait été déposé et des pièces justificatives qui y auraient été jointes. Les copies du procès-verbal de déclaration du pourvoi et des moyens de cassation seront certifiées conformes par le greffier ; celles du mémoire ampliatif et des pièces justificatives qui y seraient jointes seront certifiées conformes par le demandeur sous sa responsabilité. Toutes les copies sus-indiquées sont dispensées des formalités de timbre et d'enregistrement.

En même temps, le greffier informe le défendeur qu'il peut leur faire parvenir un mémoire en défense, accompagné ou non de pièces justificatives. Ce mémoire en défense n'est recevable que dans le délai d'un mois à partir de l'avis de réception prévu ci-dessus.

§ 3. — A l'expiration de ce délai, le greffier du Tribunal transmet sans frais au greffier de la Cour de cassation les pièces produites par les intéressés, en y joignant les avis de réception de la poste.

§ 4. — Le pourvoi, dispensé du ministère d'un avocat à la Cour de cassation, est porté directement devant la Chambre civile qui statue, sans frais ni consignation d'amende, dans les trois mois suivant la réception du dossier.

Tout mémoire ampliatif ou mémoire en défense produit par un avocat à la Cour de cassation après la transmission faite par le greffier du Tribunal civil au greffier de la Cour de cassation conformément au paragraphe 3 ci-dessus est adressé directement au greffier de la Cour de cassation et n'est recevable que dans le mois suivant la réception du dossier par ledit greffier. Toutefois, conformément à l'article 37, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, ce délai ne sera pas opposable aux mémoires produits pour le ministre du Travail.

Art. 159. — § 1er. — Les Commissions d'arrondissement instituées par l'article 36, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, sont compétentes pour connaître des contestations relatives à la validité des élections aux Conseils d'administration des Caisses primaires. Les dispositions des articles 156 à 158 ci-dessus sont applicables à l'instruction et au jugement des contestations.

§ 2. — La Commission compétente est celle dans le ressort de laquelle la Caisse a son siège.

Art. 160. — § 1er. — Les réclamations concernant les listes électorales et les contestations relatives à la validité des élections au Conseil supérieur des Assurances sociales, à la section permanente dudit Conseil, au Conseil d'administration de la Caisse générale de garantie, au Conseil d'administration des Unions régionales visées à l'article 30 du décret-loi du 28 octobre 1935, à la Commission régionale et à la Commission supérieure de contrôle visées à l'article 8 paragraphes 4 et 5 dudit décret, sont soumises au ministre du Travail, sauf recours au Conseil d'Etat statuant au contentieux.

§ 2. — La réclamation doit être formée dans les dix jours qui suivent le dépôt de la liste électorale ou la publication des résultats de l'élection. Il en est donné récépissé. La réclamation est, dans tous les cas, notifiée à la partie intéressée, dans le délai de quinze jours à partir du jour de l'élection.

§ 3. — L'affaire, jugée sans frais, est dispensée du ministère d'un avocat au Conseil d'Etat.

Art. 161. — § 1er. — L'envoi, par le Service régional des Assurances sociales, de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article 4, paragraphe 3, 2e alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935, est effectué par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception.

§ 2. — Lorsque l'employeur, qui a été l'objet de l'avertissement ou de la mise en demeure

prévus au paragraphe 3, alinéa 2, de l'article 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, saisit la Commission d'arrondissement dans les conditions prévues au paragraphe 11 dudit article, la prescription des actions visées aux paragraphes 10 et 12 de cet article est interrompue et de nouveaux délais recommencent à courir à compter du jour où le jugement rendu est devenu définitif.

TITRE VIII

Dispositions transitoires et dispositions diverses

Art. 165. — § 1er. — A titre exceptionnel, pour l'année 1936, les assurés obligatoires dont la rémunération atteint 375 francs au moins et 600 francs au plus par trimestre mais pour lesquels le montant de la double contribution, calculée conformément à l'article 2, paragraphe 2, et à l'article 40 du décret-loi du 28 octobre 1935, serait inférieur à 30 francs par trimestre, peuvent effectuer des versements facultatifs en vue de compléter cette double contribution jusqu'à concurrence de 30 francs.

§ 2. — Ces versements seront représentés, pour chaque trimestre, sur le feuillet trimestriel correspondant, à l'aide de timbres-poste apposés sur une feuillet intercalaire nominatif délivré aux intéressés, sur leur demande, par le Service régional des Assurances sociales.

Art. 166. — § 1er. — Par mesure transitoire, ceux des travailleurs des catégories visées à l'article 1er, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, qui ont été immatriculés dans l'assurance obligatoire entre le 1er juillet 1930 et le 1er juillet 1932, et qui ont fait l'objet de versements pendant tout ou partie de cette période, *peuvent acquitter*, pour la période écoulée, jusqu'au 1er janvier 1934, les cotisations d'assurance vieillesse, dans les conditions de la loi du 10 juillet 1935.

§ 2. — Le point de départ de la période transitoire pour ceux des travailleurs ci-dessus visés, qui n'auraient pas été immatriculés ou qui n'auraient pas été l'objet des versements minima avant le 1er janvier 1936, est fixé à cette date, à charge de justifier des versements prescrits par l'article 2 dudit décret-loi jusqu'à la date d'entrée en jouissance de leur pension et pendant cinq ans au moins.

Art. 167. — § 1er. — **Les dispositions de l'article 5, paragraphe 2, de la loi du 5 avril 1928 modifiée et celles de l'article 9 de la même loi, restent respectivement applicables aux maladies et aux accidents médicalement constatés avant le 1er avril 1936, et aux accouchements antérieurs à cette date** (1).

§ 2. — **Pour les maladies ou les accidents médicalement constatés après le 31 mars 1936, ainsi que pour les accouchements postérieurs à cette date, les périodes de référence et les minima exigés sont ceux que prévoient respectivement les articles 7, paragraphe 2, et 9, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935.**

§ 3. — Toute feuille de maladie ou d'accouchement délivrée pour une période postérieure au 31 mars 1936 ne donnera lieu à aucun remboursement par la Caisse générale de garantie, en ce qui concerne les majorations pour charges de famille.

§ 4. — Les dispositions de l'article 19 de la loi du 5 avril 1928 modifiée cesseront d'être applicables aux demandes de payement du capital-décès pour les décès survenus après le 31 mars 1936.

§ 5. — Les majorations pour charges de famille dues au titre de l'assurance-décès ne donneront lieu à aucun remboursement par la Caisse générale de garantie pour les décès survenus après le 31 mars 1936.

§ 6. — Les pensions d'orphelins cesseront d'être à la charge de la Caisse générale de garantie pour les décès postérieurs au 31 mars 1936.

Pour les décès antérieurs au 1er avril 1936, le payement des arrérages des pensions d'orphelins sera assuré, pour le compte de la Caisse générale de garantie, par la Caisse de répartition à laquelle l'assuré décédé était affilié.

Art. 168. — § 1er. — Les dispositions applicables aux assurés qui demandent le bénéfice de l'assurance-invalidité sont déterminées d'après la date d'expiration du délai de six mois de maladie. Si cette date est antérieure au 1er janvier 1936, les dispositions de la loi du 5 avril 1928 modifiée restent applicables. Dans le cas contraire, il y a lieu de faire application des dispositions du décret-loi du 28 octobre 1935 et du présent décret.

§ 2. — Toutefois, lorsque la demande de pension aura été formée par l'assuré postérieurement au 31 mars 1936 1936, le point de départ des arrérages de la pension sera fixé conformément à l'article 10, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 3. — Jusqu'à la constitution des Unions régionales, les soins aux invalides sont dispensés par les Caisses d'assurance-maladie pour le compte desdites Unions. Pendant la même période, des soins préventifs et spéciaux peuvent être dispensés, pour le compte des Unions régionales, par les Caisses d'assurance-maladie, après accord avec la Caisse d'assurance-vieillesse-invalidité à laquelle l'assuré est affilié.

Art. 169. — § 1er. — Les titulaires d'une pension d'invalidité, dont la date d'entrée en jouis-

(1) C'est-à-dire que les prestations seront accordées aux assurés ayant à leur compte au moins soixante cotisations journalières au cours du trimestre civil précédant la première constatation médicale de la maladie ou de l'accouchement.

sance est antérieure au 1er janvier 1936, sont rattachés, à compter du 1er juin 1936, à l'Union régionale et à la Caisse d'assurance-invalidité auxquelles est agrégée la Caisse d'assurance-maladie ayant eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'état d'incapacité de travail.

§ 2. — Les arrérages des pensions liquidées avant le 1er juin 1936 seront payés à l'échéance du 1er juin 1936 par les Caisses d'assurance-invalidité qui auront procédé à la liquidation desdites pensions. Ces Caisses indiqueront aux pensionnés d'invalidité l'Union régionale qui leur fera le service de leur pension jsuqu'à l'expiration du délai de cinq ans suivant l'entrée en jouissance de la pension.

§ 3. — Les Caisses d'assurance-invalidité visées au paragraphe précédent feront l'avance des arrérages échus le 1er juin ou depuis le 1er janvier 1936. Ces avances leur seront remboursées par la Caisse générale de garantie pour les arrérages afférents à la période antérieure au 1er janvier 1936, et par les Unions régionales pour les arrérages afférents à la période postérieure au 1er janvier 1936.

§ 4. — Les arrérages des pensions qui seront liquidées entre le 1er janvier 1936 et le 1er juin 1936 seront payés par l'Union régionale. Si ces pensions comportent le versement d'arrérages correspondant à une période antérieure au 1er janvier 1936, la Caisse générale de garantie rembourse à l'Union le montant desdits arrérages.

§ 5. — Un arrêté du ministre du Travail précisera les modalités d'application du présent article.

Art. 170. — § 1er. — A compter du 1er janvier 1936, les assurés déjà pensionnés pour invalidité qui auront dépassé ou dépasseront l'âge de 60 ans, bénéficieront d'une pension de vieillesse égale, sauf dans les cas visés au paragraphe 2 ci-après, à la pension d'invalidité qui leur était attribuée en application de la loi du 5 avril 1928 modifiée. Les arrérages de cette pension leur seront versés par la Caisse d'assurance-vieillesse à laquelle ils ont été affiliés en dernier lieu.

La Caisse d'assurance-vieillesse prendra à sa charge les rentes correspondant aux cotisations, portées au compte individuel du bénéficiaire et le cas échéant, le payement des capitaux réservés.

Le fonds de majoration complétera jusqu'à concurrence du chiffre de la pension totale, le montant des rentes à la charge de la Caisse d'assurance-vieillesse.

§ 2. — Lorsque le bénéficiaire d'une pension d'invalidité liquidée dans les conditions des articles 10, 11 et 12 de la loi du 5 avril 1928 modifiée, a stipulé la réserve du capital des versements effectués à son compte individuel d'assurance-vieillesse, la pension d'assurance-vieillesse est réduite dans les conditions des articles 10, paragraphe 15 et 11, paragraphe 8, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Toutefois, si la pension d'invalidité a subi une réduction avant le 1er janvier 1936, en raison de la réserve du capital des versements stipulée par l'assuré, la pension de vieillesse est égale à la pension d'invalidité ainsi réduite, sans qu'il y ait lieu de procéder à une nouvelle réduction.

§ 3. — Les pensionnés pour invalidité visés au paragraphe 1er cessent d'avoir droit aux soins aux invalides à partir de la date d'entrée en jouissance de leur pension vieillesse.

§ 4. — Un arrêté du ministre du Travail et du ministre des Finances précisera les modalités d'application du présent article.

Art. 172. — § 1er. — Par mesure transitoire, les assurés dont le compte présentait, en 1935, au moins 60 francs de versements pour l'assurance-maladie, auront droit, pour le premier trimestre 1936, s'ils comptent cinquante jours de chômage constaté au cours de ce trimestre, au versement de la cotisation forfaitaire de 30 francs prévu à l'article 15, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, quels que soient les versements dont ils ont pu être l'objet, au titre de l'année 1935, en application des articles 21 et suivants de la loi du 5 avril 1928 modifiée.

§ 2. — Les prestations prévues à l'article 18, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930 modifiée cesseront d'être attribuées par les Caisses primaires aux assurés qui auront réclamé le bénéfice de cet article ainsi qu'à leur conjoint, au plus tard à partir du 1er avril 1936.

Art. 176. — § 1er. — Cessent d'être valables, à compter du 1er janvier 1936, les feuillets trimestriels de cotisations pour l'assurance-maladie et les cartes annuelles de cotisations pour l'assurance-vieillesse, délivrés en application du décret du 25 juillet 1930 modifié.

§ 2. — **Les timbres « assurances sociales » et les vignettes, qui cesseront de pouvoir être utilisés pour l'acquittement des cotisations d'assurances sociales en application du décret-loi du 28 octobre 1935, pourront être remboursés dans les conditions et délais fixés par un arrêté du ministre du Travail, du ministre des Finances et du ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones.** Ce remboursement sera effectué sur le solde du compte « Produit de la vente des timbres pour les Assurances sociales ».

Art. 177. — Est abrogé le décret du 25 juillet 1930 portant règlement général d'administration publique pour l'application de la loi du 5 avril 1928 modifiée sur les Assurances sociales, modifié par les décrets du 22 septembre 1931, des 15 février, 21 mars, 15 et 21 avril 1932, des 27 janvier et 9 juin 1933 et des 18 mai, 6 août et 24 octobre 1934.

(*J. O.*, 22 mars 1936)

Frais médicaux et pharmaceutiques en matières d'Assurances sociales au profit des marins

Le ministre de la Marine marchande et le ministre des Finances,

Vu l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le décompte des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'Assurances sociales des marins.

Arrêtent :

Art. 1er. — Sauf le cas d'hospitalisation ou de soins spéciaux ou chirurgicaux, le maximum des frais médicaux et pharmaceutiques remboursables par la Caisse nationale de répartition au profit des marins français pour le service des Assurances sociales est fixé, à partir de la publication du présent arrêté et jusqu'au 31 décembre 1936, à :

12 fr. 50 par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, lorsque le bénéficiaire de l'assurance réside dans une ville de plus de 200.000 habitants ou dans l'une des circonscriptions industrielles visées à l'article 1er, paragraphe 2, du décret du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales ;

10 francs par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, lorsque le bénéficiaire de l'Assurance réside dans une autre localité.

Art. 2. — Le Directeur de l'Etablissement national des invalides de la marine est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 février 1936.

Assistance médicale partielle

Modifications proposées au règlement modèle de 1894 *par la circulaire du ministre du Travail, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du* 22 *avril* 1926 *à MM. les Préfets*

Article 1er. — Remplacer le second paragraphe par les dispositions suivantes :

« Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie, et de l'art des accouchements.

Une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais du traitement à domicile, soit une partie des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

En outre, l'admission d'urgence pourra être prononcée soit au cours d'une maladie prolongée après épuisement des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical ou autre, reconnu indispensable, dont le coût dépasse les ressources du malade.

Cette admission d'urgence sans rétro-activité pourra également ne comporter la gratuité que pour une partie seulement des soins à domicile ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier. Ces admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin appelé à donner ses soins ou des représentants de l'hôpital qui doit recevoir le malade.

Article 4. — Ajouter à cet article.

« En cas d'admission à la gratuité partielle, la délivrance de ces pièces (carnet de tickets de visites et feuille de maladie) est subordonnée à l'une des conditions suivantes : versement par l'intéressé au Service départemental de la somme laissée à sa charge (versement total ou partiel), consignation suffisante pour répondre de son payement, ou engagement écrit de s'en acquitter à une date déterminée.

« En cas d'admission partielle au bénéfice de l'hospitalisation gratuite, d'un récépissé délivré par le comptable public compétent constatant le versement par l'intéressé de la somme laissée à sa charge ou d'une consignation suffisante pour en répondre, ou encore engagement écrit par l'intéressé de s'en acquitter à une date déterminée. »

***

De la lecture de ce document, nous devons conclure que le médecin de l'Assistance médicale gratuite n'a pas à connaître si les malades auxquels il doit donner des soins au nom du Service départemental, sont des indigents totaux ou des indigents partiels. Il recevra pour les uns comme pour les autres les mêmes bons et feuilles de visite et de consultation, et, en fin de trimestre, de semestre ou d'année, il enverra sa note d'honoraires au service de la Préfecture.

C'est au maire ou au bureau d'assistance local de prendre, selon les termes de la circulaire ci-dessus, des précautions suffisantes pour que le malade, qui a obtenu le bénéfice de l'*Assistance médicale partielle* puisse rembourser au Service départemental, la part qui reste à sa charge.

Jurisprudence

Honoraires Médicaux (*Suite*)

3° Personne responsable du payement des honoraires

A) Principe

(*Voir les développements au supplément documentaire du mois de Mars* 1936.)

B) Cas particuliers

a) *Accident d'automobile.*

Enfant conduit chez le médecin par l'automobiliste auteur de l'accident. — Responsabilité de ce dernier.

Le médecin chez qui l'auteur d'un accident d'automobile conduit sa victime n'a pas à rechercher si la responsabilité de l'accident incombe totalement ou partiellement à celui qui fait appel à lui, et n'a pas à tenir compte d'une ordonnance de non-lieu rendue en matière pénale en faveur de l'automobiliste, non plus que d'une transaction intervenue entre l'Assurance et le père de l'enfant.

L'auteur de l'accident, s'étant tacitement engagé par son appel au médecin, à prendre à sa charge le payement des honoraires, doit être condamné à opérer ce payement, conjointement et solidairement avec le père de la victime.

(Tribunal de paix de Villers-Farlay, 12 mai 1934, Archives du Sou Médical).

Accidents d'automobiles. — Payement des frais médicaux par l'auteur responsable de l'accident.

Lorsque par jugement correctionnel un automobiliste a été condamné comme entièrement responsable d'un accident, il doit assurer à ses dépens les soins à donner à la victime.

Attendu au fond, que l'arrêt de la Cour de Bordeaux en date du 22 novembre 1923 qui, sur appel d'un Jugement du Tribunal correctionnel de Cognac, a alloué une indemnité de 10.000 francs aux parties civiles, parents de C... décédé des suites d'un accident d'automobile causé par Fernand D..., n'a pas fait état des frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux réclamés actuellement à celui-ci par les intimés et dont le montant, non fixé alors, n'était nullement visé dans la demande des dites parties civiles ;

Attendu que Fernand D... à qui incombait l'entière responsabilité dudit accident, avait l'obligation d'assurer à ses dépens, ces soins à la victime ;

Que cette obligation a été remplie grâce à l'intervention des Docteurs P..., L..., H... et C..., provoquée par le consentement de D..., par le transport de C... par D..., neveu et employé de Fernand D..., dans l'auto de ce dernier, au domicile du Docteur P... et à la clinique du Docteur C... ;

Que Fernand D... leur doit donc le coût de cette intervention ;

Attendu dès lors qu'il n'échet de rechercher si la présence d'un engagement formel d'ailleurs inutile pris par Fernand D..., d'acquitter ces frais et du reste susceptible d'être établi par témoin par application de l'art. 1348 du Code civil est résulté de l'expertise ;

Par ces motifs et ceux non contraires des premiers juges,

La Cour rejette toutes autres conclusions ; reçoit D... en son appel, mais au fond l'en déboute ;

Confirme le jugement entrepris et condamne D... aux dépens d'appel et à l'amende.

(Cour d'appel de Bordeaux (4e Ch.), 24 décembre 1925, confirmant un jugement du Tribunal civil de Cognac du 10 février 1925, Archives du Sou Médical).

c) *Enfant blessé à l'école.*

Elève blessé. — Médecin appelé par le directeur. — Responsabilité de ce dernier quant au payement des honoraires.

Le directeur d'une école communale de garçons qui fait conduire chez un médecin un enfant qui s'est blessé en jouant avec ses camarades, est tenu au payement des honoraires de ce médecin, dès lors qu'il n'a pas prévenu ce dernier qu'il n'entendait pas répondre des frais médicaux et que pour leur payement le praticien aurait affaire exclusivement aux parents de l'enfant blessé.

Il est en effet de doctrine et de jurisprudence constante que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de faire appel à un médecin peut suivant les circonstances être considéré comme s'étant obligé personnellement du payement des honoraires dus. La responsabilité de ce tiers est engagée dès lors que le médecin a pu légitimement croire que pour des raisons spéciales l'intermédiaire prenait à sa charge les frais médicaux.

Or en l'espèce, le médecin était en droit de croire que ce tiers, de par ses fonctions et sa qualité de directeur de l'école, était responsable tout au moins moralement des conséquences de l'accident survenu au cours de la récréation des élèves qui lui sont confiés et qu'il a l'obligation de faire surveiller pendant leurs jeux ; de plus la présence à l'opération du préposé du directeur, le fait de l'absence de toutes déclarations de la part de ce dernier pour dégager sa responsabilité vis-à-vis du médecin, se soustraire au payement des honoraires et inviter le praticien à s'adresser aux parents du blessé pour obtenir le payement de ce qui lui serait dû, l'affirmation faite par le préposé, d'ordre de son directeur, que celui-ci était couvert par une Assurance constituent bien les circonstances voulues par la doc-

trine et la jurisprudence pour rendre l'intermédiaire responsable.

(Tribunal de paix d'Eu, 1er mai 1931, Archives du Sou Médical.)

d) *Domestiques.*

Soins donnés par un médecin à une domestique sur appel et au domicile du patron. — Possibilité pour le médecin d'actionner le patron en payement de ses honoraires.

Il est de jurisprudence constante que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade peut être considéré comme s'étant par là solidairement obligé avec le malade au payement des honoraires de l'homme de l'art. Ce principe ne saurait toutefois s'appliquer que si ce tiers a agi non pas au nom de la plus élémentaire humanité, mais au nom d'un sentiment d'affection ou d'un intérêt personnel quelconque.

Il est d'usage en matière de soins donnés à un domestique dans la maison du maître par un médecin appelé par lui, que le maître est tenu du payement de ces soins, pourvu toutefois que le chiffre des honoraires soit en proportion avec la condition modeste du domestique. En effet le patron a des raisons spéciales pour faire donner des soins à ce domestique et un intérêt personnel à sa guérison.

(Tribunal civil de Bordeaux, 23 décembre 1930, Archives du Sou Médical).

e) *Enfants en nourrice.*

Soins donnés à un nourrisson sur la demande de la nourrice. — Payement des honoraires du médecin.

Le médecin qui a donné ses soins à des nourrissons sur la demande de la nourrice est fondé à actionner cette dernière en payement de ses honoraires, alors qu'il est son médecin habituel et qu'elle ne lui a jamais fait connaître, ni en l'appelant, ni au cours de ses visites qu'elle n'entendait pas répondre de ses honoraires. Le médecin a en effet légitimement pu croire qu'il n'avait affaire pour le règlement de ses visites qu'à la nourrice qui a pris l'initiative de l'appeler auprès de ses nourrissons.

(Tribunal de paix de Conlie, 18 juin 1933, Archives du Sou Médical.)

f) *Compagnies d'assurances.*

Client victime d'un accident de droit commun. — Opposition amiable du médecin entre les mains de la Compagnie d'assurances responsable. — Payement de l'accidenté par l'Assurance. — Inobservation de son engagement. — Assurance tenue au payement des honoraires.

La Compagnie d'assurances responsable d'un accident de droit commun qui, après avoir accepté l'opposition amiable faite entre ses mains par le médecin ayant donné ses soins à la victime sur les indemnités lui revenant, paye néanmoins à cette dernière l'indemnité totale sans retenir les honoraires du médecin, a commis une faute qui l'oblige, solidairement avec le débiteur principal, au payement de ces honoraires.

(Tribunal de Paix, 9e arrond. de Paris, 16 novembre 1934, Archives du Sou Médical.)

b) *Société sportive.*

Accident survenu à un membre d'une société sportive. — Honoraires médicaux. — Engagement pris par la Société à l'égard du médecin.

I. Bien qu'aucune faute n'ait été relevée contre une Société sportive, qui aurait pu engager sa responsabilité d'un accident, selon les termes de l'article 1384 du Code civil, les honoraires médicaux doivent être mis à sa charge, s'il est prouvé que cette Société s'est engagée à rembourser le blessé de ses frais.

II. Lorsque dans un contrat intervenu entre une Société et un de ses membres, il est spécifié qu'en cas de maladie, ou d'accident, les honoraires médicaux seront réglés selon le tarif ministériel des accidents du travail, ce tarif ne saurait être opposable au médecin, qui n'a pas été partie audit contrat. Les honoraires réclamés par ce praticien doivent donc être réglés d'après le tarif du médecin.

(Tribunal civil de Rocroi, 11 juillet 1933, Archives du Sou médical).

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Ce que doit savoir le praticien du nouveau régime des Assurances sociales

I

Règlement général d'administration publique du 25 mars 1936 pour l'application du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales en ce qui concerne les Assurés de l'agriculture

(*Extraits*)

TITRE Ier

Assurance obligatoire

SECTION I

IMMATRICULATION ET CONTRIBUTIONS

Art. 1er. — § 1er. — L'employeur établit, pour pour tout salarié des professions agricoles et forestières ou tout métayer qui donne lieu au versement obligatoire en application du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés de l'agriculture, une déclaration individuelle dont le modèle est arrêté par le ministre du Travail. L'employeur est dispensé de ladite déclaration pour les salariés déjà immatriculés par le service régional des Assurances sociales, ainsi que pour les salariés dont la rémunération totale annuelle excède, compte tenu des dispositions de l'article 6 ci-après, les limites fixées à l'article 1er, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie.

§ 2. — La déclaration doit comporter une attestation du maire de la commune dans laquelle l'employeur a le siège de son exploitation ou de son principal établissement, certifiant que celui-ci fait habituellement exécuter des travaux agricoles.

Cette attestation n'est pas nécessaire si l'employeur est adhérent d'un Syndicat agricole, d'une Caisse d'assurance ou de réassurance mutuelle agricole, d'une Caisse de crédit agricole mutuel, d'une coopérative agricole, d'une Caisse d'allocation familiale agricole ou de tout groupement professionnel agricole régulièrement constitué, et s'il fait viser la déclaration ci-dessus prévue par l'un de ces organismes. Sont dispensés également de ladite attestation, à l'égard de leur personnel, les organismes ci-dessus énumérés.

§ 3. — Toute personne qui sollicite son immatriculation, ou dont l'immatriculation est demandée par l'employeur, peut adresser au service régional le bulletin, prévu à l'article 1er, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935, du modèle arrêté par le ministre du Travail. Sur ce

bulletin, ou sur la déclaration prévue au paragraphe 1er du présent article, elle peut indiquer l'organisme d'assurance maladie-maternité dont elle fait choix.

§ 4. — Les déclarations et bulletins établis conformément aux paragraphes précédents sont adressés, soit directement, soit par l'intermédiaire des Sociétés et Unions de sociétés de secours mutuels visées à l'article 4, paragraphe 1er, 4e alinéa, du décret-loi du 30 octobre 1935, au Service régional des Assurances sociales dans la circonscription duquel se trouve l'exploitation, l'établissement ou l'organisme dont dépend le salarié ou le métayer.

§ 5. En vue de bénéficier de la présomption d'affiliation prévue à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4, du décret-loi du 30 octobre 1935, les Sociétés et Unions de sociétés de Secours mutuels visées à cet article utilisent, pour les assurés n'ayant pas fait choix d'une Caisse d'assurance maladie-maternité, la déclaration de l'employeur.

Le Service régional notifie à l'assuré, dans les huit jours suivant la réception de la déclaration, l'affiliation résultant pour lui de la demande de l'organisme qui a transmis cette déclaration. L'assuré qui n'accepte pas cette affiliation doit le faire savoir au service régional par une déclaration adressée dans les trois mois de la notification. Si le Service a été saisi postérieurement d'autres demandes d'affiliation concernant le même assuré, il demande à celui-ci de choisir expressément, dans le délai ci-dessus prévu, l'organisme auquel il entend être affilié. Le Service informe, le cas échéant, de la déclaration ou du choix de l'assuré, l'organisme intéressé. Il notifie, dès que l'affiliation est définitive, à la Caisse autonome d'assurance vieillesse-invalidité intéressée, les renseignements devant lui permettre d'ouvrir le compte individuel de l'assuré rattaché à cette Caisse.

Lorsque l'assuré, usant de la faculté qui lui est réservée par l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 4, du décret-loi du 30 octobre 1935, a fait choix d'un organisme d'assurance maladie-maternité autre que celui qui a transmis la déclaration prévue au présent paragraphe, le Service régional ventile, au profit de cet organisme et de l'organisme d'assurance vieillesse-invalidité correspondant, les cotisations mises en réserve.

Art. 2. — § 1er. Le service régional classe comme assurés agricoles les assurés qui sont reconnus exercer à titre de profession principale une de celles que définit l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935.

Ce classement est fait d'après la déclaration de l'employeur qui a servi de base à l'immatriculation du salarié, ou d'après le bulletin adressé par celui-ci conformément à l'article 1er, paragraphe 3, ci-dessus, sous réserve des vérifications ultérieures.

§ 3. — N'est pas considéré comme travail salarié celui qu'accomplissant les exploitants qui se prêtent entre eux une aide mutuelle, sauf s'ils sont inscrits dans l'assurance obligatoire et reçoivent une rémunération en espèces.

Art. 3. — § 1er. — Pour l'application de l'article 1er, paragraphe 3, du décret-loi du 30 octobre 1935, sont considérés comme travaillant d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille (conjoint, ascendants, descendants, frères, sœurs, collatéraux), les métayers n'ayant pas employé de travailleurs occasionnels plus de 75 jours pendant l'année précédente.

§ 2. — Sont considérées comme métayers, les femmes des métayers qui sont partie au contrat de métayage.

Art. 4. — En ce qui concerne les métayers assurés obligatoires, le bailleur n'est tenu au versement prévu à l'article 2 du décret-loi du 30 octobre 1935 qu'au prorata du nombre de journées de travail que le métayer doit fournir pour l'exploitation normale de la propriété. Ce nombre de journées est fixé, d'accord entre les parties, sous réserve, s'il y a lieu, de la décision du Service régional, compte tenu des usages locaux.

Art. 5. — § 1er. — Les métayers ne supportent pas la charge des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec eux et qui sont rémunérés par le propriétaire. Ces contributions sont à la charge de celui-ci.

§ 2. —Les métayers sont tenus au versement des contributions patronales et ouvrières afférentes aux ouvriers qu'ils rémunèrent, ainsi qu'aux membres de leur famille assurés obligatoires. Toutefois, les contributions patronales leur sont remboursées par le propriétaire, dans les conditions qui résultent du contrat de métayage.

§ 3. — Au cas où un métayer exploite des terres appartenant à plusieurs propriétaires, la ventilation des cotisations dues par chacun d'eux est effectuée sur les bases convenues entre les parties intéressées, sous réserve, s'il y a lieu, de la décision du Service régional, compte tenu des usages locaux.

Art. 6. — La rémunération totale annuelle (en espèces ou en nature) à retenir en vue de l'affiliation des intéressés au régime des Assurances sociales est celle résultant d'arrêtés préfectoraux pris en application, suivant le cas, de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1914, ou de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents du travail.

Toutefois, il est fait état de la rémunération réelle :

1° En ce qui concerne les salariés et métayers pour lesquels il est établi par les intéressés ou par leur employeur que leur rémunération réelle

excède le chiffre de salaire limite prévu à l'article 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 ;

2° En ce qui concerne les salariés qui font l'objet d'une déclaration de leurs traitements et salaires pour l'assujettissement à l'impôt sur le revenu.

Art. 7. — § 1er. — Lorsqu'un salarié agricole, tout en ayant un emploi permanent chez un employeur, est rémunéré à l'heure ou à la tâche, ou effectue des journées partielles de travail, la contribution due est égale à une demi-cotisation journalière pour toute journée partielle de 4 heures ou de moins de 4 heures, et à une cotisation journalière entière pour toute journée partielle de plus de 4 heures.

Il en est de même pour tous les travaux agricoles accomplis par intermittence, ou successivement pour le compte de plusieurs employeurs.

§ 2. — En ce qui concerne les travaux agricoles accomplis simultanément pour plusieurs employeurs, la contribution due par journée totale ou partielle de travail incombe à chacun d'eux au prorata du salaire payé, à condition que la rémunération totale annuelle, déterminée conformément au paragraphe 1er du présent article, n'excède pas le salaire limite fixé à l'article 1er du décret-loi du 28 octobre 1935.

Art. 8. — Tout assuré classé comme assuré agricole reçoit un feuillet trimestriel de cotisations d'un modèle spécial arrêté par le ministre du Travail.

Art. 9. — § 1er. — L'assuré classé comme assuré agricole, qui effectue un travail non agricole, cesse d'avoir droit, pour le travail ainsi effectué aux majorations prévues à l'article 2, paragraphe 4, du décret-loi du 30 octobre 1935. Il cotise pour ce travail dans les conditions prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales pour les assurés du commerce et de l'industrie, et reçoit à cet effet un feuillet du modèle prévu pour ces assurés.

§ 2. — L'assuré classé comme assuré non agricole, qui exécute un travail exclusivement agricole, a droit, durant ce travail, aux majorations prévues à l'article 2, paragraphe 4, du décret-loi du 30 octobre 1935, à la condition que les versements correspondants soient opérés au moyen des feuillets trimestriels du modèle spécial visé à l'article 8 ci-dessus.

Toutefois, l'assuré classé comme assuré non agricole n'a pas droit auxdites majorations pour les travaux agricoles qu'il effectue à titre de supplément de son travail normal.

Art. 10. — § 1er. — L'assuré visé à l'article 9 du présent décret, qui accomplit successivement un travail agricole et un travail non agricole ou inversement, reste inscrit dans les organismes dont il fait partie. Les contributions qui lui sont applicables, ainsi qu'à son employeur, sont celles qui correspondent à la nature du travail effectuée ; elles sont ventilées suivant les règles propres au régime sous lequel l'assuré est immatriculé.

§ 2. — Il est tenu compte à l'assuré classé comme assuré non agricole du montant des cotisations obligatoires versées sous le régime applicable aux assurés de l'agriculture et des majorations correspondantes, tant pour la détermination de son droit aux prestations du régime applicable aux assurés du commerce et de l'industrie que pour le calcul des salaires de base.

Art. 11. — § 1er. — L'autorisation prévue à l'article 3, paragraphe 2, du décret-loi du 30 octobre 1935 ne peut être accordée qu'aux organismes, visés audit article, qui comptent au moins cinquante membres employeurs agricoles, s'ils s'agit de Caisses d'assurance ou de réassurance mutuelles agricoles ou de Syndicats ou d'Unions de Syndicats agricoles, ou cent membres participants ou honoraires, s'il s'agit de Sociétés de secours mutuels.

Elle peut être retirée à toute époque, soit parce que la condition d'effectif cesse d'être remplie, soit pour irrégularité dans l'exécution des opérations auxquelles elle se rapporte.

§ 2. — Tout organisme désireux de bénéficier des dispositions précédentes adresse une demande à cet effet au service régional des Assurances sociales dont il relève ou, si sa circonscription relève de plusieurs Services, au ministre du Travail.

La demande comporte l'engagement de l'organisme demandeur de se conformer aux prescriptions du présent article.

§ 3. — L'organisme demandeur est tenu :

a) D'admettre au bénéfice des dispositions de l'article 3, paragraphe 2, du décret-loi du 30 octobre 1935 tous ceux de ses adhérents employeurs qui en feront la demande en souscrivant aux clauses du contrat d'admission ;

b) D'ouvrir et de tenir constamment à jour, pour chacun des employeurs admis, un dossier contenant les éléments nécessaires à la vérification rapide des opérations effectuées ;

c) D'adresser au Service régional ou, s'il y a lieu, à chacun des Services régionaux intéressés, dans le courant du mois de janvier de chaque année, un état des nom, profession et adresse des employeurs admis ;

d) De notifier au Service régional intéressé, dans les quinze jours, tout manquement d'un employeur aux obligations contractées par lui envers l'organisme, et qui aurait pour effet, aux termes du contrat intervenu entre eux, de dégager l'organisme de ses obligations à l'égard de l'employeur ;

e) De ne traiter avec aucune entreprise commerciale pour l'accomplissement des opérations dont ledit organisme a assumé la charge.

SECTION II

PRESTATIONS

Art. 12. — **Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maladie fixées par les statuts de l'organisme auquel il est affilié, l'assuré agricole doit avoir subi, par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale soit à la somme de six cotisations mensuelles ouvrières au cours des deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, soit à la somme de douze cotisations mensuelles ouvrières pendant les quatre trimestres précédant celui de la maladie ou de l'accident.**

Toutefois, pour les maladies ou accidents survenant au cours du premier mois de chaque trimestre, les périodes de référence à considérer sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladie ou de l'accident.

Art. 13. — **Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue au moins égale à la valeur de dix cotisations mensuelles ouvrières au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont trois cotisations mensuelles au moins durant le premier de ces trimestres.**

Art. 14. — § 1er. — Les organismes d'assurance maladie-maternité fixent dans leurs statuts les prestations en nature et en argent allouées aux assurés obligatoires et aux membres de leur famille en cas de maladie ou de maternité.

§ 2. — Les dispositions générales que doit contenir, aux termes de l'article 7, paragraphe 2, du décret-loi du 30 octobre 1935, le règlement-type desdits organismes doivent prévoir :

1° Que les prestations des assurances maladie et maternité sont servies aux assurés agricoles pendant la durée prévue aux articles 6, paragraphe 12, 7, paragraphe 1er, et 9, paragraphe 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 (1) ;

2° Que, pour l'appréciation des droits de l'assuré ou de l'assurée, il est tenu compte des cotisations forfaitaires versées pour son compte en application de l'article 16, paragraphe 2, du présent décret ;

3° Que ne bénéficie pas des prestations en nature le conjoint de l'assuré obligatoire lorsque le montant annuel de son salaire ou de son gain, agricole ou non agricole, dépasse le chiffre limite prévu pour l'assurance obligatoire ou lorsqu'il bénéficie d'un des régimes spéciaux énumérés à l'article 23 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Art. 15. — § 1er. — Les organismes agricoles d'assurance-maladie déterminent leur part contributive dans le payement des prestations en nature suivant le tarif de responsabilité annexé à leurs statuts ou règlement. **La participation de l'assuré à ce tarif est au moins égale à 20 p. 100, sans pouvoir être supérieure à 40 p. 100.**

§ 2. — Lesdits organismes ont la faculté de passer des conventions avec les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements dans lesquels les assurés peuvent recevoir les soins nécessaires.

Lorsqu'une de ces conventions a été conclue, les dispositions prévues à l'article 8 du décret-loi du 28 octobre 1935, relatives au contrôle, sont applicables de plein droit. Dans le cas contraire, seules les dispositions des paragraphes 2 et 3 dudit article 8 sont applicables (1).

Art. 16. — § 1er. — Les organismes d'assurance-maladie fixent, dans leurs statuts, le montant de l'indemnité journalière à allouer en cas de cessation de travail pour cause de maladie ou de maternité.

§ 2. — Lorsque la maladie a duré au moins quinze jours, lesdits organismes versent, pour le compte de l'assuré, en ce qui concerne la période postérieure, une cotisation forfaitaire, pour chaque quinzaine comportant l'octroi de prestations en espèces, quel que soit le nombre de journées indemnisées.

Cette cotisation forfaitaire est versée dans les conditions prévues aux articles 3 et 5 du décret-loi du 30 octobre 1935. Elle est égale à la moitié de la cotisation mensuelle totale prévue à l'article 2 du décret-loi du 30 octobre 1935.

§ 3. — En cas de maternité, les mêmes organismes versent de même, pour le compte de l'assurée, une cotisation forfaitaire égale à 44 francs.

Art. 17. — Les Unions nationales prévues à l'article 6 du décret-loi du 30 octobre 1935 peuvent s'entendre avec les Sociétés ou Unions de Sociétés de Secours mutuels adhérentes, les Caisses autonomes de retraites visées à l'article 4, paragraphe 2, dudit décret-loi, et avec les Unions régionales instituées à l'article 30 du décret-loi du 28 octobre 1935, en vue de la prévention de l'invalidité et du partage des dépenses entre ces divers organismes.

Art. 18. — Les prestations des assurances maladie-maternité, invalidité et décès, accordées par les organismes agricoles, ouvrent droit aux allocations pour charges de famille dans les conditions prévues pour les assurés non agricoles. Ces allocations sont à la charge des organismes qui allouent lesdites prestations.

Art. 19. — Les avantages supplémentaires qui seraient constitués par les employeurs agricoles

(1) C'est-à-dire pendant six mois à partir de la première constatation médicale en matière d'assurance maladie, et pendant six semaines avant et six semaines après l'accouchement en matière d'assurance-maternité.

(1) Ledit article 8 prévoit le contrôle médical de l'assuré (§ 2), la compétence de la commission technique en ce qui concerne les contestations s'élevant sur l'état du malade (§ 3), et le contrôle technique par les Syndicats médicaux (§ 4). Le contrôle technique ne jouera donc pas lorsque les Caisses n'auront pas conclu de convention avec les Syndicats.

sont garantis au profit de leur personnel, avec ou sans participation des intéressés, dans les conditions prévues par la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935.

Section III

Dispositions spéciales aux bénéficiaires des diverses législations de prévoyance et d'assistance

Art. 20. — § 1er. — Les assurés obligatoires agricoles, malades ou blessés de guerre, qui bénéficient de la législation des pensions militaires, continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant les prescriptions dudit article et des dispositions réglementaires qui en règlent l'application.

Ils ont droit, dans tous les cas, à l'indemnité journalière prévue par les statuts de l'organisme d'assurance-maladie auquel ils appartiennent, dans les conditions fixées par le règlement-type des organismes d'assurance-maladie prévu à l'article 7, paragraphe 2, du décret-loi du 30 octobre 1935.

§ 2. — Pour les blessures, maladies ou infirmités non visées par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, ils jouissent, ainsi que leur conjoint et leurs enfants non salariés de moins de 16 ans, des prestations en nature de l'assurance-maladie, mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

§ 3. — Si la Caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

§ 4. — En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 p. 100 et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu de l'article 9 du décret-loi du 30 octobre 1935, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire.

Art. 21. — En vue de l'application de l'article 19 paragraphe 3, avant-dernier alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935, il est fait état, pour le calcul de la différence à la charge des collectivités d'assistance entre le montant des frais dus au praticien et les sommes remboursées par l'organisme d'assurance maladie-maternité, du montant effectif du remboursement dû par cet organisme, après déduction du pourcentage statutaire représentant la participation des assurés au tarif de responsabilité.

Art. 22. — § 1er. — L'assuré obligatoire agricole, victime d'un accident du travail, conserve, pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations telles qu'elles sont fixées par les statuts des organismes d'assurance auxquels il est affilié pour lui, son conjoint, et les enfants à sa charge, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées à l'article 13 du présent décret.

Toutefois, l'intéressé ne peut cumuler le demi-salaire dû en vertu de la législation sur les accidents du travail et l'indemnité journalière prévue par les statuts de sa Caisse d'assurances sociales. Cette indemnité journalière lui est due à partir de la guérison ou de la consoidation de la blessure résultant de l'accident du travail.

§ 2. — Il est fait application du paragraphe 4 de l'article 20 du décret-loi du 28 octobre 1935 à l'assuré obligatoire agricole, victime d'un accident du travail, qui justifie des conditions de versements visées au paragraphe précédent.

§ 3. — Lorsque l'accident entraîne une incapacité de travail de plus de quinze jours, l'assuré a droit au versement à son compte de la cotisation prévue à l'article 16, paragraphe 2, du présent décret. Cette cotisation est versée dans les conditions prévues pour l'acquittement des cotisations patronales et ouvrières. Elle est à la charge de l'employeur ou de l'assureur substitué.

TITRE II

Assurance facultative

Art. 23. — § 1er. — Les personnes qui, satisfaisant aux conditions fixées à l'article 14 du décret-loi du 30 octobre 1935, désirent être admises au bénéfice de l'assurance facultative agricole en font la demande au Service régional des Assurances sociales, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un des organismes dont elles ont fait choix.

§ 2. — Cette demande est présentée sur une formule dont le modèle est arrêté par le ministre du Travail. Elle est accompagnée de pièces justificatives dont la nomenclature est fixée dans les mêmes conditions, et d'une attestation médicale délivrée par un médecin agréé par l'organisme d'assurance intéressé, et certifiant que l'assuré n'est atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever notablement sa morbidité. Cette attestation doit mentionner l'acceptation de la Société ou de l'Union de Sociétés de secours mutuels à laquelle l'intéressé désire s'affilier ; elle n'est pas exigée des assurés qui dési-

rent bénéficier de l'assurance-vieillesse seulement.

Art. 24. — § 1er. — Pour déterminer, en vue de l'affiliation aux Assurances sociales des assurés facultatifs agricoles, le produit annuel de leur travail, conformément à l'article 14 du décret-loi du 30 octobre 1935, le Service régional se réfère, en ce qui concerne les artisans ruraux et les entrepreneurs de battages et de travaux agricoles au revenu net ou au bénéfice net, d'après lequel ils sont assujettis à l'impôt cédulaire, et en cas de non-assujettissement audit impôt, aux déclarations des intéressés.

§ 2. — En ce qui concerne les fermiers, métayers et propriétaires exploitants, le Service régional se réfère, pour la détermination du produit annuel de leur travail, au bénéfice forfaitaire calculé suivant les règles fixées pour l'impôt sur les bénéfices agricoles.

§ 3. — Les intéressés doivent joindre à leur demande d'immatriculation un extrait du rôle de l'impôt cédulaire délivré par le percepteur ou, en cas de non-assujettissement audit impôt, un certificat de non-imposition.

Art. 25. — § 1er. — Les intéressés indiquent les risques contre lesquels ils désirent se garantir et les organismes auxquels ils demandent à être affiliés pour chacun de ces risques.

§ 2. — Ils peuvent se couvrir soit contre tous les risques, soit seulement contre un ou plusieurs d'entre eux. Toutefois, ils ne peuvent s'assurer contre l'invalidité.

Art. 26. — Le Service régional délivre à l'assuré, qui satisfait aux conditions exigées par l'article 14 du décret-loi du 30 octobre 1935 et par les articles 23 et 24 ci-dessus pour bénéficier de l'assurance facultative, une carte d'immatriculation du modèle arrêté par le ministre du Travail

Art. 27. — Les assurés facultatifs sont tenus de faire connaître au Service régional, en fournissant toutes les justifications utiles, les changements qui sont survenus dans leur situation depuis leur immatriculation et qui sont de nature à les priver du droit à l'assurance facultative.

Art. 28. — Lorsque l'assuré facultatif travaille comme salarié, le Service régional lui délivre, sur sa demande, des feuillets trimestriels pour le versement de la double contribution patronale et ouvrière, dans les conditions applicables aux assurés obligatoires. Cette double contribution est affectée par l'organisme d'assurance à l'acquittement des cotisations d'assurance facultative.

Art. 29. — § 1er. — Les cotisations et les prestations d'assurance facultative en cas de maladie, de maternité, de vieillesse et de décès sont déterminées par les statuts de l'organisme d'assurance.

§ 2. — Les cotisations de l'assurance facultative en cas de maladie, de maternité, de vieillesse, et de décès sont payables directement et d'avance aux organismes auxquels l'assuré est affilié par tous modes de versement admis par ceux-ci.

Art. 30. — § 1er. — L'assuré facultatif cesse d'être assuré à l'âge de soixante ans. Toutefois, si, antérieurement au 1er janvier 1936, il est entré dans l'assurance après cinquante-cinq ans, il peut rester assuré pour le risque vieillesse seulement pendant cinq ans.

§ 2. — Les versements effectués par l'assuré facultatif pour l'assurance vieillesse sont capitalisés à un compte individuel d'assurance à capital aliéné ou réservé, au gré de l'assuré, dans les conditions de la loi du 1er avril 1898.

Art. 31. — Les statuts des organismes d'assurance fixent les conditions dans lesquelles l'assuré facultatif a droit ou ouvre droit aux prestations de l'assurance.

Art. 32. — § 1er. — Les contrats d'assurance-maladie, maternité et décès souscrits au titre de l'assurance facultative par les assurés agricoles antérieurement au 1er janvier 1936 sont maintenus.

TITRE III

Organismes d'assurances

Section I

Assurance obligatoire

Art. 33. — § 1er. — Pour être admises à fonctionner comme organismes d'assurances sociales, les Sociétés de secours mutuels, ainsi que les Unions de Sociétés de secours mutuels pratiquant directemnt l'assurance maladie-maternité, doivent établir des statuts, ou un règlement distinct, pour les assurés des professions agricoles, en se conformant à l'article 7, paragraphe 2, du décret-loi du 30 octobre 1935, et les soumettre à l'approbation du ministre du Travail dans les conditions de l'article 16 de la loi du 1er avril 1898.

§ 2. — Cette approbation ne peut être accordée auxdites Sociétés et Unions que si elles ont une circonscription au moins départementale conformément à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 2, du décret-loi du 30 octobre 1935, et si elles sont affiliées pour la réassurance à des Unions à circonscription nationale, ayant l'effectif minimum de 50.000 assurés prévu à l'article 6, paragraphe 1er, dudit décret-loi. Toutefois, les Sociétés ou Unions, dont la circonscription est inférieure à celle d'un département, mais au moins égale à celle d'un arrondissement, peuvent être approuvées si leur effectif atteint un minimum de 1.500 adhérents des professions agricoles ou forestières.

§ 3. — Les dispositions du paragraphe 1er sont applicables aux Unions nationales de réassurance visées à l'article 6, paragraphe 1er, du décret-loi susvisé.

§) 4.—Un arrêté du ministre du Travail fixera les justifications que devront fournir pour l'approbation de leurs statuts, les Sociétés et Unions de sociétés de secours mutuels, en ce qui concerne les conditions énumérées aux paragraphes précédents, et les Unions nationales de réassurance en ce qui concerne, s'il y a lieu, le minimum d'effectif prévu à l'aticle 6, paragraphe 1er, dudit décret-loi.

§ 5. — Les Caisses primaires départementales doivent soumettre à l'agrément du ministre du Travail le règlement concernant le fonctionnement de leur section agricole, et établi conformément au paragraphe 1er du présent article. Elles doivent pour obtenir cet agrément justifier de leur affiliation à une Union nationale de réassurance régulièrement constituée.

§ 6. — Les Caisses autonomes mutualistes de retraites constituées en application de l'article 27 de la loi du 1er avril 1898, doivent établir, en vue du fonctionnement de leur section agricole d'assurance obligatoire dans les conditions fixées à l'article 4, paragraphe 2, deuxième alinéa, du décret-loi du 30 octobre 1935, un règlement spécial concernant les assurances invalidité, vieillesse et décès ; ce règlement doit obligatoirement comporter les dispositions générales inscrites dans le règlement-type arrêté par le ministre du Travail pour les Caisses primaires d'assurance vieillesse-invalidité-décès régies par le décret-loi du 28 octobre 1935. Il doit être approuvé par le ministre du Travail.

§ 7. — Les dispositions réglementaires relatives à la gestion financière et à la liquidation des Caisses primaires d'assurances sociales sont applicables aux organismes d'Assurances sociales agricoles, y compris les Caisses autonomes mutualistes de retraites, en ce qui concerne les fonds de l'assurance obligatoire.

§ 8. — Les sections agricoles des Caisses départementales et la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse sont soumises pour la gestion des risques et l'emploi des fonds de l'assurance obligatoire agricole, aux prescriptions des décrets-lois des 28 et 30 octobre 1935 et à celles du présent décret.

Art. 35. — § 1er. — Les Unions nationales de réassurance agricoles font application, pour le service des soins aux invalides, des dispositions de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935 et de l'article 4, paragraphe 4, et de l'article 9, paragraphes 1er, 2, 3, 5 et 6, du décret-loi du 30 octobre 1935. Elles peuvent assurer ces prestations par l'intermédiaire soit des Unions de Sociétés de secours mutuels qui leur sont affiliées, soit des Sociétés ou Sections de Sociétés de secours mutuels adhérentes, composées exclusivement d'assurés des professions agricoles, conformément à l'article 4, paragraphe 1er, alinéa 3, du décret-loi du 30 octobre 1935.

§ 2. — Les Unions nationales susvisées réassurent les organismes adhérents dans les conditions fixées par le décret prévu à l'article 13, paragraphe 2, du décret-loi du 30 octobre 1935.

§ 3. — Les opérations de réassurance sont distinctes pour l'assurance obligatoire et l'assurance facultative.

§ 4. — Le paragraphe 7 de l'article 30 du décret-loi du 28 octobre 1935 relatif à l'organisation du contrôle des malades et à la prévention est applicable aux Unions nationales de réassurance agricoles en ce qui concerne les fonds provenant de l'assurance obligatoire.

§ 5. — Les dispositions de l'article 37 du présent décret, qui ont trait à l'assurance facultative, sont applicables auxdites Unions.

§ 6. — Les dispositions de l'article 34 du décret-loi du 28 octobre 1935 relatives aux excédents annuels de recettes afférents aux services de maladie-maternité sont applicables auxdites Sociétés et Unions, en ce qui concerne leurs services maladie et maternité de l'assurance obligatoire, à l'exception toutefois des prélèvements de 20 p. 100 et de 5 p. 100 prévus au paragraphe 1er, 2o et 3o, dudit article.

Sur les excédents annuels de recettes des Sociétés ou Unions visées à l'article 4, paragraphe 1er, du décret-loi du 30 octobre 1935, il est effectué un prélèvement obligatoire de 35 p. 100 au profit des fonds de réserve desdits organismes jusqu'à ce que la valeur de ce fonds atteigne une somme égale au produit des cotisations de la dernière année inventoriée.

Section II

Assurance facultative

Art. 37. — § 1er. — Les règles de *dépôt et* d'emploi des fonds fixées par les articles 13, 15, 17 et 20, de la loi du 1er avril 1898 modifiée, sont applicables aux Sociétés et Unions de Sociétés de secours mutuels pour les opérations se rapportant à l'assurance facultative agricole.

§ 2. — Toutefois, ces Sociétés ou Unions ne peuvent bénéficier, pour les opérations de l'assurance facultative, des subventions prévues à l'article 26 de la loi du 1er avril 1898, ni des taux minima d'intérêt visés à l'article 21 de la même loi. Leurs frais de gestion, pour l'assurance facultative agricole, sont couverts soit par un prélèvement sur les ressources de l'assurance dans la limite d'un maximum fixé par arrêté du ministre du Travail, soit à l'aide d'une cotisation spéciale de gestion distincte de la cotisation d'assurance.

§ 3. — En cas de liquidation des Sociétés ou Unions susvisées, il y a lieu à application, pour les opérations de l'assurance facultative, des prescriptions de l'article 31 de la loi du 1er avril 1898.

TITRE IV

Dispositions diverses

Art. 40. — § 1er. — Conformément à l'article 29, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, visé à l'article 13, paragraphe 1er, du décret-loi du 30 octobre 1935, l'assuré obligatoire des professions agricoles, inscrit à un organisme d'assurance maladie-maternité, ne peut, sauf le cas où il change de lieu de travail, demander son affiliation à un autre organisme qu'à partir de l'expiration de la période de deux ans consécutive à son affiliation primitive ou renouvelée par tacite reconduction. Cette demande, établie dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail, doit parvenir au Service régional avant la fin du trimestre civil qui suit. La mutation a effet à compter de la fin de la période de validité du feuillet trimestriel en cours à la date où se termine la période de deux ans susvisée.

§ 2. — Lorsque l'assuré ci-dessus visé change de lieu de travail et désire faire choix d'un autre organisme d'assurance maladie-maternité conformément à l'article 29, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, il doit adresser au Service régional, au plus tard dans le mois qui suit celui de son changement de lieu de travail, ou s'il a fixé son lieu de travail dans la circonscription d'un autre Service régional, dans le mois suivant l'invitation faite par ce Service, le bulletin visé à l'article 1er, paragraphe 3, du présent décret. Le Service régional opère la mutation à compter du début de la période de validité du feuillet trimestriel de cotisations en cours à la date de réception dudit bulletin.

§ 3. — L'arrêté prévu au paragraphe 1er déterminera les règles à appliquer par le Service régional au cas où lui parviendraient, pour le même assuré, pendant le délai mentionné audit paragraphe, des demandes de mutation concernant des organismes différents.

§ 4. — Lorsque l'assuré est susceptible d'avoir ou d'ouvrir droit aux prestations des Assurances maladie, maternité, invalidité et décès, et que les conditions légales d'immatriculation et de versement ne sont pas remplies par lui au regard de l'organisme auquel il appartient, les prestations sont servies par cet organisme pour le compte de l'organisme auquel il était affilié en dernier lieu, quelle que soit la durée de cette affiliation.

§ 5. — L'assuré pensionné pour invalidité ou vieillesse ne peut changer d'organisme d'assurance pour le service des prestations qui lui sont dues. Ces prestations restent à la charge de l'organisme qui en est responsable, même si les bénéficiaires changent de résidence.

§ 6. — Si l'assuré pensionné pour invalidité transporte sa résidence en dehors de la circonscription de l'organisme qui lui assure les soins pour le compte de l'Union nationale débitrice de la pension, il en avise cette Union, ainsi que le Service régional de son ancienne résidence. Dans ce cas, il est mis en subsistance par l'Union nationale susvisée dans un des organismes d'assurance-maladie dont la circonscription comprend la nouvelle résidence du pensionné.

§ 7. — Lorsqu'un assuré obligatoire des professions agricoles passe sous le régime obligatoire des professions du commerce et de l'industrie ou inversement, le changement d'organisme consécutif a effet à compter de la fin de la période de validité du feuillet trimestriel en cours à la date où se produit le changement de régime.

Dans ce cas, il est fait application, s'il y a lieu, des dispositions du paragraphe 4 ci-dessus et du paragraphe 2, alinéa 2, de l'article 41 ci-après ; les prestations dues éventuellement à l'assuré sont celles correspondant au régime soit des professions agricoles, soit des professions du commerce et de l'industrie, suivant que l'organisme qui a la charge des prestations, aux termes du paragraphe 4 ci-dessus, relève de l'un ou l'autre de ces régimes.

Art. 41. — § 1er. — Lorsqu'un assuré facultatif agricole passe sous le régime de l'assurance obligatoire agricole et inversement lorsqu'un assuré obligatoire agricole passe sous le régime de l'assurance facultative agricole, les dispositions ci-après sont applicables pour la détermination, tant du droit de l'assuré intéressé que des charges respectives des organismes d'assurance.

§ 2. — Pour les assurances maladie, maternité et décès, la mutation ne produit effet, en ce qui concerne le nouveau régime, et éventuellement le nouvel organisme, qu'à la fin du trimestre civil au cours duquel se produit la mutation.

L'assuré facultatif agricole qui devient assuré obligatoire agricole, est réputé remplir les conditions de versement prévues à l'article 13 du présent décret pour l'attribution des prestations maladie et maternité s'il a versé, au cours des périodes de référence prévues à cet article, des cotisations égales y compris les majorations correspondantes, à celles qu'il aurait dû verser sous le régime de l'assurance obligatoire. Si ce minimum n'est pas atteint, l'intéressé peut les compléter, pour les assurances maladie et maternité, par les versements nécessaires.

L'assuré facultatif agricole, qui provient de l'assurance obligatoire agricole a droit au maintien des droits acquis dans l'assurance obligatoire. Il est réputé, au regard de l'assurance facultative agricole, remplir les conditions d'immatriculation et de versements prévues par les statuts de l'organisme auquel il est affilié, s'il justifie pour le temps passé dans l'assurance obligatoire, avoir subi, par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale au minimum de cotisations

ouvrant droit aux prestations de l'assurance obligatoire agricole.

Toutefois, si l'assuré agricole visé au présent paragraphe, change d'organisme d'assurance maladie-maternité en même temps qu'il passe du régime de l'assurance obligatoire au régime de l'assurance facultative, ou inversement, il y a lieu à application des dispositions du paragraphe 4 de l'article 40 ci-dessus.

Art. 42. — Les assurés obligatoires des professions agricoles peuvent, en vue d'éviter de perdre leurs droits, effectuer des versements pour les journées de maladie ou de chômage qui ne donnent pas lieu au payement des cotisations. Ces versements doivent être égaux au montant de la cotisation totale correspondant à chaque journée de maladie ou de chômage. Ils sont effectués dans les conditions prévues à l'article 3 du décret-loi du 30 octobre 1935.

Art. 43. — En cas de cession ou de cessation d'une exploitation agricole ou forestière, le payement des contributions dues par l'exploitant pour le trimestre est immédiatement exigible.

Art. 44. — § 1er. — **Les dispositions de l'article 75 de la loi du 5 avril 1928 modifiée restent respectivement applicables aux maladies et aux accidents médicalement constatés avant le 1er avril 1936, et aux accouchements antérieurs à cette date (1).**

§ 2. — **Pour les maladies ou les accidents médicalement constatés après le 31 mars 1936, ainsi que pour les accouchements postérieurs à cette date, les périodes de référence et les minima exigés sont ceux que prévoit l'article 13 du présent décret.**

§ 3. — Les dispositions applicables aux assurés obligatoires qui demandent le bénéfice de l'assurance-invalidité sont déterminées d'après la date d'expiration du délai de six mois de maladie. Si cette date est antérieure au 1er janvier 1936, les dispositions du décret-loi du 30 juin 1934 relatif à l'application de l'assurance invalidité aux salariés des professions agricoles et forestières restent applicables. Dans le cas contraire, il y a lieu de faire application des dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 et du présent décret.

Toutefois, lorsque la demande de pension aura été formée par l'assuré postérieurement au 31 mars 1936, le point de départ des arrérages de la pension sera fixé conformément à l'article 10, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935.

Les soins aux invalides sont dispensés par les organismes d'assurance-maladie pour le compte des Unions nationales visées à l'article 6 du décret-loi du 30 octobre 1935. Des soins préventifs et spéciaux peuvent être dispensés, pour le compte desdites Unions nationales, par les organismes d'assurance-maladie, après accord avec ces Unions.

Art. 45. — Sous réserve des dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 et des dispositions du présent décret, notamment en ce qui concerne les organismes respectivement prévus par ledit décret-loi pour le fonctionnement des assurances maladie-maternité, invalidité, vieillesse et décès, sont applicables aux personnes et organismes ci-dessus visés :

L'article 1er, paragraphe 4 ; l'article 2, paragraphes 2, 3, 5 et 7 ; l'article 13, paragraphes 1er, 2 et 3 ; les articles 14, 15 et 16 ; les articles 17 à 33 ; l'article 34, paragraphes 1er, 2 et 3 ; les articles 35, 37 et 38 ; les articles 40 à 43 ; l'article 44 , paragraphe 2 ; les articles 45 à 68 ; les articles 70 à 75 ; les articles 86 à 89 ; les articles 107, 108, 112, 113, paragraphe 5 ; les articles 118 à 128 ; les articles 146 à 158 ; les articles 160, 161, 162 et 163 ; l'article 167, paragraphes 3, 4, 5 et 6 ; les articles 169, 170 et 171 et l'article 176 du décret du 19 mars 1936 portant règlement général d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales en ce qui concerne les assurés du commerce et de l'industrie.

(*J. O.*, 25 mars 1936)

II

Circulaire du 15 *avril* 1936 *concernant les modalités d'application du nouveau régime des Assurances sociales pour les Assurés du commerce et de l'industrie*

Le décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'exécution du décret-loi du 28 octobre 1935, décret qui a été publié au *Journal officiel* du 22 mars 1936, a fixé les modalités d'application du nouveau régime des Assurances sociales en ce qui concerne les assurés du commerce et de l'industrie.

Je crois devoir vous signaler immédiatement que ce décret prévoit notamment que le régime des prestations de l'assurance maladie-accident, de l'assurance-maternité et de l'assurance-décès résultant du décret-loi du 24 octobre 1935 est applicable en principe à partir du 1er avril 1936 suivant les conditions que la présente circulaire a précisément pour objet de déterminer.

---

(1) Ceci revient à dire que les conditions pour ouvrir droit au versement des prestations resteront celles fixées par les statuts des Sociétés de Secours mutuels.

Assurance maladie et maternité

I

DÉTERMINATION DU DROIT AUX PRESTATIONS

L'article 167 du décret d'administration publique du 19 mars 1936 est ainsi conçu, en ses paragraphes 1er et 2 :

§ 1er. — Les dispositions de l'article 5(§ 2) de la loi du 5 avril 1928 modifiée et celles de l'article 9 de la même loi, restent respectivement applicables aux maladies et aux accidents médicalement constatés avant le 1er avril 1936 et aux accouchements antérieurs à cette date.

§ 2. — Pour les maladies ou les accidents médicalement constatés après le 31 mars 1936, ainsi que pour les accouchements postérieurs à cette date, les périodes de référence et les minima exigés sont ceux que prévoient respectivement les articles 7 (§ 2) et 9 (§ 6) du décret-loi du 28 octobre 1935.

Ce texte établit une distinction très nette entre les maladies, les accidents et les accouchements suivant la date à laquelle ils ont été médicalement constatés. C'est la date de la constatation médicale qui permet de déterminer la période de référence et, par suite, le droit aux prestations. Ainsi pour les maladies et les accidents médicalement constatés après le 31 mars 1936, ainsi que pour les accouchements postérieurs à cette date, les droits des assurés seront déterminés suivant les nouvelles règles prévues au décret-loi du 28 octobre 1935, tant en ce qui concerne les périodes de référence que le montant des versements exigibles au cours de ces périodes, même si la période de référence se place encore dans l'année 1935.

II

CALCUL DES PRESTATIONS

1° *Assurance maladie et accidents.*

1° Les maladies et les accidents médicalement constatés avant le 1er avril 1936 donneront lieu à l'attribution des prestations, tant des prestations en nature que des prestations en argent, prévues aux articles 4 et 5 de la loi du 30 avril 1930, même pour les payements afférents aux feuilles de maladie délivrées après le 1er avril 1936 ;

2° Pour les maladies et les accidents médicament constatés après le 31 mars 1936, les prestations en nature et les prestations en argent seront déterminées sur les bases du décret du 28 octobre 1935 ; en ce qui concerne spécialement les indemnités journalières de maladie, celles-ci seront calculées suivant les indications du barème annexé à l'arrêté du 4 avril 1936, lequel a été inséré au *Journal Officiel* du 5 avril 1936. Il en sera ainsi même si l'un des trimestres de référence se place en 1935 ou dans le premier trimestre 1936.

2° *Assurance maternité.*

L'indemnité forfaitaire représentant les frais d'accouchement sera réglée d'après le tarif de la loi du 30 avril 1930 ou du décret-loi du 28 octobre 1935 suivant que la date de l'accouchement sera antérieure au 1er avril 1936 ou postérieure au 31 mars 1936.

Quant à l'indemnité de repos (qu'il s'agisse de l'indemnité prénatale ou de l'indemnité postnatale), elle sera calculée comme il est dit à l'article 9 (§ 2) de la loi du 30 avril 1930 pour les accouchements antérieurs au 1er avril 1936.

Mais pour les accouchements postérieurs au 31 mars 1936, l'indemnité sera celle fixée au barème visé à l'article 9 (§ 6) du décret-loi du 28 octobre 1935, indemnité dont le taux est indiqué à l'arrêté du 6 avril 1936, inséré au *Journal officiel* du 7 avril 1936. Il en sera ainsi même pour l'indemnité prénatale, dès l'instant où l'accouchement aura eu lieu après le 31 mars 1936.

Ici encore, au cas où la période de référence se placera en 1935 ou dans le premier trimestre 1936, les minima de versements exigés seront ceux de l'article 9 (§ 6) du décret-loi du 28 octobre 1935.

Les primes d'allaitement seront celles de l'article 9 (§ 4) de la loi du 30 avril 1930 ou de l'article 9 (§ 4) du décret-loi du 28 octobre 1935, suivant que l'accouchement sera antérieur au 1er avril 1936 ou postérieur au 31 mars 1936.

3° *Dispositions communes à l'assurance-maladie-accidents et à l'assurance-maternité.*

a) Ce sera la date de la constatation médicale qui permettra, suivant qu'elle sera antérieure au 1er avril 1936 ou postérieure au 31 mars 1936, de déterminer si les prestations à accorder pendant toute la période de maladie ou pour l'accouchement devront être réglées sur la base de l'ancien régime ou sur celle du nouveau régime. J'appelle votre attention sur le fait qu'une même maladie, un même accident, une même grossesse, ne saurait donner lieu à l'attribution de prestations calculées successivement suivant le régime de la loi du 30 avril 1930 et suivant celui du décret-loi du 28 octobre 1935. Toute maladie, tout accident, tout accouchement médicalement constaté avant le 1er avril 1936 reste, pour toutes les prestations dues soit avant le 1er avril 1936, soit après le 1er avril 1936, et quelle que soit la durée de la période de maladie ou de l'incapacité de travail, réglé exclusivement par la loi du 30 avril 1930 ;

b) Majorations pour charges de famille. — Aux termes du paragraphe 3 de l'article 167 du rè-

glement d'administration publique, « toute feuille de maladie ou d'accouchement délivrée pour une période postérieure au 31 mars 1936 ne donnera lieu à aucun remboursement par la Caisse générale de garantie en ce qui concerne les majorations pour charges de famille ». Ainsi, les majorations pour charges de famille allouées aux assurés en cas de maladie ou de maternité seront, à partir du 1er avril 1936, à la charge de l'assurance-maladie ou de l'assurance-maternité. Les majorations ne seront donc plus remboursées par la Caisse générale de garantie.

En ce qui concerne les feuilles de maladie ou d'accouchement qui se rapporteront à une période chevauchant sur le mois de mars ou sur le mois d'avril 1936, il y aura lieu de faire une discrimination entre les journées de maladie antérieures au 1er avril 1936 et celles postérieures au 31 mars 1936. Seules, les majorations se rapportant aux indemnités journalières dues pour les journées de maladie ou de repos antérieures au 1er avril 1936 seront remboursées par la Caisse générale de garantie ;

c) Versement des cotisations forfaitaires pour la période de maladie et à l'occasion de l'accouchement. — A compter du 1er janvier 1936 toute période de maladie, même si la maladie a débuté en 1935, doit donner lieu au versement des cotisations forfaitaires prévues à l'article 7 (§ 5) du décret-loi du 28 octobre 1935. Il en sera ainsi pour les accouchements postérieurs au 31 décembre 1935, même si la période prénatale a fait l'objet en 1935 du versement des demi-cotisations vieillesse.

Ces cotisations forfaitaires seront acquittées dans les conditions fixées à l'article 2 du décret-loi du 28 octobre 1935. Les Caisses utiliseront à cet effet des formules de duplicata des feuillets trimestriels de cotisations du nouveau modèle et opéreront leurs versements par ordre de virement de chèque postal conformément aux prescriptions applicables aux employeurs occupant plus de 100 assurés.

4° *Soins aux invalides.*

Jusqu'à la constitution des Unions régionales prévues à l'article 30 du décret-loi du 28 octobre 1935, les soins aux invalides devront être dispensés par les Caisses d'assurance-maladie pour le compte desdites Unions. Pendant la même période des soins préventifs et spéciaux pourront être dispensés par lesdites Caisses pour le compte des Unions après accord avec la Caisse d'assurance-vieillesse-invalidité à laquelle l'assuré appartiendra.

Les dispositions qui seront applicables à la détermination du droit aux prestations des assurés invalides seront celles du décret-loi du 28 octobre 1935, si la date d'expiration du délai de six mois de maladie est postérieure au 31 décembre 1935. Dans le cas contraire, il y aura lieu de faire application des dispositions de la loi du 30 avril 1930.

Les dépenses concernant les soins aux invalides seront donc remboursées aux Caisses d'assurance-maladie par l'Union régionale à laquelle elles seront agrégées.

En ce qui concerne le tarif de remboursement des soins aux invalides, et par dérogation aux dispositions prévues pour les maladies médicalement constatées avant le 1er avril 1936, il n'y aura pas lieu d'appliquer indéfiniment aux assurés, dont l'état d'invalidité sera antérieur au 1er janvier 1936, le tarif de remboursement prévu par la loi du 30 avril 1930. Tous les soins donnés après le 31 mars 1936 quelle que soit la date de début de l'invalidité, donneront lieu à l'application du tarif de remboursement prévu par le décret-loi du 28 octobre 1935. La participation légale de l'assuré aux frais médicaux sera donc uniformément, à partir de cette date, de 20 p. 100 et leur participation aux frais pharmaceutiques sera de 20 p. 100 pour la part des frais de chaque ordonnance n'excédant pas 25 francs, et de 40 p. 100 pour le surplus. Il n'y aura pas lieu à révision des règlements de prestations effectués pour des assurés invalides en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques dispensés entre le 1er janvier et le 1er avril 1936.

Les Caisses d'assurance-maladie agrégées à chaque Union régionale pourront, dans l'avenir être chargées par cette Union de dispenser les prestations en nature aux pensionnés d'invalidité, et de leur servir les arrérages de leur pension (art. 40, § 5, du décret du 19 mars 1936).

Assurance-décès

J'appelle également votre attention sur les nouvelles dispositions qui concernent l'assurance-décès. Vous savez que cette assurance est dorénavant à la charge des Caisses de capitalisation. Aux termes du paragraphe 4 de l'article 167 du décret du 19 mars 1935, ces nouvelles dispositions sont applicables à partir du 1er avril 1936. C'est la date du décès qui déterminera si le capital décès peut être attribué suivant les règles de la loi du 30 avril 1930 ou suivant celles du décret-loi du 28 octobre 1935. Pour tous les décès antérieurs au 1er avril 1936, ce sont les anciennes règles qui seront applicables. Les organismes d'assurance-maladie resteront donc responsables des prestations chaque fois que le décès sera survenu antérieurement au 1er avril 1936, et cela quelle que soit la date à laquelle seront réclamées ces prestations. Par contre, pour les décès qui surviendront à partir du 1er avril 1936, c'est la Caisse de capitalisation qui en sera responsable.

Conformément à l'article 73 (§ 1er) du décret du 19 mars 1936, les demandes tendant au paiement du capital décès seront adressées, pour les décès postérieurs au 31 mars 1936, à la Caisse d'assurance-vieillesse à laquelle l'assuré décédé était inscrit. La Caisse de capitalisation à laquelle ces demandes devront parvenir est celle à laquelle les assurés se trouveront inscrits *à la date de leur décès.* Ce sera donc à la Caisse d'assurance-vieillesse avec laquelle la Caisse d'assurance-maladie se sera jumelée, conformément aux prescriptions de l'article 28 (§ 5) du décret-loi du 28 octobre 1935, que les demandes de prestations décès dervront être envoyées ou à la Caisse d'assurance-vieillesse à laquelle l'assuré décédé aura pu s'affilier personnellement en application de l'article 28 (§ 11) dudit décret-loi.

Les nouvelles cotisations prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 et acquittées depuis le 1er janvier 1936 devant être attribuées aux organismes d'assurance à partir du 1er avril 1936, il convient de considérer que le jumelage des caisses-maladie et des caisses-vieillesse prévu à l'article 28 (§ 5) précité aura effet à compter du 1er janvier 1936.

Toutefois, provisoirement, en attendant que la Caisse d'assurance-vieillesse intéressée ait établi la liste de ses nouveaux affiliés, il importe que le versement du capital décès au profit des ayants droit ne subisse aucun retard. Dans ces conditions, il appartiendra aux Caisses d'assurance-maladie, mais seulement jusqu'à ce que la Caisse d'assurance-vieillesse soit en mesure de liquider elle-même le capital décès, de recevoir les demandes de payement du capital décès, de liquider et de payer le capital décès pour le compte de la Caisse-capitalisation.

Pour la détermination du droit à l'assurance-décès, ainsi que pour le calcul du capital-décès, il conviendra de se reporter, en ce qui concerne les décès postérieurs au 31 mars 1936, aux dispositions de l'article 13 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Seuls, pourront recevoir, pour ces décès, le capital décès et les pensions d'orphelins, les ayants droit de l'assuré qui aura été immatriculé depuis un an à la date de son décès et aura subi sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs pendant les quatre derniers trimestres civils *précédant, soit* celui du décès s'il est subit, soit celui de la maladie ou de l'accident à la suite duquel le décès est survenu. Dans ce dernier cas, le *de cujus* ne peut ouvrir droit aux prestations que s'il avait conservé la qualité d'assuré à la date de son décès.

Le montant du capital décès, qui était, sous *le régime de la loi du 30 avril 1930, égal à 20* p. 100 du salaire annuel moyen résultant des cotisations versées depuis l'âge de seize ans, sera maintenant égal à 20 p. 100 du salaire correspondant à la double cotisation effectivement versée pendant les quatre derniers trimestres civils sus-indiqués. Il appartiendra ainsi à la Caisse d'assurance qui liquidera le capital-décès de rechercher le montant des contributions ouvrières et patronales qui auront été acquittées pendant les quatre trimestres civils considérés.

Ce montant résultera des attestations trimestrielles de versement qui seront produites par les intéressés (1). Pour déterminer le salaire correspondant à ces versements, la Caisse aura à appliquer les formules ci-dessous suivant que les trimestres de référence se rapporteront aux années 1935 ou 1937 ou qu'ils se rapporteront à l'année 1936.

Si ces trimestres se rapportent à la fois à l'année 1935 et à l'année 1936, ou à l'année 1937, il sera fait application de chacune des deux formules ci-dessous indiquées pour chaque période de versement concernant soit l'année 1935 ou l'année 1937, soit l'année 1936.

Pour les trimestres de versement afférents à l'année 1936, le capital décès sera déduit de la formule suivante :

$$\frac{\text{Cotisations} \times 14.285 \times 20}{100} = \text{cotisations} \times 2.857.$$

Pour les trimestres de versement afférents à l'année 1937 (ou 1935) le capital-décès sera déduit de la formule suivante :

$$\frac{\text{Cotisations} \times 12.50 \times 20}{100} = \text{cotisations} \times 2.50.$$

En tout état de cause, les majorations pour charges de famille dues au titre de l'assurance-décès cesseront d'être remboursées par la Caisse générale de garantie pour les décès postérieurs au 31 mars 1936. Ces majorations devront être attribuées, en ce qui concerne les décès survenant après ladite date, par la Caisse qui liquidera le capital-décès et seront à la charge de l'organisme à qui incombera en définitive le paiement de ce capital.

Pensions d'orphelins

Suivant les dispositions du paragraphe 6 de l'article 167 du règlement d'administration publique, « les pensions d'orphelins cesseront d'être à la charge de la Caisse générale de garantie pour les décès postérieurs au 31 mars 1936 ». Elles seront payées par les Caisses de capitalisation (art. 28 du décret-loi du 28 octobre 1935). C'est donc à la Caisse de capitalisation à laquelle était inscrit l'assuré décédé que devront être adressées les demandes de pensions d'orphelins, pour tout décès survenant à partir du 1er avril 1936.

(1) Pour les périodes antérieures au 1er janvier 1936, la Caisse se basera sur le double des versements représentés sur les feuillets trimestriels de l'assurance-maladie.

Pour les décès antérieurs au 1er avril 1936, ainsi qu'il est dit au paragraphe 6 de l'article 167 déjà cité, la Caisse générale de garantie reste responsable des arrérages de pensions d'orphelins attribués ou à distribuer. Le payement de ces arrérages devra être assuré, pour le compte de la Caisse générale de garantie, par la Caisse de capitalisation à laquelle l'assuré décédé était affilié. Cette Caisse sera remboursée par la Caisse générale de garantie des payements d'arrérages de pension qu'elle aura faits postérieurement au 31 mars 1936, pour les pensions afférentes à des décès antérieurs au 1er avril.

D'une façon générale, vous voudrez bien remarquer que, chaque fois que les prestations à accorder seront celles prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935, les minima de versements exigés seront ceux qui sont fixés par ce décret-loi pour chaque risque, même si la période de référence à laquelle il y a lieu de se reporter est antérieure au 1er janvier 1936. Lorsqu'une partie de la période de référence se rapportera à l'année 1935, il n'y aura pas lieu d'appliquer les minima de versements prévus par la loi du 30 avril 1930 ; on recherchera seulement si les versements acquittés pour la période de référence considérée, sous le régime de la loi de 1930, correspond effectivement aux minima exigés par le nouveau régime (1).

L.-O. FROSSARD.

(*J. O.*, 18 avril 1936)

III

Circulaire du 31 mars 1936 relative à l'application du décret du 24 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret du 30 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, applicable aux Assurés de l'agriculture.

(*Extraits*)

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 17 du décret-loi du 30 octobre 1935, modifiant le régime des assurances sociales applicable aux assurés de l'agriculture a été publie au *Journal officiel* du 25 mars 1936.

La présente circulaire commente certaines dispositions nouvelles de ce règlement, notamment celles qui diffèrent des dispositions antérieures, et contient diverses précisions nécessaire à l'application du décret-loi.

ASSURANCE OBLIGATOIRE

Immatriculation

Il y a lieu de noter en premier lieu que les employeurs agricoles n'ont plus à établir la déclaration spéciale qu'exigeait l'article 95 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, sur laquelle le maire de la commune devait attester que le déclarant faisait habituellement exécuter des travaux agricoles. De même, les groupements professionnels n'ont plus à adresser au service des assurances sociales la liste des employeurs qui leur sont affiliés, employeurs que le même article dispensait de ladite déclaration.

Aux termes du paragraphe 2 de l'article 1er du nouveau règlement d'administration publique, la certification que l'employeur fait habituellement exécuter des travaux agricoles est portée sur la déclaraion d'immatriculation ; cette certification n'est pas exigée lorsque l'employeur est membre d'un groupement professionnel agricole régulièrement constitué et qu'il fait viser la déclaration d'immatriculation par ce groupement.

Je vous signale l'intérêt qui s'attache à ce que soit notifiée à l'assuré dans le plus court délai l'affiliation présumée. La notification avisera l'intéressé, que s'il n'accepte pas cette affiliation, il devra le faire savoir au service régional, dans les trois mois, par une déclaration expresse.

Au cas où la déclaration de non-acceptation, parvenue dans le délai réglementaire, n'indiquerait pas l'organisme choisi par l'assuré, celui-ci serait affilié d'office à la section agricole de la Caisse départementale.

Si le bulletin ci-dessus visé, exprimant le choix d'un organisme d'assurance-maladie, ne parvient au Service que dans les trois mois suivant la notification à l'assuré de la présomption d'affiliation, sans que l'intéressé ait adressé la déclaration de non-acceptation prévue au paragraphe 5 de l'article 1er dudit décret, il y aura lieu de considérer le bulletin parvenu comme équivalant à la non-acceptation par l'assuré de la présomption d'affiliation.

L'assuré peut, bien entendu, indiquer, sur le bulletin qu'il souscrit, la section agricole de la Caisse départementale, comme organisme d'assurance-maladie-maternité dont il fait choix.

En vue du classement des assurés comme agricoles, sera considérée comme étant la profession principale de l'intéressé, celle qu'il exerce habituellement au cours d'une année pendant le plus de temps. En cas de doute, les inté-

(1) A cet effet, on admettra que les versements représentés sur les feuillets trimestriels de l'assurance-maladie correspondent aux retenues visées par le décret-loi du 28 octobre 1935.

ressés seront rangés sous le régime des professions du commerce et de l'industrie, sauf réclamation reconnue justifiée, formulée dans le délai d'un mois, à compter de la notification de leur immatriculation par le Service régional.

Par référence à l'article 1er, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935 applicable, sauf disposition spéciale, aux assurés de l'agriculture, ne devront être immatriculées comme assurées obligatoires que les personnes dont la rémunération totale annuelle, y compris les avantages en nature, gagnée habituellement au cours d'une année, sera au moins égale à 1.500 francs.

Pour l'application de cette disposition, il conviendra de se référer au salaire *réel.*

Au contraire, pour déterminer si la rémunération anuelle du salarié n'excède pas le chiffre limite prévu audit article 1er, il conviendra, en principe, de se référer au salaire annuel moyen de la catégorie professionnelle de l'intéressé, tel qu'il résultera des arrêtés préfectoraux, pris en application de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1914 ou de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents du travail.

Pour les métayers, la rémunération totale annuelle à considérer sera, comme par le passé, le salaire annuel moyen fixé pour le journalier agricole par l'arrêté préfectoral pris en application de l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922 précitée.

Toutefois, il sera fait état de la rémunération *réelle* en ce qui concerne les salariés et métayers pour lesquels il sera établi, par les intéressés ou leur employeur, que leur rémunération réelle excède le chiffre de salaire limite prévu à l'article 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 ; il en sera de même en ce qui concerne les salariés qui auront fait l'objet d'une déclaration de leurs traitements et salaires pour l'assujettissement à l'impôt sur le revenu. Il vous appartiendra de procéder à une enquête si la preuve administrée par les salariés ou leur employeur ne vous paraît pas suffisante.

Par application du paragraphe 5 de l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935, les membres de la famille de l'exploitant agricole : ascendants, descendants, conjoint, frères, sœurs lorsqu'ils habitent avec l'exploitant et travaillent habituellement chez lui et pour son compte, doivent être immatriculés dans l'assurance obligatoire si ledit exploitant occupe du personnel salarié à titre permanent et comme tel se trouve assujetti *obligatoirement* à la législation des accidents du travail dans l'agriculture. Dans le cas contraire, ils ne rentrent pas dans la catégorie des assurés obligatoires, mais ils pourront être immatriculés dans l'assurance facultative, comme le prévoit l'article 14 du décret-loi du 30 octobre 1935.

Au nombre des descendants, membres de la famille au sens du paragraphe précédent, devront être compris les enfants âgés de plus de seize ans de l'exploitant agricole, nonobstant la disposition du paragraphe 4 de l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935, laquelle ne saurait s'appliquer qu'aux enfants n'ayant pas dépassé l'âge de seize ans.

Prestations.

Les articles 12 et 13 du nouveau règlement d'administration publique fixent les conditions de versements qui ouvrent droit aux prestations des assurances maladie et maternité. Les statuts-types à intervenir compléteront ledit règlement en ce qui concerne les bénéficiaires, l'appréciation du droit aux prestations et la durée des prestations.

Les articles 20, 21 et 22 fixent les règles d'adaptation au régime agricole des dispositions du régime général relatives aux bénéficiaires des diverses législations de prévoyance et d'assistance. Pour les assurés indigents, en particulier, de nombreuses difficultés s'étaient produites au sujet de l'application aux assurés agricoles des dispositions de l'article 59 de la loi du 30 avril 1930 ; d'après le nouveau texte, les assurés agricoles assistés se trouvent placés sous le même régime que les autres assurés assistés.

Assurance facultative

Aux termes de l'article 32 du règlement d'administration publique, les contrats d'assurance maladie, maternité, décès, souscrits au titre de l'assurance facultative par les assurés agricoles antérieurement au 1er janvier 1936 sont maintenus. L'assurance facultative agricole étant exclusivement gérée par les organismes mutualistes suivant les prescriptions de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels, des dispositions ont été prévues pour le transfert, au sein des Caisses autonomes, des réserves afférentes aux contrats d'assurance-vieillesse de la section d'assurances sociales à la section de secours mutuels.

Dispositions diverses

Pour l'application de l'article 44 du règlement d'administration publique du 24 mars 1936 *et par mesure transitoire*, il y aura lieu d'adopter les règles suivantes, en vue de la détermination du droit aux prestations des assurances maladie-maternité-décès-invalidité, en cas de maladie ou accident médicalement constaté après le 31 mars 1936, ou d'accouchement postérieur à cette date : *les périodes de référence* seront celles que prévoit soit l'article 13 du règlement d'administration publique (maladie-maternité), soit l'article 9 du décret-loi du 30 octobre 1935 (décès-invalidité) ; mais tant que ces périodes s'étendront ou seront susceptibles de s'étendre sur des tri-

mestres antérieurs au 1er janvier 1936, *les minima de cotisations à exiger au cours de ces trimestres* ne sauraient excéder ceux *qui étaient exigibles sous le régime de la loi du* 30 *avril* 1930. Je vous prie d'attirer particulièrement l'attention des organismes d'assurance sur la nécessité pour eux de se conformer à cette interprétation, notamment en vue du maintien des droits qui ont été acquis antérieurement par les anciens assurés agricoles des première, deuxième et troisième catégories, ayant cotisé régulièrement.

Pour les prestations maladie-maternité-décès et soins aux invalides, applicables à partir du 1er avril 1936, les organismes agricoles devront se reporter aux instructions établies pour les Caisses du régime non agricole (1).

J'ajoute que les règlements-types prévus par l'article 7 (§ 2) du décret-loi du 30 octobre 1935 et par l'article 33 (§ 6) du règlement d'administration publique du 24 mars 1936 seront prochainement arrêtés.

(*J. O.*, 9 avril 1936)

IV

Arrêté du 16 *mars* 1936 *fixant les conditions de perception des Assurances sociales par les Services des postes, télégraphes et téléphones.*

(*Extraits*)

Art. 1er. — Les employeurs du commerce et de l'industrie occupant plus de dix assurés sont tenus, pour se libérer de leurs cotisations trimestrielles, d'employer exclusivement un ordre spécial de virement postal rempli dans ses deux parties et dont le montant est à inscrire au compte courant postal, ouvert au nom de la Caisse des dépôts et consignations dans les écritures du bureau de chèques postaux détenteur de leur propre compte.

Les employeurs qui occupent dix assurés ou moins ont la faculté d'adopter ce mode de libération.

L'ordre de virement ci-dessus prévu, qui porte le no 79 A. S. /49 A. S., est imprimé en bleu sur papier blanc ; il est conforme au modèle annexé au présent arrêté (annexe I).

Cet ordre de virement doit être adressé par les employeurs au service régional des Assurances sociales en même temps que les feuillets trimestriels de cotisations prévus à l'article 4 ci-après, et concernant les assurés pour lesquels le versement est effectué.

Les formules d'ordre de virement postal no 79 A. S. /49 A. S. sont tenues gratuitement à la disposition des employeurs dans les bureaux de poste et les services régionaux des Assurances sociales.

Les services régionaux des Assurances sociales procèdent au tri des ordres no 79 A. S. /49 A. S. par bureau de chèques postaux détenteur des comptes courants postaux à débiter. Il complètent ces ordres par l'indication du bureau de chèques postaux créditeur lequel est obligatoirement le même que celui devant procéder au débit des comptes des employeurs.

Toutes les dispositions concernant les chèques de virement insérées dans le décret du 7 janvier 1918 et les décrets subséquents relatifs au fonctionnement du service des comptes courants et chèques postaux, sont applicables aux ordres de virement susvisés parvenus dans les bureaux centraux de chèques postaux.

En particulier, ces ordres sont obligatoirement signés par le titulaire de compte courant postal ou par une personne autorisée à tirer des chèques sur le compte de ce titulaire.

Art. 4. — Les employeurs du commerce, de l'industrie et de l'agriculture occupant dix assurés ou moins, qui n'utilisent pas le mode de libération prévu à l'article 1er, effectuent leurs versements au bureau de poste de leur choix soit en espèces, soit par chèque de virement tiré sur leur compte courant postal au profit du compte courant du receveur des postes, soit pour les sommes supérieures à 20 francs et avec l'assentiment du receveur des postes, par chèque bancaire barré au nom de la Banque de France.

Les employeurs doivent, autant que possible, s'adresser à cet effet au même établissement postal.

Les établissements de facteur receveur et les agences postales participent à la réception des versements. Les recettes auxiliaires n'y participent pas, sauf en cas de raisons majeures laissées à l'appréciation du directeur départemental des postes, télégraphes et téléphones.

Les versements doivent être opérés pour leur totalité soit en espèces, soit par chèques. Ces deux modes de libération ne peuvent être utilisés simultanément, chacun pour partie.

Les versements sont reçus sur présentation de feuillets trimestriels de cotisations en deux parties dont l'une forme attestation de payement. Ils sont récapitulés sommairement sur un bordereau de versement pouvant recevoir au maximum dix inscriptions et comportant un reçu global détachable.

Il est interdit aux agents postaux de participer à l'établissement de ces pièces.

(1) Il vous appartiendra de faire parvenir ces instructions aux organismes agricoles.

Les feuillets trimestriels sont délivrés par le service régional des Assurances sociales. Des formules de duplicata de feuillets et de bordereaux sont tenues à la disposition des employeurs dans les établissements postaux et les services régionaux des Assurances sociales. L'employeur doit porter sur les feuillets trimestriels et le bordereau son nom et son adresse (mention manuscrite ou cachet). Il remplit ces documents, y compris le récépissé attenant au bordereau, et totalise les sommes portées. Si le bordereau intéresse plusieurs assurés (versement collectif), l'employeur est tenu en outre de reproduire sur chaque feuillet, dans le cadre réservé au service postal, le numéro d'inscription du feuillet sur le bordereau.

Le service postal n'a aucun contrôle à exercer sur les indications que comportent les feuillets et bordereaux. Il constate la concordance des cotisations portées sur chacune des deux parties des feuillets et l'exactitude du relevé des feuillets sur le bordereau (report des noms et sommes) ; il vérifie, s'il y a lieu, le total des sommes mentionnées sur le bordereau et le récépissé. En ce qui concerne les montants des cotisations et, le cas échéant, les totaux, les feuillets et bordereaux ne peuvent présenter de ratures, surcharges ou modifications par un procédé quelconque, même approuvées.

(*J. O.*, 18 mars 1936)

Vaccins

Préparation et mise en vente d'un produit visé par la loi du 14 juin 1934.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la Santé publique et de l'Education physique,

Vu la loi du 14 juin 1934 relative à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues ;

Vu le décret du 15 juin 1934, modifié par le décret du 29 août 1935 ;

Vu l'avis de la Commission des sérums ;

Vu l'avis de l'Académie de médecine ;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France,

Décrète :

Art. 1er. — La préparation et la mise en vente d'un produit visé par la loi du 14 juin 1934 est autorisée dans l'établissement ci-après désigné et dans les conditions déterminées, savoir :

M. le Docteur Debat, 60, rue de Monceau, à Paris, laboratoires à Garches (Seine-et-Oise).

L'autorisation accordée par le décret nº 64 du 4 avril 1931, article 1er, paragraphe 3º, est annulée et remplacée par l'autorisation suivante :

« Une pommade vaccin renfermant dans un excipient gras, 40 p. 100 d'un bouillon-vaccin mixte contenant par centimètre cube avec les produits de leur lyse, les corps microbiens suivants :

	Milliards
Streptocoques	2
Straphylocoques	7
Bacilles pyocyaniques	0,50

« Autorisation accordée sous la réserve que la durée limite d'utilisation du produit ne sera pas supérieure à dix-huit mois ».

Art. 2. — Indépendamment de toute dénomination commerciale, et sans préjudice de la réserve particulière formulée ci-dessus, tous les tubes ou ampoules et les emballages contenant le produit autorisé seront obligatoirement revêtus d'une étiquette sur laquelle devront figurer exclusivement les mentions suivantes :

Nature et composition exacte du produit telle qu'elle est libellée dans le présent décret ;

Mode d'administration ;

Date limite d'utilisation ;

Marque du lieu d'origine,

Et, immédiatement au-dessous du nom du produit, la mention : « Décret nº 84 du 3 octobre 1935 ».

Art. 3. — La mention précédente exceptée, toute forme de publicité relative à l'autorisation est interdite sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices, etc.

Art. 4. — Le produit ci-dessus visé peut être débité à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont il est l'objet est temporaire et révocable ; il est soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Art. 5. — Le ministre de la Santé publique et de l'Education physique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 3 octobre 1935.

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Santé publique et de l'Education physique,
Ernest LAFONT.

(*J. O.*, 8 octobre 1935.)

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
" L'Officiel Médical "
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes pour l'année 1936-1937

A. Hôtel-Dieu

1. **Médecin** : M. le Prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Merklen, Deparris, Laffitte, Maison ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquoin, Lavergné, Dioclès, Mlle Tissier ; moniteurs : MM. Dausset et Lagarenne ; internes : MM. Baumgartner (Ph.), Rossier (Alf.) ; externes : Mlle Durkheim (Jacq.), MM. Marlingue (Guy), Cornillon (Louis), Gauthey (M.), Gillet (H.), Mlle de Lanessan (P.), MM. Mantoux (G.), Mouton (R.), Ferrand (Pierre), Guitard (J.), Roch (W.), Mendelsohn (B.).

2. **Médecin**. M. Halbron ; assistant : M. Lenormant ; interne : Mlle Abadie (Andrée) ; externes : Mlle Arditti (M.), MM. Prochiantz (Alec), Rie (G.), Roujon (G.), Gatovsky (E.).

3. **Médecin** : M. Beaudoin ; assistant : M. Azerad ; interne : M. Klotz (Henri) ; externes : MM. Nadiras (P.), Maillard (Cl.), Fenelon (F.), Stévenin (L.), Vincent (Jules).

4. **Médecin** : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. Justin Bezançon ; interne : M. Tilitcheef (Georges) ; externes : MM. Vittrant (J.), Bolo (R.), Hardel (M.), Eman-Zadé (A.), Chartrain (E.), Stora (E.).

5. **Médecin** : M. Henri Bénard ; assistant : M. Cord ; interne : M. Fasquelle (R.) ; externes : MM. Olivier-Pallud (Pierre), Patou (J.), Mlle Feidert (Arlette), MM. Barnier (A.), Bena (M.), Balazuc (Jean).

6. **Chirurgien** : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Jacques Bloch et Jean Senèque ; chefs de clinique : MM. Zagdon, Guiheneuc, Milhiet ; chef de laboratoire : M. Nicolas ; internes : MM. Challiol (J.-J.), Maynadier (P.), Simon (Gaston), Gross (Georges), Guenin (Pierre) ; *externes* : Mlle Haitovitz, MM. Pinchinat (A.), Weil (R.), Durand (V.), Mlle Grégory (D.), MM. Girauld (A.), Rathery (M.), Frinault (G.), Mlle Mendras (F.), MM. Girault (Jean), Bardon (Guy), Berthon (M.), Mlle Rosenkovitch (E.), MM. Zirah (Paul), Isak (P.), Pluvinage (R.).

7. **Ophtalmologie.** — *Médecin* : M. le prof. Terrien ; assistant : M Blum ; assistant adjoint : M. Quentin ; chef de laboratoire : M. Hudelo ; chefs de clinique : M. P. Dumont, Mme Vallon-Braun ; assistants de consultation : MM. Dolfus et Weill (Prosper) ; internes : MM. Rouher (Joseph), Inbona (Jean) ; externes : Mme Kisselevsky (née Petroff), Mlle Maréchal (E.), MM. Faugeroux (J.-P.), Barrois (Paul), Colboc (Albert), Descamps (L.), Boddaert (L.).

8. **Accoucheur** : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet ; internes : MM. Grèze (A.), Verne (J.), Barthélemy (P.) ; externe : MM. Legris (J.), Chessebeuf (L.), Mlle Monghal (Th.), MM. Hallé (Guillaume), Paris (Claude), Coujard (R.).

9. **Consultation.** — *Médecin* : M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : M. Gaube (Raymond) (interne), externes : Mlle Bataille (Jeanne), MM. Massoum-Khani (A.), Chaouli (C.), Sérane (J.).

10. **Consultation (Chirurgie).** — M. Cahen assistant ; M. Zagdoun ; externes : MM. El Haïk (V.), Homsy (A.), Javelier (A.).

11. **Consultation de stomatologie.** — M. Béliard ; assistant : M. Bornet ; adjoint : M. Lebourg ; externes : M. Kahané (élève), Mlle Sérot (S.), (élève).

12. **Electro-Radiologie.** — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef de clinique chirurgicale : M. Dioclès, f. f. ; assistant : M. Colombier (Radioscopie).

13. **Hydrothérapie et thermothérapie.** — Chef de laboratoire : M. Dausset ; externes : M. Bours (J.), Mlle Bartfeld (D.).

14. **Service de physiothérapie.** — Chef de laboratoire : M. Dausset ; assistants : MM. Chambet, Ferrieu, Mme Brace-Gillot ; MM. Arraud, Pagès ; chefs adjoints : MM. Chenilleau, Dejust-Ferrier, f. f.

15. **Radiothérapie.** — Assistants : MM. Pagès, Chambet, Arraud, Lévy-Lebhar.

B. La Pitié.

1. **Médecin** : M. le Prof. Rathery ; chefs de *clinique : MM. Hurez, Moline, Pautrat ; chefs* de laboratoire : MM. Doubrow, de Traverse ; assistant de consultation spéciale : M. Froment ; internes : M. Tanret (Pierre), Mme Hyon-Jomier ; externes : MM. Liénard (J.), Magne-Rouchaud (P.), Kouindjy (R.), Eon (Michel), Bancaud ; Perigois (Y.), Chevalier (R.-A.).

2. **Médecin** : M. le prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. Sterne, Sée, Zadoc-Kahn, Lenègre ; chefs de laboratoire : Mlle Gauthier-Villars M. Paris ; interne : M. Gaultier (Michel) ; externes : MM. Lenoir (P.), Piguet (B.), Baudon (J.-V.), Belot (Emile), Nicolas (J.), Baudon (J.-A.), Petit (Jacques).

3. **Médecin** : M. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Bonnard ; internes : MM. Sambron (Jean), Cochemé (René) ; externes : MM. Martin (P.), Hemeury (J.), Mothon (F.), Gibrat (P.), Lelièvre (J.), Martin de Frémont (H.), Legrand (M.), Mlle Mottez (M.).

4. **Médecin** : M. Aubertin ; assistant : M. Robert Lévy ; interne : M. Morin (Marcel) ; externes : MM. Lacombe (R.), Molimard (J.), Verliac (F.), Guillaume (R.), Mlle Rémond (S.), M. Mariani (F.).

5. **Médecin** : M. Vincent, assistant : M. Puech ; internes : MM. Guillaumat, Lebeau (Jacques) ; externes : MM. Gimault (H.), Vermenouze (P.), Geismar (P.), Verstraete (Cl.), Advenier (F.), Masson (René), Loiseau (André).

6. **Médecin** : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir ; internes : MM. Catinat, Ledoux-Lebard ; externes : Mlles Pinard (Jacqueline), Seyrig (Claude), MM. Flippi (Paul), Maille (André), Rouault (M.), Mlles Heulot (Raymonde), Brille (Denise).

7. **Chirurgien** : M. Baumgartner ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. Cordebar, Krug (Gérard), Hector (Joseph) ; externes : MM. Parienté (A.), Duchêne (Jean), Goldberg-Rudkowsky, Halfon (E.), Mlle Rouvier (Ch.), MM. Piard (André), Amado (G.), Chauvin (J.), Mlle Rousset (R.-M.).

8. **Chirurgien** : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Nabert (Ch.), Adrianopoulos, Moreno (Manuel) ; externes : MM. Roux (J.), Jomier (F.), Rousselin (Léon), Devieux (F.), Gonzalez-Ruiz (B.), Pomès (G.), Venator (R.), ; Hagege (A.).

9. **Chirurgien** : M. Küss ; assistant : XXXX ; internes : MM. David (Lucien), Bouteau (P.-M.), Guny (André) ; externes : Mlle Berlinska (D.), MM. Assanlou (C.), Malange (R.), Morilière (L.), Mogharei (S.), Bibring (A.), Tronc (M.), Derooz (J.).

10. **Accoucheur** : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : MM. Richard, Guède, Mlle Delahaye ; chef de laboratoire : M. Minvielle ; interne : M. Schneider (Jean), E. P. ; externes (femmes) ; Mmes Penit (M.), Leclerc (née Blanc P.).

11. **Consultation (Médecine).** — M. Escalier ; assistant : M. Bourgeois ; externe en premier : Mme Hector (Antoinette), interne ; externes : MM. Salet (J.), Chigot (P.).

12. **Chirurgien.** — M. Reymond Bernard ; externes : MM. Dieugott (D.), Bignotti (A.), Neveux (S.).

13. **Service d'oto-rhino-laryngologie.** — M. Ramadier ; assistant de consultation : M. Eyriès ; interne : M. Zhâ (Jean) ; externes : MM. Jouon (H.), Fekete (A.), Grévin (F.), Goldman (M.).

14. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Cerise ; assistant : Mlle Kaz ; interne : M. Brégeat (Raymond) ; externes : MM. Fonteneau (A.), Pribat (D.).

15. **Consultation de stomatologie.** — M. Bozo ; assistant : M. Vrasse ; adjoint : M. Chatellier ; externes : MM. Lardy (M.), Le Brun (élève).

16. **Electro-Radiologie.** — Chef du Service central : M. Delherm ; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn ; assistants : MM. Codet, Devois, Fischgold, Strouzer, Mme Duclaux, MM. Bernard, Chenot, Stuhl ; externes : Mlles Blairon (Th.), Bonastre (G.).

C. Saint-Antoine.

1. **Médecin** : M. le Prof. Loeper ; chefs de clinique : MM. Gilbrin, Cottet, Loisel, Perrault, Mlle Riom ; chefs de labor. : MM. Duchon, Lesure,

Soulié, Mlle David (déléguée) ; internes : Mme Brouet, née Saniton ; M. Siguier (Fred) ; externes : MM. Roulland (H.), Avril (A.), Petit-Norbert (G.), N..... Marchon (J.), Lesure (J.), Deslandes (E.).

2. **Médecin** : M. F. Ramond ; assistant : M. Chêne ; interne . M. Bourée (Jacques) ; externes : M. Bourlière (F.), Mme Sautter (H.), Mlles Papot (C.), Pauliac (M.), M. Lang (P.).

3. **Médecin** : M.Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne ; M. Varay (André) ; externes : MM. Le Sourd (M.), Pillet (J.), Aurenche (A.), Mlle Audibert (G.), M. Barré (Yves).

4. **Médecin** : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Robert Cahen ; interne : M. Pécher (Yves); externes : MM. Fortin (P.), Ladau (P.), Mlle Seror (M.), MM. Germain (A.), Patin (R.).

5. **Médecin** : M. Chabrol ; assistant : M. Bussan ; interne : M. Parrot (Jean) ; externes : Mlles Lesney (S.), Petron (Col.), MM. Chabasseur (Marie-Etienne), Pineau (M.), Godlewski (G.).

6. **Médecin** : M. P. Weill ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Négréanu (Alex.) ; externes : MM. Hussameddin (D.), Lanceau (P.), Theiler (R.), Albahary (Cl.), Schilte (P.),

7. **Médecin** : M. Cain ; assistant : M. Cattan ; interne : M. Hertz (Simon), externes : MM. Dufourmentel (Cl.), de Rubiana (L.), Tolstoï (S,) Lenoël (J.).

8. **Médecin** : M. Jacob ; assistants : Mlle Scherrer, M. Mayer ; Service des tuberculeux, interne : M. Piton (Jean) ; externes : M. Sénéchal (R.), Mlle Tarrade (A.), MM. Lemarchand (Ch.), Coriat (M.), Pellet (M.).

9. **Centre de triage.** — Trois externes : MM. Piana (G.), Houssin (G.), Sebillotte (L.).

10. **Chirurgien** : M. le Prof. Grégoire; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Baumann et Dufour ; chefs de laboratoire : M. Delavenne ; internes ; MM. Sergent (André), Caby (François), Suire (Pierre) ; externes : MM. Halley (G.), Lapeyre (J.), Mlle Kahn (M.), M. Gorin (M)., Mlles Lipmann (Ch.), Antoine (Cl.), Dubois (M.), Habn (M.-L.).

11. **Chirurgien** : M. Bréchot ; assistant : M. Reinold ; internes : MM. Streusand (S.), Girard (Emile), Soyer (J.-J.) ; externes : MM. Pergola (F.), Boismoreau (P.), Thiebot (P.), Komarover (A.), Alhomme (P.), Seban, Nataf.

12. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Grivot ; assistant : M. N.... ; interne : M. Giraud ; externes : MM. Fouilloy (R.), Davidovici (A.), Manillier (R.), Piarrat (J.), Pouzols (H.).

13. **Accoucheur** : M. Lévy-Solal ; assistant : M. Sureau ; internes : MM. Camus (Pierre), Roche (Camille), Livory (Marcel) ; externes : Mlle Moreilhon (M.), MM. Francheteau (G.), Pouret (H.), Mlles Haller (Sylvie), Mlle Haller (Renée).

14. **Consultation (Médecine).** — M. Boltanski ; assistant : Mme Arager ; interne : Mme Rault (interne) ; externes : MM. Villebrun (J.), Marinetti (P.), Florès (C.), Leib (G.).

15. **Chirurgie.** — M. Braine ; assistant : M. Maximin ; externes : MM. Ecklé (P.), Connat (M.), Bastian (F.), Gropper (G.).

16. **Service d'ophtalmologie.** — M. Velter ; assistant : M. Joseph ; interne : M. Morax ; externes : MM. Huret (L.), Chabert (R.), Baulon (G.), Gosselin (M.).

17. **Consultation dentaire.** — M. Thibaut ; adjoint : M. Lacaisse ; assistant : M. Friez ; externes : MM. Bléchet (M.), X...

18. **Electro-Radiologie.** — Chef du service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Gibert, N.... ; assistants : MM. Jaudel, Vikenson, Mazer, Tribout, Tsiricas, Mlle de Bergman ; externes : Mlle Balossini (M.), M. Fouassier (A.).

D. Necker.

1. **Médecin** : M. Villaret ; assistant : M. Bith ; interne : M. Bardin (Pierre) ; externes : MM. de Paulo (J.), Depuis (Ray.), Haussmann (L.), Blancard (P.), Dullin (Cl.).

2. **Médecin** : M. Fiessinger ; assistant : M. Olivier ; internes : M. Duupy (Raymond), M. Aussanaire ; externes : MM. Huber (J.), Lion (R.), Ferrand (G.), Mlle Viguié, née Vidal de la Blache.

3. **Médecin** : M. Binet ; assistant . M. Kaplan : interne : M. de Graciansky (Pierre) ; externe ; M. Castaigne (P.).

4. **Chirurgien** : M. le Prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Naggiar, Bouchard ; chefs de laboratoire : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Lachmann (Edouard), Arnal ; externes : MM. Galle (R.), Clerfeuille (J.), Bouzaud (M.), Rault (Y.), Chalochet (P.), Salinesi (J.), Nonique (P.), Tzannetis (A)., Doger de Speville (J.), Menanteau (A.).

5. **Chirurgien** : M. Jean Berger ; internes : MM. Welez (Fernando), Hofmann (Salomon), Nardi (César) ; externes : M. Duchêne (Henri), Mlles Monin (F.), Bérenger (M.), MM. Labourie (A.), Daguet (J.), Dogué (J.), Sarfati (R.).

6. **Consultations (Médecine).** — M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : M. Payet (Maurice), (interne) ; externes : MM. Vasquez (C.), Chilot (R.), Coste (J.).

7. **Chirurgie.** — M. Quénu ; assistant : M. Guillot ; externes : MM. Bertin (P.), Cenac (R.).

8. **Consultation de stomatologie.** — M. Gornouec ; adjoint : M. Hénault ; externes : MM. N..., N....

9. **Electro-Radiologie.** — Chef du service central : M. Thibonneau ; adjoints : MM. Petit et Truchot, assistants : Mme Baude, MM. Benard, Brunet ; externes : MM. Guéraud (L.), Ressnock (M.).

10. **Clinique des voies urinaires.** — M. Naggira

E. Enfants-Malades.

1. **Médecin** : M. le Prof. Nobécourt ; chefs de clinique : MM. Ducas, Veslot, Brisset, chefs de laboratoire ; MM. Pretet, Lafaille, Mlle Landowski M. Brunet (moniteur), Mlle Navarron (moniteur) ; interne : Mlle Lorain (Geneviève) ; externes : MM. N... Henrot (A.), Cohen (José), Guillemain (A.), Rabourdin (J.), Mme André (S.), née Fuzier Mlle Baraquin (A.-M.).

2. **Médecin** : M. Weill-Hallé ; assistante : Mlle Papaioannou (Angèle) ; interne : M. Lewi (Samuel) ; externes : Mme Schapira, Mlle Lotte (A.), MM. de Prat (J.), Prin (A), Mme Bouazig (E.).

3. **Crèche ancienne et nouvelle.** — M. Weill-Hallé ; externe en premier : M. Jaïch (interne).

4. **Médecin** : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestocquoy ; interne : M. Boissonnet (Jacques), externes : MM. Abeille (J.), Ardouin (M.), Mlle Latron (M.), M. Caillé (J.), Mlles Szezesniakowsky (S.), Wetzel (S.).

5. **Sélection.** — Externes en premier : MM. Soulignac (Christian), interne ; M. Leconte (André) (interne).

6. **Médecin** : M. Darré ; assistante : Mlle Landowski ; interne : M. Bouley (Jean) ; externes : Mme Sicard née Guignard, M. Perol (E.), Mme Guiraud née Lemaresquier, Mlle Soudant, MM. Lambert (L.), Robert (J.-P.).

7. **Médecin** : M. Tixier ; assistant : M. Bize ; interne : M. Bour (Henri) ; externes : MM. Libert (R.), Villanova (P.), Mlles Prettre (F.), Massiot (B.), MM. Bouche (J.), Capron (P.), Ferrasson (P.).

8. **Chirurgien** : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Fèvre ; assistant d'orthopédie ; M. Lance ; assistant de consultation d'orthopédie : M. Huc ; chefs de clinique : MM. Gorecki, Peht, Judet ; chefs de labor. : M. Saint-Girons, Mme Rémond (préparatrice) ; internes : MM. Leuret (Jean), Delinotte (Pierre) ; interne (médaille d'or) : M. Mialaret (Jacques) ; externes : MM. Moch (B.), Bailly (P.), Lartigue (P.), Loiseau (Jacques), Laneuville (J.), Darris (Ch.), Poissonnet (H.), Grunspan (Théo).

9. **Service médical d'Antony.** — M. le prof. Ombrédanne ; externe en premier : M. Sterin (Raymond) (interne) ; externe : Mlle Atcham (M.-G.), M. Loiseau (James).

10. **Chirurgien** : M. Bergeret ; interne : M. Bréhant (Jacques) ; externe en premier : M. Suchmann (Yvan), interne ; externes : MM. Hermann (André), Routier (Michel), Bigou (Alphonse), Berthet (Georges), Dupas (Albert).

11. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; interne : M. Horeau (Jean) ; externes : MM. Péraly (E.), Bijoux (R.), Chambon (A.), Burgaud (J.).

12. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Le Mée ; assistant : M. Richier ; assistant adjoint : M. Lhuillier ; assistants de consultation : MM. Pugnaire, Gisclard ; internes : MM. Cler, Osenat (Pierre) ; externes : MM. N..., Lambert (R.), Gouffier (M.), Chevallier (Robert), Berthiot (A.), Dutter (L.), Mlle Ségal (P.).

13. **Electro-Radiologie.** — Chef du service central : M. Duhem ; adjoint : M. Dubost (ff.) ; assistants : MM. Goubert, Moro ; externes : Mme Gatovsky, N...

14. **Service temporaire. Poliomyélite.** — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : Mlle Morel (Perrine) (interne) ; externes : M. Forestier (R.), Mme Patey.

F. Cochin.

1. **Médecin** : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Goldberg, Uhry ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot ; internes : MM. Lemelletier (Jules), Picquart (Albert), Gautier, (Jacques) ; externes : MM. Gasch (J.), Vila (R.) Grunberg (S.), Radziviller (B.), Mlles Albulesco (M.), Wetzler (M.), Raymond (A.), MM. Ulmann (R.), Uzan (M.), Sclafer (Jacques), Mlle Desclaux (G.), MM. Pointeau (J.), Dubel (G.).

2. **Médecin** : M. Pinard ; assistante : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : MM. Vignalou, Delaitre ; externes : MM. Mathias (J.), Malingre (G.), Weill (J.-V.), Delouche (G.), Sterfoul (J.), Falk (F.).

3. **Service de malariathérapie.** — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Blinder (R.), Statlender (G.).

4. **Médecin** : M. Ameuille ; assistants : MM. Hinault (ff.), Lejars, Kudelshi (ff.) ; interne : M. Fauvet (Jean) ; externes : MM. Paley (Jean), Galmiche (Paul), Enel (Jacques), de Fourmestraux (J.), Leroux (P.), Mlle Weissbrod (A.).

5. **Service du dispensaire.** — Interne : M. Rendu (Charles) ; externes : MM. Carballo (C.), Dufour (J.), Thaon (M.), Baussan (P.).

6. **Service temporaire tuberculeux** (ancien Pavillon Dieulafoy). — Externe en premier : M. Nouaille (Jean) (interne) ; externes : MM. Delabroise (M.), Douville (J.), Dos Ghali (J.).

7. **Pavillon tuberculeux** (femmes). — Externes : Mlle Salmon (D.), Mme Chapellart née Biclet.

8. **Médecin** : M. Chevallier ; assistant : M. Colin (ff.) ; chef de laboratoire : Mlle Hahn (ff.), interne : M. Kaplan (Alexandre) ; externes : MM. Coville (R.), Bloch (M.), Delormeau (P.), Bolivar (J.), Lasry (J.), Gordowski (A.).

9. **Chirurgien** : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Menegaux ; chefs de clinique : MM. Mouchet, Pergola, Lebel, Herbert ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot, Rappeneau ; internes : MM. Judet (Robert), Chigot (Paul), Cachin (Charles), Pertus (Jean), Monsaingeon (André) ; externes : Mlle Stahland

(Ellen), Mme Calvet (R.), Mlles Wuest (M.), Aftalion (M.-L.), MM. Sokolski (N.), Roux (Michel), Mlle Spach (Hélène), M. Lacour (Albert), Mlle Morin (Jeanne), MM. Jaupitre (J.), Marachi (Ch.), Decouflé (P.), Gorce (Marcel).

10. Chirurgien : M. le prof. Mathieu ; chefs de clinique : MM. Beuzart, Demirleau, Ollivier-Henry ; chefs de laboratoire : MM. Letulle, Ducroquet (assistant d'orthopédie) ; internes : MM. Genty (Philippe), Barcat (Jean) ; externes : MM. Depinay (P.), Bouvaist (J.), Parhami (Y.), Hérard (Jean), Lewinson (M.), Lebas (A.).

11. Chirurgien : M. Chevassu ; assistant : M. Bayle ; internes : MM. Huguier (Jacques), Cauchoix (Jean) ; externes : MM. Todoskoff (P.), Lagarde (R.), Decormeille (M.), Sinaud (A.), Allain (J.), Vossoughi (D.), Orfali (J.) Bertrand (Ch.).

12. Consultation (Médecine). — M. Costes ; externe en premier : M. Mande (Raymond) (interne) ; externes : MM. N...., Driulhe (A.), Vannier (S.).

13. Chirurgie (rattachée au service de la clinique chirurgicale). — Externes : MM. Girard (R.), Gaudeul (Bernard), Chardon (Pierre).

14. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Prélat ; externes : N..., N...

15. Consultation (Oto-rhino-laryngologie). — M. Leroux ; chef adjoint : M. Gouzé ; externes : Mlle Huard (M.), M. Rometti (Alde).

16. Electro-Radiologie. — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Gadreau, Barreau, Busy (R.), Moret, Boileau ; externes : Mlle Decouflé (J.), N....

17. Consultation de Stomatologie. — M. Maurel ; adjoint . M. Omnès ; assistant : M. Duffieux.

G. Beaujon-Clichy.

1. Médecin : M. Troisier ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Herrenschmidt (Jean) ; externe en premier : M. Trotot (Ray) (interne) ; int. médaille d'or médecine : M. Netter (Albert) ; externes : MM. Hadengue, Steinberg (R.), Bareillier-Fouche, M. Gertzberg (V.), Mlle Lauer (L.).

2. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Lebourdy ; interne : M. Wimphen (André) ; externes : MM. Raufman (L.), Ballade (R.), Klein (M.), Reynes (P.), Grémont (Théo).

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Ménétrel (Bernard) ; interne : M. Meyer-Heine ; externes : MM. Cuadrado (A.), Pelaez (M.), Perdrix (L.), Jaupitre (M.), N...

4. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Sourdel ; interne : M. Netter (Henry) ; externes : MM. Campagne (J.), Lanvin (M.), Malvezin (F.), Bailly (J.-M.), Duval (René).

5. Médecin : M. Léon-Kindberg ; assistants : MM. Viber, Adida, Weiler (ff.) ; interne : M. Demartial (Louis) ; externe en premier : Mlle Oehmichen (interne) ; externes : Mlle Vialet (Lucie), MM. Philippe (Léon), Tola (Alfred), Marsault (J.), Marmier (R.), Drylewicz (G.).

6. Médecin : M. Turpin ; chef de laboratoire : M. May ; interne : M. Sikorav (Henri) ; externes : M. Demassieux (J.), Mlle Doumic (A.), M. Liermain (M.).

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : MM. Ollier (Rob.), Mazingarbe (André), Le Picart (Jean) ; externes : MM. Tardif (René), Henry (Jacques), Pinasseau (Robert), Seillier (Jean), Lamy (Robert), Démétriadès (Marco), Leiser (Jean), Mebs (Jean-Paul).

8. Chirurgien : M. Guimbellot ; internes : MM. Billard (Jacques), Logeais (Pierre), Nastorg (André) ; externes : MM. Horvilleur (P.), Lemoine (André), Lacour (Armand), Cahn (Léon), Valadou (Pierre), Chavarot (Georges), Berheim (Lucien), Gorny (Maurice).

9. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : N.... ; internes : MM. Laurence (Gabriel), Laigle (Louis), Morel-Fatio (Daniel) ; externes : MM. Ramani (M.), Frankfurt (P.), Charlet Boesnilwald, Delerba, Nanty (D.), Calmanovici (N.), Mlle Dupont (Solange).

10. Oto-rhino-laryngologie. — M. Baldenveck ; assistant : M. Magnien ; assistant suppléant : M. Granet ; interne : M. Dreyfus (Jacques) ; externes : MM. Anaud (Guy), Tisca (Roger), Dufour (André), Boivin (Jean-Marie).

11. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant : M. Juvanon ; interne : Mlle Sulzer ; externes : MM. Dutsch (Arthur), élève, Etein (Maurice), élève.

12. Accoucheur : M. Levant ; internes : MM. Grasset (Jacques), Beauchef (Jean) ; externes : MM. Lucas (Pierre), Loublié (G.), Mlle Atcham (Paule), MM. Bargain (Roland), Harel (Robert).

13. Consultation (Médecine). — M. Decourt, assistant : M. Bloch ; externe en premier : M. Fischer (interne) ; externes : M. Dervaux (René), Mlle Caulliez (Mad.), N.....

14. Chirurgie. — M. Soupault ; externes : Mme Moulier (Suz.), MM. Habib (Sylvain), Payenneville (Henri).

15. Electro-Radiologie. — Chef du service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly, Surmont, assistants : MM. Piffault, Pulsford, Mme Delaplace, M. Gauliard ; interne : M. Zarachovitch ; externes : MM. May (Gilbert), Gaudron (H.), N..., N....

16. Consultation de Stomatologie. — M. L'Hirondel ; adjoint : M. Sassier ; assistant : M. Lheureux.

H. Beaujon-Paris.

1. Premier service temporaire de médecine. Médecin : M. Laederich ; assistant : M. Worms ;

interne : M. Villot (Gérard) ; externes : MM. Moreau (J.), Morel (V.), Delatour (J.), Wibrotte (J.), Mlle Keim (L.).

2. **Deuxième service temporaire de médecine.** — **Médecin :** M. Jacquelin ; internes : M. Bouvrain (Yves), Mme Teyssier née Commerson ; externes : MM. Aubouy (Marcel), Bonvallet (Jacq.), Pradoura (Michel), Ducournau (J.), Durand (M.), Aubouy (Roger), Coujaret (Jacq), Dufresne (P.), N...., N....

3. **Service temporaire de médecin.** — **Médecin :** M. Paraf ; interne : M. Orinstein (Elie) ; externes : MM. Szteijn (A.), Verriez (Ch.), Tremblin, de Sablet (M.), Mlle Kaplan (Olga).

4. **Service temporaire de chirurgie.** — Chirurgien : M. *Madier ; internes :* MM. Faugeron (Pierre), Chatain (Jean), Vautier (Jean), Jouanneau (Pierre) ; externes : Mlle Loiseau (Marie), MM. Lafourcade (Jean), Lebettre (Noël), Matron *(Pierre), Cachin (Yves), Ancelin* (A.), *Dumay* (J.-J.), Mlle Veisigot-Wahl, M. Thévenin (P.), Mlle Dicky (Olga).

5. **Consultation de médecine.** — M. Gilbert Dreyus ; assistant : M. Jean Weill ; externe en premier : M. Mathivat (interne) ; externe : M. Petit (M.).

6. **Consultation de chirurgie.** — M. Mauclaire ; externes : MM. Borde-Sue (Paul), Giraud (Paul).

7. **Electro-Radiologie.** — Assistants : MM. Foubert, Gaulliard ; extern e: M. Brasseur (A.), élève.

8. **Service temporaire de rougeole.** — M. Layani ; externe en premier : Mlle Sachnine (interne) ; externes : MM. Brunat (Georges), Jourde (Louis).

I. LARIBOISIÈRE.

1. **Médecin :** M. Gandy ; assistant : N... ; interne M. Scheid; externes : MM. Pauthier (R.), Sriber (A.), Mlle Rometti (E.), MM. Jüllich (L.), Denoyelle (M.), Matheron (J.-M.), Crépin (G.).

2. **Médecin :** M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : M. Brouet ; externes : MM. Loubrieu (J.), Destarac (A.), Mlle Dumont (G.), MM. Bonnefis (P.), Reynaud (J.), Lamy (J.), Lederer (W.), Mlle Faure (F.).

3. **Médecin :** M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : M. Greene (Justin) ; externes : M. Pons (A.-G.), Mlle Sibertin-Blanc (Rose), MM. Alison (F.), Crèvecœur (F.), Bastain (R.), Mlle Granier (R.), M. Girod (Raymond).

4. **Médecin :** M. Gautier : assistant : M. Seidmann ; interne : M. Baudouin, externes : M. Soulier (J.-P.), Mme Delaffond (Mad.), MM. Lemaire (J.), Metzger (F.), Torlet (J.), Bassé-Parton.

5. **Service des tuberculeux.** — M. Gautier ; externes : MM. Carpentier (H.), May (Gilbert).

6. **Médecin :** M. Cathala ; assistant : M. Bolgert (Marc) ; interne : M. Grenet (Pierre) ; externes : Mme Truelle née Chotard, MM. Frebet (H.), Rolland (M.), Callerot (L.), Bauchart (Jean), Mayaud (J.), Léger (B.).

7. **Chirurgien :** M. Heitz-Boyer ; assistant : M. Chaignon ; internes :MM. Vincent (Pierre), Gillet (Germain) ; externes : MM. Jalladeau (J.), Albrecht (T.), Rabinovici (J.), Pilat (L.), Hornung (M.), Rosensteck (N.), Mellouli (S.), Nefussy (E.), Krenner (P.).

8. **Chirurgien :** M. Cadenat ; internes : MM. Fontaine (Henri), Sabourin (Jean), Delorme (Max) ; externes : MM. Courchet (Adolphe), Vignon (Daniel), Tricot (Rob.), Verroust (Georges), Mlle Krilitchevsky (T.), M. Blestel (J.).

9. **Service des chroniques.** — M. Cadenat ; externe : M. Pradelle (R.).

10. **Chirurgien :** M. Sauvé ; internes : MM. Grépinet (Hubert), Mouchotte (Maurice), Maruelle (Roger) ; externes : MM. Payer (H.), Flaisler (A.), Cœuilliez (A.), Mlle Aalam (J.), Chabert (Louis), Lévy (Emile).

11. **Chirurgien :** M. Houdard : internes : MM. Roux (Marcel), Mathey (Jean), Marschack (Victors) ; externes : Mme Mathey (J.), MM. Lévêque (D.), Hébert (Maurice), Biaggi (Jacques), Blondé (André), Caldier (Lucien), Mlle Maschkauzan (Hélène).

12. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. le prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Gaston, Bérard, Van den Bossche ; chef de laboratoire : M. Ardoin ; assistant : M. Thomas (ff.) ; internes : MM. Aboulker (Paul), Molinéry (Jean) ; externes : MM. Girard (Louis), Dupond (André), Etienne (Roger), Meunier (André), Iancu (Bernard), Baillet (Hubert), Bui-Kien-Tin.

13. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Magitot ; assistant : M. Dubois ; internes : MM. Desvignes (Pierre), Nordmann (Robert) ; externes : Mme Defrance née Thuillen, MM. Daskalakis (T.), Benalioua (M.), N... N... N...

14. **Accoucheur** : M. Devraigne ; assistant : M. Ravina ; internes : MM. Bastien (Jacques), Adle (Yahia) ; externes : MM. Deroide (Albert), Gheorghiu (Nicolas), Lebrun (Georges), Mlle Eliakim (Julie), MM. Barré (André), Serreau (Charles), Boucaut (Maurice).

15. **Consultation (Médecine).** — M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en premier : M. Raynaud (Maurice) (interne) ; externes : Mlle Blieblum (S.), MM. Rey (Jean), Darricau (J.), Mignon (Robert), Lefkovitch (N.).

16. **Chirurgie.** — M. Redon ; externes : M. de Rudelle (Antoine), Mme Carpentier (Arlette), M. Krawiecki (A.).

17. **Consultation de stomatologie.** — M. Rousseau-Decelle ; adjoint : M. Lattès ; assistant : M. Gencel ; externes : MM. Erlich (Jean), N...

18. **Electro-Radiologie.** — Chef du service central : M. Guilbert ; chef adjoint : M. Ordioni ; assistants : MM. Corbier, Mme Grasniansky, M. Bouland ; externes : Mlle Fossier (Jeanne),

MM. Bouyssi (François) ; Hervet (Emile), Masmonteil (Henri).

J. Tenon.

1. **Médecin** : M. P.-E. Weill ; assistant : M. Isch-Wall ; interne : M. Ménétrier (Jacques) ; externes : MM. Taïeb (André), Bensimhon (G.), Mattei (Marc).

2. **Médecin** : M. Lian ; assistant : M. Blondel ; interne : M. Brocard ; externes : Mlle Gauthereau (G.), M. Pinon (Louis), Mlle Téodoresco (Y.), MM. Nataf (Aaron), Rudnansky (R.).

3. **Médecin** : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand ; internes : MM. Bensaude (Alfred), Gharib (Mohammed) ; externes : MM. Broutin (André), Bernard (Pierre), Viguié (Roger), Rognon (Lucien), Mlle du Pasquier (N.), M. Sévileano (Nicolas).

4. **Médecin** : M. Laroche ; assistant : M. Bompart (Bertrand) ; interne : M. Corcos (Salomon) ; externes : MM. Ballerin (Jacques), Grel (Pierre), Mlle Damiens (Simone), M. Tetu (René).

5. **Médecin** M. May ; assistant : M. Olivier (Jean) ; interne : M. Moulinier (Edmond) ; externe en premier : M. Chareire (interne) ; externes : MM. Durupt (Lucien), Serre (Louis), Mlle Rosental (Louise), M. Ternier (Alex), Mlles Adler (Jeanne), Devillers (Juliette), MM. May (E.), Cayla (Jean).

6. **Médecin** : M. Pruvost ; assistants : Mlle Prieur (ff.), M. Pignot, Mme Dolfus ; internes : MM. Wetterwald, Chenebault (Jean) ; externes : MM. Gros (Salomon), Debusschère (Frédéric), Petitot (Albert), Pinchenzon (B.), Mlle Lécuyer (G.), MM. Deprez, Coulon (Maurice), Fredj (Léon), Gourion (H.), Durgeat (J.).

7. **Médecin** : M. Marchal ; assistant : M. Soulié ; interne : M. Porge (Jean) ; externes : M. Geffriaud (M.), Mlle Ancel (F.), MM. Braconier-Leclerc (Ray.), Hochfeld (M.), Guin (E.), N....

8. **Médecin** : M. de Gennes ; assistant : M. Salles (Pierre) ; interne M. Bonnet (Georges) ; externes : MM. Gluck (Ernest), Agnard (Ch.), Grange (J.), Mlle de Larminat (M.), MM. Corrion (J.), N...

9. **Chirurgien** : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Malgras, Stéfani (Lucien), Guy (André) ; externes : MM. Dreyfus (J.-C.), Postel-Vinay (Cl.), Bessière (Maurice), Cayrol (J.), Mme Roujon née Roverdiau, MM. Simon (René), Ben Haïm (G.), Dupuis (R.).

10. **Chirurgien** : M. Gernez ; assistant : M. Moulonguet (Pierre) ; internes : MM. Dutot (Raymond), Douay (Abel), Varangot (Léon) ; externes : Mlles Mirabail (Marie-Odile), Lévy (Yvette) Train Him Tuoc, MM. Dupuy (Michel), Govaerts (G.), Salmen (S.), Petit (Jean-Louis).

11. **Chirurgien** : M. Deniker ; assistant : M. Sauvage ; internes : MM. Esquirol (Etienne), Ghozland (Elie), Gibert (Théophile) ; externes : Mlle Beaughon (Marg.), ; MM. Giraud, Sauzède (Cl.), Szryro (Michel), Mlle Huguenard (Andrée), MM. Dreyfus (Albert), Quinchon (Robert), Mlle Chaberlot (Franç.)

12. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Hautant, assistant ; MM. Clément, Bourgeois ; assistant adjoint : M. Cuzin ; assistant de consultation : M. Le Jemble (f. f.) ; internes : MM. Coussieu (Pierre), Maspétiol (Roger) ; externes : MM. Bretton (R.), Oudot (M.), Paingault (M.), Roulin (M.), Bourgeaud (Lucien).

13. **Ophtalmologie.** — M. Bollack ; interne : M. Voisin (Jean) ; assistante titulaire : Mme Delthil ; assistant de consultation : M. Camps ; externes : MM. Douay (Ch.), Wolkowicz (M.), élève ; Wior élève.

14. **Accoucheur** : M. Cleisz ; assistant : M. xxx, internes : MM. Dennewald (Ferdinand) ; Robey (Maurice) ; externes : MM. Bachellier (Roger), Baugé (Ch.), Artisson (H.).

15. **Consultation (Médecine)** : M. Basch ; assistante : Mlle Maas ; externe en premier : M. Boyer (Jean) (interne) ; externes : M. Choppy (J.), Mlle Lambert (A.), MM. Krewer (Ber), Renault (Pierre).

16. **(Chirurgie).** — M. Chifoliau ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM Suau (E.), Fehrenbach (A.), Abramowicz (Bernard).

17. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Gilson ; chef adjoint : M. Huet ; assistants : MM. Descouts, Bouchard, Marchal.

18. **Laboratoire de curiethérapie et radiothérapie.** — Chef de service : M. Mallet ; chef adjoint : M. Collioz ; externes : MM. Beaugrand (P.), Grain (Robert).

19. **Consultation de stomatologie** . M. Lacronique ; adjointe : Mme Papillon ; assistant : M. Bertrand.

K. Laennec.

1. **Médecin** : M. le prof. Bezançon ; assistants : MM. Baron, Azoulay, Braun, Destouches, Fouquet, Gaucher, Mme Ragu (crèche) ; chefs de clinique : MM. Meyer, Joly, Bousser, Delon ; chefs de labor. : MM. Baun, Guillaumin, Delarue Joly et Langlois, consultation spéciale pneumothorax ; internes : MM. Pergola (André), externe en premier ; Robert (P.) (interne) ; externes : MM. Danion (Jean), Genthon (J.), Arribehaute (Rob.), Barbier (J.), Pinès (Jack), Philippe (Bern.), Boulay (André), Agid (René).

2. **Crèche.** — Externes : MM. Monteau (R.), Torre (P.).

3. **Dispensaire Léon Bourgeois.** — M. le prof. Bezançon ; externes : MM. Roubinet (Raym.), Marcault (P.), Langevin (Jean).

4. **Médecin** : M. Rist ; assistants : M. Pellis-

sier, Mlle Blanchy, MM. Brissaud, Hautefeuille, Bernard, Triboulet ; interne : M. Walther (Roger) ; externes : MM. Neumann (J.), Didier (R.), Costa (R.), Meline (J.), Mordo (Alex), Baudoin (Jean).

5. **Service de baraquements :** M. Rist ; interne : Mlle Rotté (Suz.) ; externes : MM. Libouré (Marc), Winter (Jean), Muller (Jean), Graillon (Pierre), Jorge (Salomon), Mselati (Edmond).

6. **Dispensaire Léon Bourgeois :** M. Rist ; externes : Mlles Maureil-Deschamps (Mad.), M. Isorni (Phil.), Mlle Raab (Ann.).

7. **Médecin :** M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Dreyfus (André) ; interne étranger : M. Maschas (Basile) ; externes : Mlles Ghinsberg (G.), Saint-Paul (Yvonne), Michon (France), Mme Benoit (Marie).

8. **Médecin** : M. René Bénard ; assistant : M. Poumailloux ; interne : M. Grossiord (André) ; externes : MM. Lebovici (Serge), Bachet (Maurice), Lebossé (André), Boisneuf (René).

9. **Médecin** : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard ; interne : M. Mignot (Hubert) ; externes : MM. Maignan (Ch.), Raymondaud (M.), Coste (Bernard), Party (Gilbert).

10. ***Chirurgien :*** *M. Lardennois ; assistants :* MM. Maurer et Welti ; internes : MM. Boutron (Jean), Janvier, Marre (Philippe) ; externes : M. d'Œlnitz (M.), Mlle Descroix (J.), M. Gay (P.), Mlles Esquerré (M.), Weinberg (L.), MM. *Chardack (W.), Brenier (Y.), Lebel (J.), Villain (J.).*

11. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Bloch (André) ; assistant : xxxxx ; interne : M. Simonin (Louis) ; externes : MM. Arrighi (César), Froissant (André), Mlle Kowalska (E.), M. Batteur (Michel).

12. **Ophtalmologie** — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : M. Besnard ; assistant de consultation : M. Filliozat ; interne : M. Wolinetz ; externes : MM. Ciechanowicz (J.), Perel (L.), Moure (Stanislas).

13. **Consultation (Médecine)** : M. Célice ; assistant : M. Marceron ; externes en premier : M. Dreyfus (Bernard) (interne) ; externes : MM. Fayet (J.), Maigne (Jacq.).

14. **(Chirurgie)** — M. Maurer ; externes : Mlle Robert (M.-T.), Souriac (P.).

15. **Consultation de Stomatologie** : M. Darcissac.

16. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Maignot ; chef adjoint : M. Portret (f. f.) ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Helie, Ducros ; externes : MM. Chevreul (P.), Comte (Joseph), Fressinaud-Masdefeix (Louis).

L. Bichat.

1. **Médecin** : M. Boidin ; assistant : M. Rouquès ; internes : M. Conte (Michel), Mlle Courrier (Andrée) ; externes : MM. Rousseau (G.), Audoly (P.), Bouvier (H.), Champagne (Raymond), Richard (J.), Gœrens (J.), Barry (R.), Mlle Ravet (J.).

2. **Médecin** : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Debray (Charles), Kipfer (Marcel) ; externes : MM. Hané (P.), Mathé (H.), Raymond (Jean), Barrier (J.), Vissian (L.), Umdenstock (R.), Compagnon (L.), Neel (David).

3. **Médecin** : M. Pasteur Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric ; internes : MM. Lemant (Jacq.) Domart (André) ; externe en premier : M. Israël (René) (interne) ; externes : MM. Collard (A.), Goury-Laffont (H.), Gougerot (L.), Sénéchal (J.-J.), Rouget (J.), Camus (J.), Mathieu (C.), Christophle (B.).

4. **Médecin** : M. Faroy ; assistant : M. Déron ; internes : MM. Temerson (Henri), Mouchotte (Robert) ; externes : M. Adam (R.), Mlle Mage (E.), MM. Feneon (J.), Weyl (J.), Froidefond (M.), Dissez (Ch.), Parant (M.), Mlle Kouindjy (S.)

5. **Chirurgien** : M. Brocq ; assistant : M. Raoul Monod ; internes : MM. Lauthier, Lortat-Jacob (Jean), Derieux (Pierre-J.-A.) ; externes : M. Wetterwald (F.), Mlles Marx (P.), Bonnet (S.), MM. Moreau (M.), Chenille (J.), Bouygues (P.), Pley (J.), Jourdain (R.).

6. **Chirurgien** : M. Capette ; assistant : M. Gueullette ; internes : MM. Leroy (André), de Maulmont (Jacques), Piel (André) ; externes : *M. Sierra (M.), Mlle Camilleri (L.),* MM. Nomdedeu (H.), Tola (R.), Quintescu (M.), Lévy (M.), Doville (J.), Simon (G.).

7. **Chirurgien** : M. Mondor ; assistant : M. Huet : interne : MM. Benassy (Jean), Rouchy (Pierre), Gahinet (Maurice), Samain (Adrien) ; externes ; MM. Küss (R.), Micquelard (M.), Alperine (Y.), Mlle Rist (H.), MM. Fonteix (P.), Chouinard (G.), Orliac (J.), Mlle Grould (P.).

8. **Accoucheur** : M. Metzger ; assistant : M. Couinaud ; internes : MM. Salvanet (Jacques), Drain (Maurice) ; externes : MM. Nedelec (L.), Dupont (V.), Duchatel (J.), Mlle Darkowsky (V.), M. Fleury (H.), Mlle Wetzlar (M.).

9. **Consultation (Médecine)**. M. Weissmann ; assistante : Mlle Wolff ; externe en premier : M. Thomas (Henry) (interne) ; externes : MM. Azaiz (S.), Tahar (L.), Slama (Y.), Meillon (H.).

10. **Chirurgie** — M. Schwartz ; externes : MM. Brisson (F.), Mlle Fontmarty (J.), M. Taïeq (Marcel).

11. **Electro-radiologie.** — M. Beaujard ; adjoints : MM. Porcher, Legoff (f. f.) ; assistants : MM. Hicquel, Lehmann (f. f.), de la Beausserie, Le Canuet (f. f.).

12. **Annexe Bichat (Polyclinique du boulevard Ney), Médecine générale (Consultation).** — Consultation de médecine générale : M. Lyon Caen ; externe en premier : M. Chassage (Pierre) (interne) ; externes : MM. N..., Boursaus (R.).

13. **Consultation de médecine infantile.** — Médecin : M. Pierre-Paul Lévy ; externe en premier : M. Vendryes (Pierre) (interne) ; externes : M. Montagne (P.), Mlle Giret (R.).

14. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Renard ; externes : MM. Rosenberg (S.), Bloch (J.).

15. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Aubry ; externes : Mme Stein (A.), M. Schneider (M.).

16. **Consultation de stomatologie.** — M. Raison ; assistant : M. Marie ; externe : M. Leibowitch (R.).

M. BROUSSAIS.

1. **Médecin** : M. le Prof. Sergent ; assistant : MM. Mignot, Bordet, Lonjumeau ; chefs de clinique : MM. Patte, Racine, Gallot ; chefs de labor. : MM. Durand (Henri), Couvreux, Kourilsky ; internes : MM. Fanchel (Félix), Duperrat (Félix) ; externes : MM. Jacquemin (H.), N..., Feuillette (P.), Carcopino (A.), Pouch (E.), Mlle Lazinier (J.), MM. Steinberg (H.), Coullet (C.).

2. **Médecin** : M. Laubry ; assistant : M. Routier ; interne : M. Dugas (Jacques) ; externes : MM. Masson (M.), Laubry (P.), Olbinsky (V.), Mme Matteï (M.), M. L'Hirondel (J.).

3. **Service des tuberculeux** : M. Laubry ; interne : M. Malinsky (André) ; externes : MM. Szylowicz (T.), Miraillès (R.).

4. **Médecin** : M. Abrami ; assistant : M. Wallich ; interne : M. Bioy (Edouard) ; externes : M. Sauzier (P.), Mlles Gagnier (M.), Bentkowski (G.), Schmidt (S.), MM. Bloch (Cl.), Wintrebert (J.).

5. **Service des tuberculeux** (baraquements) : M. Abrami ; interne : Mlle Bonnenfant (Françoise) ; externes : MM. Sicard (P.), Le Bigot (A.).

6. **Médecin** : M. Janet ; assistant : M. ; internes : MM. Soullard (Jacques), Vincent (Philippe) ; externes : MM. Haquin (Ch.), Castany (J.), Mlle de Laquière (V.), MM. Ryckebusch (J.), Door (M.), Polliot (L.), Chantemargue (F.), Camus (P.).

7. **Chirurgien** : M. Robert Monod ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Aliker (Pierre), Arviset (Abe Lévy (Jean) ; externes : Mlle Cypin (E.), MM. Gerain (A.), Dicescu (T.), Roby (J.), Rozencweig (A.), Isal (P.), Sicard (J.).

8. **Consultation** (Médecine) : Mme Bertrand-Fontaine : externe en premier : L'Hirondel (Jean) (interne) ; externes : MM. de Lavedan de Casaubon, Tulou (P.).

9. (**Chirurgie**). — M. Monod ; assistant : M. ; externes : MM. Capelle (H.), Reverdiau (J.).

10. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Cottenot ; assistants : MM. Blot, Chérigié, Le Dhin Thi ; externe : M. Nguyen-Vang-Vang.

11. **Clinique propédeutique** : M.

12. **Consultation de stomatologie.** — M. Croquefer.

N. BOUCICAUT.

1. **Médecin** : M. Courcoux ; assistants : MM. Thoyer, Alibert, Bucquoy ; interne : M. Le Blanc (Marc) ; externes : MM. Vettier (G.), Hébert (A.), Pestel (M.), Houdart (R.).

2. **Centre de triage.** — Externes : MM. N..., N....

3. **Médecin** : M. Trémolières ; assistant : M. Moussoir ; interne : M. Carrez (Pierre) ; externes : Mlle Jury (C.), MM. Joublin (J.), Cossart (R.), Pruvost (G.), Bouillé (R.).

4. **Chirurgien** : M. Okinczyz ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Flourens (Robert), Maury (Jacques), Pierra (Christian) ; externes : Mlle Desmonts (A.), M. Borman (I.), Mlle Schweisguth, MM. Ariztia (R.), Rouff (M.), Soula (J.), Lhermel (G.), Levi (R.-A.).

5. **Accoucheur** : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : MM. Goutner (Boris), Seguin (Marcel) ; externes : MM. Poissonnier (G.), Danset (P.), Rousset (P.), Gueron (I.).

6. **Consultation** (**Médecine**) : M. Rachet ; assistante : Mlle Bayer ; externe en premier : M. Arnous (Jean) (interne) ; externes : MM. Beaufils (J.), Prudhommeaux (P.).

7. **Chirurgien.** — M. Okinczyc ; externes : MM. Schtakleff (A.), Crohas (G.), Gauchon (P.).

8. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Moulonguet ; assistant : M. Lemoyne ; assistant de consultation : M. Bosc ; interne : M. Vaidié (Jean).

9. **Consultation de stomatologie** : M. Fargin-Fayolle.

10. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Gérard ; chef adjoint : M. Gilson ; assistants : MM. Blanche, Liftchitz ; externes : N...

O. VAUGIRARD.

1. **Chirurgien** : M. le prof. P. Duval ; assistant : M. Gatellier ; chefs de clinique : MM. Rudler, Billet (H.), chefs de labor. : MM. Moutier-Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; Beloux (attaché médical) ; internes : MM. Lazard (François), Olivier (Claude), Le Cœur (Paul), Neyraud (Charles) ; externes : Mlle Moreau (J.), MM. Palmer (D.), Ciaudo (D.), Arnaud (A.), Carlo (R.), Caillods (J.), Doumic (J.), Berveiller (A.), Marzet (A.), Dumas (M.), Mlle Brisac (C.).

2. **Consultation de stomatologie** : M. Vilenski.

3. **Electro-radiologie.** — Chef du service central M. Béclère ; assistant : M. Dupouy.

4. **Centre de neuro-psychiatrie infantile.** — M. Heuyer ; assistante : Mme Roudinesco ; interne : Mlle Lautmann (Françoise) ; externes : Mlles Casalis (A.), Marette (F.).

P. AMBROISE-PARÉ.

1. **Médecin** : M. Monnier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; interne : M Brunel (Louis) ; ex-

ternes : MM. Couturier (R.), Gauthier (R.), Carlotti (J.), Stefani (R.), Delair (G.).

2. **Médecin** : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : Mme Siguier ; externes : MM. Devaux (H.), Mouchot (G.), Belletoille, Bruneau (J.).

3. **Médecin** : M. Jacquet ; assistant : N... ; interne : M. Duval (Alain) ; externes : MM. Congy (J.), de Chirac (B.), Guyot (J.), Haguet (J.), Ducamp (P.).

4. **Chirurgien** : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Filhoulaud, Gover (Robert) ; externes MM. Charbonneau (P.), Mlle Gaon (L.), MM. Perillo (J.), Lacaze (H.), Lefebvre (G.), Lebreton (R.), Sclafer (J.).

5. **Consultation (Médecine)** : M. Peron ; assistant : M. Wester ; externe en premier : M. Turiaf (Toussaint) (interne) ; externes : M. Roger (F.), Mlle Magallon-Graineau (Olympe).

6. **Consultation de chirurgie.** — M. Desmarest ; assistant : ; externes : Mlle Orsoni (S.), M. Berger (C.), Mlle Boudeville (S.).

7. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Bouchet ; assistant : M. Jusseaume ; externes : MM. Pastier (J.), Lux (H.).

8. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; externes : MM. Lange (R.), Oudot (J.).

9. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Debré ; assistant : M. Brennan.

Q. Saint-Louis.

1. **Médecin** : M. le Prof. Gougerot ; assistant : M. Blum ; chefs de clinique : MM. Degos, Lortat-Jacob, Albeaux ; chefs de labor. : M. Desgrez, Mlle Eliaschef, MM. Peyre, Duche, Dechaume (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Vial (Gilbert), Seringe (Philippe), Meyer (Jean) ; externes : MM. Danel (J.), Chappelart (P.), Médioni (F.), Mlle Giret (R.), Dailly (R.), Goulène (F.), Mlle Cheikh (T.), Mlle Chaminadas (A.).

2. **Médecin** : M. Miliau ; assistants : M. Perin, Douhet, chef de labor. ; M. Eliet ; internes : MM. Grupper (Isaac), Boulle (Stéphane) ; externes : MM. Girault (L.), Cante (R.), Kavoussi (M.), Le Floch (G.), Mlle Vachez (L.), MM. Leibovici (M.), Pupko (S.), Cariage (J.).

3. **Médecin** : M. Sézary ; assistant : M. Paul Lefèvre ; chef de labor. : M. Lévy-Coblentz ; internes : M. de Font-Reaulx (Paul), Mlle Salembiez, M. Tiffeneau (Robert) ; externes : MM. Dramez (Ch.), Pellerat (J.), Claracq (L.), Mlle Jurain (O.), MM. Rouveix (J.), Badinier (P.), di Chiara (J.), Mlle Bouvet (A.).

4. **Médecin** : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; interne : Mme Logeais-Barnaud ; externe en premier : Mme Neret (interne) ; externes : MM. Lebrun (M.), Samie (J.), Verdez (F.), Mme Temime (A.), M. Galimard (P.).

5. **Médecin** : M. Touraine ; assistant : M. Rimé ; chefs de labor. : MM. Sambron (Jean), Duperrot (Félix) ; internes : MM. Scemama (Jacob), Gisselbrecht (Henri) ; externes : MM. Leandri (L.), Piot (A.), Maillard (J.), Daverne (A.), Poussier (F.), Mlle Dubuisson, MM. Kaeppelin (M.), Hochedel (A.), Weill (F.).

6. **Médecin** : M. Weissenbach ; assistant : M. du Castel, chef de labor. ; M. Perlès ; internes : MM. Stewart, Walter (Maurice), Ulmann (Marcel) ; externes : MM. Hoesli (H.), Neumann (A.), Turlotte (J.), Mlle Dunand-Henry (L.), M. de Lignières (A.), Mlle Bénétaud (J.), Vinour (A.), Proux (A.).

7. **Médecin** : M. Flandin ; assistant : M. Richon ; chef de labor. : M. Rabeau ; internes : MM. Olivier (Jean), Perreau (Pierre) ; externes : MM. Gandrille (M.), Clotteau (E)., Nguyen-Trung-Nain, Caland (M.), Caufment (A.), Cluzeau (R.), Beauvais (P.), Flandin (F.).

8. **Chirurgien** : M. Picot ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Bonamy (Max), Morin (Paul), Picquard (Antony) ; externes : MM. Marero (E.), Dufour (M.), Kuczynski (A.), Mlle Verron (R.), MM. Picot (L.), Blanc (G.), Sablon (M.), Gerber (L.).

9. **Chirurgien** : M. Bazy ; assistant : M. Blondin (Sylvain) ; internes : MM. d'Escrivan (Roger), Strée (Albert), Groulier (Paul) ; externes : MM. Chevillotte (G.), Niego (H.), Barbery (A.), Le Bihan (R.), Devaux (M.), Mathias (Jean-Baptiste), Delavelle (M.), Bally (J.).

10. **Chirurgien** : M. Moure ; assistant : N... ; internes : MM. Marcy (Jacques), Haguier (Paul), Orsoni (Paul) ; externes : MM. Le Bozec (R.), Le Brun (G.), Garnal (J.), Sapet (H.), Tubiana (R.), Mlle Bournissien (M.), MM. Berthier (J.) Gueroult (A.), Roblin (J.)

11. **Chirurgien** : M. Gouverneur ; assistant : M. Dossot ; internes : MM. Beauchef (René), de Botton (Réné) ; externes : MM. Jugnet (A.), Arnavielhe (J.), Habas (J.), Caudron (P.).

12. **Consultation.** — M. Gouverneur ; externes : MM. Banse (P.), Cayro (P.), Bourel (M.), Ras (M.), Friszberg (T.).

13. **Oto-rhino-laryngologie.** — M. Halphen ; assistant : M. Bruneau ; assistants de consultation : MM. Sergent, Pasqualini ; internes : MM. Cernéa (Pierre), Bourdial (Jean) ; externes : MM. Butzbach (Jean), Iszraël (S.), Martin (J.), Siraga (G.), Mlle Margueron (J.).

14. **Ophtalmologie.** — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistante : Mme Weissmann-Netter ; assistant adjoint : M. Masson ; interne : M. Offret (Guy) ; externes : M. Chappé (R.), Mlle Lafontaine (R.), M. Denis (J.).

15. **Accoucheur** : M. Lemeland ; assistant : M. ; internes : Mme Lamotte, M. Debeyre (Jean) ; externes : MM. Rybinski (A.), Etevé (J.), François (Pierre), March (G.), Zuckermann (A.).

16. **Consultation (Chirurgie).** — M. Bloch (René) ; assistant : M. Naggiar ; externes : MM. Parrot (R.), Fox (H.), Pecheux (J.).

17. **Consultation de stomatologie.** — M. Schœfer ; adjoint : M. Dechaume ; assistant : M. Maleplate ; externes : M. Deguel ; N....

18. **Electro-radiologie.** — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Nadal ; assistants : MM. Altmann, Buhler, Giraudeau, Juster, Kimpel, Moulle, Nahan, Penteuil, Puyaubert, Salaun, Schwartz (f. f.), de Vulpian ; interne : Bellin (André) ; externes : Mme Lejard (S.), M. Avrignac (L.), Mlle Harispe (D.).

19. **Annexe Grancher.** — Médecin : M. Babonneix ; assistants : Mlle Lévy (Françoise), M. Gouyen ; internes : MM. Daum (Sigismond), Borgida ; externes : Mlle Thiollier (M.-L.), M. Bastard (J.-J.), Mlle Lamothe (B.), MM. Cahen (A.), Pierre (M.), Mlle Cahour (M.), MM. Apostolides (P.), Fayein (A.).

20. **Chirurgien** : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Corvoisier (Joseph), Huchet (René), Forget (Roger) ; externes : M. Dastugue (J.), Mlles François (B.), Rivet (S.), MM. Mage (J.), Keiser (A.), Mertens (Ph.), Mlle Rosenstock (O.).

21. **Consultation d'orthopédie.** — M.

R. Broca.

1. **Médecin** : M. Tzanck ; assistants : ; chef de labor. : M. Lanegrace ; internes : MM. Ferroir (Jean), Dechaume-Moncharmont ; externes : MM. Aupinel (R.), Vakili (G.), Mlle Tavernier (C.), MM. Ruel (H.), Delcambre (R.), Butzbach (Jacques), Rodde (A.), Mlle Simon (A.), Bourdeau (H.).

2. **Service de transfusion** : M. Tzanck ; externes : MM. Hewitt (J.), Thieblot (L.).

3. **Consultation de blennorragie.** — Externes : MM. André (P.), James (R.).

4. **Médecin** : M. Carrié ; assistant : M. Porier ; chef de labor. : M. ; interne : M. Chambon (Marcel) ; externes : Mme Manuel (J.), MM. Gaulier (M.), Desgeorges (H.), Bonnet (J.).

5. **Chirurgien** : M. le Prof. Mocquot ; chef de clinique : M. Jonard ; chefs de labor. : MM. Parat, Palmer, Moricard (attaché médical) ; internes : MM. Coldefy (Jacques), Rouvillois (Claude), Picard (Georges) ; externes : Mlle Saulnier (F.), MM. Goldstein (A.), Pach (A.), Faingold (G.), Bureau (G.), Gérard (J.).

6. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : M. Lehmann ; assistant : M. Amiot.

S. Maternité.

1. **Accoucheur** : M. Le Lorier ; assistant : M. Desnayers ; chef de labor. : ; adjoint : ; chef de clinique : ; internes : MM. Reignier (Jacques), Debouvry (Paul), Mlle Olivier (Jacqueline) ; externes : Mlles Lerner (S.), Danon (H.), Carlet (A.).

T. Baudelocque.

1. **Accoucheur** : M. Couvelaire ; assistant : M. Lacomme ; chef de labor. : MM. Giraud, Sureau, Laporte (attaché médical) ; chef de clinique : M. Lepage ; internes : MM. Boros (Emile), Lutéraan (Philippe) ; externes : M. de Rocca Serra, Mlle Houades, MM. Georget, Lazare (Emile), Raymond (H.), de Berg (S.).

2. **Electro-radiologie.** — Chef du Service central : Mme de Brancas ; assistant : M. Leblanc.

U. Hôpital de la clinique d'accouchement Tarnier.

1. **Accoucheur** : M. le prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Merger ; chefs de labor. : MM. Carlier, Hinglais ; interne : M. Vauclin (Paul) ; externes : MM. Monrose (C.), Grindefer (M.), Champagne (Pierre), Jardel (G.), Le Lay (R.).

V. Claude-Bernard.

1. **Médecin** : M. le prof. Lemerre ; assistant : ; chefs de clinique : M. Pham Huu Chi, Mlles Barnaud, Wilm ; internes : MM. Yglesias Huu Chi, Mlles Barnaud, Wilm ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Yglesias y Betancourt, Bloch (Michel), Terrasse (Jean), Desmonts (Théodore) ; externes : MM. Cuzin (J.), Lemierre (J.), M. Fronville (P.), Mlle Brussaux (A.-M.), MM. Guénard (R.), Pinot (J.), Hauser (F.), Mlles Dreux (H.), Franses (E.), MM. Lobrichon (P.), Chardin (D.), Davy (A.), Tran-Van-Hoa, Albert (A.).

2. **Médecin** : M. Marquézy ; assistant : N.... ; interne : Mlle Ladet ; externe en premier : M. Maury (Pierre) (interne) ; externes : MM. Butet (A.), Schermann (S.), Briault (A.), Mlle Saas (M.), Saulnier (M.), M. Jamme (M.), Mlle Gomes de Mattos.

3. **Radiologie.** — M. Charpy.

W. Trousseau.

1. **Médecin** : M. Lesné ; assistant, M. Launay ; internes : Mlle Huguet, Adda ; externes : Mlles Ulrich (Cécile), MM. Gallimard (P.), Goldenbaum (J.), Mlles Onfray (D.), Provendier (M.), Fabre (G.), Tourneville (R.), MM. Massot, Gourdain (J.).

2. **Service de la diphtérie.** — *Médecin* : M. Lesné ; interne : M. Rogé (Raymond).

3. **Médecin** : M. Paisseau ; assistante : Mlle Bœgner ; interne : M. Boyé (Pierre) ; externes : Mlle Leuthreau (M.), MM. Solomon (A.), Logeard (J.), Mlle Martin de Gimard, MM. Goudot (J.), Coupin (J.).

4. Contagieux. — Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Ortholon (Jean).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard ; internes : MM. Sacquepée (Raymond), Pourquié (Marcel), Cauvy (Jean) ; externes : M. Daumet (H.), Mlle Kletter (F.), MM. Patron (C.), Caron (P.), Flouquet (R.), Renard (P.), Robert (J.-M.), Rivière (H.), Bourdon (R.)

6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Rouget ; assistants : MM. Hamelin, Ferrand ; interne : M. Bonhomme (Léon) ; externes : Mlles Joos (E.), Willocq (G.), Garnier (M.), Samuel (H.), M. Coutenay-Mayers (B.).

7. Consultation (Médecine) : M. Clément ; assistant : M. Pierre Vallery-Radot ; externe en premier : Mlle Haguenauer (interne) ; externes : Mlle Meugé (Y.), MM. Berrier (E.), Bernager (A.), Mlle Ganget (A.), M. Colsenet (J.).

8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant : M. Durondy ; externes : MM. Bugault (L.), Dautel (R.).

9. Consultation de stomatologie. — M. Lemerle ; assistant : MM. Cauhépée, Valtat (J.) (élève).

10. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Guenaux ; assistant : M. Damon.

X. Bretonneau.

1. Médecin : M. Guillemot ; assistant : M. Prieur ; interne : M. Perrot (Raoul) ; externes : M. Joussemet (R.), *Mme Lam-Van-Nghi, M. Goupy (C.), Mlle Lefèvre (J.), N...., M. Granjon* (A.).

2. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac (Georges) ; interne : Mlle Debay ; externe en premier : M. Brault (André) (interne) ; externes : MM. Bareau (A.), Ronsin (M.), Mlles Sauvé (C.), Thévenot (G.), MM. Grand (R.), Maillez (A.), Leroy (M.).

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Godard ; internes : MM. Tissot (Jacques), Tallet (Henri), Debidour (Henri), Zwillinger ; externes : MM. Galey (J.-J.) Pistre (M.), Bourguet (J.), Nguyen The Dai, Carton (F.), Guichard (R.), Mlle Gravelat (Y.).

4. Accoucheur : M. Guéniot ; assistant : M. Séguy ; internes : MM. Depaillot (André), Mousseau (Maurice) ; externes : MM. Chartier (A.), de Vaugelade du Breuillac (M.), Pyronnet (E.), Astre (A.), Tetreau (H.), Bessil (E.).

5. Consultation (Médecine). M. Levesque ; assistante : Mlle Rouget ; externe en premier : M. Poncet (Georges) (interne) ; externes : Mlle Demtchenko (M.), MM. Arsonneau (Ch.), Graveron (M.), Juille (M.), Mlle Vigneron (Th.).

6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Lallemant ; assistant : ; externes : MM. Daudier (M.), Dupont (V.), Van Quaethem (P.), Tran-Van-Luong.

7. Consultation de stomatologie : M. Izard.

8. Electro-radiologie. — Chef du Service central : M. Lobligeois ; adjoint : M. Torchaussé ; assistant : M. Méry ; Mmes Hébert et Rosenberg, élèves.

Y. Hérold.

1. Médecin : M. Milhit ; assistant : Mme Zagdoun ; interne : M. Hanaut (André) ; externes : MM. Defrance (H.), Magder (E.), Coutin (J.), Mlle Genthon (M.), M. Stooper (E.), Mme Maynadier.

2. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie ; internes : MM. Bidou (Stéphane), Welti (Jean-Jacques) ; externes : Mlles Dubois (C.), Hufnagel, May (Colette), Aubin (H.), M. Attali (P.), Mlle Grumbach (R.), M. Vincent (A.).

3. Consultation (Médecine). — M. Pichon ; assistant : Mlle Baguette ; externe en premier : Mlle Worz (interne) ; externes : MM. Delort (P.), N..., N...

4. Oto-rhino-laryngologie. — M. Ombrédanne ; externes : MM. Mandel (L.) N....

5. Electro-radiologie. — Chef du service central M. Lomon ; assistants : MM. Mignon, Duval ; externe : M. Krakowski (élève).

6. Stomatologie. — M. Ruppe.

Z. Maison de santé.

1. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. ; internes : MM. Paillas (Jean), Gerbaux (Jacques); externes : MM. Feldmann (P.), Penit (R.), Broche (J.), Negellen (P.).

2. Service temporaire de chirurgie. — Chirurgien : M. Girode ; internes : MM. Champeau (Maurice), Denoix (Pierre) ; externes : M. Dana (R.), Mlle Llech (A.), MM. Davis (D.), Couder (F.), Maury (B.)

3. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. ; chef adjoint : M.

Aa. Enfants-Assistés.

1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; assistant adjoint : M. Roudinesco ; chefs de clinique : MM. Gavois, Odinet, Bosquet (Joseph) ; chefs de laboratoire : MM. Detrois, Donato (moniteur) ; internes : MM. Brincourt (Jean), Delort (Joseph) ; externes : M. Leprat, Mlle Jolivet (H.), Bellettre (M.), MM. Cotillon (J.), Loiseau (Jacques-Paul), Blaire (G.).

2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; assistant d'orthopédie : M. Ducroquet ; internes : MM. Gout (Lucien), Boisseau (Roland); externes : M. Faucon (E.), Mlle de Robert (J.), M. de Montis ; Mlle Owsianik (Th.), M. Szpidbaum (I.).

3. Accoucheur : M. Vignes ; interne : M. Hanoun (Fernand) ; externes : M. Rousseau (Y.), Mlles Marcus (S.), Sieurain (G.), M. Devillers (B.).

4. Electro-radiologie. — Chef du service central M. Aimé ; assistant : M. Lebouchard ; M. Rotenberg (élève).

5. Consultation de stomatologie. — M. Boissier ; assistant : M. Chapotel.

AB. BICÊTRE.

1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Boudin ; internes : MM. Faulong (Lucien), Rambert (André) ; externes : MM. Vernes (A.), Moullé (A) Bieth (Ch.), Azoulay (Ch.), Monod (H.), Lecœur (J.), Bernard (L.), Mlle Trocmé (S.), MM. Boudon (Cl.) Kreisler (L.).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Shwartz (Eugène), Genty (Pierre), Mlle Marquis ; externes : Mlles Pochon (Ch.), Leuret (S.), MM. Vialard (J.), Buvat (J.-F.), Roy (B.), Bourgine (F.).

3. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. ; internes : MM. Léger (Lucien), Barbier (Léon), Vincent (Jean) ; externes : M. Toupet (A.), Mlle Woog (F.), MM. Praslon (J.-F.), Hamon (Y.), Lebiedinsky (G.), Ourceyre (P.), Bertrand (V.), Mlle Lassudrie-Duchêne (C.).

4. Consultation (Chirurgie). — M. Toupet ; interne : M. Netter (Robert).

5. Service d'aliénés. — MM. Camus, Maillard, externe en premier : M. Mallarmé (Jacques) (interne).

6. Médecin : M. Riche.

7. Consultation de stomatologie. — M. Richard.

8. Ophtalmologie. — M. Parfonry.

9. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassan ; externe: M. Buy (H.).

10. Service de désencombrement (Hôpital de secours). — Médecin : M. Moreau ; externe : M. Le Brigand (H.).

11. Consultation générale de médecine. — M. Moreau ; externe en premier : M. Macrez (Claude) (interne) ; externe : M. Peyron (P.).

12. 1er service de désencombrement (chroniques hommes). — Médecin : M. Moreau ; externe : M. Orgogozo (J.).

13. 2e service de désencombrement. — Médecin : M. Moreau ; externe en premier : M. Martrou (Pierre) (interne) ; externes : MM. Bricaire (H.), Maurage, Seyer (J.).

14. 3e service de désencombrement (service de contagieux divers). — Médecin : M. Moreau ; externe : M. Weydert (J.).

15. 4o service de désencombrement (chroniques). — M. Moreau ; externe : M. Astié (J.).

16. Service temporaire d'enfants. — **Médecin** : M. Mollaret ; externe en premier : M. de Montis, f. f. (interne) ; externes : M. Pujol (M.), Mlle Fillon (C.), MM. Hiverlet (E.), Minkowski (A.).

AC. SALPÊTRIÈRE.

1. Médecin : M. le Prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Schwob, Ribadeau-Dumas, Rudeaux, Guillain ; chefs de laborat. : MM. Bertrand, Garcin, Schmite, Mathieu (P.), Bernon ; internes : MM. Auzépy (Pierre), Aubrun (Witold), Kreis (Boris) ; externes : MM. Anquetil (R.), Uzan (H.), Sadri (M.), Ristelhueber (J.), Sevileano (E.), Lichnewsky (R.), Radziewsky (G.), Mlle Tomachepolsky (B.).

2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Charun ; interne : Mme Lœwe-Lyon ; externes : M. Bosvieux (Ch.), Mlles Snegaroff (H.), Gontcharoff (M.), Plouchard (J.), M. Pahmer (H.).

3. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Vildé (Louis), Bouwen Van der Boyen ; externes : MM. Brochemin (R.), Wolff (J.), Lefer (R.), Toufesco (N.), Guimezanes (E.), Cabrières (R.), Poggioli (V.), Gold (S.), Rochlin (N.).

4. Infirmerie du personnel et chalets. — M. Crouzon ; interne : Mlle Lorsignol.

5. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : Mlle Dreyfus-Sée ; interne : M. Lesobre (Roger) ; externe en premier : M. Thieffry (Stéphane). (interne) ; externes : Mme Thieffry, Mlles Bourcart (J.), Merle (H.), MM. Camus (P.), Kartun (P.), Mlle Tostivint (H.), M. Cablentz (B.).

6. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistant : M. Charrier ; assistant médical : M. Jehiel ; chefs de clinique : MM. Gosset, Hepp, Benaerts, Hauert ; chefs de laboratoire : MM. Magron, Rouche, Jehiel (attaché médical) ; internes : MM. Simon (Roger), Chevallier (Roger), Sautter (Yves) ; Yovanovtich ; externes : MM. Lera (H.), Silberstein (M.), Auregan (J.), Sohier (J.), Buchenaud (J.), Prestot (J.), Scebat (L.), Coury (Ch.), Laurent (J.), Cohen (Jean).

7. Médecin : M. Vurpas ; assistant : M. Brizard ; externe en premier : M. Sauvain (Yves) (interne).

8. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Sauvain (Yves).

9. Electro-radiologie. — Service central : MM. Bourguignon, Ledoux-Lebard ; chefs adjoints : MM. Beau, Marchand ; assistants : MM. Humbert, Mathieu (Pierre) ; externe : M. Lefebvre (J.).

10. Premier service de désencombrement (chroniques). — **Médecin** : M. Garcin ; interne : M. Roy (André) ; externes : MM. Bourhy (M.), Pheline (P.), Hertzog (P.), Martinon (A.), Ben Hamou.

11. Deuxième service de désencombrement (chroniques). — **Médecin** : M. Garcin ; externes : MM. Vialard-Goudou, Zaepfell (E.), Lemanissier (A.).

12. Service temporaire de médecine (enfants). — **Médecin** : M. Benda ; interne : M. Cortial (Jean) ;

externes : MM. Dugrenot (H.), Nespoulos (J.), Pécunia (A.), Aslanian (D.).

13. **Consultation de stomatologie.** — M. Guilly ; assistant : M. Houzeau.

14. **Clinique chirurgicale.** — M. Petit-Dutaillis ; assistant MM. Schmitz, de Sèze ; assistant neurologiste : M. Sigwald ; interne : M. Brouman (Jacques), externes : M. Tavernier (J.), Mlle Berl (J.), M. Duchêne (H.).

AD. IVRY.

1. **Médecin** : M. Boulin ; interne : M. Mallet (Robert) ; externe en premier : M. Charosset (Michel) (interne) ; externes : M. Martinet (J.), Mlle de Neyman (H.), M. Bertrand (J).

2. **Chroniques et admissions.** — Externes : M. Smilovici (H.), Mlle Jeanperrin (Ch.).

3. **Médecin** : M. Hagueneau ; interne : M. Claisse (Robert) ; externe au premier : Thoyer-Rozat (interne) ; externes : MM. Joinville (E.), Kropff (G.), Fraquet (P.), Perrier (R.), Demaugre (M.).

4. **Chirurgien** : M. Métivet ; internes : MM. Thomeret (Georges), Vionnet (Fernand) ; externes : MM. Casalta (J.), Beau (P.), Grignié (J.).

5. **Electro-radiologie.** — Chef du service central M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier.

6. **Consultation de stomatologie.** — M. Cabrol.

7. **Service de désencombrement.** — M. Boulin ; externes : MM. Colin (P.), N...

8. **Service temporaire de médecine (enfants).** — M. Hagueneau ; externes : MM. Pramayon (E.), Borja (V.).

AE. MÉNAGES.

1. **Médecin** : M. Brodin ; assistant : M. ; interne : M. Brunhes (Jacques) ; externes : MM. Le Balc'h (Y.), Catalogne (A.), Gautreau (P.), Vaissié (G.).

2. **Chirurgien** : M. Desplas ; assistant : M. Meillère (Jean) ; internes : MM. Gigon (Robert), Camelot (Joseph), Sarradin (Michel) ; externes : MM. Mastini (G.), Koskas (R.), Talpin (J.), Sebag (A.), Kambeu (Ch.), Magnoux (A.), Tostivint (R.), Staub (M.).

3. **Radioscopie.** — Mme Tedesco.

AF. LA ROCHEFOUCAULD.

1. **Médecin** : M. Tinel ; assistant : M. ; interne : M. Brumpt (Lucien) ; externe M. Brisset (Ch.).

2. **Service des tuberculeux (baraquements).** — M. Tinel ; interne : M. Aschkenasy (Alexandre) ; externes : Mlle Slim y Villegas ; M. Jacquet (A.).

3. **Poste de radioscopie.** — Assistant : M. Falcoz.

AG. DEBROUSSE.

1. **Médecin** : M. Debray ; interne : M. Moricheau-Beauchant.

AH. BERCK-HÔPITAL MARITIME.

1. **Chirurgien** : M. Richard ; internes : Mlle Picard, MM. Bergeron (Louis), Ghozland (Lucien) ; externes résidents : MM. Giret (J.), Lajoinie (H.), Bonvarlet (R.), N....

2. **Hôpital Lannelongue.** — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Le Roy (François) ; externes résidents : M. Arsitch (Dmitri), Mlle Gorodetzky (L.).

3. **Electro-radiologie.** — M. ; adjoint : M.

AI. BRÉVANNES.

1. **Médecin** : M. Renaud ; interne : Mlle Meunier (Andrée) (externe en premier, interne) ; internes (concours spécial) ; Mlle Oganesoff (H.), MM. Barbier (P.), Lajouanine (P).

2. **Médecin** : M. Bourgeois ; interne : M. Villey-Desmerets ; internes : Mme Thaon (interne de Paris), Mme Aldou (Fernand) (interne de Paris), MM. Allilaire (Roger) interne de Paris), Wolfromm (R.), (int. conc. sp.), Delair (Guy), (int. cons. spéc.).

3. **Médecin** : M. Chevalley ; interne : M. Gras ; internes (concours spécial) : M. Teyssier (Louis) (interne de Paris), Mme Levachkevith.

4. **Electro-radiologie.** — Assistant : M.

5. **Consultation de stomatologie.** — M. Nespoulous ; assistant : M. Mesnard.

AJ. SAINTE-PÉRINE.

1. **Médecin** : M. Mouquin ; interne (concours spécial) : M. Campagne.

AK. CHARDON-LAGACHE.

1. **Médecin** : M. Mouquin interne (concours spécial) : M. Cuvereaux (Maurice).

AL. HENDAYE.

1. **Médecin** : M. Morancé ; internes (concours spécial) : MM.

AM. CHAMPROSAY.

1. **Médecin** : M. Nouvion ; internes (concours spécial) : MM. Blondeau (M.), Biardeau.

2. **Stomatologie.** — M. Fleury.

AN. ASILE SAINTE-ANNE.

1. **Médecin** : M. Claude ; chefs de clinique : Mme Rubenovitch, MM. Sivadon, Lagache, Rouart ; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Dumas, Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin.

2. **Clinique neuro-psychiatrique infantile.** — Mme Bernard.

3. **Electro-radiologie.** — M. Piot.

AO. SANATORIUM D'ANGICOURT.

1. **Médecin** : M. Buc ; assistants : MM. Ronce, Costes (Guy), Fay (Roger).

AP. SANATORIUM DE SAN-SALVADOR.

1. **Médecin** : M. Fohanno ; adjoints : Mlles Jean, Roussy.

AQ. GALIGNANI ET BELŒUIL.

1. **Médecin** : M. Maréchal ; adjoint : M. N...

AR. LA RECONNAISSANCE. FONDATION BRÉZIN.

1. **Médecin** : M. Mutel.

AS. CHAMPCUEIL.

1. **Médecin** : M. Even ; assistants : MM. Porcher, Pigeon ; internes (conc. spéc.) : MM. Lecoq (Georges)., N.....

AT. LARRUYÈRE.

1. **Médecin** : M. Fourès.

Pensions militaires

Décret du 27 *mai* 1936 *portant réglementation de l'établissement des mémoires pharmaceutiques produits au titre de l'article* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919

Art. 1er. — Les mémoires pharmaceutiques présentés au compte de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ne seront désormais accueillis que s'ils portent l'estampille spéciale qui aura été apposée soit par l'un des groupements pharmaceutiques nationaux (association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies, union des grandes pharmacies de France et des colonies, union nationale des pharmaciens français), soit par le syndicat départemental ou régional régulièrement affilié à l'un de ces groupements nationaux.

Art. 2. — L'estampille spéciale sera d'un modèle uniforme, déterminé par les groupements nationaux, agréé par le ministère des pensions et déposé conformément aux lois des 23 juin 1857 et 12 mars 1920.

Elle sera délivrée par les groupements pharmaceutiques nationaux exclusivement aux organismes syndicaux que ces groupements nationaux auront délégué à la tarification des mémoires. Elle ne devra être apposée sur les mémoires présentés par les pharmaciens qu'après examen effectif de ces mémoires et redressement éventuel. A côté de l'estampille sera apposé le cachet de l'organisme syndical ayant procédé à l'examen du mémoire.

Art. 3. — L'examen des mémoires par les organismes syndicaux consistera à s'assurer :

1° Que ne figurent sur lesdits mémoires que des fournitures autorisées ; les fournitures non autorisées devront être rayées ;

2° Que le prix des fournitures est correct, c'est-à-dire :

a) Que le prix n'est pas plus élevé que celui appliqué par les pharmaciens à la clientèle ordinaire de leur officine ; sur ce point, les pharmaciens produiront, s'il y lieu, toutes justifications utiles ;

b) Qu'en tout état de cause n'est pas dépassé le tarif général en vigueur, lequel constitue un maximum ;

Art. 4. — Chaque pharmacien est libre de choisir parmi les groupemenss syndicaux accrédités celui auquel il entend confier l'examen de son mémoire.

Les mémoires doivent parvenir dans les quinze jours suivant l'expiration du trimestre au groupement syndical choisi et, au plus tard, un mois après, soit le 15 du deuxième mois de chaque trimestre, à la préfecture intéressée. C'est à dater du 15 du deuxième mois de chaque trimestre que seront comptés les retards susceptibles d'entraîner les retenues prévues à l'article 54 du décret du 22 décembre 1935.

Art. 5. — Il appartiendra aux organismes syndicaux de se faire couvrir de leurs frais par les pharmaciens dont ils auront estampillé les mémoires.

Art. 6. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent décret.

Art. 7. — Le ministre des pensions et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au *Journal officiel*.

(*J. O.*, 30 mai 1936).

Service de Santé militaire

Décret du 1er avril 1936 modifiant le décret du 19 août 1929 instituant un Concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines

Le Président de la République française,

Vu la loi du 19 juillet 1934 sur l'accession des naturalisés à certaines fonctions ;

Vu le décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservé aux *détenteurs du titre de docteur en médecine* ou de pharmacien, modifié le 13 juin 1932 ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 19 août 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 2. — Les conditions exigées pour être admis au concours sont les suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français depuis dix ans au moins au 31 décembre de l'année du concours ;

....

(La suite de l'article 2 ne reçoit pas de modification.)

Art. 2. — L'article 3 du décret du 19 août 1929 est abrogé et remplacé par le suivant :

Art. 3. — Les épreuves du concours seront :

a) Pour les docteurs en médecine :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre, d'une affection chirurgicale ;

3 Une interrogation sur une question de chirurgie d'urgence ;

4° Une interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène propphylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies infectieuses et des maladies sociales ;

5° Examen par le jury du dossier militaire du candidat ;

b) Pour les pharmaciens :

Une composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie ;

2° Une interrogation portant sur quatre questions : une de physique, une de chimie, une d'histoire naturelle et une de pharmacie ;

3° Une épreuve de chimie analytique ; recherche des acides et des bases renfermés dans plusieurs sels solides ou dissous ;

4° Vérification et titrage d'un médicament ;

5° Examen, par le jury, du dossier militaire du candidat.

Art. 3. — L'article 4 du décret du 19 août 1929 est abrogé et remplacé par le suivant :

Art. 4. — Les dispositions de détail relatives au programme, à la nature, à la durée et à l'exécution des épreuves du concours feront l'objet d'une instruction ministérielle. Il pourra être accordé des majorations de points aux candidats possesseurs de certains titres ou diplômes scientifiques ; ces majorations seront déterminées par l'instruction ministérielle ci-dessus visée.

Art. 4. — Le dernier alinéa de l'article 6 du décret du 19 août 1929 est abrogé.

Art. 5. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1er avril 1936.

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

Cinquante-huitième année — N° 27 — 5 Juillet 1938

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Correspondance

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Le Boulou. J. Noguès.
Loctudy. Dupouy.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical,** *Paris* **167-95.**

Nº 182. — Yonne. Poste méd. propharm. à céder d'urgence. Bon rapport, Bail 2.700. Condit. à débatt.

Nº 183. — Jeune doct. dispos. voiture ferait remplacem. Juillet, août, septembre, octobre.

Nº 184. — Indre. Poste méd. génér. à céder dans gros bourg. Condit. : reprise bail et légère indemn. Départ raison famille.

Nº 185. — Dame sérieuse, de famille médic., étud. en méd., quatre enfants, sténotypiste, ayant connaiss. en bactériol. et physiologie, parlant couramm. anglais, demande emploi pour tenir tête à ses charges de famille.

Nº 186. — Nantes. Docteur Saquet, massage, adresse et téléphone changés comme suit : 14, rue de Mme du Boccage, tél. 310.07.

Nº 187. — Docteur cherche collaboration pour affaire médicale extrêmem. intéressante.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Très ancienne clientèle méd. gle, gynécol. accouchem, à céder pour raison de fatigue. Gros rapport, appartement 5 p. Indemn : 75.000 dont 55.000 fr. cpt.

Seine. Très importante clientèle médecine générale. Installation très confortable. A céder avec cpt : 40.000.

Côte d'Azur. Résidence bord de mer. Clientèle médecine générale locale d'un produit intéressant à céder d'urgence. 15.000 fr. cpt.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. RIBADEAU-DUMAS est élu membre titulaire dans la première section (*Médecine et spécialités médicales*).

— **Académie des sciences.** *Election.* — M. le Professeur SABRAZÈS, de Bordeaux, est élu membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

— **Monument Adrien de Mortillet.** — Un Comité s'est formé pour élever à Paris un monument à Adrien de Mortillet, un des promoteurs, avec son père G. de Mortillet, des études de préhistoire.

Les souscriptions sont reçues par M. Roland Grunevald, trésorier du Comité, 11, rue A.-Guilmant, à Meudon (Seine-et-Oise).

— **Congrès d'hygiène.** — Les communications à présenter au Congrès d'hygiène devant prendre date avant le 31 juillet 1936, adresser les *titres* de ces communications à M. Dujarric de la Rivière, secrétaire général, 28, rue du Docteur-Roux (Institut Pasteur), Paris (XVe).

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion aura lieu le jeudi 9 juillet à

17 heures, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

— **Ministère de la Santé publique.** — Le cabinet de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique et de l'Education physique, a été composé comme suit :

Directeur du cabinet : M. Bovier-Lapierre, ancien ministre.

Chef du cabinet administratif : M. Marcel Lachaze, auditeur au Conseil d'Etat.

Chef du cabinet technique : M. le Docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Chef du secrétariat particulier : M. Alfred Rosier.

Attachés chargés du service parlementaire : M. Emile Boyer, contrôleur des Assurances sociales (Sénat) ; M. Louis Nermond (Chambre).

— **Concours pour l'obtention des bourses de médecine.** — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 23 juin 1936, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 17 juillet 1936.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militiare.

Les registres d'inscription seront clos le 8 juillet 1936, à seize heures.

— **Ministère de la Santé publique.** — Le ministère de la Santé publique communique :

« En vue de parer aux menaces de conflit dans les établissements hospitaliers, tant publics que privés, le ministre de la Santé publique a pris l'initiative de réunir une conférence paritaire, aux fins d'élaboration d'un statut type pour le personnel des établissements publics, et d'une convention collective de travail type pour le personnel des établissements privés. »

— **Hôpitaux d'Angers.** — A la suite du concours de juin 1936, MM. Hy et Le Rochais ont été nommés médecins adjoints des hôpitaux d'Angers.

— **Hôpital de Souk-Ahras.** — Un concours sur épreuves sera ouvert, à Alger, le 3 novembre 1936, pour le recrutement d'un médecin-adjoint à l'hôpital de Souk-Ahras. La liste d'inscription des candidats sera close le 14 septembre.

Pour tous renseignements s'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, Direction de la Santé publique, Services administratifs.

— **Œuvre parisienne des Enfants à la montagne.** — On demande docteurs ou étudiants pour s'instruire et rendre service en examinant 700 enfants partant en colonie de vacances, 22 juillet. Petite indemnité. Ecrire : Enfants à la Montagne, 30, place Jeanne-d'Arc, Paris (XIIIe).

— **Mariages.** — Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de M. Jean VANDECASTEELE, interne des hôpitaux, avec Mlle Jeannine NÉRET-MINET, fille de Madame et du Docteur Jean Minet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, chevalier de la Légion d'honneur.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 4 juillet 1936 en l'Eglise Saint-Sauveur de Lille.

Le *Concours Médical* est heureux d'adresser au Professeur Minet et à sa famille ses sincères compliments, et tous ses souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Nous apprenons le mariage du Docteur Gérard LACOSTE avec Mademoiselle Denise AUMONT, fille de Madame et du Docteur G. Aumont.

La bénédiction nuptiale leur sera donnée en l'Eglise Saint-Paul de Bordeaux, le mardi 7 juillet 1936, à onze heures.

Tous nos compliments et souhaits de bonheur aux futurs époux.

● ● ●

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 JUIN

Enseignement de la médecine

M. Simonin, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de Nancy (dernier titulaire de la chaire : M. Perrin).

14 JUIN

Sanatoriums publics

Avis de concours pour trois emplois de médecins assistants au sanatorium national de Vancauvenberghe et Zuydcoote.

Les délais d'inscription au concours sur titres pour trois emplois de médecins assistants au sanatorium national Vancauvenberghe de Zuydcoote sont prorogés jusqu'au 1er juillet 1936.

Les conditions du concours ont été publiées au *Journal officiel* du 9 mai 1936.

16 JUIN

Enseignement de la médecine

La chaire d'ophtalmologie de la Faculté d'Alger est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura), par suite du départ de M. le Docteur Santenoise.

18 JUIN

Impôt sur les traitements, salaires et pensions. Exonérations

Loi du 17 juin 1936 abrogeant les dispositions du décret-loi du 16 juillet 1935 concernant l'imposition des pensions de la loi du 31 mars 1919, la retraite du combattant, et les rentes des accidentés du travail.

ART. 1er. — Sont abrogées les dispositions du décret du 16 juillet 1935 supprimant diverses exonérations aux impôts directs sur les revenus.

ART. 2. — Sont rétablies dans leur teneur antérieure aux modifications apportées par le décret visé à l'article précédent, les dispositions des articles 61 (1°, 2° et 3°), 65, alinéa 3, 110 (1°) du Code général des impôts directs.

ART. 3. — Les dispositions précédentes auront leur effet à compter du 1er janvier 1936.

N. D. L. R. — Nous rappelons ci-dessous le texte des articles remis en vigueur, qui s'appliqueront à l'imposition des revenus déclarés en 1936 :

ART. 61. — Sont affranchies de l'impôt :

1° Les pensions servies en vertu de la loi du 31 mars 1919, à l'exclusion de la partie des pensions mixtes visées à l'article 60, § 2 de ladite loi, qui correspond à la durée des services ;

2° La retraite du combattant instituée par les articles 197 à 199 de la loi du 16 avril 1930 ;

3° Les rentes viagères et allocations temporaires accordées aux victimes d'accidents du travail.

ART. 65, alinéa 3. — Les mutilés titulaires d'une pension d'invalidité ont droit à une déduction supplémentaire de 1.000 francs (*sur le revenu imposable*)..

ART. 110. — N'entrent pas en compte pour la détermination des sommes passibles de l'impôt (*général sur le revenu*) :

1° Les pensions, prestations et allocations exonérées de l'impôt cédulaire en vertu de l'article 61 ci-dessus.

20 JUIN

Service de santé militaire

Par décret du 16 juin 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. titul. du B. P. M. S. ci-après désignés :

(Rang du 13 mai 1936) Simart, de la 22e sect. d'inf. milit. aff. à la région de Paris.

(Rang du 14 mai 1936) Benier, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

(Rang du 17 mai 1936) Dehouve, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

(Rang du 28 mai 1936), Lenseignies, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég. ; le méd. auxil. non titul. du B. P. M. S. ci-après désigné :

(Rang du 16 mai 1936) Meynadier, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég.

21 JUIN

Citation à l'Ordre de la Nation

Le Gouvernement de la République française cite à l'Ordre de la Nation :

Mme de Brancas, née Grunspan (Mathilde), chef du laboratoire d'électro-radiologie à la Clinique Baudelocque : a toujours fait preuve du plus grand dévouement et de la plus haute conscience dans l'exercice de sa profession. Décédée le 24 mai 1936 des suites d'une affection contractée dans ses fonctions de radiologiste.

PROMOTIONS — NOMINATIONS

RÉSERVES

SERVICE DE SANTÉ

Par décret du 16 juin 1936, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle (rang 25 juin 1936) :

MÉDECINS

Au grade de médecin colonel

Les médec. lieut-col. : Gault, 8e rég. ; Ancel, 20e rég. ; Aubaret, 15e rég. ; Gomgerot, rég. de Paris ; Parisot, 20e rég.

Au grade de médecin lieutenant-colonel

Les médec. command. : Sibille, 18e rég. ; Groc, 16e rég. ; Savy, 14e rég. ; Barberousse, 5e rég. ; Chon, 4e rég. ; Nandrot, 5e rég. ; Delherm, 17e rég. ; Rouch, 7e rég. ; Gaud, tr. du Maroc ; Rambaud, 17e rég. ; Lamy, 20e rég. ; Mayer, rég. Paris.

Au grade de médecin commandant

Les médec. capit. : Sourdille, 11e rég. ; Philip, 18e rég. ; Gaillemin, 20e rég. ; de Verbizier, 17e rég. ; Sauvageot, 7e rég. ; Boissart, rég. Paris ; Lévy, rég. Paris ; Poingt, 9e rég. ; Curel, 15e rég. ; Peard, 19e C. A. ; Bretton, rég. Paris ; Lachèze, 9e rég. ; Gillot, rég. Paris ;

Klein, 1re rég. ; Molina, rég. Paris ; Monteil, rég. Paris ; Gilbert, rég. Paris ; Pourtau, tr. Maroc ; Balmes, 17e rég. ; Jacquemaire, 1re rég. ; Villeclère, 15e rég. ; Potiron, 8e rég. ; Harter, 20e rég. ; Gosselin, 1re rég. ; Bourret, 15e rég. ; Perdrigeat, 18e rég. ; Boudailliez, 1re rég. ; Garban, 13e rég.

Deviller, rég. Paris ; Breillat, 11e rég. ; Petit, rég. Paris ; Bousrez, 20e rég. ; Rogery, rég. Paris ; Monin, rég. Paris ; Périneau, rég. Paris ; Logre, rég. Paris ; Thiers, rég. Paris ; Huguet, 13e rég. ; Blanc, 14e rég. ; Maury, 4e rég. ; Fil, 9e rég. ; Soula, 17e rég. ; Decrop, tr. Maroc ; Mouton, 20e rég. ; Jobelin, 14e rég. ; Miquel-Maillé, 19e C. A. ; Brabant, 1re rég. ; Feuillette, 2e rég. ; Paramelle, 14e rég. ; Vilte, 2e rég. ; Derancourt, 2e rég. ; Sassy, 16e rég. ; Gaudelut, 5e rég. ; Mazel, 14e rég. ; Robert, 7e rég. ; Deschamps, rég. Paris ; Brousse, 11e rég. ; Neau, 17e rég. ; Ségala, 17e rég. ; Rouveix, 13e rég. ; Soalhat, 4e rég. ; Coutaz, 14e rég. ; Deroche, 6e rég. ; Foucart, rég. Paris ; Dubreuil, 9e rég. ; Phélip, 13e rég.

Au grade de médecin capitaine

Les médec. lieut. : Péré, 9e rég. ; Phalempin, 1re rég. ; Aymès, 15e rég. ; Sinaud, 12e rég. ; Bouzat, rég. Paris ; Hubac, rég. Paris ; Duret, 3e rég. ; Narcy, rég. Paris ; Bardoz, 7e rég. ; Biit, 19e C. A. ; Valleton, 13e rég. ; Pons, 9e rég. ; Massip, 17e rég. ; Château, 1re rég. ; Le Faucheur, tr. Tunisie ; Dussans, 17e rég. ; Bodet, rég. Paris ; Pillot, 20e rég. ; Elicagaray, 18e rég. ; Rouché, rég. Paris ; Brus, 18e rég. ; Cadiot, 20e rég. ; Fritz, rég. Paris ; Aynaud, 15e rég. ; Luquet, rég. Paris ; Guillaumot, 8e rég. ; Picot, 3e rég. ; Buvat, 13e rég. ; Torret, 14e rég. ; Grille, rég. Paris ; Besnard, rég. Paris ; Gibout, 6e rég. ; Cornet, 18e rég. ; Ducruet, 7e rég. ; Lepage, 4e rég. ; Guillard, 3e rég. ; Pérol, 15e rég. ; Dax, 18e rég. Prévost, rég. Paris ; Nappez, 7e rég.

Bernard, 15e rég. ; Couturier, rég. Paris ; Pouget, 19e C. A. ; Mercier, 13e rég. ; Hude, 18e rég. ; Doumenge, rég. Paris ; Duron, 15e rég. ; Dugué 4e rég. ; Schmutz, 9e rég. ; Chambon, 17e rég. ; Audouy, 11e rég. ; Champeau, rég. Paris ; Lambolez, 20e rég. ; Détouillon, 8e rég. ; Rouvier, 14e rég. ; Hufstchmitt, 7e rég. ; Soulié, 18e rég. ; Capdevilla, 15e rég. ; Favrel, 5e rég. ; Bouet, 6e rég. ; Henrion, 2e rég. ; Viguier, 16e rég. ; Conrozier, 14e rég. ; Bréville, 2e rég. ; Chatelier, 11e rég. ; Delon, 16e rég. ; Lauquin, 8e rég. ; Delattre, 8e rég. ; André, 15e rég.

Sarda, 16e rég. ; Joly, rég. Paris ; Régis, 18e rég. ; Amblard, 13e rég. ; Michelet, 18e rég. ; Binet, 15e rég. ; Forgeron, 8e rég. ; Séguin, 8e rég. ; Amalric, 16e rég. ; Roullaud, 16e rég. ; Couinaud, 4e rég. ; Gayraud, 2e rég. ; Prudot, d'Avigny, 6e rég. ; Sauvage, 11e rég. ; Gresset, rég. Paris ; Raynaud, 17e rég. ; Archambault, 5e rég. ; Krèbs, rég. Paris ; Chabrut, 6e rég. ; Vigneul, 20e rég. ; Maquart, 2e rég. ; Denoël, 11e rég. ; Loyer, 18e rég. ; Martin, 18e rég. ; Fouache, 3e rég. ; Delhoume, 9e rég. ; Creuzot, 3e rég. ; Bathiat, 1re rég. ; Pingat, 8e rég.

Simonin, 20e rég. ; Aubert, 13e rég. ; Pothion, rég. Paris ; Baras, 1re rég. ; Pommade, 18e rég. ; Guitton, 6e rég. ; Fontaine, rég. Paris ; Legay, 4e rég.; Vatar, 4e rég. ; Foucaud, 15e rég. ; Asselin, 2e rég. ; Brouet, rég. Paris ; Quilici, 15e rég. ; Roussillon, 5e rég ; Delorme, 14e rég. ; Charlot, 5e rég. ; Cocq, 5e rég. ; Lepelletier, 2e rég. ; Cornet, 2e rég.; Chandebois, 1re rég. ; Perrot, 8e rég. ; Mallet, 13e rég. ; Binard, 3e rég. ; Ringard, 1re rég. ; Morin, 20e rég. ; Prunier, 20e rég. ; Bernardini, 3e rég. ; Prouvost, 1re rég. ; Martin, 1re rég.

Guérin, 8e rég. ; Benoit, rég. Paris ; Broca, rég. Paris ; Poty, 8e rég. ; Aron, 20e rég. ; Baud, 14e rég. ; Delrat, 14e rég. ; Ardisson, 8e rég. ; Fischer, 19e C. A. ; Vincent, 19e C. A. ; Mariel, 20e rég. ; Poitrinal, rég. Paris ; Gastille, rég. Paris ; Constans, 16e rég. ; Thyébault, 7e rég. ; Conthe, 13e rég. ; Albert, 14e rég. ; Desgranges, rég. Pa-

ris ; Quantin, 18e rég. ; Bouchez, 2e rég. ; Fillon, 4e rég. ; Guittard, 13e rég. ; Coyaud 11e rég. ; Paumelle, 3e rég. ; Fassy, 14e rég. ; Bisson, rég. Paris ; Martinazzo, 16e rég. ; Fassy, 18e rég. ; Schwab, rég. Paris.

Lacq, 18e rég. ; Degroote, 2e rég. ; Libersa, 1re rég. ; Gourdin-Servenière, 3e rég. ; Coulaudon, 13e rég. ; Tissot, 14e rég. ; Carréga, 15e rég. ; Gaston, 15e rég. ; Le Rasle, 3e rég. ; Wagner, 20e rég. ; Pédron, 4e rég. ; Nickel, 20e rég. ; Moureau, 18e rég. ; Hivert, 14e rég. ; Michel, 14e rég. ; Thibaudier, 14e rég. ; Auberge, 13e rég.; Bertrand, rég. Paris ; Chenard, 4e rég. ; Draper, 2e rég. ; Girot, 14e rég. ; Gicquel, 4e rég, ; Bézine, 8e rég. ; Rabreau, rég. Paris ; Destremont, 11e rég. ; Maleysson, 13e rég. ; Marchal, 2e rég. ; Bourdais, 2e rég. ; Gauran, 15e rég.

Rochaix, 14e rég. ; Lorfeuvre, 16e rég. ; Hermann, 14e rég,. ; Bouchara, 19e C. A. ; Tourneux, 17e rég. ; Lalbie ; rég. Paris ; Gouguet de Girac, rég. Paris ; Pénard, 13e rég. ; Merlin, 1re rég. ; Laflotte, 20e rég. ; Carrié, 2e rég. ; Colonna, 19e C. A. ; Guilluy, 1re rég. ; Bourcet, 9e rég. ; Mamet, 1re rég. ; Hélie, rég. Paris ; Pigeaud, 14e rég. ; Kolopp, 6e rég. ; Hoechstetter, 20e rég. ; Malassez, rég. Paris ; Ohlmann, 20e rég. ; Krumenacker, 20e rég. ; Echillev, 14e rég. ; Daban, 4e rég. ; de La Motte de Broons de Vauvert, 4e rég. ; Jan, 4e rég.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

I. *Communiqué*

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir, dans les circonstances présentes, rappeler aux médecins qu'il est indispensable que les prescriptions légales, au point de vue fiscal, soient exactement suivies et que les déclarations faites en vue de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu soient sincères et bien équilibrées.

En cas de désaccord à ce sujet, avec le Contrôleur, ils doivent s'adresser pour la Seine, au préconciliateur, le Docteur Tissier, 68, rue Jouffroy. La plupart des litiges se trouvent ainsi réglés. Si l'affaire doit être portée devant la Commission de taxation, le fait de ne pas avoir sollicité la préconciliation risque de déterminer une présomption défavorable.

Le président : Dr Herpin. Le secrétaire général : Dr Dournel.

II. — *Note de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine*

Les médecins omnipraticiens, syndiqués et non syndiqués qui, pour une raison quelconque, n'ont pas encore répondu au referendum qui leur a été adressé au sujet des tarifs syndicaux minima sont instamment priés de bien vouloir le faire. Il y a intérêt à ce que le bureau de la Fédération reçoive le plus de réponses possible.

Le secrétaire général : Dr Dournel.

Attention Confrères....

Du danger d'un tamponnement nasal la nuit

Véritable vaudeville — Conte vécu

Pays charmant délicieux, bois de pins avec toute leur senteur méridionale dans un pays de garrigue ensoleillé. Nom charmant et poétique de « Cornouillers ».

Depuis quelques jours des malandrins volaient par effraction des « coqs et des gallinés » dans les poulaillers du voisinage.

J'ignorais que, appelé pour soigner la nuit à deux heures du matin une grave épistaxis, j'avais deux fusils braqués sur ma tête et que j'étais en danger de mort.

Mes allées et venues pour rechercher les instruments utiles au tamponnement avaient parues suspectes. Le vol des poules avait été un événement sérieux dans le village, où, mon Dieu, elles sont parfois supérieures à leurs voisins humains.

Le vol s'était produit en automobile ; une partie de la population était alertée, et l'ignorant, je m'étais arrêté auprès du poulailler.

Si l'épistaxis avait continué, j'aurais été victime certainement d'un « Marius et d'un Olive » trop imaginatifs et peu observateurs.

Dr A. Juste,
Saint-Drézéry (Hérault).

CORRESPONDANCE

Les Prévoyants retardataires (*Suite*)

Mon cher Confrère,

J'ai lu votre chronique de la Mutualité Familiale. Mais un confrère de 67 ans qui n'a jamais participé à aucun versement peut-il avoir recours à une combinaison quelconque pour lui et pour sa femme ?

La Maison du médecin aussi doit lui être fermée ?

Dr P., à P. (S.).

Réponse

A 67 ans, vous ne pouvez évidemment plus souscrire à aucune Caisse de retraite, puisqu'il faut quinze années de participation et que cela vous ferait attendre votre premier arrérage jusqu'à 82 ans.

Pour votre femme, elle ne peut être assurée que si elle n'a pas plus de 50 ans, ou à la rigueur 55 ans, pour une retraite à 65 ou 70 ans.

Vous êtes hélas ! encore un de ces nombreux imprévoyants, qui attendent toujours au lendemain pour faire le geste salutaire !

Voyez à la Caisse Nationale des Retraites pour la vieillesse, si elle peut vous proposer une combinaison acceptable. Il n'y a plus qu'elle pour cela !

Voir la suite page LV-2089

PROPOS DU JOUR

SURSUM CORDA!

Un vent de défaitisme souffle çà et là dans les milieux médicaux.

Ce n'est pas sans tristesse que nous avons entendu de jeunes médecins, anciens internes, appelés à honorer de leur science et de leur talent notre profession, souhaiter la fonctionnarisation de la médecine pour poursuivre à l'abri de tout souci matériel leurs études et leurs recherches.

Le but noble qu'ils invoquaient pouvait leur servir d'excuse. Mais que dire de ceux qui simplement, terre à terre, obéissant à la loi du moindre effort, désireux de s'assurer des jouissances et des loisirs, d'éluder le plus possible les responsabilités, souhaitaient d'obtenir une petite vie tranquille sans tracas et sans fatigues en s'assurant la prébende pas même d'une fonction mais d'un salariat avilissant. Notre jeune collaborateur, Robert Fasquelle Saint Yves-Ménard, rapportait dernièrement dans ce journal, avec sa verve ironique et mordante, quelques réflexions, véritables ou imaginées, mais en tout cas vraisemblables, entendues en salle de garde.

Ne jugeons pas avec trop de sévérité ces jeunes gens. Le lendemain de leur thèse, si leurs familles peu fortunées ne peuvent faire largement les frais de leur installation, ils se trouvent dans une situation pénible et inquiétante, surtout si le mirage de la grande ville, les a empêchés d'aller se fixer à la campagne.

Tout cela n'aurait pas trop attiré notre attention, si nous n'avions trouvé dans notre courrier la lettre d'un confrère ayant dépassé la cinquantaine, lettre que nous regrettons de ne pouvoir publier car la volonté de l'auteur sur ce point est formellement exprimée.

Ce confrère qui fut dans sa région un militant du syndicalisme, qui remplit jadis les fonctions de secrétaire de son Syndicat local, nous demande de faire campagne en faveur de la fonctionnarisation du médecin, fonctionnarisation qu'il appelle de tous ses vœux.

Nous sommes, nous écrit-il en propres termes, les esclaves des esclaves. Encore ces derniers (les ouvriers sans doute) obtiennent l'amélioration de leur sort.

Quand aurons-nous, nous-mêmes, notre semaine de quarante heures, des vacances payées et le repos de nos nuits assuré ? Quand pourrons-nous jouir en paix des joies de la famille, de la fixité des heures de repas et, à la fin de notre vie, des avantages et de la sécurité qu'assure une pension de retraite ?

Cette lettre était évidemment inspirée par une crise de découragement, provoquée par les heures troubles et incertaines que nous vivons. Notre confrère n'attend pas de nous, nous l'espérons, un plaidoyer, ni un appui pour la thèse qu'il nous propose de soutenir et que nous trouvons étrange. Ce serait mentir à notre passé, ce serait renier les campagnes que nous avons menées, les efforts que nous avons faits pendant quarante-deux ans de vie syndicale active.

Sursum corda ! Haut les cœurs ! Confrères, s'il en est quelques-uns parmi vous qui se laissent aller ainsi à la désespérance de pareil défaitisme ; si nous le voulons bien, notre profession n'est pas perdue et nous pouvons trouver dans le Syndicalisme la bouée qui la sauvera du naufrage.

Certes, nous sommes loin d'être admirateurs d'un traditionnalisme suranné et périmé, mais si nous concevons qu'il est nécessaire, qu'il est moral de laisser le malade au médecin librement choisi et en qui il a confiance, nous pensons que pour assurer à ce malade, tous les avantages d'une technique nouvelle dispendieuse et que le plus souvent ses ressources ne peuvent lui permettre de s'assurer, *nous devons, au lieu de* recourir au bras séculier de l'Etat, des départements, des communes, des assurances, des Mutualités, des œuvres prétendues de bienfaisance, nous devons, disons-nous, avoir recours à nos Syndicats. Il y a trente ans que nous défendons cette idée. Il y a trente ans que beaucoup qui nous ont approuvés, n'ont rien tenté pour la réaliser.

Et cependant, pareille réalisation pourrait rendre à la médecine pratique son indépendance, sa dignité et son prestige.

Cibrie nous faisait part récemment à l'Assemblée du Syndicat des médecins de la Seine, des suggestions du nouveau ministre de la Santé publique. Ce dernier reconnaissait volontiers qu'il n'y avait aucune raison sérieuse pour modifier l'exercice de la médecine de soins, mais disait qu'il désirerait voir les Syndicats médicaux prendre en charge la médecine préventive (vaccina-

tions diverses, dépistage, surveillance sanitaire des écoliers, consultations prénatales, consultations de nourrissons, examens d'aptitude aux exercices physiques, examens nécessités par l'orientation professionnelle, lutte contre les fléaux sociaux etc., etc.). Cette prise en charge donnerait lieu à la signature d'un contrat collectif et à la rédaction d'un cahier des charges que le Syndicat médical s'engagerait à remplir et de l'exécution consciencieuse desquels il assumerait toute la responsabilité.

Somme toute, ce programme est celui que Lafontaine soutenait il y a quinze ans à l'Union des Syndicats médicaux de France. En quinze ans, les temps ont bien changé et les idées ont évolué. Cibrie a la sagesse de se rendre compte de toute la puissance que pareille réalisation donnerait au Syndicalisme médical et du bénéfice qu'en retirerait la profession en tant que profession qui resterait quand même une profession libérale.

Il a été assez heureux pour convaincre la presque unanimité des membres du Syndicat de la Seine qui assistaient à l'Assemblée générale et il est certain de ne pas trouver en province beaucoup d'opposition.

Nous savons bien que la médecine sociale n'est pas facile à organiser à Paris, ni dans la région parisienne. On se heurtera à la résistance des dispensaires, des hôpitaux, des œuvres auxquelles souvent l'hygiène, l'assistance, la bienfaisance servent de pavillons pour couvrir des entreprises de propagande politique, confessionnelle ou même commerciale ; on se heurtera encore à une foule de profiteurs, dames patronesses, infirmières, assistantes, administrateurs, médecins et à leurs protecteurs, qui tous tirent un bénéfice moral ou matériel de ces œuvres, profits, disons-le, bien minces pour les médecins. Mais si le syndicalisme médical n'est pas en mesure de lutter et de vaincre progressivement ces résistances, même avec l'appui du Gouvernement, son impuissance absolue sera démontrée et il n'aura qu'à disparaître.

***

Quant aux jeunes médecins que nous citions au début et qui rêvent aux bienfaits de la fonctionnarisation, nous leur conterons simplement ce qui se passait lors de nos débuts, il y a bien près d'un demi-siècle.

Les jeunes médecins qui voulaient tenter le sort et s'installer à Paris, n'avaient le plus souvent pas de fortune ; certains ont réussi et nous en connaissons parmi nos amis les plus intimes. Ils débutèrent modestement, très modestement dans des quartiers médiocrement fortunés. Ils évitèrent les frais d'une installation luxueuse et partant de s'endetter. Certains repoussèrent les offres alléchantes du pharmacien du coin qui leur offrait comme clinique le fond de leur arrière boutique. Nous en connûmes qui, ayant pour excuse une tenaillante misère, ne résistèrent pas à l'appât, ce qui ne les empêcha pas quelques années plus tard de devenir président de leur Société locale. Assez froidement accueillis par leurs anciens qui craignaient leur concurrence, ils s'imposèrent par la correction et la dignité de leur vie. Ils montèrent les étages sans les compter, passèrent leurs nuits à faire des accouchements mal payés, restèrent au début chez eux le dimanche, il en fut qui restèrent dix ans sans prendre de vacances. Nous en connûmes qui vécurent pendant les premières années de leur exercice avec moins de 5.000 francs par an. Ils mirent plus de cinq années à végéter ainsi sans désespérer de l'avenir, sans perdre patience, sans intriguer, sans tendre la main. Ils employèrent leurs loisirs à collaborer, sans rémunération appréciable, à la presse médicale et à la défense professionnelle.

Peu à peu leur situation s'améliora et sans les doter d'une fortune, elle devint enviable. Ils purent assurer l'avenir de leur famille et terminer leur existence libres, indépendants et entourés de la considération de leurs clients, de leurs nombreux obligés et aussi de leurs confrères. Les médecins praticiens de ce genre sont légion à Paris et encore plus nombreux en province.

Jeunes confrères, prenez-les en exemple. Ne rêvez ni à un fonctionnarisme mesquin, ni à un salariat dégradant.

Faites votre situation par votre énergie, votre dévouement et votre labeur. Vous resterez indépendants, considérés et aimés. Cela vaut bien quelque effort et quelques sacrifice.

Sursum corda ! Haut les cœurs !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

QUELQUES NOTIONS GÉNÉRALES DE DIÉTÉTIQUE DANS LES AFFECTIONS GASTRIQUES

Par le Docteur G. Faroy

Médecin de l'Hôpital Bichat

On connaît l'importance de la diététique dans les affections gastriques et il y a peut-être intérêt à condenser dans un court article les notions générales qui la régissent.

Il ne s'agit pas de tenter l'étude complète et détaillée de l'alimentation permise aux malades qui souffrent de l'estomac, ni d'exposer les régimes qui conviennent à chaque affection gastrique ; mais nous voudrions montrer pourquoi certaines catégories d'aliments sont autorisées et d'autres défendues et comment on peut les adapter d'une façon rationnelle aux divers syndromes qu'on est susceptible d'observer au cours de ces maladies.

Il faut en effet tenir compte, dans l'établissement du régime, des troubles de la motricité, de la sécrétion et de la sensibilité de l'organe atteint.

La motricité, étudiée par la clinique et par la radiologie, peut être normale, exagérée (hypertonie, hyperkinésie), ou diminuée (hypotonie, atonie, hypokinésie).

La sécrétion, connue par l'examen du chimisme gastrique, est normale, exagérée (hyperchlorhydrie, hypersécrétion) ou diminuée (hypochlorhydrie, anachlorhydrie, hypopepsie, apepsie, hyposécrétion).

La sensibilité enfin doit être uniquement considérée dans son exagération et dépend soit des réactions de la muqueuse, soit de celles de l'appareil vago-sympathique.

Ces éléments, fort simples et fort schématisés, de physiologie pathologique sont le plus souvent suffisants, et, s'ils permettent de comprendre les règles de la diététique gastrique, ils servent aussi de base à leur application pratique.

En réalité, cette dernière est souvent rendue complexe par la coexistence avec les affections de l'estomac, d'autres affections digestives qui exigent des régimes spéciaux. Il faut alors combiner les régimes entre eux, mais l'usage montre que cette opération est plus facile qu'il ne semble dès l'abord, sans aboutir à des restrictions exagérées, dont il faut se garder le plus possible.

Quoi qu'il en soit, pour simplifier l'exposé de ce qui va suivre, nous considérerons les maladies de l'estomac dans leur pureté, sans complications (hémorragies, sténoses, etc.), et sans tenir compte de l'association possible d'affections intestinales ou des glandes digestives (foie et pancréas), et d'intolérances alimentaires du type anaphylactique.

***

Les aliments doivent être étudiés aux points de vue de leur quantité, de leurs propriétés physiques, de leurs propriétés physiologiques.

1° Quantité. — Il faut à tout prix proscrire les trop gros repas, et d'autant plus qu'un estomac est plus atone, plus hypokinétique, plus hyposécréteur, plus hypersensible, pour éviter des digestions longues et douloureuses et des évacuations lentes. Avec des repas moins copieux, le brassage et la digestion des aliments s'effectuent plus facilement et plus complètement ; l'évacuation en est accélérée.

On peut souvent conserver le rythme habituel des trois repas journaliers ; mais il y a intérêt à en régler la capacité en tenant compte des intervalles qui les séparent. Pourtant chez un certain nombre de malades, on se trouve bien de prescrire quatre repas égaux, également espacés, de quatre heures environ par exemple ; il ne faut alors pas négliger d'en réduire le volume, tout en s'attachant à obtenir une ration alimentaire suffisante pour les vingt-quatre heures.

Ce qui est vrai pour les aliments solides, l'est aussi pour les boissons et les aliments très aqueux, potages et lait. En effet une trop grande quantité de liquide absorbée au cours des repas, en distendant l'estomac, augmente l'atonie. Chez les ptosés, par exemple, il y a avantage à diminuer la ration liquide et à recommander des potages épais.

D'autre part un trop grand volume d'eau dilue le suc gastrique, déjà de faible teneur acide chez les hypochlorhydriques et les anachlorhydriques, et souvent chez les dyspeptiques banaux sensitivo-moteurs ; elle restreint son action et retarde la digestion.

Il faut donc, dans tous ces cas, réduire la quantité des boissons au cours des repas, plus ou moins, suivant le degré de l'affection à traiter, et faire boire entre les repas, quand l'estomac est vide ou presque vide, c'est-à-dire le matin à jeun, à la fin de l'après-midi et le soir avant le coucher.

2° Propriétés physiques. — Il en est plusieurs à étudier :

a) *Température.* — Le *froid* est vaso-constricteur, paralysant et anesthésique ; c'est dire qu'il diminue la sécrétion, la motricité et la sensibilité, et est antihémorragique.

Mais il faut distinguer ici les aliments solides et liquides, dits froids, c'est-à-dire à la température ambiante, et les aliments et les boissons glacés.

Les premiers sont sans doute un peu plus longs à être digérés et évacués de l'estomac que les boissons et les aliments chauds ; mais ils sont le plus souvent bien tolérés par tous les malades, surtout si l'alimentation froide est associée à la chaude.

Au contraire, s'ils sont glacés, les aliments et les boissons sont à proscrire chez les hypochlorhydriques et les hyposécréteurs et au contraire à recommander chez les hyperchlorhydriques, les hyperkinétiques, les spasmés, les vomisseurs et chez les hypersensibles.

De plus les liquides glacés sont à prescrire en cas d'hémorragie gastrique, à condition qu'ils soient pris de façon fractionnée et continue, pour éviter la vaso-dilatation réflexe.

La *chaleur* est vaso-dilatatrice ; elle excite la sécrétion et la motricité normale, mais a une action sédative sur les spasmes.

Aussi les aliments chauds et les boissons chaudes surtout, sont-ils indiqués en cas d'hypochlorhydrie, d'atonie ou d'hypotonie ; ils réveillent la sécrétion et la motricité déficientes de ces affections.

En cas de spasmes douloureux, les boissons très chaudes ont une action parfois égale à celle des boissons froides ; mais c'est souvent une affaire d'individualité et il n'y a pas règle absolue à cet égard.

b) *Etat de division.* — L'état de division des aliments joue un rôle important dans la digestion. Il n'est pas douteux que leur fragmentation diminue le travail moteur de l'estomac, facilite le brassage avec le suc gastrique, l'imprégnation et la digestion des aliments par celui-ci ; elle tend donc à avancer le début de l'évacuation et à raccourcir la durée de celle-ci.

Elle dépend de plusieurs facteurs et tout d'abord du *degré de la mastication* dont l'importance est grande ; plus elle est complète, plus les aliments sont divisés finement, plus ils sont imprégnés de salive chargée de commencer la transformation des amidons. La *tachyphagie,* si fréquemment source de troubles dyspeptiques, doit donc être évitée à tout prix ; d'autre part l'état de la dentition doit être surveillée.

La *consistance naturelle des aliments solides* est ensuite à considérer ; plus elle est grande, plus la mastication doit être soigneuse. Malgré tout, les légumes et fruits, riches en cellulose et souvent les viandes parviennent dans l'estomac dans un état de division très imparfait, en fragments plus ou moins volumineux, que le viscère ne pourra fractionner. Il y a donc intérêt à défendre les aliments à cellulose dure (légumes verts, pommes, etc.) et à recommander les aliments à cellulose tendre (carottes, navets, certains fruits).

Il est du reste possible de diminuer artificiellement la consistance des aliments et d'augmenter leur état de division ; c'est de les réduire *à l'état pâteux,* en purée (pommes de terre, féculents de toute sorte), de les passer avec soin (légumes verts, carottes, navets, etc.), de les préparer en potages passés finement, ou en compotes (fruits). La viande doit dans certains cas être hâchée ou pulpée.

En ce qui concerne le lait, on sait qu'à l'état naturel, il se coagule sous l'influence de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, en caillots de caséine souvent fort volumineux et difficiles à digérer parfois pour un estomac normal et à plus forte raison pour un estomac malade. Aussi y a-t-il avantage à utiliser des laits homogénéisés (1) qui ne donnent que des coagula microscopiques, ou à ajouter au lait du citrate de soude ou d'autres produits susceptibles d'empêcher sa coagulation.

Les *laits fermentés* semblent plus faciles à digérer que le lait naturel pour des estomacs hyposécréteurs, sans doute en raison de leur coagulation plus fine et aussi parce qu'ils suppléent la sécrétion déficiente par l'acide lactique qu'ils apportent ; peut-être sont-ils aussi des excitants de la motricité. De toutes façons, leur acidité les rend peu recommandables aux hyperchlorhydriques.

La *contenance en eau* des aliments solides règle aussi leur consistance et leur faculté de division ; elle doit surtout être prise en considération dans certains fruits, dont elle facilite la mastication et le broyage par l'estomac ; mais, pris en quantité trop importante, ces fruits ont l'inconvénient d'introduire dans la cavité gastrique de la cellulose plus ou moins dure et une quantité d'eau indésirable qui gênent la digestion.

c) *Etat de crudité et de cuisson.* — L'état de crudité ou de cuisson influe beaucoup sur la consistance des aliments. D'une façon générale, les aliments végétaux crus doivent être considérés comme plus difficiles à digérer qu'après cuisson ; l'inverse est vrai pour les viandes.

Les *légumes cellulosiques et certains fruits* crus doivent donc être interdits ; la cuisson au contraire les ramollit, facile leur mastication, leur division et leur préparation sous forme de purées, potages, compotes, etc., dont nous venons de dire les avantages.

L'*amidon* qui représente la majeure partie des éléments constitutifs des aliments amylacés, dits farineux et féculents et tient, pour cette

(1) G. Faroy. — Le lait dans les maladies du tube digestif. *Journal médical français*, janvier 1933, nº 1.

raison, une si grande place dans l'alimentation, subit sous l'effet de la cuisson, un début de transformation, qui facilite son attaque par les ferments salivaires et le fait mieux tolérer par l'estomac. Au contraire, à l'état presque cru, il est fort indigeste, qu'il soit ingéré sous forme de pain ou de farine, de légumes secs, de pâtes d'Italie, de riz, de pommes de terre, etc.

Or il est fréquent de voir considérer que les aliments contenant de l'amidon, surtout les pâtes et le riz, n'ont pas besoin d'être cuit longuement, peut-être parce qu'ils se transforment trop facilement en une bouillie peu agréable à voir et peu apte à exciter l'appétit.

Il faut donc savoir que pour être très digeste, l'amidon doit être très cuit et que tout amidon cru ou insuffisamment cuit doit être rejeté de l'alimentation des dyspeptiques gastriques, qu'il s'agisse de sauces contenant de la farine, de pâtes, de riz ou de légumes féculents. Ce n'est pas ici le lieu d'indiquer par quels procédés (1) on peut obtenir ces aliments très cuits, tout en leur conservant un aspect présentable.

Il faut ajouter qu'il existe des *farines maltées* (celles qu'on emploie chez les enfants), qui en cuisant subissent très rapidement un début de digestion les rendant très aptes à l'alimentation des malades. On peut encore utiliser *l'extrait de malt* et la *maltine*.

Le *pain* mérite d'être étudié à part. Même sans tenir compte des malfaçons qui président trop fréquemment à sa fabrication actuelle, il faut savoir que la plupart du temps la *mie* est insuffisamment cuite et contient de l'amidon à moitié cru. Elle est donc indigeste d'abord pour cette raison, puis encore parce qu'elle constitue une véritable éponge imbibée d'eau dans laquelle les ferments digestifs pénètrent mal. La *croûte* du pain au contraire est très cuite ; elle est plus facile à digérer. Il en est de même du pain grillé, desséché au four, des biscottes, gressins, longuets, etc., qui ne peuvent être fabriqués qu'avec des farines de première qualité, blutées comme il convient, et nécessitent une cuisson parfaite et prolongée.

La mie *du pain rassis* est un peu plus aisée à digérer qu'à l'état frais, en raison de son état d'émiettement facile et de sa faible contenance en eau, qui favorisent son attaque par les ferments digestifs.

Au total, chez les dyspeptiques gastriques quels qu'ils soient, il faut interdire la mie fraîche du pain et recommander la croûte, les pains très cuits spéciaux ou à la rigueur la mie du pain rassis.

En ce qui concerne *les viandes*, il est est autrement ; en effet la cuisson provoque la coagulation des albumines et d'autant plus complètement qu'elle est plus prolongée et plus intense. Or l'albumine coagulée est plus difficile à digérer pour le suc gastrique que l'albumine qui ne l'est pas.

Il en résulte que les *viandes rouges* doivent être prescrites *crues* ou *rôties et grillées saignantes*, jamais très cuites et en particulier bouillies longuement comme dans le pot-au-feu, ou dans certains plats à sauces. C'est pour cette raison que les *viandes blanches*, habituellement consommées très cuites, sont peu recommandables, telles le veau, le porc, le lapin et même les volailles qui sont souvent mal tolérées.

Quant aux *poissons maigres* (les gras devant être éliminés d'emblée), bien que servis ordinairement très cuits, ils sont plus digestibles que les viandes blanches, leur chair étant plus dissociable, moins compacter, plus facile à mastiquer.

Les *œufs*, en presque totalité composés d'albumine, doivent, pour les mêmes raisons que les viandes, être absorbés *crus* ou *à la coque à peine cuits* ou dans des crèmes liquides. Les autres préparations doivent être rejetées, et en particulier les œufs cuits durs, dont l'albumine est si difficile à mastiquer et à digérer.

Cependant il faut faire une exception pour les œufs incorporés à des entremets solides ; ils sont sans doute très cuits, mais se présentent, de par le mode de fabrication de ces plats, sous un état divisé très fin, qui favorise leur attaque par le suc gastrique.

d) *Action irritante sur la muqueuse gastrique.* — En face de l'irritation provoquée, comme on vient de le voir, par des aliments mal mastiqués ou insuffisamment divisés, il faut considérer celle qui est due aux propriétés naturelles excitantes, devenant facilement irritantes, même pour des estomacs sains, de certains ingrédients et condiments habituellement utilisés en cuisine, pour relever le goût des aliments et exciter l'appétit.

Le *sel* tout d'abord, dont nous ne saurions nous passer, peut devenir nuisible et irritant s'il est employé à doses trop fortes. Nous reviendrons dans un instant sur ses propriété physiologiques et sur la façon dont il faut le manier en pathologie gastrique.

Les *épices*, poivre, piment, muscade, etc., doivent être bannis du menu des gastropathes ; il en est de même du vinaigre et de la moutarde.

C'est là une des raisons pour laquelle les *sauces* sont interdites, mis à part les autres inconvénients qu'elles présentent : farines insuffisamment cuites pour certaines, corps gras frits ou trop cuits pour d'autres.

3° Propriétés physiologiques. — Un assez grand nombre d'aliments possèdent, vis-à-vis de la sécrétion gastrique, suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent, des propriétés physiologiques indéniables, souvent opposées, qui font comprendre l'utilité des régimes mixtes,

(1) G. Faroy. — Hygiène et diététique de l'entéritique. Doin, éditeur, 1933.

les régimes végétariens ou carnés purs trop prolongés pouvant entraîner des altérations de la sécrétion qui ne sont pas à négliger, dès qu'on a à faire à des sujets pathologiques.

a) Certains aliments *excitent d'une façon particulière l'appétit et la sécrétion* ; ce sont les *eupeptiques*. Leurs indications majeures sont les hypochlorhydries et les anachlorhydries.

Le *sel* tout d'abord (NaCl), apporte à l'organisme et à l'estomac le chlore nécessaire à l'élaboration de l'acide chlorhydrique ; si celui-ci est déficient, il est souvent utile, suivant le degré de cette carence, de prescrire le sel en quantité supérieure à la ration normale. Mais s'il y a hyperchlorhydrie, comme il est fréquent dans les ulcères, l'usage du sel doit être restreint à un minimum permettant la conservation d'une sapidité suffisante du régime ; on évitera ainsi la lassitude, le dégoût et la perte de l'appétit.

Les *bouillons de viande*, riches en peptone, sont les meilleurs des eupeptiques et des apéritifs. Ils sont donc fort recommandables chez les anorexiques et dans les cas d'insuffisance sécrétoire gastrique, si on a le soin de les dégraisser totalement, et de les faire prendre 15 à 30 minutes avant les repas.

L'*alcool* est également un excitant de la sécrétion et de la motricité ; mais il faut savoir qu'absorbé à dose forte, il crée à la longue par irritation une gastrite hyperchlorhydrique, puis plus tard une gastrite atrophique avec hypo et même anachlorhydrie. Il doit donc, même sous forme de vin, être interdit aux hyperchlorhydriques et aux ulcéreux ; à petites doses, le vin plus ou moins coupé d'eau peut être autorisé aux hyposécréteurs et aux hypomoteurs.

b) D'autres aliments *diminuent la sécrétion gastrique* et par suite chez les sujets normaux retardent la digestion et l'évacuation, surtout s'ils sont pris en quantité notable. C'est pour cette raison que le *sucre* et les mets sucrés (entremets, pâtisserie), constituent une véritable hérésie alimentaire, quand ils sont pris à la fin des repas, surtout à la fin des repas copieux. Ils doivent être prescrits aux hyperchlorhydriques dont ils diminuent l'acidité gastrique ; tandis qu'ils ne doivent être absorbés qu'en quantité très modérée chez les hyposécréteurs et les atoniques.

Les *corps gras* (beurre, huile, crème, graisse) agissent de la même façon dans l'estomac ; ils possèdent une propriété antisécrétoire et gênent, par l'enduit qu'il forme sur la muqueuse, l'excrétion chlorhydro-peptique ; en enrobant les aliments ils ont aussi l'inconvénient de retarder leur pénétration par le suc gastrique et par suite leur digestion.

Ces propriétés les ont fait depuis longtemps conseiller dans l'ulcère et dans l'hyperchlorhydrie et on a institué de véritables *régimes gras* dans ces affections (régime de beurre glacé de Sénator). Il semble que les aliments gras aient de plus une véritable action protectrice sur la muqueuse qu'ils garantissent contre les attaques du suc gastrique, au même titre que le mucus et que les pansements bismuthés. Ils doivent être d'un usage très restreint chez les hyposécréteurs et les atoniques. Ajoutons encore qu'il faut les faire absorber à l'état frais, fondu ou peu cuits. Car trop cuits, ou frits, ils donnent naissance à l'acroléine dont l'action très irritante n'est plus à démontrer et ne peut surtout être niée quand l'estomac est malade.

c) Certaines *eaux minérales* méritent une attention particulière. Les eaux bicarbonatées sodiques possèdent, comme le bicarbonate de soude qu'elles contiennent, deux propriétés contradictoires : prises à jeun un peu avant les repas, ou au cours des repas, elles excitent la sécrétion gastrique et c'est dans ces conditions qu'elles doivent être prescrites chez les hypochlorhydriques.

Au contraire, bues après le repas, à l'acmé de la digestion et de la sécrétion, elles saturent une partie de l'acidité gastrique et peuvent ainsi rendre service dans les affections de l'estomac qui s'accompagnent d'hyperchlorhydrie. Il faut cependant éviter leur absorption en trop grandes quantités pour ne pas provoquer leur effet excitant.

De toutes façons, elles doivent être prescrites avec prudence, à doses modérées, pendant de courtes périodes et d'autant moins qu'elles contiennent davantage de bicarbonate de soude.

Les *eaux gazeuses* naturelles ou artificielles, minéralisées ou neutres, possèdent, en leur acide carbonique libre ou à l'état naissant (bicarbonate de soude), un élément anesthésique précieux qui trouve son indication au moment des douleurs, dans les estomacs douloureux (hyperchlorhydrie, ulcère) ou simplement hyperesthésique, soit par sensibilité de la muqueuse (gastrites) soit par irritation de l'appareil neurovégétatif ; elles sont aussi anti-émétisantes.

Cependant la quantité de gaz qu'elles libèrent dans l'estomac doit les faire interdire en cas d'aérophagie et de distension gastrique (dilatation, ou allongement vertical).

Tels sont dans leurs grandes lignes, les principes généraux de diététique qui doivent être connus, pour adapter les régimes à chacun des grands syndromes gastriques. Souvent du reste les malades ont d'eux-mêmes fait la discrimination entre les principaux aliments nocifs et ceux qu'ils tolèrent ; mais la mauvaise volonté, le manque d'énergie et de persévérance... ou la gourmandise, leur font fréquemment négliger de se soumettre au régime qui leur convient. Le médecin doit y veiller et apporter les précisions nécessaires.

CLINIQUES MÉDICALES ET CHIRURGICALES

(*Hôtel-Dieu* : Services du Professeur Carnot et du Professeur Cunéo)

Les constipations

Résumé de la leçon de M. le Docteur Jean Rachet (1)

Médecin des Hôpitaux

La constipation est un syndrome très banal ; pour poser son *diagnostic* il suffit semble-t-il, de savoir que le malade ne va pas régulièrement à la selle et pour le traiter de lui administrer un laxatif quelconque. En réalité, les faits ne sont pas aussi simples ; il est parfois malaisé de traiter une constipation, il n'est pas toujours facile de préciser ses causes qui sont très multiples et qu'il faut absolument connaître pour améliorer le trouble intestinal. La constipation est un syndrome purement moteur, provoqué par des perturbations dans la motilité colique.

Il est constitué par le retard d'évacuation des fèces ; le transit du tube digestif est trop prolongé. Mais à partir de quel moment est-on réellement constipé ? Tel sujet évacue ses selles chaque vingt-quatre heures, un autre en quarante-huit heures. La constipation est en effet un syndrome tout à fait relatif. Il est d'usage d'admettre, un peu arbitrairement, qu'un sujet est constipé lorsqu'il n'a pas évacué un repas baryté quarante-huit heures après son ingestion. Le diagnostic d'une constipation peut se poser dans trois cas différents : un malade raconte qu'il évacue son intestin tous les deux ou trois jours ; ses matières sont dures, difficiles à évacuer ; c'est une constipation horaire, la plus simple, de diagnostic évident. Un autre malade va à la selle tous les jours, mais il évacue peu, insuffisamment ; les selles sont sèches, fragmentées : il s'agit d'une constipation quantitative. Un troisième malade vient consulter pour une diarrhée, il a chaque jour des selles liquides ou pâteuses, en réalité il présente une fausse diarrhée — notion très importante à connaître. Ce sujet conserve dans son intestin gauche des selles qui stagnent trop longtemps ; une hypersécrétion muqueuse dilue les matières, et leur donne à l'émission l'aspect des selles diarrhéiques. La définition de la diarrhée était l'évacuation trop rapide des selles trop liquides. La fausse diarrhée est caractérisée au contraire par l'évacuation retardée de selles liquides et elle doit être rangée dans la variété qualitative des constipations.

Par conséquent, trois cas peuvent se présenter en pratique ; les selles dures et rares, la constipation horaire ; les selles quotidiennes mais insuffisantes — constipation quantitative ; enfin, la constipation avec le syndrome de fausse diarrhée, constipation qualitative. Pour s'assurer que le diagnostic est exact il faut pratiquer l'examen radiologique et coprologique ; on fera facilement ces examens dans une grande ville mais à la campagne, l'examen radiologique et les examens de laboratoire ne seront pas si faciles à pratiquer ; il existe pourtant un procédé simple et clinique pour apprécier la durée du transit : donner au malade un cachet de carmine avant, pendant et après le repas et lui faire noter l'apparition de la première selle colorée en rouge.

Je n'insiste pas sur l'examen radiologique ; on donne au malade un repas baryté dont le passage est examiné de bout en bout. Le transit du repas baryté nous renseigne sur les obstacles possibles (cancer, sténose, mégacolon, etc.)

La coprologie donne peu de renseignements utiles hormis les cas de fausse diarrhée.

Ayant ainsi acquis la confirmation d'une constipation, des notions sur son siège, sur ses causes organiques, comment faut-il grouper ensuite ces différentes variétés ? La plus judicieuse est la classification étiologique, causale.

Elle repose sur l'étude du mécanisme des constipations. Un obstacle peut siéger sur le cours des matières et arrêter la progression du transit intestinal ; dans les cas de mégacolon, sténose cicatricielle, cancer — c'est une constipation lésionnelle ; mais la constipation peut aussi résulter des troubles de la motilité intestinale : telle est la constipation du vieillard ou le cas d'une jeune femme amaigrie et ptosée, dont les muscles ne sont pas capables d'un travail normal. La constipation peut être provoquée aussi par certaines hyperkinésies ; un brassage trop énergique par les mouvements antipéristaltiques entraîne un retard de progression du contenu intestinal. Les matières stagnent ainsi trop longtemps en des zones où normalement leur arrêt physiologique est plus court (cæcum et sigmoïde) ou progressent trop lentement dans des segments qui normalement ne sont qu'un lieu de passage rapide entre les réservoirs naturels de la digestion.

On a opposé les constipations par kyperkinésie

(1) Leçon du 6 février 1936, recueillie par Mme le Docteur Rodzevitch.

et par hypokinésie, constipations spasmodiques et atoniques. Ce schéma est utile mais en pratique il n'y a pas de formes pures, une constipation dystonique, atonique et spasmodique peut être observée chez le même sujet à des intervalles rapprochés ; une constipation peut être dyskinétique à prédominance atonique ou spasmodique. Le traitement est différent pour ces deux variétés de constipation. L'instabilité mécanique rend la classification étiologique ou pathogénique des constipations quasi-impossible.

Où siège la constipation ? Les traités distinguent deux constipations : la droite, accompagnée d'une intoxication entraînant des troubles généraux variés, et la gauche, indolore, bien supportée. Ce n'est pas toujours vrai ; l'examen radiologique nous montre souvent qu'un malade souffrant et intoxiqué est atteint d'une constipation gauche. Inversement, la constipation droite évolue parfois sans troubles, sans intoxication. On ne peut donc en pratique se baser uniquement sur cette distinction admise généralement, pas plus qu'on ne peut grouper toutes les constipations d'après la cause ; puisque dans bien des cas on ne la trouve pas, ou on la soupçonne seulement.

Il faut alors distinguer deux grands groupes : une constipation passagère durant quelques jours, et une constipation chronique, celle qui nous intéresse le plus. Celle-ci peut être envisagée en deux chapitres : les constipations bien tolérées et les constipations mal tolérées, accompagnées de troubles divers.

Dans la constipation passagère on trouve presque toujours la cause ; elle survient soit à la suite d'une diarrhée, soit au lendemain d'une purge. Il existe une constipation passagère au cours de certaines maladies générales ; au cours d'une pneumonie, d'une grippe, de certaines maladies éruptives ; au cours de syndromes abdominaux douloureux, coliques de plomb, coliques hépatiques ; enfin, dans les crises de salpingite aiguë. Parfois si la cause est moins nette, les circonstances d'apparition sont cependant très particulières : voyage, changement de climat, etc.

Quoiqu'une constipation passagère soit de peu de gravité, il faut toujours se méfier cependant quand on la voit apparaître chez un sujet d'un certain âge jusque-là bien portant et songer, si elle se prolonge un peu, à la possibilité d'une lésion organique, d'un cancer en particulier; le cancer de l'intestin ou parfois de l'estomac peut se manifester au début par cette seule constipation inopinée et il faut avoir beaucoup de prudence avant de conclure.

Quand il s'agit *d'une constipation chronique bien tolérée,* le sujet vient vous consulter uniquement parce qu'il ne peut aller à la selle chaque jour ; il ne souffre pas, il ne se plaint d'aucun trouble, soulignant tout au plus un certain sentiment de trop plein abdominal aux phases des rétentions prolongées. Dans la majorité des cas il s'agit d'une constipation gauche, mais parfois cependant ces malades sont des constipés plus anciens déjà ; leur transverse, leur cæco-ascendant participent à la rétention et pourtant la constipation chez eux est bien tolérée. La constipation gauche la plus simple, la plus habituelle et la première en date est due à la dyschésie rectale ou sigmoïdorectale. Normalement le contenu intestinal stagne dans la sigmoïde ; quand le besoin d'évacuation apparaît le sigmoïde se redresse, s'invagine dans le rectum ; il pond la selle à travers l'ampoule où elle ne fait que passer sans séjourner.

Chez l'enfant la constipation est souvent purement sigmoïdo-rectale ; chez l'adulte, elle se complète habituellement de proche en proche et devient colique pour aboutir parfois à une stase du cadre tout entier. L'enfant ne va pas à la selle parce qu'il est pressé pour partir à l'école ; l'adulte en retard remet l'heure de l'exonération pour aller à son bureau ; la sensibilité rectale s'émousse, le réflexe exonérateur s'amoindrit, la dyskésie apparaît ; le besoin naît en effet dans la région ano-rectale, et cette localisation du réflexe à la défécation explique l'action des suppositoires. Le diagnostic de la dyschésie est fait par le toucher rectal qui montre chez ces constipés l'ampoule remplie de matières alors que le rectum normal est vide en dehors des périodes exonératrices. Quand la constipation gauche s'étend chez l'adulte les matières stagnent de plus en plus haut, et le repas baryté occupe tout le côlon descendant pendant plusieurs jours parfois ; quand les anses intestinales dilatées ou allongées réalisent un méga- ou un dolichocolon, la constipation toujours très accentuée peut cependant être bien tolérée pendant des années ; il s'agit alors de stase mécanique sans processus inflammatoire surajouté. C'est l'examen radiologique qui révélera l'anomalie colique chez ces constipés invétérés et cependant par ailleurs bien portants.

La constipation mal tolérée se présente tout autrement, soit que le malade souffre, soit qu'atteint de colite surajoutée il émette des selles anormales (alternatives de diarrhée et de constipation, selles muco-dysentériformes, etc.), soit enfin, que le malade présente des réactions viscérales multiples ou générales très polymorphes. La constipation mal tolérée se révèle souvent du type spasmodique, le malade souffre du ventre, l'intestin irritable se contracte sous la main, présentant des anneaux qui s'échelonnent sous les doigts ou réalisant une corde douloureuse. Ces constipations mal tolérées sont assez souvent à maximum gauche : il s'agit alors de sujets qui se plaignent de distensions douloureuses de

l'angle splénique, qui évacuent des scyballes fractionnées, et qui parfois terminent une phase de rétention par une débâcle de fausse diarrhée. L'intestin est endolori après la selle et ces malades se plaignent d'une sorte de malaise colique après la défécation qui est assez caractéristique des réactions spasmodiques du côlon descendant et du sigmoïde. Parfois même les crises spastiques sont telles qu'on peut un instant croire à une véritable occlusion et que certains d'entre eux, lors des crises aiguës ont été opérés pour lever un obstacle hypothétique. Un degré de plus, et il s'agit de ces colopathies muco-membraneuses, entité clinique que certains médecins arrivent à nier et qui pourtant existe certainement : ce n'est pas l'émission des glaires et des membranes qui la caractérise, c'est l'allure générale des crises douloureuses, chez ces constipés dont le terrain nerveux détermine les réactions générales si particulières et qui lors des crises spasmodiques s'exacerbe en des tableaux cliniques fort impressionnants. Il ne faut pas les confondre avec les constipations mal tolérées dues aux méga ou dolicholons compliqués de colite ou de volvulus et que seul l'examen radiologique permet d'identifier.

La constipation droite est souvent mal tolérée soit qu'elle s'accompagne d'une colite soit qu'elle relève d'un obstacle organique au niveau du cæco-ascendant ; elle entraîne souvent des troubles très importants. La typhlite constitue un syndrome dont les rapports avec l'appendicite ont été très discutés. Je veux parler ainsi de ces fausses appendicites qui en réalité sont des colites droites ou qui relèvent de subobstructions par un obstacle siégeant sur le trajet du cæco-ascendant. Dieulafoy dénommait ces malades les balafrés de Châtel-Guyon et de Plombières démontrant ainsi, qu'opérés à tort d'appendicite hypothétique, ils souffraient tout autant après l'intervention. L'étiologie de la constipation droite est très variable, toutes sortes de causes peuvent s'y associer. Quelle que soit la variété de cette constipation, elle exige du médecin un examen complet, clinique et radiologique, pour identifier ces causes, et instituer ainsi le traitement rationnel. L'obstacle intestinal peut être un cancer, une sténose ou une hypertrophie due à la tuberculose iléo-cæcale ; d'autres fois c'est une lésion péri-ou juxta-intestinale, englobant toute la série des diverses adhérences du côlon droit, une coudure, une torsion d'un cæco-ascendant trop libre ou trop fixé ; bref des lésions qui expliquent la constipation et qui l'entretiennent ; les cas sont nombreux où la constipation est provoquée par un obstacle, siégeant sur le tube digestif ou dans les organes voisins ; ainsi un fibrome, un kyste, une tumeur de l'estomac ou du foie peuvent engendrer un retard du transit intestinal. Mais trop souvent encore la cause de la constipation reste inconnue malgré tous les examens ; dans ce cas, il faut procéder avec la plus grande prudence et ne pas trop se fier à des explorations radiologiques uniques, il faut les répéter. Et pourtant la radiologie n'est pas tout : et les cas sont assez nombreux où le cæcum apparaît libre alors que le chirurgien trouve des adhérences nombreuses, et, à l'inverse, où l'on a affirmé des fixations importantes que la laparotomie ne permet pas de retrouver. Cette courte étude des constipations mal tolérées dues à une lésion intestinale du cæco-ascendant, sera reprise dans une des prochaines leçons spécialement consacrée aux syndromes douloureux de la fosse iliaque droite.

En somme, toute une série d'affections peut engendrer la constipation. Il faut pratiquer un examen complet et systématique d'un malade qui vient vous consulter pour une constipation simple ou douloureuse; et ne pas se contenter du simple examen intestinal ; l'origine du trouble moteur siège souvent à distance et seul l'examen général méthodique permet de l'identifier. La constipation des insuffisants hépatiques, des cirrhotiques, des malades cardio-hépatiques est classique. Les affections génitales : ovarite, métrite, salpingite peuvent provoquer de la constipation et les interréactions génito-intestinales sont fréquentes et complexes ; le gynécologue traitant une femme pour une affection génitale, l'envoie au médecin pour qu'il guérisse d'abord la constipation avant de pouvoir traiter utilement les troubles génitaux et le médecin, à son tour, considère, l'affection génitale comme une cause primordiale de la constipation et renvoie la malade au gynécologue pour qu'en traitant le bas-ventre il améliore les troubles intestinaux.

On observe la constipation chez les cardiaques asystoliques et chez les malades atteints d'affection pulmonaire chronique qui, absorbant de nombreux médicaments, sont constipés à la fois par la stase circulatoire et par les thérapeutiques incessantes qu'ils observent. Les affections diverses du système nerveux, tabes, paralysies diverses, tumeurs cérébrales, etc., peuvent provoquer la constipation.

Mais bien souvent après avoir examiné le malade à tous points de vue, la cause de la constipation reste inexpliquée et on la qualifie alors d'essentielle ou d'habituelle.

Les conditions de la société civilisée, dans laquelle nous vivons engendrent une constipation chronique : nous payons avec notre intestin notre tribut aux progrès de la vie civilisée : on est pressé, on mange hâtivement et on mastique mal ; les individus sont surmenés. Nous avons déjà signalé le cas de l'enfant qui en retard le matin se presse d'aller à l'école et remet à plus tard l'évacuation de son intestin, le réflexe rectal s'émousse et la constipation engendrée artificiel-

lement s'installe et devient définitivement chronique. On peut qualifier la constipation des gens pressés et surmenés de constipation sociale. Il faut la connaître et lutter contre les préjugés ridicules qui veulent camoufler ce besoin naturel contre la négligence, contre les mauvaises habitudes. La position accroupie chez les paysans sans confort favorise l'acte d'évacuation alors que les sièges élevés de nos cabinets modernes l'entravent et aggravent les rétentions.

Le traitement de la constipation doit être théoriquement physiologique : les médicaments sont le plus souvent nuisibles. Pour toutes les constipations chroniques, bien ou mal tolérées, il faut respecter les règles d'hygiène de la défécation ; se présenter à la selle à heures fixes, user de sièges bas, se mettre en position accroupie. Les efforts d'évacuation exagérés, entravent l'exonération plus qu'ils ne la favorisent. Ces malades doivent se discipliner, manger à heures fixes, lentement, en mastiquant bien, se reposer après les repas, et suivre un régime alimentaire approprié. On conseille souvent de manger des fruits et des légumes verts ; ce régime végétarien trop exclusif est souvent plus nuisible qu'utile ; le malade maigrit, irrite son intestin par les excès de cellulose et finit par transformer en une constipation mal tolérée, un désordre intestinal jusque-là très simple. Il faut préconiser un régime peu toxique et user à la rigueur de ces cures de légumes et de fruits chez les obèses, gros mangeurs, à condition qu'il ne soit pas trop longtemps prolongé. Bientôt on élargira le régime et on prescrira un menu moins outrancier : la viande est autorisée en quantité modérée sans l'exclure complètement ; on conseillera le pain complet, le beurre et l'huile non cuite, les jus de fruits, la bière maltée. Toute exagération diététique n'atteindra pas son but ou le dépassera.

Si la cause de la constipation est trouvée il faut s'appliquer à faire disparaître cette cause du retard intestinal.

Dans la constipation gauche dyskinétique bien tolérée il faut appliquer les règles d'hygiène. On ne doit pas employer les suppositoires à la glycérine qui sont irritants pour le rectum et pour les hémorroïdes et créent une accoutumance. Certains suppositoires à base de beurre de cacao, peuvent suffire. D'autres contenant des extraits biliaires ou dégageant du gaz carbonique dans le rectum sont parfois de bons moyens de rééducation. Mais il faut rapidement en restreindre l'usage, pour finir par le supprimer sous peine d'accoutumance ou d'irritation anale.

Il faut employer tous les moyens de rééducation de l'intestin. On utilise les agents physiques ; les massages, les courants électriques, les rayons ultra-violets ; ces traitement sont malheureusement à eux seuls très rarement efficaces.

Il existe toute une littérature de médicaments laxatifs ; ils sont tous mauvais, irritants, ils créent le spasme et ne rééduquent pas l'intestin. Les seuls qu'on doive employer sont les huileux et les mucilagineux. L'huile de paraffine peut cependant être mal digérée ou fuir par le rectum en dehors des selles ; les mucilagineux font parfois naître une certaine distension abdominale assez pénible ; régulièrement pris, cependant, ils permettent chez la plupart des malades d'avoir une selle normale, et leur association (huile de paraffine et mucilages) est une des meilleures pratiques. Il est utile d'employer dans la constipation mal tolérée des substances calmantes : les sels de bismuth, sous-nitrate surtout et carbonate parfois sont les meilleurs. Le bismuth est constipant à petites doses et laxatif à grosses doses ; il a des propriétés antiseptiques. Ce médicament agit assez bien mais sous la condition qu'il soit débarrassé des impuretés. On administre les sels de bismuth à la dose de 15 à 20 grammes par jour en une ou deux prises. Le bismuth peut être associé à l'huile de paraffine.

Les lavements sont à proscrire. L'eau des lavages est rapidement irritante. Jadis on a préconisé de grands lavements, des entéroclyses ; depuis que Mathieu a condamné ces lavements la colite muco-membraneuse, si fréquente jadis, a presque complètement disparu. C'est peut-être seulement en cas de grosse rétention dans un méga ou dolichocolon qu'un grand lavement une ou deux fois par semaine peut être utile. Je préfère cependant les lavements d'huile d'olive pure tiédie, introduit très doucement, le malade étant en position couchée ; il faut garder ce lavement toute la nuit. Il est destiné à exciter le péristaltisme, à rééduquer l'intestin. Dans certains mégacolons ou dolichocolons on peut ainsi améliorer petit à petit la stase grâce aux lavements huileux ; ce traitement est long sans doute et exige une grande patience, mais il est indubitablement efficace.

Le traitement chirurgical de la constipation est mauvais dans la plupart des cas ; il est obligatoire quand existe un obstacle nettement limité, entravant le transit, mais il donne des résultats médiocres ou franchement mauvais dans la plupart des autres éventualités. C'est donc une méthode d'exception qui ne doit être envisagée qu'avec la plus grande circonspection.

ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE BIOLOGIQUE

La vie et les phénomènes osmotiques

Par Pierre BORDES

La cellule vivante est la base constitutive nécessaire d'un être vivant quelconque.

La physiologie de la cellule vivante doit donc être à la base de la médecine.

Le besoin d'individualiser des aspects cliniques différents d'une même maladie a fait dire à Trousseau qu'il n'existait pas de maladies, mais des malades. Or ces malades étant un assemblage de cellules, il est beaucoup plus rationel de dire qu'il n'existe pas des malades mais des cellules malades.

Or le but du médecin, du thérapeute, étant ou bien la restauration fonctionnelle des cellules malades constituant l'organisme, ou bien la destruction de cellules pathogènes (cellules microbiennes, cellules cancéreuses) il convient pour pouvoir résoudre le problème de la médecine, de se demander pourquoi une cellule vit et pourquoi elle meurt.

La vie cellulaire se manifeste grâce aux échanges que la cellule effectue avec le milieu qui l'entoure.

Envisagée sous cet angle, la cellule est un centre de forces centripètes et centrifuges.

Ce double courant : d'apport — la cellule se nourrit, — d'élimination — la cellule se débarrasse de ses produits usés, — est indispensable au maintien de la vie qui s'arrête s'il s'arrête.

Si la cellule ne se nourrit plus, elle meurt de faim. Si la cellule ne peut plus se débarrasser de ses produits usés, elle meurt encore empoisonnée par ses propres déchets. Car une loi générale veut que tous les produits de déchet d'un être vivant quelconque soient toxiques pour cet être vivant. C'est ainsi que l'haleine de l'homme est mortelle à l'homme, que la sueur est un corps toxique, que l'urine en est un autre. Il faut, de toute nécessité que les produits de déchet d'un organisme soient éliminés pour que la vie continue à se manifester.

Le moteur des échanges cellulaires est aussi dans les différences de pression osmotique entre les cellules et le milieu qui l'entoure.

C'est ainsi que les cellules végétales sucrées au 1/10 plongées dans de l'eau sucrée elle aussi au 1/10, conservent leur sucre, se désucrent si on les plonge dans de l'eau pure ou moins sucrée qu'elles et se sucrent si on les plonge dans un milieu plus sucré qu'elles-mêmes.

Applications

L'immunité, cette propriété curieuse qu'ont certains êtres de ne pas ou de ne plus contracter certaines maladies ou encore de n'être pas incommodés pratiquement par certains microbes, par certains poisons, a de tout temps suscité l'attention des médecins.

Deux théories officielles règnent sur les esprits : la théorie de la phagocytose de Metchnikoff, et la théorie humorale, illustrée (aux sens propre et figuré) par Bordet.

Eriger la phagocytose, les propriétés microbicides des humeurs en théorie, c'est expliquer un fait par lui-même, c'est dire que l'opium fait dormir parce qu'il a des propriétés dormitives.

La phagocytose est l'absorption des microbes par certaines cellules de l'organisme (leucocytes ; cellules conjonctives, endothéliales).

La théorie humorale fait dériver l'immunité de propriétés particulières des humeurs, propriétés déterminées par l'apparition dans le sérum ou le sang de substances spéciales appelées anticorps.

Les anticorps seraient donc des substances spéciales qui se trouvent dans le sérum d'un animal immunisé et capables d'agir sur les microbes en les immobilisant, en les agglutinant, en les dissolvant, ou encore en neutralisant les toxines.

De là, la classification des anticorps. On aurait des cytolysines, des hémolysines, des précipitines, des coagulines, des opsonines, etc., etc.

On érige ainsi à la dignité de substances des propriétés très mal définies.

On va même plus loin, et, si on n'ose l'écrire on sous-entend que l'organisme, attaqué par un microbe, par une toxine se défend ; il fabrique électivement, intelligemment des contre-poisons spécifiques, car il lutte, il ne veut pas mourir, tout cela comme autrefois, où l'eau montait dans un corps de pompe où le vide a été fait, parce que la nature a horreur du vide qui est sa destruction.

On prétend expliquer la bactériolyse, c'est-à-dire la destruction du microbe par la fixation préalable sur ce microbe d'un anticorps antimicrobe, fabriqué spécialement pour cet usage, et, par la fixation secondaire, obligatoire, d'une substance banale, existante dans tous les sérums, le complément, alors que le sérum des sujets vaccinés riches en substances éliminées par le microbe est loin de constituer pour ce microbe un milieu de culture optimum.

Théorie personnelle

A cette théorie, nous allons en opposer une autre, logique, induite des faits et, expliquant

la totalité des modalités des immunités, soit d'infection ou de réinfection soit de surinfection.

Examinons une maladie aiguë, la pneumonie par exemple.

Le microbe se multiplie, puis disparaît.

S'il se multiplie, c'est évidemment que sa nutrition est bonne, qu'elle est active.

Si le microbe élimine au début facilement ses toxines, c'est qu'à ce moment il y a peu de toxines dans l'organisme.

Parmi la mosaïque des produits d'élimination du microbe, il en est qui se fixent sur certains groupes cellulaires. D'autres restent dans les humeurs. Petit à petit la pression de ces toxines humorales croît jusqu'à égaler la possibilité d'expulsion des toxines par le microbe. A ce moment celui-ci voit sa vitalité diminuer et ne tardera vas à succomber.

Il est impossible d'éclairer ce qui précède par la phagocytose classique. Il était logiquement plus facile aux phagocytes de l'organisme de se débarrasser des germes au début alors qu'ils étaient en petit nombre. S'il n'y a pas eu phagocytose, c'est que cette phagocytose était impossible, peut-être y a-t-il eu appel phagocytaire, mais les phagocytes ont été tués par les toxines éliminées.

On comprend aussi pourquoi il importe de ne pas faire trop rapidement un empyème dans la pleurésie purulente, ou encore d'ouvrir prématurément un abcès, et pourquoi, il est préférable, ainsi que l'a remarqué la sagesse populaire « d'attendre que ce soit mûr ».

C'est qu'au début dans la cavité close, ou en partie, où les microbes vivent, il y a élimination facile des déchets microbiens. Dans cette cavité leurs toxines vont s'accumulant et l'accroissement de leur concentration finit par empêcher l'élimination des toxines du microbe. Ce sera à ce moment que l'intervention chirurgicale se fera dans les conditions optima.

Examinons à présent les anticorps.

Les anticorps sont des produits agissant favorablement soit sur le microbe, soit sur les toxines.

Que sont-ils ? D'où viennent-ils ?

Les microorganismes sécrètent une foule de produits. Ces produits sont toxiques pour le microbe qui les fournit. Considérés sous cet angle ces toxines sont des anticorps.

Parmi les produits différents éliminés par le virus *quelques-uns seulement* se comportent comme des poisons pour le malade. Nous en voulons pour première preuve les vaccins dits atoxiques. Notons en passant que ces vaccins se comportent très généralement à la façon des sérums ; ils ne confèrent pas l'immunité.

Ramon a prouvé, à propos des antitoxines diphtérique et tétanique que la quantité d'anticorps est proportionnelle à la quantité d'antigène inoculé et, que l'une succède à l'autre dans le sang.

Ils ne sont pas indispensables à l'immunité. C'est ainsi que les cholériques guéris, quoique leur sérum ne contienne pas d'anticorps, possèdent une immunité beaucoup plus solide que les sujets vaccinés dont les humeurs regorgent d'anticorps.

Les anticorps ne sont pas non plus les témoins de l'immunité. Des lapins inoculés au Hog-choléra sont riches en anticorps et ne présentent aucune trace d'immunité active. Le sang du tuberculeux évolutif est riche en anticorps. Or le sang de ce tuberculeux est toxique pour lui, et ses urines le sont également. Ces deux liquides biologiques, réinjectés au bacillaire se comportent à la façon de la tuberculine. Rien n'est plus nocif que de faire de l'autohémo ou de l'urothérapie à un bacillaire évolutif. Immanquablement on provoque de la fièvre et une aggravation de la maladie, absolument comparables à celles obtenues en leur injectant de la tuberculine. En outre si on traite par les mêmes procédés biologiques le sang de ces malades et de la tuberculine on obtient un sérum curateur actif, dont l'injection, même à haute dose ne provoque jamais de réaction défavorable, locale ou générale. Il semble donc logique d'admettre que les anticorps sont ou proviennent des excréta du microbe.

De plus les anticorps sont en rapport avec les antigènes inoculés ; ils augmentent comme eux, diminuent avec le temps, et, si on ne réinocule pas l'animal finissent par disparaître. Aussi bien est-on obligé de réinoculer fréquemment les animaux donneurs de sérum.

Aussi peut-on admettre que les anticorps sont plutôt les témoins de l'infection que les facteurs de l'immunité, et qu'ils proviennent des antigènes.

Si l'on n'oublie pas l'électivité d'action des toxines vis-à-vis de certains groupes cellulaires on peut concevoir qu'il y aura intérêt à faire agir localement les sérums sur ces groupes cellulaires sensibles. C'est ce que Besredka a démontré dans son livre « Antivirusthérapie ».

Nous pensons, comme lui, que l'immunité est surtout cellulaire et que la sérothérapie s'apparente à l'antivirusthérapie. Lors d'une maladie, comme la typhoïde par exemple, du fait que le microbe s'est développé, il a éliminé des toxines. Ces toxines ont agi électivement sur certaines cellules, les modifiant ou les détruisant. Cette modification, ou cette destruction effectuées, si la vie de l'être reste possible, la toxine sera sans action sur lui et l'être sera vacciné.

Cette vaccination sera évidemment solide et de longue durée, et se fera sans anticorps.

Nous conclurons en disant que :

1° L'immunité acquise résulte de la modification des cellules sensibles aux toxines, qu'elle

est locale, et qu'elle s'établit indépendamment des anticorps ;

2° Que les anticorps sont des produits d'origine microbienne.

A côté de cette immunité il convient de citer l'immunité de surinfection.

Dans cette immunité le sujet vit en symbiose avec le virus et est vacciné contre une réinoculation de ce virus. C'est une immunité de misère, qui dure tant que dure cette symbiose.

Elle a été mise en relief par Marfan, généralement mise en pratique par Calmette, et démontrée expérimentalement par R. Koch. Le protocole expérimental a été énoncé par lui-même ainsi en 1891 :

« Si on inocule à un cobaye sain, une culture pure de bacilles, le plus souvent la plaie se ferme et semble guérir au bout de quelques jours.

« Cependant, dix à quinze jours après, il se produit au point d'inoculation un nodule induré qui ne tarde pas à s'ulcérer et qui dure jusqn'à la mort de l'animal.

« Tout autrement se comporte déjà l'animal tuberculeux. Il est préférable de prendre des animaux inoculés depuis quatre à six semaines.

« Chez ces animaux le point d'inoculation se ferme aussi et ne donne pas de nodule. Le lendemain ou deux jours après le point devient dur, prend une coloration sombre sur un diamètre de 1/2 à 1 centimètre.

« Dans les jours qui suivent cette zone se nécrose, s'ulcère à plat, guérit rapidement et définitivement, sans intéresser les ganglions voisins. »

Ce phénomène n'a jamais à notre connaissance été expliqué. Voici comment nous le comprenons :

Le cobaye tuberculeux, est, à la période de généralisation, riche en produits d'éliminations du B. K. A chaque instant la densité des B. K. est maximum et il arrive un moment où l'organisme ne peut grâce à l'accumulation des produits de déchet des bacilles permettre à un nombre plus grand de bacilles de vivre. Si à ce moment on en surajoute, ils ne pourront se débarrasser de leurs excréta et disparaîtront.

De ce qui précède on peut réaliser l'anté et l'allergie, l'action réellement vaccinante des surinfections chez les cobayes tuberculisés, et induire en disant que, sauf l'immunité acquise, l'immunité conférée par les sérums et l'immunité de surinfection sont en relation avec la difficulté qu'a le virus d'éliminer ses déchets par suite de la présence dans l'organisme de ces mêmes produits.

Applications.

Notre thérapeutique biologique est le reflet de nos conceptions immunologiques.

La thérapeutique biologique, telle que nous la concevons vise donc moins à détruire la cellule pathogène (cellule microbienne, cellule cancéreuse) qu'à la mettre en état de moindre résistance, sa destruction devant être l'œuvre secondaire de l'organisme.

Le but à atteindre est donc de troubler la nutrition du virus en l'empêchant d'éliminer ses déchets.

Aussi croyons-nous à l'avenir des anatoxines.

L'anatoxine est riche en produits d'élimination du microbe. C'est pourquoi elle se comporte comme un vaccin curatif. Comme il est pratiquement impossible de se débarrasser absolument des substances agressives elle agit également dans certaines conditions à la façon d'un vaccin préventif remarquable.

Convenablement fabriquée elle est absolument atoxique, absolument inoffensive.

Nous sommes persuadé également que les anatoxines ont bénéfice à être préparées par des moyens biologiques plutôt que chimiques, car ces moyens permettent d'éliminer à coup certain les produits dangereux.

A la recherche des anatoxines tant microbiennes que cancéreuses nous avons dépensé des années et nous remercions cordialement notre maître, M. le Professeur Rappin, de l'hospitalité amicale qu'il nous a donnée à l'Institut Pasteur de Nantes.

Les anatoxines peuvent être réalisées de différentes manières.

Un moyen très simple consiste à filtrer une culture du germe que l'on se propose de détruire, à faire agir sur le filtrat du sang sain. Les éléments toxiques et agressifs contenus dans le filtrat se fixent sur les éléments sensibles du sang et il reste seulement dans certaines conditions de préparation, les éléments toxiques pour la cellule à détruire et atoxiques pour le malade.

On peut par exemple préparer ainsi des anatoxines tuberculeuses, qui injectées à la dose énorme de un centimètre cube de tuberculine de l'Institut Pasteur ne provoquent nulle réaction sur le cobaye tuberculeux.

Les résultats thérapeutiques dépassent souvent toutes espérances, et, si des échecs le plus souvent relatifs sont parfois à enregistrer nous sommes persuadé qu'ils ne tiennent pas à la méthode, mais au tempérament du malade qui élimine, à cause d'un diabète (au sens absolu du mot) les substances vaccinantes injectées, au lieu de les retenir.

UNE MALADIE SAISONNIÈRE ENTRE JUILLET ET SEPTEMBRE

La spirochétose ictéro-hémorragique

D'après le Professeur LOEPER et le Docteur J. COTTET (1)

EN CETTE SAISON SURTOUT, IL IMPORTE DE LA DÉPISTER SOUS SES ASPECTS VARIÉS

La spirochétose ictéro-hémorragique n'est évidemment pas une maladie très nouvelle, car dès 1718 on l'avait observée dans le Piémont, puis en 1745 au cours de la guerre des Flandres, en 1800 pendant les campagnes napoléoniennes d'Italie, et d'Egypte. Mais, elle serait encore à peu près inconnue en France, si elle n'était pas apparue durant la guerre de 1914-1918 sous la forme de « fièvre des tranchées ». Depuis, cette affection a fait l'objet d'études plus complètes, et l'on a remarqué que son apparition était plus spécialement liée au facteur des milieux humides et à celui du rat, véhicule de cette parasitose entre l'homme et l'eau.

Dans ces conditions, on a observé que les sujets, le plus souvent atteints de spirochétose, étaient les égouttiers, les gens qui travaillent dans des endroits humides, dans les cimetières, les ouvriers qui remuent la terre ou qui opèrent dans des conditions plus ou moins malpropres, tels que les plongeurs de restaurant, les garçons de café. Mais si cette maladie naît plus particulièrement au moment du curage des marais, des rivières, des ruisseaux, il est noté qu'elle est provoquée le plus souvent par les baignades.

C'est ainsi qu'aux mois de juillet, d'août et de septembre, pendant lesquels on prend surtout des *bains*, la spirochétose apparaît au maximum, et qu'elle prend les allures d'une *maladie saisonnière*. Chose curieuse, c'est après les baignades dans l'Ourcq, dans le Loing, dans le Rhône, dans la Seine, que les cas ont été les plus fréquents. Les spirochétoses, contractées dans le Rhône, auraient été moins fréquentes et moins graves.

Tout serait bien, si la maladie, répondant à sa dénomination « ictéro-hémorragique », se présentait toujours en clinique avec ses symptômes cardinaux : l'ictère et les hémorragies ; le diagnostic en serait facile, car elle possède, dans la majorité des cas, une symptomatologie et un cycle évolutif parfaitement connus. Cependant, on sait aujourd'hui qu'elle peut se manifester sous des aspects multiples, qu'elle abandonne quelquefois certains symptômes pour évoluer sous une forme purement fébrile ou méningée, et perdre ainsi ses deux signes cardinaux. N'a-t-on pas proposé de l'appeler « spirochétose ictéro-neuro-hémorragique » ?

Certes, la bactériologie est seule qualifiée pour établir un diagnostic sûr ; encore faut-il savoir que le *diagnostic doit pouvoir être prévu cliniquement*, même dans d'autres cas que les formes méningées pures. En voici quelques exemples instructifs.

L'aspect rhumatismal

Ce sont parfois des crises algiques très fréquentes. Plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, le malade peut présenter dans la nuque, dans la face, au voisinage de l'ombilic, aux genoux, dans les mollets une sensation indéfinissable de broiement à faire crier.

Ainsi, par exemple, un homme de 21 ans hospitalisé pour une céphalée, accompagnée de vomissements, mais encore de manifestations rhumatismales. On constate que ce rhumatisme est compliqué de signes cérébraux. Au quatrième jour, il s'accompagne d'un subictère et d'épistaxis. Malgré cela, les urines sont assez abondantes ; l'azotémie monte à 3 gr. 33, puis s'abaisse à 0 gr. 80. On pense néanmoins à la spirochétose, et les examens de laboratoire confirment le diagnostic : l'inoculation du sang et des urines est positive ; le cobaye meurt en neuf jours sans ictère ; mais dans le foie, de l'animal, on trouve de très nombreux spirochètes.

Des crises algiques très fréquentes se produisent plus encore pendant la phase initiale que dans la rechute, alors que la réaction méningée paraît avoir complètement disparu.

L'aspect méningé

Un boucher de 23 ans est, dans un abattoir, pris subitement de céphalée, de vomissements ; il entre à l'hôpital avec une dilatation très marquée de ses vaisseaux conjonctivaux, sans subictère. On découvre un léger signe de Kernig ; la ponction lombaire révèle un liquide hypertendu sans réactions cellulaires, contenant 0 gr. 30 d'albumine, 7 grammes de chlorure, 0 gr. 80 de glucose, avec, d'autre part, une leucocytose, assez abondante, dans laquelle les leucocytes mononucléaires sont en proportion de 80 %. L'inoculation du

(1) M. LOEPER et J. COTTET. — La spirochétose ictéro-hémorragique. (*Le Progrès médical*, 30 mai 1936.)

sang de ce malade au cobaye est positive. Un animal ayant reçu du liquide céphalo-rachidien meurt cependant sans ictère et sans hémorragies en l'espace de quinze jours.

C'est là une observation de spirochétose méningée pure, où l'on voit s'affirmer la réaction spirochétosique.

L'aspect myalgique

Un malade est hospitalisé avec le diagnostic de méningite aiguë. Le liquide céphalo-rachidien est clair, eau de roche ; légère leucocytose. Le patient souffre dans tous les muscles du ventre, des mollets, des cuisses ; il accuse des douleurs assez marquées dans le coude. Il guérit après une petite rechute. Son sang injecté à un cobaye, provoqua l'ictère et la mort au septième jour de l'inoculation.

L'aspect mental

Une malade épileptique était tombée dans la Seine au cours d'une crise d'épilepsie. On la sauva. Trois semaines plus tard, on l'hospitalise dans un état de torpeur accentuée avec une profonde obnubilation ; les réflexes tendineux ne sont pas modifiés plus que les réflexes cutanés. La sensibilité, superficielle et profonde, est intacte. Bref, c'est un état confusionnel, qui domine la scène, alors que les réactions méningées sont peu marquées. La patiente présente toutefois un état douloureux assez vif aux pressions des masses musculaires. L'examen ophtalmologique révèle, d'autre part, une injection conjonctivo-ciliaire de l'œil ; les réflexes cornéens sont très affaiblis. La température oscille entre 38° et 40° ; l'azotémie est à 0 gr. 45. L'examen du liquide céphalo-rachidien dénote une albumine à 0 gr. 30 et 84 éléments cellulaires par millimètre cube.

Malgré l'absence totale de tout ictère, on pense à la possibilité d'une spirochétose à cause de la chute dans la Seine, des douleurs musculaires et de l'injection conjonctivo-ciliaire. Un séro-diagnostic de Pettit devait prouver l'exactitude de ce diagnostic.

L'aspect grippal

Début rapide ; frisson solennel ; température quelquefois à 40° ; céphalée marquée, parfois rachialgies ou douleurs musculaires, très souvent raideur de la nuque avec Kernig ; érythème léger du pharynx. L'herpès apparaît parfois dans la proportion de 27 % ; la conjonctivite, la dilatation des vaisseaux conjonctivaux dans 40 % des cas. Enfin, la reprise possible de la maladie sous forme de rechute n'est pas rare. En pareils cas, on trouve toujours des variations marquées du liquide céphalo-rachidien : présence de lymphocytes ou de polynucléaires ; bien souvent le taux des leucocytes est assez faible ; celui des albumines est un peu plus élevé que normalement.

Le séro-diagnostic, positif vers le dixième jour, éclaire le diagnostic rétrospectif de semblables atteintes frustes, qui méritent d'être mieux connues qu'elles ne le sont.

Autres aspects

Certaines réactions méningées s'observent parfois au début d'une infection d'allure *typhoïde* (méningo-*typhus*), et, en certains cas, elles peuvent être rapportées à la spirochétose. Au demeurant, l'ingestion d'eaux souillées peut déterminer chez le même sujet une infection à bacille d'Eberth et la spirochétose.

On a encore signalé des formes, avec phénomènes éruptifs, *urticairiens* ou *scarlatiniformes*, au moment d'une première défervescence ; chez un malade on observa une *éruption polymorphe*, à l'occasion d'une rechute ; après régression de l'ictère se développèrent des adénopathies discrètes, inguinales et axillaires, avec hypertrophie des amygdales, anémie intense et prolongée.

Comment se guider dans ce dédale symptomatologique pour prévoir cliniquement une spirochétose

Il faut se rappeler que cette maladie est une hépato-néphrite, qui, dans 90 % des cas, débute brusquement sous les allures d'une maladie infectieuse banale : frissons, température à 40°, vomissements, douleurs lombaires, etc... L'incubation n'est pas toujours identique ; les gens, qui ont été blessés ou mordus dans l'eau, ont ordinairement une incubation plus longue que ceux qui ont contracté d'une autre manière la spirochétose.

Cependant, certains *troubles nerveux* particuliers marquent le début de la maladie ; ce sont le plus souvent des symptômes à allure méningée, avec céphalée, vomissements, raideur de la nuque, signe de Kernig. Il faut noter particulièrement l'intensité de la torpeur, de l'asthénie, qui vont durer pendant l'évolution de toute la maladie, et même durant la convalescence. Plus tard, dans les cas ou apparaîtra l'ictère, ces manifestations seront hors de proportion avec ce symptôme.

Enfin, la fréquence de douleurs, parfois très marquées au niveau des membres inférieurs, d'arthralgies, ou d'ostéalgies retiendra l'attention.

Ces troubles nerveux sont les premiers à apparaître, et, rapprochés de l'ictère, ils permettent de faire le diagnostic clinique de spirochétose.

Cet *ictère*, d'ailleurs tout à fait caractéristique, apparaît du quatrième au sixième jour. Il est foncé, jaunâtre, rougeâtre, couleur orangé, safran rouge, et s'accompagne d'un foie augmenté de volume.

Dans les quatre à cinq premiers jours, on note également un signe capital, constitué par une *rougeur conjonctivale.*

Fréquentes sont les *épistaxis* ; extrêmement rares, les signes hémorragiques.

Quand on note l'herpès (dans 20 à 21 % des cas), celui-ci est labial et non pas facial ; il prend parfois une allure hémorragique avec des taches noir d'encre.

Les urines sont très foncées ; leur volume est assez paradoxal, puisqu'en pleine période aiguë, il est des gens qui éliminent par vingt-quatre heures deux litres à deux litres et demi d'urines de couleur véritablement acajou.

L'hématurie est discrète, mais assez fréquente car on l'observe dans 40 % des observations ; la cylindrurie n'est pas rare ; mais on trouve surtout des cylindres hyalins ; les cylindres granuleux sont plus rares. Il est important de rechercher les sels biliaires, car il y a, comme dans le sang, dissociation entre les pigments biliaires, (dont le chiffre est élevé), et les sels biliaires, (dont le chiffre est bas).

Presque toujours, on relève la présence d'albuminurie peu marquée (0,50 à 2 grammes) ; et celle-ci incite à pratiquer le dosage de l'urée sanguine, qui se révèle au-dessus de la normale : 0,40, 0,50 jusqu'à 2 grammes. L'urée paraît être en rapport avec un dysfonctionnement hépatique et avec une rétention rénale.

Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il n'y a pas d'ictère ; mais, quand on note les symptômes exposés plus haut, et que l'interrogatoire révèle que le malade est un *habitué des bains de rivière et de piscines,* que sa profession l'expose au contact des *rats,* on est en droit de soupçonner la spirochétose et de rechercher le spirochète dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

La confirmation du diagnostic par le laboratoire. Le traitement

En dehors de la forme classique, le diagnostic est surtout difficile à poser en l'absence d'ictère. Si, dans ces conditions, il peut être prévu par la clinique, le laboratoire seul est capable de le rendre certain par la constatation, dans le liquide céphalo-rachidien, le sang ou les urines, du spirochète ou par celle d'un séro-diagnostic positif.

On ne doit pas espérer constater le spirochète directement dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien ; on le trouve assez aisément dans les urines.

Il faut surtout rechercher dans le sérum, le phénomène de l'agglutination ; celui-ci n'est pas toujours précoce ; mais il se révèle constamment à la période de convalescence et se prolonge longtemps.

On peut étudier encore la neutralisation d'une injection ultérieure de spirochètes à l'animal par le sang du malade ; c'est là une méthode indirecte, mais intéressante.

Pour tous les détails, sur le diagnostic microbiologique de la spirochétose, nous prions nos lecteurs de se rapporter à l'intéressante étude du Docteur P. Mollaret (1). Cet auteur envisage successivement, pour les formes cliniques typiques, et pour les formes cliniques atypiques, les inoculations, cultures, diagnostic morphologique, séro-diagnostic, réaction des immunisines, méthodes accessoires.

Quant au *traitement,* nous disposons en France du sérum antispirochétosique de Pettit (de l'Institut Pasteur). Celui-ci n'est indiqué que dans les formes particulièrement sérieuses. Dès que le diagnostic est posé, on injecte 60 c. c. de sérum au moins. On peut faire une injection totale intramusculaire le premier jour, puis le second jour partager la dose entre la voie sous-cutanée et la voie intramusculaire. Dans les cas très graves, il faut commencer par l'injection intraveineuse avec les précautions d'usage.

A la sérothérapie on ajoute : hygiène, diète lactée, bains tièdes, boissons abondantes, sérum glucosé en goutte à goutte rectal, sérum salé isotonique en injections sous-cutanées (parfois intra-veineuses), urotropine, extraits hépatiques injectables.

G. Fischer.

(1) Dr P. Mollaret. — Le diagnostic microbiologique de la spirochétose, dite ictéro-hémorragique. (*Le Progrès médical,* 30 mai 1936.)

TOLÉRANCE PARTICULIÈRE DES ENFANTS AUX MÉDICAMENTS

M. le Professeur Cassoute, à la suite de l'article qu'il a publié dans nos colonnes sur ce sujet (nº du 14 juin 1936), a reçu du Docteur Ch. Borde, de Bordeaux, une lettre réclamant la priorité pour l'emploi des opiacés chez les enfants et sur l'emploi de la morphine « per os » dans la coqueluche (*Annales de médecine des enfants,* année 1900, p. 617).

M. le Prof. Cassoute donne acte très volontiers à notre confrère, le Docteur Ch. Borde, de sa rectification.

PROPHYLAXIE DU CHARBON

M. le Professeur agrégé JOANNON

Avant les découvertes de Davaine et de Pasteur, la prophylaxie du charbon ne pouvait reposer sur aucune base scientifique. Qu'on en juge ! Au XVIII^e siècle, une Commission officielle nommée par le Gouvernement était arrivée à cette conclusion que la multiplicité des cas de charbon observés dans certains troupeaux était due à la surabondance d'azote dans les paturages, à une alimentation trop azotée des animaux, provoquant de la pléthore et qu'ilfallait y remédier par des saignées. Erreur singulière d'une Commission cependant officielle et sérieuse !

Le problème a été éclairé par la découverte de Davaine de la bactéridie charbonneuse dans le sang des sujets malades et il a été résolu par la vaccination anticharbonneuse pastorienne.

***

La prophylaxie du charbon associe aujourd'hui des mesures palliatives et une mesure radicale, la vaccination des animaux.

Les mesures palliatives sont de divers ordres. Elles comprennent :

1° des moyens de police sanitaire à l'égard des animaux infectés, à savoir la déclaration, l'isolement, la destruction des cadavres, la désinfection des lieux où se trouvaient les animaux atteints de charbon ;

2° la désinfection des marchandises (os, crins, peaux...) provenant d'animaux malades. De nos jours, en raison de la vulgarisation de la vaccination pastorienne des troupeaux menacés, les marchandises en question ne sont plus indigènes, mais de provenance exotique. Les crins, les os, peuvent être désinfectés assez facilement. Il en va encore de même pour les laines, mais pour les peaux, la protection est difficile. Une désinfection complète pourrait les détériorer et le problème n'est pas encore entièrement résolu. C'est pourquoi, dans les métiers qui manipulent les peaux, on peut encore observer des cas de charbon;

3° des mesures de protection personnelle. Dans les ateliers de mégisserie, de tannerie, on prescrit au personnel l'usage de vêtements spéciaux, des couvre-nuque pour le transport des peaux. Les métiers de ce genre comportent du reste l'emploi de vêtements particuliers, et il est recommandé aux ouvriers une grande propreté, des lavabos nombreux étant mis à leur disposition, des tracts, des affiches, édités par les Syndicats patronaux et ouvriers, faisant l'éducation du personnel et lui montrant sur des illustrations simples les accidents du charbon, à leur début particulièrement ;

4° le traitement précoce. Les ateliers sont pourvus de boîtes de secours pour permettre de panser rapidement les blessures et les plaies les plus minimes. Toute lésion non cicatrisée en trois jours fait l'objet d'un examen précis.

Au point de vue clinique, deux caractères peuvent inciter à penser à une pustule maligne : l'*absence de pus* et l'*indolence* de la lésion (tache rouge comme une piqûre de puce — dite puce maligne de Bourgogne — puis escarre centrale entourée d'une colerette de vésicules).

Bactériologiquement — à l'hôpital Saint-Louis par exemple — on pratique un examen direct ou une culture. On prélève le contenu d'une vésicule ou la partie centrale de l'escarre et on l'examine au microscope. On peut aussi faire une culture. Comme résultat pratique, si la lésion apparaît simplement suspecte, on injecte 10 cent. cubes de sérum ; si le charbon est certifié, on a recours à une sérothérapie véritable (injection de 30, 40 c. c., etc.)

***

Telles sont les mesures palliatives principales. La mesure prophylactique radicale est la vaccination des animaux, sa généralisation aux grands troupeaux. Elle consiste en injections successives des deux vaccins de Pasteur, à douze jours d'intervalle.

On ne saurait parler de la vaccination anticharbonneuse sans évoquer la mémorable journée du 2 juin 1881 où Pasteur, après avoir douté quelques heures du résultat de sa méthode put enregistrer un succès triomphal.

Appelé à démontrer l'efficacité de son vaccin anticharbonneux, Pasteur avait pris 50 moutons qu'il avait séparé en deux lots. Vingt-cinq moutons reçurent les deux vaccins les 5 et 17 mai 1881 ; vingt-cinq, considérés comme témoins, ne reçurent pas de vaccin. Le 31 mai, tous étaient inoculés avec du virus charbonneux. Le 1^er juin, un des moutons vaccinés fut atteint de fièvre, et devant cet incident imprévu, Pasteur se prit à douter de la valeur de sa méthode. Inquiet et anxieux, il passa une nuit sans sommeil, comme en témoigne une longue lettre de Madame Pasteur. Ses adversaires allaient-ils triompher ? Enfin, le 2 juin au matin, lui parvient un télégramme pleinement rassurant du vétérinaire qui surveillait l'expérience, télégramme enthousiaste, ainsi conçu : « Succès... *épatant* ! » Pasteur se rendit immédiatement sur le champ d'expérience à Pouilly le Fort dans la Beauce. La preuve était absolue : les 25 moutons non vaccinés étaient morts ou mourants ; les 25 vaccinés étaient en parfaite santé (1).

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (mai 1936) recueillie et résumée par le Docteur P. LACROIX.

PRATIQUE MÉDICALE

Aminothérapie en pratique journalière

Par le Docteur HANNEDOUCHE
Médecin des Hôpitaux de Reims

Mon intention est de vous parler uniquement du traitement des ulcères gastro-duodénaux par la solution d'histidine ; c'est vous dire que volontairement je passerai sous silence des traitements qui ont donné des résultats, mais que j'estime être en dehors de la question traitée.

Je serai certes amené à parler de pepsinothérapie, de vaccinothérapie, d'organothérapie, mais ce ne sera que pour éclairer autant que possible le rôle joué par les acides aminés.

Je tairai donc la théorie du reflux duodénal lancée par les Hongrois Jarno et Csaki, les expériences de Silberstein et ses dosages en série du suc gastrique au cours de la digestion ; les travaux de Bécard et Gaehlinger qui ont réussi à réaliser artificiellement le reflux duodénal chez les ulcéreux.

Je passerai aussi sous silence le rôle joué par le cholestérol, les observations de Jarno et Pauchet qui dosent systématiquement le cholestérol sanguin chez tous les ulcéreux qu'ils observent ; ainsi que les essais thérapeutiques tentés par l'administration *per os* de substances susceptibles de relever le taux du cholestérol dans le sang. J'aborde de suite le traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'histidine.

PREMIÈRE OBSERVATION. — En septembre 1934, je vois à ma consultation, une femme de 38 ans que je soignais depuis déjà un an pour crises gastriques se renouvelant tous les deux ou trois mois; ces crises régulières, d'une durée de quinze à vingt jours, comportant des douleurs aiguës vers 17 heures, accompagnées de vomissements m'avaient fait penser à un ulcère de l'estomac ; mais prétextant soit des difficultés financières, soit un manque de temps, ma malade s'était toujours refusée à un examen radiographique.

Cette fois c'est une femme amaigrie, affaiblie, souffrant énormément que je vois ; elle a plusieurs vomissements chaque jour ; à nouveau j'insiste sur la nécessité d'une radiographie ; celle-ci est acceptée et la réponse du radiographe est formelle : Ulcus juxta-pylorique.

Craignant un ulcère à marche rapidement térébrante, et devant le mauvais état de la malade, je l'adresse de suite à un chirurgien. Celui-ci me répond : nécessité d'opérer, mais malade à remonter ; faire huile camphrée, sérum glucosé; se méfier d'une perforation. Je mis scrupuleusement ces conseils en pratique ; mais en même temps je proposais à la malade un essai de traitement par la laristine, demandant à cette dame derevenir me voir après quatre ou cinq jours.

Six jours après, je la vois entrer chez moi, la mine réjouie, vive, déjà recolorée, me déclarant ne plus souffrir, ne plus vomir et ressentir souvent une sensation très agréable de faim qu'elle s'empressait, d'ailleurs, de satisfaire puisque les aliments ne la faisaient plus souffrir. Naturellement je supprimai huile camphrée et sérum glucosé et ne continuai que les piqûres d'histidine ; le mieux ne fit que s'accentuer, le poids en treize jours augmenta de 3 kilogs. Après 21 piqûres, les injections furent abandonnées, le traitement consista uniquement en deux cuillerées à soupe de Biskama par jour, le régime fut extrêmement large; je me contentai de supprimer le vin pur, les sauces, les ragouts, les aliments fermentés. L'état resta excellent jusqu'en mars 1935 ; à ce moment une légère reprise des douleurs m'amena à nouveau la malade ; de suite, nouvelle série de laristine, à 5 cc sédation immédiate des douleurs (je ne parle pas de vomissements, ceux-ci ne se sont jamais représentés) et reprise d'un état général comme cette dame n'en avait pas connu depuis de longues années. En novembre 1935, je fais faire une nouvelle série de piqûres d'histidine, 21 à 1 c.c. de la solution à 4 %, bien qu'il n'y eut aucune manifestation faisant craindre un retour offensif de l'ulcère. Depuis, j'ai vu cette dame à différentes reprises ; je n'ai jamais pu la décider à une radio de contrôle, qu'elle ne comprend pas puisqu'elle se déclare tout à fait guérie.

DEUXIÈME OBSERVATION. — En novembre 1934, je suis appelé auprès d'un homme de 32 ans que j'avais déjà vu plusieurs fois pour crises gastriques périodiques, avec intervalles de deux ou trois mois au cours desquels il ne persistait aucun symptôme douloureux. Cette fois, au milieu du cortège habituel, des vomissements et des régurgitations acides, un symptôme a frappé le malade, il a eu du sang dans les selles ; le même jour je revois ce malade que je trouve pâle, couvert de sueur, pouls filant : il a fait une grosse hémorragie. Une demi-heure plus tard, une transfusion de sang était faite, quelques jours plus tard, les incidents dramatiques étaient écartés, j'exigeai la radio que je n'avais encore pu obtenir.

Réponse formelle : Ulcère juxta-pylorique. Une série d'histidine à 5 cc. est commencée aussitôt : à la cinquième piqûre, plus de douleurs, l'appétit revient, l'état général s'améliore rapidement. On fait vingt-quatre piqûres. A la fin de la série, le malade ne se souvient plus qu'il a eu mal à l'estomac, il mange à peu près de tout et j'ai une peine énorme à l'empêcher de prendre l'apéritif. Je l'ai suivi six mois, sans qu'il présentât de récidive, alors qu'auparavant il présentait une crise d'une quinzaine de jours tous les deux ou trois mois; depuis je l'aperçois de loin en loin, il présente toutes les apparences d'une bonne santé, mais il m'évite, car il a oublié de régler mes honoraires.

Depuis, j'ai eu l'occasion de soigner d'autres ulcères gastro-duodénaux ; je ne veux pas vous importuner, rapporter toutes ces observations que l'on dirait toutes calquées l'une sur l'autre.

Pour trois, le diagnostic a été vérifié par la radio ; pour les autres, cinq exactement, le diagnostic a été basé sur les seuls signes cliniques. Tous ces cas ont été soignés par des piqûres

d'histidine mais en injections de 1 cc. : l'amélioration s'est produite toujours très rapidement et s'est maintenue à la condition de faire des séries d'entretien, comme le conseillent Lenormand et Aron. A considérer les quelques cas que je rapporte, on pourrait être tenté de conclure qu'enfin nous possédons un remède héroïque de la maladie ulcéreuse et moi-même pour être tombé sur des cas tous favorables, j'ai failli croire qu'il en était ainsi. Il faut considérer que tous les malades que j'ai observés étaient des ulcéreux de date relativement récente ; d'autre part, mon expérience ne remonte qu'à un an et demi, et pour une maladie d'allure aussi capricieuse, présentant des rémissions parfois si longues et des sédations naturelles aussi fréquentes que celle qui nous occupe, le délai de dix-huit mois est bien court. Je me suis naturellement enquis, avant de vous faire ce rapport, des résultats publiés.

Tableau des résultats

Aron et Weiss signalent 27 malades traités ; chez treize d'entre eux, disparition de la niche et guérison apparente.

Chez dix, amélioration considérable avec suppression des troubles fonctionnels et effacement presque total de la niche.

Chez trois, guérison clinique sans modification de la niche.

Chez un, échec.

Hessel, de Francfort, signale sur 22 cas, seize fois la disparition et six fois la réduction de la niche.

Bulmer, en Angleterre, sur 52 cas signale 58 % de disparition des niches.

Parmi les échecs, le plus grand nombre est dû aux gros ulcères calleux, presque toujours la douleur cesse rapidement après le début du traitement ; mais elle reparaît cinq à six jours après la fin des injections ; une nouvelle série de piqûres n'a pas d'effet plus durable et l'intervention rendue inévitable montre un gros ulcère induré qu'il faut extirper.

Une autre cause d'échec est la perforation de l'ulcère dans un organe voisin ; dans ce cas, l'amélioration même passagère est à peine perceptible : ceci d'ailleurs n'est nullement étonnant, l'histidine produisant son effet, uniquement sur les muqueuses gastrique et duodénale ; ici encore il faut opérer.

Inutile de dire qu'en cas de perforation en espace libre, de cancérisation, de sténose pylorique non-spasmodique persistant entre les crises, l'histidine n'a que faire en ces circonstances et que la parole est entière aux chirurgiens.

Mais l'ulcère, en gastro-entérologie, est-il seul à bénécier du traitement par l'histidine, ou en posant la question sous une autre forme, l'histidine constitue-t-elle un traitement spécifique de la maladie ulcéreuse ? Je crois que c'est Lenormand qui s'est le plus attaché à trouver d'autres indications à ce traitement. En dehors des résultats qu'il a obtenus dans le coryza spasmodique, dans les douleurs angineuses, dans l'hypertension, il signale toute une série de succès qu'il a eus dans le traitement, par l'histidine, des épigastralgies de cause non-ulcéreuse. Il cite 18 observations relatives à des dyspepsies d'origine appendiculaire, ptoses avec syndrome solaire, dyspepsies hypersthéniques avec périviscérite, aérophagie et spasme du pylore, dyspepsies d'origine vésiculaire, dyspepsie d'origine colitique, où les malades furent rapidement délivrés de leurs douleurs par l'histidine et maintenus en excellent état par des cures d'entretien.

Personnellement, j'ai soigné de cette manière nombre d'épigastralgies, surtout chez des vésiculaires et des aérophagiques avec un pourcentage de succès qui s'établit aux environs de 60 %. J'ai notamment soigné une dame de 62 ans que j'avais fait opérer pour calcul vésical, visible à la radio. La vésicule très malade, ne put être extirpée par suite d'adhérences réellement formidables contractées avec les organes voisins ; il existait en effet une véritable gangue de périviscérite grosse comme une mandarine encerclant vésicule et duodénum. A la suite de l'opération, la malade fit un spasme pylorique et une intolérance gastrique telle que ses jours étaient manifestement en danger ; la laristine eut raison de cet état mais ce n'est qu'au sixième jour que la malade conserva un peu de liquide et seulement au quinzième qu'une alimentation plus substantielle put être reprise. Cette observation remonte à fin août 1934, depuis, cette opérée n'a plus présenté aucun symptôme analogue et se porte parfaitement bien.

Peut-être se demandera-t-on comment les acides aminés, connus depuis les travaux de Fontès et Thivolle, comme des hématogènes remarquables, ont pu être introduits d'une façon si heureuse en gastro-entérologie ? Sauf erreur, ce sont, d'une part Aron et Weiss, de Strasbourg, et Lenormand, de Paris qui ont fait à ce sujet les travaux les plus importants.

Les premiers, en étudiant l'ulcère expérimental chez le chien, après dérivation du duodénum près du cæcum (opération de Mann) ont émis l'hypothèse que la production des ulcères provenait de la carence en acides aminés qui étaient dérivés avec toutes les sécrétions et excrétions se rencontrant dans le duodénum. Des expériences nombreuses les ont amenés à sélectionner l'histidine, qui donne; contre l'ulcère expérimental, les meilleurs résultats, à tel point que des chiens opérés suivant le procédé de Mann ont pu vivre jusqu'à sept mois sans présenter le moindre ulcère ni la moindre jéjunite.

Pour Lenormand, le point de départ est tout autre ; il expérimenta en piqûres intradermiques, les acides aminés au même titre que diverses substances protéiques. Des porteurs de coryza spasmodique, furent soulagés, à la fois du coryza et des douleurs stomacales.

On voit de suite que, dès le début, deux hypothèses sur le mode d'action de l'histidine devaient, sinon se heurter, mais tout au moins se coudoyer.

Pour Aron et Weiss, c'est tout naturellement la carence en acides aminés qui est mise en avant dans la production des ulcères et les injections d'histidine en corrigeant cette carence, guériraient la maladie ulcéreuse.

Pour Lenormand, l'action de l'histidine serait antalgique, et surtout cet acide aminé aurait une tendance neurotrope très accentuée. Se basant sur la sédation des douleurs angineuses, du coryza spasmodique, des vomissements incoercibles de la grossesse, il met en avant une action, qui semble d'ailleurs indéniable, sur le rétablissement de l'équilibre vago-sympathique.

Invoquant les faibles doses qu'il a employées, 1/3 de centimètre cube, il avance que la carence en acides aminés ne peut être efficacement corrigée avec si peu de produit. Pour lui, la foule de traitements précédemment employés et qui ont tous connu des succès, vaccinothérapie, extraits d'organes les plus divers, pepsinothérapie, n'auraient réussi que parce qu'ils contiennent tous des acides aminés à dose faible et que ceux-ci agissent comme de véritables hormones. La pepsine a été essayée par Lenormand dans le traitement de l'angor, de la maladie de Raynaud, ainsi que l'extrait total de muqueuse gastrique ; les résultats ont été des plus satisfaisants. Sans doute ces corps agissent-ils par les acides aminés qu'ils contiennent.

Je ne voudrais pas insister sur ces interprétations car je ne fais que rapporter les opinions de divers auteurs.

Permettez-moi cependant de vous citer pour terminer quelques conclusions :

Pour Lenormand : l'histidine calme la crise ulcéreuse rapidement et de façon complète. En séries répétées d'injections, elle est susceptible de cicatriser l'ulcère et d'en prévenir le retour. Il ne s'agit toutefois pas d'une thérapeutique spécifique, mais l'histidine a une action trophique et sédative générale dont l'ulcère n'est qu'une des applications. Il ne conteste nullement la valeur de certaines vaccino ou organothérapies, mais il suggère l'idée que, dans les produits bactériens ou hormonaux injectés, les principes actifs seraient les acides aminés.

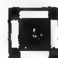
L'effet des acides aminés dans des affections aussi disparates que l'ulcère, le rhume des foins, les vomissements incoercibles, l'angine de poitrine s'expliquerait par un mécanisme commun : ces substances auraient un tropisme nerveux avec action remarquable sur le sympathique. Les acides aminés calmeraient les plexus irrités, freineraient les crises de tachycardie, dilateraient les vaisseaux spasmés. Peut-être la sédation des douleurs gastriques et duodénales, la cicatrisation de l'ulcère serait-elle due à une hypersécrétion de mucus.

Pour Castaigne : il s'en tient dans ses conclusions à la partie purement clinique. Pour lui, un ulcère non-compliqué de sténose vraie du pylore, ou d'une autre complication grave est curable sans traitement chirurgical. Le traitement médical et le traitement chirurgical ne sont d'ailleurs pas opposables, chacun a sa clientèle : au premier, les cas précocement diagnostiqués et tous ceux non-compliqués, au second tous ceux que raisonnablement, par suite de cancérisation, de sténose durable, d'hypertrophie, de perforation libre ou non, on ne peut traiter médicalement.

Pour ce traitement médical, l'histidine et l'association tryptophane-histidine lui ont donné des résultats qu'il n'a jamais obtenus jusqu'à présent, à condition que le traitement soit poursuivi assez longtemps, en contrôlant les malades, à la façon dont est conduit un traitement bien dirigé chez les syphilitiques.

Pour Aron il se défend de conclure que le traitement par l'histidine soit pathogénique ou définitif de l'ulcère gastro-duodénal : c'est une innovation thérapeutique d'une application simple et exerçant une action manifeste sur la crise douloureuse. Des cures d'entretien répétées permettent d'éviter en général la réapparition des crises périodiques. Pour lui aussi, l'efficacité de nombreux extraits d'organes employés contre l'ulcère est liée à la présence d'acides aminés dans ces corps.

Pour ma part, les résultats très favorables que j'ai obtenus dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux par la solution d'histidine à 4 %, ne font que m'encourager à poursuivre une méthode à laquelle je dois un certain nombre de satisfactions, si difficiles à obtenir dans notre profession.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Tuberculose et traumatisme

A l'heure actuelle, dit le Professeur SERGENT, la notion de tuberculose post-traumatique a pris une extension telle qu'il est nécessaire, pour en bien délimiter le cadre, de s'en tenir aux seules observations valables et d'éliminer tout d'abord un grand nombre de fausses tuberculoses post-traumatiques qui encombrent les statistiques et les commissions des pensions.

Il faut, pour qu'un traumatisme détermine une tuberculose, ou bien qu'il touche directement un tubercule virulent et libère des bacilles — c'est là un accident tout à fait exceptionnel qui sur des dizaines d'observations, n'a été noté que deux fois — ou bien que ce traumatisme détermine une hémorragie et que cette hémorragie survienne au moment d'une bacillémie transitoire. C'est là de beaucoup le phénomène le plus fréquent, celui qui explique les tuberculisations locales. C'est le sang épanché qui apporte le bacille. On peut donc formuler les deux principes suivants :

1° Jamais un traumatisme ne pourra à lui seul engendrer la tuberculose ; il ne peut que la réveiller et déterminer une poussée évolutive.

2° Il doit exister un foyer tuberculeux antérieur, pour que devienne possible la tuberculose post-traumatique. Le traumatisme agira, soit en effondrant le foyer, ce qui est exceptionnel, soit en causant un raptus vasculaire au moment même d'une décharge bacillaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'un sujet actuellement bien portant. Dans le deuxième cas, d'un sujet en état d'évolution tuberculeuse plus ou moins accentuée. (*Journal des Praticiens*, 2 mai 1936.)

La chronaxie en médecine pratique

Il ressort de l'exposé fait par le Docteur G. BOURGUIGNON que l'intérêt pratique de la chronaxie touche non seulement la neurologie, mais la médecine générale.

Elle permet d'établir un diagnostic de certitude là où la clinique ne permet qu'un diagnostic de probabilité.

Une fois le diagnostic posé, les courbes de chronaxie permettent de suivre l'évolution avec une précision presque mathématique et, par suite, de porter un pronostic avec beaucoup plus de fermeté que par le seul examen clinique.

Elle pose avec précision les indications thérapeutiques et elle nous donne un test d'une extrême sensibilité pour juger des effets du traitement appliqué.

Quel que soit l'intérêt théorique de la chronaxie, maintenant bien établi, il n'est pas supérieur à son intérêt pratique que l'auteur a essayé de montrer.

Cependant, s'il faut souhaiter que la chronaxie soit de plus en plus employée en pratique médicale, sa recherche et sa mesure ne pourront jamais être pratiquées que par des spécialistes éprouvés, techniciens habiles et cliniciens avertis. Il reste toutefois établi que la recherche de la chronaxie en médecine est inséparable de la clinique. (*Rev. Médicale Française*, avril 1936.)

Adénopathies cervicales et tuberculose pulmonaire

MM. E. BERTHET et G. SCORPATI étudient plus spécialement le rôle des voies lymphatiques cervicales dans l'infection tuberculeuse. Les travaux qu'ils ont poursuivis, tant du point de vue expérimental qu'anatomo-clinique, les conduisent à penser qu'il est actuellement impossible de résoudre la question des voies de propagation de la tuberculose humaine. Ils pensent que toutes les voies sont possibles suivant les conditions dans lesquelles se fait l'infection, aucune ne devant être exclue au profit de l'autre. Le problème qui est à étudier est moins celui de la voie de propagation de la tuberculose que celui de la plus ou moins grande fréquence avec laquelle les bacilles empruntent les différentes voies, qui s'offrent à eux. (*Arch. Médico-chirur. de l'App. respiratoire*, n° 2, 1936.)

Sur les troubles de la circulation coronarienne en expérimentation et en clinique

Les considérations très résumées, et presque schématiques, émises par le Professeur A. CLERC, MM. P.-N. DESCHAMPS et R. BOUCAUMONT confirment que dans les effets des troubles coronariens (tels que la clinique permet de les évoquer), il convient de distinguer ce qui est prouvé de ce qui est hypothétique. Toutes les recherches expérimentales et cliniques s'accordent sans doute à souligner le rôle ischémiant, infarctogène ou non, des oblitérations coronariennes. Quant à leur rôle algogène isolé il prête encore à discussion et ne saurait imposer de théorie exclusive. En tout cas les auteurs ont voulu résumer sommairement les facteurs de l'ischémie du myocarde

et montrer, à côté d'accidents anatomiquement certains, les raisons pour lesquelles, en attendant une démonstration plus complète, il était possible de discuter ou d'invoquer (tout au moins avec une certaine vraisemblance), dans certaines conditions cliniques, le rôle d'un spasme coronarien fonctionnel, surajouté ou même primitif. (*La Presse Therm. et Climatique*, 1er mai 1936.)

Epididymite gonococcique suppurée

Le Docteur Massias a observé douze cas d'épididymite blennorrhagique chez des Annamites qui n'avaient jamais traité leur uréthrite. Le diagnostic de cette complication est presque toujours facile. L'abcès épididymaire sera ouvert chirurgicalement et drainé largement. La vaccinothérapie, par auto-vaccin, complètera le traitement et assurera une guérison rapide en deux ou trois semaines. (*Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 12 janvier 1936.)

Les indications gynécologiques para-digestives de Plombières

Le Docteur J. Tauzin signale certaines indications para-digestives de Plombières, les indications gynécologiques en particulier.

Les malades atteintes d'une affection génitale qui sont susceptibles de bénéficier des propriétés des eaux hyper-thermales radio-actives oligosalines se classent en deux catégories :

a) les génitales pures qu'il faut diriger sur Luxeuil ;

b) et les génitales complexes à intrication digestive qu'il faut, en raison des troubles qui ont provoqué, qui accompagnent ou qui ont suivi l'affection génitale, diriger sur Plombières avec les intestinales pures. Ce sont :

1° les malades dont l'affection s'accompagne d'une colite ou d'un trouble digestif secondaire et prédominant ;

2° les malades chez lesquelles le trouble génital est secondaire au trouble digestif ; qu'il s'agisse d'un syndrome entéro-génital : *a*) de forme infectieuse : endo-cervicite ou endométrite, annexite ou cellulite pelvienne ; *b*) de forme toxique : la dysménorrhée de certaines constipées ; *c*) de la forme fonctionnelle névralgique : plexalgie hypogastrique de Cotte d'origine recto-sigmoïdienne ;

3° les malades qui font de la péri-viscérite débordant la zone génitale et fusant le long du côlon (pour les rendre à Luxeuil par la suite).

4° les malades qui présentent des troubles intestinaux d'origine hormo-génitale : *a*) constipation dysovarienne pubérale des jeunes filles encore insuffisamment réglées ; *b*) diarrhées prémenstruelles ou cataméniales ; *c*) constipation hormonale extra-gravidique ; *d*) diarrhée dysovarienne durable ; *e*) constipation hormonale post-ménopausique. (*Gazette médicale de France*, 15 mai 1936.)

Thromboses veineuses aiguës simulant l'embolie artérielle des membres

Les manifestations artérielles des phlébites des membres font l'objet d'une étude du Docteur M. Audier. Les symptômes artériels peuvent apparaître à titre de complications au cours de l'évolution d'une phlébite, ou à titre de séquelles d'une thrombose veineuse. Mais d'autres fois les signes artériels peuvent dominer le tableau clinique et l'affection prend alors le masque d'une lésion artérielle à évolution aiguë. Seule l'intervention ou l'examen nécropsique démontre la prédominance ou l'exclusivité du processus de thrombose veineuse. Parmi les formes cliniques, l'auteur en signale une, particulièrement intéressante, qui est caractérisée par un début brutal à symptomatologie artérielle réalisant le tableau clinique classique de l'embolie artérielle des membres.

Après avoir exposé le diagnostic, il en arrive aux conclusions thérapeutiques. Toutes les fois que le diagnostic de syndrome pseudo-embolique par thrombose veineuse est posé, il faut très rapidement instituer un traitement antispasmodique par des injections d'acétylcholine (0 gr. 40 à 0 gr. 60). Les infiltrations lombaires suivant la technique de Leriche auront ici une de leurs indications de choix. Enfin on essayera de lutter non contre la thrombose, mais contre la congestion passive par la pose de sangsues à la racine du membre.

Le pied sera surélevé, le membre réchauffé ; les troubles trophiques ultérieurs embaumés ou traités à l'air chaud. L'immobilisation sera continuée pendant toute l'évolution de la phlébite dont le terme sera fixé par la recherche du test d'Aldrich et Mac Clure.

Mais, en dehors des cas assez rares où le diagnostic est certain, il arrivera fréquemment que l'on hésitera ou que les résultats du traitement prescrit ne seront pas aussi rapides qu'on le désirerait. Dans ces conditions, il vaut mieux ne pas faire perdre au malade le bénéfice d'une intervention précoce en cas d'embolie. Dans le doute, il vaut mieux opérer. Il est plus grave de ne pas opérer une embolie que d'intervenir à à tort pour une fausse embolie. D'autant plus que Laewen a remarqué que dans ces cas l'intervention exploratrice avait eu une action favorable sur le spasme. (*Paris Médical*, 2 mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Enquête sur l'allaitement au sein à la campagne

(MM. LESAGE et CRUVEILHIER ; 12-5-1936)

Ayant adressé à un grand nombre de médecins ruraux un questionnaire relatif à l'allaitement au sein à la campagne, MM. Lesage et Cruveilhier ont reçu près de 800 réponses. De ces réponses résulte une donnée générale : le plus ordinairement, les nourrissons succombent à la campagne parce qu'ils sont alimentés d'une façon défectueuse. La faute principale et primordiale dans leur alimentation consiste dans la privation du lait maternel.

Depuis la guerre, l'allaitement au sein est devenu de plus en plus rare à la campagne, et cela aussi bien dans les départements du Nord que dans ceux du Sud, de l'Est et de l'Ouest. En Normandie, en Bretagne, dans le Midi de la France, dans le Centre, la Touraine, l'Anjou, dans le Nord et l'Est, l'allaitement maternel est de moins en moins fréquent. Les femmes qui nourrissent leurs enfants au sein, d'autre part, ne prolongent pas l'allaitement intégral au delà du troisième ou quatrième mois.

Les causes de cet abandon de l'allaitement maternel dans les campagnes apparaissent multiples : insouciance des mères désirant conserver leur indépendance, leur liberté de mouvements, et l'intégrité de leurs distractions, insuffisance de la sécrétion lactée dans bien des cas (insuffisance attribuée par certains à l'hérédité, une fonction moins utilisée s'atténuant héréditairement), nécessité pour les femmes de la campagne de travailler aux champs, par pénurie d'ouvriers agricoles et mévente des produits agricoles obligeant à réduire les frais d'exploitation de cultures.

M. Lesage montre les graves inconvénients de cet abandon de l'allaitement au sein et il demande à l'Académie de nommer une Commission pour étudier cette question et les remèdes à y apporter.

Syphilis expérimentale de la souris

(MM. STROESCO et VAISMAN. — Présentation par M. LEVADITI ; 12-5-1936)

MM. Stroesco et Vaisman ont poursuivi une étude de la syphilis expérimentale, cliniquement inapparente, de la souris. Cette syphilis, qui ne se traduit par aucun signe clinique visible, devient ainsi une tréponémose généralisée de tout le système réticulo-endothélial. L'animal, en apparence bien portant, est en réalité une véritable culture *in vivo* de treponema pallidum.

Synergie chimiothérapique

(M. R.-L. MAYER. — Présentation par M. DELÉPINE ; 12-5-1936)

Il y a longtemps déjà, le Professeur Lépine a montré qu'un mélange de doses presque inactives de plusieurs antiseptiques, dont chacun agissait par un mécanisme différent, donnait un effet stérilisant multiplié, qu'il y avait non seulement addition, mais potentialisation des effets. En définitive, l'association des antiseptiques amplifie l'action microbicide de chacun d'eux.

Dans le domaine de la chimiothérapie, M. Launoy a signalé un fait analogue dans l'association antimoine-moranyl dont l'efficacité sur la trypanosomiase est supérieure à celle des composants séparés.

M. Mayer, envisageant cette synergie chimiothérapique dans la streptococcie expérimentale, a vu que l'action des sels d'or, déjà connus pour leur pouvoir antistreptococcique, pouvait être conjuguée avantageusement avec celle de quelques dérivés de la benzène-sulfamide.

Sur un cas de gigantisme

(MM. MARINESCO, IONESCO-SISESTI et ALEXIANO BUTTU ; 19-5-1936)

Les auteurs relatent une observation de gigantisme. Elle concerne un jeune homme de 22 ans, mesurant 2 mètres 15 et pesant 150 kilogr. Ce géant est un asthénique, un déficient, un débile mental. On note chez lui une insuffisance du développement des caractères sexuels secondaires et du libido (rapports sexuels rares, érection incomplète), ainsi que des troubles du métabolisme des glucides, des graisses et des protéines.

Dans la genèse du gigantisme et de l'acromégalie, les glandes endocrines interviennent, mais, pour M. Marinesco, il est un autre élément générateur : le terrain constitutionnel. Les acquisitions les plus récentes de la génétique nous incitent à admettre que l'homme vient au monde portant déjà en lui un potentiel latent de développement qui pourra le conduire au gigantisme ou à l'acromégalie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

L'action thérapeutique dans la syphilis d'un iodure double de bismuth et de sodium

(MM. Ch. FLANDIN, G. POUMEAU-DELILLE et RICHON ; 13-3-1936)

Les auteurs signalent une nouvelle préparation de bismuth soluble, de concentration suffisante et d'action régulière, la dissolution étant obtenue dans l'iodure de sodium. Celle-ci, pratiquement indolore, contient par centimètre cube 0 gr. 045 d'iodure de bismuth, c'est-à-dire 0 gr. 015 de bismuth métal, et 0 gr. 14 d'iode. Ce produit a été utilisé à raison de 2 c. c. par injection. Sa toxicité est certainement très faible. On a commencé par deux injections par semaine, et l'on a pu monter à trois sans inconvénient. L'élimination du bismuth paraît commencer dès le lendemain de l'injection et se prolonger pendant plusieurs jours de façon continue. L'élimination de l'iode est rapide : on n'en retrouve plus dans les urines au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. C'est ce qui explique, malgré la très grosse dose d'iode injectée, l'absence totale de manifestations d'iodisme.

Aujourd'hui, dans les syphilis jeunes, les auteurs n'hésitent pas à pratiquer une injection tous les jours, et à prolonger la série pendant vingt et trente jours. Sur près de 1.500 injections, pas un seul accident. Tout au plus, chez certains sujets à dentition mal soignée, un liseré plutôt moins marqué que celui provoqué par tous les sels de bismuth.

Le tréponème disparaît des lésions dès la deuxième ou troisième injection. La cicatrisation des lésions ou leur effacement se fait habituellement plus vite qu'avec les préparations bismuthiques usuellement employées, aussi vite au moins qu'avec les arsénobenzènes les plus actifs. La réaction de Bordet-Wassermann est, dans la règle, négative dès la deuxième série d'injections.

Ce nouveau corps paraît particulièrement intéressant pour le traitement des vieilles syphilis entraînant des lésions de sclérose viscérale, des lésions vasculaires en particulier, en raison de sa haute teneur en iode.

Méningite ourlienne du type primitif

(M. C. URECHIA, membre correspondant ; 13-3-1936)

Les complications nerveuses des oreillons sont rares ; elles seraient responsables du plus grand nombre des cas de décès de cette maladie si bénigne. La méningite ourlienne survient en général du deuxième au dixième jour de la maladie, et quelquefois pendant la convalescence. Dans le cas rapporté, les symptômes ont précédé d'une semaine la tuméfaction parotidienne et se sont manifestés par une réaction méningée atténuée et par une difficulté de la marche avec faiblesse des membres inférieurs rappelant à première vue une polynévrite ; les réflexes tendineux cependant étaient normaux, un peu plus vifs du côté droit, et le signe en éventail de Babinski dénotait une irritation du faisceau pyramidal. Ces troubles des membres inférieurs doivent donc être mis en rapport avec la méningite ou une irritation corticale limitée et il est curieux de remarquer la prédominance de cette faiblesse des membres inférieurs, sur les signes frustes d'irritation méningée ; ce n'est que huit jours plus tard que la fièvre monte à 40° et que la tuméfaction des glandes salivaires est évidente. On pourrait donc parler dans ce cas d'une méningite ourlienne prémonitoire constituant le premier symptôme traduisant l'infection.

A propos d'un cas de néphrite déclenché par l'anatoxine antistaphylococcique

(MM. TZANCK, H.-P. KLOTZ et NÉGRÉANU ; 13-3-1936)

A la quatrième piqûre d'anatoxine apparut une néphropathie aiguë. Il semble que les quelques accidents graves qui ont été signalés en plus de celui-ci (mort par Duvoir, purpura par Touraine) doivent, bien que rares, nous inciter peut-être à limiter les indications de la médication.

D'une part, on pourra la réserver aux cas rebelles de furonculose, aux hydro-adénites, aux sycosis, aux anthrax.

D'autre part, on se méfiera tout particulièrement de cette thérapeutique chez certains sujets. Les réactions des urticariens, des asthmatiques, seront particulièrement surveillées, car on sait la tendance de ces malades à faire des accidents réactionnels. L'existence d'antécédents rénaux conduira également à une grande prudence ; et, d'une façon générale, d'ailleurs, il semble indispensable de rechercher à l'avenir l'existence d'albuminurie avant et après chaque injection.

Reste la question de l'introdermo-réaction préalable pour décider de l'injection d'une dose forte ou faible d'anatoxine, ou pour rejeter ce traitement chez tous les sujets qui ont présenté une intradermo-positive. Pour le moment une telle conduite, trop absolue, risquerait en réalité de nous priver d'une méthode thérapeutique fort intéressante chez des sujets qui l'eussent probablement très bien supportée, à condition de l'utiliser à la dose appropriée à leur sensibilité individuelle.

G. F.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie Félix ALCAN
108, boulevard Saint-Germain

Henri DAMAYE. — **Psychiatrie, médecine et sociologie.** Un vol. 214 pages. Prix : 12 francs.

Collection « LA CARAVELLE »,
6, rue Bezout, Paris

Julien TEPPE. — **Dictature de la douleur.**

La douleur, lorsqu'elle s'est emparée d'un être et s'est établie en lui, le domine de sa hantise et le rabroue sans cesse.

Mais du fond de sa chambre de tortures, le souffrant gagne sur les bien portants quelques avantages : le temps et le goût de se juger, cette « mélancolie qui tient à la grandeur de l'esprit », l'amère notion de la solidarité universelle, la pitié pour les plus dépourvus que lui-même.

Enrichissements payés de résignation.

S'il n'est pas de substance vile, l'anormal acquerra (il l'acquiert ! et le prouve ! !) une singulière et précieuse délicatesse d'âme. G. LAVALÉE.

EDITIONS LAJEUNESSE
14, rue Brunel, Paris

Dr Albert PERRET. — **Le traitement homœopathique de la goutte.** Préface du Docteur Léon Vannier. Un vol. 142 p. Prix : 15 francs.

L'auteur pense que la diathèse goutteuse constitue un véritable fléau social dont la crise de goutte n'est que la manifestation la plus anodine ; que traiter la crise de goutte, sans traiter « l'état producteur » de cette crise, c'est acheminer le malade vers des complications graves. Il expose le traitement homœopathique qu'il conseille.

Imprimerie J. DE BUSSAC
2, cours Sablon, Clermont-Ferrand

Paul PETIT, A. MOUGEOT et V. AUBERTOT. — **La cure balnéaire de Royat (Recherches récentes).** — *Deuxième édition*, revue et augmentée. Un vol. : 140 pages, 5 francs.

Les auteurs se sont proposé d'étudier plus à fond que leurs devanciers les effets thérapeutiques de la cure de Royat, en ce qui concerne les divers bains hydro-carboniques et gazeux secs. Pour cela, ils se sont adressés à des méthodes plus strictement physiologiques ; au chimisme respiratoire notamment. Leur sujet d'expérience, homme sain, était muni d'un masque de Tissot. Les gaz expirés étaient estimés quant au volume-minute et quant à leur composition ; les quantités et proportions d'oxygène fixé, d'acide carbonique exhalé, de radio-activité sont consignées et permettent aux auteurs de démontrer avec des arguments probants la théorie qu'ils soutiennent depuis trente ans : les bains carboniques thermaux agissent par leurs gaz qui sont résorbés à travers la peau, circulent dans le sang et exercent leur action dans tous les territoires de l'organisme avec une électivité incontestable sur le myocarde qui est tonifié, sur la fibre musculaire lisse de la paroi artérielle dont le tonus s'abaisse, sur les oxydations intra-tissulaires qui sont activées.

Signalons les paragraphes concernant la surcharge du sang artériel en gaz thermaux. La première édition ne relatait pas ces recherches toutes récentes qui apportent un argument supplémentaire en faveur de la résorption transcutanée des gaz thermaux. Deux gravures illustrent les résultats numériques.

La perméabilité rénale, méthodiquement estimée à l'aide de l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine, augmente considérablement sous l'influence de la cure balnéaire ; les mesures en série en apportent la preuve.

Les techniques employées amènent à un exposé beaucoup plus précis et plus objectif qu'il n'était habituel dans les publications hydrologiques de naguère.

Librairie DELAGRAVE, Paris

Le jeu d'Adam et Eve. Transposition de Gustave COHEN, professeur à la Sorbonne.

Voici le troisième mystère du Moyen-Age transposé par M. Gustave Cohen pour sa compagnie de jeunes acteurs étudiants.

Celui-ci est de langue anglo-normande du dernier quart du XIIe siècle.

La restitution en est si parfaite que les octo-syllabes, tout en étant clairement compréhensibles aux lecteurs d'aujourd'hui, gardent la saveur rustique de l'époque.

Il fut représenté en Sorbonne, puis devant la cathédrale de Chartres et connut le plus vif succès.

G. L.

Librairie GARNIER, frères
6, rue des Saints-Pères, Paris

Les quinze joyes de mariage. Préface, bibliographie et glossaire par Fernand FLEURET.

Aux amateurs de charades, ce livre est à recommander : ils y trouveront matière à exercer leur ingéniosité sous la forme d'un huitain où se trouverait caché le nom, jusqu'ici inconnu, de l'auteur. Les érudits s'y sont cassé les dents.

Quant aux béjaunes qui aspirent à l'hyménée, voici, avant que l'irréparable soit accompli, l'avis d'un ancien :

« Selon tout bon entendement, celles quinze joyes de mariage sont les plus grans tourments, douleurs, tristesses et quinze les plus grans maleuretez qui soien en terre ... Il pourtant je ne les blasme pas de soy mettre en mariage, mais suis de leur oppinion et dy qu'ils font bien, pour ce que nous ne sommes en ce monde que pour faire pénitances, souffrir affliction et mater la chair, afin d'avoir Paradis. »

G. L.

LIBRAIRIE DU RECUEIL SIREY, Paris.

Joseph DELPECH, professeur de Droit administratif à l'Université de Strasbourg. — **Pensions et retraites civiles et militaires. Législation et jurisprudence.** Deux volumes, 1936.

En raison du nombre considérable des lois, amendements, etc., qui se sont succédés en ce qui concerne les « Pensions et retraites civiles et militaires », cette question est devenue d'une complexité presque effroyable. Heureusement pour eux, les médecins n'ont pas, habituellement, à s'orienter au milieu de tous les textes qui régissent cette matière, ni à décider au sujet des requêtes présentées. Mais, sans cesse, ils ont à délivrer des certificats médicaux à des candidats à une pension. Leurs déclarations fixent le point de départ ou la cause à laquelle se rattache une maladie. Ces certificats établissent le taux d'incapacité de travail, le degré de gravité d'une lésion, d'une infirmité, ses conséquences, son incurabilité, etc...

Il est devenu très nécessaire que les médecins rédigent leurs certificats et leurs conclusions médicales en tenant compte des exigences et des précisions des lois ou règlements. Parfois, la formule du certificat médical est fixée par la loi. Dans nombre de cas, au contraire, il est nécessaire que le sens du certificat tienne compte de l'énoncé des textes et, presque même aussi, des intentions du législateur.

Un bon certificat, certificat réellement utile, doit contenir tous les renseignements nécessaires pour que la solution à intervenir soit dûment documentée.

Un médecin ne parviendrait certainement pas à s'orienter seul dans le dédale des textes innombrables qui règlent ces questions de pensions. Le Professeur Delpech vient de faire paraître un ouvrage en deux volumes qui, sous une forme très concise et très condensée, coordonne tous les textes des lois et la jurisprudence qu'on peut avoir à consulter.

Assurément, ces volumes n'ont pas été spéciale ment destinés aux médecins mais ceux-ci peuvent être exposés à y avoir recours en de multiples circonstances. Ce sera souvent leur intérêt et, plus souvent encore, celui de leurs clients. Il est donc bon d'en connaître l'existence car on y trouve un guide extrêmement sûr, très complet et même aisé à consulter en toutes ces questions.

CHAVIGNY.

Editions DANGLES,
38, rue de Moscou, à Paris

PAPUS. — **Traité élémentaire d'occultisme et d'astrologie.**

Tout élémentaire qu'il soit, ce traité n'en forme pas moins un gros volume de 364 pages ; l'on gagne, à sa lecture, une sensation assez spéciale de vertige et de malaise interne.

Recommandons aux médecins le chapitre sur « Les facultés occultes de l'homme, » p. 191.

Ils y trouveront des notions nouvelles sur le rôle de la glande pinéale (point de départ d'une nouvelle évolution du cerveau), sur les sensations du *post-mortem*, sur la rigoureuse exactitude de l'expression : « Cette idée est dans l'air », et sur la pathogénie du miracle.

Après quoi ils se sentiront de bien petites gens.

G. LAVALÉE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE MINISTÈRE DES LOISIRS

S'il nous manquait vraiment un ministère, autant vaut que l'urgence se soit déclarée en faveur de celui-là. Au moins pouvons-nous espérer qu'il n'en sortira ni une nouvelle guerre ni d'autres menaces sociales ni de législation opprimante. Et rien que cela serait déjà une délectable nouveauté.

Après le pain il nous fallait évidemment les jeux : c'est dans l'ordre historique. Et l'histoire n'étant qu'un incessant recommencement le moins perspicace des Français moyens aurait pu en lisant les affiches de la dernière campagne électorale, prévoir le cadeau qui vient de nous être offert. Va donc pour les loisirs : le mot ne manque pas de charme. Sauf, bien entendu, pour les travailleurs sans travail et désireux d'en trouver (il en existe encore) qui, saturés de loisirs, aimeraient probablement mieux entendre parler d'autre chose. Mais à chaque ministre son rôle. Celui-ci est chargé de nous distraire ; ne lui posons pas de questions intempestives. Mis tout à coup en face d'un problème inédit il s'est révélé un improvisateur digne de notre confiance ; les journaux ont recueilli ses confidences.

Et il a des idées ! M. André de Fouquières lui-même n'aurait pas tenu avec une telle autorité cette place de choix. Du moins si l'on en croit le rédacteur d'une interview prise, un de ces récents jours, à notre Administrateur des Jeux et des Ris.

***

Monsieur le ministre, *s'il est permis* sans vous offenser, à un modeste médecin de lier conversation avec vous, je vous livrerais volontiers le point de vue de mes congénères sur le problème qui va désormais vous hanter nuit et jour : comment aider les citoyens à tuer le temps plaisamment pour eux et profitablement pour la communauté ? Comment, en un mot, mêler en justes proportions l'agréable à l'utile ?

Certes, je ne méconnais pas que vous pourriez me clouer sur place par cette simple question. « De quoi vous mêlez-vous ? » Mon Dieu, Monsieur le ministre, ne vous fâchez pas ; convenez-en plutôt avec la même bonhomie que présentement la mienne : si vous, homme politique, et moi, médecin, ne devions plus nous mêler que de ce qui nous regarde, ne nous sentirions nous pas en vérité, bien dépourvus ?

Sans compter que mes confrères et moi allons être incessamment les « usagers », comme on dit en votre langage, de vos bienfaisantes initiatives. Nous voici, j'espère bien, comme tout le monde, pourvus de la semaine de quarante heures et de congés payés : cela en fait des loisirs ! à ne plus savoir comment les employer. Vous nous aiderez de vos trouvailles, cela va sans dire, puisqu'en somme vous n'êtes là où l'on vous a mis que pour ça. Mais il ne peut pas vous être indifférent de connaître nos préférences. Et le temps que nous serons à deviser de bonne compagnie, comment ne pas songer aux bons bougres de travailleurs, nos clients communs.

En ce qui concerne les médecins, Monsieur le ministre, je crois que le mieux, pour vous éviter de rebutants déboires, serait de les laisser se débrouiller eux-mêmes. Ce sont, vous n'en êtes pas à l'apprendre, de drôles de types, sourcilleux, rouspéteurs, et, si je ne craignais de vous effaroucher, j'ajouterais : un peu anarchistes. Si vous entreprenez de les distraire, ils resteront de glace, si vous tentez de les faire marcher ils auront envie de s'asseoir, et si vous leur criez « Halte » ils courront de plus belle. Rien à faire avec de telles gens. Du reste ils vont être tellement pris au dépourvu par la profusion de loisirs que leur accorde la législation nouvelle et à laquelle ils ne sont pas entraînés qu'ils en resteront ahuris comme alouettes au miroir : de longtemps vous n'aurez pas besoin de vous occuper d'eux.

***

Il n'en est pas de même des fonctionnaires : eux, en moins de rien, vont être parfaitement au courant et exigeront, puisqu'ils y ont droit, que vous vous consacriez à charmer leurs heures vides. Ce sera votre première pierre d'achoppement ! Car notre valeureuse phalange de fonctionnaires est animée du véritable esprit de corps et d'une grande ardeur offensive. Ces prétoriens récriminent aisément ; et quand ils récriminent dame ! c'est tant pis pour le ministre, et même pour le gouvernement. Ayez l'œil, si vous m'en croyez et n'agissez qu'avec circonspection : s'ils estimaient leurs loisirs mal rétribués par les distractions offertes, ce sont gens capables de se les faire payer en heures supplémentaires !

Quant aux ouvriers et aux paysans, vous songez pour eux, avez-vous dit, à des compétitions sportives, à un théâtre ambulant, à de grands déploiements radiophoniques. Oui ! pas mal ! pas non plus très nouveau ni peut-être très efficient. Mais on n'a pas bâti Paris en un jour, et votre ministère n'en est qu'à ses balbutiants débuts. Votre expérience se poursuivra au sein d'une autre beaucoup plus vaste et dont on nous dit merveilles. Peut-être verrons-nous, en effet, de grandes choses.

En tout cas, M. le ministre, si vous ne voulez pas que votre expérience à vous tourne à un lamentable fiasco, il y a une préoccupation liminaire à laquelle vous devez, dès maintenant, consacrer vos efforts et vos veilles : éviter que la liberté concédée par l'usine ou le travail des champs aille bêtement se faire prendre au piège du bistrot. Avouez que si la semaine de quarante heures se complétait de deux journées de saoûleries la question des loisirs serait résolue de bien piètre façon ; et vous n'empêcheriez pas les citoyens de faire la réflexion que, quant à ce délassement, ils l'avaient trouvé tout seuls et qu'en somme ils auraient pu faire l'économie d'une Excellence. Ce qui, à tous égards, serait désastreux pour votre bonne renommée.

En somme il serait d'excellente tactique de commencer votre activité en demandant la fermeture de 100 ou 200.000 estaminets. Là où la tentation a disparu le pécheur ne succombe point. Et je suis convaincu que, par cette simple mesure, vous récupéreriez un nombre important d'heures de loisirs, matière première dont il est permis de supposer que vous êtes particulièrement friand.

Un théâtre populaire ambulant ? ou même plusieurs parcourant la France et distribuant aux citadins et villageois de nobles pâtures intellectuelles ? Peut-être ; ce sera toujours une soirée de passée ; mais à condition de ne pas abrutir les populations de niaiseries nauséeuses qui les feraient fuir sans esprit de retour ; à condition aussi (ceci entre nous) de ne pas dissimuler sous le masque mélodramatique je ne sais quelle propagande politique. Ces ratatouilles là sont peut-être du goût de certains pays étrangers ; chez nous j'aime à croire que les spectateurs ne s'y laisseraient pas prendre deux fois.

Mieux aménager la radiophonie, avez-vous dit ? C'est un fait qu'il reste encore bien des progrès à accomplir de ce côté. Et si vous parvenez à les réaliser, je ne serai pas seul à vous bénir. Mais la radiophonie s'adresse aux gens rassis et... assis. Vous ne voyez pas plus que moi des gens de vingt ou même de trente ans passer une après-midi devant leur haut-parleur.

Vous avez aussi parlé de compétitions sportives. Et cela, pour les vrais de vrais, c'est, en effet, un moyen de les tenir. Vous rassemblerez facilement 40.000 exaltés autour d'une piste où courent deux équipes de foot-ball ou une douzaine de vélocipèdes. Ils crieront, tempêteront, se disputeront et finalement auront passé leur demi-journée en plein air. C'est déjà quelque chose.

Mais en définitive, M. le ministre, je me permets de trouver que c'est un peu mince. Tous les projets ci-dessus ne songent qu'à distraire le peuple par des spectacles ou des auditions. Le distraire est louable ; mais n'y a-t-il donc que cette façon d'occuper ses loisirs ? Faire du sport, ce n'est pas regarder les autres courir, sauter, lancer le disque et le javelot. Il sied que les jeunes gens en nos civilisations usées, récupèrent un peu de vigueur physique, afin de la transmettre à la race en passe de s'éteindre. Contruisez donc des stades, des piscines (ils en ont des milliers en Allemagne, nous n'en possédons que quelques centaines). Instituez le contrôle médical sportif comme ont fait nos amis Belges. Faites du sport un moyen de salut public plutôt qu'un prétexte à exhibitions. Donnez-nous une jeunesse saine, forte, décidée ; réclamez des millions aujourd'hui pour que vos successeurs n'aient pas, dans dix ou vingt ans, à en réclamer des centaines pour construire des sanatoriums, des hôpitaux, des asiles, des prisons.

Songez ensuite à ce qu'est devenu, sous l'inspiration américaine, le travail en usine, dans les mines, sur les chantiers de construction. Songez que les « damnés de la terre » connaissent là une géhenne effroyable (souvent sans même qu'ils en aient conscience !) et que les heures de loisirs sont les seules où ils accèdent de nouveau à la dignité d'hommes. Ne galvaudez pas cette dignité reconquise en la vouant seulement à des compétitions sportives ou des amusettes. Il y a chez nous quantité de braves gens qui n'ont pas de plus grande joie que de « bricoler » comme ils disent. Ils se reposent de leur travail ordinaire par un autre qu'ils ont choisi et qu'ils mènent à l'allure qui leur plaît. En voilà qu'il s'agit d'encourager ! Pour eux il faudrait reprendre, s'ils sont citadins, cette admirable tentative que furent les « jardins ouvriers » ; il faudrait les aider à élever leur bicoque, leur donner des conseils pour que celle-ci fut claire, confortable, agréable à regarder et non pas semblable à ces désolants clapiers qu'on trouve à l'entour des grandes villes, dans les lotissements. S'ils sont villageois pourquoi ne pas essayer de les attacher à un lopin de terre ? pourquoi ne pas essayer de faire de la famille d'un ouvrier agricole une cellule capable de vivre sur son fonds et où le salaire du père ne fait qu'apporter un supplément d'aisance ? Pourquoi ne pas tenter, à la faveur des « loisirs », de susciter au cœur des Français une reviviscence de l'amour du sol : ce fut, des siècles durant, leur primordiale

caractéristique et leur force. Pour l'avoir perdu nous connaissons les pires tourments.

***

Reste encore autre chose à faire pour le peuple : l'instruire. Oh ! je ne vous demande pas de réinventer les cours du soir encore que, mieux aménagés, peut-être connaîtraient-ils une autre fortune. Un enseignement purement théorique n'a guère de chances de séduire la foule : les nécessité quotidiennes l'étreignent de trop près. Mais ne serait-il pas possible de repêcher les malheureux astreints à l'abrutissement de la chaîne ou du travail en série en leur montrant les diverses phases qui précèdent et suivent celle à laquelle ils consacrent leurs journées ; le manœuvre obscur qui sempiternellement serre un boulon, si vous lui montriez le minerai d'où ce boulon est tiré, la fabrication de ce boulon, son rôle dans la machine et l'édification de cette machine même, n'êtes-vous pas d'avis qu'il prendrait plus de goût à son travail et que de ce prolétariat des usines émergeraient sans doute des ouvriers revernis d'intelligence et de fierté ?

J'ai entendu dire que chez les Soviets et en Italie fasciste (si proches quoi qu'en pensent vos électeurs et quoi que, peut-être, vous leur ayez dit) sont organisés des voyages à bon marché pour les familles d'ouvriers. Pour une somme infime (l'équivalent de 10 ou 20 francs par membre) elles sont, du samedi midi au dimanche soir, transportées en telle ville, à telle usine, en tel site renommé. Ici comme là des guides qualifiés leur apprennent à regarder et admirer un monument, à suivre une fabrication. Elles sont logées, nourries, ramenées à leur domicile. Pour 10 ou 20 francs un ouvrier inscrit dans son souvenir quelque faste d'une civilisation antérieure, quelque preuve du génie humain. Il ne sera pas, au retour, exactement ce qu'il était en partant. « Comprendre, a dit quelqu'un, c'est pardonner. » Et si les diverses classes d'un pays se comprenaient davantage, si elles concevaient mieux leur rôle mutuel, on peut espérer qu'il y aurait moins d'occasions de haine et de conflits.

En somme, M. le ministre, je m'aperçois, en creusant le sujet, que votre Administration, si elle veut être à la hauteur de sa tâche, aura de quoi s'occuper. Ce titre qui avait au premier abord l'air d'une berquinade vous entraîne loin, bien plus loin, comme vous le voyez, que les matches de foot-ball ou les tournées de théâtres ambulants. Vous allez construire une bâtisse toute neuve, pour laquelle même les plans n'ont pas encore été dessinés. Tâchez de lui donner belle allure : c'est une occasion unique en nos vieux pays où trop souvent de vieux cadres gênent les novateurs aux entournures. Prenez le temps de réfléchir : le sujet en vaut la peine. Et si quelque journaliste vient encore, ces jours-ci, vous presser de dévoiler vos projets, envoyez le paître.

Commencez, Monsieur le ministre, par ruminer longuement votre dessein, par regarder et écouter autour de vous. Profitez de vos derniers loisirs ; et seulement après occupez-vous des nôtres.

G. LAVALÉE.

DÉDIÉ A S. E. MADAME LECORRE

Aux conseils de révision de la Sarthe, sur les 53,4 % d'inaptes, il y a 35,8 % d'exemptés, d'ajournés et de classés service auxiliaire, plus 17,6 % de réformés définitifs, de réformés temporaires et de classés service auxiliaire enlevés aux effectifs des corps de troupe par les décisions des Conseils de réforme dans les trois premiers mois de l'incorporation (*La Méthode naturelle en éducation physique*).

Ce qui revient à dire que sur 100 jeunes gens de 20 ans, 53 sont jetés au rebut. Belle perspective pour une race.

Les récupérer grâce au sport ? Certes. Mais il y a sport et sport. Ce que nous comprenons sous ce nom est une sorte de caricature. « 40.000 personnes qui contemplent quelques jeunes gens faisant du sport... j'aimerais mieux voir le contraire » (Maréchal Pétain).

« En produisant la jeunesse en spectacles continuels, on tend à former une légion de vantards et de cabotins ne travaillant plus que pour la galerie » (Georges Hébert).

G. L.

LE PROBLÈME DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Parallèle entre la garantie du SOU MÉDICAL et celle des Sociétés d'Assurances

De nombreux confrères nous ont demandé de préciser comment le praticien peut se garantir contre les risques professionnels et de quelle manière ils peuvent faire la différence entre la défense corporative, organisée par le Sou Médical, et la couverture pécuniaire donnée par les Compagnies diverses, qui assurent la responsabilité professionnelle.

1° Causes directes des procès en responsabilité

Au premier chef, ce sont souvent des agents d'affaires plus ou moins suspects comme moralité, qui sont derrière le plaignant. Ils font miroiter à ce dernier qu'il peut obtenir l'assistance judiciaire, qu'il n'aura aucun frais de justice à supporter et qu'une fois des dommages-intérêts obtenus, par intimidation, peur de l'esclandre, ou par voie de justice, on partagera les sommes ainsi obtenues ou extorquées.

Ce sont aussi — il faut bien l'avouer — des paroles malheureuses prononcées inconsidérément par un confrère, qui croit intelligent de dauber sur son voisin, ou sur un autre praticien. L'hypertrophie du « moi » aboutit aux pires imprudences, car, pour se vanter, on jette le discrédit sur un confrère, partant sur la profession tout entière.

2° Les causes médiates et adjuvantes

Le malade n'a plus la reconnaissance d'antan pour le praticien, qui lui a donné des soins. Ce dernier n'est plus qu'un patenté qui, contre argent, doit prodiguer son art. Le public s'habitue à considérer son docteur non plus comme un ami, un confident nécessaire, mais comme un marchand de santé.

D'ailleurs, la vulgarisation scientifique par la voie de la grande presse, par des conférences publiques, ou par T. S. F., les cours multiples professés aux infirmières de tous ordres, dans les Croix-Rouges et ailleurs, ont donné une teinture superficielle de science à des personnes qui croient en savoir autant que le médecin, surtout lorsqu'elles ont, en plus, à leur disposition, un dictionnaire quelconque de médecine.

On discute le résultat obtenu, on estime que le traitement a été mal conduit : on croit donc ne rien avoir à payer au praticien, si le retour à la santé n'a pas été obtenu soit dans son intégralité, soit avec plus ou moins de rapidité.

Pour beaucoup, la science médicale dérive de la mathématique : ce n'est plus un art, s'inspirant de la clinique, de l'observation, de la pratique, voire même de l'empirisme : grâce aux rayons X, aux appareils de laboratoire, au cadran du tensiomètre, etc., le praticien ne doit-il pas à coup sûr, établir son diagnostic avec certitude et prescrire un traitement aussi rapide qu'efficace ?

Aussi, bien des procès naissent-ils lors de l'envoi de la note d'honoraires. L'homme d'affaires est consulté, pour connaître de lui les moyens pour ne pas payer : à cette présentation de note d'honoraires le client répond par une menace non déguisée en responsabilité.

Garantie accordée par une Assurance.

De nombreuses Compagnies par actions, Sociétés mutuelles ou autres proposent au Corps médical de le garantir contre les risques provenant de l'exercice de la profession au regard des clients. Par contrats individuels, par assurances collectives, dites « contrats-groupe », par garantie donnée collectivement aux membres d'un Syndicat médical, de nombreuses sociétés recherchent la clientèle des médecins.

Ce sont avant tout — et c'est leur droit absolu — des sociétés à but commercial, cherchant à faire des bénéfices en vendant des assurances et des garanties contre tous les risques, dont la couverture contre la responsabilité n'est qu'une branche.

Les directeurs, les actionnaires ne sont pas des médecin. Par suite, nos intérêts corporatifs sont placés au second plan, puisqu'il s'agit, avant toute chose, de distribuer des dividendes aux actionnaires, ou aux ayants-droit.

Ces sociétés sont les unes très sérieuses, offrant des garanties de solvabilité très certaines. D'autres sont plus aléatoires du point de vue de la sécurité. N'a-t-on pas vu des collectivités d'assurances contre les risques automobiles, alléchant la clientèle par des tarifs extrêmement bas, recherchant l'investiture de sociétés sportives, de grandes associations par la promesse de tarifs réduits et, lorsque le nombre des sinistres atteint un certain cihffre, la société ne peut plus faire face à ses engagements et fait faillite.

Heureusement, les Compagnies sérieuses ont des ressources suffisantes pour tenir leurs engagements ; mais l'assuré doit, sous peine de déchéance, prévenir immédiatement son Assurance, dès qu'il a connaissance du « sinistre » ; il doit se conformer strictement aux clauses insérées dans sa police, clauses qu'en bon médecin, il n'a jamais lues, car il a signé sa police sans même en prendre connaissance.

Peut-on faire grief à cette société, dont le but social est de faire des bénéfices en vendant de l'Assurance, de transiger avec l'adversaire, si

tel est l'intérêt, non du médecin assuré, mais de l'assurance ? d'accepter une condamnation en première instance, plutôt que de poursuivre une question de principe jusque devant la Cour de cassation ? de ne se préoccuper d'un litige que lorsque seulement sera mise en jeu la responsabilité du praticien ?

Prenons pour exemple le cas suivant : un praticien adresse sa note d'honoraires à un client. Celui-ci répond par des menaces, se prétendant mal guéri, accusant le médecin de toutes sortes de négligences, ou d'imprudences.

Si le docteur a le mauvais goût de poursuivre en justice, le client ripostera par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

Que doit donc faire ce malheureux médecin ?

Son Assurance lui démontrera qu'elle ne peut pas être mise en cause, tant que l'action judiciaire du client n'est pas intentée. Par suite, dira-t-elle, un procès en recouvrement d'honoraires risque d'attirer des ennuis, sans parler des répercussions en clientèle. Les frais de justice, pour ce recouvrement, resteront, de toute façon, à la charge du demandeur, puis que sa responsabilité n'est que menacée. Et le praticien a tendance à courber la tête et à se résigner, une fois de plus, à perdre ses honoraires.

D'ailleurs, les statuts, inclus dans la police, font la loi entre l'assureur et l'assuré. N'avons-nous pas eu, au Sou Médical, à prendre, par exemple, cette année, la défense d'un médecin stomatologiste qui, assuré à une Compagnie, se voyait refuser toute protection par cette dernière, sous prétexte que sa responsabilité était reconventionnellement mise en cause, lors d'une réclamation d'honoraires en justice, non pour un acte clinique, ou thérapeutique, mais à cause de la confection d'un appareil de prothèse, que le malade estimait défectueux. La Compagnie ne voulait pas démordre qu'elle ne garantissait pas le médecin du fait des « choses ».

Il en est de même pour l'utilisation des apparreils de rayons X, de mécanothérapie ou autres.

Disons enfin qu'après un procès, lors du règlement de comptes entre assureur et assuré, le premier fait entrer dans le montant de la garantie tous les frais de procédure, de défense, d'avoué, d'avocat, etc.

Les procédés de défense médicale du Sou Médical.

La Ligue de défense professionnelle, dite Sou Médical, est un Syndicat fondé en 1897. Son but est avant tout la défense juridique des intérêts de chacun de ses adhérents et, par voie de conséquence, la protection de la profession tout entière, par les procès soutenus devant toutes les juridictions, pour faire triompher un principe, un point de droit professionnel.

Parce que soumis à la loi syndicale, le Sou ne peut pas faire de bénéfices, pour distribuer ces derniers à des actionnaires quelconques. Le boni de chaque année est mis en réserve dans un compte spécial pour que tous les procès, nés dans un exercice annuel, puissent être soutenus jusqu'au bout.

Certains procès soumis à la Cour de cassation, ou au Conseil d'Etat, ne sont définitivement résolus qu'au bout de quelque dix ans, car parfois, tout est à recommencer, lorsque la juridiction suprême vient à casser pour un vice de forme, ou de procédure.

Lorsqu'enfin un exercice est définitivement clos, le bénéfice restant est versé à la Caisse générale dans sa totalité.

Ce n'est donc pas la question des bénéfices qui empêchera le Conseil du Sou de soutenir pécuniairement un de ses adhérents qui, à l'envoi de sa note d'honoraires, se voit menacé d'un procès en responsabilité. Faut-il faire élucider une question de principe, toutes les dépenses sont engagées pour saisir les juridictions d'appel et de cassation.

D'autant que la Caisse générale du Sou prend à sa charge la totalité des frais des procès : la Caisse de garantie ne joue que pour défrayer l'adhérent des dommages-intérêts auxquels il a été condamné, si cette condamnation s'est produite en fin de compte.

Tout ce qui dérive des actes cliniques ou thérapeutiques du médecin est garanti, que ce soit du fait du praticien ou de celui de la chose qu'il a sous sa garde, de ses instruments, appareils de diagnostic ou de traitement.

Aussi, lorsqu'un procès est engagé et que des experts sont désignés, le Conseil du Sou me délègue à l'expertise, pour que je puisse assister, ou représenter mon confrère, pour répondre aux arguments juridiques de l'avocat de l'adversaire, soutenir les points de droit favorables au médecin, et pour prier les experts de discuter, sur le terrain médical les arguments qui nous sont opposés.

3° La prophylaxie contre les procès en responsabilité

Le Sou Médical doit non seulement soutenir les intérêts individuels de chacun de ses membres, mais organiser une *défense* contre le flot envahissant des réclamations de nos clients.

Je laisse de côté les citations devant le Conseil de famille syndical, lorsque la preuve est rapportée qu'un confrère, aussi malveillant que maladroit, a pour ses propos inconsidérés, favorisé ou fait naître un procès contre un autre médecin.

Nous cherchons avant tout à donner une leçon tant au malade qu'à son Conseil occulte, l'agent d'affaires.

Contre le premier, une demande reconventionnelle en dommages-intérêts est introduite lorsque, juridiquement, la chose est possible, pour

bien démontrer à ce client et à ses amis qu'il peut en cuire de menacer un médecin, membre du Sou.

Contre l'agent d'affaires, qui, en prenant à sa charge les frais du procès, doit partager les dommages-intérêts avec le plaignant, le Sou en poussant le procès devant toutes les juridictions d'appel et de Cassation, fait faire à l'adversaire des dépenses considérables, même s'il gagne.

Le malade perd-il son procès, l'agent d'affaires aura seul la charge des frais de justice et quelquefois supportera en plus une condamnation prononcée contre le malade pour assignation faite contre le médecin avec précipitation, mauvaise foi, ou accusations injustifiées.

Si toutes les sociétés d'assurances diverses, qui sollicitent la clientèle des médecins, pour les garantir contre la responsabilité professionnelle, agissaient comme le Sou Médical, il y a longtemps que les agents d'affaires chercheraient d'autres victimes que les membres du Corps médical.

Nous n'en voulons pour preuve que le fait suivant : lorsqu'un membre du Sou informe la Ligue qu'à l'envoi de sa note d'honoraires, le client répond par des menaces et que, sur nos conseils, le praticien prend les devants en citant son malade devant le Tribunal compétent, le mauvais payeur préfère s'exécuter et régler ce qu'il doit, lorsqu'il apprend que, derrière le médecin qu'il croyait isolé, se trouve notre Ligue de défense professionnelle qui, depuis 1897, a su inspirer une crainte salutaire à tous ces requins qui rôdent autour des hôpitaux, ou sont consultés par le client, dans l'espoir que, par intimidation, menaces, ou tous autres procédés, ils pourront obtenir quelques sommes à partager ensuite avec le malade.

Jamais application plus judicieuse du verset du Psaume : *initium sapientiæ timor domini.*

Dr Paul BOUDIN.

RESPONSABILITÉ DE L'ACCOUCHEUR EN CAS DE FŒTICIDE

Selon les circonstances, le fœticide peut constituer le délit d'homicide par imprudence, ou ne pas être retenu à la charge du praticien.

L'accouchement s'annonce-t-il comme devant être particulièrement laborieux ; l'accoucheur ou la sage-femme a par exemple constaté que l'étroitesse du bassin nécessitera très probablement le sacrifice de l'enfant, pour sauver la vie de la mère. Le praticien a le devoir d'appeler un consultant et de se concerter avec ce dernier, pour faire tout le possible pour sauver les deux vies en danger.

Une opération césarienne, une symphyséotomie pratiquée à temps peuvent donner d'excellents résultats.

Mais parfois l'urgence est telle qu'il est impossible de recourir aux avis et à l'intervention d'un spécialiste. Il faut parer au plus pressé, dût-on même sacrifier la vie de l'enfant, pour sauver celle de la mère.

Le fœticide constitue alors le délit nécessaire, qui ne tombe pas sous le coup de l'article 319 du Code pénal : toute culpabilité est supprimée (article 64 Code pénal) (Cour d'appel de Rouen, 29 juin 1843, D. P. 43.2.208 ; Trib. du Puy, 31 janvier 1881, *Gaz. Trib.*, 6 février ; 1881 cf. Cour d'appel de Paris 4 mars 1898, S. 99.2.449).

Dans ce dernier arrêt, qui fut célèbre en son temps, on ne reprochait pas au Docteur Laporte d'avoir pratiqué une craniotomie d'urgence, mais de l'avoir faite d'une façon défectueuse.

L'urgence oblige le praticien à prendre rapidement une détermination, puisque deux vies sont en danger. A lui de décider en toute indépendance. C'est ainsi que la Cour de Chambéry, par arrêt du 25 mai 1882 (*Gaz. Pal.*, 1882.2.144) acquittait une sage-femme qui, à la campagne, loin de tout secours médical, alors qu'un docteur en médecine était dans l'impossibilité d'arriver à temps, a pratiqué l'opération césarienne, bien que l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 le lui interdise formellement.

D'où la conclusion : devant un danger, si ce dernier n'est pas imminent, demander un consultant spécialisé et, à deux, prendre une détermination. Si la catastrophe est, au contraire, imminente, agir pour le mieux.

Paul BOUDIN.

L'ADMISSION DES MALADES PAYANTS DANS LES HOPITAUX PUBLICS ET LES HONORAIRES DES MÉDECINS HOSPITALIERS

Nous rappelons à nos lecteurs que nous avons publié dans notre numéro du 6 mai dernier un arrêt du Conseil d'Etat en date du 21 février 1936, d'après lequel « les médecins attachés aux établissements publics hospitaliers ne peuvent pas réclamer directement des honoraires aux malades usagers de ce service public, quel que soit le titre auquel ces malades y sont admis et le montant du prix de journée perçu ».

Cet important arrêt, qui met en cause à la fois le statut des médecins hospitaliers et celui des hôpitaux publics en ce qui concerne l'admission des malades payants, a fait l'objet de la part de notre avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, Me Bernard Auger, d'une très intéressante note que nous sommes heureux de pouvoir reproduire ci-dessous :

Le litige soumis au Conseil d'Etat par les *Armateurs Français* soulevait trois questions, dont le Conseil d'Etat n'a résolu que la troisième d'une manière qui l'a dispensé d'examiner les deux autres, et dont les parties étaient d'accord pour supposer la première résolue :

Un hôpital peut-il recevoir des malades payants ?

Dans l'affirmative, les médecins de cet hôpital peuvent-ils se faire honorer par les malades payants ?

Et dans l'affirmative, ont-ils une action directe contre ces malades ?

Ces trois questions valent une étude un peu développée.

I. — Contrairement à ce qui a lieu dans certains pays étrangers, la fourniture de soins médicaux à la population n'est, sous aucune forme, considérée en France comme un service public ; chacun se soigne comme il peut et où il peut, et si la puissance publique intervient en cette matière, c'est uniquement par la voie détournée de l'Assistance, pour fournir aux indigents ces soins que leur défaut de ressources ne leur permettrait pas de se procurer. Comme leurs devanciers de l'ancien régime, les hôpitaux modernes français sont donc essentiellement, avant tout, des établissements destinés à recevoir les *pauvres* malades, c'est-à-dire les indigents malades, ou tout au moins les personnes incapables de subvenir seules aux frais de leur séjour dans une clinique. Et c'est parce qu'ils sont essentiellement des établissements d'assistance, qu'ils sont dotés de la personnalité civile, peuvent recevoir des dons et legs et possèdent pour la plupart un patrimoine important dont les revenus sont destinés à leur permettre de recevoir les pauvres gratuitement, ou tout au moins de diminuer dans une mesure presque toujours très large la somme à demander pour le séjour d'un malade soit à ce malade lui-même, soit à la personne qui le soutient, soit à la collectivité du domicile de secours.

Or l'activité des établissements publics, comme d'ailleurs celle de toutes les collectivités régies par le droit administratif, est dominée par le principe de la spécialité. La personnalité morale de ces diverses collectivités n'est qu'un démembrement de celle de l'Etat ; mais ce démembrement ne s'est produit, cette personnalité n'a été conférée que pour faire face à des besoins déterminés ; c'est dans le cadre des actes nécessaires à la satisfaction de ces besoins que sera donc contenue la capacité desdites personnalités, laquelle sera, par suite, infiniment moins étendue que celle d'une collectivité privée : par exemple, il est interdit aux communes de faire acte de commerce, autant du moins que l'initiative privée suffit à satisfaire les besoins de la population.

Ce qui est interdit aux communes ne saurait être permis aux établissements publics, personnes morales de dernière zone, encore plus spécialisées ; les hôpitaux, établissements publics institués pour le traitement collectif des pauvres, ne pourront donc pas essayer de faire des bénéfices sur le traitement d'autres malades ; ils ne pourront même pas recevoir d'autres malades à moins de circonstances exceptionnelles.

Quelles seront ces circonstances ? Il est bien difficile de le déterminer ; on ne peut guère qu'en donner des exemples : nous admettrions, par exemple, que l'hôpital pût recevoir des malades qui, sans être indigents, sont d'une condition suffisamment modeste pour ne pas pouvoir faire les frais d'un traitement particulier ; des malades ayant besoin de secours urgents, avant de donner lesquels il n'est pas possible de s'enquérir de leurs ressources : les blessés de la rue, les victimes d'accidents, par exemple — encore, dans beaucoup de cas, l'hôpital ne sera-t-il pas outillé pour les recevoir ; — les personnes atteintes de certaines maladies transmissibles, qu'il est urgent de soustraire à leur entourage pour empêcher une épidémie, le transport du malade à l'hôpital, rentrant dans le cadre des mesures

de police que le maire est admis à ordonner (art. 97, 1, 5 avril 1884), constituant ainsi l'exécution d'un service public dont l'hôpital, émanation de la commune et institué à cette fin, doit évidemment se charger.

Mais on ne saurait admettre que l'hôpital reçut d'une manière habituelle, des malades payants, même sous le prétexte fallacieux de se procurer des ressources pour ses malades indigents. Un établissement public chargé des services d'assistance publique ne peut pas faire acte de commerce, *même dans un but charitable*, nous voulons dire même dans le but de venir indirectement en aide à ses pensionnaires d'élection. Et c'est bien ce qu'affirme l'art. 27, § 5 du règlement modèle du 30 juin 1920.

A plus forte raison doit-on considérer comme illégales les cliniques payantes ouvertes par de nombreux hôpitaux. Les dites cliniques, en effet, sont des établissements commerciaux purs et simples, quelle que soit la destination des bénéfices à en provenir ; les principes du droit administratif ne permettent pas leur fonctionnement. Et il faut bien le reconnaître, ces principes sont d'accord avec le bon sens et l'expérience, et l'intérêt même des pauvres commande impérieusement la fermeture de ces cliniques.

En règle générale, les administrateurs d'hospices ou d'hôpitaux n'ont ni la compétence, ni le temps nécessaire à l'administration de ces hôtels à malades que sont les maisons de santé ou cliniques privées ; on ne s'improvise pas hôtelier. Les capitaux nécessaires à l'ouverture de la clinique hospitalière, il faut se les procurer par l'emprunt, c'est-à-dire grever le budget de l'établissement de charges irréductibles d'intérêt et d'amortissement. La clientèle payante est plus exigeante que la clientèle de l'Assistance... Résultat : les maisons de santé payantes hospitalières bouclent péniblement leur budget ; beaucoup sont en déficit, et c'est l'argent des pauvres qui comble ce déficit...

Mais, dira-t-on, il y a des cas où l'initiative privée étant déficiente, il faut bien que l'autorité publique intervienne...

Théoriquement, peut-être. En pratique, cela est tout à fait inutile. On ne peut pas prétendre posséder un chirurgien avec une clinique dans chaque village. La majorité de la population française devra donc, nécessairement, se déplacer, ou déplacer le chirurgien, dans le cas d'une opération chirurgicale à faire. Or, il y a des chirurgiens capables et outillés dans toutes les villes de quelque importance ; même dans certains chefs-lieux de canton. Il n'y a pas de bourgade où l'on ne soit assuré de recevoir de bons soins dans le plus bref délai, au prix seulement de quelques frais de transports supplémentaires, cela est très suffisant.

D'autre part, si, dans un bourg pourvu d'hôpital, il n'y a pas de clinique privée, c'est qu'il n'y a pas de chirurgien. S'il n'y a pas de chirurgien, c'est qu'il n'y a pas de clientèle. S'il n'y a pas de clientèle, il est parfaitement vain d'espérer réaliser des bénéfices en ouvrant une clinique au profit de l'hôpital, lequel, la plupart du temps, n'est lui-même qu'un hospice de vieillards sans utilité réelle.

Et si, en dépit de l'évidence d'une telle constatation, certaines Commissions administratives se laissent aller à ouvrir des cliniques, c'est poussées par l'astuce d'un jeune chirurgien, lequel, cherchant où s'installer, s'est imaginé pouvoir se faire une carrière à base de cet hôpital en le modernisant, et a su jouer de la vanité des membres de la Commission administrative pour se faire ouvrir une clinique gratuitement — pour lui.

II. — En principe, donc, les hôpitaux ne peuvent pas recevoir habituellement des malades payants ; mais ils peuvent en recevoir exceptionnellement, et la question se pose alors de la rétribution des soins donnés à ces malades par le personnel médical de l'établissement.

Les médecins, sages-femmes et autres membres du Corps médical des hôpitaux sont, dans une certaine mesure, des fonctionnaires, en ce sens qu'ils sont nommés par décision de l'autorité administrative ; qu'ils jouissent de garanties de stabilité dans leur emploi, et ne sont pas admis à discuter amiablement les conditions dans lesquelles ils prêteront leur concours à l'Administration (V. pour l'application aux médecins et sages-femmes, etc., des hôpitaux, de l'art. 65 de la loi du 22 avril 1905, Conseil d'Etat, 15 décembre 1922, dame Comode : 23 mai 1927 et 4 mai 1928, Archimbaud : 14 mai 1932, Bertrand ; 22 juillet 1933, Woimant ; 4 juillet 1934, Marteville, etc. ;) Mais ils ne sont pas les préposés de l'Administration ; ils coopèrent avec elle au service public dont elle est chargée, sans avoir aucun ordre à recevoir d'elle, en sorte qu'elle n'est pas responsable de leurs fautes. Le service public en question étant un service d'assistance, il est normal qu'ils ne soient pas payés ; mais on ne peut pas leur demander le même désintéressement sitôt qu'il ne s'agit plus d'assistance... Il suit de là que l'Administration ne peut pas exiger d'eux qu'ils soignent gratuitement les malades entrés à l'hôpital à un titre autre qu'au titre de l'Assistance. M. le Commissaire du Gouvernement Latournerie l'admet sans hésiter, tout au moins pour certains malades ; et le Conseil d'Etat ne le conteste pas.

III. — La question est ainsi de savoir à qui et comment le médecin pourra demander la rétribution à laquelle tout le monde admet qu'il a droit.

Pour les militaires en activité comme pour les

malades admis au titre de l'art. 64, les médecins ne peuvent rien réclamer.

Pour les malades admis au titre de la loi du 9 avril 1898, c'est-à-dire pour ceux à l'égard de qui les obligations du chef d'entreprise sont mesurées par la loi, — ce qui exclut toutes les hypothèses, sur lesquelles nous reviendront plus loin, où le chef d'entreprise assume à raison des circonstances des obligations plus étendues — nous ne pensons pas davantage que le médecin ait une action contre le chef d'entreprise. Ce dernier, en effet, n'est tenu que des frais d'hospitalisation, calculés sur la base des frais d'hospitalisation de l'Assistance publique, majorés seulement de 30 % pour tous frais (art. 4, 3e alinéa de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 31 mars 1905). C'est ce que l'on appelle le « tout compris » sur le caractère absolu et d'ordre public duquel il est inutile d'insister. Mais il ne s'en suit pas qu'il doive se contenter pour ces malades des conditions financières qui lui sont faites par l'hôpital. Nous estimons, au contraire, qu'une part au moins de la majoration de 30 % doit être attribuée au Corps médical des hôpitaux.

Le texte primitif de la loi du 9 avril 1898 ne prévoyait pas explicitement l'hospitalisation. L'art. 4 était très bref : l'al. 1er posait le principe de l'obligation du chef d'entreprise aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, l'al. 2 réglait l'application dans les termes suivants :

« Quant aux frais médicaux et pharmaceuti-
« ques, si la victime a fait choix elle-même de
« son médecin, le chef d'entreprise ne peut être
« tenu que jusqu'à concurrence de la somme
« fixée par le Juge de paix du canton, confor-
« mément aux tarifs adoptés dans chaque dépar-
« tement pour l'Assistance médicale gratuite. »

L'application de ce texte a été difficile car il n'existait pas alors de règlement d'assistance médicale gratuite dans tous les départements. D'où un projet de loi déposé à la Chambre par M. Dubuisson, député, le 22 novembre 1900 (annexe 1960, *J. O.*, 4 janvier 1901, p. 132). Ce projet a été examiné et modifié par une Commission dont M. Mirman a été nommé rapporteur.

Le texte proposé par M. Mirman au suffrage de la Chambre : 1° consacrait le principe du libre-choix, résultant implicitement de l'ancien texte ; 2° consacrait la compétence du Juge de paix du lieu de l'accident, pour déterminer les frais médicaux et accessoires, en laissant au Juge de paix le soin de les tarifer d'après les usages locaux, à défaut de tarif établi ; 3° quant à l'hospitalisation, distinguait : alors que, jusqu'alors, le chef d'entreprise ne devait que le prix de journée de l'A. M. G., dans tous les cas, désormais, ou bien le blessé acceptait les soins fournis par l'entreprise soit à domicile, soit dans un établissement choisi par elle, l'entreprise devait alors le demi-salaire, en entier ; ou bien il préférait l'hospitalisation, et le chef d'entreprise ne devait plus que les trois quarts de l'indemnité journalière, étant en outre « tenu, dans tous les cas, de la *totalité* des frais d'hospitalisation », ce qui comprenait les honoraires éventuels des médecins hospitaliers.

Ce texte fut voté le 23 mai 1901.

Mais il ne fut pas accepté par le Sénat. Celui-ci entendit que dans tous les cas le demi-salaire fût dû intégralement ; en compensation, il limita la charge du chef d'entreprise aux frais d'hospitalisation. Le premier rapport supplémentaire du sénateur Chovet, chargé de préparer le texte définitif à renvoyer à la Chambre, estimait, en effet, nécessaire de limiter ces frais, afin de mettre un frein aux exigences successives soit des établissements hospitaliers, soit des médecins et chirurgiens. Dans ce but, il proposait de rédiger ainsi le nouveau parag. 3 de l'art. 4 :

« Le chef d'entreprise est tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues dans l'art 3, aux frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 1 franc par jour, tout compris, conformément à la loi sur l'Assistance médicale gratuite ; cette somme sera portée à 2 fr. 50 à Paris et à 2 francs dans les villes au-dessus de 100.000 habitants ».

Ce texte qni limitait à un taux dérisoire les obligations des chefs d'entreprise ayant soulevé les plus vives réclamations, la Commission consentit successivement à divers amendements, jusqu'au texte définitif qui fut celui de la loi du 31 mars 1905, ainsi conçu :

« Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront pas dépasser le tarif établi pour l'application de l'art. 26 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris ou 3 fr. 50 partout ailleurs. »

Ce texte était un texte transactionnel, destiné à satisfaire à la fois les *chefs d'entreprise*, les hôpitaux et leurs médecins, en limitant, d'une part, dans des conditions acceptables les obligations du chef d'entreprise ; en accordant, d'autre part, aux hôpitaux un prix de journée suffisamment rémunérateur pour leur permettre de couvrir leurs frais, même majorés à raison de la nature des lésions (le prix de journée de l'A.M.G. étant, par hypothèse, établi en fonction du prix de revient d'une journée d'hospitalisation ; c'est tout au moins ce qu'aurait voulu la loi de 1851) et de rémunérer quelque peu le corps médical. C'est bien ainsi que l'entend l'Administration, pour qui le principe d'une réclamation des médecins apparaîtrait légitime. La circulaire du ministre du Commerce du 3 mai 1905 (*J. O.*, 4 mai, p. 2953) s'exprime en effet ainsi :

« Prennent en égale considération les intérêts

des hôpitaux, qui ne sauraient, en principe, souffrir de l'application de la législation sur les accidents du travail et les intérêts des industriels qui ne peuvent être à la merci de leurs prétentions, ou de celles de leurs médecins, le législateur, etc., le tarif ainsi déterminé comprend d'ailleurs *tous les frais* sans que le débiteur de ces frais puisse être en butte à aucune autre réclamation, soit de l'hôpital, soit des *médecins* qui y traitent les victimes, soit des pharmaciens... »

Dans l'idée du législateur de 1905, le « tout compris » comprenait donc une rémunération tout au moins de principe pour les médecins ; le législateur, et l'Administration, estimaient que ceux-ci n'étaient pas tenus de soigner gratuitement les blessés du travail, comme ils soignent les indigents.

Et ce qui était vrai en 1905 l'est encore aujourd'hui. La loi de 1920 n'a fait que supprimer le maximum et réduire en compensation à 30 % la majoration à laquelle les hôpitaux ont droit.

Les principes encore aujourd'hui applicables sont donc ceux de la loi de 1905.

Il suit de là que même dans le cas, le plus usuel, du blessé hospitalisé sur sa demande, les médecins d'hôpitaux peuvent prétendre à une rémunération pour les soins donnés aux blessés du travail, rémunération qui sera prise sur la majoration susvisée, concurremment avec les frais supplémentaires occasionnés par la nature particulière des lésions à traiter. Et, de fait, la suppression du maximum, la possibilité de faire un prix de journée distinct pour la médecine et pour la chirurgie, et, par suite, la possibilité de demander au chef d'entreprise un prix qui, même sans majoration, couvrirait à peu près tous les frais, font que dans l'état actuel la majoration constitue pour les hôpitaux dont le prix de journée est assez largement calculé — c'est le cas des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris — une sorte de bénéfice net ; il ne semble pas impossible d'envisager le prélèvement d'une partie de ce bénéfice au profit du Corps médical.

Pour les malades admis aux frais du navire au titre du Code du travail maritime, comme pour les malades présentés à l'hôpital par le chef d'entreprise lui-même (on sait que dans ce cas la loi du 9 avril 1898 ne s'applique pas), ou pour ceux qui sont admis au titre des Assurances sociales, il n'y a pas de tout compris. Le chef d'entreprise, l'armateur, ou l'assuré social en concours avec sa Caisse, sont donc débiteurs des honoraires médicaux en sus des frais d'hospitalisation.

La convention-type proposée aux Commissions administratives par leurs relations avec les Caisses primaires d'assurances sociales prévoit comment les médecins seront honorés ; la question est donc résolue, préventivement, pour les assurés sociaux. Pour les autres, les principes suivants nous paraissent commander la solution.

Les malades en question sont des malades payants que l'hôpital a le droit de refuser ; qu'il peut, par conséquent, n'admettre que si le chef d'entreprise ou l'armateur accepte de régler séparément hospitalisation, fournitures pharmaceutiques et de pansement, frais médicaux. Il peut évidemment, régler d'avance les conditions dans lesquelles les frais médicaux seront payés ; les conventions qui interviendront ainsi devront être établis d'accord avec le Corps médical, à défaut de quoi, à notre avis, elles seraient pour lui *res inter alias acta*. Nous avons dit, en effet, que si le médecin est nommé et révoqué par la Commission administrative, il n'est pas son préposé ; il est seulement chargé par elle de la partie médicale du service public dont elle assume la partie hospitalisation. D'où il suit qu'en dehors du service public, elle ne peut lui imposer aucune obligation. Or, l'hôpital ne remplit pas un service public, quand il reçoit volontairement, et en vertu d'un accord passé avec eux ou leur répondant, des malades payants. Il fait, purement et simplement acte de commerce. Et cette seule remarque suffit à détruire l'argumentation de M. le Commissaire du Gouvernement Latournerie et du Conseil d'Etat ; dès l'instant qu'il n'y a pas de service public, il n'y a pas lieu de se préoccuper de maintenir l'égalité entre les usagers de ce service... La situation de l'hôpital en pareil cas est exactement celle du concessionnaire de lignes d'omnibus qui emploie certains jours son matériel à des transports non concédés ; il en fixe les prix et les conditions librement.

Même solution, pour les autres malades payants qui entrent volontairement à l'hôpital, dans les cas où celui-ci peut être admis à les recevoir, et, à plus forte raison, pour les pensionnaires des cliniques payantes annexées à l'hôpital. Un arrêt de Montpellier du 26 mars 1900 : *D.* 1902, 2, 94 ; S. 1902, 2, 204, a d'ailleurs décidé que les médecins d'hôpital ont en pareil cas une action directe contre le malade.

Au contraire, pour les blessés admis d'urgence ; pour les contagieux transportés à l'hôpital par mesure de police pour enrayer une épidémie, nous estimons qu'il appartient à l'hôpital seul de prévoir par un règlement approprié, les conditions dans lesquels ses médecins seront rémunérés ; nous sommes entièrement d'accord avec M. Latournerie.

Me Bernard AUGER
Avocat aux Conseils.

Semaine Juridique, 1936 p. 581 et suivantes.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Suppression de la rente d'un accidenté du travail pour refus d'une opération bénigne

La Société de médecine légale a, dans sa séance de mars 1934, adopté le vœu suivant :

« Lorsque l'accidenté refuse une opération bénigne pouvant être faite au chlorure d'éthyle local et pouvant améliorer l'état fonctionnel, la Société de médecine légale conseille aux experts d'indiquer à la fois le taux d'invalidité présente et le taux d'invalidité probable après ladite opération. ».

Bien qu'ils soient antérieurs à ce vœu, le crois intéressant de rapporter ici les attendus d'un jugement de Tribunal et d'un arrêt de Cour d'appel concernant un cas d'espèce de ce genre :

Il s'agit d'un homme de 40 ans, atteint de fracture du 4e orteil droit par chute d'une pièce de métal sur le pied. L'expert commis en conciliation constate que « l'orteil reste incurvé en « raison d'une ankylose de ses deux dernières « phalanges et d'une bride cicatricielle allant de « la plante à la phalange empêchant l'extension « de celle-ci ; que cet état qui, par lui-même pa- « raît être une infirmité légère constitue en réa- « lité une gêne assez importante ; qu'en effet, le « pied tout entier se trouve influencé dans ses « fonctions par les douleurs qu'éveille la moindre « extension de la bride qui immobilise l'orteil. « L'amputation de l'orteil serait le seul remède « efficace » et il estime à 10 p. 100 le taux de l'in- « capacité partielle permanente.

La Compagnie d'assurances demande alors un complément d'expertise pour rechercher si, après l'opération, le blessé resterait atteint d'une incapcacité partielle permanente.

Le Tribunal rend son jugement : « Attendu que « X... n'est pas obligé de se soumettre à une « intervention chirurgicale dont les conséquen- « ces sont incertaines et qu'il n'est donc pas « possible d'ordonner une expertise à l'effet d'éta- « blir la réduction de l'incapacité que pourrait « amener cette intervention », et, homologuant « le rapport de l'expert, fixe le taux d'incapacité « permanente partielle à 10 p. 100.

La Compagnie interjette appel, et voici l'arrêt de la Cour d'appel de Lyon :

« Attendu que si, en principe, on ne peut « contraindre la victime d'un accident de travail « à se soumettre à une opération chirurgicale de « nature à diminuer le taux d'invalidité lorsque « la blessure est consolidée, c'est-à-dire lorsque « l'état physique du blessé est devenu définitif, « il en est autrement quand l'intervention est « déclarée par le praticien bénigne et exempte « de tous risques et qu'elle est, par ailleurs, de « nature à faire totalement disparaître les incon- « vénients dont souffre le blessé du fait de l'ac- « cident. »

« Or, attendu en l'espèce que l'opération en- « visagée par l'expert consiste dans l'ablation « d'un orteil ; qu'en soi une pareille opération « est simple, qu'elle n'est pas de nature à entraî- « ner des complications dès lors que seraient prises « toutes les précautions appropriées ; qu'enfin, « elle ne porte pas atteinte à l'intégrité physique « du blessé comme le pourrait faire notamment « l'amputation de tout ou partie d'un membre « important de l'organisme ; qu'au surplus le « certificat médical produit par l'appelant con- « firme le caractère banal et inoffensif de l'in- « tervention proposée. »

Par ces motifs, la Cour... dit qu'à défaut par « X... d'accepter une opération sans gravité « susceptible de faire disparaître entièrement « l'infirmité fixée par l'expert à 10 p. 100 le sieur « Z... (patron) ne saurait être tenu de lui payer « la rente prévue par la loi de 1898 ».

Décision légitime s'il en fut. Quand on songe que, à défaut même d'amputation, la simple section d'une petite bride cicatricielle suffisait pour faire disparaître les vives souffrances alléguées, il faut convenir qu'une affaire de ce genre doit être jugée selon sa valeur morale, tant au point de vue individuel que social.

Je me rappelle à ce propos que notre regretté collègue, M. le Conseiller Michel, président de Chambre honoraire à la Cour d'appel, pensait que le refus d'opération bénigne pouvait, dans certains cas, être assimilé à un dol, et même il souhaitait qu'on insérât dans la loi de 1898 une disposition permettant la révision *hors délai* des infirmités susceptibles d'être supprimées ou atténuées plus ou moins tardivement par le moyen de l'opération refusée au cours du traitement.

J'ajoute que, dans le cas présent, l'intéressé se pourvut en Cassation contre l'arrêt de la Cour, mais après les délais légaux, de sorte que le pourvoi ne fut pas admis.

Ayant dès lors perdu tout espoir de jouir de la rente que lui allouait le taux d'incapacité partielle permanente de 10 p. 100, taux avantageux, il faut bien le reconnaître, il demanda l'autorisation de se faire opérer, aux frais de la Compagnie, bien que la consolidation fût définitive depuis plusieurs années. Mais celle-ci, en raison

des antécédents ci-dessus rappelés, préféra s'en tenir à l'arrêt de la Cour d'appel.

J'estime que cette histoire valait d'être rapportée en détail, comme exemple-type de refus d'opération bénigne et des sanctions applicables. (Ch. BRISARD. *Annales de médecine légale*, juin 1936.)

Chômage intellectuel et pléthore médicale

Parmi les causes du chômage intellectuel en général et de la pléthore médicale en particulier dont tous les pays civilisés souffrent actuellement à des degrés divers, on a retenu à juste titre la mauvaise répartition des « travailleurs intellectuels » dont la proportion qui atteint des chiffres très élevés dans les autres descend au contraire dans les régions rurales à un niveau laissant encore une large marge d'accroissement. Mais la faiblesse du pouvoir d'achat de ces populations ne permet pas qu'une répartition plus rationnelle s'opère d'elle-même, d'où la nécessité d'une intervention des Pouvoirs publics pour subventionner le service médical dans ces régions Il est intéressant, à cet égard de signaler un règlement-loi en date du 29 mars 1935 du gouvernement bulgare imposant aux jeunes médecins un service obligatoire à la campagne : « outre un stage d'un an à la clinique universitaire et dans les hôpitaux d'Etat, tout médecin doit, pour obtenir le droit d'exercer sa profession dans une partie quelconque du pays, exercer pendant deux ans à la campagne soit au service de l'Etat ou de la commune, soit à titre privé. Le médecin qui n'aurait pas de place rémunérée de cette nature aura droit à un traitement mensuel de 2.000 levas (soit environ 400 francs), payé par la Direction de la santé publique, ainsi qu'à un logement convenable et à des moyens de transport fournis par la commune ».

(*Les Informations sociales*, 15 juin 1936).

Informations judiciaires

Prélèvement de 10 % sur les mémoires d'A. M. G.

L'Administration préfectorale de l'Eure, invoquant le texte du décret-loi du 16 juillet 1935, prétendait abattre de 10 %, tous les mémoires d'honoraires d'A. M. G. payés postérieurement au 17 juillet, quelle que soit la date des actes médicaux accomplis. Cette thèse, combattue par le Syndicat local, et le « Sou médical », n'a pas été acceptée non plus par le Conseil de préfecture de Rouen qui a décidé, par son arrêté du 8 mai 1936, que les rapports existants entre le médecin qui assure l'assistance médicale et les collectivités publiques sont les mêmes qu'entre médecins et particuliers. Par suite, la créance du médecin pour soins donnés à un assisté prend naissance et devient immédiatement exigible, le payement aux dates fixées par le règlement départementale n'étant édicté que dans un intérêt administratif et comptable. Les honoraires pour soins donnés aux assistés ne doivent donc subir le prélèvement de 10 % que s'ils concernent des actes médicaux postérieurs au 17 juillet 1935, sans qu'importe la date à laquelle leur payement intervient.

Responsabilité médicale en cas de défaut de piqûre antitétanique

Les héritiers d'un blessé, mort par tétanos à la suite d'une coupure profonde par hache à l'index de la main gauche, avaient attaqué le médecin traitant de ce dernier en responsabilité professionnelle pour défaut de piqûre antitétanique. Le Tribunal de Besançon, par son jugement du 13 mai 1936, a rejeté la demande motif pris de ce qu'en l'état actuel de la science, on ne sait si dans tous les cas de coupure on *doit* pratiquer une piqûre antitétanique, et que l'on ne sait même pas toujours si cette piqûre est prudente. Son omission ne saurait donc constituer une faute de principe.

Prétendu dommage causé par un appareil Absence de présomption de faute à la charge du médecin

A la suite de l'introduction d'un appareil éclairant dans la bouche d'un malade atteint de sinusite, celui-ci s'était plaint d'avoir reçu une violente décharge électrique ayant provoqué la chute de deux dents et lui ayant causé une forte commotion, et réclamait au médecin la réparation du préjudice subi, l'en rendant responsable en tant que gardien de l'instrument cause du dommage. A cette demande, le Tribunal civil de la Seine (1re Chambre, 25 mai 1936) a répondu que le médecin n'est pas obligé de ne pas causer de préjudice à son malade, qu'il a seulement l'obligation de faire toutes diligences et de prendre toutes les mesures de prudence pour ne pas lui causer de préjudice ; en effet, la responsabilité médicale est de nature contractuelle, et la présomption édictée par l'art. 1384, § 1 du Code civil à l'égard du gardien d'une chose dommageable ne lui est pas applicable. Les circonstances ne faisant ressortir en l'espèce aucune négligence imputable au médecin, la demande a donc été rejetée.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I

Les idées médicales d'Erasme
A propos du quatrième centenaire de sa mort

Il y a quatre cents ans, mourait à Bâle, Erasme (1) dont le rôle dans l'évolution des idées à l'époque de la Renaissance a été considérable.

Le bon sens, la clarté et la pondération se retrouvent dans ses nombreux écrits. Il fut, de son temps, consulté par tout ce qui pensait et, écouté par tout ce qui réfléchissait. Travailleur acharné, il écrit, sans trêve ni repos : la maladie et la douleur ne ralentissent pas sa production, il écrit « pour faire diversion à la maladie ». A Bâle, aux approches de la foire de Francfort où il expédie ses lettres par paquets qu'attendent quatre courriers pour les transporter à Rome, en France, en Espagne et en Saxe, il est pris d'une attaque de gravelle si forte « que s'il a quelque ennemi, dit-il, celui-ci doit se trouver vengé par sa souffrance ». Assis sur son lit de douleurs, faible, tremblant de fièvre, il corrige et dicte sans relâche. L'imprimeur Froben vient pour des corrections, Erasme veut faire quelques tours dans sa chambre, il descend de son lit et, soutenu d'un côté par son domestique, de l'autre, appuyé sur le bras de son ami, il se traîne dans la chambre, le corps plié en deux par la souffrance, puis, il continue à dicter sa lettre.

Petit-fils de médecin par sa mère (2), très souvent malade, ayant fréquenté beaucoup de médecins, Erasme a émis, sur la médecine et les médecins, des idées originales et judicieuses dont certaines n'ont pas encore été réalisées. C'est dans ses Colloques, écrits en pleine maturité d'esprit, que le médecin trouve le plus à glaner.

Dans « l'Accouchée », il prône l'allaitement maternel. Extrapèle s'adressant à Fabula lui rappelle que « le premier devoir de la maternité est la nutrition de l'enfant. Il ne se nourrit pas seulement de lait, mais de l'arôme du corps maternel... Ce n'est point être mère que de se séparer de son enfant aussitôt né, c'est avorter et non enfanter ». Convertie, Fabula charge Extrapèle de plaider la cause auprès de son mari et de ses parents.

Dans « L'Hymen funeste », il décrit les conséquences désastreuses du mariage d'une fille saine avec un syphilitique en puissance du mal et il expose les moyens de faire disparaître cette maladie. « La fille est charmante, semblable à une déesse, le futur époux, atteint de mal napolitain, a le nez tronqué, traîne une jambe, a l'haleine fétide, les yeux abattus, la tête enveloppée, rend du pus par le nez et par les oreilles ; de plus, il est menteur et aime trop le vin rouge. Quelle folie pour les parents de livrer leur fille à un homme plus que lépreux d'où naîtront des enfants. Feraient-ils couvrir une belle chienne ou une jument de race par un mâle malade et abâtardi ?..

Ce mal plus hideux et plus dangereux que la lèpre se communique plus vite, revient de temps et temps et souvent tue. Il est étrange que les princes dont le devoir est de veiller au salut de l'Etat en ce qui concerne le corps, ne cherchent aucun remède à ce mal quoiqu'il n'y ait rien de plus important et de plus précieux que la santé. Cette horrible peste envahit la majeure partie de l'univers et ils s'endorment, comme si cela ne les regardait pas. Si une femme se mariait à un homme atteint de cette lèpre, qui se serait faussement déclaré sain et que l'on me nommât Souverain Pontife, je romprais ce mariage, s'appuyât-il sur cent contrats en forme. »

L'un des interlocuteurs conseille, dans l'intérêt de l'Etat de laisser les syphilitiques se marier entre eux et de les brûler ensuite. L'autre fait remarquer qu'il serait plus humain de châtrer les hommes, de donner une ceinture de chasteté aux femmes et ensuite de les séquestrer tous. Un remède est humain, mais l'autre est plus sûr.

L'un attire l'attention sur le fait que le mal ne se communique pas d'une seule façon, qu'il se transmet aux autres par un baiser, par une conversation, par un attouchement, en étant à table. Admettons, ajoute-t-il, que beaucoup de gens aient contracté cette maladie, nullement par leur faute, quoiqu'il y en ait bien peu qui ne la doivent à la débauche. Eh bien ! riposte l'autre, pour le bien général, il est quelquefois nécessaire de sacrifier quelques innocents.

---

(1) Erasme né à Rotterdam en 1466, mort à Bâle le 11 juillet 1536, à minuit, du calendrier julien qui correspond au 2 juillet de notre calendrier grégorien.

Reconnu par son père Gehrard dit Praët, il porta d'abord le nom de *Gehrardus Gehrardi*. Suivant la mode de l'époque, il latinisa son nom hollandais en *Desiderius*, traduit en français par Désiré ou Disdier ; ensuite, il prit le nom d'Erasmus, du grec 'Ερασμος, amour. Lui-même a reconnu, plus tard que ce nom était incorrect au point de vue grammatical. Quand il fut parrain du fils de Froben, il choisit pour son filleul le nom d'Erasmius, du grec 'εράσμιος, aimable. Comme il était connu dans toute l'Europe, sous le nom d'Erasmus, il le conserva sans le modifier.

(2) Sa mère Elisabeth était fille de Pierre, médecin à Sevenbergen, *Elizabeth filia medici cujusdam Petri*, dit Merula, c'est-à-dire Erasme lui-même.

Par crainte de la contagion, on ne devrait pas se faire raser, ou bien être son propre barbier. Même le port d'un masque vitré, comme celui qu'emploient les alchimistes, ne suffirait pas, car il y a lieu de craindre le contact des doigts, du linge, du peigne et des ciseaux.

Il devrait être défendu par une loi de boire dans un gobelet commun, de coucher à deux dans le même lit, à l'exception du mari et de la femme, aux hôteliers de faire coucher les voyageurs dans des draps qui auraient servi (dans les auberges d'Allemagne, on changeait les draps de lit tous les six mois). En outre, il faudrait abolir, malgré son ancienneté, l'usage de se saluer par un baiser et éviter de se parler face à face de trop près.

Les étuves, si nombreuses au Moyen-âge disparurent au cours du seizième siècle, et au XVIIe siècle, l'usage des bains était complètement abandonné. Erasme nous fait connaître la raison de la fermeture des étuves dans le Brabant, raison restée jusque-là obscure et qui a dû être partout la même. « Il y a vingt-cinq ans, fait-il dire à Guillaume dans « Les Hôtelleries », rien n'était plus en vogue, dans le Brabant, que les bains publics, aujourd'hui, on n'y va plus : la nouvelle peste nous a appris à nous en passer ».

« L'Enterrement » est une critique des consultations, sans âme, qui réunissent de nombreuses sommités médicales autour du chevet d'un client riche et de haut rang. « ... Quand la mort eut donné des signes certains de son approche, les médecins réunis qui avaient soigné longtemps le malade, sans dire qu'ils avaient perdu tout espoir, commencèrent par demander leurs honoraires. (Après avoir touché leur argent, ils se réunirent dans la chambre voisine)... Ils n'étaient pas d'accord sur la nature de la maladie. L'un disait que c'était une hydropisie, l'autre une tympanite, celui-ci un abcès dans les intestins, les autres, d'autres maladies... Pour terminer enfin ce débat, ils firent demander au mourant par sa femme, la permission d'ouvrir son cadavre. Ils lui représentèrent que c'était une marque d'honneur et qu'ordinairement, on agissait ainsi envers les grands, par considération, ensuite que cela contribuerait à sauver beaucoup de gens, ce qui mettrait le comble à ses mérites... Le mourant refusa d'abord, mais il finit par céder... Ceci fait, la cohorte des médecins se retira ; car, ils prétendent que ceux qui ont pour mission de guérir, ne doivent pas être témoins de la mort, ni assister aux funérailles. »

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une séquelle de guerre, un morceau de plomb était attaché au diaphragme.

A cette mort théâtrale, Erasme oppose la mort simple de Corneille, soigné par un seul médecin aussi honnête que savant.

« Corneille âgé de plus de soixante ans, avait une fièvre chronique qui revenait tous les ans, à époque fixe. Il s'aperçut qu'il approchait du terme fatal. Quatre jours avant sa mort, il fit ses devoirs religieux. Il consulta seulement un médecin aussi honnête que bon médecin, celui-ci déclara que ses soins ne manqueraient point à son ami, mais il croyait que la guérison dépendait de Dieu plutôt que des médecins. Corneille ne resta couché que le dernier jour et une partie de la nuit ;... il s'éteignit doucement.

Dans « L'Entretien des vieillards », Glycon, bien conservé, malgré son âge raconte son mode de vie : « Je n'ai rien de commun avec les médecins, je ne me suis jamais fait saigner, je n'ai jamais avalé de pilules, ni bu de potions. Si j'éprouve de la lassitude, je chasse le mal par la sobriété ou par la vie des champs. »

Si Erasme buvait par cuillerées du vieux vin de Bourgogne qu'il croyait salutaire pour sa gravelle, il réprouvait l'ivresse. « Parmi les nombreux avantages de Bacchus figure en première ligne, l'art de dissiper les chagrins, mais seulement pour un temps très court, car, sitôt que l'on a cuvé son vin, les soucis reviennent, comme l'on dit, au galop. »

L'étude de la médecine est utile et peut aider à vivre ; c'est « un viatique assuré sur toute la terre ». Il fait dire à Eusèbe qui est prébendé : « J'ai partagé mon temps de manière à consacrer un an et demi à l'étude de la médecine et le reste à la théologie... afin de mieux gouverner mon âme et mon corps et d'être utile quelquefois à mes amis. »

D'une manière générale, il critique la façon dont les médecins de son temps exerçaient leur profession. « A lui seul, dit-il, rappelant un vers de l'Iliade, le médecin vaut beaucoup d'autres hommes. Et dans cette catégorie, le plus ignorant, le plus téméraire, le plus étourdi n'en est que plus en vogue parmi le grand monde. La médecine telle qu'on l'exerce généralement aujourd'hui n'est qu'une dépendance de la flatterie de même que la rhétorique. »

Dans la lettre à Dorpuis, il compare les soins à donner aux maladies de l'âme à ceux que les médecins emploient contre les maux du corps. « Si vous pensez qu'il est défendu de parler librement et que la vérité ne doit se produire qu'autant qu'elle est inoffensive, pourquoi les médecins emploient-ils des drogues amères et regardent-ils le hiérapicra (1) comme un des remèdes les plus souverains. Puisque ceux qui guérissent les maux du corps agissent ainsi,

(1) Hierapicra, Electuaire purgatif, ainsi nommé à cause de son amertume *πίκρα* et des vertus miraculeuses *'ιερα* qu'on lui attribuait.

n'avons-nous pas cent fois le droit d'en faire autant pour guérir les maladies de l'âme. »

« Plus une profession est relevée, moins elle a de sujets qui y répondent. On trouve plus de bons pilotes que de bons princes, on trouve plus de bons médecins que de bons évêques. »

« Retranchez la folie, cet assaisonnement de la vie, le médecin, avec ses drogues, mourra de faim. »

Comment se reconnaît la folie ? « Si, à l'erreur des sens, dit-il, se joint celle du jugement, on peut affirmer qu'il y a démence. » Dans sa concision, cette définition est rigoureusement exacte.

Si l'on en croit Erasme, la coquetterie féminine n'a pas changé ses armes, les femmes modernes, à la page, n'ont rien inventé. « D'ailleurs, dit-il, toute l'ambition des femmes dans cette vie n'est-elle pas de plaire le plus possible aux hommes ? N'est-ce pas à cela que visent tant de toilettes, tant de fards, tant de bains, tant de coiffures, tant de parfums, tant d'odeurs, tant d'artifices pour s'orner, se peindre, se déguiser le visage, les yeux et la peau ; leur plus grand mérite auprès des hommes, c'est la folie. »

Erasme a critiqué sévèrement le culte des saints guérisseurs. Après avoir énuméré tout ce qu'on demande aux saints, il fait remarquer malicieusement que « pas un (suppliant) ne rend grâce d'être corrigé de la folie. Il y a donc un bien grand charme dans l'absence de raison, puisque les mortels font des vœux pour être préservés de tout plutôt que de la folie ».

Le monde n'écoute pas les hommes sages, mesurés, prudents, les croyants sans fanatisme et les hardis sans témérité. Le Monde, dit Erasme est gouverné par la folie.

Dr P. Noury, de Rouen.

II

Frédéric Chopin : sa maladie et ses médecins [1]

Pendant toute sa vie Frédéric Chopin fut un malade. D'une constitution étrangement délicate dès l'enfance, anémique, névropathe, même psychasthénique, il fut atteint, sans doute dès l'adolescence, de tuberculose qui évolua lentement sur un terrain particulièrement débile. Ses souffrances physiques presque ininterrompues, sa faiblesse constitutionnelle ou maladive qui le condamnaient à l'impuissance, déterminaient dans ce cerveau passionné et puissant, des réactions de révolte, suivies d'abattement et de résignation qui retentirent sur l'expression de son génie. Dans *Soixante Ans de Souvenirs*, Ernest Legouvé écrivait :

« Une fois au piano Chopin jouait jusqu'à épuisement. Atteint d'une maladie qui ne pardonne pas, ses yeux se cerclaient de noir, ses regards s'animaient d'un éclat fébrile, ses lèvres s'empourpraient d'un rouge sanglant, son souffle devenait plus court ! Il sentait, nous sentions que quelque chose de sa vie s'écoulait avec les sons, et il ne voulait pas s'arrêter et nous n'avions pas la force de l'arrêter ! La fièvre qui le brûlait nous envahissait tous. »

N'est-ce pas là une description fidèle de la transe qui accompagne parfois l'inspiration poétique, véritable « possession » que Victor Hugo a si admirablement symbolisée dans *Mazeppa* où le cheval et le cavalier personnifient le génie :

Il crie épouvanté ; tu poursuis implacable.
Pâle, épuisé, béant, sous ton vol qui l'accable
Il ploie avec effroi ;
Chaque pas que tu fais semble creuse r sa tombe.
Enfin le terme arrive.... il court, il vole, il tombe.
Et se relève roi !

(1) D'après Edouard Ganche.

Tel Chopin, qu'on a qualifié avec raison : un poète musicien de génie.

La maladie tint donc dans la vie de Frédéric Chopin un rôle prépondérant. Elle méritait d'être étudiée dans ses détails et dans son évolution. C'est ce qu'a fait M. Edouard Ganche, président de la Société Frédéric Chopin, qui a écrit quatre volumes sur le grand artiste polonais. Il a recherché tous les documents pouvant lui permettre de nous donner un savant essai de médecine et de psychologie qu'il a intitulé : *Souffrances de Frédéric Chopin* (1). Nous avons relevé la liste incomplète de ces documents qui montre avec quel soin M. Ed. Ganche a cherché à se renseigner. Ce sont les lettres de Chopin à sa famille, à ses amis . A cette correspondance s'ajoute celle de George Sand et les romans à clef de *Lucrezia Fliorani*, *Lélia*, *L'Histoire de ma vie*, *Un hiver à Majorque*, où la romancière étale avec une amorale impudeur ses relations avec Chopin. Nous ne saurions oublier les passages du *Journal* du peintre Delacroix et les travaux de médecins, tels que Keith Barry, Sydney, Marc Bordes Laignel-Lavastine, etc.

* * *

F. Chopin ne paraît pas avoir eu d'antécédents héréditaires suspects. Son père est d'origine lorraine ; la famille de sa mère est de Varsovie. Une de ses sœurs mourut de phtisie galopante.

Très frêle, d'apparence distinguée, F. Chopin avait le crâne vaste mais une asymétrie faciale très accentuée. Il était rêveur, observateur. Très

(1) Paris, 1935. Edition du *Mercure de France*, 26, rue de Condé.

anémié dès l'enfance, il fut atteint d'adénite à 14 ans et à 16 ans. A 17 ans la mort de sa jeune sœur l'affecta profondément. Déjà célèbre à 19 ans, il s'amouracha d'une toute jeune fille, mais son amour fut purement platonique. Peu après, il tomba amoureux de la fille du comte Wodzinski, son élève, à laquelle il se fiança avec le consentement de sa mère, mais le père fit rompre les fiançailles et Chopin en fut très affecté. Sa santé en souffrit sérieusement, il fit une cure à Carlsbad (1835) et à Marienbad (1836).

Revenu à Paris où son génie musical le fit de suite connaître dans toute la haute société, il rencontra George Sand qui a déjà eu huit amants cyniquement avoués, et qui, avec une amoralité stupéfiante, fit l'expérience d'une nouvelle liaison avec Chopin qui avait 26 ans quand elle en avait 34. Les deux caractères des amants étaient dissemblables. George Sand était amoureuse exaltée et perverse, toujours inassouvie. Chopin, enthousiaste, aux passions toutes cérébrales fort exaltées, mais schizoïde, psychasthénique et, tant du fait de son exaltation mentale que de sa grande faiblesse physique, était totalement impuissant. De sorte que George Sand, en pouvant satisfaire ses instincts déchaînés, finit par devenir pour Chopin une amoureuse platonique et lui donna les soins de la plus tendre des mères. Aussi, malgré la rupture sans ménagements, sa conduite la réhabilite dans l'esprit de M. Ed. Ganche. Chopin fut atteint de grippe en 1836, on lui conseillait des cures à Ems, à Renertz, à Rehburg, à Baden-Baden, à Ischl ; finalement George Sand, dont le fils Maurice était alors maladif, l'emmena à Majorque avec ses deux enfants déjà grands.

Le séjour à Majorque eut un effet déplorable pour le malheureux Chopin épuisé déjà par un pénible voyage. Il faisait froid et humide à Establiments où nos voyageurs étaient d'abord descendus, puis aussi dans la Chartreuse romantique de Valldemosa, plus pittoresque que confortable. L'hygiène y était déplorable. On se chauffait et s'asphyxiait avec des braseros ; la cuisine majorquaise était inmangable ou indigeste. Chopin eut une laryngite et toussa constamment. Trois médecins de Palma diagnostiquèrent la phtisie et comme des lois très sévères étaient édictées en Espagne pour l'isolement des tuberculeux G. Sand et Chopin vécurent dans des transes continuelles. Les médecins espagnols prescrivirent la saignée, les vésicatoires et la diète. Leurs conseils heureusement ne furent pas suivis car Chopin, anémié et affaibli au dernier degré, n'eut pas résisté à pareil traitement.

En 1839, Chopin et G. Sand quittèrent Majorque ; la traversée fut très pénible. Le malade eut une hémoptysie sur le bateau. Il dut consulter un médecin à Marseille. Le voilà à Paris (1840), il se plaignait de toux, avait des ganglions douloureux et habitait dans le même appartement avec son ami, le Docteur Jean Matuzsinski, phtisique lui-même, qui lui donna des soins qui ne paraissent pas très éclairés. Il fit de très fréquents séjours à Nohant chez George Sand où il fut soigné par le Docteur Gustave Papet qui s'efforça de le convaincre, lui et George Sand, qu'il n'avait pas les poumons malades.

En 1842, la nouvelle de la mort de son père et le décès de son ami, le Docteur Matuzsinski, provoquèrent chez lui une grande dépression.

Une bronchite l'accabla en 1844 et 1846. Fin 1846, George Sand brusquement l'abandonna, après dix ans de relations constantes et de fréquentes cohabitations, donnant pour prétexte les exigences de ses enfants qui, d'après elle, considéraient auparavant Chopin comme leur frère. Cette rupture fut extrêmement pénible pour Chopin qui, dans sa fierté, ne s'en plaignit pas. En 1848, la grippe mit sa vie en danger. Cédant aux instances d'une de ses élèves, Jane Stirling qui voulait le recevoir dans les châteaux de sa famille en Ecosse, Chopin eut la singulière idée de partir pour l'Angleterre en avril 1848. Il y traîna une existence lamentable. Le climat ne lui convenait pas ; les hémoptysies se répètèrent, néanmoins il s'efforça de reconnaître l'hospitalité qu'on lui donnait en menant une vie mondaine épuisante au cours de laquelle il donna des concerts. Après une consultation du médecin de la reine d'Angleterre, sir John Clarke, il regagna Paris exténué en novembre 1848. Il y traîna pendant dix mois une mourante vie, souffrant de névralgies, d'œdème des jambes, de dyspnée.

Le Dr Cruveilhier, appelé, trouva qu'il avait atteint la dernière période de la phtisie. En septembre une consultation réunit à son chevet trois sommités médicales : Cruveilhier, Louis et Blache et le 17 octobre 1849 il s'éteignit. Il était âgé de 39 ans.

F. Chopin a subi les soins d'une trentaine de médecins au moins ; M. Ganche les énumère. Quelques-uns comme Raciborski, sir John Clarke Koreff, Louis, Blache et Cruveilhier jouissaient d'une réputation méritée.

Nous ne discuterons pas les traitements que ces médecins firent subir à leur malade. Ils nous paraissent actuellement singulièrement dangereux.

Chopin prétendait qu'il était surtout soulagé par les prescriptions de l'homéopathe Molin et Cruveilhier affirmait que c'était parce qu'elles supprimaient toute autre médication nocive.

Telle fut la vie douloureuse de Frédéric Chopin et il convient de féliciter et de remercier M. Ed. Ganche de nous l'avoir fait connaître, avec un véritable luxe de documents ; elle permet de mieux comprendre le génie du grand musicien.

J. Noir.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Les Journées médicales de Bruxelles

La XV[e] Session des Journées médicales de Bruxelles a été ouverte le 20 juin dernier au Palais des Académies sous la présidence de M. Vandervelde, de quelques jours seulement instauré ministre de la Santé publique.

Dans le long rectangle rouge et or de la salle des séances solennelles armorié de fresques qui racontent les fastes de la Belgique, ses communes, ses corporations, ses arts et ses sciences, se pressait une assistance nombreuse. Sur l'estrade, entourant le Comité exécutif des Journées médicales, avaient pris place Messieurs les délégués officiels de vingt et un gouvernements étrangers.

« Pour la première fois, dit M. Vandervelde en ouvrant la séance, un ministre de la Santé publique est appelé à présider cette solennité, et pour la première fois aussi un gouvernement belge compte un ministère de la Santé. Dans les heures graves que nous vivons la situation est doublement délicate pour le titulaire d'un tel poste. » Et, développant son programme, le ministre rappelle le mot de Rudolf Virchow : « Les médecins sont les avocats naturels des pauvres. » La question sociale, ajoute-t-il, ne se résoudra pas sans les médecins. Les réalisations les plus urgentes à envisager sont l'organisation de la médecine préventive, l'institution des examens sanitaires périodiques et du carnet sanitaire, une lutte efficiente contre l'alcoolisme, la tuberculose, le cancer, la syphilis et les maladies mentales. Enfin, le ministre ayant montré qu'il n'était pas sans idées sur le rôle de son administration, fit appel aux médecins belges pour l'aider à réaliser l'œuvre qu'il venait d'esquisser.

Au nom des délégués officiels étrangers, le Professeur Nicolas, de Lyon, après avoir rendu hommage à la mémoire du Roi Albert et de la Reine Astrid, exprima son admiration pour la fructueuse initiative de nos confrères Mayer, Beckers et Bernard et les remerciements des délégués étrangers.

Avec les premiers mots du Docteur Beckers s'éleva un souffle nouveau : ce fut d'abord l'évocation précise, grave du Roi Chevalier et de la Reine charitable, les deux victimes dont la présence avait apporté à certaines sessions des Journées médicales une auguste approbation. En leur mémoire, le Docteur Beckers proposa un moment de recueillement ; et sur l'assistance debout passèrent comme en voiles de deuil les accents assourdis et lents d'une Brabançonne qui semblait escorter des ombres. Savions-nous encore (l'avons-nous jamais su) s'il y a une frontière entre ces amis affligés et nous ?

Après quoi, se libérant du passé, Beckers fit front à la trouble situation d'aujourd'hui. « Nous ne serions guère, dit-il, d'humeur à écouter le poète qui chante. « Le monde a les couleurs splendides de la joie. » La violence est installée parmi nous, tout vacille, tout le monde récrimine. Eh bien ! nous aussi, les médecins belges, nous avons nos revendications à formuler. Nous avons à dire que l'on méconnaît les élites, que l'on bafoue leur juste cause, que l'on amenuise avec quelque perversité le rôle du médecin dans la société. Nous avons à dénoncer les menaces qui planent sur notre liberté. Il faut pourtant qu'on le sache là où cela doit être su : le médecin belge luttera et jusqu'au bout. Il luttera contre le fisc qui le pressure et l'insulte par son institution du livre-journal ; il poursuivra sans relâche la réalisation de l'Ordre des médecins, mais un Ordre bien à nous et non pas livré pieds et poings liés à la magistrature. Il se dressera devant tout ce qui veut l'asservir. Vous nous avez, Monsieur le Ministre, demandé notre collaboration pour mettre en œuvre votre programme ; pour la défense de notre profession nous demandons la vôtre. C'est votre tâche, Monsieur le Ministre, et nous espérons que vous ne vous y déroberez pas. »

Après cette sévère admonestation du Docteur Beckers que les hauts-parleurs faisaient retentir avec véhémence aux oreilles de M. le Ministre, le Professeur Danis, président des Journées médicales, prit la parole pour défendre la jeunesse des écoles que d'aucuns accusent de tiédeur dans son travail. Il dit sa joie de collaborer avec elle et la rassura contre les semeurs de panique qui vont répandant par le monde la décevante assurance que dans le domaine de la chirurgie tout est dit et plus rien de nouveau n'est à tenter. Comme s'il ne suffisait pas, pour s'inscrire en faux contre de telles rumeurs, de regarder seulement le travail magnifique d'un Leriche, « ce Jules Verne de la médecine ».

Enfin, parla l'humoriste attitré de la profession, le brillant écrivain Maurice Bedel. Il avait, comme médecin amateur et dilettante, choisi ce sujet « Pétition des malades à Messieurs les médecins ».

J'arrive, dit-il, de Touraine, pays de mesure et de paix où la nature se montre si bienveillante qu'il devrait y être impossible de tomber malade. De fait, au temps de notre truculent confrère François Rabelais, pas plus d'une douzaine de maladies se partageaient le soin de tourmenter les hommes. Elles sont aujourd'hui des centaines, et affublées de noms horrifiants : lymphogranulomatose, aérophagie, spirochétose ictéro-hémorragique, colibacillose.

Autrefois, quelques bols d'eau de rouille jugulaient l'anémie ; avec un bain de moutarde on mettait en fuite la migraine. Mais il faut aujourd'hui des analyses, des diagrammes et toutes sortes de remèdes savants pour se défendre des maladies. Vous avez MM. les médecins, multiplié les maladies ; vous avez

ébruité vos découvertes nouvelles avant même que l'expérience et le temps leur eussent au moins assuré quelque fondement de certitude ; et vous avez ainsi créé les épidémies par publicité. Il y a des maux dont tout le monde parle et parle si bien qu'il finit pas s'en croire atteint ; telle fut l'hystérie de Charcot, telle fut l'entérite du début du XXe siècle.

Il a encore fallu voir éclore la médecine sociale et, par elle, ce mal mystérieux qui envenime la plus légère écorchure dès que le porteur est assuré de la gratuité des soins.

La médecine a cru expédient et honorable de répudier son léger peplum d'art médical pour revêtir la lourde cape de la science. Mais, ainsi affublée, ne va-t-elle pas à son déclin ?

J'ai récemment visité une fabrique de gants : vingt-deux ouvrières étaient nécessaires pour fabriquer une paire de gants, chacune spécialisée dans un détail de la fabrication, et toutes radicalement incapables de mener le travail de bout en bout. S'il faut désormais une équipe de confrères qualifiés pour dépouiller un malade, il n'y aura plus que des maladies de confection, des maux standard ; le malade ne sera plus en droit de faire sa maladie à lui, à sa guise.

En devenant si savante, la médecine moderne se démunit d'intuition, de flair, de coup d'œil.

Mais tout n'est pas définitivement perdu ; car j'ai entendu dire que la médecine s'individualisait de nouveau, qu'elle ne voulait pas de l'uniforme qu'on lui tend tout prêt à endosser. Elle ne veut pas, Monsieur le Ministre, des microbes d'Etat.

Et un jour, sans doute, le Corps médical sera appelé à prendre la parole au nom des hommes libres ».

Il faisait une chaleur torride à Bruxelles, cette après-midi du 20 juin, et Monsieur le Ministre, comme les simples mortels, s'épongeait le front. Gageons que les douches filialement administrées par Beckers et Bedel lui auront laissé une salutaire sinon agréable sensation de fraîcheur.

Inutile sans doute de dire une fois de plus le cordial accueil de nos amis Belges et l'ingéniosité qu'ils déploient pour varier chaque année les plaisirs de leurs hôtes. Cette année, ils les conviaient successivement à une soirée dansante au Palais des Beaux-Arts, à un dîner dans un cercle privé avec présentation de chevaux au manège, à une représentation de gala au Théâtre Royal du Parc et enfin à une visite des grottes de Han. Ces festivités furent toutes de premier ordre et à la hauteur des séances de travail où prirent la parole des membres éminents du corps médical belge, français, suisse, estonien, italien, portugais, tchécoslovaque, roumain et espagnol. Furent aussi présentées quelques réalisations cinématographiques américaines.

Il est agréable au délégué du *Concours* de dire ici sa particulière gratitude à ses confrères, les Docteurs Mayer et Beckers qui l'avaient amicalement convié à leur table et qui n'ont eu que pensées et mots aimables pour le journal, son directeur et son administrateur. Il les remercie en outre d'un souvenir précieux emporté de ces Journées médicales : avoir pu voir la noble figure du bourgmestre Adolphe Max, le fameux bourgmestre de l'occupation de Bruxelles, avoir eu l'honneur de le saluer et s'expliquer enfin comment, sur un tel homme aujourd'hui encore si svelte, si résolu et vif d'allure, les Allemands se sont cassé les dents.

G. LAVALÉE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **XXVIIIe Congrès universel d'Esperanto.** — M. Miklas, président de la République d'Autriche et M. von Schuschnigg, chancelier, viennent d'accorder leur haut patronage au XXVIIIe Congrès universel de l'Esperanto qui se tiendra à Vienne du 8 au 15 août. L'ancien palais impérial, le Holbourg, a été mis par le gouvernement à la disposition du Congrès.

— **En Suisse, on stérilise aussi.**— La stérilisation des incurables et des tarés est légale dans le canton de Vaud depuis 1919. De 1930 à 1934, 88 applications de la loi ont été faites, la plupart du temps chez des femmes et pour aliénation mentale.

L'opération n'est pratiquée qu'après enquête médicale et certificat de deux experts, l'un psychiatre, l'autre gynécologue. Le consentement des parents et l'acceptation écrite du malade sont nécessaires.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Pour la Maison du Médecin, je ne vois pas que son entrée vous soit refusée si vous êtes tous deux en bonne santé actuelle, si vous pouvez payer votre part des frais, et s'il y a de la place.

Dr H. MIGNON.

ACCIDENTS

5.708. — Salaire de base pour l'indemnisation des accidentés du travail

J'ai un de mes clients, ouvrier d'usine, qui, les jours de chômage et comme complément de journée, travaillait irrégulièrement à une entreprise en dehors de l'usine.

En 1931, a eu un gros accident, fracture de colonne vertébrale qui a laissé une incapacité permanente partielle de 20 % avec allocation d'une rente depuis 1933, de 272 francs par an.

Le calcul de la rente a été établi sur un salaire annuel de 2.720 francs somme que l'ouvrier aurait gagné dans son année en dehors de l'usine.

Je croyais que pour l'établissement de la rente, on prenait le salaire total : salaire d'usine plus salaire en dehors de l'usine. Voudriez-vous me donner des renseignements à ce sujet ? A R., où le blessé avait fait appel, le jugement en 1933 avait été rendu toujours sur le salaire de 2.720 francs. Existe-t-il une nouvelle loi ? ou le jugement était-il justifié ?

Il me semble avoir lu, que le calcul de la rente se faisait sur le salaire annuel.

Dr B.

Réponse

En principe, la rente d'un accidenté du travail atteint d'incapacité permanente est calculée sur la base de la rémunération effective reçue par l'intéressé dans l'entreprise responsable durant les douze mois qui ont précédé l'accident. Toutefois la loi de 1898 contient des dispositions ayant pour but d'éviter que ce mode de calcul n'aboutisse à des absurdités ou des iniquités dans certains cas particuliers où ce salaire de base ne correspond pas au revenu normal de la victime. C'est ainsi que lorsque l'ouvrier a chômé exceptionnellement pour des causes indépendantes de sa volonté, il est fait état dans le salaire de base du salaire moyen qui eût correspondu à ces chomages. Il résulte d'autre part, de l'art. 10, alinéa 3, que « si le travail n'est pas continu, le salaire annuel est calculé tant d'après la rémunération reçue pendant la période d'activité, que d'après le gain de l'ouvrier pendant le reste de l'année. Mais le cas visé par cet article ne paraît pas être celui de votre client. Cette disposition ne concerne que les salariés des entreprises qui chôment régulièrement une partie de l'année, ou qui fonctionnant régulièrement toute l'année ont des jours de chômage plus fréquents que les industries ordinaires, ou qui fonctionnent tous les jours mais seulement une partie de la journée.

Si, par contre, un ouvrier occupé dans une entreprise à travail normal, emploie ses moments

de loisir à des travaux lucratifs pour le compte d'une autre entreprise, elle aussi à travail normal et continu et vient à être victime d'un accident du travail dans cette entreprise, le salaire retenu pour le calcul de la rente est uniquement celui qu'il touchait effectivement pour ce travail supplémentaire. Cette solution est certainement inique, mais elle est légale, car à l'inverse des ouvriers agricoles, la loi de 1898 sur les accidents du travail dans le commerce et l'industrie n'a pas fixé de salaire de base minimum pour le calcul des rentes.

5.246. — Remboursement des frais de déplacement d'un accidenté du travail

Un blessé du travail habite à 25 kilomètres d'ici. Il doit venir tous les quatre ou cinq jours se faire panser. Le voyage en car lui coûte 10 francs chaque fois.

Qui doit payer ?

Le patron ? Le blessé ?

Il n'y a pas de médecin plus rapproché.

Dr A.

Réponse

Suivant l'avis du Conseiller à la Cour de cassation Sachet, auteur d'un traité très estimé sur les accidents du travail, dans le cas où, pour suivre un traitement médical, le blessé est obligé d'effectuer un trajet en voiture ou en chemin de fer, ses frais de déplacement doivent être mis à la charge du patron, comme étant les accessoires du traitement médical, à l'exception toutefois de ceux qui emprunteraient un réel caractère d'exagération au fait volontaire de la victime.

Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, il est impossible d'exiger du blessé qu'il accomplisse à pied un déplacement total de 50 kilomètres chaque fois qu'il vient se faire panser. Ses frais de voyage en car doivent donc lui être remboursés par le patron responsable ou l'Assurance, et, en cas de refus, l'affaire pourrait être utilement portée devant le Juge de paix.

5.331. — Maladies professionnelles non garanties par la loi

Je donne mes soins à un ouvrier d'usine qui présente une tuberculose pulmonaire à forme évolutive.

Je connaissais depuis longtemps cet homme, âgé d'une quarantaine d'années. Il était robuste, et travaillait dans une ferme dont il était le métayer.

Obligé de quitter sa profession, par suite de la vente du domaine, et ne voulant pas quitter le pays, il a dû en attendant de trouver une autre place, s'embaucher dans une usine de terres réfractaires où il travaillait dans la poussière. (Dans un nuage épais de poussière.) Il y a environ deux mois ce malade a dû s'arrêter de travailler pour toujours.

Ayant constaté de nombreux cas identiques (culti-

vateurs robustes, sans antécédents, mourir tuberculeux après huit à douze mois dans cette même usine et à cette même place insalubre), je vous demande de me dire si cette affection peut en quelque sorte être considérée comme un accident du travail.

Dr D.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne couvre en principe que les « accidents » survenus au lieu et au temps du travail, mais non les « maladies » professionnelles. Il n'en va autrement que pour celles figurant dans la liste limitative dressée par la loi du 1er janvier 1931, et complétée par le décret du 12 décembre 1932, promulguant en France, la convention de Genève de juin 1925.

La tuberculose survenue à la suite de l'absorption de poussières minérales dans le travail des carrières n'étant pas comprise parmi les maladies bénéficiant par exception de la protection légale, il s'en suit que la responsabilité du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée ne peut être mise en cause en l'espèce, dans les termes et conditions de la loi de 1898 que s'il s'agit d'un accident, c'est-à-dire de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain (inhalation brutale de poussière) ; cette responsabilité doit, par contre être écartée s'il s'agit comme il le semble bien d'une affection à caractère morbide, provenant d'une action lente et progressive, et tenant à l'exercice régulier du travail.

Dans ce cas votre client, étant atteint d'une affection non-indemnisée par la loi sur les accidents du travail, et non-susceptible de l'être, peut prétendre au versement de la part de sa Caisse, des prestations maladies et invalidité, s'il est en règle de ses cotisations. D'autre part lui, et sa Caisse d'assurances sociales pour le remboursement des prestations versées, seraient en droit d'exercer contre le chef d'entreprise une action en dommages-intérêts basée sur les articles 1382 et suivants (not. art. 1384) du Code civil. La jurisprudence la plus récente reconnaît formellement en effet ce droit aux victimes de lésions provoquées par l'action lente et progressive de cause tenant à l'exercice régulier de la profession (V. not. Trib. civ. de Boulogne, 5 avril 1935, *Semaine juridique*, 1935-614, lésions produites par des poussières de manganèse, Cour d'appel d'Amiens, 5 février 1936, *Gaz. Pal.*, 24 avril 1936, lésion produite par l'action du bichromate de potasse).

Nous vous signalons pour terminer, que si les cas professionnels d'affections pulmonaires déterminées par l'inhalation de poussières d'origine minérale, végétale ou animale ne sont pas encore des maladies professionnelles protégées, ils figurent par contre dans la liste des maladies d'origine professionnelle dressée par le décret du 16 octobre 1935, que les docteurs en médecine doi-

vent déclarer conformément aux termes de l'art. 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de la prévention de ces maladies, et de l'extension ultérieure de la législation sur les accidents du travail.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

4.680. — Preuve à produire pour obtenir une pension militaire

Je soigne actuellement un retraité des douanes ; celui-ci a été évacué de son unité combattante et hospitalisé pour coliques hépatiques et néphrétiques en décembre 1914 ; il était classé service armé jusqu'au 1er juillet 1916 date à laquelle il a été classé service auxiliaire pour coliques hépatiques et néphrétiques.

Cet homme est atteint actuellement d'hépatisme chronique : subictère des conjonctives, teinte légèrement jaunâtre des téguments et des muqueuses ; foie de dimensions normales ; il a présenté en décembre 1935 un ictère par rétention.

Il a présenté une demande de pension en 1926, rejetée ; une nouvelle en 1928, rejetée, et enfin une en 1933, rejetée également. Ces demandes auraient été rejetées pour des motifs tels que : 1° ne possède pas la carte de combattant (la possède actuellement) ; 2° dyspepsie gastro-intestinale et non hépatisme chronique.

Il me demande ce qu'il doit faire ; que dois-je lui conseiller ? Dois-je lui établir un certificat et dans quel sens ?

A-t-il des chances de réussir s'il fait une nouvelle demande ?

Dr B.

Réponse

Puisque votre client est devenu récemment titulaire de la carte de combattant, il dispose comme tel du droit d'adresser jusqu'au 30 juin 1936, une nouvelle demande de pension pour les infirmités nées de la guerre. Il devra cependant établir la preuve d'une continuité de soins médicaux pour son hépatisme depuis 1916 jusqu'à ce jour. Ses chances de réussite seront fonction de la possibilité d'écarter pour lui le facteur alcoolisme chronique, toujours suspecté en pareil cas ; ceci dit pour vous éclairer dans la rédaction du certificat qu'il pourra vous demander.

4.855. — Délai pour demander une pension militaire

Un jeune soldat incorporé le 22 octobre 1935, est, réformé n° 2 le 20 mars 1936, puis réformé définitif le 17 avril à la suite de pleurésie droite. Actuellement le jeune soldat dans ses foyers souffre des séquelles de cette pleurésie probablement d'origine bacil-

laire et il fait une température subfébrile avec quelques signes discrets de congestion pleuro-pulmonaire. N'aurait-il pas droit à formuler une demande de pension avec quelques chances de succès ? Y a-t-il n délai ? Comment constituer son dossier ?

Dr R.

Réponse

Ce jeune homme dispose d'un délai de cinq ans, à partir du jour de sa libération, pour formuler une demande de visite pour pension d'invalidité. Lettre à adresser (recommandée) au médecin chef du Centre de réforme dont il dépend, avec certificat médical joint. N'ayant plus droit à la présomption d'origine depuis la loi du 28 février 1933, l'intéressé devra faire la preuve par tous moyens (attestations de camarades, de médecins militaires, etc...), que son infirmité actuelle résulte bien d'un fait de service (refroidissement, grippe, etc.) quant aux conditions et aux délais d'apparition de sa pleurésie.

5.044. — Droit de la veuve ou des ascendants d'un militaire mort au cours d'une période d'instruction.

Le sieur F., 29 ans, est appelé à A., pour faire une période de vingt et un jours au ne génie ; il est incorporé le 19 mai dans la matinée, le 20 se plaignant de coliques, il entre à l'infirmerie, est hospitalisé le même soir, et meurt le 23 mai, c'est-à-dire le cinquième jour de son incorporation comme réserviste.

Ce réserviste est entré à l'infirmerie pour coliques ; il aurait eu une crise de surexcitation aiguë, nécessitant la camisole de force. Cet homme n'avait jamais été malade auparavant, mais il buvait, sans toutefois se saoûler. Je ne voudrais pas prononcer, ou plutôt écrire le mot d'alcoolique, et cependant, il faut que j'éclaire votre lanterne.

Le corps a été ramené aux frais de l'Etat.

Le père et la mère, sa veuve, ont-ils droit à une pension ? ou seulement la veuve ? Pour obtenir cette pension, comment faut-il formuler la demande, à qui faut-il l'adresser ? Y a-t-il un article de loi qui règle ces cas spéciaux ?

Dr F.

Réponse

L'art. 72 de la loi du 28 février 1933, supprimant le bénéfice de la présomption d'origine, notamment pour les militaires en activité de service, exerce sa répercussion sur la question des veuves, et aussi des ascendants, puisque ceux-ci ont les mêmes droits que les veuves, et en concurrence avec celles-ci.

A présent donc, lorsqu'un militaire meurt sous les drapeaux, sa veuve et, le cas échéant, ses ascendants, ne peuvent avoir droit à pension que s'ils établissent la preuve d'une relation de cause à

effet entre un fait de service et la maladie cause de la mort. Cette preuve peut être faite par tout moyen (attestation de chefs, de médecins militaires, de camarades).

En tout état de cause, que la veuve de l'intéressé et ses ascendants adressent, par pli recommandé, une demande de pension à l'Intendant des pensions de leur département. Cet officier leur indiquera ensuite les pièces à fournir, et établira un dossier. Mais, en même temps, que les intéressés cherchent à établir aussitôt tous ces moyens de preuve, afin de les avoir à leur disposition.

5.025. — Traitement de la médaille militaire

Un de mes clients (deux citations, une blessure) vient d'être décoré de la médaille militaire (sans arriérage bien entendu).

D'autre part, il est réformé à 30 % et ne peut travailler depuis plus d'un an (bronchite, emphysème).

Peut-il demander, avec quelques chances de l'obtenir, à toucher l'allocation attribuée à la Médaille militaire ? Dans ce cas, quelles démarches à effectuer ?

Dr D.

Réponse

Le traitement de la Médaille militaire et la pension d'invalidité sont deux choses différentes, absolument indépendantes l'une de l'autre.

Si l'intéressé a été décoré avec traitement, il en aura été avisé en même temps que de sa décoration. Il ne pourra percevoir ce traitement qu'au fur et à mesure des disponibilités dans le budget de la médaille militaire, par suite du décès de médaillés. Le délai actuel est assez long pour obtenir ce payement.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.374. — Contention de fracture par appareil particulier, préparé à l'avance et d'un prix élevé

Je soigne un accidenté du travail qui présente comme lésions :

1° Fracture de l'humérus droit au tiers inférieur ;

2° Brûlure du deuxième degré de la main droite, de l'avant-bras droit, du bras droit, et de l'oreille droite.

J'ai appliqué un appareil de Pouliquen-Masmonteil pour la contention de la fracture.

Je voudrais savoir quel tarif je dois appliquer. Le prix de cet appareil qui est de 500 francs : doit-il être supporté par la Compagnie ? et comment dois-je obtenir le remboursement de ces frais ?

Dr B.

Réponse

a) La réduction et contention d'une fracture de l'humérus par appareil plâtré ou silicaté ou extension continue est tarifée 200 francs (art. 18) Vous avez employé un appareillage tout prêt de Pouliquen-Masmonteil du prix de 500 francs pour pratiquer la contention de la fracture ; et cela sans avoir demandé « l'avis » de la Compagnie, alors qu'un tel prix de 500 francs n'est pas dans le « Tarif de responsabilité patronale ». Je ne vois donc pas sur quel « texte » vous pourriez vous baser pour obliger la Compagnie à payer ces 300 francs, au lieu et place du patron, ni, par suite, le patron lui-même. Ceci ne pourrait se régler qu' « à l'amiable »...

b) Quant aux pansements de brûlure que vous me signalez, il s'agit de « pansements de grande brûlure » : *a*) comprenant les trois segments d'un membre ou surface comparable : 50 francs par séance (art. 16) du moins pour les premières séances, en changeant de catégorie « au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation ». (Voir note 2 de l'article 16.)

Dr F. Decourt.

4.936. — Opération mutilante. Avis à donner au patron ou assureur « par lettre recommandée »

J'ai actuellement un accident du travail pour lequel je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Panaris du médius gauche. Longue période d'hésitation pour savoir si on couperait le doigt. Enfin, il y a une amélioration assez rapide et guérison.

Mais, actuellement, il persiste un gonflement assez marqué de l'articulation de la première et de la deuxième phalange avec arthrite douloureuse, pour laquelle il n'y a aucune amélioration possible.

L'ouvrier bûcheron de son métier souffre à chaque coup de hache d'où impossibilité de le guérir.

J'ai demandé trois fois l'autorisation de faire couper le doigt, jamais de réponse.

Je dois vous dire que la Compagnie a résilié la police du patron et refuse de payer les indemnités qui sont dues depuis plusieurs mois.

Puis-je faire couper le doigt car il est bien évident pour le chirurgien comme pour moi qu'il n'y aura pas d'amélioration.

En attendant l'ouvrier ne touche rien et ne peut plus travailler.

Dr M.

Réponse

Voir l'art. 9, en cas de « opération mutilante ». « En cas de divergence (entre médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué et le médecin traitant), on recourra à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entre-

prise. Dans les cas urgents, le médecin traitant décide puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence ».

Ecrivez donc une lettre recommandée au patron ou à son assureur et sans réponse vous pouvez penser « qui ne dit mot consent ».

Dr .F. DECOURT.

4.885. — Quel « pansement » compter quand il n'y a pas de « plaie » ?

Vous m'obligeriez beaucoup si vous vouliez bien m'indiquer comment il faut tarifer des honoraires médicaux dans les cas suivants (accidents du travail :

1° Ouvrier tombé d'une hauteur de trois mètres, Evanouissement de dix minutes, transporté chez lui (resté alité dix jours), souffrant de courbature généralisée et de douleurs localisées qui faisaient craindre des fractures ; ces douleurs particulièrement vives au niveau de l'omoplate droite ainsi que dans toute la partie haute du thorax, et aux deux mains, pas de plaies, mais ecchymoses apparues le troisième jour. Vingt trois jours d'incapacité temporaire.

Soins donnés : au début, craignant des fractures, je n'ai fait que des pansements humides et compressifs pour soulager le patient ; plus tard, des massages.

Tarification : comment convient-il d'appliquer ici l'article 16 « Petite chirurgie et chirurgie élémentaire des plaies et traumatismes, pansements ? »

Puis-je compter à chacune de mes premières visites, soit six fois : 38 francs ? (visite du blessé à son domicile, 3 francs ; pansement épaule droite et main droite, 20 francs ; pansement main gauche, 15 francs. Total : 38 francs).

Ou bien y a-t-il une rubrique différente dans laquelle on puisse faire entrer ces pansements ?

2° Un ouvrier a, à la fois, une entorse tibio-tarsienne (gros gonflement douloureux qu'il est difficile de masser ou de mobiliser les premiers jours, non traité par les infiltrations de novocaïne), et une plaie contuse à une main.

Soins donnés : pansements de la plaie plus pansements compressifs du pied au début, puis massages.

Tarification : puis-je compter à chacune de mes cinq premières visites : 23 francs. (Visite, 3 francs ; pansement de la plaie, 15 francs ; pansement compressif du pied, 15 francs. Total : 23 francs.)

Dr B.

Réponse

1° Je ne comprends pas que vous comptiez des « pansements » alors qu'il n'y avait pas de plaies. Je ne vois là que des compresses humides à mettre et renouveler par le malade ou son entourage. C'est ainsi qu'on a toujours jugé de tels faits.

2° Dans ce cas, vous avez à compter : *a*) pansement de plaie de main ; *b*) massage du pied, dès que vous avez fait des massages.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

5 029. — Assurés sociaux indigents. Tarif kilométrique

Un différend s'est produit ce matin à une réunion tripartite (Caisses, Administration et Syndicats), à la Préfecture à propos de l'interprétation de l'article 19 des décrets-lois.

Les Caisses d'assurances sociales du département pour cause d'impécuniosité et de mauvaise gestion ont baissé leur tarif de responsabilité.

Vous verrez que le kilomètre est à 0 fr. 40 ce qui ferait 0,50 avec les 20 % de l'Administration pour l'article 19.

Nous avons soutenu en vertu de l'article 19 ainsi conçu : « Il en sera de même de la différence entre le « prix payé par la Caisse pour l'indemnité kilométri- « que et le prix payé par les collectivités d'assistance « dans le département pour cette même indemnité. »

Que la différence entre les 0 fr. 40 et 1 franc (prix du tarif d'Assistance médicale gratuite), devait être acquittée par les collectivités d'assistance.

Le Préfet prétend n'avoir à payer que 20 % et se retranche derrière la loi pour ne pas parfaire la différence.

D'autre part, les Caisses ne veulent pas modifier leur tarif de responsabilité en tant qu'indemnité kilométrique.

Voulez-vous me donner votre avis circonstancié : 1° sur notre interprétation de l'article 19 et sur l'interprétation du même article par le Préfet ; 2° sur ce qu'*il* y a lieu de faire en l'état actuel, si notre point de vue est exact.

Dr R.

Réponse

De la lecture de l'article 19, paragraphe III, du décret-loi du 30 octobre 1935 modifiant l'article 59 de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930, il faut admettre l'interprétation suivante :

En ce qui concerne les frais médicaux, le praticien est payé par la collectivité d'assistance d'après le tarif de remboursement des Caisses.

Ces dernières supportent la charge dudit tarif de remboursement diminué du ticket modérateur prévu à l'article VI — paragraphes 7, 9 et 10 — du décret-loi du 30 octobre 1935.

Le coût du ticket modérateur qui doit rester à la charge de l'assuré social normal est supporté par la collectivité d'assistance pour les assurés sociaux indigents.

En ce qui concerne le tarif kilométrique, selon les termes de l'avant-dernier alinéa du paragra-

phe III de l'article 19 du décret-loi, il faut admettre que la Caisse doit payer à la collectivité d'assistance le prix de l'indemnité kilométrique déterminé par son tarif de remboursement.

Mais la collectivité d'assistance doit payer au médecin le tarif fixé par le règlement départemental pour l'indemnité kilométrique en matière d'assistance médicale gratuite.

Dans ces conditions, il y a un régime tout à fait spécial concernant l'indemnité kilométrique, différent de celui des frais médicaux et pharmaceutiques.

J'estime donc que c'est votre interprétation qui est la seule bonne et non pas celle du Préfet.

Si un conflit surgissait, il conviendrait de le soumettre d'abord au Conseil de Préfecture et en appel devant le Conseil d'Etat.

Si le Syndicat est demandeur, le « Sou » participera aux frais du procès au prorata des membres adhérents à notre groupement.

Dr Paul Boudin.

4.712. — Prestations en matière d'assurance-maternité

Je lis dans les derniers règlements des Assurances sociales, en ce qui concerne l'assurance-maternité.

Les frais occasionnés par la grossesse, l'accouchement et ses suites sont remboursés par la Caisse par une prestation forfaitaire dont le chiffre est actuellement fixé à 300 francs.

Ces frais concernent-ils l'acte opératoire (y compris les visites prénatales) seulement, ou encore les fournitures pharmaceutiques ?

Dr B.

Réponse

Il résulte de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales que les prestations en nature en matière d'assurance-maternité sont fixées forfaitairement par le tarif de responsabilité de la Caisse, tant en ce qui concerne les frais médicaux proprement dits (opération et visites nécessitées par l'accouchement) que les frais pharmaceutiques.

Mais l'art. 9, § 1, alinéa 2 stipule d'autre part que ce forfait doit faire l'objet de majorations spéciales en cas d'accouchement dystocique.

D'un autre côté, le forfait n'est plus applicable en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. Dans ce cas, l'assurée passe sous le régime de l'assurance-maladie, et a droit à un remboursement spécial par acte médical, et par prescription médicamenteuse, selon le tarif de responsabilité de sa Caisse.

4.836. — Reprise des droits à l'assurance-maladie après deux mois de cessation de soins

Toujours au sujet des Assurances sociales, art. 59, pourriez-vous me donner les renseignements suivants :

Une famille composée du père, de la mère et de trois enfants dont le père cotise régulièrement aux Assurances sociales, ils sont tous inscrits sur la liste d'assistance, art. 59. La mère est tuberculeuse, malade pendant six mois, la mairie lui délivre régulièrement les bons d'Assistance médicale gratuite, art. 59. Au bout de six mois, elle n'est pas guérie, mais, comme de juste la Caisse refuse de continuer sa participation, et la mairie lui donne des bons d'Assistance médicale gratuite pure. Pourriez-vous me dire si au bout de deux mois de non-participation de la Caisse, à cette échéance, la Caisse doit recommencer à accorder sa participation et la mairie à donner à nouveau des bons d'Assistance médicale gratuite, art. 59. ?

Dr T.

Réponse

Pour que les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance-maladie pour une même affection se rouvrent après six mois de soins, il est nécessaire que deux conditions soient remplies : tout d'abord qu'aux termes de la jurisprudence de la Cour de Cassation, et de l'art. 6, § 13 du décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, la période de maladie antérieure ait pris fin, ou que le malade soit en état de guérison apparente, en second lieu que cet état de guérison apparente dure pendant plus de deux mois. Il est, en outre nécessaire, depuis le 1er avril 1936, et aux termes de l'art. 6 précité que l'assuré ait averti sa Caisse de la guérison apparente dans les huit jours, afin que cette dernière puisse exercer son contrôle en temps utile. Seule la définition de la fin de la période de maladie, ou de la guérison apparente peut prêter à contestation : on peut la préciser de la manière suivante : un malade est en état de guérison apparente lorsque son affection, après une base d'activité, passe par une période de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques, et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. En cas de désaccord sur ce point, le litige doit être tranché par la Commission technique prévue par l'art. 8, § 3 du décret-loi.

4.942. — Droit de l'assuré social notoirement indigent après six mois de soins

Un assuré notoirement indigent inscrit à l'Assistance médicale gratuite est malade depuis six mois. Quels sont ses droits au bout de ces six mois ? Le médecin et le pharmacien continueront-ils à être honorés pour leurs soins par l'Assistance médicale gratuite ?

Dr C.

Réponse

En vertu de l'article 6, § 12 de la loi sur les Assurances sociales, les prestations de l'assurance-maladie ne sont dues pour une même maladie que pendant une période de six mois, courant à partir de la première constatation médicale. A partir de ce moment, l'assuré social indigent ne peut donc plus être soigné qu'au titre de l'Assistance médicale gratuite, et conformément au règlement départemental d'assistance ; tous les soins postérieurs à cette date ne seront naturellement payés au médecin qu'au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Toutefois, le principe de la limitation des prestations à six mois de soins comporte des exceptions. Il résulte en effet de l'art. 6, § 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 que « lorsqu'il y a eu interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie, et en a avisé sa Caisse dans les huit jours ». On doit considérer qu'un malade est en état de guérison apparente lorsque son affection, après être passée par une période d'activité, traverse une période de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. Toute contestation sur ce point entre les parties en cause doit être soumise à la Commission technique prévue par l'art. 8, § 3 du décret-loi.

D'autre part, il est spécifié par l'art. 6, § 15 que « l'assuré ou l'ayant droit ... qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail, reçoit s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus des prestations spéciales, dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixées par le règlement intérieur de la Caisse ». Lorsqu'il s'agit d'assuré indigent, le médecin traitant, étant honoré d'après le tarif de la Caisse de son client, est donc en droit de demander, pendant deux années au plus, le versement de ces prestations spéciales.

Cinquante-huitième année — N° 28 — 12 Juillet 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Correspondance

Renseignements

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Nº 188. — Yonne. Poste méd. pro-pharmac. à céder d'urgence. Bon rapport. Bail 2.700. Condit. à débattre.

Nº 189. — A vend. en très bon état, fusil de chasse Idéal Saint-Etienne, cal. 16, percus. centr. cran de sûreté, contrôle de chargement. Prix demandé : 800 francs.

Nº 190. — Vosges. A reprend. par méd. français, jeune, actif, pour cause décès, bon poste méd. générale dans import. localité. Grande maison avec dépendances.

Nº 191. — A vendre : groupe électrog. neuf, thermo-cautère, téléphone de bureau, chargeur accus 12 volts neuf, clarinette, sondrette.

Nº 192. — On demande pharmacien connaiss. parfaitement préparat. vaccins, pour prendre direction laboratoire province. Situation d'avenir.

Nº 193. — Centre. A céder de suite chef-lieu gr. départ. cabinet. Prix 40.000 dont moitié compt. Faculté reprise installat. profess. et matériel. Possibil. oto-rhino. Loyer 3.500, 7 pièces.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Clientèle méd. gén., surtout de consultations. Ancien cabinet. Appartement 6 pièces confort. Indemnité 40.000.

Banlieue immédiate très agréable. Gros rapport. Pavillon 7 pièces, grand jardin. Loyer 6.000. Prix : 100.000.

Région Nord. Très ancienne clientèle, d'un excellent rendement, q. q. fixes. Grande maison avec jardin. Indemnité : 105.000 dont 65 comptant.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Gourbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Gallmant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Fondation Roux (Institut Pasteur).** — La Fondation Roux est un organisme dont les ressources sont affectées au recrutement du personnel scientifique de l'Institut Pasteur.

Il offre cette année à des jeunes gens en fin d'études et possédant le goût de la recherche dix bourses de 15.000 francs chacune.

Les titulaires seront choisis sur titres et sur références de leurs maîtres, par une Commission nommée à cet effet.

Les bourses partent du 1er octobre et sont renouvelables deux fois. Elles pourront être augmentées dès la deuxième année, si le titulaire se distingue par la qualité de ses travaux. A la fin de la troisième année le boursier pourra être admis dans les cadres de l'Institut Pasteur ou pourvu d'une situation en province, aux Colonies ou à l'étranger.

Les candidats devront adresser leurs demandes à l'Administrateur de la Fondation Roux, 205, rue de Vaugirard, Paris (XVe).

— **Ier Congrès international des Sanatoriums** (Budapest, septembre 1936). — Les titres des communications à ce Congrès doivent être adressés avant le 25juillet au Comité d'organisation : Prof. Docteur Benczur, sanatorium Ile-Marguerite, Budapest.

A la même adresse, peuvent être envoyés les exemplaires de journaux médicaux pour participation à l'exposition de la presse scientifique qui aura lieu au cours du Congrès (La participation est entièrement gratuite).

— **Le timbre antituberculeux** a produit en 1935-1936, à Paris, un million 523.879 francs.

— **L'installation médicale.** — Sous ce titre *Le Jeune Médecin*, que dirige avec talent notre confrère, le Docteur Crouzat, vient de faire paraître un numéro spécial où il renseigne les jeunes confrères sur tout ce qui peut les intéresser lors de leur entrée dans la vie médicale.

Les œuvres de défense professionnelle, de prévoyance et d'entr'aide confraternelle (y compris celles du *Concours Médical*) y tiennent une place importante. Nos remerciements et nos félicitations au *Jeune Médecin* (71, rue de Rennes, Paris-VIe), pour cette utile publication.

J. N.

— **Don à la Maison du Médecin.** — A l'occasion du mariage de son fils, le Docteur Pierre Delbès, avec la fille de notre confrère, le Docteur Perromat, le Docteur Oscar Delbès, de Périgueux, a bien voulu nous charger de remettre la somme de 250 francs à la

Maison du Médecin. Nos plus cordiaux remerciements à notre confrère et ami qui est coutumier de générosités semblables.

J. N.

— **Hospices civils de Chambéry.** *Concours pour un emploi de sage-femme adjointe.* — L'Administration des hospices civils de Chambéry donne avis que le jeudi 23 juillet 1936, aura lieu un concours sur trois épreuves : écrite, orale et de clinique, pour un emploi de sage-femme adjointe à la Maternité.

Les conditions du concours ainsi que celles d'emploi et de salaire des sages-femmes adjointes seront adressées à toute personne qui en fera la demande à M. le vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Chambéry.

— **Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones.** *Service médical à Limoges.* — Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1936, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination d'un médecin consultant au Comité médical régional de Limoges.

Les candidats à cette fonction devront être de natonalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail, faire de la médecine générale et avoir leur domicile dans la circonscription médicale envisagée.

L'Administration recherche particulièrement des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Limoges avant le 20 juillet. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

— **Nomination de chef de clinique.** — Nous sommes heureux d'apprendre la nomination aux fonctions de chef de clinique de M. le Professeur Gougerot, de notre distingué collaborateur, M. le Docteur Georges Boudin, ancien interne des hôpitaux, fils de notre ami le Docteur Paul Boudin.

Nos bien cordiales et bien vives félicitations.

— **Æsculape.** — *Sommaire du numéro de juin* 1936 : Le numéro de juin d'*Æsculape* publie, sous la signature du Docteur Tricot-Royer, d'Anvers, un compte rendu détaillé du X[e] Congrès international d'Histoire de la médecine qui s'est tenu à Tolède et à Madrid en septembre 1935. On y trouvera, avec de nombreuses illustrations, des analyses détaillées des principales communications faites à ce X[e] Congrès, dont l'éclat et l'intérêt furent particulièrement remarqués.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 JUIN

Enseignement de la médecine

Par décret du 16 juin 1936, la suppléance de médecine expérimentale à l'Ecole de médecine de Caen est supprimée à dater du 1er octobre 1936 et il est créé à ladite Ecole, à compter de la même date, une chaire magistrale de médecine expérimentale (traitement : 7.500 francs).

25 JUIN

Légion d'honneur

Est nommée, à titre posthume, Chevalier de la Légion d'honneur Mme de Brancas, née Grunspan (Mathilde), chef de laboratoire d'électro-radiologie à la clinique Baudelocque à Paris ; 34 ans de pratique professionnelle particulièrement distinguée. Décédée victime de son devoir, des suites d'une affection contractée dans l'exercice de ses fonctions. A été citée le 19 juin 1936 à l'Ordre de la Nation.

26 JUIN

Loi du 20 juin 1936 instituant un congé annuel payé dans l'industrie, le commerce, les professions libérales, les services de domestiques et l'agriculture

Art. 1er. — Sont codifiées dans la forme ci-après et formeront les articles 54 *f* à 54 *j* du livre II du Code du travail, les dispositions suivantes :

CHAPITRE IV *ter*

Congés annuels

Art. 54 f. — Tout ouvrier, employé ou apprenti, occupé dans une profession industrielle, commerciale ou libérale ou dans une société coopérative, ainsi que tout compagnon ou apprenti appartenant à un atelier artisanal, a droit, après un an de services continus dans l'établissement, à un congé annuel continu payé d'une durée minimum de quinze jours comportant au moins douze jours ouvrables.

Si la période ordinaire des vacances dans l'établissement survient après six mois de services continus, l'ouvrier, employé, compagnon ou apprenti aura droit à un congé continu payé d'une semaine.

Les dispositions qui précèdent ne portent pas atteinte aux usages ou aux dispositions des conventions collectives de travail qui assureraient des congés payés de plus longue durée.

Art. 54 g. — L'ouvrier, employé, compagnon ou

apprenti reçoit, pour son congé, une indemnité journalière équivalant :

1° S'il est payé au temps, au salaire qu'il aurait gagné pendant la période de congé ;

2° S'il est payé suivant un autre mode, à la rémunération moyenne qu'il a reçue pour une période équivalente dans l'année qui a précédé son congé.

Dans la fixation de l'indemnité, il doit être tenu compte des allocations familiales et des avantages accessoires et en nature dont il ne continuerait pas à jouir pendant la durée de son congé.

Art. 54 h. — Tout accord comportant la renonciation par l'ouvrier, l'employé, le compagnon ou l'apprenti au congé prévu par les dispositions qui précèdent, même contre l'octroi d'une indemnité compensatrice, est nul.

Art. 54 i. — Dans les professions, industries et commerces dans lesquels les ouvriers, employés, compagnons et apprentis ne sont pas normal ment occupés d'une façon continue pendant une année dans le même établissement, un décret pris en Conseil des ministres détermine les modalités suivant lesquelles pourront être appliquées les dispositions du présent chapitre, notamment par la constitution de Caisses de compensation entre les employeurs intéressés.

Art. 54 j. — Un décret pris en Conseil des ministres détermine les autres modalités d'application des dispositions du présent chapitre ainsi que le concontrôle de leur exécution.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique, rendu après consultation des Chambres d'agriculture et des Syndicats agricoles mixtes ou ouvriers, déterminera les modalités d'application des dispositions de l'article précédent aux ouvriers et employés des professions agricoles.

Un règlement d'administration publique déterminera également les modalités d'application de l'article 1er au personnel des services domestiques.

Des accords pourront permettre des congés fractionnés.

Les infractions aux dispositions des règlements d'administration publique prévus par le présent article seront constatées par les officiers de police judiciaire.

Art. 3. — La présente loi est applicable à l'Algérie. Des décrets détermineront les conditions de son application dans les colonies et pays de protectorat.

Décret du 25 *juin* 1936 *relatif à l'application de la loi du* 20 *juin* 1936 *apportant des aménagements aux décrets-lois pris en vertu des lois des* 28 *février* 1934 *et* 8 *juin* 1935 *qui instituent un prélèvement sur les traitements, salaires, indemnités et retraites des fonctionnaires de l'Etat, des départements et des communes et des agents des services publics concédés.*

EXTRAITS

Art. 2. — Sont abrogées, à compter du 20 juin 1936 :

1° Les dispositions de l'article 1er du décret du 4 avril 1934 portant augmentation du prélèvement sur les traitements, soldes et émoluments des agents de l'Etat ;

2° En tant qu'elles s'appliquent aux rémunérations des personnels en activités, les dispositions du décret du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement général de 10 p. 100 sur les dépenses publiques, modifié par l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1935.

A compter du 20 juin 1936, les traitements, soldes, salaires et rémunérations, à l'exclusion de tous suppléments ou indemnités accessoires, y compris ceux soumis à retenues pour pensions, des personnels civils et militaires de l'Etat, des départements, communes, établissements publics, de l'Algérie, des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public, supportent un prélèvement dont les taux sont fixés ainsi qu'il suit :

Aucun prélèvement n'est exercé lorsque les traitements, soldes, salaires ou rémunérations nets sont inférieurs à 12.000 francs. Lorsque les traitements sont supérieurs à ce chiffre, le prélèvement est fixé ainsi qu'il suit :

2 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 12.001 francs à 15.000 francs ;

4 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 15.001 francs à 20.000 francs ;

6 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 20.001 à 30.000 francs ;

8 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 30.001 francs à 40.000 francs ;

10 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 40.001 francs à 50.000 francs ;

12 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 50.001 francs à 60.000 francs ;

14 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 60.001 à 70.000 francs ;

16 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets varient de 70.001 à 80.000 francs ;

18 p. 100 pour les fonctionnaires et agents dont les traitements ou émoluments nets sont supérieurs à 80.000 francs.

Dans chaque tranche, les traitements nets, après prélèvements, seront toujours au moins égaux aux traitements nets maxima de la tranche immédiatement inférieure.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Rémunération des médecins d'hôpitaux

3.491. — M. Justin GODART, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique : 1° si l'Administration d'un hôpital peut légalement partager entre quatre médecins le traitement forfaitaire qu'elle avait réparti entre trois médecins, au moment où elle avait traité avec ceux-ci, étant précisé que sont admis dans cet hospice les malades payants, les assurés sociaux, les accidentés du travail et les indigents ; 2° si les médecins peuvent légalement obtenir une rémunération fondée sur les journées de présence à l'hôpital tant pour les malades payants que pour les assurés sociaux et les accidentés du travail et mutilés. (*Question du 12 février* 1936.)

Réponse. — 1° L'honorable sénateur est prié de vouloir bien indiquer de quel hôpital il s'agit.

Il serait nécessaire en effet de connaître les dispositions du règlement de l'hôpital et les clauses du traité passé avec les médecins ;

2° Aucun texte ne s'oppose à ce que les médecins d'un hôpital obtiennent une rémunération fondée sur les journées de présence à l'hôpital tant pour les malades payants que pour les assurés sociaux et les accidentés du travail et mutilés.

(*J. O.*, 3 juin 1936.)

Retraite des médecins des centres antivénériens

3.664. — M. CHARABOT, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique, à quel âge est fixée la mise à la retraite des médecins des centres antivénériens, à Nice en particulier, ville importante mais qui n'est pas le siège d'une Faculté de médecine, et si cette retraite est fixée à soixante-cinq ans comme dans les villes de Faculté. (*Question du* 31 *mars* 1936.)

Réponse. — Les questions relatives au fonctionnement des centres antivénériens et, en particulier, aux statuts des médecins de ces services, seront réglées par le décret en forme de règlement d'administration publique qui doit être prochainement pris en application du décret du 30 octobre 1935, relatif à l'organisation antivénérienne, et par les divers arrêtés que prévoiera ce texte.

Il y a tout lieu de croire que la mise à la retraite des médecins directeurs de centres antivénériens des villes qui ne sont pas le siège de Faculté de médecine, sera fixée à soixante-cinq ans, dans les mêmes conditions que pour les directeurs de centres de villes, sièges de Faculté.

(*J. O.*, 3 juin 1936.)

Remboursement aux assurés sociaux indigents des soins dentaires et des appareils de prothèse

3.533. — M. Camille Reboul, sénateur demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique si, dans le cas où les soins dentaires et la fourniture d'appareils de prothèse dentaire ne seraient pas prévus parle règlement du Service d'Assistance médicale gratuite d'une ville possédant l'organisation spéciale prévue par l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, l'Administration municipale peut considérer les assurés sociaux indigents comme de simples assistés et refuser de prendre en charge la part de la dépense pour soins dentaires ou fournitures d'appareils de prothèse dentaire non couverte par les Caisses primaires. (*Question du 25 février 1936.*)

Réponse. — Le remboursement des frais afférents aux soins dentaires et à la fourniture d'appareils de prothèse dentaire aux assurés sociaux indigents est limité par les dispositions du règlement départemental d'assistance.

Les règles fixées par le règlement du Service d'Assistance médicale gratuite d'une ville possédant l'organisation spéciale prévue par l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 ne doivent pas être moins avantageuses pour l'assisté que celles qui sont prévues par le règlement département.

(*J. O.*, 3 juin 1936.)

Association corporative des étudiants en médecine de Paris

Les médecins auront-ils le droit d'exercer après 65 ans ?

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris n'a cessé de dénoncer sous l'ancienne législature la proposition de loi Pomaret dont un des buts est d'interdire aux membres des professions libérales l'utilisation de leur diplôme au delà de 65 ans. La nouvelle Chambre a été saisie à nouveau le 5 juin dernier d'une nouvelle proposition de loi Pomaret plus corsée que la précédente. Elle touche en effet tous les fonctionnaires, toutes les carrières intellectuelles, commerciales, industrielles et juridiques, et la médecine en particulier.

A 65 ans tous les médecins sans exception seront chassés de leur cabinet.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine proteste avec la dernière énergie contre un tel projet satanique qui n'a jamais été soumis aux Syndicats médicaux.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris fait un appel à toutes les catégories d'intellectuels, et en particulier aux membres du Barreau et Corps pharmaceutique, et leur demande de s'associer aux Syndicats médicaux et à la Confédération des Syndicats médi-

Voir la suite page XLVII-2149

PROPOS DU JOUR

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE D'OUTRE-MER

MŒURS MÉDICALES INDO-CHINOISES

Il y a quelques années, nous et bien d'autres de nos confrères se berçaient d'illusions sur l'avenir de la médecine coloniale, nous devons le reconnaître. Comparant les populations de la France métropolitaine et de la France d'Outre-mer, nous avions émis l'espoir de voir les jeunes médecins, surabondants dans les grandes villes de notre pays, émigrer dans nos colonies, nos pays de protectorat ou à mandat, où ils pourraient librement exercer leur activité et revenir, après quelques années, munis de ressources suffisantes et d'expérience, exercer normalement en France.

Nos correspondants des colonies ne tardèrent pas à nous détromper et nous dûmes nous rendre à leurs observations et à leurs arguments.

Sans doute, l'exercice de la médecine dans le Nord de notre Algérie et dans quelques grandes villes de Tunisie ou du Maroc où le nombre des Européens est appréciable, peut se rapprocher de la pratique médicale telle qu'elle existe en France. Sans doute quelques vieilles colonies, comme les Antilles et la Réunion, peuvent sur ce point être assimilées à notre pays, mais il ne saurait en être de même dans la plupart de nos possessions d'Outre-mer. Dans les unes où la population européenne est très clairsemée et où les indigènes n'ont pas subi suffisamment l'influence et la culture françaises, il a été nécessaire d'organiser une assistance médicale indigène, civile et autonome certes, dont les membres jouissent d'une certaine indépendance, d'initiative, et qui n'a rien de militaire, mais ce corps médical est fonctionnarisé, et fortement hiérarchisé.

Dans certaines régions, il est nécessaire d'avoir recours à des médecins indigènes, formés dans des Ecoles de médecine locales. Ces sortes d'officiers de santé ont l'avantage de connaître la langue et les coutumes du pays et, s'ils sont intelligemment instruits et bien dirigés, ils peuvent rendre d'inappréciables services.

Enfin il est des régions mal soumises qui vivent encore sous un régime militaire où les médecins de l'armée coloniale sont seuls aptes à exercer la médecine.

***

Dans notre empire colonial, il est des pays de vieille civilisation fort différente de la nôtre, où les jeunes intellectuels sont nombreux, comme en Indo-Chine et plus particulièrement en Annam.

Les jeunes Annamites ont des qualités que tous ceux qui les ont fréquentés se plaisent à reconnaître. Intelligents, laborieux, très habiles, ils sont avides de s'instruire. Aussi a-t-on fondé pour eux une Ecole de médecine à Hanoï, où chaque année un professeur de nos Facultés métropolitaines est envoyé pour présider aux examens et délivrer des diplômes. Le nombre de ces médecins indigènes devient de plus en plus grand et le Gouvernement d'Indo-Chine a résolu de préférer leurs services à ceux des médecins français pour assurer l'assistance médicale indigène. Certains de ces médecins annamites viennent en France pour se perfectionner, y acquièrent notre diplôme d'état de docteur en médecine et quelques-uns, séduits par les charmes de notre pays, s'y installent. De sorte qu'il est à craindre que dans quelques années, ce soient nos colonies qui viennent si l'on peut s'exprimer ainsi, coloniser la France.

On reproche aux médecins et aux étudiants annamites leur orgueil, parfois un peu puéril, leur manque de jugement, mais cela peut tenir à une absence d'éducation première ou plutôt à une éducation tout à fait différente de la nôtre. Certains français qui veulent s'attirer chez ces

◆◆

indigènes une popularité de mauvais aloi, ne sont pas étrangers à la vanité un peu excessive de la jeunesse annamite.

D'ailleurs la mentalité et la moralité des médecins annamites ne peuvent être mises en parallèle avec celle du médecin français. Un de nos confrères qui a exercé longtemps et rempli des fonctions importantes en Indo-Chine, nous a remis de très nombreux documents qui montrent combien est différente la conception de la dignité professionnelle chez le praticien français et le médecin indo-chinois. Ainsi dans la *Dépêche d'Indo-Chine*, de suite après une annonce d'un salon de coiffure dont « le personnel est choisi et de compétence indiscutable », où l'on se sert des « plus récents procédés d'ondulation indéfrisable » le Docteur X-Y-Z, ancien médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis (?) se donne comme spécialiste des maladies de la peau, du sang, de la prostate, des affections vénériennes chroniques et des maladies de la femme. Il traite par darsonvalisation, ondes courtes, électricité médicale. Il annonce en outre ses laboratoires d'analyse du sang, des urines, du liquide céphalo-rachidien... et de radio-diagnostic. Au voisinage, le Docteur Z-Y-X, stomatologiste diplômé de Paris, indique au lecteur son nom et son adresse et au-dessous est offert « De l'air pur venant du Cap » dans un bar ouvert jusqu'à trois heures du matin.

On nous objectera qu'il existe en France des médecins qui usent de pratiques analogue à ces mœurs indochinoises, et se livrent dans les quotidiens à une publicité semblable.

Nous ne le nierons pas, mais ils sont une infime exception et ils n'étalent pas les mêmes titres que les docteurs indo-chinois : diplômé d'hygiène et de microbiologie, diplômé de médecine coloniale, diplômé en dermato-vénéréologie de l'hôpital Saint-Louis (Paris), ancien interne en stomatologie, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ex-assistant attitré à l'Institut Central antivénérien A. Fournier de Paris, ex-élève des Instituts Pasteur de Paris et de Bruxelles, diplômé de l'Institut de médecine coloniale de Marseille, électroradiologiste de la Faculté de médecine de Paris etc. etc. Le nombre des médecins indo-chinois qui a recours à cette publicité paraît considérable. Nous trouvons mieux, le journal annonce sous le titre « Un Great event dans le Monde médical » (*sic*), le retour du Docteur X. qui, après avoir débuté à l'Université d'Hanoï, est allé en France pour se perfectionner et revient « muni de toute une série de diplômes qui en disent long sur sa valeur ». « N'est-il pas diplômé en chirurgie et spécialiste des maladies des femmes et des maladies vénériennes ? »

Ce n'est pas tout, le jeune docteur est un sportif, professeur de natation diplômé de la F. F. N. S. « C'est le premier annamite ayant réussi à passer ce dur examen. » Ajoutons que le Docteur X a des qualités de cœur indéniables et est d'une courtoisie parfaite et le journal adresse ses félicitations à son heureux père pour les lauriers dont son fils revient paré (*sic*).

Nous ne critiquons pas, nous nous contentons de constater avec preuves à l'appui que les mœurs médicales indo-chinoises sont sensiblement différentes des mœurs médicales françaises.

Puisque l'Ecole de médecine est en voie de réorganisation, comme nous l'a conté M. le Professeur Lemaître qui l'a visitée l'an dernier, peut-être ferait-on bien d'y créer une chaire de déontologie où l'on tâcherait de faire comprendre à nos futurs confrères annamites tout ce qu'il y a de puéril et de choquant pour un médecin français dans ces mœurs médicales indo-chinoises. (1)

J. Noir.

(1) A la lecture, hélas ! de documents que nous avons reçus récemment et que nous relaterons dans un prochain article, nos lecteurs pourront se rendre compte que la situation en France ne serait pas très différente de celle d'Indo-Chine, malgré notre Code de Déontologie, si nous n'y prenons garde.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MÉNINGITES LYMPHOCYTAIRES CURABLES

Par M. le Professeur J. Hautefeuille

Directeur de l'École de médecine d'Amiens

Autrefois, lorsque l'examen du liquide céphalo-rachidien décelait la présence de lymphocytes chez un enfant présentant un syndrome méningé on posait le diagnostic de méningite tuberculeuse à pronostic fatal. Mais on a reconnu qu'un certain nombre de ces méningites guérissaient sans laisser même parfois aucune séquelle.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse ne peut être affirmé que par la découverte du bacille dans le liquide céphalo-rachidien la culture en milieu de Lœwenstein, ou par l'inoculation positive au cobaye.

L'examen sur lame est souvent négatif. Lorsqu'il est positif un doute peut persister puisque Rist a décrit des méningites à bacilles acido-résistants non-tuberculeuses. L'inoculation au cobaye, seule épreuve certaine donne un résultat bien tardif.

Dans la pratique, une lymphocytose prédominante avec hyperalbuminose doit faire suspecter la méningite tuberculeuse. Mais il ne faut pas considérer le pronostic comme absolument fatal.

On a publié un certain nombre de cas confirmés par l'inoculation au cobaye ayant guéri spontanément ou après traitement à l'allergine de Jousset.

Mais ces cas de guérison authentique de la méningite tuberculeuse sont rares. Par contre, les cas de méningites à lymphocytes non tuberculeuses curables sont relativement fréquents.

Le médecin doit donc être très réservé dans son pronostic s'il ne veut pas nuire à son prestige professionnel.

Je vous citerai deux erreurs de ce genre. Un enfant est considéré par le médecin de famille comme atteint de méningite tuberculeuse et la terminaison presque fatale a été annoncée.

Mais une vieille bonne déclare aux parents « c'est des vers ». Elle administre des paquets vermifuges et l'enfant guérit après l'émission de plusieurs ascaris.

J'ai souvenir aussi d'une jeune fille présentant des signes de méningite avec lymphocytose rachidienne. Le diagnostic redoutable de méningite tuberculeuse est posé par le médecin. Or, quelques jours plus tard, la tuméfaction des parotides passée inaperçue devient très apparente. Il s'agissait d'une méningite ourlienne : une épidémie d'oreillons sévissait en effet dans le pays.

J'ai publié récemment un cas de méningite vermineuse.

Il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans atteint brusquement de céphalée violente avec vomissements et intolérance gastrique absolue, constipation, raideur de la nuque.

Une première ponction lombaire le troisième jour indique de la polynucléose, une seconde le sixième jour de la lymphocytose pure (100 par champ). La température reste à 39° pendant six jours, puis s'abaisse graduellement pour atteindre 37° le dixième jour.

Les symptômes subissent une rémission après chaque ponction lombaire, mais ne disparaissent définitivement que le quatorzième jour après rejet d'un ascaris lumbricoïdes dans les selles.

A côté de ces deux formes : méningite vermineuse, méningite ourlienne on peut distinguer un certain nombre de types étiologiques définis : les méningites poliomyélitiques, encéphalitiques, spirochétosiques, rhumatismales, syphilitiques, zostériennes et herpétiques et les réactions méningées au cours des affecctions aiguës.

Mais, outre ces cas à étiologie bien définie, on a observé des méningites lymphocytaires curables de nature indéterminée, sans germe décelable.

Les méningites curables sont considérées comme l'apanage des sujets jeunes de moins de vingt ans.

Cependant j'en ai observé récemment un cas chez un homme de 65 ans.

Observation I. — Le 24 juillet 1935, il ressent des douleurs de tête violentes et des douleurs dans les jambes, il vomit plusieurs fois ; sa figure est grimaçante ; la température monte à 38°9, le pouls est à 80.

Le 25, la céphalée est encore plus intense. Il présente de la raideur de la nuque et un Kernig positif, de la photophobie ; les réflexes rotuliens persistent.

La ponction lombaire donne issue à un liquide trouble un peu jaunâtre contenant :

760 éléments par millimètre cube.

Lymphocytes : 51 %
Polynucléaires : 49 %
Albumine : 1 gr. 10
aucun germe à l'examen direct, ni par culture.

Après la ponction, la température s'abaisse à 37°6, mais la céphalée et la raideur persistent.

Pour éliminer la méningite vermineuse, on pratique un examen des selles qui ne décèle ni parasites, ni œufs.

Le 30 juillet, une deuxième ponction donne un liquide moins trouble, légèrement xantochromique contenant :
150 éléments par millimètres cubes.
Lymphocytes : 93 %.
Polynucléaires : 4 %.
Grands mononucléaires : 3 %.
Quelques hématies.
Albumine : 0,60.
Wassermann négatif.

La température s'abaisse de nouveau à 37°3, les symptômes s'atténuent un peu.

Le 3 août, la température monte à 38°3 pour s'abaisser à 37° au bout de quelques jours.

Le 28 août, elle remonte à 38°, oscille entre 38° et 38°9, et descend définitivement le 31 août.

Mais la céphalée et la raideur ne s'atténuent que très progressivement pour ne disparaître qu'à la fin de septembre.

Le malade se lève, mais accuse encore un peu de vertiges et de l'asthénie. Il ne reprend son travail qu'en janvier 1936. Actuellement, il accuse encore par moments des douleurs de tête, mais ne présente pas d'autre séquelle.

Le fait remarquable de cette observation est l'intensité de la réaction cellulaire : 760 éléments le deuxième jour de maladie et son abaissement rapide à 150 le sixième jour, l'évolution de la formule cytologique : 49 % de polynucléaires au début, puis lymphocytose presque pure 93 %, l'abaissement rapide de l'albumine de 1 gr. 10 à 0, 60, enfin l'âge du sujet : 65 ans.

Il faut noter aussi l'action bienfaisante des ponctions et les poussées successives après de courtes rémissions. La maladie a duré deux mois et la convalescence a été longue.

Obs. II. — Une deuxième observation se rapporte à une fillette de 14 ans prise brusquement de vomissements et de fièvre.

La température monte à 40°8 et reste en plateau au voisinage de 40° pendant quinze jours. La malade n'accuse pas de douleur, ni de malaise, sauf un léger mal de tête.

L'examen objectif ne décèle aucun signe, pas de manifestations pulmonaires, pas d'angine, pas de douleur abdominale, foie et rate normaux.

Deux symptômes cependant attirent mon attention : une légère ébauche de Kernig ; et la lenteur relative du pouls qui bat à 100 avec une fièvre qui dépasse 40°.

Cette dissociation du pouls et de la température ne se rencontre guère que dans les états typhiques ou la méningite.

Il n'existe ni taches rosées, ni diarrhée, ni grosse rate, le séro-diagnostic est négatif pour l'Eberth et les paratyphiques.

On pratique une ponction lombaire qui décèle un liquide hypertendu, légèrement trouble contenant 345 éléments au millimètre cube.
Lymphocytes : 99 %.
Polynucléaires : 1 %.
Albumine : 0,30.
Glucose : 0,66.

Aucun germe à l'examen direct ni en culture. Après la ponction, la température s'abaisse à 38° pendant deux jours, puis remonte vers 39 pour s'abaisser définitivement dix jours plus tard.

Cette fillette prenait souvent des bains dans une rivière voisine et je pensai à la possibilité d'une spirochétose méningée. L'examen des urines ayant décelé quelques formes spirillaires suspectes, une inoculation au cobaye fut faite mais resta négative.

On pourrait supposer qu'il s'agit dans ce cas d'une simple réaction méningée au cours d'une infection primitive indéterminée. Une hémocuture nous aurait peut être révélé le germe causal.

Nous retrouvons en tout cas les caractères de la méningite curable, l'abondance des éléments et la prédominance des lymphocytes avec un taux d'albumine peu élevé. Les signes cliniques ont été frustes : céphalée modérée, quelques vomissements et une légère raideur.

La dissociation du pouls et de la température nous a fait soupçonner l'état méningé.

La guérison a été complète, et s'était maintenue, six mois plus tard. La maladie avait duré trois semaines. L'influence heureuse de la ponction sur l'évolution a paru manifeste.

Définition

Ainsi donc, il existe des méningites avec prédominance de lymphocytes, sans agent causal décelable et qui se terminent habituellement par la guérison. Ces méningites lymphocytaires curables constituent-elles une maladie autonome liée à un virus méningotrope inconnu mais spécifique comme le pense Boquien ?

En attendant la démonstration scientifique de la nature spécifique, on peut conserver provisoirement l'étiquette de méningites lymphocytaires curables. Mais en présence d'un cas de ce genre, il ne faudra se résigner à ce diagnostic qu'après avoir recherché avec soin s'il ne s'agit pas d'une réaction méningée au cours d'une affection aiguë ou d'une de ces méningites à étiologie bien définie que nous avons signalées plus haut.

Symptomatologie

Les symptômes cliniques sont ceux d'un syndrome méningé. Quelques particularités méritent cependant d'être signalées.

Le début est ordinairement brutal, sans la période prodomique qui s'observe souvent dans la méningite tuberculeuse.

A la période d'état, on observe comme signes fonctionnels : la *céphalée,* violente, des *vomissements* en fusée, de la *constipation* opiniâtre, de la *rachialgie* inconstante.

Comme signes physiques : une *raideur de la nuque* précoce, les *signes de Kernig* et de

Brudzinski quelquefois tardifs, de l'hyperesthésie cutanée plus ou moins marquée.

Les réflexes tendineux sont souvent peu modifiés. Les troubles vaso-moteurs semblent moins fréquents que dans la méningite tuberculeuse.

Les troubles oculaires sont habituels : photophobie, inégalité pupillaire, strabisme.

Comme SIGNES GÉNÉRAUX : la fièvre à 39° dure de quatre à quinze jours sans tracé spécial. Il y a souvent *dissociation du pouls et de la température*. C'est ce signe qui nous a fait faire le diagnostic chez la jeune fille de notre deuxième observation.

La fièvre s'accompagne de somnolence, d'asthénie, d'anorexie ; mais l'état général reste bon ; l'amaigrissement est moins rapide que dans la méningite tuberculeuse. On n'observe pas non plus cette hostilité et cette indocilité d'examen si caractéristiques de cette dernière affection.

Les urines sont peu abondantes ; mais une débâcle polyurique de deux à trois litres annonce la convalescence.

La *rate* et le *foie* sont *normaux*. L'atteinte viscérale est donc minime, l'affection reste exclusivement méningée ce qui la différencie de la spirochétose et des oreillons où l'atteinte est à la fois nerveuse et viscérale.

La maladie est déterminée surtout par les caractères du liquide céphalo-rachidien. La *tension* du liquide est modérément augmentée ; on note 30 à 40 cm. d'eau au manomètre de Claude en position couchée. Son aspect varie de jour en jour. Il peut être limpide le premier jour, il devient rapidement trouble, parfois un peu jaunâtre, puis se clarifie dans la suite.

Ces différences d'aspect correspondent à l'évolution cytologique.

Le premier jour on peut ne trouver que trois ou quatre éléments par millimètre cube. Mais dès le deuxième ou troisième jour, les éléments augmentent de 70 à 200. Entre le troisième et le huitième l'augmentation peut être considérable 300 à 500, 760 dans notre observation I.

Puis on observe une rapide diminution d'un jour à l'autre, jusqu'à 5 à 10 au quinzième jour, sauf dans certaines formes prolongées (persistance de 130 éléments au cinquième mois dans un cas de Boquien). Du point de vue qualitatif, on peut trouver une prédominance de polynucléaires au début ; mais ils ne sont jamais altérés. A partir du cinquième jour il n'y a plus que des lymphocytes.

L'*albuminorachie* est peu abondante. Il y a dissociation cyto-albuminique : 0,50 pour 500 éléments, 0,30 pour 100 à 200 sans parallélisme constant. Exceptionnellement le taux s'élève à 1 gr. 40, 1 gr. 80 ou même 2 gr. 50.

Le glucose est variable, souvent normal à 0 gr. 49. Les chlorures ne descendent pas au-dessous de 6 pour 1.000.

Deux faits sont importants à signaler. Il n'existe aucun rapport entre l'intensité de la réaction méningée clinique et celle de la réaction cytologique, fait également signalé dans la poliomyélite, les oreillons et la spirochétose.

D'autre part, les ponctions lombaires ont un heureux effet sur l'évolution.

Une amélioration souvent immédiate se produit ; la céphalée, la raideur s'atténuent, la température s'abaisse au moins pendant deux ou trois jours. Puis les signes reparaissent la température remonte, mais à un niveau moins élevée.

La même régression se produit si on fait une nouvelle ponction.

Ce fait est très net dans notre deuxième observation.

Evolution

La durée de la méningite curable varie de deux à quatre semaines.

L'amélioration des signes généraux et méningés se fait rapidement, la fièvre tombe, une crise urinaire se produit ; un bien être manifeste survient ; cependant la raideur de la nuque et le Kernig subsistent plus longtemps.

Parfois l'évolution est traînante, avec poussées successives (Obs. I).

La guérison clinique ne coïncide pas avec la guérison anatomique ; l'hypercytose du liquide persiste alors que les signes cliniques ont disparu.

Pronostic

Le pronostic est toujours bénin : l'absence de séquelles est de règle, différence fondamentale avec la poliomyélite et l'encéphalite dont on a discuté les rapports avec la méningite curable.

Diagnostic

Le diagnostic doit être discuté soigneusement.

Les RÉACTIONS MÉNINGÉES des maladies aiguës seront assez faciles à distinguer par les signes propres de l'affection : angine, grippe, rhumatisme, fièvres éruptives.

Dans la pneumonie de l'enfant les signes physiques se dévoilent parfois tardivement alors que la réaction méningée est assez nette.

Il faut penser aux MÉNINGITES OTITIQUES et ne jamais négliger l'examen de l'oreille.

J'ai observé récemment une réaction méningée avec lymphocytose rachidienne chez une fillette de 15 ans atteinte d'otite latente sans signes cliniques. L'examen de l'oreille décela une otite moyenne. La paracentèse fit tomber la température et cesser les signes méningés.

LES MÉNINGITES MÉNINGOCOCCIQUES peuvent présenter un liquide lymphocytaire. Les arthral-

gies, le purpura, l'herpès, la culture du liquide, le taux d'albumine plus élevé préciseront le diagnostic.

Le diagnostic différentiel le plus important est celui de la MÉNINGITE TUBERCULEUSE qui peut présenter des rémissions très longues, ou même guérir complètement.

Les antécédents, la période prodromique, l'hostilité du malade à l'examen, l'amaigrissement très rapide, les signes bacillaires, la cuti-réaction chez les enfants constituent de fortes présomptions.

Les caractères du liquide de ponction sont les plus importants : le taux d'albumine est élevé, celui des chlorures abaissé au-dessous de 6 gr., le sucre diminué. La recherche du bacille de Koch par l'examen direct ou par culture sur milieu de Lowenstein est parfois positive, mais il faut se méfier de la présence possible d'acido-résistants non tuberculeux.

L'inoculation au cobaye, seule, donne un résultat certain mais trop tardif. La découverte du virus filtrant vient encore compliquer le problème.

Il faudra penser aussi à la MÉNINGITE SYPHILITIQUE possible. Si on a la moindre doute et en attendant le résultat du Wassermann on pourra instituer un traitement par le cyanure ou le *sulfarsénol.*

J'ai souvenir d'un nourrisson de quinze mois atteint de méningite à lymphocytes, considérée d'abord comme tuberculeuse. Je remarquai la forme olympienne du front. Un traitement par sulfarsénol guérit l'enfant.

La SPIROCHÉTOSE MÉNINGÉE pure sans ictère décrite par Costa et Troisier se distingue par l'*herpès labial,* les *douleurs musculaires, les rechutes,* le taux élevé de l'*urée* dans le liquide rachidien : le *séro-diagnostic,* et surtout l'*inoculation au cobaye.*

Julien Marie et Pierre Gabriel ont rapporté récemment trois cas de méningite spirochétosique simultanés chez des enfants à la suite de bains de rivière.

La MÉNINGITE OURLIENNE sera soupçonnée si une épidémie d'oreillons sévit dans le pays. Le gonflement des parotides, la rougeur de l'orifice du canal de Sténon confirmeront le diagnostic.

La MÉNINGITE ZONATEUSE et l'HERPÉTIQUE se reconnaîtront à l'éruption caractéristique.

Le syndrome méningé du début de la poliomyélite avant l'apparition des troubles moteurs sera d'une distinction difficile.

La MÉNINGITE ENCÉPHALITIQUE se distingue par la somnolence, les paralysies oculaires, la lymphocytose peu abondante, le taux du sucre augmenté (0 gr. 60 à 1 gr.).

Nous rappelons enfin la MÉNINGITE VERMINEUSE qu'on éliminera facilement par la recherche des œufs dans les selles et celle de l'éosinophilie sanguine.

En résumé l'examen du liquide céphalo-rachidien sera d'un grand secours dans les cas cliniques douteux. Une cytose très abondante au début est plutôt en faveur d'une méningite curable, surtout si elle diminue rapidement à une seconde ponction comme dans notre observation I.

Rappelons que : un taux d'albumine de 1 à 3 grammes, l'abaissement des chlorures au-dessous de 6 grammes, l'abaissement du glucose au-dessous de 0, 40 sont en faveur de la méningite tuberculeuse.

L'augmentation du sucre entre 0,60 et 1 gramme s'observe dans l'encéphalite, un taux d'urée de 2 à 4 grammes dans la spirochétose.

Pathogénie

La pathogénie des méningites lymphocytaires curables est encore obscure. On a incriminé le virus poliomyélitique, le virus encéphalitique ou un virus spécifique méningotrope encore indéterminé (Boquien) opinion paraissant confirmée par le caractère souvent épidémique et saisonnier de cette maladie, ou enfin la forme filtrante atténuée du bacille tuberculeux. La question reste à l'étude.

Pratiquement il faut, en tout cas, connaître l'existence de ces méningites curables pour éviter un pronostic trop sévère.

Traitement

On se rappellera que les ponctions lombaires répétées atténuent les symptômes. Dans l'ignorance du germe spécifique on pourra faire des injections intraveineuses de salicylate de soude ou d'uroformine.

BIBLIOGRAPHIE

Hautefeuille. — Les méningites lymphocytaires curables. *Gazette médicale de Picardie,* mars 1926.

Jacquemard. — Les méningites lymphocytaires curables. Thèse Paris, 1926.

Boquien. — La méningite lymphocytaire curable. Thèse Paris, 1933.

Rathery. — Méningite lymphocytaire curable. *La Science médicale pratique,* 1er novembre 1934.

Julien Marie et Gabriel. — La méningite spirochétosique épidémique chez l'enfant. *Siècle Médical,* 1935.

Hautefeuille. — Méningite vermineuse. *Annales de parasitologie humaine et comparée,* 1er janvier 1935.

CHIRURGIE DE L'AMYGDALE

Sinus apical et polectomie

(Instrumentation et technique)

Par le Docteur J. Fiévez, de Malo-les-Bains

I. Définition

Dans ce journal, le 25 août dernier, j'ai condensé sous l'appellation « sinus apical », quelques notions d'anatomie clinique de l'amygdale. Les déductions de technique chirurgicale qui en découlent n'ont été qu'indiquées en fin d'article ; je voudrais les exposer à présent avec de plus longs développements.

Le sinus apical, résumons-le, est cette cavité, souvent considérable, à peu près constante en tout cas (il faut parfois la dégager du voile, quand le pôle supérieur est intravélique), ouverte au sommet de l'amygdale, plus ou moins près de son pôle, et qui paraît représenter le sillon qui sépare embryologiquement les deux lobes amygdaliens (voir l'étude de cette bilobation originelle dans A.-E. Martin : Contribution à l'étude de l'anatomie de l'amygdale palatine et des suppurations péri-amygdaliennes, thèse de Paris, 1935).

Ce sinus apical n'est pas, comme la fossette sus-amygdalienne de Rouvière et des classiques, un élément extra-amygdalien ; il fait partie intégrante de la tonsille. La capsule amygdalienne en recouvre le fond, en dehors, comme elle recouvre : en-dessous, la masse principale de l'organe : au-dessus, son pôle supérieur ; au niveau du sinus, et au-dessus comme en-dessous, cette capsule forme la paroi interne de l'espace décollable, grâce auquel l'amygdale, au-dessus de son hile court attaché, glisse sur le plan lisse des muscles de la paroi vélo-pharyngée.

La présence de cette cavité apicale, avec ses possibilités de rétention septique, fait que le sommet de l'amygdale mérite le nom de « pôle infectieux » qu'Escat lui a donné.

Puisque là siège le grand danger qui peut partir de l'amygdale, le danger infectieux, pourquoi ne pas se contenter de supprimer ce pôle supérieur et le sinus apical qui le creuse ? En laissant en place la partie inférieure de l'organe, le pôle vasculaire (Escat), qu'il est moins bénin, et probablement inutile d'enlever. Est-on même si sûr que ces restes d'amygdales soient sans utilité ? C'est, en tout cas, cette amygdalectomie partielle, mais extra-capsulaire, cette « *polectomie supérieure* », que j'emploie couramment, quand l'ablation des amygdales est indiquée, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Les trois schémas ci-dessous diront mieux qu'un long texte ce qu'est la polectomie, comparée aux autres procédés classiquement employés (*Fig* 1).

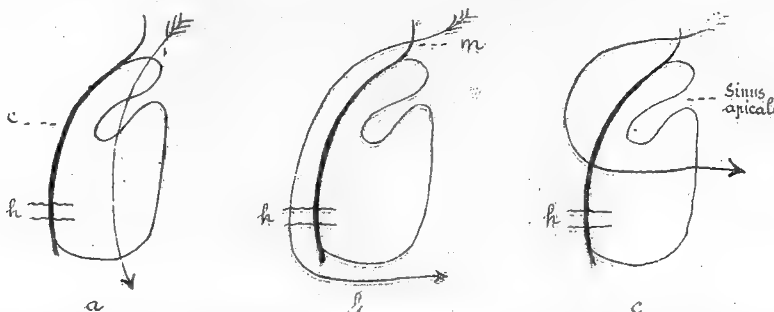


Fig. 1. — Schéma des amygdalectomies : *a.* partielle intracapsulaire — nommée, classiquement, amygdalotomie ; *b.* totale extracapsulaire ; *c.* polectomie supérieure, extracapsulaire ; *c.* capsule amygdalienne ; *h.* vaisseaux du hile ; *m.* muqueuse sus-amygdalienne.

II. Instrumentation et technique

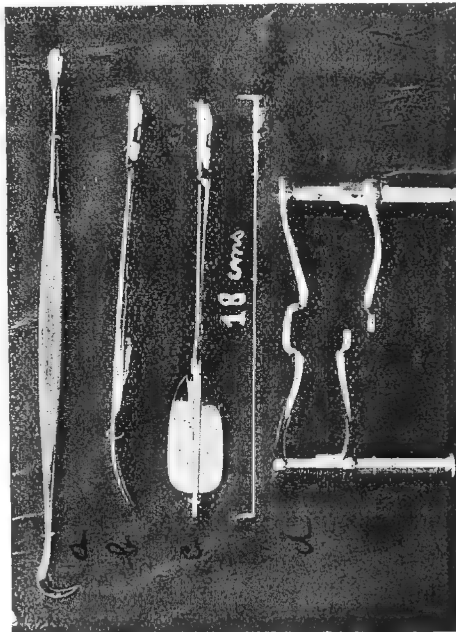
J'ai continué à employer l'instrumentation que j'ai décrite en novembre 1930 (nº 45 du *Concours Médical*) ; je lui ai cependant ajouté quelques éléments nouveaux. La technique ne sera détaillée qu'en ce qui concerne spécialement la polectomie.

Supposons le cas, de beaucoup le plus fréquent, d'un jeune sujet. L'enfant est assis sur une chaise, solide et haute, face à l'opérateur, la tête tenue et présentée par un aide, debout derrière lui.

L'ouvre-bouche que m'a construit Delacroix (*fig.* 2, *d*) et qui continue à me donner entière

satisfaction, placé et ouvert dès avant l'anesthésie, maintiendra la bouche béante durant toute l'intervention, sans gêner sa parfaite obturation par le sabot pneumatique du masque à kélène.

J'ai longtemps attaqué l'amygdale avec l'instrument représenté en *a*, figure 2. C'est, assemblés pour moi par Delacroix, une faux de Ruault d'un bout et un décolleur amygdalien de l'autre. La faux ayant ouvert la loge amygdalienne en avant et en haut, le décolleur entre en action, par simple retournement de l'instrument, sans que les yeux de l'opérateur aient à quitter le champ opératoire. L'usage de cette *faux-décolleur* permettait facilement, d'ordinaire au moins d'abaisser le pôle supérieur de la tonsille, mais laissait entier un problème capital, celui du dégagement régulier et économique du pilier postérieur du voile palatin, dont la musculature et la muqueuse bordante doivent être respectés avec le soin le plus vigilant. C'est pour détacher exactement le bord amygdalien postérieur de ce pilier postérieur, que j'ai fait construire par Colin des *ciseaux* de 18 centimètres (qui me servent aussi bien pour la chirurgie du col utérin), courbes sur le plat (*fig.* 2, *c*).



Mais pour bien voir la ligne de section, il faut évidemment tirer le pôle décollé en avant et en bas. Il ne manque certes pas de pinces à traction de l'amygdale ! Malheureusement, lâcher la faux-décolleur, prendre une pince à traction dans le plateau, c'est du temps perdu. Le sang coule, il faut éponger la gorge, l'opération s'allonge de façon inadmissible... J'ai donc renoncé à la faux-décolleur, et repris, par un autre bout, la question dans son ensemble.

En 1932, dans un article magnifiquement illustré des *Annales d'oto-laryngologie* (page 1210), sous le titre « L'amygdalectomie totale par le procédé dit des ciseaux », le regretté Dutheillet de Lamothe écrivait : « Le malade étant endormi la bouche largement ouverte, je saisis solidement l'amygdale gauche avec la pince de Bourgeois tenue dans la main gauche (la droite maniant l'abaisse-langue) ; j'attire alors fortement l'amygdale en dedans.... » « ... avec des ciseaux tenus de la main droite... j'attaque du bout de ces ciseaux sur le bord du pilier antérieur... ». Et toutes les belles figures représentent bien en effet les trois instruments : abaisse-langue, pince de Bourgeois, ciseaux. Faut-il en conclure que notre éminent confrère, qui pourtant regrette dès l'abord de n'être pas ambidextre, avait trois mains, une pour chaque instrument ! Il est plus probable qu'il confiait l'abaisse-langue à un aide. Gros inconvénient qu'un aide supplémentaire, dans une telle intervention, où la place, autour de l'orifice buccal, est fort limitée.

Voici deux autres solutions à cette difficulté :

J'ai d'abord adapté à mon ouvre-bouche un abaisse-langue, extrêmement simple (une pièce en plus à manier tout de même), qui maintenait fort bien l'organe, mais gênait l'obturation étanche, par le masque, de la bouche ouverte.

Il m'a depuis paru préférable de combiner l'abaisse-langue avec la pince à traction. Lüer a parfaitement réalisé cet instrument, en greffant simplement sur le dos d'une des branches d'une pince de Kocher de 18 centimètres, une palette métallique mince, de 50 millimètres sur 25 (*Fig.* 2, *c*).

Cette *pince-abaisse-langue* saisit d'emblée l'amygdale. Il faut, bien sûr, s'entraîner à la manier de la main gauche, et à la tenir ferme contre le tangage que parfois, si l'anesthésie diminue, les mouvements de la langue impriment à la face inférieure de la palette.

Ce qu'il faut pincer, pour avoir une bonne prise, ce n'est pas le tissu amygdalien lui-même, mais une partie membraneuse, au voisinage du pôle supérieur, tantôt le haut du pilier antérieur ou mieux les voiles adventices qui le prolongent, tantôt la muqueuse sus-amygdalienne, qui forme parfois un véritable prépuce au sommet de l'organe.

Un coup de ciseaux, de la pointe, entaille juste au-dessus de la prise. Le plus souvent, au moins chez l'adulte, il ne suffit pas, pour entrer vraiment dans la loge amygdalienne, d'ouvrir ainsi une brèche à la muqueuse, les ciseaux, avant de pouvoir, d'un coup, abaisser de leur plat, le pôle amygdalien, doivent sectionner à petits coups des tractus fibreux verticaux, parfois fort épais, dépendances de la capsule qui l'attachent au voile en constituant un véritable ligament suspenseur de l'amygdale. Cette section faite, la tonsille se laisse très généralement décoller par le plat des ciseaux, jusqu'au hile. En l'attirant en avant et en bas, l'opérateur découvre le pilier

postérieur, que le tranchant des ciseaux détache avec le plus grand soin, en se tenant au ras du tissu amygdalien. Même dégagement attentif en avant, en tirant l'amygdale en dedans.

Dans les bons cas, avec les deux seuls instruments pince-abaisse-langue et ciseaux courbes, les deux amygdales sont dégagées jusqu'au hile (et même au delà, si on ne se limite pas systématiquement à la polectomie) en quelques secondes.

Reste à amputer : la pince de Rault à mors de 15 millimètres, me sert pour le faire d'un seul coup, avec une petite retouche parfois en arrière, dans l'angle pilier-amygdale détachée, plus rarement en avant.

Cela aussi va vite. Et, dans les bons cas toujours, toute l'affaire peut être menée pendant que se dissipe l'effet d'une anesthésie initiale au kélène, moyennement poussée.

III. Accidents et résultats

La première centaine de polectomies m'a donné de gros ennuis, sous la forme de cinq hémorragies notables. Toutes arrêtées d'ailleurs par le tamponnement de la loge amygdalienne par le muscle de pigeon adulte. Par ce procédé, j'ai pu en particulier, juguler, à huit jours de distance, deux hémorragies chez une jeune fille, nièce d'un confrère des plus distingués ; l'hémogénie de la patiente nous était bien connue, mais l'opération apparaissait vraiment indispensable, et le résultat final en fut des plus satisfaisants.

Chose curieuse, ce n'était jamais la tranche amygdalienne qui saignait, mais bien le fond de la loge. Seule, cette constatation m'a retenu de renoncer à cette technique. Il m'a suffi de la modifier légèrement, et une manœuvre fort simple m'a libéré de la hantise de l'hémorragie.

Quand l'amygdale, largement décollée pend dans le fond de la gorge, je la saisis dans les anneaux de la pince de Ruault. Je le faisais d'abord en poussant fortement l'anneau supérieur dans l'angle de décollement. Ce geste est resté. Mais avant de sectionner, je tire à moi la pince qui tient l'amygdale, en n'en serrant les branches que de façon modérée seulement. Il semble que si la paroi pharyngée ou ses vaisseaux étaient pincés, cette traction leur permet de se dégager, sans que soit diminuée sensiblement l'étendue de la polectomie.

Ce qui est sûr, c'est que depuis l'adoption de cette manœuvre, je n'ai plus observé que deux hémorragies : une fillette, dont le sang coagulait mal, a fait une hémorragie assez importante quelques heures après l'opération ; une femme d'une quarantaine d'années, nettement hypertendue, a saigné pendant quelques heures, de façon non-inquiétante d'ailleurs : chose curieuse, chez elle, c'est la tranche qui saignait, par trois petites artérioles. L'injection sous-cutanée de deux ampoules d'hémocoagulène Ciba arrêta net, en cinq minutes, la première de ces hémorragies ; la seconde céda, rapidement, aussi, au badigeonnage de la loge et de la tranche avec le même hémocaogulène, dont j'injectai, en plus, cinq centicubes sous la peau. Mis à part ces deux cas, où le saignement s'explique autrement que par la technique, tous mes opérés n'ont pas plus saigné qu'après une simple amygdalotomie.

Quant aux plaies opératoires, elles guérissent rapidement. La loge amygdalienne dont les arceaux sont maintenus écartés par les pôles inférieurs respectés, se cicatrisent régulièrement et le raccord avec la tranche amygdalienne se fait sans laisser de cicatrice appréciable à l'œil.

Les moignons, soustraits à l'action de voisinage des infections à répétition du sinus apical, ont une tendance générale à diminuer de volume. Je n'ai jamais dû compléter secondairement l'amygdalectomie.

LA CONSERVATION DES ANNEXES DANS L'HYSTÉRECTOMIE

Il est sinon de règle, du moins assez habituel d'enlever les annexes en même temps que l'utérus, au cours de l'hystérectomie pour fibrome. C'était du moins la conduite courante jusqu'à ces derniers temps. On estimait ainsi prévenir les troubles que pourrait provoquer le maintien en place des ovaires isolés.

Or, il apparaît que les idées chirurgicales sont, à l'heure actuelle, et à ce sujet, sur le point de se modifier. Divers auteurs sont venus faire connaître, à l'Académie de chirurgie, que depuis des années, ils ont adopté pour principe, dans l'hystérectomie pour fibrome, de conserver les annexes *in situ* quand elles se montrent saines. Les malades ainsi traitées n'ont présenté aucun des symptômes si pénibles accusés par les castrées. MM. Baumgartner, Fredet, P. Moure, Ferey, en particulier, ont adopté cette manière de faire, à la satisfaction de leurs opérées. La statistique de M. Daniel Ferey (de Saint-Malo) porte sur 400 cas.

P. Lacroix.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Pour la prophylaxie du cancer du sein :

l'exérèse large des lésions chroniques bénignes

D'après le Docteur DUPUY DE FRENELLE (1)

DES ARGUMENTS EMPRUNTÉS A LA CLINIQUE ET A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. Exemples de cancer du sein, pris au début pour une lésion bénigne, puis évoluant vers la métastase et aboutissant à la mort

Nous citerons textuellement l'auteur :

« J'étais tout jeune étudiant, lorsque j'entendis parler d'une femme qui avait été consulter un des chirurgiens les plus éminents de l'époque, parce qu'elle avait remarqué une petite grosseur ayant l'apparence d'une bille mobile sous la peau d'un sein. Le chirurgien n'avait pas jugé à propos de la débarrasser de cette petite tumeur. Deux ans après cette malade était opérée d'un cancer du sein, et mourait dans la suite de la récidive survenue peu de temps après l'opération.

« Il y a quelques années une dame de mes amies, un peu forte et redoutant l'opération, alla consulter un des chirurgiens les plus éminents de notre époque. Celui-ci, après un peu d'hésitation, lui conseilla de revenir le voir au bout de deux ou trois mois. La malade ne suivit pas ce conseil. Et j'insiste sur cette conduite, qui est fréquente. L'année suivante, elle fut opérée d'un cancer du sein par un autre chirurgien. Comme ami, j'ai assisté au martyre de cette femme pendant plus d'un an. Victime d'une métastase pleuro-pulmonaire, elle passait sa vie assise anhélante souffrant sans cesse.

« Un autre cas m'a frappé aussi douloureusement :

« Une de mes anciennes opérées me rencontre au bord de la mer et m'annonce son projet de venir me consulter, à son retour à Paris, parce qu'elle croit sentir dans son sein une induration anormale lorsqu'elle fait sa toilette. Dans les mois qui suivent mon retour à Paris, je ne la revois pas. J'apprends qu'elle est soignée par des pommades, des lotions, et peut-être même de légères compressions ou massages, dans le but de faire diminuer l'augmentation du volume du sein.

« Lorsque au bout de quelques mois cette malade est enfin venue me consulter, après l'échec de ces tentatives médicales, elle présentait un cancer massif du sein avec adénite axillaire. Je fis une opération aussi large, aussi complète que possible. Peu de temps après l'opération, elle fit une métastase vertébrale. Je suis encore ému au souvenir de son agonie, qui se prolongea pendant plusieurs mois, allongée sur le dos immuablement dans son lit et souffrant de douleurs atroces, dès qu'elle tentait de faire le moindre petit mouvement. »

2. Toute lésion apparemment bénigne du sein peut contenir un foyer de cancer

Le Docteur Dupuy de Frenelle en a fourni des preuves histologiques, qui lui ont permis de formuler les affirmations suivantes :

l'adénome du sein cliniquement le plus typique, roulant sous la peau comme une bille, encapsulé comme un marron dans sa coque, peut histologiquement être un cancer ;

l'encapsulement d'une tumeur n'est pas un signe anatomique, qui autorise à éliminer l'hypothèse d'un cancer ;

l'examen histologique d'un cancer montre parfois qu'à la périphérie de la tumeur le tissu conjonctif s'épaissit, de telle sorte qu'il forme comme une sorte de capsule ;

le cancer peut emprunter le masque clinique du kyste solitaire bénin ; mais aussi, le kyste, histologiquement bénin du sein, peut prendre des apparences cliniques de cancer ;

l'examen histologique d'une mammite polikystique montre souvent des lésions cancéreuses associées à des lésions bénignes.

D'autre part, une petite plaque de mammite, si minime soit-elle en apparence, peut contenir un foyer cancéreux. Ensuite, l'examen histologique d'un sein, qui paraissait atteint de mammite chronique, révèle parfois des lésions cancéreuses discrètes. Dans d'autres cas enfin, alors que le microscope ne décèle dans la glande aucune lésion cancéreuse, il montre dans les

(1) *Technique chirurgicale*, avril 1936.

ganglions d'apparence normale, enlevées en même temps, que la glande, des lésions de métastases cancéreuses.

Voici, à cet égard, un cas particulièrement démonstratif, qui montre la nécessité d'enlever les ganglions axillaires non perceptibles à la palpation, d'une seule pièce, avec la glande, lorsqu'on se trouve en présence d'une *mammite chronique, même typique cliniquement, même à peine perceptible.* L'auteur l'a rapporté en détails.

« Il y a deux ans, j'ai eu l'occasion d'examiner une femme d'une quarantaine d'années, très avertie, qui est venue me trouver, parce qu'il lui semblait sentir dans son sein une partie, qui avait changé de consistance. Une palpation attentive me permit de dénoter dans la région inféro-externe de la glande mammaire une induration périphérique et diffuse, qui aurait échappé à un examen superficiel. En effet, cette induration ne s'accompagnait pas d'une augmentation notable du fragment intéressé. Lorsque, en me plaçant derrière la malade, je palpais la glande à plat avec la paume de la main, ainsi que j'ai coutume de le faire, la main ne percevait aucune anomalie marquée. Il fallait pincer le bord de la glande entre le pouce et l'index pour sentir un segment glandulaire, légèrement induré, non épaissi, mais grumeleux. Il me fallut à plusieurs reprises comparer avec le côté sain pour conclure que le côté malade avait, sur un fragment très limité du bord de la glande, diminué de souplesse.

« La palpation la plus minutieuse du creux axillaire ne me permit de percevoir aucun ganglion, ni le long de la mammaire externe sur la paroi thoracique, ni le long des vaisseaux axillaires. En présence de l'insignifiance des symptômes, contrairement à mon habitude, je n'osai pas décider l'intervention de suite. Je priai la malade de revenir au bout de quelques semaines, à l'époque la plus éloignée de deux règles consécutives.

« Selon mon habitude, je la soumis, pendant ce laps de temps au traitement anticancéreux, que je préconise. Celui-ci est à base de cuivre, de silice, de magnésie de chaux et de fer.

« A un deuxième examen, je retrouvai les mêmes symptômes, aussi peu accusés, mais néanmoins perceptibles. J'insiste sur ce fait que le mamelon présentait un aspect et une souplesse absolument normaux. C'était un mamelon typiquement normal, qui n'avait jamais présenté le moindre suintement.

« Je fis part de mes doutes à la malade. Celle-ci, très avertie, préféra dans le doute, être opérée.

« L'opération comprit l'amputation en un seul bloc d'un très large croissant de peau, de la presque totalité de la glande (sauf le mamelon) et du pédicule axillaire qui fut isolé entre les deux lames aponévrotiques antérieure et postérieure, qui enveloppent le contenu cellulo-graisseux de l'aisselle. Je sectionnai le pédicule au ras de la pince. Je terminai en imprégnant toute la zone opératoire d'une solution forte de bi-chlorhydrate de quinine. La suture de la peau fut faite de telle façon que la malade conserva un sein relativement esthétique, bien que toutefois le mamelon, conservé en bonne place, siégeât au ras de la cicatrice représentant le sillon sous-mammaire.

« La palpation très attentive du pédicule axillaire, faite directement sur la pièce ne laissa percevoir aucun ganglion de volume anormal.

« La pièce fut envoyée intacte à Rubens Duval, qui répondit : « De nombreuses coupes de la glande ne mon-« trent que des lésions de mammite chronique de type « bénin. Par contre, dans les ganglions, on constate *« des métastases cancéreuses. »*

Le premier temps se passait en 1933 du *côté droit.* En 1934, la malade présenta une tuméfaction du *sein gauche,* pour laquelle fut faite une amputation typique, avec évidement axillaire en raison des antécédents histologiques. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait uniquement de mammite chronique avec ganglions inflammatoires.

En 1935, de nouveau du *côté droit,* opéré deux ans auparavant pour mammite chronique avec petits ganglions métastatiques cancéreux, la malade présenta un nodule, gros comme une noisette. Ce nodule était situé sous la peau, à laquelle il était adhérent dans la partie de la peau du sein, qui avait été conservée avec le mamelon, dans un but esthétique. Il n'était pas perceptible à la vue, roulait sous le doigt, et faisait corps avec la peau souple. Il fut enlevé très largement avec une corde scléreuse axillaire. Celle-ci ne présenta, à l'examen histologique, que des lésions d'irritation inflammatoire ; mais le *noyau de récidive était nettement cancéreux.*

***

Faut-il opérer toutes les lésions bénignes du sein ?

Non, *lorsqu'il s'agit de la mammite chronique banale, qui envahit la presque totalité du sein, et même des deux seins, sous la forme d'une diminution de souplesse en masse ou en damier.* Dans ces conditions, lorsqu'on palpe bien à plat les deux seins d'une malade, atteinte d'une mammite banale bilatérale, en se plaçant derrière la malade de préférence, ceux-ci semblent généralement avoir diminué de souplesse dans la plus grande partie de leur étendue. Ils ne donnent plus à la paume de la main, qui les effleure pour les explorer, la sensation indéfinissable, que donne une glande mammaire saine.

Oui, *lorsqu'elles sont circonscrites, lorsqu'elles forment une entité clinique nettement distincte de la glande mammaire.*

Certaines *mammites chroniques,* dont les lésions sont, par leur consistance, nettement distinctes du reste de la glande, doivent également être enlevées, et cela très largement avec leur pédicule lymphatique axillaire. L'auteur appelle : mammite chronique à opérer largement, la zone d'induration mammaire plus ou moins délimitable dans ses contours, lorsque cette zone est nettement différente par sa consistance du reste du rein, palpé à plat.

Cela revient à dire : doivent être enlevées les lésions chroniques, qui forment, d'un seul côté et dans un fragment limité de la glande mammaire, une induration nettement perceptible donnant une sensation tout à fait différente de celles perçues dans le reste du sein ou dans le sein du côté oposé. Ce dernier sert de compa-

raison pour établir le diagnostic. L'induration se sent sous la forme d'un pois, d'un noyau, d'une bande, d'une frange indurée, dans le voisinage du bord externe ou inférieur de la glande surtout, ou d'une plaque indurée dans le corps de la glande.

Les *adénomes typiques encapsulés du sein* doivent être enlevés largement avec leur pédicule lymphatique ; on peut conserver cependant une esquisse de glande mammaire, avec le mamelon et le cône sous-mamelonnaire. L'adénome, même s'il contient par exception, un noyau histologique cancéreux ne paraît pas justifier l'amputation typique de la totalité du sein.

Le *kyste solitaire du sein* est le plus souvent bénin ; mais étant donné qu'il se développe fréquemment dans une zone de mammite microkystique étendue, mieux vaut enlever les trois quarts de la glande qui le contient, avec le pédicule axillaire attenant, en s'efforçant de faire passer le bistouri au delà des limites de la lésion. Comme celle-ci peut être cancéreuse, il ne faut pas l'ouvrir. Aussitôt enlevée, la pièce est examinée histologiquement, avant de procéder aux sutures ; s'il s'agit d'un cancer, l'opération est terminée à la manière d'une amputation classique. Cette façon de procéder est moins dangereuse que la biopsie faite au début de l'opération.

Si le kyste bénin solitaire ressemble souvent à un cancer, mais si les symptômes plaident en faveur d'une lésion bénigne, il est également indiqué de ne pas procéder d'emblée à une amputation classique.

Voici quels sont ces *signes favorables*. La femme a moins de 40 ans ; le kyste a poussé rapidement en quelques mois ; la pression sur le kyste, souvent dur comme un cancer, éveille une douleur qui n'existe pas dans le cancer ; le kyste est parfois le siège de douleurs spontanées légères, qui durent peu et se réveillent à intervalles espacés ; il arrive parfois que le kyste subisse des variations de volume, or celles-ci ne se rencontrent jamais dans le cancer ; les ganglions axillaires, qui coexistent avec le kyste bénin, donnent plutôt une impression de rénitence que de dureté pierreuse. Ils sont parfois douloureux à la pression, ce qui est é alement un signe relatif de bénignité.

Ne pas oublier que le cancer peut aussi ressembler à un *kyste bénin* ; cependant la dureté irrégulière de la tumeur, ses contours plus diffus, plus étalés, la lenteur de l'évolution doivent mettre en éveil.

Quant à la *mammite polykystique*, beaucoup de chirurgiens tendent à la considérer comme une affection de nature bénigne, une néoplasie bénigne, à évolution lente, très lente. Mais, histologiquement la mammite polykystique présente assez souvent dans sa structure, à côté de lésions de type bénin, des lésions permettant de saisir la transition entre les microkystes bénins et les cancers, et, dans d'autres cas plus rares, des lésions d'épithélioma nettement constituées, avec ganglions métastatiques.

S'il y a en même temps une minime lésion mammaire perceptible, quelle conduite tenir en présence d'un *écoulement de sang intermittent par le mamelon* ? L'auteur ferait volontiers une résection du sein, esthétique, aussi large que possible, sinon totale avec curage de l'aisselle. En effet, dans la moitié des cas de cancer du sein, accompagnés de pareil écoulement sanguin, cet écoulement a été le premier symptôme perceptible.

Enfin, en présence de *seins très volumineux*, il est très difficile de préciser s'il existe de la cellulite douloureuse, de la mammite ou du cancer ; mieux vaut donc, au moindre doute, procéder à une ablation large, suivie de réfection esthétique si la malade le désire.

En conclusion, il n'y pas de lésion chronique du sein, dont on puisse affirmer qu'elle ne contient pas un foyer de cancer en formation. En présence de toute lésion chronique circonscrite du sein, la prudence commande l'ablation large de la glande et, le plus souvent, de son pédicule lymphatique axillaire. Bien que la chirurgie la plus large du cancer du sein donne des résultats souvent décevants, la prudence consiste néanmoins à enlever toute lésion suspecte très largement. La résection d'une moitié de la glande mammaire n'offre aucun inconvénient pas même au point de vue de la lactation, lorsque la femme devient mère par la suite.

Une *conduite à réprouver*, « c'est l'inaction thérapeutique, c'est-à-dire la mise en observation sans traitement. Il existe actuellement toute une thérapeutique du cancer qui, si elle ne peut prétendre à la guérison des cancers évolués, peut espérer enrayer la marche des lésions précancéreuses, la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs maligne ou diminuer la fréquence des récidives post-opératoires ».

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Importance de l'examen radiologique pour le dépistage et l'étude de l'amibiase

Le Docteur E. Spéder, médecin-chef du Centre Bergonié d'électro-radiologie et du cancer du Maroc, a présenté au Congrès de l'amibiase de l'Afrique du Nord d'avril 1936 une importante étude, basée sur 500 observations d'amibiases, pour le plus grand nombre méconnues. Seuls, ont été retenus les cas d'amibiase confirmés par le Laboratoire et par une action rapide et indiscutable du traitement émétinien.

Les images sont classées par l'auteur sous six aspects : atonique, bandonéon, chenille, déchiqueté, rigide, filiforme qui correspondent, comme il le montre, à des formes anatomo-pathologiques et cliniques différentes.

Les formes molles comprenant les aspects atonique, bandonéon et chenille, sont bénignes.

Les formes sèches ou aspects déchiqueté, rigide et filiforme correspondent à des formes cliniques de plus en plus sévères. Les formes sèches sont caractéristiques de la colite parasitaire dans plus de 70 % des cas environ, à condition qu'elles soient durables et au moins constantes au cours d'examens pratiqués pendant plusieurs jours.

Les caractères spécifiques de l'amibiase sont en effet :

1° La pluri-localisation des lésions.

2° La localisation étroite de lésions, isolées ou groupées, à des zones de l'intestin parfois très limitées. Les segments coliques entre ces foyers de localisation des lésions ont une muqueuse ou bien intacte ou qui ne présente que des modifications beaucoup moins accentuées qu'au niveau des lésions majeures.

3° L'amibe, par les tubes glandulaires ou à travers les plis muqueux, progresse immédiatement vers la sous-muqueuse, puis ensuite vers la musculeuse. Les réactions précoces neuromusculaires observées au cours des examens radiologiques sont dues à l'atteinte précoce de la muscularis mucosæ, de la musculeuse propre et à une réponse rapide des plexus nerveux qui y siègent.

4° Dans les formes molles, les segments sains ou peu touchés donnent des images qui rappellent celles des colites banales : sur 1 m. 50 de côlon par exemple, si les lésions sont réparties en trois ou quatre zones ayant chacune quelques centimètres de longueur, l'image d'ensemble de l'intestin est donnée par les 140 cent. sains ou peu lésés : ces 140 cent. de côlon sans caractère spécial laisseront l'impression d'images banales ou d'images retrouvées dans beaucoup d'autres colites, d'où les erreurs commises jusqu'à présent dans l'interprétation des radiographies d'amibiens. Les caractères en quelque sorte spécifiques de la colite amibienne sont par contre donnés par les 10 cent. répartis sur plusieurs points et où se trouvent les lésions majeures.

L'examen radiologique, pratiqué heureusement très souvent pour une tout autre cause que l'étude du côlon, en démontrant l'existence de troubles de fonctionnement du gros intestin et des lésions de la muqueuse, est un *test d'alarme*.

Les données radiologiques orienteront les investigations du clinicien vers l'étude du côlon et l'amèneront à faire pratiquer des examens de selles et un traitement d'épreuve.

Chez des amibiens avérés, les examens de selles pour la recherche de l'amibe ne sont positifs avec les examens courants répétés, même après préparation sérieuse du malade, que dans 2 à 4 /10e des cas ; avec des techniques plus précises, l'amibe est découverte dans 7 /10e des cas au plus.

Dans le cas où le Laboratoire n'a pas donné de renseignements précis et lorsqu'un traitement d'essai incomplet n'a pas eu d'effet rapide, la constatation d'images radiologiques caractéristiques à 70 % de la parasitose intestinale, dans certaines formes de *l'amibiase, donne au médecin* et au malade la conviction nécessaire pour poursuivre la thérapeutique étiologique et renouveler les examens microscopiques.

La découverte d'amibes est la seule preuve authentique de l'amibiase, mais, en pratique, il est souvent difficile d'obtenir d'un malade une répétition suffisante d'examens des selles.

Contrairement à des affirmations données dans des ouvrages traitant du radio-diagnostic des affections du côlon, l'examen radiologique a un rôle de toute première importance pour le dépistage, l'établissement du diagnostic et du pronostic des colites parasitaires et, en particulier, des colites amibiennes. La colite amibienne a des caractères radiologiques spécifiques. (*Maroc Médical*, juin 1936.)

Le nombre et l'intervalle des tétées chez le nouveau-né

Un régime de sept tétées quotidiennes, données régulièrement toutes les deux heures et de-

mie pendant la journée, en s'abstenant de tétées entre dix ou onze heures du soir et six ou sept heures du matin, paraît être, d'après le Professeur agrégé GUÉNIOT, le régime le mieux adapté à l'organisme et aux fonctions du nouveau-né.

Bien entendu, cette règle générale, concernant le nouveau-né normal à terme et bien portant, est sujette à quelques modifications dans certains cas particuliers. Chez les enfants qui ont une certaine intolérance stomacale et qui rejettent après leurs tétées, on peut parfois faire garder mieux le lait qu'ils prennent en diminuant l'abondance des tétées et en augmentant leur nombre : au lieu de sept, on en donnera huit, moindres comme quantité, une toutes les deux heures dans la journée au lieu de toutes les deux heures et demie, et souvent alors on verra un résultat meilleur de cette division plus grande des tétées. Il en est tout particulièrement ainsi chez les prématurés débiles, qui souvent ne peuvent garder une bien grande quantité de lait, et auxquels il y a alors intérêt à faire prendre des tétées de faible abondance, mais plus souvent répétées : non seulement huit, mais parfois neuf, dix par vingt-quatre heures. L'enfant garde ainsi une plus grande quantité du lait qu'on lui fait prendre.

Le régime de sept tétées par vingt-quatre heures ne doit pas être trop rapidement réduit à six tétées. A mesure que l'enfant se développe, sa capacité stomacale s'accroît ; il peut sans inconvénient prendre des tétées plus abondantes : mais, comme la quantité de lait qu'il doit prendre dans les vingt-quatre heures pour avoir une ration suffisante s'accroît elle aussi, il ne faut pas trop vite diminuer le nombre des tétées, sous peine de lui faire ingérer des tétées trop abondantes, mal en rapport avec sa capacité. C'est aux approches de six mois que la plupart des pédiatres s'accordent à réduire à six au lieu de sept le nombre des tétées quotidiennes. (*Hygiène sociale*, 25 avril 1936).

Au sujet du traitement, par les radiations, des métastases vertébrales des cancers du sein.

En conclusion de son travail, le Docteur DESAIVE précise que le traitement par les radiations (de préférence sous la forme d'une association de radiothérapie locale et de télérentgenthérapie), des métastases vertébrales de cancers du sein donne actuellement de bons résultats palliatifs. En présence d'un cancer du sein métastatique, le médecin praticien est donc autorisé à conseiller cette thérapeutique, dont les chances sont grandes de supprimer les douleurs pénibles de la lésion vertébrale et qui peut par surcroît, offrir à la malade une période souvent longue d'activité presque normale. (*Le Scalpel*, 6 juin 1936.)

La détection de la fièvre jaune par l'examen histologique du foie.

Les mesures prises jusqu'à ce jour — en particulier la destruction des moustiques vecteurs et la surveillance sanitaire maritime — ont fait leurs preuves. Elles ont même donné au début plus qu'on n'en attendait puisque la stérilisation des centres citadins d'endémicité où elles étaient rigoureusement appliquées s'est étendue à une large zone rurale environnante.

La prophylaxie de la fièvre jaune se trouvant ainsi limitée pour chaque pays à un certain nombre de « centres-clés » où elle pouvait s'exercer avec toute la sévérité nécessaire, il semblait qu'on pût raisonnablement espérer dans un avenir assez proche débarrasser progressivement tout le pays de la redoutable endémie. Malheureusement cet espoir s'est trouvé déçu, et ce dogme de la transmission de la fièvre jaune a dû céder le pas à une conception épidémiologique assez différente, qui s'est imposée peu à peu à la lumière de faits nouveaux, que J. BABLET développe au cours de son étude.

Il résulte des faits exposés que, à la lumière des résultats acquis grâce aux méthodes d'investigation récentes, le problème de l'épidémiologie de la fièvre jaune se pose sous un jour nouveau, et l'efficacité des mesures prophylactiques qu'il convient d'opposer à l'extension de ce fléau apparaît entièrement subordonnée à la connaissance immédiate des cas d'infection amarile, partout où ils se manifestent et quelles que soient les formes cliniques qu'ils revêtent.

Pour atteindre ce but, la pratique actuellement la plus recommandable est le prélèvement systématique de pulpe hépatique — au cours de l'autopsie ou au moyen du viscérotome — appliqué à tous les décès survenus après moins de dix jours de maladie, dans les régions où la recherche du test de protection a révélé un pourcentage positif d'individus naturellement immuns. Il est souhaitable que les échantillons soient accompagnés d'un minimum d'observation clinique, permettant en particulier au laboratoire d'éliminer certaines intoxications.

En l'absence d'une méthode sérologique permettant de reconnaître, à coup sûr, la fièvre jaune au cours de la maladie, et à défaut d'inoculations expérimentales, la viscérotomie *post mortem* et l'examen histologique du foie peuvent donc être considérés comme les procédés de choix pour déceler les manifestations, si atypiques soient-elles, de l'infection amarile. (*Paris Médical*, 6 juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Actinomycose du gros intestin

(M. QUERNEAU, de Quimper.
Rapport de M. P. MOURE ; 18-3-1936)

Les observations d'actinomycose du gros intestin ne sont pas exceptionnelles : il s'agit là toutefois d'une affection d'un diagnostic clinique difficile. M. Querneau a opéré un malade atteint de troubles d'occlusion intestinale qu'une radio mettait sous la dépendance d'un obstacle siégeant au-dessus de la crête iliaque. Le diagnostic de cancer fut posé et, après laparotomie, on tomba effectivement sur une tumeur, infiltrant le méso, et paraissant bien être une néoplasie maligne. C'est seulement après incision que la nature de la lésion parut incertaine. L'examen histologique permit de poser le diagnostic d'actinomycose. Il ne semble pas que, même si le diagnostic exact avait été précisé avant l'opération, celle-ci eût été différente.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur. Elimination de séquestre. Prothèse

(M. P. TRUFFERT ; 18-3-1936)

L'observation de M. Truffert concerne un garçon de 16 ans chez qui l'ostéomyélite du maxillaireinférieur fut confondue au début avec une périostite d'origine dentaire, erreur qu'il est très difficile, sinon impossible d'éviter. L'avulsion de la dent incriminée n'arrêta pas les accidents, loin de là.

L'auteur note la nécessité chez son malade d'attendre la formation du séquestre avant d'intervenir. Une opération plus précoce aurait eu des limites plus étendues et l'appareillage définitif aurait peut-être été impossible.

La prothèse provisoire effectuée permettra d'attendre la régénération d'un arc mandibulaire dont la courbe, même si elle n'est pas exactement normale, rendra possible, à coup sûr, la reconstitution d'un articulé dentaire physiologique.

Parathyroïdectomie dans le traitement des rhumatismes

(M. Pierre MALLET-GUY. — Rapport de M. WELTI ; 25-3-1936)

M. Pierre Mallet-Guy rapporte deux cas de rhumatisme ankylosant vertébral traités par parathyroïdectomie unilatérale. Le résultat de l'opération fut satisfaisant.

Malgré l'amélioration constatée chez ces deux malades, M. Welti fait de grandes réserves. En effet, après des améliorations passagères, les insuccès dans les observations suivies à longue échéance sont la règle, et la parathyroïdectomie dans le traitement des rhumatismes n'a guère jusqu'à présent tenu ses promesses.

Néanmoins, ces deux cas montrent que non seulement l'ablation unilatérale des parathyroïdes est quelquefois suivie d'une rémission immédiate surprenante, mais encore qu'elle peut donner, très exceptionnellement, des résultats assez durables.

Luxation de l'épaule : ossification para-articulaire

(M. CABONAT, de Nîmes. Rapport de M. HUET ; 11-3-1936.)

Un malade de 32 ans est atteint de luxation de l'épaule dont la réduction est obtenue aisément par simple traction. Un mois après l'accident, l'épaule est encore raide, les mouvements sont un peu limités et il subsiste une certaine gêne fonctionnelle. Une radiographie faite à ce moment montre une large production osseuse détachée de la partie interne du col chirurgical. Une seconde radiographie pratiquée trois ans plus tard révèle une grande régression spontanée de la production osseuse. Le malade, qui a travaillé régulièrement d'ailleurs, a récupéré l'usage intégral de son épaule.

M. Cabonat pense qu'il s'agit d'une exostose irrégulière et non d'un ostéome. M. Huet, par contre, incline à voir dans cette lésion un ostéome du type des ostéomes musculaires du brachial antérieur qui succèdent aux luxations du coude.

Le point intéressant de l'observation est la régression spontanée de la néoformation osseuse.

— M. MAUCLAIRE croit qu'il s'agissait d'un ostéome de la capsule à la partie inférieure.

— M. Paul MATHIEU distingue les ostéomes traumatiques, qui se développent après les luxations, des calcifications péri-scapulaires, lésions qui cèdent à toutes sortes de traitements physiothérapiques différents et même en l'absence de tout traitement (thèse de Lafon). Le cas de M. Cabonat montre que les ostéomes sont, eux aussi, susceptibles de disparaître spontanément. M. Mathieu les traite habituellement par la radiothérapie.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Accidents nerveux de la chrysothérapie

(MM. Etienne Bernard et M. Morin ; 20-3-1936)

Une femme de 27 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, reçoit pendant deux mois et demi une série d'injections de crisalbine. La dose par piqûre ne dépasse jamais 0 gr. 20 et la dose totale injectée atteint 4 gr. 05. Pendant la durée du traitement, on ne constate pratiquement aucun signe d'intolérance à l'or. C'est à la fin de la série de piqûres qu'apparaissent :

1º Des symptômes neurologiques consistant en troubles algoparétiques localisés à droite. Des algies intolérables en sont le signe dominant. On observe, en outre, d'importantes fibrillations musculaires bilatérales ;

2º Des troubles psychiques : agitation, insomnie, plaintes, gémissements, idées de suicide ;

3º Des manifestations muqueuses et cutanées.

Ces accidents nerveux ont été graves. Ils ont duré trois mois.

Ils ont été dus aux sels d'or et à eux seuls. Aucune intoxication exogène ou endogène n'est retrouvée chez la malade, non plus qu'aucune prédisposition morbide du côté du système nerveux.

La connaissance de pareils accidents offre un double intérêt : d'abord pour les phtisiologues en leur rappelant que la médication par les sels d'or est susceptible de déterminer dans le domaine du système nerveux des réactions sévères, parfois graves, le plus souvent très douloureuses ; ensuite pour les neurologistes qui peuvent isoler des entités nosologiques, dont la séméiologie et la pathogénie offrent un vif intérêt.

Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson Traitement par l'anatoxine staphylococcique

(M. André Bloch, Larroque et Ch. Grüpper ; 13-3-1936)

Il s'agit d'un cas d'ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur avec septicémie staphylococcique, guéri par l'association au traitement chirurgical habituel d'une méthode vaccinale nouvelle par l'anatoxine staphylococcique. Cette observation représente la première de ce genre. Grâce à de minutieux examens de laboratoire, on a pu vérifier l'innocuité parfaite de l'anatoxine, les modifications humorales qu'elle entraîne, ainsi que son efficacité remarquable.

L'enfant a reçu, en cinq injections, une quantité totale de 2 c. c. 85 d'anatoxine pure, chaque injection a été parfaitement supportée et, contrairement aux faits relatés par d'autres auteurs, on n'a constaté aucune réaction locale, focale ou générale. L'anatoxine semble donc devoir être un traitement adjuvant, appelé à donner de fréquentes indications dans les affections oto-rhino-laryngologiques dues aux staphylocoques.

Staphylococcémie grave. Injections d'anatoxine, transfusions ; guérison

(MM. Merklen, R. Waitz et R. Pernot ; 13-3-1936)

Si la thérapeutique des staphylococcies cutanées par l'anatoxine staphylococcique est bien réglée, et si son action paraît réelle, le rôle de l'anatoxine dans les septicémies à staphylocoques est encore à l'étude. Le cas rapporté paraît favorable à l'emploi de l'anatoxine.

Il s'agissait d'une septicémie à staphylocoques dorés, hémolytiques, avec un état général grave et diverses localisations secondaires passagères. Dans la guérison de cette septicémie, un rôle essentiel semble avoir été joué par la vaccination à l'anatoxine staphylococcique, aidée de six transfusions.

Méningite scarlatineuse à lymphocytes

(M. Jean Olmer et Mlle M. Legré, de Marseille ; 13-3-1936)

Si l'augmentation de fréquence des complications nerveuses au cours des fièvres éruptives paraît actuellement indiscutable, ces complications restent rares dans la scarlatine. Elles y revêtent le type d'une encéphalo-myélite disséminée et parcellaire ; mais il est tout à fait exceptionnel de voir les signes méningés dominer la scène clinique et réaliser une véritable méningite scarlatineuse.

Dans le cas rapporté qui a trait à une malade de 13 ans, les symptômes méningés sont apparus au sixième jour d'une scarlatine, en même temps que l'on notait une soudaine élévation de température à 40º8 et des signes généraux graves. Une première ponction lombaire montra un liquide normal. Huit jours après, alors que l'état général s'était nettement amélioré, la réaction méningée s'était encore accentuée, et une ponction lombaire montrait un liquide clair, mais hypertendu et contenant 81 lymphocytes par millimètre cube et 0,80 d'albumine par litre. Ce n'est que lentement que les signes méningés rétrocédèrent, bien après que la température fut revenue à la normale. Un tel tableau clinique est tout à fait exceptionnel.

G. F.

Les Thèses

P. — Dr C. Lebreton. — **L'hippocratisme digital.** (Thèse, 1936.)

L'auteur donne à son travail les conclusions d'ordre pratique suivantes :

L'hippocratisme digital, compte tenu de certaines réserves, est un phénomène correspondant à *une insaturation anormale du sang capillaire en oxygène.* On peut, en conséquence, en constatant sa présence, présumer celle du phénomène biochimique dont il dépend.

Au cours de certaines affections, ce trouble biochimique n'apparaît que dans des conditions déterminées. La présence de l'hippocratisme digital est donc la preuve que ces conditions sont réalisées. C'est ainsi que, au cours de la tuberculose pulmonaire, ce même trouble n'apparaît que lié à des lésions pulmonaires étendues. La présence de l'hippocratisme digital est donc ici la preuve de l'existence de telles lésions.

Au cours des affections où l'on ne relève généralement pas de trouble biochimique, l'apparition de signes hippocratiques attestera cependant l'existence de ce trouble quel qu'en soit le mécanisme causal.

A ces différents titres l'observation des signes hippocratiques peut fournir à la clinique des renseignements précieux.

P. — Dr J. Burstin. — **Schizophrénie et mentalité primitive.** Etude comparative. (Thèse 1935.)

L'auteur présente un exposé des analogies et des différences que l'on rencontre entre la schizophrénie et la mentalité primitive, problème qui, jusqu'à ce jour, a été surtout étudié en Allemagne, par Storch en particulier.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des affections génito-urinaires par un mélange de bismutho-8-oxyquinoléine et d'isopropylnaphtalène sulfonate de soude (Binidia)

par L. Grollet

(*Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*, nº 475, avril 1936)

L'auteur résume les travaux antérieurs concernant la formation des toxalbumines bismuthiques.

L'étude faite par Miget de la remarquable activité du bismutho-8-oxyquinoléine dans le traitement des diarrhées des tuberculeux permet de considérer comme possible la formation de ces toxalbumines au contact de la muqueuse intestinale.

L'auteur pensant « qu'il n'y a aucune raison pour que la muqueuse du vagin, de l'utérus, de l'urètre et de la vessie n'agisse pas de la même façon que l'intestin vis-à-vis du bismutho-8-oxyquinoléine » en a essayé l'emploi comme antiseptique génito-urinaire local.

Il a utilisé le mélange suivant :

Bismutho-8-oxyquinoléine.........	10 gr.
Isopropylnaphtalène sulfonate de soude..........................	0,1
Eau distillée stérile................	100 gr.

Le bismutho-8-oxyquinoléine est l'agent chimiothérapique, l'isopropylnaphtalène sulfonate de soude, l'agent « imbibant » qui facilite la pénétration de l'antiseptique dans tous les replis de la muqueuse.

Ce mélange, appelé Binidia, est employé par l'auteur dans les conditions suivantes :

Dans les *endométrites* et *métrites gonococciques* il pratique trois à quatre instillations intra-utérines de 5 à 10 c. c. de Binidia à raison de deux par semaine. De nombreuses observations recueillies permettent de conclure à l'excellente efficacité de la formule proposée.

Dans le traitement des *vulvites gonococciques des petites filles* : des instillations vaginales biquotidiennes de 12 c. c. de Binidia ont donné des résultats excellents dans les douze cas que L. Grollet a eu l'occasion de soigner.

Enfin, ayant appliqué la même formule au traitement des *uréthrites*, l'auteur signale les résultats encourageants obtenus, mais estime que le nombre d'observations, chez l'homme, est encore insuffisant pour établir une conclusion définitive.

En conclusion, L. Grollet estime qu'en gynécologie et chez les enfants l'action du nouveau médicament est très efficace et dépourvue de dangers.

CRÉNOTHÉRAPIE

Les nouvelles méthodes thérapeutiques d'Aix-les-Bains

Les rhumatismes méritent d'être classés parmi les maladies sociales au même titre que la tuberculose, la syphilis et le cancer. Ils doivent donc être combattus avec méthode, tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue thérapeutique.

Des statistiques récentes établies à l'étranger démontrent l'étendue du mal causé par les affections rhumatismales.

En Allemagne par exemple, sur 33.000 ouvriers malades, on relève 4.000 cas de rhumatisme, soit 11 %. Les ouvriers âgés de plus de 40 ans sont rhumatisants dans une proportion de 58 %, dont la moitié est fréquemment immobilisée pour rhumatismes.

En Angleterre, on constate que, sur 25.000 morts annuelles par cardiopathie, 40 % sont d'origine rhumatismale ; sur 16 millions d'assurés sociaux, il y a plus de 400.000 rhumatisants.

En Suisse, les chemins de fer fédéraux accusent une proportion de 11.73 % de journées de maladies par le rhumatisme.

En Suède, elle atteint 9 %, au Danemark 11,3 % et en France la situation est à peu près la même.

La médication principale du rhumatisme est celle que donne la station d'Aix-les-Bains, véritable « arthropole ».

L'action de la cure d'Aix-les-Bains est reconnue depuis des siècles, et fait de cette station la plus grande spécialisation thermale pour le traitement de toutes les formes de rhumatismes.

La fameuse douche-massage d'Aix a fait le tour du monde et elle a été imitée dans presque tous les établissements thermaux.

La douche de vapeur, dite « Berthollet », ne peut être donnée qu'à Aix-les-Bains en raison de la disposition spéciale des griffons d'eau chaude sulfurée calcique, qui alimentent l'Etablissement et qui sourdent à des niveaux différents.

A ce type de traitement thermal, qui se complète par des étuves, des bains, des piscines, des douches locales, etc., les nouvelles et très modernes constructions des nouveaux thermes ont permis d'ajouter tous les traitements de physiothérapie, qui renforcent de la façon la plus heureuse les effets de la cure thermale.

L'électrothérapie sous toutes ses formes : rayons X, ultra-violets, infra-rouges, ondes courtes, ionisation, etc..., actinothérapie, Solarium tournant, sont à la disposition des malades dans des conditions de confort, qui n'ont pas été jusqu'ici réalisées.

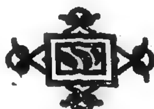
Des salles de mécanothérapie, active et passive, permettent la mobilisation de toutes les articulations au moyen d'appareils spéciaux, « arthromoteurs » inventés par le Docteur de Champtassin, de Paris, sous la surveillance directe du médecin.

Deux piscines sont spécialement aménagées pour la *mécanothérapie sous-marine*. Cette innovation thérapeutique est unique au monde ; elle permet en associant la mobilisation mécanique des articulations à l'action de l'eau thermale d'amplifier les avantages des deux modes de traitement.

Les essais faits en 1935 sur trois appareils autorisent à escompter de cette médication des résultats, qu'on n'a pas obtenus depuis ce jour. Le nombre de ces appareils vient d'être porté à treize.

Le nouvel Etablissement d'Aix comporte en outre des salles pour l'application de la moussothérapie ; de plus, par l'aspiroclyse (méthode Jean Frumuzan et Suarez de Mendoza) et par l'« Entérocleaner » (bain intestinal subhydrique), on peut aujourd'hui à Aix, envisager le traitement complémentaire du rhumatisme.

Dans un prochain article, nous reviendrons plus longuement sur ces médications modernes.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

UNE SYMPATHECTOMIE THORACIQUE POURRA-T-ELLE UN JOUR GUÉRIR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ?

Ce sera peut-être la réalité de demain..., cependant sous certaines réserves et certaines précautions.

C'est ainsi que tout état avancé de la maladie deviendrait naturellement une contre-indication formelle. Et puis, il y aurait quelques règles à observer au moment de l'intervention.

Le principe de la méthode consiste à augmenter, d'une façon définitive autant que possible, le régime circulatoire du poumon atteint. Ainsi serait accru le pouvoir local de défense organique contre les lésions du bacille de Koch. Il se passerait ici un phénomène analogue à celui de l'œdème, artificiellement réalisé par une striction au niveau de certains segments de membres, pour faciliter la résorption de divers épanchements, comme dans le procédé bien connu de Bier pour le traitement de l'hydarthrose chronique du genou.

Comment agir en ce sens sur les vaisseaux du poumon, sinon par l'intermédiaire des filets nerveux de la vaso-constriction. Les sectionner aboutirait à la vaso-dilatation recherchée. Pour réaliser ce but, il suffirait d'interrompre le courant nerveux qui, par l'intermédiaire du sympathique, va de l'encéphale et de la moelle aux vaisseaux pulmonaires. Ces derniers étant ainsi maintenus en vaso-dilatation permanente, l'irrigation vasculaire serait augmentée dans une énorme proportion au niveau de la zone envahie par la bacillose.

Le Docteur C. Alvarez (de Oviedo) nous en précise la méthode ; pour cela il se base sur une longue expérimentation, et sur une certaine expérience clinique. Ainsi, dit-il, « j'ose espérer que la *tuberculose deviendrait une maladie banale, même si en ce moment on peut me juger un homme plein de fantaisies* » (1).

L'idée de cette innovation lui vint dès 1897 à l'occasion de la guérison d'une affection chronique de l'estomac, qui se produisit fortuitement après l'opération d'un lipome de la région dorsale, au niveau des septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales. Quelques jours après cette intervention, survint un phénomène qui devait être considéré comme capital en l'occurrence : la plaie s'ouvrit et se cicatrisa par deuxième intervention. Or, au bout de deux semaines C. Alvarez constatait avec étonnement que, par ailleurs, les inconvénients de l'affection gastrique avaient disparu et que, pour la première fois depuis trente-huit mois, la malade pouvait manger de tout sans souffrances et sans aucun inconvénient ! La guérison durait depuis huit ans, quand la mort arriva par suite d'une maladie intercurrente.

L'auteur attribua cette cure surprenante et imprévue à *l'élongation des intercostaux*, qui s'était produite au moment de l'ouverture secondaire de la plaie, et avait pu exercer une commotion sur le sympathique, déterminant ainsi une hyperémie du territoire splanchnique correspondant.

Il chercha ensuite à déterminer sur le cadavre la technique de pareille opération, en vue de s'attaquer à la tuberculose pulmonaire. Il ne cache d'ailleurs pas l'opposition qu'il trouva dans les Sociétés savantes, tant à Madrid que dans toute l'Espagne.

La théorie ne paraissait-elle pas un peu étrange ; les résultats accusés ne semblaient-ils pas tenir du miracle ?

Mais non, affirme Alvarez, il s'agit d'une action indirecte sur le sympathique thoracique. « Je tiens compte que cette affection (la tuberculose) se développe sur des tissus d'une vitalité très restreinte, et je suppose que la guérison médicale pourrait être un problème circulatoire, réalisant sur le poumon une hyperémie plus parfaite que celle de Bier. Ma théorie se base, d'ailleurs, sur les études du célèbre Claude Bernard sur l'innervation des vaisseaux. En effet, en élonguant les deuxième, troisième et

---

(1) C. Alvarez. — Essais expérimentaux sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire par l'intervention directe sur le sympathique thoracique. (*Arch. Médico-chirurgicales de l'appareil resp.*, n° 6, 1935.)

quatrième intercostaux, on provoque par l'intermédiaire des rami communicantes une excitation, qui paralyse l'action vaso-constrictive des nerfs vaso-moteurs au niveau des vaisseaux pulmonaires, en leur faisant perdre le tonus, et par conséquent en les laissant dans une vaso-dilatation temporaire. »

Puis, il eut l'occasion d'opérer quatre cas de tuberculose pulmonaire grave, avec nombreux bacilles dans les crachats, température élevée, tachycardie, état cachectique. Peu de jours après l'intervention, se produisit chez tous les sujets une amélioration notable. Deux ou trois mois plus tard, tous les symptômes morbides avaient disparu ; le poids avait augmenté de 6 à 10 kilogrammes ; le nombre des bacilles était tombé à huit ou dix par champ du microscope. Les malades les plus graves avaient semblé s'améliorer plus vite que les moins atteints. Leur vie fut prolongée de douze à vingt-deux mois, malgré leur état cachectique notable, et cela sans aucun traitement médicamenteux, sans précautions hygiéniques spéciales.

A présent, Alvarez, ne mettant pas en doute une relation certaine entre la commotion du sympathique et l'amélioration des malades, cherche à perfectionner sa méthode. Il veut obtenir, une hyperémie, non passagère, mais permanente. Aussi préférera-t-il à l'élongation des intercostaux une résection du sympathique thoracique, et cela sur une certaine étendue avant d'éviter la régénération nerveuse, et de réaliser par là même l'hyperémie permanente.

De plus, la portion à réséquer devra être en rapport avec l'extension de la lésion tuberculeuse. De là, une nécessité de faire de nouvelles études topographiques sur la distribution des branches sympathiques dans le poumon, afin d'établir une relation entre le niveau de l'intervention opératoire et le siège de la lésion tuberculeuse du poumon.

Déjà, Alvarez exclut la résection des rami communicantes dits afférents et des rameaux sympathiques efférents, qui se dirigent vers les parois des vaisseaux pulmonaires, en raison de leur régénération possible.

Il préfère réséquer le sympathique thoracique, ce qui est sans danger vital. Il n'en serait pas de même, affirme-t-il, d'une sympathectomie cervicale, car, du ganglion cervical inférieur partent des rameaux, qui vont innerver le cœur et d'autres organes importants.

Vient enfin la technique de l'opération qu'il propose, après l'avoir réalisée trente-deux fois sur le cadavre.

L'auteur part de la découverte des trois premiers nerfs intercostaux pour arriver sur la chaine du sympathique supérieur. Il sectionne ces trois nerfs, puis, au moyen d'une pince, exerce sur leur bout central, durant deux minutes, une traction énergique, sans arriver à la rupture. Ensuite, c'est la section de la chaîne sympathique entre le premier et le second ganglion en haut, entre le quatrième et le cinquième en bas. Il faut éviter le premier ganglion thoracique, car celui-ci est souvent fusionné avec le ganglion étoilé. Quant au cinquième ganglion, s'il envoie quelquefois des rameaux aux poumons, il dessert plus souvent le grand splanchnique abdominal. Suture cutanée, et drainage avec plusieurs crins pendant quarante-huit heures.

***

Et maintenant, il ne nous reste qu'à souhaiter un succès complet aux idées nouvelles de C. Alvarez. Son procédé, mis au point, serait d'un précieux secours à la lutte contre ce fléau, qu'est la tuberculose. Pourquoi ne pas espérer ? Ce qui semble curiosité aujourd'hui sera peut-être l'heureuse réalité de demain ; ne voyons-nous pas chaque jour la chirurgie du sympathique accomplir de remarquables et intéressants progrès, entre les mains d'hommes éminents comme le Professeur Leriche, de Strasbourg. La chirurgie de l'avenir ne doit plus être exclusivement celle des sujets accidentés, des suppurants, des porteurs de tumeurs, etc. ; elle doit aussi devenir celle des malades, des « douloureux », de ceux qui n'offrent aucune lésion apparente susceptible d'expliquer un état morbide.

Et pour terminer, citons la finale du travail d'Alvarez. « Le sujet du traitement chirurgical de la tuberculose est plein de raison. Si les prémices, comme il paraît, sont certaines, les conséquences doivent l'être aussi, parce que, quand on interroge la nature avec logique, elle ne répond jamais négativement. »

G. FISCHER.

SUSPENSION DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET EXTENSION DE CETTE PÉNALITÉ A D'AUTRES SERVICES

Nous avons reçu la lettre suivante :

Vous aviez il y a quelques mois étudié dans le *Concours* les possibilités d'extension du décret du 9 juin 1934 sur l'exclusion des services administratifs du médecin frappé d'une peine disciplinaire et vous aviez accueilli à ce moment avec attention mes observations sur l'importance et la gravité des conséquences qui peuvent ainsi découler d'une suppression ou d'une exclusion qui au premier abord pourrait sembler d'une portée limitée.

Dans le *Siècle Médical* du 15 mars dernier je trouve le relevé d'un arrêt du Conseil d'Etat qui justifie à la fois vos craintes et les miennes à ce sujet. Un médecin des Vosges frappé d'une peine de suspension d'une année par la Commission de contrôle départementale des soins pour l'article 64 a fait appel devant la Commission supérieure. Malgré cela le Préfet des Vosges a pris un arrêté lui interdisant pendant un an de collaborer aux soins des diverses Administrations publiques y *compris les assurés sociaux.*

Déférer au Conseil d'Etat cette décision préfectorale a été reconnue comme justifiée, *le pourvoi n'étant pas suspensif.*

Il en résulte qu'un confrère, ainsi frappé, s'il obtient gain de cause devant la Commission supérieure qui, à cause de l'encombrement des causes en instance, ne peut le juger que quand la sanction a pris fin, n'obtient qu'une satisfaction purement platonique. Car il aura définitivement perdu tout le manque à gagner que lui aura valu son exclusion de l'Assistance médicale gratuite, des Assurances sociales, etc...

Il en résulte également que l'application du décret du 9 juin 1934 contrairement à l'entretien de l'organisme répressif (Commission, Conseil de famille, etc.) qui a prononcé une suspension qu'elle estime proportionnelle dans ses effets à la faute commise, peut avoir des conséquences très graves et priver pendant de longs mois un médecin de la moitié et même des deux tiers de sa clientèle, ce qui n'était nullement dans les intentions de ceux qui ont prononcé la sentence.

Par contre un jury averti des conséquences possibles de ses décisions, sera peut-être arrêté dans l'expression de décisions utiles par la gravité de leurs répercussions.

Pour toutes ces raisons je crois qu'il est nécessaire : 1° d'attirer l'attention des organismes chargés d'appliquer les sanctions sur la gravité possible des exclusions et des suspensions prolongées ; 2° de réserver ces peines à des fautes vraiment graves surtout lorsqu'elles peuvent être remplacées (Assistance médicale gratuite, art. 64, etc.) par des sanctions pécunaires ; 3° d'obtenir *que le pourvoi soit suspensif* ce qui est ce me semble conforme à la justice ; 4° peut-être enfin d'obtenir que le décret du 9 juin 1934 ne soit pas d'application automatique mais qu'il déclenche l'avis d'une Commission préfectorale où les Syndicats médicaux seraient représentés.

D^r^ F. Paris.

Réponse

Je suis très heureux de la lettre que vous m'écrivez car elle émane d'un ancien membre du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, par conséquent d'un excellent syndicaliste et d'un confrère respectueux des règles de la déontologie.

Je suis content de votre lettre, dis-je parce que j'avais crainte qu'en argumentant l'arrêt du Conseil d'Etat auquel vous faites allusion, je puisse être considéré par quelques esprits chagrins comme me faisant l'avocat de médecins justement condamnés pour indignité professionnelle. Mais en m'appuyant sur votre autorité syndicaliste, je ne puis que m'associer aux protestations que vous soulevez :

1° En ce qui concerne l'exécution immédiate d'une décision de justice administrative. Il est de règle, en droit administratif, qu'une peine soit immédiatement exécutable, alors qu'en droit pénal ou en droit civil, soit l'appel de la décision, soit le recours devant la Cour de cassation, ont un effet suspensif. Mue par un sentiment d'équité, de justice et d'humanité, la Commission supérieure de contrôle de la loi des pensions a, par décision du 9 novembre 1933 (*Concours Médical,* 1934.1.059), décidé que « doit être considérée comme une aggravation « de peine, la disposition du jugement de la Com- « mission départementale tripartite qui rend « inefficace l'effet suspensif de l'appel ». Mais cette décision constitue une exception dans tout le droit administratif. C'est d'ailleurs ce qu'exprime l'arrêt du Conseil d'Etat auquel vous faites allusion, et qui affirme, une fois de plus, qu'en matière disciplinaire administrative, la décision est immédiatement exécutable.

2° Le même arrêt du Conseil d'Etat reconnaît valable la décision du Préfet. La Haute Assemblée n'a pas, en effet, discuté la valeur juridique du décret du 9 juin 1934, et s'est bornée à vérifier si le Préfet avait ou non outrepassé ses droits.

Lors de l'application du décret précité le Conseil juridique de la Confédération des Syndicats médicaux n'a fait valoir aucune objection contre l'irrégularité dudit décret.

En effet, dans l'exposé des motifs, le ministre, qui a soumis le décret à la signature du Président de la République invoque des lois qui n'ont rien à faire en l'espèce : telles que loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, loi du 5 avril 1928 et 30 avril 1930 sur les Assurances sociales. Ces lois ne concernent pas des Services publics, mais, au contraire, l'application de la législation de droit privé. Lorsqu'il soigne un blessé du travail, le médecin est mis en œuvre, non pas par la puissance publique, mais par la victime elle-même. Le praticien sera payé non pas par l'Etat, le département ou la commune, mais bien par le blessé, par le chef d'entreprise ou son assureur. De même s'il s'agit d'une question d'assurances sociales.

Par conséquent, la Confédération eût peut-être dû, à cette époque, faire remarquer cette erreur juridique au ministre intéressé, ou même la porter devant le Conseil d'Etat, puisque le dispositif du décret allait étendre illégalement la sanction de la suspension au fonctionnement de certaines lois de droit privé.

3° Je retiens comme très intéressante la suggestion que vous donnez de n'appliquer la sanction du décret de 1934 qu'aux médecins récidivistes et de faire décider cette extension de pénalité non pas par le Préfet seul et par ses bureaux plus ou moins incompétents en matière médicale, mais par un Conseil médical qui donnerait son avis au Préfet.

Il ne faut pas que la justice professionnelle ou syndicale soit trop sévère d'emblée pour un médecin qui a commis une première faute. Dûment averti par une pénalité, le praticien délinquant peut désormais devenir un parfait honnête homme ; mais s'il récidive, qu'il soit durement frappé comme étant indigne de faire partie de la grande famille médicale et comme pouvant déshonorer cette dernière.

Aussi la Confédération, me semble-t-il devrait-elle faire tous ses efforts pour obtenir des Pouvoirs publics que l'applicabilité du décret du 9 juin 1934 ne soit réservée qu'aux récidivistes sur réquisition du Conseil de famille du Syndicat médical local.

Somme toute, je déclare avec vous, qu'il convient de frapper durement les brebis galeuses de notre profession, mais encore faut-il apporter à l'application des sanctions une certaine mansuétude pour les coupables qui ne sont pas récidivistes et leur permettre de rentrer dans le droit chemin.

Dr Paul Boudin.

BAIL A LOYER — LOCATION SUCESSIVE A DEUX PRATICIENS

Lorsque le médecin change d'appartement et que son départ est occasionné par des difficultés avec son propriétaire, celui-ci s'empresse, en matière de représailles, de louer à un autre praticien. Ce dernier bénéficie donc d'un pas de porte, d'autant que le propriétaire refuse à son ancien locataire de faire apposer une plaque indiquant son nouveau domicile.

Le praticien peut-il s'opposer à ce bail de location consenti par le propriétaire à un confrère peu scrupuleux des règles déontologiques ? Peut-il obliger à l'apposition d'une plaque ou indication quelconque, mentionnant son nouveau domicile ? Peut-il même, devant les Tribunaux, obtenir réparation du dommage qui lui est occasionné par le refus du propriétaire, ou du nouveau locataire ?

Telles sont les questions qui viennent de m'être posées par une sage-femme.

Si la sage-femme qui a vidé les lieux n'avait pas fait inscrire dans son bail une clause interdisant au propriétaire de louer à une autre sage-femme, la première praticienne ne peut pas obtenir grand'chose.

C'était le droit du propriétaire de louer à qui bon lui semblait.

En second lieu, le propriétaire est maître de son immeuble et peut donc interdire l'apposition d'une plaque à la porte dudit immeuble ; mais il ne peut pas s'opposer à ce que la locataire mette à la porte de son appartement ou à l'une de ses fenêtres un écriteau ou une plaque indiquant sa profession.

Il en résulte que la sage-femme qui a quitté l'appartement ne peut apposer une plaque indiquant son changement d'adresse que si le propriétaire y consent avec l'assentiment de la sage-femme, nouvelle locataire.

Cette dernière, en effet, peut considérer comme constituant un trouble de jouissance le fait d'accéder à la demande de sa collègue et d'apposer à sa porte d'entrée d'appartement une indication quelconque précisant le nouveau domicile de la praticienne qui l'a précédée.

Si le bail primitif était muet sur cette obligation en cas de départ, le propriétaire comme la seconde sage-femme sont en droit de refuser à la première praticienne l'apposition d'une plaque après son départ.

Cependant, il y a là une question de courtoisie et de déontologie qui pourrait être soumise, non pas aux Tribunaux de droit commun, mais au Syndicat des sages-femmes.

Dr Paul Boudin.

LYAUTEY ET LE MÉDECIN

Causerie faite au « Concours Médical » le 17 juin 1936

Par le Docteur J. COLOMBANI

Directeur général honoraire de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc
Membre correspondant national de l'Académie de Médecine

Il semble que tout ait été dit, en ces émouvants hommages posthumes encore présents à nos mémoires, des manifestations multiples du génie réaliste de Lyautey. Il en est une cependant qui, familière aux initiés mais moins connue du grand public, porte la marque de sa griffe puissante et mérite à ce titre d'être mise en lumière : le parti qu'il a su tirer du médecin en l'associant étroitement à sa méthode de conquête coloniale.

Répondant au discours de l'éminent Professeur Jean Demoor, président des Journées médicales de Bruxelles de 1926, le Maréchal, après avoir exposé avec sa maîtrise habituelle sa conception du rôle du médecin colonial, concluait ainsi: « Certes, l'expansion coloniale a ses rudesses ; elle « n'est ni sans reproche, ni sans tare, mais si « quelque chose l'ennoblit et la justifie, c'est « l'action du médecin comprise comme une « mission et un apostolat ».

Et de cette action médicale telle qu'il l'avait enfin réalisée à son gré au Maroc, avec un indiscutable succès, il synthétisait la valeur par la citation expressive : « Il n'est pas de fait plus « solidement établi que l'efficacité du rôle du « médecin comme agent de pénétration d'attirance et de pacification. »

Exprimées par Lyautey, de telles affirmations confèrent au médecin de vraies lettres de noblesse en le haussant au rang de collaborateur immédiat et essentiel de l'artisan génial d'une grande œuvre coloniale. Cette collaboration nous en préciserons dans la suite les caractéristiques originales. Mais marquons de suite que si elle fut efficace, c'est qu'elle fut toujours dominée par un élément sentimental d'une valeur psychologique indéniable : si Lyautey a su apprécier dans leur plénitude les qualités de cet « associé », c'est parce qu'il le connaissait bien, et surtout parce qu'il l'aimait.

Il aimait le médecin, en raison des bienfaits qu'il en avait reçus dès une enfance qui fut délicate et, à plusieurs reprises, au cours de sa vie coloniale mouvementée. Aussi répétait-il volontiers qu'il était un « beau cas » et l'émouvante improvisation qu'il fit à ce sujet au Congrès de chirurgie de 1929, où Gosset, son sauveur, l'avait amené, est encore présente à la mémoire de ceux qui eurent le privilège d'entendre le Maréchal évoquer, devant l'élite de notre profession, le rôle du médecin colonial et l'estime affectueuse qu'il avait toujours manifestée à ce fidèle collaborateur.

Page impressionnante, qui, sous la forme du verbe si personnel de Lyautey, constitue une véritable profession de foi.

Discours du Maréchal LYAUTEY au Congrès de Chirurgie de Paris (6 octobre 1929)

Après quelques mots d'excuses pour la présence d'un profane au milieu de chirurgiens, l'illustre maréchal salue et remercie en particulier deux chirurgiens auxquels il eut affaire personnellement : le Docteur Tuffier et le Docteur Gosset. Il se présente ensuite comme un beau cas opératoire.

« A 5 ans, condamné par tous les médecins, j'étais opéré et sauvé par Velpeau, le grand Velpeau lui-même. C'était un beau début. A 25 ans, j'étais aux mains du Professeur Richet. Plus tard c'est à Rennes que je suis opéré par le chirurgien Lejeune. Puis au Maroc les interventions chirurgicales se succèdent : le Professeur Massoulard m'ouvre la gorge pour un os de perdreau ; on m'opère de hernie ; le Docteur Guisez me rouvre la gorge pour une arête de brochet. Enfin, à Paris c'est le Professeur Gosset qui cette fois ouvre ma vésicule biliaire et me tire d'une bien mauvaise affaire....

« Ah ! je suis vraiment un beau cas !

« Bref, que ce soit comme témoin de l'œuvre chirurgicale ou comme sujet d'amphithéâtre, j'ai accepté, et je ne le regrette pas puisque je me trouve au milieu de vous, et puisque cela m'a valu d'entendre le Professeur Tixier.

« Avouerai-je que, lorsqu'il voulut m'apporter son discours, le premier aspect de ces 32 pages m'effraya un peu, mais, à la lecture, comme elles me parurent courtes ! dès les premières lignes, je fus empoigné, et je viens de l'entendre, et vous venez de l'entendre.

« Ah ! à côté de tout ce qu'il offre de valeur technique, terrain où, incompétent, je ne m'arrêterai pas, comme il a su s'élever sur les plus hauts sommets et, tout en restant dans votre

domaine, formuler des hautes vérités dont toute profession doit faire son profit. Quelles admirables pages, aussi belles de pensée que de forme !

« La formation chirurgicale, dit-il, comporte « une formation scientifique, une formation « technique, une formation morale.

« Mais cela est vrai pour toutes les formations et quand il dit « morale » c'est certes dans la plus haute acception, en sous-entendant également « formation sociale ».

« Et tout ce qu'il dit ensuite du rôle de la « conscience » — dans l'exercice de la profession, de la tyrannie du devoir — mais c'est ce qui, dans l'exercice de toute profession la transforme en apostolat ! « L'apostolat ! tout ce qui ennoblit une vie d'action tient dans ce mot : la conviction, le dévouement passionné à une idée, à une doctrine, auxquelles on croit, et le besoin irrésistible de les propager, non par amour-propre d'auteur et par infatuation, mais parce qu'on y croit, qu'on croit à leur bienfait, à leur vertu et qu'on veut en faire la propagande pour le bien qui en résulte.

« Apostolat, propagande.....

« Et quelles belles formules !

« Ce rôle de la conscience, dont l'enseignement n'est pas du ressort des discours didactiques, ah ! non, certes, il n'y a plus dans ce domaine de professorat mandarinal, mais l'exemple, la parole cœur à cœur, la conviction à faire partager.

« Et encore cette conception si haute et féconde de ce contrôle réciproque du maître et des élèves !

« Ah ! est-ce assez applicable à toute charge de commandement — à tous les échelons — dans l'armée, depuis le plus humble officier de peloton, sentant dans tous ses actes, dans tous ses gestes, toutes ses paroles, sa responsabilité vis-à-vis de ses hommes jusqu'au commandement suprême !

« Et cela c'est ce rôle social dont je fus toujours un fervent et dont j'ai rencontré dans le corps médical une si haute compréhension !

« Et « ce respect de la vie humaine » dont vous avez si hautement parlé. Mais, de même qu'il doit être votre obsession devant vos lits d'hôpital, votre table d'opération, ne doit-il pas être aussi l'obsession pour ceux qui ont la charge de gouverner des peuples, de diriger la pénétration d'un pays nouveau. Ah ! là encore, comme je me retrouve avec vous, ainsi que je m'y suis toujours trouvé. Et c'est cette admirable compréhension de son rôle qui donne au médecin, au chirurgien, en pays neuf, une telle puissance, une telle responsabilité, et, par suite, un tel rôle.

« Le toubib ! ce nom vénéré des populations. Oh ! non, pour elles, il n'est pas le médicastre dont on ricane, il est *le toubib*, nom vraiment magique au sens littéral de magicien.

« Pour ces populations primitives et réfractaires, une cure heureuse, une opération réussie par ces admirables chirurgiens de nos groupes mobiles, mais c'est une tribu pacifiée et l'on se retrouve en pleine tradition évangélique : « Lève-toi, prends ton lit et va-t'en », avec toute la force de propagande, toutes les conversions qui émanaient du paralytique guéri. »

« Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai si souvent dit, notamment aux Journées médicales de Bruxelles, il y a trois ans, où j'ai rappelé le rôle du médecin et du chirurgien aux colonies.

« Je ne reviendrai pas sur les noms que j'ai alors cités : ils sont trop .

« Je ne termine que par un mot pour vous remercier de ce que vous m'avez dit, notamment en rappelant que j'avais « fait confiance au Corps de santé, tant militaire que civil. »

« Certes, parce que là, comme d'ailleurs en bien d'autres domaines, je n'ai jamais distingué entre civils et militaires ; je n'ai jamais pu concevoir qu'il dût y avoir une médecine et une chirurgie militaires et une médecine et une chirurgie civiles.

« Il n'y en a qu'une et les galons importent peu.

« Que de fois je me suis trouvé stupéfait de l'importance que certains attachent à ces titres hiérarchiques militaires de médecin-major, aide-major principal de telle ou telle classe et aujourd'hui de médecin capitaine, colonel, etc... ! Alors que tous ont un titre commun, le plus beau de tous, celui de médecin, qui, lui, n'est pas, comme vous l'avez si bien dit, « soumis aux fluctuations de l'opinion publique ni aux vicissitudes des passions politiques », mais il est le résultat d'études et d'épreuves entourées des plus hautes garanties. Et alors pourquoi ne pas mettre au-dessus de tous, ce titre qui ne résulte pas, lui, comme les galons, d'un avancement automatique et mécanique.

« Ah ! mon cher professeur, que de hautes leçons dans votre beau discours. Comme à l'accueil qu'il a reçu, à l'émotion de tous en l'entendant, on sentait dans quelle noble, saine, intelligente atmosphère on se trouvait ici, et combien je vous remercie de m'y avoir convié. ! »

***

Lyautey aimait aussi le médecin pour sa culture générale, pour l'humanisme d'action et de pensée dont s'accompagne cette culture, pour son sens psychologique avisé, son esprit critique tempéré d'indulgence, son indépendance parfois ombrageuse à l'endroit du formalisme administratif du règlement tracassier, son horreur innée de la paperasse inutile.....

Ce grand manieur d'hommes, dont *la vocation sociale* fut, dès sa jeunesse, la substance profonde de son être aimait enfin le médecin, spectateur journalier de la vie de tous les humains, pour son goût du sacrifice, son amour des faibles et des opprimés, sa révolte contre l'iniquité, son sens social en un mot. Et il savait que d'avoir pénétré le tréfonds des misères physiques et morales, le médecin, loin de désespérer, y trempe son âme pour l'élever à ce haut altruisme d'action, base essentielle du rôle social que lui impose sa formation scientifique et spirituelle, qu'il s'agisse aussi bien de protégêr et d'instruire de ses devoirs de santé une collectivité européenne évoluée que de pénétrer pacifiquement et de gagner à la cause française une tribu tonkinoise, sakalave ou marocaine......

***

Nombreux sont, dans ses lettres du Tonkin et de Madagascar, les témoignages de l'intérêt passionné qu'il porte à la mission du médecin, « du médecin digne de ce nom »...

A Nha Trang, il admire le grand Yersin « qui s'est voué à la science microbienne avec la foi, la volonté et la passion des grands musiciens ». Et sur la route d'Ankazobé, sauvé par Condé, au prix d'efforts surhumains, d'une grave atteinte de bilieuse hématurique, il traduit en termes émouvants l'affectueuse reconnaissance qu'il doit à ce jeune aide-major dont il resta depuis l'ami fidèle ....

Dans le Sud Oranais, à Oran surtout, comme au Maroc dans la suite, le médecin a toujours tenu une place de choix dans ses relations habituelles.

Le souvenir des entretiens que ce général de 50 ans, à l'allure de jeune capitaine, échangea à Oran, de 1904 à 1911, avec le petit groupe qu'il appelait plaisamment « sa Zaouïa médicale », reste profondément gravé dans le cœur et l'esprit de ceux qui approchèrent cet homme d'élite.

Quels que fussent les sujets traités, il savait en dégager toujours la substance essentielle, émerveillant ses familiers par ses dons de psychologue, de politique, par un sens prophétique de « voyant » aux larges conceptions, aux perspectives aussi justes qu'étendues, les surprenant aussi, parfois, par ce curieux mélange d'un humanisme conservateur et d'un réalisme novateur d'allure souvent révolutionnaire. D'ailleurs, constamment préoccupé de documentation utile, d'échanges d'idées pratiques dont il pouvait tirer profit pour les buts lointains qu'il poursuivait, Lyautey savait, au cours d'une conversation d'apparence anodine, susciter chez ceux qui l'approchaient, les émulations les plus hardies et le désir irrésistible de « collaborer », d'associer leur activité à la si-nne de le « servir » en un mot.

Un exemple : c'est Georges Hardy, actuellement Recteur de l'Université d'Alger, qui évoque le souvenir de son arrivée au Maroc :

....

« Je me revois, pour ma part, arrivant au Ma-« roc, il y a seize ans. J'étais à peine débarqué « que le Maréchal me prenait en charge, me pro-« menait à travers Rabat et Salé, m'initiait à la vie « marocaine, me découvrait ses projets, me faisait « part de son point de vue sur toutes choses. « J'étais la plus récente acquisition de ce savant « collectionneur d'individus : il me flattait comme « un bibliophile caresse le livre acheté la veille ; « j'imagine qu'il m'éprouvait aussi. Et j'ai appris « par la suite que je n'avais pas bénéficié d'un « traitement de faveur : tous les nouveaux arri-« vants qui devaient devenir ses collaborateurs « immédiats étaient de la même sorte enlevés, « chambrés, choyés et magnifiquement endoctri-« nés. C'est ainsi qu'un vrai chef forme une équipe « cohérente et sûre. Mais, ce qu'on ne peut vrai-« ment exprimer, c'est la gentillesse et la liberté « de cet accueil, c'est cette absence totale de hau-« teur et de raideur, cette façon directe d'établir, « sans familiarité facile, un plan d'égalité, et cette « ardeur discrète à s'annexer d'emblée le cœur « d'autrui. Comme on se trouvait à l'aise ! Et com-« me on se sentait en même temps grandi, exalté, « ennobli par cette attention amicale ! On revenait « de là remonté à fond, pour toujours, et prêt à « tous les efforts pour garder une estime aussi pré-« cieuse et charmante.

....

« On nous demande parfois : « Est-ce donc vrai ? « Etait-il l'homme prodigieux qu'on dépeint ? « Avait-on en sa présence, le sentiment d'une « âme exceptionnelle ? Et n'y a-t-il pas là une « part de légende ? » Nous savons bien, nous, que « ce n'est pas une légende, et la preuve, c'est que « le Maréchal vit en nous à toutes les minutes de « notre existence, c'est qu'il continue d'inspirer et « de contrôler notre conduite. Rien que la durée « de cet *empire moral*, dont nous portons témoi-« gnage, n'est-ce pas le signe du merveilleux ? »

Car on ne pouvait se soustraire à l'effet magique du dynamisme qui émanait de cet animateur dont la devise : « la joie de l'âme est dans l'action » semblait avoir été créée pour lui par Shelley.

***

C'est en Indochine d'abord, puis à Madagascar, que ce disciple de Galliéni va utiliser le médecin comme élément essentiel de sa méthode de conquête pacifique. Dans son exposé de l'organisation médicale du Sud de la Grande Ile, Lyautey montre la différence de procédés qu'il convient d'appliquer aux populations vis-à-vis

desquelles on se trouve : les unes, d'état social relativement avancé grâce à l'action des missions chrétiennes, sont prêtes à recevoir comme un bienfait le médecin et les mesures d'hygiène qu'il lui apporte ; les autres, plus rebelles à notre influence et subissant l'ascendant de leurs sorciers, témoignent d'abord d'une grande méfiance à l'égard de nos médecins, mais il suffit de quelques cures heureuses pour établir sur-le-champ le prestige du guérisseur français, et lui attirer une clientèle de jour en jour grandissante :
« Ici, dit-il, comme toujours d'ailleurs, prévaut « essentiellement la *question de personne.* Les « indigènes sont vite conquis par la bienveil- « lance d'accueil, le zèle actif, et surtout la pa- « tience du médecin qui se donne corps et âme « à son œuvre d'assistance. » Et il ajoute : « On ne saurait trop rendre hommage à l'abné- « gation, au dévouement, au désintéressement « que prodiguent les médecins coloniaux et qui « font d'eux, le plus souvent, *les agents les plus « actifs et les plus efficaces de l'influence euro- « péenne.* Il y a tels districts habités par des peu- « plades réfractaires à notre pénétration, mais si « ravagés par les maladies, que le meilleur chef « administratif en serait le médecin, à la condition « qu'il soit pénétré de sa mission jusqu'à l'apos- « tolat. Il y remplacerait avantageusement aussi « bien les fonctionnaires divers que les troupes « d'occupations. »

D'où sa dépêche à Galliéni, restée fameuse : « Envoyez-moi quatre médecins, je vous renver- « rai quatre compagnies. »

. . . .

***

Cette conception sociale et humanitaire de la mission du médecin cadrait mal toutefois avec celle des « bureaux » métropolitains, soumis à un traditionnalisme souvent mal adapté aux réalités de notre expansion coloniale. Aussi Lyautey, réclamant avec insistance — et sous quelle forme impérative ! — pour ses médecins, quel que fût leur grade, une large initiative, une complète liberté d'action et une stabilité prolongée, conditions essentielles de leur réussite politique, soulevait-il les protestations des directions dont il bousculait les sacro-saints règlements...

Sans Galliéni, son maître en la matière et son appui contre « les bureaux » la tâche du brillant disciple eût été rendue difficile et la belle expérience médico-sociale de Madagascar peut-être perdue pour l'avenir...... C'est d'ailleurs à l'école de ce grand colonial que s'imposèrent à l'esprit de Lautey, déjà si libéré des contraintes dogmatiques, les formules maîtresses d'une action réalisatrice qu'il devait appliquer dans la suite à toutes les formes de l'activité humaine.

Guillaume de Tarde, qui fut parmi les premiers collaborateurs du Résident général de France au Maroc a noté sous une forme aussi originale que précise ces principes directeurs dont nous vécûmes tous l'application *in vivo*, non parfois sans quelque surprise, mais en fin de compte, dans l'admiration du résultat obtenu au nom d'un sens réalisateur guidé par l'intuition géniale des possibilités que seuls possèdent les vrais hommes d'Etat.

L'horreur des règlements. Entendez, sous ce terme générique, l'horreur des idées toutes faites des doctrines d'école, des théories de cabinet, de toute discipline *a priori*, unique, uniforme, universelle. S'il n'est de philosophie que du général, il n'était, pour Lyautey, d'action que du particulier.

L'horreur du parfait. Croisade acharnée contre cette obsession française de la logique, de la raison, de la perfection, qui, transposée dans la conscience professionnelle des grands commis, a créé la manie du « dossier complet », de la solution idéale...

Agir, c'est faire la part du feu, et c'est risquer. Rien ne s'est fait au Maroc dans les premières années que d'approximatif, d'aléatoire, de provisoire, mais aussi d'*immédiat*.

Prévoir le pire : Ne jamais compter sur la chance, mais escompter tous les risques. C'est le pessimisme à la base de toute décision ; non le pessimisme effectif, source de découragement, mais le pessimisme méthodique et de principe, ferment d'action.

Pas d'institutions : Des hommes. Formule hérétique, hostile à nos esprits imprégnés de droit romain et de raison classique.

L'horreur du détail. A chacun dans la hiérarchie son travail propre, mais jamais plus (Lyautey poussait si loin le souci de l'économie de son cerveau, la hantise du gaspillage de son temps, que lui imposer une affaire était un exercice acrobatique de concision. On appelait cela lui « éternuer un dossier »).

Décentraliser. L'un de ses grands principes de commandement. Lutte farouche, au profit de ses délégués directs sur le terrain, contre la tyrannie anonyme des bureaux centraux, le plus détestable, à ses yeux, des impérialismes.

Enfin le contrôle par le bas. Voir par soi-même, sur le terrain, avec les intéressés, les résultats. Le chef avocat de l'opinion contre ses services !

***

L'organisation sanitaire marocaine a répondu en somme à deux buts essentiels : *humanitaire et utilitaire.* Elle a affirmé par le premier — l'*humanitaire* — notre rôle de pionniers pacifiques, disposant de moyens propres à restreindre le champ de la misère et de la souffrance, et prêts à faire bénéficier des êtres humains, moins

privilégiés que nous, de toutes les conquêtes des sciences biologiques ; — par le second, *l'utilitaire*, elle se préoccupe, grâce aux moyens de défense et de protection sanitaire dont elle dispose, de conserver *le capital humain autochtone* afin d'assurer un rendement aussi complet que possible d'une main-d'œuvre dont le besoin s'impose, dès le premier jour, pour la mise en valeur du pays nouvellement occupé.

Principes déjà formulés par Galliéni, et d'application commune à tout début d'occupation coloniale, mais dont le Maroc, après de nombreuses expériences antérieures, a pu largement bénéficier grâce à la puissante impulsion du grand homme d'action, lui-même synthèse vivante dont le Tonkin, Madagascar, et le Sud-Oranais avaient formé l'esprit colonial et permis d'en manifester la puissance créatrice par des réalisations pratiques marquées d'une profonde connaissance des hommes et des choses.

Pour réaliser ce programme d'action au Maroc, il fallait à Lyautey des hommes répondant à sa formule et à ce qu'on a appelé à juste titre « sa politique de personnes », c'est-à-dire son souci d'adaptation à des situations nouvelles, de techniciens compétents certes mais essentiellement doués de qualités d'intuition, de souplesse, d'esprit, de tact, d'altruisme que n'apprennent pas nos Ecoles et dégagés surtout du traditionnalisme souvent routinier de l'administration métropolitaine.

Il les trouva, dès son arrivée, parmi les médecins du corps d'occupation dont on doit dire qu'ils furent les créateurs de notre assistance indigène et les artisans d'une pénétration pacifique payée souvent des plus lourds sacrifices ; parmi les médecins missionnaires des Affaires étrangères, admirables animateurs trop peu connus de ces centres d'attraction que furent, dès 1904, nos premiers dispensaires indigènes de Mogador, Safi, Mazagan, Rabat, Larache et Marrakech ; enfin dans ce corps médical de l'Assistance d'Etat qui, créé en 1912, dès l'instauration du Protectorat, lui apporta les éléments de ce puissant « rayonnement » qui allait consacrer à jamais, dans toutes les branches de l'activité médicale, l'efficacité du rôle du médecin *d'influence politique*. Cette influence rayonnante, Lyautey l'exigea avant tout de *son groupe sanitaire mobile*, organisme souple et rapide déjà employé à Madagascar et dans le Sud-Oranais, mais porté par lui à un réel degré de perfection non seulement par son organisation matérielle, mais aussi par l'esprit qui doit animer son chef.

***

Cet organisme mobile est né du grand principe posé par Lyautey : « Chaque colonne importante doit posséder son médecin d'assistance indigène comme son officier de renseignements, tous deux appelés à collaborer à l'œuvre commune d'attirance et de pacification, c'est-à-dire à une politique éminemment humaine...... qui montre à l'indigène la force de nos armes pour éviter de s'en servir et envisage toujours, lorsque la nécessité veut qu'on le combatte, les moyens de ne rien entreprendre qui puisse faire de lui un irréductible ennemi. »

***

Le Marocain se bat bravement, mais quand le sort des armes lui est contraire il s'est toujours soumis loyalement. C'est alors que l'officier de renseignements et le médecin facilitent « l'apprivoisement » de l'ennemi de la veille.

Un souk se forme, l'indigène y apporte ses œufs, ses volailles, ses grains, son bétail, que l'on achète et paie sans discuter. Mis en confiance et renseigné sur la présence du « Toubib » il ne manque pas d'aller demander à sa tente, voisine de celle de l'officier, des médicaments dont il connaît déjà l'action bienfaisante, de l'aidour (iodure) de la kina (quinine) ou de pommade pour guérir la gale dont il est fréquemment atteint.

Le médecin donne les médicaments nécessaires et entre temps, fait état de certaines manifestations morbides qui fixent rapidement son diagnostic et lui dictent une thérapeutique spéciale, à effet moral saisissant. Le lendemain, si le consultant a été bien reçu c'est sa femme qui survient, son dernier né sur le dos, d'abord hésitante mais mise petit à petit en confiance par ce toubib qui sait les mots essentiels de sa langue maternelle et qui, respectueux des usages et traditions musulmanes, s'ingénie à ne pas heurter les idées *souvent saugrenues de cette primitive*, qui par bien des points, il faut le dire, rappelle nos paysannes, parfois si arriérées.

Ainsi se créent des relations de sympathie, progressivement plus étendues. Vient un jour où ce toubib est *sollicité* de rendre visite à une tribu éloignée, souvent dans une région voisine de la dissidence, c'est-à-dire toute proche de l'ennemi ! Il n'hésite pas à accepter cette invitation et la petite troupe sanitaire, sans armes, guidée par des hommes du pays, poursuit sa marche vers le point signalé. Telle est l'origine du *premier groupe sanitaire mobile*, déjà employé par Lyautey dans le Sud-Oranais et qu'il décora du nom expressif de « Dispensaire de consultations en marche ». Sa composition ? Quatre mulets porteurs de cantines et d'une tente, deux infirmiers indigènes, l'ordonnance du médecin et le médecin lui-même. Non pas un praticien quelconque, *mais un médecin conscient du rôle nouveau*, utile, passionnant qu'il va jouer, un médecin qui sent brûler en lui cette flamme d'idéal qui

fait l'apôtre. Nombreux furent ceux, parmi les médecins du corps d'occupation qui, séduits par le charme de la vie du bled, par l'attrait toujours nouveau des randonnées de tribus en tribus, pénétrés surtout de ce sentiment de compassion pour le faible et l'opprimé qui distingue les cœurs d'élite, marquèrent de leur inoubliable empreinte l'histoire des dispensaires mobiles, auxiliaires précieux de notre pénétration pacifique du Maroc.

***

L'œuvre des médecins, premiers pionniers de notre assistance mobile, s'associe étroitement à celle de nos officiers du service des Affaires indigènes et des renseignements qui compte un personnel d'élite pour lequel le Maréchal manifestait une prédilection si justifiée.

Cette collaboration de l'officier et du médecin dans l'œuvre de pénétration pacifique a constitué l'élément spécifique, pourrait-on dire, de la méthode du Grand Africain. Méthode incomparable dont on ne saurait assez rappeler les quatre grands principes :

Premier principe : Ne rien détruire, tout relever, tout restaurer.

Deuxième principe : Pratiquer vis-à-vis de la population indigène une politique d'égards.

Troisième principe : Gagner la population marocaine à une coopération matérielle, intellectuelle et morale.

Quatrième principe : Faire collaborer progressivement la population marocaine à l'action politique et administrative de l'Etat protecteur

***

Quant au rôle individuel du médecin, il n'a rien perdu de son intérêt et de son efficacité malgré l'heureuse conclusion, au Maroc, de la période d'occupation, — car c'est à lui surtout qu'incombe le maintien et le resserrement du « contact » entre colonisateurs et colonisés. C'est dire que le médecin, intermédiaire-né entre les deux éléments de la population, guide éclairé des uns et des autres, est plus que jamais tenu d'exercer, non seulement au Maroc, mais dans toute colonie, son rayonnement traditionnel, affirmant ainsi une fois de plus la valeur absolue de la ferme formule du Maréchal sur « l'efficacité de son rôle d'agent d'attirance et de pacification », de pacification des esprits et des cœurs.

***

Prestigieux animateur de l'œuvre médicale, c'est à l'influence autant directe qu'indirecte de Lyautey et plus souvent encore à son *action de présence*, génératrice d'enthousiasme et d'énergie, que les médecins réalisateurs doivent cette ardeur constante dans l'action, doublée des qualités d'âme qui font les vrais missionnaires.

Action de présence s'affirmant non par le contact rapide et distant d'un chef trop économe de son temps, mais par un entretien familier avec le médecin qui, mis de suite en confiance, parlait sans réticence de sa mission, disait les joies comme les déceptions de sa vie quotidienne, ouvrait enfin son cœur « au Grand Patron » qui, attentif et compréhensif, enveloppait de son regard magnétique ce collaborateur à jamais conquis et dont le nom et les actes s'inscrivaient de façon définitive dans la mémoire prodigieuse du Maréchal.

***

Le secret du magnétisme de Lyautey ? Guillaume de Tarde, qui a éprouvé lui-même sa puissante emprise a su en dégager l'élément essentiel : intérêt passionné pour *la machine humaine*, c'est-à-dire pour l'homme considéré comme moteur et susceptible de rendement, non de rendement mécanique, régulier, irréfléchi, impersonnel, *mais de rendement personnel et spécifique*. Intérêt du « patron » qui voit en l'homme un exécutant, mais un exécutant *libre*, sollicité de développer dans l'exécution *son maximum de personnalité*, son maximum d'invention et même au delà, car bien souvent Lyautey a fait rendre à certains hommes au delà de leurs moyens apparents en les révélant à eux-mêmes.

***

Combien de nos médecins jeunes ou anciens, ou encore de ces « toubibs », qui, privilégiés, furent ses familiers, gardent le souvenir des entretiens que dispensait si généreusement « le Patron » et au cours desquels le ton d'une simple causerie s'éleva si souvent à celui d'un débat d'idées générales, de vues synthétiques, de problèmes d'ensemble, dont se jouait l'esprit puissant, original et si souvent prophétique du Grand Chef. Et aussi le souvenir de ses violentes réactions contre les formules traditionnelles, les maximes de moindre effort, tels ces adages dits de la Sagesse des Nations qu'il avait en détestation particulière : « Pierre qui roule n'amasse pas mousse », « qui trop embrasse mal étreint », « chi va piano va sano », « qui veut voyager loin ménage sa monture », « un bon tiens vaut mieux que deux tu l'auras », « sache attendre la fortune dans ton lit ».

Belles maximes de cancres, disait-il, philosophie de médiocres, bréviaire de négateurs de l'action et d'impuissants.... Alors qu'au contaire « l'homme qui vaincra sera celui qui a toujours devant lui un idéal, « qui aime l'action pour l'action, qui sans cesse s'ingénie, veut le mieux, s'efforce, ne ménage pas sa monture, cherche

midi à quatorze heures ; qui, fût-il boiteux, quitte le logis ; qui, grenouille, osera se faire aussi gros que le bœuf ! Peut-être en crèvera-t-il, mais il aura vécu ! »

« Mes amis, ajoutait-t-il, nous avons l'éternité pour nous reposer ! »

On conçoit facilement l'effet galvanique que produisait sur une nature ardente et généreuse des affirmations aussi décisives dites sur un ton de chef dont nous voudrions entendre encore l'écho...

***

Ce grand « social », dont l'action coloniale fut tout entière dominée par un souci de collaboration entre races différentes autant dans l'ordre matériel que spirituel nous a dit aussi, un jour :

« Ce que je rêve... c'est que parmi tant de dé« sordres qui ébranlent le monde, il s'élabore au « Maroc un édifice solide, ordonné, harmonieux « qui offre le spectacle d'un groupement d'hu« mains où des hommes divers d'origine, d'ha« bits, de professions et de races, poursuivent, « sans rien abdiquer de leurs conceptions indi« viduelles, la recherche d'un idéal commun, « d'une commune raison de vivre.... »

. . . .

Et à l'un de ses familiers, un soir, où, condamné pour quelques jours à un repos forcé le Grand Animateur connaissait la mélancolie des éternels insatisfaits : « Vois-tu, mon petit, il ne « faut pas trop m'admirer. Je n'ai pas toujours « fait ce que j'ai voulu ni tout ce que j'aurais « pu faire. Dans toute vie d'homme et dans la « mienne, il subsiste toujours, si grandes que « soient les réussites et la gloire, un regret, un « remords, le souvenir d'un échec ou d'heures « médiocres, d'une faiblesse, d'un manque de « courage ou d'audace. Le Maroc évidemment « c'est quelque chose mais je ne l'ai pas fait seul. Il « y a eu des ouvriers, beaucoup d'ouvriers, dont « les meilleurs sont peut-être inconnus de moi« même..... »

« Le Maroc n'est rien, reprit-il sourdement : « J'aurais pu davantage : Sauver mon pays ! »

. . . .

Et sous une forme moins grave, mais si expressive, à un personnage politique de passage à Rabat qui, admiratif, lui disait : « Ah ! Mon« sieur le Maréchal quel grand rôle vous jouez « ici ! » Oui, répondit-il, un grand premier rôle, mais en province..... »

***

Car cet homme avait conscience qu'il était supérieur à ses plus hautes fonctions, égal à n'importe quel destin et souffrait de tout ce qu'il y avait en lui de forces sans emploi...

« A l'échelle de ses dons a dit de lui, en termes « pathétiques, l'Ambassadeur de Saint-Aulaire, « (qui fut aussi son collaborateur), le Maroc, ce « chef-d'œuvre, n'était guère qu'un hors-d'œuvre « et cet empire n'était qu'une province de son rêve « immense. Il était trop comblé d'ans et d'hon« neurs pour que ce rêve ne fût pas non seulement « désintéressé, mais héroïque. Et, d'ailleurs, si, « selon le mot de Chateaubriand, l'ambition « dont on n'a pas les talents est un crime, n'est« elle pas un devoir pour celui qui les a ? Lyautey « qui a réalisé tout ce qu'il a entrepris, ne se « consolait pas de n'avoir pu entreprendre tout ce « qu'il souhaitait pour la France. Ce noble tour« ment de ne pouvoir la servir davantage, cette « nostalgie de l'action nationale dominaient « dans son âme l'orgueil de ses éclatants succès. « Au terme d'une vie qui est une épopée et une « féerie, il était insatisfait. Cet insatiable besoin « d'agir et de se dévouer aura été le principe de « ses merveilleux accomplissements. »

***

Nous connûmes parfois aussi ses colères terribles, ses colères léonines qui donnaient à son masque si puissamment viril une expression insoutenable et qui, bien souvent, l'instant d'après, se résolvaient en gestes d'une infinie douceur ...

N'admettant pas qu'on ait pu méconnaître ses intentions ou trahir ses secrets désirs, il exhalait son irritation en franchise brutale puis, regrettant la peine qu'il avait pu ainsi causer et impatient d'en effacer le souvenir, il n'hésitait pas à s'en excuser par un geste délicat ou par un mot apaisant.

Un soir à Rabat, à l'occasion d'une réception de savants étrangers le Maréchal fut convié à une soirée intime « en veston » et accepta l'invitation avec une bonne grâce de camarade. Mais, à sa surprise, il constata, dès le seuil, que les dames étaient admises à la fête et qu'une partie musicale se déroulait, d'ailleurs à la satisfaction des assistants. Ces deux manifestations contrariaient les projets qu'il avait conçus pour ce soir-là ! Aussi, fronçant le sourcil il marmotta sans galanterie : « C'est une soirée fichue ! »

Quelques minutes après il s'en allait. Le petit orchestre improvisé ne comptait comme exécutants que des amateurs, hauts fonctionnaires civils et militaires (l'un d'eux est actuellement recteur d'une grande Université). A l'un de nous, accouru pour le reconduire, Lyautey dit, sans ménagement : « Vous étiez tous ridicules. Quand « on porte un nom comme vous et comme Untel, « on ne se rend pas grotesques en jouant du « saxophone ou de la contrebasse ! » Mais, dès le lendemain matin, il écrivait à celui qu'il avait ainsi mortifié une lettre d'excuses qui traduisait en regrets affectueux son exquise sensibilité

et dont les « musiciens amateurs » écoutèrent la lecture avec l'émotion qu'on imagine.........

***

Le rayonnement de Lyautey se manifesta dans tous les domaines de l'activité médicale : discussion des grandes questions d'hygiène, urbaines ou régionales au Conseil supérieur d'hygiène (qu'il voulut toujours présider lui-même), étude des projets et plans des hôpitaux des villes (1) ou des infirmeries du bled (ses intuitions frappèrent souvent d'étonnement et d'admiration les architectes « Lyautey voit immédiatement *les plans en relief* » disait de lui le grand urbaniste Prost). Tout ce qui était marqué d'utilité sociale l'intéressait, qu'il s'agît de la protection sanitaire des collectivités européennes et indigènes comme de la création des œuvres sociales, parmi lesquelles cette protection de la mère et de l'enfant indigènes qui, sous l'impulsion de son admirable collaboratrice, la maréchale Lyautey — dont le nom est vénéré dans les milieux musulmans — a doté le Maroc d'une organisation (centres de puériculture, maternités, gouttes de lait, crèches, orphelinats, etc.) qui a mérité les suffrages unanimes des plus grands maîtres de la médecine française et étrangère.

***

Lyautey fut sans conteste au Maroc l'inspirateur et l'animateur de l'œuvre médicale. Mais ici, comme dans tous les domaines, il est légitime de souligner que *l'efficacité* reconnue de cette œuvre est fonction — si l'on peut dire — de ce que le Maréchal appelait « l'esprit d'équipe », c'est-à-dire de la collaboration cordiale et constante, autour des chefs respectés et aimés, de volontés résolues, d'intelligences disciplinées, de cœurs charitables, tendus, au delà des satisfactions et des soucis de la vie quotidienne, vers ce but unique : faire aimer la France. Tel est le substratum spirituel de *l'équipe.*

***

Cet esprit de solidarité morale, de communion de la raison et du cœur, toujours étranger aux mesquines rivalités bureaucratiques et aux cloisons étanches, est de qualité spécifiquement lyautéenne, car il est marqué de la puissante empreinte de celui qui sut obtenir de ses disciples l'application humaine de ce grand principe de « protectorat » : « Serviteurs d'un même idéal « français, vous devez vous pénétrer de votre « rôle de protecteurs d'hommes qui, retardés « dans leur évolution sociale, sont peut-être « différents de nous, mais qui, à bien les observer, « ne nous sont pas inférieurs ».

***

Aux Journées médicales belges de 1926, le Maréchal Lyautey, dans son admirable discours sur le médecin colonial, rappelait que le grand philosophe hindou Tagore, visitant l'Europe, disait un jour : « Je vous en supplie, ne nous envoyez pas que des formules administratives et des machines avec des instruments qui s'y rapportent. Envoyez-nous des âmes. »

« Tout est là, ajoutait le Maréchal. Des âmes

---

(1) **A propos d'une visite à un hôpital.**

Or, donc, Lyautey est allé ce 9 octobre 1917, visiter l'hôpital de X. Il est mécontent, tant du style de l'établissement que de certains aménagements intérieurs. Dans la note suivante, dictée sur place, il dit sa façon de penser, puis dégage de son exposé des conclusions générales :

« J'appelle la plus sérieuse attention sur la leçon à tirer pour l'avenir des erreurs commises à l'hôpital de X :

« Beaucoup trop de préoccupations architecturales. S'il y a avantage à se maintenir dans le style arabe, se rappeler que le style extérieur d'une maison, essentiellement sobre, simple et uni, se caractérise surtout par la ligne, et tous les colifichets extérieurs qu'on y ajoute ne sont que des postiches inutiles, « d'ailleurs très onéreux.

« La construction des hôpitaux doit se baser sur des considérations exclusivement médicales et être avant tout l'œuvre des médecins. Le constructeur n'y est qu'un exécutant et doit se subordonner entièrement aux nécessités médicales et ne jamais leur opposer une objection d'architecture ; c'est subordonner le but aux moyens.

« Je demande instamment que l'avis des premiers intéressés soit toujours prépondérant, c'est-à-dire des techniciens : le médecin-chef pour l'hôpital en général, le chirurgien pour les installations opératoires, le pharmacien pour la pharmacie, etc.

« Quand, en France, un médecin particulier se fait construire une clinique, c'est lui qui donne toutes les indications et qui les dicte en se piquant d'émulation pour réaliser le progrès maximum ; qu'on s'inspire donc toujours des méthodes civiles, dégagées des routines administratives : ce sont les plus souples, les plus libérales et les plus « dans le progrès ».

« Il faut, dans les hôpitaux à construire, des pavillons d'une simplicité extérieure extrême réalisant au mieux les types et aménagements les plus modernes, les plus hygiéniques et les plus commodes pour le service, tout en restant d'aspect avenant. Un établissement hospitalier doit être gai et dans la verdure et les fleurs autant que possible...

« Mais, avant tout, se dégager des habitudes essentiellement métropolitaines, formalistes et surannées ou des conférences à grand orchestre, chaque fois qu'il s'agit d'établir un plan, soit d'y apporter la moindre modification. C'est du parlementarisme, c'est-à-dire l'obstruction à l'action. La seule conférence pratique est celle qui réunit, sous la présidence du directeur du service, le médecin-chef et le constructeur. C'est tout : trois personnes. C'est là que les décisions se prennent ; les hiérarchies constituées n'ont plus qu'à les homologuer. Dans la plupart des cas, me prévenir, et je la présiderai avec le directeur, de façon à ce que mon autorité puisse immédiatement décider en dernier ressort. Le service technique ne pourra ensuite me dire ; « Nous aurions préféré ceci ou cela, mais on nous a opposé telle ou telle objection », sans que je puisse personnifier le « on » qui se perd dans l'anonymat de la conférence.

LYAUTEY.

généreuses, aimantes, convaincues. Après plus de trente ans de vie coloniale, j'atteste qu'il n'y a pas de profession où j'en aie rencontré de telles, plus que chez le médecin. »

***

C'est là, sans conteste, le secret de la réussite de l'œuvre médicale française au Maroc.

Cette œuvre a eu certes l'avantage d'être construite sur table rase avec des matériaux neufs, de bénéficier des leçons du succès et de l'erreur en semblable matière et de connaître enfin une longue continuité de direction sur un plan initial nettement établi.

Mais elle s'est surtout affirmée *par le rayonnement* des collaborateurs *généreux, aimants et convaincus* qui, groupés autour d'un chef qui partageait leur labeur, leurs joies et leurs peines, constituèrent *la bonne équipe,* chère au Maréchal, agrégat de volontés résolues, d'intelligences agissantes, de cœurs ardents, tendus vers ce but souverain : *Servir la France* et la faire aimer de nos « protégés ».

***

Le petit village de Thorey, à l'ombre de la Colline Inspirée, dans la douceur mélancolique d'une matinée lorraine ; ce 29 juillet 1934.....

Depuis l'aube, la cloche de la petite église tinte tristement, sans arrêt..

....

L'âme angoissée, le Disciple vient de revoir pour la dernière fois le Maître incomparable étendu sur sa couche funèbre. Et de son cœur que martèle douloureusement la plainte du glas lugubre, monte à ses lèvres le suprême hommage des médecins du Maroc :

« Oui, Monsieur le Maréchal, nous vous avons « servi fidèlement, dans cette communion de « cœur et d'esprit dont votre génie sut imprégner « notre mission de générosité, d'entr'aide, et d'en- « tente humaines. Mais si nous vous avons suivi « sans réserve, c'est que vous avez su nous mon- « trer que s'il est des libertés indispensables, une « hiérarchie est aussi nécessaire à la vie et qu'il « y a une joie à obéir, une grandeur à servir toutes « les fois que le chef qui sert la cause française « donne lui-même l'exemple des vertus d'un noble « serviteur de la patrie et de l'humanité. »

***

Exemple magnifique que la tombe de Lyautey — dressée sur cette terre marocaine qu'il a tant aimée — symbolise à jamais, *en ne répétant aux* vivants que des paroles immortelles d'action, de confiance et de foi.

Réflexions a propos de cette causerie

Un grand esprit a compris tout le bénéfice, qu'il pouvait tirer d'une collaboration médicale active dans l'organisation d'un pays neuf. Mais aussi, ce grand esprit a su choisir son associé, et celui-ci, par une large compréhension du but assigné, par de grandes facultés d'adaptation et d'organisation, par une volonté sans faiblesse, a saisi le moment opportun pour tirer le médecin de la fonction serve, dans laquelle il se trouvait habituellement cantonné, et pour lui décerner la fonction noble, à laquelle il a droit. Une trop grande modestie a empêché le Docteur Colombani d'exposer dans tous ses détails le rôle important, qu'il a exercé dans cette heureuse évolution.

Le praticien, maître de la santé et de la vie dans sa clientèle, supporte mal le rôle inférieur, qui lui est habituellement dévolu dans la médecine sociale. Mais, n'y-a-t-il pas là un peu de sa faute ?

Qu'il médite donc cette remarquable causerie, que le *Concours Médical* s'honore de faire connaître, et qu'il en tire un enseignement pratique pour l'avenir.

Qu'il accorde à ses organisations syndicales une discipline librement consentie, puisque l'union fait la force — mais seulement dans le but de s'imposer aux Pouvoirs publics par ses qualités, par sa volonté et son énergie, afin d'acquérir auprès d'eux la fonction noble qu'il doit détenir dans la médecine sociale.

G. F.

LE SALON DES TUILERIES OU NÉO-MONTPARNASSE

Il faut visiter ce salon, si l'on veut se rendre compte de l'évolution de la peinture moderne. C'est un salon d'avant-garde, le front populaire de l'art contemporain. Malheureusement le local qui donne abri à ces œuvres est assez défectueux. La sculpture y est bien en valeur, mais la peinture y trouve un local de fortune avec trop d'éclairage pour certains tableaux et trop d'obscurité pour d'autres.

Dans la sculpture, une œuvre prime toutes les autres le magnifique *Torse de femme* de Drivrier qui rappelle un peu la Vénus de Milo. Très belles également, la *Jeune fille assise* de Guénot, la *Femme accroupie* de Yencesse, celle de Hamann entourant de ses bras une de ses jambes.

Donnons un regard bienveillant au haut relief de G. Toussaint, le *Baiser de l'enfant* et aux *Chansons de Bilitis* de Janthial. Très expressif *Buste de Mme May* de Despiau et un autre buste très vivant de Jurgheliwize. Citons aussi la *Femme debout* de Sabouraud.

Au rez-de-chaussée quelques vedettes. Waroquier, avec *Sa captive*, étude très poussée (980) et un excellent *Paysage*, voisine avec Othon Fries. Plus loin Lebasque nous présente une *Nature morte* intéressante dans un fond plutôt bizarre (1049). J'aime assez sa femme à la toilette dans une pièce ouverte sur un jardin ensoleillé, *Matin* (1050). Un paysage de Marchand retient notre attention (1189). Yves Brayer sait varier ses sujets. Son *Jardin des sourds-muets* est habilement composé (238) dans les tons foncés qu'il semble affectionner. Très réaliste vision de la zone dans la toile de Laube (1032) ayant pour titre *L'enterrement sur la zone*.

Ensemble varié de Calivaert-Brun (264-265). Deux bons portraits très vivants de Boris Pastoukhoff, *Mme Jeanne Remarque* (1453) et *Mme Kostia Vlaslo* (1454). La toile de V. Tischler *Les chapeaux* (1773) jeune femme essayant des chapeaux en face d'une glace est une des œuvres qui plaît le mieux dans ce salon. Agréable *Paysage de l'Oise* de P. Hanaux (800) et bon portrait de *Mlle F.* de A. Pineau (1511).

Adrienne Jouclard se complaît toujours dans ces scènes tumultueuses et pleines de vie, comme dans sa *Fête sous les marronniers* (936) Très consciencieuse *Nature morte* de Darel (404 A) charmante vue de la plage de Piniac (220) de Bolegard. Le *Portrait de Le Breton*, présentant une jeune femme la tête appuyée sur sa main, offre d'heureuses qualités (1052), Karbowsky expose le *Château du Grand jardin à Joinville* (947) le *Concert* (948), *Sainte Cécile* (949). Ce sont en réalité des projets très réussis de tapisserie. *Fleurs de Marthe Moisset* (1304) jolies tant par la variété que par le coloris.

Très curieux effets d'éclairage d'un nu à travers les lamelles *d'une jalousie* d'Henri Morisset (1323) De Belay dans ses toiles *Le Palais* (129) et *Plaidoirie* cherche des reminiscences de Daumier (130). J'apprécie l'intérieur de la *Cathédrale de Chartres* avec la belle luminosité de ses vitraux, de Rigaud (1573). La *Baigneuse endormie* (1782) est une œuvre qui plaît de Trinquelye. Bonne nature morte de Rieunier-Rouzard (1571) et preuve d'un certain talent d'Elmer (575) dans la présentation des *Bords de la Somme*. La *Nature morte* de Moures est à citer. Le portrait de *Mme C. de Hélène Marre* est digne d'éloges (1210).

J. Croulard a peint avec agrément une *Rue du port à Collioure* (1937), Schoerstein fait revivre dans une note personnelle deux vues de Paris. La *Démolition des rues Simon le Franc et Brise-Miche* (1659) et la *Rue Saint-Martin en été* (1660) Seevegen nous charme avec ses *Paysages provençaux* (1678-1679) et ses *Vues de Brehat*.

Enfin ne quittons pas le salon sans jeter un coup d'œil sur les *Rétrospectives d'Aman Jean* notamment le portrait de l'auteur à 18 ans (2005) et le nu (2006) sa dernière œuvre, ce qui nous permet de suivre l'évolution du talent du peintre au cours de sa vie. La *Rétrospective de Rybackest* plus curieuse que remarquable.

Les grès et porcelaines de Decœur d'une patine caractéristique offrent toujours un intérêt artistique.

Docteur M. VIMONT.

SYNDICAT DES MÉDECINS DES ARDENNES

Réunion du Conseil d'administration du 3 avril 1936

Assurances sociales. — *Plaintes contre le contrôle des Caisses.*

M. le Docteur M. reproche :

1° D'avoir fait saisir chez un assuré un flacon de spécialité, échantillon médical qui ne doit pas être vendu ;

2° D'avoir commis un abus puisque cette spécialité n'a pas été portée sur une ordonnance et que le remboursement n'en a pas été réclamé à la Caisse.

Le Docteur L. reproche au médecin contrôleur de signer en travers des feuilles dont il effectue le contrôle.

Aucun autre fait n'a été jusqu'ici porté à notre connaissance.

Si les confrères continuent à s'abstenir d'envoyer par écrit au Syndicat leurs reproches, il ne sera jamais possible d'établir un dossier sérieux de réclamations et d'en saisir les Caisses à toutes fins utiles.

Contrôle technique

1° *Caisse* 30. *Assuré Z.* — M. le Docteur Mignon, rapporteur, n'ayant pas pu obtenir de renseignements du confrère incriminé estime qu'il lui est impossible d'établir son rapport et a renvoyé au Secrétaire les pièces communiquées.

Le Secrétaire écrira à la Caisse pour obtenir des explications sur la saisie d'un flacon de spécialité dont le remboursement n'a pas été demandé ; un supplément d'enquête s'impose et sera réclamé.

2° *Caisse* 30, *Assuré L.* — Un mutilé assuré social a-t-il le droit de se faire soigner au compte des Assurances sociales pour la maladie pour laquelle il est porteur d'un carnet de soins ?

La question sera posée à Me d'Acremont, conseiller juridique du Syndicat.

Le Secrétaire estime qu'il y aurait peut-être lieu de faire intervenir ou le § 4 de l'art. 8, ou l'art. 36 de la nouvelle loi du 30 octobre 1935.

Il sera répondu dans ce sens à la Caisse.

3° *Caisse I, Docteurs J. et V.* — Pour chacun de ces deux cas, une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade. Le secrétaire répondra que le cas relève de la Commission technique prévue au § 3 de l'art. 8 de la loi du 30 octobre 1935.

4° *Caisse* 8, *Docteur B.* — Le Secrétaire écrira au Docteur A. pour lui signaler la demande de la Caisse.

5° *Plainte contre un propharmacien.* — M. le Docteur Deparpe est désigné comme rapporteur.

6° *Injections hypodermiques.* — Question posée par la Caisse 8.

Après félicitations au rapporteur, le Conseil décide de transmettre à la Caisse le rapport du Docteur Deparpe, et de l'insérer intégralement dans le prochain compte-rendu.

Injections hypodermiques

Rapport de M. le Docteur Deparpe

La Directrice de la Caisse primaire n° 8 a envoyé le 13 février 1936 au Président du Syndicat la lettre suivante :

« Nous vous adressons ci-joint copie de six dos-
« siers que nous vous prions de vouloir bien exami-
« ner.

« Il semble qu'il s'agit de piqûres hypodermiques,
« et nous avons l'intention, conformément au rap-
« port de M. le Docteur Blairon, de ne pas rembour-
« ser la totalité de ces soins.

« Nous vous prions de vouloir bien nous donner
« votre avis. »

Après communication de cette lettre en séance du Conseil d'administration le 6 mars, j'ai été chargé d'établir un rapport pour la séance suivante, fixée au 3 avril. Dans l'intervalle, (le 22 mars), le Syndicat s'est réuni en Assemblée générale ordinaire et la question ci-dessus posée étant à l'ordre du jour, de nombreux confrères ont pris la parole pour discuter la proposition du Docteur Blairon, et dont le sens était celui-ci : ne pas compter une consultation à chaque injection hypodermique faisant partie d'un traitement en série.

Cette façon de voir ayant été rejetée, mon rôle de rapporteur se bornera à résumer les raisons de notre attitude.

La question posée par la Caisse n° 8 sous entend *a priori* que les traitements par piqûres sont plus coûteux que l'administration des médicaments par la bouche. Est-ce bien prouvé ? Il s'agit, bien entendu, des injections pratiquées par les médecins eux-mêmes. Or, certaines ampoules peuvent sans danger être utilisées par des auxiliaires au courant des règles de l'asepsie, et, chaque fois que nous prescrivons un traitement *en série*, c'est-à-dire qui peut être dosé d'avance, non soumis à des variations selon les réactions du malade, non susceptible de provoquer de graves incidents (crises nitritoïdes, introduction d'huile dans une veine, etc.), nous n'assumons la charge d'effectuer nous-mêmes ces injections que dans les cas où il ne se trouve aucun auxiliaire pour le faire à notre place, ce qui, croyons-nous, est plutôt l'exception.

Et même quand nous intervenons en personne, les frais à la charge des Caisses ne sont souvent plus lourds qu'en apparence : un simple coup d'œil sur

les pièces du dossier montre qu'en regard du nombre de consultations, les ordonnances sont en quantité minime, et représentent, soit dit en passant, des médicaments d'une efficacité indiscutable. La supériorité de la voie hypodermique étant reconnue sans conteste, il est également certain que si nos confrères avaient cru pouvoir remplacer leurs injections par des médicaments *per os*, le total des consultations serait moindre, mais les ordonnances comporteraient fatalement des prescriptions plus nombreuses, parce que moins actives, et il n'y aurait dans bien des cas qu'un déplacement de chiffres pour le seul avantage du pharmacien, mais sans profit pour les Caisses ; quant au malade, ses intérêts bien compris seraient souvent lésés par un retour à un traitement moins énergique.

Ceci nous amène à affirmer que, même si la généralisation des injections sous-cutanées devenait plus onéreuse que la thérapeutique d'autrefois, nous n'avons, nous médecins, qu'à considérer notre devoir qui est de guérir le mieux et le plus vite possible. Quelque opinion que l'on ait sur les modalités pratiques de la loi des Assurances sociales, on ne peut nier que cette loi ait été faite pour l'assuré, et, s'il est naturel que les Caisses défendent leur trésorerie, le praticien doit agir dans l'intérêt de celui qui a mis en lui sa confiance.

Il est indiscutable que les facilités offertes aux malades par la loi des Assurances sociales ont développé l'habitude de se soigner ; d'autre part, le public s'est éduqué, il s'insurge de plus en plus contre la maladie ; n'est-ce pas très justement ce qu'ont voulu les législateurs ?

On nous suggérera, peut-être « c'est entendu, soignez vos clients de votre mieux, mais, pour que cela coûte moins cher, ne pourriez-vous dans certains cas (celui des injections en série, par exemple), consentir une réduction d'honoraires ?

Notre situation de défenseur du malade n'implique pas pour autant que nous ayons une prévention contre les Caisses — nous croyons même avoir donné bien des preuves de notre désir permanent de collaboration, — mais il ne nous apparaît pas que cette collaboration exige de notre part des sacrifices en opposition absolue avec notre règle de conduite immuable : vivre de notre profession grevée de lourdes charges dans des conditions qui nous mettent suffisamment à l'abri des soucis matériels et nous laissent le luxe d'exercer cette profession sous le seul contrôle de notre conscience.

Pour réaliser ces conditions, nous avons élaboré ou accepté des tarifs qui — indigents exclus — ont comme base l'acte médical minimum, l'acte médical le plus élémentaire, qu'il s'agisse d'un pansement à un accidenté du travail, d'une extraction de dent, d'une injection hypodermique. Accepter des honoraires réduits pour des pansements en série ou pour des injections en série ? Pourquoi alors ne pas généraliser, et compter seulement des demi-visites pour une maladie de longue durée ou pour une affection chronique ? Nous engager sur cette pente savonneuse équivaudrait à remettre en question tout ce que des années d'efforts nous ont permis de sauver contre la coalition toujours agissante des intérêts divergents.

Ce que nous pouvons offrir comme contribution à l'œuvre d'économie, et cela sans dommage pour tous les malades, c'est précisément le corollaire de cette condition : continuer à ne pas aller au-delà de leur intérêt, à ne pas multiplier sans nécessité les actes médicaux ; nous croyons pouvoir affirmer que cette préoccupation inspire la grande majorité d'entre nous Certains confrères sembleraient-ils s'écarter de ce principe ? Les Caisses estimeraient-elles que les feuilles de maladie sont parfois trop bien remplies ? Si un contrôle judicieux et impartial relève des excès de zèle, les médecins soucieux de la dignité professionnelle accorderont unanimement leur sincère collaboration dans le but d'éviter dans toute la mesure du possible le renouvellement de ces faits.

Conclusions.

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins des Ardennes a examiné la proposition du Docteur Blairon, et a décidé de ne pouvoir l'accepter pour les raisons suivantes :

Les injections hypodermiques sont un acte médical au même titre que les pointes de feu, les pansements, etc...

Tous les tarifs en vigueur ont pour base un acte médical minimum ; indigents exceptés, le Syndicat reste hostile à tous rabais, quelle que soit la forme de ceux-ci.

Conscients de leurs devoirs envers les malades, les membres du Syndicat promettent tout leur concours pour que les assurés reçoivent les soins nécessaires, mais rien que ces soins.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Le 26^e Dîner de « La Bidoche »

Le 29 juin a eu lieu le 26e dîner de la Bidoche, sous la présidence du Docteur Mondain. Dîner très confortable comme d'habitude : le Syndicat des bouchers avait apporté tout son art pour satisfaire le goût difficile des médecins, et il y a pleinement réussi. Suivant la formule consacrée, l'assistance était nombreuse et choisie. L'atmosphère surtout était très sympathique, toute de gaîté, de cordialité et d'entrain : très salle de garde. Au dessert, le Président se leva pour fêter le Docteur Laignel-Lavastine, nouvel académicien qui fut longuement applaudi, et le Docteur Paul qui en ayant déjà vu « tant de vertes et de trop mûres », se devait d'être jusqu'au bout un vrai « bidochard ». Tous deux répondirent par deux spirituelles improvisations et, à la joie de tous, la fête se termina tard par des chansons dont Fallot, le chansonnier connu, nous donna, avec son talent habituel, la primeur, et par des danses exécutées avec beaucoup de charme et de grâce par deux danseuses étoiles du théâtre du Châtelet.

La quête organisée par la « Maison du médecin » rapporta un chiffre record 2.175 francs et ce fut, au milieu de cette soirée si réussie, un plaisir de plus.

P. S.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Agrégation.** — SECTION 9. CHIRURGIE GÉNÉRALE. *Sont proposés à la nomination du Ministre.* Paris : MM. Ameline, Menegaux, Funck-Brentano. — Hanoï : M. Meyer-May. — Alger : M. Sabadini. — Aix : M. Figarella. — Bordeaux : MM. Massé, Darget. — Lyon : MM. Bertrand, Clavel. — Toulouse : M. Fabre.

— **Thèses.** — Lundi 15 juin. — Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Portes, Turpin. — M. CERF : Dystocie dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non gravide « Prævia ». — Mlle BRUGÈRE : Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine en 1935. — M. BLASKO : Etude sur le vanillisme professionnel. — M. BERCU : A propos d'un cas de calcul solitaire du cholédoque. — M. PASCAREL : A propos de la conduite du traitement chez les syphilitiques anciens.

Mardi 16 juin. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Tanon, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. EL AYARI : La thérapeutique par le travail chez les psychopathes. — M. ALBRECHT : Etude sur la consanguinité et le mariage. — M. ILKOVOSKI : Etude du sodoku en Pologne. — Mlle SAUTEL : Régimes de fantaisies gastronomiques dans les stations thermales à travers les âges.

Jeudi 18 juin. — I. Jury : MM. Roussy, Claude, Gougerot, Chevallier. — M. OUDIN : Epithélioma du testicule. — M. LEGARDER : Etude de la valeur séméiologique du hoquet. — M. BAUDET : Extension actuelle de la syphilis dans les pays de nouvelle civilisation. — M. GAZET : Maladie de Nicolas-Favre ; réaction de Frei. — II. Jury : MM. Marion, Mocquot, Fey, Lantuéjoul. — M. SZÉGAL : Les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux. — Mlle HISTMANN : Etude des cloisons transversales congénitales du vagin.

Thèse vétérinaire. — Jeudi 18 juin. — Jury : MM. Janon, Maignon, Panisset. — M. MONVOISIN : Le lait et les produits dérivés.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Quinze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et quelques sujets d'orthopédie**, par M. André Richard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. le Professeur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Cochin ; les Docteurs E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, ancien chirurgien chef de l'hôpital maritime ; M. Lance, assistant d'orthopédie de la Clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades ; Bouquier, Delahaye, Allard, chirurgiens assistants de l'hôpital Lannelongue et de l'hôpital maritime à Berck-Plage ; M. Mozer et M. Parin, chefs des laboratoires de bactériologie et de radiologie de l'hôpital maritime, du 15 au 31 juillet 1936.

Les cours auront lieu chaque jour à 14 heures ; les matinées seront consacrées aux opérations, aux ponctions, à la confection d'appareils plâtrés, aux démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le 15 juillet, à 9 h. 30, et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital maritime.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Delahaye, à l'hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

— **Hôpital de la Pitié.** — Des places d'attachés seront vacantes au 1er octobre 1936, au *service central d'électro-radiologie* de l'hôpital de la Pitié.

Ces postes, qui ne comportent aucune rémunération, sont réservés aux médecins déjà spécialisés qui désire-

raient se perfectionner en électrologie et en radiologie.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Delherm, chef de service d'électro-radiologie, hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris.

— **Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Sont nommés, à la suite du concours, électro-radiologistes des hôpitaux : MM. FOUBERT et BUSY.

— **Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux.** — TOTAL DES POINTS OBTENUS : MM. Huguier, 78 ; Neyraud, 77 ; Monsaingeon, 74 ; Coldefy, 72 ; Lortat-Jacob, 71.

Sont nommés aides d'anatomie : MM. HUGUIER, NEYRAUD.

— **Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.** — Le concours s'est terminé par la nomination de M. DOLLFUS.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **VI^e Congrès français de gynécologie.** — Le VI^e Congrès français de gynécologie aura lieu en 1937, à l'époque de la Pentecôte, à Toulouse, sous la présidence d'honneur du Professeur Daniel, de Bucarest, et la présidence du Professeur Mériel, de Toulouse.

Le sujet choisi est le cancer du col utérin.

Secrétariat général : Docteur Maurice Fabre, Paris.

— **L'aide aux enfants paralysés.** — *Centre de traitement pour les paralysies curables de l'enfance.* — A Paris, 1, rue de Croix-Faubin (11^e Roquette). Tél. Roquette 42-82.

Le Centre de traitement pour les paralysies curables de l'enfance a quitté la rue Wilfrid-Laurier, pour s'installer, grâce à la Société Philanthropique, dans un vaste immeuble permettant l'installation des divers services de consultation neurologique, de traitement, de gymnastique rééducative et de mécanothérapie.

Le *Centre* se propose essentiellement de soigner et de rendre aptes au mouvement et à la locomotion les enfants atteints de troubles du mouvement et de la marche à la suite de *maladies nerveuses*.

Ces enfants se distinguent en deux grandes catégories : ceux atteints des suites de paralysie spinale infantile ou poliomyélite ; ceux atteints des suites de paralysies cérébrales infantiles ou encéphalopathies. A cela pourraient *s'ajouter, exceptionnellement,* des paralysies survenues par accident ou comme complication polynévritique ou encéphalitique de maladies infectieuses de l'enfance, et aussi les myopathies.

Le Centre n'admettra donc pas :

1° Ni les enfants atteints de malformations ou de troubles du mouvement et de la marche liés à des manifestations seulement osseuses ou articulaires, du ressort de la pure orthopédie ;

2° Ni les enfants seulement anormaux ou déficients au point de vue mental, du ressort de la neuro-psychiatrie infantile.

Le Centre ne pourra pas non plus mettre en traitement des enfants qui, tout en étant bien atteints de troubles moteurs d'origine nerveuse, seraient tellement insuffisants ou retardés dans leur développement intellectuel que toute rééducation serait impossible.

La consultation de neurologie pour les malades nouveaux continuera à être assurée par M. Auguste Tournay le mardi matin, à 9 h. 30.

L'examen des malades au point de vue intellectuel et médico-pédagogique continuera à être assuré par M. J. Bonhomme le mercredi matin à 9 h. 30.

La surveillance neurologique des enfants en traitement continuera à être assurée par M. Auguste Tournay à d'autres jours et heures de consultation et de visite.

— **Le contrôle médical sportif.** — Ce contrôle commence à être utilisé pour le plus grand bien des sportifs et le développement rationnel des sports. C'est ainsi que le Comité médical de la Ligue belge d'athlétisme a, lors d'une récente et grande manifestation de cross-country, empêché trois athlètes de prendre le départ, pour insuffisance cardiaque et thoracique ou hypertrophie cardiaque.

— **Société d'oto-neuro-ophtalmologie.** — Dans le but d'encourager le développement du mouvement oto-neuro-ophtalmologique, M. Chauvin a mis à la disposition de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie une somme de 6.000 francs destinée à la fondation d'un prix bisannuel.

Réunie en Congrès à Lyon, la Société d'oto-neuro-ophtalmologie a décidé d'attribuer ce prix au meilleur mémoire inédit présenté sur le sujet suivant : *La dysharmonie vestibulaire.*

Le Jury, présidé par le Professeur J.-A. Barré (de Strasbourg) et composé par MM. Halphen (Paris), Roger (Marseille), Terracol (Montpellier), Tournay (Paris) et Velter (Paris), attribuera ce prix lors du prochain Congrès qui aura lieu à Genève en 1937.

Pour renseignements, s'adresser à A. Chauvin, à Aubenas (Ardèche).

— **Parachutistes sanitaires.** — En U. R. S. S., la Croix-Rouge a décidé de former des parachutistes médecins et infirmières. Quinze infirmières suivent actuellement les cours de parachutistes.

Ce personnel peut être utile pour porter des secours d'urgence dans des endroits où l'atterrissage d'un avion est difficile ou impossible.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

caux français pour entreprendre d'extrême urgence une campagne en vue d'obtenir le retrait de la proposition Pomaret.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris constate avec amertume que les hommes politiques ne figurent pas dans les exclusives fixées par la proposition de loi en question.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

Au sujet du retrait de la carte de surclassement aux officiers de réserve ne faisant pas preuve d'assiduité

La question a été posée de savoir dans quelles conditions devait être appliqué le paragraphe *a*) de l'article 56 de l'instruction du 1er septembre 1934) *B. O.*, vol. 72 *ter*.

Réponse. — Le retrait de la carte de surclassement aux O. R. ayant cessé de faire preuve d'assiduité doit être exceptionnel et applicable seulement dans les cas suivants :

— abstention systématique faisant ressortir une mauvaise volonté manifeste de la part de l'intéressé ;

— désintéressement systématique de l'enseignement donné durant les séances.

(*Circulaire* no 5352 3/*E M. A.-R. du* 24 *juin* 1936.)

● ● ●

Le renouvellement de la carte de combattant

Le ministère des Pensions communique :

L'attention du ministre des Pensions ayant été attirée sur les inconvénients des retards qui se produisent dans le renouvellement de la carte du combattant, M. Rivière, en plein accord avec M. Vincent Auriol, vient de prendre la décision suivante : en échange de la carte remise pour renouvellement, les intéressés recevront un certificat provisoire ne préjugeant pas le droit à la carte, dont une vérification décidera, mais permettant aux titulaires, en attendant la décision définitive, d'encaisser les arrérages de la retraite ou de la pension dont ils sont bénéficiaires.

Les majorations pour médecins et pharmaciens de réserve

M. René Richard a déposé une proposition de loi tendant à faire bénéficier des dispositions du décret du 23 mars 1852, les médecins et pharmaciens de réserve, admis dans l'armée active en vertu des dispositions de la loi du 21 décembre 1916 et de l'instruction ministérielle du 25 mars 1917.

Ce texte dit : « Le bénéfice des majorations de cinq années de service à titre d'études préliminaires, *prévu par le décret du 23 mars 1852* est accordé à tous les médecins et pharmaciens de réserve admis dans l'armée active en vertu des dispositions de la loi du 21 décembre 1916 et de l'instruction du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé du 23 mars 1917 ». Cette proposition est renvoyée à la Commission de l'armée.

POUR NOUS DOCUMENTER

Avis au sujet du service médical du personnel civil des établissements militaires de la place de Nantes

Une convention doit être passée pour assurer ce service à partir du 1er mars 1935.

Le service consiste :

1o A passer, dans la matinée, tous les jours ouvrables, à une heure à fixer de concert entre le médecin et l'Administration, la visite des ouvriers ayant demandé la consultation, qui a lieu au Magasin central, 12, rue des Rochettes ;

2o A faire les visites à domicile aux ouvriers malades ne pouvant venir à la consultation ;

3o A fixer le diagnostic, prescrire les médicaments et, le cas échéant, la durée du repos à accorder.

La rémunération a lieu sur la base forfaitaire d'une allocation trimestrielle par ouvrier comptant à l'effectif des établissements le premier jour du trimestre.

Cette allocation ne devra pas dépasser 2 fr. 50.

A titre de renseignement, l'effectif présent le 1er octobre 1934 dans les établissements s'élevait à 150.

Les docteurs en médecine disposés à faire des offres pourront s'adresser au Magasin central de l'habillement, 12, rue des Rochettes, tous les jours ouvrables, de 8 heures à 11 heures et de 2 heures à 6 heures. Sauf le samedi après-midi, où des renseignements plus détaillés pourront leur être donnés.

Communiqué du Syndicat des Médecins de Vichy

Le Syndicat des médecins de Vichy, affilié à la Confédération, et qui groupe 90 médecins de la station, met en garde ses confrères contre une confusion qui pourrait s'établir dans leur esprit avec un prétendu *Syndicat de défense* des médecins de Vichy, tout à fait inconnu dans la station.

Ce dernier vient d'envoyer à profusion une circulaire qui, faisant état d'insinuations dichotomiques inventées de toutes pièces, et entièrement désapprouvées par nous, demande à ce que les malades soient envoyés dorénavant à Vichy sans recommandation pour un médecin local.

Le seul espoir de pouvoir, dans ce cas, pêcher en eau trouble peut expliquer cet appel, qui n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Plus que jamais nous conseillons aux confrères de rester fidèles à leur habitude traditionnelle d'adresser nommément leurs malades à des médecins thermaux dont ils apprécient la valeur et la moralité.

Le Président : Dr GLÉNARD.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 16 juin 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

11.959 Blanchet, Louviers (Eure). Syndicat médical d'Evreux.
11.960 Boucheron, Rugles (Eure). Synd. méd. d'Evreux et du Neubourg.
11.961 Couderc, Le Neubourg (Eure). Synd. d'Evreux.
11.962 Garnier, Le Neubourg (Eure). Synd. méd. d'Evreux et du Neubourg.
11.963 Urbain, Louviers (Eure). Synd. d'Evreux.
11.964 Belloir, Haute-Rivoire (Rhône). Synd. des Propharmaciens de France.
11.965 Bruyère, Gap (Hautes-Alpes). Synd. méd. des Hautes-Alpes.
11.966 Calas, 24, rue Durand, Montpellier (Hérault). Parrains : Docteurs Calas et Aimes.
11.967 Champion, Dieppe (Seine-Inférieure). Parrains : Docteurs Dheilly et Caudou.
11.968 Chanel, Poussignol, par Blismes (Nièvre). Parrains : Docteurs Sachnine et André Martin.
11.969 Dauphin, Arles-sur-Rhône (B.-du-R.). Parrains : Docteurs Nougaret et Bertaux.
11.970 Douady, Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère). Parrains : Docteurs Bonniot et Rolland.
11.971 Franco, Vannes (Morbihan). Syndicat médical de Vannes.
11.972 Kun, Moy-de-l'Aisne (Aisne). Syndicat médical de Saint-Quentin.
11.973 Lamoril, Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais). Syndicat médical de Saint-Pol.
11.974 Laverré, Saint-Tropez (Var). Parrains : Docteurs Proust et Monzat.
11.975 Marçais, La Trinité-sur-Mer (Morbihan). Syndicat médical de Lorient.
11.976 Millet, La Baule-sur-Mer (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Dellac et Pleindoux.
11.977 Moïn, 4, rue Alexis-Fourcault, Versailles (S.-et-O.). Parrains : Docteurs Marvaud et Bosc.
11.978 Montagne, Lens (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Bregi et Montagne.
11.979 Plait, Ancy-le-Franc (Yonne). Syndicat médical de l'arr. de Tonnerre.
11.980 Poirat, Revigny-sur-Ornain (Meuse). Parrains : Docteurs Paris et Herbeuval.
11.981 Rapaport, Chaillac (Indre). Parrains : Docteurs Robert et Asselin.
11.982 Robert, Epernay (Marne). Parrains : Docteurs Bleirad et Moraux.
11.983 Simon, Saint-Pierre-d'Oléron (Charente-Inférieure). Parrains : Docteurs Chabannes et Dufour.
11.984 Sousbielle, Ciboure (Basses-Pyrénées). Parrains : Docteurs Leroy et Guérin.
11.985 Tabellion, Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle). Syndicat médical.
11.986 Mme le Docteur Thomas, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Eyraud et Vassel.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans la quinzaine de la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

5.678. — Limitation du prix des loyers

J'ai un locataire dont le bail de trois ans, au prix de 4.500 francs, expire le 11 novembre 1936 et auquel j'applique la réduction de 10 % du décret-loi du 16 juillet 1935.

Ce locataire me demande un nouveau bail de trois ans, à partir du 11 novembre 1936, au même prix de 4.500 francs, mais prétend que je dois continuer à le faire bénéficier pour ce nouveau bail de la réduction de 10 % ?

Est-ce exact ?

Dr G.

Réponse

La question que vous nous posez vient d'être tranchée par un jugement du Tribunal civil de la Seine du 6 mai 1936 publié au *Recueil hebdomadaire Dalloz* du 18 juin 1936, page 343.

Aux termes de ce jugement, le prix actuel d'un loyer, qu'il s'agisse d'un bail antérieur ou postérieur au 17 juillet 1935 ne peut pas dépasser le loyer qui était en vigueur à l'entrée en application du décret-loi, diminué de 10 % ; en d'autres termes, pour un nouveau contrat de location, votre locataire ne doit pas payer un loyer supérieur à celui qu'il payait jusqu'à ce jour.

Par contre, rien ne vous oblige à consentir un nouveau bail à votre locataire, vous pouvez parfaitement continuer à le laisser occuper les locaux après le 11 novembre 1936 en vertu de la tacite reconduction sans vous engager à le conserver comme locataire pendant un temps déterminé.

ASSURANCES SOCIALES

5.603. — Déclaration à la Caisse de la constatation de la maladie

Je vous prie de vouloir bien avoir l'obligeance de m'envoyer ou de me faire envoyer les renseignements suivants :

J'ai lu dans *Le Médecin de France* du 15 novembre 1935, page 1069, au sujet des assurés indigents : « Le médecin traitant doit informer la Caisse d'assurances de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants ». Décret-loi du 28 octobre 1935 au sujet des assurés indigents.

Cette prescription est-elle actuellement obligatoire ? Un règlement d'administration publique est-il prévu à ce sujet ? Si le *Concours Médical* l'avait publié vous voudriez bien m'indiquer dans quel numéro car je suis abonné au *Concours* et je conserve et classe

les numéros, mais je n'ai rien trouvé sur ce sujet, (peut-être parce que j'ai mal cherché).

A quelle adresse envoyer ces déclarations, si obligation il y a ?

Dr V.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'article 19 du décret du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, « le règlement des frais revenant au praticien ne peut intervenir qu'autant que ce dernier a informé la Caisse d'assurances sociales de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants ».

Nous avons publié en leur temps dans le *Concours Médical*, les différents textes relatifs au nouveau régime des Assurances sociales. D'autre part, ces nouvelles dispositions ont fait l'objet d'une étude d'ensemble dans un article paru dans le numéro 17, 26 avril 1936. Mention y est faite de cette obligation au chapitre traitant des assurés indigents, page 1280.

Les nouvelles conditions d'attribution des prestations étant entrées en vigueur au 1er avril 1936 (Circulaire ministérielle du 31 décembre 1935), la déclaration en question doit donc être faite depuis cette date par les médecins traitants d'assurés indigents. Elle doit être adressée à la Caisse de l'assuré intéressé, soit au moyen d'imprimés spéciaux, mis à la disposition de ce dernier, soit par lettre ordinaire non affranchie.

5.632. — Date d'application du tarif de responsabilité des Caisses aux soins aux assurés sociaux notoirement indigents

A partir de quelle date, les mémoires, à adresser à la Préfecture, concernant les assurés-assistés devront-ils comporter les soins chiffrés au tarif de responsabilité, en remplacement de l'ancien tarif des accidents du travail ?

Dr D.

Réponse

Conformément à la Circulaire ministérielle du 31 décembre 1935 les dispositions instaurées par le décret-loi du 28 octobre 1935 en ce qui concerne les conditions d'attribution et les quotités des prestations n'ont pris effet qu'après un trimestre de versements de cotisations calculées selon le nouveau régime, c'est-à-dire à compter du 1er avril 1936. C'est donc à partir de cette date que l'article 59 de la loi de 1928-1930 et le Tarif des accidents du travail ont cessé d'être applicables, et que les honoraires des médecins pour soins donnés aux assurés sociaux indigents doivent être calculés d'après le Tarif de responsabilité des Caisses de ces assurés.

5.639. — Suspension de la pension d'invalidité

En février 1936, je vous signalai le fait d'une assurée sociale, à laquelle on avait refusé le bénéfice de l'assurance-maternité. La maternité était survenue environ six mois après le déclaration de l'invalidité.

Cette assurée en raison du manque de cotisation n'a donc rien obtenu de sa Caisse.

Or tout récemment après une visite de pure forme qui a eu lieu au début de juin 1936, on avise cette assurée que le taux de l'invalidité étant en dessous de 50 %, sa pension est suspendue depuis la date de cette dernière contre-visite.

Est-ce légal et n'y a-t-il rien à faire pour que les décisions des contrôleurs ne soient pas sans appel ?

Je compte sur vous pour me donner votre avis si autorisé en cette matière. Dr R.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'article 10, § 7, alinéa 2 du décret du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, « la pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 % ».

Mais l'appréciation de ce taux de capacité n'est nullement laissée à l'arbitraire du médecin contrôleur de la Caisse d'assurances sociales. Ainsi que le dit l'art. 10 précité « en cas de contestation, la capacité de l'intéressé est appréciée par la Commission technique régionale ».

Cette Commission, dont le fonctionnement est réglé par l'arrêté ministériel du 29 mai 1936, comprend un médecin président désigné chaque année par le premier président de la Cour d'appel sur la liste des médecins experts ou sur une liste établie par les Syndicats médicaux régionaux, un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité, un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires, et un médecin désigné par l'assuré.

En vertu de l'article 35 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, ladite Commission doit être saisie par l'assuré, en cas de contestation, dans les quinze jours courant de la réception de la notification de la décision attaquée, par lettre recommandée adressée au secrétariat de la Commission, indiquant le nom et l'adresse de l'assuré intéressé, la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle il appartient, et le médecin désigné par lui pour faire partie de la Commission.

La décision de cette Commission peut être déférée en appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. L'appel doit être formé dans les quinze jours courant de la notification de la décision.

L'assuré, la Caisse d'invalidité, et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires des médecins qu'ils ont désignés.

FISCALITÉ

5.646. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Ayant l'habitude de changer tous les deux ans de voiture automobile, j'ai toujours déclaré dans mes dépenses professionnelles annuelles et pour l'année où j'opérais l'achat, la somme effectivement déboursée par moi et représentée par la différence entre le prix d'achat de la voiture neuve et le prix de reprise de la voiture usagée. Je procédais donc à l'amortissement en une seule fois de ma voiture et en conséquence ne déclarais aucune dépense d'amortissement l'année où je ne changeais pas de voiture.

Or le nouveau contrôleur se refuse cette année à une telle possibilité et non seulement veut faire porter l'amortissement de la voiture sur cinq ans (20 % annuellement), mais encore ne reconnaît que l'amortissement de la somme déboursée par moi en 1935 et non celui du prix réel de la voiture à amortir.

Or un tel procédé change singulièrement la réalité des faits. Dans le cas concret qui m'intéresse j'ai acheté en 1935 une voiture de 26.000 francs et ai revendu l'ancienne 14.500 francs. J'ai donc déclaré pour 1935 une dépense de 11.500 francs. En changeant de voiture tous les deux ans, j'ai environ chaque fois la même somme à débourser et cela me représente donc une dépense annuelle réelle de 5.750 francs. Or le Contrôleur me déclare que je ne puis amortir cette année que 20 % de 11.500 francs soit 2.300 francs. Comme je dois en 1937 changer à nouveau de voiture, il se trouve donc que bien qu'ayant effectivement déboursé 11.500 francs pour les deux années, le Contrôleur ne m'aura reconnu qu'une dépense de 4.600 francs et le même fait se reproduira pour la prochaine voiture.

Il me semble que dans le cas présent le Contrôleur ne peut exiger :

1° Ou que l'amortissement en deux ans de 11.500 francs soit 5.750 francs annuellement ;

2° Ou l'amortissement en cinq ans de la voiture neuve soit 26.000 / 5 = 5.200 francs annuellement.

Enfin j'ai toujours cru avoir la possibilité d'amortir en un an ou en cinq ans selon mon choix.

Dr B.

Réponse

L'article 79 du décret du 27 décembre 1934 soumet les professions non-commerciales aux mêmes règles que les professions commerciales pour les amortissements des prix d'achat, et supprime par conséquent la déduction en une seule fois du prix d'achat du matériel, meubles professionnels, etc... L'amortissement des autos est proportionnel à la dépréciation et non fixé à quatre ou cinq ans. Ces chiffres représentent seulement une moyenne.

Le Contrôleur ne peut fixer le taux d'une façon arbitraire.

Pour votre cas, puisque vous changez de voiture tous les deux ans, vous devez amortir, chaque année, la moitié de la soulte, résultant de la différence entre le prix d'achat de votre nouvelle voiture et le prix de vente de l'ancienne. C'est-à-dire :

Votre nouvelle voiture ayant coûté	26.000 fr.
L'ancienne voiture ayant été reprise	14.500 fr.
Soulte	11.500 fr.

La soulte étant de 11.500 fr. vous devez amortir pendant deux ans la moitié de cette somme, soit $\frac{11.500}{2} = 5.750$.

Ce calcul suppose que votre voiture ne sert à aucun usage personnel ; s'il en était autrement, l'amortissement devrait être partagé entre l'usage professionnel et l'usage personnel proportionnellement à ces usages.

Allez voir le Contrôleur et entendez-vous amiablement. Dans le cas où le Contrôleur n'accepterait pas cette déduction, nous sommes à votre disposition pour votre défense.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.567. — Libération des obligations militaires. Affectations

Je désirerais avoir quelques renseignements de votre conseiller militaire. En effet, j'ai reçu il ya quelques jours, daté du 4 juin 1936, un nouvel « ordre de mobilisation ». Le précédent daté de juin 1933, me maintenait dans une formation (à « l'intérieur ») et des fonctions, déjà attribuées par un ordre antérieur. Cette affectation me donnait toute satisfaction. Or, l'ordre, que je viens de recevoir, me change simplement de ville, tout en me laissant le même genre de fonctions dans une formation identique, celle-ci formation de « l'intérieur », comme la précédente. Mais cette nouvelle affectation, de par sa résidence, me donne bien moins satisfaction. Ne voyant pas à quoi peut servir, au point de vue militaire, ce simple changement de ville, je voudrais donc vous demander s'il me serait possible de demander mon maintien dans mon affectation antérieure, et, si oui, à qui et comment adresser ma demande. J'ajouterais que je suis médecin-capitaine, depuis juin 1934, mais le nouvel ordre ne peut être dû à mon nouveau grade, puisqu'il ne se manifeste qu'actuellement et qu'il y a deux ans que j'ai été promu. D'ailleurs, comme je viens de vous l'exposer, il ne change en rien, n'augmente en rien, la nature de mes fonctions. J'ajoute encore que je suis régulièrement

et assidûment l' « École de perfectionnement », et ai eu une récompense pour mon assiduité et travail. D'autre part, je suis de la classe 1909, mais parti avec la classe 1912 (à ce propos, de quelle classe dois-je me considérer effectivement, pour les obligations militaires ?) Je suis donc déjà parmi les « Anciens » et ai fait toute la guerre. Aussi, ne pourrait-on pas au lieu de satisfaire ce goût bureaucratique de remplir de nouveaux papiers, d'établir de nouveaux « états », ne pas modifier une affectation qui convient, modification, où n'apparaît d'ailleurs aucun intérêt ni justification d'ordre militaire mais qui se contente simplement de vous déplacer sur la carte, d'un certain nombre de kilomètres !

Dr L.

Réponse

Une fois votre service militaire actif terminé avec la classe 1912, vous avez repris le sort de la classe 1909. Vous serez donc, avec elle, libéré le 15 octobre 1938, à moins que vous ne demandiez à être maintenu dans les cadres au delà de la durée légale.

Ceci établi, on peut toujours invoquer les nécessités de service pour changer une affectation de mobilisation. Mais ce changement se conçoit moins bien, s'il a lieu dans la même région, et surtout pour une formation également située dans la zone de l'Intérieur.

Exposez donc vos désirs de rectification dans une lettre, que vous adresserez à votre Directeur du Service de santé. Il faut ajouter que dans une entrevue verbale, les explications se feraient plus clairement, donc avec plus de chances de succès.

5.250. — L'allocation du combattant n'est pas reversible au profit de sa veuve

Je vous serais fort reconnaissant de vouloir bien me donner ce renseignement.

La veuve d'un titulaire de carte de combattant a-t-elle droit, après décès de son mari, à l'allocation annuelle de 1.200 francs accordée aux combattants ; ou a une fraction de cette allocation ?

Ou l'allocation est-elle supprimée purement et simplement sans qu'il soit possible d'adresser une réclamation quelconque ?

Dr C.

Réponse

La retraite du combattant appartient en propre à l'intéressé, et comme telle, ne subit pas de réversion sur la veuve au moment du décès. Il n'y a donc malheureusement rien à faire dans le cas que vous voulez bien nous signaler.

ACCIDENTS

4.821. — Accident du travail causé par un tiers

Au cours de son travail un individu est blessé par un tiers (une auto).

L'affaire est portée devant le Tribunal au point de vue correctionnel. Il y a constitution de partie civile, l'automobiliste est condamné soit à responsabilité totale (civile), soit à responsabilité partagée.

La Compagnie d'assurances accidents du travail nous demande un certificat, un autre est déposé à la mairie.

Comme il s'agit d'un accident grave, le blessé est hospitalisé à la clinique.

La Compagnie d'assurances accidents du travail, nous demande notre note et nous la paye au Tarif des accidents du travail.

Mais comme c'est aussi un accident de droit commun, nous établissons une note au tarif clientèle privée, qui est toujours plus élevé. Cette note est remise au Tribunal.

Avons-nous le droit de percevoir la différence entre ce que nous paye la Compagnie d'assurances accidents du travail et ce que doit payer le tiers responsable ?

Ou bien devons-nous d'emblée ignorer l'accident du travail et ne considérer le blessé qu'en droit commun ? Pourtant il y a les certificats accidents du travail que nous ne pouvons refuser au début.

Dans le cas où le recours contre les tiers est légal, qu'advient-il en cas de responsabilité partagée ? On me dit qu'en ce cas, les Tribunaux n'allouent rien de plus que ce que donne l'Assurance.

Un avocat vient de me soutenir que, dans un cas d'accident du travail provoqué par un tiers, la victime a eu tort de déclarer l'accident à sa Compagnie d'accidents du travail (le tiers avait manifestement tous les torts).

Dr G.

Réponse

En vertu de l'article 7 de la loi du 9 avril 1898, lorsque l'accident du travail est dû à un tiers, auteur responsable, la victime possède une option : elle peut se placer purement et simplement sur le terrain du droit commun, et poursuivre l'auteur de l'accident en vertu des art. 1382 et suivants du Code civil, elle obtiendra ainsi la réparation intégrale du préjudice subi, à condition bien entendu d'apporter la preuve de la responsabilité de ce tiers ; elle peut aussi se placer sur le terrain de la législation sur les accidents du travail, et demander à son patron ou à son Assurance substituée le versement des indemnités légales, elle n'obtient ainsi qu'une réparation forfaitaire, mais il lui suffit d'établir qu'il s'agit d'un accident survenu aux lieux et au temps du travail. Elle peut d'ailleurs poursuivre le tiers responsable en droit commun, afin d'obtenir le versement d'une in-

demnité complémentaire, pour la partie du préjudice non réparé par la loi sur les accidents du travail.

Les droits du médecin traitant en l'espèce sont calqués sur ceux de la victime. Si celle-ci poursuit purement et simplement en droit commun, il doit s'adresser à elle pour le payement de sa note, établie d'après le tarif normal, sauf à faire opposition entre les mains du tiers ou de la Compagnie d'assurances sur les indemnités susceptibles de revenir à son client. Si, par contre, ce dernier invoque les dispositions de la loi de 1898, le médecin jouit alors contre le chef d'entreprise de l'action directe en payement de ses honoraires établis selon le tarif ministériel, que lui donne l'art. 4 de cette loi. Mais bien entendu en cas d'hospitalisation, il se verra opposer les dispositions relatives au « tout compris » résultant de l'art. 4 précité. Dans ce cas d'ailleurs, comme dans tous les autres cas d'accidents du travail, il n'est nullement forcé de se contenter de ce que lui alloue le Tarif des accidents du travail, et peut poursuivre son client en payement de l'excédent de ses honoraires par rapport au tarif normal. Si ce client a poursuivi de son côté le tiers auteur de l'accident et fait reconnaître sa responsabilité, le médecin traitant peut, comme dans la première hypothèse, faire opposition sur les indemnités allouées par le jugement, afin de se faire payer sur ces sommes, le complément de ses honoraires.

5.275. — Application de la législation sur les accidents du travail aux maladies professionnelles

Je suis médecin des mines et usines de S., où les maladies professionnelles sont fréquentes ; je dois d'après les décrets-lois d'octobre 1935, déclarer ces maladies ; veuillez me dire si le patron est tenu de payer le demi-salaire à l'ouvrier atteint de ces maladies, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques. Dr C.

Réponse

En principe, la législation sur le risque professionnel ne couvre que les « accidents survenus au lieu et au temps du travail, et non les « maladies » professionnelles. Il n'en va autrement que pour celles figurant dans la liste limitative dressée par la loi du 1er janvier 1931 et complétée par le décret du 12 décembre 1932 promulguant la convention de Genève de juin 1935.

Le décret-loi du 16 octobre 1935 n'a eu nullement pour but d'étendre la liste de ces maladies bénéficiant par exception de la protection légale ; son objet est beaucoup plus restreint, et a consisté simplement à étendre la liste des « maladies ayant un caractère professionnel que les docteurs en médecine doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de la prévention des maladies professionnelles, et de l'extension ultérieure à ces ma-

ladies de la législation sur les accidents du travail. »

Si donc la maladie envisagée ne figure pas dans les maladies protégées, et se trouve seulement prévue par le décret précité, le chef d'entreprise n'est nullement tenu de verser à la victime les indemnités légales en cas d'incapacité permanente ou temporaire. Par contre, l'intéressé peut demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations de l'assurance-maladie s'il est en règle de ses cotisations.

5.815. — Accident survenu à un blessé du travail en se rendant chez son médecin

J'ai mis actuellement en traitement un accidenté du travail (ouvrier agricole) de 17 ans, blessure d'un doigt.

En venant se faire soigner à mon cabinet il tombe de bicyclette et se fait une luxation de l'épaule qui semble actuellement réduite sans complication, mais qui a nécessité une anesthésie générale.

Qui est-ce qui doit payer les frais médicaux dans ce cas ;

C'est une dame qui aurait été cause de l'accident mais il n'a pas pris son nom et mon blessé ne la connaît pas. Dr Q.

Réponse

En principe la législation sur les accidents du travail s'applique à tout accident survenu au lieu et au temps du travail, c'est-à-dire à tout endroit où l'ouvrier se trouve sur l'ordre de son patron et pour les besoins de l'entreprise.

Un ouvrier victime d'un accident en se rendant chez le médecin pour faire soigner les lésions résultant d'un accident du travail antérieur ne pourra donc être considéré comme « au lieu et au temps du travail » que s'il a effectué ce déplacement sur les ordres de son chef d'entreprise, ou par un moyen de transport mis à sa disposition par ce dernier. Si par contre il a agi de son propre chef il ne pourrait être fondé à mettre en cause la responsabilité de son patron quant à ce nouvel accident que s'il lui était possible d'établir une relation de cause à effet entre lui et la lésion en cours de traitement (cas d'un ouvrier victime de vertiges à la suite d'un accident professionnel et faisant une chute mortelle en allant se faire soigner à l'hôpita).

Si en l'espèce la chute de bicyclette ne peut en aucune manière être rattachée à la lésion des doigts, accident du travail initial, cette chute ne peut relever de la législation sur le risque professionnel. Il appartient donc à votre client d'en supporter lui-même les conséquences, sauf à demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations en espèces et en nature de l'assurance-maladie, s'il est en règle de ses cotisations.

Cinquante-huitième année N° 29 19 Juillet 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

◆ ◆ ◆

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Le Boulou. J. Noguès.
Loctudy. Dupouy.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

Nº 194. — A vendre ; groupe électrog. neuf, thermo-cautère, téléphone de bureau, chargeur accus 12 volts neuf, clarinette, sonorette.

Nº 195. — On demande pharmacien connaiss. parfaitement préparat. vaccins, pour prendre direction laboratoire province. Situation d'avenir.

Nº 196. — Centre. A céder de suite chef-lieu gr. départ. cabinet. Prix 40.000 dont moitié compt. Faculté reprise installat. profess. et matériel. Possibil. oto-rhino. Loyer 3,500, 7 pièces.

Nº 197. — Méd. céderait client. import. créée neuf ans pour seul prix gr. pavill. et jard. 230 m² tt conf., constr. 1927, 20 min. Paris. 160.000 fr. arrangement suiv. comptant.

Nº 198. — Grande ville Ouest, poste de médecin contrôleur des A. S. à prendre. Condition nécessaire, minimum dix ans pratique médicale.

Nº 199. — Médecin indiquerait gros poste campagne 20 kilm. grande ville. Pays de tourisme, agréable. Conditions modiques.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Bord de Mer. — Station fréquentée. Clientèle moyenne. Loyer modéré. Indemnité : 35.000. Urgent.

Midi. — Client. Méd. gén., sans accouchements. Loyer : 2.700. Rapport moyen, très facile à développer. Prix : 30.000 dont 20.000 comptant.

Paris. — Quartier commerçant. Clinique sérieuse. Bon produit. Indemnité : 40.000 comptant, avec appareils et installations.

Renseignements

La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie, Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Qu'appelait-on **neurasthénie** ? C'est une intoxication gastro-intestinale qui a retenti sur l'axe cérébro-spinal. Le manganèse désintoxiquant le tractus gastro-intestinal, donnez au neurasthénique 4 à 5 TABLETTES DE MANGAÏNE au moment des malaises.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique médicale des Enfants** (Professeur : M. Nobécourt). *Vacances* 1936. — M. Cathala, agrégé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique, le matin à 9 h. 30.

— **Ecole de médecine de Besançon.** *Cours de vacances d'anatomie.* — Le cours de vacances d'anatomie qui a lieu tous les ans, s'ouvrira le 21 septembre et se terminera le 17 octobre 1936. Il est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de cliniques en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières, où un accueil spécial leur est réservé.

De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, à M. Duvernoy, professeur d'anatomie, Ecole de médecine, Besançon.

— **Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires.** 6e *session de conférences* (Genève : 10-14 octobre 1936). — La 6e session de l'Office international de documentation de médecine militaire se tiendra à Genève du 10 au 14 octobre prochain.

Tous les officiers des services de santé des armées de terre, de mer, de l'air et des colonies, *de l'active et de la réserve*, sont invités à y participer.

Le droit d'inscription est fixé à 20 francs belges (4 Belgas) pour les participants qui ne sont pas délégués officiels de leur Gouvernement.

Les principales compagnies de transport européennes accordent aux participants des réductions allant de 30 à 75 %.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions (ces dernières étant reçues jusqu'au 1er septembre), prière de s'adresser au Colonel médecin Voncken, directeur de l'Office international de Documentation de médecine militaire, Liége (Belgique).

— **Le voyage médical en Italie du Comité France-Italie** (du 15 au 27 septembre 1936). — La section médicale du Comité France-Italie organise un voyage médical qui aura lieu dans la seconde quinzaine de septembre. Son but est l'étude des œuvres médico-sociales de l'Italie et la visite des grandes organisations hospitalières.

Partis le 15 septembre de France, Paris et Province les voyageurs seront de passage à Turin le 16 dans la matinée :

A Novare, ce même jour dans l'après-midi ; à Milan, le 17 ; à Salsomaggiore, le 18 ; à Bologne le 19 ; à Florence, les 20 et 21 ; à Montecatini, le 22 ; à Rome, les 23, 24 et 25 ; à Vérone, le 26 ; à Bergame, le 27 dans la matinée.

Les détails concernant les réceptions, les visites scientifiques, artistiques et touristiques, seront donnés ultérieurement.

Les confrères peuvent, avec leur famille directe, participer à ce voyage ; celui-ci promet d'être des plus intéressants, et les conditions qui l'accompagnent seront en tout point exceptionnelles.

Prix (groupe parisien) : 1re classe 1.630 francs ; 2e classe 1.270 francs.

Le nombre des participants sera limité ; il est conseillé d'envoyer dans un délai rapproché les adhésions à M. le Secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, Bureau de la Cit, 3, boulevard des Capucines, Paris.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame René Bagot nous font part de la naissance de leur fille *Christine* (23 juin 1936), 19, rue du Château, Brest.

Le Docteur et Madame Marcel Mayrargue nous annoncent la naissance de leur fille *Michèle* (1er juillet 1936) Melay, Saône-et-Loire.

Nos bien sincères compliments.

Remplacements médicaux ou chirurgicaux assurés par les internes des hôpitaux de Paris

Chaque année nombreux sont les médecins ou chirurgiens qui, partant en vacances, cherchent des remplaçants dont la présence, à leur cabinet ou à leur clinique, leur donne toute tranquillité vis-à-vis de leur clientèle.

Chaque année nombreux sont les internes des hôpitaux de Paris qui cherchent des remplacements afin de s'initier à leur rôle futur et d'améliorer un peu leur situation matérielle présente (en effet, depuis la crise économique, la faiblesse des indemnités versées par l'Assistance publique ne peut plus être compensée par les subsides familiaux).

L'âge moyen des internes est de 27 ans ; leur scolarité à la Faculté est terminée ; les soins quotidiens donnés aux malades, à l'hôpital, sont garants de leur expérience, autant de conditions qui les rendent le mieux aptes à assurer le remplacement des médecins ou des chirurgiens.

Aussi l'Association des internes des hôpitaux de Paris croit-elle utile de rappeler l'existence de son Service de Remplacements, organisé uniquement pour rendre service, et naturellement absolument gratuit pour les médecins, comme pour les internes.

Ecrire : Association des internes des hôpitaux de Paris, Service des Remplacements, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe).

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 JUIN

Hygiène publique

Avis de vacance d'un poste de directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Strasbourg est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français, et

en cas de naturalisation, faire attester par le Préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le titulaire du poste devra veiller à l'application de la loi du 15 février 1902 et des dispositions légales ou réglementaires relatives à l'hygiène autres que celles de la loi précitée ; il assurera la direction et la surveillance des institutions sanitaires de la ville et exercera les fonctions de médecin chef du dispensaire antituberculeux et du préventorium.

La connaissance de deux langues (français et allemand) est obligatoire.

La limite d'âge minimum pour l'accession à cet emploi est fixée à trente-cinq ans.

Le traitement minimum est fixé à 45.000 francs et peut atteindre 75.000 francs.

Le directeur du Bureau d'hygiène n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

1er JUILLET

Baux et locations

Loi du 30 *juin* 1936 *tendant à la modification de la loi du* 1er *avril* 1926, *modifiée par les lois des* 29 *juin* 1929, 30 *juin* 1933, 25 *juin* 1934, 4 *avril* 1935, 30 *juin* 1935, *réglant les rapports des bailleurs et des locataires de locaux d'habitation*

Art. 1er. — A titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions de l'article 11, alinéa 1er, de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, la majoration de 15 p. 100 prévue à partir du 1er juillet 1936 est supprimée jusqu'au 1er juillet 1937.

Art. 2. — La présente loi est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle dans les conditions du décret du 2 septembre 1922 et à l'Algérie.

2 JUILLET

Asiles publics d'aliénés

Par arrêtés en date du 25 juin 1936 :

M. le Docteur Duchêne, médecin chef de l'Asile de Lorquin (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), en remplacement de M. le Docteur Menuau.

Mme le Docteur Masson, médecin directeur à l'Asile de Saint-Alban (Lozère), est nommée médecin chef de service à l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Docteur Noyer.

Sanatoriums publics.

Liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics

Conformément aux dispositions des décrets des 10 août 1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) : M. le Docteur Chadourne, M. le Docteur Corre, M. le Docteur Dussert, Mlle le Docteur Fournier, M. le Docteur Larsac-Fatte, Mlle le Docteur Renie ; M. le Docteur Le Rochais, Mme le Docteur Rougier-Marmet, M. le Docteur Temple.

Ces inscriptions sont valables pour le deuxième semestre.

Ponsions militaires.

Décret du 27 juin 1936 relatif à la rémunération des médecins chargés des vérifications médicales ordonnées par la Commission supérieure de revision des pensions et les sections siégeant auprès d'elle

Art. 1er. — Pour les vérifications médicales qu'elles peuvent ordonner, en vertu de l'article 13 du décret du 2 décembre 1935, la Commission supérieure de revision des pensions et les sections siégeant auprès d'elle, désignent elles-mêmes, suivant les modalités fixées par l'article 40 de la loi du 31 mars 1919, les médecins chargés de ces vérifications, correspondent directement avec eux et fixent les délais dans lesquels doivent être produits leurs rapports.

Art. 2. — Ces médecins sont rétribués conformément aux tarifs fixés par l'article 1er du décret du 15 avril 1930 pour la rémunération des vérifications médicales ordonnées par les Tribunaux des pensions.

Art. 3. — Les requérants convoqués pour être l'objet d'un examen médical ordonné par la Commission ou les sections désignées à l'article 1er, ont droit aux allocations prévues aux articles 43 et 44 du décret du 2 septembre 1919.

Art. 4. — Le ministre des Pensions et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Assurances sociales

Règles de fonctionnement de la Commission technique prévue par le décret du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales.

Le ministre du Travail,

Vu le décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie, et notamment l'article 8 (§ 3).

Arrête :

Art. 1er, § 1er. — Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse d'assurance maladie-maternité, la Com-

mission technique prévue à l'article 8 (§ 3) du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, est saisie, par lettre recommandée adressée au greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré. Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant, ou du médecin de la Caisse, selon le cas, indiquant la nature de l'affection ou de l'accident, en vue de permettre au président du Tribunal civil de désigner, pour faire partie de la Commission, à titre de troisième médecin et de président, un praticien qualifié.

§ 2. — Dans les trois jours qui suivent la réception de la demande, le greffier du Juge de paix transmet cette demande et le certificat médical qui l'accompagne au président du Tribunal civil. Il avise en même temps l'autre partie de la contestation et l'invite à lui faire connaître, dans la huitaine, le nom et l'adresse du médecin qu'elle désigne pour la représenter.

Le président du Tribunal civil choisit, dans le même délai, le médecin président sur la liste des médecins experts près les Tribunaux, ou sur une liste établie par les Syndicats ou Associations de médecins du département, et indiquant les praticiens plus particulièrement qualifiés pour les affections des principaux organes. Cette décision est notifiée immédiatement au greffier du Juge de paix.

Art. 2. — Dans les trois jours qui suivent la réception de cette notification, le greffier du Juge de paix notifie, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au médecin président, la désignation dont il est l'objet, en avise le demandeur et le défendeur et leur indique la date et le lieu de la réunion de la Commission. Les intéressés doivent être avertis dix jours au moins à l'avance.

Art. 3, § 1er. — La Commission se réunit à la Justice de paix du domicile de l'assuré. Elle ne peut valablement statuer que si ses membres ont été régulièrement convoqués.

§ 2. — La Commission ne peut statuer si le médecin président fait défaut ou s'il n'est pas assisté de l'un au moins des médecins des parties. L'absence du médecin de l'une des parties est considérée comme valant acquiescement de cette partie à la décision de la Commission.

Art. 4. — La Commission est libre de procéder, par les moyens qui lui paraissent les meilleurs, à l'instruction de l'affaire, soit en jugeant sur pièces, soit en examinant le malade ; cet examen peut avoir lieu au domicile du malade ou au lieu désigné par la Commission.

Art. 5. — Chacun des membres de la Commission expose son opinion ; en cas de désaccord, l'avis du président est prépondérant. Il en est ainsi même en l'absence de l'un des membres de la Commission.

Art. 6. — Un procès-verbal est dressé par le président. Il énumère les points litigieux soumis à l'appréciation de la Commission et donne cette appréciation. Il indique si la décision a été prise à l'unanimité ou à la majorité des voix. En cas d'absence de l'un des membres, cette absence est relatée. Le pré-

sident signe le procès-verbal et le fait signer par les autres médecins. L'original est remis à la partie gagnante, à toutes fins utiles, et la copie à la partie perdante.

Art. 7, § 1er. — Chaque partie supporte les honoraires de son propre médecin. La partie perdante, en outre, la charge des honoaires du médecin président, ainsi que des frais de greffe.

§ 2. — Quand l'assuré est privé de ressources et se trouve dans l'impossibilité de faire l'avance des honoraires du médecin président qui peuvent lui être réclamés, la Caisse peut prendre provisoirement cette avance à sa charge, sous réserve d'imputer les sommes qui lui seraient dues en définitive sur le montant des prestations à allouer à l'assuré, ou, à défaut des cotisations à porter à son compte.

Art. 8. — La Commission technique se prononce exclusivement sur l'état du malade. Elle doit se borner à déterminer cet état, avec toute la précision possible, en indiquant notamment les origines du mal, ses caractéristiques, sa durée probable, sa relation avec des affections antérieures ou concomitantes, l'incapacité de travail qui en résulte, compte tenu, s'il y a lieu, des appareils fournis ou susceptibles d'être fournis à l'intéressé. En aucun cas, elle ne saurait s'immiscer dans le traitement et fixer les modalités selon lesquelles ce traitement doit être appliqué.

Art. 9. — Les décisions de la Commission technique ne sont pas susceptibles d'appel.

Ces décisions ne sont pas exécutoires par elles-memes, mais si la partie perdante refuse d'en faire état, l'autre partie est fondée à saisir la Commission d'arrondissement, conformément à l'article 36, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, susvisé, dans un délai de dix jours à compter de la date de la réception de la notification du refus opposé par la partie perdante.

Art. 10. — Le présent arrêté sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 4 juillet 1936.

Jean LEBAS.

Sanatoriums publics

Par arrêtés du ministre de la Santé publique en date du 26 juin 1936 :

M. le Docteur Collet (Rodolphe), médecin-directeur au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), a été nommé, sur sa demande, médecin-directeur du sanatorium interdépartemental de Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le Docteur Depoire (André), médecin adjoint au sanatorium-d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été affecté au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne).

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 26 juin 1936, M. le Docteur Lasserre a été nommé médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Exercice de la médecine dans les Colonies

3.681. — M. Justin GODART, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique : 1° si un étudiant en médecine roumain, de quatrième année, marié à une Française, ayant demandé sa naturalisation, peut exercer avec un diplome d'Université dans les colonies françaises et lesquelles ; 2° si une Polonaise d'origine, naturalisée Française depuis novembre 1932, et qui a transformé son diplôme d'Université en diplôme d'Etat avant la promulgation de la loi de juillet 1935, et a reçu ce diplôme d'Etat en février 1936, doit attendre le délai de deux ans avant de s'installer. (*Question du* 2 *juin* 1936.)

Réponse. — 1° Conformément au décret du 18 janvier 1936 (*Journal Officiel* du 22 janvier), et sauf les dispositions spéciales aux praticiens indigènes, nul ne peut exercer la médecine dans les colonies françaises, s'il n'est muni d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine, et citoyen ou sujet français ; 2° si l'intéressée ne possédait pas le droit d'exercer avant le 26 juillet 1935, elle est soumise aux dispositions de la nouvelle loi, et doit attendre un temps égal à la durée du service militaire qu'elle n'a pas accompli, le délai comptant à partir du jour de l'obtention, du diplôme. (*J. O.*, 24 juin 1936).

Remboursement des fournitures pharmaceutiques aux assurés sociaux opérés à domicile ou dans une maison de santé

3.593. — M. Charles REIBEL, sénateur, demande à M. le ministre du Travail si les assurés sociaux opérés à domicile ou dans une maison de santé, n'ayant pas passé de convention avec les Caisses, ont bien droit au remboursement des fournitures pharmaceutiques nécessaires à l'opération (anesthésique, compresses, coton, catgut, etc.). (*Question du* 10 *mars* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative, mais, si l'assuré est soigné dans un établissement n'ayant pas passé de convention avec la Caisse, les notes relatives à la délivrance des médicaments, dont la vente nécessite l'intervention d'un pharmacien, doivent être visées par un pharmacien diplômé.

(*J. O.*, 3 juin 1936.)

Exercice illégal de la pharmacie

3.600. — M. Maurice VIOLLETTE, sénateur, demande à M. le ministre de la Justice comment les parquets peuvent encore pratiquer la loi sur l'exercice illégal de la pharmacie, lorsqu'on tolère que des médicaments soient délivrés sans ordonnance à travers toute la campagne par les chauffeurs de camionnettes expédiées de Paris dans toute la grande banlieue, dans un rayon de plus de 100 kilomètres. (*Question du* 12 *mars* 1936.)

Voir la suite page XLVII-2209

PROPOS DU JOUR

LA LIMITE D'AGE DES PROFESSIONS LIBÉRALES ET DES MÉDECINS

Nous en avons entendu parler, mais la chose nous avait paru si étrange que nous croyions que cette idée avait germé dans la cervelle de quelque père Ubu et que nous ne devions pas y ajouter d'importance. Mais il paraît qu'à notre époque tout peut arriver, ou du moins être proposé. Aussi après avoir pris connaissance d'un article de la *Gazette des Hôpitaux* et en avoir lu dans la *Presse Médicale* du 8 juillet un autre très documenté, très précis et très sensé de M. Mordagne sur *La mise à la retraite d'office des médecins*, nous sommes bien forcés de prendre la chose au sérieux.

La proposition de loi de M. Pomaret a été dénoncée, il y a plus d'un an, par M. Mordagne, à l'*Association corporative des Etudiants en médecine de Paris*, à la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*, au *Syndicat des médecins de la Seine*, personne n'y fit attention et vraisemblablement l'on crut à une « galéjade ».

Or, cette proposition revient signée de vingt-cinq députés, parmi lesquels nous ne sommes pas peu étonnés de voir MM. Raoul Brandon, Eugène Frot, de Monzie, Raymond Patenôtre et autres.

L'exposé des motifs est rédigé dans le style filandreux, apanage de certains hommes politiques. M. Mordagne y relève et souligne quelques passages pour légitimer l'élimination des adolescents et des anciens. « Il n'est pas possible de permettre aux « anciens » de travailler ; il n'est pas possible non plus de tolérer le travail des adolescents. S'il est vrai que dans l'état actuel du marché restreint du travail, il doit y avoir une catégorie de mécontents et d'éliminés, nous préférerions à tout prendre, la révolte de quelques anciens à la révolte générale des nourris de diplômes et affamés de pain (*sic*) ».

M. Mordagne cite l'article 3 de la proposition qui sera présentée à la Chambre :

« Nul ne peut exercer à titre gratuit ou à titre onéreux, à partir de l'âge de 65 ans, la profession d'avocat, officier ministériel, DOCTEUR EN MÉDECINE, vétérinaire et docteur- vétérinaire, dentiste, pharmacien, sage-femme, architecte, géomètre, ingénieur, comptable, banquier, chef salarié ou chef de service salarié dans une entreprise industrielle et commerciale, administration de Sociétés. Cette interdiction ne prendra effet qu'à partir du 1er janvier 1939, afin de permettre aux groupements professionnels, en collaboration avec le ministre du Travail et de l'Education nationale, de réaliser la mise en vigueur d'un régime approprié de retraite, auquel l'Etat ne pourra, d'ailleurs, apporter aucune contribution financière. »

Nous ne prendrons pas la peine de discuter ce texte qui frapperait tous les intellectuels, même les plus humbles. Cependant, nous en admirons la fin qui incite les groupements professionnels à collaborer avec les Ministres du Travail et de l'Education nationale à réaliser la mise en vigueur d'un régime approprié de retraite, auquel l'*Etat ne pourra d'ailleurs apporter aucune contribution financière*. Nous serions curieux de savoir comment, avant le premier janvier 1939, les groupements professionnels, même secondés par les lumières des Ministres du Travail et de l'Education nationale, pourraient créer des retraites. Nous disons *créer*, c'est bien le terme puisque ce serait faire avec rien quelque chose.

Il paraît que cette proposition de loi n'a obtenu qu'une approbation très relative auprès de la jeunesse des Ecoles, qu'elle a la prétention de favoriser. C'est que les neuf dixièmes des étudiants sont fils d'intellectuels, que leurs parents exercent une des professions libérales visées par la proposition de loi.

Ces jeunes gens qui ne sont pas des imbéciles, savent que pour leur faire faire leurs études, leurs familles doivent leur envoyer les subsides indispensables et que le plus souvent pour répondre à cette nécessité leurs pères, âgés de plus de 65 ans, continuent à travailler tant que leurs enfants ne sont pas à même de gagner leur vie.

Tous ces pères de famille n'ont pas, au cours de leur vie laborieuse, amassé des millions ou

◆◆

n'en ont pas hérité comme certains des signataires de la proposition de loi.

Et puis, le lecteur remarquera que, dans l'énumération des professions à qui l'on interdit de travailler passés 65 ans, il y a les avocats, les médecins, les vétérinaires, les dentistes, les pharmaciens, les sage-femmes, les architectes, les ingénierurs, les chefs de service salariés, les administrateurs de Sociétés, etc., mais ont été oubliés sans doute involontairement les conseillers municipaux, les conseillers généraux, les maires, les députés, les sénateurs, les ministres. Est-ce que l'affaiblissement physique et le fléchissement intellectuel se font moins ressentir chez ceux qui sont chargés de veiller à la chose publique que chez ceux, qui s'occupent d'intérêts privés, et n'y aurait-il que parmi les politiciens qu'il ne conviendrait pas de faire place aux jeunes ?

Quand le Docteur Farez réclamait naguère l'examen mental pour les candidats aux fonctions électives, la proposition n'était certes pas une plaisanterie.

J. Noir.

LES CAUSERIES MÉDICALES DE LA PRESSE

Dédié à notre distingué confrère, le Docteur Robert, du *Berry médical.*

Un journal qui, comme son nom l'indique, s'adresse à une classe de lecteurs tout particulièrement honorables, publie tous les lundis une *Causerie médicale*, dont le rédacteur est un médecin diplômé, qui donne son nom et son adresse, dont nous avons vérifié l'authenticité dans l'annuaire.

Un jour, il traite de l'urétrite chronique et, après vingt lignes de boniment, il termine par les suivantes tout particulièrement savoureuses :

« Les intéressés savent que, en toute confiance, dès qu'ils voient un écoulement s'éterniser ou rechuter sans cesse, ils doivent demander au Docteur X, rue Y. Paris, de bien vouloir les guérir. *Lui envoyer la goutte pour aller plus vite* ». Cure : premier mois, franco, 90 francs ; deuxième mois, 70 francs ; les trois mois, 200 francs. »

Qu'en pense la Ligue contre le péril vénérien ?

***

Ce médecin est multi-spécialiste. Huit jours après, le même honorable journal publie une nouvelle chronique indiquant le même nom et la même adresse, mais l'urologue est devenu neurologue. Il s'attaque cette fois aux dépressions nerveuses et à l'asthénie.

Nous ferons encore grâce à nos lecteurs du boniment sur les fatigues nerveuses pour en arriver à la conclusion toujours savoureuse ; mais cette fois il n'y a pas de goutte à envoyer :

« Le traitement consiste à modérer la suractivité nerveuse et à reconstituer cette substance nerveuse ; le meilleur traitement consiste en la cure de Magnésion. On peut demander conseils et traitement au Dr X., rue Y., Paris, si dévoué à nos lecteurs. »

Magnésion, comprimés, cure d'un mois, franco poste : 15 francs ou 16 francs contre remboursement. Dans les pharmacies bien exiger le nom Magnésion du Docteur X.

Et voilà...

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES INJECTIONS INTRA-CARDIAQUES DOIVENT ENTRER DANS LA PRATIQUE COURANTE DE LA MÉDECINE D'URGENCE

Par le Docteur Louis BÉTHOUX

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine de Grenoble

L'injection intracardiaque constitue une thérapeutique d'urgence qui permet de rappeler à la vie un certain nombre de sujets dont le cœur ne réagit plus aux médicaments introduits par voie sous-cutanée ou intraveineuse. A ce titre, elle mérite d'entrer dans la pratique courante, d'autant plus que la technique en est facile et que, pratiquée correctement, elle est dénuée de danger. Le praticien doit donc se familiariser avec elle et la considérer comme une intervention de petite chirurgie analogue à la ponction exploratrice péricardique ou pleurale.

Nous allons en décrire successivement la technique et les indications en indiquant les divers médicaments susceptibles d'être introduits dans l'organisme par voie intracardiaque.

La technique est simple, nous décrirons ici celle qui nous est personnelle. Il faut avoir :

Une aiguille-trocart à ponction lombaire de 8 cm. de long et de 8/10 de mm. de diamètre extérieur.

Une seringue en verre de 2 *ou* 5 *cm.* suivant la quantité de solution médicamenteuse que l'on veut injecter (dans la pratique la seringue de 2 c. c. plus maniable est suffisante) ; la seringue de 5 c. c. doit être munie d'un embout métallique pour pouvoir s'adapter à l'aiguille-trocart.

Du coton et de la teinture d'iode pour désinfecter le champ opératoire. Le sujet est couché, le tronc légèrement penché en avant soutenu en arrière par deux ou trois oreillers.

La voie d'abord est le quatrième espace intercostal gauche, il faut le repérer exactement en partant du premier espace intercostal qui est sous-jacent à la première côte, elle même placée immédiatement au-dessous de la clavicule ; *ce repérage exact du quatrième espace intercostal gauche est capital*, il faut le faire avec exactitude et y apporter toute son attention surtout chez les sujets gras ou sa découverte n'est pas toujours commode

On aseptise à ce niveau la paroi thoracique à la teinture d'iode. Placé à droite du sujet, on recherche avec l'index de la main gauche le bord gauche du sternum dans le quatrième espace intercostal, *on enfonce l'aiguille-trocart perpendiculairement au ras du bord sternal* (on évite ainsi les vaisseaux mammaires et le lobe pulmonaire précardiaque, lorsque l'on a franchi 2 ou 3 cm. on incline l'aiguille légèrement en dehors et en bas dans le sens du grand axe du cœur de façon à éviter l'oreillette droite, on perçoit alors une légère résistance c'est le myocarde ventriculaire, à ce moment si le cœur se contracte encore on voit l'aiguille osciller rythmiquement, on enfonce à nouveau de 2 ou 3 cm. ; le trajet total parcouru par l'aiguille est de 5 à 7 cm. pour un adulte de corpulence moyenne. A ce moment on retire le trocart, si la systole est toujours active le sang sourd par l'orifice, sang noir si l'aiguille est dans le ventricule droit, rouge si elle est dans le ventricule gauche, on adapte alors la seringue préalablement chargée, on aspire légèrement pour bien s'assurer que l'on est dans la cavité cardiaque le sang s'élève dans la seringue, on injecte alors lentement ; on peut ainsi réinjecter une deuxième et une troisième seringue l'aiguille restant en place, on peut même replacer le trocart et laisser le tout en place quelques minutes ; durant cet intervalle on peut pratiquer une autre injection sous-cutanée ou intra-veineuse, on peut même faire une saignée. On retire ensuite l'aiguille-trocart, seule ou armée de la seringue d'un geste vif et l'on tamponne l'orifice avec un coton imbibé de teinture d'iode. Dans quelques cas, lorsque la systole est très faible, le sang n'apparaît pas à l'orifice de l'aiguille, il suffit d'adapter la seringue et d'aspirer légèrement, le sang fait alors irruption dans la seringue.

L'avantage de l'aiguille-trocart à ponction lombaire est d'une part, la plus grande sûreté qu'elle donne à l'opérateur, d'autre part on peut la laisser en place quelques minutes pendant lesquelles on peut revoir le malade, lui faire une autre injection, une saignée, etc... Aussi nous la conseillons surtout pour les débutants, ultérieurement lorsque l'on aura une pratique plus grande de l'injection intracardiaque on pourra la faire directement avec la seringue chargée et armée d'une aiguille ordinaire de 8 cm. de long et de 8/10 de mm. de diamètre extérieur, nous signalons cependant qu'une seringue chargée de liquide prolongée par une aiguille longue et mince est difficilement maniable, l'aiguille fléchit et la ponction est moins sûre.

Le repère que nous indiquons, au ras du bord

gauche du sternum dans le quatrième espace intercostal n'est pas celui que préconisent tous les auteurs ; M. Audier (*Archives de médecine générale* et *coloniale*, 1934, nº 9) indique un point situé dans le quatrième espace intercostal gauche à 5 c. c. 1/2 (trois travers de doigt environ) du bord gauche du sternum, il conseille de diriger l'aiguille légèrement en haut et en arrière. Ce point correspond à la pointe du ventricule et si l'on ne dirige pas l'aiguille très nettement en haut et en arrière on risque souvent une ponction « blanche », l'aiguille restant dans la masse du myocarde très épais à ce niveau ; d'autre part on risque dans certains cas de traverser la lame pulmonaire précardiaque ; enfin chez la femme le développement du sein peut parfois gêner la ponction. Le repère présternal gauche ne présente pas ces divers inconvénients, en particulier il correspond à la base des ventricules, à ce niveau le myocarde est relativement mince et la cavité ventriculaire est large, aussi les ponctions « blanches » sont exceptionnelles.

Telle est la technique que nous employons pour l'adulte. Quand il s'agit d'un enfant et plus particulièrement d'un nouveau-né elle est simplifiée, le point de repère reste le même mais on pratique alors la ponction directement avec la seringue remplie et armée d'une aiguille simple à biseau court de 4 à 5 cm. de long et de 6/10 de mm. de diamètre extérieur. L'indication majeure de la ponction intracardiaque est *la syncope grave prolongée* avec état de mort apparente, battements du cœur à peine perceptibles, pouls impalpable, *lorsque tous les moyens habituels employés en* pareil cas ont échoué. La ciculation sanguine étant réduite il ne faut plus compter sur les injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses pour réveiller le cœur gravement inhibé, seule l'injection intracardiaque peut donner une chance de survie.

Il ne faut donc pas laisser passer le moment favorable où le muscle cardiaque est encore susceptible de réagir à cette incitation héroïque, c'est là une notion essentielle qu'il faut bien avoir présente à l'esprit, il ne faut pas perdre de temps, il faut pratiquer l'injection intracardiaque *avant la dixième minute de la syncope*, passé ce délai il est en général trop tard, la mort a fait son œuvre. Toutes les syncopes prolongées sont justiciables de ce procédé thérapeutique :

Syncopes anesthésiques au cours d'une intervention chirurgicale. Syncopes réflexes au cours d'un tubage, d'une dilatation anale, d'une ponction pleurale, d'une ponction lombaire, etc... Syncopes des asphyxies par noyades, par intoxications par les gaz : oxyde de carbone, acide carbonique, gaz de combat, etc. ; par les barbituriques. Syncopes des shockés par traumatismes, blessures graves, par électrocution. Syncopes prolongées des nouveau-nés asphyxiques ayant souffert au cours d'un accouchement dystocique.

A côté de ces syncopes que l'on peut qualifier de chirurgicales et obstétricales où le cœur est en général indemne de lésions antérieures, où il a gardé toute sa puissance réactionnelle et ou il réagit très bien à une stimulation vive ; il faut faire une mention spéciale pour les syncopes que nous pourrions appeler par analogie : syncopes médicales.

Il s'agit ici de syncopes cardiaques survenant chez des sujets atteints d'affections médicales diverses chez lesquels le cœur est surmené depuis longtemps, quand il n'est pas lui-même atteint de lésions graves ! En pareil cas sa puissance réactionnelle est réduite.

Ce sont les syncopes survenant au cours d'affections pulmonaires graves, de pneumonie double, de broncho-pneumonie ; les syncopes des rénaux hypertendus, des cardio-rénaux ; en pareil cas le cœur est surmené par un barrage périphérique pulmonaire ou rénal.

Dans les syncopes des cardiaques qu'il s'agisse d'une myocardite aiguë diphtérique ou typhique ou myocardite chronique avec arythmie et asystolie, d'une asystolie par lésions aortiques ou valvulaires anciennes ou bien d'une syncope au cours de l'angor pectoris ; dans tous ces cas le cœur est directement lésé, il faut donc discuter l'opportunité de l'injection intracardiaque qui peut être inefficace le cœur adultéré étant dans l'impossibilité de réagir, ou même dangereuse si les cavités cardiaques dilatées contiennent des caillots.

Ainsi donc on peut opposer les syncopes cardiaques chirurgicales et obstétricales (nouveau-nés) où l'injection intracardiaque stimulant un cœur sain agit en général très bien et très rapidement, aux syncopes cardiaques médicales où il ne faut poser les indications de l'injection intracardiaque qu'à bon escient et où les résultats sont plus aléatoires.

Les médicaments utilisables par voie intracardiaque sont assez nombreux. C'est tout d'abord l'*adrénaline* qui est surtout indiquée dans les syncopes chirurgicales et obstétricales. Chez l'adulte on injecte un centimètre cube de la solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième soit un milligramme.

Chez l'enfant on injecte seulement 1/4 ou 1/2 c. c. Chez le nourrisson 1/3 de c. c. On peut également employer au même titre, l'*éphédrine* véritable « adrénaline végétale » d'effet un peu plus lent mais sans réaction hypotensive, on injecte un centimètre cube d'une solution correspondant à trois centigrammes chez l'adulte.

On peut associer l'adrénaline et l'éphédrine ce qui donne un mélange d'action plus douce à réaction hypotensive atténuée, on injecte alors un mélange correspondant à 1/4 de milligramme

d'adrénaline pour deux centigrammes d'éphédrine. Dans les syncopes réflexes en particulier celles du début de l'anesthésie on peut aussi injecter du sulfate neutre d'atropine à la dose de 1 /2 milligramme.

D'autres produits peuvent être également injectés, il s'agit surtout de tonicardiaques que l'on réservera plus particulièrement aux syncopes cardiaques que nous avons qualifiées de médicales, ce sont : *La caféine* à la dose de 0 gr. 25 ; l'*ouabaïne* à la dose de 1 /4 à 1 /2 milligramme, la *coramine* enfin, une ou deux ampoules de 2 c. c., que l'on peut employer dans les diverses variétés de syncopes cardiaques.

Suivant l'état du malade et la réaction cardio-vasculaire on peut combiner ces médications. A ce point de vue nous signalons encore l'avantage de l'emploi de l'aiguille-trocart que l'on peut laisser en place quelques minutes tout en surveillant la reprise de l'activité myocardique, on peut ainsi réinjecter à un moment donné un médicament qui paraît plus indiqué.

On a parfois utilisé la voie cardiaque pour injecter du sérum physiologique ou même pour réaliser des transformations sanguines, il nous semble que cette pratique est criticable, car si les médications actives indiquées précédemment n'ont pû réveiller les systoles, le sérum pas plus que le sang humain ne pourront le faire ; d'autre part si l'on désire malgré tout pratiquer ces interventions nous conseillons la voie intraveineuse habituellement adoptée, on peut parfaitement injecter du *sérum* ou du sang *au* pli du coude tout en laissant en place dans le cœur l'aiguille-trocart et l'utiliser ultérieurement si c'est utile, pour de nouvelles injections.

Nous voyons par ce court exposé tout l'intérêt de l'injection intracardiaque, sa technique est facile, faite correctement elle n'est pas dangereuse, elle mérite donc d'entrer dans la pratique journalière de la médecine d'urgence.

INSTABILITÉ PONDÉRALE DU NOURRISSON

Dans une conférence, faite le 26 avril 1936 à l'Ecole de puériculture, M. RIBADEAU-DUMAS a exposé des notions très intéressantes sur les oscillations de poids chez le nourrisson.

L'enfant normal naît en état de « faim hydro-saline » ; cette combinaison eau-sel est très fragile, alors qu'à l'âge de 6 mois environ le système régulateur hydro-salin est presque aussi stable, en général, que celui de l'adulte.

Dans les cas pathologiques, — cette instabilité pondérale peut persister jusqu'à 9, 10 mois et même 2 et 3 ans. On observe alors un brusque excès de rétention d'eau en quelques heures, avec augmentation du poids de 100 gr. et plus, et inversement une disparition rapide de ces acquisitions : 1° par l'augmentation des urines, 2° par une diarrhée purement hydrique. Ces deux symptômes sont capitaux ; si le rein élimine mal, il y a diarrhée ; s'il y a diarrhée, il n'y a pas diurèse. Le rôle du rein n'a pas la même importance que celui de l'intestin : le rein sépare le bon grain de l'ivraie, l'intestin au contraire est un parchemin dialysant qui laisse passer même ce qui est utile à l'organisme.

Pronostic. — Cette instabilité indique un état tissulaire fragile comme celui des débiles et des prématurés et réclame la même surveillance, surtout au point de vue de l'alimentation.

Diagnostic. — En pratique, si une vaccination (Jennerienne ou autre), c'est-à-dire un shock, sur des enfants suspects provoque une grande perte de poids (100 gr.) et une forte élévation de température (39°-40°), ce sont des instables.

M. Ribadeau-Dumas a illustré sa conférence de trois observations personnelles qui conditionnent la thérapeutique suivante :

1° *Cas aigu* (érysipèle-pyélonéphrite) : perte d'eau avec concentration du sérum en sels et en urée ; injection de *sérum glycosé.*

2° *Coma acidosique* : deshydratation profonde et augmentation du chlore dans les tissus ; *sérum bicarbonaté* et *théobromine,* qui abaisse le seuil des chlorures dans le rein (Ambard).

3° *Acidose et tétanie,* alternativement : *bicarbonate de soude* et *chlorure de calcium.* Pas d'injections aqueuses, car ces enfants ne vomissent pas et ont peu de diarrhée.

On doit dépister ces troubles dès les premières semaines, car ils entravent la croissance. Dans ce but il faudra s'inquiéter avant tout du volume des urines chez le nourrisson ; pratiquement cela est d'ailleurs assez difficile (examen des langes).En dehors de la théobromine, le *citrate de caféine* est un excellent stimulant du système nerveux, du cœur, et de la respiration, très supérieur à la lobéline, à la digitale, à la strychnine. Ces données thérapeutiques très simples aideront le nourrisson à traverser la période critique fâcheuse.

L'organe où siège cette fragilité est probablement le diencéphale. Le corps thyroïde paraît aussi jouer un rôle dans le métabolisme de l'eau ; les insuffisants thyroïdiens, les pachydermiques sont souvent des surhydratés, qui, à la moindre maladie, font des chutes de poids catastrophiques. Les oliguriques avec épaississement de la peau seront donc justiciables du traitement thyroïdien (thyroxine) : la diurèse et la croissance augmenteront rapidement.

Dr CERTAIN.

CHANCRES SYPHILITIQUES MULTIPLES

(Notions pratiques)

Par le Docteur Paul Blum

Ancien chef de clinique de la Faculté
Médecin de Saint-Lazare
Médecin chef du Centre dermato-syphiligraphique de l'hôpital de Saint-Denis

Depuis longtemps, les syphiligraphes savent que la notion d'unicité du chancre syphilitique, établie magistralement par Ricord, est souvent en défaut ; ce caractère, qui paraissait s'opposer à la multiplicité du chancre simple ou chancre mou, n'est pas habituel. Il y a donc là une notion classique importante, à laquelle le praticien ne doit pas s'attacher, s'il ne veut pas faire une erreur de diagnostic, et retarder ainsi l'institution d'un traitement antisyphilitique.

Au point de vue pratique, quoi qu'on ait pu prétendre (1), il est en effet hors de doute qu'il faut attaquer la syphilis le plus près possible de son début, *frapper vite et fort*, et s'efforcer d'en poser un diagnostic sûr, étant donné l'importance de ce *verdict* qui retentit sur plusieurs années, si ce n'est sur toute une vie.

Toute érosion, unique ou multiple, s'il y a un contact suspect doit être l'objet d'une investigation particulière. L'examen à l'*ultra-microscope* fait partie des investigations nécessaires du praticien : la découverte du tréponème à l'ultra-microscope affirme l'existence de la syphilis.

Son emploi a modifié les conceptions classiques, qui admettaient comme dogme que le chancre syphilitique est *induré*, qu'il est *unique* et qu'il est le premier accident de la syphilis.

L'induration, dont les classiques faisaient grand cas n'est pas un signe constant : c'est très souvent un symptôme tardif ; il ne faut pas, pour poser un diagnostic de chancre syphilitique, attendre la formation d'une infiltration dermique, limitée en forme de plaque ou de nodule. Son existence à la base de l'exulcération syphilitique primaire est typique, pour les classiques. Elle est la traduction clinique du syphilome primaire. Mais en réalité, l'érosion est plus précoce : l'induration ne se voit qu'au *quatrième ou cinquième jour*, parfois même, elle n'apparaît qu'au *dixième jour*; autant de jours perdus pour un traitement précoce d'assaut.

Ajouterai-je qu'en pratique cette induration manque souvent. Non seulement quand le chancre siège en des points particuliers (fourreau de la verge chez l'homme, fourchette chez la femme, mais l'induration peut manquer en tout point. Il y aurait moins d'inconvénient à croire à une induration quand la lésion apparaît sur des tissus sous-jacents un peu empâtés etdurs, comme le sillon balano-préputial, le rebord du gland, le méat, etc...

Les vrais *caractères pratiques des chancres* syphilitiques sont très précis : le plus habituellement c'est une *exulcération* très superficielle, de toute dimension, unique ou multiple, dont le fond lisse, chair musculaire, est parfois recouvert d'un exsudat fibrineux, d'une fausse membrane, d'une croûte, mais surtout c'est une *exulcération régulièrement arrondie* avec une ABSENCE DE BORDS qui a une valeur diagnostique quasi pathognomonique. Cette lésion presque toujours s'accompagne d'une adénite symptomatique. Cette adénite a habituellement les caractères qu'avait décrits Ricord : c'est bien l'ombre qui accompagne le corps ; elle est contemporaine du chancre.

Si cependant parfois, elle peut le précéder, elle lui survit toujours ; son importance est telle, que pratiquement elle peut être de beaucoup le signe le plus manifeste, comme dans certains chancres extragénitaux : cette *adénopathie froide, indolente, aphlegmasque, polyganglionnaire* doit retenir l'attention du praticien, et par elle seule éveiller l'idée de syphilis.

Seul l'examen à l'*ultra microscope* peut autoriser à *affirmer la syphilis* et donne LE DROIT D'OUVRIR L'ÈRE D'UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE, en dehors des cas bien entendu, où il y a déjà des signes de syphilis secondaire avérés ou des preuves sérologiques induscutables.

Il faut donc recourir *systématiquement* à l'examen ultra-microscopique de toute érosion même minime, à plus forte raison de toute ulcération suspecte. Il faut pratiquer cet examen dans de bonnes conditions, le faire sur une lésion non traitée, ni irritée par un caustique local, poursuivre cette recherche avec insistance en *cas de résultat négatif*, si la clinique semble affirmer la syphilis.

L'importance de ce diagnostic précoce de syphilis est tel que dans des cas difficiles, on doit recourir à la *ponction du ganglion*, et à l'examen

(1) Nous faisons ici allusion à la théorie belge, qui conseille d'attendre l'apparition des accidents cutanés secondaires pour attaquer la syphilis.

ultramicroscopique du suc ganglionnaire. L'utilité de cette méthode et sa technique ont été montrées par nous avec le Prof. Gougerot (1).

Multiplicité du chancre syphilitique

SA FRÉQUENCE

C'est en nous inspirant de ces principes directeurs, et dans cet esprit, que nous avons examiné en série pendant plusieurs années les chancres syphilitiques à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis. Non seulement le chancre syphilitique nous est apparu très souvent multiple, mais nous l'avons observé avec plus de fréquence que le chancre unique. 60 à 70 % des cas de chancre syphilitique surtout chez l'homme.

Fournier l'avait déjà noté fréquemment : une fois sur quatre disait-il. Dans sa statistique, on trouve 341 cas de chancres uniques et 115 multiples. Ce chiffre a paru un peu bas.

Le Professeur Nicolas estimait que le chancre syphilitique est multiple dans un cas sur trois. MM. Darier, Gougerot ont déjà noté qu'on peut l'observer avec une fréquence égale.

En regardant de près les chancres, on est frappé de la grande fréquence de la multiplicité du chancre syphilitique.

Le *nombre* est variable. On peut en observer deux, trois, parfois quatre à cinq. Nous montrons ci-contre une photographie où il y a avait neuf érosions chancreuses (*fig.*1.) On a pu en observer 20, 27, 37 dans une observation.

FIG. 1. — Chancres syphilitiques.
(*Cliché Marie*) *Collect. du Docteur Paul Blum.*

La *forme* des divers chancres n'est pas toujours la même ; leur dimension peut également être très différente, mais parfois les lésions ont un aspect identique comme daus le cliché n° 1 (on croirait des érosions herpétiques ou des plaques muqueuses).

Le chancre syphilitique multiple en clinique

Dans une étude complète que nous avons publiée dans les *Annales des maladies vénériennes*, avec toutes les photographies empruntées à notre collection personnelle et à celle du musée de photographie de l'hôpital Saint-Louis, si riche en documents précis, que l'on doit au travail conscient de M. Schaller, et depuis quelques années à celui de M. Maire nous montrons la fréquence de ces chancres observés.

I. CHANCRES MULTIPLES DES ORGANES GÉNITAUX

Nous en reproduisons ici un exemple : il s'agit d'un jeune homme, qui quatre semaines après un coït suspect, présente à la verge une série d'exulcérations. Neuf *chancres* siégeant sur le fourreau, autour du sillon balano-préputial, sur le gland et sur le filet.

En regardant de près les chancres du sillon balano-préputial, il n'est pas rare d'en voir plusieurs. Quelques-uns sont de taille minuscule parfois de la dimension d'une tête d'épingle. Ces érosions sont quelquefois contemporaines. Elles peuvent se succéder à de courts intervalles.

Dans une observation de Bonnet et Courjon un malade présenta dix chancres de la verge. Ces auteurs ont observé que le malade ayant eu des rapports quotidiens avec la même femme, avait dû se contaminer en une série d'endroits, étant donnée l'apparition quasi quotidienne de chaque exulcération.

Lorsque le chancre est multiple, disait Fournier, il est toujours « discrètement multiple » : cette opinion semble très exacte, si elle fait allusion aux minimes érosions chancreuses, qu'on voit parfois auprès de l'accident primitif. Dans une étude que nous avons faite avec notre collègue et ami Jean Bralez, sur les chancres syphilitiques géants, nous avons souligné la fréquence avec laquelle on observe une foule de lésions chancreuses, à proximité du chancre géant.

Cependant le chancre syphilitique peut être extraordinairement multiple, et les cas de 15 à 20 que nous signalons ne sont pas exceptionnels.

Chez la femme le chancre multiple serait moins fréquent : il n'est cependant pas exceptionnel : MM. Marcel Pinard et Mlle Corbillon ont rapporté à la Société Fr. dermat. (1931,

(1) GOUGEROT et Paul BLUM. — Ponction du ganglion pour le diagnostic de syphilis. *Paris Médical*, mars 1930, p. 207.

n° 15, p. 34) un fait de cinq chancres syphilitiques vulvaires observés chez une fillette de 3 ans. Nous communiquons dans notre travail d'ensemble une photographie montrant à la vulve trois grands chancres ulcéreux.

Cette multiplicité des chancres syphilitiques n'étonne plus les syphiligraphes. Dans un travail récent de M. Joulia, sur le dépistage de la syphilis primaire chez la femme, on note dans la moitié des cas, l'existence de deux à cinq chancres. M. Joulia rappelle à propos du chancre vaginal qui n'est pourtant pas fréquent que Rille a pu observer sur vingt et un cas, trois fois deux accidents, deux fois trois accidents et un cas où il y avait jusqu'à neuf chancres vaginaux concomitants.

II. Chancres extra-génitaux multiples

La localisation extra-génitale de chancre syphilitique permet d'envisager le chancre multiple sous deux variétés :

a) *Chancre bipolaire* : Coexistence d'un ou plusieurs chancres génitaux, avec un ou plusieurs chancres extra-génitaux.

b) *Multiplicité du chancre extragénital* : Soit que le malade présente plusieurs chancres extra-génitaux (chancre de l'amygdale et chancre du doigt par exemple, soit qu'en une même région on assiste au développement de plusieurs chancres.

C'est au *sein* qu'on observe le plus souvent des chancres syphilitiques multiples ; on peut voir, deux, trois, cinq, six ulcérations. Dans une observation de Danlos, on a noté l'existence d'une véritable pléiade confluente de chancres du sein (22 ulcérations, cf. reproduction ou moulage n° 2023 du Musée de l'hôpital Saint-Louis figure n° 2. Ces chancres multiples, comme le dit Burnier, sont très petits, superficiels, simplement érosifs, ressemblent à des plaques muqueuses et tendent à se couvrir rapidement de croutelles, comme les lésions herpétiques.

Il est évident qu'ici la multiplicité des chancres s'explique facilement par le contact répété des lèvres de l'enfant hérédo-syphilitique avec le sein de la nourrice, et la fréquence des excoriations ou fissures naturelles du mamelon.

Ce chancre multiple du sein est souvent bilatéral.

A *la tête*, à *la face*, il n'est pas rare non plus d'observer des chancres multiples : on a pu observer quatre à cinq chancres des lèvres buccales. Fournier disait qu'on l'observe dans 5 % des cas.

Un photographie du Musée de Saint-Louis montre la fréquence des *chancres multiples du menton*. Dans la collection de Brocq au Musée de l'hôpital, nous avons trouvé une photographie, d'un malade sur lequel on a compté huit chancres de la bouche et du menton figure n° 3.

Fig. 2. — Chancres syphilitiques extraordinairement multiples de la région mammaire droite chez une nourrice contaminée par un nourrisson hérédo-syphilitique. Moulage n° 2.023 du Musée de l'hôpital Saint-Louis. (*Cliché Marie.*)

Le *chancre multiple de l'amygdale* n'est pas non plus exceptionnel, quoiqu'on ait pu dire. Dans le *Lyon-Médical*, Garel, dit qu'on l'observe plus souvent qu'on ne croit — dans la moitié des cas (ajoute-t-il).

Un moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis montre l'existence de *plusieurs chancres du cuir chevelu* (moulage n° 3148 du 15 juillet 1930) : il s'agissait dans cette observation d'un nourrisson âgé de sept semaines qui présenta quatre semaines après la naissance cinq chancres papuleux du cuir chevelu disposés en demi-cercle. La contagion s'était faite au passage : ils étaient contemporains de la rotation et de la déflexion de la tête à la vulve. MM. Weissenbach et Babonneix en ont publié récemment un fait très comparable.

Sur le ventre, à la paroi abdominale, au pubis notamment on a pu observer des cas de chancres multiples : chez les Arabes qui se rasent les poils du pubis, on peut voir plusieurs chancres du pubis produits à la faveur des écorchures de la région pubienne.

Les *membres* peuvent présenter des chancres multiples : Gaucher signale dans son livre remarquable du *Chancre et des syphilides* le cas d'un malade atteint de plusieurs chancres de l'avant-bras qu'il avait contractés en s'appuyant pour se chauffer sur des compresses qu'un syphilitique avait disposées sur la poêle de la salle.

Nous pourrions multiplier les exemples : ceci

indique qu'on peut aussi observer des chancres multiples, en dehors de la région génitale.

III. Chancres multiples a la fois génitaux et extra-génitaux

L'existence d'un chancre *extra-génital* n'exclue pas d'ailleurs la possibilité de la coexistence d'un ou plusieurs autres chancres génitaux — ou même d'un autre chancre extra-génital.

Les *chancres bipolaires* (génital et extra-génital) ont soulevé des problèmes très intéressants au point de vue pathologie générale. Gaucher signalait l'observation d'un malade qui avait à la fois cinq chancres de la face et trois chancres syphilitiques du gland.

Ce qui intéresse surtout Gaucher et son élève Sabaréanu, qui a consacré à ces sujets sa thèse inaugurale, c'était la *sucession* de ces chancres : les chancres *bipolaires* successifs (production d'un chancre génital et quinze jours après d'un chancre extra-génital) ou inversement ont ouvert la voie à des théories concernant l'immunité.

Nous ne voulons pas multiplier ces exemples à l'infini.

IV. Chancres multiples expérimentaux

Expérimentalement le chancre syphilitique peut être multiple en plusieurs points, on peut voir se développer des chancres syphilitiques si on pratique plusieurs inoculations : chancres multiples obtenus par Georges Levy, Gastinel et Pulvenis, etc. Pour que le chancre se produise, il faut pratiquer une inoculation assez profonde pour *entamer le derme, sans atteindre le tissu cellulaire.* Il semble qu'il y ait suivant les régions *une variété locale de réceptivité.*

Notions étiologiques

La *multiplicité* des chancres syphilitiques est loin d'être exceptionnelle.

Plus fréquent chez l'homme que chez la femme au siège des organes génitaux, le chancre multiple extra-génital du sein est plus fréquent chez la femme.

Causes favorisantes. — Toutes les affections de la peau ou des muqueuses, provoquant des excoriations multiples favorisent la multiplicité des chancres. L'*herpès* avec ses vésicules si facilement excoriées, la *gale* avec ses multiples lésions de grattage, l'*eczéma*, avec les lésions prurigineuses qu'elle détermine, en un mot toute dermatose ou dermatomycose, provoquant uue excoriation multiple de la peau ou des muqueuse, et favorise le développement d'une inoculation multiple ; c'est ainsi que Fournier avait remarqué combien les excoriations multiples produites par le rasoir peuvent constituer des portes d'entrée pour le tréponème. (Huit cas dans un fait de chancres du menton.

Les *suintements*, les *écoulements de sérosité* disséminent le tréponème à la faveur des érosions, c'est ce qui explique la multiplicité des chancres vulvaires de la femme.

Le *contact*, le *frottement*, sont aussi évidemment des conditions favorisantes.

Fig. 3. — Chancres syphilitiques multiples de la bouche et du menton. (*Collection du Musée de l'hôpital Saint-Louis.* Schaller phot).

Pathogénie des chancres multiples

Le chancre n'immunise pas l'organisme, comme on le pensait ; on a cru en effet à une immunité générale, ou au moins à une *immunité locale* ; on a en effet pu comparer les immunités vaccinale et syphilitique, en soutenant, par exemple, que l'état réfractaire naissait au point d'inoculation et s'étendrait *progressivement.* Gaucher parlait ainsi d'*immunité régionale* (Cf. Thèse de Sabareanu).

Expérimentalement cependant, on peut faire des inoculations aussi bien au voisinage du chancre que dans toute région de l'organisme. Toutefois il est exact que si on analyse bien les faits expérimentaux de Queyrat, ceux de Marcel Pinard, de G. Lévy, etc...., la réinoculation ne semble plus possible à partir d'un certain délai, qui semble être aux environ du *trente et unième jour* (Gastinel et Pulvenis). Il existe donc tout de même une immunité locale et générale, elle serait d'abord régionale, deviendrait générale, mais cette immunité est relativement tardive : puisqu'elle n'est *constatée qu'au deuxième mois de la contamination* : rien d'étonnant par suite que le chancre syphilitique puisse être multiple.

Il peut être le résultat de :

a) *de contaminations simultanées* : C'est un fait certain que la syphilis peut se traduire par plusieurs chancres contemporains d'origine.

La période d'incubation n'est pas toujours la même suivant les régions. Les chancres céphaliques semblent apparaître plus précocement.

b) *De contaminations successives* : Dans une observation de Bonnet et Courjon, un malade eut dix chancres de la verge. Ces auteurs ayant noté que le malade avait eu des rapports quotidiens avec la même femme et constaté l'apparition quotidienne de chaque exulcération, concluaient à une contamination successive.

Il s'agit là d'un tréponème pris à la même source (*homo-inoculation*).

Le tréponème peut être pris à des sources différentes (hétéro-inoculation).

c) *Auto-inoculation* : Le chancre syphilitique lui-même peut essaimer et cela jusqu'au douzième jour environ. L'existence d'une dizaine de chancres autour du sillon balano-préputial, le chancre bivalve, le chancre en feuillet de livre, etc., sont dus à des auto-inoculations. On a vu également le chancre du scrotum s'inoculer en regard à la face interne de la cuisse.

Les chancres multiples du vagin, ceux de l'anus sont des types d'auto-inoculation favorisés par les sérosités et les suintements.

Ce sont là les modes de propagation les plus fréquents de chancres.

d) *Chancres provenant de l'extériorisation d'une lymphangite chancreuse* : la lymphangite chancreuse écrit M. Darier peut également devenir érosive par place : il serait ainsi un syphilome s'extériorisant sur le trajet d'une lymphangite tréponémique. Ce mode de formation de chancre multiple nous semble extrêmement rare. C'est cette pathogénie que nous invoquons pour expliquer la formation des petites lésions péri-chancrenses des chancres géants. (Paul Blum et Jean Bralez.)

COMMENT INTERPRÉTER LE CHANCRE SYPHILITIQUE ?

Nous ne voulons pas ici refaire l'étude que nous avons développée avec mon collègue et ami Jean Bralez dans le numéro du 25 janvier 1931 de *La Vie Médicale* à propos des manifestations précoces de la syphilis acquise et l'apparition du chancre ; et que nous reprenons dans un travail d'ensemble sur l'incubation de la syphilis.

Le chancre syphilitique n'est pas un chancre d'inoculation.

On avait depuis longtemps montré que l'excision du chancre ne peut pas enrayer la marche de la syphilis. La syphilis est déjà généralisée avant la production du chancre : d'ailleurs les modifications du sang, de la rate, des ganglions, les poussées thermiques, etc., qui sont observées dans le chancre corroborent cette façon de penser.

On peut même trouver *in situ* le tréponème avant l'apparition du chancre treize jours après la contamination, onze jours avant l'apparition du chancre (Charpy, de Dijon). Au point de vue pathologie générale le chancre n'est donc qu'un simple *syphilome local* qui se forme aux divers points d'inoculation.

On constate en réalité au niveau du chancre toutes les lésions anatomiques qui constituent la série des accidents de la maladie (Milian) depuis son début jusqu'aux périodes terminales.

Il y a une forte réaction du *derme* lymphocytaire et conjonctive. Le syphilome semble se développer à la faveur d'une endartérite syphilitique : le tréponème pullule déjà dans la paroi des vaisseaux. C'est déjà un *syphilome* avec un des tréponèmes déjà disposés en file dans les travées du tissu conjonctif, et déjà on y note une tendance locale à la sclérose.

A la faveur de cette conception qui fait du chancre une sorte de réaction locale aux points d'inoculation se justifie l'existence de chancres syphilitiques multiples (1).

Cf. 1. Paul BLUM et Jean BRALEZ. Chancres géants. *Paris Médical*, 25 octobre 1930, p. 365.

2. Paul BLUM et Jean BRALEZ. Les manifestations précoces de la syphilis et l'apparition du chancre. *Vie Médicale*, 25 janvier 1931, p. 91.

3. P. GOUGEROT et Paul BLUM. Ponction du ganglion pour le diagnostic de syphilis primaire. *Paris Médical*, mars 1930, p. 207.

4. Paul BLUM. Chancres syphilitiques multiples. In *Annales des maladies vénériennes*, mai 1936, p. 321.

5. Paul BLUM. A propos des chancres syphilitiques multiples. *La Science médicale pratique*, 1er juin 1936, p. 339.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

de l'anesthésie de base

D'après le Docteur Raphaël MASSART

L'ANESTHÉSIE DE BASE, NON-TOXIQUE ; SON COMPLÉMENT POSSIBLE PAR UNE ANESTHÉSIE DE RENFORT

Tous les anesthésiques généraux, sont des poisons du système nerveux. Leur action progressive, après des phénomènes passagers de suractivité motrice, psychique et sensorielle, amène une dépression nerveuse supprimant le mouvement, la conscience et la sensibilité. Agissant d'abord sur la substance cérébrale, ces poisons respectent momentanément l'intégrité de la moelle et du bulbe ; si leur action est poussée plus loin, les centres automatiques bulbaires ou médullaires sont atteints, l'intoxication devient mortelle, et on passe *insensiblement* de l'anesthésie à la mort, sans qu'il y ait de transition marquée entre ces deux étapes.

Ce qui varie suivant les substances utilisées, ce sont les doses nécessaires pour produire l'effet anesthésique, sans risquer l'accident mortel, et il est bien évident que, plus grand sera *l'écart entre la dose toxique et la dose narcotique*, plus le toxique utilisé sera recommandable. C'est cette différence entre la dose mortelle et la dose narcotique, variable avec chaque produit anesthésique et beaucoup plus rarement avec chaque malade, qui constitue la *marge de sécurité.*

Pendant longtemps, on a demandé au même toxique (protoxyde d'azote, ou chloroforme et éther soit seuls, soit mélangés à l'alcool et au chlorure d'éthyle), d'amener la perte de la conscience, de la sensibilité, de la motricité, et on arrivait ainsi, *pour des opérations longues*, exigeant un sommeil profond, à voir la dose narcotique devenir très voisine de la dose toxique.

Les morts opératoires sous anesthésie en sont souvent la conséquence, et ainsi s'explique que les accidents sont beaucoup plus rares, lorsque la narcose est faite par des anesthésistes expérimentés, suffisamment avertis pour apprécier le moment où l'intoxication par l'anesthésique devient grave et fait courir des risques importants aux malades endormis.

C'est pour obvier à ces inconvénients réels des anesthésiques courants, habituellement employés, qu'on a été amené à étudier l'action anesthésique de composés chimiques nouveaux, dont plusieurs sont des barbituriques. Ces produits ont l'inconvénient de nécessiter des doses *élevées* pour obtenir des *anesthésies profondes*, mais ils ont le grand avantage, aux *doses faibles*, d'être utilisables sans faire courir de risques, de produire une anesthésie suffisante pour que le chirurgien puisse opérer ; en outre, la période d'*excitation* du début est à peu près complètement supprimée, et c'est un sommeil calme, comparable au sommeil naturel, qui envahit le malade.

L'anesthésie ainsi produite, si elle est incomplète, se révèle largement utilisable pour bien des actes chirurgicaux ; elle peut se prolonger assez longtemps sans être dangereuse pour le patient ; elle est plus comparable au sommeil profond qu'à la mort ; l'atteinte de l'organisme par ces produits est légère, car *la dose narcotique* présente un écart important avec *la dose toxique*, et on utilise les effets au seuil de la période anesthésique, au lieu de le faire au seuil de la période toxique.

C'est ce sommeil artificiel, où la perte de conscience est totale, où la sensibilité et la motricité ne sont qu'engourdies, qui constitue l'*anesthésie de base.*

Cette anesthésie légère est incapable de donner au chirurgien le silence abdominal et le ralentissement de toutes les fonctions, mais c'est une anesthésie qui a une longue *période d'utilisation* à son seuil même, en *restant éloignée des doses élevées et toxiques.* C'est un point, dont doivent se bien pénétrer tous ceux qui reprochent à ces anesthésies d'*être insuffisantes* et qui, pour obtenir une résolution plus complète, une disparition absolue des réflexes, forcent les doses et s'étonnent des *accidents* sérieux ou même mortels, qu'ils observent.

L'anesthésie de base si elle est insuffisante chez certains malades, ou pour exécuter certaines opérations, *doit être complétée* par un autre anesthésique, qui viendra ajouter ses effets et qui aura l'avantage de pouvoir être donné *par intermittences*, aux moments les plus douloureux des manœuvres opératoires, et d'être suspendu aussitôt. Il suffit alors de doses très faibles d'un autre *anesthésique de renfort* pour obtenir un sommeil profond, et c'est cette double action anesthésique des deux produits différents,

ajoutant leur action, sans augmenter leur toxicité, permettant au chirurgien toutes les possibilités opératoires, qui constitue vraiment une *notion nouvelle dans l'anesthésie chirurgicale.*

Quelles sont les substances chimiques, susceptibles d'être utilisées comme anesthésiques de base.

Autrefois on employait la scopolamine ; on est arrivé dans la suite au bromure de sodium par voie veineuse, au chloral par voie rectale ; aujourd'hui l'auteur recourt avec avantage au tribromométhanol (connu sous le nom d'avertin) ; il le préfère à l'évipan sodique en raison de la commodité de son administration par voie rectale. Son expérience avec le tribromométhanol porte sur huit cents opérés environ.

L'anesthésie rectale par le tribromométhanol demande du soin, une petite préparation du malade, et un certain nombre d'opérations chimiques (une dilution, un chauffage, la lecture d'une température), ainsi que d'opérations mathématiques (deux multiplications), qui paraissent très difficiles à obtenir souvent dans les services hospitaliers.

Il est certain qu'une erreur de multiplication force, ou diminue la dose, ou peut causer des ennuis.

Depuis 1933, le Docteur Massart a formé pour l'administration du tribromométhanol, une infirmière instruite, soigneuse, avec laquelle toutes les opérations sont faites correctement, vérifiées soigneusement, et consignées sur des fiches qui restent comme garantie des doses effectivement données.

Les nombreuses anesthésies pratiquées avec cette méthode ne lui ont causé aucun ennui grave, et il n'a jamais eu à s'alarmer d'incidents pouvant compromettre la sécurité du malade.

L'auteur a opéré des sujets de tous les âges, le plus jeune avait 6 mois, le plus âgé avait 81 ans.

La plupart des opérations faites ont porté sur les membres, la tête, le rachis, le bassin osseux les parois thoraciques, rarement l'abdomen. La plupart des anesthésies ont dû être complétées légèrement, en particulier *dès le début*, à l'incision de la peau.

Chez beaucoup de malades, l'incision *cutanée*, en effet, et la *fermeture* de la plaie constituent les *seuls temps douloureux* ; il suffit alors pour que l'anesthésique de base soit suffisant, de faire inhaler au malade endormi une bouffée de chlorure d'*éthyle*.

L'anesthésie de complément à l'éther n'a été que rarement employée ; elle est nécessaire chez les sujets alcooliques, pour lesquels le lavement au tribromométhanol est insuffisant, bien qu'il supprime à peu près complètement la période d'excitation si désagréable chez ces malades.

La statistique du Docteur Massart, mettant en regard les âges des sujets opérés et les doses par kilo utilisées, montre que, même pour les enfants, il n'a jamais dépassé la dose de 12 *centigrammes par kilo*, et que souvent même il ne l'a point atteinte.

Sur ces 100 malades opérés, 51 fois les doses ont été de 8, 8,5 ou 9 centigrammes par kilo.

Il insiste beaucoup sur ces chiffres, qui sont pris au hasard dans ses observations personnelles ; ils sont très inférieurs aux doses, qui sont conseillées par les fiches thérapeutiques, par les promoteurs de la méthode et par nombre de chirurgiens. L'anesthésique de base ainsi donné n'expose le chirurgien à aucun accident, ni même aucun incident.

Au cours de toutes les anesthésies au tribromométhanol, l'anesthésiste a coutume de surveiller continuellement le pouls et la tension. Il a été possible ainsi de faire, *sur les variations de la tension* au cour du sommeil anesthésique, quelques remarques intéressantes.

Au début de l'anesthésie, la tension subit par rapport à la tension normale prise la veille, une légère élévation, puis, sitôt l'opération commencée, sous l'influence sans doute de l'hémorragie, elle diminue, puis reste étale.

C'est là le point important à fixer ; une *nouvelle chute* de tension doit faire ouvrir l'œil, et souvent même une baisse légère doit mériter une piqûre d'éphédrine.

Rarement la *tension tombe brusquement*, SANS avoir été précédée d'une baisse lente, progressive mais continue, qui doit mettre en éveil.

Exemple : un homme de 34 ans, présentant une ostéomyélite chronique, avait une tension normale maxima de 13,5 au moment où le lavement est donné à 11 h. 5. Il dort profondément à 11 h. 35 au moment où l'opération commence, et sa tension s'élève à 16. Vers le milieu de l'opération, à 12 heures, elle est descendue à 14, elle s'y maintient jusqu'à la fin.

Quand les malades sont des *hypotendus*, comme une jeune fille de 18 ans qui avait 7, et sur laquelle on faisait une résection du genou, on pratique, *sitôt le lavement donné*, une piqûre d'éphédrine ; c'est grâce à ce procédé que, durant toute l'anesthésie de cette malade, la *tension n'a pas varié*.

Comme dit, l'étude régulière de la tension au cours de l'anesthésie est le guide le meilleur pour se mettre à l'abri des incidents et des complications.

Voici un tableau facile à lire pour en retenir les doses par kilo de malad . Ces doses varient suivan l'âge, le sexe, et surtout s ivant la réceptivité du malade, selon que son réflexe oculo-cardiaque est accéléré, égal ou ralenti.

	ENFANTS		FEMMES		HOMMES	
	moins de 14 ans	plus de 14 ans	moins de 45 ans	plus de 45 ans	moins de 45 ans	plus de 45 ans
Réflexe accéléré...............	12,5	11	9	8,5	10	9
Réflexe immobile..............	12	10,5	8,5	8	9,5	8,5
Réflexe ralenti................	11,5	8	8	7	9	8

Toutes ces doses sont exprimées en centigrammes et valent pour un kilo de malade.

Ce tableau n'est qu'un guide, il faut mettre très à part le cas des sujets obèses, des malades cachectiques et toutes les exceptions, gigantisme, nanisme, qu'on ne peut faire entrer dans une vue d'ensemble.

En se basant sur ces données, l'opérateur sera assuré d'obtenir une bonne anesthésie de base, qu'il devra, suivant les cas, compléter à l'éther ou au chlorure d'éthyle, et qui, permettant de faires des opérations longues et importantes, ne constituera jamais *une anesthésie dangereuse.*

***

Un procédé utile pour les malades nerveux, et précieux pour la tranquillité du chirurgien

L'anesthésie de base, en plongeant doucement dans son lit, sans à-coups et sans heurts, le malade dans le sommeil artificiel, offre comme premier avantage de supprimer l'appréhension et l'angoisse du début des anesthésies, et en particulier cette sensation d'étouffement si pénible et si désagréable, dont tant d'opérés conservent toujours le souvenir.

Cette anxiété du début des narcoses n'est point négligeable et, il y a quelques années, le regretté Professeur Vaquez, étudiant la gravité des opérations chez les cardiaques, montrait que, si en matière de lésions ou de troubles du cœur, il n'y avait aucune éventualité qui puisse arrêter la main du chirurgien, en dehors de l'asystolie accentuée, il y en avait cependant une : l'*anxiété du malade.*

On peut redouter, disait-il, chez un sujet cardiopathe, et même, *aussi peut-être chez un sujet sain,* qu'une extrême impressionnabilité, une frayeur excessive de l'opération puisse provoquer jusqu'à l'inhibition cardiaque.

Peut-être certains cas de mort subite initiale du chloroforme sont-ils imputables, au moins pour une part, à une circonstance de ce genre. Que cet état d'anxiété extrême, rare il est vrai, soit plus commun chez les malades qui savent leur cœur atteint, cela est de toute évidence ; mais il apparaît bien que, même dans ce cas, la crainte occasionnée par la cardiopathie, plus que la cardiopathie, doive constituer une contre-indication.

Un anesthésique de base, comme le tribomométhanol, administré par la voie rectale, déterminant dans le lit du malade un sommeil d'apparence naturel, évite justement les réflexes dangereux de ces sujets.

Le Docteur Massart a opéré sans appréhension aucune, grâce à l'anesthésie de base, quelques anxieux, et deux d'entre eux ont eu à subir une nouvelle intervention. Mis en confiance par l'agrément de leur première anesthésie, toute crainte de mort avait disparu pour la seconde, et à l'anxiété première avait fait place un calme complet.

A ce seul titre, l'anesthésique de base doit être tilisé par le chirurgien, pour éviter ces drames de l'anesthésie, dont les anxieux sont coutumiers.

D'autre part, l'anesthésique de base permet au chirurgien, avec la longue période de sommeil qu'il procure, de n'avoir plus à se presser, de *n'être plus dominé par ce souci des minutes qui passent,* et dont chacune vient augmenter la dose de toxique absorbé par le malade ; il lui laisse une plus grande liberté d'esprit, en le délivrant de tous les ennuis des narcoses prolongées et de leurs conséquences graves.

Il est extrêmement commode dans les interventions complexes de la chirurgie orthopédique d'avoir un malade en sommeil, pendant un temps assez long, sans lui faire courir les ennuis ou les risques d'une anesthésie prolongée.

Les interventions sur la hanche, sur le rachis, qui se complètent de la confection d'appareils plâtrés, nécessitent de garder un malade endormi pendant au moins une heure ; s'il faut durant cette heure lui faire absorber éther, chloroforme ou protoxyde, on lui impose une intoxication supplémentaire et bien souvent pour l'éviter, on arrête l'anesthésie, on laisse le malade se réveiller, bouger, ce qui constitue une gêne certaine pour le chirurgien, en risquant de compromettre le résultat définitif.

L'anesthésie de base suffit pour tous les appareillages ; on peut les exécuter sans que le malade manifeste la moindre réaction, sans qu'il faille lui donner davantage d'anesthésique, sans qu'on fasse courir à l'opéré un risque de plus.

Cette méthode *permet d'exécuter dans un même temps opératoire plusieurs interventions,* sans augmenter le risque de l'anesthésie.

La faculté avec laquelle le tribromométhanol donne le sommeil avec perte de la conscience, a conduit le Dr Massart à l'utiliser pour des pansements difficiles, pour des examens douloureux, pour la pose d'appareils comportant un temps pénible à supporter.

Bien entendu, pour de telles manœuvres, où la narcose est légère, les doses sont calculées en conséquence et, avec un peu d'habitude, on se rend compte qu'on arrive à manier l'anesthésique de base selon ce qu'on veut en obtenir ; *on arrive à en jouer,* en modifiant les dosages et un anesthésiste, avec un peu d'habitude, arrive à donner la dose minimum suivant l'acte chirurgical qu'on veut exécuter.

A tous ces avantages il faut en ajouter encore un qui est très apprécié du malade, c'est *la rareté des hoquets, des hauts-le-cœur et des vomissements.*

A côté de tels résultats, quels *inconvénients* faut-il reconnaître à l'anesthésique de base ? On a publié des cas mortels. Mais avec l'expérience qu'il possède de l'anesthésie au tribromométhanol, l'auteur croit qu'elle constitue *une des anesthésies les moins dangereuses.*

Sur la quantité des anesthésies qu'il a faites, il n'a vu qu'une fois un incident, un arrêt respiratoire de quelques secondes, survenu chez une malade très fatiguée, à laquelle on venait de vider une énorme collection purulente thoracique de deux litres.

Cet arrêt respiratoire est survenu à la fin de l'anesthésie, au moment où on assayait la malade endormie pour lui faire son pansement. Il a suffi de lui faire de la coramine intraveineuse, trois tractions de la langue, des inhalations de carbogène, pour qu'aussitôt la respiraton reprenne, la figure se recolore, et que tout rendre dans l'ordre.

Cet arrêt respiratoire n'a été qu'un incident, jamais la malade n'a été considérée comme en danger ; elle est signalée, en passant par l'auteur, pour montrer que, sur les huit cents anesthésies pratiquées par lui chez des nourrissons, des enfants, des vieillards et des adultes, le seul incident, dont il ait gardé le souvenir, ne paraissait pas mettre en cause l'anesthésique.

Au cours de l'anesthésie de *tous ses opérés,* le Docteur Massart a étudié les variations de la tension ; il affirme qu'un anesthésiste peut prévoir ces chutes brusques, toujours précédées d'une *baisse lente et continue,* et contre laquelle l'éphédrine et les hypertenseurs habituels ont *une action très efficace.* L'anesthésiste commettrait une erreur d'attendre, pour agir, la chute brusque de la tension : c'est au moment où la tension a baissé de deux degrés au maximum, que l'éphédrine doit être faite.

Il faudrait aussi reprendre la question des doses, vérifier qu'il n'y a point eu d'erreur faite sur le poids, ou même dans les multiplications qui permettent d'obtenir la dose totale.

On dit volontiers que les doses par kilo peuvent atteindre 15 centigrammes ; mais, en comparant ces doses, conseillées même par les promoteurs de la méthode, avec les chiffres de sa pratique, — qui chez l'enfant n'ont jamais dépassé 12 centigr. 5 et chez l'adulte dépassent exceptionnellement 10, — l'auteur établit que, pour les adultes, les doses habituellement utilisées doivent d'une manière générale varier entre 7,5 et 9.

CONCLUSION

L'anesthésie de base par le tribromométhanol constitue actuellement une méthode par voie rectale, qui donne au chirurgien —, pour les interventions des membres, du rachis, de l'appareil locomoteur, pour toute la chirurgie orthopédique, — des possibilités et une sécurité supérieures à tous les autres modes d'anesthésie.

Elle permet de porter aux malades âgés, tarés, fragiles, le secours de la chirurgie : c'est l'anesthésie idéale pour les rhumatisants. Ce procédé a fait faire un grand progrès à la thérapeutique des lésions osseuses et articulaires et, à ce titre, il mérite une place de choix, parmi tous les anesthésiques qu'on peut conseiller aux chirurgiens.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos de l'alimentation lactée dans la première enfance.

Le Professeur LEREBOULLET fait quelques remarques sur le rôle respectif, dans l'alimentation du nourrisson, au cours de sa première année, du lait de sein, du lait de vache et des aliments autres que le lait.

Mais il est hors de discussion que le lait de sein (et, avant tout, le lait maternel) demeure l'aliment idéal dans les six premiers mois de la vie. Quels que soient les progrès de l'allaitement artificiel, il n'y a pas pour le nouveau-né de meilleure nourriture que le lait de sa mère. On l'accuse souvent d'avoir produit des troubles digestifs : cette accusation est presque toujours injuste. Ce n'est pas le lait de la mère qui est coupable, c'est le tube digestif de l'enfant. Il faut le soigner et ne pas abandonner l'allaitement maternel. Les statistiques de mortalité et de morbidité prouvent une fois de plus la supériorité de l'allaitement au sein, malgré l'amélioration certaine des préparations lactées artificielles destinées à l'enfant. Cette alimentation reste la meilleure au moins jusqu'au neuvième mois.

Dans certains cas, il faut pourtant bien souvent se passer de l'allaitement au sein intégral et recourir à l'allaitement artificiel soit sous forme d'allaitement mixte, soit à titre d'allaitement exclusif. L'allaitement mixte a, sur ce dernier, des avantages incontestables ; il permet de compléter l'allaitement par la mère, lorsque le sein ne donne parfois qu'une quantité insuffisante du lait pour assurer la croissance régulière du poids de l'enfant. Aussi, ne doit-on pas hésiter à conseiller aux jeunes mères de savoir, tout en nourrissant elles-mêmes leur enfant, s'aider assez vite du secours d'une alimentation complémentaire par le lait de vache.

L'allaitement artificiel exclusif doit être pratiqué suivant des règles précises. Bien dirigé, chez un enfant sain, il permet d'obtenir une croissance pondérale et staturale. On ne doit pas hésiter à stériliser le lait de vache le plus tôt possible après la traite, et de faire la provision nécessaire pour vingt-quatre heures.

Qu'il s'agisse d'allaitement mixte ou d'allaitement artificiel, on peut et on doit ajouter assez vite à l'alimentation des aliments autres que le lait. C'est ainsi que, chez tout enfant nourri avec du lait stérilisé industriellement ou avec une dilution de lait concentré ou de poudre de lait, on recommande l'usage quotidien de deux à trois cuillerées à café de jus d'orange, de raisin, de citron (ce dernier mélangé à de l'eau bouillie sucrée) ; cet emploi précoce des jus de fruits prévient efficacement les troubles dus au scorbut. Il peut être avantageux aussi, pour diluer le lait ordinaire et surtout le lait concentré ou la poudre de lait, d'utiliser une décoction d'orge ou de riz au lieu d'eau pure. En fait, l'auteur estime que sauf exceptions, les farines ne doivent être données en quantité appréciable que vers le sixième mois ; à partir de cette époque, il y a avantage à élargir le régime alimentaire ; la pauvreté du lait en fer et en cuivre, sa faible teneur en sels assimilables, en vitamines, en ferments et en diastases (car il doit être stérilisé) explique que le régime lacté exclusif n'apporte pas les éléments indispensables au parfait développement d'un nourrisson de plus de six mois, qui va avoir sa première dent. Cependant ce régime élargi doit comporter un minimum de lait ; la suppression du lait doit rester une mesure d'exception. Si des régimes sans lait sont institués, ils ne doivent l'être que d'une manière provisoire.

Si donc il est facile d'instituer et de régler l'alimentation lactée dans la première enfance, selon les cas, il est nécessaire de la surveiller de près. Les erreurs commises à cet âge se payent cher, et peuvent compromettre gravement la vie de l'enfant. Elles sont trop souvent la conséquence de l'ignorance des mères ou de leur éducation mal faite par des conseils recueillis au hasard. D'où l'importance des consultations de nourrissons et des efforts faits actuellement à l'Office de protection maternelle et infantile de Paris et de la Seine, pour régler et étendre cette surveillance du nourrisson. (*L'Hygiène sociale*, 25 avril 1936.)

La perméabilité des méninges à l'arsenic dans la paralysie générale avant et après la malariathérapie.

On a souvent discuté le problème suivant : l'arsenic utilisé dans la syphilis peut-il ou non franchir la barrière méningée et aller manifester ainsi son action sur les lésions si fréquentes du système nerveux ? L'arsenic pénètre en quantité minime, mais la principale donnée du problème est de savoir si, après la malariathérapie, la perméabi-

lité de la barrière hémato-méningo-encéphalitique présente des variations.

Des travaux effectués par le Docteur PAULIAN, chez douze sujets atteints de paralysie générale progressive, sur la perméabilité de la barrière hémato-méningée à l'arsenic avant et après la pyrétothérapie (malaria et vaccin), découlent les conclusions suivantes :

La perméabilité de la méningée pour l'arsenic, nulle en cas normal, est augmentée d'une manière évidente dans tous les cas où la barrière méningée est lésée par la paralysie générale.

Cette augmentation de la perméabilité méningée est probablement explicable par l'existence de lésions vasculaires syphilitiques dont l'insuffisance déséquilibrante est bien connue. A la suite de la pyrétothérapie par malaria ou vaccin, la perméabilité méningée est grandement modifiée dans le sens de la diminution, ce fait pouvant s'expliquer par la guérison de lésions vasculaires et la mort de spirochètes existant à ce niveau. En faveur de ce fait, interviennent incontestablement les guérisons cliniques et même les rémissions de longue durée observées après le traitement.

D'après ces constatations, les conclusions pratiques que l'on peut tirer sont de la plus grande importance car, en effet, les cas où le traitement malarique aura donné des résultats favorables seront accompagnés incontestablement de modifications de la perméabilité de la barrière méningée à l'égard de certaines substances et la recherche de cette perméabilité constitue un des test les plus précieux dans l'appréciation de l'amélioration ou de la guérison clinique de la paralysie générale. (*Annales de médecine*, avril 1936).

Ralentissement de la nutrition et obésité

M. GILBERT-DREYFUS montre que, dans le traitement des obésités, le dinitrophénol est susceptible d'apporter une thérapeutique efficace, un appoint au régime de restriction.

Ce médicament augmente considérablement les combustions par action immédiate sur les tissus. Il accroît le métabolisme de base et accélère la nutrition.

L'auteur remarque que les accidents signalés à l'étranger ne risquent pas d'être déclenchés par les doses thérapeutiques convenables, administrées de façon progressive. Les accidents en question n'ont jamais été observés avec les préparations françaises de nitrophénine.

Pour M. Gilbert-Dreyfus, la dinitrophénol mérite d'être considéré comme un médicament de valeur dans les obésités, là où l'application du seul régime se sera montrée insuffisante. Ne pas l'employer toutefois chez les diabétiques, les hépatiques et les rénaux . (*Année médicale pratique*, 1936.)

Aspects radiologiques et tests biologiques chez cent quatre jeunes soldats suspects de tuberculose pulmonaire

MM. R.-L. DEBENEDETTI et Cl. HURIEZ ont examiné les sujets de même âge, tous apyrétiques. L'étude physique de l'appareil pulmonaire était le plus souvent négatif, sauf parfois de très discrètes anomalies respiratoires. Comme les seules données cliniques ne permettaient pas de formuler un avis suffisamment justifié sur l'état pulmonaire de ces sujets à expectoration par ailleurs non bacillifère, il fut indispensable de les soumettre à des investigations radiologiques et biologiques.

On pratiqua chez eux simultanément et à jeun : une mesure de la sédimentation des hématies ; une réaction de Vernes à la résorcine ; une cuti-réaction à la tuberculine. Comparant les résultats de ces recherches aux données radiologiques, il a semblé tout d'abord que les cuti-réactions faibles étaient d'un mauvais pronostic, tandis que les cuti-réactions ultra-positives étaient d'un pronostic plutôt favorable. Ainsi les auteurs notèrent : 1° une fréquence relative des cuti-réactions faibles chez des sujets à lésions radiologiques accusées et à grosses perturbations humorales ; 2° une tendance aux réactions cutanées vives à la tuberculine, chez des sujets aux lésions pleuro-pulmonaires discrètes, et dont le sens des perturbations humorales ne plaidait pas en faveur de l'évolutivité des dites lésions.

Quant au sens général des variations comparées de la réaction de Vernes et de la sédimentation des hématies, ils soulignent :

a) La concordance des renseignements fournis par les mesures des sédimentations horaire et nycthémérale.

b) L'analogie fréquente (80 % des cas) des résultats obtenus par la méthode de Vernes et la méthode de Westergreen.

c) La sensibilité plus grande des données de la sédimentation des hématies, comparativement à celles obtenues par la mesure de l'indice optique du sérum.

d) Le manque de parallélisme entre le sens général de ces tests humoraux et celui de la cuti-réaction à la tuberculine.

e) Les liens bien plus nets entre l'intensité des perturbations humorales et l'étendue et l'évolution des atteintes pulmonaires objectivées par la radiologie. (*La Presse Médicale*, 29 avril 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Fréquence de l'hyperextension des coudes chez les psychasthéniques

(M. LAIGNEL-LAVASTINE ; 26-5-1936)

M. Laignel-Lavastine a été frappé de l'extrême fréquence, chez les psychasthéniques, de l'hyperextension de l'avant-bras sur le bras, avec ou sans cubitus valgus.

Chez ces mêmes malades, on note fréquemment des anomalies morphologiques telles que tubercule de Carabelli, axyphoïdie, etc...

Ces diverses anomalies, y compris l'hyperextension des coudes, apparaissent comme un caractère récessif, résultant d'une dégénérescence, non-spécifique dans son mécanisme, mais souvent déclenchée par l'infection syphilitique des ascendants.

Angiomatose hémorragique (maladie de Rendu-Osler)

(MM. PAGNIEZ, PLICHET et Ch. RENDU ; 26-5-1936)

La maladie entrevue par Rendu en 1896 et décrite par Osler en 1901 se traduit par des épistaxis importantes et répétées qui se montrent le plus souvent dans l'enfance, auxquelles s'ajoute à un âge variable, généralement entre vingt et trente ans, le développement au niveau de la peau et de certaines muqueuses des télangiectasies allant de la simple varicosité à l'angiome plus ou moins saillant.

La nature de la maladie reste énigmatique. Il n'y existe aucune altération sanguine. On a suspecté des troubles hépatiques, mais ils sont loin d'être constants.

Les auteurs ont observé deux cas d'angiomatose hémorragique, sans altération hépatique concomitante. Au cours de l'un d'eux, apparut une artérite oblitérante.

Sur la valeur de l'immunité antidiphtérique après vaccination associée (T. A. B. et anatoxines diphtérique et tétanique)

(MM. PILOD et A. JUDE ; 26-5-1936)

MM. Pilot et Jude ont recherché la valeur de l'immunité antidiphtérique acquise, chez les adultes soumis à la vaccination associée triple, antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique-antitétanique. Leur étude a porté sur 418 jeunes soldats.

Ils ont vu que l'immunité antidiphtérique conférée par la vaccination triple (anatoxine diphtérique et tétanique, plus T. A. B.) est acquise huit jours après, pour la presque totalité des vaccinés (99,58 %) ; que la rapidité d'apparition et la valeur de cette immunité sont au moins égales sinon supérieures à celles enregistrées chez les sujets vaccinés avec l'anatoxine seule.

Les vaccinés dont le sérum contient moins de 1/30 d'U. A. au huitième ou au trentième jour redeviennent réceptifs au bout de dix mois. La proportion de ces sujets, justiciables d'une injection de rappel, serait d'environ 10 pour 100.

— M. SACQUÉPÉE souligne la valeur de la vaccination triple. Dans les cas de MM. Pilod et Jude, non seulement la presque totalité — 99,58 p. 100 — des sérums de vaccinés atteignent le chiffre de 1/30 d'unité antitoxique, habituellement considéré comme marquant la limite approximative de l'immunité mais en outre presque tous également montrent un degré d'immunité beaucoup plus élevé.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur les lésions urétérales consécutives à certaines hystérectomies abdominales

(M. Roger PETIT. — Rapport de M. SOUPAULT ; 11-3-1936)

On sait qu'une des préoccupations du chirurgien, au cours de l'hystérectomie abdominale, est d'éviter la blessure de l'uretère. La blessure opératoire de l'uretère peut être la section de cet organe, ou des lésions moins importantes qui entraînent parfois un rétrécissement par périurétérite, une coudure, avec retentissement d'ordre mécanique sur la fonction de cet important conduit.

M. Roger Petit présente un travail sur ce sujet qu'il conclut ainsi : au point de vue clinique, penser à la possibilité d'une hydronéphrose par lésions de l'uretère pelvien chez toute hystérectomisée se plaignant de souffrir de la région lombaire quelques mois après l'intervention.

Au point de vue thérapeutique, recourir au cathétérisme urétéral qui fait disparaître les troubles dans la majorité des cas.

Au point de vue préventif avoir présent à l'esprit au cours des hystérectomies, la proximité de l'uretère, non seulement au croisement de l'utérine, notion classique, mais surtout à son passage au détroit supérieur, et les incidents qui peuvent résulter, au point de vue fonctionnel, d'une coudure opératoire, si légère soit-elle.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Les anémies hypoplastiques au cours des cirrhoses

(MM. N. Fiessinger, G. Boudin et C.-M. Laur ; 20-3-1936)

Au cours des cirrhoses, sous l'effet de déperditions sanguines ou de ponctions répétées, il est possible d'observer l'apparition d'une anémie disproportionnée comme importance et comme durée. Cette anémie, dans quelques cas, peut s'accompagner d'un syndrome bilirubinique avec diminution de résistance globulaire qui la fait ranger dans les ictères hémolytiques.

Cette anémie importante, mais sans langue de Hunter, ni achlorhydrie le plus souvent, s'accompagne de diminution de la valeur globulaire et d'une inversion de l'équilibre des protides par baisse anormale de la séro-albumine.

L'anisocytose est fréquente, mais la poïkilocytose et la chromatophilie sont exceptionnelles. On n'a presque jamais observé de globules rouges à noyau, ni de myélocytose. Elle répond imparfaitement, et d'une façon inconstante, à la thérapeutique par le foie de veau.

Cette anémie hypoplastique traduit une déficience de la fonction hématopoïétique sous l'effet de la cirrhose.

Les ulcères gastro-duodénaux d'origine appendiculaire

(M. P. Brodin et Mme Tedesco ; 20-3-1936)

Il semble que cette fréquente association s'explique parce que l'apparition d'une maladie favorise le développement de l'autre. Frappée de la fréquence d'une lésion de l'appendice chez les nombreux sujets opérés de perforation spontanée d'ulcères latents, les auteurs ont depuis plusieurs années pratiqué systématiquement l'étude du transit gastrique et intestinal d'un grand nombre de dyspeptiques. Cette étude leur a montré l'existence d'une appendicite ou d'une stase cæcale à l'origine de nombreux troubles dyspeptiques.

Une observation rapportée illustre d'une manière schématique, les complications à distance que peut déterminer une appendicite avec retentissement gastrique opérée trop tardivement.

Chez ce malade, en effet, trois crises successives d'appendicite déterminent au bout de quatre ans, un retentissement gastro-duodénal qui s'est traduit par des vomissements et une jaunisse légère, ainsi qu'une entérite chronique. L'opération pratiquée à ce moment fait disparaître complètement les troubles coliques, mais n'empêche pas l'évolution progressive du retentissement duodénal qui aboutit, dix ans après le début des accidents, à une sténose incomplète du duodénum et à un ulcère du duodénum ayant entraîné à deux reprises des hémorragies qui eussent été fatales sans les transfusions pratiquées.

La constatation du retentissement duodénal par l'existence d'un spasme à ce niveau, au cours d'une appendicite, commande donc l'intervention immédiate, si l'on veut mettre le malade à l'abri de complications ultérieures redoutables. Aussi, il faut considérer comme très importante l'étude radiologique des spasmes duodénaux et du transit digestif, chez tous les sujets atteints de troubles dyspeptiques.

Société de médecine de Paris

Séance du 12 mars 1936

Le procès de la sacralisation

M. Carle Rœderer nous dit que le diagnostic de la sacralisation a connu une grande faveur au moment où le syndrome de Bertolotti a été connu en France, mais déjà des maîtres s'étaient insurgés contre l'abus qu'on en faisait. Avec le recul du temps, on peut dire que trop souvent la constatation d'une sacralisation partielle et surtout de la simple hypertrophie de l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre, même s'il y a certitude de contact avec la masse latérale du sacrum ou le tubercule iliaque, cache un autre diagnostic comme il a été donné à l'auteur de le constater à différentes reprises (ostéites vertébrale ou sacro-iliaque, affections du petit bassin ou de l'arbre urinaire, etc.). Le vrai syndrome est rare. Quant au traitement, la proportion heureuse donnée par les statistiques en ce qui concerne l'exérèse fait penser que seuls les résultats favorables sont publiés. En pareilles circonstances, la greffe qui immobilise est peut-être préférable à moins qu'un examen neurologique formel ne prouve la compression de la cinquième racine antérieure lombaire.

Ulcère duodénal ancien. Sténose pylorique. Gastrectomie. (Présentation de la pièce).

M. Pierre Le Gac à propos de cette présentation fait un plaidoyer en faveur de la gastrectomie large, seul traitement radical de l'ulcère ou gastrique ou duodénal. Opération sans danger si on opère loin de la poussée ulcéreuse, sur un malade bien préparé.

Traitement radiothérapique des infections inflammatoires.

M. Nemours-Auguste nous dit que depuis de nombreuses années, les radiologistes ont noté les bons effets de la radiothérapie dans les infections inflammatoires aiguës. Ce traitement est susceptible d'amener les guérisons de certaines infections aiguës soit profondes, soit superficielles. L'auteur après avoir fait un court résumé de l'action des rayons X dans les inflammations mentionne les inflammations aiguës profondes qui peuvent bénéficier de ce traitement et s'est attaché surtout à montrer les bons effets de cette thérapeutique dans les affections inflammatoires aiguës cutanées (furoncles, abcès, anthrax, abcès tubéreux de l'aisselle). G. F.

Les Congrès

Ve CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(*Suite et fin*) (1)

IV

Le traitement médical et chirurgical de la stérilité

Par M. André Chalier,
Agrégé à la Faculté de Lyon

Quelques mots d'abord sur la stérilité masculine, sur le « cas du mari ». L'infécondité propre de l'homme entre assez souvent en jeu dans le problème de la stérilité conjugale. Avant de rien entreprendre d'important pour guérir la stérilité féminine il convient, si possible, d'acquérir la certitude de la fécondité du mari, mais le fait de ne pas avoir constaté de spermatozoïdes à l'examen même répété du liquide spermatique ne permet pas d'affirmer qu'il n'en existe pas. L'examen préalable du mari ne saurait, d'ailleurs, être systématique. Beaucoup de femmes stériles, impuissantes à décider leur époux à cette épreuve, susceptible de blesser l'amour-propre masculin, ne seraient alors pas soignées. Et puis, quel intérêt y a-t-il dans nombre de cas à dévoiler à l'homme, et *a fortiori* à sa femme, la tare masculine. Qu'adviendrait-il, en cas de grossesse, si nous avions déclaré le mari « incompétent » et comment innocenter le laboratoire chargé de l'examen ou la femme inconstante ? Il ne faut pas troubler la paix des ménages.

Le cas du mari étant réglé, que faire contre la stérilité féminine. Deux questions se présentent tout d'abord : quand peut-on dire qu'une femme est stérile ? Faut-il soigner toutes les stérilités ?

Il est d'usage de ne considérer une femme comme stérile (donc, justiciable d'un traitement) que si, après deux ou trois ans de cohabitation non restrictive, elle n'a pu donner la preuve de sa fertilité, même sous la forme d'une fausse-couche. Cette période est plus courte chez la femme plus âgée. Chez une femme de 35 ans, par exemple, qui, au bout d'un an de ménage n'aura pas eu de début de grossesse, on pourra être autorisé à entreprendre une thérapeutique de la stérilité.

D'autre part, les contre-indications principales au traitement de la stérilité féminine sont les mêmes que les contre-indications classiques de la grossesse. Il est, toutefois, d'autres contre-indications moins rigides. La question de l'âge en premier lieu. A cet égard, il est bon de savoir que, selon Forsdike, la période de fertilité maxima est entre 20 et 25 ans ; puis, déclin lent et progressif entre 25 et 35 ans ; enfin, déclin rapide de 35 à 45 ans. Plus la femme est âgée, plus les chances de succès du traitement sont réduites. Un mot sur les infections génitales. Lorsqu'elles existent, il faut évidemment les soigner avant de vouloir, à tout prix, faciliter la conception.

Ces deux points envisagés, considérons le traitement lui-même de la stérilité. A la vérité, il n'y a pas un traitement mais *des traitements*, dont l'emploi judicieux nécessite une véritable tactique. Comme l'a écrit Vignes : « jusqu'à présent trop de médecins ont traité la stérilité féminine par une seule méthode (cure antisyphilitique, opothérapie ovarienne, dilatation, etc.), alors que la stérilité ayant une quarantaine de causes, isolées ou conjuguées, est justiciable, suivant les cas, de quarante traitements isolés ou conjugués ».

M. André Chalier étudie successivement, dans ce chapitre thérapeutique, les petits moyens à conseiller (auxquels il joint la fécondation artificielle), les interventions sur le tractus génital, depuis le périnée jusqu'au péritoine en passant par le vagin, l'utérus et la trompe, et finalement les médications de la stérilité ovarienne.

a) Les petits moyens. — On commencera dans bien des cas par ces petits moyens qui parfois sont suffisants. Penser, quoiqu'ils soient rares, aux erreurs de lieu dans le coït. Déconseiller les coïts par trop fréquents. Le choix du moment peut avoir une importance décisive. On a cru, pendant longtemps, que le moment le plus opportun pour la fécondation était celui qui suit immédiatement la menstruation. C'est ce conseil que Fernel donna au roi Henri II et l'histoire prétend que de là date la fin de la stérilité de Catherine de Médicis. A l'heure actuelle, nous sommes mieux fixés sur l'époque optima de la fécondabilité, grâce aux recherches de Knauss et Ogino, et à celles de Séguy et Devraigne.

Il est enfin classique de recommander diverses précautions : repos d'une demi-heure dans le décubitus dorsal après le coït, etc...

M. Chalier place dans ces petits moyens, la fécondation artificielle, parce qu'elle ne saurait figurer dans les autres procédés de traitement.

La fécondation (ou insémination) artificielle est une méthode fort ancienne. Elle est assez rarement indiquée, car elle ne donne pas dans les conditions habituelles de résultat très supérieur au coït simple. On pourra y recourir lorsque la femme offre une grande déficience périnéale ou des obstacles vaginaux ou utérins importants, lorsque l'homme a des trou-

(1) Voir *Concours médical*, no 26.

bles de l'éjaculation. La technique est simple. On choisira d'abord le moment optimum (à la date de l'ovulation indiquée par Knauss et Ogino), et l'on injectera le sperme, en général directement dans l'utérus. Les résultats ne paraissent pas très importants : sur vingt-quatre femmes ainsi traitées, Séguy n'a eu qu'un seul succès.

b) INTERVENTIONS SUR LE TRACTUS GÉNITAL. — Il faut envisager les stérilités d'origine mécanique, celles d'origine infectieuse, et les étages successifs des voies génitales.

Signalons : les malformations congénitales de la vulve et du vagin, les lésions acquises des mêmes organes, le vaginisme, le rôle du chimisme vaginal (l'hyperacidité, qui indique les injections légèrement alcalines avant le coït), les hypoplasies utérines (utérus infantile), justiciables du massage gynécologique, d'un traitement général, le rétrécissement congénital du col (pine hole des Anglais), les sténoses cervicales, qui seront soumises aux dilatations du col, au tubage utérin avec les tubes de Hamm, d'Iribarne, de Douay, à l'opération de Pozzi (évidement commissural du col), les déviations utérines, l'antéflexion que l'on traitera par le massage ou l'hystéropexie, la rétrodéviation utérine où seront indiqués les pessaires et l'hystéropexie, le prolapsus utérin, les fibromyomes (myomectomie), les cervicites chroniques, les endométrites.

Les annexites et l'imperméabilité des trompes sont des causes importantes de stérilité. Le traitement conservateur des annexites est un élément important de la prophylaxie de la stérilité. Les stérilités par obstruction tubaire seront traitées souvent avec succès par l'injection intratubaire de lipiodol ou l'insufflation. Lorsque l'obstacle est impossible à libérer par l'injection lipiodolée, la chirurgie peut intervenir par salpingectomie partielle, anastomoses, etc...

c) MÉDICATIONS DE LA STÉRILITÉ OVARIENNE. — Elles comportent suivant les cas un traitement général, un traitement endocrinien et un traitement chirurgical.

Le traitement général sera dans l'ensemble celui de l'anémie et de l'aménorrhée. La vitamine E serait, d'après Evans et Burr, utile à la production de la gestation. Cette vitamine est particulièrement abondante dans la laitue et le germe de froment : deux substances à recommander aux femmes stériles (Rouskava). L'obésité, la syphilis se trouvent souvent à l'origine de la stérilité, d'où des indications de traitement général. Il est assez admis de faire le traitement antisyphilitique d'épreuve chez tout ménage stérile suspect de syphilis et de nombreux succès ont été ainsi obtenus.

D'après divers auteurs, 25 pour 100 des stérilités féminines s'expliqueraient par une déficience endocrinienne qui intéresse non seulement l'ovaire, mais les autres glandes endocrines, d'où l'emploi de la folliculine, des extraits hypophysaires (thérapeutique excito-ovarienne), de la lutéine, etc...

Au point de vue chirurgical, quelques interventions pourront être indiquées dans la stérilité ovarienne : l'ovariectomie partielle pour ovarite scléro-kystique, les greffes ovariennes, l'énervation de l'ovaire, utile d'ailleurs plutôt contre les troubles subjectifs de l'ovarite scléro-kystique que comme traitement de la stérilité.

V

Les traitements thermaux et physiothérapiques de la stérilité féminine

Par M. le Professeur Maurice FAVREAU, de Lille

Trois groupes de stations ont une efficacité particulière dans le traitement de la stérilité ; ce sont :

1° Les *eaux chlorurées sodiques fortes*, avec Salies-de-Béarn et Biarritz, où l'on envoie les aménorrhéiques, les lymphatiques, les anémiques, les hypo-thyroïdiennes, les métrites cervicales, les reliquats de salpingite refroidie.

2° Les *eaux sulfureuses*, avec Saint-Sauveur et Cauterets, pour les nerveuses congestives, irritables, les arthritiques, les déprimées, les syphilitiques. Le soufre est la panacée des catarrhes, des cervicites ; les engorgements pelviens, les cellulites, les salpingites y sont heureusement influencés ; les fonctions endocriniennes y sont régularisées.

3° Les *eaux radio-actives, hyperthermales et oligo-métalliques*, représentées par Luxeuil et Plombières, sont recommandées dans la dysménorrhée, la leucorrhée, la congestion utérine, les infiltrations péri-utérines et péri-salpingiennes.

Enfin, certaines malades, dont le mauvais état général est à la base de la stérilité, bénéficieront des eaux qui leur conviennent : on enverra à Vichy, à Vals, les hépatiques, les glycosuriques ; à Vittel, Evian, Contrexéville, les rénales, les intoxiquées, les lithiasiques ; à Royat, les hypertendues ; à Brides, les obèses : les eaux arsenicales ou ferrugineuses de La Bourboule, du Mont-More, de Saint-Nectaire, de Forges, d'Orezza, conviendront aux lymphatiques, aux anémiques, aux arthritiques fragiles des bronches, des reins et de la peau.

Il existe un traitement diathermique de la stérilité. Il pourra être employé seul ou associé aux traitements médicaux, thermaux ou chirurgicaux. Il ne faut pas demander à chaque traitement plus qu'il ne peut donner, mais les employer avec discernement et souvent en les combinant.

La haute fréquence ne peut être employée qu'en connaissance de cause et avec une méthode éprouvée car elle peut avoir des inconvénients. Le matériel doit être parfait et posséder une gamme suffisante d'intensité.

Les deux indications les plus fréquentes et qui donnent les meilleurs résultats, quand le traitement est bien conduit, sont d'une part, les cervicites glaireuses et, d'autre part, les métro-annexites éteintes.

Le traitement par l'émanothérapie artificielle semble devoir donner de bons résultats. Il mérite de retenir l'attention.

P. LACROIX.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille

Dr Paul BANZET. — **Thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire.** Un vol. de la collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». (Prof. Rathery, directeur), grand in-8, 32 pages. Prix : 9 francs.

G. PICARD, éditeur,
35, rue de la Harpe, Paris (Ve)

Repos et santé. GUIDE ANNUAIRE ILLUSTRÉ d'établissements de traitement, de repos ou de villégiature. Broch. de 40 p. illustrée. Prix : 2 francs, 1936.

Editions « QUO VADIS »,
107, rue Paradis, Marseille

Dr L. PORCHERON. — **L'Andorre.** Un vol. 160 pages, illustré. Prix : 15 francs.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris

André BINET, X. COLANÉRI, E. DOUAY, F. JAYLE, G.-E. JAYLE, H. KEIFFER, Am. LAFFONT, L. MICHON, L. NETTER, L.-M. PIERRA et A. ZIMMERN. —**La douleur en gynécologie**, 2e édition. Un vol. 332 p., 55 fig. Prix : 40 fr. Collection « L'Actualité gynécologique ».

Amédée LEGRAND, éditeur, Paris

Dr Jules REGNAULT. — **Sorcellerie. Ses rapports avec les sciences biologiques.**

Réédition, au bout de quarante ans, de la thèse inaugurale de l'auteur.

« L'homme est un animal superstitieux ». La croyance aux sorciers a été de tous les temps et est loin d'être éteinte aujourd'hui.

Elle pose toutes sortes de problèmes qui valent d'être étudiés : l'exploitation qu'en font thaumaturges et charlatans, l'influence qu'ils acquièrent ainsi sur certains être faibles, la responsabilité réelle d'un être qui se croyant maléficié va jusqu'à commettre un crime, la responsabilité réelle du sorcier qui peut être, lui aussi, un aliéné irresponsable.

Pour combattre ces pratiques néfastes, il conviendrait de remanier la législation, de combattre l'abus de toxiques comme l'alcool, la morphine ou la cocaïne qui augmentent la suggestibilité des masses, d'étudier scientifiquement les pratiques de la sorcellerie, d'interdire les exhibitions publiques d'hypnotisme. G. L.

Librairie MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée publié sous la direction du Professeur Emile SERGENT, de L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Pédiatrie, 2e *édition* complètement refondue et mise à jour. Trois volumes 15 × 21, 2.160 pages, 233 figures et radiographies, 4 hors texte. Les trois volumes reliés : 335 francs ; brochés : 290 francs.

La « Pédiatrie » du Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée paraît en trois beaux volumes formant un ensemble de 2160 pages, illustrés de nombreuses figures et comportant des index alphabétiques complets permettant de trouver rapidement les renseignements cherchés.

L'ouvrage est écrit par un groupe de pédiatres particulièrement qualifiés et suivant les principes généraux du Traité : peu de discussions pathogéniques, des bases anatomiques et physiologiques simplement suffisantes, mais, par contre, un exposé détaillé des symptômes, des formes cliniques et de la thérapeutique.

Le tome I, qui a pour auteurs le Pofesseur Marfan, MM. Apert, Jules Renault, Léon Binet, G. Paul-Boncour, Eugène Terrien, Mme Corot de Tannenberg et Mlle Labeaume, envisage l'hygiène, l'alimentation et la thérapeutique générale infantiles.

Le tome II, consacré aux infections, aux maladies des voies respiratoires, aux affections nerveuses, est écrit par le Professeur Weill, de Lyon, le Professeur Nobécourt, MM. Péhu, Gardère, Dufourt, Bertoye, Armand-Delille, Rivet, Babonneix, Roger Voisin, Tinel, Ribadeau-Dumas et J. Meyer.

Le tome III groupe les affections des voies digestives, du foie, des reins, des organes génito-urinaires, du thymus, et les dermatoses infantiles. Les descriptions sont signées par les Professeurs Weil, Merklen, Harvier, Nové-Josserand, MM. Ribadeau-Dumas, Péhu, Lesné, Launay, Rivet, Marcel, Fèvre et Tavernier.

La pédiatrie est pour le médecin praticien une partie très importante de la médecine journalière. Les trois volumes consacrés à cette spécialisation par le « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée », qui viennent de paraître en 2e édition, donnent sous une forme pratique une mise au point complète des affections de l'enfance.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr L. Sarrazin. — **Hémorragies récidivantes rétino-vitréennes des jeunes sujets.** (Thèse, 1936.)

Les hémorragies récidivantes intravitréennes des jeunes sujets se présentent en général avec une allure clinique bien tranchée. Certaines, en l'absence d'étiologie nette, ont pu être dites *hémorragies essentielles* ; peut-être existent-elles ; en tout cas leur nombre en apparaîtra sans doute extrêmement réduit à mesure que nous aurons appris à mieux en dépister la pathogénie.

Déjà un certain nombre d'étiologies se précisent, telles que la *tuberculose* qui se manifeste dans la rétine sous forme de lésions bien déterminées, sous forme de périphlébites — les *lésions endocriniennes* dont la réalité semble prouvée par des succès thérapeutiques, etc.

Str. — Dr J.-L. Kuntzmann. — **Contribution à l'étude de l'ulcère jéjunal post-opératoire.** (Thèse, 1936).

Dans le traitement opératoire de l'ulcère jéjunal post-opératoire, la seule méthode qui semble à l'auteur pouvoir être préconisée est la grande résection gastro-pylorique avec réunion bout à bout et nouvelle anastomose en aval, suivant le procédé de Polya.

Il existe, depuis deux ans, un nouveau mode de traitement commun à l'ulcère gastro-duodénal et à l'ulcère jéjunal post-opératoire et qui consiste dans l'administration d'histidine. Cette thérapeutique, mise au point à la Clinique chirurgicale B de Strasbourg, prend actuellement une extension considérable. Elle est cependant trop récente pour permettre maintenant de tirer une conclusion définitive.

P. — Dr J. Charruyer. — **Les produits de désintégration des matières protéiques et leur action pathogène.** (Thèse 1936.)

L'auteur évoque l'action pathogène possible de divers produits de désintégration des matières protéiques, polypeptides, tryptamine, histamine... intervenant dans les états de choc et les états toxiques d'origine intestinale.

D'autres substances comme l'adrénaline, l'acétylcholine, proviennent aussi des acides aminés, mais sont des produits normaux dont la synthèse se fait au sein de la cellule vivante.

Mp. — Dr L. Guillaume. — **La crise appendiculaire aiguë chez l'enfant (jusqu'à 15 ans).** (Thèse, 1936.)

D'une série de cinquante-sept observations, l'auteur déduit quelques considérations cliniques originales.

Le tableau type de l'appendicite chez l'enfant, qu existe dans les livres classiques, dit-il, ne correspond pas exactement à la réalité.

Toute appendicite aiguë doit être considérée *a priori* comme grave, car l'expérience clinique démontre qu'aucun des symptômes ne peut être pris comme base pour émettre un pronostic favorable et, qu'en aucun cas, il ne faut différer l'appel à adresser au chirurgien.

Il n'est pas possible, en effet, de poser un pronostic certain, puisque, dans la plupart des cas observés, il n'y a pas de correspondance entre les signes cliniques et les lésions anatomiques siégeant sur l'appendice.

Un tableau clinique très réduit et très atténué est souvent l'expression d'une atteinte grave.

Aussi faut-il supprimer la « forme légère » qui ne répond pas à la réalité clinique.

Mp. — Dr Ch. Jany. — **La pigmentation de la peau dans la cure solaire.** (Thèse, 1936.)

Au cours de la cure solaire, l'hyperpigmentation se développe exclusivement dans l'épiderme et surtout dans les cellules dendritiques de la couche basilaire dont les ramifications remontent parfois jusqu'à la couche cornée. Le derme n'est pas pigmenté.

Le rôle de la pigmentation est très discuté parce qu'on a voulu lui faire jouer un rôle unique. En réalité ce rôle est complexe et varie suivant l'abondance du pigment, suivant qu'il s'agit de sujets sains ou malades.

La pigmentation excessive forme un écran plus ou moins perméable, pour les tissus sous-jacents, et elle constitue en même temps une surface absorbante au niveau de la zone pigmentée.

La pigmentation peut jouer un *rôle sensibilisateur* puisque les races noires absorbent plus d'infra-rouges et de rayons lumineux que les races blanches.

Le rôle défensif de la pigmentation contre l'infection est discuté. Il paraît logique, avec Aimes et Cayla, d'attribuer l'action antimicrobienne de l'héliothérapie à l'hydrolyse de protéides cutanées agissant d'une manière analogue à l'auto-hémothérapie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

LA POSITION DU MÉDECIN PRATICIEN DEVANT LA MÉDECINE SOCIALE

C'est bien la plus grave des questions qui puisse actuellement intéresser le médecin. Avec l'importance prise par la médecine sociale, on peut considérer que demain l'activité d'un praticien devra se diviser en deux parts à peu près égales. L'une sera consacrée à la clientèle des malades aisés dont le nombre va en diminuant, la médecine y sera traditionnelle et se réclamera du respect absolu de la charte.

L'autre, chaque jour plus importante, plus astreignante sera réservée à la médecine sociale. Dans l'exercice de cette médecine collective soumise à des réglements, à des lois, à des contrôles, le médecin devra se considérer comme un agent d'exécution chargé par la Société, en raison de sa compétence particulière, de la mission de veiller à la santé collective, au développement de la race, à la surveillance des enfants, des écoliers, des sportifs, des étudiants, et cette mission l'obligera à mettre souvent de côté des idées personnelles pour se soumettre à des directives générales qui lui seront imposées.

Ces deux manières d'exercer la médecine sont si dissemblables, qu'il semble au premier abord impossible au même homme de forcer son esprit à obéir à deux disciplines aussi différentes et par conséquent nécessaire d'opposer à l'extension de la médecine sociale le rempart farouche de nos traditions et l'intransigeance de nos décisions.

Cette résistance, la première idée qui vienne à l'esprit, ne tient pas à la réflexion, il est certain qu'actuellement le souci de la santé publique, de l'amélioration de la race, du mieux être des travailleurs domine tous les programmes politiques, qu'elle qu'en soit la couleur, et que notre résistance très mal comprise par le public ne pésera guère dans la marche en avant d'un progrès social certain. En résistant, le corps médical aura tout à perdre. Ses ennemis trouveront, chez lui-même les éléments nécessaires pour mettre sur pied les organismes sociaux nécessaires à la lutte et une concurrence à l'omnipraticien s'établira, d'autant plus redoutable, qu'elle aura rencontré plus d'opposition.

La puissance de cette nouvelle conception médicale sera d'autant plus grande, qu'elle profitera d'une estampille officielle et qu'elle bénéficiera de tous les appuis qu'on peut imaginer.

La résistance, moi-même je l'ai crue possible, elle l'a été en effet, à une époque où la médecine sociale peu développée avait besoin de la collaboration du médecin praticien, où les Assurances sociales en gestation constituaient une grande inconnue, où l'organisation de l'hygiène n'était qu'une parade, elle parait aujourd'hui appelée à subir des offensives dangereuses, et le résultat de la lutte ne serait rien moins que certain.

Cette action désespérée, combien d'entre nous d'ailleurs pourraient la soutenir sans faiblir, même parmi ceux qui l'envisagent sérieusement et il serait plus sage de la considérer désormais comme une solution qu'il faut rejeter, car on risque, en la conseillant, de porter au corps médical, dans son entier, un énorme préjudice.

C'est donc vers une collaboration, vers cette solution adoptée par la plupart d'entre nous, conseillée par nos groupements syndicaux, que nous devons bon gré, mal gré nous orienter. Mais collaborer n'est point abdiquer et c'est de l'aménagement de cette collaboration que dépend le sort du médecin de France, qu'il soit omnipraticien, spécialiste, chirurgien, qu'il exerce à la ville ou à la campagne, dans Paris ou dans les provinces, qu'il soit un chef d'école entouré, ou un isolé perdu dans sa montagne.

C'est dire que nul de nous n'a le droit de se désintéresser de l'aménagement de la médecine sociale, que nul n'a le droit d'attendre sans agir, les solutions imposées, par un législateur souvent ignorant du préjudice qu'il cause, par une décision dont la gravité ne lui apparaît pas au moment où il vote. Dernièrement au Syndicat des des médecins de la Seine, son ancien président, mon ami Hartenberg a justement exposé quelle devait être la position du corps médical en face du développement de la médecine sociale et sa conclusi-n nous apparaît pleine de sagesse.

« *Il y a des points où nous aurons intérêt à résister de toutes nos forces, d'autres sur lesquels nous devons collaborer, d'autres enfin où nous pourrions opposer nos organisations à la concurrence que les lois voudraient nous imposer.* »

Dans sa simplicité cette formule est tout un programme et pour être mieux à même de le défendre auprès des Pouvoirs publics, et auprès de ceux des nôtres qui croient devoir faire passer leurs intérêts particuliers avant ceux du Corps médical tout entier, il importe d'en préciser les différents points.

Nous devons résister de toutes nos forces pour empêcher la médecine sociale d'avoir ses médecins à elle, de créer un véritable corps de fonctionnaires de la santé civile, à côté duquel le Corps de santé militaire apparaîtrait vite comme singulièrement privilégié tant par les avantages matériels dont il dispose, que par la liberté que lui laisse en dépit de la hiérarchie, un règlement militaire ancien, admirablement conçu et soigneusement étudié pour empêcher tout arbitraire.

Séparer l'exercice de la médecine sociale, de l'exercice de la « *médecine tout court* », c'est bien plus méconnaître l'intérêt du malade que celui du médecin, c'est créer deux catégories de malades, chacune d'elles ayant ses médecins, c'est faire naître de perpétuels conflits, et laisser croire à celui qui n'est pas guéri que les médecins qu'il n'a pas pu choisir sont précisément ceux qui lui auraient apporté un soulagement, c'est laisser s'accréditer l'habitude que d'un côté le médecin doit le secret de la maladie, au malade dont il a la confiance, tandis que de l'autre l'individu disparaît devant la collectivité parce que la prévention de la contagion et l'amélioration de l'individu dominent les contrôles, les soins et toutes les décisions médicales.

C'est précisément pour arriver à introduire dans la médecine sociale *cette humanité qui lui manque encore* qu'il est indispensable de ne point abandonner son exercice à des fonctionnaires ignorant la médecine traditionnelle, et c'est dans l'intérêt même du progrès de la médecine sociale, que nous devons résister à ces créations qui plaisent par leur simplicité à des administrateurs qui ignorent les malades et conserver pour l'omnipraticien l'exercice simultané de la médecine sociale et de la médecine traditionnelle.

Nous devons résister dans le même ordre d'idée pour qu'il n'y ait point deux thérapeutiques, une pour les riches une pour les pauvres, qu'il n'y ait point une pharmacologie vulgaire, et une de luxe.

L'égalité devant la maladie doit pour chacun être la même que devant la loi.

Cette résistance a pour corollaire une collaboration plus étroite avec les organismes chargés du remboursement des prestations. Le médecin doit comprendre que son rôle social l'oblige à n'être pas complice des abus et que jamais ses prescriptions ne doivent être faites, pour satisfaire le désir d'un client exigeant.

Dans l'aménagement de la médecine sociale, c'est le règlement des rapports entre médecins, organisme de soins et malades qui a besoin d'être précisé. Il est inadmissible qu'un malade assujetti à des lois sociales puisse changer de médecin plusieurs fois par semaine et qu'on voie se créer dans la médecine sociale des situations trop prospères, sans que le Corps médical ait à intervenir, car souvent c'est beaucoup plus à des complaisances coupables qu'à des qualités médicales réelles, qu'elles doivent cette anormale prospérité.

Dans l'étude de ces rapports ce qui manque encore c'est plus de compréhension et plus de confiance entre les organismes de soins et le Corps médical, l'un voyant un peu trop des abus, l'autre peut-être porté à une indulgence excessive.

C'est surtout dans les grands centres où les médecins se connaissent moins que l'organisation sociale de la médecine est difficile à surveiller, à contrôler, et à régenter, sans heurter des intérêts légitimes.

Seule une réglementation bien étudiée, ni mesquine, ni tatillonne, arrivera à rendre impossible ces abus et ces véritables pillages, dont on nous fournit des exemples absolument indiscutables.

En envisageant ainsi les rapports du médecin, du malade, et des organisations sociales, on comprend que *résistance et collaboration loin d'être incompatibles sont étroitement dépendantes* et qu'il est de l'intérêt général d'en discuter pour les établir sur des bases solides.

Nous en arrivons maintenant à un point névralgique ce sont ces créations si redoutées par un grand nombre des nôtres et qui tiennent tant au cœur des dirigeants de la médecine sociale : LES CENTRES DE SOINS. A la médecine au lit du malade, ou au cabinet du médecin, on veut substituer le plus possible les examens dans des centres médicaux pourvus de tous les perfectionnements modernes et faire bénéficier le malade pour l'établissement non seulement d'un diagnostic, mais encore d'un pronostic et d'un traitement, des moyens d'investigation actuels qu'il s'agisse du laboratoire, de l'électro-radiologie, ou de la physio-pathologie.

Le malade lui-même croit à la nécessité de ces examens, dont quelques-uns bien que d'apparence superflue, apportent néanmoins lorsqu'on a la possibilité de les faire, des précisions intéressantes.

Ces examens complets qu'il est impossible de faire dans nos cabinets médicaux, qui nécessitent de nombreuses allées et venues chez différents confrères, et *qui sont onéreux pour le tiers qui rembourse*, il faut les faciliter et nos groupements doivent, d'accord ou non avec les organismes de soins, les organiser.

Si tant de malades aisés vont vers les hôpitaux et les cliniques, nantis souvent d'une recommandation de leur médecin c'est qu'ils pensent

y trouver la possibilité, pour un prix raisonnable et sans trop de dérangements, de faire faire ces examens. Il est incompréhensible depuis le temps que l'on en discute, que l'initiative privée n'ait point trouvé chez nous les appuis nécessaires pour créer, aménager et développer ces centres où le médecin serait assuré de trouver, *sans risquer de perdre son client*, les renseignement dont il a besoin, et où les organismes de soins pourraient *en toute confiance et sans engager de dépenses excessives* adresser leurs assujettis.

Comme l'a écrit maintes fois Cibrie *si nous ne créons point ces centres, on les créera contre nous* et lorsqu'il sera trop tard, nous regretterons de n'avoir point agi.

Souvenons-nous de la collaboration qui dans ses débuts nous fut proposée par les offices publics d'hygiène sociale et son directeur M. Guillon, devenu depuis gouverneur de la Tunisie, et comprenons que ce n'est point en boudant et en n'agissant pas que nous empêcherons la médecine sociale de faire aboutir ses réalisations.

Il importe dès maintenant de mettre sur pied des organisations utiles au développement de la médecine sociale, et surtout d'étendre et en faire connaître celles qui déjà existent et qu'on n'utilise pas assez.

Ces centres doivent être institués pour apporter une collaboration utile à tous les médecins, ils devront être réservés au seul exercice de la médecine sociale pour les examens des malades assujettis à ces lois et formellement interdits à tous les autres, ils devront accepter de se soumettre de bonne grâce à des contrôles faits et par les Syndicats au point de vue technique et par les organismes de soins au point de vue administratif, leur gestion étant réglée par une entente commune des Syndicats et des organisations sociales collectives.

Il serait même possible de concevoir dans le cadre régional des centres appartenant entièrement aux Syndicats. Alors que nous voyons actuellement l'activité de nos dirigeants se manifester dans des branches diverses et nombreuses, pour faire profiter la corporation tout entière, de bénéfices intéressants, la gestion de centres médicaux bien organisés, bien tenus, bien dirigés, utiles aux nôtres, et permettant d'éviter la création des organisations d'Etat qui sont imminentes, serait peut être à envisager. Les groupements syndicaux ont à leur disposition des fonds importants dont l'utilisation ainsi faite viendrait apporter à tous les médecins un appui et une aide efficace pour un aménagement convenable de la médecine sociale, qui quoi qu'on pense et quoi qu'on fasse, va s'imposer de plus en plus.

D[r] Raphaël MASSART.

II

LA MISÈRE DANS LE MONDE MÉDICAL PARISIEN

A l'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, le président M. le Docteur LESNÉ, membre de l'Académie de médecine a prononcé l'allocution suivante qui donne un tableau lugubre mais, hélas ! exact de la misère dans le monde médical parisien.

Mes chers Collègues,

Plus encore que les années précédentes, la mort a frappé dans nos rangs ; 24 membres de l'Association des médecins de la Seine ont disparu depuis notre dernière réunion. Notre secrétaire général M. Louis Bazy, évoquera devant vous la place qu'ils ont occupée dans le monde médical, dans le milieu scientifique et dans notre association. Je ne puis dissimuler mon émotion en distinguant parmi ces noms, à côté d'un être très cher, des maîtres et des amis pour lesquels j'avais une respectueuse et fidèle affection.

La disparition de ces Collègues n'est pas seulement pour nous un deuil cruel, elle s'ajoute à nos préoccupations au sujet du recrutement des membres de l'Association. Et en effet, si l'on ajoute au chiffre des décès celui des démissions, malgré 37 nouveaux adhérents, notre nombre ne s'accroît pas.

Lorsque l'on considère la totalité des médecins de Paris, on est surpris et peiné de voir qu'il n'en est pas plus d'un huitième inscrit dans nos rangs. Mais ce qui est encore plus triste peut-être c'est de recevoir des lettres de démission pour des raisons diverses ou même sans motifs, alors que la situation de fortune de ces collègues leur permet certes de verser une cotisation annuelle de 50 francs et de donner cette preuve minime d'assistance confraternelle. A la suite des démarches pressantes des membres de la Commission générale quelques-uns ont bien voulu revenir sur leur décision, mais d'autres ont maintenu leur démission.

Et cependant il faut que nous soyons nombreux car, hélas, dans cette période de crise économique et d'instabilité des fortunes, nous avons plus qu'autrefois des infortunes à soulager. Notre Association n'a jamais dévié de son but et ce sont les mêmes préoccupations qui avaient incité Orfila en 1833 à la fonder. Ne lit-on pas dans le projet d'Association les lignes suivantes : « combien de médecins atteints de revers imprévus, « frappés de maladies, moissonnés par une mort pré- « maturée, laissent leur famille dans le dénuement le « plus complet...

« Un ancien interne des hôpitaux, exerçant la méde- « cine à Paris depuis plusieurs années, succomba der- « nièrement à une maladie aiguë ; sa veuve et ses « enfants restent sans ressources.

« Un médecin, membre de l'Académie vient de mourir, sa famille est dans la plus grande pénurie. »

Ceux d'entre vous qui font partie de la Commission générale et qui n'hésitent pas après la fatigue de la journée, à venir ici de tous les points de Paris apporter le résultat de leurs enquêtes, lire leurs rapports, écouter et discuter ceux de nos confrères, et pour tout cela je leur dis toute ma gratitude, savent que nous nous trou-

vons toujours en face des mêmes situations angoissantes dans tous les milieux médicaux, sans exception, maîtres ou praticiens.

C'est un confrère âgé ou malade qui ne peut plus exercer sa profession et qui manque du strict nécessaire. Ce sont des veuves dont les maris ont parfois occupé de hautes situations médicales qui sont dans le plus complet dénuement. Combien de lettres émouvantes et pressantes avons-nous encore reçues cette année et qui nous mettent en présence de situations dramatiques telles que celles-ci :

Mme C..., veuve d'un médecin étranger à l'Association, reste sans aucune ressource, elle est obligée de travailler dans une usine d'automobiles pour nourrir ses trois enfants ; mais par suite de la crise elle est licenciée et alors c'est le chômage et la misère. Voici quelques lignes de sa lettre de demande de secours : « Je viens de toucher ma paye de chômage : 147 francs. Après avoir payé mes dettes, mes enfants ayant été malades, il me reste 3 fr. 20 C'est vous dire avec quelle angoisse j'attends votre réponse... Je vous en prie, Monsieur, ne me jugez pas mal, pensez combien il m'est pénible de mendier comme cela ».

Voici une lettre qui nous est adressée par la fille d'un confrère étranger à l'Association : « Mon père en mourant lorsque j'étais enfant nous a laissé dans le dénuement le plus grand. Ma mère pour m'élever prenait des pensionnaires et nous pouvions vivre étant nos propres domestiques. Hélas depuis quinze mois nous ne trouvons plus de pensionnaires, c'est chez nous la détresse la plus grande ; ma mère est presque toujours alitée par une bronchite chronique et de l'emphysème et je n'ai plus rien pour la soigner. Nous n'avons plus de gaz et l'on coupe l'électricité dans quelques jours. J'ai 19 ans, je cherche partout une situation, vendeuse, couturière, secrétaire, on me promet une place lors de la première vacance, mais quand ? Il me semble qu'en m'adressant aux confrères de mon pauvre papa je vais trouver un appui... Je vous supplie, Docteur, de m'accorder un secours, je suis désespérée, pas de gaz, pas de lumière bientôt et depuis deux jours nous n'avons plus de pain. Que faire ? Je vous demande, Docteur, de nous secourir d'urgence ».

Je pourrais multiplier ces exemples lamentables, il s'agit là de veuves de médecins étrangers à l'Association, et cependant en présence de détresses aussi profondes, des secours sont adressés d'urgence par notre trésorier, secours toujours ratifiés par la Commission générale.

L'Association doit, en effet, de par ses statuts venir en aide aux veuves et enfants de médecins qui sont dans le besoin, même si ces médecins n'ont pas fait partie de l'Association. Mais cette part ne peut excéder le dixième du fonds de secours et nous avons, en 1935, atteint presque la limite des possibilités. Du fait de la diminution de nos revenus et du nombre toujours plus grand des demandes, les sommes accordées aux familles médicales étrangères à l'Association ne peuvent dépasser 5000 francs par an au maximum.

Combien de veuves venant solliciter notre appui se désolent parce que le mari a négligé de s'inscrire parmi nous, ce qui leur eût permis de recevoir un secours annuel de 1.700 francs. Il semble du reste que, tout en étant souvent très malheureuses, les veuves de sociétaires le soient à un moindre degré que les autres, peut-être parce que le mari, assez prévoyant pour s'inscrire à l'Association l'a été aussi pour assurer par d'autres moyens l'avenir des siens.

Voici encore une demande d'aide adressée par une veuve de médecin dont le mari, étranger à l'Association, est mort il y a vingt ans après une longue maladie la laissant avec sa fillette dans le plus complet dénuement. Pour élever cette enfant elle donne des leçons, fait des chapeaux, prend des pensionnaires. La jeune fille prépare son baccalauréat en étant gouvernante, institutrice, sténodactylo. Elle passe brillamment ses examens, mais le travail acharné, les privations continuelles ont favorisé l'éclosion d'une maladie grave nécessitant le repos et l'éloignement. C'est la misère alors que naissait l'espoir de jours meilleurs.

La mère s'adresse à l'Association qui peut lui faire parvenir le don important d'un de nos bienfaiteurs anonymes qui a toute la reconnaissance des intéressés et la nôtre ; il a soulagé l'infortune et contribué à soigner la malade. Je regrette, afin de ménager le secret de nos délibérations, de ne pouvoir vous lire la lettre émouvante par laquelle cette mère si éprouvée témoigne sa gratitude.

Quant aux médecins, il en est encore cette année un grand nombre venus nous demander aide et soutien. Ils continuent habituellement l'exercice de leur profession jusqu'à ce que les forces les abandonnent et qu'ils tombent victimes de leur dévouement et de leur désintéressement sans avoir pu assurer leurs vieux jours. Sont-ils des nôtres, atteints par la vieillesse ou la maladie, ils peuvent recevoir 3.400 francs par an.

Si la fortune sourit à quelques médecins, il en est beaucoup qui connaissent l'infortune ; l'avenir nous échappe ; les heureux d'aujourd'hui seront peut-être les malheureux de demain : *hodie mihi, cras tibi.*

La vieillesse du médecin, dont la vie d'abnégation s'est passée en grande partie à soulager les petits et les humbles, se termine rarement dans l'opulence et souvent dans la misère ou au moins dans la gêne. Lorsque l'on parcourt les demandes de secours des confrères ou des membres de leurs familles, on ne conçoit pas qu'il n'y ait qu'un si petit nombre d'inscrits dans nos rangs, et que les autres restent sourds à ces cris de détresse! Par négligence, par insouciance et par ignorance ils se tiennent à l'écart, persuadés qu'ils n'auront besoin d'aide ni pour eux ni pour leur famille, mais avant tout ils ne savent pas quelles misères nous secourons et quelles angoisses nous apaisons. S'ils assistaient à quelques séances de la Commission générale, ils seraient émus et convaincus et voudraient être des nôtres pour nous permettre de faire plus de bien.

C'est à ceux qui m'entendent, et comme je désirerais que mes paroles fussent répétées à tous les confrères du département de la Seine, que je demande, puisqu'ils connaissent le but, les moyens, et les résultats de notre œuvre, d'avoir confiance dans la réussite et de s'employer par une parole persuasive par un enthousiasme généreux et une volonté agissante, à convaincre les maîtres, les praticiens d'adhérer à notre Association d'assistance et de bienfaisance.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Chirurgie dentaire et maladies de la bouche et des dents

Un membre du « Sou Médical », qui exerce la spécialité de médecin stomatologiste, nous demande si un de ses voisins, chirurgien-dentiste, peut indiquer sur ses feuilles d'ordonnances et sur sa plaque la mention : « Maladies de la bouche et des dents ».

Oui, devons-nous répondre, car si la loi du 30 novembre 1892 est muette sur les attributions professionnelles des chirurgiens-dentistes, force est pour nous de recourir aux indications fournies par les débats parlementaires.

Dans une consultation juridique, que j'ai publiée dans le *Concours Médical*, 1936, 179, à propos des opérations que peuvent ou ne peuvent pas pratiquer les chirurgiens-dentistes, sur les maxillaires, j'ai indiqué les paroles du Professeur Cornil, rapporteur au Sénat, à la séance du 21 mars 1892 : « Nous définirons l'exercice de la « profession de dentiste par la faculté donnée à « une personne munie de diplôme, de traiter ha- « bituellement les maladies de la bouche, de la « muqueuse buccale et des dents . . . ».

Citons également les pages 33 à 38 du livre de Brouardel : « L'exercice de la médecine et le charlatanisme » :

« Un autre groupe constitué par les docteurs et les officiers de santé pratiquant l'art dentaire (Société de stomatologie), et représenté par les Docteurs Magitot et Galippe, prétendait que l'*art dentaire est un art médical* et que, par conséquent, les dentistes devraient être ou des docteurs ou des officiers de santé. Voici sur quels arguments, ils se basaient et ils sont logiques.

« Le dentiste ne doit pas se borner à arracher les dents et à faire de la prothèse ; il doit être le médecin de la bouche ; il lui est nécessaire de pouvoir faire le diagnostic des diverses ulcérations des gencives, de savoir distinguer la plaque muqueuse syphilitique des ulcérations de la stomatite mercurielle, saturnine, ou de la leucoplasie buccale ; il doit savoir reconnaître si le maxillaire est atteint de périostite ; l'état de la bouche lui permettra de diagnostiquer, même à leur début, certaines affections graves, qu'il lui faudra étudier et connaître, la leucocythémie, l'albuminurie, le diabète.

« De plus, ces médecins faisaient remarquer que les dentistes emploient les anesthésiques généraux et locaux, le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote et la cocaïne ; ce dernier agent surtout est dangereux quand on l'emploie à la face ou dans la bouche ; si l'on s'en rapporte à la statistique de Vœfler, vingt-trois morts occasionnées par la cocaïne, dix-neuf sont survenues à la suite d'injections pratiquées dans la bouche, le gencives ou la face. Le dentiste doit donc être capable de soigner immédiatement les symptômes généraux, pseudo-attaque d'angine de poitrine, état comateux, crises épileptiformes qui peuvent survenir à la suite de l'injection de cet alcaloïde, surtout quand ces états tendent à se prolonger pendant longtemps. M. Hallopeau a cité, à l'Académie de médecine, le cas d'un avocat qui, à la suite d'une piqûre de cocaïne à la gencive, était resté pendant quatre mois sans pouvoir se livrer au moindre travail intellectuel.

« Dans l'exercice de leur art, les dentistes emploient un certain nombre de substances, très toxiques, le sublimé corrosif, l'acide chromique, l'acide arsénieux, la morphine, la teinture d'aconit, le chlorure de zinc ; ils doivent donc savoir les doser convenablement, sous peine de causer les plus graves préjudices à leurs clients.

« Enfin, un troisième groupe demandait *une réglementation de la profession de dentiste*, de manière à épurer le personnel pratiquant l'art dentaire. Un point important est de savoir où s'arrête le rôle du dentiste et où commence celui du médecin ou du chirurgien. Le rapporteur de la loi au Sénat, M. le docteur Cornil crut devoir donner une définition claire et complète de cette profession, afin de limiter les attributions que la loi confère aux dentistes. *Il s'exprime ainsi :*

« Pour nous, le dentiste est celui qui, muni du « diplôme de dentiste, après avoir fait des études « spéciales, après avoir subi des examens, peut « ouvrir un cabinet de consultation... Nous dé- « finirons l'exercice de la profession par la faculté « donnée aux personnes munies de diplôme ou « d'autorisation de traiter habituellement, jour- « nellement, des maladies de la bouche, de la mu- « queuse buccale, des dents. Ainsi, les dentis- « tes seraient des hommes instruits, qui connaî- « traient très bien les maladies de la bouche et « qui pourraient traiter, non pas seulement les « maladies de la dent seule, mais aussi les mala- « dies des gencives, de la muqueuse buccale en « général, et même, jusqu'à un certain point, des « maxillaires. Ils feraient aussi naturellement des « extractions de dents, plombages, et appareils « et poseraient ces derniers. »

« En dépit de cette définition, il me semble, Messieurs, qu'il est fort difficile de distinguer le point à partir duquel l'affection du maxillaire

cessera d'être dans le domaine du dentiste; en effet, les esquilles osseuses, les inflammations des sinus consécutives à la carie dentaire ou à la périostite alvéolo-dentaire, dépendront-elles de l'action chirurgicale ou de celle du dentiste ? Le dentiste Duchesne, dont je vous ai déjà parlé, avait pratiqué chez des malades l'ablation du maxillaire supérieur, opération grave et difficile qui rentre, sans doute, possible dans le domaine chirurgical.

« Je ne méconnais pas la valeur des arguments invoqués par MM. Magitot et Galippe, cependant on peut leur opposer de très sérieuses objections.

« *Peut-on obliger le dentiste à être docteur en médecine ?*

« Les médecins peuvent s'en rendre compte en étudiant, au cours de leurs études médicales, les maladies qui atteignent la muqueuse buccale et les maxillaires ; ils n'approfondissent guère l'étude des affections dentaires proprement dites ; les soins à donner dans les divers degrés de carie dentaire exigent une étude spéciale, une habitude qui nécessiterait, à la suite des études de médecine, un stage plus ou moins long dans un institut dentaire ; la prothèse est une branche importante qui, elle aussi devrait être étudiée par le médecin-dentiste. Dans l'état actuel, je crois qu'il est impossible d'exiger des docteurs des études complètes en art dentaire, et je pense que le client préférerait un dentiste ordinaire, à un docteur, n'ayant pas fait d'études spéciales, et dans l'habileté manuelle duquel il n'aurait, peut-être avec raison, qu'une médiocre confiance.

« Enfin, il est facile de comprendre que, si l'on exigeait subitement que les dentistes soient munis du diplôme de docteur, Paris et les grandes villes pourraient en être pourvues ; mais, dans les petites villes et les campagnes, on serait dans l'obligation de laisser exercer librement la profession de dentiste, comme par le passé, attendu qu'il serait impossible de remplacer immédiatement ceux qui sont établis, par des docteurs présentant des garanties suffisantes.

« On a cité l'exemple de l'Autriche, où le diplôme de docteur est obligatoire pour le dentiste et où le nombre des dentistes est suffisant. Cela tient, Messieurs, à ce que, depuis 1740, on a appliqué d'une façon continue, dans ce pays, une réglementation analogue à celle qui existait alors en France en vertu des édits de 1730 et de 1768.

« L'article de loi actuel n'est pas destiné à durer bien longtemps ; il sera considéré comme insuffisant. Nous verrons se produire, pour les dentistes l'évolution que je vous ai exposée au sujet des officiers de santé. A mesure que les études des chrurgiens-dentistes deviendront plus sérieuses, elles atteindront progressivement celles du docteur en médecine ; plus ces deux branches d'études se rapprocheront, plus le nombre des chirurgiens-dentistes non-docteurs ira en diminuant. J'espère que, dans vingt ou trente ans, nous serons arrivés au résultat souhaité et que tous les dentistes, ou presque tous, seront docteurs.

« Actuellement, les élèves dentistes doivent faire un stage dans une école dentaire ; leurs études durent trois ans et sont sanctionnées par trois examens, à la suite desquels, ils peuvent porter le titre de chirurgiens-dentistes.

« Tel est, Messieurs, l'état de la législation concernant les chirurgiens-dentistes ; l'article de loi qui les régit n'est pas parfait, tant s'en faut, mais, je vous le répète, nous devons considérer l'état actuel comme une période transitoire, dont la durée sera courte. Ce que le législateur a voulu faire, et il y a réussi, c'était épurer les rangs des dentistes de manière à ce que le public puisse avoir confiance dans les connaissances de l'homme auquel il vient demander les soins qui lui sont nécessaires. »

Conclusion

Malgré l'opinion de Brouardel, qui estimait que, dans un temps relativement court, les chirurgiens-dentistes devraient progressivement faire place à des docteurs en médecine spécialisés, la dualité des diplômes persiste : l'un, celui de docteur en médecine autorise son titulaire à pratiquer toutes les branches de l'art de guérir sans exception ; l'autre, diplôme plus secondaire, qui limite l'action des chirurgiens-dentistes aux maladies de la bouche, des dents et partiellement des maxillaires, sans que le titulaire de ce grade puisse empiéter sur la médecine générale.

Le docteur en médecine, qui se spécialise, est dit « stomatologiste ». Cette qualification semble indiquer que, tout en ayant le droit de se préoccuper de l'état général du malade, le médecin stomatologiste est spécialisé pour pratiquer toutes opérations et donner tous les soins, sans exception, que nécessite l'état du malade.

Les chirurgiens-dentistes, dont l'étendue de l'activité professionnelle est plus limitée du fait de leur diplôme et de leurs connaissances médicales, semblent vouloir peu à peu se dire « praticiens des maladies de la bouche et de dents », pour ne pas être minimisés aux yeux de la clientèle. Ce droit, nous devons *stricto sensu* le leur reconnaître, selon les termes des débats parlementaires cités plus haut.

Dr Paul Boudin.

LES PROCÉDÉS CHARLATANESQUES EN MÉDECINE

Par le Docteur Boëlle

Président du Comité international contre le charlatanisme

— Docteur, que pensez-vous de ce traitement médical ou de cette préparation pharmaceutique dont j'ai entendu vanter l'efficacité ?

Telle est, schématisée, la question posée parfois au médecin par des clients de toute catégorie sociale, les plus simples comme les plus cultivés.

Elle déconcerte un peu le praticien, qui a du mal à comprendre comment une méthode thérapeutique ou un remède, lancés à grand renfort de réclame tapageuse, peuvent être pris au sérieux.

Il sait cependant que tout être qui souffre est essentiellement suggestionnable et sensible à l'attrait du merveilleux. D'ailleurs, comment le public non prévenu ne serait-il pas troublé, quand il lit dans son journal, le récit de cures surprenantes et de guérisons de malades représentés comme condamnés par leur médecin ?

Le charlatanisme est un mal très ancien et de tous temps ont sévi des guérisseurs de tous genres.

Mais jamais, comme à notre époque on n'a vu pulluler autant de thaumaturges, de charlatans, audacieux et sans scrupules utilisant une publicité intensive dans le but de mieux exploiter la crédulité humaine. Cette réclame éhontée constitue un scandale intolérable et un danger public, doublé souvent d'une véritable escroquerie. Si parmi ceux qui se livrent à ces détestables pratiques, il est beaucoup d'illégaux, on y rencontre, hélas, quelques rares médecins qui n'hésitent pas à prostituer ainsi leur diplôme.

C'est le fameux docteur X..., qui, après de savantes, longues et laborieuses recherches, est parvenu à faire disparaître les maladies les plus invétérées, restées jusqu'à lui au-dessus des ressources de la science. En chatouillant la plante des pieds, il fait marcher les paralytiques, supprime les plus angoissantes crises d'angine de poitrine et d'asthme, guérit les tabétiques et les rhumatisants. Quant aux non moins célèbres Docteurs Y et Z. par des méthodes infaillibles qu'ils viennent de découvrir : le port d'une ceinture magnétique, l'application de compresses chargées des effluves de métaux précieux, par des injections de gaz particulièrement actifs ou des piqûres renouvelées des anciens Chinois, ils guérissent les incurables et font disparaître sans opération les hernies et les appendicites.

Ces rusés compères, dont les plus beaux succès sont obtenus sur des sujets sains, sont moins inoffensifs que leurs devanciers, les arracheurs de dents de nos foires populaires, et ne craignent pas de jouer au savant, bienfaiteur de l'humanité et victime de la science officielle. Masquant leur lucratif commerce sous une apparente philanthropie, ils offrent de traiter gratuitement les déshérités de la fortune, à la condition cependant de leur faire payer *très cher* le remède déclaré indispensable. Leur sollicitude s'étend jusqu'aux villageois les plus éloignés, qu'ils visitent régulièrement. Ils savent utiliser pour leur réclame toutes les ressources du progrès moderne et toutes les formes de la publicité. En dehors des prospectus, des tracts largement répandus, des affiches apposées sur tous les murs, des annonces lumineuses, des conférences dites scientifiques portées urbi et orbi par la T. S. F. et l'écran cinématographique, c'est surtout par les annonces insérées dans les grands quotidiens, quand ce n'est pas dans des articles glissés adroitement au milieu de textes sérieux, que cette publicité malsaine est faite.

A tout moment de la journée, dans la rue, dans le métro, au bureau de poste, au spectacle, chez lui-même par la T. S. F., le bon public est sollicité, tourmenté et obsédé. Et comme si cette débauche de réclames n'était pas suffisante, sont apparus depuis quelque temps des journaux dits de vulgarisation, luxueusement édités, abondamment illustrés, dont les articles d'allures scientifique portant parfois la signature et même la photographie de médecins, dont certains jusqu'ici honorablement connus, ont la prétention de faire connaître des procédés nouveaux qui marquent un perfectionnement de la thérapeutique classique.

Pour déguisée que soit cette publicité qui dissimule habilement la réclame personnelle, elle est réprouvée et condamnée par tous les groupement médicaux.

C'est le malheureux malade qui doit être pressuré et cyniquement exploité pour payer ces réclames fort coûteuses (seules les annonces médico-pharmaceutiques représentent plus du tiers des recettes publicitaires des grands journaux). Les économies, péniblement amassées, vont parfois à des entreprises financières dont le médecin n'est que le salarié. Détourné ainsi du cabinet de son médecin de famille, à qui il pouvait se confier en toute sécurité, qui connaît ses antécédents héréditaires et personnels, son tempérament, il paie très cher son imprudence.

Combien ont ainsi perdu un temps précieux,

en essayant un traitement souvent inefficace et parfois nuisible, ou un remède nouveau ; que d'affections ainsi aggravées sont devenues incurables ; des tuberculoses au début, étiquetées rhumes, anémies et soignées par un médicament anodin ; des tumeurs bénignes, transformées en cancers inopérables ; des maladies vénériennes, prétendues guéries en quelques séances et restées virulentes et contagieuses.

C'est par milliers qu'on pourrait compter chaque année les victimes de ces néfastes pratiques.

C'est un tort considérable que cette publicité éhontée et mensongère porte à la santé publique, en abusant de la souffrance et de l'ignorance des malades.

Alors que les médecins, par devoir, par humanité, par intérêt scientifique, sacrifiant leur intérêt particulier à l'intérêt général, luttent journellement contre les causes des maladies, n'est-il pas paradoxal et profondément immoral de voir s'étaler dans la presse et dans les endroits publics des réclames qui compromettent ou retardent leur guérison ?

Le médecin consciencieux ne doit se faire connaître que par des procédés corrects et jamais par la publicité. S'il peut être utile de faire connaître au public une nouvelle découverte, un nouveau progrès dans l'art de guérir, ce doit être par des communications dans les sociétés savantes ou dans les journaux exclusivement réservés au Corps médical.

Seules les médications ayant fait leurs preuves doivent être employées, avec discernement, par le médecin de famille, le public étant incompétent pour faire un choix judicieux entre les traitements sérieux et les autres.

Il est pénible de constater que notre pays a le triste privilège d'être le plus exploité par les charlatans de tout acabit, alors qu'à l'étranger des mesures sévères ont été prises contre eux. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, lorsqu'un malade meurt, après avoir suivi un traitement charlatanesque, on placarde sur les murs à côté de la publicité coupable, l'acte de décès.

Contre ce péril social, il faut organiser une véritable croisade. Le grand public doit être éduqué et instruit des conditions dans lesquelles peut s'exercer la médecine correcte, ses difficultés, ses pouvoirs réels, informé des fraudes des guérisseurs, des mensonges des charlatans, et mis en garde contre les dangers qu'il court ; il doit être averti que son intérêt est d'aller demander à temps conseil à son médecin de famille, l'efficacité d'un traitement étant fonction de la précocité du premier examen.

La presse restée honnête, qui a des devoirs envers la collectivité ne peut se faire plus longtemps la complice de pratique blâmables ; elle doit comprendre que pour ne pas s'aliéner les sympathies d'un public éclairé et sain, la publicité mensongère doit disparaître de ses colonnes.

Pour l'honneur de la médecine française, en même temps que pour la sauvegarde de la Santé publique, il faut créer l'Ordre des médecins qui maintiendra la probité professionnelle, en éliminant les quelques brebis galeuses qui jettent le discrédit sur une noble profession.

Enfin, notre législation doit être révisée. Le Parlement s'honorera en votant une loi destinée à réprimer impitoyablement toute publicité en faveur de traitements ou de remèdes par la voie de la presse, par affiches ou tracts, par T. S. F. ou tout autre moyen.

LES ÉTUDES MÉDICALES EN ITALIE

Une Commission ministérielle a proposé d'importantes modifications dans l'organisation des études médicales en Italie ; son projet vient d'être adopté par le Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Les matières à étudier sont divisées en deux parties : les unes dénommées fondamentales, les autres supplémentaires. Les premières sont considérées comme indispensables au praticien général, les autres lui sont recommandées comme rendant plus sûre et plus universelle son instruction professionnelle.

Il y a vingt et un sujets fondamentaux, dont l'étude est consacrée par vingt et un examens obligatoires, et quinze sujets supplémentaires, facultatifs ; chaque étudiant, toutefois, est tenu d'en choisir trois sur lesquels il est interrogé.

Les années d'étude sont trois fois deux ans ; les deux premières années sont consacrées aux sciences biologiques, les deux suivantes à la propédeutique, les deux dernières à la clinique.

La biologie remplacerait au cours des deux premières années la zoologie et la botanique actuellement enseignées. La physique et la chimie seraient apprises sous l'angle biologique. Les sciences biologiques prédominantes sont l'anatomie et la physiologie ; mais elles comprennent la génétique et la biologie « raciale ».

La propédeutique mettrait le futur médecin au courant des méthodes d'examen du malade et les moyens thérapeutiques ; on y apprendra aussi l'anatomie pathologique et la pathologie générale.

Les deux années cliniques seraient complétées par un internat de six mois dans un grand hôpital. Enfin l'étudiant, après avoir lu beaucoup de livres, verrait des malades

Ph. Dally.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Accidents du travail et fièvre typhoïde

La question de savoir si la fièvre typhoïde contractée par un concierge dans une maison à canalisations d'eau très suspectes relevait de la législation sur les accidents du travail ou du simple droit commun s'est posée récemment devant la Cour de Paris (arrêt du 31 décembre 1935. *Gaz. Pal.*, 6 mars 1936).

M. le Prof. Perreau rappelle à cette occasion les principes qui régissent l'applicabilité de la législation sur le risque professionnel aux affections pathologiques. Une telle affection, si elle ne figure pas dans la nomenclature des maladies professionnelles dressée par la loi du 25 octobre 1919 et 1er janvier 1931, ne permet à celui qui en est victime d'invoquer les dispositions protectrices de la loi de 1898 que si elle a un caractère *accidentel*, c'est-à-dire si son origine peut être rattachée, comme celle d'une blessure, à un accident précis et déterminé survenu au cours du travail, à un fait extérieur et soudain, et non à une action lente et progressive provenant de l'exercice prolongé de la profession. Ainsi en est-il des lésions provoquées par l'ingestion brutale d'un liquide toxique ou caustif, ou l'intoxication provenant d'aliments avariés fournis par le patron.

En l'espèce, la Cour de Paris, tirant argument de ce que l'origine de la fièvre typhoïde prêtait à contestation, n'a pas fait application de la loi du 9 avril 1898, mais du droit commun (art. 1382, C. civ.) et a débouté les ayants droit de la victime faute pour eux d'apporter la preuve de la relation de cause à effet entre l'absorption d'eau et le décès. Il s'agit là d'un point de fait sans influence sur le principe, et l'on ne saurait tirer argument de cet arrêt pour refuser l'application de la législation sur le risque professionnel aux typhoïdes et paratyphoïdes lorsque leur origine est certaine et peut se situer de manière précise dans le temps. (*Paris Médical*, 6 juin 1936.)

Acceptons-en l'augure

« Il faut, a dit M. Jouhaux dans un récent discours à la Bourse du travail, assainir la presse d'informations et contrôler les agences de presse. »

Bien que d'inspiration extra-médicale, cette mesure intéresse directement la santé publique, si « l'assainissement » envisagé doit s'étendre jusqu'aux annonces de la quatrième page, et aux articles de vulgarisation médicale par quoi se manifeste si dangereusement la publicité médico-pharmaceutique véhiculée par trop de grands quotidiens et leurs agences.

En 1924, M. Couteaux, député socialiste, déposait une proposition de loi relative à « l'interdiction de la publicité effectuée en faveur des traitements médicaux ou de préparations pharmaceutiques », exception faite des revues médicales, adressées aux médecins.

A douze ans de distance, à la faveur de circonstances politiques nouvelles, cette proposition pourrait sans doute être reprise avec les plus grandes chances de succès (*Le Mouvement Sanitaire*, mai 1936).

Le carburant du chauffeur

Dans une expérience intéressante, le Docteur Heise a fait administrer 30 c. c. de whisky à quelques dactylographes et 150 c. c. à quelques chauffeurs.

Chez les premières (alcool dans le sang 0,02 %) on observe que le travail est un peu moins bien soigné, mais la rapidité augmentée.

Chez les seconds (alcool dans le sang 0,10 %) on observe qu'ils sont encore capables de conduire mais évitent moins bien les obstacles sur la route, exécutent moins bien la marche arrière ; quelques-uns se servent du frein à main à la place du frein à pédale. Les réactions, dans l'ensemble, sont quelque peu plus tardives. Tous les conducteurs ont reconnu se sentir désorientés et déprimés ou égayés. Le danger pour la sécurité des piétons et des chauffeurs eux-mêmes n'est pas uniquement le fait de conducteurs en ébriété, mais aussi à un degré plus ou moins grand de tous ceux qui prennent des boissons alcooliques. (*Le Mouvement Sanitaire*, mai 1936.)

Payer un bon repas de deux mois d'hôpital, c'est triste. Mais payer au même prix les libations du voisin, c'est révoltant !

Pochards, attention !

« Le Tribunal suprême d'Espagne vient de déclarer à la suite d'un procès qui mettait ce problème en question que la toxicomanie d'un des conjoints constitue un motif valable de divorce » (*Siècle Médical*, 15 juin 1936.)

L'ivrognerie s'appelant en langage noble alcoolomanie, il s'ensuit que l'épouse peut demander à être libérée d'un époux qui biberonne.

Ce Tribunal suprême d'Espagne a d'heureuses idées.

Informations judiciaires

**Le médecin a-t-il le libre choix de ses clients ?
Les médecins peuvent-ils se défendre
contre les mauvais payeurs ?**

Telle est la double question qui se posait devant le Tribunal civil de Grasse. Un médecin, appelé par le père d'un malade, après une visite faite à ce dernier, apprend par un de ses confrères que ce client avait antérieurement refusé sans motifs le règlement de ses honoraires ; en raison de ce non-payement, et par solidarité professionnelle, il se refuse à continuer ses soins. Le père de l'enfant poursuit alors les deux médecins en réparation du préjudice subi par suite du défaut de soins, en demandant l'allocation d'importants dommages-intérêts. Cette demande était fondée sur deux chefs : d'une part, le médecin traitant, ayant commencé à donner ses soins à ce malade s'était implicitement engagé à les continuer aussi longtemps qu'ils seraient nécessaires, et ne pouvait pas rompre unilatéralement le contrat intervenu entre lui et son client, d'autre part son confrère par ses déclarations diffamatoires aurait influencé sa décision, et aurait été ainsi la cause initiale du préjudice.

Au premier chef, le Tribunal, par son jugement du 18 mai 1936, a répondu que la médecine constitue une profession libérale de nature telle que le médecin peut toujours refuser ses soins ou son assistance, à moins d'être nommé d'office selon les lois administratives ou judiciaires. Le médecin ne peut donc se rendre coupable d'une faute par abstention *que s'il abandonne son malade de manière intempestive*. La rupture du contrat existant entre le médecin traitant et celui qui l'a mis en œuvre ne saurait constituer une faute s'il est fondé sur le respect des obligations de solidarité professionnelle et des règles de déontologie reconnues par les Syndicats et Associations médicales.

En ce qui concerne le second chef, le Tribunal a reconnu que le médecin qui se borne à indiquer à un confrère, par solidarité professionnelle, sa situation de créancier non payé, sans influencer sa décision, ne commet aucune faute susceptible d'engager sa responsabilité.

Comme il ne pouvait d'autre part exister aucune relation de cause à effet entre les prétendues fautes, et le préjudice allégué, puisqu'il y avait en dehors de ces deux confrères plus de dix-huit médecins dans la localité, le Tribunal a débouté purement et simplement le demandeur, et le « Sou Médical » a été heureux d'avoir une fois de plus fait consacrer les droits généraux des médecins en défendant les droits individuels d'un de ses adhérents.

La défense syndicale contre les mauvais confrères

Le Syndicat médical d'une ville d'eaux bien connue avait fait imprimer et apposer sur divers points de la station une affiche portant en tête « Médecins consultants de la station de X. faisant partie du Syndicat médical ou reconnus par lui », et sur laquelle avait été volontairement omis le nom de certains médecins dont la conduite médicale et déontologique laissait à désirer. L'un d'entre eux, antérieurement exclu du Syndical, assigna alors celui-ci en 100.000 francs de dommages-intérêts, pour réparation du préjudice subi.

Avec l'appui de la Confédération des Syndicats, et celui du « Sou Médical » dont la responsabilité morale était engagée dans l'affaire puisqu'il avait approuvé le projet d'affiche, le Syndical médical a obtenu le 25 mai 1936, un jugement du Tribunal civil de Clermont-Ferrand, consacrant la conception qu'il s'était faite de sa mission et lui reconnaissant formellement le droit de défendre la profession contre les mauvais confrères. Il ressort notamment de ce jugement qu'un Syndicat professionnel peut faire bénéficier à son gré de son patronnage tous les médecins, même non membres, auxquels il estime devoir l'accorder, et manifester cette recommandation par la publicité d'usage. Il est d'autre part constant, en droit qu'*un Syndicat professionnel a la faculté de publier la mise à l'index d'une personne nommément désignée, lorsqu'il agit non pas par esprit de malveillance ou par pur caprice, mais en s'inspirant du souci de la défense générale de la profession, dont il a la charge, et alors que la mise à l'index ne s'accompagne d'aucune imputation diffamatoire. A fortiori*, un Syndicat médical a-t-il le droit de s'abstenir de donner son investiture à un médecin en se bornant à ne pas faire figurer son nom sur la liste des médecins qu'il recommande.

Il n'est pas besoin de souligner tout l'intérêt de ce jugement qui reconnaît une fois de plus la mission d'intérêt général des Syndicats et définit les armes légales qu'ils peuvent employer pour défendre la profession.

LE DROIT A LA MORT

Les Anglais sont hantés par l'idée que la mort doit être organisée. Le droit à la mort leur paraît une conquête nécessaire. Mais, comme le suicide est un péché, et l'assassinat un geste répugnant, ils concluent généralement à charger le médecin de tuer les gens qui désirent mourir. Un groupe a été formé, sous le nom de Société pour la légitimation de l'Euthanasie. Son objet est ainsi défini : permettre à tout individu ayant atteint l'âge de raison, souffrant d'une maladie incurable, à pronostic fatal, et pouvant redouter une mort lente et douloureuse, de se procurer une fin rapide et sans douleur. Le Président est Lord Moynihan, le Secrétaire M. D. C. Killick Millard, et Sir Humphry Rolleston, ancien Président du Collège royal des médecins, fait partie de l'état-major, avec beaucoup d'autres sommités médicales, judiciaires et politiques. On a prévu les objections d'ordre religieux ; des prélats du rang du Doyen Inge, et d'autres notabilités ecclésiastiques, patronnent cette œuvre, sans la trouver en opposition avec le *non occideris* du Décalogue.

Un projet de loi a été introduit au Parlement d'Angleterre. Il suffirait de la signature de deux médecins, de l'avis d'un conseil de famille, et d'un délai d'une semaine, pour se faire tuer par un troisième praticien, s'il en existe de cette sorte.

Dieu, disent-ils, a imposé la souffrance aux hommes. Mais il leur a fait connaître également les moyens de se dispenser de souffrir. Il est légitime de s'en servir, comme on le fait déjà avec diverses drogues, dût le malade être à jamais dispensé par sa mort de toute drogue.

L'animateur de l'euthanasie est le Dr Millard. Son enthousiasme et sa ténacité franchissent tous les obstacles. Si quelques ecclésiastiques font remarquer que la vie de l'homme n'est pas à l'homme, mais à son Créateur, il répond que les médecins avec leurs médicaments contre la douleur sont alors des assassins, car ils avancent sournoisement la mort chaque fois qu'il est nécessaire, et qu'il vaut mieux régler par la loi ce qu'ils font actuellement sans contrôle. Si, comme le Dr C. O. Hawthorne, au nom de l'Association médicale britannique, on vient lui dire qu'en réalité les cas où la loi proposée s'appliquerait sont exceptionnels, et que le Tribunal chargé d'autoriser la mort peut se tromper, le Dr Millard dit tout le contraire : que ces cas sont courants et que l'erreur est impossible.

En fait, à l'issue du meeting organisé par la Société, une majorité de dix contre un se prononça en faveur du projet de loi.

***

Nos confrères anglais commencent à réagir. L'un d'eux, le Dr R.-A. Fleming, qui dirige un hôpital d'incurables à Edinburgh, fait remarquer que l'existence d'un cancéreux, excepté *s'il* est près de la *terminaison fatale*, n'est pas toujours aussi douloureuse, ni même aussi inutile qu'on le croit ; mais les euthanasistes répliquent que, cela même admis, il reste un nombre important de malades qui sont, aux dernières périodes de leurs maladies incurables, des martyrs.

Dans *Lancet*, le Dr A.-S. Blundell Blankart, chirurgien, se permet de demander aux partisans de l'euthanasie légale s'ils savent que, dans les cas très nombreux, où la lésion qui est à l'origine de la douleur est au-dessous du segment, c'est-à-dire au-dessous de la cinquième paire cervicale, on peut pratiquer une radicectomie ? Il est vrai, ajoute le Dr Blankart, que cette opération peut être mortelle ; mais dans ce cas, la mort du malade répond aux intentions des euthanasistes. Mais ceux-ci ne désarment pas : ils reste, disent-ils, tous les cancers du larynx, de l'œsophage, de la bouche.

L'argumentation continue. Il n'est pas sûr que, quand on aura rendu le suicide légal, on trouve des candidats en nombre suffisant pour justifier ces volumineux débats, et tout ce zèle complice de la mort.

***

Il y a quelques années une jeune femme de 22 ans fut accusée de parricide. Elle avait fait absorber à sa mère, atteinte de paralysie générale, une dose mortelle de gardénal. Elle adorait sa mère, et voulut, sans lui demander d'ailleurs son avis, lui éviter une affreuse agonie : « J'ai tué par pitié », disait-elle. Le jury malgré les représentations du juge rapporta un verdict de « non coupable », absolument contraire à la lettre et à l'esprit des lois anglaises.

Si la loi proposée par les euthanasistes est adoptée par le Parlement, la question ne se posera plus ; mais est-on sûr que des médecins, choisis pour être les ennemis de la mort, fassent volontiers office de bourreaux ?

Ph. DALLY.

LA QUALITÉ DE COMBATTANT

De plus en plus, dans tous les milieux, il est question de discriminer sérieusement le véritable combattant du faux. Cet état d'esprit, qu'il serait vain de contester, et que des associations de combattants mettent maintenant en tête de leurs revendications, tient à un état de fait que la raison ne peut pas admettre : les lois de réparations égalitaires, pour des services différents ou de qualité différente. On s'aperçoit qu'elles sont la cause de l'esprit de chicane administrative auquel les véritables combattants sont acculés.

Il est certain que toutes les largesses, sans raison valable, conduisent le budget à une issue qui menace d'être grave. On croit trouver la solution dans une loi de révision générale, dont on ne s'aperçoit pas que, de ce fait même, elle sera inhumaine. La démagogie, ici semble avoir fait son temps et l'on se prépare un lendemain douloureux.

Ce sont maintenant les intérêts qui entrent en conflit. Les combattants, qui ne sont plus d'un âge où l'on se nourrit d'espoir, se souviennent que lorsqu'ils touchaient cinq sous par jour, pour affronter la mort, dans l'enfer des tranchées, les embusqués touchaient de forts honoraires pour être tranquilles. Et comme il fallait à ces derniers des papiers en règle, pour rester dans cette position de sauvegarde, ils peuvent, aujourd'hui, les présenter à toute requête de l'autorité pour établir leurs droits plus légaux que légitimes. Il faut tout de même avoir le courage de dire ces choses, qui contribuent à augmenter l'injustice. On commence à les dire un peu partout. Les comités de révision des pensions eux-mêmes savent bien que les papiers d'origine ne manquent pas dans les dossiers des anciens embusqués et qu'ils sont, de ce fait, plus favorisés que les véritables combattants.

Et pourtant la Commission, si elle veut être productive de ressources, ne peut tenir compte que des dossiers tels qu'ils lui sont présentés. Il faut dès lors craindre que les hommes du front refusent d'être à nouveau les victimes d'une mesure qui ne devrait pas les atteindre. Certains d'entre eux, mobilisés pendant trois et quatre longues années dans les tranchées, éclairent l'opinion qui se fonde sur la comparaison de ces héros avec les resquilleurs restés au pays et auxquels on maintient des pensions, dont l'origine n'a rien à voir avec les opérations de guerre.

Comment ne voit-on pas en haut lieu ce vice de procédure qui frappera sans doute une révision de nullité. Tout le monde serait partisan d'un examen sérieux sur titre, afin d'éviter l'arbitraire. Mais on aurait dû, pour le rendre inattaquable, l'effectuer sur la base des services de guerre réels. Certes, la révision pourrait se faire, dans cet esprit, si elle était confiée à des anciens combattants de premières lignes, compétents en matière militaire administrative. Pourtant, l'esprit des exécutants, même véritables défenseurs des combattants, ne suffirait pas ; il faudrait une loi qui procède de la raison et de la vérité.

La vérité, quant à l'imputabilité aux services de guerre, se réfère, avant tout, à la qualité du combattant liée à la nature des services auxquels il fut soumis. C'est donc, d'abord cette qualité qu'il faudrait fixer d'une manière irréfutable. Ceci n'a rien à voir avec la démagogie, qui s'adresse au plus grand nombre. Elle aboutit ici à frustrer des héros de leurs droits les plus légitimes. Comment donc l'éviter?

En établissant une réglementation rigoureuse des différentes qualités du combattant. Nous avons déjà les combattants volontaires. En tient-on compte pour la révision ?... Nous devrions avoir, dans l'ordre de mérite : les combattants de premières lignes, les combattants de la zone d'artillerie lourde de campagne, enfin ceux de la zone éloignée des armées.

Les premiers ont vécu dans la boue et les gaz, au milieu des balles et des torpilles. Ils ont donné des assauts et en ont subis ; ils ont séjourné de longs mois sous la terre, sans air, dans l'humidité ; en un mot, ils ont souffert jusqu'à la limite des forces humaines. Ceux-là méritent, sans contestation, la présomption d'origine, ou d'aggravation, qui leur fut reconnue et que le législateur de 1919 a instituée pour eux. Il n'est pas difficile de les discriminer. Or, on ne le fait pas; ils sont au même rang que les autres, car on exige d'eux le diagnostic du champ de bataille, conforme à celui du lieu où ils furent soignés, ou conforme au constat d'après-guerre. Quelle ironie, mais quel manque de profonde psychologie !

Il est impossible de prévoir tous les cas, qui peuvent se présenter, devant la curée des resquilleurs munis de papiers, pour lesquels on passe tout le monde au crible. Il eût donc été souhaitable d'exempter de la révision les combattants de l'avant sur lesquels, au contraire, on jette une sorte de suspicion. Il serait juste que la présomption joue d'autorité après une durée de front à fixer, dix ou dix-huit mois *par exemple*. Cela seul éviterait l'indignation publique.

De même, on devrait exempter les combattants volontaires.

Au surplus, la qualité du véritable combattant devrait donner des droits en rapport avec les services faits. On est stupide de rémunérer trois mois de front au même taux que trois ans. On l'est encore d'attacher la même valeur à la zone lointaine des armées qu'à celle des tranchées. Il faut faire une différence entre celui qui dormait tranquillement dans son lit ou dans la paille, et celui qui subissant le terrier malsain, n'en sortait que pour recevoir la décharge ennemie ou partir à l'assaut.

B. P.

(*La France Militaire*, 24 avril 1936.)

POUR LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Notre excellent confrère, de Marseille, le Docteur René Matton, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, nous écrit à ce sujet.

Mon cher Confrère,

Dans votre *Propos du Jour* du 5 janvier dernier, vous avez applaudi au rétablissement du vieuxserment d'Hippocrate dans toutes les Facultés de médecine.

Vous savez que j'avais assisté l'an dernier à une soutenance de thèse à Marseille, et que j'avais été frappé de l'opportunité et de la justesse de la très simple cérémonie du serment, dont on la fait suivre.

J'en avais écrit tout de suite un récit que notre confrère le Docteur Charles Fiessinger avait voulu publier dans son *Journal des Praticiens*, et les démarches directes, qu'il avait faites ensuite, avaient donné un résultat immédiat. La question était dans l'air, nous le sentimes bien, au nombre et au son des encouragements que nous reçûmes alors, et l'accueil des doyens, leur acceptation de la réforme qui fut unanime permettait, dès novembre, d'espérer une solution heureuse et rapide.

Mais ensuite le zèle s'est refroidi, malgré que les Facultés de Paris, puis de Bordeaux, aient pris, comme vous l'avez annoncé, une décision effective. Le Conseil de la Faculté de Lyon, récemment sollicité de statuer, aurait rejeté la proposition, comme étant inutile et vaine.

Pourtant, la simple précaution morale que représente cette prestation de serment semble plus que jamais nécessaire, c'est un gage de probité et d'honnêteté minima qu'on demande aux docteurs à leur entrée dans la carrière. Faute de quoi, de graves conséquences, pour l' individu comme pour la société sont à craindre. Précaution opérante d'ailleurs en raison de l'impression certaine que laissera dans l'esprit du praticien, le souvenir d'une promesse ainsi faite publiquement et solennellement. Précaution plus que jamais justifiée aussi, dans un temps où le désordre, l'indiscipline, l'oubli des vieux et sains principes, l'interversion des règles de la morale traditionnelle tendent à prévaloir.

Les objections de détail qu'on élève sont faciles à écarter. Les termes mêmes du serment par exemple peuvent être, s'il le faut simplifiés, de façon qu'on soit bien, certain de ne heurter aucune conscience.

Faut-il ajouter que le nouveau diplômé peut, à la rigueur, se refuser au serment sans avoir à redouter de ce fait aucune contrainte, ni aucune sanction, qui puisse porter atteinte à ses droits acquis ? La prestation du serment d'Hippocrate est recommandée, mais elle reste au fond facultative et entièrement libre.

Dans ces conditions, qu'il nous soit permis d'insister au nom du prestige moral de notre profession, si menacée, comme au nom des ressortissants, c'est-à-dire des malades, véritables bénéficiaires du serment en fin de compte. Nous sommes convaincu que Lyon, si sage, si supérieur toujours, corrigera son geste insuffisamment médité. Nous l'en félicitons et l'en remercions par avance.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Docteur René MATTON.

Nous voyons bien les avantages de la prestation du serment, mais en toute sincérité nous n'apercevons pas ses inconvénients.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut d'hygiène.** — Liste des candidats reçus à l'examen de médecin sanitaire maritime (session de Paris, 22 juin 1936) :

MM. Armand-Delille, Auger (Raymond), Baumelou (Jean), Blain (Noël), Brugère (Emile), Caula (Adolphe), Cazanove (Paul), Charbonnier (Roger), Chanteux (Jacques), Corre (Pierre), Crépin (Jean), Crosnier (Roger), Delphaut (Jean), Devaux (Henri), Ducamp (Pierre), Dugay (Maurice), Faget (Armand), Fontaine (André), François-Dainville (Edouard), Fulconis (André), Gérard (Pierre), Girard (Raymond), Girod (Fernand), Guinard (Urbain), Hubert (Lucien), Joly (Max), Jousset (Emile), Landolt (Jacques), Langlade (Paul), Lantz (Louis), Legroux (Raymond), Loublie (Georges), Maillefer (Jean), Maroger (Marc), Mauclaire (Jean), Mestier du Bourg (Robert de), Monnier (Albert), Nouaille (Paul), Orengo (Henri), Pelce (Robert), Peretti (Augustin), Petit (Louis), Peycelon (Aristide), Pillet (Marie-Joseph), Raine (Henri), Sautet (Jacques), Sterne (Jean), Thoret (Félix), Wishm (Paul).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Le VIII^e^ Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce,** organisé par L.-W. Tomarkin sous les auspices de l'Université d'Athènes et du ministre de l'Hygiène de Grèce, aura *lieu à Athènes du 7 au 21 septembre 1936.*

Programme scientifique. — *Cancer* : M. Victor Blum (Vienne), 1. Cancer de la prostate. — M. Ferdinand Blumenthal (Belgrade) : 1. Contribution à la thérapie du cancer. — M. F. Cailliau (Rouen) : 1. Le problème biologique du processus cancéreux ; 2. Le processus cancéreux au point de vue expérimental, histologique et thérapeutique. — M. A. Lacassagne (Paris) : 1. Influence d'hormones sur l'apparition de certains cancers. — M. J. Maisin (Louvain) : 1. Prophylaxie et traitement médical du cancer.

Maladies tropicales et infectieuses : M. G. Cambrelin (Bruxelles) : 1. Les divers traitements des amygdales pathologiques et particulièrement la rœntgenthérapie. — M. E. d'Hérelle (Tiflis) : 1. Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses ; 2. Traitement et prophylaxie des maladies épidémiques de nature bactérienne ; 3. Traitement et prophylaxie des infections relevant de la chirurgie. — M. Henschen (Stockolm) : 1. La tuberculose chez le vieillard. — M. C. Levaditi (Paris) : 1. Comportement et nature des ultravirus ; 2. Virus et néoplasmes. — M. Lœwenstein (Vienne) : 1. Die Bedeutung der Tuberkelbazillämie in der Meidzin ; 2. Malaria Prophylaxe Neueweger der... — M. E. Maragliano (Genova) : 1. Diagnostic précoce des maladies tuberculeuses ; 2. Vaccination préventive contre les maladies tuberculeuses. — M. D. Olmer (Marseille) : 1. Les diverses fièvres exanthématiques observées sur le littoral méditerranéen ; 2. L'intérêt de la différenciation des fièvres exanthématiques. — Mme Hélène Puscariu (Jassy) : 1. Diagnostic (clinique, bactériologique et biomicroscopique) du trachome. — M. Todorovitch (Belgrade) : 1. Le problème de la scarlatine. — M. Jean Valtis (Athènes) : 1. Etat actuel de la vaccination préventive par le B. C. G.

Endocrinologie. — M. Bauer (Vienne) : 1. L'état actuel de la pathologie de l'hypophyse. — M. Henschen (Stockholm) : 1. Syndrome de Morgagni (hyperostose frontale interne, virilisme, adipose). — M. Hoet (Louvain) : 1. L'hypophyse du diabétique. — M. M.-P. Weil (Paris) : 1. Glandes endocrines et rhumatisme.

Chirurgie : M. Dadis (Bruxelles) : 1. Traumatismes oculaires. — M. Delchef (Bruxelles) : 1. Le diagnostic et le traitement du mal de Pott chez l'adulte ; 2. L'état actuel du traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Leriche (Strasbourg) : 1. Progrès dans nos connaissances sur les artérites ; 2. Avenir de la chirurgie osseuse ; 3. Chirurgie des parathyroïdes. — M. Nissen (Istambul) : 1. Chirurgische Behandlung der Bronchektasen ; 2. Neuere Bestrebungen in der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.

Inscriptions au secrétariat général : L.-W. Tomarkin, Faculté de médecine, 115, boulevard de Waterloo, Bruxelles, ou dans n'importe quelle agence de la Compagnie des « Wagons-Lits /Cook » qui transmettra l'inscription au Comité organisateur. *Conditions d'inscription.* Médecins participants pour le cours entier, 50 Belgas. — Autres personnes : 20 Belgas.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse. — Pour pouvoir répondre utilement à la question posée, la chancellerie aurait intérêt à connaître les cas d'espèce auxquels cette question pourrait se rapporter.

(*J. O.*, 3 juin 1936.)

Application du nouveau régime des Assurances sociales

110. — M. Parmentier se reportant à la réponse de M. le ministre du Travail à la question écrite nº 14.497 de M. Boulay (*J. O.* du 18 mars 1936), d'après laquelle le décret-loi du 28 octobre 1935 est applicable depuis le 1er janvier 1936, en ce qui concerne le versement des cotisations, lui demande si, par voie d'analogie, et compte tenu du fait qu'il s'agit ici également d'un versement de cotisations : 1º les Caisses primaires doivent appliquer les nouvelles dispositions du décret-loi précité en ce qui concerne les versements forfaitaires en cas de maladie (article 7, paragraphe 5, du décret-loi), de maternité (article 9, paragraphe 9) et par le fait même cesser, à dater du 1er janvier 1936, le versement des anciennes demi-cotisations vieillesse prévues par la loi du 5 avril 1923 ; 2º si, en cas d'accident du travail les, employeurs doivent à dater du 1er janvier 1936, appliquer les dispositions de l'article 20, paragraphe 4, du décret-loi ; 3º à partir de quelle date les dispositions prévues à l'encontre des employeurs n'ayant pas rempli les obligations mises à leur charge pour la perception et le versement des cotisations, notamment aux articles 4 et 21 du décret-loi, sont applicables. (*Question du 6 juin 1936.*)

Réponse. — 1º Réponse affirmative ; 2º réponse affirmative ; 3º 1er janvier 1936.

(*J. O.*, 10 juin 1936.)

Cumul entre les fonctions de médecin d'hôpital et celles de membre de la Commission administrative

3.532. — M. Boully, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique si, par interprétation des dispositions de l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935, le cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement public hospitalier et de médecin chef, médecin ou chirurgien de l'établissement administré par ladite Commission, est interdit lorsque le conjoint d'un membre d'une Commission administrative de l'un de ces établissements exerce une fonction médicale, chirurgicale, sanitaire ou autre, rétribuée par l'établissement hospitalier. (*Question du 25 janvier 1936.*)

Réponse. — Le décret susvisé du 30 octobre 1935 ayant soulevé certaines difficultés, MM. les Préfets ont été priés par circulaire du 7 février de surseoir à son application jusqu'à réception de nouvelles instructions. (*J. O.*, 3 juin 1936.)

La sympathicothérapie des maladies mentales

Le Docteur A. Colin, de Nice, nous fait savoir qu'il a lu dans le *Siècle Médical* le traitement, institué avec succès par le Prof. Aschner (de Vienne), de la confusion mentale, de la neurasthénie, de la démence précoce par les évacuants et les douches.

Il nous prie de rappeler à ce sujet que depuis huit ans, il fait remarquer que dans ces états morbides, le centre de l'incendie se trouve dans le système hépatico-intestinal et que l'étincelle qui allume l'incendie est dans le cavum. Il a déjà signalé que le Professeur américain Gilbert-Rambaud avait guéri des déments précoces par le curage du cavum.

En somme c'est la sympathicothérapie due au traitement conjugué du foie, de l'intestin et du cavum qui amènerait la guérison de certaines maladies mentales.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS

5.803. — Accident survenu à l'école

J'ai été appelé le juin 1935 auprès d'un jeune écolier qui s'était cassé la jambe à l'école communale. J'ai réduit la fracture, appliqué un premier appareil plâtré, puis un Delbet. Je me suis rendu quinze fois au domicile du blessé. Le 21 mai je délivrai un certificat de guérison. Le montnat de ma note s'élève à 790 francs (300 francs pour le premier plâtre, 100 francs pour le second, une consultation, deux certificats). L'Assurance prétend ne régler qu'au tarif des accidents du travail et ampute ma note de 200 francs. Les parents du petit blessé sont insolvables. La Municipalité à qui j'ai écrit pour demander la différence entre la somme proposée par l'Assurance et celle que je réclame, ne répond pas. La Compagnie menace d'opérer le versement des 590 francs aux parents. Elle sait, et moi aussi, que dans ce cas je ne les toucherai jamais.

Dr P.

Réponse

Il est certain qu'en l'espèce vous n'êtes nullement tenu, au point de vue juridique, d'accepter

le payement de vos honoraires selon le tarif des des accidents du travail. Votre premier et principal débiteur est avant tout autre le père de l'enfant que vous avez soigné, tenu de vous honorer au tarif de droit commun comme un client ordinaire encore bien qu'il n'ait pas fait appel à vous.

Mais si ce dernier est insolvable, tout recours contre lui en payement d'un complément d'honoraires est en fait absolument illusoire. Vous ne pourriez donc obtenir ce complément auquel vous avez droit qu'à la condition d'user de l'art. 1.166 du Code civil qui permet au créancier d'exercer les actions de son débiteur lorsque celui-ci néglige de le faire, c'est-à-dire d'exercer des poursuites contre le tiers responsable de l'accident qui a motivé vos soins. Mais il vous appartiendrait alors d'apporter la preuve de cette responsabilité. Or si l'art. 1.384 du Code civil a institué une présomption de responsabilité à la charge des instituteurs, et de l'Etat lorsqu'il s'agit d'écoles publiques, cette présomption ne joue qu'en ce qui concerne les accidents causés à des tiers ou à d'autres enfants de l'école par les élèves de cette école. Si par contre l'accident s'est produit sans le fait d'un camarade, la responsabilité de l'Etat et éventuellement de la commune, où celle de l'instituteur ne peuvent être mises en cause, qu'à la condition pour les parents de la victime d'établir l'existence d'une faute de service ou d'une faute de l'instituteur se détachant de l'exercice de sa fonction, ayant un lien de cause à effet avec ledit accident. Votre lettre ne contient pas assez de précisions sur ce point pour que nous puissions nous faire une opinion à ce sujet ; toutefois s'il n'y a pas fait d'un camarade ou faute évidente nous ne croyons pas devoir vous conseiller d'exercer un recours qu'il serait assez difficile de faire triompher pour les raisons de preuve ci-dessus exposées.

Votre action en payement d'un complément d'honoraires trouverait des bases plus solides si vous étiez en mesure d'établir que vous avez été mis en œuvre par un appel de l'instituteur ou du directeur de l'école. Il résulte en effet de la jurisprudence que le tiers qui fait appeler un médecin auprès d'un malade est présumé être tacitement engager à prendre à sa charge le payement de ses honoraires s'il *résulte* des circonstances de la cause qu'il avait un intérêt personnel à la guérison de ce malade, et que c'est à lui et non à ce dernier que le médecin a fait confiance (Cour de Chambéry, 20 avril 1932). Ces deux conditions se trouveraient réunies en l'espèce si vous avez été appelé par le directeur de l'école, sans que ce dernier vous ait averti qu'il n'entendait pas prendre à sa charge le payement de votre note, et que ce payement incomberait aux parents de l'enfant, et si d'autre part il vous a donné l'adresse de sa Compagnie d'assu-

rances ; ces faits établissent suffisamment qu'il craignait que sa responsabilité ne soit engagée et qu'il avait en conséquence un intérêt personnel pour faire donner les soins à la victime.

Dans ce cas il y aurait lieu de poursuivre ce tiers responsable devant le Tribunal de paix de son domicile, après avoir touché à titre d'acompte la somme offerte par la Compagnie d'assurances.

4.810. — Droits de la veuve d'un accidenté du travail

Un de mes clients, ouvrier salarié, vient d'être tué dans son travail. Il laisse une veuve et deux enfants, dont l'un aura 16 ans le 27 juin et l'autre 15 ans, le 13 novembre ; tous deux sont salariés.

Quel sera le montant de la pension faite à la veuve et aux enfants, étant donné que le tué a gagné durant l'année, qui a précédé l'accident, 8.050 francs.

Si la veuve n'était pas satisfaite de la pension, qui lui sera faite, pourrait-elle interjeter appel de la décision du premier tribunal ? Cet appel serait-il sans frais pour elle, et aurait-il quelque chance de lui faire toucher une pension plus élevée ?

On a dit que la pension serait de 20 % du gain du mari ; est-ce exact ?

Ces renseignements, que je me permets de vous demander, et dont je vous remercie, sont assez urgents.

Dr V.

Réponse

En cas de décès de la victime d'un accident du travail, sa veuve a droit à une pension égale en principe à 20 % du salaire gagné par le défunt pendant les douze mois précédant l'accident. Toutefois cette rente ne se calcule sur le salaire réel que jusqu'à 8.000 francs, au-dessus de ce chiffre, la rente n'est plus que du quart de ce qu'elle aurait été sans cette limitation.

En l'espèce, la rente se calculera donc de la manière suivante :

Salaire de base : 8.000 + 1/4 de 50. = 12,50.
Rente : 20 % de 8.012,50 = 1.602 fr. 50.

Il est dû, d'autre part, une pension pour chaque enfant mineur de moins de 16 ans. Cette pension est de 15 % du salaire de base quand il n'y en a qu'un, soit en l'espèce :

8.012,50 × 15 % = 1.201,90

La veuve de votre client aura donc droit en l'espèce à une rente totale de :

1.602,50 + 1.201,50 = 2.804,90

Pour la fixation de la rente, les parties sont convoqués devant le Président du Tribunal civil du lieu de l'accident, qui essaie de les concilier et dans l'affirmative constate leur accord. En cas contraire, il renvoie devant le Tribunal qui statue. Appel peut être interjeté devant la Cour dans un délai de trente jours à

compter du jugement ; la Cour doit statuer dans le mois. Au point de vue frais, nous vous rappelons que la procédure est en matière d'accidents du travail entièrement dispensée de tous droits de timbre et d'enregistrement, et que l'intéressée peut demander le bénéfice de l'Assistance judiciaire qui est de droit.

5.555. — Accident ou maladie professionnelle

Le sieur F..., ouvrier camionneur, m'est adressé par un confrère afin d'intervention pour pustule maligne de la face.

Dans mon certificat initial, adressé à la Compagnie le 8 juin, je mentionne :

« Pustule maligne de la face (région préauriculaire « gauche) due sans doute à une inoculation par peau « infectée.

« Opération immédiate, sous anesthésie générale, extirpation du bloc central au bistouri électrique. Sérothérapie. »

La Compagnie me répond aujourd'hui qu' « elle refuse à l'intéressé le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ».

A-t-elle raison ?

Il est indiscutable que cet ouvrier a été inoculé par un grattage quelconque, au cours de la manipulation de ballots de peau, qui sont fréquemment infectées. Je l'ai vu maintes fois.

Il me semble bien qu'il y a là accident du travail, au sens de la loi de 1898.

Y a-t-il lieu de pursuivre en payement des frais médicaux, le patron responsable, et comme conséquence, son assureur substitué.

Dr J.

Réponse

Nous pensons que le refus opposé par la Compagnie d'assurances aux prétentions de votre client provient de ce que cette dernière a considéré qu'il s'agissait en l'espèce non pas d'un accident du travail, mais d'une maladie professionnelle. En effet la législation sur le risque professionnel ne couvre que les « accidents » survenus au lieu et au temps du travail, elle ne s'étend pas par contre, aux lésions à caractère morbide, à moins qu'il ne s'agisse de celle figurant dans la liste limitative dressée par la loi du 1er janvier 1931.

La distinction entre maladie et accident est faite selon la jurisprudence en se référant aux critères suivant : il faut entendre par accident toute action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain ; est au contraire « maladie » toute lésion à évolution lente et progressive et tendant à l'exercice continu et régulier du travail.

Or en l'espèce il ne paraît pas douteux à notre avis qu'il s'agit bien d'un « accident », c'est-à-dire d'une inoculation violente et soudaine survenue au lieu et au temps du travail, par suite d'une piqûre, d'une éraflure ou d'un traumatisme quelconque. Malheureusement toute la difficulté réside dans la preuve de l'existence matérielle de ce traumatisme initial qui est la base du droit de l'intéressé. Si cependant une telle preuve était possible, il y aurait lieu de conseiller à votre client de poursuivre son chef d'entreprise, ou sa Compagnie d'assurances substituée devant le Juge de paix du lieu de l'accident en payement des indemnités légales. Une fois tranchée la question de l'applicabilité de la loi de 1898 vous seriez en droit d'exercer contre le patron l'action directe en payement de vos honoraires que vous donne l'article 4 de ladite loi. En cas contraire vous ne pourriez que vous adresser à votre client tenu de vous payer dans les termes du droit commun les soins dont il a bénéficiés.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.892. — Deux radiographies effectuées dans la même séance

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me préciser le point suivant au sujet d'honoraires accidents du travail :

Et-il vrai — si je comprends bien le tarif — qu'une radiographie du côté sain est comptée 75 % du du prix normal si elle est nécessaire alors qu'une radiographie simultanée d'une région différente est comptée plein tarif ? Ainsi je viens de faire une radiographie de cuisse (face et profil) et une radiographie du crâne (profil) chez un blessé : je dois compter : 165 francs (crâne) + 150 francs (fémur) = 315 et non 165 + 75 % de 150 = 277.

D^r L.

Réponse

On ne parle pas de deux radios sur les membres ou des régions différentes, au sujet de la minoration de 25 % pour la deuxième radio effectuée, c'est entendu... Néanmoins, quand on fait par exemple, une radio de jambe gauche lésée plus une radio de jambe droite pour comparaison, on compte également cette minoration de 25 %. Il me paraît en résulter, par analogie, que si on fait une radio de jambe plus une radio de bras, par exemple, on doit minorer également de 25 % l'une des deux. Je vous donne ici mon opinion personnelle et sous toutes réserves, mais en me basant sur mon habitude de chercher toujours des « analogies techniques » dans le tarif, quand l'espèce en question n'y est pas mentionnée ».

D^r DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

5.984. — Recours contre la suppression d'une pension militaire

Un de mes clients — non combattant (classe d'après-guerre) — a présenté étant au régiment et au bout de dix-huit mois de service des troubles mentaux graves ayant nécessité son hospitalisation. Il a été ensuite réformé et a obtenu une pension. Cette pension lui a été supprimée par décret-loi de juillet 1935. Or ce réformé a présenté depuis plusieurs années des troubles graves (a tenté deux fois de se suicider). Cette affection mentale a été contractée pendant le service militaire au bout de nombreux mois.

Que doit-il faire ? Peut-il faire appel devant qui ? et quelle est la procédure à suivre. Peut-il bénéficier de l'Assistance judiciaire (il s'agit d'un très modeste cultivateur). Quel est le délai de recours.

Dr M.

Réponse

Votre client bénéficie d'un délai de deux mois, à dater du jour où il a reçu la notification de rejet, pour adresser une requête, sur papier libre, à la Commission supérieure de révision des Pensions, siégeant au ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris (VIIe). Cette requête, accompagnée de la lettre de notification de la décision attaquée, sera envoyée sous pli recommandé avec accusé de réception. Elle devra contenir l'exposé des faits et moyens, les noms et domicile du réclamant, enfin l'énonciation des pièces dont il entend se servir pour établir la preuve de l'imputabilité au service de l'infirmité rejetée par le ministre. Ces pièces de preuve ou leur copie authentifiée seront jointes. Une Circulaire ministérielle du mois de mars 1936 autorise à demander l'Assistance judiciaire ; on peut aussi réclamer la communication ; du dossier ; cette communication est généralement faite au siège de l'Intendance départementale des pensions.

A titre de renseignement, le journal des mutilés combattants se tient à la disposition de ses abonnés pour les aider à rédiger le mémoire de réclamation. L'adresse de ce journal est : 20, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris (9e) ; joindre une bande d'envoi du journal et un timbre pour l'adresse d'un questionnaire spécial.

5.855. — Droit des parents d'un militaire décédé en convalescence

Veuillez me faire savoir s'il est exact, comme je le pense, *a priori*, que les parents d'un militaire décédé au cours d'une permission de convalescence, donc sous les drapeaux, ont droit à une indemnité de la part de l'Etat.

Dans l'affirmative, veuillez avoir l'obligeance de me faire savoir quelle est la marche à suivre pour les intéressés pour obtenir satisfaction.

Dr B.

Réponse

Pour que les parents de ce militaire aient droit à une pension, il faudra établir :

1° Que l'intéressé est décédé des suites de la maladie pour laquelle il avait été envoyé en convalescence (un certificat rédigé par vos soins).

2° Surtout, que cette maladie était due à une cause de service militaire (enquête par le Corps, attestations des médecins militaires, des chefs, des camarades).

Pour l'instant, que les parents adressent une demande de pension (lettre recommandée à l'Intendant départemental des Pensions). Celui-ci indiquera quelles seront les pièces nécessaires à la constitution du dossier.

ASSURANCES SOCIALES

4.963. — Droit de l'assuré social en cas de rechute

Je soigne par période un malade atteint de myocardite avec accidents d'insuffisance cardiaque et accidents broncho-pulmonaires. En particulier, je l'ai soigné le 6 septembre 1935 au 2 janvier 1936, piqûres d'auto-vaccin ; ce malade est assuré social et a continué pendant toute cette période son travail et le versement de ses cotisations.

Le 6 mars 1936, je suis appelé de nouveau auprès de lui pour accidents pulmonaires aigus fébriles avec défaillance cardiaque, je le soigne encore.

Or entre ces deux périodes de maladie, du 2 janvier au 6 mars, s'est écoulée une période de plus de deux mois pendant laquelle le malade est resté sans aucun soin médical. Dans ces conditions, estimez-vous fondée la prétention de la Caisse ? Je vous joins les documents pour vous permettre de juger. Que conseillez-vous à mon client ?

Autre question :

Le tarif en vigueur pour les prestations médicales concernant les assurés sociaux indigents n'est pas clairement définie ; il n'est plus depuis le 1er avril le Tarif des accidents du travail, il devient le tarif de responsabilité des Caisses. Or, c'est en vain que j'ai tenté auprès du Syndicat de Reims et de la Fédération médicale de la Marne de connaître ce tarif de responsabilité. Pouvez-vous m'indiquer comment procéder afin d'en prendre enfin connaissance ? Ce tarif sera-t-il ce que les Caisses voudront qu'il soit ? Sinon est-il connu d'ores et déjà et comment se fait-il que les dirigeants des Syndicats soient incapables d'en aviser les syndiqués ?

Dr T.

Réponse

En vertu de la jurisprudence de la Cour de Cassation, et des nouvelles dispositions de l'article 6, § 13 de la loi sur les Assurances sociales, il est nécessaire pour que se rouvrent les droits de l'assuré aux prestations après six mois de soins, que la rechute survienne plus de deux mois après la fin de la période antérieure ou de la guérison apparente. Il faut donc qu'il y ait eu soit « guérison apparente », soit « fin de période de maladie » ; or, il est difficile de soutenir que l'on se trouve devant une telle phase de l'affection lorsqu'il n'y a jamais eu d'interruption du travail et que le malade n'a besoin que d'un traitement d'entretien. Les dispositions relatives à la rechute ne peuvent dans ce cas trouver application ; il y a lieu, par contre, pour l'assuré d'invoquer l'article 6, § 15 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, en vertu duquel : « l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail reçoit s'il y a lieu *pendant une durée de deux ans* au plus des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixées par le règlement intérieur de la Caisse ».

Le Tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales varie pour chacune d'entre elles ; il est, en effet établi par elle « compte tenu des Tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région », par conventions passées avec les Syndicats professionnels habilités avec leurs groupments nationaux, et ne deviennent obligatoires qu'après avoir été homologués par une Commission tripartite régionale, dont la composition et le fonctionnement sont réglés par l'art. 8, § 4 du décret-loi. Toutefois, ces tarifs ne dépassent pas en pratique le tarif de réassurance établi par le ministre du Travail après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales, car tout dépassement a pour conséquence de priver la Caisse en question de toute subvention en cas de déficit. Ainsi que vous le voyez, il nous est impossible de vous donner sur ce point un renseignement précis ; mais votre Syndicat local doit pouvoir vous les procurer puisqu'il contribue justement à l'élaboration de ces tarifs par les conventions qu'il conclue avec les Caisses d'assurances sociales de la région.

5.590. — Droit d'un pensionné de guerre atteint d'invalidité

Je me permets encore de venir vous demander un renseignement pour un de mes clients assuré social invalide, atteint d'une hémiplégie gauche ; cet homme est en outre mutilié de guerre et réformé à 40 %.

Après maintes démarches, il reçoit ce matin les papiers ci-joints ; comme la lettre 1608 paraît ne lui accorder que les soins médicaux et pharmaceutiques, il s'émeut et vient me demander conseil. N'étant guère autorisé pour lui donner avis, je viens vous demander si la procédure est régulière, ce que signifie cette non exigibilité des arrérages, etc.

Dr G.

Réponse

D'après l'article 51 paragraphe 3 de la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales qui a été d'ailleurs repris par l'article 18, paragraphes 3 et 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime : « En cas d'aggravation d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'ordre militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité, ouvrant le droit à la pension d'assurance. Si le degré total d'incapacité est au moins de 65 % et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait eu droit en vertu de l'article 10 (article réglementant le calcul de la pension dans le cas normal), la pension d'assurance est limitée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article, et la pension militaire. »

Il résulte *a contrario* de cette disposition que si la pension militaire d'invalidité est supérieure à celle à laquelle aurait droit d'après les dispositions de la loi sur les Assurances sociales, l'assuré ne touche que sa pension militaire.

S'il en est ainsi dans la circonstance, la thèse de la Caisse d'assurances sociales est juridiquement fondée et les arrérages auxquels l'assuré aurait eu strictement droit ne sont pas exigibles ; l'assuré ne conserve donc en l'espèce, que ses droits aux prestations en nature de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire durant cinq années à compter de l'attribution de la pension.

5.292. — Droit d'un assuré social victime d'un accident du travail

Est-ce un assuré social, qui dans le trimestre civil précédent sa maladie a été victime d'un accident du travail de longue durée (deux mois), peut prétendre au bénéfice des prestations médicales pharmaceutiques et indemnités journalières ? et ce malgré l'insuffisance de ses versements ?

Dr G.

Réponse

Si la maladie dont est actuellement atteint l'assuré en question est comme nous le pensons postérieure au 31 mars 1936, la période de référence servant à déterminer le droit aux prestations est, conformément à l'art, 167 § 2 du règlement d'administration publique du 19 mars dernier, non pas le trimestre civil prévu, par l'art.

5 de la loi de 1928-1930, mais celle fixée par l'art. 7 § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935. L'assuré pourra donc prétendre au versement des prestations s'il a subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie, ou 60 francs pendant les quatre derniers ; toutefois si la maladie en question est survenue au cours du premier mois du trimestre actuel, c'est-à-dire au cours du mois d'avril, les périodes de référence à considérer sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladie.

Dans ces conditions il paraît peu probable que l'accident du travail dont a été victime l'assuré au cours du premier trimestre 1936 puisse être cause d'une insuffisance de versement le privant de ses droits aux prestations. Nous vous rappelons à cet égard qu'en vertu de l'article 20 § 5 du nouveau régime, « lorsque l'accident du travail entraîne une incapacité de plus d'un mois, l'assuré a droit au versement à son compte d'une cotisation forfaitaire de 12 francs pour chaque mois entier au delà du premier mois pendant la période d'incapacité indemnisée. Cette cotisation est à la charge de l'employeur ou de l'assureur substitué ».

5.369. — Droit d'un assuré social agricole aux prestations

J'ai encore une fois recours à votre inépuisable obligeance pour un renseignement concernant les Assurances sociales. Un de mes malades vient de recevoir de sa Caisse la réponse suivante : « En réponse à votre lettre du 12 mai, j'ai le vif regret de vous informer que vous ne pourrez pas obtenir le remboursement d'une opération chirurgicale dont la première constatation a eu lieu le 12 mai, n'ayant pas les cotisations exigées par l'article 12 du décret du 25 mars 1936, qui dit que pour avoir droit aux prestations l'assuré agricole doit avoir subi pas précompte sur son salaire une retenue au moins égale soit à la somme de six cotisations mensuelles ouvrières au cours des deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie, ou une somme égale à douze cotisations ouvrières pendant les deux trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident. »

Ce minimum de six cotisations mensuelles par semestre me paraît savoureux et je voudrais avoir là-dessus votre avis. En fait cet assuré, employé chez la même patron depuis le 5 octobre 1935 les cotisations antérieures à cette date ont été versées sans interruption) peut justifier du paiement de 60 francs de cotisations dont 30 francs de précompte dans le premier trimestre 1936. Il n'a rien versé du 5 octobre au 31 décembre 1935.

A quoi a-t-il droit ? Qui est responsable ? Dr D.

Réponse

Il est exact que l'article 12 du règlement d'administration publique du 24 mars 1936 relatif aux Assurances sociales agricoles dispose que « pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie fixées par les statuts de l'organisme auquel il est affilié, l'assuré agricole doit avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à la somme de six cotisations mensuelles ouvrières durant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, soit à la somme de douze cotisations mensuelles ouvrières durant les quatre trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident ; toutefois pour les maladies ou accidents survenant au cours du premier mois de chaque trimestre, les périodes de référence à considérer sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladies ou de l'accident ».

Si donc la première constatation médicale de la maladie de votre client est postérieure au 30 avril 1936, il tombe effectivement sous le coup des dispositions invoquées par la Caisse quant à la détermination de ses droits aux prestations. Mais l'exigence d'un minimum de six cotisations mensuelles ouvrières par semestre ne constitue pas un pléonasme comme vous êtes fondé à le croire *a priori*. En effet, en vertu de l'art. 2 du décret-loi du 30 octobre 1935 relatif aux assurances sociales agricoles, les cotisations ouvrières pour les assurés hommes sont fixées à 0 fr. 50 par jour, et 10 francs par mois : de la simple comparaison de ces chiffres il ressort évidemment que la cotisation mensuelle est inférieure à 30 cotisations journalières, et que par suite un assuré qui travaillerait seulement 120 jours par semestre ou 240 jours par an conserverait cependant ses droits aux prestations. Le minimum ainsi fixé par l'article 12 ne constitue aussi un maximum que pour les assurés payés au mois, à condition en outre qu'ils n'effectuent pas d'heures supplémentaires soit chez le même, soit chez un autre patron. Cet article pourrait donc être traduit, pour les assurés hommes, de la façon plus intelligible suivante : pour avoir droit aux prestations maladies, l'assuré doit avoir subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs durant les deux trimestres civils, ou 120 francs durant les quatre trimestres civils précédant la maladie.

En l'espèce les trimestres de référence sont soit le premier trimestre 1936 et le quatrième de 1935, soit ce premier trimestre, et le quatrième, le troisième et le deuxième de 1935. Si le précompte effectivement subi par votre client (durant l'un de ces deux périodes atteint les chiffres ci-dessus indiqué, il peut justement prétendre aux prestations, et doit poursuivre sa Caisse devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée au Juge de paix, président, au greffe du Tribunal civil, dans les dix jours du refus opposé par la Caisse.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1937)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er septembre, au prix de 30 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1937 (1)

(2)
J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 30 fr.
Je verse 30 fr. au compte de chèques postaux Concours Médical, *Paris 167-95.*
Je demande le recouvrement postal (3 fr. de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A .... *le* 1936

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Renseignements

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 200. — Méd. céderait client. import. créée neuf ans pour seul prix gr. pavill. et jard. 230 m² tt conf., constr. 1927, 20 min. Paris. 160.000 fr. arrangement suiv. comptant.

Nº 201. — Grande ville Ouest, poste de médecin contrôleur des A. S. à prendre. Condition nécessaire, minimum dix ans pratique médicale.

Nº 202. — Médecin indiquerait gros poste campagne 20 kilm. grande ville. Pays de tourisme, agréable. Conditions modiques.

Nº 203. — Pour octobre. A louer. Quart. Latin, pour étudiant. Petit appart. Studio, s. de b., cuis., entr., débarr. tt conf. 4.000 frs, charges compr.

Nº 204. — Ex-assist. sana public, libre août et sept. long. prat. radiolog. et collapsoth., aider. ou remplac. confr. phtisiol. client. ou sana, auto personn. Exc. réf.

Nº 205. — Vittel. Pour rais. d'âge et de santé, client. de 25 ans à céd. de suite apr. mise au cour. collabor. et présent. pend. la saison en cours seulem. Ecr. au Dr Adda, « Villa Chantecler », Vittel.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris, quartier central. Médecine générale. Gynécologie, accouchements. Affaire d'un gros rapport, tenue depuis 25 ans par cédant, appartement 5 p., confort. Indemnité : 75.000 dont 55.000 cpt.

Après décès, bonne clientèle rurale dans chef-lieu canton Normandie. Petite indemnité.

180 kms Paris, centre bien desservi. Poste très actif. A céder prix très intéressant vu l'urgence.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lanoy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

Confédération des Syndicats médicaux français

95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI^e^)

Communiqué

La Confédération des Syndicats médicaux français met en garde tous les médecins de France sollicités actuellement d'adhérer à des groupements nouveaux d'étiquettes variables.

La Confédération groupe 20.000 *médecins.*

Elle remplit largement son *rôle de défense professionnelle* spécialement en matière de lois médico-sociales.

Qu'il suffise à ce sujet de comparer les dispositions législatives obtenues par les Syndicats médicaux français avec celles des pays voisins.

La Confédération entend d'autre part développer le *rôle social du médecin.* La lecture du « Médecin de France » démontre clairement que ce rôle social fait depuis longtemps partie essentielle de ses préoccupations.

Notre groupement corporatif est puissant, solidement organisé, les discussions y sont libres. Les décisions prises, *seule est exigée la discipline dans l'action.*

Nous ne pouvons être forts et remplir pleinement notre rôle social et notre rôle de défense professionnelle que si nous sommes tous groupés et strictement disciplinés.

Que les 5 ou 6.000 médecins restés jusqu'à présent, pour des raisons diverses, hors de nos Syndicats, s'y inscrivent.

Que tous repousent les tentatives de division ou d'émiettement.

Contre les emprises qui s'ébauchent, si nous voulons vivre : *un seul front, une seule discipline.*

Le 15 juillet 1936.

L'équipement sanitaire de la France

Le Professeur Gosset ayant, au nom du bureau du Syndicat des chirurgiens français, procédé à une enquête sur l'opportunité de constitution d'organisations sanitaires régionales mis à la disposition de chirurgiens, et pourvues des moyens d'investigations et d'intervention les plus perfectionnés, un groupement dissident a cru devoir mettre en cause à cet égard le ministre de la Santé publique. Il lui prête l'intention d'incorporer à un plan public d'équipement sanitaire la création de centres chirurgicaux qui seraient exploités sous le contrôle et la direction de l'Etat.

Il résulte des renseignements qui nous ont été donnés que cette information est dénuée de tout fondement, M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, nous a déclaré qu'il considérait que le rôle de l'Etat en matière sanitaire devait se borner à l'organisation de la prophylaxie et du service social; l'intervention publique n'étant justifiée actuellement à ses yeux en matière de soins médicaux et chirurgicaux, qu'en faveur des économiquement faibles et des bénéficiaires des lois d'assistance. Il ne saurait être question de fonctionnariser le Corps médical,

Communiqué du ministre de la Santé publique.

Ordre du jour

voté par le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine dans sa séance du 9 juillet 1936 au sujet de la proposition de loi Pomaret

---

Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, réuni le 9 juillet 1936, ayant pris connaissance de l'article 3 de la proposition de loi Pomaret portant interdiction aux travailleurs des professions libérales, y compris les médecins, d'exercer leur profession à partir de l'âge de 65 ans, sans aucune compensation de la part de l'Etat ;

Considérant que l'obtention du diplôme de docteur en médecine, exigé à juste titre pour l'exercice de la profession médicale, a nécessité des sacrifices matériels considérables et des études secondaires et supérieures d'une durée moyenne de quinze années ; que ce diplôme a été conféré par l'Etat pour une jouissance illimitée dans le temps et que l'atteinte portée à cette clause fondamentale constitue une violation unilatérale de l'engagement de fait établi entre l'Etat et le détenteur du diplôme ; que cette interdiction du droit au travail revêt un caractère particulièrement inique en ce qu'il frappe une génération de médecins qui, pour le service du pays, a subi le dommage de plus de quatre années de guerre ;

Considérant que l'accroissement continu de l'expérience du médecin est une condition essentielle de la valeur des services qu'il rend à la santé publique, aux malades qui continuent à se confier à lui, et à l'enseignement qu'il donne à la jeunesse médicale ;

Considérant que si l'âge doit être estimé comme un obstacle prohibitif aux travaux intellectuels privés, il est inconcevable qu'aucune limite ne soit imposée aux hommes publics qui, en exerçant le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, tiennent en main les organes vitaux de la nation ;

Considérant que la première mesure de nature à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française devrait être la restriction des naturalisations de médecins étrangers qu'aucun intérêt général ne justifie ;

Proteste contre les mesures d'exécution proposées comme étant contraires à la raison, à la justice et à l'intérêt public ;

Demande à la Confédération des Syndicats médicaux français de faire obstacle de tout son pouvoir à ces dispositions de la proposition de loi Pomaret ;

Décide de se mettre en rapport avec les groupements parisiens des professions libérales intéressées en vue d'une action commune énergique.

Contre la proposition de loi Pomaret

Les contre-propositions de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, seule association d'étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, s'est réunie à nouveau le 7 juillet 1936, pour étudier les conditions faites aux médecins dans la proposition de loi Pomaret.

Il constate que le but principal de cette loi est le placement de la jeunesse intellectuelle, mais il estime que certains de ses articles sont inopérants et très dangereux, surtout en ce qui concerne la limite d'âge à 65 ans, à imposer pour l'exercice de toute profession libérale. Il est en effet inadmissible que l'on prive les malades des soins éclairés que peuvent leur apporter des praticiens ayant dépassé 65 ans, alors que ceux-ci ont acquis une riche expérience de leur profession.

Si l'on veut, au contraire, trouver des débouchés à la jeunesse médicale française, il faut d'urgence limiter très sévèrement l'accession des médecins et étudiants en médecine étrangers à la naturalisation française.

A ce propos, le Comité de l'Association corporative demande que soient seulement naturalisés :

1° Les étudiants en médecine étrangers :

a) qui sont titulaires du baccalauréat français, du diplôme du P. C. B., d'inscriptions en vue du doctorat en médecine d'Etat ;

b) qui ont moins de 30 ans, pour permettre à ces étudiants de faire dans l'armée active leur stage obligatoire d'élève officier de réserve du service de santé militaire, cela dans les mêmes conditions que les étudiants français autochtones : ainsi sera réalisée l'égalité totale des droits et des devoirs ;

2° Les docteurs en médecine d'Etat, à la condition expresse qu'ils puissent également faire leur service militaire dans l'armée active.

En outre, le Comité de l'Association Corporative, émet le vœu que :

a) la répression de l'exercice illégal de la médecine soit soumise à des peines exemplaires ;

b) les charlatans et les médecins marrons soient poursuivis impitoyablement, car le nombre des malades crédules exploités par eux est incalculable.

Pour conclure, le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine proclame avant tout que l'État a passé un contrat à vie avec le docteur en médecine, le jour où il lui a délivré son diplôme, et qu'il n'a nullement le droit de rompre unilatéralement ce contrat.

Par contre, le fonctionnaire ne peut être assimilé aux membres d'une profession libérale, car lorsque celui-ci rentre dans la carrière, l'État ne passe avec lui qu'un contrat limité dans le temps.

Paris, le 9 juillet 1936,

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

— **A la mémoire du Docteur Jacquemaire-Clemenceau**, victime d'un accident professionnel, une plaque sera inaugurée, rue Jacquemaire-Clemenceau, Paris (XVe), le 28 juillet, à 11 heures et demie.

Nos confrères sont priés d'assister nombreux à cette cérémonie du souvenir.

— **Irlande.** — Le Gouvernement vient de fixer la retraite des professions libérales à 65 ans. Une limite d'âge fixe donc le droit de pratiquer la médecine. C'est là une nouvelle emprise d'un gouvernement sur cette liberté qui faisait l'apanage du Corps médical. Après avoir écrasé les confrères sous le poids des impôts pendant leur vie professionnelle, on les condamne à crever de misère quand ils auront dépassé la soixantaine.

(*Bruxelles-Médical*, 22 juillet 1936.)

— **Italie.** — Le Gouvernement vient de prendre une excellente mesure : le contrôle hygiénique du lait. Le règlement dit notamment : quiconque a l'intention d'ouvrir une vacherie pour la production en lait destiné à la consommation directe, doit en faire la demande et se soumettre à diverses obligations (cubage d'air ; locaux spacieux pour filtrage, refroidissement, nettoyage ; surveillance de la santé des bêtes et du personnel, etc.). De même quiconque a l'intention d'ouvrir une maison de revente du lait doit adresser une demande au podestat.

(*Bruxelles-Médical*, 5 juillet 1936.)

— **La Société française de gynécologie en Italie.** — Répondant à l'invitation de la Société italienne de gynécologie la Société française de gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au « Congrès italien de gynécologie ». A cette occasion un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

— **Hôpitaux de Lyon.** *Externat.*— Le concours d'externat des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le 12 octobre 1936, à l'hôpital Edouard-Herriot, avenue Rockefeller.

Les candidats doivent justifier de quatre inscriptions de doctorat et déposer les pièces habituelles (acte de naissance, certificat de bonne vie et mœurs, certificat de vaccination récente) avant le 12 août.

Chaque candidat sera convoqué dès son inscription aux fins de subir un examen radiographique pulmonaire. La limite d'âge est de 30 ans.

Les externes titulaires, nommés pour trois ans, entrent en fonction le 16 novembre 1936.

— **Association générale des médecins de France,** 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI^e^). — *Bourses familiales du Corps médical.* — (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Le jury chargé de répartir les Bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 25 juin et a examiné quarante-sept demandes.

Parmi les bénéficiaires de ces bourses, un confrère père de quinze enfants, âgé de 64 ans, fait encore ses visites à bicyclette ; un autre — malade — vient de perdre sa femme de tuberculose pulmonaire et, sur cinq enfants, quatre sont à surveiller. Les veuves ont à leur charge de quatre à neuf enfants. L'une, âgée de 32 ans, a perdu récemment son mari, attendant un quatrième bébé et restant sans aucune ressource et des dettes à rembourser ; une autre pour élever ses huit enfants, dont l'aîné a 19 ans, n'a que 9.300 francs de revenus.

Il y a lieu de souligner le geste généreux de M. le Docteur Roussel qui, cette année, a mis à la disposition du jury une bourse supplémentaire.

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins, M. le Docteur Roussel, fondateur, M. Richard, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique, MM. les Docteurs Chapon, Claisse, Darras, Lutaud, Bongrand, Foveau de Courmelles, de l'Association générale des médecins de France, M. le Docteur Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux.

— **Légion d'honneur.** — Nous apprenons avec plaisir la promotion :

Au grade de *commandeur* de M. le Professeur Couvelaire, membre de l'Académie de Médecine, qui toujours a bien voulu manifester une grande sympathie au *Concours Médical*, et notamment l'a honoré d'une brillante conférence, à l'occasion des fêtes de son cinquantenaire.

Au grade *d'officier* de notre distingué collaborateur M. le Professeur Albert Laquerrière, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, Professeur de radiologie à l'Université de Montréal. Nos biens vives félicitations.

M. le Docteur Charrin, médecin honoraire de l'hôpital de Valence, doit être également complimenté pour sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

— **Mariages.** — Le Docteur Broquin-Lacombe, chevalier de la Légion d'honneur et Madame font part du mariage de leur fille Mademoiselle Suzanne Broquin-Lacombe avec le Capitaine de Gonfréville, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre (22 juillet 1936). Saint-Julien-du-Sault (Yonne).

M. le Docteur Maurice GAUCHER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté, épousera le 4 août 1936 Mademoiselle Françoise MONIN, externe des hôpitaux de Paris (36, avenue de la Bourdonnais, Paris).

Nos meilleurs compliments et vœux de bonheur.

— **Naissances.** — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Jean-Claude AUBERT. Nos plus vives félicitations au Docteur Aubert et à Mme Aubert (3 place Jussieu à Paris Ve) ses parents.

— Bernard, Aline, André et Marie-Claire CALMELS sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petit frère Henri. Marsac-en-Livradois, le 5 juillet 1936.

Tous nos compliments.

— **Nécrologie.** — Robert CHARLET. — Le 12 juillet, est survenu à Châteaudun un tragique accident d'aviation qui a coûté la vie à Robert Charlet, un des principaux animateurs en France de l'aviation sanitaire, et en même temps à son fils unique, à peine âgé de 20 ans : brillant externe des hôpitaux de Paris et promis au plus bel avenir médical.

Robert Charlet, chirurgien-dentiste des plus distingués, consacrait tous ses loisirs à une infatigable propagande en faveur de l'aviation sanitaire. Tous ceux qui se sont occupés de cette intéressante question savent avec quelle ardeur il s'était voué à cette tâche et la part importante qu'il a prise en France pour organiser les avions de secours. Depuis de nombreuses années, Robert Charlet avait compris le noble but de l'aviation sanitaire et par des conférences, par des articles en particulier dans la « *Presse médicale* », il a su montrer combien de vies humaines pouvaient être sauvées en temps de paix et en temps de guerre par l'aviation.

Récemment, pour mieux frapper l'imagination, il a fait réaliser un film « Les ailes qui sauvent », qui démontre clairement l'intérêt de l'aviation sanitaire.

R. Charlet était en outre, avec le Professeur agrégé Cadenat, membre fondateur, et parmi les plus ardents et les plus actifs de l'« Aéro-Club médical de France » qui groupe tous les amis de l'aviation du Corps médical.

Tous ceux qui l'ont approché, garderont le souvenir de sa physionomie franche, ouverte, de son affabilité, de sa culture, de la foi qu'il avait dans la belle œuvre qu'il a entreprise.

Dans cet affreux malheur qui détruit un admirable foyer, nous ne pouvons que nous incliner avec un profond respect devant la douleur de Madame Robert Charlet.

G. VIDAL-NAQUET.

— On nous annonce d'autre part le décès de M. le Docteur Edmond-Amand CONGY, de Brie-Comte-Robert, 17 juillet 1936.

Nos bien sincères codoléances.

Officiers de réserve passés dans le Service de santé

Par décret du 3 juillet 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires ci-après désignés qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous lieutenant

(Rang 27 avril 1929) Louyot, ex-lieut. rés. infant., c. m. inf. 203, aff. 20e rég. ; (rang 26déc. 1932) Castanet, ex-lieut. rés. infant., c. m. pr. inf. 182, aff. 18e rég. ; (rang 27 avril 1933) Detrez, ex-lieut. rés. infant., c. m. inf. 13, aff. 1re rég. ; (rang 17 mars 1934) Batisse, ex-lieut. rés. art., c. m. art. 313, aff. 13e rég.

Promotions et nominations

Par le même décret, est promu :

Au grade de médecin lieutenant

Le médec. sous-lieut. : (rang 27 avril 1933) Louyot, 20e rég.

×

Par décret du 3 juillet 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. titul. du B. P. M. S. : (rang 7 mai 1936) Marie-Nelly, 22e sect. infirm. milit., aff. rég. Paris ; (rang 23 mai 1936) Daubin, 18e sect. infirm. milit., aff. 18e rég.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion 30 juin 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

11.987 Baudet, Vernon (Eure) (avec effet rétroactif du 1er janvier 1936). Synd. méd. d'Evreux.

11.988 André, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Garrigues et Molines.

11.989 Balteaux, Mézières (Ardennes). Synd. des méd. des Ardennes.

11.990 Bosquet, Valenciennes (Nord). Ass. des anciens int. de Paris.

11.991 Brunet, 36, av. Charles-Floquet, Paris (7e), Synd. des méd. de la Seine.

11.992 Charle, Docelles (Vosges), Parrains : Docteurs Delille et Gauthier.

11.993 Chausselat, Felletin (Creuse). Parrains : Docteurs Judet et Marlaud.

11.994 Chavanon, 56, rue de Lisbonne, Paris (8e). S. M. S.

11.995 Chevallier-Lavaure, Barjac (Gard). Parrains : Docteurs Delage et Conrozier.

11.996 de Vesian, Oran (Oran), Synd. méd. d'Oran.

Voir la suite page XLVII-2269

PROPOS DU JOUR

LA PSYCHOLOGIE DU PÊCHEUR A LA LIGNE

L'été est arrivé, nous songeons au repos des vacances. Les médecins praticiens des villes et des campagnes, surmenés physiquement et moralement, cherchent pour la plupart une villégiature calme et une distraction paisible. Nous les ferons sourire, peut-être pas tous, mais certainement beaucoup de Parisiens, en leur conseillant de s'adonner à la pêche à la ligne.

A Paris, les pêcheurs à la ligne qui s'alignent sur les quais et sous les ponts, trempant inlassablement pendant des heures entières leur fil dans l'eau, sans voir mordre un poisson, sont considérés comme des maniaques quelque peu ridicules, dont se gausse le public.

> Car le pêcheur à la ligne
> Vit et meurt vierge et martyr.

a dit, nous ne savons guère, quel poète fantaisiste.

Ces pêcheurs sont cependant nombreux, ils forment des sociétés qui sont subventionnées à Paris par le Conseil municipal et le Conseil général car elles sont composées d'électeurs. Elles organisent des fêtes, des concours et leurs adeptes défilent fièrement la gaule sur l'épaule, musique en tête, ce qui certes ne doit pas contribuer beaucoup à attirer le poisson. Sourions, mais ne les critiquons pas trop ; ces gens s'amusent selon leurs goûts, ils y trouvent un délassement sain, peu coûteux, une détente à leurs travaux journaliers et à leurs préoccupations parfois angoissantes.

Mais nous envisageons la pêche à la ligne d'une façon plus sérieuse.

Dans le dernier volume de ses savantes *Etudes ichthyologiques et philosophiques* (1) M. le Dr Louis Roule, membre de l'Académie d'Agriculture et professeur au Muséum national d'histoire naturelle, traitant de *la Culture des eaux et de l'Economie Aquicole*, consacre un de ses chapitres à *la Biologie de la pêche à la ligne.*

(1) Dr Louis Roule. — Les Poissons et le Monde vivant des eaux. Tome neuvième. Paris, librairie Delagrave, 15, rue Soufflot.

Cette biologie de la pêche à la ligne est plutôt pour nous la psychologie du pêcheur. Ce sport de tout repos, si l'on peut dire, exige une patience, un silence, une placidité inaltérables. Ses avantages, outre le séjour en plein air, à la campagne, sont le repos physique et l'oubli des soucis quotidiens. Le pêcheur doit néanmoins faire un effort, mettre en œuvre son ingéniosité et il subit l'émotion de la capture. Son cerveau doit se livrer à un travail continuel d'observation et de raisonnement pour lesquels le médecin ne manque pas d'aptitude ; la pêche à la ligne devient pour lui une véritable école de sagesse et d'habileté. M. Roule qui parle en homme d'expérience, a observé que pendant la pêche les pensées fugaces ou durables n'absorbent pas celui qui s'y livre, que les affaires se classent, s'ordonnent, s'épurent dans le cerveau dont l'activité s'affine et se rectifie parfois.

La pêche à la ligne est un duel du pêcheur et du poisson. Le pêcheur seul raisonne son attaque mais le poisson a des réflexes de défense que le pêcheur doit prévoir, deviner en quelque sorte par un effort continu de compréhension où interviennent l'expérience, le tact et aussi l'intuition. Ce sont ces qualités, variant avec les caractères et les tempéraments, qui font que les uns échouent où d'autres réussissent.

La pêche à la ligne, dit M. Roule, est un tour de force intelligent.

Puis, rappelant ses souvenirs, le savant ichtyologiste expose l'essentiel de cette intéressante pêche. D'abord il faut avant de partir vérifier l'outillage et préparer les appâts. On s'achemine au petit jour vers les bords de la rivière, à

un coin de la rive que l'on connaît déjà. On choisit l'emplacement où l'on se poste et on assiste au réveil de la nature aux lueurs du jour naissant, c'est la première sensation de plaisir et de paix qu'éprouve le pêcheur, et M. Roule, véritable poète et amant de la nature, nous décrit cette jouissance en émule de J.-J. Rousseau. La ligne jetée plonge, et le pêcheur, à l'affût, surveille l'engin. Il se rend compte surtout de ce qui se passe vers l'appât par les tressaillements de la ligne. Les poissons sont surtout attirés par la saveur qui se dégage de l'appât. Ils viennent le flairer, le mordiller, puis s'en vont. Quelque chose les a mis en défiance ; il faut modifier la présentation de l'appât, la corriger, changer même ce dernier. C'est là que l'expérience du pêcheur se révèle. Alors, il arrive que les touches de poisson se multiplient ; une devient plus forte, l'hameçon est avalé. D'un coup sec du poignet le pêcheur accroche le poisson, il le ferre et le retire frétillant de l'eau.

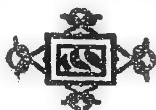
Il arrive que la pièce est d'importance et se défend violemment, elle menace de briser la ligne. Il faut user d'habileté et de ménagements. On laisse dévider le moulinet et lentement on donne du fil au poisson ; on attend qu'il se fatigue. Puis on enroule patiemment le fil et on amène le poisson le plus près possible. On tâche de sortir de l'eau la tête pendant quelques instants à plusieurs reprises ; on arrive ainsi à l'asphyxier, à le « noyer », car la bête ne peut respirer que dans l'eau et en avalant de l'air ses branchies s'altèrent et cessent de fonctionner ; et cela continue jusqu'au moment où fatiguée elle se laisse cueillir dans l'épuisette.

Mais le vent se lève, le ciel se couvre de nuages, la surface de la rivière se ride, la température de l'eau superficielle s'abaisse légèrement, les touches deviennent de plus en plus rares. Les poissons s'éloignent de la rive. Il faut changer d'emplacement et chercher un autre poste où l'eau soit plus profonde.

M. Roule décrit un autre genre de pêche à la ligne, la pêche au lancer avec un appât artificiel, métallique et brillant. Dans la pêche au lancer qui permet de capturer la truite, l'odorat n'entre pour rien dans l'attirance du poisson, c'est la vue seule qui entre en jeu. Le poisson vorace se précipite sur l'appât et le pêcheur le ferre. Dans cette pêche au lancer, il faut au pêcheur une grande expérience. Il doit soigneusement se dissimuler, savoir où gite le poisson et connaître le point où il lancera l'appât.

Nous ne donnons dans ce court exposé qu'un faible aperçu de la description de M. le Prof. Roule. Il dépeint la pêche à la ligne en adepte enthousiaste, nous dirons même en artiste, en poète et nous qui n'avons pas pêché depuis plus de quarante ans et ne fûmes jamais qu'un bien médiocre pêcheur, sommes incapables de communiquer comme lui aux lecteurs la passion de la pêche à la ligne ; nous leur conseillons la lecture du beau livre du savant ichtyologiste et nous croyons devoir les engager durant leurs vacances à pratiquer ce sport peu fatigant ; ils y trouveront le repos du corps et celui de l'esprit qui leur sont également nécessaires.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS-MALADES

M. le Professeur NOBÉCOURT

Première menstruation et tuberculose [1]

Je vous présente Rose.

Elle est Arménienne.

Son père âgé de 44 ans, sa mère âgée de 37 ans, trois frères et sœur de 15, 11 et 4 ans, sont bien portants.

Elle est née le 25 janvier 1923, à terme. Elle a été élevée au sein par sa mère, s'est développée régulièrement. Elle a eu à 18 mois, une rougeole, qui a évolué sans complication, à 11 ans, une appendicite aiguë qui fut opérée à chaud.

En octobre 1935, à 12 ans 9 mois, elle a ses premières règles. Cette menstruation reste unique.

Au mois de janvier dernier, à 13 ans, elle est prise de fièvre, 38°5-39°, de diarrhée, de toux. Cet état persiste pendant un mois. Puis la température redevient normale ; mais l'enfant continue de tousser et maigrit.

On la conduit consulter à l'hôpital Laennec. Sur une radiographie du thorax on découvre des lésions tuberculeuses des poumons.

Rose entre à la salle Parrot le 30 mars. Elle est âgée de 13 ans et 2 mois. Sa température est, à l'entrée, de 38°2, le lendemain de 37°-37°1. Puis la fièvre reprend aux environs de 38° pendant quelque temps.

Rose est pâle, petite, un peu maigre.

A l'examen du thorax, on constate, du côté droit, en arrière, dans la moitié inférieure, de la submatité et quelques râles sous-crépitants.

Sur une radiographie du thorax, faite le 3 avril, nous voyons : du côté droit, dans la moitié supérieure, un parenchyme transparent parsemé vers le bas de taches opaques, qui donnent assez bien l'aspect de la mie de pain, et une ombre médiastine élargie avec une limite externe verticale ; dans la moitié inférieure, une opacité due, en partie, au sein, assez uniforme, avec des taches plus foncées, descendant jusqu'au diaphragme, respectant le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

En somme, l'aspect est celui d'une broncho pneumonie caséeuse qui affecte principalement le lobe inférieur et d'une volumineuse adénopathie péri-trachéo-bronchique avec médiastinite.

L'hémithorax gauche est transparent. Il y a autour du hile et dans le lobe inférieur quelques taches semblables à celles du côté opposé, mais moins apparentes.

Par ailleurs, les examens sont négatifs.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La cuti réaction à la tuberculine est positive.

Les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives.

A l'hôpital, la fièvre persiste, irrégulière, généralement aux environs de 38°. A partir du 20 avril, elle s'abaisse ; du 26 avril au 4 mai, l'apyrexie est à peu près complète. Puis, du 5 au 12 mai, la température remonte. Cette reprise est attribuable à une infection rhino-pharyngée, intercurrente.

Pendant ce temps, l'état général est satisfaisant ; le poids augmente : il est :

Le 11 avril, de................	33 kg. 700
Les 18 et 25 avril.............	34 kg. 450
Le 2 mai.......................	35 kg. 200
Le 9 mai.......................	35 kg. 500

En vingt-huit jours, il augmente de 1 kg. 800, soit de 64 gr. par jour.

Quelques jours après l'entrée, les 10, 11 et 14 avril M. Brisset fait sans succès des tentatives de pneumothorax thérapeutique, ce qui permet de penser à l'existence d'une symphyse pleurale, dont nous n'avions constaté aucun signe clinique. Sur une radiographie du thorax, faite le 16 avril, l'aspect est sensiblement le même qu'à l'examen précédent.

Actuellement, Rose est presque apyrétique : hier, 37°7-37°8 ; ce matin, 37°3. Son état général est satisfaisant ; elle a bon appétit et digère bien. L'examen du thorax décèle, dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit, de la submatité, de l'exagération des vibrations vocales, une respiration rude ; on n'entend pas de râles. Une radiographie du thorax, faite le 12 mai, donne toujours le même aspect.

Les mesures faites par M. Danhier, le 23 avril, établissent les caractères anthropométriques suivants, à 13 ans 3 mois. Taille : 142 cm. au lieu de 147 cm. ; la taille est celle d'une fille de 12 ans.

C'est donc avec les filles de 12 ans qu'il convient de comparer Rose :

	Rose	Fille de 12 ans.
B	74 cm.	74 cm.
S	68 cm.	68 cm.
$\frac{S}{B}$	0,918	0,918
Grande envergure	142 cm.	144 cm. 5
$\frac{\text{Grande envergure}}{T}$	1	1,01
P	34 kg.	34 kg.
$\frac{P}{T}$	239	239
Pt xiphoïdien....	66-69 = 67 c.o5	65 cm.
$\frac{Pt}{T}$	0,475	0,457
Coeff. de Pignet.	40,5	43
Périm. cranien...	53 cm.	53 cm.

Rose présente donc une réduction staturale de 5 cm. (3,4 %). On ne peut pas avoir une coïncidence plus exacte entre ses mesures et celles d'une fille moyenne de 12 ans dont elle a la taille. Pour sa taille, sa morphologie est harmonieuse ; elle est bien proportionnée.

Par contre, les caractères sexuels secondaires sont ceux d'une fille de 13 ans. Les seins sont suffisamment gros, les poils pubiens et les poils axillaires (P^4 A^2) suffisamment fournis. Ce degré d'évolution de la puberté permet de penser que Rose a bien eu ses premières règles. Mais, depuis celles-ci, l'aménorrhée persiste.

(1) Leçon clinique du samedi 17 mai 1936.

Rose est donc atteinte de tuberculose pulmonaire.

Je ne m'arrêterai pas sur les caractères cliniques de cette tuberculose ; je retiens seulement qu'elle est âgée de 13 ans, qu'elle est à la période de puberté, qui chez les filles est commune entre 12 et 15 ans.

Or, la tuberculose pulmonaire chez les filles à la période de puberté pose une série de problèmes.

Ces problèmes, je les ai étudiés pour ma part dans mes leçons de janvier et février 1928, parues dans mon livre de *Clinique Médicale des enfants* sur la *Tuberculose*. Les titres de ces leçons indiquent les problèmes à envisager : *Tuberculose pulmonaire et période pubertaire chez les filles. Evolution pubertaire et tuberculose pulmonaire chez les filles. Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire des filles à la période pubertaire.*

D'autre part, avec mon assistant hellène, M. Coletsos, j'ai publié dans *Paris-Médical* du 3 novembre 1928 un mémoire intitulé *Influence de la puberté sur la tuberculose pulmonaire chez les filles et effets du pneumothorax thérapeutique.*

Aujourd'hui, je ne veux pas entreprendre une nouvelle étude d'ensemble. Je vous parlerai seulement des relations entre la première menstruation et la tuberculose. Je me servirai des documents que j'ai recueillis avec M. Briskas et M. Abaza, pour une étude sur *La menstruation chez les tuberculeuses de 10 à 15 ans.*

***

Etudions l'AGE DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION.

Il convient tout d'abord de préciser cet âge chez les NON-TUBERCULEUSES :

La première menstruation s'installe un an environ après le début de la puberté et elle en marque l'éclosion. Elle survient à des âges très différents.

Bien des facteurs peuvent influencer l'âge de son établissement. Vous trouverez des renseignements sur ce sujet dans plusieurs leçons que j'ai consacrées à la puberté et notamment dans celles des 4, 11 et 18 mai 1935, sur *La puberté chez les filles* et *Les aménorrhées de la puberté.* Elles se trouvent dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*, qui vient de paraître.

Avec MM. Briskas et Abaza, nous avons dépouillé les observations de 811 filles non-tuberculeuses âgées de 10 à 18 ans : 403 ont été recueillies dans mon cabinet, 408 à l'hôpital. Sur ces 811 filles : 422 sont réglées, dont 210 parmi les premières, 212 parmi les secondes. Cette concordance du nombre des sujets permet de comparer le rôle du milieu social.

Voici, pour 100 filles *non tuberculeuses réglées, l'âge de la première menstruation* :

	Cabinet	Hôpital	Total
11e année	6,6	3,7	5,4
12e —	12,8	5,6	9,2
13e —	20,9	17,4	19,1
14e —	33,3	54,2	43,8
15e —	20,4	17,5	18,9
16e —	3,8	1,4	2,6
17e —	1,9	0	0,9
	99,7	99,8	99,9

Ce tableau peut se résumer ainsi :

	Cabinet	Hôpital	Total
11e et 12 années	19,4	9,3	14,6
13e et 14 —	54,2	71,6	62,9
15e, 16e, 17e —	26,1	18,9	22,7
	99,7	99,8	99,9

Somme toute, *sur 100 filles qui ont leurs règles* : (62,9) près des deux tiers, ont leurs premières menstruations pendant la treizième et la quatorzième années ; les autres, un peu plus du tiers, ont leurs premières menstruations soit avant 12 ans (14,6 %) soit après 14 ans (22,4 %).

Ces pourcentages diffèrent pour les filles observées les unes dans mon cabinet les autres à l'hôpital.

Si je vous donne ces précisions, c'est pour vous montrer combien les pourcentages sont différents et combien il faut être prudent dans l'interprétation des statistiques.

Nous avons calculé, d'autre part, *pour chaque année d'âge, le pourcentage des filles non tuberculeuses réglées.*

Nous considérons comme étant réglées celles qui ont eu une première menstruation mais qui ont des aménorrhées secondaires.

Je donne seulement, pour simplifier les pourcentages portant sur la totalité des filles observées dans mon cabinet et à l'hôpital.

11e année	sur 100 filles	2,0	sont réglées
12e —	—	7,3	—
13e —	—	18,4	—
14e —	—	54,7	—
15e —	—	88,6	—
16e —	—	96,9	—
17e —	—	79,5	—

Nous avons fait les mêmes études pour 103 FILLES TUBERCULEUSES de 10 à 17 ans observées à l'hôpital ; parmi elles, 51 ont eu leurs premières règles.

Pour 100 tuberculeuses réglées, l'âge de la première menstruation est :

11e année	3,9	17,6
12e —	13,7	
13e —	31,3	70,5
14e —	39,2	
15e —	9,8	11,7
16e — (premier semestre)	1,9	
	99,8	

Pour *chaque année d'âge*, le *pourcentage des filles tuberculeuses réglées*, calculé comme pour les non-tuberculeuses, est le suivant :

11e année,	sur 100 tuberculeuses,	1,9	sont réglées
12e —	—	7,9	—
13e —	—	25,0	—
14e —	—	56,7	—
15e —	—	77,9	—
16e —	—	96,2	—

Voici les faits. COMPARONS maintenant LES FILLES TUBERCULEUSES et les FILLES NON-TUBERCULEUSES. Considérons d'abord l'âge *de la première menstruation.*

Le tableau suivant mentionne les écarts entre les pourcentages des tuberculeuses et les pourcentages des non-tuberculeuses.

Le signe + indique que le pourcentage est supérieur chez les tuberculeuses à celui des non-tuberculeuses ; le signe — indique l'inverse.

Nous avons établi les écarts entre les tuberculeuses de l'hôpital, d'une part, les non-tuberculeuses de mon cabinet, les non-tuberculeuses de l'hôpital, et le total des non-tuberculeuses, d'autre part.

	Cabinet	Hôpital	Total
11e année	— 2,7	+ 0,2	— 1,5
12e —	+ 0,9	+ 8,1	+ 4,5
13e —	+ 11,4	+ 13,9	+ 12,2
14e —	+ 5,9	— 15	— 4,6
15e —	— 10,5	— 7,7	— 9,1
16e —	— 1,9	+ 0,5	— 0,7

Ce tableau établit que l'âge des premières menstruations présente certaines différences suivant qu'il s'agit des filles tuberculeuses ou des filles non-tuberculeuses.

Si nous comparons les tuberculeuses et les non-tuberculeuses de l'hôpital, nous remarquons que :

Pendant la 11e année, il n'y a pas de différence.
Pendant la 12e année, les premières menstruations sont un peu plus nombreuses chez les tuberculeuses.
Pendant la 13e année, les premières menstruations sont notablement plus nombreuses chez les tuberculeuses.
Pendant les 14e-15e années, les premières menstruations sont notablement moins nombreuses chez les tuberculeuses que non-tuberculeuses réglées.
Pendant la 16e année, il n'y a pas de différence.

Si on totalise, les nombres des premières menstruations, *pendant les* 13e *et* 14e *années*, ils sont à peu près semblables :

Chez les tuberculeuses................ 70,5 %
Chez les non-tuberculeuses de l'hôpital. 71,6 %

Par contre, pour les autres périodes les totaux sont différents. Ils sont :

Pendant les 11 *et* 12 *années* :

Chez les tuberculeuses .... 17,6 %
Chez les non-tuberculeuses de l'hôpital 9,3 %

Pendant les 15e *et* 16e *années* :

Chez les tuberculeuses................ 11,7 %
Chez les non tuberculeuses de l'hôpital 18 9 %

D'autre part, nous avons calculé le nombre des *filles réglées dans chaque année d'âge* :

Le tableau suivant indique les écarts entre les pourcentages des tuberculeuses et les pourcentages des non-tuberculeuses ayant eu leurs premières règles. Les signes + et — ont la même signification que ci-dessus.

11e année	— 0,1	+ 0,5
12e —	+ 0,6	
13e —	+ 6,6	+ 8,6
14e —	+ 2,0	
15e —	— 10,7	+ 11,4
16e —	— 0,7	

De ce tableau, il résulte que :

Pendant les 11e et 12e années, il n'y a pas de différence notable.

Pendant les 13e et 14e années, le pourcentage des tuberculeuses réglées est supérieur à celui des non-tuberculeuses.

Pendant les 15e et 16e anées, le pourcentage des tuberculeuses réglées est inférieur à celui des non-tuberculeuses.

***

Des faits que je viens d'exposer DEUX CONCLUSIONS paraissent se dégager :

La *première conclusion* est que les tuberculeuses qui ont leurs premières règles dans les 12e et 13e années sont plus nombreuses que les non-tuberculeuses.

Cette proposition est variable surtout quand on compare les tuberculeuses qui sont soignées à l'hôpital avec les non-tuberculeuses de l'hôpital.

Elle n'est pas exacte pour la 12e année, quand on compare les tuberculeuses de l'hôpital et les non-tuberculeuses vues dans mon cabinet. En effet, les pourcentages des premières menstruations, pendant cette 12e année sont les mêmes : 12,8 % chez les non-tuberculeuses ; 13,7 % chez les tuberculeuses.

Cette considération peut, pour une part, expliquer les différences d'opinions des auteurs au sujet de l'âge de la première menstruation chez les tuberculeuses.

Pour les uns, les tuberculeuses ont des règles précoces. Par exemple, en Allemagne, David J. Macht, en 1922, écrit qu'à 14 ans sont réglées 50 % des non-tuberculeuses et 60 % des tuberculeuses ; que parmi les tuberculeuses réglées à 14 ans, la moitié est déjà réglée à 13 ans.

Pour les autres, au contraire, la première menstruation chez les tuberculeuses est retardée.

D'après les faits que je viens d'analyser, on peut, je crois, se rallier à la première opinion : certaines tuberculeuses présentent de la précocité de leur première menstruation.

Voici la *seconde conclusion.*

Dans les 13e et 14e années, le nombre des tuberculeuses réglées est supérieur à celui des non-tuberculeuses réglées. Cette constatation s'explique par la précocité de la première menstruation chez les tuberculeuses.

Dans les 15e et 16e années, le pourcentage des tuberculeuses réglées est inférieur à celui des non-tuberculeuses réglées.

Cette constatation permet de penser que les tuberculeuses non-réglées avant 14 ans, le sont après cet âge plus rarement que les non-tuberculeuses.

Ce fait peut s'expliquer par la notion que les tuberculeuses qui n'ont pas été réglées jusque-là ne le sont pas quand la tuberculose intervient ; il semble que celle-ci entraîne un retard dans l'apparition de la première menstruation.

Cette explication ressort également de l'étude des *filles non-réglées.* D'après la statistique que nous avons établie nous trouvons :

Parmi les non-tuberculeuses : Sur 841 filles de 10 à 18 ans vues à mon cabinet et à l'hôpital, 389 qui ne sont pas encore réglées.

Parmi les tuberculeuses: Sur 103 filles de 10 à 17 ans, 52 qui ne sont pas encore réglées.

Sur 100 filles non-tuberculeuses et 100 filles tuberculeuses de 10 à 18 ans non encore réglées, on trouve :

	Non tuberculeuses		Tuberculeuses	
11e année	21,0	41,5	17,3	30,7
12e —	20,5		13,4	
13e —	21,8	44,4	17,3	36,5
14e —	22,6		19,2	
15e —	10,5	13,9	28,8	32,6
16 et 17e années	3,4		3,8	
	99,8		99,8	

Les pourcentages des filles qui ne sont pas encore réglées, sont donc :

Dans les 11e et 12e années, 41,5 pour les non-tuberculeuses et de 30,7 pour les tuberculeuses ;

Dans les 13e et 14e années, 44,4 pour les tuberculeuses ; 36,5 pour les non-tuberculeuses.

Il y a donc dans ces quatre années moins de elles non-réglées parmi les tuberculeuses que parmi les non-tuberculeuses.

Mais, dans les 15e et 16e années, c'est l'inverse : fils pourcentages des filles qui ne sont pas encore réglées, sont de 13,9, pour les non-tuberculeuses, de 32,6 pour les tuberculeuses.

Il y a, somme toute, avant 14 ans, moins de tuberculeuses non-réglées que de non-tuberculeuses non-réglées, tandis qu'à 14 ans, il y en a davantage.

***

Pour trouver l'explication des faits que je viens d'exposer il convient de préciser les RELATIONS ENTRE L'AGE DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION ET L'AGE DU DÉBUT CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE.

Avec MM. Briskas et Abaza, nous avons étudié les observations des 103 tuberculeuses de 10 à 15 ans. Parmi elles 51, étaient déjà réglées, 52 ne l'étaient pas encore.

Envisageons les 51 FILLES RÉGLÉES.

Parmi elles :

4	présentent une coïncidence entre la première menstruation et le début clinique de tuberculose, soit	7,8 %
30	ont des premières menstruations antérieures au début clinique de la tuberculose, soit	58,8 %
17	ont des premières menstruations postérieures au début clinique de la tuberculose.	33,3 %
51		99,9

Chez les quatre filles, qui présentent une coïncidence entre les premières règles et le début clinique de la tuberculose, l'*âge* de la première menstruation est :

Dans la 12e année chez	1
— 13e — —	1
— 14e — —	2

Chez les 30 *filles* qui ont des premières menstruations antérieures au début clinique de la tuberculose ; l'*âge* de la première menstruation est :

Dans la 11e année, chez	2	6,6 %	23,2 %
12e — —	5	16,6 %	
13e	11	36,6 %	69,9 %
14e — —	10	33,3 %	
15e — —	2	6,6 %	
		99,7 %	

L'écart entre la première menstruation et le début clinique de la tuberculose — c'est là le fait important — est de :

1 et 2 mois, dans	2 cas, soit..	6,6 %	des cas
6 mois à 11 mois, dans	11 cas, soit..	36,6 %	—
1 an à 1 an 11 m., dans	12 cas, soit...	40,0 %	—
2 ans à 2 ans 7 m., dans	5 cas, soit...	16,6 %	—
	30	99,8	

Parmi les 17 *filles* dont la première menstruation est postérieure au début clinique de la tuberculose, il convient, pour fixer le début clinique de la tuberculose, d'en éliminer trois qui ont eu, en bas-âge, une première atteinte de tuberculose. Il en reste quatorze.

Voici, sous forme de tableau, les constatations faites :

		Age du début clinique de la tuberculose	Age de la première menstruation
1 cas	....	9e année	12e année
1 —	....	11e —	13e —
4 —	....	12e —	13e-14e —
2 —	....	13e —	14e —
6 —	....	14e	14e — 2 cas
			15e — 3 cas
			16e — 1 —

Pour les 17 filles de ce groupe l'âge de la première menstruation est :

Dans la 12e année	1 cas	5,8 %	
Dans la 13e —	3 cas	17,8 %	70,5 %
Dans la 14e —	9 cas	52,9 %	
Dans la 15e —	3 cas	17,6 %	23,4 %
Dans la 16e —	1 cas	5,8 %	
	17 cas	99,7	

Etudions ces statistiques.

D'abord l'*âge de la première menstruation*.

Dans la 12e et la 13e années, les pourcentages des premières menstruations sont plus élevés chez les filles qui deviendront tuberculeuses (16,6 et 36,6) que chez les filles qui sont déjà tuberculeuses (5,8 et 17,6) ; il est plus élevé que chez les non-tuberculeuses (9,2 et 19,1).

Dans la 14e année, le pourcentage des premières menstruations est plus faible chez les filles qui deviendront tuberculeuses (33,3) que chez les filles déjà tuberculeuses (52,9) ; il est plus faible que chez les non-tuberculeuses (43,8).

La précocité de la première menstruation que nous avons constatée tout à l'heure dans le groupe des tuberculeuses est donc généralement antérieure au début clinique de la tuberculose.

D'autre part, chez les filles dont la tuberculose a débuté avant la première menstruation, celle-ci, quand elle survient, s'installe aux mêmes âges que chez les filles appartenant au groupe des non-tuberculeuses d'hôpital.

Les pourcentages des premières menstruations sont semblables :

	Non tuberculeuses d'hôpital	Tuberculeuses d'hôpital
12e année	5,6	5,8
13e —	17,4	17,6
14e —	54,2	52,9
15e —	17,5	17,6

Envisageons maintenant le *début clinique de la tuberculose*.

Nous avons vu tout à l'heure que :

Il y a assez rarement coïncidence entre le début clinique de la tuberculose et la première menstruation (7,8 % des filles réglées).

Le plus souvent, la première menstruation est antérieure au début clinique de la tuberculose (58,8 % des filles réglées).

Assez souvent, la première menstruation est postérieure au début clinique de la tuberculose (33 % des filles réglées).

Quand la première menstruation précède le début clinique de la tuberculose, l'intervalle est quelquefois très court, 1 ou 2 mois (6,6 %); aussi souvent de 6 mois à 1 an (36,6 %) que de 1 an à 1 an 11 mois (40 %), au tolal de 6 mois à 1 an 11 mois dans 76,6 des cas ; quelquefois de plus de 2 ans (16,6 %).

Cette diversité dans la longueur de l'intervalle qui sépare la première menstruation du début clinique de la tuberculose est bien connue. Pour ma part je l'ai notée dns mes leçons de 1928, à propos des quatre filles dont je rapportais les observations :

Yvonne : à 13 ans ½, a ses premières règles et présente les premiers signes de tuberculose.
Suzanne : à 12 ans et demi, a ses premières règles ; à 12 ans 10 mois, entre dans la tuberculose.
Marguerite : à 11 ans, a ses premières règles ; à 13 ans et demi, entre dans la tuberculose.
Andrée : à 12 ans, a ses premières règles ; à 14 ans 3 mois, présente les premiers signes de tuberculose.

Somme toute :

1° Dans quelques cas, la coincidence de la première menstruation et du début clinique de la tuberculose ou la brièveté de l'intervalle qui sépare le début clinique de la tuberculose succédant à la première menstruation peuvent faire penser à une relation de cause à effet entre la menstruation et l'apparition de la tuberculose.

2° Le plus souvent, les intervalles de six mois, d'un an, d'un an et demi, de 2 ans entre la première menstruation et l'apparition de la tuberculose imposent une grande réserve sur une relation de causalité.

Quand la première menstruation est postérieure au début clinique de la tuberculose, celle-ci ne paraît pas influencer beaucoup l'âge de la première menstruation.

Mais, à ce propos, il faut faire des réserves. Nous n'avons envisagé que les filles qui sont réglées ; or beaucoup de filles tuberculeuses ne le sont pas, ont de l'aménorrhée primaire. Il ne faut pas conclure de l'étude du groupe des filles réglées que la tuberculose n'influence pas l'âge de la première menstruation ; il serait nécessaire de compléter l'étude de ce groupe par celle du groupe des filles qui ne sont pas réglées, dont j'ai parlé tout à l'heure.

Le fait que la précocité de la première menstruation se rencontre chez les filles qui ne sont pas encore tuberculeuses et non chez les filles déjà tuberculeuses permet de choisir entre les deux hypothèses avancées pour expliquer cette précocité chez les tuberculeuses.

Dans la première hypothèse, soutenue entre autres par Scherer, en 1923, la précocité de la menstruation est la conséquence de la tuberculose. Celle-ci agirait par les toxines tuberculeuses qui congestionneraient les ovaires et détermineraient leur maturité prématurée.

Dans la seconde hypothèse, soutenue notam-

ment par Selter et par Sheeur, en 1924, la menstruation précoce est responsable de l'éclosion de la tuberculose par son action sur l'appareil respiratoire.

La première hypothèse est difficile à soutenir. Du point de vue théorique, le rôle des toxines diffusibles de la tuberculose est très discutable. D'autre part, les faits ne la confirment pas ; ce sont, en effet, les filles non encore tuberculeuses qui ont des règles précoces.

La seconde hypothèse mérite d'être discutée. Mais les faits que je viens d'exposer témoignent qu'avant de l'admettre il convient d'analyser avec soin chaque cas particulier.

Je veux faire une dernière remarque à propos du *nombre des premières menstruations dans les* 13^e^ *et* 14^e^ *années*, chez les filles non-tuberculeuses et les filles tuberculeuses.

Pour 100 filles réglées de 10 à 17 ans de chaque catégorie, la première menstruation s'installe pendant les 13^e^ et 14^e^ années :

Chez les filles non-tuberculeuses de l'hôpital, dans	71 % des cas
— tuberculeuses	70,5 —
— réglées avant le début de la tuberculose	69,6 —
— réglées après le début de la tuberculose	70,5 —

Les pourcentages sont donc semblables. Après ce que je viens de dire, il est assez curieux de constater cette identité des pourcentages. Je me borne à signaler le fait. Je n'en donne pas l'explication.

***

Il est intéressant de comparer, chez les filles de 10 à 15 ans, l'AGE D'INSTALLATION DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION et la FRÉQUENCE DES TUBERCULOSES actives.

Je vous ai entretenus de cette fréquence dans ma *leçon* du 14 *mars*, publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 6 mai sur *Les cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de* 6 *à* 15 *ans soignés à la Clinique médicale des enfants. Influence de l'âge et du sexe.* Je l'ai étudiée plus complètement, avec M. Briska dans un mémoire de la *Presse Médicale* du 15 avril, sur les *Cuti-réactions à la tuberculine chez les enfants de* 10 *à* 15 *ans.*

Pour 100 filles de même âge nous trouvons :

	Nombre de tuberculoses actives	Nombre de filles réglées
11^e^ année	16,1	2,0
12^e^ —	12,2	7,3
13^e^ —	12,3	18,4
14^e^ —	20,1	54,7
15^e^ —	25,7	88,6

Ce tableau établit les données suivantes.

Dans la 11^e^ année, le pourcentage des tuberculoses actives est élevé, celui des filles réglées est très faible.

Dans les 12^e^ et 13^e^ années, le pourcentage des tuberculoses actives est faible, celui des filles réglées augmente, mais reste faible.

Dans les 14^e^ et 15^e^ années, les pourcentages des tuberculoses actives et ceux des filles réglées augmentent.

Pour ces deux années on peut penser, soit à une coïncidence, soit à une relation de cause à effet entre l'augmentation du nombre des filles réglées et l'augmentation du nombre des tuberculoses actives. Mais, comme je l'ai dit dans ma leçon du 14 mars, à propos de l'influence de la puberté, avant de conclure à l'influence de la menstruation, il faut penser aux facteurs multiples qui peuvent intervenir pour activer la tuberculose, facteurs endogènes et facteurs exogènes ; il ne faut pas méconnaître le rôle de ces facteurs.

Les études statistiques peuvent donner une vue d'ensemble des faits ; elles ne suffisent pas pour les expliquer.

Seules les observations cliniques peuvent apporter les données nécessaires ; il faut étudier attentivement chaque malade, préciser les facteurs étiologiques qui ont pu intervenir, ainsi que la chronologie des phénomènes.

***

L'observation de Rose est un exemple de la nécessité de l'observation clinique.

A 12 ans 9 mois, elle a une première et unique menstruation.

Trois mois après, à 13 ans, apparaissent les premiers signes cliniques de la tuberculose, sous forme d'une broncho-pneumonie caséeuse à évolution rapide.

La menstruation à 12 ans 9 mois ne peut pas être tenue pour précoce. Les filles non-tuberculeuses qui sont réglées dans la treizième année sont nombreuses.

Sur 100 filles non-tuberculeuses : réglées de 10 à 18 ans, 19 ont leurs premières règles dans le courant de la 13^e^ année. Dans la 13^e^ année, sur 100 filles non-tuberculeuses, 18 sont réglées.

L'unique menstruation ne peut guère être tenue comme responsable du début de la tuberculose trois mois après.

Or, dans les statistiques globales, Rose pourrait être comptée au nombre des faits qui militent en faveur de l'influence de la menstruation sur l'évolution de la tuberculose.

Rose présente enfin une aménorrhée secondaire qui dure depuis six mois. Les aménorrhées secondaires sont fréquentes chez les jeunes tuberculeuses ; elles posent le problème de l'influence de la tuberculose sur la menstruation et il serait intéressant d'étudier cette question ; mais ce problème est important. Je consacrerai ma leçon du 6 juin aux *Troubles de la menstruation chez les tuberculeuses à la période de puberté.*

TÉTANOS

Par le Docteur André PHILIBERT
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

Le tétanos est une maladie caractérisée par des contractures douloureuses permanentes des muscles striés, avec exacerbations paroxystiques.

Il est provoqué par le bacille de Nicolaïer, anaérobie sporulé, qui pénètre dans une plaie visible (tétanos chirurgical) ou inaperçue (tétanos médical) soit sous forme de bacille, soit au stade de spore : celle-ci, à la faveur des infections secondaires, ou de substances exerçant une chimiotaxie négative sur les leucocytes, germe ; le bacille adulte, qui ne se multiplie pas au point d'inoculation, ne se généralise pas dans le sang et ne produit pas lui-même aucune réaction inflammatoire locale ; il sécrète une toxine soluble, qui gagne par la voie des cylindraxes des nerfs moteurs, les centres nerveux moteurs, où elle se fixe, produisant l'excitation des cellules motrices (contractures) — exceptionnellement l'inhibition (tétanos céphalique de Rose).

Le bacille tétanique habite la terre ; sa spore peut être aussi à la surface des fourrages : toute plaie souillée de terre peut donc être l'origine d'un tétanos (tétanos tellurique), surtout, mais non exclusivement les plaies des extrémités (mains, pieds). Les plaies par projectiles de guerre, les morsures de cheval (tétanos équin), de rat, etc., les injections de sérum gélatiné (insuffisance de stérilisation de la gélatine), les piqûres de morphine (à travers les vêtements souillés), les piqûres de quinine (rôle chimiotactique de celle-ci permettant la germination des spores latentes dans une plaie déjà guérie (tétanos médical), peuvent être la cause du tétanos.

Les jardiniers, palefreniers, etc., sont naturellement prédisposés.

SYMPTÔMES

Incubation. — Habituelle, cinq à dix jours après la pénétration du bacille de Nicolaïer. Elle peut être plus courte (tétanos alors grave), ou très retardée, plusieurs mois (tétanos médical) : les tétanos tardifs sont plus bénins.

Prodromes. — Douleurs névralgiques irradiant de la plaie, et secousses convulsives des muscles voisins (inconstants). *Sensibilité très vive au froid.*

Période d'état. — Contractures permanentes, redoublements paroxystiques, fièvre tachycardie.

a) Contractures permanentes. — *Début* par les muscles masticateurs, réalisant le *trismus* ; masséters, temporaux font saillie sous la peau. Contracture *douloureuse.* Extension aux *muscles de la nuque,* puis aux muscles des gouttières vertébrales : le corps est incurvé en arrière (*opisthotonos*), enfin aux muscles antérieurs du tronc et aux membres, les inférieurs en extension, les supérieurs en flexion.

Les *muscles de la face* se prennent à leur tour : front ridé, sourcils, et ailes du nez relevés, commissure labiale tirée en haut et en dehors ; la bouche entr'ouverte laisse voir les dents serrées : aspect du chien qui montre les dents ou *expression cynique* dite encore *rire sardonique.* Il y a parfois prédominance des contractures des muscles fléchisseurs du tronc et des cuisses (position du fœtus) : c'est l'*emprosthotonos.* D'autres fois les contractures se compensent entre fléchisseurs et extenseurs : le corps est droit(*orthotonos*). Si les contractures prédominent d'un côté du corps, celui-ci est incurvé de ce côté (*pleurosthotonos*).

b) Redoublements paroxystiques. — C'est l'accentuation temporaire de la contracture sous forme de crises, sur les muscles déjà contracturés, ou encore en état de relâchement. *Elles sont extrêmement douloureuses,* et provoquées par toutes les excitations sensitives et sensorielles : bruit, lumière, choc, etc. : la simple recherche des réflexe déclenche une crise violente.

Au cours de ces crises, les *muscles du pharynx,* la *glotte,* les *muscles inspirateurs* peuvent se contracturer : *asphyxie, mort subite.*

Les crises peuvent être modérées d'intensité et espacées (*tétanos discontinu,* plus bénin) — ou bien très intenses et subintrantes (*tétanos continu* grave).

c) Fièvre. — En général, élevée (39°), selon l'étendue des contractures, et la fréquence des paroxysmes. Dépasse souvent 41°, et dans les cas mortels, 42°, 43°, 44°7 (quelques minutes avant la mort). Les sueurs profuses presques continuelles, accompagnent cette fièvre, sans la faire baisser.

d) Tachycardie. — Le pouls, rapide, à 90,100, et plus, s'accélère, parellèlement à la température d'ailleurs, au moment des paroxysmes.

Autres symptômes. — La dyspnée, intermittente ou permanente, est fonction des contractures de la glotte, des inspirateurs ; troubles digestifs nuls ; constipation est fréquente.

La soif est vive ; les urines claires, non-albu-

mineuses, dépendent en leur quantité des boissons absorbées, de l'importance de la diaphorèse. *L'intelligence* reste tout le temps *intacte.*

Formes cliniques. — 1° Selon l'extension des contractures et la fréquence des paroxysmes, on distingue une *forme* continue, une *forme* discontinue, même une forme rémittente.

2° Selon la rapidité de l'évolution : *a*) un tétanos suraigu, ou aigu (incubation courte, température élevée, généralisation des contractures, etc.), évolue en quelques heures (tétanos sidérant rare), ou en quelques jours ;

b) un *tétanos* subaigu ou chronique : incubation lente d'une semaine ou plus, température modérée au début, limitation des contractures, caractère discontinu, etc... Cette forme peut, au bout d'un certain temps, prendre *l'allure aiguë.*

Fréquence, dans les formes chroniques, de la *stomatite infectieuse*, à cause du trismus permanent ; possibilité de *mort par broncho-pneumonie* infectieuse secondaire (Verneuil).

3° Le tétanos des nouveau-nés (trismus nascentium) débute quatre ou cinq jours après la chute du cordon : l'enfant présente un paroxysme avec opisthotonos, lorsqu'on le met au sein ; la température 41°, 42° ; la cyanose très intense : le pronostic fatal : la mort en deux jours.

4° Les tétanos tellurique, équin, chirurgical n'ont pas une allure spéciale, à l'étiologie. Mais le tétanos médical est spécial : éclate parfois à l'occasion d'une piqûre de quinine, ou d'une infection intercurrente banale (angine, grippe, etc.), il est le plus souvent chronique et bénin.

5° D'après la localisation des contractures, on peut isoler des formes cliniques très particulières :

a) Le tétanos céphalique ou hydrophobique de Rose ; α) la plaie siège à la face, dans le territoire sensitif des nerfs craniens ; β) les contractures restent localisées aux muscles innervés par les nerfs moteurs craniens, mais à l'exception du nerf facial ; γ) il existe une paralysie faciale unilatérale à type périphérique, complète ou incomplète ; enfin, δ) les muscles du pharynx et du voile du palais (nerfs moteurs craniens) sont contracturés, d'où l'hydrophobie. Cependant, cette forme est relativement bénigne. Guérison dans la moitié des cas.

b) Le tétanos bulbo-paralytique de Worms, ou tétanos céphalique avec ophtalmoplégie : ressemble au précédent : α) la plaie siège à l'œil, aux paupières, aux sourcils ; β) le moteur oculaire commun, et parfois le moteur oculaire externe, sont paralysés du côté de la plaie, totalement ou partiellement ; l'iris est le plus souvent indemne. Pronostic fatal ;

c) Le tétanos céphalique, avec paralysie de l'hypoglosse seule ou associée à la paralysie faciale ;

d) Le tétanos dysphagique de Larrey est un tétanos avec prédominance des contractures du pharynx, mais sans paralysie faciale.

e) Le tétanos unilatéral de Gosselin, avec pleurosthotonos, se comprend par la définition ;

f) Le tétanos partiel (abortif de Küssmaul) est caractérisé par le début des contractures, non des masticateurs, mais des ***muscles voisins du siège de la blessure.*** En pratique, c'est un tétanos tardif, survenant chez des individus qui ont reçu préventivement du sérum antitétanique. Les prodromes locaux sont souvent très marqués. Les contractures restent d'ordinaire cantonnées à une région limitée, un segment de membre, les muscles abdominaux, etc... Pronostic bénin ;

g) Le tétanos splanchnique de Binot, est secondaire à une plaie des viscères profonds, rectum, utérus, etc. *tétanos puerpéral.* Le début se ferait par les muscles innervés par le sympathique. La cyanose la dyspnée, l'hydrophobie, la dysphagie ouvrent la scène, avant l'apparition du trismus ; le spasme de la glotte est fréquent ; la mort par syncope est presque la règle.

L'évolution, la durée du tétanos se déduisent de la connaissance des formes cliniques : dans les formes moyennes qui guérissent, la durée est toujours longue, d'au moins quinze jours ; la convalescence est lente. Le pronostic, très sombre, dépend de la durée plus ou moins longue de l'incubation et de l'intensité de la maladie.

Diagnostic

Positif. — Facile. Fondé sur la présence des contractures et des crises paroxystiques.

Différentiel. — Le trismus, peut être dû à une affection buccale, stomatite, gingivite, périostite alvéolo-dentaire, évolution de la dent de sagesse.

Le faux trismus, sans contracture, peut accompagner une arthrite temporo-maxillaire, un adéno-phlegmon, angulo-maxillaire, etc.

La raideur de la nuque accompagné les arthrites cervicales, sous-occipitales, tuberculeuses ou non, l'abcès rétro-pharyngien : de trismus.

La contracture du pharynx, dans la rage, s'accompagne d'une excitation sensitivo-sensorelle considérable ; il y a des vomissements, du du prurit, des troubles psychiques.

La tétanie donne des contractures des extrémités (main de l'accoucheur), provoquées par la compression des artères (signe de Trousseau) de la racine des membres ; il n'y a pas de trismus, la maladie est apyrétique.

L'hystérie par ses contractures, peut simuler le tétanos : il n'y a ni fièvre, ni sueurs.

Les méningites, avec raideur de la nuque, opisthotonos, ne présentent pas de crises paroxystiques ; les fonctions psychiques sont très atteintes, la céphalalgie intense.

L'intoxication strychninée ressemble au téta-

nos, mais outre l'apyrexie, les contractures débutent par les membres inférieurs ; elles sont symétriques, et envahissent le corps de bas en haut : la mydriase est constante.

Traitement

A) *Curatif.* — Trois indications : 1° désinfecter la plaie ; 2° neutraliser la toxine circulante ; 3° calmer l'irritabilité du sytème nerveux et prévenir les paroxysmes convulsifs.

Avoir toujours en l'esprit la notion qu'une excitation extérieure, bruit, lumière, déplacement du malade (bain), *peuvent être une cause de mort subite.*

1° Désinfection de la plaie.

Le problème consiste à supprimer le bacille tétanique, qui reste cantonné dans la plaie, ou l'empêcher de sécréter sa toxine.

α) Suppression du bacille tétanique. — Dans le cas de tétanos grave, généralisé, à début précoce, la suppression du foyer par amputation peut être envisagée, par exemple si la plaie siège à un doigt peu important (auriculaire, annulaire, ou un orteil).

Si la suppression totale est impossible, ou trop grave à envisager, on nettoyera la plaie par lavages soigneux, on enlèvera les corps étrangers, échardes, débris vestimentaires, terre, etc., on réséquera les tissus mortifiés.

B) Pour empêcher le bacille tétanique de sécréter sa toxine, combattre les infections secondaires (nettoyage et désinfection de la plaie), qui (voir plus haut) favorisent la germination des spores tétaniques. On peut employer le procédé de von Hibler : irrigation continue de la plaie, avec de l'eau de riz : dans ce milieu, le bacille tétanique perd la faculté de sécréter sa toxine. Alterner cette irrigation avec le pansement ou l'irrigation de la plaie par le sérum antitétanique.

2° Neutralisation de la toxine circulante, assurée par l'injection de sérum antitétanique. L'Institut Pasteur délivre : l'ancien sérum, titrant 3.000 antitoxines au flacon de 10 c. c., le sérum purifié, tirant 1.500 antitoxines et le sérum moderne (préparé par l'anatoxine et l'injection de tapioca au cheval, titrant 20.000 antitoxines au flacon de 10 c. c.). C'est ce dernier qui doit être employé ici.

La dose à employer, proportionnelle à la gravité du cas, doit toujours être élevée : 40 à 60 c. c. par jour avec première injection aussi précoce que possibe. Répéter les injections chaque jour. Ne pas laisser d'intervalle de plusieurs jours, en cas d'amélioration, pour reprendre ensuite : ce procédé favorise les accidents anaphylactiques. Continuer chaque jour, même en cas d'amélioration, une dose minime.

Voie d'introduction du sérum :

1° *Une partie* (10 c. c.) doit être appliquée chaque jour, soit en pansement, soit en irrigation continue, dans la plaie, pour détruire la toxine à mesure qu'elle se forme.

2° *Le reste de la dose* quotidienne est injecté en deux ou trois fois chaque jour, par *voie sous-cutanée*, le plus près possible de la plaie — sous la peau du ventre si la plaie est inconnue (tétanos médical) — ou inaccessible.

On a conseillé la voie intraveineuse : il faut alors diluer le sérum dans l'eau salée et pratiquer l'injection lentement. Peu d'avantages, et beaucoup d'inconvénients (danger de choc mortel). C'est une méthode d'exception qu'il ne faut employer qu'avec circonspection. La voie intra-rachidienne n'est possible que si l'on chloroformise le malade, ce qui prévient le danger de la rupture de l'aiguille, ou même de la mort subite.

3° Calmer l'irritation des centres nerveux et prévenir les paroxysmes convulsifs.

a) La *toxine déjà fixée* sur les centres nerveux provoque la contracture permanente, elle n'est pas déplacée par le sérum. Il faut donc calmer l'excitabilité des centres nerveux jusqu'à la parfaite élimination de la toxine, qui est lente.

Le chloral — administré à la dose de 8 gr. par vingt-quatre heures (adultes), par prises espacées et fractionnées de 1 gr. chaque fois — doit être dilué dans cinquante fois son poids d'eau, donc une cuillerée de sirop de chloral allongée de 30 gr. au moins d'eau. Dès que le malade dort, on peut espacer les doses, pour entretenir simplement le sommeil.

La *morphine*, le *chlorétone*, peuvent être employés.

On semble avoir abandonné aujourd'hui la méthode de Bacelli (injection toutes les deux ou trois heures, 1 à 3 c. c. de solution d'acide phénique à 1 p. 300).

La méthode de Blake (injection intrarachidienne de 3 c. c. de solution de sulfate de magnésie à 25 p. 100), provoque une paraplégie, suivie d'une paralysie généralisée qui empêche totalement les contractures : le symptôme est masqué, mais la mort survient néanmoins souvent ; parfois, la paraplégie est définitive et persiste après la guérison.

L'injection sous-cutanée de sulfate de magnésie, à petite dose, ou l'injection intraveineuse de solution à 5 p. 100 de persulfate de soude (20 c. c. matin et soir) (Bérard et Lumière), moins dangereuses, provoquent le sommeil et atténuent les contractures.

b) *Pour prévenir les paroxysmes convulsifs*, qui apparaissent comme réflexes d'excitations extérieures, il faut (outre les moyens précédents), isoler le tétanique, dans une chambre

obscure silencieuse, éloigner les parfums, le maintenir immobile (ne jamais le baigner).

Soins généraux : désinfection de la bouche, alimentation boissons abondantes, ou sérums salés, glucosés, sous-cutanés, etc.

B) Préventif. — Prophylaxie du tétanos.

1° Sérothérapie préventive. — Tandis que le traitement du tétanos déclaré par le sérum ne donne pas une certitude de guérison, le pouvoir préventif du sérum, c'est-à-dire l'injection peu après la contamination, avant l'apparition des symptômes cliniques, est presque absolu : le tétanos n'apparaît point, ou il reste partiel et bénin.

Il est donc indiqué de pratiquer une injection de sérum, quand on se trouve en présence d'une plaie souillée de terre, siégeant aux extrémités, etc., bref comportant des risques de tétanos. On choisira l'ancien sérum (3.000 unités) ou le sérum purifié (1.500 unités).

La pratique de la guerre 1914 consistait en une injection immédiate, puis une deuxième injection, huit jours plus tard, et une troisième en cas d'intervention chirurgicale, d'ablation de projectiles. Cette pratique, effectuée sur des milliers de blessés, a donné d'excellents résultats, et le nombre d'accidents sériques fut infime.

Pourtant, dans la pratique civile, le problème se pose autrement. On a observé des accidents et même la mort rapide, après une seule injection de sérum, et le médecin a pu être rendu responsable de l'accident. D'autre part, le médecin a aussi été rendu responsable devant les tribunaux d'un tétanos mortel survenu après une plaie banale, pour n'avoir pas pratiqué l'injection préventive de sérum.

Il ne faut pas oublier que le tétanos peut éclater après une blessure non-apparemment souillée de terre (piqûre de quinine, piqûre de morphine). Il faudrait donc pratiquer l'injection pour toute blessure, suspecte ou non. Cela conduirait évidemment à des répétitions regrettables : les enfants en particulier se blessent avec une grande fréquence en jouant dans les jardins. On serait conduit à les injecter préventivement plusieurs fois dans le cours de leur enfance, ce qui exposerait indubitablement aux accidents anaphylactiques, la protection sérique ne durant qu'un mois ou deux, mais la sensibilité anaphylactique ainsi créée persistant parfois de longues années.

En pratique, on pourrait :

1° faire l'injection lorsque la plaie, anfractueuse, aux extrémités souillées de terre profonde, peut évidemment faire craindre le tétanos ;

2° mais s'enquérir auparavant de la santé du malade et de ses antécédents : asthmatiques, urticariens, migraineux, etc., tuberculeux ou anémiques ayant absorbé longtemps de la viande puis du sérum de cheval par la bouche — ou encore individus ayant eu certainement déjà dans leur vie une injection de sérum. Chez tous ces malades, il faut soit s'abstenir, soit employer la méthode désensibilisante de Besredka : l'injection de sérum dilué au 1/10, par fractions minimes, espacées de 5 à 10 minutes, à trois reprises ; attendre vingt minutes après la dernière pour injecter, lentement, le reste de la dose.

En tout cas, employer le sérum désalbuminé ;

3° même conduite en présence d'une plaie qui ne paraît pas exposer au tétanos ;

4° il peut être prudent, dans certaines circonstances, d'avoir l'assentiment ou le refus, au besoin écrit de la famille ou du malade — que l'on s'abstienne ou non.

2° Vaccination. — L'injection de sérum donne une protection temporaire, mais immédiate Elle reste donc la seule méthode à employer en présence d'une plaie qu'on suppose tétanigène.

Ramon a montré qu'on pouvait obtenir l'immunité active, au moyen de l'anatoxine antitétanique. Cette immunité est durable, mais elle est lente à s'établir — parfois seulement au bout de deux mois. Elle n'est donc pas applicable lors d'une plaie supposée tétanigène. Mais elle peut être envisagée chez les individus sains, en particulier chez les enfants, car elle est efficace et inoffensive.

On pratique trois injections d'anatoxine, dans la fosse sus-épineuse, espacées, chacune, de trois semaines. La première sera de 1 c. c. la deuxième et la troisième de 1,5 c. c. Les réactions sont nulles ou insignifiantes.

Vaccination associée. — En pratique, on peut injecter simultanément l'anatoxine diphtérique, et même le vaccin antityphique T. A. B. Vaccinations double ou triple, vaccinations dites associées : même rythme, avec espacement de trois semaines.

On obtient ainsi une immunité plus solide.

Voir BEZANÇON et PHILIBERT. — *Précis de pathologie interne. — Maladies infectieuses*, tome I, Masson édit., 2e édit., 1935 ; et Philibert, *Précis de bactériologie médicale*, 3e édit., Masson édit., 1935.

Cet article inédit est une des *Fiches de pratique médicale* (Direction scientifique : Montpellier. — Administration : 15, boulevard Baudouin, Bruxelles) qui va incessamment paraître.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Dans certains comas diabétiques, l'acétonurie peut manquer :

l'épreuve décisive de l'insulinothérapie

D'après le Docteur Pierre BROUSTET (*)

C'est là un cas clinique, difficile à résoudre pour le praticien. Et cependant, seul un traitement précis et précoce peut renverser le pronostic, autrefois fatal du coma diabétique ; encore faut-il que le diagnostic ait été établi de façon simple, sûre et rapide.

Les éléments d'ordre clinique ne feront certes pas défaut. Coma profond, complet dans certains cas. Malade pâle, avec toutefois une coloration un peu rosée, ou violacée des joues et des mains. Respiration de Küssmaul : ample, saccadée, avec, entre chaque phase, une large pause. Haleine exhalant généralement une odeur chloroformique. Pouls un peu accéléré, petit. Chute tensionnelle habituelle, témoignant d'une tendance au collapsus, dont la réalisation entraîne souvent la mort du malade.

Mais *l'absence d'acétonurie* deviendra une cause importante *d'hésitation pour la confirmation biologique du diagnostic*, et cela, malgré la connaissance d'antécédents diabétiques, malgré une hyperglycémie avec glycosurie, malgré l'acidose.

Car il est habituel de rechercher dans l'urine la présence des corps acétoniques : l'*acide β-oxybutirique*, l'*acide diacétique et l'acétone*.

L'acidose diabétique est, en effet, *une acido-cétose*. Les corps cétosiques proviennent de la combustion incomplète, viciée, des protéines et des graisses ; ce sont des corps acides, essentiellement constitués par l'acide β-oxybutirique ainsi que par l'*acide diacétique*, et ce dernier, *très facilement dissocié donne naissance à l'acétone*.

Ces corps de la série cétosique existent bien dans le sang, mais les dosages qui permettent d'y affirmer leur présence, sortent de la pratique courante. Aussi faut-il les rechercher dans l'urine, surtout que l'acide diacétique et l'acétone, s'éliminant à travers le filtre rénal, traversent celui-ci, quelle que soit leur concentration dans le sang.

(*) *In* « Le diabète sucré ; questions controversées de clinique et de pathogénie » (Masson, éditeur, Paris, 1935).

On connaît les trois méthodes, dont nous disposons dans ce but :

1° La réaction de *Legal*, qui traduit la présence de l'acétone et de l'acide diacétique, mais principalement de l'*acétone*, à la dose de quatre centigrammes par litre ;

2° La réaction de *Gerhardt*, qui révèle seulement la présence de l'*acide diacétique* ; mais, peu sensible, elle ne peut traduire qu'une concentration d'acide diacétique, au moins égale à un gramme par litre ;

3° La méthode de *Van Slyke*, qui permet de doser la *totalité des corps cétosiques* : acide β oxybutirique, acide diacétique et acétone.

Enfin, des preuves directes de l'acidose, au cours du coma diabétique, sont données par l'*abaissement de la réserve alcaline* au-dessous de son taux normal de 60 volumes de CO^2 pour 100 cent. cubes de plasma.

En résumé, on se base généralement, pour affirmer qu'il s'agit bien d'un *coma diabétique*, et *non d'un coma survenu chez un diabétique*, sur trois éléments : *a*) existence d'un coma, ou d'un état précomateux ; *b*) découverte d'un syndrome diabétique par la glycosurie et l'hyperglycémie ; *c*) découverte d'une intoxication acétonique importante, pour laquelle suffit la réaction de Gerhardt, parce qu'une acido-cétose très faible — telle qu'en décèle la réaction de Legal — ne semble pas capable de déclencher un coma.

Ce trépied symptomatique a bien le mérite de la simplicité ; mais on doit se demander s'il a aussi celui de l'exactitude. Il faudrait, pour cela, qu'aucun des trois symptômes capitaux ne fasse jamais défaut. Que conclure, dès lors, si parfois l'acétonurie, test primordial, (puisqu'elle marque la nature diabétique du coma) est absente ?

Cependant l'éventualité de *comas diabétiques sans acétonurie* est une réalité, ainsi qu'il résulte de quelques observations non discutables, bien que le coma diabétique soit, de manière quasi-constante, un *coma acidosique et acétonurique*.

Ici, l'*efficacité de l'insuline* est venue s'ajouter comme un argument de valeur aux autres indices qui, par eux-mêmes, militaient en faveur de l'origine diabétique du coma.

Ces autres indices, également importants à noter, étaient les suivants : comas survenant chez des *sujets généralement jeunes*, atteints de diabète, et de *diabète grave* ;

allure clinique du coma diabétique, y compris la respiration de Küssmaul ;

abaissement de la réserve alcaline ;

aucune autre cause susceptible d'expliquer le coma, en dehors du diabète : pas d'insuffisance rénale importante ; aucun signe neurologique décélé à l'examen clinique ; aucune lésion à l'autopsie.

***

Une explication

En pareils cas, l'acidose reste une acido-cétose, malgré l'absence d'acétonurie. Ainsi des recherches poursuivies chez certains malades tendent à prouver que, si les éléments cétosiques ne passent pas dans les urines, ils n'en existent pas moins dans l'organisme où ils sont, fort probablement, responsables de l'acidose ; on les a retrouvés dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien. Il s'agirait peut-être d'un *barrage rénal* par imperméabilité, ou par insuffisance fonctionnelle. On invoque également une *élimination exclusive d'acide β-oxybutirique*, le premier de la série cétosique, aux dépens duquel doivent se former l'acidose diacétique, et à partir de celui-ci, dernière évolution, l'acétone. Cette désintégration progressive peut se trouver en défaut. Seul existe alors l'acide β oxybutirique, premier formé, et, comme ni la réaction de Legal, ni celle de Gerhardt ne le révèlent, *on croit à l'absence complète d'acétonurie.*

***

Déductions pratiques

On admet, avons-nous dit, comme trépied diagnostique du coma diabétique, le coma, le syndrome diabétique et l'acétonurie.

Or, *il faut savoir poser le diagnostic de coma diabétique, en l'absence d'acétonurie.*

Le cas simple

Lorsque le coma revêt l'aspect clinique habituel aux comas diabétiques — lorsque l'existence du diabète est prouvée par les antécédents, ou par la présence du sucre dans les urines — lorsqu'enfin aucun trouble fonctionnel rénal, aucune lésion nerveuse n'est mise en évidence — l'absence de la réaction de Gerhardt ne doit pas empêcher le diagnostic ferme de coma diabétique.

Le cas complexe

Un coma est accompagné de signes manifestes d'insuffisance rénale et de signes plus ou moins accusés de la série diabétique.

Il faut ici se rappeler qu'un *coma urémique peut s'accompagner d'acidose*, et que l'existence de cette acidose modifie le tableau clinique pour lui donner une ressemblance indiscutable avec celui du coma diabétique : notamment à la dyspnée de Cheynes-Stokes, signature habituelle de l'urémie, fait place une respiration de Kussmaül.

En pareil cas, la clinique ne permet aucune distinction entre le coma diabétique et certains comas urémiques accompagnés d'acidose.

Rien non plus, dans le tableau humoral, ne peut les distinguer absolument : sans doute, le syndrome hyperglycémique, lorsqu'il existe, entraîne-t-il une forte présomption en faveur du diagnostic de coma diabétique. Mais il peut être extrêmement discret, et l'on vient à se demander alors si l'hyperazotémie n'est pas seule responsable et de l'acidose et du coma.

Le diagnostic devient dans ce cas à peu près insoluble : ou bien il s'agit d'un coma diabétique atypique, accompagné d'urémie ; ou bien il s'agit, chez un sujet diabétique, d'une urémie responsable de l'acidose et du coma.

Or, l'acétonurie, qui seule permettrait de résoudre la question, fait défaut.

Cependant *quelques nuances cliniques* très fines peuvent différencier ces deux états : l'aspect général du malade, plombé dans l'azotémie, rosé dans le coma diabétique ; le pouls tendu dans le premier cas, et la tendance au collapsus vasculaire dans le second.

Mais, il ne faut pas compter sur des symptômes aussi ténus pour trancher un tel diagnostic.

C'est ici que l'efficacité de l'insulinothérapie viendra à l'appui du diagnostic du coma diabétique. Son échec, son impuissance surtout à abaisser la réserve alcaline pourraient, d'autre part, plaider fortement en faveur de l'urémie, si

l'insulino-résistance n'était fréquente au cours du coma.

Voici un cas très intéressant qu'ont rapporté MM. Labbé et Boulin, et qui démontre la valeur de l'insulinothérapie, en tant qu'élémentdécisif du diagnostic.

V..., 53 ans. Ancien obèse polyphage: a pesé 86 kilogr. pour une taille de 1 m. 69. Diabétique depuis trois ans ; pendant un an, il ne se soigne pas, et voit sa glycosurie s'élever jusqu'à 150 grammes par vingt-quatre heures. Depuis deux ans, il suit un régime assez réduit en hydrates de carbone (60 grammes environ), et se fait quotidiennement une injection de 1 c. c. d'insuline ; il conserve une glycosurie légère (4 à 5 % par vingt-quatre heures) et de l'acétonurie (1 à 2 grammes de corps acétoniques par vingt-quatre heures).

Le 11 septembre, ayant suspendu depuis quelques jours les injections d'insuline, et ne suivant plus son régime, il est pris de vomissements et de vertiges.

Dans la nuit du 11 au 12 septembre, survient une dyspnée atroce : le médecin appelé diagnostique une crise d'asthme et lui fait, sans résultat appréciable, une injection d'évatmine.

MM. Labbé et Boulin examinent le malade le 12 septembre à 10 h. 30. Celui-ci est assis sur le bord du lit, les jambes pendantes, en proie à une suffocation atroce ; le rythme respiratoire est celui de Kussmaül.

Examen des poumons, négatif.

Bruits du cœur normaux. Pouls, 120. *Tension*, 15-9 (Vaquez).

Réflexes normaux. Globes oculaires, de consistance normale.

Urines, recueillies par sondage : *glycosurie faible* ; *réactions de Gerhardt et de Legal, négatives.*

Malgré les résultats négatifs fournis par l'examen des urines, les auteurs décident, en *raison des signes cliniques*, de considérer et de traiter le malade comme s'il était atteint de coma diabétique, tout en prenant leurs dispositions pour *faire mesurer sa réserve alcaline.*

A 11 h. 30 : 40 unités d'insuline ; à 13 heures : 40 unités d'insuline. A ce moment, on prélève du sang et des urines pour les examens de laboratoire, qui donnent les résultats suivants :

Sang : réserve alcaline, 12,74 volumes de CO^2 p. 100 ; *corps acétonique*, 2 gr. 28 pour 1.000 ; *urée* : 0 gr. 80.

Urines : *corps acétoniques totaux* 6 gr. 67 ; *albumine* + + ; cylindres granuleux.

A 14 heures : 40 unités d'insuline ; la dyspnée de Kussmaül commence à s'atténuer.

15 heures, 16 heures, 17 heures : 40 unités d'insuline.

17 h. 30 : *la dyspnée de Kussmaül a disparu* ; *tension artérielle* : 12-7.

Urines : *glycosurie* + +. *R. Legal* + +. *R. Gerhardt* + +.

Conclusion : Il est certains cas, où l'acétonurie faisant défaut, le diagnostic précis de coma diabétique restera véritablement impossible, même après autopsie.

Cependant, que le praticien se rassure, car dans l'immense majorité, ce syndrome obéit aux règles classiques, et le diagnostic en est aisé. Souvent aussi, l'absence d'acétonurie ne rend pas toujours le problème difficile, car l'allure clinique reste celle, qui est habituellement notée dans cette affection.

Toutefois, d'une manière exceptionnelle, les *comas diabétiques sans acétonurie* peuvent poser des problèmes d'ordre pratique, à résoudre au plus vite : c'est alors que *l'insulinothérapie* sera appelée à rendre de grands services pour confirmer le diagnostic de comas diabétiques.

G. Fischer.

LA DOULEUR EN OCULISTIQUE

C'est à une véritable « chevauchée » à travers l'ophtalmologie que nous a entraînés M. le Docteur Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux, dans sa conférence du 3 mai 1936.

Le résumé de cette conférence nous oblige donc à ne retenir que des notions, classiques certes, mais importantes pour le praticien au double point de vue de son instruction et de sa responsabilité professionnelles.

La mydriase a été décrite par certains auteurs comme le seul signe objectif de la douleur. En réalité c'est plutôt l'expression d'une sensation aussi bien douloureuse que voluptueuse (coït).

Des trois branches du trijumeau (lacrymal, frontal, nasal) c'est le nasal qui donne la sensibilité au globe oculaire, aux fosses nasales et à l'aile du nez.

Le malade qui souffre s'exprime de trois façons différentes ; il dira : 1° *j'ai mal à l'œil* (il sera en outre photophobe ou éprouvera une sensation de corps étranger).

Recherche le corps étranger dans le cul-de-

sac supérieur ou dans la cornée et se souvenir que toutes les affections conjonctivales ou cornéennes peuvent provoquer cette sensation de corps étranger.

Pour retourner une paupière faire regarder le malade en bas.

Pour rechercher les toutes petites ulcérations de la cornée (en dehors de l'éclairage oblique) instiller une solution de bleu de méthylène ou de fluorescéine qui vient se déposer sur les bords de l'ulcère et le colore.

En principe les affections conjonctivales s'accompagnent rarement de douleurs aiguës et si les douleurs apparaissent c'est que la cornée est touchée ; dans les kératites les douleurs deviennent vives et irradient plutôt sur le pourtour orbitaire.

Traitement : lunettes-fumées. Pansement occlusif dans la kératite, non-occlusif dans la conjonctivite. Solution de cocaïne à 4 %, I à II gouttes trois fois en cinq minutes.

Deuxième cas. — Le malade dit : *je souffre autour de l'œil.* Inspecter les bords des paupières ; y déceler l'orgelet (douloureux) en avant, le chalazion ou meibonite, en arrière (indolore) ; le premier se perce, le deuxième s'enlève.

L'ezcéma de la paupière est très douloureux, rebelle à la thérapeutique, influencé seulement par un changement de milieu.

La dacryocystite aiguë est très douloureuse et la douleur ne cède qu'à l'évacuation du pus.

Les phlegmons et les abcès de l'orbite provoquent de l'exophtalmie.

Un épaississement douloureux du bord supérieur de l'orbite est le plus souvent d'origine spécifique.

La névralgie du trijumeau peut se localiser aux branches de l'ophtalmique ; elle est si rebelle quelquefois qu'elle oblige à des interventions chirurgicales importantes (sur le ganglion de Gasser, sur ses branches, etc.), interventions qui peuvent être suivies de complications assez graves (paralysie faciale, kératite neuro-paralytique, ulcère trophique de l'aile du nez).

Enfin l'apparition des vésicules d'un zona ophtalmique est précédée dans les quarante-huit heures, de douleurs extrêmement violentes. Il est grave parce que si le nerf nasal est pris, l'œil qui est innervé par lui peut être touché (kératite surtout).

Troisième cas. — *Le malade souffre dans la tête.* — a) *L'œil est rouge.* Il s'agit d'iritis ou de glaucome. Dans l'*iritis* la pupille est petite, l'iris sale. La douleur est céphalique et non oculaire ; elle cède immédiatement à des compresses chaudes, aux instillations de sulfate neutre d'atropine au 1 %, qui vide les vaisseaux en dilatant la pupille. Si l'atropine n'agit pas, la morphine n'agira pas davantage. L'application de sangsues à égale distance du cuir chevelu et de l'angle externe des paupières est d'une efficacité remarquable et fait avorter les crises. Conseil classique : *ne pas atropiniser un œil glaucomateux* ; donc palper le globe oculaire ; pour ce, prier le malade de regarder en bas et comprimer le globe vers le plancher de l'orbite, plan résistant, et non d'avant en arrière car le fond de l'orbite est rempli de tissu à consistance molle.

Dans le *glaucome*, l'œil est dur, rouge, la pupille dilatée. L'atropinisation, répétons-le, est catastrophique. Le nitrate de pilocarpine à 1 % est indiqué. S'il ne suffit pas on aura recours à la solution huileuse d'ésérine à 1 %. Remarque : faire dissoudre l'ésérine dans l'éther ou l'alcool, faire évaporer et ajouter l'huile. Ce traitement permettra d'attendre l'intervention.

b) *L'œil n'est pas rouge.* Le malade éprouve plutôt une sensation de lourdeur, de constriction quand il s'agit de vices de réfraction (presbytie, hypermétropie, astigmatisme) ; la stase papillaire orientera le diagnostic vers une tumeur cérébrale.

La migraine ordinaire peut simuler une affection oculaire. La migraine ophtalmique ou scotome scintillant (avec hémianopsie et hémicranie opposée) est due vraisemblablement à un angiospasme encéphalique d'origine anaphylactique.

L'accès dure en général 8 à 10 heures et disparaît brusquement. On prescrira de l'acétylcholine, de la rétropituitrine ; on supprimera la cause déclenchante. Dans la migraine ophtalmoplégique la céphalée s'accompagne d'une paralysie du moteur oculaire commun. Elle se produit par accès irréguliers durant quelques heures. Elle peut être le prodrome d'une méningite de la base ou d'une tumeur cérébrale.

Dr Certain.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'anatoxine staphylococcique ; son emploi dans le traitement des staphylococcies.

Sortant des limites de l'expérimentation, l'anatoxine staphylococcique a été depuis plusieurs années largement utilisée en thérapeutique humaine. Au cours d'une étude fort importante, le Professeur R. Debré, MM. H. Bonnet et S. Thieffry rappellent tout d'abord que peu d'affections sont aussi capricieuses que les staphylococcies. Chacun doit connaître les rémissions spontanées de la furonculose, ses réveils subits après des semaines, des mois ou des années. Il est donc toujours difficile de parler, sans une observation prolongée, de la guérison d'une staphylococcie cutanée. La même difficulté se retrouve quand on veut juger de l'évolution des staphylococcies graves : ostéomyélite, septico-pyémies.

L'anatoxine préparée grâce à une toxine active constitue le meilleur agent thérapeutique des staphylococcies cutanées. Elle en assure la guérison dans environ 70 % des cas. Jusqu'à présent, les résultats sont incertains dans les staphylococcies graves et les pyonéphroses, défavorables dans les ostéomyélites.

Une bonne étude de l'action thérapeutique de l'anatoxine staphylococcique ne peut être faite qu'en s'appuyant sur des dosages humoraux de l'antitoxine spécifique.

Dans l'ensemble, la guérison après traitement coïncide avec une haute teneur du sérum en antitoxine spécifique, mais il y a quelques exceptions à cette règle.

Il faut connaître les réactions locales, focales, générales qui suivent l'injection d'anatoxine. Une technique rigoureuse doit être suivie. On ne peut se dispenser de l'injection d'épreuve d'une très petite dose d'anatoxine, car les réactions individuelles sont imprévisibles. (*Paris Médical* 6 juin 1936.)

Diabète et grossesse.

Le Docteur Jean Snoeck est l'auteur d'un travail intéressant, qui contribue à l'étude des glycémies maternelles et fœtales au moment de l'accouchement.

De l'ensemble des faits observés, on peut assurer que d'une façon générale la grossesse imprime au diabète une évolution défavorable. Elle détermine des poussées d'acidocétose chez les femmes atteintes de diabète sans dénutrition. Elle aggrave l'acidose et le trouble du métabolisme des lipides chez les femmes atteintes de diabète avec dénutrition.

Dans certaines conditions cliniques on est en droit, malgré l'emploi de l'insuline et la stricte application d'un régime bien calculé, d'interrompre une grossesse au début et parfois même de compléter cette intervention par une stérilisation définitive de la malade.

L'étude des modifications des glycémies maternelles et fœtales au cours du diabète, ou à l'occasion d'états d'hyperglycémies provoquées par différentes méthodes vient à l'appui de la théorie suivant laquelle le glucose traverse le placenta par un mécanisme de diffusion. L'étude des glycémies des nouveau-nés issus de mères diabétiques et de mères normales, montre les mêmes phases d'hypoglycémies dans les trois premiers jours qui suivent la naissance. Ces faits cadrent avec les recherches expérimentales récentes qui tendent à montrer l'imperméabilité du placenta à l'insuline. (*Bruxelles-Médical*, 7 juin 1936.)

Le lait sec chez les nourrissons.

Le lait sec est d'un usage courant dans la plupart des crèches. Il donne, en effet, chez le nourrisson, tant sain que malade, d'excellents résultats ; il faut toutefois, précise le Docteur Babonneix, qu'il soit bien préparé, que le médecin connaisse à fond ses caractères, ses variétés, sa composition, sa valeur énergétique, son mode d'emploi, ses indications et contre-indications, ses avantages et ses inconvénients. Tel est le sujet que développe l'auteur, avec sa haute compétence.

Ses résultats sont d'habitude excellents, lorsqu'on l'emploie d'une manière rationnelle. Les courbes pondérales en dents de scie ou en marches d'escalier observées parfois sont dues à des erreurs quantitatives, auxquelles il est facile de remédier après une très courte période de tâtonnements. S'il semble inférieur au lait condensé sucré dans les vomissements habituels, il lui est supérieur dans les pyodermites, auxquelles ne convient pas l'excès de sucre. Il ne produit pas

l'anorexie à laquelle expose si souvent l'emploi des laits hypersucrés. Il semble supérieur au babeurre, quand il est donné seul aux prématurés débiles. Il lui est, pour certains, inférieur quand il s'agit de compléter l'allaitement maternel.

Un seul inconvénient, celui qui est lié au manque d'eau et se traduit par des signes variés : arrêt de la croissance ; fièvre de lait sec. Quelle que soit sa pathogénie, elle cesse dès qu'on change le régime ou qu'on augmente la dilution et, inversement, elle reparaît quand on augmente la concentration protéinique ou saline. Elle est d'ailleurs si rare qu'elle ne doit, en aucune façon, faire renoncer à l'emploi de ce précieux produit, mais elle montre, une fois de plus, la nécessité d'assurer, par tous les moyens, le ravitaillement de l'organisme en eau pendant toute la durée du régime au lait sec. (*L'Hygiène sociale*, 25 avril 1936).

De l'action antiprurigineuse et analgésique du radium ; ses applications thérapeutiques

MM. P. Degrais et A. Bellot font remarquer que si en curiethérapie le pouvoir cancéricide et l'action modificatrice du radium sur les tissus angiomateux, fibreux et chéloïdiens sont plus particulièrement connus des praticiens, ses propriétés anti-prurigineuses et analgésiques sont plus ignorées, bien qu'elles soient à l'origine de nombreux bienfaits. Pour l'action analgésique du radium, n'est-il pas habituel, en effet, d'assister par exemple à la sédation rapide du symptôme « douleur » dans les jours qui suivent l'irradiation d'un cancer du col de l'utérus, avant même qu'une régression suffisante de la tumeur puisse expliquer l'état de calme, dans lequel entre la malade ? Ces faits sont d'observation quotidienne, et nombreux sont les cancéreux incurables, auxquels le radium, sans parler des survies importantes qu'il détermine, apporte l'illusion, grâce à son action sédative, d'un retour vers la guérison.

Les auteurs attirent l'attention sur le bénéfice que peuvent tirer de cette action analgésique diverses affections qui, dénuées par elles-mêmes de gravité, n'en sont pas moins parfois insupportables pour le malade, tant peuvent être accusés, pendant un long laps de temps, les symptômes prurigineux ou douloureux qui les caractérisent, symptômes si souvent rebelles aux thérapeutiques usuelles.

Ces affections sont de deux ordres : 1° certaines dermatoses inflammatoires qu'accompagne un prurit plus ou moins accentué, pouvant aller jusqu'à troubler l'existence normale du malade : eczéma, névrodermite, lichen plan et formes prurigineuses du psoriasis ; 2° prurit proprement dit et diverses algies.

L'ensemble des faits exposés par les auteurs met nettement en lumière l'action analgésique du radium tant sur les filets nerveux superficiels que sur les nerfs profonds. Par un choix judicieux, pratiqué dans la gamme de son rayonnement de pénétration progressivement croissante, il est permis de l'opposer efficacement aussi bien aux simples prurits et lésions prurigineuses qu'à un grand nombre de névralgies ; en raison de la résistance que rencontrent parfois les thérapeutiques opposées à ces affections, sans doute n'était-il pas sans intérêt de rappeler l'aide que peut apporter à leur guérison la curiethérapie.

(*Le Monde Médical*, 1er mai 1936.)

Septicémies streptococciques. Importance des infections préexistantes

Le Docteur Massias met en valeur l'importance des lésions pré-existantes : rupture de grossesse tubaire et colibacillurie, endocardite ancienne, anémie et grossesse, pyélonéphrite staphylococcique, paludisme chronique, etc... Les lésions traumatiques associées, perforations gastriques et pulmonaires, la fracture du crâne chez un sénile sont d'une grande importance. Chez quatre malades la sérothérapie avec le sérum antistreptococcique de H. Vincent a permis quatre guérisons. La précocité de la sérothérapie est indispensable ; elle a considérablement amélioré le pronostic des septicémies streptococciques. Le traitement chirurgical lui sera associé pour atteindre le foyer initial : drainage large, exérèse si elle est réalisable. (*Le Progrès Médical*, 7 mars 1936.)

Les pleurésies séro-fibrineuses au cours du pneumothorax artificiel.

Au cours de son étude, M. R. Masson retient surtout la grande différence de signification qui sépare les pleurésies séro-fibrineuses *a frigore*, première manifestation de l'atteinte tuberculeuse, survenant chez des sujets jusque-là indemnes, de ces pleurésies séro-fibrineuses au cours du pneumothorax artificiel.

Ici, en effet, la pleurésie n'est qu'un élément de plus dans le bilan général de ces malades atteints de tuberculose, elle ne représente qu'une poussée inflammatoire pleurale occasionnelle, advenus sous l'empire des lésions tuberculeuses sous-jacentes, et capable de se reproduire ; elle ne comporte pas de signification pathologique nouvelle et générale. Mais son retentissement sur la collapsothérapie peut être parfois décisif et capital. C'est à ce titre qu'elle présente un grand intérêt et qu'elle exige beaucoup d'attention.

Pour tant, dans l'ensemble, il faut en souligner la bénignité relative. Le pneumothorax institué avant l'apparition de la pleurésie séro-fibrineuse, doit pouvoir être poursuivi, bien souvent, après sa disparition. (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La grippe : étude épidémiologique et clinique

(M. Ed. JOLTRAIN ; 2-6-1936)

M. Ed. Joltrain, médecin-inspecteur des épidémies, présente une intéressante étude sur la grippe considérée au point de vue épidémiologique, clinique et thérapeutique.

La grippe est une maladie contagieuse, essentiellement épidémique et qui confère l'immunité. Elle ne frappe pas tous les sujets, mais de préférence ceux d'un âge déterminé. Chaque épidémie a son *génie*, sa physionomie propre. C'est ainsi que l'on voit apparaître la grippe en Europe tous les quinze à vingt ans. L'épidémie la plus sévère fut celle de 1888-1889 qui a frappé davantage les vieillards. La fameuse épidémie de 1918 n'atteignit pas, au contraire, les vieillards, la plupart ayant été plus ou moins frappés déjà en 1889. Elle se multiplia chez les adultes et surtout les jeunes gens. Dans l'épidémie de 1934-1935, enfin, ce sont surtout les enfants qui ont été atteints. Ces particularités relèvent des immunisations dues aux épidémies antérieures.

Une notion importante à connaître est la suivante : tout ce qui débilite l'organisme prédispose à la grippe. Les épidémies succèdent, à la disette dans l'antiquité, à une révolution en 1848, à la grande guerre en 1918, à la crise économique en 1934-1935. Le surmenage, les chocs émotifs, la restriction alimentaire jouent un rôle nettement prédisposant.

Nous ne connaissons pas l'agent pathogène de la maladie. Nous savons seulement qu'il s'agit d'un virus filtrant, inoculable au singe et que la grippe ne devient grave que par ses complications, dues au pneumocoque, au bacille de Pfeiffer, au staphylocoque, au streptocoque.

Au point de vue clinique (et M. Joltrain envisage principalement l'épidémie de 1934-1935), deux signes se montrent au début : la courbature et les maux de tête. Les moindres mouvements sont pénibles. L'épistaxis, qui était fréquente en 1918, l'a été beaucoup moins en 1934-1935. Température à 38°, 39°, 40° ; anorexie, rhino-trachéite fréquente. L'affection dure trois ou quatre jours (dans l'épidémie de 1934) et la fièvre tombe. On a noté une dissociation du pouls et de la température.

La gravité d'une épidémie progresse avec sa durée, ce qu'explique l'exagération de la virulence microbienne par les passages successifs sur différents sujets.

Le meilleur moyen de résister à la maladie, c'est de lui opposer un terrain réfractaire. Comme médications préventives, on peut recommander l'alcool, le quinquina ou la quinine. En 1918, les paludéens revenant de Salonique, soumis à la quinine, ont paru résister à la grippe.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la grippe. Les vaccins ont été préconisés contre les complications dues au staphylocoque, au pneumocoque, au streptocoque. La sérothérapie anti-streptococcique de Vincent s'est montrée efficace dans certains cas. Le bactériophage anti-staphylococcique n'a jamais donné de résultats. Les vaccins ont de nombreux partisans : par voie buccale, ils paraissent sans danger.

Pendant l'épidémie de 1918, un des microbes d'infection secondaire, le plus grave, fut le bacille de Friedländer. Il provoquait des pneumonies massives avec cyanose faisant penser à la peste pulmonaire. En 1935, aucune complication à bacille de Friedländer n'a été constatée.

La thérapeutique doit rester sur le terrain rationnel. Aujourd'hui, combien d'amis trop zélés et de parents trop avertis conseillent aux malades des médications intempestives.

Vaccination antirabique par les vaccins phéniqués

(MM. P. REMLINGER et J. BAILLY ; 9-6-1936)

La vaccination antirabique par les moelles nonvirulentes serait évidemment souhaitable si elle devait donner des résultats aussi satisfaisants que la vaccination pastorienne initiale par moelles virulentes atténuées. On a essayé, dans cet ordre d'idées, les vaccins phéniqués, que M. Fermi a été le premier à utiliser.

MM. Remlinger et Bailly ont fait, chez le lapin et chez le chien, sur cette question, une série d'expériences qu'ils communiquent à l'Académie. Rapprochant de ces expériences, les résultats fournis par différents Instituts, les auteurs concluent que les vaccins phéniqués antirabiques doivent être pris en considération. S'il est certes hasardé de prétendre que l'acide phénique jouit de propriétés spéciales de nature à renforcer le pouvoir immunisant des émulsions vaccinantes, il est du moins établi que cet agent détruit leur virulence sans nuire à leur pouvoir antigène. On peut ajouter que la dose journalière de phénol injectée ne saurait être toxique. Même des néphritiques ont pu, sans le moindre accident, être soumis au traitement.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Les formes camouflées de l'anémie de Biermer

(M. Ed. BENHAMOU et Mlle C. MARILL ; 20-3-1936)

Ces formes masquées de l'anémie de Biermer, camouflées par une autre affection (par exemple une tuberculose pulmonaire évolutive) ne sont peut-être pas aussi rares lorsqu'on recherche plus systématiquement les stigmates hématologiques gastriques et neurologiques de cette anémie hyperchrome essentielle. C'est ainsi que les auteurs ont pu déceler une maladie de Biermer d'abord chez une malade atteinte de néphropathie chronique, puis chez une autre atteinte de dissociation auriculo-ventriculaire avec aortite chronique et artérite des membres inférieurs.

Ce qu'il faut retenir surtout, c'est la sanction thérapeutique que justifient de telles associations morbides. En présence d'une anémie grave, au cours d'une affection viscérale et d'une infection chronique, il importe de rechercher tous les stigmates de l'anémie hyperchrome essentielle : bilirubinémie indirecte élevée, la macrocytose hyperchromique, la mégaloblastose, la langue de Hunter, l'achylie gastrique, la perte du sens vibratoire, la « pluie » réticulocytaire après épreuve thérapeutique, la fièvre inexpliquée. Et c'est ainsi, sans doute, qu'on sera encouragé à intensifier, à prolonger la cure de foie de veau ou d'estomac desséché, qu'on pourra dépister ces formes camouflées, masquées, de la maladie de Biermer, qu'on a déjà observées bien des fois et dont les auteurs apportent aujourd'hui deux exemples particulièrement probants, et qu'on pourra modifier peut-être le pronostic de certaines néphropathies et de certaines cardiopathies fébriles cryptogénétiques.

Méningite tuberculeuse à bacilles bovins et à point de départ intestinal chez un nourrisson vacciné « per os » au B. C. G.

(MM. P. ROHMER et Albert VALLETTE ; 27-3-1936)

Il s'agit d'un enfant vacciné au B. C. G. par la bouche sans incident particulier. Il n'avait jamais été nourri au sein ; l'alimentation artificielle avait été contrôlée de très près. Vers un an, il avait pris des bouillies et légumes, avec exceptionnellement un peu de beurre cuit. Surveillé par une infirmière visiteuse et par un médecin, il avait toujours été un enfant gros et robuste. A l'âge d'un an, il fut revacciné au B. C. G. par la bouche selon la technique habituelle ; une quinzaine de jours plus tard, il fut atteint de quelques troubles intestinaux sans gravité. Au bout de six semaines élévation de la température, vomissements, abattement, puis signes de méningite ; présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien et bientôt décès par méningo-encéphalite tuberculeuse. A l'autopsie, infection tuberculeuse à bacilles bovins ; les lésions entéro-mésentériques et hépato-spléniques, l'absence complète de toute espèce de lésion tuberculeuse pulmonaire, prouve de toute évidence que c'est la voie intestinale qui a servi de porte d'entrée à l'infection.

Pas de trace d'une infection par les parents ou l'entourage ; son origine alimentaire est aussi impossible à prouver que l'hypothèse d'une contamination interhumaine. Quant au rôle du B. C. G., c'est une série de coïncidences extrêmement troublantes : revaccination par la bouche, infection que l'on peut situer à une époque contemporaine de cette revaccination, voie d'entrée intestinale, début des troubles digestifs quelques semaines après la revaccination, présence de bacilles bovins dans le pus d'un ganglion mésentérique caséeux et dans le liquide céphalo-rachidien.

— M. GUÉRIN démontre combien l'identification d'un bacille tuberculeux extrait d'un organisme est délicate. La contamination d'un enfant par le bacille tuberculeux de type bovin est sans doute beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit ; car, le plus souvent, quand un enfant meurt de méningite on ne procède pas à une identification délicate, et parfois incertaine. Cet auteur, après avoir étudié les fiches des autres enfants vaccinés avec le même produit que le petit malade estime que le bacille tuberculeux isolé, du type bovin, ne peut avoir son origine dans le vaccin B. C. G. absorbé par l'enfant.

— MM. LESNÉ et SAENZ admettent que le cas rapporté par M. ROHMER pose le problème du rôle de la tuberculose bovine dans la contamination humaine. Les dernières statistiques parues ne permettent pas de nier son importance, surtout en Angleterre et dans les pays scandinaves où elle est très répandue. En France, elle est plus rare, parce que les enfants ne consomment que du lait stérilisé et que la source principale de contamination par le bacille bovin est évidemment l'absorption de lait cru de vache, surtout à la campagne, ou de lait insuffisamment stérilisé pendant une période plus ou moins longue.

M. MARFAN. — La seule conclusion permise, c'est que cet enfant n'avait pas été prémuni par l'ingestion du B. C. G. Il peut arriver, en effet, que le vaccin traverse le tube digestif sans être absorbé ; ou bien, s'il est absorbé, il peut arriver qu'il ne détermine pas les réactions qui aboutissent à l'état de prémunition, ou que ces réactions soient faibles et transitoires. En pareil cas, si l'enfant qui a reçu le B. C. G. est exposé à l'infection, il sera contaminé comme s'il n'avait pas été vacciné. Toutes les méthodes de vaccination peuvent échouer, aussi bien la jennérienne que l'antityphique, l'antidiphtérique, l'antirabique.

G. F.

Les Congrès

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(XVe session-juin 1936)

CONFÉRENCES

Vitamines C et troubles mentaux

Par M. le Professeur G. VERMEYLEN

Les expériences faites par Demole sur l'animal et notamment sur le cobaye, montrent que la carence vitaminée entraîne toujours des troubles nerveux consistant en changements d'humeur, perte de l'initiative, irritabilité et apathie.

Chez l'homme, l'hypovitaminose de la fin de la période hivernale pourrait, d'après Demole également, être cause de la sensibilité particulière aux infections et de la plus grande fréquence des troubles mentaux constatés à cette époque.

Bersot a étudié la courbe d'élimination par les urines de l'acide ascorbique (nom donné par Georgi à la vitamine C). Les catatoniques ont une courbe d'élimination nulle, les paranoïdes présentent une montée très lente de la courbe, les déments séniles un retard de l'élimination avec chute rapide de la courbe. D'une manière générale, les malades mentaux se comportent comme des hypovitaminés et cette hypovitaminose semble aller de pair avec l'alcalose constatée chez ces mêmes malades.

Plaut et Bulow ont noté dans cinq cas de démence précoce la diminution massive de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans l'ensemble, on peut actuellement considérer que les phénomènes de précarence accompagnent, au même titre que les modifications du métabolisme de base et de l'équilibre acide-base, l'éclosion de certains désordres mentaux et entrent en jeu comme cause ou effet dans leur évolution.

Les troubles vaso-moteurs réflexes d'origine traumatique. Leur pathogénie et leur traitement

par M. le Professeur F. ALBERT, de Liége

Les traumatismes des membres, et particulièrement les traumatismes articulaires et para-articulaires, entraînent immédiatement des troubles vaso-moteurs réflexes. Ceux-ci peuvent persister pendant un temps variable. Tantôt, ils s'amendent spontanément, tantôt ils se prolongent et deviennent alors la cause de troubles physiopathiques, bien étudiés par Babinski et Froment, qui sont parfois extrêmement graves et particulièrement tenaces.

On peut observer des hypotonies et des atrophies musculaires, de grosses infiltrations des tissus, des parésies et des contractures, des modifications thermiques, des altérations des phanères, de l'ostéoporose, etc... On sait jusqu'à quel point ces complications peuvent aggraver et prolonger l'invalidité des blessés.

Le traitement préventif des troubles physiopathiques se trouve dans la suppression de ces réflexes vaso-moteurs par infiltration anesthésique de la zone traumatisée. L'infiltration peut se faire plus ou moins près du moment de l'accident traumatique.

Le résultat sera d'autant plus complet, que le traitement aura été plus précoce. Une fois les troubles installés, la même infiltration anesthésique peut encore être effective, à la condition que les accidents physiopathiques soient peu graves.

Dans les cas plus importants, on pourra avoir recours à toute la gamme des interventions sympathiques et vaso-motrices.

La perméabilité cutanée aux médicaments et poisons

Par M. le Professeur E. BÜRGI, de Berne

L'acide carbonique dissous dans l'eau pénètre la peau humaine à partir d'un certain degré de concentration. L'hydrogène sulfuré est également absorbé par le revêtement cutané, mais à un degré de concentration très faible ; de hautes concentrations provoquent un œdème qui oppose une résistance à l'entrée du gaz. Si l'on ajoute du sel de cuisine dans les solutions de ces deux gaz dans l'eau, on constate que leur capacité de pénétration diminue. Il en est encore ainsi pour Cl_2Ca et SO_4Na_2. Le sel de cuisine, l'iodure de potassium pénètrent la peau en très petite quantité.

Les narcotiques de la série grasse s'absorbent aussi par la peau et on peut constater leur présence dans l'air expiré et souvent effectuer par cette méthode d'application, une action narcotique. Avec le tétrachlorure d'éthane on a même pu provoquer en dix-vingt minutes une narcose complète chez des lapins. On ne peut obtenir de telles actions qu'avec des produits dont le point d'ébullition est supérieur à 80°. Le camphre, appliqué sous forme d'huile camphrée, de vin camphré ou d'alcool camphré, est absorbé par la peau humaine et on le retrouve facilement dans l'air et l'expiration. Certains anesthésiants locaux, comme

la cocaïne, la percaïne, etc., pénètrent la peau, mais en trop petite quantité pour pouvoir provoquer une insensibilité notable.

L'asthme de l'enfant

Par le Docteur Achille HAIBE, de Namur

Il importe de faire la distinction entre l'asthme du *jeune* enfant ou *asthme infantile proprement dit* et l'asthme du *grand* enfant dénommé *asthme juvénile.*

L'asthme infantile proprement dit apparaît de la naissance à 6 ans. Il est généralement d'origine *digestive* : c'est un asthme anaphylactique alimentaire. L'hérédité domine l'étiologie ; on retrouve de l'asthme ou des parentés morbides de l'asthme chez les ascendants. La pathogénie reste obscure et complexe malgré les nombreuses recherches effectuées pendant ces dernières années pour en pénétrer le mystère. C'est un asthme catarrhal humide. L'élément vaso-sécrétoire domine la scène. L'accès est caractérisé par une dyspnée intense avec polypnée et fièvre. La toux, souvent quinteuse, ne ramène pas de crachats. Les crises sont longues et violentes, mais espacées. La notion classique que l'asthme infantile proprement dit guérit *spontanément* doit être réformée. Cette règle comporte d'assez nombreuses exceptions. On ne peut systématiquement escompter, *sans traitement*, la guérison de l'asthme infantile. Le traitement vise le terrain constitutionnel, et les facteurs asthmogènes.

L'asthme du *grand* enfant ou asthme juvénile éclate de 6 à 15 ans ; rarement avant la sixième année.

Il est d'origine *réflexe respiratoire*. Il ne se distingue guère des formes observées chez l'adulte dont il partage le caractère tenace et rebelle. Il évolue à la façon d'un asthme sec et spasmodique. L'asthme juvénile se greffe volontiers sur des séquelles de catarrhes respiratoires ; aussi est-il habituel dans les climats humides qui prédisposent aux refroidissements. Ces catarrhes créent les épines irritatives microbiennes, reliquats infectieux qui deviennent le point de départ des crises par irritation toxinique des terminaisons nerveuses correspondantes.

Chez le sujet prédisposé (terrain arthritique, déséquilibre vago-sympathique), l'épine irritative joue le rôle déchaînant. Ainsi s'explique le mécanisme réflexe de la crise : le processus inflammatoire irrite les terminaisons nerveuses et celles-ci, par voie centripète, le centre pneumo-bulbaire. La crise est, dans ces cas, consécutive aux réchauffements des épines irritatives.

La bactériothérapie (auto-vaccins et antivirus correspondants) constitue le traitement de choix. Elle doit être réservée aux seuls cas où on découvre des antécédents naso-pulmonaires ayant créé une épine microbienne à l'un des étages de l'arbre aérien. Appliquée précocement, avant l'ère des complications, elle donne des résultats rapidement favorables dans 80 % des cas.

Les gliomes du cerveau. Diagnostic, traitement opératoire et résultats éloignés

Par le Docteur L. PUSEPP, de Tartu (Esthonie)

Ce sont les gliomes qui par leur fréquence occupent la première place parmi les diverses tumeurs du cerveau. Cushing en a observé 40 %, Dandy 60 %.

Le traitement du gliome est surtout opératoire, les rayons X ne donnant pas de résultats satisfaisants.

Dix ans de consultations contre la stérilité conjugale à Lariboisière

Par M. le Docteur DEVRAIGNE

L'auteur expose sa pratique de dix années de consultations au centre de traitement contre la stérilité de la Maternité de Larboisière. Plus de 3.500 femmes y ont été inscrites à l'heure actuelle, venant de Paris et de tous les coins de la France.

Les résultats sont très encourageants puisqu'ils dépassent 20 %, et à coup sûr tous les résultats positifs ne sont pas connus, des femmes menant parfois ensuite leur grossesse en banlieue ou en province sans venir en parler.

La malaria chez l'enfant

Par M. le Professeur R. JEMMA, de Naples

La malaria de l'enfant est une entité morbide distincte de la malaria de l'adulte ; elle en diffère par, son développement, son décours, sa symptomatologie. On recherchera, spécialement, chez le nourrisson la présence des syndromes tumultuaires ou atypiques, faciles à déceler, ainsi que la présence du parasite dans le sang. Quand une telle recherche n'est pas possible, la nécessité d'un traitement spécifique s'impose même quand le diagnostic n'est pas certain.

A signaler la grande tolérance des enfants pour la quinine et l'indication de la cure sanatoriale.

P. LACROIX

Les Thèses

P. — Dr J. Levernieux. — **Essai de traitement par les hormones de la poussée menstruelle des tuberculeuses.** (Thèse, 1936.)

La poussée menstruelle de la tuberculeuse se présente comme un ensemble de phénomènes cliniques dont le principal est l'hyperthermie.

Mais cette hyperthermie est rarement isolée. Elle s'accompagne de douleurs, d'irrégularité du flux menstruel, de réactions focales, et enfin des troubles objectifs de l'insuffisance ovarienne.

La poussée menstruelle est une période d'instabilité où peuvent survenir toutes les complications pulmonaires.

Le substratum physiologique de la poussée menstruelle est un déséquilibre hormonal complexe où prédomine le plus souvent l'hypofolliculinémie.

Dans ces cas, la folliculine, injecté pendant dix jours après les règles à raison de 1.000 un. internationales par jour, possède indubitablement une action heureuse sur l'ensemble de la poussée menstruelle et particulièrement sur l'hyperthermie.

P. — Dr G. Philippe. — **Sur le mode d'action des vaccins en thérapeutique.** (Thèse, 1936.)

Le Docteur G. Philippe a cherché à pénétrer le mode d'action des vaccins en thérapeutique, en particulier d'après les réactions sanguines constatées après injections de divers vaccins. Il conclut :

1° Que les vaccins ont une action première spécifique, immunisante ;

2° Une action seconde de choc obtenue avec des doses fortes ;

3° Une influence très fréquente sur l'équilibre vago-sympathique.

P. — Dr L. Peschard. — **Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la puerpéralité.** (Thèse, 1936.)

Pour l'auteur, si les conditions matérielles, sociales et psychiques de la femme sont bonnes, l'état de grossesse n'est pas un élément absolu d'aggravation de la tuberculose. Il existe même un phénomène particulier qui fait que tout se passe comme si un sursis était accordé jusqu'à l'accouchement.

A l'accouchement et dans les suites de couches, il n'y a aggravation de la tuberculose que dans les formes où l'évolution s'annonçait sévère. Toutefois, le phénomène particulier qui réalise une stabilisation paradoxale pendant la grossesse, rend compte, dans ces cas, de la brutalité de l'évolution dans le *post-partum*.

Toutes les fois, où l'on a été surpris après l'accouchement par une évolution imprévue, il n'y avait pas eu d'examens antérieurs à la grossesse et à l'accouchement.

L'hypothèse d'une lésion latente ayant passé inaperçue à cause de l'insuffisance ou de l'absence d'examen pulmonaire dans ces cas, paraît être la plus vraisemblable.

En présence d'une femme enceinte, étant donnée l'importance des manifestations latentes de tuberculose, il importe donc de réaliser un examen systématique au point de vue pulmonaire, y compris l'examen radiographique et si l'on découvre des manifestations de tuberculose latente, ou s'il y a suspicion, mettre les femmes en surveillance active.

THÉRAPEUTIQUE

Association opothérapique thymo-orchitique

Par A. Arthus et S. Dejust-Defiol

Il nous a paru intéressant de rapporter ici les essais physiologiques et cliniques que nous avons faits avec une opothérapie pluriglandulaire associant l'extrait total testiculaire à l'extrait thymique total.

C'est à dessein que nous avons employé ces extraits totaux.

Si, comme le constataient récemment encore Guy Laroche et E. Cantillo, les acquisitions récentes en la connaissance des hormones cristallisées présentent un énorme intérêt pour les recherches du laboratoire, les praticiens ne doivent adapter à la clinique qu'avec prudence et modestie les découvertes de la chimie biologique.

Ce n'est pas témoigner d'un esprit retardataire.

Le comportement d'une hormone varie avec les conditions physiologiques dans lesquelles elle se trouve placée. Une hormone isolée ne subit plus les influences antagonistes auxquelles elle est soumise au niveau de la glande dont elle provient, influences antagonistes qui constituent un *frein physiologique* à son activité.

On peut inhiber fonctionnellement une glande endocrine en faisant jouer une de ses hormones

séparée des autres et provoquer, par exemple, l'impuissance sexuelle par des injections d'hormone antéhypophysaire ou testiculaire pure.

Nous avons essayé de nous placer dans la position d'esprit actuellement raisonnable en clinique : réserver à des cas précis, rigoureusement déterminés, l'usage des hormones isolées, mettre à profit dans la pratique courante, surtout en présence de troubles relevant de déficiences pluri-hormonales, les avantages offerts par les extraits totaux, extraits certes grossiers, mais proposant à l'organisme l'ensemble des hormones d'une glande avec leurs synergies respectives.

Dans ce même esprit, nous avons cherché à obtenir une opothérapie renforcée, pluriglandulaire et plurihormonale, associant des organes producteurs de principes agissant dans le même sens.

Mais le fait d'associer deux principes d'action analogue ne permettant pas, *a priori*, d'affirmer que, donnés simultanément, leurs effets s'additionnent, il nous a semblé fécond de commencer par étudier chez l'animal, les effets de cette association.

Nous n'insisterons pas sur les indications cliniques de ces deux extraits. Le rôle joué par le thymus au cours de l'évolution endocrinienne, notamment dans les phénomènes accompagnant la croissance et la puberté, est encore mal précisé.

A Lereboullet et à ses élèves revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur l'action heureuse de l'opothérapie thymique vis-à-vis du développement des organes génitaux chez l'enfant. A Hammar, Ascher, Nownisky, et tout récemment Hanson et Rowntree, celui d'avoir, par leurs essais chez l'animal, contribué à démontrer l'action de cette glande à la fois sur le développement et la croissance, mais également sur la fertilité.

Quant à l'opothérapie orchitique (la première opothérapie connue), elle a fait ses preuves depuis le rajeunissement fameux de Brown-Séquard.

Nous nous sommes servis, pour nos essais, d'un extrait buvable : 50 % extrait thymique, 50 % extrait orchitique, extrait hydro-alcoolique pratiquement désalbuminé et délipoïdé.

Essais physiologiques.

Au cours des essais physiologiques (A. Arthus, M. Loureau, G. Silvestre de Sacy. *Ann. thér. biol.* 1934), nous n'avons pas étudié la thymectomie. Nous avons, au contraire, utilisé des sujets normaux, choisis au moment de la croissance active entre le sevrage et la puberté.

Sur cinq rats mâles d'une même portée, trois reçurent chaque jour à la pipette des doses croissantes (2, 5, 7 gouttes d'extrait). Deux rats furent conservés comme témoins.

Au bout de trois semaines, une différence nette entre les deux lots d'animaux s'exprimait ainsi :

Animaux témoins :

Poids initial	28 grammes
Poids 3 semaines après	40 gr. 5

Animaux traités :

a) Poids initial	29 grammes
b) Poids initial	29 grammes
c) Poids initial	30 grammes
a) Poids après 3 semaines de traitement	60 gr. 5
b) Poids après 3 semaines de traitement	61 grammes
c) Poids après 3 semaines de traitement	60 gr. 5

Les deux testicules d'un témoin pesaient 550 milligrammes.

Ceux des animaux traités pesaient respectivement : (*a*) 700 milligrammes, (*b*) 750 milligrammes, (*c*) 1.050 milligrammes.

Nous avons également vérifié l'action de l'extrait thymus-orchis sur le développement du tractus génital des rates.

Sur quatre femelles d'une même portée, trois reçurent journellement à la pipette 5, 7 puis 10 gouttes du mélange plurihormonal, une fut conservée comme témoin. L'expérience dura trois semaines.

Chez deux des femelles traitées on constata l'ouverture précoce du vagin, chez l'une au douzième jour, chez l'autre au dix-neuvième jour du traitement. A l'autopsie, on distinguait au niveau des ovaires des follicules visibles à l'œil nu en bien plus grande abondance que chez le témoin. La même précocité de l'ouverture du vagin sous l'influence du traitement se vérifia au cours d'une seconde expérience. A l'autopsie, les cornes utérines des rates traitées présentaient un diamètre supérieur (près du double) à celui des rates non traitées.

Essais cliniques.

Nous avons employé l'extrait sous deux formes :

a) injectable par voie parentérale (2 c. c. correspondant à 20 grammes d'organes totaux).

b) buvable : (ampoules de 5 c. c. correspondant à 25 grammes d'organes totaux : testicule et thymus à parties égales) ou dragées. Chaque dragée contenant 5 grammes d'organes totaux (6 à 10 dragées par jour).

Il nous est arrivé fréquemment de combiner les deux voies : de procéder à trois injections par semaine et d'administrer les produits actifs par voie orale durant les jours intercalaires.

Retards du développement.

Nous nous sommes d'abord adressés, chez le jeune enfant, aux syndromes imputables à une insuffisance thymo-orchitique : troubles du développement, arrêt de la croissance staturale, du développement intellectuel, enfants présentant un embonpoint anormal coïncidant avec un arrêt de la poussée en hauteur.

Chaque fois qu'il a été possible, nous avons fait procéder à l'examen interférométrique du sujet : trois fois seulement sur huit cas considérés (enfants de 6 à 8 ans) la déficience thymique était décelable. Malgré l'absence d'une insuffisance thymique constatable, six de ces enfants réagirent très nettement au traitement.

Les améliorations les plus rapides se dessinèrent, dans un cas, à la fin du premier mois, en général, entre le deuxième et le troisième mois du traitement.

Ces améliorations portèrent sur la taille en hauteur (dans un cas, augmentation de 3 centimètres en un mois), sur la force musculaire (diminution de la fatigabilité à la marche, à l'effort), sur l'état mental (modification du caractère, éveil de l'attention, aptitude plus marquée à l'étude).

Chez un mongolien de 9 ans dont l'insuffisance de développement physique et intellectuel très accentuée s'accompagnait de manifestations perverses, cruauté, kleptomanie, gloutonnerie, colères impulsives, la combinaison du traitement par voie parentérale (douze piqûres en trois semaines) avec le traitement oral (dix dragées par jour) détermina, au bout de deux mois, une énorme amélioration : accroissement de 2 centimètres, diminution des périodes de dépression, transformation appréciable de l'habitus, l'enfant est moins violent, son appétit est régulier sans crise de voracité. L'enfant fait des efforts pour comprendre.

Cet enfant présentant une malformation des maxillaires, surtout marquée au maxillaire inférieur avec glossoptose, malformation rendant l'élocution pénible, vient d'être appareillé. Le traitement thymo-orchitique est continué pendant trois semaines chaque mois.

Cryptorchidie. Syndrome adiposo-génital.

Les cryptorchidiques présentent généralement, à des degrés variables, le tableau du syndrome adiposo-génital.

A l'ectopie testiculaire uni ou bilatérale, à la petitesse des testicules s'ajoute cette obésité « plus caractéristique par sa répartition que par son abondance » et l'absence de développement, voire même la régression, des caractères sexuels secondaires.

Le tissu adipeux respecte les extrémités, mains, pieds, se localise à la région mammaire, aux hanches, aux fesses, à la région sus-pubienne. La peau est lisse, froide, sans trace de pilosité, l'aspect est « féminin ».

A l'asthénie physique correspond une asthénie psychique, la somnolence, l'apathie. La taille peut être normale, le poids est presque toujours trop élevé.

Après avoir écarté la possibilité d'une tumeur de l'hypophyse ou d'une syphilis héréditaire (nombre de dystrophies relevant de cette affection, non par action directe, mais par l'intermédiaire des endocrines lésées par le tréponème), nous avons traité des malades dont l'état nous semblait exactement correspondre au syndrome adiposo-génital non hypophysaire (M. Labbé, H. Stévenin) dans l'apparition duquel une part importante semble provoquée par une lésion des glandes génitales (Hutinel).

En même temps que le traitement opothérapique, nous avons institué pour ces malades un régime alimentaire ne diminuant que modérément la quantité d'hydrates de carbone et de graisses.

Ces obèses sont des enfants en voie de croissance, il ne faut pas restreindre sur les éléments nécessaires à celle-ci.

Il ne faut pas chercher l'abaissement du poids, mais d'abord maintenir le poids stationnaire. Il redeviendra lentement ascendant à mesure que s'effectuera le développement du sujet.

Nous avons combiné à l'opothérapie la culture physique surveillée et l'hydrothérapie.

Nous avons ainsi traité neuf malades. Sur quatre cryptorchidies qui n'avaient pas donné de retentissements appréciables sur l'état général, nous avons constaté trois descentes complètes sans intervention, une descente insuffisante ; mais ce succès incomplet facilita néanmoins l'opération consécutive. Chez ces quatre sujets, l'accroissement normal s'effectua, en taille et en poids, sans adiposité.

Les cinq autres présentaient à des degrés divers les caractères des adiposo-génitaux.

Ils sont encore actuellement en traitement. Chez deux d'entre eux, la descente testiculaire s'est effectuée en deux mois, chez les trois autres, on constate qu'un seul testicule a repris sa place normale (en ce même temps), mais que le second a augmenté de volume et est devenu mobile.

On note chez tous une modification « virile » de l'aspect, dans quatre cas sur cinq un arrêt de l'embonpoint, la taille croissant sans entraîner une modification du poids. L'entourage signale une transformation indiscutable du caractère.

Nous renvoyons d'ailleurs à la thèse de notre collaborateur le Docteur Chabreyroux (Paris, 1934), avec lequel nous avons commencé ces essais en 1932. On y trouvera déjà une série d'observations significatives.

Cette action sur le système génital est loin d'être évidente et rapide, trois à cinq mois de traitement, parfois plus, sont au moins nécessaires.

Les testicules ectopiques une fois descendus dans les bourses, le traitement doit être poursuivi, car le développement normal de ces glandes risque de ne s'effectuer que fort lentement.

L'adiposité s'efface seulement lorsque le développement du « type masculin » s'affirme.

Le développement intellectuel est presque toujours favorablement influencé.

L'observation ci-dessous nous semble intéressante à rapporter :

Nicolas Arg..., 17 ans 1/2, vient consulter pour anémie. Il mesure 1 m. 45. Le poids est de 31 kilogrammes ; la tension artérielle au Vaquez de 6-10 1/2.

On note l'absence complète de système pileux de cet adolescent. La peau est sèche, pulvérulente, presque ichtyotique. Il se plaint de frilosité, se fatigue très facilement.

L'examen n'indique aucune anomalie autre que l'existence d'un testicule atrophié à gauche, alors que le droit est normal. Le réflexe crémastérien gauche est aboli.

L'enfant a fait à 16 ans une cure d'extrait orchitique en poudre (il en ignore la posologie) et s'en était trouvé moins fatigable, plus apte au travail.

Il s'est mis au traitement avec le mélange : extrait thymique — extrait orchitique à parties égales utilisé au cours de cette expérimentation (androsthénol buvable 25 grammes par jour), pendant vingt jours par mois, du 12 octobre à décembre 1935.

Le 17 décembre 1935, le poids est passé à 36 kilogrammes. L'enfant se trouve plus fort, un léger duvet apparaît sur le visage.

La frilosité persiste, mais la fatigabilité est moins grande.

Le testicule n'a pas varié de façon appréciable.

Le traitement est poursuivi jusqu'en avril (arrêt ce mois).

En mai, l'enfant examiné est transformé. Le système pileux se développe rapidement. Le testicule est nettement augmenté de volume. Le réflexe crémastérien gauche est rétabli.

La tension est normale : 7-11 1/2. L'amélioration physique s'accompagne de modifications mentales intéressantes.

Opothérapie thymo-orchitique chez la femme.

En collaboration avec Chabreyroux nous avions, dès 1933, essayé, comme le conseilla le Professeur Lereboullet aux Journées médicales de Bruxelles en 1935, l'action des extraits thymo-orchitiques chez la femme lors d'aménorrhées juvéniles accompagnées d'obésité ou lors de troubles de la ménopause répondant mal à la thérapeutique actuelle.

Chabeyroux a rapporté ailleurs ces quelques cas :

Utilisant le même extrait que cet auteur : androsthénol en dragées à la dose de huit par jour = 40 grammes d'organes totaux, le premier mois, six dragées par jour = 30 grammes d'organes totaux, les mois suivants pendant vingt jours par mois, nous avons fait disparaître trois états d'aménorrhée sur sept mis en traitement. Ces jeunes filles, aménorrhéiques, obèses, avaient reçu des extraits ovariens totaux, puis de l'hormone de l'hypophyse antérieur et de la folliculine sans résultat.

Nous n'avons constaté que des variations insignifiantes de l'obésité.

Une de ces aménorrhée non encore réduite que nous continuons à observer retient particulièrement notre attention. La malade, âgée de 17 ans (taille normale, caractères sexuels secondaires normaux, corps thyroïde normal) présentait un état d'arriération mentale complet avec apathie, indifférence, hébétude.

Au bout de deux mois de traitement, l'entourage de l'enfant qui ignore la nature du traitement actuel (père et mère paysans) constate que l'enfant s'éveille, essaye de travailler, s'intéresse. On remarque en même temps un arrêt complet de l'embonpoint et l'apparition deux à trois fois par jour de bouffées de chaleur. La médication est continuée.

Au cours des troubles de la ménopause, nous devons également signaler un résultat excellent chez une femme de 52 ans présentant des troubles vaso-moteurs intenses, dont l'examen interférométrique décelait un thymus en dysfonctionnement.

Les extraits thymo-orchitiques nous ont enfin donné de bons résultats chez l'adulte (doses moyennes six à dix dragées par jour) dans la spermatorrhée et dans tous les états de surmenage, les crises dépressives avec asthénie, nosophobie dont l'agénésie et l'impuissance sexuelle sont l'aboutissant.

Cette étude que les résultats obtenus nous engagent à poursuivre nous a permis de vérifier comment le thymus et les glandes génitales exercent des actions trophiques équilibrées lorsque les phénomènes évolutifs se poursuivent normalement, et nous a semblé justifier l'emploi thérapeutique de cette physiothérapie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LE PROBLÈME DE L'AVORTEMENT

J'extrais les considérations qui suivent d'un livre (1) qui, à en juger par le ton passionné, le mépris affiché pour la « société capitaliste » et la parfaite obédience vis-à-vis de Moscou, doit refléter la pure doctrine de la IIIe Internationale.

En ce volume compact de 440 pages, l'auteur entreprend de démontrer que tous ces problèmes de la natalité, de la mortalité, de l'avortement, des migrations des peuples, de la colonisation, que le XXe siècle a mis à son ordre du jour infligent un démenti à l'axiome : les hommes sont tous égaux devant la maladie et la mort. Et que cette inégalité est le résultat de l'inégalité sociale et économique.

Il serait un peu long de suivre de bout en bout une démonstration toute bardée de statistiques, de tableaux synoptiques, de références.

Mais j'ai pensé qu'il serait intéressant de connaître la position de l'U. R. S. S. concernant l'avortement. Aussi bien tous les pays du monde s'occupent de la question, soit pour la combattre, soit pour y porter remède. Chez nous, l'Académie de médecine, on s'en souvient, avait chargé l'an dernier le Professeur Brindeau de faire un rapport sur la légalisation de l'avortement et ses résultats en U. R. S. S.

Au lieu d'étudier l'avortement, dit notre auteur, le monde capitaliste le condamne et l'interdit comme un crime au nom de la morale ou de la religion. Traiter d' « ignobles », comme a fait Charles Richet, les mesures prises par l'U. R. S. S. en la matière, ce n'est pas juger scientifiquement.

Est-ce, oui ou non, un problème social que pose l'avortement ?

Oui ! tout comme la syphilis ! On ne *réprime* pas la syphilis, on la *soigne*. Si l'on admet les évaluations de Balthazard, Lacassagne, Doléris, il y aurait actuellement en France 5 à 600.000 avortements par an. Ici, comme partout, la clientèle bourgeoise pratique plus souvent l'avortement que la clientèle ouvrière. Depuis la guerre, le nombre des avortements a beaucoup augmenté en tous pays. Le système répressif n'a donné aucun résultat ; pourquoi ne pas essayer d'autre chose ?

Quelques mois de prison pour un avortement et quand, par hasard, la femme est prise en flagrant délit ? C'est une dérision : la nature est beaucoup moins indulgente que les hommes. Elle prononce souvent le verdict de mort (15.000 à 35.000 par an en Allemagne, 25 % des décès liés à des causes puerpérales aux Etats-Unis), et plus souvent encore la condamnation à des maladies qui traîneront toute la vie. La clandestinité est la cause principale de mortalité maternelle due à l'avortement. C'est pourquoi à Léningrad, en 1925, les décès par fièvre puerpérale atteignaient à peine le taux de 1,30 contre 2,62 dans les villes allemandes ; c'est pourquoi à Moscou, sur 11.000 avortements pratiqués dans les hôpitaux, il n'y eut aucun décès.

Dans la plupart des pays, la lutte actuelle contre l'avortement se résume par le nombre de punitions infligées aux femmes qui se sont fait avorter, aux femmes plutôt qui se sont laissé prendre. En France jusqu'en 1923, les cas d'avortement étaient jugés par le jury aux assises. Les peines prévues par l'ancienne législation française étaient si sévères (cinq à dix ans de travaux forcés) que les jurés, dans la plupart des cas, ne voulaient pas les appliquer et acquittaient purement et simplement. Depuis 1923, le délit d'avortement a été correctionnalisé et les peines prévues sont : l'amende (100 à 2.000 francs) et l'emprisonnement (six mois à deux ans). De quelques centaines jusqu'en 1922, le nombre des condamnations est passé à 4.500 en 1924. En 1930, il fut de 395, en y comprenant les complices. Chiffre sans rapport raisonnable avec les centaines de milliers qui chaque année commettent le même délit.

Dans tous les pays du monde l'avortement est puni par la loi ; dans certains, cependant, on commence à comprendre l'inutilité d'une telle répression, et on modifie la formule. Ainsi dans

---

(1) *L'inégalité humaine devant la mort et la maladie.* Docteur P. PIERREVILLE. Edition Fustier, 8, rue de Choiseul, Paris.

l'Etat d'Ohio (U. S. A.), la femme n'est pas punie si elle parvient à prouver que l'avortement était nécessité par une situation pénible. Dans les états d'Arkansas et de Louisiane, la femme n'encourt aucune condamnation et figure au procès comme témoin. Pas davantage en Turquie, d'après le nouveau Code criminel : seuls les complices sont poursuivis.

De l'assimilation de l'avortement à un délit découle la clandestinité de l'immense majorité des cas. Ni l'intéressée, ni les complices (médecins, pharmaciens, matrones) ne doivent se faire prendre. La technique est devenue si courante que beaucoup de femmes n'ont recours à aucune aide et se tirent d'affaire elles-mêmes. Presque partout on se procure aisément les instruments nécessaires.

Les femmes riches camouflent leur désir de se faire avorter par une nécessité soit-disant thérapeutique et se font opérer dans des hôpitaux privés ou par des praticiens. Les femmes du peuple, réduites à se faire avorter au rabais, encourent les plus gros risques : ce sont donc elles, pratiquement, qui ont le plus à souffrir de l'interdiction de l'avortement et celle-ci devient une « mesure de classe ».

Il convient de retenir des mesures de prohibition que la loi considère partout la femme comme un être étranger à son futur enfant et la punit pour homicide. En somme, la loi protège un être inexistant, embryonnaire, et ce, au détriment d'un être existant.

Tant dans sa pensée intime que dans sa pratique la prohibition est funeste et fait faillite.

Pourquoi combat-on l'avortement ? Est-ce parce qu'il est contraire à la morale ? Mais toute morale a une raison sociale quelconque. En réalité on interdit l'avortement comme un obstacle à la repopulation. On ne réfléchit pas que la repopulation ne sera réelle que si les femmes y consentent. Celles qui, pour ne pas avoir d'enfants, bravent la loi et des dangers certains n'auront pas d'enfants, quoi qu'on fasse. Celles qui en veulent, ce n'est pas la légalisation de l'avortement qui les décidera à se faire avorter. Il y a, à l'extension de l'avortement, des raisons puissantes et profondes qu'a formulées Mme Lébédiva, au Congrès de la maternité en U. R. S. S., 1928.

C'est, d'abord, l'augmentation rapide et formidable de l'emploi de la main-d'œuvre féminine parce que, dans les pays capitalistes, le salaire de l'homme ne suffit plus à faire subsister la famille.

Ensuite, du fait du développement de la technique mécanique, une femme peut presque partout assurer le travail réservé autrefois aux hommes, et, dans les pays capitalistes, elle est cependant moins rétribuée que l'homme, au grand avantage de l'industriel. Une femme qui travaille n'a ni le temps, ni le désir d'avoir des enfants.

Pourvu que cela favorise ses intérêts le capitalisme n'hésite pas à détruire la famille: il préfère, comme domestiques, les femmes sans enfants ; il préfère, comme locataires, les ménages sans enfants.

Il y a aussi la crise du logement ; en pays capitaliste, les constructions nouvelles sont ordinairement, par le chiffre de leurs loyers, hors de portée des ouvriers. Pour se loger, à moindre prix, il ne faut pas d'enfants.

Enfin, Mme Lébédiva indique que la diminution de la mortalité infantile est une cause réelle de l'augmentation de l'avortement. Moins les enfants meurent, moins les parents ont besoin d'en procréer de nouveaux.

En somme, nulle part la lutte contre l'avortement n'a été même ébauchée sauf en U. R. S. S. où il est pourtant autorisé. L'hypocrisie sociale a mis obstacle à toute mesure efficace parce que, pour aborder ce problème, il faut se libérer de tout préjugé social, religieux, moral ou autre ; il faut n'être qu'hygiéniste. La femme inconnue qui se fait avorter reste une inconnue dans le monde capitaliste : elle est connue, étudiée, aidée, protégée en U. R. S. S.

Il n'est pas mauvais de rappeler que la législation de l'avortement n'est pas une initiative des Soviets. Dès 1913, la Société médicale Pirogoff, la plus puissante organisation médicale de Russie, s'était prononcée pour la non-punition de l'avortement. En 1914, au Congrès international de criminologie, la section russe, présidée par le Professeur Gernet, présenta un rapport dans le même sens ; la légalisation trouva des partisans convaincus parmi les savants de tous les pays.

Voici le texte complet de la loi du 8 novembre 1920 promulguée par le Conseil des Commissaires du peuple :

« Depuis une dizaine d'années, dans les pays occidentaux aussi bien que dans le nôtre, le nombre de femmes qui se font avorter dans le but d'éviter la grossesse ne fait qu'augmenter.

Les législateurs de tous les pays luttent contre ce fléau en édictant des peines qui frappent non seulement la femme qui s'est fait avorter, mais encore le médecin qui a pratiqué l'avortement.

Cette méthode de lutte, sans donner de résultats positifs, a conduit à des avortements clandestins en faisant de la femme une victime des charlatans cupides et ignorants qui font de cette opération secrète une véritable industrie. Comme résultats, 50 % environ des femmes qui se font avorter sont la proie de l'infection et 4 % d'entre elles meurent.

Le Gouvernement des ouvriers et paysans se rend compte de tout le mal que cet abus cause à la collectivité. Il lutte contre ce fléau en instaurant la propagande contre les avortements dans

les classes ouvrières, en instaurant le régime socialiste, en cherchant à réaliser en totalité les principes de la protection de la maternité et de l'enfance, et il prévoit une disparition progressive de cet état de choses.

Mais, en attendant, la routine du passé et les dures conditions économiques du temps présent poussent encore une partie des femmes à se décider à cette opération.

Le Commissariat du peuple à la Santé publique et le Commissariat du peuple à la Justice, en vue de sauvegarder la santé des femmes et les intérêts de la race contre les charlatans cupides et ignorants, en considérant que le système de répression appliqué dans ce but n'a pas donné de résultats, arrêtent ce qui suit :

1° Il est permis de faire gratuitement et librement cette opération dans les hôpitaux soviétiques où les risques sont réduits au minimum ;

2° Il est expressément interdit à qui que ce soit excepté aux médecins, de pratiquer cette opération.

3° Les sages-femmes qui enfreindront cette règle seront privées du droit d'exercer et traduites devant les Tribunaux.

4° Les médecins pratiquant l'avortement dans leur clientèle privée et dans un but intéressé seront traduits devant la justice.

La pratique judiciaire établit l'âge maximum de la grossesse pour l'avortement : trois mois.

Les résultats de cette loi ?

D'abord, comme il fallait s'y attendre, une augmentation brusque du nombre des femmes soignées pour avortement dans les hôpitaux.

Ensuite une baisse très rapide de la proportion des avortements clandestins, baisse accrue chaque fois que l'on créait de nouveaux services d'avortement. Dans son rapport à l'Académie de médecine, le Professeur Brindeau a passé ces faits sous silence.

Depuis 1931, c'est-à-dire depuis que les conditions matérielles d'existence ont commencé à s'améliorer dans les villes, la courbe de la baisse de la natalité a tendance à se relever.

En même temps, la mortalité diminue ; elle est actuellement en Ukraine, en Russie blanche, à Léningrad et à Moscou, inférieure à ce qu'elle est en France et à Paris.

En 1935, beaucoup de journaux français et allemands ont publié, en les déformant notablement, les comptes rendus du Congrès des médecins soviétiques tenu à Kiew en 1927.

La plupart des rapporteurs y ont conclu, en effet, au danger et à la nocivité de l'avortement pour l'organisme de la femme. Mais aucun d'entre eux ne pensait même à s'opposer à la légalisation de l'avortement destiné en réalité à le combattre.

La lutte contre l'avortement en U. R. S.S., en dehors de la propagande par tous les moyens (brochures, conférences, cinéma, etc.), comporte avant tout des mesures d'ordre social et économique : amélioration de la situation de la femme, des conditions de logement, et propagande des moyens anticonceptionnels : on permet, en somme, à celle qui ne veut pas d'enfants de réaliser son désir aux moindres frais pour sa santé.

En conclusion, on peut dire que la légalisation ne résoud pas le moins du monde le problème de l'avortement ; du moins, c'est un moyen pratique pour commencer la lutte contre ce fléau. C'est dans cette pensée que l'U. R. S. S. l'a adoptée.

Mais il est vraisemblable qu'en société capitaliste le même remède n'obtiendrait pas les mêmes résultats. Cela parce que les préjugés de la morale bourgeoise demeurent très forts en Europe Occidentale et en Amérique, et que la clandestinité y restera très fréquente, comme, en U. R. S S !., elle est restée plus fréquente à la campagne qu'en ville.

Il est amusant de noter que le principal argument avancé par les adversaires de la légalisation est d'ordre militaire : « il faut des soldats pour l'armée ». On peut se demander quelle sera l'action stimulante de cet argument après la leçon donnée aux mères de 1914 à 1918.

Autre détail piquant : le Landtag de Prusse, en 1926, a voté des crédits pour les femmes enceintes s'élevant à la somme de 400.000 marks et des crédits pour l'élevage des chevaux pur-sang se montant à 6.000.000 de marks. Vouloir des chevaux pour l'armée, c'est bien ; à la rigueur, on peut les remplacer par des autos. Par quoi remplacer les femmes ?

Enfin, la tendance commune à tous les pays d'atténuer la rigueur de la répression en matière d'avortement n'est-elle pas un aveu éclatant d'impuissance de cette lutte policière contre le fléau ?

Il serait peut-être temps de renoncer à la politique de l'autruche.

Telle est, d'après un interprète qui paraît bien renseigné, l'actuelle position de l'U.R.S.S. dans la campagne contre l'avortement.

G. Lavalée.

CONSULTATIONS JURIDIQUES DU SOU MÉDICAL

Le secret professionnel : 1° dans les hôpitaux ; 2° pour les certificats après décès ; 3° conduite du médecin traitant vis-à-vis d'un médecin expert

Parce qu'il fait partie de la Charte médicale, le secret professionnel se heurte journellement aux nécessités de la vie sociale du médecin. Aussi nombreuses sont les questions, ou les problèmes posés au Sou médical.

En particulier, voici la lettre que nous adresse un de nos adhérents :

Je viens vous demander quelques renseignements au sujet de certaines circonstances où le secret médical est, à mon avis, beaucoup trop souvent violé, d'une manière courante.

1° *En ce qui concerne les hôpitaux*, qu'il s'agisse des billets de sortie ou des billets de décès des malades, l'Administration demande toujours que figure le diagnostic de la maladie ; sur ces billets imprimés d'avance figure d'ailleurs un espace en blanc précédé du mot : Diagnostic : ....

Ces feuilles sont destinées, paraît-il, à permettre d'établir des statistiques pour le Bureau d'hygiène. Estimant pour ma part qu'il y aurait violation du secret professionnel, j'ai toujours refusé de mettre une indication quelconque à cet endroit. Or, tous mes confrères dans les hôpitaux que j'ai interrogés à ce sujet inscrivent, sans exception, et sans la moindre arrière-pensée, le diagnostic demandé. Je n'en persiste pas moins à penser que seul je suis dans le vrai et que tous mes confrères sont dans l'erreur ; ai-je raison ? On m'a objecté maintes fois que le personnel administratif des hôpitaux étant soumis au secret professionnel, il n'y avait pas violation véritable. J'en doute ; je suis même certain du contraire, et je vous serais très reconnaissant de me fixer sur ce point, et de me dire, si j'ai tort, pour quelle raison ; si par contre j'ai raison, pouvez-vous m'indiquer quelles sont les sanctions qu'encourent les confrères qui ne se conforment pas à la loi ?

2° *En ce qui concerne les certificats de décès*, il nous est demandé très souvent par la famille, par les héritiers, de spécifier la nature de la maladie ayant causé la mort (par exemple lorsqu'il s'agit d'un accident chez un individu possesseur d'une assurance contre les accidents) ; avons-nous le droit dans ce cas de dévoiler le diagnostic de la maladie sans violer le secret professionnel, car, en somme, le secret appartient au sujet décédé en propre, mais, peut-on considérer qu'ensuite il revient à ses héritiers ? Je désirerais être fixé, personnellement, d'une façon très précise à ce sujet.

Je vais plus loin, dans le cas qui nous occupe, a-t-on le droit de dire si la mort a été causée par un accident ou par une maladie ?

Il est certain que le refus du certificat dans un cas de ce genre peut être très préjudiciable aux intéressés, mais si la loi est peut-être à réformer à ce sujet, cela ne nous permet cependant pas de la violer sous prétexte que nous la jugeons mauvaise, car, ainsi nous encourons des sanctions pénales.

Pouvez-vous me dire ce qu'il y a lieu de répondre dans ce cas-là aux personnes intéressées qui sont souvent suffoquées qu'on leur refuse un certificat, que bien des confrères, par ailleurs, acceptent de délivrer ?

3° Il est un autre point que j'aimerais également préciser : *celui qui concerne les rapports entre médecin traitant et médecin expert* et les droits et devoirs de chacun en face de cette question toujours à l'ordre du jour du secret professionnel : si je ne me trompe, il en est ainsi :

a) Médecin traitant : secret absolu, il n'a absolument rien le droit de dévoiler, il ne peut que délivrer un certificat (indiquant le diagnostic) au malade lui-même ;

b) Médecin-expert : c'est tout l'opposé ; il n'est en rien soumis au secret et peut dévoiler tout ce qu'il juge utile, sans que quiconque puisse lui en faire le reproche et le poursuivre de ce fait devant les Tribunaux ; je cite un exemple : un médecin expert d'une Compagnie d'assurances (médecin contre-visiteur par exemple) ou le médecin expert du Tribunal, a parfaitement le droit de dire que le blessé X est atteint d'orchite blennorragique et non pas d'orchite traumatique, que par conséquent le bénéfice de la loi de 1898 doit être refusé au malade, sans que ce dernier puisse se retourner contre lui pour violation du secret professionnel. Est-ce exact ?

c) Enfin, le médecin traitant peut-il donner à l'expert des renseignements sur un de ses malades, même pour défendre ses intérêts ? Ne viole-t-il pas encore, ici, le secret professionnel ?

Et pourtant, c'est chose courante qu'il arrive que ces deux praticiens, chacun dans leur rôle se réunissent et discutent sur un malade dans de telles circonstances ; il me semble que la chose est illogique puisque l'un des médecins est traitant, donc soumis au secret absolu alors que l'autre agit comme expert et a le droit de dévoiler tout ce qu'il a pu connaître, et en tout cas d'en faire état ! Lorsqu'il s'agit de

défendre les intérêts de son malade, on n'en reste pas moins soumis aux obligations de la loi ; je prends un exemple : un médecin traitant a-t-il le droit de montrer une radiographie d'un de ses malades au confrère qui l'expertise ? Je sais bien qu'il est facile à l'expert de faire faire cette radio qui ferait double emploi......... et cependant !

d) Il est un autre cas, un peu spécial : celui-ci : je suis le chirurgien du malade Y. qui est contre-visité par le médecin-contrôleur des Assurances sociales ; ai-je le droit de faire connaître à ce contrôleur l'affection dont a été atteint Y. sans pour cela violer la loi ; on me dit que oui, parce que le médecin-contrôleur des Assurances sociales est lui-même soumis au secret professionnel et ne transmet aucun diagnostic. Est-ce exact ? D'autre part, si je refuse de fournir le diagnostic au médecin-contrôleur, ne vais-je pas paraître, à tort, suspect à ses yeux, et ne ferai-je pas tort à mon malade ?

En m'excusant de vous poser tant de questions je vous remercie d'avance de bien vouloir y répondre au plus tôt, et nombreux seront mes confrères qui seront très satisfaits d'avoir les idées éclairées à ce sujet et une ligne de conduite toute tracée dans la plupart des circonstances en face desquelles ils peuvent se trouver.

Je pense encore à un fait : en face d'un enfant mineur, il me semble que logiquement le secret appartient aux parents, père et mère.

Mais lorsqu'il s'agit d'un mineur qui vient vous consulter seul et qu'ensuite ses parents viennent demander au praticien des renseignements, ce dernier doit-il garder le silence ou au contraire dire tout ce qu'il sait aux parents ? (par exemple, un lycéen qui est atteint de syphilis ou de blennorragie).

Dr T.

1° Secret professionnel à l'hôpital

En ce qui concerne le secret professionnel que doit observer le médecin d'un hôpital, nous devons répondre qu'en droit pur, l'article 378 est d'ordre public et s'impose aux « confidents nécessaires » dans toutes les circonstances et dans tous les cas.

En théorie, un médecin doit garder pour lui le secret et ne le divulguer à personne même si un texte d'un règlement l'obligeait à violer un texte de loi.

Toutes violations du secret professionnel sont punies par les peines édictées par l'article 378 du Code pénal.

Mais, en pratique, il n'en est pas de même et la théorie reçoit de très sérieuses entorses qui ont été consacrées par la coutume.

Il y a cependant violation du secret professionnel lorsque le médecin traitant établit un certificat proposant l'hospitalisation d'un malade en indiquant le diagnostic de l'affection. Violation du secret professionnel encore lorsque l'interne de garde écrit le diagnostic sur le certificat d'entrée. Violation du secret toujours lorsque le diagnostic est mentionné sur la pancarte ou feuille de température qui est suspendue soit à la tête soit au pied du lit de chaque malade.... Violation du secret lorsque le chef de service fait une leçon clinique au lit du patient et *coram populo* dévoile des quantités de choses qui, théoriquement, devraient rester secrètes.

D'autre part, l'Administration de l'hôpital a besoin d'être renseignée par ses médecins sur le diagnostic exact des maladies des hospitalisés.

Voici un entrant : il faut que le bureau des entrées puisse savoir s'il faut diriger le patient sur le service de médecine, de chirurgie, de spécialités, de maternité, de contagieux, d'isolement ou d'aliénés.

Il faut également que les Services administratifs de l'hôpital soient au courant de l'état de certains malades qui séjournent plus de trois mois à l'intérieur de l'hôpital.

Aussi, par deux arrêts, l'un du 16 mars 1893, l'autre du 14 mars 1895, la Cour de casssation a-t-elle précisé que le directeur d'un hôpital est tenu au secret professionnel.

Malheureusement, lorsque le dit secret est consigné sur une fiche statistique qui passe de main en main, ils devient rapidement l'analogue de celui de Polichinelle.

En théorie donc, le secret doit être conservé par le médecin de l'hôpital.

En pratique, cet absolutisme du secret n'est plus en accord avec notre médecine sociale et collective actuelle.

En tout cas, si dans certaines circonstances le chef de service croit devoir se retrancher derrière le secret professionnel, jamais il ne peut, ni lui ni ses internes, porter un diagnostic faux pour masquer un vrai.

C'est ainsi que serait coupable d'une faute qui pourrait engager sa responsabilité civile le chef de service ou son interne qui mentionnerait un diagnostic volontairement erroné et qui empêcherait de cette manière un blessé ou ses ayanst-droit de toucher les indemnités qu'on peut réclamer.

Tel est le cas par exemple d'un accident de la voie publique. La victime est transportée à l'hôpital et l'interne de garde porte sur le bulletin des entrées une affection médicale.

Le blessé succombe à ses lésions et la Compagnie d'assurances pourra arguer du diagnostic de l'interne pour refuser toute indemnisation

sous le prétexte que la victime n'est pas décédée des suites de ses blessures.

Disons d'autre part que si nous avons le devoir de respecter le secret professionnel, encore ne faut-il pas pousser ce respect jusqu'à l'absurde.

Dès le cas présent, l'accident étant survenu dans la rue, il était de notoriété publique. L'interne ne violait en aucun cas le secret professionnel en relatant les conséquences dudit accident, surtout si ces conséquences, telles que fractures, etc., ont été diagnostiquées par les témoins de l'accident qui ne sont pas docteurs en médecine.

2° Certificats après décès

Dans ce problème des certificats *post-mortem* avec diagnostic, j'ai traité la question à maintes reprises dans le *Concours Médical* ainsi que dans l'*Agenda memento du Concours* de 1930 (page 216).

Le secret médical n'appartient pas au malade puisque celui-ci ne peut pas relever le praticien de l'obligation à la loi du silence. Ce secret est d'ordre public et s'impose au médecin. Les héritiers du *de cujus* ne le trouvent donc pas dans le patrimoine du défunt.

Dans ces conditions, le médecin traitant a le devoir de refuser un certificat *post mortem* avec diagnostic.

La jurisprudence de la Cour de cassation est nette à ce sujet et d'ailleurs de nombreuses Compagnies d'assurances sur la vie n'insistent plus maintenant pour connaître la cause de la mort de leur souscripteur.

Les intérêts de la Compagnie d'assurances sont en effet en opposition avec ceux des héritiers, puisque, grâce au certificat de décès, la Compagnie peut refuser le versement de la somme assurée par le *de cujus*.

3° Rapports du médecin traitant avec un médecin expert

Le médecin traitant et le médecin expert ou contrôleur représentent chacun des intérêts opposés et parfois divergents.

Parce qu'il est le confident nécessaire, le médecin traitant est tenu au secret professionnel *erga omnes*. Parce qu'il est un mandataire, le médecin expert ou contrôleur doit à son mandant (juge ou collectivité) le compte-rendu exact de tout ce qu'il a appris dans l'accomplissement de son mandat.

Voilà pourquoi le médecin traitant ne peut pas révéler au médecin contrôleur certaines analyses ou autres pièces concernant son blessé (Cassation, Chambre criminelle, 9 mai 1913) en matière « Accidents du travail ».

Néanmoins, le fonctionnement des lois sociales actuelles oblige le médecin traitant à se montrer moins irréductible sur l'absolutisme du secret professionnel.

Que ce praticien se taise vis-à-vis des autres confrères experts ou contrôleurs, c'est son devoir ; mais il peut accéder à la demande personnelle de son client qui réclame un certificat sur son état de santé, certificat destiné au médecin-contrôleur.

Le bénéficiaire de cette loi sociale verra quel usage il faudra faire dudit certificat et il lui appartiendra de décider s'il doit ou non dévoiler la nature de la maladie ou la blessure pour laquelle il réclame une indemnité.

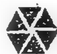
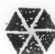
4° Secret professionnel au regard d'un mineur

En ce qui concerne l'enfant mineur, on peut encore dire que le médecin traitant est tenu au secret professionnel vis-à-vis de son malade ; mais ce mineur est placé sous la tutelle de son père ou de son tuteur, parce qu'il n'a pas encore la libre disposition ni de sa personne ni de ses biens.

Voilà pourquoi dans nombre de cas le médecin avertit la famille pour que celle-ci puisse l'aider à soigner le malade.

Cependant lorsqu'il s'agit d'une maladie vénérienne contractée par un jeune homme qui, tout en étant mineur au sens légal du mot s'est néanmoins conduit comme un majeur, le médicin traitant pourra engager son client à prévenir son père ou son tuteur. Il y a en effet une question d'honoraires qui peut se poser et, si le praticien fait crédit à son malade, il se verra opposer, plus tard, une fin de non recevoir par le père ou le tuteur sous prétexte qu'aucune autorisation n'a été donnée pour les soins à prodiguer au malade.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

III. L'alimentation humaine évolue

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

La diminution de la consommation nationale du pain que nous avons étudiée dans notre précédent article n'est, en réalité, qu'un épisode de l'évolution séculaire de l'alimentation humaine. Cette évolution se poursuit à une allure plus ou moins rapide et avec une ampleur plus ou moins grande chez tous les peuples civilisés. Il s'agit, non d'une simple variation concernant divers détails secondaires de l'alimentation publique, mais bien d'un changement profond, progressif, continu affectant la structure même de la ration.

Par la comparaison que nous allons faire des usages alimentaires d'autrefois avec ceux d'aujourd'hui, nous apercevrons des différences évidentes et nombreuses. L'homme contemporain ne se trouve plus, au point de vue de la nutrition, dans les mêmes conditions que son ancêtre. Nous verrons aussi que cette transformation des usages, très lente au cours des siècles passés, s'accélère à l'époque actuelle, sous l'influence des progrès de la technique : phénomène considérable, si l'on admet que la nourriture et le milieu sont capables d'agir sur les qualités du corps et de l'esprit.

On ne trouverait aucun changement sensible dans notre alimentation si l'on se bornait à comparer notre régime moyen d'une année à l'autre ; mais si l'on se reporte seulement à une cinquantaine d'années, on note déjà de sensibles différences ; on voit, par exemple, que la consommation moyenne de la viande, de l'alcool, des laitages et du café a fortement augmenté en France durant le dernier demi-siècle, constatation intéressante, comme nous le verrons plus loin. Cependant, un laps de cinquante ans ne peut montrer qu'un épisode relativement peu important auprès de l'évolution générale de l'alimentation, depuis les origines de l'humanité.

Pendant l'immense durée des temps qui ont précédé les inventions de l'agriculture et du feu, nos ancêtres se nourrissaient évidemment des seules productions spontanées du sol. L'hérédité nous a transmis des organes digestifs et autres disposés, adaptés à ce genre de vie. Nous sommes encore aujourd'hui tenus, dans nos besoins et nos facultés, par cette marque originelle.

Bien qu'il n'y ait aucun témoignage certain qui puisse nous donner l'image de la vie primitive, au point de vue qui nous occupe, il est cependant possible de reconstituer celle-ci avec quelque vraisemblance et de savoir quelles étaient les ressources alimentaires de cette époque. Pour cela, il faut considérer les productions animales et végétales comestibles de la nature vierge, telle qu'elle existe encore à présent, dans certaines contrées sauvages.

Tous les voyageurs qui ont eu l'occasion de visiter des régions exotiques inhabitées ont pu constater que la terre inculte, où la main de l'homme n'a encore rien changé aux conditions naturelles premières, fournit très peu d'aliments (1). On y voit bien une grande variété de plantes, parmi lesquelles il y en a beaucoup qui sont plus ou moins comestibles (2) ; mais leur coefficient calorique nutritif est généralement très faible, attendu que la plupart de ces végétaux herbacés renferment plus de 80 % d'eau et d'autre part, la densité de cette végétation utilisable est tout à fait insuffisante pour nourrir des groupes importants d'êtres humains sédentaires, tels que ceux qui forment nos villes actuelles. Il faut en conclure que les hommes primitifs, avant qu'ils eussent trouvé l'agriculture, étaient obligés de vivre soit en petites familles, soit en troupeaux nomades perpétuellement en quête d'aliments, de parcourir de vastes régions pour y trouver leur subsistance, comme le font encore aujourd'hui les troupeaux de singes errants dans ces pays.

Les récoltes alimentaires fournies par le sol inculte changent suivant les saisons ; elles sont

(1) Sur la nourriture naturelle de l'homme, d'après l'observation d'usages alimentaires exotiques primitifs. *Soc. de pathologie exotique*, 13 mai 1925.

Etudes sur l'alimentation. *Le Mouvement sanitaire*, novembre 1931.

Remarques sur l'alimentation des civilisés. *Revue scientifique*, 28 mai 1932.

(2) L. BOURDEAU. — *Histoire de l'alimentation*. 1894, Alcan, éditeur.

A. MAURIZIO. — *Histoire de l'alimentation végétale*, 1932, Payot, éditeur.

D. BOIS. — *Les plantes alimentaires chez tous les peuples et à travers les âges*, 1934, Lechevalier, éditeur.

relativement abondantes durant l'été et l'automne, plus rares en hiver, de verdures pendant quelques mois, de fruits ensuite, enfin de graines et de racines. Cette variation imposait à nos ancêtres la variété des régimes ; elle leur imposait aussi, avec la pénurie hivernale, des périodes de repos digestif, des jeûnes, pendant lesquels l'organisme brûlait ses graisses et autres réserves physiologiques accumulées pendant les saisons d'abondance ; d'où une sorte de renouvellement périodique des substances constitutives des humeurs et des tissus, suivant le cycle solaire. Notre organisme est donc disposé, par son hérédité, à varier ses régimes et à jeûner périodiquement.

Le plus grand changement qui ait été apporté aux conditions naturelles de la vie résulta de la découverte de l'agriculture. Celle-ci consiste à faire prédominer artificiellement certaines espèces végétales sur d'autres, à choisir les plantes qui nous sont utiles ou agréables, à les semer et à les soigner, à détruire les espèces jugées concurrentes ou inutiles, à réserver aux premières la totalité du sol, à créer ce qu'on appelle des champs ; d'où ces deux conséquences : l'augmentation des ressources et la diminution de la variété alimentaire végétale.

Non moins importante fut l'invention du feu qui, par la cuisson, rend digestibles les réserves féculentes, spécialement celles qui se trouvent dans les graines des céréales ; d'où il résulte que l'homme peut tirer les trois quarts de son énergie de l'amidon.

La pullulation de l'espèce humaine fut la conséquence de ces deux manifestations de l'intelligence : l'agriculture et le feu.

D'innombrables techniques ont été inventées depuis pour modifier les substances et les usages alimentaires primitifs.

Aujourd'hui, dans les pays civilisés, il n'y a plus de famine et l'habitude ancestrale du jeûne saisonnier a disparu .

Cependant, la plupart des religions imposent à leurs fidèles l'obligation du jeûne à date fixe, le carême, le ramadan, le vendredi, etc... Ces prescriptions, d'origine plus ancienne que l'histoire, codifiées par les patriarches en forme de commandements de l'hygiène publique, sous la sanction religieuse, prouvent que, de tout temps, les hommes ont reconnu les bienfaits de la privation périodique des aliments. Mais ces préceptes tendent à tomber en désuétude ; leur oubli paraît bien constituer un fâcheux errement de l'alimentation moderne. L'obésité et de fréquentes affections cardio-vasculaires et viscérales sont causées ou favorisées par nos régimes trop continuellement surabondants.

Que reste-t-il maintenant des produits naturels du sol sur nos tables de civilisés ?

A peu près rien. Tout ou presque tous nos aliments, en effet, sont, en quelque manière, artificiels. Même les fruits que nous mangeons crus ne sont pas semblables à ceux d'autrefois ; ils proviennent de plants sélectionnés, cultivés, taillés, greffés, etc... Notre pain est de la farine fermentée par du levain et cuite. Notre vin est du raisin fermenté. Nos viandes proviennent d'animaux artificiellement châtrés. Enfin, les mets cuisinés n'ont plus ni l'apparence, ni le goût des choses naturelles.

Donc, nous ne mangeons plus rien qui soit strictement naturel.

Le civilisé n'a plus besoin de parcourir de longues distances, chaque jour, dans le but de quérir son manger. Il a dressé des animaux à travailler pour lui, à labourer ses champs ; puis, il a capté d'énormes forces naturelles et il a organisé tout cela pour la culture, la récolte, la préparation et le transport de ses aliments. Il n'a plus à s'occuper de la chasse et de la cueillette de jadis. Il pourrait presque laisser s'atrophier son système musculaire.

Pour la préparation de sa nourriture, il a domestiqué non seulement les animaux, mais aussi les microbes ; ainsi, la levure est soigneusement dirigée pour l'élaboration de breuvages estimés, le vin, la bière, le cidre ; elle est aussi employée à creuser dans le pain des alvéoles qui rendent cet aliment spongieux et digestible ; des bactéries commencent la digestion du lait et des viandes, comme le feraient d'innombrables cuisiniers microscopiques, de manière que notre estomac ait moins de travail à faire (1). Il faut noter que les aliments fermentés constituent environ les deux tiers de la ration nutritive du Français moyen : en effet, le pain, le vin et les fromages apportent aux travailleurs adultes de notre pays un total voisin de 2.000 calories par jour. Donc, nos principales nourritures sont, en quelque sorte, des résidus de la digestion des microbes.

Aucun des animaux qui ont précédé l'homme, n'a pu se nourrir couramment d'aliments fermentés, car la direction des ferments exige une technique, donc l'intelligence.

Nous devenons de plus en plus des parasites sur le reste de la nature, puisque nous vivons pour une grande part des aliments élaborés ou préparés par les êtres qui nous ont précédés et que nous avons dressés à nous servir (2). Notre parasitisme progressif, c'est-à-dire notre tendance à dériver de plus en plus à notre avantage les matériaux nutritifs produits sous notre direction par la nature environnante, est l'un des

(1) Les aliments fermentés. *Revue d'hygiène*, juin 1924.

(2) *Revue d'histoire naturelle appliquée*, mai 1927.

principaux caractères de l'alimentation de la race blanche.

Notre alimentation européenne occidentale subit de moins en moins l'influence des saisons. En 1936, nous pouvons manger, en hiver comme en été, toutes sortes de légumes et de fruits. Nous avons, par exemple, des petits pois, des asperges, etc., même à la fin de l'hiver, alors que cette fantaisie eût été impossible, même pour une table impériale, avant 1809 (1).

Il y a seulement cinquante ans, lorsqu'arrivait le milieu de l'hiver, il était difficile de trouver des fruits frais ; à peine quelques pommes ou poires toutes ridées, conservées à grand'peine sur la paille du grenier. Maintenant, nous avons une abondance de fruits en toutes saisons, aux étalages des marchands de comestibles. Par exemple, au mois de mars, nous voyons à Paris de très belles pommes, alors que sous notre climat la végétation printanière n'a pas encore commencé. Nous y voyons même des fruits exotiques délicats. C'est que, depuis 187 (2), il est possible de transporter des denrées périssables d'un continent à l'autre.

L'aviation aidant (3), le progrès va encore s'accentuer. Un jour, l'humanité ne connaîtra plus de restrictions saisonnières de son alimentation.

L'homme contemporain peut donc se nourrir, toute l'année, des mêmes choses ; il peut consommer, par exemple, des œufs, des choux, de l'alcool, du café, etc., à tous ses repas. Alors, s'il est intolérant pour ces substances et s'il persiste à en prendre, il s'empoisonne lentement et sûrement. Cela se produit peut-être plus fréquemment qu'on le pense, car beaucoup de personnes, qui ne s'en doutent pas, présentent des sensibilités individuelles à certains aliments.

Depuis une centaine d'années, dans la plupart des pays occupés par la race blanche, il s'est produit une augmentation très importante de la consommation des protéines animales, de la viande, du lait et des œufs.

Il est à noter spécialement que depuis une cinquantaine d'années, la consommation de la viande crue et du sang cru des animaux de boucherie s'est notablement développée. Ces produits sont présentés au public non dans les magasins d'alimentation, mais dans les pharmacies, sous forme de jus de viande conservé par la glycérine, de sérum de cheval, de sirop d'hémoglobine, etc... Ces aliments-médicaments, recommandés par les médecins, sont très réputés, dans le peuple ; tous les convalescents se croient obligés d'en prendre. Leur action stimulante sur la nutrition est certaine. Je pense qu'ils agissent non seulement par des apports de vitamines et autres facteurs, mais aussi par le mécanisme du choc protéique (1).

Ces crudités d'origine animale, vendues aujourd'hui sous la forme de spécialités pharmaceutiques constituent au fond la suite d'un très vieil usage. Quand l'ancêtre paléolithique avait pu assommer quelque bête, il mangeait la chair crue sanglante, après avoir déchiré la dépouille au moyen de ses dents et de ses ongles. Sa famille accourait et se précipitait sur l'animal abattu que l'on déchiquetait. On mordait directement les viandes et les entrailles.

L'introduction d'aliments complémentaires appropriés dans certaines nourritures qualitativement défectueuses a permis jusqu'ici de supprimer trois maladies : le béribéri, le scorbut et la maladie de Barlow ou scorbut infantile. Nous pouvons aller plus loin encore dans la voie de l'utilisation de ces stimulants normaux de la vie et nous en servir pour favoriser la croissance des enfants et pour fortifier les processus de défense physiologique contre les maladies. Nous pensons que les innombrables spécialités pharmaceutiques, à base de sang et d'extraits viscéraux, ne font pas autre chose ; ce sont des aliments complémentaires que l'on présente comme des médicaments.

Le lait et les œufs, précieux aliments que les femelles des animaux élaborent pour nourrir leurs petits, sont distraits par nous de leur destination naturelle et portés sur nos tables. Nous nous chargeons ainsi de facteurs de croissance.

Certains auteurs *ont prétendu que la civilisation*, par l'abus de la cuisson des aliments, appauvrissait excessivement notre ration en y détruisant les vitamines. Opinion fausse, parce que, ainsi que nous l'avons vu plus haut, les vitamines ne sont pas aussi sensibles qu'on le croyait aux effets de la chaleur et parce que l'inventaire exact de ces facteurs montre qu'ils existent en abondance dans notre régime moyen. Il paraît même que nous disposons d'une quantité de vitamines beaucoup plus importante qu'autrefois.

Par l'incessant développement de notre technique et de notre production, nous sommes parvenus à donner satisfaction non seulement aux besoins, mais aussi aux caprices de la masse des consommateurs, à fournir au plus grand nombre ce qui était autrefois l'apanage d'une petite

(1) Date de la découverte des conserves, par Nicolas Appert.

(2) Date du voyage du navire « Le Frigorifique », de Charles Tellier.

(3) Au banquet de 1933, de la Société nationale d'acclimatation, nous avons pu manger, à Paris, un poisson frais qui avait été pêché dans l'Euphrate et qui nous avait été apporté par avion.

Au temps des diligences, il y a cent ans à peine, la « marée » fraîche était inconnue de la plupart des Français, au delà de 200 kilomètres de la mer.

(1) *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 13 mai 1925.

minorité de riches et à transformer ainsi les habitudes alimentaires du peuple (1).

Pendant le XIXe siècle, nous avons vu encore s'élever la consommation d'énergiques stimulants végétaux : l'alcool, le café, le thé, le cacao, A quoi il faut ajouter les drogues que l'on absorbe sans discernement, sous le prétexte de toniques et de fortifiants et ces mixtures désignées sous le nom d'apéritifs, cocktails et autres solutions alcooliques d'essences végétales, poisons lents à l'usage d'une clientèle déjà tourmentée par les autres folies de la mode.

Quelles seront les conséquences de tout cela ?

(*A suivre*).

(1) M. A. Sauvy, de la *Statistique générale de la France*, a publié récemment divers documents qui montrent l'amplitude de cette évolution entre 1912 et 1934. Nous en extrayons quelques chiffres :

Aliments consommés (en tonnes)	En 1912-13	En 1933-34
Sucre	692.000	935.700
Café	113.200	186.200
Cacao	27.200	41.000
Bananes	26.500	185.500
Vin	4.000.600	4.907.100

Il y a augmentation sur toute la ligne.

La crise, dont on parle tant depuis quelques années, n'a point modifié la forme ascendante de cette courbe. (*Le Temps*, 29 avril 1936.)

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

Le dimanche 5 juillet 1936, la Société des médecins à Aix-les-Bains avait choisi comme sujet d'étude pour sa réunion solennelle annuelle, les arthrites chroniques des articulations sacro-iliaques.

De nombreux confrères étrangers à la station avaient tenu à honorer la réunion de leur présence, le Professeur Roques (de Genève), les Docteurs de Fourmestreaux (de Chartres), Raphaël Massart (de Paris), Plaisant (du Mans), Thiers (de Lyon), Chauvin (de Saint-Etienne), et c'est devant une nombreuse assistance que le rapporteur le Docteur Graber Duvernay vint exposer les faits d'observation qui ont permis de séparer des autres affections vertébrales dont elles ont été longtemps difficiles à distinguer, les arthrites chroniques sacro-iliaques. Des radiographies, des observations, furent présentées par le Docteur Robert, et par le rapporteur montrant tout l'intérêt qu'il y a à reconnaître précocement l'existence de ces arthrites pour les mieux traiter.

Après l'exposé de ce rapport, le Docteur Raphaël Massart, qui avait tenu à répondre à l'aimable invitation faite par ses confrères d'Aix-les-Bains, vint exposer ses idées personnelles sur la thérapeutique de ces arthrites dont il a été l'un des premiers à s'occuper en France.

Il fit défiler une large documentation photographique, radiologique à l'appui des résultats, dont il exposa le grand intérêt thérapeutique.

Sa conclusion, tendant à prouver que l'arthrite sacro-iliaque est la maladie d'un bipède trop récemment adapté, fut reprise par le Docteur Jacques Forestier qui fit une juste discrimination entre les troubles statiques d'une articulation mal ajustée et l'arthrite chronique vraie, celle qui a pour base première des lésions de la synoviale, de l'os du cartilage, et où les diathèses et les infections jouent un rôle de premier plan.

Le Docteur Franon prit ensuite la parole pour montrer le rôle important joué par l'articulation sacro-iliaque, et la gravité des conséquences qu'entraîne la lésion de cette région.

Le président de la Société médicale d'Aix-les-Bains, notre excellent ami le Docteur Forestier père résuma les débats, adressa à tous les orateurs un remerciement chaleureux, et montra quel rôle efficace peut jouer la cure d'Aix-les-Bains dans le traitement de ces lésions fréquentes, dont depuis longtemps les auteurs anglais et américains ont reconnu l'importance.

Après cette réunion fut servi un excellent déjeuner, qui compléta d'une manière agréable le souvenir, dont les médecins d'Aix-les-Bains savent faire la mise au point des questions les plus délicates de la Rhumatologie.

R. M.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

11.997 Drevon, 41, boulevard Notre-Dame, Marseille (Bouches-du-Rhône). Synd. des méd. de Marseille

11.998 Ferriol, Settat (Maroc). Ass prof. des méd. de Casablanca.

11.999 Fleurent, Colmar (Haut-Rhin). Parrains : Docteurs Noir et Fischer.

12.000 Giguet, Meknes (Maroc). Parrains : Docteurs Pambet et Decrop.

12.001 Gorodiche, Arles (Bouches-du-Rhône). Synd. de l'arrond.

12.002 Mme Grenet-Cazamian, Megève (Haute-Savoie). Synd. méd. de la Haute-Savoie.

12.003 Herman, Vermenton (Yonne). Parrains : Docteurs Mariot et Potron.

12.004 Jancovici, 56, boulevard de Verdun, Courbevoie (Seine). Parrains : Docteurs Boussange et David.

12.005 Le Forestier, Chambon-sur-Lignon (Haute-Loire). Synd. méd. de la Haute-Loire.

12.006 Lemoine, Reims (Marne). Parrains : Docteurs Saint-Aubin et Lévy.

12.007 Mathieu, Angers (Maine-et-Loire). Syndicats Angers.

12.008 Mosnier, Oujda (Maroc). Ass. méd. du Maroc Oriental.

12.009 Mougeot, Souk Ahras (Constantine). Parrains : Docteurs Bouquet et Denis.

12.010 Nahon, Mascara (Oran). Synd. dép. d'Oran.

12.011 Neau, Le Fare-les-Oliviers (Bouches-du-Rhône). Synd. méd. de Salon de Provence.

12.012 Perez, Montfermeil (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Caillé et Lelong.

12.013 Queinnec, Malestroit (Morbihan). Synd. de Ploermel.

12.014 Ritter, Wissembourg (Bas-Rhin). Synd. méd. de Haguenau-Wissembourg.

12.015 Ruffier, Ecueille (Indre). Parrains : Docteurs Noir et Massart.

12.016 Valingot, Achères (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Larget et Lamarre.

12.017 Walter, Belfort (Territoire de Belfort). Sté d'électro-radiologie de l'Est.

12.018 Weille, 9, rue de Serre, Nancy (Meurthe-et-Moselle). Ass. synd. des méd. de Meurthe-et-Moselle).

12.019 Wimmer, Morsbronn-les-Bains (Bas-Rhin). Synd. méd. de Haguenau-Wissembourg.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.076. — Fracture d'un os et luxation concomitante d'un os contigu

J'aurais besoin de vos conseils au sujet d'une note d'honoraires concernant une accidentée du travail qui fait une chute et vient à mon cabinet avec :

1) Une luxation du grand os accompagnée de fracture articulaire de l'extrémité inférieure du radius gauche. Je lui réduit sa luxation et lui fais aussitôt un plâtre, à mon avis provisoire en attendant la radiographie. Celle-ci montre une bonne réduction et de la luxation et de la fracture. Le plâtre devient donc définitif. Je n'ai trouvé sur aucun barème d'accidents de travail luxation du grand os avec fracture articulaire de l'extrémité inférieure du radius lésion assez rare, sans fracture du scaphoïde. Puis-je demander : Fracture de l'extrémité inférieure du radius, 100 francs ; Luxation du grand os par analogie avec luxation du pouce : 75 francs, soit 175 francs.

Dr D.

Réponse

Vous avez à compter : *a*) réduction et contention de fracture de l'extrémité inférieure du radius : 100 francs (art. 18) ; *b*) réduction et contention d'une luxation du grand os du carpe du même côté : par analogie avec luxation du pouce : 75 francs.

Mais par suite de l'art. 10 alinéa 2, à réduire au demi-tarif, soit 37 fr. 50. Conclusion 100 + 37 fr. 50 = 137 fr. 50 pour les deux interventions.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

Proposition pour la Légion d'honneur des officiers rayés des cadres

Je remarque que sur le tableau d'avancement pour la Légion d'honneur, figurent souvent des officiers rayés des cadres.

Quelles sont les conditions, qui conviennent à ces cas ? Un officier rayé des cadres, comme père de six enfants pourrait-il être proposé ? (surtout s'il avait été déjà proposé plusieurs fois avant sa radiation, ce qui est mon cas).

Dr Y. M. C.

Réponse

Les officiers rayés des cadres doivent réunir les conditions suivantes, afin de pouvoir être proposés pour la Légion d'honneur :

Avoir de beaux services de guerre (blessures ou citations) ou continuer à rendre des services à l'armée, notamment à l'éducation physique et à la préparation militaire.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

6.041. — Salaire de base d'un ouvrier agricole en cas d'accident du travail

Un ouvrier agricole, âgé de 69 ans, employé par moi comme journalier (15 francs par jour, non nourri) s'est fracturé la jambe le 23 janvier dernier, en tombant d'un arbre. Je n'étais plus assuré contre les accidents du travail et suis donc responsable.

J'ai fait traiter le blessé à l'hôpital, d'où il est sorti consolidé le 23 mars dernier avec un pourcentage d'invalidité évalué à 20 % par le chirurgien traitant. J'ai payé le demi-salaire pendant toute cette période.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le blessé s'est livré à quelques travaux agricoles rémunérés qui indiquent une guérison suffisante.

Quel taux de pension dois-je lui verser ? Cet ouvrier n'a été employé chez moi que quelques jours (dix environ au total) et par intermittence.

Je désirerais une transaction amiable. Sur quelle base puis-je l'établir ?

Dr X.

Réponse

D'après la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents du travail dans l'agriculture, lorsque la victime reçoit un salaire variable, ou ne travaille pas de manière continue chez un même employeur, le salaire servant de base au calcul de la rente n'est pas le salaire effectif touché durant les douze mois précédant l'accident, mais un salaire minimum dont le taux est arrêté tous les deux ans, pour chaque département, par le préfet après avis de la Commission départementale du travail ou à défaut, du Conseil général, et après enquêtes auprès des Chambres d'agriculture et des Syndicats agricoles ouvriers et patronaux. Nous ne pouvons évidemment pas vous renseigner sur le taux appliqué dans votre département, et le mieux pour vous serait de vous renseigner à ce sujet auprès de la Préfecture.

Le salaire de base une fois déterminé, la rente est égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire de la victime, soit en l'espèce à 10 % du salaire de base. Il n'en est ainsi toutefois que pour la portion de ce salaire inférieure à 8.000 francs, au-dessus et jusqu'à 18.500 la rente n'est plus que du quart de ce qu'elle aurait été sans cette limitation.

6.201. — Accident du travail causé par un tiers

M. L... est employé d'une grosse firme d'essences, tamponné par un train, à un passage à niveau laissé ouvert, en septembre 1935. Il était en travail c'est donc un accident du travail d'abord.

Le malheureux dans l'auto de la firme, qu'il conduisait lui-même, est projeté à quinze mètres. En danger de mort pendant quinze jours, traité à la clinique, il s'en tire avec un thorax broyé.

Sa firme a dès le début fait les déclarations accidents du travail.

La P. se porte partie civile. Le blessé en fait autant.

La Compagnie P. L. M. est condamnée en première instance, le blessé se voit alloué 10.000 francs de provision. Elle fait appel. Elle est condamnée à nouveau à la Cour de Chambéry et la provision est cette fois de 20.000 francs nets à verser à la victime plus des frais de justice. L'expert médical ne peut conculre, le blessé n'est pas encore consolidable.

Dès le début, la Compagnie La P. verse à ce blessé ses demi-journées. Aujourd'hui, cette Compagnie insiste et me demande notre note de clinique et honoraires. Je lui réponds que je serai payé par le blessé qui va recevoir dans ce but une provision de 20.000 francs. Elle veut notre note au tarif légal, elle insiste. Or, vu l'urgence et le danger de mort, je lui ai envoyé la note au tarif droit commun.

D'autre part, l'avocat d'appel a dit à la victime qu'il ne toucherait qu'une rente, et pourtant, s'il y a accident du travail, il y a aussi droit commun. La victime préférerait qu'il n'y ait que droit commun. Si la part patronale d'incapacité permanente partielle est versée en rente, le surplus doit être versé en capital. Le blessé ne peut-il pas demander à la Compagnie d'assurances accidents du travail de se désintéresser de cette affaire et de ne laisser exister que le recours en droit commun.

Il faut compter sur une incapacité permanente partielle de 80 % (barème accidents du travail), en droit commune le calcul de cette incapacité permasente partielle peut-il être différent ?

Ce blessé a douze côtes brisées, deux fractures à l'omoplate, la clavicule arrachée, il a infiltré son médiastin de sang, sa plèvre est épaissie, il a craché du sang encore récemment.

En somme il s'agit d'un cas d'accident du travail avec recours contre les tiers. Y a-t-il dans ces cas-là plusieurs modalités pour régler l'infirmité permanente partielle ?

Dr G.

Réponse

Aux termes de l'article 7 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, indépendamment de l'action résultant de cette loi, la victime ou ses représentants conservent contre l'auteur de l'accident, autre que le patron et ses ouvriers ou préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité qui leur est allouée exonère à due concurrence, le chef d'entreprise des obligations mises à sa charge ; dans le cas où l'accident entraînerait une incapacité permanente ou la mort, cette indemnité doit être attribuée sous

forme de rente servie par la Caisse nationale des retraites.

En outre de cette allocation, le tiers reconnu responsable est condamné, soit envers la victime, soit envers le chef d'entreprise, si celui-ci intervient dans l'instance, au paiement des autres indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail.

En l'espèce, M. L.... a été victime d'un accident du travail causé par un tiers.

Son cas doit donc être régi par les dispositions de l'article 7 de la loi du 9 avril 1898.

Il en résulte que l'indemnité pour incapacité permanente, complémentaire de celle qui lui sera allouée par l'assurance du chef d'entreprise, devra lui être attribuée non pas sous forme d'un capital, mais sous forme de rente servie par la Caisse nationale des retraites.

En ce qui concerne vos frais et honoraires, ils doivent être réglés conformément aux dispositions de la loi sur les accidents du travail; vous n'échapperez donc à l'application du « tout compris » qu'à la condition de démontrer que l'admission du blessé dans votre clinique plutôt qu'à l'hôpital a été commandée par la nature exceptionnelle de la lésion ou par l'urgence ou encore qu'elle a été demandée expressément par le patron lui-même.

5.973. — La fièvre de Malte n'est pas garantie par la loi sur les maladies professionnelles

Un de mes malades, ouvrier agricole, a contracté la fièvre de Malte en soignant des bovidés porteurs reconnus de germes mélitococciques.

Une telle maladie peut-elle être considérée comme accident du travail ?

Dr G.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne garantit en principe que les « accidents » survenus au lieu et au temps du travail, mais non les « maladies » professionnelles. Il n'en va autrement que pour celles figurant dans la liste limitative dressée par la loi du 1er janvier 1931, qui bénéficient par exception de la protection légale.

Or la fièvre de Malte n'est pas prévue dans cette liste ; elle ne peut donc donner lieu à application de la législation sur les accidents du travail que si elle présente les caractères d'un « accident », c'est-à-dire si elle provient de l'action brusque et soudaine d'une cause extérieure, et non de l'action lente et progressive d'une cause tenant à l'exercice régulier et continu de la profession. Il est en effet parfaitement admis par la jurisprudence que les affections pathologiques dont l'origine peut être rattachée

comme celle d'une blessure à un accident précis et déterminé (affections pathologiques accidentelles) sont assimilées aux accidents du travail ordinaire. Ainsi en est-il par exemple de la fièvre typhoïde, dont l'origine accidentelle consiste dans l'action soudaine d'une eau contaminée.

Si la fièvre de Malte peut être contractée, elle aussi, de manière brusque, par simple contagion, par simple mise en contact avec les animaux porteurs de germes, si elle ne provient pas de l'exercice prolongé de la profession, elle doit, elle aussi, être considérée comme « accident du travail », et celui qui en est victime est en droit d'invoquer à l'égard de son patron ou de sa Compagnie d'assurances substituée les dispositions protectrices de la loi sur le risque professionnel.

Dans le cas contraire il pourrait poursuivre son patron sur la base du droit commun, et notamment de l'art. 1385 du Code civil qui rend responsable le gardien juridique d'un animal (c'est-à-dire en principe son propriétaire) des dommages survenus par son fait.

ASSURANCES SOCIALES

5.188. — Radiation de l'Assurance sociale après 60 ans

M. R. est âgé de 61 ans depuis le 12 mars 1936. En juin 1935 a demandé la liquidation de sa retraite vieillesse auprès de la Caisse d'assurances sociales. N'a rien touché depuis cette date.

Le 6 mars 1936 embolie oblitérante au niveau de la jambe gauche, nécessitant l'amputation le 31 mars 1936.

A cette date lettre de la Caisse d'assurances sociales indiquant au malade qu'il ne lui sera plus garantie les prestations à dater du 13 avril 1936 en raison du décret-loi du 28 octobre 1935 abrogeant les dispositions de l'article 18 de la loi du 30 avril 1930 et lui conseillant de s'inscrire à une « Société mutuelle complémentaire de la Caisse X ».

Ce malade a-t-il le droit de compter sur ses prestations et sur le remboursement de ses frais médicaux et pharmaceutiques par les Assuranees sociales puisque son opération date du 31 mars donc avant que la signification lui soit faite de ne pas y compter, les suites de cette opération ayant nécessité des visites quotidiennes puis plus espacées pour faire le pansement jusqu'à cicatrisation.

D'autre part cette Mutuelle complémentaire demande un stage de trois mois à dater du premier versement des cotisations.

Le malade a cotisé régulièrement aux Assurances sociales et pour le premier trimestre 1936 la Caisse d'assurances sociales lui signifie dans la lettre du 31 mars 1926, qu'elle ne peut recevoir les cotisations correspondantes.

Dr M.

Réponse

Il est exact que sous le régime de la loi de 1928-1930, les assurés âgés de plus de 60 ans, pouvaient retarder la liquidation de leur retraite et garder la qualité d'assuré social s'ils continuaient à travailler et à cotiser. Dans ce cas, ils conservaient leurs droits à l'assurance-maladie, comme les assurés ordinaires.

Cette faculté a été supprimée par le nouveau régime résultant du décret-loi du 28 octobre 1935. En vertu de l'article 3 dudit décret l'assuré qui a atteint l'âge de 60 ans est radié de l'assurance. Ce nouveau régime étant entré en vigueur à compter du 1er avril 1936 en ce qui concerne la détermination des droits et des prestations de l'assurance-maladie, à partir de cette date, l'assuré en question perdait sa qualité d'assuré social, et ne pouvait plus prétendre par suite aux prestations de l'assurance-maladie. Il peut seulement demander la liquidation de sa pension vieillesse.

5.664. — L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a le droit de travailler

Encore une fois je viens solliciter le secours de vos lumières en faveur d'une de mes malades, assurée sociale.

Ayant bénéficié des prestations habituelles pendant six mois, elle a pu reprendre son travail tant bien que mal grâce à la belle saison ; mais ne pourrait certainement pas continuer en hiver. C'est l'avis du médecin contrôleur de la Caisse qui a vu la malade avec moi et c'est aussi le mien (tuberculose pleurale).

En conséquence la Caisse lui propose de la faire bénéficier de l'assurance-invalidité (le médecin contrôleur estime que la diminution de capacité de travail est supérieure à 66 %). Naturellement la malade désirerait savoir ce que cela représente exactement comme avantages et inconvénients ?

Agée de 29 ans, cotisant aux Assurances sociales depuis l'origine, que pourrait-elle espérer comme pension ? Serait-elle obligée de cesser tout travail à l'usine ? N'aurait-elle plus droit à aucun remboursement pour soins médicaux ou pharmacie ?

Dr H.

Réponse

En vertu de l'article 10, § 5 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, la pension d'invalidité est égale à 40 % du salaire annuel moyen servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance.

Comme cette pension est indépendante du degré d'invalidité, il s'en suit que son bénéficiaire peut parfaitement continuer à travailler et à coti-

ser comme un assuré ordinaire. Toutefois, en vertu du § 7 dudit art. 10 « le service de la pension est suspendu en tout ou en partie lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide. »

Enfin, en vertu de l'art. 10, § 8, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq années. En cas de suspension ou de suppression de la pension dans les conditions du § 7 précité, ce droit aux prestations en nature peut être maintenu.

6.151. — Hospitalisation d'un assuré social

1° Quelles formalités doit-on remplir pour hospitaliser un assuré social ?

a) assuré social ordinaire ;

b) assuré social assisté.

2° L'assuré social ordinaire, hospitalisé, doit-il payer lui-même les frais d'hospitalisation ?

3° Pendant l'hospitalisation d'un assuré social, le médecin traitant a-t-il le droit à des honoraires ? Qui doit régler les honoraires du médecin traitant ?

Le malade assuré social hospitalisé, ou l'hôpital.

Dr G.

Réponse

Il résulte que l'article 115 § *m* du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 que l'assuré qui désire être hospitalisé à l'obligation d'en avertir sa Caisse, et celle-ci doit lui indiquer les établissements avec lesquels elle a passé des conventions ou qui ont accepté son contrôle général.

Bien entendu l'assuré a, en vertu de l'art. 6 § 2, le libre choix de son établissement de soins. Il peut entrer dans un établissement n'ayant pas contracté avec les Caisses d'assurances sociales ; dans ce cas, d'après l'opinion généralement admise, il doit être considéré comme traité à domicile ; il touche en conséquence son indemnité journalière intégrale, et le remboursement des honoraires médicaux exposés selon le tarif général de responsabilité. Il lui appartient de régler lui-même les frais de séjour de la maison de soins.

Si par contre il se fait hospitaliser dans un établissement ayant conclu une convention avec la Caisse, cette dernière verse directement à l'établissement deux indemnités distinctes : une indemnité pour frais de séjour, et une indemnité pour honoraires médicaux. L'assuré a à sa charge la différence existant entre ce tarif de remboursement et le prix de journée pratiqué par l'établissement. Il y a lieu de rappeler que

s'il s'agit d'établissements publics hospitaliers, le prix demandé à l'assuré ne peut excéder le tarif le plus bas pratiqué pour les malades payants.

Lorsqu'il s'agit d'assuré assisté, les conditions de choix de l'établissement sont les mêmes; on ne saurait lui imposer de se faire soigner à l'hôpital public, puisqu'il résulte de l'art. 19 du décret du 28 octobre 1935 que les prestations afférant aux assurés indigents sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés, et leur sont accordées selon les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés. Ils jouissent donc en particulier du libre choix de leur établissement de soins. Quant aux prestations, elles sont réglées de manière différente : en vertu de l'art. 19 précité les frais dus aux établissements d'hospitalisation sont payés... en ce qui concerne les frais d'hospitalisation, non compris les honoraires médicaux, conformément au tarif applicable aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite. Il suit de là que, comme pour les assurés ordinaires, il doit y avoir paiement de deux indemnités distinctes : l'une pour frais de séjour selon le Tarif de l'Assistance médicale gratuite, payée à l'hôpital par la collectivité d'assistance, l'autre pour frais et honoraires médicaux, calculée selon le Tarif de responsabilité de la Caisse, et payé directement par cette dernière à l'établissement.

Par suite, qu'il s'agisse d'assuré indigent ou d'assuré ordinaire, il y a toujours paiement de deux indemnités distinctes l'une pour frais de séjour proprement dits, et l'autre pour honoraires médicaux et chirurgicaux. La seule différence entre les deux catégories d'assuré, est que pour les assurés indigents le médecin doit se contenter de ce qui est payé par les Caisses en application de leur Tarif de responsabilité (que l'établissement touche directement des Caisses, en son nom, et qu'il répartit ensuite selon ses règles intérieures), tandis que pour les assurés ordinaires, le chiffre des honoraires médicaux et chirurgicaux est fixé dans la convention et peut être différent du tarif de responsabilité, la différence étant à la charge de l'assuré.

5.876. — *Suspension du droit aux prestations pendant le service militaire*

Un employé de banque qui a cotisé plusieurs années aux Assurances sociales, accomplit depuis octobre dernier son service militaire. Il est marié et père de deux enfants. Ceux-ci sont actuellement malades. Peuvent-ils bénéficier des prestations des Assurances sociales ? De plus, la jeune femme est enceinte de cinq mois. Pourra-t-elle bénéficier des prestations assurance-maternité ? Dr V.

Réponse

En vertu de l'article 22, § 1 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, qui est applicable à toute maladie dont la première constatation médicale est postérieure au 1er avril 1936, et à tout accouchement postérieur à cette date, « les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période du service militaire et en cas d'appel sous les drapeaux ».

Etant donnés les termes très généraux de cette disposition, la suspension joue donc non seulement pour l'assuré lui-même, mais encore pour les autres ayants droit, conjoint et enfants à charge. Ces derniers ne pourraient bénéficier des prestations de l'assurance-maladie que si la femme de votre client était elle aussi assurée sociale.

Nous vous signalons que conformément au § 3 dudit article « à son retour dans ses foyers, l'assuré est considéré comme ayant subi pendant la période de service militaire le minimum légal de retenue ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie. »

5.846. — Paiement des cotisations des domestiques aux Assurances sociales

Ayant déclaré ma bonne au service des Assurances sociales, j'attends toujours les feuilles où je pourrais coller les timbres trimestriels.

Mais existe-t-il encore des timbres ?

Sinon, comment payer les cotisations trimestrielles ?

Dr D.

Réponse

Le nouveau régime des Assuranes sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a supprimé le système de paiement des cotisations par apposition de timbres. Depuis le 1er avril 1936 le montant des cotisations échues pendant le trimestre précédent est versé, dans les dix premiers jours de chaque trimestre, par le patron soit en espèces au bureau de poste, soit par virement de chèque postal au moyen d'imprimés spéciaux que vous trouverez dans tous les bureaux.

5.508. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Ma bonne assurée sociale se marie au début du mois d'octobre dernier et cotise jusqu'au 1er janvier 1936. Enceinte, elle fait constater sa grossesse en mars 1936 : elle doit accoucher au mois d'août prochain.

Il me paraît hors de doute qu'elle a droit aux allocations maternité. Est-ce exact ?

D'autre part elle a épousé un inscrit maritime marin de commerce (Caisse nationale de répartition des marins français). Comme femme d'assuré social elle a fait une demande avant les six mois écoulés depuis son mariage pour être inscrite à l'assurance spéciale des femmes d'assurés sociaux.

Ci-inclus lettre refusant son inscription, malgré un certificat de l'Administrateur de la marine constatant que son mari est bien assuré social. Qui a raison, qui a tort. Que faire ?

Dr R.

Réponse

L'accouchement de votre domestique devant être postérieur au 1er avril 1936, ses droits aux prestations sont déterminés par les dispositions du régime nouveau institué par le décret-loi du 28 octobre dernier. Elle pourra donc prétendre aux prestations de l'Assurance-maternité si elle ou son mari ont subi sur leur salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs durant le premier de ces trimestres (art. 9 § 6).

Le refus d'inscription à l'assurance spéciale des femmes d'assurés, dont votre domestique a été l'objet, est juridiquement fondé. Il résulte en effet de l'article 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 que cette assurance spéciale est réservée aux femmes non-salariées. Cette inscription ferait, en effet, dans le cas exposé double emploi avec la qualité d'assurée sociale obligatoire que lui confère sa profession et son gain annuel.

5.836. — Calcul de la pension d'invalidité

Abonné du *Concours* et membre du Sou je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

Une cliente a été malade le 5 octobre 1935, à l'expiration des six mois je lui ai donné pour les Assurances sociales un certificat d'incapacité temporaire de 100 % (sommet droit et fièvre persistante).

On lui offre 1.436 fr. 24 de rente annuelle (ce qui me semble fort peu).

Cette cliente qui est née en 1904 a donc été immatriculée avant trente ans. Bien qu'immatriculée avant, elle n'a commencé à verser qu'en novembre 1933.

Elle gagnait (comptable) dans la dernière place 10.350 francs par an y compris les gratifications. Elle n'est pas mariée.

Ci-joint toutes les pièces où vous pouvez voir les différents versements. Et les décisions des Assurances sociales qui viennent de lui être notifiées.

Dr P.

Réponse

En vertu de l'article 10 du décret du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, « pour l'assuré affilié avant l'âge de trente ans, la pension est égale à 40 % du salaire annuel moyen servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance ».

Or sous le régime de la loi de 1928-1930 les cotisations ouvrières mensuelles correspondent à 4 % du salaire de base pour les quatre premières catégories et à 4,44 % pour la cinquième. Le salaire total ayant servi au calcul des cotisations depuis l'entrée dans l'assurance s'obtient donc en multipliant par 25 les cotisations des premières catégories, et par 22,50 celles de la cinquième, soit en l'espèce :

Cotisations des quatre premières catégories : $12 + 2 \times 18 + 2 \times 24 = 96$

Salaire de base : $96 \times 25 = 2.400$ francs.

Cotisations de la cinquième catégorie : $15 \times 40 = 600$

Salaire de base : $600 \times 22,5 = 13.500$ francs.

Salaire de base total : $2.400 + 13.500 = 15.900$ francs.

L'assurée ayant commencé à cotiser en novembre 1933 et étant tombé malade le 5 octobre 1935, a fait partie de l'assurance pendant vingt-trois mois, soit en tablant sur des mois à trente jours, 690 jours. Le salaire annuel moyen est donc égal à : $15.900 \times \frac{360}{690} = 8.295$ fr. 60

Mais comme l'article 10 précité stipule que ledit salaire est arrondi au multiple de 200 francs le plus voisin, les calculs doivent donc porter sur un salaire de 8.200 francs. La rente est donc égale à : $8.200 \times 40\ \% = 3.280$ francs qui est arrondi à 3.200 francs en vertu de l'art. 10 précité.

Ces calculs ne sont toutefois exacts que si la date d'immatriculation correspond à peu de chose près avec celle des versements Sinon il y aurait lieu de calculer le nombre de jours d'assurances depuis la date réelle de l'immatriculation, ce qui augmenterait le diviseur dans le calcul du salaire moyen, donc diminuerait la rente. Malheureusement votre lettre ne contient aucune précision à cet égard.

Sous cette réserve nous pensons donc pouvoir conseiller à votre cliente de ne pas accepter les propositions qui lui sont faites, mais de porter le différend devant la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la réception de la notification jointe à votre envoi.

Cinquante-huitième année | N° 31 | 2 Août 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du Jour

Partie Scientifique

L'Actualité Scientifique

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) **M.** Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Le Boulou. J. Noguès.
Loctudy. Dupouy.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, **M.** Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

Renseignements

Rendre un traitement facile, c'est assurer sa continuité. Ordonner à tous les dyspeptiques de sucer 4 à 6 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour, c'est les guérir facilement et agréablement.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Villa du Parc. Saujon. (Char.-Inf[re]). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr Dubois.

DON.— Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours Médical* de M. le Docteur Schmitt, de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 206. — Pour octobre. A louer. Quart. Latin, pour étudiant. Petit appart. Studio, s. de b., cuis., entr., débarr. tt cont. 4.000 francs. charges compr.

N° 207. — Ex-assist. sana public, libre août et sept. long. prat. radiolog. et collapsoth., aider. ou remplac. confr. phtisiol. client. ou sana, auto personn. Exc. réf.

N° 208. — Vittel. Pour rais. d'âge et de santé, client. de 25 ans à céd. de suite apr. mise au cour. collabor. et présent. pend. la saison en cours seulem. Ecr. au Dr Adda, « Villa Chantecler », Vittel.

N° 209. — Seine-Inférieure. — A céder belle clientèle médicale.

N° 210. — Normandie. Urgent. A reprendre après décès bon poste prospérité, ville importante 15 km. de la mer. Bon rapport sans indemnité pour bail dans grande maison tout confort avec jardin, Garage. Loyer 7.000 à débattre.

N° 211. — A céder oct. nov. client. bon rapport en extension dans pays riche. 100 km. Paris. Belle maison Gr. jardin long bail. Chauf-cent. Prix à débattre. Compt. dép. rais. famille.

N° 212. — Centre. Urgent. Céderais clientèle rurale à médecin français contre reprise bail.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

A toucher Paris. — Banlieue ouvrière. Bonne clientèle de 30 ans. A céder cause santé avec présentation : 15.000 francs comptant.

Côte d'Azur, de station d'altitude, poste médecine générale facilement augmentable, appartement 5 pièces. Loyer 2.700 francs. Petite indemnité.

Importante plage Bretagne. — Bonne clientèle de toute l'année. Maison particulière. A céder 35.000 fr.

L'ordre du jour du S. M. S. au sujet de la prise en charge par le Corps médical de la médecine préventive

Nous avons reçu d'un Groupe de défense de la médecine libre une longue circulaire mettant en garde les médecins praticiens et leurs syndicats contre l'organisation de la médecine préventive, telle que la comportent les projets du ministre de la Santé publique.

Nous ne doutons pas des bonnes intentions des signataires de la circulaire, mais respectueux de la discipline syndicale et convaincus que plus que jamais la cohésion du Corps médical est nécessaire, nous nous en tenons à l'ordre du jour signé de MM. Cibrie et Hartmann, voté par l'Assemblée générale du syndicat des médecins de la Seine le 19 juin 1936 et que voici.

J. N.

Ordre du jour

Le Syndicat des Médecins de la Seine,

Pleinement conscient du rôle social que le syndicalisme médical doit jouer dans la préservation de la santé publique ;

Se déclare prêt à la prise en charge technique, par contrat collectif, de l'organisation et du fonctionnement de toute la médecine préventive.

Ces contrats, qui engageront tous les médecins syndiqués acceptant les clauses du cahier des charges y annexé, devront laisser à chacun de ceux-ci, omnipraticiens et spécialistes, la totalité de la pratique médicale y compris le dépistage et la prophylaxie. Cette organisation ne devra donc jamais fonctionner au seul bénéfice de quelques-uns.

Le S. M. S. demande par ailleurs aux Pouvoirs publics la protection de la médecine libre contre les entreprises nettement commerciales ou pseudo-philanthropiques de tous ordres ; en particulier, il réclame la « *normalisation* » *du fonctionnement des dispensaires*, dont le système actuel, non réservé aux seuls indigents et nécessiteux, est anarchique, et constitue souvent une simple entreprise commerciale.

Il demande en outre que soit entreprise vigoureusement la *lutte contre le charlatanisme médico-pharmaceutique*, lequel constitue un attentat permanent à la santé publique.

Il demande enfin :

La *réforme* indispensable *de la loi de* 1849 sur l'assistance publique à Paris, dont les hôpitaux devront être réservés aux seuls indigents et nécessiteux ;

L'organisation effective de la *lutte contre l'alcoolisme et le taudis* ;

La réorganisation d'une *surveillance* efficace et sévère sur les produits destinés à l'alimentation courante.

Communiqués de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine met en garde, les médecins contre les sollicitations dont ils peuvent être l'objet de la part de certaines publications : sous prétexte de faire de la propagande à l'étranger, elles publient des notices sur la carrière et les travaux scientifiques de certains médecins ; ces publications constituent au premier chef une réclame déguisée contraire aux principes d'une saine déontologie et condamnée par les groupements médicaux au même titre que la collaboration aux journaux dits de vulgarisation.

Le Président : Dr Herpin. *Le Secrétaire général* : Dr Dournel.

***

L'attention du Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a été attirée sur une note parue dans le *Bulletin municipal officiel* de la Ville de Paris du 1er juillet 1936 (note nº 111, 24 avril 1936).

M. Vassart, conseiller général, y attire l'attention de M. le Préfet de la Seine sur le fait « que certains « médecins appelés par les assistés ne se dérangeraient qu'après insistance de la part des intéressés « ou le feraient si tardivement que la famille du malade se verrait dans l'obligation de recourir à un « autre praticien, inscrit sur la liste d'assistance médicale gratuite ».

Nous ne pensons pas que cette allégation soit réellement fondée ; au reste ce serait affaire entre le médecin intéressé et la Commission préfectorale de contrôle de l'Assistance médicale gratuite. Ce que nous savons, c'est que certains assistés invoquent parfois une urgence que rien ne justifie ou croient pouvoir exiger des soins plus ou moins répétés qu'en conscience le médecin ne saurait leur accorder.

Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine invite, dans ces cas, le confrère intéressé à refuser ses soins à l'assisté et à adresser en même temps un avis motivé au Bureau d'Assistance.

Le secrétaire général : Dr Dournel.

Fédération intersyndicale des Maisons de santé de France

La Fédération intersyndicale des Maisons de santé de France qui groupe tous les Syndicats patronaux des Maisons de santé, fait savoir qu'elle a été convoquée le 22 juin 1936 par le ministre de la Santé publique, pour se rencontrer en *commission paritaire*, sous

l'arbitrage du ministre avec des représentants des employés des Maisons de santé désignés par le Ministre, dans le but de rechercher un accord pour l'application des nouvelles lois sociales.

Après une semaine de pourparlers, un projet de convention collective de travail, conformément à la loi, a été établi, et une échelle de salaires minima a été fixée pour la région parisienne avec effet au 1er juillet 1936.

En ce qui concerne la province, il a été spécifié que ce projet de convention servirait de base : mais que dans chaque région se tiendrait à la Préfecture la plus importante, une Commission paritaire régionale qui aura à fixer des salaires régionaux.

La Fédération se tient à la disposition des groupements régionaux.

Elle pourra les assister dans les discussions des accords.

Les membres de ces groupements régionaux devront faire partie d'un Groupement national ou professionnel affilié à la Fédération.

En ce qui concerne la région parisienne, il est conseillé de faire l'application dès maintenant et à dater du 1er juillet du contrat collectif type.

Dans tous les cas, si une difficulté survient, pour l'une des Maisons de santé adhérentes aux Syndicats patronaux groupés dans la Fédération, la direction n'a qu'à demander conseil et assistance au secrétariat de son Syndicat patronal.

Quant aux Maisons de santé non-syndiquées, on ne peut que rappeler à leurs propriétaires les inconvénients actuels qu'il y a à demeurer isolés et les inviter, dans leur intérêt, pour être renseignés et assistés, éventuellement, à adhérer à un des Syndicats ci-dessous :

— Association professionnelle des directeurs et médecins des Maisons de santé privées pour maladies mentales et nerveuses. Secrétariat : Dr Bussard, 8, rue du 11-novembre, à Bellevue-Meudon (Seine-et-Oise).

— Syndicat des médecins directeurs des Maisons de santé privées de France (ne groupant que des médecins de toutes catégories). Secrétariat : Dr Tarrius, 22, avenue Junot, Paris (XVIIIe).

— Syndicat général des Maisons de santé de France (groupant toutes maisons de toutes catégories). Secrétariat : Dr Desgranges, 18, rue du Belvédère, Boulogne-sur-Seine (Seine).

— Syndicat des médecins de Sanatoria assimilés et agréés et privés de France (ne groupant que des médecins). Secrétariat : Dr Chapuis, Sanatoria de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne).

— Syndicat des Sanatoria privés et agréés de France : Secrétariat : Dr Chatard, à Cambo (Basses-Pyrénées).

Légion d'honneur

(Réserves)

A quelle époque paraîtront les promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur au titre des réserves, qui devaient avoir lieu normalement le 14 juillet dernier, comme les années précédentes ?

Il résulte des renseignements que nous nous sommes procurés que la Grande Chancellerie ne pouvait donner son avis sur les dossiers présentés par l'administration de la guerre avant que le Parlement, saisi d'un projet de loi sur le contingent disponible, ait statué.

La loi du 16 juillet 1936 à ce sujet, ayant été promulguée pour la régularisation des contingents de 1936 et de 1937, le conseil de l'Ordre doit se réunir dans quelques jours pour l'examen des dossiers. Nous pensons, dans ces conditions, que les décrets de promotion paraîtront dans le début du mois d'août.

(*La France militaire*, 26-27 juillet 1936).

● ● ●

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Rectification.** — Sous la rubrique *Nos réunions médicales*, nous avons rendu compte dans le numéro du *Concours Médical*, paru le 26 juillet 1936, d'une réunion organisée le 5 juillet 1936, par la *Société des médecins d'Aix-les-Bains*, dans le but d'étudier les arthrites chroniques des articulations sacro-iliaques.

Par suite d'une erreur de typographie, il a été mentionné notamment que le Docteur Franon avait pris la parole. En réalité il s'agit du Docteur FRANÇON, d'Aix-les-Bains, qui a montré le rôle important joué par l'articulation sacro-iliaque, et la gravité des conséquences, qu'entraîne la lésion de cette région. Nous nous excusons de cette faute, d'autant plus que le Docteur Françon a bien voulu publier déjà d'intéressants travaux dans notre journal. A cette occasion, il convient de signaler sa récente étude sur « L'arthrite aigue post-opératoire », dans la *Revue du rhumatisme*, juillet 1936.

— **Distinction honorifique.** — La croix d'Officier de l'Ordre de Léopold II vient d'être décernée à M. le Docteur René BECKERS (de Bruxelles). Il est un grand ami pour le *Concours Médical*, auquel il n'a jamais cessé de témoigner sa grande sympathie. Nous sommes particulièrement heureux de la grande

distinction dont il vient d'être l'objet et nous lui adressons, à cette occasion, nos très affectueuses et bien vives félicitations.

— **Médaille du Docteur Pasteau.** — Au cours du Congrès français d'urologie d'octobre 1936, à une date qui sera ultérieurement fixée, cette médaille exécutée par le maître graveur Dammann, grand prix de Rome, sera remise au Docteur Pasteau, qui assura pendant trente ans, le secrétariat de ce Congrès.

Nombreux seront les amis qui voudront se joindre aux membres de l'Association française d'urologie.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, postal (Paris 599), ou mandat, au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

— **Vacances 1936.** — *Bibliothèque.*— A partir du 13 juillet les séances du soir seront suspendues et reprises à partir du 1er octobre.

Du 16 juillet au 31 juillet, la bibliothèque sera ouverte tous les jours de 14 à 18 heures. Elle sera fermée à partir du 1er août.

A partir du 1er septembre, elle sera réouverte jusqu'au 14 septembre les mardis, jeudis et samedis de 14 à 17 heures et du 15 au 30 septembre, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis de 14 à 18 heures.

Le service normal quotidien reprendra à partir du 1er octobre.

Secrétariat. — Pendant la durée des vacances, le secrétariat sera ouvert tous les jours (de midi à 15 heures).

Le service normal (de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures), reprendra à partir du 1er octobre.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — A la suite du concours ouvert devant la Faculté de pharmacie de Paris, le 8 juin 1936, M. Normant (Henri), professeur agrégé de l'Université, a été nommé, pour une période de neuf ans, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

— **Ecole de médecine de Tours.** — M. Chevé, chargé de la chaire de médecine légale et de médecine sociale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, a été nommé professeur titulaire.

M. Aron, suppléant de physiologie, a été nommé professeur de physiologie.

— **Hôpitaux de Tours.** — M. Lieffring, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé, après concours, chirurgien adjoint de l'hôpital.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Service central d'électro-radiologie* (Hôpital de la Pitié). — Des places d'attachés libres sont réservées aux docteurs en médecine français ou étrangers qui désireraient se perfectionner en électro-radiologie.

Une place de secrétaire bénévole est également vacante.

Pour renseignements, s'adresser au Docteur Delherm, chef du service, 83, boulevard de l'Hôpital Paris.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — Un concours pour six places d'internes en médecine et en chirurgie aura lieu le 4 décembre 1936, au Centre médical de Nîmes.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1936.

Le nombre des places pourra être modifié au moment de l'ouverture du concours, suivant les besoins du service.

— **Hôpitaux de Valence.** *Concours de chirurgien adjoint et de chirurgien suppléant.* — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint et d'un chirurgien suppléant de l'hôpital général de Valence s'ouvrira le 12 octobre 1936, à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Ces chirurgiens entreront en fonction le 1er novembre 1936 et seront nommés pour une période de cinq ans renouvelable. Ils recevront un traitement de 1.200 francs (chirurgien adjoint) et 600 francs (chirurgien suppléant), plus, pour le chirurgien adjoint une part d'honoraires des Caisses d'assurances sociales.

Inscriptions au secrétariat de l'hôpital du 21 septembre au 5 octobre 1936.

— **Hôpital de Mostaganem.** — Un concours sur titres est ouvert à Alger, le 16 novembre 1936 pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Mostaganem. La liste des candidats sera close le 26 septembre 1936.

S'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, Direction de la Santé publique.

— **Reich.** — Il semble que ce soit en Allemagne que le contrôle médical sportif ait été le plus étudié et le mieux organisé. Aussi aux dernières Olympiades d'hiver, qui eurent lieu à Garmisch, les compétiteurs ont été frappés de la parfaite organisation de ce contrôle. Les médecins désignés à cet effet, et depuis longtemps spécialisés dans l'étude du problème, disposaient d'appareils de contrôle d'une richesse inouïe et ils ont pu rassembler des fichiers très complets de notes et de radiographies.

L'organisation administrative de la médecine de sport est actuellement en voie de développement et de transformation. A la tête, de l'Association allemande des médecins de sports, qui groupe environ 3.000 membres, se trouve le Docteur von Tschammer « Führer » des médecins, fait qui témoigne d'une orientation de plus en plus physiologique, hygiénique et médicale.

— **U. R. S. S.** — Il est impossible en Russie des Soviets de s'accoucher à domicile: l'exiguité des logements et l'hygiène ne le permettraient pas. C'est ce

Voir la suite page XXXVII-2323

PROPOS DU JOUR

LE SOU MÉDICAL N'EST PAS ET N'A JAMAIS ÉTE UNE AFFAIRE COMMERCIALE

Nous n'avons pas été peu surpris de lire dans le compte rendu du Groupement Provence, Côte d'Azur et Corse (réunion de Toulon, 7 juin 1936), l'affirmation par MM. les Docteurs Masquin et Foata que le *Sou Médical* était une *affaire commerciale*.

Cela nous a paru d'autant plus étrange que nos deux confrères devraient bien connaître le Sou Médical. Ne doutant pas de la bonne foi du Docteur Masquin, nous lui avons écrit pour lui expliquer ce qu'était le Sou Médical, lui exprimer notre surprise et lui demander sur quelle raison, sur quel fait il avait pu baser sa conviction.

Le Docteur Masquin nous a aimablement répondu :

Mon cher confrère,

Je vous remercie des renseignements que vous avez l'amabilité de me donner sur le « *Sou Médical* ». Je le connais en effet depuis bien longtemps. J'apprécie ses services et je croyais que Filiale de la Société du *Concours Médical*, le Sou Médical était également une affaire commerciale, ce qui n'enlèverait rien d'ailleurs à sa valeur morale.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments distingués et dévoués.

A. Masquin.

Il n'est pas douteux que le Docteur Masquin et sans doute beaucoup d'adhérents au Sou Médical, qui n'ont pas lu ses statuts, étaient ou sont persuadés que le Sou Médical, filiale du *Concours Médical*, est une affaire commerciale.

Qu'ils se détrompent, il n'en est rien. Les filiales du *Concours Médical* ne sont pas des affaires commerciales et n'ont jamais réalisé le plus petit bénéfice. Le Sou Médical vit avec les seules cotisations de ses membres, n'est subventionné par personne, ne retire aucune ressource d'une publicité quelconque. S'il a des réserves, elles sont destinées à couvrir les frais des procès en cours qui mettent souvent plusieurs années pour être réglés et le reliquat de ces réserves, s'il existe, est versé à la Caisse de garantie qui couvre jusqu'à 100.000 francs les dommages-intérêts résultant de la responsabilité professionnelle. Si le *Concours Médical* porte à 500.000 francs la garantie de ses abonnés adhérents au Sou Médical, c'est un avantage qu'il leur assure *à ses frais* sans que la Caisse du Sou Médical soit pour cela grevée d'un centime, sans que le Sou Médical soit même consulté à ce sujet, car cet avantage est consenti par le journal en dehors de toute entente avec notre Ligue de défense individuelle.

Le Sou Médical est sagement et prudemment administré. Ses bilans sont publiés en style clair et adoptés par l'Assemblée générale en séance publique, et non en Comité secret. Sa comptabilité est parfaite et tous ses membres peuvent en prendre connaissance. S'ils veulent se donner la peine de l'examiner, ils pourront se rendre compte que les collaborateurs du Sou Médical sont convenablement rémunérés mais modestement, étant donné le travail qu'ils accomplissent, que les membres du Conseil d'administration qui tous les quinze jours délibèrent sur quarante ou cinquante affaires pendant au moins trois longues heures, quand certains ne sont pas obligés d'en prendre connaissance et de les étudier en dehors des séances, touchent un modeste jeton de 75 francs qui ne les indemnise guère de leur temps perdu et de leurs frais de déplacement.

Nous souhaitons que toutes les Œuvres et toutes les Sociétés médicales soient administrées comme le Sou Médical, car la règle absolue qui règne chez nous est que nous ne saurions tirer un sou de bénéfice, ni faire la plus petite générosité avec les cotisations versées *par nos confrères* en dehors du but auquel elles sont destinées.

J. Noir.

La plupart des confrères qui ont eu recours au Sou Médical sont les premiers à reconnaître ses bons offices. Ils le témoignent parfois avec générosité.

Dans une des dernières séances du Conseil (9 juillet) notre secrétaire nous a annoncé les dons suivants, destinés à reconnaître les services rendus par le Sou Médical :

50 francs du Docteur Martin, de Marseille.
150 francs du Docteur Le Bihan, de Carantec.
200 francs du Docteur Pernot, de Paris.
500 francs du Docteur Isoard, de Fécamp.

Quant à la *Mutualité familiale du Corps Médical français*, autre filiale du *Concours Médical*, elle ne saurait pas non plus être considérée comme une affaire commerciale. Pas un centime n'est détourné de ses buts statutaires. Les bilans qui sont annuellement publiés, sa comptabilité et surtout l'inventaire que son actuaire distingué, M. Collomb, fait tous les cinq ans et qui, cette année, sera prochainement publié, attestent la bonne administration et la scrupuleuse gestion de cette œuvre.

J. N.

POLITIQUE ET PUBLICITÉ MÉDICO-THERMALE

Evocation d'un vieux souvenir

Un de nos lecteurs de La Bourboule nous communique la coupure suivante d'un article paru dans un grand quotidien :

Pour ceux qui vont faire une cure à la Bourboule ou au Mont-Dore

Tous les camarades pouvant justifier qu'ils appartiennent à une formation du Rassemblement populaire bénéficieront chez leur ami, le Docteur X..., médecin consultant (16e saison) à la Bourboule et au Mont-Dore, front populaire 100 pour 100, d'une réduction de 40 pour 100 sur les honoraires médicaux en usage, à condition expresse qu'ils lui demandent, quelques jours avant l'arrivée dans l'une ou l'autre de ces stations, un rendez-vous, en spécifiant bien le jour de l'arrivée et hôtel, pension ou villa où ils descendront. (Ecrire : Docteur X..., à La Bourboule Villa Y...).

Lui écrire également pour tous renseignements relatifs à l'installation de ces stations... (primordiale importance).

Un Front populaire descend chez un Front populaire, à La Bourboule, pension Z...

Nous laissons nos lecteurs juges de la haute moralité que dénote cette publicité politico-médico-thermale, elle nous en remémore une autre qui remonte à trente-deux ans. C'était en mai 1904, nous étions alors secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France. Un médecin syndiqué nous fit parvenir le programme, le règlement intérieur et les statuts d'une nouvelle Société *L'Association médicale française*. Ces documents étaient anonymes. Cependant le siège social était indiqué, il était à Paris, 89, rue de Vaugirard. Pour faire partie de cette Association le médecin devait être notoirement catholique. Le but de la Société était de se mettre en liaison avec la Société des Propriétaires et notables chrétiens, la Société des Agriculteurs de France et tous les autres groupements catholiques pour drainer au profit de ses membres la clientèle catholique « évêques, curés, propriétaires, industriels, commerçants, maires et conseillers municipaux, s'il y a lieu ». Les recommandations de l'Association médicale française devaient toujours être faites « d'une façon discrète et confidentielle ».

Nous publiâmes dans le *Bulletin Officiel* de l'Union des Syndicats médicaux de France, numéro du 5 juin 1904, page 241 et suivantes, le programme, le règlement intérieur et les statuts de l'Association médicale française, *in extenso*, et, sans risquer le plus petit commentaire, nous demandâmes à nos confrères syndiqués, leur opinion sur cette nouvelle société. Les réponses ne se firent pas attendre.

Ce fut d'abord celle du Docteur Gouraud, président de la Société de Saint-Luc, citée dans les statuts de la nouvelle Association, qui nous priait de faire savoir à nos Syndicats que la Société de Saint-Luc n'avait aucune relation avec l'Association médicale française. Puis, ce furent de nombreux confrères, la plupart se donnant comme catholiques pratiquants et sincères, qui blâmaient en termes plus que sévères la récente innovation et protestaient avec véhémence contre l'intrusion de la religion dans l'exercice de la médecine où elle n'avait que faire. Le résumé de ces réponses a été publié dans le numéro du 20 juin 1904 du *Bulletin Officiel* de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Aujourd'hui ce n'est plus la religion mais la politique que l'on veut exploiter dans le but d'accaparer la clientèle. Avec moins d'hypocrisie mais avec infiniment plus de cynisme, un médecin étale ses opinions pour attirer le client par l'appât d'une ristourne de 40 % sur ses honoraires.

Nous ne doutons pas que nos confrères que sincèrement leurs convictions attachent au rassemblement populaire, jugent aussi sévèrement que les médecins catholiques de 1904 cet acte qui met la politique, comme jadis la religion, au service d'intérêts privés, acte que nous ne voulons pas qualifier.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES LITHIASES CALCIQUES

Par Georges Boudin

Ancien interne des Hôpitaux
Médecin-Assistant à l'Hôpital de Bicêtre

La lithiase calcique des voies biliaires est une forme clinique extrêmement rare.

Nous avons eu l'occasion d'en observer récemment un cas dans le Service de notre maître, le Professeur Noël Fiessinger, et il nous a paru intéressant, à ce propos, d'en faire une étude d'ensemble.

On peut, en effet, voir plusieurs aspects de lithiases calciques.

Dans quelques cas, il s'agit d'*une calcification des parois de la vésicule,* sans dépôt de chaux à son intérieur. Cette calcification est formée par du phosphate de chaux ou des phospho-carbonates.

Beaucoup plus souvent, ce sont *les calculs vésiculaires eux-mêmes* qui sont surimprégnés de chaux, et qui se trouvent dans une vésicule par ailleurs banale ; enfin, exceptionnellement, on a affaire à une calcification s'étendant à la fois aux parois et au contenu de la vésicule.

Dans la majeure partie des observations publiées de lithiases calciques, il s'agit d'*une calcification touchant le contenu de la vésicule* : ce sont les vésicules à contenu calcaire.

Ce contenu calcaire est habituellement du *carbonate de chaux* qui se trouve en un état variable. Tantôt c'est un lait de chaux ; tantôt une pâte molle ; tantôt, enfin, ce sont de véritables calculs, mous ou durs, uniques ou multiples, parfois homogènes (calculs purs de carbonate de chaux), parfois ayant englobé dans leur masse des calculs de cholestérine antéformés.

Ce contenu calcaire de la vésicule est associé à une bile souvent hyperpigmentée, contenant des calculs de cholestérine, et qui donne au mélange du contenu vésiculaire un aspect de bouillie jaunâtre ou noirâtre, analogue, dans certains cas, à du goudron.

Un fait particulier que l'on trouve dans toutes les observations détaillées est l'obstruction calculeuse du cystique, en général par un calcul de cholestérine. Cette fréquence de l'obstruction du cystique est telle que certains auteurs l'ont considérée comme la cause des dépôts de chaux qui seraient sécrétés par la paroi d'une vésicule exclue.

L'observation que nous rapportons a ceci de particulier de se différencier des autres cas jusqu'alors publiés par le fait que *le dépôt calcique a été trouvé dans toutes les voies biliaires,* aussi bien dans la vésicule que dans le canal hépatocholédoque. Si bien que, plus qu'un processus local, il s'agit d'un véritable processus général d'hypercalcibilie.

***

L'intérêt diagnostique que présentent les lithiases calciques est centré sur *la radiographie.*

En effet, les signes cliniques sont les mêmes que ceux des lithiases cholestéroliques, et rien dans l'examen somatique ni dans l'interrogatoire ne permet habituellement de les différencier les unes des autres.

Mais à la radio, l'imprégnation calcique de la vésicule la rend *spontanément opaque,* sans ingestion préalable de tétraiode, donnant ainsi des images qui sont parfois surprenantes au premier abord.

La région vésiculaire est le siège d'une ombre d'une opacité considérable, plus ou moins homogène, d'une intensité supérieure à celle des calculs habituels, supérieure même à celles des os. H. Walter, dans une étude d'ensemble sur la lithiase biliaire (1), nous dit que dans certains cas, lorsque le carbonate de chaux est encore à l'état liquide dans la vésicule, il se dépose aux parties déclives, et donne une image en croissant de lune extrêmement opaque et mobile avec les mouvements du malade.

Si la formation calcique englobe tout le con-

(1) Henry Walter. — La lithiase biliaire. (*Encyclopédie médico-chirurgicale du Foie,* l. 7.048, p. 18).

tenu vésiculaire, c'est une vaste plage opaque, semée de taches plus claires au niveau des calculs qu'elle a inclus.

Quant à la calcification des parois, elle donne une image plus irrégulière, plus nuageuse, correspondant aux zones où la calcification est la plus lente.

Dans tous ces cas, ce qui domine, c'est l'opacité toute spéciale des concrétions vésiculaires donnant des images de formes diverses.

***

Voici le résumé de l'observation que nous avons publiée avec M. Gadjos, Mlle S. Gothié, et M. Henry Walter (1) :

Observation. — Il s'agit d'un homme de 53 ans, commerçant israëlite, de nationalité hongroise, qui entre dans le service de notre maître, le Professeur Noël Fiessinger, le 30 janvier 1936, pour un ictère.

Cet ictère a débuté quinze jours plus tôt et est survenu à la suite d'une crise abdominale douloureuse, faite de coliques en barre à prédominance épigastrique, et ayant rapidement cédé à des applications chaudes.

Il n'y a eu ni fièvre, ni vomissements, ni aucun autre symptôme.

Cet ictère est apparu progressivement, sans nouvelles douleurs.

C'est un ictère franc avec décoloration des matières et prurit.

A l'entrée du malade, à l'hôpital nous constatons, outre cet ictère par rétention biliaire, un léger état fébrile, une grande asthénie, et le malade accuse des sensations mal définies de pesanteur abdominale.

Le foie mesure 12 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire, la rate n'est pas percutable.

Dans les jours suivants, nous constatons que l'ictère est variable ; le malade déjaunit un peu, les selles se recolorent ; mais bientôt l'ictère fonce à nouveau et les matières se décolorent à nouveau.

En somme, c'est un tableau banal d'ictère calculeux dû à une obstruction cholédocienne.

Un tubage duodénal ramène 35 c. c. d'une bile A jaune clair et dont le débit augmente encore après sulfate de magnésie. Cette bile contient 1 gramme de sels biliaires.

Nous faisons pratiquer une radiographie de la vésicule sans préparation et nous sommes frappés, au lieu de voir des calculs dans la région vésiculaire, de constater *une vésicule opaque, très bien injectée, comme si le malade avait pris du tétraïode.*

Si bien que l'on croit à une erreur de cliché.

Mais une deuxième radiographie nous montre la même image.

L'ombre obtenue est celle d'une vésicule qui semble légèrement tordue sur elle-même, ombre homogène qui s'efface de façon insensible au niveau du col de la vésicule.

Nous faisons faire une nouvelle radiographie, cette fois après ingestion de tétraïode, et nous constatons exactement la même image.

Ces images radiologiques nous font porter le diagnostic de vésicule calcaire.

Nous faisons opérer le malade le 14 février par le Docteur Bergeret.

Il trouve une vésicule grosse, très longue, d'aspect normal ; il ne sent rien dans le cystique qui ne paraît pas bouché.

Il enlève la vésicule.

A l'exploration du cholédoque, il constate qu'il est dilaté et à l'ouverture, il trouve une *boue biliaire jaunâtre* qu'il enlève et qu'il draîne par un tube en T.

Cette *boue cholédocienne* est extrêmement épaisse et laisse sur le linge un gros dépôt sableux.

La vésicule est radiographiée avant d'être ouverte. Elle est opaque, mais beaucoup plus au niveau de son fond où, en position verticale, le contenu a dû se sédimenter.

A l'ouverture, on trouve une bile verte et visqueuse, banale, qui flotte au-dessus d'un sédiment de boue blanc-jaunâtre, épaisse et à l'intérieur de laquelle existent de nombreux petits calculs blancs.

Cet aspect est le même que celui de la boue qui s'écoulait du cholédoque.

Les suites opératoires sont normales.

L'ictère disparaît. Il s'écoule du drain cholédocien une bile jaune qui, dans les premiers jours, laisse déposer des calculs de carbonate de chaux qui disparaissent rapidement.

Sa composition est normale ; mais sa teneur en chaux est extrêmement élevée.

La coupe de la vésicule montre que ses parois sont à peu près normales ; l'épithélium, sans altérations, est posé sur une sous-muqueuse extrêmement mince ; la musculeuse ne présente aucune infiltration scléreuse. Seule, la sous-séreuse présente une légère réaction fibreuse sans modifications vasculaires importantes.

La boue désséchée dû cholédoque, recueillie sur des compresses se montre, à l'analyse chimique, formée presque uniquement de carbonate de chaux.

La boue blanche vésiculaire contient également 91 % de carbonate de chaux. Les calculs beige-clair vésiculaires sont formés de carbonate de chaux presque pur.

La bile vésiculaire est une bile d'aspect banal contenant 3 grammes ‰ de cholestérine et 25 ‰ de sels biliaires.

***

En résumé, notre malade, cliniquement, a présenté un *ictère par rétention*, analogue à tous ceux que l'on peut rencontrer dans l'évolution des lithiases biliaires.

Le seul fait particulier a été l'*opacification spontanée de la vésicule à la radiographie* qui nous a fait porter le diagnostic de vésicule calcaire, sans qu'on puisse vraiment dire s'il s'agissait d'une vésicule à contenu calcaire ou à parois calcaires.

L'aspect homogène de la vésicule, aux bords extrêmement nets, était cependant en faveur de l'hypothèse d'un contenu calcaire.

A l'intervention, le chirurgien a trouvé, à l'ouverture du cholédoque, *une boue blanche*

(1) Georges Boudin, A. Gajdos, Mlle S. Gothié et M. H. Walter. — Ictère à boue blanche. (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hop. Paris*, 1936, p. 836-840).

qui se montre formée presque uniquement de carbonate de chaux.

C'est un fait extrêmement particulier, qui nous a permis d'intituler notre publication avec M. Gadjos, Mlle S. Gothie et M. Henry Walter : « Ictère à boue blanche ».

A notre connaissance, c'est la première fois qu'on signale une telle observation, cette boue blanche cholédocienne n'ayant jamais été rencontrée.

Le contenu calcaire de la vésicule est, par contre, signalé dans de nombreuses observations.

Mais, comme nous le faisions remarquer au début de ce travail, il s'agit toujours de vésicule à contenu calcaire *associé à l'obstruction calculeuse du cystique*, soit par un calcul de carbonate de chaux, soit, plus souvent, par un calcul de cholestérine.

Si bien que l'hypothèse de dépôts de chaux d'origine locale a été soulevée par de nombreux auteurs.

Or, ici, nous sommes en présence d'un état tout à fait différent : nous n'avons pas affaire à une maladie de la voie accessoire biliaire ; notre vésicule n'était pas exclue ; elle contenait d'ailleurs de la bile.

Nous n'avons pas affaire à un processus local, *mais à un véritable dépôt calcique dans toutes les voies biliaires.*

Nous avons en effet suivi notre malade pendant plusieurs semaines après l'opération. Nous lui avons fait une série de tubages duodénaux pour doser la teneur en calcium de la bile : *chaque fois, nous avons constaté une bile contenant une charge calcique extrêmement élevée.*

Six semaines après l'intervention, nous retrouvons 780 mmgr. de calcium par litre dans une bile certainement diluée, contenant moins de 1 gr. de sels bilaires et moins de 0 gr. 05 de cholestérine par litre.

Or, normalement, on trouve de 85 à 350 mgr. de calcium par litre dans la bile recueillie par tubage duodénal. Si bien que nous pouvions admettre que cette calcibilie était considérablement plus élevée que la calcibilie normale.

Nous avons essayé de trouver un trouble du métabolisme du calcium qui aurait pu être à l'origine de cette hyper-calcibilie.

Nous avons fait à notre malade une calcémie qui s'est montrée normale à 90 mgr. p. 1.000, de même qu'une calciurie à 118 mgr. p. 1000

Nous avons fait faire des radiographies des os longs qui nous ont montré une structure sans aucun trouble apparent de la calcification.

Mais si nous n'avons pas pu aboutir à une explication physio-pathologique satisfaisante pour cette observation, elle n'en reste pas moins extrêmement particulière par l'importance du dépôt calcique existant dans toutes les voies biliaires et arrivant à boucher le cholédoque par une véritable boue de carbonate de chaux.

Ajoutons enfin que malgré une quantité abondante de cholestérol dans la vésicule biliaire, il n'y a pas eu de précipitation cholestérinique et cela, vraisemblablement, du fait de la teneur en sels biliaires (25 p. 1.000.)

***

L'étude complète de cette observation, tant clinique que biologique, nous a paru justifier le terme de lithiase calcique. Chauffard disait qu'un calcul est comme « le reflet de l'équilibre chimique de la bile ». Nos calculs de carbonate de chaux presque pur ne sont-ils pas le reflet de l'énorme calcibilie que présentait notre malade ?

Le calcul de carbonate de chaux, quatrième calcul de O. Weill, peut ainsi se constituer en dehors d'une « vésicule exclue dont la paroi continue à sécréter du carbonate calcique », et faire partie d'un processus plus général de lithiase avec hypercalcibilie. Ce n'est peut-être que l'exagération d'un phénomène assez courant au cours des lithiases biliaires, puisque les sels de chaux entrent pour une part importante dans la composition des calculs mixtes cholestérino-pigmentaires, calculs à facettes, et conditionnent leur opacité aux rayons X. Et, sans vouloir individualiser une forme spéciale de lithiase biliaire, d'ailleurs bien connue, il nous a paru intéressant de rapporter ce cas si particulier par son hypercalcibilie et son opacité spontanée aux rayons X de la région vésiculaire.

(Travail du service du Professeur Noël Fiessinger à l'hôpital Necker, et du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté.)

LA MÉDECINE DE LA DOULEUR

Par le Docteur H. TISSIER

La présentation brillante au Collège de France de la chirurgie de la douleur, amène tout naturellement à parler de la médecine de la douleur.

On ne pourrait songer à opposer aux techniques chirurgicales les modestes moyens médicaux tels que l'injection de morphine non plus que les divers analgésiques dont les effets si heureux soient-ils sont essentiellement passagers ; mais la physiothérapie médicale qui dans de nombreuses affections s'efforce de retenir la main du chirurgien, apporte des résultats techniques et des résultats qui ne le cèdent en rien à la chirurgie.

Chacun sait que la physiothérapie amène la sédation des phénomènes douloureux dans la salpingite, dans la sciatique, les traumatismes, etc., que la dysphagie ne résiste pas à la technique de Grain.

M. Leriche, dans sa leçon inaugurale, a pris comme type deux affections douloureuses sur lesquelles je ne puis m'empêcher de revenir car ce sont précisément ces deux affections qui sont essentiellement du ressort de la physiothérapie : la névralgie du trijumeau et l'algie des moignons d'amputation.

Dans des communications précédentes, je vous ai exposé le procédé physique qui permet de réveiller l'hyperémie : il consiste à mettre le malade sous tension de haute fréquence en darsonvalisation et à dériver le courant de la région douloureuse.

Il se manifeste alors au bout de quelques minutes une sensation de chaleur douce, qui traduit la production de l'hyperémie, et il n'est pas rare que cette sensation de chaleur persiste pendant quelques heures après la fin de l'application.

Ce réveil de la circulation périphérique est suivi presque aussitôt d'une sédation des phénomènes douloureux aussi bien dans la névralgie du trijumeau que dans l'algie du moignon.

La physiothérapie n'a pas la prétention de faire disparaître des affections aussi graves et aussi rebelles en un tournemain comme peut le faire le chirurgien ; l'amélioration se fait par paliers ; mais il n'est pas besoin de répéter les applications un très grand nombre de fois, et j'ai en ce moment en traitement une malade atteinte de névralgie du trijumeau dont la douleur se calme davantage de séance en séance et qui en est à la cinquième séance. Généralement à la suite de la dixième séance les phénomènes douloureux sont tellement atténués qu'il me faut insister beaucoup pour poursuivre le traitement.

Pourquoi l'hyperémie agit-elle ?

Nous le saurions peut-être si les neurologistes arrivaient à préciser l'état des vasa nervorum dans les névralgies. Quoiqu'il en soit il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'avant de recourir à une intervention chirurgicale la physiothérapie est en mesure de faire disparaître des algies graves.

J'ignore ce que l'avenir réserve encore aux algiques que j'ai soignés par la méthode hypérémique, mais ce qui est certain c'est que jusqu'ici je n'ai pas encore eu besoin de recourir à la méthode chirurgicale pour traiter la douleur, tout au moins dans les deux affections prises comme types par M. Leriche (1).

(1) Communication faite à la *Société de Physiothérapie* le 13 mars 1936.

IMMUNO-TRANSFUSION ET SEPTICÉMIE

Par A. Bécart

Médecin de l'Hôpital Léopold Bellan et de l'Hôpital Saint-Michel

Il faut distinguer deux groupes de septicémies :

Les septicémies chirurgicales, d'une part qui sont occasionnées par des microbes du groupe « coccus » (streptocoques, staphylocoques) parfois par le perfringens, et ne *confèrent pas l'immunité*, et d'autre part, les infections septicémiques du groupe médical dont les maladies typhoïdes sont le prototype, et *confèrent immunité durable*.

Ces infections sont très graves, et surviennent, en général chez des personnes jeunes, jusque-là, en pleine santé ; elles peuvent se terminer par la mort, plus ou moins rapidement.

Le point capital pour enrayer le mal, est d'abord, d'en faire le diagnostic positif rapidement pour instituer aussitôt la thérapeutique efficace.

Dès qu'un malade présente une température de 40° avec ou sans frisson, que celle-ci soit consécutive à une otite, à un avortement, à un accouchement, à une piqûre ou à une plaie accidentelle, à un furoncle, à un phlegmon, il faut penser à une infection septicémique, et mettre tout en œuvre pour affirmer le diagnostic.

« *Grosso modo* », voici comment on peut cliniquement se faire une idée du microbe en cause en présence d'un malade, à allure septicémique.

Si à l'examen général, on trouve un foyer primitif d'infection récent ou ancien, si le malade n'a pas de grosse rate, ni de taches rosées, ni de symptômes intestinaux, on peut éliminer la fièvre typhoïde, surtout si le laboratoire dit : leucocytose. Si le malade est couvert de sueurs profuses, si son pouls est relativement lent par rapport à la température, pensez au staphylocoque. En effet, après la tuberculose et l'endocardite infectieuse, la septicémie à staphylocoque est l'infection donnant le plus de sueurs profuses.

Si au contraire, les frissons dominent, si la langue est sèche et rôtie, le pouls rapide, si le malade a de la diarrhée, si l'anémie s'installe rapidement, si la rate est grosse, pensez au streptocoque.

Evolution : Au point de vue de l'évolution, se rappeler pour mémoire, que le streptocoque a une prédilection pour toutes les séreuses et que les complications se font, plus particulièrement, au niveau des articulations, de la plèvre et du péricarde.

Quant au staphylocoque, il est la source d'abcès métastatiques, dans les organes et les tissus (le perfringens, lui, occasionne des ictères toxiques, avec anurie, et augmentation formidable du taux de l'urée sanguine.

Porte d'entrée : Quant à l'étiologie des *staphylococcémies* il existe presque toujours un foyer cutané primitif (l'invasion par les muqueuses est infiniment plus rare). Le foyer est un furoncle un anthrax, un point d'acné, ou une plaie infectée.

Chez l'enfant, l'os est l'organe de prédilection des métastases (ostéomyélite) ; chez l'adulte, l'ostéomyélite est rare mais on observe, par contre, soit une suppuration périnéphrétique, un abcès de la prostate, ou un abcès musculaire ; dans les cas, plus graves, il peut se former de multiples petits abcès dans les reins, le cœur, les poumons, plus rarement dans le cerveau quelquefois même dans un corps vertébral.

Le *streptocoque* : l'infection a pour point de départ une surface cutanée ou muqueuse, un organe profond, ou survient sans qu'on puisse déceler un foyer quelconque ; il s'agit parfois d'un cor infecté, d'une piqûre de moustique, d'un hématome infecté, d'une amygdalite, d'une angine ; souvent le point de départ est l'oreille moyenne avec mastoïdite et thrombophlébite des sinus ; parfois, c'est une infection dentaire qui est le point de départ ; plus souvent encore, c'est l'utérus après avortement ou accouchement, ou un organe enflammé profond de la cavité abdominale avec péritonite.

Quant aux infections à perfringens, celles que nous avons vues étaient consécutives à des manœuvres abortives.

C'est ici que les recherches bactériologiques et hématologiques rendront les plus grands services.

L'hémoculture (en milieu anaérobie si on soupçonne le perfringens) sera pratiquée. Rappelons un point de détail important, la proportion du sang recueilli au volume du milieu nutritif.

Le prélèvement du sang ne doit jamais excéder le cinquième et souvent la proportion de 1 à 10 donne de meilleurs résultats.

L'examen hématologique renseignera non seulement sur la nature du microbe en cause mais aussi sur la gravité de l'infection.

Rappelons que les infections à « cocci » donnent lieu à une leucocytose avec polynucléose et que les infections à « bacilles » s'accompagnent de leucopénie avec lymphocytose.

Une forte leucocytose au début d'une infection est plutôt favorable, tandis qu'une chute

brusque du nombre des leucocytes est d'un mauvais pronostic surtout si on trouve dans le sang circulant des cellules immatures, myélocytes par exemple.

Nos efforts doivent tendre à aider la nature

Comme dans tous les cas graves pour lesquels un traitement spécifique n'existe pas, nous voyons souvent les malades atteints de septicémie subir tour à tour et sans méthode précise les traitements en faveur : vaccins, sérums, abcès de fixation, choc. Tout y passe, et tirées à hue et à dia, les forces vives du malade, au lieu d'être canalisées et renforcées, sont dispersées et annihilées.

Cette méthode nous a toujours paru néfaste et nous croyons qu'il faut s'abstenir d'essayer tour à tour les remèdes les plus divers pour adopter un plan de traitement défini et surtout persévérer dans son application. Nous n'avons eu qu'à nous louer de cette méthode.

Notre pratique déjà longue du traitement des septicémies qui compte à son actif de beaux succès, a toujours été dominée par ce principe : « *Faire d'emblée le maximum en présence de ces affections graves, mettant la vie en danger* ».

Evidemment, il y a des cas qui seront toujours au-dessus des ressources thérapeutiques, ce sont les septicémies suraiguës qui emportent le malade en vingt-quatre ou quarante-huit heures, telles les septicémies d'inoculation auxquelles le Corps médical paie un lourd tribut. Mais heureusement elles sont l'exception, les autres cas, quoique, comme nous le disions, très graves, ne doivent plus être considérés comme désespérés, à condition de les soigner avec méthode et sang-froid.

Voyons un peu ce qui se passe chez un malade atteint de septicémie.

Rappelons que c'est une véritable bataille qui se livre au sein de l'individu infecté ; la défense est représentée par tous les leucocytes ; l'attaque par les microbes envahisseurs. Avant d'engager le combat, il est nécessaire de se renseigner sur l'état de la défense, ceci peut se faire aisément par l'examen leucocytaire, qui en est le témoin le plus simple et le plus facile à exécuter. Il doit être pratiqué avant tout traitement, et renouvelé quasi journellement.

Toute thérapeutique agressive pour le microbe l'est aussi malheureusement souvent pour les cellules chargées de la défense.

Le grave reproche qu'on puisse faire à tous les produits anti-infectieux, c'est que leur action ne s'attaque qu'à un seul côté du problème : la destruction des microbes. Or, il y a un monde entre la stérilisation des microbes dans une culture, et la stérilisation des microbes dans l'organisme vivant. L'expérience clinique le démontre chaque jour ; je sais bien qu'on a la ressource d'invoquer l'excitation du système réticulo-endothélial. . . mais c'est en praticien que nous parlons, et si on veut résoudre le problème, on peut dire qu'en clinique les choses se passent généralement de la façon suivante :

ÉQUILIBRE LEUCOCYTAIRE

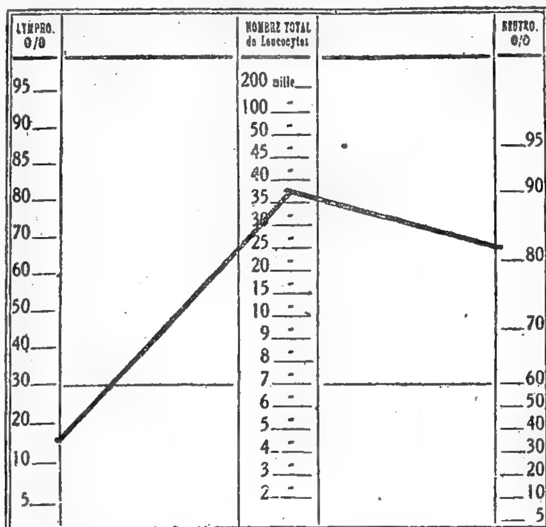


FIG. N° I. — Mme C... Septicémie streptococcique.

Hémogramme :

1° Hémoglobine (méthode de Sahli)...	50 %
2° Globules rouges..................	2.750.000
3° Globules blancs..................	**34.700**
4° Valeur globulaire................	0,92
Pourcentage leucocytaire :	
Polyneutrophiles	**83**
Polyéosinophiles	0
Polybasophiles	0
Monocytes	0
Lymphocytes	17
Myélocytes	0

Conclusion : **Très bonne défense.**

Premier cas : Supposons un malade chez lequel on a trouvé du streptocoque dans le sang et chez lequel la numération globulaire avant toute thérapeutique a montré 35.000 leucocytes dont 83 % de polynucléaires.

Le malade se défend bien. Si son chiffre globulaire reste à ce taux, il pourra livrer bataille, l'abcès de fixation prendra ; son ouverture entraînera avec l'émission de pus, la chute de la température et amènera la guérison.

Tous les autres traitements aussi d'ailleurs : choc colloïdal, matières colorantes, chimiothérapie... si on suit attentivement le malade chaque jour et si on lui applique les mesures d'hygiène habituelles, tout ira bien.

Deuxième cas : Si, par contre, nous nous trouvons en présence d'un malade qui, avec du streptocoque dans le sang ne présente que 8.000 leucocytes par exemple, avec un peu de formes jeunes, et présence de granulations toxi-

ques dans les neutrophiles, la situation n'est plus la même ; gardez-vous de livrer bataille, attendez patientez, amenez des renforts. Tout combat intempestif ferait reculer la défense ; l'avantage serait pour l'adversaire.

C'est dans ces cas qu'il faut se garder d'employer tout traitement sérothérapique ; pourquoi ? — D'abord, parce qu'en général les divers sérums sont peu efficaces, qu'ensuite ils occasionnent souvent des réactions sériques parfois impressionnantes, et pour le moins inutiles, mais surtout parce qu'ils amènent une diminution du nombre des globules blancs (leucopénie) et diminuent les éléments de la défense.

Dans le premier exemple cité, le mal ne serait pas grand, et ce petit inconvénient pourrait être compensé par l'action antitoxique du sérum, mais dans le second cas, son emploi à hautes doses, comme certains auteurs dont Vincent l'ont conseillé, serait catastrophique. Ne recourez pas non plus aux vaccins, la chose semble admise actuellement, l'état du malade peut n'être qu'aggravé par la phase négative que suit nécessairement l'administration de tout vaccin actif.

Ce qu'il faut faire :

C'est recourir à l'*immuno-transfusion* qui apportera les renforts nécessaires du côté défense, son rôle est manifeste et sur l'état général et sur l'allure générale de la courbe de température. Il faut suivre le malade bien plus la pipette à globules blancs à la main que le thermomètre. (Nous savons bien que le malade fait de la fièvre!) Si la réponse leucocytaire n'est pas suffisamment favorable, il faut sans hésiter recourir à une nouvelle immuno-transfusion ; il n'y a rien à craindre, puisque celle-ci bien faite, ne donne lieu à aucun choc. Nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point.

Ce n'est que lorsque la réponse leucocytaire sera tout à fait favorable (30.000 leucocytes, par exemple), avec 80 % de polynucléaires qu'on pourra engager la bataille, c'est-à-dire provoquer artificiellement une crise, en s'inspirant de ce qui se passe dans une maladie à évolution naturelle (la pneumonie par exemple). En pratiquant un choc vasculo-sympathique soit à l'aide des métaux colloïdaux, argent, or, etc., soit mieux à l'aide de notre procédé d'auto-sang défibriné (1) qui a l'avantage de pouvoir se doser, se graduer à volonté. En effet, suivant qu'on injecte le sang dans la veine ou dans les muscles, suivant encore que celui-ci est fraîchement préparé, ou au contraire vieux de quelques heures, on obtient un choc, plus ou moins marqué.

ÉQUILIBRE LEUCOCYTAIRE

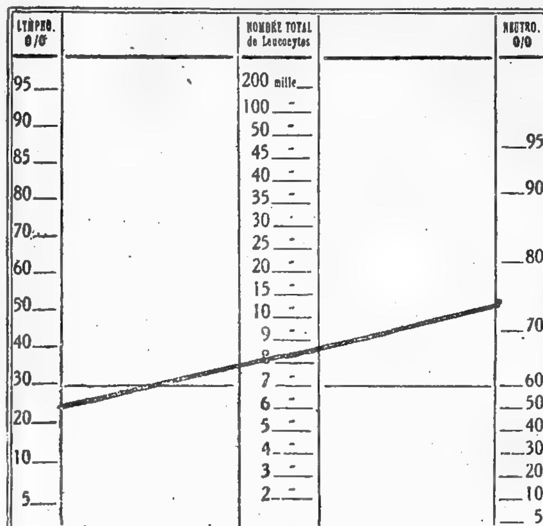


FIG. N° 2. — Mlle C... Septicémie streptococcique.

Hémogramme :

1° Hémoglobine (méthode de Sahli) ...	90 %
2° Globules rouges ...	4.300.000
3° Globules blancs ...	8.000
4° Valeur globulaire ...	0,93

Pourcentage leucocytaire :

Polyneutrophiles ...	75
Polyénosinophiles ...	0
Polybasophiles ...	0
Monocytes ...	1
Lymphocytes ...	24
Myélocytes ...	0

Conclusion : **Très mauvaise défense.**

Le rôle du médecin n'est-il pas, grâce à ses connaissances de la pathologie, de diriger, canaliser les effets de la « Natura vis medicatrix. »

En plus de l'immuno-transfusion comme traitement héroïque nous pratiquons chaque jour une à deux injections sous-cutanées d'huile térébenthinée gaïacolée, camphrée, dans le but d'exciter la moelle osseuse, tout en stimulant le cœur et en désinfectant les voies respiratoires.

Dans les infections médicales du groupe typhique, nous avons eu des résultats remarquables toutes les fois que nous avons pu transfuser du sang de malade convalescent ou ayant eu la même maladie. Si, toutefois, la fièvre ne baisse pas, et si la maladie poursuit son cycle, on a l'impression d'une régression des phénomènes toxiques alarmants et de transformer une typhoïde extrêmement grave en une typhoïde normale. Récemment, au cours d'une paratyphoïde grave, nous avons eu d'excellents résultats en injectant quotidiennement sous la peau du malade 10 à 15 c. c. de sérum prélevé sur sa femme ayant fait six mois auparavant la même maladie (la transfusion était irréalisable à cause d'une incompatibilité de groupe.)

Nous venons de soigner tout dernièrement

(1) L'auto-sang défibriné (nouvelle méthode d'auto-hémothérapie). *Bull. et Mém. Soc. Méd. Paris*, n° 9, 8 mai 1925.

avec Blechmann deux cas graves de fièvre typhoïde chez des enfants de 10 à 13 ans avec guérison complète.

(Stillmunkès). Enfin, dans un cas récent de poliomyélite, la transfusion de sang de convalescent s'est montrée supérieure au sérum de convalescent.

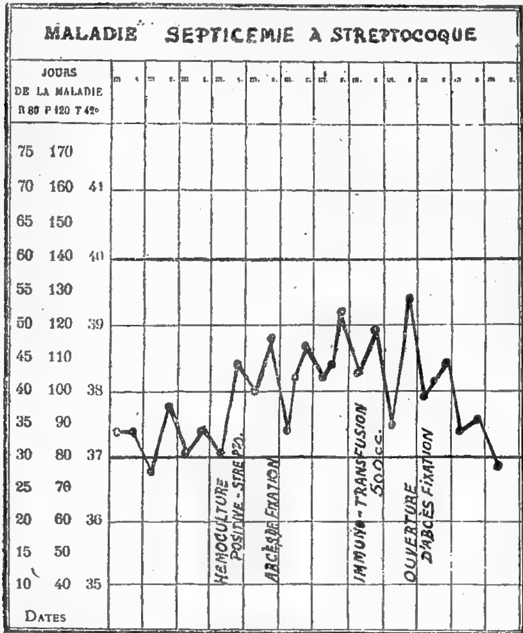


FIG. 3. — *Femme* 38 *ans.* Septicémie consécutive à accouchement. On a fait un abcès de fixation qui ne prend pas. On pratique une immuno-transfusion de 500 c. c. L'abcès prend aussitôt après. On l'incise. Guérison.

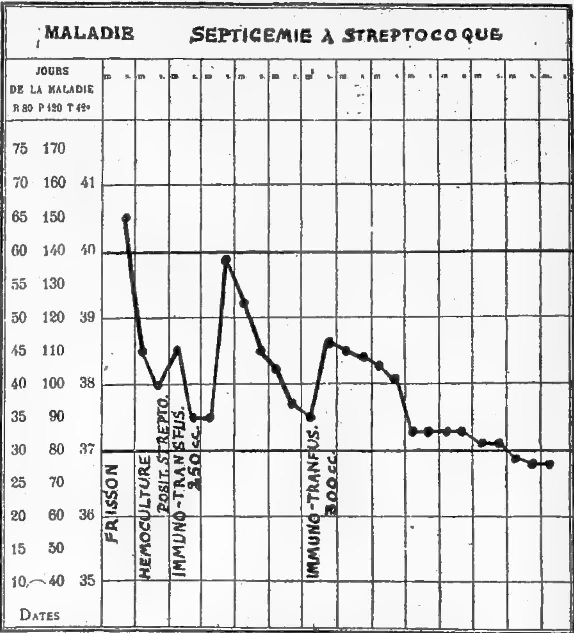


FIG. 4. — *Femme* 40 *ans.* Septicémie consécutive à accouchement. Diagnostic positif rapidement fait. Deux immuno-transfusions faites dès le début jugulent l'infection.

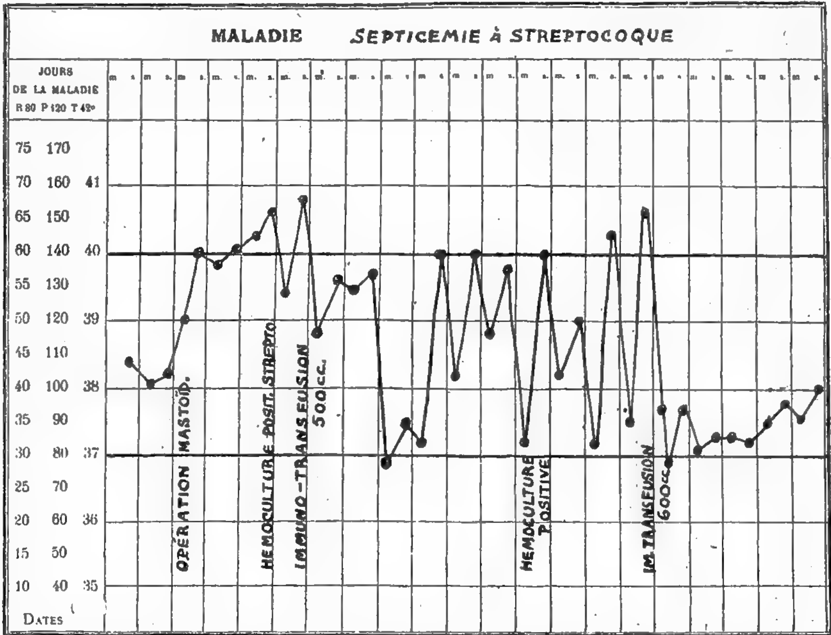


FIG. 5. — *Homme* 40 *ans.* Septicémie consécutive à mastoïdite. Etat général très grave. Une première immuno-transfusion produit un bon effet. Notez la chute en paliers de la température indiquant l'effort de défense de l'organisme Mais cet effort n'est que passager ; l'attaque reprend, la fièvre remonte, l'hémoculture est encore positive ; une seconde immuno-transfusion l'emporte.

Dans l'érysipèle, dans la rougeole et le typhus exanthématique, la transfusion de sang de convalescent, est devenue une méthode classique

Mode de préparation du donneur :

Voici le mode de préparation du donneur :

A l'heure actuelle, nous employons l'immuno-

transfusion suivant la technique de Séjourné, qui se fait en deux temps :

Le premier temps a pour but de provoquer l'apparition des anticorps humoraux spécifiques

Ce mode de préparation est très long (deux à trois mois). Le donneur reçoit des injections de vaccin régulièrement tous les quinze jours.

Le deuxième temps consiste à renforcer l'acti-

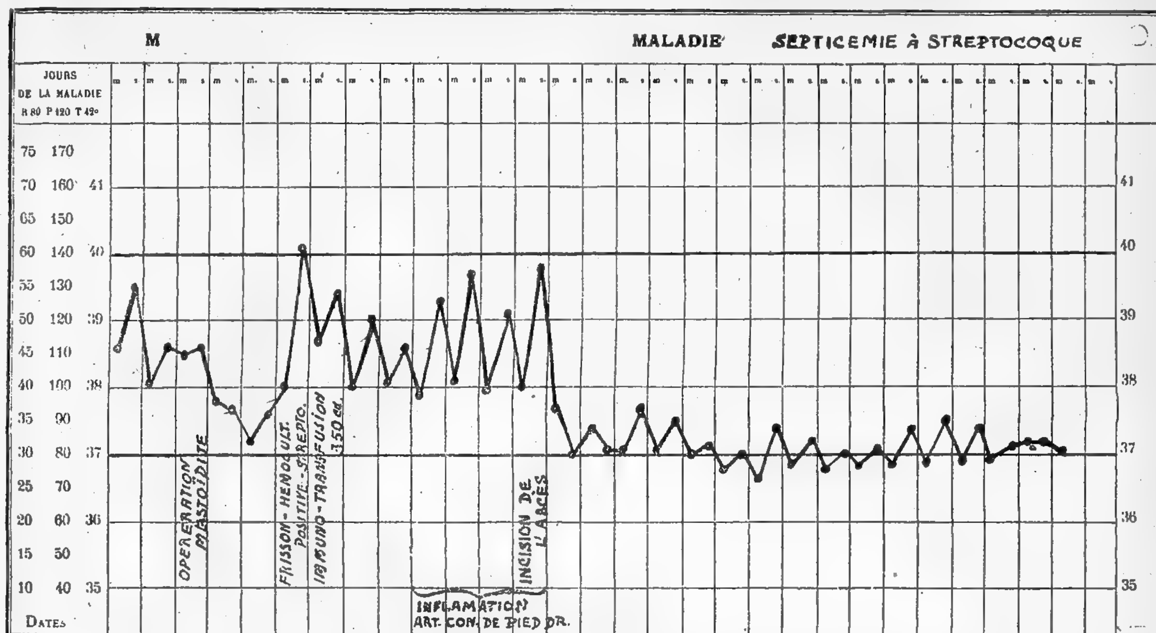


Fig. 6. — *Jeune fille de 12 ans.* Septicémie consécutive à mastoïdite. Une immuno-transfusion de 350 c. c produit un bon effet, la fièvre baisse régulièrement la défense semble prendre le dessus. Trois jours après la fièvre remonte (grandes oscillations) la leucocytose reste élevée, une localisation (synonyme de guérison) se fait au coup de pied droit. Un coup de bistouri libère le pus, et amène la guérison.

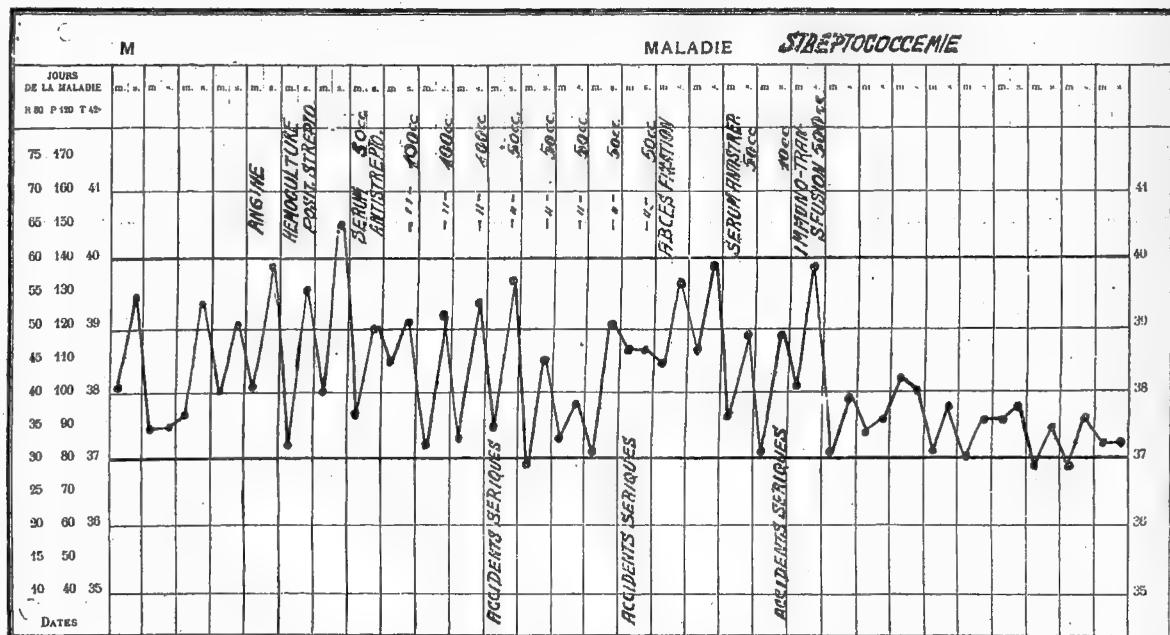


Fig. 7. — *Femme* 36 *ans.* Septicémie consécutive à angine. Etat général très grave. Leucocytose très basse. Sérothérapie intense, accidents sériques impressionnants. Chimiothérapie sans succès. Situation alarmante. Une immuno-transfusion de 500 c. c. pratiquée en pleins accidents sériques, fait tourner court la maladie et amène la guérison.

(opsonines, antitoxines) par injections sous-cutanées de doses croissantes d'un vaccin contenant tous les corps microbiens et les produits toxiques solubles selon l'exemple de Vincent.

vité phagocytaire des globules blancs du donneur.

La meilleure technique est celle qui consiste dans l'injection d'un vaccin uniquement micro-

bien six heures avant la transfusion, par voie sous-cutanée.

La solution du problème consiste à avoir des donneurs préparés d'avance et vaccinés régulièrement.

Les résultats sont bien supérieurs à ceux obtenus lors des premières immuno-transfusions faites suivant la méthode de Wright, soit en mélangeant *in vitro* au sang défibriné une dose donnée de vaccin, soit en faisant au donneur une heure avant la transfusion une injection intraveineuse de cent millions de corps microbiens (auto ou stock).

Les staphylococcémies dont le pronostic transfusions m'ont donné des résultats remarquables.

Traitement accessoire :

De même que les anémiques, les grands infectés doivent être alimentés, ils doivent prendre au moins deux litres de liquide par vingt-quatre heures ; il faut leur laisser manger tout ce qui leur plaît, quelle que soit la température (viande, poisson, volaille, légumes frais, fruits, lait) le tout, en abondance.

Le sommeil a une importance capitale et doit être obtenu à tout prix.

Ajoutons enfin qu'un repos complet leur est

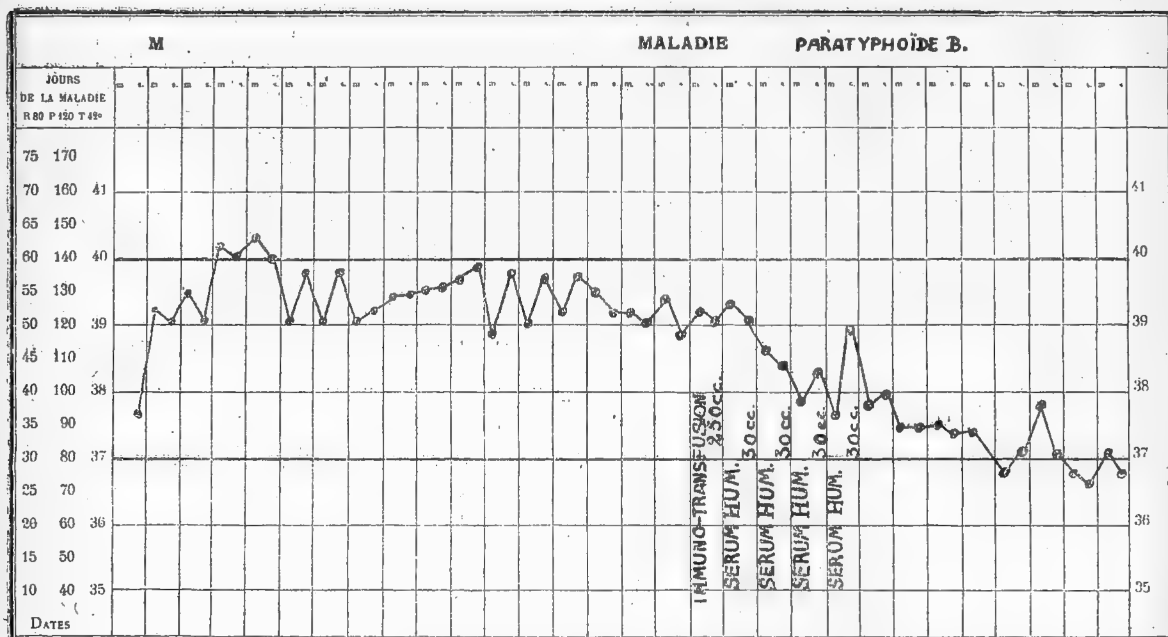


FIG. 8. — *Homme* 42 *ans*. Courbe d'une paratyphoïde extrêmement grave (ataxo-atynamique). Une immuno-transfusion de 250 c. c. suivie d'injection quotidienne de 30 c. c. de sérum de convalescent, sans toutefois influencer la courbe de température, fait regresser les phénomènes toxiques alarmants et porter un pronostic favorable, qui fut vérifié par la suite.

était pour ainsi dire fatal avant la pratique de l'immuno-transfusion guérissent dans la plupart des cas à condition que la méthode soit employée dès le début.

Nous en avons rapporté un très beau cas avec Guy Laroche en 1928.

Il en est de même des streptococcémies (fièvre puerpérale, thrombo-phlébite). Faisons une remarque cependant quant à ce que l'on pourrait appeler les septicémies d'inoculation, elles nous ont toujours paru graves d'emblée.

Récemment, nous avons signalé un cas de staphylococcémie consécutif à une injection de bactériophage faite avec une aiguille acérée au sein d'un furoncle avec un essaimage dans le sang, qui ne répondit à aucune thérapeutique.

Dans la furonculose généralisée grave, où il y a une constante récidive, une ou deux immuno-nécessaire, et qu'il faut éviter à ces malades tous mouvements inutiles.

Convalescence. — La convalescence d'une infection septicémique est souvent longue, on ne doit pas oublier que ces malades font souvent un peu de myocardite latente.

Si le cœur n'est pas mis au repos suffisamment, des troubles dégénératifs peuvent s'ensuivre avec toutes leurs conséquences, aussi un repos complet et prolongé est indiqué longtemps encore, après la période aiguë ; malheureusement peu de malades y consentent.

Enfin, il est très important de savoir si les microbes ont disparu complètement de l'organisme et si la moelle osseuse est redevenue normale avant que le malade ne reprenne ses occupations, pour cela, nous n'oublierons pas d'examiner fréquemment le sang du malade à cet égard.

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

L'énigme angoissante des hémorragies secondaires des suites de couches, forme possible de l'infection puerpérale

La proscription formelle des manœuvres intra-utérines

D'après M. le Professeur Devraigne et M. David (*)

Rien ne permet de prévoir ces accidents, ni de préjuger d'une évolution grave

Sous le nom d'hémorragies secondaires, on désigne *toutes hémorragies, survenant trente-six heures au moins après un accouchement à terme ou près du terme.*

Ces accidents sont heureusement rares (1 cas sur 1.000 accouchements environ), mais ils doivent être bien connus de tous les praticiens. Leur grand intérêt réside, en effet, dans l'impossibilité absolue de les prévoir, dans l'incertitude de tout pronostic, et dans les indications *délicates* de leur thérapeutique.

Précisons aussitôt qu'elles doivent être classées à part des hémorragies par rétention placentaire, et qu'elles sont *liées à l'infection utérine.* Lorsque cette dernière existe *sans rétention placentaire*, elles représentent alors la forme hémorragique de l'infection puerpérale ; elles ne sont donc pas liées à un trouble d'ordre général, ni toujours dues à une rétention placentaire.

Voici les raisons, pour lesquelles il est impossible de les prévoir.

Les antécédents personnels ne présentent aucun point digne d'intérêt. Rien non plus n'est à signaler dans les antécédents obstétricaux et gynécologiques. Quant aux *accouchements*, suivis d'accidents hémorragiques, ils ont été, pour la plupart, spontanés et normaux. Sur les vingt-trois cas, notés par MM. Devraigne et David parmi 31.566 accouchements, on ne relève ni forceps, ni version, alors que les statistiques signalaient généralement un nombre assez important d'extractions de siège, de forceps, de versions, d'embryotomies ; seules, sont mentionnées ici une délivrance artificielle dans un cas d'infection amniotique et deux hémorragies de la délivrance.

Alors que, dans les hémorragies par rétention placentaire, les *suites de couches* sont presque toujours normales, sans poussées fébriles, sans symptômes utérins — celles-ci ont été, au contraire, *fébriles dans plus de la moitié des cas sans rétention placentaire.*

La température est variable — 38° à 40° — et s'accompagne d'une *accélération parallèle du pouls.* L'existence de cette élévation thermique donne la note infectieuse, sans que son importance permette de présumer de l'évolution

Rarement, il existe des *signes locaux* : une fois, douleur au niveau de la corne utérine droite ; deux fois, un utérus un peu gros, mou, douloureux légèrement avec quelques lochies fétides.

Un cas mérite d'être retenu, où le sixième jour des suites de couches apparut une angine rouge avec température de 40°, précédant de vingt-quatre heures l'hémorragie. On peut se demander, puisque aucun phénomène local ou général n'avait *été observé jusque-là, si cette* angine n'a pas été la porte d'entrée d'une infection, qui s'est avérée par la suite comme particulièrement redoutable : *exacerbée par une révision utérine*, elle a été rapidement mortelle, malgré une hystérectomie pratiquée d'urgence.

Rien dans les caractères de l'hémorragie, ni dans les signes associés ne permet de préjuger de l'évolution *: ni son abondance, ni sa précocité.* Elle est, en général, moins abondante qu'avec une rétention placentaire. Il n'est pas rare, non plus qu'une hémorragie infime, presque apyrétique tout d'abord, s'avère brutalement très grave, tandis qu'à l'opposé, des métrorragies impressionnantes, à symptômes généraux bruyants, tournent court et guérissent en quelques jours. La date d'apparition en est très variable, avec une plus grande fréquence, cependant du sixième au douzième jour.

Cependant toute manœuvre intra-utérine peut avoir des conséquences désastreuses

Il semble que l'infection, localisée tout d'abord à l'utérus, puisse donner lieu à une flambée infectieuse, même très intense, sous l'influence de la moindre manœuvre utérine (révision, curage ou curettage), si prudente soit-elle.

(1) L. Devraigne et David. — Du danger des manœuvres intra-utérines dans les hémorragies secondaires des suites de couches. (*La Médecine*, avril 1936.)

Voici d'abord résumés les trois cas mortels, relatés par MM. Devraigne et David.

Chez une première malade, 28 ans, III pare sans antécédents pathologiques, gynécologiques ou obstétricaux, l'accouchement a été normal, la délivrance spontanée. Après un intervalle libre de dix jours, se produit une hémorragie assez dis-

crète vers le quinzième jour. *Seule une élévation thermique discrète à 38° donne la note infectieuse.* Une intervention intra-utérine, d'une douceur et d'une prudence extrêmes, entraîne cependant une perforation utérine, presque inévitable dans le curage de la cavité, si l'on s'attaque à des villosités placentaires fortement adhérentes, incrustées dans un muscle utérin aminci, friable à l'extrême. Cet accident ne doit néanmoins pas être invoqué comme un facteur d'aggravation, puisqu'il a été traité par l'hystérectomie dans les minutes, qui ont suivi sa production. Au contraire il faut insister sur la flambée infectieuse, déclenchée par le décollement des fragments et les dissociations musculaires, les ouvertures vasculaires et lymphatiques ; celle-ci a emporté le malade en l'espace de quinze heures.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une hémorragie d'abondance moyenne, sans aucun prodrome, avec une température à 39°. Le même jour sous anesthésie générale, curage très difficile à cause de l'étroitesse de l'orifice cervical, qui admet à peine deux doigts et de l'adhérence de nombreux débris placentaires.

Le soir même température à 40°4. Hémoculture positive au streptocoque. Le lendemain, devant la gravité de l'état général, on décide l'hystérectomie. A l'intervention, on constate une infiltration inflammatoire de la base du ligament large bloquant l'utérus et une infiltration des veines pelviennes du côté droit qui incite à pratiquer une ligature de la veine iliaque primitive droite. Très rapidement la malade succombe. Ainsi on est obligé de constater qu'à la *suite du curage* il s'est fait une diffusion rapide et intensive de l'infection, que n'a pu enrayer l'intervention chirurgicale.

Dans un troisième cas, l'évolution vers la mort s'est faite de manière à peu près identique : c'est, après le curage, à une véritable flambée infectieuse et, le lendemain, l'état général est profondément altéré, la température à 40°, le pouls à 140, l'hémoculture positive. Mort, malgré une hystérectomie d'urgence.

Chez trois malades, sans décès, encore le curage a été à l'origine d'une brusque et persistante aggravation :

— dans un cas, une femme, commençant à perdre au treizième jour des suites de couches, fut, le dix-huitième jour, curettée après transfusion. La température s'élève alors rapidement et le vingt-septième jour, une embolie pulmonaire vient révéler l'existence d'une phlébite pelvienne ;

— dans deux autres observations, le curage a été suivi d'une atteinte profonde et persistante de l'état général : montée thermique brusque à 40°, état septicémique (hémoculture positive), guérison très lente à obtenir.

Citons enfin un cas où le curage a été suivi d'accidents infectieux impressionnants, mais heureusement passagers : grands frissons. Température à 39°4. Pouls 108.

LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE :

TRAITEMENT TOUJOURS MÉDICAL, PARFOIS CHIRURGICAL, **jamais** OBSTÉTRICAL

Le traitement médical sera réservé aux cas d'allure bénigne. Il a pour but : *a*) de réparer les pertes sanguines (sérum dans ses divers modes d'administration ; transfusion sanguine) ; *b*) d'augmenter la coagulabilité sanguine : chlorure de calcium, anthéma, etc. ; *c*) de faire se rétracter l'utérus : posthypophyse, glace sur l'hypogastre ; *d*) de combattre l'infection : sérothérapie antistreptococcique, vaccino-immuno-transfusion.

Tout au plus est-on autorisé à pratiquer avec la plus extrême prudence un toucher digital intra-utérin, et à « *cueillir* » sans tractions un cotylédon placentaire en voie d'expulsion.

C'est à lui que l'on devra s'adresser chaque fois que l'abondance de l'hémorragie ou l'intensité de l'infection ne semblent pas compromettre la vie de la malade. Mais, à son propos, il faut insister fortement sur *le caractère forcément hasardeux du pronostic posé.*

Le traitement médical comporte incontestablement le minimum de dangers. Employé *seul*, il a toujours été suivi de guérison.

Le *traitement chirurgical*, c'est l'hystérectomie subtotale pratiquée soit d'emblée, soit après essai négatif d'autres traitements. C'est lui qu'on doit choisir dans les cas les plus graves.

Même pratiqué d'emblée, en dehors de toute tentative médicale, de toute manœuvre intra-utérine, il comporte une mortalité considérable (40 p. 100). Mais l'étude des observations montre bien que l'hystérectomie, dans la plupart des cas, a été pratiquée chez des malades d'emblée gravement atteints, très anémiées ou profondément infectées, et l'on est en droit de se demander si, privées de l'intervention, ces malades n'auraient pas succombé.

Le *traitement obstétrical*, enfin, est de tous le plus dangereux et comporte une très grosse mortalité. Il comporte les injections intra-utérines, le curage, le curettage, et peut déterminer des accidents locaux graves, ou des accidents septicémiques. Même l'exploration digitale très prudente de ces utérus friables et infectés s'accompagne de risques très lourds.

C'est donc, en pareils cas, malgré toutes les difficultés de pronostic, la *prescription formelle des manœuvres intra-utérines.*

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Est-il utile d'employer du lait irradié en diététique infantile ?

Le Docteur LESNÉ expose tout d'abord que seules sont activables les substances qui renferment un stérol (cholestérol, ergostérol ou phytostérol) ; ces stérols sont considérés comme le support de la provitamine-D, qui se transforme en facteur D, sous l'influence des rayons ultra-violets ; les sels minéraux ne peuvent donc pas être activables. Peu nombreux sont les aliments qui renferment naturellement de la vitamine D : le jaune d'œuf, les poissons, les mollusques, le lait ; et quelques végétaux ; la quantité de vitamine y est peu importante et elle varie pour le jaune d'œuf et le lait, avec l'alimentation et le genre de vie des animaux : vaches et poules vivent-elles en plein air, exposées aux rayons solaires, la vitamine D augmente dans le lait et l'œuf ; elle est plus abondante dans le lait d'été que dans le lait d'hiver. Il est un fait curieux, c'est que le lait, aliment du nouveau-né et du nourrisson, renferme peu de vitamine D : il semble de plus que le lait de femme contienne encore moins de facteur antirachitique que le lait de vache, et cependant c'est l'aliment fourni par la nature pour la période de la vie durant laquelle apparaît le rachitisme. Il faut donc admettre que dans l'étiopathogénie de cette maladie, l'alimentation ne joue pas le rôle principal et que la carence solaire doit être mise au premier plan. Après la découverte des propriétés antirachitiques des aliments irradiés et des stérols soumis aux rayons ultra-violets, il était naturel de chercher à prévenir ou à guérir le rachitisme en fournissant à l'enfant un lait activé, c'est-à-dire plus riche en facteur D que le lait normal.

On peut employer plusieurs procédés pour obtenir un lait antirachitique : y ajouter un stérol irradié ; irradier l'animal producteur de lait ; ajouter aux aliments de cet animal un stérol actif ou lui donner des aliments spontanément ou artificiellement irradiés ; irradier le lait ; ajouter au lait un stérol irradié constitue un procédé fort simple ; on peut préparer un lait stérilisé, un lait condensé ou un lait en poudre additionné de stérol irradié, ou bien on ajoute cette substance au lait au moment de le donner à l'enfant

L'irradiation générale ou mammaire d'une femelle laitière, renouvelée régulièrement, ne constitue cependant pas un procédé pratique pour obtenir un lait antirachitique.

Le lait irradié par les procédés indiqués plus haut devient ainsi un médicament qui ne devrait pas être mis à la portée de toutes les mères inexpérimentées, et devrait être prescrit par le médecin. Le lait est un aliment qu'il ne faut pas modifier sous peine d'altérer ses qualités nutritives ; or, le lait irradié est biologiquement modifié.

L'auteur ne croit pas à l'action régulière et constante du lait irradié au double point de vue prophylactique et curatif. Cliniquement, il n'a pas remarqué de différence apparente entre les enfants nourris avec du lait irradié et ceux alimentés avec du lait frais non-irradié, mais ayant une hygiène normale. Expérimentalement chez le jeune rat soumis à un régime rachitigène, les résultats ont paru trop irréguliers et inconstants pour pouvoir conclure à l'action certaine antirachitique préventive ou curative de laits secs ou condensés irradiés suivant les méthodes les plus perfectionnées.

L'emploi du lait irradié ne mérite donc pas d'être généralisé autant pour la prophylaxie que pour le traitement du rachitisme du nourrisson. C'est une méthode aveugle, et, de plus, l'irraiation du lait est susceptible d'en altérer la composition (destruction de la vitamine B). Pourquoi du reste donnerait-on du lait irradié systématiquement à tous les enfants ? Ils n'ont pas tous besoin d'absorber du facteur D.

La dose d'ergostérol irradié doit être prescrite individuellement par le médecin ; elle est variable suivant l'enfant auquel elle est destinée et variable suivant qu'il s'agit de prophylaxie ou de guérison du rachitisme. On pourra le mélanger au lait extemporanément ; les résultats seront plus constants que ceux que l'on obtiendrait avec un lait plus ou moins irradié.

L'emploi systématique du lait irradié donnerait aux mères une fausse sécurité, et priverait bien souvent les nourrissons de conseils médicaux utiles. (*L'Hygiène sociale*, 25 avril 1936.)

L'examen des déficients psychiques.

La méthode des « tests » a rendu et rend encore des services éminents. Mais, précise le Docteur G. DE PARREL, il ne faut l'employer qu'avec circonspection, sans oublier un instant que la matière première qu'il s'agit d'expertiser est vivante, soumise à toutes les influences du milieu extérieur ou intérieur, à toutes les crain-

tes et à toutes les dispersions psychiques, à toutes les contradictions. En réalité, les sondages par les « tests » ne constituent qu'un des éléments d'enquête. Une opinion précise sur les possibilités psychiques d'un jeune sujet ne saurait être étayée que sur une mise en observation de quelques semaines. Aussi l'auteur se garde-t-il bien d'énoncer un pronostic précis sur le degré d'éducabilité et de récupérabilité d'un enfant après un premier examen. Ce serait courir le risque d'un démenti formel des événements dans un délai plus ou moins éloigné. Autrement dit : pour constituer le dossier d'un enfant déficient, il faut procéder par étapes. La première étape consiste dans l'interrogatoire des parents et l'examen initial de l'enfant : une fiche établie à cet effet (dont un modèle est joint à ce travail) permettra de ne rien oublier au cours de ce premier contact avec le sujet et son entourage. La seconde étape s'étend sur plusieurs semaines ; elle comporte une série d'épreuves groupées par années d'âge ; il s'agit là d'un examen secondaire destiné à préciser autant que faire se peut l'âge mental, moteur et affectif de l'enfant. Afin de mieux comprendre cette méthode, de mieux la suivre, l'auteur expose la progression par année d'âge d'un enfant normal vers la mise en œuvre des activités moyennes de la motricité, de l'intelligence, des sens, de l'affectivité et du caractère. (*Revue Franç. de Puériculture*, n° 5, 1935.)

Syphiligraphie. Blennorragie chronique. Diagnostic et traitement.

La blennorragie chronique est synonyme de gonococcie chronique ; elle doit être déclarée chronique, d'après Janet, quand abandonnée à elle-même, sans aucun traitement, quel que soit son âge, elle est incapable de retourner à l'état aigu ou même subaigu. Le Docteur P. Barbellion précise cependant qu'une blennorragie chronique et même latente peut donner des poussées aiguës momentanées.

La gonococcie chronique est une affection rare ; par contre, les uréthrites chroniques (non-gonococciques), sont très fréquentes. L'auteur précise les données du diagnostic bactériologique, clinique, uréthroscopique. Pour chaque cas particulier, il précise les données du traitement. Grâce à une bonne technique, les repaires du gonocoque peuvent être assez facilement découverts et traités, amenant ainsi le malade à une guérison définitive. (*Le Journal des Praticiens*, 9 mai 1936).

Erythème noueux, syndrome de réaction de défense par sensibilisation.

Le Professeur Gougerot, après avoir défini et délimité l'érythème noueux, en expose les diverses conceptions étiologiques, puis la pathogénie « anaphylactique », « allergique » ou mieux « réaction de défense par sensibilisation ». Il étudie ensuite les conséquences doctrinales pour la compréhension des dermatites nodulaires et noueuses, et enfin les conséquences pratiques, pronostiques et thérapeutiques.

Au point de vue pronostic, la réaction de défense est d'autant plus efficace que la réaction cutanée est plus riche et plus intense ; le pronostic sera donc d'autant plus favorable que les lésions seront plus nombreuses et plus intenses.

Au point de vue thérapeutique, la conception de l'érythème noueux syndrome, nous donne comme idéal un traitement étiologique, et nous force à préciser l'étiologie pour appliquer ce traitement étiologique, à chercher la cause dans de nombreuses infections ou intoxications et à s'attendre à rencontrer la réaction nodulaire de défense dans les cas les plus inattendus : lèpre, trichophytie, etc. ; mais elle met au premier plan la tuberculose, nous incite à la dépister non seulement par l'intradermo-réaction tuberculinique, mais aussi par les méthodes les plus récentes, notamment la méthode des inoculations successives de Ramel, la culture des tissus et du sang sur milieu de Lœwenstein, etc... Il est évident que le traitement sera différent si la cause est la tuberculose, ou la syphilis, ou une trichophytie, ou une intoxication. Cependant, il ne faut pas exagérer la spécificité de certaines chimiothérapies, et l'on sait que l'arséno-benzène, médicament qui passe pour être spécifique de la syphilis, agit favorablement dans les tuberculoses nodulaires et noueuses et dans d'autres infections.

La notion de réaction de défense, par sensibilisation, nous incite à faire de la vaccination spécifique lorsque nous le pouvons : c'est possible dans la tuberculose, et l'on sait les heureux effets des anciennes tuberculines, et surtout des nouveaux vaccins de Boquet-Nègre, de Vaudremer.

Les dermatites nodulaires ne constituent pas un groupement artificiel, uniquement basé sur une ressemblance anatomo-clinique ou sur une commodité de diagnostic ; elles représentent un groupement pathogénique, celui des dermatoses « allergiques » ou mieux, « à réaction de défense, nodulaire par sensibilisation ». (*La Médecine*, avril 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Asthme dû à une sensibilisation chimique chez les fourreurs

(M. PASTEUR VALLERY-RADOT ; 2-6-1936)

Les manifestations d'ordre asthmatique chez les fourreurs ne sont pas rares. On connaît de longue date l'asthme dérivé d'une sensibilisation aux poils de différents animaux manipulés dans la pelleterie. Des cuti-réactions pratiquées avec les dits poils (stérilisés à plusieurs reprises, sans cependant dépasser une température de 115 °) donnent une papule urticarienne, témoin d'une sensibilisation anaphylactique.

Cette origine de l'asthme des fourreurs, pour être la plus fréquente, n'est pas la seule. Ayant observé des cas d'asthme, chez des sujets manipulant des fourrures, avec cuti-réactions négatives aux poils d'animaux, M. Pasteur Vallery-Radot s'est demandé si les accidents n'étaient pas dus à des corps chimiques employés dans la teinture des fourrures. Un de ses malades lui apporta un colorant que l'analyse révéla être de la paraphénylènediamine. Or, une cuti-réaction faite avec ce produit détermina un placard érythémateux, fut positive . Ceci démontre que les manifestations du type asthmatique présentées par les fourreurs peuvent relever, non seulement d'une sensibilisation aux protéines des poils, mais encore d'une sensibilisation aux produits chimiques qui servent à la préparation des fourrures. Les accidents cutanés provoqués par ces produits ont d'ailleurs déjà retenu l'attention des dermatologistes.

Chez les ouvriers fourreurs, par conséquent, il faudra, à côté des mesures d'hygiène visant les accidents cutanés possibles (vêtements de travail, gants de caoutchouc, lavages soigneux des mains, etc.), tâcher d'éviter les accidents asthmatiques. La bonne aération des ateliers, l'aspiration mécanique fréquente des poussières ne sont pas toujours suffisantes. Pour les sujets qui s'avèrent sensibilisés par la voie respiratoire, elles doivent être complétées par le port d'un masque durant le travail, masque protégeant à la fois contre les protéines animales et les produits chimiques.

De tels faits montrent, en outre, que, à côté des maladies professionnelles par intoxication, il faut tenir compte des maladies professionnelles par sensibilisation, protéinique ou chimique.

Malariathérapie de la chorée de Sydenham

(MM. V. GILLOT et R. DENDALE, d'Alger ; 9-6-1936)

La malariathérapie a donné à M. le Professeur Gillot des succès constants dans le traitement de la chorée de Sydenham. Il a vu régulièrement guérir la chorée après quelques accès fébriles malariques Pour la provocation de ces accès, il s'est adressé au *Plasmodium vivax* de la tierce bénigne. Les mouvements choréiques s'accentuent au moment de la montée de température, *lors des premiers accès, puis* ils s'atténuent vite pour disparaître totalement.

MM. Gillot et Dendale donnent à titre d'exemple des bons résultats obtenus, un résumé de leur cinq premières observations. Ils emploient ce traitement, toujours avec succès, depuis plus d'un an.

Un syndrome de tuberculose inflammatoire de l'adolescence

(MM. A. PIC et M. PIÉRY ; 9-6-1936)

Ayant à examiner chaque année les candidats et candidates aux Ecoles normales d'instituteurs et institutrices du département du Rhône, MM. Pic et Piéry signalent un syndrome de tuberculose inflammatoire à localisations multiples qu'ils ont rencontré chez ces jeunes gens, dont l'âge varie de 15 ans 1/2, à 18 ans. Sur plus de 2.000 candidats examinés, ils ont trouvé ce syndrome dans la proportion de 17 % environ.

Le syndrome en question comporte en association deux ou plusieurs des symptômes suivants : l'albuminurie, intermittente ou non, des adénopathies cervicales, de l'hypertrophie thyroïdienne, une cyphoscoliose, et surtout de la pleurite, sclérose des sommets, ombres radioscopiques anormales, etc...

Un tel syndrome, qui n'existe ni chez l'enfant, ni chez l'adulte, paraît bien appartenir au stade d'évolution de l'adolescence. On ne l'observe à peu près ni chez l'enfant, ni chez l'adulte.

La fréquence de l'association clinique de ces symptômes et parmi eux la présence de signes considérés unanimement comme relevant de l'infection tuberculeuse, fait considérer cet état comme relevant d'une origine bacillaire. Il correspond par sa bénignité et son absence de signature anatomique à la tuberculose inflammatoire de Poncet et de René Leriche.

Il conduit à une thérapeutique qui est celle de la tuberculose en général (cures climatiques, médicaments antituberculeux, etc.). P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Ulcère de l'estomac et appendicite

(M. Ch. FLANDIN ; 20-3-1936)

L'observation rapportée constitue un document démonstratif en faveur de l'origine appendiculaire de certains ulcères de l'estomac. Elle met en valeur aussi certains signes permettant de localiser une perforation sur l'estomac ; le signe précis de la douleur signalant la perforation permet de la situer ; le signe dit du vomissement dans le ventre est spécial aux perforations gastriques ; malgré les nausées et les efforts, il n'y a aucun vomissement, tout se passe comme si les contractions gastriques aboutissaient à un vomissement dans le péritoine ; enfin, l'attitude du malade assis et courbé en deux ne se voit pas dans l'appendicite. En outre, l'appendicite chronique ne met pas à l'abri des crises aiguës de gastralgie ; aussi la fréquence des troubles dyspeptiques, et, en particulier de l'hyperchlorhydrie au cours d'une appendicite chronique, avait depuis longtemps soulevé la question des rapports de causalité entre l'appendicite et l'ulcère de l'estomac. Il a suffi d'enlever l'appendice pour voir disparaître les troubles gastriques.

Hémi-syndrome bulbaire « direct » séquelle d'angine diphtérique

(MM. Roger FORMENT et René MASSON, de Lyon ; 3-4-1936)

Voici le résumé de cette observation : angine diphtérique avec paralysie du voile, de l'accommodation et des quatre membres. Rétrocession d'une partie des troubles. Persistance d'un syndrome d'hémiataxie droite ; vertiges, nystagmus et troubles de l'équilibre en rapport avec des lésions labyrinthiques centrales ; paralysie de l'hypoglosse et du moteur oculaire externe droits. Troubles vaso-moteurs et troubles de la sensibilité profonde également du côté droit. Tous ces troubles persistent plus de six ans après l'infection diphtérique causale.

Cette observation paraît d'un intérêt indiscutable en raison de la très grande rareté des paralysies diphtériques où la lésion bulbaire est signée non pas seulement par l'atteinte de plusieurs nerfs craniens, mais par l'existence de troubles sensitifs, dont l'origine centrale ne saurait être mise en doute, et par la rareté presque aussi grande de la persistance définitive de troubles nerveux. L'association aux paralysies de nerfs craniens de troubles sensitifs dissociés permet d'affirmer l'origine centrale des troubles, l'existence de lésions intéressant l'axe bulbo-protubérantiel. Le fait qu'un pareil syndrome s'est démasqué après rétrocession d'une paralysie diffuse aux quatre membres avec atteinte du voile et de l'accommodation, comme il est assez fréquent d'en rencontrer au cours de la diphtérie, laisse assez clairement entendre que, dans ce cas au moins, il ne s'agissait pas d'une polynévrite, mais bien d'une atteinte bulbo-médullaire toxi-infectieuse.

Forme chronique de la stomatite aurique

(MM. Ch. FLANDIN, Marcel FERRAND, G. POUMEAU-DELILLE et P. DE GRACIANSKY ; 27-3-1936)

Au cours d'un essai de traitement d'un psoriasis rebelle, par quatre injections d'un sel d'or en suspension huileuse, apparition d'une balanite et d'une stomatite ulcéreuse à évolution aiguë pendant quatre mois, puis subaiguë; persistance de la balanite pendant un an, persistance de la stomatite sous forme d'érosions superficielles récidivantes, deux ans après le début de l'aurothérapie.

L'aspect de cette stomatite chronique est analogue à celui de certaines formes aiguës, rapidement curables. On y retrouve la même diffusion des lésions, le même enduit blanchâtre, les érosions très douloureuses.

Le fait très particulier qui permet d'individualiser cette forme réside dans son caractère évolutif ; elle est franchement aggravée par la continuation du traitement aurique pendant des semaines et des mois, elle n'a aucune tendance à la guérison. Les érosions évoluent par poussées successives, certaines cicatrisent alors que d'autres apparaissent. Les divers traitements locaux et généraux demeurant sans action.

Le traitement aurique est donc à lui seul susceptible de provoquer une stomatite rebelle, franchement aggravée par la chimiothérapie.

Contamination familiale ignorée au cours de la prémunition par le B. C. G.

(MM. B. WEILL-HALLÉ et MOUCHOTTE ; 27-3-1936)

Chez ce nourrisson vacciné par voie buccale, la contamination s'est opérée à une date qu'il est difficile de préciser.

L'enfant a pu être relativement prémuni par une primo-vaccination buccale dont on sait l'efficacité transitoire. Puis, il a été infecté à l'occasion d'une émission de bacilles par la toux paternelle. Peut-être la contamination a-t-elle été contemporaine de la prémunition, et on n'ignore pas la supériorité relative du bacille de Koch sur le B. C. G. en pareille circonstance.

Il faut retenir en tout cas cette observation comme un des exemples démonstratifs de la prudence nécessaire dans l'interprétation des cas où l'on incrimine l'insuffisance de la prémunition, voire la responsabilité du B. C. G., alors qu'une exploration minutieuse eût fait comprendre la cause d'un échec apparent de la prémunition. C'est l'étude insuffisante du milieu d'application du vaccin B. C. G. qu'il convient seulement d'accuser de ce soi-disant échec. Les vaccinations bien faites, bien contrôlées et renouvelées en temps utile échappent à ces critiques et donnent à la méthode de prémunition un succès légitime.

G. F.

Les Congrès

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(*XI^e session-juin 1936*)

CONFÉRENCES

La voie artérielle dans le diagnostic des tumeurs

Par M. le Professeur Reynaldo DOS SANTOS, de Lisbonne

L'injection de solutions opaques dans les artères dans un but de diagnostic (artériographie) a été d'abord employée dans les gangrènes (Sicard et Brooks) et les anévrismes (Singleton), puis par E. Moniz dans la circulation cérébrale (1927), par R. dos Santos dans la circulation de l'abdomen (1929), et enfin par L. de Carvalho dans les affections des poumons (1931). Dos Santos, d'autre part, a fait de l'artériographie une méthode générale *destinée à l'étude, sur le vivant, de la structure vasculaire de toutes les lésions et organes.*

Parmi ces lésions, *les tumeurs* comptent comme un des chapitres les plus intéressants et les plus riches d'avenir, du diagnostic artériographique. Les aspects, anatomiques et fonctionnels, de la circulation des néoplasies, sont souvent assez caractéristiques pour donner une base décisive au diagnostic différentiel hésitant.

Maladie de Nicolas-Favre. Poradénolymphite suppurée bénigne

Par M. le Professeur Joseph NICOLAS, de Lyon

La maladie décrite en 1913 par Nicolas-Favre et Durand sous le nom de *lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents multiples intraganglionnaires, d'origine génitale et vénérienne* et désignée couramment aujourd'hui sous le nom de *maladie de Nicolas-Favre* a reçu aussi différents autres noms : *poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique* (Ravaut, Baulin et Rabeau), *ulcère vénérien adénogène, chancre et bubon poradénique* (Bory), Elle comprend l'ancien bubon climatique des pays chauds.

Cliniquement, son *début* se traduit en règle générale par un *petit chancre d'inoculation*, très fugace, passant souvent inaperçu et pouvant ne se révéler qu'après coup par une cicatricule minime, parfois aussi par une urétrite ou une bubonite légères. A la *période d'état*, elle est caractérisée essentiellement par une *adénite subaiguë, suppurée, des ganglions inguinaux*, avec périadénite, formant un placard à peau violacée le plus souvent (adénite violette de l'aine, Favre), placard d'abord mobile. La suppuration est parcellaire, en petits foyers lenticulaires ou stellaires, d'abord intraganglionnaires, puis périganglionnaires, avec ouverture et fistulisation successive ou plus rarement simultanée.

A signaler, signe de haute valeur diagnostique, l'extensionpresque constante de la maladie aux *ganglions iliaques internes.*

L'évolution de cette adénite, si caractéristique, est en général torpide, peu douloureuse, peu fébrile. Cependant, elle peut s'accompagner de symptômes généraux au début et de poussées fébriles lors de la formation de nouveaux foyers de suppuration.

A noter l'existence de la maladie dans tous les pays, surtout dans les ports, son origine vénérienne habituelle (contamination entre maris et femmes, amants et maîtresses), son apparition à l'âge de l'activité génitale et la grande prédominance de sa forme ganglionnaire inguinale chez l'homme alors que ses localisations ano-génito-rectales sont plus fréquentes chez les femmes.

Dès leur premier mémoire, Nicolas et Favre ont bien établi qu'il ne s'agissait ni d'adénopathie tuberculeuse, ni d'adénopathie chancrelleuse, ni d'adénopathie syphilitique, ni d'adénopathie suppurée banale ou paludéenne, comme on l'avait cru jusqu'à eux, soit pour les formes observées dans nos pays, soit pour les bubons climatiques des pays chauds, mais bien d'une adénopathie spécifique, infectieuse et contagieuse, à agent pathogène encore inconnu, appartenant probablement au groupe des ultra-virus.

Cette autonomie, cette spécificité, d'abord vivement battue en brèche, fut corroborée en 1925, par la découverte de l'*intradermo réaction de Frei*, puis par l'inoculabilité intracérébrale en série sur le singe par Hellerström et Wasser, enfin par la reproduction d'une adénopathie caractéristique chez l'homme par inoculation intradermique sous-préputiale d'une émulsion de cerveau d'un singe inoculé sept jours auparavant avec du virus lymphogranulomateux ayant déjà subi douze passages (Levaditi, P. Lépine et Marie, 1931).

L'intradermo-réaction à l'antigène de Frei a permis de découvrir (Frei et Alice Koppel) les *formes ano-génito-rectales*, représentées par le syndrome ano-génito-rectal de Jersild (rétrécissements ano-rectaux, ano-rectites simples, ano-rectites sténosantes et proliférantes, formes éléphantiasiques, ano-génito-rectales fistulisées ou non, esthiomène vulvaire).

La connaissance de ces formes assombrit singulièrement le pronostic de la maladie.

De nombreux traitements ont été préconisés. Traitements locaux : *exérèse chirurgicale partielle* des ganglions amenant la rétrocession rapide de toute la masse ; *radiothérapie* suivant la méthode du Docteur Earte, méthode de choix pour les traitements locaux des adénopathies et des lésions externes éléphantiasiques ; injections intra et péri-ganglionnaires de glycérine (M. Pinard). — Traitement général : injections intramusculaires d'antimoniathiomalate de lithium.

THERMALISME

Les nouvelles méthodes thérapeutiques d'Aix-les-Bains (*suite*)

Dans un précédent article (n° du 12 juillet, page 2130), nous avons parlé des améliorations du rhumatisme et de ses diverses manifestations articulaires, par le traitement thermal, tel qu'il est pratiqué depuis de longues années à Aix-les-Bains.

Cette station, connue depuis des siècles pour les bienfaits qu'en retirent les rhumatisants, petits et grands, présente une installation et des moyens de traitement si variés, qu'il n'est pas exagéré de dire qu'Aix-les-Bains est unique au monde.

Ce sont ces moyens thérapeutiques que nous voudrions rappeler aujourd'hui : moyens anciens qui ont fait leurs preuves, moyens plus modernes employés dans d'autres stations qui ont déjà à leur actif des succès sans nombre.

Rappelons tout d'abord le traitement base d'Aix : la *douche massage* qui, copiée souvent par des villes d'eaux étrangères, demeure cependant absolument inimitable : la masse d'eau énorme, qui se déverse sur le corps, permet une absorption de gaz thérapeutiques, telle qu'on n'en peut trouver nulle part ailleurs. Elle est précédée, pour certains cas, de *sudation* à l'étuve dite « bouillon ». Elle peut être complétée pour les articulations douloureuses par une médication sédative : la douche vapeur dite « Berthollet », vapeur naturelle, appliquée localement.

Les bains, les étuves, les douches sous-marines sont autant de traitements, qui trouvent leurs indications respectives des lésions rhumatismales à améliorer, qu'elles soient généralisées ou localisées.

Les nouvelles et très modernes constructions des nouveaux Thermes ont permis d'ajouter tous les traitements de physiothérapie, qui renforcent de la façon la plus heureuse les effets de la cure thermale. Un perfectionnement important a été la création de chambres de repos adjacentes aux locaux de traitement.

Des salles de mécanothérapie passive et active permettent, au moyen d'appareils spéciaux, de mobiliser les articulations les plus récalcitrantes. Chez les plus impotents, les bienfaits des bains profonds se trouvent même complétés par deux piscines de mécanothérapie sous-marine. Inutile de souligner combien ces deux modes de traitements se complètent heureusement.

Mais la cure thermale n'est pas tout si, chez certains individus, on ne l'associe à d'autres traitements complémentaires.

D'abord l'électrothérapie et la radiothérapie sous toutes leurs formes : rayons X, ultra-violets, infra-rouges, ondes courtes, ionisation, etc... sont à la disposition des malades, dans des conditions de confort qui n'ont pas été jusqu'ici réalisées.

L'actinothérapie ensuite :

Insistons sur le fameux solarium tournant, situé aux portes de la ville, qui permet de faire de l'actinothérapie dans des conditions uniques. Enfin, trois nouveautés : l'entéroclineur, l'aspiroclyse, les bains de mousse, récemment introduites à Aix, permettent d'étendre le bénéfice de la cure à une autre catégorie de malades.

L'*entéroclineur*, indiquée chez les « paresseux intestinaux » est basée sur la combinaison d'un bain externe chaud et d'une entéroclyse spéciale, qui ne brusque pas l'intestin.

L'*aspiroclyse* appliquée dans les méfaits de la stase intestinale et de ses répercussions sur les systèmes circulatoire, hépatique, articulaire, nerveux, consiste à remplacer le lavement ou le lavage par une thérapeutique intestinale de détersion et de pansement local : aseptique ou vaccinal.

La moussothérapie consiste en un bain mousseux dans lequel le corps, au lieu d'être plongé dans l'eau, se trouve entièrement emprisonné dans une mousse extralégère et absolument neutre, dont on peut faire varier à son gré la température et la composition. Enfin la *cure de diurèse* est assurée par les deux sources alcalines légères (bicarbonate de chaux) : St-Simon (analogue d'Evian) et Deux-Reines (très peu minéralisée).

Telles sont rapidement résumées, les médications maintenant employées, hier encore uniquement, à Aix, station du rhumatisant, et qui, aujourd'hui, voit étendre ses indications par l'adjonction de thérapeutiques modernes contre la goutte, les névrites et névralgies, les suites de traumatismes, etc... Ajoutons à cela que les baigneurs trouvent dans ce coin splendide les avantages les plus divers. La proximité du lac du Bourget et des montagnes environnantes fait que celui qui recherche, pour compléter utilement sa cure, soit la tranquillité immédiate, soit, suivant ses nécessités, la faible, la moyenne ou la grande altitude, y trouve des avantages climatiques agréables et bienfaisants.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LA LEÇON D'UNE GUERRE

Voici donc la civilisation triomphante !

En l'espace de quelques mois elle a envahi un territoire, assujetti un peuple, incendié ses villes, massacré ses armées, renversé les pouvoirs constitués et rayé ce peuple de la carte du monde.

Après quoi elle a proclamé que le droit, la justice et la liberté étaient, de son fait, solidement implantés sur une terre qui les avait, jusqu'à ce jour, méconnus.

A tout ceci rien à objecter. La plus humble ménagère n'ignore pas que pour tourner une omelette il faut préalablement casser des œufs. Et la civilisation fait les omelettes comme un vrai cordon bleu.

Comme nous ne serons pas conviés à goûter du plat qu'elle vient de parachever, si nous essayions néanmoins, d'en tirer un modeste profit, à la manière de ces ventres-creux qui, ne pouvant pénétrer dans un restaurant réputé, se satisfont à renifler les soupiraux des cuisines.

D'une part, nous disait-on au début, des guerriers nombreux, aimant la guerre, entraînés au climat, connaissant le pays, capables de couvrir d'une traite soixante kilomètres et de se contenter, pour tout ravitaillement, d'un bout de galette noirâtre. De l'autre, un corps expéditionnaire séparé de sa patrie par six ou huit jours de navigation, amené dans un pays hostile par sa configuration, insalubre, dépourvu de routes ; des soldats européens habitués à manger tous les jours et en toutes circonstances, à boire quand ils ont soif, à dormir le soir venu, à craindre le soleil tropical et à tomber malades s'ils sont surmenés. Conclusion (nous disait-on) : la civilisation s'embarque dans une aventure redoutable où elle va laisser des plumes. De quoi, les uns montraient un front soucieux, tandis que les autres se frottaient les mains. Car les hommes, même les plus désintéressés du problème qui se pose, ne laissent jamais perdre une occasion de se diviser.

Or, il est advenu ce que vous savez : les guerriers nombreux, sobres, résistants, vigoureux, ont été taillés en pièces. A l'heure qu'il est les ossements du plus grand nombre parsèment les pistes sablonneuses et les flancs rocheux des montagnes. Les rescapés sont rentrés chez eux édifiés à jamais sur les effets des bombes d'avions, des obus explosifs et des gaz toxiques. Désormais ils parleront, avec le respect qui convient, de la civilisation européenne. On ne saurait payer assez cher une si profitable leçon.

Pour nous la leçon à tirer de l'événement confirme celle que nous avions personnellement reçue voici quelques lustres : à savoir que les machines à tuer sont à l'heure actuelle si bien conçues qu'elles accomplissent excellemment le travail, autrefois réservé aux hommes. Autrefois l'honneur d'éventrer son prochain n'appartenait qu'à une élite choisie avec soin ; il fallait aux candidats un pedigree irréprochable et une complexion au-dessus de tout soupçon. Le parti qui alignait les plus beaux athlètes accroissait ses chances de gagner la victoire ; et dès le temps de paix il pensait à écarter de ses bataillons les malingres indignes de porter les armes. Ceux-ci se consolaient malaisément d'un tel affront, et ne trouvaient un peu de réconfort qu'au jour où le tocsin alertait les campagnes.

Il y a une vingtaine d'années la formule commença à trouver quelques détracteurs. « Nous n'avons pas, disait-on, tellement besoin d'hommes forts et bien portants, car il ne s'agit plus de manier la masse d'armes, la lance, ni l'estoc. A quoi bon vos conseils de revision ? nous avons des emplois pour tout le monde. La guerre moderne est une industrie. »

La dernière expérience vient de confirmer brillamment les raisonnements de ces novateurs : les machinistes ont eu facilement raison des athlètes. Le corps humain n'est plus qu'un rouage au centre d'un effroyable matériel de destruction, qui lui sert à la fois d'arme et de défense. Un seul homme animant une mécanique peut se lancer sur un bataillon combattant en rase campagne et le détruire ; un tank tient tête à une horde dérisoirement armée de fusils ; un avion anéantit une colonne de ravitaillement ; une batterie empoisonne et asphyxie toute une ville.

***

Et maintenant allons-nous renoncer une bonne fois au préjugé périmé des siècles anciens ? A quoi riment ces armées composées de jeunes hommes triés sur le volet ?

En temps de paix la vie des camps faite d'exercices physiques, de manœuvres au grand air, d'insouciance et de bonne humeur ne serait-elle pas vingt fois plus salutaire encore aux chétifs qu'aux bien portants. Dès qu'un citadin est de petite santé on s'inquiète de l'envoyer à la campagne. Toutes sortes d'œuvres ont été créées dans ce but, tant privées que publiques. Encore parviennent-elles malaisément à subvenir aux besoins d'une population de plus en plus

entassée dans les villes. Une loi exigeant de tous les jeunes gens, sans distinction aucune, tant filles que garçons, quelques mois de service public dans des camps d'instruction et de développement physique résoudrait seule la question. Oui ! il y aurait un irréductible déchet : un mal de Pott en évolution, un bacillaire fébrile, un asystolique ne sauraient être embrigadés ; mais un pottique cicatrisé, un tuberculeux fibreux, un obèse ou un efflanqué, un manchot, un unijambiste, un borgne le seraient : ils ne le sont pas aujourd'hui. Chacun envoyé dans un climat choisi, occupé à un emploi compatible avec ses possibilités et tenu sous surveillance médicale ferait un soldat et aussi honorablement, pourquoi pas ? qu'un être sain et intact. Dans la vie tous ceux-là sont-ils donc inactifs, et vivent-ils de leurs rentes ?

En même temps, soumis à des conditions de vie adaptées à leur état, entraînés à répudier leur morbide égocentrisme, revigorés de voir se développer leur coefficient personnel, je crois qu'ils tireraient de leur temps de service le plus grand bien. Et même les entichés d'antimilitarisme ne sauraient qu'approuver l'armée, si elle consacrait ses loisirs du temps de paix à récupérer et éduquer ceux qu'elle a jusqu'ici rejetés avec mépris. Je ne sais pas comment sont organisés les camps de travail en Allemagne et les bataillons de jeunes en Italie et en Russie, ni s'ils admettent les éclopés : en tout cas, les uns comme les autres admettent les jeunes filles. C'est un premier pas de fait, et fait par des dictatures toutes trois farouchement agressives. Reste, pour les pacifiques que nous sommes, à reprendre et étendre l'organisation en préférant avec sagesse le bonnet de Sancho au panache de don Quichotte et l'utilité à la parade.

En temps de guerre ?

Justement : puisqu'il est avéré que la vigueur physique n'y a plus son emploi, pourquoi l'exiger avec tant d'insistance des futurs défenseurs de la patrie. Faut-il tant de biceps pour braquer une mitrailleuse, dérouler un fil téléphonique, monter dans un ballon d'observation ? Et faut-il une santé tellement exceptionnelle pour faire un médecin de bataillon ? A la vérité les neuf dixièmes de ceux qui, la dernière fois, se virent (ou se firent ? ?) déclarer inaptes au front, y auraient fort bien tenu leur place, même certains cardiaques, même certains tuberculeux. Et ceux-ci s'y seraient peut-être guéris, comme s'y sont guéris tant de gastropathes.

Il me répugnerait, en pareille matière, de paraître cynique ou cruel. Et pourtant il est des vérités qu'il faut dire. Puisque, lorsque les hommes s'amusent à la guerre, ils comptent bien exterminer le plus grand nombre possible de leurs prochains, et que l'élémentaire devoir du guerrier est de bien donner la mort comme de la bien recevoir, est-il juste, est-il logique et n'est-il pas féroce de vouer au sacrifice les bien portants, les mieux bâtis ? La mort n'en demandait pas tant : elle avait déjà marqué de son sceau ceux qu'elle avait choisis. Mais nous, nous lui disons : « Attends ! tu seras bien servie ! ceux là tu les prendras quand tu voudras ; il y en a d'autres qui paraissaient devoir t'échapper encore de longues années ; nous les avons désignés : ils vont s'entretuer. Voilà pour toi une aubaine inespérée : remercie la guerre ; c'est elle que nous voulons honorer ». Et vingt ans plus tard, comme des enfants étourdis ou plutôt comme des imbéciles, nous gémissons sur la race qui s'éteint, sur la natalité qui s'effondre, sur les classes creuses. Et vingt ans plus tard, suivant le mot terrible de Lacordaire, nous écoutons, au delà des frontières, « le pas du barbare qui s'approche et qui regarde si l'heure est venue d'enlever du monde ce vieillard de peuple ».

G. Lavalée.

UN ORDRE DU JOUR DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE BELGE

La Fédération médicale belge, Union professionnelle reconnue, réunie en Assemblée générale extraordinaire le 14 juin 1936, réclame la mise à l'étude immédiate par les Pouvoirs publics des points énumérés dans le cahier des revendications médicales, notamment :

1° Création d'un Ordre des médecins ;

2° Revision de la loi sur l'art de guérir ;

3° Suppression des monopoles créés par les dirigeants des Mutualités, des Assurances, etc...

4° Respect — dans tous les organismes officiels ou subsidiés — du libre choix absolu des médecins, chirurgiens et spécialistes ;

5° Définition de la situation « mutuelliste aisé » ;

6° Réadaptation générale des honoraires médicaux, chirurgicaux et des spécialistes, réglementés par les Pouvoirs publics et les collectivités ;

7° Réglementation des services universitaires, qui font actuellement — sans nécessité — une concurrence injustifiée au Corps médical ;

8° Interdiction du cumul de la clientèle privée pour les médecins-fonctionnaires.

Elle insiste tout particulièrement pour que, dans les commissions, dont la création serait reconnue nécessaire pour la mise au point de ces desiderata, le Corps médical organisé ait une représentation — avec voix délibérative — importante et adéquate à son rôle social.

Ordre du jour adopté à l'unanimité.

(*Le Médecin Belge*, 30 juin 1936).

ENCOMBREMENT MÉDICAL ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES

A l'heure où M. Pomaret, député, croit pouvoir, par une proposition de loi, interdire l'exercice de la médecine aux praticiens, qui auront atteint l'âge de 65 ans, nombreux sont les confrères qui se demandent comment pouvoir vivre — bien que n'ayant pas l'âge fatidique précité — alors surtout que la clientèle payante déserte nos cabinets, attirée qu'elle est dans les Uniprix de la médecine.

Par la lettre suivante, un de nos lecteurs fait connaître ses réflexions, qui sont plutôt amères.

Dans le *Concours Médical* du 19-IV-1936, j'ai lu un article de notre confrère, le Docteur Paul Boudin dans lequel il discute une lettre d'un autre confrère, le Docteur B., relative à l'encombrement médical et aux débouchés professionnels paramédicaux.

Voulez-vous permettre au vieil abonné que je suis, de prendre part à la controverse et de porter ce sujet sur un plan essentiellement pratique ?

Imaginons un Docteur X. qui n'exerçant plus la profession, s'est retiré, nouveau Cincinnatus, dans une sage et modeste retraite. De ce fait, depuis plusieurs années, il ne paye plus de patente. Mais, les temps pénibles que nous traversons par suite des diverses restrictions sociales et financières actuelles, l'obligent à se créer quelques ressources accessoires ; il se souvient qu'il a jadis exercé la médecine et il essaie d'utiliser son savoir et son restant d'activité pour augmenter ses petites rentes.

Il demande à un fabricant d'appareils médicaux, mettons pour fixer les idées, de bandages herniaires, de vouloir bien l'autoriser à placer cette marchandise parmi les malades qu'il pourrait visiter à son temps et loisir dans les environs de sa résidence.

Au point de vue *juridique*, jusqu'ici, aucun doute : dans l'article cité plus haut, le Docteur Boudin assure « qu'aucune loi n'empêche un médecin de faire à la fois de la médecine et un commerce quelconque » et plus loin « un médecin est nettement qualifié pour faire faire un bandage herniaire » (ceci n'est qu'un exemple et ce raisonnement pourrait s'appliquer à toute autre catégorie de commerce : prothèse, oculistique...

Au point de vue *fiscal*, quelle sera dans la pratique journalière, la position de ce médecin ?

Trois cas paraissent se présenter à la discussion :

1° Sera-t-il considéré comme exerçant une branche de la médecine et par suite devra-t-il payer patente ?

2° Sera-t-il considéré comme voyageur de commerce et, par suite, devra-t-il se soumettre aux règles de cette corporation au point de vue déclarations, registre de commerce... ?

3° Ne sera-t-il considéré ni comme médecin, ni comme voyageur et, par suite bénéficiera-t-il en face de cette situation hermaphrodite encore non-prévue, d'un indulgent oubli en raison du caractère paramédical de l'affaire et aussi en raison de ce que c'est plutôt une occupation intermittente qu'une profession véritable : car, il n'est pas employé à gages fixes ; mais, il se contente de retirer un petit bénéfice sur le prix des objets qu'il a placés.

Quelle est parmi ces trois solutions possibles, celle qui aurait le plus de probabilités d'être admise par l'Administration des Finances, si elle avait à prendre position dans le débat ?

Cette discussion qui, pour le présent est simple curiosité d'esprit pourrait bien dans l'avenir être une base de conduite pour des confrères âgés ou incapables de continuer leur carrière par suite d'infirmités ou autres causes.

Quoiqu'il en soit, je serais désireux de connaître par la voie du journal, l'opinion (qui pourrait intéresser quelques lecteurs) du Docteur Paul Boudin.

Dr G.

Dans notre réponse nous devons tout d'abord déclarer qu'il n'appartient pas au médecin d'aller au devant du fisc ; mais bien à ce dernier de décider s'il doit fermer les yeux ou ouvrir ses griffes.

Un médecin qui vend des bandages exerce-t-il la médecine ? Pour *répondre à cette question*, il faut toujours nous reporter à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

L'exercice de la médecine, c'est le fait de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies. Il y a traitement lorsque le praticien examine un malade qui ne sait pas de quelle affection il souffre et, après diagnostic, établit un traitement.

Au contraire, il n'y a pas exercice de la médecine lorsque le malade vient trouver l'orthopédiste en lui disant : « J'ai une hernie inguinale ; « vendez-moi un bandage pour contenir cette « infirmité ».

Donc, d'après les occupations habituelles du praticien, celui-ci pourra être considéré comme exerçant la médecine s'il est docteur en médecine et par suite payera patente du tableau D, ou bien il sera considéré comme un commerçant vendant des bandages sans faire acte de médecin.

Reste enfin une dernière situation :

Le praticien en question pourrait être considéré comme ayant loué ses services à la maison qu'il représente, vendant des bandages en qualité de placier ou de voyageur de commerce. Par suite, il serait assujetti à l'impôt sur les traitements et salaires.

Telles sont les situations qui peuvent être mises en discussion par les agents du fisc.

Dr Paul BOUDIN.

LES CONFLITS EN MATIÈRE D'ASSURANCES SOCIALES

Que faut-il entendre par prix global et forfaitaire d'une opération ?

Le fonctionnement des lois sociales est l'occasion de discussions entre médecins traitants et médecins contrôleurs, au sujet de l'application des tarifs, selon lesquels les malades doivent être remboursés par les caisses d'assurances sociales. Témoin la lettre suivante par laquelle un de nos adhérents nous demande conseil au sujet des honoraires dus pour une complication à la suite d'une intervention chirurgicale.

A la suite de deux graves interventions nécessitées par une péritonite généralisée (origine : perforation gastrique par un clou avalé), un enfant présente deux très volumineuses éventrations au niveau des cicatrices opératoires qui ont longtemps suppuré : l'une sus-ombilicale, l'autre sous-ombilicale lors de la seconde intervention ayant eu pour but de placer un Mickulicz dans le Douglas. Cette première série de soins est réglée aux assurés par la Caisse sans discussion.

Quatre mois après, j'interviens pour les deux éventrations (volumineuses et intéressant des cicatrices distinctes et éloignées l'une de l'autre). La maman me prie d'enlever si possible l'appendice au cours de l'opération. Je marque sur la feuille d'Assurances sociales K40 pour l'éventration sus-ombilicale, — K60 pour la seconde, comme s'il s'agissait d'une appendicectomie simple. Soit K100. Le médecin de la Caisse me demande des explications : je les lui fournis telles que vous les trouvez ci-dessus.

Il me donne son accord et quatre jours après mes clients viennent me dire que la Caisse les règle sur le taux de K60. Je me plains immédiatement au médecin contrôleur, qui me répond que c'est par amitié pour moi qu'il fait payer K60 mais qu'en réalité la Caisse ne doit rien du tout, parce que :

1° Il ne s'agissait pas d'une appendicite en évolution et que les Caisses ne doivent des prestations que pour les affections en évolution ;

2° Que les deux éventrations devaient rentrer dans le « tout compris » des interventions pratiquées quatre mois auparavant. Il ajoute que « je peux me renseigner auprès du Docteur Decourt et que je verrai sa réponse ».

Je le fais donc immédiatement, mais je pense quant à moi :

a) Qu'une appendicectomie pratiquée, même en dehors d'une crise doit comporter une prestation (d'autant plus que si la mère me l'a demandé, c'est que depuis longtemps l'enfant souffrait du ventre, sans que le diagnostic d'appendicite ait été précisé auparavant) ou alors on ne voit pas pourquoi les Caisses règleraient des cures radicales de hernies des amygdalectomies et, en général toutes les interventions faites à froid.

b) Que des cures d'éventration ne peuvent rentrer dans un tout compris parce que :

1° Le « tout compris » ne joue que pour les soins consécutifs et non pas pour les interventions ultérieures, (ou alors, raisonnons par l'absurde, une Caisse ne payerait pas une amputation de membre consécutive à une incision de panaris ;

2° Le « tout compris », n'est valable que pour vingt jours et non pas pour des soins donnés quatre mois après la première affection, alors que l'enfant a dans l'intervalle repris ses occupations, sa classe, etc...

Même dans le cas (à mon avis invraisemblable) où j'aurais tort, la conduite du médecin contrôleur qui, après avoir donné son accord, fait opérer par la Caisse une réduction sans prévenir le chirurgien traitant et met ainsi ce dernier dans une situation fausse vis à vis d'une famille intelligente et très au courant des Assurances sociales, n'est-elle pas légèrement critiquable ?

Dr J.

Nous avons répondu à notre confrère en lui donnant raison.

La Caisse ne peut se refuser à payer les frais d'intervention pour cure d'éventration, car il s'agit là de complications survenues à l'occasion de la première opération et non pas d'une dépendance immédiate de ladite intervention.

En second lieu, ce qui importe pour la Caisse, c'est de savoir si une prestation a été accomplie. Si le chirurgien a pratiqué une appendicectomie, c'est qu'il a estimé cette opération nécessaire. La Caisse, par son médecin-contrôleur, n'a pas à s'immiscer dans un traitement.

L'opération a été faite ; la Caisse doit rembourser ce qui lui incombe.

En troisième lieu, si le médecin croit que l'attitude du médecin-contrôleur ne soit pas des plus déontologiques, il lui appartient de le citer devant le Conseil de famille du Syndicat pour qu'entre confrères on puisse discuter de ses propos et de ses attitudes qui portent préjudice à un médecin honorablement connu dans sa clientèle.

Ce n'est pas parce qu'un contrôleur défend les intérêts de celui qui l'emploie qu'il doit méconnaître les règles de la saine déontologie.

Dr Paul Boudin.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

VINGT-NEUVIÈME LETTRE

De la semaine de quarante heures, de l'art de s'en servir et de quelques conséquences

Dédiée au médecin Touche-à-tout

Par le Docteur CAMESCASSE
Médecin de campagne

Il ne nous appartient pas, à nous autres médecins, de nous pencher sur les affres auxquelles sont en proie les chefs d'industrie en face de la nécessité de financer cette réforme... en même temps que quelques autres.

La réforme est. Sa seule excuse sera un MIEUX-ETRE de l'Ouvrier. Nous allons donc étudier les moyens pratiques d'utiliser cette réforme en vue d'assurer ce *mieux-être.*

Nous ne nous occuperons pas de savoir si le salaire de cet Ouvrier sera *réellement* augmenté par.... les autres réformes. Il aura, cet Ouvrier, plus de TEMPS LIBRE.

Il s'agit d'utiliser ce *temps libre....* au profit de l'hygiène, mais d'une hygiène agréable... *désirée d'ores et déjà* s'il se peut.

Cette perspective m'a ramené à celle des JARDINS OUVRIERS : ces jardins au milieu desquels j'avais égaré mon lecteur (1).

Je rappelle que, dès le samedi, après-midi (semaine anglaise), j'avais arraché un jeune ménage à son logis parisien : deux pièces, avec baignoire, mais si étroites, si inconfortables qu'on ne demande qu'à en sortir (immeuble neuf, urbain ou sub-urbain, à petit loyer).

Armé d'une automobile démodée, le jeune papa avait amené sa petite femme, et bébé, jusqu'à leur jardin. Pour éviter le camping, je leur avait concédé un abri, — inélégant, — de quatre mètres sur quatre

On goûtera, on soupera là, ce tantôt. Demain dimanche, on y prendra trois, sinon quatre repas. On aura dormi entre deux.

C'est facile. Le lotisseur a amené de l'EAU POTABLE. Le secteur a amené l'ÉLECTRICITÉ (le secteur demande seulement qu'on l'aide un peu). Les CHEMINS préservés par leur PENTE d'un gaffouillage excessif, demeurent praticables.

Mais la *semaine de quarante heures* est venue — et la question se pose aussitôt « Comment « s'arranger pour qu'ELLE nous permette de « jouir un peu plus de notre jardin ? » (2).

(1) Voir *Concours Médical* du 28-VI 1936.

(2) Entre temps nous avons passé de deux ares et demi à cinq ares, puis de cinq ares à dix ares..... parce que, un jour, nous pourrons peut-être bâtir une espèce de maison.

Alors j'arrange les choses comme ceci : le TRAVAIL ne reprendra que le lundi après-midi : 4 heures.

Mardi, mercredi, jeudi et vendredi, 8 heures par jour, soit 32 heures.

Samedi : les 4 heures de la matinée.

Total égal : 40 heures (1).

Raisonnablement, on se donnera comme but d'arriver au jardin, le samedi vers seize heures. Non moins raisonnablement, on aura regagné, le vrai logis, le lundi, peu après dix heures.

On aura joui du jardin quelques 42 heures durant.

Mais voyez l'astuce : n'avais-je pas raison de prédire que le nouveau loti HABITERAIT son jardin sans y avoir un logis à proprement parler ?

Quant à savoir si l'hygiène trouverait son compte à ce jeu, il n'est que de s'accorder sur ce que nous entendons par hygiène. Je n'ai demandé, moi, qu'un chemin praticable et de l'eau potable.... le soleil et le grand air sont tout rendus sur les lieux.

J'ai négligé les eaux usées, les ordures ménagères et les W.-C. parce que eau potable et chemin praticable représentent à eux seuls une aggravation, — des frais de premier établissement, — qui double déjà le prix du terrain.

Et puis, j'ai l'expérience de ces précarités . vivent ainsi nos villages où plus d'un de la ville vient, à ses heures de loisir, chercher l'air et la lumière,.... et s'en trouve bien, malgré nos imperfections.

Plus d'un vient et revient... tant et si bien que le nudisme — un nudisme encore relatif, — nous a été importé, au moins pour les enfants (2).

Autrement dit une partie de l'hygiène, — la

(1) Un Français n'est jamais à court quand il faut pondre un Règlement. Pour ce qui est de se conformer à ce Règlement... c'est une autre histoire.

(2) Un homme de bon vouloir a su *localiser* les exagérations... inévitables : cela s'appelle LA PLAGE AUX CHAMPS. Un peu d'eau courante (la rivière) propre le matin ; teintée de café au lait (sable jaune) dès qu'on y a barboté. Ce sable, puis la prairie. Quelques arbres. Une périssoire. Un tobogan-sable et un autre tobogan-eau. Des ballons, etc., etc... Abonnement: neuf francs pour la saison, tout compris sauf les cabines. Succès.. fou.

partie *bon marché* de l'hygiène, est entrée dans les mœurs. Je crois que c'est là la veine qu'il faut exploiter. Et je l'exploite.

J'en étais là de ma rédaction quand, installé à la terrasse du café du Commerce, j'ai reçu les confidences que voici. Ces Confidences, valent, dans lordre social — hygiène sociale, — ce que vaudraient deux belles Observations dans l'ordre médical.

CONFIDENCE I. — Je laisse parler le mal loti n° 1.

Je suis chauffeur de taxi (1). J'ai acquis un lot sur une de mes routes. Le samedi, entre deux courses, j'amène ma bourgeoise et ses gosses au jardin, où je vais les reprendre le lundi au petit jour. Je leur ai fait une cabane avec la carrosserie d'un omnibus.

A cause de cette cabane on m'embête parce que l'acte de vente m'interdit de bâtir dans MON JARDIN.

Je vous demande un peu... ? quand on nous parle tout le temps du grand air et du soleil ?

CONFIDENCE II. — C'est le copain, second à partir et de ce fait absorbant lentement son casse-croûte, qui prend la parole.

Sans compter, mon vieux, que — au cas du grand chambard international — nos gosses seront, dans nos cabanes, mieux à L'ABRI DES GAZ ASPHYXIANTS que dans les catacombes.

V'lan dans l'œil ! car si j'avais, tantôt jaloux du respect des sites, tantôt prônant la vie aux champs, pensé à bien des choses, je n'avais jamais songé à cet allègement de la DÉFENSE PASSIVE qui viendrait de la dispersion dans les champs des anciennes carrosseries d'omnibus, et à la supériorité de cette DISPERSION sur les abris bétonnés, pourvus de régénérateurs d'air.

J'ai cependant demandé à ces hommes si leurs lotissements étaient pourvus d'EAU POTABLE.

Ils n'en ont pas, et ce défaut gâte tout ! *L'eau suspecte de leurs puits,* destinée à l'arrosage, manque même le plus souvent, ce qui parfait le désastre. Mon jeune papa, imaginaire celui-là, a donc commencé à faire de l'hygiène.... vécue.... au grand air. Mais voici que bébé a grandi. il va à l'école, à l'école primaire de son quartier, et aussitôt un conflit surgit.

(Si d'autres bébés sont venus, leur présence rendra le conflit plus aigu et en *assurera la durée.* Je pense donc simplifier en ne mettant en scène que ce numéro 1... qui va à l'école. C'est d'ailleurs le cas du chauffeur de taxi de la confidence n° 1). Le conflit consiste en ceci que l'école ne chôme ni le samedi après-midi, ni le lundi matin.

Changer les horaires de toutes les écoles des villes, — il ne s'agit de rien moins, — c'est une grosse affaire. Une affaire d'autant plus grosse que l'obstacle n'est pas dans une loi. Cet obstacle gît dans un règlement : cinq jours de classe séparés par le jeudi ; six heures de classe chaque jour......... et voilà de quoi empêcher papa maman et bébé de saoûler de grand-air quarante deux heures durant chaque semaine (1).

Si les programmes actuels devaient être maintenus, il faudrait supprimer le repos du jeudi, dont les maîtres d'école réclament le maintien non sans cette bonne raison expérimentale : après quatre ou cinq demi-journées de classe, le travail scolaire devient médiocre sinon mauvais.

Dans mon système (je voyage en utopie), je fais état de la prolongation de la scolarité, prolongation qui permet d'étaler le programme sur un plus grand nombre d'années, donc d'employer — en tout ou en partie — l'après-midi du mercredi et la matinée du jeudi, l'une à ne rien faire, l'autre à se reposer.

Pratiquement : une rédaction et un problème pour se donner bonne bouche et, ensuite, gymnastique et musique... coupées de RÉCRÉATIONS LIBRES.

Je dis *Récréations libres* et je souligne, car il s'agit des heures pendant lesquelles on peut faire des bêtises et *crier* à pleine gorge.

Mais ce n'est pas tout : pendant que j'y suis il faut que je vide mon sac (mon sac de voyage au pays d'utopie). J'en veux au fameux programme de l'instruction primaire.... ce programmee que l'on doit, chaque année, alléger.... dès les prochaines calendes grecques.

Je suis, d'une part, médecin-inspecteur des écoles et, d'autre part, délégué cantonal... et, bien au-dessus de ces titres flamboyants, je suis l'ami... j'ai toujours été l'ami des enfants.

Es-qualités, donc, je sais que l'enseignement primaire *ne rend pas...* ce qu'il devrait rendre, quels que soient le dévouement et les efforts des enseigneurs.

Qu'il ne rende pas au point de vue du développement physique, c'est tout simple. Il ignore totalement le culte de la santé de l'enfant.

Voici un exemple de cette ignorance (2).

Lundi prochain j'assisterai, *impuissant,* au spectacle que voici :

Trente ou quarante fillettes (autant de garçons dans la classe à côté) devront fournir, — entre huit heures du matin et midi — six compositions dont CINQ écrites.

1. DICTÉE, compliquée de questions de GRAMMAIRE (La copie au net servira d'épreuve d'ÉCRITURE).

2. CALCUL.

3. NARRATION, ne comptant pas pour l'orthographe.....

(1) Membre de l'Association amicale des Taxis du Sud. Cette Association fait concurrence aux Cars Citroën, qui, eux-mêmes, concurrencent les chemins de fer. Les taxis *font* les écarts et battent, à cause de cette souplesse, les cars — qui battent les chemins de fer à cause de leurs itinéraires plus développés.

(1) Quarante heures par ci, quarante autres heures par-là : cela prêterait-il réellement à confusion ? J'opte pour l'inverse et je dis *simplification.*

(2) La cérémonie s'appelle Certificat d'Etudes primaires. Familièrement : C. E. P.

4. Questions d'HISTOIRE et de GÉOGRAPHIE.
5. Questions de SCIENCES.
6. DESSIN (COUTURE pour les filles) (1).

Ces malheureux gosses ont onze ans, parfois douze ans. (Au-dessus de cet âge on est un VÉTÉRAN).

JE DIS QUE C'EST FOU !

Je dois reconnaître cependant que je n'ai jamais vu une méningite éclore après ces cruelles épreuves.

J'admire ces enfants.

Par contre je plains, — non sans les admirer aussi, — les institutrices, les instituteurs qui réussissent couramment le BACHOTAGE indispensable, fût-ce aux *dépens de l'instruction vraie.*

Mais (parce qu'en utopie on ne se doit point gêner) je propose ma petite réforme :

1° Suppression radicale du chapitre Sciences : vous logerez cela après le C. E. P. pendant la prolongation scolaire ;

2° SUPPRESSION DE L'ÉPREUVE DITE DE LA DICTÉE.

Ça, ce sera beaucoup plus dur à obtenir. Tellement plus dur qu'il me faut donner la raison de cet *holocauste* (le mot noble n'est pas exagéré).

Cette raison je la puise dans l'effroyable contraste qu'on observe entre l'orthographe de la dictée et l'orthographe de la rédaction.

J'ai compté (c'est une manie) trente grosses fautes dans la rédaction (bien conçue et bien ordonnée) d'un enfant qui n'avait pas commis une seule faute dans sa dictée.

Et je prétends que le but (je dirais le but principal si le calcul n'importait tant, mais je dirai le but le plus difficile à atteindre) que le but de l'instruction primaire c'est d'apprendre à *écrire une lettre*.... SANS FAUTE ou à peu près.

Que la dictée soit un moyen d'enseignement, propre à enrichir le vocabulaire, à ordonner la pensée, à donner l'habitude des virgules, des points, des alinéas — et une riche occasion de renvoyer au dictionnaire quand il s'agit de voir si on écrit *oraure* ou bien *aurore*, — j'en conviens. Mais que cette dictée — *tabou* ! — puisse être le criterium du savoir d'un enfant de onze ans (en eût-il douze), je le nie (1).

CONCLUSION. Si j'ai laissé la plume de Touchatout vagabonder à loisir, je n'ai cependant pas perdu de vue l'objet de ma dissertation, qui est d'obtenir le meilleur rendement possible de la Semaine de quarante heures, SANS AUGMENTATION DE DÉPENSES.

Le lecteur indulgent voudra bien me concéder que je n'ai envisagé que des suppressions d'obstacle, sauf sur le point particulier de cette EAU POTABLE dont l'arrivée doit précéder toute autorisation de lotissement.

Mais je dois préciser que cette *eau potable, il faudra la vendre* et non la donner, sous peine de gaspillage.

(1) L'après-midi s'orne de divers oraux : la Lecture ; la Récitation ; le Calcul mental ; la Musique ; les Exercices physiques.

Oui, oui ! les *exercices physiques* : les Filles en toilette ! les Garçons endimanchés ; et le Professeur en jaquette.

(1) Lors d'un autre voyage en Utopie, j'avais exagéré en proposant de donner, comme sujet de RÉDACTION (comptant pour l'Orthographe) l'exposition claire du RAISONNEMENT de l'un des deux PROBLÈMES..... parce que j'ai appris à écrire en français (à peu près en français) dans la Géométrie de Legendre. (Je suis toujours acquéreur d'un exemplaire, 1870 environ.)

L'APPLICATION DE LA SEMAINE DE 40 HEURES DANS LES HOPITAUX

La loi sur la semaine de 40 heures est applicable aux hôpitaux.

Elle va poser le problème de recrutement et de la formation du personnel nécessaire pour assurer la continuité du service et la permanence des soins.

Jusqu'ici il n'a été question que des ouvriers et employés, des infirmiers et servants, et du personnel administratif.

Mais dans son discours de Creil, M. Salengro, ministre de l'Intérieur a déclaré : « nous défen- « drons et nous servirons les classes moyennes, « les ouvriers et employés des villes et des « champs, et des professions libérales ».

Ne conviendrait-il pas, dans ces conditions, d'accorder aux internes en médecine, qui reçoivent un traitement, et aux externes en médecine, qui reçoivent des indemnités, et qui représentent, les uns et les autres, les classes moyennes et les professions libérales, le bénéfice des lois sociales sur la protection du travail ?

Ne conviendrait-il pas de modifier leur statut et d'établir le statut nouveau qui doit fixer le temps, les conditions et le taux de rémunération de leur travail par voie de Convention collective ?

Je sais bien que l'on objectera que le caractère des professions libérales est d'être exclusif de tout régime de contrat de travail, proprement dit, que la situation « libérale » exclut toute condition servile et même toute dépendance, toute subordination. Mais les internes et les externes en médecine ne sont-ils pas déjà soumis à un règlement, et si l'on estime que tout régime de convention collective est impossible, n'est-il pas logique d'adapter les articles du règlement des

hôpitaux aux dispositions générales de la loi sur la Convention collective du travail, concernant les minima de rémunération et le relèvement des taux anciens.

Il s'agit de savoir si l'on veut ou non protéger les classes moyennes et les professions libérales.

En ce qui me concerne, je n'hésite pas à soutenir que le bénéfice des nouveaux avantages au personnel des hôpitaux, tout au moins en ce qui concerne la rémunération du temps de travail, doit être étendu aux internes en médecine et aux externes en médecine des hôpitaux.

C'est là une question qui relève de la double autorité du ministre du Travail, et du ministre de la Santé publique.

Les Commissions administratives des hôpitaux et le Conseil supérieur de l'Assistance publique peuvent avoir leur mot à dire sur cette question.

Nous leur laissons la parole.

Cahors le 14 juillet 1936,

Paul GARNAL,
Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique

SUR LA CALLIGRAPHIE MÉDICALE

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article du Docteur Briau sur la mauvaise écriture de quantité de nos confrères. Je ne vais y ajouter que quelques réflexions, plus ou moins blessantes pour nos confrères à écriture illisible. Leur mauvaise écriture est due, d'une part, à ce que l'on n'enseigne plus l'écriture dans les lycées. D'autre part, pour faire les marioles, les lycéens cultivent le paradoxe en déclarant qu'une belle écriture est un signe de crétinité, comme si une supériorité pouvait être un signe d'infériorité. Partant de cet axiome faux, ils s'entraînent à mal écrire, pensant qu'ainsi ils feront figure de grands savants, tout comme autrefois les artistes à la manque remplaçaient l'art, qu'ils ne savaient pas, par le port d'une chevelure exubérante.

Contrairement à cette idée, tous les grands savants et hommes de valeur, que j'ai connus, écrivaient lisiblement.

La mauvaise écriture est d'ailleurs un article nouveau standard, caractéristique de notre époque de décadence et de déséquilibre. Le Docteur Briau a raison de dire qu'on doit écrire comme on marche, c'est-à-dire à une cadence régulière et uniforme. Voici comment j'ai réappris à écrire à partir de 13 ans.

Notre professeur le père Decaux posait en principe que l'écriture doit être exécutée en mesure, comme les exercices militaires. Tous les ans, nous commencions par faire des bâtons, quatre par rectangle du transparent I I I I, ils devaient être équidistants, parallèles, de hauteur et d'épaisseur égales, carrés en haut et en bas. On les écrivait en cadence, la mesure battue par un métronome, c'est dire que la classe entière devait avoir fait exactement le même nombre de bâtons.

Pour les irréguliers, le pensum était de cinq vers alexandrins. Le malheureux puni était, *ipso facto*, condamné à présenter à toutes les leçons d'écriture (hebdomadaires, heureusement pour lui) ses cinq vers alexandrins qui étaient presque toujours refusés, parce qu'ils présentaient des défauts d'écriture : une boucle n'avait pas exactement un corps et demi de hauteur, mesurée au compas ! deux mots n'étaient pas séparés, en trop ou en moins, par une largeur égale à une lettre ; la pente des lettres n'était pas régulière, etc., etc. Après les bâtons, on faisait des lettres décomposées en temps. 3 pour la lettre a, 3 pour le b, etc.

La métronome battait la mesure, le professeur commandait : commencez 1, 2, 3 pour le premier A, et ainsi de suite. D'un seul coup d'œil, il voyait si tous les élèves faisaient le même mouvement. De temps en temps, on lui entendait dire : X, vous n'êtes pas *au pas*. A la fin de la première ligne, il commandait : halte ! à la ligne, 1, 2 et l'on recommençait la ligne suivante.

Après l'étude isolée des lettres et des chiffres, on écrivait lhpmuas et à chaque ligne, on changeait l'avant-dernière lettre, lhpmubs, etc.

A chaque leçon, le curseur du métronome était descendu et la vitesse augmentée.

En vingt-cinq minutes nous arrivions à couvrir d'écriture serrée et régulière cinq feuilles de papier pot, y compris le temps de changer quatre fois feuille et transparent.

***

Ceux que vise le Docteur Briau écrivent par saccades interrompues par des pauses inutiles, sans tenir compte que chaque lettre a un signe caractéristique. Le mot commence par un trait qui représente tant bien que mal la première lettre et qui est suivi d'une ligne sinueuse quelconque qui ne tient même pas compte du nombre de traits de l'écriture régulière et qui se rapproche de plus en plus de la ligne droite horizontale. Un temps d'arrêt sépare ensuite ce mot du suivant composé de la même façon.

Dr P. NOURY.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations syndicales

Une intéressante tentative de prise en charge du service de l'Assistance médicale gratuite par un Syndicat

La Ville de Marseille, jouissant d'une organisation autonome d'assistance en vertu de l'art. 35 de la loi du 15 juillet 1893, avait institué un Bureau de bienfaisance qui confiait le service de l'Assistance à des médecins appointés, chargés chacun d'un secteur. Elle a récemment offert au Syndicat de se décharger sur lui de l'organisation du Service des soins à domicile aux conditions suivantes : libre-choix de l'assisté, versement au Syndicat d'une somme annuelle de 150.000 francs à répartir par lui entre les médecins participant au service, cette somme pouvant varier proportionnellement en cas d'augmentation de plus de 20 % du nombre des actes médicaux.

Soumis à l'Assemblée générale du Syndicat, ce projet, qui n'était évidemment point parfait, a soulevé de nombreuses critiques. On a fait observer tout d'abord qu'il n'y avait pas de véritable libre-choix puisque ce choix était limité aux seuls médecins syndiqués ayant déclaré adhérer à ce contrat, que d'un autre côté le libre-choix trop étendu était dangereux pour l'intérêt du malade, que le payement d'un forfait annuel était en contradiction avec les principes syndicaux et constituait un retour en arrière sur les conquêtes du syndicalisme. La multiplicité des demandes, par suite des facilités accordées aux assistés, demandes auxquelles les médecins seraient tenus de répondre, entraînerait un abaissement de la valeur de l'acte médical bien au-dessous des 20 fr. 60 que font ressortir les statistiques récentes. Enfin le libre-choix n'était pas accordé pour les consultations et les actes de spécialités qui auraient lieu en dispensaire.

En fin de compte l'Assemblée a rejeté le projet qui lui était présenté par vingt-huit voix contre vingt-cinq. Il est vrai que la majorité des assistants était composée de médecins du Bureau de bienfaisance... ce qui motive les véhémentes protestations du secrétaire contre l'absentéisme aux réunions syndicales. Malgré ses imperfections, ce projet présentait cependant de gros avantages pour le corps médical : substitution d'un libre-choix assez large à un fonctionnarisme médical, répartition des soins aux indigents entre tous les médecins, donc aubaine pour les jeunes, mais surtout, et c'est ce qu'ont fait ressortir tous les défenseurs du projet, signature d'un contrat collectif par le Syndicat, entrée dans « la place » donnant droit de regard sur l'établissement des listes d'assistés, collaboration active à un service de médecine sociale, accroissement moral de la force syndicale à l'égard des autres administrations. Quoique dépourvue de suites, cette tentative était intéressante à signaler, comme application de cette idée de collaboration, de prise en charge des services de médecine sociale, par les Syndicats médicaux, qui peut être féconde pour l'avenir du syndicalisme et de la corporation médicale tout entière. (*Bulletin du Syndicat des médecins de Marseille*, juin 1936.) J. M.

La Presse et les Sociétés

Sur la préparation des jus de fruits

M. Marcel Labbé a présenté à l'Académie de médecine, au nom de la Commission des Jus de fruits, un rapport sur une note que nous avons analysée antérieurement, de M. Gérard d'Eaubonne. Cette note concernait le contrôle des jus de raisin et des jus de fruits, organisé sous l'égide de la Fédération française des Stations uvales. Des analyses effectuées par le Laboratoire central du Service de la répression des fraudes, il ressortit que parmi les quinze jus de fruits prélevés sur le marché : cinq ne contenaient pas de SO^2 ; dix en contenaient de 0 gr. 03 à 0 gr. 207 par litre. M. Gérard d'Eaubonne posait à l'Académie la question de savoir si les jus de fruits peuvent, sans perdre leurs qualités hygiéniques, et thérapeutiques, contenir de l'anhydride sulfureux et en quelle proportion.

Jusqu'ici, avec les doses autorisées par la loi du 1er août 1905, il n'a pas été signalé d'accidents toxiques ni de conséquences néfastes pour la santé, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait aucun inconvénient à l'emploi du SO^2. Il y a, en tous cas, un désagrément au point de vue gustatif, car l'anhydride sulfureux, dont le goût se trouve masqué par celui de l'alcool et autres substances dans les vins, ne l'est plus suffisamment dans les jus de raisin, en sorte que ceux-ci

laissent dégager sous le nez du buveur le parfum acide caractéristique, susceptible de nuire à la consommation des jus de fruits.

Dans un rapport au Conseil d'hygiène de la Seine en 1901, M. Riche avait proposé pour les liquides sucrés du genre des jus de fruits une tolérance maxima d'anhydride sulfureux de 200 milligrammes par litre, notablement moindre que la dose de 450 milligrammes autorisée pour les vins.

Il semble qu'il y aurait intérêt d'ailleurs à chercher à utiliser dans la fabrication des jus de raisin les procédés perfectionnés (le chauffage, la pasteurisation, la filtration, la stérilisation par l'action électrique) que l'industrie, depuis quelques années, a déjà mis en œuvre et qui offrent l'avantage de n'altérer ni le goût, ni l'odeur de ces préparations très délicates.

Dans une lettre détaillée, M. Astruc, le savant directeur de la Station œnologique du Gard, conseille la conservation par concentration des moûts. Dès sa sortie des extracteurs, on commence par sulfiter assez fortement le jus de raisin afin de le muter temporairement. Au bout de quelques jours, quand il s'est clarifié, le jus est envoyé dans des appareils chauffés à la vapeur ou à l'électricité où il s'évapore dans le vide, dans des conditions telles que l'ébullition se produit à une température inférieure à celle qu'atteint le grain de raisin exposé au soleil (40 à 60°). Ainsi les diastases et les vitamines des jus de fruits n'ont point perdu leur activité. La plus grande partie de l'eau et de l'acide sulfureux s'évapore et le moût à l'état sirupeux est placé dans des récipients fermés (bidons, bombonnes, barils) qui en permettent le stockage et l'expédition. Le détaillant pourra ensuite régénérer le jus de fruits primitif par dilution avec de l'eau pure, comme on le fait pour le lait concentré ou le lait desséché. La quantité de SO^2 qui reste dans le jus de fruit est négligeable, dit M. Astruc.

Ces jus de raisin concentrés à l'état sirupeux se conservent fort bien, même après que la bouteille a été débouchée ; ils conservent mieux que d'autres le parfum du fruit, et ne sentent nullement l'acide sulfureux.

En *conclusion*, la Commission académique propose l'abaissement du taux de la tolérance pour le SO^2 dans les jus de fruits à 200 milligrammes par litre et recommande aux fabricants de jus de fruits l'abandon de l'anhydride sulfureux pour la stérilisation et son remplacement par des procédés nouveaux tels que le refroidissement, la filtration, l'irradiation et surtout la concentration à l'état sirupeux dans le vide et sous l'influence d'une chaleur modérée. (*Académie de médecine*, 26 mai 1936.)

P. L.

Les services sanitaires eu Afrique occidentale française

M. Sorel, inspecteur général du Service de santé des colonies conclut ainsi une intéressante étude sur ce sujet :

Jusqu'à ces dernières années, l'activité des services sanitaires de l'A. O. F. s'était plus spécialement aiguillée sur l'organisation des services hospitaliers et celle des laboratoires de recherches : un développement économique encore en voie de réalisation du pays s'opposait alors à la généralisation des efforts.

Par contre, dès qu'un vaste système routier eût permis sur chacun des territoires de la Fédération une circulation aisée et rapide, les Pouvoirs publics voulurent qu'en même temps que le traitement des malades les mesures d'hygiène et de prophylaxie fussent appliquées au maximum du possible dans les campagnes africaines.

Pour ce faire ont été organisés :

1° Un groupement de formations sanitaires fixes mais d'importance variable (hôpitaux régionaux, dispensaires, maternités, salles de consultations, postes de secours), toutes reliées à l'hôpital du chef-lieu. Les médecins de ces formations ont pour mission de consulter beaucoup, d'hospitaliser peu, les consultants dont l'hospitalisation est jugée nécessaire étant en effet dirigés sur la formation hospitalière de la région ou du chef-lieu. Par contre, les femmes enceintes sont toujours gardées le plus près possible de leur village ;

2° Un groupe de formations mobiles itinérantes créées pour visiter périodiquement tous les villages de la brousse.

Ces formations sont dotées d'un personnel instruit et outillé : *a*) En vue d'une œuvre médicale (médecin européen et infirmiers) ; *b*) En vue d'une œuvre sociale (sagefemme, infirmière visiteuse) ; *c*) En vue d'une œuvre d'hygiène (gardes d'hygiène) ; *d*) En vue d'une œuvre démographique (établissement du casier sanitaire de tous les villages africains visités par eux). (*Académie de médecine*, 16 juin 1936.)

P. L.

PSYCHIATRIE

Une séquestration arbitraire !

On a cité, dans la presse d'information et dans la presse médicale, à plusieurs reprises, mais très rares, des cas de séquestration arbitraire, ou prétendue telle. Je veux parler de séquestration arbitraire dans les asiles publics ou privés.

Une grande partie de la population, pour ne pas dire toute la population, du moins en province, a horreur des établissements désignés jusqu'ici sous le nom d'asiles d'aliénés.

L'énonciation de ce mot provoque encore, en province tout au moins, le même mouvement de répulsion douloureuse que le mot hôpital en provoquait, il y a cinquante ans.

Ainsi peut s'expliquer ce fait que, dans de nombreux départements, ne sont internés dans les maisons spéciales que les aliénés, dont les réactions comportent un danger pour l'ordre public, ou pour la sûreté des personnes, ou que ceux, qu'il est impossible de garder dans les familles, à l'unique mais nécessaire condition que ces familles puissent faire, durant des mois et même des années, les frais du placement ; car de nombreux aliénés, dont les familles ne peuvent faire les frais d'un placement, et qui ne sont point dangereux, par conséquent qui ne peuvent être internés d'office par les autorités, et qui peuvent ou non guérir, sont la plaie des familles, et finissent par le suicide, après avoir empoisonné l'existence de leurs proches. De nombreux aliénés non-dangereux, dis-je, ne sont presque jamais internés, parce que, dans nombre de départements, les Préfets successifs n'ont jamais pris d'arrêté, en vertu de l'alinéa 2 de l'article 25 de la loi du 30 juin 1838, en vue de faire soigner les aliénés, dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes, aux frais de la commune, du département ou de l'Etat.

Il n'y a qu'un an que M. le Préfet de l'Aube a pris un arrêté pour le placement des aliénés, dont l'état mental ne compromet pas l'ordre public ou la sécurité des personnes. On a coutume d'appeler ce placement : placement volontaire gratuit, ce qui est d'ailleurs tout à fait inexact.

Est-ce à cette mauvaise réputation des asiles, est-ce à cette absence, dans le département de l'Aube, d'arrêté préfectoral autorisant le placement volontaire gratuit,que l'on doit d'avoir connu dans l'Aube ce cas très curieux ? Je ne sais.

Toujours est-il que je recevai, en janvier 1935, une hébéphréno-catatonique ou plus exactement une démente hébéphréno-catatonique puisqu'elle avait 54 ans, dans mon service de maladies mentales à l'Hôtel-Dieu de Troyes (Aube).

Une pièce m'était transmise en même temps que la malade m'était envoyée.

Je transcris fidèlement cette pièce que j'ai eu la curiosité de copier, en raison de la singularité des faits qu'elle énonce.

La voici :

« Procès-verbal pour placement d'office et d'urgence dans un établissement d'aliénés.

« L'an mil neuf cent trente cinq, le dix-huit janvier à 7 heures du soir,

« Par devant nous A... B., maire de la « commune d'H... se sont présentés en la salle « de la mairie :

« Les sieurs C..., D..., soixante et onze ans, « sans profession, E... F., cinquante-huit ans, « vigneron, G... H., cinquante-six ans, vigneron « tous trois domiciliés à Y..., voisins de l'aliénée ; lesquels nous ont déclaré que la nommée « N... Z., *cinquante*-quatre ans, sans profession, domiciliée àV..., n'ayant plus de parents, « donne des signes évidents d'aliénation mentale, « depuis le mois de juillet 1898, qu'elle est séquestrée ; depuis cette date, son état d'aliénation ayant pu compromettre l'ordre public ou la « sécurité des personnes ; qu'actuellement, étant « donné le décès de sa mère, en date du 31 décem« bre 1934 et celui de son frère, en octobre 1934, « l'aliénée est surveillée par une nièce qui n'y « est pas obligée ; que notamment au début de sa « folie, l'aliénée a porté à son frère un coup de « couteau à la poitrine, qu'à diverses reprises, au « cours de sa *jeunesse*, l'aliénée à échappé à la « surveillance de ses parents et causé divers « scandales publics ; que, pour éviter pareils « actes, l'aliénée est *séquestrée complètement* « (barreaux aux fenêtres, portes verrouillées) ; « qu'actuellement sa nièce lui apporte sa nour« riture quotidienne et retourne à son habitation « distincte de celle de l'aliénée ; que l'aliénée « peut toujours échapper à cette surveillance et « risquer de causer de nouveaux scandales.

« Il résulte des déclarations ci-dessus que « l'état mental de la nommée N.. Z... peut « compromettre la sécurité des personnes, qu'il « est, dès lors, urgent de prendre à son égard tou« tes les mesures de précautions nécessaires et « de la transférer provisoirement au dépôt d'alié« nés de l'Hôtel-Dieu de Troyes.

« D'autre part, la commune d'U... ne dispose « d'aucun moyen de transport pour le transfert, « de l'aliénée à Troyes et prie les services de la

« Préfecture de prendre toutes mesures utiles « pour assurer ce transfert.

« Après avoir donné lecture aux sieurs C..., D., E..., F. et G..., de leur déclaration commune, ils l'ont affirmée conforme à la vérité et ont signé avec nous.

« Le Maire (Signé) D...

« Les déclarants. »

Il est à remarquer que cette femme, d'après ce rapport, a commencé à présenter des signes d'aliénation mentale il y a trente-sept ans, elle avait par conséquent 17 ans.

Il est bien dit que, depuis 1898, elle était séquestrée. Il semble que le maire de la commune n'ait demandé de prendre les mesures de précautions que parce que la mère de l'aliénée était décédée quinze jours auparavant, et que personne ne pouvait ou ne voulait la surveiller.

Sera-t-il permis de faire remarquer qu'aucune autorité : gendarme, parquet, préfecture, n'a nullement agi en face de cette séquestration, car il est bien permis de penser que les autorités n'ont pas pu, pendant trente sept ans, ignorer cette séquestration.

En face d'un cas aussi curieux, il est permis de faire toutes les suppositions et même celle-ci : cette commune, qui ne compte pas 200 habitants, a peut-être envisagé son intérêt budgétaire et n'a peut-être pas voulu faire les frais de déplacement d'une malade, qu'elle a supposé devoir être longtemps à la charge de la collectivité communale.

Il me paraît que l'étude de ce cas curieux mérite d'être faite avec minutie, pour en tirer des enseignements.

Docteur Descusses,

Diplomé de médecine légale et de psychiatrie
Membre correspondant national de la Société de médecine légale
Chef de service (psychiatrie)
à l'Hôtel-Dieu et au dispensaire départemental de Troyes.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Union thérapeutique.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique, présidée par M. le Professeur Loeper, se tiendra le mercredi 14 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris.

La séance du matin aura lieu à 9 heures (salle du Conseil). Les questions suivantes seront traitées : L'organisation du contrôle des médicaments, par M. le Professeur Dautrebande (de Liége) ; La thérapeutique diététicо-insulinique dans le diabète sucré, par M. le Professeur Luigi Zoja (de Milan) ; L'acide ascorbique (bases biologiques et cliniques), par M. le Professeur Mouriquand (de Lyon) et A. Cœur ; Les méthodes de réanimation par M. le Professeur agrégé Cordier ; La pyrothérapie dans les complications médicales de la blennorragie par M. le Professeur agrégé Charles Richet et M. Facquet ; Le traitement chirurgical de l'asystolie par thyroïdectomie totale, par MM. Welti, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Roland Leven.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la séance plénière de l'Union et de la Société de thérapeutique de Paris (amphithéâtre Vulpian). La question mise à l'ordre du jour est le traitement des migraines. Les rapports seront les suivants : Traitement endocrinien, par M. le Professeur Maranon (de Madrid) ; Spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique, par M. le Professeur Parhon (de Bucarest) ; Médications hépatiques par M. le Professeur Aubertin (de Bordeaux) ; Traitements par les méthodes de modification humorale, par MM. les Professeurs agrégés Pasteur Vallery-Radot, Haguenau et M. le Docteur Hamburger.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général : Docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (VIII[e]).

Des billets de chemin de fer à tarif réduit seront délivrés aux membres de l'Union qui les demanderont au secrétaire avant le 15 septembre. Les membres étrangers voudront bien indiquer la gare frontière d'entrée en France.

Un banquet par souscription auquel les dames sont invitées à prendre part aura lieu le même soir.

— **Congrès international de thérapeutique.** (Berne, Suisse, 19-21 mai 1937.) — Sous les auspices de l'Union thérapeutique (Association internationale) un Congrès international de thérapeutique, présidé par M. le Professeur Emil. Burgi, aura lieu à Berne du 19 au 21 mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par M. le Docteur Gordonoff, Humboldtstrasse 53, à Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

qu'a très bien compris Lénine quand il a dit : Aucune femme ne doit accoucher chez elle. Le Commissariat de l'Hygiène s'est donc employé à multiplier les maternités, et il en est de modèles, aussi belles et aussi bien comprises que la maternité de Boston. L'enfant, séparé de la mère, lui est apporté pour les tétées. Les visites ne sont pas permises ; mais, à chaque lit, un téléphone permet à la mère de communiquer avec ceux qui viennent prendre de ses nouvelles.

(*Bruxelles-Médical*, 22 juillet 1930).

—**Légion d'honneur.** — SANTÉ PUBLIQUE. — Sont promus :

Au grade de commandeur : M. le Professeur Couvelaire, membre de l'Académie de médecine, et le Docteur Grandchamp, médecin-chef des P. T. T. (à Paris).

Au grade d'officier. — MM. les Docteurs Marcel Sénéchal, chirurgien à la Maison départementale de Nanterre, et Louis Weiller (à Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Boissou (à Suresnes) ; Bramard (à Luzy) ; Calazel (à Foix) ; Chéry (à Nancy) ; Davrinche (à Franconville) ; Greiner (à Ribeauvillé) ; Lacassagne (à Lyon) ; Lavergne et Oberling (à Paris).

—**Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de M. le Docteur A. Huot, à Dijon, 64, rue de la Préfecture. Nos sincères condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 JUILLET

Nomination à la Commission supérieure des maladies professionnelles

Par décret en date du 1er juillet 1936, M. le Docteur Renault, membre de l'Académie de médecine, a été nommé membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles, en remplacement de M. le Docteur Netter, décédé.

18 JUILLET

Décret du 12 juillet 1936 étendant la législation sur les accidents du travail à de nouvelles maladies professionnelles

Art. 1er. — Les tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919, modifiée par la loi du 1er janvier 1931, sont complétés par les tableaux suivants :

7° *Maladies contractées dans les égouts.*

Désignation des maladies.	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies
1° Spirochétose ictéro-hémorragique. Délai de responsabilité: 21 jours. 2° Tétanos en dehors des cas consécutifs à un accident du travail. Délai de responsabilité : 30 jours.	Travaux dans les égouts.

8° *Lésions cutanées causées par l'action des ciments*

Délai de responsabilité : un an.

Maladies engendrées par les ciments	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites primitives et pyodermites. Dermites secondaires eczématiformes (gale du ciment).	Fabrication, manutention et emploi des ciments.

9° *Dermatose causée par l'action de la trichloronaphtaline*

Délai de responsabilité : un an

Maladies engendrées par la trichloronaphtaline.	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.
Acné................	Emploi de la trichloronaphtaline dans la fabrication des condensateurs électriques.

10° *Ulcérations causées par l'action du bichromate de potassium*

Délai de responsabilité : un an.

Maladies engendrées par le bichromate de potassium	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Ulcérations cutanées et nasales.	Fabrication du bichromate de potassium.

Art. 2. — Dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les tableaux visés par l'article 2 de la loi du 1er janvier 1931 sont complétés conformément à l'article 1er du présent décret.

Art. 3. — Le présent décret aura effet six mois après sa publication.

PROMOTIONS — NOMINATIONS

SERVICE DE SANTÉ

Réserves

Par décret du 22 juin 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du 1er juillet 1936, et, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. des sect. d'infirm. milit. inscr. sur la liste d'aptitude à ce grade ci-après désignés :

(Rang du 1er juillet 1929)

A la 14e région : Montel, 14e sect.

(Rang du 1er juillet 1930)

A la rég. de Paris : Welti, 5e sect. ; Maximin, 22e sect.
A la 15e région : Guillot, 15e sect.

(Rang du 1er juillet 1931)

A la rég. de Paris : David, 22e sect.; Maximin, 22e sect.

(Rang du 1er juillet 1932)

A la rég. de Paris : Derieux, 6e sect. ; Pierra, 7e sect. ; Rouchy, 13e sect. ; Doye, 15e sect. ; Arviset, 22e sect. ; Simon, 22e sect. ; Le Roy, 23e sect.

A la 14e région : Blanc, 14e sect. ; Roux, 14e sect. ; Thomasset, 14e sect.

A la 16e région : Boudouresques, 16e sect. ; Joyeux, 16e sect.

Au 19e C. A. : Xicluem, 21e sect.

A la 20e région : Oudet, 14e sect.

(Rang du 1er juillet 1933)

A la rég. de Paris : Dolle, 1re sect. ; Lepetz, 1re sect. ; Hébert, 3e sect. ; Suire, 4e sect ; Tourneux, 4e sect. ; Cormelié, 5e sect. ; Ferrier, 5e sect. ; Feuillastre, 5e sect. ; Quilichini, 5e sect. ; Bernard, 6e sect. ; Bogoraze, 6e sect. ; Caména d'Almeida, 6e sect. ; Coliez, 6e sect. ; Lepoivre, 6e sect. ; Nordin, 6e sect. ; de Palma, 6e sect. ; Zaepffel, 6e sect. ; Berlioz, 7e sect. ; Cauchoix, 7e sect. ; Courtial, 7e sect. ; Maillefert, 7e sect. ; Martel, 7e sect. ; Polak, 7e sect. ; Pyt, 7e sect. ; Schlumberger, 7e sect. ; Bricage, 8e sect. ; Champault, 9e sect. ; Vasserot, 13e sect. ; Dufour, 14e sect. ; Mathivat, 14e sect. ; Durandy, 15e sect. ; Waltz, 16e sect. ; Andrieu, 17e sect. ; Doukan, 17e sect. ; Hornus, 17e sect. ; Homar, 19e sect. ; Amante, 21e sect. ; Abonneau, 22e sect. ; Angyal, 22e sect. ; Apert, 22e sect. ; Astor, 22e sect. ; Bail, 22e sect. ; Bigey, 22e sect. ; Bloch, 22e sect. ; Boulard, 22e sect. ; Boureau, 22e sect. ; Bouroullec, 22e sect. ; Bouwens Van der Boijen, 22e sect. ; Brunet, 22e sect.

Cailleux, 22e sect. ; Camard, 22e sect. ; Casalis, 22e sect. ; Catz, 22e sect. ; Cernéa, 22e sect. ; Charbonnier, 22e sect. ; Choffat, 22e sect. ; Coulloudon, 22e sect. ; Courtois, 22e sect. ; Dassencourt, 22e sect. ; Debidour, 22e sect. ; Delmond-Bébet, 22e sect. ; Dubois, 22e sect. ; Dupont, 22e sect. ; Encausse, 22e sect. ; Fargier, 22e sect. ; Fréchin, 22e sect. ; Holodenko, 22e sect. ; Klein, 22e sect. ; Landman, 22e sect. ; Le Camus, 22e sect. ; Le Cannet, 22e sect. ; Leduc, 22e sect. ; Lévy, 22e sect. ; Magnier, 22e sect. ; Marre, 22e sect. ; Meidinger, 22e sect. ; Muller, 22e sect. ; Pétraud, 22e sect. ; Pottier, 22e sect. ; Pulvénis, 22e sect. ; Rambert, 22e sect. ; Regnault, 22e sect. ; Sachnine, 22e sect . ; Schmid, 22e sect. ; Sigaud, 22e sect. ; Szpicberg, 22e sect. ; Traut, 22e sect. ; Turpin-Rotival, 22e sect. ; Madeuf, 23e sect. ; Parfus, 23e sect. ; Pécher, 23e sect. ; Waynberger, 23e sect.

A la 1re région : Campelle, 1re sect. ; Carret, 1re sect. ; Denis, 1re sect. ; Deturck, 1re sect. ; Dirand, 1re sect. ;

Dorgeville, 1re sect. ; Dufour, 1re sect. ; Duval, 1re sect. ; Goulet, 1re sect. ; Hallant, 1re sect. ; Lefebvre, 1re sect. ; Liagre, 1re sect. ; Peingnez, 1re sect. ; Pignon, 1re sect. ; Playoust, 1re sect. ; Pluchart, 1re sect. ; Richir, 1re sect. ; Vanhoutte, 1re sect. ; Verbrugge, 1re sect. ; Gervois, 6e sect. ; Depoire, 16e sect. ; Tuhon, 23e sect.

A la 2e région : Cohn, 1re sect. ; Petit, 1re sect. ; Vienne, 1re sect. ; Bercovici, 2e sect. ; Crépon, 2e sect. ; Crochet, 2e sect. ; Daussy, 2e sect. ; Guérin, 2e sect. ; Lamy, 4e sect. ; Villette, 6e sect.

A la 3e région : Bonan, 3e sect. ; Caillard, 3e sect. ; Courage, 3e sect. ; Delabos, 3e sect. ; Dubost, 3e sect. ; Duflos, 3e sect. ; Fallourd, 3e sect. ; Labiche, 3e sect. ; Legendre, 3e sect. ; Magnier, 3e sect. ; Margueritti, 3e sect. ; Boizard, 4e sect. ; Cohier, 4e sect. ; Archambaud, 22e sect. ; Camus, 22e sect. ; Garnier, 22e sect. ; Barneville, 23e sect.

A la 4e région : Gellert, 1re sect. ; Bernard, 4e sect. Boudonnet, 4e sect. ; Chatellier, 4e sect. ; Chevallier, 4e sect. ; Chevron, 4e sect. ; Claudeville, 4e sect. ; Combes 4e sect. ; Gatel, 4e sect. ; Lemée, 4e sect. ; Lesène, 4e sect. ; Monnier, 4e sect. ; Tannon, 4e sect. ; du Lac, 6e sect.

A la 5e région : Galnibalosky, 5e sect. ; Gavrel, 5e sect. ; Loiseau, 5e sect. ; Piton, 14e sect. ; Fargette, 22e sect.

A la 6e région : Louka, 6e sect. ; Mathieu, 6e sect. ; Steichen, 6e sect. ; Vautrin, 6e sect. ; Sunder, 7e sect.

A la 7e région, : Alix, 7e sect. ; Cherrey, 7e sect. ; Marx, 7e sect. ; Bataillon, 16e sect. ; Helluy, 23e sect.

A la 8e région : Graine, 8e sect. ; Nigaud, 8e sect.

A la 9e région : L'Huillier, 5e sect. ; Gâteau, 6e sect. ; Astrié, 9e sect. ; Fleys, 9e sect. ; Pellet, 9e sect. ; Puybaret, 9e sect. ; Salmon, 9e sect. ; Sicard, 9e sect. ; Vincent, 9e sect. ; Naud, 18e sect. ; Cousinet, 22e sect. ; Lavergne, 22e sect.

A la 11e région : Bagot, 4e sect. ; Humbert, 7e sect. ; Artarit, 11e sect. ; Charbonnel, 11e sect. ; Dezamy, 11e sect. ; de Ferron, 11e sect. ; Frappier, 11e sect. ; Hervo, 11e sect. ; Le Mouel, 11e sect. ; Liot, 11e sect. ; Thomas de Closmadeuc, 11e sect. ; Veyrac, 11e sect. ; Vincent, 11e sect. ; Gibelin, 15e sect. ; Vernaz, 15e sect. ; Gasne, 22e sect. ; Munz, 22e sect.

A la 13e région : Poussin, 4e sect. ; Giraud, 9e sect. ; Antoni, 13e sect. ; Beaudonnet, 13e sect. ; Bérard, 13e sect. ; Blanchet, 13e sect. ; Chevaleyre, 13e sect. ; Chognon, 13e sect. ; Collas, 13e sect. ; Donadieu, 13e sect. ; Eyraud, 13e sect. ; Guin, 13e sect. ; Lanthéaume, 13e sect. ; Latour, 13e sect. ; Nouaille, 13e sect. ; Rouël, 13e sect. ; Winiezki, 13e sect. ; Barres, 14e sect. ; Chanelet, 14e sect. ; Mandonnet, 14e sect. ; Vernet, 14e sect. ; Bréhon, 23e sect.

A la 14e région : Cuttier, 13e sect. ; Bernard, 14e sect. ; Blum, 14e sect. ; Burthiault, 14e sect. ; Carbonel, 14e sect. ; Cornut, 14e sect. ; Dangla, 14e sect. ; Delaye, 14e sect. ; Dumont, 14e sect. ; Deparc, 14e sect. ; Francoz, 14e sect. ; Hutin, 14e sect. ; Lambert, 14e sect. ; Latarjet, 14e sect. ; Lecuire, 14e sect. ; Mercier, 14e sect. ; Momet, 14e sect. ; Prost, 14e sect. ; Roman, 14e sect. ; Salmon, 14e sect. ; Sorlin, 14e seect. ; Vigier, 14e sect. ; Violet, 14e sect. ; Bourret, 15e sect. ; Mammale, 16e sect. ; Payet, 16e sect. ; Cavailher, 18e sect.

A la 15e région : Brandenburg, 7e sect. ; Bourrouet, 11e sect. ; Vittet, 14e sect. ; Arlaud, 14e sect. ; Appy, 15e sect. ; Bagnaninchi, 15e sect. ; Barbier, 15e sect. ; Bonnefoy, 15e sect. ; Briet, 15e sect. ; Chassy, 15e sect. ; Coulomb, 15e sect. ; Fabre, 15e sect. ; Gabrielli, 15e sect. ; Girard, 15e sect. ; Goubert, 15e sect. ; Guirchowski, 15e sect. ; Jaubert, 15e sect. ; Leschi, 15e sect. ; Prat, 15e sect. ; Rosanoff, 15e sect. ; Schafer, 15e sect. ; Tempier, 15e sect. ; Thinus, 15e sect. ; Rouger, 16 sect.

A la 16e région :Ausseil, 15e sect. ; Forestier, 15e sect. Malbos, 15e sect. ; Mariacci, 15e sect. ; Merliac, 15e sect. ; Perramond, 15e sect. ; Sagols, 15e sect. ; Babou, 16e sect. ; Bonnefous, 16e sect. ; Bousquet, 16e sect. ; Carrière, 16e

sect. ; Cassan, 16e sect. ; Cotsaftis, 16e sect. ; Escarré, 16e sect. ; Galibern, 16e sect. ; Izard, 16e sect. ; Joffre, 16e sect. ; Marchand, 16e sect. ; Olivier-Latapie, 16e sect. ; Palangié, 16e sect. ; Régy, 16e sect. ; Reverdy, 16e sect. ; Salomon, 16e sect. ; Vieu, 16e sect.

A la 17e région : Canal, 16e sect. ; Chaumeil, 17e sect. ; Decap, 17e sect. ; Doat, 17e sect. ; Fourcade, 17e sect. ; Lamothe, 17e sect. ; Lô, 17e sect. ; Mendailles, 17e sect. ; Mourgues, 17e sect. ; Naudy, 17e sect. ; Deyris, 22e sect. ; Legrier, 22e sect. ; Nègre, 22e sect.

A la 18e région : Courtois, 9e sect. ; Authié, 16e sect. Ozier, 18e sect. ; Vredier, 18e sect.

Au 19e C. A. : Guedj, 16e sect. ; Ameur Chakir, 19e sect. ; Briault, 19e sect. ; Chiche, 19e sect. ; Darmon, 19e sect. ; Godard, 19e sect. ; Valls, 19e sect. ; Blein, 20e sect. ; Couniot, 20e sect. ; Martin, 20e sect. ; Michel, 20e sect. ; Osmont, 20e sect. ; Constant, 21e sect. ; Fleck, 21e sect. ; Giuli, 21e sect. ; Grimal, 21e sect. ; Sultana, 21e sect.; Tavera, 21e sect.

A la 20e région : Rotha, 6e sect. ; Barbier, 23e sect. ; Franck, 23e sect. ; Houillon, 23e sect. ; Karcher, 23e sect. ; Voirin, 23e sect.

Aux tr. du Maroc : Caulier, 22e sect. ; Laurent, 22e sect. ; Brevière, 23e sect.

Aux tr. de Tunisie : Bembaron, 6e sect. ; Baugé, 25e sect.

(Rang du 1er juillet 1934)

A la rég. de Paris : Jaugeon, 4e sect. ; Tabourey, 7e sect. ; Laffaille, 18e sect. ; Chuche, 22e sect. ; Gallien, 22e sect. ; Krainik, 22e sect. ; Thielle, 22e sect.

A la 2e région : Lier, 2e sect.

A la 3e région : Quiquemelle, 3e sect. ; Rieusset, 3e sect.

A la 9e région : Figeroux, 9e sect.

A la 13e région : Berger, 13e sect.

A la 14e région : Ambre, 14e sect. ; Cros, 14e selt.

A la 15e région : Antonini, 15e rég. ; de Gasquet, 15e sect. ; Soulier, 15e sect.

A la 16e région : Turchini, 15e sect. ; Evrard, 16e sect. ; Fournials, 16e sect. ; Jean, 16e sect.

A la 17e région : Boutary, 17e sect. ; Delport, 17e sect. ; Toussaint, 17e sect.

Au 19e C. A. : Kespi, 19e sect.

A la 20e région : Gadol, 23e sect.

Le pharm. auxil. titul. du diplôme de doct. en médec. ; (Rang 1er juillet 1933) Foucaud, 22e sect., aff. rég. Paris.

×

Par le même décret, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin lieutenant

Les médec. sous-lieut. ci-après désignés :

(Rang 1er juil. 1933) Montel, 14e rég.

(Rang 1er juill. 1934) Welti, rég. Paris ; Maximin rég. Paris ; Guillot, 15e rég.

(Rang 1er juill. 1935) David, rég. Paris ; Maximin, rég. Paris.

(Rang 1er juil. 1936) Dérieux rég. Paris ; Pierre, rég. Paris ; Rouchy, rég. Paris ; Boyé, rég. Paris ; Arviset, rég. Paris ; Simon, rég. Paris ; Le Roy, rég. Paris ; Blanc, 14e rég. ; Roux, 14e rég. ; Thomasset, 14e rég. ; Boudouresques, 16e rég. ; Joyeux, 16e rég. ; Xicluna, 19e C. A. ; Oudet, 20e rég.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa séance du 9 juillet 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.020 ARNAUD, 49, avenue Alsace-Lorraine, Grenoble (Isère). Syndicat médical de Grenoble.

12.021 Mme le Docteur BESNARD, 11, rue Jehan-Fouquet, Tours (Indre-et-Loire). Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

12.022 BOUSQUET, 24 *bis*, avenue de la Gare, Soissons (Aisne). Parrains : Docteurs Bousquet et Mme le Docteur Bousquet.

12.023 DESCHAMPS, Arras (Pas-de-Calais). Parrains : Docteurs Landrieu et Tierny.

12.024 FORNARI, Menton (Alpes-Maritimes). Association professionnel des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.

12.025 GODIN, 32, rue Voltaire, Nantes (Loire-Inférieure). Syndicat des médecins de Nantes.

12.026 GROSGEORGES, Beaupréau (Maine-et-Loire). Syndicat médical de Cholet.

12.027 JASMIN, Casablanca (Maroc). Parrains : Docteur André et Toulze.

12.028 JEANNET, Reims (Marne). Syndicat médical de Reims.

12.029 LE CACHEUX, Montebourg (Manche). Syndicat de l'arrondissement de Valogne.

12.030 LÉVY-LEBHAR, Casablanca (Maroc). Association médicale de Casablanca.

12.031 LOUBEYRE, 4, rue Michelet, Alger. Syndicat médical Alger.

12.032 NASICA, Arnay-le-Duc (Côte-d'Or). Syndicat médical de Dijon.

12.033 PAUCHARD, Nogent-le-Roi (Eure-et-Loire), Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.

12.034 RASCOL, Mirepoix (Ariège). Syndicat des médecins de l'Ariège.

12.035 RESTOUEIX, Saint-Junien (Haute-Vienne). Syndicat médical de la Haute-Vienne.

12.036 VIOGET, Les Essarts-le-Roi (Seine-et-Oise). Syndicat des médecins de Seine-et-Oise.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans la quinzaine de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle : **« Le Sou Médical » a deux objets principaux :**

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*,

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

• • •

CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

5.641. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Mon Contrôleur me signale que l'amortissement d'une automobile doit être répartie sur cinq années, alors que, jusqu'ici, il avait accepté que je fasse la déduction totale du prix en une seule fois.

Mais, en raison du travail que je demande à ma voiture, je suis obligé de la remplacer au cours de la troisième année, parce qu'à partir de ce moment les réparations vont croissant, et la valeur de la voiture tend de plus en plus vers zéro.

Pourrais-je lui en faire l'objection, et obtenir que l'amortissement soit réparti sur trois années par exemple ?

Le fisc ne semble pas y perdre parce que, *procédant* comme je le fais, la voiture remplacée est revendue un prix beaucoup plus intéressant et que ce prix vient en déduction du prix de la voiture neuve.

Dr B.

Réponse

L'article 79 du décret du 27 décembre 1934 soumet les *professions non-commerciales* aux mêmes règles que les professions commerciales pour les amortissements des prix d'achat, et supprime, par conséquent, la déduction en une seule fois du prix d'achat du matériel et des meubles professionnels.

L'amortissement des autos est proportionnel à leur dépréciation et non fixé à quatre ou cinq ans. Ces chiffres représentent seulement une moyenne.

Le Contrôleur ne peut fixer un taux d'une façon arbitraire. Pour votre cas, puisque vous changez de voiture tous les trois ans, vous devez amortir chaque année le tiers de la soulte, résultant de la différence entre le prix d'achat de votre nouvelle voiture et le prix de vente de l'ancienne, exemple :

prix de vente de l'ancienne voiture.....	10.000
prix d'achat de la nouvelle...........	25.000
soulte.......	15.000

à amortir en trois ans, c'est-à-dire 5.000 chaque année.

Ce calcul suppose que votre voiture ne sert à aucun usage *personnel ; s'il en était autrement,* l'amortissement devrait être partagé entre l'usage professionnel et l'usage personnel, proportionnellement à ces usages.

Allez voir votre Contrôleur et entendez-vous *amiablement.*

Dans le cas où il ne voudrait pas admettre cette déduction, nous sommes à votre disposition pour votre défense.

M. Martinot,
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

6.118. — Solde des officiers de réserve

Il me semble me souvenir que pendant la guerre 1914-1918, il était fait sur la solde des officiers de réserve la retenue habituelle pour la retraite. Je crois même me rappeler que des camarades avaient demandé à ne pas subir cette retenue, puisqu'ils ne pouvaient prétendre à une pension de retraite, à moins que la guerre ne dure plus de quinze ans, et qu'il leur fut répondu que la retenue était de droit sur la solde des officiers, même pour ceux de réserve.

Pourriez-vous me dire si nos souvenirs sont exacts, au besoin me donner des précisions.

La retenue était-elle de 5 ou de 6 p. 100 ? J'aurais besoin d'avoir ces renseignements pour régler une situation personnelle et je sais que votre documentation sur tous ces sujets et votre obligeance à cet égard sont inépuisables, aussi je me permets d'avoir recours à vous. Si vous ne pouviez me donner ces tuyaux, voudriez-vous m'indiquer où et comment je pourrais me les procurer ?

Dr A.

Réponse

La solde que perçoivent les officiers de réserve durant toute période de service actif est toujours la « solde budgétaire » c'est-à-dire sans retenue pour la retraite.

Cette retenue est de 6 % ; elle a dû être ultérieurement perçue à titre rétroactif pour ceux des confrères qui ont été intégrés dans les cadres de l'armée active.

De même, si elle avait été perçue à tort, elle a été reversée aux intéressés, conformément aux dispositions de la loi du 14 avril 1924.

Pour renseignements plus complets, vous pourriez vous adresser au Directeur de la Liquidation, Ministère des Pensions, 37, rue Bellechasse, Paris (VIIIe).

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.122. — Ablation des amygdales

Je dois encore avoir recours à votre obligeance pour que vous vouliez bien m'aider à résoudre une question de tarification. Il s'agit d'une ablation d'amygdales et de végétations opérée chez un indigent. Le Tarif de l'Assistance médicale gratuite de notre département prévoit pour le paiement des actes chirurgicaux la moitié de ce qui est concédé en

matière d'accidents du travail. A quoi jugez-vous que notre opération puisse être assimilée ?

Dr G.

Réponse

Dans une grande partie des départements, il y a accord entre la Préfecture et le Syndicat pour payer les prix des interventions qui ne sont pas dans le Tarif accidents du travail (comme l'ablation d'amygdales par exemple) lorsque le Tarif Assistance médicale gratuite est basé sur le Tarif accidents du travail, avec ou sans un pourcentage général de minoration.

Il faut donc vous informer à votre Syndicat régional, pour la question que vous posez ici et qui a dû être réglée régionalement. A tout hasard, je vous rappelle que l'ablation des amygdales est fixée à 150 francs dans le Tarif des pensionnés de guerre et à 300 francs, en cas d'ablation des amygdales et des végétations en une seule séance (art. 77). Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

5.887. — Droit des assurés sociaux notoirement indigents

J'ai opéré dernièrement en ville un petit garçon pour un appendicite aiguë. Les parents m'ont remis une feuille d'Assurances sociales que j'ai remplie, et les honoraires m'ayant été versé, signée.

Ils viennent me retrouver parce que la Caisse leur a refusé la prestation en espèces sous prélexte qu'ils étaient de l'Assistance médicale gratuite art. 59 ce que j'ignorais jusqu'à ce jour — et que partant, ils devaient aller à l'hôpital. Je leur avais proposé l'hôpital, d'ailleurs, mais ils avaient refusé préférant l'intervention en clinique. C'est le patron du père qui a avancé à son ouvrier la somme nécessaire.

Actuellement le père demande le versement de la prestation arguant qu'il paye lui-même toutes ses cotisations comme n'importe quel assuré social et que partant il a droit aux mêmes avantages. Que puis-je lui conseiller de faire ? D'en appeler à la Commission d'arrondissement ?

Je vous serais très obligé de me fixer sur ce point.

Dr L.

Réponse

Le refus opposé en l'espèce à votre client par sa Caisse d'assurances sociales est dépourvu de toute base juridique, et c'est au contraire ce dernier qui est dans le vrai.

Il est certain que s'il avait la qualité d'assuré indigent, il pouvait invoquer le bénéfice de l'article 59 de la loi de 1928-1930, ou plutôt l'article 19 du décret-loi du 20 octobre 1935, si la première constatation de la maladie était postérieure au 1er avril 1936. Il n'avait alors pas à faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques ni à y participer. Ces frais auraient été réglés

directement au praticien où à l'établissement de soins par la collectivité d'assistance, après versement des prestations lui incombant par la Caisse d'assurances sociales.

Mais, ainsi que nous l'avons toujours soutenu, et que la jurisprudence l'a elle-même reconnu, un assuré social indigent reste avant toute chose un assuré social. Il s'en suit que ledit assuré indigent reste parfaitement libre de ne pas invoquer sa qualité d'indigent, de renoncer aux avantages complémentaires auxquels cette qualité lui donne droit, et d'agir comme un assuré ordinaire. Ainsi que le dit très justement une réponse ministérielle nº 8.142 (*J. O.*, 19 juillet 1934) : « si un assuré social notoirement indigent, pour des raisons de convenance particulière, s'adresse à un médecin de son choix dont il paye directement les honoraires, il n'est plus considéré comme assuré social notoirement indigent, mais il n'est pas déchu pour autant des avantages que la loi de 1930 confère à tous les assurés sociaux ; il peut réclamer à sa Caisse le remboursement de ses dépenses dans les limites de son tarif de responsabilité, et elle n'est pas en droit de lui refuser ».

Qu'on ne vienne pas dire à ce propos que cette façon d'agir est plus onéreuse pour la Caisse, et que l'assuré indigent aurait dû aller à l'hôpital. Tout d'abord en effet l'assuré indigent n'est plus « indigent » mais simplement assuré ordinaire, il est donc libre d'agir comme les autres assurés.

D'autre part il n'est nullement exact, contrairement à ce que l'Administration essaye de soutenir que les assurés indigents n'aient pas le libre choix de leur praticien ou de leur maison de soins. Au contraire les assurés indigents, même restant sous leur régime spécial, payant des cotisations comme les autres assurés ont en principe les mêmes droits que ces derniers, la seule particularité de leur régime consistant seulement dans la suppression de « l'entente directe » et de la participation obligatoire aux frais médicaux. Ils peuvent donc choisir librement leur médecin, ainsi que l'a reconnu le Tribunal de Reims par son jugement du 4 décembre 1935 (*Concours Médical*, 1936, p. 588) ; cette thèse qui découlait implicitement des dispositions de la loi de 1928-1930, ne saurait être sérieusement contestée à l'heure actuelle, puisqu'il résulte de l'art. 19 précité que les prestations afférants aux assurés indigents « sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés ». On ne saurait poser plus nettement le principe d'assimilation que nous défendons.

En conclusion il y a donc lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant ce refus, mais de porter le différend devant la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée adressée à son président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours du refus à peine de forclusion.

Cinquante-huitième année N° 32 9 Août 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Baillivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

Nº 213. — Méd. franç. désireux prendre succession bon poste O. R. L. ou Y. O. R. L. entrerait relations avec confrère cherchant céder.

Nº 214. — Seine-Inf. A céder belle clientèle médicale.

Nº 215. — Pharmac. en chef hôp. civil de Rochefort-sur-Mer recomm. particul. jeune fille 24 ans, sérieuse, très bonne famille, brevet élém. sténo-dactylo, diplôme aide-infirmière, certif. secrét. médical, comme secrét. méd. ou similaire dans clinique, hôpital ou chez professeur ou médecin France ou colonies.

Nº 216. — Méd. recomm. particul. jeune femme veuve, désirant, comme garde-malade auprès pers. difficile à soigner, ou auprès enfants infirmes, une situat. d'infirmière de nuit et de jour.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

2 h. Paris. Normandie, clientèle médecine générale dans ville agréable, peu de déplacements. Maison partic. avec jardin. A céd. 50.000 dont 25.000 cpt. ou 40.000 cpt.

Nord. 175 km. Paris. Seul médecin, très ancien poste. A céder urgence. petite indemnité, toutes facilités.

Centre. Bonne clientèle rurale (180 km. Paris) grande maison. A prendre rapidement : 10.000 cpt.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Manger vite, c'est manger sans saliver. C'est favoriser la dyspepsie. Sucer des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est saliver abondamment une salive digestive, antiseptique et agréable.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine met en garde les médecins contre les sollicitations dont ils peuvent être l'objet de la part de certaines publications : sous prétexte de faire de la propagande à l'étranger, elles publient des notices sur la carrière et les travaux scientifiques de certains médecins. Ces publications constituent au premier chef une réclame déguisée contraire aux principes d'une saine déontologie et condamnée par les groupements médicaux au même titre que la collaboration aux journaux dits de vulgarisation.

Le Président, Dr HERPIN. *Le Secrétaire général,* Dr DOURNEL.

***

Communiqué du 24 juillet 1936.

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle à tous les médecins qu'un service de renseignements a été institué 28, rue Serpente (le jeudi de 10 heures à 11 heures).

Elle rappelle également que, signataire des conventions, elle est seule chargée des rapports avec les Caisses et qu'il est préférable à tous points de vue d'éviter les correspondances individuelles ; si des difficultés se présentent, particulièrement en ce qui concerne le contrôle, c'est à la Fédération qu'il faut les signaler pour qu'elle puisse s'occuper de leur règlement. Elle recommande à tous de n'accorder de repos aux assurés sociaux qu'avec la plus grande circonspection.

Le Président, Dr Herpin. *Le Secrétaire général,* Dr Dournel.

Syndicat des médecins de la Seine et des Communes limitrophes

Communiqué du 24 juillet 1936

L'Inspection médicale dans l'Enseignement secondaire

Ordre du jour voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine dans sa séance du 7 juillet 1936.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 7 juillet 1936,

Après avoir pris connaissance des projets concernant l'institution de l'Inspection médicale dans l'enseignement secondaire ;

Considérant qu'il est nécessaire de respecter le secret des familles, ce qui exclut la constitution de fiches ;

Considérant que les parents doivent rester les seuls maîtres de la surveillance de la santé, de la direction et de l'orientation professionnelle de leurs enfants avec les conseils de leur médecin de famille ;

Demande que l'inspection médicale se borne :

1° A la surveillance de l'hygiène des lycées et collèges ;

2° Au dépistage des maladies contagieuses épidémiques ;

3° Aux mesures générales à prendre dans le but d'alerter les familles.

S'élève contre l'utilisation de cette inspection dans un but d'orientation professionnelle ;

Et prie la Fédération des Associations de parents d'élèves des lycées et collèges de prendre en considération ce vœu du Corps médical de la région parisienne.

Syndicat national des Chirurgiens français

Communiqué

Le Syndicat national des chirurgiens français a tenu une Assemblée générale extraordinaire le 19 juillet 1936.

Deux ordres du jour importants ont été votés.

Le premier ordre du jour, proposé par le Docteur Marquis, secrétaire général, au nom du Bureau du Syndicat, a obtenu la priorité à une forte majorité, cette priorité ayant une signification de confiance dans le Conseil.

L'Assemblée générale des chirurgiens français, approuve l'action de la Confédération, tendant à éviter l'étatisation de la profession médicale, tout en assurant l'organisation et le fonctionnement de la médecine préventive ; mais, considérant l'effort individuel et méritoire de beaucoup de ses membres pour assurer, dans des conditions économiques abordables pour tous, le traitement dans les cliniques chirurgicales particulières, lesquelles constituent une part importante de l'armement sanitaire français moderne, demande que la création de services pour payants, annexés aux établissements publics, ne puisse être autorisée qu'après double enquête établissant la carence ou la déficience de maisons de santé privées, enquête menée concurremment, d'une part par l'Administration, d'autre, part, par les Syndicats médicaux. (*Adopté par* 334 *voix contre* 120.)

Un addendum à cet ordre du jour (proposé par le Docteur Buizard) a été également adopté :

Le Syndicat national des chirurgiens français décide la nomination d'une Commission de trois membres qui sera chargée de dresser l'inventaire des organisations chirurgicales actuelles, et d'en présenter à l'Assemblée générale du mois d'octobre les résultats avec les suggestions qu'on en pourrait tirer.

Deuxième Ordre du jour (proposé par le Bureau)

L'Assemblée générale des chirurgiens français,

Considérant que le remboursement à l'assuré opéré en maison de santé libre, remboursement basé par un certain nombre de Caisses sur le tarif de responsabilité, établi pour les hôpitaux publics, est une atteinte directe au libre choix du praticien par le malade, considérant que le fait de pousser ainsi tout assuré social justiciable d'une opération vers l'hôpital public réalise pour les assurés la « médecine pour pauvres », considérant que les assurés sociaux du fait de leurs versements considérables ont droit à des soins comparables à ceux qui sont dispensés aux malades libres de la clientèle ordinaire, considérant que l'exercice libre de la chirurgie se trouverait compromis pour une grande part si les errements signalés devaient continuer,

Fait confiance à la Confédération pour obtenir que soit réglée cette question dans le sens de l'équité et du respect de la liberté individuelle, et appuiera par tous les moyens l'action menée à cet effet,

Fait confiance à la Confédération pour obtenir : 1° que les opérés en maisons de santé bénéficient du même remboursement que ceux qui sont traités à domicile ; 2° que soient repris au plus tôt les travaux de la Commission nationale. (*Adopté à l'unanimité.*)

◆ ◆ ◆

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Légion d'honneur.** — Nous sommes heureux de signaler parmi les nouveaux chevaliers, nommés par le ministère de la Santé publique, un de nos distingués correspondants le Docteur Triollet, inspecteur des Services d'hygiène du département du Morbihan. M. le Docteur Triollet avait assuré déjà d'importantes fonctions sanitaires, notamment dans le département des Vosges. Le *Concours Médical* rend hommage au mérite et à l'indépendance de caractère du Docteur Triollet et lui adresse ses plus sincères félicitations.

J. N.

— **Distinctions honorifiques et prix.** — Le Docteur Foveau de Courmelles vient d'obtenir la médaille d'or de l'hygiène publique, la médaille de vermeil des épidémies, et le prix Fabien de l'Académie française pour son livre récent : *Comment élever nos bêtes.*

Nos bien sincères compliments.

— **Hôpitaux de Valenciennes.** — Le Docteur André Bosquet, médecin-consultant à Valenciennes, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé médecin adjoint des hôpitaux de Valenciennes, à la suite du concours du 25 juin 1936.

— **Chambéry. Hospices civils. (Maternité).** *Résultats de concours.* — Un précédent avis a fait connaître qu'un concours avait été ouvert par l'Administration des hospices civils pour un emploi de sage-femme adjointe.

Ce concours a eu lieu jeudi 23 juillet courant ; plusieurs candidates s'y sont présentées et la lauréate a été : Mlle Reverd (Gladie), sage-femme de la Maternité de Bourgoin, demeurant à Saint-Etienne (Loire).

Nos félicitations.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — Après concours M. le Docteur Pierre Laumonier a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

— **Hôpitaux de Tunis.** — Après concours, M. le Docteur Bonan a été nommé chef de service à l'hôpital Ernest-Conseil ; M. le Docteur Lamarche a été nommé médecin-chef du service de neurologie à l'hôpital civil français ; M. le Docteur Benmussa a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital civil français.

— **Hôpital Saint-Michel (Paris).** — Un assistant est demandé au service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel. Trois matinées par semaine. 300 francs par mois. Nomination après six mois de stage dont trois payés. Ecrire en envoyant titres au Docteur Maurice Delort, 1, place d'Iéna, Paris (XVIe).

— **Facultés de médecine d'Alger.** — La chaire de chimie biologique de la Faculté mixte de médecine et de

pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de bactériologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira, le jeudi 5 novembre 1936, au siège de ladite Ecole,

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais-La Charité* (96, rue Didot. Professeur Emile Sergent). — Un cours de perfectionnement sur les *Suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales* sera donné sous la direction du Professeur Sergent du lundi 30 novembre au jeudi 10 décembre 1936.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

— **La diphtérie des étudiants et des infirmières.** — D'après les statistiques des hôpitaux d'enfants et des services de contagieux, la diphtérie atteint 8 % des étudiants et 18 % des infirmières, chiffres beaucoup plus importants qu'on ne le croit communément.

Les diphtéries graves y sont moins fréquentes que chez les enfants, mais les formes moyennes ou bénignes qui en constituent la grande majorité s'y compliquent relativement très souvent de paralysies ou d'accidents sériques.

L'auteur préconise la recherche systématique de la réceptivité par la réaction de Schick de tous les étudiants et infirmières avant leur entrée à l'hôpital, et la vaccination antidiphtérique obligatoire de ceux qui présentent un Schick positif. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, page 31.561).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures, au Parc des expositions (stand 50), porte de Versailles, Paris (XV^e^). (Entrée des candidats ; porte de Versailles.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au jeudi 24 septembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

— **Congrès international de l'insuffisance hépatique.** — En même temps que l'Exposition universelle aura lieu à Paris, le Congrès international de l'insuffisance hépatique tiendra ses assises à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Maurice Loeper, de Paris, membre de l'Académie de médecine. Il comprendra deux sections ; 1° une section de médecine et biologie ; 2° une section de thérapeutique médicale, chirurgicale hydrologique.

Secrétaire général : D^r^ J. Aimard, 24, boulevard des Capucines, Paris.

Ce Congrès sera précédé par le deuxième Congrès international de gastro-entérologie, qui se tiendra à Paris, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval, et au cours duquel deux questions seront étudiées :

1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique, sous la présidence des Professeurs P. Duval et Gosset, de Paris et du Professeur Kontjetzny, de Berlin ;

2° L'occlusion aiguë et chonique du grêle : Les rapporteurs ont été choisis en Angleterre, en Belgique, en Espagne, aux Etats-Unis, en Italie et en Pologne, pour traiter cette dernière question.

3° L'insuffisance hépatique dans ses relations avec la nutrition générale et spécialement avec le système nerveux. (Rapport des médecins des Etats-Unis.)

Secrétaire général : Docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre-Demours, Paris.

— **La vaccination antitétanique obligatoire dans l'armée.** — M. Daladier, ministre de la Défense nationale, a fait approuver par le Conseil des ministres un projet de loi rendant obligatoire dans les armées de terre, de l'air et de mer la vaccination antitétanique.

— **U. R. S. S.** — Nous avons déjà signalé l'effort de la Russie en faveur de la médecine et des médecins, dont elle a un urgent besoin. Elle a multiplié ses Facultés et facilité aux enfants d'ouvriers et de paysans l'accès à cette profession dite libérale. Le pays, à la déclaration de guerre, comptait 19.000 médecins : aujourd'hui 79.000 sont inscrits sur les registres du Commissariat de l'Hygiène. Car il faut dire que si la pratique privée leur est encore permise, elle est pratiquement impossible, et tous les médecins sont des fonctionnaires. Les traitements sont devenus convenables : ils ont été doublés l'an dernier. (*Bruxelles-Médical*, 26 juillet 1936.)

— **Naissances.** — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Jean-Paul Thiboumery, fils du Docteur THIBOUMÉRY (de Saint-Malo) et de Madame, née Lebrun, petit-fils du Docteur Emile Lebrun (de Paris) et de Madame Lebrun (Vérine). Nos sincères félicitations et nos souhaits. J. N.

— Madame et le Docteur André ALIBERT, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant à l'hôpital Boucicaut, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils Michel, 25 juillet 1936, 20, rue du Vieux-Colombier, Paris. Nos meilleurs compliments.

— **Fiançailles.** — Le Docteur et Madame DESFORGES font part des fiançailles de leur fille Denise avec Monsieur Jacques LOYER. 26 juillet 1936, 40, rue Richemond-Desbassayns, Suresnes. Nos sincères félicitations.

— **Mariage.** — Nous apprenons le récent mariage du Docteur André DUFOUR, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, avec Mademoiselle Jacqueline OLIVIER, interne des hôpitaux de Paris. 20 juillet 1936. Russy (Calvados). Tous nos vœux de bonheur.

Voir la suite page XXXVII-2375

PROPOS DU JOUR

LA PROTESTATION D'UN MÉDECIN ANNAMITE

Nous avons reçu d'un confrère annamite qui exerce en France dans un canton de l'Est « une protestation énergique contre les attaques injustifiées que nous venons de faire contre les médecins annamites en Indochine ».

Il nous prie « de vouloir bien cesser cette campagne haineuse, indigne de nous et du journal que nous dirigeons, contre l'élite annamite, formée à la culture française et destinée à collaborer loyalement avec la France et à répandre l'influence française en Indochine ».

Que notre confrère se rassure, nous ne nourrissons de haine contre personne et nous sommes prêts à rendre justice aux médecins annamites dont nous reconnaîtrions loyalement les qualités, et cela surtout si leur protestation venait de Saïgon, d'Hanoï ou d'Haïphong au lieu de nous arriver d'un département de l'Est. Notre honorable correspondant avait sans doute des raisons sérieuses pour s'établir en France, laissant à d'autres faisant partie de « l'élite annamite, formée à la culture française, le soin de collaborer loyalement avec la France et de répandre l'influence française en Indochine ». Notre correspondant est sans doute devenu citoyen français, nous ne discutons pas ses droits, surtout ceux de défendre ses compatriotes d'Indochine.

Nous n'avons jamais proféré de propos haineux, ni injurieux contre les médecins annamites, nous avons constaté des faits et montré la différence de mentalité qui semble exister entre nos confrères indochinois et la plupart des médecins français. Nous avons parlé de l'orgueil des annamites. Il est grand, en effet, mais ils n'en sont pas tout à fait responsables. Certains français en leur distribuant sans mesure les pires flatteries, ont réveillé chez eux ce regrettable penchant.

Nous en trouvons la preuve dans un article, paru dans un journal indochinois : *La Patrie annamite*, du 14 juillet 1934. Nous n'aurions jamais reproduit cet article, si « la protestation énergique » de notre confrère annamite, installé dans un de nos départements de l'Est, ne nous y avait incité. Nous ne sommes pas très susceptibles, mais, médecin praticien français, ayant plus de quarante ans d'exercice, nous avons malgré tout, nous aussi, quelque amour-propre et le droit d'être parfois indigné. Voici d'ailleurs l'article, le lecteur le jugera en toute indépendance, car nous nous garderons de le commenter :

Ce que pense de nous M. Bauduin de Belleval

Par avion, Paris ce 20/6/34.

M. Bauduin de Belleval à la tête de la Maison indochinoise de la Cité universitaire de Paris, c'est « the right man in the right place ». Ancien élève de l'Ecole normale supérieure, ancien chef du service de la presse du Gouvernement général de l'Indochine, âgé à peine de trente-cinq ans, il réunit en sa personne la science, l'expérience et la jeunesse. Ajoutez à ces qualités sa connaissance de notre pays, son libéralisme d'esprit exempt de tout préjugé de race, son amour sincère et désintéressé de nos compatriotes francisants, et vous reconnaîtrez, en ce jeune directeur, l'idéal frère aîné des étudiants annamites.

. . . .

Il préconise encore autre chose : que les Annamites aillent en province pour connaître la structure sociale de la France et, au besoin, pour gagner leur vie ! Il cite le cas d'un médecin annamite installé dans une petite ville de Champagne où il vit confortablement, tout en économisant 3.000 francs par mois.

Cela vous surprend ? Moi, pas. Le médecin annamite est en moyenne très supérieur au médecin français.

Cette assertion, M. de Belleval la démontre et l'explique :

D'abord remarquez que votre compatriote médecin en Champagne trouvait en débarquant six concurrents français solidement établis dans le pays. Au bout de trois mois il leur rafle la clientèle jusqu'à ne plus savoir où donner de la tête : Cette supériorité des médecins annamites tient à ce qu'ils ont beaucoup de flair en diagnostic et une légèreté de main exceptionnelle. Les anciens élèves de Hanoï sont en particulier excellents : ils ont beaucoup de pratique et une très haute idée de leur profession.

Et voici une confidence :

« Si j'avais de l'argent, je créerais à Paris une clinique dont les services seraient assurés uniquement par des Annamites. Je connais déjà un spécialiste des voies urinaires, un d'oto-rhino-laryngologie, tous deux assistants des hôpitaux de Paris, un chirurgien qui est interne, un radiologue, un spécialiste des poumons, un spécialiste des maladies d'enfants, etc... Pour les snobs, on ferait venir un médecin sino-annamite qui ferait de l'acupuncture et la clinique annamite aurait un succès énorme. Ce serait de si bonne propagande.

André-Marie TAO-KIM-HAI.

Nous demanderons simplement à M. Bauduin de Belleval, si, en fournissant à M. André-Marie Tao-Kim-Hai, les éléments de cet article, il a cru réellement bien servir la France et s'il est nécessaire d'attirer dans notre pays des médecins annamites, alors qu'il y a surabondance de médecins français, et alors qu'en Indochine, il est difficile, presque impossible, faute de médecins parlant la langue du pays, d'organiser l'Assistance médicale indigène.

Et nous adressant à notre correspondant de l'Est qui paraît ne pas manquer de culture française, nous lui rappellerons, à propos des affirmations de M. Bauduin de Belleval en une question sur laquelle il paraît bien mal informé, les vers du fabuliste :

Rien n'est si dangereux qu'un ignorant ami
Mieux vaudrait un sage ennemi.

J. NOIR.

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ET LEURS CAUSES

L'Union nationale des Associations de Tourisme (U. N. A. T.) a fait de sérieux efforts pour atténuer les accidents de la route et leurs conséquences. Nous avons plusieurs fois rendu compte ici des résultats obtenus par le Docteur Béhague, secrétaire général, qui a merveilleusement organisé malgré de nombreuses difficultés et des ressources insuffisantes les 2.075 postes de secours sur route actuellement en service.

Nous trouvons dans le *Bulletin officiel de l'U. N. A. T.* de juin 1936 deux intéressantes statistiques. La première indique la proportion des accidents dus à des causes diverses et qui se produisent dans le secteur des postes de secours au cours de l'année 1935.

L'inobservation du Code et les imprudences ont causé 50,90 % des accidents.

Le dérapage à sec 14,10 %.

Des causes indéterminées 8,36 %.

Les dépassements pendant le jour 6,95 %.

Le dérapage sur une route humide 6,51 %.

Le mauvais état du matériel 6,19 %.

Le défaut d'éclairage ou de visibilité 2,71 %.

Les dépassements à la nuit tombée 2,39 %.

Les causes physiologiques 1,88 %.

La seconde statistique indique la proportion des accidents par catégories d'usagers. Elle a été établie également d'après les déclarations d'accidents enregistrés durant l'année 1935.

Les autos ont causé	51,46 %	des accidents
Les cycles	20,86 %	—
Les motocycles	11,38 %	—
Les piétons........	7,15 %	—
Divers.............	2,81 %	—
Les chevaux.......	1,35 %	—
Les avions.........	0,02 %	—

Notons que pour que cette seconde statistique soit parfaitement exacte il faudrait tenir compte du nombre de chaque catégorie d'usagers qui circulent sur les routes. On pourrait se rendre compte que les cycles et surtout les motocycles rentrent, proportionnellement à leur nombre comparé à celui des automobiles, pour beaucoup plus dans les causes des accidents.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'INFILTRATION DES GANGLIONS SYMPATHIQUES PAR LES *ANESTHÉSIQUES LOCAUX ET SES APPLICATIONS* DANS LE TRAITEMENT DES ARTHRITES CHRONIQUES DOULOUREUSES

Par MM.

Raphaël MASSART — J. MORLÀAS — G. VIDAL-NAQUET

L'action thérapeutique des infiltrations analgésiques dans les troubles de la vaso-motricité doit au Professeur Leriche et à son école d'être rapidement entrée dans la pratique. Grâce à cette méthode efficace et inoffensive, il est possible actuellement d'agir sur des phénomènes douloureux ou sur des troubles circulatoires contre lesquels bien peu de médicaments avaient jusqu'ici une action, même passagère.

Depuis plusieurs mois, intéressés par les résultats obtenus à Strasbourg tant par le Professeur Leriche que par son agrégé le Docteur Fontaine, nous avons été amenés à utiliser dans notre service de l'Hôpital-Ecole, les infiltrations de la chaîne sympathique cervicale et lombaire, au niveau de ses ganglions, pour traiter chez les sujets âgés, les rhumatismes chroniques s'accompagnant de phénomènes douloureux et de contractures. Ce sont les résultats de notre pratique que nous voudrions exposer en en montrant tout l'intérêt.

Les ganglions de la chaîne sympathique sont relativement faciles à atteindre à la région cervicale et à la région lombaire en suivant les techniques décrites par Leriche et Fontaine (*Presse Médicale*, 23 mai 1934 et 17 novembre 1934), que nous résumons pour mémoire.

A la région cervicale, c'est le ganglion stellaire, cervicole-dorsal dernier de la chaîne, que l'on infiltre. Ceganglion profondément situé en arrière d'un plan vasculaire important répond au col de la première côte, qu'il sépare de l'artère vertébrale située plus en avant et plus haut.

Pour l'atteindre, il est nécessaire d'utiliser une aiguille longue de 12 centimètres, souple, de préférence en platine, du diamètre de 6/10 de millimètre.

On fait étendre le malade sur une table horizontale, avec un coussin sous la nuque, la tête regardant du côté opposé à celui où l'anesthésie est faite.

Le premier repère important, c'est le milieu de la clavicule.

On pique à ce niveau en rasant l'os, puis on relève l'aiguille en la dirigeant obliquement vers l'apophyse transverse de la 7e vertèbre cervicale, et on l'enfonce, en se déviant de 30° en dehors.

Au cours de cette manœuvre, il n'est pas rare de piquer un vaisseau qui saigne par l'aiguille, quelquefois l'artère vertébrale. Il suffit de retirer l'aiguille, la piqûre artérielle étant sans importance.

Quand on pense être au contact du ganglion, on pousse l'injection de la solution anesthésique, et on attend.

Si le ganglion stellaire est bien infiltré, on voit se produire un rétrécissement de la fente palpébrale, et un changement de couleur de l'hémiface, par vaso-dilatation : c'est le syndrome de Claude Bernard Horner.

Son apparition qui se fait dans les minutes qui suivent la piqûre est l'indice d'une bonne infiltration.

Dernièrement Goinard a préconisé pour atteindre le ganglion stellaire une voie postérieure en arrière des scalènes, que nous avons essayée, mais qui a l'inconvénient de nécessiter de gros déplacements de l'aiguille au risque de la rompre.

A la région lombaire.

La chaîne sympathique et ses ganglions répondent au plan des corps vertébraux, et le deuxième ganglion le plus constant, le plus volumineux, répond en général au deuxième corps vertébral lombaire.

C'est là qu'on a le maximum de chances d'atteindre la chaîne pour en réaliser par analgésie la section physiologique.

La technique demande ici beaucoup moins d'adresse, et on n'a pas les ratés de l'infiltration stellaire.

Leriche et Fontaine conseillent, le malade étant assis, de repérer la deuxième apophyse épineuse lombaire et de se porter à son niveau latéralement à deux bons travers de doigt. C'est là qu'on enfonce une longue aiguille de 12 centimètres en la dirigeant obliquement en dedans vers la ligne médiane. Il est possible de rencontrer aussitôt l'apophyse transverse, on se porte alors audessus ou au-dessous jusqu'au contact du corps vertébral qu'on trouve à 8 ou 9 centimètres de profondeur.

Dès qu'on sent ce contact osseux très particulier, il suffit de pousser l'injection anesthésique, en évitant la piqûre des vaisseaux.

Sitôt l'injection poussée, le malade a une sensation de calorification du membre inférieur correspondant, et une augmentation oscillométrique des battements artériels.

Ces deux techniques dont l'une est simple, la lombaire, dont l'autre plus délicate demande de l'adresse même après une certaine habitude, méritent d'être apprises, car de leur exécution correcte, on peut obtenir des effets thérapeutiques très intéressants.

***

Nous avons utilisé *l'anesthésie du ganglion stellaire* pour des algies du membre supérieur, en particulier chez des rhumatisants et en dehors de cela.

Une fois pour une contracture douloureuse de la face.

Une fois pour une paralysie spasmodique grave atteignant les quatre membres, et avant de tenter une ramisection.

Dans la contracture douloureuse, le résultat en a été nul, dans la paralysie spasmodique pendant quelques heures le malade a mieux contrôlé son mouvement, son incoordination a paru moins manifeste.

Chez ces deux malades, une seule injection a été faite, il est certain qu'après ce que nous avons vu à Strasbourg, ces malades auraient dû être infiltrés à nouveau plusieurs fois avant qu'on puisse parler d'échec de la méthode.

Les résultats obtenus chez des rhumatisants âgés, présentant des lésions invétérées des membres supérieurs et pour lesquels toutes les thérapeutiques s'avèrent inopérantes, méritent de retenir notre intérêt.

Une femme de 60 ans, présentant une arthrite douloureuse de l'épaule gauche avec déformations osseuses a été soulagée dès la première infiltration, et elle a pu le jour même dans l'aprèsmidi, balayer sa cuisine.

Un autre dont le poignet déformé douloureux était impropre à tout usage a retrouvé de la mobilité et ne souffre plus.

Plus facile l'anesthésie du ganglion lombaire nous a fourni une série importante de résultats probants, et il y a là certainement un moyen facile de soulager des coxarthries, même bilatérales pour lesquelles la plupart des moyens thérapeutiques usuels sont inopérants.

Actuellement, avant toute intervention, surtout lorsque le sujet est âgé, nous croyons intéressant de recourir à l'infiltration des ganglions lombaires sympathiques. Si nous avons compté quelques échecs ou des résultats peu probants, nous avons pu réunir assez de succès réels transformant complètement la vie des malades pour croire que l'infiltration des ganglions sympathiques lombaires, soit une méthode à conseiller chez les sujets âgés auxquels les thérapeutiques usuelles n'apportent plus de grande amélioration.

Nous avons infiltré les deuxièmes ganglions lombaires droit et gauche chez des *malades* dont la plupart avaient dépassé la soixantaine et se plaignaient de coxarthries doubles ou simples pour lesquelles tous les traitements avaient été préconisés et essayés. Ces malades nous étaient adressés pour savoir si une intervention chirurgicale était susceptible d'améliorer leur état, nous l'avons déconseillée étant donné le grand âge, le mauvais état général et l'importance des lésions observées à la radiographie.

Voici résumés les résultats obtenus chez quelques-uns de ces malades, avec l'indication de la manière dont le traitement a été conduit. (*Voir tableau page* 2347).

Pour les lésions unilatérales, toujours mieux supportées, moins douloureuses, puisqu'elles permettent un appui du côté sain, nous avons consigné en un tableau, les résultats obtenus sur cinq malades dont les lésions douloureuses relevaient de causes diverses, l'une étant consécutive à une phlébite du membre inférieur, l'autre à un traumatisme négligé et la troisième étant une arthrite améliorée dix-huit mois par un forage et redevenue douloureuse. (*Voir tableau page* 2348).

Lésions bilatérales

Nom des malades	Age	Nature des lésions	Nombre des infiltrations faites au niveau des deux ganglions Σ 2e lombaire	Résultats
C..., femme	64 ans	Coxarthrie double avec limitation des mouvements. Douleurs nocturnes. A essayé depuis 10 ans toutes les thérapeutiques.	Dès la première séance, la malade se sent plus légère et peut se redresser. *Cinq infiltrations* bilatérales, nouvelles infiltrations, de 4 en 4 jours pour les trois premières, de 8 en 8 jours pour les deux dernières.	Enorme amélioration de la marche. Suppression des douleurs. Ne se sert plus de sa canne. L'amélioration se maintient.
P..., homme	71 ans	Coxarthrie double ayant débuté à gauche et étendue à droite depuis 4 ans.	Cinq piqûres. Novocaïne à 1/200. Souffre après la première piqûre, mais le lendemain se redresse mieux, les quatre piqûres à quatre jours d'intervalle.	L'extension et la flexion des hanches sont améliorées, le malade se redresse, n'est plus couché, les douleurs ont diminué de 70 %.
T..., femme	33 ans	Achondroplasique souffrant des hanches et des genoux. Difformités articulaires.	Deux piqûres. bilatérales Novocaïne 1/200e.	Disparition des phénomènes douloureux. La marche impossible depuis des années n'a pas été améliorée.
M..., homme	68 ans	Arthrites douloureuses des deux hanches sans déformations radiologiques visibles.	Trois piqûres bilatérales. Novocaïne 1/200e.	Amélioration à la troisième piqûre, les deux premières ont changé les caractères des douleurs.
R..., femme	64 ans	Double coxarthrie douloureuse surtout dans la marche et l'appui.	Quatre piqûres bilatérales. Novocaïne 1/200e.	Amélioration dès la première piqûre, n'a plus besoin de canne.
B..., femme	55 ans	Double coxarthrie chez une rachitique ancienne, forme très douloureuse.	Quatre piqûres bilatérales. Novocaïne 1/200e.	Amélioration de la marche dès la deuxième piqûre, les phénomènes douloureux disparaissent totalement.
C..., femme	60 ans	Double coxarthrie chez une surmenée souffrant depuis 3 ans.	Quatre piqûres bilatérales. Novocaïne 1/200e.	Les douleurs disparaissent aussitôt, le sommeil revient L'amélioration persiste.
D..., homme	71 ans	Double coxarthrie avec limitation douloureuse des mouvements des deux hanches.	Trois piqûres bilatérales. Novocaïne. 1/200e	Le malade se redresse dès la première piqûre. La marche est améliorée par la disparition des douleurs.
R..., homme	55 ans	Arthrite bilatérale de la hanche. Souffre depuis 5 ans. Marche difficile. Graves déformations osseuses.	Novocaïne 1/200e 3 piqûres.	Dès la 1re infiltration, cinq minutes après, fléchit les 2 hanches à angle droit. Peut se chausser la semaine suivante, l'amélioration s'est maintenue, 15 jours après elle persiste.

Lésions unilatérales

Nom	Age	Nature des lésions	Nombre des infiltrations du deuxième ganglion Σ lombaire	Résultats
C....	35 ans	Arthrite sacro-iliaque droite doul. avec irradiation sur le nerf sciatique.	Deux infiltrations. Novocaïne 1/200e.	Les deux infiltrations ont apporté une amélioration passagère et non durable.
S...	37 ans	Sciatique droite très douloureuse.	Trois infiltrations à quatre jours d'intervalle. Novocaïne 1/200e.	Amélioration non durable.
P...	45 ans	Troubles douloureux post-phlébitiques. Œdèmes. Impotence.	Deux infiltrations lombaires gauche. Novocaïne 1/200e.	Grosse amélioration durable. Les œdèmes ont disparu.
de G...	51 ans	Arthrite post-traumatique de la hanche gauche (fracture du cotyle).	Une infiltration. Novocaïne 1/200e.	S'appuie plus facilement sur sa jambe.
H....	61 ans	Coxarthrie gauche améliorée par le forage il y a dix-huit mois, redevient douloureuse.	Deux infiltrations. Novocaïne 1/200e.	Grosse amélioration de la marche et de l'appui, qui se maintient.
G.femme	35 ans	Exarthrie droite très douloureuse, vives douleurs sacro-iliaques.	Une infiltration. Novocaïne 1/200e.	Disparition immédiate des douleurs depuis 3 semaines.
B.femme	65 ans	Exarthrie droite très douloureuse, vives douleurs sacro-iliaques.	Deux infiltrations. Novocaïne 1/200e.	Très grande amélioration, peut faire des longues marches presque sans douleur.

Ces succès dont quelques-uns sont obtenus aussitôt la piqûre, nous montrent qu'on ne saurait négliger dans le traitement des lésions douloureuses, une méthode dont la simplicité et l'efficacité sont certaines.

Il faut se garder de croire qu'on obtient toujours dès la première piqûre un effet miraculeux, il faut savoir faire plusieurs infiltrations, noter avec sincérité les effets obtenus, et, en cas d'échec, le reconnaître sans y mettre d'amour-propre.

Les échecs, surtout lorsqu'on commence à utiliser la méthode, sont quelquefois le fait d'une infiltration qui a manqué son but, QUI N'A PAS ATTEINT LE GANGLION SYMPATHIQUE, aussi ne saurions-nous trop conseiller à ceux que la méthode intéresse de bien rechercher les repères anatomiques indiqués par Leriche et par Fontaine ; dès que l'opérateur a pris l'habitude de sentir avec son aiguille la partie latérale du corps vertébral, sur laquelle il faut glisser, les succès seront plus nombreux, et on obtiendra du côté infiltré, cette calorification du membre qui est le meilleur signe du but atteint.

Quoiqu'il en soit, nous estimons qu'il y a là une thérapeutique intéressante pour soulager les douleurs et améliorer la mobilité des rhumatisants, méthode très supérieure à l'action des injections locales, *loco dolenti,* dont plusieurs auteurs ont vanté les effets et dont, pour notre part, nous n'avons jamais été très enthousiasmés.

LE NODULE DOULOUREUX DE L'OREILLE

Par R. Barthélemy

Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Cette petite « production pathologique au niveau du cartilage de l'oreille », comme la dénommait Winkler, de Lucerne, dans sa description de 1915, est mal connue en France, en dehors des dermatologistes, parmi lesquels Dubreuilh et Milian l'ont étudiée dans le détail.

Ce nodule, habituellement solitaire, mais quelquefois bilatéral, est de la taille d'un grain de chènevis. Il siège presque toujours à la partie supérieure de l'oreille, sur le bord du pavillon, au point culminant de son arc concave. S'il y a un ourlet, il se détache de son contour en pointant. S'il n'y en a pas, le nodule trône au plus haut du pourtour du pavillon. On peut aussi le rencontrer à la partie inférieure, rarement en dehors du limbe même. Il fait peu de saillie, mais la peau, comme tendue sur lui, y est pâle, parfois avec un anneau de base rosé. Il est dur, donne l'impression d'un granule enkysté, et adhère au cartilage, sauf dans les débuts. Son sommet, faiblement acuminé, n'est pas lisse. Une squamule ronde et adhérente le coiffe. Si on la détache, on constate que c'est au centre qu'elle est fixée par une épine cornée qui correspond à un petit cratère sec ou suintant de sérosité, de sang, parfois de pus.

Le nodule est douloureux *à la pression*. De façon courante, il ne l'est pas spontanément, sauf précisément quand il est infecté et suppure, ce qui reste l'exception. Cette douleur à la pression a un caractère vraiment particulier, celui de se produire à peu près exclusivement « par la pression directe qui applique le nodule sur le cartilage ». On comprend donc, ajoute Dubreuilh, qu'elle soit toujours provoquée par le poids de la tête pressant l'oreille contre l'oreiller. D'autres fois, le coupable est l'écouteur du téléphone. C'est là un phénomène qui ne manque jamais et le seul qui soit remarqué par les malades. Au contraire, la pression diamétrale entre deux doigts, en soulevant le nodule, est peu ou pas douloureuse.

Cette petite affection est tout à fait chronique et tenace. Les malades l'entretiennent d'ailleurs avec soin, pourrait-on dire, surtout les malades inquiets qui pressurent leurs comédons ou piquent leurs pustules d'acné. C'est à l'ongle qu'ils tourmentent d'habitude leur nodule, grattent et arrachent la squame ou la croûtelle qui la remplace. Ils sont alors temporairement soulagés, mais peuvent ainsi provoquer de petites réactions inflammatoires spontanément douloureuses. A la longue, le nodule, primitivement tégumentaire, et mobile sur le plan profond, vient adhérer au bord libre du cartilage, ce qui n'empêche pas la douleur.

La guérison spontanée est extrêmement rare. Une fois constitué, le nodule persiste, avec sa symptomatologie désagréable, et Dubreuilh en a cité un cas qu'il suivait depuis vingt-quatre ans.

Cette petite tumeur se rencontre à tout âge, bien que Davies ait observé ses cinq cas au-dessus de 50 ans, et considère que la lésion consiste en une altération sénile du cartilage. Il paraît difficile d'admettre cette sénilité à 30 ou à 21 ans, âge de deux malades de Dubreuilh.

La cause initiale et le début clinique sont en tout cas difficiles à saisir, sans doute parce qu'au commencement il s'agit d'une lésion superficielle et indolente. Un traumatisme unique qui la déclencherait n'est pas signalé couramment par les malades, au contraire de ce qu'on observe d'habitude pour quantité d'affections cutanées plus ou moins graves.

De petits traumatismes répétés, irritation chronique, frottement d'un bonnet empesé, ont par contre été incriminés (Rost). Le froid, avec ou sans engelures caractérisées, donne quelquefois l'occasion de découvrir l'existence du nodule, s'il n'est pas la cause efficiente de son apparition brusque et spontanée. C'est après une longue promenade sur les dunes, par une journée très froide, qu'un malade de Davies remarquait une croûte sur le bord du pavillon. Elle recouvrait un petit sinus qui sécrétait à la pression une sérosité claire et fluide. Il est peu vraisemblable que cet ensemble se fût constitué en quelques heures. Le froid ne fait probablement que causer une douleur vive ou une démangeaison qui attirent la main à l'oreille, où se révèle alors la présence de la petite lésion, qui pouvait bien être très antérieure et jusqu'alors latente.

Il existe d'ailleurs maint sujet chez qui le bord libre du pavillon est loin de montrer une régularité, un *rembourrage* normaux. Au lieu d'une surface lisse, à courbe, à contour, à aspect réguliers, le limbe est dentelé, avec une arête quasi-montagneuse dont les sommets sont constitués par des aiguilles de cartilages sur lesquelles l'épiderme, mince et tendu, n'a pas sa coloration, ni certainement sa texture et sa résistance normales. Blanc et luisant, il est réduit à une épaisseur infime, et l'on voit et l'on sent le cartilage y affleurer par endroits comme les récifs à la surface de l'eau. Des squamules, des croûtelles accentuent de place en place cet affleurement.

Un malade de Dubreuilh, qui avait eu des engelures aux deux oreilles, croyait pouvoir leur attribuer l'origine de son nodule, d'ailleurs unilatéral. Mais il faut bien dire que, fréquent chez certains paysans ou miséreux, qui ont peut-être été « brûlés » par des gelures ou des coups de soleil répétés, l'état que nous venons de mentionner s'il est à rapprocher du nodule confirmé, n'est pas spécialement douloureux comme lui.

C'est donc bien la douleur qui individualise l'affection. Celle-ci ne peut guère être confondue avec aucune autre. Mention est à faire toutefois de l'*épithélioma cutané*, car, dit Davies, le nodule « étant translucide, son apparence suggère le commencement d'un rodent ulcer », c'est-à-dire de ce qu'on appelle en France l'épithélioma *perlé*. Mais le centre infundibulaire, l'absence de vaisseaux dilatés à la surface, et la douleur quasi-pathognomonique doivent faire reconnaître sans peine le nodule.

Les quelques nodules douloureux qu'il m'a été donné de voir ne soulevaient d'ailleurs pas un instant ce diagnostic. Ils avaient un aspect papulo-squameux banal comme celui qui résulterait d'un point d'acné avorté et gratté, ou l'allure d'une verrue cornée un peu atypique, comme l'a vu également Sequeira.

Nous ne nous attarderons pas sur l'histologie qui, bien que constante, n'est pas probante. Car s'il y a une hypertrophie de l'épiderme, malpighienne notamment, et souvent un pertuis conduisant dans le derme à une cavité centrale bouchée en surface par une squame-croûte parakératosique, cavité organisée au cœur d'une formation fibreuse intra et sous-dermique plus ou moins constituée et, si l'on trouve au-dessous, parfois en continuité par une traînée de nécrose infiltrée de polynucléaires, un foyer de périchondrite, la question n'est pas tranchée de savoir si cette inflammation du cartilage est le point de départ ou l'aboutissant. Pour Dubreuilh elle serait secondaire à la lésion de surface.

Cependant, on ne s'explique guère dans cette hypothèse la facilité avec laquelle le nodule *récidive* après excision, par un ou deux nodules semblables au centre ou en bordure de la cicatrice opératoire, en dépit de sa bénignité.

Malgré ces récidives, dues parfois à une ablation trop timide, l'excision avec suture reste le meilleur traitement, car les applications médicamenteuses caustiques, l'ignipuncture, le curettage, les rayons X, la neige carbonique, échouent presque toujours, même s'ils ont temporairement soulagé. La diathermo-coagulation n'a guère été essayée, mais devrait, semble-t-il, donner de bons résultats.

En somme, cette petite et bénigne affection mérite et de n'être pas négligée et d'être mieux connue, car elle est tenace, et les malades en souffrent comme on souffre d'un cor. Le nom simple et sans prétention pathogénique de nodule douloureux de l'oreille la désigne et lui convient suffisamment, sans qu'il soit besoin de recourir à d'autres dénominations plus complexes à tendance pathogénique, comme par exemple celle de *chondro-dermatitis nodularis chronica helicis.*

Bien difficile à classer, le nodule douloureux, qui n'a pas de tendance extensive, n'est pas une tumeur maligne malgré sa capacité récidivante. Il apparaît plutôt comme une sorte de nodosité ombiliquée ou excavée à point de départ plus superficiel qu'intra-cartilagineux, lésion de réaction à divers agents irritatifs, chaleur, froid, micro-traumatismes de grattage ou contusion, infections, avec atteinte à peu près constante du bord libre du cartilage, parfois nécrosé au point qu'on puisse en extraire de petits fragments à la pince.

LA SÉROTHÉRAPIE NORMALE

Le Docteur F. Bec (d'Avignon) a remarqué la résistance toute particulière des femmes enceintes à l'infection et au choc opératoire. Ne pouvant se procurer du sérum de femme enceinte, il s'est demandé si le sérum des animaux en état de gestation, ne pouvait procurer aux autres femmes cette résistance reconnue chez la gravidique. Les résultats obtenus ont confirmé ses prévisions. Il a, de plus, constaté que dans les accidents gravidiques, les vomissements incoercibles cèdent après quelques jours de traitement par le sérum.

Après des recherches sur les indications du sérum de jument gravide, M. Bec a abordé l'action du sérum de porc adulte, dans les diverses infections du tube digestif.

Chez le porc, les interventions d'ordre chirurgical se passent très aisément. En dépit de l'absence de précautions antiseptiques prises, la castration chez la truie n'est presque jamais suivie de péritonite et la cicatrisation de la plaie s'opère en quelques jours. Le corps de l'animal possède dans le sang ou dans le suc péritonéal une substance défensive que l'on devrait arriver à mettre à profit. Aussi M. Bec a-t-il fait absorber aux porcs adultes des cultures d'Eberth, de paratyphoïde ou de colibacilles. Il semble que les résultats aient répondu à son attente et que le sérum normal de porc possède une action certaine sur les malades atteints de fièvre typhoïde, de colibacilloses, ou les nourrissons affligés de troubles intestinaux.

L'auteur s'occupe en plus de l'efficacité de ce produit dans la fièvre de Malte et le typhus exanthématique. (*Cahiers de Pratique médico-chirurg.*, mai-juin 1936.)

LA CLINIQUE INFANTILE AU GOUT DU JOUR

Les dangers du chaud et du froid chez le nouveau-né

D'après le Docteur Paul BALARD (1)

LEUR EXPLICATION

Le nouveau-né est encore incapable de maintenir constante sa température, car sa thermorégulation est imparfaite. Son système nerveux central ne peut, suivant les besoins de ses variations thermiques, harmonieusement augmenter ou diminuer ses oxydations internes, ses réactions vaso-motrices et sécrétoires périphériques. Aussi faut-il craindre pour lui la chaleur et le froid.

Cette déficience se révèle, dès que le fœtus sort de l'utérus, où, comme tout organe maternel profondément situé, il présentait une température supérieure de 0°08 à celle prise dans le rectum de sa mère. A ce moment, se produit, en effet, un abaissement thermique, marqué surtout durant les dix premières minutes, pour atteindre son maximum (36°-35°) en trois à cinq heures. Et cette hypothermie coïncide avec un abaissement parallèle du pouls, sans que soit influencée la courbe de la tension artérielle. « Ce refroidissement se fait par rayonnement ; il est proportionnel à la surface cutanée et non au poids de l'enfant, si bien que, toutes choses égales, le refroidissement est proportionnellement plus accusé chez les petits prématurés que chez les gros enfants, d'autant que les prématurés sont généralement maigres, et l'on sait que le panicule adipeux diminue le rayonnement ». Aussi les atrophiques débiles subissent-ils après la naissance des chutes de température parfois considérables (32°, 30° et même 28°) ; ces enfants, plus que d'autres, ont donc besoin d'être protégés contre le froid.

Ensuite, on assiste à une période de réascension progressive, pendant laquelle la température atteint graduellement 37°, au bout de dix à quarante heures pour un enfant à terme, au bout de cinq, dix, vingt jours et plus pour un prématuré.

Enfin, à partir du moment où la moyenne est voisine de 37°, le nouveau-né est sensiblement monotherme ; la courbe se rapproche de la ligne droite ; les températures du matin et du soir ne diffèrent guère que de un à deux dixièmes de degré. Cette régularité est plus grande chez les enfants nourris au sein que chez ceux, qui sont élevés au biberon. Le type nycthéméral n'apparaît que beaucoup plus tard, après l'administration des féculents, à l'époque du sevrage, au moment où l'enfant commence un certain exercice musculaire.

Jusque-là le sujet s'échauffe et se refroidit selon l'état du milieu ambiant, avec lequel il tend à se mettre en équilibre. Le fait est de constatation banale pour le froid, mais on l'observe aussi pour la chaleur. Chez le prématuré, placé dans des couveuses mal surveillées, surchauffées, la température peut atteindre 42°.

Cette sensibilité extrême des réactions thermiques du jeune enfant se manifeste aussi à l'égard des infections, vis-à-vis desquelles le nouveau-né et le nourrisson accusent le plus souvent une brusque et forte hyperthermie. Par contre, le prématuré réagit fréquemment à l'infection par une courbe en hypothermie. D'une façon générale, l'infection se traduit chez le nouveau-né, moins par la fièvre que par un *déséquilibre thermique, qui fait alterner*, à peu d'heures d'intervalle, l'*hypothermie et l'hyperthermie*. La signification de la courbe de température a, par suite, une valeur toute autre que chez l'enfant âgé.

On a, d'autre part, remarqué que le frisson et la polypnée thermique, grâce auxquelles l'homme adulte peut se défendre contre le froid et le chaud, n'existent pas chez le tout jeune individu.

En outre, si le nouveau-né résiste mal au chaud et au froid, dont les répercussions peuvent entraîner sa mort, il ne succombe qu'avec des hypo- ou des hyperthermies très marquées, qui sont inconnues chez l'adulte, lequel meurt, dès que son organisme subit des élévations ou des abaissements de température, bien moins élevés.

(1) P. BALARD. — Les troubles de la régulation thermique du nouveau-né. (*Cours de perfectionnement des sages-femmes*. Librairie A. Mollat, Bordeaux 1936).

LES CIRCONSTANCES, DANS LESQUELLES ILS SE MANIFESTENT POUR LA CHALEUR.

Une hyperthermie dangereuse pour le nouveau-né peut apparaître sous l'influence soit d'une chaleur ambiante exagérée, soit d'un traumatisme crânien, soit de troubles de la nutrition.

Chaleur ambiante.

Durant l'été, la grande chaleur constitue un danger beaucoup plus fréquent qu'on ne le suppose généralement ; il faut toujours surveiller de près l'enfant, en supprimant les bouillottes et le maillot, en lui donnant à boire fréquemment.

On connaît bien à présent le phénomène du « *coup de chaleur* ». Le thermomètre monte brusquement à 39°, 40°, 41° ; l'enfant devient plus agité, pousse des cris incessants ; ses traits sont tirés ; la peau, les muqueuses buccales et nasales sont desséchées ; des convulsions surviennent parfois sans que, pour cela, la ponction lombaire révèle quoi que ce soit d'anormal. Les troubles digestifs peuvent être légers ou nuls. La mort survient en deux ou trois jours, l'autopsie ne révèle aucune lésion organique.

Dans certains cas néanmoins, la température revient à la normale, aussi brusquement qu'elle était montée. La courbe, tantôt en plateau, tantôt oscillante, descend régulièrement : un simple clocher et tout rentre dans l'ordre.

A ces troubles, il faut aussitôt opposer une thérapeutique adéquate énergique : bains froids, suppression des vêtements, lavages intestinaux, aération, etc.

Traumatisme crânien.

On sait aujourd'hui que les lésions des centres nerveux peuvent être considérées comme un des facteurs d'hyperthermie ; pour le nouveau-né, il s'agit spécialement du traumatisme obstétrical.

Le Docteur Rudaux a pu démontrer que dans les cas de *fièvres aseptiques*, il y avait toujours des lésions cérébro-méningées, et surtout méningées. Chez des enfants, observés dans ces conditions, il put relever, dans 36 % des cas, des signes de souffrance fœtale *in utéro*, et, dans 70 % des cas, l'état de mort apparente ou l'état étonné à la naissance. Or, d'après Waitz, si les ponctions lombaires pratiquées systématiquement sont négatives chez le nouveau-né normal, par contre, chez les enfants présentant des troubles thermiques, 96 % des ponctions lombaires sont positives, témoignant de l'existence constante d'œdèmes aigus des méninges et de la présence fréquente d'hémorragie surajoutée.

Le Docteur Balard attribue un rôle moins important au traumatisme obstétrical ; il n'a relevé sur 67 cas d'hyperthermie que 16 interventions obstétricales (24 %), dont 15 forceps, et une version par manœuvres internes.

Troubles de la nutrition : hyperthermie par dénutrition.

Vers le 3e, 4e ou 5e jour, on observe parfois une élévation de température coïncidant avec la chute physiologique du poids ; sa fréquence et l'évolution normale vers la guérison font considérer cet accident comme une fièvre transitoire ou éphémère. Cette température peut durer de quelques heures à deux ou trois jours, parfois avec des rémissions. Le maximum oscille autour de 38°, 39°, mais peut atteindre 40°, 41°. La chute définitive se fait rapidement en crise.

L'état général est variable : agitation, cris, fatigue, somnolence ; parfois on ne note aucun signe subjectif.

L'apparition de la fièvre, *généralement plus tardive qu'à la suite du traumatisme obstétrical*, coïncide chez la mère avec une *montée laiteuse retardée ou insuffisante*, dont témoignent à la fois la pesée des tétées et la courbe de poids, qui présente à ce moment là son maximum de chute. Lorsque la montée laiteuse est normale, on a affaire à un gros enfant, que le sein de sa mère *ne peut suffire à nourrir*. Dans les deux cas, il y a une nutrition insuffisante, tout au moins une sorte de disproportion entre le poids de l'enfant et l'abondance du lait.

L'examen objectif ne décèle à peu près rien ; mais, fait important, *les selles sont encore méconiales*, preuve que l'absorption du lait demeure encore insuffisante.

Le pronostic est généralement bénin, et le développement ultérieur n'est pas influencé.

Pour les nouveau-nés normaux, qui n'ont pas du reste de lésions hépato-intestinales, susceptibles d'expliquer cette conception, il ne s'agit *pas de fièvre toxique*, mais bien plutôt *de soif tissulaire par suite de la privation d'eau* ; on sait, en effet, que l'hydratation des tissus est un moyen puissant de maintenir l'équilibre thermique.

Il suffit, du reste, pour voir disparaître ces accidents, de faire absorber au sujet de l'eau par quelque moyen que ce soit (thé léger ou tilleul entre les tétées, lavages intestinaux, injection sous-cutanée de sérum.)

On doit y adjoindre des bains ou enveloppements tièdes. On a souvent obtenu la chute de température, simplement en faisant boire les enfants.

Les causes d'hyperthermie sont ainsi classées en trois catégories bien distinctes, mais, pratiquement, il est souvent malaisé, dans un cas donné, de faire pareille discrimination. En réa-

lité, si les notions d'épidémicité et d'élévation de la température extérieure, permettent dans certains cas d'incriminer avec certitude le coup de chaleur, il ne faudrait pas toutefois nier, même dans ce cas, l'action des troubles de la nutrition. La deshydratation par transpiration est évidemment plus intense et plus rapide dans les mois d'été. Pareille intrication pathogénique est aussi nette, en ce qui concerne le traumatisme obstétrical et la fièvre de déshydratation.

Ajoutons enfin que les interventions, nécessitées par la dystocie, auront justement pour conséquence de ralentir la montée laiteuse chez la mère, ne serait-ce que par le retard de l'alimentation imposé par l'absorption de chloroforme.

***

Les troubles dus au froid

Quatre syndromes peuvent rentrer dans ce cadre : l'œdème généralisé du nouveau-né, le sclérème, l'hypotonie musculaire et l'ictère du nouveau-né.

Œdème généralisé du nouveau-né.

Il ne s'agit pas ici de l'œdème généralisé du fœtus, maladie congénitale, mais bien d'une affection acquise, qui survient chez des enfants débiles et exposés dans les premiers jours de la vie à un froid intense (petits abandonnés, trouvés dans la rue). Cette maladie, en tant que syndrome généralisé, est aujourd'hui devenue très rare ; tout au plus peut-on observer encore des *œdèmes localisés* aux mains dans les milieux peu fortunés, au moment des plus grands froids.

Le tableau clinique en était autrefois aisé à reconnaître : toute la surface du corps, et particulièrement les parties déclives, présentaient un œdème mou, pâle, gardant l'empreinte du doigt. Le rythme cardiaque était ralenti, la température centrale fortement abaissée. Beaucoup de ces enfants mouraient ; mais ceux, qui pouvaient être réchauffés à temps d'une manière active, et rapidement alimentés, survivaient et se développaient ensuite normalement.

Le sclérème.

Il survient chez les prématurés débiles. C'est un œdème dur, ne prenant pas le godet, intéressant non seulement le tissu cellulaire, mais toute l'épaisseur des téguments, qui perdent leur mobilité, et constituent autour de l'enfant, une véritable cuirasse rigide. Il débute par les membres inférieurs, et gagne peu à peu le reste du corps. Parfois, il demeure localisé aux extrémités des membres, c'est la forme la moins grave. L'évolution est généralement progressive ; elle est à peu près fatale. lorsque le sclérème atteint les parois abdominales. Des troubles de dénutrition accompagnent, du reste, cet état ; la température s'abaisse notablement, et peut atteindre 20° ; on note également une forte diminution du poids.

Le traitement consiste à réchauffer l'enfant par des bains chauds et des massages avec de l'alcool tiède, à le mettre en couveuse, et enfin à l'alimenter de son mieux. Ces petits soins restent sans résultats devant les formes graves et progressives.

Hypotonie musculaire du nouveau-né. — Le Docteur Balard entend sous ce terme une sorte d'insuffisance musculaire généralisée, survenant dans les premiers jours, et habituellement transitoire, puisqu'elle est presque toujours suivie de guérison. Il a depuis longtemps observé des nouveau-nés paraissant normaux, tant au point de vue somatique qu'au point de vue nerveux (l'évolution ultérieure permet d'être affirmatif sur ce point), à qui leur mère offre un mamelon bien conformé, et qui sont incapables de faire l'effort de la succion. Ils ne têtent pas, mais lèchent le mamelon.

Or, cette catégorie d'enfants se rencontre avec une fréquence remarquable aux changements de saison, au moment où la température naturelle des salles d'hôpital, déjà trop faible, n'est pas encore renforcée par la chaleur artificielle. On observe également ce trouble chez les sujets qui, lors de leur naissance, n'ont pas été baignés et vêtus avec toute la célérité désirable, mais qui ont été laissés quelque temps sans soin, exposés au froid, parce que la mère retenait à ce moment l'attention de l'accoucheur, ou pour toute autre raison.

L'insuffisance de la succion, due à l'hypotonie des muscles buccaux, n'est qu'une manifestation particulière d'une hypotonie musculaire généralisée, que l'on peut du reste constater chez l'enfant, car son corps entier est mou et flasque, et dont la cause efficiente a été le refroidissement.

Cette hypotonie généralisée disparaît rapidement, lorsque l'enfant est réchauffé et alimenté ; généralement l'enfant finit par prendre le sein ; parfois cependant il se refuse à téter le mamelon et, au bout de quelque temps, malgré les efforts répétés, la montée laiteuse se tarit et l'enfant est condamné à être nourri artificiellement.

Ictère du nouveau-né. — Certains ictères du

nouveau-né doivent être aujourd'hui rattachés au refroidissement.

L'ictère physiologique, par opposition aux ictères pathologiques, qui sont dus à l'infection ou à l'imperforation des voies biliaires, est extrêmement fréquent. C'est un ictère par hémolyse, provenant d'une fragilité extrême des globules sanguins.

Mais il faut savoir que le froid joue ici un rôle primordial, en particulier l'accentuation de la chute thermique, habituelle de la naissance.

***

Les mesures préventives et curatives contre les troubles par la chaleur et le froid

Déjà, on emploiera tous ses efforts à prolonger la grossesse jusqu'à son terme, car ce sont les prématurés, dont la régulation thermique est particulièrement insuffisante. Il y aurait aussi avantage, dans l'intérêt de l'enfant, à repousser l'accouchement prématuré provoqué dans la thérapeutique des viciations pelviennes.

D'autre part, on ne pense pas assez que le nouveau-né peut souffrir de la chaleur au moment de la période estivale. C'est alors, cependant, qu'il convient d'aérer les appartements, d'y éviter l'ébullition du linge et, d'une façon générale, l'excès de vapeur d'eau. Durant cette période, l'emploi de ventilateurs au-dessus de blocs de glace pourra abaisser sensiblement la température. L'enfant sera démailloté, peu couvert ; sa température sera surveillée et des bains frais lui seront fréquemment administrés.

On se souviendra également qu'il convient d'éviter à l'enfant tout traumatisme, au moment de l'accouchement. « L'heure est passée en obstétrique des méthodes de force. Il convient, au contraire, de leur substituer des méthodes de douceur. L'accouchement doit être autant que possible, spontané.

Cependant, dans certaines circonstances la durée du travail doit souvent être abrégée. La morphine calmera la contracture utérine, si fréquente en pratique, et le forceps dans l'excavation sera largement employé pour éviter les longues périodes d'expulsion, si préjudiciables à l'enfant.

Par contre, le forceps sera banni de la thérapeutique de la dystocie osseuse, et on évitera de l'employer au détroit supérieur.

Dans les bassins rétrécis, on instituera l'épreuve du travail, qui n'aboutit qu'à deux alternatives : l'accouchement spontané, ou, si la tête ne s'engage pas, la césarienne supra-symphysaire. »

D'un autre point de vue, il est indéniable que l'on soigne assez mal le nouveau-né. On l'alimente d'une *façon beaucoup trop tardive*. Tous les auteurs enseignent, en effet, que l'on ne doit rien donner à l'enfant durant les premières vingt-quatre heures. Tout au plus fait-on alimenter précocement les débiles et les prématurés. Ce qui est l'exception doit devenir la règle.

« Les *petits enfants* doivent être *précocement* alimentés, en attendant la montée laiteuse ; ils devront être stimulés avec des excitants, tels que du thé légèrement punché, et l'on se souviendra que la ration alimentaire des tout petits est proportionnellement *plus grande* que celle des gros enfants du même âge, en raison de leur plus grande surface cutanée. »

Les gros enfants, d'autre part, ont besoin d'une ration alimentaire, généralement plus copieuse que celle qu'on leur donne. La montée laiteuse ne se faisant que le deuxième ou le troisième jour, parfois même plus tard, on peut voir s'installer les troubles d'inanition et de deshydratation, facteurs des accidents dangereux d'hyperthermie. Il convient donc d'alimenter précocement, et d'une façon suffisante ces enfants.

Du reste, si nous observons les espèces animales, nous voyons que, chez la plupart des mammifères, l'allaitement commence aussitôt la naissance. L'instinct du jeune et celui de la mère se combinent.

On évitera de faire refroidir l'enfant au moment de la naissance ; trop souvent, en effet, il est placé dans une simple serviette, pendant que l'on prépare les objets nécessaires à sa toilette, alors que ceux-ci auraient dû être apprêtés depuis longtemps déjà, — ou bien encore pendant que l'on s'occupe de la mère.

Or, si tout est normal, la mère n'a besoin de rien après l'accouchement, en attendant la délivrance. C'est le moment de s'occuper de l'enfant. Il faudra le faire avec une rapidité de geste, qui n'exclut pas la douceur, tout ayant été préparé d'avance pour que la ligature du cordon, le bain et le maillotage se fassent *très vite*, sans exposer l'enfant au froid.

De pareilles précautions devront être prises les jours suivants au moment des changes, en élevant à ce moment la température de la chambre.

Pendant la saison froide, enfin on couvrira l'enfant, et on le réchauffera par des bouillottes régulièrement entretenues.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Hémo et sérothérapie humaine dans les affections pulmonaires aiguës du nourrisson.

L'hémothérapie est indiquée sous toutes ses formes dans les affections pulmonaires aiguës du nourrisson et du petit enfant. Le Docteur G. Lévy recommande comme technique la plus simple l'injection de sang total dès la constatation de la maladie et continue l'hémothérapie les jours suivants par des injections de sérum ou de plasma maternel. (*La Pratique Médicale française*, mai 1936.)

Les formes hydropiques de l'ictère catarrhal.

MM. J. Caroli, R. Cachera et Déparis rapportent deux cas d'ictère catarrhal qui ont présenté, dans le cours de leur évolution, une poussée aiguë d'anasarque sans néphrite. Cette complication ne doit pas surprendre, car elle cadre avec ce qu'on sait des troubles du métabolisme de l'eau dans l'ictère catarrhal ; elle paraît être une forme excessive et paroxystique de la rétention hydrique habituelle au cours de cette affection. Ces hydropisies « à la manière » des néphrites, qui surviennent dans le cours des ictères catarrhaux, semblent exclure toute intervention du rein, car elles évoluent sans albuminurie, sans cylindrurie, sans hypertension ni rétention azotée. On a signalé tout le parti qu'on pouvait tirer de l'étude de la diurèse provoquée pour le diagnostic fonctionnel des ictères par rétention. Il est certain que, dans les hépatites ictérigènes, on voit évoluer parallèlement le syndrome de rétention biliaire et un syndrome de rétention hydrique qui pourrait essentiellement aller jusqu'à l'œdème. Ce qu'il convient de rechercher au cours de ces anasarques exceptionnelles, c'est le facteur surajouté qui déclenche l'apparition des œdèmes. Les deux malades observés présentaient, en pleine anasarque, une hypoprotéinémie avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. La disparition de l'œdème a coïncidé avec un retour à la normale de l'équilibre des protéines du sang. Enfin on ne doit pas s'étonner de voir la débâcle urinaire entraîner la disparition de la rétention biliaire en même temps que la fonte des œdèmes. Il est naturel que le processus de guérison d'une hépatite ictérique soit le même que celui de la disparition d'un œdème. En effet, les recherches histologiques des auteurs montrent que l'hépatite de l'ictère catarrhal consiste avant tout en une sorte de gonflement œdémateux des cellules trabéculaires, prédominant dans le centre du lobule, et préparant le terrain aux nécroses cellulaires et aux ruptures canaliculo-interstitielles de Fiessinger. La crise urinaire viendra débloquer cet œdème tissulaire et rétablir le fonctionnement normal de la cellule hépatique. (*Paris-Médical*, 16 mai 1936.)

La cystographie dans le diagnostic des diverticules vésicaux.

La cystographie, précise le Docteur Méan, est l'étude radiographique de la vessie, la délimitation avec les plans voisins étant obtenue par l'injection dans la vessie d'un milieu de contraste, que celui-ci soit de l'air ou un liquide opaque aux rayons X (bromure de sodium à 10 % ; collargol à 10 ou 15 % ; lipiodol ; iodipine ; gélobarine ; et surtout oxyde de thorium en solution colloïdale à 25 %, le plus employé actuellement).

Pendant très longtemps, les diverticules de la vessie sont demeurés des curiosités anatomiques jusqu'au jour où la cystoscopie, mais surtout la cystographie sont venues en démontrer la fréquence. Mais si la cystoscopie peut nous permettre de diagnostiquer un diverticule vésical et son siège en nous montrant l'orifice de communication, elle ne peut en aucun cas nous préciser les caractères du diverticule, c'est-à-dire sa forme, son volume, sa situation par rapport aux parois vésicales et aux uretères. Seule la cystographie pourra faire décider ou écarter une intervention. C'est ainsi que l'on opérera un diverticule démontré de gros volume communiquant avec la vessie par un collet étroit et se vidant difficilement, tandis que l'on se dispensera d'intervenir pour un petit diverticule communiquant largement avec la vessie et se vidant avec elle. Enfin après l'intervention chirurgicale, il ne sera pas sans intérêt de vérifier l'état anatomique et fonctionnel du réservoir urinaire.

En résumé, la cystographie constitue donc un procédé d'investigation facile, précieux pour le diagnostic et capable d'aider puissamment le médecin dans le choix de sa thérapeutique. (*Liége Médical*, 17 mai 1936.)

Le dépistage des hépatites tuberculeuses.

MM. CHIRAY, ALBOT et DEPARIS croient pouvoir conclure que : 1° Lorsque la tuberculose frappe le tube digestif ou les séreuses péritonéales, les concentrations galactosuriques révèlent la présence ou l'absence d'une hépatite tuberculeuse, graisseuse ou folliculaire, ce qui est fort important pour le pronostic.

2° Cette épreuve permet de mettre précocement en évidence les hépatites tuberculeuses dégénératives qui parfois compliquent et aggravent certaines localisations pulmonaires, génitales ou autres de la tuberculose. (*Paris Médical*, 16 mai 1936.)

L'exercice qui convient aux plus de cinquante ans.

L'emploi de l'exercice, à cet âge de la vie, impose des précautions. Le Docteur M. BOIGEY a été le témoin d'accidents imputables, de toute évidence, à des pratiques gymnastiques mal ordonnées, sinon contre-indiquées.

L'un de ces cas est celui d'un homme de 57 ans, pléthorique abdominal et hypertendu, qui mourut subitement, à la fin de l'une des séances d'exercice en chambre qu'il faisait chaque matin à son lever, étendu sur sa descente de lit. L'aspect cyanosé du visage incita l'autorité à rechercher les causes de la mort. L'autopsie révéla une congestion intense des gros vaisseaux de la base du cerveau et une hémorragie siégeant au niveau du troisième ventricule gauche.

Il est évident que prescrire des exercices dans le décubitus dorsal à un pléthorique hypertendu de 57 ans était, pour le moins, imprudent. La seule élévation des jambes, dans cette position, provoque un véritable coup de bélier sur les vaisseaux intra-cérébraux ' pour peu que leurs parois présentent des points faibles, on peut voir brusquement survenir des accidents redoutables.

Un autre cas est celui d'un homme de 50 ans, d'apparence bien portant et de taille svelte, auquel un masseur ignorant avait conseillé de parcourir, chaque matin, dans une prairie, quelques centaines de mètres au pas gymnastique, pour « conserver », disait-il, l'allure juvénile et la souplesse des mouvements. Au cours d'une séance de ce genre, notre sujet éprouve tout à coup une sensation d'étouffement, fut contraint de s'arrêter, regagna péniblement sa maison, située à quelque distance, s'étendit sur son lit et, presque aussitôt mourut, en se plaignant d'une douleur atroce siégeant à la région rétro-sternale et précordiale. L'autopsie ne fut pas faite, mais le médecin du défunt m'apprit que celui-ci était atteint d'insuffisance aortique syphilitique, jusqu'alors parfaitement tolérée.

C'est une erreur de prescrire l'exercice sans indiquer en même temps ses modalités et son dosage. Sédentaires, hypertendus, pléthoriques, quinquagénaires et sexagénaires, cardiopathes latents ou compensés sont, pour la plupart, justiciables de cet agent thérapeutique. Il n'est personne à qui l'exercice soit plus salutaire. Mais il doit être bien ordonné et adapté à leurs faibles forces, pour que les intéressés n'en retirent que des bénéfices et ne s'exposent à aucun de ses dangers.

Pas de position congestionnante pour le cerveau et pas d'exercices de vitesse. Voilà deux indications dont le médecin doit être pénétré en présence des hypertendus ou même de sujets apparemment indemnes, mais ayant doublé le cap de la cinquantaine. (*L'Orientation Médicale*, mai 1936.)

Les contre-indications des cures solaires au point de vue de la tuberculose pulmonaire.

Le Docteur P. LABESSE en fait une étude surtout au point de vue de la tuberculose pulmonaire. Il en résulte : 1° que l'insolation ne peut être mise en œuvre chez le tuberculeux pulmonaire que dans des formes exceptionnelles, sur lesquelles l'auteur formule des réserves, et qui font qu'en règle générale, l'héliothérapie constitue rarement un traitement de la tuberculose pulmonaire elle-même ; 2° chez le malade atteint d'une localisation tuberculeuse extra-pulmonaire justiciable de l'héliothérapie, un triage rigoureux avec prise d'une radiographie doit être pratiqué et la cure doit être abandonnée s'il survient des réactions focales pulmonaires ; 3° Les cures solaires préventives doivent être surveillées individuellement d'une façon scientifique avec contrôle radiologique et recherche de l'allergie par la mise en œuvre des cutiréactions en série ; 4° L'insolation sans contrôle, pratiquée d'une façon si excessive actuellement à la montagne et surtout sur les plages et qui ne saurait être comparée à l'héliothérapie vraie doit être formellement proscrite à tous les sujets suspects de tuberculose (débiles, convalescents, surmenés scolaires, anergiques), particulièrement s'il s'agit d'enfants, d'adolescents, de jeunes adultes qui sont justement ceux qui la pratiquent couramment sans contrôle.

Il appartient aux médecins de famille d'attirer l'attention sur ce point important qui est à l'origine de tant de tuberculoses pulmonaires graves. (*Le Journal Médical français*, avril 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Fièvre hispano-africaine en Grèce

(MM. J. Caminopetros et Triantaphyllopoulous. — Présentation par M. Brumpt ; 16-6-1936)

Les faits signalés par les auteurs les autorisent à affirmer l'existence, en Péloponèse, d'un foyer de fièvre récurrente du type récurrente hispano-africaine.

Le spirochète isolé chez les malades en question, doué d'un pouvoir pathogène élevé pour le cobaye, animal réactif de la récurrente hispano-africaine appartient au groupe *spirochæta hispanica.* Afin de caractériser le lieu d'origine de ce spirochète, il convient de décrire celui-ci comme une variété à part : *spirochæta hispanica,* var. *peloponesica.*

Volatilité et solubilité de l'acide oléique et de l'acide linoléique

(M. Pierre Delbet ; 16-6-1936)

M. Pierre Delbet, ayant établi la volatilité et la solubilité de l'acide oléique et de l'acide linoléique, montre que ces deux acides modifient, de ce fait, notablement le pH. Par ce mécanisme, ils peuvent jouer un rôle important dans les phénomènes biologiques.

Varicelle maligne au Cameroun

(M. Millons ; 16-6-1936)

La vaccination jennérienne a fait disparaître progressivement la menace sociale qu'était naguère la variole pour l'Afrique noire. Mais, en 1935, est apparue au Cameroun une épidémie d'abord attribuée à la variole, puis rattachée à une varicelle maligne. La maladie a comporté une éruption vésiculo-pustuleuse à caractère varicellique, mais offrant par la fréquence et la gravité de ses complications une forme maligne, plus meurtrière même que la variole et contre laquelle on n'avait pas cette arme défensive si efficace qui est la vaccination jennérienne.

Cette varicelle maligne a frappé 1.919 personnes et a causé 870 décès.

Académie de chirurgie

Névralgie du glosso-pharyngien

(M. Paul Martin, de Bruxelles. Rapport de M. Petit-Dutaillis ; 18-3-1936.)

La névralgie du glosso-pharyngien est une maladie rare ou du moins jusqu'à ce jour rarement reconnue. On en relève seulement une vingtaine d'observations dans la littérature médicale.

Au point de vue clinique, elle se montre sous la forme de crises comme la névralgie du trijumeau, mais avec une localisation des douleurs différente de celle-ci et particulière. Les douleurs ont leur point de départ dans l'arrière-gorge, au niveau de la base de la langue ou de l'amygdale ; elles s'irradient le plus souvent vers l'oreille et vers l'angle de la mâchoire, parfois vers le pharynx. Le point de départ est, dans certains cas, à l'intérieur de l'oreille. Ces douleurs sont strictement unilatérales, discontinues, mais généralement les paroxysmes sont plus courts que dans la névralgie faciale.

M. Paul Martin en a observé deux cas. Le second malade comparait ses douleurs à un coup de couteau. Les crises apparaissaient au début quand le patient avalait trop chaud ou trop froid. Dans la suite, le seul fait d'avaler la salive ou de parler suffisait à déclencher la crise.

Le nerf glosso-pharyngien est un nerf mixte. Et effectivement, les laryngologistes ont décrit, au cours des névralgies du glosso-pharyngien des troubles de la motilité du pharynx connus sous les noms d' « entraînement massif du pharynx » (Collet) ou de « signe du rideau » (Vernet). M. Petit-Dutaillis n'accepte pas toutefois l'interprétation de M. Vernet. A son avis, les paralysies en question, observées dans des cas spéciaux (malades atteints de lésions du trou déchiré postérieur) relèveraient plutôt d'atteintes de nerfs voisins. La section intracranienne du glosso-pharyngien (pratiquée comme traitement de la névralgie du glosso-pharyngien) n'entraîne, en effet, aucune paralysie du pharynx.

Au point de vue thérapeutique, M. Paul Martin considère la section intracranienne de la racine du IXe nerf comme la méthode de choix. Ce serait une opération sans grosse difficulté et sans grand danger. L'auteur la préfère systématiquement à la résection extra-cranienne du nerf. M. Petit-Dutaillis a partagé le même avis d'abord, mais à la suite d'un échec chez un de ses malades, son opinion est devenue beaucoup moins affirmative. Après la section intracranienne de la racine du IX, on a observé des récidives. Dans les cas traités par la résection extracranienne, la récidive paraît ne s'être pas montrée. La question du traitement chirurgical de cette affection (névrotomie extracranienne ou radicotomie) reste donc encore ouverte. Il faut attendre pour juger les deux méthodes que les résultats des opérations s'accumulent.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Maladie de Hand Schüller Christian

(MM. F. RATHERY et D. BARGETON ; 27-3-1936)

Les cas de cette maladie ne sont pas encore très nombreux, et sa pathogénie reste très discutée. Le point intéressant de l'observation communiquée, c'est la précession très nette de la plupart des signes cliniques sur l'hypercholestérolémie et l'hyperlipémie, alors qu'on les considère généralement comme des phénomènes primitifs. Les auteurs se sont demandés si le trouble primitif n'était cependant pas d'origine hypophysaire, et si les troubles du métabolisme cholestérolien n'étaient pas sous sa dépendance.

Carcinose généralisée fébrile d'origine surrénale. Septicémie à streptocoques associée

(MM. D. OLMER, membre correspondant, Jean OLMER, M. AUDIER et J. VAGUE ; 27-3-1936)

Cette observation rentre dans le groupe bien individualisé des tumeurs surrénales à forme métastatique, dans lesquelles la tumeur primitive passe inaperçue et où des embolies cancéreuses multiples, essaimant dans tout l'organisme, peuvent simuler les affections les plus diverses. Le malade s'est présenté avant tout, non pas comme un cancéreux avec un syndrome viscéral d'étiologie imprécise, mais comme un fébricitant, un septicémique. Cliniquement, le diagnostic d'état septicémique pouvait être fait, grâce à la courbe thermique, à l'hépato-splénomégalie, à la coexistence de nodules cutanés d'aspect inflammatoire. La formule sanguine, avec sa leucocytose et sa polynucléose élevées était encore en faveur de ce diagnostic. Les résultats d'une hémoculture apportaient, quant au streptocoque, une confirmation et un élément de précision étiologique, qui ne paraissaient pas pouvoir se discuter. Mais l'examen anatomique devait prouver l'existence d'un néoplasme surrénal avec métastase généralisée à la plupart des viscères. Il paraît logique ici de rattacher le syndrome clinique de septicémie à l'infection streptococcique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars 1936

Diverticules de l'appendice

M. G. PASCALIS montre un appendice récemment enlevé au début d'une crise aiguë, dont les lésions étaient localisées nettement à trois diverticules du bord mésentérique.

Mise au point

M. G. PASCALIS rappelle que ce sont les travaux d'hommes indépendants, les Lemaître, Carrel, Pauchet, Petit de la Villéon, qui ont permis les plus grands progrès de la chirurgie de guerre, et en ont littéralement transformé les résultats. Ceux-ci avaient été oubliés dans les récentes interviews de Gosset, et il fallait que ce fût dit.

Amputation interilio-abdominale

M. G. PASCALIS qui a eu à pratiquer récemment une amputation de ce genre , en résume brièvement la technique et montre comment il est possible d'exécuter une opération aussi grave avec chances de succès, en minimisant les causes de choc.

Tubage duodénal : modification de la sécrétion biliaire au cours d'une séance de courants exponentiels de basse fréquence

M. AUBOURG montre l'action énergique des courants électriques de basse fréquence sur l'augmentation de la quantité de bile et de sa teneur en sels biliaires parallèlement à la diminution du cholestérol sanguin.

L'anesthésie électrique : ses caractères (*Fin*)

M. R. GRAIN montre que la stabilité, cinquième et dernier caractère de l'anesthésie électrique, est telle qu'aucun accident ou incident survenant dans le cours de l'évolution ne peut arriver à la faire disparaître ou fléchir. Elle n'est toutefois qu'à la condition impérative de ne faire aucune anesthésie locale du larynx ni, *a fortiori*, aucune intervention. Est également déconseillé le traitement ambulatoire qui risque, surtout en hiver, de provoquer des refroidissements susceptibles de compromettre la stabilité de l'anesthésie.

La guérison de la tuberculose par la tuberculine

M. CEVEY (de Lausanne) montre par une série de projections les heureux résultats obtenus par l'administration de doses suffisantes de tuberculine ancienne et de tuberculine chimiquement modifiée dans la tuberculose pulmonaire avec guérisons et capacité de travail maintenues depuis plus de dix ans.

Rhinoplastie par enjambement antibrachial

M. CLAOUÉ présente une opérée de rhinoplastie par enjambement antibrachial. Il attire l'attention sur l'importance de ne pas créer de nouvelles cicatrices et mutilations soit à la face, soit même au bras. Il faut se servir de la partie inférieure de l'avant-bras comme instrument d'enjambement pour porter le lambeau d'une partie du corps à la face. L'auteur insiste sur la petitesse de l'implantation antibrachiale et sur la nécessité avant chaque transplantation d'attendre quelques jours pour être sûr de l'élimination des parties nécrotiques et assurer de la sorte une qualité de prise aussi parfaite que possible.

G. F.

Les Thèses

LES RÉTICULO-FIBROSES DE LA RATE

Mon camarade Robert Messimy vient de faire, sous la direction de notre maître commun, le Professeur Noël Fiessinger, un excellent travail sur les réticulo-fibroses de la rate (1).

C'est un document rempli de détails techniques sur les méthodes histologiques applicables aux coupes spléniques, et dont la lecture est profitable à tous ceux qu'intéresse le problème plein d'inconnus qu'est l'étude des splénomégalies scléreuses.

Messimy est le petit-fils du Professeur Victor Cornil, et comme le dit le Professeur Noël Fiessinger dans sa préface, on a la joie de découvrir dans son travail toutes les qualités d'observation de son grand-père.

***

Les scléroses de la rate sont intéressantes à plusieurs points de vue : elles sont difficiles à classer cliniquement ; les coupes histologiques des rates scléreuses sont difficiles à interpréter ; enfin, la genèse des scléroses spléniques a soulevé plusieurs hypothèses pathogéniques.

Le problème ainsi posé, Messimy insiste d'abord sur la structure histologique de la rate normale, et, à ce sujet, il nous apporte une classification originale que voici ; il étudie successivement :

1° le tissu de soutien, capsule et travées ;

2° la trame réticulée formée d'éléments cellulaires fixes réunis par des fibres d'union. Cette trame existe dans la pulpe blanche comme dans la pulpe rouge avec des caractères semblables ;

3° le système artériel comprenant les artères proprement dites avec leur terminaison, les follicules lymphoïdes, des cordons, etc. ;

4° le système veineux formé par les sinus veineux avec leurs cellules endothéliales et les fibres conjonctives qui bordent ces sinus et par les veines formées par la réunion de ces sinus.

Puis, synthétisant les innombrables études concernant le mécanisme intime de la circulation intra-splénique, l'auteur insiste sur l'existence de zones de diffusion péri-folliculaires et péri-trabéculaires au cours des injections artérielles de substances colorées, et la facilité des échanges circulatoires entre les cordons et les sinus quelle que soit la voie d'injection ; de là vient le rôle fondamental des cordons pour la circulation et la variabilité de leurs aspects suivant les différents états physiologiques.

Dans les spléno-contractions produites par irritation du sympathique splénique, il distingue deux étapes : la première en rapport avec une réponse de la capsule et des travées ; la deuxième liée à celle des artères dont le tissu de soutien est particulièrement renforcé dans la rate par un système élastique puissant.

Etudiant les splénomégalies pathologiques, Messimy arrive à distinguer deux grands types de fibro-scléroses de la rate.

D'une part, des *fibroses à polarisation artérielle.* Ce sont celles des splénomégalies primitives, de la maladie de Banti.

D'autre part, des *fibroses à polarisation veineuse.* Ce sont celles des cirrhoses.

Les splénomégalies inflammatoires primitives à évolution chronique passent, selon lui, par deux stades :

Premier stade précoce où les altérations spléniques affectent une allure inflammatoire subaiguë avec inflammation de la pulpe et surtout des cordons, avec hyperplasie des cellules réticulées.

Deuxième stade d'organisation qui correspond au type anatomo-clinique décrit par Banti avec une grande fréquence de foyers hémorragiques péri-folliculaires.

La polarisation des lésions dans ces cas est péri-artérielle d'une façon plus ou moins nette, la réticulo-fibrose plus ou moins extensive vers les follicules, vers les cordons, vers la capsule et les travées.

L'affection décrite par Banti se présente comme une affection à syndrome anatomo-clinique pouvant relever de causes multiples (syphilis, paludisme, tuberculose, kala-azar, causes inconnues) et cette symptomatologie serait due à l'activité réactionnelle du mésenchyme splénique et à la virulence atténuée de la maladie causale.

Messimy a fait une étude approfondie des poussées successives des splénomégalies primitives dont il a pu préciser le processus inflammatoire.

Il sépare les splénomégalies à polarisation artérielle prédominante qui seraient des splénomégalies avec grandes hémorragies digestives, et les splénomégalies à prédominance pulpaire

(1) Robert Messimy. — « Les réticulo-fibroses de la rate », étude de leurs principaux groupements anatomo-cliniques et de leurs répercussions sur l'organisme, préface de M. le Professeur Noël Fiessinger, Vigot 1936.

qui seraient plutôt le fait des affections parasitaires, telles que le paludisme ou le kala-azar.

A la longue, cependant, les lésions se remanient. Il devient difficile d'affirmer la variété étiologique d'après l'examen histologique.

Au cours des cirrhoses, Messimy insiste sur le caractère histologique des splénomégalies dont les lésions ont une polarisation péri-veineuse.

Il étudie successivement les rates au cours de la cirrhose de Laënnec, du syndrome ictéro-ascitique de Noël Fiessinger et P. Brodin, des cirrhoses hypertrophiques avec ascite, et anascitiques ; il conclut en fait que la splénomégalie comme l'hépatomégalie pourraient traduire un état réactionnel particulièrement actif de l'organisme.

Il étudie de même la rate au cours des syndromes hémorragico-ascitiques, des cirrhoses graisseuses, des cirrhoses avec ictère et des cirrhoses pigmentaires.

Puis il discute la splénectomie au cours de quelques splénomégalies et nous apporte, pour terminer, une étude expérimentale qui lui permet, du point de vue pathogénique, d'attacher, avec Noël Fiessinger, une importance considérable aux phénomènes de leucolyse dans le déclenchement de la sclérose, dans son entretien et dans sa répercussion à distance.

Tels sont les nombreux problèmes que Messimy aborde dans sa thèse et que nous n'avons pu qu'esquisser très rapidement ici.

C'est une thèse technique très importante qui marque une date dans l'étude des splénomégalies scléreuses et dont la lecture est indispensable à tous ceux que ces problèmes anatomiques et pathogéniques intéressent.

Georges Boudin.

P. — Dr J. Le Gall. — **Consanguinité et descendance.** (Thèse, 1936.)

L'enquête récente de la *Médecine générale française* a tempéré le réquisitoire prononcé jadis contre la consanguinité. Moins coupable qu'on ne l'avait cru, la consanguinité n'est cependant pas toujours innocente. Agissant non par une perturbation mystérieuse de l'hérédité, mais par une sorte d'addition des facteurs héréditaires favorables ou défavorables, elle peut, dans certains cas fâcheux, conduire à l'aggravation de tares, demeurées parfois latentes chez les procréateurs, en d'autres termes, elle semble déterminer une concentration bonne ou mauvaise de l'hérédité.

Pour autoriser une union consanguine, le médecin devrait avoir la certitude que la famille des futurs époux, est indemne de toute prédisposition dangereuse, tant physique que morale. L'insuffisance des moyens d'investigation, l'orgueil de ceux qui se savent malades, l'oubli de ceux qui se croient guéris, enfin l'ignorance des vivants quant aux secrets des aïeux, enlèvent toute rigueur à l'examen prénuptial des consanguins.

En conséquence, même lorsqu'un interrogatoire et un examen minutieux ne dévoilent aucune périlleuse anormalie, une union consanguine reste à déconseiller. Si toutefois, le mariage a lieu, malgré tout, le médecin ne doit pas manifester une inquiétude qui serait souvent exagérée.

P. — Dr M. Monti. — **La phénolisation du pédicule rénal (sympathicotomie chimique) dans les affections douloureuses du rein.** (Thèse, 1936.)

Dans les cas de sympathectomie rénale, par phénolisation du pédicule, les résultats sont superposables à ceux de la méthode chirurgicale, avec peut-être l'avantage de permettre une destruction plus complète des filets nerveux et, par conséquent, d'obtenir des résultats plus constants.

D'autre part, du point de vue technique, il n'y a aucune comparaison entre les difficultés parfois insurmontables que peut entraîner une énervation sympathique du rein et la simplicité relative de la phénolisation du pédicule.

A une méthode délicate, minutieuse, assez longue et laborieuse en général, et aussi non exempte de dangers, s'oppose un procédé élégant et rapide, moins traumatisant pour le rein, plus constant dans ses résultats.

Les observations recueillies par l'auteur lui ont permis de préciser les indications de cette méthode qui est surtout un traitement des affections douloureuses du rein, en particulier celles où le rein garde une valeur fonctionnelle telle qu'il n'est pas permis d'envisager une néphrectomie (petites hydronéphroses douloureuses avec bon fonctionnement rénal ; *pexies* pour reins ptosés ou mobiles, qu'il rend indolores ; *rein polykystique douloureux* où la néphrectomie est contre-indiquée ; néphralgies rebelles d'origine indéterminée, etc.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

LA STÉRILISATION TOTALE EN PRATIQUE CHIRURGICALE

Nul ne peut douter qu'à l'heure actuelle l'asepsie chirurgicale ait atteint un degré de perfection, qui se révèle par le résultat de longues recherches sur le terrain clinique comme sur le terrain expérimental.

Cependant, soumise à l'axiome que le parfait n'est pas de ce monde, l'asepsie chirurgicale doit, elle aussi, subir la loi du perpétuel devenir. C'est ainsi que les méthodes présentes ne semblent pas tenir un compte suffisant de l'infection exogène possible par le milieu de l'air, même si l'on utilise les masques qui couvrent la bouche et le nez, et si l'on observe le silence.

Le Professeur Gudin (de Rio-de-Janeiro) va jusqu'à dénommer « asepsie fictive » notre pratique chirurgicale d'aujourd'hui. Il a voulu faire mieux encore, et réaliser ce qu'il appelle la « stérilisation totale », dans le but d'éviter la contamination aérienne de la plaie opératoire.

Avec la méthode usuelle, dénommée à tort aseptique, dit cet auteur, nous opérons bien avec un matériel (gants, compresses, instruments, fils) qui a été parfaitement stérilisé ; mais celui-ci se contamine au contact d'un air septique, d'une peau également contaminée dans les mêmes conditions, et ainsi la plaie opératoire la plus correcte ne peut rester exempte de germes. C'est, en réalité, une plaie devenant septique de par l'existence d'un facteur aérien, qui la contamine en permanence. La chose est si vraie, que celle-ci présente une réaction inflammatoire parfaitement caractérisée avec de la rougeur, de l'œdème, des gouttelettes séro-purulentes aux points d'entrée et de sortie des fils ? Et la bactériologie démontre la présence de germes variés à ce niveau. Ces faits n'empêchent d'ailleurs pas que la cicatrisation puisse se faire par première intention ; mais il s'agit là d'une forme microbienne et phlegmasique, alors qu'il faudrait obtenir, à l'abri de toute contamination, une forme de cicatrisation amicrobienne et aphlegmasique, grâce à la stérilisation totale. Pour M. Gudin, l'infection aérienne est aussi la cause de cette intolérance manifeste pour tous corps étrangers, laissés à demeure dans l'organisme (fils, plaques métalliques, vis ou agrafes d'ostéo-synthèse, greffes, etc.).

Il existe dans les salles d'opérations, malgré toutes les précautions prises une véritable circulation microbienne. Des expériences ont montré que, dans des salles vides, il suffisait d'exposer des boîtes de Pétri, pendant dix minutes en moyenne, pour obtenir approximativement 80 colonies par boîte. Et la présence d'assistants dans la salle, porteurs de blouses stérilisées, vient encore augmenter du simple au triple ou au quadruple le nombre des germes en suspension. Même masqué, l'opérateur contamine à petite distance des plaques, s'il n'observe pas le silence.

Or, les effets d'une contamination permanente de la plaie opératoire vont d'un simple ennui post-opératoire jusqu'à la mort, ou mieux d'un fil qui s'élimine à la possibilité d'une septicémie mortelle. Ces fils, éliminés ou suppurés, deviennent indirectement la cause d'un certain nombre d'accidents (éventrations, etc.). Des cas de péritonite ou de septicémie survenant inopinément, ne trouvent leur explication que dans l'action aérienne. En matière d'ostéo-synthèse, étant donnée la faible capacité de défense du tissu osseux, le rôle de la contamination aérienne est particulièrement néfaste.

Ces quelques considérations mettent suffisamment en évidence l'intérêt d'opérer dans un milieu aérien qui soit dépourvu de microbes.

Un premier point important à fixer, c'est qu'il ne faut pas établir une circulation d'air assez active dans la salle, même celui-ci fût-il à température fixe, asséché et filtré. Tout apport d'air extérieur, fût-il conditionné, est nuisible. La salle d'opération doit être hermétiquement close. L'air y sera stérilisé, avant toute occupation, au moyen d'un appareil, commandé électriquement depuis l'extérieur, et que M. Gudin (1) a dénommé « stérilisateur total ». On fait agir l'aldéhyde formique sous l'influence d'un fort brassage par des ventilateurs, dans des conditions de température et d'humidité connues. Ceci fait, il s'agit de rendre respirable ce milieu déjà stérilisé, et cela sans laisser entrer, dans la salle, de l'air extérieur. On commence la neutralisation du gaz toxique, qu'est le formol, en faisant évaporer une dose d'ammoniaque exactement proportionnelle. On a ainsi, en suspension dans l'air, de l'urotropine et un excè d'ammoniaque. L'atmosphère demeure cependant irrespirable ; il faut enlever l'urotropine (hexaméthylène-tétramine) et l'ammoniaque, en faisant barboter l'air à travers une solution

(1) *La Presse Médicale*, 4 mars 1936.

d'acide tartrique dans de l'eau stérilisée. L'urotropine est soluble dans l'eau, et l'ammoniaque se transforme en tartrate, également soluble. Le « stérilisateur total », en une heure, permet la stérilisation du bloc opératoire ; il fournit un air, non seulement stérile et respirable, mais encore porté automatiquement à une température et à un degré d'assèchement des plus convenables, pour éviter les complications pulmonaires post-opératoires, la transpiration du malade et du chirurgien, ainsi que la fatigue de ce dernier. La protection ultérieure de ce milieu aérien stérile, sera obtenue par l'interposition de compartiments étanches stérilisés entre lui et l'air extérieur septique. Le matériel opératoire, stérilisé comme d'habitude par la chaleur, sera exposé à l'avance dans la salle d'opération et subira, en même temps que le bloc opératoire, une nouvelle stérilisation.

Ce bloc opératoire ainsi stérilisé d'une manière totale, il s'agira d'y introduire malade, aide et opérateur sans aucune contamination possible. C'est par deux voies parallèles, composées de compartiments également stériles que ceux-ci y parviendront.

Le chirurgien démuni de ses vêtements entre dans un premier compartiment ; il y chausse des souliers stérilisés, puis se lave les mains. Il passe ensuite dans un deuxième compartiment, où il se recouvre complètement d'un scaphandre, met des lunettes, un casque d'éclairage, des gants et pénètre ainsi dans la salle d'opération sans y apporter de germes microbiens. L'aide fait de même ; mais, avec le malade, il va parcourir deux autres compartiments (3 et 4) parallèles aux deux premiers ; dans le compartiment 3 il reçoit le malade déshabillé, le revêt d'un scaphandre, stérilise la peau. Il change de gants, passe dans le compartiment n° 4, recouvre le malade avec de grands champs, et fait l'anesthésie sur une table d'opération mobile. C'est alors qu'aide et malade vont rejoindre le chirurgien dans la salle opératoire, qui vient border perpendiculairement ces deux séries de compartiments. Dans cette salle, tout le matériel sera placé à portée des opérateurs. L'intervention terminée, le malade sera enlevé avec tout le matériel usagé, et la salle restera propre ; le sujet repassera par les compartiments 4 et 3 ; un malade suivant sera introduit sur une autre table.

Un procédé ingénieux permet d'isoler les assistants, en leur réservant une cellule exactement superposée à la salle d'opération, et complètement isolée d'elle. N'ayant que deux mètres de hauteur, cette dernière sera munie d'un plafond vitré dans la partie qui domine la table d'opération ; placés dans une demi-obscurité, les élèves verront admirablement le détail de l'acte opératoire, car le champ de l'intervention sera fortement éclairé, au point voulu et au moment opportun, par les projecteurs frontaux du chirurgien et de son aide.

Le Professeur Gudin vient d'appliquer systématiquement, durant six années, le procédé de la stérilisation totale du milieu opératoire. Ayant ainsi opéré rigoureusement à l'abri de l'infection exogène, il a pu constater :

1° que l'on obtient une plaie opératoire sans germe, ne présentant plus ni la rougeur, ni l'œdème de la plaie ordinaire. Au lieu d'une plaie septique et phlegmasique, on a une plaie amicrobienne et aphlegmasique ;

2° que les épanchements séreux et sanguins se résorbent naturellement, parce qu'ils ne sont point infectés, d'où un drainage superflu ;

3° que les corps étrangers non-résorbables, laissés à demeure dans l'organisme, sont fort bien tolérés ;

4° que le drainage n'est plus un facteur de contamination ;

5° que dans les cas, à foyer septique préexistant, on peut éviter la surcontamination et les associations microbiennes, qui en résultent.

De ces données il résulte qu'on peut se mettre à l'abri de bien des aléas et d'échecs ; qu'on obtient à coup sûr une cicatrisation plus rapide et des cicatrices très souples, à peine perceptibles. On peut, enfin, faire systématiquement les sutures profondes des parois avec des fils de soie, sans crainte d'élimination ou de suppuration, et réserver le catgut uniquement pour les sutures et ligatures en milieu septique. On évite ainsi une bonne partie des risques d'éventration. L'ostéosynthèse serait aussi définitivement mise à l'abri de l'infection. Enfin la non-contamination du liquide céphalo-rachidien, dans l'anesthésie rachidienne, garantit, dès lors, contre les accidents immédiats ou tardifs, dont l'infection est la cause. Ayant pratiqué une série de 400 rachianesthésies, à l'air stérile, l'auteur n'a pas observé un seul cas de céphalée, dont la proportion courante est de 10 %, à l'air non stérile. Quant aux suites opératoires, elles seraient également très favorablement influencées.

En somme, la stérilisation totale est d'une technique simple et précise. « Elle exige, pour être parfaitement exécutée, des modifications des salles d'opération, au bénéfice non seulement des malades qui sont opérés avec un maximum de garanties, mais des chirurgiens qui opèrent en toute tranquillité et des assistants qui, nombreux, s'instruisent en voyant réellement les détails de l'acte opératoire. Les frais, qui en résultent, sont très largement couverts par une économie de 60 % dans le matériel opératoire, et de 40 % dans le temps d'hospitalisation des opérés. « Il n'est sûrement pas exagéré d'affirmer que la stérilisation totale ouvre, en chirurgie, une période nouvelle. »

G. Fischer.

CHRONIQUE JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Accident du travail ou Assurances sociales ? Qui doit payer le médecin ?

Un de nos confrères se trouve en présence de la difficulté suivante : un assuré social lui demande des soins ès qualités ; il présente sa feuille de maladie, mais ne peut pas payer son médecin. Celui-ci demande à son client une délégation, pour pouvoir toucher, en ses lieu et place, la part de responsabilité que la Caisse doit rembourser à son ressortissant.

La Caisse se refuse à se prêter à cette instauration du « tiers-payant », déclarant que l'assuré doit payer lui-même son praticien et que, sur le vu de la signature, dans la colonne de l'acquit, elle remboursera ce qu'elle doit au malade.

Si celui-ci ne peut pas payer son docteur, la Caisse lui consentira une avance, à la condition que cet argent ne serve qu'à payer le praticien.

Or, pendant l'échange de lettres entre le médecin traitant et la Caisse, voilà que le malade déclare à sa Caisse qu'il a été blessé dans son travail. Alors refus de la Caisse d'assurances sociales de prendre la charge d'une lésion du travail, puisque c'est le chef d'entreprise qui doit en supporter les conséquences.

Cependant le médecin atteste qu'il ne s'agit nullement d'un accident du travail : le malade le lui a déclaré formellement. La Caisse d'assurances ne veut pas en démordre et décline désormais toute responsabilité.

Notre adhérent nous demande ce qu'il peut faire dans ce litige juridique, alors que, selon lui la Caisse aurait pu consentir à payer directement le médecin, d'après le tarif de responsabilité, du moment où le praticien se contentait de ce tarif, renonçant à demander quoi que ce soit à un malade, qui serait non seulement indigent, mais très simple d'esprit.

Voici ma réponse :

Lorsqu'un malade se présente dans notre cabinet, c'est lui qui, en principe, doit payer directement nos honoraires, car il est le consommateur de soins. C'est à lui que nos conseils, notre traitement seront profitables.

Si, pour un motif quelconque, le malade croit devoir faire supporter les frais médicaux par un tiers (Assistance médicale gratuite, Assurances sociales, réformé de guerre, accident du travail) il doit en justifier par la remise d'un bulletin *ad hoc*, par un papier quelconque servant d'accréditif.

S'agit-il d'assurances sociales, alors que le malade nous remet une feuille de maladie, nous devons faire payer nos honoraires par le client lui-même, quitte à celui-ci de se faire rembourser par sa Caisse ce que celle-ci lui doit légalement.

Si l'assuré social est hors d'état de payer comptant, il doit demander une avance à sa Caisse, ou se faire inscrire sur la liste des assurés indigents. Mais, en aucun cas, le médecin ne peut s'adresser à la Caisse d'assurances sociales pour se faire rembourser : les décisions des Syndicats médicaux sont très nettes sur ce point : le médecin ne connaît que son malade et lui seul. La Caisse doit, en vertu des conventions signées avec le Syndicat, ignorer complètement le praticien en ce qui concerne les honoraires. Sur ce chef, elle n'a affaire qu'à son seul ressortissant qui lui présente sa feuille de maladie, sur laquelle le praticien indique s'il a été payé, ou non, par l'apposition, ou non, de sa signature dans la colonne de l'acquit.

Il en résulte que le praticien ne doit pas s'adresser à la Caisse, lorsque son malade ne peut pas l'honorer : il ne peut que poursuivre son client, selon les procédés de droit commun, lequel client ne sera remboursé par sa Caisse que lorsqu'il aura justifié du payement des honoraires du praticien.

Ceci est la conséquence de « l'entente directe » qui est un des éléments de la « Charte médicale ». Nous devons en respecter toutes les conséquences et même en subir les inconvénients, s'il y en a, puisque le Corps médical organisé en Syndicats a décidé, à une très forte majorité, que au « tiers payant » devait se voir substituer le système de « l'entente directe ».

En matière d'accident du travail, il en est de même.

Lorsque le blessé du travail invoque le bénéfice de la loi de 1898, il peut remettre immédiatement, ou les jours suivants, un bulletin d'avis du patron, pouvant servir d'accréditif. Mais ce papier n'a qu'une valeur très relative, car, si, à première vue, l'accident du travail est présumable, il se peut qu'après enquête et témoignages, il soit prouvé qu'il ne s'agit nullement d'un accident dû au travail.

Dans ces conditions, c'est encore le blessé qui est directement responsable et au premier chef des honoraires du médecin lesquels sont calculés selon le tarif syndical.

S'il s'agit d'un accident du travail, le patron responsable remboursera son ouvrier selon le tarif ministériel de responsabilité patronale.

Cependant, pour que le blessé, gêné ou indigent, ne puisse pas se voir refuser des soins, parce qu'il est hors d'état d'honorer son médecin, la loi de 1898 accorde au praticien l'action directe contre le patron, c'est-à-dire que le médecin peut réclamer au patron la part qui incombe à ce dernier, d'après le tarif ministériel de responsabilité patronale.

Notre confrère a donc confondu ces deux situations : ou le client est un assuré social : lui seul doit payer son médecin et celui-ci n'a rien à réclamer à la Caisse. Ou bien il s'agit d'un blessé du travail, le praticien peut réclamer au patron du blessé la part qui incombe au chef d'entreprise. Mais si ce dernier démontre qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail et peut en apporter la preuve, il est dégagé de toute dette ou de toute responsabilité envers le médecin.

Il est évident que lorsque nous nous trouvons en présence d'un cas, dans lequel il est difficile de décider, *à première vue, s'il s'agit ou non* d'un accident du travail survenu chez un assuré social, la Compagnie d'assurances contre les accidents du travail et la Caisse d'assurances sociales vont chacune faire leurs efforts pour se décharger réciproquement du fardeau des honoraires.

Au client de prouver qu'il s'agit d'un accident du travail, c'est-à-dire que la lésion qu'il invoque est survenue à l'occasion du travail, pendant celui-ci, ou sur le lieu du travail. Si cette preuve est faite, c'est l'Assurance qui payera au lieu et place du chef d'entreprise la part des honoraires qui incombe à ce dernier.

Si la preuve de l'accident n'est pas rapportée, c'est la Caisse d'assurances sociales qui remboursera son adhérent. lorsque celui-ci fournira la preuve qu'il a payé son médecin. Mais de toutes façons, le praticien doit, en premier lieu, se faire payer par son malade.

Conclusion

Pour nous résumer, je dirai que dans le cas qui m'est soumis, le praticien a comme débiteur direct son malade lui-même. A ce dernier de s'adresser s'il y a lieu à justice, pour faire décider qui le remboursera de partie des frais médicaux.

Si le malade croit qu'il peut invoquer la loi sur les accidents du travail, il assignera son patron devant le Juge de paix du lieu où s'est produit l'accident.

S'il estime que doit jouer la loi sur les Assurances sociales, il s'adressera au Juge de paix, président de la Commission d'arrondissement du siège social de la Caisse.

Mais c'est au malade de faire trancher le différend et non pas au médecin. Celui-ci est lié par le dogme de « l'entente directe » : il ne doit connaître que son malade, qui est son débiteur principal, sauf, si l'accident du travail n'est contesté par personne, d'user de « l'action directe » pour réclamer au chef d'entreprise, ou à l'assureur de ce dernier, la part de responsabilité mise par la loi à la charge du patron et selon le tarif ministériel.

Et même, si le praticien accepte du patron la part qui incombe à ce dernier, le blessé n'en reste pas moins débiteur de la différence entre le tarif ministériel (charge patronale) et le tarif syndicat médical du lieu.

Malheureusement, les praticiens ont pris une mauvaise habitude contraire aux directives syndicales de l'entente directe : celle de se contenter de la part de responsabilité patronale et de ne rien demander à l'ouvrier blessé.

Ayant élucidé ces points de droit, et revenant au cas d'espèce qui m'est soumis, je dirai que le client paraissant être, *minus habens*, indigent, il est bien probable que le médecin perdra ses honoraires, en vertu de l'adage que là où il n'y a rien, le diable perd ses droits.

A moins qu'il ne soit prouvé qu'il s'est agi d'un accident du travail, cas dans lequel le praticien pourra avoir un recours contre le patron.

Malheureusement, le médecin assure qu'il ne s'agit nullement d'un accident du travail. Alors personne ne voudra payer, à moins que le client n'assigne devant le Tribunal compétent soit sa Caisse d'assurances sociales, soit son patron, en matière d'accident du travail.

Dr Paul Boudin.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Caractère contractuel

Application de la prescription trentenaire

COUR DE CASSATION — Chambre civile, 20 mai 1936

Responsabilité médicale. Caractère contractuel. Prescription de l'action en dommages et intérêts

Il se forme entre le médecin et son *client* un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement sinon de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformément aux données acquises de la science.

La violation même involontaire de cette obligation est sanctionnée par une *responsabilité* contractuelle.

En conséquence, l'action civile en responsabilité ayant ainsi une source distincte du fait constitutif d'une infraction à la loi pénale, et puisant son origine dans la convention préexistante, se prescrit par trente ans et non par trois ans, dans les termes de l'art. 638 du Code d'inscription criminelle.

La Cour,

Sur le moyen unique :

Attendu que la dame M..., atteinte d'une affection nasale, s'adressa au Docteur N... radiologue, qui lui fit subir en 1925, un traitement par les rayons X à la suite duquel se déclara chez la malade une radiodermite des muqueuses de la face ; que les époux M..., estimant que cette nouvelle affection était imputable à une faute de l'opération, intentèrent contre celui-ci en 1929, soit plus de trois années après la fin du traitement, une demande en dommages-intérêts pour une somme de 200.000 francs.

Attendu que le pourvoi reproche à l'arrêt attaqué rendu par la Cour d'appel d'Aix le 16 juillet 1931, d'avoir refusé d'appliquer la prescription triennale de l'art. 638 du C. d'Instr. Crim. à l'action civile intentée contre le Docteur N... par les époux M..., en considérant que cette action tenait son origine non du délit de blessures par imprudence prétenduement commis par le praticien, mais du contrat antérieurement conclu entre celui-ci et ses clients, et qui imposait au médecin l'obligation de donner des « soins assidus, éclairés et prudents » alors, que, d'après le pourvoi, ledit contrat ne saurait comporter une assurance contre tout accident involontairement causé et que, dès lors, la responsabilité du médecin est fondée sur une faute délictuelle tombant sous l'application des art. 319 et 320 du C. pén. et justifiant en conséquence l'application de la prescription triennale instituée par ces textes ;

Mais attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science, que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature également contractuelle ; que l'action civile qui réalise une telle responsabilité ayant ainsi une source distincte du fait consécutif d'une infraction à la loi pénale et puisant son origine dans la convention préexistante, échappe à la prescription triennale de l'art. 638 du C. instr. crim. ;

Attendu que c'est donc à bon droit que la Cour d'Aix a pu déclarer inapplicable en l'espèce ladite prescription pénale et qu'en décidant comme elle l'a fait, loin de violer les textes visés au moyen elle en a réalisé une juste et exacte application ; d'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

Par ces motifs :

Rejette le pourvoi.

Observations. — La question que la Cour de Cassation a, croyons-nous, définitivement résolue, présente pour le Corps médical une importance capitale.

La solution adoptée est celle que le Sou Médical n'a cessé de préconiser : dans la circonstance, l'adoption de cette solution s'est trouvée plutôt défavorable aux médecins ; mais, dans l'immense majorité des cas, le Corps médical ne pourra que s'en louer.

Voici comment se posait cette question :

Tout manquement à une obligation quelconque engage la responsabilité de l'auteur de ce manquement, de cette faute, tenu de réparer le dommage causé par l'inexécution de cette obligation.

La *prescription* de l'action en réparation de ce dommage est d'une durée variable suivant la nature de la faute et du dommage causé. Normalement, le délai de prescription est de trente ans

(art. 2.262 du Code civil). Mais s'il s'agit d'une faute tombant sous le coup de la loi pénale, comme par exemple d'une faute dont la conséquence est une blessure causée à un tiers, la prescription de l'action en réparation du dommage causé est la même que celle de l'action pénale, c'est-à-dire un an, s'il s'agit d'une contravention ; trois ans, s'il s'agit d'un délit ; dix ans, pour un crime (art. 640, 638 et 637 Code instruction criminelle).

On sait que le Code civil contient une disposition d'ordre très général, l'art. 1382, aux termes duquel tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui, par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. C'est ce que, par une survivance du droit romain, l'on appelle la *responsabilité délictuelle* ou *aquilienne* ; toute faute tombant sous le coup de la loi pénale est une faute délictuelle, et l'action en réparation *de cette faute se prescrira* par 1, 3 ou 10 ans, suivant la distinction ci-dessus.

Mais sont seuls visés par l'art. 1382 les « faits » accomplis sans droit, ce que le droit romain appelait le « damnum injuria datum ». D'un autre côté, les manquements à une obligation légale, les dommages causés par maladresse, imprudence négligence ou inobservation des règlements, ne sont pas seuls à engager la responsabilité de leur auteur ; à la faute *délictuelle* s'ajoute la faute *contractuelle,* c'est-à-dire le manquement à une obligation particulière contractée envers un tiers, déterminé par l'effet d'une convention intervenue entre ce tiers et l'auteur de la faute. L'action en réparation du dommage causé par cette faute, sauf quelques prescriptions particulières sans intérêt ici, se prescrit uniformément par trente ans.

Ceci posé, supposons un médecin par l'effet du traitement de qui le client s'est trouvé atteint de quelques mutilation ou infirmité. Un tel résultat n'est pas nécessairement un *damnum injuria datum* : le médecin qui coupe une jambe à son client, lui fait l'énucléation d'un œil, ne commet pas de faute, si l'état du malade avant son traitement a nécessité cette mutilation. Mais ce résultat peut être aussi, ou il peut être prétendu être la conséquence d'une faute du médecin ; d'où action en responsabilité.

Quelle sera la durée de la prescription de cette action ? Trois ans, s'il s'agit d'une faute délictuelle ; trente ans, si la faute est contractuelle. Nous sommes ainsi amenés à rechercher quelle est la nature des obligations du médecin envers son malade.

Jusqu'à ces derniers temps, et sauf quelques décisions isolées dont on s'est peut-être exagéré l'importance et la portée, on décidait communément que la faute du médecin était *délictuelle.* On estimait en effet que les prestations d'ordre scientifique, intellectuel, comme celles d'un médecin ou d'un avocat, ne pouvaient pas faire l'objet d'un contrat ; le médecin, l'avocat, comme aussi la nourrice, disaient les Romains, ne pouvaient pas être contraints de faire des actes de leur profession ; ils répondaient spontanément aux désirs de leurs « clients ». Ce terme même, qui rappelait les relations des riches citoyens, ou *patrons,* avec les prolétaires attachés à leur fortune, impliquait une idée de bons offices, de protection volontaire accordée à un pauvre diable par un puissant personnage. Si d'aventure, en manifestant cette protection, le médecin, ce bienfaisant personnage, causait un dommage au pauvre diable son client, c'est dans la loi seulement que ce dernier trouvait la cause d'une action en responsabilité. Nous lisons ainsi dans un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 19 novembre 1920 (*Concours Médical,* 1931, p. 999) que « les dispositions des art. 1382 et 1383 C. civ., s'appliquent à toute faute quelconque de l'homme qui, quelles que soient sa situation ou sa profession, cause préjudice à autrui ; qu'il n'existe aucune exception en faveur du médecin ».

Cette conception un peu simpliste est aujourd'hui abandonnée. On admet que le médecin qui accepte de donner ses soins à un malade s'oblige envers ce dernier par l'effet d'un contrat qui est un véritable louage ; non pas sans doute un louage de services, comme celui qui intervient entre le chef d'entreprise et l'employé, mais une manière de contrat d'entreprise dans les termes des art. 1787 et suiv. C. civ., contrat par lequel le médecin s'oblige non pas à guérir son malade, mais seulement à mettre au service de ce malade ses connaissances, sa capacité et sa conscience professionnelles (Josserand, II, nº 1287 ; Colin et Capitant, II, 928 ; Demogue, obligations, t. VI, nº 184 et suiv. ; H. et L. Mazeaud, Responsabilité civile, I, nº 508 et suiv., etc.). La Cour de cassation paraît avoir incidemment consacré cette doctrine, dans un arrêt du 8 février 1932, aff. Plaisant, obtenu par le Sou Médical ; elle la proclame solennellement aujourd'hui.

Et l'on voit aussitôt comment le passage de la responsabilité du plan délictuel au plan contractuel est avantageux pour le médecin. Tandis que, par le jeu de l'art. 1382, tout accident imprévu survenu au patient du fait du médecin engageait la responsabilité de ce dernier, il n'en est plus de même sur le plan contractuel. Car, étant donnés les termes de l'obligation contractée par le médecin — supposé, bien entendu, que celui-ci a le minimum de connaissances techniques, d'habileté manuelle, nécessaires pour exercer honnêtement sa profession ; qu'il a examiné son malade avec soin ; qu'il a, sauf le cas d'urgence ou de nécessité, employé les instruments adéquats — l'erreur ne constitue pas une faute. Le médecin, en effet, s'engage à mettre au service du malade ses connaissances, ses capacités et sa conscience profes-

sionnelles ; mais, il ne s'engage qu'à cela. Il ne s'engage pas à ne pas se tromper : il a tout autant le droit de se tromper que l'avocat ou le magistrat — à la condition de le faire de bonne foi — et ce « droit à l'erreur » sera d'une étendue variable suivant les circonstances. L'erreur commise par un jeune médecin nouvellement installé, appelé d'urgence à résoudre en hâte un cas difficile, et qui aura été obligé de trouver une solution dans son propre fonds, sans avoir le temps de consulter ou de relire ses notes ou ses livres ; qui aura dû se contenter de l'outillage courant de tout médecin, alors qu'il aurait fallu, pour bien faire, des instruments spéciaux que possèdent seuls les spécialistes, cette erreur sera parfaitement excusable ; elle ne sera pas une violation du contrat. La même erreur ne sera pas excusable, commise dans un hôpital de ville de faculté par un médecin de cet hôpital, avec tout le temps, le personnel, la documentation et le matériel nécessaires.

Toute médaille ayant son revers, l'action en réparation du dommage causé par la faute contractuelle du médecin se prescrira par trente ans.

Pour échapper à cette conséquence, le pourvoi, qui ne contestait pas que la faute du médecin ne soit essentiellement contractuelle, soutenait que cette faute peut tomber sous le coup de la loi pénale, dès l'instant qu'elle constitue un homicide, une blessure par imprudence, négligence, maladresse ou inobservation des règlements (art. 319 et 320 C. pén.), ce qui a pour conséquence de réduire la prescription à trois ans.

Cette thèse avait pour elle, la théorie bien connue, admise par la Chambre civile de la Cour de cassation, d'après laquelle les deux responsabilités, contractuelle et délictuelle, s'excluent l'une l'autre (v. not. les arrêts des 23 novembre 1885, S. 86.1.5 ; D. 86.I.11 ; 14 et 15 janvier 1918, S. 1920.1.75 ; 6 avril 1927, D. 27.I.111, etc.). Mais, si, d'après la jurisprudence, on ne peut à la fois apprécier la responsabilité d'un individu d'après le contrat qui l'oblige et les art. 1382 et suiv. C. civ., la responsabilité contractuelle et la responsabilité pénale peuvent parfaitement coexister. Par exemple, en matière de transports, le transporteur s'engage à amener son voyageur sain et sauf à destination ; mais, parallèlement, la loi, les règlements l'obligent à prendre certaines précautions avant la mise en route de son véhicule, à surveiller s'il y a lieu l'état de la voie et des dispositifs de sécurité dont elle est munie, à mener son convoi ou son véhicule suivant certaines règles. Le manquement à ces obligations légales ou réglementaires aura pour conséquence l'inexécution du contrat ; mais il constituera aussi une faute délictuelle au sens pénal du mot, en sorte que la victime de ce délit aura le choix entre deux actions qui auront chacune une cause différente : l'action *non adimpleti contractus*, qui se prescrira par trente ans ; l'action civile en réparation du délit, qui ne se prescrira que par trois ans — (jurisprudence constante, voir en dernier lieu, un arrêt du 3 février 1936, *Gaz. Pal.*, 1936.1.644).

Ce qui est vrai du transporteur peut l'être aussi du médecin : la Chambre des Requêtes l'a décidé, par exemple, dans un arrêt du 1er décembre 1926, D. 27.I.105. Il s'agissait, dans cette affaire bien connue des lecteurs du *Concours*, d'une malade placée dans une maison de santé ouverte, bien qu'elle fût, il faut le dire, passablement exaltée. Un jour, à la suite de je ne sais quelle contrariété, elle s'était enfuie, et, en voulant se cacher, était tombée dans une carrière abandonnée, se blessant grièvement au pied, en sorte que son exaltation passée, elle n'avait pu sortir de son trou. Retrouvée par hasard dix jours après, à peu près morte de faim et les pieds gelés, elle avait été difficilement rappelée à la vie, mais on avait dû lui couper un pied. De quoi, elle et sa famille avaient voulu rendre responsable le médecin propriétaire de la maison, qui répondait : ma maison est ouverte ; je n'ai pas le droit d'empêcher mes malades de sortir ; quand ils sont sortis, je n'ai pas à les surveiller ; je ne m'y suis pas engagé. A quoi la Cour a répondu que, connaissant l'exaltation de sa malade, le médecin avait l'obligation légale d'exercer sur elle une surveillance particulière, des suites du défaut de laquelle il était responsable.

C'est la solution admise par la Chambre civile dans notre affaire.

Le malade, atteint d'une radiodermite qui a entraîné l'amputation d'un orteil, blessure au sens de l'art. 319 C. pén. peut, ou bien invoquer ce texte et agir en réparation du dommage causé par le délit — prescription trois ans ; ou bien, faire abstraction du délit et ne se placer que sur le terrain du manquement à une obligation contractuelle : prescription : trente ans.

Solution assez juste, en somme.

Me Bernard AUGER,
Avocat aux Conseils.

VERS LA SOVIÉTISATION DE LA MÉDECINE

Depuis quelques semaines, une offensive de grand style se manifeste contre l'exercice de la médecine libre.

Les milieux syndicaux ont été alertés sur les projets du Gouvernement qui comportent, en particulier, la création rapide de nombreuses « cités sanitaires » départementales.

On n'ose encore prononcer le mot, mais cette offensive marque, à coup sûr, une étape nouvelle vers la *fonctionnarisation* de la médecine et des médecins, rêve suprême de théoriciens incompétents ou de primaires sans psychologie.

Envisageons avant tout l'intérêt des malades. Cette médecine fonctionnarisée sera-t-elle un bien pour eux ? *Assurément non.* En essayant de faire évoluer dans ce sens la médecine, on néglige vraiment par trop le côté personnel, moral, humain en un mot de cet art, que l'on ne peut raisonnablement pas ramener à une fonction. Le médecin fonctionnaire serait le distributeur de soins en présence du porteur de la maladie, n° X et non le médecin-homme devant l'homme-malade. C'est ce qu'on a vraiment trop tendance à oublier.

Je n'entrerai pas ici dans le détail des graves inconvénients, que présenterait pour le malade une médecine soviétisée. Tous mes confrères les connaissent. Que ceux qui ne l'ont pas encore fait, veuillent bien, à ce sujet, lire les admirables pages de Georges Duhamel et d'Alexis Carrel.

Quelle doit être notre attitude ?

J'entends quelques défaitistes proclamer : « Nous ne pouvons rien faire, nous n'avons qu'à nous incliner. Inutile de tenter quoi que ce soit ». Ces invertébrés ne méritent vraiment pas qu'on s'intéresse à leur sort.

D'autres confrères déclarent : « Si nous ne collaborons pas à ces organisations nouvelles, on le fera malgré nous, sans nous et nous serons tous lésés ». Le cas de ces derniers me paraît beaucoup plus grave. Comment ! Voilà des gens qui ont des principes ou qui sont censés en avoir et qui, pour une question d'intérêt personnel et de gros sous, s'empressent de reléguer leurs principes au second plan ou de les renier cyniquement. Ces opportunistes sans principes ou à principes élastiques me paraissent particulièrement méprisables.

Nous ne sommes nullement opposés à certaines réformes. Nous reconnaissons très volontiers que certaines lacunes sont à combler. Nous savons, en particulier, que des efforts sont à faire dans le sens de l'organisation de la médecine préventive.

Mais nous n'accepterons jamais sans lutte la soviétisation de la médecine, contraire à nos principes, contraire aux intérêts des malades et à toute la collectivité.

En cette heure grave, il est nécessaire que chacun prenne ses responsabilités.

Pour notre part, nous estimons que la fonctionnarisation de la médecine constituerait une régression morale indiscutable. Nous devons donc tout faire pour l'empêcher. Nous ne voulons pas de chaînes, même dorées.

Et tant pis, pour ceux qui ont des âmes d'esclaves ou qui sont mûrs pour la servitude.

Dr Georges AUDAIN,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien à l'Hôpital départemental de Rueil-Malmaison

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations parlementaires

Le statut des sanatoria publics et privés

La loi fondamentale sur les sanatoria, en date du 7 septembre 1919, qui a été complétée par les décrets du 11 octobre 1924, appliquant aux sanatoria privés certaines dispositions exigées pour les sanatoria publics et du 7 juin 1932 relatif aux formalités d'ouverture, s'est révélée insuffisante en pratique, et les critiques soulevées contre le régime actuel ont motivé le dépôt d'une proposition de loi votée par la Chambre le 29 février 1932. Cette question est venue devant la Commission d'hygiène du Sénat, dont les conclusions ont été connues le 2 juin dernier.

Le rapport de M. Gadaud, sénateur, étudie pour commencer les critiques adressées aux sanatoria, en général, qui ont été retenues par la Chambre :

a) Tout d'abord, il serait bon de soumettre l'ouverture d'un sanatorium à l'avis favorable des collectivités locales, par une enquête « de commodo et incommodo » ; le texte de la Chambre prévoyait donc l'application aux sanatoria de la législation des établissements insalubres. Le rapporteur au nom de la Commission s'élève contre une telle disposition, en faisant ressortir l'étrangeté d'une telle assimilation. Il résulte d'ailleurs d'un rapport du Professeur Léon Bernard qu'un établissement de tuberculeux ne crée aucun danger pour le voisinage. Au reste depuis le décret du 7 juin 1932 les avis demandés sont largement suffisants (avis du Maire, de l'Inspecteur d'hygiène, du Conseil départemental, du Préfet, de la Commission des stations hydrominérales et climatiques, et de l'Office national de tourisme, etc.).

b) L'exposé des motifs de la Chambre retient d'autre part les plaintes des populations inquiètes de voir les malades vagabonder à l'aventure dans la région d'un sanatorium. Le texte de la proposition obligeait donc les sanatoria à retenir leurs malades dans leur enceinte et à être entourés d'un enclos suffisant. Cette dernière idée est adoptée sans restriction par la Commission du Sénat, qui repousse par contre l'obligation d'isolement des tuberculeux, mesure trop grave, et peu en rapport avec l'état actuel de notre armement antituberculeux.

Quant aux critiques adressées aux sanatoria privés, elles sont de trois sortes :

a) Trop d'établissements de ce genre laissent à désirer au point de vue direction hygiénique et médicale. La Chambre prescrivait un avis du Maire sur le tenancier de l'établissement. La Commission du Sénat préconise simplement la ratification du décret-loi du 30 octobre 1935, qui a substitué pour l'ouverture d'un tel établissement, le régime de l'autorisation ministérielle à celui de la déclaration.

b) Certains sanatoria agréés, qui reçoivent des subventions de l'Etat, placent leurs malades en surnombre en villas et en pensions. Il convient d'empêcher ces placements, et la Commission du Sénat adopte la mesure préconisée par la Chambre dans ce cas, à savoir la suppression de la subvention.

c) Nombre d'hôtels et de pensions de certaines régions climatiques sont des sanatorias clandestins, particulièrement néfastes au point de vue social. La Chambre proposait l'élaboration d'un règlement sanitaire type organisant le contrôle de toutes ces pensions dans les localités envisagées. La Commission du Sénat est d'accord sur le danger de cet état de chose pour les sujets sains et notamment pour les enfants. Mais elle fait ressortir les difficultés de ce problème : insuffisance actuelle des sanatoria en France, quasi-impossibilité de définir les régions ou cette réglementation serait applicable. Elle estime qu'il serait possible d'aboutir au résultat cherché d'une manière plus discrète par la mise en vigueur du règlement sanitaire, modèle C, établi le 6 mai 1933 par le Conseil supérieur d'hygiène publique : institution obligatoire dans les stations hydrominérales et climatiques d'un bureau d'hygiène, visites périodiques par le médecin directeur des hôtels, pensions et villas meublées, et pour toute location au domicile de l'habitant ayant ou recevant des enfants mineurs, déclaration obligatoire dans les deux jours au bureau d'hygiène avec obligation pour ce dernier de contrôler dans le même délai les conditions de salubrité.

Il reste enfin à examiner les critiques relatives à l'ouverture de sanatoria dans certaines régions de France, qui voient affluer les tuberculeux, alors qu'elles présentent un intérêt de premier ordre au point de vue hydrominéral, climatique ou touristique. Le texte de la Chambre prévoyait l'interdiction d'établir un sanatorium dans les communes érigées en stations hydrominérales ou touristique. La Commission du Sénat repousse une solution aussi absolue, qui porterait une trop grave atteinte au développement de l'armement national contre la tuberculose. Elle propose de créer dorénavant deux sortes de

stations climatiques : d'une part les stations de cure pour la tuberculose où sera appliqué le règlement sanitaire précité, et d'autre part de stations de villégiature réservées aux personnes bien portantes, et dans lesquelles aucun sanatorium ne pourra être créé sans l'avis favorable du Conseil municipal.

Le Sénat sur le rapport de M. Gadaud, saisi d'urgence de cette proposition l'a adoptée intégralement dans sa séance du 23 juillet dernier. Il y a lieu maintenant d'attendre que la Chambre statue sur ce texte qui diffère assez profondément de celui qu'elle avait antérieurement adopté.

La Presse et les Sociétés

Réorganisation en Belgique du service de l'Inspection du travail

C'est au *Moniteur* du 29 mars qu'a été publié l'arrêté royal. Il institue une « Direction générale pour la protection du travail » au ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

Cette direction se compose : 1° d'un service technique ; 2° d'un service social ; 3° d'un service médical ; 4° d'un service des relations industrielles ; 5° d'un Conseil de la protection du travail. Tous ces services étant placés sous l'autorité d'un directeur général issu du service technique.

Bornons-nous à analyser la mission et le mode de recrutement du service médical.

Mission : 1° surveiller et contrôler l'organisation par les chefs d'entreprise de la tutelle sanitaire des apprentis.

2° Collaborer à la bonne orientation professionnelle des apprentis.

3° Etudier la physiologie et la pathologie du travail dans toutes ses modalités.

4° Apporter le concours des connaissances particulières de ses agents à toutes les œuvres de prévoyance sociale.

5° Procéder, au moins une fois par an, à la visite médicale des personnes occupées dans les entreprises ou exerçant une profession reconnue comme étant susceptible de provoquer une maladie professionnelle réparée par la loi du 24 juillet 1927 et de tenir à jour un carnet de santé individuel portant le résultat de l'examen.

6° Propager dans le monde du travail les notions les plus utiles de prophylaxie professionnelle et promouvoir l'emploi des moyens d'assainissement rationnel.

7° Surveiller l'exécution des dispositions réglementaires d'ordre médical.

Recrutement : Nul ne peut faire partie du corps des médecins pour la protection du travail s'il n'a justifié des connaissances requises pour l'accomplissement des fonctions afférentes par la réussite d'une épreuve-concours.

Pour être admis à ce concours, il faut : être Belge, âgé de 21 ans au moins et 35 ans au plus, être docteur en médecine d'une Faculté belge, avoir satisfait à un examen médical excluant toute infirmité et au service militaire.

Enfin les médecins pourront être assistés d'infirmières visiteuses. (*Scalpel*, 4 avril 1936.)

G. L.

Les causes d'erreur dans le diagnostic biologique de la grossesse.

Déjà les Tribunaux ont eu à connaître d'une demande en dommages-intérêts pour une erreur commise dans un diagnostic biologique de grossesse.

Comme toute méthode biologique, le bio-diagnostic de la grossesse est susceptible d'erreurs relevant soit de son principe même, soit de certaines difficultés d'application.

Les premières sont les plus graves : l'hormone recherchée n'étant pas spécifique de l'état de grossesse, l'on peut trouver de fausses réactions positives chez une femme non enceinte dont l'organisme contient, pour des raisons pathologiques, un taux d'hormone gonadotrope anormalement élevé (aménorrhées de la ménopause, aménorrhées secondaires des jeunes femmes, aménorrhées par persistance d'un kyste lutéinique certains cancers du col, chorio-épithéliomas malins).

Il y a aussi de fausses réactions négatives (retards imprévus dans la sécrétion de l'hormone, grossesses mortes avec rétention, grossesses ectopiques).

Les erreurs dues aux conditions d'application de la méthode peuvent tenir aux réactifs animaux.

L'on exige maintenant l'emploi systématique de trois réactifs classiques, lapine, souris femelle et souris mâle, afin d'avoir un nombre de recoupements suffisant. Mieux vaudrait encore employer chaque fois deux lapines, trois souris mâles et trois souris femelles.

Reste enfin la série classique des causes d'erreur adventices, communes à toutes les méthodes biologiques : mauvaise organisation, mauvaise technique, incompétence.

Sans oublier enfin l'erreur dont la malade, pour des raisons toutes personnelles, se rend complice et qu'il convient d'éviter en prélevant l'urine par sondage. (*Annales de médecine légale*, juillet 1936, A. Brindeau et H. Hinglais.)

G. L.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale ordinaire du 7 Juin 1936

L'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité familiale du Corps médical français, dont la convocation a été faite dans le *Concours Médical* du 3 mai dernier, s'est réunie aux bureaux du journal, le 7 juin, à 2 h. 30, sous la présidence du Docteur J. Noir.

Le Docteur Noir, dans son allocution, rappelle quel fut le rôle du Docteur Gassot, qui présente à ce jour pour la dernière fois ses comptes à l'approbation de l'Assemblée, après plus de quarante années de trésorerie et d'administration active de la Société. Il se fait l'interprète de tous les membres pour le remercier de ce qu'il a fait pour la Mutualité et fait ratifier par l'Assemblée sa nomination comme trésorier honoraire.

La parole est donnée ensuite à M. le Docteur H. Mignon, secrétaire général, qui rappelle les grandes lignes de son rapport, publié dans le *Concours Médical* du 10 mai 1936 ; afin de mieux suivre le fonctionnement de la Société et de le mieux adapter aux circonstances actuelles et aux besoins de ses membres, le Docteur H. Mignon propose à l'Assemblée de faire procéder annuellement à un inventaire sommaire par l'actuaire, sans préjudice naturellement de l'inventaire quinquennal prévu par les statuts. Cette proposition est adoptée. D'autre part le Docteur H. Mignon indique à l'Assemblée, qu'il sera sans doute nécessaire de convoquer vers la fin de l'année 1936 une Assemblée générale extraordinaire afin de procéder à quelques modifications statutaires, pour tenir compte d'une part des enseignements de l'inventaire, et d'autre part des conditions nouvelles dans lesquelles fonctionne désormais la trésorerie, aux bureaux du *Concours Médical*.

L'actuaire de la Société, M. Louis Collomb, donne alors lecture de son rapport, que nous publions ci-dessous, en y ajoutant les précisions qui y ont été apportées sur la demande de certains membres de l'Assemblée :

Monsieur le Président,

J'ai étudié, comme vous m'avez demandé de le faire, *la situation de la Mutualité familiale du Corps médical français, à l'expiration de l'exercice quinquennal clos le* 31 *décembre* 1935.

Comme pour les précédents exercices, cet examen a consisté tout d'abord dans le calcul des réserves mathématiques à constituer pour chacune des sections de la Mutualité familiale, au 31 décembre 1935, et dans la comparaison de ces réserves mathématiques avec l'avoir de chaque combinaison.

J'ai en outre examiné spécialement les répercussions qu'ont eues sur la situation financière et la marche des différentes sections, la baisse des valeurs et les réductions d'intérêts entraînées par l'application des décrets-lois.

Cet examen s'imposait après la période que nous venons de traverser.

Je tiens d'ailleurs à vous dire dès maintenant, que les résultats de cette étude sont tout à fait rassurants.

Je tiens aussi, et surtout, à vous affirmer ici que si la situation de la Mutualité familiale est, malgré les difficultés actuelles, excellente, vous le devez, en partie, à la grande expérience et à la parfaite clairvoyance de M. Fleury dont vous avez dû, si j'en juge par l'intérêt que je lui ai vu porter à votre Société, regretter comme moi la disparition.

Les conclusions de mon inventaire sont les suivantes :

PREMIÈRE SECTION

Caisse des indemnités maladie-accidents

I. Combinaison « B » dite combinaison « Vie entière ».

Cette combinaison comportait 136 comptes d'assurances au 31 décembre 1935 contre 184 en 1930.

Le dernier exercice a vu s'accentuer la diminution des effectifs de la combinaison « B » qui est en voie d'extinction, car elle ne reçoit plus d'adhérents nouveaux et perd chaque année, surtout par décès, un nombre relativement important d'assurés, en raison de l'âge moyen élevé de ses membres.

Les réserves mathématiques de la combinaison « B » s'élèvent à 169.789 francs.

En raison des aléas que présentent les garanties offertes par cette combinaison, j'ai estimé nécessaire de conserver la majoration de 50 % des réserves mathématiques appliquée en 1930 par M. Fleury, majoration qui, je le rappelle, est rendue possible par l'augmentation de 50 % appliquée au tarif des primes en 1922.

L'avoir de la combinaison « B » s'élève, en comptant les valeurs au prix d'achat, à 213.149 francs, soit un excédent de plus de 25 % sur les réserves mathématiques.

Cette combinaison équilibrait tout juste en 1930, elle présente donc une évolution favorable depuis cette époque. Toutefois, en raison des dangers qu'elle présente l'excédent actuel de 25 % constitue une marge de sécurité nécessaire, et je propose de maintenir inchangés, jusqu'au prochain inventaire, les tarifs de cette combinaison.

II. Combinaison « MA » réunies. (Indemnités en cas de maladie payables jusqu'à 65 ans).

Ces combinaisons gèrent 1.197 comptes d'assurances contre 1.211 en 1930. L'effectif est donc sensiblement stationnaire. Toutefois, l'importance totale des garanties assurées par les combinaisons « MA » s'est accrue depuis le dernier inventaire car, si le nombre de têtes est sensiblement le même, il y a eu d'assez nombreux transferts des combinaisons « MA », et « MA^2 » à faibles garanties, à la combinaison « MA^5 », à garanties plus importantes.

Ceci explique l'augmentation relativement rapide des réserves mathématiques qui, de 774.000 francs en 1930 sont passées, pour 1935, à 1.021.391 francs. Ces réserves ont été calculées sur les mêmes bases qu'en 1930.

L'avoir, en comptant les valeurs au prix d'achat, s'élève à 2.933.997 francs faisant apparaître un excédent considérable sur les réserves mathématiques.

Avant de tirer des conclusions de ces chiffres, examinons d'abord la situation financière de la première section, qui a évolué dans un sens un peu moins favorable.

L'avoir total figurant à l'actif de la première section évalué en comptant les titres à leur prix d'achat, s'élève à.......................... francs 3.147.146,80

Ce même avoir, évalué au cours de la Bourse au 31 décembre 1935 ne représente que......	francs	2.720.323,56
soit donc une moins-value de....	francs	426.823,24

moins-value d'environ 14 % de l'avoir figurant à l'actif.

Au point de vue « Résultats bruts » de l'opération d'assurance proprement dite, c'est-à-dire, comparaison des primes encaissées et des indemnités payées, compte tenu des réserves mathématiques à constituer, la situation est bonne pour les combinaisons « B » et brillante pour les combinaisons « MA ». Vous pouvez donc être pleinement satisfait de la qualité des risques que vous assurez et envisager l'avenir avec confiance à cet égard.

Au point de vue « Financier », les placements effectués pour la première section ont subi des baisses importantes et la valeur des titres, calculée au cours de la Bourse, présente une moins-value relativement importante, alors qu'elle faisait ressortir, en 1930, une plus-value.

Il n'y a toutefois pas lieu de s'inquiéter actuellement de cette situation car,

— d'une part, l'excédent des fonds évalués au prix d'achat par rapport aux réserves mathématiques est bien supérieur à cette moins-value,

— d'autre part, cette moins-value ne doit pas être considérée comme une perte définitive, puisque, comme nous venons de le dire, les réserves mathématiques de la première section sont en voie d'accroissement, que, par conséquent, cette section ne semble pas devoir être appelée, avant de longues années à liquider des valeurs pour payer des indemnités dues à ses membres et que, enfin, les obligations qui figurent dans son portefeuille comportent, du fait qu'elles sont cotées au-dessous du pair, une probabilité de hausse dans l'avenir, au fur et à mesure que se rapprochera la date limite de leur remboursement.

DEUXIÈME SECTION

I. Combinaison « P ». (Pension de retraite à 60 ans).

La combinaison « P » comprenait 365 comptes au 31 décembre 1935 contre 275 en 1930, augmentation notable des effectifs.

Ses réserves mathématiques s'élevaient à 2.390.191 francs.

L'avoir au prix d'achat était de 2.916.192 francs, soit un excédent de 426.001 francs par rapport aux réserves mathématiques.

II. Combinaison « R » (Pension de retraite à 65 ans).

La combinaison « R » compte 322 comptes en 1935 contre 287 en 1930. L'augmentation des effectifs de la combinaison « R » pour laquelle l'âge de la retraite est à 65 ans est donc relativement moins rapide que pour la combinaison « P » qui garantit une retraite a 60 ans. Ceci vérifie cette constatation, actuellement très fréquente, que les pensions différées à des âges élevés connaissent moins de succès auprès du public que les pensions différées à des âges plus jeunes.

Les réserves mathématiques de la combinaison « R » s'élèvaient, au 31 décembre 1935, à 1.925.750 francs et l'avoir, au prix d'achat, à 2.501.347 francs, soit un excédent de 575.597 francs.

La situation financière de la deuxième section s'établit ainsi :

Avoir figurant à l'actif au prix d'achat....................	francs	5.317.539,39
Avoir au cours de la bourse au 31 décembre 1935............	francs	4.679.806,38
soit une moins-value de........	francs	637.733,01

Le total des réserves mathématiques de la deuxième section s'élève, pour 1935, à 4.315.941 francs.

Reprenant la distinction établie pour la première section, nous constatons qu'au point de vue des résultats bruts de l'assurance, la deuxième section présente un excédent d'environ 20 % de l'avoir figurant à l'actif, par rapport aux réserves mathématiques.

Cet excédent, qui est sensiblement le même qu'en 1930, est satisfaisant. La situation de la deuxième section, est, à cet égard, actuellement bonne. Toutefois, là encore, nous constatons que la plus-value de 1930 s'est transformée en une moins-value. Pour les raisons que nous avons exposées précédemment, cette moins-value n'est pas encore inquiétante puisque l'avoir, au cours de la Bourse, est encore supérieur aux réserves mathématiques.

J'ai examiné également les répercussions qu'avaient pu avoir, pour la deuxième section les décrets-lois parus en octobre dernier, en ce qui concerne le montant des intérêts rapportés par les placements de cette section.

Une des hypothèses de bases de tout tarif d'assurance sur la vie est que les réserves mathématiques constituées à l'aide de primes de ce tarif s'accroîtront chaque année de leurs intérêts calculés à un certain taux dit « taux théorique » supposé constant jusqu'à l'expiration de l'assurance.

Si les intérêts réellement produits par les fonds en lesquels ont été placées les réserves mathématiques sont inférieurs aux intérêts théoriques, il s'ensuit naturellement un déficit chaque année.

On doit en général faire en sorte que le taux théorique soit un peu inférieur au taux réel des placements, afin d'avoir une certaine marge, en prévision des fluctuations possibles du taux réel.

Or, l'exercice 1935 a fait apparaître, pour la deuxième section, un taux réel sensiblement égal au taux théorique de 4,50 % adopté. Cette situation qui est sans doute en partie due aux réductions d'intérêts imposées par les décrets-lois n'est pas alarmante, car, d'une part, les fonds placés sont, comme nous l'avons vu, supérieurs aux réserves et, d'autre part, les taux des placements actuels sont notablement supérieurs à 4,50 %, si bien que nous pouvons, si les taux se maintiennent, espérer, sinon pour 1936, du moins, pour les années suivantes, une hausse du taux moyen de vos placements.

La deuxième section est de beaucoup la plus importante par le nombre des assurés et le montant des réserves mathématiques qui ont presque doublé depuis 1930... Sa situation, sans être aussi brillante que celle de la première section et de la combinaison V que nous allons examiner, est actuellement bonne et permet d'envisager l'avenir avec confiance. J'estime cependant que l'évolution de cette section doit dorénavant, en raison de l'importance qu'elle prend, être suivie attentivement tous les ans tant au point de vue du taux d'intérêt qu'au point de vue de la mortalité qu'accusent ses adhérents.

TROISIÈME SECTION

Combinaison V. (Pensions aux veuves et aux orphelins).

La combinaison V comportait, au 31 décembre 1935, 80 comptes contre 69 en 1930.

Ses réserves mathématiques s'élevaient à 210.139 francs, l'avoir au prix d'achat, à 589.774 francs.

L'excédent de l'avoir au prix d'achat sur les réserves mathématiques est ici considérable. La situation, au point de vue « Assurance » est donc excellente. Toutefois, la combinaison V qui garantit une pension de veuve au décès de ses membres est une des combinaisons d'assurance en cas de décès présentant le plus d'aléas. Ceci provient surtout de ce fait que, en raison des particularités techniques sur lesquelles je ne m'étendrai pas ici, les réserves mathématiques de ce genre d'assurance sont relativement faibles eu égard aux risques garantis ; c'est pourquoi, je vous propose, malgré le gros excédent que nous venons de constater, de n'apporter aucune modification aux conditions actuelles de fonctionnement de la troisième section.

La combinaison V présente une légère moins-value. L'avoir au cours de la Bourse s'élève, en effet, à 545.957 francs, faisant apparaître une moins-value d'environ 7 1/2 % par rapport à l'avoir figurant à l'actif. Cette moins-value est négligeable étant donné l'excédent que présente l'avoir au prix d'achat par rapport aux réserves mathématiques.

***

Dans l'étude que je viens de faire pour chacune des sections de la Mutualité, j'ai passé sous silence, pour ne pas allonger inutilement cet exposé, la question du taux d'intérêt des fonds placés pour les première et troisième sections; les excédents importants que ces sections font apparaître, la nature même des risques qu'elles assurent, font que cette question est, tout au moins pour le moment, d'un intérêt secondaire.

***

En résumé, les sections « Maladie » (Combinaisons « B » et « MA ») et Décès (Combinaison V. Pensions aux veuves et aux orphelins) ont évolué dans un sens favorable depuis le dernier inventaire. Pour chacune de ces deux sections, l'avoir au cours actuel de la Bourse dépasse le double des réserves mathématiques : leur excédent est de plus de 100 %. La situation de ces deux sections est donc florissante, car un excédent de 50 % seulement serait amplement suffisant pour assurer leur stabilité. Toutefois, en raison de l'instabilité de la période que nous traversons, je propose de ne rien changer, pour le moment, à leurs conditions actuelles de fonctionnement.

La deuxième section (Combinaisons de retraite « P » et « R ») a sensiblement maintenu sa position depuis 1930. L'excédent des fonds, évalués au cours de la Bourse, par rapport aux réserves, a toutefois un peu diminué, il est actuellement de 8,50 % environ.

En raison même des garanties qu'elles assurent, vos combinaisons de pensions de retraite ne peuvent, ni ne doivent présenter un excédent aussi important que les combinaisons d'assurance maladie ou décès. L'excédent beaucoup plus faible de la deuxième section est normal et la situation de cette section, satisfaisante.

Toutefois, la deuxième section était devenue de beaucoup la plus importante de la Mutualité familiale, et son équilibre ne pouvant être assuré par une marge de sécurité aussi généreuse que pour les autres sections, il serait souhaitable, je le répète, que son évolution soit désormais suivie attentivement et fasse l'objet d'examens périodiques plus fréquents que les inventaires quinquennaux prévus par vos statuts. Si, en effet, une évolution défavorable se dessinait un jour, il pourrait être nécessaire, étant donné les sommes importantes engagées dans cette section (environ 5 millions) de prendre immédiatement les mesures nécessaires sans attendre l'expiration de l'exercice en cours.

J'ajouterai, pour terminer, une dernière remarque : Différentes extensions des garanties accordées par vos combinaisons avaient, je crois, été envisagées ; la situation générale de notre pays étant actuellement en pleine évolution, j'estime qu'il serait préférable d'attendre quelque temps pour donner suite à ces projets.

Il ne s'agit là, encore une fois, que de simples conseils de prudence pour l'avenir. Pour le présent, la situation de la Mutualité familiale est parfaitement saine et peut-être qualifiée de brillante.

Le Docteur A. Gassot, trésorier honoraire, demande ensuite à l'Assemblée d'approuver son rapport financier sur l'exercice 1935, qui a été publiée dans le *Concours Médical* du 10 mai 1936. Le président donne lecture à l'Assemblée du rapport des commissaires aux comptes :

Les commissaires aux comptes soussignés, après contrôle des comptes de l'année 1935, se plaisent à rendre hommage à la gestion aussi scrupuleuse que claire et méthodique du trésorier de la Mutualité familiale du Corps médical, le Docteur Gassot. Ils estiment qu'il mérite la reconnaissance profonde de tous les membres de cette Mutualité pour avoir consacré quarante-deux années à la trésorerie de cette Société. Grâce à ces grandes qualités, il laisse en réserve de gestion une somme de 95.000 fr. C'est là un magnifique résultat, dont ils le félicitent respectueusement. Ils proposent d'adopter les comptes de 1935 et de donner au trésorier sortant quitus de sa gestion.

Et ils expriment le regret sincère que sa santé oblige le Docteur Gassot à abandonner ses fonctions de trésorier.

Paris le 26-5-1935.

Dr Fraikin, Dr Rigal, Dr Arago,
M. Collomb.

L'Assemblée approuve à l'unanimité des votants les comptes de M. le Docteur Gassot, et lui donne quitus de sa gestion.

Sur la proposition du président, elle ratifie ensuite les nominations de M. le Docteur Fischer, comme trésorier, en remplacement de M. le Docteur Gassot, démissionnaire, de M. Jean Mignon, comme trésorier-adjoint, en remplacement de M. Maurice Gassot, démissionnaire, de M. le Docteur Sassier, comme secrétaire général-adjoint en remplacement de M. Jean Mignon, et de M. le Docteur Chevallier comme membre du Conseil d'administration, en remplacement de M. le Docteur Levassort, décédé.

Conformément à l'article 29 des statuts, il est procédé au renouvellement des commissaires aux comptes sortants, les Docteurs Rigal et Chevallier. Les commissaires sortants étant rééligibles, le Docteur Rigal conserve sa fonction, M. le Docteur Laufer est nommé commissaire en remplacement de M. le Docteur Chevallier nommé adminis-

trateur, M. le Docteur Molinéry est adjoint aux Docteurs Laufer et Rigal, afin de porter au chiffre prévu par les statuts le nombre des commissaires aux comptes. Il est de même procédé, conformément à l'article 20, au renouvellement annuel des membres du Conseil d'arbitrage, par réélection des membres sortants. Ce Conseil qui a pour mission de trancher les différends s'élevant entre la Société et ses membres, n'a fonctionné, aux dires du Docteur Gassot, que deux fois en quarante-deux ans, chiffre qui établit éloquemment la bonne entente existant entre les sociétaires et les administrateurs, et le caractère confraternel de la gestion de la Mutualité.

Les membres de l'Assemblée n'ayant aucune question à poser, et l'ordre du jour étant épuisé, le président lève la séance à 4 h. 1 /4.

Le secrétaire général

H. MIGNON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Xe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose.** — La Xe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se tiendra à Lisbonne du 7 au 10 septembre prochain. Les sujets à l'ordre du jour sont les suivants : Question biologique « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation » ; Question clinique « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte » ; Question sociale « Prophylaxie de la tuberculose à domicile ».

Au programme figurent, en outre, des réceptions officielles, des visites des principaux organismes antituberculeux et des excursions aux sites les plus remarquables du Portugal et à l'Ile de Madère.

Les participants bénéficieront d'importantes réductions sur les chemins de fer français, espagnols et portugais, ainsi que dans les hôtels de Lisbonne.

Les médecins et les personnes s'intéressant à la lutte antituberculeuse, qui désirent prendre part à cette conférence, sont priés d'en aviser, le plus tôt possible, le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), chargé de présenter au Comité d'organisation de la conférence les adhérents français. Les membres de l'Union n'ont aucune cotisation à payer, les autres personnes devront acquitter une cotisation de 200 escudos (environ 125 francs français) ; les parents des participants à la conférence pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits, moyennant le versement d'une cotisation réduite de 90 escudos (environ 60 francs français).

Pour tous renseignements sur les horaires et prix des chemins de fer, conditions de voyage par voie maritime, s'adresser au Bureau des Congrès, Co internationale des Wagons-lits Cook, 40, rue de l'Arcade à Paris (VIIIe).

— **Bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.** — Le Gouvernement italien a décidé d'accorder, pour l'année 1936-1937, six bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.

Ces bourses, mises au concours, d'une valeur de 3.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini », à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles. Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut. Les bourses seront attribuée, de préférence, à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif de l'Union Internationale contre la tuberculose ; qui doit se réunir le *lundi 7 septembre* 1935, *à Lisbonne.*

Les *médecins français* désireux de participer à ce concours sont invités à adresser leur demande accompagnée des renseignements sur leur âge, leurs titres, leur expérience professionnelle, etc., au siège du Comité national de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), avant le 20 août 1936.

— **IIIe Congrès national des médecins « Amis des vins de France ».** — Les 18, 19 et 20 septembre prochain aura lieu à Dijon le IIIe Congrès national des médecins amis du vin, sous la présidence de M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde. Au cours de cette manifestation, de très intéressants travaux seront présentés sur la valeur hygiénique alimentaire et thérapeutique des vins de France. Des excursions, afin de faire encore mieux connaître le vignoble bourguignon, sont prévues pendant ce Congrès.

Pour tous renseignements et adhésions s'adresser : Docteur Eylaud, 126, rue Camille-Godard, à Bordeaux. Téléphone 83.322.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 JUILLET

Nominations de médecins de sanatoriums publics.

Par arrêté du ministre de la Santé publique, en date du 7 juillet 1936, M. le Docteur Reumaux, médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

Par arrêtés du 8 juillet 1936 :

M. le Docteur Schouller, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), a été nommé sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne).

M. le Docteur Augé, médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

Par arrêtés des 8 et 9 juillet 1936, M. le Docteur Thorain, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), a été affecté au au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), à dater du 16 août 1936.

Par arrêtés du 10 juillet 1936 :

Mlle le Docteur Fié, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée sur la demande, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Mlle le Docteur Rénié a été nommée médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain).

Mme le Docteur Canto, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Mme le Docteur Rougier-Marmet a été nommée médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Avis de vacance d'un poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène.

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Saint-Quentin est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 13 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère

de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français, et, en cas de naturalisatian, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué s'élève à 20.000 francs par an, il s'y ajoute des indemnités complémentaires s'élevant à un total de 30.000 francs.

Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

23 JUILLET

Création d'un titre universitaire.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 22 juillet 1936, a été créé à l'Université de Strasbourg une attestation d'études médicales spéciales, mention pédiatrie, et ont été réglementées les conditions de scolarité.

Médaille d'honneur des épidémies.

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or à titre posthume. — M. Roche (Louis), interne en médecine à l'Asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

Médaille de vermeil. — M. le Docteur Foveau de Courmelles (François), docteur en médecine, électro-radiologiste à Paris (Seine).

M. le Docteur Leforestier (Raymond), médecin à Péronne (Somme).

Médaille d'argent. — Mlle Brunel (Hélène), docteur en médecine, médecin adjoint au sanatorium du Grau-du-Roi (Gard).

Mlle Dumas (Nadine), docteur en médecine, ancienne interne des hôpitaux de Toulouse (Haute-Garonne).

M. Grimoud (Marcel), interne des hôpitaux de Toulouse (Haute-Garonne).

Mme Masson (Agnès), directeur médecin de l'Asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

M. Vailhé (Marcel), interne en médecine à l'Asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

M. Bader (Pierre), externe des hôpitaux de Strasbourg (Bas-Rhin).

M. Roger (Pierre), interne des hôpitaux de Strasbourg (Bas-Rhin).

M. le Docteur Tournier (Lucien), ancien interne de l'hôpital de Villeurbanne (Rhône).

M. Langeard (Noë), faisant fonction d'externe au groupe hospitalier Necker-Enfants malades (Seine).

M. Richard (Jean), externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine).

M. le Docteur Brimont (Louis), médecin-chef de l'infirmerie indigène de Camp-Marchand (Maroc).

M. le Docteur Mathieu (Jean), adjoint au médecin régional de la Santé et de l'Hygiène publique à Casablanca (Maroc).

M. le Docteur Mornas (Pierre), médecin chef de l'infirmerie indigène de Ben-Ahmed (Maroc).

M. le Docteur Vincent (Pierre), médecin chef du groupe sanitaire mobile de Meknès (Maroc).

Médaille de bronze. — M. Plomion (Jean), interne à l'Hôtel-Dieu de Troyes (Aube).

M. Achard (Guy), externe en médecine des hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. Dusserre-Telmon (Maxime), interne provisoire en médecine à l'hôpital civil de la Tronche à Grenoble (Isère).

M. le Docteur Fabre (Charles), médecin cantonal à Virieu-sur-Bourbre (Isère).

M. le Docteur Ramadier (Frédéric), directeur intérimaire de l'Asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

M. Collin (Guillaume), externe des hôpitaux de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

M. le Docteur Lombard (Adolphe), médecin à Vézelise (Meurthe-et-Moselle).

Mlle Gressier (Simone), externe des hôpitaux de Lyon (Rhône).

M. Papillon (Jean), externe des hôpitaux de Lyon (Rhône).

M. Devernois (René), faisant fonctions d'externe à l'hôpital Trousseau (Seine).

Mme Gautier (Jeanne), faisant fonctions d'externe à l'hôpital Hérold (Seine).

M. Gouffier (Marc), externe à l'hôpital Trousseau (Seine).

Mlle Joos (Eliane), externe à l'hôpital Trousseau (Seine).

M. Labarrère (Marcel), étudiant en médecine, remplaçant d'externe au Nouveau-Beaujon, à Clichy (Seine).

M. Leroux (Paul), externe à l'hôpital de la Pitié (Seine).

M. Loiseau (Jacques), externe à l'hôpital Hérold (Seine).

M. Schwartz (Jacques), interne à l'hôpital Bretonneau (Seine).

M. le Docteur Guyot (Marcel), médecin à Thaon (Vosges).

24 JUILLET

Circulaire relative à l'application de la loi sur les Assurances sociales aux périodes de congés payés.

Paris, le 23 juillet 1936.

Le ministre du Travail à MM. les directeurs des Services régionaux des Assurances sociales.

La question m'est posée de savoir si les cotisations

d'assurances sociales sont dues pour la période pendant laquelle les assurés obligatoires bénéficient de congés payés en application du contrat de travail.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le congé payé étant inclus dans la durée normale du travail et n'ayant pas pour effet d'interrompre le contrat de travail, il convient de considérer qu'il donne lieu au versement, tant par l'employeur que par l'assuré de cotisations obligatoires sur la base du salaire payé pour la période de congé.

Jean LEBAS.

26 JUILLET

Avis de vacance de poste de médecin directeur d'Asile public d'aliénés.

Un poste de médecin directeur est vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), par suite du départ de Mme le Docteur Masson.

Avis de vacance de poste de médecin chef de service d'Asile public d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), par suite du départ de M. le Docteur Duchêne.

PROMOTIONS — NOMINATIONS

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVE

Par décret du 21 juillet 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du 1er juillet 1936 et, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. des sect. d'inf. milit. inscrits sur la liste d'aptitude à ce grade ci-après désignés :

(Rang du 1er juill. 1933) Seyer, 3e sect., aff. rég. de Paris ; Sorin, 9e sect., aff. rég. de Paris ; Lemoine, 3e sect., aff. 3e rég. ; Bucher, 7e sect., aff. 7e rég. ; Poure, 11e sect., aff. 11e rég. ; Vidal, 18e sect., aff. 18e rég.

(Rang du 1er juill. 1934) Vincent du Laurier, 5e rég. aff. rég. de Paris ; Papillaud, 22e sect., aff. rég. de Paris ; Boisseau, 1re sect., aff. 1re rég. ; Férot, 1re sect., aff. 1re rég. ; Brule, 6e sect., aff. 6e rég. ; Dupuy, 18e sect., aff. 9e rég. ; Gerbeau, 11e sect., aff. 11e rég. ; Gire, 14e sect., aff. 14e rég. ; Bernard-Bouyer, 18e sect., aff. 18e rég. ; Filippi, 18e sect., aff. 18e rég. ; Fréguel, 18e sect., aff. 18e rég. ; Housset, 18e sect., aff. 18e rég. ; Melon, 18e sect., aff. 18e rég. ; Badelon, 25e sect., aff. aux tr. de Tunisie.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa rèunion du 21 juillet 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.037 DENICHOU, La Neuve-Lyre (Eure) avec effet rétroactif du 1er janvier 1936. Syndicat médical de l'arrondissement d'Evreux.
12.038 VERGER, Limoges (Haute-Vienne). Syndicat médical de la Haute-Vienne.
12.039 BARDEL, Sallanches (Haute-Savoie). Parrains : Docteurs Prallet et Sautier.
12.040 BONAFOS, Aïn-Temouchent (Oran). Syndicat médical d'Oran.
12.041 BUISSON, Gounod (Constantine). Parrains : Arrighi et Taieb.
12.042 CHAZETTE, Pontchartrain (Seine-et-Oise). Synd. dicat médical de Seine-et-Oise.
12.043 CLARAC, 41, cours Pasteur, Bordeaux (Gironde). Syndicat des médecins bordelais.
12.044 DE BERTHEZ, Roquebrun (Hérault). Parrains : Docteurs Boudet et Julia.
12.045 DUCASSE, Channay-sur-Lathan (Indre-et-Loire). Syndicat médical d'Indre-et-Loire.
12.046 EIFERMANN, Sedan (Ardennes). Parrains : Müller et Dessart.
12.047 GARY, Salvagnac (Tarn). Syndicat des médecins d'Albi-Gaillac.
12.048 GRAUER, Gambais (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Boissier et Delaplane.
12.049 LAVIGNE, Nœux-les-Mines (Pas-de-Calais). Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune.
12.050 Mme le PAPILLON-LÉAGE, 184, rue de l'Université, Paris (7e). Syndicat des stomatologistes des hôpitaux.
12.051 RACINE, 11, rue Gounod, Paris (17e). Parrains : Docteurs Reboul et Lonjumeau.
12.052 RICHARD, Pont-sur-Yonne (Yonne). Syndicat médical de Sens.
12.053 ROSENFELD, Dampierre (Seine-et-Oise). Syndicat médical de Seine-et-Oise.
12.054 ROUSSEAU, 5, rue Rosa-Bonheur, Paris (15e). Parrains : DocteursMougin et Martin.
12.055 VALAT, Agen (Lot-et-Garonne). Syndicat de Lot-et-Garonne.
12.056 WALTER, Auneuil (Oise). Syndicat médical de l'Oise.
12.057 WEYL, 89, rue Désoyer, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestations dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1o Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2o En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Les remplacements des médecins

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, rappelle aux médecins de Paris et de province l'existence de son Service de remplacements qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

L'Association corporative, ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanche et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 heures à 18 h. 30.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours Français et observent les conditions légales, les décrets du ministre de la Santé publique et la loi de 1935, sur les médecins étrangers sont parfaitement respectés.

Le Comité rappelle à ce sujet, qu'aucun étranger n'a le droit de remplacer un médecin et qu'un naturalisé doit avoir fait son service militaire pour pouvoir faire un remplacement.

Si un naturalisé n'est pas dans ce cas, il doit laisser s'écouler quatre ans entre le jour de sa naturalisation et son premier remplacement : tout praticien qui ne se conformerait pas à cette législation tomberait immédiatement sous le coup de la loi y compris son remplaçant.

Si des médecins désirent être remplacés par des internes ou des externes des hôpitaux de Paris, ils n'auront à l'Association corporative que l'embarras du choix et d'un choix du reste sélectionné, car ce groupement a toujours compris toutes les catégries d'étudiants en médecine, y compris un certain nombre de docteurs, continuant à Paris à se perfectionner dans les hôpitaux.

S'adresser pour tout renseignement au siège de l'Association corporative, 8 rue, Dante, Paris (V^e^). Téléphone : Odéon 58-90.

Le Président

André Domart,
Interne des hôpitaux de Paris.

Zona et Varicelle

M. L..., 68 ans, se présente le 4 juillet 1936 à ma consultation, porteur d'un magnifique zona intercostal gauche, bien caractérisé et dont l'apparition a été précédée de vives douleurs.

Ce zona, dont le diagnostic est évident, serait banal s'il ne s'accompagnait d'une éruption généralisée identique à une éruption de varicelle : papulo-vésicules disséminées par éléments isolés ou par groupes de deux ou trois sur l'hémithorax opposé, sur la nuque, le cou et les membres, surtout sur les bras.

Quelques cas de varicelle ont été signalés dans le village où habite ce malade.

Dr H. Cleu (Aubenas)

CORRESPONDANCE

Pour documenter les confrères

Abonné au *Concours Médical* et au « Sou Médical », je viens vous demander quels genres de garanties peut m'offrir votre Mutualité familiale : ce qu'elle peut me donner et à quel prix. Assure-t-elle un service de retraites ?

Dr C., à C. (F.).

Réponse

Je vous envoie nos statuts et un dossier de candidature.

Vous y verrez que nous vous offrons :

1° Une indemnité de 10 à 50 francs par jour pendant deux mois, puis de 100 francs à 200 francs par mois ensuite, tant que vous êtes dans l'impossibilité d'exercer pour une cause pathologique quelconque ;

2° Une pension de 120 francs à 4.800 francs à 60 ans, à capital aliéné ou contre-assuré ;

3° Une pension semblable à 65 ans, cumulant avec la précédente, les deux ouvertes à votre femme et à vos enfants majeurs ;

4° Une pension de 1.800 francs à votre veuve, au jour éventuel de votre décès.

Avec environ 4.000 francs, si vous n'avez pas trop dépassé la trentaine vous pouvez avoir le maximum dans toutes les combinaisons.

Donnez-moi votre âge, celui de votre femme, et dites-moi ce que vous désirez, je vous fournirai tous renseignements utiles.

Mais songez à votre vieillesse. Si vous saviez combien de vieux confrères sont aujourd'hui désespérés d'avoir autrefois négligé de s'inscrire à nos Caisses de retraites ! Dr H. MIGNON.

ASSURANCES SOCIALES

6.058. — Obligation de déclaration de la maladie à la Caisse

Ci-joint l'état d'un enfant d'assuré social notoirement indigent non-agricole dont on me refuse les honoraires au Tarif des accidents du travail sous le prétexte que la Caisse n'a pas reçu de carte-lettre.

Ce prétexte est-il valable et qu'est-ce qui prouve que la carte n'a pas été envoyée et reçue par la Caisse qui peut toujours dire le contraire ?

Dites-moi si je dois m'incliner devant ce fait renouvelable à l'excès ou ce que je dois faire.

Dr D.

Réponse

Le refus de paiement des prestations par la Caisse d'assurances sociales est en l'espèce dénué de fondement. Il est bien exact que l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales stipule que le règlement du médecin ne peut intervenir qu'autant qu'il a informé la Caisse d'assurances de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants. Mais, ainsi qu'il ressort de la circulaire ministérielle du 30 décembre 1935, ces nouvelles dispositions ne sont entrées en vigueur qu'après le 1er avril 1936 ; en effet : « les prestations étant conditionnées par les versements opérés, il en résulte que le nouveau régime ne peut avoir effet en ce qui concerne les conditions d'attribution et la quotité des prestations qu'autant que les versements correspondant au nouveau régime auront été opérés au moins pendant un trimestre. Jusqu'au 1er avril prochain les organisations d'assurances devront continuer à accorder les prestations sur la base du régime précédemment établi. C'est seulement à partir de cette date qu'ils auront à tenir compte des nouvelles dispositions tant pour la détermination du droit aux prestations que pour la fixation des avantages à accorder ».

Comme la loi de 1928-1930 n'exigeait nullement du médecin-traitant l'envoi à la Caisse d'une déclaration quelconque, il s'en suit que la Caisse ne peut invoquer l'art. 19 précité pour refuser le paiement d'actes médicaux accomplis au cours du 1er trimestre 1936. Mais vous n'avez pas d'action directe contre la Caisse ; vous ne pouvez donc que poursuivre la collectivité d'assistance débitrice, c'est-à-dire la commune de secours, devant la Commission d'arrondissement de son siège ; il appartiendra à cette dernière de mettre en cause la Caisse intéressée afin de faire trancher à son égard cette question d'application de la loi sur les Assurances sociales.

Pour l'avenir, il est certain que le défaut de déclaration libère la Caisse d'assurances de toutes obligations ; le médecin traitant doit donc être considéré comme ayant soigné un assisté ordinaire, et être réglé au tarif de l'Assistance médicale gratuite. Mais il est évidemment à craindre que les Caisses n'égarent ces déclarations, et invoquent fréquemment, de bonne foi mais à tort, de tels motifs de refus. Pour parer à cette éventualité, le mieux serait à notre avis que par suite d'un accord entre les Syndicats médicaux, l'Administration, et les Caisses, ces dernières consentent à adresser automatiquement aux médecins traitants un accusé de réception de leurs déclarations.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.353. — Visite de contrôle au domicile du blessé

Voulez-vous avoir l'amabilité de me faire savoir, si le fait d'assister à une visite de contrôle au domicile d'un blessé victime d'un accident du travail (dans la banlieue parisienne, département de la Seine), permet au médecin traitant de compter à la Compagnie d'assurances $18 + \frac{18}{2} = 27$ francs, ou s'il ne peut compter $15 + \frac{15}{2} = 22$ fr. 50 ?

Dr C.

Réponse

La visite dite « de contrôle » est tarifée (art. 3-*a*) 15 + 7,50 = 22 fr. 50. A quoi, il faut ajouter les frais de déplacement (art. 2) s'il y a lieu, à savoir, pour toute visite faite dans les villes de plus de 100.000 habitants, et leur banlieue, la somme forfaitaire de 3 francs quelle que soit la distance : soit, en l'espèce, 22 fr. 50 + 3 francs = 25 fr. 50 et non 27, ni 22,50. »

Dr Fernand DECOURT.

6.294. — Certificat ou rapport constatant le taux équitable d'une incapacité partielle permanente

Suivant les indications que vous donnez dans le *Concours*, et que vous aviez bien voulu m'adresser par votre lettre du 5 juillet 1934, nous avions décidé, au Syndicat de T..., de ne plus porter le taux d'incapacité permanente partielle, que nous jugions équitable, sur le certificat final descriptif établi au moment de la consolidation d'une blessure résultant d'un accident du travail.

Très rapidement nous nous sommes trouvés en présence d'une hostilité marquée de la part des assureurs (agents locaux) et de la Fédération des mutilés du travail. Nous leur avons répondu, en substance, que nous n'admettions pas que le médecin traitant soit expert du blessé qu'il avait soigné.

Ces deux groupements ont alerté le Président du Tribunal qui a convoqué notre président, à qui il a fait ressortir que notre façon d'agir, strictement légale, ne lui permettait pas de régler les sinistres en conciliation, comme le prévoit la loi, et lui a demandé quelles dispositions pourraient être prises pour aboutir à cette conciliation.

Les assureurs proposent que le blessé, muni du certificat final descriptif du médecin traitant, soit adressé à un confrère (de son choix) qui indiquerait le taux d'incapacité permanente partielle, moyennant 15 ou 20 francs payés par l'Assurance (ce qui à notre

avis est une véritable expertise dont la rémunération est dérisoire).

Nous avons décidé de ne pas répondre sans avoir votre avis, que vous seriez bien aimable de nous donner. Il est certain que la façon d'agir, que nous avons adoptée avec vos indications, est en usage dans d'autres régions (Berry, par exemple, je crois), mais nous ne savons pas ce qui se fait en vue de la conciliation.

Je profite de la présente pour vous assurer de la même gratitude des membrse de notre Syndicat (tous, ou presque, abonnés au *Concours* et membres du « Sou ») pour les renseignements si précieux que vous nous donnez dans le *Concours*.

Dr P.

Réponse

La situation du médecin traitant en cas de consolidation avec incapacité permanente partielle est très simple. Il n'a pas à fournir le taux de l'incapacité permanente partielle qui lui semble juste à la Compagnie d'assurances, sauf si celle-ci le lui demande par écrit, et en dehors du tarif de responsabilité patronale qui n'en fait pas mention et n'a pas à le faire. Par contre, il est tout naturel qu'il donne à son client, le blessé, le taux qu'il présume juste, afin que celui-ci puisse en faire état dans sa demande devant le Tribunal : conciliation ou non, cela passe toujours devant le Tribunal en cas d'incapacité permanente partielle, attendu qu'il est dit article 15, alinéa 3 de la loi : « Si l'une des parties soutient, avec un certificat médical à l'appui, que l'incapacité est permanente, le Juge de paix doit se déclarer incompétent... ».

« L'une des parties ... », ce sera souvent l'Assurance et si elle demande le taux de l'incapacité permanente partielle au médecin traitant, celui-ci peut lui fournir les résultats de cette véritable expertise. Ce pourra être aussi le blessé, auquel cas, il est naturel de son médecin traitant lui fournisse le certificat médical qu'il doit présenter « à l'appui » de sa demande. Dans le premier cas, l'Assurance doit payer au médecin la somme convenue avec lui pour expertiser le taux de l'incapacité permanente partielle, soit une cinquantaine de francs lorsqu'il s'agit d'un petit sinistre, non compliqué, soit cent francs au moins quand il y a tout un « rapport » officieux à mettre sur pied pour éclairer le Tribunal.

Je n'ai jamais dit que le médecin traitant ne pouvait fournir un certificat portant le taux de l'incapacité permanente partielle ce qui n'est autre qu'une expertise officieuse. Par contre, je ne pense pas qu'un Tribunal prenne jamais comme expert officiel, en cas de désaccord, le médecin traitant, pas plus d'ailleurs, que le médecin patronal ou le médecin de l'Assurance. »

Dr Fernand DECOURT.

Cinquante-huitième année — N° 33 — 16 Août 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. *Cristau.*
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Le Boulou. J. Noguès.
Loctudy. Dupouy.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Leiongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. *Royer.*

Renseignements

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les dyspeptiques, par quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos *abonnés ont tout intérêt à nous* adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte *Chèques postaux : Paris 167-95*.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

N° 217. — Provence. 35 km. Marseille, stat. estivale, alt. 400 m., 1,800 hab., méd. génér. propharm., maison agréable, jardin, garage, loyer 3.000 à céder raison famille.

N° 218. — Méd. franç. désireux prendre succession bon poste O. R. L., ou Y. O. R. L., entrerait relations avec confrère cherchant céder.

N° 219. — Seine-Inf. A céder belle clientèle médicale.

N° 220. — Pharmac. en chef hôp. civil de Rochefort-sur-Mer recomm. particul. jeune fille 24 ans, sérieuse, très bonne famille, brevet élém. sténo-dactylo, diplôme aide-infirmière, certif. secrét. médical, comme secrét. méd. ou similaire dans clinique, hôpital ou chez professeur ou médecin France ou colonies.

N° 221. — Méd. recomm. particul. jeune femme veuve, désirant, comme garde-malade auprès pers. difficile à soigner, ou auprès enfants infirmes, une situat. d'infirmière de nuit et de jour.

N° 222. — Méd. n'exerç. plus, exp. près trib. offre collaborat. intégrale à Cie Assur. pour contrôles et expertises. Région Paris et Nord.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

90 km. Paris. A céder d'extrême urgence, avec petit comptant bonne clientèle paysanne et ouvrière. Nombreux accidents. Trav. et fixes usines.

Normandie. Station balnéaire. Clientèle facile propharmacien, proximité grande ville. Indemnité 35.000, compt. à débattre.

Seine-et-Marne. — Seul médecin, bon poste ancien, maison agréable salle bains, grand jardin. Indemnité 45.000 dont 30.000 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

—Légion d'honneur. PENSIONS. — Sont promus :

Au grade d'officier. — M. Regnard (à Paris).

Au grade de chevalier. — MM. Bonnet et Bruneau, Maginel-Pelonnier (à Paris).

GUERRE. *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Bablon.

SANTÉ PUBLIQUE. *Au grade de commandeur.* — M. Prosper-E. Weil, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade d'officier. — MM. Bec (à Avignon), Decamps (à Amiens), Marcel Gallois, J. Marsan, J. Mawas et G. Rosenthal (à Paris), G. Tourneux (à Toulouse).

Au grade de chevalier. — MM. E. Barral (à Vaison), Bolot (à Senlis), Coliez (à Paris), Corset (à Vichy), Moyse Créhange (à Nancy), Donnegau (à Perpignan), Dudefoy (à Chartres), Eudlitz (à Boulogne-Billancourt), Etienne Guérin (au Chesle), Leclerq (à Chatou), Louit (à Paris), Martz (à Châlon-sur-Saône), Moneger (à Egletons), Mozer (à Berck), Jean Paris (à Troyes), Richard (à Paris), Souquet (à Foix), Raoul Weill (à Paris).

— Ministère des Colonies. — MM. les Docteurs Cormaty et Charbonnier ont été reçus au concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

— La semaine gastro-entérologique (Paris : 13, 14 et 15 septembre 1937 ; Vichy : 16, 17 et 18 septembre 1937). — La Société internationale de gastro-entérologie a organisé son deuxième Congrès. Celui-ci tiendra ses assises à Paris, pendant l'Exposition universelle, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval, de Paris.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour des séances : 1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique ; 2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle.

La première sera traitée simultanément par des rapporteurs français et des rapporteurs allemands.

Le rapport d'ensemble des auteurs français sera présenté par MM. les Professeurs P. Duval et Gosset, avec la collaboration de : Professeur Carnot (diagnostic clinique et sérologique) ; Docteur Gutmann (radiologie) ; Docteur Moutier (gastroscopie) ; Docteur Garin (gastroscopie photographique) ; Professeur Labbé (diagnostic chimique) ; Docteur Yvan Bertrand (histologie pathologique) ; Docteurs Gatellier et Charrier (diagnostic opératoire).

Le Professeur Konjetzny présentera le rapport d'ensemble des auteurs allemands, avec la collaboration de : Professeur von Bergmann (médecine) ; Professeur Sauerbruch (chirurgie) ; Professeur Buerger (diagnostic chimique) ; Professeur Berg (radiologie) ; Professeur Henning (gastroscopie et gastrophotographie) ; Professeur Staemmler (anatomie pathologique).

La deuxième question mise à l'étude sera traitée

par les rapporteurs suivants : MM. Mogena (Espagne) pour la partie médicale ; Bottin (Belgique) pour la physiopathologie ; Krynski (Pologne) pour la radiologie ; Wilkie (Angleterre) pour la chirurgie ; Bindo de Vecchio (Italie) pour l'anatomie pathologique ; N. (E. U. A.) pour la bio-chimie.

A l'issue du Congrès de Paris s'ouvrira le Congrès international de l'insuffisance hépatique, qui aura lieu à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Loeper.

Il comportera deux sections : une de médecine, l'autre de thérapeutique, dans lesquelles des rapporteurs éminents de diverses nationalités ont été choisis (Allemagne, Angleterre, Autriche, Espagne, France, Roumanie). Entre autres chapitres seront traités : les œdèmes des hépatiques, le foie des paludéens, le gros foie des enfants, la fonction soufrée, le foie du point de vue intervention chirurgicale, puis les médications cellulaires et circulatoires.

— Un concours pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône. — Les candidats à cet emploi devront être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et âgés de moins de 45 ans à la date du 1[er] octobre 1936.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (cabinet du Préfet), avant le 15 septembre 1936, et être accompagnée des pièces suivantes : 1° adresse exacte à laquelle la décision de la Commission de concours devra être notifiée au candidat ; 2° acte de naissance sur timbre ; 3° copie, certifiée conforme, du diplôme d'Etat, de docteur en médecine, délivré par une Faculté française ; 4° extrait du casier judiciaire, ayant moins de trois mois de date ; 5° pour les candidats du sexe masculin, certificat établissant la situation au point de vue militaire ; 6° certificat délivré par un médecin assermenté, constatant que le candidat n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatible avec l'exercice de fonctions très actives ; 7° exposé des titres, travaux, états des services et références en matière de phtisiologie ; 8° principales publications ; 9° engagement, en cas de nomination : *a*) de se consacrer uniquement à ses fonctions (examens cliniques radiologiques et bactériologiques des tuberculeux et des malades suspects de tuberculose) dans les dispensaires désignés ; *b*) de renoncer à faire de la clientèle (toutefois, il pourra être appelé en consultation par les médecins du département) ; *c*) de rester en fonctions, dans le département de la Haute-Saône pendant une durée minima de trois ans ; *d*) en cas de démission, ou de nomination à un autre poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer le service dans le département de la Haute-Saône, pendant trois mois au minimum ; *e*) en cas de cessation de ses fonctions, pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer comme médecin praticien, dans le département de la Haute-Saône, avant un délai de cinq ans.

Stage. — Le médecin-chef des Dispensaires sera soumis à un stage payé de six mois, avant d'être titularisé dans ses fonctions.

Le traitement attaché à la fonction de médecin-chef des dispensaires d'hygiène sociale est fixé à 38.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs tous les deux ans, jusqu'au maximum de 46.000 francs. A ce traitement s'ajouteront : 1° une indemnité forfaitaire annuelle pour frais de déplacements, fixée à 10.000 francs ; 2° une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de famille, égales aux indemnités de même nature allouées au personnel de la Préfecture.

Retraite. — Le médecin-chef des Dispensaires pourra, sur sa demande : *a*) être admis à participer à la Caisse départementale des retraites, dans les conditions et limites d'âge prévues ; *b*) ou en cas d'impossibilité (plus de 40 ans d'âge), il pourra constituer sa retraite par versements à la Caisse nationale des Retraites, avec participation pour moitié (et au maximum pour une somme annuelle de 1.500 francs) du Comité départemental d'hygiène sociale.

— **L'automobile-Club de l'Ile-de-France**, 8, place de la Concorde, Paris (8e), vient de créer une section médicale, réservée aux docteurs en médecine (diplôme d'Etat).

Les médecins de cette section bénéficieront non seulement de tous les avantages réservés aux autres membres du Club, mais recevront un insigne spécialement étudié pour eux, se plaçant sur le pare-brise et leur facilitant le circulation, les stationnements, etc...

Cette section médicale est créée sous le patronage de M. le Professeur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; de M. le Docteur Dupuy de Frenelle, vice-président de la Société de médecine de Paris.

— **La crémation en France.** — La Société pour la propagation de l'incinération, fondée en 1880, et dont le siège se trouve 10, rue Fanny, à Clichy (Seine) vient de publier son bulletin annuel, qui permet d'enregistrer un développement de plus en plus grand de l'idée crématiste en France.

Parmi les fours crématoires en fonctionnement, celui de Paris occupe la première place, soit 920 incinérations pour l'année écoulée. Viennent ensuite Strasbourg, 215 ; Marseille, 143 ; Lyon, 44 ; Rouen, 6 ; Reims, 2.

— **Æsculape.** Sommaire du numéro de juillet 1936 — *Vincent Van Gogh et le drame de l'oreille coupée,* par les Docteurs Victor Doiteau et Edgar Leroy (25 illustrations). — Les Docteurs V. Doiteau et E. Leroy, qui avaient publié en 1928 aux « Editions *Æsculape* » *un ouvrage fort remarqué sur la Folie de Van Gogh*, nous donnent dans ce numéro de juillet une étude complémentaire sur un épisode tragique de

la vie du peintre à Arles : « Le drame de l'oreille coupée ». Cet événement, qui marque dans la vie de Vincent une aggravation de sa psychose, avait été souvent évoqué et diversement relaté. L'enquête des auteurs éclaire définitivement cette étrange aventure, lui enlevant l'apparence énigmatique que certains inclinaient à lui reconnaître.

Æsculape. — Revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnement : 40 francs (Etranger : 60 francs). — 21, rue Froidevaux, 21, Paris (XIVe). — Prix du numéro : 5 francs.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Julien Coste, de Jausiers, un des plus anciens et fidèles correspondants du *Concours Medical*.

Nous adressons à Madame J. Coste, sa veuve, et à sa famille l'expression sincère de notre profonde sympathie.

J. N.

— Nous apprenons la mort de Madame Gabriel Lachèze, née Marie-Louise Bourrut-Lacouture, décédée à Hautefort (Dordogne) le 18 juillet 1936. Nous adressons à sa famille, au Docteur G. Lachèze, son mari, au Docteur et à Madame Michel Lachèze, au Docteur et à Madame Jean Laroche, ses enfants, au Docteur et à Madame Bourrut-Lacouture, l'expression de notre douloureuse sympathie.

La Santé publique et la Collectivité

Communiqué par le Ministre de la Santé publique

A la suite du rapport général : « *La santé publique et la collectivité. Hygiène et service social* », présenté à la IIIe Conférence internationale du Service social de Londres, groupant près de 1.500 congressistes, par M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, et par le chef de son cabinet technique, l'Assemblée, dans sa séance plénière du 17 juillet 1936, a adopté le rapport final de la Commission d'hygiène, présenté par son rapporteur général, le Docteur R.-H. Hazemann.

« Ce rapport doit être envisagé dans son esprit et dans son application selon la législation, les traditions et la situation de chaque pays.

« 1° Les déficiences sociales sont fréquemment la cause de la maladie ; les troubles de la santé physique et mentale sont souvent associés à un manque d'adaptation de l'individu au milieu ou du milieu à l'individu. Il importe donc qu'hygiène et travail social soient eux aussi, aussi étroitement que possible, associés dans le but d'amener une meilleure adaptation réciproque. L'éducation ménagère, par exemple,

n'est-elle pas fatalement liée aux questions d'hygiène ?

2° Est-il possible de concevoir une organisation de l'hygiène sociale assez souple pour pouvoir être adaptée elle-même aux besoins de collectivités différentes ? Précisément, le « Centre de santé » (et de Service social) a pour but d'éviter la dispersion des efforts, en groupant librement les différents dispensaires, Services sociaux, et si possible Services d'assistance et d'assurance en un ensemble coordonné.

« 3° L'expérience réalisée en différents pays montre que ces « Centres » qui peuvent être publics, privés ou mixtes, et qu'il ne faut pas seulement se figurer comme un édifice commun, mais surtout comme une organisation commune, réalisent dans une pépinière de bonnes volontés, la collaboration indispensable entre les œuvres privées, entre les services publics et entre les uns et les autres. L'action de ces centres sera coordonnée par les services d'hygiène (province, département, comté), assistés de « Comités de collaboration » composés de représentants des œuvres privées et des services publics.

« 4° Les Services d'hygiène locaux seront placés sous le contrôle d'inspecteurs régionaux dépendant de l'Administration centrale, cette manière de faire constituant un système de coordination, bien plus que de centralisation, chaque œuvre privée trouvant aisément sa place dans un plan général, lui-même aussi souple que possible, de façon à encourager les initiatives et à laisser aux œuvres leur personnalité, tout aussi respectable que la personnalité individuelle.

« 5° Les « visiteuses » attachées au « Centre » exerceront de préférence un « travail familial », de manière à éviter autant que possible l'intrusion systématique dans le même foyer de plusieurs travailleurs sociaux spécialisés. Naturellement, les infirmières visiteuses de secteur devront avoir recours aux conseils de monitrices spécialisées.

« 6° L'expérience montre que la visiteuse de secteur est fatalement amenée, non seulement à prodiguer l'éducation ménagère, mais aussi « à faire du travail social ». Soigneusement préparée à ce rôle, elle devra donc, dans les villes, collaborer avec l'auxiliaire sociale proprement dite, alors qu'à la campagne, il semble bien difficile que chaque secteur possède à la fois une infirmière visiteuse familiale et une auxiliaire sociale.

« 7° Toutes les visiteuses, quelle que soit leur mission spéciale, accorderont une importance de plus en plus grande aux facteurs psychologiques et à la prophylaxie mentale ».

● ● ●

A TRAVERS L'OFFICIEL

31 JUILLET

Décret du 18 juillet 1936 sur la constitution des cadres et l'avancement des officiers de réserve du Service de santé

Art. 1er. — Le décret du 7 juillet 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 1er. — Cet article est abrogé et remplacé par le suivant :

« Le corps de santé militaire est complété à la mobilisation par un cadre d'officiers de réserve recruté dans les conditions fixées par les articles 37 de la loi sur le recrutement de l'armée, modifié par la loi du 14 juillet 1933, 5 de la loi du 8 janvier 1925, 1er de la loi du 15 mars 1927 et par la loi du 19 décembre 1934, et, dans chaque grade, par voie d'avancement.

« Ce cadre comprend :

« 1° Des médecins, depuis le grade de médecin sous-lieutenant jusqu'à celui de médecin colonel ;

« 2° Des pharmaciens, depuis le grade de pharmacien sous-lieutenant jusqu'à celui de pharmacien colonel ;

« 3° Des dentistes, du grade de dentiste sous-lieutenant jusqu'à celui de dentiste capitaine.

« Les pharmaciens et les dentistes de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine et justifiant qu'ils exercent la profession de médecin peuvent, sur leur demande, être autorisés, par décret, à passer avec leur grade et leur ancienneté de grade dans le cadre des médecins de réserve ».

Art. 3. — Cet article est modifié ainsi qu'il suit :

« Les médecins, les pharmaciens, les dentistes sous-lieutenants et des sous-lieutenants d'administration de réserve sont promus...

(Le reste sans changement).

Art. 6. — Cet article est modifié ainsi qu'il suit .

« Les médecins, les pharmaciens, les dentistes sous-lieutenants de réserve et les lieutenants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur... »

(Le reste sans changement.)

Art. 11. — Cet article est modifié ainsi qu'il suit.

Au lieu de : « dentiste militaire de 1re classe », mettre : « dentiste lieutenant ».

Art. 14. — Cet article est complété ainsi qu'il suit :

« Les dentistes lieutenants du Service de santé de réserve sont inscrits au tableau d'avancement et peuvent en être rayés dans les mêmes formes que les autres officiers du Service de santé de réserve ».

Art. 15. — Cet article est complété ainsi qu'il suit :

« Les mêmes dispositions sont applicables aux dentistes du Service de santé de réserve ».

Voir la suite page XXXVII-2427

PROPOS DU JOUR

L'HYGIÈNE GÉNÉRALE DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Depuis vingt ans que la loi Léon-Bourgeois est appliquée, depuis un demi-siècle environ que la lutte antituberculeuse est entreprise à grands frais, tous ceux qui savent observer et qui réfléchissent sont littéralement atterrés en constatant les médiocres résultats obtenus. Les sommes considérables dépensées en dispensaires, préventoriums, sanatoriums n'ont pas empêché que la tuberculose reste la maladie qui cause le plus de décès en France.

Cette constatation est troublante au point que de grands savants comme Auguste Lumière, constatant l'inutilité de la lutte contre la contagion, ont osé nier l'importance de cette contagion tout au moins chez l'adulte et démontré avec de solides arguments que jusqu'ici on avait fait fausse route et gaspillé inutilement dans une lutte chimérique les ressources de notre pays.

Le mal vient de ce que l'on a voulu séparer la lutte antituberculeuse de l'hygiène générale, ne voir que le bacille et la contagion dans l'étiologie de la tuberculose et faire fi des causes dites secondaires qui jouent ici le plus grand rôle : le taudis, la mauvaise alimentation, l'alcoolisme qui relèvent de l'hygiène générale.

M. le Docteur Triollet, qui fut pendant plusieurs années médecin des dispensaires antituberculeux des Vosges, qui remplit actuellement les fonctions d'inspecteur des Services d'hygiène du Morbihan et qui, à ces divers titres, est un des hommes les plus compétents en la question, vient d'en donner une éclatante démonstration dans un article, publié dans *Le Mouvement sanitaire* (juin 1936), intitulé : *Lutte antituberculeuse et santé publique. Rôle des conditions sanitaires et économiques locales.*

Rappelons en passant que le fondateur du *Mouvement sanitaire*, M. le Docteur Dequidt, inspecteur général au ministère de la Santé publique, chargé d'une enquête sur les sanatoriums populaires, il y a quelques années, fit un rapport accablant sur ces institutions dont il n'avait pu très souvent se rendre compte des résultats immédiats et encore moins des résultats éloignés.

On a appliqué en France systématiquement les principes de prophylaxie élaborés par Calmette, consacrés par la loi du 15 avril 1916, développés après la guerre par la Commission Rockefeller. Ces principes ont pour base la contagion de la maladie. Dans plus de huit cents dispensaires on cherche à dépister la tuberculose, pour une fois diagnostiquée, la traiter dans les sanatoriums et les préventoriums et tout ceci est complété par l'action sociale à domicile de l'infirmière-visiteuse. En théorie cela est très bien, même en pratique dans des *départements riches et où l'hygiène* générale a sérieusement progressé comme la Meurthe-et-Moselle et la Seine-et-Marne. Mais il n'en est pas de même partout malheureusement et le Docteur Triollet nous cite en exemple le Morbihan, département qu'il a soigneusement étudié.

Le département du Morbihan est très peuplé (540.000 habitants). La natalité y est élevée, mais la mortalité tuberculeuse y est aussi très grande (1.500 décès annuels officiellement). Il occupe le quatrième rang dans l'échelle de la morbidité par tuberculose. Dans certains cantons, 25 % des conscrits doivent être réformés. La tuberculose y est donc très fréquente et les conditions d'hygiène sont trop souvent déplorables.

Les *logements* sont très insuffisants surtout dans les campagnes. Beaucoup de maisons surpeuplées sont sans fenêtres. Le sol, le plus souvent, est en terre battue, il n'y a ni parquets, ni carrelages. Les lits sont clos. Les habitants vivent parfois auprès des animaux. Les conditions du logement sont souvent telles qu'on ne peut isoler les nourrissons, nés de mère tuberculeuse, pendant qu'on leur administre le B. C. G. Ce qui rend souvent cette vaccination dangereuse pendant la phase négative de la vaccination.

L'alimentation des Morbihanais est, elle aussi, très insuffisante. La misère est grande à la campagne. Les gains journaliers oscillent entre 7 et 10 francs selon la saison. Les ménagères sont trop

souvent ignorantes en préparations culinaires, limitent la composition des repas aux bouillies de blé noir ou de froment, aux pommes de terre et aux soupes au lard. Dans cette population pauvre des campagnes on y sert très rarement des viandes ou du poisson. Le pain est parfois remplacé par des crêpes ou des galettes de blé noir. Comme boisson, on consomme du cidre qui est décalcifiant. Dans la région de Lorient, le café supplée souvent les bouillies.

Les enfants suivent à peu près le même régime que les parents. Les écoliers qui vont à l'école, loin du domicile de leurs parents, sont nourris avec un bol de soupe, payé 0 fr. 15 à 0 fr. 25, et complètent leurs repas avec une tartine de beurre ou de confiture.

L'*allaitement* des nourrissons est le plus souvent artificiel. Le *lait* est fréquemment mauvais parfois contaminé, car les vaches sont en mauvais état, 65 % de celles qu'on est obligé d'abattre pour mauvais état général sont tuberculeuses.

Les *eaux d'alimentation* sont mauvaises, elles manquent de sels calcaires et sont nettement agressives.

L'*alcoolisme* qui se développe de plus en plus, est quoiqu'on en ait dit, un puissant facteur dans l'étiologie de la tuberculose. L'alcool de cidre distillé par les bouilleurs de crû, a passé de 3.241 hectolitres en 1933 à 5.533 en 1935.

La lutte antituberculeuse dans de pareilles conditions ne donne que des résultats disproportionnés avec les sacrifices considérables qu'on fait pour elle. Les dépenses dans les établissements de cure ou de prévention sont trop souvent inutiles, car le malade s'il a la chance d'être amélioré ou guéri, retombe fatalement malade du fait de son retour au foyer familial malsain.

La lutte antituberculeuse telle qu'elle est officiellement organisée ne peut donner de bons résultats que dans des régions saines et mises dans de bonnes conditions d'hygiène, comme par exemple le département de Meurthe-et-Moselle où le Prof. Parisot a organisé le Service d'hygiène générale d'une façon remarquable.

Il faut donc tenir compte dans la lutte contre la tuberculose des conditions sanitaires et économiques locales. On ne peut pas la mener de la même façon dans le département du Morbihan et dans le département de Seine-et-Marne.

Pour conclure il faut, dans la lutte contre la tuberculose, avoir d'abord le souci d'assurer une bonne hygiène générale.

On doit commencer par s'attaquer aux taudis par l'édification de maisons ouvrières et aussi rurales, en faisant des constructions simples et économiques, sans luxe inutile, mais saines.

On créera des écoles ménagères ambulantes dans chaque canton ou dans des groupes de canton. Ces écoles indiqueront aux mères de famille comment doivent être composés les repas et comment ils doivent être préparés pour alimenter convenablement la famille, tout en évitant d'augmenter les frais.

On devra combattre par l'éducation l'alcoolisme qui est en voie d'abâtardir la forte race bretonne.

On procédera à l'adduction d'eaux potables ; on assurera un contrôle sérieux du lait.

On organisera si possible l'assurance nationale contre la tuberculose qui a déjà donné d'intéressants résultats dans d'autres pays.

Quand toutes ces améliorations ou ces innovations sanitaires seront faites, on pourra alors, mais alors seulement, constater sans doute, les bénéfices de la formule antituberculeuse officielle : dispensaires, préventoriums, sanatoriums, visites à domicile d'assistantes sociales spécialisées.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE

HÔPITAL COCHIN

Les pieds bots paralytiques

Résumé de la leçon de M. le Professeur MATHIEU (*)

I

Le pied bot, pied qui ne repose plus sur le sol par ses appuis normaux, peut être la conséquence d'une paralysie des muscles de la jambe et du pied.

Il s'agit le plus souvent d'une séquelle de poliomyélite aiguë, survenue dans le jeune âge. C'est la classique paralysie infantile. Après une période de fièvre, plus ou moins fugace, on voit apparaître des paralysies étendues qui, en quelques semaines, vont régresser pour se localiser à un ou plusieurs groupes musculaires qui resteront paralysés de façon définitive avec abolition des réflexes et troubles trophiques portant sur les téguments, l'appareil musculaire et même sur les os de la jambe.

La poliomyélite aiguë ou maladie de Heine-Medin, peut survenir chez l'adulte ; c'est une éventualité rare.

Dans d'autres cas, à vrai dire beaucoup moins fréquents, la paralysie de la jambe résulte d'une lésion périphérique portant sur le nerf sciatique poplité externe, le nerf sciatique poplité interne ou le nerf grand sciatique, qu'il s'agisse d'une section ou d'une compression nerveuse.

Il faut distinguer ce pied bot paralytique de deux autres variétés de pied bot qui datent également de l'enfance : le *pied bot congénital* qui existe dès la naissance avec des déformations osseuses précoces et sans troubles trophiques portant sur les téguments et les muscles ; *le pied bot spasmodique* qu'on voit dans le syndrome de Little ou dans l'hémiplégie spasmodique infantile, avec ses contractures, l'exagération des réflexes rotuliens et achilléens, l'existence d'un signe de Babinski.

L'attitude vicieuse du pied bot paralytique est due à la paralysie de certains muscles qui ne peuvent plus contre-balancer la tonicité de leurs antagonistes.

Elle est ensuite fixée par la rétraction fibreuse de ces muscles antagonistes.

Plus tard enfin, elle est aggravée par les déformations osseuses qui résultent de la perturbation dans l'accroissement des os, du fait des pressions inégales qu'ils supportent, suivant la loi de Delpech.

Il y a donc trois périodes cliniques successives, l'une de paralysie simple de certains muscles, la deuxième caractérisée par la rétraction fibreuse de leurs antagonistes ; la troisième, très tardive, de déformations osseuses qui vont rendre le traitement plus complexe.

Suivant la position du pied, on peut classer les pieds bots paralytiques en :

Pied talus : la pointe du pied est fortement relevée, et le dos du pied fait un angle aigu avec la face antérieure de la jambe.

Pied équin : pointe abaissée, le pied est dans le prolongement de la jambe.

Pied varus : la plante regarde en dedans et le pied tend à reposer sur le sol par son bord externe.

Pied valgus : la plante regarde en dehors et le pied tend à reposer sur le sol par son bord interne.

Ce sont les quatre types simples.

Il y a des types complexes :

Pied creux : exagération de la concavité de la voûte plantaire.

Pied ballant : aucun mouvement volontaire du pied n'est possible.

C'est là une classification anatomique et non clinique. C'est la paralysie des groupes musculaires et la rétraction de leurs antagonistes qui commandent la déformation, par l'intermédiaire des articulations de la cheville et de l'arrière-pied. Les mouvemens de flexion du pied s'effectuent dans l'articulation tibio-tarsienne,

(*) Leçon du 22 janvier 1936, recueillie par Mme le Docteur RODZEVITCH. Voir la suite dans le *Concours médical* du 23 août 1936.

les mouvements de torsion dans les articulations astragalienne et médio-tarsienne.

Pour étudier systématiquement les différentes variétés de pied bot paralytique, nous nous baserons sur l'étude des groupes musculaires paralysés.

La paralysie des muscles de la plante et leur rétraction, notamment du court fléchisseur plantaire, entraîne un pied creux.

La paralysie du muscle triceps sural entraîne une déformtion bien particulière qui s'explique par le rôle physiologique de ce muscle.

La contraction active du triceps sural entraîne, d'une part, la flexion plantaire et met le pied en équin ; d'autre part, elle entraîne la plante en dedans, en « supination » et met le pied en varus. Duchenne, de Boulogne a bien étudié le rôle passif de ce muscle. Quand le genou est étendu, il limite la flexion dorsale du pied. Par son tonus, il maintient la calcanéum en position moyenne, presque horizontale.

Dans les paralysies du triceps, la flexion plantaire du pied est encore possible, mais faible, du fait de la suppléance par les muscles péroniers latéraux, jambier postérieur et fléchisseurs des orteils.

A l'inspection et à la palpation de la région rétro-malléolaire, il y a disparition de la saillie du tendon d'Achille et des deux gouttières rétro-malléolaires.

L'attitude du pied est l'inverse du varus équin du fait de la prédominance des muscles antagonistes : il y a chute du calcanéum en talus, sur la radiographie du profil de pied, aspect en crosse de pistolet.

Il y a une légère rotation du pied en dehors en valgus. Le pied est donc en *talus valgus.*

S'il y a, en outre, rétraction des muscles plantaires, le pied est *creux.*

La paralysie du triceps sural avec rétraction des muscles fléchisseurs plantaires entraîne donc *un pied creux talus valgus.*

Le traitement varie suivant l'âge du malade et la date de la paralysie.

Au début, dès l'atteinte de poliomyélite et au début de la paralysie, il faut faire appel à l'orthopédiste. Dès cette période, un appareil élastique bien appliqué maintient le pied en bonne position et s'oppose à l'attitude en talus valgus.

Quand la paralysie est constituée, pour lutter contre la rétraction fibreuse des muscles antagonistes, et éviter les déformations osseuses secondaires, on peut, avant l'âge de 12 ans, pratiquer une opération d'attente : relever le talon par transplantation tendineuse ; après avoir pratiqué un tunnel dans la partie postérieure du calcanéum, on y passe une anse tendineuse, constituée par les tendons des muscles jambier postérieur et court péronier latéral, sectionnés près de leurs terminaisons et suturés l'un à l'autre. On évite ainsi, pendant un certain temps, la déviation du pied en talus : mais ce n'est qu'une opération d'attente qui pendant l'enfance empêche l'aggravation et la fixation du pied bot. Ce pied garde toute sa souplesse articulaire.

Certains auteurs préconisent une arthrorise antérieure. On pourrait faire un butoir avec un fragment d'astragale relevé au devant du pilon tibial.

A 12 ans s'ouvre l'ère des interventions destinées à réduire définitivement le pied bot.

Si le pied est déformé et creux, on peut essayer de le réduire par voie sanglante en supprimant les obstacles à son redressement. On peut pratiquer la section de l'aponévrose plantaire, la section des ligaments de l'articulation de Chopart et au besoin une ostéotomie du calcanéum.

Si les déformations osseuses sont considérables, on peut être obligé de pratiquer des résections osseuses.

Robert Jones préconise l'association de deux résections cunéiformes : l'une verticale, à base supérieure dorsale ; l'autre horizontale, à base postérieure.

Je préfère, par une incision dorsale externe, pratiquer une résection courbe dans l'articulation sous-astragalienne et une résection cunéiforme dans l'articulation médio-tarsienne.

Whittmann a recours à l'astragalectomie qui permettrait de ramener le pied en arrière, le scaphoïde butant sur le pilon tibial et par là même empêchant le talus. Etant donné le mauvais résultat fonctionnel de la suppression du tenon astragalien, l'astragalectomie partielle est préférable.

Si, par contre, le pied est encore souple et réductible, la double arthrodèse des articulations de torsions, sous-astragalienne et médio-tarsienne, est l'intervention de choix.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

TRENTIÈME LETTRE

La teinture d'iode dédoublée

Par le Docteur CAMESCASSE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de campagne

J'aborde aujourd'hui un bien mince sujet, s'agissant — non de couper un cheveu en quatre — mais de COUPER LA TEINTURE D'IODE EN DEUX.

Cette *teinture d'iode dédoublée* servira à badigeonner les menues plaies, écorchures, piqûres d'insecte ou d'épine — ou d'arête de poissons — ou d'os de gibier pourri (je veux dire *faisandé*), etc.

Vous procéderez vous-même quand vous serez de service, mais vous en pourrez permettre l'usage à quiconque (1) en votre absence.

On fabrique soi-même cette dilution en versant dans un flacon bouché à l'émeri (2) des volumes égaux de teinture d'iode du pharmacien et d'alcool à 60°. Je dis *soixante degrés.*

(Ici le lecteur pressé peut abandonner mon texte. Il sait l'essentiel de mon idée).

Il y a très longtemps que je dédouble la teinture d'iode dont un flacon, à large base, occupe la place d'honneur (je veux dire la plus en vue) sur mon bureau. Je sais très bien pourquoi j'ai dédoublé celle du pharmacien, mais je ne saurais dater l'événement.

Pas davantage je ne saurais dire qui m'a appris à ioder les plaies d'aventure.

Quant à l'événement en voici les détails.

Je me servais volontiers (aussi paresprit d'économie) de ma bicyclette. Pendant les vacances, j'avais, — pour les courses pas trop longues — une escorte.

Le drame se produisit, ce jour-là, à Moutiers, non loin de l'unique boutique du hameau : épicier, marchand de vin à droite, nouveautés à gauche... au fond, une chambre où étaient cachés (3), côte à côte une boîte de thé Chambard, une fiole d'huile de ricin, un sac de farine de moutarde... et un flacon intact de teinture d'iode.

Quand je dis *intact* il faut s'entendre. Ce flacon, doté de l'étiquette du pharmacien le plus proche, portait encore son bouchon soigneusement ficelé ; seulement la moitié inférieure dudit bouchon avait... fondu, comme vous avez vu souvent... j'aurais dû faire attention à ce détail qui affirme, à la préparation, une ancienneté respectable en soi (avoir de la bouteille) mais déplorable à cause de l'acide iodhydrique subrepticement formé... comme vous savez.

Donc le plus adroit des membres de mon escorte, ayant accompli une de ses prouesses habituelles, vint accrocher un de ses compagnons... etc...

Résultats : 1° De vastes griffures du coude au dam de l'accroché ;

2°) Au-dessous du genou de l'acrobate une plaie à lambeau triangulaire distal.

Nous nous en fûmes chez l'épicier, côté mastroquet où tables et chaises étaient inoccupées.

Eau (pas bouillie mais légèrement teintée d'eau de Javel) ; savon (c'était déjà ma marotte) ; linge blanc (blanc de lessive) et... teinture d'iode.

Le coude gémissait fort, au titre de victime. Savonnage, puis badigeonnage à la teinture d'iode ne furent pas pour calmer ses plaintes. Il exagérait et je m'en fus au genou enfin déculotté. Une âme charitable avait déjà savonné les alentours. Le lambeau cutané à base distale me chiffonnait, mais bien plus en raison de l'ignorance où je devais demeurer de l'étendue cachée du décollement que de tout autres choses.

J'insinue donc là une certaine quantité de teinture d'iode ; il ne geint pas celui-là et je peux me retourner.

On avait utilisé, pour panser le coude écorché, tout ce qui aurait pu servir pour deux ; tout y compris le demi-mètre de ouate (glacée sur ses deux faces) qui constituait la réserve du magasin de nouveauté.

Quelqu'un avait dans sa poche un mouchoir non encore usagé. On en couvrira, sans liens, le genou du coupable.

Voiture pour les blessés (et leurs machines). Retour de l'escorte au logis, tandis que je vais où j'avais affaire... d'où je reviens fort en retard.

Bonnes nouvelles des blessés, donc déjeuner. Ensuite les consultations, ensuite... Je finis tout de même par arriver auprès d'eux... en commençant par le genou qui n'est protégé que par son mouchoir. Pansement de ma façon (pommade au borate de soude... pas de sutures) Celui-là n'aura pas d'histoire.

Il en va tout autrement du coude, dont le pansement serré a collé. Le coude se plaint fort... mais cette fois il a raison car, sous ce pansement difficilement décollé je trouve une vaste brûlure. Tout l'épiderme est venu ; nombre de grains de sable aussi. Je ne savais pas encore me servir de l'axonge picriquée. Au total : le coude ne finira de guérir qu'assez longtemps après le genou, contrairement à ce qui aurait dû arriver.

Recherchant *ma* faute, je m'en prends tantôt à la nature de la blessure (les griffures créent une région de moindre résistance chimique) tan-

(1) J'ai dû me fâcher quand j'ai surpris mon client le plus ordinaire (huit ans, habite ma maison) entrain de badigeonner un de ses copains. Mais ma fâcherie venait de ce que ces Messieurs avaient renversé le contenu du flacon sur mon bureau.

(2) Pour éviter la constitution de fâcheuses adhérences, il faut — de temps à autre — frotter l'émeri du bouchon contre la bougie (stéarine) de sûreté (pannes du secteur).

(3) *Cachés* à cause de l'inspecteur des pharmacies... qui ne plaisantait pas ... dans ce temps-là

tôt à la chimie elle-même (acide iodhydrique)(1).

Enfin je m'en suis pris à l'iode lui-même, jugeant la teinture du Codex très inutilement agressive, de par sa concentration exagérée — un dixième — et je l'ai systématiquement dédoublée en vue de cet usage : aseptiser une plaie superficielle et ses alentours.

La guerre devait me placer devant une autre explication plausible : pour transformer en vésicatoire un badigeonnage à la teinte d'iode, il suffit de se hâter d'envelopper d'un pansement *imperméable* la surface badigeonnée. Cela ne réussit pas toujours, mais cela réussit assez souvent.

Il faut considérer maintenant l'autre côté de la question : la teinture d'iode dédoublée — c'est-à-dire au vingtième — constitue-t-elle pratiquement un antiseptique satisfaisant ?

Sur ce point, je suis très calé et le flacon (bouché à l'émeri graissé de stéarine) que je vois-là sur mon bureau, en pourrait témoigner.

Il a succédé, en 1928, à un autre flacon qui fut victime de ma négligence ; — j'avais oublié de stéariner l'émeri. Mais cet autre occupait la place dès avant guerre — à preuve qu'un assureur curieux m'a demandé, dès 1913, pourquoi la teinture d'iode dédoublée — par moi formulée, coûtait aussi cher que la teinture d'iode ordinaire — mystère et droits fiscaux sur l'alcool.

Ceci m'amène à mettre en relief le gros avantage de la teinture d'iode dédoublée : elle ne détruit pas l'épiderme ; elle l'imprègne ; on en peut répéter l'usage plusieurs jours de suite, ce qui n'est pas indifférent quand il faut abandonner — par discrétion financière — les pansements intercalaires à l'entourage du blessé (2).

Si vous voulez essayer je vais vous indiquer une belle occasion. Il arrive que la vaccination jennérienne provoque une réaction locale brutale avec rougeur et gonflement : pour modérer ce processus il suffit *de cerner la rougeur* par une collerette de teinture d'iode dédoublée — et de répéter cette action. Pansement gras (1) sur les pustules, mais pansement dont on *retardera* systématiquement la mise en place.

(1) Mais où ai-je pris que, par double réaction sur l'eau, la formation de cet acide iodhydrique supposait la formation d'une certaine quantité d'acide iodique ?

☞(2) Je ne parle pas, on le voit clairement ici, de la vraie chirurgie, — mais, tout de même, — quand je LES vois peindre en noir...

***

Dans le traité de Matière médicale de Bouchardat (1865) la teinture d'iode est ainsi formulée :

Iode	1 gramme
Alcool à 34 degrés	12 grammes

Dans le formulaire (1889) de Dujardin-Beaumetz et Yvon on lit :

Iode	1 gramme
Alcool (?)	12 grammes

Une convention internationale de 1884 (2) dit :

Iode	1 gramme
Alcool à 75 °	15 grammes

Dans le dictionnaire de Littré et Robin (1908) je lis :

Iode	10 grammes
Alcool (à 95°)	90 grammes

Mon pharmacien, lui, m'assure qu'il lit alcool à 85° dans son Codex — et, ce, en vertu d'une seconde convention internationale datant de 1902.

J'ai grande envie d'intervenir dans cette nomenclature en exprimant le vœu que soit abaissé franchement le titre de l'alcool excipient ; je donnerais pour prétexte que à 74°, à 85°, à 95°, l'alcool est caustique par lui-même, *tandis* que à 60°, il est et demeure un véritable antiseptique non-caustique.

J'ajouterais que, en fait, quand je mélange parties égales (en volume) d'alcool à 60° et de teinture d'iode codifiée (lisez *officinale*), il ne se produit ni trouble, ni précipité ; — j'ajouterais aussi que mon mélange constitue un autre antiseptique fidèle.

(1) Il n'y a pas conflit entre cette graisse et la teinture d'iode ; il y a coopération.

(2) Je n'ai pas le texte.

AU CHEVET DES PATIENTS

I. — Les cas de botulisme, difficiles a reconnaître

Le jambon cru et salé

Quand l'idée de cette cause rare de botulisme ne se présente pas à l'esprit, on peut errer assez longtemps, avant que l'origine exacte des accidents ne soit reconnue.

Un premier malade de MM. Et. May, Basch, Maution et Faulong (1), avait été vu par un ophtalmologiste, qui diagnostiqua une intoxication belladonée, en raison de troubles oculaires avec mydriase. Ce fut également le premier diagnostic porté chez un second malade ; un peu plus tard, on pensa à une paralysie diphtérique jusqu'à ce que le rapprochement de ces deux observations concomitantes ait pu orienter dans la bonne direction.

Il faut insister, à ce point de vue, sur l'absence de paralysie vélo-palatine chez ces deux malades : la mobilité du voile était parfaitement conservée, ainsi que le réflexe pharyngé. Il y a là un point un peu spécial ; mais leur allure clinique devait empêcher d'accepter sans autre discussion le diagnostic de paralysie diphtérique. Au contraire, ces troubles de la déglutition joints aux paralysies oculaires, à la sécheresse de la bouche, à la dysurie, à la constipation quasi-invincible, forment un tableau clinique si particulier du botulisme qu'on ne peut le méconnaître quand on l'a vu une fois.

Une troisième observation des mêmes auteurs s'est présentée, comme une forme fruste et ambulatoire : gêne de l'*accommodation*, mydriase, dysurie et constipation légères ; ce sont là des signes bien peu significatifs sur lesquels, en l'absence de cas de voisinage plus caractérisés, on hésiterait à porter un diagnostic de botulisme. Des formes de ce genre sont peut-être assez fréquentes et passent généralement inaperçues.

Ces trois cas ont été consécutifs à l'absorption d'un jambon cru et salé, dans lequel on a pu trouver, par la culture et l'inoculation, le bacille de Van Ermengen. Le premier malade a été soumis aux traitements combinés par le sérum et l'anatoxine spécifiques ; il a guéri quoique gravement atteint. Le second malade, aussi alarmant, est entré en convalescence sous la seule action de la strychnine et de la pilocarpine, mais plus rapidement que le premier. Il semble cependant que le traitement par le sérum et l'anatoxine ait eu une action favorable.

Les épinards en conserve

Le père et la fille avaient mangé des conserves d'épinards de provenance marocaine. La famille utilisait fréquemment cette sorte de conserves, lesquelles n'avaient jamais causé d'accident jusque-là. D'autres membres de la parenté avaient, sans en être incommodés, consommé ces mêmes épinards, mais en quantité extrêmement restreinte, il est vrai.

Le père était un diabétique avec dénutrition, qui guérit de son botulisme sans que le diabète en ait paru aggravé. Chez la fille du précédent, malgré une allure clinique extrêmement sévère, l'intoxication également évolua vers la guérison ; à celle-ci parut avoir largement contribué le traitement sérothérapique antibotulinique combiné à l'anatoxine (2).

Le succès de cette thérapeutique provient de ce qu'on avait pu mettre en évidence, par inoculation au cobaye, dans la boîte d'épinards en cause, le bacillus *botulinus*. Le fait que des commensaux, ayant absorbé une minime quantité d'épinards, n'aient pas été intoxiqués, pourrait s'expliquer par une certaine localisation de la toxine et par la non-infestation d'une portion du contenu de la boîte. Il faut ajouter que, par ailleurs, les ensemencements de gorge avaient montré l'absence de bacille diphtérique.

Du point de vue clinique, il faut insister sur la gravité de ces cas, en particulier chez la fillette, où l'aréflexie tendineuse, la prostration, l'importance de la diarrhée avaient fait porter un pronostic extrêmement grave. L'influence de la thérapeutique ne paraît pas niable. Au total, le père reçut 180 c. c. de sérum en cinq jours, et la fillette 280 c. c., à raison de 40 c. c. *pro die*, par voie sous-cutanée.

(1) Société médicale des hôp. de Paris, 16 juin 1936.

(2) Gilbert-Dreyfus, A. Ravina, J. Weill, E. Orinstein et Wimphen. Société médicale des hôpitaux de Paris, 29 mai 1936.

II. — AOÛT, LE MOIS DES PIQÛRES D'INSECTES (1)

Les aoûtats

Le « rouget » ou « aoûtat » est une larve, qui en été pullule sur certains végétaux (haricots, vigne vierge, graminées). Il s'attaque à l'homme, se fixant sur les jambes, les cuisses, la ceinture, les aisselles, s'agglomérant surtout dans les régions comprimées : jarretière, ceinture, etc... Il détermine une éruption ortiée, très prurigineuse, constituée par des papules d'un rouge vif, centrées par un petit point plus foncé : le parasite. Souvent, plusieurs « rougets » se trouvent réunis, et les papules agglomérées forment une plaque œdématiée, à bords irréguliers, en « pattes de crabes », assez caractéristique.

Le traitement le plus efficace consiste en frictions bi-quotidiennes avec une benzine rectifiée ou à défaut de l'essence d'auto. Dans l'intervalle résister aux démangeaisons en saupoudrant de talc les parties malades.

On se préserve des aoûtats par des frictions à la benzine, à l'essence, à la teinture de benjoin. Plus efficace encore est le port de bottes ou de molletières. D'ailleurs, il se crée une accoutumance, les paysans finissent par n'en être plus atteints ou n'en plus souffrir. En tout cas, l'éruption est éphémère : l'aoûtat ne vivant que quelques jours seulement sur l'homme.

Les abeilles, guêpes, bourdons, frelons, etc

La piqûre des hyménoptères porte-aiguillon cause une douleur extrêmement vive, bientôt suivie d'un érythème ortié avec œdème considérable. Dans le cas de piqûres multiples, on peut même observer des symptômes d'intoxication générale : vertiges, vomissements, troubles respiratoires, fièvre, etc., dus au venin.

Le traitement sera le suivant :

1° Extraire avec la pointe d'une aiguille flambée l'aiguillon, s'il est resté dans la plaie.

2° Puis frictionner légèrement avec de la teinture d'aloès (Pugnet), ou bien avec de l'eau fortement salée, de l'eau vinaigrée, de l'ammoniaque diluée, ou encore avec diverses herbes fraîches : persil, pétales de roses, gousse d'ail coupée en deux. Mais, à ces procédés rustiques, on doit préférer les applications, d'une solution d'hypochlorite de chaux à 1 p. 60 ou d'eau de Javel à 1 pour 100. D'après le Professeur Gougerot, une goutte de collodion salicylé ou d'iode-acétone hâtera la guérison des nodules persistants.

3° S'il y a intoxication générale, une injection de 20 c. c. de sérum antivenimeux de Calmette.

Les paysans savent que les insectes s'éloignent des objets nettoyés avec du crésyl. Aussi peut-on s'en préserver en répandant autour des maisons d'habitation de l'eau additionnée d'un bon crésyl à usage vétérinaire (une à deux cuillers à soupe pour cinq litres environ).

Les moustiques

Les douleurs causées par les piqûres de moustiques peuvent être calmées par : l'eau de chaux, l'ammoniaque fort étendue, l'eau phéniquée, l'eau de Cologne pure ou coupée d'eau, le sublimé au millième, l'alcool camphré, l'huile de cèdre, une goutte d'iode-acétone.

Voici plusieurs formules, contre ces piqûres :

Gaïacol cristallisé........	1 gramme
Alcool à 90° ou éther.....	20 grammes
Formol	15 grammes
Xylol..................	3 grammes
Acide acétique..........	1 gramme
Teinture de benjoin	1 gramme

Certains recommandent de toucher les piqûres avec un pinceau ou une allumette appointée trempée dans le mélange suivant : (Joly)

Formol à 40 p. 100........	15 grammes
Xylol	5 grammes
Acétone	4 grammes
Baume du Canada......	1 gramme
Essence de bergamote...	X gouttes

On se préservera par les moustiquaires d'appartement, les grillages des portes et fenêtres, et aussi par des frictions cutanées avec :

Menthol.................	0 gramme 50
Acide phénique...........	1 gramme 50
Baume du Pérou..........	5 grammes
Glycérolé d'amidon........	100 grammes

Pour chasser les moustiques d'une pièce, verser dans une assiette un peu de mélange suivant : (Manquat)

Formol à 40 p. 100........	5 grammes
Alcool à 90°.............	10 grammes
Eau	10 grammes

ou faire brûler un mélange de pyrèthre et de sel de nitre. Les moustiques sont également sensibles aux odeurs du pétrole, de la térébenthine.

G. FISCHER.

(1) E. JUSTER. *La Presse médicale*, 15 et 22 juillet 1936.

LES TROUBLES DIGESTIFS AIGUS DU NOURRISSON AU COURS DE LA PÉRIODE ESTIVALE

Avec les chaleurs caniculaires reviennent chaque année les altérations du lait, génératrices de troubles digestifs aigus chez les petits enfants : diarrhée commune, choléra infantile, entéro-colite dysentériforme.

On sait que la mortalité infantile par troubles digestifs est quatre à cinq fois plus forte en été qu'au mois de janvier (Baize). Pédiâtres et médecins-praticiens, justement préoccupés par cette grave menace, doivent faire tous leurs efforts pour éviter ces accidents digestifs de la saison estivale.

Voici, à cet égard, quelques *conseils préventifs*.

On se rappellera que l'allaitement au sein constitue, en été surtout par les fortes chaleurs, l'alimentation de choix. Dès lors, si l'enfant en bénéficie, il ne faudra pas faire de sevrage à cette époque. Au cas d'un allaitement mixte, on conservera précieusement le sein, et on en complétera, le cas échéant, la production insuffisante avec du babeurre, du lait condensé ou du lait sec. Si le nourrisson est au biberon, on n'utilisera que du lait condensé ou sec ; on n'aura recours au lait frais de vache, que si l'on est sûr de sa provenance, et s'il a été convenablement stérilisé.

Une stérilisation parfaite sera également exigée pour l'eau de coupage, pour les récipients successifs où passe le lait depuis la traite jusqu'à la tétée, pour les tétines, et les mains qui manipulent tous ces objets.

Une chasse aux mouches préservera le plus plus possible l'enfant du contact de ces insectes. Enfin on défendra le nourrisson contre l'action néfaste et débilitante de la chaleur : vêtements légers, chambres aérées et rafraîchies.

***

Comment traiter le nourrisson malade.

L'enfant, atteint de diarrhée cholériforme, présente, outre les troubles digestifs consistant en diarrhée et en vomissements, des signes d'intoxication (faciès cholériforme caractéristique), des signes d'abattement (somnolence, pouls mal frappé ou affaibli), et des signes de déshydratation (dépression de la fontanelle, sécheresse de la langue, oligurie, persistance du pli cutané).

Le traitement à instituer doit donc viser à désintoxiquer le nourrisson, à le stimuler, à le réhydrater ; après quelques jours seulement, ces mesures seront complétées par la réalimentation progressive.

C'est la diète hydrique, qui constitue le traitement d'attaque des troubles digestifs aigus du nourrisson. Le Docteur G. Blechmann a écrit : « Dans les gastro-entérites graves, la diète hydrique trouve son indication véritable ; mais on aura soin, tout en mettant en action la thérapeutique d'urgence de ne pas prolonger, durant plus de vingt-quatre à quarante-huit heures, cette restriction alimentaire » (« Nourrissons », O. Doin, édit.).

MM. Enriquez et G. Durand s'expriment cependant d'une manière différente, lorsque, dans leur ouvrage bien connu, ils traitent des entérites aiguës ; ils pensent ainsi que cette diète peut parfois être prolongée. « Chez le nourrisson et le jeune enfant, dans toutes les formes d'entérites aigues, disent-ils, la diète hydrique est de rigueur ; sa durée peut aller à huit jours, et plus dans les cas graves ; l'eau de Vals, l'eau d'Alet sucrée, puis le bouillon de légumes ou de céréales, l'eau de riz seront employées. »

Nous pensons cependant, avec le Docteur G. Blechmann et le Docteur Gassot, qu'il faut limiter à trois jours la diète hydrique rigoureuse ; c'est là un maximum, qu'on ne devrait pas dépasser.

Voici de quelle manière, on peut concevoir la diète hydrique :

Eau bouillie non sucrée, de préférence tiède, sauf en cas de vomissements répétés, où il est avantageux de la donner glacée. Si l'enfant la refuse, on peut édulcorer l'eau en y ajoutant un comprimé de saccharine de cinq centigrammes pour un demi-litre d'eau bouillie. Dans l'intervalle de ces prises d'eau bouillie, quelques cuillerées à café de la Reine de-Vals, qui se montre anti-émétisante, grâce à sa teneur en acide carbonique libre, si intimement mélangé aux particules liquides que celui-ci ne se dégage que très lentement, en bulles particulièrement fines. Le Prof. Nobécourt et M. Maillet ont, en effet, indiqué que la diète hydrique pouvait se concevoir avec l'utilisation de cette eau de Vals (Thérapeutique du nourrisson en clientèle, 1927).

Exceptionnellement, on donnera à boire une infusion très légère et non sucrée de thé ou de

menthe. Il ne faut jamais donner d'eau alcoolisée, ou de bouillon de viande même dégraissé.

L'eau sera prescrite par cuillerées à dessert ou à café, toutes les demi-heures ou tous les quarts d'heure, quelquefois toutes les cinq minutes.

Au total, l'enfant doit boire en vingt-quatre heure une quantité d'eau égale à la ration totale en lait et en eau, qui convient à son âge ; celle-ci est d'environ 125 à 150 grammes par kilo du poids de l'enfant.

La durée de la diète hydrique variera avec l'âge, le poids, la résistance du patient, la gravité et le degré d'amélioration de la maladie ; mais elle ne devra être en aucun cas prolongée au delà de trois jours, *au maximum* de quatre jours, afin de ne pas courir le risque d'inanition ; c'est là une prescription rigoureuse, même si tous les symptômes persistaient. En ces cas, on pourrait substituer à l'eau de Vals-la-Reine de l'eau de riz ou du bouillon de légumes peu salé, qu'il faudrait préparer chaque jour.

On stimulera le nourrisson par des bains chauds à 38°, dans les formes hypothermiques ; au besoin, on les sinapisera ; on fera des frictions térébenthinées une ou deux fois par jour. Chez les hyperthermiques, les bains seront donnés tièdes (35 à 36°).

Envelopper les jambes et les bras d'ouate ; mettre des boules chaudes. Faire des injections sous-cutanées d'huile camphrée (1 /2 à 1 c. c. par jour), ou de citrate de caféine (1 cent. à 1 cent. 1 /2 par jour).

Pour la réhydratation, l'eau prise par voie buccale suffit généralement.

Cependant, les nourrissons qui refusent de boire, ou qui vomissent l'eau absorbée, offrent un pronostic très grave. Dans ces cas, on pourrait employer la voie rectale ; mais celle-ci est pratiquement inutilisable chez un diarrhéique. Reste la voie sous-cutanée; sérum physiologique, sérum de Ringer, sérum de Quincke, 20 à 30 c. c. par jour, ou 50 à 100 c. c. Les fortes doses de 200 à 300 c. c. ne sont toutefois pas sans inconvénients.

Jamais aucune injection sous la peau ne doit être additionnée d'adrénaline ; on risquerait des escarres étendues et prolongées.

Quant à la réalimentation, c'est un temps des plus délicats ; celle-ci doit être très progressive, prudente et surveillée.

Le meilleur aliment, c'est le lait de femme ; mais on s'en procure difficilement ; on recommande aussi le lait d'ânesse et le babeurre.

Quel que soit l'aliment choisi, on donne le premier jour deux tétées de cet aliment, les autres étant toujours constituées par de l'eau de Vals, de l'eau de riz ou du bouillon de légumes ; on augmente ensuite progressivement jusqu'à ce que toutes les tétées soient à l'aliment choisi.

On peut aussi donner, à chaque tétée du premier jour de réalimentation, dix ou vingt grammes de lait de femme ou de babeurre, et compléter la tétée par de l'eau de riz.

Signalons que le babeurre, qui est acide, doit toujours être additionné de dix grammes d'eau de chaux par biberon, ou de la même quantité de Vals-la-Reine. Dans la minéralisation de cette eau dominent, en effet, les alcalins, et, en particulier le bicarbonate de soude, qui neutralise donc au mieux l'acidité du babeurre. D'autre part, l'action de cette eau minérale s'exerce non seulement sur le tube digestif lui-même, mais encore sur les glandes annexes, notamment sur le foie, et aussi sur les organes excréteurs, sur le rein, pour favoriser la diurèse, si nécessaire à la dépuration de l'organisme.

On passe ensuite du lait de femme et du babeurre au lait condensé sucré ou au lait sec, en remplaçant, dans les biberons, 40 grammes par une égale quantité d'eau additionnée d'une cuillerée à café de lait condensé, ou d'une cuillerée à soupe de lait sec. En trois ou quatre jours, on n'emploie plus que ces produits.

Telles sont les indications utiles à titre de règles générales.

Dr George.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La recherche du bacille de Koch dans le liquide gastrique.

Le Docteur VIBERT expose que tous les auteurs semblent préférer cette méthode à celles qui lui ont été opposées : le prélèvement des crachats fait dans l'arrière-gorge au moment où ils vont être déglutis nécessite une adresse exceptionnelle et ne paraît pas réalisable d'une façon courante. Quant à la recherche du bacille dans les selles, elle a certes une très grande valeur, mais il peut persister un doute sur l'origine des bacilles tuberculeux pouvant provenir d'une élimination par la bile ou d'une lésion de l'intestin.

Les bacilles acido- et alcoolo-résistants, trouvés dans le liquide gastrique, sont toujours des bacilles tuberculeux, comme l'ont montré tous les auteurs qui ont pratiqué systématiquement l'ensemencement et l'inoculation. On peut se demander si les bacilles tuberculeux trouvés, ne pourraient pas avoir une autre origine que les poumons. Seules, des lésions laryngées pourraient, à la rigueur, représenter une cause d'erreur, bien simple à éviter. La constatation de bacilles de Koch dans le liquide gastrique est donc un témoignage certain de l'existence d'une lésion pulmonaire ; c'est un moyen de diagnostic de toute première importance et qui, seul, permet d'affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion pulmonaire.

Dans un grand nombre de cas, lorsqu'il s'agit de lésions étendues, cliniquement avérées, le résultat du lavage gastrique apporte une confirmation absolue, et les résultats positifs sont de l'ordre de cent pour cent. Dans d'autres cas où le diagnostic de tuberculose est loin d'être évident, la constatation du bacille viendra trancher un problème souvent difficile ; souvent, il s'agit d'enfants chez lesquels on ne trouve, pour expliquer les symptômes généraux, qu'une ombre radiologique juxta-cardiaque d'interprétation difficile.

On peut affirmer la précocité de l'apparition de bacilles au cours de l'évolution du complexe primaire de la primo-infection. Les bacilles sont rares, il faut souvent mettre en jeu la culture et l'inoculation, mais on en trouve toujours et souvent avant l'apparition d'une image radiologique nette. Dans d'autres cas, enfin, il s'agit d'enfants chez lesquels, seules la notion de contagion possible et l'existence de cuti-réaction positive faisaient soupçonner la tuberculose pulmonaire, la radiographie montrant une image absolument normale. Opitz et Wallgren ont trouvé des bacilles chez des enfants atteints d'érythème noueux dans une proportion considérable, en faisant des recherches en série, et dans un très grand nombre de cas, il n'y avait aucun signe pulmonaire clinique ou radiologique. Robert Debré et ses collaborateurs ont eu les mêmes résultats au cours de l'érythème noueux.

On voit l'importance diagnostique de cette méthode. Au point de vue pronostic, la constatation de bacilles dans l'expectoration n'a plus, chez l'enfant, la valeur qu'on lui attribuait autrefois, les bacilles se trouvent aussi souvent dans les formes légères et curables que dans les formes graves. Enfin, on a pu se rendre compte que les lésions fermées sont aussi rares chez l'enfant que chez l'adulte, contrairement aux théories antérieures. (*La Pratique médicale française*, mai 1936.)

Sur une forme larvée d'abcès à pneumocoques du poumon, après ablation des végétations adénoïdes.

Le Professeur NOBÉCOURT en relate dans tous ses détails un cas très intéressant, et il en tire les conclusions suivantes :

1° Un abcès du poumon peut se constituer après une amygdalectomie ou une ablation des végétations adénoïdes ; mais c'est une complication rare.

2° Malgré la fréquence, au cours de l'intervention, de la pénétration du sang dans les voies respiratoires inférieures, l'abcès post-opératoire ne paraît pas être dû à une infection descendante par la voie aérienne. Il résulte habituellement de la pénétration des germes par la plaie pharyngée dans la circulation lymphatique et la circulation sanguine ; les germes gagnent le poumon par la voie sanguine. Il s'agit d'un cas particulier des infections broncho-pulmonaires et pulmonaires à point de départ pharyngé.

3° L'abcès débute tardivement, huit à quinze jours après l'intervention. Il s'agit d'un abcès aigu, causé généralement par le pneumocoque.

4° Les abcès aigus à pneumocoques revêtent, soit une forme avérée, soit une forme larvée. Ils guérissent, en général, rapidement, sans traitement spécial, mais ils peuvent être graves et entraîner la mort. (*Journal des Praticiens*, 16 mai 1936.)

A propos de trois cas de perforation de cancer de l'estomac, en péritoine libre.

La perforation du cancer primitif de l'estomac est signalée comme complication de cette affection au même titre que l'hémorragie. Ces perforations peuvent se faire soit en péritoine libre, soit dans un organe du voisinage. En ce dernier cas, le cancer de l'estomac adhère très tôt aux organes du voisinage (foie, pancréas, côlon transverse, méso-côlon transverse) les envahit et les perfore. La perforation en péritoine libre, par contre, est beaucoup plus rare ; c'est à ce titre que le Docteur J. GÉRARD (Louvain) communique trois observations.

Il développe successivement la symptomatologie de cette variété de perforation du cancer stomacal en péritoine libre, le pronostic et le traitement. Et il ajoute : cette complication survient fréquemment après un examen radiologique du tube digestif ; la présence de baryte aggrave le pronostic ; à côté des cas présentant les signes classiques de perforation, il en existe d'autres à signes frustes ; la gastrectomie est le traitement de choix. (*Le Scalpel*, 16 mai 1936.)

Gastroscopie avec appareils flexibles.

Le Prof. agr. BAUMEL décrit le gastroscope flexible et ses avantages. Il précise ensuite les indications et les contre-indications de la gastroscopie, sa technique. Les trois rôles primordiaux de l'examen gastroscopique sont : le diagnostic des gastrites, les précisions sur l'ulcère et son évolution, le dépistage précoce du néoplasme.

Cependant le domaine de la gastroscopie s'étend également au diagnostic de la syphilis gastrique ; elle peut préciser l'une des variétés de ses formes cliniques si difficilement décelables par la clinique et la radiologie.

Il n'est toutefois pas possible à l'heure actuelle de décrire des lésions endoscopiques pathognomoniques de la syphilis gastrique. Les formes en sont multiples, ulcéreuses, gastritiques, linitiques, sténosantes ou non, tumorales. Peut-être même, lésions syphilitiques et cancéreuses s'associent-elles dans quelques cas, et la syphilis prépare-t-elle le lit au cancer gastrique comme elle le prépare au cancer de la langue. L'endoscopie seule montre l'existence de varices gastriques ou de lésions tuberculeuses.

La gastroscopie rend donc des services indiscutables en pathologie gastrique. Les appareils flexibles permettent sans aucun danger pour le malade une vision directe de la cavité gastrique. Ils apportent, en faisant préciser l'état de la muqueuse, des renseignements incomparables. Seule, l'endoscopie gastrique peut faire diagnostiquer les gastrites. Seule elle peut parfois montrer un néoplasme au début.

Sans vouloir remplacer ni la radiologie, ni les examens de laboratoire, elle doit être systématiquement employée avec eux. Il faut généraliser son emploi, car elle est appelée à rendre les plus grands services dans le diagnostic et le traitement de la plupart des états pathologiques de l'estomac. ((*Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie*, avril 1936.)

Essais de traitement chirurgical des insuffisances glandulaires.

Cette question abordée par le Professeur LERICHE et A. JOUNG manque encore de documents ; il serait donc utile que soient enregistrés ceux que chacun possède, quitte à les compléter à mesure que le temps passe pour établir l'efficacité ou l'insuffisance des traitements utilisés. Aussi les auteurs ont-ils cru bon, dès maintenant, de faire connaître les trois cas de tétanie qu'ils ont traités par des opérations sympathiques en vue d'une réactivation parathyroïdienne.

La première est celle d'une enfant de 11 ans, présentant de la tétanie des extrémités et du pylore. La sympathectomie cervicale en vue d'une activation des glandes parathyroïdiennes a débarrassé l'enfant complètement de ses crises. Le résultat se maintient depuis vingt mois.

La deuxième est celle d'une femme de 30 ans, ayant une cataracte endocrinienne et des crises tétaniques à l'occasion de ses accès de palpitations et de dyspnée. C'est un cas complexe où, en plus de la sympathectomie, un petit nodule goitreux présentant des signes histologiques de basedowification a été enlevé. Les crises cardiaques n'ont pas été influencées, les crises de tétanie se sont arrêtées pendant huit mois.

La troisième est celle d'une jeune femme de 21 ans qui a des crises de tétanie des extrémités avec tétanie gastrique et intestinale et chez laquelle une sympathectomie péricarotidienne a fait complètement disparaître les crises depuis neuf mois.

Il est donc certainement possible d'agir utilement sur les déficiences fonctionnelles de certaines glandes par des opérations nerveuses appropriées. (*La Presse Médicale*, 13 mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La tuberculose chez les jeunes ouvrières

(M. KNUD FABER. — Présentation par M. RIST ; 16-6-1936)

Tandis que, dans la plupart des pays, la tuberculose est dans les différents milieux en diminution régulière, il ne semble pas en être ainsi pour les femmes jeunes de la classe ouvrière. Ostenfeld, au Danemark, Cummins, en Angleterre, Waaler en Norvège, puis plus récemment Bentley à Londres, ont même constaté une certaine augmentation de la tuberculose parmi les jeunes femmes exerçant une profession, un métier surtout.

A Copenhague, M. Knud Faber a fait, de son côté, les constatations suivantes : chez les hommes, la mortalité tuberculeuse a diminué fortement, à la fois dans les classes supérieure, moyenne et ouvrière. Elle a diminué d'une manière marquée dans la classe ouvrière, et un peu moins dans la classe supérieure. Chez les femmes, la mortalité a décru dans les classes supérieure et moyenne, mais dans la classe ouvrière elle est allée au contraire en s'élevant.

Pour ce qui concerne les hommes, la réduction de la mortalité par tuberculose a été notée dans toutes les professions, allant de 60 à 80 % (80 % chez les typographes). Par contre, pour ce qui concerne les femmes, il y a eu augmentation importante dans les classes laborieuses (ouvrières d'usine, expéditrices, infirmières principalement).

L'explication de ce fait pourrait être recherchée dans les conditions extérieures et les conditions physiologiques de la vie féminine : travail fatigant pour la jeune fille dans les bureaux et les usines, rôle de la puberté et des endocrinofonctions chez la femme, beaucoup plus accusé que chez l'homme. Le problème est d'ailleurs quant à son explication seulement posé. Il appelle toutefois la recherche des remèdes à mettre en œuvre. Nous avons le devoir de chercher à aider et à défendre les jeunes filles et les jeunes femmes contre le danger auquel elles sont exposées, à les protéger contre la contagion et à améliorer leur force de résistance.

Un nouveau type de sympathicolytiques synthétiques

(M. Raymond HAMET. Présentation par M. POUCHET ; 9-6-1936)

Les expériences de l'auteur lui permettent d'affirmer que la phényléthyl-diméthylamine est douée d'un pouvoir sympathicolytique vrai et, qu'en conséquence, le pouvoir général sympathicolytique n'est pas exclusivement sous la dépendance de la fonction éther-oxyde-phénolique — ce qui ouvre une voie nouvelle aux recherches des chimiothérapeutes.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La scalénotomie dans le traitement des cavernes du sommet

(MM. MAURER, Olivier MONOD et BENZART ; 25-3-1936)

La scalénotomie — section des muscles scalènes — peut présenter quelques indications dans le traitement des cavernes tuberculeuses du sommet.

Cette opération a été suggérée à M. Maurer par les travaux de Dumarest et Lefèvre sur les suites de la phrénicectomie quant au jeu de la partie supérieure du thorax. La phrénicectomie entraîne l'ascension du diaphragme avec réduction dans tous les sens du lobe inférieur et « repos » des lésions dudit lobe. Ces conditions se maintiennent dans les mois qui suivent l'opération.

Au niveau de la partie supérieure du thorax, la détente s'exerce bien également dans toutes les directions, d'où influence favorable de la phrénicectomie sur certaines lésions du sommet, mais cet état de choses n'est pas toujours durable. Au niveau du thorax supérieur, après la phrénicectomie, le mouvement transversal d'expansion costale tend, en effet, à s'exagérer.

On a donc essayé pour les cavernes du sommet d'améliorer les résultats en assurant l'immobilisation de la partie haute du thorax.

De là est née la scalénotomie, associée ou non à l'alcoolisation des nerfs intercostaux — interventions adjuvantes dans la phrénicectomie.

La scalénotomie est une opération bénigne. En sectionnant le scalène antérieur, il faut toutefois prendre garde de ne pas léser la veine jugulaire interne qui peut être turgescente.

D'autre part, en sectionnant le scalène postérieur, il est quelquefois difficile de distinguer les fibres musculaires des troncs du plexus brachial.

Ainsi s'élargit la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire.

Arthrorises du pied

(MM. E. SORREL et NABERT ; 25-3-1936)

Sous le nom d'arthrorise on désigne une opération destinée à limiter les mouvements d'une articulation. Une des premières techniques de cette intervention a été réglée en 1920 par M. Toupet.

Dans certaines formes de pied-bot, les arthrorises peuvent rendre des services. P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Méningite tuberculeuse chez un nourrisson vacciné par le B. C. G. et en contact avec une adulte traitée par la collapsothérapie

(MM. G. BLECHMANN et R. MÉLY ; 3-4-1936)

Il convient d'insister sur deux points : 1° l'aspect insolite de la réaction cutanée à la tuberculine, en intensité et en étendue, que présenta par deux fois le petit malade ; il s'agissait d'un énorme placard érythémateux et induré ; 2° La fausse sécurité qu'a pu octroyer un pneumothorax déjà ancien et entretenu régulièrement. Les médecins n'ont pas cru devoir prolonger au delà de six semaines, la séparation de la mère et de l'enfant, comptant que le B. C. G. ferait le reste.

M. Jean PARAF. — Cette observation nous confirme que le passage du B. C. G. à travers la muqueuse intestinale n'est pas constant, et qu'ainsi un certain nombre de nourrissons échappe à toute vaccination. D'ailleurs, même après injection sous-cutanée, le B. C.G. ne confère qu'une immunité toute relative, qui met à l'abri d'une infection accidentelle par petites doses ou doses moyennes, mais qui ne préserve que d'une façon inconstante contre une infection massive et répétée, comme le réalise la contamination maternelle ou paternelle. Dans ce cas, vaccinés ou non vaccinés, les nourrissons doivent être rigoureusement séparés pendant la première année.

D'autre part, il est très difficile de pouvoir affirmer qu'un malade traité par un pneumothorax, même quand les résultats cliniques et radiologiques paraissent parfaits, n'est plus contagieux. Fréquemment on a vu de tels malades rester longtemps bacillifères. Aussi l'isolement doit-il être maintenu très longtemps chez de pareils malades.

M. MARFAN remarque les points suivants :

Après la mise en contact de l'enfant avec sa mère tuberculeuse, la cuti-réaction a été positive et très forte. On sait qu'après l'ingestion du B. C. G., la cuti-réaction est souvent négative et lorsqu'elle est positive, elle est presque toujours faible. Il est donc permis d'affirmer que, dans ce cas, la cuti-réaction n'était pas due au B. C. G. ; elle était due à ce qu'un bacille virulent avait pénétré dans l'organisme de la fillette.

L'enfant a été remise en contact avec sa mère six semaines après avoir reçu le B. C. G., avant que l'état de prémunition soit établi. Il s'est comporté comme un sujet non vacciné. Ce fait démontre une fois de plus que les jeunes enfants, même quand ils ont reçu le B. C. G., doivent être éloignés de toute source d'infection tuberculeuse durant les premiers mois de leur existence.

Enfin, on avait pensé que la fillette pouvait être remise en contact avec sa mère, qui avait subi la collapsothérapie d'un poumon, et dont l'état pulmonaire était très satisfaisant. Nombre de personnes croient que les tuberculeux, qui ont subi la collapsothérapie d'un poumon, n'expectorent plus de bacilles et ne sont plus contagieux. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et il faut séparer les jeunes enfants des mères qui ont subi cette intervention comme des autres mères tuberculeuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Comment traiter les différentes formes de pleurésies tuberculeuses

(Dr P. WEILLER ; juin 1936)

Cette communication importante mérite d'être signalée tant par son intérêt général, que par l'autorité particulière de l'auteur, qui, depuis une quinzaine d'années, s'est spécialisé dans le problème de la tuberculose pleurale.

En ce qui concerne le traitement général des pleurésies tuberculeuses, il est rappelé que le repos strict au lit dès le début de l'affection doit être absolu, sauf pour l'épanchement dit «radiologique» et pour certains cas d'abcès froids pleuraux, qui s'accommodent facilement d'une vie un peu plus active. La révulsion garde une valeur réelle, mais semble devoir être limitée aux cataplasmes simples ou sinapisés ainsi qu'aux ventouses sèches. Les frictions à l'alcool ne sont pas à négliger. Le cœur demande à être soutenu. Quant aux diurétiques, ils ne semblent pas d'un emploi particulièrement utile. Par contre, la calcithérapie est une méthode d'appoint sérieuse et généralement très bien tolérée. La fièvre doit être respectée en principe, à moins de devenir trop persistante ou visiblement fatigante. La climatothérapie est toujours à conseiller : elle se fera, selon les réactions du malade, l'état de son cœur, de ses forces, — selon les saisons également, — soit en plaine, soit en demie ou haute altitude. Le climat marin est formellement contre-indiqué. La gymnastique respiratoire la meilleure est celle qu'impose aux poumons un séjour à l'altitude. La ponction ne doit pas être le premier réflexe en face d'une pleurésie (exception faite de la ponction exploratrice) : elle ne sera effectuée qu'en cas de nécessité. Il faut la réaliser, si possible, sans utiliser le Potain, dont l'aspiration peut être brutale ; on recourera à la seringue, au simple siphonnage à la seringue de Mayer ou à l'aspirateur électrique à dépression et débit variables. Ne pas oublier de faire coucher le malade une heure ou deux sur le côté opposé à la ponction, de manière à ce que le liquide résiduel ne vienne pas affleurer la petite plaie pariétale. Le lavage pleural est devenu une petite intervention courante et sans danger. Il peut être effectué par tout praticien au courant du pneumothorax artificiel ; il a permis à l'auteur d'obtenir de bons résultats dans des cas presque désespérés ; l'aspirateur électrique remédie à sa longue durée, qu'il faut éviter. Enfin, la chrysothérapie intra-pleurale ne conserve plus guère d'indication curative.

Le traitement des diverses formes de tuberculose pleurale termine ce travail. G. F.

Les Congrès

LES JOURNÉES MEDICALES DE BRUXELLES

(*Suite*)

Valeur des tests cardio-vasculaires dans l'appréciation de l'aptitude à l'exercice physique

Par M. le Docteur Louis MERKLEN, de Nancy

Depuis assez longtemps, toute une série d'auteurs ont entrepris d'apprécier l'aptitude « cardiaque » d'un sujet examiné, à l'aide des modifications apportées au rythme cardiaque et à la pression artérielle, soit par les changements de position du corps, soit par des exercices physiques d'intensité et de durée données, soit par une combinaison des uns et des au tres.

Ces « *épreuves d'aptitude fonctionnelle du cœur* » connurent, au début du présent siècle, une ère de prospérité ; mais elles étaient, peu avant la guerre, sévèrement critiquées. Les nécessités militaires leur donnèrent pour un temps un regain de vie, notamment en France, en Angleterre et aux Etats-Unis ; dès ce moment, cependant, les détracteurs ne manquèrent pas, et presque aussitôt après la paix, le silence se fit à nouveau à leur sujet.

Deux de ces épreuves, celles de Lian et de Schneider, paraissent pourtant être supérieures aux autres et ne mériter nullement le discrédit dans lequel elles sont tombées, pourvu toutefois qu'à l'exemple des auteurs américains on les envisage plus comme des *critères d'aptitude générale* que comme des véritables épreuves fonctionnelles « *cardiaques* ».

Ceci n'est pas pour diminuer leur valeur, à une époque où dans tous les domaines (armée, industrie, écoles, sociétés d'éducation physique et de sport, et toutes branches de la médecine préventive et sociale) se fait de plus en plus sentir la nécessité de la *détermination de l'aptitude fonctionnelle générale et des capacités de « rendement » des individus.*

Tant que n'aura pas été découvert le critère rapide et indiscutable qui nous fait encore défaut, les épreuves de Schneider et de Lian semblent de nature à pouvoir, de ce point de vue, compléter utilement les examens par les procédés cliniques habituels.

La précarence en vitamine C, sa détection

Par M. V. DEMOLE, de Lausanne

Si le scorbut est exceptionnel aujourd'hui, les états d'hypovitaminose C (ou scorbut fruste) sont nombreux. Une carence relative en vitamine C apparaît dans la plupart des maladies des voies digestives, dans les affections fébriles aiguës et surtout chroniques (pneumonie, diphtérie, tuberculose). L'hypovitaminose se développe rapidement chez les nourrissons dont le régime alimentaire est incomplet. Une partie de la population des zones tempérées souffre d'hypovitaminose C à la fin de l'hiver. C'est la cause de la « fatigue printanière ».

L'adulte a besoin d'environ 50 milligr. d'acide l-ascorbique (ou vitamine C) par jour, que l'on retrouve en partie dans l'urine. Les besoins de l'organisme en vitamine C augmentent au cours de l'hiver, pendant les maladies infectieuses, pendant la gestation et la lactation.

On a voulu évaluer l'hypovitaminose C en déterminant le pouvoir réducteur de l'urine provoqué par la présence d'acide ascorbique (procédés de Bezsonoff, Tillmanns, Martini-Bonsignore), mais la présence de différents corps réducteurs rend difficile l'interprétation des résultats.

La méthode de Harris et Ray donne des renseignements plus précis. Elle consiste dans l'évaluation du déficit du malade en vitamine C par administration de quantités relativement élevées d'acide ascorbique afin de provoquer la saturation de l'organisme, que signale l'apparition massive de vitamine C dans les urines. Le total des doses administrées permet d'évaluer le déficit. Jetzler et Niederberger ont décrit un procédé pratique expéditif, à la portée du médecin praticien, pour mesurer la teneur des urines en acide ascorbique.

On a constaté que les individus en bonne santé ont généralement un déficit en vitamine C qui peut s'élever jusqu'à près d'un gramme. Dans le scorbut, le déficit atteint 5 grammes environ (Van Eckelen) ; il varie entre 2 et 4 grammes dans certaines maladies infectieuses, dans les affections du tube digestif. Les enfants maladifs, les vieillards, les névropathes sont souvent déficitaires.

Ces constatations commandent une thérapeutique appropriée par l'acide ascorbique. Les effets de cette médication sont souvent remarquables.

Perméabilités et perméabilisations vasculo-méningo-encéphaliques

Par le Docteur LE FÈVRE DE ARRIC, de Bruxelles

On doit conclure de recherches sur cette question que la perméabilité vasculo-méningo-encéphalique, n'obéit pas seulement à des lois physico-chimiques, mais qu'elle suit des lois biologiques, qu'elle est l'expression du fonctionnement d'organes vivants et partant modifiables. Il semble que la régulation nor-

male des échanges hémato-méningés soit dévolue aux plexus choroïdes. Mais des éléments extra-plexuels interviennent sans doute dès que cette régulation est dépassée par les événements. L'endothélium des capillaires pourrait être le substratum anatomique de cette fonction. On peut peut-être situer dans le cadre de la perméabilité vasculaire générale ce qui se passe pour le névraxe, mais il paraît clair en ce cas que certains territoires vasculaires ne se comportent pas de manière identique. Les acquisitions diagnostiques sont nombreuses et n'ont pas dit leur dernier mot. Les perspectives thérapeutiques entrevues paraissent devoir être le stimulant de recherches nouvelles.

La vaccination contre le typhus exanthématique au Maroc

Par M. le Docteur Georges BLANC,
Directeur de l'Institut Pasteur du Maroc

Le vaccin utilisé au Maroc a été le *vaccin bilié* préparé avec des organes virulents de cobayes : rate, vaginales et surrénales. La dilution finale est biliée au vingtième et, après un quart d'heure de contact utilisée comme vaccin. La dose est de 1 c. c. de virus bilié, inoculé dans le deltoïde.

Actuellement, plus de 20.000 indigènes marocains ont été vaccinés. Le plus souvent, ils l'ont été sans qu'un épouillage méthodique ait pu être pratiqué

Les résultats de cette vaccination ont, jusqu'à présent, confirmé ce qu'on était en droit d'attendre des expériences qui l'avaient précédée. Le typhus a disparu des douars vaccinés. Ces résultats ont été particulièrement concluants à l'occasion de deux grandes séries de vaccination : l'une à Petitjean, dans le Gharb, l'autre à Ben Ahmed, dans la Chaouia. La première vaccination a porté sur plus de 8.000 indigènes, la seconde sur plus de 9.000. Elle fut appliquée aux hommes, aux femmes et aux enfants.

L'observation épidémiologique, d'accord avec les expériences de laboratoire, a montré qu'avant l'immunité proprement dite s'établissait un état de prémunition, dès le quinzième jour qui suivait l'inoculation vaccinale.

La thérapeutique médico-chirurgicale de l'ulcus peptique jujénal

Par M. le Professeur A. WEISS (Strasbourg).

Du réveil de la primo-infection tuberculeuse, sous l'influence d'une syphilis primo-secondaire intercurrente

Par M. E. RAMEL, de Lausanne

Les purpuras et les phénomènes hémorragiques

Par MM. E. RENAUX, de Bruxelles
et A. ALECHINSKY

Le traitement d'entretien dans l'anémie pernicieuse

Par M. F. VAN GOIDSENHOVEN, de Louvain

L'anémie pernicieuse essentielle, ou anémie de Biermer, est caractérisée par une anémie du type hémolytique qui évolue habituellement par poussées ; un certain nombre de ces malades présentent en outre des troubles nerveux (myélites funiculaires, psychopathies, troubles périphériques). La découverte de l'hépatothérapie (Whipple, Minot et Murphy) a montré que la maladie résulte probablement d'une carence et que le principe antipernicieux existe dans le foie ; ce même principe se trouve également dans la paroi gastrique, le suc gastrique et le suc duodénal ; on entrevoit actuellement le rôle important de l'estomac (et du duodénum) dans la genèse de cette maladie. Le traitement substitutif antipernicieux se réalise en clinique par l'ingestion de foie ou de poudre d'estomac ou bien par l'injection d'extraits hépatiques (de préférence concentrés). L'ingestion de foie permet de réaliser le traitement de la façon la plus simple et la plus économique. La médication substitutive n'est pas un traitement causal : elle compense la carence en principe antipernicieux et corrige l'anémie, mais elle ne guérit pas la maladie. L'interruption plus ou moins complète de ce traitement entraîne tôt ou tard une rechute de l'anémie ; elle expose en outre grandement à l'apparition de troubles nerveux.

Les rechutes d'anémie sont les plus impressionnantes mais les moins graves, car la reprise du traitement aura les mêmes effets heureux que sur la crise initiale.

Il en est tout autrement des *troubles nerveux* : ceux-ci rétrocèdent beaucoup plus lentement sous l'effet du traitement substitutif.

Le traitement d'entretien doit, de l'avis de l'auteur, compenser l'anémie de façon quasi parfaite et prévenir l'installation d'altérations nerveuses ; lorsque celles-ci préexistent, le traitement substitutif doit viser à les améliorer et éventuellement à les guérir. Ces résultats s'obtiennent par une dose de principe antipernicieux moins élevée que celle nécessitée durant la période d'état (de 150 à 250 gr. de foie par jour, ou son équivalent). Il existe cependant d'assez grosses différences individuelles à ce sujet.

M. Van Goidsenhoven conclut ainsi :

Un traitement substitutif permanent et suffisant prévient toujours les rechutes d'anémie, il prévient habituellement les manifestations nerveuses ; lorsque celles-ci préexistent, le traitement antipernicieux intensif les guérit ou les améliore dans une notable proportion.

Les malades soumis à un traitement irrégulier et insuffisant sont, par contre, grandement exposés à des rechutes d'anémie et plus encore à des troubles nerveux graves. C'est pour ce motif qu'il est souhaitable de protéger ces malades contre leur propre négligence en multipliant les centres hématologiques, destinés à les surveiller et à les guider dans leur traitement antipernicieux.

P. LACROIX.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

VIGOT frères, éditeurs
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e])

Dr Pierre LEMAY. — **Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac.** Un vol. illustré 232 pages. Prix : 20 francs.

Imprimerie P. JACQUES
Aix-les-Bains

Dr CARUETTE. — **Le traitement physiothérapique des suites de la paralysie infantile et de la poliomyélite de l'adulte.** Une broch. 16 pages.

Chez MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain

Prof. G. CARRIÈRE. — **La diphtérie.** Un vol. 214 p. 46 fig. 3 p. Prix : 35 francs.

E. TERRIEN. — **Pédiatrie pratique.** RÉPERTOIRE DE MISES AU POINT. Indications et moyens thérapeutiques. Un vol. 248 p. Prix : 24 francs.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

J. VINCHON. — **Les névroses.** Un vol. 146 pages. Collection « Les Petits Précis ». Prix : 12 francs.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VI[e])

La douleur en gynécologie, par A. BINET, X. COLANÉRI, E. DOUAY, F. JAYLE, G. JAYLE, H. KEIFFER, A. LAFFONT, L. MICHON, L. NETTER, A. PECKER, L.-M. PIERRA, A. ZIMMERN. 2e édition. Un vol. in-8o de 332 pages, avec 55 fig. Prix : 40 francs. Collection l'« Actualité gynécologique ».

MM. F. Jayle, ancien assistant du regretté Professeur Pozzi, et Gaëtan-E. Jayle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Marseille, étudient, dans les quatre premiers chapitres, l'anatomie et l'histologie des appareils nerveux du système génital chez la femme.

C'est au Professeur H. Keiffer, de Bruxelles, qu'il appartenait d'exposer, dans un cinquième chapitre, le résultat de ses recherches sur la « physiologie du système nerveux génital chez la femme ».

La seconde partie constitue une Etude clinique et sémiologique de la douleur en gynécologie.

Le Professeur agrégé André Binet, de Nancy, s'est efforcé d'apprécier la « valeur du symptôme douleur en gynécologie ».

Puis viennent deux longs et substantiels chapitres de clinique, où successivement MM. E. Douay et Xavier Colanéri envisagent les douleurs abdomino-pelviennes, et le Professeur Amédée Laffont (d'Alger), les douleurs extra-pelviennes en gynécologie.

La troisième et la dernière partie est consacrée à la Thérapeutique de la douleur en gynécologie.

Dans deux chapitres distincts, M. L.-M. Pierra (de Luxeuil) étudie successivement les « indications générales du traitement de la douleur », puis « les traitements médicaux de la douleur », et, après lui, le regretté Professeur Zimmern, MM. A. Pecker et Louis Netter, énumèrent les ressources qu'offre au praticien la physiothérapie (y compris la kinésithérapie) dans le domaine du traitement de la douleur.

Enfin, M. Louis Michon résume la question, si actuelle, du « traitement chirurgical de la douleur en gynécologie », en s'appuyant non seulement sur sa pratique personnelle, mais sur l'important rapport présenté par son compatriote le Professeur G. Cotte, au Congrès français de gynécologie, en 1933.

Gaston DOIN, et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (6[e])

G. JEANNENEY, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux et G. HIRTZ. — **Formulaire endocrinologique du praticien.** 1 vol. in-8o de 160 pages avec 22 figures dans le texte, 20 francs.

L'ouvrage comprend trois parties :

1o La *première* est un rappel de la *Séniologie endocrinienne* dont on connaît la complexité. L'interrogatoire du malade, l'examen clinique détaillé qui fait appel à mille petits signes, les recherches de laboratoire (métabolisme basal par exemple), y sont exposés avec leur technique et leur valeur respectives.

2o Dans la *deuxième partie* les auteurs ont étudié le traitement des *endocrinopathies.* La thérapeutique de chaque maladie y est exposée (après un rappel clinique succinct) dans les termes mêmes où elle doit être prescrite par le médecin. A ce point de vue l'ouvrage est véritablement un formulaire où sont donnés des modèles d'ordonnances adéquates, simplifiant ainsi considérablement la tâche du consultant.

3o Quant à la *troisième partie*, elle est consacrée à la description des différents emplois des produits endocriniens et organiques en pathologie médicale et spéciale, en dehors des maladies des glandes endocrines proprement dites.

Ouvrage pratique, précis et éminemment maniable du fait de la classification alphabétique de ses trois parties.

Les Thèses

P. — **L'emploi de l'amidopyrine lactique dans le traitement de la typhoïde**, par le Docteur BERNARD (Jean-René).

L'amidopyrine lactique agit, avant tout, sur la température qu'elle tend à ramener à la normale.

Cet effet est obtenu sans la fastidieuse opération du bain ou de l'enveloppement, fatigante pour le malade et le personnel, et sans matériel spécial. En agissant directement sur le centre thermo-régulateur, on évite une consommation trop grande de calories. On diminue, avec la fièvre, les échanges, et l'on supprime à la fois le bain, et le frisson, indice d'une réaction productrice de chaleur et d'usure, et chez un malade atteint d'une affection déprimante, et de plus difficile à nourrir suffisamment. Grâce à cela et à une alimentation relativement substantielle, très bien tolérée, les malades sortant bien moins amoindris, retrouvent beaucoup plus vite une activité normale après une convalescence plus courte.

L'amidopyrine lactique calme essentiellement la *céphalée et l'excitation* ; elle donne un état euphorique par disparition des malaises dus à la fièvre. Elle aide beaucoup à déceler les complications intercurrentes, quand son action diminue et que la fièvre remonte sensiblement et d'une façon durable (au moins 48 heures).

L'auteur a employé une solution titrée à un centigramme par goutte, en donnant, dans un demi-verre d'eau sucrée, quatre gouttes par année d'âge chez l'enfant et soixante à quatre-vingts gouttes chez l'adulte, jour et nuit, toutes les huit heures, pendant au moins vingt jours. Médicament maniable et n'ayant jamais semblé déprimer le cœur, l'amidopyrine lactique donne des résultats intéressants, qui font souhaiter son emploi courant dans la thérapeutique du praticien, autant en ville qu'à la campagne, pour toutes les typhoïdes.

P. — Dr J. PENOT. — **Essai d'analgésie obstétricale par le sonéryl (butyléthylmalonylurée).** (Thèse, 1936.)

Le Sonéryl, administré chez les parturientes sous forme de suppositoire, à la dose de 20 cgr., peut être employé en toute sécurité quant à l'état général de l'enfant *in utero* et à la naissance ; il n'a aucune action nocive sur l'organisme maternel et provoque chez les parturientes en même temps qu'un état somnolent, une action sédative et parfois même une diminution ou une suppression de l'agitation lorsqu'elle existe ; il ne nécessite pas une surveillance étroite des parturientes au cours du travail ; il modifie peu la marche du travail au cours de l'accouchement, dont la durée n'est pas allongée.

Tout en ne procurant pas une analgésie complète, il calme la douleur dans des proportions appréciables sans abolir la conscience.

Pour l'administration du Sonéryl aux parturientes, le moment le plus favorable est celui où le col est dilaté à la dimension d'une pièce de 2 à 5 francs.

L'application de Sonéryl aux femmes en travail constitue une méthode sinon d'analgésie du moins d'hypoalgésie obstétricale essentiellement pratique, ne présentant aucun danger et dont les résultats permettent d'envisager la généralisation.

P. — Dr G. TOP fils. — **L'immobilisation plâtrée dans le traitement des inflammations aiguës des parties molles des membres.** (Thèse, 1936.)

Il est rationnel de soumettre au repos absolu les membres atteints d'affections inflammatoires aiguës de leurs parties molles.

L'immobilisation par le plâtre (méthode préconisée par le Docteur Fiévez, de Malo-les-Bains) qui met au ralenti la vie du membre enflammé, réalise au mieux cette indication du repos absolu.

Le plâtre ne doit ni supprimer, ni même gêner le traitement chirurgical et le traitement général, auxquels il constitue un puissant adjuvant. Mais il écarte les traitements locaux, qui sont la source d'irritations répétées.

Il semble que le facteur principal de l'action bienfaisante du plâtre soit la sédation de l'éréthisme vasculaire d'origine phlegmasique.

L'appareil immobilisateur de choix est le plâtre complet à nervure. Maniable comme un pansement plâtré, il est assez solide pour immobiliser parfaitement, même après avoir été ouvert et refermé à plusieurs reprises pour l'examen du membre ou le pansement de la plaie. Il augmente considérablement les possibilités de « pansement rare ».

P. — Dr A. MACHET. — **Diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux perforés.** (Thèse, 1936).

De différentes observations citées au cours de son étude et d'après ses observations personnelles, l'auteur conclut :

Un bon examen radiologique, de très courte durée et sans manœuvres difficiles, peut par la découverte d'un pneumo-péritoine, éclairer un diagnostic d'ulcère perforé, resté jusque-là hésitant.

Cet examen, avec un appareillage portatif et mobile convenable, est d'une réalisation facile, donne une réponse rapide et nettement suffisante, évite au malade toute manœuvre traumatisante. Il a en outre l'énorme avantage de pouvoir être effectué, soit sur la table d'opération, soit au lit même du malade.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

RÉFLEXIONS A PROPOS D'UN IVROGNE

Mon fait-divers tient en moins de cinq lignes : Dans une crise de délirium un boucher terrorisait sa famille ; le médecin l'ayant envoyé à l'hôpital le boucher en sort quelques jours après, tout disposé à reprendre le cours de ses exploits.

Certes je comprends bien (étant le médecin en question) que je n'avais pas fait à l'hôpital un cadeau de choix ; et m'explique encore mieux que le chef de service ou l'interne soient pressés de se libérer d'un citoyen qu'il a fallu enfermer d'urgence dans un cabanon capitonné après l'avoir abruti de morphine.

Oui, mais..... que faire en pareil cas ?

Ce boucher, âgé d'une trentaine d'années, a hérité de feu son digne père une passion frénétique pour le byrrh-citron. Son négoce l'obligeant à se lever tôt, dès huit heures du matin, les jours ouvrables, il est en possession d'une « cuite » de première qualité. Le temps de s'ébrouer un peu, et, après le déjeuner, le voici dispos pour une seconde. Le lundi, jour de son repos hebdomadaire, son horaire se trouve décalé d'une heure ou deux, mais il se rattrape par une tournée supplémentaire vers le soir. Son goût pour les apéritifs n'est pas exclusif d'une certaine considération pour le bordeaux ; toutefois il ne va pas au delà de cinq à six bouteilles dans sa journées Quant aux « petits verres » ce sont des amusettes dont il n'y a pas lieu de faire mention.

Grâce à ce régime mon client « voit grand » et balaye de son champ visuel les mesquines contingences. Que lui importe une marche d'escalier de plus ou de moins ? même s'il doit s'affaler sur le carrelage et s'ouvrir le crâne ? Va-t-il pour un méchant camion qui lui barre la route, donner un coup de volant ou serrer les freins ? Certainement pas ; tant pis pour sa mère et pour lui-même si la glace du pare-brise vole en éclats et leur taillade le visage. Une charmante euphorie n'abandonne jamais cet homme ; c'est, en somme, un brave type.

Il y a environ un an ses proches durent s'avouer que tout n'était pas au mieux dans son comportement. Et, comme ils me demandaient conseil, je conseillai un séjour dans un établissement de désintoxication. Le pochard, à qui, professionnellement, je devais communiquer la sentence, larmoya, se frappa la poitrine, convint qu'il était un pourceau et méritait cette mesure de défiance. Et de bon gré il entreprit sa cure de rédemption. Au bout d'un mois il se prétendit guéri, abjura solennellement le culte de la bouteille et sortit, plein de componction et de fermes propos. Quatre jours durant il mena une vie exemplaire ; le cinquième il s'attarda à la Villette et quand il mit le cap sur son domicile c'était un esquif ballotté par les flots.

Il a tenu jusqu'à ces derniers jours, fidèle à sa règle des deux saoûleries quotidiennes. Mais la semaine dernière, tout à coup, cela fut le grand jeu ; les hallucinations, des bêtes fantastiques, des assassins. Il a hurlé, s'est débattu, a voulu sauter par la fenêtre ; il a aussi durement malmené sa femme qui le maintenait du mieux qu'elle pouvait. Quant aux enfants, affolés, ils s'étaient barricadés dans leur chambre. Au matin de cette nuit d'épouvante, ils avaient de pauvres petites figures égarées ; ils savaient bien et depuis longtemps ce qu'est un papa qui boit, mais ils n'avaient pas encore vu de fauve en liberté.

Que faire ? renvoyer mon boucher à la maison de santé ? D'abord il ne voulait pas en entendre parler et rugissait si l'on en touchait un mot. Il promettait, en plus, de « tout casser » si on l'y menait malgré lui. Enfin comme ces maisons ne gardent des malades qu'avec leur propre consentement la direction déclarerait à coup sûr ne pas pouvoir accepter un tel client.

Comme il saignait un peu partout des coups qu'il s'était donnés pendant sa crise, je crus habile de prétexter qu'il était sérieusement blessé pour l'envoyer à l'hôpital. Mon espoir intime était qu'il y ferait du scandale, c'est-à-dire, en somme, dans un lieu public, et serait, de ce fait, expédié à Sainte-Anne. De se voir parmi les fous lui causerait une grosse impression, peut-être salutaire. La famille comprit et se rangea à mon avis. Lui-même accepta d'aller à l'hôpital pour y être pansé, et l'ambulance l'emmena.

Hélas ! on va nous le rendre dans quelques jours !

***

Que faire d'un tel homme ? La maison de santé est inopérante puisqu'il exigera d'en sortir et que nul ne pourra l'y retenir contre son gré.

L'interner ? il n'est pas aliéné ; je ne crois pas qu'un médecin traitant, même assisté d'un confrère, ait le droit d'envoyer à l'asile un malade dont on sait que le délire est tout à fait passager.

Alors ? attendre, puisque le médecin se déclare

impuissant, que la police s'en mêle ? Attendre, qu'au cours d'une crise il commette un délit, un crime ? Attendre qu'un jour, sur une route, il perde le contrôle de soi-même comme cela lui est déjà arrivé et que sa voiture bondisse en pleine vitesse sur de malheureux promeneurs ?

Tel est le problème ; en somme, il se résume à ceci : que faire d'un alcoolique invétéré sur qui n'ont prise ni les conseils, ni les admonestations, ni les menaces ; qui n'a plus dignité ni conscience ; qui est un danger redoutable pour les siens et pour la société ; et chez qui le peu de volonté restante ne sert qu'à déjouer les mesures de salut prises par les autres ?

Certes, je le sais, le problème n'est pas nouveau et l'exemple de mon boucher doit se répéter à des milliers d'exemplaires ; en réalité vont et viennent parmi nous des milliers d'individus, qui, de propos délibéré, s'intoxiquent, détraquent le jeu de leurs organes, adultèrent la race, pèsent de toute leur déchéance sur la société et, en manière de gratitude, sont autant d'agresseurs éventuels.

Que fait cependant la société rançonnée, détroussée, assaillie par ces escarpes ? Rien ! rien du tout ! ! Elle a seulement soin, lorsque ayant commis un méfait, ils tombent aux mains de la justice, d'implorer la compassion de celle-ci. Nos avocats ont belle façon pour plaider l'irresponsabilité ! Si les mots ont encore un sens je ne vois guère de criminels plus responsables que ceux-là qui pendant des années, échelon par échelon, descendirent pour avoir le crime à portée de la main.

***

En attendant, ce sont bel et bien des citoyens, investis des droits les plus imprescriptibles de l'homme, parmi lesquels figure en bonne place le droit de se saoûler. Et la société n'est aucunement autorisée à leur contester le moindre de ces droits, tant qu'ils n'ont pas transgressé les prescriptions du Code. A la vérité il existe bien une loi sur l'ivresse ; elle est même affichée dans tous les débits de boisson afin que nul n'en ignore. Mais le tenancier n'en a jamais versé un verre de moins ; la loi, certes, est la loi ; mais les affaires sont les affaires !

Certains pays ont songé à instituer un traitement radical et à interdire la vente de l'alcool ; mais le fameux exemple de la prohibition aux Etats-Unis et le souvenir de son fiasco interdisent pour longtemps d'y avoir recours aux hommes d'Etat soucieux de ne pas sombrer dans le ridicule. Alors ?

Alors, ne pourrait-on se rappeler que, dans les Etats modernes, l' « habeas corpus » n'est plus opposable par un individu aux intérêts de la collectivité ? N'y a-t-il pas belle lurette que de par la loi, les parents sont contraints à faire vacciner leurs enfants, que la quarantaine arrête les suspects à l'entrée des ports, que, dans certains pays, les porteurs de chancres ou de plaques muqueuses sont dénoncés s'ils ne suivent pas le traitement prescrit ? Aucun de ces « assujettis » n'a encore porté la moindre atteinte à la santé publique. C'est d'*avance* et d'autorité que l'Etat fait peser sur eux ses prescriptions. La liberté individuelle est froidement foulée aux pieds par souci de l'intérêt général ; et l'Angleterre, si sourcilleuse en matière de liberté, s'est toujours refusée, pour ce motif, à rendre obligatoire la vaccination antivariolique.

Un intoxiqué comme le boucher dont je parle fait courir à ceux qui l'entourent et aux enfants qu'il peut procréer un danger de même ordre que le syphilitique contagieux. Il est bien plus menaçant que le voyageur retour des Indes et *suspect* de choléra. Néanmoins celui-ci, si urgentes soient ses affaires, sera retenu au lazaret ; celui-là aura toute liberté.

Certes je ne rêve pas d'instituer chez nous le régime des « Morticoles » de Daudet. Mais il est vraiment par trop bête de se croiser les bras en face d'un écervelé qui manie un revolver chargé. Déchargeons d'abord son revolver : désintoxiquons l'alcoolique. Il ne serait pas si ridicule qu'un médecin constatant une crise de delirium, un tremblement ou une gastrite éthyliques « déclarât » le fait au Bureau d'hygiène tout comme lorsqu'il constate une scarlatine Et que le malade fût mis dans l'impossibilité d'aggraver son état. Ne serait-ce pas, au reste, le réel traitement ? bien plus efficace et urgent qu'une ordonnance. Et il ne serait pas si ridicle, à mon avis du moins, que le Bureau d'hygiène disposât d'un établissement où mettre ces gens sous surveillance et à la diète. Si une telle organisation existait aujourd'hui je sais particulièrement que la famille de mon client, et mon client lui-même, maintenant qu'il a récupéré un peu de bon sens, s'y adresseraient avec joie. Nous suons en ce moment sang et eau pour découvrir, à la campagne, une bourgade dépourvue de bistrot où sa convalescence ne soit pas exposée à la tentation. Ce n'est pas chose commune en France !

Mais, parvenu à ce point de mon raisonnement, je fais la réflexion que pour mettre sur pied l'œuvre de sauvetage des ivrognes telle que je viens d'en décrire l'ébauche, il faut l'intervention de l'Etat, un vote du parlement. Et puis il faudrait encore que le puissant parti des marchands de vin ne fît pas de l'obstruction. N'allons donc pas plus avant ; ce projet est par trop chimérique.

Et, plus raisonnablement, attendons-nous à l'ouverture de quelques milliers de nouveaux débits. Comment la nouvelle législature fêterait-elle donc son joyeux avènement ?

G. LAVALÉE.

CRÉATION D'UN LABORATOIRE D'ANALYSES PAR UN HÔPITAL

Un de nos adhérents, inspecteur départemental d'hygiène, voudrait que le chef-lieu du département où il réside soit doté d'un laboratoire d'analyses, permettant de faire pratiquer tous les examens nécessaires et même actuellement indispensables.

Les médecins et les pharmaciens du lieu ne montrent aucun empressement à répondre à ce désir. Le Conseil général ne veut pas voter les fonds nécessaires. Seule la Commission administrative de l'hôpital consentirait à créer ce laboratoire d'analyses, mais à la condition que les malades de la ville et des environs puissent devenir les clients payants dudit laboratoire, ce qui permettrait ainsi de procurer quelques bénéfices, en tout cas aurait l'avantage de faire couvrir les frais de fonctionnement.

Bien entendu, tous les médecins du département seraient autorisés et même invités à faire parvenir les prélèvements à faire examiner, ainsi que les clients, qui pourraient ainsi être dirigés sur le laboratoire de l'hôpital.

Un chef de laboratoire serait nommé par la commission de l'hôpital, lequel ferait partie du personnel médical de l'établissement. Le traitement, qui sera de 10 à 12.000 francs par an, ne constituera qu'une simple indemnité, ce qui conduira le praticien, chef du laboratoire (médecin, ou pharmacien) à exercer en ville comme médecin ou pharmacien.

Mais un scrupule retient notre confrère : du moment où cette création reçoit l'agrément du Corps médical et pharmaceutique local, n'y a-t-il pas des impossibilités d'ordre législatif ou réglementaire pour cette création hospitalière, qui ferait payer qui peut payer ?

Si l'hôpital est autorisé à faire faire des analyses payantes, la situation changerait, car le chef du labo pourrait recevoir des honoraires supplémentaires de ces malades payants. De quelle manière le règlement hospitalier pourrait-il être rédigé, pour que le praticien puisse toucher soit directement, soit par le canal de l'administration de l'hôpital, les honoraires de ces payants en sus de son traitement fixe ?

Cependant, parce qu'établissement public, l'hôpital ne peut pas faire acte de commerce. Cette création d'un laboratoire payant serait-elle en contradiction avec les lois et règlements qui régissent le fonctionnement des hôpitaux ? Existe-t-il des précédents ?

Ce problème est donc gros de conséquences, car devant l'indifférence du Corp médical et pharmaceutique pour créer lui-même des œuvres, qui sont actuellement rendues nécessaires par l'orientation moderne de l'art de guérir, force est aux organisations publiques de prendre la place des syndicats médicaux, pour créer un service public devenu indispensable.

De toutes les questions posées celle qui paraît la plus importante est de savoir si un hôpital public a le droit de faire acte de commerce en faisant fonctionner un laboratoire hospitalier mis à la disposition du public.

Je dois répondre que les décrets-lois du 5 novembre et du 28 décembre 1926 autorisent les services publics à créer des organisations à fonctionnement commercial, surtout en matière d'assistance et d'hygiène lorsqu'il y a carence ou déficience locale de l'initiative privée.

Dans ces conditions, la Commission administrative de l'hôpital peut faire fonctionner le laboratoire d'analyses pour les besoins des hospitalisés et pour ceux des malades de la ville.

Le tarif à appliquer sera le tarif syndical normal, quitte à l'hôpital de s'entendre avec les médecins et les pharmaciens de l'endroit pour déterminer le quantum des abattements divers que l'on peut apporter.

Je dois avouer que depuis longtemps les hôpitaux font des actes de commerce, ce qui est franchement illégal, mais qu'on tolère cependant.

C'est faire acte de commerce que d'acheter pour les revendre des produits alimentaires et de donner contre paiement l'hospitalisation à des malades qui ne sont pas bénéficiaires des lois d'assistance. Et cependant, de très nombreux hôpitaux de France accordent cette hospitalisation payante dont ils tirent bénéfice.

Il en est aussi de même en ce qui concerne les pharmacies des hôpitaux ouvertes largement au public de la ville.

Tant que la loi du 7 août 1851 n'aura pas été modifiée par le Parlement pour autoriser les hôpitaux à faire dans certains cas acte de commerce pour les traitements à donner aux malades payants, nous resterons dans l'illégalité actuelle.

Aussi, puis-je déclarer que si l'hôpital se met d'accord avec le Syndicat médical et celui des Pharmaciens, il pourra créer un laboratoire, non seulement pour les besoins du service hospitalier, mais aussi pour la protection de la santé publique.

Quant au traitement qui sera alloué au chef de laboratoire, il sera, du point de vue fiscal, placé sur le même pied que les traitements qui sont accordés aux médecins des hôpitaux.

Si le règlement permet au titulaire du laboratoire de percevoir des honoraires, il faudra prévoir si l'Administration des hospices se désintéressera complètement du fonctionnement du laboratoire, en ce qui concerne les personnes qui peuvent payer ; mais si, au contraire, ce laboratoire fait partie intégrante de l'hôpital, les honoraires seront recouvrés sur les malades payants par le canal de l'Economat qui en opérera ensuite la ventilation prévue par le règlement.

Dr Paul BOUDIN.

LES REMPLACEMENTS

Conditions exigées par la loi

Leur départ en vacances conduit un certain nombre de confrères, à nous consulter sur les conditions obligatoires, exigées par la loi, pour pouvoir se faire remplacer. Nous croyons utile de rappeler ces obligations, car quelques confrères viennent d'avoir des démêlés assez ennuyeux avec l'Administration préfectorale, ou même judiciaire.

Le praticien, désireux de se faire remplacer pendant ses vacances, ou pendant une maladie, ne doit engager qu'un étudiant français dont la scolarité en vue du diplôme d'Etat est terminée, ou un interne des hôpitaux, nommé au *concours et muni de seize inscriptions. A l'étudiant* de faire une demande de remplacement à la préfecture (ou sous-préfecture) dont dépend le domicile du remplacé, en y joignant un certificat délivré par la Faculté de médecine et mentionnant le nombre d'inscriptions.

Ce n'est que lorsque l'autorisation préfectorale sera arrivée que l'étudiant pourra momentanément excercer la médecine aux lieu et place du praticien remplacé. Il pourra dès lors accomplir tous les actes de la profession, soigner les malades, signer les certificats, etc.

Cette autorisation d'exercer n'est valable que pour trois mois. Elle peut être renouvelée par le préfet.

Si cette formalité n'est pas remplie, alors qu'elle est imposée par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, l'étudiant peut être poursuivi par le Procureur de la République, pour exercice illégal de la médecine et être traduit devant le Tribunal correctionnel. Le médecin remplacé sera également poursuivi comme complice et passible des mêmes pénalités.

Pour éviter tous inconvénients, il sera prudent de prévenir le maire de la résidence principale du médecin remplacé, en lui présentant la pièce officielle, par laquelle le Préfet autorise le remplacement.

L'étudiant, qui veut faire un remplacement, doit postuler pour le diplôme de doctorat d'Etat et non pour celui d'Université. Il doit également posséder la nationalité française, soit par naissance, soit par naturalisation. Sinon, le délit d'exercice illégal serait consommé.

En effet, un étudiant en médecine ne saurait avoir plus de droits qu'un docteur. Pour exercer en France, le médecin doit fournir la preuve de son doctorat d'Etat, alors que le doctorat d'Université ne lui permet pas l'exercice de la médecine. Il faut également qu'il soit Français ou naturalisé (loi du 26 juillet 1935).

Le médecin, qui veut se faire remplacer, doit donc bien faire attention et ne pas prendre n'importe qui comme remplaçant, s'il ne veut pas avoir les pires ennuis. Pour protéger notre profession, les Syndicats médicaux ont lutté pour obtenir du législateur des garanties certaines et efficaces.

Aux médecins de respecter eux-mêmes ces garanties et ne pas procurer du travail illégal à des étrangers, ou à des candidats au doctorat d'Université, alors que pas mal d'étudiants français, postulant le diplôme d'Etat, seraient très heureux de gagner quelque argent en faisant régulièrement des remplacements, tout en se conformant aux obligations qu'imposent les lois sur l'exercice de la médecine en France.

Une autre recommandation que je pourrais faire aux remplacés, c'est de prévenir le Sou Médical lorsqu'ils font partie de cette Ligue, pour que leur garantie personnelle soit transportée sur la personne du remplaçant, pendant la durée du remplacement.

Au reste, bien des remplaçants demandent leur adhésion personnelle au Sou.

Dr Paul BOUDIN.

SUR LES PISCINES

I

L'hormonothérapie dans les piscines parisiennes

Comme tous les hygiénistes qui noircissent du papier pour défendre la santé publique, j'ai vitupéré contre les dangers des piscines. Ma véhémence se basait alors sur un point spécial : c'est que le danger le plus évident provient des bouches qui, par le fait des nages modernes, crachent et reçoivent rythmiquement les germes les plus odieux. Une piscine est une sorte d'immense gargarisme, dans lequel sont plongés les usagers qui y lavent leurs dents, leur langue et leur pharynx à qui mieux mieux. Les dangers provenant du reste du corps sont minimes à côté de celui-là. Les corps sont lavés avant le plongeon, et les gens bien élevés gardent en général pour la sortie du bain le trop plein de leurs réservoirs d'excrétion.

J'estimais que des corps plongés côte à côte dans l'eau, la tête exceptée, s'ils sont sains et à peu près propres, se contaminent peu. La peau a ses microbes qui sont innombrables, mais qui, furonculose à part, y vivent en saprophytes. Ils ne sont pas bien méchants. Du reste la peau se défend très bien quand elle est intacte : sans quoi nous serions tous morts depuis longtemps comme les habitants de Mars dans le roman de Wells.

Pour les muqueuses c'est autre chose. Mais plongés dans l'eau, tête exceptée, nous n'avons pas beaucoup de muqueuses au contact direct du milieu commun. L'anus, bien fermé, est une bonne barrière. Sain et bien soigné il est moins dangereux que la plus jolie des bouches, du point de vue médical de la contamination de l'eau. Les muqueuses génitales sont généralement bien cachées et ne peuvent être dangereuses que si elles sont malades. Or, nous avons émis en principe que notre piscine ne contenait que des gens bien élevés, qui s'abstiennent de se baigner en commun s'ils ont des gonocoques, des spirochètes à disperser.

Donc on doit admettre que tout se passerait sans trop de dommages, si l'esprit sportif ne venait nous obliger à nager en plongeant la tête sous l'eau, bouche ouverte. La tête présente des muqueuses bien étalées qui sont à la fois de grandes réceptrices et de généreuses donatrices de germes infectieux. Il y a des degrés parmi elles, du point de vue danger.

La conjonctive, muqueuse surtout réceptrice est très sensible aux infections qu'elle communique ensuite au nez. Elle est même, chez beaucoup des baigneurs, susceptible au chlore en excès de la javellisation. A l'état normal elle n'est pas infectante par elle-même.

La muqueuse nasale se défend mieux et à l'état normal n'est que médiocrement infectante. Cependant elle souffre par osmose au contact de l'eau hypo ou hypertonique qui l'irrite et la rend plus vulnérable. Les reniflements et les expulsions mélangent fâcheusement son mucus au mucus d'autrui pour le plus grand dam du carrefour pharyngien.

C'est le carrefour pharyngien qui est le grand centre d'importation et d'exportation infectieuse. L'ouverture de la bouche dans l'eau pendant la nage et les incessantes gargarisations qui en résultent, favorisent ces échanges aussi dangereux dans un sens que dans l'autre. Le pharynx est une étuve miraculeuse où se réunissent toutes les cultures microbiennes, c'est la porte d'entrée de presque toutes les maladies infectieuses et en même temps c'est une réserve inépuisable d'agents infectants prêts à exaspérer leur nocivité endormie dans des pharynx nouveaux pour eux.

De ces considérations résulteraient, avant le fait nouveau qui a motivé le présent article, la conclusion suivante :

Une réunion de gens bien élevés dans une piscine, ne présente pas plus de danger collectif qu'une réception mondaine dans un salon, si les têtes restent systématiquement hors de l'eau. A certains points de vue ce genre de réunion serait peut-être même plus amusant, comme le pensaient les anciens baigneurs de Bade qui causaient, flirtaient, buvaient, mangeaient dans les fameuses piscines célébrées par le regretté Cabanès (d'après Pagge).

Mais voilà un fait nouveau qui, sans modifier notre opinion d'hygiéniste sur les inconvénients des nages modernes, nous inviterait à prôner, médicalement, les bains en commun. Le Professeur Schwarzmann qui enseigne la dermatologie à Vienne est venu à Paris le 2 février dernier faire une communication à la Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris. Cette communication a passé inaperçue : elle aurait dû être sensationnelle. En voici le résumé (1) :

« Comme suite à mes études sur les effets thé-
« rapeutiques des extraits tissulaires (muscle,
« plèvre, peau et péritoine), j'ai eu l'idée d'ex-

(1) *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie.* T. 7, nº 2, pages 133 à 140.

« périmenter l'*eau de bain*. L'eau dans laquelle « a séjourné une personne saine peut contenir « une substance provenant de la peau et douée « de propriétés biologiques et thérapeutiques.

« Ce remède nouveau m'a donné des résultats « extraordinaires dans l'asthme, dans les dou- « leurs angineuses, dans vingt-trois cas de pyo- « dermite, dans cinq cas d'eczéma et des gué- « risons « éblouissantes » dans des furonculoses « invétérées. Enfin, l'injection sous-cutanée du « produit diminue le taux du sucre sanguin chez « les diabétiques.

« Pratiquement, j'administre un bain de bras « dans 6 litres d'eau distillée, à la température du « laboratoire, pendant 40 à 50 minutes. Cette « eau peut être employée telle quelle dans la « furonculose (5 à 6 cuillerées à bouche). On peut, « après réduction au 1/50e, par évaporation, la « mettre en ampoules et la pasteuriser. »

Le caractère un peu particulier de cette communication peut voiler son importance qui, outre l'exemple déjà cité des fameux bains de Bade (1) pourrait invoquer une tradition séculaire à laquelle un peuple tout entier doit peut-être sa santé et son admirable résistance physique. Il s'agit des Japonais. On sait que les familles japonaises prennent tous les soirs un bain en commun dans une sorte de grand tonneau rempli *d'une eau très chaude. Ce rite, qui a toujours* étonné non seulement les Européens mais les Chinois eux-mêmes a été très bien décrit par les voyageurs et surtout par les romanciers (Ch. Pettit, « Le Chinois de Mlle Bambou » et Claude Farrère dans « La Bataille »). Dans ces bains, la tête, par la force des choses, reste en dehors de la question ainsi que ses dangereuses muqueuses.

Si je n'avais peur de rappeler dans un article sérieux des habitudes qui ne provenaient d'aucune considération sanitaire, je raconterais certaines coutumes de la fin du IIIe Empire.

Certaines réunions qui rassemblaient les grands mondains et ces célèbres demi-mondaines dont le nom n'est pas effacé encore de l'histoire (Marguerite Bellanger, Castiglione, Cora Pearl et consœurs) se terminaient par le baptême de la plus belle : celle-ci, servie sur un grand plat d'argent, était arrosée d'un champagne que ses adorateurs buvaient avec dévotion.

Nous ne pouvons plus aller jusque-là. Notre période puritaine a remplacé la douceur de vivre par l'âpreté du droit d'exister. Le brutal et chaste nudisme a remplacé les voluptueux déshabillages compliqués. Cependant les recherches du sévère professeur viennois doivent attirer nos méditations. Des piscines, réservées aux gens bien élevés qui ne nagent pas, deviendraient des établissements d'hormonothérapie. Elles constitueraient un moyen bien agréable d'acquérir de la santé, comme le Japonais.

C'est dans les eaux courantes ou dans les lacs et la mer que les amateurs de la nage moderne, sport splendide, devraient exclusivement s'exercer. L'eau ne manque pas. Pourquoi vouloir tous se gargariser dans le même petit verre ? Tous ces beaux nageurs ont cependant une brosse à dents rigoureusement individuelle ! qu'ils soient conséquents avec eux-mêmes, et la spirochétose ictéro-hémorragique disparaîtra de Paris.

Dr BRIAU.

(1) Les bains de Bade au XVe siècle, par POGGE. Florentin.

II

Hygiène des piscines d'eau de mer

Renouvelées des Grecs et des Romains, les piscines marines sont répandues depuis le début du siècle sur les côtes américaines, anglaises et allemandes, et depuis peu sur les nôtres. En quelques années, en effet, on en a construit dans un certain nombre de stations balnéaires du littoral, et celles-ci, malgré leur insalubrité, ont conquis la faveur du public.

En installant ces établissements, on n'a pas paru se soucier des risques qu'ils pouvaient présenter au point de vue de la propagation des maladies infectieuses. On a négligé les règles de l'hygiène, voire de la plus élémentaire propreté ; n'importe qui, quel que soit son état pathologique ou sa malpropreté corporelle, peut ainsi se baigner dans une eau qui, malgré son extrême pollution, n'est soumise à aucune désinfection, alors qu'elle pourra servir en commun à des centaines ou milliers de personnes.

Ainsi que l'expose fort judicieusement J. Querangal des Essarts (1) : « Cette insouciance générale tient d'abord à l'insuffisance d'éducation du public pour tout ce qui concerne l'hygiène, et aussi à cette conception fausse, mais répandue, que l'eau de mer est peu contaminée. S'il est vrai que l'eau du large, prélevée loin des sources de pollution terrestre, renferme peu de germes microbiens, il en est tout autrement pour celle qui est captée près du rivage, où les causes de souillure sont très nombreuses.

Voici d'ailleurs quelques détails sur la construction de ces piscines marines. Elles comportent essentiellement un vaste bassin rec-

(1) J. QUERANGAL DES ESSARTS. *Le Mouvement sanitaire*, août 1935.

tangulaire en maçonnerie ou en béton, pouvant contenir 100 à 10.000 mètres cubes d'eau. Leur fond est disposé en plan incliné, de façon qu'à une extrémité il y ait une hauteur d'eau suffisante pour apprendre à nager, et à l'autre une profondeur de cinq à six mètres nécessaires pour plonger. Situées le plus souvent en plein air et au bord du rivage, de façon à réunir les agréments de la mer et de la plage, certaines peuvent être fermées et servir en hiver, grâce au réchauffement de l'eau par une circulation de vapeur ; c'est le cas des piscines de paquebots. Leur remplissage se fait soit par la marée elle-même à la haute mer (bassins à marée), ou seulement à certaines marées (bassins à marée périodique), soit, pour les plus perfectionnées et pour celles situées sur les côtes méditerranéennes où la marée se fait peu sentir, par un système de canalisations et de pompes, qui amènent à vovolonté l'eau de mer dans le bassin. Généralement l'eau est prélevée près du rivage et à marée haute, alors que le flot montant a balayé les grèves, ramassé les détritus de toutes sortes reçu les immondices des riverains et des agglomérations voisines (eaux ménagères, égouts, etc.).

Le bon sens seul permet de se rendre compte du degré d'insalubrité de pareilles installations. Faut-il, en plus, dire qu'aux souillures apportées par les différentes parties du corps, s'ajoutent celles qui proviennent des expectorations, des urines, dans ces eaux, qui ne subissent aucune épuration et qui ne sont renouvelées, parfois qu'au bout de plusieurs jours.

Et voici maintenant des preuves bactériologiques, de l'insalubrité de ces piscines marines. Rien d'étonnant à ce que, dans le contenu de ces bassins riches en matières organiques, on ne découvre, comme en un véritable bouillon de culture, des quantités considérables de germes microbiens. Dans une piscine de la côte ouest de Bretagne, on trouvait 12.000 coli au litre à l'arrivée de l'eau ; à la fin de la journée, leur nombre était monté à 85.000 ; le lendemain (325 baigneurs) il s'élevait à 135.000, et les jours suivants, il atteignait et dépassait 300.000. Des chiffres beaucoup plus élevés ont décelé jusqu'à 10.000 colibacilles au centimètre cube.

La flore de ces eaux est extrêmement variée ; à côté de germes sans caractères pathogènes on rencontre généralement du staphylocoque doré, du tétragène, du pyocyanique, du colibacille, du protéus, un bacille voisin du paratyphique B, et parmi les anaérobies, du perfringens, du vibrion septique, un b. pseudotétanique. L'inoculation intra-péritonéale d'un centimètre cube d'une culture en bouillon d'une goutte d'eau de ces piscines tue, en général, le cobaye en moins de vingt-quatre heures par péritonite septique, et l'injection *intra-musculaire* de la même culture provoque un abcès gangréneux avec une mort rapide.

Sans doute a-t-on pu noter assez souvent un arrêt dans la progression du nombre des colibacilles au bout de quelques, jours, et cela malgré la multiplication des causes de souillure. Il s'agit là de la concurrence vitale des germes, par action bactériophagique, comme aussi d'une certaine épuration spontanée du fait du rayonnement solaire et du brassage de l'eau. Maisces phénomènes complexes sont vraisemblablement insuffisants pour rendre exempte de danger une eau, aussi souillée que celle des égouts.

Voici enfin, pour nous convaincre de l'insalubrité de ces piscines, quelques notions sur la fréquence de certaines affections, qu'on a pu attribuer aux bains pris dans ces conditions. Bien souvent cependant, il ne s'agit que d'affections bénignes, qui ne nécessitent pas une consultation médicale.

Parmi les plus fréquentes, les conjonctivites, surtout sous leurs formes folliculaires, méritent le nom de « conjonctivites des piscines ». Celles-ci s'expliquent d'autant mieux que l'eau de mer exerce une action irritante sur la conjonctive, cela davantage encore dans les nages modernes où la face est immergée avec les yeux ouverts dans l'eau. Plus rarement, on observe des kératites. Les otites surviennent en série ; elles débutent brutalement, quelques heures après le bain, par une douleur vive à la pointe de la mastoïde ; ce sont des attico-antrites, qui évoluent en quelques jours. On les impute volontiers également aux nouvelles méthodes de natation avec leur rythme spécial, consistant en une expiration nasale profonde, suffisante pour forcer l'autre tubaire et y refouler les produits septiques dn cavum. On a signalé des laryngites et des pharyngites aiguës. Des cas de gangrène pulmonaire seraient provoqués par le passage accidentel d'eau de mer ou de petits corps minéraux dans les voies aériennes, au cours de submersions, ou dans les efforts désordonnés des débutants en natation.

Les affections des voies digestives ne sont pas rares : vomissements, embarras gastriques, diarrhées dysentériformes. Les auteurs anglais ont rapporté l'histoire d'une épidémie de typhoïde chez des marins, qui s'étaient entraînés à la natation dans une piscine d'eau de mer, située à proximité d'égouts, qui avaient reçu les déjections de typhiques de l'hôpital ; l'interdiction de ces bains fit cesser l'épidémie. Au Japon, Shiga a fait des observations semblables, en ce qui concerne la dysenterie bactérienne. La spirochétose ictéro-hémorragique, assez souvent imputée aux bains en rivière, n'a pas été jusqu'alors, à notre connaissance, attribuée aux bains en piscines d'eau de mer. Les *dermatoses sont fré-*

quentes sous formes de furonculose, staphylococcies et streptococcies cutanées.

Après le jugement du bon sens, après l'épreuve bactériologique, les faits cliniques de propagation des maladies infectieuses viennent donc confirmer le danger que constitue pour la santé publique l'insalubrité de ces établissements.

Comment remédier à cet état de choses lamentable, sinon en exigeant pour ces piscines d'eau de mer les mêmes garanties hygiéniques, qui ont été réclamées pour l'assainissement des piscines parisiennes.

Il suffirait de fournir de l'eau propre, de maintenir propre cette eau, et de contrôler dans ces établissements le fonctionnement et les conditions d'hygiène.

1° *Fournir de l'eau propre.*

Cette condition implique une captation faite à une distance suffisante du rivage, afin d'éviter les souillures des côtes, et en même temps l'effluent des égouts de la ville ainsi que ceux de l'établissement. Une filtration de l'eau, ainsi qu'il est fait pour les piscines d'eau douce, ne saurait être facilement obtenue pour ces établissements marins, car ils ne servent que quelques mois de l'année, et pourraient difficilement faire les frais d'une installation assez coûteuse. A défaut de filtration, on pourrait envisager un dégrossissage et une clarification de l'eau, afin de favoriser ainsi l'action des désinfectants. La captation par canalisations permettrait un renouvellement quotidien de l'eau, et même partiel dans la journée.

2° *Maintenir l'eau propre.*

Il s'agirait naturellement d'une désinfection, qui puisse être utile dans le but de détruire les espèces pathogènes, et non pas d'une stérilisation de l'eau. Réclamée en France par tous les hygiénistes pour les piscines d'eau douce, elle pourrait aussi bien être appliquée aux établissements marins, comme elle l'est d'ailleurs à l'étranger. A cet égard, il suffira de signaler les procédés de désinfection chimique par le chlore et les composés chlorés, car ils sont efficaces, faciles à mettre en pratique et d'un prix de revient modéré. Ils agissent aussi bien en eau de mer qu'en eau douce, en eau trouble qu'en eau claire ; il suffit d'en adapter judicieusement les doses.

Le chlore gazeux est évidemment très efficace ; on l'emploie couramment aux Etats-Unis et en Allemagne ; pour les piscines d'eau douce, une quantité de chlore de 1 milligramme au litre suffirait pour détruire tous les colibacilles, même aux heures d'affluence. Malheureusement ce procédé exige un appareillage coûteux et une surveillance constante, difficile à obtenir sur le littoral. Mêmes remarques pour le chlore liquide. Pratiquement on pourrait employer du chlorure de chaux du commerce, à raison de 10 à 20 grammes par mètre cube d'eau à désinfecter, en le refermant dans des sacs de gaze que l'on agiterait dans la piscine. Mais ce n'est là qu'un moyen de fortune, en cas d'arrêt de fonctionnement des appareils de désinfection.

Préférable est l'eau de Javel qui donne en général de bons résultats avec un minimum d'inconvénients. Les appareils de distribution sont simples, peu coûteux, et ils ne demandent que peu de surveillance. On devra en employer des doses assez fortes du fait de l'abondance des matières organiques, qui ont une action empêchante sur la désinfection. Avec un extrait de Javel contenant 100 grammes de chlore actif par litre, on utilisera environ 25 centimètres cubes par mètre cube d'eau.

L'électrolyse de l'eau de mer produit des composés oxygénés du chlore, très actifs, qui peuvent être utilisés pour la désinfection de l'eau. Avec l'appareil de Mather et Platt, on obtient rapidement une solution à 2,5 pour mille de chlore actif. Ce moyen semble indiqué pour les piscines d'eau de mer de petit volume.

Quelles que soient les solutions antiseptiques employées, il faut assurer leur mélange intime avec l'eau par un brassage énergique, ce qu'on réalise en général par le branchement de l'appareil distributeur sur les conduites d'arrivée. Le désinfectant devra toujours être employé à doses élevées, afin qu'il soit constamment en excès pour parer aux impuretés continuellement apportées dans le bassin. Il faudra aussi tenir compte de son épuisement rapide, qui nécessite son renouvellement, soit par appel direct de l'antiseptique diffusé dans la masse liquide, soit par renouvellement partiel du contenu par de l'eau venant d'être traitée.

3° *Réglementation, contrôle, surveillance.*

Le Conseil Supérieur d'hygiène publique doit être appelé à régler les trois conditions, qu'exige fonctionnement normal des piscines marines : autorisation ; analyses périodiques bactériologiques et chimiques de l'eau ; surveillance du fonctionnement de ces établissements.

En conclusion, les piscines d'eau de mer, dont le nombre augmente chaque année sur nos côtes, présentent, dans les conditions actuelles, des risques pour la santé publique. Il est nécessaire que des mesures d'assainissement leur soient imposées, qu'elles subissent obligatoirement désinfection et surveillance, afin d'offrir désormais aux baigneurs des garanties essentielles de propreté et d'hygiène. »

G. FISCHER.

VARIÉTÉS LITTÉRAIRES

La comédie et les comédiens pendant le règne de Louis XIV après Molière Regnard et Dufresny (1)

La mort de Molière le 17 février 1673 fut certes un jour de grand deuil pour la comédie et les comédiens, mais l'on aurait tort de croire à une éclipse totale. Certes le grand poète comique ne fut pas remplacé, mais à défaut de génie on vit apparaître des talents que notre époque a eu tort de méconnaître. Parmi eux, deux se distinguent plus particulièrement : Regnard et Dufresny.

M. Georges Jamati, comme le dit M. Edmond Pilon dans une remarquable préface, en contant la vie aventureuse de ces deux écrivains, a réussi à tracer un pittoresque tableau des mœurs d'autrefois. Il a pris le prétexte d'une querelle, la querelle du Joueur, qui transforma en rivaux ennemis deux amis qui avaient tout pour s'entendre, qualités et défauts. Tous deux étaient d'excellents écrivains, tous deux avaient de l'esprit à revendre, tous deux avaient le sens du comique et de la scène, mais tous deux aimaient les plaisirs et étaient d'incorrigibles joueurs. C'est sans doute dans un tripot qu'ils firent connaissance et devinrent deux amis et deux collaborateurs, jusqu'au jour où ayant écrit chacun une pièce sur un sujet et qu'ils connaissent bien « *le Joueur* », Regnard en vers et Dufresny en prose, ils s'accusèrent mutuellement de plagiat et devinrent des frères ennemis. Ce fut *la Querelle du joueur* et ni la critique, ni M. Georges Jamati ne sont parvenus à découvrir lequel des deux fut le plagiaire, le larron.

Félicitons-nous de cette querelle puisqu'elle a permis à M. G. Jamati de nous raconter la vie et les aventures de Regnard et de Dufresny et de nous faire connaître l'intéressante histoire du théâtre à la fin du XVIII^e siècle après la mort de Molière.

Jean François REGNARD, né en 1655, était le fils d'un marchand de sel aux piliers des Halles qui avait amassé une assez jolie fortune. Il reçut une éducation soignée comme les fils des riches bourgeois de l'époque qui, malgré leur roture, savaient s'imposer ; le tout puissant Colbert était fils d'un marchand drapier.

Devenu orphelin assez jeune, Regnard eut la passion des voyages, il fut d'abord en Italie, à Venise, et à Constantinople. Capturé par des pirates barbaresques, il fut vendu comme esclave à Alger avec son ami Fercourt et un jeune couple provençal M. et Mme de Prades. Au cours de sa captivité, il devint éperdument amoureux de Mme de Prades et plus tard fit un récit touchant de cette aventure dans un roman *La Provençale*, sur lequel M. Edm. Pilon a écrit des pages émouvantes dans son beau livre : *Figures françaises et littéraires.*

Racheté par les Lazaristes et délivré après deux ans de captivité, le jeune Regnard visita la Hollande, le Danemark, la Suède, la Laponie, la Pologne et revint en France, riche de connaissances et d'expérience.

Ce fut alors qu'il se mit à écrire, qu'il se lia avec Dufresny, collabora avec lui, et avec ou sans lui donna maintes pièces qui furent jouées par les comédiens italiens ou les comédiens français.

Regnard, riche, heureux, ayant acquis de puissantes relations, se retira dans son château de Grillon près de Dourdan. Il fut nommé capitaine du Château de Dourdan, lieutenant des chasses et grand Bailli de la province de Hurepoix au Comté de Dourdan. Il y mena une existence de grand seigneur ; fidèle dans ses amitiés, les fêtes de son château étaient fréquentées par une société galante et choisie. Malgré cette vie joyeuse Regnard ne pouvait se consoler de la perte de sa compagne de captivité, la Provençale, qu'il avait jadis espéré épouser.

L'esprit et le cœur blasés, il sombra à la fin dans l'hypochondrie et mourut en 1709 à l'âge de 54 ans.

Charles RIVIÈRE DUFRESNY eut une vie moins mouvementée et beaucoup moins brillante. Issu d'une famille de jardiniers et de garçons de chambre du Roi, il naquit en 1646. La rumeur publique faisait de son grand-père un bâtard de Henri IV, ce qui en somme était fort possible.

Entré au service du Roi avec les fonctions d'huissier de la chambre, il plut à Louis XIV par la gaité, la fertilité de son esprit, son goût inné pour la musique. Il acquit une grande réputation dans l'art de tracer les jardins et imagina ce que l'on appela les jardins *anglais*. En 1700, Louis XIV lui donna la charge de dessinateur des jardins du Roi. Voluptueux sans être débauché, fin, délicat, il était foncièrement égoïste. Il se désintéressa de sa femme et de ses enfants. On conte que surprenant sa femme, d'ailleurs

(1) Georges JAMATI. — La querelle du joueur. Regnard et Dufresny. Préface d'Edmond Pilon. Alb. Messein, édit., Paris 1936.

assez laide, en conversation ultra-galante avec un de ses amants, il s'écria sans s'émouvoir autrement : « Ah ! Monsieur ! Et vous n'y étiez point obligé ! »

Dufresny avait un vice qui d'ailleurs lui était commun avec Regnard, il était un incorrigible joueur. Comblé de faveurs par Louis XIV, recevant des bénéfices qui auraient enrichi tout autre, tel que le privilège d'une manufacture nouvelle de grandes glaces, il vendait ses charges et en dissipait le produit au jeu, de sorte que toute sa vie, il fut un gueux, mais resta un gueux philosophe qui ne se plaignait guère du sort malchanceux dont il était l'auteur. Il mourut dans la misère, vraisemblablement à l'hôpital, en 1724 à l'âge de 75 ans.

La collaboration de Dufresny et de Regnard fut fructueuse et ils donnèrent maintes pièces comiques aux deux scènes qui, après la mort de Molière, se partageaient les faveurs du public : *Les comédiens français* et les *Comédiens italiens.* Ce derniers plus burlesques, plus cyniques, enclins aux plaisanteries très libres, parfois grossières, qu'ils disaient alors en langue italienne, mais soulignaient par des gestes significatifs. Les Comédiens français avaient plus de tenue et restaient davantage dans la tradition de Molière.

Les Italiens d'ailleurs s'amendèrent sensiblement, car Regnard et Dufresny dont ils jouèrent les nombreuses comédies, ne tombèrent jamais malgré la gaîté de leurs œuvres dans la grossièreté, ni la vulgarité.

Le *Divorce*, la *Descente d'Arlequin aux Enfers*, l'*Homme à bonnes fortunes*, la *Coquette* ou *l'Académie des Dames*, établirent la réputation de Regnard ; certes il était loin d'atteindre le génie de Molière, mais ses pièces bien équilibrées, spirituelles, alliant sans trivialité la fantaisie au comique, ses vers harmonieux méritaient le succès dont ils ont joui.

Dufresny avec le *Négligent* et la *Malade sans maladie* où il emprunte à Molière le sujet du *Malade Imaginaire*, sujet qu'il traite du reste d'une toute autre manière, l'*Esprit de contradiction, le Mariage fait et rompu* fit à son tour preuve d'un talent délicat.

Regnard et Dufresny collaborèrent étroitement dans les *Chinois* et la *Baguette de Vulcain* sans qu'il soit possible d'y distinguer ce qui revient à chacun. Plus tard dans la *Foire de Saint-Germain*, il est facile de reconnaître la verve endiablée de Regnard, différente des réparties comiques et de la drôlerie savoureuse des épithètes de Dufresny.

On a fait remonter la brouille de Regnard et de Dufresny à la Comédie intitulée : *Attendez-moi sous l'Orme*, que Regnard fit jouer aux Comédiens français, tandis que Dufresny, très peu après, donnait avec le même titre aux Italiens une pièce absolument différente.

Le conflit n'éclata que deux ans après avec le *Joueur*, pièce en vers que Regnard fit représenter par les *Comédiens français* le 16 décembre 1696, tandis que Dufresny faisait jouer sur le même théâtre une Comédie en prose, le *Chevalier joueur*. Les deux pièces avaient exactement le même sujet. Toutes les deux étaient semblables dans leurs détails mais de caractères différents ; toutes les deux méritaient le succès. Les deux auteurs s'accusèrent réciproquement de plagiat et la querelle fut envenimée par les épigrammes des écrivains moins bien doués et jaloux. Il fut impossible d'établir quel fut le larron, en tous cas ce fut un bon larron.

Regnard écrivit encore nombre de pièces ; parmi elles le *Distrait*, le *Retour imprévu*, le *Mariage de la Folie*, les *Folies amoureuses*, mais le *Légataire universel*, suivi de suite après de la *Critique du légataire* (1708), consacra un an avant sa mort sa réputation de poète comique.

Dufresny dont le théâtre n'avait eu, assez injustement d'ailleurs, qu'un médiocre succès et qui était tombé par sa faute dans la plus noire misère, obtint de Louis XIV le privilège du *Mercure galant* à la mort de *Donneau de Visé*, son rédacteur, en 1710. Il y publia des analyses morales, des portraits, des critiques, des croquis de mœurs où il met en vedette son originalité d'esprit, sa fertilité d'invention, son aisance à tout dire. On est parfois tenté de le comparer à Pascal, à La Rochefoucauld et à La Bruyère.

Malheureusement la rédaction du *Mercure Galant* exigeait de la continuité dans l'effort et, malgré son succès, Dufresny l'abandonna en 1713. Notons encore que l'écrivain quelques années auparavant écrivit une chronique des mœurs de son temps, les *Amusements sérieux et Comiques*, qui donna à Montesquieu l'idée de ses *Lettres persanes*.

M. G. Jamati qui nous a fait entrer en quelque sorte dans l'intimité de Regnard, riche, et de Dufresny, gueux, cependant bien faits pour s'entendre et qui dans son livre si intéressant a pénétré dans les coulisses des *Comédiens français* et de leurs rivaux les *Comédiens italiens*, termine par un parallèle des deux écrivains comiques qui méritent d'être cités après Molière et de ne pas tomber dans l'oubli : « L'art de Regnard nourrit l'âme de fêtes joyeuses, et, par un rire de qualité, la libère des contraintes quotidiennes. Celui de Dufresny parle aussi à l'âme, mais c'est pour y réveiller par surprise des émotions secrètes qui naissent du sourire et s'y résolvent ».

J. Noir.

CONFRÈRES..... IL FAUT MOURIR

Le rejeton de la reine Pomaré, dont nous avons chanté autrefois la tenue originale, jaloux de la notoriété de son aïeule, a déposé un projet de loi un tantinet révolutionnaire.

En d'autres temps, on aurait pensé que ce député voulait concurrencer la fantaisie d'Albert Besson ; mais, en ces jours désaxés, l'invraisemblable peut très bien devenir le vrai.

Donc l'honorable député demande, qu'à partir de soixante-cinq ans, la carrière d'avocat, de médecin, et plus généralement de tous les gens exerçant une profession libérale, soit interdite.

Est-il besoin que je vous exprime la joie que nous éprouvâmes, quelques confrères et moi, à l'annonce du dépôt de cette proposition de loi ?

Nous étions en train de nous lamenter sur nos soucis journaliers : diagnostics difficiles ou inquiétants, rosseries confraternelles, concurrence des rebouteux et des réclames de journaux, retards, — parfois éternels — des clients à nous régler, etc. ; lorsque la bonne nouvelle tomba, comme un gros lot, sur notre table de bridge.

Enfin ! il y avait un homme, et — ce qui est plus invraisemblable encore, — un député, qui se penchait sur notre situation !

— « Que vont-ils devenir, se demandait-il anxieusement, ces vieux serviteurs de la souffrance humaine, avec la dureté des temps, la pesanteur des impôts, l'ingratitude pécuniaire des clients.

« Pour obtenir leur diplôme, il leur a fallu des années de travail et de dépenses. Alors que, dès le « Dignus Intrare », ils auraient pu gagner leur vie, ils ont affronté l'internat, le clinicat, l'agrégation, le bureau central, afin d'être plus aptes à soigner les malades. A quarante ans parfois, ils ont passé de ce labeur intellectuel à l'inquiétude, à la fatigue journalières.

« Mais la fortune ne leur a guère souri ; puisque à l'heure où le banquier, l'industriel, et même l'instituteur ou le gendarme se retirent, on les voit continuer leur lourde tâche.

« Et personne n'a pensé à ces gens-là ? Eh bien, c'est encore heureux que je sois là. »

Ayant ainsi parlé, M. Pomaret, dans une gestation magnifique, accoucha de son projet de loi.

Alors, abandonnant nos cartes, et sans compter les dixièmes de centimes, nous envisageâmes l'heure prochaine où, dans quelque site aimable, sous l'ombre des arbres, au bord d'une rivière, nous pourrions nous reposer, relire nos classiques, écrire, rêver, dormir, sans la crainte du coup de sonnette autoritaire d'un client atteint de douleurs et d'impécuniosité.

***

Mais Tant Pis était avec nous.

Vous connaissez son nez aigu, ses lèvres sèches, son teint fâcheux, son cheveu rare, et cette envie des grands qu'il salue très bas — en les méprisant, — et cette morgue envers les petits qu'il salue de haut — en les méprisant aussi.

Pratique, comme tous les bilieux guettés par une crise hépatique, il demanda, d'une voix de groseille pas mûre :

— « Et combien nous donnera-t-on pour subsister ? Et avec quoi constituera-t-on nos retraites ? »

A ces paroles, l'auréole de M. Pomaret tomba à nos pieds avec un bruit de fer blanc. Et nous passâmes de la volupté à la détresse ; comme cela nous arrive lorsque, à la suite d'un toucher trop rapide, nous avons cru à la dilatation totale chez une parturiente ; et que, une heure après, nous découvrons un début d'effacement du col.

***

Alors, après maintes discussions, propositions, brouillons, râtures, nous adressâmes à M. Pomaret un nouveau projet de loi, plus étudié, plus complet, et ainsi conçu :

« Etant donné que les connaissances, la maturité de l'esprit, le savoir-faire, l'expérience sont de beaucoup inférieurs à la science livresque et au tâtonnement ;

« Que Galilée avait soixante-neuf ans quand il découvrit la rotation de la terre autour du soleil, que Pasteur en avait soixante-cinq quand il vainquit la rage, que c'est à soixante-sept ans que Roux appliqua le sérum contre la diphtérie, que les découvertes de Branly, celles de tant d'autres datent de l'époque septuagénaire ;

« Tout Français, appartenant à une classe intellectuelle, devra mourir à l'âge de soixante-cinq ans.

Un règlement d'administration publique édictera les différentes manières de disparition. »

***

L'un de nous proposa, vainement d'ailleurs, d'ajouter à la nomenclature des condamnés, les ministres, députés et sénateurs ; affirmant que s'il est un milieu où les jeunes manifestent autant d'habileté et de désintéressement que les vieux, c'était bien le milieu parlementaire. Mais Tant Pis, qui se voyant considéré désormais comme un

incapable pensa aussitôt qu'il pourrait faire un excellent député, combattit cette proposition.

***

Donc les premières charrettes se préparent. Confrères, il faut mourir. Mourir... ou se défendre. Je vous prie d'examiner avec moi le moyen suivant.

Groupons-nous, d'abord. Puisque la C. G. T. est à la mode, fondons une section spéciale qui ne nous obligera même pas à changer les initiales, C. G. T. signifiant aussi bien Confédération générale des Toubibs.

Puis un jour, à l'heure H, chacun de nous demandera à son député une place pour une séance de la Chambre. Nous choisirons un jour où l'on traite d'affaires sérieuses, afin d'être certains qu'il y a peu de public et encore moins de députés.

Lorsque le président proclamera : « La séance est levée », nous ne nous lèverons pas, bien décidés à rester « sur le tas ».

Nous ferons de l'occupation consciente et organisée.

Quelle belle journée ! Quelle belle nuit ! Les refrains du Quartier Latin, les couplets pimentés des salles de garde retentiront sous les voûtes austères. Nos jeunes confrères féminins nous accorderont quelques pas de tango ou de béguine, Et nous demanderons à l'aimable questeur Barthe de laisser la buvette à notre disposition, faute de quoi nous le menacerons de faire, dans nos journaux et dans notre clientèle, une violente campagne contre le vin.

Qui se fâchera, à part l'accoucheur de cette loi tératologique ? Et peut-être quelques confrères députés qui comprendront tardivement qu'au lieu de s'occuper uniquement de leurs intérêts, ils auraient pu aussi s'occuper un peu des nôtres.

Naturellement on nous donnera satisfaction, comme cela a été le cas pour tous les grévistes. Nous sortirons alors triomphalement, brandissant deux drapeaux ; celui de la Croix-Rouge et le drapeau tricolore.

Nous reprendrons nos occupations — les habituelles — nos soucis qui sont si souvent ceux des autres ; et, comme dans les contes de fées, nous vivrons heureux plus de cent ans.

Dr Georges BOURGEAU.

SYNDICAT MÉDICAL DE LILLE

Réunion du Conseil d'administration (22 avril 1936)

Après lecture d'une documentation déposée par le Docteur DESPLATS et discussion de l'art. 115 du règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 septembre 1935, § 3, disposition K, le Conseil adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration :

« Après étude des documents déposés et du texte de l'art. 115.

« Considérant que la possibilité donnée à une « Caisse d'assurances sociales, *d'imposer systématiquement* à ses adhérents *son autorisation préalable* « à tous soins spéciaux est la négation de la liberté de « thérapeutique reconnue par la loi ;

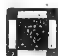
« Considérant que cette autorisation préalable à « solliciter obligatoirement et systématiquement par « les Assurances sociales, sous peine de déchéance de « leurs droits à remboursement, permettrait aux « Caisses de porter atteinte au libre choix du praticien et de la clinique ;

« Considérant enfin que ces restrictions au libre « choix et à la liberté de thérapeutique aboutiront, « sans doute possible, à la mise en tutelle des chirurgiens et spécialistes ;

« Considérant cependant, d'autre part, que le droit « pour les Caisses de se prémunir contre certains abus « possibles ne peut être nié ;

« Estime qu'il y aurait lieu, pour les Caisses et la « Fédération, de trouver un *modus vivendi* qui, tout « en permettant aux Caisses de défendre leurs intérêts pécuniaires ne soit pas une entrave systématique aux traitements judicieusement et honnêtement prescrits par les médecins de conscience professionnelle reconnue ;

« Et souhaite qu'une action diligente de la Confédération puisse faire amender l'alinéa K — § 3 de « l'art. 115 du règlement d'administration publique, « dans un esprit plus conforme à l'exercice normal de « la profession médicale. »



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Concours pour le clinicat.** — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin, pour les clinicats suivants :

Le jeudi 22 *octobre.* — Clinicat obstétrical, titulaires avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 3 ; adjoint, 1. — Clinicat gynécologique, titulaire avec indemnité, 1.

Le samedi 24 *octobre.* — Clinicat oto-rhino-laryngologique, titulaires sans indemnité, 2. — Clinicat chirurgical et orthopédique de l'adulte, titulaire sans indemnité, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours de 14 à 16 heures, jusqu'au vendredi 16 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— **Thèses.** — Lundi 22 juin. — I. Jury : MM. Grégoire, Mathieu, Ombrédanne, Cadenat. — M. Huignard : Extension ganglionnaire dans le cancer du col de l'utérus. — M. Pouget : Etude du traitement des ulcères gastro-duodénaux. — M. Thorel : La jéjuno-jéjusnostomie dans les gastrectomies du type Billroth et ses dérivés. — M. Fort : Etude du traitement orthopédique des fractures de l'astragale. — M. Beaufils : La hanche paralytique en orthopédie. — M. Orengo : A propos d'un cas de sténose cardio-œsophagienne chez l'enfant.

II. Jury : MM. Baudouin, Clerc, Sergent, Alajouanine. — M. Beaumel : Traitement de l'hypertension et ses complications. — M. Naptalis : Contribution à l'étude du tétanos cérébral. — M. Poulain : Etude de la sulfamido-chrysoïdine et de quelques-uns de ses dérivés. — M. André : Le feutrage arachnoïdine postérieur dans les lésionsmédullaires. — M. Reyt : L'apicolyse avec plombage paraffine dans le traitement de la tuberculose.

Mardi 23 juin. — I. Jury : MM. Brindeau, Jeannin, Lereboullet, Vaudescal. — MM. Baudart : Les formes graves à allures septicémiques de l'infection puerpérale. — M. Baudouin : Etude de l'anémie grave de la grossesse. — M. Martin : Infections ombilicales des nouveau-nés. — Mlle Revault d'Allonnes : Consultation annexe à la maternité de la Pitié, son rôle médico-social. — M. Cointre : Etude de l'acrodynie infantile à propos de sept cas de la maladie dans la région d'Orléans.

II. Jury : MM. Bezançon, Carnot, Justin-Besançon, Mlle J. Lévy. — M. Pigé : Les facteurs de sclérose dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — M. Robert : La cachexie hypophysaire. — M. Rolt : Importance de l'examen radiologique du poumon au cours de la typhobacillose. — M. G. Fabre : Recherches sur la cholémie et la cholestériménie dans les maladies mentales. — M. Grimpler : Ulcères variqueux chez les syphilitiques. — M. Sztrosberg : Coliques hépatiques colloïdo-classiques.

Mercredi 24 juin. — Jury : MM. Léon Binet, Couvelaire, Loeper, Portes. — M. Cahuet : L'allaitement maternel à la campagne. — M. Castellot : Recherches expérimentales sur l'action des injections intracardiaques d'atropine dans les syncopes choroformiques primitives. — M. Collot : Etude des présentations primitives de la face. — M. Szwarcrort : Etude sur l'hypotension artérielle au cours des cirrhoses hépatiques.

Jeudi 25 juin. — I. Jury : MM. Balthazard, Laignel-Lavastine, Tanon, Duvoir. — M. Baré : Etude de la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions militaires d'invalidité. — M. Baucurinschi : Etude de l'alimentation chez les intellectuels. — M. Trieu : Le traitement de l'opiomanie. — M. Villaret : Climatologie médicale de la région parisienne.

II. Jury : MM. Gougerot, Boulin, Chevallier, Gastinel, — M. Bontzolakis : Syphilis traumatique viscérale. — M. Chapereau : Le traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère. — M. Flato : Comment se soignent les syphilitiques dans les dispensaires. — M. Jeziernicki : Les urticaires non digestives. — M. Manuel : Modifications physio-chimiques dans la génèse des granulations éosinophiles des leucocytes. — M. Rabitz : Etude de la substance d'Oriel.

Vendredi 26 juin. — Jury : MM. Fiessinger, Marcel Labbé, Lemierre, Abrami. — M. Biron : Utilisation des courbes glycémiques après injection veineuse en pathologie viscérale. — M. Blanc : Les diabètes de l'âge mur. — M. Gudys : Les rétinites stellaires pseudonéphritiques. — M. Le Quan-Dang : Etudes de certaines formes particulières de myélites dues à la fièvre typhoïde.

Samedi 27 juin. — I. Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Velter, Halphen. — M. Meir : La duodénostomie transgastrique. Etude des techniques de gastrostomie. — M. Sthermann : Etude du traitement chirurgical du goitre simple. Récidives. — M. Sorillet : L'ostéomyélite du maxillaire inférieur et son traitement.

II. Jury : MM. Rathery, Maurice Villaret, Chabrol, Philibert. — M. Roy : Tuberculose chez les diabétiques. — Doreau : Les bains dans l'Inde antique, monuments et textes médicaux. — M. Legmann : L'hormone parathyroïdienne dans la thérapeutique de l'ulcère gastroduodénal. — M. Pizon : Etude radiologique de l'œsophage de l'adulte.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Enseignement

— **Services des maternités hospitalières et de l'Ecole départementale d'accouchement de Bordeaux.** — *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes* (Neuvième série) du 12 au 17 octobre 1936, par MM. les Docteurs Anderodias, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine, Péry, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien en chef de la Maternité, P. Balard, accoucheur des hôpitaux, chef de service à l'isolement de Canolle, R. Boursier, accoucheur des hôpitaux, assistant de la Maternité, et R. Mahon, accoucheur adjoint des hôpitaux.

Avec la collaboration de MM. les professeurs Guyot et Cruchet.

PROGRAMME : Lundi 12 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur BALARD) : Les complications mortelles de l'avortement criminel ; 10 h. 30, *leçon clinique* (Docteur PERY) ; 17 heures, *cours* (Docteur MAHON) : L'accouchement aseptique en clientèle (Les moyens de le réaliser).

Mardi 13 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur ANDERODIAS) : Les hémorragies des premiers mois de la grossesse ; 10 h. 1/4 : Visite du service de la Maternité (Présentation de malades) ; 17 heures, *cours* (Docteur BOURSIER) : Ce qu'on peut attendre du laboratoire en obstétrique.

Mercredi 14 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur GUYOT) : La stérilité chez la femme ; 10 h. 30, *leçon clinique* (Docteur BALARD) : A propos de quelques observations d'interruption thérapeutique pour le moins discutable de la grossesse ; 17 heures, *cours* (Docteur PÉRY) : Cardiopathies et puerpéralité.

Jeudi 15 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur ANDERODIAS) : L'épreuve du travail ; 10 h. 1/4 : Visite de Canolle. Présentation de malades ; 17 heures, *cours* (Docteur MAHON) : Les lésions traumatiques basses au cours de l'accouchement.

Vendredi 16 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur PÉRY) : Les hémorragies secondaires des suites de couches ; 10 h. 30, *leçon clinique* (Docteur BALARD) ; 17 heures, *cours* (Docteur BOURSIER) : Les traumatismes craniens du nouveau-né au cours de l'accouchement.

Samedi 17 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur CRUCHET) : Sur quelques symptômes pathologiques du nourrisson ; 10 h. 1/4 : Visite du service de la Maternité. Présentation de malades.

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes.

Grâce au bienveillant concours de l'Administration des hospices, les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées *gratuitement* à l'Ecole d'accouchement ; des repas leur seront servis au prix de 6 francs le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la Directrice de l'Ecole avant le 8 octobre et de s'entendre avec elle pour les repas.

Un minimum de trois bourses de voyage de 200 francs sera attribué aux sages-femmes venues des régions les plus éloignées, grâce à la générosité des maisons de produits pharmaceutiques suivantes : Laboratoires Bottu, Laboratoires Byla, Laboratoires Clin, Laboratoires Freyssinge, Laboratoires Métadier, Laboratoires Midy, Laboratoires Roussel.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la Directrice de l'Ecole d'accouchement, hôpital Pellegrin, Bordeaux.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Colonies sanitaires thermo-climatiques.** — La Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise a développé cette année l'effort déjà entrepris au cours de l'été 1935, pour le placement d'enfants au grand air.

Les principes généraux sont les suivants :

a) *Au point de vue administratif* : Filles et garçons d'âge scolaire (5 à 14 ans), enfants d'assurés sociaux affiliés à la Caisse interdépartementale en règle de leurs cotisations.

b) *Au point de vue médical* : Placer seulement des enfants débiles, reconnus tels au cours d'un examen médical passé au Service des cures de la Caisse interdépartementale, et envoyer ces enfants dans des Colonies spécialement aménagées, dites Colonies sanitaires ; ces Colonies pouvant être de deux types différents, permettant : soit une cure climatique simple (maritime, d'altitude ou de plaine), soit une cure climatique et thermale.

Les enfants pouvant être envoyés sont : *a*) les enfants chétifs dont la taille et le poids sont inférieurs de 10 % à la moyenne de leur âge ; *b*) les enfants ayant déjà fait une cure préventoriale et dont l'état général fléchit à nouveau ; *c*) les enfants convalescents de maladies infectieuses anergisantes (rougeole, coqueluche, etc...) ; *d*) les enfants atteints d'une diathèse (adénoïdiens, asthmatiques, etc.), justiciables d'une cure thermo-climatique.

La durée moyenne de séjour est de six semaines.

La Caisse interdépartementale paie les frais de séjour dans les limites de son tarif de responsabilité (80 % de 12 francs). Elle prend à sa charge les frais de transport, le Service médical, ainsi que les frais de cure en cas de placement en Colonies thermales. La participation des parents est donc de 2 fr. 40 nets par jour.

Toute demande de placement doit être envoyée à M. le Médecin-Chef du Service des cures, Section cures d'air, Caisse interdépartementale, 70, rue Rochechouart, Paris (IX^e^).

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

1er AOÛT

Circulaire relative à la situation des assurés sociaux dont le salaire dépasse, du fait des derniers relèvements, le plafond de l'assurance obligatoire

Paris, le 28 juillet 1936.

Le ministre du Travail à MM. les directeurs des Services régionaux des Assurances sociales.

Aux termes de l'article 1er (§§ 2, 7, 8 et 10) du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des Assurances sociales, les assurés obligatoires dont la rémunération totale annuelle vient à dépasser le chiffre de salaire-limite doivent être radiés de l'assurance à compter du premier jour du trimestre civil suivant.

A la suite des récents conflits du travail, le salaire d'un certain nombre d'assurés se trouve dépasser les chiffres-limites fixés, suivant qu'il s'agit de villes de plus de 200.000 habitants ou d'autres communes, à l'article 1er (§ 2) dudit décret-loi.

Conformément au paragraphe 8 de l'article 1er de ce décret-loi, lorsque le contrat de travail individuel ou collectif ne comporte pas d'éléments suffisants d'appréciation, le montant annuel des rétributions est déterminé, pour les salariés occupés depuis un an dans un emploi de même nature et chez le même employeur, d'après les salaires effectivement touchés par les intéressés au cours de l'année civile précédente. Dans ce cas, les nouvelles augmentations de salaires ne pourront avoir d'influence sur la situation des assurés intéressés au regard des Assurances sociales qu'à partir du 1er janvier 1937, puisqu'il conviendra de déterminer le salaire effectivement perçu pour les assurés au cours de l'année civile précédente pour apprécier s'ils remplissent ou non les conditions leur permettant d'être maintenus dans l'assurance obligatoire.

Lorsque le contrat individuel ou collectif comporte des éléments suffisants d'appréciation, le montant annuel des rétributions est déterminé d'après ce contrat. Il en est ainsi notamment lorsque les salariés sont payés au mois et que le montant de la rémunération ne dépend pas du nombre de journées d'emploi ou de la quantité du travail effectué. Dans ce cas, les assurés devraient normalement être radiés sans attendre le 1er janvier, dès l'instant que la nouvelle rémunération résultant du contrat de travail leur assurerait un salaire annuel supérieur au salaire-limite. Toutefois, en raison de l'intérêt qui s'attache à ce que les salariés, qui ont bénéficié jusqu'ici de la législation sur les Assurances sociales et ont escompté notamment les avantages qu'ils obtiendraient en cas de vieillesse, ne se trouvent pas privés, en raison des modifications survenues dans la situation économique, de ces avantages, mon département envisage les mesures nécessaires pour permettre à ces salariés de rester dans l'assurance, par le relèvement du chiffre de salaire-limite.

Dans ces conditions, je vous prie de vouloir bien

surseoir jusqu'à nouvel ordre à toute radiation des assurés qui, du fait des avantages qu'ils ont obtenus à la suite des récents conflits du travail, se trouveraient avoir une rémunération annuelle supérieure au chiffre-limite, *et n'excédant pas* 25.000 *francs.*

Jean LEBAS.

Rectificatif à la liste d'aptitude prévue à l'article 8 de la loi du 12 août 1933 pour l'emploi de médecin.

Rectificatif au *Journal officiel* du 20 novembre 1935 : page 12255, 2e colonne, au lieu de : « manufactures des tabacs à Bordeaux», lire : « manufacture des allumettes à Bordeaux».

2 AOÛT

Promotions et nominations dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé publique

Art. 1er. — Sont promus et nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur.

M. WEIL (Prosper-Emile), médecin des hôpitaux, chef du service de la transfusion à l'hôpital Tenon, à Paris.

Au grade d'officier.

MM.

BEC (Fortuné-Joseph-Adolphe), docteur en médecine à Avignon.

DECAMPS (Marie-Amédée - Joseph-Félix-Hector), docteur en médecine, vice-président du Conseil départemental d'hygiène de la Somme, à Amiens.

GALLOIS (Marcel), chirurgien, président du Syndicat général des médecins urologistes français, à Paris.

MARSAN (Joseph-Félix), chirurgien assistant à l'hôpital Lariboisière, à Paris.

MAWAS (Jacques), directeur du laboratoire d'ophtalmologie à l'Ecole des hautes études au Collège de France, à Paris.

ROSENTHAL (Georges-Louis-Fernand), docteur en médecine, médecin des dispensaires d'hygiène sociale à Paris.

TOURNEUX (Georges), chirurgien assistant à la Faculté de médecine de Toulouse,

Au grade de chevalier.

MM.

BARRAL (Edouard-Isidore), docteur en médecine, médecin de l'hôpital-hospice de Vaison (Vaucluse).

BOLOT (Louis-Emile-Constant), médecin radiologue à Senlis (Oise).

CORSET (Jules-Adrien-Paul), médecin de l'hôpital civil thermal de Vichy (Allier).

CREHANGE (Moïse dit Jules), docteur en médecine, vice-président de la Commission sanitaire de l'arrondissement de Briey, à Nancy.

DONNEZAN (René-Clément), docteur en médecine-médecin chef des services d'études d'électro-radiologie des hospices, à Perpignan.

GUÉRIN (Etienne), docteur en médecine au Chesle (Ardennes), médecin du préventorium de Belleville-sur-Bar.

LECLERCQ (Georges), docteur en médecine à Chatou (Seine-et-Oise), médecin des écoles.

LOUIT (Pierre-Emile-Marcel-Edward), docteur en médecine à Paris, médecin de dispensaire.

MARTZ (Jacques-François-Frédéric), docteur en médecine, directeur du bureau d'hygiène de Chalon-sur-Saône.

MONEGER (Marie-Jean-Baptiste), docteur en médecine à Egletons (Corrèze).

MOZER (Marius-Paul-Emile), docteur en médecine, à Berck, chef de laboratoire de l'hôpital maritime de Berck (Pas-de-Calais).

PARIS (Jean), chirurgien chef des services de chirurgie femmes et de la maternité de l'hôtel-Dieu de Troyes (Aube).

TRIOLLET (Louis-Victor-Emile), inspecteur départemental des Services d'hygiène du Morbihan à Vannes.

WEILL (Raoul-Jonas), docteur en médecine à Paris.

LÉGION D'HONNEUR

Nominations et promotions dans la Légion d'honneur. Réserves

Par décret du 4 août 1936, rendu sur la proposition du ministre de la Défense nationale et de la Guerre, sont nommés ou promus dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement, les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

AU GRADE D'OFFICIER

Service de santé

Poirier, méd. capit. honor. ; Couchard, ex-méd. capit. Martell, ex-méd. capit. ; Bonnet, ex-méd. capit.

Josse, méd. lieut.-col., 19e C. A. ; Laporte, méd.col., rég. Paris ; Pascal, méd. col., rég. Paris ; Monraisse, méd. commnad., 13e rég. ; Lannou, méd. lieut.-col., 11e rég. ; Robert, méd. lieut.-col., 9e rég. ; Malartie, méd. lieut.-col., 15e rég. ; Séverac, méd. lieut-col., 9e rég. ; Cade, méd. lieut.-col., 14e rég. ; Cerise, méd.command., rég. Paris.

AU GRADE DE CHEVALIER

Service de santé

Médecins

Boudon, méd. capit., 15e rég. ; Boussuge, méd. command., 14e rég. ; Grandjean, méd. capit., rég. de Paris ; Charrasse, méd. capit., 15e rég. ; Wanlaer, méd. capit., 1re rég. ; Ronce, méd., lieut., rég. Paris ; Chapotin, méd. capit., 5e rég. ; Copreaux, méd. capit., 8e rég. ; Geffroy, méd. capit., 19e C. A. ; Bruneau, méd. capit., 15e rég. ; Eliot, méd. command., rég. Paris ; Molas, méd. capit., 17e rég. ; Le Treut, méd. capit., 4e rég. ; de Raymond, méd. lieut., 16e rég. ; Lancon, méd. command., tr. de Tunisie.

Douffiagues, méd. lieut., 19e C. A. ; Roger, méd. command., 11e rég. ; Preton, méd. capit., 5e rég. ; Loze, méd. command., 1re rég. ; Brisard, méd. capit., 11e rég. ; Thévenot, médec. lieut.-col., 14e rég. ; Barrois, méd. capit., 1re rég. ; Chapuis, méd. command., 2e rég. ; Ménage, méd. capit., 9e rég. ; Gate, méd. command., 14e rég.

Routier, méd. capit., 2e rég.; Baudot, méd. capit., 6e rég; Faure-Beaulieu, médec. command., tr. du Maroc.

Delemontey, méd. command., 19e C. A.; Algan, méd. command., 20e rég.; Duhot, médec. command., 1re rég.; Réveney, méd. command., 5e rég.; Besnard, méd. capit., rég. Paris, Guyonnet, méd. capit., 9e rég.; Philip. méd. capit., 15e rég.; Rigaud, méd. capit., 17e rég.; Huc, méd. capit., 9e rég.; Corbineau, méd. capit., 9e rég.

Par le même décret, sont promus ou nommés (sans traitement), les officiers rayés des cadres dont les noms suivent :

Au grade d'officier

Service de santé

Vichot, méd. command. hon.

Au grade de chevalier

Service de santé

Médecins

Villa, méd. command., 3e rég.; Rauzy, méd. command., 17e rég.; Cazottes, méd. command., 17e rég.; Périé, méd. command., 17e rég.; Bénard, méd. lieut. col., 20e rég.; Trollat, méd. command., 18e rég.; Humbel, méd. lieut-col., 5e rég.; Fourmentin, méd. command., 1re rég.; Nurdin, méd. command., 7e rég.; Fabregat, méd. command., 17e rég.

Lavoine, méd. capit., 3e rég.; Galippe, méd. capit., 15 rég.; Simon, méd. capit., rég. de Paris; Noël, méd. capit. 20e rég.; Giron, méd. capit., rég. de Paris; Castelli, méd. capit., 19e c. a.; Barbaux, méd. capit., 3e ég.; Blatin, méd. command., 13e rég.; Genairon, capit., 13e rég.; Serre, méd. capit., 13e rég.; Morèle, méd. capit., 18e rég.; Poissonnier, méd. com., 13e rég.; Dufils, méd. command., 9e rég.; Jais, méd. capit., 19e c. a.; Caillebar, méd. capit., 17e rég.; Aubry, méd. command., 20e rég.; Binet, méd. capit., 19e c. a.; Eynard, méd. capit., 14e rég.; Dourthe, méd. lieut., 18e rég.; Rimey, méd. capit., 7e rég.; Guichou, méd. capit., 17e rég.; Trillat, méd. capit., 14e rég.; Poisson, méd. capit., 15e rég.; Fontaine, méd. capit., rég. de Paris; Binet, méd. capit., 9e rég.; Proust, méd. capit., 8e rég.; Nicolas, méd. lieut., 11e rég.; Sauve, méd. capit., 3e rég.; Le Troumaguet, méd. capit., 11e rég.; Paranteau, méd. capit., 18e rég.; Gauthier, méd. capit., 3e rég.; Rostagni, méd. capit., 15e rég.; Hostalrich, méd, capit., 15e rég.; Laparra, méd. capit., 18e rég.; Sauvan, méd. command., 15e rég.; Peiffert, méd. capit., 1re rég.

Juif, méd. capit., 8e rég.; Sahut, méd. cap., 13e rég.; Michel, méd. command., 15e rég.; Wattez, méd. capit., 1re rég.; Bettinger, méd. command., 6e rég.; Dana, méd. capit., 19e c. a.; Huguet, méd. capit., 15e rég.; Clap., méd. cap., 15e rég.; Lauze, méd. capit., 15e rég.; Gautier, méd. capit., 4e rég.; Pfeiffer, méd. com., 2e rég.; Legal-Lassalle, méd. capit., 4e rég.; Barbier, méd. capt., 11e rég.; Marcou, méd. capit., 16e rég.; Besson, méd. command., tr. du Maroc; Cerutti, méd. capit., 14e rég.; Guichard, méd. command., 14e rég.; Chastel, méd. command., 2e rég.; Chevallier, méd. lieut., 6e rég.; Masson, méd. capit., 14e rég.; Faveret, méd. capit., 5e rég.; Jacquot, méd. capit., 20e rég.; Jullian, méd. capit., 15e rég.; Panou, méd. capit., 9e rég.; Bourdeaux, méd. capit., rég. de Paris; Durantet, méd. capit., 13e rég.; Marx, méd. capit., rég. de Paris; Lugnier, méd. capit., 6e rég.; Dumont, méd. command., 20e rég.; Hutin, méd. command., 20e rég.; Brettmon, méd. capit., rég. de Paris; Bessière, méd. capit., 20e rég.; Bauèle, méd. command., 7e rég.; Triller, méd. capit., 15e rég.; Salle, méd. capit.; 3e rég.; Violle, méd. capit., rég. de Paris.

PROMOTIONS — NOMINATIONS

SERVICE DE SANTÉ

RÉSERVE

Par décret du 21 juillet 1936, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les médecins sous-lieut. ci-après désignés :

(30 janvier 1934) Piel, de la 4e rég. ; (15 mars 1936) Fabignon, 2e rég. ; (22 mars 1936) Bonamy, rég. de Paris ; Goulard, rég. de Paris ; Huguier, rég. de Paris ; Ledoux-Lebard, rég. de Paris ; Lortat-Jacob, rég. de Paris ; Osenat, rég. de Paris ; Raison, rég. de Paris ; Chaillet, 1re rég. ; (24 mars 1936) Richaud, 15e rég. ; (28 mars 1936) Hessemann, 20e rég. ; (29 mars 1936) Brault, rég. de Paris ; de Chabert-Ostland rég. de Paris ; Challiol, rég. de Paris ; Flourens, rég. de Paris ; Gillet, rég. de Paris ; Gireaux, rég. de Paris.

Marchax, rég. de Paris ; Meyer, rég. de Paris ; Paris, rég. de Paris ; Dupuy, 2e rég. ; Perrot, 5e rég. ; Camuset, 8e rég. ; Gauthier, 8e rég. ; Guichard, 8e rég. ; Jacq, 11e rég. ; Jude, 11e rég. ; Rothenhofer, 20e rég. ; (30 mars 1936) Maurois, 1re rég. ; (5 avril 1936) Anger, 4e région ; Sommelet, 7e rég. ; Bourée, 8e rég. ; Ledru, 8e rég. ; Eoche-Duval, 11e rég. ; Le Petitchaud, 11e rég. ; Chapus, 19e C. A. ; Chef, 19e C. A. ; Morali, 19e C. A. ; Olivier, 19e C. A. ; Ramée, 19e C. A.

(24 avril 1936) Barraya, rég. de Paris ; Bartement, rég. de Paris ; Bensaude, rég. de Paris ; Besson, rég. de Paris ; Bonnemaison, rég. de Paris ; Bordier, rég. de Paris ; Bouvier, rég. de Paris ; Burill, rég. de Paris ; Busser, rég. de Paris ; Cogne, rég. de Paris ; Crouzat, rég. de Paris ; Genty, rég. de Paris ; Hanaut, rég. de Paris ; Henriot, rég. de Paris ; Lance, rég. de Paris ; Lechevallier, rég. de Paris ; Le Goff, rég. de Paris ; Meyer-Heine, rég. de Paris ; Oudinot, rég. de Paris ; Pellizza, rég. de Paris Thomas, rég. de Paris.

Bailliu, 1re rég. ; Duriez, 2e rég. ; Dumont, 4e rég. ; Chevy, 5e rég. ; Deleage, 13e rég. ; Ganet, 13e rég. ; Hillebrand, 13e rég. ; Bouchet, 14e région ; Baleydier, 15e rég. ; Rochard, 15e rég. ; Trabuc, 15e rég. ; Guichamans, 18e rég. ; Poey, 18e rég. ; Thomann, troupes du Maroc ; (11 mai 1936) Schmittbuhl, 20e rég. ; (1er juin 1936) Dégans, 17e rég.

(9 juin 1936) Weille, 20e rég. ; (24 juin 1936) Collet, 1re rég. ; Darras, 1re rég. ; Delobelle, 1re rég. ; Doux, 1re rég. ; Durignieux, 1re région ; Fichez, 1re rég. ; Guison, 1re rég. ; Hubert, 1re rég. ; Labisse, 1re région ; Laude, 1re région ; Lecouffe, 1re rég. ; Roy, 1re rég. ; Michy, 4e rég. ; Bourggraff, 6e rég. ; Brausch, 6e rég. ; Schweickhardt, 7e rég. ; Corlay, 11e rég. ; Fortin, 11e rég. ; Gendreau, 11e rég. ; Gorrichon, 11e rég. ; Lucas, 11e rég. ; Reliquet, 11e rég. ; Butruille, 14e rég. ; Cuche, 14e rég. ; Fortwengler, 14e région ; Gayet, 14e rég. ; Giuliani, 14e rég. ; Gonin, 14e rég.

Mathieu, 14e rég. ; Metton, 14e rég. ; Montagne, 14e rég. ; Moreau, 14e rég. ; Perret, 14e rég. ; Picaud, 14e rég. ; Prallet, 14e rég. ; Riton, 14e rég. ; Tauveron, 14e rég. ; Fabre, 16e rég. ; Guibert, 16e rég. ; Massol, 16e rég. ; Renoux, 16e rég. ; Sabatier, 16e rég. ; Baudouin, 20e rég. ; (28 juin 1936) Boivin, 20e rég.

Par décret du 23 juillet 1936, sont promus et maintenus dans leur affectation actuelle :

Les médecins sous-lieutenants :

Au grade de médecin lieutenant

(Rang du 24 mars 1933) : Garès.

(Rang du 24 mars 1935) : Désorgher, Sarrazin, Lazorthes, Molandre, Kamoun, Seringe.

(Rang du 24 mars 1936) : Cauvy, Gerbeaux, Hanoun, Nardi, Vidal, Hennet, Gary, Dermer, Costil, Baillard, Arnaud, Pauchard, Van den Bussche, Huriez, Jesmis, Baly, Le Roy, Ennuyer, Grèze, Lebranchu, Restoueix, Gourand, Thibault, Poirat, Derthe, Scherrer, Roth, Monath, Wurtz, Depaillat, Chausselat, Agueperse, Copreaux, Moricheau-Beauchant, Sardin, Delmas-Marsalet, Chassaing, Rouvet, Moulle, Dupertout, Dubroca.

Drain, Lecocq, Mandé, Romanet, Gambey, Delseries, Brun, Barrut, Fassio, Riss, Pelletier, Pascal, Mockers, Meyrueis, Cadène, Ruffic, Courtade, Monmayou, Moureu, Guibert, de Andreis, Uhlhorn, Mathieu, Massonnet, Martinot, Le Quang, Lacombe, Huriau, Haas, Demarquet, Corrèze, Caye, Azoulay, Madon.

(Rang du 25 avril 1936) : Saliou.

(Rang du 8 mai 1936) : Egg.

Par décret du 30 juillet 1936 sont nomm s dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxil. titul. du brev. de prép. milit. sup., ci-après désignés :

(Rang du 16 juin 1936) Langlade, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég. ; (rang du 3 juillet 1936) Schmidt, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

Les médecins auxiliaires, non titulaires du brevet de prép. milit. supér. ci-après désignés :

(Rang du 18 juin 1936) Llouquet, 16e sect. d'inf. milit., aff. 16e rég. ; (rang du 3 juillet 1936) Glories, 17e sect. inf. milit. aff. à la 17e région...

HONORARIAT

Par décision du 26 juillet 1936 les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décision ministérielle du même jour, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin colonel : Gandy.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel : Tiberi, Charbonnier, de Furst, Labey, Piery, Bertele, Guyot.

Avec le grade de médecin commandant : Dupinet, Foisy, Lefeuvre, Bender, Aronssohn, Kolb, Parrot, Ozanon, Polaillon, Le Meur, Monraisse, Dalous, Martre.

Avec le grade de médecin capitaine : Darre, Delacroix, Klein, Signoret, Barthes, Mezie, Quentin, Collet, Bernard, Gandon, Proust, Roze, de Vezeaux de Lavergne, Billaud, Serre, Servant, Debroye, Gagnieux, Papillon, Bruneau, Charrasse, Hauger-Gounouilhou, Missimilly, Regis, Rivet, de Fleurian, Debono, Reynaud, Noël, de Fenis de Lacombe.

Avec le grade de médecin lieutenant : Delmas, Lacheny, Ronce, Bouly, Deleux, Hubert, Guillemin, Hocquet, Rallier, Bonnet, Fournier, Gaston, Reynaud, Audibert, Estevel, Granat.

Avec le grade de pharmacien capitaine : Halphen, Lanchon, Blanchard, Villard, Luguet, Bourdet, Mercy, Brinon.

Avec le grade de pharmacien lieutenant : Lambert, Miquel, Delbe, Pillet, Bouvet, Gibaud, Girouin, Rouhaud, Charrier, Gouet, Moriaux.

Avec le grade de dentiste lieutenant : Fort.

Appel à l'arbitrage des Confrères praticiens

Depuis dix ans de pratique de médecine générale à la campagne, j'ai soigné environ dix malades, par an, atteints d'ulcères variqueux.

Voici le traitement :

Nettoyage méticuleux de l'ulcère, alcool ou éther suivi de l'application (avant le lever du malade) d'une botte composée de bandes de ta ngeps imprégnées de la pâte suivante faite à chaud : glycérine, gélatine, oxyde de zinc, eau.

Ces bottes laissent filtrer le pus pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, puis le pus forme un placard dur avec la botte ; les jours suivants il ne filtre plus, il stagne, fait macérer les téguments sous-jacents et au lieu de voir l'ulcération diminuer d'étendue on la voit augmenter à nouveau ; ceci pendant la première période du traitement surtout. C'est pourquoi dans les ulcères grands comme une paume ou une pièce de cinq francs, je dois renouveler les bottes tous les trois à cinq jours. Le traitement dure de un à deux mois. Je n'ai jamais eu d'échec même pour les ulcères étendus, anciens, profonds ou infectés.

Or, j'ai appliqué ce traitement, à un assuré social cette année. Le médecin contrôleur de la Caisse (un *radiographe spécialisé*) prétend qu'on ne doit renouveler ces bottes, quel que soit le cas que tous les huit jours et refuse de rembourser au malade la moitié des soins et des fournitures. Jamais je n'avais eu de difficultés avec les malades payants ni avec les tiers payants, assurances, mutilés de guerre, etc...

Je viens faire appel, ici, à tous les confrères qui ont en la matière quelque compétence et leur demander de bien vouloir m'écrire directement ou par l'intermédiaire du *Concours*, leur avis sur la question.

J'ai fait appel de la décision de la Caisse, je tiendrai mes confrères au courant d'un jugement qui les intéresse tous.

Dr J. Bézier, Vaiges (Mayenne).

Mode de nomination des médecins de consultations de nourrissons

Un de nos confrères nous demande quel est le texte législatif ou réglementaire qui préside au choix et à la nomination du praticien chargé d'une consultation de nourrissons.

Cette nomination est encore laissée à l'arbitraire. Cela vient du mode d'organisation et de création de ces organismes.

Lorsqu'en effet, en 1892, le Professeur Budin conçut ces consultations, ces dernières se faisaient à l'hôpital, dans le service où les femmes avaient accouché. On leur remettait un carton

donnant certaines indications et comportant notamment les inscriptions des poids successifs du nourrisson, pesé régulièrement dans le service hospitalier.

Les consultations actuelles furent surtout organisées et développées en 1920. Si ce sont des Sociétés privées qui les mettent sur pied, celles-ci ont le droit de nommer tel médecin que bon leur semble. Si c'est l'Administration préfectorale ou communale qui fait fonctionner ces consultations, l'autorité administrative peut désigner soit le médecin inspecteur de la protection du premier âge de la circonscription, soit tout autre praticien. Aucun concours ou autre mode de nomination n'est prévu.

Le décret-loi du 30 octobre 1935, qui a modifié la loi du 23 décembre 1874 sur la protection du premier âge, est muet sur le mode de nomination des médecins chargés des consultations de nourrissons.

De ceci résulte qu'il appartient aux Syndicats médicaux, si la question les intéresse, de prendre une part active dans l'organisation, ou la réorganisation de ces consultations de nourrissons pour proposer soit à l'autorité administrative publique, soit aux sociétés privées un mode de nomination de praticiens idoines pour surveiller ces nourrissons et donner des conseils utiles aux mères et aux nourrices.

Dr *Paul Boudin.*

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.387. — Pneumothorax et réinsufflations

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître le plus tôt possible quel est le prix à demander pour les interventions suivantes :

1° Pneumothorax artificiel fait dans les conditions normales avec anesthésie locale ;

2° Insufflations consécutives sans anesthésie.

Dr M.

Réponse

Les prix de ces interventions diffèrent s'il s'agit d'un assuré social ordinaire ou d'un pensionné de guerre ou d'un assuré social notoirement indigent ou d'un malade de clientèle courante.

Le tarif le plus net est celui des pensionnés de guerre qui est « national » et peut au besoin, servir de base. (Voir le décret du 25 janvier 1935.)

a) Pneumothorax : première insufflation avec infection d'azote ou autre gaz : 200 francs ;

b) *Insufflation pour entretien du pneumotho-*

rax avec intervalle d'un mois et y compris examen radiologique : 80 francs ;

c) Insufflations plus fréquentes ou décompression : 50 francs.

Dr Fernand DECOURT.

6.091. — Invalidité temporaire et incapacité permanente partielle

Le médecin expert de la X est passé chez moi il y a quelques jours pour examiner un malade atteint de fracture du premier métatarsien.

Après avoir écouté mon opinion, il a lui aussi examiné le malade et conclu comme moi à un mois et demi de repos complet plus trois semaines de demi-incapacité de travail, plus six mois d'incapocité de travail à 10 %.

Cette visite me sera payée 30 francs, selon le tarif.

Mais, ce confrère m'a dit que j'aurais à publier par écrit le résultat de notre examen, décrire l'état du blessé et confirmer l'invalidité de 10 % pendant six mois.

Combien devrai-je compter à la Compagnie ce certificat descriptif détaillé qui est en somme le résultat d'une expertise avec le médecin de la Compagnie?

Dr C.

Réponse

La visite avec le médecin patronal est tarifiée 15 + 7 ,50 = 22 fr. 50 (art. 3-*a*) Si la Compagnie vous a demandé un certificat détaillé, celui-ci est tarifié 16 francs (art. 30). Mais je ne comprends pas votre « expertise » pour une « invalidité de 10 % pendant six mois ». Il ne s'agit pas là de l'incapacité permanente partielle, qui cst une incapacité permanente et dont le taux d'incapacité est fixé par jugement, sur expertise ou non. A part cela, je ne connais pas d'invalidité temporaire de 10 % puisque le patron doit payer le demi-salaire depuis l'accident jusqu'au jour fixé pour la guérison ou la « consolidation » avec incapacité permanente partielle, c'est-à-dire incapacité permanente partielle.

Dr F. DECOURT.

6.454. — Pansements multiples sur doigts de la même main ? ?

Je vous soumets, le petit litige suivant avec la Compagnie La X.

Ayant soigné deux blessés de cette Compagnie. Elle me déduit de ma note d'honoraires quelques pansements multiples (qu'elle ramène à 15 francs au lieu de 20 francs) auxquels, je peux avoir droit.

Comme j'ai proposé à la Compagnie de soumettre le cas à M. le Docteur Decourt et qu'elle ne me répond plus je vous serais très obligé de bien vouloir, si vous le jugez bon, intervenir à l'amiable pour que satisfaction me soit donnée.

Dr V.

Réponse

Ayant à panser les 3e, 4e et 5e doigts d'une même main, il me semble à la fois peu pratique et peu aisé de faire trois pansements complets séparés. Matériellement, on entoure chaque doigt d'une gaze, mais on réunit le tout pour faire un pansement qui tienne et qui même d'ordinaire, va prendre stabilité par tours de bandes au poignet. Dans ces conditions, je ne vois pas qu'on puisse déclarer ensuite « pansements multiples », et, c'est précisément à la suite de plaintes d'abus à la Commission du Tarif qu'on a supprimé l'expression « pansements multiples sur un même segment de membres », du tarif de 1926 — pour le remplacer par « pansements multiples sur le même membre », dans les Tarifs ultérieurs. Et encore en 1926, avait-on pris la précaution d'ajouter « autres que doigts et orteils en cas de plaies superficielles ». Mais cette restriction n'avait pas suffi pour empêcher les abus en cas de plaies de doigts (qui étaient toujours profondes) et c'est pourquoi, on a fait depuis la modification susdite. Et c'est aussi pourquoi, étant donné ce qui fut dit et décidé à ce sujet, en ma présence, je n'ai pas le droit de tenir un autre langage que celui ci-dessus — et qui me paraît d'ailleurs personnellement, parfaitement justifié.

Dr Fernand Decourt.

6.604. — Le certificat final est légalement délivré en un seul exemplaire

Voilà plusieurs fois qu'un agent d'assurances (accident de travail) me demande de rédiger et lui donner un second certificat final de consolidation pour être remis au Juge de paix intéressé. Devons-nous nous plier à cette exigence ? et est-elle admissible... Il me semble qu'il a toujours été convenu que le dit certificat ne doit être délivré qu'à exemplaire unique quitte à l'agent d'assurances d'en faire faire une copie s'il en a besoin.

Dr P.

Réponse

Légalement, vous n'avez qu'un seul certificat de guérison (ou de consultation) à délivrer, c'est entendu. Maintenant si un agent d'assurances vous demande de lui remettre, par complaisance, une copie pour qu'il la présente au Juge de paix, je ne vois pas pourquoi la lui refuser. Si c'est pour le Juge de paix, c'est qu'il y a incapacité permanente partielle, cela n'arrive donc pas bien souvent... Mais vous n'avez pas à lui remettre sur ce certificat le taux de l'incapacité permanente partielle, à moins de demandé par écrit de la Compagnie, auquel cas c'est un certificat spécial, en dehors du Tarif et à payer par la Compagnie spécialement, suivant prix fixé à l'amiable. »

Dr Fernand Decourt.

Cinquante-huitième année | N° 34 | 23 Août 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

● ● ●

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

No 223. — Seine-Inf. A céder belle client. médicale.

No 224. — Demois. 36 a., active, sérieuse, bonne moralité, très bonne présentat., offrir. son aide à doct. pour gestion maison d'enfants. Ecr. Juge, hôtel britannique Aix-les-Bains.

No 225. — A céder, état absolum. neuf: dossier vertic. d'exam. radiolog. complet avec ampoule et écran ; microscope de précision ; appareil à tension et access. médicaux. S'ad. Pore, 2, rue Notre-Dame, Ham (Somme).

No 226. — Orthopédie-Prothèse à céder dans imp. ville Hte-Garonne, situé plein centre sur gr. boulev. et formant angle. Très belle affaire très ancienne, avec exclusiv. brevets spécialités fort appréciées. Bail 7 ans, loyer 6.000, magas. et dépend. (salle attente, cab. et salon essay., atel. de fabricat., rez-de-chaussée et sous-sol. Appartem. 1er étage, 5 p. ; et cab. toil., eau, gaz, électr. (force et éclair.) Aff. cédée pour cause santé, conviendr. à méd. jeune. On pourr. développ. malad. des os, de l'abdomen, appar. digest.,.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Gorет,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Grande banlieue, 1 heure de Paris. Clientèle mi-urbaine mi-rurale avec fixe. A céder toute urgence, avec petit comptant, pour raison santé.

Province. Ancien cabinet d'Y. O. R. L. A céder 65.000 dont moitié comptant.

Nord de Paris. Très importante clientèle rurale avec fixes dont le chemin de fer.. Belle maison grand confort. Prix et comptant à débattre.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax-les-Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon-L'Archambault : Litaud.

Bourbonne-les-Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses-Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche-les-Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte-les-Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal-Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières-les-Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salles-de-Béarn : Coustere David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies-du-Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Honoré-les-Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay-les-Bains : Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals-les-Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan, Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— L'Académie de médecine et la semaine de quarante heures. — Comme suite au vœu émis par M. Sieur et pour que la semaine de quarante heures atteigne le but social en vue duquel elle a été proposée, l'Académie de médecine a adopté les conclusions suivantes d'un rapport de M. Marcel Labbé. L'Académie propose :

« 1° La limitation du nombre des débits de boisson et la réglementation de la nature des liquides qui pourront y être vendus ; la suppression du privilège des bouilleurs de cru ;

« 2° L'organisation de lieux de réunion populaires hygiéniquement et agréablement installés, sur le type du Foyer du Soldat et de l'Abri du Marin, où les boissons alcooliques seront exclues et remplacées par des boissons hygiéniques telles que café, thé, infusions diverses, jus de fruits divers et en particulier jus de raisin, sirops de fruits préparés avec les fruits que notre pays produit en abondance et qui peuvent agréablement être consommés à l'état naturel sans avoir subi la fermentation alcoolique ;

« 3° La multiplication des terrains de jeux, où la jeunesse pourra subir un développement physique trop négligé jusqu'ici, et où la pratique des sports éloignera de la consommation de l'alcool ;

« 4° La création d'habitations hygiéniques et de cités-jardins destinées à remplacer les anciens taudis et à donner au travailleur, dans ses heures de loisir, le goût du jardinage et de la vie en plein air saine et naturelle. »

— Légion d'Honneur. — Nous relevons avec grand plaisir, dans les récentes promotions de la Légion d'honneur, le nom du Docteur Albert Laquerrière, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, professeur de radiologie à l'Université de Montréal, promu au grade *d'officier de la Légion d'honneur.*

Le *Concours Médical* est heureux d'adresser à son éminent collaborateur ses plus vives et ses plus sincères félicitations.

— Institut Pasteur de Tunis. — M. Etienne Burnet, ancien directeur-adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, expert à l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, vient d'être nommé directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, où il succède à Charles Nicolle.

— Hôpitaux de Marseille. — M. le Docteur Recordier a été nommé, après concours, médecin-adjoint des hôpitaux de Marseille.

— Maison de santé de Charenton. *Internat.* — Une place d'interne en médecine est vacante dans le service de psychiatrie du Docteur Baruk à la maison nationale de santé de Charenton. Les candidats sont priés de

s'adresser à la direction de cet établissement, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine).

— **La II^e Semaine médicale internationale en Suisse**, organisée par le Journal suisse de médecine, sous le patronage du Haut Conseil fédéral, aura lieu du 31 août au 5 septembre 1936 à Lucerne.

Au cours de cette réunion seront traités : Questions générales ; Circulation, Respiration, Tuberculose ; Echanges nutritifs et intermédiaires ; Pédiatrie, Intoxications ; Actualités cliniques.

Pour le programme détaillé et tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la IIe Semaine médicale internationale en Suisse, Bâle (Suisse), Klosterberg 27.

— **Ier congrès international des sanatoria et des établissements de cure privés.** — La Fédération intersyndicale des Maisons de santé de France rappelle que ce Congrès aura lieu à Budapest du 16 au 21 septembre. Elle fait remarquer combien il serait regrettable que la médecine française, et particulièrement les sanatoria et maisons de santé français, ne soient pas représentés à ce Congrès de façon satisfaisante, alors que d'autres pays tels que l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie ont annoncé déjà la participation, pour chacun d'eux, d'environ 300 congressistes.

Le Congrès a pour but la discussion internationale des questions scientifiques, mais surtout des questions d'ordre économique qui intéressent les sanatoria et établissements de cure privés, à une époque où les conditions d'exploitation sont en voie de modification dans le monde entier.

On y étudiera la raison d'être des établissements privés, la propagande à mener en leur faveur, les rapports avec l'Etat et les autorités, l'organisation intérieure, les difficultés apportées par les questions de change et d'exportation des devises, les différentes méthodes de traitement, les relations entre les maisons de cure et les stations climatiques et hydrominérales.

Le comité d'organisation a chargé l'agence de voyages officielle des chemins de fer de l'état hongrois (IBUSZ) de l'organisation du voyage et du séjour des congressistes. Pour la France, cette organisation peut être faite par le *Glob Trotter*, 3, rue Auber, Paris, qui a établi des prix forfaitaires.

Des renseignements peuvent être, en outre, obtenus auprès du Docteur Bussard, secrétaire de la Fédération des Maisons de santé, 8, avenue du Onze-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

— **Hôpital général de Nevers.** — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leurs titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

Ils sont priés de joindre à leur lettre de candidature leurs titres et travaux scientifiques, notamment les diplômes et stages concernant les différents labo-

ratoires où ils auront pu exercer ainsi que la preuve du dépôt de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine à la préfecture de la Nièvre.

Ces pièces devront être remises sous pli cacheté chez M. le Directeur de l'hôpital de Nevers.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec infiniment de peine la mort, survenue à Evian-les-Bains, de Madame Gaston Duchesne, veuve de notre très regretté ami, le Docteur Gaston Duchesne.

Les obsèques ont eu lieu à Honfleur le 17 août 1936 dans la plus stricte intimité.

Le *Concours Médical* adresse à sa fille et à son gendre, Madame et Monsieur Lamblin, si cruellement éprouvés, l'expression de sa douloureuse et profonde sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Samuel Jamet, médecin à Blangy-le-Château, décédé le 5 août 1936.

Nous adressons à sa veuve et à ses enfants nos sincères condoléances.

L'examen médical périodique des assurés sur la vie

La Mutuelle générale française «Vie» (Siège social Le Mans) a pris une initiative que nous ne saurions qu'approuver. Elle a adressé aux médecins praticiens la lettre circulaire suivante :

Monsieur et Cher Confrère,

La Mutuelle générale Française « Vie » a décidé de faire en France l'essai d'une expérience déjà réalisée à l'étranger et particulièrement aux Etats-Unis.

Les assurés sur la Vie sont soumis à un examen très sérieux à leur entrée dans l'assurance, mais les contrats sont de longue durée, vingt ans et plus, et après quelques années l'effet de la visite médicale initiale ne se fait plus sentir sur la mortalité des assurés qui rejoint la mortalité générale du pays.

Pour prolonger la vie de ses assurés, la Mutuelle générale Française « Vie » se propose de leur donner périodiquement un bon gratuit de visite médicale.

L'assuré aura le *libre choix du médecin et l'ampleur, de la visite* ne dépassera pas celle d'une consultation ordinaire au cabinet du médecin avec auscultation sérieuse des poumons, du cœur, palpation de l'estomac, du foie, prise de tension et analyse qualitative d'urines. Les recherches délicates et très spéciales : analyse quantitative, hémoculture, sondage, radios copie et radiographie... resteraient, le cas échéant à la charge de l'assuré.

Le but de la Mutuelle Générale Française est de faire donner à ses assurés des conseils éclairés sur leur état de santé, avant qu'une maladie caractéri-

sée, et dont la gravité est encore ignorée du malade, atteigne le degré d'incurabilité.

Bien entendu le résultat de la visite restera *strictement confidentiel entre le médecin et l'assuré*. Le premier remettra au second les conclusions sur l'investigation à laquelle il se sera livré, et en aucun cas il ne communiquera quoi que ce soit à la Mutuelle générale Française « Vie » qui *se bornera à régler les honoraires.*

La Mutuelle générale Française Vie demande aux médecins un examen scrupuleux et consciencieux qui puisse réellement être utile à ses assurés et agir heureusement sur leur longévité.

Notre société délivrera à ses assurés un bon valable pour six mois et comprenant trois parties : la première sera conservée par vous-même, la seconde nous sera adressée comme note d'honoraires, vous remettrez la troisième à l'assuré avec vos appréciations et vos conseils.

En ce qui concerne les honoraires, et dans le but de ne pas faire apparaître un chiffre sur un papier qui peut circuler, nous avons fixé comme chiffre *le double d'une visite « accident du travail »*.

Nous espérons que ces conditions auront votre agrément.

Afin de vous donner tout apaisement nous vous affirmons à nouveau que le *secret médical sera bien observé* et que, en aucun cas, nous ne demanderons soit à vous-même, soit à nos assurés, communication des résultats de votre examen.

Nous espérons que notre initiative sera appréciée de vous et nous recevrons avec reconnaissance toute observation que vous jugerez utile de nous faire, soit sur le principe, soit sur notre façon de procéder. Nous avons en effet l'intention de délivrer le bon de visite tous les cinq ans à nos assurés. Nous commencerons tout d'abord par ceux dont les contrats ont plus de dix années de cours.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de nos sentiments bien distingués.

(*Signature illisible*)
Médecin contrôleur

Il serait à souhaiter, à notre avis, que cet exemple fut suivi non seulement par les compagnies d'assurances-vie, mais par toutes les collectivités.

J. N.

L'examen médical des candidats à naturalisation et l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris

M. Maurice Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine, nous communique : « Le Comité de l'Association

corporative des étudiants en médecine de Paris, après avoir étudié la communication faite le 28 juillet à l'Académie de médecine par le Docteur Jayle sur la nécessité d'exiger un examen médical des candidats à la naturalisation, constate que tous les membres de l'Académie ont approuvé ce projet sans réserve. M. Maurice Mordagne signale que l'Association corporative bien placée pour juger les valeurs différentes des étudiants étrangers, avait montré avant la guerre à M. Barthou, alors ministre de l'instruction publique, le danger qu'il y avait à donner des diplômes de docteurs en médecine à des gens nullement assimilés au peuple français. Malheureusement, M. Barthou resta sourd aux avertissements réitérés de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, et il fit voter la désastreuse loi de 1927 qui ramena à trois ans la durée de séjour en France de dix ans, obligatoire jus qu'alors pour tout étranger aspirant au titre de citoyen français.

Lors de la campagne en faveur du vote des lois Armbruster et Nast en 1933 et 1935 contre les médecins étrangers, le Comité et son délégué permanent M. Mordagne ont approfondi la gravité des erreurs contenues dans la loi de 1927 sur les naturalisations d'où vient tout le mal actuel. C'est pour atténuer ce mal que l'Association corporative a demandé au Garde des Sceaux, en accord complet avec le Syndicat des Médecins de la Seine, que l'Administration de la justice obtint l'avis des Syndicats médicaux pour chaque naturalisation de médecin et d'étudiant en médecine étranger.

Le Docteur Jayle, président de la Commission de naturalisations du Syndicat des médecins de la Seine a constaté, après six mois de travail, que les candidats à la naturalisation n'avaient subi qu'un examen médical sommaire et souvent même n'en avaient subi aucun. C'est pourquoi, il a déposé à l'Académie le vœu tendant à exiger que tous les postulants soient examinés au point de vue mental, radiologique, sérologique et clinique. Sur la proposition du président de l'Académie de médecine, le professeur Hartmann, une Commission d'études de trois membres a été créée, et les professeurs Sergent, Tanon et Jules Renault ont été élus à l'unanimité avec mission de résoudre le problème posé par le Docteur Jayle.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris remercie l'Académie de médecine et félicite le Docteur Jayle.

Le *Concours Médical* joint ses remerciements et ses félicitations à celles de l'Association corporative.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 JUILLET

Création de chaire à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours

Par décret en date du 9 juillet 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours est supprimé à dater du 1er octobre 1936.

Il est créé à ladite école, à compter de la même date, une chaire de médecine opératoire et anatomie topographique.

Nomination de médecins de sanatoriums

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 22 juillet 1936, M. le Docteur Gérard et Mlle le Docteur Nigoul ont été nommés médecins assistants au sanatorium national Vancauwenberghe, à Zuydcoote.

6 AOUT

Avis de concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène du Gers

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers.

Les candidats à cet emploi devront être âgés de 25 ans au moins et de 35 cinq ans au plus au 31 décembre 1936. La limite d'âge maximum peut être reculée d'un temps égal à la durée des services civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les candidats devront être Français. S'ils sont naturalisés, ils devront avoir satisfait aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. Ils devront être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un diplôme d'hygiène universitaire français.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins hygiénistes déjà en fonctions remplissant les conditions ci-dessus indiquées.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées, avant le 25 août 1936, au préfet du Gers, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement va, par échelons, de 47.000 à 59.000 francs. Il s'y ajoute les indemnités de rési-

dence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat.

7 AOUT

Médaille d'honneur de l'assistance publique

Médaille d'or : Docteur Baruk, à Saint-Gemmes-sur-Loire ; Docteur Boquel, à Angers.

Médaille d'argent : Docteur Agricole, à Ambleny ; Docteur Bachy, à Saint-Quentin ; Docteur Debret, à Troyes ; Docteur Duclos, à Condom ; Docteur Loubat, à Bordeaux ; Docteur Papin, à Bordeaux ; Docteur Jallot, à Renazé ; Docteur Lamy, à Renazé ; Docteur Mignot, à Château-Gontier ; Docteur Plagnieux, à Sarreguemines ; Docteur Beaufils, à Moulins-Engilbert ; Docteur Rhenter, à Lyon ; Docteur Chatelot, à Villersexel ; Docteur Durand, à Montreuil ; Docteur Rocher, à Rouen.

Médaille de Bronze ; Docteur Gaillard, à Valensole ; Docteur Paris, à Troyes ; Docteur Coulomb, à Nîmes ; Docteur Teissier, à Nîmes ; Docteur Jourdran, à Saint-Egrevé ; Docteur Bouvet, à Saint-Etienne ; Docteur Mandy, à Saint-Etienne ; Docteur Porte, à Saint-Etienne ; Docteur Boué, à Agen ; Docteur Delteil, à Agen ; Docteur Lambert, à Ingrandes-su-Loire ; Docteur Hermann, à Revigny par Conliège ; Docteur Gelly, à Bar-Le-Duc ; Docteur Reiss, à Metz ; Docteur Fauvergne, à Roubaix ; Docteur Aubert, à Bry-sur-Marne ; Docteur Larigaudry, à Montreuil ;

8 AOUT

Nominations dans la Légion d'honneur au titre du Ministère de la Santé publique.

Brunet (Jean-Auguste-Marie-Alphonse), docteur en médecine à Marseille ;

Chevrey (Paul-Louis), docteur en médecine à Orléans, Médecin professeur à l'Union des femmes de France.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Conditions de versements que doivent remplir les assurés agricoles pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie.

3715. — M. Louis Rambaud, sénateur, demande à M. le ministre du Travail quelles sont les conditions de versements que doivent remplir les assurés agricoles, hommes, femmes, enfants salariés de moins de seize ans, immatriculés depuis moins de six mois, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie. (*Question du 25 juin 1936.*)

Réponse. — Par analogie avec les dispositions pré-

Voir la suite page XLVII-2485

PROPOS DU JOUR

L'EXAMEN PRÉVENTIF DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Un vœu des Docteurs Blechmann et Coffin
L'orientation professionnelle des Etudiants

Dans la très intéressante enquête sur la vocation médicale que le Docteur G. Blechmann a ouverte dans *L'Hôpital* toutes les réponses constatent que, pour exercer la médecine, il faut jouir d'une bonne santé. La carrière médicale est une des plus dangereuses et des plus pénibles. L'étudiant laborieux, surmené par ses études, doit fréquenter des salles de dissection, des laboratoires, des salles d'hôpital où il peut devenir la proie de nombreuses infections dont la plus fréquente et la plus redoutable est la tuberculose pulmonaire. Le Prof. E. Sergent avait signalé des cas relativement nombreux de tuberculose latente chez les élèves de son service. Les mêmes constatations avaient été faites aux Etats-Unis, surtout chez les étudiants de troisième année.

En mai 1934, M. Courcoux, médecin des hôpitaux publia dans la *Revue de la Tuberculose* ses recherches sur la primo-infection des étudiants et des infirmières. Sur 380 sujets, il nota que 90 avaient une cuti-réaction négative et que parmi eux, 19 furent victimes d'une primo-infection sérieuse.

A la Faculté de médecine de Strasbourg où depuis 1929 fonctionne un service pour l'examen des étudiants de l'Université, il fut constaté que sur 1.571 étudiants examinés de 1929 à 1935, 39 cas de tuberculose en évolution avaient été découverts dont 29 ignorés de ceux qui en étaient victimes.

Le 14 décembre 1934, sur la proposition du Professeur P. Carnot, la Société médicale des hôpitaux émit un vœu pour organiser un service d'examen préventif antituberculeux pour les étudiants et les infirmières. A la suite de ce vœu, M. le Doyen Roussy fit savoir aux étudiants qu'une visite médicale était ouverte aux élèves qui commenceaient leurs études et que, bien que cette visite ne fut pas obligatoire, il les engageait vivement à en profiter.

Notre ami et collaborateur Georges Fischer insista dans deux articles du *Concours Médical* (10 mars 1935-28 juillet 1935), sur l'importance de ces examens. Il demandait qu'on prévint les étudiants et leur famille après la cuti-réaction sur les risques qu'ils pouvaient courir.

Le *Comité national de la tuberculose* le 16 novembre 1935, à la suite d'un rapport de M. Arnaud, décida de favoriser la création de services de dépistage de la tuberculose chez tous les étudiants.

Mais vœux et organisations risquent de rester sans effet si on ne les renouvelle pas et si l'on ne fait pas pression sur les Pouvoirs publics pour en obtenir la réalisation ; aussi les Docteurs G. Blechmann et M. Coffin ont-ils fait voter à la presque unanimité par la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres* à sa séance du 3 juin, le vœu suivant qu'elle a chargé son vice-président, M. le Sénateur Gadaud, de transmettre au ministre de la Santé publique :

« La Société médico-chirurgicale des hôpitaux « libres de Paris et de province, émue de la relative fréquence et de la gravité de la tuberculose de primo ou de réinfection chez les étudiants « en médecine, émet le vœu de les voir se présenter dès le P. C. B., puis périodiquement, à un « examen systématique complet.

« La Société estime qu'il serait utile d'intensifier la propagande en ce sens parmi les étudiants et leurs familles pour leur montrer tout « l'intérêt de ces visites préventives. »

Les *Archives hospitalières* (juillet 1936) organe de la Société ont exposé tout au long la question et les objections que firent au vœu quelques rares sociétaires, objections d'ordre moral touchant le secret professionnel, le libre choix du médecin qui pourrait faire l'examen, etc... Comme l'examen n'est pas appelé à être obligatoire, ces objections n'ont qu'une portée relative.

Ce qui est intéressant dans le vœu Blechmann-Coffin, c'est qu'il demande que l'examen soit

◆◆

pratiqué avant l'admission des élèves au P. C. B. et que cet examen complet soit périodiquement renouvelé, car un seul ne serait pas suffisant. En outre, nous connaissons assez l'activité et le dévouement de notre distingué confrère, le sénateur Gadaud, pour être persuadé qu'il insistera auprès du ministre de la Santé publique qui tant par lui-même (M. Henri Sellier est le créateur de l'Office publique d'hygiène sociale du département de la Seine) que par le Directeur adjoint de son cabinet, M. le Docteur Hazemann, inspecteur de l'Office, s'intéresse tout particulièrement à la prophylaxie de la tuberculose.

***

Mais on ne parle que de la médecine préventive de la tuberculose pour les futurs médecins et cela nous paraît insuffisant.

Nous n'irons pas jusqu'à demander de ne permettre l'entrée au P. C. B. qu'après la délivrance d'un certificat d'aptitude sanitaire et cependant en toute logique, cela nous paraîtrait aussi défendable que l'est le conseil de revision pour *les jeunes soldats ou* pour les candidats aux grandes Ecoles et même pour l'Ecole des Infirmières de l'Assistance Publique de Paris à la Salpêtrière. Mais à notre époque, où l'orientation professionnelle tient une si large part dans les préoccupations des hygiénistes et des éducateurs, ne pourrait-on pas créer dans chaque Université un centre d'examen complet, où l'on noterait sur une fiche les résultats obtenus avec les contre-indications qu'ils pourraient entraîner ? Cette fiche remise au futur étudiant, ou plutôt à sa famille, pourrait guider le jeune homme, dans le choix de sa profession, même libérale. Des troubles sérieux de l'ouïe contre-indiqueraient l'exercice de la médecine générale. Une trop grande émotivité, un tremblement congénital éloigneraient le futur médecin d'une spécialité chirurgicale. La constatation d'une vue trop défectueuse dissuaderait l'étudiant de faire de la dermatologie.

A ce propos, nous citerons une anecdote qui peut illustrer l'utilité d'un examen préalable des sens.

Nous avions pour cliente, une vieille dame qui passait ses étés dans la banlieue parisienne. Sa villa avoisinait celle d'un médecin des hôpitaux dont la réputation, sans être très grande, était largement méritée. Un jour notre cliente indisposée nous pria de venir la voir. Elle nous avoua ingénument que son voisin, le médecin des hôpitaux, était venu l'examiner en ami, mais qu'elle n'avait en lui nulle confiance. Nous nous récriâmes, en faisant remarquer que le médecin en question, plus âgé que nous d'ailleurs, nous était bien supérieur comme science et comme expérience.

« Dites-moi ce que vous voudrez, Docteur, répliqua notre malade, mais je n'ai aucune confiance au Docteur X. Il m'a examiné le ventre et a reconnu que j'avais je ne sais quelle maladie de peau, qu'il observait tous les jours dans son service de Saint-Louis. Or je sais bien ce que c'est, j'ai eu de nombreux enfants et j'ai le ventre couvert de vergetures. »

C'était exact. Le Docteur X avait une très mauvaise vue. S'il avait été soumis à un examen complet dans un service d'orientation professionnelle, on lui aurait sans doute déconseillé de faire sinon de la médecine, du moins de la dermatologie.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE

HÔPITAL COCHIN

Les pieds bots paralytiques (1)

Résumé de la leçon de M. le Professeur MATHIEU (2)

II

Le pied bot équin est dû à une paralysie des muscles du groupe antérieur de la jambe ; le jambier antérieur et l'extenseur commun sont inactifs.

L'extenseur propre du gros orteil, généralement conservé, ne suffit pas à contre-balancer l'action prédominante du muscle antagoniste, le triceps sural, dont la rétraction entraîne le pied en équinisme avec un léger degré de varus. Le pied équin se présente en flexion plantaire directe, le dos du pied est saillant, le talon reste éloigné du sol, la plante est creuse — ce pied dans son ensemble rappelle un pied de cheval.

L'équinisme se produit d'abord dans la tibiotarsienne et se continue dans la sous-astragalienne comme le mouvement de flexion plantaire physiologique ; le calcanéum tiré par le triceps rétracté roule, vire et tangue sous l'astragale. Le triceps étant accessoirement adducteur, le pied se met en varus équin. La paralysie des péroniers latéraux exagère le degré du varus.

Examinons la marche d'un sujet atteint d'un pied équin. Chez une femme l'attitude du membre inférieur reste à peu près correcte ; le poids du corps étant léger, la marche est presque normale et les hauts talons masquent la déformation. Un sujet lourd ayant un équinisme à 120° et plus, marchant sans talons, est obligé de fléchir fortement le genou si son pied repose sur les têtes métatarsiennes ; ou bien il présente un genu recurvatum qui lui permet l'appui sur la plante entière.

Les orteils sont tantôt en hyperextension, tantôt fléchis au niveau de leurs articulations métatarsophalangiennes, tandis que les phalanges restent étendues. Le gros orteil est redressé anormalement sous l'action de l'extenseur propre. En examinant le sujet on constate que le triceps sural est fortement rétracté, la flexion dorsale du pied n'a pas son amplitude normale. Je vous signale un petit fait pratique ; le poids des couvertures exagère l'équinisme et dans le lit le membre malade doit être protégé par un arceau.

Lorsque la paralysie devient définitive le pied prend une attitude vicieuse, la rétraction ligamenteuse s'ajoute à l'action du triceps ; la tête de l'astragale se dessine sous les téguments, le dos du pied devient saillant. La partie antérieure de la poulie astragalienne, subluxée en avant, s'élargit ; l'astragale quitte la mortaise, le bord postérieur du pilon tibial vient se mettre en contact avec la face supérieure du calcanéum. Dans ce stade du pied équin on observe des lésions des parties molles et des rétractions ligamenteuses et des modifications osseuses suivant la loi de Delpech ; l'os s'allonge si la pression normale ne s'exerce pas

Un jeune enfant paralytique doit porter un appareil orthopédique empêchant les déformations osseuses, les rétractions musculaires et ligamenteuses de se produire, qui fixeraient le pied dans une attitude vicieuse définitive. Ce traitement n'est que temporaire, on ne peut porter un appareil orthopédique toute sa vie.

A partir de 12 ans, on peut agir chirurgicalement sur la rétraction du triceps, antagoniste des muscles paralysés. On pratique un allongement ou une ténotomie du tendon d'Achille.

La technique de l'allongement est la suivante : après avoir découvert le tendon d'Achille on le divise par une incision longitudinale en deux chefs, dont l'un est libéré du côté proximal et l'autre du côté distal ; après le redressement on les suture bout à bout ; la continuité du tendon est assurée et il est allongé. Les procédés de l'allongement sont multiples de nos jours. Cette opération à ciel ouvert donne une plaie assez longue ; la ténotomie doit être faite assez haut ; il faut bien garder la continuité du tendon, la rétraction musculaire post-opératoire étant très accusée. La ténotomie simple du tendon est très dangereuse ; on risque de créer un véritable pied ballant en ajoutant une paralysie du triceps à la paralysie antérieure.

Barker a pratiqué un allongement du tendon d'Achille par une section sous-cutanée, qui fait

(1) Leçon du 29 janvier 1936 recueillie par Mme le Docteur RODEZVITCH.

(2) Voir la leçon publiée dans le *Concours médical* du 16 Août 1936.

éviter les inconvénients d'une ténotomie à ciel ouvert. Le tendon est incisé horizontalement dans chaque moitié longitudinale en deux endroits l'un inférieur, l'autre supérieur. On peut varier la technique de cette opération en rapprochant les deux incisions horizontales.

Si l'allongement ne donne pas de résultat et le triceps se rétracte de nouveau on peut recourir à l'arthrorise postérieure. Un long greffon tibial est enfoncé à travers la partie postérieure de l'astragale, l'articulation sous-astragalienne et le calcanéum dans le thalamus. En haut, il fait butoir derrière le pilier tibial. L'os greffé n'est pas résistant, et se fracture assez fréquemment. La pratique montre que le pied revient en équinisme et que le pourcentage des succès de cette opération est très limité ; on ne peut donc garantir le résultat obtenu ; ce procédé ne me paraît pas être pratique.

L'arthrodèse de l'articuation de Chopart donne des résultats plus satisfaisants. La soudure se fait par extirpation des cartilages dans la médio-tarsienne et dans la sous-astragalienne. Nové-Josserand a proposé de compléter l'intervention en créant une butée postérieure derrière le pilier tibial ; celle-ci est obtenue par un fragment de la face supérieure du calcanéum qu'on détache et qu'on fait basculer en arrière.

Chez l'enfant, pour lutter contre l'attitude vicieuse et éviter la rétraction des muscles antagonistes, on peut pratiquer des transplantations tendineuses comme opération d'attente. Le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils sont paralysés ; l'extenseur propre du gros orteil est, en général, indemne. Il faut fixer l'extenseur propre sur le premier métatarsien ; on le greffe par tunnellisation ; cette fixation constitue une prise énorme et présente le meilleur mode de transplantation dans une paralysie du groupe antérieur ou antéro-externe de la jambe. Dans une certaine mesure on empêche la reproduction de l'équinisme. On peut varier la transplantation en utilisant le long péronier latéral qu'on fixe sur le bord interne du pied ; ou le court péronier latéral qu'on fixe sur le bord externe du pied après l'avoir fait passer pré-malléolaire. Cette transplantation tendineuse est un procédé d'attente ; en cas d'échec on pratiquera ultérieurement une arthrodèse.

Chez un adulte présentant un pied bot équin invétéré nous faisons une résection cunéiforme dans la sous-astragalienne de façon à corriger le pied creux et donner au malade un bon appui en réduisant les déformations.

Paralysie des muscles externes

La paralysie peut frapper les péroniers en même temps que les muscles du groupe antérieur ; dans ce cas le malade présente un pied creux varus équin. Le jambier antérieur est souvent respecté. La paralysie isolée des péroniers latéraux entraîne un pied varus, et celle des seuls extenseurs un pied équin.

Dans le varus la déformation se passe dans l'articulation de Chopard ; le scaphoïde et le cuboïde se subluxent en dedans ; le calcanéum est basculé et couché sur sa face externe, la plante tout entière tourne en dedans. Le malade marche sur le bord externe du pied, il tord le dos de son pied en dehors ; il souffre beaucoup pendant la marche.

Quel traitement faut-il faire dans ce cas ? On emploie un appareil orthopédique destiné à prévenir les déformations ; si les muscles sont rétractés il faut employer des manœuvres forcées de réduction. Si on n'arrive pas à allonger le pied par les petits moyens on pratique une section profonde à ciel ouvert des muscles de la plante. Pour maintenir le pied en exactitude, on a proposé l'arthrosise latérale. Elle donne des résultats médiocres. La transplantation peut ici encore rendre des services. On peut suturer le tendon d'Achille au bout distal des tendons péroniers latéraux, ou encore l'implanter à la face externe du calcanéum.

On a obtenu également des succès en transplantant le jambier antérieur sur le cinquième métatarsien. Dans les cas très avancés on a recours à la double arthrodèse et au besoin avec résection articulaire cunéiforme.

Paralysie des muscles internes

Le pied se met en valgus pur si le jambier antérieur et le jambier postérieur sont paralysés, fait rare. Le pied repose sur son bord interne, la plante est tournée en dehors. La transplantation d'un muscle de bonne qualité, l'extenseur du gros orteil par exemple fixé sur le premier métatarsien, est indiquée. Après 12 ans, la double arthrodèse est la meilleure intervention. L'arthrorise latérale paraît peu efficace.

Pied ballant

Tous les muscles de la jambe sont affaiblis dans une paralysie totale, le pied est flottant ; quand le malade est couché le pied est varus équin et repose sur un bord externe ; debout, il se met en talus valgus. On pratique l'arthrodèse dans la médio-tarsienne pour fixer le pied en bonne attitude. Lorsque la déformation du pied est ancienne on peut faire une arthrorise double, en avant et en arrière, dans la tibio-tarsienne. L'articulation tibio-tarsienne finit par participer à la déformation du pied et devenir trop lâche. On peut se trouver dans l'obligation d'ankyloser la tibio-tarsienne également. J'ai rapporté à l'Académie de chirurgie le cas d'une triple arthrodèse. On ne doit employer cette opération que que dans le cas où le malade présente un ballotement latéral dans la tibio-tarsienne, le pied se mettant tantôt en varus, tantôt en valgus.

LA CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE AU GOÛT DU JOUR

L'érosion ponctuée des ongles et les stries unguéales

sont de première importance pour la découverte

d'une syphilis en évolution ou d'une syphilis occulte

D'après le Docteur G. MILIAN (1)

L'ÉROSION PONCTUÉE ET LES STRIES DES ONGLES, LÉSIONS SEMBLABLES AUX LÉSIONS DENTAIRES SYPHILITIQUES

Leur aspect objectif et leur mécanisme de production sont analogues au niveau des ongles comme au niveau des dents.

L'*érosion ponctuée* est une dépression cupuliforme, de la dimension d'une petite tête d'épingle, qui siège à la surface de l'ongle ; on dirait que sur un ongle mou on a, avec la tête d'une épingle, imprimé une « petite cupule ». L'aspect de l'ongle n'est pas modifié à son niveau. Ce n'est pas l'apparence d'une perte de substance ; l'ongle y est lisse, luisant et ferme comme sur le reste de son étendue.

L'érosion ponctuée peut être très fine, comme faite non avec la tête, mais avec la pointe de l'épingle. Elle est alors peu profonde. Les cupules profondes ne sont pas toujours nettement circulaires : elles s'allongent fréquemment en une traînée de 1 ou 2 millimètres, qui remonte en pente douce vers la surface de l'ongle, comme si, la dépression une fois faite avec la tête de l'épingle, celle-ci avait été amenée en arrière vers la matrice de l'ongle, suivant un trajet linéaire, en appuyant de moins en moins.

Très souvent l'érosion se développe, non pas sur une surface unguéale apparemment saine, mais sur une « coudure » ou sur une double coudure, de même largeur ou un peu plus large qu'elle, sorte de voie parallèle à l'axe de l'ongle.

Ces érosions ponctuées de la syphilis ne sont pas, en général, très nombreuses sur un même ongle : une, deux, trois, rarement plus. Quand il y a en a plusieurs, elles sont le plus souvent réparties sur une même ligne droite parallèle à l'axe unguéal en un point déterminé, puis s'avancent peu à peu hors de ce repli, en même temps que s'effectue la poussée de l'ongle. La même érosion reste ainsi visible, tant qu'elle n'est pas arrivée au bord libre ; à ce moment, elle est détruite avec ce bord libre, quand il est coupé par le ciseau.

La formation des érosions est intermittente ; et comme il existe, à la matrice unguéale, un ou plusieurs centres de formation des érosions, chaque fois qu'une érosion est formée sur un de ces centres, l'érosion formée pousse exactement sur la même ligne que la précédente, c'est ainsi qu'il est possible de voir trois, quatre, cinq et davantage érosions à la file indienne sur un même ongle, toutes produites par le même foyer pathologique matriciel.

Les *stries unguéales* transversales sont analogues aux érosions ponctuées.

La rapidité d'expulsion de ces formations varie avec la rapidité de la pousse de l'ongle, éminemment différente suivant les sujets. Chez les uns, l'érosion avancera de 1 millimètre en dix jours ; chez les autres, de 1 millimètre en six jours. C'est dire qu'un ongle de longueur moyenne de 15 millimètres peut être éliminé en 150 jours, soit cinq mois, ou en 90 jours, soit trois mois. Si l'on pense que, comme il est usuel, une nouvelle érosion ponctuée apparaît en arrière de la précédente avant la disparition de l'autre, ou sur un autre ongle, on voit que ce stigmate est pour ainsi dire permanent. Chez l'enfant, la pousse de l'ongle est extrêmement rapide, presque deux fois plus que chez l'adulte.

La nature syphilitique de ces lésions ne peut être contestée, car on les observe, *en même temps que d'autres lésions syphilitiques typiques sur un même ongle*, ou sur les ongles d'un même sujet.

D'autre part, elles sont *influençables par le traitement anti-syphilitique.* Il arrive aussi que l'on voit sur un ongle, celui du médius par exemple, des lésions d'onyxis syphilitiques typiques, et sur un autre ongle, soit celui de l'annulaire, des érosions ponctuées isolées.

La genèse de ces altérations unguéales est facile à comprendre : coup de poinçon donné par le tréponème sur l'ongle au point de sa formation (la matrice unguéale), et non trouble trophique. Quand les érosions sont nombreuses, il est

(1) G. MILIAN. — L'érosion ponctuée des ongles. (*Académie de médecine*, 11 février 1936.)
G. MILIAN. — De l'utilité des stries unguéales dans la surveillance de la syphilis (*Paris médical*, 28 mars 1936.)
G. MILIAN. — Hérédité occulte : ses dangers dans le mariage et pour la descendance. (*Paris médical*, 7 mars 1936.)

possible de voir dans certains cas favorables, et à un examen attentif, que le repli sus-unguéal correspondant est légèrement rouge et gonflé.

Ce qui explique la fréquence des altérations unguéales chez les syphilitiques, c'est que le tréponème fait à chaque instant, au cours de la vie du malade, des incursions sanguines plus ou moins abondantes, et qu'au cours de celles-ci, il s'arrête dans les recessus capillaires des commissures (lèvres, ailes du nez, paupières, etc.) ou des *matrices des ongles*. La circulation matricielle de l'ongle, située à l'extrémité du torrent circulatoire, et à la conjonction d' n système capillaire artériel avec un système capillaire veineux, ‹est ainsi très favorable à l'arrêt du tréponème embolisé dans le torrent circulatoire.

Quant au *diagnostic différentiel*, seul, le tréponème est capable de pareilles altérations. La plupart des dermatoses (eczéma, psoriasis, lichen plan, etc.) peuvent faire des érosions unguéales, mais *alors* la face dorsale de la phalangette est elle-même atteinte de la dermatose en question. « *L'érosion unguéale sans dermatose du doigt relève presque toujours de la syphilis* ». Ensuite les érosions syphilitiques sont de dimensions variables, seules profondes, atteignant peu de doigts, avec une région matricielle dépourvue des autres lésions caractéristiques (eczéma ou psoriasis) d'apparence intacte, ou présentant seulement un bourrelet rougeâtre plus ou moins marqué.

Les érosions ponctuées sont d'importance, au moins aussi grande que le Wassermann, pour découvrir une syphilis en évolution

Non pas que leur valeur puisse un instant être discutée, mais parce qu'elles existent souvent alors que la réaction de Wassermann est absente, et qu'elles peuvent survivre trois à cinq mois à la disparition de la réaction humorale. A ce moment, l'érosion ponctuée, qui est marquée là comme une entaille sur une branche qui continue à pousser, survit au coup de hache ou de couteau et ne disparaît que quand la branche est coupée. Le Docteur Milian écrit à ce propos : « Il m'a été ainsi donné d'observer en 1907 un patient, syphilitique depuis 1892, qui se soignait d'une manière insuffisante, d'ici, de là, par quelques séries de pilules, et qui présentait sur l'index droit deux érosions ponctuées « en conjonction ». Je l'ai revu en 1912, toujours aussi négligent, porteur d'érosions ponctuées sur le même index ; même chose en 1913, en 1920, et encore en avril 1922. Ce foyer générateur d'érosion ponctuée a donc existé chez ce patient depuis au moins quinze ans. Il persiste avec quelques variantes que le malade a remarquées : après une période de traitement, les érosions sont plus petites, pointes au lieu de têtes d'épingle ; ou même elles s'écartent les unes des autres sur le même chemin, séparées de 8 à 10 millimètres au lieu de 4 et 5, distance habituelle, ce qui montre que l'action génératrice du foyer matriciel est suspendue pendant la durée du traitement. Jamais ce patient ne s'est résigné à un traitement plus actif, ni plus prolongé, bien qu'il souffre assez souvent de céphalées pénibles qui le déterminent à prendre par la bouche une série de pilules de Dupuytren pendant quatre à cinq semaines. »

Les érosions ponctuées, les raies transversales dans ce cas sont donc d'un puissant secours (surtout lorsque la réaction de Wassermann fait défaut) pour dire qu'un sujet est syphilitique, et que l'affection qu'il présente est, ou non, de cette nature ; ainsi, une céphalée d'étiologie incertaine peut être mise sur le compte de la syphilis, même avec des lésions unguéales caractéristiques extrêmement discrètes.

Et c'est aussi, chez un syphilitique avéré, que la constatation des érosions ponctuées ou des raies transversales, peut nous indiquer que la *syphilis est encore en activité*, et que le patient est justiciable d'un traitement. De même, leur disparition progressive sous l'influence de celui-ci nous renseigne sur son efficacité, en même temps que sur *l'utilité ou l'inutilité de la continuation d'une thérapeutique spécifique*.

Dans une observation, ces lésions ont permis de reconnaître une roséole syphilitique retardée de 19 mois, et l'insuffisance d'un traitement antérieur, quoique précoce.

Cette malade s'était présentée avec, sur plusieurs ongles, non sur tous, une strie transversale siégeant environ à 7 millimètres de la matrice unguéale, c'est-à-dire dont la genèse remontait à trois mois environ. Il existait aussi sur un annulaire, dépourvu de raie transversale, une érosion ponctuée siégant à la même distance de la matrice que les raies transversales. Cette constatation incitait à penser qu'il y avait eu, *deux ou trois mois auparavant*, puisqu'un ongle met six mois pour être éliminé, une *poussée active de la syphilis* : c'est d'ailleurs ce que l'histoire thérapeutique de la malade révéla. Sous l'influence d'un Wassermann demeuré négatif, beaucoup plus longtemps encore, il y avait eu cependant une interruption de sept mois dans le traitement ; durant cette période, et *malgré un Wassermann resté négatif*, la patiente avait fabriqué des raies transversales des ongles, ainsi qu'une érosion ponctuée, indices de syphilis en activité. Par la suite, une roséole généralisée, qui ne fut qu'une roséole retardée, et une réaction

de Wassermann devenue positive apportèrent la démonstration d'une syphilis en pleine activité chez cette femme. Or, si on avait examiné plus soigneusement les ongles pendant la période de repos médicamenteux, il est vraisemblable que, malgré les Wassermann négatifs, on aurait pris les mesures nécessaires pour obliger au traitement.

La découverte d'une syphilis héréditaire occulte

Si, dans beaucoup de cas, la syphilis laisse aux sujets contaminés une existence paisible, et à leur descendance un développement à peu près normal, il n'en est pas moins vrai aussi que, bien des fois, l'*hérédité se transmet, sournoise et terrible, aux enfants en contaminant la mère au passage.*

En voici un exemple frappant : En mars 1930, un jeune homme, âgé de 28 ans vient consulter le Dr Milian pour un herpès récidivant de la joue gauche, qui s'était déclaré pour la première fois à l'âge de dix ans. Il voulait également être renseigné, en raison de ce que son père était mort paralytique général, sur son état général (herpès et troubles digestifs), et sur ses possibilités de mariage. Il était l'aîné de cinq enfants vivants : le deuxième était petit (1 m. 52 pour 47 kgr.) ; le troisième, une fille, était tuberculeuse ; le quatrième, dix-neuf ans, bien portant ; le cinquième, douze ans, très petit et très en retard.

Inquiet sur son état, le sujet s'était fait faire, il y a six ans, une réaction de Wassermann ; elle était négative.

Cet homme était petit : 1 m. 62 et 52 kgr. Il était, malgré cela, assez bien constitué, ses organes étaient normaux : réflexes tendineux et pupillaires en particulier étaient présents. La tension artérielle était de 16-10 au Pachon. Outre l'exiguïté de la taille et du poids, les seuls symptômes d'hérédité syphilitique, trouvés chez lui, étaient : des incisives inférieures médianes naines avec *érosion ponctuée* du bord libre, et, *aux ongles des pouces*, des *raies transversales*, surtout très marquées à droite, ce qui était l'indice, en l'absence de tout autre antécédent morbide, d'une syphilis encore virulente. Il ajoutait d'autre part qu'il « n'était pas très fort » comme rapports sexuels, et qu'il restait parfois un mois sans voir de femme. Les réactions de Hecht, de Wassermann et de Desmoulière étaient négatives. Même résultat le 5 janvier 1933, en y adjoignant la réaction de Kahn. Malgré ces résultats négatifs, et à cause des raies transversales des ongles des pouces, on conseilla de prendre alternativement chaque mois tantôt du calomel, tantôt des comprimés de tréparsol.

Le 2 mars 1933, les réactions de Wassermann, de Hecht, de Desmoulière, de Kahn étaient négatives. L'herpès soigné par les rayons X et les applications d'alcool iodé n'avait pas reparu depuis plusieurs mois, et le malade satisfait ne donna plus de ses nouvelles jusqu'au 17 octobre 1935, époque à laquelle il revint voir le Dr Milian en tenant ce langage : « Mon herpès de la joue va très bien et n'était pas reparu depuis deux ans, quand j'ai eu une rechute il y a un mois, et de nouveau il y a quatre jours.

« Mais, ce qui me chagrine le plus n'est pas cette question d'herpès. Je me suis *marié*, il y a un an, confiant dans le conseil de mon médecin de famille, et dans de nouvelles réactions sérologiques négatives, et qui sont encore négatives, d'ailleurs, au 1er octobre 1935. « Or, il y a un mois, ma jeune femme, âgée de 20 ans, a fait un *accouchement prématuré* à huit mois avec hydramnios, et l'enfant est mort le soir même.

« Mais ce qui a provoqué un véritable drame dans mon foyer, c'est que, faisant faire une analyse du sang de ma femme, en même temps que la mienne, celle-ci s'est montrée positive au Desmoulière chez ma femme, la réaction de Wassermann étant négative, tandis que toutes les miennes étaient négat ves.

« Ma femme, de bonne famille et que j'ai épousée sage, n'est certainement pas en cause, ni directement, ni indirectement, *car son père et* sa mère sont superbes de santé, et celle-ci a eu cinq *enfants, tous vivants et admirablement* bien portants. Je suis donc certainement responsable, mais je n'ai pas osé en parler à ma femme, et je regrette d'avoir écouté les médecins de ma ville, que j'interrogeai avant de me marier, et qui tous me répétèrent qu'aucun phénomène héréditaire n'était à craindre pour ma descendance, malgré mon hérédité personnelle, puisque je n'avais jamais eu d'accidents et que mes réactions sérologiques étaient négatives. »

Voilà donc un fils de paralytique général, dépourvu de toute syphilis acquise, avec des réactions de Wassermann, de Hecht, de Desmoulière et de Kahn négatives à plusieurs années d'intervalle, présentant seulement quelques petits stigmates dystrophiques (exiguïté de taille, érosions dentaires), mais *surtout des raies transversales des pouces*, et qui, *sans* jamais avoir présenté d'accident au cours de son existence, *transmet* à sa femme une syphilis occulte, qui ne se révèle seulement que par une réaction de Desmoulière positive et un accouchement prématuré avec mort de l'enfant.

Cette pénible histoire est plus éloquente que tous les discours. « Il est vraisemblable et même certain qu'un traitement antisyphilitique énergique de six à huit mois chez le père, avant le mariage, aurait empêché ce drame familial. »

G. Fischer.

LES BAINS DE PARAFFINE SIMPLE ET RADIFÈRE

dans le traitement de l'obésité, des rhumatismes, des suites d'accidents, des séquelles de phlébite

Par le Docteur Caruette

Comme l'a fort bien montré le créateur de la paraffithérapie, le regretté Barthe de Sanfort, le principe de cette méthode repose sur les propriétés particulières que présente la paraffine. Celle-ci a l'avantage (ainsi que certains corps anhydres comme les cires et les résines) de pouvoir être appliquée sur les téguments à une température qui ne pourrait être supportée venant d'un autre corps. Une autre propriété encore plus importante est la *contractilité* très marquée de la paraffine lorsqu'elle se solidifie.

De ces propriétés il résulte que :

1° La paraffine en fusion peut être employée en application générale à 54° et en application locale à 60-65° ; elle peut même être employée pour un temps très court, sans inconvénient, à une température de 70-75°. Rappelons que l'eau chaude donne une impression pénible au-dessus de 40° et que les applications de boue (*Acqui, Dax, Saint-Amand, Franzensbad*) ne peuvent être supérieures à 45° en application générale, et à 47° en application locale. Il s'ensuit que les applications locales de paraffine sont faites à une température supérieure de 15° à celles qui sont effectuées avec d'autres corps. De plus la paraffine se refroidit très lentement et peut pendant une heure et plus se maintenir à une température de 50° environ.

2° Grâce à sa contractilité la paraffine en se solidifiant comprime et anémie les vaisseaux des tissus qu'elle entoure. Toutes les autres sources de chaleur déterminent au contraire une hyperémie marquée. Il résulte de cette compression que la chaleur cédée par la paraffine pénètre profondément dans les tissus sans être emportée en grande partie par le sang des tissus hyperémiés, comme dans les autres procédés.

Ajoutons que, bien souvent, au moment où l'on retire la paraffine la vaso-constriction fait place progressivement à de la vaso-dilatation avec sensation de chaleur très marquée, s'accompagnant d'une augmentation de la température locale. Ces phénomènes peuvent persister une ou deux heures, si bien que dans ce cas le bain de paraffine agit d'abord au moment de son application par la transmission de calorique aux tissus profonds et ensuite, au moment de l'enlèvement de la paraffine, par une augmentation de la circulation dans les tissus superficiels.

Les paraffines peuvent être employées pures ou mélangées à d'autres corps comme les cires et les résines. Nous n'employons que les paraffines pures qui nous donnent toute satisfaction Certains médicaments peuvent y être joints sans que ceux-ci, inclus dans la paraffine séparée de la peau par une abondante couche de sueur, paraissent ajouter quelque avantage à la méthode. Il en est tout autrement des sels de radium. Depuis une dizaine d'années nous avons ajouté à la paraffine un corps radio-actif. Nous employons un excipient spécial renfermant une quantité déterminée de sel radio-actif (bromure de radium). Nous pouvons ainsi faire varier la teneur de la paraffine en radium suivant la quantité de l'excipient radifère que nous lui ajoutons. Ces paraffines rendues radifères présentent outre les qualités des applications thermiques de la paraffine celles que lui apporte le radium dans la modification des tissus irradiés.

Mode d'emploi

Dans la grande majorité des cas le traitement par les paraffines ne demande que des applications locales. Si celles-ci sont assez étendues on peut se servir pour appliquer la paraffine d'un appareil à air comprimé comme celui inventé par le Docteur Joly. Le plus souvent nous nous contentons de verser la paraffine par petites quantités successives sur le membre malade ou, comme nous l'a montré lui-même Barthe de Sanfort, de l'étendre très rapidement par couches successives à l'aide d'un large pinceau. On peut également l'étaler avec la main. Le traitement dure trente minutes environ. On retire alors la paraffine qui se laisse détacher avec la plus grande facilité car elle se trouve souvent séparée de la peau par une couche de sueur abondante (saignée hydrique de Barthe de Sanfort). Le traitement comprend suivant les cas une ou plusieurs séries de 15 à 20 applications.

Indications

Parmi les affections dans lesquelles les applications de paraffine sont particulièrement indiquées signalons :

1° En applications générales : l'obésité ;

2° en applications locales : les affections rhumatismales (arthrite, névrite, cellulites, lombago), les suites d'accidents, les troubles circulatoires des membres inférieurs, les troubles post-phlébitiques, etc.

Obésité

En applications générales, le traitement de l'obésité par les bains généraux de paraffine est un moyen puissant. Par la sudation énergique qu'il provoque à chaque application (500 à 1.000 grammes), le traitement fait diminuer le poids du malade de quelques kilogrammes en un nombre de séances assez réduit. Ajoutons que, contrairement à ce que l'on pourrait croire de l'action de la température élevée de la paraffine sur la circulation, ces bains généraux sont particulièrement bien supportés. Ce fait, comme l'a fait remarquer Barthe de Sanfort, est probablement dû à ce que la vaso-constriction progressive effectuée par la paraffine ne demande pas au cœur un effort d'adaptation comme le font les autres moyens de calorification qui déterminent une vaso-dilatation prononcée.

De Fresquet, s'appuyant sur les analyses de la sueur ordinaire faites par Gley, d'après lesquelles la teneur normale de la sueur en urée est de 0,10 par litre, a montré que dans la sueur déterminée pas les bains de paraffine cette teneur était beaucoup plus grande et que les applications de paraffine permettent en une demi-heure une excrétion de l'urée égale au minimum à quatre fois la normale par vingt-quatre heures. La paraffithérapie produit dans ces cas une véritable désintoxication particulièrement importante pour les arthritiques, les cellulitiques et les lithiasiques.

Rhumatismes

En applications locales.

1º Arthrites. — *A l'état aigu.* Contrairement à de nombreux traitements physiothérapiques qui ne peuvent être appliqués qu'avec beaucoup de prudence dans les affections rhumatismales aiguës, le traitement par la paraffine peut être appliqué sans le moindre danger dans les périodes aiguës et subaiguës. Ces applications seront donc précieuses dans les cas où le malade est obligé d'interrompre une cure thermale en cours de traitement par suite de l'apparition de phénomènes aigus.

A l'état chronique. — Toutes les articulations atteintes d'arthrite rhumatismale peuvent être traitées avec avantage par les bains de paraffine. Il nous a semblé que les résultats étaient plus satisfaisants lorsqu'il s'agissait d'une articulation pouvant être entourée complètement par la paraffine (mains et poignets, coudes, pieds et chevilles, genoux). Dans ce cas la contractilité de la paraffine produit son effet bienfaisant au maximum. Les résultats sont souvent surprenants. Les infiltrations périarticulaires diminuent et avec la résolution des épanchements les troubles fonctionnels disparaissent et les mouvements plus ou moins compromis se rétablissent. Bien souvent des femmes qui étaient atteintes d'arthrite des doigts et qui ne pouvaient plus écrire ou coudre peuvent se livrer à ces occupations après une ou deux séries de traitements.

2º Névralgies, névrites, lombago. — Ces affections sont en général franchement améliorées par les bains locaux de paraffine quand elles ne sont pas trop anciennes. Comme nous l'avons dit pour l'arthrite rhumatismale, des applications peuvent et doivent être faites aussi bien dans les périodes aiguës que dans les périodes d'état chronique ou d'état subaigu.

Ce traitement peut être fait conjointement avec les autres traitements physiothérapiques comme l'ionisation, les rayons X, etc.

Cellulites. — Les cellulites sont remarquablement améliorées par les traitements de paraffine. Les modifications créées dans les territoires lymphatiques par la chaleur et la compression combinées provoquent une véritable expression des liquides lymphatiques. Les résultats seront particulièrement heureux si avant les applications de paraffine on prend le soin de lever les barrages qui peuvent exister en aval des lésions cellulitiques par des massages chiro-électriques (L. Alquier).

Suites d'accidents

Dans les suites d'accidents la paraffine assouplit les raideurs consécutives à une longue immobilisation et par la régularisation qu'elle apporte dans la *circulation locale et par la résolution* des œdèmes et des épanchements. En amenant la diminution des douleurs, elle permet une mobilisation plus facile et plus étendue des membres traumatisés. Elle sera donc particulièrement indiquée dans les suites de fractures, d'entorse, de contusion, de blessure. C'est ainsi que nous avons vu des blessés qui à la suite de fracture présentaient des troubles fonctionnels assez tenaces pour résister à différents traitements thermaux et physiothérapiques retrouver l'intégrité de leur mouvements à la suite d'un traitement paraffithérapique. Joly a signalé l'influence résolutive et sédative de la paraffithérapie dans les contusions simples s'accompagnant ou non d'épanchement soit sanguin, soit séreux.

Suites de phlébite

Signalons simplement les très bons résultats obtenus dans les suites de phlébite où la compression déterminée par la rétraction de la paraffine active les circulations veineuses et lymphatiques. Les résultats sont encore meilleurs si les applications de paraffine sont suivies d'un massage léger en employant la technique qu'employait Jacquet pour le massage facial.

Une autre utilisation de la paraffithérapie consiste en emploi d'applications très chaudes (75 à 80º) pendant un laps de temps très court (une demi-seconde à une seconde environ) répétées

plusieurs fois sur le même point. Ce procédé peut servir à obtenir une révulsion locale très limitée. Il nous a paru surtout intéressant comme étant le plus capable de remplacer les moxas que nos malades ne peuvent endurer. C'est ainsi que nous avons fait des applications légèrement pénibles mais supportables sur les points d'acupuncture que la méthode chinoise nous a révélés et il nous a semblé qu'il y avait là une nouvelle méthode à étudier car cette méthode nous a déjà donné des résultats intéressants.

En résumé

La paraffithérapie soit simple soit radioactive met entre nos mains un procédé physiothérapique particulièrement utile parce que seul il a l'avantage de fournir aux tissus *une chaleur très élevée tout en les comprimant*. Ces deux facteurs : chaleur et compression rendent son emploi particulièrement précieux dans les affections rhumatismales, les séquelles de traumatismes, les suites de phlébite, l'obésité.

Localement, en applications très chaudes (75 à 80°) sur des points très limités, la paraffithérapie nous semble constituer un procédé nouveau pouvant remplacer la moxation, et permettre d'utiliser ainsi certaines localisations cutanées dans le traitement local et peut être général du rhumatisme.

CONFÉRENCES DES HÔPITAUX DE PARIS

LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Professeur Loeper

Sur cette rare affection les traités classiques sont discrets sinon muets. Dans sa leçon clinique du 23 avril 1936, à l'hôpital Saint-Antoine, M. le Professeur Loeper en a fait une étude d'ensemble très complète, à laquelle il apporte l'appoint de trois observations personnelles, recueillies de 1924 à 1935.

Ces trois observations concernent un homme de 58 ans, un autre de 71 ans, de l'Aube, et un troisième de 60 ans, originaire de la même région. Deux fois la tumeur siégeait sur le sein gauche, une fois sur le sein droit. Il s'agissait deux fois d'*épithélioma cylindrique modifié* (le troisième examen n'a pu être pratiqué). Malgré l'exérèse complète, avec curage de l'aisselle et radiothérapie, la récidive s'est produite respectivement après quatre ans, après six mois, après deux ans. Ces trois malades ont présenté une *métastase pulmonaire* (et l'un d'eux une métastase osseuse) ce qui explique leur présence dans un service de médecine.

La fréquence de ce cancer serait de 1 à 3 %.

Il n'est jamais précédé de tumeur bénigne, comme chez la femme. On a insisté sur les traumatismes répétés (professions manuelles comme facteur étiologique).

Sa symptomatologie : début très sourd avec seulement quelques picotements, de l'écoulement de sang par le mamelon dans un sixième des cas. La tumeur forme un petit nodule au niveau ou dans la région du mamelon, se développant vers le quadrant externe et pouvant atteindre le volume d'une orange. Elle reste silencieuse pendant des mois, puis la maladie éclate brusquement, elle envahit la peau qui se plisse, et les ganglions ; la tumeur reste souvent libre sur les plans profonds et les malades viennent consulter après un début qui remonte à un, deux, trois et même quinze ans ; le plus souvent cependant ce début ne date que de un à quatre ans ; en somme évolution nettement plus longue que chez la femme et survenant souvent à un âge plus avancé.

Il arrive à la phase d'ulcération assez précocement. Le mamelon se rétracte assez fréquemment.

Le *diagnostic* sera à faire avec l'adéno-fibrome, les gommes syphilitiques, la tuberculose du sein et à la période ulcéreuse avec les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses.

Formes. La forme la plus fréquente est le cancer en cuirasse, le squirre, à évolution plus rapide que chez la femme, car l'homme possède moins de graisse.

L'épithélioma intracanaliculaire est plus souvent observé chez l'homme, chez qui les canaux galactophores sont développés d'une façon presque normale, tandis que les acini n'existent pas, d'où la forme glandulaire plus fréquente chez la femme.

Traitement. Exérèse large avec curage de l'aisselle. Radiothérapie. Les récidives sont fréquentes, mais non traité la généralisation de ce cancer est fatale.

Est-il plus grave que le cancer de la femme ? Il paraît avoir la même gravité et pouvoir être guéri dans la proportion de 10 à 12 %, comme chez la femme, par une intervention précoce au début réel de la tumeur (1).

---

(1) Compte rendu par le Docteur Certain.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Conduite à tenir en cas d'accouchement dans les bassins rétrécis.

Le Docteur J. COURTOIS (de Saint-Germain-en-Laye) envisage successivement : les bassins chirurgicaux d'emblée, puis les dystocies complexes , où aux difficultés dues au bassin s'ajoutent celles dues à d'autres causes maternelles ou fœtales. Ce sont les cas où il faut intervenir chirurgicalement sans attendre ce que donnera le travail.

Il termine par les bassins permettant l'épreuve du travail : cette dernière peut se résoudre par un accouchement spontané, par une symphyséotomie, par un forceps ou une version, par une césarienne. Les bassins permettant l'épreuve du travail comprennent : les asymétries faibles ; les bassins aplatis de 8 cm. à 9 cm. 5 de diamètre promonto-rétropubien ; les bassins aplatis et généralement rétrécis de 8 cm. 5 à 10 cm. ; les bassins généralement rétrécis, annelés, de 9 à 10 cm. 5 (canaliculés de 9,5 à 11) ; les bassins cyphotiques de 8 cm. à 9 cm. 5 de diamètre biischiatique ; les bassins normaux avec grosse tête ne débordant pas.

L'épreuve du travail pourra se tenter tant qu'il n'y aura ni souffrance maternelle ni fœtale. Le liquide amniotique ne devra pas sentir, la température de la mère ne devra pas atteindre 38°, ni son pouls 100, sinon on se hâtera de faire une césarienne basse. On surveillera le cœur fœtal. Il faudra suivre la malléabilité, la réduction (chevauchement des os du crâne), l'accommodation, la flexion, l'orientation, l'asynclitisme de la tête fœtale, la dilatation du col, la formation du segment inférieur, l'approfondissement des culs-de-sac du vagin.

On arrêtera l'épreuve du travail quand la femme aura souffert de deux à trois heures, soit une cinquantaine de douleurs, après dilatation complète, poche des eaux rompue, en faisant des efforts expulsifs sans que l'engagement se produise. On arrêtera aussi le travail, si les contractions douloureuses sont irrégulières, insuffisantes, malgré la spasmalgine, la morphine, le chloral, ou s'il y a tempêtes de douleurs subintrantes, ou rétraction utérine avec poche des eaux rompue, et que la dilatation du col ne progresse plus. On terminera dans tous ces cas rapidement par césarienne basse.

En résumé, il n'y a aucune hésitation sur la conduite à tenir dans les bassins du type chirurgical et dans les dystocies complexes ; toute la difficulté est dans les cas limites où on décide l'épreuve du travail. Il faut savoir la pousser suffisamment loin pour éviter une césarienne inutile, mais ne pas attendre la souffrance fœtale et l'infection maternelle. Il vaut toujours mieux ne pas terminer par voie basse une épreuve du travail qui n'a pas abouti à un engagement net. (*Gazette des Hôpitaux*, 22 avril 1936.)

Les signes rénaux de l'hyperparathyroïdisme : lithiase et pyélonéphrite.

L'hyperparathyroïdisme crée toujours une maladie générale, disent le Professeur R. LERICHE et M. A. JUNG. On aurait tort de penser qu'il est réductible à une maladie osseuse. La libération excessive du calcium squelettique peut en effet avoir des retentissements cutanés, musculaires, artériels. Elle en a sur l'appareil rénal. Presque tous les hyperparathyroïdiens sont des hypercalciuriques. Parfois, l'élimination anormale du calcium au niveau des reins produit une sorte de néphrose avec ou sans lithiase qui peut se compliquer d'infection. Il est possible que l'apparition clinique de ces complications soit comme dans les expériences de Mandel commandée par de petits vices urétéraux.

Il y a quelques années, les auteurs ont eu l'occasion d'observer un cas de ce genre : un homme de 28 ans présentait une lithiase rénale bilatérale plusieurs fois récidivante après pyélotomie. Il était hypercalcémique. L'état était trop précaire pour permettre une parathyroïdectomie et le malade mourut avec un blocage rénal complet.

Aujourd'hui, les auteurs rapportent par contre dans tous ses détails, un exemple de retentissement rénal de l'hyperparathyroïdisme avec sanction opératoire et résultat favorable depuis cinq mois.

La connaissance des complications rénales de l'hyperparathyroïdisme est importante au moins à deux points de vue : d'abord pour l'étude de la pathogénie et de la thérapeutique de la lithiase rénale ; ensuite, pour l'étude de l'hyperparathyroïdisme. Et puisque les éliminations phosphoriques et calciques lèsent le rein, il faut peut-être être prudent dans l'administration aux hyperparathyroïdiens des préparations calciques à haute dose dans l'espoir de recalcifier leur squelette malgré l'hypercalciurie. (*La Presse Médicale*, 20 mai 1936.)

Formes atypiques de la goutte aiguë

Dans un intéressant travail, le Docteur L. DE GENNES démontre que, s'il semble désormais acquis qu'il faille ajouter aux descriptions classiques de la goutte aiguë une série de formes atypiques articulaires ou juxta-articulaires dont le diagnostic d'origine s'affirme par l'antécédence d'autres accidents goutteux ou par l'heureux succès du traitement, il faut être beaucoup plus réservé sur l'interprétation des accidents viscéraux aigus qui ne peuvent être considérés comme des formes de la maladie, mais le plus souvent comme l'expression de phénomènes fluxionnaires, paroxystiques, se greffant sur des lésions viscérales profondes, qui viennent presque toujours compliquer la maladie après un long temps d'évolution. (*Le Monde Médical*, 15 mai 1936.)

Le traitement des pleurésies séro-fibrineuses bacillaires récidivantes.

Le traitement médicamenteux des pleurésies séro-fibrineuses bacillaires récidivantes est généralement inactif. Aussi le Docteur Pierre WEILLER estime que la meilleure thérapeutique consiste dans la ponction évacuatrice complétée par une insufflation ou mieux, encore, par les lavages pleuraux au sérum physiologique ou glucosé. (*La Pratique Médicale française*, mai 1936.)

Traitement bronchoscopique des abcès du poumon.

Ce traitement est une acquisition récente ; il semble bien avoir désormais acquis droit de cité grâce aux réultats probants qu'il a permis d'obtenir et grâce à l'épreuve du temps qui a confirmé pleinement ces résultats. L'étude du Docteur A. SOULAS est basée sur l'expérience de ces dix dernières années, dans divers services des hôpitaux de Paris, et sur l'observation d'environ 200 cas. Cet auteur laisse délibérément de côté l'abcès simple, comme on en voit par exemple chez l'enfant, et dont l'évolution est souvent spontanément favorable. Il n'a en vue que l'abcès récent, fétide ou putride, dont l'épisode initial remonte à 4 ou 6 semaines.

Pour poser l'indication bronchoscopique, il faut tenir compte des précisions diagnostiques, mais aussi des autres moyens thérapeutiques. A vrai dire, quand cette indication se pose, les diverses thérapeutiques médicales ont déjà été épuisées avec des résultats insuffisants ou nuls. Quant à l'opération sanglante, ou bien elle est contre-indiquée, ou bien elle a besoin, pour être appliquée avec le maximum de sécurité, d'un traitement bronchoscopique préparatoire. Au début, l'indication est donc facile à poser et très élargie ; en cours de traitement elle sera discutée avec sévérité et parfois limitée. Le diagnostic est posé grâce à l'histoire de la maladie, aux signes cliniques, fonctionnels, radiographiques, et aux recherches bactériologiques ; l'absence de la tuberculose aura été reconnue. Les contre-indications sont rares : affection grave de l'appareil cardio-vasculaire ; obstacle oro-laryngé ; trop jeune âge ; dyspnée d'ordre mécanique, cardiaque ou toxique, rénale ; cachexie. Certaines contre-indications provisoires ou relatives sont : la tuberculose pulmonaire ; une hémoptysie abondante et récente ; une céphalée pouvant faire craindre une complication cérébrale ; l'abcès simple non fétide âgé de quinze à vingt jours dont la guérison survient en huit ou dix jours.

L'auteur expose la conduite du traitement après avoir indiqué la préparation du malade. Il envisage successivement le traitement d'attaque, l'évolution bronchoscopique favorable ou aggravante ; le traitement de consolidation ; l'indication opératoire.

Quant au résultat, on peut envisager :

a) La guérison complète, définitive dans 70 % des cas ; ce pourcentage est établi pour des abcès qui après avis médical et le plus souvent chirurgical, ne paraissaient en aucune façon évoluer vers la guérison dite spontanée ;

b) L'amélioration plus ou moins considérable dans 20 à 22 % des cas ; elle constitue une préparation à l'acte opératoire en considérant que très souvent l'opération est suivie de succès ; mais il faut comprendre dans ce pourcentage certains malades indociles ou trop optimistes perdus de vue et que l'on revoit parfois plusieurs mois plus tard avec une suppuration ancienne ;

c) L'échec complet dans 8 à 10 % des cas dont l'évolution a été précisée plus haut.

De cette endo-broncho-thérapie, grâce au perfectionnement de son outillage et au progrès de sa technique, on peut espérer un traitement efficace des abcès pulmonaires aigus putrides. Elle n'est pas un acte radical de guérison ; elle ne remplace pas les autres thérapeutiques ; elle les complète. En face des méthodes chirurgicales, sur le succès desquelles les avis sont si partagés, elle apparaît comme un procédé pratique important qui s'impose dans la grande majorité des cas, ne serait-ce que parce qu'elle prépare à l'opération. Malgré ses défaillances elle constitue la pierre angulaire du traitement des abcès pulmonaires. (*La Presse Médicale*, 13 mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les résultats de l'auto-greffe ovarienne

(M. E. DOUAY. — Rapport de M. MOURE ; 25-3-1936)

M. Douay présente un travail basé sur 203 observations d'auto-greffe ovarienne recueillies à l'hôpital Broca, dans le service du Professeur J.-L. Faure.

La question des greffes ovariennes a été étudiée par divers auteurs, l'impression générale ayant été jusqu'à ce jour une réelle imprécision quant au bénéfice recueilli par les malades.

Depuis 1929, M. Douay a eu recours à une technique particulière de greffe, l'auto-greffe ovarienne dans la grande lèvre, dont il possède maintenant 172 cas, parmi lesquels 167 pratiqués après hystérectomie. Le greffon a été prélevé sur la pièce opératoire au cours ou à la fin de l'opération. L'ovaire greffé était sain ou altéré (ovaire scléro-kystique, ovaire infecté de voisinage).

Ces derniers greffons, quoique de qualité médiocre, sont cependant bien tolérés en général, l'activité de ces greffes de seconde qualité s'étant montrée habituellement comparable à celle des ovaires apparemment sains.

La technique est à la fois simple et rapide. Incision de deux centimètres au niveau de la région inguinale ; une pince de Kocher introduite par cette petite plaie est enfoncée obliquement en bas et en dedans vers la grande lèvre, à une profondeur de 4 à 6 centimètres, puis elle est ouverte et forme, par dilacération du tissu cellulaire, une loge suffisante pour le greffon qui y est entraîné face cruentée en arrière et abandonné en bonne place dans la partie supérieure de la grande lèvre ; un crin sur la peau, l'opération n'a pas duré une minute.

Pendant les premiers mois, la greffe conserve son volume sans grossir et quelques troubles de castration apparaissent en général. Le premier indice d'activité, gonflement de la greffe et sensibilité de la région, se montre habituellement dans le cours du troisième mois, stimulé quelquefois par un traitement par les extraits hormonaux. Aussitôt que la greffe commence à se développer, les bouffées de chaleur et les autres troubles de castration s'atténuent et disparaissent bientôt. Le grossissement des greffes ne va pas sans causer quelques douleurs et surtout une gêne due à la tuméfaction ; il est bon d'en prévenir les opérées pour que des confusions ne se produisent pas et qu'on ne croit pas à une adénite aiguë par exemple.

M. Douay a noté l'activité des greffes dans 80 % des cas, le critérium de l'activité étant le gonflement manifeste de cette greffe. Quant à la durée de ladite activité, elle a été variable, allant de six mois à six ans, les résultats étant naturellement plus favorables chez la femme jeune, au-dessous de 35 ou 40 ans. En général, après deux à trois ans, la vitalité de la greffe s'atténue. Lorsque les greffes cessent de fonctionner, les troubles de castration réapparaissent : ils sont ordinairement peu intenses et peuvent être amendés par une thérapeutique hormonale.

— M. D'ALLAINES pense que la greffe n'est pas de grande utilité si l'on n'a pas conservé un fragment d'utérus (hystérectomie fundique).

— M. MOURE signale les risques de l'hystérectomie fundique, au cours de laquelle l'hémostase est parfois difficile.

Rupture du tendon distal du biceps brachial

(MM. KUSS et J. BRÉHANT ; 25-3-1936)

Un homme de 34 ans, champion de poids et haltère, se rompt le biceps au cours d'un exercice de démonstration devant des gymnastes. Au tiers supérieur du bras gauche, on constate l'existence d'une saillie du volume d'un gros poing, mobile, se déplaçant surtout vers le haut. Au-dessous se trouve une dépression.

A l'opération, on note une désinsertion du tendon du biceps à son extrémité distale. Cette lésion est traitée par le vissage au radius qui donne un bon résultat fonctionnel datant déjà de plus de deux ans et qui se maintient parfait. Le blessé a pu reprendre ses compétitions sportives et il effectue les mêmes performances qu'autrefois.

Sur les effets des injections intra-artérielles

(MM. P. HUET et BARGETON ; 25-3-1936)

MM. Huet et Bargeton ont fait, chez l'animal, des injections intra-artérielles de substances diverses (solutions isotoniques, hypotoniques, hypertoniques, etc.) et ils ont recherché les réactions obtenues consécutivement.

La conclusion pratique qui se dégage de leur étude est qu'il faut, en l'état actuel de nos connaissances, exiger — entre autres qualités — des solutions que l'on peut se proposer d'injecter dans une artère ces deux conditions : isotonie et pH aussi voisin que possible du pH sanguin.

P. L.

Société médicale des hopitaux de Paris

Un nouveau cas d'amaurose transitoire après un coma barbiturique traité par la strychnine

(MM. L. Rivet, A. Magitot et J. Bourée ; 3-4-1936)

Il est très fréquent d'observer, dans les jours qui suivent un coma barbiturique, quelques manifestations oculaires fugaces : nystagmus, paralysies oculaires avec diplopie, amblyopie.

Chez une femme de 41 ans, à la suite d'un coma barbiturique qui céda après injection de 6 centigr. de strychnine en vingt-quatre heures, on put observer une amaurose totale, qui régressa progressivement en quelques jours. Elle coïncidait avec une forte hypertension artérielle rétinienne et un aspect spasmodique, filiforme, des artères rétiniennes. A mesure que la tension artérielle rétinienne s'abaissa, que les artères rétiniennes tendirent à reprendre un aspect normal, la vision réapparut, et le champ visuel, d'abord extrêmement rétréci, s'élargit pour reprendre ses dimensions normales.

Il s'agit là d'accidents oculaires toxiques, très comparables à ceux qu'on observe à la suite d'intoxications par la quinine : dans ceux-ci aussi, la vision se rétablit peu à peu, mais beaucoup plus lentement, et l'on y observe aussi un élargissement *progressif du champ visuel.*

Sclérose en plaques probable chez trois frères et sœur

(M. E. Ledoux ; 24-4-1936)

L'auteur a observé chez trois frères et sœur, une affection du système nerveux, sensiblement identique. Le diagnostic, qui semblait très probable, était celui de sclérose en plaques. Mais le fait de trois cas familiaux de sclérose en plaques est assez exceptionnel.

La nature infectieuse de la sclérose en plaques n'est plus discutée aujourd'hui, encore que le virus de cette affection ne soit pas précisé. M. Dufour et ses élèves tiennent pour fréquente l'origine syphilitique de la sclérose en plaques. Dans les observations rapportées on n'a pas de présomptions cliniques ou sérologiques en faveur de la syphilis héréditaire. Qu'il s'agisse d'une prédisposition héréditaire ou d'une contagion familiale, trois frères et sœur atteints d'une sclérose en plaques, c'est un fait assez exceptionnel.

Société de médecine de Paris

Séance du 9 *avril* 1936

Néo-formation osseuse paracicatricielle

M. L. Pron parle d'un malade opéré six mois auparavant de gastro-entérostomie avec suites normales et chez lequel on sentait nettement un peu à gauche de la ligne de suture une petite masse très dure, arrondie, comparable à un bouton de pantalon.

Quelques cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison

M. J. Guisez rapporte les observations de plusieurs malades atteints de cancer de l'œsophage chez lesquels la radiumthérapie faite localement suivant des règles très précises, a amené la disparition complète de la sténose et le retour à une alimentation et à une vie absolument normales. Chez tous, les résultats se maintiennent depuis plus de trois ans. Le diagnostic de cancer a été posé dans tous ces cas, sous-endoscopie et vérifié par la biopsie. Dans l'un d'eux, qui a repris 25 kgr. depuis trois ans que le traitement a été effectué, le diagnostic avait été posé auparavant par deux laryngologistes différents. La biopsie avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire.

L'anesthésie électrique dans la dysphagie douloureuse du néoplasme œsophagien

M. André Tardieu rapporte l'observation d'un homme de 68 ans, alcoolique ancien, atteint d'une sténose œsophagienne de nature néoplasique, dont le début remontait à trois ans, mais dont les manifestations dysphagiques et douloureuses étaient depuis trois mois particulièrement intenses, s'opposant à l'ingestion de presque tous les aliments, liquides compris. L'anesthésie électrique appliquée selon la technique utilisée pour le traitement de la dysphagie douloureuse dans la laryngite tuberculeuse, a permis dès la troisième séance, la reprise d'une alimentation liquide et molle suffisamment abondante. La méthode est demeurée sans effet sur la dysphagie vraiment mécanique. L'auteur insiste sur l'action non seulement anesthésique, mais aussi antispasmodique de la méthode.

L'oligophagie avec appétit normal ou exagéré

M. L. Pron dit qu'à côté des dyspeptiques qui diminuent volontairement leur nourriture pour diminuer leurs douleurs ou malaises, prennent place deux groupes de patients qui, malgré un bon appétit, ne peuvent prendre qu'une quantité sous-moyenne d'aliments ; les uns par crise spasmodique du cardia ou du pylore ou des deux à la fois, survenant au début ou au cours du repas, les autres, au contraire, par atonie de la musculeuse. Le traitement est très différent selon le groupe.

G. F.

Les Congrès

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(*Suite et fin*)

Maladies professionnelles causées par les rayons X et par les substances radio-actives

Par Mme le Docteur Simone LABORDE, de Paris et le Professeur J. LECLERCQ, de Lille

Les rayons X et les substances radio-actives sont susceptibles de provoquer l'apparition chez ceux qui sont appelés à les manipuler, au cours de leur travail, des lésions d'ordre et d'importance variables.

Ces faits ont été signalés quelques années à peine après la découverte des rayons X en 1895 et du radium en 1898. Malgré les moyens de protection mis en œuvre, ils ont tendance à se multiplier par suite de l'emploi toujours plus fréquent, en médecine et dans l'industrie, des rayonnements.

Les différents Etats d'Europe et d'Amérique, particulièrement industrialisés, ont prévu des *dispositions législatives* permettant d'indemniser les ouvriers, les employés, les ingénieurs, les physiciens, les techniciens, les infirmières et les assistants, qui peuvent être ainsi atteints. Les médecins, auxquels ne s'appliquent pas ces lois, sont, en réalité, les victimes les plus nombreuses des radiations.

Les *lésions* provoquées par les rayons X et par les substances radio-actives sont localisées, soit sur les téguments, soit au niveau des tissus profonds.

Les radio-dermites aiguës et surtout chroniques sont les plus fréquentes et les plus connues. Elles peuvent aboutir à des altérations profondes de la peau et à une évolution cancéreuse.

On peut rapprocher de ces *cancers des radiographes*, les *cancers pulmonaires* constatés chez les ouvriers occupés à l'extraction et à la manipulation des minerais radifères.

Parmi les lésions profondes, il faut surtout signaler les *altérations du sang et des organes hémato-poïétiques*, caractérisées soit par une anémie aplastique du type pernicieux avec leucopénie, soit plus rarement par une leucémie myéloïde.

Les *glandes génitales* sont aussi spécialement sensibles à l'action des rayons et peuvent être stérilisées.

Dans certaines conditions particulières du travail, se produisent les *radio-nécroses osseuses.*

Enfin, des *manifestations générales* dues à une atteinte diffuse des viscères peuvent éclore quelquefois.

Le *diagnostic médico-légal* est basé, dans ces conditions, sur la nature de la profession exercée par le sujet, qui doit avoir été soumis à l'action des rayons X ou des substances radio-actives, et sur les particularités cliniques des lésions ainsi provoquées.

La gravité de ces accidents nécessite, bien entendu, l'application de mesures rigoureuses de *prophylaxie.*

Le *traitement* est avant tout symptomatique.

Enfin, il résulte de ces lésions des *conséquences médico-légales*, qu'il importe de connaître, en vue de l'application des dispositions législatives actuellement en vigueur.

Contribution à l'étude des hépatites et cirrhoses expérimentales et humaines

Par M. Milos NETOUSEK, de Bratislava (Tchécoslovaquie)

La conception pathogénique de la cirrhose est loin d'être complètement élucidée ; s'agit-il d'une hépatose ou bien d'une hépatite ? Est-ce la lésion dégénérative de la cellule hépatique qui constitue l'*élément pathologique primitif, ou est-ce* une lésion des parois capillaires, une inflammation ?

L'école française, avec le Professeur Fiessinger et Noël et Martin, de Lyon, a étudié avec les moyens les plus modernes de la technique histologique, l'architecture de l'élément noble du tissu hépatique, c'est-à-dire de la cellule hépatique ; en suivant l'argumentation et la documentation de Guy Albot, on devient partisan de la théorie omni-tissulaire suivant laquelle une cirrhose doit être considérée comme une intrication des processus parenchymateux et mésenchymateux, la prédominance de la lésion épithéliale ou conjonctive étant tout à fait accidentelle.

Les auteurs allemands, surtout Roessle, se rangent plutôt à la conception mésenchymateuse. La cirrhose *n'est pas une maladie du foie, elle est une maladie* générale du mésenchyme de tout l'organisme. La question, on le voit, est nullement résolue.

L'auteur a poursuivi ses recherches personnelles en partant de l'intoxication par la phénylhydrazine Ses études se poursuivent.

Crises nerveuses. Conceptions classiques nouvelles et leur déduction

Par le Professeur J.-A. BARRÉ, de Strasbourg

Malgré les nombreux travaux des cliniciens de divers pays sur l'importante question des crises nerveuses, la majorité des médecins, que renseignent incomplètement les livres classiques même les plus récents, continuent de croire qu'il n'existe guère que la crise épileptique avec ses diverses formes et la crise hystérique ou pithiatique.

Le Professeur Barré a cru bon d'attirer l'attention

sur la grande utilité qu'il peut y avoir (à une époque justement où le nombre des crises nerveuses semble croître), à les considérer autrement que par le passé. Il montre tout d'abord que, souvent, une crise qui peut avoir les caractères d'un accident épileptique « banal », devient quand on sait et quand on peut l'observer correctement, une crise « spéciale », en rapport avec une cause précise, qu'il est parfois possible de faire disparaître. Il s'attache ensuite à établir que parmi les crises dites hystériques ou pithiatiques, un nombre important ne mérite pas ces qualificatifs, mais bien plutôt celui de « crise sympathique » dont il a donné la description ; l'intérêt de connaître ces crises sympathiques est double puisque le sujet n'est plus considéré comme un hystérique — ce qui disqualifie aujourd'hui celui à qui on applique cette épithète —, et puisque surtout, il est souvent possible de remonter à la cause organique de ce type de crise et de la traiter.

Le Professeur Barré montre ensuite, par toute une série d'exemples, combien sont variées dans leur forme les crises nerveuses, et sous quelle incidence de vue il est bon de se placer si l'on veut reconnaître facilement que la crise qui se déroule ou que l'on vous dépeint, se rapporte à la mise en suractivité des centres préfrontaux, pariétaux, temporaux, des corps striés, etc., etc...

La question des crises nerveuses, après être demeurée à peu près stationnaire pendant de nombreuses années, est arrivée à un stade nouveau de son histoire.

La pathogénèse des bourdonnements d'oreille, en apparence « essentiels »

Par M. D. Van Caneghem, de Bruges

Les bourdonnements d'oreille dits « essentiels » sont ceux qui se produisent en dehors des otopathies. L'auteur attribue leur pathogénèse à des phénomènes circulatoires labyrinthiques.

Il s'agirait généralement d'un dérèglement circulatoire local, dans le sens d'une diminution de la circulation, donc habituellement d'une anémie du labyrinthe.

Etude sur l'allergie vaccinale

Par M. le Professeur P. Gastinel, de Paris

L'auteur résume en cette conférence quelques-unes des recherches qu'il poursuit depuis de nombreuses années sur le problème biologique de l'allergie vaccinale.

Il est amené à considérer l'allergie comme un phénomène de sensibilisation spécifique vis-à-vis des constituants antigéniques du vaccin. L'état d'allergie se superpose à la production de l'immunité, mais en reste indépendant. Celle-ci nécessite, pour se constituer, l'introduction dans l'organisme d'un virus vivant et son contact avec les cellules sensibles.

Ainsi, *immunité* et *sensibilisation allergique apparaissent comme les deux aspects distincts mais non opposables d'un processus histogène.*

Derrière celui-ci, l'auteur se demande s'il ne faut pas prévoir un certain rôle qui serait dévolu au *système neuro-végétatif*, rôle qui permettrait sans doute d'interpréter les expériences de Gratia sur l'hétéro-allergie hémorragique.

Les ictères par obstacle fonctionnel. (Spasme réflexe du sphincter d'Oddi)

Par I. Pavel, de Bucarest

Les éléments nerveux dans la vie des scléroses

Par M. le Docteur Jean Dechaume, de Lyon

Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance

Par le Professeur Raymond Grégoire

Il y a quelques années encore l'explication de l'infarctus intestinal semblait facile. Pour que se produisît cet aspect apoplectique des parois de l'organe, pour que l'arrêt circulatoire pût aller jusqu'à la gangrène, il fallait de toute nécessité que le torrent sanguin fût arrêté par un obstacle mécanique. Sans doute, on discutait encore lequel du torrent artériel ou du torrent veineux était le premier en cause ; mais on ne mettait pas en doute que l'un des deux ou les deux à la fois ne fussent à l'origine des accidents.

Cependant, en accumulant les exemples, on remarqua plus de différence entre eux. On sut que certains infarctus intestinaux pouvaient guérir spontanément et cependant l'aspect de « boudin noir » avait été bien dûment constaté. Comment admettre alors l'obstruction vasculaire qu'on croyait nécessaire ? Comment comprendre que cette obstruction ait pu disparaître en quelques instants ? L'anatomie pathologique montrait aussi qu'on pouvait dans certains cas disséquer tout le système artériel et veineux du mésentère, de son origine à sa terminaison, sans pouvoir découvrir un obstacle d'aucune sorte. Enfin, les examens microscopiques montraient, dans les mêmes cas, que cet aspect si spécial de l'infarctus n'était pas toujours dû à une infiltration diffuse de toutes les tuniques de l'intestin par des globules rouges issus des vaisseaux et que, dans nombre de faits, on trouvait seulement une dilatation avec distension des capillaires.

Dès lors, il fallut bien accepter que l'obstruction des artères et des veines du mésentère ne résumait pas toute la pathogénie de l'infarctus intestinal et qu'un certain nombre d'infarctus restaient « inexpliqués ».

M. Raymond Grégoire qui plusieurs fois a pris la parole sur ce sujet, à l'Académie de chirurgie, a pu réunir une trentaine d'exemples de ces infarctus parfaitement observés et étudiés où l'on a pu constater l'intégrité des vaisseaux.

Ni la théorie infectieuse, ni la présence momentanée d'un obstacle temporaire et disparu ne sont suffisantes pour expliquer les accidents.

Au contraire, il lui a semblé que la ressemblance

des phénomènes cliniques et des lésions anatomiques avec ce qu'on observe au laboratoire dans les accidents anaphylactiques était suffisante pour justifier des recherches parmi les phénomènes d'intolérance.

Mais il fallait tout d'abord obtenir par l'expérimentation des infarctus par choc.

L'expérimentation lui a permis de reproduire les phénomènes cliniques et les lésions anatomiques de l'infarctus intestinal et même aussi d'en obtenir la rétrocession par une médication antichoc. Il paraît donc justifié de dire aujourd'hui que parmi les infarctus appelés il y a quelques mois encore infarctus « inexpliqués », il en existe un certain nombre, tout au moins, qui relèvent d'accidents de choc d'intolérance.

La nature des accidents n'est pas, comme on l'a dit, un spasme des petits vaisseaux, mais bien au contraire un relâchement des capillaires, ou si l'on préfère, l'asystolie de ces capillaires.

Une théorie nouvelle en pathogénie conduit bien souvent à une orientation différente en thérapeutique.

Si les apoplexies hémorragiques viscérales sont la manifestation d'un choc d'intolérance, le médecin ou le chirurgien qui les observe doit se demander d'abord quelle est l'importance et la gravité du choc général de l'organisme ; ensuite, quel est le degré des lésions provoquées sur l'organe atteint.

Le traitement se présente donc avec une *double urgence* : traiter immédiatement les manifestations du choc ; vérifier les altérations de l'intestin touché. La médication générale du choc doit donc être nécessairement associée et concomitante au traitement local de l'intestin. En même temps que l'on pratiquera une laparotomie et que l'on vérifiera le diagnostic d'infarctus, on injectera sous la peau de l'adrénaline.

Si les lésions sont peu prononcées et que sous l'influence des médications antichoc elles s'améliorent sous les yeux de l'opérateur, il est logique de refermer l'abdomen.

Si les lésions sont irrémédiables et la vitalité de l'anse à jamais compromise, la résection s'impose comme une nécessité. Enfin, si l'anse est gravement infarcie sans que la gangrène soit évidente, il serait excessif de réséquer, mais il serait imprudent de rentrer l'anse malade. L'extériorisation devient une ultime ressource.

Toutes ces propositions peuvent convenir à un cas d'infarctus de longueur limitée, mais le bon sens ne peut plus les accepter en cas d'infarctus très étendu. On comprend alors la conduite des chirurgiens qui, devant de telles lésions, ont sans espoir refermé l'abdomen et eurent parfois la surprise de voir leur malade guérir contre toute attente.

P. LACROIX.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Eugène TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté. — **Pédiatrie pratique**. RÉPERTOIRE DE MISES AU POINT. INDICATIONS ET MOYENS THÉRAPEUTIQUES. Un vol. de 248 pages. 24 francs.

Ce livre n'est ni un formulaire, ni un ouvrage didactique. L'auteur y groupe pour la pratique courante 116 études cliniques susceptibles d'apporter au médecin des indications nouvelles concernant presque exclusivement le diagnostic et la thérapeutique.

Il élimine systématiquement certaines notions même très spéciales à l'enfant, qui sont banales et étudiées dans tous les traités de pathologie infantile ; il ne conserve que celles qui se rattachent à des types cliniques peu fréquents, et à des moyens de diagnostic ou de traitement plus rarement employés ou qui firent l'objet de travaux relativement récents.

L'auteur a voulu surtout mettre en évidence certaines catégories d'affections auxquelles l'âge du petit malade peut imprimer diverses particularités, et qui, de ce fait, donnent à la clinique infantile son aspect si spécial.

Ces notes sont classées par ordre alphabétique comme dans un répertoire mais une table analytique groupe celles qui se rattachent à un sujet commun ou au même organe.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Jean VINCHON, ancien chef de clinique psychiatrique. — **Les névroses**. Un vol. de la collection « Les Petits Précis », 1936, 164 pages. Prix : 12 francs.

La question des « névroses » est importante à connaître pour le praticien, surtout dans une époque où les conditions de vie nouvelle modifient continuellement l'équilibre nerveux. L'auteur, après avoir montré les limites relatives des syndromes étudiés sous le nom de « névroses », s'est efforcé de fixer avec autant de précision que possible les différents types de névropathes : hyperémotifs, cyclothymiques légers, psychasthéniques, hystériques. Il a groupé dans un seul chapitre l'étude des causes de toutes les névroses, à cause de l'intrication de ces causes dans la plupart des cas ; il a terminé chaque chapitre et l'ouvrage lui-même par des conclusions pratiques sur la conduite à tenir devant un névropathe. Une étude de ce genre, dans le cadre des « Petits Précis » devait substituer des tableaux cliniques aux schémas, toujours artificiels quand il s'agit de névropathes.

Les Thèses

P. — Dr J. Facquet. — **Sur la vitesse de circulation du sang dans l'organisme.** (Thèse, 1936.)

La vitesse de circulation du sang dans l'organisme peut être mesurée cliniquement par plusieurs méthodes simples et inoffensives.

M. Facquet a étudié principalement trois méthodes :

Méthode à la saccharine,

Méthode à la fluorescéine,

Méthode à l'éther.

La méthode à la décholine a la même signification et donne les mêmes résultats que la méthode à la saccharine.

L'épreuve à la saccharine donne la vitesse du sang entre les veines du pli du coude et les capillaires artériels de la langue. L'épreuve à la fluorescéine mesure le temps que met le sang pour parcourir un circuit vasculaire complet partant d'une veine du pli du coude et revenant à une veine du pli du coude. L'épreuve à l'éther mesure le temps de circulation entre les veines du pli du coude et les capillaires artériels du poumon.

Normalement, le temps de circulation est, chez l'adulte, de 10 à 17 secondes par la méthode à la saccharine, de 15 à 30 secondes par la méthode à la fluorescéine, de 4 à 8 secondes par la méthode à l'éther.

La vitesse de circulation est plus rapide dans la deuxième enfance que chez l'adulte.

Pour l'étude de la vitesse de circulation dans l'insuffisance cardiaque, l'épreuve à la saccharine est la méthode de choix.

L'intérêt pratique de la mesure de la vitesse de la circulation est souligné, spécialement pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque, pour la conduite du traitement de l'insuffisance cardiaque, pour le diagnostic des compressions de la veine cave supérieure, pour celui des insuffisances cardiaques hyperthyroïdiennes et anémiques, et dans les diverses autres éventualités.

P. — Dr R. Persoz. — **L'hygiène des chantiers souterrains.** (Thèse, 1936.)

Les conditions dans lesquelles travaillent les ouvriers de certains grands chantiers de percement de tunnels sont comparables à celles qu'on rencontre dans les mines (poussières, température élevée, gaz d'explosion, humidité, éclairage défectueux), mais dans le cas de construction d'égouts ou de chemin de fer métropolitain, ces conditions sont moins différentes de celles qui existent dans les chantiers de surface (pas de poussière, température peu élevée, pas de gaz d'explosion).

Les entreprises de travaux souterrains appliquent les mesures nécessaires pour assurer une bonne ventilation, la prévention des accidents et le secours aux blessés, et rendent ainsi le travail moins pénible et moins dangereux.

Par contre, le plus généralement, rien n'est prévu pour l'hygiène individuelle lorsque cette négligence ne peut pas entraîner la responsabilité légale de l'employeur.

Il y a lieu de souhaiter que, devançant une loi future, les entreprises de travaux souterrains appliquent d'elles-mêmes les mesures d'hygiène les plus complètes, sans craindre la dépense relativement peu élevée qui en résulterait pour elles, et sans que le caractère provisoire de leurs chantiers leur paraisse une raison de les négliger.

P. — Dr J. Perrier. — **Contribution à l'étude des parotidites chroniques.** (Thèse, 1936.)

Les parotidites chroniques sont des affections relativement rares. Elles sont consécutives soit à certaines intoxications chroniques (plomb, mercure, cuivre, iode, urémie), soit à une affection spécifique (tuberculose, syphilis, actinomycose), soit aux calculs salivaires, soit à la rétention causée par une inflammation chronique du canal de Sténon (que cette inflammation soit primitive, ou qu'elle soit consécutive à l'introduction de corps étrangers).

Ces variétés de parotidite chronique présentent entre elles des signes communs : leur début insidieux ; leur évolution progressive, entrecoupée, à intervalles plus ou moins réguliers, de crises parotidiennes aiguës.

Aussi, devant ce syndrome, on devra systématiquement mettre en œuvre un certain nombre de procédés de diagnostic : cathétérisme du canal de Sténon, radiographie, sialographie, examens cytologiques et bactériologiques des sécrétions glandulaires, examens biologiques spéciaux : B. W., benjoin, biopsie.

Les dernières théories pathogéniques admises actuellement par tous les auteurs, prouvent que, quelle que soit l'étiologie des parotidites chroniques, on se trouve toujours en présence d'une infection à point de départ buccal ou bucco-pharyngé.

Cette donnée essentielle devra donc constamment guider dans la thérapeutique des parotidites chroniques. La notion d'antisepsie buccale, si utile au cours du traitement de l'infection parotidienne s'avère aussi d'une importance capitale, lorsque nous sommes en présence d'un malade chronique offrant un terrain tout préparé pour l'infection des glandes parotides.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

UNE RÉPONSE

Nous recevons la lettre suivante de M. le Docteur W. Arnal en réponse à un article du Docteur R. Massart paru dans le Concours Médical *du* 31 *mai* 1936 :

Docteur Wilfred ARNAL
Ex-interne des hôpitaux de Montpellier
Ancien chef de clinique chirurgicale urologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital d'Annecy
Urologie — Gynécologie

Annecy, le 2 août 1936

Monsieur le Gérant,

L'article du Docteur Massart a été accueilli à Annecy avec un aimable sourire : l'idée de cette véritable maffia médicale et familiale, mettant le département de la Haute-Savoie en coupe et saignée réglées, était une véritable trouvaille et l'idée que bien des touristes vont, ce mois d'août venu, se détourner de nos montagnes en pensant qu'ils pourraient en cas d'accident être transportés dans cet hôpital maléfique, atteint au plus haut comique : je ne m'étonne que d'une chose, c'est que le Docteur Massart n'ait pas pensé à faire signaler les routes comme très dangereuses aux alentours d'Annecy.

Mais je n'ai pas envie de vous écrire sur un ton aussi aimablement plaisantin que celui du Docteur Massart.

Permettez-moi d'abord de vous faire remarquer que votre correspondant manque vraiment par trop de logique ; il ignore le premier mot du conflit d'Annecy (n'écrit-il pas qu'il va y avoir un an que ce conflit dure alors qu'il y a plus de trente mois que nous sommes à Annecy) ; il dit d'ailleurs lui-même qu'il ne sait ni qui sont ni d'où viennent les Docteurs Arnal et qu'il ne les connaît pas ; et toutes ces précautions prises, pour quoi : pour juger, attaquer, et calomnier pendant plusieurs colonnes de votre journal.

Au fond, que nous reproche le Docteur Massart ?

1° d'être trop jeunes : qu'il se rassure : c'est un défaut, si défaut il y a, qui nous a déjà bien passé.

2° de ne pas assurer un bon fonctionnement de l'hôpital : mais que le Docteur Massart vienne donc nous rendre visite et se rendre compte par lui-même avant d'écouter les ragots intéressés : il pourra voir que les opérés y guérissent aussi vite et aussi bien qu'ailleurs ; il pourra voir que les consultants qui n'atteignaient pas, il y a trois ans, la douzaine à la semaine sont à présent chaque jour au nombre de quinze à vingt ; il pourra compulser les statistiques opératoires, lire les fiches, et les observations au nom de tous les malades, qu'ils soient hospitalisés ou seulement consultants ; il interrogera les malades qui lui diront qu'ils voient leur médecin une, deux et trois fois par jour, si c'est nécessaire.

3° de ne pas avoir de spécialistes. Et non il n'y a pas de spécialistes à l'hôpital d'Annecy. Une histoire en passant : nous avons un pavillon de tuberculeux ; à ce pavillon était affecté il y a trente mois encore un prétendu éminent spécialiste des voies respiratoires : nombre de phrénicectomies effectuées par ledit spécialiste : zéro ; nombre de créations de pneumothorax : zéro. Depuis deux ans et demi il n'y a plus de spécialistes ; il y a tout simplement un chirurgien général qui connaît aussi sa pathologie pulmonaire, qui sait faire une phrénicectomie sans abimer un cou et qui sait aussi créer un pneumothorax.

D'ailleurs, je suis bien d'accord avec le Docteur Massart : il nous manque des spécialistes. Je vais lui apprendre quelque chose : il nous manque aussi des médecins car depuis notre arrivée le nombre des journées d'hospitalisés a augmenté dans des proportions telles que nous ne pouvons plus suffire à la tâche.

Comme nous n'étions pas venus à Annecy en ennemis et que nous pensions qu'il y avait de la place pour tout le monde, nous aurions aimé nous entendre avec les médecins d'Annecy : le syndicat ne l'a pas voulu ; récemment encore un médecin oto-rhino-laryngologiste avait posé sa candidature : le syndicat lui a intimé l'ordre d'avoir à la retirer d'urgence.

Alors, dans Annecy, déjà saturé, vont venir encore un ou deux médecins, un oto-rhino-laryngologiste, un ophtalmologiste qui entreront à l'hôpital ; la vie des médecins deviendra encore un peu plus difficile, leur situation diminuera encore un peu ; ce ne seront pas nous les responsables, M. Massart : ce seront les mauvais bergers du syndicat qui auront conduit les méde-

cins d'Annecy, qui les auront trompés et se seront butés dans leur erreur.

Je vous prie, M. le Gérant, d'excuser le ton souvent badin de cette lettre : je ne souffre encore ni de l'estomac, ni du foie : il me reste encore un peu de ce vieil esprit d'internat et la farce ne me déplait pas. Bref, je suis optimiste.

Je connais depuis longtemps le *Concours Médical* et l'apprécie ; je sais qu'il m'est inutile de faire même appel à votre courtoisie pour l'insertion de cette lettre et vous prie d'accepter, M. le Gérant, l'assurance de mes très respectueux sentiments.

Dr Arnal
Ancien interne et chef de clinique
à la Faculté de médecine de Montpellier

LES VILLES D'EAUX A LA MODE AU GRAND SIÈCLE

La mode a régné en hydrologie comme en toutes choses. Même au XVIIe siècle, certaines stations thermales étaient très fréquentées tandis que d'autres étaient dédaignées ou le devinrent. C'est ce que nous démontre le nouveau livre posthume de Cabanès : *Villes d'eaux à la mode au grand siècle.* Rappelons à ce sujet que Mme Bl. Cabanès continue chaque année de réunir, avec un soin pieux et un souci de ne rien y modifier, les articles épars qu'avait publiés çà et là son mari avec l'intention bien arrêtée de les grouper plus tard en volume.

L'accomplissement de cette tâche, tout en répondant au désir de notre regretté ami, nous permet de continuer à apprécier comme ils le méritent le talent et le souci de documentation exacte du Maître de l'histoire éclairée par la clinique.

Pendant la première partie du siècle de Louis XIV, Pougues continua à jouir de la vogue acquise au cours du XVIe siècle. Louis de Gonzaque, duc de Nevers, Henri II, Catherine de Médicis, Henri III auraient contribué au succès de la station. Le maréchal de Bouillon, père de Turenne, Henriette de Clèves, même Henri IV et Marie de Médicis, le connétable de Montmorency, le cardinal de Retz, le duc de la Vallière, Monsieur, frère du roi, continuèrent d'assurer la réputation de ces eaux qu'avaient vantées les médecins Jean Pidoux et La Framboisière. On s'y baignait, on en buvait ; elles étaient même administrées en douches. On les importait même à Nevers mais elles perdaient en partie leurs qualités par le transport.

Forges-les-Eaux, qui avait joui d'une certaine vogue avec le médecin Le Paulmier sous Charles IX et Henri III et avait été abandonnée, revint à la mode. Le duc de Longueville, la princesse de Condé, Louis XIII lui-même sur les conseils de Jacques Cousinot, son médecin ordinaire et de Bouvard, son premier médecin, furent faire des cures à Forges. La valeur thérapeutique des eaux de Forges donna lieu à un conflit à la Faculté de médecine de Paris, dont Bouvard, l'archiâtre, sortit vainqueur, Anne d'Autriche se rendit à Forges pour combattre sa stérilité. Le duc d'Enghien qui devint le Grand Condé, le poète François Sarasin, la Grande Mademoiselle, Mme de Longueville, Louvois, la comtesse de Gramont firent des saisons à Forges dont les eaux exportées étaient vendues à Versailles et à Paris.

Gaston d'Orléans, Condé, la Feuillade, le maréchal de la Meilleraye, la duchesse de Lesdiguières, Corneille, nombre de notabilités de l'aristocratie, le burlesque Scarron firent la réputation de Bourbon l'Archambault dont le médecin Charles Delorme soigna la publicité. Mme de Montespan et sa sœur l'Abbesse de Rochechouart portèrent à son comble la vogue de Bourbon que fréquenta La Bruyère. Boileau y vint pour soigner une laryngite avec aphonie ; il revint avec son extinction de voix non améliorée qui passa tout à coup à Paris.

Mme de Sévigné qui fut à Bourbon, donna ses préférences à Vichy bien que ses médecins lui aient conseillé une cure au Mont-Dore. Cédant aux instances du Docteur Amiot, de Gien, et du Docteur Alliot, de Paris, elle fut à Bourbon-l'Archambault, mais elle y fit venir de l'eau de Vichy qu'elle but régulièrement. Ce fut en 1687 la dernière saison de la marquise dont le nom est resté attaché à Vichy. A cette époque les médecins n'étaient pas très fixés sur les indications thérapeutiques des eaux. Néanmoins Bourbon-l'Archambault paraissait plus indiquée que Vichy pour soigner les rhumatismes de Mme de Sévigné mais elle se trouva bien du traitement qui eut aussi raison de ses vapeurs et elle persista à préférer Vichy. Tels furent les stations hydrominérales à la mode au XVIIe siècle et les personnages qui contribuèrent à leur vogue. Cabanès émaille cette énumération de maintes anecdotes piquantes qui augmentent l'intérêt de l'ouvrage.

J. Noir.

(1) Dr Cabanès. — Mœurs intimes du passé, 12e série. Albin Michel, édit., 1936.

TOUJOURS LES CERTIFICATS DE DÉCÈS

Leur rédaction — Leur prix

On fait beaucoup trop de lois en France : d'où l'excuse de ne pas les connaître, ou de ne pas les respecter. Cependant, lorsqu'il s'agit de dispositions inscrites dans notre Code civil et de pratique courante, il est inadmissible que les maires, les préfets et même les ministres puissent être excusables de ne pas en faire respecter une stricte observance.

Nombreux sont nos confrères qui demandent au « Sou Médical » quelle doit être leur conduite, lorsqu'ils sont invités, comme médecins traitants, à mentionner le diagnostic de la maladie et la cause de la mort sur un certificat de décès destiné à la mairie. Ils ne savent pas non plus à qui faire payer cette certification. Doivent-ils s'adresser à la famille, qui soutient que c'est la mairie qui réclame cette pièce et doit en supporter les frais ? Est-ce à la mairie, qui tente de mettre cette dépense à la charge des familles ?

Ce conflit restera à l'état aigu, tant que les Syndicats médicaux n'auront pas fait trancher la question une bonne fois pour toutes, soit par voie administrative, soit par voie judiciaire.

En attendant, nous devons, par la publication de certaines de nos réponses, apporter la preuve répétée que ce problème de pratique courante est un de ceux qui retiennent l'attention de nos confrères praticiens, ainsi que le prouve la lettre suivante, reçue d'un médecin, habitant une province recouvrée.

J'ai lu avec le plus grand intérêt vos articles au sujet des honoraires des certificats de décès, parus dans le *Concours*. Et cependant je ne sais encore pas à quoi m'en tenir parce que je pratique en Alsace-Lorraine, département où grâce à notre bonne Administration nous avons le système de lois le plus incohérent qu'on puisse rêver.

A la Faculté française de Strasbourg où j'ai fait mes études, nous avons appris les lois en vigueur en France, notre pays, ce qui après tout est normal. Une fois installé en Moselle, je me suis rendu compte que l'enseignement reçu au point de vue médecine légale ne s'appliquait presque jamais.

Au point de vue certificats de décès les médecins ont l'habitude de remplir le formulaire de l'Office de statistiques dont je vous remets ci-inclus un spécimen. Ce certificat est remis par la famille aux maires qui le transmettent et s'en servent pour être sûrs du décès.

Pour le remplir nous ne voyons presque jamais le défunt. Si c'est un malade de Caisse — régime local évidemment — celle-ci refuserait de le payer et la famille également. Si c'est un privé, la famille de celui-ci ne comprendrait pas que nous fassions un déplacement onéreux — souvent plus de 20 kilomètres — pour remplir un formulaire administratif.

Mais en agissant ainsi, nous commettons : 1) un faux, puisque que certifions quelque chose que nous n'avons pas vu ; 2) une violation du secret professionnel vu que ce certificat passe par les mains du maire.

Je ne sais plus quoi faire et je me permets de venir vous demander votre avis autorisé.

OFFICE DE STATISTIQUE D'ALSACE ET DE LORRAINE

Certificat de décès

Je soussigné, Dr en médecine, certifie que le (la) nommé (e)
nom ....
né (e) le .... 1 ....
domicilié (e) à ....
est décédé (e) le .... 19 ....
Maladie ou accident ayant causé le décès :
....

Au cas où le décédé aurait eu plusieurs maladies on devra inscrire non seulement la première maladie déclarée, mais encore les maladies survenues ultérieurement.

Fait à ...., le .... 19 .....

Signature

***

Cette incohérence administrative existe aussi bien dans la France de l'intérieur que dans les provinces recouvrées.

En effet les grands dirigeants de notre Administration française « que l'Europe nous envie », ignorent certains articles essentiels de nos Codes et de nos lois.

Notre tâche est extrêmement ingrate et difficile lorsqu'il s'agit pour nous de certifier un décès.

Si le praticien se déplace pour se rendre à domicile constater l'état de mort et la cause de celle-ci, il risque de faire une visite absolument gratuite. Ce n'est pas en effet à la famille à faire les frais de cette constatation, mais à la mairie.

L'article 77 du Code civil oblige l'officier de l'Etat civil à se transporter en personne près du défunt pour constater l'état de mort avant de délivrer le permis d'inhumer. Cet officier de l'Etat

civil a la faculté de commettre un médecin à ses lieu et place si cette besogne macabre lui répugne. Ce médecin est dit « médecin de l'Etat civil » et sera rétribué à la vacation ou à forfait sur le budget municipal.

En second lieu, le médecin traitant est lié par les obligations du secret professionnel. Que ce soit dans la France de l'intérieur ou dans les provinces recouvrées, l'article 378 du Code pénal empêche le médecin traitant de divulguer à qui que ce soit, même à un médecin administratif, ce qui peut concerner les malades dont il a été le confident nécessaire.

Il en résulte que le médecin de l'Etat civil ne peut pas être le médecin traitant et c'est pour cela qu'à Paris par exemple, on confie cette mission à des médecins âgés, qui ne font plus ou presque plus de clientèle, ce qui constitue pour eux une quasi-retraite.

Je crois que le Syndicat pourrait se saisir de la question et, bien entendu, je suis à la disposition de ce groupe corporatif. D'accord avec la Confédération, on pourrait, faire une action, soit au ministère de la Santé publique, soit à la Préfecture de la Moselle, pour que nos grandes administrations, éclairées une bonne fois sur les textes légaux qui nous régissent, puissent mettre fin à cette incohérence.

Ce n'est pas parce qu'on a besoin de statistiques qu'il faut contraindre les médecins à violer l'article 378 du Code pénal et permettre aux maires à se désintéresser des obligations que leur créent les articles 77 et 81 du Code civil.

Dr Paul BOUDIN.

UNE SAGE-FEMME DOCTEUR D'UNIVERSITÉ PEUT-ELLE S'INTITULER DOCTEUR X SAGE-FEMME

Question. — Une étrangère ayant un diplôme français « enregistré » de sage-femme et un diplôme de docteur de l'Université, a-t-elle le droit d'inscrire sur sa plaque : Docteur de l'Université, ou, simplement, *sage-femme ?*

Réponse. — Théoriquement et en principe, le titulaire d'un diplôme de doctorat a le droit de s'intituler « Docteur ». Tel est le cas pour un docteur en droit, en philosophie, ès sciences, ès lettres, etc... Mais en pratique, et surtout en France, le titre de « Docteur » joint au nom patronymique veut dire « Docteur en médecine ». Celui qui s'intitule Docteur X.., veut dire Docteur en médecine. Dans le langage courant, on va chez le Docteur, on s'est fait examiner par le Docteur, le Docteur vous a ordonné telles prescriptions, etc., toujours sous-entendu : Docteur en médecine.

Or, dans le cas particulier, une sage-femme titulaire du diplôme de Docteur en médecine d'Université, peut-elle s'intituler : Madame le Docteur X.., sage-femme ?

Théoriquement : Peut-être, car on peut soutenir que seul le grade de Docteur d'Etat permet à son titulaire de se faire appeler « Docteur ». Le grade est conféré par le ministre de l'Education nationale. Tandis que le diplôme de Docteur d'Université n'est délivré que par une Faculté, sans que le ministre intervienne. Pratiquement, non. En effet, bien qu'elle soit Docteur en médecine, elle va laisser croire au public qu'elle a le droit légal d'exercer l'art de guérir dans sa totalité puisqu'elle excipe du grade de Docteur en médecine. Mais le titre de Docteur d'Université n'est qu'un titre d'ordre essentiellement scientifique, et ne confère, sous aucun prétexte, le droit d'exercer la médecine en France.

Je craindrais donc que la sage-femme qui mettrait sur sa plaque : Madame X..., docteur en médecine d'Université, sage-femme, puisse être l'objet de poursuites intentées par le Syndicat médical du lieu pour concurrence déloyale.

En effet, son grade de sage-femme ne lui donne que la possibilité de pratiquer l'art des accouchements. En aucune manière et selon les termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, la sage-femme ne peut prendre part au traitement des maladies. C'est ainsi que (*Concours Médical*, 1924, page 168) le Tribunal correctionnel de Bernay a condamné une sage-femme à faire disparaître de la plaque apposée à sa porte d'entrée la mention : « Maladie des Dames ». S'inspirant de ce jugement correctionnel, le Syndicat médical pourrait demander au Tribunal de forcer la sage-femme à faire disparaître la mention : « Docteur en médecine d'Université », ladite mention pouvant laisser croire au public que la sage-femme est légalement qualifiée pour traiter toutes les maladies, comme peut le faire un Docteur en médecine d'Etat, français ou naturalisé français.

Paul BOUDIN.

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DES PNEUMOCONIOSES

Les poussières et leur nocivité

Par André FEIL

L'air que nous respirons renferme, d'une façon constante, des poussières. On en trouve à la campagne et même dans les lieux où l'air semble le plus pur, au sommet des montagnes ou au milieu des océans. Voici à titre documentaire le nombre de particules poussiéreuses recueillies :

Sommet du Righi : 210 à 2.000 particules par centimètre cube.

Océan Pacifique : 230 à 2.135 particules par centimètre cube.

Océan Atlantique : 2.000 à 4.000 particules par centimètre cube.

Dans les villes, la proportion des poussières est naturellement beaucoup plus forte, d'autant plus qu'on se rapproche du sol. Des examens faits aux divers étages d'un Building de New-York en donnent une démonstration saisissante :

Au 57e étage, l'air contient 27.000 particules par pied cube ; Au 30e étage : 70.000 ; Au 10e étage ; 85.000 ; Au 1er étage la proportion s'élève à 221.000 particules par pied cube.

A New-York, dans une rue, E. Free a trouvé au voisinage du sol, en mai 1929 : 910.000 particules par pied cube (soit environ 24 millions par mètre cube). Au Central Park de la même ville (janvier 1930), on a calculé que 100 mètres cubes d'air renfermaient 1.375 grammes de poussières.

A Paris, les chiffres obtenus sont également très élevés : sur la terrasse du Palais-Royal, D'Arsonval et Bordas ont recueilli au mois de février 1926 : 12 gr. 87 de poussières par mètre carré.

Dans les communes suburbaines, où sont rassemblées de nombreuses usines, les chiffres sont plus considérables encore : à Vitry, les mêmes auteurs ont recueilli 1 kg. 592 de poussières par mètre carré.

Armand Gautier et Gréhant ont calculé en 1901 qu'un poids de 160.000 kilog. de poussières et de charbon se dépose annuellement dans les rues de Paris, sur les toits et sur les murs des maisons. Il est permis de penser que, depuis cette date, ces chiffres ont augmenté dans des proportions considérables.

Les poussières des villes sont de composition variable. Elles renferment des particules de goudron et de suie provenant des fumées, des matières minérales très fines, riches en calcaires et en silice résultant de l'usure du sol et de la façade des maisons, des poussières organiques qui viennent des déchets répandus dans les habitations et dans les rues. Ainsi s'explique que le poumon de l'habitant des villes renferme des poussières de charbon, de silice. D'Arsonval et Bordas ont évalué à 90 grammes (minerai : 60 gr. ; suie : 15 gr. 5 ; acide silicique : 16 gr.) le dépôt moyen de poussières que fixent, chaque année, les poumons d'un Parisien.

Les poussières urbaines que nous absorbons constamment, dont quelques-unes pénètrent et se fixent dans le poumon, arrivent à déterminer un « empoussiérage pulmonaire » modéré, généralement bien toléré par le poumon. C'est ce qu'on appelle l'anthracose physiologique par opposition aux anthracoses et pneumoconioses professionnelles des ouvriers qui inhalent des poussières dans l'industrie.

Dans de très nombreuses professions dites professions à poussières, l'air que respirent les ouvriers est particulièrement chargé en particules poussiéreuses. Voici, à titre d'exemple, d'après Hesse la quantité de poussières recueillies dans certains ateliers (en milligr. par mètre cube) :

Atelier de sculpture (à moitié en plein air)	8,7
Papeterie	22,9 à 24,9
Meunerie	47
Fonderie de fer (atelier de nettoyage)	71,7
Fabrique de soulier de feutre	175

Voici, d'après le même auteur, quelques chiffres qui indiquent le poids de poussières absorbées par un ouvrier travaillant dix heures par jour :

Professions :	Poids des poussières en grammes par jour	par an
Crin (filature de)	0,05	15
Scierie	0,09	27
Coton (atelier de machines à découper le)	0,10	30
Meunerie	0,125	37,5
Fer (fonderie)	0,14	42
Tabac (fabrique de)	0,36	108
Ciment (fabrique de)	1,12	336

Si au lieu d'envisager le poids des poussières on considère le nombre des particules, les différences sont encore plus considérables. Voici par exemple l'industrie du tabac, la moyenne des particules serait de 3.658.000 par mètre cube ; ce chiffre est faible si on le compare à celui de 5.675.340.000 particules de poussières

qui se dégagent dans certaines usines de polissage. Plus les poussières sont fines, plus grand est leur nombre. Or, les particules de tabac sont, en général, beaucoup plus volumineuses que les particules de silice qui se dégagent des meules en grès employées pour le polissage.

***

Action nocive des poussières pour les poumons

On peut dire que toutes les poussières qui se trouvent dans l'atmosphère présentent des inconvénients pour l'homme puisqu'elles contribuent à rendre moins pur l'air respiré.

Pour certaines poussières, il s'agit d'un trouble passager, simple gêne mécanique qui disparaît lorsque la particule de poussière est éliminée ; pour d'autres l'action est spécifiquement nocive pour les cellules du poumon. Ce ne sont pas forcément les poussières caustiques ou irritantes qui sont les plus dangereuses. La causticité d'une poussière peut avoir pour effet de provoquer des réactions énergiques de défense, des exsudations de mucosités qui en facilitent le rejet hors des voies respiratoires.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que le degré de nocivité des poussières varie avec leur nature, leur action physico-chimique, leurs dimensions, leur taux de concentration dans l'atmosphère.

Nature des poussières. — La nature des poussières joue certainement, au point de vue de la nocivité, un rôle essentiel. Il n'est pas douteux, par exemple, que la fine poussière de fumée est moins nocive que celle de silice ou d'amiante.

On peut, d'après leur origine, diviser les poussières en poussières organiques (animales ou végétale), est inorganiques (minérales).

Les *poussières organiques* (farine, bois, laine, coton) sont relativement peu dangereuses. Elles se divisent difficilement en fines particules, flottent en général moins longtemps que les poussières minérales et par conséquent risquent moins de pénétrer dans le poumon. Elles sont souvent irritantes pour les muqueuses, et l'ouvrier averti du danger s'en préserve en prenant les précautions nécessaires.

Les poussières de charbon appartiennent, par leur origine, aux poussières végétales, mais par leurs caractères physiques, elles rejoignent les poussières minérales. Ce sont des poussières de transition.

Les *poussières inorganiques* (ciment, quartz, silice, séricite, amiante, fer) sont plus dures et généralement plus fines que les poussières organiques. Quelques-unes ont des propriétés chimio-toxiques qui commandent leur action.

A ce groupe appartiennent les poussières qui déterminent les vraies pneumoconioses sclérosantes : la séricite, l'amiante, et surtout la silice dont l'action est considérée, par nombre d'auteurs, comme essentielle.

Action physico-chimique des poussières. *Solubilité.* — L'action nocive d'une poussière est augmentée par sa solubilité ; ceci se conçoit puisqu'une poussière soluble met en liberté, dans les cellules et les tissus, les produits toxiques qu'elle renferme.

Notons toutefois qu'une poussière ne doit pas être trop soluble ; pour pénétrer et séjourner dans le parenchyme pulmonaire, elle doit pouvoir résister à l'action destructive des tissus organiques et de leurs sucs, c'est pourquoi beaucoup de poussières très solubles dans les humeurs (os, plâtre, oxyde de fer, etc.) sont relativement peu nocives.

Pour une même poussière, le degré de solubilité varie avec les dimensions. Une poussière divisée en de multiples particules est plus soluble, puisqu'elle représente, à poids égal, une plus grande surface.

Pouvoir absorbant. — Certaines poussières absorbent l'eau, elles sont dites hydrophiles ; d'autres ont une affinité spéciale pour diverses substances, par exemple pour les graisses, les huiles grasses. Lorsque la poussière se trouve dans l'organisme, spécialement dans le poumon, ce pouvoir absorbant n'est pas sans produire quelque dommage sur les cellules ; on peut même prévoir que dans certaines circonstances une hydrophilie excessive des poussières peut aboutir à une nécrose locale.

Charge électrique. — Les particules de poussières, même les plus fines, portent des charges électriques et sont entourées d'une minuscule atmosphère de gaz condensé qui y adhère. La charge électrique dépend de la nature chimique des poussières, elle est de pôle négatif ou positif selon que la poussière a une tendance basique ou acide.

Il est certain que charge électrique et atmosphère gazeuse jouent un rôle non négligeable dans la pathogénie des pneucomonioses. La charge électrique intervient pour maintenir les poussières en suspension ; l'atmosphère gazeuse peut servir de véhicule à des substances gazeuses ou liquides, irritantes et toxiques, susceptibles de produire dans les tissus des troubles variés : nécrose, inflammation, actions chimiotactiques, phénomènes allergiques, etc...

A la charge électrique des poussières se rattache l'importante question des explosions. C'est parce qu'elles sont électrisées que les poussières industrielles sont susceptibles de produire comme les gaz — dans certaines circonstances exceptionnelles — des explosions spontanées. Les poussières les plus explosives sont le charbon, le coton, le sucre, le liège, la farine, l'amidon, le bois, l'aluminium, le celluloïd, le soufre, le

magnésium, etc... De nombreux facteurs influent sur l'explosion des poussières ; certains la favorisent, ainsi la température, la pression ; d'autres l'empêchent : la ventilation, la présence de poussières inertes, etc...

Forme et consistance des poussières. — La dureté d'une poussière n'a sans doute qu'une faible importance lorsqu'il s'agit de très fines poussières de 2 à 3 μ ; il n'en est pas de même de la forme. Une poussière ronde, particule de suie par exemple, sera moins traumatisante pour les cellules et plus facilement emportée vers les voies lymphatiques qu'une particule de forme irrégulière, à angles aigus, comme la silice ou la séricite.

Dimensions des poussières. — La nocivité des poussières est commandée en grande partie par leurs dimensions ; seules, en effet, les très fines particules peuvent pénétrer dans les dernières ramifications bronchiques et se fixer dans le poumon. Voici quelques chiffres :

Pour Watkins-Pitchford et Moir, pour W. Giese, la majorité des particules fixées dans le poumon oscille de 1 μ à 12 μ ;

Pour Mac Cree : 70 p. 100 des particules ont 1 μ et au-dessous ;

Pour Policard : 50 p. 100 des particules ont moins de 1 μ ; 9 p. 100 des particules ont une taille supérieure à 2 μ.

Ce sont donc principalement des poussières d'une taille inférieure à 2 μ que l'on retrouve dans le parenchyme pulmonaire.

On peut, d'après leurs dimensions et leur nocivité, diviser les poussières en trois catégories :

a) Les très petites particules, inférieures à 0 μ 5, sont considérées par de nombreux experts comme peu dangereuses ; c'est en particulier l'avis de Badham. Cette opinion n'est pas partagée unanimement, et quelques auteurs font même intervenir l'action de particules ultramicroscopiques, de forme presque colloïdale, susceptibles d'altérer les cellules qui les phagocytent.

b) Les grains qui dépassent 10 μ sont relativement peu nocifs ; leurs dimensions leur interdisent de pénétrer dans les alvéoles ; ils se déposent sur les parois des bronches et des bronchioles, ou sont arrêtés par les cils vibratiles et rejetés avec les crachats. Ils ne sont pourtant pas inoffensifs, car ils irritent la muqueuse, affaiblissent les moyens de défense (cils vibratiles, etc.) et favorisent par cela même la pénétration des fines poussières.

c) Les poussières comprises entre 0 μ 5 et 5 μ sont les plus dangereuses et cela pour diverses raisons : étant extrêmement petites, elles restent longtemps en suspension dans l'air de l'atelier, ce qui favorise leur inhalation par le travailleur ; elles peuvent pénétrer profondément dans les voies bronchiques, et, fait très important au point de vue de l'action chimiotoxique (solubilité, pouvoir absorbant, charge électrique), leur surface totale, pour un même poids de matière, est beaucoup plus grande que celle des grosses particules.

Les très petites particules présentent un autre inconvénient, elles sont très peu irritantes pour les voies lymphatiques, elles n'amènent aucune réaction immédiate ou réflexe qui puisse avertir du danger.

Concentration des poussières. — Plus les poussières sont abondantes dans l'atmosphère, plus elles sont dangereuses ; ceci se conçoit : les poussières inhalées en faible quantité sont facilement arrêtées par les moyens de défense des premières voies respiratoires ; plus abondantes, elles sont capables de rompre le barrage qui s'oppose à leur pénétration ; cela d'autant mieux que les muqueuses, longtemps irritées par le contact des poussières n'opposent plus une défense efficace. Les statistiques s'accordent sur ce point : pour une même profession il y a, en général, rapport étroit entre la morbidité moyenne et le taux des poussières en suspension dans l'air.

Il serait très utile, au point de vue de la prophylaxie des maladies à poussières, de pouvoir fixer le taux de concentration au-dessous duquel les poussières sont respirées sans danger. Ce taux ne peut être déterminé qu'approximativement ; il varie avec les défenses individuelles de chacun ; il est influencé surtout par le degré de nocivité des poussières. La teneur en silice, peut-être aussi en séricite et en silicate, paraît avoir une importance considérable.

Suivant Winslow et Greenburg (1), la quantité de poussières ne devrait pas dépasser par mètre cube :

en poids : un milligramme.
en nombre : 7.100.000 particules.

Cependant le taux est plus élevé dans la plupart des industries à poussières ; aussi les médecins experts de l'Afrique du sud sont-ils plus tolérants, ils admettent comme maximum 5 milligrammes ou 300 millions de poussières par mètre cube d'air.

Les lois et les règlements français ne fixent pas de taux limite à la concentration des poussières dans l'industrie ; ils prescrivent simplement qu'elles doivent être éloignées dans la mesure du possible.

(1) Winslow et Greenburg. — A study of the dust hazard in the Wet and dry Grinding shops of an asc factory. *Public Health Reports*, Washington, 1920 XXXV, 2.393.

***

Les poussières sont la cause essentielle, déterminante des pneumoconioses ; mais cette action ne suffit pas. Il faut que s'ajoutent d'autres causes, sinon comment expliquer que dans une même profession tous les travailleurs pareillement exposés, soumis à la même hygiène ,ne deviennent pas pneumoconiotiques ; que certains supportent vingt à trente ans le même travail au rocher que d'autres sont obligés d'abandonner après quelques années.

Il y a des causes prédisposantes, mais il existe aussi une particulière sensibilité de certains sujets à telle ou telle poussière, comme il en est qui résistent moins bien à certaines maladies, à certaines intoxications, par exemple l'alcool, le tabac, la morphine.

Faut-il parler de prédisposition individuelle ? faut-il admettre la tendance de certains à faire du tissu scléreux ? faut-il évoquer des phénomènes d'anaphylaxie, comme le laisserait supposer l'action chimio-toxique de quelques poussières ? Sans nier ce rôle possible de l'anaphylaxie dont on a quelque peu abusé, nous pensons qu'intervient davantage la constitution individuelle de chacun ; par là nous englobons toutes les réactions défensives du poumon et des voies respiratoires : type respiratoire, réflexes de défense du poumon, état des voies nasopharyngiennes, etc., et même, comme le croit Mavrogordato, une fragilité particulière du système réticulo-endothélial.

D'autres facteurs, parmi lesquels les facteurs infectieux, interviennent certainement comme cause prédisposante ou occasionnelle de la sclérose pneumoconiotique ; parmi ces facteurs l'imprégnation tuberculeuse et les affections pulmonaires antérieures jouent le rôle prépondérant.

L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS N'EST PLUS UNE MALADIE A DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Par le Docteur Etienne GINESTOUS

Ophtalmologiste de l'Hôpital suburbain de Bordeaux

Un décret paru au *Journal Officiel* du 30 mai 1936, vient de modifier — pour entrer en application au 1er janvier 1937, — la liste des maladies contagieuses soumises à la déclaration.

Il a été fait addition de la spirochétose ictéro-hémorragique à cause de sa transmission par les eaux souillées. Par contre, une suppression a été opérée : celle de l'ophtalmie des nouveau-nés. C'est de cette dernière dont nous voulons nous occuper.

***

L'ophtalmie des nouveau-nés avait été inscrite par arrêté ministériel du 23 novembre 1893 sur la liste des maladies épidémiques dont la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine avait rendu la déclaration obligatoire. La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique par son article 5, confirma cette obligation pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme. Aux termes de l'article 4 de la même loi le Comité consultatif d'hygiène publique de France et l'Académie de médecine furent appelés à proposer au ministre la liste des maladies épidémiques dont ils croyaient utile la déclaration. Sur rapport de M. Thoinot, le Comité consultatif d'hygiène comprit sous le No 13 de ses propositions l'ophtalmie des nouveau-nés. L'Académie de médecine, après rapport de M. Albert Josias aboutit à la même désignation. Cependant, il n'est pas sans intérêt de rappeler que le rapport de M. Josias donna lieu devant cette haute assemblée, de la part de MM. Chauvel et Pinard, à des observations d'ordre ophtalmologique portant davantage en vérité sur le secret de l'accouchement que sur la nature même et l'utilité de la déclaration de la maladie. Cette discussion eut pour résultat de réunir sous le même no 12 de la nomenclature deux affections cependant bien différentes par leurs caractères et leur étiologie « les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ».

Dès sa mise en application, la déclaration de l'ophtalmie des nouveau-nés souleva des critiques aussi bien de la part des spécialistes de l'obstétrique que de ceux de l'ophtalmologie. Bourgeois (de Reims) (1) écrivait : « Qui est-ce qui fera la déclaration ? Sera-ce l'ophtalmologiste ? On peut répondre : jamais ; car l'ophtalmie des nouveau-nés est toujours en pleine évolution quand il est consulté. Sera-ce la sage-femme ? C'est elle qui, le plus souvent assiste au début de la maladie... » Morax également formula ainsi son opinion : « ... Cette déclaration peut paraître utile pour deux raisons : d'abord parce qu'elle permettra de se renseigner

(1) BOURGEOIS (de Reims). — Les maladies des yeux dans la loi du 15 février 1902. *Ann. d'oculistique* 903, t. I, p. 449.

sur la fréquence d'une affection qui (en ce qui concerne au moins l'ophtalmie blennorrhagique) rentre dans les maladies évitables ; en second lieu parce que les sages-femmes qui le plus souvent feront la déclaration, perdront peut-être l'habitude de considérer l'ophtalmie comme une affection insignifiante ne nécessitant que quelques lavages... ». Ces observations étaient sages ; mais, en fait, il arriva ce que Bourgeois et Morax avaient prévu : comme pour toutes les maladies épidémiques, mais certainement davantage pour l'ophtalmie que pour toutes les autres affections, le corps médical se dégagea de l'obligation en s'abstenant le plus souvent d'envoyer les déclarations. A ce sujet nous avons procédé en 1908 à une enquête dont nous avons publié les résultats démonstratifs (1). De 1895 à 1908 le nombre de déclarations variait de 6 à 2 par année alors qu'il était absolument avéré ne serait-ce que par les cas traités à l'hôpital des Enfants de Bordeaux que la maladie était beaucoup plus fréquente et faisait même un très grand nombre de victimes. Le fait d'ailleurs n'était pas spécial à la Gironde et à Bordeaux ; car les statistiques qui nous furent communiquées par la Préfecture de Police service des épidémies pour Paris et sa banlieue, par les bureaux d'hygiène de Lyon, Lille, Rouen et autres grandes villes de France furent aussi significatives.

***

Le nouveau décret du 20 mai 1936 en supprimant l'ophtalmie des nouveau-nés de la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire a donc simplement consacré une situation de fait. Nous trouvons dans le rapport de M. le Professeur Tanon à l'Académie de médecine (2) les raisons qui ont motivé cette suppression : « l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, annexée jusqu'ici à l'infection puerpérale est devenu extrêmement rare et relève plutôt de la prophylaxie de la blennorragie dont elle est la conséquence... » Que l'ophtalmie des nouveau-nés soit moin fréquente qu'il y a quelque trente ans, c'est là une affirmation que nous ne saurions contester. Tous les ophtalmologistes en observent un moins grand nombre que dans le passé ; mais on ne saurait cependant aller jusqu'à dire que l'affection n'existe plus et que ses *conséquences, le plus souvent à cause d'une thé*rapeutique trop tardive, n'ont rien perdu de leur gravité. La France comptait au recensement de de 1926, 32.920 aveugles, 17.309 soit 52,6 % du sexe masculin et 19.611 du sexe féminin soit 47,4 %. Nous ne connaissons pas encore les résultats du recensement de 1936 ; il est cependant permis de penser qu'en ce qui concerne les aveugles, les statistiques demeurent sensiblement les mêmes. Sur 100.000 habitants, 82 sont atteints de cécité. Nous devons, il est vrai, déduire de ces chiffres 3.500 aveugles victimes de la guerre. Cette déduction opérée, la recherche des causes de la cécité démontre qu'un fort pourcentage est attribuable aux affections de la première enfance — 20 % d'après les statistiques de Trousseau (1) — et que parmi celles-ci l'ophtalmie purulente tient une des premières places : 9 % pour les cécités monoculaires ; 20 % pour les cécités binoculaires. La question est donc de savoir si la déclaration de l'ophtalmie pouvait contribuer à la lutte contre le développement et les conséquences redoutables de cette affection.

En application de l'article 7 de la loi du 15 février 1902 la désinfection est le corollaire obligatoire de la déclaration de toute maladie inscrite sur la liste, quelle que soit sa nature et son origine. L'ophtalmie des nouveau-nés n'échappait pas à cette nécessité administrative et certainement ce fut pour une part une des causes des résistances opposées à la déclaration. Il était en effet difficile de comprendre de quelle utilité pouvait bien être la désinfection de l'appartement où était né un ophtalmique. Ce n'était ni supprimer les germes provenant de la mère ni ceux recueillis par la conjonctive du nouveau-né à l'instant de son passage dans la filière génitale.

Est-ce à dire cependant que la déclaration, si elle avait été suivie de mesures peut-être moins administratives mais plus conformes aux indications de la prophylaxie n'aurait pas pu aboutir à des réalisations plus profitables ? L'ophtalmie des nouveau-nés est le plus souvent, mais non toujours, gonococcique ; c'est à tort que Rohmer (2) a prétendu que... « c'est la blennorragie transmise à la mère qui est la seule cause du mal ». Les travaux de Morax (3) ont établi qu'il existe des ophtalmies purulentes du nouveau-né qui ne sont pas blennorragiques ;

(1) Ginestous. — Les maladies des yeux dans la loi du 15 février 1902. Académie de médecine. Prix Vernois 1908. *Gaz. hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 20 décembre 1908.

(2) Tanon. — Sur un projet de révision de la liste des maladies à déclaration obligatoire demandée à l'Académie par M. le ministre de la Santé publique et devant faire l'objet d'un décret-loi. Académie de médecine 18 février 1936.

(1) Trousseau. — La cécité et les aveugles en France. (Société française d'ophtalmologie, 6 mai 1902).

(2) Rohmer. — Note sur l'ophtalmie des nouveau-nés. *Ann. d'oculistique*, déc. 1894, p. 377.

(3) Morax. — Sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau-né et la déclaration obligatoire. *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, août 1903.

Morax Luidner et Bollack. — Recherches expérimentales sur l'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né. *Ann. d'oculistique*, mai 1911, p. 321.

il en est même d'amicrobiennes. Pinard (1) a de plus signalé que certaines contaminations pouvaient se produire non au moment de la naissance par le fait de la mère mais l'enfant né par défaut de précautions de la garde ou de la sage-femme. Aussi a-t-il pu dire ce qui est bactériologiquement vrai : « Il n'y a pas une ophtalmie des nouveau-nés mais des ophtalmies de causes variées ». Ce qui est certain c'est que nous sommes armés et même puissamment armés non seulement pour prévenir l'ophtalmie des nouveau-nés mais encore pour la traiter et la guérir lorsqu'elle est déclarée. Dans cette lutte prophylactique et thérapeutique les pouvoirs publics, plus particulièrement les Services d'hygiène municipaux, peuvent apporter une contribution efficace. L'ophtalmie des nouveau-nés est une maladie évitable ; la méthode de Credé appliquée au moment de la naissance de l'enfant suivant les règles de pratique facile assure une quasi-certitude de non-contamination. Malheureusement cette méthode est trop souvent ignorée ou oubliée. Une enquête que nous avons poursuivie en 1906 nous a démontré que sur 168 sages-femmes exerçant à Bordeaux quatre seulement appliquaient régulièrement et systématiquement la méthode de Crede. C'est bien à tort, — et nous nous demandons comment pareille affirmation erronée a pu être écrite — qu'une publication politico-médicale (2) a imprimé : « L'usage de la méthode de Crede est devenu obligatoire en France » ; que ce soit là notre désir, d'accord ; malheureusement nous ne pouvons pas prendre notre désir pour la réalité. Si certains pays (3) comme l'Angleterre depuis 1926, l'Ecosse depuis 1908, l'Irlande depuis le décret du 15 octobre 1923 ont édicté des règlements impératifs à ce sujet, il n'existe pas dans la législation française de texte consacrant, indiquant même cette obligation. En ce domaine, les pouvoirs publics en sont réduits aux exhortations et aux bons conseils. Depuis dix ans que j'ai l'honneur d'être en qualité d'adjoint au maire de la Ville de Bordeaux, délégué à l'hygiène — aujourd'hui Santé publique — et à la protection de l'enfance — c'est dans cette voie que j'ai dirigé l'action municipale. Les déclarations d'ophtalmie des nouveau-nés reçues au Bureau d'hygiène sont dispensées de la désinfection qu'en l'espèce nous considérons inutile et inopérante. Par contre, nous profitons de l'indication fournie pour rappeler à la sage-femme les bienfaits de la méthode de Crede. Et, avec toute la discrétion voulue, avec le respect absolu des règles déontologiques dont un élu ne doit jamais se départir, nous nous informons aussi afin de savoir si l'enfant reçoit les soins nécessaires ; car ne l'oublions pas, l'ophtalmie des nouveau-nés, maladie évitable, est également une maladie guérissable. C'est avec raison que Bourgeois (de Reims) (1) disait en 1903 : « Pour ce qui est de l'ophtalmie des nouveau-nés, déclaration obligatoire doit signifier soins obligatoires ».

A ce point de vue, la suppression de la déclaration nous privera de moyens d'information qui permettaient de poursuivre — non pas la désinfection inutile et inopérante — mais par la pratique indiquée une action bienfaisante. Dans l'ignorance plus complète des cas d'ophtalmie des nouveau-nés nous devrons persévérer dans cette action aussi difficile qu'elle puisse être. Plus que jamais il appartiendra à ceux qui ont la charge de l'hygiène et de la prévoyance sociales de remplir leur rôle d'éducateurs. En 1897, sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, M. le ministre de l'Intérieur adressa aux Préfets pour distribution aux sages-femmes une instruction prophylactique relative à l'ophtalmie des nouveau-nés. En 1901, après une interpellation au Sénat du Docteur Pedebidou (2) et sur la proposition du Professeur Pinard (3) à l'Académie de médecine, les Municipalités furent invitées à faire distribuer dans toutes les mairies une courte notice indiquant les causes, les symptômes, les dangers des ophtalmies des nouveau-nés.

Au moment où le Gouvernement vient de confier à Madame Suzanne Lacore le sous-secrétariat d'Etat à la protection de l'enfance, il est à espérer que ne sera pas oubliée la lutte contre l'ophtalmie des nouveau-nés qui demeure une des principales causes de la cécité infantile.

(1) Pinard. — Prophylaxie des ophtalmies ou conjonctivites des nouveau-nés. *Bull. de l'Académie de médecine*, t. XLVI, n° 28, p. 153. A. de gynéc. et obst., janvier 1902.

(2) Sauvez vos yeux, L'animateur des temps nouveaux, 8 janvier 1932.

(3) Voir à ce sujet : Société des Nations. Rapport sur la protection des aveugles dans différents pays. Appendice II. Causes et prophylaxie de la cécité, p. 268, 1929.

(1) Bourgeois (de Reims), *Loc. cit.*

(2) Pedebidou. — Sénat, 4 février 1901.

(3) Pinard. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, Juillet 1901.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Une réhabilitation de la chirurgie dite « esthétique »

Ainsi que l'a décidé la Cour de Paris par son arrêt du 12 mars 1931, le fait pour un chirurgien d'entreprendre une opération comportant des risques d'une réelle gravité sur un membre sain, dans un but esthétique, et sans que cette intervention soit imposée par une nécessité thérapeutique, ne constitue pas à lui seul une faute. Mais ce principe n'avait pas encore triomphé dans toute la jurisprudence. Nous n'en voulons pour preuve que la décision du Tribunal civil de Lyon du 3 janvier 1936, intervenu dans les circonstances suivantes :

Un médecin, sur la demande de sa cliente dont les jambes étaient recouvertes d'une quantité exceptionnelle de poils, lui appliqua le procédé d'épilation par rayons X. Atteinte d'une grave radiodermite, la cliente poursuivit son médecin en responsabilité professionnelle. Elle obtint gain de cause devant le Tribunal civil, celui-ci ayant considéré qu'un médecin qui applique sans nécessité thérapeutique un procédé dangereux destiné seulement à réparer une imperfection physique commet une faute professionnelle, et que son devoir était, en raison du bon état de santé de sa cliente et de la disproportion énorme entre le résultat à obtenir et le risque couru, de la faire renoncer à une opération de cette nature.

La Cour de Lyon, par son arrêt du 27 mai 1936, a réformé entièrement ce jugement. Elle reconnaît cependant que le médecin qui ne tient pas compte dans le traitement ou l'opération qu'il pratique, de la disproportion entre le risque et l'avantage poursuivi se rend coupable d'une faute professionnelle. Mais elle déclare qu'on ne saurait poser en principe que cette disproportion existe nécessairement dès que l'avantage à obtenir n'est pas la guérison d'une maladie proprement dite, et qu'on ne peut créer une présomption de responsabilité à l'encontre de l'auteur d'opération dite esthétique. Agir de la sorte, serait d'ailleurs avoir une conception singulièrement étroite de la notion de maladie. On doit considérer au contraire que certaines anomalies physiques, quoique n'altérant pas la santé, ont une influence sur la vie sociale, et l'état mental de l'intéressé, et qu'une intervention chirurgicale même non exempte de tous risques peut se justifier néanmoins par un besoin moral, et si elle reste le seul remède capable de mettre fin à un état morbide de l'esprit aussi dommageable à celui qui l'éprouve que l'infirmité de son corps.

Jean MIGNON

Des mauvaises raisons invoquées par un client pour ne pas payer son médecin

Un chirurgien ne pouvant obtenir le payement de ses honoraires et frais de clinique de la part d'un client de mauvaise foi, qui menaçait de mettre en cause sa responsabilité professionnelle, se vit obligé d'en poursuivre judiciairement le recouvrement, avec l'appui du « Sou Médical ». Devant le Tribunal, le client répondit à cette demande, en formant tout d'abord une demande reconventionnelle en 100.000 francs de dommages-intérêts, prétendant que le chirurgien par suite d'une erreur de diagnostic était responsable de la mort de son fils, et soutint en second lieu qu'il ne pouvait être tenu de payer ces honoraires n'ayant pas consenti expressément à l'opération, et enfin qu'il n'avait signé postérieurement une reconnaissance de dette que sous l'empire d'une « contrainte morale ».

La Cour de Rennes, après jugement du Tribunal de Lorient, a répondu à ces trois chefs, par son arrêt du 17 juin 1936, de la manière suivante : au point de vue responsabilité professionnelle tout d'abord, deux questions doivent être posées : l'opération pratiquée était-elle nécessaire, a-t-elle eu pour conséquence la mort du malade. Les experts consultés ont répondu affirmativement à la première question et négativement à la seconde. Il importe peu que le chirurgien n'ait pas fait le diagnostic exact de la nature du mal, car cette erreur était sans influence sur la décision à prendre ; elle n'a donc eu aucune relation de cause à effet avec le décès.

Quant au consentement du père, en raison de l'éloignement de ce dernier, et de l'extrême urgence de l'opération, il ne pouvait être demandé sans mettre en danger la vie du malade. Le défaut de consentement ne constitue d'ailleurs qu'un élément aggravant en cas d'opération pratiquée à tort.

Enfin, le fait que la reconnaissance de dette n'ait pas été l'œuvre d'une volonté libre serait sans importance, le père de l'enfant étant tenu de toutes façons de payer au chirurgien ses frais et honoraires pour une opération pratiquée de manière opportune et conformément aux règles de l'art, sans que son résultat puisse être pris en considération.

J. M.

La Presse et les Sociétés

La séparation des devoirs

« *Le médecin remplira son devoir technique* en donnant au chef de famille le nom de la maladie contagieuse dont est atteint un membre de cette famille, en lui faisant connaître le danger qu'elle peut faire courir à ses concitoyens, et en le prévenant que cette maladie doit être déclarée.

Le chef de famille remplira son devoir civique en déclarant à l'Etat qu'il a chez lui tel foyer dangereux pour la sécurité publique.

L'Etat remplira son devoir social en prenant les mesures préservatrices nécessaires — ou en s'assurant qu'elles ont été prises pour empêcher le fléau de s'étendre et circonscrire le mal.

Mais il est irrationnel, abusif et inique de prétendre imposer au médecin d'autres devoirs spéciaux que ceux dépendant de sa fonction même, et de lui demander de faire connaître à l'autorité, comme un délateur, comme un espion, les secrets qu'il a pu surprendre au lit d'un malade qui s'est confié à sa science... et à sa discrétion (Docteur Fernand Decourt, in « *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France* »).

N. B. — *A ceux qui s'étonneraient* de voir ressusciter cet organe disparu depuis plusieurs années, il convient de faire observer que l'article d'où sont extraites ces lignes est en date du 31 octobre 1912. Les médecins bataillaient donc déjà il y a vingt-quatre ans pour faire respecter le secret professionnel.

Le contrôle médical sportif en Belgique

Au VI[e] Congrès international de médecine physique qui s'est tenu à Londres en mai 1936, le Docteur Minet a présenté un rapport sur cette question (*Siècle Médical*, 15 juin 1936).

Voici un résumé de ce rapport qui expose une question de première importance pour l'éducation physique de la jeunesse :

Le contrôle comprend :

1° Un certificat médical pré-sportif : tout sujet sollicitant son affiliation à un club en vue d'une compétition doit produire un certificat attestant que son état physique ne présente pas de contre-indications (certificat délivré par n'importe quel médecin belge).

2° Un contrôle médical dans les clubs ; chaque athlète a sa fiche, dont le modèle est actuellement à l'étude. Ce contrôle comprend :

a) un examen médical périodique ;

b) un examen signalétique périodique, c'est-à-dire des mensurations corporelles.

La technique du contrôle médical des sports est schématisée ainsi :

Contrôle pré-sportif : observation clinique habituelle où chaque praticien conserve sa liberté mais en portant une attention particulière sur l'état du cœur et des poumons ; avec comme conclusions : aptitude, inaptitude, besoin d'une préparation préalable, conseil de s'en tenir à une pratique modérée et surveillée.

Contrôle au club : fiche de mensuration, désignation, distinction et contrôle des mensurations, aménagement des locaux réservés aux mensurations — examen de chaque fiche par le médecin, observation plus complète des sujets à santé douteuse ou défaillante, conférences aux entraîneurs, constitution de dossiers radiographiques.

Constitution d'une boîte de secours, organisation d'une équipe de soigneurs.

Conférences aux dirigeants et aux pratiquants des sports, distribution d'affiches, d'imprimés, examen des conditions d'hygiène des installations sportives (salles de réunions, vestiaires, douches, piscines, terrains de jeux, etc.).

Propagande à faire :

— auprès des médecins (un vade-mecum du praticien a été publié et distribué à 5.200 médecins belges pour les initier au contrôle sportif);

— auprès des clubs (concours entre les clubs et prix décerné à celui qui a le mieux organisé le contrôle) ;

— auprès du public (une semaine de propagande par conférences, radio, articles, fêtes et démonstrations a été organisée en juin 1936). (*Liège-Médical*, 14 juin 1936.) G. L.

La belle figure de Desgenettes

Extrait du livre de M. François-Charles Roux : « Bonaparte, gouverneur d'Egypte ».

« Le siège de Saint-Jean d'Acre levé, le transport des pestiférés dont l'état paraissait désespéré posa un cas de conscience douloureux. Ce fut alors que Bonaparte suggéra l'idée de leur administrer une dose massive d'opium ; à quoi Desgenettes répartit que son métier était de conserver et non de détruire.

La scène eut des suites au mois de juin 1799, lorsque l'Institut d'Egypte reprit le cours de ses séances. A des sarcasmes de Bonaparte contre la médecine et les médecins, Desgenettes répondit par une allusion transparente à l'avis qu'il avait reçu du général en chef, ne se laissa pas imposer silence, critiqua vertement la conduite du gouverneur et, pour terminer, « se réfugia dans la reconnaissance de l'armée ».

Il demanda ensuite à rentrer en France et offrit sa démission que Bonaparte refusa (*Revue Médico-sociale*, avril 1936).

G. L.

COMMENT LA NOTION DE MESURE S'EST INTRODUITE EN MÉDECINE

Au tournant où est parvenue la pensée médicale contemporaine voici un sujet tout à la fois d'apologie ou de réquisitoire suivant la tendance de chacun vers la médecine scientifique ou vers la médecine d'intuition.

La publication (1) où je le trouve développé ne prête, à ce sujet, à aucune hésitation, la clinique Mayo pouvant se flatter d'être le sanctuaire même de la médecine scientifique.

Et une constatation singulière attire les yeux dès qu'on parcourt le texte. Jamais, au grand jamais, ni dans les « Proceedings » ni dans aucune revue américaine ou même anglo-saxonne je n'ai trouvé pareille profusion de noms français. Suivant l'auteur, R.-E. Scammon, Distinguished service Professor, University of Minnesota, la France a été, en la matière, une véritable initiatrice.

Aussi longtemps, dit-il, que prévalut le système romain, aucune extension du calcul n'était possible. Seule la facilita la numération arabe, qui était en réalité d'inspiration hindoue.

Une fois en possession des chiffres il fallait encore aux hommes des méthodes de calcul. C'est Blaise Pascal qui inventa la première véritable machine à calculer. Les machines modernes ont leur origine dans les travaux de Thomas de Colmer en 1820 et prirent leur aspect actuel avec Léon Bollée en 1887. Quant aux logarithmes ils semblent avoir pris naissance dans l'esprit du baron Napier of Merchiston (1614) et de Henry Briggs.

Ce n'est pas assez de manier les nombres ; il arrive souvent que nous désirions les traduire en graphiques. Bien qu'il ait eu de nombreux précurseurs c'est Descartes qui fit de la méthode graphique ce qu'elle est aujourd'hui. L'idée de représenter plus de deux variables semble appartenir à Buache (1752). Mais la représentation de trois variables ou davantage sous forme d'abaques atteignit son plein développement avec d'Ocague vers 1890. Ses applications à la médecine sont surtout connues par les iatrographies de Du Bois et l'étude extrêmement fouillée du sang publiée par Lawrence J. Henderson en 1928.

Ces méthodes, que je n'ai fait qu'énumérer, furent appliquées à la médecine de diverses façon.

S'il est vrai que des rudimentaires statistiques existaient dans l'antiquité, il n'en est pas moins certain que la science statistique est d'essence moderne. L'esprit du moyen-âge n'avait pratiquement aucune conception des grands nombres. La statistique sous la forme de dénombrement des populations débuta dans la seconde moitié du dix-septième siècle avec le travail de Sir William Petty ; en même temps John Graunt, un marchand de Londres, faisait la première étude consciencieuse des tables de mortalité. Quant au premier recensement il est assez curieux de constater qu'il est dû au Nouveau Monde ; ce fut la numération complète, en 1666, des habitants du Canada Français, rangés par âge et par sexe.

L'assurance est une institution ancienne, mais elle ne pouvait prendre un réel développement qu'avec l'établissement de tables de longévité. La première de ces tables est due à Edmond Halley (1656-1742), l'astronome. Pendant la seconde partie du XVIII^e^ et la première du XIX^e^ siècle parut toute une série de nouvelles tables, destinées à la fois aux calculs d'assurances et aux problèmes d'ordre médical.

La médecine est une science biologique appliquée et, comme toutes les sciences biologiques, atteint rarement l'exactitude complète dans ses données. Soit un fait biologique : correspond-il à la réalité ? il est rare qu'on puisse l'affirmer. Par contre on peut parfaitement estimer les chances qu'il a de correspondre. Ici apparaît le calcul des probabilités lequel prend racine dans le calcul des chances de gain aux jeux de hasard. Le premier mathématicien qui s'occupa de la probabilité dans les paris fut Luca Pacioli ; il fut suivi par Cardan qui publia en 1663 une sorte de manuel du parieur. Mais le plus grand peut-être de ces précurseurs fut Jacques Bernouilli dont l' « Ars conjectandi » parut en 1713.

La physiologie pathologique prit son développement dans la seconde partie du XVII^e^ siècle. Elle représentait une tentative d'appliquer avec rigueur au corps humain les lois physiques élémentaires découvertes par Newton, Bayle, Galilée et autres. L'on peut dire qu'elle prit naissance dans l'ouvrage de Descartes « L'homme » publié en 1662. Parmi les physiopathologistes il faut citer Sanctorius, Richard Lower et surtout Giovanni Borelli, mathématicien, physicien et ami de Malpighi. Né à Naples en 1608, il devint professeur à l'Universié de Messine et fut ensuite appelé à Pise. C'est là qu'il écrivit le premier grand ouvrage sur les mécanismes humains « De motu animalium ».

Des canons ou des règles standard de mesures existaient à n'en pas douter aux époques classiques. Mais il apparaît qu'elles étaient complètement oubliées jusqu'à ce qu'elles fussent formulées de nouveau d'abord par Léonard de Vinci et ensuite par Albert Dürer. Dans la seconde moitié du dix-huitième siècle Sir Joshua Rey-

(1) *Proceedings of the Mayo Clinic,* May 6-1936.

nolds rassembla quelques mensurations d'enfants afin de mettre dans ses dessins des proportions exactes. Plus tard des canons furent promulgués par Paul Cams et Frantz Liharzih vers le milieu du siècle dernier.

L'étude de la croissance chez l'homme forme l'une des premières contributions des médecins aux spéculations quantitatives. Le pionnier en fut Johann Rœderer qui le premier publia en 1753 une série de mensurations chez les nouveau-nés. Il fut suivi par son élève Dietz en 1757. En 1779 Rœderer fit les premières mensurations de croissance des organes internes dans son étude classique sur la croissance de l'utérus. Ces recherches furent reprises en 1786 par Joseph Clarke, de Dublin. En 1777 Buffon, le grand naturaliste, publia un remarquable ensemble d'observations sur la croissance de l'individu de la naissance au début de la maturité.

L'initiateur dans les statistiques cliniques fut Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787-1872). Une expérience assez décevante qu'il fit en Russie à propos d'une épidémie de diphtérie l'amena à cette conviction que les phénomènes morbides devaient être étudiés dans un nouvel esprit de précision et d'exactitude. A son retour à Paris il commença une étude complète et numérique de la tuberculose ; cette étude fut publiée en 1825. Elle fut suivie de toute une série d'autres, très importantes, qui entre autres résultats, aboutirent à abolir la pratique de la saignée dans la pneumonie et la typhoïde.

Une furieuse bataille à propos des « nouvelles méthodes » de Louis s'alluma dans les cercles médicaux parisiens. Mais la jeunesse se rassembla autour de Louis. Une société d'observation médicale fut fondée dont Louis fut nommé président perpétuel. Bizot fut son plus brillant disciple et écrivit une étude numérique du système vasculaire. Le groupe d'étudiants rangé sous la bannière de Louis comprenait Gerhard, les Jacksons, les Shattrichs et Oliver Wendell Holmes. Ce dernier, revenu en Amérique, fonda une société filiale, la « Société Bostonienne pour le perfectionnement médical », devant laquelle il lut sa mémorable communication sur « La contagion de la fièvre puerpérale » en 1834. Comme beaucoup de classiques médicaux cette étude est souvent citée avec louanges et rarement lue. En fait elle se recommande à la fois par un texte très solide, des statistiques consciencieuses et une argumentation fondée sur le calcul des probabilités.

Enfin il convient de citer les très importants travaux de Florence Nightingale la « statisticienne passionnée » sur les problèmes médicaux de la guerre de Crimée, sur l'aménagement des hôpitaux en Angleterre et de nombreuses autres questions.

L'on voit ainsi toute la part qu'ont prise nos compatriotes dans l'élévation de la médecine vers le plan de l'exactitude scientifique. Il est assez curieux de constater que les Allemands n'y ont, pour ainsi dire, joué aucun rôle.

Ils devaient largement se rattraper par la suite ; et je ne sais si les étudiants en médecine seront d'avis de les en louer.

G. LAVALÉE.

CONTRE LA PROSTITUTION RÉGLEMENTÉE ET LA TRAITE DES BLANCHES

L' « Union contre la prostitution réglementée et la traite des femmes », réunie en Assemblée générale le 3 juin 1936, sous la présidence du Dr Marcel Pinard, adresse au Gouvernement et au Parlement, le vœu suivant :

« Considérant que les Pouvoirs publics, en autorisant l'existence officielle de maisons de prostitution, placent toute une catégorie d'êtres humains hors la loi et laissent s'organiser impunément dans notre pays un odieux trafic de femmes, véritable tare pour un pays civilisé ;

« Que le régime de la prostitution réglementée, loin de limiter l'extension des maladies vénériennes, la favorise au contraire par les facilités qu'il offre et par l'illusion de fausse sécurité qu'il entretient ;

« Que les autorités médicales les plus qualifiées ont condamné ce régime comme n'offrant aucune garantie sanitaire (l'Union internationale contre le péril vénérien, la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes du ministère de la Santé publique, la Société française de prophylaxie sanitaire et morale) ;

« Que la plupart des grands partis politiques français se sont prononcés en faveur de la suppression de ce régime ;

« Que, par l'alliance qu'il établit entre les Pouvoirs publics et ceux qui se livrent à l'exploitation commerciale de la débauche d'autrui, ce système favorise les manœuvres de corruption les plus scandaleuses à l'égard des agents de l'Administration à tous ses degrés ;

« Demande instamment : que, s'inspirant de l'exemple des autres grands pays civilisés, des expériences poursuivies déjà dans une vingtaine de villes françaises, des recommandations pressantes adressées au Gouvernement des divers pays à maintes reprises par la Société des Nations, le Gouvernement et le Parlement français envisagent, dans le plus bref délai possible, la suppression d'un régime condamné à la fois par le droit, la morale et l'hygiène modernes, et dont la survivance au XXe siècle est un déshonneur pour notre pays. »

SOINS AUX MARINS BLESSÉS OU MALADES

Règlement d'administration publique pris en exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 et relatif au délaissement forfaitaire des marins blessés ou malades.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 31 décembre 1935

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de soumettre à votre approbation le projet ci-après de règlement d'administration publique prévu par l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926, portant code du travail maritime modifié par décret-loi du 30 juin 1934.

Ce règlement remédiera à certaines défectuosités que l'application de la réglementation antérieure a fait apparaître. En fixant un nouveau barème des tarifs suivant lesquels doit être calculée la somme forfaitaire que les armateurs doivent verser à l'autorité maritime, lorsqu'ils déclarent vouloir se libérer de tous soins vis-à-vis des marins de leurs équipages, blessés ou malades pendant un voyage maritime et en renforçant les pouvoirs de contrôle de cette autorité vis-à-vis des marins en cours de traitement, il aura pour effet de diminuer la charge assumée par le Trésor par suite des dispositions de l'article 85 du Code du travail maritime.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la Marine marchande,
William BERTRAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la Marine marchande,

Vu l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926, portant code du travail maritime, modifié par le décret du 30 juin 1934 pris en vertu de l'article 36 de la loi du 28 février 1934 et ainsi conçu :

« Art. 85. — L'armateur peut se libérer de tous soins et, si le marin a été débarqué hors de France, des frais de rapatriement prévus aux articles 86 et 88 ci-après, en versant une somme forfaitaire entre les mains de l'autorité maritime, au moment où le marin a été laissé à terre.

« Les conditions dans lesquelles ce versement pourra être effectué ainsi que les tarifs servant à en déterminer le montant seront arrêtés par un règlement d'administration publique qui précisera, en outre, les attributions et les pouvoirs de contrôle de l'autorité maritime substituée à l'armateur par ce versement.

« Avis du délaissement forfaitaire effectué par l'armateur est donné au marin par l'autorité maritime » ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — L'armateur qui désire se libérer par le versement du forfait prévu à l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 des frais qui sont à sa charge doit faire une déclaration. Cette déclaration est dressée par lui ou son représentant à l'autorité compétente du port où le marin a été mis à terre dans un délai de trois jours après cette mise à terre, s'il s'agit soit d'un marin blessé au service du navire ou tombé malade pendant le cours de son embarquement, soit d'un marin tombé malade entre la date de son embarquement et la date de départ du navire. Lorsque le marin est tombé malade postérieurement à la date de son débarquement et avant tout autre embarquement, ce délai est de trois jours après que l'armateur a été avisé par l'autorité compétente de la constatation de la maladie.

La déclaration doit être accompagnée de l'engagement écrit d'acquitter le montant du forfait tel qu'il sera calculé par l'autorité compétente.

L'expression « autorité compétente » employée dans le texte du présent décret désigne : en France et en Algérie, le fonctionnaire chargé du service de l'inscription maritime ; dans les colonies françaises et dans les pays de protectorat, le fonctionnaire chargé de l'inscription maritime ou de la police de la navigation maritime ; dans les pays étrangers, les consuls, vice-consuls et agents consulaires.

Art. 2. — L'autorité compétente fait déterminer par le médecin qu'elle a désigné à cet effet la nature de la maladie ou blessure du marin qui est visé dans la déclaration de délaissement forfaitaire.

Elle peut, si le médecin l'estime nécessaire, prescrire l'envoi du marin en observation dans un hôpital en vue de cette détermination.

Elle fait connaître à l'auteur de la déclaration le diagnostic, dès qu'il a été établi, ainsi que le montant du versement forfaitaire à effectuer.

Art. 3. — Le versement forfaitaire est calculé en utilisant les tableaux A et B annexés au présent décret, le premier de ces tableaux indiquant en regard des maladies et interventions chirurgicales la durée moyenne présumée des soins

qu'elles comportent, le deuxième indiquant les tarifs applicables suivant les ports, en ce qui concerne le traitement et, s'il y a lieu, le rapatriement.

En cas de débarquement hors de la métropole ou de l'Algérie, la somme faisant l'objet du versement forfaitaire comprend :

1° Pour frais de traitement, la somme obtenue en multipliant la durée moyenne présumée du traitement, figurant au tableau A par le prix de la journée de traitement au port de débarquement figurant au tableau B ;

2° Pour frais de séjour et de rapatriement, le total des sommes inscrites dans le tableau B, sous les rubriques : frais de séjour à la sortie de l'hôpital et frais de retour en France, en regard du port de débarquement.

En cas de débarquement dans la métropole, la somme faisant l'objet du versement forfaitaire ne comprend que les frais de traitement calculés comme il est dit ci-dessus.

En cas de débarquement en Algérie, les dispositions applicables sont, si le marin est domicilié en Algérie, celles du délaissement dans la métropole.

Dans tous les cas, il est ajouté au montant du forfait calculé conformément aux indications des paragraphes précédents une majoration de 5 p. 100 destinée à couvrir les dépenses administratives spéciales, que le Trésor est appelé à supporter pour assurer le fonctionnement du service des délaissements forfaitaires des marins.

Art. 4. — Le versement du forfait doit être effectué par l'armateur dans un délai de trois jours après la notification qui lui est faite par l'autorité compétente du montant de ce forfait.

Un arrêté pris de concert entre les ministres de la Marine marchande et des Finances déterminera les modalités de ce versement.

Art. 5. — Moyennant le versement prévu par l'aticle précédent les frais de traitement et, le cas échéant, les frais de rapatriement ainsi que, s'il y a lieu, les frais funéraires, sont supportés, quel qu'en soit le montant, par le budget de l'Administration de la Marine marchande, sans recours contre l'armateur. Ce dernier ne peut réciproquement exercer aucun recours contre l'Administration, même si le chiffre des dépenses effectives est demeuré inférieur à celui du versement qu'il a effectué conformément aux tarifs réglementaires.

Toutefois, lorsqu'au cours de son traitement, le marin aura été reconnu atteint de tuberculose pulmonaire, l'armateur devra compléter son versement en conformité du tarif prévu pour la tuberculose pulmonaire.

Art. 6. — Tout marin pour lequel l'armateur a eu recours au délaissement forfaitaire et qui se fait soigner chez lui ou dans un établissement public, est tenu, pour pouvoir bénéficier des prestations prévues par la loi, de se prêter au contrôle du médecin désigné par l'autorité compétente.

Ce contrôle comporte notamment la surveillance des conditions dans lesquelles le marin suit les prescriptions du médecin traitant, la vérification du nombre des visites de ce médecin et l'exécution des ordonnances, ainsi que la vérification tant de la nature et de la quantité des médicaments fournis que des tarifs appliqués pour ces fournitures.

Art. 7. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret et notamment celles du décret du 8 septembre 1912, fixant le tarif des frais de traitement et de rapatriement des marins du commerce délaissés hors de France pour cause de maladie ou de blessure ;

Du décret du 15 février 1919 autorisant les autorités maritimes, coloniales ou consulaires à appliquer provisoirement des taux de majoration aux prix fixés, par le tarif annexé au décret du 8 septembre 1912 ;

Du décret du 31 août 1927 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 portant code du travail maritime.

Art. 8. — Le ministre de la Marine marchande est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin officiel* de la Marine marchande.

Fait à Paris, le 31 décembre 1935,

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Marine marchande :

William BERTRAND.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique d'accouchement et de gynécologie Tarnier.** — Professeur M. Brindeau. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les Docteurs : Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat ; Paul Chevallier, agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ; Vaudescal, agrégé ; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Suzor, accoucheur des hôpitaux ; Desoubry, De Peretti, Bompart, Bidoire, A. M. Weill, anciens chefs de clinique ; Merger, chef de clinique ; De Manet, ancien chef de clinique adjoint ; Vauclin, interne en médecine.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 14 septembre 1936 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 200 francs.

— **Institut de médecine coloniale.** — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. La session de 1936 commencera le 1er octobre et sera terminée en décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). L'enseignement est organisé de la façon suivante : *Pathologie exotique* : Professeurs Dopter, Bouffard, L. Martin, Tanon. — *Parasitologie* : Professeur Brumpt. — *Bactériologie* : Professeur Robert Debré. — *Ophtalmologie* : Professeur Terrien. — *Hygiène et épidémiologie exotiques* : Professeurs Camus, Lemierre, Bouffard, Neveu-Lemaire, Tanon, Pozerski. — *Maladies cutanées* : Professeur Gougerot. — *Chirurgie des pays chauds* : Professeur Lenormant. — *Règlements sanitaires* : Professeur Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 60 francs. Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription. Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

— **Thèses.** — Lundi 29 juin. — I Jury : MM. Lemierre Lœper, Chiray. — M. Mabin : La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses. — M. Meilland : Sur les hypertensions artérielles, rôle des nerfs et du rein. — Mme Buvat-Cottin : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. Charif-Emami : Peut-on espérer blanchir les mélanodermies avec la vitamine C. — M. Le Loch : Etude de la gomme sterculia.

II. Jury : MM. Clerc, Harvier, Sergent, Boulin. — M. Daniel : Etude d'un cas de surrénalome avec crises d'hypertension paroxystique. — M. Elias-Salomon : Etude des hémiplégies transitoires des cardiaques. — M. Hirt : Etude du traitement de l'hypotension artérielle solitaire par les procédés récents. — M. Lucquin : Action de l'ouabaïne administrée à haute dose par voie buccale au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Mlle Rendu : Les formes bradycardiques permanentes de la fibrillation et du Flutter auriculaires. — M. Leblanc : Données récentes sur la phonocardiographie. Intérêt de cette méthode dans l'étude du premier bruit normal. — Mlle Houzeau (Germaine) : A propos d'un cas de thyroïdectomie.

Mardi 30 juin. — I. Jury : MM. Roussy, Claude, Tiffeneau, Hazard. — M. Bonhomme : Sur une forme particulière du paramyoclonie de Friedreich. — M. Raust : Etude anatomique des bronches de drainage des cavernes tuberculeuses. — M. Kalchtein : A propos de quelques cas de syndrome de Gelineau avec hallucinations oniriques. — M. Villatte : Etude des idées délirantes à type schizoïde. — M. Delauney : Comportement et susceptibilité des animaux thyroxinés.

II. Jury : MM. Pierre Duval, Lemaître, Terrien, Halphen. — M. Cottin : Technique de gastrectomie. — Mlle Erdos : Etude de la fracture de la petite apophyse de calcanéum. — M. Loiseau : Le traitement des cancers de l'hypopharynx par les radiations. — M. Vigneron : Propos sur la prothèse à pont en stomatologie. — M. Girault d'Angely : Considérations sur les atrophies de l'iris, aspect biomicroscopique.

III. Jury : MM. Brindeau, Jeannin, Mocquot, Mauclaire. — M. Le Doze : Le tétanos au cours de la grossesse et suites de couches. — M. Morvan : Etude des présentations primitives de la face. — Mlle Lods : Stérilité et perméabilité tubaire. — M. Rozental : Etude des écoulements séreux du mamelon au moment de la ménopause. — Mlle Tchijoff : Etude clinique et thé-

rapeutique des endométriomes de l'ovaire. — M. VIELLARD : Etude des pancréatites aiguës hémorragiques, rôle de la cholécystostomie.

Mercredi 1er juillet. — I. Jury : MM. Gosset, Mathieu, Ombrédanne, Lardennois. — M. SÉTA : De la cholécystographie. — M. CATALETTE : Les adhérences péritonéales post-opératoires.— M. FISCHER : Sacrum basculé. — M. LEJEUNE : L'anesthésie péridurale segmentaire.

II. Jury : MM. Tanon, Alajouanine, Cathala, Moreau. — M. AUROY : L'hygiène à la Cité universitaire. — M. CLEPEZ : Le traitement des asphyxies par gaz de combat. — M. DUGAY : Le sulfate double d'orthoxyquinoléine et de potassium. Etude chimique. Application. — M. GOJON : Le mal del Pinto. — M. GOTTSCHALK : Etude de la lèpre dans les états baltiques (Lettonie et Esthonie). — M. HIRSCH : Effets de l'eau d'Uriage en injection intratissulaire chez les tuberculeux. — M. KEYHANI : Analyse des propriétés défensives de l'organisme vis-à-vis des agents infectueux. — M. NAIN. Le contrôle sanitaire des œufs destinés à l'alimentation. — M. PEYCELON : Contribution expérimentale à la chimiothérapie de la maladie du sommeil. — M. RABINZON : Elimination urinaire des hormones sexuelles chez les cancéreux. — M. ROOZ : La démographie de la Roumanie. — M. SEHOR : Les facteurs sociaux dans le développement de la tuberculose à l'âge scolaire. — M. SIMONESCO : Etude sur la vaccination par le B. C. G. en Roumaine. — M. SUCHODOLESKI : Etude sur le pellagre en Pologne.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **Pour la réadaptation de l'enfant.** — L'Assemblée générale annuelle de l'*Œuvre de la réadaptation de l'Enfant* a eu lieu le 2 juillet dernier, au Centre de Rééducation, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe), sous la présidence du Docteur de Parrel.

Les rapports présentés par le Secrétaire général de l'Œuvre et la Fondatrice-Directrice des Centres sociaux de rééducation, Mme Louise Matha, ont mis en lumière l'essor pris par cette Association fondée il y a un an. Dans ce court délai, l'Etablissement principal a été complété par trois centres annexes et un atelier professionnel à Paris, par un centre annexe dans la Seine, à Courbevoie, et par quatre centres annexes en Seine-et-Oise (Versailles, Saint-Germain, Ermont et Enghien).

Soit en tout dix centres où l'on donne chaque mois une moyenne de 2.500 séances de rééducation à un effectif de plus de 500 enfants qui parlent mal, qui entendent mal, qui comprennent mal, qui respirent mal ou qui ont des troubles du caractère, de l'affectivité, de la motricité : sourds, sourds-muets, demi-sourds, dyslaliques, retardés du langage, déficients psychiques, retardés scolaires, instables, petits pervers, débiles moteurs, obstrués des voies respiratoires supérieures, etc., etc...

L'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant est affiliée au *Comité national de l'Enfance* ; elle est subventionnée par la Ville de Paris et par le département de la Seine.

Siège social et Office central de renseignements : 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe).

— **Le Premier Congrès européen de chirurgie structive** se tiendra à Bruxelles les 3 et 4 octobre prochains. Ce Congrès est organisé par la Société européenne de chirurgie structive. Président : Docteur Goelst (Bruxelles, vice-présidents : Docteur Pomfret Kilner (Londres) et Professeur Sanvenéro-Rosselli (Milan).

Le Comité d'honneur du Congrès sera composé comme suit : président : Docteur Esser (Monaco) ; vice-présidents : Professeur Gardenal (recteur de l'Université de Madrid) et Docteur Sir Harold Gillies (Londres).

Dans le grand conseil sont inscrits entre autres, dès à présent : Professeur Bardelli (Florence), Professeur Blascowicz (Budapest), Professeur J.-L. Faure (Paris), Docteur Lambotte (Anvers), Professeur Sousa de Borges (Lisbonne), Professeur Veau (Paris).

Le discours d'inauguration sera prononcé par le Professeur J.-L. Faure (Paris) dans la salle de marbre du Palais des Académies de Bruxelles.

Le Comité organisateur a tenu avant tout à donner à cette réunion un caractère essentiellement scientifique. Toutes les applications de la chirurgie structive, à quelque région du corps qu'elles appartiennent, aussi bien dans des cavités naturelles qu'à la surface, seront étudiées. Les communications porteront surtout sur la chirurgie réparatrice, la chirurgie esthétique passant au second plan. Ainsi sera conçu le programme de la chirurgie structive dans son sens le plus large et sera assurée une collaboration tant attendue entre chirurgiens généraux et spécialistes d'une part, et chirurgiens spécialisés en chirurgie structive, d'autre part.

Le programme complet sera bientôt publié.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Coelst, président du Comité exécutif, 118, av. Louise, à Bruxelles.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

vues par l'article 7, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935, l'assuré agricole immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie ou de l'accident n'est tenu de justifier pour obtenir les prestations que d'une retenue égale à trois cotisations mensuelles pendant le trimestre civil précédent. (*J. O.*, 17 juillet).

Droit aux prestations des assurés immatriculés depuis moins de six mois

3.716. — M. Louis Rambaud, sénateur, demande à M. le ministre du Travail, comment les Caisses maladie doivent interpréter l'article 7, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 (droit aux prestations des assurés immatriculés depuis moins de six mois) : 1° d'une façon générale ; 2° dans les cas suivants qui viennent de se présenter dans sa région : *a*) un assuré immatriculé le 1er février 1936, tombé malade en avril 1936, ayant subi une retenue de 10 fr. 50 correspondant à son salaire réel de 150 francs par mois, a-t-il ou non droit aux prestations ; *b*) un assuré immatriculé le 16 mars 1936, tombé malade en avril, ayant subi une retenue de 17 fr. 50 correspondant à son salaire réel de 1.000 francs par mois, a-t-il droit ou non aux prestations. (A s'en tenir au texte décret, le deuxième assuré semble être plus favorisé que le premier ; l'injustice apparente est-elle réelle ou provient-elle d'une insuffisance de texte). (*Question du 25 juin* 1936).

Réponse. — 1° La rédaction du texte de l'alinéa 3 de l'article 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 étant muette sur la durée pendant laquelle la retenue doit avoir été opérée, il ne semble pas nécessaire qu'un assuré ait été immatriculé pendant un trimestre civil entier pour prétendre aux prestations : il suffit qu'il ait subi une retenue d'au moins 15 francs sur son salaire au cours du trimestre civil précédant sa maladie ;

2° *a*) La retenue opérée sur le salaire au cours du trimestre civil précédant la maladie étant inférieure au minimum de 15 francs, les prestations ne sont pas dues ;

b) Dans cette hypothèse le droit aux prestations est acquis puisqu'au cours du trimestre civil (janvier-février-mars 1936) antérieur à la maladie, l'assuré a subi sur son salaire une retenue supérieure à 15 francs. (*J. O.*, 17 juillet.)

Assurance vieillesse. Versement à capital aliéné ou réservé.

113. — M. Gabriel Péri, expose à M. le ministre du Travail qu'un assuré social venant à décéder, sa veuve présente à sa Caisse vieillesse, une demande de liquidation de capital réservé, que la Caisse vieillesse oppose à l'intéressée les termes de la Circulaire ministérielle du 21 janvier 1931, qui stipule que, lorsqu'un assuré n'a pas fait le choix de capital réservé

ou aliéné, l'aliénation dudit capital est prononcée d'office, qu'aucun terme de cette Circulaire n'indique que la demande de capital doive être effectuée sous pli recommandé, que la circulaire citée ne peut avoir force de loi, et demande si la veuve de l'assuré déclarant que son mari avait bien fait choix de capital réservé, par lettre non-recommandée, il est possible d'opposer à sa demande un argument valable, motivant le refus de la Caisse. (*Question du 6 juin* 1936.)

Réponse. — Les versements affectés à la constitution d'une rente viagère de vieillesse au profit des assurés sont, aux termes des articles 14, paragraphe 1er, de la loi du 5 avril 1928 modifiée et 11, paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, capitalisés à un compte individuel d'assurance à capital aliéné ou réservé au gré de l'assuré. La circulaire du 21 janvier 1931, qui a prévu la création pour l'application de cette disposition d'un bulletin (modèle 22) à remplir par les assurés, dispose que les assurés n'ayant pas renvoyé le bulletin précité ou n'ayant pas indiqué sur ce bulletin qu'ils entendent effectuer leurs versements à capital aliéné ou à capital réservé sont présumés choisir le mode du capital aliéné qui assure aux intéressés le maximum de rentes. Faute de trouver trace de cette déclaration, il ne peut être procédé au remboursement des capitaux réservés, à moins que la veuve de l'assuré, par les voies de droit commun, ne prouve que son mari a fait parvenir à sa Caisse ou au service régional un acte écrit aux termes duquel il manifestait sa volonté de réserver ses versements. J'ajoute qu'un nouveau bulletin, modèle 22, contient un récépissé que le Service régional renvoie à tout assuré ayant opté pour la réserve de ses versements et qui constitue ainsi entre les mains de l'assuré une preuve littérale.

(*J. O.*, 22 juillet 1936.)

Incidence de la réduction des loyers de 10 % sur les bases de la patente.

57. — M. Louis Rollin demande à M. le ministre des Finances si le décret du 15 juillet dernier ayant réduit les loyers professionnels de 10 p. 100, les Contrôleurs chargés d'établir les droits de patente pour les professions non-commerciales se baseront d'office sur le montant du loyer diminué de 10 p. 100 ou si le contribuable sera obligé de demander, par voie de réclamation, que le droit proportionnel soit calculé d'après le nouveau loyer. (*Question du 6 juin* 1936.)

Réponse. — Les Contrôleurs des Contributions directes ont été invités à tenir compte pour l'établissement de la contribution des patentes de l'année 1936, de la réduction de 10 p. 100 du prix des loyers des locaux à usage professionnel prescrite par le décret-loi du 16 juillet 1935. Si, dans certains cas, le nécessaire n'a pu être fait avant l'établissement du rôle, il suffit au contribuable intéressé de signaler sa

situation au Directeur des Contributions directes pour obtenir la rectification de sa cotisation.

(*J. O.*, 25 juillet 1936.)

Accidents du travail et Assurances sociales. Décès par suite d'accident

102. — M. Emery COMPAYRÉ demande à M. le ministre du Travail, si, à la suite d'un accident de travail suivi de mort, survenu le 6 mai dernier, la veuve et les enfants d'un assuré social peuvent réclamer aux Assurances sociales leurs droits, c'est-à-dire le payement du capital-décès, en vertu de la nouvelle loi applicable, à partir du 1er janvier 1936 (*Journal officiel* du 31 octobre 1935) et, notamment, en vertu, de l'article 13, paragraphe 1er : « au décès d'un assuré ses ayants droit toucheront un capital fixé à 20 p. 100 du salaire correspondant à la double contribution effectivement versée pendant les quatre derniers trimestres civils précédant soit celui du décès, s'il est subit, soit celui de la maladie ou de l'accident, à la suite duquel le décès est survenu. » (*Question du 6 juin* 1936.)

Réponse.— Réponse négative, l'article 20 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoyant que les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent des assurances maladie, invalidité et décès.

(*J. O.*, 17 juillet.)

Procédure devant la Commission d'arrondissement des Assurances sociales. Délais

257. — M. Henri BECQUART expose à M. le ministre du Travail que l'article 156, paragraphe 2, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, portant règlement général du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, prévoit un délai maximum de dix jours à compter de la réception de la requête adressée par l'assuré pour la réunion de la Commission d'arrondissement, que le dernier alinéa du même article impose au greffier, pour la convocation des parties, un délai minimum de quinze jours avant l'audience ; et lui demande s'il n'y a pas contradiction entre les deux paragraphes et s'il n'y a pas lieu de rectifier le dernier en réduisant à cinq jours le délai imposé au greffier pour la convocation des parties, ainsi que cela avait été fixé par l'article 233, paragraphe 2, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, pour la loi du 30 avril 1930. (*Question du 23 juin 1936.*)

Réponse. — Un projet de décret sera soumis prochainement au Conseil d'Etat en vue de mettre en accord les deux délais prévus à l'article 156, paragraphe 2, du règlement d'administration publique du 19 mars 1936. (*J. O.*, 18 juillet.)

Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.)

Onzième session du Conseil général à Amsterdam

les 10, 11, 12 et 13 septembre 1936

ORDRE DU JOUR

1° Approbation du compte rendu de la 10e session (Bruxelles). — 2° Allocution du président de la 11e session (le Docteur Mattlet, correspondant belge). — 3° Nomination de deux contrôleurs des comptes. — 4° Rapport du secrétaire général sur le fonctionnement intérieur de l'A. P. I. M., les travaux du secrétariat et des correspondants nationaux, la *Revue internationale*, etc. — 5° L'Enquête (A. I.) sur « les assurances-maladie privées et facultatives concernant les classes moyennes et les professions libérales ». Rapporteur : Docteur DE CSILLERY (Hongrie). — 6° L'enquête (A. J.) sur « la répercussion de l'assurance-maladie sur l'exercice journalier de la médecine ». Rapporteur : Docteur DROOGLEEVER FORTUYN (Hollande). — 7° L'enquête (A. K.) sur : « l'organisation hospitalière et ses différents aspects dans les divers pays ». Rapporteur : Docteur CIBRIE (France). — 8° Question n° 12 sur : « Chambres médicales et groupements professionnels ». Rapporteur : Docteur HUSZCZA (Pologne). — 9° Question n° 13 sur : « Les premiers secours en cas d'accident ». (Modifications depuis l'enquête L). Rapporteur : Docteur VUILLEUMIER (Suisse). — 10° L'assurance-maladie. Faits saillants depuis la dernière session. Exposé verbal succinct de chaque membre du Conseil. — 11° Rapport des Commissaires des Comptes. — 12° Rapport général du trésorier. — 13° Questions diverses et propositions individuelles. — 14° Principales enquêtes à effectuer en 1937. — 15° Nomination du Président de la 12e session. — 16° Date et siège de cette session.

Nota. — Le programme détaillé des journées, ainsi que divers renseignements d'ordre pratique, seront fournis ultérieurement, à l'occasion de l'envoi, aux membres du Conseil, des divers rapports mentionnés ci-dessus.

Le secrétaire général de l'A. P. I. M. :

Dr Fernand DECOURT.

CORRESPONDANCE

L'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens

Les pharmaciens ne manquent pas, permettez-moi l'expression, de « culot » ! ! Nous savions tous qu'ils ne se gênaient pas pour donner des consultations à nos clients ; mais, faute de connaissances suffisantes, devaient-ils se borner à traiter des affections bénignes, ou qu'ils jugeaient telles.

Aujourd'hui, ils se documentent, et, sans doute, vont-ils étendre leur rayon d'activité. J'ai eu la surprise, ce matin, de trouver sur le bureau de mon pharmacien un livre, très bien présenté, ayant pour titre : « *Manuel médical du pharmacien* ».

Dans l'ordre alphabétique, figurent les principales maladies, avec leurs symptômes cardinaux et le traitement approprié, le tout condensé en quelques lignes.

Qu'en pense le *Concours* ?

Dr R. G.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.718. — Appareil provisoire pour fracture du radius

Quel tarif doit-on appliquer, chez un accidenté du travail, dans un cas particulier de pose d'appareil provisoire pour fracture diaphysaire du radius.

Réponse

1° Pour qu'il soit payé une pose d'appareil provisoire, il est nécessaire que la réduction ultérieure ait été faite par un autre médecin (Art. 18 *in fine*).

2° L'appareillage provisoire « effectué d'urgence sur le lieu du sinistre » voir *ibidem*, et tarifé 100 francs ne me paraît pas pouvoir s'appliquer pour une simple fracture du radius, laquelle n'empêche pas le blessé de se rendre chez un médecin en vue d'un appareillage définitif lequel (réduction comprise) est tarifé 60 francs (un seul os de l'avant bras).

Dr Fernand Decourt.

6.963. — La majoration pour visites de nuit (visite triplée) ne peut-être comptée plusieurs fois, pour le même cas, dans la même nuit

Dans la nuit du 18 au 19 juillet 1936, j'ai été appelé d'urgence chez un blessé soigné par un con-

frère absent. Le blessé, accidenté du travail, avait reçu trois jours auparavant un coup de pied de cheval en pleine face et habitait une ferme à deux kilomètres de chez moi. N'ayant pas été prévenu par le commissionnaire de ce dont il s'agissait, je me trouvais en présence d'un épistaxis cataclysmique avec fracture du maxillaire supérieur, vidant le malade de sang depuis plusieurs heures, pouls à 130, visage pâle. Je retournai en hâte chez moi pour me mettre en mesure de faire *un tamponnement des fosses nasales.*

Sitôt de retour, je mettais dans la *narine gauche*, origine de l'hémorragie, une mèche à la vaseline goménolée de 1 m. 50, et pour faire contre-pression une mèche de 0 m. 80 dans la narine droite. L'hémorragie était arrêtée.

Mais le pouls était monté à 160, le visage était livide, et le malade entrait en syncope. Camphre à haute dose, éther, caféine. Le malade sortit de sa syncope, je retournais au pays chez le pharmacien, prendre du sérum artificiel, du sérum de cheval, de l'hémo-coagulène.

Sitôt de retour, je fis les injections nécessaires, et après être en tout, resté 3 heures auprès de lui, je le quittais avec un pouls à 100, l'hémorragie bien arrêtée.

Le lendemain matin, mon confrère conduisait le blessé à l'hôpital où une transfusion a du être faite.

Comment, maintenant, vis-à-vis de l'Assurance, dresser ma note d'honoraires ?

D'après la tarification, il me semble que je puis compter :

Déplacement : trois voyages à 2 kms : 6 × 3..	18
Tamponnement des fosses nasales droite et gauche	30
25 % en sus, tarif de nuit	7,70
Injection de sérum artificiel	25
25 % en sus	6,25
Temps passé : cinq demi-heures en sus de la première soit cinq visites de nuit : 45 × 5.	225
	311

Réponse

1° La majoration de nuit est destinée à payer le fait de se déranger la nuit pour une visite simple : elle est de 30 francs plus la visite soit 45 francs, triplant ainsi le prix de celle-ci, comme il est dit art. 4. Mais, en cas de « surveillance prolongée » (art. 6), vous ne pouvez compter un « dérangement de nuit » pour chaque demi-heure, c'est-à-dire 45 francs par demi-heure, alors que ce n'est pas cinq dérangements que vous avez effectués. Par contre, je comprends fort bien que vous comptiez une majoration de 25 % (en plus de la visite première de nuit) pour « surveillance de nuit » par analogie avec l'art. 8 comptant cette majoration pour « actes opératoires faits la nuit ».

2° Pour les trois déplacements de 4 kilomètres aller et retour chacun, il est naturel de les compter (ce qui fait 18 francs) en expliquant à l'Assurance les raisons techniques de ces trois déplacements.

3° Quant aux deux interventions « tamponnements des fosses nasales et injection de sérum », vous ne pouvez les compter en plus des visites que vous réclamez, (car ce serait le cumul interdit par l'art. 13), lesquelles visites sont au nombre de six dont une à 45 francs et cinq demi-heures de surveillance de nuit) à 15 + 3,75 = 18 fr. 75 chacune.

Conclusion : Je trouve donc à compter normalement : une visite de nuit : 45 francs et cinq demi-heures (à 18 fr. 75) = 93 fr. 75 plus trois déplacements (à 6 francs chaque) = 18 francs. Donc au total 45 + 93 fr. 75 + 18 = 156 fr. 75.

Dr Fernand DECOURT.

6.576. — Réduction d'une luxation du semi-lunaire par la méthode sanglante

Reposition sanglante d'*un semi-lunaire luxé*, *accident du travail*, sous anesthésie générale.

Tarif ?

Figure dans le tarif : ablation sanglante du semi-lunaire, 375 francs. Est-ce le prix ?

Dr L.

Réponse

Je n'ai pas trouvé dans le Tarif des accidents du travail : « Ablation sanglante du semi-lunaire = 375 francs. Par contre, j'ai trouvé « Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation (régularisation épluchage et suture) : petites articulations = 185 francs. Puisqu'il ne s'agit pas d'une ablation du semi-lunaire mais d'une réduction et contention par la méthode sanglante (donc avec ouverture d'articulation) je croirais plutôt que c'est sur la rubrique à 185 francs que vous pourriez vous baser par analogie.

Fernand DECOURT.

6.493. — Infiltrations anesthésiques

Sous le n° 3.745 du *Concours Médical* vous proposez une tarification des infiltrations anesthésiques *(novocaïne ou autre) pour entorses, etc.*

Auriez-vous l'amabilité de me dire quelle serait la nomenclature à appliquer au titre des Assurances sociales :

1° Pour entorses et séquelles de traumatisme ;
2° Pour sciatique ;
3° Pour lombago.

Dr R.

Réponse

Je n'ai parlé dans la réponse que vous visez

qu'en cas d'accident du travail... Et encore ma réponse devra être modifiée devant protestation d'assureurs au sujet des prix proposés « à l'amiable ». Il faudra d'ailleurs, que ce soit fixé « officiellement » par la Commission du Tarif accidents du travail. En ce qui concerne les assurés sociaux, c'est une tout autre affaire. Je ne pense pas que la nomenclature (qui n'est pas un tarif) de la Confédération, qui concerne « chirurgiens et spécialistes » puisse contenir cette question de « petite chirurgie » ce n'est donc pas en fonction de K que cette question doit être envisagée mais en fonction de P. C. Auquel cas ce n'est plus affaire nationale, mais régionale et relevant du Tarif syndical minimum de chaque syndicat.

Dr Fernand DECOURT.

QUESTIONS DE LOYERS

6.426. — Eviction d'un locataire qui ne peut bénéficier de la prorogation légale

J'ai l'honneur de vous exposer que je suis locataire d'un appartement dans un immeuble où j'occupe tout le premier étage (le rez-de-chaussée est loué au cercle civil). J'en suis locataire depuis le 1er août 1929. Comme j'ai osé demander des réparations locatives ne m'incombant pas en vertu de l'article 1.795 du Code civil, l'affaire est en instance devant le Tribunal de paix de N...

Pour se venger mon propriétaire m'envoie un congé régulier par huissier pour le 15 janvier 1937.

Ai-je droit d'y rester et jusqu'à quand ?

J'ajouterai que j'ai loué en me prévalant des lois sur les loyers, mais sans faire jouer cette clause : quels sont mes droits ayant mon cabinet dans mon logement ?

J'ajouterai que les lois sur les loyers sont appliquées à N...

Dr A.

Réponse

Bien que la législation spéciale des loyers reste en vigueur dans votre ville, vous ne pouvez cependant prétendre au bénéfice de la prorogation légale puisque votre entrée en jouissance est postérieure au 30 juin 1929. Il en résulte que si vous êtes titulaire d'une simple location verbale et non d'un bail à durée déterminée, votre propriétaire est en droit de mettre fin au contrat à tout moment, à la seule condition de vous donner congé, comme il l'a fait, dans les délais d'usage.

L'exercice de ce droit par lui ne peut être considéré comme une faute l'obligeant à vous verser une indemnité quelconque. Tout ce que vous pourriez faire au cas où votre propriétaire voudrait poursuivre l'exécution du congé, serait

de demander à aller en référé pour obtenir des délais de grâce qui vous seraient certainement accordés.

Votre qualité d'occupant de locaux à usage professionnel ne vous confère aucun privilège particulier en la circonstance. Seuls les locataires de locaux à usage commercial ou industriel peuvent prétendre, sous certaines conditions, au renouvellement de leurs baux contre le gré du propriétaire.

6.600. — Prorogation et taxation légale de loyer

Je me permets d'avoir recours à votre service de conseils juridiques au sujet de la loi de 1929 sur les loyers.

Locataire d'un pavillon à usage professionnel, j'avais très exactement 2.000 francs de loyer en 1914. En 1925 j'ai signé un bail de six ans, expiré depuis 1931 (7.000 francs et 700 francs de charges).

1° Ma prorogation légale expire-t-elle le 1er juillet 1937 ou le 1er juillet 1938 ?

2° Mon propriétaire peut-il me donner congé à l'issue de la prorogation et avec quels délais de pré-avis ?

3° Pourra-t-il louer à un nouveau locataire et sur quelles bases ?

Dr P.

Réponse

Suivant l'article 2 de la loi du 29 juin 1929 sur les loyers, la prorogation légale pour les locaux à usage professionnel ou mixte, situés à Paris, doit prendre fin au 1er juillet 1938 lorsqu'au 1er juillet 1914, le loyer excédait 1.000 francs sans dépasser 2.000 francs.

Dès lors que vous payiez très exactement 2.000 francs en 1914, votre prorogation ne viendra donc à expiration que le 1er juillet 1938.

Lorsque votre prorogation sera terminée, votre propriétaire aura le droit de poursuivre votre expulsion à la seule condition de vous donner congé dans les délais d'usage à Paris, c'est-à-dire trois mois à l'avance.

Si vous quittez les lieux volontairement ou contraint et forcé, votre propriétaire aura le droit de relouer les locaux, même à un médecin ; mais, tant que les décrets-lois resteront en vigueur, il ne pourra pas, légalement, demander *un loyer supérieur à celui qui se trouvait en* vigueur au 17 juillet 1935 diminué de 10 %.

ASSURANCES SOCIALES

6.177. — Remboursement des frais d'opération aux assurés sociaux

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me répondre s'il est exact que les Assurances sociales

ne remboursent plus les frais d'opérations aux assurés comme cela avait toujours été jusqu'à présent.

Dr C.

Réponse

Il n'est pas exact que les Assurances sociales ne remboursent plus les frais d'opération des assurés sociaux comme auparavant. Les assurés continuent, sous le régime actuel comme sous le régime de la loi de 1928-1930, à avoir droit à tous les frais médicaux et chirurgicaux que nécessite leur état.

Mais ce qui est exact, c'est que les conditions dans lesquelles ce remboursement est effectué ont été modifiées par le Règlement d'administration publique du 19 mars 1936. En vertu de l'art. 115, paragraphe 2, alinéa 4 de ce décret, le Règlement intérieur des Caisses doit obligatoirement prévoir « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille s'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien ou d'un auxiliaire médical. »

Bien entendu, il ne s'agit pas d'une autorisation donnée au médecin-traitant ou au chirurgien mais simplement d'une déclaration de prise en charge par la Caisse d'un traitement spécial ou chirurgical.

L'assuré n'est naturellement pas livré à l'arbitraire de la Caisse ou de son médecin-contrôleur. En cas de refus injustifié de leur part, il peut se pourvoir devant la Commission technique prévue par l'art. 8, parag. 3 du décret-loi du 28 octobre dernier, qui est composé du médecin-traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil et dont le rôle est de trancher toute contestation s'élevant en ce qui concerne l'état du malade.

Si la Caisse refuse de s'incliner devant la décision de la Commission technique, l'assuré doit alors porter le différend devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son Président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

6.374. — Honoraires pour soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents

Je viens vous demander votre avis sur ce qui suit

Dans notre département on a retenu nos mémoires d'honoraires pour les assurés sociaux agricoles indigents. Depuis 1935 nous ne sommes pas réglés. Maintenant on veut nous régler au Tarif d'Assistance médicale gratuite. Le Docteur J..., à Q..., a réclamé des honoraires d'accouchement au Tarif accident du travail, le Préfet les lui a réglés.

Je crois que la loi ne prévoit pas de distinctions entre assurés.

Dois-je intenter une action auprès du Préfet pour le mettre en demeure de me régler au Tarif des accidents du travail ?

De plus je suis prévenu à la date du 29 juin 1936 que les assurés sociaux indigents quels qu'ils soient, seront soignés au tarif de 12 francs la consultation ou visite, 24 francs visite de nuit, 15 francs le dimanche, 1 franc le kilomètre. En outre les accouchements seront réglés, normal 200 francs, jumellaire 275 francs, dystocique 250 francs, tarif net et fortaitaire comprenant les soins médicaux, c'est-à-dire l'accouchement proprement dit, les visites de jour et de nuit, les examens, soins divers, veilles de nuit, interventions de toute nature relatives àla grossesse, à l'accouchement et à ses suites normales, les frais de déplacement, etc.

Pour les accouchements, je vous signale que les fournitures pharmaceutiques, médicaments et accessoires ne devront pas sauf exception dûment justifiées, dépasser la somme de 30 francs. Pauvres malades, pauvres médecins qui ont une clientèle rurale.

Que dois-je faire ? puis-je faire payer mes assurés sociaux indigents en notant sur leur feuille qu'ils m'ont réglé mes honoraires. ?

Dr L.

Réponse

Il est exact que, contrairement à la thèse soutenue par l'Administration, la jurisprudence de la Cour de cassation a reconnu de la manière la plus formelle, que le Tarif des accidents du travail devait être appliqué aussi bien aux honoraires pour soins donnés aux assurés sociaux indigents qu'à ceux concernant les assurés du commerce et de l'industrie (pour la période antérieure au 1er avril naturellement). Un arrêt tout récent de la Cour de cassation (Chambre civile, 7 avril 1936. Aff. Dr Vezin c. Préfet du Loir-et-Cher) vient encore de confirmer cette jurisprudence qu'avaient instaurée les deux arrêts du 8 janvier 1935 (Aff. Dr Hugues c. Préfet du Loiret et Dr Anquez c. Préfet du Nord. D. H., 1935, page 148).

Dans ces conditions, il est donc inutile de vous incliner devant la mauvaise foi de l'Administration qui, en l'espèce, est évidente. Nous vous conseillons, au contraire, de faire trancher la question par la juridiction compétente qui, d'après un autre arrêt de la Cour de cassation du 8 janvier 1935 (Docteur Capel, contre Préfet du Nord) est la Commission d'arrondissement du siège de la commune de secours. Pour cela, il y aurait lieu, tout d'abord, de mettre en demeure les maires des communes de secours de vos clients

d'avoir à vous payer vos mémoires au Tarif prévu par l'article 59 de la loi de 1928-1930. La Commission d'arrondissement serait ensuite saisie par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil dans un délai de dix jours, courant soit de la réception d'une décision de rejet, soit à l'expiration d'un délai de deux mois en cas de non-réponse. Vous n'auriez qu'à nous prévenir au moment d'intenter la procédure et nous demanderions alors à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui de la Ligue pour défendre vos droits.

En ce qui concerne les soins donnés aux assurés indigents postérieurement au 1er avril 1936, il y a lieu d'appliquer les nouvelles dispositions résultant de l'article 19 du décret du 28 octobre 1935. Il résulte tout d'abord de l'article 13 du décret du 30 octobre instituant le nouveau régime des Assurances sociales que dans l'agriculture il n'y a plus lieu de faire de distinction entre assurés agricoles et assurés ordinaires et l'article 19 du décret du 28 octobre 1928 applique aux uns comme aux autres. Cette question qui était litigieuse sous le régime de la loi de 1928-1930 se trouve donc maintenant hors de contestation ; pour tous ces assurés les médecins seront désormais réglés d'après le Tarif de responsabilité des Caisses de leurs clients. Ce Tarif varie suivant chaque Caisse et il nous est donc impossible de vous renseigner d'une manière précise sur son montant dans votre département ; mais comme il est établi généralement par convention avec les Syndicats locaux et compte tenu de leur Tarif minimum, nous vous conseillons de vous adresser à l'organisation syndicale du département Il est exact toutefois que, conformément aux dispositions de l'article 9 du décret-loi ce Tarif doit comprendre un remboursement forfaitaire pour les accouchements ; ce remboursement s'applique à la fois aux frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse et à l'accouchement et à ses suites. Toutefois, nous devons vous signaler que ce Tarif doit comprendre obligatoirement des majorations en cas d'accouchement dystocique ou plural.

D'autre part, en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'intéressée doit passer sous le régime de l'assurance-maladie ; par suite, à ce moment, s'il s'agit d'une assurée indigente, le médecin sera remboursé, non plus forfaitairement, mais à l'acte médical comme en matière d'assurance-maladie ordinaire.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

A travers l'Officiel

Correspondance

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louveso (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséja (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Oles) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Le Boulou. J. Noguès.
Loctudy. Dupouy.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

Nº 227. — A vend. occas. : accus Fulmen neufs 6 volts 120 amp., cassette Massiot 30/40, écrans renforçateurs 30/40.

Nº 228. — Interne franç. au courant de la phtisiologie, ayant au moins 20 inscrpit. validées, est demandé au sanat. d'Aincourt (S.-et-O.). Ecr. au Directeur.

Nº 229. — Cannes. Méd. français désirant cesser clientèle, voudrait trouver situation sérieuse maison spécialités, région Alpes-Marit.

Nº 230. — A céder état absol. neuf : dossier vertical d'examen radiol., complet avec ampoule et écran : microscope de précision appareil à tension et access. médicaux. S'ad. Pore, 2, rue Notre-Dame, Ham (Somme).

Nº 231. — Eure-et-Loir. 2 h. Paris, très intéress. client. médicale à céder, chemin de fer. Indemn. à débattre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

1 heure Paris. A céder petite indemnité, pour cause santé, poste méd. gle avec fixe, dans centre important.

Environ de Troyes, gros poste rural, nombreux A. T. Comptant demandé 30.000. Belle maison avec jardin.

Région industrielle. Importante clientèle, plusieurs fixes, habitation grand confort. Facilités pour le paiement.

Renseignements

Quand vous aurez usé sans résultat les poudres de saturation pour calmer les hyperacides, les purges pour nettoyer les langues sales, les antiseptiques pour diminuer la putridité des selles, essayez quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et vous verrez disparaître vite et agréablement tous ces ennuis.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de vacances d'obstétrique de la clinique Baudelocque.* — Deux cours de vacances d'obstétrique auront lieu à la Clinique Baudelocque : le premier, dirigé par MM. Lacomme et Sureau, du 7 au 20 septembre ; le second, du 5 au 31 octobre 1936.

— **Clinique médicale des enfants et clinique de la tuberculose** (Professeurs Nobécourt et Bezançon). — *Cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance*, par M. F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours de M. Ch. Lestocquoy, du jeudi 17 septembre au mercredi 30 septembre 1936, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 150 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté.

— **Clinique gynécologique Broca** (Prof. : M. Pierre Mocquot). — *Un cours de vacances* sera fait par MM. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; Guillot, chef de clinique gynécologique ; Parat, chef du laboratoire ; R. Moricard, attaché médical ; P. Lejeune et J. Longuet, anciens chefs de clinique, du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1936.

Droits : 200 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **XXIIIe Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale** (Saint-Etienne, 2, 3, 4 octobre 1936). — Trois questions ont été mises à l'ordre du jour de ce congrès : le traitement des maladies sociales, la prévention des maladies sociales et l'organisation des loisirs.

Les Compagnies de chemins de fer accordent aux congressistes une réduction de 50 %. Les adhésions sont gratuites. Elles doivent être adressées avant le 10 septembre, soit au secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las Cases, à Paris, soit à Saint-Etienne à M. le Docteur Ch. Laurent, 12, rue des Mutilés du travail.

— **XVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales** (Belgrade-Yougoslavie, 29 et 30 septembre, 1er et 2 octobre 1936). — Rapports : Hydrologie (Professeurs Villaret, Fontès, Vlès, Urbain) ; Hydrologie thérapeutique (Professeurs Rathery et Akil Moukhtar) ; Climatologie (Professeurs Piéry et Garot) ; Géologie (Professeurs Loukovitch et Nenadovitch).

Secrétariat général : Docteur Flurin, à Cauterets (Hautes-Pyrénées).

— **Congrès médical sportif.** — Un congrès médical sportif sera organisé à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, à Paris. Il sera présidé par les Professeurs Carnot et Latarjet.

— **Congrès d'Alger** (Pâques 1937). — Le Congrès, organisé chaque année par la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord, aura lieu à Alger les 22, 23 et 24 mars 1937, sous la présidence de M. le Professeur Gillot.

Plusieurs rapports seront présentés sur la question mise à l'ordre du jour qui est la suivante : les typhus. Des discussions suivront la présentation des rapports ; des communications seront admises.

A l'occasion de ce Congrès, la Ligue française contre le rhumatisme a décidé de tenir sa prochaine réunion à Alger.

Pour tout renseignement, concernant le Congrès d'Alger, s'adresser aux secrétaires du Congrès, Professeur Senevet, Faculté de médecine d'Alger et Docteur Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

— **Union internationale contre la tuberculose**— Par suite des difficultés actuelles de communications avec le Portugal, *la Xe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose*, qui devait se tenir à Lisbonne du 7 au 10 septembre 1936, est remise à une date ultérieure.

— **Fondation Tomarkin.** — Les cours de haute culture médicale, organisés par la Fondation Tomarkin, qui devaient se donner à Athènes du 7 au 21 septembre 1936, n'auront pas lieu.

— **U. R. S. S.** — L'Institut du cerveau, créé à Leningrad en 1927, possède un matériel scientifique

d'études neurologiques particulièrement important. Actuellement le cerveau de Lénine y est minutieusement étudié sur près de 25.000 coupes histologiques.

— **Groupe de défense de la médecine libre.** — Sous ce titre, un groupe de médecins vient de se constituer pour lutter contre les créations par l'État et sous sa direction, de centres médicaux et chirurgicaux (« Centres de Santé » et « Cités sanitaires ») et pour défendre les droits de la médecine indépendante. Secrétariat : 74, rue Didot, Paris (14e).

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — La médaille d'or de l'internat 1936 (chirurgie) a été décernée, après concours, à M. Darmaillacq.

— **Hôpitaux de Nancy.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat en médecine aura lieu le 19 octobre 1936 ; celui de l'externat le 23 octobre 1936.

— **Hôpitaux de Marseille.** *Internat.* — Un concours pour douze places d'internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 12 octobre à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Inscriptions jusqu'au 5 octobre au secrétariat de l'administration des hôpitaux civils, 9, rue Lafon, à Marseille.

— **Hôpitaux de Rouen.** *Internat.* — Un concours pour quatre places d'interne aura lieu le 12 novembre 1936. Inscriptions jusqu'au 27 octobre à l'hospice général.

— **Hôpitaux de Tours.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat en médecine s'ouvrira le 12 octobre 1936 ; celui de l'externat le 19 octobre 1936.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Jacques Odinet nous font part de la naissance de leur fille *Colette.*

Paris, 4, rue de la Renaissance, 21 juillet 1936.

— Le Docteur et Madame René Fardet nous informent de la naissance de leur fille *Nicole.*

Boulogne-sur-Seine, 56, boulevard Jean-Jaurès, 11 août 1936.

Tous nos compliments à nos confrères et à leur famille pour ces heureux événements.

— On nous fait part de la naissance de *Jacques* Grangé, fils de Madame et du Docteur Louis-Grangé, oto-rhino-laryngologiste à Pau, et petit fils du Docteur Etienne Ginestous, ophtalmologiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux.

A la même date, le Docteur Ginestous apprenait, hélas, l'infiniment triste nouvelle de la mort de son fils, élève à l'Ecole de l'Air, qui a succombé le 10 juillet 1936 dans un accident d'automobile, à Bourges.

Nous adressons à notre distingué collaborateur, dont nous partageons la grande peine, l'expression de notre sympathie attristée.

P. L.

L'interdiction du colportage pharmaceutique

Le Sénat vient d'adopter la proposition de loi antérieurement votée par la Chambre des députés

Dans sa séance du 10 août 1936, le Sénat vient d'adopter sans discussions, ni modifications, la proposition de loi adoptée par la Chambre sur le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques. Voici le textede cette loi qui sera bien tôt promulguée :

Article 1er

L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, modifiée par la loi du 9 février 1916, est complété par les dispositions suivantes :

La vente au public de médicaments ou produits jouissant de propriétés curatives ou préventives, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie, est rigoureusement interdite.

La même interdiction s'applique également à la vente des plantes médicales, mélangées ou non, dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie et les herboristeries.

Il est également interdit aux pharmaciens et aux herboristes de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial et de procéder par les mêmes moyens ou par des services réguliers et organisés, au trafic ou à la distribution à domicile, des produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée.

Article 2

Les contrevenants aux dispositions de l'article 1er sont passibles d'une amende de 25 francs à 1.000 francs qui sera doublée en cas de récidive.

Ces dispositions n'entreront naturellement en vigueur que du jour de la promulgation de la loi (1), dont nous ne manquerons pas d'indiquer la date dès qu'elle aura été accomplie.

(1) Ou plus exactement, à Paris un jour franc après sa publication à l'*Officiel*, et dans chaque arrondissement un jour franc après l'arrivée du *Journal Officiel* au chef-lieu.

Le statut des sanatoriums publics et privés

La Chambre des députés vient d'adopter la proposition de la loi votée par le Sénat

Dans sa séance du 11 août 1936, la Chambre a adopté sans discussion ni modification la proposition de loi votée par le Sénat le 23 juillet dernier. Voici le texte de cette loi, qui sera bientôt promulguée :

Loi concernant les modalités d'installation des sanatoria publics, assimilés ou agréés et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques pour tuberculeux

« Art. 1er. — Tout sanatorium destiné aux tuberculeux pulmonaires devra être entouré d'un domaine suffisant pour permettre aux malades la promenade quotidienne sans que ces derniers soient obligés de sortir de l'établissement. La superficie que devra avoir le domaine par rapport au nombre de lits de l'établissement est fixée par décret d'administration publique. »

« Art. 2. — Les dispositions qui font l'objet des articles 8 et 9 de la loi du 7 septembre 1919 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 8. — Les sanatoria privés ne pourront être ouverts sans une autorisation délivrée par le ministère de la Santé publique.

« Par la suite, aucune modification, aucun agrandissement, ni changement portant sur les bâtiments, le nombre de lits, les aménagmeents, les conditions d'exploitation et les dispositions du sanatorium ne devront être réalisés sans une autorisation du ministre de la Santé publique.

« Les demandes d'autorisation seront adressées au préfet qui en délivrera récépissé.

« L'absence de toute décision ministérielle dans un délai de six mois à compter de la date du récépissé sera considérée comme une autorisation. »

« *Art.* 9. — L'inexécution constatée des prescriptions de l'article 8 de la présente loi et du décret prévu à l'article 4 ci-dessus entraînera la fermeture de l'établissement. Celle-ci sera prononcée par le ministre de la Santé publique, après avis de la commission de la tuberculose. »

« Art. 3. — Les tuberculeux pour le placement desquels intervient la participation de l'Etat au prix de journée ne pourront être hospitalisés que dans les sanatoria agréés (publics, assimilés ou privés), à l'exclusion de toute villa, hôtel, pension ou maison de cure. »

« Art. 4. — Les stations climatiques visées par l'article 1er de la loi du 26 septembre 1919 seront sub-

divisées en stations climatiques de cure pour tuberculeux et en stations climatiques de villégiature.

« Le décret prévu par la loi précitée afin d'arrêter la liste de ces stations sera rendu sur avis conforme de l'Académie de médecine. »

« Art. 5. — Dans les stations de cure pour tuberculeux, le règlement sanitaire type, dit modèle C, devra être appliqué, notamment en ce qui concerne les mesures et règles générales de salubrité qu'il prescrit ; ces stations devront comporter un bureau d'hygiène tel qu'il est prévu par l'article 19 de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, quitte pour la commune à utiliser les installations locales existantes et leur matériel pour la désinfection des crachoirs, linge, literie et logements.

« Dans les hôtels, pensions de famille ou villas meublées, le Bureau d'hygiène procédera à des inspections fréquentes et s'assurera de la salubrité rigoureuse des locaux.

« Toute location en meublé au domicile de l'habitant, ayant ou recevant des enfants mineurs, devra faire l'objet d'une déclaration au Bureau d'hygiène dans un délai de deux jours. Le Bureau d'hygiène sera tenu, dans le même délai, de s'assurer que le ou les occupants des locaux loués ne sont pas des malades susceptibles de contaminer ces mineurs.

« Toute infraction aux arrêtés municipaux concernant la prophylaxie, commise par les hôtels, pensions, maisons de cure, pourra entraîner la fermeture de ces établissements pendant une période de un à trois mois. »

« Art. 6. — Dans les stations climatiques de villégiature, aucun sanatorium ne pourra être créé sans que l'avis du Conseil municipal, prévu au paragraphe 8 du décret du 7 juin 1932, soit favorable à cette création. »

Ces dispositions n'entreront naturellement en vigueur que du jour de la promulgation de la loi (1), dont nous ne manquerons pas d'indiquer la date dès qu'elle aura été accomplie.

(1) Ou plus exactement un jour franc après l'arrivée du numéro du *Journal Officiel* au chef-lieu de l'arrondissement.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Le contrôle des thermomètres médicaux

Nous recevons la lettre suivante :

Ma femme est au vingt-septième jour d'une affection fébrile indéterminée :

Première période du 4 au 15 juin : de 37°9 à 39°, descente en lysis en cinq jours.

Deuxième période apyrétique du 15 au 22 : urticaire insupportable pendant ce temps,

Troisième période : le 22, frisson et disparition instantanée de l'urticaire ; plateau 39°4-39°8.

Quatrième période du 27 au .... Chute à 37°-37°5, légère réapparition de l'urticaire qui se rencontre dès que la température s'abaisse.

Traitement : Sulfate de soude 10 gr. le matin à doses quotidiennes, chlorure de calcium — septicémine et endocarbone intraveineux, alternés avec aniodol interne.

Notre diagnostic ne s'éclaire pas ; et le laboratoire ne peut nous aider : tout est négatif. Mais ce n'est pas là où je veux en venir. Qu'on avoue ne pas savoir ce qu'a un malade m'eût choqué il y a quarante ans et ne m'effarouche pas maintenant, les erreurs de diagnostic passées rendant modeste. Seulement, j'ai pris la température rectale de ma femme avec quatre thermomètres, *tous contrôlés*. Leurs réponses s'échelonnent entre 0 et 1 degré.

A quoi sert le contrôle des arts et métiers ? J'ai répété dix fois l'expérience avec le même résultat. Ou le contrôle est fait à la va-comme-je-te-pousse, ou il ne peut donner qu'une garantie dans le temps et alors, comme pour les vaccins, comme pour le 914, il faudrait spécifier : limite de validité du contrôle : jusqu'en février 1938 par exemple.

Si on ne peut donner de certitude, supprimons ce contrôle qui grève le budget inutilement. Sur sa foi, selon que je me suis servi de l'un ou de l'autre de ces thermomètres, j'ai fait depuis des mois des erreurs d'appréciation de 1 degré en clientèle.

Je crois qu'il y a intérêt, au point de vue général, à étudier cette question.

Dr Le Duigou.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 Août

Promotions dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au titre « Education physique et Sports ».

Sont promus :

Au grade d'officier :

M. Marc Bellin du Coteau, docteur en médecine à Paris.

Au grade de chevalier :

M. Robert Jeudon, docteur en médecine à Paris.

M. G.-A. Richard, docteur en médecine à Paris.

11 Août

Service de santé militaire

Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, au grade de médecin sous-lieutenant, les médecins auxiliaires titulaires du brevet de préparation militaire supérieure : M. Mabin, de la 4e section d'infirmiers militaires ; M. Hurabielle, de la 18e section d'infirmiers militaires.

12 Août

Sérums et vaccins

Décret du 30 *juillet* 1936 *autorisant la préparation et la mise en vente de sérums, vaccins et produits analogues.*

Ce décret sera publié ultérieurement.

Sanatoriums publics

Mlle le Docteur Fournier a été nommée médecin adjoint au Sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Soins aux gendarmes

Lis e des récompenses honorifiques décernées à des médecins pour services rendus à la gendarmerie

1° *Lettres d'éloges officiels.*

(Délivrés après dix années de soins gratuits).

Légion de Paris : MM. Satte, Noisy-le-Sec (Seine) ; Blusson, Pantin (Seine) ; Rousseau, Goussainville (Seine-et-Oise).

1re légion : MM. Rouzé, Billy-Montigny (Pas-de-Calais) ; Taquet, Anzin (Nord) ; Pruvost, Frévent (Pas-de-Calais).

2e légion : MM. Assémat, Villers-Coterêts (Aisne) ; Vidal, Pierrefonds (Oise) ; Mariani, Roisel (Somme) ; Leforestier, Péronne (Somme) ; Lemoine, Péronne (Somme) ; Darène, Rosières-en-Santerre (Somme) ; Avinin, Mouy (Oise) ; Pérono, Neufchâtel-sur-Aisne (Aisne).

3e légion : MM. Boivin, Saint-André-sur-Orne (Calvados) ; Dubuc, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ; Langlois, Auffay (Seine-Inférieure) ; Dubois, Auffay (Seine-Inférieure).

4e légion : MM. Ramé, Loiron (Mayenne) ; Larrieu, Bonneval (Eure-et-Loir) ; Dumont, Bouloire (Sarthe) ; Pradines, Epernon (Eure-et-Loir).

5e légion : MM. Mouradian, Donzy (Nièvre) ; Fanjoux, Cercy-la-Tour (Nièvre) ; Morlat, Neuvy-sur-Loire (Nièvre).

6e légion : M. Bénad, Vanault-les-Dames (Marne).

7e légion: MM. Bock, Montigny-le-Roi (Haute-Marne), Triboulet, Maîche (Doubs).

Voir la suite page XLIII-2541

PROPOS DU JOUR

CE QUE LA CANCÉROLOGIE DOIT A LA FRANCE

Maintes fois nous avons entendu dire que la Science n'avait pas de Patrie, mais que les savants en avaient une. Or, par une bizarre tournure d'esprit, les Français acceptent avec scepticisme, affectent d'ignorer ou dédaignent ce qu'ont découvert les savants de leur pays ; puis lorsqu'après de nombreuses années, ces découvertes reviennent de l'étranger, ils les admirent et les prônent sans se douter qu'elles ont leur origine chez eux.

Nous avons à diverses reprises cité la méthode de Mme Montessori que tous les pédagogues de France portent aux nues sans se douter que son créateur fut le Français Itard, médecin des Sourds-muets, qui l'imagina, il y a plus d'un siècle, lorsqu'on lui confia l'éducation du Sauvage de l'Aveyron, qu'un autre Français, Edouard Séguin, perfectionna cette méthode et qu'en dernier lieu, il y a quelque cinquante ans, Bourneville, médecin de Bicêtre, qui avait étudié et réédité les travaux d'Itard et de Seguin, l'appliqua sous le nom de méthode médico-pédagogique à l'éducation des arriérés. Ce fut dans le service de Bourneville, m'a-t-on affirmé, que Mme Montessori vint étudier les éléments de ce qui devint plus tard sa méthode.

Convaincu de ce travers de l'esprit français et voulant dans le domaine de la cancérologie rendre hommage aux savants français dont certains sont restés inconnus de leurs compatriotes, M. le Prof. Forgue, membre correspondant de l'Institut et associé de l'Académie de médecine, a fait le 26 mai 1936 à l'Assemblée générale de la Ligue française contre le cancer, une brillante conférence intitulée : *Gesta cancerologiæ per Francos. La part de la science française dans l'avance actuelle de la question du cancer* (1).

Nous n'avons pas à faire l'éloge de l'éminent savant, du grand chirurgien, du brillant orateur qu'est le Prof. Forgue aux lecteurs de notre journal ; tous se rappellent avoir entendu ou lu le remarquable discours qu'il prononça il y a deux ans au banquet du *Concours Médical*. Sa conférence à la Ligue française contre le cancer, très documentée, rend justice à l'effort considérable fait par les savants français dans l'étude du cancer et nous croyons utile pour la gloire de notre pays, d'en donner ici la substance.

Après un préambule où M. Forgue rend justice aux travaux considérables faits par les étrangers (car, s'il tient à mettre la France sur le premier rang, il n'a pas du tout l'intention par un nationalisme étroit de la mettre au-dessus de tout) le conférencier rappelle les recherches anatomiques et histologiques sur le cancer que firent au cours du siècle dernier des maîtres comme Cruveilhier, V. Cornil, Ranvier, Lancereaux, Malassez dont les noms ne doivent pas être oubliés. Mais ils s'étaient bornés à étudier le cancer comme une matière morte. Ce fut tout à la fin du XIX^e^ siècle, en 1891, que les recherches sur cette maladie entrèrent dans la biologie expérimentale et firent l'objet de communications à la *Société de biologie*. Un jeune préparateur de la Faculté de médecine de Paris, jusqu'alors inconnu, Henry Moran fit part du résultat de ses inoculations du cancer aux souris blanches et publia en 1894 dans les *Archives de médecine expérimentale* une étude sur le *cancer greffé*.

Moran établit la possibilité de l'inoculation du cancer, déjà réalisée par Hanau ; il fit part de la réussite de greffes cancéreuses successives en série dans dix-sept générations de souris blanches ; il attira l'attention sur la possibilité de la transmission des néoplasmes par voie digestive, constata la contagion que Borrel expliqua plus tard par les parasites des souris, agents de transmission par inoculation. Enfin, il signala la sensibilité au cancer de la descendance des souris inoculées, ce qui crée une sorte d'hérédité de terrain sur laquelle l'américaine Miss Slye devait insister bien plus tard.

Henry Moran étudia en outre les métastases, les généralisations aggravées par les traumatismes. Il montra qu'il n'y avait pas de bactéries dans les néoplasmes non-ulcérés et posa la question de l'immunité qui expliquerait pourquoi certains animaux sont réfractaires aux inoculations.

A l'étranger Loeb, Jensen, Ehrlich, Bashford

(1) Cette conférence a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 13 juin 1936.

développèrent le programme de Moran dont le nom serait resté inconnu en France, si Borrel en 1908, à l'Association française contre le cancer, ne lui eût rendu justice et si plus récemment les Professeurs Roussy et Ménétrier ne l'avaient fait connaître. Il était établi qu'une cellule cancéreuse transplantée peut se développer indéfiniment dans un organisme vivant de même espèce. Alors se posa le problème cellulaire.

En 1912 un Français, Alexis Carrel, réalisa dans un laboratoire américain de l'Institut Rockfeller, la culture indéfinie des cellules dans des milieux artificiels et Champy, Borrel, Jean Verne reprirent en France ses expériences. Il résulta de cette découverte la production artificielle des tumeurs malignes.

Les Japonais Jamaguva et Itchikawa en 1914 arrivèrent à provoquer l'apparition de cancers par des badigeonnages au goudron. Mais auparavant Cazin avait eu l'idée de provoquer l'éclosion du cancer par le coaltar et cinq ans avant les Japonais, Marie et Clunet avaient suscité l'apparition d'un cancer à l'oreille d'un lapin en l'irritant par l'application d'un agent chimique.

En 1910, un Français, Jean Clunet, reproduisit *expérimentalement le cancer röntgénien* au point qu'il avait choisi. Borrel fit remarquer quel rôle important pouvait jouer dans la pathogénie du cancer des voies digestives, l'irritation répétée de l'alimentation et posa l'hypothèse de l'étiologie vermineuse de ces cancers. Il attribua la formation du cancer du foie, observée chez un rat, à l'ingestion d'œufs du tænia crassicola.

La découverte du radium par Pierre Curie et Madame Curie fit de la curiethérapie une œuvre essentiellement française qui, judicieusement appliquée, guérit le cancer du col utérin à ses débuts.

En 1901, Henri Becquerel qui avait conservé un tube de radium dans la poche de son gilet, fut stupéfait de constater qu'il avait une brûlure à la peau sous-jacente. Ce fut la première constatation de l'action du radium sur les tissus vivants. Pierre Curie appliqua le radium à la cure du lupus. Puis Wickham et Degrais firent à Saint-Louis des applications superficielles de radium en dermatologie.

Wickham créa en 1906 le laboratoire biologique du radium de la rue d'Artois, œuvre privée qui rendit les plus grands services à la curiethérapie.

Dominici, grand savant, probe et modeste, de Paris, fit faire à la méthode de grands progrès. Il découvrit l'action du rayonnement gamma du radium sur les cellules néoplasiques qu'il détruit beaucoup plus vite que les cellules saines et en interposant des métaux denses comme le platine et l'or, il parvint à filtrer les rayons éliminant ceux qui sont nocifs qui émanent du radium. On doit à Dominici un grand nombre d'appareils ingénieux pour les applications locales de la curiethérapie en en écartant les dangers.

Degrais à Beaujon dès 1907, Rubens-Duval et autres continuèrent les recherches dans cette voie. Le Prof. Regaud est actuellement à la tête de la curiethérapie.

L'action élective du radium et l'inégale radiosensibilité cellulaire furent expliquées par Holweck et Lacassagne par la nature corpusculaire des radiations, qui bombarderaient les éléments cellulaires leur offrant une plus ou moins grande résistance.

La découverte de la radioactivité artificielle par M. Jolliot et sa femme, Irène Curie, donnera sans doute de nouveaux radio-éléments à la thérapeutique du cancer.

A côté du laboratoire et de la clinique du Prof. Regaud, nous devons signaler le magnifique et très complet Institut du cancer de Villejuif que dirige le Prof. Roussy après l'avoir lui-même minutieusement et complétement organisé.

L'Assistance publique parisienne a fait de grands efforts. M. Gosset à la Salpêtrière, MM. Hartmann et Cunéo à l'Hôtel-Dieu, M. Gernez à Tenon, d'autres à Necker, à Lariboisière, à Saint-Antoine, dirigent d'importants services anticancéreux. Toutes les grandes villes de province et surtout les villes de Faculté en sont pourvues.

En somme, la France est au premier rang dans la lutte contre le cancer et n'a rien à envier aux autres nations.

Le Prof. Forgue, en terminant, rend hommage au secours social et moral porté aux malheureux cancéreux incurables par le Docteur Récamier à l'hôpital Saint-Michel et par la touchante *Association des Dames du Calvaire*, fondée par Mme Garnier, qui s'efforce d'atténuer les épouvantables souffrances physiques et morales des pauvres cancéreuses condamnées et dont la devise est *Résignation et Patience.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

La luxation antéro-interne de l'épaule

Par M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse

On dit que l'articulation de l'épaule est luxée, lorsque les deux surfaces articulaires, tête humérale et cavité glénoïde, ont quitté leurs rapports naturels d'une façon permanente. Le plus souvent, la luxation est *complète*, c'est-à-dire que le déplacement est tel que les extrémités osseuses encroûtées de cartilage présentent entre elles un écartement ou un éloignement si prononcé qu'elles n'arrivent plus à se toucher par aucun des points qui leur étaient normalement communs. Plus rarement, la luxation est dite *incomplète*, les surfaces articulaires restant en contact sur une plus ou moins grande étendue : on dit encore que, dans ce cas, il y a *subluxation*.

Suivant leurs origines, les luxations de l'épaule prennent le nom de congénitales, de pathologiques ou de traumatiques. Les *luxations congénitales* extrêmement rares, remontent à la naissance, et relèvent d'une malformation due à un arrêt de développements ; les *luxations pathologiques*, encore dénommées *spontanées*, sont consécutives à un processus articulaire aigu ou chronique ayant détruit ou déformé les surfaces en contact, et les *luxations traumatiques*, les les seules qui doivent nous intéresser aujourd'hui, reconnaissent comme cause l'action d'une violence extérieure ou d'une contraction musculaire exagérée.

La luxation traumatique de l'épaule comprend quatre grandes variétés suivant que la tête humérale est venue se placer en haut, en bas, en avant ou en arrière de l'articulation dont elle vient de s'échapper : c'est de la luxation en avant, encore appelée antéro-interne, qui est de beaucoup la plus fréquente, que je vais vous entretenir en commençant par vous relater l'observation du blessé qui se trouve actuellement dans notre service.

***

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, exerçant la profession de balayeur de rues, qui, à la suite d'un faux pas, est tombé en avant, lourdement, de tout son poids sur la paume de la main droite, le bras étant écarté du corps. A ce moment, il a ressenti une très vive douleur dans la région de l'épaule, et une fois relevé, il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus se servir de son bras. Pensant que *dans sa chute, il s'était fait une* fracture ou une luxation, il se rendit sans tarder à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où vous avez pu l'examiner très complètement et très facilement, car *il ne s'était* guère *écoulé plus d'une* heure depuis l'accident, laps de temps trop court pour permettre au gonflement de venir déformer les tissus mous périarticulaires.

Notre blessé, de taille moyenne, plutôt maigre, et très peu musclé, s'est présenté à vous la tête et le tronc légèrement incliné à droite, l'avant-bras droit fléchi soutenu par la main du côté valide. En l'examinant, vous avez pu vous rendre compte tout d'abord, qu'en plus d'une abolition complète des mouvements actifs et d'une grande limitation des mouvements passifs, en particulier de l'adduction et de la projection du coude en avant, le bras droit, en rotation interne et présentant un raccourcissement de près de deux centimètres, se trouvait en abduction assez marquée, et que le coude était écarté du corps d'une dizaine de centimètres environ. Puis, en regardant par comparaison les deux membres supérieurs, vous avez vu également que l'axe du bras blessé passait en dedans de la région glénoïdienne et qu'il ne correspondait plus avec l'axe deltoïdien.

Vous occupant ensuite de l'épaule de notre sujet, vous avez pu constater que la rotondité droite avait complètement disparu, remplacée par une zone aplatie, et que l'acromion faisait au contraire une saillie très nette. En la palpant ensuite, vous avez reconnu que vous ne sentiez pas la résistance normale de la tête humérale, et que vos doigts, s'enfonçant dans le muscle deltoïdien, pouvaient parvenir à le déprimer, jusqu'au contact de la cavité glénoïde.

Devant cette constatation, il ne pouvait s'agir que d'une luxation de l'épaule : restait à savoir quelle en était la variété, et si elle n'était pas compliquée.

Pour cela, il fallait rechercher tout d'abord où se trouvait la tête humérale, et comme le peu d'épaisseur de la couche des pectoraux de notre sujet laissait apercevoir une légère modification de la paroi antérieure de l'aisselle, il vous a été facile en la déprimant en ce point avec la main droite de reconnaître la présence d'une surface lisse et résistante, située en dedans de l'apophyse coracoïde, qui n'était autre que la tête humérale en continuité avec le reste de l'humérus, comme vous l'a prouvé la transmission parfaite des mouvements de rotation imprimés au bras.

Etant donnés les différents symptômes relevés, il s'agissait donc d'une luxation antéro-interne, appartenant à la variété intra-coracoïdienne, et qui ne devait vraisemblablement pas présenter de complications par suite de l'absence de toute espèce de troubles nerveux et des résultats de l'examen radiographique, qui, en nous confirmant la position de la tête humérale nous montra son intégrité.

Le diagnostic une fois posé, il ne restait plus qu'à réduire la luxation, ce qui put se faire, étant donné le peu de musculature de notre accidenté, sans aucune espèce d'anesthésie. Pendant qu'un aide, tout en effectuant la contre-extension exerçait une pression sur la tête humérale, j'ai réalisé pendant quelques secondes une forte traction sur le bras porté dans une abduction de plus en plus prononcée, puis je l'ai abaissé brusquement en bas et en dedans. A ce moment, j'ai perçu au niveau de l'articulation de l'épaule un brusque ressaut, qui m'a indiqué que la tête humérale venait de reprendre le contact glénoïdien. Vous avez pu constater qu'à partir de ce moment, la région deltoïdienne ne présentait plus d'aplatissement, et que l'on y reconnaissait la présence de l'extrémité humérale roulant parfaitement sous les mouvements imprimés au coude.

Dès que la réduction a été obtenue, le bras de notre sujet a été immobilisé dans une écharpe pendant quelques jours, au bout desquels le gonflement, qui n'avait pas tardé à se manifester s'étant dissipé, on a pu commencer des séances de massage et de mobilisation. Les résultats sont jusqu'ici des plus satisfaisants et il y a tout lieu de croire que notre blessé ne présentera du fait de son accident aucune diminution de capacité fonctionnelle.

***

Comme vous le savez, l'articulation de l'épaule est la plus mobile de toutes les énarthroses et partant la plus exposée, aussi la luxation scapulo-humérale, bien connue déjà du temps d'Hippocrate, constitue-t-elle la plus fréquente de toutes les luxations dont elle représente les trois cinquièmes.

Bien qu'elle puisse être rencontrée à tous les âges, elle est surtout une lésion des adultes et s'observe principalement de 25 à 60 ans : les os plus fragiles du vieillard se brisent en effet sous l'action de la force vulnérante, comme la zone diaphyso-épiphysaire de l'enfant tend plutôt à se décoller. Elle se voit un peu plus souvent du côté droit que du côté gauche, et la bilatéralité bien que rare n'est cependant pas exceptionnelle : comme toutes les lésions traumatiques, elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Bien qu'elles puissent également être produites par des contractions musculaires au cours d'un accès d'épilepsie, d'hystérie, d'éclampsie, ou sous l'action d'un mouvement violent du bras en soulevant un fardeau ou en jetant un objet, ces luxations reconnaissent presque toujours une étiologie traumatique. Il convient, en effet, de ne pas perdre de vue que les luxations d'origine musculaire, qui se rencontrent surtout chez des sujets bien musclés et dans la force de l'âge, ne sont dans la plupart des cas que des luxations récidivantes, dont la production est amenée par des causes qui, par leur intensité toute relative, resteraient sans action sur une articulation normale. Une première luxation, quelle qu'en soit l'origine, expose bien souvent aux récidives à l'occasion de mouvements brusques ou un peu violents.

D'une façon générale, en dehors des cas de luxation par action musculaire, le déplacement de la tête humérale résulte soit d'un choc violent portant sur le moignon de l'épaule, et il s'agit alors d'une *luxation directe*, soit d'une chute sur le coude ou sur la main écartée du corps, qui entraîne alors une *luxation indirecte*.

Mais, avant de vous exposer par quel mécanisme, la tête humérale perd ses rapports avec la cavité glénoïde, il convient que je vous rappelle en quelques mots, la disposition de l'articulation de l'épaule. Vous n'ignorez pas que les deux surfaces articulaires sont unies par un manchon capsulaire de forme tronconique extrêmement lâche, puisqu'il leur permettrait un jeu de deux à trois centimètres, s'il n'était pas renforcé et bridé très sérieusement par les tendons des différents muscles qui vont s'insérer sur les tubérosités, et qui, aux points où ils sont en contact avec cette capsule, se fusionnent entièrement avec elle. Ils ne se bornent pas seulement à renforcer ainsi le manchon capsulaire, mais constituent à l'égard de l'articulation de véritables ligaments actifs qui contribuent à maintenir en présence les pièces squelettiques qui la constituent : la capsule présente donc, de ce fait, des portions épaissies et des zones amincies.

Les portions épaissies, connues sous le nom de ligaments, sont au nombre de quatre : l'une représentée par le ligament coraco-huméral occupe la partie supérieure et les trois autres constituées par les ligaments gléno-huméral su-

périeur, moyen et inférieur se trouvent à la partie antérieure. Il en résulte que, c'est à la partie inférieure que la capsule dépourvue de tout renforcement présente une zone amincie de moindre résistance, disposition rappelant à peu près celle que l'on rencontre au niveau de l'articulation de la hanche.

Aussi certains auteurs, tels que Schlem et Hamilton, ont-ils admis que l'immense majorité des luxations de l'épaule se faisait par en bas : secondairement les dispositions régionales rendant difficile et instable le maintien dans cette situation de la tête humérale, cette dernière vient occuper une nouvelle position. Toutefois si les ligaments coraco-huméral, et gléno-huméral supérieur semblent bien jouer un rôle analogue à celui du ligament en Y, il est bien certain qu'il ne saurait y avoir analogie complète dans le mécanisme des luxations de l'épaule et de la hanche, car les ligaments gléno-huméral moyen et inférieur n'offrent pas chez un très grand nombre de sujets, une solidité bien considérable et ne sauraient par suite s'opposer bien souvent à une forte distension articulaire.

Vous voyez donc, en somme qu'étant donnée la disposition anatomique de l'articulation de l'épaule, la tête humérale poussée par un traumatisme peut s'échapper de la cavité articulaire soit par la paroi inférieure, soit encore par les parties moyenne et basse de la paroi antérieure.

Voici d'ailleurs comment les choses se passent : à la suite d'une chute ou d'un coup portant directement sur la région postéro-externe du moignon de l'épaule, le bras pendant verticalement le long du corps, la tête humérale, prise entre deux forces, le choc et la résistance de la glène, sera en raison de la direction du traumatisme et par le mécanisme dit du noyau de cerise chassée fortement en rotation externe vers la zone antérieure de la capsule. Si, dans les cas de traumatisme relativement modéré, tout peut se borner à un simple décollement capsulaire avec production d'une subluxation, généralement la tête projetée en avant avec force vient déchirer la capsule et va ensuite suivant l'intensité des désordres se loger sous l'apophyse coracoïde ou plus ou moins loin en dedans d'elle.

Au contraire, lorsque le bras écarté du tronc en abduction reçoit une impulsion violente par l'intermédiaire du coude ou de la main, la tête humérale par un mouvement de levier distend et rompt la capsule dans sa partie inférieure et arrive ensuite dans l'aisselle. De là, sous l'influence de la contraction des muscles adducteurs et de la continuation de la violence, elle remonte en dedans, déchirant secondairement la zone capsulaire antérieure.

***

Suivant que la tête humérale s'est portée plus ou moins en dedans de la cavité glénoïde, on reconnaît quatre variétés principales de luxation antéro-interne : l'extra-coracoïdienne, la sous-coracoïdienne, l'intra-coracoïdienne, et la sous-claviculaire, bien que cette dernière ne constitue à vrai dire qu'un degré plus avancé de l'intra-coracoïdienne. Voyons rapidement qu'elles sont les lésions et les dispositions particulières de chacune de ces quatre variétés.

La *luxation extra-coracoïdienne*, comme l'avait déjà montré Malgaigne, est plutôt une subluxation qu'une luxation véritable. La capsule articulaire n'est pas déchirée en avant, mais simplement décollée, entraînant le périoste, et forme une cavité supplémentaire dans laquelle est logée la tête humérale à cheval sur le bord externe du bourrelet glénoïdien, reposant partie sur le col de l'omoplate et partie sur la région antérieure de la cavité glénoïde qu'elle n'a pas abandonné complètement. Le bras est en rotation externe et ne présente ni allongement, ni raccourcissement.

Dans la *sous-coracoïdienne*, la tête humérale, qui a subi un léger mouvement de rotation en dedans, est engagée plus ou moins au-dessous de l'apophyse coracoïde, la partie postérieure de son col anatomique répondant à la lèvre antérieure du bourrelet glénoïdien. La capsule est désinsérée en bas et en avant, ou en avant seulement, sa partie postérieure est indemne, et les muscles qui recouvrent l'articulation en arrière ne présentent que peu ou pas de lésions : c'est à leur conservation relative qu'est due l'impossibilité pour la tête humérale de se déplacer plus en dedans. Quant au bras, il est en abduction légère, et sa mensuration fait constater un allongement de 10 à 15 millimètres.

Lorsqu'il s'agit d'une luxation *intra-coracoïdienne*, la tête en rotation interne, située complètement en dedans de l'apophyse coracoïde, vient appuyer sur les côtes. La déchirure de la capsule est sensiblement la même, mais la partie postérieure ainsi que les muscles sus-épineux, sous-épineux, et petit rond sont intéressés bien davantage. Ils sont rompus ou désinsérés au niveau de leurs points d'attache au trochiter, et ce sont ces désinsertions qui ont permis une migration aussi avancée de la tête. Le bras est en rotation en dedans et présente ordinairement du raccourcissement ; cependant, on a signalé des cas où il n'y avait aucune variation de longueur, et même où il y avait de l'allongement.

Enfin, dans la *luxation sous-claviculaire*, les mêmes désordres se retrouvent encore, mais à un degré bien plus accusé : la capsule largement fendue en avant et en bas se trouve détachée presque entièrement de ses insertions, et la tête humérale, libérée de la plupart de ses connexions regarde en avant et en dedan . Elle est rapprochée du sternum et en rapports plus ou moins

étroits avec le bord inférieur de la clavicule. J'ajouterai que presque toujours, il existe des fractures par arrachement au niveau des différents points d'insertions musculaires sur le trochin et le trochiter. Quant au bras, il est comme dans le cas précédent en rotation en dedans et montre un raccourcissement d'un à deux centimètres.

La luxation une fois réduite par un des procédés que je vous indiquerai tout à l'heure, la réparation des différentes lésions, ligamenteuses, osseuses et musculaires que je vous ai énumérées s'effectue et au bout d'un certain temps, l'articulation a retrouvé l'amplitude entière de ses mouvements. Mais il n'en est pas toujours complètement ainsi, et dans un certain nombre de cas, la réparation se fait mal ou ne se fait pas intégralement : la capsule reste agrandie par distension cicatricielle ou par décollement périostique, les surfaces articulaires sont modifiées par érosion du rebord glénoïdien ou par encoche de la tête humérale, les muscles postérieurs demeurent affaiblis, toutes choses tendant à la reproduction du déplacement et expliquant par suite le pourquoi de ces luxations récidivantes que je vous signalais il y a un instant.

Lorsque pour une raison ou pour une autre, la luxation n'a pas été réduite, la réparation s'effectue quand même, mais alors dans de très mauvaises conditions, entraînant des modifications importantes des diverses parties constitutives de l'articulation, modifications qui viendront créer un obstacle très sérieux aux tentatives ultérieures de réduction. C'est ainsi que la cicatrisation de la déchirure capsulaire, par laquelle est sortie la tête humérale, s'accompagne d'une rétraction de ses bords qui en diminue l'étendue : en outre, cette capsule déshabitée va se rétracter tout entière et viendra s'appliquer par sa face interne sur la surface glénoïdienne, supprimant en quelque sorte, la cavité articulaire. La tête humérale se déforme ainsi que la cavité glénoïde, pendant que la réparation des lésions musculaires se fait en mauvaise position. Les muscles sus et sous-épineux, désinsérés ou rupturés se trouvent allongés, modifiés dans leurs directions ou dans leurs points d'attache sur l'humérus : ils perdent de ce fait leur puissance normale, ce qui entraîne la prédominance de leurs antagonistes les muscles adducteurs du bras, qui se rétractent et tendent à rendre constante l'attraction de la tête humérale en dedans. Vous voyez par suite toutes les difficultés, souvent invincibles, que l'on pourra rencontrer en essayant de réduire ces luxations que l'on a qualifié du nom d'*anciennes*, et qui résultent uniquement des modifications articulaires survenues dans un temps plus ou moins rapide variant de quelques semaines à quelques mois.

***

Je ne crois pas qu'il soit bien utile que je m'arrête très longuement sur la symptomatologie de ces luxations puisque vous avez pu en rechercher vous-mêmes les différents signes chez notre blessé. C'est pourquoi je me bornerai à vous rappeler qu'elles présentent toutes un ensemble de symptômes physiques et fonctionnels, tels que douleur, gonflement, impotence fonctionnelle, attitude particulière et déformation de l'épaule dont je vous montrerai les caractères particuliers à chaque luxation, lorsque je m'occuperai du diagnostic.

Toutes les luxations antéro-internes peuvent présenter des complications, qui consistent en déchirure des téguments, en fractures, et en lésions des vaisseaux et des nerfs de la région.

La *déchirure des téguments* avec expulsion de la tête est un accident extrêmement rare et qui exige pour se produire des ruptures musculaires étendues. La conduite à tenir en pareil cas est évidemment basée sur la conservation, et la réduction devra être tentée à moins que la plaie ne soit infectée. Alors, comme dans le cas d'irréductibilité, la résection de la tête s'imposera et j'ajouterai qu'il devra en être de même si des accidents infectieux viennent à se déclarer après la réduction : dans ces conditions, l'articulation devra être maintenue ouverte et largement drainée.

Les *fractures*, qui peuvent accompagner les luxations de l'épaule, consistent en fractures parcellaires des extrémités osseuses et en séparation complète de la tête humérale au niveau d'un de ses cols.

Les fractures parcellaires dont la plus importante est l'arrachement du trochiter ou grosse tubérosité, (nous en avons observé deux cas récemment dans le service), sont trop souvent méconnues au moment de la réduction. Bien que guérissant spontanément, elles sont pourtant importantes à connaître, car elles entraînent un retard des plus notables dans la restauration fonctionnelle : ne manquez pas de les soupçonner dans le cas d'ecchymose étendue sur le moignon de l'épaule.

Les luxations compliquées de fracture du col chirurgical se reconnaissent par la coexistence des signes de déplacement de la tête humérale, dépression sous-acromiale et saillie axillaire et des signes de fracture, conservation de l'axe normal du bras et des mouvements passifs de l'humérus qui peut être amené en adduction.

Quant à la fracture du col anatomique, elle est d'un diagnostic clinique souvent assez malaisé, et la radiographie est presque toujours indispensable. Leur traitement est particulièrement embarrassant dans les deux cas : on doit tout d'abord essayer la réduction par propulsion directe, et si on échoue, ce qui arrive souvent, on a le choix entre l'opération sanglante, qui consistera en

une réintégration ou une résection, et l'expectative dans laquelle on attend tout d'abord que la fracture se soit consolidée pour ne tenter qu'à partir de ce moment de réduire la luxation par les procédés habituels. Il faut bien reconnaître que la réussite de cette dernière méthode est des plus aléatoires, et pour ma part, j'estime qu'en cas d'irréductibilité par la propulsion tentée sous anesthésie générale, on doit recourir de suite à l'intervention sanglante.

Les *lésions vasculaires* sont beaucoup plus rares que les fractures : l'artère axillaire ou une de ses branches, la veine axillaire, ou l'artère et la veine peuvent être écrasées ou arrachées, soit au moment de la luxation, soit au cours des manœuvres de réduction. Rarement les lésions des vaisseaux sont incomplètes et presque toujours, il existe une déchirure de toutes les tuniques, par où le sang s'échappe dans la région axillaire qui devient le siège d'un anévrysme diffus. La tuméfaction axillaire, qui peut laisser entendre à l'auscultation un bruit de souffle, et être animée de battements, demeure stationnaire ou s'accroît peu à peu de volume en envahissant les régions voisines : parfois on constate la disparition du pouls radial avec ou sans signes d'ischémie et de gangrène plus ou moins étendue du membre supérieur.

Il ne faut pas compter sur la guérison spontanée qui est tout à fait exceptionnelle, aussi conviendra-t-il d'intervenir le plus rapidement possible, surtout en cas d'épanchement progressivement croissant. L'intervention consistera suivant les cas, après évacuation de l'hématome, soit dans la ligature des deux bouts du vaisseau lésé, soit dans celle de l'artère sous-clavière.

En ce qui concerne les *complications nerveuses*, elles sont beaucoup plus fréquentes et très importantes à connaître au point de vue pratique. En laissant de côté l'hystéro-traumatisme susceptible d'apparaître dans les luxations scapulo-humérales, comme après tout accident, il s'agit soit des lésions tronculaires, c'est-à-dire de blessures des troncs nerveux émanés du plexus brachial, soit de lésions radiculaires, c'est-à-dire intéressant les racines de ce même plexus. Quelle que soit leur modalité, type radiculaire supérieur de Duchesne-Erb, ou radiculaire inférieur de Déjerine-Klumpke, le pronostic de leur curabilité ou de leur durée est extrêmement difficile à établir. Aussi toutes les fois que vous vous trouverez devant une luxation de l'épaule, devrez-vous avant d'en entreprendre le traitement, rechercher systématiquement l'existence de ces troubles nerveux, afin que l'on ne vienne pas imputer à vos manœuvres de réduction une paralysie contemporaine de la luxation.

***

L'emploi des rayons X facilite assurément aujourd'hui d'une façon considérable le diagnostic des luxations de l'épaule, de leurs variétés et aussi de certaines de leurs complications telles que les fractures : il n'en résulte pas néanmoins pour cela qu'il faille négliger l'étude clinique du diagnostic qui doit envisager successivement ces trois points : y a-t-il une luxation, qu'elle en est la variété, existe-t-il des complications ?

Et d'abord, y a-t-il une luxation ? Un sujet se présente à vous soutenant de sa main opposée son avant-bras qu'il maintient immobilisé, accusant de la douleur dans la région scapulo-humérale, ainsi qu'une impotence fonctionnelle à peu près complète.

Si ces différents phénomènes sont survenus à la suite d'un violent effort musculaire, vous n'avez guère à hésiter qu'entre une entorse ou un déboîtement, et le diagnostic pourra alors être considéré comme facile, car les parties molles ne sont pas au début notablement gonflées, et vous pourrez toujours, s'il ne s'agit que d'une simple entorse, imprimer à l'articulation un certain nombre de mouvements.

Mais si le blessé vous apprend qu'il a reçu un traumatisme ou une impulsion énergique à la *suite* d'une chute *sur la main*, *sur le coude* ou sur le moignon de l'épaule, vous pourrez avoir affaire à une contusion, à une entorse, à une luxation, à une fracture de l'humérus, voire même à une fracture des apophyses juxta-articulaires, du col de l'omoplate ou de la clavicule.

Vous éliminerez facilement la *contusion articulaire* et l'*entorse* en constatant que malgré l'impotence fonctionnelle marquée qu'il accuse, votre sujet ne présentera aucun des signes caractéristiques des luxations de l'épaule, à savoir la vacuité de la région glénoïdienne, la présence de la tête humérale dans une autre région, et les modifications de la position anatomique du bras.

Vous reconnaîtrez les *fractures de la clavicule*, des *apophyses* et *du col de l'omoplate* par l'absence du déplacement de la tête humérale, par la mobilité anormale des os, clavicule ou apophyse, saisis entre les doigts, par la crépitation et l'intégrité des mouvements du bras.

Les *fractures du col chirurgical* pourront à première vue vous en imposer pour une luxation, lorsque l'extrémité supérieure du fragment inférieur se sera portée en dedans du fragment supérieur : la région deltoïdienne vous paraîtra moins pleine et vous sentirez dans l'aisselle une saillie osseuse. Cependant, une exploration plus attentive ne tardera pas à vous montrer que la vacuité glénoïdienne n'est pas immédiatement sous-acromiale, et qu'elle n'existe qu'à deux ou trois centimètres au-dessous de cette apophyse, dont la face inférieure reste occupée par la tête humérale. En outre, la saillie qui occupe l'aisselle est irrégulière, et la fracture a encore pour elle la douleur limitée et exquise au niveau de son foyer,

des ecchymoses étendues et parfois aussi de la crépitation osseuse.

Lorsque la fracture siégera au niveau du *col anatomique*, vous n'aurez pas trop de peine à la diagnostiquer, car la cavité glénoïde aura gardé ses rapports avec la tête humérale : vous trouverez une douleur assez vive, limitée et localisée par la pression digitale à deux centimètres au-dessous du bord externe de l'acromion, de la crépitation fine ainsi qu'une ecchymose plus ou moins considérable. De même, s'il s'est produit un *éclatement* de la tête humérale vous pourrez sentir un ou plusieurs fragments autour de l'articulation qui est volumineuse, et en les rapprochant, vous éprouverez une sensation analogue à celle que donne une pression exercée sur un sac de noix.

Ayant ainsi pensé à une luxation, puisque vous avez trouvé que la tête humérale avait quitté sa place habituelle, mettez-vous à sa recherche en parcourant des yeux et de la main la paroi antérieure de l'aisselle : voyez si sa profondeur est accrue, si le creux sous-claviculaire est comblé, et si vos doigts plongés dans le creux axillaire ou placés à plat sur le pectoral ne perçoivent pas plus ou moins nettement dans la profondeur des tissus l'existence d'une saillie arrondie à laquelle sont transmis les mouvements imposés au bras.

Vous avez été ainsi amenés à reconnaître l'existence d'une luxation antéro-interne, songez maintenant à en rechercher la variété.

S'il s'agit d'une *extra-coracoïdienne*, vous constaterez une dépressibilité anormale des tissus siégeant immédiatement au-dessous de tout le bord externe de l'acromion, mais limitée exclusivement à ce bord, une légère augmentation du relief deltoïdien à la hauteur de l'apophyse coracoïde, causée par la présence de la tête humérale, un écartement faible ou nul du coude et une rotation externe prononcée du bras.

Dans les luxations *sous-coracoïdiennes, intra-coracoïdienne et sous-claviculaire*, l'épaule paraît abaissée et offre un aplatissement manifeste avec forte saillie de l'acromion : le coude est écarté du tronc de plusieurs centimètres, et l'axe du membre, immobilisé en rotation interne plus ou moins accusée, est dirigé en dedans et vient tomber vers le milieu de la clavicule. Vous vous souviendrez alors que si la sous-coracoïdienne présente toujours de l'allongement du membre, dans la sous-claviculaire, il existe au contraire du raccourcissement, et que, c'est en délimitant avec précision par l'examen clinique et par la radiographie la position de la tête humérale dans ses rapports avec l'apophyse coracoïde que vous arriverez à faire le diagnostic de la variété de luxation devant laquelle vous vous trouvez en présence.

Il ne vous restera plus qu'à vous rendre compte si la luxation ne présente pas une de ces différentes complications dont je vous ai signalé la possibilité il n'y a qu'un instant.

Vous soupçonnerez une *fracture* plus ou moins complète du *trochiter* chaque fois que la tête humérale aura subi dans un sens ou dans un autre, un déplacement étendu et qu'il existera une vaste ecchymose, et vous reconnaîtrez l'arrachement par l'existence au-dessous du bord externe de la partie postérieure de l'acromion d'une petit tumeur dure et mobile, que vous aurez soin de ne pas confondre avec la tête. L'examen radiographique vous sera d'ailleurs d'un grand secours pour ce diagnostic.

La *fracture du col chirurgical* compliquant la luxation ne vous sera pas bien difficile à reconnaître au début, lorsque le gonflement ne masquera pas encore les tissus et les organes profonds : la vacuité de la région glénoïdienne, la présence dans l'aisselle de la tête humérale à laquelle ne sont pas transmis les mouvements imprimés au bras, un raccourcissement constant, de la crépitation osseuse, et de la mobilité anormale du bras quand la tête est fixée sont autant de signes qui ne vous permettront pas de méconnaître cette complication.

Au contraire, la *fracture du col anatomique* vous sera beaucoup plus difficile à diagnostiquer, car, dans la très grande majorité des cas, la tête est simplement chassée par l'ouverture capsulaire à une distance plus ou moins grande, alors que l'extrémité supérieure humérale n'abandonne pas la cavité glénoïde, ce qui entraîne la persistance du relief deltoïdien. C'est, dans ce cas particulièrement compliqué que l'emploi des rayons X vous rendra les plus précieux services.

La disparition du pouls radial avec refroidissement du membre, ou apparition d'un anévrysme diffus de l'aisselle devra vous faire penser à une *lésion des gros vaisseaux*, incomplète dans le premier cas, et totale dans le second, alors que des signes de tumeur anévrysmale avec persistance d'un pouls affaibli vous indiqueraient la rupture d'une collatérale venue compliquer la luxation scapulo-humérale.

Enfin, vous devez rechercher dès votre premier examen, la possibilité d'une lésion nerveuse : vous explorerez donc au point de vue des différents modes de sensibilité, toucher, piqûre, pression, chaleur, la région deltoïdienne, et vous ne manquerez pas de vous assurer que les doigts ont gardé leur mobilité habituelle. Peut-être ferez-vous bien de prévoir pour l'avenir la possibilité de paralysies ou de névrites ascendantes.

***

D'une manière générale, la luxation scapulo-humérale récente ne présente pas de pronostic bien grave, car il est exceptionnel que la réduc-

tion rencontre d'emblée des difficultés insurmontables. L'irréductibilité primitive existe néanmoins même dans les cas non compliqués de fracture du col, et c'est alors une interposition musculaire, une bride fibreuse ou un lambeau capsulaire qui s'opposent à la réintégration de la tête, qui ne peut être effectuée qu'à la suite d'une opération sanglante.

Il n'en est pas de même dans les luxations dites anciennes, où les modifications articulaires viennent souvent opposer des difficultés irréductibles à la réduction, que même l'arthrotomie est, dans bon nombre de cas, incapable de réaliser.

Ordinairement, lorsque le déplacement a été bien réduit, le blessé peut se servir de son membre au bout de trois semaines à un mois. Pourtant, il est de nombreux cas où l'intégrité fonctionnelle n'a été complète qu'au bout d'un temps supérieur, aussi devrez-vous toujours être réservés lorsque vous serez appelés à fixer la durée d'une incapacité de travail résultant de cette luxation.

Vous ne négligerez pas l'éventualité de récidive dans votre pronostic et en ce qui concerne les complications, si certaines n'offrent plus la gravité qu'elles présentaient autrefois, je n'ai pas besoin d'insister sur celles qu'entraînent les lésions des vaisseaux et des nerfs du plexus brachial.

***

Au point de vue du traitement, les procédés de réduction abondent, et je n'ai certes pas la prétention de les passer tous en revue. Leur caractère commun est de chercher à rapprocher la tête humérale de la brèche capsulaire, soit en poussant directement cette tête par pression à travers les parties molles, soit en faisant subir au bras un mouvement de traction, de bascule et de rotation, soit enfin, en combinant ces différentes actions. Lorsque la tête est amenée en face de la brèche capsulaire, elle peut s'y engager spontanément sous l'action de la tension des muscles et des ligaments restés intacts qui la dirigent vers sa position normale, mais souvent il faudra imprimer un nouveau mouvement approprié pour achever la réintégration.

Les principaux procédés, que je me bornerai d'ailleurs à vous énumérer, utilisent la propulsion directe, qui trouve rarement son emploi comme manœuvre isolée, mais qui peut, avec grands profits, être combinée aux autres méthodes, la traction exercée sur le bras saisi au voisinage du coude et porté en abduction comme dans le procédé de Th. Anger, la bascule après traction directe vers le bas, c'est le procédé du genou ou du talon, ou la bascule après traction dans l'abduction haute, ainsi que vous me l'avez vu faire chez notre sujet, et qui constitue le procédé de Mothe. Je n'oublie pas la manœuvre de Kocher à actions combinées, qui a été très en vogue pendant longtemps, et qui, bien que gardant toute sa valeur, semble un peu moins employée actuellement.

Tous ces divers procédés ont trouvé un très puissant auxiliaire dans l'anesthésie générale, locale ou régionale, qui leur épargne de vaincre la résistance musculaire par force ou par fatigue. Elle est particulièrement indiquée chez les sujets pusillanimes, chez ceux qui sont pourvus d'une forte musculature, ou encore dans les cas où pour une cause ou pour une autre, la réduction n'étant effectuée que plusieurs jours après la production de la luxation, il est nécessaire de lutter contre la rétraction musculaire.

La réduction une fois effectuée, et le bras immobilisé pour une huitaine de jours, votre rôle n'est pas terminé encore, car vous devrez surveiller attentivement les premiers mouvements passifs, puis actifs de votre sujet, de manière à assurer le plus rapidement une restauration fonctionnelle complète.

Lorsque vous vous trouverez en présence d'une luxation datant d'un certain temps, et devenue ancienne, c'est-à-dire caractérisée par les modifications anatomo-pathologiques que je vous ai signalées, vous devrez d'abord employer les manœuvres de réduction ordinaires. Si elles échouent, vous pourrez, après avoir pratiqué des mouvements de circumduction destinés à mobiliser la tête, employer des tractions plus puissantes fournies par l'effort de plusieurs aides ou par des appareils spéciaux, moufles, appareil d'Hennequin.

Si ces manœuvres ne donnent pas de résultats, avant d'entreprendre une intervention sanglante toujours pleine d'aléas, vous ferez bien d'examiner la valeur fonctionnelle du membre luxé de votre sujet. S'il ne souffre pas trop de son infirmité, et si grâce au jeu compensateur de son omoplate, il lui est possible d'effectuer des mouvements assez étendus, il vaudra mieux que vous vous absteniez, car il est infiniment probable que le résultat que vous obtiendriez ne serait pas supérieur. Dans le cas, au contraire, d'impotence fonctionnelle complète, s'accompagnant de phénomènes douloureux, il sera indiqué d'intervenir, et si la réduction de la tête est impossible, vous en pratiquerez la résection.

Enfin, dans le cas de complication, luxation ouverte, fracture du col anatomique, lésions vasculaires, etc., il est bien évident qu'il vous faudra intervenir, parfois d'urgence et pratiquer les diverses opérations que comportera l'état de votre blessé.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DU COUP DE SOLEIL

Dans son intéressante thèse inaugurale (Montpellier, 1936), le Docteur Jacques Debay a présenté une longue étude, clinique et thérapeutique, du coup de soleil, accident fréquent en cette saison, de nos jours surtout où il est de mode de chercher à se brunir la peau aux rayons solaires, sur les plages, sur le bord des rivières et à la montagne.

Le bain de soleil prolongé a ses contre-indications. On l'interdira aux sujets présentant des troubles circulatoires marqués, gros hypertendus, artério-scléreux, cardiopathes à lésions mal compensées, aux hémorroïdaires, variqueux, aux névropathes, déprimés, déséquilibrés du grand sympathique, aux tuberculeux (sauf dans la tuberculose osseuse), aux femmes pendant la période des règles ; on sera très prudent chez les enfants de moins de un an.

La cure de soleil doit commencer par un entraînement soit en exposant le corps par segments, soit en augmentant progressivement la durée des séances. Montenuis préconise le bain de soleil « en accordéon », le sujet se promenant *en zigzag, alternativement à l'ombre et au soleil.*

Un certain nombre de substances sont utilisées en matière de cure solaire, tantôt pour éviter le hâle, tantôt pour le favoriser tout en écartant les risques d'érythème.

Parmi les premières (agents anti-hâle), signalons le stéarate de magnésie, le sulfate de quinine, le salol, etc., absorbants des rayons ultraviolets. Voici une formule classique de Darier :

Vaseline	10 grammes
Lanoline	5 grammes
Solution aqueuse de bromhydrate neutre de quinine au 1/15e	15 grammes

à appliquer avant de s'exposer au soleil, et poudrer avec du talc.

Mais les produits les plus intéressants, pour ceux qui, à la mer ou à la montagne, recherchent le brunissement de la peau, au mieux des intérêts de l'épiderme et sans trop redouter l'irritation des rayons ultra-violets, sont les huiles et les crèmes à brunir. La plupart des huiles végétales possèdent cette propriété. Les composés pour brunir sont habituellement à base d'huiles de sésame, d'arachide, d'olive, de coco, d'abricot ou de pêche. Les préparations spécialisées présentent en général l'avantage d'une bonne qualité. Voici quelques formules empruntées à Juster :

1°	Huile d'olive neutre	50 grammes
	Huile d'arachide	49 grammes
	Essence de bergamote	1 gramme
	Chlorophylle	q. s. gr.
2°	Huile d'olive	50 grammes
	Huile d'arachide	44 grammes
	Huile de laurier	5 grammes
	Essence de bergamote	1 gramme

A côté des huiles, se placent les crèmes à brunir, non grasses, moyennement grasses ou grasses.

Formule de crème non-grasse :

	%
Encérine	50
Eau distillée	50
Parfum	q. s.

Formule de crème grasse :

	%
Protéine	30
Lanoline	3
Huile de paraffine	5
Eau	57

Enfin, on peut réaliser un hâle artificiel à l'aide d'une pommade au bistre de manganèse (Tède). Cette crème se prépare par réaction entre 1 % de permanganate de potassium, 5 % de lanoline anhydre, 94 % de vaseline jaune. Le produit doit être conservé dans un pot opaque bien fermé pour être tenu à l'abri des oxydations sous l'effet de l'air et de la lumière ; par réduction du permanganate il se produit du bioxyde de manganèse (bistre), donnant un hâle persistant qui peut être facilement enlevé par une solution d'acide citrique ou de jus de citron.

Dans la genèse du coup de soleil, une certaine prédisposition joue un rôle. Les hommes y sont plus exposés que les femmes, les adultes plus que les enfants, les blonds plus que les bruns. Les usagers de la cure solaire pourront tenir compte de ces particularités et aussi de leur hélio-sensibilité personnelle.

Le traitement du coup de soleil s'adressera d'abord, s'il y a lieu, aux accidents généraux (céphalée, élévation thermique, insomnie, anorexie, etc.) et sera symptomatique.

La médication de l'érythème comportera l'application de pommades de compositions diverses (liniment oléo-calcaire goménolé ou mentholé) ou des huiles et crèmes à brunir dont il vient d'être question.

Heusler traite l'érythème solaire par l'enveloppement humide dans un drap humecté d'une solution aqueuse à 1/2 p. 100 d'acétate d'alumine, laissé en place pendant deux heures et suivi d'une application de poudre de talc.

En cas de phlyctènes, pansement à plat, applications du liniment oléo-calcaire et des préparations précédemment indiquées.

P. Lacroix.

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOÛT DU JOUR

La présentation de l'épaule négligée, ou devenue irréductible

D'après le Docteur Paul BALARD (1)

LE RETARD DANS LE TRAITEMENT, L'ÉTAT DU MUSCLE UTÉRIN, FACTEURS PRINCIPAUX DE L'IRRÉDUCTIBILITÉ

Entre ces deux facteurs : *temps écoulé* et *contracture utérine*, il y a lieu de considérer le second comme étant la véritable cause efficiente ; celui-ci entre en jeu beaucoup plus tard, mais souvent aussi beaucoup plus tôt que le premier ne semblait devoir le faire prévoir. Dans ces conditions une présentation de l'épaule peut être parfois déjà irréductible, avant qu'on ait le droit de l'appeler négligée.

Cependant le rôle de la *négligence* apparaît nettement dans l'observation suivante :

Une IV pare, de 28 ans, est enceinte de huit mois. La rupture des membranes s'effectue prématurément, avant tout début de travail, le 16 novembre. Les contractions douloureuses n'apparaissent que le 18.

Lorsque la parturiente est hospitalisée le 19, il existe une contracture utérine intense. Auscultation négative. Le bras gauche du fœtus apparaît à la vulve ; position dorso-antérieure. Au toucher, on sent un anneau de Bandl très contracturé, qui maintient le cou au-dessus du détroit supérieur et rend cette partie fœtale inaccessible.

Après une injection de 1 c. c. de morphine, l'embryotomie paraissant devoir être difficile, on fait une césarienne basse sous anesthésie générale au chloroforme. Drainage. Suites mouvementées. Guérison. L'enfant mort pèse 2 kgr. 770, le placenta 440 grammes.

La rupture des membranes, *non suivie d'une intervention en temps opportun*, a donc favorisé l'irréductibilité. Normalement, en effet, le liquide amniotique empêche l'utérus de se mouler trop exactement sur le fœtus, et l'intégrité de la poche des eaux évite que la présentation ne s'engage trop précocement. C'est donc dans les minutes, qui suivent la rupture des membranes que l'on aura intérêt à intervenir, si la dilatation le permet, puisque l'écoulement du liquide constitue un facteur indéniable d'irréductibilité.

Cependant, *sans contracture*, la version est encore souvent possible, même quand le liquide s'est écoulé depuis longtemps. Ainsi, dans un autre cas rapporté par le Docteur Balard, vingt heures après la rupture des membranes, *l'enfant était encore vivant*, *l'utérus souple*, une présentation de l'épaule était restée réductible par version.

Et voici le rôle de la *contracture* :

Disons aussitôt que celle-ci peut être généralisée, l'utérus retenant en bloc le fœtus, avec une force que la morphine ne peut parfois atténuer, et que les tractions n'arrivent pas à vaincre. Souvent aussi, la contracture est localisée, formant des anneaux, *qui divisent l'utérus en deux cavités*, dont la supérieure retient une des parties du fœtus.

C'est le cas d'une grossesse gémellaire, relatée dans l'observation qui suit : il y eut présentation de l'épaule négligée pour le deuxième enfant, *tracture utérine*, embryotomie.

Une secondipare entre en travail le 13 mars 1931 à minuit. Il s'agit d'une grossesse gémellaire à terme. Le premier fœtus est expulsé vivant en présentation du sommet à 8 *heures*. Le second fœtus, la poche des eaux rompue, se présente par l'épaule. Après une vaine tentative de version sous chloroforme, la malade est envoyée à l'hôpital où elle arrive à 15 *heures*.

A ce moment, les *contractions utérines* sont *violentes*, l'utérus est en sablier ; en somme, il y a une menace évidente de rupture utérine la malade *pousse énergiquement* sur une présentation transversale. Les deux bras sont procidents, le gauche violacé, le droit de coloration normale et moins engagé. La tête est dans la fosse iliaque gauche ; le dos était primitivement en arrière, mais le fœtus a subi un mouvement de torsion du fait des tentatives de version.

On fait une injection de 1 c. c. de morphine Sous anesthésie générale profonde au chloroforme, on arrive facilement à droite sur les pieds du fœtus, mais l'utérus est *beaucoup trop rétracté* (anneau de rétraction très marqué) pour essayer une version. L'enfant a d'ailleurs succombé.

On accède facilement sur le cou à gauche. La branche coudée de l'embryotome Adamo-Fieux est aisément introduite en avant, la branche coupante est ensuite placée en arrière et articulée sans difficulté. Section très simple. On tire aisément sur les bras et le corps. La tête est ensuite extraite avec deux doigts dans la bouche.

(1) Docteur P. BALARD. — Cours de perfectionnement des sages-femmes. (Librairie A. Mollat, Bordeaux, 1936).

S'il n'y a pas d'intervention, la présentation de l'épaule aboutit a la mort du fœtus et a celle de la mère

Car, à terme et avec un fœtus normal, l'accouchement est mécaniquement impossible dans ces conditions. De toutes les présentations, celle de l'épaule est la plus dystocique et la plus grave.

Qu'arrive-t-il, en effet ? « Si on laisse faire la nature, il y a d'abord un premier temps de tassement de l'épaule. Le tronc et la tête se rapprochent comme s'ils voulaient s'engager ensemble, ce qui entraîne nécessairement l'ascension de la tête et l'allongement du cou.

« Deux éventualités peuvent alors se produire.

« Très rarement, on assiste au phénomène de l'évolution spontanée. Mais celui-ci ne peut se produire que sur enfant de petit volume, prématuré, souvent mort et macéré, se prêtant donc aisément aux manœuvres de forces exercées sur lui par l'utérus. Le tronc descend peu à peu dans l'excavation, tandis que la tête continue son ascension. Une sorte de version spontanée s'accomplit et le siège est expulsé premier, la tête dernière. Mais ce n'est là qu'une éventualité rare, ne se produisant jamais à terme avec un enfant, normal.

« Ordinairement, les choses sont beaucoup plus graves. Par suite des compressions dues à la contraction et de la gêne dans la circulation placentaire, le *fœtus ne tarde pas à mourir*. L'utérus se contracte toujours, le segment inférieur s'allonge, s'amincit et finalement se rompt pour amener en dernière analyse la *mort de la mère*. »

Comment reconnaître l'irréductibilité de cette présentation

Trois facteurs sont à prendre en considération pour affirmer qu'une présentation de l'épaule est irréductible

Le temps écoulé depuis la rupture des membranes ;

Les signes de contracture ;

La mort du fœtus.

Mais encore convient-il d'apprécier la valeur respective de ces divers facteurs.

Nous n'avons déjà rappelé que le temps écoulé depuis la rupture des membranes était certes un signe, dont il fallait tenir compte. Mais, si une présentation de l'épaule peut devenir très vite irréductible, une version reste parfois possible, après un long temps écoulé, pourvu qu'il n'y ait pas de contracture utérine, et que le fœtus reste en vie.

C'est donc surtout le degré de contracture, qui mesure la difficulté d'une version. A une contracture importante, et persistant malgré la morphine et l'anesthésie, correspond une irréductibilité absolue.

Voici le tableau clinique de ces sortes de contracture.

La malade pousse des cris continus, sans phases de repos entre les douleurs et les périodes de contraction. Ce que les cris expriment, le palper le fait sentir ; l'utérus est dur, contracté de façon permanente, sans aucune période de relâchement. Il est impossible de palper le fœtus, et de délimiter ses diverses parties pour faire un diagnostic de position.

Le toucher fournit cependant des signes complémentaires. Le col est rétracté, le segment inférieur est dur, collé sur la présentation. On a finalement la sensation que la malade pousse sur une présentation élevée, qui n'appuie pas. Tous ses efforts restent donc inutiles et n'aboutiront qu'à la rupture.

Quant à l'état du fœtus, les signes de sa souffrance ne tardent pas à apparaître. Pendant cette tétanisation de l'utérus, la compression de l'enfant et du cordon, sans interposition de liquide amniotique, aura tôt fait de provoquer la mort.

Enfin lorsque le fœtus est *mort*, il y a presque sûrement irréductibilité ; d'où témérité à tenter la version.

Tout au contraire, tant que le fœtus est *vivant*, si long que soit le temps écoulé depuis la rupture des membranes, et même s'il y a un certain degré de contracture, la présentation n'*est vraisemblablement pas irréductible* : la version, souvent possible, doit être tentée.

Bref, la présentation de l'épaule irréductible se trouve constituée, lorsque l'épaule est engagée, l'amnios vide de liquide, l'utérus contracturé, le segment inférieur aminci, le tout accompagné de la mort de l'enfant.

Il faut donc, a tout prix, éviter l'irréductibilité complète

Et c'est, en définitive, la vie ou la mort de l'enfant, qui juge du degré de contracture, et du degré de l'irréductibilité.

Rappelons, pour mémoire, que pendant la grossesse, dès qu'une présentation de l'épaule est reconnue, on doit la réduire au moyen d'une version par manœuvres externes, puis surtout la maintenir par des moyens appropriés, enfin ne pas omettre de contrôler périodiquement le maintien de cette réduction.

Même mesure, pendant le travail alors que les *membranes sont intactes*, et tout au début. Mais

d'ordinaire, il est impossible d'effectuer ce genre de version ; il faut attendre que la dilatation soit complète, et que par manœuvres internes la version devienne possible. Cependant, il est mieux de ne pas rester dans l'inaction et de placer un ballon de Champetier, pour hâter la dilatation, qui s'effectue mal avec une présentation transversale, et pour s'opposer à l'engagement de l'épaule.

Au moment de la dilatation complète, obtenue artificiellement, on rompra la poche des eaux et on effectuera la version par manœuvres internes.

Celle-ci est alors presque toujours possible, car toutes les conditions de réductibilité sont remplies : intégrité des membranes, enfant vivant, pas de contracture utérine. Cependant, ici encore, des causes anatomiques peuvent exceptionnellement jouer : utérus cloisonné ou particulièrement arqué.

Si la version est réellement impossible, la césarienne, utilisée sans perdre de temps, sera d'un grand secours.

Les membranes rompues, le problème se règle suivant l'évolution de la dilatation, et, selon l'état de l'enfant.

Avant la dilatation complète, a-t-on le temps d'attendre, et d'espérer la version, qui deviendra possible à dilatation complète ? Sans doute, un ballon pourrait hâter cette dilatation et permettre de temporiser. Mais, son introduction dans un utérus vide d'eau est très difficile et souvent impossible, par suite d'un certain degré d'enclavement de la présentation, surtout si on vient à constater de la contracture. Il reste une seule chance de sauver l'enfant : l'extraire immédiatement.

Quant à la dilatation manuelle, elle est risquée, et loin d'être toujours réalisable; sous rachi-anesthésie, elle est facilitée dans des proportions inespérées, lorsque le col est effacé et la dilatation naturelle commencée ; mais, en même temps se produit une rétraction de l'utérus, qui aggravera les risques de la version. Il ne reste donc que la voie abdominale à employer aussitôt, avant la mort de l'enfant.

A la dilatation complète, par contre, il faudra tenter la version, à la condition que la mort de l'enfant ne révèle pas une irréductibilité complète. L'enfant vivant, la version est presque toujours possible.

Si le fœtus est mort, à dilatation complète ou incomplète, l'embryotomie est *a priori* l'opération de choix. Cependant, il faut être prudent, car on la pratique sur un utérus contracturé, toujours prêt à se rompre. Et alors, elle n'évite pas toujours la laparotomie, souvent même elle oblige à pratiquer une hystérectomie, là où une césarienne aurait pu suffire. C'est pourquoi, il est parfois préférable de pratiquer d'emblée la césarienne, lorsque l'embryotomie paraît devoir être très malaisée.

G. FISCHER.

A PROPOS DU CHARBON

Il me semble assez typique, pour prouver combien nombre d'allopathes des plus éminents ignorent encore l'homéopathie, de citer comme exemple l'article du Docteur Joannon, professeur agrégé, dans le *Concours Médical* du 5 juillet 1936, page 2061.

Si je me permets d'émettre cette opinion, c'est parce que j'estime au-dessus de tout soupçon la parfaite bonne foi de mon éminent confrère, le Docteur Joannon, et que son article illustre, de façon indiscutable, ce fait assez curieux : que les homéopathes connaissent la plupart des travaux allopathiques (et c'est sans doute pour cela qu'ils sont devenus homéopathes), qu'ils continuent à les suivre durant toute leur vie (il est toujours intéressant de suivre l'apparition des « nouveautés » de la Science officielle), alors que les allopathes les plus travailleurs semblent ignorer totalement l'existence des travaux (capitaux et dignes du plus grand retentissement) faits par les homéopathes, même sur les questions dont ces allopathes semblent avoir fait l'objet de leurs études les plus approfondies. Le résultat en est que, le plus souvent, ils ignorent la partie principale de la question, tel que le démontre mon livre sur la diphtérie (4e édition, 1932, Imprimerie Saint-Denis, à Niort), et tel qu'il est facile de le démontrer pour le charbon et pour quantité d'autres questions.

Pourquoi cette scission, alors que nous n'avons tous qu'un seul et même but, guérir ?...

Pourquoi cette scission, alors que toute thérapeutique efficace (le cas en est encore typique pour le charbon), ne peut surtout dépendre que d'une loi principale, celle de similitude ?...

***

Le Docteur Joannon commence son article intitulé : « Prophylaxie du charbon » en écrivant : « Avant les découvertes de Davaine et de Pasteur, la prophylaxie du charbon ne pouvait reposer sur aucune base scientifique », et il en donne comme exemple l'idée que, dans cette maladie, on ne savait au XVIIIe siècle appliquer que la saignée. Et il ne parle pas du début du XIXe siècle...

Cette omission est une grande injustice.

Je possède tous les travaux de Davaine et tous ceux de Pasteur, mais... je possède aussi ceux des homéopathes, ainsi que leurs protestations, imprimées à l'époque où Louis Pasteur publia sur le charbon, sans citer les antécédents que je vais rappeler :

Dans la « Bibliothèque homéopathique » publiée par la « Société Hahnemanienne fédérative », tome XIII, 1881, figure, page 45, le début d'un important et long chapitre intitulé: « M. Pasteur et le charbon. Encore une pâle imitation de l'homéopathie ».

Il y est expliqué avec une grande précision comment, en 1834 (alors que Davaine concourait pour l'externat, et que Louis Pasteur n'avait encore que douze ans), le Docteur Dufresne *guérissait et prévenait* le charbon, chez les animaux et leurs bergers, en leur faisant absorber des dilutions de sérosité charbonneuse (*ce qui a toujours été la meilleure façon d'atténuer un simillimum*). La première observation de Dufresne est du jeudi 4 septembre 1834. Ses observations sont consignées dans la « Bibliothèque homéopathique de Genève » aux tomes 5 et 8.

Puis paraît, à Leipzig, en 1836, un ouvrage du Docteur G.-A. Weber, intitulé : « Der Milzbrand und dessen sicherstes Heilmittel ». Cet ouvrage est classique en homéopathie, et cela parce qu'il est le premier à avoir méthodiquement exprimé la connaissance du remède *spécifique* contre le charbon. Le Docteur Weber était alors conseiller à la Cour de Hesse, et médecin du prince de Solms-Lick et Hohen-Solms. La principale façon de faire du Docteur Weber était d'administrer des dilutions de rate gangrénée par cette maladie.

Or, c'est seulement en 1880 (quarante-six ans après) que Louis Pasteur « trouvait » son premier vaccin, et c'était, comme par hasard, ... celui du charbon ; mais, hélas, le sien n'était guère que préventif.

Or, les antériorités que je rappelais ci-dessus avaient été publiées avec un succès retentissant. Elles lui furent aussitôt opposées par les homéopathes d'alors avec de violents reproches.

Il m'a toujours semblé assez bizarre que ce grand travailleur que fut Louis Pasteur se fût abstenu de répondre aux objections précises et écrasantes qui démontraient publiquement ces antériorités.

Et ce ne fut même pas Pasteur qui réussit à établir enfin un moyen curatif sorti à grand peine de l'école dite « allopathique », mais Sclavo qui n'arriva que beaucoup plus tard à réaliser un sérum, curatif dans une certaine proportion, mais conservant, comme tous les sérums, le risque de déclencher des accidents sérieux.

Autrement dit, nous avions, pour le charbon, tout ce qu'il fallait sans Pasteur, ni Sclavo, dont les travaux eurent en grande partie pour résultat de détourner l'attention de leurs prédécesseurs.

Davaine avait trouvé le microbe, et Dufresne et Weber et leurs collaborateurs (Rapou, etc.), la thérapeutique préventive et curative. Que fallait-il de plus ?

Je possède toute la documentation très précise et très scientifique des publications de 1834 et de 1836. Certaines observations ont même jusqu'à plusieurs pages chacune. Ces travaux étaient donc la production de savants scrupuleux et consciencieux.

***

La Science ne devrait tout de même pas être une question de « chapelles » ; et je suis sûr que le *Concours Médical* sera heureux de prouver une fois de plus sa liberté de conscience et son désir de justice impartiale, en insérant cet article qui « rend à César » ce qui aurait dû rester à César.

N'est-il pas pénible de voir l'homéopathie encore critiquée avec insistance par ceux qui en ignorent presque tout ; alors que, dès le milieu du siècle dernier, c'était déjà sous son drapeau qu'avaient d'abord lieu les grandes découvertes thérapeutiques. Si les publications homéopathiques n'avaient pas été tenues à l'écart par une soigneuse conspiration du silence, et si les homéopathes avaient reçu, pour leurs recherches, le millième des subventions qui ont, depuis cent ans, inondé les travaux allopathiques, la thérapeutique serait autrement avancée qu'elle ne l'est.

Mais la Vérité finit toujours par se répandre.

La Morale et la Justice devraient même exiger que l'allopathie répare désormais envers l'homéopathie les torts qu'elle lui a, de tout temps, causés systématiquement, et qu'elle lui rende la première place, que ses travaux scientifiques lui auraient automatiquement donnée, s'ils n'avaient pas été « chambrés ».

Cette réparation et cette restitution devraient être franches et publiques et ne feraient qu'honorer ceux qui la présenteraient. Car on s'honore *toujours* à reconnaître ses erreurs. J'estime même que c'est un des plus beaux actes que puisse faire l'âme d'un savant (1).

Dr Paul CHAVANON
Chargé de l'enseignement O. R. L.
de l'Homéopathie Moderne

(1) Le *Concours médical* laisse à l'auteur de cet article l'entière responsabilité de la documentation et des critiques qu'il présente. *Note de la Rédaction.*

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'examen radiologique de l'aorte en position frontale.

L'examen radiologique de l'aorte en position frontale permet aisément d'apprécier si la courbure de l'aorte est normale, ou si au contraire elle est flexueuse, soit dans la totalité de son trajet, soit dans une portion seulement (ascendante, horizontale, descendante). Du point de vue des dimensions de l'aorte la position frontale fournit un renseignement capital. Du bord gauche de la clarté trachéale, immédiatement au-dessus de la bifurcation trachéale, à la partie la plus saillante de l'arc supérieur gauche, on a une dimension facile à mesurer et légèrement supérieure au diamètre réel de l'aorte. Cette constatation est susceptible de redresser maintes erreurs de surestimation faites dans la mensuration difficile du diamètre aortique dans la position oblique antérieure droite.

D'autre part, le Professeur agrégé Lian et M. Marchal ont mis au point deux méthodes personnelles de mesure du diamètre de l'aorte en position frontale : *a*) Mesure par construction géométrique du centre de l'aorte ; *b*) mesure par superposition et coïncidence de cercles gradués avec l'arc supérieur aortique. Enfin, la position frontale révèle nettement l'existence des calcifications et des anévrysmes aortiques. Toutefois, pour ce qui est des anévrysmes, il est toujours utile d'examiner l'aorte sous toutes ses incidences.

En somme, les données fournies par l'examen radiologique de l'aorte en position frontale l'emporte en intérêt sur celles qui sont fournies par les positions obliques. Une bonne téléradiographie frontale fournit à elle seule presque tous les renseignements nécessaires à l'examen de l'aorte. (*La Presse Médicale*, 23 mai 1936.)

Deux observations de diabète sucré consécutif à un traumatisme cranien.

Deux malades apparemment en bonne santé et n'ayant jamais présenté de symptômes de diabète, observés par le Docteur Gariépy, subissent un traumatisme cranien à la suite duquel on constate l'existence du diabète sucré. Un de ces malades mis plus de trois ans à différents régimes a permis de faire les constatations suivantes : au régime riche en graisses : glycosurie 0, acétonurie neuf fois sur quatorze analyses, moyenne de la glycémie 1.28. Au régime hypohydrocarboné non pesé : glucosurie 0, acétonurie 0, moyenne de la glycémie 1,48. Après deux ans du traitement diététique (diète pesée, de 2.328 calories et de composition à peu près normale) sans insuline, amélioration de la tolérance qui permet une augmentation substantielle des trois éléments de la diète. Glycosurie 0, acétonurie 0, moyenne de la glycémie 1,09. (*L'Union Méd. du Canada*, mai 1936.)

La sérothérapie antistreptococcique par un nouveau sérum spécifique ; ses applications et ses résultats

Le Professeur H. Vincent commence son travail intéressant et particulièrement bien documenté par l'exposé de remarques générales sur le streptocoque, ses classifications, les causes qui favorisent son ensemencement chez l'homme, la gravité de certaines localisations, l'invasion du sang.

Toutes les races de streptocoques peuvent intervenir chez l'homme et donner lieu aux infections les plus variées. Le streptocoque hémolytique paraît posséder des propriétés plus actives et plus toxiques que les autres et particulièrement que le S. viridans. Le siège initial de l'infection streptococcique influe fréquemment sur l'évolution de l'infection. Les localisations qui favorisent sa propagation directe soit dans le sang, soit dans un viscère important ou dans les méninges, le péritoine, etc., impliquent, comme on le sait, une forte aggravation du pronostic. Certaines localisations présentent, au contraire, une bénignité assez constante : tels sont l'érysipèle, l'angine.

Une remarque importante, c'est qu'il ne faut pas confondre le vrai streptocoque avec les streptocoques strictement anaérobies.

Quant aux principales causes, qui favorisent les infections streptococciques, particulièrement l'infection du sang, il est une condition qui appelle et aggrave tout à la fois l'état septicémique : c'est l'existence d'un foyer actif d'infection persistante d'où partent des vagues bactériennes qui se déversent dans le sang. La métrite et la périmétrite puerpérales avec thrombophlébite ou lymphangite, l'oto-mastoïdite aiguë suppurée à streptocoques, les plaies chirurgicales profondes infectées par le même microbe, etc., sont des exemples fréquents de ces apports

réitérés du streptocoque dans la grande circulation. Il est une maladie qui, au même point de vue, mérite d'être rapprochée des précédentes parce qu'elle détermine, elle aussi, un ensemencement continu du sang. C'est l'endocardite lente maligne à streptocoques, de Jaccoud-Osler.

Parmi les causes inhérentes non plus à l'état du malade, mais au germe pathogène lui-même et qui permettent d'expliquer la gravité de la streptococcémie, on doit signaler le caractère toxique des sécrétions du streptocoque.

Dans tous les états toxi-infectieux suscités par le streptocoque on a pu constater l'influence rapide qu'exerce le sérum antistreptococcique sur ces symptômes si graves, viscéraux ou nerveux. Ce n'est pas seulement à titre de moyen thérapeutique des streptococcies en évolution que la sérothérapie trouve son utilisation. Elle a rendu et elle est appelée à rendre encore de grands services comme agent préventif. On doit injecter le sérum toutes les fois que l'on peut redouter soit la contagion streptococcique chez un malade atteint d'une autre infection, soit une aggravation ou une généralisation du microbe chez un malade déjà infecté par le streptocoque. Le pouvoir antigène du streptocoque étant faible, la vaccination préventive de l'homme contre le streptocoque n'a pu être efficacement réalisée.

L'emploi préventif du sérum antistreptococcique est peut-être plus encore indiqué chez les malades eux-mêmes qui sont atteints d'une affection locale à streptocoques, dans tous les cas médicaux ou chirurgicaux où l'extension du microbe peut gagner le sang, le cerveau, les méninges, une grande articulation, etc... Cette recommandation s'applique encore aux sujets dont la résistance est diminuée non seulement par une affection aiguë ou chronique, mais encore par une dyscrasie, par le diabète, par une néphrite, une lésion viscérale, par une intoxication, par la misère physiologique, le surmenage, etc...

Quant au traitement curatif proprement dit des streptococcies, et particulièrement de leur forme maligne ou de la septicémie, il demande une étude spéciale des doses de sérum, de la technique des injections, et des traitements adjuvants. L'auteur ne néglige pas non plus la question pratiquement importante de l'emploi du sérum chez les septicémiques sensibilisés par des injections antérieures d'un autre sérum équin.

La sérothérapie antistreptococcique doit être instituée dans tous les cas où l'intervention du streptocoque affecte une marche sérieuse et constitue un danger possible pour la vie du malade. A plus forte raison est-elle nécessaire et urgente dans les formes très graves de la streptococcie, telle que la septicémie, la méningite, etc... Le mode d'emploi le plus habituel du sérum est l'injection sous-cutanée ou intramusculaire. L'auteur conseille généralement, d'injecter le sérum dilué dans de l'eau physiologique, le mélange étant tiédi à 38°. L'injection intraveineuse est la plus active. Elle sera réservée aux malades atteints d'infections particulièrement malignes à la condition que ces malades ne présentent aucune prédisposition aux réactions anaphylactiques.

Pour les formes de streptococcie, qui comportent un pronostic habituellement mortel, trois règles principales relatives à l'emploi du sérum sont les suivantes : 1° le sérum antistreptococcique doit être injecté aussitôt que possible et, s'il y a lieu, avant même que le diagnostic bactériologique soit confirmé ; 2° les doses de sérum doivent être élevées d'emblée ; 3° lorsque la température du malade est descendue à la normale, il ne faut pas cesser brusquement les injections de sérum.

Le Professeur Vincent expose ensuite le traitement sérothérapique de quelques infections streptococciques primitives ou secondaires, autres que la septicémie (broncho-pneumonie, pleurésie purulente, endocardite aiguë, etc.). Il envisage ensuite les associations infectieuses strepto-morbilleuses, strepto-diphtériques, strepto-grippales, etc... Après avoir exposé l'évolution des symptômes infectieux dans les septicémies traitées par la sérothérapie antistreptococcique, il donne les résultats statistiques obtenus par cette thérapeutique.

A la date présente, le nombre total des cas, de toutes origines, de septicémies et de méningites déterminées par le streptocoque et vérifiées par la culture, et dans lesquels a été appliquée la méthode sérothérapique, s'élève à 310. Sur ce chiffre total de malades traités par le sérum, le nombre des décès a été de 58. Le pourcentage des succès et celui des insuccès s'établissent donc comme il suit : 252 guérisons, soit 81,30 pour 100 malades, 58 décès, soit 18,70 pour 100 malades. Tels sont les résultats donnés par la sérothérapie antistreptococcique.

(*Bruxelles-Médical*, 15 décembre 1935.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de chirurgie

Colite ulcéro-hémorragique et colite de la maladie de Nicolas-Favre

(M. E. Moulonguet ; 1-4-1936)

M. P. Moulonguet a suivi et opéré trois cas de colite ulcéro-membraneuse. Cliniquement, la maladie est indiscernable de la colite due au virus de Nicolas-Favre. Les symptômes sont les mêmes (selles fréquentes, mousseuses, hémorragiques...), jusque et y compris la sténose rectale. On ne peut donc la reconnaître que par l'intra-dermo-réaction de Frei.

Au point de vue pathogénique, nous ignorons tout de la colite ulcéro-hémorragique. Le premier malade de M. Moulonguet avait de nombreux lamblias dans les selles. Toutefois, les médications antiparasitaires n'ont pas eu d'effet appréciable.

Ostéolyse du pied

(M. Sauvé ; 25-3-1936)

Nouveau cas d'ostéolyse du pied. A la suite d'une opération d'hallus valgus et deux ans plus tard, une douleur apparaît à la base du 5e métatarsien. La radiographie révèle l'existence d'une ostéolyse très étendue ayant rongé les têtes métatarsiennes et le tarse antérieur. Comme dans les observations de ce genre précédemment rapportées, les troubles fonctionnels sont très réduits. Le patient peut faire plusieurs kilomètres et ne se doute pas de l'importance de ses lésions.

L'hyperglycémie post-opératoire

(MM. Lambret et J. Driessen ; 1-4-1936)

L'hyperglycémie est un phénomène constant après tout acte opératoire. Elle apparaît dès le premier coup de bistouri ; elle existe même déjà auparavant, provoquée par l'émotion : il suffit de prendre un lapin par les oreilles et de le placer sur la table pour faire monter sa glycémie.

L'anesthésie est également une cause d'hyperglycémie. Légère pour les anesthésies de courte durée, elle peut monter à 2 grammes pour les anesthésies plus prolongées. Pour ce qui concerne l'opération elle-même, l'augmentation de la glycémie atteint son maximum entre la 5e et la 10e heure ; après quoi, dans les interventions simples, elle descend pour revenir à la normale après 48 à 72 heures. Dans les opérations majeures, la montée se fait jusque vers la 24e heure et peut se maintenir élevée parfois plusieurs jours.

On admet actuellement que l'hyperglycémie est due à un trouble du système glyco-régulateur à point de départ sympathico-surrénalien. Cela commencerait par une décharge considérable d'adrénaline dont l'action hyperglycémiante entraînerait immédiatement la mise en activité, partiellement compensatrice, du pancréas endocrine et une sécrétion supplémentaire d'insuline.

L'hyperglycémie, d'autre part, se fait aux dépens de la réserve glycogénique du foie. Légère et de courte durée, elle n'offre pas d'inconvénient, la toxicité du glycose étant faible. Si elle est marquée et prolongée, le danger apparaît, par épuisement de la réserve glycogénique du foie.

MM. Lambret et Driessen ont cherché à tirer de ces données quelques conséquences pratiques. Dans une série de cas, ils ont eu recours à une action opposée de l'insuline associée à des solutions hypertoniques de glycose, employées dès la fin de l'opération (injection intraveineuse, dès que le malade est ramené dans son lit, avec 100 cent. cubes de sérum glucosé à 30 % et de sérum salé hypertonique, complétée par une injection intra-musculaire d'insuline). Les résultats cliniques ont été satisfaisants (pas de shock, vomissements rares, tension normale, euphorie) et maintenus en répétant les injections. Le chorure de sodium est ajouté ici à cause du danger possible de l'hypochlorémie. L'insuline agit aussi favorablement sur l'hyperpolypeptidémie.

— M. Pierre Fredet présente quelques remarques sur la conception apportée par M. Lambret. L'hyperglycémie est un des troubles fonctionnels qui suivent les opérations et dont l'ensemble constitue *la maladie post-opératoire*, pour employer le terme si expressif de Leriche. Roscher (d'Oslo) a imputé l'hyperglycémie post-opératoire aux anesthésiques volatils, ne l'ayant pas rencontrée après la rachianesthésie ni après l'anesthésie locale.

— M. Lambret répond qu'il a obtenu des résultats un peu différents de ceux de Roscher. La question doit évidemment rester à l'étude. Ce qu'il a voulu montrer surtout aujourd'hui — quelle qu'en soit l'explication pathogénique — c'est le rôle favorable de l'insuline associée au glucose dans les suites opératoires immédiates, la question des suites opératoires et des moyens de les améliorer étant actuellement une des grandes préoccupations des chirurgiens.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Abcès putride du poumon avec bacilles de Koch. Guérison rapide après drainage

(MM. J. BARBIER et VIALLIER ; 24-4-1936)

Dans cette observation, le bacille de Koch se montre sous un jour tout à fait inhabituel. En effet, un volumineux abcès pulmonaire, excessivement fétide, a montré, soit dans les crachats, soit dans le liquide de ponction, comme flore microbienne en apparence unique, une quantité énorme de bacilles acido-résistants du type B. K. L'intervention chirurgicale très dramatique a guéri le malade en quelques jours avec *restitutio ad integrum* complète : l'expectoration a disparu, mais les derniers crachats obtenus ont tuberculisé le cobaye. Or, il est classique d'admettre qu'une suppuration pulmonaire puisse ouvrir la voie à la tuberculose : l'évolution tuberculeuse apparaît d'ordinaire pendant une suppuration pulmonaire traînante. Plus rares sont les cas où le bacille de Koch, constaté au cours d'une suppuration pulmonaire aiguë, peut égarer le diagnostic et le pronostic, en disparaissant sans laisser de trace clinique et radiologique. Généralement en pareille occurrence, la constatation du bacille de Koch est relativement difficile, car ces éléments sont en petit nombre ; dans le cas particulier, ils pullulaient, et il n'était pas possible de ne pas l'incriminer.

L'éréthisme cardiaque des adolescents, expression clinique d'une sténose congénitale légère de l'artère pulmonaire

(M. R. BÉNARD ; 24-4-1936)

L'auteur a observé un certain nombre de jeunes gens, et notamment des recrues chez qui, au Conseil de révision, non plus qu'à la visite d'incorporation, aucune lésion cardiaque, n'avait été décelée ; cependant ceux-ci se plaignaient de ne pouvoir effectuer une marche un peu rapide, ou quelques minutes de pas de gymnastique sans être pris de palpitations ou de dyspnée, qui les forçaient à s'arrêter. Le problème consistait à savoir s'il s'agissait de simulateurs ou de sujets réellement atteints d'insuffisance cardiaque.

A cette occasion est présentée une étude clinique complète de l'éréthisme cardiaque, qui survient chez les adolescents aux alentours de la puberté, parfois dès l'âge de 8 à 10 ans, et se prolonge environ jusqu'à l'âge de 22 à 25 ans. Cette affection paraît beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de 90 %. Le trouble fonctionnel le plus fréquent est la dyspnée d'effort. Parmi les signes physiques, on note une impression de bondissement au niveau du quatrième ou cinquième espace intercostal. A l'auscultation, sensation de choc à la pointe, facile à distinguer du roulement présystolique du rétrécissement mitral. Dans plus de la moitié des cas, on note un souffle systolique qui possède son maximum à la hauteur du deuxième espace intercostal gauche, au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire ; point important, ce souffle s'atténue après deux à trois minutes de repos. Aucun autre signe d'insuffisance cardiaque. La vagotonie est de règle. A l'examen radiologique, fait capital pour le diagnostic différentiel, il n'y a jamais d'abaissement du point G, jamais d'augmentation de volume de l'oreillette gauche en arrière.

Trois formes cliniques sont décrites : l'éréthisme fruste sans aucun symptôme clinique ni trouble fonctionnel ; l'éréthisme des inadaptés, palpitants ou dyspnéisants ; enfin, l'éréthisme avec insuffisance cardiaque.

Il est à noter que tous les signes décrits plus haut se retrouvent dans une autre affection cardiaque, qui est la sténose de l'artère pulmonaire.

Le diagnostic le plus important à faire consiste à éliminer le rétrécissement mitral ; c'est chose facile, car, à l'examen radiologique, le point G n'est pas abaissé et l'oreillette gauche ne fait pas saillie dans les positions obliques.

Le pronostic est excellent et l'affection mérite à peine le nom de maladie.

Enchondromes multiples des membres inférieurs

(MM. A. SÉZARY et J. FACQUET ; 24-4-1936)

Cette observation constitue un document intéressant pour l'étude des enchondromes multiples, affection très rare dont on distingue deux variétés principales. Le plus souvent, les enchondromes sont localisés aux mains et aux doigts. Plus rarement, ils sont disséminés dans tout le squelette ou dans une grande partie du squelette. Chez cette malade, les tumeurs cartilagineuses étaient localisées aux membres inférieurs et à la branche ischio-pubienne droite, alors qu'en général, ce sont les membres supérieurs qui sont électivement touchés. Une particularité intéressante était la discrétion des déformations osseuses apparentes à la surface des membres ou appréciables à la palpation. L'aspect clinique et l'évolution permirent d'éliminer la myélomatose diffuse et le chondrosarcome. La biopsie confirma le diagnostic. Il faut mentionner l'existence d'une hyper-calcémie passagère constatée à deux examens sur cinq pratiqués. Le traitement recalcifiant et la radiothérapie n'amenèrent durant deux ans aucune modification du squelette. Notons aussi que le traitement anti-syphilitique novarséno-bismuthique conjugué n'eût aucune influence fâcheuse sur la chondromatose.

G. F.

Montpellier

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Le traitement des prurits par la ponction lombaire

MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et A. SAUVY ont obtenu la sédation rapide et complète de trois cas de prurit essentiel qui avaient résisté à toutes les thérapeutiques, résultats qui confirment leurs constatations antérieures. Ils pensent que la décompression rachidienne entraîne une excitation vagale susceptible de compenser l'irritabilité sympathique cause déterminante du prurit.

Lymphadénie aleucémique avec poussées inflammatoires péri-ganglionnaires et crochet de positivité des réactions sérologiques chez un enfant atteint de syphilis congénitale

MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD. — Chez un enfant hérédo-spécifique âgé de 9 ans, apparition rapide d'une tuméfaction amygdalienne bilatérale avec œdème ayant simulé la diphtérie. Quelques jours plus tard, les réactions sérologiques négatives à l'entrée du malade sont devenues fortement positives. Elles s'atténuent spontanément les semaines suivantes. Pendant un an, on observe des poussées ganglionnaires successives s'accompagnant de phénomènes inflammatoires extrêmement intenses qui aboutissent parfois à l'ulcération des téguments. L'analyse sanguine ne révèle aucune évolution vers la leucémie. Mort par cachexie. Les biopsies, selon les prélèvements, ont montré les lésions de « lymphocytome » ou de « lymphosarcome ». Existence possible d'une lymphosarcomatose de Kundrat.

Histo-radiographie

M. P. LAMARQUE présente une nouvelle technique d'examen de coupes histologiques au moyen des rayons X. Cette méthode très sensible vient apporter des renseignements nouveaux sur la densité des différents éléments constitutifs de la cellule. Elle consiste dans la radiographie de coupes non colorées.

Ces radiographies, qui sont appelées « histo-radiographies », par l'auteur, peuvent être examinées au microscope exactement comme une préparation histologique ordinaire.

Les renseignements obtenus paraissent déjà apporter des faits nouveaux.

Fracture du toit du cotyle et luxation de la hanche

MM. MASSABUAU, GUIBAL et GINESTIE attirent à nouveau l'attention sur le mécanisme de ces luxations-fractures, dont les accidents d'automobile paraissent augmenter considérablement la fréquence. Ils indiquent l'excellent résultat anatomique et fonctionnel obtenu chez leur malade par la simple extension continue en abduction, qui paraît suffisante dans la plupart des cas.

Erythrodermie et polynévrite arsénicales consécutives à un traitement thermal non surveillé. Présence dans les squames d'arsenic en quantité considérable.

MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et P. MONNIER. — Les lésions cutanées ont apparu après un séjour dans une petite station thermale de l'Hérault. On a pu retrouver l'arsenic dans les squames plusieurs mois après le début de l'affection. Les auteurs rapprochent ce cas d'un malade qui avait présenté une érythrodermie à la suite de circonstances étiologiques absolument identiques.

Œdème aigu du poumon au cours d'un premier traitement antisyphilitique par le bismuth

MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et A. SAUVY. — Le malade présenta d'abord à la quatrième injection bismuthique un érythème du neuvième jour. A la reprise du traitement, apparition très rapide d'œdèmes de la face et des membres inférieurs qui disparaissent en quelques heures et sont suivis d'un œdème aigu du poumon. Celui-ci résiste à toutes les thérapeutiques. Mort en quelques heures en hyperthermie. Les auteurs insistent à ce propos sur l'intrication constante des phénomènes d'intolérance et des phénomènes infectieux dans la genèse des accidents précoces de la thérapeutique antisyphilitique.

Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intradermiques d'antigène simien

MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD ont pratiqué des injections hebdomadaires d'antigène à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Guérison en six à huit semaines, même dans des formes suppurées et fistulisées. Ces injections ne provoquent aucune réaction générale, elles peuvent être considérées comme un mode de vaccinothérapie spécifique.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Tuberculose calcifiée de la trompe droite (Présentation de radiographies).

M. VINCENT. — Jeune fille atteinte de salpingite tuberculeuse droite et qui présentait à l'examen radiographique une opacité à concours bien limités et d'interprétation difficile ; cette tache s'est révélée à l'intervention, un abcès froid calcifié de la trompe,

Ulcère gastro-duodénal familial.

MM. BERNARD et LAMIDON. — A propos d'ulcères hémorragiques survenus chez quatre frères et sœurs, les auteurs pensent que le terrain familial constitue une prédisposition capable d'expliquer la maladie ulcéreuse et l'identité de la forme clinique (hémorragique), chez les membres d'une même famille.

Les Thèses

P. — Dr A. Brugère. — **L'œil et la lumière électrique.** (Thèse, 1936.)

Il ne faut pas oublier que si les ampoules électriques courantes sont un mode d'éclairage commode, elles ne procurent pas dans les conditions actuelles un excitant parfait pour la rétine.

Bien souvent, par économie ou par négligence, on emploie des éclairages insuffisants pour le travail à effectuer.

D'autre part on ne veille pas assez à une bonne répartition de la lumière. La vision directe ou périphérique de lampes éclatantes doit être complètement supprimée. L'éclairage indirect par diffusion remplit ce programme mais exige des lampes d'une puissance supérieure.

On ne doit pas dans les conditions habituelles d'éclairage faire intervenir l'action des rayons ultra-violets, dans les troubles et la fatigue oculaires. Il est formellement reconnu que ces derniers sont retenus par le verre de l'ampoule.

Cependant, les sources actuelles nous donnent un ensemble de radiations mal réparties, et de plus trop riche en radiations violettes, pas assez en radiations jaune et vert jaune auxquelles notre « rétine d'acuité » est le plus habituée et surtout sensible.

P. — Dr M. Mittelmann. — **Le parricide et son étiologie.** (Thèse, 1936.)

L'auteur estime que des relations existent entre le parricide d'une part et le délire religieux de l'autre. En outre, il y aurait, inné chez l'être vivant, un phénomène général, l'*agression*, que l'homme cherche à nier de toutes ses forces parce qu'elle semble s'opposer à sa civilisation dont il est si fier.

Ce sont les parents qui s'opposent les premiers aux impulsions agressives des enfants et, de ce fait même, deviennent les premiers objets de cette agression.

Pour combattre un ennemi, il faut le connaître. Si nous avions admis l'existence de notre agressivité, dit en conclusion philosophique le Docteur Mittelmann, peut-être l'aurions-nous déjà domptée, serions-nous maîtres des guerres, de la haine des nations, des races et des partis politiques.

Str. — Dr G.-H. Weil. — **A propos d'un cas d'épithélioma malpighien du pylore.** (Thèse, 1936.)

Ayant observé un cas d'épithélioma malpighien du pylore, l'auteur montre que les tumeurs hétéromorphes ne sont pas d'une grande rareté. On a décrit, par exemple, des épithéliomas pavimenteux partant d'un organe où il n'existe normalement aucun épithélium pavimenteux.

Pour expliquer la genèse du cas, soumis à son observation, d'épithéliome malpighien du pylore, M. Weil conclut à un mécanisme de métaplasie.

P. — Dr Paul Santucci. — **L'artériographie dans les anévrysmes artériels des membres.** (Thèse 1936.)

L'artériographie peut éclairer quelquefois l'étiologie et le diagnostic des anévrysmes des membres (dans les anévrysmes latents par exemple). Au point de vue thérapeutique, elle guide le choix du procédé opératoire.

Les livres qui viennent de paraître....

Masson et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain

Prof. F. Rathery. — **Maladies de la nutrition.** Un vol. 174 pages de la *Collection des Initiations médicales*. Prix : 22 francs.

G. Doin et Cie
8, place de l'Odéon

Dr Henry Joly. — **La collapsothérapie hypotensive appliquée au traitement médico-chirurgical de la tuberculose pulmonaire.** Préface du prof. Bezançon Un vol. 316 pages, avec figures.

La Renaissance du Livre
94, rue d'Alésia, Paris.

René Schneider et Gustave Cohen, professeurs à la Sorbonne. — **La formation du génie moderne dans l'art de l'occident.** Arts plastiques. Art littéraire, avec 20 pl. hors texte. *Bibliothèque de synthèse historique.* Un vol. 492 pages. Prix : 40 francs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

L'EXEMPLE DES MEILLEURS

Le hasard d'un dîner d'anciens condisciples m'a mis ces temps derniers, à côté d'un camarade d'enfance, devenu médecin lui aussi, mais dont les procédés habituels de publicité m'ont éloigné depuis longtemps. Si au potage je ne trouvais aucun plaisir à renouer des relations d'amitié vieilles de près de quarante ans, j'avoue maintenant avoir beaucoup appris, en causant librement avec cette sincérité et cette franchise que seules autorisent les années passées sur les bancs du même collège et je ne regrette point, je l'avoue, ce dîner et ce voisinage d'un soir qui m'ont permis d'entendre des explications qui doivent nous donner à tous à réfléchir.

« Tout le monde médical, me dit-il, m'a tourné le dos, même toi, et je sens que tu n'as aucun plaisir à dîner à côté de moi ce soir, mais que veux-tu, j'ai bien des excuses : les événements ont toujours été contre moi, et si actuellement je ne suis pas tenu en particulière estime, je vis pourtant honnêtement de l'argent que je gagne, j'élève ma famille dignement et je pourrai après une vie médicale, certes un peu à côté, donner à mon fils l'aide et l'appui qui m'ont toujours manqué. Tu te rappelles mes débuts, quand, pourvu du titre de docteur, qui, je le croyais, devait m'apporter une situation honorable, j'en étais réduit, n'ayant pas de quoi m'installer, à faire des remplacements ou à visiter des confrères, comme employé d'une grande marque de spécialités. La guerre vint encore m'arracher à cet emploi et après quatre ans passés dans les tranchées, si j'en rapportais quelques belles citations et des croix, je n'avais plus un sou vaillant et assez désemparé, je ne savais où aller.

Le hasard, car c'est lui qui nous mène, c'est lui qui joue avec notre honorabilité, avec nos principes, a fait que trop faible et trop besogneux, je me suis trouvé recueilli par un camarade de régiment, très homme d'affaires, débrouillard, qui s'est servi de moi et tout en m'exploitant, m'a permis de bien vivre. Au fond la médecine que je fais n'a rien de bien répréhensible, si l'on veut bien y réfléchir ; je n'ai une clientèle que parce qu'une publicité plus ou moins habile me l'apporte, des journaux parlent de moi, de mes travaux, de mes méthodes, mais la belle affaire ! est-ce que tu ne vois pas dans les mêmes journaux, aux mêmes endroits, les mêmes articles, les mêmes éloges, quelquefois même avec des portraits concernant des maîtres que vous vénérez tous ? Sans doute les articles qui parlent d'eux ne sont point payés comme les miens, mais ils servent de modèle à ceux qui se sont chargés de ma publicité, la seule différence c'est que les miens coûtent très cher.

Ma publicité tire sa valeur de ces articles soi-disant d'informations qui exaltent des figures magistrales, et je suis bien sûr qu'un lecteur peu averti ne fait guère de différence avec celle qui vante les mérites de ton humble serviteur.

Tu comprends que si je cesse ma publicité, les clients ne viennent plus et les affaires s'en ressentent, alors tu me permettras de croire que les articles sur tes maîtres doivent leur amener quelques clients et ça, mieux que quiconque, je puis te l'affirmer, car, pour la prospection des clients, je m'y connais.

Bien entendu j'ai laissé tomber le Syndicat, mais même si l'on me faisait grief de mes méthodes, j'aurais la partie belle en leur mettant sous les yeux quelques beaux exemples d'articles à côté desquels les miens n'ont rien d'excessif. »

J'avoue que les noms et les exemples qui me furent alors cités me laissèrent pantois et que je lui opposais quelques-unes de nos grandes et *belles figures médicales dont jamais portrait ne* fut reproduit dans un journal, dont la situation morale est considérable et qui, s'il n'ont pas les satisfactions financières qu'ils méritent, jouissent de l'estime universelle.

Depuis ce dîner, les propos de mon cynique Labadens, aigri par sa situation en marge, par le peu d'estime dont il est entouré, par les rebuffades qu'il doit subir tous les jours, me sont souvent revenus à l'esprit.

Combien parmi nos jeunes confrères des grandes villes, se trouvent dans la nécessité de vivre d'une profession dont les études ont coûté cher, dont la pratique est particulièrement difficile et n'ont point un client.

Combien de ces confrères, pourvus de titres réels, s'embarquent stupidement dans des aventures coûteuses, avec des loyers importants, avec de grosses charges, alors qu'ils n'ont pas un sou vaillant, aucun appui, aucune relation, aucune possibilité d'attendre. S'ils sont faibles et qu'ils trouvent à la portée de la main la tentation du succès rapide et facile, il est fort à craindre

qu'ils y succombent. Grâce à la publicité, les clients vont trouver le chemin de leur cabinet, les consultants vont venir nombreux ; avec eux les soucis vont diminuer et quelquefois même avec eux vont arriver les récompenses, les honneurs, et toutes ces occasions du hasard, dont la vie est faite et dont un cerveau jeune est malencontreusement farci.

Que n'entendent-ils au début de leur vie des conseils comme ceux du vénéré maître qu'a été Charles Walther qui un jour, me parlant de la réussite, m'expliquait qu'elle était faite de réflexion et de labeur quotidien, du malade bien étudié, bien suivi, bien soigné, qu'elle venait peu à peu, sans qu'on la cherche, en faisant honnêtement tous les jours ce qu'on doit faire, en ne pactisant pas avec ce qu'on croit être son devoir, et en ne déviant jamais quoiqu'il arrive et pour un profit immédiat, de la ligne droite qu'on s'est tracée.

Il est regrettable qu'une large publicité n'ait point été donnée à de telles paroles qui me furent dites, je m'en souviens encore, un dimanche matin, en revenant d'une conférence militaire, lentement, doucement, sur ce ton de la confidence qu'ont bien connu tous ceux qui ont eu le bonheur d'approcher ce grand maître. Elle aurait eu, cette publicité, une autre action *sur les nouvelles* couches que ce mauvais exemple donné par les médecins, qui laissent reproduire des photographies, des interviews, qui succombent à la tentation de la conférence par T. S. F., en servant d'excuse à tous ces forbans de la médecine qui vous disent au premier reproche : « *Mais le grand Un tel le fait bien !* »

Le grand effort qui se dessine un peu partout, depuis l'échec au Parlement de l'Ordre des médecins, pour marquer une différence entre les confrères sérieux et les charlatans, ne doit pas être continuellement torpillé par des actes isolés venant de personnalités marquantes de la médecine et c'est avec terreur que nous voyons qu'un grand nombre d'entre elles ne comprennent pas où est leur véritable intérêt.

Est-ce l'intérêt d'un maître de collaborer à des petites revues de vulgarisation où, s'il récolte quelques clients, il se déconsidère ?

Est-ce l'intérêt d'un médecin, au moment où notre profession est continuellement attaquée, de prêter à une critique facile, et de se faire le naufrageur de ses confrères pour un bien petit profit personnel.

Raphaël Massart

L'importante réaction du Corps médical contre de telles faiblesses se traduit déjà de tous côtés par des circulaires, des ordres du jour dont il faut féliciter les auteurs.

Je reproduis ici la lettre qu'a adressée aux membres du Syndicat des médecins bordelais son président le Docteur Coriveaud ; il faut rapprocher d'elle la lettre que notre éminent confrère Grenet a adressée à ses collègues des hôpitaux

Syndicat professionnel
des médecins bordelais

Circulaire n° 14 Bordeaux, le 9 juillet 1936.

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les Ordres du jour votés dans l'Assemblée générale du 7 juillet 1936 et auxquels je vous prie d'apporter toute votre attention pour vous y conformer le cas échéant.

I. Le Syndicat professionnel des médecins bordelais réuni en Assemblée générale le 7 juillet 1936, justement ému du préjudice qui peut être causé à certains malades par des conférences médicales à la T. S. F. sur des sujets trop particuliers et avec trop de précision ;

Considérant que la divulgation du nom du conférencier médical par T. S. F. ou d'un médecin par haut-parleur, est susceptible d'être considérée comme une réclame regrettable.

Décide que, dorénavant, *les causeries faites à la T. S. F, seront anonymes*, qu'elles devront traiter de l'hygiène générale, n'aborder aucun sujet réellement médical ou thérapeutique et surtout ne laisser soupçonner de quelque manière que ce soit, l'identité du conférencier. Dans le but d'éviter toute réclame et de lutter contre les charlatans et les empiriques, les textes de ces causeries seront examinés au préalable par un Comité médical nommé par le Syndicat.

Toute infraction à cette décision sera passible des sanctions du Conseil de famille.

II. Tout membre du Syndicat, sous peine de sanctions du Conseil de famille, s'interdit d'user de procédés de réclame à allure commerciale : annonces dans les journaux, dans les annuaires ou par T. S. F., panneaux remplaçant ou s'ajoutant à la plaque normale, qui constituent, de l'avis du Conseil d'administration du Syndicat, une faute de déontologie ou une dérogation à la morale professionnelle.

III. Le S. P. M. B. rappelle à ses membres que le Code de déontologie médicale interdit la publication dans les journaux ou périodiques non professionnels d'articles signés, relatant des observations de malades ou traitant des sujets médicaux du point de vue pathogénique, clinique ou thérapeutique,

Toute infraction à cette règle rendra son auteur passible des sanctions du Conseil de famille.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Coriveaud.

Cette circulaire, la requête adressée par le Dr Grenet à ses collègues des hôpitaux de Paris, leur recommandant la plus grande prudence avant de donner des articles à des journaux de vulgarisation, nous apparaîssent comme de grandes victoires dans une lutte que nous avons été un des premiers à entreprendre, ici même et que nous saurons poursuivre jusqu'au bout.

CONSULTATIONS JURIDIQUES DU SOU MÉDICAL

Franchise postale

Un membre du Sou nous demande dans quelles conditions il est possible de bénéficier de la franchise postale. Il se plaint, par la lettre suivante, d'avoir été obligé de payer une surtaxe, à cause d'une lettre à lui adressée sans affranchissement par un maire.

Vous serait-il possible de me faire savoir si la correspondance entre médecins et maires, et vice-versa, expédiée sous enveloppe close avec la mention de circonstance et le « clos par nécessité avec signature de l'expéditeur », concernant :

1° La loi du 23 décembre 1874 sur la protection du premier âge ;

2° La loi sur l'Assistance médicale gratuite ;

3° La loi sur l'Assistance aux vieillards, infirmes et incurables ;

4° La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique ;

5° La loi du 31 mars 1919 sur les pensionnés de guerre ;

6° La loi sur les Assurances sociales ;

peut ou non circuler avec la franchise postale.

Ci-joint l'enveloppe d'une lettre qui m'était adressée par un maire des environs avec la mention « loi du 15 février 1902 » et qui a été taxée par l'Administration des postes.

Il y a quelque temps, une autre lettre close portant la mention « Assistance médicale gratuite » avait également été taxée.

Jusqu'à présent, et cela depuis trente ans, tout au moins en ce qui concerne la protection du premier âge, l'Assistance médicale gratuite et la loi du 15 février 1902, j'avais toujours vu ces correspondances circuler en franchise postale.

Existe-t-il de nouveaux règlements à ce sujet ?

Il paraîtrait même, m'a-t-on dit, que j'étais passible d'une amende qu'on a eu la générosité de ne pas m'infliger, parce que j'avais écrit sur l'enveloppe de la lettre « refusée par le destinataire, etc. ». La chose est-elle exacte ? ou s'agit-il d'un simple moyen d'intimidation ?

Notre confrère a eu tort d'inscrire une mention quelconque sur l'enveloppe qu'il a refusée, car il a ainsi correspondu avec l'expéditeur : il est donc passible d'une amende à la requête du ministère des P. T. T.

Il fallait refuser le pli qui était présenté ; c'est le facteur qui aurait écrit lui-même la mention « refusé ». Le praticien pouvait verbalement dire au facteur pourquoi il n'acceptait pas cette lettre, et l'agent des Postes aurait vu s'il devait ou non inscrire le motif à la suite de son refus.

En procédant comme il l'a fait, le confrère a commis une imprudence.

En ce qui concerne la question de la franchise postale, c'est encore quelque peu la bouteille à l'encre.

En dehors de certaines lois qui, telle celle des Assurances sociales, accordent parfois la franchise postale, nous devons encore nous référer à l'ordonnance du 17 novembre 1844 dont voici le texte:

« *Art.* 13. — Le contreseing consiste dans la « désignation des fonctions de l'envoyeur, sui« vie de sa signature.

« La désignation des fonctions peut être « imprimée sur l'adresse ou indiquée par un tim« bre ; mais, sauf les exceptions qui seront éta« blies dans l'article 14 ci-après, tous les fonc« tionnaires seront tenus d'apposer de leur main, « sur l'adresse des lettres et paquets qu'ils « expédient, leur signature au-dessous de la « désignation de leurs fonctions.

« *Art.* 23. — Les fonctionnaires qui sont auto« risés éventuellement, mais seulement en cas « de nécessité, à expédier leur correspondance de « service par lettres fermées, doivent, indépen« damment de leur contreseing, déclarer par la « suscription, par une note signée d'eux, qu'il « y a nécessité de fermer la dépêche. Cette note « sera ainsi conçue : nécessité de fermer.

En réalité, seuls les médecins des épidémies et les médecins inspecteurs du service de protection des enfants du premier âge ont droit à l'exemption de port pour les correspondances de service dans les limites de la circonscription qui leur est assignée par l'autorité administrative.

En outre, il y a un rite auquel il faut se conformer, En effet, l'exemption de port est acquise aux correspondances adressées aux maires.

1° de la circonscription des épidémies,

a) sous bande, sur carte à découvert ou sous enveloppe non fermée ne portant aucune autre indication que l'adresse du destinataire et le contreseing ainsi libellé :

Le médecin des épidémies,
(Signature)

b) ou sous enveloppe fermée ne portant aucune autre indication que l'adresse du destinataire et le contreseing ainsi libellé :

Nécessité de fermer.
Le médecin des épidémies,
(Signature)

2° Aux maires de la circonscription des nourrissons, sous bande, sur carte à découvert, ou sous enveloppe ouverte (sans faculté de fermer en aucun cas), ne portant aucune autre mention que l'adresse du destinataire et le contreseing ainsi libellé :

Le médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge.

(Signature).

Le ministre a d'ailleurs déjà été consulté à ce sujet :

« Dans quelles conditions y a-t-il franchise « postale entre certains médecins et les maires ?

« M. le Duc de Rohan, député, avait demandé « au ministre des Travaux publics, des postes et « des télégraphes, si, à raison des difficultés qui « s'élèvent souvent entre des médecins, des « maires, d'une part, et des receveurs des postes « d'autre part, au sujet de la franchise postale, « les médecins et les maires ayant à traiter des « questions délicates et confidentielles d'assis« tance et d'hygiène publiques, peuvent cor« respondre entre eux et avec le Juge de paix « sous enveloppe fermée.

Le ministre a fait à cette question écrite la réponse que voici :

« *D'une* manière générale, les médecins ne « possèdent aucun droit de franchise postale.

« Seuls, les médecins des épidémies et les « médecins inspecteurs du Service de protection « des enfants du premier âge peuvent corres« pondre en franchise avec les maires, les premiers « sous pli ouvert, avec faculté de fermer en cas « de nécessité, les seconds seulement sous pli « ouvert, et uniquement pour la correspondance « relative au Service de protection des enfants « du premier âge, avec obligation de porter sur « la suscription des plis la mention : « Service de « protection des enfants du premier âge ».

« Ces dispositions sont également applicables « à la correspondance des maires avec les méde« cins susvisés, mais ceux-ci ne sont en aucune « manière autorisés à correspondre en franchise « avec les Juges de paix. »

Tout récemment, M. Tremintin, député, a posé la même question au ministre du Travail et de la Prévoyance sociale qui lui a fait répondre par le ministre des Postes et Télégraphes :

« Aucun règlement ne confère la franchise « postale aux correspondances entre les méde« cins et les maires pour l'Assistance médicale « gratuite. Ce serait contraire aux articles I et II « de l'ordonnance du 17 novembre 1844 réservant « la franchise à la correspondance échangée pour « le service de l'Etat entre fonctionnaires pu« blics ».

Nous pourrions discuter ce qu'il faut entendre par l'expression « service de l'Etat » ; nous pourrions nous demander si toutes ces correspondances ne sont pas des communications d'intérêt général, départemental ou communal. Nous pourrions nous reporter également aux différentes circulaires ministérielles qui, malheureusement, se contredisent les unes les autres.

Je crois qu'il serait plus simple de faire poser la question par la Confédération des Syndicats médicaux en faisant prier cet organisme par un Syndicat local pour que la Confédération puisse, soit faire une démarche près du ministre des P. T. T. au nom du Corps médical tout entier, soit faire poser la question au même ministre par l'intermédiaire d'un député ou d'un sénateur.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECIN ÉTRANGER EMPLOYÉ PAR UN DIPLOMÉ FRANÇAIS

Un médecin exerçant régulièrement en France, peut-il engager comme manipulateur radiographe un médecin allemand ? Ce dernier doit-il obtenir une carte de travail ?

Aux termes du décret du 10 juillet 1929, tout étranger, devant résider en France plus de deux mois, est tenu dans les huit jours de son arrivée de se présenter au commissariat de police de sa résidence (ou à défaut à la mairie) pour y souscrire une demande de carte d'identité.

D'autre part, s'il est venu en France, pour y occuper un emploi salarié — de quelque nature qu'il soit, — il doit, aux termes de l'article 7, pour obtenir la délivrance de la carte d'identité, fournir un certificat sanitaire et un contrat de travail visé favorablement par les services compétents du ministère de l'Agriculture, ou du ministère du Travail, selon le cas.

Or, un médecin, diplômé à l'étranger, ne peut pas exercer en France : il ne pourra que devenir le salarié d'un diplômé français lequel peut l'employer comme manipulateur radiographe, à la condition expresse que ledit manipulateur ne prendra pas part habituellement, ou d'une manière suivie, au traitement des maladies. S'il doit aider son employeur diplômé, en matière de radiothérapie, c'est à la condition qu'il exécutera les ordres précis qui lui seront donnés et qu'il restera soumis à la surveillance effective du diplômé.

Sinon, l'étranger serait poursuivi pour exercice illégal de la médecine et le médecin français serait également inculpé, comme complice.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE

Les fruits en hygiène et en diététique

Leurs diverses variétés ; leurs caractéristiques

Nous devons recommander pour une plus large utilisation des fruits soit dans notre alimentation mixte, soit dans les régimes institués pour les malades.

Qu'ils soient sucrés ou huileux et amylacés, les fruits se présentent sous la *forme fraîche, conservée ou liquide.*

Frais, les fruits *sucrés* contiennent de l'eau en forte proportion (80 à 85 %) et du sucre, en quantité variable suivant l'espèce et suivant le degré de maturité. Notons 14,6 % pour la pomme, de 16,6 à 18,9 % pour le raisin, 10,2 pour la cerise, 8,2 % pour la figue fraîche et la poire, 6,2 % pour l'orange et la prune, 4,5 % pour la pêche, etc... La nature du sucre est moins variable ; c'est généralement un mélange de glucose et de lévulose ; le glucose seul n'existe que dans le raisin ; du saccharose se trouve parfois dans la banane. Les autres composés : matières protéiques, grasses, pectiques, cellulose existent en très petite quantité qui varie entre 0,10 et 3 ou 5 %. Nous citerons encore les sels acides, les minéraux, et enfin spécialement les vitamines, qui seront envisagées plus loin.

Les fruits *huileux et amylacés* contiennent surtout des matières grasses et des matières protéiques, très peu d'eau et un taux variable de minéraux (1,4 à 3,9 %). Quant aux hydrates de carbone, relativement rares, ils comprennent du sucre, de l'amidon et de la cellulose.

S'opposant au fruit frais sucré, le **fruit conservé** se distingue par la concentration de toutes les substances aux dépens de l'eau. Il reste donc essentiellement constitué par des matières hydro-carbonées, par des minéraux et par une petite quantité de matières grasses et protéiques. Les vitamines sont en quantité moindre que dans la précédente catégorie.

Le procédé le plus habituel, auquel on a recours pour conserver les fruits, est le séchage au soleil ou au four. On peut aussi employer la cuisson dans un sirop, sous forme de confitures, gelées, pâtes. Ces différents traitements réalisent une concentration plus ou moins accentuée des matières nutritives ; ils augmentent ainsi la valeur quantitative du fruit, mais en diminuent la valeur qualitative.

Récemment on a préconisé la stérilisation des fruits par la filtration et l'ionisation, puis leur concentration à 35 ou 40 % dans une atmosphère raréfiée. Les produits ainsi traités gardent leur goût et leur bouquet primitifs, en même temps que leurs vitamines.

Sous le nom de **fruits liquides**, on désigne le jus non-fermenté, non-dilué et non-concentré, qui est extrait des différents fruits par pressurage. Ce jus de fruit, qui est une boisson-aliment par excellence, semble devoir détrôner peu à peu les boissons alcooliques, et remplacer avantageusement les eaux minérales, artificielles ou édulcorées, les limonades à l'acide citrique, etc...

Aujourd'hui, nous possédons des méthodes simples qui, en prévenant la fermentation, nous permettent de conserver au fruit toute sa richesse et d'obtenir une boisson qui satisfasse le goût par sa fraîcheur et son sucre.

On prépare dans l'industrie des jus de myrtilles, de groseilles, de cerises, d'ananas, de poires, de pommes (cidre doux) et de raisins. Le jus de pommes est obtenu par un mélange de plusieurs espèces, renfermant des quantités variables de sucre, d'acides, et de tanin. Le meilleur jus est donné par un mélange de 1/5e de pommes âpres, 1/5e de pommes acides et 3/5e de pommes douces. Les fruits sont lavés, broyés, pressés, clarifiés et stérilisés, et le jus se présente avec toutes les qualités organoleptiques et hygiéniques du fruit frais.

Le bon raisin à jus doit en général doser 100-150 grammes de sucre par litre de moût, et posséder une acidité, exprimée en acide tartrique, de 6 à 10 grammes au plus, par litre. Après foulage et pressurage des grappes, on fait le débourbage et la clarification du jus. Pour le conserver, on se sert de la réfrigération, de la pasteurisation, ou encore de l'ultra-filtration, de l'ionisation, de la haute fréquence, etc... En tout cas, il faut éviter l'addition d'antiseptiques. Le procédé préférable, et qui est entré dans la phase industrielle, consiste à chauffer le jus à 50° seulement, au contact de métaux rares. Le jus de raisin ainsi obtenu possède des propriétés absolument identiques à celles du raisin frais.

La valeur alimentaire des fruits

La composition des fruits permet d'apprécier leur valeur alimentaire. L'élément principal de leur valeur énergétique est représenté par le sucre, que l'on retrouve plus abondant dans le fruit desséché ; faut-il rappeler que le sucre na-

turel des fruits n'a pas l'action déminéralisante du sucre industriel absorbé à forte dose ; pour les fruits gras ou huileux, il faut principalement tabler sur leur richesse en matières grasses et protéiques ; mais on ne doit pas oublier que les fruits amylacés ont souvent une concentration en matières protéiques, qui se révèle supérieure à celle de la viande ; l'albumine de ces fruits aurait un bénéfice alimentaire de 80 %.

Cependant l'utilisation nutritive et la digestibilité des fruits et des plantes en général sont considérées comme nettement inférieures à celles des aliments d'origine animale. En opposition avec ces derniers, en effet, les substances nutritives plantes sont renfermées dans des cellules, dont les parois sont constituées par de la cellulose, et par suite semblent difficilement perméables aux sucs digestifs. Aussi se sert-on volontiers de la cuisson pour faciliter leur assimilation, car on admet que l'eau des végétaux, dès lors transformée en vapeur, doit faire éclater les cellules par son expansion. Cependant pour l'utilisation des fruits à l'état cru, la mastication constitue un autre moyen d'ouverture mécanique des parois cellulosiques ; mais, si celle-ci est incomplète, elle laisse forcément intactes de nombreuses cellules. Absorbés à petite dose, bien mâchés et faisant partie d'une alimentation mixte, les fruits, sucrés ou oléagineux, ne produisent aucune gêne dans le tube digestif normal et sont parfaitement digérés. Faut-il ajouter que leur cellulose agit favorablement sur le péristaltisme et régularise le transit.

Signalons enfin que, dans l'enveloppe des fruits, existent des ferments et des enzymes, qui interviennent dans la maturation et la fermentation, mais qui sont également très importants pour leur digestion.

Les propriétés physiologiques des fruits

En dehors de leurs propriétés nutritives, les fruits exercent des actions multiples sur notre organisme.

C'est tout d'abord une action diurétique, grâce à leur apport en eau. Une action laxative tient à la même cause ; mais, en plus, celle-ci est réglée par la fermentation dans le cæcum des sucres non absorbés dans l'intestin grêle, d'où une irritation de la muqueuse intestinale. Dans le même ordre d'idées, il convient de tenir compte de la fermentation acide et du rôle essentiel que jouent la cellulose et la pectine, cette dernière augmentant le bol fécal par son grand pouvoir de gonflement et le rendant suffisamment humide, grâce à l'eau qu'elle retient. D'autre part, certains fruits, les nèfles, les myrtilles, les coings, agissent comme constipants, sans doute à cause du tanin contenu dans leur pulpe. Une action alcalinisante serait due à la combustion dans l'organisme des sels acides, étant donné que celle-ci produirait des carbonates alcalins. Les fruits les plus acides doivent ainsi avoir tendance à alcaliniser l'organisme. L'ingestion du jus de citron à haute dose alcalinise les urines, comme le ferait une prise de bicarbonate de soude. La fraise serait à cet égard le fruit le plus actif ; il en faudrait un kilogramme pour introduire dans l'organisme autant de bases que 9 grammes de bicarbonate de soude.

Les fruits constituent également un apport important de *minéraux* dans notre alimentation ; ils sont particulièrement riches en potassium, en calcium, en phosphore. Le fer des fruits est très assimilable, et il offre l'avantage de ne pas être lié à une grande quantité de protéines. Ainsi peut-on fournir à l'organisme une forte proportion de fer, sous la forme de fruits, sans l'encombrer par un excès de protéines, comme on le ferait en empruntant le fer à la viande. Les animaux herbivores ne sont-ils pas d'ailleurs moins exposés à l'anémie que les carnivores ?

Parlons enfin des *vitamines*, que l'on trouve dans les fruits en grande proportion. On sait qu'elles sont indispensables au bon fonctionnement de notre organisme, et que leur absence ou leur diminution dans notre alimentation produit différentes carences ou précarences.

Dans les fruits, la richesse en vitamines est généralement parallèle à la richesse en matières colorantes : vitamines A (de croissance et antixérophtalmique) dépendant du carotène ; vitamines C (antiscorbutique), qui ont pour point de départ le piment vert.

Les fruits qui contiennent le plus de vitamines C sont l'orange et le citron ; la banane possède 20 à 40 % du pouvoir antiscorbutique du citron, et le jus de raisin 50 %. D'après Mouriquand, il faudrait 40 gr. de jus de citron par jour à un enfant scorbutique. A noter que les infections augmentent le besoin de l'organisme en vitamines C.

Les fruits frais renferment généralement aussi de la vitamine H (antibéribérique, stimulation des échanges) ; ce sont les citrons, les oranges, les prunes, les bananes, les fruits amylacés, qui en contiennent le plus.

Les fruits en hygiène alimentaire

Voici certaines règles de consommation, précisées par le Docteur Künstlich (1) et qu'il y a grand intérêt à suivre.

Les fruits doivent être mangés mûrs : à ce moment, ils sont plus digestibles, car l'amidon a presque disparu, les sucres ont augmenté et les acides ont diminué. Il faut les consommer en grande partie à l'état cru, en raison de la sensibilité des vitamines (notamment de la vitamine C) vis-à-vis de la chaleur. On devrait manger

(1) Thèse de Paris, 1935.

une partie des fruits avec leur pelure, car celle-ci constitue la partie la plus riche non seulement en ferments de toutes sortes, mais aussi en protéines et en phosphore organique. Bien les laver avant de les consommer.

Les fruits doivent être soumis à une bonne mastication ainsi qu'à une insalivation suffisante. Les fragments trop grands de fruits provoquent des contractions spasmodiques du pylore ; ils sont plus tardivement évacués et donnent lieu à des fermentations secondaires. Ne pas absorber une trop grande quantité d'eau en même temps que les fruits, pour éviter des accidents dus à une fermentation gazeuse très violente.

Se méfier des fruits qui ont subi des préparations spéciales, dont l'intérêt est le plus souvent commercial. Des oranges ont été rendues « sanguines » par l'injection de liquide coloré toxique. Pour mieux conserver les fruits d'exportation, on en pratique parfois le badigeonnage avec un liquide antiseptique à base d'arsenic, etc...

Quand faut-il consommer les fruits, par rapport au repas ? Le Docteur Künstlich leur réserve un des trois ou quatre repas quotidiens. Le fruit au petit déjeuner ou au goûter, dit-il, est le plus avantageux. Absorbé à jeun il exerce au mieux son action laxative et diurétique.

Les fruits en diététique

On les emploie soit sous forme de régime fruitarien pendant un temps très court à l'exclusion de toute autre alimentation, — soit sous forme de cures de fruits prolongées pendant longtemps, et en association avec une alimentation normale ou un autre régime.

Le régime fruitarien

On peut combiner une ration alimentaire suffisante à l'aide des fruits sucrés, associés aux fruits amylacés et huileux, qui sont riches en albumines. Les qualités prédominantes de ce régime dépendent évidemment des fruits, dont il se compose : il est riche en eau, en sucre, en minéraux (notamment en K et Ca), pauvre en albumine ; il constitue un apport important de cellulose et de vitamines. Le régime fruitarien, essentiellement alcaligène, est en principe très utile pour neutraliser les éléments acidogènes d'un précédent régime riche en viande, œufs, fromage, etc... Le gros mangeur doit être considéré comme toujours en état d'acidose imminente.

Au régime végétarien on fera appel, d'une façon générale, dans tous les cas où il s'agit de désintoxiquer, de déchlorurer, d'alcaliniser, de reminéraliser un organisme. Il a donc les indications du régime lacto-végétarien, qu'il pourra remplacer ou compléter avec succès. C'est, en effet, le fruit cru ou le jus de fruit, qui apportera à l'intoxiqué ou à l'infecté, mieux que le lait ou les légumes cuits, les meilleurs moyens de résistance. D'ailleurs, l'addition de fruits au régime végétarien sera toujours agréable, et son premier effet sera de stimuler l'appétit, qui est en défaut chez ces malades.

Le régime fruitarien s'emploie de deux manières :

1° Soit pendant trois à cinq jours de suite avec reprise ultérieure et progressive de l'alimentation, normale ou thérapeutique, tout en y maintenant une forte proportion de fruits. Cette pratique s'applique surtout aux cas aigus, telle une acidose par ex mple.

2° Soit pendant un ou deux jours par semaine, mais en le répétant périodiquement pendant un temps prolongé. C'est le mode réservé aux cas chroniques (notamment à l'obésité), qui permet au malade de supporter les régimes les plus stricts.

On prescrit une quantité de fruits de 1 kilogr. et demi à 2 kilogr. par jour, composée de fruits crus, de jus de fruit et de fruits cuits et sucrés.

Quant aux *cures de fruits*, elles ont des indications analogues à celles du régime fruitatien.

La cure de fruit la plus ancienne et la plus classique est la cure de *raisins*. Ce fruit est d'une digestibilité parfaite. Sous son influence, on constate une stimulation de l'intestin, une augmentation de la diurèse, une diminution de l'acidité urinaire et de l'acide urique, une action d'épargne sur les matières azotées, une hypersécrétion biliaire, une décongestion du foie. Les indications de cette cure sont les suivantes d'après le Professeur Rathery : dyspepsies, constipation, lithiases urique et hépatique, goutte, intoxications chroniques, mercurielles et saturnines, certaines dermatoses arthritiques (acné, eczéma, urticaire), certaines formes de tuberculose. Cette cure ne doit pas être faite en supplément de la ration alimentaire habituelle, sans risques d'une suralimentation nocive. La ration alimentaire habituelle doit être réduite en conséquence. La cure proprement dite s'effectue en absorbant progressivement de 1 à 4 kilogr. de raisin mûr par jour, la moitié consommée à jeun, un quart avant le déjeuner, et l'autre moitié avant le dîner. Une partie des pellicules et des pépins peut être avalée avec profit pour le péristaltisme intestinal. La durée de la cure est de 3 à 6 semaines environ.

La *pomme*, qui était jusqu'ici considérée comme un fruit plutôt purgatif, est depuis quelques années employée par les pédiâtres dans le traitement des diarrhées, notamment chez les enfants. Le traitement se fait avec des pommes mûres, épluchées, débarrassées des déchets, râ-

pées et réduites en pulpe fine. Sept à dix pommes, soit 500 à 1.500 grammes de pulpe (suivant l'âge) sont administrées par jour, en quatre à cinq repas. Si l'enfant accuse de la soif, on lui donne un peu de thé légèrement sucré. En un ou deux jours, les selles se raréfient, elles prennent une consistance plus homogène. Les coliques cessent et la fièvre tombe. On reprend avec précaution l'alimentation normale, en gardant une grande ration de pommes, et en y ajoutant du biscuit ou du pain rassis, de la purée de pomme de terre, du beurre frais. Comme il n'est pas toujours aisé d'avoir de bonnes pommes, on a préparé une poudre de pommes très riches en pectines et desséchées dans le vide. La cure de pommes serait efficace grâce à sa richesse en tanin. Elle a été aussi employée au cours de divers états arthritiques.

Pour ce qui est de la cure de *citrons*, l'acidité de ce fruit (jusqu'à 7 % d'acide citrique libre et de citrate de K) produit par combustion interne, une forte alcalinité des tissus et des humeurs. Son pouvoir anti-scorbutique est connu depuis longtemps. Cette cure est également recommandée dans le rhumatisme goutteux et l'acidose des diabétiques. On conseille d'absorber le jus d'un citron le premier jour, d'augmenter d'un fruit par jour jusqu'à concurrence de 10 au maximum, puis de diminuer progressivement. La durée totale est de 20 jours (Leclerc). Desplats conseille l'absorption de 6 à 10 citrons par jour pendant 10 jours. Le fruit est absorbé sous forme de limonade légèrement sucrée ou en partie incorporé aux aliments.

La cure d'*oranges* (5 % de sucre, très riches en vitamines) se fait à la manière de la cure de citrons, dont elle partage les indications, en doublant le nombre des fruits utilisés.

La cure de *bananes* peut être employée pour neutraliser les fermentations putrides, ammoniacales, dues à la mauvaise digestion des protéiques. Dans ce but, on se sert avec prudence de la banane peu mûre, dont l'amidon fermenté au niveau du cæcum agit à la manière de l'acide lactique.

La cure de *fraises* consiste dans l'absorption de 2 à 3 livres de fraises par jour. Une grande partie de leur sucre existe sous forme de lévulose, qui est plus assimilable que les autres sucres pour les diabétiques. Ce sont, d'autre part, des fruits très acides et très minéralisés. On conseille cette cure en cas de goutte, de lithiase, d'hypertension et d'artério-sclérose.

La cure de *myrtilles*, grâce à l'inosite, à la pectine, au tanin, aux différents acides, exerce un pouvoir astringent et antifermentescible. Son action est remarquable dans les entérites, dans le syndrome entéro-rénal, les cholécystites, les angio-colites. La cure consiste à absorber 500 à 1.000 grammes de baies par jour.

Citons enfin la cure de *nèfles* dans la dysenterie ; la cure de *cerises* pour les obèses ; la cure de *groseilles* dans les syndromes hémorragiques ; enfin la cure de *pêches, prunes et pruneaux* qui, avant le petit déjeuner du matin, précédée de l'absorption d'un verre d'eau fraîche, combat efficacement la constipation.

Dr G. Fischer.

RÉPONSE AU DOCTEUR BOELLE A PROPOS DE SON ARTICLE SUR LES PROCÉDÉS CHARLATANESQUES

Je viens de lire avec intérêt cet article, que tous approuveront évidemment, dans son sens général.

Qu'il me soit cependant permis d'ajouter une chose que l'auteur n'a peut-être omise que par désir d'écourter son article, mais que je crois cependant utile :

Je suis rarement entré dans une pharmacie sans y remarquer, parmi les prescriptions exécutées, des ordonnances *de médecins* qui comportaient un bon nombre de ces « spécialités » indésirables auxquelles le Docteur Boëlle fait allusion : *Pilules X, Pastilles Y, Sels Z, etc., etc...*

Eh bien ! là les bornes de l'inconscience sont vraiment dépassées !

Que des clients abusés achèrent cela, c'est déjà regrettable, mais que des médecins les prescrivent, c'est raide ! *Et pourtant cela est !*

Comment ne pas nous y exposer ? Tout simplement *en boycottant systématiquement* tout ce qui s'annonce dans la grande presse (les médicaments, s'entend).

Plutôt que de faire appel à un Etat, dont notre défense est le moindre souci, *commençons* donc par nous défendre nous-mêmes, les malades en *profiteront* aussi !

Dr E. Damey.

MARIAGES

Quand plusieurs nations de valeur égale sont en compétition, la seule supériorité possible est celle du nombre. Le nombre est probablement, en Europe, le seul problème important, celui d'ailleurs qu'en France on oublie toujours : le vaisseau coule, mais nul n'y prête attention.

Que peut-on faire ? D'abord se rendre un compte exacte des expériences que font nos voisins. Voici par exemple les Allemands, qui cherchent à la fois la quantité et la qualité.

Le gouvernement du Reich vient de promulguer une loi « pour éviter les tares héréditaires et sauvegarder ainsi la santé du peuple germanique ».

A cet effet, tout mariage pouvant avoir des conséquences fâcheuses pour la descendance est prohibé. Avant tout mariage, les époux doivent se présenter devant un bureau de santé qui les examine. L'autorisation ne sera pas accordée : 1° si l'un des fiancés est atteint d'une maladie contagieuse ; 2° si un des futurs époux, ou les deux, ont été placés sous une tutelle pénale, ou internés ; 3° Même s'il n'y a pas eu internement, si l'état mental d'un des candidats au mariage, ou des deux, semble rendre leur union indésirable au point de vue de la sécurité publique ; 4° si chez l'un ou l'autre on constate une maladie définie par la loi sur la prévention des tares héréditaires.

La loi à laquelle il est fait allusion est celle qui concerne la stérilisation légale ; elle comprenait huit groupes de maladies : avec les trois causes d'empêchement au mariage ajoutées par la présente *loi*, cela fait *onze raisons* pour *refuser* le mariage.

Il est à noter que les stérilisés ne peuvent pas se marier, excepté avec un autre stérilisé ; car un conjoint capable de procréer doit avoir la possibilité de le faire, et la fécondité est la loi du mariage.

L'examen de l'état mental ne correspond pas à la découverte de troubles mentaux, car ceux-ci sont déjà prévus par la loi sur les stérilisations ; la présente loi n'envisage que des états psychiques comme la neurasthénie ou les états anxieux, évidemment peu recommandables en ménage. Reste à savoir s'ils seront aisément décelés avant le mariage : et *quid* s'ils surviennent dans la suite ? logiquement, la sanction serait le divorce.

Une autre mesure de « protection du sang et de l'honneur » est l'interdiction des mariages et même des relations sexuelles avec les Juifs ou les Juives.

* * *

Et cependant le nombre des mariages continue à augmenter en Allemagne. Il est passé, de 7,8 pour mille habitants en 1913 à 9,7 en 1933, et 11,2 en 1934. Il est plus grand dans les villes qu'à la campagne.

On sait que les époux reçoivent au moment de leur mariage une certaine somme d'argent, remboursable en enfants ; sur sept mariages ainsi récompensés, il y eut dans l'année huit naissances. Entre août 1933 et la fin de juin 1935, 440.826 mariages bénéficièrent des allocations, dont 220.844 ont été acquises aux époux, généralement en totalité, parce qu'ils avaient fait des enfants vivants.

Cette aide financière a sans nul doute contribué à la rapide et durable augmentation des *mariages en Allemagne. Mais le même* phénomène a été constaté dans les pays où les gens se marient encore à leurs frais. Voici un tableau de l'évolution de la nuptialité dans un certain nombre de pays, depuis l'année 1929, considérée comme la dernière de la prospérité :

Taux des mariages par 1.000 *habitants entre* 1929 *et* 1934

Contrées	1929	1930	1931	1932	1933	1934	Taux de l'augmentation ou de la diminution entre 1933 et 1934
États - Unis	10,1	9,2	8,6	7,9	8,4	9,7	+ 15,5
Allemagne	9,2	8,8	8,0	7,9	19,7	11,2	+ 15,5
Canada	7,7	7,0	6,4	6,0	6,0	6,8	+ 13,3
Suède	6,8	7,2	7,0	6,7	7,0	7,8	+ 11,4
Australie	7,4	6,7	6,0	6,6	7,0	7,7	+ 10,0
Angleterre	7,9	7,8	7,6	7,6	7,9	8,5	+ 7,9
Italie	7,1	7,4	6,7	6,4	6,9	7,4	+ 7,3
Hongrie	9,2	9,0	8,8	8,1	8,3	8,8	+ 6,0
Tchéco-Slovaquie	9,5	9,3	8,8	8,6	8,3	7,9	+ 4,8
Hollande	7,9	8,0	7,4	6,9	7,2	7,3	+ 1,4
Espagne	7,5	7,6	7,4	6,7	6.2	6,0	— 3,2
France	8,0	8,2	7,8	7,5	7,5	7,1	— 5,3
Lithuanie	7,5	7,8	8,0	7,8	8,0	7,4	— 7,5

On voit que les Etats-Unis, qui ne donnent pas de prime au mariage, se marient davantage ; tandis que l'Italie a peu gagné sur 1929, bien que le mariage y soit protégé. En France, nous avons la triste spécialité de voir de moins en moins de mariages ; c'est une catastrophe, parce que moins de mariages signifie moins d'enfants dans vingt ans, et beaucoup moins de mariages dans cinquante ans, c'est-à-dire la chute rapide et inexorable du chiffre de la population et de l'âge moyen des Français ; la France sera un asile de vieillards, et chacun des quelques jeunes qui resteront aura à sa charge deux ancêtres à nourrir.

Ph. Dally.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DU FINISTÈRE

Réunion tenue le 21 juin 1936, à Concarneau

La première réunion de 1936, à laquelle tous les médecins syndiqués du Département furent invités, s'est tenue le 21 juin, à l'hôtel de Cournouailles, à Concarneau.

Au Bureau, les Syndicats étaient représentés par :

Syndicat de Brest : Docteur Le Couteur, Docteur Kerboul, Docteur Phillipon.

Syndicat de Morlaix : Docteur Bagot père, Docteur Daoulas.

Syndicat de Châteaulin : Docteur Vourch. — *Excusé* : Docteur Ropers.

Syndicat de Quimper : Docteur Chauvel, Docteur Renault, Docteur Damey.

Assurances sociales

L'application de la loi sur les Assurances sociales a provoqué quelques difficultés qui rendent nécessaire une mise au point.

Signatures valant quittance.

Malgré tout ce que l'on a pu leur dire, de nombreux confrères réclament le droit de faire confiance à certains de leurs clients en ne les forçant pas plus à les régler tout de suite, s'ils sont assurés sociaux, que s'ils étaient des clients libres.

Il leur est rappelé qu'ils ont le droit de ne pas se faire payer de suite, mais qu'ils n'ont, par contre, pas celui de porter une signature, qui a pour conséquence de faire payer par la Caisse le remboursement d'une somme qui n'a pas été payée.

Ils ont le droit de ne rien prendre, mais alors il faut, au lieu d'une signature, porter sur la feuille la mention : « *gratuit* ».

Ils ont le droit encore d'attendre ; alors la mention à porter sera : « *paiement différé* ».

Le malade a, lui, le droit de demander une avance à la Caisse, mais en ce cas l'avance s'entend pour *un* acte médical, et ne doit être renouvelée que si cet acte a été payé.

Rappelons aux Confrères qui protestent que, *si l'on peut faire ce qu'on veut, quand on est seul en cause, il n'en est plus de même quand on y met un autre, qui vous fait confiance.* Nous appliquons une loi. La loi est la loi. En outre, nous avons conclu une convention. Il est aujourd'hui reconnu qu'il y a avantage à en avoir une. *Il faut* donc l'appliquer.

Au surplus, il y a l'assurance-assistance, et l'Assistance médicale gratuite pour les pauvres... (et pas exclusivement !)

Il est recommandé à tous les médecins de porter sur les feuilles de maladie *toutes* les indications de dates requises.

Nous devons permettre au contrôle les vérifications nécessaires. Il faut que tous sachent bien qu'aujourd'hui le contrôle est créé, *qu'il a commencé à sévir*, et le fera encore s'il le faut.

Ne pas oublier non plus que les *ristournes* sont interdites et ont valu à des médecins des condamnations en correctionnelle.

Il y a un tarif syndical. Il y a une petite nomenclature de poche pour la pratique médicale (on doit porter cette feuille constamment dans son portefeuille). Pour les actes chirurgicaux ou de spécialité la Confédération a publié une nomenclature.

Ces documents, tous les possèdent ou peuvent se les procurer sans aucune difficulté. Il n'est donc pas permis de plaider l'ignorance ; cela n'est pas admis.

Les circonscriptions légales pour les Unions de Caisses ont été récemment remaniées. Il est regrettable que pour nous elles ne concordent pas avec le Collège Bas-Breton Syndical.

Quoi qu'il en soit, nous avons à désigner un représentant pour cette organisation. Sur proposition du Docteur Chauvel, président, le Docteur Marquis, de Rennes, membre du Conseil de la Confédération, président du Syndicat des Chirurgiens, est désigné.

Le Docteur Le Couteur aurait su qu'un directeur de Caisse aurait incité un confrère à frauder, l'invitant à porter pour certaine opération K = 40 au lieu de K = 20 qui eût été de mise.

Une enquête s'impose, pour bien établir le fait, et le cas échéant une mise au point, bien nette, serait nécessaire.

Caisses chirurgicales mutuelles.

Cette question ne put être attaquée qu'en une séance qui se tint après le déjeuner. Avec le Bureau y assistèrent un certain nombre de chirurgiens et de spécialistes. . . . .

Le principe de la création d'une C. C. M. est décidé, mais quand on discuta des réalisations possibles, on resta dans une obscurité remarquable.

Le Docteur Vauzanges commença par exposer combien la Confédération et lui-même nous encourageaient à donner suite à notre projet.

Il put nous parler de ce qui vient d'être fait chez lui, et à quoi il a collaboré, puis il donna quantité de renseignements et de conseils.

Mais, il apparut nettement que la question était loin d'être au point. Force nous sera d'en continuer l'étude.

La première étape, absolument indispensable, est évidemment une entente entre les chirurgiens et les spécialistes, pour adopter un tarif *minimum* commun. (Nous devons souligner le mot : minimum, parce que plusieurs confrères ont discuté à perte de vue à ce sujet). Un tarif minimum *n'est limitatif que par en bas*. On s'étonne d'être dans l'obligation de l'écrire !

Il faudra également se mettre d'accord pour fixer la valeur du K. Tous les remboursements, donc les cotisations, dépendent forcément de cette base. (Une note est envoyée dans ce but à tous les chirurgiens et à quelques spécialistes O. R. L. Ils sont priés de vouloir bien répondre le plus tôt possible.)

Syndicat départemental.

Les quatre Syndicats ont enfin pu se mettre d'accord sur le point que ce qui leur convient à tous ne peut être que la transformation de la Fédération en un Syndicat départemental du type qualifié par Hilaire de « décentralisé au maximum ».

Ce Syndicat « gardera un peu l'allure de la Fédé-
« ration. Il comprendra des sections ayant chacune
« des réunions locales, présidées par un confrère
« choisi par chaque section. »

Les sections conserveront leur autonomie complète.

La réunion des Bureaux des sections constituera celui du Syndicat départemental.

Celui-ci aura un trésorier, dont la caisse sera alimentée par les versements opérés dans ce but par les sections.

Il est entendu que celles-ci confieront au Syndicat départemental le soin de payer à la Confédération la cotisation de leurs membres.

On estime que pour cela la part à verser par membre au Syndicat départemental (par les sections) pourra être fixée provisoirement à 85 francs.

Mais la cotisation syndicale (versée aux sections) devra être portée à 200 francs.

Le Syndicat départemental aura, en effet, un secrétariat beaucoup plus important que celui dont dispose actuellement la Fédération. Il devra pouvoir adresser directement des communications à tous les médecins syndiqués du département, etc...

Le Docteur Clouard, de Quimper, accepte les fonctions de trésorier. Le Docteur Damey ne voulant pas assumer celles de secrétaire dans la nouvelle formation, le Docteur Vourch, de Plomodiern, est nommé.

Les médecins désignés de la Marine marchande

ORDRE DU JOUR :

« La Fédération, constatant que les démarches faites dans le Département par l'Administration de la Marine marchande, ne répondent ni à l'esprit, ni à la lettre au décret-loi qu'elles prétendent appliquer ;

« Constatant que déjà elles provoquent des conflits entre ses membres ;

« Demande que la Confédération agisse au Ministère pour que le décret-loi soit appliqué *réellement*, c'est-à-dire de telle façon que les médecins-contrôleurs ne pratiquent pas la médecine de soins dans le même ressort.

« Elle rappelle les médecins syndiqués à l'observation de ce principe que la dernière Assemblée générale de la Confédération a encore confirmé, ajoutant que les statuts syndicaux interdisent l'acceptation d'une fonction sans l'assentiment préalable du Syndicat.

« La Fédération demande en outre, que la certification au premier degré : certificats de maladie, pour débarquement, certificats d'aptitude à la pêche hauturière, etc., ne soit pas assimilée, par extension, à du contrôle.

« Elle fait observer que si ce principe était admis, point ne serait besoin d'un contrôleur (avec suppléant) *dans chaque port*, mais que deux ou trois médecins pourraient suffire pour le Département. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut d'hygiène.** — Liste des élèves ayant obtenu le diplôme de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris (session 1936).

MM. Ali Mustafa, Azma, Basset, Beer, Brugère, Caula, Cazanove, Chanteux, Corre, Crépin, Crosnier, Mmes Danzig, Darnaud, Cristofini, MM. Delavelle, Duguay, Durignieux, Mme Durrande, M. El. Gammal, Mme Fabre, MM. Faget, François Dainville, Fontaine, Fulconis, Mmes Gares, Gautherot, MM. Gavot, Gazet du Chatelier, Gérard, Girard, Grand, Granet, Hinard, Horavi, Mme Jorger, M. Latifi, Mmes Latron, Le Baccon, Lévy, MM. Matruchot, Mazaher, Madjallal, Paes, Pellier, Petit, Persoz, Peycelon, Philippeau, Raine, Regula, Reynier, Ricart, Rossignol, Trieu, Weil, Wiehm.

Thèses. — Jeudi 2 juillet. — I. Jury : MM. Chevassu, Cunéo, Marion, Sénèque. — M. Lupu : Valeur de la gonoréaction et de la spermoculture dans les uréthrites chroniques. — M. Boyer : Etude du traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales. — M. Hécart : Etude clinique et thérapeutique des pseudarthroses au col du fémur. — M. Pouliquen : Traitement des arthrites suppurées du poignet par résection de la tête cubitale. — M. Reyé : Enchevillement des fractures diaphysaires par greffon tibial. — M. Azma : Les grandes hémorragies chez les prostatiques.

II. Jury : MM. Guillain, Laignel-Lavastine, Justin-Besançon, Lévy-Valensi. — M. Fontaine : La masse sanguine. — M. Adler : Charles Davila, (1828-1884). — M. Bourgeois : Les néphrites auriques. — M. Dimier : L'histoire du pneumothorax artificiel. — M. Rubin : La supériorité de l'héliothérapie moderne (méthode de Brody). — Mme Milice Bonnafour : La Charité de Senlis.

III. Jury : MM. Balthazard, Carnot, Nobécourt, — M. El Massry : Etiologie et prophylaxie de la prostitution. — M. Balme du Garay : L'insuffisance hépatique, l'asthme, l'urticaire et l'eczéma. — M. Mazaher : Etude de l'exploration fonctionnelle du pancréas. — M. Mizrahi : L'anasarque au cours de l'ictère catarrhal. — Mlle Bisserovitch : Méningite tuberculeuse pendant la première année. — M. Ruiz-Cortis : Etude des méningites à streptocoques chez l'enfant.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **IVe Congrès de la Presse médicale latine** (Venise : 29 septembre-3 octobre 1936). — Nous rappelons que le IVe Congrès de la Presse médicale latine aura lieu à Venise, du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1936, sous le haut patronage de S. E. M. le ministre de l'Education nationale d'Italie et sous la présidecnce du Sénateur professeur D. Giordano.

Le Comité de patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le Prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent trois questions :

1° *Histoire de la Presse médicale dans les Pays latins.* Rapporteurs : Prof. Tricot-Royer (Louvain), Docteur E. Noguera (Madrid), Prof. Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi (Paris), Prof. Rondopoulos (Athènes), Prof. Pazzini (Rome), Prof. Da Silva, Carvalho (Lisbonne), Prof. V. Bologa (Cluj).

2° *Influence sociale de la Presse médicale.* — Rapporteurs : Prof. A. Le Sage (Montréal), Docteur T. Oliaro (Turin), Docteur J.-B. Pereira (Rio de Janeiro).

3° *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins.* — Rapporteurs : Prof. Hartmann (Paris), Prof. Perez (Rome), Prof. Danielopolu et Pavel (Bucarest), X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera : des conférences des Profésseurs Maurice Loeper (de Paris), Nicolas Pende (de Rome), A. Castiglioni (de Padoue) ; une excursion aux Iles de la Lagune de Venise, offerte par la Municipalité de Venise ; un concert de la « Banda Citadina », sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ; une visite de l'hôpital Marin, au Lido ; une excursion de deux jours en autocars, à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1915-1918 ; une réception offerte par le Président du Congrès à l'Hôtel Danieli ; un banquet, etc...

Le secrétaire du Congrès est le Professeur Saraval, hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement ; elles peuvent l'être également, pour les Congressistes non-italiens, au Docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

8e légion : MM. Roy, Bligny-sur-Ouche (Côte-d'Or) ; Poulet, Tramayes (Saône-et-Loire) ; Bascou, Théroy (Yonne) ; Bouvier, Troyes (Aube).

9e légion : MM. Martin, Lezay (Deux-Sèvres) ; Pillot, Thouars (Deux-Sèvres) ; Bouchet, Saint-Loup (Deux-Sèvres) ; Chauvenet, Thouars (Deux-Sèvres) ; Fouin, les Rosiers (Maine-et-Loire) ; Durand, Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) ; Biard, la Châtre (Indre) ; Rousseau, l'Isle-Jourdain (Vienne) ; Boussin, Longué (Maine-et-Loire) ; Gabette, Saint-Savin (Vienne) ; Garnier, Angers (Maine-et-Loire) ; Ruais, Martigné-Briand (Maine-et-Loire) ; Cartier, Ardentes (Indre) ; Priou, Trézalé (Maine-et-Loire).

10e légion : MM. Le Cousin, Collinée (Côtes-du-Nord) ; Rossignol, Vitré (Ille-et-Vilaine) ; Girard, Bronns (Côtes-du-Nord) ; Coupu, Lamballe (Côtes-du-Nord) ; Kerhervé, Plélan-le-Grand (Ille-et-Vilaine).

11e légion : MM. Derien, Rohan (Morbihan) ; Flatres, Auray (Morbihan) ; Coriton, la Gacilly (Morbihan) ; Rousseau, Beauvois-sur-Mer (Vendée) ; Péquin, Indre (Loire-Inférieure) ; Morin, Mauron (Morbihan).

12e légion : MM. Barbail, Saint-Julien-aux-Bois (Corrèze) ; Belcour, Ussel (Corrèze) ; Bonnet, Bourganeuf (Creuse) ; Petit, Blanzac (Charente) ; Foix, Saint-Alvère (Dordogne) ; Manière, Ayen (Corrèze) ; Gendraud, Bellac (Haute-Vienne); Squivier, Mareuil-sur-Belle (Dordogne).

13e légion : MM. Bellet, Montferrand (Puy-de-Dôme) ; Pigheon, Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme) ; Gouteyron, Saint-Didier-en-Velay (Haute-Loire) ; Dory, Marcillat (Allier) ; Godonnèche, Latour (Puy-de-Dôme) ; Lebout, Huriel (Allier), Fayolle, Condat (Cantal) ; Bayard, Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme).

14e légion : MM. Bouchain, Crolles (Isère) ; Charpin, Saint-Laurent-du-Pont (Isère) ; Baudry, Fontaine (Isère) ; Gondrand, Tullins (Isère) ; Colin, Lamure-sur-Azergues (Rhône) ; Ramain, Douvaine (Haute-Savoie) ; Fayollat, Domèche (Isère) ; Jusserand, Saint-Genix-sur-Guiers (Savoie) ; Suau, Villard-de-Lans (Isère).

15e légion : MM. Serpentier, la Grande-Combe (Gard) ; Natali, Cadolive (Bouches-du-Rhône) ; Sicard, Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes) ; Nicolas, Mondragon (Vaucluse) ; Barry, Annonay (Ardèche) ; Medvedowsky, la Tour-d'Aigues (Vaucluse) ; Mouzel, Gardanne (Bouches-du-Rhône) ; Girard, le Teil (Ardèche) ; Gardes, Uzès (Gard).

Corse : M. de Pétriconi, Saint-Marie-de-Poggio (Corse).

16e légion : MM. Roques, Murviel-lès-Béziers (Hérault) ; Hérail, Coursan (Aude) ; Albouy, Rodez (Aveyron) ; Mendegris, Belvèze (Aude) ; Boures, Lisle-sur-Tarn (Tarn).

17e légion : MM. Seval, Astaffort (Lot-et-Garonne) ; Coutaud, Auterive (Haute-Garonne) ; de Floucaud de Fourcroy, Saint-Béat (Haute-Garonne) ; Canteloup, Beaumont (Tarn-et-Garonne) ; Béringuier, Grisolles (Tarne-et-Garonne) ; Vautrain, Tonneins (Lot-et-Garonne) ; Perrier, Plaisance (Gers) ; Carrade, Revel (Haute-Garonne) ; Moreau, Verfeil (Haute-Garonne).

18e légion : MM. Vergez-Bellou, Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ; Dhers, Orthez (Basses-Pyrénées) ; Ribon, Beauvais-sur-Matha (Charente-Inférieure) ; Tessier, Saint-Aigulin (Charente-Inférieure) ; Ferré, Pontacq (Basses-Pyrénées) ; Depierris, Morlaas (Basses-Pyrénées) ; Longue, Saint-Pé (Hautes-Pyrénées) ; Maisonnave, Rion-des-Landes (Landes) ; Lasserre, Soumoulou (Basses-Pyrénées) ; Larricq, Bedous (Basses-Pyrénées) ; Berger, Guitres (Gironde) ; Ropers, Courçon (Charente-Inférieure) ; Fournier, Castillon (Gironde) ; Ricard, Cadéac (Hautes-Pyrénées) ; Le Breton-Oliveau, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

19e légion : MM. Pernin, Bou-Hanifia (Oran) ; Fillippi, Sidi-Aich (Constantine) ; Rivière, Oued-Taria (Oran) ; Grenoilleau, Azazga (Alger) ; Carnet, Hussein-Dey (Alger) ; Augé, Perrégaux (Oran) ; Bourgeois, Affreville (Alger) ; Musy, *Douéra* (Alger) ; *Garnier*, Morris (Constantine).

20e région : MM. Pointud, Pierrepont (Meurthe-et-

Moselle) ; Antoine, Homécourt (Meurthe-et-Moselle) ; Genay, Vittel (Vosges).

Alsace-et-Lorraine : MM. Epitalbra, Ottange (Moselle) ; Dantlo, Moyeuvre-Grande (Moselle) ; Veber, Hettange-Grande (Moselle) ; Glad, Kédange (Moselle) ; Vinckel, Verny (Moselle) ; Wagnet, Rémilly (Moselle).

Médaille de bronze.

(Délivrée après quinze années de soins gratuits).

Légion de Paris : MM. Delanoë, la Courneuve (Seine) ; Cara-Costea, Méréville (Seine-et-Oise) ; Perlis, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise) ; Vicherat, Maule (Seine-et-Oise) ; Pierson, Bezons (Seine-et-Oise) ; Kurzenne, Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise).

1re légion : MM. Béra, Ligny-en-Cambrésis (Nord) ; Demarquilly, Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Gelain, Saint-Pol-sur-Mer (Nord) ; Michel, Croisilles (Pas-de-Calais).

2e légion : MM. La Tour de Brie, Grandfresnoy (Oise) ; De Saint-Fuscien, Grandvilliers (Oise) ; Ruré, rue (Somme).

3e légion : MM. Boucheron, Rugles (Eure) ; Montel, Elbeuf (Seine-Inférieure) ; Sorel, Livarot (Calvados).

4e légion : M. Morice, Orères-en-Beauce (Eure-et-Loir).

5e légion : MM. Folliot, Vendôme (Loir-et-Cher) ; Sallé, Varzy (Nièvre).

6e légion : M. Boissel, Renwez (Ardennes).

7e légion : MM. Billot, Champagnole (Jura) ; Fiévet, Saint-Dizier (Haute-Marne).

8e légion : MM. Bollet, Fontaine-Française (Côte-d'Or) ; Nourissat, Bonnet-de-Joux (Saône-et-Loire) ; Pucheu, (Romilly-sur-Seine (Aube) ; Beau, Arcis-sur-Aube (Aube) ; Collenet, Beaune (Côte-d'Or) ; Rasetti, Charolles (Saône-et-Loire).

9e légion : MM. Brunet, Lezay (Deux-Sèvres) ; Giraud, Champdeniers (Deux-Sèvres) ; Abribat, Saint-Flovier (Indre-et-Loire) ; Hebert de La Rousselière, Angers (Maine-et-Loire) ; Voisin, Ligueil (Indre-et-Loire).

10e légion : MM. Lebranchu, Evran (Côtes-du-Nord); Lavalley, Villedieu (Manche) ; Tassigny, Créances (Manche) ; Tizon, Ducey (Manche) ; Fèvre, Saint-Brice-en-Coglès (Ille-et-Vilaine) ; Constantin, Valognes (Manche) ; Le Branchu, Rennes (Ille-et-Vilaine).

11e légion : MM. Bréard, Muzillac (Morbihan) ; Jaouen, Pont-l'Abbé (Finistère) ; Penaud, Concarneau (Finistère) ; Le Jolif, Plabennec (Finistère) ; Guinaudeau, Legé ((Loire-Inférieure).

12e légion : MM. Couquet, Lillefranche-de-Longchapt (Dordogne) ; Rouffiat, Laroche-Canillac (Corrèze) ; Thévenot, Magnac-Laval (Haute-Vienne) ; Thouvenet, Nantiat (Haute-Vienne) ; Durieux, Ribérac (Dordogne) ; Lamy-Lapeyrière, Mussidan (Dordogne) ; Labrue, Saint-Astier (Dordogne) ; Rouchaud, La Tour-Blanche (Dordogne).

13e légion : MM. Dizeur, la Ricamarie (Loire) ; Gibault, Montluçon (Allier) ; Destre, Terrenoire (Loire) ; Mallet, Saint-Flour (Cantal) ; Bardet, Cusset (Allier) ; Girard, Noiretable (Loire) ; Genillier, Sauxillanges (Puy-de-Dôme) ; Alamartine, Donjon (Allier) ; Jabiol, Condat (Cantal) ; Dom, Jaligny (Allier).

14e légion : MM. Courjon, Meyzieux (Isère) ; Gleyvod, Lyon (Rhône) ; Valois, Tullins (Isère) ; Dumont, Saint-Priest (Isère) ; Saint-Yves, Chalamont (Ain); Philipp, Hauteville (Ain) ; Rochaix, Valence (Drôme) ; Maritoux, Saint-Bonnet-de-Mure (Isère) ; Le Tessier, Jujurieux (Ain) ; Ros, Modane (Savoie).

15e légion : MM. Brun, Cavaillon (Vaucluse) ; Alphonsi, Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes) ; Tarbouriech, Tarascon (Bouches-du-Rhône) ; Sicard, Mazargues (Bouches-du-Rhône) ; Clergue, Ledignan (Gard) ; Fanton d'Anton, Grasse (Alpes-Maritimes) ; Roujon, Sumène (Gard) ; Sauze, Septèmes (Bouches-du-Rhône),

Jeanjean, Génolhan (Gard) ; Rentkowski, Saint-Jean-du-Gard (Gard).

16e région : MM. Azemar, Carmaux (Tarn) ; Paress Rivesalles (Pyrénées-Orientales) ; Fabre, Rivesalle, (Pyrénées-Orientales) ; Pares, Rivesalles (Pyrénées-Orientales) ; Puech, Ganges (Hérault) ; Sidras, Leucate (Aude) ; Dubarry, Lautrec (Tarn) ; Alary, Naucelle (Aveyron) ; Palauqui, la Nouvelle (Aude) ; Grillere, Castres (Tarn) ; Cazaniol, Fabrezan (Aude) ; Rougé, Durban (Aude).

17e légion : MM. Redoules, Saint-Germain (Lot) ; Lautier, Castelmoron (Lot-et-Garonne) ; Dupui, Vicdessos (Ariège) ; Artigues, Arbas (Haute-Garonne) ; Maachou, Nérac (Lot-et-Garonne) ; Dupin de Laforcade, Aurignac (Haute-Garonne) ; Oustry, Caraman (Haute-Garonne).

18e légion : MM. Groc, Saint-Symphorien (Gironde) ; Melin, le Boucau (Basses-Pyrénées) ; Flurian, Pauillac (Gironde) ; Baratgin, Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ; Plante, Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

19e légion : MM. Fournier, Cassaigne (Oran) ; Bernard, Pont-de-l'Isser (Oran) ; Gueidon , Mila (Constantine) ; Molinie, Mers-El-Kébir (Oran) ; Sabadini, Sedrata (Constantine) ; Mougeot, Souk-Ahras (Constantine) ; Pavillard, Palikao (Oran) ; Legroux, Re izane (Oran) ; Salvan, Flatters (Alger) ; Colnna de Leca, Télagh (Oran).

Alsace-Lorraine : MM. Wack, Puttelange (Moselle) ; Zehnpfenning, Gros-Tenquin (Moselle) ; Ahreiner, Forbach (Moselle) ; Pillot, Sarralbe (Moselle) ; Mauler, Merlebach (Moselle) ; Ringenbach Carling (Moselle) ; Viville, Hagondange (Moselle) ; Giry, Hagondange (Moselle).

Médaille d'argent.

(Délivrée après vingt années de services gratuits).

Légion de Paris : M. Chasseray, Paris (Seine).

2e légion : M. Agricole, Ambleny (Aisne).

3e légion : M. Chatel, Duclair (Seine-Inférieure).

4e légion : M. Bouquet, Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).

7e légion : M. Benoit-Gonin, Nozeroy (Jura).

10e légion : M. Saucet, Equeurdreville (Manche).

11e légion : M. Ezano, Saint-Mars-du-Désert (Loire-Inférieure).

12e légion : M. Fargeot, Lisle (Dordogne).

14e légion : MM. Chataing, Allevard (Isère) ; Wies, Sainte-Colombe (Rhône).

15e légion : M. Decollard-Deshommes, Villeneuve-les-Avignon (Gard).

16e légion : MM. Goiny, Pignan (Hérault) ; Gau, Espezel (Aude) ; Amadou, Bédarrieu (Hérault).

18e légion : M. Gauzere, Tartas (Landes).

19e légion : M. Liagre, Constantine (Constantine).

Médaille de vermeil.

(Délivrée après 25 années de soins gratuits).

Légion de Paris : MM. Julia, Paris (Seine) ; Gosselin, Argenteuil (Seine-et-Oise) ; Huleux, Nogent-sur-Marne (Seine) ; Rabourdin, Rambouillet (Seine-et-Oise) ; Crosse, Gentilly (Seine) ; Maurel, Saint-Chéron (Seine-et-Oise).

1re légion : M. Durot, Iwuy (Nord).

2e légion : MM. Bernard, Nesle (Somme) ; Semper, Marle (Aisne) ; Davesne, Méru (Oise).

3e légion : MM. Ollivier-Beauregard, Deauville (Calvados); Grapin, Saint-Valéry-en-Caux (Seine-Inférieure); Collignon, Routot (Eure) ; Quesnel, Balleroy (Calvados) Heurtaud, Dives-sur-Mer (Calvados) ; Leherissey, Villers-sur-Mer (Calvados) ; Lacaine, Aunay-sur-Odon (Calvados) ; Abbadie, Beaumont-le-Roger (Eure).

5e légion : MM. Charpentier, Prémery (Nièvre) ; Lemaire, Cosne (Nièvre) ; Rivaillon, Entrains (Nièvre) ; Gourdon, la Machine (Nièvre).

6e légion : MM. Gayet, Triaucourt (Meuse) ; Doctobre, Vireux-Molhain (Ardennes).

7e légion : MM. Bonnotte, Poligny (Jura) ; Monnot, Maiche (Doubs) ; Larue, le Russey (Doubs).

8e légion : MM. Haussmann, Estissac (Aube) ; Laverrière, Guisery (Saône-et-Loire) ; Joccoton, Laverrière, Guisery (Saône-et-Loire) ; Joccoton, le Creusot (Saône-et-Loire) ; Descombins, Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

9e légion : MM. Durand, Prueilly-sur-Claise (Indre-et Loire) ; Montaigne, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire) ; Poingt, Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) ; Gabory, Tiercé (Maine-et-Loire) ; Chapu, Buzançais (Indre) ; Cluzeau, Châtillon-sur-Indre (Indre).

10e légion : MM. Lebrun, Tessy-sur-Vire (Manche) ; Brizé, Châteauneuf (Ille-et-Vilaine).

11e légion : MM. Mignen, Pouzauges (Vendée) ; Mabin, Malestroit (Morbihan) ; Mignen, aux Essarts (Vendée) ; Puto, Penhoët (Loire-Inférieure) ; Amerand, Chantonnay (Vendée).

12e légion : MM. Vidalin, Tulle (Corrèze) ; Brunie, Seilhac (Corrèze) ; Beyly, Thiviers (Dordogne) ; Feuillet, Villefagnan (Charente) .

13e légion : MM. Ferlut, Lavoûte-Chilhac (Haute-Loire) ; Rousset, Langeac (Haute-Loire) ; Laurent, Buxières-les-Mines (Allier) ; Ginet, Montfaucon (Haute-Loire) ;

14e légion : MM. Lalande, Saint-Sean-de-Maurienne (Savoie) ; Voiturier, Ambérieu-en-Bugey (Ain) ; Maillard, Fleurie (Rhône).

15e légion : MM. Cambassedes, Valleraugue (Gard) ; Dehan, Vernoux (Ardèche) ; Sabatier, Lambesc (Bouches-du-Rhône) ; Richard, Bessèges (Gard) ; Roche, les Vans (Ardèche) ; Passeron, Lantosque (Alpes-Maritimes) ; Espagne, Aumessas (Gard).

16e légion : MM. Galabru, Bousquet-d'Orb (Hérault) ; Couderc, Chanac (Lozère) ; Bedos, Olonzac (Hérault) ; Magnes, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron).

17e légion : MM. Cartault, Vic-Fezensac (Gers) ; Lapeyre, Fleurance (Gers) ; Bacqué, Damazan (Lot-et-Garonne) .

18e légion : MM. Soubertbielle, Ustaritz (Basses-Pyrénées) ; Portes, Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; Castaing, Saint-Médard-en-Jalles (Gironde).

19e légion : MM. Borderes, Saint-Cloud (Oran) ; Rougé , Bône (Constantine).

20e légion : MM. Job, Homecourt (Meurthe-et-Moselle) ; Stevenel, Raon-l'Etape (Vosges).

15 AOUT

Vaccination antitétanique, antidiphtérique et antityphoïdique

Loi du 14 août 1936 permettant de rendre obligatoire dans les armées de terre, de mer et de l'air, les vaccinations anti étaniques et antidiphétrique et leur association à la vaccination antityphoïdique

Art. 1er. — Les vaccinations antitéta ique et antidiphtérique seront obligatoires dans les armees de terre, de mer et de l'air, sur décision des ministres intéressés. Elles pourront être associées à la vaccination antityphoïdique.

Art. 2. — Les conditions d'application des dispositions de l'article 1er de la présente loi seront fixées par des instructions ministérielles.

Art. 3. — Les dispositions de la loi du 18 décembre 1931 sont abrogées.

◆ ◆ ◆

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 4 août 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.058 Alexandre, Margut (Ardennes). Parrains : Docteurs Poncelet et Poirat.
12.059 Bertin, rue de la Gare, Bourlon (Pas-de-Calais). Syndicat d'Arras.
12.060 Bezançon, Saint-Germain-des-Fossés (Allier). Syndicat de l'Allier.
12.061 Borel, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente). Association amicale des médecins des Asiles publics.
12.062 Briet, La Colle-sur-Loup (Alpes-Maritimes). Parrains : Docteurs Audion et Sommillon.
12.063 Brunet, 2, avenue Thiers, Romans (Drôme). Parrains : Docteurs Pélissier et Weyland.
12.064 Castex, 68, avenue des Gobelins, Paris (13e). Syndicat des O.R.L.
12.065 Delille, 9, rue Gambetta, Epinal (Vosges). Syndicat des Vosges.
12.066 Fischmann, 65, avenue Ph.-Auguste, Paris (11e) Parrains : Docteurs Brest et Boulanger.
12.067 Forestier, 4, rue Grisolle, Fréjus (Var). Association professionnelle des externes et anciens externes de Paris.
12.068 Gérard, Sanatorium de Zuydcootte (Nord). Parrains : Docteurs Vendeuvre et Vansteenberghe.
12.069 Giraudoux, 13, boulevard de l'Hôtel-de-Ville, Cusset (Allier). Association professionnelle des externes et anciens externes de Paris.
12.070 Joux, Tricot (Oise). Parrains : Docteurs Testut et Hetroy.
12.071 Lamotte, 15, rue de la Paix, Pessac (Gironde) Syndicat bordelais.
12.072 Lasmartres, Cour de la Gare, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron). Syndicat de Villefranche-de-Rouergue.
12.073 Lazare, Sault-de-Vaucluse (Vaucluse). Syndicat de Carpentras.
12.074 Leoty, 4, boulevard Carteret, Reims (Marne). Syndicat de Reims et de la Marne.
12.075 Maupetit, 32, allées de la République, Libourne (Gironde). Syndicat de Libourne.
12.076 Maurice, Matour (Saône-et-Loire). Syndicat de Mâcon.
12.077 Olschwang, La Bastide-Rouairoux (Tarn). Syndicat de Castres.
12.078 Papeano, Crécy-sur-Serre (Aisne). Syndicat de Laon.
12.079 Passemard, Cournon (Puy-de-Dôme). Syndicat de Clermont-Ferrand.
12.080 Remilly, 3, avenue du Général-Mangin, Versailles (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.
12.081 Rouvet, Imphy (Nièvre). Syndicat de la Nièvre.
12.082 Sorin, 68, rue de Flandre, Le Bourget (Seine). Parrains : Docteurs Vignot et Percheval.
12.083 Touati, 9, avenue Paul-Béjot, Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Sachnine père et fils.
12.084 Trarieux, 4, rue du Bourdonnais, Commentry (Allier). Parrains : Docteurs Broquin et Bénéton.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation tous les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.378. — Honoraires pour soins donnés à des agriculteurs blessés dans leur travail

J'ai eu à soigner l'an dernier un bicycliste qui revenant du travail fut tamponné sur la voie publique par une auto.

Etat très grave, jours du blessé en danger.

Le malade s'en tire avec incapacité. L'Assurance qui entend payer les frais médicaux et pharmaceutiques prétend que le tarif à appliquer dans ce cas est le Tarif accident du travail du fait que le blessé est couvert par un contrat en vertu de la loi du 15 décembre 1922.

De ce fait l'Assurance m'a réduit ma note d'honoraires de 62 francs.

Suis-je dans mon droit de réclamer le surplus au blessé ?

Dr C.

Réponse

Il est en effet reconnu par la jurisprudence constante de la Cour de Cassation que le médecin traitant d'un exploitant agricole, assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail, ne saurait se voir opposer le Tarif ministériel de la loi de 1898 pour le paiement de ses honoraires, mais, ayant été choisi par l'accidenté, il possède contre lui une action personnelle mobilière, de droit commun, pour obtenir le paiement de sa note établie selon le Tarif normal (Voir notamment Cour de Cassation. Chambre civile, 8 février 1932, D. H. 1932, P. 203).

Le principe de votre action n'est pas douteux et vous serez fondé à poursuivre votre client en droit commun devant le Tribunal de Paix de son domicile afin d'obtenir un complément d'honoraires par rapport au Tarif selon lequel vous paye la Compagnie.

Vous n'ignorez pas toutefois qu'il est aussi de jurisprudence constante que les Tribunaux possèdent un pouvoir d'appréciation souverain pour déterminer le montant des honoraires médicaux et qu'ils peuvent se baser, pour cette détermination, entre autres éléments, sur la condition sociale et sur la fortune pécuniaire du débiteur. Nous ne vous conseillons donc d'exercer cette action complémentaire que si votre client possède une solvabilité certaine et un niveau de vie ne permettant pas aux juges de déclarer que le Tarif des accidents du travail constituait une rémunération suffisante ; le résultat d'une telle action serait d'autant plus aléatoire que la différence réclamée est relativement faible par rapport au montant total de la note.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

6.777. — Fracture du péroné avec appareil platré

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir comment tarifer une fracture du péroné *avec plâtre.*

Le Tarif ne prévoit que la fracture du péroné sans appareillage (30 francs).

Réponse

La fracture du péroné simple est maintenue d'ordinaire sans appareil plâtré, a-t-on dit à la Commission du Tarif, c'est pourquoi on n'a pas prévu de tarif pour cet appareillage. Si toutefois un plâtre fut nécessaire, il conviendrait d'en donner au médecin de l'assurance la justification technique afin de pouvoir compter, par l'analogie avec « Réfection de plâtre ordinaire » 100 francs (Art. 18, *in fine*).

Dr Fernand DECOURT.

6.729. — Extension continue pour lésion du genou sans fracture

J'ai eu l'honneur, en octobre dernier, d'avoir recours à vos conseils au sujet d'un accident du travail dont je vous joins pour mémoire le dossier. Suivant vos conseils, un expert a été nommé et a fixé la consolidation au 2 janvier 1936 avec incapacité permanente partielle de 10 % (nous n'avons pas opéré le blessé, une légère amélioration s'étant produite dans la position du pied).

Au moment de faire un mémoire d'honoraires, je suis arrêté par deux difficultés :

1° Comment tarifer en pareil cas une extension continue ?

2° Puis-je compter l'indemnité kilométrique bien qu'il y ait un médecin plus rapproché ? (à 1 km. environ).

Réponse

1° Extension continue pour lésion du genou sans fracture ? On lit art. 18 : « Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré ou silicaté ou *extension* continue... Poignet : 100 francs » Bien qu'il n'y ait pas fracture, en l'espèce, on pourrait demander pour « appareillage d'extension continue au sujet d'une lésion du genou sans fracture : 100 francs » en se basant, par analogie, sur une fracture du *poignet*. Je trouve en effet que se baser comme analogie

sur fracture de jambe (200 francs) ou fracture de cuisse (250 francs) serait excessif.

2° Vous ne pouvez compter de déplacement que celui attribuable au médecin le plus rapproché (art. 2) et cela sans exception à cette règle.

Dr Fernand Decourt.

6.435. — Transport d'un malade ou blessé par le médecin lui-même

Il m'arrive fréquemment de transporter des accidentés ou des malades « chirurgicaux » à l'hôpital le plus proche.

Comment puis-je me faire honorer :

1° S'il s'agit d'accident du travail ;

2° S'il s'agit d'Assistance médicale gratuite ou d'Assistance médicale des A. S.

Et quel est le tarif.

Réponse

Le transport d'un blessé ou malade n'est plus une question de Tarif médical, mais une affaire de « loueur de voiture », je l'ai déjà dit, maintes fois. Il convient donc au médecin qui, par urgence ou faute d'autres moyens de transport, a transporté un malade de s'entendre à l'amiable, soit avec ledit malade, soit avec le tiers payant suivant le cas. J'ai toujours conseillé, en l'espèce, de demander le même prix que pour le transport du médecin auprès d'un blessé suivant le Tarif des accidents du travail ; ce qui fut accepté ordinairement des deux côtés.

Dr Fernand Decourt.

6.393. — Infiltrations anesthésiques pour entorses

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir combien tarifer dans les accidents du travail, l'injection intra-ligamentaire de novocaïne pour traitement des entorses.

Dr G.

Réponse

Dans le *Concours* du 24 mai 1936, après avoir pris l'avis de chirurgiens, je proposai 60 francs pour « infiltration anesthésique péri-articulaire » (pour entorse ou séquelles de traumatisme). Or, depuis, j'ai eu des protestations de médecins d'assurances trouvant ce prix trop élevé. L'un d'eux m'a proposé comme maximum acceptable 40 francs. Comme ce prix ne peut être fixé qu'à l'amiable tant que la Commission du Tarif ne l'aura pas fixé officiellement, et que le ministre ne l'aura pas accepté, je ne puis que vous donner connaissance — et publier dans le *Concours* —, les deux avis différents rapportés ci-dessus.

Dr Fernand Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

6.154. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie après six mois de soins

Abonné de vingt-cinq ans du *Concours Médical* et affilié au Sou médical, seriez-vous assez aimable de me donner le renseignement suivant concernant un assuré social ?

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans atteint de tuberculose pulmonaire et de mal de Pott depuis plusieurs années. Il est photographe et est assuré social.

Le 26 mars 1935 en raison d'une poussée évolutive de ses lésions, il se déclare malade et pendant quatre mois du 26 mars au 26 juillet il jouit des prestations. Naturellement le 26 juillet, les lésions n'étaient pas guéries, mais suffisamment stabilisées pour reprendre ses cotisations et son travail.

Le 4 mars 1936, de nouveau souffrant, il jouit des prestations jusqu'au 18 mai.

A cette date, il y avait amélioration. Mais au lieu de demander une assurance-invalidité, son père qui l'a fait mettre dans une catégorie supérieure à celle ou il était les années dernières préfère qu'il se remette à son travail et cotise à nouveau pour avoir droit plus tard à une invalidité supérieure en rapport avec sa nouvelle catégorie.

Je voudrais savoir si :

1° La Caisse d'assurances à le droit de prétendre (ci-joint leur lettre) que l'affection étant la même cette année que l'an dernier il ne peut avoir droit de prétendre cette année à six mois de prestations alors qu'il a cotisé du 26 juillet 1935 au 4 mars 1936 et que la maladie était bien la même, lésions stabilisées et non guéries ?

2° Combien de temps faut-il avoir versé des cotisations d'une catégorie donnée pour avoir droit à une pension invalidité en rapport avec cette catégorie ?

3° Etant donnée l'attitude de la Caisse, les cotisations versées par l'assuré depuis le 3 mai sont-elles perdues puisque d'après ladite Caisse, il n'aurait plus droit à d'autres prestations.

D[r] M.

Réponse

Il n'est pas exact de dire que les droits d'un assuré social aux prestations-maladie sont définitivement expirés après six mois de soins pour une même affection. Il résulte au contraire de l'article 6 § 13 du décret-loi du 28 octobre 1935, qui a repris la jurisprudence antérieure de la Cour suprême, que toute rechute survenue plus de deux mois après la fin de la période de maladie antérieure constitue une maladie nouvelle rouvrant pour six mois *le droit aux prestations.* Il faut et il suffit que trois conditions soient remplies : *qu'il y ait soit fin de la période d'activité* de la maladie, soit guérison, non pas scientifique,

mais simplement apparente, que cet état de guérison ou plutôt de stabilité le dispensant de recourir aux soins et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles se soit prolongé pendant plus de deux mois, qu'enfin son affection vienne à passer par une nouvelle phase d'activité constituant au regard de la loi une maladie nouvelle indépendante de la première. Il faut en outre que la Caisse soit avertie de la fin de la maladie dans les huit jours afin qu'elle soit mise à même d'exercer son contrôle ; en cas de désaccord sur l'état de guérison ou de non-guérison du malade, le différend doit être tranché par la Commission technique.

Le point de départ du délai de six mois a son importance en l'espèce, car c'est au jour de la première constatation médicale de l'affection qu'il faut se placer pour déterminer les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité. Si donc les diverses périodes de maladie étaient considérées en l'espèce comme formant une même et seule maladie, les conditions de cotisations nécessaires à l'ouverture du droit à la pension auraient dû être remplies au 4 mars 1935, et les cotisations versées depuis n'entreraient pas en ligne de compte. Il n'en irait autrement que si la rechute dont il a été victime au 4 mars 1936 était considérée comme maladie nouvelle : il aurait alors droit à six mois de *prestations maladies, et ses droits à l'invalidité* seraient déterminés en se plaçant au 4 mars dernier.

La pension d'invalidité est indépendante de la catégorie de l'assuré : elle est en effet égale à 40 % du salaire annuel moyen, déterminé d'après tous les salaires ayant servi de base à ses cotisations depuis son entrée dans l'assurance.

Si l'intéressé veut faire trancher le point de savoir s'il y a ou non nouvelle maladie, il doit exiger le versement des prestations concernant sa rechute, et porter le différend devant la Commission d'arrondissement, par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la réception de la lettre communiquée à peine de forclusion.

Quant au bénéfice de l'assurance-invalidité, il est accordé, en vertu de l'art. 10 § 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, à l'assuré immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident, et ayant subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs pour chacune de ces années.

6.200. — Déclaration de maladie à la Caisse. Délai

Je reviens sur une demande de renseignements concernant le droit aux prestations en Assurances sociales-maladie.

Le dossier de Mlle B... vous indiquera que cette jeune fille qui a eu sa carte jaune dûment remplie par nous, en temps voulu, a oublié de l'envoyer à sa Caisse. La Caisse refuse de lui verser les prestations maladie et journées. Y a-t-il un moyen pour obliger la Caisse qui peut toujours faire contrôler le cas « à postériori » ?

Je vous ai aussi écrit au sujet d'une autre jeune fille piquée par une mouche, au cours du travail. La Caisse n'a pas été avertie puisqu'on pensait que l'Assurance accident du travail prendrait l'accident en charge et voici qu'un an après la malade apprend que sa piqûre relève des Assurances sociales. Donc, la Caisse assurances sociales va refuser la prise en charge sous prétexte qu'elle n'a pas été prévenue dans les trois jours. Que faire ?

Ces oublis de prévenir la Caisse sont fréquents, les salariés ignorent la loi et ce n'est pas à nous médecins d'être les éducateurs. Or, actuellement, les Caisses saisissent toutes les occasions pour ne pas payer.

Quant au recours à la Commission d'arrondissement, il est très aléatoire, car, un assuré entre en discussion avec une Caisse, il reçoit une lettre de la Caisse qui oppose un refus, il répond une nouvelle lettre, attend de la Caisse une nouvelle réponse qui ne vient pas. Finalement l'assuré social écrit au greffier de la Commission d'arrondissement. On lui répond : Monsieur vous êtes forclos, le délai d'appel est de dix jours. Quand commence à courir ce délai ? Un assuré ne peut pas discuter avec une Caisse. Ce délai d'appel est trop court, il faudrait au moins un mois.

Dr G.

Réponse

Sous le régime de la loi de 1928-1930 la déclaration de la maladie dans un certain délai était aussi rendue obligatoire en fait par tous les règlements intérieurs des Caisses ; mais la Cour de cassation avait décidé à plusieurs reprises que le fait pour un assuré de ne pas observer ce règlement n'entraînait pas automatiquement déchéance de ses droits, et qu'il y avait lieu au contraire de rechercher les circonstances de cette inobservation et les conséquences qu'elle pouvait avoir en ce qui concerne les intérêts légitimes de la Caisse. C'est pour faire pièce à cette jurisprudence, très favorable aux assurés, que le décret-loi du 28 octobre 1935 a prévu expressément l'obligation sous peine de déchéance du droit aux prestations, de porter à la connaissance de la Caisse la première constatation médicale de la

maladie dans les trois jours suivants, « sauf cas exceptionnels que la Caisse appréciera ». Cette disposition est applicable à toute maladie dont la première constatation médicale est postérieure au 1er avril 1936, comme c'est le cas en l'espèce. Il n'y a donc juridiquement aucun recours contre le refus opposé en l'espèce, surtout si le retard provient d'un simple oubli. Il y aurait toutefois lieu de rappeler aux Caisses qu'aux termes de l'art. 115 § 2 alinéa *r*, elles ont l'obligation de remettre à l'assuré, en même temps que la première feuille de maladie, une notice sommaire lui indiquant les formalités auxquelles il doit se soumettre, pour l'obtention des prestations, et les déchéances qu'il peut encourir.

En ce qui concerne votre cliente, victime d'une piqûre de mouche, le refus qui lui est opposé par la Caisse manque par contre de bases juridiques. En effet la première constatation médicale de son accident est bien antérieure à l'entrée en vigueur de l'art. 6 §12 imposant sous peine de déchéances la déclaration dans les trois jours. La non-déclaration doit être appréciée en l'espèce, au point de vue de ses conséquences, d'après la législation et la jurisprudence qui avait cours sous l'ancien régime, et que nous avons exposé ci-dessus. D'autre part, même en admettant l'application de l'art. 6 nouveau, il apparaît bien que les faits ayant retardé la déclaration rentrent au premier chef dans « les cas exceptionnels » dont parle cet article. Nous conseillons donc à votre cliente de porter le différend devant la Commission d'arrondissement.

Le délai de forclusion est en effet de dix jours à compter dit la loi de la notification de la décision de refus. Ce délai est évidemment bien trop court, et ne permet même pas à l'assuré de se renseigner sur ses droits ; mais il a un caractère d'ordre public, et son inobservation rend de manière certaine tout recours impossible. Quant à son point de départ, il ne peut être qu'une décision de rejet à caractère définitif opposée à la demande ou à la réclamation, et constatée par une notification écrite adressée à l'intéressé par la partie de qui émane le refus, laquelle est tenue de rapporter la preuve de cette notification (Cass. civ. 9 juillet 1935).

Cinquante-huitième année N° 36 3 Septembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

A travers l'Officiel

Correspondance

● ● ●

Renseignements

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Les phénomènes de croissance se trouvent entravés par des troubles digestifs, souvent peu apparents ; utilisez chez les enfants le manganèse colloïdal diastasé, c'est-à-dire 3 ou 4 TABLETTES DE MANGAÏNE par jour, et l'enfant grandira et se développera comme l'ont montré les courbes de Camescasse à l'Hôpital de Forges.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

Villa du Parc. Saujon. (Char.-Infre). Charmant hôtel de repos et station de cure pour le traitement des affections nerveuses et neuro-digestives. Dr DUBOIS.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL,** ***Paris*** **167-95.**

Nº 232. — A vend. occas. : accus Fulmen neufs 6 volts 120 amp., cassette Massiot 30 /40, écrans renforçateurs 30 /40.

Nº 233. — Interne franç. au courant de la phtisiologie, ayant au moins 20 inscript. validées, est demandé au sanat. d'Aincourt (S.-et-O.). Ecr. au Directeur.

Nº 234. — Cannes. Méd. français désirant cesser clientèle, voudrait trouver situation sérieuse maison spécialités, région Alpes-Marit.

Nº 235. — Eure-et-Loir. 2 h. Paris, très intéress. client. médicale à céder, chemin de fer. Indemn. à débattre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL et GORET,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Beau quartier. Ancienne clientèle d'un bon rapport actuel. A céder une demi-annuité dont 40.000 cpt. grand appartement 5 p.

Grande banlieue, 1 h. 30 de Paris. Clientèle agréable de petite ville et campagne, bons tarifs. Méd. du chem. de fer. Frais minimum. Indemnité 45.000 dont 30.000 cpt.

Vosges. Chef-lieu canton environs de ville. Seul médecin. A céder de suite moyennant reprise du bail ; excellent poste de rendement convenant à jeune confrère.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix - les - Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax - les - Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard - Pomarède.

Bagnoles - de - l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J. Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon - L'Archambault : Litaud.

Bourbonne - les - Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo - les - Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre - les - Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses - Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fére.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty.

La Bauche - les - Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte - les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Réed. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal - Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières - les - Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salies-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies - du - Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint - Gervais - les - Bains : Roux.

St - Honoré - les - Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay - les - Bains Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals - les - Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson.

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.**— *Visite médicale pour les étudiants.* — La Faculté de médecine de Paris a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études. Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas du devoir de leurs maîtres de les aider dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre à l'hôpital Laënnec (consultation), à 20 h. 30. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (Professeur M. Paul Carnot). — *Cours de vacances d'octobre* : *Quinzaine de révision clinique et technique sur les maladies digestives.* Tous les matins, du lundi 28 septembre au samedi 10 octobre 1936.

Programme du cours. a) De 9 h. 30 à 10 h. 30. Présentations et examens individuels de malades digestifs et hépatiques. Examens radioscopiques et interprétations de clichés. Techniques d'examens de laboratoire. — *b)* De 10 h. 30 à 11 h. 30 : Mise au point de questions d'actualité en gastro-entéro-hépatologie, par le Professeur Carnot ; MM. Henri Bénard, Chabrol et Barèty, agrégés ; MM. Cachera, J. Caroli, P. Jacquet, A. Lambling, N. Péron et J. Rachet, médecins des hôpitaux ; les chefs de cliniques, de laboratoire, de radiologie et de physiothérapie de la clinique.

Un certificat sera délivré à la fin du cours. Le droit à verser est de 250 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 heures.

— **La IVe réunion européenne d'hygiène mentale** se tiendra à Londres du 5 au 8 octobre 1936.

Programme. — Lundi 5 octobre. Premier rapport : L'hygiène mentale et le cinéma. Mardi 6 octobre. Deuxième rapport : L'hygiène mentale et l'infirmière. Troisième rapport : L'hygiène mentale et les sujets de 11 à 18 ans.

Le soir du 5 au 6 octobre : Réception par His Majesty's Government à Lancaster House, Londres, Mercredi et jeudi 7 et 8 octobre : Diverses visites des hôpitaux psychiatriques, cliniques, colonies, etc., de Londres et des environs.

Les séances auront lieu dans le « Conference Hall, Ministry of Health, Whitehall », Londres.

Les langues officielles du Congrès seront : l'allemand, l'anglais et le français.

Les médecins français désirant assister à cette réunion sont priés de s'adresser à la Ligue d'hygiène mentale, chargée de désigner la délégation française.

Pour tous renseignements, s'adresser au « National Council for Mental Hygiene, 77, Chandos House, Palmer Street, London, S. W. I., et pour la France, à la Ligue d'hygiène mentale, 1, rue Cabanis, Paris.

— **Le 29e Congrès universel d'Esperanto** aura lieu à Varsovie en août 1937.

— **IIIe Congrès national des médecins amis des vins de France.** — Nous rappelons que cette importante manifestation dont l'objet est l'étude scientifique du raisin et du vin se tiendra à Dijon les 18, 19 et 20 septembre prochain sous la présidence de M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

Au cours des séances de travail, les propriétés de notre boisson nationale seront envisagées du point de vue hygiénique, alimentaire, thérapeutique et prophylactique.

Des excursions permettront aux congressistes de visiter les célèbres crus du Beaujolais et du Maconnais.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Ozanon, à Rougeon, par Buxy (Saône-et-Loire), ou au Docteur Eylaud, 126, rue Camille-Godard, à Bordeaux. Téléphone 833.22.

— **Maison de Saint-Lazare.** — *Concours pour deux emplois de médecin.* — Un concours pour deux emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare, s'ouvrira à la Préfecture de police le vendredi 20 novembre 1936 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), et sera clos le samedi 17 octobre 1936.

Les candidats devront justifier de la qualité de

Français, posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine et être âgés de moins de 35 ans au 1er janvier 1936 (cette limite d'âge sera reculée d'autant de temps que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre ou au titre du service militaire légal) ;

Les candidats hommes doivent avoir satisfait à la loi sur le recrutement.

Les candidats devront déposer, en même temps qu'un extrait de leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, leurs états de services militaires et une note donnant l'indication précise de leurs titres universitaires, scientifiques et hospitaliers. Cette note comprendra obligatoirement l'énumération des services médicaux ou chirurgicaux, civils et militaires, avec certificats officiels à l'appui.

La liste des candidats sera soumise à l'agrément préalable du Préfet de police.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devront être signalés à l'Administration en vue de la modification du jury.

Les candidats admis sont en principe affectés au Dispensaire de salubrité en qualité de médecins-adjoints.

— **Cours de phonologie pratique et d'euphonie,** par le Docteur Wicart. — Ce cours est destiné aux médecins désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie et dans la fonction professorale ou oratoire, aux maîtres de chant ou de diction, à tous les candidats à l'enseignement vocal, aux orateurs, chanteurs et déclamateurs soucieux de baser sur une technique rationnelle leur art, que celui-ci se déploie publiquement ou devant le micro du phonographe, de la T. S. F. ou du cinéma.

Le cours traite simplement de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie vocales et respiratoires, de l'étude de la phonation, de l'articulation et des émissions normales ou déformées, dans la parole et dans le chant, du classement vocal et professionnel, du secret de la phonogénie microphonique.

Cours complet en dix leçons : 200 francs. Le prix par leçon est de 30 francs.

Le cours complet en dix leçons aura lieu du 21 septembre au 2 octobre 1936, chaque soir à 18 heures sauf le samedi et le dimanche.

Pour les inscriptions et pour tous renseignements s'adresser chez le Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

— **Le Cardinal Verdier, la radiesthésie et l'exercice illégal de la médecine par les prêtres.** — Nous lisons dans *Aux Ecoutes*, l'entrefilet suivant :

Mgr Verdier, cardinal-archevêque de Paris, n'aime pas les sourciers, et, dans l'intimité, il ne manque jamais de railler ces sorciers modernes. Récemment, il a tenu à adresser à chacun de « ses prêtres », une note où il disait :

« Trop de prêtres et de religieux s'adonnent à la

pratique de la radiesthésie, se servant du « pendule », non seulement pour découvrir des sources ou des dépôts métalliques, mais encore pour exercer l'art de la médecine.

« Le clergé doit être mis en garde contre les inconvénients évidents d'une confiance excessive dans la radiesthésie, la valeur actuelle de cette science ne semblant pas la justifier.

« Elle rappelle, en outre, que la médecine est formellement interdite aux clercs. »

— **Voyage médical à Budapest à l'occasion du Ier Congrès international des sanatoria et des établissements médicaux.** — A l'occasion du Ier Congrès international des sanatoria, qui se tiendra à Budapest du 16 au 21 septembre 1936, un voyage sera organisé dans des conditions intéressantes pour les membres du Corps médical et leurs familles.

Le programme à l'ordre du jour du Congrès est constitué par une partie économique, une partie générale et une partie scientifique, concernant surtout la tuberculose, le cancer, la physio et la balnéothérapie.

A part l'organisation médicale, des excursions et un programme pour les dames sont prévus.

Visite d'Innsbruck, Vienne, Schoenbrunn, Salzbourg, Budapest.

De Budapest excursions au Mont Saint-Jean, à Budafok (visite des caves d'Etat et dégustation des réputés vins du pays), visite de Mozekovesd et excursion par bateau sur le Danube.

Le départ de Paris aura lieu le 12 septembre 1936, à 8 heures. Le retour le 24 septembre 1936. Prix en 2e classe au départ de Paris, 1.850 francs par personne. Prix en 2e classe au départ de Bâle, 1.680 francs par personne.

Les personnes participant effectivement aux travaux du Congrès, devront verser une somme de 150 francs (50 pengo). Le droit de participation des personnes membres de la famille du médecin est de 90 francs (30 pengo), ce qui leur donne tous les avantages des congressistes. (Ouverture solennelle, banquets officiels, autres banquets, excursions, etc.).

Indiquer les titres des communications au Docteur R. Hervé, Les Escaldes (Pyrénées-Orientales) ou au Docteur Brody, secrétaire général de la section française, Grasse (Alpes-Maritimes), qui se tiennent à la disposition des congressistes pour tous les renseignements.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Un concours pour la nomination de deux chirurgiens-adjoints des hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 19 novembre 1936, à l'hospice-général, à 16 h. 30.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice-général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé ; la liste sera close le 24 octobre 1936.

— **Légion d'honneur.** — Dans la récente promotion du ministère des Finances nous relevons avec plaisir le nom du Docteur Henri Presle, médecin de l'Administration centrale des Finances, promu au grade *d'officier* de la Légion d'honneur.

Médecin praticien distingué, le Docteur Presle exerce la médecine depuis plus de quarante ans dans le XV[e] arrondissement. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus cordiales félicitations.

P. L.

— **Mariage.** — Le Docteur Faraggi (La Bachellerie, Dordogne), nous fait part de son mariage — qui a eu lieu le 5 septembre 1936 — avec Mademoiselle Marcelle Michel, fille de M. Marcel Michel, sénateur de la Dordogne.

Tous nos meilleurs compliments au Docteur et à Madame Faraggi.

— **Naissance.** — Les enfants du Docteur Jacques Clerc, Jeanne, Thérèse, Louis, Félix, Henri, Marie-Magdeleine, Dominique, Elisabeth et Marc Clerc sont heureux de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Marcellin.*

Saint-Pierre-d'Albigny (Savoie), 14 août 1936.

Tous nos compliments à cette belle famille médicale.

L'examen périodique des assurés
La question des honoraires de l'examen

Nous avons publié une circulaire aux médecins praticiens émanant de la *Mutuelle générale française du Mans*, proposant l'examen périodique des assurés par leur médecin, innovation que nous ne saurions trop approuver. Un de nos confrères de Rennes, M. le Docteur Fulbert Taillard, nous fait remarquer que l'honoraire offert pour l'examen par la Mutuelle, le double de la consultation pour les accidents du travai, soit 30 francs, est insuffisant. Nous sommes bien de son avis. L'examen doit être complet et peut entraîner pour les femmes un examen gynécologique.

Notre confrère propose 50 francs, ce qui nous paraît raisonnable, nous dirons même modeste.

En tout cas, c'est aux Syndicats médicaux à fixer ce tarif après entente avec laCompagnie d'assurances.

Nous remercions notre confrère, le Docteur F. Taillard, d'avoir soulevé cette question.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 AOUT

Exercice de la médecine en Algérie

Décrét du 9 août 1936 portant règlement d'administration publique et déterminant les conditions d'application en Algérie de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire

Art. 1er. — Toute personne pratiquant en Algérie la médecine ou l art dentaire devra soumettre à vérification, au plus tard un mois après la publication du présent décret, le titre ou le diplôme en vertu duquel elle exerce sa profession.

Elle devra, à cet effet, sous peine des sanctions prévues à l'article 6 (§ 2) de la loi du 26 juillet 1935, faire parvenir à la pré ecture du département où elle exerce, le diplôme ou le titre précité, accompagné des pièces officielles donnant les renseignements suivants :

Noms et prénoms (pour les femmes mariées, nom de jeune fille et nom du mari).

Nationalité et, s'il y a lieu, date du décret de naturalisation.

Situation militaire.

Profession : lieux et conditions dans lesquelles elle est exercée, et notamment indication précise des divers cabinets ou locaux qui seraient utilisés par un même praticien.

Art. 2. — La vérification et l'authentification des titres ou diplômes seront effectuées dans chaque département par une Commission, constituée par le préfet, dans le mois qui suivra la publication du Présent décret, et dont la composition est ainsi fixée :

1° Le Préfet ou son représentant, président ;

2° Le Directeur des Contributions directes ou son représentant ;

3° L'inspecteur d'Académie ou un fonctionnaire des Services de l'enseignement désigné par le Préfet ;

4° Un représentant du Syndicat médical départemental désigné par cet organisme ;

5° Un représentant du Syndicat départemental des praticiens d'art dentaire désigné par cet organisme.

A défaut d'organisation syndicale dans le département, un médecin et un dentiste, chargés de représenter leurs professions respectives, seront désignés par le Préfet.

Dans les départements où les Préfets le jugeront nécessaire, il pourra être créé plusieurs Commissions de vérification, composées de même façon.

Le médecin chargé de l'hygiène dans le département pourra assister, en qualité du conseiller technique, aux séances des Commissions.

Art. 3. — Le Directeur départemental des Contributions directes communiquera à cette Commission, dans les quinze jours de sa constitution, la liste de

tous les contribuables du département imposés à la contributions des patentes, en qualité de médecins ou de dentistes, ou assujettis à des droits fixés par assimilation à ces professions.

Les maires des communes et les administrateurs des communes mixtes seront tenus de faire parvenir à la préfecture, dans le mois de la publication du présent décret, la liste des personnes qui exercent, dans leur circonscription, la médecine ou l'art dentaire.

Art. 4. — Les titres et diplômes seront authentiqués par l'apposition d'un timbre humide, accompagné de la signature autographe du président de la Commission et portant les mentions suivantes :

EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE
(Loi du 26 juillet 1935.) (Art. 6.)
La Commission de vérification, réunie à.......... .... a authentiqué ce titre par décision en date du..........................
Le président de la Commission
(Cachet de la préfecture.)

Art. 5. — La Commission dressera, d'une part, la liste des praticiens dont elle aura authentiqué le titre et, d'autre part, la liste de ceux auxquels elle aura refusé l'authentification. Aux diplômes de ces derniers, sera annexé un rapport exposant, pour chaque cas, les raisons du refus de la Commission.

La Commission fera rédiger, en outre, un procès-verbal de ses opérations. Ce procès-verbal sera signé de tous les membres.

L'ensemble de ces pièces sera transmis au ministère de la Santé publique au plus tard à la fin du cinquième mois qui suivra la publication en Algérie du présent décret.

Art. 6. — Sur la demande de ceux des intéressés qui n'auraient plus en leur possession les diplômes en vertu desquels ils exercent, le ministre de l'Education nationale fournira, dans le délai d'un mois, une attestation en tenant lieu.

Si le ministre de l'Education nationale ne peut fournir l'attestation, il en donnera avis à l'intéressé, qui devra le joindre à son dossier et auquel incombera la charge de faire, par tous les moyens, la preuve de l'existence et de la valeur du titre en vertu duquel il exerce sa profession.

La Commission se bornera, dans ce cas, à transmettre le dossier au ministre de la Santé publique, auquel il appartiendra de statuer en accord avec le département de l'intérieur.

Art. 7. — Toute personne qui s'installera pour exercer la médecine ou l'art dentaire, postérieurement au délai d'un mois qui suivra la publication du présent décret en Algérie, sera tenue, au moment de l'enregistrement de son diplôme, de remplir une déclaration du modèle indiqué à l'article 1er du présent décret.

S'il y a lieu, le praticien y joindra l'indication de la date et du lieu de l'authentification de son diplôme.

Dans la première quinzaine de mars de chaque

Voir la suite page XLVII-2601

PROPOS DU JOUR

LES LIMITES DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Un de nos lecteurs nous reproche de nous être récemment élevés contre la publicité des médecins annamites en Indo-Chine et les multiples spécialités dont ils s'arrogent la connaissance, appuyés parfois de diplômes.

« Avant de chercher noise à nos confrères indigènes d'Extrême-Orient, jetez, nous écrit-il, un regard sur ce qui se passe à Paris et vous n'aurez aucune peine à trouver plus et mieux. »

Et à l'appui de ce qu'il avance il nous fait parvenir un document émanant d'un *Centre de recherches et d'application de médecine naturelle*, installé à Paris, avec succursale dans une de nos principales stations balnéaires, dirigé par un véritable docteur en médecine, porté sur l'Annuaire.

Nous avouons avoir été quelque peu stupéfaits en parcourant ce document dont nous allons soumettre un résumé à nos lecteurs. Nous ne porterons pas de jugement, car nous n'avons pas l'habitude de juger ce que nous ne connaissons pas et nous avouons très humblement ne rien connaître des recherches et applications de la médecine naturelle.

Sur la première page du libelle nous trouvons en sous-titre les diverses spécialités qui constituent sans doute la médecine naturelle appliquée dans le Centre. Les voici :

Allopathie. Homéopathie. Phytothérapie. Physiothérapie. Réflexothérapie. Sympathicothérapie. Radiesthésie médicale : Art du sourcier appliqué à la médecine. Rayons X. Radiographie. Radium. Ozone. Rayons ultra-violets. et infra-rouges. Diathermie. Ondes courtes. Pneumothérapie. Chromothérapie. Métallothérapie.

« La plupart des examens et l'indication du traitement, ajoute le document, peuvent être pratiqués sur un échantillon d'urine ou de sang pris aseptiquement. Toute cellule, groupe de cellules ou excrétion d'un organisme possède toutes les vibrations de l'ensemble de l'être.

Le chromodiagnostic et la courbe de santé sont établis gracieusement. »

Nous avouons que tout ceci est pour nous quelque peu sybillin. Mais tournons la page, la deuxième sera sans doute un peu plus explicite.

La deuxième page est la fiche de diagnostic. Une première colonne indique les rapports des vertèbres et des organes. Une seconde est intitulée *Témoins-maladies*. Au bas un emplacement est laissé aux *Analyses de laboratoire*.

Le *chromodiagnostic* tient la place la plus importante et indique le *rapport entre les couleurs et fonctions*.

Grande sur ce point est notre ignorance. Nous apprenons que du violet dépendent l'anémie, le pancréas, les surrénales et l'hypotension, que l'indigo est la couleur des troubles hépatiques, que du bleu dépendent les thyroïdiens, du vert des gastro-intestinaux, du vert d'eau dépend l'assimilation ; les reins relèvent des couleurs bleu + mauve ; les colibacilles sont influencés par vert orange ; la tuberculose par violet + indigo et l'état général est en rapport avec blanc et noir. Suivent quelques lignes de cette fiche de diagnostic pour l'examen clinique, quelques autres pour l'examen radiologique ; la tension artérielle et la température doivent être signalées.

La troisième page a trait au traitement. Il se divise en *régime alimentaire* sur lequel nous n'avons aucune observation à faire ; en *métallothérapie* qui, à gauche, utilise l'aluminium, le nickel, le fer ; à droite, l'argent, l'or, le platine et le cuivre.

Les *médicaments* (allopathie, opothérapie, homéopathie, phytothérapie) tiennent une faible place.

Mais la *Physiothérapie* avec mesure de la lon-

gueur du champ magnétique semble avoir ici un rôle prédominant.

Dans la colonne de la physiothérapie sont tour à tour énumérés le courant continu, la basse fréquence (sinusoïdal, diadynamique, faradique), la haute fréquence (lit condensateur, diathermie, ondes courtes, ondes ultra-courtes), les infra-rouges, le spectre coloré avec ses sept couleurs du rouge au violet, les ultra-violets, la douche-actinique, les rayons X, les émanations de radium, l'oxygène, l'ozone, les ondes cosmiques (collier oscillant), la réflexothérapie vertébrale, la sympathicothérapie nasale (froide, chaude, haute fréquence, ionisation). Après ces examens et traitements dont la complexité et l'étendue dépassent et de beaucoup, nous l'avouons, nos connaissances et notre entendement, est tracée la *courbe de santé générale.*

Tout ceci demande bien quelques explications pour les profanes dont nous sommes. Elles sont abondamment données à la quatrième page du document en très petits caractères sous le titre : *Principe et technique de l'examen* :

La santé d'un être vivant repose sur l'équilibre de la conductibilité électrique et magnétique qui est plus grande dans les organes malades. L'examen de cette conductibilité se fait radiesthésiquement à la baguette et au pendule et son contrôle au neurotonomètre ou au microampéremètre ; nous ne pouvons exposer ici l'accord de résonnance ou syntonisation, expliquer l'onde vibratoire, le champ magnétique de 8 mètres particulièrement sensible dans la direction nord-sud du corps humain à l'état de santé, l'influence des traitements, des vaccins sur le champ magnétique, les avantages de la physiothérapie, les bienfaits de la chromothérapie, de la métallothérapie, des ondes cosmiques, de la réflexothérapie nasale, du magnétisme humain où le magnétiseur cède son fluide comme le donneur de sang au cours de la transfusion. La courbe de santé indique les variations de la longueur du champ magnétique comme le diagramme de la température l'intensité de la fièvre. La phytothérapie répond au principe de ne pas nuire et c'est pour cela qu'est préconisé le traitement par les simples ; quant à l'opothérapie elle remplace la chimie artificielle par la chimie naturelle.

Tout cela nous paraît absolument merveilleux. C'est du reste ce qu'affirme un prospectus pour le public, intitulé *Peut-on prolonger la vie* ?

Le Directeur du Centre de recherches et d'application de la médecine naturelle affirme :

« En quelques minutes le radiesthésiste exercé établit le bilan complet d'un corps humain sans avoir besoin de le déshabiller, ni d'interroger. Mieux, cet examen peut se faire à distance, sur un échantillon d'un produit organique (sang, urine, salive). Mais là où cette nouvelle science a son maximum d'utilité, c'est dans l'application des traitements où elle se montre un instrument de contrôle aussi puissant que précis. »

D'ailleurs, le Directeur de l'Institut de Physiothérapie tient avant tout à faire connaître au grand public les merveilleux résultats de ses différentes méthodes associées ; il offre une consultation radiesthésique complète, suivie d'une application de sympathicothérapie, *gracieusement* et sans engagement quelconque. Son seul but étant de répandre ces méthodes, c'est lui qui sera reconnaissant à ceux qui se prêteront à cet examen (*sic*).

N'est-ce pas, répétons-le, absolument merveilleux ? Que nos lecteurs en jugent ! Qu'attend-on pour créer des chaires de recherches et application de médecine naturelle dans nos Facultés de médecine ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

TUBERCULOSE RÉNALE ET EXPLORATION DES REINS (1)

Par M. le Professeur Marion

Vendredi dernier je vous montrais deux malades atteints de tuberculose rénale : l'un présentait exclusivement des manifestations vésicales, l'autre avait souffert un certain temps de douleurs du rein droit, en même temps qu'il présentait des accidents de cystite assez prononcés. Il s'agissait chez le premier d'une tuberculose rénale à forme exclusivement vésicale, chez l'autre au contraire d'une forme vésico-rénale.

Lorsque le diagnostic de tuberculose rénale a été posé en raison des symptômes et en raison surtout de la découverte dans les urines du bacille de Koch, sans que cette découverte soit indispensable pour affirmer la lésion, il convient de procéder à des recherches, afin d'une part de localiser dans l'un ou les deux reins la lésion tuberculeuse, et deuxièmement de savoir si le rein du côté opposé est indemne et suffisant.

C'est par le cathétérisme urétéral que l'on arrive à obtenir ces renseignements, qui nous permettent alors de procéder, dans la plupart des cas, au seul traitement capable de guérir le malade, la néphrectomie, si un seul rein est malade et si l'autre est indemne et suffisant.

Deux sondes urétérales sont donc placées dans les uretères et recueillent l'urine des deux reins. Ce cathétérisme bilatéral est indispensable et il doit être pratiqué surtout sur le côté sain, si on le soupçonne, car s'il ne porte que sur le côté malade, l'urine recueillie par la vessie, qui souvent présente des lésions tuberculeuses elle aussi, risque de faire considérer le rein sain comme un rein malade. Mais ces sondes doivent être peu enfoncées, afin qu'elles n'aillent pas piquer un parenchyme rénal sain et l'inoculer.

C'est par l'examen des urines recueillies par les sondes que l'on peut alors apprécier la valeur des reins, savoir si l'un donne de l'urine purulente, tuberculeuse, et l'autre de l'urine normale. D'autre part, en général, notre exploration est complétée par l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine, qui consiste à injecter dans l'organisme par voie veineuse une quantité déterminée de phénol-sulfone-phtaléine, dont l'élimination doit se faire par le rein dans une proportion donnée. Cette épreuve a deux avantages : à ne s'en tenir en effet qu'à la recherche de l'urée contenue dans le sang, on peut penser, si elle s'élimine en quantité suffisante, que le rein sain, indemne de tuberculose, est un rein valable ; mais cette quantité urinaire d'urée est subordonnée à la quantité d'urée sanguine et un malade peut éliminer de l'urée en quantité suffisante uniquement parce que son sang est très chargé lui-même en urée. Au contraire, puisque l'on injecte la phénol-sulfone-phtaléine en quantité déterminée, son élimination ne peut qu'être subordonnée à l'état du rein et non pas à la quantité qui est injectée dans le sang. D'autre part la phénol-sulfone-phtaléine *nous renseigne sur l'état de* suppléance dans lequel se trouve le rein sain : en effet, normalement, un rein doit éliminer environ 25 à 30 p. 100 de phtaléine, *mais si* l'autre rein se trouve malade le rein sain éliminera une plus grande quantité et cette augmentation dans le fonctionnement du rein dira que ce rein est véritablement très bon.

Telle est la conduite que nous tenons chez la plupart des malades.

Mais le cathétérisme urétéral n'est pas toujours possible, soit que la vessie étant trop atteinte on ne puisse vraiment la dilater suffisamment pour faire une cystoscopie, soit que les lésions vésicales d'ulcération, de bourgeonnement, d'œdème, masquent les orifices urétéraux, soit que nous ne puissions faire pénétrer les sondes dans les uretères. Dans ces conditions comment agir pour arriver à l'appréciation de la valeur des reins ?

Il est des *cas très simples* : on connaît le rein malade et l'on sait que ce rein est très malade, qu'il est en état de pyonéphrose parce qu'il est extrêmement douloureux. Le patient a de la fièvre ; le rein est très gros ; il y a de la périnéphrite. Comme il faut intervenir sur ce rein, même si l'autre est également tuberculeux, pour sauver tout au moins provisoirement la vie du sujet, il suffit que le rein du côté opposé soit suffisant pour que nous soyions autorisés à intervenir et cette suffisance nous est indiquée par la quantité d'urée contenue dans le sang, par la recherche de la constante, par l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine. Et si l'urée sanguine

(1) Clinique de l'Hôpital Necker.

en particulier est normale, nous pourrons intervenir sur le rein pyonéphrotique, étant assuré que l'autre rein existe, puisque nous savons d'après les symptômes que ce n'est pas le rein pyonéphrotique qui peut faire vivre le malade.

Mais il est des *cas beaucoup plus difficiles*, que le rein malade nous soit inconnu, à aucun moment le sujet n'ayant éprouvé de douleur du côté de ses reins, la palpation n'en réveillant pas, et ne montrant pas de rein gros ; ou qu'il nous soit connu parce que le sujet aura souffert ou parce qu'il est un peu gros, sensible à la palpation. Mais dans ce cas on ne peut pas dire qu'il y ait nécessité d'intervenir si l'autre rein est également atteint. Pourquoi enlever un rein malade, si l'autre rein l'est à peu près également et si opération n'est pas urgence ?

Dans ces cas comment se comporter, si l'on ne peut faire un cathétérisme urétéral ? Il y a une quinzaine d'années, lorsque la constante a été mise en lumière par Ambard, on a fondé des espoirs considérables sur elle et l'on a pensé que si un malade avait une constante bonne, il avait un rein sain à côté du rein malade et qu'on se trouvait autorisé à enlever le rein que l'on savait malade, parce qu'il avait été douloureux, ou bien qu'on était autorisé à faire une lombotomie exploratrice parfois double, qui permettrait de découvrir le rein malade. Ce fut l'époque de la néphrectomie sur la constante. Cette façon de procéder un peu simpliste amena des désastres et beaucoup d'opérations inutiles. Des désastres, parce que chez certains sujets on avait constaté la tuberculose rénale de l'un des reins et que l'on se croyait autorisé, parce que la constante était bonne ou tout au moins satisfaisante à intervenir, et le rein une fois enlevé, le malade n'urinait plus ou se trouvait dans une situation misérable, l'autre rein étant également très malade et insuffisant. J'eus moi-même une fois le regret de perdre une malade dans ces conditions, car n'ayant pu faire aucune exploration chez cette malade, je fis rechercher la constante d'Ambard qui, sans être parfaite, était satisfaisante, 0,98. Je me crus autorisé à enlever l'un des reins, qui était nettement malade et à la suite de l'ablation la malade mourut d'anurie. L'autopsie démontra que l'autre rein était complètement détruit par la tuberculose, sans qu'elle ait jamais souffert de ce côté. D'autre part, cette méthode exposait à des opérations inutiles, car en se basant uniquement sur la constante, connaissant que l'un des reins était malade, on se trouvait porté à enlever ce rein et l'autre rein parfaitement suffisant était également malade ; il n'y avait donc pas de raison d'enlever l'un plutôt que l'autre. Cette néphrectomie sur la constante n'eut qu'un temps très court, car les résultats, comme je vous le disais, ont été tout à fait mauvais, et bientôt, on dut reconnaître qu'il fallait absolument renoncer à cette méthode.

L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine ajoutait une certaine sécurité, parce que la constante pouvait être relativement bonne et la phtaléine mauvaise, et dans ces conditions on se méfiait davantage au point de vue opératoire.

Du reste, quelques observations recueillies encore récemment dans le service, viennent contredire cette assurance que nous pouvions avoir, que si toutes les explorations sont bonnes, nous pouvons conclure que l'un des deux reins est sain. Quatre observations en particulier sont absolument démonstratives, et avec des éliminations normales ou à peu près normales, nous pûmes à la fin arriver à cette conclusion que malgré la valeur réelle des éliminations, les deux reins étaient malades. On peut en effet fort bien comprendre le pourquoi de cette conclusion : les reins tuberculeux altèrent le fonctionnement rénal, non pas tant par l'étendue des lésions tuberculeuses des reins que par les lésions de néphrite qui accompagnent les lésions tuberculeuses, et l'on peut supposer parfaitement que ces lésions de néphrite n'étant pas très intenses, dans un cas déterminé, ou même n'existant pas, les deux reins peuvent être tuberculeux, mais qu'à eux deux ils en valent encore un. Or, nous savons que lorsque nous pratiquons une néphrectomie, si le rein du côté opposé est sain, les éliminations urinaires ne seront en rien troublées. Par conséquent deux reins tuberculeux peuvent fournir autant d'urine et une urine parfaitement valable pour la dépuration de l'organisme bien que les lésions tuberculeuses existent dans ces reins. De sorte que nous pouvons conclure que si les explorations globales sont véritablement mauvaises, les deux reins sont malades ; mais que l'inverse n'est pas vrai, et lorsque les explorations globales sont bonnes, nous ne pouvons affirmer qu'il existe un rein sain.

Pour mon compte dans ces cas j'eus souvent recours au cathétérisme à vessie ouverte, qui est en général possible malgré que soit impossible le cathétérisme par les voies naturelles.

Puis vint l'urographie. Il n'est pas douteux qu'elle nous permit d'obtenir des renseignements complémentaires extrêmement importants au point de vue, d'une part de la localisation de la tuberculose, et d'autre part de la valeur des reins. Si l'urographie est nette, elle nous fait constater par exemple que l'un des reins élimine bien le produit injecté dans la veine, produit que l'on retrouve en abondance dans la vessie, que bassinet et uretère sont normaux d'un côté, tandis que de l'autre côté l'élimination est mauvaise ou montre des lésions véritablement très nettes. Dans d'autres cas, l'urographie nous montrera que des deux côtés il existe

des lésions et qu'il y a défaut d'élimination des deux côtés.

Malheureusement cette épreuve extrêmement précieuse ne donne pas toujours des résultats aussi précis, et l'on doit quelquefois, après avoir utilisé cette épreuve de l'urographie, rester encore dans le doute et sur le côté atteint et sur la valeur respective des reins.

Tel est l'état de la question dans ces cas véritablement très difficiles et qui s'offrent à notre observation de façon relativement fréquente.

Que faire donc en pratique dans ces cas où il n'y a pas possibilité de cathétérisme urétéral, qui est la méthode par excellence pour juger de l'état et de la valeur des reins. Je pense que tout d'abord il faut faire une exploration globale de la valeur des reins, c'est-à-dire rechercher la constante, faire une épreuve de phénol-sulfonephtaléine. Si ces épreuves sont mauvaises il est inutile d'aller plus loin : il est évident que les deux reins sont atteints, et à moins qu'il n'existe une lésion qui force à intervenir d'urgence sur l'un des reins, comme une pyonéphrose fermée, pour laquelle on fera une néphrotomie, il faut laisser le malade tranquille.

Au contraire, si les explorations donnent un résultat satisfaisant, il faudra essayer d'améliorer la vessie, de pratiquer de nouveau un cathétérisme, au besoin sous anesthésie, et en même temps il faudra pratiquer une urographie, qui peut nous donner des résultats extrêmement utiles, non seulement pour savoir quel est le rein malade, mais également pour savoir si le rein de l'autre côté est suffisant ; et l'on jugera cette suffisance, non seulement par l'image qui peut exister du côté du rein supposé sain, mais également par l'image de la vessie remplie ou non de liquide opaque. Dans ces cas, si l'urographie est nette, si le résultat des explorations est bon, nous pourrons sans hésiter enlever le rein que l'urographie nous a montré atteint de tuberculose.

Si, au contraire, l'urographie nous montre nettement que les deux reins sont malades ou éliminent très mal la substance opaque, à moins de nécessité créée par une lésion mettant en danger la vie du malade, il est inutile d'aller enlever un rein qui ne détermine aucun accident pressant, l'autre étant également atteint.

Mais très souvent également l'urographie n'est pas nette et il faudra savoir attendre, patienter, recommencer une urographie dans de meilleures conditions, c'est-à-dire après avoir mis le malade à la diète hydrique pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures afin que les urines soient plus concentrées. Il est bien rare qu'on n'arrive pas dans ces cas à déterminer le côté malade et la valeur du côté sain.

Telle est la conduite qui paraît à l'heure actuelle devoir être suivie dans ces cas encore relativement fréquents, où, par suite de lésions vésicales ou urétérales, l'exploration des reins est impossible par cathétérisme urétéral.

En tout cas il faut bien savoir qu'on ne peut pas affirmer que l'un des reins est suffisant, uniquement d'après les explorations globales ; celles-ci peuvent être bonnes ou relativement bonnes et cependant les deux reins peuvent être pris. Il faut savoir que, d'après ces explorations globales, nous ne sommes pas autorisés à pratiquer des lombotomies pour l'exploration des reins, car d'une part nous pouvons tomber sur un rein malade à l'ouverture du premier côté et nous enlèverons ce rein, alors que l'autre rein est également malade, peut-être plus malade que le côté que nous enlevons. Il faut savoir aussi qu'un rein au cours d'une opération peut nous paraître excellent par le palper, l'examen par la vue, l'exploration de l'uretère, et que ce rein cependant peut être atteint de lésons tuberculeuses ; la lombotomie nous permet simplement de constater que le rein existe.

Dans des cas exceptionnels, où nous ne serons pas parvenus à faire une exploration correcte des reins par cathétérisme urétéral, où l'urographie ne nous aura donné aucun renseignement et où cependant les éliminations globales sont parfaites, nous serons autorisés à pratiquer une intervention un peu délaissée mais qui donnait véritablement de bons résultats, le cathétérisme urétéral à vessie ouverte, car il faut savoir qu'on peut être dans l'impossibilité de pratiquer un cathétérisme par la voie urétrale, alors que ce cathétérisme à travers une taille est parfaitement possible.

Et puis, enfin, il ne faut pas toujours vouloir réaliser d'emblée ce qu'il nous est impossible par aucun moyen d'obtenir. Nous voyons parfois des malades que nous n'avons pas pu améliorer lorsqu'ils se sont présentés une première fois à notre examen : nous les mettons au traitement médical, soignant leur vessie, soignant leur état général, et quelques mois plus tard, leur vessie s'étant un peu améliorée, nous pourrons alors pratiquer chez eux les explorations que nous n'avions pas pu pratiquer tout d'abord. Mais si aucune amélioration ne se produit, si l'urographie répétée ne donne pas de résultat précis il faudra bien conclure que la tuberculose n'est pas unilatérale, qu'elle est bilatérale, et que dans ces conditions, si nous n'avons pas pu faire ce que nous voulions, nous n'avons rien perdu en ne pouvant pratiquer les explorations qui nous aurait mis sur la voie d'un diagnostic absolument complet, mais qui n'aurait abouti qu'à l'abstention.

LA CLINIQUE PHTISIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Le pronostic de la pleurésie tuberculeuse

basé sur quelques notions récentes de l'infection bacillaire

D'après le Docteur A. Courcoux (1)

C'est un sujet toujours d'actualité, et qui constitue l'objet des préoccupations médicales, car la pleurésie est fréquente. L'accord se fait facilement sur ses modalités cliniques, sa valeur diagnostique comme signal d'alarme de l'infection bacillaire. Le désaccord commence lorsqu'on envisage son pronostic éloigné.

Pour certains, il est toujours sérieux, et tout pleurétique reste menacé de faire dans la suite une tuberculose pulmonaire, car, disent-ils, le nombre des pleurésies dans les antécédents de la bacillose pulmonaire est considérable. Mais beaucoup ne sont pas aussi pessimistes, et assurent que nombre de cas guérissent de manière définitive.

On cherche dans les signes cliniques, les examens bactériologiques, chimiques ou biologiques, des bases d'appréciation pronostique. Mais on oublie que c'est le *traitement de la convalescence* qui, dans un nombre considérable de cas, transforme complètement l'avenir. Quelques notions nouvelles sur les conditions de l'infection bacillaire vont permettre de comprendre pourquoi certaines formes ont, en règle générale, un *bon pronostic*, telle la *pleurésie de l'adolescent* ; pourquoi d'autres impliquent « à priori » un *avenir réservé*, tels les trois quarts au moins des *pleurésies de l'adulte*, telle la quasi-totalité des *pleurésies localisées*, et des *pleurésies survenant après* 50 *ans*.

La pleurésie locale, première manifestation flagrante de la tuberculose

Deux types, à pronostic entièrement différent, sont à distinguer ; suivant leur caractère éphémère ou évolutif, l'avenir sera favorable ou très réservé.

1° L'ancienne pleurésie « a frigore », granulie éphémère pleurale.

Ce type, comme son congénère, reste autonome, c'est-à-dire exclusivement limité à la plèvre, *sans participation appréciable du poumon*. Il est presque uniquement réservé à la seconde enfance et à l'adolescence, et traduit souvent la manifestation d'extériorisation de la primo-infection dans l'organisme, — au détriment de la théorie ancienne d'une première lésion ganglio-pulmonaire, suivie plus tard de localisations viscérales (plèvre, péritoine, méninges, etc.) par voie sanguine ou lymphatique. En voici un exemple : de jeunes étudiants en médecine ou des infirmières, ont commencé leurs stages hospitaliers avec une cuti-réaction négative ; dans la proportion de 20 à 30 p. cent. ; or, il arrive que, trois mois après pareille cuti négative, celle-ci devienne positive chez ces sujets, alors que l'image radiologique demeure normale ; *mais*, deux mois après le virage de la cuti-réaction apparaît une pleurésie séro-fibrineuse.

Pareilles observations, dont le nombre augmente régulièrement, font penser qu'un très grand nombre de pleurésies de la seconde enfance ou de l'adolescence, qui surviennent en pleine santé apparente peuvent et doivent être considérées comme des primo-infections.

D'ailleurs, les caractères cliniques de ces pleurésies cadrent parfaitement avec l'allure générale des accidents de primo-infection : âge relativement jeune, début brusque, évolution assez rapide, séquelles radiologiques minimes ; imprégnation peu marquée de l'état général.

Dans ces pleurésies comme dans la primo-infection, la guérison clinique n'implique pas la guérison anatomique de l'infection bacillaire, et le réservoir du virus peut entrer à nouveau en activité. C'est pourquoi, en pareille occurence, on peut constater des récidives pleurales, comparables aux réactivations bien connues des primo-infections à type ganglio-pulmonaire, qu'on croyait en régression, ou même guéries.

Dans les deux cas, le *pronostic immédiat est généralement bon* ; *mais le pronostic éloigné reste fonction des soins ultérieurs*, et de la surveillance exercée durant les mois et les années, qui suivent la maladie, pour éviter tout contact réinfectant.

Quand on compare les observations peu nombreuses encore, de certaines pleurésies primitives pour lesquelles la preuve bacillaire devient ultérieurement indubitable, avec d'autres pleurésies

(1) *Bulletin de la Société médicale de Passy* (Haute-Savoie), avril 1936.

tuberculeuses d'une allure clinique bien caractérisée, on trouve que celles-ci offrent de telles analogies, dans l'évolution et dans l'âge des sujets, avec les pleurésies, dites *a frigore*, de l'adolescence qu'elles peuvent, sans contestation, rentrer dans le cadre des accidents de primo-infection. Le diagnostic en sera facile si l'on prend l'habitude d'étendre à l'adolescent la pratique de la cuti-réaction faite à des périodes assez précises.

Le *traitement* est d'une importance capitale *pour l'avenir éloigné* de ces pleurétiques. Tout d'abord, on ne doit pas oublier que, si la rétrocession des accidents aigus se fait peu à peu, c'est à la condition que cette régression ne soit pas troublée. Il faut donc maintenir longtemps ces pleurétiques au lit, et les garder à la chambre pendant au moins quinze jours à trois semaines après que la température est revenue à la normale.

Il faut également, à tout prix, écarter le convalescent du milieu de contage, et supprimer ainsi toute possibilité de réinfection.

La cure de climat paraît meilleure à la montagne ; il faut néanmoins envoyer de préférence certains sujets fragiles en plaine et dans des climats marins très abrités.

Le milieu du préventorium pour toute une classe d'adolescents est le préférable.

Le choix fait, il importe que la conduite de la convalescence respecte les principes suivants :

1° Six mois avant la reprise de tout travail.

2° Une cure de repos, base essentielle des bons effets de la convalescence et de la certitude d'une guérison effective.

3° Une cure de bonne aération.

4° Une bonne alimentation.

5° Une *surveillance médicale* attentive, clinique et radiologique, qui tiendra le plus grand compte de la courbe de poids, de la température et mettra le convalescent en garde contre les dangers des sports, de la gymnastique dite respiratoire, et de l'héliothérapie.

Trop souvent encore, le pleurétique est considéré comme guéri après quelques semaines d'une vague convalescence.

2° **La tuberculose locale évolutive** comporte un *pronostic plus sérieux*. Ici, la lésion fixée sur la plèvre n'est plus une granulie discrète éphémère ; c'est une lésion qui reste localisée à la séreuse sans participation appréciable du parenchyme pulmonaire, mais qui, évoluant sur place, aboutit à une pleurésie chronique récidivante, dont le dernier terme est la pleurésie purulente tuberculeuse.

Le seul point, qui rapproche cette pleurésie de la forme précédente, c'est la localisation *exclusive à la plèvre* de la lésion bacillaire.

Le diagnostic s'impose à l'observation du médecin, qui constate une *fièvre tenace*, la persistance et la *reproduction du liquide* après ponction, sans toux, sans expectoration, sans lésions radiologiques pulmonaires.

Cette pleurésie est *plus fréquente chez l'adulte* ; elle demande des soins attentifs et prolongés ; une bonne alimentation peut être complétée par un régime recalcifiant. Si le liquide est abondant, le chlorure de calcium à haute dose, en amorçant une dérivation rénale, peut donner de bons résultats. Mais, s'il tend à devenir purulent, les injections à base de choline sont très utiles.

La pleurésie tuberculeuse, première étape d'une septicémie bacillaire lymphatique

Il s'agit ici de types cliniques, dont le lien commun est de *débuter par une pleurésie séro-fibrineuse*, et d'aboutir à un état septicémique d'une *extrême gravité*. Ces faits qui s'observent de préférence chez l'adolescent ou le jeune adulte, et apparaissent comme des sortes d'exceptions en marge des formes habituelles de la pleurésie tuberculeuse, n'ont pas encore été nettement individualisées. En voici quelques types.

1° Une pleurésie séro-fibrineuse survient chez un adolescent, prenant les apparences d'une pleurésie primitive dite *a frigore*. L'épanchement n'est pas très abondant. Mais ce qui frappe surtout, c'est : *a*) une fièvre *élevée qui se maintient telle, pendant de longues semaines, soit en plateau*, soit plus souvent avec d'assez larges oscillations ; *b*) une atteinte sévère de l'état général, où se trouvent tous les signes d'une grave toxémie bacillaire : pâleur, anémie, hypotension vasculaire, rapidité du pouls, inappétence, amaigrissement, asthénie.

Bref, ce qui paraissait une pleurésie simple devient le point de départ d'un état septicémique, qui va durer, suivant la résistance du malade, deux ou trois mois, rarement plus. L'amaigrissement s'accentue, l'état général devient lamentable et le malade meurt, soit par collapsus cardiaque, soit plus souvent, par accentuation de la septicémie avec des phénomènes méningés plus ou moins évidents.

2° Une pleurésie séro-fibrineuse a paru évoluer normalement, et, bien que l'état général semble se remonter, la *température reste instable et au-dessus* de la normale ; des séquelles pleurales assez importantes persistent. On croit la convalescence proche, et parfois on va à la campagne ou à la montagne. Brusquement une nouvelle poussée thermique se produit, parfois une seconde pleurésie apparaît du côté opposé ; mais celle-ci mettra plus longtemps à rétrocéder. L'état général est plus atteint, le malade plus fatigué. Enfin le liquide diminue, on fait une radiographie, et on

constate une efflorescence de petites taches en grains de plomb, qui couvrent les deux poumons. Parfois, la poussée septicémique s'arrête, c'est une heureuse issue. D'autres fois, la fièvre ne cède pas, et le malade meurt de granulie avec méningite terminale. A remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'une granulie qui, au cours de son évolution, se complique de pleurésie.

3° Une pleurésie plus ou moins sérieuse s'améliore et une certaine période de calme, jamais complet d'ailleurs, se manifeste. Puis une atteinte discrète du péritoine, parfois du péricarde, parfois de l'autre plèvre, parfois des séreuses articulaires se produit, chaque atteinte étant accompagnée par une large vague fébrile, oscillante, — fièvre tuberculeuse, dont on connaît bien la signification, bien que les symptômes objectifs restent parfois assez discrets. La vague fébrile se calme, une période de quasi-rémission fait espérer une amélioration. Mais une nouvelle poussée survient, avec ou sans nouvelle atteinte d'une séreuse. Des mois se passent parfois dans ces alternatives, mais l'état général décline, et la septicémie tuberculeuse exclusivement lymphatique s'accentue pour aboutir à une méningite.

Pleurésie associée a des lésions pulmonaires sous-jacentes

Il ne s'agit pas ici d'une pleurésie, survenant à titre d'épisode chez des phtisiques ou des granuliques, mais bien d'une pleurésie tuberculeuse, *paraissant le symptôme prédominant,* et évoluant comme tel.

Celle-ci peut s'associer soit à une tuberculose abortive latente, soit à une tuberculose incipiente ou ignorée, dont elle constitue le symptôme révélateur. Elle est alors souvent confondue avec une pleurésie locale autonome. On distingue aussi la cortico-pleurite, la tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire.

Dans la grande majorité des cas, ces types *sont curables, mais l'épine pulmonaire persiste,* et souvent se réveille dans un avenir plus ou moins proche. Dans ces conditions, il faut davantage s'occuper de la dangereuse lésion pulmonaire que de la pleurésie, et ne pas confondre ces sujets avec les pleurétiques qui guérissent spontanément, par conséquent ne pas *attendre que la lésion pulmonaire soit en pleine activité pour s'alarmer.*

Un assez grand nombre de ces pleurésies, associées à une lésion pulmonaire, peuvent guérir complètement ; car c'est en fait la lésion pulmonaire qui guérit, et elle guérira d'autant mieux qu'on voudra et pourra la bien soigner en temps utile.

On se base volontiers sur la règle suivante : Lorsqu'après quatre ans aucune nouvelle manifestation d'activité bacillaire ne réapparaît, on peut considérer la pleurésie comme définitivement guérie. Règle fort juste pour la pleurésie pure de primo-infection, malheureusement inapplicable quand la pleurésie est associée à des lésions pulmonaires. Comment affirmer qu'une lésion pulmonaire ne peut pas se réactiver ? D'autre part, il ne faut pas oublier que celle-ci peut rester méconnue si elle n'est pas très facile à déceler au début et même à la phase de résorption ; en tout cas, elle se manifestera tôt ou tard, habituellement dans un laps de temps qui ne dépasse pas un an.

Un type particulier, sur lequel on insiste peu, *est la pleurésie tuberculeuse des sujets ayant dépassé* 50 *ans.*

Elle apparaît parfois comme un premier incident chez un sujet, qui se croit indemne de toute tuberculose. En fait, un examen un peu serré permet de constater qu'il n'en est rien, et on retrouve habituellement la trace d'une atteinte plus ou moins ancienne. Un épanchement se produit, il rétrocède lentement ; l'état général est toujours très touché, la convalescence qu'on croit proche ne s'établit pas franchement, et le malade entre plus ou moins vite dans une évolution tuberculeuse, soit à type septicémique, soit à type pulmonaire dont le pronostic est toujours très grave.

Certes, il n'y a rien d'absolu, mais après 50 ans, il faut se rappeler qu'une pleurésie tuberculeuse est toujours de très mauvaise augure.

Le traitement de ces pleurésies associées à des lésions pulmonaires, des pleurésies localisées, des pleurésies chez des sujets ayant dépassé 50 ans, doit se faire au sanatorium comme celui des tuberculeux pulmonaires qu'ils sont en réalité. Toutefois il faut être prudent chez les pleurétiques, ayant plus de 50 ans, et ne pas dépasser 1.000 mètres quand on veut les soigner en altitude.

Si tous les médecins étaient bien persuadés de ces données récentes, on verrait diminuer singulièrement le nombre des malades qu'on a cru peu atteints et qui, quelques années plus tard, trop tardivement toujours, viennent consulter avec des lésions sérieuses, datant de loin.

G. Fischer.

LA VOIX ET LA PAROLE DIRIGÉES

Par le Docteur G. de Parrel

Directeur du Centre de Rééducation
Pour les déficients de l'ouïe et de la parole et pour les retardés scolaires

Nous vivons des temps nouveaux où les organismes économiques, financiers ou sociaux doivent subir la contrainte d'une discipline stricte sur le plan national. Semblable nécessité se manifeste dans le domaine biologique pour certaines fonctions dont le jeu et l'expansion ne sauraient être laissés au hasard.

C'est surtout chez l'enfant et l'écolier que les forces physiologiques en puissance doivent être soumises à un contrôle méthodique.

Qu'il s'agisse de respiration, de motricité, de travail intellectuel, d'alimentation ou de phonation, il est opportun d'évaluer les possibilités de chaque sujet et d'éviter les fausses manœuvres. On sait les désastres que peuvent provoquer certains excès ou certaines négligences en matière de sport, de régime, d'hygiène vocale et d'organisation de travail scolaire.

Parmi les fonctions qui dans la vie des hommes jouent un rôle très important, il convient de mettre en vedette la *phonation*. La voix représente un capital inestimable ; c'est par elle que l'individu se tient en liaison constante avec son milieu familial, professionnel ou social ; c'est par elle qu'il exprime ses pensées, ses émotions ; c'est par elle qu'il exerce son influence sur ceux qui l'entourent. Pour vaincre dans la lutte pour la vie, le timbre de la voix et la qualité de l'articulation représentent une arme puissante, irremplaçable. Et pourtant il faut bien avouer que pour la plupart des éducateurs, l'entraînement vocal et l'enseignement de l'articulation ne font pas l'objet d'une attention assez active.

A cet égard nous sommes de vingt siècles en retard sur nos grands Anciens, les Romains, qui avaient compris toute l'importance de la culture de la parole. D'habiles techniciens — *artifices loquendi* — enseignaient aux jeunes gens, dans les gymnases, l'art de diriger et d'amplifier leur voix par d'habiles exercices de *vocifération*, au sens latin de ce mot. Vociférer voulait dire hausser le ton progressivement en articulant avec force et non point crier à tue-tête.

A l'heure actuelle, le jeune enfant se forme une élocution à l'aventure, au hasard des influences qu'il subit. Il se contente d'imiter ses guides naturels : parents, camarades, sans pouvoir se défendre des articulations incorrectes ou des excès d'accent régional. Ces influences s'exercent sur lui à l'âge où l'oreille est la plus réceptive et où les organes de la phonation offrent le maximum de malléabilité, soit de 2 à 6 ans.

Nous avons eu l'occasion de présenter ailleurs un plan d'éducation vocale (1) destiné aux éducateurs. Dans la présente note nous voulons rappeler quelques principes dont les médecins, les maîtres, les parents et les élèves peuvent s'inspirer.

***

1. — Le *rôle des parents est capital pour l'avenir vocal d'un enfant*. Dès les premiers essais d'articulation de mots complets et de courtes phrases, entre 2 et 3 ans, les erreurs doivent être redressées avec vigilance et la meilleure façon de les éviter consiste à ne donner au jeune « parleur » que des exemples corrects. Il ne faut surtout pas s'amuser de ses zézaiements ou de ses bredouillements en les imitant, ce qui ne ferait que consolider ses mauvaises habitudes d'articulation.

2. — *Au cours de la période préscolaire*, de 4 ans à 6 ans, lorsque l'articulation et la syntaxe se disciplinent en même temps que se peuple le monde des mots, la surveillance des médecins, des parents ou de leurs représentants, doit s'exercer de façon régulière. Si quelque anomalie est relevée, il convient de faire appe à la compétence du laryngologiste et éventuellement de l'orthophoniste.

3. — *Au cours de la période scolaire*, c'est le professeur qui a charge de contrôler l'émission vocale et l'articulation des élèves qui lui sont confiés, d'en assurer par des exercices méthodiques le développement normal, de les protéger contre tout excès d'usage.

4. — *Comment organiser cet entraînement vocal ?* Par des moyens simples, que nous pouvons schématiser :

a) Entraîner la respiration, car la matière première de la voix, c'est le souffle expiré. L'expiration doit être active, lente, profonde, continente et rythmée ; l'inspiration doit être complète, rapide et silencieuse.

b) Emettre lentement, en mesure, à raison d'une voyelle par seconde, chacune des voyelles sur un ton donné en rapport avec la tessiture de l'enfant. Ne pas se contenter de *a, e, i, o, u*, mais étendre l'exercice à tous les sons vocaliques : *a, eu, é, è, i, o, u, ou, an, on, in, un.*

c) Enoncer sur une même expiration la série

(1) *L'Education vocale.* — Un vol. in-8, chez F. Nathan, en collaboration avec le Docteur Junca ; ouvrage honoré d'une souscription du Ministère de l'Education nationale.

des chiffres à voix haute, bien articulée, et atteindre progressivement 30 et 40.

d) Pratiquer des exercices de *syllabation rythmée* en groupant les consonnes trois par trois et en les accolant à toutes les voyelles ci-dessus énoncées. Exemple (sur un rythme à 3 temps) : Pa, ba ma — Peu, beu meu — Pé, bé mé — Pè, bè, mè — Pi, bi mi — Po, bo, mo — Pu, bu, mu — Pou, bou, mou — Pan, ban, man — Pon, bon, mon — Pin, bin, min — Pun, bun, mun = Ta, da, na — Teu, deu, neu — Té, dé, né — Tè, dè, nè — Ti, di, ni — To, do, no — Tu, du, nu — Tou, dou, nou — Tan, dan, nan — Ton, don, non — Tin, din, nin — Tun, dun, nun.

Et ainsi de suite sur *F*, *S*, *Ch* — *Qu X*, *Z*, en articulant Ks pour X et DZ pour Z — L, V, GU — R, J, R.

Terminer par la consonne *R*, associée à toutes les voyelles et articulée en roulement prolongé.

e) S'entraîner à articuler certaines phrases particulièrement difficiles du genre de celles-ci et qu'on peut varier aisément :

« J'ai acheté ce soir, sans sortir un sou, six cent soixante-six saucissons secs chez Simon ».

« Le soldat Suisse, pour se hisser sur ce sommet, se sert de skis ».

« Le système du contingentement et de l'économie dirigée ne satisfait pas tous les ressortissants du Président Roosevelt ».

« Le chaos politique crée les catastrophes et accroît les conséquences des crises économiques ? etc., etc. »

f) *Vociférer*, selon les techniques des grecs et des romains, en émettant avec une intensité progressive des syllabes bruyantes comme *bra*, *tra*, *fri*, *pré*, et des sons de voyelles, séparés ou liés entre eux.

g) A mesure que l'élève monte vers les hautes classes, il doit être soumis à des exercices d'inflexion, d'intonation, d'émission prolongée de voyelles, d'essais d'exposés oraux en classe sur un sujet préparé mais non appris par cœur.

5. — *Ce que l'élève ne doit pas faire* :

a) Hurler en récréation en cherchant à couvrir la voix des camarades de jeux ;

b) Chanter ou crier lorsqu'il a un rhume, même à son déclin ;

c) Ne pas se soigner quand il a la voix enrouée ; il doit au contraire garder le silence, et si l'enrouement persiste, voir le médecin.

d) Chanter en dehors de sa tessiture en cherchant à monter trop haut ou à descendre trop bas sur l'échelle des sons.

6. — Lorsque le maître ou les parents ont décelé chez l'enfant un *défaut d'émission* (nasonnement, enrouement permanent, gutturalité) ou d'*articulation* (blésité, bredouillement, bégaiement), l'appel au technicien de l'orthophonie s'impose après que l'oto-rhino-laryngologiste a recherché s'il n'existe pas de causes mécaniques ou anatomiques aux troubles constatés.

7. — *A l'époque de la mue* (14 ans environ chez les garçons et 18 ans chez les filles), l'abstention de tout effort vocal individuel ou collectif est de rigueur. Au cours des exercices sportifs, tout excès de voix doit être interdit. Il ne saurait être question d'enseignement du chant avant la consolidation vocale définitive.

8. — *Au cours de l'adolescence*, le plus grand danger de surmenage ou de malmenage vocal se présente à l'occasion des exercices sportifs en raison de l'hypertonicité physique et de l'enthousiasme bruyant qui caractérisent cette époque heureuse de la vie.

C'est surtout chez les garçons que ces conseils de prudence méritent d'être strictement suivis, car la mue des jeunes filles se fait insensiblement, sans remaniement vocal étendu, et les compétitions sportives féminines ne déclenchent pas les mêmes excès vocaux.

***

Pour réaliser l'éducation vocale d'un enfant et d'un adolescent, il suffit en somme d'un peu de bonne volonté et de vigilance de la part des médecins, des parents et des éducateurs. Mais quel capital précieux est ainsi accumulé pour l'avenir de l'enfant ! Un levier de succès est mis à sa disposition, quel que soit le domaine où plus tard il exercera son activité.

Une voix chaude et sonore, sculptée par une articulation distincte et correcte, est une valeur-or. Comment convaincre un interlocuteur, comment s'imposer à un auditoire, comment émouvoir autrui sans la force persuasive, le charme ou l'autorité d'une voix nette, vibrante, souple en ses inflexions, riche en harmoniques !

En revanche, quelle infériorité pour un homme que d'être privé de qualités vocales ou d'être atteint d'un défaut d'articulation ! Un culbuteur de syllabes, un avaleur de phonèmes, un nasonneur, un contre-facteur de consonnes est en partie désarmé dans le combat quotidien que tout homme doit livrer. Il est socialement dévalorisé.

C'est pourquoi l'*éducateur* qui veut remplir sa mission constructive dans son intégralité doit s'ingénier à trouver le temps nécessaire à la préparation vocale de ses élèves ; le service qu'il leur rend de ce fait est d'un prix inestimable. Et en toutes circonstances, le *médecin de famille* doit intervenir auprès des parents pour que soit ménagée la voix de l'enfant, pour que soit dirigée l'articulation et que l'une et l'autre soient soumises à un entraînement méthodique.

Dans les cas de dyslalie ou de dysphonie, le médecin de famille a mission d'attirer l'attention des parents sur l'opportunité d'un examen laryngologique et si c'est nécessaire, d'un traitement rééducateur.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur le fibrome de l'ovaire

Le diagnostic des tumeurs solides de l'ovaire est chose difficile : fibromes, tumeurs métastatiques dites de Krukengerg, cancers primitifs. En ce qui concerne le fibrome de l'ovaire, on le distingue du fibrome pédiculé de l'utérus par la présence d'une tumeur fibreuse, à côté de l'utérus, sans tendance à la transformation maligne. Mais il est un caractère particulier au fibrome ovarien, c'est qu'il se complique presque à tout coup d'une ascite, qu'on ne retrouve presque jamais pour le fibrome de l'utérus, ni d'ailleurs pour le kyste ovarien. Le fibrome de l'ovaire est, de toutes les tumeurs solides des ovaires, celle qui est le plus souvent unilatérale, le plus régulièrement mobile, et comme on dit, presque toujours entourée d'ascite.

Ce ne sont pas toujours les formes fonctionnelles, qui pourraient éclairer le diagnostic ; il n'y a aucun lien entre le volume des tumeurs ovariennes et les douleurs qu'elles entraînent. Pas davantage les troubles de la menstruation ne peuvent avertir : ni aménorrhée, ni dysménorrhée, ni ménopause précoce ou retardée, ni sang post-ménopausique ne sont des signes réguliers.

Les signes physiques instruisent, en revanche, avec beaucoup de précision. Il y a une tumeur pelvienne dure, très mobile, près de laquelle on trouve un utérus de volume et de contours normaux, et autour de laquelle on sent du liquide ascitique. C'est cette découverte qui est capitale. Ici, par surcroît, elle est une heureuse surprise. Alors que les découvertes simultanées d'une ascite et d'une tumeur presque toujours orientent sévèrement le pronostic et font redouter une tumeur végétante ou maligne ou déjà la péritonite cancéreuse, il y a là, au contraire, lorsque la tumeur est unilatérale, régulièrement arrondie, mobile, pédiculée, une chance de tumeur bénigne, de fibrome ovarien. Il y faut penser tout de suite, il y faut attacher son meilleur espoir : ascite et tumeur d'apparence bénigne, c'est un fibrome de l'ovaire. Ne nous hâtons pas de prophétiser : ascite et tumeur, c'est une tumeur maligne ; redisons-nous : il y a une chance de tumeur bénigne facile à enlever et facile à guérir pour toujours si c'est un fibrome de l'ovaire. Assurons-nous, encore une fois, plus encore que de l'unilatéralité de la lésion, de sa mobilité, de l'intégrité, de la mobilité de l'utérus, de la souplesse du cul-de-sac de Douglas. Essayons, en plaçant la malade en Trendelenburg de percevoir entre le pédicule de la tumeur et l'une des cornes utérines le rapport non-impossible à préciser.

Naturellement, le médecin doit insister pour que le traitement chirurgical soit le traitement choisi ; celui-ci est toujours facile. Les adhérences sont l'exception. Si la lésion est bilatérale, l'hystérectomie sera la meilleure solution. Si la lésion est unilatérale, la castration unilatérale suffit. La satisfaction d'une chirurgie conservatrice peut donc s'ajouter à celle d'une cure parfaite. Les résultats éloignés sont régulièrement excellents. Comme cela vaut mieux que de ponctionner vingt fois une ascite innominée ou d'avoir décidé, à cause de la coexistence d'une tumeur et d'une ascite, que l'inopérabilité était certaine et le pronostic noir.

Tel est le résumé d'un article intéressant du Docteur H. Mondor.

(*L'Orientation médicale*, juin 1936).

Maladie de Hand-Schüller-Christian

Le Professeur F. Rathery et D. Bargeton ont eu l'occasion d'observer un enfant atteint de cette affection. Chez ce petit malade se retrouvaient les trois principaux éléments du syndrome clinique : diabète insipide, exophtalmie, lacunes osseuses. Le syndrome humoral qui l'accompagne habituellement, faisait défaut : lipides et cholestérol ne dépassaient pas dans le sang leur taux normal. Ils ne s'élevèrent qu'à une époque plus tardive de l'évolution. On constatait aussi l'existence d'une azoturie marquée et d'un abaissement considérable du métabolisme basal.

Anatomiquement la maladie de Hand-Schüller-Christian est caractérisée par la formation de dépôts xanthomateux nodulaires. C'est la nature de la substance de dépôt (lipoïdes et en particulier esters gras du cholestérol optiquement actif) ainsi que sa répartition (topographie nodulaire affectant l'aspect de pseudo-tumeurs) qui individualisent cette maladie et la différencient d'autres formes de xanthomatoses. Ces pseudo tumeurs se développent dans les tissus conjonctifs les plus variés : dure-mère, périoste, péritoine, plèvre, plus rarement dans le tissu interstitiel des organes.

Le caractère histologique le plus net des nodu-

les de la maladie de Hand-Schüller-Christian est fourni par la présence de grandes cellules étalées, amiboïdes, à petit noyau excentrique, bourrées d'inclusions lipidiques prenant les colorants des graisses tels que le soudan et faciles à reconnaître en lumière polarisée. Ces grandes cellules spumeuses sont tout à fait caractéristiques ; prélevées par ponction dans les lésions nodulaires, elles permettent de faire histologiquement le diagnostic de la maladie de Hand-Schüller-Christian.

Le traitement se propose : 1° de faire disparaître les signes de diabète insipide ; 2° d'arrêter le processus de xanthomatose et même d'essayer de faire régresser les lésions xanthomateuses.

La radiothérapie hypophysaire a donné de très heureux résultats. L'irradiation doit être pénétrante (télérœntgenthérapie) pour agir sur l'hypophyse ; elle doit aussi être prudente, car il est difficile de savoir à l'avance son action sur les fonctions de l'hypophyse, de prévoir si l'on va exercer une action stimulante ou au contraire inhibitrice. L'opothérapie post-hypophysaire est susceptible de faire régresser admirablement les signes de diabète insipide. Les extraits post-hypophysaires ayant une action immédiate et qui s'épuise vite, on est obligé de recourir à l'administration de doses fractionnées multiples dans le nycthémère ; aussi faut-il préférer à l'injection sous-cutanée l'administration par prises nasales que l'on peut répéter souvent dans le cours de la journée. Lorsque n'existe aucune contre-indication locale (lésion nasale, coryza), la prise nasale est le mode d'administration de choix, et l'injection sous-cutanée n'est à employer que lorsque la prise nasale est impossible.

Le régime alimentaire doit être surveillé, les corps gras restreints et les aliments riches en cholestérol proscrits (œuf, cervelle, ris de veau, abats).

Lorsque existe un abaissement marqué du métabolisme basal et que l'on suppose qu'une insuffisance thyroïdienne, soit primitive, soit contre-coup d'un trouble hypophysaire, vient jouer son rôle dans le défaut d'utilisation des graisses, il devient logique de recourir au traitement par les extraits thyroïdiens.

(*Paris médical*, 4 juillet 1936).

La lutte contre le rhumatisme en France.

Le Docteur Mathieu-Pierre WEIL attire l'attention des pouvoirs responsables sur trois créations qui, pour les rhumatisants, s'imposent immédiatement : celle du Centre de diagnostic et de traitement, des anatoriums spécialisés, et de bureaux de travail et de récupération fonctionnelle.

Le Bureau de travail et de récupération fonctionnelle aura une double mission : 1° celle de diriger le sujet vers les métiers qui conviennent à ses qualités physiques ; il n'est plus admissible que nous continuions à voir des porteurs aux halles atteints de luxation de la hanche ; 2° celle de trouver au rhumatisant chronique le travail pour lequel il demeure apte, tel sujet atteint d'une arthrite chronique, professionnelle ou non, pouvant être récupéré à condition qu'il soit dirigé, momentanément ou définitivement vers une profession différente de celle qu'il exerçait préalablement et qui laissera au repos l'articulation malade. Et nous n'assisterons plus à ce scandale permanent d'un ouvrier qui devient un déchet social parce qu'il présente une lésion chronique de l'articulation sans laquelle il ne peut plus exercer son métier antérieur.

A ces trois créations, on ne saurait réduire la lutte contre le rhumatisme. De nombreuses mesures autres méritent de retenir l'attention et d'être étudiées avec soin. Mais celles-là apparaissent de beaucoup les plus évidemment et immédiatement indispensables et urgentes. L'auteur demande que les pouvoirs publics veuillent bien aussitôt les mettre à l'étude avec la volonté d'aboutir. Ils auront bien mérité de la Patrie, tout en défendant leurs plus immédiats intérêts. (*Revue du Rhumatisme*, mai 1936.)

Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux post traumatiques.

Les hématomes sous-duraux post-traumatiques sont très fréquents et revêtent, le plus souvent, l'aspect d'un syndrome psychique sans autre signe bien défini de lésion organique du système nerveux. Pour étayer un diagnostic précis il faut donc recourir à l'encéphalographie gazeuse, ou mieux parfois à la ventriculographie. MM. Thomas-I. HOEN et PANET-RAYMOND, de Montréal, sont d'avis que les explorations limitées telles que ponctions par simples trous de trépan, ont totalement insuffisantes et que le seul traitement adéquat consiste à faire une craniotomie large avec extirpation des membranes enveloppantes de l'hématome. (*L'Union Médicale du Canada*, mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Bacilles de Koch dans l'expectoration des suppurations broncho-pulmonaires

(MM. F. Bezançon, P. Braun et A. Meyer ; 23-6-1936)

Les progrès de la technique bactériologique, les méthodes nouvelles de culture du bacille tuberculeux (Lowenstein-Pétragnani) en particulier, ont permis de constater la présence du bacille de Koch dans des circonstances où il n'avait pu être découvert jusque-là et où l'on ne pensait pas d'ailleurs le rencontrer.

Des observations anciennes (Gouget, Papenheim, etc...) ont signalé déjà l'apparition de bacilles acido-résistants dans des cas d'abcès du poumon à pyogènes et dans des cas de gangrène pulmonaire, mais on n'avait pas osé conclure à leur nature tuberculeuse. M. Fernand Bezançon et ses collaborateurs se sont attachés à la solution de ce problème en faisant une recherche systématique du bacille dans toutes les expectorations, ce que seule permet la méthode des cultures, telle qu'elle est instaurée, d'une façon presque industrielle, au laboratoire du Professeur Bezançon.

Sergent et Kourilsky, dans la thèse de Conve, Ameuille, à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, ont appelé l'attention sur la relative fréquence de l'infection tuberculeuse au cours de suppurations pulmonaires. M. Bezançon et ses collaborateurs ont pu identifier le bacille et l'authentifier, dans quatre cas d'abcès du poumon et un cas de dilatation des bronches.

La question se pose de la signification de ces bacilles.

Impliquent-ils une expulsion toute transitoire de germes tuberculeux, un incident tout à fait fugace, ou une tuberculose évolutive.

Chez un de ces malades, au cours d'une poussée fébrile, on trouva dans l'expectoration du pneumocoque et quelques bacilles de Koch ; l'examen radiologique montrait une image hydro-aérique au centre du lobe inférieur droit. On parlait de pratiquer un pneumothorax. Averti par son expérience antérieure, sachant la signification de la constatation de bacilles dans les suppurations pulmonaires sans signes radiologiques et cliniques apparents de tuberculose, M. Bezançon préconisa la temporisation. Un mois après, tout était disparu.

Les faits de ce genre montrent qu'à des occasions diverses entraînant un processus congestif ou inflammatoire broncho-pulmonaire des bacilles de Koch peuvent apparaître dans l'expectoration d'une façon temporaire sans que, du moins à ce moment, on puisse penser à une évolution de tuberculose clinique manifeste. Il y a lieu de croire que la recherche systématique du bacille de Koch par la méthode des cultures montrera de plus en plus la présence de micro-infections par le bacille tuberculeux dans des cas où la maladie principale sera de tout autre nature.

Le clinicien s'efforcera d'interpréter la découverte du laboratoire : si la présence de rares bacilles sans signes radiologiques ou cliniques de tuberculose ne doit pas entraîner *de plano*, la sanction thérapeutique résultant de la constatation d'un foyer clinique tuberculeux, elle doit cependant nécessiter une mise en observation prolongée du malade dans les conditions d'hygiène les plus favorables.

— M. Emile Sergent rappelle qu'il a étudié cette question dans la thèse de son élève Conve.

Académie de chirurgie

Hémi-pancréatectomie dans le traitement des pancréatites chroniques localisées

(M. P. Malley-Guy, de Lyon. Rapport de M. P. Brocq ; 22-4-1936)

Les interventions qui ont été pratiquées dans les pancréatites sans ictère se réduisent à trois types :

La pancréatolyse.

La pancréatostomie.

La pancréatectomie partielle.

M. P. Malley-Guy a pratiqué une hémi-pancréatectomie gauche dans trois cas de pancréatite chronique localisée au corps de la glande, avec bons résultats, auxquels il manque encore toutefois l'épreuve du temps. L'un date de un an et demi, les deux autres sont plus récents.

Hépatome de la clavicule

(MM. Hartmann, P. Guérin et Oberling ; 22-4-1936)

Un homme de soixante-quatorze ans vient consulter pour une tumeur, du volume du poing, de la clavicule gauche. Une petite incision faite sur la néoplasie et l'ablation à la curette d'un fragment de celle-ci permettent un examen histologique qui révèle la nature épithéliomateuse de la tumeur. L'examen complet du malade montre que le foie est volumineux et fait diagnostiquer une métastase d'une tumeur du foie, un « hépatome » de la clavicule. Un traitement radiothérapique est institué. Le malade perd l'appétit, maigrit et meurt, malgré une diminution de la tumeur claviculaire.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Lithiase pancréatique et diabète

(M. Marcel Labbé, 24-4-1936)

La lithiase du pancréas n'est pas fréquente ; dans un tiers des cas seulement, elle s'accompagne de diabète. Aux observations déjà connues, l'auteur en ajoute une nouvelle. Ces exemples permettent de décrire les caractères cliniques de la lithiase pancréatique avec diabète. Ce sont : 1° la douleur ; 2° les troubles de la digestion pancréatique ; 3° le diabète ; 4° les images radiologiques de lithiase.

La douleur est à peu près constante ; elle siège à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, quelquefois directement au-devant du pancréas ; c'est tantôt un endolorissement permanent avec un point douloureux fixe, tantôt une sensation de brûlure, de transfixion. Sur ce fond douloureux se produisent des crises avec irradiations survenant à des heures diverses. Elles sont quelquefois accompagnées de vomissements, d'anorexie ; elles rappellent les crises hépatique, néphrétique, qu'il est souvent difficile de distinguer.

Les troubles de la digestion pancréatique sont constants. La selle a les caractères macroscopiques et microscopiques de l'insuffisance pancréatique. Le tubage duodénal permet de caractériser une insuffisance de la trypsine et de la lipase du suc pancréatique. Ces troubles digestifs s'accompagnent d'anorexie, de nausées et entraînent un grand amaigrissement. Un ictère vrai ou un subictère s'observe dans un certain nombre de cas ; il est dû probablement au gonflement de la tête du pancréas.

Le diabète vrai s'observe dans un tiers des cas de lithiase pancréatique ; son intensité est variable, c'est tantôt un diabète sans dénutrition, tantôt un diabète avec dénutrition azotée et acidose. Au point de vue clinique, il existe un contraste frappant entre la bénignité relative du diabète et la gravité de l'état général qui est due à l'association des troubles digestifs au diabète.

Dans les cas de lithiase pancréatique sans diabète, on peut déceler un trouble glyco-régulateur plus ou moins intense au moyen de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. Les aspects radiologiques de la lithiase pancréatique sont pathognomoniques. Les calculs pancréatiques sont opaques, granités, à contours flous Ils siègent au niveau de la douzième vertèbre dorsale, de la première et de la deuxième lombaires. On les trouve dans la tête du pancréas, dans le corps et dans la queue. Tantôt il s'agit d'un calcul isolé, tantôt et plus souvent de calculs multiples formant des chapelets, des arcs, des groupes. Les calculs sont de volume variable, depuis la simple boue calcaire jusqu'au gros calcul isolé ; on en cite un de 250 grammes. Le plus souvent ce sont des calculs multiples du volume d'un pois. Leur nombre est variable, de deux ou trois à plusieurs dizaines. Leur forme est ronde, ovale ou allongée ; le plus souvent lisses, ils sont quelquefois mûriformes ; parfois, ils moulent les canaux excréteurs ; leur consistance est compacte ou friable.

Le pancréas est le plus souvent très altéré ; il est atteint de sclérose et de lipomatose. Le pronostic est grave ; on ne saurait fixer la survie à trois ans (Lancereaux), car il y a certainement des sujets qui ont survécu plus longtemps. Mais dès que la lithiase se manifeste par des troubles digestifs et se complique de diabète, elle devient toujours très grave et son évolution est assez rapidement fatale.

Le traitement consiste : pour le diabète, dans le régime et l'insuline ; pour les troubles digestifs, dans l'emploi des extraits pancréatiques ; et pour la lithiase, lorsqu'elle n'est pas trop disséminée, dans la chirurgie.

Tachycardie sinusale permanente compliquée de crises tachycardiques chez un blessé de poitrine

(M. Ed. Doumer, 24-4-1936)

En rapportant une observation de ce genre, l'auteur rappelle qu'il a déjà soutenu à ce propos la dualité du mécanisme des tachycardies dites essentielles, en croyant pouvoir opposer des tachycardies liées à la présence d'une altération lésionnelle jouant le rôle d'épine irritative aux tachycardies par hyperexcitabilité purement fonctionnelle du système neurotonique, auquel se rattache le système accélérateur du cœur. Dans les trois observations communiquées précédemment, on trouvait des particularités séméiologiques qui indiquaient non pas de l'hyperexcitabilité, mais une excitation permanente du système accélérateur du cœur ; on a pu, d'autre part, mettre en évidence des preuves plus convaincantes d'une lésion irritative du sympathique : syndrome oculaire d'excitation sympathique du côté du projectile ; douleurs paresthésiques à caractère causalgique et crises de contracture du membre supérieur du côté atteint.

Chrysothérapie et leucémie aiguë

(MM. R. Boulin, Fl. Coste, P. Oury et J. Antonelli, 24-4-1936)

Dans un cas observé, le tableau clinique a simulé celui d'une agranulocytose, mais l'examen du sang a révélé la présence d'une leucocytose à 79.200, et surtout celle d'un pourcentage élevé de cellules souches atteignant 17,5 à 20 ou 25 %.

C'est là le second cas de leucémie d'origine aurique. L'or doit être rangé à côté des rayons X ou des corps radio-actifs, du benzol, du goudron, etc... parmi les agents provocateurs possibles de leucémie.

G. F.

Les Congrès

XXIe SESSION D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Par G. BLECHMANN

Notre ami Dubois (de Saujon) a bien voulu décrire pour les lecteurs du *Concours Médical* les belles journées des Assises franco-italiennes — organisées par d'Oelsnitz, Jean Médecin et H. Godlewski — présidées les 5 et 6 avril derniers à Nice par le Prof. Zoja, qui dirigea les débats des précédentes assises italiennes et par le Prof. Cunéo, qui veille aux destinées du comité médical France-Italie. Il nous a paru intéressant de reproduire les diverses conclusions de nos confrères italiens sur les APPENDICITES CHRONIQUES OPÉRÉES (résultats éloignés).

Les assises franco-italiennes. — Ce que nos confrères italiens pensent des résultats éloignés des appendicites chroniques opérées

Qu'on me permette de reproduire d'abord certaines paroles du secrétaire général. Dans son compte-rendu, H. Godlewski a bien montré qu'aucune assimilation n'est possible entre nos Assises et un Congrès. Un congrès suscite des travaux personnels, épars. Il n'en est pas fait de synthèse, servant d'argument à un débat décisif et concluant. Au contraire, les Assises condensent d'abord en synthèse l'observation et aboutissent à une conclusion formelle et unanime de la masse. Elles dégagent ainsi, non pas l'opinion personnelle, mais l'opinion générale maîtresse. C'est ce qu'exposait H. G. dans le numéro de fondation (*Médecine Générale Française*, mars 1932, tome I, nº 1, page 1. *But* : *les Assises seront « l'émanation de la conscience de tous »*).

« A cette époque, nous ne prétendions dégager que l'opinion des cliniciens français. Nous y sommes parvenus régulièrement depuis, au cours de vingt sessions. Pour la vingt-et-unième, à notre quatrième anniversaire, il s'agissait de dégager plus que l'opinion nationale, l'opinion internationale et de donner à l'événement tout l'éclat désirable. Cet éclat a pris des proportions inespérées. Les Assises franco-italiennes de Nice dateront dans les Annales scientifiques par l'ampleur et la qualité de leurs travaux, par l'union intellectuelle de deux nations, par le raffinement dans l'accueil de nos hôtes. »

***

Voici d'abord la synthèse des conclusions des assises départementales qui exposent d'une façon complète la doctrine française sur la question.

L'expression d'*appendicite chronique* est consacrée par l'usage ; elle se rapporte à deux catégories de malades : les chroniques d'emblée et ceux devenus chroniques. Les premiers, rares, n'ont jamais de crise aiguë ; celle-ci est relevée au contraire chez les seconds, qui comprennant la majorité des opérés. Telle est la constatation faite dans la plupart des départements et résumée par les Alpes-Maritimes.

Des conditions anatomiques variées rendent compte de la diversité clinique : à l'appui, le Vaucluse cite les torsions de l'organe sur son méso tendu en corde, le ganglion enflammé de l'extrémité de ce méso ; l'Eure-et-Loir, la forme calculeuse opérée parfois très tardivement ; le Puy-de-Dôme, l'appendicite kystique ; le Gard, l'Hérault, l'Ille-et-Vilaine, la folliculite appendiculaire, la part des lésions de l'iléo-cæcum.

Les relevés de carrières médicales et chirurgicales, confrontés en grand nombre à ces assises, font ressortir des résultats éloignés favorables chez les opérés, en moyenne dans la proportion des deux tiers aux trois quarts des cas.

Il y a accord général pour dire que *la clé de la thérapeutique* est la précision du diagnostic : de sa qualité dépend la qualité de la guérison. On appuie le diagnostic *positif sur la recherche de la douleur, dont la valeur* est accrue lorsqu'elle existe avec amaigrissement, nausées et constipation. Cette douleur au point de Mac Burney fait cependant défaut, parfois longtemps ; d'autres fois, elle résume la symptomatologie. Le *dossier fouillé*, qui doit être celui de tout suspect, comporte en outre les principaux éléments suivants : toucher vaginal et rectal, examens hématologiques et radiographiques, précisant la localisation douloureuse, la stase, le spasme, la mobilité, tous examens gagnant à être répétés.

La *lésion associée* la plus fréquente est la colite droite, dont les troubles chez l'*opéré subsistent non comme* séquelle mais comme reliquat de la maladie (Hérault) ; vient ensuite la tuberculose péritonéale particulièrement mentionnée par plusieurs départements.

Les échecs tiennent surtout aux erreurs de diagnostic : échec constant chez les neuropsychiques (souvent ptosiques), sauf les phobiques « affolés d'appendicite » (Cher), qui guérissent lorsque est supprimé le motif de leur anxiété ; échec par confusion avec l'ulcus, les lithiases, les annexites.

L'appendicite chronique disparaît de l'observation courante dans les secteurs de carrière, où, depuis Dieulafoy, on opère précocement et surtout les enfants, à la moindre alerte de crise aiguë ou subaiguë.

Les principes généraux de technique opératoire, utiles aux résultats éloignés, sont bien résumés dans cette formule de l'Ille-et-Vilaine, qui répond au sentiment général : « L'exploration sera aussi étendue que possible, la besogne accomplie avec minutie, douceur et asepsie parfaites ». Il s'agit, en effet, de supprimer un foyer et de rétablir un bon fonctionnement organique, pour supprimer les troubles de dysergie iléo-cæcale.

Les soins et la diététique règlent l'avenir du sujet. L'arsenal thérapeutique est chaque jour enrichi. La physiothérapie moderne jouit d'une faveur méritée. Les bienfaits thermaux diminuent les chances de réintervention : Châtel-Guyon et Plombières, pour les troubles intestinaux ; Vichy et Vittel pour les hépatiques ; la Preste, pour la colibacillose ; cures de désintoxication d'Evian et Contrexéville ; cures sédatives de Néris, de Divonne, de Saujon, sous contrôle médical vigilant : l'acte chirurgical ne supprime pas l'acte médical (Eure-et-Loir).

***

Laissons la parole maintenant aux éminents confrères italiens.

M. le Prof. Quarelli, de Turin. — Dans cette agréable séance, où des collègues français et italiens se sont réunis en affirmant, une fois de plus, leur fraternité latine, nous développons, sur les résultats éloignés des appendicites chroniques opérées, les arguments traités aux Assises médicales qui se sont tenues à Turin.

Crama, qui a une longue expérience et une forte compétence clinique, croit les séquelles éloignées de l'appendicectomie très rares ; d'autres, par exemple de Ferrata, ont. de la question, une vision essentiellement contraire !

Dans les formes d'appendicites dépendant de colites catarrhales, à mon avis, l'ablation de l'appendice supprime un danger pour le patient, mais les résultats sont toujours bien aléatoires.

M. le Prof. Donati, de Milan. — Il faut dire que l'appendicite chronique d'emblée, en tant que maladie essentielle, « mal appendiculaire » — comme je l'ai dit — est relativement rare, certainement au-dessous de 10 %. Les appendicites devenues chroniques constituent le plus grand nombre.

Le Prof. Edouard Donetti, de Montecatini-Terme. — Les conclusions auxquelles nous arrivons après l'examen de plusieurs centaines de malades au cours d'un long exercice professionnel sont les suivantes :

1° Il n'y a qu'une appendicite, l'appendicite aiguë qui a ses symptômes avec des indications thérapeutiques bien claires et définies ;

2° On ne peut pas admettre l'existence d'une appendicite chronique primitive conçue comme lésion primitive et localisée de l'appendice car les examens *anatomo-pathologiques aussi bien macroscopiques* que microscopiques ne caractérisent pas cette maladie.

M. le Prof. Sabatini, de Gênes. — Nous devons encore conclure que le diagnostic d'appendicite chronique est un diagnostic très difficile. Donc, diagnostic très difficile, et par conséquent, qui doit être très prudent. Nous savons que l'anatomo-pathologie ne nous révèle pas ce qu'il y a dans les appendicites.

Pour ce qui tient aux statistiques, nous ne pourrons peut-être jamais être d'accord avec nos collègues chirurgiens sur les séquelles lointaines de l'appendicectomie parce qu'ils ne voient plus à distance de temps leurs malades ; ceux-ci ne reviennent pas au chirurgien, même s'il les appelle, quand ils n'ont plus une appendicite à leur offrir, et alors, c'est nous, médecins, qui voyons ces séquelles lointaines.

M. Balderi, de Milan. — Une des complications qui concerne l'appendicite chronique, évidemment très rare, c'est l'hématurie.

Je vais encore attirer l'attention de mes collègues médecins et chirurgiens sur les complexus entéro-rénaux qui ont une très grande importance au point de vue soit de l'étude, soit du diagnostic. Une excessive spécialisation, comme cela arrive en Amérique, rapporte tout de suite les hématuries à des syndromes rénaux tandis qu'ils sont peut-être des syndromes entéro-rénaux, avec une indication thérapeutique bien différente.

M. le Prof. Rietti, de Ferrare. — Le problème de l'appendicite chronique primitive est très difficile, très complexe, et très « polyédrique » ; il ne peut être résolu par l'appendicectomie, par l'ablation de cet organe rudimentaire dont le fonctionnement physiologique nous est encore si imparfaitement connu que rien, à mon sens, n'autorise à le considérer comme le point de départ de la pathologie de cette région.

M. le Prof. Guido Manni, de Trieste. — Il y a des malades qui vont subir trois, quatre fois une laparatomie, sans jamais pouvoir guérir à cause des adhérences qui se reproduisent chaque fois et amènent régulièrement une aggravation des symptômes. La cause n'en est pas à l'opération, mais plutôt à une prédisposition constitutionnelle, qui représente une vraie « diathèse adhérentielle ».

M. le Prof. Masocchi, de Milan. — L'appendicite chronique d'emblée *ab initia* existe comme forme anatomo-pathologique à part et comme forme clinique.

Elle est rare : environ 6 % de toutes les appendicites, d'après mon expérience : mais son existence est démontrée.

M. Massimo Chiadimi, de Forli. — Il vaut mieux diagnostiquer « maladies appendiculaires » plutôt qu' « appendicite chronique essentielle ».

M. G. Formi, de Venise. — Sur 1.363 appendicectomies exécutées entre 1920 et 1935, il en est à considérer chroniques *ab initio* 295, c'est-à-dire 21 %. L'appendicite chronique primitive doit être admise comme entité anatomo-histologique ; il est difficile d'en démontrer le syndrome clinique pur, sans altération des viscères contigus (membranes péricæcales et péricolitiques, inversions, etc.).

M. le Prof. Allodi, de Turin. — Le signe le plus probant d'une appendicite est la douleur persistante *ou intermittente, subjective, localisée.* Par contre, lorsqu'il manque, nous devons être plus prudents avant de conseiller l'intervention.

M. le Prof. Gioid, de Pavie. — Contre les dénigrateurs systématiques de l'intervention dans l'appendicite chronique ainsi dite (il y en a aussi parmi les chirurgiens), demeure pour moi le fait significatif que, aux chirurgiens, se présentent presque toujours, les malades de seconde main, après des années et des années de souffrances plus ou moins graves, mais persistantes et après avoir épuisé, mais en vain, tout le bagage de la thérapeutique médicamenteuse, physique et diététique.

M. le Prof. Francesco d'Agostino, d'Imola. — Il est hors de doute qu'une appendicite chronique abandonnée à elle-même peut provoquer des lésions à d'autres organes proches ou éloignés. Cela se produit, d'après moi, principalement par voie lymphatique. Il en découle le principe que l'on doit enlever l'appendice malade sans trop attendre.

M. le Prof. Solieri. — Il ne faut pas oublier, dans cette analyse, certaines femmes à fond hystérique, qui ont une véritable manie pour les maladies et les opérations chirurgicales, une vraie bistouriphilie.

La palme revient à une femme que j'ai suivie depuis son enfance qui a eu dix-huit opérations après l'appendicectomie (quelques-unes seulement exécutées par moi) ; elle fut finalement miraculée à Lourdes.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

WILLIAM BLACKWOOD et SONS Ltd., éditeurs. Edimbourg et Londres (37, Paternoster Row)

Claude LILLINGSTON. — **His patients died,** Roman médical, 2e édition, 317 pages, 1936. Prix : 7 sh. 6.

EDITIONS MEDICIS
30, rue de Bellefond, Paris (IXe).

Paul BRUÈRE et Georges VOULOIR. — **Face au péril aéro-chimique.** *La sécurité chez vous sans masque, sans abri.* Préface de Madame la Maréchale Joffre. Illustration de G. Le Poitevin. Un vol. 118 pages 1936. Prix : 15 francs.

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille.

Collection « Les thérapeutiques nouvelles », publiées *sous* la *direction* du *Professeur* Rathery.
Professeur Antonin CLERC. — **Les tachycardies et leur traitement.** Un grand in-8 de 88 pages avec fig., 1936. Prix : 12 francs.

Docteur H. GRENET. — **Le traitement des vomissements des nourrissons.** Un grand in-8 de 56 pages. 1936. Prix : 12 francs.

EDITIONS DE L'ANNUAIRE MONDIAL DE MÉDECINE
Bourse du Commerce, Paris,

Annuaire mondial de médecine. *Spécialités pharmaceutiques* 1936, 140 pages. Prix : 40 francs.

AMÉDÉE LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain.

Dr Mme née KACHPEROFF et M. MACAIGNE, professeur agrégé. — **La vie dictée par la science.** Un vol. 200 pages, 1936. Prix : 10 francs.

IMPRIMERIE HENRY MALLEZ
à Cambrai.

Docteur V. L. — **Prisonnier de guerre,** 15 juillet 1918-27 janvier 1919. *Mémoires d'un médecin aide-major de l'armée française.* Un vol. 172 pages. Edition originale à tirage limité, juin 1936.

J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs
19, rue Hautefeuille, Paris VIe

Dr Paul BANZET, chirurgien des hôpitaux de Paris. — **Thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire.** 1 vol. grand in-8 de 32 pages : 9 francs. Collection « Les Thérapeutiques nouvelles », publiées sous la direction du Prof. RATHERY.

Cette affection pose des problèmes thérapeutiques dont la solution est loin d'être toujours simple ; elle englobe sous une étiologie commune, des manifestations très différentes quant à leur morphologie clinique, quant aux lésions anatomiques qui sont à leurs bases et qui sont justiciables de thérapeutiques chirurgicales très variées.

Par ailleurs on peut dire que la question est d'actualité puisque les problèmes thérapeutiques posés par la lithiase biliaire sont loin d'être tous élucidés ; et l'accord n'est pas toujours réalisé quant aux méthodes à employer.

L'auteur étudie dans un premier chapitre les cholécystites chroniques puis les cholécystites aiguës. Il envisage ensuite les accidents d'obstruction du canal cholédoque. Il termine enfin par les complications plus rares de la lithiase biliaire : les pancréatites chroniques et aiguës, l'iléus biliaire et les fistules biliaires.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Prof. F. RATHERY. — **Maladies de la nutrition.** Un vol. de 174 pages. (Collection des initiations médicales), 22 francs.

Ce petit livre s'adresse aux débutants, comme tous ceux de cette collection. Ils y trouveront la mise au point actuelle de nos connaissances sur les maladies de la nutrition, principalement sur les troubles du métabolisme (le diabète en particulier) dont l'étude a été très poussée au cours des dernières années.

Principaux chapitres : I. — La ration alimentaire normale. Mécanisme général des échanges nutritifs et méthodes d'exploration en clinique ; II. — Inanition et alimentation surabondante ; III. — Syndromes relevant d'anomalies dans les échanges nutritifs. Syndromes tenant à des anomalies dans le métabolisme protidique ; dans le métabolisme des lipides ; dans le métabolisme des glucides (Diabète sucré) ; IV. — Avitaminoses ; V. — Carences salines ; VI. — Etats diathésiques.

Les Thèses

P. — Dr P. Lambling. — **Contribution à l'étude des effets de certaines substances thérapeutiques sur la circulation de retour** (Intérêt de la phlébopiézométrie. Nouveau dispositif de mesure en série de la pression veineuse périphérique). Travail du service du Professeur M. Villaret. (Thèse, 1936.)

Désirant étudier les modifications de la circulation de retour sous l'influence de certains agents thérapeutiques, l'auteur s'est adressé à la pression veineuse périphérique, mesurée à la phlébopiézométrie directe.

Il a étudié l'action sur la pression veineuse périphérique de l'homme des médicaments suivants : ouabaïne, adrénaline, trinitrine, acétylcholine, histamine, gluconate et chlorure de calcium, post-hypophyse.

De cette étude il lui paraît possible de retenir quelques notions sur le caractère de la pression veineuse périphérique : *a*) à l'état normal, il faut des substances très actives, et le plus souvent injectées dans les veines à forte dose, pour faire varier la pression veineuse ; *celle-ci paraît donc avoir une constance* et une fixité relatives, plus grandes que celles de la pression artérielle ; *b*) il convient de discriminer les effets obtenus sur la pression veineuse normale ou pathologiquement modifiée ; *c*) la plupart des substances qui ont agi sur la pression veineuse ont agi aussi sur le fonctionnement du cœur ; *d*) le facteur cardiaque de la pression veineuse, comme tendent à le prouver les expériences sur l'animal, paraît dominant.

P. — Dr J. Debray. — **Etude clinique de la lymphadénie tuberculeuse.** (Thèse, 1936.)

La lymphadénie tuberculeuse se manifeste par un ensemble de signes cliniques dont aucun n'est pathognomonique ; cet ensemble réalise un syndrome qui présente de grandes analogies avec certains états aleucémiques et une identité complète avec la lymphogranulomatose, les petits signes différentiels que l'on donnait jusqu'ici pour orienter le diagnostic pouvant se trouver, dans l'une et dans l'autre de ces maladies.

Cette identité dans les signes, dans l'évolution, dans le pronostic rapproche ces deux maladies ; on pourrait donc leur donner un nom commun, celui de lymphadénie : un abcès sera toujours appelé abcès quel que soit le germe en cause, une lymphadénie sera appelée lymphadénie qu'elle soit d'origine tuberculeuse ou granulomateuse, d'autant plus que l'on n'est pas encore sûr de la pathogénie de cette dernière qui pourrait être une forme réactionnelle spéciale vis-à-vis du bacille tuberculeux ou d'un bacille tuberculeux modifié.

Seuls la biopsie et l'examen histologique permettront de faire le diagnostic différentiel entre la lymphadénie tuberculeuse et la lymphadénie granulomateuse ; mais il faut savoir que parfois l'examen ne pourra mettre en évidence ni le bacille de Koch ou ses réactions tissulaires caractéristiques, ni les cellules de Sternberg, ou montrera au contraire une intrication des deux.

Enfin ces lymphadénies seront appelées aleucémiques pour montrer qu'il n'existe aucune atteinte des globules blancs, et ainsi par ce terme de lymphadénies aleucémiques on entend tous les états présentant des hypertrophies ganglionnaires chroniques à évolution constamment progressive, ne s'accompagnant pas d'altérations leucémiques du sang.

P. — Dr J.-J. Wagner. — **Les diverticulites hémorragiques du gros intestin.** (Thèse, 1936.)

Koch, en 1903, a publié le premier une observation où mention est faite d'hémorragies au cours des diverticulites.

Les hémorragies des diverticulites sont des hémorragies de sang rouge ; il n'existe pas pratiquement de melæna au cours de ces affections. Ce sont des hémorragies assez abondantes, mais qui mettent rarement la vie du malade en danger. Elles récidivent souvent à des intervalles variables et peuvent entraîner une anémie hypochrome assez intense.

La radiologie apporte l'élément de certitude pour le diagnostic des diverticulites hémorragiques.

En général un traitement médical, composé essentiellement de pansements coliques, guérit la poussée de diverticulite ; la diverticulose elle-même est incurable médicalement.

On est exceptionnellement obligé d'intervenir dans les diverticulites hémorragiques. On sera conduit à le faire lorsque l'hémorragie profuse résiste aux traitements médicaux habituels ; lorsque la poussée subaiguë s'aggrave et tend à évoluer vers le phlegmon sigmoïdien ou la perforation en péritoine enkysté ; lorsque est fondée la crainte de l'existence ou de la coexistence d'un néoplasme colique.

L'auteur apporte 16 observations de diverticulite hémorragique dont deux observations personnelles.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

UN PROGRÈS NOTABLE DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA CARDIOLOGIE

Les bruits d'auscultation en audition collective ; leur production enregistrée sur disques ; un Pick up médical

Le Professeur Lian et G. Minot ont pu réaliser, après plusieurs années de recherches, l'audition collective des bruits d'aucultation en haut-parleur. L'appareil, qu'ils ont inventé se nomme le *téléstétophone* (1).

Il se compose d'un microphone, d'un amplificateur et d'un haut-parleur.

Le microphone du type électro-magnétique est en contact direct (sans air, ni liquide) avec la paroi thoracique. Son élément sensible a cependant été construit absolument « flottant », de manière à le rendre très sensible aux vibrations sonores de la paroi thoracique, mais insensible aux oscillations mécaniques de cette paroi, ainsi qu'aux vibrations sonores aériennes. Ce dernier avantage permet d'effectuer une auscultation collective avec un haut-parleur puissant, par exemple dans une salle de théâtre, tout en plaçant le patient à deux mètres de ce haut-parleur, sans interruption d'aucune cloison.

L'amplificateur, à multiples cellules, est alimenté à l'aide du réseau d'éclairage électrique, et contient six lampes amplificatrices sélectionnées ; il est constitué de façon à éliminer les fréquences supérieures à 800, limite maxima des phénomènes d'auscultation.

Quant au haut-parleur, il ne comporte aucun transformateur, car cet appareil possède un rendement très faible à l'égard des fréquences graves, qui sont celles des bruits d'auscultation. Toutefois pour la diffusion dans une grande salle, comme un théâtre, il y a lieu d'employer un haut-parleur supplémentaire à transformateur, muni d'un grand écran ou d'un cône de diffusion spécial pour notes graves.

Le téléstétophone est enfermé dans un coffre, ayant l'aspect d'un appareil de T. S. F. ; il est facilement transportable. Son mode d'emploi est extrêmement simple. On le relie au secteur et à la terre. Puis on place le microphone dans la région de la paroi thoracique à ausculter ; on règle enfin par un bouton spécial l'intensité de la diffusion sonore.

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris. (*Bulletin* du 1er juin 1936).

Cet appareil, réalisé pour les bruits et souffles cardiaques, permet également l'auscultation à distance des divers signes stéthacoustiques (respiratoires, abdominaux, etc.).

Enregistrement sur films.

Les courants électriques, disponibles à la sortie de l'amplificateur et du haut-parleur, qui font partie du téléstétophone, sont assez intenses pour alimenmenter un appareil enregistreur sur films. Les différents types d'appareils enregistreurs sont utilisables à cette fin : oscillographes à miroir, à corde ; oscillographe cathodique, etc.

Cette facilité d'enregistrer sur film les vibrations du haut-parleur lui-même est avantageuse, car l'appareillage en est simplifié, et l'on possède ainsi la certitude que les oscillations enregistrées sont bien la traduction fidèle des bruits entendus dans le haut-parleur. Il devient inutile dans la pratique de reconstituer le son en partant du film. D'autre part, grâce au haut-parleur, on a la possibilité de choisir les points d'application du microphone, et l'on sait par avance quel bruit d'auscultation sera enregistré sur le film.

L'ensemble de cet appareil enregistreur (*phonostéthographe*) est enfermé dans un tube, logé à l'intérieur du coffret du téléstéthophone. Il est constitué par un fil de 1/100 de millimètre de diamètre et 1 millimètre de long. Ce fil est solidaire de l'équipage mobile, qui entraîne la paroi du haut-parleur. Un dispositif lumineux (lampe électrique et objectif) envoie une vive lumière sur le dit fil, dont l'ombre, après amplification optique, se projette sur la fente d'un dérouleur de films (celui d'un électro-cardiographe, par exemple).

Cet appareil permet, si on le désire, de réaliser l'enregistrement en « dents de scie » sur film transparent pour reproduction sonore : un léger décalage du système optique fait alors recueillir non plus les déplacements de l'ombre d'un fil, mais bien ceux de l'ombre d'une plaquette métallique solidaire de la membrane du haut-parleur. Dans ces conditions, le graphique au

lieu de représenter les oscillations par un tracé, les représente par une ombre dentelée. Dans les films ainsi obtenus, le tracé donne exactement le nombre de vibrations de chaque bruit ou souffle pathologique.

Enregistrement sur disques. — Le Pick up médical.

La méthode précédente est assez onéreuse, parce que, tant pour l'inscription des bruits ou souffles pathologiques, que pour celle des commentaires oraux, de longues bandes de film sont nécessaires, ce qui entraîne des frais importants, pour l'acquisition des films comme pour les travaux photographiques ; en outre, le prix de l'installation devrait s'augmenter de celui d'un dérouleur spécial et d'un lecteur de films.

Les auteurs ont donc préféré la méthode de gravure sur disques et ils l'ont adaptée à la nature des phénomènes stéthacoustiques.

Celle-ci présente de grands avantages : 1° elle est rapide et ne nécessite pas de travaux photographiques ; 2° le contrôle auditif des bruits enregistrés peut avoir lieu immédiatement après leur gravure ; 3° l'appareil d'audition est relativement simple et indéréglable ; 4° enfin cette méthode est peu coûteuse.

Pour adapter la gravure des disques à la nature des phénomènes à enregister, il a fallu se préoccuper spécialement des points suivants :

A. *Vitesse de rotation du disque.* — On a choisi la vitesse de 78 tours-minute, parce que c'est la vitesse standard et que celle-ci convient très bien aux phénomènes cliniques d'auscultation.

B. *Nature des disques.* — Les disques actuels ont 25 centimètres de diamètre, et permettent environ trois minutes d'audition par face. Ils sont constitués par une substance spéciale, homogène, qui se laisse facilement graver à l'aide d'une aiguille en acier, portée par le pick up d'enregistrement, et qui, d'autre part, évite les bruits dus à des irrégularités de surface. Cette substance est assez dure cependant, et permet un grand nombre d'auditions avec des aiguilles spéciales en acier sans usure appréciable.

L'aiguille de gravure est supportée par un pick up d'enregistrement très puissant. Ce pick up transforme les vibrations électriques, disponibles à la sortie du téléstéthophone, en vibrations mécaniques, fidèlement transmises à l'aiguille.

Ainsi, cet appareil peut effectuer la gravure des phénomènes stéthacoustiques. Comme il est, de plus, important de faire accompagner par des commentaires oraux l'audition de phénomènes d'auscultation, un microphone de type courant est relié à un amplificateur contenu dans l'appareil, afin d'actionner l'aiguille d'enregistrement.

Audition des disques. — Le meuble du Pick up médical renferme un haut parleur précédé d'un amplificateur.

Ce Pick up médical a été conçu de façon à permettre à volonté l'audition :

a) Soit des phénomènes vibratoires de basse fréquence (20 à 800 périodes par seconde) comme les signes d'auscultation.

b) Soit des vibrations d'un registre de fréquence très étendu (20 à 10.000 périodes par seconde) comme la voix humaine ou les instruments de musique.

Les auteurs ont adopté dans ce but un amplificateur à gamme variable permettant, soit d'amplifier spécialement les vibrations de 20 à 800 périodes par seconde, soit d'amplifier également toutes les fréquences des vibrations sonores. Sur la face avant du meuble de l'appareil, un bouton situé en bas et à gauche peut être dirigé, vers la droite pour les basses fréquences, ou vers la gauche pour le registre total.

Le pick up d'audition utilisé est un pick up lourd et équilibré qui permet une parfaite reproduction des phénomènes stéthacoustiques. Le haut-parleur reproducteur et l'amplificateur ont été prévus dans ce même but.

Notons enfin qu'en partant d'un disque original, il est facile, avec un deuxième pick up de graver une série de nouveaux disques identiques au disque original.

MM. Lian et Minot ont pu ainsi constituer une collection de disques portant non seulement sur l'ausculation du cœur, mais englobant également certains phénomènes d'auscultation pulmonaires ou abdominaux.

***

Inutile d'insister sur l'intérêt considérable que peuvent présenter ces disques : *a*) pour l'enseignement ; *b*) pour la constitution d'un document stéthacoustique vivant, soit pour observer des cas rares, soit pour suivre les diverses étapes d'un phénomène au cours de l'évolution d'une maladie.

G. Fischer

CONSULTATIONS JURIDIQUES DU SOU MÉDICAL

Contrat avec un hôpital et une commune

Un de nos confrères vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital d'une ville, dans laquelle il n'a pas son domicile professionnel. La commune offre à ce praticien une indemnité d'installation assez élevée pour une période de cinq années.

A l'hôpital, il devra soigner gratuitement les indigents du canton et des cantons voisins ; mais il pourra se servir de l'installation chirurgicale de l'hôpital et des chambres particulières de l'établissement pour les malades payants, auxquels il pourra réclamer directement des honoraires.

Les assurés sociaux hospitalisés honoreront directement le chirurgien. Pour les accidents du travail, ce seront les Compagnies d'assurances qui payeront les frais chirurgicaux en sus du prix de journée, la Commission administrative ne s'obligeant pas à les faire soigner dans les salles communes aux conditions ordinaires.

Notre confrère nous demande en conséquence quelle rédaction de contrat il peut accepter et avec qui sera signé le dit contrat ? Sera-ce avec la municipalité, ou avec la Commission administrative de l'hôpital ? Quelles sont les formalités consécutives à respecter ? Approbation préfectorale ? Enregistrement ?

Quelles précautions convient-il de prendre pour se mettre à l'abri d'une dénonciation prématurée de contrat, ou de difficultés provenant d'une modification possible de la municipalité ? Quelles garanties contre une révocation plus ou moins justifiée, ou déguisée ?

Enfin, convient-il, dans ce contrat, de préciser quelle est la responsabilité professionnelle tant du chirurgien que de la Commission administrative, à raison des demandes en indemnisation formées par des hospitalisés du fait soit du chirurgien soit du personnel infirmier placé sous ses ordres ?

Tout d'abord, nous devons établir une distinction entre les pouvoirs de la municipalité et ceux de l'hôpital. Si le maire est le président-né de la Commission administrative de l'hôpital, cette dernière est cependant complètement indépendante du Conseil municipal.

Il en résulte que notre confrère doit traiter d'une part avec la mairie, en ce qui concerne l'indemnité qu'on lui promet, pour son installation et d'autre part, avec l'hôpital, au sujet de ses fonctions hospitalières.

Le contrat passé avec la municipalité est un acte de droit commun, qui échappe à la connaissance des Tribunaux administratifs, en cas de violation, ou d'annulation. Ainsi en a déjà décidé le Conseil d'Etat, à propos d'un contrat passé entre une commune et un médecin, lequel avait été brusquement remercié de ses fonctions. Le Tribunal de première instance fut reconnu seul compétent pour décider s'il y avait eu abus de droit et si le praticien pouvait obtenir des dommages-intérêts pour brusque renvoi.

Mais surgit une première difficulté. A maintes reprises le Conseil d'Etat a décidé, par plusieurs arrêts, qu'était *illégale la* subvention allouée par une commune à un médecin lorsqu'il y a d'autres praticiens établis dans ladite commune, ou lorsqu'il n'y a pas de motifs tout à fait particuliers et spéciaux, pour justifier cette subvention, telles que difficultés de circulation dans un pays de montagne, praticiens trop éloignés de la localité, ou service spécial autonome de l'Assistance médicale, permettant, selon les termes de l'article 35 de la loi du *15 juillet 1893, sur l'Assistance* médicale gratuite, à la dite commune d'échapper à la règle générale du règlement départemental, pour le service médical des indigents.

Il est donc indispensable que notre confrère soit bien averti de l'excès de pouvoir de la commune dont il peut être victime.

En ce qui concerne l'hôpital, le médecin aura affaire à la Commission administrative de cet établissement et c'est avec elle qu'il aura à contracter, non seulement pour une nomination de chirurgien, mais encore pour les fonctions qu'il aura à remplir.

Quant au droit aux honoraires pour les hospitalisés qu'il aura à soigner, il faut faire une distinction parce qu'ici de nombreuses lois entrent en application.

Pour les malades indigents bénéficiaires de la loi du 7 août 1851 et de celle du 15 juillet 1893, l'hôpital put accorder aux médecins et chirurgiens une rémunération annuelle et forfaitaire pour les soins à donner aux personnes privées de ressources hospitalisées.

En ce qui concerne les assurés sociaux, la convention qui est intervenue entre la Commission administrative et les Caisses d'assurances sociales détermine le quantum des honoraires médicaux qui sont fixés à forfait par journée d'hospitalisation. Ce chiffre est en général de 4 francs

par jour et par assuré social hospitalisé. Cette somme est versée par la Caisse à l'économe de l'hôpital et celui-ci donne au Corps médical hospitalier tout ou partie des honoraires ainsi encaissés ; mais le médecin ne peut pas se faire payer directement d'honoraires par les assurés sociaux hospitalisés.

Au sujet des réformés de guerre bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il convient de noter que l'Etat paie une indemnité journalière à l'établissement hospitalier et en conséquence le médecin d'hôpital n'a droit à aucun honoraire en sus de son traitement annuel.

En ce qui concerne les blessés du travail, l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 qui modifie la loi du 9 avril 1898, spécifie que le blessé du travail est admis à l'hôpital moyennant un prix de journée majoré de 30 % à la charge du seul chef d'entreprise.

Il en résulte qu'une Compagnie d'assurances est toujours en droit d'opposer les termes de la loi pour se refuser à payer les honoraires médicaux ou chirurgicaux en sus du fameux « tout compris ».

En ce qui concerne les malades payants ordinaires qui ne bénéficient d'aucune loi spéciale, ils peuvent payer des honoraires médicaux ou chirurgicaux en sus du prix de journée ; mais un arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936 et que j'ai commenté dans le *Concours Médical*, 1936, p. 1421, décide que le médecin ou le chirurgien de l'établissement n'a pas le droit de réclamer directement ses honoraires aux malades payants hospitalisés, mais qu'il appartient à la Commission administrative de fixer le quantum des dits honoraires, de les percevoir près des malades et de les verser en tout ou partie au médecin ayant-droit.

Au sujet de la responsabilité respective du médecin d'hôpital et de la Commission administrative de l'hôpital, le praticien reste souvent seul responsable des conséquences de ses actes cliniques et thérapeutiques, alors que la Commission administrative est responsable de toutes les fautes administratives commises par ses employés et préposés.

Dr Paul Boudin.

LA MORSURE DE VIPÈRE CONSTITUE-T-ELLE UN ACCIDENT DU TRAVAIL ?

Un cultivateur, durant son travail, est mordu par une vipère. Peut-il bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898 ?

Réponse

Doivent être considérés comme accidents du travail ceux survenus « par le fait, ou à l'occasion du travail ». Donc, si l'ouvrier agricole peut faire la preuve qu'il a été mordu par une vipère sur le lieu du travail et à l'occasion de celui-ci, il doit bénéficier de la législation du 9 avril 1898.

Telle est l'opinion autorisée que nous trouvons dans le Traité des accidents du Travail de Sachet, édition 1909, page 226, n° 409.

Un jugement du Tribunal civil de Guéret du 25 juin 1930 (Répertoire Commaille, août et septembre 1930), jugeant en appel, confirme une décision du Juge de paix de Guéret du 31 octobre 1929 qui avait décidé :

« Attendu qu'en l'espèce il n'est pas douteux « que c'est le fait d'avoir levé une javelle, sous « laquelle se trouvait une vipère, qui a provoqué « le réveil de ce reptile : attendu que c'est l'obli- « gation où se trouvait l'ouvrier, pour accomplir « cet acte, de passer à l'endroit où était le rep- « tile, qui l'a mis à portée de recevoir la morsure, « tandis qu'il n'aurait pas été atteint s'il n'avait « pas été contraint par son travail de provo- « quer l'animal et de se trouver dans son rayon « d'action, sans avoir pu l'apercevoir, ni s'en « garer ; attendu que la morsure de vipère « est un des risques auxquels sont plus particu- « lièrement exposés les ouvriers par le fait de « leur travail que le commun des habitants... »

Dr Paul Boudin.

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS CANADIENS FRANÇAIS

Par le Professeur LAQUERRIÈRE (Montréal)

J'ai, il y a quelques mois, tenu les lecteurs du *Concours médical* au courant de la situation des médecins de la Province de Québec.

Les officiels, c'est-à-dire les médecins des hôpitaux, avaient décidé de former une Association pour, d'une part, soutenir les médecins praticiens dans leur lutte afin d'être payés pour les soins donnés aux chômeurs, pour d'autre part obtenir d'être payés eux-mêmes pour leur service à l'hôpital. En attendant une solution ils avaient résolu de modifier le fonctionnement des consultations externes de ces mêmes hôpitaux suivant des directives fournies par les différentes associations médicales.

Cette manière de faire a eu comme premiers résultats de diminuer le nombre des consultations données (et par conséquent des ordonnances exécutées gratuitement, dans une notable proportion des cas, par la pharmacie de l'hôpital). La diminution a été très importante dans certains hôpitaux : 78 % à Sainte-Jeanne d'Arc, 63 % à Notre-Dame (3.790 au lieu de 10.300), 52 % à Saint-Luc, etc.

Mais la question de l'indemnité aux médecins des hôpitaux n'a pas jusqu'ici reçu de solution définitive. Les commissions hospitalières paraissent reconnaître le bien-fondé de ces indemnités mais déclarent n'avoir pas les fonds nécessaires. Le Gouvernement de la Province estime qu'il *donne suffisamment aux hôpitaux et que c'est à* ces commissions de trouver l'argent. Il paraît néanmoins que dans un délai plus ou moins rapproché il se fera une entente.

Par contre, le Corps médical peut enregistrer une victoire en ce qui concerne les soins aux chômeurs donnés par les médecins de la ville. En effet, la Commission de chômage de la ville de Montréal vient de décider de mettre en expérience à partir du premier juin un plan de rémunération pour soins aux chômeurs, plan qui est semblable à celui qui est en vigueur dans la Province de l'Ontario. Voici les grandes lignes de ce plan :

La Commission attribue chaque mois une somme de 25 sous par chômeur enregistré et par chaque personne dépendant du chômeur.

Cette somme sera divisée ainsi : 1 sou pour frais d'administration, 4 sous pour frais pharmaceutiques, 20 sous pour paiement des médecins. La Commission remettra chaque mois à toute famille secourue un permis médical attestant qu'elle est enregistrée par la Commission. Ce certificat, présenté à un médecin ayant accepté le plan, sera une autorisation à donner les soins médicaux.

Le tarif est le suivant : consultation au cabinet du médecin, deux dollars ; visite à domicile, trois dollars. Accouchement et suite de couches au domicile de la patiente vingt-cinq dollars.

Les prescriptions des médecins seront exécutées par n'importe quel pharmacien ayant adhéré au plan. Les remèdes et médicaments à prescrire seront limités à ceux inscrits dans la pharmacopée britannique, le Formulaire canadien et le Codex. Si d'autres remèdes (ou des sérums ou anatoxines, non délivrés gratuitement par le Bureau de santé) étaient nécessaires, une autorisation devrait être demandée au Comité médical du chômage.

La Commission fera tout le travail de bureau, vérifiera et paiera les comptes, etc.

Un Comité médical composé de 7 médecins praticiens, de 1 pharmacien, de 1 membre de la Commission de chômage et du surintendant de l'Assistance municipale, vérifiera tous les comptes des médecins et pharmaciens pour approbation, correction ou rejet. En cas de litige la décision du Comité de chômage est *sans appel*. Le Comité a le droit de rayer de la liste des participants le nom de tout médecin ou pharmacien dont les actes ne seraient pas conformes à l'esprit du plan.

La personne secourue peut consulter le médecin de son choix, pourvu qu'il ait adhéré au plan, *mais une fois qu'elle lui aura remis son permis* médical, il ne lui sera pas permis de changer de médecin avant le mois suivant.

Tout médecin, ayant adhéré, peut, en tout temps, se soustraire à l'entente en en donnant avis à la Commission.

Les notes d'honoraires établies suivant le tarif ci-dessus doivent être adressées chaque mois. Elles sont réglées *au prorata* des sommes disponibles.

Par exemple si 160.000 personnes sont secourues, il y aura 160.000 fois 24 sous à partager entre les médecins et pharmaciens ce qui donnera 32.000 dollars aux médecins. Si le total des comptes des médecins atteint 50.000 dollars, chaque médecin recevra 32.000/50.000 soit 64 % du chiffre demandé. Au cas où il y aurait un surplus, l'excédent serait reporté aux mois suivants.

Ce résumé permet de se rendre compte qu'il y a là un incontestable progrès sur la situation actuelle. Souhaitons aux médecins des hôpitaux d'obtenir eux aussi gain de cause. En tout cas on voit une fois de plus que, quand les médecins savent s'entendre, ils arrivent à des résultats.

LES CHIROPRATICIENS AU CANADA

Les chiropraticiens, on le sait, sont des empiriques qui prétendent, grâce à leur habileté manuelle, remettre en place une vertèbre luxée et fixée dans une position vicieuse, pour guérir ainsi toutes sortes de maladies, et cela sans reconnaître l'utilité d'un diagnostic préalable.

Tout cela semble fantaisie, car il est impossible que des manipulations seules réussissent jamais à maintenir à sa place normale une vertèbre déplacée, en supposant qu'elles puissent la replacer. Seuls des procédés chirurgicaux adéquats seront susceptibes de réparer des séquelles locales après un accident. Quant à prétendre comme les chiropraticiens qu'une vertèbre puisse se déplacer, sans un traumatisme important, subi directement ou indirectement par le rachis, comme sans une lésion congénitale ou acquise d'une ou plusieurs vertèbres, c'est un leurre.

La pratique de cette méthode ingénieuse aurait été inaugurée par un nommé Palmer, de Davenport, marchand général. En 1895, le hasard le mit en rapport avec un individu qui souffrait de surdité ; il prétend qu'en lui massant la colonne vertébrale il lui aurait par hasard remis en place une vertèbre subluxée, et qu'aussitôt le sourd aurait entendu, et qu'il entend depuis. Palmer avait gardé le secret de sa découverte ; puis devenant vieux, il le transmit à son fils, qui fonda l'école des chiros. Celui-ci vendit, paraît-il, à chacun de ses élèves, son secret moyennant 350 et 400 dollars ; aujourd'hui ce prix s'est élevé à 650 dollars.

Depuis lors, ces chiros ont obtenu succès sur succès ; ils ont acquis une audace toujours accrue. Et voici que, dans la province de Québec, leur Association demande (1) qu'il lui soit concédé les mêmes privilèges que ceux dont bénéficient les trois Universités de cette province pour l'enseignement de leur théorie.

Sait-on seulement qu'il suffit à leurs élèves d'avoir fait des études élémentaires, alors que pour les étudiants en médecine on exige tout d'abord un cours complet d'études classiques. On les initiera à la méthode par des notions d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de psychiatrie, de clinique et d'hygiène ; pas d'embryologie, ni de pathologie, ni de bactériologie, de gynécologie, d'obstétrique, de pédiatrie, d'orthopédie, etc... Les chiros nient la contagion et les bienfaits de la vaccination. Ces empiriques, comme tous leurs collègues, n'agissent d'ailleurs que sur deux classes d'individus : les ignorants, qui ne peuvent discerner l'absurdité de leurs prétentions, et les neurasthéniques, qui sont toujours à la recherche de traitements nouveaux.

(1) *L'Union médicale du Canada*, avril 1936.

Dans ces conditions, on comprend l'émoi de tous les docteurs en médecine ainsi que la conclusion du travail de J.-E. Laberge M. D. :

« L'Etat doit à la société de la protéger par une législation qui empêche des individus de répandre des doctrines fausses et dangereuses. Que l'on laisse nos trois grandes universités libres d'enseigner la chiropratique s'il y a quelque chose de bon pour l'humanité dans l'enseignement de cette nouvelle méthode, mais de grâce, messieurs les législateurs, n'érigez pas les chiros en université. »

Et voici le texte de la protestation publique faite par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

« La Faculté de médecine de l'Université de Montréal :

« 1° Attendu qu'un avis a été publié dans les journaux annonçant que les « chiropraticiens » présentent à la prochaine session parlementaire un projet de loi leur accordant certains privilègres et pouvoirs ;

« 2° Attendu que la « chiropraxie » a la prétention de s'ériger en science médicale, alors que sa doctrine n'est pas admise dans le monde scientifique ;

« 3° Attendu que les « chiropraticiens » nient l'utilité de la plus grande partie des études, que la loi médicale de la province de Québec, comme celles des autres province du Dominion et de tous les pays civilisés, impose à juste titre à tous ceux qui veulent exercer la médecine ;

« 4° Attendu que la « Chiropraxie » nie l'utilité d'un diagnostic préalable, elle devient d'un empirisme aveugle et dangereux pour la santé publique.

« Se joint à toutes les Associations scientifiques et universitaires de la province de Québec et prie le « Collège des médecins et chirurgiens » de s'opposer énergiquement à l'adoption d'une telle loi. »

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations syndicales

L'évolution syndicale contemporaine.
La marche du syndicalisme vers la corporation

Y a-t-il opposition entre l'idée syndicale et l'idée de corporation ? Ce problème que rend actuel les projets d'ordre des médecins doit être résolu par la négative. Théoriquement la loi syndicale est une loi de liberté, elle annule l'interdiction du droit d'association sans énoncer un principe, sans créer une institution. Mais si les membres de la profession sont libres à l'égard des Syndicats, la profession ne l'est plus. Elle tend de plus en plus à être placée sous la tutelle des pouvoirs et des règles syndicales. Le Syndicat, à l'origine libre, n'est plus une institution de droit privé, mais professionnelle, de droit public, exerçant par là même son influence sur tous les membres de la profession. De plus en plus il devient un véritable établissement d'utilité publique, et le droit d'association un devoir collectif qui s'impose à tous les membres d'une même profession. La loi de 1884 n'a pas été une loi de liberté, mais une loi d'organisation, d'autorité et même d'obligation. A l'heure actuelle le syndicat dispose d'un pouvoir de représentation, d'un pouvoir réglementaire et d'un pouvoir juridictionnel.

Tout d'abord le Syndicat représente la profession ; il n'agit pas au nom de la somme des intérêts individuels de ses membres, mais au nom des intérêts collectifs de la profession tout entière qui apparaît comme une sorte de personne morale, dont le Syndicat est le défenseur attitré (Cour de Cassation, 5 avril 1913, loi du 12 mars 1920). Cette représentation n'a pas lieu seulement en justice, mais encore vis-à-vis des Pouvoirs publics (Assistance médicale gratuite, loi des pensions, assurances sociales).

De ce pouvoir de représentation, le Syndicat tire son pouvoir réglementaire. Son rôle à cet égard est particulièrement important en matière de lois sociales. Le réglement et le tarif départemental d'assistance médicale gratuite, qui s'applique à tous les médecins est établi par accord avec le Syndicat départemental. En matière d'assurances sociales, tout médecin signant les feuilles de maladie doit respecter les conventions Syndicat-Caisses, etc... C'est principalement par ces « conventions collectives » que se crée cette réglementation syndicale professionnelle. Ce régime tend de plus en plus à régler les rapports entre professions et Pouvoirs publics. Dans l'exercice de ce pouvoir réglementaire, les votes majoritaires syndicaux tendent ainsi à devenir des votes majoritaires professionnels.

Enfin le Syndicat a un pouvoir juridictionnel de sanctions. Il a tout d'abord un pouvoir de police préventive (mise à l'index). Il peut d'autre part organiser une procédure d'arbitrage par insertion d'une clause compromissoire dans les conventions collectives. Enfin à l'heure actuelle, le Syndicat médical dans certains cas exerce son pouvoir même sur les non-syndiqués : ils désignent leurs délégués à la Commission de contrôle d'Assistance médicale gratuite. Les *Commissions* tripartites de contrôle des soins aux pensionnés de guerre comprennent « les représentants des Syndicats médicaux ». Enfin en matière d'assurances sociales, le contrôle des praticien est confié aux Syndicats ayant conclu des conventions avec les Caisses, et tout médecin même non-syndiqué, participant à l'application des Assurances sociales, relève de cette juridiction.

Donc de plus en plus le Syndicalisme se confond avec la Profession ; il a fonction de gérer les affaires des non-syndiqués, tout autant que celle des syndiqués, la majorité syndicale se confond avec la majorité professionnelle. Par son intervention dans le fonctionnement des lois sociales, il a conservé le caractère de service social à des institutions qui seraient devenues des services publics et auraient fait du praticien un fonctionnaire. Il n'est donc pas nécessaire d'attendre l'institution d'un régime corporatif, il suffit d'utiliser dans toutes leurs conséquences les pouvoirs syndicaux. Mais il faut en outre munir le Syndicat de ressources financières, il faut que tous les membres de la profession qui profitent de son action y contribuent, il faut que le législateur consacre cette évolution, place le Syndicat sur le terrain du droit collectif et en fasse le fondement de la corporation. (*L'Action pharmaceutique*, mai 1936.)

J. M.

La Presse et les Sociétés

L'activité du Centre de sérums de convalescents de Strasbourg (1934-1936)

MM. A. Borrel et E. Lœwenberg font connaître l'activité du centre de sérums de convalescents de Strasbourg. Depuis 1934, 242 envois de sérum de convalescent de poliomyélite ont été faits, dans 47 départements. Le sérum antirougeoleux a été distribué dans 18 départements, le sérum antiscarlatineux dans 11 départements.

Les auteurs indiquent la technique de la prise de sang chez les convalescents et la manière de préparer le sérum. Les résultats thérapeutiques obtenus sont très encourageants dans la forme grave toxique de la scarlatine. Il en est de même de la rougeole. Pour la poliomyélite, leur statistique, portant sur 34 cas traités dans les quatre premiers jours, donne 24 guérisons, tandis que parmi 22 cas traités après ce delai, ils n'ont pu enregistrer que huit guérisons.

MM. Borrel et Lœwenberg rappellent que le centre de Strasbourg fournit gratuitement, en ampoules de 5 et 10 cent. cubes, les sérums de convalescents à tous les médecins.

Les demandes se font notamment par télégramme, mode d'appel particulièrement recommandé, sous conditions de contenir des précisions sur le nombre de malades à traiter, leur âge, et si le sérum doit être employé à titre curatif ou préventif.

On sait que d'autres centres ont été créés durant ces dernières années, à Paris (hôpital Hérold, professeur Debré), à Toulouse, Bordeaux et Marseille. (*Académie de Médecine*, 23 juin 1936.)

P. L.

Sur un projet de statut professionnel des sages-femmes

Le ministre de la Santé publique ayant saisi l'Académie de médecine d'un projet de statut professionnel préparé par la Confédération des Syndicats de sage-femme, la Commission chargée de cette étude a établi un rapport que nous résumons ci-dessous, et dont les conclusions ont été adoptées par l'Académie.

Le rapporteur, M. le Professeur Couvelaire, rappelle tout d'abord que l'activité de la sage-femme n'est plus limitée à l'accouchement et aux soins donnés à la mère et au nourrisson pendant les jours qui suivent mais tend à s'étendre à la surveillance de la gestation et à l'élevage du nourrisson. La formation de la sage-femme implique donc en fait : une formation d'infirmière soignante et visiteuse de l'enfance, une formation médicale limitée à une partie de la pratique obstétricale. Trois solutions pour assurer ces deux formations :

On peut tout d'abord augmenter la durée des études dans la maternité-école, en l'élevant de deux à trois ans. Mais ces écoles ne permettraient pas par leur organisation actuelle de former la sage-femme au point de vue pédiatrie.

Une deuxième solution pourrait être envisagée : améliorer les maternités-écoles, en les dotant d'un statut, afin qu'elles soient en état de fournir une base clinique d'enseignement suffisant, et laisser aux titulaires du diplôme de sage-femme la possibilité d'acquérir les diplômes d'infirmières d'Etat. Cette solution aboutirait en fait à créer deux catégories de sage-femme. Il serait au contraire préférable d'étendre à toutes les sages-femmes une meilleure instruction dans la puériculture.

Aussi la troisième solution est-elle de limiter le rôle des maternités-écoles à la formation obstétricale, en les améliorant et en exigeant à l'entrée comme titres initiaux, non seulement le brevet élémentaire mais le diplôme d'infirmière-visiteuse de l'enfance. Le vœu de la Commission et de l'Académie est donc : que soient supprimées les maternités-écoles ne justifiant pas d'une organisation d'enseignement suffisante, que les maternités-écoles soient dotées d'un statut, que les titres initiaux exigées des candidates sages-femmes soient : le brevet élémentaire et un diplôme d'infirmière d'Etat mention hospitalière, ou visiteuse de l'enfance.

Ainsi aura-t-on contribué à élever le niveau et les possibilités d'existence d'une corporation qui cherche sa voie entre celle des médecins et celle des infirmières. (*La Sage-Femme et le Puériculteur*, mars 1936.)

J. M.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

IV. Influence de l'alimentation sur l'esprit

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

L'histoire de l'alimentation humaine, esquissée dans l'article précédent, montre que les coutumes alimentaires évoluent continuellement suivant les progrès de l'agriculture, de l'industrie et de la cuisine, que les perfectionnements de la technique, très lents au cours des siècles passés, s'accélèrent énormément à notre époque, que le régime des civilisés se caractérise par la multiplication des artifices dans la préparation de la nourriture et par l'augmentation de la consommation des protéines animales, des aliments fermentés et des stimulants végétaux extraits par l'alambic et autres moyens. On connaît plus ou moins les conséquences économiques et sanitaires de cette évolution ; mais on ne s'est guère occupé, jusqu'à présent, de ses conséquences morales ; la question de savoir si et dans quelle mesure les changements de l'alimentation publique agissent sur les qualités psychiques, sur le caractère des individus et des peuples, n'a pas été considérée avec toute l'attention qu'elle mérite.

***

Au début de ces études d'hygiène alimentaire, j'ai rapporté l'opinion de Charles Richet, sur ce qu'il appelait l'alimentation normale. Peu de temps avant sa mort, le 9 novembre 1935, l'illustre physiologiste, poursuivant une discussion ouverte depuis longtemps, m'écrivait ceci :

« ... Théoriquement, il me paraît que Prométhée est un moderne. Quand il a découvert le feu, depuis plusieurs milliers de siècles, les animaux, lointains ancêtres de l'homme, ne se nourrissaient que d'aliments crus. Alors ? »

A cette question du regretté maître, j'aurais voulu faire la réponse suivante :

Puisque, suivant la thèse évolutionniste, les animaux qui nous ont précédés sur la terre nous ont transmis en héritage des organes et des fonctions disposés pour la digestion des aliments crus, il est logique, en effet, de régler notre alimentation sur nos capacités, de ne manger que des choses crues et naturelles et d'éviter tous les artifices de la cuisine. Mais il est clair que l'humanité n'a pas tenu compte de cette règle, qu'elle s'en est écartée depuis longtemps et qu'elle s'en éloigne de plus en plus.

On vient nous dire aujourd'hui que nous avons tort, qu'il faut respecter les conditions de la nature, obéir à ses injonctions.

A cela, nous objectons que la nature n'est pas parfaite, q'uelle est même quelquefois méchante ; par exemple, elle nous apporte trop souvent la maladie et nous ne voulons pas considérer la maladie comme inévitable. Nous ne voulons pas davantage manger des choses désagréables, alors que nous pouvons faire de la bonne cuisine. Nous nous révoltons contre ce que la nature a de mauvais. Nous voulons la corriger, l'adapter à nos besoins et à nos désirs, lorsque nous pouvons le faire et lorsque nous constatons qu'il n'en résulte pour nous aucun inconvénient. Nous savons bien qu'avant nous, les animaux se nourrissaient de choses crues et supportaient toutes sortes de misères, mais ce n'est pas une raison pour que nous suivions leur exemple, si nous pouvons faire mieux.

Donc, nous nous sommes insurgés contre de nombreuses dispositions de la nature. C'est un fait. Il s'agit seulement de savoir ce qu'il en résulte pour nous en bien ou en mal.

Nous sommes loin de penser que tout est pour le mieux dans notre civilisation ; mais il ne faut rien exagérer. Si l'influence de la technique moderne sur la santé était aussi néfaste que certains le prétendent, notre organisme en serait affaibli et la durée moyenne de la vie en serait probablement diminuée. Or, nous constatons justement le contraire. Pendant le dix-neuvième et le commencement du vingtième siècle, alors que l'alimentation évoluait comme on l'a vu plus haut, la longévité augmentait dans de fortes proportions. Dans l'espace d'un peu plus de cent ans, la durée moyenne de la vie a augmenté de vingt-cinq ans. Si comme on l'admet d'après les estimations les plus modérées des paléontologistes, l'humanité a cent mille ans ou mille siècles d'existence, nous voyons que, pendant le dernier de ces siècles, nos chances de vivre vieux ont presque doublé, que, dans ce seul siècle, le progrès a été probablement plus grand que pendant les mille siècles précédents. Sans aucun doute ce résultat merveilleux doit être attribué, pour la plus grande part, aux progrès de l'hygiène ; nous avons supprimé les grands fléaux épidémiques, la variole, la peste, le choléra ; nous avons diminué la mortalité infantile ; l'extinction de la syphilis est en vue ; la tuberculose régresse ; par l'hygiène alimentaire, nous avons presque fait disparaître le scorbut, le béribéri, la chlorose, le rachitisme et la plupart des maladies infectieuses de l'intestin. Il ne faut donc pas dire, comme

on le fait couramment dans certaine milieux, que tout va mal et que « notre race naguère si vigoureuse » est à son déclin.

***

L'alimentation publique ne doit pas être considérée seulement dans ses effets sur la santé, la vigueur physique et la longévité ; il faut aussi mesurer ses répercussions sur les autres manifestations de la vie, car toutes les fonctions de l'organisme peuvent être plus ou moins directement influencées par les apports nutritifs, notamment par les éléments protéiques, dont les propriétés sont variables suivant leur origine, par les sels minéraux, tels que les composés organiques du phosphore, par les hormones provenant du lait, de la chair musculaire, du sang et des viscères des animaux que nous mangeons, par les diastases des aliments fermentés et autres facteurs plus ou moins inconnus. Il n'y a aucune raison pour que le fonctionnement cérébral échappe à ces influences. Le neurone, comme les autres cellules, baignant dans le plasma, ne peut être indifférent à la constitution de celui-ci, en particulier à son équilibre colloïdal, aux floculations et aux chocs d'origine alimentaire qui s'y produisent. Cela autorise à penser que l'alimen*tation peut agir aussi bien sur le moral* que sur le physique des individus et des races ; conjecture fondée sur des expériences et des observations.

L'influence de l'alimentation sur le caractère et l'activité des animaux est d'observation courante. Chacun sait qu'une bête est plus ou moins vigoureuse suivant son régime, que, par exemple, un cheval exclusivement nourri de foin est moins ardent et moins rapide à la course que celui auquel on donne une copieuse ration d'avoine.

L'expérience la plus frappante et qui est le plus souvent citée, pour montrer l'action du régime carné sur le caractère est celle rapportée par Liebig dans ses *Nouvelles lettres sur la Chimie* (35e lettre). L'ours du muséum de Giesen était doux et tranquille tant qu'on le nourrissait de pain et de légumes ; mais quelques jours de régime animal le rendaient méchant et dangereux. On sait, ajoute Liebig, que l'irascibilité des porcs peut être exaltée par le régime de la viande, au point de leur faire attaquer l'homme (1).

Mc Collum (2) en Amérique et Corry Mann (3), en Angleterre, observant sur des groupes d'enfants pauvres des écoles, ont constaté : 1° que l'addition de beurre ou de cresson aux régimes habituels de ces enfants avait pour effet d'augmenter leur poids, mais non d'accélérer la croissance de leur squelette ; 2° que l'addition d'un peu de lait écrémé produisait une augmentation de la taille et une excitation générale ; les enfants qui prenaient cette petite quantité de lait en plus de leur nourriture de fonds étaient plus éveillés et plus pétulants que les autres. Il existerait donc dans le lait un principe inconnu capable d'activer le développement du squelette et de provoquer une excitation physiologique générale.

Ces faits relatifs à l'influence du lait sur le physique et le moral des enfants ont été confirmés au Japon par des expériences faites sur des écoliers pauvres de Tokio (1). Des observations analogues ont été rapportées par Mc Lester (2) et par Parsons (3).

Que l'on compare l'animation qui règne dans les préaux des écoles enfantines, au moment de la sortie des classes, dans nos milieux ouvriers ou paysans pauvres d'une part et dans les quartiers citadins aisés d'autre part, et l'on y observera de sensibles différences, depuis la torpeur jusqu'à la plus bruyante exubérance. Que l'on note, en même temps, la composition des régimes chez les uns et chez les autres et l'on en viendra à penser qu'il existe, au moins, une remarquable coïncidence entre la richesse de l'alimentation en principes d'origine animale et la turbulence des enfants. Les petits paysans de mon école rurale, il y a cinquante ans, avaient moins de propension aux algarades et montraient dans leurs jeux moins d'ardeur et d'entrain que je n'en vois aujourd'hui chez nos collégiens de ville. Notre régime alimentaire était très différent de celui que l'on donne aujourd'hui aux écoliers français moyens ; le matin, nous quittions le hameau pour nous rendre à l'école, après avoir mangé une assiettée de soupe épaisse, formée surtout de pain trempé dans un bouillon de légumes légèrement beurré ; nous emportions pour la journée, dans notre petit sac, un morceau de pain bis avec un maigre fricot végétal, un bout de lard ou un œuf. Aujourd'hui notre jeune lycéen prend, à son réveil, du chocolat ou du café au lait ; à midi, un plat de viande, etc.

Il est notoire que les peuples les plus entreprenants et les plus énergiques sont gros consommateurs de viande et de lait, alors que les mangeurs de riz, les Chinois et les Indiens, qui prennent très peu de viande et de laitages, sont d'une étonnante résignation.

(1) Armand Gautier. — L'alimentation et les régimes. Masson et Cie, éditeurs.

(2) Mc Collum et N. Simonds. *The Newer Knowledqe of Nutrition*, New-York, 1925.

(3) Corry Mann. *Medical Research Council*, Londres, 1925.

(1) Cow's Milk and Growth of Children. *Bulletin public Health*. Japan, 1931.

(2) James S.-Mc Lester. — Nutrition and the Future of Man. *The Journal of the American Medical Association*, 15 juin 1935, p. 2, 144.

(3) A New Type of Englishman. *Am J. Phys. Anthrop.*, janvier 1928.

Comme tous les anciens marins et coloniaux qui ont vécu autrefois à Madagascar et en Indochine, j'ai vu se modifier en quelques années des jeunes gens que l'on recrutait pour la marine et pour certains autres emplois et que l'on nourrissait à cette époque au régime européen. Ces individus, qui changeaient leur pauvre alimentation au riz pour la ration militaire française au pain, viande et vin, devenaient plus forts et plus alertes que la moyenne de leurs compatriotes. On constate la même transformation chez les petits Annamites qui viennent passer en France plusieurs années de leur jeunesse. Ces observations m'ont conduit à proposer de changer le caractère, de stimuler l'ardeur au travail, de certaines races indigènes de nos colonies par des aliments complémentaires (1).

Malgré la pauvreté des observations et des expériences dont nous disposons actuellement, il faut tenir pour probable que si, un jour, les actuels mangeurs de riz, les Chinois, les Annamites et les Indiens sont pourvus, comme nous, de viandes, de laitages, d'aliments fermentés, etc., leur nonchalance deviendra vivacité et leur caractère se rapprochera du nôtre.

***

Il est possible de constituer des régimes alimentaires spéciaux pour exciter ou déprimer certaines fonctions de l'organisme.

Lorsque, par exemple, on ajoute un peu de sang cru à la ration, on provoque habituellement une stimulation de l'appétit. Cette propriété du sang, largement utilisée en pharmacie, est connue depuis longtemps. Lycurgue, nous dit l'histoire, donnait à ses soldats un brouet noir d'aspect répugnant dans lequel il avait fait verser du sang. Il est possible que l'héroïsme des Spartiates ait été développé par ce détail alimentaire.

Avant que fussent répandues les innombrables spécialités pharmaceutiques actuelles à base de sang, d'hémoglobine, de sérum ou de viande crue, on voyait certains malades se rendre aux abattoirs, au moment où l'on sacrifiait les bêtes, afin d'y boire de pleins verres de sang chaud. On disait que cette pratique guérissait la tuberculose, l'anémie, etc...

J'ai constaté moi-même que l'ingestion de rate de bœuf crue détermine habituellement chez l'homme une augmentation de la faim, de l'ingestion alimentaire et du poids corporel (2), que du sang de bovin cru, transformé en une sorte de vin par fermentation, exerce chez l'homme et chez divers animaux une action manifeste sur la nutrition, accélère la croissance des jeunes, intensifie les réactions inflammatoires dans la tuberculose du cobaye, augmente le volume et hâte le développement du sarcome greffé chez le rat et détermine fréquemment chez l'homme et chez les animaux d'expérience, rat, cobaye, chien, cheval, une vivacité remarquable (1). Au banquet annuel de la Société nationale d'acclimatation, à Paris, en 1924, cette boisson provoqua chez quelques-uns des convives un état de bruyante agitation, indiquant une action évidente d'excitation sur les centres nerveux (2).

(1) Soc. de pathologie exotique, mai 1925.
(2) C. R. Soc. de biologie, 27 mai 1899.

Ces stimulants de l'activité organique se trouvent plus ou moins dans beaucoup d'aliments, spécialement dans les produits crus d'origine animale. On explique leur action par les vitamines, le fer, le phosphore, etc... Je pense que les protéines alimentaires exceptionnelles agissent comme des éléments de choc capables de provoquer par floculation ou autrement l'excitation interne des cellules nerveuses ou glandulaires.

Inversement, on a pu instituer des régimes de dépression en privant la ration de certains de ses constituants normaux. S. Monkton Copeman, étudiant les effets des avitaminoses sur le cancer chez l'homme, a vu que la privation de la vitamine liposoluble A avait pour effet de diminuer ou même de faire disparaître la douleur (3).

Il serait intéressant d'utiliser pratiquement ces notions, d'aménager des régimes excitants ou déprimants pour certains malades nerveux, pour corriger si possible les caractères anormaux et des régimes privés de protéines crues destinés à ralentir l'évolution du cancer.

Il faudrait entreprendre une étude des effets du régime sur l'esprit chez l'homme, rechercher d'abord si les caractères présentent quelque différence, suivant que l'on est plus ou moins sensible à certains aliments, évaluer par la photométrie de précision les floculations des sérums en présence des extraits peptiques du lait, des viandes, des œufs, des poissons, etc., mesurer par cuti-réaction les réponses dermiques à la pénétration de ces extraits, afin de voir s'il existe quelque rapport entre les sensibilités individuelles aux substances et la douceur ou la violence des caractères ou l'ardeur sportive, si, par exemple, les réactions du sérum ou de la peau sont différentes chez le tracassier et chez le débonnaire, si les qualités spirituelles ont une origine, une condition humorale.

***

Le milieu extérieur, autre facteur déterminant, de notre évolution a été, comme l'alimentation,

(1) Recherches sur le sang alimentaire suivies de considérations sur le rationnement des impondérables. *Revue d'hygiène*, mai 1926.
(2) Sur l'alimentation publique actuelle. Vigot frères, éditeurs à Paris.
(3) *British Medical Journal*, 31 juillet 1920, p. 159.

profondément modifié au cours des siècles par l'homme lui-même. Les conditions actuelles de la vie des civilisés sont grandement différentes de celles des peuples primitifs. Alors que le naturel, isolé dans son village, ne recevant aucune nouvelle du dehors, vivant dans une petite famille et parmi ses bêtes, avait un horizon intellectuel borné, le civilisé contemporain, apprenant chaque jour, par la conversation et par la presse, des informations plus ou moins sensationnelles, provenant du monde entier, suivant parfois simultanément, dans les livres et au cinéma, plusieurs romans pleins de rêves extravagants, reçoit dans son cerveau une énorme quantité d'impressions qui provoquent chez lui une multitude de réflexes émotifs variés et entretiennent les centres nerveux en perpétuelle activité.

Il faut voir, dans la surexcitation intellectuelle, caractéristique de l'état civilisé contemporain, dans ce changement évident quant à la nature et à la somme des sollicitations de l'esprit, un facteur de notre évolution mentale ; car le fonctionnement et le développement de l'encéphale sont déterminés non seulement par l'état de la nutrition, mais aussi par l'intensité et la multiplicité des sensations et par le travail imposé à la cellule nerveuse. Et nous remarquons, en même temps, que les représentants de la société moderne, qui sont les mieux nourris, les plus évolués, les plus touchés par les égarements de la civilisation, présentent, à côté de sujets brillants, une forte proportion d'instables, de neurasthéniques et autres anormaux.

***

Charles Richet disait, dans son étude précitée sur l'alimentation normale, que « le blé n'a pas été inventé par la nature pour nourrir l'homme ; la luzerne ne pousse pas pour être mangée par le mouton ; le mouton n'a pas pour fonction de nourrir le loup ».

Certes, la luzerne n'a pas été inventée pour nourrir le mouton ; mais elle est la matière utilisée par la nature pour construire le mouton. Les végétaux sont les matériaux de construction de l'édifice animal. Le mouton apparut dans la série des êtres vivants après la luzerne ; l'animal se forma aux dépens du végétal. Le loup, plus récent, incapable de digérer directement la luzerne, construisit son corps en utilisant la substance du mouton. Dans la succession des êtres qui ont peuplé la terre, les suivants se sont nourris des précédents et la composition chimique du corps des précédents a déterminé, limité, la composition chimique et le développement des suivants.

L'homme est, de tous les animaux, celui dont la nourriture est la plus variée. Dans cette particularité de son régime, se trouve peut-être une des causes de sa supériorité sur les autres animaux. La nature disposa, pour la construction de l'édifice humain, d'une grande diversité de matériaux. Notons, par exemple, que seul l'homme a su prélever, pour en faire l'essentiel de son alimentation, à la fois, la graine, le lait et l'œuf, réserves d'énergie destinées à la jeune plante et à la jeune bête, c'est-à-dire ce que les végétaux et les animaux ont produit de plus précieux et de plus parfait, matériaux de choix qui ont servi à construire cette merveilleuse machine qu'est le cerveau.

***

Dès qu'apparut, à l'origine de notre espèce, le premier rudiment de l'intelligence, l'homme commença de changer les conditions de son existence, de créer autour de lui une ambiance artificielle. Dès que, par exemple, il se vêtit de feuillages ou de peaux de bêtes, il diminua les excitations physiologiques qui, auparavant, lui venaient des intempéries ; il diminua le durcissement de son épiderme ; il augmenta la sensibilité de son tégument ; et l'artifice du vêtement est peu de chose à côté de l'œuvre de Prométhée, à côté de l'agriculture, de la domestication des animaux, de la technique alimentaire, etc., qui ont, comme je l'ai rappelé précédemment, bouleversé les dispositions premières de la nature.

On ne peut s'empêcher de penser que si l'homme s'est distingué, séparé de la série animale par l'énorme supériorité de son intelligence, il le doit pour une part, à l'ensemble des moyens qu'il a imaginés pour former son milieu et sa nourriture. Ainsi, par l'invention, produit de son activité, le cerveau a pu agir sur son propre développement.

Contre les probabilités de notre évolution, on oppose la stabilité des autres espèces. Mais remarquons bien qu'aucun autre animal ne peut, comme nous, modifier délibérément son ambiance et sa nourriture. Il n'y a aucune raison connue pour que les caractères spécifiques du mouton se modifient tant qu'il mange toujours de la luzerne ; mais il est logique de penser que certains des caractères de l'espèce humaine se sont transformés, à mesure que changeaient son alimentation et son genre de vie.

Il ne paraît pas impossible, *a priori*, de reconstituer expérimentalement ce grand phénomène, l'apparition de l'intelligence dans la série animale. Pour cela, il faudrait soumettre quelques mammifères réputés les plus intelligents, le chien, le singe anthropoïde, le rat, pendant plusieurs générations, à des régimes variés et à des conditions de vie réglées de manière à stimuler leur sensibilité et leur instinct, à des radiations, etc. ; on verrait alors s'il est possible de faire apparaître des animaux extraordinaires et l'on éclairerait, par comparaison, l'histoire passée et future de l'humanité ; on verrait si le développement des fonctions psychiques dépend

de facteurs dont nous pourrions devenir les maîtres, par exemple de quelque hormone capable de déterminer l'hypertrophie cérébrale. Voilà un beau thème de travail pour des laboratoires bien outillés, tels, par exemple, que l'Institut Pasteur.

L'intelligence et la sensibilité de l'homme ne se sont peut-être pas modifiées apparemment pendant la période des temps historiques ; le changement de notre manière de vivre n'a peut-être pas été suffisant, jusqu'à présent, pour affecter d'une façon appréciable et permanente les qualités foncières de notre corps et de notre esprit ; mais cela ne prouve pas qu'il en sera toujours ainsi. Nous avons de sérieuses raisons de supposer, au contraire, que l'invention nous a donné et nous donnera, de plus en plus, des conditions de vie telles que notre état physique et mental en subira des effets soit d'avancement, soit de régression.

L'expérience de l'ours de Liebig se répète, à grande échelle, sous nos yeux, non plus sur un ours, mais bien sur l'espèce humaine et la plus grande partie de la race blanche y participe. Je ne saurais dire si nous en deviendrons meilleurs, moins bons ou plus mauvais.

L'homme est une conséquence, non seulement de l'hérédité et du climat, mais aussi des conditions d'existence artificielles, bonnes et mauvaises, que son intelligence a créées et dont il bénéficie ou dont il est victime.

L'homme, cet inconnu, a dit le Docteur Alexis Carrel. A l'exemple de notre éminent collègue, résumant notre pensée sous une forme aussi lapidaire, nous dirons : l'homme, ce résultat.

LE TÉMOIGNAGE DU BLÉ EN FAVEUR DE LAMARCK

Lorsque le grand Lamarck présenta à l'Empereur en 1809, son œuvre capitale la « Philosophie zoologique », il ne reçut pas l'accueil qu'il était en droit d'espérer. Violemment Napoléon lui reprocha de déshonorer la science en publiant son « Almanach météorologique ». « Mais, Sire, répondit timidement Lamarck, c'est un ouvrage d'histoire naturelle » (paroles rapportées par Arago qui se trouvait derrière lui à ce moment). Mais l'ire de l'omnipotent était sans recours. Quelques semaines après (début de 1810) paraissait un décret soumettant tous les livres scientifiques à la censure. L'esclandre des Tuileries écrasa sous l'opprobre le pauvre Lamarck qui traîna jusqu'en 1829 une vie de deuils et de soucis. Il mourut miséreux, aveugle, ayant dû vendre son précieux herbier, laissant ses filles sans ressources. Tout fut dispersé jusqu'à ses meubles, jusqu'à ses derniers livres. Et pendant des années sa doctrine fut tenue dans la suspicion. Napoléon avait à son actif une victoire scientifiquement regrettable.

Or, il advint que vers 1852, un grand agronome suédois (1), Schübeler, eut l'idée de semer dans l'extrême nord de son pays des graines de céréales récoltées à Hohenheim, près de Stuttgart. Et il observa que, tandis que la durée de la végétation du blé était de 120 jours dans le Wurtemberg, après cinq années d'accommodation en haute Scandinavie, 70 jours suffisaient à la *même variété* pour achever sa maturation ; en outre, un changement se manifestait dans les graines car elles étaient nettement plus lourdes. Et, en réexpédiant, au bout de ce temps, en Allemagne des semences récoltées dans le Nord, on constatait l'ébauche d'une nouvelle race, car: 1° la durée de la végétation se manifestait avec ses caractères de brièveté ; 2° les graines restaient plus lourdes qu'auparavant. Ces observations furent publiées par Schübeler dans son ouvrage « Die Oflanzenwelt Norwegens », paru en 1873.

L'on peut s'étonner que des résultats aussi intéressants pour l'agriculture n'aient pas eu le retentissement qu'ils méritaient et n'aient pas pénétré dans le domaine pratique. C'est qu'ils confirmaient la doctrine de Lamarck sur la transmissibilité des caractères acquis ; et que cette doctrine, à la suite de l'intervention particulièrement incompétente de *l'Empereur, était* toujours considérée comme subversive. La parution en 1858, de « L'origine des espèces » de Darwin, hostile à Lamarck, et son énorme retentissement à travers le monde ne contribua naturellement pas à réhabiliter Lamarck. Pas davantage le triomphe, vers 1900, de la théorie de la mutation et la glorification de la loi de Mendel grâce à de Vries. Il est curieux de noter que la notion fondamentale de Lamarck ameuta contre elle non seulement des biologistes mais aussi des philosophes, et que Bergson la nia (Evolution créatrice ; les deux sources de la morale et de la religion) par opposition à Herbert Spencer dont la philosophie repose à peu près entièrement sur l'hérédité des caractères acquis.

Les observations de Schübeler, véritable expérimentation qui aurait sans doute requis l'attention d'un Claude Bernard, seraient à reprendre et à vérifier. Elles l'ont, au reste, été déjà par des savants comme de Candolle (1875), Wittmack (1876), Petermann (1877), etc.

En tout cas des résultats absolument analogues ont été obtenus sur d'autres espèces et ont démontré l'influence héréditaire de l'altitude sur la canne à sucre et sur la pomme de terre.

La botanique rendrait-elle à Lamarck quelques-uns des bienfaits qu'elle a reçus de lui ?

G. LAVALÉE.

(1) *Du blé au pain,* juillet-août 1935.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR LES CONGÉS PAYÉS

Les événements de juin dernier ont suffisamment attiré l'attention sur les nouvelles réformes sociales du Gouvernement actuel pour qu'il soit nécessaire de rappeler qu'une loi du 20 juin 1936 a accordé en principe à tous les salariés le droit à un congé annuel payé. Ce n'est pas ici le lieu de discuter l'opportunité et le bien-fondé d'une telle mesure ; qu'il nous soit permis cependant de remarquer qu'elle peut avoir de fort heureuses conséquences, non seulement au point de vue social, mais encore au point de vue économique en accordant à l'industrie touristique et hôtelière un soutien dont elle avait particulièrement besoin par suite de l'absence des visiteurs étrangers, et qu'il ne s'agit là d'ailleurs que de la consécration légale d'un principe appliqué par de nombreux employeurs en France, et admis depuis quelques temps déjà par plusieurs pays étrangers : le droit au congé annuel payé est établi législativement depuis 1935 par l'U. R. S. S. et par l'Italie ; son principe est admis en Allemagne, comme conforme aux doctrines nationales-socialistes, et se trouve consacré par la plupart des contrats collectifs ou individuels de travail (V. not. *Informations sociales*, 15 juin 1936).

Notre but est plus modeste que ces discussions doctrinales ; nous avons entendu, ci-dessous, préciser quelles sont les obligations des médecins en tant qu'employeurs, et leurs droits, en tant qu'employés, par suite de cette nouvelle législation.

Quelle est tout d'abord le domaine d'application de la loi du 20 juin dernier ? Il est en principe extrêmement étendu, puisque l'art. 54 *f* nouveau du Code du travail vise « les employés, ouvriers ou apprentis occupés dans une profession industrielle, commerciale ou libérale » et que l'article 2 de la loi étend ses dispositions aux professions agricoles et aux personnels des services domestiques. Toutefois, il y a à l'heure actuelle une différence essentielle entre ces deux catégories. Pour la première, la loi est applicable immédiatement depuis le jour de sa publication à l'*Officiel*, c'est-à-dire depuis le 26 juin dernier. Le décret d'administration prévu par l'article 54 *f*, et paru le 1er août dernier, n'a eu pour but que de fixer les « autres » modalités d'application et d'exécution de la loi, mais non d'en déterminer la date d'entrée en vigueur. Au contraire, pour les salariés agricoles et le personnel des services domestiques le principe du congé annuel payé, d'ores et déjà reconnu par la loi, ne prendra effet qu'après parution d'un règlement d'administration publique, qui est encore attendu.

Les médecins sont donc dès maintenant obligés de respecter la loi nouvelle en ce qui concerne les personnes employées par eux à titre exclusivement professionnel, à savoir, leurs assistants, infirmiers, infirmières, etc... Par contre, leurs domestiques personnels (bonnes, femmes de chambres, femmes de ménage, etc.), ne peuvent pas encore prétendre à l'heure actuelle au congé payé. Pour les salariés mixtes, c'est-à-dire occupés tout à la fois au service professionnel et au service personnel du médecin, il y a lieu d'appliquer la règle posée par la réponse ministérielle n° 2.921 (*J. O.*, 25 janvier 1933) : les dits salariés sont considérés comme professionnels s'ils consacrent la majeure partie de leur activité au service professionnel du médecin.

Nous plaçant maintenant de l'autre côté de la barricade, il y a lieu de nous demander si la loi nouvelle est applicable aux médecins louant leurs services à une tierce personne. La raison d'en douter est que la première condition pour bénéficier de cette loi est évidemment d'être lié à un employeur par un contrat de louage de services, et qu'il est contesté en doctrine et en jurisprudence que le médecin puisse être le sujet passif d'un tel contrat. En effet, le critérium du contrat de louage de services réside dans la subordination existant entre l'employeur et le salarié ; or, le médecin, étant personnellement responsable au point de vue technique et professionnel, ne saurait être assujetti à une telle dépendance. On a donc voulu voir, dans le contrat par lequel le médecin loue ses services à un tiers, non pas un contrat de travail ordinaire, mais un contrat innommé, *sui generis*, suivant ses règles propres. Cette thèse est toutefois fort critiquable, et n'est pas admise universellement par la jurisprudence ; il a été décidé bien au contraire que « doit être considéré comme rentrant dans le cadre des employés désignés par la législation sur les accidents du travail, le médecin-chef d'un asile privé d'aliénés rétribué par des appointements annuels fixes et déterminés, assujetti à la résidence dans l'établissement, ainsi qu'à des heures de présence, et qui, s'il jouit d'une entière indépendance dans l'exercice de son art et dans le discernement du traitement à appliquer aux

malades, est soumis à la discipline du règlement et est ainsi placé sous la subordination du directeur. » (Cour de Limoges, 25 octobre 1932). En définitive, on doit donc conclure que toutes les fois qu'un médecin loue ses services à un tiers en étant soumis, de la part de ce dernier, à une certaine subordination administrative, il est en droit d'invoquer à son égard le bénéfice de la loi sur les congés payés. Une réserve toutefois : ladite loi ne vise que les employés des professions privées ; les fonctionnaires au contraire restent soumis comme par le passé à leur règlement particulier. Elle s'appliquera donc aux médecins assistants, médecins de cliniques privées, médecin de Compagnie d'assurances (s'il existe entre eux et leurs Compagnies un lien de dépendance suffisant), médecin contrôleur de Caisses d'assurances sociales (car le Conseil d'Etat et l'Administration sont d'accord pour reconnaître que les Caisses sont des organismes privés, et non des établissements publics), etc, mais non par contre aux médecins d'hôpitaux publics ou plus généralement à ceux au service de l'Administration.

A quelles conditions l'intéressé a-t-il droit au congé payé ? Le droit au congé annuel est acquis à tout employé comptant au moins six mois de services continus dans l'établissement. Ce congé est alors d'une semaine, dont six jours ouvrables ; si l'intéressé compte une année de service continu, il a droit au double, à savoir quinze jours, dont au moins douze jours ouvrables. Quel est le point de départ pour calculer la durée des services continus ? Le décret du 1er août 1936 l'indique de la manière suivante : le droit au congé existe dès lors que les six mois de l'année de service continu expirent à une date quelconque comprise à l'intérieur de la période ordinaire de vacances, telle que nous la définirons ci-dessous. En pratique, pour 1936, tout employé ayant accompli la durée légale entre le 20 juin et le 1er octobre pourra prétendre au congé. Mais l'exigence de la continuité du travail au profit d'une même entreprise peut priver à jamais un grand nombre de professions du droit au congé payé ; il en serait notamment ainsi pour les femmes de ménage lorsque la loi du 26 juin leur sera applicable. Pour obvier à ces inconvénients, le décret du 1er août a prévu que, dans ces professions, il sera constitué des Caisses de compensation destinées à répartir entre les employeurs les charges résultant de la présente loi.

Que faut-il entendre maintenant par « services continus ? » Ceci doit s'entendre, d'après l'art. 4 du décret d'application, de la période pendant laquelle le travailleur est lié à son employeur par un contrat de travail, même si l'exécution de celui-ci a été interrompue du moment qu'il n'y a *pas résiliation de ce contrat*. Ne sauraient notamment être considérés comme rompant la durée des services continus, ni être déduits du congé annuel, les jours de maladie, si le contrat n'a pas été résilié, le repos des femmes en couches, les périodes obligatoires d'instruction militaires (à l'inverse du service militaire lui-même qui met fin au contrat), les jours de chômage, les congés annuels, le délai-congé et les absences autorisées.

En quoi consiste le congé annuel payé ? L'intéressé a droit en principe à un congé de quinze jours ou une semaine, suivant qu'il est resté un an ou six mois seulement dans l'établissement. Mais il est bien spécifié que cette période de vacances doit comprendre douze ou six jours ouvrables. Par jours ouvrables, il faut entendre les jours consacrés normalement au travail ; conformément à la circulaire du ministre du Travail du 24 juillet 1936, doivent être considérés comme jours ouvrables, les jours chômés dans une entreprise pour des causes temporaires, par suite de morte-saison ou de baisse du travail. Si pendant la période du congé se trouve un jour férié, celui-ci s'ajoute donc à la durée normale de ce congé.

D'autre part, l'art. 1er du décret d'application envisage le cas particulier d'un employé n'ayant pas accompli l'année de services continus au début de la période de vacances, mais devant l'accomplir avant la fin de cette période. Ce dernier a droit soit, s'il prend son congé avant d'avoir accompli les douze mois de services continus, à une semaine durant la période normale de vacances, plus une semaine complémentaire, lorsque son année de services sera accomplie, soit à quinze jours si le congé n'est pris que lorsque cette année est accomplie.

Quelle est la période normale de vacances ? C'est en principe, celle fixée dans l'établissement ou la profession par la convention collective, ou à défaut, par l'usage régional. Elle doit s'étendre au moins sur trois mois consécutifs comprenant les mois affectés aux vacances des écoles primaires publiques. Toutefois, des exceptions pourront être autorisées par le ministre du Travail dans certains cas particuliers. La période ordinaire des vacances dans l'établissement doit être porté à la connaissance du personnel au moins deux mois avant son ouverture, et l'ordre de départ communiqué à l'intéressé quinze jours au moins avant ce départ. Pour 1936, la période de vacances s'étendra depuis la mise en vigueur de la loi jusqu'au 1er octobre.

Le congé est payé, c'est-à-dire que l'intéressé reçoit pour son congé une indemnité journalière équivalant, s'il est payé au temps, au salaire qu'il aurait gagné durant la période de congé, et s'il est payé suivant un autre mode à la rémunération, à la moyenne reçue pendant une période équivalente *dans l'année qui a précédé son congé. Il doit être*

tenu compte dans la fixation de cette indemnité des allocations familiales, et de la valeur des avantages en nature ou accessoires dont l'intéressé ne continuerait pas à jouir. Cette valeur est celle fixée pour l'application de la législation sur les Assurances sociales, c'est-à-dire 5 pour la nourriture, 1 fr. 50 pour le logement et 0 fr. 50 pour les avantages accessoires dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles, 3 fr. 50, 1 fr. 10 et 0 fr. 40 dans les villes de 5.001 à 200.000 habitants, et 2 fr. 15 0,55 et 0,30 dans les autres communes.

La loi a-t elle institué un contrôle ? Oui, en vertu de l'article 9 du décret du 1er août, les employeurs doivent tenir un registre indiquant la période ordinaire de vacances dans l'établissement, la date d'entrée en service de chaque salarié, la durée du congé annuel payé des ayants droit, la date de leur départ en congé et le montant de l'indemnité versée.

D'autre part la loi a pris certaines mesures pour éviter que ses dispositions ne soient tournées. Si un employeur débauche un salarié ayant au moins six mois de services continus, avant que ce dernier ait pu bénéficier de son congé, et si cette résiliation du contrat n'est pas provoquée *par une faute lourde du travailleur*, ce dernier a droit à une indemnité, correspondant au nombre de jours de congé dont il aurait bénéficié étant donnée la durée de ses services continus au moment de la résiliation, ce nombre étant diminué d'autant de jours ouvrables qu'il reste de mois à courir du jour de la résiliation jusqu'à la période des vacances. D'un autre côté, l'employeur qui occupera pendant la période fixée pour son congé un travailleur à un travail rémunéré sera considéré comme ne donnant par le congé légal, il pourra être l'objet, conjointement avec le travailleur intéressé, d'une action en dommages intérêts envers le fonds de chômage de la commune exercée à la diligence du maire ou du préfet.

Y a-t-il des sanctions pénales ? La loi du 20 juin 1936 n'en a pas expressément prévues mais elle n'a fait qu'ajouter des articles nouveaux au Livre II du Code du travail. Ses dispositions sont donc sanctionnées comme toutes celles de ce Livre par les articles 158, 159 et 160 dudit Code. Toute infraction pourra ainsi faire l'objet de poursuites devant le Tribunal de simple police contre les chefs d'entreprises responsables ; ceux-ci seront passibles d'autant d'amendes de 5 à 15 francs (soit 55 à 165 francs avec les décimes) qu'il y aura des personnes employées contrairement à la loi sur les congés payés.

Jean MIGNON.

MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Nous indiquons ci-après l'ensemble des mesures préventives contre la fièvre typhoïde conseillées par l'Inspection départementale d'hygiène de la Gironde, à l'occasion d'une épidémie assez importante et récente de fièvre typhoïde dans ce département.

La fièvre typhoïde a présenté dernièrement une recrudescence dans le département de la Gironde.

Le Conseil d'hygiène et l'Inspection départementale d'hygiène, outre les mesures de protection générale prises, ont fait connaître ainsi les précautions individuelles ou familiales qui peuvent être utiles pour éviter la contamination :

Les médecins accusent généralement les eaux (puits pollués par les pluies abondantes de l'hiver et du printemps) et les coquillages consommés crus.

Les précautions suivantes permettent dans la plupart des cas d'éviter les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes :

1° User si possible d'une eau reconnue saine et surveillée officiellement (les eaux de Bordeaux sont surveillées tous les jours, celles de la banlieue trois fois par semaine, elles sont très pures) ;

2° En cas d'eau dont la pureté est inconnue : on peut rendre cette eau inoffensive par addition de deux gouttes d'eau de Javel (12 degrés chlorométriques) par litre avec agitation soigneuse ou encore faire bouillir l'eau ;

3° Procédé de javellisation à domicile recommandé : Prendre un verre à liqueur de bonne eau de Javel, de fabrication récente, à 12° chlorométriques (Cotelle, marque La Croix, par exemple), le mélanger à 19 verres semblables d'eau. Conserver cette *liqueur verdunisante* à l'obscurité.

Mode d'emploi. — Prendre une bouteille d'un litre environ, la remplir d'eau jusqu'au début de l'étranglement du goulot. Ajouter une goutte de la *liqueur verdunisante*, boucher et agiter violemment la bouteille durant 2 à 3 minutes. L'eau est consommable immédiatement sans goût ni odeur ;

4° Laver les légumes à consommer crus avec la même eau, mais traitée avec deux gouttes de *liqueur*

verdunisante. Agiter et laisser tremper une demi-heure environ ;

5º Consommer les coquillages cuits sans autre précaution (moules par exemple) ; les coquillages crus devront être d'origine *connue* (huîtres), ils seront consommés après addition de jus de citron et de vinaigre si possible ;

6º Prendre toutes précautions indiquées par le médecin traitant, pour éviter la contagion familiale et l'extension de la maladie au dehors par les visites et l'entourage des malades.

Lavage permanent des mains de l'entourage à l'eau fortement javellisée (10 à 20 gouttes par litre). Désinfection des linges par l'ébullition aussi rapide que possible. Désinfection de la literie. Désinfection des déjections qui seront reçues dans un bassin contenant une solution concentrée de sulfate de cuivre. Eviter les visites aux malades.

Se souvenir qu'un convalescent reste souvent porteur de germes typhiques et paratyphiques pendant des semaines et des mois. Les déjections doivent être désinfectées durant la convalescence ;

7º Une très bonne défense est constituée par la vaccination antityphoïdique (modalité conseillée par le médecin traitant) surtout pour l'entourage immédiat du malade.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique thérapeutique médicale de la Pitié** (Professeur : F. Rathery). — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré,* du 19 au 31 octobre 1936. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration du Professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine, du Professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine, du Docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux, du Docteur Froment, ancien chef de clinique, *médecin assistant du service, du Docteur Mollaret,* professeur agrégé, médecin des hôpitaux, des Docteurs Boltanski, Julien Marie, Kourilsky, médecins des hôpitaux, des Docteurs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine et du Docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Programme du cours. — I. Etude biologique du diabète ; II. Les méthodes d'examen d'un diabétique ; III. Etude chimique du diabète ; IV. Les complications du diabète ; V. Les thérapeutiques du diabète.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes de recherche concernant l'étude et le traitement du diabète : Le dosage du sucre urinaire ; Le dosage du sucre sanguin ; Le pH et la réserve alcaline ; La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B-oxybutyrique ; Le métabolisme basal.

Visites quotidiennes dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur Rathery.

Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

— **Thèses.** — Vendredi 3 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, Grégoire, Lacomme, Portes. — M. Courtillié : La spasmophilie chez le nourrisson de moins de 2 mois, mise en évidence par la recherche du signe de Chvostek. — M. Lebourgeois : Glutathion, grossesse et accouchement. — M. Maresselle : Etude du traitement chirurgical des thrombo-phlébites pelviennes suppurées d'origine puerpérale. — M. Espino-Mariano : Sur le cathétérisme urétéral dans le traitement des pyélonéphrites aiguës. — M. Monrose. Etude du traitement de l'hydrocèle vaginale par injections. — M. Rodier : Sur une variété de fracture par éclatement du pilon tibial.

Samedi 4 juillet. — I. Jury : MM. Bezançon, Lereboullet, Huguenin, Henri Labbé. — M. Abiteboul : *Etude des méningites herpétiques.* — M. Brenner : Cas nouveau de hernie diaphragmatique traumatique. — M. Griverie : Troubles cardiaques persistants après phrénicectomie gauche. — M. Joly : La collapsothérapie hypotensive. — M. Kolpenitzki : Le logement sanatorium, application dans le cadre des Assurances-sociales. — M. Pergola : Syndromes myo-parathyroïdiens simples ou associés. — M. Serré : Etude de l'état humoral chez les asthmatiques. — M. Abramovici : Etude du coup de chaleur chez le nourrisson. — Mme Chatenet : Le danger de contamination tuberculeuse dans le personnel infirmier. — M. Ferraud : Six cas de vaccination par le B. C. G. à l'hôpital d'Argenteuil.

II. Jury : MM. Léon Binet, Robert Debré, Rathery, Richet. — M. Lemerle : La réaction de Vernes à la résorcine. — M. Chevé : Diagnostic bactériologique et épanchements pleuraux tuberculeux. — Mme Jammet : Le syndrome de nanisme rénal. — M. Duport : Maladie de Hand Shüller Christian. — M. Liberson : Métabolisme et obésité. — M. de Rubiana : Etudes des formes médicales du rhumatisme tuberculeux chronique.

Thèses vétérinaires. — Lundi 29 juin. — Jury : MM. Brumpt, Lesbouyries, Panisset. — M. Péan : Brucellose des équidés.

Mardi 30 juin. — Jury : MM. Tanon, Panisset, Pressou, Vergé. — M. Saba : Inspection des viandes et des abattoirs en Syrie. — M. Vignardou : Le Marché de la viande et les pouvoirs publics en France.

Samedi 4 juillet. — Jury : MM. Lemaître, Bressou, Vergé. — M. Florentin : Etude de l'amygdale pharyngienne chez les mammifères.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.** — Le IIIe Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française, se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, les 8-9-10 octobre 1936,

Trois questions seront l'objet de rapports :

1° *Radiodiagnostic* : Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales (arthrites et arthroses) par MM. Robert et Forestier, d'Aix-les-Bains.

2° *Radiothérapie* : La radiothérapie à tension élevée par MM. Wangermez et Auriac pour la partie physique et par MM. Gunsett et Mathey-Cornat pour la partie clinique.

3° *Electrologie* : L'électrothérapie dans les métrites par MM. Delherm et Dausset.

Pour s'inscrire au Congrès, il faut être membre de la Société de radiologie médicale de France, ou de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, ou de la Société belge de radiologie, ou être agréé par l'une d'elles.

L'inscription n'est définitive qu'après versement des droits, qui sont de 100 francs pour les membres actifs et 50 francs pour les membres associés (famille, étudiants, constructeurs).

Le Congrès sera présidé par le Docteur Rechou, professeur *à la Faculté de Bordeaux*.

Pour inscription et renseignements s'adresser au secrétaire général M. le Docteur Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (IXe).

—**XXIVe Congrès français de médecine.** — Ce Congrès se tiendra à Paris du lundi 12 au mercredi 14 octobre 1936, sous la présidence du Prof. Marcel Labbé.

Trois questions seront l'objet des travaux du Congrès : 1° *Les méningites aiguës curables* ; 2° *les syndromes parathyroïdiens* ; 3° *les médications du sympathique.*

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 12 octobre, à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question : Rapporteurs : M. Roch (Genève) : Les méningites aiguës curables de l'adulte. — MM. Lesné (Paris) et Boquien : Les méningites aiguës curables de l'enfant. — M. R. Cruchet (Bordeaux) : La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

A 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la deuxième question : Rapporteurs : M. Snapper (Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os. — MM. Bérard et M. Henry (Lyon) : La tétanie parathyréoprive. — M. Coryn (Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

A 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30. Rapports sur la troisième question : Rapporteurs : Mlle Jeanne-Lévy et M. Justin-Besançon (Paris) : Les médicaments sympathicolytiques. — M. Wangermez (Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique. — MM. Gouin et Bienvenue (Brest) : Radiothérapie du sympathique. — M. Laignel-Lavastine (Paris) : Traitement médical des sympathalgies abdominales (pelvis exclus). — M. E. May (Paris) : Traitement médical des troubles neurovégétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

A 15 heures : Discusions des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 12 octobre. Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Mardi 13 octobre, à 17 heures : Réception à l'hôtel de ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale) ; à 21 h. 30 : Réception offerte par M. le Président du Congrès. — Mercredi 14 octobre, à 20 heures : Banquet par souscription.

Comité des dames. — Un Comité des dames s'occupera des familles des congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable, dont le programme sera ultérieurement donné.

Excursions. — Pendant les jours qui suivront, des excursions et visites seront organisées, dont le détail sera prochainement arrêté.

Renseignements, Voyages, Logements. — Un bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance toutes les indications utiles aux Congressistes régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des Voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, Ier.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes.

Une liste d'hôtels de Paris avec l'indication de leurs prix sera envoyée aux congressistes par le Bureau Exprinter.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Georges Masson, 120, bd. Saint-Germain, Paris, 6e (Chèques postaux, n° 599, Paris). — La cotisation est de 100 francs pour les membres adhérents et de 50 francs pour les membres associés et les étudiants en médecine qui se font inscrire comme membres adhérents.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

année, le préfet soumettra ces déclarations à la Commission prévue à l'article 2, qui statuera sur les modifications à apporter à la liste, et le cas échéant, vérifiera et authentiquera les nouveaux diplômes.

Le procès-verbal des opérations de la Commission sera transmis au ministre de la Santé publique avant le 15 avril de chaque année.

Art. 8. — Le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Journal officiel* de l'Algérie.

Assistance publique

Avis de concours pour l'emploi de sous-inspecteur de l'Assistance publique

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 14 août 1936, un concours pour dix emplois au minimum de sous-inspecteurs et sous-inspectrices de l'Assistance publique sera ouvert au ministère de la Santé publique, le mardi 1er décembre 1936.

19 AOUT

Assurances sociales

Arrêté du 30 juillet 1936 nommant les membres de la Commission chargée de préparer le barème d'invalidité des Assurances sociales.

Art. 1er. — Il est institué, auprès du ministre du Travail, une Commission chargée de préparer le barème prévu à l'article 10 (§ 2) du décret-loi susvisé, qui doit être soumis, pour avis, à la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Art. 2. — Sont nommés membres de cette Commission

MM. les Professeurs Terrien, Lemaître, Carnot, Gougerot, Mocquot, Brindeau, Mathieu, Bezançon, Loeper, Clerc, de la Faculté de médecine de Paris ;

MM. les Docteurs Alajouanine, Fey, agrégés ;

MM. les Docteurs Cibrie, Hilaire, Perret, O'Followel.

Art. 3. — Le secrétariat de la Commission sera assuré par M. le Docteur Sibut, assisté de M. Erezouls, sous-chef de bureau au ministère du Travail.

Art. 4. — Le conseiller d'Etat directeur général des Assurances sociales et de la Mutualité est chargé de l'exécution du présent arrêté.

20 AOUT

Avis de concours pour la nomination d'un médecin chargé de cours à l'école d'agriculture de Rennes

Un concours sur titres sera ouvert, le lundi 19 octobre 1936, à l'École nationale d'agriculture de Rennes, pour la nomination d'un médecin chargé des conférences d'hygiène humaine à cet établissement.

Tous renseignmeents concernant ce concours seront fournis sur demande adressée au ministère de l'Agriculture (direction de l'agriculture, 1er bureau).

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Prestations dues par la Caisse en cas d'hospitalisation d'un assuré social

260. — M. Paul Courrent expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'un assuré social, atteint d'une affection grave devant amener fatalement une invalidité totale, s'il ne subit pas un traitement électrothérapique, ne peut recevoir ce traitement que dans une grande ville n'appartenant pas à son département, les hôpitaux de son département n'ayant pas de service d'électrothérapie ; *b*) que la Caisse d'assurances sociales à laquelle ce malade est affilié prétend ne contribuer au payement de la journée de cet assuré à l'hôpital muni du service d'électrothérapie, que pour le prix de 5 fr. 70, qui est le prix de l'hôpital de la commune de son domicile, ce qui met l'intéressé dans l'impossibilité de se faire soigner, le prix d'hospitalisation dans l'hôpital où se trouve le service d'électrothérapie étant plus élevé ; et demande si la Caisse d'assurance du département du domicile du malade, à laquelle celui-ci est affilié, n'est pas tenue de prendre à sa charge les 80 p. 100 du prix de la journée d'hospitalisation dans ce dernier établissement. (*Question du 22 juin 1936.*)

Réponse. — Lorsque, pour recevoir les soins que comporte son état, suivant attestation du médecin traitant, du médecin de l'hôpital, ou du médecin contrôleur de la Caisse, l'assuré doit s'adresser à un hôpital public autre que celui qui est le plus proche de sa résidence, la Caisse primaire à laquelle il est affilié doit les prestations correspondant au tarif de responsabilité qu'elle applique pour les soins donnés dans l'hôpital public le plus voisin, susceptible d'assurer à l'intéressé le traitement que réclame son état.

(*J. O.*, 7 août 1936.)

Application de la loi sur les emplois réservés aux médecins invalides de guerre

688. — M. Gaston Moreau expose à M. le ministre des Pensions : A) que la loi du 16 août 1933 dispose : *a*) en son article 1er que les médecins invalides de guerre — remplissant diverses autres conditions — bénéficient d'un droit de préférence pour l'accession aux emplois (de leur profession) des Administrations de l'Etat ; *b*) en son article 5 : que tous les ans avant le 31 janvier un état des postes vacants est adressé à la Commission spéciale de classement par les collectivités assujetties aux obligations de l'article 1er ; *c*) en son article 8 ; que les listes d'aptitude sont pu-

bliées au *Journal officiel* avant le 31 mars de chaque année ; B) que les médecins bénéficiaires de la loi précitée peuvent demander leur accession aux divers emplois de leur profession institués au ministère des pensions, et lui demande : 1° si les états des postes dont l'établissement est prescrit par l'article 5 ont été dressés ; 2° si les listes d'aptitude, dont l'établissement est prescrit par l'article 8, ont été dressées ; 3° si les médecins occupant ces postes sont tous bénéficiaires de la loi du 16 août 1933 ; 4° dans la négative, pourquoi ces prescriptions n'ont pas été observées ; 5° le cas échéant, quelles mesures il compte prendre pour faire respecter ces prescriptions. (*Question du 31 juillet* 1936.)

Réponse. — 1° et 2° Les états prévus par l'article 5 de la loi du 12 août 1933 ont été dressés en temps utile. Ils ont été publiés au *Journal officiel* du 31 mars 1936, page 3604 ; 3° les médecins occupant les emplois susceptibles d'être attribués à des praticiens invalides de guerre dans les conditions de la loi du 12 août 1933 ne sont pas tous des invalides de guerre. La loi précitée n'a pas pour effet de déposséder les titulaires d'emploi qui étaient en fonction avant la date de son application mais de prévoir dans quelles conditions les vacances survenues par la suite doivent être comblées ; 4° et 5° les réclamations touchant à l'application de la loi sont examinées par la Commission spéciale prévue par l'article 6 et des interventions sont faites lorsqu'il y a lieu auprès des administrations intéressées. (*J. O.*, 13 août 1936.)

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 18 août 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.085 ALAMAGNY, Saint-Jean-de-Trézy (Saône-et-Loire). Parrains : Docteurs Combier et Murard.
12.086 BARDERY, Choisy-le-Roi (Seine). Ass. prof. des ext. et anc. ext. des hôp. de Paris.
12.087 BAUDARD, Aigrefeuille (Loire-Inférieure). Parrains : Docteurs Fradin et Dassonville.
12.088 BAUDOIN, Nantou, par Pourrain (Yonne). Synd. méd. de l'Auxerrois.
12.089 BONNET, Grenoble (Isère). Parrains : Docteurs Bonnet et Tauveron.
12.090 Mme le Docteur Boulle, Bois-Colombes (Seine). Parrains : Docteurs G. Boudin et Boulle.
12.091 BRÉMOND, Saint-Germain, par Lavilledieu (Ardèche). Synd. des méd. de l'Ardèche.
12.092 CAILLERET, Le Pellerin (Loire-Inf.). Ass. des anc. ext. des hôp. de Paris.
12.093 DRUON, Meurchin (P.-de-C.). Synd. de Béthune.
12.094 FUMERY, Avon (Seine-et-Marne). Synd. méd. de l'arr. de Ploërmel.
12.095 LE LOUPP, Pleubian (C.-du-N.) Parrains : Docteurs Aurégan et Prigent.
12.096 MACÉ, Belle-Isle-en-Terre (C.-du-N.) Synd. méd. arr. de Guingamp.
12.097 MALLET, 80, r. Bertrand de Goth, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Villar et Aumont.

12.098 MERCIER, 15, av. Mac-Mahon, Paris, 17e. Soc. méd. du 17e arr.
12.099 MONNIER, Douai (Nord). Synd. méd. de Douai.
12.100 NICOLAS, Neuves-Maisons (M.-et-M.). Synd. des méd. de M.-et-M.
12.101 PETRAUD, Nanterre (Seine). Parrains : Docteurs Carrière et Vincent du Laurier.
12.102 Mme le Docteur PICQUART, Charleville (Ardennes) Synd. des stomatologistes.
12.103 RENARD, Montferrand (P.-de.-D.) Soc. de méd. de Clermont.
12.104 WATEL, Nanterre (Seine), Synd. banlieue ouest.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Faire vacciner tout le monde... contre tout!

La vaccination contre le tétanos va être rendue obligatoire dans l'armée.

Vaccination contre les typhoïdes, la diphtérie, la tuberculose, la variole (cette dernière, il est vrai, n'est pas obligatoire dans le pays de sa découverte, l'Angleterre), vaccination contre le choléra.

Si d'ici quelque temps un savant découvre un vaccin contre la scarlatine, la rougeole, etc., la médecine prophylactique par les vaccins deviendra, à cause de cette tendance vaccinale, obligatoire pour toutes les collectivités jusqu'à ce que les 40 millions de français et de françaises subissent toutes sortes de vaccinations.

En matière de tétanos la vaccination obligatoire est déjà un abus .En effet, dansl'armée, il n'y a pas que les combattants ; tous les combattants ne seront pas forcément blessés ; heureusement, tous les blessés ne contracteront pas forcément le tétanos et, par ailleurs, chaque blessé recevra du sérum antitétanique suffisant pour le préserver. Le vaccin, d'autre part, ne préserve pas pendant toute la vie, comme semble le dire M. Bazin, député du Jura (*Paris-Soir* du 6 août 1936) et si le tétanos problématique devait devenir notre cauchemar, pourquoi ne pas en rendre la vaccination obligatoire pour toute la population exposée à le contracter en temps de paix à tout instant (ouvriers d'usines et autres ; les enfants, qui en jouant, tombent et s'écorchent tous les jours), vaccination obligatoire pour toute la population car la guerre future ne fera pas de distinction entre civils et militaires ?

C'est dans le même esprit de généralisation facile et de panique devant un danger vraiment problématique qu'un chirurgien, il y a quelques années, préconisait l'appendicectomie chez tout le monde... dès la naissance.

Dr R.

CORRESPONDANCE

Et nos Veuves.... ?

Quand ferez-vous un effort pour offrir à nos veuves une pension honorable d'au moins 4.000 francs ? Et je voudrais qu'on puisse avoir la possibilité de monter jusqu'à 6.000 francs.

Comment voulez-vous attirer à vous des adhérents avec la misérable perspective de 1.800 francs par an ?

D^r^ V.-à Saint-S. (M.).

Réponse

Quand ?... C'est bien simple : quand nos confrères voudront ; quand ils comprendront qu'on ne fait rien en prévoyance mutuelle sans le nombre ; quand ils viendront s'inscrire en masse ; quand notre Combinaison V aura 300 adhérents au moins.

Rien n'est plus navrant que la misère d'une veuve de médecin. Et dire qu'une Œuvre comme la nôtre avec ses quarante-deux ans de fonctionnement et d'expérience, avec ses millions, n'a encore pu recruter *qu'une centaine de maris* médecins songeant à l'avenir de leurs veuves ! !

Mais venez donc à nous pour constituer ce nombre qui nous est nécessaire : au lieu de vous plaindre et de gémir. Commencez par agir, par cotiser et par faire la propagande voulue autour de vous. Et le reste viendra tout seul.

Dr H. MIGNON.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

6.425. — Compétence des Juges de paix en matière de recouvrement d'honoraires accidents du travail

Je vous serais obligé de me faire connaître à quelle somme se monte la compétence des Juges de paix en matière d'honoraires pour accident du travail et depuis quelle date.

Si une action intentée avant la date où la compétence a été augmentée est jugée selon l'ancienne ou la nouvelle compétence.

Dr A.

Réponse

Aux termes de l'art. 13 du décret du 28 mars 1934, l'art. 15, alinéa 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905, a été à nouveau modifié ainsi qu'il suit :

« *Le juge de paix connaît des demandes relatives au paiement des frais médicaux et pharma-*

ceutiques jusqu'à 1.500 francs en dernier ressort, et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent à charge d'appel dans la quinzaine de la décision. »

L'art. 20 du décret spécifie que les procédures commencées avant sa promulgation doivent rester soumises, en ce qui concerne le taux de la compétence et les délais de juridiction, aux dispositions législatives antérieures. Le décret est entré en vigueur le 1er juin 1934.

6.852. — Maladies causées par l'action des chaux et ciments

Un ouvrier cimentier a été, au cours de son travail, atteint d'une éruption eczémateuse, « la gale des cimentiers » et a été obligé d'interrompre le travail.

La Compagnie d'assurances se refuse de considérer cette « gale » comme un accident du travail. Est-elle dans son droit ? Il me semble qu'il s'agit bien d'un accident provoqué par le travail.

Dr J.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne s'applique en principe qu'aux accidents survenus aux lieux et temps du travail, mais non aux maladies professionnelles, exception faite toutefois de celles figurant dans la liste dressée par la loi du 1er janvier 1931, complétée par le décret du 12 décembre 1932 promulguant en France la Convention de juin 1925.

Or les lésions causées par les substances caustiques telles que chaux et ciments ne sont pas comprises dans ces maladies professionnelles bénéficiant exceptionnellement de la protection légale. Il s'en suit que les ouvriers qui en sont victimes ne peuvent prétendre au versement des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 que s'il s'agit d'un accident, c'est-à-dire d'une atteinte à leur intégrité physique provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, tel que le serait un contact brutal avec de la chaux vive ; si au contraire il s'agit de lésions à caractère morbide, attribuables à l'action lente et progressive d'une cause tenant à l'exercice continu et régulier de la profession, la législation sur les accidents du travail n'est effectivement pas applicable, et le refus opposé en l'espèce par la Compagnie d'assurances est juridiquement fondé.

Toutefois la victime n'est pas pour cela dénuée de tout recours. Elle est en droit de poursuivre son chef d'entreprise en dommages-intérêts, en application des articles 1382 et suivants du Code civil, et notamment en vertu de l'art. 1384 en vertu duquel le gardien juridique d'une chose est présumé responsable des dommages qu'elle cause aux tiers par son fait (V. Trib. civ. de

Boulogne, 5 avril 1935, *Semaine jur.*, 1935, 614, cas d'intoxication par des poussières de manganèse, Cour d'Amiens, 5 février 1936, *Gaz. Pal.*, 24 avril 1936, lésion produite par l'action lente du bichromate de potasse). D'autre part, comme il s'agit d'une maladie qui n'est ni indemnisée ni susceptible de l'être en vertu de la législation sur le risque professionnel, l'accidenté est en droit de demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations en nature de l'assurance-maladie.

Nous vous signalons pour terminer que les maladies de la peau produites par l'action des chaux et ciments figurent parmi celles que les médecins ont l'obligation de déclarer, par application du décret-loi du 16 octobre 1935, en vue de la prévention et de l'extension ultérieure à ces maladies de la protection légale. Cette extension est d'ailleurs actuellement chose faite, en vertu du décret du 12 juillet dernier, qui prévoit « les dermites primites et pyodermites ainsi que les dermites secondaires eczématiformes (gale du ciment) engendrées par la fabrication, la manutention et l'emploi des ciments. » Toutefois, en vertu de l'art. 3 dudit décret, ses dispositions n'auront effet que six mois après sa publication, c'est-à-dire seulement à compter du 18 janvier 1937.

7.427. — Le médecin est en droit de faire payer ses honoraires au tarif de droit commun par le blessé

Le 4 juillet dernier se présentait à ma consultation un nommé J..., facteur des postes du bureau de N. Il était atteint atteint d'une plaie contuse du dos de la main droite, reçue, déclarait-il, au cours de son service. Après avoir reçu mes soins, il me réclama un certificat de constat de cette blessure, me déclarant que la receveuse faisait toutes réserves au sujet de l'origine « en service » de cet accident.

Ce certificat initial prévoyait une incapacité de travail de huit jours. A l'expiration de ce délai, il en fut délivré un second constatant la nécessité d'une prolongation de l'interruption du travail. Le 17 juillet, un troisième certificat était donné constatant la possibilité de reprise du service, le lendemain 18.

Le 10 août courant, l'intéressé se présentait à mon cabinet pour régler le montant de mes honoraires, me déclarant avoir été invité à le faire par son Administration.

N'ayant eu affaire qu'au blessé *lui-même et* n'ayant reçu de la Direction des Postes aucune pièce indiquant que la blessure avait été acceptée par elle comme accident du travail, je lui réclamai une somme somme de 154 fr. 80, dont je lui donnai reçu *timbré et* sans détail. Quelques jours après, il m'apportait une lettre à lui adressée de son Administration récla-

mant ce détail dont je vous envoie copie et dont je lui remis l'original.

En réponse ci-joint une lettre de la Direction, la première que je reçois, depuis le début des soins. Elle me souligne que le tarif appliqué n'est pas celui qui limite les frais à la charge du patron pour les accidents du travail.

Que dois-je répondre à cette Administration ? Et ne m'est-il pas loisible de demander au blessé plus que le tarif limitatif de la responsabilité des patrons ? Ou dois-je rembourser à l'intéressé le trop perçu ?

Dr G.

Réponse

La lettre que vous avez reçue du Directeur des Postes et des Télégraphes du département de l'X. provient, en effet, d'une méconnaissance manifeste de sa part des droits du médecin traitant d'un accidenté du travail en ce qui concerne la détermination du montant de ses honoraires. Il est, en effet, reconnu par une jurisprudence solidement établie de la Cour de Cassation, que le médecin qui a traité la victime d'un accident du travail a pour la partie de ses honoraires excédant le tarif établi par arrêté ministériel, une action personnelle et mobilière de droit commun, contre la victime qui l'a choisi (voir notamment Cour de cassation, Chambre civile, 8 février 1932, *Dalloz Hebd.*, 1932, page 202). Autrement dit, le médecin traitant a la liberté de considérer son malade comme un malade ordinaire et de s'entendre avec lui pour le chiffre de ses honoraires. Quant à la victime, elle peut se retourner contre son chef d'entreprise, en vertu des dispositions de la loi de 1898, et lui demander le remboursement de ses frais dans la limite du tarif ministériel de la dite loi. Mais ce tarif ministériel ne saurait nullement être opposé au médecin lui-même.

Vous êtes donc en droit de garder la somme reçue de votre blessé ; il vous suffira de répondre à l'Administration des P. T. T. que le règlement intervenu entre vous et son employé ne la concerne pas et qu'elle n'a qu'à rembourser à ce dernier la somme prévue par le tarif des accidents du travail.

7.486. — Rechute (?) d'une maladie professionnelle

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la marche à suivre dans le cas ci-après :

J'ai soigné le blessé R. qui fait l'objet de la lettre ci-jointe pour coliques de plomb. Il a repris son travail le 3 août. Le certificat de guérison que je lui ai délivré «... certifie que le blessé R. peut reprendre son travail à la date du 3 août ». Je n'ai pas parlé de guérison, mais simplement de reprise de travail. Quelques jours après sa reprise de travail, il tombe de nouveau malade pour coliques de plomb ; nouveau certificat de ma part à la date du 9 août.

Je vous joins la lettre de l'Assurance qui déclare qu'*il* s'agit d'une rechute et qu'elle ne paiera pas ce nouveau sinistre. Or, je n'ai pas mentionné le mot guérison sur mon certificat de reprise de travail à la date du 3 août.

En outre, rien ne peut prouver qu'il s'agisse d'une rechute ou d'une nouvelle crise de coliques de plomb.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire ce que je dois faire et ce que doit faire l'ouvrier pour faire accepter ce deuxième accident ?

Dr M.

Réponse

En matière d'accidents du travail et conformément à l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, la guérison et la consolidation de la blessure ne peuvent être considérées comme acquises que lorsque l'état du blessé est définitivement fixé, c'est-à-dire lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme qui appelle des soins médicaux ou autres et que rien ne peut plus être fait ou tenté pour modifier cet état. Aussi a-t-il été jugé que l'on ne doit pas tenir compte d'une consolidation apparente, même si cette dernière est constatée, de façon prématurée, par des certificats médicaux et suivie d'une reprise effective du travail et que seule doit être considérée, pour la détermination des droits de la victime, une consolidation réelle et définitive. Plus particulièrement, la Cour de Dijon, par son arrêt du 3 juin 1936 (*Gazette du Palais*, 31 juillet 1936) a décidé que la consolidation de la blessure d'un ouvrier reconnu atteint d'une synovite à grains riziformes, ne saurait être placée à une date à laquelle le blessé était encore en traitement alors, d'ailleurs, que plusieurs mois après, il a dû subir une intervention chirurgicale, et que cette consolidation ne saurait être placée qu'à la date où postérieurement à cette intervention, l'état de l'ouvrier est devenu définitif.

Ces principes sont, d'ailleurs, consacrés par une jurisprudence constante (voir notamment Cassation civile, 7 janvier 1902, *Gaz. Pal.*, 1902.1.131, Dijon, 14 juin 1930, *Gaz. Pal.*, 1930.2.211.)

Puisque, en l'espèce, il n'est pas douteux que la guérison de votre client n'était pas acquise à la date où ce dernier a repris son travail sur la délivrance d'un certificat médical de votre part, et que, d'autre part, ce certificat ne parlait point de guérison ni de consolidation définitive mais seulement de la possibilité, pour l'accidenté, de reprendre partiellement ses occupations (reprise partielle qui est parfaitement possible en période d'incapacité temporaire ainsi que la jurisprudence l'a décidé à maintes reprises) il ne saurait être question, en l'espèce, de parler de rechute et de se baser sur des dispositions de l'*article 19 de la loi de 1898* et l'interprétation restrictive qu'en a donnée la jurisprudence, pour

refuser, à votre client, le payement des nouveaux soins médicaux que nécessite son état ainsi que le versement de l'indemnité journalière afférant à cette nouvelle période d'incapacité temporaire.

En admettant cependant qu'il s'agisse d'une rechute, il n'est pas certain qu'il faille en déduire pour cela que la victime se trouverait dénuée de toute action à l'égard du chef d'entreprise ou de son Assurance substituée pour obtenir le versement de ses indemnités. Il a, en effet, été jugé, contrairement aux décisions antérieures, par la Cour d'appel de Caen, le 23 mai 1935 (*Dalloz Hebdomadaire*, 1935.483) que l'indemnité prévue par l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 et dont l'ouvrier peut, en cas d'aggravation demander la révision, comprend tout à la fois : la rente, l'indemnité de demi-salaire et le remboursement des frais médicaux.

Nous conseillons donc, en conclusion, à votre client, de ne pas s'incliner devant le refus qui lui est ainsi opposé, mais de porter, éventuellement le différend devant le Juge de paix du lieu de l'accident.

ASSURANCES SOCIALES

6.402. — Assurance-maladie. Soins spéciaux. Formalités que doit remplir l'intéressé

J'ai absolument besoin de savoir dans le plus court délai possible si dans la loi sur les Assurances sociales, ou dans le Réglement d'administration publique, ou dans le Règlement intérieur des Caisses, il existe une clause obligeant le médecin traitant à prévenir les Caisses (comme pour les soins aux blessés de la guerre) lorsqu'ils entreprennent un traitement qui sort de la pratique courante (oxygénothérapie à très haute dose, par exemple) ou un traitement spécial non prévu à la nomenclature et nécessitant de nombreuses séances.

Dr C.

Réponse

Le nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a conservé les mêmes principes que l'ancien en ce qui concerne la délivrance des prestations en nature, et le statut du médecin traitant de l'assuré. Ce dernier continue à être placé en principe en dehors des Assurances sociales ; il jouit donc de la liberté de traitement et de prescription comme auparavant, et n'a pas à demander une autorisation, ou à prévenir la Caisse lorsqu'il

croit utile de pratiquer un traitement ou une opération spéciale.

Mais il n'en est évidemment pas de même de l'assuré. Celui-ci peut parfaitement suivre le traitement ordonné par son médecin, mais il peut se voir déchu de ses droits au remboursement des frais exposés de la part de sa Caisse s'il n'en a pas respecté le Règlement intérieur. Or ce règlement, qui doit contenir aux termes de l'article 31 § 4 du décret-loi des dispositions communes à toutes les Caisses et énoncées par le règlement type du ministre du Travail, doit entre autres prévoir obligatoirement, selon l'art. 115 § 2 alinéa *k* du Règlement d'administration publique du 19 mars 1936, « la délivrance *à l'assuré* d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille, s'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien ou d'un auxiliaire médical ». Il s'agit de bien comprendre cette disposition : elle n'a nullement pour but d'obliger le médecin traitant à se faire autoriser par la Caisse ; elle veut simplement dire qu'avant tout traitement spécial l'assuré, s'il veut en obtenir le remboursement, doit demander à sa Caisse la prise en charge de ce traitement. Il n'est bien entendu pas livré sans recours à l'arbitraire de cette Caisse ou de son médecin-contrôleur ; en cas de refus injustifié il doit saisir la Commission technique prévue par l'art. 8 § 3 du décret-loi, qui a pour mission de trancher tous les litiges s'élevant au sujet de l'état du malade, et est composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil.

Il est exact que selon une réponse ministérielle n° 15.337 parue au *J. O.* du 31 mai 1936, « les Caisses sont fondées à refuser le remboursement des frais de traitement sympathicothérapique, ce traitement ne figurant pas à la nomenclature des actes de spécialités, et étant au surplus d'une application trop récente pour qu'il puisse être compris dans cette nomenclature. » Il avait été déjà antérieurement répondu de manière analogue au sujet de « l'Octozone » (R. M, n° 9.513, *J. O.*, 7 nov. 1934, n° 10.234, *J. O.*, 9 janvier 1935). Mais on ne saurait approuver cette thèse qui est dépourvue de toute base juridique. La loi sur les Assurances sociales a consacré la liberté pour l'assuré de choisir son praticien, et pour ce dernier de mener comme il l'entend le traitement de son malade. La nomenclature des actes de spécialités dressée par la Confédération des Syndicats médicaux n'est nullement limitative. Les Caisses doivent donc rembourser les frais de tous traitements légalement accomplis, sous réserve naturellement de la demande de prise en charge de l'assuré, et en cas de désaccord, de la décision de la Commission technique. Si elles estiment que les trai-

tements de certains médecins sont dépourvus de bases scientifiques sérieuses et ont un caractère charlatanesque, elles doivent les déférer au contrôle technique du Syndicat local.

7.487. — Inscription des assurés sociaux sur la liste des indigents

Un (ou une) malade assuré social qui est inscrit en cours de maladie à l'Assistance médicale gratuite doit-il (ou elle) être soumis à toutes les règles de l'Assistance médicale gratuite.

En particulier perdra-t-il le libre choix entre les établissements de cure et devra-t-il être envoyé d'office dans ceux qui ont passé contrat avec le département.

Je vous serais reconnaissant si vous pouviez me répondre au plus tôt car j'ai une malade assurée sociale, Assistance médicale gratuite pour qui l'on veut m'imposer un établissement.

Dr G.

Réponse

En vertu de l'art. 19 du décret du 28 octobre 1935 instituant un nouveau régime d'assurances sociales, les assurés sociaux acquièrent la qualité d'assurés indigents par inscription sur les listes d'assistance dans les conditions fixées par la loi du 15 juillet 1893.

Or, il résulte des dispositions de cette loi et notamment des articles 19 et 20 déterminant les règles d'admission à l'Assistance, que les décisions portant inscription sur les listes ne peuvent avoir d'effet que pour l'avenir (Conseil d'Etat, arrêt du 28 janvier 1933.)

Il s'ensuit qu'en l'espèce, votre cliente ne saurait être considérée comme assurée indigente puisque son inscription sur la liste d'assistance n'a eu lieu que postérieurement au début de la maladie. Elle ne peut donc revendiquer les avantages attachés à cette qualité mais elle ne saurait non plus se voir opposer les règles spéciales afférentes aux assurés sociaux indigents ; en particulier l'Administration ne saurait lui restreindre le libre choix de son praticien ou de son établissement de cure, faculté, qu'elle tient formellement de l'art. 6 parag. 2 du décret-loi précité.

En admettant même que votre cliente puisse être considérée comme une assistée indigente en règle, il y aurait lieu d'admettre que le libre choix ne saurait lui être refusé car il résulte de l'art. 19 précité ainsi que de la jurisprudence que les assurés sociaux indigents doivent en principe être assimilés aux assurés ordinaires en ce qui concerne les conditions d'attribution et de délivrance des prestations en nature.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER

Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations d'altitude

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :
Annecy. Lortet, Pierron.
Aubure (Haut-Rhin), Borg.
Chamonix. de Chabanolle (*enf. cure hélio-alpine*), J.-G. Fisher
Jougne. (Doubs). Charlin.
Lajoux (Jura), L. Benoit-Jeannin.
La Louvesc (Ardèche). J. Goubert.
Langogne (Lozère). Adrien Forestier.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mégève. Marcel Grenet, Jacqueline Grenet-Gazamian (*enf.*)
Monnetier-Mornex. (Haute-Savoie). V. Ducret.
Osséjà (Pyr.-Or.) J. Avérous.
Pau (Basses-Pyr.). Cornet.
Saint-Gervais. Roux.
St-Pierre-de-Chartreuse. Brianes.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Villard-de-Lans. Bassaguet (*mal. enf.*), Suau (*mal. enf.*)

Abonnés du Concours exerçant dans les stations balnéaires et climatiques

MM. les docteurs :
Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-mar.*), L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis, Parcé.
Bauche (La). Chidiac.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, H. Loze, Ménard, Tridon, Richez.
Biarritz. Clavel.
Boulou (Le) (Pyr.-Ores) M. Basman.
Cannes. Abadie, Bourgeois-Gavardin, P. E. Bousquet, Cadinouche, Escarras, P. Houssiaux, Joublot, Gérard Monod, Roques, Stauder.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Croix-de-Vie. Cristau.
Crozon-Morgat. E. Donard.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Fouesnant-Beg Meil. Legal.
Grau du Roi (Gard). Ramain.
Hendaye. Th. Casenave.
Ile de Bréhat. Houdart.
Le Boulou. J. Noguès.
Loctudy. Dupouy.
Mimizan-Plage (Landes). Froustay.
Nice. Faure, M. Lelongt, Nicolas, Trutié de Vaucresson (*chir.*)
Ouistreham-Riva-Bella. Ch. Poullain.
Palavas-les-Flots. Gelly.
Paramé. Bazin.
Pau. Dr Cornet.
Roscoff. Bagot père, Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer. (Calvados), Em. Quiquemelle.
St-Georges-de-Didonne. Maudet.
Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul.
Ste Maxime-s/Mer. E. Bausset, Ficonetti.
St-Quay-Portrieux. Bertrand
St-Raphaël. Léon Clément (*chir.*) M. Rochette (*stom.*), Roux de Laroque (*Gyn. enf.*).
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Sanary-sur-Mer. Gaillard.
Tréboul. R. Rivoal.
Trébeurden. Royer.

Renseignements

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Toute asthénie reconnaît comme début et comme cause des troubles hyperacides. La TABLETTE DE MANGAÏNE qui reglobulise, qui aseptise le tube digestif, est le médicament le plus agréable et l'agent de guérison le plus rapide.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

***AVIS.** — Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

N° 236. — Echangerait bonne client. méd. génér. 6 ans Paris, contre client, campagne pet. ville ou propharm. Maison confort, et jardin.

N° 237. — Dame, 50 ans, instruite, bien élevée, sérieuse, infirmière diplômée, accepter. place chez méd., dans mais. santé ou clinique, Paris ou province.

N° 238. — Achèterais occasion mobilier médical et instrumentat. médecine générale en bon état. Dr Marican, 14, rue Sainte-Marguerite, Montpellier.

N° 239. — Client. médicale à céder d'urgence dans grande ville Seine-Inférieure. Seule condit. : achat pavillon, avec facilités paiement.

N° 240. — Représent, 28 ans, visitant méd. région Est depuis 5 ans, ayant voiture, cherche laborat. ou maison de matériel médical.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel et Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Grande ville province. Situation fixe, longue durée, offerte à jeune médecin français.

Deux heures Paris. — Importante clientèle rurale. Médecin chemin de fer. Habitation tout confort. A céder avec toutes facilités.

Seine. — Très ancienne client. d'un gros rapport, sans accouchement. Frais minimum. Grande maison avec jardin, petit loyer. Prix : 90. 000.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Stage obstétrical de perfectionnement.* — Un stage de perfectionnement aura lieu sous la direction de M. le Professeur Voron, assisté de ses collaborateurs, à la Clinique obstétricale, hôpital Edouard-Herriot. Il commencera le mardi 3 novembre et prendra fin le jeudi 13 novembre.

Ce stage est ouvert à tous les docteurs en médecine, ainsi qu'aux étudiants pourvus de vingt inscriptions. Les stagiaires dirigeront eux-mêmes les accouchements et seront individuellement exercés aux opérations obstétricales courantes. Ils pourront rester la nuit dans le service.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 24 octobre. Le droit d'inscription est de 200 francs qui doivent être versés en s'inscrivant.

Les demandes de renseignements et les inscriptions sont reçues par Mme la Secrétaire de la Clinique obstétricale, Pavillon K, Hôpital Edouard-Herriot, Lyon.

— **Hôpital de la Glacière** (35, rue de la Glacière, Paris). — *Le cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique,* donné à Paris par le Professeur Portmann, aura lieu du jeudi 22 octobre au mercredi 28 octobre 1936, avec la collaboration de M. J. Auzimour, du Professeur agrégé Despons et de M. Paul Leduc.

Programme. — Jeudi 22 octobre, 9 h. 30 : Les vertiges. Leur traitement chirurgical ; 15 heures : Les otites aiguës ; 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical. — Vendredi 23 octobre 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie ; 15 heures : La mastoïdectomie. — Samedi 24 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie ; 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical. — Lundi 26 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial ; 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie. — Mardi 27 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques ; 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques. — Mercredi 28 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx ; 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie. Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

— **Hôpitaux de Belfort.** — *Internat.* — Deux postes d'internes seront vacants à l'hôpital civil de Belfort pour octobre prochain.

Admission après concours sur titres, réservé aux étudiants français ayant au moins 16 inscriptions, externes des hôpitaux, et de préférence parmi les admissibles à l'internat des villes de Faculté, sur la proposition du doyen de la Faculté. Engagement minimum d'un an : 400 francs par mois, nourri, logé, blanchi ; un mois de congé par an.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au directeur de l'établissement.

— **III[e] Congrès international du paludisme.** — Ce Congrès qui devait se tenir à Madrid, du 12 au 18 octobre 1936, est remis à 1937. Nous recevons à ce sujet, la lettre suivante : « La situation actuelle en Espagne nous oblige à ajourner la réunion du III[e] Congrès international du paludisme qui avait été fixée au 12 octobre prochain.

D'accord avec le Président du Comité permanent international du paludisme, nous espérons être en mesure de fixer la nouvelle date de réunion du Congrès au printemps ou à l'été 1937. Les inscriptions déjà effectuées resteront valables. Lorsque la nouvelle date sera connue et publiée, les membres inscrits de toutes catégories, ne pouvant pas assister au Congrès, étant donné le changement apporté, pourront réclamer le remboursement de leur cotisation antérieurement payée.

Madrid, le 20 août 1936. *Le secrétaire général*, D[r] E. LUENGO ».

— **Ligue française contre le rhumatisme.** Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris. — La Ligue française contre le rhumatisme organise une « Journée du rhumatisme » qui aura lieu le 10 octobre 1936.

L'ordre du jour en est le suivant : *Rhumatismes et traumatismes.*

1° Le matin, à 10 heures, réunion clinique à l'hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Boppe, chirurgien-orthopédiste de l'hôpital ;

2° Réunion l'après-midi, à 15 heures, à la Faculté de médecine sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, président de la Ligue française contre le rhumatisme.

Les rapports sur la question, qui auront été publiés par les soins de la *Revue du rhumatisme* dans ses numéros de septembre et octobre 1936, seront brièvement résumés et longuement discutés.

Tous sont cordialement invités à participer à cette Journée ».

L'inscription est gratuite.

Prière d'adresser les demandes de présentation de malades au docteur BOPPE, 11, quai d'Orsay, et les demandes d'inscription ou les discussions des rapports au Secrétariat général de la « Journée » : Docteur WEISSENBACH, 6, rue Daubigny, Paris.

3° Le soir, à 20 h. 30, un dîner amical réunira les adhérents.

— **Association des médecins automobilistes de France** (*Ancien Automobile Club médical*). — Un membre de

cette Association nous prie d'avertir nos lecteurs qu'il ne faut pas la confondre avec l'*Automobile Club médical de l'Ile-de-France* dont nous avons publié la circulaire dans notre numéro du 16 août.

L'*Association des médecins automobilistes de France*, n'a parmi « ses avantages » aucune organisation médico-chirurgicale inopportune.

Son président est notre distingué confrère, le docteur CAPETTE, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— **Vacances de Noël sur la Côte d'Azur.** — Le XIVe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen aura lieu du 26 décembre au 2 janvier. La concentration se fera à Nice le samedi 26 décembre.

Les trente-trois années d'expérience de la Société organisatrice assurent à ce voyage une technique, une économie et un luxe indiscutés. La direction scientifique du Voyage sera, comme de coutume, confiée à des professeurs. Des médecins, des historiens, des naturalistes, spécialisés dans l'étude de la région et des monuments visités, assureront les explications nécessaires. Tous les parcours seront effectués en autocars de luxe et les logements seront réservés dans les meilleurs hôtels. Les médecins et leurs femmes, les étudiants en médecine, recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables durant un mois sur les chemins de fer français. Les adhérents qui ne voudront point assister au voyage entier, pourront se joindre à une partie seulement et bénéficier d'une réduction correspondante de la cotisation.

A l'occasion du voyage, de magnifiques excursions auront lieu dans les Alpes (sports d'hiver), dans l'Estérel (Fréjus et ses ruines romaines, Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants), en Corse, l'antique Cyrnos, Ile de Beauté, à partir du 2 janvier. Des séjours prolongés sur la Côte d'Azur seront mis aussi à la disposition des adhérents, dans les stations de leur choix.

Ecrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale 24, rue Verdi à Nice, pour renseignements complémentaires.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage de M. OLIVIER LE SOURD, fils de Madame et du docteur, François Le Sourd, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, avec Mademoiselle EVELYNE SCHANZÉ-MOORE.

Nous sommes heureux d'adresser au docteur et à Madame François Le Sourd nos plus sincères compliments et tous nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— Le docteur Louis BAROT, ancien maire d'Angers, *officier de la Légion d'honneur*, et Madame Louis Barot, nous font part du mariage de leur fille avec le docteur Henry Herding, chevalier de la Légion d'honneur, de Reims.

Nos plus sincères félicitations.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 AOÛT

Hygiène et Assistance sociales

Circulaire du 26 *août* 1936 *concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales.*

Paris, le 26 août 1936,

Le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets,

Je suis amené à constater que, dans un trop grand nombre de départements, en dépit des instructions adressées par mes prédécesseurs, les organismes assurant la protection de la Santé publique et la lutte contre les fléaux sociaux — qu'ils relèvent des collectivités publiques, des Caisses d'assurances sociales, des Commissions hospitalières ou des œuvres privées — fonctionnent sans liens suffisants. Ce défaut de coordination est éminemment préjudiciable au rendement technique et financier d'organismes qui, directement ou indirectement, et, dans une proportion de plus en plus importante tirent leurs ressources *des fonds publics.*

En conséquence, désireux de remédier immédiatement à cette situation, j'ai décidé que, dorénavant, les subventions d'installation, d'aménagement ou de fonctionnement provenant de mon département, ne seraient attribuées qu'à des institutions affiliées aux offices départementaux d'hygiène sociale, services ou établissements publics départementaux placés sous votre autorité immédiate et votre contrôle, constitués suivant les principes précédemment formulés (Circulaires des 15 avril 1923, 18 août 1924, 21 février 1931 et 8 décembre 1932).

Il appartiendra aux sections spécialisées de ces organismes d'instruire les demandes de subvention, de m'en proposer, par votre intermédiaire, la répartition, et, après approbation de ma part, de l'effectuer lorsqu'il s'agira de frais de fonctionnement.

Si la création d'un tel office départemental d'hygiène ne peut être envisagée dans votre département, je vous invite à constituer sans délai, par arrêté, une commission départementale de coordination sanitaire et sociale, qui remplira provisoirement les attributions ci-dessus dévolues aux offices départementaux, à savoir :

1° Définir la politique de prévention sanitaire et d'assistance sociale dans votre département ;

2° Instruire toutes demandes de subventions, qu'il s'agisse de création, d'aménagement ou de fonctionnement et formuler des avis qui devront accompagner toutes les demandes adressées au ministère de la Santé publique ;

3° Procéder à la répartition des subventions de fonctionnement.

Cette commission sera présidée par vous-même ou par votre représentant. L'inspection départementale d'hygiène en assurera le secrétariat général.

La Commission comprendra des délégués des principaux organismes assurant la protection de la santé publique, la lutte contre les fléaux sociaux et l'assistance sociale dans votre département (services publiques, commission administrative des hôpitaux et hospices, Caisses d'assurances sociales, Syndicats médicaux et autres, institutions privées (institutions de protection de la maternité et de l'enfance, Croix-Rouge, service social, etc.).

Ceux-ci seront nommés par arrêté préfectoral, sur proposition des groupements intéressés.

Pour assurer au sein des offices ou de ces commissions de coordination, une représentation équitable des institutions privées, vous voudrez bien inviter toutes celles qui sollicitent ou sont appelées à solliciter une subvention des collectivités publiques, à constituer une « Union départementale des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale ». Cette Union soumettra à votre choix les représentants à la collaboration desquels vous croiriez devoir faire appel.

Vous voudrez bien me faire connaître pour le 1er octobre 1936, les mesures qui auront été prises dans votre département, en exécution de la présente circulaire, afin que je puisse procéder sans retard à l'ordonnancement des diverses subventions en cours.

Henri Sellier.

Inspection des Ecoles

Avis de concours pour la nomination de deux médecins inspecteurs des écoles dans le département du Loiret

Il est ouvert, dans le département du Loiret, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs des écoles.

Les candidats des deux sexes devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et trente-cinq ans au plus (cette limite d'âge sera reculée d'un nombre d'années égal au temps passé sous les drapeaux pendant la guerre 1914-1918), être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les candidats du sexe masculin devront avoir satisfait à la loi militaire.

Le diplôme d'un institut d'hygiène de Faculté française, les stages dans les services d'enfants, de tuberculose, les années d'internat dans les hôpitaux seront considérés comme titres spéciaux.

Les demandes *rédigées sur timbre, devront être* envoyées dans le plus bref délai au préfet du Loiret (inspection départementale d'hygiène), à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements

complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement va de 36.000 à 42.000 francs. Il s'y ajoute les avantages consentis aux agents du département (indemnité de résidence ou de logement, charges de famille). Les frais de déplacement sont fixés à 12.000 francs.

30 AOÛT

Assurances sociales

Loi du 26 *août* 1936 *modifiant le décret-loi du* 28 *octobre* 1935 *sur les Assurances sociales*

La principale modification apportée par cette loi au régime des Assurances sociales est d'élever à 21.000 (et à 25.000 francs pour les personnes qui ont au moins un enfant à leur charge), la limite au-dessus de laquelle les salariés ne sont pas assurés sociaux obligatoires.

Infirmières

Décret du 28 *août* 1936 *relatif à la constitution d'un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et du service social*

Ce décret sera publié ultérieurement.

1er SEPTEMBRE

Sanatoriums

Loi du 28 *août* 1936 *concernant les modalités d'installation des sanatoria publics assimilés ou agréés, et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques de cure pour tuberculeux.*

Le texte de cette loi a été publié dans notre numéro du 30 août, page 2.505. Sa promulgation rend cette loi applicable dans les conditions énoncées par nous à la suite de son texte.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Remboursement aux assurés sociaux des ordonnances renouvelées

264. — M. André PARMENTIER demande à M. le ministre du Travail si, compte tenu de l'article 6, paragraphe 9, du décret du 28 octobre 1935, et de l'article 12, paragraphe 1er, du décret du 19 mars 1936 portant règlement général d'administration publique, les Caisses primaires doivent considérer les renouvellements d'ordonnances prescrits par le médecin traitant comme ne représentant qu'une seule ordonnance et tenir compte de ce fait, du total de la

dépense engagée pour l'exécution de l'ordonnance et de ses divers renouvellements pour l'application du taux de remboursement à 80 p. 100 en deçà de 25 francs, et à 60 p. 100 au delà de 25 francs. (*Question du* 23 *juin* 1936.)

Réponse. — Lorsque le médecin a prescrit un médicament renouvelable, il doit indiquer, sur l'ordonnance, le nombre des renouvellements qui peuvent avoir lieu. Dans ce cas, et dans la limite des renouvellements prévus, chaque exécution nouvelle de l'ordonnance doit être considérée comme l'application d'une nouvelle ordonnance au regard des articles 6, paragraphe 9, du décret-loi du 28 octobre 1935 et de l'article 12, paragraphe 1er, du règlement général d'administration publique du 19 mars 1936.

(*J. O.*, 7 août 1936.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

LÉGION D'HONNEUR

RÉSERVES

ARMÉE COLONIALE

Médecins

Par décret du 4 août 1936 rendu sur la proposition du ministre de la défense nationale et de la guerre, sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre de la loi du 3 août 1936, avec traitement (1) les officiers dont les noms suivent :

Au grade d'officier

Jousset, méd. command., dir. du serv. de santé de la 18e rég. ; Colat, méd. comm., dir. du serv. de santé de la 4e rég. ; Benjamin, méd. lieut-col., 18e rég.

Par le même décret est promu ou nommé (sans *traitement) :*

Au grade de chevalier

Faivre, méd. capit., dir. du serv. de santé de la rég. de Paris.

---

(1) Conformément aux dispositions de l'article 1er de la loi du 3 août 1936, la jouissance du traitement ne commence à courir que le 1er janvier 1937.

Tableau supplémentaire de concours pour la Légion d'honneur

(Suite au tableau paru au *Journal officiel* du 16 mai 1936)

Année 1936

RÉSERVES

SERVICE DE SANTÉ

Pour le grade d'officier

Médecins : Brocq, médec. command. rég., de Paris ; Maleplatte, médec. command., 17e rég. ; Weill, médec. capit., rég. Paris ; Temporal, médec. capit., 14e rég.

Pour le grade de chevalier

Médecins : Deguiral, médec. capit., 9e rég. ; Gibault, médec. capit., 13e rég. ; Lenieff, médec. capit. rég. Paris ; Daure, médec. command., 16e rég. ; Lagarde, médec. capit., 15e rég. ; Bonnin, médec. capit., 18e rég. ; Dauvert, médec. capit., 11e rég. ; Cleu, médec. command., 14e rég. ; Jacob, médec. capit., rég. Paris ; Peindaries, médec. lieut., 17e rég. ; Montant, médec. lieut., rég. Paris.

◆ ◆ ◆

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

7.496. — Une radiographie doit se faire par accord entre les deux médecins (patronal et traitant) sauf urgence justifiée.

J'ai demandé à la Compagnie d'assurances la X. deux radiographies pour deux accidentés du travail.

Le sous-agent de la Compagnie ici, a adressé mes deux clients à un confrère voisin qui a une petite installation de rayons X et se prétend radiologue, alors que comme moi il est simple médecin de Compagnie.

Inutile de dire que je n'ai jamais vu d'épreuves.

D'après la loi, le radiologue ne doit-il pas être un spécialiste à l'égal de l'oculiste-otologiste, etc... !

Dr B.

Réponse

L'exploration radiologique doit être effectuée en accord entre le médecin traitant et celui du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. De plus, le médecin patronal doit répondre dans

Voir la suite page XLVII-2661

PROPOS DU JOUR

UN SIGNE DES TEMPS CRITIQUES QUE TRAVERSE LA PROFESSION ENCORE LES MÉDECINS ÉTRANGERS

Nous avons publié naguère la petite annonce suivante :

Grande ville Ouest, poste de médecin contrôleur des Assurances sociales à prendre. Condition nécessaire, minimum dix ans de pratique médicale.

Le lendemain même de cette publication, nous recevions huit demandes de renseignements. N'est-ce pas là un signe évident des temps critiques que traverse notre profession ? Il existe en France un nombre appréciable de médecins à l'affût de la situation à salaire fixe qui pourrait les mettre à l'abri de l'incertitude du lendemain, et ces médecins ne sont pas de jeunes docteurs d'hier encore sans clients, ce sont des médecins ayant exercé plus de dix ans qui devraient normalement être pourvus d'une clientèle en plein rendement. Nous venions de nous livrer à de tristes méditations sur ce fait tout petit, mais éloquemment significatif, quand tomba sous nos yeux un rapport sur les médecins étrangers présenté par le Docteur F. Queyrrioux à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la banlieue ouest et nord de Paris.

M. Queyrrioux, comme nous du reste, se défend d'être xénophobe, mais il donne dans son rapport des renseignements qui à eux seuls sont troublants. Nous allons les énumérer, ils se passent de commentaires.

Plus de 25 % des médecins qui exercent dans Paris et sa banlieue seraient des étrangers non-naturalisés.

En 1911, il y avait 2,6 % d'étrangers parmi les médecins qui exerçaient en France dont 8,2 % dans la Seine. En 1931, la proportion dans la Seine s'élevait à 10 %. En 1935, elle atteignait 25 % dans la Seine et 15 % dans toute la France.

A la Faculté de médecine de Paris, pour 3.332 étudiants français on en compte 1.530 étrangers.

Sur ces 1.530 étrangers, 841 préparent le diplôme d'Université, 689 briguent le diplôme d'Etat. Comme il est encore légalement possible de transformer un diplôme de docteur en médecine d'Université en diplôme d'Etat, nous ne pouvons prévoir combien, sur les 841 étrangers qui préparent le diplôme d'Université il y en a qui se destinent à exercer en France.

M. Queyrrioux prétend que dans les six premiers mois de 1935, 163 médecins étrangers se sont fait inscrire à Paris à la Préfecture de police, alors qu'il n'y a eu que 124 français.

Enfin M. Queyrrioux affirme que « le plus autorisé des médecins syndiqués de France » a fait savoir qu'il était dans l'intention du Président du Conseil des Ministres de faire autoriser les médecins allemands réfugiés en France à y exercer la médecine ? ? On peut évaluer leur nombre à plus d'un millier.

M. Queyrrioux a encore entendu dans le cabinet d'un Ministre de la Justice un médecin sénateur raconter que, dans un bourg de Touraine, était mort un vieux médecin que le fils jeune docteur devait remplacer. Mais il était appelé à faire son service militaire. Or un de ses camarades, étranger et n'ayant pas de service militaire à faire, était venu prendre la place, alors qu'il avait passé sa thèse le même jour que notre jeune confrère français. Si encore les étrangers qui restent en France étaient des sujets d'élite ! Mais M. Queyrrioux affirme que les bons s'en vont, les autres restent. Aussi demande-t-il dans son rapport qui fut approuvé à l'unanimité, que, comme pour le barreau, la loi exige d'un étranger pour pouvoir exercer la médecine en France que sa naturalisation date d'au moins dix ans.

Et l'exercice de la médecine par les étrangers n'est qu'une des causes (et sans doute pas la plus importante) de la crise médicale qui sévit en France.

Ne nous étonnons pas si, à l'annonce de la vacance d'une situation de contrôleur des Assurances sociales en province, situation qui ne doit pas être royalement salariée, des médecins, ayant plus de dix ans de pratique, se précipitent pour savoir s'ils ont quelque chance de l'occuper.

J. Noir.

LA PUBLICITÉ MÉDICALE

La *Progrès Médical* du 25 juillet 1936 faisait remarquer qu'il y a beau temps que la publicité des produits médicamenteux s'abritait derrière de grands noms et à l'appui de cette affirmation il publiait la note suivante extraite de la *Gazette des hôpitaux* du 30 juillet **1836.**

Expériences de M. Magendie sur le chocolat médicamenteux de M. Boutigny. — M. Boutigny, pharmacien à Evreux, a composé un chocolat médicamenteux extrêmement efficace dans la convalescence des maladies. Ce chocolat, dont la digestion est très facile, contient des principes fortifiants propres à rétablir les fonctions de l'estomac affaibli ; il convient aux personnes faibles, anémiques, aux femmes nerveuses et chlorotiques. Ce chocolat, improprement appelé antiphlogistique par M. Boutigny (car il n'est surtout applicable que dans les cas de dyspepsie, d'atonie des organes, et chez les personnes dont la nutrition est languissante), a des propriétés avantageuses reconnues par des médecins distingués de la capitale. MM. Alibert, Jobert, Miquel, Rayer, etc., l'ont employé avec succès dans leur pratique.

M. Magendie l'essaie en ce moment avec avantages, dit-on, chez plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu, et chez un plus grand nombre encore en ville ; ce chocolat serait supporté par des estomacs qui rejettent tous les autres. Il constitue un bon aliment, et offre une ressource au médecin dans les convalescences longues et difficiles.

Depuis on a fait beaucoup mieux. Au grand nom s'ajoute le portrait, généralement avantageux, de celui qui le porte et le journal qui assure cette publicité, n'est pas toujours exclusivement médical. Bientôt le journal « vieux jeu » cédera la place au cinéma !

Autres temps, autres mœurs. C'est ce qu'on appelle le Progrès.

***

La *Gazette médicale limousine* de juin 1936 sous le titre de *Publicité médicale* reproduit le document suivant qui nous paraît tout particulièrement savoureux et qui aurait été adressé à un grand nombre de nos confrères :

ANNUAIRES
des
MÉDECINS-SPÉCIALISTES
ET SOMMITÉS MÉDICALES
DE FRANCE
19, rue Jean-Jacques-Rousseau
PARIS

Le 3 *juin* 1936.

CHER DOCTEUR,

Depuis quelques années, la grande majorité des malades ont pris l'habitude au moindre malaise de consulter un médecin spécialiste et n'hésitent pas à faire de longs et coûteux déplacements pour lui rendre visite.

Comme les noms des Sommités médicales leur sont inconnus, les dires de leurs amis ou l'avis d'un pharmacien guident leurs choix.

Pour leur venir en aide, un ouvrage d'une utilité indéniable, aussi bien pour les malades que pour les praticien , vient de naître :

L'ANNUAIRE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES ET SOMMITÉS MÉDICALES DE FRANCE

Nous nous permettons de vous engager vivement à vous faire inscrire sur ce recueil, dont la présentation de grand luxe et l'absence de toute publicité contribuera à augmenter votre notoriété. Seuls les souscripteurs y figureront à l'exclusion de tout autre.

Cet annuaire unique, distribué gratuitement à tous les principaux pharmaciens, sera vendu à un prix modique pour en permettre la diffusion rapide dans tous les foyers français.

Les recherches y seront faciles grâce à son classement par spécialités dans chaque département et chaque famille aura toujours sous les yeux le nom du savant qui pourra sauver ceux qui lui sont chers.

Persuadé d'avance que notre proposition aura su vous intéresser et que vous nous retournerez le bulletin de souscription ci-joint, nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations les plus distinguées.

LE DIRECTEUR.

BULLETIN D'INSCRIPTION

Monsieur le Directeur de « *l'Annuaire des Médecins-Spécialistes et Sommités Médicales de France* »,

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir m'inscrire dans votre Annuaire 1936-1937 pour la somme de mille francs, payables 500 francs à la souscription, par chèque ou mandat et le solde à réception du justificatif.

Nom et prénoms, adresse, détails sur les spécialités. Date, Signature.

***

Enfoncés les concours, la Presse médicale, les Sociétés savantes, l'Académie de chirurgie, l'Académie de médecine et même l'Institut ! Pour être sacré *Sommité médicale*, il suffit d'envoyer mille francs à M. le Directeur de l'Annuaire.

C'est encore un Progrès et parfois une économie.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU

Atrophies optiques post-hémorragiques (1)

Par le Professeur Félix TERRIEN

OBSERVATIONS. — Avant d'aborder l'étude du sujet de notre leçon d'aujourd'hui, je désire vous montrer un malade très intéressant atteint d'une affection que vous n'aurez pas l'occasion de voir tous les jours et se rattachant par quelques points au sujet dont je veux vous entretenir.

Voici notre malade, il est atteint d'acromégalie ; le diagnostic est facile à poser à la simple inspection.

Cette affection aurait débuté en 1917, pendant le bombardement du fort de Vaux, où le malade demeura tout un mois sans être relevé. C'est à ce moment qu'il aurait senti pour la première fois de fortes douleurs de tête et qu'il aurait remarqué que sa tête augmentait de volume, ainsi que ses mains et ses pieds. La langue, vous le voyez est énorme et le massif facial très proéminent, en particulier les bosses frontales correspondant aux sinus frontaux.

Actuellement notre malade présente encore un symptôme important : il a de la polyurie, il est obligé de se lever cinq à six fois par nuit pour uriner, il émet jusqu'à un litre et demi d'urine par nuit. Il est avec cela très gros mangeur et il est très vraisemblable qu'en plus de l'acromégalie il présente un diabète hypophysaire. Il vient de se présenter ce matin même à notre consultation et sans doute l'examen ultérieur confirmera-t-il ce diagnostic.

Quels sont les symptômes oculaires que présente notre malade ?

De par l'anatomie de la région où se trouve l'hypophyse, on comprend aisément le mécanisme de l'apparition des troubles visuels en présence des atteintes de cette glande.

Nous constatons chez lui un rétrécissement du champ visuel temporal et l'examen du fond de l'œil montre une papille pâle des deux côtés, blanche. La vision à droite est de 1/10 ; elle est sensiblement normale à gauche.

Il y a trois ans, ce malade a eu un melæna très abondant à la suite duquel la vision aurait baissé. Il y a un mois il aurait eu de nouveau un vomissement de sang qui entraîna une baisse encore plus marquée de la vision.

Les troubles visuels ici constatés sont évidemment consécutifs à une compression du chiasma par une hypophyse hypertrophiée et l'examen radiologique nous montrera très certainement de graves altérations de la selle *turcique. Mais sans doute faut-il aussi retenir chez lui l'in*fluence des hémorragies intestinales sur son acuité visuelle. Ce point est intéressant pour nous, car il permet de rapprocher notre malade du cadre de la leçon de ce matin : les troubles oculaires à la suite des hémorragies.

Passons maintenant à l'étude du sujet de notre leçon, voyons les troubles oculaires particuliers qui peuvent survenir à la suite d'abondantes pertes de sang.

Nous avons actuellement dans le service une malade qui à la suite d'hématuries répétées présente une diminution de la vision et des altérations du fond de l'œil.

Je ne vous la présente pas, car elle est très déprimée et puis, vous ne pourriez, ici à l'amphithéâtre, la bien examiner.

Cette malade a eu des hématuries abondantes, elle a une forte quantité d'urée dans le sang, elle présente une néphrite. Nous avons donc ici l'occasion d'étudier les troubles oculaires survenant à la suite des hémorragies abondantes.

Ces troubles oculaires sont d'observation très ancienne. Ils furent décrits déjà par Hippocrate, qui les avait observés à la suite d hémorragies intestinales ou à la suite de vomissements de sang. Après ces accidents, disait-il, fréquemment « les yeux ne voient plus ».

Notre malade est âgée de 20 ans. Le 8 septembre 1934, elle est brusquement prise d'une hématurie et dès le lendemain elle se plaint de troubles visuels, remarquant que la v sion est diminuée. Le lendemain nouvelle hématurie et, les jours suivants les troubles visuels s'aggravent

(1) Leçon du 6 décembre 1935

et durant près d'un mois. En janvier 1935, elle a une nouvelle hématurie, accompagnée à nouveau de troubles visuels qui ne disparaissent que peu à peu ; en avril, nouvelle hématurie et de nouveau les troubles visuels reparaissent ; la malade voit mal, dit avoir du brouillard devant les yeux, en même temps elle présente une paralysie faciale. Après quelque temps, elle se remet et peut même reprendre son travail ; mais au début de septembre 1935, apparaît une quatrième hématurie, compliquée de nouveaux troubles visuels qui depuis ce temps n'ont fait que s'aggraver et c'es. la raison pour laquelle elle vient nous consulter.

Nous constatons chez elle, à droite une acuité visuelle de 1/10 et à gauche elle ne peut que compter les doigts à 2 mètres.

L'examen du fond de l'œil montre l'existence d'une atrophie bilatérale des papilles, avec bords sensiblements nets mais vaisseaux rétrécis, en particulier les artères qui sont filiformes et se montrent par places bordées d'une strie cicatricielle.

La tension artérielle chez cette malade est élevée : 19 pour la Mx et 11 pour la Mn.

D'autre part, la proportion d'urée dans le sang est considérable, on trouve chez elle 3 gr. 80 d'urée pour mille ! Il est surprenant qu'avec cette quantité d'urée sanguine elle ne présente pas l'aspect classique de la rétinite azotémique. Sans doute il y a eu de la névrite optique et il existe quelques lésions chorio-rétiniennes maculaires qui doivent lui être rapportées mais il s'agit ici d'un cas complexe d'atrophie optique bilatérale devant être à la fois la conséquence et de l'azotémie et des hémorragies.

Nous avons nettement vu chez cette malade l'influence des hémorragies sur l'acuité visuelle ; après chaque nouvelle hémorragie la vision diminuait.

Il y a quelques années, j'ai observé un cas du même genre chez un jeune homme âgé de 22 ans. Celui-ci est brusquement pris de douleurs abdominales, il a du melæna, le lendemain la même crise se reproduit, elle se répète plusieurs jours de suite et le malade est amené à l'hôpital Saint-Antoine, presque exsangue, dans le service du Docteur Coyon qui lui fait une transfusion de sang, et des injections de sérum. Huit jours après le début des accidents hémorragiques, le malade se plaint de troubles visuels qui très vite atteignent une intens té considérable. Et ce début tardif n'a rien de surprenant car les troubles visuels post-hémorragiques n'apparaissent que rarement tout de suite après les hémorragies ; habituellement ils sont plus tardifs, survenant seulement deux, trois, quatre, six, huit jours après et parfois même beaucoup plus tard, jusqu'à trois semaines après.

Ce malade présentait des pupilles dilatées, les réflexes lumineux de la pupille étaient abolis et l'examen du fond de l'œil montrait des artères filiformes, des veines rétrécies et une pâleur générale du disque optique. L'acuité visuelle à droite était de 1/10 et à gauche de 1/300.

Epoque d'apparition des troubles visuels. — Les observations de ce genre ne sont pas isolées, on en connaît un grand nombre ; la perte de la vision peut être complète et définitive.

Une des statistiques les plus connues (celle de Singer) mentionne 194 cas de troubles visuels à la suite des hémorragies. Sur ces 194, cas 170 étaient bilatéraux, soit 87,6 % et 24 unilatéraux, soit 12,4 %.

La pathogénie de ces troubles oculaires est encore bien mal connue.

Le moment de leur apparition est variable mais assez rarement immédiat. Suivant la statistique mentionnée plus haut, dans 8 % des cas le trouble visuel apparaît pendant l'hémorragie ; dans 11 % des cas tout de suite après ; dans 14 % dans les vingt-quatre heures suivantes ; ans 19 % plus de quarante-huit heures, dans 39 % entre le troisième et le seizième jour, enfin dans 7 % des cas plus tardivement encore.

Ainsi, suivant la juste observation de A. Terson, il semble y avoir une phase élective pour l'apparition des troubles visuels post-hémorragiques. On les voit le plus souvent survenir entre le troisième et le cinquième jours après l'hémorragie et le trouble nous l'avons dit, est habituellement bilatéral.

Suivant la statistique rapportée plus haut, il aurait été bilatéral dans 170 cas et unilatéral seulement dans 24 cas.

Symptomatologie. — Avant d'aborder la pathogénie de ces troubles oculaires voyons leur symptomatologie.

Quels sont les symptômes subjectifs ? Le malade voit moins bien, son champ visuel est rétréci, l'acuité visuelle baisse, il peut y avoir amblyopie ou amaurose complète.

Celle-ci pourra même être annoncée par des obnubilations passagères : souvent, alors que le malade semble déjà se remettre de son hémorragie, il présente quelques petites pertes passagères de la vision essentiellement fugaces. Mais cette constatation, très importante, éveillera l'attention car ces obnubilations visuelles seront souvent le prélude de l'amblyopie et de l'amaurose. Car ces petites pertes passagères de la vision, ne durant le plus souvent que quelques minutes, sont le résultat d'un spasme des vaisseaux rétiniens et devront faire craindre la perte ultérieure de la vision dans les jours qui suivent.

A côté des symptômes subjectifs, les symptômes objectifs se traduisent par deux éléments

essentiels ; les pupilles sont en mydriase et ne réagissent pas à la lumière, ce qui permet d'éliminer toute simulation, bien peu vraisemblable en pareil cas, mais à laquelle d'une manière générale il est bon de penser toujours. Encore ces jours derniers j'examinai avec le Docteur Mouchet un malade accidenté atteint d'une fracture de la clavicule gauche et assurant qu'à la suite de cet accident son œil gauche ne voyait plus du tout. A l'examen je lui trouvai un astigmatisme considérable à gauche avec une vision de 3/10, sa pupille réagissait parfaitement. Ce malade était donc un simulateur. N'oubliez jamais que la conservation du réflexe pupillaire est un élément très important pour le diagnostic.

A côté de l'immobilité des pupilles dilatées, avec réflexes lumineux abolis, l'examen ophtalmoscopique décèle le plus souvent des altérations du fond de l'œil se traduisant par de l'ischémie, les artères rétiniennes surtout sont filiformes, et par un léger œdème de la papille. Cet œdème est toujours bien moins marqué qu'en présence d'une tumeur cérébrale, d'une hypertension intra-cranienne, mais il fait rarement défaut.

Ce léger œdème de la papille est la conséquence de la gêne circulatoire résultant de la dépression cardiaque, auquel s'ajoute le spasme des artères de la rétine, d'où absence de vis à tergo pour la circulation veineuse. Il faut aussi penser à l'influence de la tension intra-oculaire qui normalement, vous le savez, est de 15 à 18 mm. de mercure. Le spasme des vaisseaux de l'œil ne modifie pas cette tension du globe qui demeure invariable, comprimant davantage encore les vaisseaux rétiniens et favorisant par là l'œdème. Mais en pratique cet examen de fond de l'œil chez ces sujets ayant présenté des hémorragies abondantes est toujours pratiqué assez tardivement et d'ordinaire nous n'avons guère de renseignement sur l'état du fond de l'œil au début de l'hémorragie.

Par contre on a pu expérimentalement observer chez des animaux l'apparition précoce de l'ischémie du fond de l'œil à la suite d'hémorragies provoquées et on peut donc admettre qu'il en est de même chez l'homme.

Dans les semaines suivantes on voit se développer une atrophie optique avec les caractères habituels de l'atrophie primitive, avec quelques particularités cependant comme chez notre malade, qui la rapprochent de l'atrophie secondaire.

Point n'est besoin de vous rappeler les différences entre les atrophies optiques primitive et secondaire. Tandis que l'atrophie secondaire, atrophie post-névritique, est la terminaison obligatoire de toute névrite optique prolongée, l'atrophie primitive n'est pas précédée de l'inflammation de la papille. Aussi dans la première les limites de la papille sont irrégulières, montrant en certains points de petits amas pigmentaires, restes de l'ancienne inflammation. Les bords en sont moins nets et les vaisseaux rétiniens, surtout les artères, sont altérés, montrant par places des stries blanchâtres cicatricielles qui les bordent et même peuvent les obstruer complètement.

Dans la seconde, la papille devient pâle, perd sa coloration rosée. Cette perte de coloration répond au premier stade de l'atrophie. Les vaisseaux rétiniens ne sont pas modifiés. Les limites de la papille sont très nettes. Finalement la papille prend une coloration blanc brillant éclatant rappelant celle d'un pain à cacheter.

N'oubliez pas que l'atrophie de la papille se fait progressivement et si vous examinez le fond de l'œil d'un sujet au début de l'affection la papille est seulement légèrement œdémateuse ou un peu pâle, du fait de l'ischémie.

Pronostic. — Le pronostic des troubles oculaires post-hémorragiques est donc mauvais le plus souvent, puisque dans 55 % des cas on trouve la cécité ; dans 38 % des cas une amélioration peut survenir et dans 13 % des cas seulement on peut observer la guérison.

Avons-nous des éléments nous permettant d'évaluer les suites possibles de ces troubles oculaires ?

Peut-être le moment de leur apparition joue-t-il un rôle pour le pronostic. Les troubles oculaires apparaissant aussitôt ou dans les douze premières heures après l'hémorragie auraient une évolution moins défavorable et les troubles survenant plus tardivement auraient un pronostic plus sombre. Mais tout ceci ne peut être considéré comme étant une règle absolue.

Il est surtout deux éléments à envisager : 1° l'origine de l'hémorragie, et 2° l'état du sujet au moment de l'hémorragie.

Toutes les hémorragies ne provoquent pas des troubles visuels et la nature de celle-ci n'est pas indifférente. Déjà Hippocrate avait bien remarqué que c'étaient les vomissements de sang et les hématémèses qui pouvaient entraîner ces troubles.

C'est principalement après les hémorragies au niveau du tube digestif qu'on les observe ; on les voit tout particulièrement dans 40 % des cas à la suite des hématémèses et du melæna. Puis viennent les hémorragies utérines (métrorrhagies et hémorragies de la délivrance). Il y a une vingtaine d'années, dans une thèse, faite ici dans ce service, M. Assicot a rapporté un certain nombre de ces observations. Ce serait principalement à la suite des avortements qu'on observerait les troubles visuels alors qu'après l'accouchement normal et les hémorragies qui peuvent le suivre ils se montrent assez exceptionnels. Puis viennent les saignées, autrefois très employées et peut-être trop délaissées aujourd'hui. Voici

à ce propos une observation de Deval qui eût réjoui Molière. Un jeune homme « atteint de dévoiement et de fièvre » ! est saigné deux fois au bras en un court espace de temps et la vision commence à se troubler. Le médecin par contre ne se trouble pas ; il poursuit son traitement et fait une troisième saignée au pied cette fois, et le sujet voit de moins en moins bien ; après une quatrième et dernière saignée au pied on constate une cécité complète.

On a observé des troubles visuels de ce même type chez des chevaux soumis à la castration.

Somme toute, ces troubles visuels, vous le voyez, surviennent surtout à la suite des hémorragies médicales ou thérapeutiques, c'est-à-dire chez des sujets antérieurement malades et dont la nutrition est gravement troublée. Par contre on voit rarement semblables troubles à la suite d'hémorragies traumatiques ou chirurgicales.

En 1917, j'en ai rapporté une observation et je n'en ai guère vu de ce genre. C'est celle d'un soldat allemand qui, après une blessure par éclat d'obus au moment de la victoire de la Marne, reste trois jours sur le champ de bataille à Vareddes et fut ramené au Val-de-Grâce dans un état de dénutrition extrême.

Ce malheureux présenta à la suite de sa blessure des troubles visuels très caractéristiques. Certes dans ce cas l'état du sujet avant la blessure a joué un rôle important dans la production des troubles visuels. L'organisme étant en état de moindre résistance, les troubles visuels apparaissent alors plus aisément. La preuve en est que ce n'est pas toujours une première hémorragie qui en entraîne l'apparition mais bien plutôt des hémorragies à répétition, alors même qu'elles sont peu abondantes et la malade de notre service en est un exemple très net. Chaque hématurie nouvelle venait augmenter le trouble visuel, et à la dernière hémorragie ce trouble visuel se manifesta avec le maximum d'intensité.

Il semble y avoir ainsi chez ces sujets toujours plus ou moins intoxiqués une certaine sensibilisation de l'organisme.

Chez ces sujets en état de dénutrition la résistance est aussi diminuée et ceci serait à rapprocher des phénomènes anaphylactiques où une dose souvent insignifiante de toxique suffit à provoquer des accidents très graves, voire mortels chez un sujet ayant subi une première imprégnation. Car ces malades ayant des hémorragies à répétition, sont longtemps très anémiés et le nombre de globules rouges chez eux est très inférieur à la normale.

Ainsi, chez mon premier malade nous n'avons trouvé que 1.850.000 globules rouges par millimètre cube au lieu du chiffre normal de cinq millions. Dans une autre observation, le nombre des globules rouges ne dépassait pas 2.600.000 ; dans ce dernier cas il s'agissait d'un homme de 45 ans, qui brusquement fut pris de vomissements de sang puis présenta du melæna. On pense chez lui à un ulcère du duodénum. Trois jours après ces accidents il dit voir mal et huit jours plus tard, la cécité était à peu près absolue, réduite à la seule perception lumineuse.

Pathogénie. — Quelle est la pathogénie de ces troubles visuels post-hémorragiques ?

On peut les rapprocher d'autres troubles, en particulier de ceux observés dans certaines névrites rétro-bulbaires.

Témoin l'observation d'une malade suivie avec le Docteur Landowski qui fit une névrite rétro-bulbaire d'origine médicamenteuse après des injections d'acétylarsan à la dose de 3 centigrammes par centimètre cube. On lui fit en tout en deux semaines six injections de deux centimètres cubes chaque. Six jours après la dernière injection, le matin en se réveillant la malade dit qu'elle ne voit à peu près plus rien.

Les pupilles sont dilatées, les réflexes lumineux de la pupille ont disparu et il y a abolition presque complète de la vision des deux yeux. Le fond de l'œil était absolument normal. Cette observation, que je vous rappelle incidemment, est instructive et vous montre combien il faut en général se méfier des arsenicaux pentavalents, car ces observations de névrite rétro-bulbaire à la suite du traitement arsénical ne sont pas tellement exceptionnelles. A. Terson et d'autres en ont rapporté également.

L'intoxication par le plomb, par le sulfure de carbone peuvent aussi entraîner des troubles visuels du même type.

Sans doute les troubles visuels post-hémorragiques diffèrent des troubles visuels dus aux intoxications que nous venons de mentionner, du fait de l'ischémie qui semble jouer ici sinon le rôle unique, tout au moins un rôle primordial. Nous pourrions plutôt les rapprocher des amblyopies dues à l'intoxication par la quinine.

Lorsqu'il s'agit d'une intoxication par la quinine l'amblyopie se présente sous la forme aiguë. La cécité est d'ordinaire subite, souvent accompagnée de perte de l'ouïe ; les pupilles sont moyennement dilatées et les réflexes à la lumière sont abolis ou très diminués. Une amélioration peut se produire, mais dans nombre de cas la vision demeure très diminuée et même on peut voir survenir une atrophie optique.

J'ai publié il y a quelques années avec le Docteur Aubineau une observation de ce genre : la malade avait présenté une amaurose à la suite de l'absorption dans un but abortif de 8 gr. de chlorhydrate de quinine ; les pupilles étaient dilatées et le fond de l'œil était nettement ischémique avec artères rétiniennes très petites et veines peu volumineuses.

S'agit-il ici d'une lésion débutant dans les cellules ganglionnaires de la rétine ou au contraire le trouble visuel est-il la conséquence de l'ischémie due au spasme des vaisseaux rétiniens toujours très accusé. Druault dans sa thèse de Paris, faite en 1900 au laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, a fait des recherches intéressantes sur les cas d'intoxication quinique. Il avait constaté dès le début la destruction des cellules ganglionnaires de la rétine, entraînant ensuite une atrophie ascendante du nerf optique. Cette atrophie n'est pas douteuse, mais sans doute faut-il rapporter les troubles immédiats à l'ischémie qui à son tour favorise les lésions de dégénérescence.

Lésions anatomiques. — On a pu faire des autopsies de malades ayant présenté des troubles visuels à la suite d'hémorragies mais ces autopsies ont été le plus souvent tardives, trois ans après le début dans une observation d'Hirschberg où les troubles étaient survenus à la suite d'une hématémèse qui avait entraîné dix jours plus tard une cécité complète d'un œil avec névro-rétinite et un extrême affaiblissement visuel de l'autre encore accru par une seconde hématémèse. L'atrophie rétinienne et optique était totale et il était donc difficile de préciser le point de départ de ces troubles.

Dans un cas de Ziegler de troubles visuels post-hémorragiques (cécité complète) chez un sujet atteint d'un ulcère duodénal ayant entraîné la mort vingt-trois jours plus tard chez une femme de 57 ans, on trouvait une dégénérescence ascendante du nerf optique, des altérations des cellules ganglionnaires et un rétrécissement considérable des vaisseaux.

Il y avait ischémie et le trouble de la circulation avait entraîné l'atrophie du nerf.

Dans l'observation de Görlitz la cécité s'était développée après une hématémèse et l'autopsie, qui put être pratiquée le onzième jour, montrait une stase papillaire et un début d'atrophie des fibres nerveuses, sans modifications marquées des vaisseaux.

L'expérimentation sur les animaux relatée dans la thèse de Lelièvre (Paris 1927) donne le résultat suivant : après avoir par une saignée chez le lapin retiré une quantité de sang égale à 3 1/2 % du poids de l'animal, on répète cette saignée à quelques jours d'intervalle ; l'examen du fond de l'œil montrait une ischémie très accusée et l'examen anatomique des altérations des cellules ganglionnaires de la rétine, mais *jamais après une seule saignée* ; il fallut toujours pour les obtenir répéter ces saignées.

En résumé l'ischémie semble jouer dans la pathogénie de ces troubles visuels un rôle important, mais sans doute y faut-il ajouter un autre élément. Car si l'ischémie seule agissait, les troubles visuels auraient dû être immédiats, et nous savons que le plus souvent ce trouble visuel n'apparaît que quelques jours après l'hémorragie, les lésions rétiniennes étant favorisées par un mauvais terrain et par la dénutrition du sujet qui permet l'action toxique.

Traitement. — Que faut-il faire ? C'est bien entendu le traitement général qui s'impose tout d'abord et ce rôle reviendra au médecin ; arrêter l'hémorragie ou éviter les récidives par les moyens médicaux et chirurgicaux appropriés.

Le malade sera couché la tête basse pour éviter l'ischémie ; injections de sérum ; chez les hémophiles Weil a pu arrêter ces hémorragies *par des transfusions de sang*. Pour remonter la tension sanguine on aura recours aux injections de caféine, de spartéine, mais surtout aux injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel. A. Terson a pu observer l'amélioration de la vision après une injection de 400 c. c. de sérum, chez une malade qui, après une abondante hémorragie de la délivrance, ne pouvait distinguer que la lumière de la lampe. Dès le lendemain de l'injection la vision était redevenu normale.

Que peut-on faire comme traitement local ?

Se basant sur ce principe qu'une diminution de la tension intra-oculaire, en favorisant la vis à tergo, peut aider à la circulation on cherchera à diminuer le tonus de l'œil et on prescrira des instillations régulières de pilocarpine ou d'ésérine. Dans certains cas même on a pu recourir à une paracentèse ou même à l'iridectomie, par exemple dans l'obstruction de l'artère centrale de la rétine (de Græfe), mais le résultat demeure le plus souvent nul. Il faudra chercher surtout à combattre le spasme.

Vous savez le rôle de plus en plus important que jouent les phénomènes spasmodiques dans la pathogénie du système circulatoire. On voit parfois des sujets d'un certain âge faire brusquement une hémiplégie qui dure quelques heures ou bien des hémianopsies, sans qu'on puisse incriminer, en raison de la courte durée des phénomènes observés, un ramollissement ou une hémorragie cérébrale. Il s'agit dans ces cas d'un spasme vasculaire et il en est de même dans bien des syncopes ; les vaso-moteurs, sous l'influence de toxines, provoquent des phénomènes spasmodiques.

On pourra donc prescrire avec prudence, des injections d'acécholine dont l'action vaso-dilatatrice, bien mise en évidence par Villaret et Justin Besançon, est manifeste.

L'acétylcholine amène l'amélioration par son action vaso-dilatatrice. Worms et Hartmann

ont publié des observations où l'acétylcholine a pu légèrement améliorer l'acuité visuelle de malades dont l'amblyopie quinique remontait à plusieurs mois.

De même l'ischémie paraissant jouer, nous l'avons vu, dans la pathogénie de ces troubles visuels post-hémorragiques un rôle primordial, il ne serait pas défendu de recourir à ces injections d'acécholine, alors même que l'amblyopie remonte à quelques semaines, injections toujours prudentes et après s'être assuré que l'état général du malade le permet.

PROPHYLAXIE DE LA RAGE

M. le Professeur agrégé JOANNON

Une première méthode prophylactique de la rage est celle qui vise à empêcher l'importation du virus. Elle nécessite des conditions spéciales (situation insulaire : Angleterre, Australie) et une discipline rigoureuse. En refusant l'accès du territoire aux chiens — c'est le cas pour l'Angleterre — on élimine la pénétration du virus.

Une seconde méthode, moins radicale, entrave la pullulation du virus par la vaccination des chiens. C'est une pratique qui, au Japon, au Maroc, a donné des résultats satisfaisants.

En France, on tend à restreindre le développement de la rage par plusieurs moyens : la création d'une taxe fiscale qui réduit le nombre des chiens, la chasse aux chiens errants, l'élimination des chiens atteints ou suspects de rage.

Reste la méthode vaccinale dont le but est de prévenir le développement de la rage chez l'homme mordu (traitement abortif).

La salive des chiens est contagieuse non seulement dans la phase de rage déclarée mais aussi vers la fin de la période d'incubation, avant l'apparition des symptômes rabiques. On sait que pour les oreillons, la salive est virulente aussi dans les mêmes conditions. On a cherché à fixer la durée de cette contagiosité de la période d'incubation et l'on est arrivé jusqu'aux chiffres de dix, douze et quatorze jours. On a conclu ainsi à la mise en observation des chiens, pendant un délai de quinze jours.

Chez l'homme l'incubation est variable, en moyenne de quarante-cinq jours, mais moindre dans différents cas (inoculation sur un nerf, à la face, inoculations multiples).

Autre élément à envisager : au bout de combien de temps un individu vacciné est-il en état de protection ? Pasteur a montré que quinze jours de traitement antirabique étaient nécessaires pour établir la protection. Donc, il faut aller plus vite que la marche du virus et commencer la vaccination à temps.

La conduite à tenir chez un sujet mordu découle de ces considérations. Le traitement local de la région mordue n'offre rien de particulier. Les cautérisations profondes employées autrefois n'ont plus grande indication. A l'Institut Pasteur, on recommande les applications locales de jus de citron.

Les indications du traitement abortif dépendent des constatations faites sur le chien mordeur. Tout d'abord, le chien ne doit pas être abattu immédiatement — sauf nécessité absolue. Il faut, au contraire, le garder vivant et le mettre en observation, observation qui peut durer quinze jours. Si l'animal est atteint de rage ou si la rage se déclare dans les quinze jours, ou si l'animal meurt, la personne mordue sera évidemment soumise au traitement abortif complet. Si après quinze jours d'observation, l'animal reste sain, le traitement — commencé ou non — n'est plus utile.

Que faire pendant les quinze jours de la période d'observation ? Lorsqu'il s'agit d'une blessure légère, pas de traitement.

S'il s'agit d'une blessure grave ou ayant porté sur la surface d'un tronc nerveux, ou sur la face, commencer de suite le traitement que l'on cessera dès que l'hypothèse de la rage sera écartée, c'est-à-dire si à la fin de la période d'observation de quinze jours, les symptômes de rage ne sont pas apparus chez le chien.

Pour fixer une proportion, disons qu'à l'Institut Pasteur, on est amené à surseoir au traitement abortif dans les neuf dixièmes des cas. Le traitement immédiat n'est mis en œuvre que dans un cas sur dix environ, comme moyenne (1).

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris (mai 1936) recueillie et résumée par le Docteur P. LACROIX.

SUR UNE FORME NOUVELLE D'ONANISME CHEZ L'ENFANT

Onanisme et spasmophilie

Par le Docteur Gilbert-Robin

Ancien chef de clinique à la Faculté
Médecin-assistant à Lariboisière

La suggestion, étant donnée la plasticité psychique de l'enfant, joue un grand rôle dans l'acquisition de ces mauvaises habitudes dont tant de parents accusent leurs enfants, sans avoir d'autres preuves que leurs soupçons.

Parfois ils s'appuient sur ce fait que leur enfant est pâle, a l'air absent, fatigué, les yeux largement cernés. On signale qu'il dort mal la nuit, ne peut se lever le matin. L'instituteur, l'institutrice constatent que le petit garçon ou la petite fille est apathique, *paresseux*. Mais, nous le savons, on ne peut fonder une certitude sur ces signes physiques, car nombre d'insuffisances glandulaires réalisent le même tableau.

Dans d'autres cas, et c'est précisément de ces manifestations que je veux parler ici, car loin de moi la pensée de traiter, dans un bref article, de toutes les manifestations de l'onanisme qu'on peut observer chez l'enfant, de leurs causes et des explications psychologiques et physiologiques qu'on en peut donner, — dans d'autres cas, ce sont vraiment des manifestations extérieures qui attirent l'attention de l'entourage et sont mises par celui-ci (à tort à mon avis) sur le compte de l'onanisme. Ceci, surtout lorsqu'il s'agit de petites filles.

Je ne parle pas des cas où la pratique de la masturbation se fait, si l'on peut dire normalement, je veux dire où l'enfant se touche avec la main.

Souvent les parents insistent — et cela peut se produire dès l'âge de 3 ans — sur ce fait que l'enfant ne se masturbe pas à proprement parler, mais frotte par exemple la région génitale contre un meuble, une chaise quand elle est assise ; ou bien ils décrivent certaines crispations des jambes, contractées l'une contre l'autre, fréquemment l'une passant sur l'autre ; une petite fille, me signalait-on, s'asseyait toujours sur sa jambe droite repliée, le pied frottant la région génitale. L'enfant semble à ces moments perdre contact avec l'ambiance, le visage devient souvent pourpre, voire cramoisi ; elle a une sorte de spasme, puis tout rentre dans l'ordre. C'est le processus le plus fréquemment décrit par les parents.

***

J'ai souvent été frappé par le fait que la petite fille décrite comme ayant de telles habitudes, n'avait aucune préoccupation sexuelle. Le caractère était normal, la scolarité satisfaisante, la santé parfaite. Comme l'onanisme chez l'enfant fait partie, dans la plupart des cas, d'un caractère spécial, soit qu'il y ait perversions, soit qu'il s'agisse de schizoïdie, avec concentration, narcissisme, *indifférence à tout ce qui n'est* pas le moi et la préoccupation favorite, je m'étonnais que ces spasmes chez ces petites filles fussent isolés dans une personnalité par ailleurs normale. Certes, ils intéressent la région génitale, mais, à mon avis, ils n'ont rien de sexuel. Et on peut se demander si, au lieu de mauvaises habitudes, il ne s'agit pas de troubles neurologiques.

J'ai eu l'occasion d'examiner plusieurs de ces petites filles, et voici brièvement rapportée l'observation de la petite Renaude, 10 ans 1/2, qu'on accuse précisément de mauvaises habitudes. Elle crispe ses jambes l'une contre l'autre, au paroxysme, elle rougit violemment, perd le souffle. Un jour même, elle a uriné du sang.

Le sommeil est agité, le langage est retardé. L'enfant est sujette à de petites colères, d'ailleurs très brèves, mais fréquentes.

L'enfant n'a jamais pratiqué l'onanisme manuel, ne manifeste d'ailleurs aucune curiosité sexuelle et n'a jamais attiré l'attention de personne à ce propos. Elle dit, — ce qui fixe la question — « je fais ça parce que ça me fait du bien dans le ventre ».

L'enfant a parlé tard et n'a été propre qu'à 5 ans ; le corps thyroïde est perceptible. On constate une certaine précocité des signes de la puberté, les seins sont formés, les hanches très nettement dessinées. La mère est une grande hyperthyroïdienne. Un frère de 4 ans est lui aussi un instable avec incontinence d'urine persistante. Un cas de ce genre ne peut être jugé sur le plan moral, mais sur le plan médical.

Pour éliminer la possibilité de vers intestinaux, j'ai d'abord donné un traitement bismuthique, puis un traitement calmant, à base d'éléments bromés, calciques para-thyroïdiens et vitaminiques qui, on le sait, agissent bien sur la spasmophilie et j'ai toujours pensé que ces spasmes de faux onanisme avaient des rapports étroits avec la spasmophilie, comme il me fut souvent démontré par les bons effets du traitement. En outre, pour neutraliser les tendances

sexuelles, chez cette petite fille, j'instituai des doses importantes d'extraits de glandes interstitielles. L'enfant a été améliorée à un tel point que plusieurs mois après l'instauration de ce traitement, on n'avait remarqué aucun spasme.

***

Ces spasmes, bien que les enfants, terrorisés par leur entourage promettent de ne plus recommencer, ne sont presque jamais voulus. Ils sont loin d'être la règle chez les épileptiques, mais ils sont à mon avis de nature convulsive, comme le sont, par exemple, les spasmes du sanglot, décrits par Debray et F. Lévi. On sait qu'à l'occasion d'émotions, de colères, l'enfant est pris de sanglots bruyants, le thorax s'immobilise en position d'inspiration, l'enfant perd connaissance, et tombe la face cyanosée.

Le pronostic est excellent dans les deux cas mais si le spasme du sanglot disparaît vers la deuxième année, il n'en est pas de même, pour le spasme des régions génitales. Sans doute dans certains cas, on a bien l'impression que l'enfant crispe volontairement ses jambes, utilise consciemment en quelque sorte le plaisir que, d'abord à son insu lui a provoqué le spasme. C'est l'habitude des enfants qui retiennent leur urine, ces enfants retenant aussi leurs matières fécales, et présentant ce que Freud appelle le complexe anal, qui est à l'origine d'une série de traits de caractère.

Pour ma part, je crois que le spasme est localisé sur la zone génitale, parce qu'il s'agit d'une zone érogène ; c'est-à-dire sur l'une des plus sensibles et les plus agréablement vulnérables de l'organisme infantile. Ce n'est pas étonnant que, par la suite, le plaisir éprouvé appelle le spasme et que l'enfant cherche à se donner volontairement ce plaisir, mais l'intérêt de ces formes que je crois être le premier à avoir isolées, me paraît être dans une tendance primitivement spasmodique.

On a signalé chez des enfants indiscutablement épileptiques, des crises d'onanisme incoercible, s'achevant par un état d'absence qui pourrait être confondu avec l'orgasme, si cet état ne durait plusieurs minutes et ne s'accompagnait d'une telle inconscience. L'enfant à ce moment ne répond pas aux questions, son regard est fixe. Il semble ne rien voir, ni ne rien entendre.

Sont-ce là des équivalents ? Sont-ce là des absences véritables, compliquant un onanisme qui ne serait pas déplacé au milieu d'autres perversions ainsi que l'observation en est courante chez d'autres épileptiques ? J'avoue ne pas avoir rencontré d'autres cas de ce genre et réserve à ce sujet mon opinion.

***

On ne saurait non plus parler de vice et par conséquent ne pas traiter comme une affection organique cet onanisme d'observation courante dans les troubles du caractère liés à une forme prolongée d'encéphalite léthargique. La plupart des enfants atteints de cette affection présentent des tendances à la masturbation. J'en ai rapporté nombre d'observations dans ma thèse (Considérations sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant) et plusieurs auteurs ont insisté sur ce point.

***

On ne confondra pas le spasme de la région génitale avec la forme neurologique d'onanisme isolée par Cruchet. En effet cet auteur sépare l'onanisme de certains tics d'habitude qu'il propose d'appeler péotillomanie et qui auraient la même importance que les autres tics et rythmes de l'enfance : « Il est extrêmement fréquent, en effet, que les enfants se tirent les cheveux ou la verge, ou balancent rythmiquement leur tête ou leur tronc, sans qu'on y puisse voir autre chose qu'une de ces mille petites habitudes motrices infantiles, dans lesquelles la sexualité n'entre pour rien. »

La signature neurologique en est donnée, dans la plupart des cas, par l'anamnèse d'une syphilis héréditaire indiscutable. Ici le traitement de l'onanisme se confond avec celui de l'instabilité et si bien des instables présentent de mauvaises habitudes, on arrive dans les cas favorables, à guérir l'une et les autres.

***

On m'a, à propos des spasmes de la région génitale que j'ai rapportés, objecté que la spasmophilie disparaissait après l'âge de deux ans.

Mais bien des auteurs admettent la spasmophilie et la tétanie chez les grands enfants et chez l'adulte. Et quand je me trouve en présence de spasmes qui se rapprochent de ceux observés en spasmophilie et, parfois, en outre, un signe de Chvostek, quand de plus le traitement antispasmophile me donne de bons résultats, je crois pouvoir porter le diagnostic de spasmophilie, ou pour être plus prudent, spécifierai-je que des manifestations de spasme se développent sur un terrain spasmophile.

Ce qui compte c'est l'existence clinique de ce type, pour lequel on obtient une amélioration presque constante avec le calcium, la parathyroïde et les tartrates boricomagnésiens, l'action tonique magnésienne faisant de ces calmants une médication à la fois agissante et stimulante pour le système nerveux.

QUELS ENFANTS CONVIENT-IL D'ADRESSER EN PRÉVENTORIUMS ET EN SANATORIUMS D'ALTITUDE NOTAMMENT DANS LES STATIONS CLIMATIQUES DU MONT-BLANC ? (1)

Dans les Alpes du Mont-Blanc se sont groupées, autour de la vallée de l'Arve, trois stations climatiques qui sont spécialisées dans la cure préventoriale infantile : Chamonix, Saint-Gervais, Megève — et une station sanatoriale — Passy.

Toutes sont en altitude et s'échelonnent de 800 à 1.250 mètres. Inutile de détailler les mérites du *climat d'altitude* ; convenons seulement de dire que c'est un air pur, sec, richement lumineux et ensoleillé, froid ou frais et d'action vivifiante à la fois préventive et curative.

Chamonix, au pied même du massif du Mont-Blanc, jouit d'une formule plus élevée que celle correspondant à son altitude de 1.000 mètres ; il est stimulant. *Saint-Gervais*, au climat sec, a une action relativement sédative, que peut renforcer l'emploi de ses eaux thermales utiles dans le neuro-arthritisme de l'enfance. *Megève*, plus ensoleillé, bien enneigé et plus ventilé, est vif et stimulant (2).

Enfin, *Passy*, station exclusivement sanatoriale, particulièrement bien abritée des vents, a un climat plutôt tonique. On peut donc, toute question de triage mise à part, assimiler d'une part Passy à Saint-Gervais qui se font vis-à-vis, et dont le climat est plus doux (surtout Saint-Gervais) et d'autre part Chamonix — plus à l'est, et Megève — plus à l'ouest, dont le climat est plus vif (surtout Megève).

S'il a pu se créer autrefois des établissements où l'on pensait que l'étiquette « maison d'enfants » pouvait suffire, où le médecin était considéré comme un ornement coûteux, voire comme un accessoire encombrant, actuellement le *préventorium* doit être une maison essentiellement médicale et nettement spécialisée et peut être dénommé « maison médicale d'enfants ».

Direction médicale d'abord : partout et toujours le médecin, soit qu'il dirige personnellement l'établissement où il réside, soit qu'il contrôle diverses maisons placées sous sa surveillance, doit être maître de recevoir, garder ou renvoyer les enfants comme il l'entend, et de diriger entièrement leur cure, aussi proprement médicale que l'élevage du nourrisson débile en clinique.

(1) Ce travail a été rédigé en commun par les pédiatres de ces stations climatiques : de Chabanolle (Chamonix) ; Paillet et Tissot (Saint-Gervais) ; Rodet, Renard, Grenet et Madame (Megève) ; Kanony, Lowys, Marinet, Saie, Marin (Passy) ; Bonnefoy et Magnard (Sallanches, Saint-Roch).

(2) Le coteau de *Saint-Roch* qui domine Sallanches, bien exposé et protégé, jouit de propriétés analogues.

Le but précis de cette maison d'enfants préventoriale ? Recevoir des enfants judicieusement choisis et les placer dans les conditions de vie les meilleures : le climat d'abord, élément important, mais auquel doit s'associer une vie hygiénique bien réglée (alimentation, repos ou exercice, héliothérapie, etc.). Cette association *climat d'altitude plus direction médicale*, voilà le secret de l'efficacité du préventorium, qui vise non seulement à guérir mais aussi à *prévenir* en consolidant l'organisme pour l'avenir.

Il ne peut y avoir évidemment de *formule* type de préventoriums. Ils sont construits et fonctionnent dans des conditions locales variées, et ils s'adressent à des catégories de malades différentes au point de vue médical et social ! Dans tous les cas, les mêmes règles joueront : organisation matérielle et médicale impeccable, personnel dont la santé et la compétence sont éprouvées, et spécialement élimination rigoureuse de tout malade tuberculeux.

Les enfants qu'il faut envoyer en préventorium

Comment réaliser le triage rigoureux mais indispensable ? Un examen complet comprendra, outre les renseignements d'ordre général [antécédents (1), état de actuel, taille et poids, etc.].

a) Une *courbe de température* rectale, prise matin et après-midi après une heure de repos, pendant quinze jours au moins ;

b) Le résultat de la *cuti-réaction à la tuberculine* (2) ;

c) Une *radiographie pulmonaire* (et, de préférence, l'original plutôt qu'une réduction) prise à longue distance et avec un temps de pose court, bien centrée et aux champs pulmonaires dégagés par réclinaison en avant des omoplates ;

d) Les *examens de laboratoire* nécessaires, et surtout la recherche du bacille de Koch dans les crachats, les selles ou le liquide gastrique avec homogénéisation.

Ne pourront être envoyés les enfants qu'une tare physique ou mentale rend inacceptables

(1) Notamment des renseignements précis sur une contamination tuberculeuse possible : durée, répétition, intimité et intensité de la contagion.

(2) On peut employer la technique suivante : sur une scarification assez légère pour ne pas faire saigner, déposer une goutte de tuberculine brute, laisser sécher à l'air pendant dix minutes et lire le résultat après 48 heures, qui sera dit : « réaction faiblement, moyennement ou fortement positive », suivant que l'on est en présence d'une macule, d'une papule ou de phlyctène.

dans une collectivité (affection contagieuse de la peau ou du cuir chevelu, adénopathies suppurantes, épilepsie, séquelles graves de paralysie infantile, etc.), les convalescents de maladies épidémiques pouvant être encore contagieux et les tuberculeux.

Existe-t-il des *contre-indications spéciales au séjour en altitude* ? Non, sous réserve naturellement d'une cardiopathie décompensée. La montagne recueille et endurcit ces enfants frileux et toujours enrhumés que des parents précautionneux à l'excès, ne voyaient pas partir sans appréhension. Il est évident que les climats plutôt rudes et ceux plutôt sédatifs ne reçoivent pas les mêmes malades ; notamment les rhumatisants et entéritiques risquent de ne pas bien supporter un climat trop excitant.

Schématisons maintenant les catégories d'enfants qui sont *justiciables* d'une cure en préventorium d'altitude :

1° Les *convalescents*, soit médicaux (maladie infectieuse aiguë débilitante suivie d'un rétablissement traînant), soit chirurgicaux (appendicite, mastoïdite, etc.) ;

2° Les *fatigués et anémiques*, qu'intervienne une croissance rapide ou intense, un travail scolaire excessif, une vie mal réglée par excès de sédentarité ou de « surmenage mondain ».

3° Les *nerveux* ou *neuro-arthritiques*, sujets vifs turbulents, instables thermiques, dormant et mangeant mal. L'équilibre organique se rétablit et rapidement s'atténuent les poussées d'eczéma ou d'urticaire, les migraines, les troubles digestifs à type intestinal ou hépatique.

4° Les *lymphatiques*, ces enfants florides et mous, indolents, acrocyanotiques, qui infectent facilement amygdales, végétations, ganglions et même appendice. S'il existe des végétations volumineuses ou infectées, ou un nez bouché par rhinite congestive, qu'on supprime ces obstacles avant le départ ou dès l'arrivée ; ainsi la cure agira mieux. Quant aux petits adénoïdiens, au cavum congestif, aux muqueuses sensibles, ils guérissent d'eux-mêmes à l'altitude.

Les sujets mous se trouvent évidemment mieux d'un climat plus vif, les nerveux d'une atmosphère plus sédative. Dans tous les cas le terrain est modifié ; interviennent à la fois l'aération et l'alimentation bien réglées, la cure de repos et de réentraînement, l'héliothérapie, etc., sans compter le facteur moral grâce à l'ambiance réalisée et à l'instruction qui sera donnée. Naturellement on soignera en même temps toute insuffisance endocrinienne, respiratoire ou digestive, une hérédo-syphilis ou un rachitisme.

5° Dernier grand groupe, les *respiratoires*.

Les *non-tuberculeux* ce sont les enfants atteints d'asthme, de bronchites, de rhino-trachéo-bronchites descendantes, de dilatations des bronches, etc... L'action asséchante de la montagne se révèle manifeste.

Voici maintenant le groupe important des enfants chez lesquels l'*infection tuberculeuse* est incriminée. Schématiquement, plusieurs cas :

a) Détachons tout d'abord les enfants à *cuti-réaction négative* qui ont été *en contact avec un sujet bacillifère* ; s'ils ont eu la chance d'échapper à la contagion, on les aura écartés du foyer contaminateur ; si la contagion vient d'avoir lieu, on supprime le danger redoutable de réinfections et mieux vaut que la primo-infection s'extériorise en montagne sous surveillance médicale attentive ; elle sera toujours plus bénigne et plus facile à maîtriser.

b) *Si la primo-infection a eu lieu*, elle peut se traduire de trois manières. Les *formes latentes* s'extériorisent seulement par le virage de la cuti-réaction ; les *formes discrètes* s'accompagnent en plus de quelques signes cliniques légers, comme fléchissement de l'état général, fatigue, amaigrissement, perte de l'appétit, léger décalage thermique ; enfin dans les *formes manifestes* un tableau clinique net se dessine : typho-bacillose, érythème noueux, kérato-conjonctivite phlycténulaire, arthralgies ou sérites (« fièvre de croissance »). Ici plus encore, le contrôle radiographique doit être précis et répété, et le départ à l'altitude ne sera indiqué qu'après retour de la température à la normale et les vérifications bactériologiques nécessaires.

c) Nous avons admis jusqu'ici qu'il n'y avait pas de réaction intrathoracique nette. Voyons les cas où elle est manifeste : *ganglio-pulmonaire* (complexe ganglio-pulmonaire, para-hilaire ou intercléido-hilaire), *pulmonaire* (spléno-pneumonies) ou *pleurales* (pleuro-tuberculose primitive sans participation parenchymateuse) (1).

En principe ne seront envoyées en préventoriums que les primo-infections n'ayant pas manifesté de tendance évolutive : flambée brève, régression spontanée importante et rapide de l'image radiologique, état général peu touché, température stable depuis plusieurs semaines. Mais, devront être éliminées les primo-infections étendues ou envahissantes, fébriles, avec altération marquée de l'état général, ainsi que les bacillaires stabilisés, ou en bonne voie de guérison.

d) Dernier groupe qui réunit des cas assez disparates : séquelles anciennes et depuis plusieurs mois fixées d'une atteinte tuberculeuse pleurale, péritonéale, osseuse ou ganglionnaire, ou réactions hilaires d'interprétation parfois malaisée.

Il est difficile sinon impossible de fixer à

(1) Nous ne parlons pas des formes purement ganglionnaires, le domaine de l'adénopathie trachéo-bronchique ayant subi une « déflation » sévère et généralement justifiée. Quant aux formes pleuro-pulmonaires, elles sont plutôt justiciables du sanatorium.

l'avance la durée du séjour préventorial et l'utilité de répéter les cures. Tout dépendra des réactions de l'enfant et des conditions dans lesquelles il se trouvera à son retour en famille.

Si l'on voulait résumer en une phrase ce qu'est la maison d'enfants préventoriale en altitude, nous dirions que c'est une maison médicale qui offre les meilleures conditions de guérison et de consolidation pour l'avenir aux enfants non contagieux ; il faut, après la mise en observation et l'acclimatation, les fortifier, les réentraîner, les distraire et aussi les instruire. Des couleurs, du poids, des forces, de bonnes habitudes fonctionnelles et organiques, voilà ce que doivent y trouver les sujets justiciables de la cure préventoriale.

Les enfants à envoyer au sanatorium

Dans la floraison d'établissements pour tuberculeux pulmonaires qui s'est produite depuis quelques années, le sanatorium d'enfants n'occupe pas encore le rang qui lui revient. De fait, la tuberculose de l'enfant se dissimule souvent sous l'apparence d'une adénoïdite, d'une poussée fébrile inexpliquée, d'une affection d'allure typhique ou grippale ; si l'on ne pratique pas les examens radiologiques, biologiques et bactériologiques nécessaires, on risque de méconnaître l'affection causale.

On a pu discuter les mérites comparés de la cure libre et de la cure sanatoriale chez l'adulte ; le sanatorium s'impose pour l'enfant tuberculeux. Le séjour en famille ne permet pas toujours l'application d'une vie hygiénique bien réglée ; l'enfant tuberculeux ne peut, pour lui comme pour les autres, vivre dans une collectivité d'enfants non-tuberculeux ; enfin il serait fâcheux à tous points de vue d'envoyer en cure libre des enfants malades au contact d'adultes. Puis, la collapsothérapie, lorsqu'elle doit être mise en œuvre chez l'enfant, peut être d'application plus délicate que chez l'adulte et nécessiter une surveillance plus attentive encore.

Le sanatorium pour enfants répond sensiblement au même type que l'établissement pour adultes, avec la différence d'organisation et de fonctionnement justifiée par le jeune âge de ses pensionnaires. Il est indispensable qu'au sanatorium soient rigoureusement isolées les formes excavées contagieuses. On peut dire en simplifiant qu'il existe deux grandes catégories de tuberculeux pulmonaires infantiles : le bloc des primo-infections, justiciable du préventorium et le groupe des tuberculoses de réinfection comme chez l'adulte (lobites, broncho-pneumonies, cavernes, etc.), ressortissant du sanatorium. Mais encore convient-il de distinguer les malades bacillifères et ceux qui ne le sont pas, pour éviter des risques de contagion entre enfants.

Eliminons d'abord *les malades qui ne sont pas justiciables du sanatorium*. En première ligne, le groupe des « faux-tuberculeux ». L'alarme a été donnée par de la fièvre, de la fatigue, un mauvais état général, une toux plus ou moins grasse, alors qu'il y a lieu seulement d'incriminer une rhino-pharyngite infectieuse, une appendicite chronique, des troubles endocriniens, etc... Les cuti-réactions qui restent négatives permettent cette sélection. Doivent ensuite être éliminées les *formes très graves de la maladie* : tuberculoses aiguës au-dessus de tout secours thérapeutique (granulie aiguë, pneumonie caséeuse massive, broncho-pneumonie extensive maligne) ; tuberculoses chroniques à lésions bilatérales, anciennes, plus ou moins remaniées et dont l'étendue réduit à l'excès le champ respiratoire ; formes associées à une localisation extra-pulmonaire grave ou à une complication non tuberculeuse sévère, comme cardiopathie décompensée, insuffisance rénale ou hépatique, troubles nerveux, etc. La frilosité avec troubles circulatoires ne constitue pas une contre-indication propre à la montagne, car l'enfant s'endurcit très vite au froid.

Quels malades convient-il d'adresser en sanatorium ?

Tous les tuberculeux pulmonaires qui ne rentrent pas dans les catégories précédentes. On évaluera comme éléments essentiels l'état général du malade d'une part, l'âge, l'étendue et le caractère évolutif des lésions d'autre part.

En résumé, le sanatorium est un établissement destiné à isoler et soigner les malades contagieux, porteurs de lésions pulmonaires caractérisées ; cet établissement est placé sous le signe du repos, repos général et repos pulmonaire par collapsothérapie s'il y a lieu.

Une *liaison étroite entre les préventoriums et les sanatoriums* est indispensable ; c'est ce qui a pu être réalisé dans la région du Mont-Blanc. Ainsi un sanatorium peut éliminer immédiatement les non-tuberculeux qui lui seraient adressés par erreur et les diriger sur le préventorium convenable ; ainsi le préventorium peut-il adresser aussitôt en sanatorium un cas qui ne relève pas du séjour dans une collectivité d'enfants non-tuberculeux. Si, durant la cure en préventorium, un incident se produit, le malade sera hospitalisé au sanatorium ; de son côté, il est loisible au sanatorium de diriger vers le préventorium, après étude attentive et prolongée, un sujet guéri et chez qui l'on veut réaliser une transition avant le retour en famille.

Il ne suffisait pas de faire la guerre aux tuberculeux, encore fallait-il trouver à les installer pour séparer les *tuberculeux d'une part*, les *non-tuberculeux de l'autre*. La formule anglaise se trouve ainsi rajeunie :

« THE RIGHT CHILD IN THE RIGHT PLACE ».

LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU GOUT DU JOUR

Dans la rupture spontanée de l'utérus au cours du travail, l'intervention rapide est une question vitale

D'après le Docteur P. Balard (1)

Les facteurs, qui favorisent cette rupture spontanée de l'utérus : Une altération des parois ; une résistance anormale à l'effort utérin

Une altération des parois

Les malformations anatomiques (utérus didelphes, unicornes), et les insuffisances de développement utérin par rapport au volume du fœtus ont un rôle favorisant des plus nets dans la pathogénie des ruptures opératoires (forceps, versions par manœuvres internes).

Pour les ruptures spontanées, interviennent plutôt l'usure utérine d'origine gravidique, rançon de la *multiparité*, et aussi les lésions métritiques chroniques, si fréquentes chez les multipares.

On signale encore l'*insertion du placenta sur le segment inférieur*, qui occasionne en cette région une friabilité toute particulière ; puis « les utérus de bois, mais de verre à l'usage », car ils sont facilement le siège de l'*apoplexie utérine*.

Les *cicatrices* portant sur l'utérus constituent, également, un facteur particulièrement important de rupture spontanée. Il peut s'agir de cicatrices d'incision du col, et d'adhérences cicatricielles à la voûte vaginale ; celles-ci sont susceptibles de constituer l'amorce de points de rupture. L'accouchement, bien qu'ordinairement normal, est, en effet, parfois entravé par des troubles de la dilatation capables d'entraver la rupture du col.

Plus fréquemment incriminées sont *celles dues au curetage utérin*, surtout s'il s'agit d'un curetage appuyé ou pratiqué sur un utérus ramolli par l'infection.

Voici l'observation d'une femme qui, enceinte, pour la troisième fois, avait eu auparavant deux avortements criminels, dont les suites nécessitèrent chaque fois un curetage. La parturiente arrive cette fois en travail, au terme de sa grossesse. A la dilatation de 50 centimes, avec un col bien effacé, elle présente brusquement un état de choc avec douleur abdominale ; lipothymies de plus en plus accusées ; enfant vivant.

Ne pouvant espérer, avec cette dilatation, terminer l'accouchement par les voies naturelles, ce qui, du reste, n'aurait pas permis de se rendre compte de la cause des accidents, on pratique une césarienne et on constate, à la partie postérieure de l'utérus, un éclatement étoilé dans une zone amincie ; celle-ci correspondait à une lésion cicatricielle de la curette, ou à une plaque de sphacèle produite soit par le corps étranger, soit par le liquide, introduit en vue de pratiquer l'avortement.

Hystérectomie, transfusion, guérison.

Si ces ruptures spontanées ne se produisent pas à tous coups, *il faut se méfier du curetage* pratiqué sans nécessité absolue ; mieux vaut utiliser systématiquement le curage, quand il est possible, c'est-à-dire presque toujours, dans la thérapeutique des rétentions ovulaires au cours de l'avortement.

La *myomectomie* pourrait également entraîner des ruptures, surtout si cette opération a été pratiquée pendant la grossesse.

Quant aux cicatrices de césarienne, elles doivent être distinguées, suivant qu'il s'agit d'une césarienne haute, ou d'une césarienne supra-symphysaire. Les premières, situées en plein corps contractile, subiront, toutes choses égales, des distensions et des tiraillements plus considérables, tant au moment de la grossesse que des conractions du travail ; il s'en suivra plus fréquemment une rupture (2,5 à 4 % des cas). Par contre, dans la césarienne basse, où la cicatrice ne fournit directement aucun effort, les résultats doivent être théoriquement plus satisfaisants ; la clinique le confirme par un pourcentage de 0,43 %. Mais, ce qui est particulièrement net, c'est la différence de mortalité entre les deux catégories de ruptures ; pour la rupture après césarienne haute, on note 38 % de mortalité, et seulement 20 % pour la rupture après césarienne basse.

Une résistance anormale à l'effort utérin mérite, d'autre part, une place importante dans l'étiologie des ruptures spontanées, à côté des altérations des parois de l'utérus.

Cette résistance peut venir d'un rétrécissement pelvien, de tumeurs situés sur le col ou obstruant l'excavation. Les distensions exagérées de l'utérus par hydramnios ou grossesse gémellaire, amenant à la fois un amincissement extrême de la couche musculaire et une hypertonie de l'or-

(1) Docteur P. Balard. — Cours de perfectionnement des sages-femmes. (Librairie A. Mollat, Bordeaux, 1936.)

gane au moment du travail, sont susceptibles de s'associer pour provoquer la rupture. Dans d'autres cas, la résistance anormale est imposée par une présentation vicieuse (les présentations négligées de l'épaule ou de la face). Il faut ajouter enfin l'effort imposé à l'utérus par des doses abusives d'extraits hypophysaires, données d'une façon intempestive, ou bien avec un utérus hypertonique, ou bien avec une disproportion de la tête et du bassin ; cependant, il ne faut pas incriminer l'extrait d'hypophyse lui-même, qui est une drogue excellente, mais bien la « dystocie fabriquée » (Le Lorier) par des mains inexpertes ou trop pressées.

Comment dépister au plus vite les prodromes ou les signes cliniques de la rupture spontanée

Il faut savoir *prévoir*, mais surtout penser à la rupture utérine *chez une multipare, quand le travail s'arrête plus ou moins brusquement, après une période de contracture*, déjà assez exceptionnelle dans de tels cas. Pour n'avoir pas soupçonné cette possibilité, parfois on aura perdu un temps précieux à faire pousser la malade.

Envisageons son mécanisme et ses variétés.

Cette rupture s'explique par l'opposition fonctionnelle entre le corps utérin, dont la *puissance contractile* s'élève jusqu'à produire des anneaux de contracture, et le *point faible* de l'organe (segment inférieur, ou bien zone cicatricielle, ou portion particulièrement amincie de l'utérus). De la distension et l'amincissement à la rupture, il n'y a qu'une question de degré dans l'effort utérin et dans l'élasticité des tissus.

Les ruptures sont complètes, incomplètes ou compliquées.

La variété « complète » serait la plus fréquente (60 à 80 % de la totalité). Si la femme n'a pas accouché, le fœtus et le placenta peuvent avoir été expulsés hors de l'utérus dans la cavité abdominale. Les troncs vasculaires sont parfois intéressés : l'hémorragie est alors considérable. On comprend ainsi l'importance, pour le pronostic, de la localisation de la rupture, infiniment plus dangereuse, si elle siège au niveau de la zone d'irrigation de l'organe.

Quant à la variété « incomplète » ou sous-péritonéale, elle semble beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. Le tableau est alors atténué ; aussi, nombre de cas doivent-ils passer inaperçus, et se terminer par la guérison avec de simples réactions locales, plus ou moins importantes.

Enfin, il peut y avoir des ruptures compliquées, propagées aux organes voisins, tels que le rectum, la vessie, le vagin.

Prodromes. — Il faut surtout bien connaître la symptomatologie des prodromes de rupture, car ils permettront de la prévoir, c'est-à-dire de la prévenir.

A moins d'une fragilité extrême, la rupture ne se produit que s'il y a résistance anormale à l'effort utérin. Cette lutte et cette résistance se traduiront en clinique par une *contracture*, d'autant plus anormale qu'il ne s'agit pas en général de la banale contracture des primipares, mais d'une contracture exceptionnelle chez une multipare, qui ne se traduit pas par une simple anomalie de la dilatation. Cette contracture se manifeste par des crises subintrantes de contractions s'accompagnant d'une agitation extrême et d'une envie de pousser, inexplicable à cette période du travail, où la dilatation est à peine commencée et la présentation n'est pas du tout engagée.

Un temps de plus, on peut distinguer sous la paroi, au palper et même parfois à la vue, que l'utérus prend la forme d'un sablier, tout à fait caractéristique : le segment inférieur aminci, coiffant la présentation, et d'autre part, le corps utérin épais, séparé du segment inférieur par le bourrelet de l'anneau de Bandl. Parfois enfin, on note une tension anormale des ligaments ronds qui peuvent devenir perceptibles au palper.

Signes cliniques. — Brusquement, au cours d'une contraction utérine, se produit une *douleur subite*, particulièrement intense, pouvant aller jusqu'à la syncope, avec parfois perception de déchirement et sensation de liquide chaud dans l'abdomen. Et c'est alors, contrastant avec la contracture et l'agitation de la période précédente, une suspension absolue des contractions douloureuses de l'utérus et *un arrêt brusque, total et définitif du travail*.

Il convient d'insister sur l'opposition très nette de ces deux parties du tableau clinique de la rupture, que l'on relève toujours rétrospectivement et sur laquelle on peut attirer l'attention de l'entourage, même quand les circonstances ont empêché la malade d'extérioriser ses sensations et d'accuser la douleur de rupture, qui sépare la période de contracture de celle de calme utérin.

Parfois, lorsque le travail est moins avancé, c'est l'état de choc qui domine la scène. Mais de toutes façons, on doit y insister, il convient de suspecter cette inertie absolue, survenant chez les multipares, après des périodes de contracture anormale, même s'il n'y a pas eu la sensation douloureuse, traduisant le drame utérin.

Des signes généraux, plus ou moins accusés se surajoutent d'ordinaire à ce tableau clinique : facies pâle, nez pincé, pouls petit, misérable,

tension artérielle inexistante. Ils sont au maximum lorsque, au choc péritonéal, se surajoute l'hémorragie interne, par décollement du placenta ou rupture des troncs vasculaires de l'utérus.

L'examen local révèle d'ordinaire la mort du fœtus. On constate, en outre, par le palper, que celui-ci est très superficiel ; à côté de lui, on trouve une autre tumeur, assez régulière, qui représente l'utérus revenu sur lui-même, même s'il est ouvert comme un livre après avoir expulsé le fœtus dans le ventre. Quand le fœtus est resté dans l'utérus, on ne relève rien de bien particulier. Enfin, si la rupture remonte à plusieurs heures, on constate très rapidement du ballonnement abdominal.

Le toucher donne des sensations très variables, selon la période du travail. On ramène d'ordinaire du sang sirupeux. Après l'accouchement, le toucher décèle habituellement la lésion, tout au moins si elle est de quelque importance ; mais si elle est minime, elle peut passer inaperçue, même à un examen attentif et pratiqué justement pour rechercher cette lésion que d'autres signes permettraient de soupçonner.

Evolution. — La guérison spontanée est possible, surtout dans les ruptures sous-péritonéales, et à la condition que la déchirure soit peu étendue ; mais cette terminaison est d'une telle rareté que tous ceux, qui comptent sur elle pour justifier la thérapeutique expectative, commettent la faute la plus lourde.

Habituellement, la marche de cette complication de l'accouchement est extrêmement rapide. La moitié environ des malades meurt en quelques heures de choc ou d'hémorragie ; l'autre moitié succombe à une infection consécutive.

Quant à l'enfant, il est généralement compromis, à moins que la rupture ne se produise pendant la période d'expulsion et que le fœtus ne soit expulsé ou extrait très rapidement, ou bien que le diagnostic ayant été fait, une opération abdominale permette de le retirer vivant.

Conduite a tenir

Il faudra prendre toutes les précautions, lorsque *dans les antécédents d'une femme gravide,* on découvrira des causes susceptibles de faciliter la rupture spontanée au cours du travail.

Les cicatrices de césarienne, même de césarienne basse, constituent notamment un risque de rupture suffisant pour ne pas autoriser les malades à accoucher à domicile. Les femmes doivent lors d'une grossesse consécutive accoucher en milieu chirurgical et se trouver en fin de grossesse, très près de la Maison de santé ou de la Maternité si elles n'y sont pas hospitalisées préventivement un peu avant le terme.

Il convient ensuite de surveiller le travail, de noter les anomalies de son évolution afin de dépister les signes précurseurs de rupture.

Aussi bien, conviendra-t-il de ne manier les extraits hypophysaires qu'avec une extrême prudence. Certes, cette médication a sa place dans la thérapeutique des anomalies de la contraction utérine, tout particulièrement chez les multipares ; mais encore faut-il ne l'utiliser que lorsqu'il n'y a aucune modification anatomique ou lésionnelle du tissu utérin, ni aucune résistance anormale à l'effort de la matrice, et qu'en particulier il n'existe aucune anomalie de présentation, ni aucune disproportion entre le fœtus et la filière pelvienne. L'indication des extraits hypophysaires est basée sur une insuffisance fonctionnelle du muscle utérin, tenant exclusivement à l'inertie vraie, c'est-à-dire à l'hypotonie. En dehors de cette indication précise, du reste assez fréquente chez les multipares, c'est, un jour ou l'autre, courir au-devant d'un désastre.

Lors donc que la malade présente de la *contracture généralisée,* et avant même que l'utérus surdistendu, en sablier, soit en imminence de rupture, il convient de parer aux accidents en administrant largement des anti-spasmodiques (morphine, spasmalgine). Si la contracture s'accentue, si les menaces de rupture se précisent, il sera bon d'administrer du chloroforme et de terminer l'accouchement.

Mais *cette terminaison doit être réalisée en douceur.* Pas d'expression utérine, pas de tentatives de version qui ne pourraient qu'exaspérer l'utérus et précipiter la rupture. Si les circonstances le permettent et, sous anesthésie très poussée, un forceps pourra parfois suffire à extraire l'enfant. Mais si la contracture est trop intense et la dilatation suffisante, la voie haute sera un ultime recours. Sans en abuser, il faut lui reconnaître d'assez larges indications et on lui doit souvent le salut de la mère et celui de l'enfant.

Si la rupture s'est produite, il sera nécessaire de la diagnostiquer sans retard : il suffirait souvent d'y penser. Alors l'indication opératoire est formelle et ne peut souffrir d'hésitation. Il en est comme des plaies pénétrantes de l'abdomen, le chirurgien doit toujours, dans ces cas, vérifier l'étendue des lésions et se comporter en conséquence. *La temporisation et l'abstention sont coupables,* et ne peuvent qu'entraîner des regrets. L'intervention chirurgicale permet seule de parer aux accidents, et son succès dépendra de la rapidité de sa mise en œuvre.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La métrite hyperplasique après la ménopause

L'hyperplasie de la muqueuse utérine, ou pseudo-métrite hyperplasique glandulaire bénigne n'a rien de commun avec une inflammation banale de l'utérus. Son anatomie, sa pathogénie, en font une affection bien spéciale dans la pathologie des femmes âgées. Quant à l'anatomie macroscopique, elle est insuffisante à caractériser l'hyperplasie : trop souvent, elle ressemble à s'y méprendre au néoplasme du corps utérin, et les erreurs publiées sont nombreuses. C'est à l'histologie en définitive qu'il faut s'adresser pour un diagnostic précis.

Le Docteur F.-P. Lecler remarque que l'histoire clinique de cette maladie est très imprécise. Aucun symptôme ne lui appartient en propre, rendant le diagnostic différentiel à peu près impossible avec le cancer du corps utérin.

a) Les hémorragies, classiquement, sont insignifiantes, améliorées par le lit et par les traitements locaux.

En réalité, il est loin d'en être toujours ainsi. Elles peuvent être peu abondantes dans certains cas ; dans d'autres, elles sont au contraire très importantes ; elles peuvent être continues, avec à certains moments des exaspérations brusques, alarmant les malades.

On a dit qu'elles sont améliorées par le traitement et le repos ; il n'a pas semblé à l'auteur que c'était la règle et ne sont pas rares les malades chez lesquelles des pertes continues, rebelles à tout traitement, avaient fait poser l'indication d'hystérectomie pour cancer, alors qu'elles n'avaient qu'une simple métrite.

b) Quant à la leucorrée, les pertes blanches sont habituelles ; un écoulement persistant peut être continu ou sous forme d'une véritable crise sécrétoire.

c) La douleur est presque constante ; elle se manifeste surtout par une sensation de gêne, de pesanteur périnéale, de lourdeur de l'hypogastre.

d) La température n'existe souvent pas.

e) Les symptômes physiques sont réduits à peu de chose ;

Toute femme qui perd après la ménopause sans cause évidente a une chance sur deux de n'être pas porteuse d'un cancer du corps utérin. S'il ne s'agit pas d'un cancer, c'est le plus souvent la métrite hyperplasique qu'il faut incriminer. Ni la symptomatologie ni la notion de fréquence ne peuvent donc nous aider à faire un diagnostic clinique, qu'il faut considérer comme impossible. C'est par la force des choses qu'il faudra chercher dans l'histologie, dans le curettage suivi d'examen, la cause des métrorragies et éviter une erreur de diagnostic dont les conséquences sont particulièrement redoutables.

(*La Presse médicale*, 4 juillet 1936).

La diathermo-coagulation des métrites cervicales chroniques

Le Docteur J.-E. Marcel garde au terme de diathermo-coagulation, et non d'électro-coagulation qu'on s'obstine à employer d'habitude, — sa définition physique, électrique ; il élimine donc l'étincelage, qu'il pratique exceptionnellement parce que irrégulier et inactif dans les endocervicites, et le curettage diathermique, qu'il réserve à certaines métrites polypeuses. D'autre part, sous le nom générique de métrites cervicales chroniques, on distingue cliniquement : 1° des formes strictement externes limitées au museau de tanche (exocervicites) ; 2° des formes strictement internes cantonnées au canal cervical (endocervicites) ; 3° des formes mixtes à la fois exo et endocervicales, qui sont peut-être les moins rares et dans lesquelles l'exocervicite n'est rien si ce n'est un reflet de l'endocervicite. Traiter l'une sans l'autre, c'est donner à la malade une guérison apparente. Toutes ces formes, qui peuvent avoir une étiologie différente, n'ont plus au stade chronique de personnalité bactériologique bien définie.

Cliniquement, au contraire, cette distinction paraît logique parce que le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces différents groupes de formes sont complètement différents. L'exocervicite a une symptomatologie riche. Elle est d'un diagnostic évident, d'un pronostic bénin, car elle est accessible aux traitements les plus variés. Mais si ces moyens réussissent dans les formes légères, ils restent inactifs dans les formes étendues, granuleuses ou papillaires, dans lesquelles il est nécessaire de s'adresser aux caustiques chimiques forts ou à certains agents physiques. L'auteur donne la préférence à la diathermo-coagulation, qui lui paraît, lorsque l'on possède l'appareillage et les plus élémentaires notions d'électricité, un moyen simple, élégant et économique. L'endocervicite a une symptomatologie souvent discrète. Son diagnostic peut

être difficile si l'on ne prend pas la précaution, de pratiquer, surtout à la période des glaires, l'aspiration systématique du col, qui permet de révéler la glaire symptomatique.

Le pronostic de l'endocervicite est mauvais, parce qu'elle est cantonnée au canal cervical et aux glandes qui le criblent ; elle entraîne l'infécondité et elle est inaccessible à la plupart des traitements usuels. Seule l'ouverture large des glandes, leur assèchement et la destruction de la muqueuse arrivent le plus souvent à la tarir. A cet effet et pour le moment, deux méthodes médicales s'offrent surtout à nous : les cautérisations au caustique de Filhos, et la D. C. fraîchement émoulée. Mais l'une et l'autre ne peuvent réussir qu'à la condition *sine qua non* d'être pratiquées l'une ou l'autre à l'intérieur même du canal cervical. Pour de multiples raisons que l'on connaît et dont certaines ne méritent pas qu'on en exagère la portée, l'auteur donne dans ces cas aussi et le plus souvent, la préférence à la D. C., sans toutefois avoir complètement abandonné le caustique de Filhos.

Le Docteur Marcel, d'après son expérience personnelle, déjà importante, conclut qu'actuellement la D. C., telle qu'il l'applique, cicatrise rapidement la totalité des exocervicites sérieuses, *guérit à peu près toutes les* endocervicites moyennes et un grand nombre d'endocervicites sévères. Il en est cependant qu'elle n'assèche pas complètement. La D. C. est alors obligée de demander le concours du Filhos qui le lui réclame bien quelquefois.

(*L'Orientation médicale*, 6 juin 1936.)

La paralysie faciale périphérique dite « a frigore » est fonction d'une atteinte artérielle des vasa-nervorum.

Si certains individus ont vu leur hémiface se paralyser subitement en passant de leur home chauffé dans une rue glaciale et si le médecin appelé a conclu, avec vraisemblance, à une relation de cause à effet entre le frais et le syndrome, comment invoquer, se demandent le Professeur V. Audibert et MM. C. Mattéi et A. Paganelli, semblable étiologie, lorsque la paralysie est survenue dans l'appartement du patient, la nuit même, alors que celui-ci se trouvait soumis à une température constante ? L'origine — froid — ne peut, logiquement, se soutenir dans la majorité des cas, car la plupart de ces affections surviennent sans que les patients se soient exposés à la fraîcheur. Le gonflement du nerf dans le canal de Fallope n'a pas plus de fondement. Les auteurs affirment par contre que la paralysie faciale périphérique, dite *a frigore*, est fonction d'une atteinte artérielle des vasa-nervorum. Pourquoi, parce que l'irrigation de sang oxygéné dans le facial est double, provenant, dans sa partie supérieure, d'une branche de la méningée moyenne, et dans sa partie inférieure, de la stylo-mastoïdienne. Cette particularité anatomique et étiologique explique à la fois le mode de début, la symptomatologie et l'évolution de la paralysie faciale. Celle-ci se produira chaque fois qu'il existera un trouble dans les vaisseaux nourriciers du nerf, et ce trouble peut être engendré par différents facteurs : l'artério-sclérose, avec ou sans hypertension (le plus souvent avec hypertension) c'est-à-dire une affection qui, par essence, provoque l'artérite ou l'endartérite, lésions faisant fonctions d'épines irritatives pour le sympathique, l'alcoolisme, le paludisme, la typhoïde, la tuberculose même.

Cette infirmité ne survient donc pas au hasard, chez n'importe quel individu, et aux facteurs précédents on peut même ajouter l'hérédité de l'artério-sclérose, la syphilis, le plomb, les troubles surrénaliens, et, en général, les affections endocriniennes. Que le froid intervienne, parfois, sur ces sujets, comme cause occasionnelle, pour amener un déséquilibre sympathique et un spasme, on ne peut en disconvenir ; mais alors le froid ne représente qu'un facteur adjuvant, le facteur efficient, se trouvant dans l'état pathologique des artérioles des nerfs. Il est à remarquer que le spasme n'est pas le seul facteur de la paralysie faciale ; il faut compter aussi avec la thrombose et le ramollissement.

La conséquence thérapeutique d'une pareille conception est facile à prévoir. Il faudra soigner un paralysé du facial comme on soigne un hémiparétique. (*La Presse Médicale*, 27 juin 1936).

Essai de définition du syndrome « vomissements de la gestation ».

Les Professeurs J. Voron et H. Pigeaud considèrent les vomissements graves de la gestation, comme constituant un syndrome, que l'on reconnaît à l'existence simultanée de trois ordres de signes : vomissements de type spécial ; déshydratation à marche rapide ; acidose marquée. Ceux appartenant au premier groupe sont définis par des procédés cliniques. Ceux appartenant aux deux autres groupes s'expriment par des chiffres précis, qui doivent être fournis à propos de chaque observation. Cependant, chez les femmes présentant des vomissements graves de la gestation, il existe en outre d'une manière constante un déséquilibre neuro-végétatif, et celui-ci, dans la très grande majorité des cas, sans parler de l'existence même des vomissements, est facilement mis en évidence par l'examen clinique.

(*Revue française de gynécologie*, juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire

(MM. E. SERGENT, P. PRUVOST et R. MIGNOT ; 30-6-1936)

A la demande de M. Hartmann, l'Académie de médecine a décidé récemment de mettre à son ordre du jour et de discuter un certain nombre de questions d'actualité, de faire une sorte de mise au point de ces questions. Le premier sujet envisagé a été le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

M. Sergent et ses collaborateurs exposent les indications et les résultats de ce traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Il y a cinquante-cinq ans, le chirurgien qui eut osé parler d'un traitement chirurgical de la tuberculose du poumon eut été considéré comme un insensé. Depuis, les choses ont bien évolué. Ce fut Cérenville (de Lausanne) qui, le premier, en 1885, eut l'idée de réséquer quelques centimètres de côtes dans le but de provoquer l'action de la pression extérieure sur une grosse caverne de la base gauche. En 1890, Sengler (de Davos) amplifia le domaine de la thoracoplastie en l'étendant aux épanchements purulents tuberculeux de la plèvre. En 1891, Tuffier introduisit le décollement pleuro-pariétal, qui devint le point de départ du plombage et de l'apicolyse. Suivirent les travaux de Sauerbruch, Archibald, Bérard et Dumarest, Bernon et Fruchaud. Puis apparurent la phrénicotomie (Stuertz, 1911), la phrénicectomie, la thoracoscopie et la section des brides (Jacobeus).

En matière de traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire, on peut émettre ce principe que leur indication ne saurait exister que dans les cas où le pneumothorax thérapeutique est irréalisable ou cesse de l'être. Reste alors à tenir compte des contre-indications générales et à discuter les indications particulières à chaque mode d'intervention.

Les opérations à envisager sont les suivantes : la section des brides, les interventions sur le phrénique, le décollement pleuro-pariétal et l'apicolyse, la thoracoplastie, les interventions associées.

La section des adhérences a été préconisée, en 1913, presque simultanément, par Hervé sous le contrôle de l'écran et par Jacobeus sous le contrôle de l'endoscopie. Le diagnostic des adhérences sera fondé sur les données de la clinique (persistance de lésions actives, malgré le pneumothorax), de la radiologie et de la pleuroscopie. La section des brides entre des mains expérimentées expose rarement à des complications importantes. Elle procurerait des succès dans la moitié des cas.

M. Sergent étudie ensuite les indications de la phrénicectomie, de l'alcoolisation des nerfs intercostaux, de la scalénotomie, de l'apicolyse, de la thoracoplastie, des interventions associées.

En définitive, la chirurgie apporte une arme précieuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. L'avenir sera peut-être l'exérèse de la lésion. Cette chirurgie n'est encore, toutefois, à l'heure actuelle, qu'un palliatif.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Syndrome de Volkmann traité par artériectomie précoce

(M. Michel SALMON, M. Ad. PERROT ; rapport de M. LEVEUF ; 1-4-1936)

M. Michel Salmon et M. Perrot ont traité chacun un cas de syndrome de Volkmann par artériectomie. L'opération n'a procuré aucun résultat avantageux. En dépit de l'intervention précoce, la lésion des muscles fléchisseurs a évolué vers la rétraction caractéristique. L'efficacité de l'artériectomie dans le traitement du syndrome de Volkmann paraît donc très discutable.

— M. MÉTIVET signale les études qu'il a faites sur la pathogénie de la maladie de Volkmann dans le laboratoire de M. Chailley-Bert. Il a envisagé la résistance respective des fléchisseurs et des extenseurs de la main. Il lui est apparu que les fléchisseurs constituent un groupe musculaire très évolué physiologiquement, à activité fonctionnelle délicate mais fragile, tandis que les extenseurs constituent un groupe de muscles à activité physiologique grossière, mais robuste. Qu'un trouble circulatoire survienne dans le membre supérieur (compression par plâtre, etc.), les fléchisseurs souffriront avant les extenseurs et un syndrome de Volkmann pourra être réalisé, sans d'ailleurs qu'aucun hématome se constitue au niveau des fléchisseurs.

Cette hypothèse, syndrome de Volkmann dû à la fragilité des fléchisseurs, a été prise en considération par M. Salmon.

— M. LEVEUF remarque que, dans le syndrome de Volkmann, les lésions des nerfs médian, cubital et quelquefois radial, correctement cherchées, sont pour ainsi dire constantes. Le terme de rétraction des muscles fléchisseurs est insuffisant pour désigner cette maladie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Sur un cas de gangrène de la main au cours d'une septicémie ictérigène à « perfringens »

(MM. Et. CHABROL et J. SALLET, 24-4-1936)

Une femme de 25 ans avait été hospitalisée pour un ictère jaune orange « flamboyant » ; de plus elle soulevait péniblement son membre supérieur gauche, qui frappait par sa couleur livide, son œdème généralisé et surtout par le développement de phlyctènes sanguinolentes ; la main, complètement exsangue, était d'une froideur cadavérique. Si l'on tenait compte d'une élévation de la température à 41°, l'ensemble du tableau permettait d'affirmer qu'une septicémie à germes anaérobies était en cause et, de fait, trente six heures plus tard, une hémoculture positive devait révéler le bacille perfringens à l'état de pureté.

Les accidents avaient débuté quarante-huit heures auparavant, le 17 décembre 1935. Travaillant dans une brasserie ou elle encapsulait des bouteilles de bière, cette jeune femme avait éprouvé un violent mal de tête, accompagné de frissons. Rentrée chez elle, elle avait été prise, quelques heures plus tard, de diarrhée brutale et de vomissements incoercibles, A minuit, une violente douleur dans le bras gauche *avait été suivie d'un refroidissement complet des* doigts et de la main, que l'on n'avait pu réchauffer à l'aide d'un bain local. Le lendemain, au réveil, l'entourage avait constaté que les yeux étaient jaunes ; le soir, la malade avait uriné du sang.

Suspectant un avortement, cause habituelle des septicémies à perfringens, on pratiqua un toucher qui permit de sentir un utérus un peu gros, d'une consistance normale. Pressée de questions, la malade se défendit énergiquement d'avoir eu recours à des manœuvres abortives. (L'autopsie pratiquée plus tard vint malheureusement contredire son affirmation : l'utérus était violacé, hypertrophié, gorgé de sang et de filaments putrilagineux, renfermant des débris placentaires.) Ce n'était donc point d'un doigt excorié qu'était partie la septicémie anaérobie ; une fois de plus, selon la loi habituelle, celle-ci avait pris naissance dans la profondeur de la cavité utérine. Toutefois, la localisation de la gangrène au membre supérieur gauche n'en restait pas moins mystérieuse ; elle n'aurait pu être éclaircie si la malade n'avait avoué que depuis cinq mois ses doigts gauches étaient devenus le siège d'une onglée douloureuse, paroxystique, accompagnée de fourmillements et de pâleur des téguments. C'est à ces lésions que la malade rapportait tout ses malheurs, croyant qu'un éclat de verre s'était introduit sous la peau.

Après avoir discuté toutes les étiologies possibles, les auteurs rapportent cette localisation du perfringens à l'association chez cette patiente d'une maladie de Raynaud ; tout s'est passé comme si la septicémie, allumée dans la cavité utérine, avait trouvé une localisation gangréneuse dans un territoire méiopragique de la maladie de Raynaud.

Couronne dentaire restée neuf mois dans une bronche et expulsée dans un effort de toux

(MM. H. DUFOUR et RACHSTEIN, 24-4-1936)

Au cours d'un repas pris en février 1935, Mme J... avale de travers. Elle constate la disparition d'une couronne dentaire en or et se met à tousser en quintes, ressentant, pendant quarante-huit heures, une légère douleur rétro-sternale. Un pharmacien consulté prescrit un vomitif puis ultérieurement un purgatif. La couronne n'est retrouvée ni dans les vomissements, ni dans les matières. La malade, en proie à une toux spasmodique plus ou moins intense, plus ou moins émétisante, suivant les moments, ne s'inquiète pas particulièrement de ce qu'elle prend pour de la bronchite et continue son travail. Elle se soigne elle-même, prend des calmants, des expectorants et applique des révulsifs sur la poitrine.

Au bout de cinq mois elle consulte un médecin ; une radiographie est faite qui démontre la présence de la couronne dentaire dans les environs de la bronche droite. Vers le milieu de novembre, la patiente éprouve un chatouillement au larynx, des étouffements. Elle tousse sans arrêt pendant près de trois quarts d'heures, fait des efforts pour vomir, et tout d'un coup sent dans la bouche un corps dur : la couronne d'or ! qu'elle a perdue il y a neuf mois, et qui pendant toute cette période a séjourné dans la bronche sans provoquer ni suppuration, ni abcès pulmonaire.

Malgré cette issue heureuse, il ne serait pas très prudent, en pareille circonstance, de compter sur une semblable expulsion spontanée, pour refuser une intervention, au cas ou le diagnostic eût été bien porté. A noter aussi que le rôle des corps étrangers de très petit volume, introduits dans les voies respiratoires, doit être considérable dans un grand nombre d'affections broncho-pulmonaires.

G. F.

Les Congrès

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLe Session

(20-25 Juillet 1936 — Bâle, Berne, Zurich, Neuchâtel)

La XLe session des Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouverte le lundi 20 juillet 1936 à Bâle, dans la grande salle du Bischofshof, sous la présidence de M. le Conseiller d'Etat Imhof. Devant un public très nombreux de neurologues et de psychiatres, M. le Conseiller Imhof souhaita la bienvenue aux congressistes au nom du Gouvernement suisse.

Tour à tour le Docteur de Graene, au nom du Gouvernement belge, le Professeur Mira, au nom de la Ligue espagnole d'hygiène mentale, M. Levêque, au nom du Gouvernement et des Sociétés savantes de France, le Docteur Walk, au nom de la Royal médico-psychological association de Grande-Bretagne, le Docteur Hensen, au nom du Gouvernement du Grand Duché du Luxembourg, le Professeur de Moura au nom des Universités portugaises et le Professeur Mazhar Osman au nom de l'Université d'Istambul vinrent dire aux congressistes les souhaits très vifs que formulaient pour la réussite de cette session les Gouvernements et les Sociétés savantes de leurs pays.

Le Docteur Repond, président suisse de la XLe session, exprima la joie de ses compatriotes de recevoir le Congrès cette année, après dix ans d'absence, la précédente session, la XXXe, s'étant en effet tenue à Genève en 1926.

Le Docteur Crouzon, membre de l'Académie de médecine, président du Congrès, prononça alors le discours d'usage. Il parla de l'histoire médicale de Bâle, cette ville toute moderne, largement ouverte au progrès, où l'on rencontre cependant des souvenirs prestigieux du passé. Après avoir rappelé Félix Wurtz, Vesale, Grateroli, Félix Plat, Gaspard Bauhin, tous illustres médecins qui séjournèrent et enseignèrent à Bâle, le président Crouzon centra son discours sur Erasme, voulant ainsi associer le souvenir des neuro-psychiatres à cet éminent humaniste dont les rapports avec la médecine furent si nombreux. Il s'efforça, dans ce discours magistral, de tirer un enseignement de son réputé ouvrage « l'éloge de la folie ». Sa conclusion fut qu'en s'attaquant aux travers, aux ridicules et aux défauts et vices de son temps, Erasme a simplement fait œuvre de satirique et de polémiste, ne s'intéressant guère aux anormaux et point du tout aux fous véritables.

A l'occasion des nombreux discours qu'il eut à prononcer au cours du Congrès, M. Crouzon, en un vaste aperçu historique plein d'érudition, rappela la vie et analysa l'œuvre des nombreuses sommités et gloires médicales qui illustrèrent Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel. A Zurich il analysa l'œuvre de Paracelse, ce grand voyageur, de Forel et Bleuler qui portèrent si haut le renom de la psychiatrie zurichoise, de Lavater dont Gœthe fut l'ami, de Monakow, le grand maître de la neurologie suisse, de Zwingli et Hirzel de Zurich, de Dunant, fondateur de la Croix-Rouge, qui né à Genève, repose à Zurich, de Peyer de Schaffouse, qui laisse son nom aux plaques de l'intestin, et enfin des poètes Klapstock et Gottfriedkeller.

A Berne, il rappela les belles figures de Sahli, de Kocher, de Quincke, de Paul Dubois, et surtout d'Albrecht, de von Haller, le plus illustre des enfants de cette ville, et de Johan-Georg Zimmermann. Enfin à Neuchâtel le président rendit hommage aux médecins de la Suisse Romande. Il évoqua les belles figures de Schnyder, de Ladame, de Flournay, de Long, de Tissot, et surtout de Tronchin. Cette façon très originale de répondre à de nombreuses allocutions de bienvenue fut très goûtée des nombreux congressistes et de leurs hôtes suisses.

Les congressistes visitèrent successivement : la Clinique psychiatrique universitaire de Bâle-Friedmatt sous la direction du Professeur-doyen Staehelin, où ils eurent la bonne fortune de suivre les délicats traitements en cours chez de nombreux malades par les méthodes modernes de la cure de sommeil et de l'insulinothérapie ; l'asile psychiatrique de Bâle-Campagne (Docteur Stutz), asile qui a la caractéristique d'être complètement insonore ; sa Clinique psychiatrique universitaire de Zurich, sous la direction du Professeur Maier, établissement illustré par l'enseignement de Forel et de Bleuler ; l'Institut Monakow qui ne s'occupe que de l'anatomie normale et pathologique du cerveau ; la Clinique du Docteur Brunner, à Kusnacht ; la Clinique Bellevue (Docteur Binswanger) à Kreuzlingen ; la clinique psychiatrique de la Waldan (Professeur Klaesi) ; la clinique Bellevue au Landron, dirigée par le Docteur Bersot ; les « Rives » de Prangins dirigée par le Docteur Forel ; la Clinique Monrepos au Mont Pellevin, dirigée par le Docteur de Montet ; et enfin la Maison de santé de Malévoz dirigée par le Docteur Repond.

L'accueil que reçurent les congressistes (ils étaient

plus de 300 durant toute la session) fut chaque jour, dans chaque ville et chaque établissement, enthousiaste et très chaleureux : aussi tous garderont des visites nombreuses auxquelles on les avait conviés, un souvenir inaltérable. Non seulement ils purent apprécier combien du point de vue général l'assistance neuro-psychiatrique en Suisse était en tête du progrès, mais encore purent retenir nombre de détails d'organisation dont ils ne manqueront pas de faire profiter pour les nécessités de l'heure les établissements similaires de France et des Pays de langue française.

La partie scientifique du Congrès fut, elle aussi, remarquable. Des rapports importants, présentés par des rapporteurs qualifiés sollicitèrent de nombreuses discussions et permirent aux questions mises à l'ordre du jour d'être débattues complètement.

Le premier rapport, celui de *psychiatrie*, traitait de *l'hérédité des affections circulaires et schizophréniques*. Le Professeur Boven, de Lausanne, présenta l'état de nos connaissances sur l'hérédité des affections schizophréniques ; le Docteur Brousseau, de Paris, parla de l'hérédité des affections circulaires. Le premier, après avoir traité des notions générales de l'hérédité et fixé les limites de la schizophrénie, aborda le fond du problème en l'étudiant d'abord du point de vue scientifique avec les lois du mendélisme, puis avec les *données de l'observation* (recherches de Rudin, de von Verschuer, de Hoffmann et de Boven, pour ne citer que les principaux auteurs qui se sont occupés de cette délicate question). Il en arriva à cette conclusion : qu'une précision définitive permettant de conclure avec une certitude mathématique à certains caractères héréditaires dans tel ou tel cas, est impossible tant à cause de l'imprécision du point de départ que des formes multiples des manifestations héréditaires. Aussi la rigueur d'une expérimentation animale ne peut encore se transposer au cas beaucoup plus complexe de l'homme et de son intelligence, et donner des garanties suffisantes au législateur.

Le second, après avoir défini les affections qu'on appelle affections circulaires, posé le problème de l'hérédité, donné un aperçu historique de cette question, retint particulièrement les cas d'affections circulaires chez les jumeaux univitellins qui sont les seuls en effet à réaliser des conditions privilégiées pour un observateur qui recherche exactement des données héréditaires identiques. Et cependant les conclusions qu'on en peut tirer ne sont pas formelles ; si la fréquence des syndromes maniaques dépressifs chez les jumeaux est relativement élevée, cela soulignerait plutôt l'importance des facteurs acquis beaucoup plus que de ceux se transmettant héréditairement. Le rapporteur souligne qu'il faut tenir compte, dans ces études, de l'insuffisance évidente de maints diagnostics cliniques, diagnostics variables selon les écoles et selon les nations. Passant à la prédominance des états circulaires dans le sexe féminin, à l'importance des facteurs acquis, aux syndromes démentiels précoces ou schizophréniques dans les familles de circulaires, le rapporteur en arrive à cette conclusion que si bien des états circulaires sont souvent transmis selon un mode héréditaire homologue, la preuve ne peut en être faite qu'il s'agisse d'un caractère récessif ou d'un caractère dominant. Les faits observés ne paraissent pas obéir aux lois de l'hérédité mendélienne ; les états circulaires expriment peut-être le jeu d'un grand nombre de facteurs héréditaires dont nous connaissons mal encore les éléments particuliers. Il en arrive à cette conclusion que pratiquement la précarité de nos connaissances ne doive faire craindre l'essor téméraire d'une psychiatrie « dirigée » conduisant à la stérilisation eugénique.

Tour à tour les Professeurs Vermeylen, de Bruxelles, et Lévy-Valensi de Paris, les Docteurs Bersot de Neuchâtel, Courbon, de Paris, Ey de Bonneval, Minkowski, Jabouille, de Ruffach, et René Charpentier, de Paris, discutèrent ces deux rapports, apportèrent les résultats de leurs observations et de la connaissance approfondie qu'ils avaient de ces questions ; ils arrivèrent aux mêmes conclusions que les rapporteurs à quelques détails près.

Le rapport de *neurologie* étudiait *la sémiologie, l'étiologie et la pathogénie des mouvements choréiques*. Le Docteur Jean Christophe, médecin assistant à la Salpêtrière, eut la lourde tâche de présenter aux congressistes l'état actuel de nos connaissances sur cette vaste question de neurologie. Il le fit avec talent et une grande clarté d'exposition. Résumer ce rapport est chose impossible tant le style en est condensé. Aussi ne donnons-nous que les titres de chapitres. Dans le chapitre « l'étude sémiologique », le rapporteur étudie les caractères généraux du mouvement choréique, l'aspect des mouvements suivant leur localisation, les troubles fonctionnels, les rapports avec l'agitation choréique, les variations d'intensité des mouvements suivant diverses influences, les perturbations du tonus, l'analyse des troubles de coordination musculaire dans le mouvement choréique, l'étude myographique et électro-myographique du mouvement choréique. Le chapitre sur l'étiologie se subdivise en paragraphes sur la chorée aiguë infectieuse, la chorée de Sydenham, la chorée de Huttington, les chorées aiguës, la chorée chronique, l'hémi-chorée symptomatique, les variations cliniques des chorées chroniques, l'hémi-chorée symptomatique, les mouvements choréiformes. Le chapitre de pathogénie s'est proposé de répondre aux trois problèmes suivants : quels sont les appareils dont l'adultération représente la cause initiale du désordre moteur constant ; quels sont les centres moteurs et les voies efférentes dont la mise en jeu est responsable du mouvement volontaire ; par quel mécanisme physio-pathologique une lésion irritative ou destructive aboutit-elle à libérer l'activité spontanée de ces centres moteurs responsables du mouvement. La solution du premier problème trouve ses données dans l'étude des faits anatomo-cliniques

et expérimentaux. La solution des deux derniers ne peut être encore apportée avec certitude et n'est fournie que par des théories pathogéniques sur lesquelles on est loin d'être universellement d'accord (théorie sous-corticale, théorie corticale). Le rapporteur conclut que bien des arguments d'ordre clinique surtout paraissent favorables à la conception de la nature corticale du mouvement choréique ; mais il ne faut pas oublier que des constatations de lésions systématisées, dans certains cas de mouvements complexes de la chorée, obligent à ne pas négliger l'importance de lésions striées dans le déterminisme de l'hyperkinésie.

Les Professeurs Barré, de Strasbourg, Minkowski, de Zurich, Roger, de Marseille ; les Docteurs Rouquier, de Nancy, Bourguignon, de Paris, et Brunscheiler, de Lausanne, discutèrent longuement ces rapports et furent d'accord avec le rapporteur sur les grandes lignes de son travail. Mais chacun apporta des exemples personnels ou son opinion dans des critiques de détail. A signaler en particulier les recherches de chronaximétrie de Bourguignon qui tendraient à faire supposer une action cérébrale permanente.

Le rapport d'*assistance* et de *thérapeutique* traita de la *thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles*. Dans son rapport, précis et complet, le Professeur Hans Maier, de Zurich, situa exactement l'état actuel des différentes voies dans lesquelles s'engage maintenant la thérapeutique souvent si décevante des psychoses. Il dit en résumé qu'on a élaboré une quantité de thérapeutiques nouvelles dont les résultats sont encore très modestes. Les produits pharmaceutiques préparés au cours des vingt-cinq dernières années ont permis de traiter les psychoses endogènes par voie médicamenteuse plus qu'on ne le faisait autrefois. Les progrès réalisés de cette manière sont d'ordre essentiellement symptomatique et ne relèvent pas d'une thérapeutique médicamenteuse causale. Les innombrables tentatives faites dans cette direction n'ont toutefois pas été vaines et doivent être poursuivies en dépit de leur efficacité restreinte. Certaines données semblent indiquer, en principe, qu'elles pourront fournir encore de meilleurs résultats. Pour ce qui est des schizophrénies, il est probable qu'un perfectionnement de la narcothérapie et de l'insulinothérapie augmentera l'efficacité de notre intervention. A propos de ces deux méthodes, il se demande dans quelle mesure l'agent curatif est d'ordre psychothérapeutique. En ce qui concerne les psychoses circulaires, il souhaite que les recherches de laboratoire enrichissent nos connaissances actuelles sur les troubles endocriniens et nous fournissent une base plus solide pour l'élaboration d'une thérapeutique systématique. Les travaux précédents sur le métabolisme de la cholestérine constituent un exemple de la voie à suivre. Il est certain qu'à côté du cerveau, le système nerveux autonome joue un rôle beaucoup plus grand dans la genèse des troubles psychiques fonctionnels qu'on ne le soupçonnait autrefois. Les progrès les plus récents dans le domaine de l'endocrinologie et de la chimiothérapie du sympathique et du vague nous ont doté de moyens qui auront, à l'avenir, une grande influence dans le traitement des psychoses endogènes. Cet aperçu montre que les progrès de nos connaissances théoriques sur la thérapie des psychoses fonctionnelles sont malheureusement limités. Il est toutefois hors de doute que les résultats pratiques du traitement des schizophrènes se soient considérablement améliorés au cours des vingt-cinq dernières années. Une visite dans un établissement psychiatrique moderne suffit à en convaincre, surtout si l'on se remémore le tableau qui se présentait à nos yeux il y à vingt-cinq ans. Les progrès réalisés dans ce sens dépendent presque uniquement de la meilleure orientation psychothérapique du personnel médical. Bien que nous soyons, aujourd'hui encore, désarmés à l'égard de certaines maladies, on ne peut nier que, dans la plupart des cas, une psychothérapie active a donné d'excellents résultats. Si nous nous débarrassons de notre nihilisme thérapeutique, nous parviendrons à soustraire un nombre plus grand encore de schizophrènes à leurs mécanismes autistiques et à en faire des membres utiles de la collectivité humaine. Il y a peu de temps encore, les médecins étaient aussi impuissants à traiter le crétinisme et la paralysie générale qu'ils le sont aujourd'hui à l'égard de maintes psychoses endogènes. Les progrès de la psychothérapie directe et indirecte des maladies mentales, ainsi que les résultats encore discrets des méthodes somatiques, permettent d'espérer que l'ère du défaitisme à l'égard des psychoses endogènes se terminera bientôt.

Une discussion abondante et serrée a été introduite par les Docteurs Steck, de Céry-sur-Lausanne, Christy, du Mans, Bejjerman, de Delf, Jabouille, de Rouffac, Donnadieu, de Berrechid, Verstraeten, de Gand, Achner, de Vienne, Courbon, de Paris, Walk, d'Angleterre et Minkowski, de Paris. Elle a permis de souligner l'intérêt de certaines méthodes thérapeutiques, d'en montrer les bienfaits mais aussi les dangers. Il est impossible de rapporter l'opinion de tous ceux qui ont discuté ce rapport. La conclusion est que, actuellement, les maladies mentales, même constituées, doivent être soignées par des méthodes toutes spéciales. Si certaines présentent un certain danger, il ne faut cependant pas les rejeter, car leurs effets bienfaisants ne sont pas à dédaigner.

En dehors de ces rapports, les congressistes apportèrent un grand nombre de communications diverses.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr M. Monrose. — **Traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections modificatrices de chlorhydrolactate de quinine et urée.** (Thèse, 1936.)

Diverses substances ont été utilisées dans le traitement de l'hydrocèle vaginale par injections modificatrices.

L'iode, l'acide phénique, le formol, le sublimé, le chlorure de sodium et même des vaccins ont été ainsi employés. Ils ont l'inconvénient de provoquer des réactions inflammatoires qui immobilisent le malade pendant plusieurs jours. On a même vu dans certains cas des phénomènes de nécrose causés par la causticité de la substance employée ou des signes d'intoxication dus à l'intolérance du malade aux médicaments.

Le *chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée en solution* à 30 % a l'avantage d'être d'un maniement facile ; il ne s'accompagne pas de douleurs ou si celles-ci surviennent, elles sont le plus souvent de très faible intensité. Les réactions inflammatoires sont inexistantes à de rares exceptions près. L'innocuité du produit aux doses thérapeutiques est la règle.

Les échecs notés sont rares. Il est à remarquer que même dans ces cas-là, la vaginale restant souple, l'acte chirurgical est aussi simple que dans les hydrocèles vaginales n'ayant subi aucun traitement médical.

P. — Dr J. Stoffer. — **Les endocardites au cours de l'érythème noueux.** (Thèse, 1936.)

Les endocardites au cours de l'érythème noueux sont très rares.

Le fait de trouver une endocardite concomitante ne permet pas de la rattacher à coup sûr à l'érythème noueux et même si la nature tuberculeuse ne résulte ni de l'anamnèse ni de l'examen clinique, il faut soigneusement la rechercher.

En pratique, tout enfant qui présente un érythème noueux — compliqué ou non d'une endocardite — doit être considéré comme tuberculeux.

Mp. — Dr M. Chabaud. — **La synovectomie dans la tuberculose du genou.** (Thèse, 1936.)

Pratiquement réservée au genou, articulation peu serrée, superficielle et facilement accessible, la synovectomie est aujourd'hui une intervention sans gravité et d'une technique bien réglée.

Ses résultats sont immédiats et éloignés : a) *immédiats* : ceux-ci ont toujours été favorables et il n'a pas été observé, après l'intervention, de foyers récidivants dans les parties molles, ni de complications locales ; b) *éloignés* : essentiellement variables, tantôt nécessitant l'immobilisation prolongée et même une résection ultérieure ; tantôt définitivement favorables ; tantôt difficiles à interpréter.

La synovectomie dans la tuberculose du genou est seulement indiquée dans les formes synoviales pures.

Mp. — Dr A. Aubat. — **L'appendicite chronique à symptomatologie urinaire.** (Thèse, 1936.)

Un des syndromes cliniques présentés par l'appendicite chronique est le syndrome urinaire. Il s'explique par les rapports étroits existant entre l'appendice rétro-cæcal ou pelvien et l'arbre urinaire. C'est, par suite, presque toujours l'appendicite rétro-cæcale ou pelvienne qui donne lieu à une symptomatologie urinaire.

Les troubles présentés peuvent revêtir plusieurs types, dont les principaux sont : hématuriques, pyuriques, algiques et vésicaux. Le diagnostic repose essentiellement sur un examen clinique complet ; il est confirmé par l'examen de l'arbre urinaire par le spécialiste et par la radioscopie du tube digestif.

Dans ces formes, l'appendicectomie seule est curatrice des troubles urinaires observés.

Mp. — Dr P. Veyrac. — **Les fractures comminutives du calcanéum.** (Thèse, 1936.)

Les fractures comminutives du calcanéum doivent, dans le cadre général des fractures du calcanéum et à côté des grands écrasements de cet os, faire l'objet d'une classe spéciale. Deux clichés radiographiques sont nécessaires pour leur étude : 1° cliché de profil ; 2° cliché axial.

Le pronostic est parfois paradoxal. On peut noter une discordance entre la gravité des lésions et les troubles fonctionnels relativement peu importants, paradoxe lié à deux phénomènes différents, qui peuvent être concomitants : *a*) lésions graves d'apparence, mais enfoncement minime ; *b*) lésions graves entraînant par leur gravité même une ankylose salutaire.

Quant au traitement, de nouvelles techniques opératoires amélioreront certainement les résultats mais mettant à part l'arthrodèse secondaire d'indication formelle pour provoquer une ankylose nécessaire, l'auteur conclut avec M. Auvray que la comparaison entre les traitements orthopédiques et opératoires n'est pas en faveur de l'opération telle qu'elle a été pratiquée ces dernières années.

PARTIE PROFESSIONNELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

UN AUTRE DROIT DE L'HOMME : LE DROIT A LA CRASSE

Dans l'excellent recueil d'hygiène scolaire de notre confrère L. Dufestel (3e édition 1933), on lit, pages 59-60 :

« La douche *devrait* être obligatoire dans toutes les écoles et les enfants *devraient* y être conduits au moins deux fois par semaine. Ce serait l'un des meilleurs moyens prophylactiques des maladies contagieuses.

« En France, on craint les réclamations des parents, les rhumes consécutifs, etc. ; c'est une habitude à donner à la population. »

Je ne sais si quelques tentatives ont été faites dans ce sens ; elles auraient alors fait fiasco ; la population se défend victorieusement contre cette habitude qu'elle doit considérer comme néfaste et immorale. Voici en tout cas le fait qui me fut conté cet après-midi même.

Dans une école proche de mon domicile existe, paraît-il, une installation de bains-douches très convenablement agencée. Un confrère de mes amis a eu la curiosité de demander au directeur si ses élèves en faisaient usage.

« Fort peu, a répondu le digne homme ; je compte à peine trente ou quarante amateurs de bains sur l'effectif de plusieurs centaines d'enfants qui fréquentent cette école. Ce sont toujours les mêmes que je vois se laver et, bien entendu, ceux qui en ont le moins besoin puisque, aimant l'eau, ils en font usage chez eux ».

— « Et les autres » a demandé mon ami.

— « Les autres ? ils ne viennent jamais et ne cachent pas leur répulsion pour les soins de propreté ».

— « N'avez-vous donc aucun moyen de les y obliger ? »

— « Aucun ! La plupart des parents veillent jalousement à ce que leur progéniture garde les pieds sales et le cou douteux. Ils estiment faire ainsi preuve d'une tendresse soucieuse et prompte à s'alarmer. Que je me hasarde seulement à heurter de front ces préjugés et vous verriez pleuvoir sur moi les réclamations ; l'inspecteur d'Académie, le recteur, le ministre, et naturellement le député sommés d'intervenir contre le tortionnaire. Du reste je serais réellement et indiscutablement répréhensible puisqu'une circulaire ministérielle, tout en nous incitant à répandre le goût de la propreté parmi nos enfants, nous fait défense formelle de les y obliger. Il convient de respecter le libre-arbitre des galopins et le farouche éloignement des parents pour l'eau ».

— « Alors ? n'y a-t-il vraiment aucun remède ? ».

— « Si ! un seul ; nous promettons des récompenses à ceux qui consentent à se laver. Et ce n'est pas, notez-le, sans tendre le dos ; car que l'un d'eux rentre seulement chez lui enchifrené et j'en entendrais de cruelles ! Je me demande même jusqu'où ma responsabilité pénale pourrait le cas échéant, être engagée ; car vous n'ignorez pas que sitôt passé le seuil de l'école, la loi met à notre charge toute atteinte à la santé de l'enfant. Contre les accidents nous sommes maintenant assurés ; mais je ne sais pas si ma police me couvrirait à propos d'un rhume de cerveau ».

***

Voici donc un brave maître d'école qui, pour se conformer aux instructions de son ministre et par amour de l'hygiène, fait de la propagande pour les bains-douches, mais n'est pas le moins du monde rassuré sur les conséquences d'une telle initiative. Il n'a pas tout à fait l'esprit de sa caste ; car le fonctionnaire moyen, soucieux avant tout de mettre sa responsabilité à couvert et de ne pas s'attirer d'histoires, laisserait froidement les bains-douches de son école à leur rôle de motif architectural et se soucierait peu d'en propager l'usage parmi des usagers rétifs. Il a inventé un astucieux détour pour obtenir des gosses ce qu'il ne peut leur imposer. Mais que ce détour même est humiliant, et comme je souhaite que cet article ne soit pas lu par des étrangers ! Promettre une récompense

à des écoliers s'ils consentent à se laver ! Tout comme s'ils accomplissaient un acte méritoire et digne de louanges ! J'imagine qu'en Angleterre, en Allemagne, en Scandinavie ce serait au contraire la séance de bain qui constituerait une récompense. Ou même qu'aucune idée de récompense n'interviendrait en cette affaire et que le bain serait inscrit à l'horaire aussi naturellement que l'heure du réfectoire.

Rapprochée des quelques lignes de Dufestel citées au début, cette histoire de bains-douches illustre à merveille, me semble-t-il, les façons velléitaires de nos Administrations et les résultats piteux qu'elles obtiennent. « De la propreté, de l'hygiène à l'école, clament les hygiénistes ; que l'air entre à flots, que l'eau coule à pleins robinets ; que deux fois par semaine les enfants soient largement douchés et savonnés ». Forts de ces principes les architectes conçoivent des plans grandioses, demandent des crédits, bâtissent des palais (promenez-vous seulement le long des anciennes fortifications de Paris et quand vous aviserez une bâtisse cossue, décorative et ostentatoire, approchez-vous et vérifiez que c'est un groupe scolaire). Au sein de ces palais ils imaginent des raffinements byzantins en matière de chauffage, d'éclairage, de vestiaires, de salles d'hydrothérapie. Et lorsque tout cela est réalisé qu'arrive-t-il ? Les parents se méfient de ces magnificences qu'on leur offre (justement parce qu'on les leur offre), et les enfants apprennent à craindre le bain au lieu de le rechercher. Tout le monde a fait de son mieux, et le résultat atteint est exactement l'inverse de ce qu'on attendait.

Faire l'éducation du peuple, disent certains. Bonnes âmes votre candeur m'émeut et me fait sourire à la fois. Y a-t-il sujet plus rebattu de conférences, de leçons à l'école, de tracts, de livres, de campagnes de presse imprimée ou parlée que la nécessité de la propreté et les bienfaits de l'hygiène ? Qui a-t-on convaincu ? Ceux qui ne demandaient qu'à l'être ; les autres n'ont attaché aucune importance à ces homélies et, plus vraisemblablement, ne les ont ni lues ni écoutées. A quoi, de même, est arrivée, en France, la campagne anti-alcoolique qui ne se relâche pas depuis plus de cinquante ans ? Ne consultons pas les statistiques : ce serait navrant.

Il y a un rôle à tenir que nul ne peut tenir que l'Etat, c'est-à-dire le Gouvernement et le Parlement, un rôle d'initiative, de fermeté et de décision. Quand nos députés pérorent d'une part sur l'anti-alcoolisme et votent d'autre part l'ouverture de plusieurs milliers de nouveaux débits de boissons, ils montrent qu'ils sont ou des imbéciles ou des criminels ; peut-être serait-il plus charitable d'admettre qu'ils sont à la fois les deux.

De même il est décevant et tout autant insupportable de voir énoncer tant de ronflantes doctrines dont il ne résulte rien. Il existe une loi sur la fréquentation scolaire obligatoire ; et tous les pouvoirs chargés de la faire respecter tremblent de prendre une mesure de coercition. Il est défendu d'installer des estaminets dans un périmètre donné autour des écoles et monuments publics ; allez donc voir s'il est appliqué. Et, pour en revenir à nos moutons, on a commencé par tenir des discours sur l'hygiène, par voter des crédits, par construire des installations ; mais le moment venu de mettre en œuvre de si beaux projets, le ministre n'a plus d'énergie disponible ; et il recommande de ne faire aux gosses crasseux nulle peine même légère. Pauvre ministre ! pauvres ministres pouvons-nous dire, hélas ! car ils se ressemblent tous : et cependant ils ne sont pas tous d'un âge tellement avancé !

Allons ! grand maître de l'Université ! Un peu d'énergie, un peu, un tout petit peu d'audace ! Vous êtes chargé de l'éducation du peuple et vous avez vos responsabilités à prendre. Prenez-les : elles ne vous brûleront pas ! Et puisque la persuasion ne rend rien, eh bien ! usez d'autorité ! S'il faut une loi, faites-là voter. S'il suffit d'une circulaire, écrivez-là. Mais pour Dieu ! que les petits Français apprennent qu'il faut se laver, et les grands Français aussi, du reste. Et ce sera une très profitable notion que vous aurez apprise au peuple ; votre carrière d'homme public comptera au moins ce service-là !

G. LAVALÉE.

LIMITE D'AGE MINIMA POUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Un de nos confrères nous demande s'il existe des dispositions légales concernant l'exercice de la pharmacie, interdisant à un jeune pharmacien *diplômé* d'exercer sa profession avant l'âge de 25 ans révolus.

Si nous nous reportons à l'opinion courante et aux usages, nous devons répondre qu'avant l'âge de 25 ans, les pharmaciens ne peuvent pas avoir officine ouverte. Nous pourrions également invoquer, en ce sens, une réponse du ministre de la Santé publique, parue au *Journal Officiel* du 8 août 1933.

Cependant, si nous nous reportons aux textes législatifs eux-mêmes, si nous examinons le problème du point de vue juridique, avec toute la rigueur scientifique voulue, nous ne devons pas nous montrer aussi affirmatifs.

Dans le cas qui nous est soumis, le jeune pharmacien est titulaire de son diplôme. La loi du 21 germinal an XI, qui régit encore à l'heure actuelle la pharmacie, exige en son article 25, de celui qui veut ouvrir une pharmacie, ou exercer la profession de pharmacien, l'obligation d'avoir été reçu dans une des écoles de pharmacie, après avoir fait viser son diplôme à la Préfecture du département et au greffe du Tribunal civil de la résidence.

Ce qui laisse croire que l'âge de 25 ans est exigé pour exercer la profession, c'est la rédaction de l'article 16 de cette même loi de germinal. « Pour être reçu, l'aspirant âgé au moins de « 25 ans accomplis, devra réunir les deux tiers « des suffrages des examinateurs. »

Il en résulte que c'est aux Ecoles (actuellement Facultés) de pharmacie qu'incombe l'obligation de ne laisser s'inscrire aux examens définitifs que les seuls étudiants ayant 25 ans accomplis.

Mais si, par négligence, ignorance de ce texte législatif, ou tout autre motif, un candidat âgé de moins de 25 ans a réussi à ses derniers examens et a été reçu pharmacien, il aura le droit de s'installer, du moment où l'article 25 précité n'exige de lui que la production de son diplôme et le visa légal de ce dernier.

Peut-on soutenir qu'il appartient au ministre compétent — en l'espèce celui de l'Education nationale — de se refuser à signer et à délivrer un diplôme de pharmacien, pour le seul motif que l'impétrant est âgé de moins de 25 ans. Serait-il légalement possible aux bureaux du ministère de ne conférer le grade que lorsque les 25 ans du candidat seraient révolus ?

A cela nous répondons que le diplôme signé par le ministre n'est remis à son titulaire qu'au bout d'un certain laps de temps, qui n'est pas inférieur à une année. Aussi, après les examens terminés, est-il remis, par la Faculté, au nouveau titulaire du grade, un certificat avec lequel il pourra remplir toutes les formalités voulues avant son installation.

Or, la Faculté aurait dû, au préalable, refuser l'inscription aux examens d'un candidat âgé de moins de 25 ans (article 16 précité). Sinon, une fois ces examens subis avec succès, rien ne s'oppose à la délivrance du certificat sus-mentionné, car nous ne trouvons rien qui l'interdise dans les lois des 14 juin 1854 (article 14) et 27 février 1880 (article 6).

Quant au ministre, le décret du 17 mars 1908 ne lui donne le droit de refuser de signer un diplôme que « lorsqu'il le juge utile pour le maintien de la discipline ». Mais, pour refuser le diplôme, il doit provoquer un décret, qui sera signé par le Président de la République et rendu en Conseil d'Etat, ou exiger le renouvellement d'un examen s'il y a eu fraude.

Le refus du ministre pourrait être déféré au Conseil d'Etat, pour abus de pouvoir.

De cette discussion juridique, basée sur les textes législatifs, nous devons conclure qu'il appartient à la Faculté de pharmacie de refuser l'inscription aux examens définitifs de tout candidat qui n'a pas 25 ans révolus. Mais, si cette formalité n'a pas été observée, le titulaire du grade de pharmacien quelque soit son âge, pourra exercer son art, ouvrir une pharmacie et accomplir tous les actes professionnels, du moment où il peut fournir à l'autorité administrative, en l'espèce le préfet du département, un certificat provisoire, ou un diplôme prouvant qu'il a satisfait à tous les examens de la Faculté de pharmacie.

Seul un concurrent voisin pourrait s'adresser à la justice, pour faire décider si un diplômé pharmacien âgé de moins de 25 ans a le droit de tenir officine ouverte. Mais, il arriverait certainement que les lenteurs bien connues de nos Tribunaux aboutiraient à ce résultat, c'est que lorsque l'affaire viendrait au rôle, le pharmacien en question aurait ses 25 ans révolus, car les études pharmaceutiques sont longues et le candidat reçu, s'il n'a pas les 25 ans révolus, est bien près d'avoir cet âge.

Ma consultation n'est valable que pour la France continentale. Nous devons, en effet, signaler que des décrets, concernant certaines colonies françaises, obligent le pharmacien diplômé à n'exercer sa profession qu'après 25 ans révolus.

Tels sont les décrets du 25 novembre 1931, concernant la Guadeloupe, celui du 3 août 1933 concernant La Réunion et celui du 4 août 1933 concernant Madagascar.

Ces décrets décident, en leur article premier que nul ne peut exercer la profession de pharmacien, ouvrir une pharmacie, préparer, vendre, ou débiter aucun médicament, s'il n'est âgé de 25 ans révolus et muni d'un diplôme de pharmacien, délivré par le gouvernement français.

Dr Paul Boudin.

DANS QUELLES LIMITES UNE SAGE-FEMME PEUT-ELLE FAIRE DE LA GYNÉCOLOGIE ?

A cette question, qui nous est posée par un de nos confrères, nous devons répondre que selon les termes de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892, une sage-femme ne peut que pratiquer des accouchements simples, qu'elle n'a pas le droit de pratiquer seule des accouchements laborieux, qu'elle ne peut pas se servir d'instruments, ni prescrire des médicaments, en dehors de ceux indiqués sur une liste dressée par décret, après avis de l'Académie de médecine.

Il en résulte que la sage-femme ne peut pas faire de gynécologie, pas plus qu'elle ne peut faire de pédiatrie. Elle donnera des consultations et des conseils en vue d'un accouchement, qui paraît devoir être normal ; mais elle doit s'abstenir et envoyer la future maman à un docteur en médecine, si des complications morbides sont à redouter.

Après les couches, elle donnera les soins hygiéniques d'usage, mais se gardera de prescrire un traitement, si des complications quelconques se produisent.

A plus forte raison ne pourra-t-elle pas prendre part au traitement des « maladies de femmes » ou gynécologie sur une femme qui n'est pas enceinte.

Enfin, vis-à-vis d'un nourrisson, elle pourra donner des conseils de diététique, faire des mensurations, des surveillances de poids ; mais elle devra s'abstenir de soigner des enfants malades ou même débiles.

La jurisprudence s'est maintes fois prononcée sur ces points. Citons les jugements suivants :

Tribunal correctionnel de Lille, 20 août 1897 : « la sage femme qui se livre habituellement au « traitement des affections généralement dési« gnées sous le nom de maladies des femmes, com« met une infraction à l'article 16 de la loi du « 30 novembre 1892 ».

Tribunal correctionnel du Hâvre 16 mai 1898 : « exerce illégalement la médecine la sage-femme « qui fait distribuer des cartes, indiquant qu'elle « soigne des maladies de femmes et qu'elle « examine des femmes au spéculum, les panse, les « cautérise, etc. ».

Mêmes décisions rendues par le Tribunal correctionnel de Lille, 25 mars 1899 et Tribunal correctionnel de Bernay, 6 juin 1910. Le même Tribunal, par jugement du 13 décembre 1910, condamne une sage-femme à faire disparaître une plaque de porte, portant la mention « Maladies des femmes ».

En matière de pédiatrie, le Tribunal correctionnel de la Seine, dixième chambre, par jugement du 12 janvier 1894 a condamné une sage-femme qui avait donné ses soins à un enfant atteint de broncho-pneumonie.

Dans ces conditions, une sage-femme doit donc s'abstenir de prendre part au traitement des maladies des femmes ou de celles des enfants, d'abord parce que la loi ne lui concède que les accouchements non-laborieux, puis parce qu'elle ne peut pas se servir d'instruments, ni ordonner des médicaments.

Certes, dans pas mal de localités, les sages-femmes ont quelque peu dépassé les limites que leur impose la loi : peu ou prou elles font de la médecine des femmes et des enfants. Mais cette tolérance ne saurait dégénérer en violation de la loi. Les médecins et les Syndicats médicaux ferment souvent les yeux sur ces infractions. Mais disons que tant que les sages-femmes n'auront pas obtenu du Parlement une modification à leur statut légal, elles seront contraintes à ne s'occuper que des accouchements normaux.

Mieux vaudrait, pour elles abandonner la pratique illégale de la médecine, qui peut les conduire en correctionnelle et se tourner plutôt vers l'hygiène et la surveillance des nourrissons, à la suite de l'obtention du diplôme d'infirmière visiteuse d'hygiène et de puériculture. Elles pourraient alors rendre de très grands services dans nos campagnes, en mettant leur activité professionnelle en accord avec celle des médecins locaux et des Syndicats médicaux.

Dr Paul Boudin.

LE « COLLAGE BLEU » DES VINS

ou la clarification des vins blancs à l'aide du ferrocyanure de potassium

C'est là un sujet tout d'actualité, puisqu'il a fait l'objet de discussions devant les hautes Assemblées Scientifiques (Académie de médecine, Conseil supérieur d'hygiène). Il est donc intéressant de montrer qu'il s'agit là simplement d'un *procédé d'épuration alimentaire*. Nous emprunterons les éléments de cet exposé à l'intéressante communication du Professeur Leuret (1). Rappelons dès le début que l'épuration des substances alimentaires est quotidienne, même l'épuration chimique (préparation du sucre, épuration des huiles comestibles, préparation des glucoses alimentaires). En ce qui concerne le « *collage bleu* », on peut affirmer, dès le début, que le contrôle le plus strict a montré *qu'après lui ne subsistait aucun produit chimique étranger au vin*. Il ne faut donc pas prétendre que, parce que travaillé, le vin ne sera bientôt plus qu'une « décoction d'un nombre incalculable de substances chimiques, dont seul sera exclu le jus de la treille ».

En réalisant le « collage bleu », il n'est pas exact que l'on ajoute un produit chimique à un aliment. Un produit ajouté à un aliment est celui qui y subsiste et qui est absorbé, non pas celui qui, *ajouté d'une façon transitoire*, intervient seulement dans la préparation, sans qu'ultérieurement *rien n'en subsiste* dans l'aliment de l'adjuvant ainsi utilisé.

De tous temps (voir Pline), on a été obligé de travailler le jus de raisin, pour en faire du bon vin. Cet aliment n'échappe pas à la loi générale ; il peut, de plus, être atteint de maladie, surtout lorsqu'il s'agit de vin supérieur.

D'autre part, les vins blancs en particulier présentent facilement un aspect louche, et les consommateurs exigent actuellement des vins blancs une présentation cristalline. Or il n'est pas un vin, quelle que soit son aire de production, quels que soins dont son enfance ait été entourée, authentiquement mis en bouteille au château, ou passé par les chais du commerce, qui ne puisse présenter au bout d'un temps variant de quelques mois à quelques années, un aspect louche.

Et tout d'abord il s'est agi de rechercher l'origine de cet aspect louche. Les œnologues l'ont découverte en la présence de fer et de cuivre. On a cherché ensuite la provenance de ces métaux et l'on a découvert leurs sources. L'une d'elles, commune au fer et au cuivre, provient de l'absorption qui résulte d'une disposition naturelle des vignes greffées, dont les racines s'étalent en surface, beaucoup plus que celles de nos anciens plans français, qui pénétraient en profondeur ; cette disposition facilite l'absorption rapide de toutes substances répandues sur le sol. La deuxième cause relève du matériel vinicole.

Il était impossible cependant de revenir aux plantations non-greffées sur américains, car le phylloxéra reste toujours menaçant. D'autre part, les épandages d'engrais chimiques, et notamment de superphosphates, très riches en fer assimilable, restaient indispensables à la culture ; en effet, les matières azotées ne peuvent plus être recherchées actuellement ni dans le fumier de ferme, devenu rare, — ni dans les gadoues des villes, éliminées pour des raisons d'hygiène. Quant au facteur « matériel », on est arrivé, par l'emploi de récipients émaillés au four à 1.800°, à éviter l'attaque des ustensiles et récipients métalliques par les acides tartrique et malique du vin.

La présence du cuivre dans le vin reconnaît cependant une autre source que celle des engrais et du matériel vinicole ; c'est celle du sulfatage des vignes, et, dans l'état actuel de la culture, il est malheureusement impossible de s'en passer, à moins de ne plus produire de vin.

Il fallait dès lors trouver un moyen pour éviter aux vins blancs de louchir sous l'influence du fer et du cuivre, puisqu'il devenait ainsi impossible de les écarter d'une manière complète.

Revenant aux procédés antiques, on essaya, mais en vain, tous les systèmes de filtration, de centrifugation, de réfrigération connus, comme aussi les traitements par la terre d'infusoires, ainsi que par les albuminoïdes (blanc d'œuf, gélatine). Le résultat fut lamentable. On obtenait sans doute, après traitement, une grande limpidité, mais, au bout d'un temps très court ou à l'occasion d'une variation de température, les vins ainsi traités louchissaient à nouveau. Seules avaient été entraînées les matières en suspension ; et un nouveau trouble se produisait après la classique attente des trois années de fût, précédant la mise en bouteille.

L'observation a conduit au chauffage des vins pour l'enlèvement du cuivre. Ce procédé s'est révélé parfaitement efficace. Il fallait cependant certaines précautions pour éviter une distillation. Aussi chauffait-on le vin en vase clos sans dépasser 60° en général, en raison de la pression développée. Pareil chauffage était

(1) *Revue de microbiologie appliquée* (mars-avril 1936).

maintenu durant quatre à cinq heures, puis le vin se refroidissait pendant le repos. Il s'agissait en somme d'une véritable stérilisation ; certes le vin n'était plus un aliment vivant ; mais cette considération doit rester tout à fait secondaire.

Vis-à-vis du fer cependant, ce traitement par la chaleur s'était révélé complètement inopérant. On s'adressa donc à l'oxygène, étant donné la facilité avec laquelle ce métal s'oxyde. Malheureusement, si une partie du fer est bien ainsi oxydée et éliminée, il est quelques risques fâcheux, dont le plus gênant est la « madérisation ». C'est d'ailleurs pour éviter cet accident que l'on manutentionne le plus possible les vins à l'abri de l'air et que le transvasement se fait toujours dans des récipients, où l'on a préalablement brûlé une mèche soufrée. Malgré cela l'oxygénation est assez employée.

Nous en arrivons au « collage bleu » par le *ferrocyanure de potassium*, le seul produit qui se soit révélé capable de précipiter à la fois et le fer et le cuivre.

Comme son emploi provoque la floculation de diverses matières coagulables, azotées et autres, il réalise très simplement à la fois deux opérations : *enlèvement des métaux en excès, et collage.* Le précipité qui se produit dans les vins ainsi traités étant bleu, on donne au traitement le nom de « *collage bleu* » (bleu de Prusse). Correctement appliqué, c'est un collage comme les autres, et par surcroît, *le seul qui garantisse l'élimination totale de l'addition étrangère au vin.*

Pour la facilité de l'exposé, examinons la réaction dans un cas simple : ferrocyanure de potassium en présence d'un sel de fer. Nous avons : $3FeCy^6K^4 + 2Fe^2C^{16} = (FeCy^6)\,3Fe^4 + 12KCl$, c'est-à-dire, en fin de réaction, un ferrocyanure ferrique insoluble et du chlorure de potassium dissous. Le fer étant surtout combiné à de l'acide tartrique, c'est du bitartrate de potassium (crème de tartre) qui se produira, et se précipitera en plus grande partie. En présence d'un excès de sel ferrique, le ferrocyanure entre donc en totalité dans une combinaison insoluble.

On chercherait en vain les inconvénients d'une telle manipulation, puisque l'agent actif est neutralisé et éliminé.

En réalité, il pourrait y avoir formation d'acide cyanhydrique, si l'on mettait une dose exagérée de ferrocyanure. Mais dans ce cas, *la teinte bleue se reproduirait aussitôt avec une intensité suffisante pour attirer l'attention des moins avertis* (*Chelle*).

D'ailleurs, s'il y avait eu une erreur dans l'exécution de la méthode, l'attention serait attirée sur l'état anormal du vin traité, en raison d'un goût étrange et d'un trouble consécutif. Nous citons textuellement : « Admettons par exemple que l'on mette sur 1.000 litres de vin 10 grammes de ferrocyanure de plus que le maximum nécessaire, il pourrait peut-être se produire, dans un litre de ce vin et dans les conditions les plus défavorables, — c'est-à-dire après une forte et longue élévation de température, — au maximum 2 milligrammes d'acide cyanhydrique. Or pour atteindre, dans un vin, la formation de la dose mortelle (environ 60 milligr. d'acide cyanhydrique), il faudrait proportionnellement des quantités de ferrocyanure beaucoup plus grandes. A ce sujet, cependant, il y a lieu de remarquer que les vins traités avec un pareil excès de ferrocyanure de potassium frapperaient en premier lieu par leur *goût étrange* et seraient par cela même impropres à la vente. De plus, le vin ainsi surtraité au ferrocyanure de potassium *ne reste pas clair* ; il se trouble de nouveau après quelque temps, par suite de la décomposition de l'excès de ferrocyanure en dissolution qui produit des couleurs verdâtres, et des dépôts bleus ».

Ainsi l'enlèvement des sels métalliques en excès est atteint par l'emploi du ferrocyanure, simple agent de passage, qui ne s'incorpore pas au vin. Dans la pratique, le vin est, de plus, soigneusement filtré. Le but cherché est donc atteint.

En résumé, le « collage bleu » constitue *un procédé inoffensif.* Et pourquoi ne pas rappeler à ce propos qu'un arrêté du 20 juin 1912 a autorisé l'emploi du ferrocyanure en confiserie, et que cette substance était indiquée dans nos anciennes pharmacopées comme un purgatif doux et inoffensif à la dose de 40 à 50 grammes par jour. Pourquoi donc interdire son emploi pour le collage des vins alors qu'il ne subsiste aucune trace ? Il faudrait alors dans les mêmes conditions interdire la javellisation des eaux de consommation, l'addition de sucre aux fruits pour en faire des confitures, etc... N'existe-t-il pas non plus certain vins qui comportent l'addition de sucre, la chaptalisation par exemple ?

Le plus sage est de réglementer ce procédé plutôt que de tendre à le rendre clandestin par une interdiction abusive. Et d'ailleurs n'est-il pas largement et légalement employé à l'étranger et chez nous, en Alsace ? On ne doit pas oublier que scientifiquement il est établi que le traitement au ferrocyanure de potassium peut être, sans danger, autorisé sous certaine norme précise, qui exclut toute dose susceptible de laisser des résidus cyanés dans le vin traité. On peut très bien astreindre les viticulteurs, comme en Allemagne, à rester toujours au-dessous de la dose limite dans le collage bleu des vins.

G. FISCHER.

Variétés

SYRACUSE

Par le Docteur DELÉON, de Lancey (Isère)

Syracuse, fleur de l'hellénisme en Occident, boulevard de la civilisation grecque, fut la plus vaste cité de l'Europe antique, elle compta jusqu'à 500.000 habitants : émule et rivale d'Athènes, de Carthage, de Rome, elle subit les outrages des hommes et des siècles, qui ont dispersé, dévasté, ruiné ses monuments et ses édifices, sans empêcher ce qui reste encore debout de s'imposer à l'admiration, et de raconter son histoire.

Syracuse comprenait cinq quartiers, cinq villes plutôt, placées l'une près de l'autre, Ortygie, Achradine, Tyche, Neapolis, Epipolis.

Ortygie, ce qui veut dire, terre aux cailles, terre aux oiseaux, longue de 1.600 mètres, large de 800, est une île, reliée à la terre ferme par un pont : peu élevée, bien que montueuse, elle est située entre les deux ports ; le grand, à l'ouest, abri de flottes nombreuses, rade fermée à 6 kilomètres, par le cap de la Madeleine ; le petit, à l'est, en communication libre avec la mer.

Les quatre autres quartiers s'étalent, au nord, sur un plateau horizontal ; ils furent entourés, par Denys l'Ancien, d'une muraille fortifiée, qui se voit toujours, formant un circuit de 27 kilomètres (je dis bien 27 kilomètres) ; jamais Rome, ni Athènes, ni Alexandrie, ne furent aussi étendues ; il est probable que tout ne fut pas habité, que des champs, des jardins, des carrières, des nécropoles voisinaient avec les maisons, les amphithéâtres, les temples et un appareil militaire de défense,car Syracuse, ville et port de guerre, eut à subir, entre autres, deux sièges célèbres, par les Athéniens, et par les Romains : les péripéties de ces événements s'inscrivent sous nos yeux dans les pierres ; rappelons aussi que Syracuse marqua la fin et la ruine d'Athènes ; au temps de Périclès, dans ces lieux fut vécu un grand tournant de la vie des peuples.

Il faut se représenter que la Sicile est placée, si heureusement, entre l'un et l'autre bassin de la Méditerranée, que les marins de Tyr y organisèrent des points de relâche, des dépôts de marchandises, que les Grecs et les Carthaginois suivirent cet exemple ; alors les échanges augmentèrent, le commerce prospéra ; pour ces temps anciens, la Sicile devint une espèce d'Amérique, où, aux premiers comptoirs provisoires, se substituèrent des établissements permanents ; l'un d'eux, le plus grand, le mieux placé par sa position géographique, l'abri de deux ports et d'une île, fut Syracuse.

Spécifiquement grecque, cette ville, aidée par Agrigente, prit part à la première grande lutte des Européens et des Asiatiques. En même temps le même jour, dit-on, que, à Marathon, Athènes repoussa les Perses, Syracuse et Agrigente remportèrent la victoire d'Himère, au nord de la Sicile, et refoulèrent les Carthaginois. La nouvelle école historique italienne a mis en valeur l'importance de cette bataille, ses conséquences, définitives pour la civilisation européenne ; mais les Siciliens d'alors manquèrent de la publicité formidable qu'Hérodote, Thucydide Sophocle, Xénophon, firent à Athènes, de sorte que l'écolier apprend le grand nom de Marathon, passé jusque dans le langage des Sports, alors que celui d'Himère est resté enfoui dans une caverne d'oubli ; car, telle est la force de la parole, vérité de tous les temps, vérité qui fausse même la vérité : « craignez-nous, disaient les Athéniens, nous savons parler ». Ils ont parlé, et, de telle façon, que nous en sommes encore tout étourdis.

Quoiqu'il en soit de cette mise au point, il en résulta, qu'après la victoire d'Himère, la Sicile regorgea de prisonniers : Agrigente et Syracuse les employèrent à élever des temples et des remparts, Théron et Gélon furent respectivement appelés les seconds fondateurs de leurs villes. A Syracuse, Gélon unit l'îlot d'Ortygie à la terre, peupla le premier faubourg, dominant la cité, et qui fut appelé Epipolis (sur la ville) ; d'autres suivirent, Achradine, le long de la mer, (de Arachra, sommet, citadelle), Tyché, du nom d'un temple dédié à la Fortune (tuché), et, enfin Néapolis (nouvelle ville) : au nœud de jonction des cinq quartiers, s'éleva l'Agora, encore visible.

C'est par là que nous entrons, à notre tour, regardant les gradins enfoncés dans la terre, les colonnes décapitées, qui en marquent l'emplacement, et, pénétrons dans la ville la plus ancienne, celle qui est construite sur l'île dOrtygie.

L'un des attraits antiques de la ville est Reale Museo Archeologico », nous y pénétrons : collections préhelléniques grecques, terres cuites, vases, urnes, sarcophages et sculptures.

La pièce capitale est la Vénus de Syracuse, découverte en 1804, dans un jardin du quartier de l'Achradine : elle souleva à son apparition un

enthousiasme universel mais exagéré. Taillée dans un marbre admirable de finesse, elle représente Vénus sortant du bain, alourdie toutefois par des draperies ramassées sur le ventre et plissées pour découvrir les jambes : on la considère comme une copie d'un original grec de Praxitèle, elle a l'honneur d'occuper une salle à elle seule et d'avoir un gardien spécial. Celui-ci qui a des reflets du savoir ou des critiques émis devant lui, met le doigt sur sa bouche au moment où j'allais parler : « Ma », dit-il, et il fait tourner sur son socle la déesse insensible, la met en bonne position d'éclairage, à jour frisant, tombant de côté sur le dos, les reins, les fesses : modeste et triomphal, il attend nos impressions, qu'il sait devoir être excellentes. C'est incontestable, le grand mérite de cette statue est dans le fouillis cherché et trouvé naturellement des attaches musculaires, du creux des courbures, du modelé des saillies ; elles la rendent, anatomiquement et sculpturalement parlant, sans égale, quant à sa région postérieure. Le bon gardien, à vêtement gris sobrement bordé du galon jaune clair, distinctif de ses fonctions, prend sa part de notre mouvement admiratif, dans lequel nous rejoignons Maupassant frappé, comme nous, de cette Vénus : pour la distinguer des autres et pour son mérite particulier, elle fut appelée, Callipyge, aux belles fesses.

« Le marbre est vivant, dit Maupassant, on le « voudrait palper avec la certitude qu'il cédera « sous la main comme de la chair, ce n'est point « la femme idéalisée, divine ou majestueuse, « c'est la femme telle qu'elle est ou qu'on la « désire. »

Ce nom de Vénus aux belles fesses lui viendrait aussi de l'aventure de deux jeunes filles de Syracuse, qui, discutant, un jour, par hasard, sur la beauté de cette partie du corps féminin, appelèrent un pâtre voisin, pour décider de cette question délicate ; le pâtre fut assez adroit pour accorder les deux rivales ; afin d'immortaliser son arrêt, celles-ci élevèrent sur le lieu même un temple à Vénus Callipyge ; c'est sur l'emplacement disparu de ce temple qu'aurait été découverte la statue : histoire plaisante sinon vraie.

Le musée contient, au premier étage, deux salles consacrées à la numismatique, elles renferment la fleur des belles monnaies grecques.

Il faut expliquer, d'abord, qu'à cette époque, les pièces étaient frappées, à la main, lentement, dans une position qui changeait à chaque fois, d'où leur individualité absolue : le morceau de métal, introduit à force dans un cylindre de pierre ou de fer, porteur d'empreintes et de figures en creux, recevait le choc violent d'un marteau, frappant sur un coin, lui aussi entaillé de marques distinctives ; le résultat obtenu était un disque d'or, d'argent, de bronze, nommé statère, drachme ou autrement, avec avers et revers, bavures irrégulières sur les bords, et, dont une face était concave et l'autre convexe.

Par ordre de perfection, je vais citer, en premier, le statère d'or de Lysimaque, roi de Thrace, lieutenant et successeur d'Alexandre, qui voulut représenter son maître et bienfaiteur ; il y réussit avec une exactitude telle que cette effigie sert de critère et d'étalon pour juger de la véracité des autres représentations de ce conquérant, exposées dans tous les musées du monde. Ce statère a une épaisseur et un relief permettant une richesse de détails sans pareille ; le feu du regard, appuyé par un coup de poinçon, sort des paupières qui l'encadrent, modelées en force comme le sourcil, et, impérieusement, depuis vingt-trois siècles, commande le respect : cette pièce fait l'objet d'un livre qui lui est tout entier consacré, par Ujfajvy : c'est une rareté que l'avoir en ses mains.

En second lieu, je signale le statère d'or d'Agathocle, plus petit, les lettres, à demi effacées permettent de l'identifier : d'un côté, un double foudre ailé, pareil à celui de nos officiers d'état-major, symbolise la valeur militaire, de l'autre, une Minerve casquée, toute jeune fille, les cheveux répandus sur l'épaule, personnifie la sagesse ; sa figure, empreinte de virilité féminine, est admirable de ligne.

Et enfin, une pièce de 80 litrae d'or (c'est son nom), frappée par Hikétas, roi successeur d'Agathocle, tyran comme les autres, selon les historiens de l'époque, fait vivre, en relief toujours, Cérès, déesse des moissons, protectrice de la Sicile. Le cou ceint d'un collier de perles, cette déesse regarde droit devant elle : elle sourit de haut, bienveillante et douce, absente et lointaine de nos préoccupations terrestres. L'artiste a voulu cependant l'humaniser par un tour de main tellement habile, qu'il suffit de modifier l'éclairage pour que naisse un sourire dans le mouvement des joues et des lèvres ; ainsi voit-on, dans un cabinet d'optique, une image revêtir, tour à tour, deux apparences exactes et cependant illusoires et contraires. Ce sourire grec est quelque chose d'unique, de jamais retrouvé depuis : à Naples, au Musée Royal, dans la salle des Vénus, une petite tête placée sur un socle, revit la même apparence ; nous l'avons longuement étudiée, tournant autour d'elle, oublieux des autres statues, recherchant, dans le travail voulu de l'antique tailleur de marbres, le procédé qui lui a fait réunir, si simplement, une telle harmonie de formes.

Nous terminons la visite du musée devant les tombes sicules de Castellucio, à décoration rougé mycénienne, qui sont, paraît-il, de très anciens documents, et sortons sur la place du Dôme, longue d'une centaine de mètres, large de

cinquante, où se trouve l'église qui lui donne son nom.

Ancien temple païen, ce dôme est devenu église cathédrale de Syracuse, sous le nom de Santa Maria della Colonne : dédié à Minerve, il y a vingt-quatre siècles, il est toujours debout : la cella antique est devenue la nef centrale, les murs entaillés ont ouvert une communication sur les côtés, les nefs latérales ont été aménagées sous les colonnes doriques ; bien que noyées dans un mur embrassant les fûts, les chapiteaux et l'architrave, elles apparaissent suffisamment pour qu'on puisse les compter et les palper ; de plus, par un coup d'une singularité exceptionnelle, elles font créneau, à l'extérieur, sur la Piazza Minerva, dont elles constituent la principale attraction. Cicéron célèbre la magnificence de cette construction, aux portes d'or et d'ivoire, disparues bien entendu, aux parois, sur lesquelles était peinte la guerre d'Agathocle contre les Carthaginois.

Il a fallu traduire bien des versions latines ou grecques, au lycée, pour ne rien comprendre à cet homme, qui fut le premier des généraux de génie, osant faire une campagne excentrique et victorieuse ; Syracuse assiégée, il porte la guerre devant Carthage, forçant ainsi l'envahisseur à se rembarquer (preuve aussi de la résistance du rempart de son prédécesseur, Denys l'Ancien) ; sa vie tient entre deux légendes, celle qui le fit naître, fils de potier, potier à son tour, devenu roi par son mérite, et celle qui le fit mourir, empoisonné, dans son vieil âge, pour s'être servi d'un cure-dent, imprégné de toxique, offert par un héritier trop pressé : le cure-dent d'Agathocle est le premier cure-dent historique, c'est peut-être même le seul.

De son temps, les navigateurs avaient un usage touchant, ils portaient leur offrande sur les lieux mêmes où nous nous trouvons, devant l'autel de la déesse Athéna, y prenaient un vase rempli de charbons ardents, et le gardaient dans leurs mains, tant que, de la mer, ils pouvaient apercevoir la statue divine, plaquée d'or, brillant sur le fronton élevé du Temple ; il pensaient ainsi rendre leur voyage propice ; cette coutume en vaut bien une autre.

Comme Ortygie est une très petite île, c'est une promenade que d'aller du Dôme à la fontaine Aréthuse. Célébrée par Pindare et Virgile, Aréthuse entre dans la mythologie par une affabulation gentille : nymphe de Diane, poursuivie par le fleuve Alphée, elle s'élance dans les flots, les traverse ; sur le point d'être saisie, elle est transformée en fontaine, alors qu'Alphée la rejoint et se mélange à elle. Ces eaux jaillissent toujours, entourées d'un haut mur demi-circulaire, contourné d'une élégante balustrade ; elles se jettent dans la mer, sur la plage voisine : un étroit trottoir permet de les visiter à leur origine, le gardien nous ouvre la grille qui en défend l'accès. Descendus au fond de ce cylindre de pierres, nous voyons, devant nous, nager les poissons, les cygnes, les canards au bec rouge, sauter les grenouilles, s'envoler d'une série de niches, scellées dans le mur, des pigeons familiers tandis que, dans les touffes vertes de papyrus, aux panaches gris-cendre, en éventail, fins comme des chevelures de femme, se poursuivent des oiseaux qui chantent et jouent au-dessus des eaux limpides. Le canal souterrain et naturel d'Aréthuse coupe en diagonale le Petit Port ; dans le cours des âges, il a subi des dislocations, à la suite desquelles il a parfois conduit des eaux salées, provoquant ainsi des révolutions dans le peuple aquatique. Le gardien, interrogé, rassure mes doutes en m'affirmant que ceux qui nagent devant nous, sont, sans erreur, des poissons d'eau douce ; il en donne même le nom, que je n'ai pas très bien compris, satisfait seulement de savoir que la nymphe a retrouvé sa pureté primitive. Le lieu est souvent discuté, l'architecture en est considérée, par certains, comme malencontreuse ; tout ce que je sais c'est qu'il constitue un ensemble agréable d'eaux, de murs, de fleurs, de mousses, d'arbustes, d'animaux, dans la lumière et la chaleur du soleil, acteur principal des miracles de l'Ile d'or et de feu, et qu'il faut le considérer avec son prolongement naturel, un tunnel d'une trentaine de mètres, qui débouche sur une petite place, ornée d'une statue d'Archimède.

C'est là, sous des arbres ombreux, où il fait à la fois frais et chaud, arbres grands comme des marronniers et qui sont des lauriers, porteurs de fleurs roses ou blanches, assis sur un banc de marbre à dossier de bronze, que nous prenons un repos, en quelque sorte philosophique.

Le vieux physicien est représenté à demi-courbé, les yeux enfoncés dans l'orbite, la main droite ramenée sur le front pour s'abriter de l'éclat du soleil : admirable d'expression et de mouvement, Archimède regarde, au loin le port, où allaient surgir les galères de Marcellus, et, médite dans son esprit géométrique les stratagèmes qui l'ont rendu immortel. Nous le voyons, tel qu'il a été à un moment de sa vie, anticipant comme son maître et lointain prédécesseur, Empédocle, sur tous les problèmes qui ont inspiré les vrais fondateurs de la science et de l'explication mécanique de l'univers.

« Empédocle, a dit Renan, dans « vingt jours en Sicile », et à plus forte raison, après lui ses disciples, « Empédocle fit des expériences sur la « clepsydre, reconnut la pesanteur de l'air, eut « l'idée de l'atome chimique, de la chaleur latente, « soupçonna la valeur de l'attraction, entrevit « le perfectionnement successif des types animaux et le rôle du soleil, il proclama le grand « principe, *omnia ex ovo*, l'appliqua à la botani-

« que, eut quelque notion du sexe des plantes ; « il vit très bien que le mouvement de l'univers « n'est qu'un réemploi d'éléments désagrégés, « que rien ne se crée, rien ne se perd, il connut « même la chimie des corps organisés et se passa « des Dieux dans ses hypothèses ».

Souveraine puissance d'évocation du passé, dans ce point infime de la vaste terre, il se dresse devant nous : voilés par l'ombre des fleurs, sous la voûte des arbres que colore un soleil d'Apollon, face à la mer éblouissante, d'un bleu intense, blanchie dans le lointain par une écume pareille à de la fumée, et, qui est celle du fleuve Anapos, où dansaient et chantaient, dans les premiers âges, les bergers de Théocrite, nous sommes entourés d'images, d'illusions, réalités et fantômes qui nous apparaissent, dans la somnolence d'une après-midi d'été, certain jour, où, nous aussi, entendîmes la voix de Syracuse immortelle ; ce souvenir est le meilleur de notre voyage.

(A suivre.)

COSMOBIOLOGIE

La vie est-elle possible sur les planètes du système solaire ?

Cette question a été traitée dans une conférence donnée à l'Institut de cosmobiologie, à Nice, par M. A. Schamasse, astronome de l'Université de Paris à l'Observatoire de Nice (Mont-Gros).

Nous ne pouvons ici résumer l'étude des planètes dans leur ensemble. M. Schaumasse les divise en planètes inférieures, petites, très denses dont fait partie la terre, et en planètes supérieures, relativement énormes et de densité à peine supérieure à celle de l'eau.

Examinant les planètes une à une, le conférencier recherche les caractères qui permettraient de supposer pour chacune d'elle la possibilité de la vie.

Mercure n'a presque pas d'atmosphère. Sa température à l'Equateur est voisine de + 349°. La vie y est donc impossible.

Il en est de même de Vénus qui bien que dotée d'une atmosphère analogue à la nôtre a une température de + 95° à l'Equateur et de + 65° au Pôle.

Mars dont la température oscille de — 39° à + 20° se rapproche de la terre. L'existence de végétaux y est à peu près certaine, quant aux animaux leur vie ne paraît possible qu'à l'état rudimentaire et dans certaines régions seulement.

Dans la Lune la température varie brusquement de + 184° à — 100°. La vie ne saurait y exister. Jupiter a une température très élevée, son stade évolutif est peu avancé et certainement incompatible avec la vie. Il en est de même de Saturne, planète presque entièrement gazeuse. Uranus, Neptune, Pluton, en totalité ou en partie formés de gaz, sont analogues.

M. Schaumasse conclut qu'il n'a fait allusion à la vie que telle que nous la concevons et qu'elle existe sur la terre. Il est donc très probable sinon certain que la vie est un phénomène qui n'existe que sur la Terre dans le système solaire. Mais en a-t-il été et en sera-t-il toujours ainsi ? On peut fort bien raisonnablement concevoir qu'une vie analogue à la vie terrestre a existé sur la planète Mars et que même à l'époque actuelle il en existe peut-être des vestiges. De même dans Vénus qui n'a pas encore atteint le stade d'évolution de la Terre, on peut parfaitement concevoir la possibilité de l'éclosion de la vie dans quelques centaines de milliers ou de millions d'années.

Nous puisons ces renseignements dans la revue : Cosmobiologie, cosmophysiologie, cosmopathologie, consacrée à l'étude des sciences anciennes et modernes concernant les relations de l'Univers et de la vie, publiée par le Docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice. Nous ne saurions que féliciter ceux qui se consacrent à cette nouvelle science de la cosmobiologie.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Technique chirurgicale concernant l'appareil moteur. — *Cours de perfectionnement* par les Professeurs Ombrédanne et P. Mathieu avec la collaboration de MM. Sorrel, Leveuf, Desplas, Richard, Fèvre, Merle d'Aubigné, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Padovani, assistants et chefs de clinique. — Ce cours aura lieu chaque jour du 12 octobre au 28 octobre, à 14 h. 30 au Petit amphithéâtre et, à la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique de 16 à 17 heures, sous la direction de MM. les prosecteurs.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Lundi 12 octobre : Chirurgie de l'épaule (Paralysie infantile et obstétricale, luxations anciennes, luxations récidivantes ; Scapulalgie) par le Professeur OMBRÉDANNE. — Mardi 13 octobre : Chirurgie des fractures et pseudarthroses du col du fémur, par le Professeur P. MATHIEU. — Mercredi 14 octobre : Chirurgie des scolioses et du mal de Pott, par M. SORREL. — Jeudi 15 octobre : Les interventions palliatives pour luxations congénitales et pour dystrophies de la hanche, par M. FÈVRE. — Vendredi 16 octobre : Chirurgie des arthrites chroniques de la hanche (arthrites déformantes ; Coxalgie, etc.), par M. le Professeur P. MATHIEU. — Samedi 17 octobre : Chirurgie de la luxation congénitale de la hanche, par M. LEVEUF. — Lundi 19 octobre : Chirurgie des fractures et pseudarthroses des os longs, par M. PADOVANI. — Mardi 20 octobre : Chirurgie du spondylolisthésis et des arthrites sacro-iliaques, des sacralisations, etc., par M. HUC. — Mercredi 21 octobre : Chirurgie des pieds bots congénitaux et paralytiques, par M. le Professeur OMBRÉDANNE. — Jeudi 22 octobre : Chirurgie de l'articulation tibio-tarsienne, par M. MERLE D'AUBIGNÉ. — Vendredi 23 octobre : Chirurgie des ankyloses articulaires, par M. MATHIEU. — Samedi 24 octobre : Chirurgie de la main, par M. DESPLAS. — Lundi 26 octobre : Chirurgie orthopédique du cou et du thorax, par M. FÈVRE. — Mardi 27 octobre: Chirurgie des déformations du pied et des orteils, par M. LANCE. — Mercredi 28 octobre : Chirurgie des tuberculoses du tarse et du métatarse, par M. RICHARD. — Jeudi 29 octobre : Chirurgie du genou (Lésions traumatiques et arthrites chroniques), par M. le Professeur MATHIEU.

Ce cours sera public et gratuit. Des séances cliniques et opératoires dans les services des Professeurs Ombrédanne et P. Mathieu seront organisées le matin pendant la durée du cours.

PROGRAMME DES RÉPÉTITIONS OPÉRATOIRES, par MM. les Prosecteurs LONGUET et PADOVANI.

Lundi 12 octobre : Butées ostéoplastiques de l'épaule, ostéotomies de dérotation. Arthrodèse de l'épaule. Résections. — Mardi 13 octobre : Ostéosynthèses du col fémoral. — Mercredi 14 octobre : Les ostéosynthèses rachidiennes. Laminectomies. — Jeudi 15 octobre : Butées ostéoplastiques (en première position, en place), ostéotomies sous-trochantériennes. — Vendredi 16 octobre : Arthrodèses de la hanche. Résections arthroplastiques de la hanche. — Lundi 19 octobre : Ostéosynthèses à matériel perdu et par fixateurs externes, extension par broches. Transplants osseux libres, pédiculés, etc. — Mardi 20 octobre : Ostéosynthèses lombo-sacrées, ilio-sacrées, ilio-lombaires. — Mercredi 21 octobre : Opérations pour paralysies spasmodiques. Ténoplasties, transplantations, Arthrorises, Arthrodèses pour paralysies du pied. — Jeudi 22 octobre : Opérations pour fractures récentes et fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied. Astragalectomie. — Vendredi 23 octobre : Ostéotomies. Arthroplasties. — Samedi 24 octobre : Réparations des tendons. Opérations pour les rétractions de l'aponévrose palmaire. — Lundi 26 octobre : Ostéoplastie sternocostale. Traitement de la surélévation congénitale de l'omoplate. Résection des côtes cervicales. — Mardi 27 octobre : Tarsectomies pour pieds bots divers. Opérations pour Hallux valgus, déformations des orteils. — Mercredi 28 octobre : Opérations pour les tuberculoses du tarse et du métatarse. — Jeudi 29 octobre : Arthrotomies du genou. Réfection des ligaments. Résection du genou. Arthrodèse du genou.

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances. Ce droit est fixé à 250 francs.

— Thèses. — Lundi 6 juillet. — I. Jury : MM. Robert Debré, Fiessinger, Loeper, Abrami. — M. SEYDEL : Du fondement biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. Charles HENRY : La lutte antipaludique en Tunisie. — M. BOUDAGHIAN : Etude des variations des leucocytes sanguins chez les malades soumis à la radiothérapie. — M. MANDEL : La maladie de Paget. Etude de la pathogénie.

II. Jury : MM. Baudouin, Léon Binet, Champy, Giroux. — M. ZIMMER : La diathèse néoplasique dans le système nerveux ; la neuro-fibromatose. — Mlle BUVAT-COTTIN : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanes. — M. GREISSLER : Le troisième bruit du cœur et le dédoublement physiologique du deuxième bruit. — M. WEIL : Les tumeurs du testicule de l'homme. Embryologie. Pathologie générale.

Mardi 7 juillet. — I. Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Lemaître, Halphen. — Mlle DESMONTS : Les ganglio-neuromes viscéraux. — M. FRESNAIS : L'ablation isolée de la première côte en chirurgie pleuro-pulmonaire. — M. DUFLOT : La section du nerf dentaire inférieur dans le traitement du tic de la face. — M. KRAVIECKI : Considérations sur les évidements pétro-mastoïdiens. — M. RANJARD : Traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. — M. REICH : Les ostéomes du sinus frontal. — Mme WEISSBERG : Etude du traitement des infections des canaux dentaires et de la région périapicale par la haute fréquence.

II. Jury : MM. Balthazard, Laignel-Lavastine, Rathery, Duvoir. — M. CAUDRON : Syphilis et médecine légale. — M. GOUDOT : Considérations sur le traitement et le pronostic des toxicomanies. — M. GUÉBEL : Recherche sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan. — M. PETIT : Le bruit dans la vie moderne et ses effets. — M. RIVERO Y CARTRO : La silicose est-elle une maladie autonome.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **XXIII^e Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale** (Saint-Etienne, 2, 3, 4 octobre 1936). — *Programme du Congrès.*

2 octobre 1936. — *Le traitement des maladies sociales* : Etude démographique du département de la Loire, par M. Leboulanger, inspecteur départemental de l'Assistance publique de la Loire. — Les œuvres de l'enfance, par le Docteur Beutter, médecin des hôpitaux et M. Leboulanger. — L'enfance anormale, par le Docteur Nordman, directeur de la clinique médico-pédagogique. — L'enfance délinquante, par Mlle Levaillant, avocat. — La lutte antivénérienne, par le Docteur Ch. Laurent, directeur de la Ligue antivénérienne de la Loire et de la Haute-Loire. — L'anémie des mineurs, par le Professeur agrégé Garin, médecin des hôpitaux de Lyon et le Docteur Gonthier, médecin des mines de Roche-la-Molière et Firminy.

3 octobre 1936. — *La prévention des maladies sociales* : La lutte antituberculeuse, par le Docteur Martin, inspecteur départemental d'hygiène et par le Docteur Croizier, médecin des hôpitaux. — Les enfants à la montagne, à la campagne, les colonies de vacances, par Mlle L. Comte, secrétaire générale de l'Œuvre des enfants à la montagne et à la mer. — La Maison de cure hélio-marine de Palavas par le Docteur Beutter, médecin des hôpitaux et le Docteur Armand. — Œuvre stéphanoise de préservation de l'enfance contre la tuberculose, par le Docteur Blanc, président de l'œuvre Grancher. — Les Mutalités maternelles, par Mlle Thiollière.

4 octobre 1936. — *L'organisation des loisirs* : Les maisons hygiéniques à bon marché, par M. Delomier. — Les jardins ouvriers, par le R. P. de Thoisy, président de l'œuvre des Jardins ouvriers. — Les sports, par M. Pierre Guichard et le Docteur Menut. — Le scoutisme, par M. Maurice.

—**Le XLV^e Congrès français de chirurgie** se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 5 au samedi 10 octobre prochain, sous la présidence du médecin général inspecteur Henri Rouvillois. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *La pneumectomie.* — Rapporteurs : MM. Robert Monod (Paris) et Bonniot (Grenoble) ;

2° *Résultats des greffes ovariennes.* — Rapporteurs : MM. Mocquot (Paris) et Cotte (Lyon) ;

3° *La chirurgie chez les diabétiques.* — Rapporteurs : MM. Pierre Fredet (Paris) et Georges Jeanneney (Bordeaux).

Le jeudi 8 octobre après-midi aura lieu une démonstration par films.

Les renseignements peuvent être demandés à M. A. Vulliod, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 2, rue de Seine, à Paris (6^e).

— **XXIII^e Congrès d'hygiène** (Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21 et 22 octobre 1936). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre de la Santé publique ; il tiendra séances les lundi 19, mardi 20, mercredi 21 et jeudi 22 octobre 1936, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Professeur P. Leclainche, membre de l'Institut, directeur de l'Office international des épizooties, président de la Société pour 1936.

Rapports : I. *Epidémiologie* : Organisation, dans le cadre national et dans le cadre international, d'un service d'épidémiologie : 1. En médecine humaine ; 2. En médecine vétérinaire.

II. *Les vaccinations associées* : 1. Les associations d'antigènes ; 2. Vaccinations associées en médecine humaine ; 3. Vaccinations associées en médecine vétérinaire.

III. *L'enseignement de l'hygiène en médecine vétérinaire* : 1. Enseignement de l'hygiène dans les écoles vétérinaires ; 2. Services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la Santé publique.

Conférences. — Les ultras-virus, par M. le Professeur Levaditi. — Données actuelles sur la désinfection. — Protection des populations civiles contre les gaz de combat.

Le mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météorologie médicale, filiale de la Société, tiendra séance sous la présidence de M. le Professeur Mouriquand, professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Lyon, président de la Société pour 1936.

Secrétaire général : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (XV^e).

— **Le premier asile d'aliénés à Pékin.** — L'hôpital Rockfeller a loué, pour une somme tellement modique, qu'on peut la considérer comme une demi-largesse, une vaste demeure princière appartenant à la Mission catholique de Pékin, pour y établir le premier asile d'aliénés de la ville. La plupart des internés appartiennent à la classe indigente ; les plus sains peuvent se livrer à des menus travaux manuels. Non loin de cette institution, les filles de la Charité possèdent un dispensaire et une école dont le rayonnement dans ce quartier du vieux Pékin, autorise les meilleurs espoirs. (*Agence Fides*).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

les trois jours, en vue de l'accord (préalable sauf extrême urgence). Il s'ensuit que si le médecin traitant n'a pas de réponse, il peut faire radiographier son malade. (Lire avec soin l'art. 27 à la partie « Observations ».)

Quant à l'omnipraticien dont vous parlez qui fait « aussi » de la radio, il n'y a rien qui s'y oppose d'après l'art. 15 du Tarif... mais le médecin traitant n'ayant pas reçu de réponse du patron ou de son Assurance, dans les trois jours, pouvait fort bien trouver insuffisante la radiographie effectuée (et *a fortiori* si elle ne lui fut pas communiquée) et envoyer son blessé à un radiographe en qui il ait confiance.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

6.004. — Contrôle des mémoires pharmaceutiques pour soins donnés aux pensionnés de guerre

Est-il vrai que, en application du décret du 28 mai 1936, obligatoirement pour un médecin-propharmacien les mémoires de fournitures pharmaceutiques aux bénéficiaires de l'art. 64 doivent être soumis au visa d'un organisme syndical et dans ce cas obligatoirement le Syndicat des pharmaciens ?

Ds P.

Réponse

Il est exact qu'un décret du 28 mai 1936 est venu réglementer l'établissement des mémoires pharmaceutiques en application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, ce décret s'exprime de la façon suivante :

Art. 1er. — Les mémoires pharmaceutiques présentés au compte de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ne seront désormais accueillis que s'ils portent l'estampille spéciale qui aura été apposée soit par l'un des groupements pharmaceutiques nationaux (Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et des Colonies, Union des grandes pharmacies de France et des Colonies, Union nationale des pharmaciens français), soit par le Syndicat départemental ou régional régulièrement affilié à l'un de ces groupements nationaux.

Art. 2. — L'estampille spéciale sera d'un modèle uniforme, déterminé par les groupements nationaux, agréé par le ministère des Pensions et déposé conformément aux lois des 23 juin 1857 et 12 mars 1920.

Elle sera délivrée par les groupements pharmaceutiques nationaux exclusivement aux organismes syndicaux que ces groupements nationaux auront délégué à la tarification des mémoires. Elle ne devra être apposée sur les mémoires présentés par les pharmaciens qu'après l'examen

effectif de ces mémoires et redressements éventuels. A côté de l'estampille sera apposé le cachet de l'organisme syndical ayant procédé à l'examen du mémoire.

Art. 3. — L'examen des mémoires par les organismes syndicaux consistera à s'assurer :

1° Que ne figurent sur lesdits mémoires que des fournitures autorisées ; les fournitures non autorisées devront être rayées ;

2° Que le prix des fournitures est correct, c'est-à-dire :

a) que le prix n'est pas plus élevé que celui appliqué par les pharmaciens à la clientèle ordinaire de leur officine ; sur ce point, les pharmaciens produiront, s'il y a lieu, toutes justifications utiles ;

b) qu'en tout état de cause n'est pas dépassé le tarif général en vigueur, lequel constitue un maximum.

Art. 4. — Chaque pharmacien est libre de choisir parmi les groupements syndicaux accrédités celui auquel il entend confier l'examen de son mémoire.

Les mémoires doivent parvenir dans les quinze jours suivant l'expiration du trimestre au groupement syndical choisi et, au plus tard, un mois après, soit le 15 du deuxième mois de chaque trimestre, à la Préfecture intéressée. C'est à dater du 15 du deuxième mois de chaque trimestre que seront comptés les retards susceptibles d'entraîner les retenues prévues par l'article 54 du décret du 22 décembre 1935.

Art. 5. — Il appartiendra aux organismes syndicaux de se faire couvrir de leurs frais par les pharmaciens dont ils auront estampillé les mémoires.

6.586. — Prélèvement de 10% sur les traitements payés par les collectivités publiques

Je suis médecin du lycée (traitement 2.000 francs par an) et des Ecoles normales d'instituteurs et institutrices (1.800 francs par an pour chaque école).

En janvier dernier, quand on m'a réglé le semestre écoulé, on m'a retenu 3 %, à cause des décrets-lois. Ces jours derniers pour le premier trimestre 1936, on me retient 10 %, toujours à cause des décrets-lois. J'ai naturellement protesté, et refusé de toucher mon traitement ainsi amputé, car touchant moins de 10.000 francs, il me semble qu'on ne doit me retenir que 3 %.

Qu'en pensez-vous, et quelle procédure dois-je employer pour obtenir satisfaction, car, bien entendu les économes des établissements se retranchent derrière « les ordres du ministère » ?

D[r] B.

Réponse

Nous ne sommes nullement étonnés que l'Ad-

ministration hospitalière vous ait retenu 10 % sur votre traitement au titre des décrets-lois du 16 juillet 1935. Cette manière d'agir est en effet en conformité avec les instructions ministérielles, selon lesquelles les rémunérations concernant les services rendus par des personnes qui ne consacrent que l'accessoire de leur activité principale aux collectivités publiques ne doivent pas bénéficier du prélèvement au taux dégressif, mais relèvent au contraire du prélèvement général de 10 % institué par l'art. 1er du décret-loi sur toutes les dépenses publiques.

Mais cette thèse est dépourvue de toute base juridique. Il résulte au contraire tant de l'art. 2 du décret-loi du 16 juillet relatif aux dépenses de personnel, que des art. 2 et 5 du décret du 30 juillet dernier, modifié par l'art. 54 de la loi de finances du 31 décembre 1935, que le prélèvement dégressif doit être appliqué aux émoluments des personnes réunissant la double condition suivante :

1° Etre lié aux collectivités publiques visées à l'art. 1er du décret par un contrat de louage de services ;

2° Ne recevoir à titre de traitement des collectivités publiques, ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public (Compagnies de chemin de fer par exemple) que les émoluments nets totaux ne dépassant pas 12.000 francs (depuis le 1er janvier 1936). Le prélèvement est même réduit à zéro lorsque ces émoluments totaux sont inférieurs à 8.000 francs.

Il n'est pas douteux que la première condition est remplie dans votre cas. Le Conseil d'Etat a en effet reconnu à maintes reprises tant en matière fiscale (V. not. arrêt Dr. V. 27 mai 1935) qu'en matière administrative, que les médecins d'hôpitaux ont la qualité de fonctionnaire, et que la rémunération annuelle qui leur est allouée constitue un traitement.

Si la seconde condition est également réalisée, vous êtes fondé à protester contre l'application du prélèvement de 10 %, en portant le différend devant la juridiction compétente qui est le Conseil de Préfecture en vertu du décret du 5 mai 1934, puisqu'il s'agit d'un litige d'ordre individuel s'élevant entre l'agent d'un établissement public communal et cet établissement. Pour cela il y aurait lieu tout d'abord de protester par lettre recommandée avec avis de réception auprès du président de la Commission administrative de l'établissement, en demandant l'application du taux dégressif et la restitution des sommes indûment retenues. Le Conseil de préfecture sera ensuite saisi par dépôt au Greffe d'un mémoire sur papier timbré, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision rejetant votre demande, ou en cas de non réponse, de l'expiration d'un délai de quatre mois.

Vous n'aurez qu'à nous prévenir à ce moment, nous serons à votre disposition pour vous établir le mémoire nécessaire.

Nous doutons d'autant moins du bien-fondé de notre thèse que nous venons de la faire consacrer par un arrêté du Conseil de préfecture interdépartemental de Rouen en date du 26 juin dernier.

D'autre part le principe de l'application du taux dégressif présente d'autant plus d'intérêt à l'heure actuelle qu'en vertu des nouvelles dispositoins, qui prennent effet à compter du 20 juin 1936, aucun prélèvement ne sera désormais effectué sur les émoluments nets totaux inférieurs à 12.000 francs.

6.700. — Enfant victime d'un accident à l'école. Responsabilité

L'hiver dernier, à l'école, au cours d'une expérience, un enfant de 14 ans a été atteint d'une brûlure de l'œil par éclats de verre, en présence de l'instituteur. Examiné par un oculiste, le gosse ne conserve plus que 2/10 de vision.

Vous seriez bien aimable de me dire si le père de l'enfant est qualifié pour réclamer une indemnité et quelle est la marche à suivre ?

Dr H.

Réponse

L'article 1.384 du Code civil a posé en principe que l'instituteur lorsqu'il s'agit d'un instituteur public, est présumé responsable de tout accident causé aux tiers par le fait d'un élève. Mais lorsqu'un accident survient soit à un tiers soit à un autre élève sans le fait d'un camarade, la présomption de responsabilité édictée par cet article ne saurait trouver application.

Conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, il appartient au représentant de l'enfant victime d'un accident, s'il veut mettre en cause la responsabilité de l'Etat devant les juridictions administratives, d'établir l'existence d'une faute de service et la relation de cause à effet entre cette faute et le préjudice survenu à la victime. Comme il ne peut être question devant les juridictions administratives d'appliquer le principe du Code civil et la présomption de faute posée par l'art. 1.384 alinéa 1er à l'égard des gardiens de choses dommageables, il serait nécessaire en l'espèce que les parents de l'enfant puissent démontrer que l'accident doit être attribué en l'espèce à une faute de surveillance ou autre de la part de l'instituteur ou de l'Administration de l'école.

Au point de vue compétence, le Service de l'Instruction publique étant un Service national, l'action devrait être introduite devant le

Conseil d'Etat et dirigée contre le Préfet du département. Il est admis toutefois par la jurisprudence civile que les Tribunaux de droit commun sont compétents lorsque l'action peut être dirigée contre l'instituteur lui-même, c'est-à-dire lorsque ce dernier est recherché en vertu d'une faute personnelle se détachant de l'exercice de sa fonction. Les fautes de cette nature sont celles qui présentent un caractère de gravité particuplèrement lourde et non pas simplement une simle faute de service. Il a été jugé par la Cour de cassation, Chambre des requêtes du 28 avril 1933, que le fait pour un instituteur public de laisser hors de sa surveillance un instrument d'un maniement dangereux à la portée d'enfants jeunes et inexpérimentés, constitue une faute personnelle engageant sa propre responsabilité au cas où l'élève s'est blessé lui-même en maniant cet instrument et que l'autorité judiciaire est compétente pour connaître d'une action en dommages-intérêts dont il est l'objet.

Votre lettre ne nous donne pas suffisamment de précisions sur les circonstances de l'accident pour que nous puissions vous dire sil s'agit en l'espèce d'une responsabilité administrative ou d'une responsabilité personnelle de l'instituteur. Il semble toutefois que si cet accident s'est produit au cours d'une expérience normale pendant les cours, il s'agit plutôt d'une faute de service dont l'appréciation relèverait de la juridiction administrative.

7.024. — Remplacement par un étudiant étranger

Un médecin de nationalité étrangère, mais installé peu de temps avant la loi du 26 juillet 1935, vient de se faire remplacer par un compatriote, également étranger, sans demander l'autorisation préfectorale.

Cette manière de faire n'est-elle pas irrégulière ? Que faire contre ?

Le ministre ne pourrait-il pas envoyer une circulaire aux Préfets, pour que la loi soit respectée par les étrangers ?

Dr G.

Réponse

C'est la loi du 30 novembre 1892 qui impose à tout étudiant en médecine qui veut faire un remplacement de faire une demande officielle au préfet du département de la résidence du médecin remplacé, en justifiant qu'il est muni de vingt inscriptions ou qu'il est interne des hôpitaux nommé au concours et muni de seize inscriptions.

La justification se fait grâce à un certificat délivré par la Faculté de médecine.

Le remplacement ne peut se faire avant la réponse du Préfet. L'autorisation est donnée pour trois mois ; elle peut être renouvelée.

De plus, la loi du 26 juillet 1925 impose la nationalité française, ou la naturalisation, pour exercer la médecine en France. Il faut également justifier du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Il en résulte qu'un étudiant étranger ou candidat au diplôme d'Université ne saurait avoir plus de droits qu'un docteur en médecine. Il ne peut donc pas obtenir du Préfet l'autorisation de remplacer un médecin.

Des instructions précises ont été données aux Préfets par les ministres, sur ces différents points.

De ceci résulte que l'étudiant qui n'est pas en règle et qui fait un remplacement, peut être poursuivi correctionnellement pour exercice illégal de la médecine. Le praticien remplacé sera également poursuivi comme complice du délit.

Il appartient donc aux médecins et aux syndicats médicaux de faire eux-mêmes la police de ces remplacements et de signaler soit au confrère remplacé, soit au Procureur de la République toutes les infractions commises pour les empêcher ou les réprimer.

Dr Paul Boudin.

7.436. — Droit des domestiques des médecins aux congés payés

Pourriez-vous me donner quelques renseignements sur la question suivante, non-médicale à proprement parler, mais qui intéresse cependant tous les médecins. Comment a été réglée en ce qui concerne les *domestiques la question des congés payés ?*

Doit-on comme dans l'industrie donner six ou quinze jours suivant le temps de présence ? Le choix de l'époque du congé est fixé par qui ? Doit-on, en plus du salaire, payer la nourriture et en ce cas un tarif forfaitaire a-t-il été fixé ?

Le congé doit-il être donné en une fois ou les intéressés étant d'accord, peut-on le donner en plusieurs fois ?

Comment est réglée la même question pour les femmes de journées travaillant pour un seul patron ou pour plusieurs, pour un jardinier travaillant pour plusieurs patrons ?

Dr G.

Réponse

La loi du 20 juin 1936 a institué un congé annuel payé dans l'industrie, le commerce, les professions libérales, les services domestiques et l'agriculture.

Suivant son article 1er « tout salarié d'une de ces professions a droit, après un an de service continu, à un congé annuel, continu, payé, d'une durée minimum de quinze jours comportant au moins douze jours ouvrables ».

Si la période ordinaire des vacances survient après six mois de service continu, le salarié a droit à un congé continu, payé, d'une semaine.

Pendant la durée de son congé, le salarié doit recevoir une indemnité journalière comprenant son salaire en argent et la valeur des prestations

en nature qui en constituent moralement l'accessoire.

Mais l'article 2 de la loi a subordonné l'application de celle-ci aux services domestiques à l'établissement d'un Règlement d'administration publique qui n'a pas encore paru.

Le principe est donc acquis mais les modalités d'application restent à déterminer.

7.558. — Le médecin propharmacien n'est pas commerçant

La lettre ci-jointe me demande de m'inscrire au registre du commerce ou de me faire rayer de la liste des électeurs consulaires. J'estime ne pas être commerçant, médecin-propharmacien ne tenant pas boutique ouverte. Mon diplôme de pharmacien, simple titre universitaire n'a jamais été déposé à la Préfecture : je suis donc dans le cas d'un propharmacien ordinaire. Dois-je être inscrit au registre du commerce ?

Dr R.

Réponse

Il est admis, par une jurisprudence constante que les docteurs en médecine, qui, dans une localité où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte fournissent à leurs malades, dans les conditions prévues par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, des médicaments et des produits pharmaceutiques nécessités par leur état, sans tenir boutique ouverte à tout venant, ne font pas d'actes de commerce et exercent simplement une activité qui n'est qu'un prolongement de leur profession principale de médecins (Commission supérieure de cassation, 7 janvier 1932, *Dalloz Hebdomadaire*, 18 février 1932).

En conséquence, vous ne sauriez nullement être considéré comme ayant la qualité de commerçant et n'êtes donc pas assujetti aux obligations du Code de commerce. Vous n'avez notamment, nullement à vous faire inscrire sur le registre du commerce. Par contre, vous ne pouvez évidemment pas figurer sur la liste des électeurs consulaires ; il vous suffira donc de répondre au greffe du Tribunal de commerce en prenant bonne note de sa demande et en l'informant que, n'ayant pas qualité de commerçant, vous avez demandé au secrétaire de Mairie votre radiation des listes *où votre nom avait été porté* par erreur.

7.745. — La loi relative à l'interdiction du colportage pharmaceutique ne s'applique pas aux propharmaciens

La loi sur le colportage venant d'être ratifiée au Sénat, le pharmacien de N. (mon voisin de 9 kilomètres) qui se livrait à un odieux colportage, au cours

duquel il offrait à tout venant ses médicaments, vient de faire savoir à son aimable clientèle qu'il ne viendrait plus, « mais que le propharmacien Dr B. n'aurait plus le droit, non plus, d'apporter des médicaments dans sa voiture ».

Je vous envoie ci-inclus, votre lettre du 20 août 1932 et l'extrait de la loi sur le colportage que je possède. N'ayant pas d'officine ouverte où je puisse vendre mes produits, les termes de votre lettre restent évidemment vrais pour moi. C'est ce que je vous demande de me dire.

N'ayant le droit de donner des médicaments qu'aux malades qui viennent me voir ou m'appellent, je dois garder le droit d'avoir dans ma voiture les médicaments que je peux être appelé à prescrire et à donner à ces malades, qui peuvent en avoir un besoin très urgent : c'est le but même de la propharmacie.

Dr B.

Réponse

Il est exact que le Sénat, dans sa séance du 10 août 1936, dont le compte rendu a été publié au *Journal Officiel* du 11 août dernier, a adopté la proposition de loi votée par la Chambre relative à l'interdiction du colportage pharmaceutique. Mais ces dispositions n'ont pas encore force de loi ; elles ne seront applicables que lorsque elles auront été promulguées par le Président de la République *et publiées au Journal Officiel.* Cette entrée en application n'aura lieu, plus exactement, en province, qu'à l'arrivée de l'exemplaire du *Journal Officiel* au chef-lieu de l'arrondissement (1).

Mais cette nouvelle loi ne saurait nullement vous priver de la faculté que vous donne l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI d'apporter des médicaments et produits pharmaceutiques aux malades que vous soignez ; en effet, d'après les termes mêmes dudit article 27 « les médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés *aux personnes près desquelles ils seront appelés.* Ces dispositions, qui n'ont nullement été modifiées par la loi nouvelle, veulent donc dire expressément que le médecin propharmacien peut distribuer à domicile, des médicaments et que l'on ne saurait l'obliger à délivrer ces produits uniquement à son cabinet professionnel ; il faut bien voir, d'ailleurs, qu'une telle façon de considérer la propharmacie serait contraire au but même de cette institution qui a justement pour objet d'obvier à l'éloignement des pharmaciens et de permettre aux habitants des campagnes de ne pas être privés des médicaments nécessaires à leur état. Conformé-

(1) La loi dont il s'agit a été publiée au *Journal Officiel* du 6 septembre.

ment même à un arrêt de la Cour de Dijon du 12 mars 1890 (Sirey, 1890. 2.104) le médecin propharmacien, c'est-à-dire le médecin installé dans une commune où il n'y a pas d'officine de pharmacie, est en droit de vendre des médicaments même aux malades habitant une commune où un pharmacien est installé, si ces malades sont venus le consulter à son domicile.

Si d'ailleurs, on se reporte au texte de la loi qui vient d'être votée, on en conclut que le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques n'est nullement interdit dans tous les cas et en toutes les circonstances. Conformément à l'article 1er paragraphe 4 de ladite loi « il est seulement interdit aux pharmaciens et herboristes de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par le dépôt de commandes, à caractère commercial, et de procéder par les mêmes moyens, ou par des services réguliers et organisés au trafic ou à la distribution à domicile des produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée ». Deux conditions sont donc nécessaires pour que le colportage tombe sous le coup des sanctions prévues par l'article 2 de cette loi : 1° qu'il y ait organisation de service régulier pour la distribution à domicile des produits pharmaceutiques ; 2° que la commande de ces produits ou médicaments ait été sollicitée par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers ou par des dépôts à caractère commercial.

Or, aucune de ces conditions ne se trouve remplie dans le cas du médecin propharmacien portant à ses malades les médicaments dont ils ont besoin. Tout d'abord, en effet, le médecin propharmacien n'organise pas un service régulier pour la distribution de ses produits ; ce trafic n'est qu'accidentel et pour satisfaire les besoins d'un malade soigné par lui. En second lieu, c'est le médecin lui-même qui apporte à son client les produits dont il juge que ce dernier a besoin ; mais en aucun cas les médecins propharmaciens ne sollicitent des commandes par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers ou par des dépôts à caractère commercial.

Il faut donc en conclure que cette loi ne limite en rien les conditions antérieures de l'exercice de la propharmacie et qu'elle a seulement pour but de mettre fin à des pratiques regrettables auxquelles s'étaient livrés certains pharmaciens et certaines entreprises commerciales qui n'avaient de pharmaciens que le nom.

7.273. — Prestation de serment par un médecin expert

Quand un médecin, pour une question de justice criminelle, est convoqué devant un juge résident pour

prêter serment entre ses mains, alors qu'il a été commis par un juge d'instruction, quelles sont les indemnités auxquelles, il a droit ?

Dr S.

Réponse

Suivant l'art. 17 du décret sur les frais de justic en matière criminelle, les frais de la prestation de serment ainsi que ceux de rédaction et de dépôt du rapport, sont compris dans les indemnités fixées par le tarif.

Vous n'avez donc aucun honoraire spécial à compter pour la prestation de serment. Vous pouvez seulement, s'il y a lieu, compter vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité spéciale de 20 francs si vous avez eu à vous transporter à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence.

7.100. — Enregistrement du diplôme

Ayant obtenu mon diplôme définitif en juin dernier j'en ai demandé l'enregistrement à la Préfecture de mon département ; à ma demande d'apposer le timbre d'authentification sur mon diplôme, on m'a répondu que cela était inutile, qu'il suffisait que mon certificat provisoire ait été authentifié par la Commission du département, et que l'on réclamerait mon diplôme lors de la prochaine réunion d'une Commission de vérification (en 1937). N'ai-je pas à m'inquiéter du fait que mon titre définitif ne porte pas de cachet d'authentification ? (la « déclaration » avait été faite avec le certificat provisoire.)

Dr S.

Réponse

Le paragraphe 3 de l'article 6 de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine renvoie à l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'enregistrement du diplôme avant l'accomplissment d'aucun acte professionnel.

Or, aux termes de cet art. 9, lorsqu'il s'agit d'étudiants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, l'obligation consiste pour eux à faire enregistrer et viser le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté.

Votre certificat provisoire ayant été régulièrement enregistré avant que vous commenciez à exercer, vous vous trouvez donc en règle aussi bien avec la loi du 30 novembre 1892 qu'avec la loi du 26 juillet 1935.

7.071. — Le remplacement du médecin ; ses conditions

Devant partir en vacances, je me fais remplacer par le Dr S. :

1° Me faut-il une autorisation préfectorale ?

2° Est-il responsable civilement de ses actes, puisque reçu docteur ?

3° Dois-je l'assurer contre les tiers pour ses déplacements en auto ?

Quand j'avais affaire à un étudiant, j'opérais toutes ces formalités, et le « Sou » me garantissait.

Je remercie très cordialement le « Sou » de m'avoir soutenu, moralement et pécuniairement, dans mon affaire Q..., client récalcitrant. J'espère pouvoir encaisser d'ici quelques semaines.

Dr F.

Réponse

L'autorisation préfectorale n'est nécessaire, pour un remplacement que lorsque le remplaçant est étudiant en médecine. Au contraire, lorsque le remplaçant est pourvu du diplôme de docteur en médecine, aucune formalité n'est à remplir.

En raison de la nature juridique spéciale du contrat de remplacement qui laisse au remplaçant pleine indépendance au point de vue professionnel, c'est la responsabilité du remplaçant seule qui se trouve engagée à l'égard des clients pour les soins qu'il leur donne. Nous vous rappelons, par ailleurs qu'une disposition spéciale de nos statuts prévoit le transfert de la garantie que nous donnons à nos adhérents, à leurs remplaçants à la seule condition que nous soyons prévenus du point de départ du remplacement et de sa durée.

En ce qui concerne l'assurance automobile, il y aurait intérêt, pour vous, à passer un avenant vous garantissant pour la responsabilité que vous pourrez encourir du fait de votre remplaçant à l'égard des tiers. En effet, quelle que soit la nature juridique exacte du contrat passé entre un médecin et son remplaçant, le remplaçant peut être considéré, conformément à la jurisprudence, en vigueur, comme son préposé pour la conduite de l'automobile à lui confiée.

7.550. — Obligations du médecin à l'égard de ses domestiques

Vous m'obligeriez extrêmement, si vous pouviez me faire renseigner sur les obligations des médecins vis-à-vis des gens de maison qui sont à leur service.

Je voudrais savoir si une bonne à tout faire : 1° a droit légalement à un congé payé ; 2° au bout de combien de temps de service dans la même place ; 3° quelle doit être la durée de ce congé ; 4° si le salaire dû pendant ce congé doit se calculer d'après les mensualités seules ou si l'on doit y comprendre aussi la valeur de la nourriture ; 5° enfin, à combien on doit évaluer le prix de la nourriture journalière.

Dr B.

Réponse

En vertu de la loi du 20 juin 1936 qui a fait

l'objet d'un décret d'application du 1er août dernier, tous les employés des professions industrielles, commerciales et libérales ont droit d'ores et déjà à l'attribution d'un congé annuel payé d'au moins douze jours ouvrables.

La loi étant entrée en application dès le jour de sa promulgation, le congé en question doit être attribué à tous les employés qui réunissent les conditions légales dans le courant de l'année 1936.

Toutefois cette loi n'est pas encore immédiatement applicable aux salariés des professions agricoles et des services domestiques ; en effet, en vertu de son art. 2, un règlement d'administration publique devra intervenir pour régler les modalités d'application de ces dispositions à ces personnels. Or, ce règlement n'est pas encore paru. Il s'ensuit que les domestiques mixtes au service de médecins ne pourront prétendre, pour l'année 1936, à un congé annuel payé que s'ils peuvent être considérés comme employés de profession libérale, c'est-à-dire s'ils consacrent la majeure partie de leur activité au service professionnel du médecin. Dans ce cas, le droit au congé payé s'ouvre après un an de service continu dans l'établissement. La durée de ce congé est de quinze jours devant comporter obligatoirement au moins douze jours ouvrables. Toutefois, si l'employé a moins d'une année, mais au moins six mois de service continu, il peut prétendre à un congé continu d'une semaine (c'est-à-dire au moins six jours ouvrables).

Le congé doit être payé, c'est-à-dire que l'intéressé doit recevoir pendant ce congé une indemnité journalière équivalente à la rémunération moyenne qu'il aurait reçue dans la période équivalente de l'année qui a précédé son congé. Il doit être tenu compte dans cette indemnité, de la valeur des allocations familiales et des avantages accessoires et en nature dont il ne bénéficierait pas pendant la durée de ce congé.

A ce propos, le décret du 1er août est venu apporter des précisions sur le mode de détermination de cette valeur. En vertu de son art. 8, les avantages accessoires sont évalués à défaut de convention, d'après les tarifs applicables pour l'application de la législation sur les Assurances sociales, c'est-à-dire qu'ils se montent, en vertu de l'arrêté ministériel du 10 janvier 1936, à 5 francs par jour pour la nourriture, 1 fr. 50 pour le logement et 0 fr. 50 pour les avantages accessoires, soit un total journalier de 7 francs (ce dans les villes de plus de 200.000 habitants).

Cinquante-huitième année | N° 38 | 20 Septembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

No 241. — Méd. 55 a. très actif, retiré à Nice, serait heureux de trouver en cette ville occupation médicale sérieuse.

No 242. — Doct. cherche poste bord mer ou campagne, avec achat maison ayant belle vue, eau courante, confort. Urgent.

No 243. — On dem. personne habituée aux malades pour entretien locaux et instrum. profess. Logée.

No 244. — Poste méd. gros rapport à prendre de suite sans indemn. en raison maladie du titul., dans gros bourg Centre. Seul méd., 1 pharmac. 10 km de tout confrère.

No 245. — A céder client. ophtalmolog. matériel moderne. Indemn. à débattre, appartem. à volonté.

No 246. — A vend. 2 sièges auto super confort, avec amortis. à huile, état neuf et garnis de housses, pouvant être montés sur toute voiture à l'avant. Valeur 1.600, à céder pour 500, port à la charge de l'acheteur.

No 247. — Méd. électro-radiol. gr. ville demande pour six mois remplaç. présent. toutes garanties techniques et morales. Donner référ. précises. Situat. peut devenir stable, l'avenir assuré, si satisfact. donnée.

No 248. — Pharmacie. A vend. envir. Marseille, ch.-lieu canton, magasin bien placé pour créat. pharmacie, appartem. 8 p., loyer 1.500. Prix : 7.000. S'ad. Dr Coulange à Marseille.

No 249. — Méd. franç. longue expér. profess., entraîné grosse client. saison, nombr. relations, langue étrang., Lég. d'Honneur, permis conduire, obligé raison famille se rapprocher région Paris., cherche occupat. paraméd. ou client. méd. génér. ou aide confr. surmené, ou assist. clinique.

No 250. — Moselle. A céder d'urgence, raison santé, clientèle rurale avec fixe.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Seine. — Clientèle facile, médecine générale, d'un gros rendement, pavillon 8 p. avec confort, comptant demandé : 50.000 fr. Facilités de paiement.

Vallée de l'Eure. — Ville à 1 h. 3/4 Paris. Bonne clientèle méd. Glé, enfants, acchts, Acc. Trav., peu déplacement. Maison vaste confort et jardin. A céder, vu l'urgence, avec petit comptant.

Centre. — Bonne affaire d'O. R. L., avec fixes, clinique indépendante de l'habitation. Indemnité 65.000 dont moitié cpt.

Abonnés du « Concours » exerçant dans les Stations Thermales

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix - les - Bains : Bertier, Blondel, Coutaz, Dardel, H. Forestier père, Graber-Duvernay, Lelong, Pégaz.

Allevard-les-Bains : Boël.

Amélie-les-Bains : Bouix.

Ax - les - Thermes (Ariège) : Boyer, Girard, Gomma.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*ent.*), J. Courbin, Ricard - Pomarède.

Bagnoles - de - l'Orne : Censier, R. Hügel, Joly, Le Gouriérec, J Louvel, R. Louvel, Doctoresse M. Peillon, E. Poulain.

Bains-les-Bains : M. Henry, L. Rose.

Barèges : Orliac, Pinat.

Besançon La Mouillière : Tronchon.

Biarritz : Augey, Clavel, Dejeant (*derm.*), Lacour.

Bourbon-Lancy : Bellœuf, G. Vincent.

Bourbon - L'Archambault : Litaud.

Bourbonne - les - Bains : Delacroix, Gay.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers** : d'Arbois de Jubainville, Mathieu, Laissus fils.

Cambo - les - Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Dieudonné, J. Trotot.

Capvern : J. Pouy.

Cauterets : Anglada, Armengaud, Corone, Cosserat, L. Pradal.

Challes-les-Eaux : Vexenat.

Châtel-Guyon : J. M. Ballan, Baumann, Casati de Montgolfier, Foucaud, P. Martin, Mazeran, Ribérolles, Saint-René-Bonnet.

Contrexeville : Contal.

Dax : Barrau, Delmas (Armand).

Divonne-les-Bains : Ballivet, Vieux.

Eaux-Bonnes : Bourragué, Creignou.

Enghien-les-Bains : Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre - les - Bains : Sarda.

Evaux-les-Bains : G. Benabu.

Evian-les-Bains : Bernex, J. Eyraud-Joly.

Gréoux (Basses - Alpes) : Rigal.

Hammam-Lif (Tunisie) : Fère.

Hammam Melouane Rovigo (Algérie) : M. Laty,

La Bauche - les - Bains : Brissaud.

La Bourboule : Anglada, Barthomeuf, Boudry, Cany, R. Galimant, Jean Godonnèche, Rongier Th., Maurel.

La Léchère : Dr Noailly.

La Motte - les Bains : Goirand.

Lamalou-les-Bains : Cauvy (*Rééd. motr.*), Faure, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains : Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Lépine.

Luchon : P. de Beauchamp, Cazal - Gamelsy, Germès, Molinéry (*ne fait que la physiothérapie*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Causeret, Cugnier, Rimey.

Mont-Dore : J. André, Roger André, Béal, Débidour, Dullin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris : Ducros.

Plombières - les - Bains : Bernard, J. Dumont, Truelle.

Preste (La) : Dr P. Baron.

Royat : Mougeot.

Salers : Rongier.

Salles-de-Béarn : Coustère David, Dufourcq, Larrouy, Ortal.

Salins-les-Bains : Bourny, Henri Neumand.

Salies - du - Salat : Barbé, St Béat.

Saujon : R. Dubois, M. Boisseau.

Saint-Didier (Vau.) : Masquin.

Saint - Gervais - les - Bains : Roux.

St - Honoré - les - Bains : Charpin, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire : Sérane, Siguret, Versepuy.

Santenay - les - Bains Boudeille.

Sermaize-les-Bains : Fritsch, (H.), Ramonet (*Malad. des enf.*)

Uriage : G. Barbier.

Vals - les - Bains : David, Galtier.

Vernet-les-Bains : Ponson,

Vichy : Arama (Michel) (*stom.*), Bargy, Berthomier, (*phys.*) Caillon, Castera, Chabrol, (Léon), R. Chaux, Cluzan. Cornillon, Cotar, Cros L., Déléage, Desmaroux, A. Durrieux, (*stom.*), Fau, R. Fraudet, (*stom.*), Fruictier, Gannat, Lère, Marquis, Martin-Péridier, Reynès, Roussignol.

Vittel : Adda, G. Constant, P. Genay, Finck, Monsseaux.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — *Cours d'opérations chirurgicales.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par MM. les Docteurs Pierre Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, et sous la direction du Docteur Robineau, commencera le lundi 21 septembre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

— **Bordeaux.** — *Médecine coloniale.* — Un enseignement sera fait à la Faculté de médecine de Bordeaux, du 3 novembre au 19 décembre 1936, pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté du 15 octobre au 4 novembre.

Frais d'études : Immatriculation, 150 francs ; bibliothèque, 60 francs ; droit de laboratoire, 300 francs ; examen, 50 francs.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions en cours d'études sont dispensés du droit d'immatriculation et de bibliothèque.

Pour les étudiants immatriculés, les droits de laboratoire sont de 200 francs.

— **Congrès de chirurgie.** — *A l'occasion du Congrès de chirurgie*, M. Calot (de Berck) fera le *jeudi 8 octobre de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2*, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations avec présentation de malades :

1° Le traitement de choix des luxations et subluxations congénitales de la hanche. Réduction d'une luxation et d'une subluxation ;

2° Les notions indispensables sur les subluxations congénitales stabilisées ;

3° Comment il faut traiter les tuberculoses externes ;

4° Autres affections orthopédiques : pied bot, griffe digitale de Volkmann, etc.

Moyens d'accès : Autobus 12 et 14, descendre à l'arrêt « rue Jean Nicot » entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

— **Les médecins « Amis de la Côte Basque ».** — Le premier dîner local du groupement des « Médecins Amis de la Côte Basque » a eu lieu le jeudi 27 août, au casino Bellevue, à Biarritz. Il était présidé par M. Hirigoyen, maire de Biarritz.

Pour les demandes de renseignements concernant cette Association, s'adresser au Docteur L.-J. Colanéri, 10, rue de Pétrograd, Paris.

— **En Espagne.** — Le Professeur Marañon, l'illustre maître de la médecine espagnole, est, ainsi que plusieurs médecins, emprisonné comme otage à Madrid.

Le Professeur Jeanneney, de Bordeaux, et le docteur Fr. Le Sourd font, dans la *Gazette des hôpitaux*, un émouvant appel — auquel nous nous associons de tout cœur — au nom de la science et de la civilisation, pour la libération du docteur Marañon et de nos confrères espagnols.

— *En dernière heure*, nous apprenons — par une information reçue à la *Gazette des hôpitaux* — que le professeur Marañon est en liberté à Madrid.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de l'externat.* — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris aura lieu le 11 décembre 1936. Les inscriptions sont reçues à l'Administration centrale, du 3 au 25 novembre 1936.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Prix de l'internat.* — Les concours des médailles d'or de l'internat des hôpitaux de Paris auront lieu les 18 janvier 1937 (*médecine*) et 21 janvier 1937 (*chirurgie*). Inscriptions du 3 au 14 novembre 1936.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. le docteur Duthil a été nommé médecin ophtalmologiste adjoint du service de l'assistance médicale gratuite.

M. le docteur Philipp a été nommé oto-rhino-laryngologiste adjoint du même service.

— **Hôpitaux de Reims.** — *Internat et externat.* — Le concours d'internat des hôpitaux de Reims s'ouvrira le 13 octobre et celui de l'externat le 16 octobre 1936.

Inscriptions jusqu'au 3 octobre au Secrétariat des hospices, 1, place Museux, Reims.

— **Le IIe Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer**, se tiendra à Bruxelles sous le haut patronage de S. M. le Roi et de S. M. la Reine Elisabeth, se tiendra à Bruxelles, du 20 au 26 septembre 1936.

Inscriptions au secrétariat du Congrès : 13, rue de la Presse, à Bruxelles.

— **Vers l'Asile Sainte-Anne...** — Nous lisons dans *L'Informateur Médical* l'anecdote suivante contée par le Docteur J. Crinon :

« M. le Professeur Claude sortait de son service de « l'Asile Sainte-Anne, quand il fut abordé par un « passant qui, en termes grossiers et menaçants, lui « fit grief de lui avoir fait perdre un procès par une « expertise dont les conclusions lui étaient contrai« res. Et, comme première sanction, ce revendicant « fit mine d'occuper la voiture du Professeur Claude. « Celui-ci eut vite démontré que cette occupation « serait consentie moins facilement que celle d'une « usine.

« Le distingué professeur de psychiatrie me contait « cette anecdote pour illustrer d'un fait personnel le

« trouble que les événements des dernières semaines « ont jeté dans l'esprit des foules. »

— **Tunisie.** — *Médecin ophtalmologiste de l'Assistance médicale gratuite.* — Un concours sur titre est ouvert pour la nomination d'un médecin ophtalmologiste à Gabès.

Indemnité annuelle de 50.000 francs ; plus indemnité de logement de 6.000 francs.

Adresser les demandes à la Direction de l'Intérieur (service de la santé), à Tunis, avant le 15 novembre 1936.

— **Hôpitaux de Roubaix.**— Un concours sur titres est actuellement ouvert pour la nomination d'un médecin chef de laboratoire, à l'hôpital de la Fraternité de Roubaix.

Les candidatures devront parvenir avant le 15 octobre 1936, au bureau du Secrétariat des hospices, 37, rue de Blanchemaille, à Roubaix.

Le dossier des postulants comprendra : *a*) Leur acte de naissance ; *b*) leur diplôme de docteur en médecine ; *c*) une pièce justificative de leur résidence et un certificat de bonne vie et mœurs ; *d*) une note sur les services antérieurs, civils et militaires, s'il y a lieu ; *e*) un exposé détaillé de leurs titres et travaux.

Tous renseignements utiles seront fournis sur demande adressée au Secrétariat des hospices, 37, rue de Blanchemaille, à Roubaix.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame veuve ALPHONSE FOURNIER, née Marguerite GALTIER, décédée le 4 septembre 1936, à l'âge de 71 ans.

Elle était la mère de Madame et du Docteur Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, et la tante du docteur Marcel Galtier, ancien interne des hôpitaux, à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous apprenons avec regret la mort de la Baronne DE PARREL, décédée à Antibes le 7 septembre 1936, dans sa 79e année, veuve du docteur DE PARREL, chirurgien de l'hôpital de Dieppe et mère du docteur Gérard DE PARREL, de Paris, à qui nous adressons toutes nos condoléances.

— Nous apprenons avec peine la mort de Mademoiselle Jacqueline ROLLAND, fille du docteur Pierre Rolland, administrateur-délégué des Laboratoires Duret, Rémy et Rolland, décédée à Amélie-les-Bains le 4 septembre 1936, à l'âge de 19 ans. L'inhumation a eu lieu à Amélie-les-Bains, le lundi 7 septembre.

Nous adressons au docteur Pierre Rolland, si cruellement éprouvé, l'expression de notre profonde et douloureuse sympathie.

• • •

A propos de la publicité politico-médico-thermale

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier :

Fresnes, le 7 septembre 1936.

Docteur J. Noir
Concours Médical
Paris.

Cher confrère,

Dans un récent numéro du *Concours Médical*, je lis sous votre plume un article concernant la publicité politico-médico-thermale du Docteur X..., de la Bourboule, qui affirme des convictions à 100 % et n'offre que des rabais de 40.

Et vous concluez, après avoir rappelé un précédent, que nos confrères sincèrement rattachés au Rassemblement populaire jugeront cet acte aussi sévèrement que les médecins catholiques de 1904.

Permettez-moi ici, en tant que représentant du groupe des médecins communistes, de m'associer entièrement à vos conclusions.

A l'heure où trop souvent les conditions économiques — le régime ! — avilissent de plus en plus la belle profession médicale, il nous déplaît particulièrement de voir les pourcentages politiques venir se mêler à d'autres plus traditionnels. Alors que de par le monde tant de médecins ont payé de leur vie ou de leur droit à la vie leurs idées révolutionnaires, il nous appartient plus qu'à d'autres de condamner l'utilisation commerciale d'hypothétiques convictions.

Je suis d'ailleurs en mesure d'apporter une précision : le Docteur X... en question avait proposé la même formule à l'*Humanité*. La rédaction nous fit demander si le texte était admissible et notre groupe des médecins communistes fut unanime à le condamner.

Lecteur fidèle du *Concours*, je sais qu'il lutte pour la moralité professionnelle. Soyez assuré que cette cause trouvera toujours dans les médecins communistes les plus ardents défenseurs.

Recevez, cher confrère, l'assurance de ma considération parfaite.

Dr M. Ténine
Secrétaire du groupe
des médecins communistes.

La fonctionnarisation de la médecine

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le Docteur Jean TUSQUES, *chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef des Asiles* :

Monsieur le Directeur,

Le numéro du 9 août du *Concours Médical* publie un article du docteur Georges Audain intitulé « Vers la soviétisation de la médecine ». Cet article traite en réalité de la fonctionnarisation des médecins, contre laquelle l'auteur invoque l'unique argument suivant :

« Le médecin fonctionnaire serait le distributeur de soins en présence du porteur de la maladie nº X et non le médecin-homme devant l'homme malade. C'est ce qu'on a vraiment trop tendance à oublier. »

Je proteste énergiquement devant cette allégation désobligeante pour les médecins fonctionnaires et inexacte (désobligeante et inexacte dans son esprit, car, à la lettre, elle ne signifie rien).

Il existe en effet déjà des médecins fonctionnaires, et depuis longtemps. Je suis moi-même un médecin fonctionnaire, puisqu'actuellement *médecin-chef d'un service d'aliénés.* Je ne vois pas en quoi je ne serais pas, dans l'exercice de mes fonctions, le « médecin-homme » devant l' « homme-malade »....

J'espère d'ailleurs, que l'expression du docteur Audain a dépassé sa pensée. Il serait en effet surprenant que le Docteur Audain, qui est lui-même médecin fonctionnaire en fait, puisque « chirurgien à l'hôpital départemental de Rueil-Malmaison », ait voulu dire qu'il avait une activité professionnelle de valeur inégale suivant qu'il l'exerçait à l'hôpital (en qualité de fonctionnaire) ou en clientèle... Mais je crains que mon honorable confrère ait été entraîné par une passion politique (responsable également de la confusion entre fonctionnarisation et « soviétisation »), entraînement fâcheux puisqu'il aboutit, en l'espèce, à jeter le discrédit sur les très nombreux médecins fonctionnaires de droit ou de fait, qui sont actuellement chargés de soigner la partie pauvre de la population (hôpitaux, hospices, asiles, etc.)

Je vous serais reconnaissant, Monsieur le Directeur, de vouloir bien insérer ma protestation dans le *Concours Médical.*

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Jean TUSQUES.

A la lettre de M. le Docteur Jean Tusques,

nous croyons devoir ajouter notre propre opinion : Fonctionnaires ou non, il existe deux catégories de médecins, les praticiens honnêtes et consciencieux et les autres.

Si nous regrettons la fonctionnarisation imminente de la médecine, c'est parce que nous craignons de voir perdre au médecin exerçant jusqu'à ce jour une profession libérale, son indépendance. J. Noir.

L'examen médical périodique des assurés

Nous avons reçu de M. le Directeur de la Compagnie Le Nord, compagnie anonyme d'assurances sur la vie, la lettre suivante :

Paris, le 4 septembre 1936.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,
37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Monsieur le Directeur,

Fidèle lecteur du *Concours Médical*, j'ai été surpris de lire dans votre numéro du 23 août, sous la rubrique « l'examen médical périodique des assurés sur la vie », la description d'une méthode employée par la Compagnie Le Nord-Vie depuis 1925 et que votre correspondant a cru, en toute bonne foi, avoir été instaurée en France tout récemment par une autre Société, d'ailleurs fort respectable et avec laquelle nous entretenons les meilleurs rapports.

En vertu du principe « Rendez à César... », etc., je me permets de vous signaler que nous avons été encouragés dans notre méthode, il y a déjà cinq ans, par les Professeurs Bezançon, Marcel Labbé, Léon Bernard, Gougerot, Tanon, Debré, Fribourg-Blanc, par les Docteurs Renault, Cavaillon, etc., qui ont bien voulu nous envoyer leur approbation à cette époque ; que nous avons par la suite complété notre méthode en délivrant à nos assurés un « Livret de santé » sur lequel le médecin de prévention consigne par écrit ses constatations, afin de faciliter la tâche du médecin traitant ou du spécialiste auquel il adresse toujours le malade ; que nous avons institué le système des avances sans intérêts sur police toutes les fois qu'il s'agit de permettre à un assuré de faire face aux dépenses que réclame son état, etc.

Nous sommes d'ailleurs très satisfaits de cette méthode, dont la plupart de nos assurés ont reconnu les avantages et nous ne doutons pas que ses résultats n'influent tôt ou tard sur la mortalité générale de notre clientèle, bien qu'il nous soit naturellement impossible de vous donner dès maintenant des précisions à cet égard.

Enfin, nous avons créé, à l'usage de nos assurés, une Revue destinée à vulgariser quelques notions élémentaires d'hygiène et de prévention, en même temps qu'à les documenter sur toutes nos combinaisons d'assurance, en un mot, à mettre en pratique notre devise :

« Avant tout protéger, sinon réparer ».

C'est avec grand plaisir que je lirai dans votre excellente Revue cette petite mise au point, si vous jugez bon de la publier. Je vous en remercie par avance et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour la Compagnie,
Le Directeur,
Illisible.

Un nouveau journal de médecine

Le docteur Georges Audain nous prie d'annoncer qu'il fera paraître à partir d'octobre, un nouveau périodique médical. Ce journal bimensuel, dont il assumera la Direction sera une revue de Médecine pratique et de Défense professionnelle, et aura pour titre : « *L'Entente Médicale* ».

Nous adressons nos souhaits de bienvenue à ce nouveau confrère.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 SEPTEMBRE

Sérums et vaccins

Décret du 26 aout 1935 relatif aux demandes d'autorisation de fabrication ou de vente de sérums

Ce décret sera publié ultérieurement.

3 SEPTEMBRE

Conseil technique sanitaire

Par arrêté du ministre de la santé publique en date du 17 juillet 1936, M. le Docteur Raymond Weissenbach, médecin à l'hôpital Saint-Louis, a été nommé conseiller technique sanitaire non rétribué du ministère de la Santé publique.

4 SEPTEMBRE

Service de santé militaire

Par décret du 1er septembre 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

MM. les médecins auxiliaires, titulaires du brevet de préparation supérieure, ci-après désignés :

Voir la suite page XLVII-2721

PROPOS DU JOUR

LES VILLES D'EAUX AUTREFOIS

La société qui fréquentait jadis Spa d'après le Prince de Ligne

Les villes d'Eaux, sont à l'ordre du jour. Nous avons récemment fait le compte rendu (1) d'un livre posthume de Cabanès : *Les Villes d'Eaux à la mode au Grand Siècle* (2) et M. Fernand Engerrand vient de faire paraître un livre aussi très intéressant, *Les amusements des Villes d'Eaux à travers les âges* (3).

Dans ce livre l'auteur fait une curieuse description de la vie balnéaire à Forges, à Bagnères-de-Bigorre, à Aix-la-Chapelle, à Spa, à Wiesbaden, etc.

Voltaire en 1724 disait qu'à Forges, on trouvait la plus belle société du monde, tel n'était pas l'avis du Prince de Ligne, à la fin du siècle, sur la société qui fréquentait Spa et la description qu'il en donne complète singulièrement la documentation de M. Engerrand.

Le Prince de Ligne non seulement fut un général de valeur mais un homme d'esprit et un excellent écrivain. Rendu, après maintes aventures, assez indifférent sur les événements de sa vie, il fut aux bains d'Aix-la-Chapelle et de Spa « où, écrit-il, allait du monde de tous les « pays de l'Europe et que l'ignorance des méde- « cins accréditait, parce qu'il est plus aisé de dire : « Guérissez-vous ; » que de dire : « Je vous « guérirai. »

Voici la description pittoresque qu'il fait de la société qui fréquentait Spa dans un chapitre de ses *Mélanges anecdotiques littéraires et politiques,* intitulé : *Quelques caractères. Voyage à Spa.*

***

« J'arrive dans une grande salle où je vois des manchots faire les beaux bras, des boiteux faire la belle jambe ; des noms, des titres et des visages ridicules ; des animaux amphibies de l'église et du monde sauter ou courir une colonne anglaise ; des mylords hypochondres se promener tristement ; des filles de Paris entrer avec de grands éclats de rire, pour qu'on les croie aimables et à leur aise, mais espérant par là le devenir ; des jeunes gens de tous les pays se croyant et faisant les Anglais, parlant les dents serrés et mis en palefreniers, cheveux ronds, noirs et crasseux, et deux barbes de Juifs qui enferment de sales oreilles ; des évêques français avec leurs nièces ; un accoucheur avec l'Ordre de Saint-Michel ; un dentiste avec celui de l'Eperon ; des maîtres à danser ou à chanter, avec l'uniforme de major russe ; des Italiens, avec celui de colonel au service de la Pologne, promenant de jeunes ours de ce pays-là ; des Hollandais cherchant dans les *Gazettes* le cours du change ; trente soi-disant chevaliers de Malte; des cordons de toutes les couleurs, de droite et de gauche et à la boutonnière ; des plaques de toutes les formes, grandeurs et des deux côtés ; cinquante chevaliers de Saint-Louis ; de vieilles duchessses revenant de la promenade, avec un grand bâton à la Vendôme et trois doigts de blanc et de rouge ; quelques marquises faisant des paroles de campagne ; des visages atroces et soupçonneux au milieu d'une montagne de ducats, dévorant tous ceux que l'on mettait en tremblant sur un grand tapis vert ; un ou deux Electeurs habillés en chasseurs, petit galon d'or et couteau de chasse ; quelques princes incognito, qui ne feraient pas plus d'effet sous leur vrai nom ; quelques vieux généraux et officiers retirés pour les blessures qu'ils n'ont jamais eues ; quelques princesses russes avec leurs médecins ; des Palatines et Castellanes avec leur jeune aumônier ; des Américains ; des bourgmestres de tous les environs ; des échappés de toutes les prisons de l'Europe ; des charlatans de tous les genres ; des aventuriers de toutes les espèces ; des abbés de tous les pays ; quelques pauvres prêtres hibernois, précepteurs de jeunes Liégeois ; quelques archevêques anglais avec leurs femmes ; vingt malades qui dansent comme des perdus pour leur santé ; quarante amants, ou qui font semblant de l'être, suant et s'agitant ; et soixante valseuses avec plus ou moins de beauté et d'innocence, d'adresse et de coquetterie, de modestie et de volupté.

Tout cela s'appelait un déjeuner dansant. Le bruit, le bourdonnement des conversations, le tapage de la musique, la monotonie enivrante de la valse, le passage et le repassage des oisifs, les blasphèmes des joueurs, les sanglots des joueuses, et la lassitude de cette lanterne magique me firent sortir de la salle. Dans l'instant

(1) *Concours Médical*, 23 août 1936, page 2468.
(2) Albin Michel, éditeur, Paris, 1936.
(3) Plon, éditeur, Paris, 1936.

je suis culbuté par une course anglaise, sur un mauvais pavé ; je me ramasse ; j'évite de l'être par une vingtaine de polissons, grands et petits seigneurs, au galop sur des petits chevaux qu'on appelle des escalins. Je m'assieds et je vois quelques buveurs d'eau compter religieusement leurs verres et leurs pas et s'applaudir un peu tristement des progrès de leur estomac. Quelques femmes viennent les joindre ; j'écoute : « Les eaux vous passent-elles ? Madame, dit un vieux président. — Oui, Monsieur, depuis hier, répond celle-là. — Votre excellence commence-t-elle à digérer ? dit-elle à un ministre d'une Cour ecclésiastique. — J'aurai l'honneur de répondre à votre excellence, dit celui-ci, que je transpire depuis huit heures du soir jusqu'à dix, et que je sue tout à fait depuis dix jusqu'à minuit ; et si je n'avais pas tant d'affaires pour Monseigneur, je me trouverais bien tout à fait de ma *cure*. » Un Français fait le gentil sur le mot de cure, et lui dit : « Je vous croyais au moins vicaire-général. — *Goddam* ! vos *Géronstères* et vos *Pouhons*, dit un lord... — Comment mes poumons ? reprend un demi-sourd. — Je ne dis pas cela, reprend le très honorable membre ; j'ai quitté ici tous les bills de mon pays, qui mettaient ma bile en mouvement pour ne plus entendre parler de notre infernale et mercantile politique ; et au lieu d'eau je bois du punch comme un diable ; buvez tous au moins du clairet comme moi. Nous étions hier dix ou douze Anglais bien ivres ; nous nous portons tous à merveille aujourd'hui. »

Si j'étais venu à Spa par curiosité, j'en aurais eu déjà assez ; car, dans une demi-heure, je l'avais connu, et toute l'Europe et presque l'Amérique aussi. Il n'y a pas de meilleur observatoire que les bains et les eaux. Mais comme les observations ne guérissent pas les coups de sabre, je me proposai de m'y arrêter ; et pour reposer mes yeux et mes oreilles, je pris le chemin des montagnes. »

***

Si le Prince de Ligne revenait sur terre et qu'il fût dans une de nos grandes villes d'eaux, il y trouverait à peu de choses près le même monde ou demi-monde cosmopolite avec les mêmes aspects ridicules et les mêmes conversations saugrenues. *Nihil novi sub sole.*

J. Noir.

De la nécessité pour les adhérents à une Société de prendre connaissance des statuts de cette dernière et de la responsabilité qu'encourent les membres du Conseil d'Administration d'une Société

Un jeune confrère adhérent, à notre *Mutualité familiale* (Assurance-maladie), atteint d'une affection légère, a interrompu pendant *quatre jours* l'exercice professionnel. Il réclama une indemnité qu'il croyait due. Le secrétaire général lui répondit que l'article 34 des statuts indiquait que l'indemnité maladie ne devait être attribuée qu'à partir du cinquième jour de la maladie, disposition prudente admise par toutes les Sociétés et toutes les Administrations. Notre jeune confrère aussitôt se révolta. Il protesta avec violence, fut jusqu'à parler « d'escroquerie morale » et fit les pires menaces à la *Mutualité familiale*. Nous n'ajoutons qu'une importance toute relative à cette réaction que notre confrère regrettera s'il se donne la peine de réfléchir et de constater que sa déconvenue résulte tout simplement de sa légèreté. Il a, en effet, adhéré à une Société sans réflexion suffisante et sans prendre connaissance des statuts. La preuve de cette légèreté se manifeste dans un passage de sa lettre de protestation où il paraît faire grief à la *Mutualité familiale* d'encaisser plus qu'elle ne décaisse. Est-il besoin de relever cette naïveté ? Comment, dans le cas contraire, une Société d'assurance contre la maladie et de retraites pourrait-elle tenir ses engagements ?

Nous ferons en outre remarquer à notre jeune confrère que les membres du Conseil d'administration d'une Société, fut-elle mutuelle et médicale et remplissant gratuitement ces fonctions comme à notre *Mutualité*, sont responsables de la gestion de cette Société et qu'ils peuvent être poursuivis pour les irrégularités qui pourraient s'y produire.

A cette responsabilité, nombre de médecins administrateurs ne songent même pas. Ils ont tort, car parfois ils ont la désagréable surprise de se voir poursuivis en justice pour des faits dont ils n'avaient pas eu connaissance et que leur qualité de membres d'un Conseil d'administration ne leur permettait pas d'ignorer.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIX ANNÉES DE PRATIQUE DE LA DIATHERMO-COAGULATION CHIRURGICALE

Par J. DE FOURMESTRAUX et M. FREDET

Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres

« L'utilisation des courants de haute fréquence et de basse tension ne constitue plus dans la pratique courante une méthode empirique et un procédé d'exception.

« Ses indications sont précises et étendues ».

Il y a douze ans, l'un de nous utilisait pour la première fois, les courants de haute fréquence dans le traitement d'un cancer de l'utérus d'apparence inopérable, et pour lequel il put secondairement faire une hystérectomie élargie. Dans les années qui suivirent, il élargit les indications de cette méthode et publia ses résultats (1). Il ne semble pas alors que ces travaux retinrent spécialement l'attention. Depuis lors, de nombreux chirurgiens employèrent la même technique et parfois montrèrent pour elle un réel enthousiasme. Nous ne croyons pas que l'utilisation opératoire des courants de haute fréquence mérite, ni cet excès d'honneur, ni cette indignité, et pensons simplement que la diathermo-coagulation constitue un adjuvant très utile de l'acte chirurgical et nous voulons simplement ici exposer les résultats obtenus.

I. Historique de la méthode

Il semble bien que cette technique soit d'origine française. Doyen, il y a plus de trente ans, fulgurait, disait-il, les cancers étendus et faisait véritablement de l'électro-coagulation, en disposant l'électrode active au contact des tissus ; mais il employait des courants de haute tension, dangereux, difficiles à manier. L'idée initiale qui le guidait était séduisante, l'appareil qu'il utilisait était défectueux. Si, en chirurgie générale, cette technique se diffusa lentement, il semble bien que dans le domaine de la spécialité, sa progression ait été plus rapide. Des travaux nombreux ont été publiés sur la question par Portman Ledoux, Robert, Lemoine, etc., en ce qui touche à l'oto-rhino-laryngologie. En urologie, l'utilisation en est fréquente, comme en témoignent les observations de Rouquayrol, Papin, Marion et surtout d'Heitz-Boyer. Ce dernier semble, quelques années après Doyen, avoir été un des premiers chirurgiens français à employer cette technique, en l'utilisant en chirurgie urinaire. Il a réalisé avec Gondet, un appareil fort ingénieux. C'est une instrumentation presque analogue que de Martel, à la suite de Cushing, a utilisé dans l'ablation des tumeurs cérébrales.

En chirurgie générale et surtout dans la chirurgie du cancer où ils obtinrent des résultats qui furent fort discutés, *mais qui étaient loin d'être* sans intérêt, Keating Hart et Juge ont employé surtout la fulguration, procédé quelque peu effrayant. Ils ne pouvaient, en effet, obtenir une coagulation limitée et sans larges effets destructifs en raison des appareils dont ils disposaient à cette époque. Bordier, qui a fait beaucoup pour la vulgarisation de cette méthode, a obtenu des résultats impressionnants dans le traitement du cancer des radiologues, de même que Julien dans le cancer des lèvres.

Au Congrès français de 1925, Stéfani a rapporté quelques observations de coagulation diathermique suivis de bons résultats immédiats dans les néoplasmes de l'anus et du rectum. En 1929, Proust, après avoir vu opérer Handley, enleva ainsi un cancer du sein. La même année, l'un de nous, présentait les résultats de notre pratique dans le traitement palliatif du cancer de l'utérus à la Société de chirurgie ; à cette même époque, et à cette même tribune Gernez relatait l'ablation heureuse des cancers étendus de la langue. Ces communications ne suscitèrent qu'un enthousiasme modéré, mais les idées semblent avoir

(1) J. DE FOURMESTRAUX. — Diathermo-coagulation chirurgicale dans le traitement chirurgical du cancer. *Bruxelles-Médical*, 1929 ; *Archives médico-chirurgicales de Province*, 1929. *Société nationale de Chirurgie*, 1930.

évolué depuis lors. Une nouvelle communication de Gernez (1935), où il relatait l'histoire clinique de malades présentant des cancers étendus du rectum considérablement améliorés paraît avoir convaincu beaucoup de nos collègues restés fort sceptiques jusqu'alors.

II. Principe de la méthode

La définition la meilleure de la technique diathermique est, nous semble-t-il, celle que propose de Nobele (de Gand) « Emploi des courants de *haute fréquence, de basse tension et de forte intensité*, ayant pour but de provoquer une élévation de température, soit locale, soit générale ». On peut compléter cette définition en spécifiant que le courant de haute fréquence ne passe pas à la surface du corps ainsi que sur un conducteur métallique, mais pénètre ses tissus, ceux-ci se comportant vis-à-vis des courants comme un électrolyte. Dans la diathermo-coagulation, seule technique qui nous intéresse, une forte densité électrique obtenue en diminuant la surface d'une électrode permet d'obtenir une chaleur locale telle que les tissus soient coagulés. Cette coagulation, suivant ses modalités d'application et l'appareil utilisé, permet d'obtenir un effet de section ou un effet de coagulation.

III. Les appareils employés

Nous avons à notre disposition à l'heure actuelle deux genres de dispositifs : les appareils à ondes amorties (appareils à éclateurs) et les appareils à ondes entretenues (appareils à lampes) :

a) **Appareils à ondes amorties.** — Ils réalisent la production d'ondes amorties par la brusque décharge d'un condensateur. Malgré quelques inconvénients, c'est l'appareil le plus pratique, en tout cas le plus robuste. Le montage nécessite un condensateur, une bobine de self induction, un éclateur. Les appareils utilisés sont dérivés du dispositif le plus ancien, celui de Nagelschmitt, réalisé par Siemens (1909).

Il est impossible de passer en revue les appareils nombreux utilisés depuis lors. Une excellente description technique en est présentée dans l'ouvrage de Bordier.

Nous employons depuis dix ans le dispositif réalisé par Jaffrenou et Piquet, avec un éclateur de tungstène en vase clos, principe des circuits à intensité constante. Il a l'avantage de présenter un réducteur de puissance constitué par deux lampes interposées, qui permet d'obtenir (ce qui a une importance réelle), une intensité de coagulation assez précise dans un temps donné. Dans la construction de ce réducteur de puissance, afin de supprimer toutes les décharges possibles entre le chirurgien et le malade, ou entre ce dernier et les objets extérieurs, l'opéré est placé à un potentiel neutre. Cette technique, qui est intéressante, n'est plus un procédé empirique et permet quelque précision dans la délimitation de la coagulation. Il faut bien avouer cependant, que si cela est exact pour les petites lésions et est parfait pour ce qui n'est pas du cancer ou qui est du cancer peu étendu, cela ne l'est plus pour les tumeurs étendues. On sera alors dans l'obligation d'utiliser une intensité beaucoup plus considérable (1.500 à 2.000 milliampères) et dès lors on contrôlera beaucoup plus mal l'étendue de sa coagulation. Il y a là un problème technique qui ne semble pas insoluble.

b) **Appareils à ondes entretenues (appareils à lampes).**

Il est hors de doute que l'utilisation des ondes entretenues permet un effet de section que l'on ne peut réaliser avec les appareils à éclateurs ou à ondes amorties. L'avantage nous en semble moins précis, et vraiment la section diathermique présente-t-elle un avantage bien réel sur la section au bistouri ?

Nous avons, pour notre part, souvent employé l'excellent dispositif de Gaiffe, mais nous utilisons de moins en moins la section diathermique qui s'accompagne toujours plus ou moins de phénomènes coagulants.

IV. Technique opératoire

Appareils à ondes amorties et dispositifs à ondes entretenues nous permettent d'aborder les lésions à détruire suivant les trois modalités suivantes. *Etincelage, coagulation à étendue variable en surface et en profondeur ; section avec faible coagulation*, ceci étant surtout le propre des appareils à ondes entretenues. L'étincelage, utilisable surtout en employant le résonnateur de Oudin, ne peut permettre que des destructions toutes superficielles, fulguration qui présente les avantages et les inconvénients de cette dernière. Nous n'envisageons pas ici l'effet propre aux appareils à lampes ; nous l'avons utilisé à diverses reprises (appareil de Gaiffe), mais pensons qu'en pratique l'effet coagulation, appareils à éclateurs, est susceptible d'un rendement plus précis. C'est ce dernier dispositif que nous avons utilisé le plus souvent, soit en employant un réducteur de puissance par lampe formant résistance dans le circuit, soit sans résistance interposée. Deux électrodes : l'électrode indifférente, l'électrode active, le bistouri ou l'aiguille. La plus pratique des électrodes indifférentes est constituée par une plaque de plomb ; son point d'application n'a pas une grande importance : d'une façon habituelle nous la plaçons sur la cuisse du malade et en réalisant un contact intime pour éviter les brûlures et l'étincellage que ne manquerait pas de provoquer un contact non immédiat. Il s'agit dans ce cas de diathermo-coagulation à deux fils avec

une seule électrode active ou diathermo-coagulation monopolaire suivant l'expression heureuse de Lemoine. Nous n'avons pas utilisé la diathermo-coagulation sans fil de Bordier et seulement à quelques reprises, la diathermo-coagulation bipolaire.

Application prolongée avec une intensité réduite, diathermo-coagulation contrôlée avec résistance interposée ou application intense sans résistance ; c'est une question d'espèce et est surtout fonction des lésions à coaguler.

Si nous prenons par exemple le cas typique et qui donne presque toujours de bons résultats d'un épithélioma cutané de moyen volume ; après coagulation de la totalité des bourgeons d'apparence néoplasique, une escarre se forme, qui s'élimine le huitième ou dixième jour pour faire place en quinze à vingt jours à une cicatrice souple et mobile. L'hémorragie est souvent nulle, et à moins qu'il ne s'agisse de vaisseaux importants, inutile de mettre une ligature. Nous avons l'habitude de mettre des pinces en nombre suffisant sur ce qui saigne et de toucher le corps desdites pinces avec le couteau diathermique ; le contact se fait, le courant passe et l'hémostase est réalisée. Nous n'avons au cours d'exérèses parfois étendues, jamais encore observé d'hémorragies secondaires, ni les effets de shock que paraissent redouter quelques chirurgiens.

La réalisation pratique du bistouri diathermique et des instruments d'électro-coagulation en général, nous paraît peu compliquée. L'instrumentation de Bordier est ingénieuse, mais a le grave inconvénient d'être difficilement stérilisable. Après avoir employé les électrodes de Jullien, nous nous sommes servis d'un bistouri que nous avait établi Gaiffe, qui était bien en main, mais présentait lui aussi de grosses difficultés de stérilisation. Plus simplement, à l'heure actuelle, nous utilisons un bistouri ordinaire dont le manche est entouré d'un drain et relié par un fil amovible au fil amenant le courant. Le tout est facilement stérilisable par ébullition ou à l'autoclave. Notre bistouri coupe et coagule. Il peut y avoir des modifications de détail à y apporter mais tel qu'il est il nous a donné toute satisfaction.

V. Résultats obtenus

A. Electro-coagulation dans les lésions non néoplasiques

I. Les angiomes

L'ablation chirurgicale des angiomes n'est pas toujours exempte de difficultés opératoires du fait de l'hémorragie. D'autre part, quand il s'agit d'angiome de la face d'une certaine étendue, on est obligé de procéder à une opération mutilante qui laissera au patient un préjudice esthétique plus ou moins important. C'est pour ces raisons que nous préférons le traitement par électro-coagulation.

Nous employons presque toujours la méthode unipolaire, l'électrode active étant représentée par une aiguille fine. L'anesthésie générale est souvent nécessaire.

On commence par enfoncer sur la périphérie de la tumeur une aiguille très fine. Au début, un courant de 100 à 150 milliampères suffit, mais bientôt les phénomènes de polarisation se produisent autour de l'aiguille et l'on est obligé de monter à 250 et 300 milliampères.

Quand les phénomènes de polarisation se produisent, on retire l'aiguille et l'on coagule un point voisin en recommençant à 100 milliampères. De proche en proche, on arrive à coaguler une zone de la dimension d'une pièce de deux francs. Quand l'angiome est plus étendu, il vaut mieux procéder en plusieurs séances distantes de quinze à vingt jours.

Il faut attendre trois semaines à un mois pour obtenir une cicatrice blanchâtre, généralement souple, mobile et non-adhérente.

Cette méthode est parfaitement tolérée, même par des nourrissons de quelques semaines.

II. Tumeurs bénignes affections non-néoplasiques

1° Par ce même procédé de coagulation à l'aiguille unipolaire, nous avons eu l'occasion de traiter avec succès de nombreuses verrues. Les verrues plantaires, de beaucoup les plus gênantes, parce que douloureuses, sont aisément guéries. A ce propos deux points de technique sont à signaler : *a*) l'anesthésie générale est le plus souvent indispensable, car l'infiltration cocaïnique de la semelle plantaire est difficile et d'autre part, la richesse de la région en filets nerveux sensitifs rend la coagulation douloureuse ; *b*) il importe de ne pas dépasser la verrue ni en surface ni en profondeur, car il se produirait une escharre très longue à guérir.

2° Les petits kystes sébacés, quand ils ne dépassent pas le volume d'un petit pois s'enlèvent très bien à l'aiguille. La matière sébacée se coagule et la poche desséchée vient souvent avec l'aiguille quand on la retire ;

3° Les points lupiques sont détruits par une légère coagulation (100 milliampères suffisent). Nous avons eu de très beaux résultats de lupus du nez traités par coagulation, chaque séance étant répétée tous les mois ou tous les deux mois. Nous avons dû faire six à dix séances de coagulation pour arriver à des guérisons maintenues depuis plusieurs années.

III. Les hémorroïdes

Nous ne pratiquons jamais plus l'ablation chi-

rurgicale des hémorroïdes. L'électro-coagulation donne des résultats constants et parfaits.

A moins qu'il ne s'agisse d'une hémorroïde isolée pour laquelle l'anesthésie locale suffit, l'anesthésie pratiquée est soit l'anesthésie épidurale, soit la rachi-anesthésie, soit le plus souvent l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Le premier temps consiste en une dilatation anale. Puis, on repère avec des pinces de Kocher les pédicules hémorroïdaires de façon à les isoler. L'électrode indifférente est alors placée sur l'abdomen et l'électrode active est représentée par une grosse aiguille ou par un bistouri ordinaire gainé de caoutchouc. Cette électrode est mise en contact avec la base du pédicule hémorroïdaire et l'on fait passer un courant de 200 à 250 milliampères. Bientôt la masse veineuse flétrie vient avec la pince. Il ne reste plus qu'à faire un léger étincelage sur le moignon du pédicule. On recommence la même manœuvre sur trois ou quatre pédicules individualisés, en *ayant soin de toujours laisser entre eux un intervalle de muqueuse saine* et éviter ainsi une sténose cicatricielle.

IV. Affections des voies urinaires

Nous avons déjà parlé de l'enthousiasme précoce des urologues. Aussi, sans entrer à fond dans *le domaine de la spécialité*, poserons-nous ici les indications fondamentales.

a) Affections de la verge et du gland

1° *Les condylomes* sont aisément détruits par un léger étincelage suivi d'une coagulation légère de la base d'implantation. Etant donnée la sensibilité de la région, il faut pratiquer l'anesthésie locale avec quelques gouttes de novocaïne à 4 %, l'intensité du courant ne dépassera pas 150 milliampères, tant pour l'étincelage que pour la coagulation.

2° Pour sectionner un frein trop court, après anesthésie locale à la novocaïne, il suffit de prendre la partie à sectionner entre deux pinces de Kocher. L'électrode active est représentée par un bistouri ordinaire gainé de caoutchouc : on coupe, et coagule en même temps.

b) Affections du méat uréthral

1° Chez l'homme, l'électro-coagulation paraît être une méthode de choix pour sectionner les brides et les diverticules du méat qui sont la cause de tant de blennorragies traînantes et difficiles à guérir

2° Chez la femme, les polypes du méat urétral constituent une indication absolue de la coagulation. L'anesthésie à la novocaïne à 4 % est suffisante. On prend le polype avec une pince de Kocher et il suffit de mettre l'électrode active au contact de la pince jusqu'à ce que le polype vienne et de coaguler ensuite la base d'implantation. Des courants de 150 à 200 milliampères, sont suffisants. Quelquefois une retouche supplémentaire un mois après la séance de destruction est nécessaire.

c) Affections de l'urèthre

Certaines suppurations du canal ne peuvent être taries qu'après l'ouverture d'une glande, d'un diverticule ou l'abrasion d'une néoformation inflammatoire par coagulation. Ces manœuvres nécessitent l'emploi de l'urétro cystoscope à vision indirecte.

d) Affections de la prostate
Hypertrophie prostatique

Ces dernières années, on a vu les procédés de destruction prostatique par voie endoscopique faire de grands progrès, et de nombreux adeptes. Nous n'en n'avons pas l'expérience et sommes restés fidèles au traitement chirurgical de l'adénome prostatique. Le Freyer en deux temps, complété par une technique post-opératoire un peu spéciale basée sur le non-tamponnement et les lavages urétro-vésicaux directs, sans sonde.

e) Affections vésicales

1° *Lésions néoformantes du col vésical*

L'urétro-cystoscopie a permis de préciser toute une série de lésions déformantes du col vésical et de l'urèthre adjacent qui sont d'origine inflammatoire, en rapport le plus souvent chez l'homme avec une infection vénérienne, chez la femme avec une infection intestinale relevant du syndrome entérorénal (Heitz-Boyer).

Ces lésions se présentent sous différents aspects dont les principaux sont les variétés polypeuse, kystique, œdémateuse et verruqueuse. Ces lésions néoformantes qui sont cause de beaucoup de cystites rebelles et récidivantes peuvent être guéries facilement grâce à l'urétrocystoscopie qui seule permet de mettre en œuvre le « curetage électrique » par les étincelles de haute fréquence (Thèse de Sandonval, Paris, 1926). Pour notre part, nous avons traité ainsi beaucoup de cystites rebelles chez des femmes atteintes de colibacillose. L'anesthésie s'obtiendra en introduisant, avant l'opération, dans le rectum du patient un suppositoire à base de cocaïne-morphine. Ensuite, il faut vider la vessie et introduire par une petite sonde de 6 à 8 c. c. d'une solution de novocaïne à 4 %.

Sous le contrôle de l'urétrocystoscope, on met la sonde diathermique au voisinage immédiat de la néoformation. On l'étincelle d'abord, puis, amenant l'électrode au contact, on coagule ensuite le pédicule avec des courants très faibles. Il est bon de laisser une sonde vésicale à demeure vingt-quatre à quarante-huit heures.

2° *Les ulcérations tuberculeuses* reconnaissent également comme traitement l'étincelage avec des courants très faibles, à condition toutefois que le foyer tuberculeux rénal qui a contaminé la vessie ait été enlevé antérieurement. L'anesthésie épidurale ou lombaire peut être nécessaire; mais il faut être très prudent car un courant de haute fréquence un peu intense aurait vite fait une perforation vésicale. Aussi recommandons-nous de chercher le seuil nécessaire pour obtenir une étincelle et de s'en contenter.

3° *Les tumeurs bénignes de la vessie.*

Nous comprendrons sous cette dénomination les polypes de la vessie, qui sont dans la majorité des cas des papillomes, parfois mais plus rarement des adénomes ou myxômes. Les polypes de petit ou de moyen volumes, ceux qui sont vus en totalité dans le champ du cystoscope quand celui-ci occupe une situation moyenne dans la vessie, doivent être détruits par les voies naturelles, par électro-coagulation. L'anesthésie épidurale ou lombaire est nécessaire. L'électrode active est représentée par une sonde diathermique. L'intensité du courant doit varier de 100 à 300 milliampères. Quand on s'attaque à la masse du polype, il n'y a aucun danger, mais il faut être très prudent quand on arrive au pédicule. On laissera une sonde vésicale à demeure deux ou trois jours. Les polypes volumineux pourront aussi être détruits par étincelage, mais à vessie ouverte et la vessie sera drainée ultérieurement par voie hypogastrique.

De même, quand il y a infection, quel que soit le volume du polype, il faut coaguler à vessie ouverte et drainer ensuite. Les résultats obtenus sont le plus souvent remarquables. On est étonné quand on fait des cystoscopies de contrôle de la qualité des cicatrices qui sont souvent presque invisibles.

Gynécologie. Métrites cervicales

Insensibilité absolue du col utérin aux courants de hautefréquence ; aucune anesthésie n'est nécessaire.

Mais, avant de traiter une métrite par coagulation, il importe :

1° D'être renseigné exactement sur la date des dernières règles ;

2° De s'assurer qu'il n'existe pas de lésion annexielle en évolution. Dans ce cas, on pourrait donner un coup de fouet à l'infection et voir se développer une complication grave telle qu'une pelvi-péritonite. Les lésions chroniques ou refroidies ne nous paraissent pas être une contradiction absolue, tout au moins pour l'étincelage.

Dans les métrites aiguës, nous préférons nous abstenir dans les premières semaines. Traitement médical, injections vaginales, ovules, tamponnements. Au bout d'un mois environ, quand nous constatons des lésions bien individualisées, intervention active. En effet, les lésions qui cèdent à l'électro-coagulation sont des ulcérations métritiques et l'hypertrophie du col.

a) Les ulcérations métritiques. — Dans leur traitement nous employons avant tout l'étincelage. L'électrode active employée est de préférence une grosse aiguille. Nous la tenons à quelques millimètres de l'ulcération et nous faisons passer un courant de 150 à 200 milliampères. De l'électrode tenue non au contact, mais à distance jaillissent des étincelles et l'on voit bientôt l'ulcération se recouvrir d'une sorte de pellicule blanchâtre représentée par les tissus étincelés. Après la séance, tamponnement léger de la zone étincelée soit avec de la gaze sèche, soit avec un tampon imbibé de thigénol ou de glucolactol. Nous faisons retirer ce tampon le lendemain et prescrivons des injections faiblement antiseptiques et des ovules à la glycérine. Nous ne faisons revenir la malade que trois semaines plus tard et pratiquons une ou plusieurs séances ultérieures, si nécessaire.

b) Hypertrophie du col. — Plus d'étincelage mais la coagulation vraie. Nous enfonçons l'aiguille de deux à trois millimètres dans le col et faisons passer un courant de 200 milliampères jusqu'à ce que l'aiguille se polarise, ce qui demande une dizaine de secondes environ. On la retire alors entourée de produits de coagulation. S'il n'y a qu'une lèvre du col hypertrophiée, deux petits puits ainsi réalisés suffisent. Si le col est hypertrophié dans son ensemble, on peut forer deux puits sur chaque lèvre, mais pas plus.

Souvent hypertrophie et ulcérations coexistent. Il suffit alors d'étinceler l'ulcération et de faire simultanément un ou plusieurs points de coagulation sur la ou les parties hypertrophiées. L'étincelage ne présente aucun danger, mais la coagulation par petits puits doit être conduite avec prudence. Nous avons observé une fois un cas de rigidité du col qui ne put se dilater au moment de l'accouchement, chez une jeune femme traitée dix-huit mois auparavant. Nous avons dû faire une césarienne. Sur plus de deux cents malades traitées, c'est le seul cas que nous ayons observé. Nous tenions cependant à mentionner la possibilité de la chose, pour inciter à la prudence en matière de coagulation (nous spécifions coagulation et non étincelage). Mais ce qui constitue ici une exception était relativement fréquent avec le filhos ou autres caustiques, qui, par ailleurs étaient loin de donner des résultats aussi rapides et aussi constants dans le traitement des métrites.

B) Diathermo-coagulation dans les lésions néoplasiques

Le triomphe de la méthode est le traitement des épithéliomas cutanés, quelle qu'en soit l'étendue. Il est certain que l'ablation d'un épithélioma cutané est chose simple, une exérèse large donne presque toujours des résultats excellents. Cependant, quand il s'agit de lésions qui ne permettent pas une réunion immédiate, l'intervention sanglante présente un gros écueil ; la nécessité où l'on se trouve en raison de l'étendue de la porte de substance d'avoir recours à une autoplastie ou des greffes.

Dans des épithéliomas de l'angle des paupières une exérèse facile se trouve singulièrement compliquée par une autoplastie secondaire difficile.

Bordier a présenté de magnifiques observations de cancer des radiologues où l'amélioration fut telle qu'elle ressemblait à une guérison. Nous avons nous-mêmes en traitement à l'heure actuelle une femme présentant des lésions de la face extrêmement étendues secondaires à des séances prolongées de radiothérapie où le résultat immédiat est vraiment impressionnant.

A diverses reprises des ganglions maxillaires n'ont pas été enlevés et ont rétrocédé, il s'agissait certainement de lésions inflammatoires.

Dans l'ablation d'épithéliomas du nez et de l'oreille, nous avons certainement limité beaucoup plus notre action d'exérèse que si nous avions employé le seul bistouri.

Intensité de 250 à 300 milliampères, durée variable suivant l'étendue des lésions. Il semble bien que contrairement à la radiothérapie qui agit surtout sur les éléments baso-cellulaires, la coagulation ait une efficacité égale sur les éléments néoplasiques spino-cellulaires. Dans le cancer de la langue, la coagulation présente un intérêt réel quand on sait la mortalité immédiate que donnent les interventions vraiment élargies. Gernez a rapporté toute une série d'observation de cancer de la langue dont le résultat immédiat fut excellent après exérèse diathermique. Nous avons été moins heureux et notre pratique est sur ce point moins étendue. Nous venons cependant de revoir un homme opéré il y a neuf ans, qui présente les caractères extérieurs de la guérison. L'examen histologique avait été très affirmatif. Dans les lésions précancéreuses, leucoplasies étendues, nos résultats ont été favorables.

Nous ne pensons pas que l'ablation large d'un cancer du sein soit justifiable du bistouri diathermique ; nous l'avons utilisé, n'en voyons pas l'avantage et le blocage des lymphatiques que cette technique pourrait réaliser semble assez théorique ; en revanche, la coagulation peut être utilisée dans les récidives cutanées. Une malade opérée de cancer du sein par le procédé classique il y a treize ans, qui présenta trois récidives périphériques, traitées deux fois par l'ablation ; une dernière récidive fut coagulée par nous il y a huit ans, en présence de notre maître Jean-Louis Faure ; elle présente aujourd'hui une cicatrice souple, fragile, cache misère peut-être, mais il n'y a pas de récidive apparente.

Il ne semble pas que dans les cancers du tractus digestif, la section ou la coagulation diathermique paraisse d'une spéciale utilité quand elle est suivie d'une intervention large.

Cancer de la vessie

Le traitement radical du cancer de la vessie reste la cystectomie partielle ou totale, encore que cette dernière soit d'une gravité considérable et nécessite une double urétrostomie. Nous avons utilisé une seule fois, dans une cystectomie partielle, l'appareil à ondes entretenues avec un bon résultat.

L'électro-coagulation proprement dite (appareils à éclateurs) est surtout un moyen de traitement palliatif. L'étincelage, à vessie ouverte, peut être utilisé pour le traitement des tumeurs peu étendues du bas-fond ou du trigone.

Cancer de l'utérus

Dans le traitement du cancer de l'utérus, notre expérience est plus longue et nos résultats plus précis. Nous n'envisagerons pas les cancers du corps. Tout néoplasme du corps relève de la seule chirurgie sanglante. Néoplasmes inopérables, néoplasmes opérables.

A. Cancers du col inopérables. — Résultats très encourageants sur diverses malades chez lesquelles les traitements palliatifs antérieurs n'avaient donné que des mécomptes et où les bourgeons cancéreux envahissaient col et vagin. Deux à trois séances de diathermo-coagulation lente, pratiquées avec le réducteur de puissance amenèrent rapidement la suppression des sécrétions ichoreuses et une diminution des douleurs. Au bout de cinq à six semaines, les bourgeons avaient disparu et fait place à une induration en plaque à consistance dure au toucher, ayant l'aspect que donne un col néoplasique après application de radium. Il ne saurait être question de guérison, mais c'est là certainement un des modes de traitement qui, dans ces lésions lamentables, nous a donné les meilleurs résultats.

B. Cancers opérables ou aux limites de l'opérabilité

Le gros écueil dans l'admirable opération qu'est l'hystérectomie élargie est le danger d'infection au moment de l'ouverture du vagin. *L'infection des cancers des cavités est la règle et,*

il semble bien qu'au niveau de l'utérus, cette dernière soit particulièrement virulente. Dans un travail très documenté, provenant du service de Roussy, Glandclaude et Liégeois ont trouvé une contamination constante du col où existait presque toujours des streptocoques. *Quoi que l'on fasse dans une hystérectomie totale, l'intervention cesse d'être aseptique à un moment donné.*

Dans un tissu cellulaire pelvien traumatisé, contus, une hémostase pour être parfaite a nécessité des ligatures multiples.

La cellulite pelvienne difficile à éviter, constitue une complication post-opératoire d'une singulière gravité. Alors même que l'on change de gants, d'instruments après le temps vaginal, comme il faut toujours le faire, l'inoculation du tissu cellulaire pelvien par le col septique est difficile à éviter.

La désinfection du vagin est bien difficile à réaliser en pratique. Après avoir utilisé la vaccinothérapie, nous y avons renoncé. Si l'on utilise un vaccin non spécifique on emploie une méthode empirique en son principe ; si l'on utilise un auto-vaccin l'on se heurte à des difficultés techniques réelles en raison du polymorphisme de la flore vaginale. Le principe de la vaccinothérapie locale et de la vaccinothérapie générale pré-opératoire est très judicieux, mais bien compliqué dans son application.

La diathermo-coagulation pré-opératoire du col nous semble présenter un double avantage, réduction des bourgeons néoplasiques et stérilisation relative du col infecté. La technique en est simple, ablation des masses néoplasiques au bistouri ou à la curette diathermique, stérilisation de la muqueuse endo-cervicale.

Il n'est pas besoin de fortes intensités, 300 milliampères ; environ pendant deux ou trois minutes. L'appareil à circuit de résistance intercalée nous a rendu dans ce cas particulier de réels services.

Nous avons vu des masses néoplasiques diminuer, s'atrophier, s'éliminer et une muqueuse d'apparence saine apparaître sur un col induré et néoplastique.

Cette stérilisation du col, cette suppression des bourgeons septiques et exubérants permettent une hystérectomie élargie, qui, jusqu'à nouvel ordre, reste dans le cancer de l'utérus, le meilleur procédé opératoire. Nous savons avec quelle prudence il faut affirmer un fait et donner des conclusions précises quand il s'agit de cancer. Il n'en est pas moins vrai, à l'heure actuelle, que la diathermo-coagulation peut être considérée comme un auxiliaire précieux de la technique chirurgicale.

MUTATIONS ET POLYMORPHISMES MICROBIENS

Par Pierre LABIGNETTE

Chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

La récente communication faite par MM. Peyre et Roy à la Société de médecine de Paris, vient de remettre à l'esprit de beaucoup une question qui fut déjà l'objet de commentaires nombreux et variés : celle des mutations microbiennes possibles. Un microbe d'une espèce donnée, sur l'identification duquel on n'a plus aucun doute, peut-il « se changer » en un microbe d'une autre espèce, toute différente de la première ? C'est tout le problème de la fixité bactériologique qui vient d'être posé à nouveau et son importance apparaît capitale tant par le bouleversement qu'il pourrait amener dans les notions théoriques que dans les déductions pratiques qui ne manqueraient pas d'en découler.

En consultant la bibliographie de cette question, on constate que les observations publiées sur les mutations microbiennes n'ont pas sensiblement modifié jusqu'à ce jour l'opinion classique de la fixité bactériologique. Les travaux contenus dans la thèse de doctorat ès sciences faite en 1907 par M. Georges Rosenthal sur le transformisme de microbes anaérobies en aérobies avaient passé, au dire même de l'auteur, pour une opinion « révolutionnaire et honnie des bactériologues à trois tubes ».

Les autres communications et articles concernant les mutations microbiennes ont bien été reçues avec intérêt à cause des faits qu'ils contenaient et aussi par respect pour les personnalités qui les mettaient en relief, mais il ne semble pas que le classicisme bactériologique en ait été influencé pour autant.

Ce que MM. Peyre et Roy ont apporté devant la Société de médecine n'est pas négligeable, car le passage d'un colibacille en entérocoque est une curieuse et importante mutation. L'un est un bâtonnet, l'autre est un diplocoque de volume variable ; le premier ne garde pas le Gram, tandis que le second est à Gram positif. Sans tenir compte de la différence des milieux de culture il est évident que ce sont deux microbes norma-

lement très différents l'un de l'autre. Le passage de l'une à l'autre forme constitue un fait qui pourrait, si la chose était vérifiée un bon nombre de fois, mettre en cause les bases de la bactériologie telle qu'on la conçoit habituellement. Cependant, la récente observation et celles qui l'ont précédée paraissent n'être que des exceptions, des cas très rares. Comme il s'agit de microbes trouvés habituellement dans un terrain identique : intestin ou vessie, cette mutation semble moins extraordinaire que s'il s'agissait par exemple d'un bacille tuberculeux devenant gonocoque. A tout prendre, la communication de MM. Peyre et Differdange au Congrès de Bactériologie de 1930 sur les mutations *in vivo* de bacilles typhiques en entérocoques, celle de ces dernières semaines de MM. Peyre et Roy constituent néanmoins un sujet de réflexions intéressantes. En effet, la thérapeutique de certaines infections intestinales que l'on traitait en fonction d'un microbe donné pourrait alors devenir polymicrobienne puisque l'agent causal de la maladie serait susceptible de se modifier en d'autres espèces.

Si les phénomènes de mutation paraissent encore discutables à beaucoup en dépit d'observations sérieuses publiées par des auteurs dignes de foi, le polymorphisme microbien ne paraît par contre, faire de doute pour personne. De tous les microbes, celui qui, à ce sujet paraît être l'exemple le plus typique est le colibacille. On sait que le colibacille est classiquement décrit comme un bâtonnet, dont les extrémités seraient arrondies, d'une longueur variant entre 2 et 4 μ. On distingue ainsi des colibacilles longs, courts et moyens.

Mais, dans bon nombre de cas, la forme de bâtonnet n'est pas reconnaissable même à un grossissement déjà fort : le colibacille a l'aspect d'un véritable coccus. D'autres fois, il sera bien un bâtonnet, mais entouré d'une aréole qui en modifie la morphologie. On peut voir également des colibacilles si courts qu'ils en sont véritablement coccobacillaires. Certains même se placent en chaînettes les uns à la suite des autres. Il est évident que le fait de ne pas garder la coloration de Gram, d'être mobile à l'examen direct entre lame et lamelle, de rougir le lait tournesolé, de ne pas noircir les milieux au sous-acétate de plomb permettent néanmoins de diagnostiquer sûrement le colibacille.

Pourtant ce polymorphisme réel indique bien que la similitude morphologique n'existe pas dans toutes les espèces microbiennes.

L'explication de ce polymorphisme peut être donnée de plusieurs manières. Dans une même variété microbienne, il existe plusieurs races et toutes ces races ne sont pas semblables les unes aux autres. C'est ainsi que bien qu'ayant toujours les mêmes éléments de différenciation par rapport à un autre microbe, le colibacille ne se présente pas toujours sous le même aspect.

D'autre part, il est évident que le terrain sur lequel vivra le microbe peut vraisemblablement être cause d'une modification de son habitus extérieur. On sait que bon nombre de bactéries se mettent en spores dans certaines conditions de température et de milieu. Dans d'autres circonstances, l'association microbienne peut, disent certains auteurs étrangers, influer sur l'aspect de chacun d'eux. Cette dernière hypothèse ne semble d'ailleurs pas être confirmée par les faits. La pratique montre en effet que, dans les liquides pathogènes polymicrobiens, on retrouve habituellement à l'examen bactériologique, les différents microbes avec leurs morphologies classiques.

En résumé, aussi troublantes que peuvent être les quelques observations de mutations microbiennes présentées à plusieurs reprises par des auteurs différents dont le rigorisme et la probité scientifiques sont hors de doute, on ne saurait dans l'état actuel des connaissances bactériologiques porter atteinte à la fixité des espèces microbiennes. Il faudrait un important regroupement de ce qui a été déjà publié sur cette question et un nombre d'observations beaucoup plus considérable émanant d'auteurs différents. Par contre, l'idée du polymorphisme microbien doit de plus en plus être admise dans les notions courantes. Le cas du colibacille est le plus couramment observé, mais il y a beaucoup d'autres exemples tout aussi probants. A l'heure actuelle, il faut en bactériologie, rester fixiste, mais préciser de plus en plus les polymorphismes évidents.

ENDOCRINO-NEUROLOGIE

Diagnostic des tempéraments chez les adolescents. Directives pratiques qu'on peut en tirer en pédagogie orthogénétique

A l'époque de la rentrée des classes, si les familles, les pédagogues et les médecins étaient réellement soucieux de la santé et de la direction rationnelle de l'éducation des adolescents, ils devraient songer à l'établissement du diagnostic de leur tempérament pour en tirer des directives scolaires pratiques.

Le volume récemment publié par le *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques* que dirige avec talent le Docteur René Biot, œuvre dont nous ne saurions trop faire l'éloge, est intitulé cette fois : *Médecine et Adolescence.* Dans ce volume un chapitre, consacré au *diagnostic du tempérament chez les adolescents et orthogénésie,* a été écrit par le Professeur Nicolas Pende. Est-il utile de rappeler que le Professeur Pende est le savant qui a fait faire le plus de progrès à l'endocrino-neurologie, qu'il dirige magistralement l'Institut de biotypologie et d'orthogénétique de l'Université de Rome et l'Institut de pathologie médicale et méthodologie clinique de la Faculté de Rome, que sa valeur, universellement reconnue, l'a fait élever à la dignité de sénateur du Royaume d'Italie.

***

Le Professeur N. Pende commence par définir ce qu'on appelle tempérament ; il adopte de préférence la définition de Bouchard ; *le tempérament est le côté dynamique ou physiologique différentiel de la personnalité humaine.* Or, ce tempérament est sous l'influence de la crase humorale particulière à chaque individu dont l'équilibre est établi par les fonctions neuro-endocriniennes.

L'endocrinologie appliquée à l'interprétation des biotypes humains (types morphologiques, physiologiques et psychologiques) peut seule servir de base scientifique à l'étude des formes du corps et de son dynamisme qui différencient les individus entre eux.

Le tempérament apparaît alors comme le trait d'union entre la forme et la fonction, entre le corps et l'esprit.

Par exemple, l'hyperfonction constitutionnelle, physiologique, mais non encore morbide, de la glande thyroïde et de l'ortho-sympathique peut expliquer à la fois la morphologie longiligne, maigre et hyperévoluée d'un individu et son tempérament catabolique rapide, tachypragique avec son caractère hyperémotif et tachypsychique et quelquefois son intelligence du type synthétique, même fantastique. Cette étude peut surtout s'appliquer à la croissance dont le rythme et l'intensité subissent l'énorme influence des hormones.

Le diagnostic du tempérament endocrinien et neuro-endocrinien de l'adolescent est indispensable à la connaissance de sa personnalité somatique et psychique pour les applications à la médecine préventive, pédagogique et orthogénétique.

Le Prof. N. Pende classe les tempéraments en hypercriniques et hypocriniques qui peuvent être des états constitutionnels, mais qui souvent, sous l'influence d'agents pathogènes provocateurs, peuvent se transformer en états morbides d'où la nécessité de les diagnostiquer chez l'enfant et l'adolescent à l'âge scolaire.

***

I. Les tempéraments hypercriniens les plus faciles à diagnostiquer sont les tempéraments hyperthyroïdien, hyperpituitaire, hyperthymique, hypergénital. Il convient de leur ajouter les tempéraments moins connus hyperpancréatique et hypersurrénalien. Notons que seuls les tempéraments-types seront examinés mais qu'en pratique on peut se trouver en présence de tempéraments mixtes.

Le Prof. Pende fait la description suivante de ces divers tempéraments chez les adolescents :

1° L'*adolescent hyperthyroïdien* est maigre, a le corps élancé, mince, élégant. Il est longiligne, mais harmonique.

La ceinture est étroite, mais le bassin plutôt large. Ses membres, surtout les supérieurs sont longs, les mains et les pieds sont fins, longs et minces. Il est peu musclé, mais ses muscles sont toniques et forts.

La moitié supérieure du corps est plus volumineuse que l'inférieure.

Les mâles ont les épaules un peu tombantes, le bassin un peu trop large. Parfois, ils présentent une légère lordose lombaire. Leur ligne est un peu féminine. Les cheveux sont abondants, souvent ondulés et leur limite sur le front est basse. Les sourcils et les cils sont développés. L'œil est ouvert, le regard vif, expressif. Le nez plutôt long et étroit, les lèvres fines, les dents belles, le cou long et délicat.

Les filles présentent souvent une légère pilosité sur les joues et la lèvre supérieure.

Dans les deux sexes, on observe fréquemment une pilosité marquée sur les membres. Les bruns ont la peau pâle et livide. Les blonds ont des

taches émotives et présentent des rougeurs subites. Les mains sont généralement chaudes et parfois moites. La crise pubérale est chez eux précoce. On constate alors de la tachycardie, de l'émotivité, de l'hyperexcitabilité de l'orthosympathique et même de tout le système nerveux.

La sexualité psychique est exagérée, mais s'accompagne de timidité puérile pouvant aller jusqu'à l'inhibition.

Au point de vue dynamique, ils ont des réactions fonctionnelles très rapides, parfois à forme explosive, mais facilement épuisables. Leurs mouvements comme leur langage et leurs pensées sont rapides. L'action suit la pensée sans trop de résistance.

Leur hyperesthésie psychique s'accompagne souvent de fantaisie, d' « inventivité », d'intuition, d'une forte volonté, d'orientation altrüiste de l'âme. L'intelligence affecte une forme synthétique. L'adolescent hyperthyroïdien est doué d'un tempérament passionnel, pathétique, artistique, intuitif. Il peut devenir un créateur, un précurseur, un héros de demain.

2° *L'adolescent hyperpituitaire* est doué d'un corps grand mais désharmonique. Le nez est trop développé en longueur et en largeur. Il en est de même de la mandibule des mains et des pieds. La tête est grosse, les arcades sourcilières prononcées sont garnies de sourcils épais. Le thorax est large et court, les membres sont longs. La peau livide est séborrhéique. Ces adolescents sont sujets à l'acné du visage et du dos. La puberté est caractérisée par une poussée très rapide du squelette, des muscles et des organes génitaux externes. La pilosité du pubis et des membres est développée tandis que les cheveux et les poils du visage sont rares et durs.

Les filles ont une apparence masculine peu flatteuse. Elles sont souvent sportives et athlétiques. Le caractère est lent et peu émotif.

Chez l'hyperpituitaire, la vie est surtout nutritive et motrice. Les tendances sexuelles sont modérées.

Au moral ces adolescents sont froids, égoïstes, flegmatiques, tout en ayant parfois l'esprit d'aventure et de combativité. Doués d'une bonne mémoire, leur intelligence est objective et analytique. Ils sont peu capables d'abstraction et de synthèse.

3° *L'adolescent hyperthymique* se caractérise par une sexualité d'apparence incertaine du visage et du corps.

Leur corps est longiligne et délicat. Le thorax, le ventre, les seins, le pubis, le visage sont adipeux, la peau est délicate et blanche avec des capillaires sanguins très fins apparents. Les cheveux, les poils, les ongles, les dents sont fins et fragiles. La peau au visage et au dos des mains est pâteuse, souvent livide et cyanotique et donne au toucher une sensation de froid. Le nez et la bouche sont petits. Les végétations adénoïdes et les amygdales hypertrophiées sont fréquentes. La rate est grosse. On constate souvent chez les adolescents de ce genre le thymolymphatisme avec chloroanémie, de l'hypoplasie artérielle, de l'hypotension artérielle et de l'hypertension veineuse.

Dès la petite enfance, ils ont une tendance à contracter des affections catarrhales, des congestions aiguës, des dermatoses exsudatives récidivantes, des épistaxis. Chez eux, on constate de l'exagération des réflexes vaso-dilatateurs cutanés, des réflexes viscéraux du vague et du parasympathique qui en font des colloïdoclasiques, allergiques, spasmophiles, météréolabiles, sujets à l'appendicite, aux colites, à l'asthme.

Ce sont des instables de l'énergie musculaire de la volonté, de l'affectivité. S'ils sont musclés, ils offrent de l'amyosthénie, de l'amyotonie, des articulations relâchées.

Candidats aux perversions sexuelles et morales, ils présentent de l'incertitude sexuelle à forme puérile, parfois de l'homosexualité ou de l'ambivalence sexuelle ; tout cela s'accompagne d'un défaut d'inhibition des instincts et d'égoïsme exagéré.

Chez eux cependant, il est des types intuitifs artistiques et un bon développement intellectuel est possible.

4° *L'adolescent hypergénital* a le buste et le crâne très développés, les membres inférieurs relativement petits. Chez l'homme, les épaules sont larges, les muscles surtout de la nuque et le squelette sont volumineux. Le visage est expressif, les dents et les cheveux fragiles, la calvitie prématurée. Chez les filles, les règles sont abondantes et prolongées, souvent doublées dans le mois.

5° *L'adolescent hypersurrénal,* de stature exagérée, mais sans désharmonie a le corps musculeux et adipeux.

La pilosité est exagérée sur le corps, sauf pour les cheveux, rares et graisseux. Les filles de forme athlétique ont un aspect masculin atténué. Leurs règles sont insuffisantes et retardées.

6° *L'adolescent hyperpancréatique* a de la tendance à l'adiposité. La masse du corps est exagérée. Il est vorace, sujet à des éblouissements, calmés par l'ingestion d'aliments ou de sucre. Sa tension artérielle est faible. L'excitabilité du vague est excessive. On peut constater que les valeurs glycémiques du sang sont basses.

***

II. Les TEMPÉRAMENTS HYPOCRINIQUES sont ensuite l'objet de l'étude du Prof. N. Pende. Il décrit successivement :

1° *L'adolescent hypothyroïdien*, trapu, petit, bouffi surtout au visage, aux mains aux régions sus-claviculaires avec tendance à l'obésité à l'infiltration aqueuse des tissus. Il a été arriéré pour la dentition (carie très fréquente), le langage, la marche. La pilosité est rare, inexistante sur le corps. Il est vorace, constipé, sujet aux engelures à l'acrocyanose, aux angines, au rhumatisme. Son sommeil est agité.

Les fonctions sexuelles souvent sont basses.

Les filles de ce groupe ont les règles précoces, même abondantes, les seins très volumineux.

L'émotivité et l'intelligence sont réduites, la mémoire et la volonté normales.

Les réactions motrices et psychiques sont lentes. L'intelligence est analytique. Le caractère est plutôt optimiste et expansif.

2° *L'adolescent hypopituitaire* se caractérise par la puérilité persistante du visage. Le nez est court et étroit ; la mandibule est petite, les dents superposées et petites ; le visage rond ; la peau délicate et molle ; l'œil vif et expressif ; le type est féminin avec tendance à l'adiposité ; pieds et mains petits. L'hypopituitaire est vorace, sujet aux végétations adénoïdes et à l'hypertrophie amygdalienne. On constate chez lui de l'hypoglycémie, souvent de la polyurie. Le vagotonisme est exagéré. L'insuffisance des signes pubéraux est la règle. Le genu valgum est fréquent chez les mâles. Chez les filles, les seins sont volumineux, les organes génitaux petits, les règles insuffisantes, les cheveux et les poils très fins.

Le caractère est instable, inquiet, capricieux avec puérilité, insuffisance du sens critique, de la volonté. L'hypopituitaire est inattentif et très suggestible.

3° *L'adolescent hypogénital* est maigre, a la tête petite, le buste court, parfois présente de la cyphose cervico-dorsale ; la longueur des membres inférieurs est exagérée. La peau est pâle, le visage puéril. La pilosité est inexistante sur le visage et le corps ; les organes génitaux, les seins, le bassin sont petits, les règles insuffisantes, la musculature peu développée. Le caractère est faible,, lent déprimé, mais parfois l'intelligence et la volonté d'apprendre sont assez développées.

4° *L'adolescent hyposurrénalien* est maigre, a la peau brune. On constate de la pigmentation aux points traumatisés ou sur les cicatrices. Peu musclé, il manque d'énergie musculaire, son appétit est réduit ; l'estomac, les intestins sont atoniques ; la tension artérielle est faible. La volonté et l'intelligence sont normales. Très émotif, il est mélancolique, pessimiste, parfois artiste.

5° *L'adolescent spasmophile* rentre dans la catégorie des hypocriniens. L'expression de son visage napoléonienne ou beethovenienne est sérieuse. Son teint est livide. La bouche offre un aspect particulier, l'aptitude de se sucer.

Les dents pauvres en émail sont fragiles, les mains froides, cyanosées. Les émotions et le froid déterminent des spasmes vasculaires. Les réflexes de tous les muscles lisses et striés sont hyperexcitables.

Les spasmophiles sont sujets aux bronchites, aux rhinites, aux spasmes œsophagiens, cardiaques, pyloriques, intestinaux, vésico-biliaires. Ils sont prédisposés à l'ulcère rond, à l'appendicite, aux colites spasmodiques. Chez eux domine le vagotonisme. Ils présentent à l'examen du sang de la monocytose, de l'hypocalcémie avec alcalose. La sécrétion de l'insuline est exagérée.

Leur caractère est calme, froid, patient, mais ils sont parfois en proie à des crises de dépression ou d'excitation, à des idées obsédantes, stéréotypées, à de véritables spasmes psychiques. Leur intelligence est, en général, bonne, souvent polarisée.

***

III. — Directives pratiques en pédagogie orthogénétique

Après l'exposé des caractères qui permet de distinguer ces différents tempéraments endocriniens d'adolescents, le Prof. Nicola Pende résume les directives pratiques qu'on peut en tirer en pédagogie orthogénétique. Il est convaincu qu'on peut modifier dans la limite où le permettent l'hérédité et les facteurs congénitaux, l'état fonctionnel exagéré ou insuffisant de certaines glandes endocrines par une alimentation rationnelle et des conditions de vie s'adaptant à chaque individu.

On peut constater par exemple que l'hyperthyroïdien tolère mal les aliments animaux, l'hypopituitaire les sucres et les amylacés, que l'hypersurrénalien doit consommer peu de viandes, qu'il a besoin de lipoïdes, de sucres et suivre un régime végétarien.

Au *point de vue scolaire*, on peut se rendre compte de la difficulté de l'éducation collective pour les adolescents hypothyroïdiens, les hypopituitaires, les hyperthymiques, les hypersurrénaliens, les hypergénitaux ; pour les hypothyroïdiens à cause du retard de leur développement intellectuel ; pour les hypopituitaires et les hyperthymiques à cause de leur puérilisme, de l'instabilité de leur volonté et de leur manque d'attention ; pour les hypersurrénaliens et les hypergénitaux à cause de leur excessive vie intensive et de leur agressivité.

Un contrôle sérieux du développement sexuel

chez les hyperthymiques et les hypergénitaux est nécessaire,

Les *résultats scolaires les meilleurs* s'obtiennent avec les adolescents hyperthyroïdiens, hypersurrénaliens et hypogénitaux en fait de volonté, de profit et de développement intellectuel.

Néanmoins ces écoliers doivent être attentivement surveillés, si l'on veut éviter chez eux l'épuisement et la neurasthénie. Il ne faut pas les doter d'un cerveau hypertrophié de culture avec un corps faible et malingre.

J. Noir.

L'HYPERTHERMIE PRÉMENSTRUELLE CHEZ LES TUBERCULEUSES

Chez un nombre assez grand de femmes parfaitement normales, les règles sont précédées d'une légère élévation de la température centrale. Cette hyperthermie, qui dépasse rarement quelques dixièmes de degré, débute huit, dix jours et parfois quatorze jours avant la menstruation. Elle disparaît lors de l'arrivée des règles et fait place alors à une légère hypothermie pendant la durée de l'écoulement menstruel. Certaines de ces femmes présentent, concomittamment, quelques troubles endocriniens, mais nombre d'autres ont toute l'apparence de sujets absolument sains.

L'hyperthermie prémenstruelle chez les tuberculeuses, qui est assez accusée quelquefois pour mériter le nom de fièvre prémenstruelle des tuberculeuses, a été signalée par Daremberg en 1880 et étudiée par différents auteurs, Sabourin et le Prof. Bezançon en particulier. Le Docteur Weiller Raymond a consacré tout récemment sa thèse inaugurale (Strasbourg, 1936) à cette intéressante question.

Tout d'abord, il faut distinguer l'élévation thermique prémenstruelle des tuberculeuses, — phénomène fréquent — des poussées menstruelles des bacillaires, beaucoup plus rares. Dans la première, il y a seulement état fébrile momentané, lié à la venue des règles, et disparaissant avec celles-ci, sans laisser en général de troubles immédiats.

L'ascension thermique débute quatre, cinq jours, dix jours, quinze jours parfois avant les règles. La montée de température se fait progressivement en deux à quatre jours, se maintient en palier jusqu'au début du cycle menstruel, puis baisse quand apparaît la fin de ce cycle. La moyenne de l'élévation de température est de 4 à 5 dixièmes de degré (chez les malades ayant des lésions peu évolutives ou stabilisées) mais elle peut être de un et deux degrés chez les tuberculeuses porteuses de lésions évolutives.

On sait que les tuberculeuses sont souvent aménorrhéiques. Dans l'aménorrhée absolue, on ne saurait évidemment situer la date des règles absentes et parler d'hyperthermie à cette date. Toutefois, chez un certain nombre de bacillaires, il existe des aménorrhées « actives », les femmes éprouvant au moment habituel de leurs règles tous les troubles qu'elles avaient coutume de ressentir, sauf l'écoulement menstruel. Eh bien, chez ces femmes, on retrouve les réactions thermiques en rapport avec la menstruation.

L'hyperthermie prémenstruelle a-t-elle une valeur diagnostique et peut-elle constituer un élément de diagnostic en faveur de la tuberculose ? D'une manière absolue, non, puisque des élévations de température de 4 et 5 dixièmes de degré se voient chez des femmes considérées comme normales. Cependant, toutes autres causes étant écartées (hyperthyroïdie, entérite, états rhumatoïdes, etc.), surtout si l'hyperthermie est un peu élevée, un peu accentuée, on pourra trouver là un indice parfois assez précoce de tuberculose pulmonaire latente. Il sera prudent de penser à la tuberculose, d'examiner avec grand soin la femme, cliniquement, radiologiquement, etc., et de la suivre.

Chez les tuberculeuses pulmonaires, l'étude de l'élévation prémenstruelle de la température permet de tirer quelques déductions pronostiques. La réaction thermique en question est plus ou moins importante suivant le degré d'activité des lésions pulmonaires. Elle s'atténue au fur et à mesure que les lésions se stabilisent. Elle s'intensifie s'il y a aggravation.

D'autre part, il y a lieu de prendre certaines précautions chez les malades qui présentent une importante élévation thermique menstruelle. Chez elles, on s'abstiendra autant que possible de toute intervention à cette période.

M. Weiller Raymond a recherché quelle pouvait être la pathogénie de ces réactions thermiques. Pour lui, il faut attribuer un rôle à l'intoxication, aux décharges hormonales et à la bacillémie qui existent dans la phase prémenstruelle, chez des malades dont l'instabilité thermique est bien connue.

P. Lacroix.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

La toison du genre humain dans ses rapports avec l'évolution génitale

D'après le Professeur J. MARGAROT (*)

Voici une formule de R. Sabouraud, qui résume cette intéressante question : « *L'âge*, dit-il, *règle les maladies du cuir chevelu comme le soleil règle les saisons* ».

Et, pour noter d'un trait un point capital, qui se révèle dans la différence d'action de l'appareil génital mâle et de l'appareil génital femelle, — il suffit de rappeler que si, chez les oiseaux, les mâles ont un plumage d'amour, dans le genre humain l'apparition de poils sur le visage est l'apanage du sexe fort ; par contre, le privilège de la barbe entraîne aussi pour l'homme celui de la calvitie. D'autre part, la femme et l'enfant peuvent être peladiques, mais ils ne sont jamais atteints de cette alopécie prématurée idiopathique, qui donne aux crânes dénudés le poli de l'ivoire.

Une remarque préliminaire s'impose, c'est qu'à tous les âges une *hypersécrétion grasse* est souvent corrélative d'*un processus troublé de l'activité génitale*.

Or, la séborrhée est funeste à la chevelure.

Voici tout d'abord l'exemple de l'enfant qui naît ordinairement avec des cheveux. Ne sait-on pas qu'il les perd dans les premiers jours de l'existence extra-utérine, et qu'à ce moment le flux graisseux, qui constitue le vernix caseosa, est particulièrement abondant ? Et n'observe-t-on pas en même temps une éphémère poussée d'évolution génitale, en ce sens que les nouveau-nés peuvent présenter une métrorragie physiologique, une turgescence passagère des seins, qui vont jusqu'à sécréter quelques gouttes de « lait de sorcière » ?

Mais, bien vite, après cette courte flambée congestive, les organes génitaux entrent en sommeil. Dès lors les cheveux, après être tombés, entre le premier et le troisième mois, se mettent à repousser, en même temps que se modère et disparaît l'hypersécrétion grasse du cuir chevelu.

La onzième année arrivée ; la puberté est prochaine ; elle s'annonce aussitôt par un éveil pilaire, d'abord simplement duveteux sur la lèvre supérieure, dans les aisselles, sur la région pubienne. Jusqu'à ce moment, dit R. Sabouraud, on trouvait sur la tête des cheveux longs et des cheveux courts ; or ceux-ci se mettent à pousser, et bientôt il n'y a plus que des cheveux longs.

A la puberté le système pileux prendra son essor au complet ; les sourcils s'épaissiront, les cheveux deviendront plus brillants.

Telles sont les conditions normales ; voyons la succession des phénomènes dans le cas contraire.

Chez quelques enfants, lorsque l'évolution pubertaire se trouve quelque peu troublée, cette exubérance capillaire s'accompagne de troubles des sécrétions grasses du cuir chevelu. Les pellicules font leur apparition fâcheuse. C'est le pityriasis capitis simplex, où le parasite ne joue qu'un rôle accessoire, à côté de l'âge et du terrain. Mais les pellicules ne tardent pas à s'effacer devant un flux graisseux séborrhéique à la quinzième année.

C'est alors que la puberté se révèle précocement active par l'apparition des caractères sexuels secondaires (état adulte des organes génitaux externes, etc.) et tertiaires (poussée pilaire, etc.). Le pityriasis devient stéatoïde. Plus de petites peaux blanches, mais le col du vêtement devient parfois luisant de graisse.

Déjà, chez l'adolescent, il peut en résulter un léger recul de la bordure des cheveux. Les tempes se dégarnissent. Assez souvent disparaissent certaines avancées pilaires en forme d'équerre, qui des deux côtés rétrécissaient le visage : c'est la calvitie frontale des adolescents (de Stein).

Le jeune homme fait son service militaire. Remarquant des angles, qui prolongent son front sur le crâne, et une déglabration du vertex, il ne manque pas d'accuser le frottement du képi ou du casque. Le stade de la calvitie frontale des adolescents est dépassé. A vingt-cinq ans, la dénudation devient inquiétante. A trente, elle est complète. Il ne reste plus qu'une couronne assez fournie, des tempes à la nuque en couvrant les pariétaux. L'alopécie prématurée idiopathique est définitive. Elle semble bien résulter ainsi d'un hyperfonctionnement de l'activité génitale.

A cette calvitie des hyperorchitiques, à corps velu, s'opposent les troubles du système pilo-sébacé, qu'occasionne l'insuffisance testiculaire ; on les observe chez les peladeux à peau pâle et à peine duveteuse, dont nous parlerons plus loin.

Chez la femme, les troubles du système pileux sont d'une évolution différente.

D'abord la déglabration limitée du front, ou

(*) J. MARGAROT. — La vie génitale et la pathologie cutanée. (*Montpellier Médical*, février 1936.)

mieux la calvitie frontale des adolescents ne s'observe pas chez les jeunes filles. Chez elles, la treizième année est souvent l'âge de la splendeur de la chevelure.

Mais à vingt ans, la belle chevelure féminine s'éclaircit, souvent d'autant plus qu'elle était plus fournie. De vingt à vingt-cinq ans, on constate chez la femme une chute de cheveux souvent tout aussi inquiétante que chez l'homme, non seulement sur le vertex, mais sur les côtés. Et cependant la femme ne devient jamais chauve.

L'incidence de la vie sexuelle sur la chute des cheveux devient plus évidente encore, à l'occasion de la grossesse. L'arrêt de la chute se produit avec régularité au troisième mois de la gestation ; comme aussi la chute reprend très abondante, souvent même plus qu'auparavant, au troisième mois qui suit les couches. Au moment de chaque arrêt, le flux séborrhéique se ralentit et paraît souvent arrêté.

A ce propos, les femmes ne disent-elles pas volontiers : « Je n'ai jamais de plus beaux cheveux que lorsque je suis enceinte ».

En résumé toutes ces manifestations, qui vont du pityriasis à la calvitie appartiennent surtout à des sujets, dont l'évolution génitale est particulièrement active, et dont la puberté est précoce ou accélérée.

A l'opposé se trouvent les insuffisants, à puberté retardée ou absente, allant des simples dysharmoniques aux adiposo-génitaux. Dans maints cas, le développement du système pileux ne se fait pas. Dans d'autres, une exubérance pilaire, ou un véritable hirsutisme trahit de fâcheuses suppléances glandulaires. Chez beaucoup de jeunes filles, dont les règles ont tardé à s'instaurer, on voit la lèvre supérieure et le menton se garnir non d'un léger duvet, mais de poils véritables. Une moustache authentique apparaît. Le nombre est grand de celles qui, loin de trouver un avantage à une aussi belle floraison, persécutent les dermatologistes, font la fortune des Instituts de beauté ou usent simplement d'un rasoir mécanique.

Que se passe-t-il à la ménopause ?

D'après ce qui précède, on pouvait s'attendre à voir les cheveux repousser chez les femmes, ou en tout cas observer un arrêt dans leur chute. Mais des poils apparaissent, gros et durs sur le menton, sous le nez en divers points du corps... excepté sur la tête. C'est l'époque du virilisme. Une accentuation de l'alopécie, n'aboutissant cependant jamais à une dénudation intégrale, complète une ébauche d'évolution vers le type masculin.

Plus incertaine chez l'homme, la période correspondante de la vie se confond avec la vieillesse. La calvitie sénile, plus rare que l'alopécie prématurée idiopathique, paraît beaucoup plus liée à la décrépitude générale qu'à des troubles glandulaires précis.

***

Tels sont les faits d'observation courante. La variation dans l'abondance des phanères suit les différentes phases de l'évolution génitale, et cela sans aucun doute. Aussi serait-on enclin, tout d'abord, à invoquer une action directe et exclusive des glandes génitales.

Or, il ne semble pas que cette hypothèse soit exacte.

Les glandes génitales exercent certainement un rôle prépondérant, mais il faut invoquer également une raison pluriglandulaire, susceptible de provoquer des changements dansl'équilibre endocrinien par synergie ou antagonisme. Le premier rôle, dans l'ordre chronologique, appartient à l'hypophyse et au thymus pour modeler le type masculin ou féminin, et concourir au développement des caractères sexuels primaires. Plus tard seulement, au moment de la puberté, interviendront les glandes génitales pour développer les caractères sexuels secondaires (état adulte des organes génitaux externes) et tertiaires, notamment la poussée pilaire. Toutefois l'hyper-orchicie, associée à la séborrhée, amènera la calvitie prématurée.

D'autre part la pousse exagérée des cheveux ou des poils au cours de la seconde enfance, pendant la grossesse ou à l'époque de la ménopause s'explique par le fait qu'une prépondérance des sécrétions thyroïdiennes, ne serait pas encore, ou ne serait plus modérée par les hormones sexuelles. La suspension ou la suppression de certaines hormones ovariennes entraîne également, pendant la grossesse et à la ménopause, l'apparition des symptômes de virilisme, en raison de ce que la disparition de l'action inhibitrice exercée par l'ovaire sur la surrénale a pour conséquence un hyperfonctionnement de cette dernière glande. L'hirsutisme de la ménopause et de certains syndromes adiposo-génitaux est des plus caractéristiques.

Il suffit de reprendre les grandes lignes de l'exposé clinique qui précède, pour trouver, à chacune des étapes de la vie génitale, les variations de l'équilibre endocrinien, qui peuvent influencer la toison du genre humain.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La sympathectomie chimique

Le Docteur H. LAFFITTE rend compte de huit cas de sympathectomie chimique au moyen d'isophénolisation. Ces interventions ont été faites avec une très grande facilité, sans aucun ennui dans les suites opératoires immédiates ou tardives.

L'isophénolisation ne semble pas donner de résultats plus constants et surtout plus durables que la technique habituelle. A ce sujet, il y a tout lieu d'espérer que la sympathectomie tronculaire pourra permettre d'obtenir des guérisons de qualité supérieure. La sympathectomie classique conserve cependant encore des droits dans la chirurgie des artères de gros calibre.

Mais, lorsqu'on a affaire à des artères chargées de nombreuses collatérales, placées dans une zone difficilement abordable (petit bassin), ou ayant un calibre très réduit, l'isophénolisation présente de réels avantages. (*Annales hôpital-hospice de Niort*, 1er semestre 1936.)

L'érythème noueux de l'adulte est-il toujours tuberculeux ?

D'une étude sur l'érythème noueux de l'adulte faite par MM. P. HALBRON et H.-P. KLOTZ, on peut retenir les données suivantes :

Il existe indiscutablement chez l'adulte, surtout l'adulte jeune, des érythèmes noueux tuberculeux en tout point comparables à ceux observés chez l'enfant.

Il existe indiscutablement aussi chez l'adulte, un érythème noueux non-tuberculeux, qu'il soit d'origine rhumatismale ou secondaire à des causes nombreuses de réaction cutanée : infections à distance, agissant peut-être par leurs toxines ou leurs protéines microbiennes, intolérances médicamenteuses, etc...

Il n'est donc pas possible, en l'état actuel des choses, de faire de l'existence d'un érythème noueux chez l'adulte un argument absolu en faveur de la nature tuberculeuse des symptômes qui l'accompagnent. Il faut au contraire interpréter ce symptôme cutané au même titre que tous les autres et chercher s'il est ou non en rapport avec une bacillose « incipiens », ce qui entraînera une attitude thérapeutique essentiellement différente d'un cas à l'autre. C'est là le point pratique qui semble essentiel. (*Paris Médical*, 11 juillet 1936.)

Les rhumatismes de la chimiothérapie.

MM. A. TZANCK, F. LAYANI, E. SIDI et H.-P. KLOTZ exposent que ces accidents articulaires peuvent apparaître à n'importe quel moment de la série en cours. Ils peuvent être précoces, survenant dès la première injection ; ils peuvent être tardifs et survenir plusieurs semaines après la fin de la série ; ils peuvent enfin apparaître au milieu du traitement, vers la troisième ou quatrième piqûre, c'est là le cas le plus fréquent.

La dose importe peu. Tel malade eut avec 6 centigr. de sulfarsénol, un rhumatisme aussi violent qu'avec 24 centigr. Tel autre qui souffrit après 60 centigr. de novar d'un rhumatisme généralisé très douloureux n'eut avec 75 et 90 cent. de ce même produit que des algies légères.

Ce qui est surtout frappant, c'est la brièveté remarquable de la période d'incubation. Si la poussée articulaire peut survenir deux à trois jours après l'injection, c'est le plus souvent trois ou quatre heures après la piqûre qu'elle apparaît. D'autres fois, l'arthralgie s'installe plus rapidement encore. Parfois, l'injection est à peine terminée que le malade se plaint de douleurs articulaires vives et ce début brutal et rapide n'est pas sans évoquer un autre accident impressionnant de la chimiothérapie : la crise nitritoïde.

De même que toutes les doses, à tout moment, peuvent déclencher la même réaction rhumatismale, de même tous les produits chimiques employés peuvent être suivis de la même poussée arthralgique ou de la même fluxion synoviale, et inversement les accidents les plus variés peuvent survenir pour le même produit.

Les caractères cliniques de ces rhumatismes n'ont rien de bien spécial. Trois types cliniques peuvent être distingués : une forme poly-arthralgique simple, de beaucoup la plus fréquente, une forme hydarthrodiale, une forme polyarticulaire fébrile.

Le terme de rhumatisme de la chimiothérapie choisi par les auteurs pour désigner ce groupe d'accidents articulaires semble le meilleur, car il montre bien le caractère mobile et fluxionnaire de la plupart d'entre eux. Il apparaît ainsi que : tous les symptômes articulaires du type « rhumatismal aigu » sont des réactions d'intolérance articulaire, de simples modalités réactionnelles. Leur base physiopathologique consiste avant tout dans un dérèglement neuro-vasculaire.

Tantôt la réaction articulaire est déclenchée par un facteur exogène net et l'on peut parler de rhumatisme sérique, protéinique, chimiothérapique ou pseudo-infectieux.

Tantôt, elle survient inopinément, sans cause apparente, elle réalise alors la maladie de Bouillaud dont le facteur déclenchant est peut-être un virus spécifique jouant le rôle de réactogène, mais à laquelle les cardiopathies confèrent une allure clinique bien spéciale et bien autonome. (*La Presse Médicale*, 27 juin 1936.)

Enquête sur la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. dans le département des Deux-Sèvres

A la fin de son intéressante étude, le Docteur J. Méric se pose la question de savoir si nous devons abandonner le B. C. G. Voici sa réponse.

Les accidents d'une part, les échecs d'autre part, incitent beaucoup d'entre nous à s'abstenir soit totalement, soit partiellement de l'emploi du B. C. G. Malgré l'infime pourcentage des accidents et des échecs, il est en effet difficile (parfois impossible) à un médecin de préconiser et de recommander systématiquement une méthode immunisante sur l'efficacité et l'innocuité de laquelle il conserve quelques doutes. A vrai dire, l'abstention totale ne paraît pas être imposée car, parmi toutes les vaccinations que nous réalisons, il n'y en a pas une seule qui ne donne pas des accidents et des échecs. Que ce soit pour la vaccination jennérienne, pour l'anatoxine de Ramon, pour la vaccination contre la fièvre typhoïde, il y a toujours un risque à courir et des nombreux accidents ont été signalés, parfois même des accidents mortels.

Pour ce qui est des échecs de ces vaccinations, on peut en dire autant : cas de diphtérie chez des vaccinés par l'anatoxine, cas de typhoïde chez des vaccinés par voie sous-cutanée. D'autre part, comme le disait très justement Guérin, le 15 janvier 1935, « il existe un pourcentage de sujets qui, bien que soumis à une intervention vaccinale, ne se vaccinent pas ; qu'il s'agisse de charbon bactéridien, de rouget, de fièvre typhoïde, même de variole, on observe un certain nombre d'individus qui ne manifestent pas la résistance consécutive à la vaccination». Nous sommes incapables d'en donner une explication satisfaisante.

C'est donc, semble-t-il à l'auteur, une affaire personnelle ; on ne doit pas blâmer ceux qui ne vaccinent pas, pas plus qu'on ne doit blâmer ceux qui vaccinent beaucoup. Laissons à chacun le soin de « se faire une religion » sur cette méthode de vaccination antituberculeuse.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

« La vaccination antituberculeuse par le B. C. G. a été pratiquée assez largement dans son département. La revaccination a été, par contre, peu réalisée.

« Cette vaccination a déterminé l'apparition de quelques accidents, très peu nombreux, dont la gravité ne doit pas être exagérée.

« Ses indications paraissent être : la mort par méningite de premiers enfants, un milieu contaminé, un entourage contaminé, la tuberculose paternelle. Dans les cas de tuberculose maternelle l'utilité de cette vaccination paraît assez contestable. La contre-indication majeure de la vaccination par le B. C. G. semble être la débilité congénitale.

« Il est regrettable que des sociétés savantes, comme la Société de pédiatrie, par exemple, repoussent toute discussion sur ce sujet. » (*Annales hôpital-hospice de Niort*, 1er semestre 1936.)

De l'emploi des broches de Kirchner dans le traitement des fractures du membre inférieur.

Les observations reueillies par le Docteur J.-P. Grinda concernent des fractures du fémur, des fractures de jambe et des fractures de la cheville. Après un exposé très complet de la question des broches : historique, technique, avantages et indications, l'auteur conclut :

1° A la supériorité incontestable des broches de Kirchner sur les broches antérieurement utilisées.

2° A la supériorité indiscutable de la transfixion osseuse pour réaliser la réduction et la contention d'un grand nombre de fractures du membre inférieur. (*La Presse Médicale*, 23 mai 1936.)

La fréquence croissante de la morbidité et de la mortalité dues aux affections cardio-vasculaires.

MM. C. Lian et Cahana démontrent que les affections cardio-vasculaires constituent un fléau social, numériquement plus important que la tuberculose pulmonaire et le cancer. La mortalité par les maladies cardio-vasculaires a nettement augmenté au cours des trente dernières années. Pendant cette période, elle est passée, pour 100.000 habitants, en France, de 125 à 150, aux Etats-Unis de 111 à 185. Actuellement, la mortalité par les maladies cardio-vasculaires est plus élevée que la mortalité par la tuberculose pulmonaire, le cancer, les maladies respiratoires non-tuberculeuses.

La principale cause de cette augmentation de la mortalité cardio-vasculaire réside dans la prolongation de la durée moyenne de la vie humaine. (*La Presse Médicale*, 27 juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire

(M. Léon BÉRARD, de Lyon ; 30-6-1936)

Issue de la méthode de Forlanini, la thoracoplastie à évolué parallèlement à cette dernière. Mais alors que dans le pneumothorax c'est surtout la rétraction spontanée du tissu pathologique qui intervient, dans la thoracosplastie le résultat n'est que le fait de la logique de l'action de l'opérateur.

Chirurgie intra-pleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire

(M. Robert MONOD ; 30-6-1936)

La chirurgie intra-pleurale de la tuberculose pulmonaire (lobectomie, interventions sur les cavernes) a fait l'objet de recherches expérimentales et de quelques essais cliniques. Ce sont jusqu'à ce jour des opérations d'exception, qui laissent cependant un *suprême espoir* après échec des autres méthodes.

Sur l'agent des septico-pyohémies post-angineuses

(MM. LEMIERRE, A. GRUMBACH et J. REILLY ; 30-6-1936)

Les angines et surtout les abcès amygdaliens et péri-amygdaliens sont quelquefois le point de départ de graves septico-pyohémies dues à des microbes anaérobies. Ces accidents éclatent le plus souvent à partir du quatrième ou cinquième jour et parfois le dixième ou douzième jour, alors que la température est tombée. Leur début est annoncé par un grand frisson, une ascension thermique à 40° et un véritable état de collapsus. Bientôt on voit survenir des complications pulmonaires, articulaires, veineuses, etc...

La marche des accidents est aiguë ou subaiguë, la mort survenant rapidement ou plus tardivement. La guérison est exceptionnelle. Localement, au niveau des amygdales, à l'examen anatomo-pathologique, on rencontre des petits foyers de suppurations et des phlébites des veines amygdaliennes.

MM. Lemierre, Grumbach et Reilly ont fait des recherches bactériologiques sur cette septicémie. Ils concluent à l'identité des *bacilles funduliformes* et du *fusobacterium nucleatum*, agents de ces septico-pyohémies post-angineuses.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos du traitement des ostéomyélites à staphylocoques

(M. E. SORREL ; 27-5-1936)

Les bactériologistes admettent que le staphylocoque est un mauvais antigène et cela se traduit *in vitro* par la difficulté d'obtenir une toxine. Cliniquement, il s'ensuit qu'on ne se vaccine pas ou qu'on se vaccine mal contre le staphylocoque ; c'est pour cela que les septicémies à staphylocoques se prolongent à l'infini et se terminent habituellement fort mal (95 % de mortalité). C'est pour cela aussi que les foyers osseux sont si longs à guérir et qu'après guérison ils restent pendant toute la vie non seulement susceptibles de réveil mais capables aussi de provoquer de nouvelles poussées septicémiques et de déterminer des foyers secondaires.

Ainsi s'explique que les espoirs fondés sur la vaccinothérapie des ostéomyélites à staphylocoques ne se soient guère réalisés.

L'anatoxine staphylococcique et le sérum que l'on obtient en partant d'elle vont-elles nous faire entrer dans une voie plus féconde ? L'avenir seul nous le dira. Pouvons-nous avoir quelque confiance dans la chimiothérapie ? M. Sorrel a obtenu des résultats heureux de l'électrocuprol dans quatre cas graves, mais au prix de chocs souvent inquiétants.

Il faut donc, en somme, faire une très grande place au traitement chirurgical, qui varie suivant la forme d'ostéomyélite à laquelle on a affaire, allant de la simple incision d'abcès sous-périosté, à la résection diaphysaire. Il y a intérêt à s'y adresser sans retard. L'opinion de M. Sorrel diffère de celle de M. Leveuf qui est venu défendre l'intervention retardée, il y a quelques mois, à l'Académie de chirurgie.

Asystolie basedowienne traitée par thyroïdectomie

(MM. P. MALLET-GUY, P. CROIZAT et Paul WEIL, de Lyon. Rapport de M. PETIT-DUTAILLIS ; 6-5-1936)

Un homme de quarante-six ans, ayant présenté deux ans auparavant des signes nets de basedowisme (tachycardie, exophtalmie, etc.) entre dans le service du Docteur Santy en pleine asystolie : tachyarythmie, œdèmes, oligurie, urée du sang à 0 gr. 75, dyspnée. Le traitement médical étant resté sans effet, MM. Mallet-Guy pratiqua une thyroïdectomie extra-capsulaire en deux temps. A la suite de cette double intervention, le patient est très amélioré : la dyspnée est beaucoup moins vive, les palpitations ont presque disparu et le malade peut mener une vie à peu près normale.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

Quelques remarques sur la « cure bulgare » des troubles post-encéphalitiques

(MM. Marinesco et E. Façon ; 24-4-1936)

Les auteurs rappellent les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement des troubles post-encéphalitiques par la méthode de Rœmer (atropine à hautes doses) et qui ont été confirmés par beaucoup d'auteurs. Ils font connaître leurs essais avec la « cure bulgare » consistant dans l'administration d'une décoction de Belladona atropa dans la proportion de 5 grammes pour 100 grammes de vin blanc.

Les résultats obtenus avec cette nouvelle méthode sont moins favorables et les troubles qu'elle provoque parfois sont assez importants.

Les auteurs maintiennent leur opinion sur l'efficacité de la méthode de Rœmer, réservant l'application de la décoction de belladone aux malades qui présentent une intolérance pour l'atropine à hautes doses.

Le dosage pondéral de la fibrinémie

(MM. C. Lian, Sassier, J. Facquet et Frumusan ; 24-4-1936)

Les auteurs en décrivent la technique et la valeur séméiologique. Les chiffres trouvés habituellement chez des sujets normaux s'étagent entre 4 grammes et 5 grammes par litre de plasma. Cette recherche est très importante dans certaines maladies infectieuses aiguës et dans diverses maladies choniques ; dans les maladies du foie, le dosage de la fibrinémie a une importance diagnostique considérable.

A la période d'état de la pneumonie, le taux de la fibrinémie dépasse en général 10 grammes pour 1.000. Celle-ci est fortement augmentée dans les périodes fébriles du rhumatisme articulaire aigu ; à l'acmé de la poussée elle atteint ou même dépasse 10 grammes. Parmi les maladies infectieuses ne s'accompagnant habituellement que d'une légère augmentation de la fibrinémie, on trouve les pleurésies séro-fibrineuses, la tuberculose pulmonaire évolutive ; dans les bronchites, le taux est habituellement normal ; il en est de même dans la fièvre typhoïde, et vraisemblablement dans la phlegmatia alba dolens, la phlébite variqueuse, la méningite tuberculeuse. La plupart des maladies chroniques s'accompagnent d'une fibrinémie normale ; une grande hyperfibrinémie semble constante dans la néphrose lipoïdique.

Quant aux maladies du foie, ce dosage ne renseigne que sur la fonction d'élaboration du fibrinogène par le foie, et celle-ci paraît troublée dans la plupart des atteintes de la cellule hépatique. Il semble donc que le dosage de la fibrinémie puisse renseigner sur l'état d'intégrité ou d'altération de la cellule hépatique. Sans prétendre que ce dosage soit capable de donner à coup sûr une réponse toujours décisive, on peut dire cependant qu'il permet le plus souvent de reconnaître s'il y a ou non une atteinte notable de la cellule hépatique. Ce renseignement important, il paraît le donner avec une plus grande constance que la plupart des épreuves d'exploration fonctionnelle du foie, exception faite toutefois pour l'épreuve de la galactosurie provoquée (Professeur Noël Fiessinger). Mais si la fibrinémie renseigne très utilement sur l'intégrité ou l'altération du parenchyme hépatique, par contre ses chiffres, en valeur absolue, ne permettent pas d'apprécier à eux seuls la gravité de l'atteinte cellulaire.

Toutefois, la courbe d'évolution de la fibrinémie est d'une importance capitale pour apprécier la marche d'une atteinte hépatique vers l'aggravation ou l'amélioration. Il faut également souligner l'intérêt pratique de la méthode pour le diagnostic entre les ictères par rétention et les ictères par hépatite.

Le dosage pondéral de la fibrinémie peut être effectué avec précision après avoir précipité par la chlorure de calcium, sous forme de fibrine, le fibrinogène du plasma oxalaté. Du poids du pâton de fibrine on déduit le poids de l'oxalate de calcium entraîné avec la fibrine.

Société de médecine de Paris

Séance du 14 mai 1936

L'appendicite et le choc humoral

M. Pierre Mabille rapporte l'observation d'une malade ayant présenté une crise d'appendicite aiguë pendant le cours d'accidents sériques succédant à l'injection de sérum antitétanique. A cette occasion, l'auteur pense qu'un certain nombre de cas d'appendicite succèdent à des chocs humoraux et que la désensibilisation doit s'associer à la thérapeutique chirurgicale.

Ulcère perforé de l'estomac au cours d'une appendicite aiguë

M. Rodiguez-Ramos rapporte deux cas observés récemment où la coexistence d'un ulcus peptique de l'estomac et d'une appendicite chronique était évidente par les antécédents et par l'examen clinique. Ces deux malades, à la suite d'une crise d'appendicite aiguë, font une perforation de l'ulcus. Cette crise d'appendicite a été d'après l'auteur la cause occasionnelle de la perforation de l'ulcus. Quant au traitement de la perforation, il s'est limité dans ces cas à faire la fermeture sous trois plans de suture qu'il considère comme la seule technique à suivre. La gastro-entérostomie, dans ces cas, lui semble dépasser le but de l'intervention.

G. F.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Vient de paraître, à l'ARGUS — doyen des Bureaux d'extraits de Presse de France et de l'Etranger, — la *Nouvelle édition* (7e *Ed.*) de : « **Nomenclature des publications en langue française du Monde entier** »,

C'est un volume très documenté, classé méthodiquement, contenant plus de 15.000 noms de périodiques différents en langue française.

Chez l'AUTEUR, à Abzac (Gironde).

Dr Louis VAILLE. — **Essai sur la suggestion**. Une brochure 36 pages.

Ludovic BRINDAZUR. — **Mezels**. *Poèmes de Quercy.* Une brochure 36 pages.

DESCLÉE DE BROUWER ET CIE, éditeurs
76 *bis*-78, rue des Saints-Pères, Paris VIIe

Cahiers Laennec. Revue médicale de pratique et de doctrine, paraissant quatre fois par an, sous le patronage de la Société « Les Amis de Laennec ».

Le no de juillet 1936 est consacré à la médecine en U. R. S. S. (Dr R. Rabut, Dr Fr. Favre, Mme Cailleux).

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

G. CARRIÈRE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. — **La diphtérie.** Un vol. de 214 pages, avec 46 fig. et 3 pl. hors texte en couleurs, 35 francs.

Cette monographie clinique et thérapeutique a été écrite pour le praticien. L'auteur y expose tout ce qui doit être retenu de cette affection, de ses localisations et de ses complications ainsi que les moyens actuels que nous avons de la combattre. On y trouvera les notions bactériologiques suffisantes, les méthodes d'examen très complètes, les applications de la sérothérapie et de la vaccination, du tubage et de la trachéotomie.

Chapitres de l'ouvrage : Définition. Grandes lignes de l'histoire de la diphtérie. — Notions bactériologiques utiles à connaître pour le clinicien. — Diagnostic bactériologique. — Transmission. Contagion. Epidémiologie. — Notions anatomo-pathologiques à retenir par les médecins. — Angine diphtérique commune. — Diagnostic des angines diphtériques. — Le croup. — Autres localisations moins communes. de la diphtérie. Diphtérie nasale. Diphtérie buccale. Adénoïdite diphtérique. Diphtérie trachéo-bronchique. Diphtérie conjonctivale. Diphtérie de l'oreille. Diphtérie cutanée. Diphtérie ano-génitale. — Le syndrome paralytique de la diphtérie. — Les complications pulmonaires de la diphtérie. — Les syndromes cardiaques de la diphtérie. — Les complications digestives et rénales de la diphtérie. — La mort subite au cours de la diphtérie. — Les diphtéries malignes — Les diphtéries associées. — Prophylaxie de la diphtérie. — La vaccination antidiphtérique. — Traitement local et général de la diphtérie. — La sérothérapie antidiphtérique. — Le tubage dans le croup — La trachéotomie dans le croup. — Indications thérapeutiques dans les formes diverses et les complications de la diphtérie. — Directives thérapeutiques dans les diphtéries malignes ou associées.

THÉRAPEUTIQUE

Un véritable cercle vicieux : La triade symptomatique « douleur-excitation insomnie »

Par le Docteur H. FAVIER

Le soulagement de la douleur fut et sera toujours, sans aucun doute, la préoccupation primordiale et constante des thérapeutes de tous les temps et de tous les pays. Sous toutes les latitudes, à travers toutes les époques, le souci prédominant, le plus pressant désir de chaque malade, fut et sera toujours en effet, avant toute autre demande, avant tout autre espoir, d'abord de ne plus souffrir.

Or, il n'existe pas de médication spécifique de la douleur et la diversité même des analgésiques de toutes sortes dont nous sommes de nos jours véritablement submergés en est bien le meilleur témoignage. Cela tient évidemment à ce fait qu'en bonne logique un traitement rationnel doit supprimer le mal dans sa racine en s'attaquant à la cause même de la douleur. Et ceci soulève d'emblée le problème absolument illimité de l'étiologie.

Mais avec la mise en œuvre, dans chaque cas particulier, d'une thérapeutique rigoureusement et exclusivement étiologique, le résultat tangible au point de vue spécial du symptôme douloureux, peut se faire attendre plus ou moins longtemps suivant la complexité de l'affection. Or, le malade qui souffre réclame un soulagement immé-

diat, ou tout au moins aussi rapide que possible et s'intéresse fort peu à toute autre considération. D'où la nécessité pratique d'une médication purement symptomatique, capable de parer au plus pressé en agissant directement sur le lieu de production de la douleur et les troncs nerveux sensitifs qui en émanent, ou bien sur les centres de perception eux-mêmes.

Ce sont là les indications que réalisent plus ou moins parfaitement la plupart des analgésiques courants. Malheureusement le problème de la douleur, ainsi schématisé à l'extrême, se complique dans la réalité des phénomènes concomitants d'anxiété, d'agitation, d'excitation et d'insomnie qui en sont la conséquence inévitable et qui, à leur tour, finissent par devenir bien souvent inquiétants et préjudiciables par eux-mêmes. Et l'on voit alors se constituer un véritable cercle vicieux : la souffrance empêchant le sommeil, l'insomnie engendrant l'agitation, l'excitation décuplant la douleur.

Lorsque cette triade symptomatique a réussi à s'installer, comme elle peut par ce mécanisme s'entretenir indéfiniment d'elle-même, elle tend tout naturellement à s'invétérer, à devenir chronique en quelque sorte et ne peut plus être efficacement combattue que par un traitement à la fois sédatif, analgésique et hypnogène, capable d'attaquer et vaincre simultanément ses trois éléments constituants.

Cela est si vrai que dans nombre d'affections essentiellement douloureuses comme les névrites, le tabès ou le cancer, on constatera souvent, après avoir obtenu par un analgésique pur une sédation complète de la crise douloureuse, la persistance d'un état d'énervement et d'exaltation qui ne cédera qu'à l'administration consécutive d'un hypnotique. Inversement d'ailleurs, chez de tels malades, un hypnotique pur se révélera absolument impuissant à ramener le calme et le sommeil, tant que l'on n'aura pas d'abord jugulé l'élément douloureux.

Ces constatations ont suscité la mise à l'étude de nombreuses associations médicamenteuses plus ou moins heureuses, car les formules polyvalentes proposées se sont montrées rarement exemptes de tout inconvénient, le plus grave et le plus fréquent de ces ennuis étant généralement une toxicité proportionnelle à leur efficacité. Si bien qu'à l'heure actuelle nous ne connaissons pas de réalisation nouvelle digne de supplanter, compte tenu de cette double exigence d'action réelle et d'innocuité certaine, le produit connu et spécialisé, depuis quelques années déjà, sous la dénomination d'allonal « Roche » et qui n'est autre que l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine.

Il ne faut pas oublier en effet que la toxicité générale d'un composé de cette nature sera surtout et toujours celle de l'hypnotique. Or, l'allonal est un sel de l'acide allylisopropylbarbiturique, qui est le moins toxique des dérivés de la malonylurée et qui, avec des doses quatre à cinq fois moindres, donc infiniment moins dangereuses, donne les mêmes effets que l'acide diéthylbarbiturique, tout en possédant une action thérapeutique plus étendue que lui, grâce à une marge de sécurité élargie se chiffrant par le rapport de 1 à 3 entre la dose juste active et la dose juste tolérée.

Cet acide allylisopropylbarbiturique est combiné dans l'allonal avec un analgésique classique et éprouvé, la diéthylaminoantipyrine. Le résultat est un sel nettement défini, de couleur jaune clair, fondant à 92°5, se redissociant facilement sous l'influence de l'eau et présenté uniquement sous forme de petits comprimés dosés à 0 gr. 16 : il possède les propriétés bien connues de l'aminoantipyrine, prolongées et renforcées par celles du barbiturique qui lui a été associé. Aussi dans la gamme des sédatifs et des hypnogènes, l'allonal occupe-t-il une place bien personnelle, par son efficacité puissante et étendue, lui permettant en même temps d'amener la sédation rapide des algies les plus intenses, d'apaiser l'excitation, l'agitation et l'anxiété qui les accompagnent ordinairement et de procurer ensuite un sommeil progressif et tranquille, physiologiquement réparateur suivi d'un réveil normal et agréable, facile et complet d'emblée.

On le prescrit généralement à raison d'un à deux comprimés pris à une heure d'intervalle, dose suffisante pour calmer, dans la journée, les douleurs rhumatismales ou les névralgies si fréquentes en oto-rhino-laryngologie et en stomatologie. Le soir on peut donner 2, 3 et même 4 comprimés à une demi-heure d'intervalle pour venir à bout des algies plus résistantes surtout lorsqu'elles troublent ou empêchent le sommeil.

Par cette médication simple et déjà devenue classique, on obtient à coup sûr dans ces cas désespérants où tout échoue, y compris la morphine, une action triplement efficace et jusqu'à ce jour inégalée, à la fois analgésique, sédative et hypnogène, capable de briser d'un seul coup, sans aucun effet secondaire fâcheux sur les principaux appareils, le cercle vicieux de la triade symptomatique « douleur-excitation-insomnie ».

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

UNE PLACE RÉSERVÉE A LA MORPHOLOGIE DANS L'EXAMEN DU MALADE

LE DIAGNOSTIC NÉO-HIPPOCRATIQUE ET LES QUATRE PANNEAUX DE G. DRAPER, DE NEW-YORK

Il s'agit d'une nouvelle présentation de la méthode à suivre pour examiner un malade ; et cette innovation, très logiquement, tient compte du germe pathogène et du terrain.

On sait que dans l'Antiquité les Hippocratistes avaient pour but principal d'établir le pronostic et le traitement des maladies. En cela, ils devaient tenir compte essentiellement de la force de résistance du malade. Ils n'avaient en vue que le terrain, et se préoccupaient fort peu de la cause de la maladie.

Bien des siècles s'écoulèrent pour arriver aux travaux de Pasteur qui appelèrent l'attention sur les germes pathogènes, auxquels ils attribuèrent une influence prépondérante dans la genèse des maladies. Enfin, survint une réaction : à l'ère bactériologique pure s'adjoignit celle des causes secondes. On s'aperçut que le microbisme était latent, et qu'il lui fallait un terrain favorable pour se développer. On ne pouvait faire pousser une graine sur une route pavée de pierres ; pour son développement il fallait un champ bien préparé et bien fumé.

Reprendre ainsi la question des causes secondes des maladies, complétée cependant par celle du germe pathogène, c'était *instituer un pronostic et un traitement* en rapport avec la force de résistance de l'individu, *après avoir établi le vrai diagnostic étiologique.*

C'est précisément pour apprécier la force de résistance d'un organisme déterminé, que les Anciens avaient cherché à étudier la « forme » de l'individu malade. Dans la suite, on avait établi la notion des « constitutions » (lymphatique, bilieuse, sanguine), puis celle des « tempéraments »

En France, Sigaud, de Lyon, spécialiste en maladies digestives, reprit dès 1894 les considérations morphologiques des Hellènes, car il avait constaté que les données bactériologiques ne pouvaient pas, par elles seules, l'aider au traitement de ses patients. Les types, qu'il créa, étaient basés sur des considérations de morphologie générale et des mensurations anthropométriques.

L'impulsion *vers la médecine morphologique* était donnée. Mais après la guerre, l'endocrinologie avait fait des progrès et, le Docteur Cawadias, jugeant trop théorique le point de vue de Sigaud, essaya d'adapter les considérations morphologiques et cliniques aux données fournies par l'étude des glandes à sécrétion interne (1).

La forme humaine, dit-il, dépend des fonctions des glandes à sécrétion interne. Forme humaine normale signifie : équilibre parfait et harmonieux du système endocrinien. Déviations de la forme humaine normale signifient : troubles endocriniens, et par suite troubles du métabolisme. La « constitution » d'un malade est donc fonction de l'état de son système endocrinien, et correspond à l'ancien « physis » d'Hippocrate. Pour évaluer la force de résistance d'un individu, il est nécessaire d'établir le bilan acquis par son système neuro-endocrino-humoral, par lequel il résiste aux facteurs morbides externes. Les premières manifestations de la maladie, le fléchissement d'un état général, qui devient apte à la maladie, ont pour base des altérations neuro-endocrino-humorales. Albert Robin n'enseignait-il pas déjà qu'avant la maladie organique, il y avait des troubles des « échanges », des troubles du métabolisme. Nous disons aujourd'hui qu'avant la maladie organique, il y a des troubles du système nerveux végétatif et des endocrines, troubles qui aboutissent aux altérations des « échanges », parce que le système neuro-endocrino-humoral règle le régime des échanges, du métabolisme.

(1) *L'Orientation médicale*, mai 1936.

Les considérations *morphologiques* aident donc au *diagnostic*, non pas de la maladie, mais du fonctionnement *endocrinien* ou mieux *de la résistance organique, de la prédisposition à la maladie.* On revient par un chemin détourné aux anciennes conceptions grecques, à celle de la morphologie, comme élément de pronostic, mais aussi, grâce aux progrès de l'endocrinologie, comme élément de *traitement du malade, ajouté à celui de la maladie.*

Et nous voici arrivés aux *quatre panneaux de G. Draper.* Ceux-ci comprennent, en plus des panneaux *étiologiques* et *organiques*, qui sont toujours de mise, un panneau *métabolique-physique* et un panneau *mental*, qui envisagent spécialement l'état de résistance du malade.

Certes, dans l'examen clinique, la *morphologie* n'occupe qu'une place bien limitée, mais cependant importante. En effet, en plus de la morphologie pure, elle envisage le mode de réaction à la température, au climat, aux agents physiques ; elles s'intéresse également aux syndromes sexuels (état de la menstruation chez la femme), ainsi qu'aux troubles des échanges dans le métabolisme des protéines, des hydrocarbones, des graisses. Enfin le panneau mental intéresse l'*état intellectuel* du malade et son état sensoriel général : hypersensibilité, hyposensibilité.

Le syndrome morphologique général, en outre, permettra de recueillir des données sur les mensurations du corps (taille, poids), sur le développement musculaire, l'état du thorax, des dents, des organes génitaux externes, des extrémités. Ainsi, nous arriverons à reconnaître l'hypopituitarisme, l'hypogénitalisme, l'hypothyroïdisme, etc.

Voici d'ailleurs la description des quatre panneaux de G. Draper, telle que la donne le Docteur A.-P. Cawadias.

I. *Le panneau étiologique* considère, en plus de la cause microbienne (bacille de Koch, bacilles de Shiga ou de Flexner, etc.) une foule d'autres facteurs : l'hérédité ; les maladies antérieures qui sensibilisent le malade ; le mode de vie, et en particulier le mode d'alimentation et d'hygiène générale de l'individu ; les facteurs sociaux ; les agents toxiques, traumatiques.

II. *Le panneau métabolique-physique* indique les fonctions des endocrines et du système nerveux végétatif. Dans sa détermination, on prend en considération la morphologie, dont il a été question plus haut ; puis le syndrome de réactivité thermique et générale : mode de réaction à la température, sudation, mode de réaction au climat, aux agents physiques en général, aux agents toxiques et infectieux par les différentes cuti-réactions ; enfin le syndrome sexuel, et le syndrome humoral ou de métabolisme.

III. *Le panneau mental* comporte : l'état affectif et intellectuel, l'état du sommeil, l'état de la sensibilité générale.

IV. *Le panneau des réactions spéciales d'organes* se confond avec le diagnostic clinique, tel qu'il est habituellement pratiqué par le médecin. Ce sont les syndromes anatomo-cliniques et fonctionnels des différents organes : tube digestif, système respiratoire, poumons, voies urinaires, système loco-moteur, etc...

Il était intéressant de présenter sous cette forme originale toutes les données qui, grâce à l'étude de la morphologie, peuvent venir renforcer les éléments habituels de l'investigation médicale, surtout en ce qui concerne l'appréciation de la *résistance organique.* Il faut en effet se rappeler, en vue du traitement, que la forme humaine peut représenter soit un état endocrinien actuel, soit le vestige d'un état endocrinien infantile, qui a cessé d'exister en activité. Mis au courant sur l'état de fonctionnement des glandes endocrines, on peut agir sur elles et ainsi corriger la première phase, la phase métabolique de la maladie, pour rehausser les forces de résistance du patient.

Cependant, quoique très importante, la morphologique clinique ne reste, bien entendu, qu'un élément de l'acte du thérapeute. Si l'on doit avoir son attention attirée sur les intéressantes données qu'elle peut fournir au point de vue pronostic et du traitement, on ne doit naturellement jamais en faire le point capital de la médecine.

G. FISCHER.

L'ENREGISTREMENT PAR ERREUR D'UN DIPLÔME D'UNIVERSITÉ CONFÈRE-T-IL LE DROIT D'EXERCER LA MÉDECINE ?

Par suite de circonstances, sur lesquelles il est préférable de faire le silence, le titulaire d'un diplôme d'Université, délivré par une Faculté de médecine, a réussi à tromper la vigilance d'une sous-préfecture et à obtenir que son titre soit enregistré, comme s'il s'agissait d'un diplôme d'Etat.

Lors de la vérification des diplômes, ordonnée tant par la loi du 21 avril 1933 que par celle du 26 juillet 1935, la supercherie fut découverte : la préfecture notifia au médecin d'avoir à cesser immédiatement l'exercice de la médecine, s'il ne voulait pas être poursuivi pour exercice illégal.

Mais l'étranger qui trouvait plus agréable de gagner sa vie en France que de retourner dans son pays d'origine, protesta en alléguant que du moment où son diplôme d'Université avait été enregistré, il avait de ce fait acquis des droits : l'erreur des bureaux de la sous-préfecture devait lui permettre de continuer sa profession.

Consulté sur ce point, je n'ai pas cru devoir donner raison à cette thèse : une erreur d'un employé de sous-préfecture ne saurait transformer un certificat délivré par une Université en diplôme d'Etat. Ce serait trop commode pour les étrangers afin de tourner la loi, que d'acheter certaines complicités, ou de se procurer l'appui d'hommes politiques, qui, dans une circonscription, pourraient faire installer une de leurs créatures, pour des besoins d'ordre électoral.

La loi du 30 novembre 1892, celles du 21 avril 1933 et du 26 juillet 1935 exigent de celui qui entend exercer l'art de guérir en France l'obtention du grade de docteur en médecine. Ce grade n'est conféré que par un diplôme délivré au nom de l'Etat par le Ministre de l'Education nationale.

Au contraire, le diplôme d'Université n'est qu'un certificat d'études, délivré par le recteur et non par le ministre, certificat qui ne confère à son possesseur aucun droit pour exercer en France. Il ne sert qu'à fournir l'attestation, hors de nos frontières, que M. X. a fait ses études médicales en France, dans telle ou telle Faculté de médecine.

D'ailleurs ce certificat d'Université n'est accessible qu'à des étrangers, ne pouvant pas justifier du baccalauréat français.

Cependant, peut-on soutenir juridiquement que l'erreur d'enregistrement d'un diplôme d'Université pouvait constituer un droit acquis ? Non, car en pareille matière, il faut appliquer l'adage : « erreur ne fait pas compte ».

La loi du 10 juillet 1916, comportant l'organisation des Universités et surtout l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 autorisent les Universités à créer des diplômes de docteurs d'Université ; mais il est bien spécifié que ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements. Seul le diplôme d'Etat, conféré par le ministre de l'Education nationale, sur proposition d'une Faculté de médecine, permet à son titulaire d'exercer en France.

Dans ces conditions, les préfets ont été avisés, par deux circulaires ministérielles, l'une du 6 juin 1902 et l'autre du 6 septembre 1906, d'avoir à se refuser à enregistrer un diplôme d'Université.

Un jugement du Tribunal correctionnel de Carcassonne du 26 décembre 1905 (*Concours Médical*, 1913.1914) condamne le titulaire d'un diplôme d'Université qui exerçait la médecine alors qu'il avait pu obtenir d'une préfecture l'enregistrement par erreur de son diplôme.

Un arrêt récent du Conseil d'Etat du 3 avril 1936 vient encore de confirmer cette thèse. L'enregistrement d'un diplôme d'Université, fait à tort par une sous-préfecture ne saurait conférer un droit pour faire authentifier ledit diplôme ; par suite, ne saurait être annulée la décision d'un préfet se refusant à authentiquer un diplôme d'Université, bien que celui-ci ait déjà été enregistré par erreur.

Ajoutons que, puisque s'ouvre la période des vacances, nous conseillons vivement à nos confrères de n'utiliser, comme remplaçants que des docteurs en médecine français, ou des étudiants français, ayant terminé leur scolarité, ou internes français des hôpitaux, nommés au concours et munis de seize inscriptions.

Feraient-ils appel à un étranger qu'ils risqueraient de s'attirer des ennuis judiciaires. Pour exercer la médecine en France, il faut être de nationalité française. Un étudiant ne saurait dès lors avoir plus de droit qu'un docteur en médecine. Le remplaçant doit par conséquent être Français, sinon il serait passible de condamnation pour exercice illégal, alors que le médecin remplacé serait également inculpé dans les poursuites, comme s'étant fait le complice de cet exercice illégal.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

Tarif d'hospitalisation en clinique privée

L'assuré social, qui est admis dans une maison de santé privée, laquelle n'a pas signé de convention avec les Caisses, peut-il être considéré, non pas comme étant hospitalisé, mais comme étant soigné à son propre domicile ?

Oui, avions-nous répondu en nous basant sur un jugement d'appel au Tribunal civil de Lyon du 25 octobre 1934 (*Concours Médical*, 1935, 247) et un autre du Tribunal civil de la Seine 1er mai 1935.

Oui, avait décidé la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, par décision du 4 août 1935.

Non, vient d'arrêter la Cour de cassation.

Le problème qui se pose est le suivant. Un assuré social ne veut pas, pour des motifs divers, être soigné, ou opéré à l'hôpital public, mais dans une maison de santé, laquelle n'a pas signé *de convention avec la Caisse d'assurances sociales*. Que devra rembourser cette dernière à son ressortissant ? sont-ce les frais de journées d'hospitalisation, calculés sur la base du contrat qui lie la Caisse à l'hôpital public le plus voisin ? ou bien les prestations en argent et en nature qu'aurait touchés le malade s'il avait été soigné ou opéré chez lui, à son propre domicile ?

Par un arrêt en date du 28 janvier 1935, la Cour de cassation, Chambre civile, avait décidé que : « Une Caisse d'assurances sociales se libère « valablement vis-à-vis d'un assuré, traité dans « un établissement, qui n'a pas passé de conven- « tion avec elle, en lui versant les sommes qu'elle « aurait déboursées s'il avait été soigné dans « un hôpital public. »

Deux autres arrêts de la Chambre civile de la Cour de cassation, l'un du 24 mars 1936 et l'autre du 11 mai 1936, viennent de décider dans le même sens, à savoir que « le choix par un assuré « social d'un régime d'hospitalisation autre que « le régime commun de l'hôpital public ne peut « être pour la Caisse une cause de dépenses sup- « plémentaires. »

L'arrêt du 11 mai précité casse et annule le jugement d'appel au Tribunal civil de Lyon, du 25 octobre 1934, que nous indiquions plus haut. La Cour suprême décide que l'article 4, § 12 de la loi sur les Assurances sociales n'a pour objet que de fixer et d'établir un tarif minimum et limitatif de réassurance, dont le dépassement interdirait aux Caisses de recourir à la réassurance en ce qui concerne les excédents.

Autrement dit, l'assuré conserve toujours le libre choix de son établissement de cure, dans lequel il aura le droit de s'offrir tout le confort qu'il désirera, mais à ses frais, car la Caisse ne lui remboursera que ce qu'elle doit, selon le tarif d'hospitalisation dans l'hôpital public le plus voisin.

Ce tarif d'hospitalisation est déterminé par des conventions intervenues entre l'hôpital public et les Caisses, alors que le tarif de réassurance des frais médicaux est établi chaque année, compte tenu des tarifs médicaux minima pratiqués dans la région.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 n'a apporté aucune modification à cet égard.

Conclusion

Lorsqu'un assuré social se fait admettre ès-qualités soit dans la partie payante d'un hôpital public, soit dans une clinique privée, il devra supporter de sa poche les frais supplémentaires de chambre payante, ou d'opérations, parce que sa Caisse ne lui remboursera que le prix forfaitaire de journée d'hospitalisation arrêté pour l'hôpital public le plus voisin, sur les bases du tarif le plus bas applicable aux malades payants soignés en salle commune.

Ainsi progressivement nous est imposé le tarif de l'uniprix de la médecine, alors que la base des tarifs de remboursement des Caisses est celui applicable par l'hôpital public pour les soins donnés aux malades payants hospitalisés de la catégorie la plus inférieure.

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Le règlement départemental d'assistance est-il applicable aux assurés sociaux indigents ?

Cette question, à laquelle nous n'hésitons pas à répondre par la négative, vient d'être tranchée une fois de plus par la jurisprudence dans un sens favorables à notre thèse.

L'Administration préfectorale de Saône-et-Loire avait refusé de payer les honoraires d'un médecin concernant un nombre de visites excédant 15 pour un même malade, et des radioscopies faites sans l'autorisation prévue par l'article 27 du règlement départemental d'assistance, ce alors qu'il s'agissait d'assurés sociaux notoirement indigents. Sur les conseils et avec l'appui du « Sou Médical », la Commission d'arrondissement du siège de la commune de secours fut saisie du litige.

Par une décision en date du 30 mai 1936, la Commission de Louhans a donné gain de cause au médecin, et condamné la collectivité d'assistance au payement des honoraires contestés. Il résulte en effet des travaux préparatoires, et du texte même de la loi sur les Assurances sociales, que les dispositions relatives aux assurés indigents ne se réfèrent à la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite que pour l'établissement des listes d'assistance, mais constituent pour le reste des mesures nouvelles, indépendantes et différentes de celles prescrites par cette loi. D'autre part, parmi les principes fondamentaux de la loi sur les Assurances sociales figurent le libre choix du médecin, et pour ce dernier, la liberté de traitement ; ces principes sont incompatibles avec les règles de l'Assistance médicale gratuite. Or, la substitution de ces règles à ces principes est une chose trop grave pour être acceptée sans textes, et les circulaires ministérielles ne sauraient y suppléer.

Il faut au contraire admettre que l'assuré indigent s'est acquis par ses versements les mêmes droits que les assurés ordinaires. On ne saurait donc priver le médecin de la liberté de traitement, et notamment de la pratique d'examen radioscopique ou radiographique, moyen de diagnostic si utile et souvent nécessaire.

Ces principes s'imposent encore davantage depuis l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 en vertu duquel les prestations à la charge des Caisses pour ces assurés sont les mêmes que pour les autres assurés, et que les frais dus aux praticiens sont réglés par les collectivités d'assistance après règlement des prestations dues par la Caisse. Accepter la thèse de l'Administration reviendrait soit à admettre que les collectivités d'assistance peuvent réaliser un bénéfice au détriment des praticiens, ce qui est inadmissible, soit qu'elles peuvent ristourner aux Caisses une partie des prestations, ce qui serait contraire à l'égalité voulue par la loi.

Jean MIGNON

La correspondance des aliénés et les droits des médecins directeurs d'Asiles

Il résulte de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 qu' « aucune requête, aucune réclamation adressées soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissement », ce à peine de sanctions pénales. Que convient-il de décider en ce qui concerne la correspondance ne rentrant pas dans ces prévisions ? Une première opinion « *a contrario* » serait qu'elle peut être lue et interceptée par le directeur de l'asile ; mais cette opinion est trop absolue et serait contraire à l'intention du législateur qui a voulu éviter toute séquestration non motivée. Il n'est pas possible non plus d'admettre d'une manière absolue le principe du secret de la correspondance à l'égard des aliénés. Dans l'intérêt même du malade, et afin de l'isoler de toute excitation extérieure, le médecin d'asile doit posséder sur sa correspondance certains droits exceptionnels. C'est sur ce délicat problème de la combinaison de ces deux principes que vient de se prononcer la Cour de cassation, par son arrêt du 6 mai 1936.

La Cour suprême établit une distinction : elle reconnaît d'une manière absolue en faveur du médecin traitant le droit de prendre connaissance des lettres écrites par une personne internée. Mais il ne peut retenir les lettres adressées à des tiers autres que les autorités judiciaires ou administratives, à moins qu'il ne résulte de leur contenu que l'intérêt même du malade ou celui des tiers commande cette interception ; ainsi en serait-il si ces lettres étaient par elle-même révélatrices des troubles mentaux de l'interné.

Cet arrêt qui tend, par rapport à la jurisprudence antérieure, à limiter les droits exceptionnels du médecin subordonne donc le droit de rétention à l'intérêt du malade ou des tiers. Aussi est-il probable que la Cour de cassation n'admettra plus les médecins à faire usage en justice de cette correspondance dans leur seul intérêt personnel et pour se défendre à l'encontre de réclamation pour séquestration arbitraire. (Me Nattan-Larrier, *Gaz. des Hôpit.*, 1er juillet 1936.)

J. M.

La Presse et les Sociétés

La silicose comme maladie professionnelle

La conférence internationale du travail au cours de sa 20e session vient d'adopter une résolution relative aux maladies dues aux poussières et notamment à la silicose. Elle considère qu'il est nécessaire d'établir un programme d'action pour la protection des travailleurs contre la silicose et autres affections des organes respiratoires dues aux poussières dans diverses professions, et estime qu'il y aurait lieu de soumettre ce problème à de nouvelles recherches faites à la lumière des connaissances nouvelles acquises au cours de ces dernières années, tant du point de vue médical que du point de vue technique. Elle propose donc une nouvelle réunion internationale d'experts, afin d'élaborer un programme de mesures à prendre pour aboutir à un diagnostic précoce de ces maladies, à une réparation adéquate des dommages causés et à la prévention la plus efficace possible.

Ce problème vient d'autre part d'être examiné par le Fonds de prévoyance de Belgique en faveur des victimes des maladies professionnelles. L'opinion qui a prévalu est qu'il est souhaitable que toutes les incapacités du travail permanentes provenant des maladies de l'appareil respiratoire et causées par des poussières industrielles puissent être réparées. (*Informations sociales*, 29 juin 1936.)

Rappelons à ce sujet qu'en France la silicose et plus généralement les affections pulmonaires déterminées par l'inhalation de poussières d'origine minérale, végétale ou animale, ne figurent que dans la liste des maladies d'origine professionnelle que doivent déclarer les médecins traitants en vue d'une extension éventuelle de la protection légale (décret du 16 octobre 1935). A l'heure actuelle la victime de telles affections ne peut obtenir réparation que dans les termes du droit commun (art. 1382 et suivants du Code civil). J. M.

Plurivalence ou spécialisation des visiteuses d'hygiène

Vaut-il mieux que la visiteuse d'hygiène ait des fonctions plurivalentes, et s'occupe à la fois de tous les risques d'hygiène sociale : hygiène de l'enfance, maladies vénériennes, maladies mentales, tuberculose ?

Ou bien qu'elle soit spécialisée, et qu'il y ait des visiteuses différentes pour les principaux risques ?

Les deux conceptions ont leurs partisans.

Ceux-ci, toutefois, s'accordent sur ces deux points :

— il faut que la visiteuse reçoive, à l'école, une formation plurivalente ;

— les possibilités de la pratique sont tout à fait différentes dans les petites villes ou à la campagne et dans les très grandes villes.

Dans les petites villes et centres ruraux, que la visiteuse d'hygiène soit plurivalente comme l'est le médecin de campagne ; nécessité fait loi.

Dans les grandes villes, les résultats du travail spécialisé constituent le meilleur argument en faveur de celui-ci (à Lyon, la mortalité par tuberculose a baissé en 25 ans de 50 %, et la mortalité infantile a passé de 11 pour 10.000 à 3 chez les enfants surveillés).

Du reste, les mesures techniques contre la tuberculose, les maladies vénériennes et les maladies infantiles, les trois grands fléaux sociaux, ne sont-elles pas essentiellement différentes et n'exigent-elles pas des qualités et des capacités différentes ?

Une grande objection : comment faire la répartition des malades et des familles entre les différentes catégories de visiteuses ? Plusieurs risques sociaux peuvent coexister dans une famille. Devra-t-elle recevoir les conseils d'autant de visiteuses qui pourront ou contrarier mutuellement leur action ou faire double emploi ?

A cela une réponse : considérons le risque dominant, et que la visiteuse spécialisée dans ce risque s'occupe totalement de l'hygiène de cette famille.

S'agit-il d'une naissance, d'une nourrice, d'un enfant malade, c'est à la visiteuse d'enfance à intervenir.

Y a-t-il dans une famille un tuberculeux ? La visiteuse de tuberculose prend en charge toute la famille depuis la naissance (B. C. G., isolement du nouveau-né), jusqu'à l'âge adulte (placement des malades), sans oublier l'hygiène du logement et l'alimentation.

Si une visiteuse d'enfance décèle dans la famille qu'elle visite un cas de tuberculose (ou en a connaissance de quelque façon), elle cède la place à la visiteuse de tuberculose, parce que celle-ci constitue le risque dominant.

En pratique, il suffirait de deux grandes groupes de visiteuses : tuberculose et enfance.

Ce qu'il faut éviter surtout, c'est la multiplicité des visiteuses intervenant dans une même famille : gaspillage de forces sociales, source de heurts et de divergences qui rebutent les familles. (*Le Mouvement Sanitaire*, Dr P. Courmont, VI 1936.)

G. L.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

TRENTIÈME LETTRE

Du médecin par VOCATION et du médecin par ORIENTATION.

Par le Docteur Jean CAMESCASSE

Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines
(Banlieue Montparnasse)

Par VOCATION ou bien par ORIENTATION.

Au temps jadis la chose était toute simple : on devenait médecin *pour soigner des malades.* Quand le futur médecin avait été victime, en ses années de grande malléabilité, d'un orientateur — fût-ce son propre père, — ce médecin était et demeurait toute sa vie, à plaindre.

Que, si au contraire, il avait obéi à une vocation irrésistible, sa carrière lui devait valoir rédemption de tous ses vices et autres péchés. Cette carrière, en effet, lui aura été l'occasion de tant de traverses, de déboires, de sacrifices..., et tout cela dans le secret, — que nulle autre n'est comparable, — à cause précisément de ce SECRET.

Le — la — parachutiste descend au milieu d'une foule enthousiasmée ; l'officier entraîne ses hommes, le peintre a le Salon ; l'écrivain voit son livre à l'étalage du libraire ; l'acteur débite devant un parterre et l'avocat étonne la Cour.

Le médecin, lui, donne son conseil entre quatre z'yeux ; se blesse de même en ouvrant un panaris, encaisse un maigre salaire et se replie sur lui-même... en bon ordre.

Mais tout cela, c'est de l'histoire ancienne qui, folle vocation à part, n'intéresse plus guère le médecin d'aujourd'hui et, plus du tout, le médecin de demain.

C'est que ce médecin de demain, dès le P. C. B., aura en réalité le choix entre les trois carrières médicales que lui ouvrira son diplôme. Je dis *trois*... j'en sais au moins six, *qui combinées deux à deux,* constitueraient une douzaine de cases différentes. Pour ne pas m'embrouiller, j'oublierai systématiquement les Ecoles de médecine coloniale, maritime et militaire, dont je ne connais que très approximativement les sous-branches.

Sur les CIVILS je suis mieux informé. Je n'en tiendrai donc à leur cas ... dont l'examen occupera assez de place, sinon trop, à lui tout seul.

De ces Civils les avenirs sont donc trois. Il y a, parmi nos étudiants, DES ASPIRANTS FONCTIONNAIRES ; des ASPIRANTS A CES SCIENCES BIOLOGIQUES qu'on ne cultive qu'en des laboratoires bien clos ; et des ASPIRANTS A LA VIE DE MÉDECIN TRAITANT (chirurgiens et spécialistes compris).

Pour les ASPIRANTS FONCTIONNAIRES l'Etat crée des emplois chaque jour, et, avec l'Etat, nombre d'autres Administrations. L'accès à ces emplois n'est pas plus difficile que celui à l'emploi de rédacteur dans un quelconque ministère. Même quant au rapport entre le nombre des élus et celui des candidats, le futur *fonctionnaire-médecin* est encore aujourd'hui favorisé... enfin il aura eu le plaisir d'être étudiant pendant un bien plus grand nombre d'années qu'il n'en est dévolu au futur chef de bureau. Cette considération peut être diversement appréciée...

Parmi les ASPIRANTS-BIOLOGISTES, il en est aussi, m'assure-t-on, qui ne voient en leur avenir qu'un confortable abri contre les intempéries. Ceux-ci se trompent : la concurrence leur sera rude ! Plus d'un pharmacien diplômé, plus d'un docteur ès sciences, quantité de vétérinaires aussi, encombrent le chemin avec cet avantage d'avoir reçu, chacun en son école, une instruction beaucoup plus complète, plus poussée, *plus scientifique*, que celle que dispensent nos Facultés de médecine. A eux la chimie des colloïdes... et bien d'autres choses... dont, auxquelles, que j'en ignore conjointement avec mon camarade... (mes !).

Ceux de nos confrères dont je viens d'estomper la carrière, *ne sont pas des médecins à proprement parler* : leurs tourments comme leurs joies, leurs tracas comme leurs succès, n'ont rien de commun avec ceux que connaîtra un MÉDECIN PRATICIEN.

Ils connaîtront d'avance le curriculum de leurs journées, déjeuneront à l'heure convenue et se coucheront tôt... s'ils ne sont d'incorrigibles noctambules. Ils vaqueront le dimanche et, chaque année, tout un mois durant, sans avoir à payer un remplaçant.

Ils connaîtront le bienfait d'un budget fixe (1) ; ils seront assurés de jouir d'une retraite... je veux dire d'une *pension* de retraite.

(1) Dans un ménage de salariés à peu près raisonnables, l'apport *régulier* d'une mensualité pour Incapacité Partielle Permanente, transforme *en bien* la vie commune.

Mais tout cela, je le répète, n'a rien à voir avec le sort qui attend le futur médecin traitant.

Entre celui-ci et ceux-là il n'y a AUCUN FACTEUR (1) COMMUN. Qu'il me soit donc permis de rechercher quels facteurs, — qu'on puisse repérer environ la 18e année d'âge — permettraient d'orienter tel ou tel bachelier vers cette dangereuse profession de médecin traitant ?

Car voici que je suis promu membre d'une Commission d'orientation médicale : Commission constituée *ad hoc*.

De voir parmi eux, — tous jeunes et très allants — cette tête chenue — évidemment celle d'un Monsieur atteint de néophobie sénile, — mes collègues se sont émus... et m'ont élu président... pour se débarrasser et de moi et de mes préjugés.

Mes collègues ès commissariat, joueront des TESTS tandis que je contemplerai la scène dans son ensemble, ayant cependant liberté de causer avec les candidats momentanément inoccupés... et de les orienter sur... les A-CÔTÉ.

C'est dans cette mesure qu'il m'est loisible de poser quelques questions à chacun des grands garçons... et de fournir les réponses.

J'exclus ici les jeunes bachelières. A dix-huit ans, elles ne sont plus malléables du tout : un motif cependant pourrait les détourner de leur idée fixe qui est de devenir médecin, — et encore ; — c'est à savoir le cas où elles trouveraient un époux, mais le président de la Commission n'est point outillé à cet effet... hélas !

Et j'en reviens à ce grand garçon... précoce bachelier... qui a, si visiblement, besoin de passer les prochaines vacances au grand air.

A) « Dites donc » : Ne pourriez-vous devancer l'appel et consacrer au service militaire, c'est-à-dire à la *culture physique*, la plus prochaine année ?

Lever tôt. *Coucher* de même. Efforts intellectuels peu importants. Apprendre à cirer vos souliers vous-même ; à progresser *ventre-à-terre* (sens : à utiliser le moindre abri) ; à accrocher de vos doigts l'*huisserie* d'une porte, pour vous hisser dix fois de suite et baiser alternativement votre pouce droit et votre pouce gauche.

APPRENDRE A MARCHER,... de préférence, dans ces chemins en mauvais état qui paient notre peine par leur propre pittoresque... et par un surcroît et d'appétit et de sommeil... aussi bien en plaine qu'en montagne.

« C'est une idée, çà ! Vous n'y avez jamais « pensé ! soit ! Pensez-y... et, en vue de faciliter « vos débuts à la caserne, commencez donc pen- « dant vos vacances... l'huisserie ! Tenez je « vous recommande l'HUISSERIE et d'y aller « baiser vos pouces. »

Cé truc vous fera bien voir de vos camarades car il est spectaculaire. Supposons, tout arrive, que vous ayez été invité à un bal... chic. La maîtresse de maison voit languir son cotillon ; on cherche qui pourrait bien faire une énorme bêtise... que plusieurs essayeront, en vain mais non sans contorsions, de reproduire... annoncez discrètement (de façon à ce que tout le monde vous entende) votre sketch et allez-y du coup de l'huisserie... on vous gardera une place privilégiée à l'heure du souper... Non ! si ! je vous l'assure... çà m'est arrivé... dans le temps.

« Mais, Monsieur, je veux devenir médecin et je ne vois pas .... »

« Vous ne pouvez pas voir en effet, car on a « oublié de vous dire les choses. Ainsi vous « n'avez jamais songé que, pour être un médecin « utilisable, il vous faut d'abord être un homme « bien portant.

« Quant au truc de l'huisserie lui-même votre « objection ne vaut (comme on dit au Palais). « Moi qui vous parle, j'ai acquis grâce à la cul- « ture de ce truc, des doigts de fer qui m'ont « valu d'être — en mon temps, bien entendu — « un virtuose du forceps et de la version.

Entre temps, grâce à la marche, j'ai pu connaître les villages qui m'ont accueilli, sous toutes leurs formes, sous tous leurs aspects... de jour comme de nuit... pendant les *beaux jours* comme pendant ceux des jours qu'on qualifie *mauvais*... quoiqu'ils aient leur beauté propre ... et si *différente*, si diversifiée.

Mais passons, avec nos gros souliers, et venons-en aux choses sérieuses.

B) « Je suppose que vous êtes assuré d'avoir le « moyen de faire face aux grosses dépenses « qu'imposent les six ou sept années (au moins « six ou sept) que dure l'écolage de la médecine. « Mais savez-vous que, diplôme en main, il vous faudra encore une centaine de mille francs « pour vous installer ? »

(Je veux dire *à la campagne* parce que, *à la ville*, ce serait plus cher.)

Un mobilier avec un peu de linge de maison ; une auto ;... quelques outils (ça va très loin). De quoi payer votre loyer *et vos aliments* pendant les deux années blanches (voir, au bridge, les levées blanches) du début ; votre cotisation au Sou et votre abonnement au *Concours* ...

Ça va loin ! Je vous le dis... ça va très loin.

C) Comme les autres membres de la Commission testaient — afin d'en attester — les autres orientables — j'ai pu continuer mon enquête.

Mon enquête ? Ce possessif n'est pas à sa place ... pas du tout celui qui convient, car c'était en réalité le candidat qui s'informait.

(1) Je dis *Facteur* commun et non *Dénominateur* commun.

Il me le fit bien voir, me poussant cette colle : Que veut dire cette affirmation ? « Pour être « un bon médecin — de famille — il faut avoir plus « de cœur que d'oreille. » (1)

Et moi de répondre que d'aucuns disent exactement le contraire... puis d'expliquer : Ceux qui disent qu'il faut, au médecin, plus d'oreille que de cœur, envisagent la médecine au point de vue du MÉTIER : du métier dont on doit vivre et qui devrait vous enrichir..... un peu !

Ils envisagent le rendement : la rentabilité (et l'amortissement avec quelque chose en plus) des capitaux engagés (et des années gaspillées).

Je ne sais pas ce que l'oreille vient faire dans cet énoncé, mais ce que je sais bien c'est que l'exercice de la médecine, pour être fructueux, doit écarter tous les — bons — *mouvements du cœur.*

Car la médecine est un fichu métier : un métier qui paye mal.

Il existe, à un très grand nombre d'exemplaires, une autre catégorie de médecins praticiens : ceux qui négligent, — souvent d'une façon immodérée sinon excessive, — ce même rendement.

Ceux-ci sont victimes de leur propre *bon cœur* : ils vivront dans la gêne. S'ils n'ont pas quelque fortune par devers eux ils mourront pauvres.

Mais quelle belle PROFESSION ils auront connue !

Aucune n'est au-dessus quand on veut se laisser aller à l'exercice de la bonté.

C'est de cette médecine-là qu'on peut dire : « Guérir, quelquefois. Soulager, souvent. Con- « soler, toujours ».

Ce médecin-là, on a recours à lui quand on est malade, c'est un des côtés de notre affaire. Ce n'est pas toujours le plus émouvant car on a encore recours à lui quand on se sent victime d'une injustice quelconque. Pour son client, — ici le possessif est à sa place — ce médecin écrira la lettre difficile que ce client signera ; ce médecin-là vous assistera devant Monsieur le Juge de Paix, qui prête toute son attention à ce défenseur plus informé qu'éloquent.

J'en ai connu un qui fut mendier des secours pour les trois veuves que fit, dans son village, le mauvais sort en moins d'une année. Trois veuves qui se comptaient ensemble dix-sept orphelins.

(1) Voir TRENGA. — Le Praticien de l'Afrique du Nord, mai 1936.

Elles ont vécu, de ces secours cumulés, et purent élever les dix-sept orphelins.

Ces orphelins n'ont pas tous bien tourné.

L'un a même très mal tourné ayant mérité la prison, mais lisez ceci : à l'heure de sa libération il fallait, à ce misérable, un *répondant* provisoire ... *et il a désigné son médecin.*

Je ne vous dirai rien de ceux qui vécurent sans histoire, et ne retiendrai que le cas de celui qui a réussi.

Quand il ne peut venir voir sa mère — et *son* médecin — en fin d'année — ce Louis lui adresse une carte de visite avec un mot d'amitié. Or, l'autre année, — effrayé d'avoir à dépenser une si grosse somme en timbre-postes, ce médecin n'avait pas répondu. Quelques mois écoulés, Louis peut venir ; il rencontre son médecin... hésite, puis, n'y tenant plus, demande si sa carte annuelle est bien arrivée... redoutant qu'elle n'eut été perdue en route.

Comment avouer à ce brave garçon que le nombre des.... obligés et des cartes d'affectueuse reconnaissance, était devenu tel que cela constituait une dépense... excessive ?

C'est ainsi que le président avait *tenté de* dissuader son optant. Quels renseignements divergents sont venus des autres Commissaires ? ... lui ont-ils seulement demandé, à cet *optant,* d'apprendre à écrire lisiblement ? Je n'ai pas pu le savoir.

Et puis qu'importait : nos efforts d'orientation se trouvaient être nuls de plein droit... ce bachelier avait la vocation... *plus de cœur que d'oreille.*

Mais ce médecin optimiste court un grand danger. A ce jeu il risque fort, en effet, de devenir un mauvais confrère... un de ceux qui empêchent leurs voisins de gagner leur vie.

Je pourrais répondre « beaucoup moins que « cet autre, médecin, qui pêche par excès de « *commercialisme* »

Ce serait là un vilain argument, parfaitement déloyal.

La vérité est autre, fort heureusement. Le médecin praticien, victime de sa propre vocation, se doit à lui-même de trouver la juste mesure.

Pour citer un exemple : aussitôt qu'il aura le moindre doute sur l'opportunité de son intervention, il rectifiera la position. *Avec,* ou sans *vivacité,* il ramènera le carottier dans le droit chemin, etc.... c'est très facile quoi qu'on en dise !

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Pour éviter la transmission des maladies par les livres usagés

Ce sont particulièrement les livres qui, par une voie indirecte, et parmi les nombreux objets d'autre nature, constituent un élément important pour la transmission des fièvres éruptives parmi les écoliers. Les volumes passent constamment de mains en mains. Or, pour la lecture, le livre est placé à proximité du visage, et c'est ainsi que des particules contagieuses peuvent être projetées à la surface du papier par la respiration, la toux, l'éternuement. D'autre part, certaines personnes ont l'habitude d'humecter de salive leurs doigts pour tourner les pages et elles peuvent ainsi y déposer pour leur suivant des microbes parfois virulents.

Le Docteur Pierre Sée (1) fait remarquer toute l'importance de ces faits pour les enfants, qui mettent souvent en commun leurs volumes de classe et leurs cahiers. Comme l'âge scolaire est essentiellement celui des fièvres éruptives, il est donc logique d'admettre que les livres puissent propager certaines de ces infections par *contagion indirecte*. Ne sait-on pas en effet que ces maladies sont contagieuses dès le début, par l'angine ou la poussée rhino-pharyngée, parfois avant que le diagnostic ne soit possible. Dans ces conditions, le livre, dont l'enfant s'est servi au moment de l'invasion de la maladie, peut être simplement resté sur sa table de travail, à la disposition de ses camarades d'études... Que dire également des livres d'images, qui sont les passe-temps favoris des convalescents et des malades, surtout petits enfants. Et encore, n'a-t-on pas démontré récemment (Tanon, Marfan, Lesné) que les fièvres éruptives étaient susceptibles de rester contagieuses plus longtemps que ne l'indiquent les délais classiques, et cela suivant les circonstances particulières (gravité de l'affection, existence de complications, etc.).

A-t-on pensé à désinfecter tous ces livres qu'avaient pu manipuler des sujets encore contagieux, malades ou convalescents ? Les a-t-on toujours désinfectés de manière efficace ?

Si certains virus (rougeole, rubéole) sont très fragiles en dehors de l'organisme et n'entrent pas ici en ligne de compte, il n'en est pas de même de ceux de la variole, de la scarlatine, de la varicelle peut-être, qui sont très résistants et vivent longtemps sur les objets inertes. Or, le livre lui-même réalise peut-être les meilleures conditions de conservation pour ces virus, qui s'y trouvent à l'abri des intempéries et dans une sécheresse relative, à une température demeurant constante dans une bibliothèque. Le papier lui-même constituerait un milieu favorable de culture, puisque, dans certaines conditions, les spores du champignon de la cellulose restent capables de germer durant un temps fort long, parfois des années.

Mais, *quelles mesures adopter* pour éviter cette propagation par les livres : les brûler ? ne donner aux enfants malades que des ouvrages sans valeur marchande, afin qu'on puisse les incinérer ? C'est à étudier.

N'empêche que par ces temps de crise les livres usagés sont d'un emploi courant : livres prêtés ou achetés d'occasion ; dans certains établissements scolaires, volumes des précédentes années.

En France, a écrit Dufestel, depuis la gratuité scolaire, la plupart des municipalités fournissent gratuitement des livres aux enfants, et comme c'est une dépense relativement importante, ils sont, d'années en années, transmis, et ceux-ci restent ainsi dangereux pour d'autres enfants, jusqu'au moment où ils sont hors d'usage. Mais il est encore le danger des bibliothèques scolaires et municipales, où les livres prêtés séjournent entre les mains des malades ; combien en a-t-on vu ainsi sur des lits de tuberculeux ?

Le Professeur Tanon propose l'impression d'éditions de prix modéré, ou bien la désinfection périodique des livres.

Mais cette dernière solution n'est pas sans de grosses difficultés. Il faut, en effet, détruire les microbes sans dommage pour le livre. Or, le passage à l'étuve, humide ou sèche, l'action des antiseptiques usuels (chlore, acide sulfureux, etc.), à l'état de vapeurs ou de gaz, sont susceptibles de détériorer le papier ou la reliure.

Le formol cependant n'a pas cet inconvénient, mais c'est un désinfectant de surface ; il est donc nécessaire d'écarter les feuillets avant l'opération ; on a d'ailleurs imaginé des appareils spéciaux en fil de fer pour tenir écartées les pages. Le meilleur procédé consisterait à employer des étuves spéciales à vapeur d'eau formolée. D'autres produits ont également été préconisés, notamment la chloropicrine. C'est évidemment un antiseptique puissant, capable de détruire assez rapidement certains micro-organismes, mais son emploi est délicat, dangereux même, et commande certaines précautions indispensables.

G. F.

(1) Docteur P. Sée, *La Médecine*, décembre 1935.

Variétés

SYRACUSE (1)

(*Fin*)

Par le Docteur DELÉON, de Lancey (Isère)

Le Foro Vittorio, promenade ombragée d'un quadruple rang d'arbres, entre les deux môles, continue le « Passegio Aretusa » : contre la muraille haute, au-dessus de laquelle se dresse la ville, s'alignent quelques boutiques, des bars et même un café moderne, où se joue, le soir, la comédie, entremêlée de tarentelles locales. La Porte de la Mer, édifice du XVe siècle, un peu lourd, en face de notre hôtel, en marque l'extrémité : nous reprenons l'auto qui nous conduit au Castel Maniace, fondé en 1038 par un général byzantin, au Palais Bellomo du XIVe siècle, au Palais Lanza, renommé par ses fenêtres bilobées, et par la via Diana, gagnons un enclos de planches, derrière lequel nous découvrons le Temple d'Apollon : des ouvriers travaillent à le dégager des constructions voisines et d'une caserne où est enclavée la cella ; pour le moment on a relevé une dizaine de colonnes.

Le lendemain, nous partons visiter les quatre autres quartiers ; ils ont assombri l'humeur de plus d'un touriste par leur périmètre considérable, je redis 27 kilomètres. De la place du Forum, partent trois routes, se dirigeant, à gauche vers Cyané et Noto, au centre sur l'Euryale, à droite vers l'Achradine.

Nous commençons par cette dernière, en longeant les vieilles maisons du Petit Port, éclairées, comme à Naples, de murs et de façades flamboyants de couleurs, pourpre, safran, ocre, bleu passé, le long d'une muraille rousse qui date des Grecs ; là, jouent des enfants, demi-nus, tandis que, sur les eaux, glissent des barques aux voiles jaunes, portant des pêcheurs et leurs filets. Une longue fosse rectangulaire, à grands piliers, marque la place de l'arsenal antique, où se trouvaient des machines qui tiraient au sec les navires. Plus loin, Santa Lucia, au-dessus de vastes catacombes, église normande, érigée sur le lieu où fut martyrisée la jeune fille syracusaine de ce nom, belle vue sur la mer. Ensuite, Latomie des Capucins (latomie, du grec latomia, carrière, est le nom générique, à Syracuse, de toutes les excavations, à ciel ouvert ou fermé, d'où furent tirés les matériaux de constructions de la ville, et qui servirent, maintes fois, de prison).

Dans cette latomie, règne un profond, un impressionnant silence ; la végétation y est d'une grande richesse, végétation de lierres et de fleurs, rinceaux et guirlandes pendant devant chaque échancrure du rocher, formant des rideaux transparents de verdure, rejoints par un écran de grenadiers et de citronniers, enchevêtrés les uns aux autres : là, furent emprisonnés les 7.000 Athéniens, restes de l'armée de Nicias, qui y languirent et y périrent presque tous.

De l'Achradine une route nous ramène à Neapolis par la Latomie Casale. Précédé d'un jardin rustique, l'Amphithéâtre se présente en vue panoramique : œuvre romaine du temps d'Auguste, il est bien conservé ; creusé dans le rocher, entouré d'un haut parapet, sous lequel court une galerie à voûtes avec deux entrées le long de son grand axe, il permettait des exhibitions nautiques, marquées encore par un bassin central, que continuent deux canaux d'amenée et d'évacuation des eaux.

Au nord de l'Amphithéâtre, église normande de San Nicolo, sous laquelle nous descendons par un escalier glissant, jusqu'à une piscine, à trois nefs et quatorze pilastres, réservoir du canal de l'Amphithéâtre.

A cent mètres de là, jardin délicieux qui est la latomie de Sta Venera : à l'ouest, autel de Hiéron II, fermé par une grille qu'ouvre le custode. Découvert en 1839, long de près de 200 mètres, large de 24, cet autel servait aux fêtes de Jupiter Libérateur : on y immola jusqu'à 450 taureaux à la fois (quel abattoir ce jour-là, quelles fumées pour les Dieux, et aussi quel festin). Nous faisons le tour du triple gradin sur lequel s'élevait ce gigantesque autel, marchant dans l'herbe rase et sèche, roussie par l'été ; sortis par la porte, dont le gardien ferme soigneusement la grille de fer, rouillée et grinçante, nous n'avons qu'à traverser un carrefour pour être devant la latomie du Paradis.

Latomie du Paradis, le nom l'indique, c'est la plus belle de toutes, l'entrée est payante, 5 lires, le tourniquet franchi, liberté complète d'aller et de venir. Nous commençons par descendre un étroit chemin, bordé de géraniums, qui conduit devant une muraille, peu élevée, barrant le passage, mais percée, en son milieu, d'une porte ouverte préalablement. Cette porte donne accès à une grotte artificielle, longue de 65 mètres, large de 5 à 11 mètres, haute de 23, qui va en se rétrécissant de plus en plus, contournée, terminée en pointe arrondie, pareille dans sa forme à un énorme pavillon renversé, enfoncé sous la terre et qui lui a fait donner par le peintre Michel

(1) Voir *Concours Médical*, n° 37.

de Caravage, la visitant au XVIe siècle, le nom d'« Oreille de Denys », rappel heureux d'anatomie et d'histoire. Les anciens carriers qui l'ont creusée ont suivi la trace d'un vieil aqueduc, ils l'ont fait sur l'ordre de Denys le Tyran ; celui-ci aurait, le premier, bénéficié de la particularité acoustique exceptionnelle de cette cavité. D'une place qui se voit toujours, près de la voûte, dans un retrait du rocher, Denys aurait entendu ce que disaient à voix basse, ses victimes ; nous n'avons pu vérifier ce fait qui demande des préparatifs spéciaux d'ascension, mais un second foyer de résonnance est à la disposition facile du visiteur. Sur le sol, un point exact, marqué par des morceaux de papier déchirés, nous invite à parler, au centre géométrique, au nœud de réflexion des ondes sonores, et à tenter l'expérience : nous demandons ce qui nous passe par la tête, l'écho amplifié surprend, stupéfie même par l'intensité de sa force, il semble qu'il soit décuplé par un trajet extraordinaire, suivant les courbures jusqu'au fond de la gigantesque oreille, revenant par une bouche phénoménale, comme, au théâtre, répond un chœur bien réglé et bien scandé. Il n'est point vrai qu'un morceau de papier froissé produise l'effet d'un coup de pistolet, mais le rapport entre l'émission et le retour du bruit est ahurissant. Une dernière question : « Denys, reviendrons-nous chez toi ? » renvoie docilement : « Denys, reviendrons-nous chez toi ? », les huit syllabes détachées comme elles sont parties, je termine en dictant la réponse : « oui », à en juger par la vigueur de la transmission, elle est de bon augure.

Remis de ce tumulte, les oreilles pleines du tapage que nous avions organisé, nous parcourons, à travers des éboulis de roches, tapissés de mousses et de fleurs, un second chemin qui aboutit à la grotte des Cordiers : là, depuis des siècles, des artisans exercent cet humble métier, avec un appareil aussi primitif qu'aux temps antiques ; le chanvre va et vient, s'entortille, se détortille, jusqu'à ce que, la corde étant filée, un jeune garçon en coupe un morceau qu'il lie habilement et nous offre avec un sourire. Je l'ai rapportée, est-ce de la bonne corde de chance, il n'y semble point jusqu'à présent, depuis notre voyage, juin 1935, les événements ont marché, les destins suivent leurs cours, et, le moins qu'on puisse dire c'est qu'ils sont chaotiques.

En avant de cette latomie, un jardin, « Giardino del Paradisio », dans un désordre plein de vigueur, montre, confondus, mêlés les uns aux autres, orangers, rosiers, nopals, figuiers, citronniers, vignes aux grappes mûrissantes, tandis que, tombant le long des parois du rocher, lierres et volubilis, liés entre eux, abritent de leur dôme de verdure, le grand trou noir de la carrière et que le soleil illumine ce décor fantastique, dans un ciel d'un bleu inouï, renforcé par la demi-obscurité des feuillages : jardin du Paradis, souvenir de vie et de jeunesse, de pierres mortes et de siècles écoulés.

Nous retrouvons le chauffeur assis au frais, sur une petite place voisine et sommes accostés par un marchand présentant des tonnelets remplis de vin de Syracuse, faits tout entiers, y compris le bouchon et le robinet, d'un bois d'olivier jauni et brillant : l'objet était joli, mais rendus méfiants, nous préférons à ce moscato puissant, une limonade de citrons qu'il vend également. A l'abri d'une tonnelle, ombragée de figuiers, de vignes et d'orangers, je repasse dans ma mémoire les souvenirs qui me restent de Denys, et je dis à ma femme :

« Ce Philoxène était un poète dithyrambique « qui vécut à la cour de Denys, tyran des Syra- « cusains; délivré des guerres des Carthaginois, « jouissant du repos, dans une paix profonde, « Denys s'occupa de faire des vers, d'où il tira « plus de vanité que de ses exploits militaires. « Un jour, on récita, dans un banquet, des vers « que Denys avait composés ; lorsqu'on lui de- « manda son jugement, Philoxène répondit peut- « être avec trop de franchise ; le tyran, blessé « de la réponse, lui reprocha de parler par jalou- « sie, et ordonna à ses gardes de le conduire, « sur le champ, aux carrières. Le lendemain, « les amis du philosophe obtinrent sa grâce, « Denys, l'invita même à sa table, où toujours « fier de ses poésies, il récita quelques distiques, « auxquels il attachait un grand prix. De nou- « veau, il demanda son avis à Philoxène : celui- « ci ne répondit pas, mais, appelant les gardes, « il leur commanda : Ramenez-moi aux car- « rières. »

Après cette subtile histoire, nous étions en état de voir le théâtre grec tout proche, car le « Gruppo monumentale del Paradisio », comme dit le guide, se succède sans interruptions.

Probablement construit par Hiéron Ier (478-467, av. J. C.), ce théâtre, agrandi par Hiéron II et par les Romains, est demi-circulaire ; son diamètre atteint 134 mètres, dimension à peu près maxima, à cause de l'acoustique : il est creusé dans la colline, divisé en 9 cunéi avec 61 gradins, dont les deux tiers existent encore. Là vinrent s'asseoir Eschyle, Pindare, Platon ; là, furent joués les Perses d'Eschyle, pour la première fois ; là furent réunis les plus grands Penseurs de ces temps. Ils revivent, de nos jours, dans des fêtes et des représentations, annoncées longtemps à l'avance, comme à Orange, mais, le décor de fond est inimitable, unique au monde, avec le Grand Port, la cité, la mer Ionienne, la péninsule de Plemmyrion.

Derrière ce théâtre, Via dei Sepolcri, où le pavé a gardé la trace du passage des chars, aux parois creusées de niches et de cavités mor-

tuaires, lugubre malgré le soleil. L'auto nous conduit de là aux quartiers de l'Epipole et de Tyché : nous atteignons le plateau élevé, nu, sans arbres, que suit un antique aqueduc, reconnaissable à ses ouvertures carrées, en relief sur le sol, passons près d'une Latomie, la dernière, et abordons le point extrême, celui où se rejoignent, à angle aigu, les murailles de Denys : il est défendu par une véritable forteresse, l'Euryale (euruálos, qui a une aire spacieuse) ; le gardien nous a vu venir de loin, car, la route qui traverse ce plateau long de 7 kilomètres, est à peu près droite et de niveau.

Nous sommes à une altitude de 150 mètres, le panorama circulaire s'étend de Syracuse, au Sud, dont les murailles blanchissantes sont entourées par la mer, jusqu'aux pentes lointaines de l'Etna, au Nord, mêlées de fumées et de neige, couronnées d'un panache qui tourne au vent, à 3.274 mètres de hauteur.

Cet Euryale, où nous allons pénétrer, est l'œuvre la plus belle et la plus complète que nous ait léguée l'architecture militaire grecque ; c'est une forteresse de 15.000 mètres carrés de superficie, construite par Denys l'Ancien en six années (402-397 av. J. C.). Nous franchissons trois barrages successifs, formés par des ponts-levis et des fossés, le dernier, en forme de tranchée profonde, où l'on descend par des escaliers de pierre, à peine usés par le temps, et derrière lequel, d'autres escaliers donnent accès à tout un système souterrain de cavités, de couloirs, de chambres, communiquant entre eux, destinés à abriter les réserves qui doivent contre-attaquer ; il y a même des écuries et des magasins à fourrages. Au delà de cet ensemble, déjà très fort, se trouvent les murs, à demi-détruits, de quatre tours carrés, rapprochées l'une de l'autre, aidant avec d'autres constructions, qui sont encore debout, à faire, de cet endroit, un réduit central invulnérable : il n'en fallait point tant. Syracuse a été attaquée, sur son immense ligne fortifiée de 27 kilomètres, partout ailleurs qu'à ce « Castello Euryalo », inviolé, disloqué seulement par le temps. Le custode veut nous mener voir d'autres couloirs, des poternes, mais l'aspect de toutes ces pierres devient fastidieux, nous préférons revenir, nous rafraîchissant sous une tonnelle rustique, aménagée devant sa demeure, transformée, au rez-de-chaussée, en musée local, vases, cuirasses, armes diverses.

Nous reprenons la même route qu'à l'aller, strada nuova, et la quittons à un embranchement, près de la Villa Tarantello, dans le faubourg de Tyché, devant l'Hexapylon (porte sextuple), et la Scala Greca ; comme les Portes Scées, à Troie, cette porte obligeait l'assaillant à présenter le flanc droit, sans défense, le bouclier étant forcément tenu par le bras gauche. Nous aussi, allons nous trouver, sans défense, devant un taureau, planté en travers de la route ; il nous arrête, tapant du pied dans une magnifique contraction de l'encolure, visant le radiateur, prêt à l'éventrer s'il eût été rouge. Après un grand moment de rage muette, dans laquelle il avait des poses de monnaie de Thurium, tête baissée, cornes en haut, œil torve roulant dans l'orbite, il se décida à s'en aller : il le fit, alors que nous discutions encore son allure mythologique.

La route, devenue libre, nous refaisons le tour du Petit Port, reprenons l'inévitable carrefour du Forum et de l'Agora, (c'est le même), contournons le gymnase romain, les anciens marais de Syrico et de Lysimelia, desséchés aujourd'hui : à la deuxième pierre kilométrique, nous traversons, sur un pont, à arches surbaissées, le fleuve Anapos ; venu des monts Iblei, il se jette après un cours sinueux de 25 kilomètres, dans le Grand Port ; un sentier en remonte la rive gauche, atteint la rivière Cyané, son affluent. Cette rivière, une des plus petites qui ait mérité ce nom, coule, pendant 6 kilomètres, à l'ombre d'une végétation riche et verdoyante : bordée de saules, en partie couverte par des touffes de papyrus, qui, dans l'air lumineux, balancent leurs fines aigrettes blanches et grises, elle sort, d'une source en plein champ, profonde, transparente, peuplée de poissons nageant entre les roseaux : célébrée dans un cadre romantique, poétique, idyllique, elle est digne d'avoir abrité une nymphe des eaux, Cyané, inspiratrice de légendes : Cyané, (de kuanos, bleu), encore bien nommée comme toutes les autres créations grecques, car elle est vraiment bleue, d'un bleu inimitable, couleur de bleuet.

En face, sur la hauteur, deux colonnes isolées marquent la place du fameux temple de Jupiter Olympien, construit dans les premiers temps de l'existence de Syracuse. La statue du Dieu, dont Cicéron vante la beauté fut revêtue, par Gelon, d'un manteau d'or, pris à Himère, et, que Denys enleva sous un spécieux prétexte : « Ce manteau était trop chaud pour l'été et trop léger pour l'hiver », déclara-t-il. Raisonnement tendancieux et personnel, assez bien trouvé du reste, ce Denys, que nous avons connu poète, a été aussi le chef d'une nombreuse postérité d'humoristes, à la Stavisky...

En réglant ma note, le directeur de l'hôtel me reproche gentiment de ne pas avoir pris de repas chez lui, nous l'avons véritablement chagriné, son fils étant parti, il le remplace, il aurait tant voulu, qu'à son retour, tout fût comme avant.

Comme avant, qui peut se vanter de retrouver et de revoir les choses et la vie comme avant : « Panta reeïn, tout s'écoule, jamais deux fois à la même place », a dit le vieil Héraclite, que je ne me lasse pas de comprendre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

Thèses. — Mercredi 8 juillet. — I. Jury : MM. Gosset Grégoire, Mathieu, Leveuf. — M. BAYARDELLI : L'hystérographie dans le diagnostic des métrorragies. — M. LOUIS : Le lever précoce des opérés d'appendicite. — M. MAY : Etude du traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents.— M. BENOIST : Contribution aux indications et aux techniques chirurgicales dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche. — M. DELOCHE : Les lésions traumatiques du genou des joueurs de foot-ball. — M. MARTEL : Etude radiologique de la cavté cotyloïde normale de l'adulte.

II. Jury : MM. Clerc, Marcel Labbé, Harvier, Mouquin — M. GOGNY : Action sur le sang des amines biologiques et autres substances azotées. — Mlle LIPHSCHUTZ : Etude des effets des sels mercuriels organiques dans les ascites cirrhotiques. — M. FLAPAN : Etude des lésions tuberculeuses folliculaires du goitre basedowien. — M. LOBEL : Syndrome hyperfolliculinique.

III. Jury : MM. Couvelaire, Lemierre, Portes, Quénu, — M. CORNAIRE : A propos d'un cas de malformation ombilicale. — Mme ALÉPÉE : Bactériothérapie lactique en gynécologie. — Mme CANONNE : Etude de la provocation de l'évacuation utérine par association d'agents médicamenteux.— M. LANDRIEU : Etude des différents moyens d'exploration de l'utérus en travail. — M. PETITON SAINT-MARD : Fausses grossesses tubaires. — M. REICHMANN : La symphysiotomie à la Zarate à la Maternité Lariboisière.— M. STEINER : Le facteur grossesse dans la carie dentaire. — M. HAGSCHAL : A propos des deux cas de présentation primitive de la face. — M. CANONNE : Etude du saturnisme d'origine hydrique. — M. KATLAREVOSKI : L'endocardite méningococcique.

IV. Jury : MM. Tanon, Chiray, Joannon, Troisier. — M. BARRIENTOS : L'ankylostómiase en Colombie. — M. CARLES : Etude de la météorologie médicale. — M. CERNES : Les fruits et le froid. — M. DUFOUR-LAMARTINE : Les contaminations par les livres neufs et d'occasion. — M. DUISIE : Etude du mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine. — M. FARGE : De l'abus des excitants dans le travail intellectuel. — M. GIRARD : Etude de l'histoire de l'hygiène en France. — M. HART : Milieu confiné et milieu surpressé dans les abris contre les gaz. — M. MUNNIER : Etude des céphalées au cours du syndrome du ganglion sphéno-palatin. — Mlle PUECH : La protection des enfants et la guerre aérochimique. — M. SZÉCKER : Les rechutes du paludisme.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Prix A. Chauvin 1937** (Ophtalmologie). — *Sujet* : Des erreurs auxquelles expose l'examen subjectif de la vision et de leurs conséquences.

Ce prix est uniquement réservé aux ophtalmologistes français. La date de remise des manuscrits a été fixée au 1er mai 1937 (délai de rigueur).

Valeur du prix : 6.000 francs. Ce prix pourra être partagé ; il pourra également n'être pas décerné en cas de valeur insuffisante.

Date ou le prix sera décerné : novembre 1937 (Séance annuelle de la Société d'ophtalmologie de Paris).

Les travaux devront être expédiés (poste recommandée) par les concurrents à M. Alfred Chauvin, docteur en pharmacie, à Aubenas (Ardèche) qui les fera suivre au jury. Trois exemplaires dactylographiés sont indispensables. Le nombre de pages n'est pas limité.

Il est absolument recommandé d'indiquer les renseignements suivants : nom, prénoms, date et lieu de naissance, nationalité, date et lieu de la thèse, titres hospitaliers et universitaires, titres divers (sauf listes des travaux). En cas de doute, le jury se réserve de demander des renseignements complémentaires.

Le jury du prix 1937 est ainsi composé : MM. Villard, président, Bailliart, Coutela, de Saint-Martin, Lagrange, Mérigot de Treigny, Onfray, Toulant, Velter.

Pour tous renseignements complémentaires écrire M. Alfred Chauvin, Aubenas (Ardèche).

— **IXe Congrès français de stomatologie** — Le IXe Congrès français de stomatologie aura lieu à la Faculté de médecine et à la Sorbonne du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence du Docteur Pont (de Lyon).

Premier rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques (Docteur SOLEIL). Traitement chirurgical (Docteur DUCLOS).

Deuxième rapport : Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Docteur QUINTERO).

Question mise en discussion : Complications immédiates et médiates des extractions. Leur traitement (Docteur LANDAIS).

Des conférences seront faites par les Professeurs Debré, Gougerot, Lemaitre, Leriche et le Docteur P.-E. Weill.

Une excursion à Chantilly est prévue.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général : Docteur Dechaume, 182, rue de Rivoli.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 30 mai 1936) : Isabel, 2e sect. inf. milit., aff. 2e rég.

(Rang du 19 juin 1936) : Oudin, 6e rég. inf. milit., aff. 6e rég.

(Rang du 11 juillet 1936) : Ganne, 7e sect. inf. milit., aff. 7e rég.

(Rang du 29 juillet 1936) : Carnin, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég.

(Rang du 31 juillet 1936) : Rousset, 1re sect. inf. milit., aff. 1re rég.

(Rang du 31 juillet 1936) : Rousset, 18e sect. inf. milit., aff. 18e rég.

(Rang du 19 juin 1936) : Gazel, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris.

(Rang du 30 juin 1936) : Offant, 15e sect. inf. milit., aff. 15e rég.

(Rang du 4 juillet 1936) : Courtillié, 22e sect. inf. milit., aff. rég. Paris.

(Rang du 5 juillet 1936) : Kolpénitzki, 23e sect. inf. milit., aff. 20e rég.

(Rang du 8 juillet 1936) : Roumiguières, 13e sect. inf. milit., aff. 13e rég.

Les médecins auxiliaires, non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

(Rang du 28 juin 1936) : Pizon, 6e sect. inf. milit., aff., 6e rég.

(Rang du 9 juillet 1936) : Gamelin, 6e sect. inf. milit. aff. 6e rég.

Par décret du 7 août 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médec. auxil. tit. du brevet de prép. milit. supér. ci-après désignés :

(Rang du 10 juin 1936) Mabin, 4e sect. inf. milit. ; (rang du 23 juin 1936) Hurabielle, 18e sect. inf. milit.

5 SEPTEMBRE

Arrêté du 3 *septembre* 1936 *portant création d'une inspection permanente du matériel et des établissements du Service de santé.*

Art. 1er. — Il est créé une inspection permanente du matériel et des établissements du service de santé militaire.

Cette inspection est confiée à l'un des médecins généraux inspecteurs ou médecins généraux du cadre, qui prend le titre d'inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

Art. 2. — Cet officier général a pour mission de renseigner en permanence le ministre sur les mesures prises, concernant les améliorations à apporter au matériel du Service de santé militaire, son entretien, sa répartition, le mode de constitution des approvisionnements, les ressources du territoire national.

Il procède à toutes les études relatives au matériel administratif ou technique, surveille les fabrications, arrête les modèles-types.

Il inspecte les établissements hospitaliers de toutes catégories, au double point de vue de leur organisation et des moyens d'action dont ils disposent. Il étudie, sur l'ordre du ministre, les projets d'extension ou de création d'établissements nouveaux.

L'inspecteur permanent ne peut donner direc-

tement aux services inspectés d'autres instructions que celles qui constituent de simples rappels au règlement.

Art. 3. — Ses rapports d'inspection sont adressés au ministre (cabinet). Il en envoie, en outre, un exemplaire à la direction du Service de santé au ministère de la guerre et à l'inspecteur général technique du Service de santé.

Il reçoit de cette direction communication de tous rapports ou études le concernant ; il est tenu au courant par cette direction des mesures qu'elle envisage et qu'elle prescrit relatives aux propositions contenues dans ses rapports d'inspection.

Art. 14. — L'inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé milit ire dispose d'un médecin adjoint et d'un officier d'administration.

Art. 5. — Toutes dispositions concernant l'inspection du matériel, contraires au présent arrêté et qui sont contenues notamment dans les arrêtés du 30 janvier 1935 et du 30 juillet 1395 sont abrogées.

6 SEPTEMBRE

Exercice de la pharmacie

Loi du 4 septembre 1936 *concernant le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques.*

Cette loi, qui a été publiée dans notre numéro du 30 août, page 2504, est donc maintenant applicable dans les conditions que nous avons indiquées.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Domicile de secours des assistés

3639. — M. Tournan, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique et de l'Education physique : 1° si une personne qui séjourne plus d'un an dans un hôpital à titre de malade payant perd son domicile de secours dans la commune où elle résidait auparavant et, dans l'affirmative, si elle acquiert le domicile de secours dans la commune siège de l'hôpital, ou bien le domicile de secours départemental ou national ; 2° si les étrangers originaires d'un pays ayant un traité d'assistance réciproque avec la France et non naturalisés acquièrent le domicile de secours communal après un an de séjour dans une commune, ou si, en cas d'hospitalisation, ils sont à la charge de l'Etat. (*Question du* 27 *mars* 1936.)

Réponse. — 1° L'article 7 de la loi du 15 juillet 1893 prévoit que le domicile de secours se perd par une absence d'une année occasionnée par des circonstances n'excluant pas toute liberté de choix de séjour.

Un malade payant, admis dans un hôpital sans que soit intervenue une mesure administrative l'obligeant à choisir l'établissement où il est traité, peut donc perdre son domicile de secours dans la commune où il résidait avant son hospitalisation et acquérir ce domicile dans la commune où est situé l'hôpital ;

2° Les étrangers originaires d'un pays ayant passé un traité d'assistance avec la France peuvent acquérir le domicile de secours communal après un an de séjour dans une commune. Les frais d'assistance sont remboursés aux collectivités par le pays d'origine suivant les modalités instituées par chaque convention d'assistance.

(*J. O.*, 3 juillet 1936).

Prestations en cas d'accouchement dystocique des assurées sociales

400. — M. Camille Bedin demande à M. le ministre du Travail si l'accouchement avec forceps, considéré comme dystocique simple au point de vue assurances sociales, reste accouchement dystocique simple lorsque l'intervention est suivie d'infection puerpérale ; ou s'il devient dystocique simple, plus maladie. (*Question du 9 juillet* 1936.)

Réponse. — L'accouchement dystocique donne droit aux prestations de l'assurance-maternité dans les conditions prévues à l'article 9, paragraphe 1er, du décret du 26 octobre 1935. Si cet accouchement est suivi d'infection puerpérale, il donne lieu, dès la première constatation de cet état morbide, aux prestations de l'assurance-maladie dans les conditions prévues à l'article 9, paragraphe 3, du décret du 28 octobre 1935 et à l'article 24 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936.

(*J. O.*, 29 août 1936).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

7.022. — Trois-quarts d'heure d'attente ??

Un inspecteur d'assurances vient de me montrer, hier, la note suivante, adressée à la Compagnie par un confrères des environs : « 21 francs pour avoir attendu trois quarts d'heure, près d'un blessé, l'arrivée du chirurgien chargé de l'expertiser. »

Combien pourrait être utile à chacun de nous, la « recherche du temps perdu », à 7 francs le quart d'heure !

Mais, pratiquement, et c'est la question que m'a posée l'inspecteur, un médecin a-t-il le droit de faire payer par une Assurance le temps qu'il peut « perdre » dans une occasion semblable ?

A quel prix le médecin doit-il estimer le quart d'heure d'attente ?

Réponse

Il n'y a aucun texte, dans le Tarif, sur lequel puisse s'appuyer un médecin pour faire payer trois quarts d'heure perdus à attendre un confrère. L'art. 8 (surveillance prolongée) ne peut

être invoqué que « dans l'éventualité de complications menaçant la vie » du malade ce qui n'est pas le cas, en l'espèce. D'autant plus que lorsqu'il s'agit d'attendre quelque peu ou de faire attendre on peut dire : « Hodie mihi, cras tibi ».

Dr Fernand Decourt.

7.065. — Pansement de brûlure à la fin d'une visite « de contrôle »

Le médecin de l'Assurance a vu chez moi aujourd'hui en contre-visite en ma présence un accidenté du travail atteint d'une brûlure au deuxième degré de la presque totalité du membre supérieur droit.

Bien entendu, je compterai la contre-visite 22 fr. 50 sur mon relevé d'honoraire.

A l'issue de la contre-visite, j'ai fait à mon blessé, un grand pansement de sa brûlure ; puis-je compter le montant de ce pansement, soit 30 francs en sus du prix de la contre-visite ?

Réponse

Vous ne pouvez compter une intervention quelconque (ici de petite chirurgie puisque pansement de brûlure à tarif spécial) en même temps que le prix d'une visite ou consultation. Ce serait le cumul interdit par l'art. 13. Toutefois, *à mon avis, alors qu'il s'agit d'une visite spéciale,* majorée de 50 % d'après art. 3 *a*), je pense qu'il y aurait lieu de compter ladite majoration, en plus du prix du pansement de brûlure soit 30 francs + 7 fr. 50 = 37 fr. 50 en expliquant comment vous êtes arrivé à ce chiffre.

Dr Fernand Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

6.346. — Le contrôle dans les Assurances sociales

Une de mes malades assurée sociale a été convoquée devant un médecin contrôleur d'assurances sociales.

Je lui ai conseillé de refuser pour les raisons suivantes :

1° Elle est obligée de faire un déplacement d'une journée entière, d'où perte de son salaire ;

2° Elle a le droit d'exiger la présence de son médecin traitant qui, lui, n'a pas le temps de se déplacer.

Je viens vous demander :

1° Si cette manière d'agir est conforme à la loi ;

2° Si cette malade aurait touché une indemnité dans le cas de visite au médecin contrôleur.

Dr D.

Réponse

En principe, et selon l'article 8 § 2 du décret *loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau*

régime des Assurances sociales, « tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues, et notifications en est faite à l'assuré ». Il y a donc lieu d'agir avec prudence, et de ne déconseiller à un assuré social de se rendre à la convocation du médecin contrôleur que si ses droits sont manifestement violés ; un refus injustifié a en effet pour lui des conséquences graves puisqu'il entraîne la déchéance de ses droits aux prestations à l'égard de sa Caisse.

Il y a lieu de remarquer à ce sujet que si l'intéressé est légalement fondé à exiger que le contrôle s'effectue en présence de son médecin traitant, cette présence n'est nullement obligatoire à la validité du contrôle. Il s'agit là d'une faculté accordée par la loi à l'assuré, non pas dans l'intérêt de son médecin, mais dans le sien propre et à laquelle il est toujours libre de renoncer. S'il manifeste toutefois cette exigence, il lui appartient alors d'honorer lui-même le médecin traitant pour son dérangement, et il n'aura droit de ce chef à aucun remboursement de la part de sa Caisse.

Les seuls motifs pouvant justifier un refus de se prêter aux contrôles ne peuvent être trouvés que dans l'inobservation par la Caisse ou le médecin contrôleur des règles et conditions « prescrites par le règlement d'administration publique », en date du 19 mars 1936, dans son article 15 §§ 1 à 4. Il en serait ainsi notamment si le médecin contrôleur s'immisce dans les rapports entre le malade et le médecin traitant, ou formule devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné, ou si la Caisse ne prend pas toutes mesures nécessaires pour que l'exercice de son contrôle n'ait pas pour conséquence d'occasionner une perte de salaire pour l'assuré. C'est sur le manquement à cette dernière prescription que votre cliente doit en l'espèce se fonder.

6.667. — Un assuré social pensionné pour invalidité peut continuer à travailler

Une assurée sociale, ouvrière en filets, proposée pour invalidité définitive, parce qu'ayant une réduction des deux tiers de sa capacité de travail, peut-elle néanmoins à titre de distraction faire de temps à autre un filet ?

Dr M.

Réponse

En vertu du régime des Assurances sociales, les assurés ont droit au bénéfice des prestations invalidité lorsqu'ils sont atteints d'une incapacité de travail d'au moins 66 %. Mais la pension

qui leur est attribuée est indépendante du taux effectif de leur invalidité du moment que ce taux est supérieur au chiffre limite ci-dessus indiqué. Il s'ensuit évidemment, qu'un assuré social pensionné a toujours le droit de continuer à travailler et à cotiser aux Assurances sociales.

Il résulte toutefois des dispositions de l'article 10, paragraphe 7 du décret du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, que le service de la pension peut être suspendu, en tout ou en partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

6.668. — Admission des assurés sociaux au bénéfice de l'Assistance

J'ai été appelé à soigner deux enfants appartenant à une famille nombreuse de dix enfants dont le père était chômeur et a obtenu l'Assistance médicale gratuite. Il s'agissait d'un traitement de longue durée (hérédo-syphilis à six mois et deux ans).

Le père ayant repris le travail, après trois mois de versements, a obtenu les prestations d'assurances sociales et à cette date, l'Assistance médicale gratuite lui a été refusée.

Le père gagne 25 francs par jour, plus 400 francs par mois, pour sa famille nombreuse et dit ne pouvoir donner sa participation dans le payement des honoraires médico-pharmaceutiques.

Peut-il obtenir d'être inscrit sur la liste des assurés sociaux notoirement indigents ?

Quelles formalités faut-il faire ? Sur quoi se base l'appréciation des maire et préfet pour admettre l'indigence notoire des assurés sociaux ?

Vis-à-vis du médecin contrôleur de la Caisse d'assurances sociales, puis-je refuser de fournir le diagnostic délicat d'hérédo-syphilis, alors que ce même médecin peut le déduire du fait des prescriptions « acétylarsan ? »

En pareil cas, le secret médical n'est-il pas illusoire ?

Si le sujet était traité dans les « Agendas du Praticien », indiquez-le moi, s'il vous plaît, pour m'y reporter.

Dr V.

Réponse

En vertu de l'article 19 du décret-loi du 30 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour bénéficier du régime spécial des assurés sociaux indigents, les assurés doivent être inscrits sur la liste d'Assistance, conformément aux dispositions de la loi du 15 juillet 1893 relative à l'Assistance médicale gratuite.

D'après l'art. 6 du décret-loi du 30 octobre

1935, les formalités à accomplir pour ce faire sont les suivantes :

Les demandes d'admission au bénéfice des lois d'assistance doivent être adressées à la Mairie de la résidence de l'intéressé. Ces demandes sont instruites par le Bureau d'assistance. Elles sont transmises avec l'avis de ce bureau et celui du Conseil municipal, au secrétariat de la Commission cantonale d'admission. Celle-ci se réunit au moins une fois par trimestre, sur la convocation du Préfet ou du Sous-Préfet. Elle dresse les listes d'assistance et les transmet aux Préfets et aux Maires des communes de la circonscription.

Dans un délai de vingt jours à compter de la notification aux intéressés, de la décision de ces Commissions cantonales, recours peut-être formé devant la Commission d'appel qui siège au chef-lieu de département. Dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de cette Commission, un recours peut être formé devant une Commission centrale qui siège à Paris.

L'admission à l'Assistance, conformément à l'art. 13 de la loi de 1895, est personnelle et nominative, c'est-à-dire que chacun des membres de la famille doit être porté sur la liste pour bénéficier du régime spécial de l'art. 19. L'inscription du chef de famille seule n'entraîne pas automatiquement celle du conjoint ou des enfants à charge.

Aucune disposition de la loi sur les Assurances sociales n'emportant dérogation à l'art. 378 du Code pénal, les médecins sont tenus d'observer le secret professionnel à l'égard des organismes d'Assurances sociales et de leurs médecins contrôleurs, comme à l'égard de tiers quelconques. Mais il appartient aux médecins contrôleurs de la Caisse d'assurances sociales, de rechercher d'après les éléments de fait de chaque cas particulier, quelle est la nature de la lésion pour laquelle l'assuré est soigné, afin de contrôler l'application de la loi. N'étant lui-même que le mandataire de la Caisse d'assurances, il n'est nullement tenu au secret professionnel à l'égard de son mandant.

Les mémoires d'honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux indigents doivent être établis depuis le 1er avril dernier d'après le tarif de responsabilité des Caisses des assurés. Ils sont adressés comme auparavant au Service d'assistance départementale.

Les tarifs des Caisses d'assurances sociales sont établis dans la majorité des cas, d'après les conventions conclues avec les Syndicats médicaux locaux.

Pour tous renseignements précis à ce sujet, il conviendra donc de vous adresser à votre Syndicat.

6.819. — Droits des assurés sociaux notoirement indigents

Je croyais que la question des assurés sociaux notoirement indigents était enfin mise au point d'une façon indiscutable, c'est-à-dire que les assurés sociaux notoirement indigents étaient purement et simplement assimilés aux assurés sociaux ordinaires ; or, j'ai eu à effectuer dernièrement un examen pour un assuré social notoirement indigent : le médecin traitant avait avisé la Commission de contrôle de cet examen. Or, voici, ce qui lui a été répondu : « C'est au Docteur V. à envoyer immédiatement l'ordonnance à l'autorisation préfectorale »...

Est-ce régulier ?

Dr V.

Réponse

Il est exact en effet qu'il ressort de la manière la plus formelle tant du nouvel article 19 du décret loi du 28 octobre dernier, que de la jurisprudence, que les assurés sociaux notoirement indigents doivent être assimilés en principe aux assurés ordinaires, sauf naturellement en ce qui concerne le règlement des honoraires du médecin traitant.

Il résulte tout d'abord de l'art. 19 en question que « les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les bénéficiaires du présent article sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et leur sont accordées suivant les modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés. »

Il a été décidé en second lieu par le Tribunal civil de Reims, le 4 décembre 1935, « qu'aucune assimilation n'est à faire entre assurés sociaux notoirement indigents d'une part et assistés médicaux gratuits relevant de la loi du 15 juillet 1893 d'autre part, et que les assurés sociaux indigents sont en droit d'invoquer toutes les dispositions de la loi sur les Assurances sociales relatives à la délivrance des prestations en nature, notamment l'art. 4 § 2 de la loi de 1928-1930 (art. 6, § 2 actuel) qui reconnaît le droit pour l'assuré de choisir librement son médecin ». Plus récemment la Cour de cassation par son arrêt du 24 juin 1936 (Aff. Docteur Anquez contre commune de Bourbourg) a décidé que l' « assuré social notoirement indigent ne saurait, s'il remplit les conditions exigées par la loi sur les Assurances sociales, être privé du droit aux soins médicaux et chirurgicaux et au libre choix de son médecin conformément aux dispositions de cette législation ».

Enfin une décision de la Commission d'arrondissement de Louhans, en date du 30 mai 1936, et fort bien motivée, a reconnu que les dispositions de la loi sur les Assurances sociales relatives aux assurés indigents ne se réfèrent à la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite que pour l'établissement des listes d'assistance, mais cons-

tituent pour le reste des mesures nouvelles indépendantes de cette loi. Parmi les principes fondamentaux des Assurances sociales figurent le libre choix du médecin, et pour ce dernier la liberté de traitement ; ces principes sont incompatibles avec les règles de l'Assistance médicale gratuite. Or la substitution de ces règles à ces principes est une chose trop grave pour être acceptée sans textes, et les circulaires ministérielles ne sauraient y suppléer.

Il faut au contraire admettre que l'assuré indigent s'est acquis par ses versements les mêmes droits que les assurés ordinaires. Ces principes, continue ladite décision, s'imposent encore davantage depuis l'art. 19 précité, car accepter la thèse de l'administration reviendrait à admettre soit que les collectivités d'assistance peuvent réaliser un bénéfice au détriment des praticiens, ce qui est inadmissible, soit qu'elles peuvent ristourner aux Caisses une partie des prestations, ce qui est contraire au principe d'égalité posé par la loi.

Il s'en suit que le médecin traitant d'un assuré indigent n'est nullement tenu de se conformer aux dispositions du règlement préfectoral d'assistance. Il doit seulement observer les prescriptions de la législation sur les Assurances sociales relatives aux prestations en nature de l'assurance maladie. Il doit notamment se mettre d'accord avec le médecin contrôleur de la Caisse de son client lorsqu'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste ou d'un chirurgien (art. 115 alinéa *k* du règlement d'administration publique du 19 mars 1936), ou plutôt c'est à l'assuré indigent lui-même de demander à sa Caisse la délivrance d'une autorisation spéciale à cet effet.

6.823. — Admission au bénéfice de l'assurance-invalidité

Je m'adresse de nouveau à vous pour vous demander si malgré que j'ai signé la guérison on n'a aucun recours en cas de rechute moins de deux mois après pour demander que l'assurance-invalidité joue. Le malade est dans l'impossibilité de travailler.

S'il peut demander, quelles sont les formalités ?

Dr P.

Réponse

Si, à l'expiration du délai de six mois dans lequel un assuré social peut prétendre aux prestations en nature de l'assurance-maladie, cet assuré reste atteint d'une incapacité de travail de plus de 66 %, il peut prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité si, naturellement, il remplit les conditions de cotisation requises, c'est-à-dire, en l'espèce, si l'expiration des six mois est postérieure au 1er janvier 1936, s'il a

subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 60 francs pour chacune des deux années précédant le trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident.

Les formalités à remplir dans ce cas sont les suivantes : demande doit être adressée à la Caisse primaire d'assurance-maladie à laquelle l'assuré est affilié ; elle doit comprendre sa carte d'immatriculation dans l'assurance obligatoire et certificat de son médecin traitant établi sur une formule conforme à un modèle officiel, attestant l'affection ou l'incapacité dont est atteint l'assuré, un extrait de son acte de naissance et, s'il a des charges de famille, un extrait de l'acte de naissance de chacun de ses enfants à charge.

Le montant de la pension d'invalidité est en principe égal à 4 % du salaire annuel moyen, servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'Assurance. Toutefois, pour l'assuré immatriculé après l'âge de 30 ans, elle est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée dans l'assurance.

QUESTIONS DIVERSES

7.834. — Privilège en cas de faillite

Un homme légalement marié vient me chercher lui-même pour sa femme légitime en train d'accoucher.

Je fais l'accouchement et les visites nécessaires après l'accouchement.

Cet homme vient d'être déclaré en faillite. Est-ce que ma créance suivra le même sort que celle des autres créanciers ou ai-je droit à être inscrit au titre de créancier privilégié ?

Dr D.

Réponse

En vertu de la jurisprudence, le privilège que l'art. 2101-3° du Code civil accorde au médecin pour frais de dernière maladie, étant par définition même dérogatoire au droit commun, doit être appliqué de manière restrictive. Il faut donc en déduire que la loi n'a entendu considérer privilégiée que la maladie du débiteur lui-même, sans étendre ce privilège aux frais de maladie de tous les membres de la famille du failli.

Par suite un médecin ne peut être admis à produire comme créancier privilégié à une faillite pour la somme représentant les honoraires pour soins donnés à l'épouse du failli. (Cassation civile, 3 août 1897 ; Trib. de commerce de Toulouse, 19 mars 1935, *Gazette du Palais*, 17 mai 1935.)

La jurisprudence étant ainsi bien fixée dans ce sens, il nous paraît difficile de soulever à nouveau cette question, qui aurait pourtant mérité une solution plus large et plus compréhensive.

6.935. — Cessation du droit à l'indemnité temporaire

Je donne mes soins à un accidenté du travail atteint le 18 janvier 1936, de fracture du col du fémur. Le 4 mai, je lui ai délivré un certificat dont la conclusion était « que l'on ne pourrait connaître le résultat définitif de la blessure avant trois mois ».

L'échéance arrive le 4 août et mon blessé, dont l'état s'améliore bien doucement, marche encore avec des béquilles.

A-t-il le droit de continuer à bénéficier du demi-salaire que la Compagnie d'assurances lui sert depuis le 18 janvier et, le cas échéant, pendant combien de temps peut-il profiter désormais de cet avantage ?

Dr G.

Réponse

La loi sur les accidents du travail n'a pas prévu de durée limite pour l'incapacité temporaire. Suivant le paragraphe 2 de l'art. 15, les indemnités temporaires sont dues jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente.

Si l'état de votre client est encore susceptible d'amélioration par un traitement médical, on ne peut dire qu'il y ait guérison ou consolidation. En conséquence, le demi-salaire doit continuer à être versé, même postérieurement à la date que vous aviez primitivement fixée.

Il sera bon, toutefois, de faire parvenir à l'assurance un certificat établissant la prolongation de l'incapacité temporaire.

7.656. — Exercice de l'électro-radiologie

Un incident s'étant élevé ici à propos de l'exercice de l'électro-radiologie, je vous serais reconnaissant de me documenter au point de vue juridique sur les points suivants.

Un médecin électro-radiologiste a-t-il le droit :

1° De faire prendre des clichés radiographiques par un aide non médecin, le médecin interprétant lui-même ensuite ces radiographies et faisant le rapport ;

2° De faire faire de l'électrothérapie par un aide non médecin, le médecin dirigeant et surveillant le traitement ;

3° De faire prendre des clichés radiographiques par un aide non médecin, le médecin étant absent

de la ville, en vacances, et les clichés étant délivrés aux malades sans interprétation ni rapport, et l'interprétation étant laissée au médecin traitant ;

4° De faire faire de l'électrothérapie par un aide non médecin, le médecin étant absent de la ville, en vacances.

Dr H.

Réponse

Ainsi que vous ne l'ignorez pas, l'exercice de la radiologie et de la radiothérapie en France a été réglementé par une loi du 16 mars 1934 qui est venue ajouter à l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, l'additif suivant : « sera considérée comme exerçant illégalement la médecine...; 2° toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste, en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic et de thérapeutique ».

On doit donc en déduire qu'un médecin électro-radiologiste a le droit d'utiliser, pour effectuer la mise en marche matérielle de ses appareils de radiographie ou d'électrothérapie, l'aide d'un opérateur non médecin, à condition que cet opérateur travaille sous son contrôle et sa surveillance effective, de même qu'un docteur en médecine non spécialiste peut se faire aider dans l'exercice de son art par un infirmier ou une infirmière non muni de diplômes.

Mais, par contre, un médecin électro-radiologiste qui laisserait effectuer par un opérateur sans diplômes, les opérations de cette nature hors de sa surveillance se rendrait indubitablement coupable de complicité d'exercice illégal de la médecine. Si, en effet, la loi exige à l'heure actuelle la possession du titre de docteur en médecine, pour utiliser les rayons Rœntgen, dans un but de diagnostic et de thérapeutique, c'est que cette utilisation présente des dangers certains pour le malade, dangers que seul un médecin est à même de connaître et de contrôler.

D'un autre côté, le rôle du médecin radiologue ne se borne nullement à l'opération matérielle de la prise d'une radiographie. Son rôle est à la fois plus difficile et plus élevé, en ce sens qu'il consiste à la fois dans la prise du cliché et son interprétation médicale dans le but d'en tirer un diagnostic et d'aider ainsi le médecin-traitant à soigner son malade. On peut donc considérer que le médecin radiologue, qui se borne à faire prendre une radiographie par un aide, non médecin, et à délivrer l'épreuve sans aucun commentaire ni interprétation, ne remplit pas entièrement son rôle et ne saurait prétendre aux mêmes honoraires qu'un radiologue ordinaire.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais élevés* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (50 fr.), par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 251. — Méd. franç. long. expér. profess., entraîné grosse client. saison, nombr. relat., lang. étrang., lég. d'hon., permis cond., obligé pour rais. famille se rapprocher rég. Paris., cherche occupat. paraméd., ou client. méd. génér. ou aide confr. surmené, ou assist. clinique.

N° 252. — Mons. visitant régulièr. en voiture clientèle méd. région Est, cherche à s'adjoind. la commiss. laborat. ou maison matériel médical.

N° 253. — Jne fille, 26 a., ayant suivis cours secrét. cherche emploi secrét. S'occuper un peu enf., économ., tenue cabinet. Recommand. médicales. S'ad. Mlle Bizouard, Le Mesnil-Aubry (S.-et-O.).

N° 254. — A céder client. ophtalmolog. matériel moderne. Indemn. à débatt. appartem. à volonté.

N° 255. — Moselle. A céder d'urgence, raison santé, clientèle rurale avec fixe.

N° 256. — Méd. électro-radiol., gr. ville demande pour six mois remplaç. présent. toutes garanties techniq. et morales. Donner référ. précises. Situat. peut devenir stable, l'avenir assuré, si satisfaction donnée.

N° 257. — Nord-Est. Poste import. à reprend. dans localité industrielle. Gros rapport, fixes import. Possib. faire chirurgie et rayons X. Urgent.

N° 258. — Près Lourdes. Joli chalet à louer meublé 400 francs par mois, 4 ch., salle bains, gr. salon, salle à m., cuisine, eau, électr. Belle vue sur Pyrénées et Gave. Jardin terrasse.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

200 kil. Paris. — Pro-pharmacien, gros chiffre d'affaires. A céder avec comptant : 30.000 francs, facilités pour le paiement. Belle propriété, grand confort.

Banlieue sud, près Paris. — Ancienne clientèle méd. génér. avec peu d'accouchements. Quelques fixes. Bon chiffre d'aff. touché. Pavillon agréable et conf. avec jardin. Indemnité : 45.000 dont 25.000 francs comptant.

Paris. — Beau quartier. Très ancien cabinet de consultations, spécialisé en gynécologie, voies urin. Appart. 6 p., s. b. Présentation à la clientèle. Indemnité : 110.000 dont 60.000 compt.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle aux médecins susceptibles d'être sollicités de collaborer à des publications *non réservées aux seuls médecins* ses communiqués antérieurs et porte à leur connaissance l'ordre du jour voté récemment par le Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des « médecins des hôpitaux attire l'attention sur le « danger que présente la publication dans les « journaux de vulgarisation médicale destinés « au grand public d'articles qui, même d'une par- « faite tenue et signés par des personnalités très « respectables, semblent constituer un gage de « moralité pour les articles purement publicitai- « res et parfois charlatanesques avec lesquels ils « voisinent. »

***

Hommage au Docteur Jean Charcot

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, douloureusement affectée par le deuil cruel qui frappe une de nos grandes familles médicales, salue respectueusement le grand savant et le grand Français que fut le Docteur Jean Charcot, mort au Champ d'honneur, et prie Madame Charcot et ses enfants d'agréer ses sentiments de respectueuse sympathie.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Agrégation de médecine.** — Dans la liste des nouveaux agrégés de médecine, nous sommes heureux de relever les noms du Docteur Coste, nommé agrégé de la Faculté de Paris et du Docteur Huriez, nommé agrégé de la Faculté de Lille.

Nous adressons à nos deux distingués collaborateurs nos plus vives félicitations.

— **Mission du Professeur Achard en Afrique occidentale française.** — M. le Professeur Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission en Afrique occidentale française pour y examiner sur place la réorganisation sanitaire de la colonie.

— **Fondation Paul Marmottan.** *Postes de chirurgiens.* — L'Administration générale de l'Assistance publique doit pourvoir avant le 15 octobre 1936 à la désignation des trois chirurgiens de la Fondation Paul Marmottan (rue d'Armaillé, 8e arrt.)

Ces emplois sont réservés aux docteurs en médecine de nationalité française (ou naturalisés français depuis dix ans au moins), anciens internes des hôpitaux de Paris, ayant accompli quatre années entières d'internat.

Les chirurgiens sont logés dans l'établissement où ils assurent à tour de rôle un service de garde de vingt-quatre heures.

Ils reçoivent une indemnité annuelle de 30.000 francs (indemnité soumise aux prélèvements institués par le décret du 20 juin 1936).

Les candidats à ces emplois sont priés d'adresser une demande à cet effet au Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (4e), avant le 5 octobre 1936.

Ils pourront obtenir tous renseignements complémentaires en ce qui concerne les droits et les obligations afférents à ces fonctions au Bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, (2e étage).

— **Les médecins au Faubourg.** — On connaît le Club du Faubourg, présidé par M. Léo Poldès, dont les séances ont lieu à partir du 1er octobre, tous les samedis en matinée, salle Poissonnière, en soirée, tous les mardis, salle Wagram, tous les jeudis, salle des Sociétés savantes. Au cours de la session 1936-1937 de nombreux débats seront consacrés aux problèmes médicaux et scientifiques. Parmi les personnalités qui viendront cet hiver au Faubourg, citons les noms de MM. le Professeur Gougerot sur l'*Ignorance en médecine préventive*, le Docteur Marcel Pinard sur l'*Amélioration de l'espèce humaine*, le Docteur Dartigues sur *Les déficiences de la morphologie humaine*, le Docteur Bizard, médecin-chef de la prison Saint-Lazare sur *Peut-on arriver à supprimer la syphilis ? Oui*, le Docteur Jolly, ancien président du Comité international de lutte contre le charlatanisme, sur l'*Organisation de la médecine à Paris*, le Docteur Bourgoin sur *Pour et contre les chirurgiens esthétiques*, le Docteur Durville sur *Femmes grasses ou femmes maigres* ?, le Docteur Foveau de Courmelles sur *La zoophilie*, etc. Nos lecteurs désireux de recevoir le programme de rentrée, fin septembre, sont priés d'envoyer leur adresse sur une enveloppe timbrée au Faubourg, 155, boulevard Péreire, 17e.

— **Hôpital-hospice de Fontainebleau.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie aura lieu à l'hôpital de Fontainebleau le 10 octobre 1936. Tous renseignegnements relatifs au concours seront donnés au bureau de l'Economat, les jours non fériés de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures.

— **Hôpitaux de Toulon.** *Internat.* — Un concours pour cinq places d'internes en médecine s'ouvrira le 17 novembre 1936, aux hospices civils de Toulon.

Conditions d'admission : être français ou naturalisé français, être agréé par la Commission administrative, avoir 12 inscriptions ancien régime ou 16 inscriptions nouveau régime.

Avantages : traitement annuel de 3.000 francs la première année, et, si la période d'une année est renouvelée, 3.600 francs la 2e année et 4.200 francs

la 3e année ; plus les avantages en nature afférents à la fonction.

Le concours comprend des épreuves écrites et orales. Inscriptions jusqu'au 2 novembre 1936.

— **Hôpital mixte de Vannes.** *Concours pour la nomination d'un chef de laboratoire de chimie et de bactériologie.* — Un concours pour la nomination d'un chef de laboratoire de chimie et de bactériologie de l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 19 octobre 1936.

Ne pourront être admis à se présenter à ce concours que les docteurs en médecine et pharmaciens de nationalité française et munis du diplôme d'Etat. Ce service comporte une indemnité annuelle de 18.000 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat des hospices de Vannes, place Abel-Le Roy jusqu'au samedi 3 octobre 1936.

— **Société de morphologie médico-chirurgicale.** — La prochaine séance de la Société aura lieu à la maison de santé Velpeau, 7, rue de la Chaise, en octobre.

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Malou ALGAN, fille de Madame et du Docteur André Algan, ophtalmologiste à Epinal, président du Syndicat des médecins des Vosges, chevalier de la Légion d'honneur, avec Monsieur Jacques MARION, directeur particulier d'Assurances.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mardi 22 septembre 1936 en la Basilique Saint-Maurice d'Epinal.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— On annonce le mariage de M. Jacques CARNOT, sous-lieutenant au 8e régiment d'infanterie, fils du Professeur Paul Carnot, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, et de Madame Paul Carnot, avec Mademoiselle Ginette GODARD, fille de M. L. Godard, ingénieur en chef des Ponts-et-chaussées.

Le *Concours Médical* adresse au Professeur Paul Carnot et à sa famille ses plus sincères compliments pour cet heureux événement.

— Le 7 septembre à minuit, en l'église de Roquebrune-sur-Argens (Var) a été célébré dans l'intimité le mariage de Mlle Aline MONTCOCOL avec le Docteur Bernard MÉNÉTREL, Chef de clinique à la Faculté.

Les témoins pour la mariée étaient : M. Paul Martin, administrateur délégué et directeur général du Métropolitain, M. le Professeur Cornil, de la Faculté de médecine de Marseille. Pour le marié : M. le Maréchal Pétain, M. le général Duchene.

La bénédiction a été donnée par le R. P. Masquilier, de l'Ordre des Camaldules.

Tous nos souhaits de bonheur au Docteur et à Madame Bernard Ménétrel.

— Nous apprenons le mariage du Docteur André CAMUS avec Mademoiselle Elisabeth FLORENTIN. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le mercredi 23 septembre 1936, en l'église Notre-Dame-d'Eurville (Haute-Marne).

Tous nos souhaits de bonheur.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Maurice SCHALCK nous font part de la naissance de leur fille *Perrine.*

Paris, 36, avenue de la Motte-Picquet, 29 août 1936.

Nos plus sincères compliments.

— **Æsculape.** — *Sommaire d'août-septembre* 1936 : Hercule et Antée, peinture de Lucas CRANACH (1 ill.). — Sur la reine Pédauque, par le Docteur A. MAZEYRIE, de Tulle (2 ill.). — La médecine en Touraine à travers les siècles, par le Docteur TURON (14 ill.). — Un portrait d'hyperthyroïdienne : La Pasta, par François GÉRARD (1 ill.). — Un italien chirurgien aux armées de Napoléon, Paolo Assalini (1759-1846), par le Professeur GIORDANO (de Venise) (7 ill.). — La nef des fous, peinture de J. BOSCH (2 ill.). — Une baigneuse, œuvre de jeunesse du baron Gros (1 ill.)

Supplément (13 illustrations).

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 SEPTEMBRE

Enseignement de la médecine

Arrêté du 10 août 1926 nommant des agrégés de Facultés

Art. 1er. — Sont institués et nommés agrégés pour une période de neuf ans, à compter du 1er novembre 1936, et attachés aux facultés ci-dessous désignées :

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger. — 1° Chimie médicale : M. Mâchebœuf ; 2° chirurgie générale : M. Sabadini.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. — Médecine générale : M. Broustet.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille. — 1° Anatomie : M. Coulouma ; 2° histologie : M. Morel ; 3° histoire naturelle médicale et parasitologie : M. Coutelen.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon. — 1° Physiologie : M. Morin ; 2° médecine générale : MM. Croizat, Delore et Josserand ; 3° chirurgie : MM. Bertrand et Clavel.

Faculté de médecine de l'Université de Nancy. — Médecin général M. Kissel.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse. — 1° Médecine générale : M. Andrieu ; 2° obstétrique : M. Guilhem.

Art. 2. — Sont nommés agrégés des Facultés de médecine ci-dessous désignées, dans les conditions prévues par l'arrêté du 14 août 1935, pour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1936 :

Faculté de médecine de l'Université de Paris. — 1° Médecine générale : MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret ; 2° chirurgie générale : MM. Ameline, Ménégaux, Funk ; 3° Ophtalmologie : M. Renard.

Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille. — 1° Médecine générale : M. Brahic ; 2° chirurgie générale : M. Figarella.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. — 1° Médecine générale : M. Dervillée ; 2° chirurgie générale : MM. Masse et Darget.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille. — Médecine générale : M. Huriez.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon. — Médecine générale : M. Levrat.

Faculté de médecine de l'Université de Montpellier : 1° Médecine générale : M. Rimbaud ; 2° ophtalmologie : M. Dejean.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse. — 1° Médecine générale : M. Desforges-Mériel ; 2° chirurgie générale : M. Fabre.

Art. 3. — Sont institués agrégés de médecine pour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1936, pour exercer les fonctions de professeur à l'école de médecine et de pharmacie d'Hanoï :

Anatomie. — M. Huard.

Médecine générale. — M. Massias.

Chirurgie générale. — M. Meyer-May.

Obstétrique. — M. Daléas.

Art. 4. — Le présent arrêté sera annulé de plein droit pour chacun des intéressés qui n'aura pas été reconnu indemne de toute affection tuberculeuse avant le 1er janvier 1937 (art. 51 de la loi du 30 mars 1929.)

Education physique

Par arrêté du 1er septembre 1936, M. le Docteur Bellin du Coteau a été nommé conseiller technique au sous-secrétariat d'Etat de l'éducation physique.

13 SEPTEMBRE

Exercice de la pharmacie en Indochine

Décret du 11 septembre 1936 relatif à la vente des spécialités par les dépositaires de médicaments et les marchands sino-annamites (Indochine).

Art. 1er. — L'article 14 du décret du 16 juillet 1919 complété par le décret du 6 juillet 1928 régle-

mentant l'exercice de la pharmacie en Indochine est complété comme suit :

Après : « Les dépositaires de remèdes officinaux et de drogues simples non toxiques ainsi que les marchands de médicaments sino-annamites, dont les boutiques se trouvent à plus de 15 kilomètres d'une pharmacie européenne, pourront être autorisés à tenir et à vendre toutes les spécialités pharmaceutiques françaises dans la composition desquelles n'entre — sous la réserve prévue à l'article 29 du décret du 16 juillet 1919, relatif au commerce des substances vénéneuses — aucune des substances toxiques inscrites aux tableaux A, B et C dudit décret ».

Ajouter : « Cependant les marchands de médicaments sino-annamites ne pourront bénéficier de cette autorisation que dans les localités où ne sont pas installés des dépositaires de remèdes officinaux et de drogues simples non toxiques. ».

Le reste de l'article sans changement.

Art. 2. — Un arrêté pris par le gouverneur général de l'Indochine précisera les modalités d'application de cette modification en vue de la prévision de mesures transitoires.

Art. 3. — Le ministre des Colonies et le Garde des sceaux, ministre de la Justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et au *Journal Officiel* de l'Indochine et inséré au *Bulletin Officiel* du ministère des Colonies.

Utilisation des cartes de surclassement, des bons de réduction sur les « autorails »

A la suite de démarches entreprises par l'Administration centrale, les grands réseaux de chemins de fer français ont autorisé l'accès dans les autorails des officiers et sous-officiers de réserve fréquentant les écoles de perfectionnement, dans les conditions déterminées ci-après :

Les officiers de réserve titulaire de la carte de surclassement sont admis sur tous les autorails, autres que ceux dénommés « rapides », sous réserve du payement éventuel de la surtaxe exigée dans certains cas des voyageurs de 1re classe, et moyennant que l'admission des titulaires de ces cartes dans la classe supérieure n'aura lieu que dans la limite des places qui seront disponibles au moment où ils se présenteront pour partir ou pour louer leur place.

Les officiers et sous-officiers de réserve munis de billets au tarif militaire délivrés sur le vu de bons de réduction ou d'autorisation accordés en nombre limité et pour des parcours déterminés ont accès dans les autorails aux mêmes conditions que les voyageurs porteurs de billets à plein tarif. Exception est faite, toutefois, pour quelques autorails rapides accessibles seulement aux voyeurs munis de titres de transport délivrés en première ou deuxième classe aux conditions des tarifs généraux de grande vitesse ou des tarifs spéciaux de voyageurs.

(*Décision* no 6.452 3/E. M. A.-R., *du* 11 *septembre* 1936).

LES THÉÂTRES

A la Renaissance : « **Qui** » **?** pièce en 3 actes

De MM. André Pascal et Albert Jean.

En l'absence de notre collaborateur Séjournet, l'agréable mission d'assurer le service de première au théâtre de la Renaissance, d'assumer pour une fois les fonctions de soiriste m'est échue.

« Qui ? » est un drame policier et para-médical, tiré d'une nouvelle anglaise (*The Spider*) par MM. André Pascal et Albert Jean, deux noms dont le premier tout au moins est familier aux médecins. La pièce est bien dans la note des romans policiers anglais où, jusqu'au dernier moment, les soupçons s'égarent, le coupable étant toujours un des personnages les moins suspectés.

Les trois actes sont joués à la fois dans la salle et sur la scène, selon une méthode devenue de nos jours à la mode. Au lever du rideau, les spectateurs assistent à une représentation de music-hall où, après quelques numéros intéressants, apparaît le fakir Bhagalpour, qui va déchaîner le drame. Un spectateur, inquiet d'une de ses expériences, quitte l'orchestre pour se précipiter sur la scène et l'interpeller. Un coup de feu éclate, la lumière s'éteint : le spectateur est étendu sur le plancher, mortellement atteint. Qui a tiré ? Les agents accourent, la police est alertée, un inspecteur procède à une enquête avec la technique classique du quai des Orfèvres et de Scotland-Yard, mais sans résultat. C'est alors que, quoique très suspecté lui-même, le fakir intervient, tisse sa toile enveloppante (*The Spider* : l'araignée) et amène, par les armes du spiritisme, de l'hypnotisme et de la ventriloquie, le coupable à se dénoncer. Pour achever la déroute du meurtrier et sachant sa présence à l'orchestre, un reporter-photographe était venu, envoyé par son journal, photographier la salle à la lumière du magnésium. Que les spectateurs et les spectatrices « en faute » prennent garde : leur photographie est de ce fait affichée au contrôle, à la sortie !

Pièce excellemment jouée par M. Jean Heuzé, dans le rôle du fakir — rôle qui lui était dévolu par définition — par M. Lesieur, inspecteur de police admirable, et par toute la troupe du théâtre.

Dr P. Lacroix.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Assemblée générale ordinaire du 7 juin 1936

L'Assemblée générale s'est réunie au siège de la Ligue, 37, rue de Bellefond, à Paris, le dimanche 7 juin 1936, à 16 h. 1/2, sous la présidence de M. le Docteur Vimont, président de la Ligue assisté des membres du Conseil d'administration.

M. le Président constate que la convocation a été publiée dans le *Concours Médical* du 3 mai 1936. Elle avait été indiquée pour 15 heures, mais une rectification a paru dans les numéros du *Concours Médical* des 10 et 17 mai suivants, indiquant que la réunion aurait lieu à 16 h. 1/2 au lieu de 15 heures.

En conséquence l'Assemblée générale est régulièrement constituée et passe à l'ordre du jour.

1° Rapport du Secrétaire général.

Ce rapport sur le fonctionnement de la Ligue, au cours de l'exercice 1935, a été publié dans le *Concours Médical* du 20 mai 1936, page 1573.

Personne ne demandant la parole, l'approbation du rapport, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

2° Rapport du Trésorier.

Le rapport du trésorier sur les comptes de l'exercice 1935, a été publié dans le *Concours Médical* du 20 mai 1936, page 1577.

M. le Docteur H. Mignon, trésorier, donne quelques explications sur son rapport et répond aux questions qui lui sont posées par plusieurs membres de l'Assemblée.

3° Rapport des Commissaires des comptes.

Le rapport des Commissaires sur les comptes de l'exercice 1935 est lu par M. le Docteur Hervouet, l'un d'eux.

Il conclut à l'approbation desdits comptes.

4° Approbation des comptes.

En conséquence, personne ne demandant la parole, M. le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1935.

Cette approbation est votée à l'unanimité.

5° Election de deux Commissaires aux comptes.

M. le Président explique qu'il y a lieu de nommer deux commissaires pour l'examen des comptes de l'exercice 1936. MM. les Docteurs Hervouet et Vilpelle, commissaires sortants, sont rééligibles.

MM. les Docteurs Hervouet et Vilpelle, commissaires sortants, sont réélus, à l'unanimité, commissaires des comptes pour l'exercice 1936.

6° Questions diverses.

L'Assemblée générale examine diverses questions qui n'étaient pas à l'ordre du jour et qui ne donnent lieu à aucune décision.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 18 h. 1/2.

Voir la suite page L1-2785

PROPOS DU JOUR

LA PRÉPUBERTÉ

Les questions d'hygiène de l'adolescence sont plus particulièrement d'actualité lors de l'époque de la rentrée des classes. Parmi elles, une tient une place de premier ordre, c'est la prépuberté. Existe-t-il une prépuberté ? Cela a été discuté. Les autorités en pédiatrie : MM. Marfan, Cruchet, Nobécourt et surtout le Professeur Mouriquand (de Lyon) l'admettent et cette période mérite de fixer tout particulièrement l'attention.

La prépuberté est la période de croissance qui précède généralement de deux ou trois ans l'apparition de la puberté. Cette dernière débute à 14 ans chez les garçons, à 12 ans chez les filles, et son évolution met généralement trois ans à s'accomplir. De sorte que la prépuberté se manifeste à partir de 10 à 12 ans.

Dans une intéressante étude (1) dont nous donnons ici la substance, le Professeur Mouriquand a traité la question de la prépuberté, l'envisageant au point de vue biologique et médical et aussi au point de vue physiologique et éducatif.

Les biologistes admettent dans les corps vivants deux principes : le *soma*, qui est complètement détruit après la mort, et le *germen* qui, assurant la reproduction, se perpétue. Or, les stimulines qui provoquent la croissance somatique, seraient différentes des stimulines qui agissent sur le germen, favorisant le développement des organes génitaux. Les premières sont celles qui règlent la prépuberté ; les secondes agissent au cours de la puberté.

Donc il y aurait des sécrétions prépubertaires qui stimuleraient la croissance somatique.

Vers la dixième et douzième années une poussée hormonale importante se produit qui tient surtout aux sécrétions de l'hypophyse, de la thyroïde, secondées vraisemblablement par les parathyroïdes, les surrénales et peut-être par le foie et le pancréas.

L'hypophyse joue ici le rôle le plus important, d'abord en sécrétant les hormones qui favorisent directement la croissance, puis par d'autres hormones qui excitent la sécrétion d'autres glandes, comme le corps thyroïde, qui elles aussi agissent sur le développement somatique. Ces hormones de croissance sont sécrétées par le lobe antérieur de l'hypophyse ; le lobe postérieur sécrète des hormones sexuelles.

Il ne faudrait pas dédaigner le rôle des autres glandes. La thyroïde, plus que l'hypophyse, commande l'activité du métabolisme basal sur lequel s'appuie l'élan de la croissance.

Les parathyroïdes dirigent le métabolisme du calcium d'où dépend la construction osseuse et qui assure l'équilibre phosphocalcique et partant l'équilibre nerveux.

Il semble que les hormones prépubertaires très actives pendant un an ou deux, cèdent ensuite la place aux gonado-stimulines, sécrétées aussi par l'hypophyse, qui favorisent le développement des organes sexuels.

Le Professeur Mouriquand aborde alors l'examen de la *Prépuberté physiologique*.

A cette période la neutralité sexuelle existe encore, car les organes génitaux ne participent pas à la croissance. Néanmoins quelques différences morphologiques et surtout psychiques distinguent les garçons des filles. La croissance se manifeste surtout sur les membres inférieurs qui donne à l'adolescent l'aspect du type échassier. Les membres supérieurs y participent moins, mais on peut noter parfois des troubles vasomoteurs des mains qui sont froides et sujettes aux engelures. Le thorax reste à peu près stationnaire et, comme les fonctions du cœur sont plus actives, la pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance se manifeste. Les fonctions des poumons sont insuffisantes, d'où une prédisposition aux infections pulmonaires et à la tuberculose. Les muscles du thorax sont peu développés.

Tout cela rend à cet âge le surmenage sportif plus particulièrement dangereux. Le manque d'équilibre glandulaire détermine souvent des troubles digestifs (dyspepsie des collégiens). C'est à cette période que l'on constate l'inadaptation urbaine, les petites manifestations hépatiques que l'hérédité favorise, les albuminuries intermittentes, le diabète dû à des troubles du pancréas.

◆◆

(1) Publiée dans « Médecine et Adolescence » du *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques*. Libr. Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, à Lyon.

La prépuberté coïncide avec l'âge scolaire actif, surtout dans l'enseignement secondaire. Aux leçons de choses surtout concrètes succède l'enseignement des abstractions. L'adolescent s'y plie si son équilibre est parfait, mais souvent sous l'influence de la croissance, secondée parfois par une infection insignifiante, les progrès scolaires peuvent diminuer brusquement. Il faut aussitôt exiger le repos au lit avec large aération pour remettre en quelques semaines les choses en état. L'inattention de l'écolier est alors fréquente, il lui est impossible de fixer son esprit sur un sujet donné. Il faudra alors éviter les classes mornes, négliger l'application intégrale du programme et couper la classe de lectures attrayantes.

Alors les punitions, les mauvaises notes, les scènes familiales qui en résultent, aggravent l'inattention. Si l'état ne relève pas d'une cause morbide diagnostiquable, il faut avoir recours au repos aéré, à la classe en plein air et au besoin à une opothérapie prudente.

Le maître doit inspirer confiance à l'adolescent émotif, craintif, timide. Il convient d'éviter les gronderies, les moqueries qui créent les révoltés, les sournois, les menteurs. Le mensonge, causé par la crainte des punitions, peut chez les mythomanes provenir d'une imagination débordante qu'il faut rectifier avec prudence. La sensibilité exaltée peut être accompagnée d'un amour-propre maladif qui souvent détermine des troubles graves et même le suicide. Les amitiés trop intimes doivent être surveillées.

Il faut se méfier de la curiosité sexuelle, répondre avec franchise et prudence aux demandes sur les mystères de la génération.

Il existe une *pathologie de la prépuberté* due surtout aux troubles des sécrétions des hormones qui font que le but de la prépuberté qui est une puberté normale, n'est pas atteint.

Les troubles d'origine hypophysaire tiennent ici une place importante. Le gigantisme qui en résulte, retarde ou arrête la puberté. Un examen radiographique du crâne pourra déceler une tumeur de l'hypophyse ou de son voisinage. Si l'on constate chez l'adolescent une croissance exagérée, de l'inattention, des céphalées, du nervosisme, des troubles psychomoteurs, il faut empêcher tout surmenage, exiger une hygiène médico-psychologique sérieuse, éviter l'opothérapie thyroïdienne. Le séjour à la mer est contre-indiqué. Si, au contraire, la croissance est retardée (hypo-thyroïdiens, surrénaliens) on aura recours aux classes d'anormaux, surtout s'il y a une arriération psychique notable.

L'opothérapie thyroïdienne sera indiquée si le métabolisme basal est nettement abaissé et, si le traitement est inefficace, l'adolescent restera indéfiniment un infantile. L'ectopie testiculaire pourra être une cause de cet état, qu'une opération fera quelquefois disparaître.

La prépuberté amène souvent le réveil des tares héréditaires et toutes les psychoses.

Un accident fréquent est l'*aménorrhée primaire des fillettes*. L'hérédité de la mère, la débilité du père, l'alcoolisme, l'âge avancé des parents, la tuberculose, la syphilis, les infections variées, le diabète, l'anémie, les troubles digestifs, les fautes d'hygiène générale et alimentaire et surtout la sous-alimentation tiennent une place importante dans son étiologie. On conseillera la vie au grand air, le séjour si possibe dans un climat chaud. On combattra l'anorexie et les avitaminoses A, B, C, E. Il ne faut pas désespérer du résultat chez ces fillettes qui peuvent être réglées à 16, 18 ans et même 19 ans.

Le *syndrome adiposo-genital*, s'il est important, est un signe de tumeur de l'hypophyse. Dans les cas légers il provient de troubles fonctionnels endocriniens. Chez les garçons il se traduit par l'obésité et le type féminoïde. Cet état prédispose à l'homo-sexualité. Il conviendra d'éviter les promiscuités suspectes dans les pensionnats, et donner à l'enfant une éducation virile.

Concluons : Une bonne prépuberté annonce une puberté normale. A son époque, il faut veiller au développement somatique et à l'équilibre du système nerveux. Il convient, au début de l'activité scolaire, dans l'enseignement secondaire, d'éviter le surmenage.

Les dangers moraux doivent être évités aussi soigneusement que les dangers physiques. Signalons parmi eux les basses passions, les écrits pornographiques, policiers, les films cinématographiques du même genre, la fréquentation de camarades vicieux. Les scènes dans des familles désunies préparent lors de la prépuberté les déviations morales et les psychoses. L'opothérapie judicieuse, l'hygiène générale, une alimentation équilibrée devront être appliquées.

La famille et l'éducateur doivent alors créer à l'école un climat intellectuel et moral permettant d'aborder en toute sécurité l'âge souvent redoutable de la puberté.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

(Enfants-Assistés)

Service du Professeur Lereboullet

L'appendicite chronique (1)

Par M. le Docteur A. Bosquet
Chef de Clinique

Après que Dieulafoy et Faisans eurent décrit l'appendicite chronique dans sa forme abdominale et dans ses formes anormales à retentissement général, c lle-ci devint l'élément prédominant de la pathologie de la fosse iliaque droite, aux dépens de la typhlite et de la colotyphlite qui furent considérées comme inexistantes. Sans doute, l'appendicite chronique eût-elle connu moins d'enthousiasme si l'appendice, organe aisément extirpable, n'avait été, en même temps que la source systématique de tous les troubles abdominaux, l'occasion d'interventions faciles et élégantes.

Très vite une réaction devait se produire. On insista sur les fausses appendicites chroniques. On décrivit les troubles relevant d'une inflammation du côlon et du péritoine qui persistaient après ces appendicectomies plus ou moins légitimes et qui devenaient eux-mêmes, pour rompre les « adhérences », l'occasion de réinterventions sans fin, souvent de plus en plus nocives. On finit par reconnaître qu'étaient devenus trop nombreux, vraiment, ces « balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon ».

Les signes radiologiques récemment décrits, en prétendant rendre au diagnostic de l'appendicite chronique le caractère qu'on lui niait souvent, ont apporté à la maladie un regain d'enthousiasme, contre lequel je voudrais contribuer à réagir à nouveau.

Porté à bon escient, son diagnostic et l'appendicectomie qui le suivra apporteront néanmoins aux malades des guérisons, au médecin des succès, mais il y a un double écueil à éviter :

— d'une part, ne pas penser à l'appendicite chronique devant les manifestations polymorphes lointaines et trompeuses qu'elle peut présenter.

— d'autre part, pensant à l'appendicite chronique *lorsqu'elle se manifeste par* les symptômes même les plus classiques, les plus locaux, oublier que d'autres affections peuvent simuler ses symptômes *cliniques* et *même radiologiques*.

Avouons aussi qu'il y a des manifestations douloureuses de la fosse iliaque droite, sur lesquelles une étiquette ne peut être mise actuellement, qu'avec difficulté et qui peuvent faire croire à tort à l'appendicite chronique : il faut donc s'attendre à ce que l'appendicectomie, même lorsque ses indications ont été portées avec le maximum de prudence, laisse encore bien des déboires, et il importe de les limiter en essayant de notre mieux d'écarter les fausses appendicites chroniques.

Peut-être ne devrais-je ici que parler de l'appendicite chronique de l'enfant, mais nous savons que sur certains points celle-ci s'oppose avec intérêt à celle de l'adulte, tout au moins chez le jeune enfant. C'est surtout chez l'enfant et l'adulte que nous rencontrerons l'appendicite chronique.

Les facteurs étiologiques reconnus à l'appendicite chronique sont les mêmes que ceux de l'appendicite aiguë, et sans constance — il s'en faut — on invoque les affections du *rhinopharynx*, les *adénoïdites*, les *amygdalites chroniques*.

I. *Les appendicites chroniques à poussées itératives*, ne constituent pas de véritables appendicites chroniques et ne prêtent pas à discussion. Elles comprennent tous les intermédiaires entre l'appendicite aiguë typique qui s'est calmée en quelques jours mais laisse derrière elle des séquelles, et l'appendicite chronique avec poussées subaiguës à caractères atténués. Ces poussées sont le plus souvent légères, simples coliques appendiculaires avec douleurs, nausées, vomissements et surtout fébricule, de valeur

(1) Leçon du 3 mars 1936, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

pour le diagnostic rétrospectif ; elles cèdent en quelques jours.

En période calme, on peut trouver quelques *troubles frustes* : sensation de pesanteur qui s'accentue par poussées, douleurs intermittentes reparaissant aux mouvements, troubles dyspeptiques vagues, pâleur, fatigue.

La palpation réveille une douleur au niveau du point de Mac Burney. Mais *le bilan de l'examen en période de calme peut être négatif* : il ne faut pas pour cela négliger la valeur des crises fugaces antérieures, et ne pas mettre en doute le diagnostic porté par le médecin qui a assisté à la crise aiguë.

Le pronostic est en effet dominé par le risque d'une *appendicite gangréneuse ou perforante* qui interrompra brutalement l'évolution. L'intervention chirurgicale s'impose donc chez tout malade ayant présenté une crise aiguë ou subaiguë nette et ceci même en l'absence de symptômes persistants. Elle donnera d'ailleurs de bons résultats et rarement sera suivie de séquelles.

Mais cette forme d'appendicite chronique mérite à peine d'être appelée appendicite chronique. Ce n'est qu'en raison de sa fréquence chez l'enfant et surtout de la netteté de son diagnostic et de l'indication opératoire, indiscutable, et ceci évitera toute confusion, quant aux réserves que je ferai sur l'appendicite chronique d'emblée, la véritable appendicite chronique.

II. *L'appendicite chronique d'emblée.* — Elle s'oppose aux appendicites précédentes par l'absence de crise aiguë, la diversité et le manque de précision des symptômes, le retentissement beaucoup plus grand sur les organes voisins.

C'est par un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite qu'elle se manifeste dans les cas les plus typiques. Elle est alors caractérisée par des phénomènes douloureux et dyspeptiques.

a) *La douleur* est d'intensité et de caractères variables : — tantôt douleur franche : l'enfant, au milieu d'une course s'arrête brusquement, se plaignant du ventre *en pâlissant* ; — tantôt, malaise imprécis qui dure un quart d'heure, une demi-heure. Elle n'a pas la netteté de la douleur de l'appendicite aiguë mais est : inconstante, fugace, variable, changeant avec les sujets ou chez le même sujet d'un moment à l'autre. Elle est le plus souvent *intermittente,* à intervalles fixes, souvent rythmée par la digestion, tantôt immédiatement après, tantôt deux ou trois heures après, tantôt vers six heures du soir et au milieu de la nuit. Elle est réveillée par les secousses, les traumatismes, l'hypertension du tronc avec apparition notamment au moment du lever.

b) Des signes dyspeptiques peuvent accompagner la douleur et lui donner alors une signification plus grande.

Mais ils peuvent être isolés. Ils consistent en : — *état nauséeux,* parfois presque permanent, apparaissant au moindre effort, au moindre mouvement, à la palpation de la fosse iliaque droite ; — *vomissements* survenant facilement et, c'est chez l'enfant un signe important ; — digestions lentes et pénibles, avec éructations, ballonnement pesanteur, envies de dormir surtout chez l'adulte ; — constipation habituelle ; — langue saburrale, avec enduit blanc-grisâtre, signe important qui doit orienter chez l'enfant vers l'intestin (appendice, grêle, côlon) autant et même plus que vers l'estomac.

Beaucoup de ces phénomènes sont en rapport avec la répercussion de l'appendice malade sur le fonctionnement de l'appareil iléo-cæcal : celui-ci présente en effet par moment, parallèlement aux poussées inflammatoires appendiculaires, un spasme provoquant un ralentissement dans le transit du grêle : cette stase iléale aura pour conséquence : un ballonnement abdominal post-prandial avec *pesanteur,* une certaine somnolence post-prandiale qu'accusera surtout l'adulte plus que l'enfant : mais il ne s'agit là souvent que d'une *stase iléale éphémère,* qu'il nous faudra radiologiquement saisir au moment opportun.

Lorsque la stase iléale, au contraire, est observée à chaque examen, ces symptômes prendront davantage consistance, mais en pareil cas, il ne s'agit plus généralement d'une simple appendicite chronique : il y a colite autant qu'appendicite chronique.

Ces formes, qu'en raison de la participation de l'intestin grêle et de la colite, nous pouvons appeler *les formes intestinales de l'appendicite chronique* ont toute chance d'avoir une symptomatologie plus riche. Elles sont surtout l'apanage des adultes et des grands enfants : chez les adultes, à chaque examen clinique comme à chaque examen radiologique, nous retrouverons souvent la note intestinale.

Chez l'enfant, on ne peut pas dire qu'une telle forme n'existe pas : bien au contraire ce sont souvent ses propres manifestations qui amènent à l'examen de l'enfant, mais deux points sont ici à mettre en relief :

— d'une part, des réactions intestinales plus éphémères (différence avec l'aldulte) ;

— Ce n'est que si, en l'absence d'intervention, nous laissons évoluer cette appendicite jeune, qu'elle prendra souvent à la longue l'allure d'une forme intestinale persistante.

— par contre, malgré leur allure passagère, leurs conséquences sur l'état général seront immédiatement plus apparentes.

Bien que ces conséquences soient, à tort, mises sur le compte du gros intestin, nous trouvons les symptômes des colites :

— coliques abdominales suivant le trajet du gros intestin ;

— constipation opiniâtre, spasmodique, paro-

xystique, avec selles dures, sèches, accompagnées d'un peu de mucus ;

— par périodes : diarrhée vraie, débâcle durant un jour ou deux ; plus fréquemment fausse diarrhée.

— à l'examen clinique : douleur le long du côlon, aux angles, sur le côlon sigmoïde apparaissant sous forme de corde douloureuse, douleur surtout au niveau aussi du cæco-ascendant où l'on provoque des gargouillements ;

— les examens coprologiques et la radiographie après lavement baryté confirment encore la colite : distensions gazeuses, défaut de remplissages segmentaires, aspect moniliforme avec incisures profondes ; aspect surtout de rétrécissement presque filiforme de tout un segment.

Toutes ces manifestations n'apparaissent souvent que passagèrement, ne répondant généralement chez l'enfant qu'à des réactions coliques réflexes, qu'à de purs troubles fonctionnels qui céderont après l'appendicectomie : elles sont néanmoins assez nettes dans ces formes intestinales, pour qu'on parle sans hésiter de colite.

C'est à ces troubles coliques et à la lésion inflammatoire appendiculaire elle-même qu'on rattache les manifestations générales si souvent observées dans la maladie et qu'on désigne souvent par le terme d'intoxication intestinale.

Pour ma part, dans ces manifestations générales, l'intestin grêle joue une part importante et, si passagers que soient les épisodes au cours desquels elles apparaissent parfois, une stase iléale est parallèlement observée. De même, dans les cas où les troubles coliques sont installés avec persistance donnant à l'appendicite chronique une allure définitive de forme intestinale, la stase iléale sera constamment retrouvée.

La muqueuse de l'intestin grêle, contrairement à celle du gros intestin, par son système vasculaire et par la présence de ses villosités, adaptée à une rapide absorption, occasionne une stase iléale bien plus importante, en matière d'intoxication intestinale, que la fameuse stase cæcale. Outre le ballonnement, la somnolence postprandiale et la langue saburrale, cette stase iléale, accompagnant l'appendicite chronique, déterminera : des céphalées fréquentes, de l'asthénie physique et psychique, un facies pâle, de couleur sale, plus ou moins terreux avec un cerne jaunâtre des lèvres et des yeux. Ces troubles de l'état général viennent s'ajouter à un certain dérèglement thermique, que mettra en évidence une prise systématique de la température, et parfois une légère leucocytose avec, suivant les auteurs, mononucléose ou polynucléose.

Tous ces troubles de l'état général peuvent avoir une importance suffisante pour être, dans le tableau clinique, prédominants et réaliser une troisième forme de l'appendicite chronique, *forme dite toxi-infectieuse.*

Il est encore un aspect très fréquent de l'appendicite chronique : c'est la *forme gastrique.* Nous avons déjà noté tantôt l'existence de troubles dyspeptiques s'associant aux phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, mais, pour peu que ces derniers restent dans l'ombre, c'est sous l'aspect d'un trouble gastrique essentiellement que se présentera l'appendicite chronique surtout chez l'adulte.

C'est une dyspepsie réflexe pouvant simuler :

— un ulcère, d'autant qu'il peut y avoir hématémèse, une dyspepsie hyposthénique ou hypersthénique, un syndrome pylorique.

Dans toute dyspepsie, parmi les causes sous-gastriques et paragastriques qu'on doit rechercher à l'origine du dysfonctionnement réflexe de l'estomac, l'appendice représente une étiologie importante, et ceci n'est pas pour nous étonner si nous nous rappelons les interférences que présentent les fonctionnements physiologiques pylorique et iléo-cæcal.

Voici donc les différents aspects de l'appendicite chronique : Forme douloureuse de la fosse iliaque droite. Forme intestinale. Forme à réactions générales. Forme gastrique. Voyons ce que nous pouvons attendre de l'examen.

Sur l'examen clinique, je serai bref, car la recherche du point de Mac Burney est classique et l'on n'a que trop épilogué sur le siège et le nombre des points douloureux. Il ne faut pas demander ici trop de précision clinique car le cæcum et l'appendice ont des positions très variables. Même précis et obtenu nettement dans la région de Mac Burney, un point douloureux n'est pas un signe absolu. Lorsque vous l'obtenez et qu'il s'agit bien pourtant d'appendicite chronique, ne croyez pas que votre doigt a provoqué forcément la douleur au contact de l'appendice malade : bien souvent le point douloureux trouvé est la zone valvulaire iléo-cæcale : elle est toujours douloureuse dans l'appendicite chronique ; elle l'est bien souvent dans d'autres affections que l'appendicite chronique, chez l'adulte.

Au cours de l'examen abdominal, palpez soigneusement le cadre colique et voyez s'il est douloureux. Complétez par le toucher rectal et, parfois, par le toucher vaginal.

C'est l'examen radiologique qui fait grand bruit en ce moment, et je crois devoir insister sur lui, car vous pourriez penser que grâce à la radiologie on ne fait plus qu'à bon escient le diagnostic d'appendicite chronique. Non, tels qu'on les présente, les signes radiologiques ne sont pas absolus et d'autre part feront méconnaître de véritables appendicites chroniques.

1° *La stase iléale* à la sixième heure est un signe de la triade radiologique énoncée par Jacquet. Je ne puis pas croire à la valeur de ce symptôme, car m'étant intéressé à la stase iléale en dehors des appendicites chroniques j'ai dû conclure de

nombreux examens qu'une stase iléale ne prenait une valeur pathologique qu'à la neuvième heure.

Il faut s'assurer d'abord que le retard ne vient pas de l'estomac, savoir qu'il existe normalement une stase iléale physiologique nécessaire à une bonne absorption, savoir enfin que cette stase physiologique varie suivant l'alimentation, suivant le fonctionnement gastrique, dans des limites horaires qu'il faut se garder de fixer trop étroitement. Même à la huitième heure je n'oserais penser qu'une stase iléale est pathologique. C'est dire que je n'attache aucune valeur à la stase iléale de la sixième heure. Quant à la stase iléale de la neuvième heure au cours de l'appendicite chronique je ne pense pas qu'elle ait une valeur quant au diagnostic même de l'appendicite chronique. Elle n'offre un intérêt réel que pour fixer la conduite thérapeutique. Je m'explique sur ce point en résumant les constatations faites sur de nombreux malades observés cliniquement, radiologiquement et anatomiquement.

Dans un premier groupe de malades l'appendice enlevé nous a montré des lésions microscopiques indiquant une atteinte indiscutable, et non les altérations banales, dont on a grand tort habituellement, si on en juge par quelques appendices témoins normaux, de se contenter pour justifier l'acte chirurgical. L'appendicectomie a amené dans ces cas la guérison réelle et non l'amélioration passagère qui suffit souvent à satisfaire le chirurgien. Bref, le critérium clinique et le critérium anatomo-pathologique étaient réunis, et dans aucun de ces cas nous n'avons observé la stase iléale à la neuvième heure. De tels faits sont sans doute, comme la véritable appendicite chronique elle-même, peu fréquents chez l'adulte. Ils sont bien plus souvent observés chez l'enfant, où l'appendicectomie donne d'ailleurs des résultats moins décevants que chez l'adulte. En tout cas, un premier point est de ce fait établi. On n'a pas le droit de nier l'existence de l'appendicite chronique sous prétexte qu'il n'y a pas de stase iléale à la neuvième heure. Ce sont au contraire des cas où l'absence de typhlo-colite permet, si vraiment l'appendice est en cause, d'attendre du traitement chirurgical un résultat complet et rapide. Malheureusement, sinon chez l'enfant, du moins chez l'adulte, il est si fréquent que l'atteinte appendiculaire aille de pair avec une typhlo-colite et s'accompagne alors de stase iléale, qu'en absence de cette dernière on doit toujours rechercher si une affection urinaire droite ou une iliaqualgie, n'est pas la cause de la douleur trompeuse qui fait croire à l'appendicite chronique.

Lorsqu'il y a stase iléale au cours d'une appendicite chronique — cas les plus fréquents — on doit penser avant tout, à moins qu'il ne s'agisse de stase réflexe déterminée par une lésion sus-jacente méconnue, qu'il existe une typhlo-colite et on place cette fois le traitement médical au premier plan. L'atteinte appendiculaire peut coexister et souvent être, de loin, à l'origine de cette colite. Mais quand en raison des résultats incomplets du traitement médical on en vient à conseiller l'appendicectomie, on doit avertir le malade qu'on conçoit l'opération comme un moyen thérapeutique de complément et qu'il ne faut pas attendre d'elle une amélioration rapide et franche. Une telle appendicectomie nécessite, pour ne pas être suivie d'aggravation, une longue préparation du malade et des soins post-opératoires prolongés.

2° *L'incisure externe du cæcum* en regard de la valvule constitue un deuxième signe radiologique de la triade de Jacquet. Je reconnais bien peu de valeur à cette incisure que, dans une étude de la physiologie radiologique de l'appareil valvulaire iléo-cæcal, Mr M. Chiray et moi avons décrit comme une manifestation normale de son fonctionnement.

Il faut connaître l'importance du frein postérieur de la valvule. Le contenu iléal se vide dans le cæcum par un double processus rythmique d'invagination et d'éversion des lèvres, amorce véritable et respective des deux grands types de l'invagination pathologique, et physiologiquement, l'appareil d'évacuation iléo-cæcal relève de trois éléments : la valvule de Bauhin, l'antre prévalvulaire avec sa musculature, enfin les fibres circulaires du côlon en regard de la valvule. Ces dernières fixent par leur contraction la région valvulaire, tandis que la contraction des fibres termino-iléales enfonce en coin l'antre prévalvulaire dans le côlon. Dès qu'il y a quelque chose dans l'iléon, et même dès qu'au cours d'une ingestion, le pylore commence à travailler, immédiatement se produit une mise en tonus de la valvule et son corollaire, une contraction des fibres circulaires juxta-valvulaires.

Que cette contraction, que l'incisure du bord externe du cæcum soit parfois plus importante que de coutume, qu'il y ait là une exagération de ce processus physiologique, c'est possible lorsqu'on a affaire à un côlon irritable, à un état spasmodique, mais c'est là une constatation si banale en dehors de toute appendicite qu'il n'y a pas lieu d'y accorder crédit.

3° J'en arrive au troisième signe de la triade de Jacquet : *le point douloureux constaté radiologiquement sur l'appendice.* Il est important de trouver, soit sur l'appendice lui-même s'il est visible, soit sur la base d'implantation un point douloureux radiologique, et il n'est pas douteux, si, au cours de la mobilisation du cæcum obtenue par la mise en position verticale, le point douloureux s'est déplacé en même temps que ce

cæcum, qu'on puisse conclure à une lésion appendiculaire. Mais dans les cas où cliniquement on avait quelque raison de penser à l'appendicite chronique, il est fréquent que ce point douloureux ne soit pas trouvé et sur ce point nous sommes d'accord avec Jacquet : il faut admettre en effet qu'un appendice malade n'est douloureux qu'à certains moments et, si l'enfant n'est pas examiné en période douloureuse, ce symptôme radiologique peut être en défaut. Jacquet écrit aussi que c'est au défilé iléo-cæcal que répond le point algique de l'appendicite chronique dans la majorité des cas (70 à 80 % des cas), la sensibilité de l'appendice ou de son implantation cœcale n'étant existante que dans 20 à 30 % des cas. « Il résulte, dit-il, qu'en exigeant, comme on le faisait précédemment et à juste titre d'ailleurs, dans l'ignorance où on était des symptômes indirects de l'appendicite chronique, la localisation de la sensibilité à l'appendice lui-même, on rejette délibérément hors du cadre de l'appendicite un nombre important d'appendicites authentiques. Ainsi s'explique le discrédit dans lequel est tenu par certains observateurs l'examen radiologique en matière d'appendicite. »

Si je croyais à la valeur de cette douleur sur le défilé iléo-cæcal, à la valeur de cette « termino-iléalgie » comme je l'ai appelée, j'aurais lieu de m'effrayer du nombre d'appendicites chroniques que j'ai méconnues, car j'eus à examiner pendant près de deux ans la plupart des nombreux malades qui, venant à la consultation de gastro-entérologie du Docteur Chiray, en étaient suspectés. Mais si je parcours les observations des malades que nous avons quand même fait opérer, je trouve la termino-iléalgie mentionnée dans bien des cas que, par les constatations anatomo-pathologiques et les suites opératoires, nous avons dû classer indiscutablement dans les fausses appendicites chroniques. Cette termino-iléalgie constitue à mes yeux une cause d'erreur très fréquente dans le diagnostic de l'appendicite chronique. Certes elle accompagne l'appendicite chronique très souvent et même presque toujours, mais on la trouve si fréquemment chez les malades déjà appendicectomisés et chez ceux pour qui on mettra nettement hors de cause l'appendice, qu'il y a lieu d'être mis en garde contre sa valeur symptomatique. J'ai rarement vu une colite, quelle que soit sa localisation prédominante, ne pas s'accompagner de termino-iléalgie et j'admettrais volontiers — je le répète — la valeur de ces signes indirects, si la colite qui les détermine n'était justement le grand problème de diagnostic que soulève l'appendicite chronique. Mais cette termino-iléalgie répond encore à des affections que nous connaissons mal : les terminoiléites. Deux cas me sont présents à la mémoire de malades, chez qui la termino-iléalgie, avec stase iléale, répondait uniquement à une iléite des dix derniers centimètres de l'iléon, alors que l'appendice fut trouvé strictement normal, macroscopiquement et histologiquement. Chez une troisième malade déjà appendicectomisée et accusant, avec des signes de colite, une termino-iléalgie avec stase iléale, une intervention, impérativement réclamée par l'intéressée, révéla une semblable iléite terminale qui pouvait expliquer aussi la douleur constatée sur le défilé iléo-cæcal. Je crois volontiers que si l'appendicectomie était pratiquée moins aveuglement et non au fond d'une étroite incision, une exploration plus minutieuse de la fin de l'intestin grêle montrerait que ces iléites terminales ne sont pas des raretés.

Vous voyez donc que si la stase iléale, l'incisure externe du cæcum et la termino-iléalgie peuvent s'observer fréquemment dans l'appendicite chronique, ces signes ne permettent absolument pas, même groupés, d'affirmer qu'une appendicite chronique est en cause. La douleur *constatée radiologiquement sur l'appendice* visible ou sur sa base d'implantation conserve à mes yeux bien plus de valeur. Elle n'est pas très fréquente, dit-on, mais l'appendicite chronique l'est-elle vraiment davantage ? Le seul reproche que je ferai au point douloureux radiologiquement constaté sur la base d'implantation de l'appendice, c'est qu'il est malaisé de le distinguer topographiquement de la douleur assez banale constatée sur le défilé iléo-cæcal. Cette confusion facile avec la termino-iléalgie exige beaucoup de minutie dans l'examen radiologique.

Malgré ces réserves sur les éléments que l'on peut tirer, en faveur d'une appendicite chronique, de l'examen radiologique, celui-ci garde un intérêt capital.

Evolution

Une fois diagnostiquée grâce à l'examen clinique et à l'examen radiologique que devient la véritable appendicite chronique ?

A différer l'intervention, y a-t-il risque d'une crise aiguë dangereuse ? Oui dans les formes à poussées itératives, mais moins dans les véritables appendicites chroniques, dans les appendicites chroniques d'emblée. Cette éventualité est exceptionnelle chez l'adulte. Elle l'est moins chez l'enfant, et ce sera une raison déjà chez ce dernier pour être plus interventionniste que chez l'adulte surtout s'il doit partir au loin *en vacances* loin d'un centre chirurgical.

A différer l'intervention d'une appendicite chronique localisée, jusque là sans symptômes de typhlite et de colite, vous risquez l'extension : plus tard la colite et les troubles de fonctionnement du grêle qui parfois n'existaient pas encore

prendront le pas sur l'atteinte de l'appendice ; l'appendice ayant continué sournoisement son inflammation ne constituera plus qu'un organe sclérosé, dont l'ablation ne modifiera que peu l'évolution des troubles intestinaux, alors que faite précocement, elle les eût empêché d'apparaître, avec leurs symptômes généraux toxi-infectieux.

Nombreuses sont les *formes cliniques* de l'appendicite chronique. Elles dépendent pour une part du siège de l'appendice et c'est le cas de la sciatique appendiculaire ; des formes urinaires avec soit symptômes rénaux, soit symptômes vésicaux : cystalgie, pseudo-incontinence d'urine; des formes coxalgiques, avec immobilisation de l'articulation coxo-fémorale ; des formes pelviennes simulant une salpingite, une pelvi-péritonite d'origine génitale. Les formes hépatiques ou vésiculaires, avec fausses coliques hépatiques peuvent être conditionnées par l'atteinte d'un appendice rétro-cæcal ou d'un appendice attenant à un cæcum haut situé et l'on peut être orienté par la constatation radiologique d'une déformation incurvée du cæco-côlon ascendant avec attraction sous-hépatique.

Mais il ne s'agit pas toujours là d'une symptômatologie de voisinage : l'appendicite *peut être associée* à une cholécystite non-lithiasique d'*origine intestinale, à une lithiase biliaire*, à une hépatite toxi-infectieuse, dont les ictères répétés alternent avec les crises d'appendiculo-typhlite.

Nous avons précédemment signalé la possibilité de *troubles gastriques* symptomatiques d'une appendicite, par dysfonctionnement réflexe du pylore, mais il semble que cette correspondance nerveuse ne soit pas toujours seule en cause : par voie lymphatique l'appendicite réalise parfois une duodénite, une périduodénite sus ou sous-méso-colique, avec hématémèse possible et hémorragies intestinales.

Ces diverses formes peuvent être d'autant plus difficiles à reconnaître qu'une lésion duodénale, pylorique, vésiculaire peuvent avoir une répercussion intense, donnant une termino-iléalgie et une stase iléale capables de faire croire à une appendicite chronique.

L'appendicite chronique semble même capable de réaliser des *troubles à distance*, plus discutés, tels que les *troubles respiratoires*, toux, asthme appendiculaire ; troubles *cardiaques* : bradycardie, hypotension, expression en réalité d'un état vagotonique.

Enfin, le retentissement de l'appendicite chronique sur l'état général explique qu'on ait décrit des *formes hypotrophiques* avec arrêt de croissance. Quant aux rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose, ils ont une grande importance et M. Lereboullet a montré que si l'appendicite chronique simule la tuberculose, elle pouvait aussi conduire à la tuberculose (manifestation première et porte d'entrée).

M. Jacquet a récemment décrit des appendicites chroniques à forme entéralgique, dont les crises douloureuses intenses et parfois dramatiques, quoiqu'elles laissent le ventre souple et le pouls non-modifié, montrent encore l'importance que peut prendre l'intestin grêle dans la séméiologie.

Diagnostic différentiel

Un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, doit classiquement faire discuter les affections tuberculeuses et cancéreuses du cæco-appendice. Je n'insisterai pas, sauf sur la facilité avec laquelle une tuberculose hypertrophique du cæcum peut à son début simuler l'appendicite chronique. A côté de ces diagnostics classiques, on connaît actuellement toute une série de lésions, qui par la douleur de la fosse iliaque droite, sont capables de simuler l'appendicite chronique. C'est la radiologie qui nous a appris surtout à les reconnaître.

L'iliaqualgie droite constitue une erreur sur laquelle Boltanski a récemment insisté. C'est un ensemble de douleurs plexalgiques le long de l'artère iliaque primitive droite et de l'iliaque externe droite. Elle est souvent associée à une *solalgie* manifeste, tandis que les iliaques gauches restent indolores. C'est une affection fréquente chez les *femmes ptosées, émotives, sympathicotoniques*, à aorte battante et douloureuse.

La ptose du rein droit avec coudure de l'uretère, la psoïtis d'origine rénale ou vertébrale, la congestion de l'ovaire droit constituent aussi des causes fréquentes d'erreur.

Si nous envisageons les lésions intestinales, le diagnostic devient plus difficile, les causes d'erreur plus nombreuses. *La termino-iléalgie*, est, pour ma part, dans les cas où il n'y a pas d'appendicite chronique, très fréquente. On la voit accompagner : les dysfonctionnements réflexes de la valvule au cours de lésions duodénales, pyloriques, vésiculaires, et surtout coliques ; les dysfonctionnements de la valvule, apparaissant isolés au cours sans doute d'affections iléales ignorées, et dans lesquelles la termino-iléite sans appendicite occupe une place importante.

L'appendicite chronique peut être simulée par *les lésions inflammatoires du carrefour inférieur*, telles que les *périviscérites* consécutives à une typhlocolite, à des lésions salpingo-ovariennes droites, et les *épiploïtes chroniques*.

Les malformations de la région : cæcum anormalement mobile, angle colique droit en canon de fusil, coudure de Lane peuvent aussi conditionner des fausses appendicites chroniques.

La typhlo-colite représente chez l'adulte surtout la discussion la plus fréquente : y a-t-il typhlo-colite essentiellement ? y a-t-il seulement

appendicite ? Les rapports de cause à effet sont envisagés inversement selon les auteurs, et répondent sans doute à des faits différents.

Ce sont là les causes d'erreur les plus fréquentes et je ne reviendrai pas ici sur le diagnostic des *formes gastriques, hépatiques, duodénales, rénales* que nous avons envisagées, ni sur le diagnostic des formes toxi-infectieuses à symptomatologie générale. Les erreurs sont donc nombreuses, souvent difficiles à éviter, mais il semble qu'après coup, il soit aisé de reconnaître qu'on a pratiqué à tort l'appendicectomie grâce à *l'examen anatomo-pathologique* de l'appendice enlevé. Or, la même confusion, parfois décourageante, règne ici.

Les modifications macroscopiques sont souvent peu apparentes. Quant aux altérations histologiques, elles consistent classiquement en atrophie de la muqueuse, aspect hypertrophique des follicules, parfois hémorragiques, et bien souvent seulement, dit-on, en sclérose se traduisant par des sténoses, par des oblitérations de la cavité de l'organe.

Ces descriptions faites par des histologistes consciencieux et considérées comme classiques valent ce que valait le diagnostic des chirurgiens qui leur avaient confié les appendices à examiner : des comptes rendus histologiques pour des appendices normaux ont été absolument calqués sur ceux qu'on fait classiquement des appendicites chroniques. Dans les cas que nous avons classés, par l'examen clinique, radiologique et l'évolution post-opératoire, comme appendicites chroniques véritables, les examens pratiqués avec sa haute compétence par mon ami G. Albot ont montré une hypertrophie d'allure légèrement inflammatoire de la sous-muqueuse et parfois de la musculeuse, des polynucléoses intravasculaires, des manchons monocytaires périvasculaires, en certains points même des micro-abcès avec fibrine et polynucléaires, donc des manifestations histologiques qui, quoique allant avec un certain état de sclérose, indiquaient une inflammation réelle, plus ou moins légère, mais suffisante pour justifier l'appendicectomie.

Certes une appendicite chronique qui a longuement évolué peut, en dehors de la sclérose, ne plus comporter de lésions inflammatoires évolutives même légères et l'appendice malade et déjà guéri peut avoir été le point de départ d'épiploïte, de périvicérite, de typhlo-colite persistante ; les symptômes de ces inflammations diffusées s'apparentent tellement à ceux de l'appendicite chronique, qu'on a pu bien souvent, à tort, après une appendicectomie trop tardive, décrire comme signes histologiques d'appendicite chronique de simples vestiges d'une appendicite chronique d'autrefois.

Masson a décrit des lésions spéciales consistant dans l'augmentation du tissu nerveux sous-glandulaire formant de véritables névromes, véritable appendicite neurogène, qui à défaut d'autre chose, suffirait à expliquer les douleurs et la vagotonie habituelle des malades. J'avoue que dans beaucoup des appendices enlevés nous avons trouvé de tels petits névromes et non seulement dans les cas d'inflammation douteuse, mais même dans le cas d'inflammation franche subaiguë, et je tends à penser que cette hypertrophie du tissu nerveux n'est qu'une réaction banale inflammatoire, d'ailleurs non spéciale à l'appendice.

Une ligne de conduite doit être fixée en matière d'appendicite chronique. Je ne suis pas convaincu qu'une appendicectomie dite de sécurité ne donne jamais d'ennui et d'autre part le problème ne se pose même pas ainsi : le malade demande à être guéri de ce qu'il a, et non de ce qu'il pourrait un jour avoir. La discussion de l'opportunité de l'appendicectomie tient encore aux lésions de voisinage — à la colite surtout — qui peuvent lui être associées, autant que la simuler.

Tout d'abord : pas de discussion dans les appendicites chroniques à poussées aiguës itératives. L'appendicectomie est indiscutable, les résultats excellents. Dans la véritable appendicite chronique, l'appendicite chronique d'emblée, la conduite à tenir est plus discutable.

Chez l'enfant, bien souvent il y a pas de stase iléale à la neuvième heure ; il n'y a pas de signes de colite. Tout se borne à un point douloureux clinique : une fois convaincu par l'examen radiologique que ce point ne correspond pas à autre chose qu'à l'appendice, on doit opérer, on peut opérer tout de suite. Le plus vite, sera le mieux.

Si par contre, chez cet enfant, vous trouvez des signes cliniques et radiologiques de colite, si vous trouvez une stase iléale à la neuvième heure, ne vous pressez pas. Calmez d'abord la colite. Parfois, le régime et le traitement des colites feront disparaître tous les signes et avec eux la suspicion portée à tort d'appendicite chronique. Ses prétendus symptômes relevaient seulement de troubles iléaux et coliques. Si le traitement médical reste sans influence sur la colite, ou si, les signes de colite étant calmés, un point douloureux persiste sur la zone appendiculaire, soyez très interventionnistes, mais ici, dans cette appendicite chronique, avec colite, avec stase iléale, vous aurez été interventionnistes à retardement. Opéré après une phase de traitement médical, après traitement de la colite, l'enfant tirera de l'appendicectomie à retardement un bénéfice bien plus grand que si, aveuglement, vous aviez opéré d'emblée.

Chez l'adulte, au contraire, et j'oserais dire surtout chez la femme, où le terrain névropathique est plus à craindre, soyez aussi peu enclins à l'intervention que vous l'étiez au con-

traire chez l'enfant. J'ai été effrayé du nombre d'appendicectomisés, qui fréquentaient la consultation de gastro-entérologie de M. Chiray et bien des fois j'ai pensé que si les chirurgiens venaient dans ces consultations de médecine, assister à ce défilé, leur enthousiasme pour l'appendicectomie de l'adulte tomberait. Nous même, malgré que nous ayons été peu portés à conseiller l'appendicectomie, malgré que nous nous soyons entourés en pareil cas de toutes les garanties, nous avons eu à regretter parfois notre conseil.

Certes on peut voir chez l'adulte, des appendicites chroniques sans colite, sans stase iléale, des appendicites chroniques toutes jeunes, de véritables appendicites chroniques d'enfant, si j'ose dire, et en pareil cas, on doit opérer. Les résultats seront excellents. Mais l'immense majorité de ces malades adultes, suspects d'appendicite chronique ont ou bien des fausses appendicites chroniques, ou bien des appendicites chroniques où la souffrance appendiculaire est au second plan derrière l'atteinte du côlon. Il faut traiter la colite, le traitement médical est de *premier plan*. Secondairement se posera la question de l'opportunité d'une appendicectomie surajoutée. L'appendice a souvent été le point de départ de la typhlo-colite actuelle, mais n'est-ce plus déjà un appendice scléreux, consumé, absent maintenant de toute inflammation active, dont l'ablation sera sans bénéfice ? Bien souvent c'est de nombreuses années avant, dans l'enfance même, que le diagnostic d'appendicite chronique eût été utilement porté et que l'appendicectomie eût été efficace. Alors que l'appendicectomie n'a plus maintenant, bien souvent, qu'une utilité problématique, par contre, le risque d'opération, sur ce ventre en pleine inflammation diffusée est certain, et il importe qu'un long traitement médical ait au maximum atténué ce risque d'exalter la colite et la périviscérite, avant de rechercher dans l'appendicectomie un bénéfice hypothétique. L'évolution qui se dessinera après l'établissement d'un régime et d'un traitement médical sera, dans cette alternative, le meilleur juge. En tout cas, rien ne serait plus funeste que le conseil d'un chirurgien qui, sans traitement médical, sans préparation aucune, annoncerait à son malade huit petits jours de clinique après lesquels il le rendrait immédiatement à son activité. Ainsi pratiquée en pleine colite, sur un péritoine en évolution, cette appendicectomie risque bien de n'être pas la dernière intervention. Vous reverrez ces malades appendicectomisés, continuant à présenter ce qu'on appelle les signes cliniques et radiologiques de l'appendicite chronique et allant de chirurgien en chirurgien réclamer d'illusoires réinterventions, et vous conviendrez que le diagnostic d'appendicite chronique et l'indication opératoire ne doivent être portés qu'à bon escient.

LE TRAJET DES BALLES DANS LES VISCÈRES

Dans une blessure par coup de feu, les effets anatomo-pathologiques dépendent certes de la grosseur et de la puissance de l'agent vulnérant, mais ils dépendent aussi de la nature du viscère atteint. Le trajet d'une balle, tirée par une arme à feu déterminée, n'est pas le même dans le poumon, le foie, le rein, le cerveau.

Le Docteur M. Le Bourgeois a envisagé dans sa récente thèse (Paris 1936) cette intéressante question. Il a examiné à l'Institut médico-légal un certain nombre de suicidés par coups de revolver et il a fait une étude expérimentale des blessures produites avec une carabine (à balle de 6 mm.).

Il a observé deux sortes de lésions bien différentes suivant la consistance des tissus atteints. Dans le poumon, formé surtout de tissu élastique, le trajet est petit, canaliculaire. Le diamètre est sensiblement le même que celui du projectile. Dans les organes à tissus denses, comme le foie, la rate, les reins, les balles produisent de véritables effets explosifs avec perte de substance. Les balles traversent, en effet, les tissus élastiques en les écartant ; au contraire, les tissus denses opposent à la pénétration du projectile une résistance souvent considérable. En raison de leur cohésion, ces tissus denses transmettent facilement la force vive qui leur est communiquée : il y a attrition directe et attrition indirecte par projection des particules arrachées à l'organe lui-même.

Les tirs effectués dans la rate et les reins donnent des lésions identiques à celles du foie.

A noter que le lobe inférieur du poumon présente une consistance assez dure, assez analogue à celle du foie. Le trajet de la balle se rapproche de ce qu'on observe dans le foie.

A noter aussi que si l'on interpose devant le foie un moyen d'atténuation du choc (un lambeau de peau provenant de la cuisse du cadavre en expérience par exemple), les lésions sont bien moins étendues.

Dans le cerveau, l'orifice d'entrée de la balle est étoilé, irrégulier, situé au milieu d'un foyer hémorragique. Le trajet est constitué par un canal virtuel lisse, souvent difficile à suivre, et l'orifice de sortie présente à peu près le même aspect que l'orifice d'entrée.

P. Lacroix.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR...

du traitement actuel de la Melitococcie

D'après les Docteurs P. RIMBAUD et G. ANSELME-MARTIN (1)

LES PRINCIPALES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES. LEURS INDICATIONS RESPECTIVES

A l'heure actuelle, le choix du praticien se limite à trois ou quatre méthodes. Cependant, s'il examine de près les résultats rapportés, il ne manque pas d'être surpris de leur variabilité et de leur inconstance, « une même méthode donnant, selon les auteurs des succès indiscutables ou des échecs non moins certains ».

En voici les raisons principales. Tout d'abord nul n'ignore que la virulence du Micrococcus melitensis est extrêmement variable ; certaines souches se révèlent particulièrement résistantes à tous les médicaments, alors que d'autres cèdent par contrre à la moindre sollicitation thérapeutique.

« Mais surtout des méthodes identiques sont instituées en présence de manifestations cliniques essentiellement différentes et, selon les préférences personnelles ou la tendance du jour, un même agent thérapeutique est prescrit aussi bien dans les formes récentes que dans les formes anciennes, dans les formes septicémiques que dans les formes viscérales. »

Enfin, des erreurs d'interprétation peuvent résulter de l'existence de diverses modalités d'application d'une même méthode. Ainsi pour la vaccinothérapie, il est difficile de comparer les résultats obtenus avec les stock-vaccins et les auto-vaccins ; de plus, les résultats varient essentiellement selon le mode de préparation du vaccin, la concentration microbienne, le rythme des injections, le fait que celles-ci ont ou n'ont pas provoqué une élévation thermique, etc...

Aussi, nombre de méthodes thérapeutiques ont-elles été progressivement abandonnées. Seules restent, pour se partager aujourd'hui la faveur des cliniciens : la vaccinothérapie, la protéinothérapie spécifique, la chimiothérapie par les sels d'acridine, et l'arsénothérapie.

La vaccinothérapie

Elle a pour but de créer dans l'organisme une immunité active par des injections, répétées et à doses croissantes, de germes à virulence atténuée. Cette méthode ne tient donc pas compte des phénomènes de choc, susceptibles de se produire dans certains cas.

Principe et indications.

La pratique de la vaccinothérapie exige que l'organisme se trouve placé dans les meilleures conditions pour répondre à ses effets. Il faut donc s'*abstenir à l'acmé des ondes thermiques, c'est-à-dire pendant la période la plus active de la septicémie.* En dehors de cette période, l'innocuité de la méthode est actuellement reconnue ; mais, en pleine septicémie, celle-ci serait, sinon dangereuse, du moins absolument inutile.

Au contraire, le traitement doit être commencé à la fin d'une poussée fébrile, pendant la période de rémission. C'est là une notion primordiale.

Cette méthode trouvera donc ses indications principales *dans les formes, dont les périodes, d'apyrexie, relative ou totale, sont assez longues,* et chez les sujets, dont les réactions antixéniques sont encore insuffisantes, ainsi que le démontrent les intradermo-réactions à la mélitine.

Dans les formes viscérales à foyers multiples, la vaccinothérapie ne donne que des résultats incomplets. Dans ces cas, on pourra l'associer à la chimiothérapie, qui prépare et facilite l'action immunisante ou en complète les effets.

Stock-vaccins ou auto-vaccins.

Les stock-vaccins sont des vaccins polyvalents contenant les diverses variétés de brucella : melitensis (micrococcus de Bruce), abortus bovis (bac. de Bang), abortus suis (bac. de Traum).

Les auto-vaccins, préparés avec le type microbien isolé par hémoculture chez le malade, semble supérieurs aux précédents ; les germes, fraîchement isolés de l'organisme, conservent vraisemblablement mieux leurs propriétés antigéniques, étant donné que le vieillissement des souches de certains stocks-vaccins peut être un des facteurs de l'irrégularité dans les résultats.

Technique.

Les stock-vaccins et auto-vaccins sont injectés par voie sous-cutanée à doses progressives, variant selon les préparations utilisées. Le plus

(1) *Le Journal médical français*, mars 1936.

souvent, on commence par 1/4 de centimètre cube pour atteindre la dose maximum de 2 c. c., renouvelée ou non selon la courbe thermique. Il est enfin nécessaire de laisser entre les injections un intervalle de trois ou quatre jours. Celles-ci ne déterminent que très rarement des réactions locales ; par contre, les réactions générales sont plus fréquentes. Elles paraissent être en rapport, d'une part, avec l'état d'allergie du sujet, d'autre part avec le degré de concentration de la suspension microbienne. Effectivement celle-ci varie, selon les auteurs, dans des proportions considérables : de un million de germes par centimètre cube jusqu'à trois milliards.

La protéinothérapie spécifique, méthode de choc

Principe. Indications.

Cette méthode consiste à pratiquer chez le malade l'apparition d'un choc par l'injection « d'*endoprotéines* », *retirées des corps microbiens des brucella.* A sa base, se trouve donc le déclenchement d'un choc protéinique au moyen d'un antigène spécifique, déclenchement d'autant plus facile que l'organisme est en état d'allergie, c'est-à-dire de sensibilisation avec effort vers l'immunisation. L'existence et le degré de cette allergie sont d'ailleurs révélés par l'intradermo-réaction de Burnet.

On aura donc réuni le maximum de chances de succès, si l'on injecte des malades à intradermo-réaction fortement positive avec une solution ayant un grand pouvoir antigénique. Un tel antigène est représenté par les endoprotéines extraites, dans ce but, par Reilly des corps microbiens des brucella. Le liquide obtenu contient, en effet, en solution les endoprotéines de cinq cents milliards de germes environ.

Cette protéinothérapie spécifique exige donc, pour être appliquée convenablement, la constatation de l'état d'allergie. Mais cet état d'allergie est souvent assez long à s'établir ; par conséquent, la méthode est applicable surtout *aux mélitococcies, évoluant depuis un certain temps.* De plus, les *formes septicémiques* sont celles qui sont le plus favorablement influencées. Mais l'existence de localisations articulaires, osseuses, nerveuses, hépatiques, pulmonaires rend les résultats plus aléatoires.

On ne peut cependant, en présence d'un malade atteint de fièvre ondulante, attendre indéfiniment que l'intradermo-réaction de Burnet apparaisse positive. D'autre part, on doit savoir l'évolution si curieuse qu'a subie la mélitococcie au cours de ces dernières années : les formes strictement septicémiques deviennent plus rares, les manifestations viscérales sont chaque jour plus nombreuses. Aussi, la protéinothérapie spécifique voit-elle actuellement ses indications se limiter. Par contre, lorsque les conditions nécessaires sont réunies, elle est une méthode extrêmement active, celle qui donne les succès les plus constants.

Technique.

La dose d'antigène à injecter par voie intramusculaire dépendra essentiellement de la réponse obtenue par l'intradermo-réaction. Si celle-ci est fortement positive, la dose d'antigène sera très faible, un tiers de centimètre cube par exemple. Inversement, si la réaction cutanée n'est que faiblement positive, on devra injecter au moins un centimètre cube et demi.

Quand on juge bon de renouveler les injections (deux ou trois fois au maximum), il y aura intérêt à augmenter les doses, en raison de l'accoutumance assez rapide de l'organisme à l'endoprotéine. On doit enfin tenir compte, dans la posologie, de l'âge du malade, des lésions viscérales antérieures, car si les injections sont, en général, bien supportées, Lemierre a signalé un cas mortel (sujet de 60 ans, malade depuis dix-huit mois).

Des résultats de la protéinothérapie spécifique, il faut rapprocher ceux obtenus par les injections intradermiques ou intramusculaires de *mélitine.* Son pouvoir antigénique est faible, et il ne faudra l'employer que chez des malades à réactions allergiques particulièrement importantes.

La chimiothérapie par les sels d'acridine

L'acridine est un composé chimique, qui se prépare en partant de l'acide formique et de la diphénylamine. En thérapeutique, on utilise un chloro-méthylate neutre d'acridine (gonacrine).

Indications :

La gonacrine trouve surtout son indication *dans les formes septicémiques* de la maladie, formes pseudo-palustres, typhose mélitococcique, et *dans les formes avec localisation ostéo-articulaires ou viscérales.*

On pourra combiner cette chimiothérapie avec les vaccins. Les sels d'acridine seront injectés au début d'une onde fébrile et au cours de son évolution ; pendant la période des oscillations décroissantes, et au cours de la phase intercalaire, on utilisera les vaccins.

La seule *contre-indication* des sels d'acridine, réside dans l'existence d'une néphropathie anté-

rieure à la maladie ; on sait, en effet, que l'atteinte rénale est exceptionnelle au cours même de la mélitococcie.

La localisation hépatique n'est pas une contre-indication absolue de la méthode, si les reins fonctionnent bien ; mais elle exige toutefois une diminution des doses, celles-ci ne devant pas dépasser 0 gr. 25.

Technique.

Les sels d'acridine (gonacrine) sont délivrés en solution aqueuse à 0,50 p. 100, et à 2 p. 100 ; après avoir éprouvé la sensibilité du malade par l'administration d'une dose de 0 gr. 10, on augmente progressivement jusqu'à 0 gr. 30 et 0 gr. 50 par injection.

Celle-ci doit être effectuée par voie intra-veineuse, car les solutions d'acridine sont assez irritantes pour la peau, et la voie sous-cutanée provoque une réaction locale inflammatoire extrêmement importante. Au début du traitement, lorsqu'on utilise encore de petites doses, les injections peuvent être quotidiennes ; par la suite, il sera prudent de laisser entre chacune d'ellles un intervalle de un ou deux jours. Les sels d'acridine sont parfaitement éliminés par les urines, aussi a-t-on pu faire sans incident des séries de 12, 15 et même 20 injections ; mais il est exceptionnel que ce total soit atteint.

Les seuls incidents notés consistent en des sensations de chaleur au visage au moment de l'injection. La sensibilisation de la peau aux rayons solaires (coup de soleil acridinique) ne peut être considérée comme un sérieux inconvénient chez des malades le plus souvent alités.

L'arsénothérapie, méthode de choix

Indications.

L'arsénothérapie est particulièrement efficace *dans des mélitococcies récentes* (*deux mois*) ; les résultats se révèlent plus inconstants, lorsque le début de l'affection remonte au moins à six mois.

La méthode peut être utilisée, *aussi bien dans les formes strictement septicémiques que dans les mélitococcies s'accompagnant de localisations articulaires, névritiques, viscérales.*

L'existence d'un « gros foie mélitococcique » ne contre-indique pas l'arsénothérapie ; cependant, il faudra en pareille occurrence l'utiliser avec la plus extrême prudence.

Technique.

Tous les sels d'arsenic peuvent être utilisés : stovarsol, acétylarsan (deux succès récents de Perramond), mais c'est surtout au *novarsénobenzol* que l'on accordera la préférence.

Les premières doses (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45) doivent être injectées dans un laps de temps relativement court, une semaine en moyenne. On pratiquera ensuite des injections bi-hebdomadaires de 0 gr. 45 ; on pourra même atteindre la dose de 0 gr. 60 chez les sujets dont le poids est supérieur à 60 kilogrammes. Mais surtout, lorsque le malade sera apyrétique, souvent après la troisième ou quatrième injection, il sera absolument nécessaire de continuer le traitement au moins pendant vingt jours à la dose bi-hebdomadaire de 0 gr. 45, si l'on veut prévenir les complications tardives toujours à craindre dans les Brucelloses.

***

Bref, « l'étape des essais thérapeutiques est actuellement franchie : nous savons que nous possédons contre la mélitococcie des médications actives. Le rôle du clinicien sera maintenant de discerner le type clinique auquel elles s'appliquent, et le moment le plus favorable où elles doivent être mises en œuvre. »

G. FISCHER.

LES MANIFESTATIONS ABDOMINALES AU COURS DES PNEUMOCOCCIES RESPIRATOIRES AIGUËS

Les pneumococcies respiratoires peuvent, dans certains cas, s'accompagner de manifestations abdominales parfois très graves. Cette association pose alors un problème diagnostique et thérapeutique quelquefois très difficile à trancher et qui, souvent, a une grande importance pour la vie du malade.

Les manifestations abdominales en question, dit le Professeur A. Bernard (1), sont susceptibles de s'observer à tous les âges, mais avec une prédilection marquée pour l'enfance. Elles peuvent se rencontrer soit au début, soit au cours de la pneumococcie respiratoire. Elles sont appendiculaires, épigastriques, intestinales (iléus paralytique), péritonéales.

Parmi les syndromes appendiculaires, on distingue les réactions pseudo-appendiculaires et les appendicites aiguës. Quant aux syndromes épigastriques, ils méritent toute l'attention car parfois la douleur épigastrique est si brutale et si intense qu'elle peut faire poser le diagnostic de perforation gastrique. Dans les observations recueillies par l'auteur, certains signes discordants ont cependant pu faire surseoir à l'intervention et l'évolution a permis de constater le développement d'une pneumococcie de la base. Dans quatre cas, il a été possible, grâce aux constatations radiologiques, de préciser l'origine pulmonaire d'un syndrome abdominal supérieur.

Il faut signaler que dans les manifestations abdominales tardives de la pneumonie, il y a souvent avantage à ne pas se presser à intervenir, et ce, pour deux raisons :

1° D'abord l'occlusion, si elle est due à un iléus paralytique, peut s'amender rapidement. D'ailleurs les symptômes d'occlusion ne sont pas brusques, ni en général complets ;

2° Ensuite, dans la péritonite à pneumocoque, l'expérience montre qu'une intervention précoce est néfaste, d'autant plus que chez les malades de l'auteur la présence de foyers pulmonaires pneumococciques traduisait l'existence d'une pneumococcémie très grave. Lorsque la péritonite est collectée, localisée, l'intervention est indiquée.

Quant à la pathogénie, il est à noter que pour les cas d'appendicite vraie, il faut admettre une infection simultanée du poumon et de l'appendice, vraisemblablement à la faveur d'une pneumococcémie. Dans le syndrome épigastrique, la douleur peut être expliquée par l'irradiation nerveuse ou par propagation de l'infection. Les syndromes paralytique et péritonéal sont facilement expliqués par la localisation du pneumocoque sur le péritoine. On comprend ainsi que l'on puisse passer insensiblement de la simple paralysie intestinale avec météorisme à la péritonite purulente à pneumocoques. Le météorisme aigu traduit parfois la défaillance du cœur droit provoquée par la stase pulmonaire : d'où congestion du foie, stase veineuse dans les mésentériques et distension des anses intestinales.

(1) *Journal des Sciences médicales de Lille*, 5-VII-1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La conduite à tenir dans les calculs de l'uretère.

Voici les conclusions du travail rédigé par le Docteur J. PÉRARD :

Sauf les petits graviers susceptibles d'être évacués spontanément, la plupart des calculs de l'uretère nécessitent un traitement instrumental par les voies naturelles (cathétérisme urétéral), ou une intervention chirurgicale (urétérotomie et extraction). Le choix du traitement sera basé non seulement sur le volume du calcul, mais aussi sur l'état des voies urinaires supérieures qu'on apprécie souvent parfaitement par l'urographie intraveineuse.

Les calculs de l'uretère négligés conduisent à peu près fatalement à des complications redoutables, comme l'anurie, ou à la destruction du rein qui oblige souvent à faire une néphrectomie, éventualité extrêmement fâcheuse dans une affection qui est, ou devient, fréquemment bilatérale. (*Gazette Médicale de France*, 1er-15 juillet 1936.)

Sur la place biologique et clinique de l'appendicite chronique.

Le Professeur agrégé R. HUGUENIN démontre que l'examen de l'appendice enlevé pour appendicite chronique, fait voir surtout des lésions soit pauvrement évolutives, soit point du tout évolutives. L'on pourrait presque dire que c'est avant tout une « appendicite séquelle ». L'appendice enlevé dans ces conditions, lorsqu'il est lésé, présente une ou plusieurs altérations cicatricielles de lésions anciennes, très anciennes peut-être, et souvent segmentaires. C'est donc qu'il y a eu, à un moment quelconque, une ou plusieurs poussées, parfois minimes, d'appendicite aiguë ou subaiguë, qui se sont plus ou moins extériorisées cliniquement. De ces reviviscences, la persistance de foyers granulomateux, de corps étrangers intracavitaires, d'éléments microbiens, est sans doute la cause. Il n'y a pas d'appendicite chronique d'emblée. L'appendicite chronique n'est que l'aboutissant d'une ou de plusieurs poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës. Elle représente une « appendicite récurrente » répétée, ou bien simplement une « appendicite séquelle », une lésion que l'on pourrait dire cicatricielle.

Pour ce qui est de la conduite thérapeutique à tenir, l'existence de lésions appendiculaires n'éclaire pas le sujet de façon satisfaisante pour l'esprit. Tout d'abord parce que leur étiologie, extrêmement variable, est impossible à dépister cliniquement. Ainsi les appendicites tuberculeuses ne sont point rares. L'intervention chirurgicale, dans ces cas, est bien plutôt contre-indiquée qu'utile : ceci sans doute parce que, le plus souvent, les lésions tuberculeuses sont aussi des lésions pariétales et point du tout des lésions de l'appareil lymphoïde ; parce qu'il y a toujours des lésions de la séreuse, qu'il vaut mieux ne pas risquer de réveiller par l'intervension chirurgicale : l'évolution clinique est tout au moins là pour l'assurer.

Lorsqu'il s'agit d'une étiologie banale, l'existence des lésions appendiculaires commande-t-elle l'intervention ? Si l'on considère que, fréquemment, les lésions d'appendicite chronique ne sont pas isolées et vont de pair avec d'autres altérations, on conçoit que le résultat de l'exérèse ne soit pas souvent favorable. A la suite de l'appendicectomie, on observe souvent une reviviscence des lésions préexistantes de la séreuse ou de la sous-séreuse, des lésions du moignon (en particulier des névromes) ; on comprend ainsi le retour de troubles, que l'on avait pu croire momentanément guéris. Si l'on considère, d'autre part, que les lésions appendiculaires sont fréquentes alors que rien ne les traduit cliniquement et réciproquement, on en vient à penser encore que l'appendice est sans doute bien moins souvent responsable qu'on ne le croit des phénomènes cliniques étiquetés « appendicite chronique » ; pour cette double raison, l'utilité de l'intervention chirurgicale est bien difficile à assurer : on n'opère pas, parce qu'il n'y a pas de signes cliniques, et l'appendice est malade ; l'on enlève à tort des appendices sains.

Reste évidemment à se dire que la persistance de foyers d'infection, de lésions inflammatoires subaiguës, que la reviviscence possible en des points où la sclérose n'est point encore installée, peuvent constituer quelque jour où surviendra une lésion inflammatoire massive de tout un segment de la paroi, le grave danger d'une perforation. Alors l'appendicectomie préventive devient, non point un traitement chirurgical curatif, mais une sorte d' « assurance sur la vie ». (*Le Journal Médical français*, juin 1936.)

Valeur régulatrice de l'exercice musculaire sur les métabolismes chez les hépato-biliaires.

MM. PARTURIER, FAUQUÉ et NÉNON démontrent que pour un hépato-biliaire de moyenne gravité et dans des circonstances normales, la cure thermale trouve dans l'exercice musculaire un complément très remarquable dont l'équivalent semble difficile à trouver. Autant un exercice violent, mal réglé, trop prolongé peut entraîner une fatigue intense avec des accidents tels que crises douloureuses, congestion du foie avec subictère et même ictère, crises d'acétonémie et de somnolence et même sommeil de plusieurs jours, autant un exercice très dosé, régulier, progressif est susceptible de ramener la normale des fonctions et une sensation de bien-être, avec comme corollaire la modification dans le sens physiologique des chiffres d'urée sanguine, de cholémie, de cholestérinémie, de glycémie, résultat que n'obtient pas habituellement la cure thermale pure et simple.

L'exercice musculaire ne peut cependant pas tout, et dans les cas à la vérité plus rares, où, par suite d'une susceptibilité particulière de l'organisme ou à l'occasion d'un orage ou de la chaleur, la cure thermale réveille ou déclenche des accidents de sensibilisation, l'exercice musculaire ne suffit plus et l'on a intérêt à recourir alors aux hormones antiallergiques. (*Paris Médical*, 11 juillet 1936).

Les balafrés de l'appendice qui souffrent comme avant leur opération.

La fréquence de ces balafrés qui souffrent, comme avant leur appendicectomie, peut être affirmée. Mais il faudrait pouvoir expliquer pourquoi l'appendicectomie, qui guérit définitivement tant de malades atteints d'appendicite, ne rend aucun service à d'autres, dont les douleurs et les troubles morbides restent inchangés ou même parfois augmentés. Pour répondre à cette question, MM. J. CASTAIGNE et J. CHAUMERLIAC remarquent tout d'abord que les balafrés de l'appendice, qui sont venus les consulter, avaient tous été opérés pour appendicite chronique. Or, chez un certain nombre de ces malades, qui continuent à souffrir après appendicectomie, la raison est simplement qu'il n'y avait pas d'appendicite chronique. Parmi ceux-ci, les auteurs ont relevé plusieurs cas de calculs de l'uretère, et l'ablation pure et simple de l'appendice ne pouvait pas guérir leurs syndromes douloureux. D'autres étaient des tabétiques.

D'autres, plus nombreux encore, avaient une péri-viscérite généralisée, sans doute d'origine tuberculeuse, et ne pouvaient pas guérir par une simple ablation de leur appendice. D'autres devaient l'ensemble de leurs symptômes morbides à une cholécystite chronique dont la guérison fit cesser tous leurs troubles. D'autres enfin avaient des troubles intestinaux sans appendicite chronique. Inutile d'insister sur les causes de ces erreurs possibles de diagnostic, sinon pour dire que la constatation d'un point de Mac-Burney typique ne doit jamais entraîner, à elle seule, le diagnostic d'appendicite chronique. L'examen radiologique doit toujours être pratiqué avant l'intervention, et encore ne devra-t-il pas porter seulement sur l'intestin, puisque les calculs de l'uretère et même ceux de la vésicule peuvent parfois provoquer la douleur classique au point de Mac-Burney. L'erreur la plus fréquente chez ces balafrés est qu'il y avait des troubles morbides méconnus du cæcum ou du côlon, et ici la radiologie, bien que nécessaire, ne suffit pas à elle seule ; il faut la compléter par une série de méthodes biologiques ayant pour but d'étudier le fonctionnement du cæcum et du côlon. Les auteurs en font une description complète, car l'appendicite chronique d'emblée n'a pas une symptomatologie qui puisse permettre d'affirmer que, lors de l'intervention chirurgicale, on se trouvera en présence de lésions uniquement localisées à l'appendice.

La question de la douleur de la fosse iliaque droite reste donc complexe, et lorsque pour elle un malade vient consulter, si l'on pense que cette douleur est sous la dépendance d'une atteinte du cadre colique, il faut avant tout se demander s l'on a affaire :

1° A un trouble purement fonctionnel de la physiologie colique, sans lésion concomitante de l'organe. L'absence de mucus, d'albumine dans les selles fera penser, avec grande probabilité, à l'intégrité anatomique du côlon. Une déviation des acides organiques totaux ou de l'ammoniaque permettra de poser le diagnostic de digestion cæcale pathologique ;

2° Si l'examen coprologique indique une atteinte organique (présence de mucus et d'albumine), l'interrogatoire donnera quelques vagues indications sur sa nature. Seule la radiologie permettra, dans certaines circonstances, de dire s'il s'agit d'une typhlo-colite, d'une typhlatonie ou d'une péricolite.

En procédant de la sorte, le praticien conclura, dans l'immense majorité des cas, à une atteinte fonctionnelle ou organique du côlon. Et très rarement, après de tels examens, il émettra l'hypothèse d'une appendicite chronique isolée. Il le fera avec d'autant plus de réserves que, même dans cette éventualité, l'intervention chirurgicale montre souvent que les dégâts anatomiques ne sont pas localisés à l'appendice, voire même que celui-ci ne présente pas trace de lésions microscopiques. (*Journal médical français*, juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Les donneuses de lait à la Maternité de Pau.

(MM. Doléris et Salles ; 28-7-1936.)

L'utilisation du lait de femme puisé au sein de nourrices mercenaires et conservé aseptiquement pour l'alimentation des enfants assistés débiles du premier âge a été réalisée à la maternité de Pau sur l'initiative de M. Salles, inspecteur de l'Assistance publique des Basses-Pyrénées.

Le choix des femmes, donneuses de lait, porte sur celles dont la lactation est visiblement surabondante, qui sont bien portantes et s'alimentent largement. La production du lait s'accroît, d'ailleurs, avec la traite ordonnée et multipliée. Les mères allaitant leurs jumeaux et les rares nourrices donnant le sein simultanément à leur enfant et à un nourrisson justifient bien cette façon de procéder.

Une traite supplémentaire est effectuée le matin, au moyen du tire-lait ordinaire désinfecté, après lavage antiseptique du mamelon. Elle est versée directement dans une bouteille thermos stérilisée à l'étuve et fermée hermétiquement. Le lait recueilli est transporté aussitôt à la pouponnière de Buros (près Pau) où sont hospitalisés les nourrissons abandonnés. Il est donné aux débiles qui supportent mal le lait de provenance animale.

Les résultats sont excellents. Au cours de l'année dernière, 112 litres de lait de femme ont été ainsi distribués à 28 enfants débiles pendant une période variant de dix jours à quatre mois.

— M. Marfan a employé une méthode analogue dans les nourriceries de l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris, nourriceries peuplées de débiles, d'hypothrepsiques et de malades.

— M. Lesage demande à l'Académie d'émettre un vœu en faveur de la généralisation de ce que MM. Doléris et Salles ont créé à Pau.

Existe-t-il encore une chorée rhumatismale ?

(M. L. Babonneix ; 28-7-1936.)

A la suite des travaux anciens de Germain Sée et de H. Roger, on a considéré la chorée comme un état morbide d'origine rhumatismale. Cette notion, longtemps classique et non contestée, a subi à l'heure actuelle d'assez vives critiques. S'appuyant sur certaines observations de chorée sans manifestations articulaires antérieures mais comportant au contraire des éléments encéphalitiques (strabisme, somnolence, etc.), on a décrit à la chorée deux formes : l'une rhumatismale, annoncée par des arthropathies, souvent compliquées d'endo ou de péricardite ; l'autre encéphalitique, sans arthropathies initiales, sans déterminations cardiaques, mais accompagnée des signes de la série encéphalitique et dont l'aboutissant possible, sinon fatal, est le syndrome parkinsonien.

Reprenant la question dans ses différents détails, M. Babonneix se demande s'il existe encore une chorée rhumatismale et quelle importance il faut lui accorder. Des manifestations articulaires, dit-il, avec ou sans endocardite ont été parfois signalées dans les encéphalites aiguës, et d'autre part d'importantes lésions cérébrales peuvent s'observer à l'autopsie des chorées les plus rhumatismales. Tenant compte d'arguments divers (fréquence des arthropathies, des cardiopathies au cours de la chorée, de la constatation de nodules d'Aschoff à l'autopsie de certains cas de chorée sévère, etc.) l'auteur conclut qu'il faut revenir à l'ancienne conception de la chorée maladie rhumatismale. Cette conclusion comporte une déduction thérapeutique importante : le traitement par le salicylate.

Immunisation antidiphtérique des étudiants en médecine.

(M. R. Clément ; 28-7-1936.)

La diphtérie est assez fréquente parmi les étudiants en médecine. La réaction de Schick est, d'autre part, positive chez eux dans une proportion moyenne de 50 %. M. Robert Clément estime que de ces considérations une mesure doit s'imposer : la vaccination antidiphtérique des étudiants dont la réceptivité aura été établie par la réaction de Schick.

— M. Rouvillois croit que s'il est bon d'immuniser les étudiants en médecine contre la diphtérie, il serait mieux encore de les immuniser à la fois contre la fièvre typhoïde, la diphtérie et le tétanos à la faveur d'une vaccination associée.

Médication par voie aérienne : trypanosomiase guérie par inhalations de vapeurs de moranyl.

(M. A. Trillat ; 21-7-1936.)

Certaines maladies sont susceptibles de se contracter par voie respiratoire. M. Trillat rappelle qu'il est parvenu à ensemencer l'organisme en faisant inhaler par des animaux de fines gouttelettes microbiennes.

La même voie peut servir à l'administration des médicaments et il est à penser que ce mode thérapeutique n'est pas utilisé autant qu'il conviendrait.

Dans cet ordre d'idées, expérimentalement, Poin-

cloux a obtenu la guérison de la trypanosomiase de la souris en exposant cet animal à l'air d'une cloche contenant de l'acide arsénieux. M. Trillat a eu recours à une méthode similaire, l'inhalation sous cloche d'une solution pulvérisée de moranyl à 10 %.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des rhumatismes aigus et chroniques

MM. R.-J. WEISSENBACH et L. PERLÈS ; 1-5-1936.)

Aux injections profondes, on reproche la douleur locale assez vive et surtout les chocs brutaux qu'elles sont susceptibles de déterminer, et qui peuvent occasionner des accidents, non seulement chez les sujets hypertendus ou atteints de troubles cardio-vasculaires, mais encore chez les sujets normaux. Les auteurs, utilisant les injections intradermiques d'une solution contenant un demi-milligramme de bichlorure d'histamine par centicube, injectent en une séance, une dose moyenne de 1/4 à 1/2 milligramme du produit.

A la solution d'histamine, les auteurs ont adjoint un anesthésique local, le phényl-propionate de para-amino-benzoïl-amino-éthanol, à la dose de un demi-centigramme pour un demi-milligramme d'histamine. Les effets sur la douleur et la contracture de l'injection de la solution d'histamine pure et de la solution associée à l'anesthésique se sont montrés comparables et pratiquement identiques.

Les injections se font dans le derme avec une aiguille fine, comme pour une intradermo-réaction, et avec une seringue spéciale de un centicube divisée en 1/20 de centicube.

Les injections se rapprocheront le plus possible de la région douloureuse, articulation, muscle ou nerf. Dans deux cas de névralgie très étendue, plexite ervico-brachiale et sciatique, on a pratiqué sur toute la longueur du trajet douloureux, une double bande de scarification dermique. Les injections intradermiques et les bandes de scarification procurent une application d'une très grande souplesse, tout en permettant de déterminer d'avance très exactement la dose à employer. Les auteurs font, en général, les séances d'injection tous les jours ou un jour sur deux, avec un total de deux à dix séances suivant le résultat obtenu.

Localement, on observe une réaction urticarienne. Il n'y a pour ainsi dire pas de réaction générale, en dehors d'une légère rougeur de la face et d'une sensation de bouffées de chaleur.

L'action sur la douleur est immédiate. Celle-ci disparaît, en général, en deux à trois minutes, en même temps que le malade accuse une impression de chaleur locale et de léger prurit. Parfois, il n'y a que diminution.

Tantôt la disparition de la douleur est définitive ; tantôt la douleur réapparaît progressivement au bout de six à dix-huit heures. La répétition des injections paraît produire un effet cumulatif.

En même temps, la contracture musculaire et l'impotence fonctionnelle disparaissent dans la mesure où elles dépendent de la douleur.

Les auteurs ont traité quarante malades, qui présentaient des formes variées de rhumatisme aigu et surtout chronique : arthrite sèche : coxarthries, lombarthries, cervicarthries, nodosités de la main et des orteils, polyarthrite sèche progressive ; névralgies : sciatique, névralgie cervico-brachiale ; péri-arthrites scapulo-humérales, rhumatismes musculaires ; lombagos, torticolis, y compris lumbagos et torticolis aigus.

Les auteurs ont relevé une très forte proportion de succès (85 %) qui se sont généralement affirmés, soit dès la première séance, soit au cours de la première semaine. Parfois, ils ont observé la guérison complète et définitive de contractures douloureuses datant de plusieurs mois et même de plusieurs années après deux ou trois séances et même une seule séance. En cas d'échec, il paraît inutile de prolonger le traitement au delà de dix séances.

Il est certain qu'un recul de deux à trois mois n'est pas encore suffisant pour apprécier la valeur de la méthode dans des affections aussi tenaces et récidivantes que les différents types de rhumatismes chroniques. Sous cette réserve, étant donnés le pourcentage élevé et la rapidité des bons résultats obtenus, la méthode des injections intradermiques d'histamine, de technique simple et à la portée de tout praticien, doit être utilisée comme médication de la douleur et de la contracture, de préférence à toutes les autres méthodes d'injections locales ou régionales auxquelles on n'aura recours qu'en cas d'échec.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14-5-1936

Ulcère duodénal avec dilatation considérable de la première portion du duodénum. Gastro-duodénectomie. Guérison.

M. P. LE GAC présente l'histoire clinique, la radiographie, et la pièce opératoire d'un opéré, qui présentait un ulcère de la première portion du duodénum très dilaté. La résection large, terminée par un Poya transmésocolique donna une guérison durable qui se maintient parfaite au bout de quatorze mois.

Des mutations possibles « in vitro » de colibacilles en entérocoques

MM. E. PEYRE et P.-L. ROY rapportent une observation qui met en valeur les mutations que peuvent subir certains microbes et qui montre comment un entérocoque peut être lysé par un bactériophage anticoli-entécocoque obtenu en partant d'un coli initial alors qu'il faut habituellement pour lyser un entérocoque des souches de bactériophage adaptés spécifiquement à ce microbe.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 9 avril 1936

Kyste du tractus thyréo-glosse

M. J. DUGUET. — Dans un cas où l'examen du foramen cæcum ne montrait pas de fistule interne, la simple excision du kyste dont l'insertion hyoïdienne fut soigneusement ruginée, permit d'obtenir la guérison sans récidive. Il n'est donc pas toujours indispensable de recourir à des interventions plus étendues.

Névralgie sciatique à kystes hydatiques de la cavité abdominale

M. A. PHYLACTOS (d'Athènes) rapporte l'observation d'un jeune soldat atteint de multiples kystes hydatiques de la cavité péritonéale, qui présenta des douleurs du type névralgie sciatique s'accompagnant de troubles radiculaires par compression et irritation par contiguïté du plexus lombo-sacré.

A propos d'un cas de diphtérie maligne

MM. R. BOLZINGER et A. NABONNE relatent l'observation d'un sujet, ancien rhumatisant, qui, après une angine grave diphtérique et fuso-spirillaire traitée aussitôt par des doses élevées de sérum antidiphtérique, présenta le sixième jour, en même temps qu'une réaction sérique, un syndrome malin secondaire, caractérisé par des défaillances viscérales multiples : polynévrite, néphrite albuminurique et urémigène, enfin par une bradycardie « excessive » accompagnée de crises syncopo-épileptoïdes paroxystiques type Stokes-Adams, ayant entraîné la mort le quatorzième jour.

Le traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le bactériophage

M. J. CANIS rapporte les résultats obtenus par la bactériophagothérapie dans cinquante cas de phlegmons périamygdaliens et souligne la rapidité ave laquelle on voit disparaître les phénomènes inflammatoires. Lorsque l'injection est faite dès le début l'effet abortif est obtenu généralement en vingt quatre heures, exceptionnellement en quarante-huit heures.

Remarques sur une épreuve de cuti-réaction systématique à l'incorporation

M. ROULIN insiste en particulier sur l'importance de la répétition de l'épreuve tuberculinique chez des sujets à réaction négative pouvant transformer les résultats d'une enquête et en modifier le sens.

Arythmie extrasystolique d'origine vésiculaire

MM. L. FERRABOUC et A. JUDE rapportent l'observation d'un sujet ayant une cholécystite chronique et une arythmie extrasystolique. Les deux affections évoluèrent parallèlement. La palpation de la vésicule réveillait les extrasystoles. Les auteurs concluent à l'origine réflexe de ces extrasystoles.

Contribution à l'étude de l'étiologie des ictères observés au cours des traitements novarsénobenzoliques

M. A. POIRIER, dans deux observations, souligne l'action du refroidissement comme une cause seconde pouvant contribuer à la constitution de l'ictère au cours du traitement novarsénobenzolique.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Recherches expérimentales sur un nouveau centre bulbaire.

MM. LE GRAND, GAMELIN, COUSIN et LAMIDON. — Au cours de nombreuses recherches faites sur le chien anesthésié, les auteurs ont pu mettre en évidence une action cardio-renforçatrice, d'origine bulbaire, qui provoque une exagération considérable (10 à 15 fois) de l'écart diastosystolique.

Il s'agit d'un véritable centre, dont l'excitation est obtenue tout particulièrement par un petit cristal de bromure de potassium, déposé à l'angle inférieur du plancher du IVe ventricule.

Si l'on prend soin d'opérer chez un animal surrénalectomisé et soumis à la respiration artificielle, on élimine les modifications dues à l'excitation inévitable des centres voisins, adrénalino-sécréteurs et respiratoire. D'autre part, si l'on sectionne la moelle épinière, on fait disparaître les réactions vasomotrices, et le phénomène cardio-renforçateur apparaît seul. La section anatomique ou fonctionnelle des nerfs vagues entraîne la suppression de cette réaction cardiaque.

Ce centre, anatomiquement très voisin des autres centres cardiaques, s'en distingue nettement par la longue phase latente qui précède sa mise en action.

Les manifestations abdominales au cours des pneumococcies respiratoires aiguës.

M. BERNARD, s'appuyant sur de nombreuses observations, classe ces manifestations en précoces et tardives :

Précoces : 1° Pseudo-appendiculaires et appendiculaires vraies ;

2° Epigastriques.

Tardives : 1° Iléus paralytiques ;

2° Péritonite à pneumocoques.

A propos de chaque syndrome, l'auteur expose la pathogénie, les difficultés du diagnostic et la ligne de conduite thérapeutique.

Les Thèses

P. — Dr W. Pescarolo. — **Les épanchements pleuraux invisibles.** (Thèse, 1936.)

Les épanchements pleuraux invisibles à la radiographie existent d'une façon indiscutable, mais ils englobent des faits très disparates.

En premier lieu, *les épanchements liquidiens invisibles d'une façon absolue*, quelle que soit l'incidence, qui semblent être dus à des pleurésies lamellaires, « en manteau », non tuberculeuses. Ces pleurésies réactionnelles, cardiaques ou brightiques, se font dans des feuillets pleuraux souples, non adhérents autour du poumon congestif. Leur volume peut atteindre 500 c. c.

En second lieu, *les épanchements liquidiens masqués* ou invisibles sur un seul cliché de face ou de profil, qui sont constitués par de petits épanchements collectés dans un cul-de-sac costo-diaphragmatique et ne dépassant guère 200 c. c.

En troisième lieu, *les épanchements liquidiens cachés* par une obscurité thoracique due à un fibrothorax, à une coque pleurale ou à de l'atélectasie pleuro-pulmonaire.

En quatrième lieu, *les épanchements gazeux, masqués ou invisibles*, qui comprennent les pneumothorax artificiels ou spontanés inapparents sur les clichés.

P. — Dr R. Lehmann. — **Les atrophies gastriques dans les anémies idiopathiques et les métanémies.** (Thèse, 1936.)

L'examen gastroscopique des atrophies gastriques, complété par une étude clinique, biochimique et radiologique, dans les cas d'anémies idiopathiques que l'auteur a rassemblés, permet de formuler les conclusions suivantes :

Il existe, en gastroscopie, deux types distincts d'atrophie : l'atrophie en aires ; les atrophies diffuses.

La maladie de Biermer comporte le plus souvent, gastroscopiquement, une atrophie en aires ; le fait n'est cependant pas pathognomonique de l'affection.

Les autres syndromes d'anémie idiopathique s'accompagnent, en général, d'une atrophie gastrique diffuse plus ou moins accentuée.

Les aspects gastroscopiques sont susceptibles de régresser sous l'influence du traitement spécifique de l'anémie : l'atrophie en aires réagit à l'action de l'hépatothérapie ; l'atrophie diffuse réagit à l'action du fer.

Cette distinction ne présente pas un caractère absolu, et l'efficacité de l'une ou l'autre de ces thérapeutiques n'obéit pas à une règle fixe.

Les données gastroscopiques ne présentent pas qu'un intérêt purement théorique :

On retrouve les mêmes aspects d'atrophie gastrique au cours d'affections diverses, ne s'accompagnant que de signes très discrets d'anémie ; cette constatation contribue à situer ces cas dans le cadre des anémies sous le terme de métanémie ; l'action du traitement spécifique de l'anémie semble favorable à cette conception nouvelle.

P. — Dr Ch. Le Séac'h. — **L'image granitée post-hémoptoïque.** (Thèse, 1936.)

On observe parfois, de suite après certaines hémoptysies tuberculeuses, l'apparition d'une image granitée soit bilatérale, soit localisée à un seul poumon — presque toujours celui qui saigne — ou à une partie de celui-ci.

Cet accident apparaît ordinairement chez des malades porteurs de lésions à tendance fibreuse marquée, avec état général relativement bon, mais qui présentent le plus souvent des signes évidents d'instabilité vaso-motrice et neuro-végétative. Avant l'hémoptysie, ces signes s'accentuent parfois, constituant un véritable état prodromique, mais il n'y a pas de signes de poussée évolutive.

Le granité, dans presque tous les cas, s'efface progressivement en six à dix-huit mois. Les lésions auxquelles il répond entraînent exceptionnellement la mort, et le pronostic est plutôt fonction des lésions antérieures.

L'interprétation pathogénique de ce granité reste difficile.

P. — Dr J. Lebigne. — **Contribution à l'étude de l'éléphantiasis nostras acquis des membres inférieurs.** (Thèse, 1936.)

L'*éléphantiasis nostras* est presque toujours de nature infectieuse. L'infection peut être l'unique cause de la maladie ou elle peut survenir sur un œdème de quelque origine qu'il soit et qu'elle transforme en éléphantiasis.

Les lésions qui caractérisent l'éléphantiasis sont les suivantes : œdème, altérations vasculaires, hyperplasie des cellules conjonctives.

L'*éléphantiasis nostras* et l' « éléphantiasis endémique de pays chauds » se présentent de façon identique. On trouve les mêmes hypertrophies et déformations des membres, ainsi que les mêmes modifications de consistance des téguments et de la surface cutanée.

Les traitements proposés contre l'éléphantiasis sont aussi nombreux que variés. Ils sont aussi très décevants. Ceux que l'on doit surtout retenir sont le traitement électrique et le traitement chirurgical par la méthode de Walther.

PARTIE PROFESSIONNELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

APRÈS LES JEUX OLYMPIQUES DE BERLIN : LA QUESTION DES RACES

Si, parmi les milliers et les millions de spectateurs aux derniers jeux olympiques, il s'est trouvé quelque philosophe goûtant l'ironie, il a dû connaître quelques bons moments.

Perdu au milieu de fanatiques qui hurlaient à la gloire du muscle, il aura vu le triomphe de quelques athlètes bronzés qui se sont révélés plus rapides, plus agiles que leurs concurrents, de merveilleuses mécaniques humaines.

Ou ces grands déploiements sportifs ne signifient rien. Ou bien, s'ils ont quelque valeur indicative, la race noire n'a pas lieu de se montrer mécontente. Elle a montré une réelle supériorité, et cela c'est pour sa satisfaction intime. Ensuite elle a contraint ses deux grands adversaires racistes, les U. S. A. et l'Allemagne hitlérienne, à l'acclamer. Revanche qui a bien sa saveur.

Les Yankees, en effet, ne manquent pas une occasion de marquer leur mépris aux « coloured » ; sauf, bien entendu, lorsqu'il s'agit de recruter leurs équipes pour les jeux olympiques. Alors le pavillon de bandes et d'étoiles couvre orgueilleusement la marchandise, et bien mal venu serait celui qui chicanerait tel champion sur le pigment ostentatoire de sa peau.

Quant à l'Allemagne, elle a jeté feu et flammes, voici une quinzaine d'années lorsque nos troupes coloniales occupaient la Rhénanie et imposaient à ses habitants une « promiscuité répugnante ». Aujourd'hui les guibolles d'un coureur noir sont objet de vénération, et de blondes Walkyries n'hésitèrent pas à s'approcher de ces sauvages et à les couronner de feuilles de chêne.

La race blanche a été vaincue par des noirs et par des jaunes. Et le Führer, à ce spectacle horrifique, n'a pas senti sa petite moustache se hérisser ! Et Wotan, dieu des Aryens, pourquoi n'a-t-il pas, de deux ou trois coups de tonnerre, pulvérisé ces audacieux qui le bafouaient ?

***

Un petit livre qui vient de paraître (1) met au point cette brûlante question des races qui, au cas où les humains manqueraient actuellement de sujets de discorde, leur ferait un en-cas fort appréciable.

« Les races pures, disent les auteurs, ont disparu depuis longtemps. Dès avant la période historique il n'existait plus que des races plus ou moins mélangées. Il n'est pas défendable de parler de la supériorité absolue de l'une, fût-elle blonde et dolichocéphale, sur les autres, chacune ayant ses qualités propres ».

Et sur ce thème ils se livrent à des considérations du plus haut intérêt. Les races se sont modifiées et se modifient encore chaque jour sous l'influence du milieu et des croisements.

Quels sont, se demandent-ils, chez l'homme, les résultats des croisements interraciaux ? Doivent-ils être évités ? Sont-ils simplement indifférents ou, au contraire, recommandables ?

Il fut de mode, au siècle dernier, sur des jugements hâtifs et des observations inexactes, de dire que les métissages humains fournissent physiquement, moralement et intellectuellement, des produits déplorables : les races métissées étaient considérées comme inférieures aux races pures.

C'est, du reste, une mentalité qui ne fut pas l'apanage du XIX^e^ siècle. On peut penser que chez les Hindous elle fut à l'origine du système des castes. On connaît l'existence d'antiques lois grecques et romaines prohibant l'union avec des « Barbares ». Disparus à la fin de l'empire de César, sous l'influence du christianisme et au moment des grandes invasions, les préjugés reprirent vigueur pendant le Moyen-Age et la Renaissance : les rapports sexuels avec des Mau-

(1) Les races humaines. P. LASTER et J. MILLOT, Collection Armand Colin.

resques ou des Levantines furent parfois, à cette époque, assimilés au crime de bestialité et punis de la mort des deux conjoints. Une atténuation se produisit au XVIIIe siècle avec la montée des idées libérales, mais à la fin du XIXe survint une nouvelle recrudescence.

Il y eut, d'autre part, chez les peuples anglo-saxons un développement des préjugés de couleur lié à celui des domaines coloniaux. Et, d'autre part, la supériorité de la race blanche étant admise se fit jour un autre préjugé sur l'inégalité de valeur des divers rameaux de la race blanche. C'est ici qu'intervint Gobineau, le laudateur de la race aryenne, tous les autres rameaux étant plus ou moins souillés de sang noir ou jaune. C'est pour n'avoir pas su préserver la pureté du sang de leurs sujets contre des mélanges dégradants qu'ont disparu les grands empires et les grandes civilisations.

« Un peuple ne mourrait jamais, dit Gobineau, en demeurant éternellement composé des mêmes éléments nationaux. Si l'empire de Darius avait encore pu mettre en ligne, à la bataille d'Arbelles. des Perses, des Aryens véritables, si les Romains du Bas-Empire avaient eu un Sénat et une milice formés d'éléments ethniques semblables à ceux qui existaient au temps de Flavius, leur domination n'aurait pas pris fin ».

Or, objectent nos auteurs, peut-on vraiment parler de la supériorité d'une race sur une autre ? Il y a les meilleures raisons pour considérer que les Jaunes valent bien les Blancs : ils ne cèdent à ceux-ci ni pour la profondeur de la pensée, ni pour le sens de l'idéal ni pour le goût artistique, ni pour les découvertes, dans le passé du moins. Quant aux Noirs, s'ils le cèdent en développement intellectuel, ils l'emportent par d'autres points : les dons sensoriels, l'imagination, le sens du rythme. Gobineau lui-même, reconnaît leur sang indispensable au développement du tempérament artistique.

En outre, après les Jeux olympiques de Berlin on ne refusera plus ni aux Jaunes ni aux Noirs de fournir de magnifiques échantillons d'athlètes, des boutures de choix pour une race.

En ce qui concerne la supériorité de l'Aryen, qui pourra prouver que le Méditerranéen ou le Sémite ont moins contribué que le Nordique à enrichir le patrimoine humain ?

En réalité, non seulement il n'existe nulle part une race pure, mais encore on peut affirmer que les races les plus pures n'ont guère marqué leur passage à la surface de la terre. Les grandes œuvres humaines sont, au contraire, dues aux peuples à hérédité complexe.

Les Grecs de la grande époque étaient un indéchiffrable mélange de navigateurs venus d'Afrique et d'Asie, de Sémites, de Méditerranéens, d'envahisseurs alpins et nordiques. Rome n'avait pas une population moins mêlée, et le « désordre ethnique » n'était pas moins grand en Egypte. Les Arabes de race pure vivaient presqu'à l'état sauvage. C'est seulement après leurs conquêtes et les mélanges entraînés par celles-ci que se développèrent en Asie, en Afrique et en Espagne les grands foyers de civilisation maure. L'invasion normande a joué son rôle pour l'Angleterre. Et que dire des Etats-Unis ?

Si, des races et des nations, on passe aux individus, les constatations sont identiques. Combien d'hommes de génie ont illustré des peuples auxquels ils étaient à demi-étrangers ? Remy de Gourmont, situant géographiquement les grands hommes de chez nous, les trouvait presque tous issus des régions où les croisements avec des éléments étrangers sont les plus fréquents, frontières terrestres ou maritimes. Nicolle, d'autre part, fait ressortir l'importance prépondérante, dans l'histoire des découvertes humaines, des grandes villes et des grandsports où viennent sans cesse se fonder des groupes ethniques différents.

Un métis n'est nullement inférieur à ses deux parents : il est intermédiaire. Tenons compte du facteur psychologique qui leur impose une situation fausse, et de ce fait que les métissages unissent souvent les éléments les plus médiocres des populations.

Non seulement le croisement entre races différentes n'est pas mauvais en soi, mais souvent leurs produits ont plus de vigueur et de vitalité que les sujets de race pure. Plus de fécondité aussi.

Existe-t-il des métissages plus favorables que d'autres ? C'est un point de vue qui a été agité par certains anthropologistes. En réalité il semble que tout se réduise aux conditions de milieu où le métis est appelé à vivre. Par exemple un métis de Nègre et d'Européen méridional prospérera en Afrique du Nord ; il végétera dans une région subpolaire.

En somme, de la lecture de ce petit livre, on peut tirer la conclusion qu'il est périlleux en tout de se montrer systématique. Les Allemands sont peut-être en train de mener une redoutable expérience et qui peut leur être funeste.

Mais en attendant, diront les Juifs, c'est nous qui en payons les frais !

G. LAVALÉE.

SERVICE MÉDICAL D'USINE PRISE EN CHARGE PAR LE SYNDICAT MÉDICAL

Un président de Syndicat médical nous consulte sur la difficulté juridique et pratique, qui est soulevée par une proposition faite par un chef d'usine à quelques médecins. Une sorte d'adjudication serait ouverte entre confrères ; chacun d'eux est interrogé par lettre de l'usinier, pour faire connaître s'il accepterait de faire des consultations à jours fixes dans l'usine, à quel prix forfaitaire par déplacement, à quel prix la consultation à l'usine et le prix de la visite à domicile pour les ouvriers ou employés et leurs familles.

A juste titre, le président du Syndicat qui nous consulte fait remarquer que pareil système de visites à jours fixes va à l'encontre des directives syndicales régionales, qui interdisent ces procédés. De plus la charte syndicale serait violée du moment où les malades et blessés n'auraient plus le libre choix du médecin. Enfin la loi sur les Assurances sociales ne serait-elle pas tournée par pareil système ?

En théorie, les médecins vraiment syndicalistes doivent refuser de faire un service à forfait, à jours fixes, au détriment des autres confrères de la région ; sinon, ils seraient accusés de violer la Charte syndicale, qui exige le libre choix du médecin, le paiement à l'acte médical et le respect du secret professionnel.

Mais en pratique, le syndicaliste tiède, qui ne voit que ses seuls intérêts personnels, ou le non-syndiqué aura vite fait de considérer que le fixe qu'on lui propose est analogue à d'autres fixes que le Syndicat tolère, parce qu'il ne peut pas les supprimer et que détiennent pas mal de syndiqués.

Il est donc à craindre qu'il n'accepte et fasse cette visite hebdomadaire à l'usine, moyennant un salaire forfaitaire.

Peut-on agir judiciairement contre ces visites à jour fixe ?

Un patron d'usine a le droit d'organiser, chez lui, de pareilles consultations, qu'il offrira gratuitement à ses ouvriers et employés. C'est juridiquement un don qu'il leur fait, mais qu'il ne leur impose pas. Le non-assuré social y trouvera son avantage. L'assuré social conservera théoriquement son libre choix, ainsi que le blessé du travail ; mais s'il se fait soigner par le médecin de l'usine, il n'aura rien à lui payer et peut-être bénéficiera-t-il des médicaments.

J'ai souvent discuté avec des juristes du ministère du travail, pour essayer de faire interdire ces visites médicales d'usine, qui aboutissent à la suppression du libre choix et substituent un forfait médical au paiement à la visite.

Il m'a toujours été répondu que la loi impose au patron un minimum d'obligations envers son personnel ; mais le chef d'entreprise reste libre de donner à ses salariés plus que la loi ne lui ordonne. Il peut donc, tout en respectant théoriquement le libre choix, offrir des visites gratuites par son médecin salarié, comme cela se passe pour les grands réseaux de chemins de fer.

Quant à l'ouvrier qui voudra user de son droit au libre choix, il le pourra, mais il ne bénéficiera que de ce que la loi lui accorde et rien de plus. Tandis que s'il choisit le médecin de l'entreprise, il pourra toucher non pas son demi-salaire, mais son salaire plein, comme l'octroient, dans ce cas, les compagnies de chemins de fer.

Je crois donc que ce devrait être au Syndicat de se proposer pour faire assurer lui-même ce service dont il nous est parlé. L'usinier pourrait contracter avec le président du Syndicat, lequel s'entendrait avec les confrères qui voudraient participer à cette consultation d'usine à jours fixes.

Je sais bien que pareil procédé viole la Charte ; mais nous vivons à une époque où il faut nous adapter à ce collectivisme des individus, qui évoluent de plus en plus dans des collectivités plus ou moins grandes, lesquelles à leur tour absorbent peu à peu les individualités.

Je désire donc que ce soit le Syndicat plutôt qu'un syndiqué qui contracte avec ce patron d'usine.

Mais ce dernier préférera avoir son homme à lui, qu'il pourra commander, qu'il pourra plus ou moins forcer à violer le secret professionnel et qu'il pourra remercier à son gré.

Cependant à ce chef d'entreprise, le Syndicat médical peut faire comprendre que l'ère du contrat collectif est instaurée et qu'il aura plus d'avantages à confier au Syndicat le soin d'organiser son service médical d'usine, plutôt que de s'adresser à telle ou telle individualité médicale.

Si plusieurs médecins sollicitent auprès du Syndicat de faire ce service, on peut arrêter des jours où chacun d'eux fera sa visite à l'usine, permettant ainsi aux ayants-droit de choisir leur médecin parmi ces praticiens. La rémunération peut être soit à la visite, soit à un taux légèrement inférieur au Tarif syndical, mais supérieur au Tarif de responsabilité des Caisses, soit enfin un forfait, versé au Syndicat et réparti par ce dernier entre les praticiens chargés de ces visites régulières.

Je crois que pareil système devrait retenir l'attention non seulement de nos Syndicats mais de la Confédération.

Dr Paul BOUDIN.

UNE SAGE-FEMME PEUT-ELLE INSCRIRE SUR SA PLAQUE « CONSULTATIONS DE NOURRISSONS » ?

Il faut bien nous entendre sur la définition à donner des mots « consultation de nourrissons ».

En principe, et dans l'idée de leur fondateur, le Docteur Budin, les consultations de nourrissons consistent seulement en la pesée régulière des nouveaux-nés, la détermination de leurs graphiques de poids, de mensuration, etc...

Ces fonctions peuvent être accomplies avec fruit par une sage-femme ou par une infirmière diplômée. Mais à celà seul doit se borner le rôle de ces personnes. Leur diplôme, ou certificat ne leur permet pas d'établir des diagnostics et des traitements ; seul le titulaire du grade de docteur en médecine a qualité pour prendre part à la thérapeutique.

Si la directrice d'une consultation de nourrissons croit qu'un enfant n'est pas dans son état normal, elle doit se borner à conseiller à la mère de faire visiter le bébé par un médecin de son choix.

Si les promoteurs de la consultation de nourrissons d'une localité estiment qu'à côté des conseils de puériculture, le dépistage des maladies, pourrait être institué et des conseils médicaux donnés, il faut qu'un docteur en médecine soit présent à la consultation.

Le travail matériel de la pesée, mensuration, etc... sera effectué par ses collaboratrices, sages femmes ou infirmières ; mais lui seul aura légalement qualité pour poser un diagnostic et fixer le traitement.

Conclusion. — Si l'inscription sur sa plaque constitue, dans l'esprit de la sage-femme, la recherche de nourrissons à peser et à mensurer, la chose est licite. Mais si la sage-femme croit pouvoir se livrer à la médecine infantile, examiner des enfants malades, prescrire des traitements, elle risquera de se voir traduire devant le Tribunal correctionnel, pour exercice illégal de la médecine, comme ayant outrepassé les droits limitatifs que lui confère la loi du 30 novembre 1892.

Dr Paul Boudin.

LES SAGES-FEMMES ET LA PROPHARMACIE

Dans une commune dépourvue d'officine pharmaceutique, une sage-femme peut-elle vendre des médicaments courants ?

La loi du 21 germinal an XI interdit à quiconque qui ne possède pas le diplôme de pharmacien, de vendre et débiter des préparations et drogues.

Une seule tolérance est accordée par l'article 27 de cette loi à l'égard des seuls médecins établis dans les communes où il n'y a pas d'officine ouverte.

Par conséquent, une pareille facilité ne peut être accordée ni aux sages-femmes ni aux dentistes, bien que les uns comme les autres soient compris dans la loi du 30 novembre 1892, avec les docteurs en médecine, comme exerçant à des degrés divers l'art de guérir.

Tiendrait-elle même des produits simples et courants que la sage-femme risquerait un procès correctionnel, au cas où un pharmacien voisin trouverait à redire à cette concurrence illicite.

Dr Paul Boudin.

CE QUE DOIT ÊTRE LE CENTRE DE SANTÉ

Par le Docteur Fernand MASMONTEIL et le docteur Charles PENET

Le Centre de santé ? Que sera à la naissance le fœtus dont il est parlé depuis quelque temps ? N'est-ce pas le frère plus jeune de ce centre de diagnostic qui fit couler tant d'encre dans nos milieux professionnels ? Quel rapport a-t-il avec les cités sanitaires et les nouvelles formations chirurgicales pour classe moyenne dont un referendum avait annoncé dans les milieux chirurgicaux la naissance prochaine ?

Les cités sanitaires existent déjà (Clairvivre en est un exemple); elles appartiennent à la catégorie des établissements qui donnent des soins ; ce sont des formations à but thérapeutique, groupes dans lesquels rentreraient les hôpitaux chirurgicaux pour classes moyennes, dont l'existence est bien compromise après le résultat du referendum du Syndicat des Chirurgiens français (70 % contre).

En face de ces formations à but thérapeutique et du domaine de la médecine curative, se place le Centre de santé, dont le but est de réaliser la médecine préventive, domaine de l'Etat.

Les moyens de réaliser cette médecine préventive sont très nombreux et le rôle de l'Etat sera considérable, car, il ne faut pas croire que ses limites sont celles de la prophylaxie des maladies. Pour mieux saisir l'étendue de ce rôle, une digression est nécessaire dans le domaine de l'arboriculture, car on va voir qu'un enfant s'élève comme un arbre, les lois de biologie générale étant les mêmes pour tous les êtres vivants.

Si l'on veut faire un verger, le commun s'imagine qu'il suffit d'acheter n'importe quel arbre sur un marché, de le planter dans un coin disponible, en faisant un trou suffisant, d'abandonner l'arbre à son évolution naturelle, de régler parfois par une taille, sa forme et sa fructification, d'ajouter quelques engrais et de traiter les maladies préventivement, plus souvent curativement, d'après les conseils d'un homme de l'art.

L'expérience montre qu'une telle exploitation est vouée à un échec presque constant et complet, et que si l'on veut un résultat précis et intéressant, il faut procéder autrement : 1° choix du sujet de qualité ; 2° recherche d'un terrain approprié ; 3° préparation du sol (ameublissement, fumure fondamentale) ; 4° constitution d'abris contre les intempéries ; 5° taille pour donner la forme optima pour le rendement maximum dans un espace minimum, taille pour avancer la fructification et la placer dans les conditions les plus favorables ; 6° nettoyage du terrain et desarbres ; 7° lutte préventive contre les maladies ; 8° accessoirement, traitement des sujets malades, ou élimination des sujets trop atteints.

Pour élever un enfant, la masse procède comme l'arboriculteur inexpérimenté : conception libre, sans garantie de santé des parents, élevage sans directive précise, un peu d'instruction pour assurer à certains une place meilleure dans la Société et augmenter leur rendement productif, quelques fortifiants pour activer le développement, et l'appel du médecin en cas d'accident ou de maladie. Or, cette manière est aussi dangereuse pour l'enfant qu'elle l'était pour l'arbre ; la mortalité infantile élevée, les déficiences organiques, les tares diverses etc..., sont la conséquence de cette éducation à courte vue.

L'enfant doit être pris avant sa naissance dès la vie intra-utérine ; le carnet de mariage assure l'intégrité des procréateurs (choix des sujets) ; les consultations prénatales surveillent la vie intra-utérine et évitent les aléas de l'accouchement (reprise à la transplantation) ; les consultations de nourrissons qui dirigeront la nourriture du premier âge (fumure fondamentale) ; l'hygiène du logement (abri contre les intempéries) ; celle de la nourriture et sa préparation (fumure d'entretien et ameublissement du sol) ; l'éducation préparera le sujet à sa place dans la société et l'orientation professionnelle l'aiguillera vers la position du rendement maximum, (opérations de taille, de redressement et de fructification) ; l'hygiène corporelle interviendra pour débarrasser des parasites et germes (binages) ; alors seulement, comme accessoire sera établie la lutte préventive contre les maladies par la prophylaxie et le dépistage.

Tel est le rôle considérable du Centre de santé dans l'élevage de la plante humaine, rôle qui comprend la mise en œuvre de notions d'eugénétique, d'hygiène du logement, de la nourriture et de l'habillement, d'orientation professionnelle et d'éducation, où la prophylaxie et le dépistage ne jouent qu'un rôle accessoire. Pour être en mesure de donner son plein rendement, le Centre de santé doit pouvoir, dans les agglomérations urbaines, prendre sous sa direction le service des eaux et l'administration des égoûts qui se rattache à l'hygiène générale du logement et de la nourriture. Le Génie rural sanitaire, qui est rattaché en majeure partie à l'Agriculture et, pour une faible part, à l'Intérieur, serait plus heureusement attribué au Ministère de la Santé publique.

Ainsi conçu, le Centre de santé ne devrait point inquiéter les médecins, si malheureuse-

ment la dernière note ministérielle ne laissait entrevoir l'action thérapeutique de ces Centres pour es nécessiteux et les économiquement faibles. Si notre concours doit être acquis à l'Administration pour le programme indiqué plus haut, il nous faut lutter de toutes nos forces, contre cette déviation de la conception du Centre et cela pour plusieurs raisons.

1° La médecine curative appartient aux médecins, la médecine préventive à l'Etat ; ce principe doit être formel et ne supporter aucune exception, car, l'intérêt du malade et celui de l'Etat sont opposés. L'Etat n'aurait-il pas intérêt à faire comme l'arboriculteur, à rejeter les sujets mauvais, dont les frais de soins sont toujours disproportionnés avec le rendement et ne serions-nous pas amenés à voir *la médecine devenir inhumaine en devenant sociale* ? Les exemples d'Etats ayant sacrifié les anormaux sont là pour nous démontrer que cette évolution n'est pas impossible : Sparte autrefois, et plus près de nous, la stérilisation pratiquée chez nos voisins, n'est-elle pas la matérialisation de cette conception du rendement social ? Sur ce point, nous devons rester absolus : *la médecine curative aux médecins qui sont les défenseurs et les avocats naturels du malade.*

2° Au point de vue pratique, la médecine de *soins est assurée pour* les nécessiteux dans les hôpitaux et à domicile, par l'A. M. G. ; pour les économiquement faibles, une organisation facile à réaliser leur procurera les soins nécessaires, tout en tenant compte des efforts financiers qu'ils ont fait par leurs versements d'A. S. Une pratique différente conduirait à une confusion des attributions et le Centre de santé ferait double emploi avec les organisations d'assistance sociale déjà existantes, ce qui serait absurbe puisqu'il est fait pour coordonner. Il ne saurait légitimement réclamer un empiètement qu'il condamne lui-même d'un autre côté pour le génie rural.

Telle est donc la conception théorique du Centre de santé ; son organisation pratique me paraît alors des plus simples. A ce centre, sont rattachés : tous les services de l'enfance (consultations prénatales et postnatales), la surveillance de l'hygiène du logement, de la nourriture et du vêtement (infirmières visiteuses à domicile, leçons au Centre, publications, affiches, lutte contre le taudis), ce qui a trait à l'hygiène corporelle (piscines, douches, sports, loisirs), les services du Génie rural, le tout sous la direction du médecin hygiéniste.

A cette section principale, se rattacherait le service de dépistage et de prophylaxie des maladies pour lequel la collaboration du médecin traitant est indispensable. Le centre de dépistage posséderait ce que le médecin ne se procure pas ou se procure à grands frais (tous les appareils de laboratoires les plus modernes, radiologie, électrocardiogramme, appareils de chimie, de biologie, d'anatomie pathologique, etc...). Ces appareils seraient manipulés par nos confrères spécialisés, suivant un tour de rôle facile à établir et d'après un tarif à la vacation ou à l'acte. Les praticiens conduiraient leurs malades au Centre tous les 4 ou 5 ans, ou plus souvent, suivant les besoins, assisteraient aux examens, auraient communication des dossiers (ce qui n'existe pas avec l'hôpital actuellement), feraient part de leurs observations cliniques, préciseraient les antécédents du malade ; bref, il y aurait une collaboration étroite entre le praticien et les services de dépistage de l'Etat et tout cela pour le grand bien du malade. *La médecine préventive serait en liaison étroite avec la médecine curative.*

Au Centre d'hygiène d'éducation et de prophylaxie, viendraient s'ajouter : 1° un service de renseignements ; l'usager trouverait sur place, l'adresse et le prix de tous les organismes de traitement (sorte de syndicat d'initiative de la santé publique, suppression du charlatanisme); ceux du service de prophylaxie (sports, loisirs, etc...). La liste du service des jours de garde de nuit et des jours fériés des médecins et des pharmaciens, serait affichée et réglée ;

2° Un standard téléphonique pour éviter les déplacements inutiles d'un hôpital à l'autre (course d'un blessé en ambulance à travers Paris à la recherche d'un lit), pour parer à l'insuffisance des secours en cas de catastrophe (Lagny), (ambulances privées et publiques reliées au Centre) ;

3° Une caisse pour les assurés sociaux, de façon à leur éviter les déplacements inutiles et coûteux (les fiches pourraient être remplies par les infirmières sociales) ;

4° Un service de statistique fait par les médecins du Service d'hygiène ou par des médecins contrôleurs (fonction incompatible avec celle des médecins traitants), astreints aussi au secret professionnel.

Ainsi compris, le Centre de santé a un rôle bien défini et la collaboration loyale du Corps médical en assurera le rendement maximum ; les heurts seront supprimés, à la condition que chacun reste sur son domaine: l'Etat dans la médecine préventive, les praticiens dans la médecine curative. A chacun d'apporter ses opinions personnelles, sur la meilleure organisation de la médecine sociale ; mais, d'ores et déjà, ce programme semble susceptible de donner satisfaction à l'Etat et d'apporter tout apaisement à nos confrères attachés aux principes de la médecine traditionnelle.

LETTRE DU MAROC

L'eau potable à Fès

Les poètes arabes comparent la ville de Fès à une rose épanouie dans les dernières collines du Moyen-Atlas. La ville est la fleur, chaque quartier un pétale blanc centré sur le pistil de la Karouine, et la tige au feuillage dru est formée par les jardins et les vergers qui vont en s'effilant vers un grand fleuve, nommé le Sebou. Une rosée invisible, nuit et jour parcourt feuilles, tiges, pétales qui restent frais et humides, même au plus fort de l'été. Cette rosée est le secret de Fès, elle lui permet d'être toute l'année une ville grouillante, trafiquante et discutante. Le touriste s'émerveille d'entendre partout, malgré les cris de la foule, un bruit fluide, cristallin coulant et glougloutant dans les murs et les remparts : c'est cette rosée cachée dont ceux qui en sont les maîtres ne veulent jamais parler. Mais dans une ville, l'impression poétique passée, on se demande si l'eau est potable et les égouts bien faits. Pour se rendre compte du système d'adduction de l'eau de cette ville, il faut savoir comment fut construit le premier système auquel, dans les siècles suivants, on ajouta les autres, y compris le dernier, qui fut exécuté par nous au XXe siècle.

Le fondateur de Fès, Moulay Idriss choisit en 807, l'endroit où la ville existe toujours, non seulement pour des raisons stratégiques et sociales, mais aussi à cause de la présence d'un cours d'eau important qu'il nomma Oued-Fès. Ce dernier coule d'Ouest en Est ; à 15 kilomètres de sa source, la configuration du terrain en escalier permet de le capter aisément, c'est là que Moulay Idriss, commença les fondations de la ville primitive. L'Oued utilisé en entier disparaît dans la ville, et en ressort sous forme d'égout collecteur portant le nom d'Oued Bou Khareb, lequel arrose tous les vergers avoisinants sur 15 kilomètres de longueur.

Dans la ville primitive, pendant le haut moyen-âge, chaque maison possédait deux canalisations : l'une contenant l'eau de boisson claire et pure, l'autre servant d'égout à eau courante. Ce dernier système présentait le grand avantage de supprimer le service de la voirie qu'il est très malaisé de faire dans des rues étroites et entraînait la disparition immédiate des immondices. Chaque conduite d'amenée aboutit à des répartiteurs disposés contre les murs ou dans leur épaisseur. Ces répartiteurs, en arabe « Mada » sont des sortes de cubes creux en ciment, ils portent sur leurs parois, à des niveaux différents, les orifices des canalisations secondaires, dont la section d'ouverture est proportionnée à l'importance du réseau à desservir. A l'heure convenue, et pendant un temps déterminé, le répartiteur envoie l'eau à la vasque placée au milieu du patio de la maison, ou bien à la fontaine adossée à un des murs de cette cour. L'eau coule à canal ouvert, si elle n'est utilisée de suite, elle reste dans le bassin qui sert ainsi de réservoir. Ces canalisations sont faites en poterie. Les fonctionnaires chargés de les entretenir et de distribuer l'eau, forment une corporation dont les membres s'appellent les « Kadoussiers » et leur chef le « Kelb El Ma » ou « loutre d'eau ». Ils connaissent leur réseau par tradition orale. Jusqu'à la fin du XIIe siècle, la ville se peuplant et s'agrandissant sans cesse, les canalisations se multiplièrent sans plan préalable, au hasard des nécessités de la pente et de la commodité des propriétaires.

La ville remonta sur les berges du vallonnement mais l'eau de l'Oued Fès ne pouvant y atteindre, on fut obligé de forer des puits.

Au XIIIe siècle en amont, une nouvelle ville fut créée, c'est Fès-Djedid, comprenant le Palais du Sultan avec ses casernes et la ville juive ou Mellah. Ces nouveaux quartiers ne purent bénéficier de l'eau de l'oued et durent avoir recours aux puits. Cependant, pour leur usage personnel, les Sultans aménagèrent des sources de la plaine.

Mais comme la population ne cessait de croître, on fut obligé d'ajouter des étages aux étages des maisons et dans le sous-sol, de ramifier les canalisations à l'extrême. Actuellement ce sont encore deux causes d'insalubrité pour la ville ; par la première, les rues sont obscures, et dans leur ombre tiède et humide les germes pathogènes se développent vite ; par la seconde, le réseau de l'eau potable est inextricable, difficile à surveiller et en bien des points des infiltrations et l'eau d'égout pénètrent dans l'eau d'alimentation. C'est ainsi qu'il y eut de grandes épidémies de fièvre typhoïde, et que la dysenterie amibienne persiste à l'état endémique.

Aussi dès notre installation à Fès, il fut indispensable de chercher de l'eau de source, captée à l'émergence. Cette eau devait être d'une potabilité impeccable, et avoir un grand débit, car il faut assurer l'eau de boisson à 117.595 habitants répartis sur 665 hectares. En effet, de nos jours Fès est très étendue ; vue d'une hauteur elle forme trois agglomérations bien séparées : Fès européenne, Fès-Djédid accolée à Fès Juive

et Fès arabe. Toutes trois se suivent en demi-cercle, orientées sud-est nord-ouest. La Fès européenne est située dans la plaine dominant le vallon de l'Oued Fès lequel est occupé par la Fès arabe ; entre les deux est Fès-Dfédid-Juive. Où donc a-t-on trouvé de l'eau dans ce pays d'apparence plutôt aride ? C'est ce que la structure du terrain et la proximité du Moyen-Atlas expliquent ! Vers le sud en bordure du Moyen Atlas, en avant de la plaine du Saïs au Nord de laquelle Fès est située, se trouvent une série de plateaux à la surface desquels l'eau s'infiltre pour réapparaître aux seuils successifs. Ces plateaux : Boulemane, Annoceur, Kandar, Bahlil, sont formés par des terrains jurassiques qui filtrent les précipitations pluviales. La plaine est formée en surface par une épaisse couche de calcaires lacustres reposant sur un substratum imperméable d'argile et de marnes vertes. L'eau souterraine des plateaux s'insinue entre ces deux couches, et, ne pouvant pénétrer l'argile, remonte à travers le calcaire où elle forme un réseau d'eau circulant dans la profondeur, ou bien, aux failles, jaillit à la surface en sources claires et abondantes.

Ce sont trois de ces sources que l'on a captées pour Fès ; elles s'appellent : Aïn Chkeff, Aïn *Hamra et Aïn Ameir.*

La source d'Aïn Chkeff, située à 7 km. 500 de la ville, est la plus importante. Elle sourd à la base d'une falaise calcaire de 50 mètres de haut, et forme, comme à Vaucluse, un grand bassin autour duquel la végétation pousse d'un jet magnifique, puis s'écoule dans un vallon verdoyant. Les eaux étant captées à l'émergence, les chambres de prise sont étroitement appliquées à la muraille, tandis que le trop plein continue à se déverser au dehors. Une conduite maîtresse en ciment amène l'eau près de Fès européenne, jusqu'à un point où elle est divisée en trois canalisations : deux pour Fès européenne, une pour Fès-Djédid et le Palais Impérial.

La ville arabe, pour plus de commodité, reçoit les eaux des sources Aïn Ameir et Aïn Hamra, voisines l'une de l'autre, situées à 4 km. des remparts, et qui sont géologiquement pareilles à l'Aïn Chkeff. Leur eau est distribuée par quarante-trois bornes fontaines, et six grandes fontaines où les porteurs d'eau viennent emplir leur outre de peaux.

L'eau de ces trois sources est constamment analysée, au point de vue bactériologique et chimique. Jusqu'en 1922, les résultats des analyses bactériologiques montrèrent que l'eau fut parfois de qualité passable, aussi la zone de protection fut-elle élargie et l'étanchéité des canalisations très surveillée.

En décembre 1933, les examens ne décelaient aucun colibacille et actuellement l'eau de Fès, celle que boit le touriste de passage, est aussi pure que l'eau la plus surveillée des villes de France. Mais il reste vrai, que celui qui boit de l'eau de l'oued Fès dans la ville arabe, risque presque autant que s'il buvait de l'eau de Seine à Paris et s'il mange des fruits et des légumes verts lavés à cette eau, il peut être autant inquiet que celui qui a mangé les coquillages sur le vieux-port à Marseille.

La ville de Fès est redoutée pour la dysenterie amibienne. Cela fut vrai jusqu'aux travaux d'adduction d'eau. Mais depuis une quinzaine d'années, la dysenterie amibienne, pour ceux qui vivent dans la ville euroépenne, est évitable sans prendre aucune précaution spéciale. Le résultat est tel qu'à l'Hôpital civil, où l'on reçoit surtout des ouvriers espagnols, italiens et grecs, dont l'hygiène personnelle, surtout celle des mans, laisse souvent à désirer, il n'y a pas eu un cas d'amibiase chez un sujet neuf ayant vécu connuellement à Fès. Les dysentériques hospitalisés sont des gens depuis longtemps en Afrique du Nord, dont les premières crises de dysenterie remontent à plusieurs années, alors qu'ils ne se trouvaient pas à Fès. On peut en conclure que le voyageur peut prendre la précaution de boire de l'eau minérale s'il lui plaît, mais il peut sans aucune crainte, boire l'eau de distribution urbaine.

Dr Suzanne Roule,

Médecin résident
à l'Hôpital civil mixte de Fès

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Les livrets de santé..... à l'étranger

On parle beaucoup en France depuis quelque temps de l'institution de « livrets de santé » ainsi que de « Centres de santé » ou de « diagnostic ». C'est chose faite en Allemagne depuis quelque temps déjà. De récents réglements viennent en effet d'instituer un système d'examens médicaux périodiques, basé sur le principe qu'il faut mieux prévenir que guérir, et tendant à la création d'une bonne santé héréditaire de la population allemande.

Le résultat de l'examen médical est inscrit dans le livret de santé personnel que chaque Allemand doit posséder et qui contient le tableau de l'hérédité du titulaire ainsi que l'indication de toutes les maladies faites par lui, en bref toute l'histoire médicale du titulaire. A l'occasion de l'examen, le médecin note les maladies évidentes ou latentes, le poids et la taille de l'individu, le fonctionnement de ses organes et son développement psychique, notamment au point de vue intelligence, volonté et vie affective. Suivant le résultat l'individu est classé dans l'une des six catégories suivantes : *a* : apte ; *b* : aptitude conditionnelle ; *z* : inaptitude temporaire ; *l* : aptitude au travail léger ; *u* : inaptitude au service extérieur ; *v* : inaptitude complète. Ces symboles correspondent à un tableau de défauts physiques servant au médecin à indiquer l'état de santé de la personne examinée. Ainsi le nº 47 de ce tableau contient la liste de six formes d'affections respiratoires correspondants aux six symboles indiquées ci-dessus : 47 *z* signifie que le titulaire est temporairement inapte en raison d'une maladie aiguë des poumons, 51 *u* que le titulaire est inapte au service extérieur en raison d'une hernie, etc.

Si à l'occasion de son examen, le médecin constate l'existence d'une maladie aiguë qui doit être traitée immédiatement, il peut ordonner que les soins nécessaires soit donnés au malade. Il envoie à cet effet le livret à la Caisse d'assurance-maladie qui fournit ses prestations. S'il y a lieu seulement à prévention, les prestations sont à la charge de la Caisse invalidité.

Chaque examen coûte 2 marks. Ils sont organisés en collaboration par l'Office public d'hygiène, le front du travail et les Assurances sociales ; le coût total estimé à 3 millions de marks est à la charge exclusive des Assurances sociales (un tiers étant supporté par l'assurance-maladie et deux tiers par l'assurance-invalidité). Les premiers examens ont porté sur les membres du front du travail nés pendant les années 1910 et 1911. (*Les Informations sociales*, 30 mars 1936.)

Ce problème ne laisse pas non plus indifférents les Pouvoirs publics belges. M. Vandervelde, ministre de la Santé publique, lors de la séance inaugurale des journées médicales belges, après avoir rendu hommage au médecin praticien, a fait remarquer que son rôle évoluait de plus en plus vers l'hygiène, la prophylaxie et la médecine préventive. Aussi ses organisations *professionnelles* ont-elles compris l'intérêt que présente l'examen médical périodique. « Avec la collaboration des autorités sanitaires, elles diffusent dans tout le pays un carnet sanitaire permettant à tout praticien quel qu'il soit et où qu'il se trouve de connaître le passé pathologique de son malade. » (*Le Scalpel*, 27 juin 1936).

Il n'est pas inintéressant de comparer ces deux solutions si différentes d'un même problème. Si le système belge réussit, « il sera établi qu'il n'est nullement nécessaire de réserver cette branche de l'activité médicale à quelques médecins seulement au détriment de l'ensemble des praticiens, et que la médecine sociale fondée sur le concours de tous les médecins, sur le médecin de famille, peut être réalisée sans qu'il soit nécessaire de créer un corps de fonctionnaires sanitaires, de heurter les habitudes des populations, et de bouleverser les conditions qui régissent l'exercice de la médecine ». (Fédération médicale belge, *Bulletin Officiel*, 15 juin 1936.)

J. M.

Cinquante ans d'application de l'assurance-maladie en Allemagne

Le cinquantenaire du système d'assurance-maladie en Allemagne a donné lieu à la publication de statistiques dont nous croyons intéressant d'extraire quelques chiffres. Le nombre des assurés, tout d'abord de 4,7 millions au début (1885), est passé successivement à 14,1 en 1910, 22,1 en 1929, année où il a atteint son point culminant, pour retomber à 18 millions en 1934. Depuis il a commencé d'augmenter à nouveau. Au point de vue pourcentage, actuellement 30,4 % de la population allemande sont assurés.

La fréquence de l'intervention de l'assurance (rapport entre nombre de cas de maladie et nombre d'assurés), de 42 % au début, s'est élevée

à 59 % en 1929 ; depuis lors elle est retombée à 42 %. Mais la durée moyenne des cas de maladie a constamment augmenté. De quatorze jours en 1885, elle s'est élevée progressivement à 20 en 1913, 24 en 1929 et 25 depuis lors.

Les dépenses de l'assurance-maladie se sont augmentées selon un rythme beaucoup plus rapide. La dépense par tête d'assuré, supposés de 100 en en 1885, s'est élevée à 264 en 1913, 773 en 1929 et 509 en 1934. Cette évolution est due à l'amélioration des prestations, en nature surtout. L'importance des différentes prestations par rapport à l'ensemble des dépenses a subi, au cours des cinquante années considérées, certains changements intéressants : en 1885 les prestations en nature formaient les 40 % des dépenses de l'assurance-maladie tandis que les prestations en espèces s'élevaient à 50 % de ces dépenses. En 1914 la proportion était inversée (48 % pour les prestations en nature, 39 % pour les prestations en espèces). Elle est actuellement de 61 % pour les premières et de 21 % pour les secondes. (*Les Informations sociales,* 13 juillet 1936.)

Science psychiâtrique et profession

Aucune branche médicale, dit le Docteur Henri Damave, n'offre peut-être à un tel degré *cette dissemblance entre les deux.* C'est que le psychiâtre se cantonne à peu près dans la partie psychique, qui participe plus de la sociologie que de la biologie et de la véritable médecine.

Pour changer la face de la psychiâtrie et transformer le professionnel, il faut que les lois futures instituent les services d'aigus et de curables, et que le psychiâtre se fasse thérapeute. Mais aujourd'hui les jeunes médecins des asiles font surtout du psychisme, de la médecine légale ... et de l'administration.

La partie somatique de la psychiâtrie, si importante au point de vue thérapeutique et étiologique est encore, dans les asiles d'aliénés, beaucoup moins cultivée qu'elle ne devrait être.

Un jour viendra où les classifications de la pathologie mentale seront étiologiques, où les syndromes psychiques seront étayés par les connaissances humorales et bactériologiques. La pathologie mentale ne sera bien elle-même qu'une fois absorbée en grande partie par la médecine générale.

Il est possible que notre spécialité doive être profondément transformée et même dissociée, la partie somatique restant domaine des médecins, la partie psychique allant aux sociologues, aux juristes, aux psychologues.

La pensée ne se rattache à la médecine que par l'intermédiaire de la physiologie et de la *pathologie somatique.*

La partie psychique est aussi des domaines du magistrat, de l'éducateur, du policier. C'est une erreur d'attribuer l'évaluation de la responsabilité au médecin expert : elle appartient au tribunal.

La partie psychique s'apprend mal dans les ouvrages ou *ex cathedra* : elle est clinique et professionnelle. On ne peut faire bonne œuvre médicale en isolant la psychiâtrie du tronc commun de la pathologie générale.

Le psychiâtre professionnel se forme par un long commerce avec les malades et par la connaissance des hommes normaux ; c'est avec ces deux éléments que le psychiâtre forme son flair et son jugement.

La partie psychique de la psychiâtrie n'offre qu'en ses grandes lignes un caractère relativement positif. Hors les grandes lignes elle est malléable, subjective en ses appréciations, subit l'opinion personnelle, la façon de voir et d'interpréter de chaque psychiâtre. Et il en sera ainsi tant que le psychisme pathologique n'aura pas été étayé par la biologie. (Extrait du volume : *Psychiatrie, médecine et sociologie,* Librairie Félix Alcan.)

G. L.

Un remède à la pléthore

« Supprimons, dit le Docteur P. Gallois, ces deux expressions : diplôme d'Université et diplôme d'Etat, l'un supérieur donnant tous les droits, l'autre inférieur, à attributions réduites et par cela même quelque peu dévalorisé à l'étranger....

Il faudrait, à mon avis, revenir à la conception primitive allemande. On n'aurait qu'un seul diplôme pour lequel les conditions seraient assez larges pour admettre les étrangers. Mais ce diplôme, par lui seul, ne donnerait pas le droit d'exercer. Pour obtenir cette licence il faudrait remplir des conditions que l'on pourrait rendre assez sévères pour barrer l'envahissement étranger. Instituer, comme en Allemagne, un examen d'Etat se surajoutant au diplôme paraîtrait bizarre, puisque ce diplôme est délivré par l'Etat. Mais au moment où un docteur présenterait son diplôme à la Préfecture, son cas pourrait être soumis à une Commission qui verrait s'il remplit les conditions nécessaires pour avoir le droit d'exercer en France. Dans cette Commission il devrait y avoir des représentants soit des Syndicats, soit de l'Ordre des médecins quand il sera créé. Comme cela il ne pourrait plus être question de faire transformer un diplôme d'Université en diplôme d'Etat (*Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie,* avril 1936.)

G. L.

PROFESSION LIBÉRALE ? — LE PASSÉ, L'AVENIR ? — UNE SEULE ALTERNATIVE :

profession réglementée — ou profession organisée

« Nul ne peut exercer, à titre gratuit ou à titre « onéreux, à partir de l'âge de 65 ans, la profes- « sion d'avocat, officier ministériel, docteur en « médecine, vétérinaire et docteur vétérinaire, « chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme, « architecte, géomètre, ingénieur, comptable, « banquier, chef salarié ou chef de service sa- « larié dans une entreprise industrielle et com- « merciale, administrateur de sociétés.

« Cette interdiction ne prendra effet qu'à partir « du 1er janvier 1939, afin de permettre aux « groupements professionnels, en collaboration « avec les ministres du Travail et de l'Education « nationale, de réaliser la mise en vigueur d'un « régime approprié de retraites, auquel l'Etat « ne pourra d'ailleurs apporter aucune contri- « bution financière. »

Ce n'est pas une plaisanterie. C'est le texte de la proposition de loi no 151, annexée au procès-verbal de la Chambre des députés, le 5 juin 1936. Proposition de loi, « tendant à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française ».

Au mois de juin, lorsque cette proposition de loi fut connue, les discussions s'élevèrent ardentes, rue de l'Ecole-de-Médecine, devant la Faculté.

« Comment, m'a dit cet étudiant en médecine, on laisserait l'Etat supprimer les professions libérales ! Interdire l'exercice de la médecine à 65 ans, mais c'est le premier pas vers la fonctionnarisation. N'admettons pas cette loi. Les professions libérales, c'est le dernier refuge de la liberté. Contre cette loi, élevons une protestation solennelle, au nom de la liberté ! ».

Je venais à peine d'entendre cette diatribe passionnée qu'un de mes amis, jeune médecin installé depuis peu, et qui essaie de se distraire du manque absolu de clients en suivant je ne sais quel cours de « perfectionnement » à la Faculté, nous abordait :

« Certes, nous dit-il, cette loi impose une dure exigence à nos anciens. Mais les faits sont là : les jeunes, une fois passée leur thèse, ne peuvent trouver à vivre. Il faut sortir de là. Cette loi est le début de la fonctionnarisation. Sans nul doute. Mais tant mieux. La fonctionnarisation, nous devons la souhaiter ! ».

Pour concilier les deux adversaires, je ne savais quel parti prendre. Je réussis enfin à les mettre d'accord sur un point : c'est que la première chose à faire était de prendre connaissance de cette fameuse proposition de loi. Nous nous sommes donc tous trois rendus au no 26 de la place Dauphine dans la petite librairie où moyennant cinq francs, nous pûmes entrer en possession de la fameuse proposition de loi 151.

Etait-ce le court voyage à pied le long des berges ensoleillées de la Seine, était-ce le calme tout provincial de la petite place Dauphine auxquels mes deux interlocuteurs furent également sensibles ? Je ne sais. Mais leur ardeur batailleuse était tombée. Et c'est sans peine aucune que je réussis à les convaincre d'aller aussitôt, munis de notre projet de loi, rendre visite au vieux Docteur Jérôme Dupuiset, dans son petit laboratoire de Montmartre.

Plein d'aménité comme toujours, le vieux savant nous accueillit. Il éteignit le bec Bunsen, au-dessus duquel un liquide verdâtre bouillait dans un ballon de verre. Il chaussa ses lunettes, lut avec attention la proposition de loi, et s'exprima en ces termes :

« Mes jeunes amis, nous vivons une époque pleine d'intérêt. Ce projet de loi, qui vous émeut tant, ne touche qu'un tout petit point de la médecine. Mais il est l'annonce de transformations considérables dans notre profession. Soyez-en sûrs. Et ces transformations, qu'elles vous déplaisent ou non, c'est aux médecins actuels que vous les devrez.

Voyez un peu comment se conduisent vos confrères ou futurs confrères. Tous — ou presque — ils sont enfermés dans la tour d'ivoire de leurs préoccupations médicales ou scientifiques : les uns donnent tous leurs instants à la découverte de la physiologie jusque-là méconnue de telle ou telle glande, ou à l'invention de je ne sais quel nouvel appareil d'examen ; les autres — et c'est la plupart — passent leur vie à arracher à la maladie, ou à la mort la foule des malheureux qui implorent leur aide. Certes, ce sont là de fort nobles soucis, et les médecins rendent à l'humanité d'inappréciables services. Mais ce n'est pas tout de mettre au point une nouvelle thérapeutique, ou de porter chez tel malade un diagnostic exact. Encore faut-il s'occuper de mettre au point l'application pratique de votre découverte, de permettre à tous vos semblables de bénéficier de la sûreté de vos diagnostics. Je vous assure que cette préoccupation est aussi pleine de noblesse. Eh ! bien, obnubilés par leur train-train quotidien, les médecins se désin-

téressent complètement de cette organisation de la médecine.

Le résultat ! c'est le désordre, l'anarchie. Regardez autour de vous. Dans cette bourgade, ou ce quartier de grande ville, dix médecins. Tombez malade un dimanche : une fois, vous les trouverez tous chez eux ; huit jours plus tard, aucun ne sera là. En tout cas, si un médecin est resté chez lui, vous ne trouverez sûrement pas chez le confrère que vous serez allé chercher et qui est absent, l'adresse du médecin « de garde ». — Un village : deux médecins. L'un possède un poste de radioscopie. Si vous êtes client de l'autre, ils vous enverra à vingt kilomètres, chez un correspondant radiologue, plutôt que de demander à son confrère de vous voir. — Voici un de vos clients qui ne roule pas sur l'or, mais dispose néanmoins d'une petite aisance ; vous avez besoin, pour lui, d'un examen de laboratoire ; vous ne pouvez l'adresser à cet « institut d'analyses » qui lui prendrait trop cher ; alors vous l'envoyez au dispensaire où à l'hôpital, où on ne lui prendra rien ! — Les progrès de la science ont mis à votre disposition d'extraordinaires appareils de diagnostic et de traitement (radiologie, électricité, explorations endoscopiques, réactions biologiques) : ces appareils coûtent horriblement chers. Où se trouvent-ils ? dans des cliniques somptueuses, ou à l'hôpital. Pour amortir le prix d'achat de ces appareils, les cliniques doivent demander des prix exorbitants, les hôpitaux recourir aux crédits de l'Etat. Pour la majeure partie de votre clientèle, il ne saurait être question des cliniques. Alors le pauvre médecin se trouve dans la terrible alternative, ou de renoncer à soigner son malade et à l'envoyer à l'hôpital, ou de continuer à le soigner, mais en lui refusant le bénéfice des appareils modernes. — Ce désordre est aussi splendide chez les médecins eux-mêmes : dans combien de pays, à côté d'un médecin qui crève de fatigue pour courir, jour et nuit, chez ses trop nombreux malades, ne trouvez-vous pas un jeune médecin plein d'ardeur qui végète misérablement et un vieux médecin qui aspire au repos, mais qui, malgré le poids des ans, doit continuer à monter chaque jour des escaliers pour conserver les quelques clients indispensables à sa subsistance et à celle de sa famille.

Ce désordre, cette anarchie n'est pas spéciale à la profession médicale : et il est banal aujourd'hui d'insister sur le paradoxe de ces stocks de produits, accumulés grâce au progrès du machinisme, et qui pourrissent inutilisés, à côté de chômeurs dépourvus de tout.

Ce désordre général, ce manque d'organisation, ce décalage formidable entre le possible et le réel, voici, croyez-moi, la cause unique du malaise social actuel.

Et nous assistons en ce moment (c'est pour cela que je dis que notre époque est pleine d'intérêt) à un essai d'organisation, de rationalisation pour mettre fin à ce terrible décalage.

Votre proposition de loi procède de cet esprit, de cet essai de rationalisation.

A ce projet, que reprochez-vous, mon jeune ami, l'étudiant en médecine ? de supprimer la liberté ?

Qu'est-ce que vous proposez alors ? rien, le *statu quo* ? liberté, liberté partout ?

Mais alors, soyez logique. La liberté, non seulement pour vous, mais pour tous.

Or, vous réclamez, je crois, la lutte contre les guérisseurs, sans titres. Alors, la liberté, vous la refusez aux malades qui veulent aller chez le guérisseur, et au guérisseur lui-même !

Vous protestez contre la publicité médicale, journaux, cinéma, brochures. En somme, vous refusez la liberté aux charlatans.

Vous n'admettez pas qu'une Caisse d'assurances sociales s'entende avec un médecin pour lui adresser, moyennant une diminution de ses prix, la totalité de ses assurés. Les Caisses d'assurances ne jouiront pas de la liberté !

Vous demandez à l'Etat d'interdire à vos clients aisés l'accès des hôpitaux. Vous la refusez à vos clients, la liberté !

Ah ! certes, refuser la liberté aux autres, ne la conserver qu'à soi-même, c'est une solution. Mais croyez-vous un seul instant, que tous vos semblables admettront cette manière de voir ? Je ne le pense pas, en bonne logique.

Je suis d'ailleurs, comme vous, tout à fait partisan de la lutte contre guérisseurs et charlatans, de la faculté réservée au malade de choisir son médecin, de l'interdiction de l'accès aux malades aisés des hôpitaux, tant que leur organisation actuelle subsistera. Mais j'ai l'impression que tous ces avantages, que cette limitation de la liberté d'autrui, vous ne l'obtiendrez qu'avec une certaine contre-partie, en renonçant vous-mêmes à une part de votre liberté.

Je ne pense pas être le seul à avoir cette opinion, d'ailleurs. Nous parlons médecine. Mais un instant, faisons de concert une petite excursion dans le domaine des programmes politiques. Programme de gauche : on vous rabat les oreilles du mot syndicat ; le syndicat décide ceci, ordonne cela. Vous m'accorderez que le syndicalisme restreint la liberté individuelle. Programme de droite : corporation, encore corporation : la corporation veut telle chose, impose telle autre. Croyez-vous que le corporatisme respectera plus la liberté individuelle ?

— Autre son de cloche : un programme qui se dit n'être ni de gauche, ni de droite, la profession organisée ; la profession organisée exige telles ou telles réformes ; et l'individualisme n'a qu'à se soumettre. Syndicat, corporation, profession

organisée, trois mots différents dont la signification est bien voisine, et qui d'ailleurs, (c'est très commode), peuvent être strictement employés l'un en place de l'autre, sans que le sens d'une phrase soit le moins du monde changé.

La conclusion ? mes chers amis, c'est que la profession libérale, en tant que profession libre, en tant que liberté individuelle, a fait son temps : c'est le passé !

Une seule alternative s'offre dès lors aux médecins :

— ou ils resteront passifs, élevant des protestations geignardes sur la disparition de la liberté et subiront la réglementation de leur profession par l'Etat ;

— ou ils prendront hardiment la tête du mouvement de réforme, au risque de heurter certains vieux préjugés libéraux, organiseront la profession médicale eux-mêmes, de manière à l'orienter vers le vrai Service de la Santé publique.

La première solution, c'est la solution de facilité, de faiblesse, la solution de lâcheté, serai-je tenté de dire. On proteste solennellement contre la limitation de la liberté, puis on s'enferme dans la tour d'ivoire de ses préoccupations égoïstes : on se contente de sauvegarder son petit intérêt personnel, ses privilèges, ses avantages particuliers, sans se soucier des confrères voisins et de la totalité de ses semblables ; on laisse aux vieux confrères la liberté de crever sous le harnais, aux jeunes de s'aigrir dans l'inaction, aux malades de se faire soigner comme ils pourront, au hasard de leur situation financière ou géographique. Devant l'incapacité des médecins à organiser leur profession, étonnez-vous que l'Etat en sa souveraineté n'impose sa réglementation ; il aura l'appui du public et la facilité de trouver autant de jeunes médecins qu'il voudra, appatés par la promesse du moindre salaire régulier, qui leur assurera la sûreté du lendemain. Cette solution, c'est à elle que conduit directement votre indifférence : tous les médecins actuellement installés seront plus ou moins sacrifiés ; c'est évident ; ils n'auront qu'à s'en prendre à eux-mêmes. Elle sera aussi préjudiciable au public, au début. Dans cette nouvelle organisation, mise au point par l'Etat, en dehors des médecins et sans prendre leur avis, bien des choses clocheront au début ; au lieu d'essayer d'améliorer, de perfectionner ce qui existe, on repartira de zéro, bouleversant tout de fond en comble ; il y aura un temps perdu, qui aurait pu être évité. Soyez sûrs cependant que finalement tout s'arrangera, se tassera, mais en dehors de vous, et contre vous. Voilà tout ce que les médecins auront obtenu en se désintéressants de la réforme.

Vous pensez que je divague un peu. Voyez proposition de loi 151. Vous n'êtes peut-être pas sans savoir (tout de même) que depuis des années et des années certains médecins se sont souciés d'organiser la retraite du médecin. Tous les projets ont échoué devant l'indifférence de la totalité des médecins. Pour qu'une retraite fut instituée, il fallait la participation assurée de tous les médecins. Vous avez refusé. Résultat : l'Etat imposera l'interdiction de la médecine à 65 ans. Un point, c'est tout. Vous me direz : « C'est idiot. A 65 ans, certains médecins sont en pleine possession de leurs moyens ; ils peuvent continuer à rendre d'énormes services à l'humanité, par les soins donnés aux malades, par les découvertes faites dans les laboratoires (et vous me citerez des exemples passés ou présents) ». D'accord. Mais croyez-vous que si les médecins avaient su réaliser la retraite du médecin, avaient donné la possibilité à tout confrère fatigué de se retirer, les Pouvoirs publics auraient jamais eu l'idée d'imposer l'interdiction d'exercer à partir de 65 ans ? Vous n'avez pas voulu. Alors, vlan ! au lieu d'avoir accepté de verser chaque année une petite somme destinée à assurer le repos des anciens, tous à 65 ans, vous devrez renoncer à exercer votre métier.

Cette proposition de loi illustre admirablement mon raisonnement. Vous ne trouvez pas ? Notez d'ailleurs que ce n'est qu'une proposition de loi, déposée par quelques députés, non un projet de loi présenté par le Gouvernement. Elle n'a donc que fort peu de chances d'être votée telle quelle. Mais si vous ne prenez les devants, vous médecins, vous verrez, au mois d'octobre, les réglementations que proposeront de vous imposer le Gouvernement et la Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.).

La seconde solution, c'est me semble-t-il, la solution raisonnable, la solution courageuse, digne des médecins, le Corps médical, conscient de ses responsabilités, décharge l'Etat du souci d'organiser le Service de la Santé publique (et l'Etat ne demande que cela ; nous n'en voulons pour preuve que les conversations récentes entre le ministre de la Santé publique et la Confédération des Syndicats médicaux, sur ce sujet). Le Corps médical organisera lui-même ce service, non par intérêt égoïste, mais par souci de la santé de tous. Mieux que l'Etat, les médecins sont à même de savoir quelle est la meilleure organisation à donner à ce Service de la Santé publique. Tenant compte de toute l'organisation actuelle, ils adopteront les meilleures méthodes pour l'améliorer. Il faudra certes que chacun renonce à tel petit avantage particulier, en faveur de la bonne organisation générale. Mais, en revanche, par cette discipline librement consentie, les médecins organiseront eux-mêmes la médecine. A leurs anciens, fatigués par le métier, ils assureront un repos mérité ; aux jeunes, ils réserveront tel ou tel fixe, capable de les aider à leur installation. A tous les malades,

quels que soient le temps, le lieu, la situation matérielle, ils se soucieront que soient accordés les soins nécessités par leur état, et le bénéfice des derniers progrès de la science, aussi bien au point de vue diagnostic que thérapeutique (c'est tous les problèmes du service de garde, de la médecine rurale, des hôpitaux, cliniques, dispensaires, laboratoires d'examens, centres de santé, de diagnostic, de réadaptation après la maladie, de contrôle des médicaments, etc.). Seulement à une telle organisation, il faut que tous les médecins concourrent ; il faut qu'ils marchent la main dans la main ; il faut que tous participent aux Syndicats médicaux, il faut que la Confédération des Syndicats médicaux se sache appuyée et se sente soutenue par tous les médecins de France. Il faut que chaque fois que la Confédération aura pris une décision, au lieu d'élever des critiques stériles, tous les médecins s'efforcent de l'appliquer le plus vite possible.

Vous me direz : « Mais vous nagez dans l'Utopie ». Et moi je vous répéterai : « Dans la grande période de réformes sociales que nous vivons présentement, une seule alternative s'offre aux médecins :

— « ou s'invectivant, se jalousant, soucieux de leur seul petit intérêt, ils subiront en ordre dispersé l'emprise totale de l'Etat ;

— « ou, confiant les uns dans les autres, formant une cohorte disciplinée sous la direction de leurs Syndicats et de la Confédération des Syndicats médicaux, ils réaliseront eux-mêmes le Service de la Santé publique, établi dans l'intérêt de tous, sans léser le leur propre ».

Ainsi parla le vieux Docteur Jérôme Dupuiset.

Tandis que le dernier, je prenais congé de lui, sur le pas de la porte de son petit laboratoire, j'eus la surprise d'entendre mes deux compagnons murmurer, en s'éloignant : « Au fond, ce Service de la Santé publique, comment peut-on le concevoir ? ».

Le vieux Docteur Jérôme Dupuiset, lui aussi, avait entendu. « Soyez tranquille, me dit-il. Si par hasard, demain, à la même heure, vous passez rue de l'Ecole-de-Médecine, je parie bien que vous les entendrez à nouveau, clamant au milieu de leurs camarades respectifs,

l'un : « Contre cette loi, élevons une protestation solennelle, au nom de la liberté »,

l'autre : « la fonctionnarisation de la médecine, c'est notre seule espérance ».

Et ils se réclameront tous deux de la LOGIQUE, ajouta-t-il en souriant.

R. FASQUELLE SAINT-YVES-MÉNARD

A PROPOS DE L'ABUS DES SOINS GRATUITS

Le Bureau de bienfaisance d'un de nos grands ports militaires vient de publier le compte rendu de ses travaux pour l'année 1935.

Nous y relevons, entre autres, les chiffres suivants :

Un oto-rhino a donné 850 consultations ;

Sept praticiens de médecine générale : ensemble, 3.200 consultations et un vénéréologiste, *un seul, un unique vénéréologiste* : 33.500 CONSULTATIONS ! !

Cette communication commande quelques réflexions :

1° Un seul médecin ne pouvant donner cent consultations par jour, il faut bien qu'au centre antivénérien le personnel infirmier participe aux soins et fasse de l'exercice illégal de la mdecine, sous la protection de l'Etat.

2° Ce chiffre de 33.500 consultations est d'une puissante éloquence ; il témoigne que, malgrés le soins gratuits accordés indistinctement aux nécessiteux, aux assurés sociaux et aux riches, les maladies vénériennes ne sont pas près de s'éteindre.

Peut-être pourrait-on dire : *au contraire* ! car la jeunesse, par les économies qu'on lui fait faire quand elle est malade et par l'assurance d'être traitée gratuitement lorsqu'elle le sera retourne plus volontiers à ses escapades dangereuses.

3° Enfin, si le mal vénérien se porte mieux que jamais, par contre la pratique de la vénéréologie se meurt. Que peut-il bien rester en effet à la dizaine de spécialiste de la ville, quand les services médicaux de la Marine et un « Institut vespasien » leur ayant enlevé déjà une moitié des malades, le dispensaire donne 33.500 consultations à la moitié restante ?

Dr X.

AU PETIT PALAIS

GROS, SES AMIS ET SES ÉLÈVES

Après nous avoir présenté dans les années précédentes des rétrospectives admirables de la peinture étrangère, l'art italien, puis l'art flamand, il était juste de donner une place à notre peinture nationale ; c'est ce qui fut fait à l'occasion du centenaire de Gros. Le conservateur du Petit Palais et ses collaborateurs, groupant les œuvres de Gros, de ses maîtres, ses élèves et ses amis, nous donne un cycle de la peinture s'espaçant environ sur un siècle brillant de notre histoire, procédant d'une même école mais se modifiant avec le génie personnel de chaque artiste. Nombre de ces tableaux sont bien connus, nous les avons vus au Louvre, à Versailles, à Carnavalet et dans d'autres grands musées et nous les retrouvons dans une exposition variée, groupant les prêts de cinq musées de l'étranger, 51 musées français et de 124 particuliers, répartis dans 19 salles.

Dans la salle 3 première de la peinture, quelques œuvres maîtresses de Mme Vigée-Lebrun, qui encouragea la vocation de Gros dans sa jeunesse, entre autres son célèbre *Portrait avec sa fille* (398) et celui de *Madame Adélaïde*, puis quelques œuvres capitales de David, son maître tel le portrait étonnant d'*Alphonse Leroy*, son médecin (20-) et ce magnifique portrait de *La Maraîchère* (212) qui n'est pas mal pour être fait par un colonel de pompiers, comme j'entendais traiter David au cours d'un récent Congrès. Quoi de plus poignant que cette *Mort de Marat dans sa baignoire* (10) et quel intérêt dans cette ébauche de la *Tête de Napoléon* (210) et dans ce dessin à la plume représentant l'*Arrivée de Napoléon à l'Hôtel de Ville* et enfin dans une note spéciale *L'amour et Psyché* (218).

La salle 4 est consacrée au Baron Gérard, camarade d'atelier de Gros. On y voit un délicieux portrait de *Mme Récamier*, le gracieux sourire au portrait de *Mme la Baronne de Pierlot* (262) et l'aimable portrait d'enfants les frères de Gérard. Nous connaissons déjà le Portrait remarquable de *Mme Tallien* (253) et ceux de *Mlle Duchesnois en Didon* (256) et de *Madame de Visconti* (258).

La salle 5, réunit les tableaux de Girodet, l'ami de Gros, nous y voyons le *Portrait très expressif de Triodon*, son père adoptif, celui de *Mlle Lange en Danaé* qui fit l'objet d'un sérieux scandale et un bon *Portrait de l'auteur* (308) et la page dramatique de la *Révolte du Caire* (327).

Dans la salle 6 on remarque : *Napoléon faisant grâce aux révoltés du Caire* de Guérin (330) et la charmante *Offrande à Esculape* du même (335). A côté sont des œuvres du baron Regnault dont la palpitante *Mort de Desaix* (383) et l'agréable *Jugement de Paris* (385).

Nous voici salle 7, devant les toiles de Gros. D'abord trois excellents portraits, le sien (1) charmante évocation d'un jeune homme aux cheveux châtains retombant sur ses épaules, celui de son père (2) et celui de son ami Gérard (3) de face aux longs cheveux. Nous devons admirer également le portrait de *Mlle Poussielgue*, assise les bras croisés, robe blanche et cheveux crépus et la *Grande scène militaire* (24), *Bonaparte passant une revue après la bataille de Marengo* et distribuant des sabres d'honneur (25).

Salle 8, un grand tableau écrase presque les autres (56) *Bonaparte harangue ses troupes avant la bataille des Pyramides*. Il est monté sur son cheval blanc entouré de ses généraux, ayant à ses pieds deux égyptiens blessés. Tableau grandiose et impressionnant.

Salle 10. C'est dans cette salle que se voit le fameux *Portrait de Bonaparte au Pont d'Arcole* tenant en mains un drapeau : tableau universellement connu et admiré (15). Emouvant portrait du *Général de Lariboisière et de son fils*, venant lui faire ses adieux avant la bataille de la Moskowa, où il devait trouver la mort, tous deux en uniformes (72), *Esquisse de la bataille d'Eylau* qui se trouve au Louvre (42). Deux charmants portraits *Le jeune Amabric* (30) et *La jeune fille au collier de jais* (67).

La salle 11 est le salon d'honneur ; c'est là que triomphe Gros, c'est là que sont exposées les grandes œuvres du maître uniques par les brillantes qualités qui y sont déployées avec cette mise en scène si brillante et si savante. D'abord les *Pestiférés de Jaffa*, dans ce décor oriental si grandiose aux détails si poignants, exaltant la grandeur de Napoléon, touchant de sa main un pestiféré (11), puis Napoléon à cheval au milieu de son état-major sur le champ de bataille d'Eylau, attristé par la vue de ces morts et mourants dans la neige (40), vision d'une magnifique splendeur. Les *Portraits de Lasalle* (46) et du *Comte Fournier-Sarlovèze* (64) sont des plus caractéristiques du merveilleux talent de l'auteur. Sur un grand panneau *La bataille d'Aboukir* si vivante dans ses détails et qui en font une œuvre capitale (32). Dans la salle 12 les yeux s'arrêtent sur le portrait de *Murat* sur son cheval qui se cabre et souligne l'attitude énergique du Prince (56). Très curieuse l'*Entrevue de Charles-Quint et de François-Ier* entouré de nombreux personnages officiels dont le cardinal de Bourbon abbé de Saint-

Denis qui lui fait visiter les caveaux de la basilique (63). Remarquable aussi le portrait du *Prince Youssoupoff* sur son fougueux cheval (52). Faisons de plus mention des portraits du *Général Legrand* (53) en grande tenue et celui de *Mme Legrand* (71) jeune femme blonde en robe de velours bleu à traîne avec un voile blanc rejeté en arrière de la tête.

L'*Entrevue de Napoléon et de l'Empereur d'Autriche après la bataille d'Austerlitz* est la toile principale de la salle 13, les deux souverains vont se serrer la main, l'Empereur d'Autriche est accompagné d'un officier supérieur et à droite un page tient par la bride le cheval de Napoléon (65).

On voit dans la même salle deux portraits de femmes de rare perfection, celui de *Mlle Dessoles* assise les mains autour d'un genou (87) et celui de la *Duchesse d'Angoulême* debout devant son fauteuil (79).

Nous la retrouvons, salle 15, lorsqu'elle s'embarque à Pauillac le 1er avril 1815, toile importante dans laquelle elle remercie la foule qui l'accompagne et distribue à ses partisans les plumes de sa toque (80). C'est également une scène de départ que nous voyons dans le tableau où Louis XVIII quitte le palais des Tuileries dans la nuit du 19 au 20 mars 1815 (76). Le Roi porte un costume civil bizarre avec des épaulettes d'or, au milieu de ses officiers, auxquels il fait ses adieux. Bon portrait du *Comte de Chaptal*

Salle 16, se trouvent quelques élèves de Gros; d'abord Delacroix dont nous voyons le tableau bien connu du *Dante et Virgile aux enfers* (228) et les scènes tragiques des *Massacres de Chio* (229), Nous y rencontrons également quelques œuvres de Géricault dont l'*Officier de chasseurs à cheval de la garde impériale* chargeant d'une si poignante expression (267).

Delacroix reparaît salle 17 avec l'esquisse de l'immortel tableau de *La mort de Sardanapale* (233) et une académie de femme aux belles formes un peu puissantes et d'une exécution remarquable (231). Un des tableaux à regarder et qui mérite tous les éloges, est le portrait de *Léon Riesener*.

Quelques délicieuses toiles de Bonington qu'on s'étonne un peu de trouver parmi les élèves de Gros. Il y a de lui une agréable *Vue de Venise* (141) et la *Statue célèbre du Colleoni* dans la même ville (143), les *Vues du parterre de Versailles* (139) et celles de nos *Plages normandes* (142-144) dans leur atmosphère spéciale. Nous retrouvons dans cette salle quelques tableaux de Géricault, *Le Lion attaquant un cheval* sujet bien connu (281) et *Le cheval du plâtrier* (282).

Dans la même salle un panneau est consacré à Barye. On admire le *Portrait de sa fille* (114) et ses nombreuses aquarelles d'animaux, surtout de fauves. Une vitrine est réservée à ses sculptures et à ses animaux toujours si vivants.

Dans la salle 18, nous continuons la suite des élèves de Gros, dont Lami, dessinateur remarquable qui fait revivre à nos yeux les scènes de la splendeur des Tuileries. Nous voyons ici, cette *Entrée de La duchesse d'Orléans dans le jardin des Tuileries* (361) et cette *Réunion d'artistes dans une soirée mondaine*, Musset, Delacroix en compagnie de Berryer (366). C'est dans cette salle que nous nous arrêtons devant cette vision si pathétique et émouvante d'un épisode de la *Retraite de Russie* de Boissard de Boisdenier (138), le très beau *Portrait d'Eugénie Pamela de Larivière et sa sœur* par le peintre de la Rivière (370). Plus loin un portrait de *Vieillard*, Filippo Buonarotti de Jeanron (354).

Admirons aussi quelques paysages pleins de fraîcheur d'Huet dont le n° 352 et surtout *Le retour du grognard* réminiscence des grandes guerres de l'Empire. Il faut encore parler de grands artistes plutôt des illustrateurs de Charlet avec son *Grenadier de la Garde* (162) et de Raffet représenté par un certain nombre de dessins militaires.

Dans la salle 19, figure Couture avec quelques bons portraits celui de *Michelet* (521) et une étude pour celui de *Lamartine* (522). Nous y rencontrons aussi Riesener qui donne un bon portrait de *Delacroix* au pastel et des portraits de *Gros enfant* (calque à la plume).

Dans cette revue un peu rapide nous avons négligé de parler de quelques artistes notoires, Auguste, Boilly, Dehon, Delaroche, Bouchot, Leprince, Monnier, Court, Wattier dont les œuvres sont ici d'ordre secondaire. Cette rétrospective offrait en plus des sculptures, des lithographies, des armes, des uniformes intéressants complétant heureusement cette exposition unique d'art militaire par des maîtres de premier plan.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Etude sur la carburation

Le problème de la carburation est incontestablement l'un des plus délicats qui soit pour le bon fonctionnement d'un moteur.

La perfection apportée par les fabricants dans la conception et le réglage des carburateurs a quelque peu déshabitué les automobilistes de s'y intéresser, et pourtant, en dépit de l'automatisme des manœuvres, il est capital de comprendre la théorie de la carburation pour qui ne veut pas conduire en aveugle, car il n'est pas exagéré de dire qu'une mauvaise carburation rend inutilisable la meilleure des voitures.

Désirant documenter les lecteurs du *Concours Médical* sur cette importante question, j'ai eu le grand plaisir d'obtenir de M. d'Hanmer-Claybrooke, ingénieur attaché à la Direction des Etablissements Solex, lieutenant de la brigade d'officiers-mécaniciens, de résumer la remarquable étude qu'il a faite sur la carburation pour l'instruction des élèves-officiers mécaniciens, dont la technicité n'exclut pas la clarté :

Première partie — Carburer un moteur, c'est lui assurer, quel qu'en soit le régime, le mélange gazeux explosif nécessaire à son fonctionnement.

Le moteur sera bien carburé, la solution apportée au problème sera bonne, s'il lui est assuré un départ immédiat, une parfaite souplesse aux basses allures, une reprise énergique et le maximum de puissance compatibles avec ses caractéristiques, le tout avec une consommation de carburant aussi réduite que possible.

Le problème est donc complexe, puisqu'il s'agit, en somme, de demander au carburateur des qualités d'adaptation immédiate aux circonstances, qui semblent, à première vue, l'apanage de l'être vivant.

Dans le domaine de la réalisation, les différents points qui ont attiré successivement l'attention du constructeur sont les suivants :

1° Ce qui se passe dans le carburateur doit, avant tout, être indépendant de la position du réservoir d'essence par rapport au carburateur.

En un mot, il faut être assuré d'une égalité de pression absolue de l'essence, lorsqu'elle arrive, venant du réservoir, aux organes doseurs du mélange explosif.

2° Le mélange explosif combustible-comburant doit se présenter sous l'aspect optimum pour que l'explosion utilise au mieux les calories théoriquement disponibles dans le mélange.

Or, le carburant est l'air atmosphérique, le combustible l'essence.

Comme cette dernière se présente aux températures normales, sous l'aspect liquide, il faut, avant tout, qu'elle soit *vaporisée*, le mélange de l'air avec des gouttelettes d'essence non gazéifiées ne donnant lieu qu'à une explosion très incomplète.

La loi de la vaporisation, dite de Dalton, est la suivante :

$$P = \frac{KS}{H} (F\text{-}f.)$$

P = le poids de liquide évaporé par seconde.

F = la force élastique de la vapeur saturée à la température considérée.

f = la force élastique à l'instant déterminé.

S = la surface libre du liquide.

H = la pression du milieu ambiant.

K = une constante dépendant de la nature du liquide à vaporiser.

Cette formule montre que la vaporisation est d'autant plus rapide que :

a) H est plus faible.

On voit donc qu'elle sera mieux assurée aux allures vives du moteur.

D'autre part, quelle que soit la vitesse de régime, on réalise en partie cette première condition par le retard à l'admission — côté de la question qui est justifiable, non du carburateur lui-même, mais du réglage du moteur.

b) que l'on sera arrivé à pulvériser plus parfaitement l'essence à son arrivée dans le carburateur.

En effet, on la réduit ainsi en une multitude de petites gouttelettes très fines, ce qui augmente dans des proportions énormes, le facteur S.

c) que la différence F-f est plus grande.

L'expérience montre qu'on atteint ce dernier but, en augmentant la température de la chambre où s'effectue la carburation.

Une élévation de 0 à 30° quintuple la valeur de F.-f si le carburant employé est de l'essence et la *décuple, si* c'est du benzol.

Toutes ces conditions, une fois remplies, il faut encore que le mélange gazeux soit parfaitement homogène en tous ses points, c'est-à-dire que les vapeurs d'essence soient diffusées de façon parfaite dans la quantité d'air atmosphérique qu'elles sont appelées à carburer.

Cette parfaite diffusion est tout d'abord assurée par la vitesse du mélange dans la tuyauterie d'admission (40 à 60 mètres à la seconde).

D'autre part, l'expérience prouve que la vitesse de diffusion d'un mélange gazeux est proportionnelle au carré de la température absolue du mélange.

Là encore, la solution sera donc, avant tout, un réchauffage de la chambre de carburation, sans préjudice des dispositifs particuliers imaginés à cette intention par les divers constructeurs.

3° Les éléments constitutifs du mélange explosif doivent toujours se présenter dans la même proportion, déterminée une fois pour toutes, et cette condition est, de toutes, celle qui a été le plus difficile à réaliser.

La qualité du carburateur qui répond à ce desiderata est l'automaticité.

Rappelons que, dans le cas le plus fréquent, l'essence est, en majeure partie, composée de carbures de la série forménique dont la formule générale est :

$$C^n H^{2n} + 2$$

et, en particulier, d'heptone :

$$C^7 H^{16}$$

laquelle brûle suivant la formule :

$$C^7H^{16} + 22\ O = 7\ CO^2 + 8\ H^2O$$

Cette équation montre que, pour brûler un gramme d'heptone, il faut 3 grammes 250 d'oxygène, ou, si l'on se rapporte à l'air : 15 grammes 30 d'air.

Telle est la proportion théorique.

En pratique, l'expérience démontre que les meilleurs résultats sont obtenus par le rapport :

$$\frac{\text{Essence}}{\text{Air}} = 1/18^e$$

(*A suivre*).

Marcel TOUSSAINT.

Note rectificative. — Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, je crois devoir préciser, au sujet de ma Chronique automobile du 28 juin écoulé, que les pneus spéciaux Michelin ne sont pas de création récente. Ce qui est nouveau, c'est que tous ces pneus spéciaux pour voitures de tourisme, sont maintenant à lamelles.

M. T.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Ecole de sérologie** (X^e^ année, X^e^ session). — *Les conférences et travaux pratiques* auront lieu du lundi 15 février au samedi 13 mars 1937, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV^e^).

Les cours de l'Ecole de Sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'école, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Pour être admis, les élèves devront faire un stage préparatoire d'un mois, du 11 janvier au 13 février 1937, au Laboratoire de l'Ecole de sérologie, à l'Institut Alfred-Fournier, ou justifier d'un stage équivalent dans un laboratoire agréé.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliqué à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (Décret du 2 juin 1927).

Inscription. Droits — Le nombre des élèves est limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV^e^), avant le 1^er^ janvier 1937.

Faire connaître exactement nom, prénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse, et fournir un certificat indiquant que le stage préparatoire a été effectué.

Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'Ecole.

Les élèves admis recevront un avis et devront alors s'inscrire au *Secrétariat de la Faculté de médecine*, et payer les droits suivants :

Frais de stage (s'il y a lieu), 100 francs ; 1° Immatriculation (si elle n'est déjà effectuée), 210 francs ; 2° Scolarité, leçons théoriques A., 200 francs ; 3° Scolarité, travaux pratiques B., 250 francs ; 4° Scolarité, travaux pratiques C., 100 francs ; 5° Droits d'examen, 100 francs ; 6° Diplôme, p. m.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, Directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

— **Cours de radiologie clinique.** — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commencera le vendredi 16 octobre 1936, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des *notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.*

PROGRAMME DES LEÇONS : 1. vendredi 16 octobre 1936 : Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers. — 2. lundi 19 octobre : Appareil locomoteur : Os et articulations. — 3. mercredi 21 octobre : Appareil locomoteur (suite). — 4. vendredi 23 octobre : Appareil digestif. Œsophage. Estomac. — 5. lundi 26 octobre : Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Côlon. — 6. mercredi 28 octobre : Appareil digestif. Côlon (suite). Foie et voies biliaires. — 7. vendredi 30 octobre : Thorax. Appareil circulatoire. (Cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire. — 8. mercredi 4 novembre : Thorax. Appareil respiratoire (suite). — 9. vendredi 6 novembre : Appareil urinaire. — 10. lundi 9 novembre : Appareil urinaire (suite). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

— **Thèses.** — Jeudi 9 juillet. — I. Jury : MM. Roussy, Guillain, Verne, Alajouanine. — MM. DELHAYE : Accidents cutanés des teintures capillaires. — M. MILLOT : Formes anatomo-cliniques des épithéliomas du canal cervical. — M. DEGOUY : Les paralysies obstétricales du type supérieur. — M. DAMVILLE DE LA TOURNELLE : Le début de la sclérose en plaques. — M. GREIF : Le syndrome de dyskinésie de l'écriture. — M. MALMED : Lésions nerveuses démontrées par l'examen électrique dans la maladie de Wolkmann. — M. SILVESTRE : Etude clinique d'un cas de Parkinson aigu typhique. — M. DE BERMINGHAM : Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien.

II. Jury : MM Lenormant, Marion, Terrien, Heitz-Boyer. — M. DUMONT : Urano-staphylorrhaphie et lambeaux palatins. — M. LIPIEC : Les faux calculs de la vessie. — M. PARIENTE : Traitement endoscopique des dysuries cervicales. — M. COMBACAL : Contribution clinique à l'étudedu pemphigus oculaire et des rapports avec certaines affections cutanées. — M. DESPRÉS : Etude de l'herpès cornéen. — M. PERRONNETTI : Polyopie monoculaire dans les débuts de la cataracte.

III. Jury : MM. Brindeau, Mocquot, Brocq, Vaudescal. — M. CASTRO-SANCHEZ : Considérations sur la conduite à tenir dans le cas de brièveté du cordon. — M. NADMABADI : Cancer du col de l'utérus, au cours de la grossesse. — M. ANDRIOPOULOS : Etude des phlébites et des embolies après ligamentopexie de Doléris. — Mme GALIN : Etude de la technique et des indications du massage utérin. — M. GRESSE (Richard) : Etude de la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et de l'ovaire dans le traitement des annexites bilatérales. — Mlle ODOUL : Les auto-greffes ovariennes par le procédé du Docteur Douay. — M. RIAZI : Intérêt pratique du test de Schiller dans les lésions du col de l'utérus.

IV. Jury : MM. Claude, Lereboullet, Strohl, Lévy-Valensi. — M. COLONNA D'ISTRIA : Etude des services ouverts pour malades mentaux. — M. LACOMBE : Le cas de Borodine musicien du dimanche. — M. ROSENFELD : Les compensations morbides. — M. WEMBACH : Etude clinique de la schizophrénie. — M. DE BERG : Etude des rapports de l'épilepsie idiopathique infantile avec l'hérédo-syphilis. — M. GLUCKLICH : Sur quelques syndromes d'infantilisme. — M. Joseph ISAAC : Quelques résultats inattendus ou paradoxaux de la cuti-réaction à la tuberculine. — M. LE BARS : Le traitement des polynévrites par la radiothérapie.

V. — MM. Carnot, Gougerot, Chabrol, Sézary. — M. CLARAC : Etude de l'embryothérapie. — M. LEVADITI : La maladie de Nicolas-Favre expérimentale. — M. LIERMAIN : La nausée symptôme duodénal. — M. MESTRIES : Le traitement thermal du diabète depuis l'insuline. — M. ALPERT : Les concomitances morbides chez les psoriasiques. — M. GALBRUN : Le pityriasis rosé de Gibert. Etiologie mycosique. — M. JABLOUSKI : L'autochimiothérapie locale dans le traitement de l'eczéma. — M. MERSKI : Herpès et chancre syphilitique. — M. ROUBAS : Radiodermites consécutives à l'injection desels radifères.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Tenon**, 4, rue de la Chine (métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* — Ce cours, qui aura lieu du 16 au 26 novembre 1936, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. HAGUENAU, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, H. WELTI, chirurgien des hôpitaux, GILBERT-DREYFUS, médecin des hôpitaux, J. FACQUET, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; BROCARD, DEPARIS, EVEN, FRUMUSAN, MENÉTREL, F. P. MERKLEN, ODINET, PAUTRAT, PUECH, anciens internes du service, MARCHAL, assistant d'électro-radiologie, GOLBLIN, assistant d'électrocardiographie, BARAIGE, assistant de laboratoire, SIGUIER, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1 /2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 16 : 10 heures, M. Lian, remarques générales sur l'examen clinique du cœur ; 11 heures, M. Facquet, exercices cliniques ; 15 heures : M. Brocard, endocardites malignes ; 16 heures : M. Odinet, démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1 /2 : M. Haguenau, endocardite aiguë rhumatismale. — Mardi 17 : 10 heures, M. Lian, conférence-consultation ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus, insuffisance mitrale ; 16 heures, M. Pautrat, démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique ; 17 h. 1 /2, M. Facquet, rétrécissement mitral. — Mercredi 18 : 10 heures, M. Lian, les données de la phonocardiographie ; 11 heures, M. Facquet, exercices cliniques ; 15 heures, M. Frumusan, rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique ; 16 heures, M. Golblin, démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1 /2, M. Marchal, la radiologie dans le diagnostic des affections du cœur et des gros vaisseaux. — Jeudi 19 : 10 heures, M. Lian, insuffisance aortique rhumatismale ; 11 heures, MM. Lian et Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. Pautrat, affections valvulaires du cœur droit ; 16 heures, M. Golblin, démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1 /2, M. Haguenau, insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle. — vendredi 20 : 10 heures, M. Lian, conférence-consultation ; 15 heures, M. Facquet, péricardite chronique et symphyse péricardique ; 16 heures, M. Ménétrel, inhalations, injections sous-cutanées et intra-veineuses d'oxygène et de gaz carbonique ; 17 h. 1 /2, M. Welti, traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde. — Samedi 21 : 10 heures, M. Facquet, péricardites aiguës et subaiguës ; 11 heures, MM. Lian et Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. Merklen, cardiopathies traumatiques ; 16 heures, M. Puech, démonstration pratique de l'examen du cœur à l'autopsie ; 17 h. 1 /2, M. Gilbert-Dreyfus, les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne. — Lundi 23 : 10 heures, M. Facquet, hypodynamie du myocarde ; 11 heures, M. Lian, exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes ; 15 heures, M. F. P. Merklen, infarctus du myocarde ; 16 heures, M. Baraige, technique de la mesure du métabolisme basal et du débit cardiaque ; 17 h. 1 /2, M. Deparis, syndromes myocardiques aigus. — Mardi 24 : 10 heures, M. Lian, conférence-consultation ; 15 heures, M. Ménétrel, syphilis du myocarde ; 16 heures, M. Facquet, mesure de la vitesse circulatoire ; 17 h. 1 /2, M. Gilbert-Dreyfus, aortite thoracique et abdominale. — Mercredi 25 : 10 heures, M. Lian, aortites de la crosse ; 11 heures, M. Facquet, exercices cliniques ; 15 heures, M. Facquet, artérites pulmonaires ; 16 heures, M. Even, pratique et valeur séméiologique de la mesure de la pression veineuse ; 17 h. 1 /2, M. Deparis, anévrysme de l'aorte. — Jeudi 26 : 10 heures, M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. Odinet, cardiopathies congénitales ; 16 heures, M. Odinet, exercices cliniques ; 17 h. 1 /2, M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° artères, veines et capillaires ; 4° maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Le cours de juin 1937 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription : 250 francs.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur FACQUET, assistant du service, soit à l'avance soit le jour de l'ouverture du cours.

— **Hopital Broussais**, 96, rue Didot. *Cours de révision d'une semaine* (9 au 14 novembre 1936) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu sous la direction du Professeur Emile SERGENT et de M. C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. ABRAMI et HARVIER, professeurs à la Faculté, AUBERTIN CHABROL, DUVOIR, agrégés, médecins des hôpitaux ; GILBERT-DREYFUS, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux, JOANNON, agrégé ; COTTENOT, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1 /2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, démonstration pratique ; lundi 9, M. Lian, hôpital Tenon ; mardi 10, M. Aubertin, hôpital de la Pitié ; mercredi 11, professeur Sergent, hôpital Broussais ; jeudi 12, M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach); vendredi 13, M. Chabrol, hôpital Saint-Antoine ; samedi 14, M. Perisson, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital Broussais, 3 heures à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 1 /4 à 5 h. 1 /4 et 5 h. 1 /2 à 6 h. 1 /2, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 9, 3 heures à 4 heures, M. Henri Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Sergent (tuberculose) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire) ; mardi 10, 3 heures à 4 heures, M. Lian (cœur et vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Harvier (thérapeutique) ; mercredi 11, 3 heures à 4 heures, M. Perisson (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Chabrol (foie et voies biliaires) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. Gilbert-Dreyfus (endocrinologie et nutrition) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. Duvoir (médecin légale). — Jeudi 12, 3 heures à 4 heures, M. Cottenot (électroradiologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Abrami (pathologie rénale). — Vendredi 13, 3 heures à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (intestin) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. Joannon (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang). — Samedi 14, 3 heures à 4 heures, M. Blechmann (pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Lian (cœur et vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 heures à 16 heures), ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi) à la Salle Béclard (A. D. R. M.).

Droit d'inscription, 250 francs.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— L'action du Comité national de défense contre la tuberculose en faveur de l'enseignement supérieur. — Dès 1923, les dirigeants de cette Association, constatant la nécessité qu'il y avait à pourvoir les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de médecins spécialisés en phtisiologie, décidèrent de favoriser les études des candidats à ces fonctions, en leur permettant de venir suivre à Paris les cours de perfectionnement sur la tuberculose, institués par les soins du Comité national. A cet effet, des bourses furent créées et, de 1923 à 1935, plus de 610.000 francs ont été affectés à cet objet.

D'autre part, au cours du dernier exercice, le Comité national a jugé opportun de créer des bourses de recherches sur la tuberculose et des bourses de voyages d'études à l'étranger, pour permettre à des médecins s'orientant vers la phtisiologie de poursuivre leurs travaux soit en France, soit dans d'autres pays. Une somme de 124.000 francs a déjà été consacrée à ces bourses

De plus, une contribution de 12.000 francs a été attribuée à l'Institut Pasteur, pour recherches scientifiques sur la tuberculose, en souvenir du regretté Professeur Albert Calmette (fondation Albert Calmette).

De même, en mémoire du regretté Professeur Léon Bernard, une somme de 6.000 francs en dehors d'une somme de 3.000 francs versée à la souscription internationale ouverte par le Bureau d'hygiène de la Société des nations a été réservée pour la création d'une bourse d'études à l'hôpital Laënnec (fondation Léon Bernard).

Par ailleurs, le Comité national, estimant qu'il se devait de favoriser la prophylaxie et la cure de la tuberculose chez les étudiants, a jugé opportun de prévoir l'octroi de subventions destinées à la création, dans les Universités, de Centres de dépistage pour cette affection. Une somme de 71.200 francs a été déjà répartie, à cet effet, entre les diverses Universités françaises.

D'autre part, le Comité national a tenu à contribuer aux frais d'acquisition et d'installation de l'outillage technique du Sanatorium des étudiants ; une somme globale de 20.000 francs, prélevée sur la faible part (5 %) du produit du timbre revenant au Comité national y a été consacrée.

En outre, une somme de 5.000 francs a été attribuée au « Fonds de secours des étudiants », comme contribution éventuelle aux frais d'hospitalisation de certains d'entre eux.

Enfin, on doit également au Comité national l'installation d'un appareil radiologique à la Cité universitaire (30.000 francs).

C'est donc un total de plus de 1.110.000 francs que le Comité national a pris l'initiative de consacrer aux diverses œuvres universitaires et à l'enseignement supérieur.

— Parti social de la santé publique. *Vœu pour l'établissement d'une nouvelle charte scolaire.* — Le *Parti social de la Santé publique*, réuni en Congrès annuel le 8 juillet 1926, a émis les vœux suivants :

1° *Allègement des programmes* de toutes les classes et allègement corrélatif des programmes d'entrée aux grandes écoles ; 2° *dédoublement des classes* surpeuplées et limitation du nombre d'élèves par classe à 30 ; 3° *multiplication des établissements et des classes de plein air* ; 4° création de *classes de demi-journée* pour les enfants des plus petites classes des écoles ; 5° suppression des *travaux à domicile* pour les petites classes. Réduction de moitié pour les grandes classes ; 6° aménagement de *terrains de jeux* et de *stades scolaires*, munis de vestiaires, de douches et de lavabos, permettant aux élèves de pratiquer l'après-midi, par roulement, les jeux et les exercices physiques dirigés, même en dehors des jours de congé ; 7° généralisation de *l'inspection médicale scolaire* ; 8° institution *d'examens médicaux périodiques* de tous les élèves sans exception avec établissement d'un *carnet sanitaire* pour surveiller la santé des enfants, suivre leur développement, contrôler ou appliquer les mesures de prévention, éviter les abus des exercices physiques et des sports, faciliter l'orientation professionnelle ; 9° *éducation des parents* qui, trop souvent, soumettent l'organisme des jeunes enfants à des fatigues excessives et leur système nerveux à des tensions trop fortes ou trop répétées (sorties trop fréquentes ou trop tardives ; spectacles inappropriés, etc. .)

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Le contrôle des Thermomètres médicaux

Nous recevons la lettre suivante :

Je relève dans le numéro du *Concours Médical* du 30 août 1936, page 2507, un article sur le contrôle des thermomètres médicaux. Cet article laisserait croire que des thermomètres médicaux contrôlés par les Arts et Métiers peuvent présenter des écarts de un degré.

Comme fabricant de thermomètres médicaux, je puis vous assurer que ce contrôle est fait d'une façon absolument minutieuse et que les erreurs sont comptées par centième de degré. De plus, je puis vous certifier que dans les années qui suivent un thermomètre ne subit pas de modification s'élevant à plus d'un dixième de degré sauf accident.

Comment expliquer alors l'erreur relevée par le docteur Le Duigou ? Ce serait, sans doute, assez simple de vive voix, mais il est des choses qu'on peut difficilement écrire. Je me tiens à votre disposition, dans le cas où mes explications pourraient vous être agréables.

Veuillez agréer, mes salutations empressées.

G. HOUET.

A propos des examens périodiques des assurés sur la vie

Nous recevons à ce sujet le compte rendu du 27 août 1936 du Syndicat médical de Cannes :

1° Question de principe.

Le Syndicat de Cannes s'est toujours montré partisan déterminé du principe de l'organisation de la médecine préventive et a seulement demandé que l'application respecte les intérêts légitimes de l'intéressé et du médecin.

L'assemblée, fidèle à sa conception, approuve sans réserve le principe des examens envisagés.

2° Question du libre-choix du médecin par le malade.

Les intérêts en jeu dans le cas particulier sont à la fois l'intérêt de l'assurance et l'intérêt de l'assuré.

L'assurance, couvrant les frais de l'examen, pourrait prétendre choisir le médecin.

La Mutuelle *générale* française s'est heureusement montrée libérale et a compris que le meilleur moyen d'engager l'assuré à user de la faculté qui lui est offerte de se faire examiner préventivement consiste à lui laisser le libre choix du médecin pour cet examen préventif.

L'assemblée approuve entièrement cette conception.

3° Question du respect du secret professionnel.

L'assemblée juge parfaitement satisfaisantes les explications données à ce sujet.

4° Question de la rémunération de l'examen.

Une discussion assez poussée a lieu à ce sujet.

Le Syndicat de Cannes avait antérieurement décidé que, l'examen de prévention devant être aussi complet que l'examen du postulant à l'assurance-vie, le tarif syndical minimum devait être le même, soit 80 francs.

La discussion met en lumière plusieurs points.

D'abord, bien que l'examen du postulant à une assurance-vie soit la partie de beaucoup la plus importante du travail exécuté, et le rapport la partie secondaire, ce rapport n'en constitue pas moins une partie du travail.

Or, dans le cas de l'examen de prévention d'un assuré sur la vie, il n'y a pas de rapport.

Ensuite, le médecin qui examine un postulant à une assurance-vie et donne son appréciation sur la valeur du risque encourt une lourde responsabilité.

Cette responsabilité n'existe pas dans l'examen de prévention d'un assuré sur la vie.

Par contre, l'assemblée ne partage pas l'opinion du médecin contrôleur signataire de la lettre quand il dit que l'examen ne dépasse pas l'ampleur d'une consultation ordinaire.

D'abord, un examen préventif sérieux, tel qu'il est d'ailleurs demandé, ne se conçoit pas, outre les recherches mentionnées dans la lettre, sans l'examen du squelette, de la peau, du système nerveux, des organes des sens, des organes génito-urinaires.

Une consultation ordinaire ne comprend pas habituellement un examen aussi complet.

Elle ne comprend pas par exemple l'examen d'urine, demandé à juste titre, et que le médecin, quand il le juge utile, fait habituellement exécuter par un pharmacien. On peut remarquer sur ce point que le tarif des pharmaciens pour la simple recherche de l'albumine et du sucre pour les assurés sociaux est de 10 francs.

Un examen préventif sérieux et complet est en réalité tout à fait analogue à l'examen du postulant à l'assurance-vie.

L'assemblée finalement décide d'abandonner le tarif minimum de 50 francs.

Certains confrères estiment qu'il ne convient pas d'accepter un prix inférieur à 50 francs.

Finalement, le tarif syndical minimum pour les examens de prévention payés par une Compagnie d'assurances sur la vie est fixé à 40 francs.

Personne n'estime possible d'accepter un tarif inférieur.

Le secrétaire est chargé de communiquer à la Mutuelle générale française les réultats de la discussion et de lui signaler qu'au cas où elle croirait pouvoir accepter le prix de 40 francs, il serait désirable qu'une convention fût passée entre la Compagnie et le Syndicat au sujet de ces examens préventifs, le Syndicat s'engageant alors à user de toute son influence sur les médecins pour que les examens soient exécutés avec toute la minutie désirable, de façon à donner le maximum de résultats.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 8 septembre 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.105 BÉLIARD, Tonnerre (Yonne). Syndicat méd'cal de l'Yonne.
12.106 CHARMOT, Bandol (Var), Syndicat médical de Toulon.
12.107 DE VÉRICOURT, 7, rue de Lesdiguières, Paris (4e) Syndicat des médecins de la Seine.
12.108 Georges DUBOIS, Saint-Benoit-du-Sault (Indre). Syndicat médical de l'Indre.
12.109 FACQUET, 90, avenue Niel, Paris (17e). Parrains : Docteurs Périer et Davous.
12.110 FOURNEAU, La Queue-les-Yvelines (Seine-et-Oise). Parrains : Docteurs Godeau et Marvaud.
12.111 GERMAIN, 57, rue Blatin, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Syndicat médical du Puy-de-Dôme.
12.112 GISCARD, Saint-André (Nord). Association des anciens internes des hôpitaux de Toulouse.
12.113 HECHT, Denain (Nord). Parrains : Docteurs Hascal et Piet.
12.114 LAURIAC, Relizane (Oran). Syndicat des médecins du département d'Oran.
12.115 MERCAT, 10, boulevard Barbès, Paris (18e). Syndicat des médecins de la Seine.
12.116 MOULIN, Montagnac (Hérault). Parrains : Docteurs Bondet et Dayon.
12.117 OLLIVIER, Hyères (Var). Syndicat médical d'Hyères.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

7.788. — Droit des assurés sociaux aux spécialités pharmaceutiques

A plusieurs reprises, le *Concours Médical* a confirmé que les spécialités pharmaceutiques pouvaient être prescrites aux assurés sociaux notoirement indigents (article 59).

Dernièrement j'ai prescrit une spécialité à un bénéficiaire de l'article 59.

Le pharmacien n'a pas voulu la délivrer, avant d'être autorisé par la Préfecture.

Je lui ai aussitôt communiqué votre article nº 4329 du 14 juin 1936.

Le pharmacien s'est rendu à la Préfecture avec cet article, et en est revenu avec un résultat négatif.

Que dois-je faire devant la carence de la Préfecture qui ne se soucie guère des intérêts de ses assistés assurés sociaux ?

Dr M.

Réponse

Le principe suivant lequel les assurés sociaux notoirement indigents ne sauraient être assimilés à des assistés médicaux relevant de la seule loi du 15 juillet 1893, mais doivent, au contraire, être traités sur le même pied que les assurés ordinaires (sauf naturellement en ce qui concerne le paiement des honoraires du médecin) a été consacré à de nombreuses reprises par la jurisprudence, notamment par le Tribunal civil de Reims du 4 décembre 1935, par un arrêt de la Cour de cassation du 24 juin 1936, et enfin par une sentence évidemment dépourvue de la même valeur jurisprudentielle, mais fort bien motivée de la Commission d'arrondissement des Assurances sociales de Louhans, dont nous vous faisons parvenir copie.

Nous n'ignorons pas cependant que la thèse administrative n'a pas été ébranlée par ces décisions jurisprudentielles et qu'elle continue à prétendre que « le remboursement des frais afférents aux soins dentaires et à la fourniture d'appareils de prothèse dentaire aux assurés sociaux indigents, est limité par les dispositions du règlement départemental d'assistance » (Réponse ministérielle nº 3533, *J. O.*, 3 juin 1936), les mêmes principes étant appliqués en matière de spécialités pharmaceutiques. Il est évidemment fort difficile de faire respecter en l'espèce les droits de l'assuré, ainsi d'ailleurs que ceux du médecin. En effet, le médecin peut parfaitement prescrire à son malade les spécialités qu'il estime appropriées à l'état de son client ; ce dernier ne pourra cependant se les procurer si les pharma-

ciens refusent de les délivrer, craignant de ne point être remboursés par la collectivité d'assistance débitrice. En effet, les pharmaciens étant des commerçants , sont libres de ne pas vendre les produits et il est impossible de les obliger à délivrer contre leur gré une spécialité déterminée à un assuré.

Nous croyons donc que la solution à cette question ne saurait être trouvée que dans un accord intervenant entre Syndicats médicaux et Syndicats pharmaceutiques ayant pour but de mener une unité d'action en vue de la défense de leurs droits et de leurs intérêts propres, ainsi que de ceux de leurs clients. Cet accord, une fois réalisé, les pharmaciens pourraient poursuivre les collectivités d'assistance en paiement des spécialités ainsi délivrées (avec au besoin, une participation financière des organismes médicaux de défense professionnelle), afin de faire trancher la question d'une manière précise et définitive par la Cour suprême.

7.855. — Caractère obligatoire des Assurances sociales

J'ai un renseignement à vous demander au sujet des Assurances sociales.

Je viens de prendre pour mon domicile privé un ménage : valet de chambre, cuisinière.

Ces gens possèdent une villa qui leur donne quelques revenus. Ils gagnent chez moi 850 francs par mois. Ils ne veulent absolument pas faire partie des Assurances sociales. En ont-ils le droit ? Quels sont les ennuis que peut m'attirer leur manque d'inscription aux Assurances sociales ?

D[r] M.

Réponse

En vertu de l'article 1er du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, modifié par la loi du 26 août 1936, font partie obligatoirement des Assurances sociales tous les salariés, et d'une façon générale toutes les personnes de nationalité française de l'un ou l'autre sexe, travaillant à quelque titre, et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quand leur rémunération totale annuelle quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 21.000 francs. Ce chiffre limite est même porté à 25.000 francs pour les personnes qui ont au moins un enfant à charge.

Il est d'autre part, admis par la doctrine, qu'il n'y a lieu de tenir compte, pour déterminer le chiffre de l'assujettissement obligatoire aux Assurances sociales, que des rémunérations ayant le caractère de salaire. On ne doit pas, par contre, ajouter à la rémunération totale annuelle les revenus que l'assuré tire d'une propriété, d'une pension, d'une rente viagère ou de l'exercice

d'une autre profession non salariée. (Réponse ministérielle, n° 9311, *Journal officiel* du 12 août 1930).

Il s'ensuit qu'en l'espèce, vos deux domestiques ont bien la qualité d'assujettis obligatoires et que vous êtes obligé de les faire immatriculer et de les déclarer au service régional des Assurances sociales. Ne le faisant pas, vous encourez les sanctions prévues à cet effet par la loi, à savoir une amende de 1.600 francs (× 11 par les centimes additionnels). Vous pouvez, d'autre part, être poursuivi à tout moment par le service des Assurances sociales en paiement des doubles cotisations arriérées majorées des intérêts de retard. Il importe peu, à cet égard, que vos domestiques s'opposent à leur immatriculation, car l'accomplissement de cette formalité incombe au patron lui-même, indépendamment du consentement de son salarié.

D'autre part, vous encourez aussi à l'égard de ces domestiques une responsabilité civile indéniable. Il a, en effet, été jugé à plusieurs reprises, que le salarié que son patron n'a pas fait immatriculer aux Assurances sociales alors qu'il était assujetti obligatoire, est fondé à lui réclamer, en cas de maladie, une indemnité égale à la valeur des prestations dont il est privé par sa faute, ce en vertu de l'art. 1.382 du Code civil. Il a même été décidé par la Cour de cassation dans son arrêt du 22 juillet 1935 (*Gaz. du Palais*, 23 octobre 1935) que le fait que l'employé ait été d'accord avec son patron pour que les contributions le concernant ne soient pas versées au Service des Assurances sociales, s'il est de nature à engager la responsabilité de l'employé dans le préjudice subi par lui, ne saurait exonérer totalement le patron de la faute qui lui est reprochée.

Le patron qui doit retenir la part contributive de l'employé sur le montant du salaire au moment de la paye, sans que celui-ci puisse s'opposer à l'opération du précompte, est en faute s'il ne satisfait pas aux obligations que la loi a mises à sa charge. Il est donc justifié de condamner le patron à la réparation partielle du préjudice subi par l'employé, en tenant compte du partage de la responsabilité.

Il résulte donc de ces diverses considérations que le fait pour vous d'accepter de ne pas remplir les formalités légales en ce qui concerne les Assurances sociales, ne vous exonère qu'à titre fort précaire des cotisations relativement minimes et vous fait encourir des risques de responsabilité civile et pénale non négligeables.

Nous ne saurions donc vous conseiller de vous conformer au désir de vos domestiques et nous croyons qu'il serait bien préférable de vous mettre en règle avec la loi.

8.002. — Application du nouveau régime des Assurances sociales

Je vais encore avoir recours à vos conseils en matière d'Assurances sociales.

1° Un de mes clients est malade du 17 décembre 1935 au 31 mars 1936 et perrçoit toutes ses prestations normales.

Sa femme tombe elle-même malade en février 1936 : la Caisse refuse les prestations pour elle alléguant que « le montant des cotisations au cours du quatrième trimestre est insuffisant ».

Est-ce possible ?

2° La même femme retombe malade ces jours-ci, alors que son mari a repris son travail le 1er avril (ne pas oublier qu'il a été malade pendant tout le premier trimestre 1936) a-t-elle droit maintenant pour elle-même aux prestations ?

Dr B.

Réponse

Il résulte de la Circulaire ministérielle du 30 décembre 1936 relative à l'entrée en application du nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre dernier, que « les prestations étant conditionnées par les versements opérés, le nouveau régime institué ne peut avoir d'effet en ce qui concerne les conditions d'attribution et la quotité des prestations, qu'à compter du 1er avril 1936... Jusqu'au 1er avril prochain les organismes d'assurance devront ainsi continuer à accorder les prestations sur la base du régime précédemment établi ».

Or, en vertu du régime de la loi de 1928-1930, les assurés pouvaient prétendre au versement des prestations maladie alors qu'ils avaient à leur compte au moins 60 cotisations journalières durant le trimestre civil précédant celui de la première constatation médicale de la maladie. Il s'ensuit qu'en l'espèce, la femme de votre client peut prétendre aux prestations si son mari remplit cette condition au cours du quatrième trimestre de 1935. Il y a lieu de noter à cet égard qu'en vertu de l'art. 5, parag. 2 de la loi de 1928-1930, les journées de maladies indemnisées sont décomptées comme journées de cotisation.

Depuis le 1er avril 1936, il y a lieu par contre de se référer pour déterminer le droit aux prestations des intéressés, aux dispositions du nouveau régime, c'est-à-dire à l'art. 7, paragr. 2 d'après lequel l'assuré doit avoir subi, par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident ou 60 francs au moins pendant les quatre trimestres civils précédents. Les trimestres de référence sont donc en l'espèce, si la première constatation médicale de la maladie date du mois de septembre 1936, soit les deux pre-

miers trimestres de 1936, soit ces deux trimestres et les deux derniers de 1935. Le mari de votre malade ayant été lui-même dans l'incapacité de travailler par suite de maladie aucours de cette période, ne peut invoquer à l'égard de sa Caisse les dispositions de l'art. 7, parag. 5 en vertu duquel lorsque la maladie a duré plus d'un mois, la Caisse d'assurances verse pour son compte pour les mois ultérieurs une cotisation forfaitaire par quinzaine égale au montant de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec un minimum de 6 francs. Il est naturellement tenu compte de ces cotisations pour l'appréciation des droits de l'assuré.

Si la Caisse oppose à vos clients un refus non fondé, il y a lieu pour ces derniers de la poursuivre devant une Commission d'arrondissement de son siège par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification de la décision définitive de refus.

QUESTIONS DIVERSES

7.662. — Compétence en matière de recouvrement d'honoraires médicaux

Vous m'avez signalé il y a quelques mois, qu'en cas de soins donnés à ma clinique, les débiteurs pouvaient être cités, au ressort de ma clinique et non au ressort de leur domicile.

Cette question ayant une grande importance pour moi, pourriez-vous me donner les dates des arrêts autorisant cette procédure ?

Dr B.

Réponse

Il résulte effectivement de la jurisprudence que la loi du 6 avril 1932 qui donne au créancier la faculté d'assigner son débiteur, en matière de fournitures, travaux, location, louage d'ouvrage ou d'industrie, devant le Juge du lieu où la convention a été conclue et exécutée, à la condition que l'une des parties soit domiciliée en ce lieu, peut être invoquée par le chirurgien poursuivant l'un de ses clients en paiement de ses honoraires médicaux et frais de clinique.

Les raisons qui faisaient douter de l'applicabilité de cette loi à ce cas particulier du médecin, sont qu'en effet pas plus la doctrine que la jurisprudence ne sont fixées sur la nature juridique du contrat intervenu entre un médecin et son client. Certains veulent en effet y voir un simple contrat de mandat, d'autres, au contraire, rattachent ce contrat au contrat de louage de service ou plutôt au louage d'ouvrage ; d'autres, enfin, y voient un contrat innommé *sui generis*. La théorie du contrat de louage d'ouvrage nous paraît la plus exacte puisqu'elle rend compte de la plupart des règles en la matière, à l'inverse du contrat

de louage de service qui institue une dépendance insoutenable entre le médecin et son client.

Cette thèse a d'ailleurs été acceptée par le Tribunal de paix de Toulouse-Ouest, le 17 mai 1933 et surtout par le Tribunal civil de Beauvais dans son jugement du 28 mars 1935 dont nous vous transmettons copie. Ce jugement est au reste d'autant plus fondé, qu'il s'agissait, dans ce cas, comme dans le vôtre, de poursuites exercées à la fois pour frais d'opération et frais de clinique. Or, les frais de clinique et autres fournitures rentrent évidemment au premier chef dans les prévisions de l'article 4 de la loi du 6 avril 1932. Les frais et honoraires médicaux venant en sus dans le total de la note doivent donc suivre le même sort que cette dernière. Le Tribunal a d'ailleurs tranché formellement la question de la nature du contrat médical, en décidant dans l'un de ses attendus que « les soins cliniques et opérations administrés par le médecin, présentent le caractère d'un louage d'ouvrage ou d'industrie ».

La question de principe est actuellement devant la Chambre civile de la Cour de cassation dans une affaire soutenue par notre Ligue. Malheureusement, le nombre des affaires en instance devant cette Cour, empêche qu'une prompte solution ne soit obtenue à ce sujet. Dès que l'arrêt sera rendu, nous ne manquerons pas de le publier dans le *Concours Médical.*

7.754. — Admission à l'assistance médicale gratuite

J'exerce dans une commune qui a beaucoup de revenus dont certains, de par la volonté des donateurs, devraient être attribués aux œuvres d'assistance. Or, il n'y a que trois ou quatre inscrits sur les listes d'indigents. Les autres indigents sont obligés d'aller quémander chez le Maire qui, après quelques pourparlers, quelques supplications, les admet d'urgence.

Ainsi, depuis deux ans que j'exerce à C..., je n'ai eu qu'une fois un bon d'assistance ayant un numéro. Dans les autres cas, fort rares d'ailleurs, la mention « admis d'urgence » était inscrite.

Ces jours-ci, j'ai visité plusieurs indigents qui ne m'ont pas donné de bulletin, car le maire leur a refusé : ils ne sont pas de son côté politique.

Je vous dirai, d'autre part, que je suis en fort mauvais termes avec le maire, qui cherche à me nuire par tous les moyens.

Dr B.

Réponse

L'inscription des habitants d'une commune sur la liste d'assistance communale, prévue par la loi du 15 juillet 1893 n'est nullement subordonnée à l'arbitraire du maire et du conseil municipal ; bien au contraire, tout un système de moyens de recours a été institué par les différentes lois relatives à la matière, afin de permettre, soit aux indigents de faire reconnaitre leurs droits, soit

aux contribuables de la commune ou aux Administrations supérieures, de protéger les finances communales contre une municipalité en veine de démagogie électorale.

Ces voies de procédure et de recours ont été réglementées, pour la dernière fois, par un décret-loi du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des lois d'assistance. En vertu de l'article 6 de ce décret, les demandes d'admission au bénéfice des lois d'assistance et notamment de celle du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, sont adressées à la mairie de la résidence de l'intéressé et sont inscrites par le bureau d'assistance ; elles sont transmises, avec l'avis de ce bureau et celui du conseil municipal, au secrétariat de la Commission cantonale d'assistance ; cette Commission se réunit au moins une fois par trimestre sur la convocation du préfet ou du sous-préfet et plus souvent s'il est nécessaire ; elle statue sur les demandes à la majorité des membres présents ; elle dresse les listes d'assistance ; les transmet aux préfets et aux maires des communes de la circonscription, dans un délai de vingt jours, à compter de la notification aux intéressés de ladécision de la Commission cantonale, un recours peut être formé devant une commission d'appel qui siège au chef-lieu du département ; les décisions de cette Commission, prises à la majorité des membres présents, sont notifiées aux intéressés par l'intermédiaire du préfet et des maires dans un délai de deux mois. A dater de cette notification, la décision de la Commission d'appel est susceptible de recours devant une Commission centrale siégeant à Paris. D'autre part, les recours tant devant la Commission départementale que devant la Commission centrale peuvent être formés par le préfet ou par tout habitant ou contribuable de la commune. En cas d'admission d'urgence, celle-ci est prononcée par le maire, mais doit être ratifiée par la Commission cantonale dans le délai d'un mois.

Il y aurait donc lieu de conseiller à vos clients, susceptibles de bénéficier de la loi du 15 juillet 1893, c'est-à-dire dépourvus de ressources nécessaires pour faire face, éventuellement, aux frais d'une maladie, d'user des voies de recours que leur donne la loi pour se faire inscrire sur la liste d'assistance de votre commune. Vous ne seriez plus ainsi obligé de soigner ces indigents gratuitement et vous pourriez vous faire honorer suivant le tarif départemental d'assistance ; d'un autre côté, si le maire inscrivait sur les listes, les familles non privées de ressources, vous obligeant ainsi à vous contenter du tarif d'assistance alors que vous auriez été en droit de prendre le tarif de droit commun, il vous serait possible d'user de la voie de recours que vous donne l'article 7 précité afin de faire radier des listes les inscriptions abusives.

8.004. — Un médecin peut-il porter sur lui une arme ?

Devant les réponses contradictoires qui me sont faites par les autorités je m'adresse à vous :

Un médecin est-il autorisé à porter sur lui une arme à feu ? Y a-t-il des démarches à faire pour obtenir l'autorisation ? lesquelles ? Dr. D.

Réponse

En principe, le droit de port d'armes est un droit inhérent à la qualité de Français dont on ne peut être privé que par jugement. Mais les armes dont le port est ainsi permis sont les armes apparentes et défensives.

Le port d'armes prohibées constitue un délit réprimé par la loi : est déclarée prohibée toute arme offensive secrète et cachée. Mais la loi ne fournit aucune énumération limitative de ces armes et il appartient à la jurisprudence d'examiner dans chaque cas si on se trouve ou non en face d'une arme prohibée.

En ce qui concerne le port des pistolets et revolvers, on se trouve cependant en face d'une disposition formelle : ces armes sont rangées dans la catégorie des armes prohibées par l'article 1er du décret du 29 mars 1934, quels que soient leurs modèles, calibres ou dimensions.

Cette interdiction s'applique de manière générale et sans dérogation. Il a été jugé en effet qu'aucune excuse ne peut résulter de ce que le prévenu a été autorisé par l'autorité locale à porter, pour sa défense personnelle, une arme prohibée. Il n'y a là qu'une circonstance atténuante soumise à l'appréciation discrétionnaire du juge.

Mais ce qui est interdit par la loi, c'est le port de l'arme prohibée par l'individu lui-même. Le délit n'existe donc que si le prévenu détient réellement l'arme sur lui. Mais il n'y a pas délit si cette arme se trouve seulement dans ses bagages (Cour de Douai, 11 mars 1861) ou même dans une sacoche (Grenoble, 2 octobre 1888). Vous seriez donc en droit de détenir une arme de cette nature (revolver, pistolet, etc.) dans une poche de votre voiture automobile. D'un autre côté il y a lieu de rappeler que « L'indulgence s'impose à l'égard de l'honnête homme porteur d'une arme prohibée, mais ayant pour excuse la menace d'une aggression » (Circulaire du Ministre de la Justice, 20 août 1912.)

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.488. — Tenue obligatoire pour une période d'exercice

Je suis averti d'avoir à accomplir une période d'exercice de sept jours en octobre prochain. Je n'ai qu'une tenue bleu-horizon. Celle-ci n'est plus réglementaire. Mais n'est-elle pas encore tolérée ? Et

serai-je obligé, pour une seule semaine, de me munir d'une tenue neuve ? Dr D.

Réponse

La tenue bleu-horizon n'est plus réglementaire ; mais à notre avis, si l'on peut exiger la nouvelle tenue kaki de la part des militaires de l'active, il existe une tolérance pour ceux des réserves, à moins de leur allouer une nouvelle mise d'équipement.

Comme cette dernière éventualité n'est pas envisagée, on ne pourra vous faire grief de vous présenter en bleu-horizon, lorsque vous viendrez effectuer votre période d'instruction.

7.891. — Droit des ascendants d'un militaire victime d'un accident en service commandé

Un militaire célibataire accomplissant son service est décédé des suites d'une fracture du crâne, cet accident est survenu au mois de mai, en service commandé.

Le père, 49 ans et la mère, 44 ans, ont-ils droit à une indemnité ou pension ? ils ne touchaient pas l'allocation militaire en l'absence de leur fils.

Des personnes plus ou moins bien informées prétendent que ces ascendants n'auront droit à pension que lorsque la mère aura atteint 55 ans et le père 60 ans, est-ce exact ? Dr B.

Réponse

Si la mort de ce militaire est due à un accident survenu en service commandé, les ascendants ont droit à une retraite, mais seulement lorsqu'ils ont atteint l'âge de 60 ans pour le père, de 55 ans pour la mère, à moins qu'ils ne soient infirmes, et sous certaines restrictions, tenant au payement de l'impôt sur le revenu.

Une demande doit être adressée dans ce but à l'Intendant militaire départemental des Pensions qui est chargé de constituer le dossier.

7.885. — Obligations des officiers honoraires

Abonné du *Concours Médical*, je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître les obligations que comporte la position d'officier honoraire. Je suis atteint par la limite d'âge de mon grade de médecin commandant et je dois donner mon acceptation ou non pour être admis à la position d'officier honoraire. Dr V.

Réponse

La position d'officier honoraire n'entraîne aucune obligation d'activité militaire, même en cas de mobilisation.

C'est, comme son nom l'indique, une situation purement honorifique.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Demi-Colonnes

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 259. — Doct. exerç. Paris (VII[e]), plus. titres médic., au courant méd. génér., libre demi-journée.

N° 260. — Dr âgé n'exerç plus, vendr. nombr. instrum. d'ophtalm. et O.-R.-L. à moitié prix. Ecr. Dr E. H. passage Bouchardy, Paris (XI[e]).

N° 261. — Nord-Est. Poste import. à reprend. dans localité industrielle. Gros rapp., fixes import. Possib. faire chirurg. et rayons X. Urgent.

N° 262. — Méd. franç. long. expér. profess,. entraîné grosse client. saison nomb. relat., lang. étrang., lég. d'honn., permis cond., obligé pour raison famil. se rapprocher rég. Paris, cherche occup. paraméd.ou client. méd. génér., ou aide confr. surmené, ou assist. clinique.

N° 263. — A céder client. ophtalm., matériel moderne Indemn. à débatt. Appartem. à volonté.

N° 264. — A vend. matér. de cab. méd. et diathermie. U. V., haute fréq. S'ad. pour renseign. à Dr J., 22, boul. Barbès, Paris; Montm. 19-36.

N° 265. — A céder d'urgence pour cause décès, 17[e] arrondissement, quartier neuf, belle clientèle médicale, uniquement en consultations, chiffre pouvant être largement dépassé si successeur adjoint visites, aucun frais, grand appartement. Prix à débattre.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5[e]), Tél. : Odéon 36-46

Sud-Ouest. — Ville importante. Cabinet d'électro-radiologie. A céder avec l'installation : 70.000 fr.

Poitou. Gros centre industriel, bon poste ancien à traiter de suite cause santé : 30.000 dont 20.000 cpt.

Région nord de Paris. — Très importante clientèle avec gros fixes transmissibles. Habitation confortable. Indemnité 80.000 dont 40.000 cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de dermatologie* — Un cours pratique et complet de dermatologie sera fait à l'hôpital Saint-Louis, à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, sous la direction du Professeur Gougerot, du 5 au 31 octobre 1936.

Pour renseignements, s'adresser au Docteur Carteaud, à l'hôpital Saint-Louis (pavillon de la Faculté).

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (*Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme*), en dix leçons, par MM. P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 5 octobre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droits : 250 francs. Inscriptions 17, rue du Fer-à-Moulin.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Un *cours de perfectionnement sur la tuberculose*, sous la direction du Prof. Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé, à Lyon, du lundi 9 novembre au 6 décembre 1936 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la Clinique de la tuberculose, par le Prof. P. Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté de médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoires.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (avenue Rockfeller, n° 8) ou à l'Institut bactériologique, 61, rue Pasteur, Lyon (VII^e^). Les droits à verser sont de 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour ces bourses, et tous renseignements d'inscriptions, au Prof. P. Courmont, Clinique de la tuberculose, Faculté de médecine de Lyon.

— **Hôpital-hospice de Niort.** — *Journée médicale du 18 octobre* 1936. — La Commission administrative de l'hôpital de Niort, de concert avec le Syndicat médical des Deux-Sèvres, organise le 18 octobre prochain, sous la présidence de M. Louis Martin, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, une journée médicale entièrement consacrée à l'*hospitalisation* et aux problèmes que

cette question soulève tant pour le Corps médical que pour les bénéficiaires des lois sociales actuelles.

Cette manifestation à laquelle sont invités médecins et administrateurs, comprendra, outre la lecture et la discussion d'un rapport sur la question mise à l'ordre du jour, une visite détaillée de l'hôpital de Niort, qui vient d'être reconstruit sur des données toutes nouvelles.

Contrairement à ce qui avait été précédemment annoncé et en raison de l'importance et de l'actualité de la question hospitalière, la question médicale figurant au programme primitif (le traitement médico-chirurgical des ulcères duodénaux) est remise à une séance ultérieure.

— **Société française de phoniatrie.** (Secrétaire général : Docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris-XVIe). — Le IVe Congrès de la Société française de phoniatrie aura lieu sous la présidence de M. le Prof. Lemaitre (vice-présidents : M. le Prof. Jacques, M. le Prof. agrégé Halphen), le mercredi 21 octobre, à 9 heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Rapport par M. le Prof. PORTMANN : Radiologie et phonation.

— **Faculté de médecine de Bruxelles.** — *Diplôme de médecin licencié en éducation physique.* — L'enseignement de l'éducation physique, à la Faculté de médecine de Bruxelles, confié à MM. les Professeurs Spehl et Govaerts, commencera dans le courant d'octobre.

Il est réservé aux médecins et aux étudiants en médecine. Le diplôme, décerné après une année d'études, donnera le titre de médecin licencié en éducation physique.

— **Fédération thermale du Sud-Est.** — La Fédération thermale du Sud-Est s'est réunie le dimanche 13 septembre 1936, à son siège à Vals-les-Bains, sous la présidence de M. le Docteur Jeanot, secrétaire de la Fédération thermale de France.

— **Ligue contre la surdité.** — Après sa dernière assemblée générale, tenue le 20 septembre, le bureau de la Ligue contre la surdité (secrétariat général : Palais Doria, 143 *bis*, Promenade des Anglais, Nice) est ainsi constitué : président d'honneur : M. le Professeur Portmann ; président : M. Robert Morche ; vice-présidents : MM. Auguste Lumière, Foveau de Courmelles, Arama-Michel, Pierre Isaac ; secrétaire général : M Albert Candau ; trésorier : Mme Descarrières ; membres : MM. Constantin, le Colonel Grépinet, Machicot, Témine et Vial.

— **Ministère des pensions.** *Emplois réservés.* — Le Docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires (loi du 12 août 1933) communique la note suivante :

Le Gouvernement général de l'Algérie réserve aux pensionnés de guerre les nouveaux emplois suivants :

Service des Contributions diverses (Postes de médecins). — 1° Département d'Oran : Oran ; 2° Département de Constantine : Constantine, Guelma, Bougie, Batna, Bône, Philippeville, Sétif, Souk Ahras.

Service des douanes (Postes de médecins). — Tlemcen, Béri-Saf, Mostaganem, Arzew, Oran, Castiglione, Alger, La Pérousse, Tipasa, Port Gueydon, Dellys, Philippeville, Souk-Ahras, Bône.

— Société anonyme des mines du Zaccor à Miliana : 1 médecin.

— Société des tramways algériens : 3 médecins agréés par la Compagnie ; 16 pharmaciens agréés par la Caisse de secours.

— Chemins de fer sur routes d'Algérie : 3 médecins, 1 oculiste, 1 dentiste, 20 pharmaciens.

— **La défense anti-aérienne en Angleterre.** — L'Angleterre prend des mesures importantes de défense anti-aérienne. Les nouvelles écoles sont construites avec abris prévus pour les enfants. D'autre part, quarante millions de masques à gaz ont été commandés par le Gouvernement, leur livraison étant prévue pour la fin de l'année.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Edouard Fabre nous font part de la naissance de leur fils *Christian*.

Montpellier, 18 septembre 1936.

Nos meilleurs compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Docteur Picardet (de Montmarault, Allier). Nous adressons à son gendre, M. le Docteur R.-D. Anglade, médecin en chef des Asiles de la Seine, et à Madame Anglade, sa fille, l'expression de nos sincères condoléances.

Les médecins étrangers en France

Un de nos lecteurs, tout en ne se dissimulant pas le danger de l'envahissement du Corps médical français par les médecins étrangers émet la crainte que la statistique fournie à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la banlieue Nord et Est que nous avons reproduite, ne soit pas à l'abri de tout reproche d'inexactitude. Il nous demande sur quels documents, elle a été établie.

Nous ne saurions lui répondre. Nous ferons toutefois remarquer que les chiffres que nous avons donnés et qui émanent du Docteur Querrioux, ont été publiés dans de nombreux journaux de médecine et que le journal *Le Temps* lui-même les a reproduits.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

16 SEPTEMBRE

Hygiène publique

Avis de vacance de postes de directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Lorient est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français, et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de 40 ans.

Le traitement est fixé de 32.000 à 44.000 francs, en cinq classes.

Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers est déclarée ouverte.

Le traitement alloué s'élève de 38.000 à 48.000 francs par an, en six classes. Il s'y ajoute diverses indemnités.

Le titulaire du poste ne sera pas autorisé à faire de la clientèle.

Avis de concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental des Services d'hygiène des Ardennes.

Les candidats à cet emploi devront être Français et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine ; ils devront être âgés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite ; ils devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'État).

Le concours est réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français, et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Les demandes rédigées sur timbre devront être envoyées avant le 15 octobre 1936 au préfet des Ardennes, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement est fixé de 30.000 à 42.000 francs en cinq classes. Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat et une gratification de fin d'année égale au douzième du traitement annuel.

19 SEPTEMBRE

Service de santé militaire

Par décret du 17 septembre 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure ci-après désignés :

(Rang du 30 juin 1936) Farjeot, de la 9e sect. inf. milit., aff. à la 9e rég.

(Rang du 21 sept. 1936) Desrosiers, de la 22e sect. inf. milit., aff. rég. de Paris ; Lambrecht, de la 1re sect., aff. 1re rég. ; Geneau de la 1re sect., aff. 1re rég. ; Plas, de la 6e sect., aff. 6e rég. ; Balmes, de la 7e sect., aff. 7e rég. ; Veyrac., de la 7e sect., aff. 7e rég. ; Has, de la 7e sect., aff. 7e rég. ; Guichard, de la 8e sect., aff. 8e rég. ; Pouliquen, de la 11e sect., aff. 11e rég. ; Pelletier, de la 11e sect., aff. 11e rég. ; Piollet, de la 13e sect., aff. 13e rég. ; Coche, de la 14e sect., aff. 14e rég. ; Signoret, de la 15e sect., aff. 15e rég. ; Quet, de la 16e sect., aff. 16e rég. ; Bender, de la 23e sect., aff. 20e rég. ; Violet, de la 32e sect., aff. ux troupes du Maroc ; Bouvier, de la 32e sect., aff. aux troupes du Maroc ; Piroux, de la 32e sect., aff. aux troupes du Maroc.

Les élèves officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés :

(Rang du 21 septembre 1936) Le Sueur, de la 22e sect., aff. rég. de Paris ; Mozziconacci, de la 22e sect., aff. rég. de Paris ; Boulenger, de la 22e sect., aff. rég. de Paris ; Lamotte, de la 22e sect., aff. rég. de Paris ; Joly, de la 2e sect., aff. 2e rég. ; Taveau, de la 6e sect., aff. 6e rég. ; Guillemin, de la 6e sect., aff. rég. de Paris ; Geffroy, de la 6e sect., aff. 6e rég. ; du Buit, de la 11e sect., aff. 11e rég. ; Duret, de la 23e sect., aff. 20e rég. ; Abaze, de la 23e sect. aff. à la 20e rég.

Hygiène publique

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Dieppe est déclarée ouverte.

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de 50 ans.

Le traitement est fixé à 15.000 francs ; il s'y ajoute une indemnité de 6.000 francs pour l'inspection médicale des écoles.

Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle, mais peut être appelé à prêter son concours aux Services départementaux et municipaux d'assistance et d'hygiène sociale.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Situation d'un médecin suspendu de ses fonctions de médecin de l'Assistance

663. — M. Saint-Venant demande à M. le ministre de la Santé publique : 1º si un médecin propharmacien de l'Assistance médicale gratuite, suspendu par le préfet, sur proposition de la Commission de contrôle, de ses fonctions de médecin de l'Assistance, peut néanmoins continuer à fournir des médicaments, soigner bénévolement les assistés et leur délivrer ainsi des ordonnances ; 2º si un pharmacien qui aurait fourni les prescriptions formulées par le médecin propharmacien suspendu, doit être payé ; 3º si un praticien suspendu de ses fonctions dans les mêmes conditions que ci-dessus peut continuer à soigner bénévolement les assistés et leur délivrer ainsi des ordonnances ; 4º si le pharmacien qui a fourni les médicaments prescrits par le médecin sanctionné doit être payé. (*Question du* 12 *août* 1936.)

Réponse. — Lorsqu'un médecin ou un médecin propharmacien du Service d'assistance médicale gratuite est suspendu de ses fonctions par le préfet, placé en vertu de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, à la tête du Service départemental d'assistance, il n'est plus en droit de collaborer à ce Service, soit en soignant les assistés et en délivrant des ordonnances, soit en fournissant lui-même les médicaments. Il en résulte que le pharmacien du Service ne peut plus délivrer des médicaments au vu des ordonnances délivrées par le praticien sanctionné. Il ne saurait, en conséquence, être remboursé de ses débours, sauf le cas exceptionnel, et dont il lui appartiendra de faire la preuve, où il se trouvait dans l'ignorance de la sanction dirigée contre le médecin.

(*J. O.*, 29 août 1936).

CORRESPONDANCE

Pensons aux nôtres....

Monsieur le Secrétaire général
de la Mutualité familiale,

J'ai soixante ans. Pouvez-vous m'assurer une retraite à 65 ans ? Je crains qu'il ne soit trop tard.

Mais ma femme n'a que 45 ans et j'ai un fils qui vient de passer sa thèse à 25 ans. Que pouvez-vous me proposer pour eux ?

Je disposerais d'environ 2.000 francs par an pour leur garantir une indemnité-maladie et une retraite.

Dans l'attente de votre réponse, recevez, etc...

Dr F. à P. (V.).

Réponse

Pour vous, il est trop tard, vous avez passé l'âge où l'on peut souscrire à une Mutuelle pour une retraite.

Votre femme peut être inscrite à notre combinaison R pour 4.800 francs de pension : prime annuelle contre-assurée gestion comprise : 1.390 francs.

Pour votre fils, je vous conseille l'indemnité-maladie accidents à 50 francs par jour : cotisation totale, 428 francs et une retraite de 4.800 francs à 65 ans. Cotisation : 347 francs.

Le tout coûterait : 2.165 francs.

Et votre fils pourrait plus tard augmenter sa pension.

Vous voyez que nous sommes une « œuvre familiale ».

Mais plus on y entre jeune, plus grandes sont les possibilités d'avantages et plus faibles, les cotisations.

Dr H. MIGNON.

Sur la nature des primes exigées par la Mutualité familiale

Membre de vos œuvres, je suis avec un intérêt tout particulier vos chroniques dans le *Concours*.

Je vous soumets une objection, à résoudre dans vos colonnes.

Vos primes sont annuelles. J'ai déjà un certain nombre de primes annuelles à payer. Je voudrais adhérer à plusieurs de vos combinaisons, en utilisant certaines ressources. Mais je ne veux pas préjuger de l'avenir. Peut-on résoudre cette question et comment ?

Signé : V.
sans nom, ni lieu de domicile.

Réponse

Je ne saisis pas bien votre *question*. Veuillez

préciser ce que vous désirez. Nos primes sont annuelles comme toutes les primes. Mais on peut les payer par semestres et même les modifier selon les besoins. A la rigueur, on pourrait envisager des versements trimestriels. En tout cas, on n'est jamais engagé que pour un an pour chaque cotisation.

Veuillez donc nous dire d'une façon plus claire ce que vous désirez et nous donner votre nom et votre adresse pour me permettre de vous répondre à mon tour plus précisément.

Dr H. Mignon.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

6.386. — La gale du ciment n'est pas une maladie professionnelle indemnisable

Je vous serais reconnaissant de vouloir me faire savoir si la dermite, appelée gale du ciment doit être considérée comme un accident du travail ou une maladie professionnelle. Dr T.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne couvre, en principe, que les accidents survenus au temps et au lieu du travail ; elle ne s'applique pas, par contre, aux maladies professionnelles, à moins toutefois, qu'elles ne figurent dans la liste limitative des bénéficiaires, de la protection légale, qui a été dressée par la loi du 1er janvier 1931 et par le décret du 12 décembre 1932, promulguant en France la convention internationale de Genève de juin 1925.

Or, la gale des cimentiers ne figure pas dans cette liste ; elle est simplement prévue par le décret du 16 octobre 1935 dont le rôle est beaucoup plus limité, qui a précisé la liste des maladies ayant un caractère professionnel que le médecin doit obligatoirement déclarer selon les termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 en vue de la prévention de cette maladie et de l'extension ultérieure qui accorde à ces dernières la protection légale.

Il s'ensuit que la victime d'une telle lésion ne peut prétendre au bénéfice des indemnités légales qu'à la condition que cette lésion puisse être considérée comme un accident, c'est-à-dire provienne de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et non point de l'action lente et continue d'une cause tenant à l'exercice normal et régulier de la profession.

Pourrait ainsi prétendre au bénéfice de la législation sur les accidents du travail, l'ouvrier qui serait atteint de brûlures par suite d'un contact brutal avec de la chaux vive.

Votre lettre ne contient pas assez de précisions

Voir la suite page LV-2853

PROPOS DU JOUR

A PROPOS DU CHARBON

Souvenir de la vie de Pasteur

Nous avons publié dans le *Concours Médical* du 30 août 1936, un article du Docteur Paul Chavanon qui rappelle qu'en 1834, alors que Davaine concourait pour l'externat et que Louis Pasteur n'avait encore que douze ans, le Docteur Dufresne, médecin homéopathe, guérissait et prévenait le charbon chez les animaux et leurs bergers, en leur faisant absorber des dilutions de sérosité charbonneuse.

Le Docteur Dufresne serait donc un précurseur et son mérite nous paraîtrait indiscutable, sans diminuer en rien la gloire de Pasteur.

A ce sujet, nous avons reçu de notre confrère, le Docteur Maucuer, de Bollène (Vaucluse) la lettre suivante :

8 septembre 1936,

Monsieur le Directeur et honoré Confrère,

Nous avions cru que Pasteur avait joué un rôle de premier plan dans l'étude des maladies infectieuses, mais les homéopathes l'avaient devancé. Nous savions bien que Davaine avait trouvé le microbe du charbon, mais qu'il n'avait pu réfuter l'objection que le microbe était le résultat et non la cause de la maladie.

Nous avions cru que Pasteur, le premier, avait eu le mérite d'isoler le microbe, de faire des cultures pures et indéfinies, de reproduire indéfiniment la maladie, à son gré, avec ce microbe isolé, d'élucider le rôle des spores, de créer une race de microbes asporulés, avec lesquels il établit son vaccin.

Pasteur n'a jamais parlé de traitement du charbon, mais de vaccination. Enfin, il s'est soumis à la fameuse expérience de Melun.

Puisque nos honorés confrères homéopathes ont eu un des leurs qui *guérissait* le charbon en 1834, il est encore temps de livrer au grand public, et même au public médical, les résultats d'une nouvelle expérience. Ne pourrait-on pas refaire une seconde expérience analogue à celle de Melun. Trente moutons seraient inoculés avec la bactéridie charbonneuse ; quinze seraient traités par des dilutions de rate charbonneuse gangrénée, selon la méthode du Docteur Weber, rappelée par le Docteur Chavanon, et quinze ne recevraient aucun traitement.

Je crois que la réussite non douteuse de cette expérience, effectuée au grand jour, contrôlée par une Commission mixte d'homéopathes, d'allopathes et de bactériologistes, amènerait à l'homéopathie une foule de praticiens, tout en plaçant le nom de Weber à la place qu'il mérite, la première.

A quand l'expérience avec les dilutions de rate gangrénée d'animaux charbonneux ?

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et honoré Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr L. Maucuer.

Nous publions d'autant plus volontiers la lettre du Docteur Maucuer que son nom et sa personne furent associés aux travaux de Pasteur, non sur le charbon, mais sur le rouget des porcs.

M. Vallery-Radot dans *La Vie de Pasteur*, nous apprend que le 15 novembre 1882, Pasteur, accompagné de son neveu, Adrien Loir et de Thuillier, arriva à Bollène, dans le département de Vaucluse, où il avait été appelé par un vétérinaire distingué, M. Maucuer, pour étudier une maladie qui sévissait chez les porcs, le rouget.

Dans une lettre à Madame Pasteur, datée du lendemain de son arrivée à Bollène, l'illustre savant écrivait :

« On ne peut imaginer plus d'obligeance et d'empressement à nous être agréables, que ces excellentes gens Maucuer. Où ils couchent, dans quel cabinet noir, pour nous livrer deux chambres, la mienne et une autre à deux lits, je n'ose pas y penser. Ils sont jeunes encore, n'ont qu'un fils de huit ans qui est en septième au lycée d'Avignon et pour lequel on a demandé un congé de quelques heures aujourd'hui, afin qu'il vienne saluer « M. Pasteur ». Je suis soigné ainsi que ces Messieurs, d'une manière qui pourrait te faire envie ... ».

Le fils, élève de septième au lycée d'Avignon qui vint le 16 novembre 1882 saluer M. Pasteur, est devenu le Dr Maucuer, notre correspondant.

Pasteur et ses aides se mirent de suite à l'ouvrage. Ils installèrent tout près de la maison de M. Maucuer, une porcherie expérimentale.

Pasteur découvrit le microbe du rouget du porc et ne tarda pas à en préparer le vaccin. Grâce à lui, l'épidémie qui régnait dans le Vaucluse et l'Ardèche et qui avait fait plus de 20.000 victimes était enrayée et le 4 décembre, Pasteur et Adrien Loir regagnaient Paris.

Nous avons cru intéressant de rappeler cet épisode de la vie de Pasteur que le Docteur Maucuer n'a certainement pas oublié.

Quant à l'expérience de Melun qu'il désirerait voir recommencer en appliquant le traitement du charbon de Dufresne avec la rigueur scientifique mise par Pasteur dans ses recherches, il serait curieux de la voir entreprendre et, si elle réussissait, elle consacrerait irréfutablement la découverte de Dufresne. J. Noir.

J.-B. CHARCOT (1867-1936)

La mort tragique de J.-B. Charcot, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin et explorateur, a causé dans le monde entier une douloureuse émotion et d'universels regrets.

J.-B. Charcot était presque mon contemporain et les circonstances de la vie nous avaient un instant rapprochés.

Je ne fus jamais l'ami de J.-B. Charcot. Un modeste étudiant de province, peu fortuné, ne pouvait guère se lier avec le fils de l'illustre Professeur Charcot, alors au sommet de la fortune et de la gloire. Je suivis néanmoins avec lui à l'Hôtel-Dieu les conférences d'internat de Parmentier et Rieffel, tous deux médailles d'or ; alors les internes les plus réputés tenaient à honneur de préparer gratuitement à l'internat leurs jeunes camarades. Tout ce dont je me souviens, c'est qu'à cette époque lointaine, J.-B. Charcot, excellent camarade, était très estimé. Il était un des meilleurs élèves de la Conférence.

Interne des hôpitaux, puis chef de clinique du Professeur Raymond, le successeur de son père, Charcot abandonna avec raison la neurologie et la médecine. Quelque eût été sa valeur, il aurait fatalement suivi le sillage de son père et eût toujours été considéré surtout comme le fils du grand Charcot.

Après un stage à l'Institut Pasteur, Charcot se consacra uniquement aux explorations maritimes. Dès sa jeunesse, il avait eu une véritable passion de la mer et passait ses vacances à naviguer.

En 1899, Charcot qui avait consenti, par déférence pour la mémoire de son père, fondateur des *Archives de Neurologie* à en être le secrétaire de Rédaction, ne pouvait en remplir les fonctions ; Bourneville qui dirigeait les Archives, me chargea de cette tâche assez ingrate et pendant quelques années j'eus l'honneur de voir mon nom suivre celui de Charcot en tête des *Archives de Neurologie.*

Je ne ferai pas l'exposé des explorations antarticques de Charcot sur *le Français.* Je ne parlerai pas de ses exploits à la chasse aux sous-marins allemands sur le chalutier qu'il commandait pendant la grande guerre, ni ensuite de ses croisières à l'Ile Jean-Mayen et au Groënland sur le *Pourquoi Pas* ?

La dernière fois que j'eus le plaisir de le voir et de l'entendre fut lorsqu'il voulut bien conter simplement sa dernière exploration au Groënland au cours d'une conférence des *Voix latines*, intitulée *Les premiers Latins au Groënland* (1).

Cette conférence fut présidée par le Professeur J.-L. Faure qui avait accompagné Charcot dans son exploration. Le *Pourquoi-Pas* ? croisa dans les parages d'une côte désolée presque inconnue, où le Rouennais de Blosseville trouva la mort sur *la Lilloise* en 1834 dans des circonstances analogues à celles du naufrage du *Pourquoi-Pas* ?

Charcot qui était un grand patriote, nous rappela avec fierté que l'explorateur Danois Michelsen, qui avait été le seul, après de Blosseville, qui depuis un siècle avait visité cette région, hissa sur un rocher le pavillon français pour rendre hommage à l'explorateur rouennais.

Charcot avait une affection toute particulière pour les Danois qui le lui rendaient bien. Je me souviens de son émotion quand au cours de sa conférence, il évoqua le souvenir qu'il avait gardé de la famille d'un météorologiste danois établie au lieu où il avait relâché ; il en avait soigné le petit garçon, charmant enfant de six ans, sur les instances pressantes de sa mère, bien qu'ayant quelque peu oublié la médecine infantile ; il fut très douloureusement affecté quand plus tard, il apprit la mort de cet enfant, tombé du haut d'une falaise. L'émotion sincère de ce rude navigateur, rapportant ce simple souvenir, lui faisait honneur.

Je ne saurai oublier la peroraison de cette conférence qui fut l'éloge enthousiaste de l'équipage du *Pourquoi-Pas* ?

« Tant que la France produira des hommes de cette trempe, proclama Charcot, nous n'aurons pas à désespérer de son avenir. Leur devise est :

« *Honneur et Patrie.* »

Charcot était le digne chef de ces braves, morts avec lui au service de la Science et de la Patrie.

J. Noir.

(1) Voir *Concours Médical* 10 Juin 1934, page 1727.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

PARAPLÉGIE SPASMODIQUE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE TARDIVE

Par L. Babonneix

Médecin du Service d'enfants de l'Hôpital Saint-Louis.

En 1930, une fillette de 10 ans nous est adressée par M. le Docteur Lance avec la note suivante :

« Cette enfant, hérédo-syphilitique, prématurée, a marché normalement jusqu'à l'âge de sept ans ; depuis trois ans, elle est atteinte d'une paraplégie spasmodique progressive, avec rétraction des muscles de la base des cuisses : psoas, couturier, droit antérieur. Voudrais-tu donner à sa mère quelques conseils thérapeutiques ? »

Il s'agit, en effet, de paraplégie spasmodique classique. Quelle en est l'origine ?

On peut éliminer, d'une part, la maladie de Little, puisque les premiers pas ont été effectués à un an et que la marche a été normale jusqu'à ces dernières années ; de l'autre, toutes les affections chirurgicales et orthopédiques soit de la colonne vertébrale, soit de la hanche, dont il n'existe aucun symptôme clinique ou radiologique : spina bifida, mal de Pott, coxalgie, etc... Rien, dans les antécédents, ne permet d'incriminer une paraplégie spasmodique familiale. Mais voici quelques données importantes :

1° L'enfant est *hérédo-syphilitique* et suit, en ce moment, à l'hôpital Saint-Antoine, un traitement au sulfarsénol ; elle est d'ailleurs née deux mois avant terme ;

2° La *réaction de Wassermann*, est, pour son sang, faiblement, mais *nettement positive* ;

3° Il existe, chez elle, une légère *sténose de l'artère pulmonaire* (J. Heitz). Or, de nombreux travaux, faits sous la direction, les uns, de Laubry, les autres, de H. Grenet, ont montré que, souvent, les malformations congénitales du cœur reconnaissent pour unique cause l'hérédo-syphilis.

Bien que nous n'ayons pu procéder à la ponction lombaire, la petite malade étant seulement venue à la consultation, bien qu'il n'existe pas de symptômes oculaires nets, il est certain que nous nous trouvons en présence d'une *paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique tardive*, affection découverte par le Prof. Marfan, complètement décrite par cet éminent médecin, pour la première fois, en août 1913, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine des enfants* (août 1913, n° 8, pp. 561-576), et retrouvée, ultérieurement, par de nombreux auteurs. Quels en sont les caractères cliniques ?

C'est ce que met en évidence l'observation suivante :

Observation. — Germaine D..., quinze ans, entrée à la salle Parrot, lit n° 7, le 10 août 1908, parce qu'elle ne peut plus marcher.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, mais il a vingt-sept ans de plus que sa femme. Celle-ci est également en bonne santé ; elle déclare que ni son mari ni elle n'ont jamais eu de maladies vénériennes ; elle n'a pas fait de fausses-couches. Ils ont eu deux enfants : Germaine, qui est l'aînée, et Madeleine, actuellement âgée de douze ans, dont l'observation est relatée plus loin.

Antécédents personnels. — Germaine est née à terme, à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement s'est bien passé. L'enfant a été élevée au sein maternel jusjusqu'à trois mois, puis au biberon. Elle a eu ses premières dents à huit mois et a marché à dix-huit mois. Son intelligence s'est normalement développée. En dehors de l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, elle n'a eu aucune maladie, si ce n'est une rougeole bénigne, il y a huit ou dix ans. Jamais elle n'a présenté de crises comitiales.

La maladie actuelle aurait débuté il y a environ trois ans. A cette époque, la fillette est tombée brusquement à terre, un beau jour, sans cause, et n'a pu se relever qu'avec l'aide de ses parents. Elle est restée deux heures sans pouvoir marcher. Les jours suivants, petit à petit, elle s'est mise à boiter, et ses pieds ont pris une attitude vicieuse. Depuis deux ans, elle est absolument confinée au lit et, d'après ses parents, il y aurait des moments où elle ne peut parler. Il y a trois mois, on lui a fait, sans succès, une série d'injections de benzoate de mercure.

Elle est réglée depuis quelques semaines.

Etat actuel. — La jeune fille est assez bien développée, mais ses *membres inférieurs*, quoique ayant gardé leur aspect normal, sont *presque complètement impotents* ; à un examen minutieux, il est aisé de se rendre compte, cependant, que la raideur l'emporte de beaucoup sur la paralysie. Les divers mouvements segmentaires s'effectuent avec difficulté. La station verticale est très pénible pour la malade, qui ne repose sur le sol que par la partie antérieure de la plante et par la face dorsale des orteils. La marche est impossible, les pieds se mettent en varus équin et les phénomènes de contractures augmentent pour les principales jointures des membres inférieurs. La paralysie semble un peu plus marquée du côté gauche que du côté droit. Les muscles des membres supérieurs, de la face, du cou paraissent intacts.

Tous les *réflexes tendineux sont augmentés*, mais cette augmentation est surtout nette au niveau des membres inférieurs ; il existe, des deux côtés, une trépidation épileptoïde inépuisable. Le signe de Babinski s'observe également des deux côtés.

La *sensibilité*, tant objective que subjective, est *normale*. L'examen des yeux a été effectué par M. Dupuy-Dutemps. Il n'y a pas d'hémianopsie, pas de rétrécissement du champ visuel ; le fond d'œil est normal, mais la *pupille gauche est plus dilatée que la droite*. Les deux *pupilles restent immobiles à la lumière* et ne réagissent que peu à la distance. Le réflexe pupillo-palpébral est conservé.

Il existe, de temps à autre, un peu d'incontinence d'urines mais pas de troubles de la défécation.

L'*intelligence* n'est pas normale ; la malade rit et pleure sans propos ; souvent, elle a l'air « tout chose ». Son jugement paraît avoir quelque chose de puéril. Elle est peu instruite. En somme, débilité mentale nette.

Colonne vertébrale. — Il existe une scoliose marquée de la région dorsale, à convexité droite.

L'état général est excellent. Il n'y a pas de fièvre, pas de troubles digestifs, respiratoires, cardiaques, etc... Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Quant à sa sœur, elle est atteinte d'hémiplégie infantile : les médecins qui l'ont examinée à sa naissance ont constaté, sur ses téguments, une éruption secondaire typique et lui ont fait, incontinent, des frictions mercurielles. Ultérieurement, sont apparus : 1° une kératite interstitielle ; 2° un signe d'Argyll (Dupuy-Dutemps). La signature de la syphilis congénitale est encore confirmée par l'existence, chez elle, de dents d'Hutchinson.

***

Le premier symptôme de la maladie consiste donc en un *trouble de la marche* survenant sans cause : les membres inférieurs perdent de leur souplesse, se plient difficilement, ne peuvent que malaisément être détachés du sol. Aucun trouble de l'état général, pas de fièvre, pas d'amaigrissement. L'enfant est régulièrement envoyée à l'orthopédiste, qui, après examen clinique et radiologique, déclare, de la manière la plus formelle, qu'il n'existe ni mal de Pott, ni spina bifida, ni signe de tumeur rachidienne, ni lésion de la hanche. Peu à peu, les troubles de la marche s'accentuent si bien qu'au bout d'un à deux ans, elle devient impossible.

A la période d'*état, paraplégie spasmodique* classique, avec la démarche raide caractéristique, les pieds en varus équin, les genoux frottant l'un contre l'autre, avec exagération des réflexes tendineux, trépidation spinale quand il n'y a pas rétraction des tendons d'Achille, signe de Babinski.

A cette paraplégie s'adjoignent constamment :

1° Des *troubles psychiques* : arrêt du développement intellectuel, faiblesse de l'attention et de la mémoire ; turbulence, tendance à la colère et à l'indiscipline, bizarreries de caractère ;

2° Des *symptômes d'ordre visuel* : signe d'Argyll-Robertson, inégalité pupillaire, kératite interstitielle, et qui, souvent, mettent sur la voie du diagnostic.

Une fois constituée, cette paraplégie n'offre aucune tendance à la guérison. Bien au contraire, *elle progresse d'une manière continue*. Son *évolution*, dont la durée se chiffre par années, a quelquefois paru arrêtée par l'arsénobenzol (Marfan) ou les autres agents de la médication spécifique.

Signes négatifs. — Il n'y a jamais de paralysie à proprement parler, d'atrophie, de troubles sensitifs ou sphinctériens, de modification des réactions électriques ; membres supérieurs et face restent libres.

Dans les cas précédents, il s'agissait véritablement de paraplégie. Dans d'autres, on a affaire à une *monoplégie spasmodique*, cette monoplégie n'étant, sans doute, que la première phase de la paraplégie.

Ce garçon de quatorze ans est envoyé à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bretonneau, pour coxalgie. En fait, aucun signe, clinique ou radiologique, d'une affection de la hanche ou de la colonne vertébrale. Le Professeur Mathieu sollicite donc notre avis. Après examen neurologique, nous concluons à une monoplégie spasmodique du membre inférieur gauche. Nous procédons aussitôt à l'examen sérologique du sang : réaction de Wassermann fortement positive. D'autre part, le Professeur de Lapersonne note, pour l'œil gauche, une perte totale du réflexe lumineux avec parésie de l'accommodation. Le diagnostic le plus vraisemblable est donc : maladie de Marfan au début.

Autres observations :

Le jeune René S..., quatorze ans, nous est adressé par le Docteur Papin, pour troubles :

1° intellectuels, consistant en rétrocession du jugement et de mémoire, lenteur des associations, etc. ; et

2° moteurs, localisés au membre inférieur gauche. Comme chez le précédent, il existe, chez lui, une monoplégie spasmodique survenue lentement, sans cause. Frappé d'une grosse inégalité pupillaire, nous l'envoyons à M. Dupuy-Dutemps, dont la réponse est :

Pupilles inégales, la gauche plus large. Des deux côtés, absence du réflexe photo-moteur, contraction à la distance à peine sensible. Réflexe de Galassi conservé, donc, signe d'Argyll-Robertson très net.

Des deux côtés, atrophie spéciale de l'iris, intéressant uniformément toute l'étendue de cette membrane ; parésie de l'accommodation ; décoloration légère, mais très nette, des deux papilles optiques, plus accusée à gauche, avec atrésie des vaisseaux rétiniens.

Ultérieurement, crises comitiales, suivies de longues périodes d'hébétude, évolution vers la démence et mort dans la cachexie. Ici encore, le diagnostic de monoplégie spasmodique tardive liée à l'hérédo-syphilis paraît bien définie.

Comment arriver au diagnostic ? En se fondant sur les éléments suivants :

1° *Etude des antécédents* : les parents ou bien avouent avoir contracté la syphilis, ou bien pré-

sentent des signes manifestes de cette affection, ou bien en offrent les réactions sérologiques (Déléarde et Mlle Cantrainne) ; dans le cas de MM. Péhu et Malatre, la maman avait eu sept grossesses, dont trois terminées par accouchement prématuré ; chez les petits malades eux-mêmes sont parfois apparues, dans leurs premières années, des syphilides, cutanées ou autres ;

2° *Constatation* fréquente, mais non constante, des *signes oculaires propres à la syphilis* héréditaire ou acquise : signe d'Argyll-Robertson, inégalité pupillaire, kératite interstitielle ;

3° *Modifications*, inconstantes elles aussi, *du liquide céphalo-rachidien* : hyperalbuminose, lymphocytose ;

4° *Caractère positif de la réaction de Wassermann pour le sang* (Marfan), et même *pour le liquide céphalo-rachidien* (Péhu et Malatre) ;

5° *Résultats heureux*, dans quelques cas, *du traitement spécifique* ;

6° *Evolution lente, progressive, se chiffrant par années* ;

7° *Absence de toute autre affection, neurologique ou osseuse*, capable d'expliquer les phénomènes observés.

Quelles sont les affections avec lesquelles on pourrait, à la rigueur, confondre la maladie de Marfan ? Ce sont surtout :

la *maladie de Little*, affection congénitale, survenant fréquemment chez des enfants nés avant terme, passant pour s'améliorer à la longue, et où les symptômes : position des pieds varus équin, croisement des jambes à chaque pas, frottement des genoux pendant la marche, sont caractéristiques ;

la *paraplégie spasmodique*, type Strümpell, qui a pour elle son caractère familial ;

l'*hérédo-ataxie cérébelleuse* (P. Marie), où aux symptômes pyramidaux s'associe un important élément cérébelleux ;

les *tumeurs intra-rachidiennes*, que mettront en évidence les symptômes classiques, comme l'épreuve radiographique au lipiodol ;

la *paraplégie liée à la syphilis acquise*, où prédominent les troubles sensitifs et sphinctériens ;

le *mal de Pott*, la *spina bifida*, les *affections de la hanche* dont nous avons déjà parlé.

Il n'existe qu'un cas avec *examen anatomique*. C'est celui de MM. Noïca et Crecium. Renvoyant au mémoire du Professeur Marfan (1) pour le détail, on peut ainsi résumer les constatations faites : méningo-encéphalite diffuse, prédominant sur le lobule paracentral, et ayant déterminé une dégénération secondaire du faisceau pyramidal. Ces lésions autorisent à poser, avec les réserves d'usage, la question des relations qui unissent la paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique tardive à la paralysie générale.

(1) On trouvera toute la bibliographie de la question dans les ouvrages suivants : A.-B. MARFAN : Etude sur les maladies de l'enfance, Paris, 1936, in-8°, p. 122-139, et L. BABONNEIX : Syphilis héréditaire du système nerveux, Paris, 1930, in-8°, p. 311-315.

Le *traitement* est bien limité. Le plus souvent, il échoue. Quelques bons résultats ont pourtant été obtenus avec la novarsénobenzol. Il a réussi, dans deux cas, à M. Marfan, qui conseille de faire, une fois par semaine, une injection intra-veineuse de ce produit aux doses suivantes :

1re injection........	1/4 de ctgr. par kilog. de poids		
2e et 3e injections......	3/4	—	—
4e, 5e et 6e injections..	1 centigr.	—	—
7e, 8e et 9e injections..	1 — 1/2	—	—

Les injections intraveineuses sont-elles impossibles, on leur substituera les injections intramusculaires de sulfarsénol [ou] d'acétylarsan, selon les règles habituelles.

En ce qui concerne les préparations mercurielles, M. Gareiso recommande le biiodure.

M. Marfan injecte tous les deux jours, dans une veine, de 4 à 8 cm³ d'une solution aqueuse de, cyanure d'hydrargyre à un pour mille. La cure qui doit comprendre quinze injections, est particulièrement efficace lorsqu'il existe de la kératite interstitielle.

Le bismuth sera utilisé : 1/2 cm³ à 1 cm³ de solution dans l'huile d'olive (1 cm³ renfermant 0 g. 12 de sel, soit 0 g. 04 de bismuth-métal). La cure comprend douze injections (Marfan).

Selon les théories actuelles, bismuth, arsenicaux organiques et mercure doivent être employés alternativement et à doses fortes, les cures étant séparées par un intervalle de un à deux mois.

Le traitement spécifique a déjà donné quelques résultats (Gareiso, Raoul Labbé et Mad. de Larminat, Marfan). Il en donnera d'autant plus qu'il aura été institué plus tôt, effectué plus énergiquement et continué plus longtemps. Etant donné que le stovarsolate de soude en injections intramusculaires a donné à M. Sézary et Barbé de bons résultats dans la paralysie générale, à laquelle s'apparente évidemment la maladie de Marfan, il y aurait sans doute lieu de l'essayer aussi dans le traitement de cette affection.

LA CATARACTE EST-ELLE GUÉRISSABLE SANS OPÉRATION ?

Par Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

Une réclame tapageuse parmi tant d'autres abondamment répandue par tracts et par publicité naturellement payée à la radio et dans les grands quotidiens, promet, que disons-nous, assure sous le patronage d'un saint qui n'en peut mais, la guérison de la cataracte sans opération.

Eviter une opération, c'est peut-être moins qu'autrefois, mais c'est toujours encore la grande espérance de ceux qui souffrent. A cela tient la vogue des faiseurs de promesses trompeuses. A ces exploitants de la crédulité publique qui rabaissent la médecine aux plus bas échelons de la réclame de mauvais aloi, nous ne ferons pas l'honneur d'une discussion même écourtée. Les repousser d'un mot, cela suffit.

C'est sous son aspect strictement médical que nous voulons discuter le problème.

***

Entendons-nous tout d'abord sur les limites de notre sujet. Duverger et Velter (1), étudiant par les images biomicroscopiques les modifications évolutives ou pathologiques du cristallin, réservent l'appellation de cataracte aux opacifications qui évoluent et appellent opacifications celles qui n'évoluent pas. Ainsi sont écartées les opacifications congénitales. Restent sous le qualificatif de cataractes, les traumatiques, celles qu'on est convenu d'appeler pathologiques (bien qu'avec Terrien (2) « au sens étroit du mot », il en soit ainsi de toute cataracte), enfin sous leur ancienne dénomination les cataractes dites séniles. Nous n'envisagerons que ces dernières.

***

Ambroise Paré, dont nous aurions tort de trop oublier les œuvres, a consacré tout un chapitre, le XX[e] dans son 17[e] livre aux cures des cataractes : « La cure des cataractes qui commencent à se former, se fera en ordonnant au patient son régime, et viandes qui engendrent suc phlegmatique et greffes vapeurs et généralement toutes choses aiguës, comme saleures, espiceries, ails, oignons, moutarde, pois, fèves, navets, chastaignes et leurs sembables : et principalement le coït immodéré, qui en tel cas est fort contraire.... Son pain sera fait avec fenouil, pour ce qu'il a vertu de clarifier la veuë et prohiber les vapeurs de monter en haut, les dissipant en l'estomach devant qu'elles puissent gaigner le cerveau par sa vertu carminative... » Et après d'autres conseils, il ajoute : « Outre plus on doit user de ce collyre qu'escrit de Vigo, lequel a aussi grande vertu de clarifier la veuë et prohiber que les cataractes ne se confirment : et mesmement les dissiper et souventes fois les cure.... » (1).

Peut-être pourrions-nous, à la fouille des papyrus, remonter plus haut dans l'histoire de ces tentatives de thérapeutique curative médicale de la cataracte ? Cela n'aurait qu'un intérêt purement rétrospectif. Suffisante en ce domaine nous paraît cette citation d'Ambroise Paré ; et, si dans l'exposé qui va suivre, nous devons rappeler les médications anciennes, ce sera simplement pour en connaître et en discuter l'efficacité.

THÉRAPEUTIQUE RÉVULSIVE. — Ce n'est qu'au XVII[e] siècle avec Fabrice d'Acquapendente que le siège de la cataracte fut localisé dans le cristallin. Antérieurement, d'après les conceptions de la médecine grecque enseignée par Celse et l'Ecole d'Alexandrie, la suffusion ou hypochyma, la cataracte était la concrétion de l'humeur qui se trouve dans l'espace vide situé en arrière de la pupille, en avant du cristallin. La cataracte était considérée comme d'origine inflammatoire. C'est là ce qui explique pourquoi la thérapeutique s'efforça d'attirer en un autre point par la révulsion cette inflammation localisée à l'œil.

Cette médication subsista même après que le siège de l'opacification ait été situé dans le cristallin. Car alors, avec Gondret qui publia en 1640 un traité de la cataracte, celle-ci était attribuée à un défaut de nutrition de l'œil qu'il fallait raviver par excitation de la V[e] paire. Les moyens utilisés étaient ceux généralement employés : sétons, sangsues, etc. Gondret préconisait comme base de traitement la cautérisation sincipitale soit à la pommade ammoniacale soit au

---

(1) DUVERGER et VELTER. — Biomicroscopie du cristallin (Masson et Cie, éditeurs, 1930).

(2) TERRIEN. — *Précis d'ophtalmologie*, p. 438.

(1) A titre documentaire, voici d'après Ambroise Paré la composition de ce collyre ; hep atis hireini fani & rencetio th. calami arosmatici mollis an § h fucci ruthee Z. ü aquee chelidoniœ, foeniculi herbenœ & eufrofio an § üj. piperis longu, nuesi mufcatœ, garyophyllorum an § ij. crociferupulum. j. floris rorifmarini aliquantulum contriti m. B. farcollœ aloës hepaticœ an 3 ii j. fellis rayœ, leporis & perdicis an. Ces chofes foient pilées & puis foit adjouté facchari albi § i. j. mellis rofati 3 v j. & de tout enfemble foit mis en l'alambic de verre y diftillée in balnéo Mariœ.

cuivre rouge incandescent. Pugliatti, dans un mémoire paru en 1845 abandonne les cautérisations sincipitales de Gondret mais conserve les pratiques révulsives sous forme d'applications à la tempe de compresses d'ammoniaque liquide par lesquelles il provoque des phlyctènes et une escharre à l'angle externe de l'œil. C'est au phosphore en frictions d'huile phosphorée sur les tempes que Tavignot a recours, dans une communication à l'Académie de médecine en 1871. Guépin (de Nantes) en 1855, au Congrès de Bruxelles, dit obtenir des résultats satisfaisants par l'application de ventouses derrière les oreilles et sur chaque tempe et frictions de liniment ammoniacal. Actuellement, nos connaissances pathogéniques ne nous permettent pas d'accorder crédit à ces pratiques de révulsion ; la méthode n'est plus qu'un souvenir historique et si dans le passé on a pu croire à des succès, c'est qu'il ne s'agissait pas véritablement de cataractes.

Thérapeutique antiphlogistique. — Elle est basée sur la même conception étiologique. La cataracte étant considérée comme une inflammation, il fallait combattre cette inflammation. Aussi à la révulsion était généralement associée une médication antiphlogistique : saignée, purgatifs, etc. Tout autant que la méthode révulsive la thérapeutique antiphlogistique n'a jamais réussi à guérir une cataracte.

Thérapeutique électrique. — Nous ne comprenons pas sous ce titre l'ionothérapie oculaire que nous étudierons plus loin. L'invention de la pile de Volta en 1799 fit naître dans tous les domaines de la pathologie de grandes espérances. Par le galvanisme on songea à rendre au cristallin cataracté sa transparence. C'est ainsi que de 1882 à 1889, nous trouvons dans la littérature les publications de Neumann, d'Usiglio, de Neftel rapportant des résorptions de critallins par la galvanisation accompagnée parfois d'introduction d'aiguilles, ce qui enlevait toute valeur à la méthode. Pansier, (d'Avignon), dans son Traité d'électrothérapie oculaire, donne ainsi son opinion : « Je ne suis nullement convaincu que les courants galvaniques ou faradiques aient une action curative sur les opacifications cristalliniennes. Si, dans quelques cas, on a cru avoir des résultats heureux, je crois qu'il faut ranger ces cas dans le cadre des coïncidences. »

Thérapeutique végétale. — Vers 1885, Mercer, dans le *British pharmaceutic Journal*, attribua au Cineraria maritima la vertu de guérir la cataracte sans opération. Etudiée par Dyer (*Pharmaceutic Journal*, p. 935), cette plante fut par la suite expérimentée par de nombreux oculistes. Ces essais n'ont nullement confirmé les assertions de Mercer. Il en fut de même de la Pulsatilla anemona préconisée par les homœpathes.

Nous ne comprendrons pas comme remèdes végétaux les préparations à la belladone et à la jusquiame ou à leurs alcaloïdes qui, par la mydriase qu'ils provoquent, procurent des améliorations passagères mais non des guérisons.

Thérapeutique homœopathique. — Notre confrère Parenteau (de Paris), avec sa foi en l'homœopathie, a exposé dans un ouvrage de thérapeutique spéciale (1) la méthode qu'il préconise, qui lui a donné, assure-t-il, de nombreux succès. Il considère que « la cataracte » est, au même titre que toutes les autres, une simple et vulgaire maladie qui, dès son apparition, réclame des soins médicaux et qui, lorsqu'elle est prise à temps et bien soignée peut et doit, dans l'immense majorité des cas, être guérie ou tout au moins améliorée ». A titre documentaire, reproduisons d'après notre confrère, l'arsenal des remèdes de la pharmacopée homœopathique : « Natrum muriatuum et secale cornusum, puis naphtaline, magnesia carbonica, causticum, silicca et phosphorus ».

Thérapeutique opothérapique. — Paul Römer (2) d'après une théorie pathogénique cytotoxique de la cataracte explique que pendant la régression sénile du cristallin, il se forme dans le sang des lentitoxines qui normalement seraient empêchées d'arriver jusqu'au cristallin. L'épithélium des procés ciliaires aurait pour fonction d'écarter les cytotoxines de l'intérieur de l'œil. A l'état normal, le sang ne contiendrait pas de cytotoxines et les contiendrait-il, l'épithélium du corps ciliaire en empêcherait l'arrivée jusqu'au cristallin. Le phénomène initial est l'action toxique sur les fibres du cristallin. Sur cette théorie cytotoxique, Paul Römer (3) a établi une thérapeutique de la cataracte. Comme le protoplasma du cristallin des mammifères a les mêmes propriétés biologiques que celui de l'homme, l'organisme est obligé d'assimiler la même substance que celle qui est cataractée, lorsqu'on l'introduit par une voie quelconque. Römer faisait absorber par voie buccale aux personnes atteintes de cataracte au début sous forme de tablettes appelées lenticaline des préparations de cristallins frais d'animaux. Il disait avoir obtenu dans le traitement de la cataracte sénile des résultats encourageants.

(1) Parenteau. — Thérapeutique homœopathique ophtalmologique 1934. G. Doin et Cie, éditeurs.

(2) Paul Römer. — Pathologie und Therapie des Linsensystems. (Graefe Samisch's Handbucgh, anfl. Bd Wiabt, 2-3-87, 1905.

(3) Paul Romer. — Zur specifischen Therapie des begimenden Altersstares (34e Congrès de Meidelberg, 1908, *Dent, Médic, Woeh*, n° 7 et n° 23, 1909.

Mais d'autres tentatives de Königshöfer (1), Schirmer (2), Possek (3) furent infructueuses. En 1919, le Professeur Colonio (de Madrid) a essayé de préparer un sérum phakolitique par immunisation d'un âne auquel il avait injecté des cristallins de bœuf. Par ce sérum, Marquez (4) aurait obtenu la résorption de masses corticales chez les opérés de cataracte.

Avec l'endocrinologie de nouvelles tentatives ont été faites. Nous en emprunterons l'exposé à Léopold Lévi (5) : « Dans la cataracte sénile on a mis en avant : les testicules. M. Nordmann a obtenu l'éclaircissement de la cataracte d'un vieux chien par la ligature des deux canaux déférents, la thyroïde. Kerr, Osford et Stephardson ont traité 28 cas de cataracte sénile par le traitement thyroïdien ; dix cas furent améliorés, dix restèrent sans changement. Un résultat fut remarquable chez un homme de 47 ans dont la cataracte était bilatérale. Gess a fait jouer un rôle aux parathyroïdes. L'influence du pancréas n'est guère vraisemblable chez les sujets à cataracte sénile ; car l'hyperglycémie est relativement peu fréquente. Souvent, comme le pense Siegrist, un certain nombre de glandes sont simultanément responsables de la cataracte. Cet auteur dit avoir obtenu un arrêt de la cataracte sénile au début dans 32 cas en utilisant une opothérapie associée avec de la parathyroïde, de la thyroïde et du testicule ».

Personnellement nous avons soumis certains de nos cataractés à l'action d'extraits glycérinés de corps ciliaire, de corps vitré et de cristallin ou de cachets endocriniens. Dès maintenant, il nous apparaît que les résultats sont plutôt négatifs.

Thérapeutique antitoxique. — La cataracte serait due à une auto-intoxication. Il s'agirait de poisons vaso-constricteurs (Batelli) où d'après Dor de l'adrénaline. Terrien (6) estime que « la cataracte sénile semble reconnaître presque toujours une origine toxique et est souvent la conséquence d'une auto-intoxication ». Reprenant la théorie cytotoxique, Frenkel (7) (de Toulouse) admet que ce sont des cytotoxines qui provoquent l'altération caractéristique des cellules cristalliniennes. Römer avait recours à l'organothérapie. Frenkel voudrait lui opposer une médication anticytotoxique qui lui paraît constituer le traitement pathogénique par excellence ; car, dit-il, « si la cataracte est le résultat de l'action sur le cristallin des lentitoxines et sur le corps ciliaire des cytotoxines, il est permis d'espérer qu'on arrivera à trouver un sérum anticyctotoxique. Alors on sera en possession d'une méthode spécifique qui méritera le nom de pathogénique. »

Ce sont là des conceptions théoriques dont nous sommes encore à attendre la démonstration dans la pratique.

Thérapeutique iodurée. — La cataracte sénile a été considérée comme une sclérose du cristallin. Les iodures de potassium et de sodium sont des antiscléreux » ; ils ralentissent nettement le travail de désorganisation des artères et retardent ainsi la sénilité » (Arnozan et Mongour). Il était donc logiquement explicable que soient utilisées contre la cataracte sénile les propriétés antisclérosantes des iodures. Dans l'arsenal thérapeutique de Gondret, l'iodure de potassium à l'intérieur est inscrit concurremment avec les cautérisations, les saignées et les laxatifs. Nous retrouvons indiquée cette médication dans le travail de Pugliatti (1845), dans le traité des maladies des yeux de Desmarres, plus particulièrement dans celui d'Emile Martin (de Marseille) (1863) qui, un des premiers, préconise les bains d'œil iodurés. La méthode fut remise en honneur à la Clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux par le Professeur Badal. Depuis déjà longtemps notre vénéré maître prescrivait aux cataractés au début des instillations de collyres iodurés. Les recherches de ses élèves Ulry et Frezals (1), poursuivies au laboratoire du Professeur Sabrazès justifièrent par l'expérimentation ces tentatives thérapeutiques : elles démontrèrent que l'iodure de potassium en collyres ou bains iodurés pénètre dans les différents milieux de l'œil ; seules les fibres cristalliniennes ne paraissent pas se laisser imprégner ; que l'administration simultanée de l'iodure par voie stomacale et conjonctivale permet de faire passer plus d'iodure. Dans le *Bulletin de la Clinique ophtalmologique de Bordeaux* (août 1901), ensuite à la Société française d'ophtalmologie (mai 1902), Badal fit connaître les résultats obtenus qui sont confirmés dans les thèses de ses élèves Dufourt (Bordeaux 1902-03) et Boisseuil (Bordeaux 1905-06). Sa conclusion était la suivante : « Les seuls résultats vraiment très nets que j'ai obtenus jusqu'ici ont été ob-

(1) Königshöfer. — *Ophtalmol. Klinik*, nos 18-19 1909.

(2) O. Schirmer. — *Dent. Medic. Woch*, n° 27, 1909.

(3) Possek. — XVIe congrès Intern. de Budapest, 1909.

(4) Marquez. — Contribution à l'étude du traitement médical de la cataracte. (Congrès intern. de Med., Madrid 1919.)

(5) Léopold Lévi. — L'œil et les endocrines. *L'Esprit Médical.*

(6) Terrien. — Le traitement médical de la cataracte. Prophylaxie et médication curative. *La Clinique*, 20 mai 1910.

(7) Frenkel. — Théorie cytotoxique de la cataracte.

(1) Ulry et Frezals. — Recherches expérimentales sur la pénétration dans l'œil des collyres aqueux d'iodure de potassium. *Archives d'ophtalmologie*, janvier 1899.

servés dans le traitement des cataractes commençantes. On remarquera que je n'ai jamais parlé de guérison de la cataracte, bien que la chose ne paraisse pas impossible ; mais d'un arrêt dans l'évolution de cette maladie. » Depuis lors, Chevallereau (*Clinique ophtalmologique*, 10 juin 1912), Etievant (*Lyon médical*, février 1902), Verdereau, par un *modus operandi* que nous exposerons plus loin, Dor, par une formule combinée, Morisot et ensuite Cantonnet, par la technique de l'ionisation, arrivèrent à des conclusions concordantes.

L'absorption des iodures peut être obtenue par plusieurs procédés : 1° collyres et bains et pommades ; 2° injections sous-conjonctivales ; 3° ionisation.

1° *Collyres, bains, pommades iodurés.* C'est la méthode employée par Badal, ensuite par Chevallereau et Etiévant.

Dans les premiers essais, le taux des collyres prescrits par Badal était de 0 gr. 50 p. 10. Ils étaient irritants pour la conjonctive. Aussi la teneur en iodure fut-elle rabaissée à 0 gr. 25. Chevallereau employait des doses plus faibles, 0 gr. 05, Etiévant au contraire des doses plus élevées à 1 %.

Les bains oculaires étaient également administrés deux fois par jour à l'aide de solutions variant de 7 gr. 50 à 10 gr. pour 300 grammes.

L'iodure fut également incorporé dans des pommades. Badal y renonça à cause de l'irritation conjonctivale qu'elles pouvaient provoquer ;

2° *Injections sous-conjonctivales.* — Verdereau (1) essaya de substituer aux bains et collyres des injections sous-conjonctivales de solutions iodurées à 5 %.

Il prétendit avoir obtenu ainsi non seulement l'arrêt mais même la régression des opacités. De Wecker qui, dans son *Traité d'ophtalmologie*, avait qualifié de « vaines prétentions » les tentatives de guérison médicale de la cataracte, accorda aux injections sous-conjonctivales de Verdereau des qualités curatives. Cette pratique douloureuse est aujourd'hui abandonnée.

3° *Ionisation de l'œil.* — Il faut rendre à chacun ce qui revient à chacun. C'est un modeste praticien, le docteur Morisot, qui le premier a appliqué au traitement des affections oculaires, plus particulièrement de la cataracte, l'ionisation. C'est en effet dès 1895 que Morisot, au laboratoire de son père, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, procéda à ses premières recherches sur la cataphorèse et le transport médicamenteux à travers le globe oculaire, précisant déjà à cette époque la différence entre la cataphorèse et l'ionisation. En 1910, il publiait chez Maloine un mémoire sur les « Affections oculaires traitées par la méthode cataphorique » et en 1912, il faisait breveter sous le uméro418495 un appareil tout à fait pratique permettant, suivant une technique qu'il fixa, l'ionisation facile de l'œil. Ces précisions étaient nécessaires pour établir une priorité — une paternité même sans aucune atténuation de commode parrainage — priorité - paternité qui appartient à Morisot, trop oublié, méconnu ou ignoré. Depuis lors, d'autres instrumentations, qui ne sont que la reproduction plus ou moins modifiée dans la forme de celle initiale de Morisot, ont été imaginées par Cantonnet (Ionisation de l'œil, 1927), Castex-Dourlhes. Par un dispositif autre, en utilisant, sous la garantie d'un rhéostat le courant urbain, nous avons en 1913, en collaboration avec Nancel-Penard, pratiqué l'ionisation de l'œil. Depuis, nous avons reconnu que les variations brusques de voltage présentaient des inconvénients sérieux et nous nous sommes résolus à n'utiliser, suivant les sages conseils de Morisot, que le courant plus constant d'une pile galvanique.

Il ressort de notre pratique que l'ionisation est le meilleur moyen dont nous disposons de faire pénétrer l'iodure dans les milieux de l'œil. On ne saurait cependant prétendre obtenir la guérison d'une cataracte complète. C'est dès le début qu'il faut agir, non pour espérer guérir, mais simplement arrêter l'évolution de l'opacité.

Thérapeutique iodo-calcique. — La cataracte serait, non comme il avait été prétendu par Becker et de Wecker, le résultat d'une déshydratation, mais au contraire d'une hydratation du cristallin. Sur ces données, Louis Dor chercha à opposer à l'opacification du cristallin une médication déshydratante. Dans un article de la *Clinique ophtalmologique* (juin 1919), il préconisa comme agent de déshydratation le calcium dont les propriétés à ce point de vue sont connues de tous.

Sans abandonner la médication iodurée de Badal, il la compléta par l'adjonction de chlorure de calcium à la dose de 4 grammes pour 500 grammes d'eau en bains oculaires. Cette formule est également réalisée en pommades dans une série de spécialités pharmaceutiques que nous nous sommes fait une règle de ne pas nommer mais qui, nous n'hésitons pas à le dire, donnent toutes garanties au point de vue préparation et que nous n'entendons nullement comprendre dans la réprobation exprimée dès le début de cet article envers certaines réclames trompeuses.

Thérapeutique sulfo-iodurée. — Dans la *Médecine internationale illustrée* (février 1927), le docteur Molinéry, étudiant « le soufre en thé-

(1) Verdereau. — Tratamiento médico de las cataratas, *Archivos de oftalmologia-hispano-Americanos*, 678-7474, 1904.

rapeutique oculaire », rappelle les travaux de Rey-Pailhade (Académie des sciences, janvier 1915) dont il publie une lettre suggérant l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement des cataractes. Il existe dans les tissus un corps de nature albuminoïde, le philothion qui avec le soufre, donne de l'hydrogène sulfuré. Les tissus du cristallin sont riches en philothion et Rey-Pailhade conclut de ce fait que le « soufre agissant sur tout l'organisme a sûrement une action sur le cristallin ». Se basant sur les propriétés catalytiques du soufre établies par les recherches de Moureu et Dufraisse, le docteur Molinéry estime que le philothion du cristallin, par son affinité pour l'oxygène, deviendrait un catalyseur et que cette catalyse s'épanouirait en présence du soufre, aux dépens des corps constituant l'opacité du cristallin, donc en lysant, soit le tissu conjonctival scléreux, soit les produits calcaires, facteurs de la cataracte ». La théorie est séduisante et nous avons entrepris à ce sujet des essais thérapeutiques dont nous avons publié les premiers résultats dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* en 1929 (1). Nous avons fait préparer une pommade dont la formule est la suivante :

Soufre précipité............	dix centigr.
Huile d'amandes douces......	2 grammes
(pour porphyriser)	
Chlorure de calcium cristallisé..	ââ quarante centigr.
Iodure de sodium désséché.....	
Stovaïne....................	dix centigr.
Vaseline neutre............	ââ 5 grammes
Lanoline...................	

En un tube ophtalmique.

A mettre gros comme un pois dans l'œil matin et soir.

Ces applications ne sont généralement pas douloureuses. Cependant, si dans certains cas, elles sont suivies de légères réactions conjonctivales, nous substituons au soufre de la thiosinamine.

A ce traitement externe, nous associons une thérapeutique interne soit iodée, soit soufrée.

Ces formules médicamenteuses ont reçu par d'autres, sous une firme commerciale, que nous croyons bonne mais à laquelle nous sommes entièrement étranger, une application pratique.

Après plusieurs années de consciencieuse observation, nous nous croyons autorisé à affirmer que dans les préparations iodo-calciques de Badal-Dor, l'adjonction de soufre accroît l'action thérapeutique.

***

Après cet exposé, nous pensons pouvoir aboutir sur cette question depuis si longtemps débattue du traitement médical des cataractes, à des conclusions fermes :

1° En l'état actuel, il n'est pas permis de prétendre obtenir par une thérapeutique médicale la guérison de la cataracte. On ne saurait trop réprouver les réclames tapageuses qui abusent de la crédulité publique par l'affirmation fallacieuse de guérisons impossibles. L'opinion de Maître-Jan (1) à ce sujet est toujours vraie : « ... Il y en a qui se sont vantés un peu trop hardiment d'en avoir guéri ou prévenu quelques-unes. Il y avait chez ceux-là plus de vanité que de bonne foi, et le seul récit vague, indéterminé et mal circonstancié qu'ils font de leurs cures est plus que suffisant pour, les confondre de mensonge ou tout au moins d'erreur, aussi bien que quelques charlatans modernes qui n'ont aucune teinture de médecine, ni de chirurgie, ou, s'ils en ont quelqu'une, elle est si médiocre, qu'ils ne méritent pas de porter le titre dont ils s'honorent et qui cependant exagèrent impunément les vertus de leurs prétendus secrets pour guérir les cataractes, et trompent ainsi le public » ;

2° Cependant, dans certains cas, il est possible, par un traitement médical, d'obtenir non la guérison mais l'arrêt de l'opacification du cristallin, d'obtenir même des améliorations de l'acuité visuelle ;

3° Le traitement est variable suivant les cas : car il n'y a pas une cataracte mais des cataractes.

Les médications qui paraissent donner les meilleurs résultats sont les bains et collyres, suivant la formule de Badal, les bains et pommades iodo-calciques (Louis Dor), l'ionisation de l'œil suivant la technique de Morisot, la thérapeutique externe et interne iodo-sulfurée.

(1) Le traitement des cataractes par la médication iodo-sulfurée. *Gaz. heb. des Sc. médicales de Bordeaux*, n° 10, 10 mars 1929.

(1) Maître-Jan. — Traité des maladies de l'œil et des remèdes propres pour leur guérison, p. 157.

SYPHILIS MÉCONNUES

Par R. Barthélemy

Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Les syphiligraphes, nous disent les non-spécialistes, voient la syphilis partout ; ne sont-ils pas orfèvres ?

En revanche, qu'on nous permette d'indiquer, sur des faits concrets, que les non-spécialistes ne la voient pas toujours là où elle est à coup sûr, et quelquefois pas sur eux-mêmes. Voici quelques-uns de ces faits concrets, en commençant par un confrère.

Celui-ci, dont j'ai donné ailleurs l'observation détaillée parce que sa syphilis paraît bien avoir été extériorisée par de petits traumatismes, ne se doutait guère de sa mésaventure. Solide comme un roc, père de quatre jeunes enfants beaux et sains d'aspect quoique un peu vifs de caractère, bon mangeur, grand fumeur, et médecin actif, il s'était heurté à plusieurs reprises au coude gauche vers l'épicondyle, en avait souffert, et avait fini par voir apparaître des lésions cutanées qu'une série malencontreuse d'autres chocs avait accentuées et rendues gênantes et sensibles.

Un jour, de passage à Paris, il relève pour me les montrer sa manche de chemise, et j'aperçois, au lieu de lésions banales, contusiformes ou autres, une superbe pièce de musée, assemblage composite de syphilides tertiaires, les unes psoriasiformes, les autres tuberculo-gommeuses, d'autres même franchement ulcéreuses, le tout en évolution depuis quelques mois.

La réaction de Wassermann, le traitement confirmèrent ce qui était déjà une certitude clinique. Le confrère, lucide médecin pour autrui, et qui avait même fait jadis une demi-année d'externat à Saint-Louis, avait donc méconnu sur lui-même des syphilides typiques.

Voici quelques autres faits, observés sur des non-médecins, mais tout d'abord suivis et méconnus par leur médecin, malgré une louable et consciencieuse étude.

Un homme m'était adressé pour des lésions désagréables du cuir chevelu, nodulaires, croûteuses, s'écorchant facilement, traînant depuis de longues semaines avec d'assez fortes démangeaisons.

Son médecin le soignait par ailleurs, depuis plusieurs mois, pour des troubles hépatiques semi-torpides, avec augmentation de volume du foie, subictère, et même légère ascite, en soupçonnant avant tout un alcoolisme léger et dissimulé. L'observation, circonstanciée, paraissait sans défaut, et je m'y laissai tout d'abord prendre, les lésions cutanées étant cette fois aussi peu tertiaires que possible. Quelques soins locaux améliorèrent certes légèrement ces pseudo-séborrhéides. Mais leur fond de résistance aux topiques au bout de deux ou trois semaines, me fit conseiller sans autre retard une série de piqûres mercurielles intramusculaires, tout en ne donnant aucune précision au malade. Les accidents cutanés disparurent, mais aussi les troubles hépatiques, cependant que le Wassermann, fait pour la première fois, se montrait franchement positif, et que le trop beau succès thérapeutique général désenchantait quelque peu mon confrère malgré sa parfaite correction professionnelle.

Un autre malade, beaucoup plus âgé, montrait un jour à son médecin un ecthyma des deux membres inférieurs, indolent, sans réaction inflammatoire ni suppurative, mais dont les exulcérations étaient taillées à l'emporte-pièce et coiffées de croûtes rondes, plates, noires, hémorragiques.

Quelques semaines après, il faisait une ascite insidieuse par hépatite atrophique.

Le Wassermann du liquide d'ascite *et celui du sang* étaient totalement positifs, l'ecthyma était une poussée de syphilides tertiaires. Le traitement spécifique, cyanure et iodo-bismuthate de quinine, effaça les lésions cutanées et améliora l'état général, mais ne vint pas à bout des troubles hépatiques, peut-être parce que, mal supporté, il ne put être continué.

Ces trois cas ne sont que des exemples, et il serait facile d'en citer nombre d'autres.

Que des lésions tertiaires, plus ou moins typiques, puissent être méconnues, c'est là un fait courant et encore admissible. Mais qu'une syphilis secondaire à manifestations profuses, généralisées, et, comme aurait dit Fournier « affichantes », car elles fleurissaient avant tout au visage, puisse rester sans diagnostic pendant six mois en plein Paris, cela est plus curieux, et témoigne, ainsi qu'on va le voir, d'une confiance trop entière de la part du médecin.

Une jeune commerçante, mariée et mère de deux enfants, m'est adressée à mon cabinet par une vieille infirmière de ses amies, inquiète de la voir couverte d'une sorte d'acné tenace. Elle vient au mois de mai. Je sais que depuis *novembre précédent*, à la suite d'angines, maux de tête, etc., elle est en proie à une éruption généralisée. Or, au premier aspect et sans hésitation possible, elle porte la syphilis sur sa figure, qui

est littéralement criblée, menton, joues, front surtout, d'innombrables papules, petites certes, acnéiformes si l'on veut, bien qu'aucune ne suppure, mais imposant par leur couleur, leur forme, leurs groupements partiels, leur profusion, ce seul et unique diagnostic : syphilides secondaires.

S'il en était besoin, les lèvres craquelées, couvertes de plaques muqueuses confluentes, le cou, bigarré de papules et cerné d'un collier pigmentaire déjà accusé, la pâleur, l'enrouement, les ganglions confirmeraient une certitude déjà trop criante.

Tout en me demandant ce que je vais dire, et comment je vais le dire à cette malheureuse, je complète l'examen et l'interrogatoire. Et, au cours de celui-ci, j'apprends que le médecin a bien eu un soupçon en ce qui concernait *la maladie*, mais qu'en raison de la nature de ce soupçon et de la conduite irréprochable de la malade, il a déclaré : « *Si je ne vous connaissais pas*, je penserais que vous avez attrapé la syphilis ».

Et il n'a pas insisté pour une prise de sang que la malade n'a donc pas eu beaucoup de mal à refuser, et qui, pour une fois, aurait eu toutes les chances d'aiguiller à fond dans la bonne voie un diagnostic prêt à s'y engager.

Loin de nous la pensée de faire le procès d'un confrère à la pensée d'ailleurs trop pure. La conduite professionnelle de celui-ci ne prête point à discussion, bien que l'aspect et l'abondance des lésions fussent de nature à éveiller autre chose qu'un soupçon. Il a seulement, du point de vue *psycho*-vénéréologique si l'on peut ainsi dire, pêché par excès de confiance : d'une part avec la malade qui pouvait ne pas être vraiment impeccable (alors qu'elle semble effectivement innocente), d'autre part et surtout envers le mari, et envers la syphilis elle-même. Je n'ai jamais vu le mari — et son silence et son acceptation ultérieure du diagnostic porté pour sa femme qui lui a tout dit, son absence même de craintes de contamination *pour lui-même*, me paraissent en dire long.

Quant à la syphilis, ne savons-nous pas qu'en outre des voies conjugale ou adultérine, elle frappe souvent des innocents, et en dehors de tout radport charnel ?

Quoiqu'il en soit, et bien que je n'aie pu tirer au clair l'origine véritable de la contamination chez ma malade, l'enquête familiale avec confrontation n'étant pas dans mes possibilités déontologiques, il n'en reste pas moins qu'une syphilis secondaire en pleine efflorescence, même au visage, a pu être méconnue pendant une demi-année.

Et c'est miracle si cette femme pâle, amaigrie, enrouée, toussotante (au point qu'elle avait été, bien entendu, *passée aux rayons X*), couverte sur tout le bord libre des lèvres de plaques muqueuses érosives ou fissuraires, n'a pas contaminé elle-même ses deux enfants, en toute innocence.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les cas où des syphilis authentiques, et avouées d'ailleurs rétrospectivement par leurs porteurs, ou acceptées sans difficultés par eux, passent inaperçues parce qu'elles sont latentes. La séro-réaction n'y est même pas toujours négative, et c'est la confirmation de l'utilité d'un traitement antisyphilitique, adjuvant raisonnable et « bénin », dans quelques affections considérées, à bon droit nous semble-t-il, comme liées à la syphilis par des liens même assez lâches, telles certaines vasculites, néphrites, hépatites, etc...

Un de mes malades, vu il y a plus de cinq ans et quelque peu découragé (lire : presque condamné) par un jeune maître des hôpitaux pour une aortite à troubles fonctionnels croissants avant la mise en œuvre d'un traitement antisyphilitique, a pu : continuer la gestion normale de son cabinet d'affaires avec les multiples déplacements qu'elle comportait, recouvrer l'énergie, l'embonpoint et le souffle, faire vérifier enfin l'amélioration auscultatoire *et radiologique* de son aorte, grâce à quelques séries méthodiques d'oxycyanure intramusculaire et de bismuth soluble,

Bien d'autres exemples existent partout, même parmi les syphilitiques héréditaires, dont je ne dirai pour ne pas soulever des tempêtes, rien d'autre que ceci : à l'une des assises de la médecine générale française, certains confrères ont dit que la syphilis était pratiquement inexistante dans diverses provinces, et l'un d'eux a déclaré que les syphilis héréditaires paraissaient plus nombreuses que les syphilis acquises. Ne serait-ce pas parce que celles-ci savent être latentes et se camoufler, ou leurs porteurs se faire soigner loin de leur résidence et du médecin de famille ?

Ce qu'on peut conclure sans dogmatisme et dans l'intérêt du malade, c'est que des syphilis véritables, héréditaires ou non, ne sont pas toujours soignées avec la foi et la persévérance nécessaires, même si elles sont connues, à plus forte raison si elles passent inaperçues. Ainsi, pourquoi de distingués ophtalmologistes, pourtant rompus à la pratique des injections intraveineuses de cyanure de mercure, ont-ils considéré la kératite interstitielle comme si difficilement curable ? Sans doute parce qu'ils ne l'ont pas vue, comme nous et d'autres syphiligraphes, céder souvent avec facilité au 914.

CLINIQUE MÉDICALE

(*Hôpital Saint Antoine. — Service du* Professeur LOEPER)

Méthode pour établir le régime d'un diabétique

Leçon de M. le Docteur FAU (1)

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Il n'y a pas de traitement possible pour le diabète en dehors du régime. Ce régime est facile à établir et il donne des résultats constants, presque mathématiques. Mais il faut tout de même avoir des notions indispensables pour comprendre et appliquer ce régime.

Examinons d'abord la ration alimentaire d'un homme moyen. Cet homme doit absorber une certaine qualité d'aliments qui se transforment dans son organisme et dégagent une certaine quantité de calories. Pour un individu normal, habitant en France, exerçant un travail moyen, le nombre de calories par jour s'évalue par un chiffre de 2.500 à 3.000. Cette ration est variable suivant le poids du sujet et le climat ; ces 3.000 calories sont obtenues par ingestion des différents aliments, composés d'albumines, de graisses et d'hydrates de carbone ; d'une façon schématique on peut répartir les aliments comme suit :

ALBUMINES	GRAISSES	HYDRATES DE CARBONE
Viandes	beurre	farine, pain
œufs	huile	pâtes, riz, légumineuses
poissons	fromage	légumes féculents (pommes de terre, navets, betteraves)
	certains fruits	fruits.

Il faut placer à part les légumes verts qui contiennent une très faible qualité de ces trois substances alimentaires. Pour les autres aliments on doit signaler que plusieurs substances riches en hydrates de carbone, par exemple les légumes féculents, contiennent de faibles proportions d'albumine et vice versa, que la viande classée dans les albumines contient de notables proportions de graisses : il ne s'agit donc que d'un schéma, assez imparfait.

Un sujet normal ingère en une proportion plus ou moins fixe ces aliments et prend par jour une quantité d'albumine, de graisses et d'hydrates de carbone qui lui procurent la quantité de calories nécessaires ; ainsi, 100 grammes d'albumines, 90 grammes de graisses et 450 grammes d'hydrates de carbone. Ce sont des chiffres moyens correspondant à un régime suffisant et équilibré. Ces chiffres sont assez variables, mais la proportion reste en gros la même. Un sujet normal brûle en son organisme les calories provenant des hydrates de carbone, qui lui permettent de transformer d'une façon complète les alb. mines et les graisses.

Un diabétique est incapable d'assimiler la quantité normale de sucre, il n'en peut utiliser qu'une proportion plus faible : 200 grammes, par exemple ; tout sucre pris au-dessus de ce chiffre passe dans les urines. La quantité de sucre assimilée par un diabétique est très variable. Voici par exemple un diabétique qui tolère 200 grammes de sucre. S'il en absorbe davantage il présente de la glycosurie. Malgré tout, puisqu'il peut assimiler 200 grammes de glucides, il assimile une quantité suffisante de combustible ; le coefficient normal d'assimilation des glucides n'est que peu abaissé, c'est un diabète sans dénutrition.

Deuxième cas : le coefficient est beaucoup plus abaissé. Le malade ingère 20 grammes de sucre par exemple et présente de la glycosurie : la quantité d'hydrates de carbone nécessaire pour brûler les albumines et les graisses devient insuffisante ; ces substances restent dans l'organisme à un stade de transformation incomplète et passent dans les urines sous forme d'acide oxybutyrique, d'acide diacétique et d'acétone ; dans le cas d'un diabète consomptif il y a donc production des corps acétoniques, il y a acidose.

Dans notre premier exemple, du diabète gras bénin, il faut faire disparaître le sucre des urines. Par quels moyens peut-on y parvenir ? Recherchez la quantité limite de sucre que le malade peut utiliser, c'est-à-dire la quantité maximum qu'il peut absorber sans que la glycosurie apparaisse. Un diabétique vient consulter — on constate la glycosurie ; donnez lui un régime en supprimant tous les aliments qui contiennent du sucre. Faites une liste des aliments défendus ; ce sont ceux qui contiennent beaucoup d'hydrocarbonés, de sucre : farines, pâtes, riz, féculents, fruits ; les aliments permis seront les albumines, les graisses et les légumes verts ; ces derniers contiennent du sucre en quantité minime ; la laitue, par exemple, en contient 3 % — 200 grammes de laitue et c'est là une quantité considérable à manger, donnera une proportion insignifiante de sucre. En pratique on peut ne pas en tenir compte, Le malade suit strictement ce régime, et est revu dans cinq jours. On examine à nouveau ses urines — le sucre et les

(1) Leçon du 4-2-1936, résumée par Mme le Dr Rodzevitch.

corps acétoniques doivent être recherchés. Quatre cas peuvent se présenter : *a*) on trouve du sucre et de l'acétone dans les urines ; on a fait une erreur de diagnostic, la première analyse n'était pas exacte : il s'agissait d'un diabète grave ; *b*) l'acétone est absente, le sucre est présent dans les urines ; ce fait prouve que le malade a mangé des aliments défendus, puisqu'on a exclu tous les aliments contenant du sucre de son régime ; *c*) le sucre est absent, mais on trouve de l'acétone ; le régime était trop sévère, il suffit d'augmenter un peu la ration hydrocarbonée ; *d*) enfin, quatrième éventualité — les urines ne contiennent ni sucre, ni acétone : le résultat cherché est obtenu. Il n'y a pas de glycosurie, on peut donner progressivement des aliments riches en sucre. Pour réaliser cette augmentation progressive des glucides, on se sert des pommes de terre ; ce n'est pas à cause d'une propriété particulière des pommes de terre, mais elles sont commodes pour deux raisons ; quand on supprime tous les féculents le malade souffre de la faim, les pommes de terre calment la faim du malade, lui donnent une sensation de satiété ; en plus, les pommes de terre sont commodes au point de vue du calcul, elles contiennent 20 % de sucre. Il suffit de laisser le malade au régime strict prescrit précédemment et d'y ajouter une certaine quantité de pommes de terre que le malade devra peser. On commence par 100 grammes de pommes de terre pendant trois jours. Après trois jours de ce nouveau régime on examine les urines du malade ; s'il ne présente pas de glycosurie on augmente la quantité de pommes de terre jusqu'à 200 grammes — et ainsi de suite jusqu'à ce que le sucre apparaisse dans les urines. Si par exemple avec 300 gr. de pommes de terre le malade n'a pas de sucre, et si à 350 gr. la glycosurie apparaît c'est que sa tolérance est de 300 gr. de pommes de terre, c'est-à-dire de 60 grammes de sucre. Ce chiffre va servir à établir son régime définitif.

Pratiquement il faut préciser ce régime qui risque d'être insuffisant, d'amener l'amaigrissement ; on augmentera les albumines et les graisses en une proportion modérée, pour éviter de trop déséquilibrer le régime ; on permet, en gros, par jour 2 œufs, 80 grammes de beurre, 50 grammes de fromage, 300 grammes de viande. Mais manger 300 grammes de pommes de terre tous les jours est très monotone. Dans le précis du diabète de M. Rathery il y a un petit tableau ainsi conçu : 100 grammes de pommes de terre équivallent en sucre à tant de grammes de farine, de pain, de pâtes, etc... C'est un tableau d'équivalence ; notez ces aliments équivalents et donnez-en la liste au malade ; il pourra varier les aliments permis ; avec 60 grammes de glucides par jour on peut obtenir un régime quantitatif suffisant.

Voyons maintenant le diabète consomptif, avec dénutrition ; le malade supporte une quantité très abaissée d'hydrates de carbone, 10 grammes par exemple. Avec 10 grammes de sucre il est impossible de donner un régime suffisant ; en plus les graisses ne seront pas brûlées dans l'organisme. Le problème est insoluble sans insuline. Une unité d'insuline permet d'utiliser environ 2 grammes de sucre ; 20 unités — 40 grammes de sucre. On peut donner au malade grâce à l'insuline un régime équilibré et faire disparaître l'acidose. Ainsi, par la disparition des corps acétoniques le diabète consomptif devient toléré et on peut prescrire un régime suffisant et équilibré.

Voici un malade dont les urines contiennent du sucre et des corps acétoniques ; on lui conseille un régime, pas trop sévère, comportant les aliments défendus, les aliments permis et les pommes de terre (2 à 300 grammes d'emblée). On doit voir le malade tous les trois jours, les accidents étant toujours possibles. On injectera 20 unités d'insuline par jour avant le repas ; il faut donner à manger des pommes de terre après l'injection. Les urines sont examinées après trois jours de ce régime ; si elles contiennent du sucre et de l'acétone, on augmentera la quantité d'insuline jusqu'à 30 unités par jour et au delà, jusqu'à ce que l'acétone disparaisse.

Considérons un malade recevant 30 unités par jour et un régime suffisant avec par exemple 300 grammes de pommes de terre : *a*) ses urines ne contiennent ni sucre, ni acétone — le résultat est parfait, le malade a la ration de sucre nécessaire ; *b*) Les urines contiennent du sucre, mais pas d'acétone ; dans ce cas le dosage du sucre est indispensable ; si le dosage montre un chiffre insignifiant, par exemple 5 grammes par vingt-quatre heures, on laisse le malade à son régime et on n'augmente pas la dose de l'insuline, mais s'il y a beaucoup de sucre il faut diminuer les pommes de terre. En pratique, s'il n'y a pas d'acétone et une faible quantité de sucre dans les urines, c'est un résultat très satisfaisant ; *c*) Le sucre est absent mais les urines contiennent de l'acétone : problème gênant ; on ne peut augmenter l'insuline sans augmenter le sucre en même temps, le malade pourrait faire des accidents ; il faut augmenter le sucre et l'insuline : on donnera 40 unités d'insuline et 350 grammes de pommes de terre par exemple et ainsi de suite jusqu'à ce que l'acétone disparaisse des urines.

Vous voyez que l'établissement du régime d'un diabétique se fait par tâtonnement ; il faut, suivant les données de l'examen des urines, augmenter tantôt le sucre, tantôt l'insuline, et, dans le diabète consomptif, faire disparaître les corps acétoniques des urines.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

L'Hyperazotémie camouflée

au cours de certaines néphrites chroniques sans symptôme d'intoxication urémique

D'après le Professeur J. Castaigne (*)

Symptômes urinaires et cardio-artériels caractérisent essentiellement ces néphrites urémigènes

Et il en résulte parfois une véritable énigme clinique, cause possible de certaines erreurs de diagnostic. Pareils malades peuvent se présenter soit comme des urinaires, soit comme des hypertendus ou des cardiaques.

Urinaires, ils se plaignent de polyurie, de pollakiurie, de nycturie.

La *polyurie* existe chez tous les malades appartenant à ce groupe des néphrites chroniques, encore plus que dans tous les autres groupes ; elle atteint et même dépasse largement trois litres, à telle enseigne qu'il est possible, dans certains cas, de penser à un diabète insipide.

La *pollakiurie* accompagne forcément une diurèse aussi abondante.

La *nycturie* est également toujours constatée.

Cardio-artériels, ces patients présentent, en règle générale, une *hypertrophie considérable du cœur*, avec choc en dôme de Bard et bruit de galop. Cependant déjà le praticien sera mis en éveil, car, le myocarde résistant, il ne relèvera *pas de signe d'insuffisance cardiaque*.

C'est *l'hypertension artérielle*, qui attirera surtout l'attention. Toujours très marquée dans ces formes de néphrite, la maxima est élevée (au-dessus de 20 au Pachon), et s'accompagne de la plupart des signes vaso-moteurs, que Dieulafoy avait décrits sous le nom de *petits signes du brightisme* (céphalée, vertiges, troubles de la vue, bourdonnements d'oreille, phénomène du doigt mort ou de la main morte, etc.).

Dans le cours de l'évolution, les manifestations dues à l'hypertension prennent habituellement une grande importance. On constate fréquemment des *hémorragies* : qui peuvent être externes, simplement des épistaxis d'alarme ; — qui atteignent souvent la rétine et sont déjà, d'un pronostic fatal, même avec moins d'un gramme d'urée sanguine — et qui, si elles se produisent au niveau du cerveau et des méninges, entraînent le coma et la mort. D'autres fois, ce sont des crises paroxystiques d'hypertension avec phénomènes nerveux, qui peuvent n'être que transitoires, tels que l'aphasie, les vomissements cérébraux ou même les hémiplégies à éclipses, enfin l'amaurose.

« *Ces symptômes* et ces complications n'existent jamais tous à la fois, mais ne font jamais tous défaut : ils *sont avec la diurèse très abondante* les manifestations *typiques* de cette forme ».

On connaît cependant des moyens simples, qui permettront déjà par l'examen des urines d'éclairer la situation, au point de vue néphrite.

La densité des urines des vingt-quatre heures sera dans ce cas toujours très faible (nettement au-dessous de 1010), et, caractère très important, si l'on recueille séparément les urines de chaque émission, on constatera que, à aucun moment de la journée, leur densité ne dépasse guère 1.010 : c'est la paridensité basse, caractéristique de toutes les formes de néphrites chroniques urémiques.

La recherche de la concentration maxima, par le procédé classique de Legueu, Ambard et Chabanier, se montre toujours très inférieure à la normale (10 ou 15 au plus, au lieu de 50).

L'épreuve du bleu de méthylène revèle un retard du début de l'élimination et une coloration très peu intense de chacune des émissions du nycthémère ; cependant l'élimination se termine entre la cinquantième et la soixantième heure, comme normalement, et le dosage du bleu, éliminé dans les vingt-quatre premières heures, donne sensiblement le même chiffre d'élimination que pour un sujet normal. Ceci corrobore et explique le caractère camouflé de l'azotémie : le bleu en effet, tout comme l'urée, bien que sous une concentration plus faible, est éliminé en quantité normale au cours du nycthémère.

L'épreuve de la phénosulfonephtaleine a toujours donné des chiffres inférieurs à la normale ; la différence est très marquée (du simple au double) par rapport à des reins, non lésés.

L'albuminurie, non constante, s'accompagne souvent d'hématurie, du moins histologique.

Enfin le taux de *l'urée sanguine* est toujours normal, si les malades sont à une période non compliquée, et s'ils trouvent dans des conditions normales de régime et d'existence.

Cette dernière considération est de prime importance, car elle va nous permettre de faire la preuve certaine de l'existence d'une néphrite.

(1) *Le Journal médical français*, mai 1936.

CEPENDANT L'HYPERAZOTÉMIE, BIEN QUE CAMOUFLÉE, EXISTE TOUJOURS EN PUISSANCE, ET ON PEUT LA FAIRE TRÈS FACILEMENT APPARAITRE

Si ces malades ne présentent pas, comme ils le devraient, du fait de leurs lésions rénales, une hyperazotémie, c'est qu'une série de systèmes extra-rénaux arrivent à contre-balancer l'intoxication par des moyens divers, et à ramener l'azotémie à un taux normal.

L'un des principaux facteurs de ce camouflage, c'est l'abondance de la diurèse; des urines, plus abondantes arrivent à provoquer une dilution de l'urée qui devrait se trouver en excès dans le sang, et à l'éliminer dans de telles proportions que cet excédent se trouve supprimé. Mais, que l'on fasse baisser cette diurèse, par une restriction des liquides ou par des bains chauds, et l'on provoquera très facilement une augmentation du taux de l'urée sanguine.

Un autre facteur consiste dans une restriction du régime azoté, et l'on rendra évident pareille hyperazotémie, en augmentant la quantité d'azote de l'alimentation.

De même, chaque fois que l'on étudie chez de tels sujets, la concentration maxima, on constate toujours, dès le troisième jour, que la dose d'urée sanguine, normale avant l'épreuve, monte nettement au-dessus de 1 gramme et dépasse souvent 2 grammes. Ce que l'on peut ainsi provoquer volontairement, se produit spontanément chez ces malades, à la suite d'un écart de régime ou d'une restriction de diurèse par les chaleurs de l'été, par une maladie fébrile, même légère.

Cette facilité d'apparition de l'hyperazotémie est devenue un *signe très important* de cette forme de néphrite. Elle permet de « *différencier* ces sujets *des hypertendus simples*, ne présentant pas de lésions rénales associées à leur maladie hypertensive.

« Ainsi a-t-on pu établir que cette forme clinique, à hyperazotémie camouflée, rejoignait la *forme hypertensive du mal de Bright* (Widal 1911) ; c'est une réhabilitation après des critiques répétées de cette entité. « Il existe, a dit Widal, une forme de mal de Bright où, d'emblée et durant de longues années, souvent les seuls symptômes flagrants sont des signes cardio-vasculaires : cette forme, en raison de la nature des accidents qui la caractérisent, mérite la dénomination de *forme hypertensive du malde Bright*. Elle est loin d'être rare...

« Lorsqu'on examine de tels malades, on s'aperçoit que les symptômes de brightisme proprement dits sont réduits au minimum : l'albuminurie est inconstante, n'apparaît souvent que par intervalles et n'atteint presque jamais de notables proportions : elle n'apparaît souvent que par intervalles ; elle peut manquer. Les œdèmes font défaut, *l'azotémie est absente*. Par contre, on trouve facilement la raison de tous les troubles observés, dans une élévation permanente et considérable de la tension artérielle...

« En face de tous les symptômes, si aisément explicables par la seule hypertension artérielle, on aurait souvent quelque difficulté à accepter l'idée du mal de Bright en évolution, n'était l'albuminurie observée, et *si l'on ne savait que les reins sont toujours altérés en pareil cas...* »

« Telle est cette *forme très particulière du mal de Bright, dans laquelle alors que les syndromes d'ordre proprement rénal sont à peine ébauchés et, pendant longtemps même, peuvent faire complètement défaut*, la symptomatologie, l'évolution, le pronostic sont dominés non pas par les facteurs de rétention, mais par le syndrome de l'hypertension artérielle. »

L'ÉVOLUTION DE CETTE FORME PARTICULIÈRE DE NÉPHRITE CHRONIQUE URÉMIGÈNE se fait, le plus souvent, vers les accidents artériels, mais parfois aussi vers l'urémie.

a) *La mort par accidents artériels* (hémorragies cérébrale ou méningée, angine de poitrine, etc.) est la plus fréquemment observée. On trouve alors à l'autopsie, des lésions de néphrite chronique interstitielle, alors que cependant au cours de la dernière maladie, le taux de l'urée sanguine était normal.

Si nous avons porté le diagnostic de néphrite chronique du fait de la polyurie si spéciale, de l'hypertension artérielle et du bruit de galop, gardons-nous bien d'éliminer ce diagnostic, même si la dose d'urée sanguine est normale, ou bien de porter un pronostic bénin, sous prétexte qu'elle est au-dessous d'un gramme. Cherchons si l'on peut faire apparaître facilement l'hyperazotémie, et dans ce cas portons le diagnostic de néphrite chronique urémigène avec hyperazotémie camouflée, et admettons un pronostic graves, en raison de ces accidents artériels si fréquents.

b) *La mort par urémie*, plus rare, ne se produit que : soit que le malade refuse de suivre un régime hypoazoté qui d'ailleurs, en raison de sa diurèse très abondante, n'a pas besoin d'être très strict ; soit qu'il s'expose à des fatigues physiques exagérées et dilate son cœur : alors l'insuffisance cardiaque faisant diminuer la diurèse, l'hyperazotémie s'installe en permanence et le malade meurt avec les symptômes combinés de l'asystolie et de l'urémie ; soit que le malade ait une maladie infectieuse surajoutée, ce qui précipite l'apparition des accidents urémiques mortels.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos du traitement des sténoses graves du tiers inférieur de l'œsophage.

Parmi les sténoses de l'œsophage, observées par M. Jean Guisez en ces dernières années, il en était de particulièrement graves, puisqu'elles avaient nécessité la gastrostomie. M. Guisez décrit aujourd'hui une méthode simple de traitement qui, avec le minimum de risques pour les malades, lui a permis de rétablir une alimentation absolument normale et de fermer très rapidement la bouche gastrique. Dans seize cas, il s'agissait de sténoses cicatricielles, traumatiques, après absorption d'un liquide caustique, et dans trois cas de sténose inflammatoire consécutive à d'anciens spasmes. La cause de la brûlure était presque toujours la même : déglutition accidentelle de solution de soude caustique ; dans deux cas seulement il s'agissait d'ammoniaque : une fois par erreur d'un élève-pharmacien qui avait mis dans une potion de l'ammoniaque au lieu d'acétate d'ammoniaque, et dans un autre cas c'était une tentative de suicide.

Chez tous ces malades, les sténoses étaient multiples (deux à trois suivant le cas) avec rétro-dilatations successives, mais la sténose la plus serrée, celle qui avait déterminé la dysphagie complète et la gastrostomie, siégeait à peu près toujours au tiers inférieur de l'œsophage.

Ce siège de prédilection, au tiers inférieur, des sténoses cicatricielles graves n'a rien qui doive surprendre, étant donnée la conception un peu nouvelle de l'œsophage, d'après les données de l'endoscope. Par suite du vide intra-thoracique, l'œsophage est maintenu béant à sa partie moyenne où il est véritablement cavitaire ; de nouveau ses parois s'accolent en la partie inférieure, un peu au-dessus de la traversée diaphragmatique ; on comprend très bien que, lors de la déglutition d'un liquide caustique, c'est au tiers inférieur que celui-ci séjournera davantage, d'autant que, dans sa partie toute inférieure, il est pourvu de fibres circulaires plus développées, véritable sphincter qui se contracture sous toutes les influences irritatives. Les lésions cicatricielles occupent du reste presque toujours une assez grande longueur de ce conduit et débutent à 3 ou 4 cent. au-dessus du cardia.

L'auteur démontre pourquoi on peut affirmer aujourd'hui que ces sténoses ne sont plus infranchissables. Le gros avantage de l'examen direct avec le tube est de permettre de retrouver le tout petit pertuis, reliquat de la lumière de l'œsophage ; ce minuscule orifice qui, sauf très rares exceptions, existe toujours est, la plupart du temps, caché dans un des replis ou fentes artificielles de la muqueuse, et à situation plus ou moins excentrique. Pour faciliter cette recherche, qui doit être faite avec la plus grande minutie et la plus grande patience, la cocaïnisation et l'adrénalisation locales de la région sténosée sont des adjuvants très utiles. Une fois reconnu ce tout petit pertuis, on essaie de le franchir avec une bougie mince, filiforme. Dès qu'on a réussi, il ne faut surtout pas céder à la tentation d'en passer une plus grosse dans cette première séance : on échouerait invariablement. On doit simplement, et comme dans l'urètre, la laisser à demeure. Si on la maintient en place suffisamment longtemps (5 à 6 heures au minimum), on sera surpris de constater que la sténose s'est beaucoup assouplie et combien on pourra facilement, dans une nouvelle séance endoscopique faite trois ou quatre jours après, en passer une ou deux autres de calibre croissant. Cette fois encore, on laissera à demeure la dernière pendant quelques heures et ainsi en quatre ou cinq séances endoscopiques suivant la gravité des cas, on arrive à recalibrer les rétrécissements cicatriciels les plus serrés et les plus fibreux. La réussite à passer la filiforme, à la condition de la laisser à demeure pendant un temps suffisamment long, constitue, peut-on dire, la clé de la cure des sténoses cicatricielles réputées jusque-là infranchissables. Point n'est besoin d'avoir recours à des manœuvres plus complexes.

Mais, pour réussir ces manœuvres endoscopiques, des règles très précises doivent être observées, sinon elles mènent à un échec certain et ne sont pas sans danger. En pareil cas, l'œsophagite et les lésions inflammatoires, qui compliquent souvent les spasmes œsophagiens, constituent le plus grand obstacle au cathétérisme de visu à la filiforme. Il faut, avant de l'entreprendre, que toute inflammation locale ait disparu. Par des lavages répétés de la poche sus-jacente à la sténose, par l'absorption de liquides légèrement alcalins (même s'ils sont rejetés au bout d'un temps plus ou moins long) pendant deux ou trois jours avant la première séance, on réussit à faire tomber ces phénomènes inflammatoires. Cette préparation est indispensable et suffit à rendre perméable à la filiforme, par la dispari-

tion du spasme local et de la contracture, une sténose qui était considérée comme infranchissable. (*La Presse Médicale*, 11 juillet 1936).

Vaccinothérapie du rhumatisme chronique

Le Professeur de Munter et G. Van Liefde estiment que la conclusion à tirer de leurs constatations n'est pas celle que l'on croirait pouvoir faire *a priori*, à savoir que la vaccinothérapie doit être considérée comme le traitement de choix du rhumatisme chronique et qu'il n'y a lieu d'entreprendre l'emploi de tous les autres moyens qu'après l'échec de celui-ci.

Cette proposition est défectueuse pour deux raisons.

La première c'est que la vaccinothérapie n'est pas un procédé rapide ; elle ne donne pas toujours des résultats à la première, voire même à la seconde application bien qu'elle puisse encore plus tard donner des succès. Ses *applications* doivent être espacées par des périodes de huit à quinze jours. Cette lenteur ne peut satisfaire le malade qui est en proie à de vives souffrances, ou que l'affection empêche de vaquer à ses occupations. La médication interne et les moyens physiothérapiques quand ils réussissent agissent souvent plus rapidement et c'est pourquoi il faut renverser la formule et n'employer les vaccins qu'après l'échec des autres moyens.

La deuxième, c'est que la vaccination est plutôt un moyen d'arrêt, capable d'enrayer une poussée, une crise, conséquemment de diminuer les douleurs, les gonflements, des épanchements articulaires, parfois même de les faire disparaître et de lever les impotences fonctionnelles qui en résultent. Mais elle est incapable de remédier à des troubles fonctionnels causés par des lésions plus ou moins anciennes ; notamment de guérir une ankylose, une impotence musculaire. Ici, seule la physiothérapie est qualifiée pour obtenir des résultats ; et par conséquent dans la généralité des cas elle devra être associée au traitement vaccinal. (*Liége Médical*, 5 juillet 1936.)

Zona et radiothérapie

Les remarques de MM. L. Gautrand et J.-A. Huet concernent d'abord la gravité du pronostic du zona, notamment dans la localisation ophtalmique et dans les autres localisations céphaliques. Cependant, les auteurs ont voulu envisager le zona d'une manière générale, quelle que soit sa localisation cutanéo-muqueuse, au point de vue de la radiothérapie. Mais deux principes doivent être posés en premier lieu :

1° L'agent causal est un virus filtrant, ou tout au moins non-identifié, et M. Netter a signalé dès 1892, l'identité de ce virus avec celui de la varicelle. La parenté des virus zonateux et herpétique, l'unité du virus varicello-zonateux, et enfin la spécificité du virus zonateux, sont trois questions à l'ordre du jour dont discutent encore à l'heure actuelle les différents auteurs.

2° Le pronostic du zona doit tenir compte de deux facteurs importants : sa localisation et l'âge du sujet.

Il faut étudier les effets de la radiographie, qui bien que préconisée depuis 1924, ne semble pas encore jouir d'une grande faveur ; nombreux sont d'ailleurs les médecins qui l'ignorent ou la jugent sans avantages particuliers.

MM. L. Gautrand et J.-A. Huet appliquent depuis de nombreuses années l'irradiation à tous leurs zonateux, et ils sont surpris des heureux résultats qu'ils ont obtenus, et qui sont en opposition avec le scepticisme général. S'appuyant sur leurs observations personnelles, et sur le mode d'action qu'ils attribuent aux rayons, ils en indiquent les possibilités thérapeutiques et les conditions d'applications efficaces. Ils reconnaissent aux rayons X un mode d'action double : sédatif et microbicide, répondant aux deux indications majeures du début de l'infection zonateuse. Ce traitement n'empêche pas de conseiller aux malades une bonne hygiène générale, une alimentation peu toxique, et une aération large, cela comme dans toute infection générale, même si l'hyperthermie fait défaut.

En résumé, la radiothérapie dans le zona paraît séduisante et susceptible de donner de très appréciables résultats. On s'étonne qu'elle soit si méconnue. Pas plus que tout autre traitement, elle ne donne une certitude absolue de guérison, mais elle permet tout au moins de façon constante d'améliorer les douleurs des malades. A ce titre seul, elle mériterait d'être au premier plan des thérapeutiques antizostériennes. Une seule chose est capitale, c'est la rapidité de l'intervention (il faut insister sur la nécessité d'intervenir dans les quarante-huit premières heures), qui en donnant des succès précoces, permettra d'éviter des lendemains douloureux. (*Le Monde Médical*, 15 mai 1936.)

La séro-réaction de Bordet-Wassermann « irréductible »

Les Docteurs R. Bernard et F. Van den Branden établissent que dans un certain nombre de cas, — la minorité, il est vrai, — le Wassermann ne paraît « irréductible » qu'en raison de l'hypercholestérinémie. Il suffit alors de la réduire pour négativer la réaction, et cela en dehors de tout traitement spécifique. (*Bruxelles-Médical*, 12 juillet 1936).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'éléphantiasis dit « tropical »

(M. P. DELOM ; 13-5-1936)

M. P. Delom, médecin-capitaine des troupes coloniales, présente une étude basée sur 246 opérations faites par lui dans le Haut-Oubangui, chez des noirs atteints d'éléphantiasis.

La pathogénie de cette affection est encore sujette à de nombreuses controverses. Attribuée autrefois à une origine filarienne, cette théorie étiologique est aujourd'hui abandonnée. La maladie apparaît actuellement comme une affection non seulement tropicale mais susceptible d'être observée sur tout le globe. Sa fréquence dans les zones tropicales tiendrait au terrain et à des causes locales. M. Delom montre l'influence fondamentale de l'accès initial inflammatoire, comparable à un accident érysipélateux, à l'origine de l'infiltration éléphantiasique, celle-ci n'étant qu'une longue évolution inflammatoire. Il ne faut opérer ces tumeurs que lorsque tout accident infectieux est depuis longtemps calmé, pour éviter les récidives.

Dix ans de pratique chirurgicale de brousse dans le Haut-Oubangui

(M. Pierre DELOM ; 13-5-1936)

M. Pierre Delom a eu l'occasion, pendant son séjour dans un poste isolé de l'Oubangui, de pratiquer près de 4.000 opérations sur des indigènes porteurs d'affections chirurgicales.

Rien n'est plus propre, dit-il, à frapper l'esprit des noirs que la pratique chirurgicale. De ce fait, le médecin acquiert un prestige personnel qui lui permet d'instituer des mesures d'hygiène collective, base de son action prophylactique, dont les effets sont plus difficilement appréciables immédiatement.

La chirurgie pratiquée dans la brousse se fait dans des conditions spéciales : outillage réduit, stérilisation par simple ébullition, aides de bonne volonté, salle d'opération simplement passée à la chaux.

Le noir présente une grande résistance à la douleur physique en raison du moindre développement de son système nerveux sensitif. L'anesthésie s'obtient chez lui facilement, avec de faibles doses d'anesthésiques. M. Delom s'est adressé couramment à l'anesthésie rachidienne avec 1 ou 2 centigrammes de stovaïne ou novocaïne, dose minime et très suffisante. La tolérance de l'indigène pour la rachi est en règle générale excellente.

Le Docteur Delom a pu opérer ainsi 246 éléphantiasis, 63 hernies, 42 lipomes, 17 goîtres et 29 cas divers.

Utérus bicorne unicervical

(M. R. CHUREAU, de Châtillon-sur-Seine. Rapport de M. A. BASSET ; 20-6-1936)

Intervenant avec le diagnostic de fibrome, chez une femme de quarante-cinq ans, multipare, et présentant un vagin et un col apparemment normaux, M. Chureau a trouvé, à l'ouverture de l'abdomen, un hémi-utérus droit et un autre hémi-utérus gauche avec deux cavités cervicales aboutissant à un orifice externe commun.

Il s'agissait d'un utérus bicorne unicervical, avec septum sagittal médian très développé.

En 1933, M. Chureau, avait déjà présenté à l'Académie de chirurgie, une observation d'utérus didelphe. Cette malade avait deux corps utérins indépendants, deux cols séparés et deux vagins : l'un normal, l'autre imperforé, distendu par un hématocolpos.

Quarante ans d'alimentation par bouche stomacale

(MM. G. ROUHIER et R. SOUPAULT ; 27-5-1936)

MM. Rouhier et Soupault présentent une femme de quarante-huit ans qui fut opérée à l'âge de huit ans de gastrostomie pour sténose cicatricielle de l'œsophage. Depuis cette époque, soit depuis 40 ans, cette femme s'alimente à la sonde gastrique (sonde permanente, qu'elle remplaçait une fois par an en moyenne), ne prenant aucun aliment par la bouche, ni solide ni liquide. Elle déglutit sa salive et la rejette en masse à trois ou quatre reprises par vingt-quatre heures, et chaque fois elle rince son cul-de-sac œsophagien avec un peu d'eau.

Un point intéressant est l'alimentation de cette femme. Elle n'a jamais pris que du bouillon de légumes, du lait avec un peu de tapioca ou de semoule et quelques œufs, dont elle a abandonné d'ailleurs l'usage depuis dix ans. Elle ne prend pas de sel, exceptionnellement du sucre, jamais de jus de viande et jamais de fruits. Malgré cette ration alimentaire réduite, son état de santé est excellent et elle a pu mener une existence à peu près normale en travaillant (elle est coiffeuse).

— M. PICOT a observé un cas à peu près semblable. Une femme opérée par lui de gastrostomie pour sténose œsophagienne en 1912 a été revue en 1931 en parfait état.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

La part de l'atélectasie pulmonaire dans le syndrome d'hémithorax sombre

(M. Etienne BERNARD, 1er mai 1936.)

Les observations rapportées par l'auteur nous font voir l'atélectasie pulmonaire sous un jour particulier : l'atélectasie localisée, occasionnelle, qui s'ajoute au collapsus pour favoriser l'affaissement du moignon pulmonaire.

Mais à vrai dire, dans de pareils cas, l'atélectasie est moins intéressante comme entité clinique que comme processus physio-pathologique, processus d'une nature très particulière et dont l'étude mérite d'être poursuivie.

En somme, il y a de multiples atélectasies. Il ne faut pas confondre sous une même rubrique des faits aussi dissemblables que l'atélectasie massive avec syndrome clinique évident succédant à une obstruction bronchique, l'atélectasie localisée ou parcellaire, voire histologique, lésion d'accompagnement au cours d'affections pulmonaires diverses, enfin l'atélectasie qui survient à l'occasion de certains pneumothorax thérapeutiques et qui apparaît comme une sorte de syndrome fonctionnel du tissu sain périlésionnel.

Les faits les plus sûrs concernant l'atélectasie aiguë massive, celle qui apparaît par exemple à l'occasion d'une hémoptysie ou à la suite de la chute dans une bronche d'un corps étranger. Sa réalité radio-clinique est bien établie après les importants documents qui ont été apportés. Mais, même dans ces cas, les signes radiologiques ne sont pas pathognomoniques. Ils font partie du syndrome d'hémithorax sombre dont les causes sont multiples. Quelques faits d'ordre morphologique semblent l'apanage de l'atélectasie. Mais ce sont surtout les conditions d'apparition et de disparition du syndrome qui en permettent le mieux le diagnostic causal.

Hépato-néphrite aiguë « post abortum » terminée par la guérison

(MM. Jean PARAF, M. CHATRON et DUPERRAT ; 1er-5-1936.)

Une jeune femme de vingt-neuf ans provoque une fausse couche à l'aide d'une manœuvre intra-utérine. Elle est curettée le surlendemain. On note un ictère (antérieur au curettage) qui persiste les jours suivants, sans température, puis disparaît en même temps qu'évolue une néphrite aiguë hyperazotémique avec anurie et anémie intenses. Cette néphrite aiguë s'accompagne d'un certain degré d'hypochlorémie, abaissement de la réserve alcaline. Ces constatations biologiques ont dicté la conduite thérapeutique : chlorurer d'une part, alcaliniser de l'autre, tout en provoquant la diurèse. En outre, on lutte contre l'anémie par des transfusions. Dans ces conditions les auteurs furent assez heureux pour voir guérir leur malade.

Cette observation montre bien les difficultés du diagnostic de ces hépato-néphrites *post abortum*.

On a pu hésiter entre une origine toxique à vrai dire assez improbable en l'absence d'autres antécédents que l'ingestion de 0,50 de sulfate de quinine et une origine infectieuse très vraisemblable, mais non certaine vu la négativité de l'hémoculture. Toutefois la constatation répétée d'innombrables colibacilles dans les urines de la malade a fait poser la question d'une hépato-néphrite à colibacilles. On peut penser que le B. coli s'est comporté ici comme un « microbe de sortie », le véritable germe de la maladie (B. perfringens ou autre) ayant échappé aux recherches.

Acromicrie, obésité et insuffisance génitale

(MM. P. CARNOT et R. CACHERA ; 1er-5-1936.)

Il s'agit de l'observation d'une femme de petite taille, chez qui les extrémités des membres sont principalement réduites (acromicrie) et qui présente une obésité avec insuffisance génitale ; ce syndrome bien particulier, développé en plusieurs temps, paraît être en relation avec une altération hypophysaire. Chez cette femme âgée de 30 ans, on a constaté l'existence d'un nanisme sans infantilisme et surtout de troubles remarquables du développement des extrémités des membres inférieurs, constituant une véritable acromicrie. L'arrêt de croissance est survenu vers l'âge de 12 ans, demeurant un phénomène rigoureusement isolé, tandis que l'évolution génitale se montrait normale (règles à 13 ans avec apparition de tous les caractères sexuels secondaires, et même plus tard deux grossesses). Dans un deuxième stade est apparue à l'âge de 27 ans, une aménorrhée complète sans régression des caractères sexuels. Enfin s'est développée rapidement une obésité à topographie spéciale ; celle-ci d'une part atteint surtout la région lombo-abdominale et les membres inférieurs ; elle respecte au contraire relativement la moitié supérieure du corps ; enfin, elle prédomine sur la racine des membres, laissant intactes les extrémités. Avec une taille de 1 mètre 41, cette malade pèse 67 kilos ; un syndrome adiposo-génital coexiste chez elle avec le nanisme et l'acromicrie.

Toutes les données physio-pathologiques concordent pour démontrer une insuffisance de l'hypophyse antérieure.

G. F.

Société médico-chirurgicale
des hopitaux libres

Séance du 4 mai 1936

Deux cas d'ulcération rectale après curiethérapie d'un cancer du col de l'utérus

M. Roger Savignac. — Il s'agit de deux observations de radio-nécrose de la paroi antérieure du rectum, dont l'une d'elles est illustrée, pour la première fois, d'aquarelles de la lésion prises sous-rectoscope. Cette lésion, quoique bien connue, a été peu étudiée, à part un travail de Rubens-Duval et Oppert. L'auteur en fait le diagnostic avec l'ulcération cancéreuse et insiste sur l'indolence, caractère différentiel avec les radio-nécroses cutanées.

Sur les sinusites de l'enfance

M. Lévy-Deker. — Dès la première enfance, l'ethmoïde et le sinus maxillaire sont suffisamment développés pour pouvoir être atteints par l'infection qui, des fosses nasales, gagne de proche en proche. En dehors des sinusites aiguës purulentes des maladies infectieuses, il existe de nombreuses sinusites latentes aiguës ou chroniques dont la symptomatologie est des plus réduite.

Ecoulement muqueux abondant, infections rhinopharyngées à répétition, otites récidivantes et surtout céphalées à type de névralgies frontales ou pariétales orientent le diagnostic que seule la radiographie permet de confirmer.

La plupart de ces sinusites cèdent au drainage et aux lavages relativement faciles.

M. Baldenweck et M. Dufourmentel estiment que la méthode d'éclairage à la lumière bleue préconisée par l'auteur constitue un progrès remarquable

Les douleurs dans les affections de la moelle et leur traitement médical

M. J. Lhermitte. — A l'heure actuelle, on ne saurait douter de la réalité des phénomènes algiques provoqués par les processus morbides qui se déroulent dans l'intérieur même de l'axe spinal. Les douleurs apparaissent surtout comme l'apanage des affections dégénératrices et des tumeurs intra-médullaires, des gliomatoses syringomyéliques.

L'auteur étudie successivement les formes algiques de la commotion spinale en insistant sur les types hyperalgésiques, pseudo-tabétiques et sur les douleurs à type de décharge électrique qu'il a décrites aussi bien dans la commotion que dans la sclérose en plaques à son début.

Chez les syringomyéliques, les douleurs peuvent prendre le type acroparesthésique typique. Or, dans les faits de ce genre, la radiothérapie médullaire donne des résultats extrêmement rapides et durables. Une malade observée par l'auteur et traitée par Nemours-Auguste est guérie depuis quatre ans, une autre est délivrée des douleurs qui l'obsédaient depuis un an.

M. Joly. — La radiothérapie ne guérissant pas la syringomyélie, il faut prévoir la répétition des doses et l'irradiation par la voie antérieure.

Absence totale de la paroi abdominale chez un nouveau-né ou gastro-schisis

J. Réglade. — A propos d'un cas de gastroschisis chez un fœtus du sexe masculin à terme, l'auteur rappelle les théories admises à ce sujet :

1° La différenciation des muscles dans le myotome aurait été empêchée au cours de la quatrième semaine pendant laquelle se fait cette différenciation ;

2° Les muscles abdominaux se seraient développés jusqu'à un certain point, mais auraient subi une régression après la quatrième semaine ;

3° La jonction entre le neurotome et le myotome ne se serait pas faite d'où atrophie des muscles.

Il s'agit presque toujours de fœtus de sexe masculin (présentant une ectopie testiculaire).

Dans tous les cas, on note une hérédité syphilitique.

M. Liège a observé un cas analogue.

Traitement des infections intestinales par le sérum normal de porc adulte

M. Bec (d'Avignon). M. Montant, *rapporteur.* — Dans la fièvre typhoïde le sérum normal de porc adulte en injections hypodermiques amènerait la chute de la fièvre en quelques jours avec disparition des accidents ataxo-adynamiques et de tous les symptômes habituels. Dans les coli-bacilloses et les colites, l'action de ce sérum serait également des plus nettes. On peut, dans ces cas, donner le sérum par ingestion. Dans la fièvre de Malte, on signale des résultats encourageants.

Toulouse

Société de médecine

Le carbone intraveineux dans les infections chirurgicales

MM. P. Dambrin, Robin et Lhez. — Après avoir rappelé l'origine de la méthode et les principales publications qu'elle a suscitées, les auteurs rapportent sept cas personnels se décomposant comme suit : deux ostéomyélites du tibia, un écrasement infecté de jambe, une ostéite de jambe après fracture ouverte ancienne, un érysipèle de la paroi post-appendicectomie, deux phlegmons diffus du membre supérieur.

Ils ont observé une influence nettement heureuse du carbone intraveineux dans les infections chirurgicales aiguës à streptocoques. Par contre, ils n'ont pas observé d'action notable de cette thérapeutique sur les infections à type subaigu ou chronique.

Ascite, péritonite chronique adhésive au cours d'un abcès amibien du lobe gauche du foie

MM. Dalous, J. Fabre et H. Pons. — L'observation est celle d'un homme de 29 ans, opéré huit ans auparavant d'un abcès amibien du lobe gauche du foie. Après une longue période de santé parfaite reprise de phénomènes abdominaux graves, avec température élevée et considérable, empâtement de l'hypocondre gauche. En l'absence de commémoratifs intervention d'urgence : volumineuse masse considérée comme une tumeur et ascite. L'examen du liquide d'ascite montre une énorme éosinophilie.

Dans les jours qui suivent, les antécédents du malade sont connus et le sujet est traité à l'émétine. Evolution très longue, entrecoupée de phénomènes abdominaux graves : douleurs intenses, crises de sub-occlusion. Guérison complète en six mois (augmentation de poids de 12 kgr.).

Les auteurs considèrent l'ascite observée comme une ascite réactionnelle, inflammatoire, tout à fait analogue dans sa pathogénie aux pleurésies que l'on observe au cours des abcès amibiens du foie. Ils insistent, en outre, sur les phénomènes intestinaux ultérieurs dus à de la péritonite adhésive et discutent le pronostic lointain de l'affection.

La goutte vertébrale

MM. Planques et Valdiguié attirent l'attention sur la sciatique goutteuse. Dans un cas complètement étudié au point de vue humoral chez un homme de 40 ans, on pouvait l'identifier par les caractéristiques suivantes : survenue brusque, tous les deux ou trois ans, à quatre reprises, d'une sciatalgie accompagnée de minimes signes neurologiques, mais d'une forte raideur lombaire très douloureuse. Cette sciatalgie, avant l'usage de la colchicine, durait deux ou trois mois ; la colchicine la jugule en quelques heures. A la radio-lombaire : becs ostéophytiques discrets. Les auteurs attribuent cette sciatalgie non à l'imprégnation toxique du nerfs, mais à la spondylite vertébrale.

Ils rapportent encore le cas d'une algie cervico-brachiale très vive survenue chez un homme de 40 ans, exagérée par les mouvements du cou, sans autres signes objectifs que de minimes secousses fibrillaires dans les muscles du groupe brachial supérieur, résistant depuis un mois à des traitements variés, et qui fut presque instantanément jugulée par l'usage du colchique. Pas de lésions radio-visibles. A cette occasion, les auteurs soulignent l'intérêt de ce diagnostic causal, à envisager dans tous les cas d'algies aiguës, de cause vertébrale.

La glycémie des asthéniques

MM. Serr et Planques établissent, sur un total de douze cas, que l'exercice pénible, de courte durée, demandé à quatre patients normaux et huit malades accusant une asthénie sans cause décelable, n'arrive (ni tout de suite après l'exercice, ni dans la demi-heure qui a suivi), à modifier la glycémie d'une manière appréciable, alors que d'autres signes de la fatigue sont présents, sauf chez un sujet normal où elle s'est élevée de 1 gramme à 1 gr. 35.

Il n'y a donc pas là un moyen pratique de classification des asthénies. Au point de vue doctrinal, il est intéressant de souligner qu'une fatigue non exagérée ne déprime nullement la glycémie. Beaucoup plus qu'un bilan nutritif des acquisitions ou des dépenses glycosées, la glycémie apparaît comme une constante physico-chimique (tonus glycémique de Folin) maintenue à un taux constant par les avances ou les retraits du réservoir lacunaire.

Capillarite du fond d'œil et altération vasculo-rénale

MM. Coudeau, Planques et Boulicaud. — Six cas de capillarite sans aucun autre signe oculaire étudiés au point de vue tension, indice oscillométrique, constante d'Ambard, épreuve de la phénolphtaléine, mènent aux conclusions suivantes : la capillarite du fond d'œil peut être un phénomène isolé et local, et coexiste alors avec un état physiologique de la tension artérielle et des fonctions rénales.

Le plus souvent, elle coexiste avec une élévation tensionnelle, une hypercholestérolémie, d'autres signes d'atteintes artéritiques (artériosclércuse ou syphilitique) et une méiopragie rénale.

Dans un cas, sa constatation a permis de déceler un sérieux déficit rénal (constante à 0,14 et P. S. P. à 35 %) que ne faisait prévoir ni l'hypertension artérielle, ni une azotémie restée très modérée.

Dr J. P.- Tourneux.

Lille

Société médicale et anatomo clinique

Séance du mardi 28 avril 1936

Traitement radiothérapique de l'acné

M. P. David. — Femme ayant, depuis trois ans une acné devenue exceptionnellement suppurante et vis-à-vis de laquelle les applications soufrées restent inopérantes. En janvier 1936, la radiothérapie est entreprise ; dès la cinquième séance, les papules s'effacent ; à la dixième, la peau a repris son grain normal et il ne reste qu'un peu d'érythème.

L'auteur emploie la technique des doses fractionnées ; il en précise l'application, indique les formes auxquelles elle convient et souligne l'intérêt des résultats.

Arrachement traumatique d'un bras (présentation de pièce)

MM. Camelot et Castel présentent un bras arraché au cours d'un accident de travail. Le bras a été pris dans une courroie de transmission, violemment

élongé et tordu. Ecrasement du poignet, fracture des deux os de l'avant-bras, fracture de l'humérus au tiers supérieur, arrachement de toutes les parties molles.

Epluchage et régularisation du moignon ; suture, drainage. Suites normales.

Electrocution par courant de basse tension chez un homme jeune, point de contact à la nuque ; apparition secondaire d'un syndrome d'hypertension artérielle, avec complications mortelles

MM. Vincent et Delnatte. — A propos de la communication du Professeur Le Gand, sur un centre bulbaire cardio-renforçateur, l'auteur rappelle un fait de sa pratique :

Homme de 22 ans, électrocuté par un courant de 120 volts alternatif. Reprend très vite connaissance et rentre chez lui. Quatre heures après l'accident, se sent mal à l'aise, un peu dyspnéique et mande son médecin. La dyspnée va croissant, la tension artérielle monte à 35/16 au Pachon. Malgré saignée et intraveineuse d'ouabaïne, la mort survint la nuit suivante par œdème aigu du poumon.

Des travaux publiés, il résulte que les lésions du système nerveux sont peu importantes, que la mort est surtout le fait d'une hypertension rachidienne et qu'une ponction lombaire aussi précoce que possible peut donner d'heureux résultats.

Cancer expérimental (présentation d'animaux)

MM. Delattre et Lou-Chang présentent quelques souris, à différents stades de la cancérisation expérimentale. Certaines, ayant reçu sur la nuque XX à XXV gouttes de la solution à 1/200 de 1 : 2 Benzopyrène, présentent des formes déjà ulcérées de cancer ; d'autres, à un stade moins avancé, n'ont que des papillomes, sans ulcérations. Les auteurs poursuivent leurs recherches expérimentales et s'efforcent de déterminer les causes qui empêchent le développement du cancer expérimental.

Les Livres

J.-B. Baillière et fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (6e)

Docteur H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau. — **Le traitement des vomissements des nourrissons.** Un vol. grand in-8° de 56 pages, 12 francs. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles.*)

Les vomissements présentent chez le nourrisson une importance particulière du fait de leur fréquence et de l'état de dénutrition qu'ils risquent d'entraîner en se répétant. Ils ne sont qu'un symptôme commun à différentes maladies, mais un symptôme qui en raison de sa gravité propre, mérite d'être traité pour lui-même.

Voici la table des matières de ce volume :

I. Vomissements épisodiques au cours d'une affection aiguë. II. Les vomissements en dehors de toute maladie aiguë. Caractères généraux des vomissements. La sténose congénitale du pylore. Autres anomalies du tube digestif. Les causes communes des vomissements chez le nourrisson. Nécessité d'alimenter suffisamment les nourrissons vomisseurs. Les fautes de diététique. Le syndrome des vomissements habituels. Les vomissements anaphylactiques. Vomissements influencés par la position de l'enfant. Vomissements périodiques avec acétonémie.

Principales médications. I. Diététique. II. Les médicaments. III. Traitements physiques. IV. Traitements biologiques. V. Traitement de l'état constitutionnel et de la maladie causale. Quelques exemples particuliers.

J.-B. Baillière et fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris (6e)

Docteur Antonin Clerc, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — **Les tachycardies et leur traitement.** Un vol. grand in-8° de 88 pages avec fig., 12 francs. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles.*)

Si simple qu'apparaisse la dénomination de tachycardie, elle s'applique, en réalité, à un monceau de faits, dont il faut, nécessairement, faire le triage préliminaire, destiné à séparer, parmi les conditions où le phénomène se produit, celles où il ne prend qu'une importance physiologique, et celles, au contraire, où il mérite d'être traité comme trouble morbide véritable.

L'auteur admet schématiquement, deux grandes catégories de tachycardie, selon que la tachycardie représente un symptôme associé à d'autres, ou bien qu'elle est intense et prédominante, au point de constituer par elle-même une véritable maladie.

Après un bref résumé clinique et après avoir considéré l'état véritablement pathologique des tachycardies, l'auteur termine par l'exposé des méthodes thérapeutiques.

Les Thèses

P. — Dr M. Charif Emami. — **Peut-on espérer blanchir les mélanodermies avec la vitamine C (acide ascorbique).** (Thèse 1936).

Les travaux de Szent-Györgyi, de Tillmans, ont permis de fabriquer par synthèse l'acide ascorbique, substance qui possède toutes les propriétés physiques, chimiques et biologiques de la vitamine C.

Cette substance est inoffensive ; elle ne provoque pas d'accidents d'hypervitaminose, l'excédent non utilisé par l'organisme étant éliminé par les urines, où la vitamine C peut être décelée et dosée.

L'acide ascorbique ne provoque aucun trouble digestif, gastrique ou intestinal. Administré à hautes doses et d'une façon continue et régulière, il a pu diminuer notablement la pigmentation sans toutefois la supprimer. Pour obtenir un tel résultat l'organisme doit être saturé d'acide ascorbique ; l'arrêt de traitement peut être plus ou moins rapidement suivi de la réapparition de la pigmentation.

En résumé, l'acide ascorbique constitue un moyen d'atténuer les hyperpigmentations. Le produit utilisé par l'auteur fut dans deux cas l'acide ascorbique lévogyre (vitascorbol).

L'acide ascorbique n'a d'influence que sur la pigmentation, il n'agit pas sur les autres symptômes de la maladie causale.

P. — Dr V. Mariotti. — **La fièvre ondulante en Corse.** (Thèse, 1936.)

En Corse, où l'élevage prend une extension considérable, où les principes d'hygiène sont presque inexistants parmi la population campagnarde, les brucelloses sévissent avec une intensité inquiétante.

Le Nord de l'île est surtout contaminé (Cap Corse, Rutali, Ortale, Borgo, Murato, Cardo, Pero, Vescovato, San Nicolao). La région de la Balagne (arrondissement de Calvi) et les centres, tels que Bastia-Ajaccio, sont très éprouvés par la mélitococcie.

La contamination se fait par la consommation des fromages, du lait, du broccio et par le contact permanent de l'homme avec l'animal. La contagion hydrique est un facteur à ne pas négliger.

Les principaux moyens à mettre en œuvre pour lutter contre l'infection se résument dans l'ébullition du lait, dans la fabrication du fromage avec du lait pasteurisé, dans les soins d'hygiène consécutifs aux contacts avec les animaux, dans le refus du droit de circulation pour les troupeaux reconnus malades et surtout dans la vaccination préventive de l'homme vivant en étroite promiscuité avec le bétail à l'aide du vaccin de Dubois et Sollier.

L'Institution d'un Centre de traitement fonctionnant en même temps comme centre de dépistage semble particulièrement souhaitable en Corse.

P. — Dr J. Martin. — **Traitement local de la douleur rhumatismale par les injections anesthésiantes sulfo-iodées.** (Thèse, 1936.)

Le Docteur J. Martin donne à son travail inaugural les conclusions suivantes :

Le procédé le plus sûr pour obtenir la sédation immédiate d'une douleur rhumatismale, articulaire, nerveuse, ou musculaire, consiste à injecter, autour de l'articulation, du nerf, ou dans l'épaisseur du muscle douloureux, une solution anesthésique.

L'anesthésique utilisé doit être à la fois suffisamment actif, même en solution très diluée, et parfaitement inoffensif, même à fortes doses. Seul parmi tous les anesthésiques locaux utilisés par lui, le phényl propionate de para-amino benzoyl di-éthyl-amino-éthanol (Dunacaïne) a paru répondre à ces deux conditions essentielles.

L'infiltration anesthésique périarticulaire ou périnerveuse donne des résultats immédiats, mais ses effets sont souvent fugaces. Il est indispensable, pour obtenir un effet thérapeutique durable, d'injecter, en même temps que la solution anesthésique, des corps doués de propriétés antirhumatismales.

Le soufre et l'iode ont paru particulièrement aptes à modifier favorablement le terrain rhumatismal.

Parmi les dérivés iodés injectables, l'auteur a utilisé le di-iodométhylate de diméthyl pipérazine (iodazine M.), dont la solution aqueuse est transparente aux rayons X, et dont la grande puissance thérapeutique s'associe à une tolérance parfaite.

Parmi les dérivés soufrés, la diamide sulfo-carbonique (thiocarbamide) apporte à l'organisme un soufre réduit, susceptible de subir toutes les gammes des oxydations organiques, condition essentielle à l'activité thérapeutique d'une préparation soufrée.

Cette méthode thérapeutique nouvelle paraît marquer un progrès dans le traitement des arthrites et péri-arthrites rhumatismales, des algies sciatiques et cervico-brachiales, des lumbagos, et des autres manifestations douloureuses du rhumatisme chronique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

I

L'ORGANISATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉDECINE SOCIALE PAR LE CORPS MÉDICAL

Il y a déjà bien longtemps que dans « *Le Concours Médical* » des flots d'encre ont coulé sur ce même sujet, et sans évoquer les figures de tous ceux qui pour avoir désiré pareille réalisation ont dressé contre eux la plus grande partie du Corps médical et ont connu l'amertume de l'oubli, il me paraîtrait profondément injuste, aujourd'hui qu'il est un peu partout question de la prise en charge de la Médecine Sociale, de ne pas reconnaître, en leur rendant un tardif hommage, qu'avant et contre tous les autres, ils avaient vu juste.

Avec la rapidité des révolutions sociales, leur idée nous apparaît maintenant comme la solution la plus susceptible de sauvegarder la médecine traditionnelle et de concilier ses exigences, avec les nécessités de l'hygiène et de la prophylaxie que réclament pour se préserver de la maladie, nos sociétés nouvelles.

Une place de plus en plus importante est prise par la médecine sociale ; l'adaptation que nous ont imposée les Assurances sociales a contribué particulièrement chez les jeunes, à changer nos manières de voir et à nous faire accepter des obligations que nous aurions rejetées naguère, sans même nous donner la peine de les examiner.

Aujourd'hui, dans son ensemble le Corps médical paraît disposé à offrir aux Administrations une collaboration loyale et plusieurs de nos syndicats étudient les bases d'un contrat qu'il serait possible de passer avec les Pouvoirs publics.

C'est précisément ce changement complet d'orientation qui ne nous paraît pas sans danger. Il nous lance sans que nous y soyons assez préparés, sans que des études aient été poussées, dans une aventure qui va nous mettre, du jour au lendemain, en face d'organisations administratives qui savent ce qu'elles veulent, où elles vont et qui sont puissantes.

L'enjeu est assez important pour que nous fassions un gros effort et que nous opposions autre chose que des improvisations hâtives à des administrateurs dont le programme est depuis longtemps fixé dans ses moindres détails

Il faut craindre aussi de rencontrer dans le Corps médical, quelque méfiance. Beaucoup d'entre nous ont chaque jour l'exemple des Assurances sociales, ils se souviennent des garanties que nous avions exigées, ils savent ce qu'étaient les conventions primitives, ils voient ce qu'elles sont devenues, ils savent les conflits continuels que leur application soulève et beaucoup se rendent compte que la prise en charge de la médecine sociale va poser des problèmes infiniment plus complexes.

Le Corps médical ne pourra les résoudre, en maintenant ses traditions et ses disciplines qu'*en opposant une fermeté raisonnée sur tous les points inacceptables* et en formant un bloc corporatif parfaitement cohérent, discipliné, ayant confiance en ceux qu'il aura librement choisis et jugés dignes d'assumer la lourde tâche de le conduire. C'est dire, pour qu'aucune fissure ne soit possible, que les Pouvoirs publics doivent trouver en face d'eux une *Unité médicale*

Avant même d'envisager la prise en charge, nous devons réaliser notre unité syndicale ; les querelles de personnes doivent cesser et ceux qui vont avoir la responsabilité d'être nos mandants doivent s'employer déjà de toutes leurs forces à supprimer de leur activité tout ce qui pourrait devenir cause de conflits et créer des dissidences ; il est nécessaire de faire effort pour rallier les mécontents dont l'action pernicieuse s'exerce, de panser les redoutables blessures faites à des amour-propres chatouilleux et de réaliser une union dont la première manifestation tangible sera *l'unité syndicale départementale*.

Si elle est irréalisable ! Comment envisager la constitution d'un pouvoir central assez fort et jouissant d'une confiance assez grande pour assumer une tâche aussi lourde que la prise en charge de la médecine sociale.

La gravité des circonstances actuelles qui menace l'exercice de notre profession nous commande de tout faire pour réaliser cette puissance centrale dont nous reconnaîtrons l'autorité et qui aura notre confiance. Elle aura tôt fait de grouper autour d'elle l'élite et la masse de ceux qui boudent le syndicalisme, surtout si chacun se rend parfaitement compte

que faisant fi des intérêts secondaires ou particuliers et des petits avantages matériels, elle ne poursuit qu'un but très élevé : « LA DÉFENSE DE LA MÉDECINE ».

Sur un aussi important sujet, nous nous sommes déjà documenté, nous avons lu avec grand intérêt ce qui s'est publié jusqu'ici, ce qu'ont écrit et la Confédération et les Syndicats locaux et il nous paraît utile de dire à tous nos confrères qu'ils ne peuvent se désintéresser d'une organisation qui peut demain bouleverser leur exercice professionnel.

***

C'est uniquement *la médecine préventive* que le Gouvernement se propose actuellement d'organiser et comme l'a fait remarquer Cibrie, cette médecine, qui ne comporte ni traitements, ni soins, englobe aussi bien les examens de santé des enfants, des adultes, que les vaccinations, les consultations prénatales, les consultations de nourrissons, et toute la prophylaxie de la tuberculose, de la syphilis, du cancer, de la diphtérie, que sais-je encore !.

Avant d'être étendue à toute la France, des essais de prise en charge de cette médecine collective seront certainement tentés et nos Syndicats seront d'autant plus forts pour nous défendre, lors de la prise en charge définitive, que, dans les départements où l'expérience aura été faite, les médecins auront accompli loyalement et scrupuleusement leurs obligations nouvelles *qui ne seront pas sans être fort astreignantes.*

Au Syndicat des médecins de la Seine, nous pensons justement qu'en matière de prophylaxie la prise en charge peut se réaliser en utilisant largement *le cabinet du médecin* et en donnant à l'action du médecin de famille une importance primordiale.

Pour que le médecin librement choisi par le malade, joue ce rôle important dans la nouvelle organisation, il faut qu'il accepte de se conformer aux clauses d'un contrat qui sera signé entre les représentants du Corps médical et les Pouvoirs publics, c'est en somme exactement ce qui se passe dans la médecine des Assurances sociales. Toutefois pour faciliter les rapports entre médecins et Administrations le Conseil de la Confédération a proposé de créer dans chaque département *un Comité de coordination* composé de délégués de l'Administration départementale, des Syndicats médicaux, de l'Office d'hygiène sociale, des Caisses d'assurances sociales, du corps enseignant, etc., et destiné à coordonner les diverses activités s'occupant de prévention et d'hygiène à recenser les ressources de l'équipement sanitaire, à éviter les gaspillages et à prendre l'initiative de tout ce qui peut contribuer à améliorer l'état sanitaire du pays.

Le Syndicat des médecins de la Seine voudrait voir ce Comité se réunir au moins une fois par trimestre, et prendre de l'importance, bien qu'on ne lui accorde qu'une voix consultative.

Le projet d'organisation étudié à la Confédération a envisagé pour chaque assujetti un *livret de santé* constituant une série d'observations médicales se complétant dans le temps et évitant les examens répétés et inutiles.

Ce livret n'aura d'importance qu'autant qu'il sera reconnu par la loi comme uniquement destiné aux médecins, qu'en aucun cas et sous peine de sanctions graves les agents de l'Administration, les employés ou qui que ce soit n'en prendront connaissance. C'est en somme assurer en médecine sociale le respect du secret médical, le rendre compatible avec des examens multiples par plusieurs médecins successifs, même à des dates éloignées et faciliter les possibilités de la prophylaxie.

Des différences sensibles existeront évidemment entre les moyens dont disposeront les organisations des villes et celles des campagnes, et nous voyons revenir dans le projet, le Centre de diagnostic, groupant les laboratoires de radiologie, de biologie, d'analyses et destiné à permettre des investigations approfondies, là où les praticiens ne disposent point d'installations suffisantes.

Il est bien certain qu'ainsi présenté ce centre de diagnostic est un aide puissant pour le praticien, mais connaissant le prestige qu'exercent sur les malades les appareils complexes et les laboratoires, ce serait une erreur et de la part des Administrations la chose est à craindre, d'en faire l'*axe autour duquel doit graviter toute la médecine sociale.*

Nous ne sommes pas de ceux auxquels le seul mot de centre de diagnostic fait voir rouge. Nous avons souvent dit et écrit tout le bien que nous en pensions, mais au moment où la question de la prise en charge de la médecine sociale se pose, nous ne voudrions point voir ressusciter ce fantome qui trouvera tout naturellement sa place, s'il répond à un besoin réel, comme l'ont trouvée, sans faire autant de bruit, toutes les organisations matérielles de médecine, de chirurgie et de spécialités, susceptibles de faciliter la tâche du médecin, et d'améliorer le sort du malade.

Cette conception d'une médecine sociale organisée et prise en charge par les médecins peut donner d'excellents résultats. Si sa réalisation est bien comprise elle doit permettre de grouper des quantités d'organismes de soins actuellement éparpillés, ayant des tarifs, des réglements différents, elle peut mettre, espérons-le, un peu d'unité et d'ordre dans cette médecine née du profond

remaniement social actuel, dont l'extension grignote peu à peu nos clientèles et arrivera à les réduire à rien, si nous laissons faire, nous contentant de pleurer sur les ruines du passé, et de réclamer d'une faible voix une liberté qui, dans tous les domaines, a à peu près entièrement disparu. J'y vois pour ma part une tâche beaucoup plus difficile qu'on semble le croire. Elle nécessitera de la part de tous ceux qui auront l'honneur d'y participer beaucoup de travail, d'abnégation, de doigté. Ils auraient tort, je crois, de compter sur la gratitude et la reconnaissance de leurs contemporains en récompense de leurs efforts ; fatalement et pour mener à bien leur tâche, il leur faudra sacrifier quelques intérêts privés, et ce n'est qu'à ce prix qu'ils pourront aboutir.

Ils auront cependant la satisfaction immense d'avoir rempli une mission, ils auront au moment opportun donné le coup de barre qui aura pu sauver du péril la médecine française, ils resteront dans l'histoire médicale, les réformateurs hardis qui auront su comprendre que dans la tourmente sociale où les situations les plus stables s'effondrent il ne fallait pas laisser périr la médecine, qu'il était nécessaire de conserver ses principes et ses traditions millénaires, en restreignant les libertés de chaque médecin et ceci dans l'intérêt même de la Santé Générale.

Dr Raphaël MASSART.

II

QUELQUES TRAITS DE L'ÉTAT CORPORATIF FASCISTE

D'un petit volume édité à Rome par la Confédération fasciste des industriels en 1935, an XIII, et intitulé « l'Etat corporatif », j'extrais les passages suivants susceptibles d'intéresser les médecins. Tout d'abord cette présentation qui est, en même temps, un programme :

« L'Etat corporatif est donc un fait accompli. Dorénavant les diverses branches et toutes les catégories de l'activité économique de la Nation — agriculture, industrie, commerce, finances, arts et professions libérales — se trouvent encadrées dans l'Etat totalitaire, qui embrasse aussi toutes les activités intellectuelles, ainsi que les œuvres de divertissements, d'éducation physique, voire même les sports ».

« Les patrons (page 88) apportent aux assurances sociales une contribution annuelle qui oscille autour de 760 millions. Ils sont tenus de pourvoir aux dépenses jusqu'à concurrence de 66,6 %, les ouvriers devant fournir l'autre tiers. La part de l'Etat, en 1933, ne dépassait pas 0,2 %.

Les Assurances sociales se trouvent complétées par les différentes formes d'œuvres de relèvement social que la loi syndicale de 1926, aussi bien que la charte de travail ont désignées comme une des formes caractéristiques de la collaboration des classes. A la date du 15 avril 1933 il n'existait pas moins de 1.385 caisses de mutualité contre la maladie (casse mutue), couvrant un ensemble de 914.439 travailleurs.

Les organisations des employeurs ont en outre doté de 3 millions de lires une institution modèle pour la recherche et le traitement de la tuberculose parmi les travailleurs, institution qu'elles ont remise à l'Institut fasciste de la prévoyance sociale en 1935, lorsque celle-ci inaugura son grand sanatorium « *Benito Mussolini* ». Elles sont aussi créé une clinique du travail, à Rome, spécialisée pour les maladies professionnelles, et l'organisation la Vigile pour les soins médicaux et chirurgicaux en faveur de leurs dépendants, avec dispensaires dans les centres industriels de la Lombardie et du Piémont. Un exemple (p. 89) caractéristique d'œuvre sociale fasciste est fourni par le Dopolavoro (loisirs ouvriers). C'est, actuellement, une puissante organisation qui, en 1933, comptait 2 millions d'adhérents appartenant à toutes les catégories de travailleurs.

La cotisation annuelle, qui ne dépasse guère 4 lires, donne droit à toutes sortes de facilités et d'agréments, soit dans le domaine de l'esprit, soit dans celui des sports.

Il existe un théâtre ambulant « Le Char de Thespis » qui se rend jusque dans les communes et les hameaux les plus éloignés. L'entrée gratuite dans les musées et des facilités de voyage extrêmement avantageuses permettent aux travailleurs des villes et de la campagne de connaître les trésors artistiques et les beautés naturelles de leur pays. D'autres facilités mettent enfin à la portée de toutes les bourses des distractions et des sports tels que l'alpinisme, les sports d'hiver, le canotage. Les adhérents peuvent augmenter leur culture en fréquentant des conférences et des écoles professionnelles.

L'augmentation numérique (p. 92) des élèves qui fréquentent les écoles, au cours de la période quinquennale 1928-1933, a été de 20 % pour les écoles primaires, de 61 % pour les écoles secondaires et de 27 % pour les écoles supérieures.

Enfin (p. 103) l'ensemble réellement imposant des travaux pour la bonification des terres représentera en définitive une dépense pour la Nation de sept milliards de lires, moyennant quoi, dans dix ans, l'Italie sera délivrée à jamais du paludisme et aura des terres cultivables pour tous ses nationaux.

G. LAVALÉE.

LE PROBLÈME SOCIAL DU TRAVAIL INTELLECTUEL

La proposition de loi Pomaret

Pour l'avenir même de notre profession médicale, il est du plus haut intérêt de lire attentivement et sans opinion préconçue la proposition de loi que MM. Pomaret, de Monzie et quelques autres députés ont déposée sur le bureau de la Chambre.

A première vue, le projet est parfaitement révolutionnaire, à savoir d'apporter une limitation à la durée du travail de l'individu, qui n'est lié à personne par contrat.

Mais, en y regardant de plus près, la proposition de loi comporte des directives, les unes qui paraissent être inapplicables et irréalisables, les autres d'exécution facile, alors surtout que certaines sont réclamées depuis de longues années par le Corps médical, telles que la protection de la santé publique et de notre profession contre les charlatans et les illégaux de tous ordres.

Directives générales du projet. — L'idée dominante de cette proposition de loi est la suivante : « la jeunesse sauvera le monde », il faut par conséquent lui procurer du travail, d'autant qu'on a « laissé les jeunes gens se charger de diplômes « en leur laissant croire que c'était autant de titres de créance sur la collectivité. »

Or, « par suite du développement du progrès « scientifique et technique, il y a plus d'emplois « qui disparaissent qu'il n'y a d'emplois nouveaux qui se créent pour les besoins des hommes. »

Théorème du marché du travail. — Et M. Pomaret d'énoncer le théorème du marché du travail :

Tant qu'il n'y a pas — ou depuis qu'il n'y a plus — de travail régulier et rémunérateur pour tous les adultes de notre pays :

1° Il n'est pas possible de permettre aux « anciens » de travailler : c'est la question des limites d'âges ;

2° Il n'est pas possible de tolérer le travail des adolescents : c'est la double question de la prolongation de la scolarité et de l'interdiction prolongée du travail des adolescents ;

3° Il n'est pas possible de permettre à un adulte d'exercer deux activités, tant qu'il y a des adultes qui n'en exercent pas une seule : c'est la question des cumuls ;

4° Il n'est pas possible de permettre à un adulte d'exercer une profession, sans qu'il présente toutes les garanties de compétence, alors que tant de professionnels compétents ne travaillent pas suffisamment : c'est la question de la protection des professions ;

5° Il n'est pas possible d'orienter ou de laisser s'orienter aveuglément des adolescents vers des professions trop encombrées : c'est la question de la prévision des besoins, connexe à la plus vaste question de l'orientation professionnelle.

Les auteurs de la proposition de loi abordent alors chacun des chapitres de ce théorème du travail. Nous ne discuterons que les points qui concernent notre profession médicale.

I. L'élimination des anciens

Il faut faire des places pour les jeunes, qui veulent se faire leur situation, gagner leur vie et fonder un foyer.

En second lieu, la sécurité sociale exige l'élimination de ceux que l'âge affaiblit et dont les facultés physiques et intellectuelles sont diminuées par rapport à celles des jeunes.

D'où la nécessité de *l'organisation corporative* de chaque profession, pour permettre une retraite à tous ceux qui, par l'âge, ont besoin de prendre un repos définitif.

II. L'élimination des adolescents

Un enfant ne doit pas travailler avant l'âge de 14 ans. On pourrait même aller à l'âge de 16 ans, dans notre période actuelle si troublée.

D'où la nécessité de la préparation au métier, l'obligation à un apprentissage régulier et efficace.

III. Les cumuls

Le législateur doit s'imposer, du moment où de nombreux adultes ne trouvent pas de travail et souffrent de la faim, alors que d'autres accaparent plusieurs activités, souvent sans avoir plus de titres que d'autres.

IV. La protection des professions

Ce chapitre nous intéresse au plus haut point, nous médecins. Qu'ont fait les Pouvoirs publics pour protéger la santé publique, honteusement exploitée et mise en péril par les charlatans et illégaux de tout acabit ? Qu'a donné comme résultats tangibles le Congrès de 1906, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ? Quel sort a-t-on fait aux propositions de modifications de la loi du 30 novembre 1892, en ce qui concerne la pénalisation des illégaux de la médecine ?

M. Pomaret déclare qu'il faut protéger le public usager, ou client mal informé, malhabile à discerner, contre ces illégaux, « contre ces

« margoulins » de la profession, ces faux méde-
« cins, ces tenanciers de cabinets médicaux et
« dentaires suspects, ces architectes et ingé-
« nieurs qui n'en ont que le nom et n'en ont pas
« la capacité voulue.

« Il faut protéger le bon professionnel contre
« son concurrent déloyal qui encombre la pro-
« fession. Une sévère protection des carrières
« libérales et techniques assure un débouché
« plus sûr aux jeunes diplômés qui s'y destinent ».

V. La prévision des besoins

« Ici tout est à faire » déclare M. Pomaret et nous sommes entièrement d'accord avec lui, d'autant que nos Syndicats médicaux se sont souvent préoccupés des différentes mesures à prendre pour éviter la ruée des jeunes, vers les études médicales, alors que bien des déceptions attendent les diplômés.

De plus, quelle mauvaise répartition des travailleurs intellectuels ? Par exemple, certains postes de médecin de campagne devraient être pourvus d'un titulaire, alors que les villes regorgent de médecins sans clientèle.

Un essai d'organisation a été tenté par M. de Monzie, alors ministre de l'Education nationale. Un bureau universitaire de statistique a été créé et qui a réussi à trouver du travail à bien des jeunes gens pourvus d'un diplôme d'enseignement supérieur, mais qui ne trouvaient pas à utiliser leur savoir.

La proposition de loi que nous étudions aborde alors tout un programme de réorganisation et de regroupement des forces actuellement éparpillées dans les Facultés, les Instituts divers, etc... Ce programme sera étudié plus loin.

Cet exposé se termine sur une vue d'avenir : les auteurs de la proposition de loi entendent demander au législateur de se préoccuper de la concurrence de la main-d'œuvre étrangère, non plus en général, mais pour des spécialistes bien définies, où la France est restée en arrière, tributaire des pays voisins.

Nous avons chez nous trop d'ingénieurs chimistes de nationalité étrangère, Suisses, Italiens, ou Allemands, d'autres utilisés comme ingénieurs hydroliciens, techniciens du cinéma sonore, techniciens de l'horlogerie, techniciens de la brasserie, techniciens du tourisme et de l'hôtellerie, etc... Nous restons tributaires de l'étranger pour des activités techniques qu'il serait désirable de voir se développer au bénéfice des Français par un enseignement approprié dans nos régions françaises.

Commentaire des articles de la proposition de loi

Limite d'âge

I. *Pour les fonctionnaires.* — La limite d'âge des fonctionnaires et agents des diverses Administrations publiques de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics est fixée à 60 ans. Elle peut être reculée à 62 ans pour les pères de trois enfants vivants. En aucun cas la limite d'âge ne peut excéder 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes.

A première vue, cette proposition paraît dictatoriale. Cependant, dans l'armée, la limite d'âge est prévue pour chaque grade, automatiquement appliquée et acceptée par les intéressés sans aucune récrimination.

II. *Suppression du privilège d'âge des membres de l'Institut,* qui à l'heure présente est de 75 ans.

Quel que soit le respect qu'on doive à ces savants, il est cependant désirable que ces grandes intelligences, qui ont été la gloire de notre pays, sachent se résoudre à la retraite, avant que la rumeur publique ne parle, pour eux, de sénilité et de décrépitude. Il faut éviter l'irrespect des foules.

III. *Limite d'âge dans les carrières privées.* —
« Nul ne peut exercer à titre gratuit ou à titre
« onéreux, à partir de l'âge de 65 ans, la profession
« d'avocat, officier ministériel, docteur en méde-
« cine, vétérinaire, chirurgien-dentiste, pharma-
« cien, sage-femme, architecte, géomètre, ingé-
« nieur, comptable, banquier, chef salarié ou
« chef de service salarié dans une entreprise
« industrielle et commerciale, administrateur de
« société.

« Cette interdiction ne prendra effet qu'à par-
« tir du premier janvier 1939, afin de permettre
« aux groupements professionnels, en collabo-
« ration avec les Ministres du Travail et de l'Edu-
« cation nationale, de *réaliser la mise en vigueur*
« d'un régime approprié de retraites, auquel
« l'Etat ne pourra d'ailleurs apporter aucune
« contribution financière. »

Dans cette énumération, nous eussions été heureux d'y voir être mentionnés les parlementaires et les membres du gouvernement. L'administration de la chose publique doit également être protégée contre la sénilité, puisque le projet de loi entend favoriser l'accès des jeunes dans toutes les branches de l'activité sociale.

Ne nous arrêtons pas à des points que je considère comme plus secondaires, à savoir si, dans notre profession, un médecin, un chirurgien peut être dangereux pour la santé publique, à partir de l'âge de 65 ans. Nous pouvons facilement répondre que la clientèle sait abandonner ceux d'entre nous qui ne lui donnent plus satisfaction.

Je préfère m'appesantir sur deux points qui, à mes yeux, sont l'amorce d'une véritable révolution sociale.

Que le fonctionnaire, qui est lié par un contrat de Droit public et administratif, soit limité dans

son activité technique, nous l'admettrons facilement. Le contrat fait la loi entre les parties et l'Etat, ou autres Administrations publiques ont toute liberté pour n'offrir du travail qu'aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge de 60 ans. Les officiers se résignent à prendre leur retraite, lorsque la limite d'âge prévue pour chaque grade est arrivée pour chacun d'eux.

Mais, en droit privé, il n'en est plus de même. Aucun contrat n'intervient entre un médecin et sa clientèle. Au nom de la protection de la santé publique, le législateur a imposé aux praticiens un minimum de savoir et de technicité, consacrés par l'obtention d'un diplôme prévu par la loi du 30 novembre 1892, tant pour les médecins que pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Ce diplôme confère donc à son titulaire le droit d'exercice de la médecine, à ses risques et périls, sans autres limites que l'observation des lois et des Codes.

C'est donc une proposition d'ordre parfaitement révolutionnaire et dictatorial que de venir imposer à l'individu la cessation de son activité privée, lorsqu'il aura atteint l'âge de 65 ans.

Je ne veux en aucune sorte être accusé de faire de la politique dans les colonnes du *Concours* ; mais je tiens à faire remarquer la portée sociale et économique de cette intrusion du législateur dans l'initiative privée. L'école libérale de Le Play est bien près de disparaître, alors que le savant économiste assignait à l'Etat un simple rôle de police générale : « Laisser faire et laisser passer ».

Autrement dit, l'individu sera désormais considéré comme ayant une fonction à jouer dans la société et le Parlement entend réglementer chaque activité privée comme il l'a fait pour ses propres fonctionnaires.

Un second point, plus terre à terre, est la question de savoir ce que vont devenir ces gens âgés de plus de 65 ans et qui, n'étant pas fonctionnaires, n'auront droit à aucune retraite d'Etat.

On ne peut certes pas concevoir que ceux qui n'auront pas pu se constituer soit des rentes, soit une retraite, puissent être inscrits d'office au bénéfice de la loi du 15 juillet 1905, sur les vieillards, infirmes et incurables.

Quant à demander aux différentes professions de constituer elles-mêmes des retraites, c'est un problème fort ardu, que les techniciens idoines et les actuaires n'abordent qu'avec de grandes précautions, lorsqu'on les consulte, vu les cotisations à réclamer, pour donner à chacun la certitude du versement de la somme annuelle de pension promise.

Aussi n'abordant le problème que du point de vue critique, je dirai que les bénéficiaires de la limitation d'âge devraient être appelés à constituer cette retraite pour les vieux travailleurs de la profession.

Le premier bénéficiaire, c'est, d'après la proposition de loi, le public lui-même. C'est au nom de la santé de nos concitoyens que les auteurs de la proposition de loi limitent l'activité sociale de chacun. D'où la conclusion : l'Etat, c'est-à-dire la collectivité tout entière doit supporter une partie des frais de la retraite de ses vieux serviteurs.

Puisque le fisc exige de chacun de nous un impôt appelé patente, pour avoir la licence d'exercer la médecine, pourquoi ne pas affecter le produit de cette patente à la constitution d'un fonds spécial de retraite pour les médecins ? Au lieu de voir perdre cet argent dans le gouffre général du Trésor public, le patentable supporterait plus allègrement cet impôt — si tant est qu'un impôt soit supporté avec allégresse — s'il savait que cet argent pourrait, plus tard, lui être rendu sous forme de pension de retraite Aux départements et aux communes de se procurer d'autres ressources budgétaires.

Un second bénéficiaire est indiqué dans la proposition de loi. Ce sont tous les jeunes, qui ayant besoin de trouver du travail, ont le désir légitime de voir les anciens prendre leur retraite. Le patente qu'ils verseraient et qui serait affectée a la constitution du fonds de retraite, ne serait en définitive que le rachat annuel des clientèles des anciens de la profession.

Ainsi l'Etat aurait à sa disposition un fonds de retraites qu'il administrerait de concert avec les Syndicats médicaux. Au besoin, ils pourraient abandonner les honoraires pour soins donnés aux bénéficiaires de l'A. M. G., par exemple.

La protection des professions. — Passant sous silence les articles de la proposition de loi, qui n'intéressent pas notre profession, je préfère ne discuter maintenant que l'article 15, qui concerne la protection de la profession médicale.

Tout d'abord est envisagée la protection de la propriété des cabinets médicaux et surtout dentaires. J'ai déjà fait connaître ma façon de penser sur cette proposition qui n'émane pas de la Confédération des Syndicats médicaux, mais est d'initiative privée (*Concours Médical*, 1935, 1826 et 1890).

Bien que conçue dans l'espoir de mettre un terme aux agissements de certains propriétaires de cabinets, qui font du commerce et exploitent la crédulité publique, par l'intermédiaire de salariés diplômés, je n'ai pu que formuler des critiques à ces propositions, qui, avant d'être soumises au législateur, auraient dû faire l'objet de discussions au sein de la Confédération et de ses Syndicats.

En second lieu, la proposition de loi reproduit

les articles que j'avais rédigés à la demande du Syndicat des médecins de la Seine, du Syndicat des médecins stomatologistes et de l'Association française des chirurgiens-dentistes, pour définir et réprimer utilement l'exercice illégal. (*Concours Médical* 1927, 946 et proposition de loi Nast, déposée sur le bureau de la Chambre des Députés).

L'article 21 prévoit le contrôle public des professions, en assujettissant les ingénieurs, géomètres, etc., à faire enregistrer leur diplôme, comme la loi l'impose déjà aux médecins.

L'article 22 décide que « l'Etat prend à sa « charge à concurrence d'un maximum de 12.000 « francs par an, la moitié des subventions que « les communes de moins de 1.000 habitants « accorderont à des médecins, vétérinaires, chi« rurgiens-dentistes et sages-femmes pour faci« liter leur installation, ou leur maintien ».

Ici encore, petite révolution. La jurisprudence du Conseil d'Etat n'admet de subvention publique, pour un médecin et allouée par une commune que dans des cas exceptionnels, soit lorsque la commune jouit d'un régime d'exception pour son service d'A. M. G. (article 35 de la loi du 15 juillet 1893) soit lorsque les difficultés de communication empêchent les médecins voisins de répondre à l'appel des malades de ladite commune.

Désormais, la proposition de loi entrevoit une facilité plus grande d'installation dans les localités pauvres, ou isolées : l'octroi d'une subvention permettrait à des praticiens de gagner leur vie dans une localité de montagne, incapable par ses habitants seuls de faire vivre le médecin.

Les cumuls. — L'ingérence des fonctionnaires dans les professions privées est interdite, en ce sens qu'un fonctionnaire ne pourrait pas cumuler ses fonctions avec une occupation rémunérée dans une branche de l'activité privée. Des dérogations nominatives peuvent être accordées par le ministre compétent pour mettre un fonctionnaire à la disposition d'autres services publics, ou privés, soit à titre gratuit, soit avec rémunération.

De plus, les fonctionnaires ne peuvent en aucun cas être chargés d'un contrôle dans un service en rapport avec le leur.

Pour être complet, il eût fallu étendre cette interdiction aux retraités de l'Etat, des départements, ou des communes qui ne devraient pas cumuler leur retraite avec une rémunération quelconque de l'activité privée.

Il n'y a pas beaucoup de médecins fonctionnaires ; mais cependant la question des cumuls s'est assez fréquemment posée. Il nous a été demandé, par exemple, si un médecin de sanatorium public, ou si un médecin inspecteur départemental d'hygiène, ou directeur de Bureau municipal d'hygiène pouvait en même temps exercer la médecine à titre privé.

Le chômage intellectuel. — Une commission spéciale, qui devra avoir terminé ses travaux le 31 mars 1937, étudiera les conditions de fonctionnement des instituts et écoles techniques et scientifiques rattachées aux Universités. D'ailleurs, aucun de ces établissements ne pourra désormais être créé que par une loi, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et du Conseil supérieur de l'enseignement technique. Tout ceci dans le but de mettre un terme à la floraison d'instituts et écoles qui ne servent souvent pas à grand'chose et dont le nombre est cependant impressionnant.

Pourquoi créer tant de diplômes divers, alors que les titulaires ne peuvent pas trouver du travail ? Il faut mettre un terme à cette « hémorragie scolaire ».

De même s'impose une réforme des licences d'enseignement. Cette réforme devra être terminée au 31 décembre 1937. Il importe d'éviter à l'avenir de cruelles déceptions à cette jeunesse studieuse qui espère que l'obtention d'un diplôme lui procurera facilement du travail intellectuel.

Pour mettre un frein à l'encombrement des carrières, sera désormais éliminé définitivement tout candidat ayant subi quatre échecs pour un même examen.

L'usurpation des titres universitaires est sévèrement réprimée alors que jusqu'ici était seule interdite l'usurpation des titres afférents à une profession légalement règlementée.

Les écoles privées ne pourront pas délivrer de diplômes professionnels à moins d'y avoir été autorisées par une loi.

On se souvient que, dans notre profession médicale, il fallut poursuivre devant les Tribunaux correctionnels une école privée qui délivrait des diplômes de doctorat en radiologie dentaire.

Une innovation heureuse : dans l'enseignement primaire supérieur, deux heures par mois seront affectées à des conférences sur le choix des carrières, sur les débouchés offerts à la jeunesse et sur les prévisions d'avenir.

Ainsi ne verra-t-on plus tant de jeunes gens, au sortir du baccalauréat, faire leur médecine, ou leur droit, sans savoir pourquoi, ni où cela les conduit.

Enfin, à partir du 31 octobre 1936, les statistiques du chômage comprendront les chômeurs intellectuels.

Conclusions

Si cette proposition de loi avait été intitulée, par ses auteurs « proposition de loi ayant pour but de remédier à la pléthore des professions intellectuelles », nul doute qu'elle eût été

accueillie avec faveur dans nos milieux médicaux.

Certes, de nombreuses réserves ou critiques eussent été formulées ; mais nous aurions retenu tout ce que les Syndicats médicaux réclament depuis de très nombreuses années pour mettre un terme à l'encombrement de notre profession et pour assurer la protection de la santé publique, par la répression de l'exercice illégal.

Que se proposent les auteurs du projet ? De limiter l'envahissement des professions, de procurer du travail surtout aux jeunes, de limiter la délivrance des diplômes, grâce aux moyens suivants :

1° La limitation de la durée d'exercice individuelle d'une profession.

2° L'interdiction du cumul de deux activités rémunérées publiques ou privées.

3° Les installations de médecins dans les campagnes sont favorisées et facilitées par des allocations pécuniaires, qui peuvent aller jusqu'au chiffre de 24.000 francs par an ;

4° Protection et coordination de l'accès dans la profession médicale ;

5° Elimination des non-valeurs pendant la durée des études.

6° Lutte contre l'exercice illégal et l'usurpation des titres universitaires.

Certes, le premier moyen doit retenir notre attention. Ou bien l'Etat doit étudier de concert avec nos Syndicats la possibilité d'allouer une retraite honorable à tous les médecins âgés de 65 ans, soit en contraignant chacun à abandonner obligatoirement sa clientèle, soit en n'accordant la retraite qu'à ceux qui veulent la prendre et accepteraient de cesser d'exercer.

Personnellement, je préconiserai la retraite facultative. Pour de nombreuses raisons, un médecin âgé de plus de 65 ans peut avoir intérêt à continuer l'exercice de sa profession. D'un autre côté, certains praticiens peuvent, malgré leur âge, rendre encore de très grands services à la santé publique.

Je propose d'affecter le produit de l'impôt des patentes pour la constitution d'un fonds de retraite pour les médecins. Il me sera répondu certes que le principal de cet impôt est affecté aux départements et aux communes.

Que ces collectivités cherchent à se procurer de l'argent d'une autre manière ; mais j'estime que, du moment où l'on nous fait payer un impôt pour avoir le droit d'exercer notre profession, cet impôt doit servir avant tout au fonds de retraite des praticiens.

Si besoin en est, nos Syndicats médicaux, de concert avec les organisations d'Etat, verraient s'il est nécessaire de faire supporter, à ceux qui travaillent, une imposition supplémentaire pour la constitution des retraites, ou leur imposer l'abandon des créances pour soins donnés, par exemple, aux indigents (service de l'A. M. G.). Ces praticiens bénéficient de l'abandon des clientèles par les confrères âgés de plus de 65 ans : ce serait, en quelque sorte, un rachat des clientèles.

La prévoyance serait ainsi rendue obligatoire pour le Corps médical ; celui-ci serait en quelque sorte bénéficiaire d'une sorte d'assurance sociale de retraite, ce qui viendrait en aide à pas mal de misères cachées, chez des praticiens qui ont lutté toute leur vie et n'ont pas, à la fin de leurs jours, les économies sufisantes pour les aider à jouir d'une paix bien gagnée.

Au surplus, la retraite du praticien devrait être réversible en totalité, ou en partie sur la tête de sa veuve et de ses orphelins.

Je termine donc en demandant aux auteurs de cette proposition de loi de ne considérer leur projet que comme un préliminaire de discussion. Les Syndicats médicaux doivent être appelés à collaborer activement à cette réorganisation profonde de notre profession.

Il faut certes lutter contre la pléthore et l'encombrement ; il faut assurer les vieux jours de nos travailleurs ; mais encore faut-il présenter au Parlement des projets qui soient pratiquement réalisables. Pour cela, seuls les médecins praticiens, réunis dans leurs syndicats, ont la compétence nécessaire pour collaborer utilement avec le législateur.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La destruction des rats

Le danger d'utiliser les virus

Tout le monde connaît actuellement les risques que fait courir la présence des rats pour la transmission à l'homme de certaines maladies infectieuses. Ne les a-t-on pas accusés, dès les temps les plus reculés, d'être les vecteurs de la *peste* d'Athènes, et de celle de Justinien ? Aujourd'hui leur rôle dans la propagation de cette maladie est patent et l'on se souvient encore de l'alerte de 1921, où la peste refit à Paris une apparition sensationnelle.

Même alors que l'épidémie humaine est terminée, le rat peut rester fort longtemps infesté, et il doit être considéré comme un réservoir de virus. Tantôt le bacille de Yersin détermine chez lui une infection latente qu'a signalée Simond, aux Indes dès 1898 ; tantôt celui-ci persiste à l'état saprophytique dans le foie et la rate, comme l'ont démontré Bordas, Tanon et Neveu ; sa virulence, très atténuée, peut cependant s'exalter de nouveau par passage sur les puces ou sur de jeunes animaux.

A Paris, le taux des rats contaminés, parmi ceux qui purent être étudiés, fut de 1 p. 100 en 1922, 1 p. 200 en 1923, 2 p. 100 en 1924, 1 p. 100 en 1926. Ces chiffres sont assez suggestifs pour se passer de commentaires.

Si nous rappelons encore le rôle des rats dans la transmission de la *rage*, de la *spirochétose ictérigène*, si nous évoquons le *sodoku*, la *trichine* et l'intervention possible des campagnols dans la propagation de la *suette miliaire*, nous n'aurons pas de peine à faire accepter la nécessité d'une guerre sans merci à ces animaux.

Les difficultés commencent quand il s'agit d'organiser la lutte contre le rat par des moyens efficaces, d'obtenir surtout la continuité et la coordination des efforts, faute de quoi, les résultats sont dérisoires. En 1912 fut fondée, dans ce but, la première Association internationale contre le rat, ayant à sa tête MM. Zuschlag et le Docteur Loir (du Hâvre). La guerre interrompit bientôt ses travaux. Une nouvelle commission, organisée par G. Petit, se réunit à Paris en 1928. Présidée par le Professeur Calmette, elle émit le vœu de la création d'une Ligue internationale contre le rat.

Tout récemment, la « Deuxième Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste » (Paris, 7-12 octobre 1931), à laquelle participèrent la plupart des nations étrangères, ont proclamé la nécessité d'une croisade universelle, soutenue par une Ligue internationale. Comme tant d'autres, cette dernière ne peut évidemment se flatter d'une action rapidement décisive, et la gent ratière n'est pas près d'être exterminée. Mais comment ne pas applaudir à l'essai d'un mouvement de défense systématique contre le plus intolérable de nos parasites ?

Afin d'organiser une lutte rationnelle contre le rat, il est cependant nécessaire de posséder quelques notions sur *ses mœurs*.

On distingue deux variétés principales de rats : le rat gris ou surmulot (rat d'égout), et le rat noir (rat de grenier), plus petit que le précédent. Le premier constitue la plus dangereuse, et la guerre de 1914-1918 en a favorisé une pullulation particulière, pleine de menace pour l'avenir.

Le Docteur M. F. Codevelle a décrit, dans tous leurs détails les mœurs de ces animaux (1).

Nous prendrons comme type le *surmulot*. Animal fouisseur, il se creuse dans le sol, d'ailleurs peu profondément, des terriers auxquels il assure par des galeries, parfois fort longues et entrecroisées, des dégagements nombreux ; d'où la difficulté de le forcer au gîte. Il nage et plonge fort bien et peut, en franchissant les siphons, passer des égouts dans les immeubles. Mauvais grimpeur, il ne s'élève guère aux étages supérieurs des maisons, dont il habite de préférence les caves. Si la nourriture abonde, la fécondité d'un couple est très élevée ; encore faut-il que la femelle ait trouvé un asile sûr, où mettre bas et abriter sa nichée pendant trois ou quatre semaines : un dallage disjoint, le sol mal cimenté d'une cave, les murs creux aux boiseries vermoulues, les entrevous auxquels les planchers vétustes donnent un accès si facile, tout recoin inaccessible à l'homme et aux animaux domestiques pourra devenir un repaire pour les rongeurs. Cependant, il ne faut pas oublier que le surmulot vit de préférence à l'*extérieur* des habitations, où il ne pénètre que pour chercher sa nourriture. Aussi peut-on le rencontrer en nombre sur le rebord des fossés, dans les talus, les buttes de tir, les remparts des citadelles. Mais il *n'élit son gîte qu'à proximité des lieux où l'attire une nouriture suffisante.*

(1) *Archives de méd. et de pharm. militaires*, (1er août 1935.

Avant la fin du premier mois, le jeune rat est capable de tenter tout seul sa chance dans le monde. A trois mois, il est adulte. La durée totale de sa vie est facilement de deux à trois ans, au cours desquels un couple de rats peut mettre au monde 20-155-392 rejetons, d'après Lantz. Il faut dire qu'à ce calcul s'oppose dans la réalité une providentielle mortalité infantile, fortement appuyée par des famines, des hivers rigoureux, les maladies, la concurrence vitale et, parfois, l'intervention, encore insuffisante des hommes.

La grosse affaire pour un rat, c'est de manger. *L'appétit de ces animaux est étonnant.* Un individu de 150 grammes consomme 60 grammes d'aliments par jour, soit 180 tonnes quotidiennes pour les trois millions de rats parisiens. Cette boulimie a sa contre-partie, dont nous devons savoir profiter : c'est l'*impossibilité, pour les rats, de soutenir un jeûne de plus de quarante-huit heures.* D'où leur souci prévoyant d'accumuler leur subsistance, et de constituer des *greniers* de réserve parfois fort loin (200 ou 300 mètres) de leur point de ravitaillement. Leurs voyages d'exploration ont toujours un but alimentaire. Affamés, ces animaux, assez délicats en temps d'abondance, se jettent sur n'importe quelle nourriture et même se dévorent entre eux. La disette n'est pas, d'ailleurs, le seul motif à ces querelles, et la surabondance des mâles entraîne des batailles sanglantes, que nous devons entretenir.

L'intelligence des rats (ou tout au moins leur instinct) est d'une finesse remarquable. Leur mémoire, leur méfiance, leurs ruses sont de graves causes d'échec à nos pièges. Dans une série d'expériences curieuses, A. Régnier les a mises en évidence, surtout chez les campagnols, mais aussi chez le surmulot.

Il a vu, dit-il, « un surmulot adulte accumuler pendant un mois des préparations à base d'arsenic et de strychnine sans les consommer ; dans d'autres essais, où les grains empoisonnés étaient mélangés avec des grains sains, les rats ont parfaitement su les trier, mais après avoir fait la première fois un prélèvement de quelques grains. Les jeunes paraissent se montrer moins défiants ».

Des campagnols, mis en présence d'un mélange de grains d'avoine sains et de grains de blé empoisonnés (non colorés), ne touchaient au blé que le premier jour et très peu (10 p. 100) des grains dévorés, et n'y revenaient plus par la suite : d'où la nécessité d'utiliser des grains très toxiques, mortels dès la moindre ingestion. Outre une incontestable résistance aux agressions toxiques ou physiques (électricité par exemple), les rats acquièrent très vite la notion du danger. Aussi les voit-on fuir en troupes parfois immenses les territoires, où une mortalité anormale les a frappés, quelle qu'en soit la cause : épizootie spontanée ou décès provoqués soit par un virus, soit un poison raticide. D'où le succès apparent de beaucoup de procédés de dératisation. Mais l'exode des rongeurs n'est que passager, et, après quelques mois, on les voit reparaître et repeupler les mêmes lieux, qui leur furent funestes, soit que la mémoire de leurs malheurs passés se soit effacée, soit que leur instinct les ait avertis qu'il n'est pas, pour eux, de malédiction durable. A nous d'en tenir compte pour opposer à leur retour des mesures efficaces.

Les mœurs du *rat noir* ne diffèrent guère de celles du rat gris que par l'habitat. Grimpeur excellent, il vit surtout dans les greniers, où il est au moins à l'abri de son terrible cousin le surmulot. Mais on le rencontre à tous les étages des maisons. Peu fouisseur, il s'abrite plus volontiers dans les cachettes formées par les meubles, les caisses, les matériaux de toutes sortes des pièces peu visitées. Il ne se met guère à l'eau, bien qu'il soit un nageur moins médiocre qu'on ne le croit en général. Comme la souris, dont les habitudes sont identiques, il fait partie de la maison, d'où son épithète de « domestique ».

De cette courte incursion dans la vie des muridés parasites de nos demeures, nous allons tirer les données essentielles de la dératisation.

***

La lutte contre les rats

Pour être efficace, et surtout pour donner des résultats durables, cette lutte doit s'inspirer de ce que nous connaissons de la vie des rats.

L'abri et la tranquillité leur sont nécessaires pour leurs nichées ; il faut donc un aménagement soigneux des constructions de toutes sortes, afin de les rendre inaccessibles aux rats. C'est le « rat-proofing ».

Les voies d'accès trouvées par ces animaux sont parfois ingénieuses. Le plus souvent, c'est par les caves qu'ils s'introduisent ; le sol, en terre battue ou en pierre tendre et fissurée, sans revêtement, ou mal dallé, permet à ces fouisseurs d'y faire aboutir leurs galeries. Ou bien ce sont soit les diverses canalisations, eau, gaz, etc., empruntant un passage creusé dans le mur et beaucoup trop large avec les soupiraux soit grillages mal entretenus ; le seuil usé des portes, les chambranles rongés ou disjoints, les orifices d'aération, etc., sont aussi des chemins tout indiqués pour les surmulots. Les rats noirs, encore plus agiles, grimpent entre le mur et la conduite

de descente des eaux, ou bien, par l'arbre voisin, ils se laissent tomber sur les toits et gagnent les greniers par les lucarnes.

Comme remède, on veillera à l'intégrité des grillages des soupiraux, aux revêtements des caves, qui doivent être cimentés, aux prises d'air et aux canalisations, à la bonne marche des siphons de cour. Garnir le bas des portes d'une feuille de zinc, sceller dans le seuil, si c'est nécessaire, une traverse de fer. Entourer de disques protecteurs les tuyaux de descente des eaux, élaguer les branches d'arbre trop voisines des toits.

Restent les murs extérieurs eux-mêmes, dont les ornements ou les rugosités peuvent permettre l'ascension des rats de grenier. L'agilité de ceux-ci a cependant des limites, qu'a étudiées Saigol à Rangoon. Leur saut ne dépasse pas 75 centimètres. Une mur uni, ou en plâtre, ne leur donne aucune prise. On peut donc constituer un obstacle infranchissable en appliquant sur un mur, à 60 centimètres du sol, une bande de fer-blanc de 25 centimètres de large. De même, ces animaux ne peuvent franchir de bas en haut une corniche saillant de 25 centimètres.

De telles indications doivent être mises à profit dans la construction de bâtiments qui, par leur destination, sont voués à la visite des rats : magasins et entrepôts de grains, de farine, de sucre, de pain, etc...

A présent, comment *empêcher les rats de faire leur nid dans les lieux, où ils ont fini par pénétrer.* Dans certains vieux bâtiments, la difficulté est parfois insurmontable. Il ne peut être question d'y supprimer tous les recoins, les placards, les entrevous, les boiseries en ruine, etc... De ces gîtes, seule, une bonne fumigation peut les déloger. Mais le souci de l'aménagement « rat-proof » devrait entrer dans l'élaboration du plan de toute construction moderne. Dans celle-ci, tout recoin inutile devrait être supprimé, toute canalisation devrait être visitable ; les planchers seraient remplacés par des revêtements inattaquables, etc...

Mais, quel que soit le souci que l'on prenne pour rendre un local inhabitable pour les rats, on aura fait peu de chose si l'on n'y ajoute d'autres mesures défensives, celles qui tendent à imposer à ces animaux une épreuve à laquelle ils ne peuvent résister : la famine et la soif.

Ils supportent mal le jeûne ; il faut donc les affamer ; c'est chose facile, si l'on évite de laisser à leur portée, par d'innombrables négligences, une pâture, qui leur permet, non seulement de vivre, mais encore de proliférer.

Il n'est pas extrêmement difficile d'obtenir que, dans une cuisine, un magasin à vivres, toute substance alimentaire soit dûment enfermée dans des garde-manger bien entretenus. Ce qui est bien plus malaisé, surtout dans certaines collectivités (hôpital, etc.), c'est d'éviter la dispersion des déchets alimentaires de toute sorte : débris de pain, restes de soupe ou de légumes souvent dédaignés (riz, lentilles), épluchures diverses, boîtes de conserves encore baignées d'une huile savoureuse. Amoncelés, en tas à l'air libre ou enfouis, ils seront la proie des rats qui seront attirés de loin.

Dans un bureau d'une grande administration, en apparence bien tenu, un rat venait chaque soir chercher les restes d'une banane, dont une dactylographe faisait son goûter quotidien, et dont la peau fleurissait jusqu'au lendemain matin la corbeille à papier. Cet appât supprimé, le rat cessa ses visites.

Tous les résidus doivent être recueillis dans des poubelles fermant exactement et bien conditionnées. Le mieux serait de ramasser les ordures et de les incinérer *avant la nuit*, dès après le repas du soir. La collecte *des gadoues* qui, dans les villes, se fait, pour des raisons d'esthétique, au petit jour, laisse toute la nuit des provisions abondantes aux rats. Dans les collectivités militaires, le ramassage à la fin de la journée ne présenterait que des avantages.

Les résultats d'une telle méthode dépendent, naturellement, de sa rigueur et de sa généralisation. On n'affame des rats, au point de leur interdire toute progéniture, qu'en appliquant les mesures précédentes sur une vaste échelle. Le voisinage dans une ville, d'égouts, d'immeubles, d'établissements où, par une négligence regrettable mais fort commune, les rats sont tolérés, ne permettra pas d'obtenir, par le « rat-proofing » et le blocus alimentaire, des résultats absolument décisifs.

Aussi sera-t-il utile de les compléter périodiquement par les procédés offensifs de dératisation, qui, pour être plus anciens, n'en sont pas pour cela périmés.

Parmi les procédés offensifs se range tout d'abord la *chasse aux rats*, qui comprend : les animaux ratiers, la capture directe et les pièges, la sélection sexuelle.

Une objection sérieuse à l'utilisation des animaux ratiers se présente rapidement à l'esprit. Le chien et le chat sont, comme le rat, des vecteurs possibles des puces qui transmettent la peste. Le chat peut être lui-même atteint de cette maladie. Ces animaux sont encore susceptibles de contracter la rage, parfois consécutive à morsure d'un rat.

En réalité, l'apparition de cas de peste doit faire écarter absolument de l'homme tout animal por-

teur éventuel de puces ; aussi la meilleure prophylaxie de la peste, pendant les dizaines et les dizaines d'années qui, chez nous, séparent deux invasions épidémiques, est-elle de veiller à la destruction préalable de son agent de propagation, le rat. Il faut pour cela, utiliser tous les moyens en notre pouvoir, y compris le chat et le chien. Il serait facile, la peste venue, de sacrifier ces alliés devenus dangereux.

Parmi les *chiens*, les meilleurs chasseurs de rats appartiennent à la race fox-terrier. Le premier effet de leur présence est l'éloignement des rats d'une habitation. Mais le chien est, dans la lutte, plus courageux qu'habile et regrettablement bruyant ; son inaptitude à grimper, à se faufiler dans d'étroits passages lui rend la chasse difficile dans un local encombré comme un grenier, un magasin plein de sacs, etc... Son zèle même n'est pas exempt de tous dangers pour les marchandises qu'on voudrait protéger. Dans un espace libre, il reprend tous ses avantages.

Quant aux *chats*, ils ne sont pas tous bons ratiers, ni capables de le devenir. Le Docteur Loir en a fait une étude très intéressante et complète, et il cite les races les plus appréciées. Les chattes sont meilleures ratières que les mâles ; les animaux châtrés sont préférables aux entiers. Une croyance assez répandue est que les chats ne s'attaquent aux rats qu'à la condition d'être affamés. Loir a montré que c'était une erreur, et que le chat doit être fort et bien nourri, car il ne chasse que par sport et sans dévorer sa victime. Enfin pour qu'un chat se livre à la chasse, il est essentiel de ne pas le contrarier dans ses habitudes.

***

La dératisation par les virus

Vient ensuite la destruction des rats par différents procédés infectieux ou toxiques ; tout d'abord, envisageons les virus.

Le Docteur G. Lamarque (1) a insisté récemment sur la preuve indiscutable de la contamination humaine due à l'intermédiaire des rats atteints par les virus.

Les virus raticides contiennent, en effet, du bacille de Gartner et du paratyphique, et leur emploi consiste à créer chez les rats une véritable épidémie de paratyphoïde B. La plupart de ces animaux meurent quinze à vingt jours après l'absorption du virus ; d'autres, ceux qui en apparence guérissent, meurent trois mois après de cachexie. Durant cette période, réservoirs de virus, ils sèment des bacilles paratyphiques partout, et surtout sur les aliments de l'homme.

« Le surmulot, le rat noir, dit le Professeur Chavigny, sont des commensaux stricts de l'homme. Ils se nourrissent des mêmes substances alimentaires que lui, de celles qu'il a accumulées, préparées pour son usage, de celles qui restent comme détritus de sa cuisine, comme déchets de sa table ; aucune autre nourriture ne leur convient, ne leur permet de se sustenter ».

Dès lors, apparaît le danger immense que fait courir à l'homme l'usage de virus raticide, puisque le rat contaminé viendra souiller durant toute sa maladie, et jusqu'à l'agonie, les aliments de l'homme.

Depuis longtemps déjà, de semblables constatations ont été faites en Allemagne ; on rapporte des épidémies avec 25, 40 et 70 cas et trois observations de mort par les bacilles paratyphiques. Des précautions spéciales avaient tout d'abord été prescrites, afin d'éviter des accidents par les raticides contenant des bactéries ; puis l'emploi de ces raticides a été formellement interdit dans ce pays.

Il convient donc à tous les médecins de déconseiller l'usage de ces virus raticides, et aux Pouvoirs publics d'en interdire l'emploi en France.

Rappelons, pour terminer, qu'il existe, pour détruire les rats, d'autres procédés excellents, tels que : scillitine, pâtes phosphorées ou arsenicales, carbonate de baryum plâtré ou sels de thallium.

G. Fischer.

(1) *Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, (28 juin 1936).

LA SAUVEGARDE DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE

M. Pierre de Mestral Combremont m'a demandé de présenter aux médecins français le petit livre qu'il vient de publier sur *La sauvegarde de la jeunesse* (1). Je le fais bien volontiers car ce livre, s'il n'est pas écrit pour la formation technique du médecin, traite de problèmes dont la solution est basée sur sa constante intervention.

M. de Mestral est un avocat de Genève, diplômé en Protection de l'enfance par l'*Institut des sciences de l'éducation de l'Université de Genève*, institut fondé en 1913 par le Professeur Ed. Claparède. Il a étudié les lois sur les mineurs dans les divers pays et accompli des stages, pendant plusieurs années, dans de nombreux établissements de Belgique, de France, de Suisse, notamment à la *Clinique de neuro-psychiatrie infantile de la Faculté de médecine de Paris,* dirigée par le Docteur G. Heuyer. Il est donc, comme l'écrit M. Adolphe Ferrière, dans la préface très instructive du livre, particulièrement qualifié pour traiter des problèmes envisagés.

Ses conclusions concordent d'ailleurs avec les vœux émis par l'*Association internationale pour la protection de l'enfance* dans sa XIe session tenue en juillet 1935. Il avait eu le mérite, sans avoir connu ceux-ci, écrit M. Adolphe Ferrière, de les avoir formulées auparavant, devant le Grand conseil de Genève, dans un contre-projet de loi sur un Tribunal de l'enfance, le 30 mars 1935.

Disons de suite que le titre du livre n'est pas assez compréhensif. M. de Mestral ne s'occupe pas seulement de la jeunesse, c'est-à-dire de la période de l'existence intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte, mais aussi de l'enfance. Il traite, en fait, de la *sauvegarde de l'enfance et de la jeunesse* ou, du point de vue légal, de la *sauvegarde des mineurs.* Il insiste, à juste titre, sur ce point, que la *majorité pénale,* fixée à 18 ans, « est un défi au bon sens », qu'il faut la faire concorder avec la *majorité civile,* à 20 ou 21 ans. Il faudrait, dans l'application du Code pénal, une seule distinction entre mineurs et majeurs et une période de transition, fixée de 20 à 22 ans, entre le régime des mineurs et celui des adultes. Les médecins et les psychologues ne peuvent qu'être d'accord avec lui.

(1) Pierre DE MESTRAL COMBREMONT. — *La sauvegarde de la jeunesse.* Préface de M. Adolphe Ferrière, Georg et Cie S. A. Librairie de l'Université, Genève, 1936, 95 pages.

La première partie du livre contient une étude d'ensemble sur les moyens d'ordre social, pédagogique et juridique qui doivent permettre de sauvegarder la jeunesse.

Ces moyens sont basés sur deux principes. Le premier est la prévention du péril moral soit en guidant les familles, si les circonstances le permettent, dans leur tâche éducative, soit par tout autre moyen approprié. Le second est qu'il faut bannir les notions de culpabilité, de responsabilité, de gravité des infractions, « qui sont presque toujours fausses par rapport à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent » et substituer à la notion de pénalité, les notions de traitement médical, psychologique, éducatif, de garde, de préservation.

M. de Mestral propose la création d'un CONSEIL DE LA JEUNESSE (et de l'enfance).

Sa compétence sera étendue à tous les mineurs (jusqu'à la majorité civile), soit moralement abandonnés, pervertis ou en danger de l'être, soit ayant commis des actes qualifiés crimes, délits, infractions aux lois, arrêtés et règlements.

Ce sera un organe autonome et extra-judiciaire. Il sera composé de six membres, trois hommes et trois femmes. Ces *conseillers et conseillères de la jeunesse et de l'enfance* seront des personnes compétentes par leurs études spéciales et le dévouement à leur tâche ; ils seront formés par deux ans d'études de pédagogie, de psychologie, de psychiatrie infantile et de service social. Chaque conseiller ou conseillère fonctionnera comme magistrat unique, c'est-à-dire qu'un enfant n'aura affaire qu'à une seule personne ; les conseillers s'occuperont des garçons, les conseillères des filles.

Toutes les phases de la procédure, y compris le prononcé de la sentence, se poursuivront à *huis-clos,* excellente mesure car les questions, où il s'agit de l'avenir du mineur, sont trop graves pour être discutées en public.

Pour permettre au conseiller de se prononcer en connaissance de cause, M. de Mestral demande une OBSERVATION PROLONGÉE ET OBLIGATOIRE, pendant laquelle l'enfant ou le jeune homme sera l'objet d'un *examen médico-psycho-pédagogique,* pour apprécier son intelligence, son caractère, ses tendances affectives et morales.

Cette observation nécessite le séjour dans un *établissement spécial,* doté d'un personnel de choix, où le sujet trouvera une existence normale et se sentira entouré de sympathie.

Certaines conditions sont importantes. La première est que l'enfant ne passe pas de main en

main. La seconde est la séparation, dès le début, en groupes pour éviter les contaminations, qui, sans cette précaution, se réalisent presque fatalement.

Parallèlement à l'observation de l'enfant, une enquête doit être poursuivie sur le *milieu* où il vit. C'est le travail des *Assistantes sociales spécialisées*, qui rendent de très grands services ; M. de Mestral ne les mentionne pas et nous nous permettons de lui signaler cette lacune.

Une fois en possession du rapport médico-psycho-pédagogique et de tous les renseignements recueillis, le conseiller décide les MESURES A PRENDRE.

Ces mesures sont essentiellement *éducatives*. Elles ont pour objet le traitement médical, psychologique et éducatif, l'éducation du point de vue moral et social. Leur durée ne peut être fixée d'emblée ; elles ne sont édictées que pour une année et révisibles chaque année.

Elles vont de la *liberté surveillée* chez les parents ou dans des familles choisies jusqu'à l'internat dans des *établissements spéciaux* d'éducation. Dans ceux-ci, les enfants et les jeunes gens trouveront, non pas des surveillants, « mais de véritables éducateurs, joignant aux aptitudes foncières du cœur et de l'intelligence la formation professionnelle ». Il importe d'avoir des établissements différents ou, dans un même établissement, des pavillons différents pour chaque groupe de sujets.

A la sortie de l'établissement la surveillance s'impose pendant un minimum de trois ans, même si le sujet à atteint sa majorité.

Pour l'application des mesures édictées par le Conseil de la jeunesse, un organe d'exécution est indispensable. M. de Mestral préconise la création d'un OFFICE DE LA JEUNESSE (et de l'enfance) placé sous le contrôle exclusif du conseil, chargé des placements dans les familles ou les établissements, de l'application de la liberté surveillée, etc... Cet office, indépendant de l'Etat, aide à fonder et à organiser des établissements ; il surveille et anime les institutions et les associations s'occupant de la jeunesse (et de l'enfance). Il organise le service social, ainsi que l'enseignement théorique et pratique des éducateurs. Il groupe les AMIS DE LA JEUNESSE appelés à suivre leurs petits protégés jusqu'au terme de la mesure prise à leur égard.

Telles sont, aussi résumées que possible, les conceptions exposées par M. de Mestral dans la première partie de son livre. Elles servent de justification à un *projet de loi sur l'organisation générale de la sauvegarde de la jeunesse* (et de l'enfance) soumis aux députés genévois, dont nous ne nous occuperons pas.

Il faut remercier M. de Mestral d'avoir précisé les directives qui doivent présider à la sauvegarde de l'enfance et de la jeunesse et d'avoir dressé un plan de campagne pour la réalisation de cette sauvegarde.

Ce plan mérite d'être étudié dans ses détails et sa mise en pratique comporte certainement plus d'une mise au point.

Comme l'écrit l'auteur lui-même « l'état actuel des esprits ne permettrait nullement de mettre sur pied ce programme entier ». Il convient de tenir compte des circonstances particulières à chaque pays ; une organisation bonne pour un canton suisse ne conviendrait peut-être pas à la France.

Les principes qui servent de base à l'organisation préconisée par M. de Mestral sont d'ailleurs adoptés depuis longtemps par la plupart des personnes qui s'intéressent à la sauvegarde des enfants et des jeunes gens. On peut s'en rendre compte en lisant le chapitre *Hygiène et éducation des enfants vicieux ou coupables* du livre sur l'*Hygiène sociale de l'enfance* (1) que j'ai publié, en 1921, avec le Docteur Georges Schreiber. Nous inspirant de l'opinion des juristes et des médecins compétents, nous montrions la nécessité des *examens médico-pédagogiques* poursuivis dans des *asiles d'observation*, l'importance des *tribunaux d'enfants*, qui fonctionnent en France, depuis 1913, le rôle des *œuvres d'éducation et d'assistance*, nécessaires pour assurer un traitement éducatif, le notion de redressement remplaçant l'ancienne notion de culpabilité ; nous terminions en écrivant que la décision adoptée ne doit pas être définitive et doit être modifiée suivant les résultats du traitement médico-pédagogique.

Pr P. NOBÉCOURT.

(1) P. NOBÉCOURT et Georges SCHREIBER. — *Hygiène sociale de l'enfance*, Masson et Cie, Paris 1921, p. 379.

CHRONIQUE FISCALE

Valeur locative des locaux professionnels

Il nous revient de différents côtés que l'évaluation de la valeur locative des locaux professionnels, par les Contrôleurs, est souvent exagérée. Nous avons donc pensé qu'il était bon de faire connaître à nos lecteurs les règles applicables dans les divers cas qui peuvent se présenter.

1° Le local professionnel fait l'objet d'un bail séparé

C'est le prix de ce bail diminué de 10 %, en vertu du décret du 16 juillet 1935, qui doit servir de base au calcul du droit proportionnel de patente.

Cependant s'il s'agissait d'un immeuble d'avant-guerre situé dans une localité encore soumise aûx lois d'exception sur les loyers, c'est la valeur locative *légale* qui devrait être substituée au prix du bail.

2° Le local professionnel et le local d'habitation font l'objet d'une seule location

Les règles ci-dessus sont applicables à la détermination de la valeur locative desdits locaux.

Il faut ensuite calculer la partie de cette valeur locative afférente aux locaux professionnels.

On peut attribuer un coefficient aux différentes pièces ; par exemple le coefficient 1 aux petites pièces et le coefficient 2 aux plus importantes, on divise la valeur locative résultant du bail par le total des coefficients et on multiplie le quotient par le total des coefficients attribués aux pièces professionnelles.

Mais ce procédé donne quelquefois lieu à contestation.

Il est préférable de déterminer la superficie totale des locaux puis la superficie des locaux professionnels et de procéder au partage proportionnel.

3° L'occupant est propriétaire des locaux

S'il s'agit d'un local d'avant-guerre on déterminera la valeur locative légale comme nous l'avons indiqué plus haut.

Si l'immeuble n'est pas sous le coup des lois d'exception sur les loyers, il y aura lieu de déterminer la valeur locative, par comparaison avec des locaux de même importance faisant l'objet d'un bail ; si cela n'est pas possible l'évaluation se fait, soit en ajoutant un tiers au revenu net servant de base à l'impôt foncier, soit en prenant comme chiffre la valeur locative déduite du bénéfice brut, lorsque cette déduction était admise, soit en faisant état du revenu net foncier déduit du bénéfice professionnel et des charges immobilières portées aux frais généraux de la profession, comme il doit être pratiqué maintenant.

L'exposé ci-dessus a pour but d'indiquer à nos lecteurs les renseignements qu'ils doivent nous fournir pour que nous rédigions leur pétition, lorsqu'ils se croient trop imposés.

Il ne saurait leur permettre de rédiger eux-mêmes les réclamations car celles-ci doivent citer les textes législatifs, les décisions de la jurisprudence et les circulaires de l'Administration.

Nous leur rappelons que les délais de réclamation sont de trois mois non compris celui de la mise en recouvrement du rôle et qu'ils ont intérêt à nous adresser, sans retard, le dossier afin que nous ayons le temps de demander des renseignements complémentaires s'il y a lieu.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La Carburation

(Suite du résumé de l'étude des Etablissements SOLEX et de M. le lieutenant de réserve d'HANMER-CLAYBROOCKE, de la brigade d'officiers mécaniciens)

Nous avons établi dans notre précédente chronique que, en pratique, l'expérience démontrait que la meilleure composition du mélange explosif, est obtenue par le rapport $\frac{\text{Essence}}{\text{Air}} = 1/18^e$.

Si l'on met ce rapport sous une autre forme, on peut dresser le tableau suivant :

A 4,5 d'essence % d'air, aucune explosion ne se produit.

A 5,4 %, l'explosion commence à apparaître dans de très mauvaises conditions.

A 6,7, c'est le mélange économique par excellence.

A 7,8 % mélange optimum pour la puissance.

A 12 % l'explosion se produit encore, mais très mal.

A 15 % plus aucune explosion.

Quoiqu'il en soit, une fois déterminée la composition du mélange, il faut qu'elle soit assurée par le carburateur, quel que soit le régime du moteur.

Or, l'expérience a prouvé aux premiers constructeurs de carburateurs, que, si aucun dispositif de correction n'intervient, cette condition ne saurait être réalisée.

En d'autres termes, un carburateur qui serait seulement constitué par un orifice débitant de l'essence et un autre orifice débitant de l'air, l'un et l'autre soumis à la même dépression, ne saurait être automatique, dans le sens défini précédemment.

Si ce carburateur est supposé réglé pour les plus hautes allures du moteur, à supposer que l'on réduise le régime dudit moteur on constate tous les symptômes du manque d'essence, lesquels s'aggravent progressivement jusqu'à la suppression complète de toute explosion.

Si l'on fait l'expérience inverse, c'est-à-dire si l'on règle le carburateur pour les basses allures du moteur que l'on accélère, le résultat exactement inverse se manifeste, à savoir : que l'on finit par caler le moteur pour cause d'excès d'essence.

Ceci prouve que, si l'on augmente la dépression agissant entre les orifices calibrés, l'augmentation du débit qui en résulte, pour l'air et pour l'essence, ne varie pas suivant la même loi, *le débit d'essence augmentant proportionnellement plus vite que le débit d'air.*

Il y a à ce fait une première explication théorique qui nous est donnée par les lois régissant l'écoulement des fluides (liquides ou gaz) par des orifices calibrés.

Ces lois font ressortir que, lorsque la dépression quadruple, la quantité d'essence aspirée quadruple également, alors que la quantité d'air ne fait que doubler.

Les difficultés qui résultent de ce qui précède sont encore accrues, en pratique, par le fait que, dans un carburateur, on se trouve en présence, non pas seulement d'un seul fluide, mais de deux, débitant ensemble, fluides de densités, d'élasticités et d'inerties complètement différentes.

C'est-à-dire que la mise au point d'un carburateur, au seul point de vue de l'automaticité, nécessite, au laboratoire, toute une série de recherches très complexes, très minutieuses et d'une extrême précision.

4° Le problème se complique encore si l'on considère ce qui se passe au démarrage et au ralenti.

Un chiffre permettra d'apprécier la difficulté que représente l'alimentation d'un moteur aux basses allures et ce chiffre nous sera donné par l'équation chimique citée paragraphe 3, qui nous a permis de nous rendre compte que, théoriquement, 1 gramme d'essence suffisait à carburer 15 gr. 30 d'air.

En effet, pour un moteur de cylindrée moyenne, on peut admettre pour le volume de chacun des cylindres, le chiffre approximatif de 0 litre 300.

En comparant ce chiffre au précédent, on constate que le poids d'essence à introduire, à chaque aspiration, dans chacun des cylindres, est de 0 gr. 001.

Quand le moteur tourne à 2.000 tours et plus, les aspirations se succèdent à une extrême rapidité, et le problème est résolu assez facilement.

Mais il n'en est pas de même si l'on descend au ralenti maximum, soit approximativement à 200 tours, et le problème devient plus ardu encore, lorsqu'il s'agit d'assurer le départ, lequel s'effectue à 100 tours et même quelquefois 50 tours.

Enfin, le problème du démarrage à froid se complique encore du fait qu'il faut, à ce moment, assurer au moteur un gros excès d'essence qui ne doit pas aller néanmoins jusqu'au lavage des cylindres, excès qui doit, dès le moteur lancé, diminuer progressivement et automatiquement, sous peine de caler le moteur.

Enfin, une fois assurés le départ du moteur, son ralenti et sa marche à pleine puissance, le problème n'a pas encore été intégralement résolu, puisqu'il a fallu encore s'occuper du passage continu entre ses différents régimes, quelle que soit la soudaineté de ce passage (suppression du « trou » de passage-reprise).

2e PARTIE

Ayant ainsi posé, dans ses grandes lignes, le problème de la carburation, nous allons voir quelles solutions lui ont été apportées par les divers constructeurs.

Nous prendrons plus spécialement, comme exemple-type, le carburateur Solex type F. à starter automatique.

Pour ce type d'appareil comme pour les autres, le souci du constructeur a été de réaliser la simplicité, garante de la perfection du fonctionnemeant et cela, non pas seulement pour permettre à l'usager plus ou moins novice de démonter facilement l'appareil pour souffler dans un gicleur obstrué, mais surtout pour la raison suivante :

Plus un carburateur comporte de moyens de réglage et de dispositifs mécaniques compliqués, plus il est évidemment susceptible de donner de bons résultats, à condition qu'un spécialiste le règle longuement et minutieusement à chaque sortie de la voiture, mais aussi plus il a de chances de se dérégler et de causer des ennuis

Il donnera donc, en moyenne, des résultats moins bons qu'un carburateur simple, c'est-à-dire, en somme, n'ayant aucune pièce en mouvement, et par conséquent, indéréglable.

Le but poursuivi — et atteint — par Solex, a donc été d'obtenir par des moyens simples, les mêmes résultats que les carburateurs qui comportent des complications comme les soupapes, les pompes, les ressorts, les cames, pour ne citer que les principales. Son carburateur F. ne présente effectivement aucune pièce en

mouvement, hormis, évidemment, le flotteur, le pointeau et le papillon d'admission des gaz.

***

Le problème du niveau constant a été l'un des premiers à avoir une solution satisfaisante. A peu près pour tous les carburateurs en service, elle a consisté, presque dès le début, à adjoindre, au corps même du carburateur, une cuve intermédiaire, dans laquelle l'essence arrive, venant du réservoir et où un niveau constant est assuré par le moyen d'un flotteur qui monte ou descend en même temps que le niveau de l'essence.

Ce faisant, il ferme ou ouvre, à l'aide d'un pointeau mobile, l'orifice d'arrivée d'essence, ce qui permet, une fois déterminé le poids du flotteur, et le diamètre de l'orifice d'arrivée de l'essence, d'assurer à cette dernière, un niveau moyen constant dans la cuve.

L'arrivée d'essence peut être par en-dessus ou par en-dessous.

Il y a lieu de remarquer que le problème de l'arrivée de l'essence dans le carburateur, présente de sérieuses difficultés. Il s'agit en effet d'obturer automatiquement et de façon parfaite, par la poussée d'un flotteur pesant de 26 à 65 grammes sur un simple pointeau conique, un orifice par lequel l'essence arrive avec une pression relativement considérable.

L'essence arrivant au carburateur à une pression bien déterminée, du fait de la cuve à niveau constant, il s'agit ensuite de l'utiliser au mieux, c'est-à-dire d'obtenir un mélange détonnant, répondant aux conditions voulues.

A cet effet, le carburateur comporte un dispositif pulvérisateur appelé *gicleur*.

Le gicleur est, en l'espèce, un orifice calibré, de petite dimension, par lequel l'essence arrive et qui est soumis à la dépression du moteur.

Cet orifice calibré peut se trouver, comme dans certains types de carburateurs Zénith, sensiblement au niveau de l'essence dans la cuve, ou bien, comme dans le Solex, nettement au-dessous de ce niveau.

Le gicleur, dans ce dernier cas, est dit « noyé ». Dans tous les carburateurs, le tube d'arrivée d'essence aboutit finalement à un rétrécissement, du reste calibré, de la tuyauterie d'admission, appelé « buse ». Ce rétrécissement étrangle la veine gazeuse aspirée par le moteur et en augmente beaucoup la vitesse, ceci afin d'assurer la parfaite diffusion de l'essence dans l'air.

En fait, la vitesse du mélange dans la tuyauterie d'admission est de l'ordre de 40 à 60 mètres à la seconde.

Le réchauffement voulu du mélange est obtenu par conductibilité ou un dispositif spécial, selon que le carburateur est ou n'est pas monté directement sans interposition de bride ou de tubulure, sur le bloc des moteurs. Dans les moteurs modernes, c'est l'admission elle-même qui est judicieusement réchauffée, le carburateur n'ayant par conséquent plus à l'être.

Les diamètres des origines du gicleur sont appropriés de telle sorte que le débit soit le résultat combiné de la dépression variable du moteur et de la hauteur de charge constante du carburant. C'est en déterminant très exactement les dimensions de ces orifices que les constructeurs, et entre autres Solex, sont arrivés à assurer à leurs carburateurs, l'automaticité désirable.

Les gicleurs Solex comportent à l'heure actuelle, non leus seulement deux orifices dans le bas, comme dans les anciens modèles, mais une série d'orifices échelonnés sur la hauteur du gicleur. Le but de cette disposition est d'assurer une émulsion parfaite. Elle permet aux constructeurs du Solex de déconseiller formellement l'adjonction de gicleurs spéciaux, de chapeaux de gicleurs à turbine, etc.

Ralenti. Le ralenti du moteur est assuré par un deuxième gicleur spécial, dit « gicleur de ralenti » destiné à remédier à la faiblesse de la puissance d'aspiration du moteur. Quand le moteur tourne au ralenti, ce n'est pas en effet l'essence qui manque, car au fur et à mesure que le régime du moteur baisse, son niveau monte progressivement, mais la force d'aspiration.

Démarrage. Pour que le mélange explosif puisse se former, il faut, en premier lieu, que l'air se trouve en présence d'une quantité d'essence beaucoup plus grande, quand le moteur est froid que lorsqu'il est chaud.

Afin de faciliter le démarrage, on avait imaginé, au début, de manœuvrer un volet de départ qui permettait de fermer l'entrée d'air au carburateur.

Ce procédé était certainement efficace, mais il présentait le gros inconvénient de ne comporter aucune automaticité, et d'exiger du conducteur une habileté dans la manœuvre des diverses commandes qui n'était pas à la portée de tout le monde.

Il laissait en outre la faculté au conducteur de faire varier la richesse du mélange, au départ, dans des proportions exagérées.

Si le conducteur réussissait à obtenir la richesse correcte pour partir, le moteur démarrait aussitôt, mais il lui fallait agir immédiatement sur les différentes commandes, sous peine de caler.

Si, au contraire, le mélange était trop riche ou trop pauvre, le résultat obtenu était de vider les accumulateurs sans pouvoir faire partir le moteur.

Les carburateurs modernes sont presque tous munis d'un dispositif de départ dit « Starter », qui consiste en un petit carburateur spécial, accouplé au carburateur principal, mais absolument indépendant de ce dernier.

Le « Starter » assure automatiquement un mélange très riche au démarrage et progressivement moins riche au fur et à mesure que les résistances internes diminuent par suite de l'échauffement du moteur.

Le problème du départ est ainsi résolu : du fait même de sa constitution, le starter permet, étant sur la position de départ, tout d'abord d'obtenir les premières explosions, ce qui était l'enfance de l'art, mais ensuite d'effectuer immédiatement toutes les manœuvres, au garage ou pour sortir d'une file de voitures, sans crainte de voir le moteur caler, et ceci sans risque de l'arrivée au moteur d'une nuisible quantité d'essence, la mise hors circuit du « starter » se faisant suivant les modèles de carburateurs, soit automatiquement, soit en repoussant simplement à fond le bouton de commande, dès que la voiture a pris une allure de marche suffisamment rapide.

En résumé, on peut dire qu'aujourd'hui, et ce sera la conclusion de cette étude, le problème de la carburation a été résolu d'une façon si parfaite par les fabricants de carburateurs, à la tête desquels Solex reste l'un des maîtres incontestés, que le conducteur le plus novice arrive pratiquement à ne plus avoir aucune préoccupation à son sujet, dès qu'il a compris quelques données qui paraissent simples quand elles sont exposées par un technicien aussi averti que M. d'Hanmer-Claybrooke à qui les lecteurs du *Concours Médical* seront reconnaissants de les avoir si judicieusement et si clairement communiquées.

Marcel Toussaint.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LIMITATION DE LA FABRICATION ET DE LA DISTRIBUTION DES PRODUITS STUPÉFIANTS

Le ministre de l'Agriculture,

Vu la loi du 19 juillet 1845, modifiée et complétée par les lois des 12 juillet 1916, 13 juillet 1922 et 20 décembre 1933, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne ;

Vu la loi du 19 juin 1927 portant ratification de la convention signée à Genève le 19 février 1925, concernant le contrôle du commerce des stupéfiants, ensemble le décret du 31 octobre 1928 ;

Vu le décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, portant règlement d'administration publique pour l'application de ladite loi ;

Vu la loi du 6 avril 1933 portant ratification de la convention signée à Genève le 13 juillet 1931, concernant la limitation de la fabrication et la distribution des stupéfiants, ensemble le décret du 30 juin 1933 ;

Vu l'avis de la Commission interministérielle du contrôle du commerce des stupéfiants en date du 8 février 1936 ;

Sur la proposition du chef du service de la répression des fraudes,

Arrête :

Art. 1er. — Le total des livraisons en produits visés et définis à l'article 1er de la convention internationale de Genève du 13 juillet 1931, effectuées par les fabricants autorisés suivant les dispositions du décret du 20 mars 1930, à extraire les alcaloïdes de l'opium et de la feuille de coca et à fabriquer leurs sels et leurs dérivés, ne devra dépasser, pour l'année 1936, les quantités suivantes :

1° Fabrique d'alcaloïdes de l'opium

Groupe I

Morphine et ses sels (1)......	450 kilogr.
Diacétylmorphine (héroïne) et autres dérivés (1).............	80 —

Groupe II

Méthylmorphine (codéine) (1)	3.650 —
Ethylmorphine (dionine) (1)..	320 —
Total.............. (1)	4.500 kilogr.

(1) Quantités exprimées en morphine base.

2° Fabriques d'alcaloïdes de la feuille de coca

Cocaïne et ses sels, 400 kilogr. (quantités exprimée en cocaïne base).

Art. 2. — Pendant la même période, les fabricants autorisés pourront détenir des stocks dits « stocks de réserve », dans lesquels ils puiseront leurs livraisons.

Ces stocks de produits finis ne devront pas dépasser pour l'ensemble des fabriques procédant à ce jour à l'extraction des alcaloïdes de l'opium :

Morphine base.............	900 kilogr.
Diacétylmorphine, quantité exprimée en morphine base anhydre...................	30 —
Autres dérivés.............	15 —
Codéine, éthylmorphine.....	1.500 —

pour l'ensemble des fabriques procédant à ce jour à l'extraction des alcaloïdes de la feuille de coca :

Cocaïne base, 200 kilogr.

Art. 3. — A la fin de chaque mois, les fabricants adresseront au Service de la répression des fraudes (bureau des stupéfiants), les états suivants établis en morphine base anhydre et en cocaïne base :

1° Un état indiquant :

a) Les quantités de morphine extraites et les quantités de cocaïne fabriquées ;

b) Les quantités de morphine remises en fabrication (sels et dérivés) ;

c) Les quantités de sels et dérivés fabriqués.

Les quantités employées par les fabricants d'alcaloïdes à la préparation de solutions ou dilutions et de produits médicamentaux seront indiqués sur cet état ;

2° Un état des livraisons des produits visés à l'article 1er effectuées pendant le mois, comportant les noms et adresse des acheteurs, ainsi que pour chacun de ces derniers le nom du produit et la quantité livrée ;

3° Un état indiquant les quantités de chaque produit fini restant en stock ;

4° Une demande d'autorisation de fabrication s'il y a lieu :

1° Des quantités devant remplacer dans leurs stocks les quantités livrées pendant le mois ;

2° Des quantités nécessaires en sus des quan-

tités précédentes pour accroître leurs stocks jusqu'aux chiffres qui ont été assignés à chacun d'eux.

Art. 4. — Les produits provenant de transformation à façon compteront dans les stocks et livraisons de la fabrique qui a effectué ce travail.

Lorsque les livraisons faites pendant le mois à un commerçant autorisé pour la vente seulement atteindront 10 kilogr. pour la morphine ou ses sels, ou 2 kilogr. pour la diacétylmorphine, ou 5 kilogr. pour la cocaïne ou leurs sels, l'autorisation de fabriquer, en vue de recompléter les stocks de l'usine, ne sera donnée que lorsque le commerçant aura fourni un état de ses ventes indiquant les nom et adresse de l'acheteur, ainsi que les produits et quantités vendus.

Art. 5. — Lorsque les quantités livrées seront sur le point d'atteindre les chiffres fixés à l'article 1er, le Service de la répression des fraudes (bureau des stupéfiants) avertira les industriels qu'à partir de ce moment, ils doivent lui signaler chaque livraison le jour même où elle est effectuée.

Lorsque les chiffres maxima visés ci-dessus seront atteints, ledit Service avertira les industriels qu'aucune livraison ne doit plus être effectuée.

Toutefois, dans les cas exceptionnels, une demande de livraison pourra être présentée à ce Service qui, après avis de la Commission interministérielle de contrôle du commerce des stupéfiants ou d'une sous-commission, nommée par elle à cet effet, délivrera un permis de livraison pour chaque quantité ainsi autorisée.

Art. 6. — Les industriels autorisés, suivant les dispositions du décret du 20 mars 1930, à fabriquer des préparations contenant plus de 20 p. 100 de morphine, faites en partant directement de l'opium brut ou médicinal, adresseront, à la fin de chaque trimestre, au Service de la répression des fraudes (bureau des stupéfiants), un état indiquant :

1° La quantité d'opium brut ou médicinal mis en traitement pour la fabrication des préparations dont il s'agit ;

2° La date de cette mise en traitement ;

3° Les quantités de préparation obtenues ainsi que la date de sortie de fabrication de chaque quantité, par lot d'opium traité ;

4° La quantité en cours de traitement pour la fabrication de préparations pharmaceutiques ;

5° Les quantités vendues pendant le trimestre, en nature ou sous forme de préparations pharmaceutiques ;

6° Le stock existant en produit fini ou prêt à la vente.

Cet état, contenant les renseignements demandés par l'état prévu par l'article 35 du décret du 20 mars 1930, remplacera ce dernier, mais seulement en ce qui concerne les préparations dont il s'agit.

Art. 7. — Le chef du Service de la répression des fraudes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 11 février 1936.

Paul Theillier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie*, du 2 au 28 novembre 1936, sous la direction de M. le Professeur Gougerot.

Le cours aura lieu du lundi 2 novembre au samedi 28 novembre 1936, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au Laboratoire.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire : recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réactions de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 30 novembre au 22 décembre 1936.

Le droit à verser est de 500 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers, à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Des professeurs et médecins italiens visitent la station thermale de Vichy.**— Sous le patronage du Comité France-Italie, M. le Docteur Martiny, secrétaire général de la Section médicale, avait organisé une visite à Vichy de professeurs et médecins italiens. Ceux-ci sont arrivés à Vichy le mercredi matin 9 septembre. Leur groupe était composé de personnalités du Corps médical italien, ayant à leur tête les Professeurs Adriano Valenti, directeur de l'Institut de pharmacologie de l'Université royale de Milan, président, et Célestino Gozzi, secrétaire général de l'Association médicale italienne d'hydrologie.

Après les présentations et souhaits de bienvenue, les visiteurs ont été installés à l'Hôtel Radio par les soins de la Compagnie fermière de Vichy. Dans l'après-midi, ils ont procédé d'abord à la visite des sources de l'Etat, et à 17 heures, à celle du Sporting-Club de Vichy, où ils prirent le thé au Club-House du Golf.

Le soir, à 20 heures, un banquet leur était offert par la Compagnie fermière, dans les salons du Grand Casino. Il était présidé par M. Normand, directeur administratif de la Compagnie, qui avait à sa droite le Professeur Valenti, et à sa gauche M. Cirla, agent consulaire d'Italie, spécialement délégué par le Gouvernement italien. Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, le Docteur Binet, président de la Société des Sciences médicales ; le Docteur Martiny ; le Professeur Valenti, dont l'improvisation fut chaleureusement applaudie ; M. Cirla, qui, au nom du Gouvernement italien, remercia la Compagnie fermière pour son accueil chaleureux et exalta l'amitié des deux sœurs latines faites pour s'entendre admirablement.

Le programme de la journée du jeudi 10 septembre comprenait : la viiste des différentes installations industrielles et thermales : ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat ; Centrale thermique ; établissement de première classe et établissement « Callou » ; laboratoire de recherches hydrologiques.

A 11 heures, nos confrères furent reçus par la Société des sciences médicales dans ses nouveaux locaux, aménagés par la Compagnie fermière, et qui comprennent la Bibliothèque de la Société et une vaste salle de conférences où le Docteur Binet fit une très intéressante conférence sur les indications de la cure de Vichy, appuyée par de nombreux exemples tirés de la pratique.

Le soir, à 20 heures, les professeurs et médecins italiens assistaient au théâtre du Casino à une splendide représentation de *Louise* de Gustave Charpentier, qu'ils suivirent avec un vif intérêt.

La journée du vendredi 11 septembre était réservée à une excursion en Bourbonnais. Favorisée par un temps radieux, ce fût une belle randonnée à travers les merveilleux paysages de cette région. Un arrêt eut lieu au château de Boisy, du XV^e^ siècle, où un déjeuner, dont le menu était un véritable chef-d'œuvre gastronomique, fut offert à nos confrères.

Les professeurs et médecins italiens ont quitté Vichy à 19 h. 35 pour regagner Milan.

Ce voyage d'études médicales, qui s'est déroulé dans une atmosphère de très cordiale sympathie, a été une très belle manifestation d'amitié franco-italienne.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — *Cours de service social antivénérien* pour les infimières et assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (7e année), quatorzième session, novembre 1936 : treize leçons, du 16 au 21 novembre 1936, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée.

Droit d'inscription : 10 francs.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

pour que nous puissions vous dire s'il en est ainsi dans l'espèce ; mais, d'après les termes mêmes employés, il semble qu'il s'agisse plutôt d'une lésion à caractère morbide et non accidentel. Dans ce cas, la victime ne peut prétendre à une réparation quelconque de la part de son patron que dans les termes du droit commun, c'est-à-dire des articles 1382 et suivants du Code civil. Il peut notamment mettre sa responsabilité en cause en se basant sur l'article 1384 qui rend responsable le gardien juridique d'une chose des dommages qu'elle cause aux tiers par son fait. L'applicabilité de ce principe à un cas de ce genre est, en effet, reconnue par la jurisprudence, ainsi que le prouve un jugement du Tribunal civil de Boulogne-sur-Mer du 5 avril 1935 (il s'agissait de l'action lente de poussières de manganèse) et un arrêt de la Cour d'Amiens du 5 février 1936 (lésion provoquée par l'action progressive du bichromate de potasse).

Bien entendu, dans ce cas, vous n'auriez aucune action directe contre le patron. Vous seriez en face d'un pur client de droit commun, l'ouvrier ; vous devriez vous adresser à lui pour le paiement de vos honoraires.

6.874. — Accident survenu à un ouvrier municipal

En avril 1936, j'ai donné mes soins à un ouvrier jardinier de la ville de N., victime d'un accident du travail.

L'envoi de ma note d'honoraires m'a valu une réponse du secrétariat général disant « que l'intéressé étant un ouvrier titulaire de la ville, il n'appartient pas à cette dernière de payer vos honoraires, mais à M. X., auquel on me prie de m'adresser directement ».

Je désirerais savoir si, en l'espèce, cet ouvrier n'est pas justiciable de la loi sur les accidents du travail et s'il n'a pas le droit, pour l'accident du travail, de se faire soigner par le médecin de son choix, nonobstant l'existence d'un service médical pour les employés de marie.

Si vous estimez l'avis de la mairie erroné, je poursuivrai. Dr M.

Réponse

Il est exact que les ouvriers et employés des administrations publiques ayant qualité de fonctionnaires et soumis, comme tels, au régime de la retraite, ne peuvent cumuler les avantages qu'ils tiennent de leur qualité de fonctionnaires avec ceux de la loi sur les accidents du travail.

Par conséquent, si l'ouvrier que vous avez soigné est fonctionnaire titulaire de la ville de N., il n'est pas justiciable de la loi sur les accidents du travail.

Il s'ensuit que vous n'avez aucune action directe en paiement de vos honoraires contre la ville et que vous devez vous faire payer par le blessé lui-même comme par un client ordinaire ; mais évidemment, vous n'avez pas à appliquer le tarif des accidents du travail. Il appartiendra à votre client, après vous avoir payé, de vous demander un reçu pour pouvoir se faire rembourser ensuite par la ville dans la mesure prévue par le règlement intérieur de son administration.

7.108. — Accident causé par un tiers

Etant inscrit au « *Sou Médical* » et abonné au *Concours Médical*, je me permets de vous adresser ci-inclus, une note d'honoraires que j'avais adressée le 24 avril dernier à l'agent régional de la Compagnie d'assurances X...

Il s'agissait de soins donnés à un nommé B..., tamponné par une automobile conduite par un nommé P..., associé à la dite Compagnie.

Le blessé est décédé trois quarts d'heure environ après l'accident.

Le Service central de la Compagnie m'a retourné hier, cette note, accompagnée d'une lettre que je vous adresse pour en prendre entière connaissance.

Jusqu'à présent, je croyais que les honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident incombaient à l'auteur de l'accident ou à sa Compagnie d'assurances se substituant à lui.

D'autre part, je crois déplacé et inhumain de réclamer ma note d'honoraires à la veuve de la victime et pense jusqu'à preuve du contraire que l'indemnité allouée à la veuve de la victime — si élevée soit la somme — ne doit pas servir à régler des soins antérieurs au décès.

Par ailleurs je crois que certains jugements confirment cette manière de voir en obligeant l'auteur de l'accident ou sa compagnie à régler les frais médico-pharmaceutiques indépendamment de la somme versée à titre d'indemnité.

Je vous serais bien reconnaissant de me renseigner pour mettre au point ma réponse à la compagnie.

Dr D.

Réponse

Contrairement à ce que vous pensez, il n'existe aucune disposition légale obligeant l'auteur de l'accident à payer, en toute hypothèse, les honoraires médicaux pour soins donnés à la victime.

L'obligation de l'auteur de l'accident ne peut résulter que de sa responsabilité admise amiablement ou reconnue judiciairement par les Tribunaux. Mais cette responsabilité n'existe que dans les rapports entre l'auteur de l'accident et la victime.

A l'égard du médecin, l'auteur de l'accident n'a aucune obligation directe à moins que ce ne

soit lui qui ait pris l'initiative de le faire appeler auprès du blessé ou qu'il ait pris d'une façon formelle l'engagement de régler ses honoraires.

D'autre part, lorsque la responsabilité de l'auteur de l'accident est admise, la victime a droit à la réparation de l'intégralité du préjudice subi du fait de l'accident. Dansl'évaluation de ce préjudice, entrent en ligne de compte les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par le traitement de la blessure.

En l'espèce donc, la Compagnie d'assurance se trouve avoir raison. Faute d'engagement pris envers vous par l'auteur de l'accident, vous ne pouvez faire payer votre note d'honoraires que par la veuve la victime. Vous lui remettrez ensuite un reçu qu'elle joindra à son dossier pour justifier sa demande d'indemnité.

7.114. — Recouvrement des honoraires accidents en cas de faillite de la Compagnie d'assurances

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me conseiller pour le recouvrement de notes d'accidents de travail incombant à la Compagnie X... en faillite.

1° Pourquoi le syndic qui les avait en mains me les renvoie-t-il, au lieu de les produire lui-même au passif ?

2° Pourquoi notre créance est-elle privilégiée quand c'est le patron qui fait faillite, et qu'elle ne l'est plus quand c'est son assureur ?

3° En parlant d'assurés, mon correspondant veut parler des patrons ; est-ce que j'ai un recours contre les patrons des blessés ?

Dr P.

Réponse

En matière d'accidents du travail, le médecin traitant choisi par le blessé possède une action directe en payement de ses honoraires dans les limites du tarif, contre le patron responsable et cette action bénéficie, à l'égard du patron, du privilège accordé aux victimes d'accidents elles-mêmes par l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898 pour le payement des indemnités légales.

Par contre, la loi n'a créé aucun lien de droit direct entre le médecin-traitant et l'assurance du patron. Si, dans la pratique, ce sont les Compagnies d'assurances qui règlent directement les honoraires médicaux, c'est qu'elles agissent non en leur nom personnel mais comme mandataires de leurs assurés.

Il en résulte donc que si vous vous contentez de produire vos notes d'honoraires impayées à la faillite de la CompagnieX..., vous ne pouvez le faire qu'en agissant aux droits que les patrons responsables tiennent de leur police avecla Compagnie et alors vous ne pouvez jouir du privilège de l'art. 23 de la loi du 9 avril 1898.

C'est donc à juste titre que le Syndic de la faillite donne à choisir entre les deux solutions : ou bien produire à la faillite, quitte à être admis à titre chirographaire, ou bien poursuivre le recouvrement de vos honoraires contre chacun des patrons responsables en revendiquant, s'il est nécessaire, le privilège de l'art. 23.

7.061. — Revision d'un accident du travail lorsqu'il n'y a pas eu allocation de rente

Un accidenté du travail qui ne perçoit pas de rente mais qui a touché une indemnité journalière pendant deux mois peut-il faire une demande en révision basée sur l'art. 19, dans les trois ans qui suivent la cessation du demi-salaire, ou bien est-il définitivement forclos au bout d'un an ? ceci bien entendu en établissant que la lésion que l'on croyait guérie a évolué vers l'incapacité permanente.

Dr M.

Réponse

Suivant l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime, ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans, à compter soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière *s'il n'y a point eu attribution de rente*, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

La loi prévoit donc expressément la possibilité d'exercer l'action en révision lorsque la blessure a été considérée comme guérie et n'a pas donné lieu à l'allocation d'une rente pour incapacité permanente partielle, à la seule condition que cette action soit exercée dans les trois ans à partir de la date de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.

7.354. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du chef d'entreprise

Un amputé de cuisse qui a besoin de faire renouveler son appareil de prothèse, peut-il faire supporter les frais d'achat de cet appareil par la Compagnie d'assurances du patron pour lequel il travaillait lors de son accident ?

Le blessé qui est venu me consulter à ce sujet, s'appuie sur le fait que le premier appareil lui a été délivré aux frais de la Compagnie d'assurances.

Réponse

Suivant la jurisprudence, seuls peuvent être mis à la charge du patron responsable, les appa-

reils destinés à concourir au traitement de la blessure, pendant la durée de l'incapacité temporaire. Au contraire, les appareils de prothèse qui peuvent être nécessaires au blessé, après consolidation de la blessure, restent à la charge de celui-ci.

Il est question de modifier cette solution dans un projet de réforme de la législation sur les accidents du travail ; mais, pour le moment, la jurisprudence continue à s'appliquer.

Par conséquent, votre client ne peut pas exiger de la Compagnie d'assurances qu'elle supporte les frais de renouvellement de son appareil de prothèse ; il peut toutefois lui en faire la demande, mais, s'il se heurte à un refus, il lui sera impossible d'insister.

ASSURANCES SOCIALES

7.682. — Droit aux prestations pour les maladies antérieures à l'application de la loi

Un assuré social m'est envoyé par son médecin traitant, ce malade présente un sarcome du plastron sterno-costal droit.

Le 22 juin, j'écris à la Caisse départementale pour l'avertir que je vais traiter ce malade par la radiothérapie.

Le 27 juin, cette Caisse me répond que ce malade ne figure pas sur son fichier.

J'écris au Service régional qui me répond que la Caisse d'affiliation du malade est bien la Caisse départementale.

Le 28 juillet, j'écris à nouveau à la Caisse départementale et le 22 août, elle me fait la réponse que je vous joins.

Dr P.

Réponse

Il est exact que, suivant les règles admises en matière d'assurances, d'après lesquelles un contrat d'assurances ne saurait garantir des éventualités déjà réalisées à son point de départ, les maladies dont l'origine est antérieure à la mise en vigueur de la loi sur les Assurances sociales ou à l'immatriculation de l'assuré ne peuvent, en principe, donner lieu aux prestations prévues par ladite loi (voir notamment Tribunal civil d'Avesnes, 25 octobre 1934 ; réponse ministérielle n° 2.381, *Journal Officiel*, 12 janvier 1934). Mais, ainsi que le reconnaît ladite réponse, cette règle ne saurait faire l'objet d'une application rigoureuse ; il y a lieu, au contraire, de corriger ce qu'elle a de trop absolu par l'application de la théorie de la rechute basée sur l'article 4, paragraphe 10 de la loi de 1928-1930 et l'article 6 paragraphe 13 du décret-loi du 28 octobre 1935.

Admettre, en effet, le principe ci-dessus défini purement et simplement, serait, en pratique, priver du droit aux prestations tout assuré qui

ne serait pas né depuis la mise en application de la loi puisqu'il est évidemment très difficile de dire scientifiquement, quelle est la date exacte du début d'une maladie et si cette maladie ne constitue pas la terminaison d'un processus morbide antérieur.

On devra devra donc considérer comme maladie nouvelle permettant à l'assuré de prétendre aux prestations de sa Caisse toute rechute d'une maladie antérieure à l'immatriculation survenant plus de deux mois après la guérison apparente ou la fin de la période de maladie antérieure. Si donc, en l'espèce, votre malade a vu son affection se stabiliser pendant une période de plus de deux mois et si cette stabilisation lui a permis de vaquer à ses occupations habituelles et l'a dispensé de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques, la rechute actuelle, ou plutôt la période d'activité de cette affection dont il est actuellement victime, lui permettrait de prétendre aux prestations en nature de l'assurance-maladie.

Puisqu'il y a, sur ce point, contestation entre lui et sa Caisse d'assurances sociales, le différend doit être tranché par la Commission technique prévue par l'article 8 paragraphe 3 du décret-loi, qui est composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse, et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal civil et qui a pour compétence de trancher tout désaccord s'élevant au sujet de l'état du malade. Ladite Commission est saisie par lettre recommandée adressée au Président du Tribunal civil, au Greffe du Tribunal civil.

Si la Commission donne gain de cause à votre client et si la Caisse refuse de s'incliner, l'affaire devra alors être portée devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son Président au Greffe du Tribunal, dans les dix jours de la notification de la décision de refus ; c'est, en effet, cette Commission qui a les pouvoirs de tirer, des conclusions scientifiques de la Commission technique, les conséquences juridiques, quant aux droits des parties en cause et de condamner la Caisse au payement des prestations.

Nous nous permettons de vous signaler, à ce sujet que ce n'était pas à vous qu'il incombait de demander à la Caisse d'assurances sociales, l'autorisation de pratiquer cette intervention ; en effet, en vertu des principes du libre choix et de l'entente directe, qui régissent la délivrance des prestations en nature aux assurés sociaux, le médecin est libre de traiter comme il l'entend son client ; c'est ce dernier qui doit se mettre en rapport avec sa Caisse d'assurances sociales, par l'intermédiaire de son médecin contrôleur, afin d'obtenir de la Caisse, une décision de « prise en charge » du traitement effectué par le médecin traitant ; c'est d'ailleurs ce qu'a voulu dire

l'article 115 paragraphe K du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 lorsqu'il a parlé de la « délivrance à l'assuré d'une autorisation sur la feuille de maladie, en cas de traitement spécial ou de l'intervention d'un chirurgien ou d'un second médecin » ; cette autorisation ne concerne pas le médecin traitant mais bien l'assuré.

QUESTIONS DIVERSES

7.791. — Réquisition des médecins en cas de guerre

Il est certainement parvenu à votre connaissance que, en cas d'hostilités, les médecins non soumis aux obligations militaires, seraient requis pour diverses fonctions, par les autorités civiles.

Ne vous semble-t-il pas qu'il serait intéressant pour un grand nombre de confrères âgés ou réformés de connaître exactement leurs obligations et leurs droits ? Pourriez-vous leur dire ce qui a été prévu à ce sujet par les différentes administrations ? Quelle situation matérielle leur serait allouée ? Quelles garanties, le cas échéant, leur seraient accordées pour leur famille ? Quelle procédure serait à effectuer pour demander un changement d'affectation, en cas de trop grande disproportion entre leurs forces et les services que l'on pourrait exiger d'eux ?

Dr M.

Réponse

Il est exact que les dispositions dont vous nous parlez ont fait l'objet d'un projet de loi qui a été déposé devant la Chambre au cours de la session de la 15e législature (séance du 21 juin 1935) ; mais ce projet a été renvoyé à l'examen de la Commission de l'Armée dont le rapport n'a pas encore été publié ; il n'a donc pas encore été non plus voté par les Chambres et, par conséquent, n'a pas acquis force de loi.

Il y a donc lieu d'examiner quels sont les droits et devoirs des médecins, au point de vue que vous envisagez, d'après les textes actuels et, en second lieu, quels seraient leurs droits et leurs devoirs d'après le projet en instance devant le Parlement.

La première question est assez complexe à résoudre parce qu'elle n'a pas fait l'objet de textes précis et généraux et qu'il y a lieu de se reporter à toute une série de dispositions éparses. La première qui vienne à l'esprit est celle instituée par la loi du 3 juillet 1877, sur les réquisitions militaires. En vertu de cette loi, l'autorité militaire a droit de requérir, en cas de mobilisation, soit les bâtiments et les prestations, soit même les soins nécessaires aux malades ainsi que les médicaments et les moyens de pansements ; cette réquisition a lieu par écrit au moyen d'un bon signé tiré d'un carnet à souches indiquant la

quantité et la durée des services requis ; une Commission paritaire est chargée de régler les indemnités afférentes à ces prestations ; enfin, en vertu de l'article 2 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée, tout Français de sexe masculin, non soumis aux obligations militiaires peut être individuellement convoqué à titre de requis civil, hors le cas d'incapacité physique absolue, pour être employé en temps de guerre, aux services administratifs ou économiques. En second lieu, la jurisprudence se fondant sur le texte de l'article 460, 12° du Code pénal qui punit toute personne ayant refusé le concours de son art en cas d'accident ou de calamité publique, permet à l'autorité administrative de requérir le ministère des médecins lorsqu'elle se trouve en face d'événements de nature à compromettre la paix ou la santé publique (Cass., 4 avril 1919. D. P., 1920, 1re partie, page 47). La réquisition n'est, dans ce cas, soumise à aucune forme déterminée et peut être écrite ou verbale ; le médecin n'est, d'ailleurs, pas obligatoirement forcé d'y déférer et peut invoquer les excuses qui sont souverainement appréciées par les Juges du fond (Cass. Ch. civ., 1er février 1887) ; en aucun cas, cette réquisition ne prive le médecin d'une juste rémunération de ses services (Cass. civ., 27 janvier 1858. D. P., 1858, 1re partie, page 66). Nous rappellerons, enfin, pour mémoire, que l'article 23, de la loi du 30 novembre 1892 oblige les médecins, sous peine d'amendes de 25 à 100 francs, à déférer aux réquisitions de la justice ; mais cette réquisition a un but extrêmement limité : à savoir procéder à une expertise destinée à servir de base à une information judiciaire ; elle n'a donc lieu que lorsqu'il y a présomption ou suspicion de crime ou de délit ; telles sont les seules dispositions actuelles permettant d'obliger un médecin à prêter ses services à la collectivité.

Le but du projet de loi dont nous avons parlé ci-dessus est beaucoup plus général puisque son titre est : « Projet de loi sur l'organisation générale de la nation pour le temps de guerre » ; il vise donc, à la fois, tous les citoyens et toutes les entreprises privées de quelque nature qu'elles soient ; il a, d'autre part, pour caractère, de resser une synthèse de l'ensemble des dispositions antérieures et des dispositions nouvelles qu'il paraît opportun d'instituer en cette matière. Son titre premier pose les principes généraux qui l'ont inspiré ; ces principes peuvent se résumer ainsi : obligation de prévoir, dès le temps de paix, des mesures d'organisation du temps de guerre et les conditions dans lesquelles ces mesures seront exécutées, discrimination entre la mobilisation militaire et la mobilisation civile, responsabilité de cette mobilisation civile incombant à chacun des ministères intéressés, répartition, entre ces divers ministères, des services publics et des organes privés qu'il lui appartien-

drait de gérer et de contrôler en temps de guerre. Le titre 2 envisage ensuite « l'emploi des personnes et des ressources » : deux systèmes permettaient à l'Etat de pourvoir aux besoins du pays en temps de guerre : l'accord amiable et la réquisition. Ces deux systèmes ont été prévus par le projet. L'article 18 donne, en effet, à l'autorité publique la possibilité de requérir les citoyens du sexe masculin, âgés de plus de 18 ans, et susceptibles d'être utilisés dans les administrations, services ou établissements fonctionnant dans l'intérêt de la nation ; cette réquisition concerne, à la fois, les Français astreints, en principe, aux obligations militaires et qui ne seraient pas, cependant, utilisés par l'autorité militaire et, en second lieu, les Français dégagés de l'obligation militaire ; ceci revient donc à étendre les dispositions de la loi du 3 juillet 1877 précitée ainsi que celles de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée qui prévoit, dans son article 2, les requis civils, ainsi que nous vous le disions plus haut. Cette réquisition est temporaire ou permanente ; les requis sont utilisés suivant leur profession et leurs facultés, en commençant par les plus jeunes et en tenant compte de la situation de famille.

Suivant l'article 9, le personnel requis n'a droit à aucune indemnité autre qu'un traitement ou un salaire ; ce traitement est fixé, par l'autorité requérante, sur la base du traitement de début de l'emploi occupé ou de la fonction à laquelle cet emploi est assimilé.

L'article 10 donne, à l'Administration, le moyen de préparer, dès le temps de paix, et en connaissance de cause, la réquisition des personnes. Etendant et complétant l'article 56 de la loi du 31 mars 1928, cet article impose à tous les Français l'obligation de faire, à l'occasion du recensement quinquennal, une déclaration de la profession qu'ils exercent ou qu'ils ont exercée et de fournir, à ce sujet, tous les renseignements qui leur seraient demandés par l'Administration.

Mais les requis ne sont pas livrés à l'arbitraire de cette dernière, car l'article 11 a institué des voies de recours contre les affectations qui leur seraient données, recours qui serait formé devant une Commission départementale présidée par le Préfet.

Enfin, comme nous vous l'avons dit plus haut, le projet a fait appel, aussi, au système de l'accord amiable : il est prévu, en effet, par l'article 12, que toute personne non soumise à des obligations militaires, n'exerçant aucune profession ou emploi dans lequel son maintien est jugé utile pour le temps de guerre, peut s'engager, dès le temps de paix, devant le Préfet du département de son domicile ou de sa résidence, à servir, pendant une durée qui ne saurait être inférieure à un an, dans une Administration ou service public et dans les établissements travaillant dans l'intérêt

de la nation ; ces engagements seraient résiliables par les intéressés, à l'occasion de chaque recensement quinquennal. Tel est, dans son ensemble, le principe des dispositions du nouveau projet.

8.114. — Compétence des Juges de paix

Ayant lu l'article du *Concours* de 6 septembre 1936, page 2605, sur la compétence du Juge de paix, je vais faire réimprimer la feuille de notre Recueil de décisions syndicales et renseignements qui traite ce sujet.

Si je comprends bien, aucun litige concernant des honoraires médicaux n'irait plus en première instance devant le Tribunal civil. Tout passerait devant le Juge de paix, sauf appel si la somme dépasse 1.500 francs.

Je vous serais reconnaissant de me confirmer ce point.

Dr H.

Réponse

Votre interprétation de l'article 13 du décret du 28 mars 1934, que nous citons dans notre réponse nº 6.425, est exacte : le Juge de paix connaît en premier ressort de tous les litiges relatifs aux honoraires médicaux, quel que soit le chiffre de la demande. Mais il ne statue en dernier ressort que jusqu'à 1.500 francs. Par conséquent pour toute demande dépassant ce chiffre appel peut être formé devant le Tribunal civil. Par contre ce dernier ne peut être saisi directement ni statuer en aucun cas comme juridiction de premier degré.

Mais bien entendu il n'en va ainsi que pour les litiges relatifs à l'applicaion de la loi du 9 avril 1898, c'est-à-dire à condition que la demande d'honoraires corresponde à des soins donnés à un accidenté du travail, et soit dirigée contre le chef d'entreprise responsable en vertu de l'action directe que donne au médecin l'art. 4 de ladite loi.

En ce qui concerne, au contraire, les demandes d'honoraires de droit commun (et l'on doit ranger dans cette catégorie, les actions intentées contre l'accidenté lui-même, ou contre le patron si ce dernier s'est engagé personnellement à l'égard du médecin traitant), le Juge de paix statue, en premier et dernier ressort jusqu'à 1.500 francs et en premier ressort jusqu'à 4.500 francs seulement. Au delà de ce chiffre, l'action doit être portée directement devant le Tribunal civil, qui statue alors comme tribunal de première instance. Les décisions du Tribunal civil ne sont rendues en dernier ressort que jusqu'à 7.500 francs. Pour toute demande supérieure à ce chiffre, la voie de l'appel est ouverte devant la Cour.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

7.921. — Honoraires des examens pour expertise devant le Tribunal des Pensions

J'ai été chargé par le Tribunal départemental des pensions d'examiner plusieurs réformés ayant présenté des recours devant ce Tribunal.

L'examen a été à la fois un examen clinique, un examen radioscopique des poumons (celui-ci pratiqué par moi-même à mon cabinet). Y a-t-il un tarif déterminé ? Ou bien faut-il réclamer d'après le tarif des soins aux victimes de guerre ? J'ajoute, bien entendu, que j'ai dû rédiger et déposer un rapport assez complet au greffe du Tribunal.

Dr L.

Réponse

Les honoraires fixés pour les examens cliniques complets avec rapport, devant les Tribunaux de pensions sont de 50 francs ou 100 francs suivant les difficultés.

Nous vous conseillons de demander la somme de 100 francs.

7.934. — Première mise d'équipement

Depuis quatorze ans d'abonnement, j'ai lu maintes fois sur le *Concours Médical* que certains officiers de réserve n'avaient plus droit à l'indemnité d'habillement. Je ne crois pas rentrer dans ce cas. Cependant, je préfère vous demander conseil avant toute réclamation.

Voici ma situation. J'appartiens à la classe 1914. J'ai fait toute la guerre et n'ayant que mon P. C. N., je n'ai été nommé médecin auxiliaire qu'en 1919.

A ce moment, la section ne nous a fourni qu'une tenue de simple soldat neuve, une cantine, mais pas d'indemnité.

Démobilisé en octobre 1919, je n'ai été nommé médecin sous-lieutenant qu'en 1923, un an après avoir passé ma thèse.

A ce moment, je n'ai pas reçu d'indemnité.

Il en a été de même lorsque j'ai été nommé médecin-lieutenant.

Actuellement, je suis appelé à faire une période de sept jours. C'est la première. J'ai donc dû faire faire une tenue militaire.

Je voudrais savoir :

1° Si j'aurai droit à une indemnité d'habillement ?

2° Si oui, sur quel ordre ou quelle circulaire puis-je baser ma demande et à qui dois-je adresser cette demande ;

3° Quelle sera ma solde journalière ?

4° A quelles indemnités aurais-je droit ?

5° Etant marié et ayant un enfant vivant (8 ans), puis-je revendiquer le droit à l'indemnité pour charges de famille ? Dr R.

Réponse

Ayant été nommé médecin sous-lieutenant avant le 8 janvier 1925, et après la guerre, vous n'avez pas droit à une indemnité de première mise d'équipement.

Cependant, sur demande adressée, par l'intermédiaire du Directeur du Service de santé, au général commandant la Région, vous pouvez percevoir :

Soit à titre gratuit, une tenue d'homme de troupe ;

Soit à titre remboursable, le drap militaire qui vous sera nécessaire à la confection de votre tenue.

Votre solde sera calculée sur le taux annuel de 19.493 francs.

Vous percevrez également une indemnité pour charges de famille, basée sur le taux de 660 francs par an (premier enfant).

FISCALITÉ

8.070. — Déduction des primes d'assurances

J'ai de nouveau recours à votre obligeance et à vos lumières dans mes démêlés avec le Contrôleur des Contributions.

Celui-ci veut, à tout prix, supprimer de mes dépenses professionnelles :

1° La prime d'assurances tous risques de l'auto ;

2° Les primes d'assurance individuelle contre les maladies et accidents.

Ai-je raison ou dois-je céder ?

Je m'en remets à votre décision.

Dr P

Réponse

Si votre auto sert exclusivement à l'usage professionnel, vous avez le droit et devez maintenir que les primes d'assurances tous risques soient comprises dans vos dépenses professionnelles.

Si votre auto sert également à l'usage personnel, vous devez comprendre dans vos dépenses le chiffre proportionnel de la prime afférente à l'usage professionnel.

De même, pour la prime d'assurance individuelle contre les maladies et accidents, si cette assurance est relative aux maladies et accidents professionnels, vous avez le droit de la comprendre dans vos dépenses.

Nous sommes à votre disposition au cas où le Contrôleur refuserait cette déduction.

A. Martinot
Conseil fiscal

Cinquante-huitième année | N° 41 | 11 Octobre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ETRANGER
Belgique et Luxembourg : 60 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

● ● ●

Renseignements

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

N° 266. — Céderais gracieusem. dans chef-lieu canton tourist. Finistère, bon noyau clientèle. Habitat. moderne.

N° 267. — Région Nord. Poste à céder, fixes importants. Ec. Dr Dournée, 60 R. La Tour Maubourg Paris (VIIe).

N° 268. — Doct. recomm. instamm. jeune fille dipl. aide-chimiste et aide-bactériol., référ. Profess. Faculté, plusieurs années de pratique, cherchant place dans laboratoire.

N° 269. — Doct. désire trouver famille médic. habit. plaine ou montagne, qui prendr. sa fille, 17 ans de décemb. à avril.

N° 270. — St-Viatre (Loir-et-Cher), 1504 hab., demande médecin français. Indemnité offerte. S'ad. pour renseign. au Synd. méd. du départ., Dr Montagne, Présid., à Cour-Cheverny (L.-et-C.)

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Seine-et-Oise. — Prox. de Paris. Bonne clientèle avec nombr. Acc. du travail. Grande villa avec beau jardin. Prix intéressant à deb.

Paris. — A céder après-décès, clientèle, uniquement de consultations, médecine générale, gynecolog.-appart, 6 p. salle bains. Indemnité : 35.000 francs dont 25.000 fr. cpt.

Somme. — Environs de ville. Importante clientèle dans centre industriel. Maison 10 p. Indemnité : 50.000 dont 30.000 fr. comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Professeur Henri Claude). *Conférences de psychiatrie.* — Le Docteur Henri Ey, médecin des Asiles, ancien chef de clinique, reprendra ses conférences et examens de malades à partir du 21 octobre, *tous les mercredis* à l'Asile Sainte-Anne. Les examens de malades ont lieu à 16 heures à l'amphithéâtre de la Clinique du Professeur Claude. Les exposés théoriques ont lieu le soir du même jour à 21 heures. Comme les années précédentes, ces conférences ne constituent pas une préparation directe au concours du Médicat des Asiles mais ont pour but l'examen critique et l'étude pratique des problèmes psychiatriques. Pour renseignements et inscriptions s'adresser à M. C.-H. Nodet, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe).

— **Association française pour l'étude du cancer.** — Miss Maud Slye (de Chicago) a fait le lundi 5 octobre à 17 heures, à la Faculté de médecine, une conférence sur *le rôle de l'hérédité dans le cancer* d'après ses travaux personnels les plus récents.

— **Médecine aéronautique.** — Les deux groupements médicaux aéronautiques, l'Association médicale aéronautique française et l'aéro-club inter-médical viennent de fusionner en une seule société, le *Club aéro-médical de France*, dont le Professeur Cadenat, chirurgien des hôpitaux et pilote-aviateur, a bien voulu accepter la présidence.

Le bureau est ainsi composé : président : Docteur Cadenat ; premiers vice-présidents : MM. Perrin de Brichambault et Strohl ; vice-présidents : MM. P. Garsaux, médecin-chef des Centres médicaux d'examen et d'études du Ministère de l'air et Jean Servier ; secrétaire : M. Lelioux, pharmacien, pilote-aviateur ; trésorier : M. Lagaillarde, élève pilote ; trésorier-adjoint : M. Pierre Coussieu, interne des hôpitaux ; bibliothécaire-archiviste : Mlle Guillemin, pharmacienne, élève pilote ; président des sections régionales : Professeur Cruchet, médecin des hôpitaux, chef du Centre médical d'examen et d'études de Bordeaux.

Le Club aéro-médical de France se propose de collaborer effectivement au développement de l'aviation sanitaire, de veiller à la protection physio-pathologique des aviateurs, de faire progresser la médecine aéronautique et d'attirer à l'aviation le plus grand nombre possible de praticiens et d'étudiants.

— **Japon.** — Comme à Léningrad, un Institut du cerveau a été créé à la Faculté de médecine de Tokio.

— **Les arts ménagers en 1937.** — Le *Salon des arts ménagers* aura lieu en 1937, du 28 janvier au 14 février, au Grand Palais.

Par un accord intervenu entre les deux manifestations, il ne subira dans son organisation générale

aucune modification du fait de l'Exposition de 1937.

Bien au contraire, le prochain Salon des arts ménagers verra s'accroître sa superficie et ainsi pourront être développées d'importantes sections, jusqu'ici à l'étroit, comme celle de l'alimentation.

L'art ancien, la décoration moderne, l'architecture d'aujourd'hui, les généreux vins français, les fromages exquis de nos terroirs, les dernières créations de la mécanique et de la science pour l'allègement des besognes ménagères, en un mot, tout ce qui anime et transforme le confort du foyer sera, en 1937, largement représenté.

En outre, dans l'enceinte du Salon des arts ménagers, des procédés nouveaux de décoration générale seront mis en œuvre pour le plaisir des yeux.

Ainsi, la grande exposition annuelle de la famille et du foyer apportera sa contribution à l'amélioration de notre vie domestique.

— **En Espagne.** — Nous lisons dans la *Presse Médicale* : « M. Adolfo Bosch (Malaga), médecin oculiste, qui occupait à ce titre une situation en vue dans cette ville, où il a rendu de grands services et où il avait acquis une légitime réputation, vient d'y être cruellement assassiné par les anarchistes du *Frente popular.* L'information précise qu'il a eu d'abord les yeux arrachés ».

— **Hôpital Beaujon (Clichy)**. — *Conférences pratiques.* — Le lundi 12 octobre et lundis suivants, à 11 heures, au Service central d'électro-radiologie de M. Aubourg, une conférence pratique, avec présentation de malades, sera faite, sur les sujets suivants :

Lundi 12 octobre, M. Aubourg. Colibacillose chronique : Amélioration clinique et bactériologique par un traitement d'ozone. — Lundi 19 octobre, M. Le Go . Paralysie faciale droite : diagnostic clinique, traitement électrique. — Lundi 26 octobre, M. Surmont : Arthrite infectieuse . traitement par les ondes courtes — Lundi 8 novembre, Mme Delaplace : Rhumatisme chronique . traitement par le bain de soleil oscillant de M. Surmont. — Lundi 15 novembre, M. Zarachovitch, interne du service : Occlusion intestinale aiguë : traitement par lavement électrique. — Lundi 22 novembre, M. Aubourg : Suppuration : action bactéricide de l'ozone. — Lundi 29 novembre, M. Surmont : Troubles artéritiques · traitement électrothérapique. — Lundi 6 décembre, Mme Delaplace : Lupus du nez : traitement localisé d'ultra-violets. — Lundi 13 décembre, M. Le Go : Névralgie faciale : diagnostic électrologique : discussion des traitements électriques actuels. — Lundi 20 décembre, Mme Legoux : Métro-salpingite : traitement par les bains de Luxeuil.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Francis Beaugrand avec Mademoiselle Marie-Antoinette Lecœuvre.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 3 octobre 1936, en l'Eglise Saint-Michel de Roubaix.

Nos meilleurs souhaits de bonheur aux jeunes époux.

— **Naissance.** — Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance d'Hélène FORESTIER, septième enfant du Docteur Jacques Forestier, d'Aix-les-Bains, et de Madame Jacques Forestier, à qui nous adressons nos plus sincères compliments.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Eugène HIRTZ, ancien professeur d'électro-radiologie au Val-de-Grâce, médecin général de l'armée (réserve), officier de la Légion d'honneur, décédé subitement en son domicile à Paris le 19 septembre 1936, à l'âge de 67 ans. Ses obsèques ont eu lieu à Bains-les-Bains (Vosges) le 24 septembre 1936.

Nous adressons à Madame Eugène Hirtz et à sa famille nos plus sincères condoléances.

— Le Docteur Lherminez, président des « Familles nombreuses » de Raimbeaucourt (Nord), a la douleur de nous annoncer la mort de sa fille, *Bernadette*, survenue le 30 septembre 1936.

Nous adressons à notre confrère l'expression de notre vive et douloureuse sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Circulaire relative à l'application de la loi du 4 septembre 1936 sur le colportage des médicaments

Paris, le 1er octobre 1936

Le ministre de la Santé publique à MM. les Préfets,

La loi du 4 septembre 1936, concernant le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques, contient la disposition suivante : Il est également interdit aux pharmaciens et aux herboristes de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial et de procéder, par les mêmes moyens ou par des services réguliers et organisés, au trafic ou à la distribution à domicile des produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée.

Mon attention a été appelée à ce sujet, sur la situation des « coursiers », c'est-à-dire des livreurs attachés à une pharmacie et chargés de passer dans les bourgs et hameaux pour prendre les commandes des clients et en assurer la livraison. J'estime que ces employés ne sauraient tomber sous le coup de la nouvelle réglementation, dès l'instant qu'ils se bor-

nent à prendre les commandes qui leur sont remises, sans solliciter la clientèle et livrer lesdites commandes sans transporter avec eux d'autres produits que ceux qui font l'objet des livraisons.

Une telle interprétation n'est pas seulement conforme à l'esprit de la loi, laquelle a entendu uniquement réprimer les agissements des courtiers peu scrupuleux qui, trouvant le moyen de se procurer au rabais des médicaments, allaient les revendre dans les campagnes, elle a en outre l'avantage de maintenir aux populations rurales le bénéfice de commodités certaines et de ne pas réduire au chômage de nombreux salariés.

(*J. O.*, 3 octobre 1936). Henri Sellier.

Circulaire relative au choix et à la rémunération des médecins des hôpitaux et des hospices

Paris, le 28 septembre 1936,

Le ministre de la Santé publique à MM. les préfets,

J'ai l'honneur d'appeler de façon toute particulière votre attention sur la décision en date du 21 février 1936 par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux (affaire société « Les Armateurs français » C/Dr Dufour), a déclaré illégale une délibération de la Commission administrative des hospices de la Rochelle autorisant le Corps hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants.

Prenant en considération le caractère d'établissement public des hôpitaux et hospices et, par suite, la qualité spéciale des médecins qui y sont attachés, le Conseil d'Etat a estimé que l'entente directe ne saurait être tolérée entre les praticiens et les malades usagers d'un service public, quels que soient le titre auquel les malades y sont admis et le montant du prix de journée perçu.

Je vous serais obligé de vouloir bien notifier cette décision aux Commissions administratives des hôpitaux et hospices de votre département et de les inviter expressément à se reporter au règlement modèle des hôpitaux et hospices qui a fait l'objet de la Circulaire du 31 mars 1926, en leur suggérant, de s'en inspirer pour fixer immédiatement, d'une part, les tarifs de remboursement des malades payants et, d'autre part, le mode de rémunération des médecins.

Cette façon de procéder n'est d'ailleurs pas incompatible avec la conception du libre choix et je considère que, dans toute la mesure du possible et partout où les circonstances matérielles le permettront, le principe de la liberté du malade de choisir son médecin doit être respectée, ce choix pouvant éventuellement être limité à une liste de praticiens offrant les garanties techniques et morales désirables, établies par la Commission administrative, avec la collaboration éventuelle des Syndicats médicaux.

Cette façon de procéder me paraît également devoir obligatoirement s'imposer aux hospices, cliniques ou maisons de santé édifiés avec le concours

financier de l'Etat, des départements et des communes.

Il ne saurait en effet être admis, comme cela s'est produit en certaines circonstances, que de véritables cliniques privées soient édifiées avec des fonds publics.

J'estime, en conséquence que, dans tous les hôpitaux, hospices, sanatoriums, établissements de cure, créés par des Sociétés ou Associations d'utilité publique, dont le premier établissement a été subventionné par l'Etat ou couvert par des avances fournies par l'Etat, les communes, les départements, ou garanti par eux, deux méthodes d'exploitation seulement sont à envisager.

Les malades peuvent y être reçus au prix de journée, les soins médicaux et produits pharmaceutiques les actes médicaux et chirurgicaux constituant une sorte de forfait compris dans le prix de journée.

Il est alors loisible à l'établissement de limiter les interventions médicales ou chirurgicales au seul personnel qui lui est attaché.

Si, au contraire, les actes médicaux, chirurgicaux et certains soins spéciaux comportent une rémunération à l'acte médical, les rapports financiers directs entre les praticiens et les malades doivent être rigoureusement interdits.

Conformément à la décision du Conseil d'Etat, la rémunération des actes médicaux doit être assurée par l'établissement, suivant des tarifs dressés par la Commission administrative, après avis, s'il y a lieu, des Syndicats médicaux, compte tenu, dans la plus large mesure, des tarifs similaires appliqués pour les Assurances sociales ; mais il ne peut alors être question d'un monopole accordé à un très petit nombre de chirurgiens ou de médecins attachés à l'établissement.

Si la liberté totale ne peut être laissée aux malades d'introduire dans l'hôpital tel ou tel praticien qui ne présenterait pas de garanties suffisantes, il est indispensable que ce choix puisse se porter sur une liste suffisamment étendue, dressée, elle aussi, après consultation des Syndicats médicaux et dont le caractère soit tel que, comme je l'ai indiqué ci-dessus, un établissement construit avec des fonds publics ne puisse être exposé aux reproches d'avoir pour objectif la sauvegarde de certains intérêts particuliers.

Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire et me tenir au courant des mesures qui auront été prises à ce sujet dans les établissements de votre département.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 3 octobre 1936).

26 SEPTEMBRE

Hygiène publique

Avis de vacance de postes de directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Vichy est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Ils devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par lepréfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront, en outre, produire une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le traitement alloué s'élève à 20.000 francs par an.

La limite d'âge est fixée à cinquante-cinq ans.

Le titulaire du poste sera autorisé à faire de la clientèle.

La vacance du poste de directeur adjoint du bureau municipal d'hygiène du Havre est déclarée ouverte.

Le titulaire du poste qui sera appelé notamment à diriger le dispensaire municipal antituberculeux devra posséder non seulement des titres d'hygiéniste mais aussi des connaissances en phtisiologie et devra justifier d'un stage dans un service de phtisiologie.

La limite d'âge maximum est fixée à trente-cinq ans.

Les candidats devront avoir satisfait aux obligations militaires. La nomination sera faite pour cinq ans, renouvelable. Le candidat ne sera nommé définitivement qu'après avoir pris l'engagement de remplir ses fonctions pendant cinq ans au moins et de ne pas s'installer au Havre ni aux environs dans un rayon de dix kilomètres pendant cinq ans en cas de cessation de fonctions.

Le traitement de début est fixé à 31.500 francs et peut atteindre 40.000 francs, il s'y ajoute une indemnité de fonction de 2.000 francs ; une gratification annuelle s'élevant en principe à un douzième du traitement annuel peut être allouée.

Interdiction de faire de la clientèle.

École du Service de santé militaire

Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de sante militaire à la suite du concours de 1936, *section médecine* :

Candidats à quatre inscriptions : Flachaire, Pedelahore, Zicavo, Porra-Roy, Van Huffel, Pellenc, Léculée, Berger, Têtart, Légeais, Labansat, Kaydel, Favier, Luciani, Gobin, Benoist, Heuls, Arnoult,

Valette, Mases, Wahl, Couture, Auger, Seux, Chiozza, Cruaud, Camou, Lazerges, Alaize, Savattier, Dubois, Armand, Bourdinaud, Mahé, Bruère-Dawson, Grosbois, Berdy, Duchesne, Cochinard, Martin, Capdeville, Uchan, Vigo, Voegtlin, Barrie, Dameron, André.

Adda, Michal, Saugrain, Touboul, Achiary, Maillefert, Combet, Besle, Rey, Musy, Schmitter, Maurin, Le Saux, Le Bras, Ricaud, Betrom, Moras, Gasperi, Terneau, Grandjean, Roonn, Rossi, Saillour, Colonna, Fouanon, Pezenat, du Mesnil, Le Borgne, Luciani, Boileau, Roberjot, Figarède, Quemener, Franceschi, Merouze, Heinzt, Lapeyssonnie, Cavalin, Arragain.

Candidats P. C. B. : Jonquères, Delaruelle, Baixas, Michard, Bourdon, Fribourg-Blanc, Humbert, de Rudder, Robert, Villoutreix, Issert, Rigal, Barthes, Bernard, Sureau, Bellemin, Coirault, Bocé, Picq, Renevey, Laflaquière, Sauzède, Maître, Desjardin, Limouzin, Sournia, Teil, Pelage, Schmuck, Pré, Pottier, Lanta, Robert, Debucquet, Aéberhardt, Flandin, Valet, Munier, Gautheret, Bertein.

En cas de démission de candidats admis, une liste complémentaire sera éventuellement publiée.

Les élèves admis à la suite du concours de 1936 devront se présenter au médecin général directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, 18, avenue Berthelot, à Lyon, le 15 octobre 1936, à huit heures du matin.

● ● ●

Au sujet des Centres de santé

Réponse à une attaque

Un certain « Groupement de Défense de la médecine libre » a adressé aux Syndicats et *Bulletins médicaux* une circulaire qui s'exprime ainsi :

« Vous savez que le Gouvernement se propose de créer rapidement des « Centres de santé » et des « Cités sanitaires ».

« Les Centres de santé seraient des formations réunissant des consultations prénatales et de nourrissons, l'inspection médicale des écoliers, des consultations antituberculeuses, antivénériennes, anticancéreuses et antirhumatismales ; on y pratiquerait aussi des examens périodiques de santé, ainsi que la surveillance de l'éducation physique et des sports. Il existerait un Centre de santé dans chaque agglomération un peu importante (850 centres pour toute la France).

« Les Cités sanitaires (une ou deux par département seraient des maisons de santé chirurgicales à bon marché pour les économiquement faibles ou petits payants et comprendraient une section chirurgicale et obstétricale, une section de spécialités, un laboratoire de radiologie, etc... »

Et ajoute :

« Or, nos organismes syndicaux ont adhéré aux vues du Gouvernement.

« Par une Circulaire en date du 27 mai, le secrétaire général de la Confédération a demandé l'avis des présidents des Syndicats départementaux et des Fédérations départementales ainsi que des membres du Conseil et le dernier numéro du *Médecin de France* annonce l'acceptation unanime de ceux que vous avez chargés de vous défendre. »

Il est aisé de commencer une Circulaire par « vous savez que » pour laisser entendre qu'on ne va énoncer que faits patents et informations indiscutées.

Dans le cas particulier, ces informations sur les intentions du Gouvernement, ces précisions sur la constitution des Centres de santé et des Cités sanitaires sont dénuées de toute base sérieuse, et les auteurs de la circulaire qui sont fort bien informés, ne dissimulent guère, dans la suite de leur lettre, le désir de faire lever nos confrères, contre l'action confédérale, appuyée cependant sur l'assentiment des présidents de Syndicats régulièrement consultés et sur l'avis du Conseil d'administration de la Confédération.

Que tel membre du Gouvernement ou tel de ses conseillers ait pensé, avant ou en dehors de toute prise de contact avec les Groupements médicaux, à des réalisations autres ; que tel journaliste interviewant un ministre ou un chef de cabinet ait cru de bonne foi saisir des intentions précises dans des propos où l'on ne hasardait que suggestions vagues et projets nullement élaborés, cela ne saurait ni nous surprendre, ni nous indigner.

Mais que des confrères créent une confusion entre ces paroles prononcées et recueillies par des hommes n'engageant pas leur responsabilité, et les échanges de vues soigneusement étudiées entre les Pouvoirs publics et les Secrétaires de la Confédération, cela relève d'un esprit de polémique inadmissible.

Nous affirmons donc :

1° Qu'aucun ministre ou homme public dûment mandaté ne nous a jamais fait part de son intention ou de son désir de créer des « Centres de santé » et des « Cités sanitaires », plus ou moins fonctionnarisés, caractérisés et dénombrés avec la précision que feint de connaître le Groupement de défense dont nous relevons ici l'attitude.

2° Qu'aucune adhésion n'a été donnée, ni ne saurait être donnée par nous à de telles créations, sauf décision contraire des Syndicats, sous une autre forme que celle d'un contrat collectif, comportant éventuellement la prise en charge syndicale, contrat qui doit garantir les intérêts légitimes de tous les praticiens.

C'est uniquement sur l'étude et l'acceptation éventuelle de cette prise en charge que nous avons consulté les présidents des Fédérations et des Syndicats départementaux.

C'est uniquement sur cette prise en charge que

Voir la suite page LV-2921

PROPOS DU JOUR

PRÉVOYANCE ET MUTUALITÉ

Pauvres veuves ! Pauvres malades ! Pauvres vieux !

Nul ne peut discuter la part très importante que le *Concours Médical* a prise au développement des œuvres de Bienfaisance, de Prévoyance et de Mutualité dans le Corps médical. Aussi ne peut-il que s'associer à l'effort très méritoire qu'a fait notre dévoué confrère, le Docteur O'Followell, en publiant et divulguant une très intéressante brochure qu'il a intitulée : *Pauvres veuves ! Pauvres malades ! Pauvres vieux !*

Ces trois termes envisagent, sous leurs divers aspects, les circonstances au cours desquelles la prévoyance ou la bienfaisance médicales pourraient et devraient s'exercer.

Le Docteur O'Followell démontre éloquemment la supériorité de la prévoyance sur la bienfaisance ; il note ce qu'il y a d'humiliant dans les enquêtes que nécessite cette dernière. Nous sommes bien de son avis. Mais la Bienfaisance n'est pas à la veille de n'être plus nécessaire. Il faudra encore longtemps compter avec les imprévoyants et, s'il nous est pénible de refuser de secourir un confrère malheureux qui a négligé d'être prévoyant, il est vraiment cruel de laisser sans aide une veuve ou des orphelins qui restent les victimes irresponsables de l'imprévoyance de leur mari ou de leur père. Quant aux enquêtes, nous les jugeons indispensables, quand il s'agit de bienfaisance. Nous avons acquis une expérience suffisante de cette dernière pour savoir que, même dans les milieux médicaux, il existe des exploiteurs de la bienfaisance. Les faits de ce genre sont rares, mais ils existent et ceux qui ont la mission délicate de distribuer les fonds que la générosité de bienfaiteurs leur confie, ont le devoir de les donner à bon escient et de n'en faire bénéficier que ceux qui en sont les plus dignes. Nous avons connu une veuve qui, disposant de près de 20.000 francs de revenus, et sans charges, aurait trouvé tout naturel de recevoir un secours de quelques centaines de francs qui, certes, pouvaient être facilement mieux placés.

Si la Bienfaisance est encore nécessaire, la Prévoyance, sous toutes ses formes, est indispensable. Le Docteur O'Followell attribue la négligence de nos confrères à la multiplicité des œuvres ; c'est peut-être vrai pour une part, mais ce n'est pas à notre avis la principale raison. Le praticien français, comme du reste tout Français moyen, était doté jusqu'à notre époque, de qualités d'économie et d'épargne, mais il était rebelle à la prévoyance et à l'assurance dont il ne comprenait pas bien la nécessité et, disons-le, ne lui inspirait pas toujours une entière confiance. Ce n'est que depuis peu relativement qu'il comprend les avantages de l'assurance-vie, de l'assurance-accident et maladie et de la constitution d'une retraite.

La période critique que nous traversons a ouvert les yeux de beaucoup et jamais les médecins ne se sont préoccupés autant de la pension de retraite qu'ils voudraient s'assurer pour leurs vieux jours, mais, il est vrai que, pour la plupart, ils désireraient l'obtenir sans bourse délier. Nous ne referons pas le procès de cette utopie.

Le Docteur O'Followell a examiné avec une entière bonne foi, une parfaite courtoisie et une grande objectivité, les principales œuvres de mutualité et de prévoyance médicales qui existent. Beaucoup ont fait largement leurs preuves puisqu'elles existent depuis plus de 40 ans, fonctionnent sur des bases solides sous le contrôle d'actuaires et possèdent un capital important comme notre *Mutualité familiale du Corps médical français*.

Il serait certes préférable, comme le désire le Docteur O'Followell, de développer les œuvres existantes lorsqu'elles offrent de sérieuses garanties, que d'en créer de nouvelles dont l'avenir est fatalement incertain. N'empêche que pour notre compte, nous ne craignons pas en fait de retraite, la concurrence, et en voici la raison :

Le médecin praticien qui a mené une vie active et pénible, serait en droit de désirer à 65 ans une retraite de 24.000 francs.

Or, aucune de nos Caisses ne lui permet d'atteindre pareille pension et nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'il puisse cumuler plusieurs retraites provenant de diverses sources, s'il est en mesure d'en payer les primes ou si des

✦✦

œuvres diverses peuvent par des allocations annuelles accroître la retraite normale mais toujours insuffisante qu'il se sera assurée.

Mais toutes ces considérations sont en partie superflues. Nous conseillons instamment à nos lecteurs de lire le travail du Docteur O'Followell : *Pauvres veuves* ! *Pauvres malades* ! *Pauvres vieux* !

Ils se feront une idée nette de ce qu'est et de ce que devrait être la prévoyance dans le Corps médical.

Le Docteur O'Followell est le chevalier servant des œuvres médicales de prévoyance. Il n'en est pas à son coup d'essai, rappelons qu'il a déjà écrit : *Le Savoir-prévoir Médical* qui eut, il y a quelques années, un utile retentissement parmi nos confrères. Aussi, devons-nous le remercier du louable effort de propagande qu'il vient de renouveler (1).

J. Noir.

CE QUE LA CANCÉROLOGIE DOIT A LA FRANCE

Contribution à l'histoire des origines de la radiothérapie du cancer

Nous avons reçu plusieurs lettres au sujet de notre Propos du jour du 30 août 1936 où, d'après le discours du Prof. Forgue, nous avons résumé ce que la cancérologie doit à la France.

Un de nos correspondants nous fait remarquer que les premières inoculations du cancer faites en France en 1891 à des souris blanches, ont été pratiquées par Henry Moreau et non Moran comme nous l'avons écrit.

Une seconde lettre nous apprend que c'est un Français, de Lyon, le Docteur Victor Despeignes, ancien chef des travaux à la Faculté de médecine de Lyon, actuellement directeur du Bureau d'hygiène et du laboratoire municipal et départemental à Chambéry, qui en 1896 traita le premier un cancer de l'estomac par les rayons Röntgen.

M. Despeignes avait été intéressé par les expériences du Prof. Lortet qui soumettait aux rayons Röntgen des cobayes inoculés de substances tuberculeuses. Soignant à ce moment un cancer de l'estomac qui s'étendait en nappe et facilement perceptible à la palpation de la région épigastrique, imbu de l'opinion que le cancer était d'origine parasitaire, le Docteur Despeignes soumit son malade à des applications de rayons et au bout de quelques jours de ce traitement, il constata une régression très nette de la tumeur, la diminution des douleurs, l'atténuation marquée de la cachexie, en un mot une amélioration évidente. Malheureusement ce résultat favorable ne fut que momentané, malgré la régression progressive de la tumeur, la cachexie fit de nouveau des progrès et le malade mourut.

Cette observation fut publiée dans les numéros de *Lyon médical* du 26 juillet 1896 et du 2 août 1896.

Le fait fut relaté dans l'*Indépendance médicale* du 5 août 1896, dans la *Médecine Internationale* d'octobre 1896, dans l'*Officiel médical* du 15 octobre 1896. Ce fut tout.

M. Despeignes avait utilisé dans sa tentative de radiothérapie une ampoule en forme de poire, en se servant d'une bobine, donnant des étincelles de cinq centimètres, et actionnée par six éléments de pile Radiguet. La tentative du Docteur Despeignes passa inaperçue en France. Elle fut signalée en Allemagne par le *Börsen Courier*, de Berlin, du 15 août 1896, par le *Pirmasenser Zeitung* du 18 août 1896 et par le Docteur L. Voigt, directeur de l'Institut vaccinal de Hambourg, qui fit paraître une note dans le journal de cette ville en août 1896.

Dans diverses publications biologiques médicales françaises de 1922 à 1925, le Docteur Foveau de Courmelles qui connaissait la tentative de Despeignes, rendit justice à ce précurseur qui fut un des créateurs de la radiothérapie.

J. N.

(1) Le Docteur O'Followell, 19, rue d'Argenteuil, enverra gratuitement sa brochure à tout confrère qui voudra bien la lui demander en ajoutant 0 fr. 50 en timbres poste pour les frais d'envoi.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : Service du Professeur Loeper

La spondylose rhizomélique (*)

(Résumé de la leçon du Docteur Mathieu-Pierre Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine)

Le 11 février 1898 Pierre Marie individualisait une curieuse maladie, sous la dénomination de spondylose rhizomélique. Il en présentait deux cas à la Société médicale des hôpitaux.

Cette affection était caractérisée par une soudure de presque tout le rachis, une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales, et une limitation assez prononcée des mouvements dans les articulations scapulo-humérales.

Ce n'était pas à vrai dire une maladie nouvelle : Pierre Marie le premier en signalait rétrospectivement un certain nombre de cas épars dans la littérature médicale ; quelques années auparavant Strumpell avait rapporté l'observation de deux cas d'une « maladie singulière », caractérisée par « l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale et des hanches ». Mais Strumpell ne faisait que mentionner la chose, ne s'arrêtant pas à son étude. L'honneur de la mise au point de cette affection revient indiscutablement à Pierre Marie : c'est lui qui en donne le premier une description détaillée et précise.

La spondylose rhizomélique est vraiment le syndrome de Pierre Marie.

Un an après sa communication initiale (1899), P. Marie et son élève Léri rapportaient la première autopsie d'un malade atteint de spondylose rhizomélique. Ils en publiaient une seconde en 1906.

P. Marie et Léri trouvent à l'autopsie les signes caractéristiques suivants : *calcification ligamenteuse* siégeant au niveau du grand surtout ligamenteux en avant de la colonne vertébrale, calcification des ligaments latéraux, calcification en arrière des ligaments surépineux. D'autre part, le sacrum et l'os iliaque sont réunis par des ligaments ossifiés, les articulations costo-vertébrales sont entourées de surtouts ossifiés. Les os sont plus friables et profondément décalcifiés.

P. Marie et Léri disent qu'il y a association de deux processus : l'ossification des ligaments et la raréfaction osseuse. L'ossification serait primitive, la décalcification secondaire.

***

Voyons tout d'abord le malade que je vous présente. Son affection a eu une évolution très lente : il souffre déjà depuis de longues années. Vous remarquez qu'il marche avec des béquilles : lorsqu'on les lui enlève il a peine à se tenir debout. La mobilité de sa colonne vertébrale est totalement supprimée, le malade est complètement enraidi dans les essais de mouvements de flexion et d'extension ; il ne peut faire aucun mouvement de latéralité. La colonne vertébrale est en rectitude. Les articulations des hanches sont absolument enraidies, les mouvements d'abduction et d'adduction impossibles. Le malade ne peut pas s'asseoir. S'il est couché on le relève tout d'un bloc. Cependant, il peut lever les bras et s'il y a là aussi une certaine raideur de l'articulation, les mouvements cependant sont conservés.

Ce malade a relativement bonne mine : il est depuis de longues années dans le service où il est bien nourri et soigné. Tous les spondylitiques n'ont pas un état général semblable !

***

Or dans certains cas *d'autres articulations* peuvent être intéressées au processus ankylosant. Le malade peut se présenter comme un sujet atteint de rhumatisme aigu généralisé. Chez d'autres, précocement ou tardivement, on peut voir diverses articulations périphériques atteintes de lésions d'arthrite chronique. La pathologie articulaire générale est donc proche de celle de la spondylose rhizomélique.

Souvent le malade a une première attaque qui guérit, une seconde qui laisse une raideur légère d'une articulation des membres, puis une

(*) Leçon du 19 novembre 1935, résumée par Mme le Docteur Trifonoff.

troisième survient qui, elle, entraîne l'apparition de la spondylose.

Il n'y a pas de séparation étanche entre le rhumatisme chronique et la spondylose rhizomélique. Les réactions humorales sont d'ailleurs les mêmes : chez les malades atteints de spondylose rhizomélique on observe, comme chez ceux atteints de rhumatisme inflammatoire, une réaction accélérée de sédimentation des globules rouges.

Dans d'autres cas l'atteinte vertébrale est la première en date, les lésions des articulations des membres ne se constituant que plus tardivement.

D'autre part, au Congrès international du rhumatisme de Paris, j'ai montré avec Rœderer l'existence d'un type particulier de spondylite s'apparentant aux arthrites ulcéreuses des membres, étudiées surtout dans ces dernières années. Il se distingue cependant par maints caractères et se différencie nettement du mal Pott par son évolution, ses caractères radiologiques et sa symptomatologie. Chez ces malades la raideur est localisée ; on peut constater au niveau des régions sus et sous-jacentes une souplesse relative. Les vertèbres ne sont pas déformées, on ne voit pas d'ostéophytes, de becs de perroquet. Mais les disques clairs ont disparu et autour des vertèbres douloureuses on voit à la radiographie une ombre floue, une image « sale », nébuleuse.

Or *la spondylite ligamenteuse peut s'associer à ces arthrites intersomatiques*, venant en quelque sorte les compliquer.

* * *

On oppose actuellement, au processus généralisé de la calcification ligamentaire, le rhumatisme vertébral chronique, qui est une forme vertébrale de l'ostéo-arthrite et dont la lombarthrie de Léri est le type le plus fréquent.

Chez ces malades on ne voit pas de calcifications ligamentaires mais il y a des déformations relativement localisées des vertèbres , des ostéophytes. Or, chez certains malades, les lésions sont étendues, on note un enraidissement total de la colonne vertébrale, et au processus ostéo-cartilagineux on voit s'associer des calcifications ligamentaires, ce qui autorise à décrire des « *spondylites mixtes* », qui se placent entre l'ostéoarthrite vertébrale et la ligamentite calcifiante. Cette question a été bien étudiée par Fraenkel, Ehrlich et d'autres.

Ainsi donc, la spondylose rhizomélique s'apparente aux autres manifestations de la pathologie articulaire, elle ne représente pas une maladie en marge de la pathologie rhumatismale.

* * *

Dès avant la guerre, Fraenkel, Fischer, Magnus-Lévy avaient émis l'opinion que la maladie était liée à l'existence d'une arthrite des articulations costo-vertébrales compliquée de calcifications ligamentaires secondaires, compensatrices.

Pour P. Marie, nous l'avons vu, il s'agirait d'une ostéite infectieuse, fréquemment de nature gonococcique (Léri).

Au niveau des articulations costo-vertébrales la radiographie ne donne que difficilement des renseignements précis, car il s'agit de processus inflammatoires qui donnent peu de signes radiologiques. Mais où l'arthrite peut être mise facilement en évidence, nous l'avons montré, c'est au niveau des ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES où la radiographie montre des altérations initiales et précoces. Il y a arthrite sacro-iliaque primitive, et les réactions ligamentaires secondaires sont dues à ce que la colonne vertébrale se défend pour éviter les dégats. On comprend ainsi pourquoi la calcifiation se fait petit à petit.

Un auteur russe Oppel avait pensé qu'il fallait incriminer les *glandes parathyroïdes* : vous savez que les parathyroïdes règlent le métabolisme calcique. Cette hypothèse ne semble guère admissible : les parathyroïdes extirpées par les chirurgiens chez ces malades se montrent d'une parfaite intégrité ; d'autre part la spondylose ne se présente pas comme une ostéopathie liée à un trouble général du métabolisme calcique.

Cependant la spondylose rhizomélique pose encore bien des problèmes. Pourquoi cette affection est-elle propre au sexe masculin ? Pourquoi est-elle progressive ? Pourquoi est-elle systématisée ? La spondylose rhizomélique demeure encore à bien des points de vue une énigme.

* * *

Quoiqu'il en soit, DU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE, cette notion que la spondylose rhizomélique est initialement une arthrite et que la calcification ligamentaire n'en est qu'une complication secondaire, ouvre des horizons nouveaux.

Les malades doivent être traités au début par le *repos* et les sels d'or ; par ailleurs on *immobilisera la colonne vertébrale* pour rendre inutile la formation défensive de calcifications ligamentaires secondaires.

Grâce à ce traitement les phénomènes douloureux diminuent et on peut avoir la joie de voir le processus rétrocéder : si radiographiquement les calcifications persistent, la colonne cependant peut redevenir plus souple, et de toute manière la maladie s'arrêter dans son évolution.

De même que celui du rhumatisme chronique déformant avec lequel elle présente tant de points de contact, *la spondylose rhizomélique*

n'est plus aujourd'hui l'affection apparemment inexorable qu'elle semblait être autrefois.

Dès 1899 P. Marie et Léri notent chez les malades atteints de spondylose rhizomélique, la fréquence, en dehors de la participation des articulations axiales des membres, de l'atteinte des genoux et des articulations temporo-maxillaires. Seules, disent les auteurs, les articulations présentant un bourrelet ou un ménisque peuvent être intéressées au processus morbide.

D'autre part, dans sa communication initiale, P. Marie notait que dans certains cas les conditions climatiques avaient pu jouer un certain rôle dans la détermination de la maladie ; par la suite, observant avec Léri la fréquence de la blennorragie chez ces malades, il établit un rapport de cause à effet entre ces deux affections. La spondylose rhizomélique serait d'origine infectieuse ; l'infection serait la cause de l'ostéite initiale. D'autres auteurs pressentirent le rôle de la tuberculose.

***

Mes collaborateurs et moi nous sommes attachés depuis plusieurs années à l'étude de cette maladie. Depuis que nous connaissons bien le type clinique, le diagnostic en est devenu aisé ; d'autre part la maladie est fréquente : Pierre Marie, en 1904, dans un exposé de titres, ne disait-il pas déjà, avec un peu de fierté, que « des centaines de cas » en étaient publiés !

C'est ainsi qu'il nous a été aisé de noter que, en dehors du type classique, existent des états initiaux qui n'avaient guère retenu l'attention, et certaines formes qui ne peuvent entrer dans le cadre de la spondylose rhizomélique dans son acceptation étroite, mais qui s'en rapprochent étrangement en raison de la nature de l'enraidissement progressif de la colonne vertébrale due à des calcifications ligamentaires.

Tout d'abord, quelques mots au sujet d'une maladie qui fut décrite par un auteur russe, le Prof. V. Betchterew, quelques années avant la communication de Pierre Marie.

V. Bechterew avait isolé parmi les observations de rigidité vertébrale englobées jusque-là dans l'arthritis deformans de Virchow, plusieurs cas où existaient une courbure de la colonne vertébrale avec des troubles du côté du système nerveux. Parmi ceux-ci, il mentionne un état parétique des muscles du tronc, du cou et des extrémités, un état de paresthésie ou de douleurs du dos, des membres, de la colonne vertébrale.

V. Betchterew aurait constaté une prédisposition héréditaire à l'affection ; d'autre part, il note aussi la fréquence du traumatisme dans les antécédents de ses malades. Aussi propose-t-il l'appellation de cyphose hérédo-traumatique.

On a opposé les maladies de Bechterew et de P. Marie au nom de leur évolution, descendante dans la première, ascendante dans la seconde et de leurs conditions étiologiques. Mais tout ceci n'est pas suffisant pour permettre de les opposer l'une à l'autre.

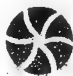
Certains auteurs sont-ils allés jusqu'à admettre l'identité des deux syndromes. Il s'agit en tout cas de deux formes très voisines ; la maladie de Bechterew pour le moins est « en marge » de la spondylose de Pierre Marie.

D'autre part l'entrée dans la clinique de la RADIOLOGIE permet aujourd'hui la découverte de formes frustes ou initiales qui jusque-là avaient échappé aux auteurs.

La calcification des ligaments *au début* n'est que peu marquée : les symptômes cliniques sont déjà très manifestes alors que la radiologie ne montre encore que quelques points discrets, souvent à peine visibles, irréguliers et asymétriques, de calcification ligamentaire. On les voit principalement au niveau de la charnière dorso-ombaire. Les lésions restent longtemps irrégulières ; la calcification ligamentaire se fait de façon désordonnée et anarchique.

On peut aussi remarquer un amincissement des *disques vertébraux*, surtout chez les malades qui, nonobstant leurs lésions, s'efforcent de continuer leur travail, et de marcher.

La spondylose rhizomélique intéresse les articulations de la racine des membres. C'est au niveau des hanches qu'on observe les lésions les plus importantes, les épaules sont habituellement moins atteintes. La radiologie y montre des lésions identiques à celles des arthrites inflammatoires banales.



INFECTION PUERPÉRALE

Par le Docteur Jacques Courtois
Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Nous n'envisagerons que les infections puerpérales à streptocoques pour préciser les raisons de la virulence du microbe et celles de la défaillance du terrain : les singularités de l'attaque et celles de la défense.

L'assaillant : le streptocoque

Sa *virulence* est excessivement variable et intermittente. Il n'est le plus souvent agglutinable vraiment que lorsqu'il est peu virulent. Il sécrète peu de toxines solubles (qui agissent surtout sur le rythme respiratoire et circulatoire et sur la tension).

La virulence varie avec d'innombrables facteurs : quand il est hémolytique, il donne volontiers des septicémies, quand il est anaérobie, il crée des bartholinites, des infections putrides, des pyophlébites, des pyohémies, des infections amniotiques. Il acquiert ces qualités d'hémolyse, d'anaérobiose, d'érythrogénèse selon sa provenance, son lieu et son temps d'entrée, et selon le terrain où il entre. Ces *qualités adaptatives* acquises le rendent difficilement attaquable par les sérums spécifiques, surtout quand il est encapsulé.

La toxine colibacillaire, l'association des anaérobies aggravent son action. Dans les associations microbiennes, cependant, il prend le plus souvent la prédominence pour devenir exclusif, surtout s'il est le plus abondant.

Comme tous les microbes, il est d'autant plus pathogène qu'il infecte plus précocement, plus brutalement, plus massivement.

Ses passages successifs sur des individus différents et par des portes d'entrée différentes, la confluence de races adaptatives nombreuses (milieu épidémique hospitalier), les réinfections, la séro-résistance, la propriété capsulogène, lui donnent une virulence extrême.

Sa virulence, acquise par la vie dans les tissus, est cependant variable avec les tissus où on le recueille (Brindeau). Sa faculté d'adaptation aux individus, aux organes, aux tissus, est très grande et chaque adaptation lui donne des prédispositions pathogènes spéciales (Epidémies de phlébites et de péritonites puerpérales). Cette aptitude se transmet héréditairement.

Il y a des streptocoques érythrogènes qui, latents en période normale, donnent les mêmes éruptions infectieuses à chaque accouchement (streptococcie inapparente habituelle, révélée par le trauma obstétrical).

Pour chaque race adaptative, il y a une *porte d'entrée optima* (le streptocoque peut parfaitement provenir du tube digestif, même sans lésion de celui-ci). L'agressivité varie avec la porte d'entrée. Si le streptocoque exalte fréquemment sa virulence dans les humeurs de l'accouchée (grande aptitude à végéter dans le sang), son passage du vagin (où il est pathogène) dans le sang et dans le péritoine peut parfois suffire à le rendre avirulent.

Le streptocoque provenant d'une lésion non génitale de l'accouchée est d'autant plus virulent que la lésion est plus récente, plus évolutive, moins circonscrite. Mais là encore le mode d'invasion joue un grand rôle.

Tout ceci montre l'importance du terrain et des divers tissus sur la virulence du streptocoque.

La défense : l'accouchée

Les *défaillances du terrain* sont dues à la *déficience du système réticulo-endothélial paralysé* par la toxémie gravidique acide.

Il ne remplit plus son rôle de barrière endothéliale et de défense anticorps (perturbations osmotiques et oncotiques, modification de la concentration moléculaire, de l'ionisation, de la conductibilité électrique, du système nerveux vago-sympathique, troubles du métabolisme de l'eau : hydrémie, œdèmes, hyperbilirubinémie, hyperuricémie, purpura, hémorragies, thromboses, infarctus, embolies, éclamptisme, apoplexie utéro-placentaire, colibacillose gravidotoxique, *anergie*. Ces individus cicatrisent mal.

Certains groupes de ses cellules sont même sensibilisés au streptocoque : éruptions récidivantes, au même endroit, à chaque infection (*anaphylaxie, allergie*). Fréquemment, le vagin n'est plus microbicide, on y trouve de nombreux germes pathogènes, on peut aussi déceler des germes variés dans les autres cavités organiques. Ces streptocoques sont en général moins pathogènes s'ils sont seuls, l'organisme s'y est souvent accoutumé.

L'intradermo-réaction de Levaditi, la réaction cutanée de Lévy-Solal, l'épreuve de Ruge peuvent montrer en partie l'anergie, à moins qu'ils ne décèlent tout simplement le souvenir d'une infection virulente ancienne à streptocoque. La réaction de Dick et celle de Schultz-Charlton ne signifient rien. L'absence de réaction aux doses très faibles de térébenthine (même répétées)

ou de vaccin sous-cutanées, l'absence de réaction sérique sont d'un pronostic défavorable.

Des hémocultures successives toutes positives et dont le germe pousse de plus en plus vite et de plus en plus abondamment montrent un terrain totalement défaillant. Les déshydratations, les troubles hépatiques, rénaux, l'insuffisante ventilation pulmonaire, la coprostase, le froid, la défaillance nerveuse (traumatisme obstétrical, choc, épuisement, insomnie, anesthésie à l'éther, moral mauvais) et surtout du système nerveux sympathique, l'insuffisance de la thyroïde et de la surrénale, les hémorragies répétées sont favorables à l'infection puerpérale.

La *grippe* est à redouter très spécialement.

On évitera l'attrition des parties molles, les hématomes, les plaies vasculaires, la rétention de débris ovulaires, de caillots, de lochies (seuls cas justiciables précocément d'irrigations continues au Dakin pur, s'il n'y a pas d'hémorragies tardives des suites de couches), les manœuvres, intra-utérines prolongées, répétées, tardives brutales, les utérus atones, la stase pelvienne par congestion passive.

Le sang peut être particulièrement favorable au streptocoque

Le pouvoir bactéricide et les agglutinines, l'alexine sont insuffisants. Il y a anémie globulaires, insuffisance de plaquettes, hypoleucocytose ou hyperleucocytose extrême, faible taux de polynucléaires neutrophiles (microphages) et de lymphocytes, absence d'éosinophiles.

L'acidose (1) se révèle par une réserve alcaline en baisse, un coefficient de Maillard en hausse.

La sérumalbumine est en excès, la globuline (2) diminuée (3), les polypeptides augmentés, le rapport chloré modifié. Il y a insuffisance de bilirubine, de sels biliaires, de cholestérol (4). La glycémie est à tendance élevée.

Comment accroître la défense :

La défense peut être accrue par une *vaccination* de la porte d'entrée habituelle (Courtois-Lecoq), une heure au moins avant l'accouchement : « C'est la défense préventive à la frontière immédiatement avant l'attaque ».

Le vaccin le plus actif se compose de corps microbiens plus l'antivirus.

(1) L'infection diminue l'alcalinité par production d'acide et augmente l'ammoniurie, la lactacidémie, paralyse le système réticulo-endothélial et accroît la virulence du streptocoque : acidose, trouble chloré, hydrémie gêneraient l'action des agglutinines.

(2) Avec l'infection, peut apparaître dans l'urine : sérum albumine, globuline, toxalbumine, albuminose, acétone.

(3) Il y a peut-être déséquilibre des acides aminés (excès de leucine, de glycocolle ; insuffisance de proline, de sérine, d'acide glutamique).

(4) Le cholestérol est antihémolytique.

L'antivirus (bouillon-vaccin filtré) rend les cellules réceptives insensibles à l'agresseur et aptes à disloquer les microbes. L'action est déjà très nette au bout d'une heure (leucopénie fréquente dans la première heure, suivie, de la quatrième à la vingt-quatrième, d'une hyperleucocytose). Les *corps microbiens* ajoutés au bouillon ne font apparaître d'anticorps qu'après vingt-quatre heures. Ces agglutinines, disparues quelques heures, mettent vingt-quatre heures à croître (temporairement le vaccin-antivirus les accapare et les fait disparaître du sang ; la *sérothérapie locale* permet de fixer dans les tissus immédiatement, pendant la *phase négative vaccinale*, des anticorps qui augmentent la défense spécifique tissulaire : ce qui supprime les inconvénients de la phase négative dans les cas urgents). La sérothérapie locale est plus sûrement prophylactique qu'introduite ailleurs (cependant il subsiste toujours l'inconvénient d'accidents sériques).

Le sérum de vaccinée n'est pas bactéricide mais atténue la virulence du streptocoque.

Ce vaccin fait à doses trop fortes, choquantes, ou intraveineux, crée des microbémies éphémères fébriles (le bactériophage intraveineux peut faire de même). D'ailleurs la microbémie précoce et passagère semble un mécanisme fréquent (comme en témoigne la courte élévation thermique quelques heures après les accouchements et les interventions) qui renforce la défense du système réticulo-endothélial comme le ferait un vaccin vivant.

Le système réticulo-endothélial peut être exalté par des corpuscules, des colloïdes électro-négatifs, des métaux (par exemple le sodium : bicarbonate, citrate, chlorure), le collargol, le charbon, l'alcool, les nucléinates, l'adrénaline, la térébenthine, les antivirus, la vitamine C (acide ascorbique), le chlorhydrate de sulfonamido-diamino-azobenzol ; chlorhydrate de sulfamido chrysoïdine (1). (Pour Levaditi, ces derniers corps agiraient en empêchant la formation de la capsule du streptocoque. Il faut donc les employer très tôt avant que les streptocoques prennent cette forme de résistance inattaquable qu'ils acquièrent dans les quatre jours).

Le bactériophage exige l'absence, dans le sang, d'antiphages, d'antiseptique, de vaccination ou de bactériophagothérapie antérieure, la lyse du germe *in vitro*. Il doit surtout se faire *in situ*. On doit l'essayer dans les formes lymphangitiques et les septicémies précoces éphémères. Il n'agit pas à titre préventif.

(1) Qui n'a pu prévenir une infection phlébitique chez une de nos accouchées ; d'ailleurs, là-contre, ni vaccination, ni chimiothérapie anticoagulante ou anti-infectieuse n'ont d'action préventive sûre.

La *sérothérapie* consomme beaucoup d'alexine, elle nécessite donc un bon foie et des humeurs alcalines, indispensables à l'alexine (le sérum de Vincent est le sérum le plus efficace).

La sérothérapie peut accroître l'hémolyse et l'hémolyse consommer de l'alexine, qui est indispensable à l'action sérique. La sérothérapie spécifique agit, assez fidèlement, à titre préventif, dans les cas pressés, injectée par la porte d'entrée.

La sérothérapie ne doit pas être trop massive. Un excès de sérum accapare l'alexine et les sensibilisatrices non-consommées peuvent empêcher l'action du sérum.

La transfusion de sang donnera l'alexine qui manque chez les femmes à foie déficient, qui font de l'acidose, au sang très hémolysé et à qui on veut faire une sérothérapie massive. La sérothérapie ne doit pas être prolongée indéfiniment (Chomé), car elle peut créer un streptocoque séro-résistant.

Se rappeler que l'utérus, la rate, l'endocarde peuvent devenir des réserves à streptocoques, inaccessibles au sérum.

La transfusion de sang de convalescent récent (moins de deux mois) d'infection streptococcique donne d'aussi bons résultats que le sérum. Mais il faut se méfier des donneurs sensibilisés au streptocoque, et on est obligé de tenir compte des groupes sanguins et des autres germes possibles.

L'immuno-transfusion, la phylacto-transfusion sont très décevantes parce qu'il n'y a pas d'immunité vraie durable contre le streptocoque. (Récemment Lévy-Solal a préconisé la transfusion de sang de donneur vacciné contre la typhoïde).

Nous n'entrerons pas dans le détail du traitement des infections puerpérales que nous avons précisé avec notre ami Lecoq in *Revue de Pathologie comparée et hygiène générale* (7, rue Gustave-Nadaud, Paris, XVI[e]), *tome* 35, n° 467, p. 1206 et 1215

Tout ceci met en lumière, l'importance de la porte d'entrée et du terrain puerpéral sur la virulence du streptocoque, sur le développement de l'infection, sur la défense, sur la thérapeutique. En infection puerpérale, le microbe est peu de chose, le terrain est presque tout. C'est là ce qui explique la grande divergence de vue des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs.

RÉFÉRENCES

G. Philippe. — Thèse Fac. Méd Paris 1936. (Charles Brande, imprimeur, 23, rue du Maréchal-Foch, Le Vésinet, pp. 7, 11, 12, 24, 71, 78, 80, 107.

A. Longuet. — Th. méd., Paris 1936. (Marcel Vigné, Paris.)

La Gynécologie, Tome 34, p. 665, novembre 1935; Tome 35, p. 216, 1936.

Journal des Praticiens Tome 32, 8 août 1936, p. 517.

Concours Médical. Tome 58, n° 25, 21 juin 1936, p. 1.904.

Gazette des hôpitaux. Tome 107, n° 25, 28 mars 1934, p. 448.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES DIFFÉRENCES DANS LES RÉACTIONS VASO-MOTRICES DES MAINS ET DES PIEDS

Ces différences paraissent être vraiment fondamentales. Un exemple : une jeune femme de 23 ans se plaint d'une sensation de froid constante aux pieds et aux mains. Ni d'un côté, ni de l'autre ne s'observent de colorations spéciales. La température superficielle aux quatre extrémités étant approximativement de 26° centigrades dans un local où la température est de 24°, on fait une injection intraveineuse de vaccin antityphique. La température superficielle des mains monte rapidement à 37°7, alors qu'elle reste sans changement aux pieds. L'élévation de la température orale a été de 2°2. Pulsations artérielles normales aux quatre extrémités. Une seconde expérience fait monter, après le vaccin, la température superficielle des mains à 37°5, et celle des pieds à 33° et 34°5. Elévation de la température orale de 1°6.

Ces faits indiquent une vaso-constriction plus forte aux pieds qu'aux mains. Cette vaso-constriction ne se démontre pas par la température superficielle initiale qui est la même aux quatre extrémités. Il faut, pour la mettre en évidence, produire une vaso-dilatation dans les extrémités. Les mêmes conclusions se sont montrées valables dans une importante série de cas de thrombo-angéitis oblitérante, de maladies de Raynaud, d'hypertensions essentielles, de lipodystrophies et de sclérodermies.

Chez le sujet normal, c'est la face qui montre la moindre vaso-constriction ; ensuite viennent les mains, puis les pieds. Faisons absorber à ce sujet normal 15 c. c. d'alcool. La température superficielle des joues s'élève rapidement ; celle des mains ne commence à monter qu'après un délai de 11 minutes. Quant aux pieds, ils restent à la température initiale.

Il est possible que la station debout habituelle chez l'homme explique la vaso-constriction plus intense des extrémités inférieures.

G. Lavalée.

(Staff meetings of the Mayo Clinic, July, 8, 1936).

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

XXXIe LETTRE

Sur la « signification » nosologique de la méningite tuberculeuse

Par le Docteur CAMESCASSE
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines

Je ne suis pas certain que ce titre soit celui qui convient exactement au sujet que j'aborde.

Que si, donc, un lecteur ami trouve autre chose, je lui serai reconnaissant de m'informer. Cela ne servira à rien puisque le factum une fois publié ne sera pas réimprimé après correction.

Servira à rien ? Si ! un tel rappel à l'exactitude me fera plaisir... quelqu'un m'aura lu qui se soucie de mon bien. J'ai failli écrire « de ma gloire ». O modestie !

En attendant je vais délayer ce titre : autrement dit, m'efforcer d'exposer mon idée, — et sa genèse, — ce qui n'est pas simple du tout.

I. Il me paraît que la MÉNINGITE TUBERCULEUSE ne ressemble à aucune des autres localisations du bacille de Koch.

II. Tandis qu'elle est, nosologiquement parlant, proche parente des AUTRES MÉNINGITES.

Ce paragraphe II ne mérite pas de grands développements... juste assez pour nous mettre d'accord.

De ce qu'on observe chez les enfants il suffit de nous rappeler combien nous hésitons avant d'affirmer une CÉRÉBRO-SPINALE, prise comme exemple.

Pour les adultes l'embarras est plus grand encore.

J'ai rencontré, une fois dans ma vie, un ABCÈS du cerveau : début par une céphalée gravative avec plaintes incessantes, — le tout suivi de convulsions. Cause : une Otorrhée très ancienne, de moi ignorée.

Une autre fois, ce fut une PHLÉBITE des sinus craniens. Même tableau, mais le diagnostic fut facile en raison de la Phlébite généralisée préexistante.

Une autre fois, j'ai dû affirmer qu'il s'agissait d'un GLIOME (?), récidive encéphalique d'un Cancer du sein enlevé trois années en deçà. Céphalée, plaintes, convulsions, strabismes (au pluriel).

Tous ces faits survenant chez des adultes, alors qu'un de leurs pairs, succombait, entre temps, à une véritable MÉNINGITE tuberculeuse...

Et pour finir ces deux MÉNINGITES TRAUMATIQUES : l'adolescent qui n'a pas avoué sa chute, de motocyclette. La tête avait porté contre un tas de terre ; le garçon aussitôt relevé, s'était débarbouillé du sang qui lui coulait du nez et était rentré sans le secours de personne, avec une FRACTURE DE LA BASE DU CRANE : céphalée... convulsions.

Pour le dernier ce fut pis : l'homme était un Tuberculeux avéré. On l'entendit geindre, *et on le vit se débattre*, au milieu de la nuit ; quand je l'ai vu, il ne répondait plus, mais il portait sa main gauche à la tête et braquait obstinément cette tête à droite, les yeux convulsés de même. Ma main revient ensanglantée d'avoir essayé de redresser cette tête ; je cherche... un revolver gît entre le traversin et le bois du lit.

Ici, là et là, pendant des minutes ou bien pendant des heures, sinon plus, le diagnostic a dû éliminer cette méningite tuberculeuse qui, bon gré, mal gré, nous hante, et que je peux maintenant aborder sous son autre face qui est celle-ci.

QUE SIGNIFIE, quand vous êtes entrain de traiter un sujet atteint d'une tuberculose quelconque, L'APPARITION D'UNE MÉNINGITE TUBERCULEUSE ?

Je ne parle pas du pronostic ; nous sommes fixés et, je crois, tous d'accord.

Je désire m'expliquer autrement : nous sommes entrain DE TRAITER un tuberculeux — n'importe quelle localisation par n'importe quelle médication — la méningite apparaît qui va tuer.

Et aussitôt, le médecin va se mettre martel en tête. Sans que les tiers s'en mêlent, ce médecin ne peut pas s'empêcher de construire, pour son propre usage, un drame dans lequel il est fort tenté de ne pas se donner le beau rôle.

Cela est tellement vrai qu'il vaut mieux que les tiers s'en mêlent ; que des insinuations, que des reproches, parfaitement injustes, viennent exciter la défense ; viennent me forcer à rechercher, à trouver *contre moi-même* les arguments utiles.

De tels drames voici des exemples.

Les gamins de ma génération, je pense qu'il en fut de même pour les nombreuses générations qui nous ont suivis, savaient l'existence d'une maladie terrible : LA MÉNINGITE.

La méningite ! sans qualificatif dois-je ajouter. L'adjectif *tuberculeuse* ne retiendra mon atten-

tion que beaucoup plus tard. Il s'*insinuera* dans mes connaissances, mais je ne pourrais pas du tout fixer une date à cette acquisition. Notamment je ne me rappelle pas si le Professeur Ollier, dans les circonstances que je vais dire, a — ou n'a pas — employé les termes précis, encore qu'il nous ait donné, de la cruelle réalité, une idée assez exacte pour que je ne l'aie pas oubliée.

En l'année 1879, j'avais l'honneur d'être un de ses Externes (1). Une fois l'an ce respectable Maître conviait son service à sa table.

Il était très triste ce soir-là et voulut bien nous dire pourquoi : il venait d'apprendre la mort de deux de ses clients, tous les deux opérés pour TUMEUR BLANCHE et, tous les deux, morts de MÉNINGITE. Une résection du coude et une amputation de cuisse.

Il est tout à fait invraisemblable que j'aie compris alors la singulière parenté qui lie les Tumeurs blanches, ou bien les Ecrouelles, avec la Phtisie et, toutes les trois, avec la méningite.

Mais une notion précise m'est restée, que je date sans hésitation de cette mémorable leçon : la Méningite peut intervenir *traitreusement* au cours de ces maladies.

On retrouvera, chemin lisant, cette notion de TRAHISON, qui me trouble encore, 1879-1936.

Avant d'aller plus loin, je dois avouer que mon expérience, de la méningite tuberculeuse, est de bien minime importance : deux douzaines de cas en cinquante années (2).

Et encore dois-je préciser que, pour plus de la moitié, ces malades n'appartenaient pas à ma clientèle propre (3).

Mais, que j'aie vu le patient chez moi, avec le concours d'un voisin, ou bien que j'aie été appelé par ce voisin auprès d'un client à lui, un avantage demeure au médecin de campagne ; avantage qui est de connaître, sans trop de peine, les tenants et aboutissants.

Qu'une fillette, suspecte d'adénopathies trachéo-bronchiques, revienne merveilleusement améliorée de son séjour à la montagne, ne s'enrhume plus du tout l'hiver pour mourir au printemps de méningite. Nous n'incriminerons pas la bienfaisante station thermale d'avoir causé ce malheur, car, de cette enfant, la mère était une personne chétive qui est morte après avoir beaucoup craché. Elle avait commencé juste après sa grossesse, nous affirmera-t-on.

Or ceci n'est pas vrai ! Le médecin consulté, à moins que ce ne soit le médecin consultant, sait très bien que l'ex-jeune-fille était, de tout temps, plus que suspecte.

Mais un fait reste, brutal, indéniable : c'est à l'heure où tout nous portait à croire que la Cure avait, enfin ! vaincu le mal de l'enfant, qu'il a reparu sous sa forme irrémédiable.

Et cependant, depuis plusieurs années, en raison de la mort de la jeune mère, nous pouvions croire l'enfant à l'abri de contaminations nouvelles.

Dans le même temps, mais dans un autre lieu, un gamin mourait de la même méningite. Ici tout expliquait cette fin :

Vie de misère, en promiscuité avec un grand phtisique dans un véritable taudis où vivaient, en tas, six autres frères et sœurs.

Il y eut déception tout de même. Ce médiocre écolier, lent et sage, — trop sage — s'animait depuis quelques mois. Il apprenait volontiers, et assez facilement ses leçons ; les problèmes lui disaient quelque chose... l'analyse logique ellemême... Céphalée, un peu de photophobie, convulsions... mort cinq jours après les premières convulsions.

En voici deux autres qui n'allaient pas encore à l'école, ou si peu que rien. Aucun antécédent dans le milieu familial ni ici, ni là. Aucune maladie remarquable au cours de leurs premières années, mais ils étaient singulièrement précoces lui et elle : elle d'une famille bourgeoise, lui fils d'ouvrier spécialisé. Des deux côtés, frères ou sœurs qui sont vivants, et sains, vingt années ici, quinze années-là, après les drames. Des deux côtés aussi survivent père et mère, des oncles, des tantes et des aïeux. J'ai connu une des bisaïeules.

Le garçonnet est mort d'une méningite survenue *par surprise* au cours d'un déplacement ?

Pour la fillette je suis mieux renseignée, parce que le drame s'est développé à ma portée... si bien à ma portée que je m'en étais inquiété d'avance... ainsi :

Ces demoiselles, cinq à dix ans, jouaient à l'école (1) sans se soucier le moins du monde de notre présence, quand j'entendis la plus jeune affirmer :

« On ne dit pas *j'ai allé* ; on dit *j'ai été* » ; puis préciser :

(1) La fonction desdits externes était de renouveler, deux fois par jour, les cataplasmes de farine de lin, avec lesquels on pansait les opérés. J'ai gardé, depuis lors, l'habitude de panser mes pauvres avec des cataplasmes, mais je fais cuire ma farine de lin dans de l'eau phéniquée à cinq pour mille.

(2) Je suis médecin de campagne et dans un pays exceptionnellement sain, où l'enfance se défend très bien. Ce que j'écris ne saurait donc valoir contre les conclusions du Docteur René Saliou (Thèse de Paris, 1935) qui a pu collectionner 470 cas de méningite tuberculeuse (service du Docteur Lesné).

(3) La méningite est la seule maladie de l'enfance qui, dans nos villages, provoque à coup sûr une ou plusieurs consultations interconfraternelles. Donc, des 24 cas vus, *huit* ou *neuf* seulement grèveraient mes statistiques personnelles.

(1) Je ne veux pas dire qu'on était à l'école, entrain de jouer. Il s'agit de tout autre chose : un jeudi, hors les murs, on jouait à faire l'école..... la plus petite étant devenue.... *pour de rire*..... Mademoiselle.

« On ne dit pas *je suis été*. On dit *je suis allée* ».

Mes interlocutrices, c'étaient justement ces demoiselles, s'amusaient de ces propos, moi, point ! et même je leur fis reproche de prendre les enfants au biberon pour leur enseigner la grammaire.

De quoi elles se justifièrent en hâte. Elles m'exposèrent que, pour cette gamine-là, on ne savait pas où elle avait pris tout ce qu'elle savait, ayant, du premier coup, écrit *Monsieur* comme cela s'écrit et non comme cela se prononce.

Las ! dès la fin du printemps, la fillette, tellement trop avancée pour son âge, mourait de méningite quoique tout le monde, autour d'elle et aux alentours, se fut efforcé à la plus extrême modération.

Tout ce qui précède n'est que préambule. J'aborde maintenant, seulement maintenant, la partie principale de mon discours ; la partie angoissante.

Je soigne... mettons en 1900... un phtisique qui crache abondamment. D'autres médecins l'ont soigné avant moi, mais la pharmacopée est si riche que je n'ai que l'embarras du choix en cette circonstance où je dois, par humanité pure, faire du nouveau.

Je choisirai une préparation créosotée. Celle de l'officine est difficilement buvable ; j'emploierai donc une spécialité plus agréable au goût et, je peux le dire, fort bien présentée sauf deux détails du prospectus.

J'en ai usé, sur moi-même au besoin, et je sais que cette créosotée tarit l'expectoration purulente d'une *bronchite vulgaire*. Elle tarit après avoir modifié en bien les crachats qui ont commencé par perdre leur teinte purulente, dès les premières cuillerées ingérées.

L'erreur du prospectus consiste en ceci que l'auteur affirme que, *en augmentant la dose*, on obtiendrait *la guérison*... de la phtisie pulmonaire.

La vérité est plus simple : en cette espèce, (la phtisie qui nous a donné tant et tant de déboires), il faut reconnaître que les premières cuillerées (*à café*) ingérées modèrent *aussi* l'expectoration et la rendent moins laide, parce que cette créosote agit sur la *bronchite vulgaire* qui complique couramment la *phtisie nécrosante*.

Il faut cependant savoir cesser dès qu'on a obtenu un résultat partiel, partiel mais perceptible pour le patient, faute de quoi l'expectoration raréfiée devient difficile ; grave, très grave inconvénient !

Pour mon client de 1900, l'arrêt me fut imposé par une complication trop visible : cet homme fit une hémoptysie... discrète, ce qui ne lui était pas encore arrivé.

Le prétexte était bon : ON n'accusait pas expressément la Créosote, mais tout de même...

Quelques mois écoulés ON revient à cette créosote.

Or, avant la fin du premier échantillon, survinrent des Céphalées avec périodes d'Obnubilution, puis des Convulsions avec strabisme. Le confrère, qui m'avait succédé dans les bonnes (?) grâces de la famille, me manda en consultation d'où je revins fort troublé me demandant si la créosote... ?

Je ne suis pas doté d'une timidité extrême, mais le fait est que je revins *fort troublé* et qu'il me faudra beaucoup de temps, beaucoup d'observations contrariantes, avant que mon sentiment (accumulation de sensations homologues qu'on a pu oublier une à une) en vienne à plaider victorieusement CES COÏNCIDENCES QUI NE PROUVENT RIEN.

J'aurai ainsi l'occasion de mettre en cause, presque dès ses débuts officiels, le pneumo-thorax, mais auparavant il y avait eu une cure, de repos, sanatoriale.

D'autres coïncidences troublantes m'assailleront, dont je ne veux retenir que la dernière observée dans une famille amie (1).

Cure d'aurothérapie dirigée par un praticien des plus qualifiés, chez une jeune fille atteinte de Tuberculose floride. Je vois la malade par hasard, au cours d'un déplacement. C'est une consultation sans en être une. Mon honorable confrère n'en est pas à son coup d'essai... il a obtenu des résultats *très encourageants*... (C'est lui qui me les rapporte en ces termes).

Dans le cas particulier, je le juge très prudent. Je me montre, à mon tour, très encourageant.

Quand je rentre chez moi, je trouve deux lettres... une bordée de noir et une autre que j'ai gardée.

Que j'ai gardée parce que mon confrère y crie *à la trahison* en des termes qui m'ont rappelé ma mésaventure créosotée.

Mon confrère, ne me cèle plus que, se croyant atteint lui-même, il avait, jusqu'alors, utilisé l'aurothérapie mais que désormais...

Devais-je, ne devais-je pas, faire effort auprès de lui, pour l'engager à se soigner ? Il a tranché la question en allant — il le pouvait, — se reposer plusieurs années durant.

Je dois ajouter que, consultant ou consulté, ou plus simplement causant avec maint et maint confrères, des maîtres compris, j'ai toujours obtenu confirmation de la crainte où nous vivons de voir une méningite tuberculeuse venir démentir nos pronostics les plus favorables, les mieux établis.

Mais la conclusion pratique que j'en tire ne m'a

(1) J'ai raconté, dans ce même *Concours*, le cas du lycéen enfin *guéri*, par la mer, de ses adénopathies cervicales torpides, et mort de méningite moins d'un mois après la cure salvatrice 30-x 34.

pas paru de nature à recueillir la majorité des suffrages.

Cette conclusion est, en effet, que la méningite tuberculeuse est une maladie à part, qui ne doit pas être mise à la charge de ce que le médecin, ou la famille, ont fait ou n'ont pas fait, hier.

Il peut être intéressant de décompter les méningites tuberculeuses, mais seulement entre elles.

ELLES NE DOIVENT PAS PESER du tout sur les statistiques relatives à telle ou telle maladie ; encore moins SUR LES STATISTIQUES RELATIVES AUX RÉSULTATS DE TEL OU TEL TRAITEMENT.

Si j'étais chargé de conclure sur la nocivité possible du traitement des abcès froids par l'éther iodoformé, je tiendrais compte du réveil de lésions pulmonaires jusqu'alors torpides (ignorées) ou d'adénites négligeables. Je tiendrais compte des échecs et bien plus de la transformation (Beredska) de l'abcès froid en abcès chaud.

Mais je tiendrais pour zéro la signification de la méningite tuberculeuse survenant dès la semaine prochaine... ou plus tard... par exemple quand j'aurai déjà eu le loisir de me féliciter d'une apparence de guérison de l'ostéo-arthrite initiale.

Il me paraît qu'on doit juger de même quand il s'agit du B. C. G.

Personnellement, les choses se sont présentées autour de moi de telle manière que je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de l'offrir... et il me fut refusé (1).

Cependant, j'ai été informé comme il a été losible à chacun de nous de l'être. Or, j'ai été très frappé de l'importance, que prenait tel ou tel cas de méningite observée parmi les vaccinés au B. C. G., dans l'esprit des négateurs.

Que l'on nie la capacité vaccinante de cette mesure ; que l'on nie, après quelques années écoulées, sa puissance excitante sur la vitalité générale des prédisposés ; qu'on l'accuse d'avoir provoqué une activation du virus filtrant fourni par la mère pendant la gestation (2) ; etc... etc... soit !

Mais qu'on s'essaye à décompter les méningites subséquentes ? Non !

Cette affreuse maladie tue au bout d'un tableau clinique épouvantable, mais elle n'est pas plus probable, ni probante, que la balle égarée du revolver d'un affolé.

---

(1) Il est évident que mon offre ne fut pas assez pressante. Mon manque d'enthousiasme était, alors, d'ordre purement théorique : je savais qu'on observe, — combien rarement — des rages de laboratoire ; je ne pouvais donc pas (je ne peux donc pas) comprendre que soit niée absolument la *possibilité* de REVIRULISATION des germes. Plus tard, l'invraisemblable intervention administrative me confirmera dans l'abstention, au moins dans les milieux sains.

(2) Par le père au moment de la fécondation ? Ma presbytie m'empêche de voir les infiniment petits.

TOXICOMANIE A L'ÉLIXIR PARÉGORIQUE

MM. LASSALE, PARNET et HENRION ont rapporté à la Société de médecine militaire française deux observations de toxicomanes anciens faisant usage de l'élixir parégorique à titre de substance de remplacement des toxiques jusqu'alors employés (opium, héroïne, cocaïne). Les doses ingérées étaient considérables, 400 à 500 grammes par jour. L'un des malades a pendant certaines périodes consommé jusqu'à un litre.

Les auteurs rappellent le caractère spécial de l'intoxication, la facilité relative de se procurer le médicament ; ils soulignent que la cure de désintoxication est généralement aisée, contrairement à ce qu'on pourrait penser pour une telle intoxication. Par contre les récidives sont très fréquentes en raison du fond mental des malades, élément dont l'importance est capitale dans la genèse, l'évolution et le pronostic des toxicomanies.

P. L.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOÛT DU JOUR

Les petits corps étrangers de la main

Les aiguilles

Il est certes toujours urgent d'extraire les petits corps étrangers de la main, si petits soient-ils, car ils constituent une source d'infection ; cependant, on doit se rappeler que l'intervention, même pratiquée d'urgence, *dans des conditions de technique insuffisantes*, peut aboutir à un échec et même créer des désastres.

Le Docteur J.-P. LAMARRE (1), estime, en effet, qu'il y a parfois intérêt à retarder une intervention, qui paraît urgente, afin de lui fournir les meilleures conditions d'exécution : les vicissitudes fréquentes d'une aiguille de la main en fournissent un exemple.

Que se passe-t-il habituellement en pareil cas ?

Tout d'abord, l'aiguille, dès qu'elle a pénétré, subit la recherche hâtive et troublante du blessé lui-même ou d'un membre de sa famille ; ces chercheurs improvisés vont même s'armer d'une point de canif ou d'une épingle ; mais leur fouille sera vouée à l'insuccès, tandis qu'ils auront introduit dans la plaie des éléments septiques.

Alors seulement, intervient le médecin, qu'on est allé consulter tardivement. Celui-ci hésiterait certes à poursuivre une aiguille dans une fesse, mais il se laisse parfois séduire par le champ opératoire limité, qu'est une main. Il agrandit la plaie, et s'efforce de prendre contact avec le corps étranger. Hélas, plus ou moins prolongée, cette tentative devient douloureuse, et finalement, reste aussi vaine que les précédentes.

Enfin, on s'adresse à la radiologie : radio de face, la paume plaquée sur le film ; radio de profil. Le chirurgien, muni de deux images, attaque par la face palmaire, où elle se trouve habituellement, une aiguille dont la radiographie de face a été faite paume en dessous (première cause d'erreur). « Il juge de la profondeur par la radio de profil, qui ne montre pas toujours nettement la silhouette des éminences thénar et hypothénar, et où les contours ne correspondent en tout cas pas nécessairement au point tangentiel à la projection de l'aiguille (deuxième cause d'erreur). Enfin, il entreprend une main dont les doigts, laissés mobiles, ont accompli des mouvements depuis le temps radiographique : l'aiguille s'est déplacée de quelques millimètres ou plus (troisième cause d'erreur). Si, de plus, les tissus ont été gonflés d'une solution anesthésiante, une quatrième cause d'erreur s'ajoute aux premières.

« L'imprécision du repérage provoque des tâtonnements, engage des manœuvres qui aggravent les déplacements de l'aiguille. Enfin, l'opération qui va suivre intéresse des tissus déjà infectés par la première tentative. L'insuccès est alors d'autant plus fâcheux que le but à remplir apparaissait simple aux yeux du patient.

« La recherche souvent pratiquée sous écran, n'est guère plus facile. L'image, qui n'est pas stéréoscopique, ne fournit aucune idée de la profondeur. Les mouvements de rotation de la main sur l'écran n'en donnent qu'une idée approximative, et qui est souvent mal interprétée. La pince, qui croit voir et ne perçoit jamais, fouille les masses musculaires à la poursuite de l'aiguille, qui semble se dérober et qui parfois réellement fuit. Mais les aponévroses, nerfs et vaisseaux souffrent gravement d'une telle besogne.

Voici maintenant la bonne manière, seule garantie du succès.

L'aiguille dans la main constitue un corps étranger, essentiellement mobile, soit spontanément, soit sous l'influence des moindres pressions ou des plus petits mouvements des doigts. Il convient donc que le public, d'abord, en soit averti, afin que, sous l'immobilité la plus complète de la main, le blessé puisse subir immédiatement l'examen du praticien. Que celui-ci soit également prudent, surtout qu'il ne fasse pas d'exploration au doigt dans le vain espoir de prendre contact ; qu'il préfère donc, en principe, s'en rapporter, dans les mêmes conditions d'abstention, à la collaboration radio-chirurgicale la plus rapide car, seule, elle permettra d'aller rapidement droit au but, sans tâtonnements. Que si cependant, le praticien croyait avoir des éléments suffisants pour intervenir personnellement, il se rappelle la nécessité d'opérer avec un respect scrupuleux des moindres éléments anatomiques (muscles, aponévroses, nerfs, vaisseaux), car tous, ils contribuent au jeu harmonieux de la main.

Sinon, il faut que le corps étranger soit localisé avec précision par le radiologue en vue d'une intervention en pleine lumière, qui permet seule d'éviter les fautes d'asepsie et de contrôler constamment la marche du bistouri. La radio sera faite *en position opératoire de la main et du blessé* ; des points de repère métalliques seront fixés sur la peau, et ils resteront jusqu'au moment de l'incision, après qu'une radio, faite de face et de profil aura permis de noter sur la peau à l'encre de

(1) *Bulletin médical*, — Supplément au n° 36 du 5 septembre 1936.

Chine, la direction de l'aiguille et de spécifier son extrémité la plus superficielle. La *ligne d'incision sera perpendiculaire à cette direction*, plus près de cette dernière extrémité.

Le blessé est alors conduit à la salle d'opération. Les doigts, la main, l'avant-bras ont gardé entre eux les mêmes rapports. Le radiologue, qui doit accompagner le blessé, dispose la main en donnant à celle-ci l'attitude qu'elle avait lors de la radio de face. Anesthésie. Asepsie. L'opérateur incise selon la ligne qui a été tracée à cet effet. A la distance verticale de profondeur indiquée par un repère, dont le radiologue présent contrôle la direction, l'aiguille est trouvée à coup sûr.

Parfois une simple ponction au bistouri suffit. Une pince, le long de la lame du bistouri, rencontre l'aiguille et la pousse pour la faire émerger de la peau par l'extrémité la plus favorable.

Parfois une incision plus grande est nécessaire. Ici le contrôle de la vue permet d'éviter les vaisseaux et les nerfs, d'écarter les fibres musculaires.

L'extraction d'une aiguille ou de tout autre petit corps étranger est un acte chirurgical qui exige précision, calme et patience, minutie même quand il s'agit de la main.

Et voici pour terminer les sages conseils, donnés par le Docteur Lamarre :

— Méfiez-vous, surtout si la découverte paraît devoir être facile. — N'opérez pas sans un repérage radiologique précis. — Ne vous engagez dans l'aventure qu'avec la ferme intention de vous arrêter à temps, c'est-à-dire si vous ne trouvez pas tout de suite. — Ne vous engagez pas du tout, si vous n'êtes pas certain de trouver tout de suite. — Ne soyez pas trop certain que vous trouverez tout de suite.

Les crayons d'aniline

Ces corps étrangers d'un caractère un peu spécial, en plus de leur action mécanique, exercent une action chimique locale, qui peut être dangereuse. Comme l'exposent MM. J. Berre et J. Dor, au point de vue pratique, ce sont les médecins surtout qui doivent les connaître, car de la minutie et de l'intelligence *des premiers soins* dépend la *durée de la cicatrisation* et le résultat fonctionnel. « Les mal traiter, dit M. Iselin, aboutit à la perte complète du doigt blessé par *nécrose chimique aseptique*, causée par le séjour prolongé des particules d'aniline au milieu des tissus. » Cette nécrose est assez rapide ; au bout de quelques heures, les tissus voisins du corps étranger peuvent déjà être tatoués de grains d'aniline, ainsi qu'en témoigne leur aspect bleuté.

L'action néfaste de l'aniline est encore activée si, au moment du nettoyage, on emploie de l'éther ou de l'alcool. Une cellulectomie large, suivie de drainage, s'impose d'urgence. Dans les cas banaux, il est à remarquer combien lente (parfois un mois et demi) est la cicatrisation, alors qu'elle est si rapide pour un panaris. Celle-ci peut cependant être hâtée par l'emploi de rayons ultra-violets.

Dans les cas graves, c'est l'amputation rendue nécessaire à brève échéance.

M. Carcassonne rapporte un cas personnel, où le malade avait tenté de sortir l'extrémité de la mine, qui s'était littéralement écrasée dans la plaie. Lorsqu'il vit le malade, la pointe du doigt — le pouce — était absolument bleue. Après nettoyage, il pratiqua une large cellulectomie ; mais, malgré ses efforts, l'extrémité libre du pouce se révéla perdue, et il dut l'amputer.

Voici une observation moins sévère de MM. Berre et Dor :

« Le 4 mars 1936, M. G..., employé de bureau nous est adressé parce qu'il vient de se piquer avec la mine d'un crayon encre. Cet accident est survenu au moment où il portait sa main au niveau de la poche intérieure de son veston. Le crayon, dont la mine était très pointue, dépassait celle-ci, et le pouce vint s'empaler littéralement sur elle. La mine est restée incluse à l'union de la première et de la deuxième phalange sur le versant latéral externe du doigt. Elle a pénétré obliquement et s'est coupée au ras de la peau.

« Le pouce est tout bleu, car on l'a nettoyé à l'alcool et à l'éther ; mais il n'a été fait aucune tentative d'extraction.

« Anesthésie en bague au-dessus d'un petit garrot placé à la base du pouce. Exérèse d'une tranche de tissus, à distance de la mine et la circonscrivant. On arrive sur la base de la phalangette. Comme elle est bleue, on la curette, jusqu'à ce qu'elle soit de coloration normale. La lèvre inférieure de la plaie étant également colorée, on en découpe une nouvelle tranche. Hémostase par tamponnement, après enlèvement du garrot. Pansement à plat avec de la vaseline stérilisée, renouvelé fréquemment au début ; le bourgeonnement se fait bien et les tissus ne sont absolument pas teintés. Cicatrisation au vingtième jour. Excellent résultat fonctionnel. »

Ces auteurs jugent indispensables de rappeler les trois préceptes suivants :

1) On ne doit pas essayer d'enlever le corps étranger avec une pince ; il se morcelle et laisse toujours, dans les tissus, une grande quantité d'aniline ; 2) il ne faut pas fermer la plaie qui résulte de l'exérèse des tissus teintés ; 3) l'usage des antiseptiques est plus nuisible qu'utile.

A noter que sur la proposition de M. Fiolle, la Société de chirurgie de Marseille a adopté à l'unanimité un vœu, demandant aux Pouvoirs publics d'empêcher la vente de crayons d'aniline (1).

G. Fischer.

(1) Société de chirurgie de Marseille, 6 avril 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Vaccination antituberculeuse par le B. C. G. Son application dans la région girondine.

MM. F. Piéchaud, J. Belot et J. Clarac formulent à la suite d'un très long et intéressant travail les conclusions générales suivantes :

La vaccination par le B. C. G. ne réalise pas une immunité proprement dite, l'immunité antituberculeuse étant toujours précaire. Elle tend à une prémunition passagère qui, une fois obtenue, doit être entretenue par revaccination.

Dans l'organisme du nouveau-né, vierge de tout germe tuberculeux, la place est au premier occupant. Il convient d'y installer un bacille tuberculeux dépourvu de virulence, mais ayant gardé son pouvoir antigénique capable de provoquer la défense contre le bacille tuberculeux virulent absorbé au foyer.

Entre le moment où la vaccination *per os* ou par voie sous-cutanée a été réalisée, et celui où l'allergie est enfin établie et prouvée par cuti-réaction à la tuberculine, s'écoule une période d'anergie dangereuse au cours de laquelle le pouvoir réactionnel est au plus bas et durant laquelle le bacille tuberculeux virulent n'aura que trop de prise sur le petit organisme sans défense. Cette constatation impose l'isolement du vacciné de tout foyer tuberculeux contagieux durant quatre à six semaines au moins.

La cuti-réaction est, pour l'instant, le seul moyen pratique de prouver, et l'introduction certaine du B. C. G. dans l'organisme et l'installation de la prémunition, quoique, prémunition et allergie, ne soient pas simultanées. La prémunition peut précéder l'allergie ; elle peut, en outre, lui survivre.

Toutes les recherches expérimentales portant sur la virulence propre du B. C. G., tous les essais réalisés pour provoquer l'exaltation nouvelle de cette virulence paraissent, à quelques exceptions douteuses près, avoir tout à fait échoué.

Expérimentalement et cliniquement, l'ingestion, ou l'injection du B. C. G. chez l'animal, comme chez l'homme, sont susceptibles de provoquer des accidents le plus souvent bénins, et essentiellement temporaires, allant du simple malaise cliniquement à peine perceptible par une légère entérite, une chute de poids, jusqu'au tableau, rare du reste, d'une véritable typho-bacillose, ordinairement curable.

Les nombreux accidents relevés dans la littérature médicale et dont le caractère est nettement tuberculeux, doivent être sévèrement et scientifiquement contrôlés. Il n'est pas juste sans de sérieuses garanties, d'attribuer à une vaccination, dont l'agent microbien s'avère, de toutes parts, incapable d'être virulent, des manifestations tuberculeuses dont l'origine est improuvée.

Il faut pouvoir affirmer que toutes les précautions techniques ont été prises, telles que l'isolement prolongé de tout contact, qui fut, dès le début réclamé avec force par les instigateurs de la méthode. Si ces précautions essentielles ont été négligées ou considérées comme irréalisables, c'est ici l'écueil le plus redoutable à la diffusion correcte de la vaccination par B. C. G.

La prudence peut dicter l'abstention momentanée jointe à l'isolement rigoureux du nouveau-né débile, particulièrement exposé cependant à une contamination quitte à le vacciner aussitôt que possible après relèvement de l'état général.

Le mode de vaccination par voie buccale à tous âges, mais surtout chez le nourrisson, paraît largement efficace. Plus tard, au cours de la seconde enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte, on peut recourir à la voie sous-cutanée, assurément plus certaine, mais non exempte de petits inconvénients locaux que l'on doit s'ingénier à atténuer.

La revaccination, quelques mois plus tard, selon les délais prescrits, ne doit pas être faite, sans double cuti-réaction négative préalable.

Les auteurs, estiment en se référant à leurs enquêtes, que :

1° Un très petit nombre d'enfants a été correctement vacciné, l'isolement ayant été insuffisamment ou pas du tout réalisé, ou bien assuré durant une période manifestement trop courte.

Aucune preuve formelle ne permet de dire que les bacilles tuberculeux trouvés chez ces malades sont des bacilles B. C. G.

3° Il est difficile, en dehors de cuti-réactions en série, qui n'ont pas été faites, de préciser le moment où l'enfant rentrant dans la période d'allergie, peut être remis en milieu contaminé.

4° Chez nombre d'enfants, des réactions cliniques ont été constatées après vaccination par B. C. G. Le moment de leur apparition est très variable. Certains n'ont révélé quelques troubles qu'après six mois. Il devient alors difficile d'en connaître la cause exacte.

5° On a donc l'impression que la vaccination

par le B. C. G. a été, dans la plus grande majorité des cas appliquée sans respecter les conditions exigées : isolement insuffisant, cuti-réactions très rares, revaccinations peu nombreuses et souvent incorrectes, sans cuti-réaction préalable.

Etait-il pratiquement possible de faire autrement ? Il semble que non, pour des raisons tant sociales que matérielles; cela incite à mieux organiser dans l'avenir la vaccination par le B. C. G.

6º L'essai de vaccination chez l'adulte, fait à l'Ecole de santé navale, par le médecin-major Bideau, a montré que la vaccination *per os*, se révélait inoffensive et capable de créer l'allergie dans la majorité des cas. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 12 et 19 juillet 1936.)

Un signe clinique dans la pleurésie purulente

Lorsque le pus est collecté dans une plèvre, il est fréquent de noter un symptôme que R. Kaufmann ne croit pas connu : c'est une douleur provoquée à la pression du deuxième espace intercostal, dans sa portion tout interne, contre le bord sternal, et du côté de l'épanchement. On peut apprécier cette douleur par le palper simultané, dans l'extrémité sternale, des deux espaces homonymes. La comparaison avec le côté sain fournit à l'examen une précision toute particulière. Chez les sujets maigres, il est même possible de constater une rigidité de la paroi thoracique entre les côtes. Le symptôme évoque la contracture des spinaux dans l'épanchement pleural, ou celle des droits de l'abdomen dans les péritonites.

Il faut chercher l'explication de ce symptôme dans l'anatomie de la chaîne lymphatique mammaire interne. Cette chaîne présente, en effet, derrière le deuxième espace interchondral, son relai ganglionnaire le plus considérable et le plus constant.

Le territoire drainé par les collecteurs de cette chaîne est, d'ailleurs, très étendu. Soit dans son bief épigastrique, soit dans son bief mammaire, elle reçoit des afférents péritonéaux, pleuraux, diaphragmatiques, ceux des espaces intercostaux et ceux de la mamelle. Et le fait que la chaîne est profondément blottie sous le droit de l'abdomen ou le sternum, explique pourquoi l'on a méconnu les symptômes de son inflammation. (*Paris Médical*, 11 juillet 1936.)

Grossesse et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire

MM. F. Dumarest et Ch. Léonardi différencient les cas de tuberculose qui ne leur ont nullement paru influencés par la grossesse, ou qui l'ont été même d'une façon favorable de ceux qui ont été aggravés du fait de la gestation. Leurs recherches les ont conduits à distinguer dans la pratique les formes constructives (tuberculoses fibreuses sclérogènes) et les formes destructives ; s'agit-il de lésions constructives, la grossesse est souvent inoffensive ; s'agit-il de lésions destructives, nécrosantes, la grossesse est presque toujours funeste. Le diagnostic n'est pas toujours facile à faire. Néanmoins, on peut dans une assez large mesure prévoir chez une malade déterminée les conséquences de la maternité. Bref, le pronostic de la grossesse chez une tuberculeuse est le pronostic de la tuberculose elle-même. Mais, d'une manière générale, on ne doit considérer la femme tuberculeuse enceinte que comme une tuberculeuse fragile, qui ne se différencie pas des malades ordinaires. La thérapeutique collapsothérapique ou médicamenteuse ne diffère en rien de la thérapeutique habituelle. La seule thérapeutique propre à la tuberculeuse enceinte, si tant est qu'on puisse l'appeler une thérapeutique, car elle n'est en effet qu'un aveu d'impuissance, c'est l'avortement thérapeutique. Et encore n'est-il pas admis par tous.

Au point de vue médical, l'indication de l'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses exige, pour être valable, la réunion de trois conditions :

1º L'échec de toute tentative de traitement conservateur et, en particulier, du traitement collapsothérapique.

2º La certitude que l'avortement ne constituera pas une cause aggravante de la tuberculose. Cette condition limite ses délais d'application aux trois premiers mois de la grossesse. Il y a donc, dans la pratique, le plus grand intérêt à dépister le plus tôt possible une gestation à ses débuts. Les tests biologiques modernes qui permettent un diagnostic précoce de la grossesse paraissent devoir trouver ici des indications excellentes. Leur application augmentera les délais d'observation sur lesquels sera basée la décision.

3º Un ensemble suffisant de présomptions que l'interruption de la grossesse est susceptible d'enrayer la poussée évolutive qui menace la vie de la mère. Là réside le nœud du problème.

C'est dire que les auteurs repoussent absolument l'avortement chez les tuberculeuses lorsque les lésions ne manifestent aucune tendance à l'activité, dans la majorité des formes fibreuses, constructives. De même, il est illogique d'interrompre une grossesse chez les malades atteintes de tuberculose généralisée, de lésions ulcéreuses plus ou moins étendues et surtout douées d'un potentiel évolutif élevé. Comme le dit Bard, « la partie est perdue. » L'enfant ne pourra parfois être sauvé que grâce à un accouchement prématuré.

En somme, l'avortement est indiqué lorsqu'une grossesse commençante fait apparaître ou aggrave subitement une tuberculose pulmonaire jusque-là latente ou bien supportée et que le traitement conservateur est incapable d'arrêter la poussée évolutive. (*Le Bulletin médical*, 18 juillet 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques.

(MM. LIAN, WELTI et GAQUIÉRE ; 3-6-1936.)

M. Welti présente les résultats du traitement chirurgical de 45 cas d'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques (fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque).

Tout d'abord, la mortalité opératoire, malgré la gravité de l'état cardiaque, a été nulle et cette première constatation mérite d'être notée. Au point de vue résultats, la thyroïdectomie subtotale pour asystolie basedowienne donne des améliorations remarquables. Après intervention, les œdèmes rétrocèdent, le foie reprend ses dimensions normales, le volume du cœur diminue et les troubles fonctionnels disparaissent. Des malades confinés au lit depuis des mois, privés de sommeil par une dyspnée incessante, reprennent une vie normale et il s'agit d'une véritable résurrection.

La statistique de l'auteur comporte seulement 4 échecs dont trois malades opérés tardivement, en asystolie avancée.

— M. MOURE remarque qu'autrefois on parlait d'opérer les basedowiens « malgré » leurs troubles cardiaques ; aujourd'hui on parle de les opérer « à cause » de ces troubles.

— M. BÉCLÈRE pense qu'avant d'intervenir chirurgicalement il conviendrait d'essayer le traitement radiothérapique qui peut donner, sans danger, de bons résultats.

— M. PETIT-DUTAILLIS accorde à la radiothérapie une certaine efficacité dans les formes légères, mais son action est très inconstante dans les formes graves.

— M. WELTI ajoute que la radiothérapie constitue dans le traitement de l'asystolie basedowienne une perte de temps regrettable car les résultats sont d'autant meilleurs que la thyroïdectomie est exécutée plus précocement.

Sur l'emploi des crins colorés pour les sutures

(M. MÉTIVET ; 3-6-1936.)

M. Métivet a opéré, il y a quelques années déjà, un malade atteint de fracture ouverte de la jambe ; il termina l'opération par une suture des téguments aux crins et un drainage filiforme par un faisceau des mêmes crins. Ces crins étaient colorés en violet. Au bout de six semaines, le plâtre qui avait été appliqué après l'intervention fut enlevé et l'on constata au niveau des orifices des crins des ulcérations larges qui furent fort longues à guérir.

Cette observation revint à l'esprit de M. Métivet lorsque, quelques années plus tard, parurent d'assez nombreux travaux sur les lésions gangréneuses consécutives aux blessures par crayons d'aniline.

En ayant parlé à M. Charonnat, pharmacien en chef de l'hôpital d'Ivry, ce dernier fit une étude de la question.

Les crins chirurgicaux sont colorés avec des substances de nature diverse : dérivés de l'aniline, acide picrique, bleu de méthylène, etc... L'aniline a une assez fâcheuse réputation en toxicologie. On cite les accidents provoqués par les chaussures teintes au noir d'aniline et par les crayons à base de couleurs d'aniline. Le groupe du bleu de méthylène n'offrirait pas ces inconvénients. L'acide picrique fournit des crins moins visibles et compromet la qualité de la ligature.

En résumé, les crins chirurgicaux teintés avec des couleurs d'aniline pourraient provoquer des phénomènes de nécrose autour d'eux, et il faudrait recommander l'adoption générale des teintures réalisées avec le bleu de méthylène ou des substances voisines inoffensives.

M. Métivet remarque toutefois que les conclusions de M. Charonnat ne confirment pas celles de différents auteurs. Milch et Diaz Canedo signalent une toxicité croissante du vert au bleu, en passant par le rouge, le jaune et le brun. Milch pense d'autre part que les accidents généraux ne s'observent que dans les lésions produites par le bleu de méthylène.

Ulcère et cancer de l'estomac

(M. R.-A. GUTMANN ; 3-6-1936.)

L'ulcère est une maladie dont le caractère est de guérir et de récidiver ; le caractère du cancer est de persister et de s'accroître. Cette double notion est importante pour le diagnostic ; elle en constitue un guide précieux.

La plupart du temps la niche constatée à l'examen radiologique d'un ulcère à la période de crise diminue notablement une fois l'état de crise terminé. Dans le cancer ou l'ulcère cancérisé la niche radiologique ne diminue pas au cours d'examens successifs aux rayons. Il arrive cependant que des niches ulcéreuses demeurent persistantes (lésions scléreuses, etc.). Toute niche qui persiste n'est certes pas néoplasique, mais elle est toujours suspecte.

L'atténuation de la niche de l'ulcère après la crise tient à la résorption de l'œdème et des infiltrations inflammatoires concomittantes de cette crise.

P. L.

Société médicale des Hopitaux de Paris

Remarques cliniques sur le rétrécissement congénital de l'isthme aortique

(MM. C. Lian, Abaza et P. Frumusan ; 15-5-1936)

Les auteurs étudient notamment la fréquence de la pulsatilité et de la dilatation des artères intercostales.

La rareté de la pulsatilité artérielle intercostale n'est qu'apparente. Certes l'existence de gros cordons artériels visibles est exceptionnelle. Mais il est possible de retrouver avec une assez grande fréquence une certaine pulsatilité, à condition de la rechercher soigneusement et méthodiquement, par la palpation des espaces intercostaux les uns après les autres dans toute leur longueur ; et aussi par l'inspection à jour frisant. On ne manquera pas de tomber ainsi sur quelques dilatations artérielles, ou très limitées, ou s'étendant sur une partie d'un espace intercostal. Il s'agit de petites flexuosités artérielles perceptibles au doigt et animées de battements synchrones au pouls. Les principaux centres de battements sont situés au niveau des espaces intercostaux supérieurs et dans leur moitié postérieure. D'autre part, l'épaisseur du matelas ostéomusculaire qui recouvre les trois premiers espaces intercostaux au niveau de l'omoplate, explique pourquoi les principaux foyers de battements sont situés dans le 4e, 5e ou 6e espace, dans la région interscapulo-vertébrale, au-dessous de l'angle de l'omoplate et sur la ligne axillaire postérieure.

Il est important de souligner la superposition complète des constatations cliniques et des données radiologiques.

On sait d'autre part que l'insuffisance aortique coexiste fréquemment avec la sténose isthmique ; il en résulte que souvent les malades se présentent de prime abord comme des insuffisants aortiques. Cependant, avant même d'avoir constaté la dissociation tensionnelle caractéristique de la maladie, certaines nuances d'auscultation peuvent orienter vers la découverte de l'affection congénitale.

En avant, on perçoit un double souffle systolique et diastolique. A la base, le souffle diastolique appartient en propre à l'insuffisance aortique et ne présente aucun caractère spécial. Par contre, le souffle systolique peut présenter certaines particularités intéressantes : son maximum à gauche de la ligne médiane n'est pas habituel au cours d'une insuffisance aortique banale.

En arrière, la perception d'un souffle systolique d'une intensité plus forte que celle du souffle antérieur constitue un argument encore plus important. Le maximum du souffle systolique dorsal siège dans la fosse sus-épineuse gauche, ou encore dans l'espace interscapulo-vertébral à gauche ou bien également à gauche et à droite.

Par ailleurs, la constatation de la circulation collatérale intercostale constitue un autre symptôme, capable d'aider à découvrir l'existence de la sténose isthmique derrière l'insuffisance aortique.

Enfin, la dissociation des régimes tensionnels aux membres supérieurs et aux membres inférieurs reste le symptôme principal. A ce propos, il ne faut pas se borner à l'exploration purement oscillométrique au niveau seulement des membres inférieurs. A côté de la chute tensionnelle, l'exploration sphygmographique peut révéler quelques nuances, plus ou moins significatives : tel l'anacrotisme vrai aux membres supérieurs, associé à l'absence d'anacrotisme ou à l'existence d'un pseudo-anacrotisme aux membres inférieurs.

L'existence d'un retard du pouls aux membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs dans la sténose isthmique aortique a été discutée. D'après l'auteur, dans la sténose isthmique aortique, il n'y a pas de retard du pouls fémoral.

En résumé, dans les formes frustes de la sténose isthmique aortique, le diagnostic repose non pas seulement sur le souffle systolique latéro-sternal gauche et dorsal, et sur la chute tensionnelle aux membres inférieurs, mais aussi sur la dilatation et la pulsatilité des artères intercostales, ainsi que sur l'existence des érosions costales, traduction radiologique de la circulation collatérale artérielle. Il y a donc une véritable tétrade symptomatique. C'est sur cette tétrade qu'on s'appuiera pour reconnaître la sténose congénitale en présence d'une affection en apparence banale.

Fermeture spontanée d'une vieille caverne tuberculeuse

(M. P. Ameuille ; 15-5-36)

Les recherches des quarante dernières années n'ont pas montré seulement que c'est une lésion souvent précoce, mais aussi qu'elle peut guérir spontanément. Encore, certains de ceux qui considèrent cette guérison comme spontanée, le disent-ils cum grano salis, persuadés qu'ils sont que des influences thérapeutiques, en particulier la cure climatique, jouent un rôle important dans la fermeture spontanée des cavernes, lorsqu'elle est observée.

L'observation d'effacement spontané rapporté ici n'a pas la prétention de révéler que cet effacement est possible, mais elle mérite l'attention : 1° parce qu'elle s'est produite en quelques jours sur une caverne surveillée depuis dix ans ; 2° parce que les tentatives thérapeutiques usuelles ont échoué, et que longtemps après leur échec, sans motif perceptible à nos moyens d'étude, la guérison s'est produite apparemment complète et assez solide.

G. F.

Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris

Séance du mercredi 10 *juin* 1936

Tumeur angio-fibreuse à point de départ ethmoïdal à rapprocher du polype naso-pharyngien

M. Girard. — La tumeur, plus angiomateuse que fibreuse, remplit la fosse nasale, le pharynx et le sinus maxillaire chez un jeune homme de 18 ans. Elle s'implante sur l'ethmoïde et le sphénoïde, de l'ostium maxillaire au bord de la choane. Elle se présente comme un polype naso-pharyngien, mais sa consistance de balle de caoutchouc peu gonflée, sa constitution histologique la rapprochent des angiomes.

Ses prolongements dans le cavum et la fosse nasale ont pu être détruits par la coagulation diathermique et la perméabilité nasale rétablie. Néanmoins la tumeur renaît de sa base incomplètement coagulée. On hésite à en faire l'exérèse chirurgicale parce que la ponction du sinus maxillaire donne du sang à plein trocart, parce que l'orbite et la fosse ptérygo-maxillaire ne sont pas certainement indemnes et, enfin, parce que le doute persiste sur la nature et l'origine réelle du néoplasme.

Le malade est âgé de 21 ans; on l'observe depuis trois ans. S'il s'agit d'un polype naso-pharyngien, on peut espérer à cet âge sa régression spontanée ou tout au moins, l'arrêt de son activité prolifératrice.

Traitement des abcès du poumon

M. Truffert apporte l'observation d'un malade traité et guéri, il y a deux ans, d'un abcès du poumon et qui, cette année, a présenté une suppuration de bronchite chronique sans collection cavitaire. Il attribue ce fait au retard (5 mois) apporté au traitement bronchothérapique lors de la première maladie.

La bronchothérapie ne peut être complètement curative qu'à la condition d'être mise en œuvre assez tôt.

Greffes cutanées libres

M. Dufourmentel présente quelques exemples de greffes cutanées par transplantation totale et précise les conditions dans lesquelles il lui semble que la greffe soit le mieux assurée. Ce sont surtout : la parfaite adaptation du greffon sur le champ de greffe, l'absence de toute intervention immédiate ou secondaire et l'immobilisation prolongée.

Dans le cas de greffe par transplantation totale, le premier pansement n'est fait qu'au sixième jour, les pansements prématurés risquant toujours de provoquer des décollements.

Lille

Société de médecine

Ostéomyélites subaiguës (présentation de pièce)

M. Billet et Mlle Rossignol. — A propos de deux cas qu'ils viennent d'observer, les auteurs examinent les divers traitements actuellement employés contre l'ostéomyélite : vaccination, trépanation, résection diaphysaire, ouverture simple des foyers purulents... Ils discutent en particulier la question de la temporisation en matière d'ostéomyélite. Si celle-ci est, dans certains cas, justifiée et suivie d'heureux résultats, il n'est pas possible cependant d'en faire une règle générale, car s'il est des formes graves qui exigent une intervention rapide, il en est d'autres aussi qui atteignent profondément le squelette et qui réclament la trépanation de l'os ou même la résection diaphysaire précoce.

Les hypothèses émises sur la cancérisation expérimentale par le goudron et les carbures.

MM. Delattre et Lou-Chang admettent une action générale et une action locale d'irritation, dues au goudron, mais d'interprétation difficile et que compliquent encore les nouvelles découvertes. Ils ramènent le problème à une action générale des radiations, qui s'exercent sur un point des tissus préalablement sensibilisé par le goudron, les carbures ou la cholestérine ; ils font jouer un rôle au système pigmentaire, qui, par son action trophique sur l'épiderme, servirait d'intermédiaire.

Pneumococcémies ; à propos de trois observations.

M. Bernard. — Trois cas terminés par la mort, qui montrent la gravité des pneumococcémies, l'importance du facteur « terrain », la multiplicité, enfin, des localisations, suppurées ou non, des septicémies à pneumocoques chez l'adulte.

Péritonite suppurée chez un nourrisson

Mlle Rossignol. — Petite fille de 16 mois, envoyée d'urgence à l'hôpital pour péritonite probable ; température de 39°5, facies abdominal, état général grave. On pense à une péritonite à pneumocoques ; une laparotomie confirme ce diagnostic et montre un liquide puriforme avec flocons fibrineux, etc... L'appendice est sain.

L'auteur discute les éléments du diagnostic et précise la conduite à tenir en pareille circonstance.

Les Thèses

P. — Dr N. Cerf. — **Dystocie dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non-gravide « prævia »**. (Thèse, 1936.)

La principale complication pour l'accouchement dans le cas d'utérus double est la dystocie due à l'obstacle « prævia » formé par l'hémi-utérus non gravide qui n'est pas remonté pendant la grossesse comme normalement.

On fait généralement le diagnostic de tumeur prævia, mais on n'en précise pas la cause, dans la majorité des cas, d'autant que cette dystocie par l'hémi-utérus non gravide prævia est rare.

Comme thérapeutique, au moment de l'accouchement, on essaiera prudemment de repousser l'hémi-utérus vide au-dessus du détroit supérieur ou l'on attendra une réduction spontanée par l'épreuve du travail. Si elle ne se produit pas, laparotomie suivie d'essai direct de désenclavement ou de césarienne.

P. — Dr O. Steinek. — **Le facteur grossesse dans la carie dentaire** (Thèse, 1936.)

La grossesse, là où elle intervient, tantôt crée la première atteinte dentaire, tantôt semble aggraver les lésions préexistantes, surtout quand les dents n'ont reçu aucun soin.

La grossesse agirait en provoquant un dysfonctionnement glandulaire ou l'intoxication gravidique. Ces derniers troubles ne sont pas constants. De même les caries ne le seront pas.

Les multiples et lointaines répercussions, tant d'ordre général et puerpéral que d'ordre social, font de la carie dentaire des femmes enceintes une *maladie sociale*. D'où la nécessité d'une surveillance et de soins de la bouche chez la femme enceinte.

P. — Dr D. Benoist. — **Contribution à l'étude du traitement des arthrites déformantes de la hanche.** (Thèse, 1936.)

Le traitement des ostéo-arthrites non tuberculeuses de la hanche comporte, d'une part, des méthodes médicales, radiothérapie, physiothérapie, crénothérapie ; d'autre part, des méthodes chirurgicales, dont on peut dire que l'*arthrodèse* et l'*arthroplastie* constituent les deux éléments essentiels.

Les formes médicales, groupant uniquement les cas au début, dont l'allure clinique d'arthrite subaiguë correspond anatomiquement à une lésion primitive du cartilage, relèvent essentiellement des traitements médicaux et, avant tout, de la radiothérapie.

Chirurgicalement, il faudra fixer les articulations dont le trouble mécanique ne peut être corrigé, et, dans d'autres cas, supprimer la tête fémorale, qui est l'élément capital dans la déformation osseuse.

P. — Dr A. Peycelon. — **Contribution à la chimiothérapie de la maladie du sommeil.** (Thèse, 1936.)

L'auteur résume ainsi son étude :

1° Les antiseptiques usuels : sulfate de cuivre alcool, chloramine, sont doués d'un pouvoir trypanocide net *in vitro* mais n'agissant pas *in vivo*.

2° L'iodobismuthate de quinine, dépourvu d'action trypanocide *in vitro* retarde cependant le processus morbide chez le cobaye ;

3° Le stibiothiopropanolsulfonate de soude et la tryparsamide ont une action bien supérieure *in vivo* ;

4° Le moranyl et la tséamine ont une action également intense *in vitro* et *in vivo*.

L'action des divers médicaments expérimentés dans la trypanosomiase du cobaye n'est donc pas proportionnelle à leur action parasiticide *in vitro*. Il semble qu'elle dépende d'autres facteurs plus complexes. A la base de cette action, il existerait une modification du terrain permettant à l'animal de lutter contre l'évolution de l'affection.

P. — Dr J. Bertin. — **Contribution à l'étude de l'inondation péritonéale dans la chorio-épithéliome**, (Thèse 1936.)

L'inondation péritonéale est une des complications possibles du chorio-épithéliome. C'est toujours un accident grave, qui cependant se produit souvent alors que la tumeur n'a pris qu'un faible développement et n'a donné aucune métastase.

Dans ces conditions, si l'opération, qui reste sérieuse, est faite à temps, elle a des chances, si elle réussit, de donner une guérison durable.

Dans tous les cas, l'application précoce des traitements radio et radiumthérapiques permettra peut-être d'améliorer le pronostic.

Mp. — Dr A.-J. Benedittini. — **Action neuro-vasculaire de la fumée de tabac** (Thèse, 1936.)

La fumée de tabac a une action indubitable sur le système neuro-vasculaire.

Voici schématisés les points de cette action :

1° *Accélération du rythme des oscillations* ;

2° *Augmentation ou déclenchement des réponses à l'excitation des systèmes sympathique ou orthosympathique* ;

3° *Détermination d'une vaso-constriction artérielle et capillaire.*

Doit-on conclure de cette action néfaste à l'interdiction absolue du tabac ? Ce serait là une conclusion draconienne, du moins pour les sujets sains. Pour les malades, il en est autrement. Autant l'auteur pense que des sujets jeunes et sains peuvent à la rigueur fumer avec toute la modération désirable, autant il

est d'un avis tout autre chez les cardio-vasculaires, les déséquilibrés du système neuro-végétatif, les pulmonaires, les hépatiques.

P. — Dr J. Murat. — **Restauration du pouce par pollicisation.** (Thèse, 1936.)

Les nombreux procédés de restauration du pouce peuvent être rangés dans deux méthodes générales :

a) La reconstitution par utilisation des éléments de la main blessée : phalangisation et pollicisation.

b) La reconstitution par apport d'éléments nouveaux pris à distance : greffe cutanée simple, greffe cutanée armée d'un greffon osseux, transplantation d'orteil ou de doigt.

La reconstitution par utilisation de la main blessée est l'œuvre exclusive de l'Ecole française. En 1868, Huguier décrivait la « phalangisation ». En 1887, Guermonprez, de Lille, instituait la « pollicisation ».

La reconstitution par greffe et transplant est l'œuvre de l'Ecole autrichienne : de 1895 à 1907, Nicoladoni, grand animateur, décrit ou exécute tous les procédés qui peuvent être imaginés dans cet ordre d'idées.

L'autorité de ce chirurgien, le prestige qui s'attache à son Ecole, ont mis au premier plan greffes et transplants et relégué dans l'oubli les méthodes si ingénieuses inventées par Guermonprez, modeste praticien de Lille.

Actuellement, la *reconstitution* du pouce peut être assurée par la pollicisation qui, telle que l'a réalisée Marc Iselin, donne ou rend au blessé, sans nouvelle mutilation, sans risque de nécrose, un pouce long, solide, sensible et mobile, tel que n'osait l'espérer Guermonprez lui-même quand il écrivait en 1887 : « Chercher à restaurer le pouce avec sa mobilité nous semble une utopie ».

L'utopie est réalisée, l'articulation solide et étendue trouvée.

La pollicisation rend non seulement « un pouce ankylosé et utile, mais encore un pouce solide et mobile ».

THÉRAPEUTIQUE

Les indications de la térébenthine injectable
Le traitement des suppurations pulmonaires

Par le Docteur Desrosiers

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

L'essence de térébenthine est le résultat de la distillation de la résine qui s'écoule après incision du Pinus Pinaster ou Pin maritime. Cette essence est presque exclusivement constituée par du Pinène $C^{10} H^{16}$. Liquide, fluide, incolore, d'odeur forte et piquante, très inflammable, insoluble dans l'eau, soluble dans les huiles, miscible en toutes proportions avec l'alcool absolu et l'éther. Bout vers 156° et se volatilise sans résidu.

Au contact de l'air, l'essence de térébenthine fixe peu à peu, l'oxygène de l'air, en se résinifiant, devenant acide, jaune et visqueuse. L'essence ainsi oxydée possède des propriétés oxydantes puissantes analogues à celles de l'ozone. C'est là une propriété essentielle sur laquelle nous reviendrons.

Hippocrate, Galien connaissaient déjà quelques propriétés médicinales de l'essence de térébenthine qui mérite d'occuper une place plus importante dans la thérapeutique moderne.

L'essence de térébenthine ayant des propriétés caustiques et antiseptiques a été employée comme médicament externe et comme médicament interne. Par voie externe, en friction cutanée, en inhalation ; certains auteurs préconisent de laisser sur la poitrine des compresses imbibées de térébenthine, cette dernière agissant comme révulsif et ses essences étant inhalées par le malade.

Injectée pure sous la peau, l'essence de térébenthine produit un abcès de fixation : abcès aseptique et leucogène.

Au début du siècle dernier, l'école lyonnaise avec Fabre et Trillat, employa l'essence de térébenthine dans le traitement de l'infection puerpérale en lavages intra-utérins.

Plus tard Klingmüller employa l'huile térébenthinée à 10 %, en particulier dans le traitement des tricophyties. En 1921, Pacou (Thèse Toulouse, 1921) publia des résultats intéressants sur l'huile térébenthinée dans les complications blennorragiques et dans les pyodermites. Les auteurs allemands ont cité des accidents immédiats succédant aux injections d'huile térébenthinée ; Pacou n'en observe pas, mais signale que la douleur peut exister « toujours à peu près supportable » avec la solution à 10 %, à condition que les injections intra-

musculaires soient faites très profondes, juxta périostées dans la fesse.

Récemment l'essence de tétébenthine préparée en solution dans le sérum glucosé à la concentration de 2,5 % après avoir subi une préparation spéciale (Procédé F. Sauvage) a pu être employée en injections intramusculaires ou intraveineuses. Cette solution étant isotonique est parfaitement tolérée par les tissus et se trouve très bien supportée en injections intraveineuses.

L'essence de térébenthine, en dehors de son élimination par la bile et par les urines, agissant à la fois comme antinévralgique dans les douleurs rénales et vésicales et comme antiseptique (Lefèvre, Thèse Paris, 1903) est éliminée électivement par les poumons : elle possède là un double rôle.

Rôle balsamique. — A forte dose elle dessèche les muqueuses, mais à dose faible elle les fait secréter et fluidifie les sécrétions, permettant ainsi leur élimination.

Rôle antiseptique : dû à l'action *ozonisante* de la térébenthine.

Cette propriété avait été reconnue par Rosbach qui basait l'action de la térébenthine sur sa vertu ozonisante. Pour cet auteur, c'est dans les poumons que la térébenthine se chargeait d'oxygène et agissait ainsi antiseptiquement. En réalité, c'est au contact de l'air, avant l'injection, que la térébenthine fixe l'oxygène qu'elle restituera ultérieurement sous forme d'ozone ; et selon Bing, cette libération d'ozone « se continue après absorption dans l'organisme au niveau des surfaces d'élimination ». On peut d'ailleurs très facilement mettre en évidence cette propriété de l'essence de térébenthine par la décoloration rapide et répétée du sulfate d'indigo par la solution glucosée à 2,5 % d'essence de térébenthine (Réaction spécifique de l'ozone).

Les résultats thérapeutiques dans les affections pulmonaires traitées par les injections de la solution glucosée de térébenthine à 2,5 % sont venus confirmer ces qualités balsamiques et antiseptiques.

I. Pneumopathies aiguës.

a) Dans les foyers pulmonaires si fréquents au cours des épidémies grippales, la térébenthine injectable empêchera l'évolution de se prolonger et évitera les passages à la purulence des foyers pulmonaires ou l'apparition des complications pleurales purulentes.

b) Dans les abcès du poumon, les résultats seront variables suivant l'âge et la nature de la suppuration.

Dans l'abcès simple, affection monomicrobienne au début aboutissant à une suppuration pulmonaire exclusive, les résultats sont excellents à leur phase aiguë. Il est vrai que dans la proportion de 4/5 des cas (Kourilsky, Statistique du service médico-chirurgical) l'évolution spontanée est favorable. Mais alors la térébenthine accélérera le processus de guérison et dans les formes les plus graves la térébenthine sera d'un grand secours donnant le coup de pouce permettant leur évolution favorable.

Plus tard, lorsque après la date classique de deux mois, la suppuration persistant, on a décidé une pneumotomie, la térébenthine restera un excellent adjuvant du drainage chirurgical. Son emploi sera continué longtemps pendant la convalescence pour éviter les rechutes, en attendant les cures sulfureuses.

Dans l'abcès putride, de beaucoup le plus fréquent des abcès (75 % des cas, Kourilsky), essentiellement caractérisé par son expectoration fétide d'emblée, les résultats seront moins brillants, toutefois très intéressants puisque la fétidité disparaît dès les premières injections : on pourra éviter le passage à la chronicité, évolution naturelle dans 80 % des cas. Là encore, la térébenthine sera un excellent adjuvant des broncho-aspirations, des traitements chirurgicaux, pneumotomie et exérèse de la poche au thermo ; elle pourra être injectée également *in loco* par voie intratrachéale.

II. Dans les pneumopathies chroniques : dilatations des bronches, suppurations pulmonaires chroniques, la térébenthine injectable, pas plus que toute autre thérapeutique, ne peut procurer la guérison complète de ces tissus remaniés et sclérosés ; mais elle apportera aux malades des améliorations, très sensibles et durables, en particulier diminution de la quantité et de la fétidité de l'expectoration, leur permettant ainsi de reprendre leur vie sociale.

III. Enfin dans les simples bronchites traînantes, bronchites purulentes, des résultats parfaits seront obtenus : guérison complète sans rechute.

L'emploi de la térébenthine injectable a été vulgarisé et simplifié par une préparation pharmaceutique : l'ozothine présentée en ampoules de 5 c. c. et de 10 c. c. d'une solution à 2,5 % de térébenthine en sérum glucosé très bien supportée, sans douleur et sans choc par voies intramusculaires, intraveineuses et intratrachéales. Les injections seront faites suivant la gravité des cas : tous les jours ou tous les deux jours à dose croissante de 5-10 c. c., réservant les injections intraveineuses aux formes aiguës et les injections intratrachéales aux suppurations localisées.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LA DÉFENSE NATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le trépied nécessaire : dispensaire, école, armée.

Afin de mieux apprécier à leur valeur les moyens, mis en œuvre dans la défense nationale contre la tuberculose, il convient d'envisager tout d'abord la marche évolutive de la tuberculose, depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Pour cela on ne saurait mieux faire que de citer le nombre de ses *atteintes mortelles ou cliniques.*

Comme on le sait, la tuberculose compte à son actif une proportion de décès de 8,60 % de la mortalité générale (année 1932). Les statistiques nous apprennent, d'autre part, que si la très grande majorité des décès par tuberculose est observée à l'âge adulte (aux environs de 35 à 55 ans chez l'homme et de 15 à 30 ans chez la femme), il faut, sur un *total de* 58.350 *décès en* 1932, compter 16.000 *enfants et adolescents.* Or, à cette période de la vie les décès par bacillose se répartissent ainsi qu'il suit pour l'année 1933 : 2.379 de 0 à 4 ans ; 1.261 entre 5 et 9 ans ; 993 entre 10 et 14 ans ; 4.923 entre 15 et 19 ans.

Voyons à présent comment se manifeste cette infection depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte ; nous pourrons ainsi mieux apprécier à quelles époques de la vie son dépistage devra retenir la plus grande attention.

La cause principale de la tuberculose du jeune âge est la *contamination.*

Celle-ci peut être *massive* ; elle survient ordinairement en famille, la source infectante étant le plus généralement le père ou la mère ou les deux à la fois, souvent les grands-parents, tousseurs et expectorants.

C'est ainsi que, sur 100 petits enfants vivant en contact avec des parents tuberculeux, 30 à 40 % présentent des symptômes évidents de tuberculose ; la moitié de ces sujets contaminés meurent avant l'âge de 15 ans. Il est important de retenir que les 80 autres, devenus grands enfants ou adolescents et qui auront été épargnés par la mort, pourront pendant des années conserver les apparences de la santé : c'est parmi ceux-ci que se recruteront les tuberculeux adultes.

Quant à la *contamination occasionnelle,* elle est très différente : tout individu vivant dans un milieu civilisé s'y trouve soumis tôt ou tard. Jointe à la contamination familiale, elle a permis de noter que 80 % des recrues d'origine urbaine ont déjà été atteints lorsqu'ils arrivent au régiment. Heureusement contamination familiale et occasionnelle n'engendrent pas toujours le développement d'une tuberculose active, mais déclenchent au contraire des réactions de défense de l'organisme et aboutissent, semble-t-il, à un état d'immunité relative.

Dans quelles conditions les sujets qui ont pu échapper à la mort, au cours des premières années de leur vie, deviendront-ils par la suite des tuberculeux évolutifs ? Les facteurs qui concourent à transformer l'infection bacillaire occulte de l'enfant en une maladie évolutive sont d'ordre physiologique, pathologique et hygiénique.

La *croissance et la puberté* sont d'ordinaire considérées comme des causes d'éclosion de la tuberculose.

Les *maladies contagieuses,* coqueluche, rougeole, ont également une action favorisante, et l'apparition des premiers symptômes de bacillose est souvent notée dans les mois qui suivent, lorsque les enfants ont été contaminés antérieurement.

Cependant ces facteurs physiologiques et pathologiques n'acquièrent de valeur réelle que si *les conditions d'hygiène générale se trouvent déficientes.* Ainsi en advient-il pour les sujets soumis aux conditions déplorables des taudis familiaux, de la vie insalubre des grandes villes, des écoles surpeuplées. Il en sera de même si plus

tard les adolescents se livrent à un métier mal approprié à leurs forces. Au *surmenage scolaire ou professionnel* viendront encore s'ajouter les facteurs que constituent la *sous-alimentation, l'insuffisance de re, os et surtout de sommeil*. Enfin l'heure du *service militaire* étant arrivée, un entraînement mal réglé, les intempéries au cours des manœuvres ou dans les camps viendront à leur tour favoriser l'éclosion d'une tuberculose jusque-là demeurée occulte.

N'a-t-on pas considéré, en effet, comme une *pierre de touche de la tuberculose*, les efforts physiques que réclament le travail intensif d'apprentissage ou les fatigues de la vie militaire.

S'il faut savoir dépister le sujet tuberculeux afin de le traiter correctement par l'envoi dans les sanatoriums ou les préventoriums et en même temps éviter qu'il devienne un sujet de contamination pour son entourage, il est une autre remarque de premier ordre qu'il ne faut pas négliger. Tout enfant qui a subi une première atteinte bénigne de tuberculose doit, jusqu'à l'âge adulte, être considéré comme en danger. Les convalescents de forme bénigne de tuberculose conservent, en effet, dans leur organisme des foyers plus ou moins complètement cicatrisés, parfois inactifs durant un temps ; mais on n'a pas le droit de les considérer comme guéris car, ces foyers cicatrisés sont susceptibles de reprendre leur virulence, de rentrer en activité sous l'influence des facteurs physiologiques, pathologiques ou hygiéniques, qui ont été énumérés précédemment.

Lorsqu'on étudie les dossiers des enfants tuberculeux dans les hôpitaux ou les sanatoriums, il est fréquent de relever l'histoire suivante : l'enfant a été envoyé en préventorium pour une première atteinte de tuberculose, une pleurésie par exemple, ou bien une ostéite (spina-ventosa), ou bien une adénite cervicale (écrouelles). Il y est resté six mois. Considéré comme hors de danger, il a été renvoyé dans sa famille, où la vie était difficile, l'alimentation insuffisante, parce que le père ou la mère était mort de tuberculose quelques années auparavant. Pour compléter les fautes d'hygiène, l'enfant est envoyé à l'école, et il s'efforce de rattraper le temps perdu au préventorium en travaillant davantage. Le résultat ne se fait pas attendre : un an, deux ans plus tard, ce sujet est hospitalisé pour tuberculose pulmonaire et cette fois, pour de longues années avec, comme perspective la plus favorable, celle de rester infirme.

Ce qui confirme que, tout enfant *antérieurement atteint d'une première manifestation authentique de tuberculose*, ne doit jamais être considéré comme *définitivement guéri*. Il faut le regarder pendant son enfance et son adolescence comme un candidat à la tuberculose pulmonaire chronique. Sa vie familiale et scolaire doit être organisée pour éviter le retour offensif de la maladie.

***

Après cet exposé, nous savons maintenant que la contamination massive en milieu familial constitue la grande cause de la tuberculose au cours du premier âge. Les enfants qui ont échappé à ce danger resteront encore exposés à la contamination occasionnelle (60 % des sujets neufs). D'autre part, les contaminés familiaux resteront souvent des chétifs nécessitant une surveillance particulière. Cependant, d'une manière générale, il faudra, pour que la tuberculose se *développe* chez tout individu ayant subi l'une ou l'autre contamination, un *fléchissement dans la résistance de l'organisme* : hygiène défectueuse surmenage, etc.

Comme ces facteurs favorisants peuvent témoigner leur influence aux diverses étapes de l'enfance ou de l'adolescence, c'est à ces diverses périodes : *pré-scolaire, scolaire, post-scolaire, militaire*, que devront intervenir les éléments de dépistage chargés de défendre la nation contre la tuberculose. Ainsi nous arrivons au *trépied* que nous avons indiqué et qui est constitué essentiellement par le *dépistage du dispensaire* (période pré- ou post-scolaire), de *l'école et de l'armée* ; mais il est nécessaire, comme nous allons le démontrer, que ces différents stades de dépistage soient effectués *en liaison* les uns avec les autres, afin d'être garantis d'une efficacité certaine.

C'est le carnet individuel de santé, qui constituera l'élément essentiel de cette si importante collaboration.

Nous allons envisager successivement la mise en action du dépistage de la tuberculose sur un plan national et ses résultats.

La lutte antituberculeuse en France a depuis la guerre, pris une extension des plus heureuses. Cependant l'effort considérable réalisé s'est centré sur les dispensaires. Or, comme l'ont écrit MM. L. Jullien, M. Sieur et Andrieux(1), ce n'est pas sous-estimer les résultats acquis que de penser insuffisante cette cristallisation de l'effort autour d'un seul moyen d'action.

(1) L'action conjuguée de l'école et de l'armée dans le dépistage de la tuberculose (*Le Mouvement sanitaire*, février 1936).

Dépister le tuberculeux contagieux est bien ; prendre toutes dispositions pour l'empêcher de nuire à son entourage est encore mieux.

Mais dépister le malade avant qu'il ait fondé une famille, plus encore tenter de dépister le futur malade avant qu'il ait glissé sur la pente de la tuberculose active, et le placer dès ce moment dans des conditions favorables de lutte, qui lui permettront de ne pas voir sa tuberculose latente se transformer en tuberculose effective : tel est le but à atteindre ; or les dispensaires, si nombreux soient-ils, ne permettront pas à eux seuls de le réaliser.

Il convient tout d'abord de rechercher les foyers de tuberculose familiale : tel est le rôle des *dispensaires antituberculeux* et des consultations pré-natales. Tout le monde connaît à présent la tâche importante, qui incombe aux 820 dispensaires actuellement installés en France ; le rôle des infirmières visiteuses et des assistantes sociales, qui secondent ces formations de tous leurs efforts, est apprécié de tous. Néanmoins l'activité du dispensaire doit être encore intensifiée ; et, dans cet ordre d'idées, il serait très utile que, par leurs soins, fut pratiquée systématiquement la cuti-réaction chez les petits enfants.

Ces organismes importants ne doivent cependant pas rester isolés dans leur action ; après l'enfant en bas âge, leur mission (période pré-scolaire) s'étendra aussi à la période post-scolaire, au moment de l'apprentissage notamment. Comme tels, ceux-ci viennent englober la période scolaire proprement dite, et il faut que l'école puisse être avertie par les renseignements déjà recueillis, comme aussi l'école aura le devoir de renseigner à son tour le dispensaire dans son rôle post-scolaire.

A l'école, le dépistage de la tuberculose est confié à des médecins inspecteurs, qui sont aidés par des assistantes d'hygiène scolaire. Le but de ce dépistage est d'éviter des contaminations, certes moins directes que les contagions familiales de la première enfance, mais qui n'en sont pas moins très importantes. Ces contaminations ont pour agents des bacilles atténués par un séjour, si court soit-il, en dehors de l'organisme, et qu'on peut englober sous la rubrique générale de « bacilles des rues ». L'âge scolaire est bien à proprement parler celui des migrations bacillaires, des « états fébriles précurseurs », des croissances et des transformations organiques débilitantes, des anémies symptomatiques. C'est bien l'âge où le dépistage des malades, qui glissent sur la pente de la tuberculose, aura les résultats thérapeutiques les plus fructueux, puisqu'il permettra de renforcer les défenses organiques avant qu'il soit trop tard.

Cette mesure, doit être préparée dans le public avant d'être appliquée. Sinon elle pourrait ne pas être comprise, au début, dans les familles et dans le personnel de l'enseignement. Il ne faut pas que les parents, craignant de voir les malades et les suspects obligés de quitter l'école s'abstiennent de présenter les enfants au médecin. Les visites ne doivent pas être considérées non plus comme une perte de temps au détriment des études. Enfin, il importe que les praticiens eux-mêmes soient davantage orientés vers la médecine préventive.

L'inspection médicale des écoles, envisagée sous cet angle, doit être rendue obligatoire, et il faut en préciser le fonctionnement. Parmi les moyens techniques considérés comme les plus utiles au diagnostic, l'Association Internationale de Pédiatrie Préventive (Bâle, 1935), recommande la pesée trimestrielle, l'enquête médico-sociale poursuivie dans les familles par l'assistante scolaire en collaboration avec les autres infirmières visiteuses du secteur, enfin et surtout la cuti-réaction systématique.

Les enfants considérés comme suspects après un premier triage seront envoyés au dispensaire antituberculeux pour examen radiographique. Mieux vaudrait encore réaliser une application systématique de la radioscopie à tous les élèves.

Dans ce but on pourrait, à l'exemple de l'inspection médicale scolaire de Rennes, faire constituer un appareillage mobile, qui permettrait de pratiquer l'examen radioscopique systématique dans les locaux scolaires mêmes. Dans cette ville, cette organisation qui a fait des progrès incessants, a donné des résultats intéressants. C'est ainsi que sur 5.023 enfants examinés en 1926-1927, on notait seulement la découverte de 65 contacts tuberculeux, alors qu'en 1934-1935, sur 4.266 enfants, le nombre des contacts tuberculeux dépistés s'élevait à 360. De même, de 1928, 1929 à 1934-1935, le nombre des tuberculeux en activité découvert est passé de 99 pour 5.165 enfants (1,91 %) à 135 pour 4.266 enfants (3,16 %). Le Docteur Andrieux attribue en partie l'augmentation de ces chiffres à ce que les derniers communiqués comprennent les élèves de l'Ecole d'Art Industriel, adolescents de 15 à 18 ans. Chez ceux-ci, plus encore que chez les enfants plus jeunes de l'enseignement primaire, il s'est produit de multiples chances de contact familiaux et extra-familiaux, urbains, scolaires, etc... Chez eux, en outre, le germe tuberculeux latent de la première enfance a eu de plus nombreuses occasions de trouver le terrain déficient favorable à son développement. Enfin, grâce au contrôle radioscopique, il a été possible de déceler chez ces jeunes gens les contaminations retardées, et surtout les premières poussées évolutives, souvent camouflées, qui évoluent

à bas bruit pendant la période difficile de l'adolescence et l'adaptation au travail manuel.

Tous les renseignements recueillis sur la santé des enfants à l'école doivent être consignés sur un *carnet individuel de santé*. Celui-ci pourra contenir en réduction les radiographies les plus typiques, prises au cours des divers examens qui qui auront été pratiqués. Il ne devra pas rester entre les mains de l'inspecteur médical des écoles, mais bien être remis aux parents ou à l'adolescent, ainsi qu'il en est par les mairies pour le livret de famille actuel. Ce livret suivra le sujet désormais au cours de toutes les phases de sa vie : ce sera d'abord l'école d'apprentissage ou d'orientation professionnelle ; ce sera ensuite le Conseil de révision, puis le régiment.

Les principes de ce système de dépistage par un examen radioscopique systématique et par la constitution d'un carnet de santé ont été organisés dès 1926 par le Médecin lieutenant-colonel Sieur. Ainsi il a été possible de déceler, sous les apparences trompeuses d'un bon état général, des lésions tuberculeuses importantes, quelquefois assoupies et d'apparence cicatricielle, mais toujours susceptibles de réactivation chez des sujets de 20 ans, souvent enfin actives et accompagnées d'expectorations bacillifères.

Pour démontrer l'importance de ces mesures de prophylaxie sociale, pour comprendre le tort de ne pas avoir instaurées dès la période scolaire tout au moins, nous citerons les chiffres suivants : la méthode a permis de dépister 3,52 pour mille de tuberculeux, chez les contingents bretons, et 0,94 pour mille chez des sujets de toutes provenances. Or, il n'est fait état, dans ces pourcentages, que des lésions radioscopiquement visibles, dont la nature tuberculeuse a été confirmée par une expectoration bacillifère. On voit ainsi combien de tuberculeux, contagieux méconnus, ont pu semer impunément autour d'eux leurs bacilles, dans leur famille, à l'école, à l'atelier, à la ferme, etc.

Ainsi la radioscopie systématique des jeunes soldats montre que des lésions tuberculeuses importantes n'avaient pas été diagnostiquées, parce que les sujets en cause n'avaient jamais été examinés systématiquement du point de vue de la tuberculose, parce que la vraie nature des poussées aiguës, qu'ils avaient pu présenter, avait été méconnue, mais aussi parce que ces jeunes gens n'avaient pas eu leur attention retenue par les malaises souvent discrets, par lesquels avait pu se manifester leur tuberculose insidieusement active.

Que l'on veuille donc bien se convaincre de la nécessité impérieuse de ne pas attendre la vingtième année pour organiser ce dépistage systématique de la tuberculose.

L'éducation de la future mère sera faite à la *consultation prénatale.*

Le *dispensaire* se chargera ensuite de surveiller l'enfant, puis le nourrisson ; le *médecin inspecteur des écoles* poursuivra cette tâche, en consignant pour chaque sujet les résultats de son examen sur un carnet de santé, lequel suivra ensuite l'intéressé dans les cours post-scolaires, les écoles d'apprentissage et même les sociétés sportives et de préparation militaire.

Ce carnet de santé, régulièrement tenu à jour, entrera ensuite dans la constitution du dossier médical au moment du Conseil de révision, puis de l'incorporation dans *l'armée*. Munis de tous les renseignements sérieux ainsi recueillis sur l'histoire pathologique du jeune soldat au cours de son enfance et de son adolescence, les médecins de l'armée pourront se prononcer, en connaissance de cause, sur l'aptitude physique au service militaire.

Il convient ainsi, grâce à la collaboration du médecin de dispensaire, du médecin scolaire et du médecin militaire, d'organiser la défense contre la tuberculose *sur un plan national.* Dans ce plan, la place du médecin scolaire sera considérable, c'est lui qui en sera le premier et principal élément ; aussi conviendra-t-il de renforcer ses fonctions, afin d'étendre son contrôle, par l'intermédiaire des inspecteurs départementaux d'hygiène, et du ministère de la Santé publique, sur tous les élèves de tous les enseignements public et privé, primaire, technique, secondaire et supérieur.

Enfin pour obtenir les meilleurs résultats, il conviendra de faire l'éducation du public pour que les familles, loin de l'esquiver, sollicitent au contraire la surveillance médicale de leurs enfants.

G. Fischer.

MAISONS DE SANTÉ ET SANATORIA PRIVÉS DEVANT LES NOUVELLES LOIS DU TRAVAIL

Les médecins, propriétaires ou directeurs de maisons de santé ou de sanatoria privés nous écrivent leur émotion et leurs craintes. Ils se demandent si, contraints à l'application de la loi des 40 heures et des congés obligatoires, ils ne seront pas obligés de fermer leurs établissements.

Non seulement la lutte pour la vie devient dure, en ces temps de crise mondiale, mais la concurrence qui est faite par les hôpitaux publics rend la situation très angoissée. Les établissements privés devront-ils disparaître, pour laisser la place libre aux établissements d'Etat, aux hôpitaux, aux dispensaires publics de tous ordres ?

Tel est le problème, qui nous est exposé, sous un angle particulier, par le Docteur Lop, de Marseille, qui, dans ce grand port, dirige un établissement privé, destiné à recevoir les cas d'urgence, à donner des soins immédiats aux marins blessés — car cette clinique est située sur le port de la Joliette — enfin à hospitaliser ces accidentés pendant quelque temps.

« La situation désastreuse de notre port, malgré mon désir et ma persévérance, va m'obliger, sous peu (d'ici la fin de l'année, sinon avant) de suspendre mon exploitation d'« hospitalisation ».

Les nouvelles conditions de travail ne sauraient et ne pourraient s'appliquer aux petites affaires comme la mienne : il me faudrait doubler, sinon tripler le chiffre de mes employés actuels. Or, toujours à cause de la situation de notre port, voilà bientôt deux ans que j'ai dû déjà licencier trois employés plus l'aide-comptable et un employé chargé du Service maritime. Je n'ai recours à un confrère qu'en mes absences, alors que de tous temps, j'avais un assistant d'un bout de l'année à l'autre. Donc, *sur onze employés*, j'en ai supprimé cinq et un médecin.

C'est dire quel accueil je suis prêt à faire à la nouvelle charte du travail et aux majorations de salaires qu'elle va entraîner.

Des maisons comme les nôtres sont, en quelque sorte, liées par des contrats, des tarifs officiels, ces derniers imposés par l'Etat. Qui, en cours de contrat acceptera le relèvement des prix ? Personne.

L'Etat va-t-il majorer les taux de l'hospitalisation et des honoraires, loi de 1898 pour les assujettis, loi de 1926 pour les marins, taux des indemnités des Assurances sociales ? ?

Non, *a priori*.

Qui donc payera la surcharge du personnel, prévue par ce nouveau contrat de travail ? Sinon nous, surcharge s'ajoutant aux impôts si lourds, existants déjà dans notre ville : celle-ci est la plus imposée de France ! !

Nous allons donc être conduits à fermer nos maisons à moins que nous préférions être ruinés ou acculés à la faillite ! !

A notre demande de relèvement de prix, si les hôpitaux publics et privés ne relèvent pas les leurs, nos clients nous répondront :

« Nous préférons aller à l'hôpital où nous avons le « tout compris ». Ils auront raison.

Que nous restera-t-il ? Rien ! !

Comment pourrait-il en être autrement : déjà maintenant, les hôpitaux publics en ce qui touche les marins de tous les ports de France, accordent un tarif réduit ; alors que les accidentés du travail payent 57 francs par jour, les marins ne payent que 44 francs « tout compris ». Dans les établissements dits charitables, ils ne payent que 45 francs. Vous savez que ces établissements ne payent ni taxe ni impôt, ni patente, rien de ce que, nous, *particuliers*, nous payons.

C'est donc la mort sans phrases, si nos concurrents ne relèvent pas leur prix ou si on ne leur interdit pas de recevoir des « payants », de commercialiser leur fondation et s'ils continuent à ne payer ni impôts, ni taxes, etc., qui nous écrasent.

Et même s'ils étaient contraints, ce dont je doute, à payer eux aussi des impôts, en quoi cela diminuerait-il les nôtres, sans contre-partie : relèvement du prix de la journée et des honoraires pour les assujettis aux lois de 1898 et 1926 ? ?

J'ai la sensation très nette que nous nous heurterons à un refus absolu auprès de nos clients, à toute demande de majoration du prix de la journée, d'autant, je le répète, que les hôpitaux publics et les établissements dits charitables (qui ne sont que des établissements industriels) ont, avec le « tout compris » des prix que nous ne pouvons que difficilement atteindre.

Pour que nous puissions nous défendre, il faudrait, je crois, que l'Etat autorise, dans les hôpitaux publics, l'élévation du prix de la journée, prévu par les lois précitées ou qu'il interdise aux établissements charitables de faire concurrence aux établissements privés, concurrence qu'ils nous font déjà.

A cet égard, je doute fort que nous soyons écoutés : les hôpitaux publics continueront et nous, petites maisons de santé, nous subirons le sort du petit « patronat » : nous succomberons à la peine. On relève dans le nouveau cahier du travail, de telles formules draconiennes que l'on se demande par qui il a été élaboré et si ceux pour lesquels elles ont été faites, ne se rendrent pas compte qu'ils seront les premières victimes de leurs excessives prétentions ! !

Depuis trois ans que la crise sévit, les navires étrangers ont à peu près disparu du port de Marseille, les armateurs ont raréfié leurs unités, les sanctions

ont encore aggravé la situation.... Que faire ? ? Comme je vous le dis plus haut, il a fallu déjà supprimer des emplois, donc des employés qui se sont trouvés sur le pavé, soit en ce qui me touche cinq chômeurs de plus en moins de deux ans, un médecin. Si je ferme, ce sera six autres de plus et pas mal de petits fournisseurs que ma clinique fait vivre.

Je n'hésiterai pas à réaliser et à fermer si je suis mis en demeure d'appliquer la nouvelle charte du travail, *sans contre-partie aucune.*

L'Etat, c'est nous également, il ne faut pas qu'un seul côté de la barricade soit soutenu, encore moins par nous, c'est à-dire, nous, *contribuables*, que nous travaillions pour « le roi de Prusse » ! !

Nous avons droit à la vie comme la main-d'œuvre. Le Gouvernement, ni personne n'est au-dessus de la légalité, le premier ne saurait se désintéresser, pas plus du capital « travail » que du capital « cerveau » patronnat.

Bien que presque au bout de ma course, je ne saurais ne pas me préoccuper de cette angoissante situation : j'estime que si le « salariat » a droit à la solicitude de l'Etat, cette sollicitude doit être égale pour toute la masse des Français. Sinon, c'est la faillite certaine, déjà commencée, du droit *pour tous* à l'existence et aussi de la justice et de l'équité.

P. S. — Comment des établissements comme les nôtres assureront-ils leur service d'urgence ? ? puisque plus d'heures supplémentaires ! et impossiblité pour nous d'avoir trois services pour assurer les 24 heures.

Ex. : J'ai dû, hier, à 5 heures, opérer d'urgence : il m'a fallu faire lever mon assistante et une infirmière et me servir de la garde de nuit. Comment faire avec la nouvelle réglementation ? ?

Aujourd'hui encore cinq blessés dont trois grièvement, réclamant des soins impossibles à différer et ceux-ci sont arrivés à 12 h. 30 ! ! ? ? ? ? ? !

Je paie depuis longtemps, toujours même, les heures supplémentaires, des gratifications annuelles, des allocations familiales volontaires aux employées ayant des enfants — des congés annuels.

Semaine de 40 heures, soit : 6 h. 50 minutes environ de travail sur 6 jours ?

Surveillante-directrice-assistante à mes interventions et pansements. Présence de 8 à 12 et de 14 à 17 h. 50.

Garde de nuit : de 20 heures à 3 h. 50.

Cuisinière : de 8 à 12 et de 14 à 17 h. 50.

Femmes de service : *Dito.*

Comme ma clinique (et tant d'autres) est un hôpital surtout d'urgence, soumis à l'arrivée et au départ des navires, qui, sauf les postaux n'ont pas d'heures régulières, arrivant de jour, de nuit, à l'aube, etc., il va donc me falloir au minimum quatre employés de plus pour assurer mon service et ma clientèle. Qui les payera ? ?

A moins de demander aux marins ou accidentés de la rue d'attendre les heures ouvrables, pour se blesser, s'empoisonner, tomber malade ou pour se faire tamponner par un tramway ou une automobile ! avoir une hernie étranglée, une perforation intestinale, etc., etc.

Comment assurer le repos hebdomadaire, les nombreux jours fériés (11) annonce-t-on, etc., etc...

Voilà un nouveau casse-tête chinois que je livre à la méditation de ceux qui ont accouché de cette monstruosité non-viable.

Les doléances très justifiées du Docteur Lop appellent les réflexions suivantes.

Les hôpitaux publics ne peuvent pas fixer leur prix de journée comme bon leur semble. Egalement, le gouvernement ne peut pas modifier les règles générales établies par des lois, pour la détermination du coût de la journée d'hospitalisation pour chaque catégorie de malades, admis dans l'établissement de soins, en vertu des dispositions de telle ou de telle loi sociale.

En effet, selon les termes de la loi du 13 juillet 1935, modifiant les lois antérieures sur la matière, c'est le Préfet qui fixe chaque année le prix de journée de chaque hôpital, en ce qui concerne l'hospitalisation des malades ressortissant de l'Assistance médicale gratuite Pour cette fixation, l'hôpital — doit fournir une comptabilité en règle, permettant de faire ressortir un prix de dépense journalier tel que le remboursement de ce prix ne laisse à l'hôpital ni perte ni bénéfice.

La loi du 31 mars 1905, sur les accidents du travail et la loi du 6 juillet 1920 disposent que le prix de la journée d'hospitalisation pour les blessés du travail sera celui de l'Assistance médicale gratuite, majoré de 30 %.

En matière d'assurances sociales, la convention qui intervient entre les Caisses et chaque hôpital détermine les conditions d'hospitalisation étant décidé, par la législation en la matière, que les assurés seront admis au prix le plus bas des malades payants.

Pour les marins, les conditions d'hospitalisation sont déterminées par les articles 79 à 86 de la loi du 13 décembre 1926 et par le décret du 31 août 1927.

De ceci résulte que le ministre du Travail, ou celui de la Santé publique ne peut pas, à son gré, relever les tarifs d'hospitalisation, pour les rendre plus rémunérateurs.

Il convient donc de nous placer sur le terrain de la concurrence commerciale qui est faite par les hôpitaux publics aux établissements privés d'hospitalisation.

Ressources

Sur ce chapitre, l'hôpital est nettement avantagé. Non seulement il fait entrer dans l'évaluation de son prix de journée le revenu du fonds de dotation, les dons, legs et fondations diverses, mais encore jouit-il du bénéfice de subven-

tions publiques accordées tant sur le Pari mutuel que par les départements et les communes.

Il en résulte que l'hôpital n'a pas de loyer d'argent à payer ; il n'a souvent pas besoin d'emprunter pour faire construire, aménager et entretenir l'établissement, alors que le propriétaire de la maison de santé privée devra rémunérer les bailleurs de fonds.

Dépenses

Ici encore, inégalité du traitement de l'hôpital par rapport à la maison de santé. Parce qu'il est établissement public et de charité, l'hôpital est dispensé de la plupart des impôts et taxes qui frappent lourdement les maisons de santé.

Parce qu'il est établissement de bienfaisance, l'hôpital peut avoir un corps médical pour presque rien, soit en accordant, au concours, le titre envié de médecin, ou de chirurgien des hôpitaux, soit en laissant à ce personnel médical la possibilité de toucher des honoraires pour soins donnés aux malades payants.

Disons enfin que le prix de revient d'une journée d'hospitalisation dans l'établissement public est inférieur à celui dans une clinique privée, du fait même du grand nombre de pensionnaires dans le premier, ce qui permet des achats en gros, des marchés qui souvent relèvent des règles de l'adjudication publique, avec le revenu du jardin potager, qui, fréquemment est annexé à l'hôpital.

Conclusion

La Confédération des Syndicats médicaux a, mis à l'étude, dans sa Commission hospitalière, la réforme de la loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux. Les rédactions proposées permettront de rétablir l'égalité entre les hôpitaux et les maisons de santé, lorsque l'établissement public sort de son rôle d'assistance et de bienfaisance en admettant largement les malades payants.

Faisons donc confiance à la Confédération, qui bientôt pourra apporter au Parlement un projet législatif concernant les hôpitaux, lorsque le Conseil d'administration et l'assemblée générale de la Confédération auront entériné, après modifications possibles, les travaux de la Commission.

Dr Paul BOUDIN.

LA VENTE DES MÉDICAMENTS SUR LES MARCHÉS

Un de nos confrères nous signale le procédé plutôt singulier, qu'emploie un pharmacien diplômé, pour écouler les produits de son officine.

Ce pharmacien a régulièrement déposé son diplôme ; il a ouvert une pharmacie dans une localité ; mais tous les jours, il part de chez lui, ferme son officine et va à jours fixes dans des bourgs et localités, surtout les jours de marché, pour débiter sur la place publique les médicaments qui lui sont demandés par les malades.

Ce procédé est-il régulier ? Est-il permis par les lois en vigueur sur la pharmacie ?

J'avoue que le cas est assez particulier, étant donné que dans l'étude juridique que j'ai faite sur le colportage en pharmacie (*Concours Médical*, 1935, p. 3231), j'ai principalement envisagé le cas où le vendeur de médicaments était un employé de pharmacie nullement titulaire du diplôme exigé par la loi pour exercer.

Certes, un pharmacien diplômé contrevient aux dispositions de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie, lorsqu'il délivre et débite des médicaments, sans prescription préalable d'un docteur en médecine.

De plus, ledit pharmacien peut se rendre coupable du délit d'exercice illégal de la médecine, en prenant part au traitement des maladies, dans le cas où le client consulte le pharmacien, au sujet des malaises qu'il ressent alors, et qu'il reçoit le médicament qui est censé devoir le guérir ou le soulager.

Quant à la vente sur les marchés, l'article 36 de la loi de germinal spécifie en effet que : « Tout débit au poids médicinal, toute distri« bution de drogues et préparations médica« menteuses sur des théâtres, ou étalages dans les « places publiques, foires et marchés sont sévè« rement prohibées ». (25 à 600 francs d'amende, plus, en cas de récidive, trois à dix jours de prison : loi du 29 pluviose, an XIII.)

Le législateur n'a fait aucune distinction entre la vente, dans des marchés et foires, par un diplômé, ou par un illégal : c'est la vente elle-même qui est prohibée. Il ne faut pas qu'il puisse y avoir confusion entre l'officine d'un pharmacien et la voiture du charlatan ambulant.

D'ailleurs, c'est dans le silence de son laboratoire et non dans le tumulte d'un marché que le pharmacien peut préparer les médicaments réclamés par les clients et exécuter les ordonnances des médecins.

Du reste, la loi du 4 septembre 1936 interdit également le colportage et la vente de médicaments dans les lieux publics et ailleurs que dans les officines.

Dr Paul BOUDIN.

ALIÉNATION MENTALE ET CERTIFICAT D'INTERNEMENT

Par R. Benon

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes

Sommaire. — *Ce que prescrit la loi de 1838* : a) *Constatation de l'état mental* ; b) *Particularités de la maladie* ; *indications de l'internement* : *urgence et non-urgence* ; *contre-indications de l'internement* ; c) *Conclusion* : *nécessité de l'internement*. — *Appendice* : d) *Etat organique* ; e) *Responsabilité* ; f) *Placement d'office* ; g) *Conclusion*.

La rédaction du certificat d'aliénation mentale aux fins d'internement ne comporte pas de hautes difficultés dans la grande généralité des cas, parce que, en vérité, l'état d'aliénation mentale est ordinairement un fait de notoriété publique. Le praticien n'est embarrassé que s'il ne connaît pas son malade, s'il ne connaît pas la famille, s'il n'est pas le médecin traitant habituel du patient, et si les troubles psychiques ne sont pas évidents. Que dit, au sujet du certificat d'internement, la loi de 1838, — cette loi, tant critiquée dont il faudra bientôt célébrer le centenaire, presque en même temps que celui d'Esquirol, inspirateur et auteur de la loi (ceux qui consacrent leur ingénieuse activité à ces manifestations doivent s'en préoccuper), — que dit cette loi ? Voici le texte : « Le certificat du médecin traitant *constate l'état mental* de la personne à placer, et *indique les particularités de sa maladie* et la *nécessité* de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée ». Ce texte sans aucun doute engage totalement la responsabilité immédiate du praticien. Chacun doit bien le comprendre.

***

a) **Constatation de l'état mental.** — Constater l'état mental, c'est faire un diagnostic d'aliénation mentale, un diagnostic de troubles mentaux indiscutablement caractérisés. En principe cela est *facile* pour le praticien, et ce dans 80 % des cas peut-être, parce que le diagnostic est fait d'avance par l'entourage, par la famille et même par le voisinage. Quand la maladie a été cachée par la famille, le praticien doit redoubler d'attention, se montrer circonspect, entendre des tiers, au besoin attendre, surseoir à l'internement, s'il a des doutes, si son diagnostic n'est pas ferme et définitif. Bien certainement (le praticien ne doit pas l'oublier), il s'agit de l'état mental *actuel*. Un certificat de cet ordre doit donc établir essentiellement l'état actuel du patient : l'existence de troubles psychiques récents, éloignés, passés, est sans valeur si le sujet est lucide au temps de l'examen et reste lucide pendant les jours d'observation qui suivent. Au reste, le certificat médical, délivré sur papier timbré si le malade est aisé, n'est valable que pour quinze jours. En quoi consiste la constatation de l'état mental ? C'est constater un *syndrome* mental plus souvent qu'une maladie mentale. Le texte parle de maladie (indiquer les particularités de la maladie, et nous allons parler spécialement de ces particularités), mais le mot maladie ici est certainement pris dans un sens général, d'autant que nous sommes en 1838. Ajoutons que constater l'état mental, ce n'est pas seulement affirmer l'existence du syndrome mental, ou de la maladie mentale, c'est *démontrer* dans un texte précis cette existence, en fixer la réalité. Par exemple, au lieu de dire délire de persécution, ou après l'avoir dit, c'est noter les déclarations mêmes du malade : « On m'en veut. Il y a un complot contre moi organisé par les anarchistes, les jésuites, etc.. » Au lieu de dire hallucinations, c'est écrire ce que dit le patient : « Dans la rue on m'insulte ; à la maison, derrière les portes, on parle contre moi, on me traite de. . . », etc... Pour les cas obscurs, on ne donnera jamais trop de détails.

b) **Particularités de la maladie.** — C'est sur ce point spécial des particularités de la maladie mentale que porte pour le praticien la difficulté certaine de rédaction du certificat d'internement dans un asile d'aliénés.

Le médecin traitant, le médecin qui soigne personnellement le malade, par conséquent le médecin qui a fait plusieurs visites au malade (sauf cas d'urgence), a constaté l'état mental pathologique. Cela suffit-il pour conclure à l'internement ? Non. Les juristes distinguent (1) deux variétés d'aliénés : les *aliénés inoffensifs* et les aliénés *dangereux*. Pour les aliénés dangereux,

(1) Planiol M. — *Traité élémentaire de droit civil.* Paris, 1908, I, 5e édit., p. 657.

l'internement est urgent ; pour les autres l'internement peut être nécessaire, mais alors, dans quelles conditions ? Quelles sont donc les *indications* et les *contre-indications* de l'internement ? Ce sont les *particularités* de l'état d'aliénation mentale constaté par le praticien, et ce sont ces particularités qui sont capitales, non pas absolument la maladie elle-même.

Nous avons écrit autrefois, d'une manière un peu paradoxale, — mais les paradoxes ont leur utilité, — que l'aliénation mentale n'était pas de la médecine, c'est-à-dire que la question d'internement ou d'hospitalisation spéciale pour maladie mentale n'était pas d'ordre médical, qu'elle était en effet fonction de la famille ou de la société. Cela reste vrai, croyons-nous, et la loi française de 1838 sur les aliénés impose au médecin un certificat qu'il ne sera peut-être pas tenu de rédiger dans tous les temps. Mais la loi est la loi et voyons comment concevoir ou interpréter l'expression indiquer les particularités de la maladie, comment comprendre ou fixer les indications de l'internement et démontrer sa nécessité. C'est un acte qui relève essentiellement de la médecine légale.

1° *Indications de l'internement.* — Les indications de l'admission du patient à l'asile varient suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas urgence à placer le malade. Ces indications mettront en relief la nature ou la qualité exacte de l'état d'aliénation mentale légale, lequel comporte, en tant que concept, des éléments d'ordre à la fois médical, familial et social.

Il y a urgence. Quelles sont alors les particularités de la maladie ? Il y a état de danger, danger pour le malade, danger pour la famille, danger pour la société. Danger pour le malade : il a des idées de suicide, il a fait une tentative de suicide. Il faut distinguer, parmi les idées de suicide, celles qui sont fondamentales et celles qui sont accessoires, épisodiques, banales, bien étudier l'état mental qui les détermine et les entretient. Les idées de suicide constituent un élément familial et social important de l'état d'aliénation mentale. Danger pour la famille, le sujet se livre à des violences sur les objets (lacération de vêtements et de linge, bris de meubles, actes incendiaires, etc.) ; il prononce des menaces de mort, il se livre à des violences sur les personnes : coups portés, blessures faites dans la maison (élément familial du concept aliénation mentale). — Danger pour la société : menaces de coups, de mort dirigées contre les personnes du voisinage, violences contre les tiers et plaintes consécutives (élément social de l'état d'aliénation mentale). — L'état de danger créé par l'aliénation mentale, tantôt est constaté directement par le médecin traitant et il expose ce qu'il a vu et entendu, tantôt il est exprimé par l'entourage : dans ce dernier cas, le praticien relate les faits en notant expressément qu'ils sont des *déclarations* de la famille ou de tierces personnes : il peut employer la *forme conditionnelle*, mais cela n'est pas indispensable s'il exprime bien que ce sont des témoignages. — L'urgence en matière d'internement peut être d'ordre médical pur : nécessité de l'isolement (états mélancoliques), nécessité de changement de milieu (états délirants), nécessité de la surveillance continue (idées de suicide, incapacité de se diriger), nécessité de soins spéciaux : alitement : balnéothérapie, psychothérapie, etc. (éléments médicaux de l'état d'aliénation mentale).

Il n'y a pas urgence. Dans ces cas, le patient est un aliéné inoffensif et non pas un aliéné dangereux. Il n'y a pas urgence à accomplir l'acte d'internement, mais celui-ci peut présenter une certaine opportunité, qu'il s'agisse soit de prévoir des actes graves (suicide, violences, incendie, outrages aux mœurs, etc.), soit d'appliquer un traitement rationnel à un état mental pathologique (isolement et soins spéciaux), etc... En matière d'hospitalisation pour aliénation mentale, il existe deux modes d'admission à l'asile : le placement dit volontaire sur demande de la famille, le placement d'office sur réquisition du maire de la commune ou du commissaire de police. Quand il n'y a pas urgence et que le malade appartient à la classe aisée, le placement est presque toujours un placement volontaire ; il peut l'être aussi pour les malades dits indigents mais il ne l'est encore qu'exceptionnellement. Quand il y a urgence, le placement exécuté est un *placement d'office* presque toujours, sauf pour les malades riches, et il y a là une injustice sociale qui pourrait être évitée même avec la loi actuelle (placements volontaires au compte du département).

2° *Contre-indications de l'internement.* — Quelles sont les contre-indications de l'internement dans une maison de santé d'aliénés ? Le médecin traitant constate un état d'aliénation mentale bien caractérisé, et cependant il n'a pas nécessairement à rédiger un certificat en vue de l'admission à l'asile des aliénés. Le rôle que joue la famille ici est capital.

Premier cas : la maladie mentale crée un état de danger, et malgré cela la famille ne consent pas à l'internement. Tantôt l'état dangereux est évident, et pour le médecin et pour la famille ; tantôt l'état dangereux est jugé tel par le médecin seulement. Si la famille n'accepte pas l'internement, il faut surseoir et soigner avec les moyens dont on dispose. Le praticien montrera seulement en quoi le malade est dangereux, afin de bien dégager sa responsabilité si le patient commet un acte grave. Que fera-t-il en atten-

dant la décision de la famille ? Il fera pratiquer l'*alitement*, qui parfois donne de bons résultats, et vite. Il organisera la *surveillance* active et continue du sujet, de jour et de nuit. Il conseillera l'*isolement* dans une pièce spéciale, si cela peut être réalisé. Il proposera parfois un *changement de milieu*, soit à la campagne, chez des parents ou amis, soit dans une maison louée à cet effet. Il ordonnera, si possible, les *bains prolongés*, chauds, plutôt que les douches : quant à celles-ci, lorsqu'elles sont prescrites, elles devront être chaudes, rarement froides. Il pratiquera la psychothérapie, écoutera longuement son malade, observera ses réactions, expliquera à la famille comment se conduire à l'égard du patient (ne pas discuter sans arrêt avec lui, ne pas contrarier à tout moment ses gestes, même ses actes simples) ; il insistera spécialement sur la *patience* dont il faut faire preuve à l'égard de tels malades, inconscients, énervés, anxieux. Enfin, il administrera les *médications* sédatives convenables, variées : barbituriques, bromures, chloral, opiacés, etc... Ainsi il arrivera que la famille aura eu raison de conserver son malade chez elle. Sinon, l'entourage, fatigué par les veilles, demandera spontanément après quelques jours ou semaines, le placement du malade à l'asile.

Deuxième cas : la maladie mentale ne crée pas un état de danger. Il s'agit d'un aliéné inoffensif. Le malade sera traité à la maison. On conseillera la surveillance continue (ou relativement continue), l'isolement, l'alitement, le changement de milieu, la balnéothérapie, la persuasion (douce plutôt que violente) et une médication appropriée. Lorsque la maladie mentale dure, se prolonge, tend à devenir chronique, la famille parfois sollicite elle-même le placement dans une maison de santé, ouverte ou fermée pour essai de traitement spécial. Le placement pour maladie mentale bien caractérisée dans une maison de santé ouverte ne devrait pas dépasser trois à six mois.

Ces considérations diverses sur les particularités de la maladie mentale, sur les indications et contre-indications de l'internement, sur les situations variées qui peuvent être observées par le praticien sont démonstratives de la complexité du problème de l'internement d'un malade mental dans une maison de santé d'aliénés.

c) **Conclusion : nécessité de l'internement.** — Le certificat doit conclure catégoriquement à l'internement : faute d'une conclusion précise, le patient ne pourra pas franchir les portes de l'établissement et la famille se verra dans l'obligation de remmener chez elle son malade. Pour cette raison (insuffisance de la rédaction des certificats d'admission à l'asile des aliénés), la direction de ces établissements délivre des modèles de certificats avec conclusion ferme à l'état d'aliénation mentale. Cela explique encore la fréquence ignominieuse des placements d'office, qui l'emportent de beaucoup sur les placements volontaires (après demande écrite de la famille), et qui ne devraient être pratiqués que pour les aliénés ayant accompli un délit ou un crime. La conclusion du certificat d'admission à l'asile des aliénés doit être conforme à la loi. Le médecin dira après la constatation de l'état mental et la description des particularités de la maladie : « J'estime, en conséquence, qu'il y a nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée. » Peut-on modifier ce texte ? C'est douteux. Dans la pratique, il est maintes fois altéré, modifié. Pourtant, les directions des établissements d'aliénés doivent veiller à l'application exacte de la loi ; en justice, elles auraient à rendre compte de leurs négligences et il pourrait en résulter pour elle des conquences graves. On peut se demander s'il est bien utile de déclarer que la personne désignée doive être tenue enfermée dans l'établissement d'aliénés. L'aliénation mentale étant certifiée, la nécessité du traitement dans une maison d'aliénés étant affirmée, cela n'est-il pas suffisant ? Au cas où la question serait discutée dans le prétoire, il se pourrait que les juges n'approuvent pas une direction qui ne se conforme pas exactement au texte de la loi. La formule en question est plus policière que médicale. Mais c'est que l'aliénation mentale constitue le plus souvent un état de danger familial et social : les termes mêmes de ce texte sont donc aisés à expliquer et à soutenir.

d) **Etat organique et aliénation mentale.** — Les organicistes, en matière d'aliénation mentale, ne parviendront probablement jamais à faire prédominer les constatations physiques sur les constatations psychiques. Il y a là une tendance qui représente un grand danger pour le praticien, danger contre lequel il doit bien se prémunir. La loi demande d'établir dans le certificat d'admission l'état mental pathologique et non pas autre chose. Il ne doit pas être fait mention dans ce certificat d'hérédité, naturellement, mais aussi ni d'alcoolisme ni de syphilis ni de tuberculose, etc... Si le médecin traitant les signale, il notera les symptômes somatiques observés, les syndromes physiques, sans désigner l'intoxication ou l'infection spéciale : la prudence exige d'observer le plus possible les règles du secret professionnel. Notons que la connaissance précise de la cause en neuro-psychiatrie est l'exception, et que le mieux dans la grande généralité des cas (98 %), est de s'abstenir sur ce point particulier, qui d'ailleurs est hors de la question posée. On demande au praticien

de fixer l'existence d'un état mental pathologique et même d'en faire la démonstration à l'aide de constatations aussi claires que possibles ; on lui demande en outre de préciser les particularités de la maladie mentale, qui vont entraîner l'internement dans un asile d'aliénés. Pourquoi parler de l'étiologie ? Pourquoi énoncer des signes physiques qui sont ici accessoires ? L'organicisme est une tendance naturelle ; on ne reprochera pas au praticien qui s'y adonne d'indiquer dans son certificat l'état somatique, mais en cas de contestation et d'affaire judiciaire, ce ne sont pas les symptômes organiques qui retiendront l'attention des magistrats, c'est l'état mental de la personne : est-elle ou n'est-elle pas en proie à l'aliénation mentale ? Les relations du physique et du moral sont possibles, probables, non pas certaines. Le *mens sana in corpore sano* est grandement faux à l'asile des aliénés. Qu'importent l'alcoolisme, la syphilis, la sympathicotonie, la vagotonie, l'hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie et aussi toutes les morphologies, si on ne peut pas faire la démonstration d'un état mental pathologique. Sans doute, il y a la paralysie générale, la ponction lombaire, mais des erreurs connues doivent rendre le praticien circonspect : s'il ne relève pas l'état mental paralytique spécial, il doit rester en défiance, se livrer à une enquête complète, prolongée, délicate : certains cas le démontrent.

e) **La responsabilité du praticien.** — La responsabilité du praticien en matière d'internement d'une personne dans un asile d'aliénés n'est pas douteuse. C'est lui qui détermine le placement en délivrant le certificat d'aliénation mentale. Le médecin-chef de service, à l'asile, rédige un certificat vingt-quatre heures après l'entrée, certificat dit certificat immédiat ou certificat de vingt-quatre heures, mais ce certificat, quoi qu'on en pense et cela par ignorance, n'engage pas la responsabilité du médecin de la maison de santé fermée. Ce dernier, s'il y a discussion, s'il y a erreur, verra toujours sa responsabilité diminuée du fait que le médecin traitant de l'extérieur aura déclaré l'état d'aliénation mentale. Au reste, le médecin de l'asile, dans les cas douteux, au lieu de rédiger un cerficat concluant à des troubles mentaux caractérisés pourra toujours écrire (au lieu de : *est* atteint de tels et tels troubles psychiques) : paraît atteint de... Et toujours il mettra après son certificat : *à observer*, ce qui veut dire à observer à l'asile des aliénés pendant la quinzaine. Au bout de quinze jours, le médecin de l'asile doit, en principe, presque constamment, conclure à l'état d'aliénation mentale et au maintien à l'asile, ce qu'il formule dans son certificat de quinzaine, en disant après l'exposé des symptômes et de la maladie, *à maintenir*. Pendant les quinze jours d'observation à l'asile, c'est donc le médecin traitant de l'extérieur qui est responsable de l'internement. Tous ces faits sont bien ignorés, en général, du praticien, qui devra apprendre à les connaître, car nous entrons dans une période où le médecin sera, de plus en plus souvent, appelé à rendre compte de ses écrits et de ses conclusions.

Avant de rédiger un certificat d'internement dans un asile d'aliénés, non seulement il est indispensable de faire le diagnostic d'état mental pathologique, mais encore de faire accepter l'internement par *tous* les membres de la famille en raison des particularités de la maladie. Les protestations, les réclamations, en matière de placement à l'asile des aliénés, viennent toujours de ce que les parents, ou les frères et sœurs, ou les amis n'ont pas été informés de l'état du malade mental avant son entrée à l'asile. En cas de contestations, de discussions familiales, il faut attendre, soigner attentivement le patient, conseiller l'internement sans l'imposer, faire venir les tiers intéressés, et ne conclure qu'en connaissance complète de cause. Un confrère appelé en consultation, si tous ces points ne sont pas discutés, n'est pas une garantie.

f) **Placement d'office. Internement par l'hôpital.** — Le praticien a la possibilité de dégager sa responsabilité soit en recourant au placement d'office à l'asile, soit en provoquant l'hospitalisation dans un hôpital ordinaire, qui sera suivie de l'internement d'office.

Le placement d'office à l'asile, sauf après délit ou crime, sauf après expertise médico-légale demandée par l'autorité judiciaire, est une pratique inhumaine, abominable, réservée à la classe pauvre ou moyenne. Comment les médecins aliénistes ne sont-ils pas arrivés à faire supprimer cet état si fâcheux ? On se le demande. Mais cela s'explique parce que leur activité est déviée et que dans leurs sociétés et congrès, ils se préoccupent avant tout de choses qui ne concernent pas leur spécialité. Un décret-loi cependant suffirait pour que partout soit institué le placement volontaire au compte du département, et aussi le placement volontaire au compte des Assurances sociales. Le premier avait été institué en Loire-Inférieure par M. le Préfet Bouju : il a été supprimé après avis d'un aliéniste au Conseil général parce que pour lui ce placement était la cause de l'augmentation des entrées à l'asile. Néanmoins, le nombre des aliénés au Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes est en progression constante. Il en résulte que maintes fois le retard apporté au traitement est extrêmemen fâcheux pour le malade. Faisons remarquer que le placement volontaire généralisé augmenterait

la responsabilité médicale en matière d'internement.

Une autre façon habile de dégager sa responsabilité pour le médecin praticien consiste à faire hospitaliser le sujet dans un hôpital ordinaire, et c'est le médecin de cet hôpital qui fait le certificat et qui par suite devra, s'il y a lieu, rendre compte de l'internement ; en revanche, celui-ci ne pratique guère que le placement d'office qui le couvre, comme nous venons de le dire. Il est possible que le placement d'office ne soit pas aboli de sitôt, et pourtant les malades en bénéficieraient immédiatement, puisqu'il y a intérêt à soigner n'importe quel aliéné le plus tôt possible. Signalons que l'internement par l'hôpital est cause de nombreuses protestations de la part des familles non-informées ou insuffisamment informées des conséquences d'un internement.

***

La loi de 1838 sur les aliénés a précisé très exactement quelle devait être la forme du certificat d'admission dans une maison de santé fermée : 1° Le médecin constate l'état mental, et sans aucun doute l'état mental actuel, syndrome ou maladie ; notons que constater des troubles mentaux, c'est être capable de *démontrer* leur existence ; — 2° Le médecin indique les particularités de la maladie psychique qui entraîne l'internement. La constatation seule de l'aliénation mentale ne suffit pas. Il y a par suite des indications et contre-indications de l'internement. Les indications varient suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas urgence. Il y a urgence en particulier lorsque l'aliénation mentale crée un état dangereux : celui-ci est évident, certain, ou bien il résulte des déclarations de l'entourage et celles-ci, alors, sont à rédiger en termes spéciaux. Il peut y avoir urgence sans qu'existe l'état dangereux (urgence de soins spéciaux). Il n'y a pas urgence, et on peut discuter de l'opportunité de l'internement : danger possible, probable, plus souvent nécessité de soins spéciaux (isolement, alitement, changement de milieu, surveillance continue, balnéothérapie, psychothérapie, etc.). Les contre-indications sont à apprécier d'après les possibilités familiales, même s'il y a état de danger. Le consentement de l'entourage, en matière d'internement, a presque toujours une importance capitale ; — 3° Le texte de la loi de 1838 donne la conclusion précise du certificat : il y a nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée. Notons que l'état organique du patient, si essentiel qu'il soit médicalement dans quelques cas (10 %), est accessoire et vain légalement, que la responsabilité du praticien touchant l'internement est totale, du fait de son certificat, pendant les quinze jours qui suivent cet internement, enfin que le placement d'office et l'internement par un hôpital ordinaire quand il est possible, dégagent naturellement la responsabilité du médecin de la famille. Toutefois le placement d'office constitue un mode d'hospitalisation particulièrement injuste contre lequel il importe de protester avec énergie (1).

(1) V. R. Benon. — 1° L'aliénation mentale n'est pas de la médecine. La loi sur les aliénés, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1916, oct. II, p. 193. — 2° Aliénation mentale, fonction de la situation familiale, *Gaz. des hôp.* 1921, 29 sept., n° 74, p. 1174. — 3° Certificat d'admission à l'asile des aliénés, *La Clinique*, 1923, déc., n° 24, p. 331. — 4° Certificat d'admission à l'asile des aliénés et responsabilité médicale, *Soc. de méd. lég.*, séance du 10 mars 1924, *Ann. de méd. lég., C.* et *P. S.*, 1924, p. 160. — 5° Aliénation mentale, fait non médical, *Conc. méd.*, 1926, 4 avril, n° 14, p. 893. — 6° Qu'est-ce qu'un aliéné ? *L'Hôpital*, 1928, février, n° 83, p. 208. — 7° Le concept aliénation mentale, *Rev. scient.*, 1928, 14 avril, n° 7, p. 201. — 8° Le certificat d'aliénation mentale, *L'Hôpital*, 1928, sept, B, p. 555. — 9° Le fait de l'aliénation mentale : son évolution, *Bull. méd.* 1929, 6-9 fév., n° 6, p. 148. — 10° Pathologie mentale et médecine légale, *Conc. méd.*, 1933, 3-10 sept., n°s 36-37 p. 2533 et 2597. — 11° De l'internement des aliénés. *L'Hôpital*, 1933, fév., n° 328, p. 94. — 12° L'hospitalisation des aliénés. Placement volontaire et placement d'office, *L'Hôpital*, 1934, janvier, B, n° 351, p. 54. — 13° Aliénation mentale et certificat, *Gaz. des hôp.*, 1934, 5 déc. n° 97, p. 1.737. — 14° Psychiatrie. Résumé de médecine légale, *Journ. des prat.*, 1935, 2 nov., n° 44, p. 709.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Les limites du secret médical

Quels sont les faits secrets de leur nature que le médecin ne saurait révéler sans contrevenir aux dispositions de l'art. 378 du Code pénal ? Quels sont au contraire les faits dont la révélation n'est pas interdite et même, dans certains cas peut être exigée ? Telle est la délicate question qui s'est posée récemment, après une longue procédure devant la Cour suprême, et que cette dernière a tranché par son arrêt du 13 juillet 1936. Cet arrêt étant profondément commandé par les circonstances de fait dans lesquelles il est intervenu, il y a lieu d'exposer celles-ci de manière succincte.

Une ouvrière, employée dans une fabrique de perles, vint à décéder d'une manière suspecte ; le père de la victime, attribuant ce décès à un empoisonnement par des vapeurs de tétrachloréthane utilisées dans cette fabrique, poursuivit l'industriel en dommages-intérêts. Une enquête ayant été ordonnée, le médecin traitant de la victime fut convoqué comme témoin, à l'effet de dire si le décès provenait ou non d'une intoxication due aux vapeurs incriminées. Le médecin, se retranchant derrière le secret professionnel, refusa de déposer. La question du bien ou mal fondé de cette attitude fut soumise au tribunal, qui statua dans un sens conforme à la théorie absolutiste du secret médical, et vint ensuite en appel devant la Cour d'Orléans.

Celle-ci, par un arrêt du 2 mai 1930, posait les principes suivants : l'art. 378 du Code pénal interdit strictement aux médecins la révélation des secrets qu'on leur confie à l'occasion de l'exercice de leur profession ; il est admis que l'*obligation* au secret s'étend non seulement aux secrets que leur sont réellement confiés mais encore à ceux qu'ils pourraient découvrir en exerçant leur ministère. Le droit pour le médecin appelé à déposer en justice d'invoquer le secret professionnel trouve sa raison d'être dans l'intérêt qu'a la personne qui a reçu ses soins à ce que le secret qui lui a été confié, ou est parvenu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession, demeure caché. En conséquence si la divulgation du fait confié au médecin n'est susceptible de causer aucun dommage au malade et si celui-ci n'a pas d'intérêt à ce que le médecin garde le silence, ce dernier peut alors révéler ce fait qui n'apparaît pas comme secret.

Cette décision paraît dès l'abord très critiquable car elle fonde l'obligation au secret professionnel sur le seul intérêt privé du malade et méconnaît totalement l'intérêt de l'ordre public. On considère généralement au contraire que l'interdiction posée par l'art. 378 est absolue et ne doit admettre aucune infraction ni céder devant aucune considération car elle est instituée dans un but d'intérêt général supérieur à l'intérêt particulier. Aussi l'arrêt précité a-t-il été déféré par le Sou Médical à la Cour de Cassation.

Obéissant peut-être comme la Cour d'Orléans à des considérations de fait, la Cour suprême a rejeté le pourvoi. Elle aboutit aux mêmes conclusions que l'arrêt attaqué, mais base sa décision sur des motifs différents, qui paraissent au premier abord d'une plus grande solidité juridique : la loi n'interdit que la révélation des faits secrets de leur nature. Or la Cour d'Orléans fonde son arrêt sur le motif essentiel qu'en l'état des circonstances de la cause le fait pour lequel le témoignage du médecin était requis, c'est-à-dire le point de savoir s'il y avait lieu de cause à effet entre le décès de la malade et l'intoxication par les vapeurs incriminées, n'étant pas susceptible de porter atteinte à la mémoire de l'intéressée, ne devait pas être considéré comme rentrant, par sa nature ou les conséquences qui s'y rattachent, dans la catégorie des faits secrets prévus par l'article 378 du Code pénal. L'arrêt attaqué n'a donc pas violé cet article.

A la vérité cette argumentation aboutit indirectement aux mêmes conséquences que l'arrêt d'Orléans, puisqu'elle conduit à rechercher, pour déterminer les limites du secret médical, si le fait envisagé est susceptible ou non de porter préjudice au malade. Confier au médecin le soin d'apprécier ce qui est ou non révélable en vertu de ce critère apparait dangereux à la fois pour les malades, et pour les médecins qui se trouveront ainsi obligés de résoudre de fort délicats problèmes sous la menace d'une action judiciaire. On peut se demander si la Cour suprême a été bien inspirée en apportant cette brèche dans la théorie absolutiste du secret médical, et si cette théorie ne constituait pas une bien meilleure garantie à la fois pour l'intérêt des malades et pour l'intérêt social.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Les dosages d'alcool chez les sujets présentant des signes d'ébriété

Les Docteurs P. Nélis et M. E. Van Themsche exposent que diverses méthodes biologiques de recherche de l'absorption de boissons alcooliques ont été mises au point. Parmi elles, la détection quantitative de l'alcool dans le sang humain a prouvé des résultats très encourageants. Cette méthode peut donner : une indication précise du degré d'imprégnation des tissus en alcool au moment de la prise de sang.

Certains, cependant, lui font l'objection principale qu'elle ne tient pas compte des facteurs individuels, de l'habitude, etc... Il faut convenir, évidemment, que pour établir exactement l'influence de l'alcool, de nombreux facteurs peuvent jouer un rôle, notamment l'âge, le poids et les habitudes du sujet ; le mode d'absorption du liquide ; l'état de jeûne ou de réplétion de l'estomac ; la vitesse d'absorption en un temps donné ; la concentration de l'alcool ; les facteurs indirects tels que le degré de fatigue, la chaleur, l'état de santé du sujet, l'action concomittante de certains poisons professionnels.

Mais tous ces facteurs ne devront intervenir, normalement, que dans certaines limites. D'ailleurs, les signes extérieurs de l'intoxication alcoolique sont si fragiles et si sujets à des différences individuelles d'appréciation qu'il est heureux que l'on puisse, par une recherche supplémentaire, apporter un nouvel élément qui pourra servir de correctif à une impression, si objective qu'elle puisse être.

Ainsi, à propos d'un sujet observé, le rapport médical très succinct disait : aucun signe extérieur d'ivresse, alors que le sang titrait 1,9 et l'urine 1,8 pour mille d'alcool. A ce taux, on peut douter que le sujet en service soit encore capable d'assurer normalement une prestation intéressant par exemple, la sécurité du trafic des transports en commun.

Aux taux de 1 à 1,5 pour mille d'alcool dans le sang commencent à apparaître les signes extérieurs de l'ébriété. On peut donc dire qu'un sujet qui montre un taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur à 2 pour mille présente un état d'ivresse caractérisé.

Par contre, les sujets, chez lesquels le taux d'alcool est trouvé égal ou inférieur à 1 pour mille, sont généralement considérés comme n'étant pas en état d'ivresse.

Cet exposé montre l'intérêt du contrôle biologique de l'intoxication alcoolique. Sans vouloir baser un rapport sur le seul taux du sang ou de l'urine en alcool, il paraît bien établi aujourd'hui que *la méthode, correctement exécutée,* peut donner d'excellents résultats.

C'est ainsi qu'elle acquiert aux sociétés de transport en commun plus d'importance encore, car elle est surtout effectuée à titre de contrôle et permet de mieux déterminer la responsabilité que l'agent a encourue, notamment quand l'intéressé intervient dans un service où la sécurité du trafic entre en jeu. (*Bruxelles Médical*, 13 septembre 1936). G. F.

Un exemple qui vient de Belgique

Une *nouvelle* (ce n'est donc pas la première !) série de vingt-cinq communes ont adopté le carnet sanitaire.

« Nous insistons pour que les dirigeants locaux et aussi tous les confrères fédérés appuient auprès de leur conseil communal la proposition qui a été faite par la Fédération médicale belge. Une circulaire a été adressée à MM. les Bourgmestres et secrétaires communaux pour demander que soit portée à l'ordre du jour la question de l'adoption du carnet sanitaire par les services médicaux officiels et aussi ceux des œuvres subventionnées (assistance publique inspection scolaire, œuvres de l'enfance, consultations, etc.).

C'est un devoir primordial pour tout médecin conscient de ses responsabilités et soucieux de ne pas voir créer des services parasitaires de collaborer à la diffusion de la médecine préventive basée sur le médecin de famille, telle qu'elle est réalisée grâce au carnet sanitaire ». (*Bulletin Officiel de la Fédération belge*, nº 1936.)

G. L.

Le déclin du pain

Si la paix et la liberté, articles de programmes et denrées fragiles, sont bien menacées à l'époque où nous sommes, il n'en va pas mieux pour le pain. Bien au contraire ! L'humanité s'en dégoûte de plus en plus et il est à prévoir que dans peu de temps elle ne voudra plus en entendre parler.

Il est, en effet, symptomatique que la consommation de blé fléchisse de façon constante à travers le monde. Et voici les chiffres éloquents publiés par le « Food Research Institute » de l'Université de Stanford (Californie). :

Ce sont, en millions de tonnes, les chiffres statistiques de consommation pour les cinq dernières campagnes (Russie et Chine non comprises) :

1930-1931	101,16
1931-1932	101,9
1932-1933	98,5
1933-1934	97,8
1934-1935	97,2

(*Du blé au pain*, janvier-février 1936.)

G. L.

CE QUE NOUS AVONS GAGNÉ A LA DÉCOUVERTE DE L'AMÉRIQUE

Lorsqu'après la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb, il y a quatre siècles et demi, les aventuriers espagnols en firent la conquête, leur principal souci fut de s'emparer de l'or et de l'argent, ne se souciant des antiques civilisations des Aztèques du Mexique et des Incas du Pérou que pour les détruire. Aussi l'œuvre de F. Cortez et de Pizarre fut plutôt malfaisante, car ils auraient pu retirer des Amériques bien d'autres richesses. Néanmoins de nombreux prospecteurs, surtout des naturalistes de toutes les nations de l'Europe civilisée, furent explorer l'Amérique. Citons parmi les Français les plus connus le Père André Thivet, cordelier, qui au XVIe siècle accompagna le chevalier de Villegagnon dans la baie de Rio--de-Janeiro au Brésil et nous donna une relation de ses richesses; puis le Père Plumier, minime, envoyé avec Surian à Saint-Domingue par Fagon, l'archiâtre de Louis XIV, surintendant du Jardin du Roi, et qui contribua à en enrichir les collections ; Jacques Cormiti, de Paris, qui en 1635, explora le Canada ; Richard, Feuillée, Frezier qui étudièrent les Antilles et la Guyane ; la Condamine qui accompagnant la mission envoyée au Pérou en 1735 pour déterminer la figure de la terre, rapporta le caoutchouc et le quinquina du Brésil ; Joseph de Jussieu qui vécut quarante-huit ans dans l'Amérique du Sud, en étudia la flore et envoya à son frère Antoine-Laurent de Jussieu au Jardin du Roi un des arbustes qui produit la coca ; ajoutons à ces savants, Philibert Commerson qui accompagna Bougainville, son cousin J. Dombey, Fusée, Aublet, Bonpland, Boussingault et cent autres, sans parler des contemporains. Ce furent ces naturalistes et non les conquistadores, aventuriers avides et cruels, qui dotèrent l'Europe et l'Ancien Continent des vraies richesses de l'Amérique.

Dans une intéressante conférence faite au Muséum national d'histoire naturelle, le Professeur Auguste Chevalier, directeur du Laboratoire d'agronomie coloniale, a énuméré *ce que l'Amérique a donné à l'ancien monde* (1).

D'abord nous avons les plantes cultivées d'origine américaine. Et en premier lieu le *tabac* dont Fernand Cortez introduisit la culture en Espagne et en Portugal dès 1519, que le moine André Thivet vit fumer par les Topinambous sous le nom de Petun et que Jean Nicot, ambassadeur de François II en Espagne, introduisit en France en 1560. Un siècle plus tard son usage y était courant puisque Molière fait faire l'éloge du tabac par Sganarelle dans *Don Juan* (1665). Le tabac a depuis envahi le monde entier.

Après le tabac, il y a la *Pomme de terre*, cultivée au Pérou et au Chili, introduite en Espagne au début du XVIIe siècle, dans les Iles Britanniques vers 1650. Déjà Olivier de Serres, en 1602, sous le nom de cartouffle ou truffe, faisait pousser la pomme de terre dans sa propriété du Pradel en Vivarais. Parmentier ne joua qu'un rôle de deuxième plan et assez fâcheux dans la vulgarisation de la pomme de terre, il voulut en faire du pain et échoua, car, dépourvue de gluten, sa farine n'est pas panifiable.

Le *Maïs* nous vient d'Amérique où il était cultivé à l'époque précolombienne. Les *haricots* étaient inconnus en Europe avant Chr. Colomb. Les Caraïbes les cultivaient et ce fut le pape Clément VII qui, lors du mariage de sa nièce Catherine de Médicis, les introduisit d'Italie en France (1528).

Le tournesol vient de Californie, la grosse citrouille d'Amérique du Sud, la courge du Mexique.

Il en est de même des tomates, des piments, des poivrons, du manioc, des patates, de l'arrow-root, même de l'arachide qui fait actuellement la fortune de notre Afrique occidentale.

Comme fruits comestibles, nous devons à l'Amérique les grosses fraises cultivées. Il n'y avait autrefois en Europe que la fraise des bois. La figue de Barbarie malgré son nom, est originaire du Mexique. Nombreux sont les fruits qui sont importés d'Amérique ; citons parmi les meilleurs, les ananas, les fruits du papayer, du goyavier, de l'avocatier, etc.

Nous devons à l'Amérique les plantes de grande culture acclimatées dans nos colonies. Et tout d'abord l'Hevea brasiliensis, dont les Indiens extrayaient la gomme qu'ils appelaient *caoutchouc*. La Condamine conte qu'ils en faisaient des balles et des seringues. Cette plante sélectionnée a été transplantée en Malaisie et en Indochine où elle donne lieu à des cultures importantes.

Le *cacaoyer* était de tous temps cultivé par les Aztèques du Mexique. On considérait son origine comme divine, aussi lui donna-t-on le nom de theobroma. Les Aztèques l'assaisonnaient de piment, de vanille, l'additionnaient de bouillie de maïs et appelaient ce mélange en leur langue *chocolatl*. Les graines de cacao servaient de monnaie et c'est avec elles qu'on payait certains tributs à Montézuma. La Condamine, en 1750, trouva des cacaoyers sauvages sur les bords de l'Orénoque. Introduit en 1664 à la Martinique par le Portugais da Costa, il a été acclimaté en

(1) Publiée dans la *Revue de Botanique appliquée et d'agriculture tropicale*, vol. XVI, 1936.

Afrique tropicale qui en est devenue la grande productrice.

La *vanille* est encore une liane-orchidée chère aux Aztèques qui en composaient des philtres stimulants comme le chocolat et des cosmétiques pour les femmes. On l'exporta en Europe dès 1511 ; on la cultiva à la Martinique, à la Guyane, actuellement elle provient surtout de Madagascar, de la Réunion, de Tahiti où elle a été transplantée. Citons encore comme plantes stimulantes le *maté* qui remplace le thé dans l'Amérique australe et le *guarana,* liane des rives de l'Amazone qui commence à être importée en Europe.

Les *plantes médicinales* proprement dites tiennent une place importante dans les provenances américaines.

Au premier rang viennent les *arbres à quinquina.* Les Indiens utilisaient depuis toujours une infusion fébrifuge qui, dans l'ancienne langue péruvienne, s'appelait *quina.* On prétend qu'ils avaient découvert ses propriétés fébrifuges en voyant les jaguars, sujets à la fièvre, en manger. Vers 1600, un jésuite obtint la recette du quinquina d'un Cacique, et la comtesse Anna de Cinchona, femme du vice-roi du Pérou, fut guérie de fièvre palustre au moyen du quinquina par le corregidor de Lonas d'où le nom de *Cinchona* donné à certains arbres à quinquina. En 1639, le quinquina est importé en Espagne, en Italie, en Belgique, en Angleterre. L'Anglais Talbot guérit en 1678 le Dauphin de France avec de la poudre de quinquina et Fagon administra avec succès du vin de quinquina à Louis XIV. Plumier (1704), La Condamine (1777) découvrirent l'arbre. Weddel, assistant au Muséum, en apporte des graines en France. Il est acclimaté à Java. En 1739, Joseph de Jussieu extrait un sel complexe de la poudre de quinquina mais ce ne fut qu'en 1822 que Pelletier et Caventou isolèrent la quinine.

Les Incas du Pérou et les Indiens de la Cordillière des Andes faisaient une grande consommation de *coca* à l'époque précolombienne. Joseph de Jussieu en envoya en 1750 un échantillon à son frère Antoine Laurent de Jussieu et ce fut Lamark qui baptisa la plante Erythroxylon coca.

L'*ipécacuanha* dont le nom en Guarani signifie racine rayée, fut apporté à Paris, en 1672 par le médecin Legras. Louis XIV acheta mille louis à Helvétius le secret des propriétés médicales de cette plante et Daquin guérit avec elle la dysenterie du Dauphin. Elle devint d'un usage courant. Nous ne pouvons enumérer toutes les plantes médicinales d'origine américaine. Citons le jaborandi, le podophyllum, le ratanhia, la quassia, les baumes de tolu, du Pérou, copahu, la cascarille, le jalap, la salsepareille, la fève de Tonka, la casse du Brésil, le boldo, la lobélie, etc., etc.

Parmi les poisons violents, signalons le *curare,* extrait de strychnos des bords de l'Orénoque et de l'Amazone, dont se servent les Indiens pour empoisonner leurs flèches, le légendaire mancenillier, maintes solanées vireuses, le peytol, extrait d'une cactée mexicaine, employé en lavement pour calmer les douleurs, le chenopodium et la spigehia, puissants antihelminthiques.

L'Amérique fournit des plantes textiles : le coton, le kapok, le hamac ; des bois précieux comme l'acajou et le bois des îles : des bois tinctoriaux comme le campêche du Yucatan et le rocou ; des plantes d'ornement : dahlia, fuchsia, pétunia, canna, volubilis, héliotropes, etc., etc.

Nous voyons que l'Amérique a donné à l'ancien monde des richesses considérables qui ont accru le bien-être de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie, ont empêché bien des famines ; la culture de nombreuses plantes après leur acclimatation a fait la fortune de nombreuses régions dans l'ancien continent. Avec M. le Professeur Aug. Chevalier nous pouvons regretter que les conquérants espagnols aient détruit les antiques civilisations du Mexique et du Pérou où, à l'époque précolombienne, l'agriculture était en honneur et très florissante, pour asservir les populations indiennes et les ramener à la barbarie ; ils ont reculé de plusieurs siècles la mise en valeur des richesses américaines. C'est une leçon que les colonisateurs de notre époque ne doivent pas oublier. Aristote au livre VI de sa *Politique* a écrit : « Il est toujours possible d'établir une démocratie paisible là où le peuple vit de la culture. » Il est fâcheux que les Espagnols qui continuèrent l'œuvre de Christophe Colomb ne se soient pas inspirés de ce conseil.

J. Noir.

SOUVENIRS

Le trou de graissage

Il est intéressant de rassembler ses souvenirs ; on y retrouve des faits amusants, qu'il peut même être utile de relater, vu qu'ils peuvent rendre service à l'occasion ; tel le suivant : je viens ainsi de me remémorer comment moi, bricoleur entre les bricoleurs, je me vis rendre des points par un de mes malades qui se révéla plus bricoleur encore.

Je dois dire que c'était un mécanicien, mais c'était même un ingénieux mécanicien, comme on va le voir :

Cet homme dont je connaissais depuis longtemps la grande adresse, eut un jour la malchance, alors qu'il portait une pièce pesante, de se prendre le pied entre deux rails, dans son usine.

Il tomba mal et se fractura la jambe.

Une gouttière plâtrée nous donna une consolidation en excellente position, et sans raccourcissement. Le résultat fonctionnel eût donc dû être très bon.

Mais hélas ! le sujet n'était plus très jeune, il était fatigué, la calcification du cal fut longue à obtenir, il fallut prolonger quelque peu l'immobilisation.

Il en résulta forcément que, lorsqu'il voulut se remettre à marcher, ce fut son genou qui le retint surtout. La tibio-tarsienne était bien un peu raide, mais le genou l'était plus encore.

Je me vis alors dans l'obligation de faire la leçon à mon client et de lui expliquer que la contre-partie devait consister en une mobilisation prudente, mais progressive.

Il fit son possible, encouragé et aidé par moi, mais c'était dur, les progrès étaient lents.

Mon homme qui me connaissait bien, ce qui lui permettait une certaine familiarité, me dit un jour après une séance de travail qui l'avait un peu déçu : « C'est que voilà, Docteur, vous parlez bien, vous cherchez à m'encourager, vous me dites de faire marcher ma jointure, mais... vous ne me dites pas où est le trou de graissage ».

Un peu pris de court, je l'avoue, je me ressaisis bientôt, et lui posant le doigt sur le front, je lui répondis : « Eh bien, mon vieux, c'est là qu'il est ».

Ah, bon ! Docteur, j'ai compris, me répondit-il après un temps de réflexion.

Vous avez déjà senti que c'était un homme de volonté, et je vous ai dit qu'il était ingénieux : pour lui une bonne jambe valait mieux qu'une pension de l'assurance.

Il s'escrima donc de son mieux, pendant quelques jours encore mais décidément, ce n'était pas ça !

Mais un jour en arrivant, je le trouvai triomphant : « j'ai trouvé, Docteur, me dit-il bien vite, et c'était vous qui aviez raison. »

Or, voici ce qu'il avait trouvé : c'était aussi simple que la pomme de Newton ; il avait remarqué que la raideur de son genou *le gênait surtout pour s'asseoir.*

Alors... ? Eh bien, il empila sur sa chaise des planchettes jusqu'à la rendre assez haute pour sa possibilité de flexion.

Et puis, il enleva peu à peu ces planchettes, s'efforçant ainsi de s'asseoir de plus en plus bas.

C'était bien simple, pensez-vous ; encore fallait-il y penser. Le plus important en l'occurrence fut que le résultat fut parfait et dans un délai très court. Il ne lui fallut que très peu de temps pour être parvenu à la dernière planchette, après quoi il reprit le même système avec une chaise basse. Bref, il travailla si bien qu'il ne coûta que le minimum possible à l'Assurance. Il avait réussi à récupérer complètement la mobilité de son genou.

Il l'avait bien trouvé, le trou de graissage !

P. S. — En forme de « moralité » :

Je vous disais que j'étais bricoleur, aussi ai-je pensé que la méthode progressive réinventée par mon bonhomme, pouvait recevoir d'autres applications, et j'ai tout de suite pensé à l'appliquer à l'étude de la natation.

Le plus difficile à apprendre pour nager, ce ne sont pas les mouvements, c'est la sensation de flottaison : arrivons-y donc peu à peu me dis-je. Alors, c'est bien simple, mettons le candidat à l'eau, en le munissant d'une ceinture de liège (tout le monde a vu les gosses de nos ports, barbotant avec ces lièges enfilés sur une ficelle). Or, il n'est pas besoin d'un grand nombre de ces lièges : vingt ou vingt-cinq suffisent largement.

Muni d'une telle ceinture le novice peut barboter en toute sécurité (à la condition évidemment, que la ficelle soit bien nouée). Il arrive très vite à nager assez convenablement, c'est alors qu'il convient d'employer la méthode de mon malade.

Qu'on enlève un liège, (à l'insu du nageur, de préférence), il ne s'en aperçoit pas et barbote comme la veille. Et alors, on continue, peu à peu on diminue le nombre des lièges. Au bout de quelques jours, on peut vendre la mèche.

Il faut ainsi très peu de jours pour qu'on puisse mettre l'élève à l'eau sans ceinture, et tout fier ... il nage.

Drôle de résultat du traitement d'une fracture de jambe, allez-vous dire, peut-être ?

Docteur Eug. Damey.

A PROPOS DES MASQUES A GAZ

L'article que le *Concours Médical* a bien voulu insérer le 20 janvier 1935 au sujet des masques à gaz a été si bien compris du Corps médical et m'a procuré tellement de lettres que je pense intéresser les praticiens en les amusant un peu en même temps.

Dame, par ces temps troublés, une facétie d'allure scientifique, si elle est bien rendue, vaut toute une pièce de thâtre que notre budget nous refuse trop souvent.

Vous connaissez la vieille lutte qui sévit toujours entre le masque isolant — tel que celui que j'ai créé et qui garantit en toutes circonstances — contre tous les gaz, contre toutes les atmosphères toxiques, quelle que soit la concentration des gaz, — et les masques filtrants à défaut trop évidents je le sais, aux yeux des cliniciens avertis,

— inutilisables si la teneur dépasse 10 %.

— inutilisables si même la teneur ne dépasse pas 1 gr. 20, mais si le porteur veut hasarder une marche de quelques mètres.

— inutilisables si le masque, non surveillé, ne fonctionne pas, s'il colmate, s'il s'agit de gaz nouveaux imprévus.

La première zwanze, diraient nos amis belges, (et ici, je salue le Pofesseur Dautrebande, de la Faculté de Liége, qui m'a donné des précisions si alarmantes au sujet des masques à gaz), la première zwanze, dis-je, consiste à nier les nouveaux gaz.

Le problème est résolu. Il n'y a pas de nouveaux gaz. Voulez-vous lire, sous la signature de Chaplin, dans le *Journal des Mutilés et Combattants*, la rubrique : « A propos de l'usine d'explosifs de Reinsdorff ».

Et l'oxychlorure de phosphore ? et le vulgaire oxyde de carbone, qui ne nous laissera pas faire ouf, si ce n'est dans le dernier sanglot d'agonie. Et *tutti quanti* !

Mais ceci nous conduit à la deuxième zwanze, bien plus jolie, bien plus forte que la première.

Ce n'est pas difficile. Quand un gaz nouveau apparaît, que quelques milliers d'hommes, de femmes et d'enfants en sont morts, on l'identifie, puis on cherche l'antidote. Voyez comme c'est simple.

Bien mieux, on introduit cet antidote dans une capsule et on joint.

Vous avez donc la nouvelle formule. Capsules contre phosgène et ypérite, plus capsules avec feutre contre arsines, plus capsules contre oxyde de carbone et hopcalite, plus capsules contre le nouveau gaz.

Les marchands de filtrants ne nous disent, ni le poids, ni la longueur, ni le ridicule de ces superpositions de capsules. Mais, tout de même, on s'est aperçu, et ça n'a pas dû être long, que l'on ne pouvait plus respirer. Il eût fallu le soufflet de Vulcain pour tenir. Et encore ?

Alors ! Et voici, c'est très simple.

On l'applique maintenant, le soufflet de Vulcain, et c'est de la meilleure foi du monde qu'un médecin colonel, réputé connaître les gaz, propose un dispositif automatique, pour lequel je lui laisse la parole :

« L'automaticité du système est produite par « un mécanisme très simple d'horlogerie. L'appa- « reil se porte sur le dos et au prix d'un supplé- « ment de poids relativement faible (6 à 7 « kilos), il résout de façon ingénieuse le problème « de la dépression. Avec son emploi, il semble bien, « si les essais sont concluants, que non seulement « la boîte filtrante polyvalente devient possible, « mais aussi le port de l'appareil respiratoire du « type filtrant pour les sujets dont les appareils « circulatoires ou respiratoires sont déficients. »

D'une part, isolant de trois kilos, résistant à tout, ne nécessitant aucune étude préalable, agréable, souple, d'un prix de quelques centaines de francs à peine.

C'est l'œuvre d'un médecin, non pas d'un marchand de masques.

J'ai renoncé à demander l'homologation.

D'autre part, un masque de quelques kilos plus quelques kilos pour la pompe à air, un mécanisme d'horlogerie — prix dans les mille francs. Une paille, quoi !

Et je vous prie de croire, confrères, qu'il sera homologué si la firme qui l'a construit sait y faire.

Les zwanzes sont-elles bonnes ?

Dr GUILLEMIN.

NOS RÉUNIONS MÉDICALES

(5 octobre 1936)

Le Congrès français de Chirurgie

C'est lundi dernier, à deux heures, que s'est ouvert, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le XLV^e^ Congrès français de chirurgie.

Nous avons vu avec regret que les grèves hôtelières et les troubles de l'heure présente avaient fait les visiteurs moins nombreux. Pour la première fois, depuis que j'assiste à ces séances inaugurales, c'est-à-dire depuis près de trente ans, on pouvait encore trouver de la place dans l'amphithéâtre, pendant le discours présidentiel. Beaucoup de nos amis de l'étranger, visiteurs fidèles n'étaient point là et je me demande si les très nombreuses réunions tenues à l'étranger, en cette fin septembre, ne sont point aussi pour quelque chose dans la raréfaction sensible de nos visiteurs.

***

C'est au médecin général inspecteur Rouvillois que revenait l'honneur de présider ces assises de la chirurgie. Tous les médecins connaissent cette belle figure de la médecine militaire, cet ami fidèle du médecin de réserve qui a tout fait pour rendre plus étroits les rapports du Corps de santé militaire et des médecins civils; et ce fut une grande joie pour tous les chirurgiens français, que de voir consacrer une belle carrière, par une présidence aussi enviée.

Une grande ombre planait sur la séance inaugurale, celle de celui qui aurait dû la présider, réellement. La maladie l'a éloigné de nos assemblées, au moment même où, après des années de travail continuel, de luttes incessantes au service de la chirurgie qu'il a tant aimée, il allait enfin recevoir une consécration trop longtemps refusée.

La grande renommée de Victor-Pauchet aurait dû, depuis bien des années, l'élever à la présidence du Congrès ; pourquoi a-t-il fallu que par un hasard stupide, un accident de la rue soit venu briser la coque fragile d'un aussi admirable cerveau, alors qu'il venait de réaliser ce beau rêve. Tous ses amis ont senti en ce jour, plus profondément encore, combien son absence laisse un vide dans notre assemblée de chirurgiens, et tous nous formons des vœux pour le voir revenir un jour.

Aux côtés du président Rouvillois se tenait le général Gamelin, chef d'état-major général de l'Armée, le Professeur Hartmann, le directeur général de l'enseignement M. Cavalié, le vice-recteur Charléty, le doyen Roussy, le Professeur Grégoire, secrétaire général de l'Association française de chirurgie.

Le discours présidentiel d'une haute tenue, après avoir, dans son exode, remercié le chef des armées françaises d'accepter la présidence d'honneur d'une réunion de chirurgiens, adresse un amical hommage et des vœux de guérison à Victor-Pauchet auquel la chirurgie doit tant, puis il évoque les disparus, et parmi eux Mignon, l'ancien directeur du Val-de-Grâce et Charles WALTHER, dont le souvenir restera longtemps associé à celui de tous les Congrès qui se sont tenus depuis la guerre.

Après ces hommages rendus, le médecin général inspecteur Rouvillois entre dans le vif de son sujet, et, sans s'attarder à nous tracer les portraits des grands médecins militaires d'autrefois, il envisage ce qu'est dans le présent, ce que sera dans l'avenir, la médecine aux armées, en cas de guerre.

Les erreurs du passé ont été profitables, et sur la route du progrès, elles ont constitué d'importants jalons, elles doivent nous faire souvenir de l'inutilité de ces directives, et de ces conseils qui, du fait même des événements, deviennent inutiles et mal adaptés aux circonstances de combat.

La chirurgie d'armée doit se plier à deux nécessités:

Celle de la technique chirurgicale ;

Celle de l'art militaire,

Au point de vue technique, la chirurgie d'armée doit grouper les compétences, et faire en sorte qu'une collaboration s'établisse entre tous ceux qui sont appelés à soigner les blessés.

La guerre doit être considérée, selon le mot de Pirogoff, comme une épidémie de traumatismes, et c'est contre elle qu'il faut s'armer.

Il est probable qu'entre la guerre de demain et celle d'hier, il n'y aura que peu d'analogies,

Ce qui caractérisera la conflagration redoutable, ce sera la surprise, les mouvements rapides des troupes rendant les concentrations difficiles et portant la guerre sur tout le territoire, où tous les non-combattants seront très menacés.

Ces dangers rendront vulnérables toutes les organisations sanitaires, et on sera vraisemblablement obligé d'en arriver à la création de véritables villes sanitaires neutralisées, où malades et blessés seront tranquilles.

Tous ces éléments rendront la physionomie de la guerre future bien différente de celle que tant de nous ont vécue.

Ce qui ne sera pas changé, ce seront les faits scientifiquement établis sur le microbisme des plaies, et il est certain que, demain comme hier, s'imposera l'épluchage de la plaie. Pour ce qui est de la fermeture

il faudra rejeter la fermeture immédiate, trop pleine d'aléas, et préférer les sutures retardées, surtout en période d'offensive.

Les grosses complications restent les infections redoutables, que sont le tétanos et la gangrène gazeuse. Contre ces infections, l'exérèse est insuffisante, il faut recourir aux vaccins et aux sérums.

La vaccination antitétanique vient d'être rendue obigatoire dans l'armée, et on constate une fois de plus que, si le Service de santé est le dernier à expérimenter sur les individus, il reste le premier à généraliser les méthodes.

La grosse question de la transfusion sanguine forme avec l'étude des anesthésiques chez les polyblessés gazés, un gros souci pour le chirurgien d'armée.

Tels sont, du point de vue technique, quelques-uns des points que le président met en évidence.

En ce qui concerne les adaptations aux nécessités militaires, le but actuel est de rendre les formations sanitaires plus légères, plus mobiles et surtout interchangeables ; on en arrive à répudier les organisations de la fin de la guerre, pour revenir aux conceptions d'avant-guerre. Ainsi l'avenir rejoint le passé et, avec l'expérience en plus, on conseille de faire le maximum d'évacuation, et le minimum de traitement. Ces évacuations disposeront d'un matériel moderne convenablement adapté, utilisant les automotrices les avions, les automobiles et reportant rapidement, à l'arrière tous ceux qui peuvent y être traités.

Et dans une péroraison de sentiments très élevés, le médecin général inspecteur Rouvillois nous montre le rôle du médecin de réserve, qui doit continuer à travailler, à s'instruire pour aider à sauver le pays, en conservant au pays ses défenseurs.

Après ce discours très applaudi, le Professeur Grégoire, en faisant le compte rendu annuel, nous annonce qu'il quitte le secrétariat général ; il en profite pour nous donner les conseils que huit années de secrétariat lui ont permis de mûrir, et ceci pour augmenter encore l'intérêt des discussions des Congrès futurs.

En quelques mots, le général Gamelin montre tout ce que la guerre et la chirurgie ont de commun, les qualités d'esprit qu'elles nécessitent l'une et l'autre. Mais, si les efforts de l'art militaire ne trouvent point toujours à se réaliser, ceux de la chirurgie ont leur réalisation immédiate : l'amélioration de la santé humaine.

Des applaudissements nourris saluent les derniers mots du général en chef et le 45e Congrès de Chirurgie est déclaré ouvert.

Dr Raphaël MASSART.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Instruction pour l'application du décret du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien (2e modificatif)

Paris, le 1er avril 1936.

A la fin du deuxième alinéa de cette instruction supprimer les mots : « ou ayant servi pendant la guerre ». Puis :

TITRE Ier — CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN SOUS-LIEUTENANT

A. — *Nature et durée des épreuves.*

Remplacer le texte actuel de cette rubrique par le suivant :

« 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale. — Il est accordé trois heures pour cette composition qui doit être faite sans l'aide de livres ou de notes, et sous la surveillance constante d'un membre titulaire du jury ou du membre suppléant :

« 2° Examen clinique de deux malades atteints l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale.— Le candidat disposera de vingt minutes pour l'examen de chaque malade, de dix minutes de réflexion et de dix minutes pour exposer devant le jury le résultat de chaque observation clinique et les conclusions pratiques à en tirer ;

« 3° Interrogation sur une question de chirurgie d'urgence. — La durée de cette épreuve est de quinze minutes. Il est accordé au candidat quinze minutes de réflexion avant de commencer son exposé ;

« 4° Interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène prophylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies infectieuses et des maladies sociales. La durée de cette épreuve est de quinze minutes après quinze minutes de réflexion ;

« 5° Examen par le jury du dossier militaire ».

La rubrique « B. — Dispositions spéciales » ne reçoit aucune modification.

TITRE II — CONCOURS POUR L'EMPLOI DE PHARMACIEN SOUS-LIEUTENANT

Nature et durée des épreuves.

. . . .

Ajouter, *in fine*, une 5e épreuve :

« 5° Examen par le jury du dossier militaire ».

TITRE III — DISPOSITIONS COMMUNES AU CONCOURS DE LA SECTION DE MÉDECINE ET DE LA SECTION DE PHARMACIE

. . . .

i) *Majoration de points.*

. . . .

Une majoration de 10 points est accordée :

1° (Sans changement) ; 2° (Sans changement) ; 3° A la dernière ligne de cet alinéa, remplacer les mots : « dans les établissements d'enseignement supérieur », par : « ces établissements d'enseignement supérieur » ; 4° (Sans changement) 5° (Sans changement) ;

Ajouter : « 6° Aux internes provisoires (externes en premier) des villes de faculté ».

. . . .

Supprimer le reste du par. *i*) depuis les mots : « Une majoration de points sera également attribuée aux candidats pour leur tenir compte, etc., jusqu'aux mots « pour le rang à donner dans le classement des candidats » inclusivement, ainsi que le renvoi (1) correspondant à ce texte ».

j) *Etablissement de la liste de classement.*

Supprimer les mots suivants à la fin de la première phrase : « d'ordre technique comptant pour l'admission » et la dernière phrase de ce paragraphe commençant par les mots : « Il ajoutera, s'il y a lieu, dans la col. « Observations », etc. ».

Le reste du titre III, aucune modification.

(*J. O.*, 21 IV 1936). Le G^{al} MAURIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de clinique gynécologique.** (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot.) — *Cours supérieur de gynécologie.* — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. Guillot, chef de clinique gynécologique ; M. M. Parat, chef du laboratoire ; M. R. Moricard, attaché médical ; MM. P. Lejeune, J. Longuet et Mlle Wolff, fera ce cours du mardi 3 novembre au samedi 28 novembre 1936, avec la collaboration de MM. Cl. Béclère et L. Bonnet, anciens chefs de clinique gynécologique ; Mallet, électro-radiologiste des hôpitaux ; Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux chirurgiens désirant être mis au courant de l'état actuel de la gynécologie médico-chirurgicale.

PROGRAMME. — a) Les matins ; à 9 h. 30 un exposé technique, autant que possible en rapport avec une opération du jour ; à 10 heures, opérations, consultations, examen des malades hospitalisées ; à 11 heures : Leçon clinique, hystéroscopies, biopsies intra-utérines, hystérotonométries, projections commentées, hystérosalpingographies, applications de radium, insufflations tubaires, etc.

b) Les après-midi, à 17 heures : Cours sur l'état actuel du diagnostic et de la thérapeutique des affections gynécologiques.

Droit d'inscription : 250 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Amédée BORREL, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Strasbourg ; du Docteur Frédéric BORDAS, professeur au Collège de France, membre du Conseil supérieur d'hygiène ; du Docteur MÉRIGOT DE TREIGNY, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Joseph.

— **XXIII^e Congrès d'hygiène.** (Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21 et 22 octobre 1936.) — Le XXIII^e Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et de Génie sanitaire, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique et de Mme Suzanne Lacore, sous-secrétaire d'Etat à la protection de l'Enfance ; il tiendra séances les lundi 19, mardi 20, et mercredi 21 octobre 1936 à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Professeur E. Leclainche.

PROGRAMME. — Lundi 19 octobre, 9 heures : Ouverture du Congrès. Allocutions de M. le Professeur E. Leclainche et de M. Henri Sellier.

Rapports et communications : I. *Epidémiologie : organisation dans le cadre national et dans le cadre international d'un service d'épidémiologie* : L'épidémiologie des maladies contagieuses de l'homme (Rapport de M. le Docteur X. LECLAINCHE) ; L'épidémiologie des maladies infectieuses des animaux (organisation d'un service national et d'un service international (Rapport par M. le Professeur PANISSET). — 14 heures,

Rapports, communications, conférences : M. le Docteur ICHOK : La statistique du service d'épidémiologie ; M. le Professeur PARISOT et M. le Docteur ROBERT-LÉVY : Comment a été organisé pratiquement dans le département de Meurthe-et-Moselle le service d'épidémiologie des brucelloses ; M. le Docteur ROBERT-LÉVY : Essai, dans le cadre du département de Meurthe-et-Moselle, de désinfection continue des locaux et de l'atmosphère des salles de classe. — 15 h. 30 : Conférence par M. le Docteur LAMY : Données actuelles sur la désinfection. — 16 h. 30 : Conférence de M. le Professeur LEVADITI : Les ultra-virus. — 17 h. 30 : Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (réunion privée).

Mardi 20 octobre, 9 heures : Rapports et communications.

II. *Les vaccinations associées* : 1. Les vaccinations associées en médecine humaine : *a*) Les vaccinations associées dans l'armée, par MM. les Professeurs DOPTER, SACQUÉPÉE et PILOD ; *b*) Vaccination associée contre les infections typhoïdiques et la diphtérie chez les adultes (1926-1936), par MM. les Docteurs LOISEAU et LAFFAILLE. — 2. Les vaccinations associées en médecine vétérinaire, par M. le Vétérinaire commandant M. DESCAZEAU. — M. le Prof. DEBRÉ et M. le Docteur Henri BONNET : Incidents au cours de la vaccination antityphoïdique. — M. le Prof. LISBONNE, de Montpellier : Traitement des porteurs de germes diphtériques par le sulfate d'oxyquinoléine. — M. le Docteur Robert CLÉMENT : Immunisations provoquées du personnel médical et infirmier des hôpitaux et dispensaires.

14 heures, rapports : III. *L'enseignement de l'hygiène en médecine vétérinaire* : 1. Enseignement de l'hygiène dans les Ecoles vétérinaires. (Rapport par M. le Prof. SIMONET). — 2. Services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la Santé publique. (Rapport par M. le Docteur vétérinaire FRISSON.) — Communications : MM. Paul DURAND, Paul GIROUD, Edouard LARRIVÉ et André MESTRALLET : Recherches expérimentales sur la maladie des porchers. — 16 heures : Conférence. M. le Prof. G. PENSO, de Rome : La méningo-typhus éruptif des porchers. — 17 heures : Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes(Réunion privée).

Mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météorologie médicale, filiale de la Société de médecine publique, tiendra séance sous la présidence de M. le Prof. MOURIQUAND. — 9 heures à 10 heures : Réunion de la Société, séance privée. — 10 heures : Séance publique.

Rapport : M. le Prof. VIÉS, de Strasbourg : Démonstration d'un appareil de mesure d'ionisation de l'atmosphère. Applications. — M. le Prof. MOURIQUAND et M. P. JOSSERAND : Diététique et météorologie climatique ; M. le Prof. MOURIQUAND et M. PERETTI : Action de la chaleur sur l'évolution de la dystrophie scorbutique expérimentale ; M. le Prof. MOURIQUAND, Mlle WEILL et M. CHARPENTIER : Agitation extrême dans une crèche coïncidant avec un important phénomène météorologique ; M. le Prof. MOURIQUAND et M. G. ROLLER : Action de l'U. V. sur la nutrition oculaire des animaux carencés (A. et C.) — 14 heures : Communications diverses : M. le Prof. HEIM DE BALSAC : L'hygiène publique a-t-elle à se préoccuper de la diffusion dans les campagnes de l'arsenal de toxiques, utilisé dans la lutte contre les ennemis des cultures ; M. le Docteur vétérinaire M. BELIN : Que penser de l'avant-projet de décret, concernant les coquillages ; M. le Docteur GRÉHANT : Premiers cas de brucellose humaine en Haute-Marne ; M. le Docteur BARBARY : Antigènes et cholestérine associés dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses. — 16 heures : Conférence par M. le Docteur HAZEMANN : Les centres de santé et de travail social. — 20 heures : Banquet par souscriptions (s'inscrire au secrétariat du Congrès).

Jeudi 22 octobre : Visites d'établissements susceptibles d'intéresser les congressistes

Secrétaire-général du Congrès : Docteur DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris.

— Le port des cheveux et de la barbe dans l'armée.— Une circulaire du 12 août 1936, du général commandant la place de Paris, rappelle qu'aux termes de l'art.25 du décret du 1er avril 1936 relatif à la discipline générale : « Les militaires doivent porter les cheveux courts, surtout par derrière, la moustache avec ou sans la mouche mais couvrant toute la lèvre supérieure, ou la barbe entière ; ils peuvent également être entièrement rasés ».

« Le port de la barbe » sous forme de favoris et autres fantaisies capillaires « sont interdits ».

Les raisons qui ont décidé ces prescriptions sont peut-être dans une certaine mesure d'ordre hygiénique. En tout cas, cette petite question de morphologie militaire peut intéresser, à des titres divers, les médecins. *De minimis curat medicus* !

— La durée de la vie des animaux. — Voici, d'après les études de deux naturalistes anglais, sir Chalmers Mitchell et Stanley Flower, quelques données sur la longévité des animaux.

L'âge extrême normal serait : pour les poissons 40 à 60 ans, pour l'éléphant 50, le rhinoceros 45, l'hippopotame 40, la baleine 40, le cheval 40, l'ours 35, le singe 35, le chat 30, la girafe 30, les petits oiseaux (rossignol, canari, etc.) 20 ans.

Les records de longévité des animaux seraient de 105 ans (certains perroquets), de 100 ans (tortues).

— L'infection charbonneuse dans diverses professions aux Etats-Unis. — Pendant la période quinquennale 1929-1934 on a signalé, aux Etats-Unis, 342 cas de charbon se classant ainsi par professions :

Travail des peaux	73	soit	32 %
Travail de la laine	67	»	30 %
Travaux agricoles	58	»	26 %
Travail de la fourrure et des poils	15	»	7 %
Fabrication des brosses	4	»	2 %
Travail du cuir	1	»	
Transport de produits animaux	5	»	2 %
Travaux de laboratoire	2	»	1 %

— Italie. — La criminalité accuse, en Italie, depuis plusieurs années, une baisse continuelle. Il y a eu, de 1932 à 1934 une diminution d'environ 80.000 délits et, de 1925 à 1934 une diminution dépassant 170.000.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

ceux-ci (qualifiés de « 100 à 120 médecins non-mandatés pour cela », ce qui est assez risible), nous ont donné leur approbation.

C'est uniquement sur cette prise en charge que se fait actuellement la consultation des Assemblées générales des Syndicats, et nous savons que ceux d'entre eux qui se sont déjà prononcés, l'ont fait en grande majorité en donnant leur assentiment à leur président et à nous-mêmes.

Au surplus, il n'est qu'à lire notre circulaire 77, du 20 juillet 1930, reproduite dans le *Médecin de France* du mois d'août, pour voir selon quelles modalités nous entendons intégrer les Centres de santé ou de diagnostic éventuels dans le cadre de la médecine libre, non seulement sans préjudice pour les praticiens, mais au bénéfice de tous.

Mandatés par les Syndicats médicaux français, nous prétendons soutenir leurs intérêts mieux que n'importe quel « Groupement de défense » qui ne tient son pouvoir que de lui-même ; mais nous prétendons aussi traduire toujours la volonté du Corps médical français en nous efforçant de guider l'exercice de la médecine dans de nouvelles voies, lorsque paraît l'exiger l'intérêt général que le médecin de France s'enorgueillit de vouloir servir.

(*Communiqué* de la Confédération des Syndicats médicaux français).

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

7.623. — Le Tarif des accidents du travail ne peut être invoqué par la victime de l'accident

1° Le Tarif des accidents du travail, visant les honoraires du médecin et le prix des fournitures pharmaceutiques est-il dans l'esprit de la loi, limitatif de la somme à laquelle peut prétendre le praticien ou le pharmacien, ou bien, s'agit-il seulement de la somme dont est responsable le patron à l'égard de son employé blessé ?

2° Dans ce dernier cas, comme conséquence, le médecin peut-il considérer le blessé comme un malade ordinaire et lui appliquer le tarif qu'il applique habituellement en clientèle courante, c'est-à-dire le tarif syndical minimum, quitte à lui établir, pour qu'il puisse se faire rembourser de son patron, les différentes pièces prévues par la loi sur les accidents du travail (certificat initial, final, etc.), ainsi qu'une note d'honoraires détaillés établie en accord avec les tarifs qu'elle a prescrits ?

b) Même question en ce qui a trait aux médicaments et spécialités pharmaceutiques.

Dr G.

Réponse

Le tarif ministériel des accidents du travail, établi en application de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 n'est nullement limitatif des droits du médecin. Il a seulement pour but et pour fonctions de déterminer quelle est l'étendue des obligations du chef d'entreprise à l'égard de la victime d'un accident du travail en ce qui concerne les frais médicaux ou pharmaeutiques nécessités par l'état de ce dernier. Il n'est donc opposable au médecin que lorsque ce dernier présente sa note au chef d'entreprise ou à son Assurance substituée, à condition encore que ce dernier ne se soit pas adressé à lui dans les termes du droit commun et n'ait pas pris d'engagement personnel à son égard. Par contre, la victime elle-même ne saurait l'invoquer à l'égard de son médecin traitant qui possède, contre elle, pour la partie de ses honoraires excédant ce tarif, une action personnelle et mobilière de droit commun.

Ce point, qui résulte de l'esprit de la loi de 1898 a été reconnu par une jurisprudence maintenant bien acquise et ne saurait faire l'objet d'aucune contestation (voir notamment Cour de cassation, Chambre civile, 8 février 1932 ; *Dalloz Hebdomadaire*, 1932, page 202).

Il n'est donc pas douteux, dans ces conditions que le médecin traitant d'un accidenté du travail est fondé à traiter ce dernier comme un client ordinaire et à lui appliquer le tarif syndical minimum ou à s'entendre directement avec lui pour le chiffre de ses honoraires.

Il doit, bien entendu, dans ce cas, lui établir un reçu de ses honoraires afin de lui permettre de se faire rembourser par son patron la part qui lui incombe en vertu de la loi. Cette note doit être suffisamment détaillée pour que ce dernier puisse appliquer le tarif ministériel qui est établi à l'acte médical ; les mêmes principes sont d'ailleurs appliqués en matière pharmaceutique.

7.951. — Le glaucome n'est pas une maladie professionnelle garantie par la loi

Un patron, qui emploie un de ses employés pour le développement des clichés et le tirage des épreuves photographiques peut-il être rendu responsable, au titre de la loi de 1898, d'un glaucome chronique évoluant chez cet ouvrier. J'ajoute qu'aucun traumatisme n'a jamais pu être invoqué. L'intéressé a obtenu d'un confrère étranger un certificat spécifiant que les travaux auxquels il se livrait constituaient un facteur

d'aggravation de l'affection en cause. Le glaucome non-traumatique ne figurant pas parmi les maladies professionnelles, la Compagnie d'assurances se dérobe. Que pensez-vous de ce cas et croyez-vous que la loi de 1898 puisse jouer en pareil cas ? A la question qui m'était posée, j'ai répondu par la négative.

Dr P.

Réponse

La législation sur les risques professionnels ne s'applique en principe qu'aux « accidents » survenus aux temps et lieu du travail, mais non aux maladies professionnelles. Il n'en va autrement que pour les maladies figurant dans la liste bénéficiant par exception de la protection légale qui a été dressée par la loi du 25 octobre 1919 modifiée ou complétée par celle du 1er janvier 1931, ainsi que par les décrets du 12 décembre 1935 et du 12 juillet 1936.

Or, le glaucome chronique par suite de travaux de tirage d'épreuves photographiques ne figure pas dans cette liste limitative et ne constitue donc pas une maladie professionnelle protégée. Il s'ensuit que l'ouvrier qui en est atteint ne saurait demander à son patron le versement des indemnités légales que s'il peut établir que cette affection a le caractère d'un accident du travail et non pas d'une lésion à caractère morbide.

Or, d'après la jurisprudence, le critérium de l'accident du travail doit être recherché dans la définition suivante : est accident toute atteinte à l'intégrité du corps humain provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, est au contraire maladie toute lésion à caractère lent et progressif provenant d'une action ou d'une cause tenant à l'exercice régulier et continu de la profession.

En l'espèce, l'affection dont se plaint votre client ne paraît avoir à son origine aucune action de caractère brusque et soudain ; elle n'a donc pas d'origine accidentelle et constitue simplement une maladie non-protégée. Il s'ensuit que le chef d'entreprise ou son Assurance sont juridiquement fondés à refuser le versement des indemnités prévues par la loi de 1898 et que l'ouvrier qui en est victime doit demander à sa Caisse d'assurances sociales, le versement des prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie. Celle-ci ne saurait en effet lui être refusée puisque son mal n'est ni indemnisé ni susceptible de l'être en application de la législation sur les accidents du travail.

8.090. — Accident causé par piqûres d'insectes

Un ouvrier, employé par la S. A. C. I. T. A., pour la construction d'une digue, travaille par conséquent dans un endroit insalubre où il est exposé à de fré-

quentes piqûres par insectes venimeux (taons, araignées, etc.). Au cours de son travail, il est piqué par un de ces insectes. Il présente presque immédiatement un œdème de tout le membre supérieur droit, de caractère phlegmoneux, très douloureux, avec tachycardie, légère température. Son patron me l'adresse avec un bulletin de visite de son Assurance, J'ai donc établi les certificats et soigné ce blessé comme accidenté du travail.

Cet accident s'est produit le 28 août, le blessé a repris son travail le 8 septembre et le 12 septembre, la Compagnie m'avertit qu'elle ne peut l'admettre au bénéfice de la loi du 9 avril 1898.

1° Cette piqûre venimeuse au cours du travail peut-elle tomber sous le coup de la loi du 9 avril 1898 ?

2° Si oui, de quelle façon puis-je le signifier à la Compagnie et qui arbitrera le conflit ?

3° Que pensez-vous de la désinvolture de cette Compagnie d'assurances qui m'avertit alors que le blessé a repris son travail depuis quatre jours ?

Dr C.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence que la législation sur les accidents du travail n'est pas applicable en principe aux accidents causés par le jeu des forces naturelles telles que chaud, froid, foudre, vent, etc., car il ne s'agit là que de la réalisation d'un risque général et indépendant du travail. Les piqûres d'insectes venimeux sont généralement considérées comme rentrant dans la catégorie de ces forces naturelles qui ne sont pas couvertes par la loi sur les risques professionnels (voir notamment Tribunal civil de Bourges, 20 mars 1934).

Mais il en va tout autrement lorsque le travail lui-même ou les conditions dans lesquelles il est effectué dans l'entreprise sont de nature soit à provoquer le jeu de ces forces naturelles, soit à en aggraver les effets (Cour de Cassation, 27 mai 1935, *Gaz. du Pal.*, 4 octobre 1935). Dans une telle hypothèse, en effet, la réalisation du risque et la survenance de la lésion ne sauraient plus être considérées comme indépendantes du travail et l'accident est bien survenu par le fait et à l'occasion de ce travail. Il a été ainsi jugé que des vendangeurs récoltant dans une vigne reliée par des fils de fer, à proximité de grands arbres et qui ont été foudroyés au cours d'un orage, sont fondés à invoquer les dispositions de la loi à l'égard de leur employeur (Cour de Bordeaux, 8 juillet 1931, *Recueil des sommaires*, 1932, page 36). Il a été jugé de même qu'un ouvrier agricole atteint par la foudre alors qu'il conduisait un instrument aratoire en fer, peut être considéré comme victime d'un accident du travail (Cour de Poitiers, 16 octobre 1935, *Gaz. du Pal.*, 6 décembre 1935).

Il est d'autre part admis par la doctrine (voir Traité de Sachet sur les accidents du travail)

qu'un ouvrier atteint d'une piqûre d'insecte venimeux dans une entreprise coloniale qui, par les conditions mêmes de son travail, était exposé particulièrement à ce risque, est fondé à invoquer la protection légale à l'égard de son chef d'entreprise.

Puisque, en l'espèce, les conditions mêmes du travail de votre client, qui a lieu dans un endroit insalubre et particulièrement fourni en insectes venimeux de tous genres, sont, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation précitée « de nature à provoquer le jeu de ces forces naturelles et à en aggraver les effets », il y a lieu de décider à notre avis qu'il s'agit-là d'un accident du travail mettant en jeu la responsabilité du patron et celle de son Assurance substituée. Le refus opposé en l'espèce par la Compagnie d'assurances ne doit donc pas être considéré comme fondé et il y a lieu de conseiller à votre client de ne pas s'incliner devant lui.

Mais, conformément à la jurisprudence, il ne vous appartient pas de faire trancher la question de savoir s'il s'agit ou non d'un accident du travail. Ce droit n'appartient qu'à l'accidenté lui-même qui doit pour cela poursuivre son patron ou sa Compagnie d'assurances devant le Juge de paix du lieu de l'accident, en payement d'une indemnité journalière pendant la période d'incapacité temporaire. Lorsqu'il aura fait trancher ainsi la question de l'applicabilité de la loi du 9 avril 1898, vous pourrez alors actionner le chef d'entreprise en payement de vos honoraires, en vertu de l'action directe que vous donne l'article 4 de ladite loi.

8.001. — Accident du travail causé par un tiers

M. S..., mécanicien dans un garage était allé à N. chercher une voiture appartenant à un client du garage, sur l'ordre du garagiste. En traversant le bois, sa voiture a été violemment heurtée par une autre voiture. Lui-même a été blessé.

C'est un accident du travail puisque survenu pendant et à l'occasion de son travail. Mais le fait que l'accident est déclaré à la Compagnie d'assurances d'accident de travail supprime-t-il tout recours de l'accidenté contre l'automobiliste responsable de l'accident (ou contre sa Compagnie d'assurances) ? Le blessé peut-il cumuler les deux indemnités ?

D'autre part, pour le médecin, comment faut-il établir le tarif des visites (accident du travail ? accident de droit commun ? les deux ?)

D[r] H.

Réponse

En vertu de l'art. 7 de la loi du 9 avril 1898, lorsqu'un accident du travail a été causé par le fait d'un tiers, la victime de l'accident possède une option pour obtenir réparation du préjudice

par elle subi. Elle peut tout d'abord se placer purement et simplement sur le terrain du droit commun et poursuivre l'auteur responsable en paiement d'une indemnité égale au dommage qu'elle a subi, à condition d'établir sa responsabilité dans les termes des articles 1382 et suivants du Code civil.

Cette action est caractérisée par les deux points suivants : de permettre à la victime d'obtenir une réparation intégrale, mais elle exige la fourniture de la preuve et l'existence d'une faute, quelquefois délicate.

La victime peut, d'autre part, invoquer purement et simplement la législation sur les accidents du travail et demander à son chef d'entreprise ou à son Assurance substituée le versement des indemnités légales. Elle n'obtient ainsi qu'une indemnisation forfaitaire, conformément au principe de cette législation, mais elle a simplement à fournir la preuve de la matérialité de l'accident et de sa survenance aux temps et lieu du travail. Elle peut d'ailleurs, dans ce dernier cas, exercer contre l'auteur responsable de l'accident une action complémentaire en dommages-intérêts selon les règles du droit commun.

La conduite du médecin doit se modeler sur celle de son client. Si ce dernier agit en droit commun, le médecin se trouve en face d'un client ordinaire et doit établir sa note suivant le tarif normal et se faire payer par le malade avec la possibilité toutefois de faire opposition entre les mains de l'auteur responsable ou de son Assurance sur les indemnités revenant à l'intéressé, afin de se payer sur ces indemnités.

Si par contre, la victime de l'accident se base sur le tarif accidents du travail, le médecin peut agir directement contre le chef d'entreprise responsable en vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, et il doit naturellement en ce cas établir sa note suivant le tarif ministériel des accidents du travail. Bien entendu, dans ce cas, comme dans les autres, il conserve contre son client, une action en droit commun en paiement d'un complément d'honoraires par rapport au tarif normal et si ce client poursuit l'auteur responsable en paiement d'une indemnité complémentaire, il peut, comme dans le premier cas, faire opposition sur cette indemnité pour assurer le paiement intégral de sa note.

FISCALITÉ

8 249. — Déductions et calcul d'impôt

Voudriez-vous, s'il vous plaît, me renseigner sur un point qui a besoin de précisions.

L'avertissement que j'ai reçu pour l'impôt sur le revenu porte : impôt sur les bénéfices des professions libérales : 31.500 francs.

Or, dans cette somme, il y a 1.500 francs, produit de mon allocation de combattant et de la Légion d'honneur. Il me semble que ces 1.500 francs devraient être taxés au titre : impôt sur les traitements, pensions, etc...

J'ai réclamé auprès du Directeur des Contributions directes. Or, dans ma feuille d'imposition, je trouve :

Impôt sur les bénéfices agricoles, revenu imposable, 500 francs ; impôt, 60 francs. Ces Messieurs imposent sur un revenu net de 60.900 francs, à déduire 5.000 francs.

Je vous envoie d'ailleurs, toutes les paperasses.

Dr X.

Réponse

Le Directeur des Contributions directes à raison de compter dans vos bénéfices non-commerciaux le produit de votre pension de la Légion d'honneur, en vertu de l'article 101 du Code général des impôts directs, étant donné que vos bénéfices non-commerciaux sont de 30.000 francs et que le chiffre de votre pension est inférieur à ce dernier.

Mais il a tort d'imposer votre allocation de combattant qui est déductible en vertu de la loi du 17 juin 1936 rétablissant le texte de l'article 61 du Code général des impôts directs.

Ecrivez-lui ou bien allez vous-même lui présenter votre réclamation en vous appuyant sur la loi citée plus haut.

Votre avertissement est parfaitement calculé pour les bénéfices agricoles : 500 francs à 12 % = 60 francs ; ainsi que pour l'impôt général sur le revenu : 60.900 — 5.000 (exonération contribuable marié) = 55.900.

$$\frac{55.900 \times 4,80}{100} - 1.440 = 1.243$$

majoration de 20 % (pour contribuable marié sans enfant) :

$$\frac{1.243 \times 20}{100} = 249 \text{ francs.}$$

A. Martinot,
Conseil fiscal.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.274. — Délai de révision d'une pension

Un de mes clients a été pensionné en 1922 pour abcès froid du bras gauche. Cet abcès s'est guéri à ce moment.

Jusqu'en 1935, aucune aggravation n'a été constatée, et à ce moment, a débuté une atrophie des muscles de l'épaule et du bras. Devant ces signes, j'ai conseillé à mon client de demander une révision du taux de l'incapacité. Cette révision vient de lui être refusée par décision du médecin chef du Centre de réforme avec le motif suivant : « Refus au titre du décret du 30 octobre 1935, la demande ayant été adressée après expiration des délais légaux (30 juin 1936) ».

Ne s'agit-il pas là d'une erreur, une pension accordée ne peut-elle être révisée que dans un délai maximum fixé par décret ?

Au cas où mon client aurait droit à une nouvelle révision, quelle peut être alors la procédure ?

Dr P.

Réponse

Votre client, ayant été pensionné en 1922, disposait d'un délai de cinq ans à partir de cette date pour faire reviser sa pension puisqu'il ne s'agissait pas d'une pension devenue définitive. Passé ce délai, il est rentré dans le droit commun, établi par les différentes lois, qui ont prorogé successivement les délais de mise en instance de pension. Il est donc bien forclos actuellement depuis le 30 juin 1936.

Cependant une nouvelle loi de prorogation est en instance devant le Sénat, après avoir été votée par la Chambre des députés le 7 août 1936. Dans ces conditions, une Circulaire du ministère des Pensions, n° 425, E. M. P. (en date du 21 août 1935), prescrit, en raison de cet état de choses, aux Centres de réforme d'accueillir les demandes formulées après le 30 juin 1936, et de les conserver, sans les inscrire jusqu'à nouvel ordre.

Envoyez donc cette circulaire auprès du médecin chef ; il accueillera la demande de votre client ; mais celui-ci ne sera pas expertisé jusqu'à nouvel ordre.

ASSURANCES SOCIALES

6.571. — La limitation à six mois des prestations ne s'applique qu'à une même maladie

J'ai eu l'occasion de faire plusieurs visites isolées, sans interruption de travail, à une femme d'assuré social, qui est en même temps indigente (assurée-assistée).

Je reçois de la Préfecture une note disant qu'elle ne doit plus être soignée comme assurée-assistée, mais comme indigente seulement depuis le 31 mars, car à cette date, elle aurait épuisé son droit aux prestations en nature.

Pourriez-vous me faire savoir :

1° Si le fait d'avoir eu trois visites isolées dans les six mois, sans interruption de travail, et pour des malaises différents, suffit à épuiser les six mois de prestations en nature auxquels a droit une femme d'assuré social.

2° Cette femme d'assurée devant accoucher probablement en septembre prochain, aura-t-elle droit à cette date (ou même depuis maintenant en cas d'accouchement prématuré) aux prestations en nature, (soins médicaux pour son accouchement ou les suites) et aux avantages accordés par les assurés sociaux.

Le mari, assuré social, est actuellement accidenté du travail (fracture compliquée de jambe) et en état d'incapacité temporaire depuis le mois de janvier 1936. Je suppose que cela ne change rien à ses droits au point de vue Assurances sociales.

Dr J.

Réponse

La limitation à six mois des prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie ne s'applique qu'aux soins concernant une même affection (encore dans ce cas cette limitation n'a-t-elle pas un caractère absolu, et souffre-t-elle des dérogations en cas de rechutes) ; elle ne saurait par contre être invoquée lorsqu'il s'agit de maladies indépendantes. La note de la Préfecture que vous avez reçue au sujet de votre cliente, assurée indigente, est donc dépourvue de tout fondement en l'espèce, et ne peut provenir que d'une méconnaissance des faits. Nous vous conseillons donc de répondre en précisant *qu'il* ne s'agit pas de soins donnés pour la même maladie ; si vous ne pouvez obtenir le paiement de vos honoraires selon les dispositions du régime des assurés indigents, il y aurait lieu de poursuivre la collectivité d'assistance débitrice, c'est-à-dire le Service départemental d'assistance pris en la personne du préfet, devant la Commission d'arrondissement du siège de la préfecture, par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la décision de rejet.

En vertu de l'art. 9, § 6 du décret-loi du 28 octobre 1935, « pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations maternité, l'assuré ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres ». Pour l'appréciation des droits de l'assuré il est tenu compte des cotisations versées pour son compte en vertu de l'art. 20, § 5 du décret-loi, lequel stipule que « lorsque l'accident du travail entraîne une incapacité de travail de plus d'un mois, l'employeur ou son assureur substitué doit verser une cotisation forfaitaire de 12 francs pour chaque mois entier au delà du premier mois pendant la période d'incapacité indemnisée.

7.801. — Droit aux prestations de l'assurance-invalidité

J'ai délivré à une assurée sociale atteinte d'insuffisance cardiaque depuis six mois un certificat d'invalidité. Sa Caisse lui répond : « Vous ne pourrez pas prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité, ne justifiant pas de deux ans d'immatriculation au début du trimestre précédant celui pendant lequel a eu

lieu la première constatation médicale de la maladie. »

Ma malade a été immatriculée le 20 février 1934, a cotisé sans interruption et sa première constatation médicale date du 4 mars 1936.

La Caisse a-t-elle raison ? Je croyais que la loi prévoyait deux ans d'immatriculation ou 480 cotisations avant le début de la maladie.

Dr D.

Réponse

Il est exact que, conformément à l'art. 10, paragraphe 4 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales qui n'a d'ailleurs fait que reproduire les dispositions analogues du régime antérieur, pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit avoir été immatriculé depuis deux ans au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie ou l'accident motivant la demande de prestations d'invalidité.

Cette condition n'est pas remplie en l'espèce puisque la première constatation médicale de l'affection ayant causé l'invalidité de votre client, date du premier trimestre 1934 et que son immatriculation n'est que du 20 février 1936. Il s'ensuit que le refus opposé par la Caisse d'assurances à la demande de prestation est juridiquement fondé et qu'aucun recours ne paraît pouvoir être envisagé contre cette décision.

8.103. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie pour les enfants de l'assurée

Une de mes malades, inscrite aux Assurances sociales vient de se voir refuser les prestations pour soins pour son enfant, sous le prétexte que son mari, petit artisan, n'est pas lui-même assuré, et que les enfants ne bénéficieraient pas de l'assurance maternelle.

Comme il n'en était pas ainsi autrefois, je me permets de vous demander s'il y aurait eu, à ce sujet quelque innovation qui m'aurait échappé.

Dr N.

Réponse

Le décret-loi du 28 octobre 1935 qui a institué le nouveau régime des Assurances sociales n'a nullement modifié le principe posé par la législation antérieure suivant lequel l'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale nécessaires pour l'assuré, son conjoint et les enfants à la charge de l'un d'eux (article 6, paragraphe 1er). Le terme « assuré » étant pris, dans ce cas, dans un sens neutre s'applique aussi bien à l'assuré homme qu'à l'assurée femme ; comme, d'autre part, la mère est tenue, à l'égard de son enfant, aux mêmes obligations alimentaires que le père, cet enfant doit être considéré comme étant à sa charge au sens de cet article et de l'article 14 de ce même décret.

Il importe donc peu, en l'espèce, que le mari de votre cliente en soit pas, lui-même, assuré social ; ces deux conjoints sont en droit de prétendre au versement des prestations de l'assurance-maladie pour les soins afférant à leur enfant et le refus qui leur est opposé par la Caisse n'est pas juridiquement fondé. Il y a donc lieu de conseiller à vos clients de poursuivre cette Caisse devant la Commission d'arrondissement de son siège par lettre recommandée adressée à son président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

7.999. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Une bonne, à mon service depuis deux ans et inscrite aux Assurances sociales depuis trois ou quatre ans est accouchée au début d'août dernier.

La Caisse d'assurances sociales fait des difficultés pour payer les prestations dues parce que nous ne pouvons pas présenter le récépissé des versements du deuxième trimestre 1935. A ce moment, ma bonne avait été changée de Caisse, il y avait eu un certain flottement et il peut se faire que ce trimestre n'ait pas été payé.

La Caisse peut-elle exiger le paiement de ce trimestre ? Il me semble que même si ma bonne n'avait commencé à faire partie des Assurances sociales qu'au troisième trimestre 1935, elle aurait droit à ses frais d'accouchement, puisque cela ferait plus d'un an de versements et qu'elle n'était pas enceinte à ce moment.

En cas de refus de la Caisse, comment l'obliger à payer ?

Dr R.

Réponse

En vertu de l'art. 9, parag. 6 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assurée ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres.

Puisqu'en l'espèce, l'accouchement de votre domestique est intervenu au début d'août dernier, les trimestres de référence à considérer pour déterminer ses droits aux prestations sont donc le deuxième et le premier de 1936, et le quatrième et le troisième de 1935. Il importe donc peu en l'espèce que votre domestique n'ait pas à son compte le montant intégral des cotisations afférentes au deuxième trimestre 1935.

Si la Caisse refuse de ce chef le versement des prestations, il y aurait lieu de la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège, par

lettre recommandée adressée au Président deladite Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification par la Caisse d'une décision définitive de refus.

7.625. — Point de départ de la pension d'invalidité d'un assuré social

Un assuré social, atteint de plus de deux tiers d'incapacité, a droit en plus de sa pension, à cinq ans de prestations à 80 %. Mais en fait, ce n'est que six mois après la fin de la période de six mois de maladie, que la pension est liquidée. Des assurés sociaux deviennent alors des assistés. Ce tarif n'est pas le même. Je perds mon client : « doit être soigné par un médecin de l'Assistance ».

Dr S.

Réponse

En vertu de l'article 10, paragraphe premier, du décret du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, qui n'a d'ailleurs fait que reproduire l'ancien article 10 de la loi de 1928-1930, la pension d'invalidité d'un assuré social prend effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé. Si donc les formalités d'attribution de la pension et de vérification des droits de l'assuré prennent en pratique, plusieurs mois, ce droit une fois reconnu, l'assuré a droit à un rappel à partir de la date précitée bénéficiant, par conséquent, des prestations de l'assurance-invalidité depuis ce moment, il doit être traité, non pas comme assisté médical gratuit ordinaire, mais comme assuré social indigent. Nous croyons donc que le médecin qui l'a traité pendant cette période peut justement prétendre, de la part de la collectivité d'assistance responsable, à un rappel de la différence d'honoraires existant entre le tarif de l'assistance du département et le tarif auquel sont payés les honoraires pour soins donnés aux assurés indigents, c'est-à-dire tarif des accidents du travail s'il s'agit de soins antérieurs au premier avril 1936 ou tarif deresponsabilitéde la Caisse s'il s'agit de soins postérieurs à cette date.

Ce rappel d'honoraires devrait être demandé par le médecin intéressé soit à la commune du domicile de secours de son client s'il s'agit de soins donnés sous le régime de la loi de 1929-1930, soit au service départemental d'assistance s'ils'agitde soins donnés sous le nouveau régime.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **70 fr.** — 1re Zone **85 fr.** — 2e Zone **110 fr.**

Renseignements

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 271. — Chirurg. de Paris ayant clinique en province, bonne client., cherche collaborat. ex-interne chirurgie avec apport pour transform. maison de santé.

N° 272. — St-Viatre (L.-et-C.), 1.504 hab., demande médec. français. Indemn. offerte. S'ad. pour renseign. au Syndic. méd. du départem., Dr Montagne, présid., à Cour-Cheverny (L.-et-C.).

N° 273. — Céderais gracieusem. dans chef-lieu cant. tourist. Finistère, bon noyau clientèle. Habitat. moderne.

N° 274. — Région Nord. Poset à céder, fixes importants. Ecr. Dr Dournée, 60, rue La Tour-Maubourg, Paris (7e).

N° 275. — Dr désire trouver famille médicale habit. plaine ou montagne, qui prendrait sa fille 17 ans, de décembre à avril.

N° 276. — Représentante distinguée et bien introduite auprès du Corps médical depuis plusieurs années, serait désireuse de s'adjoindre un autre laboratoire pour visites des médecins parisiens. Ecrire Dr Bayard, 87, boulevard de Courcelles, Paris, qui transmettra.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Gobet,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris, bonne clientèle méd. gle, acchts, gynécol., bel appart. 6 pièces tout conf. Présentation sérieuse. Indemnité 50.000 fr.

Banlieue toute proche, ancienne client. d'un bon rapport. A céder d'urgence pour cause santé, pavillon avec jardins. Indemn. 45.000 fr. dont 25.000 fr. cpt.

Deux heures Paris. Gros poste, client. industr. et agricole, belle maison confortable. Indem. 55.000 dont 30.000 fr. comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.* — Cet enseignement, organisé à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium, avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux, commencera le 3 novembre 1936. S'inscrire avant cette date au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4) les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Visite médicale pour les étudiants.** — La visite médicale pour les étudiants au début de leurs études, organisée à la Faculté de médecine de Paris depuis deux années, comme nous l'avons annoncé déjà, commencera le lundi 19 octobre à l'hôpital Laënnec. Les étudiants sont convoqués individuellement au moment de leur inscription.

— **La Fédération nationale des médecins du front** (siège social 122, boulevard Saint-Germain, salle de la Bourboule) informe les camarades des différentes Associations fédérées qu'elle est chargée de célébrer la cérémonie de la Flamme le jeudi 22 octobre.

Elle convie tous les médecins et étudiants à venir participer en grand nombre à cette manifestation.

Le rendez-vous est fixé à 18 h. 1/4 sur le trottoir de gauche de l'avenue des Champs-Elysées à la hauteur de l'hôtel Astoria.

La Flamme sera ranimée par le président d'honneur de la Fédération, le Docteur Landrin.

— **Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie** s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le dimanche 18 octobre 1936 et se prolongera jusqu'au 21 octobre. Il sera présidé par le Docteur Baldenweck.

Questions mises à l'ordre du jour : la syphilis du larynx ; étude critique du traitement chirurgical des sinusites fronto-ethmoïdales de l'adulte.

— **Le IIIe Congrès de la Société de broncho-œsophagoscopie de langue française** aura lieu à Paris parallèlement au Congrès d'oto-rhino-laryngologie, le dimanche 18 octobre, sous la présidence de M. le Prof. Jacques.

La séance du matin se tiendra de 10 heures à 13 heures à l'hôpital Laënnec (Service O.-R.-L.) : présentation de malades et d'instruments ; démonstrations de broncho-œsophagoscopie. La séance de l'après-midi aura lieu à 16 h. 30 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. S'adresser à M. Soulas, 14, rue de Magdebourg, Paris.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Le jury est définitivement composé de MM. Péron, Thalheimer, Weil (Prosper), Laubry, Ch. Richet, Lelong, Courcoux, Barbé, Rivet, Sorrel, Chifoliau, Toupet, J.-Ch. Bloch, Braine, Desnoyers.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat.* — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes des hôpitaux : MM. Despierres, Guillemin, Kolher, Devant, Bégule, Janrot, Guillet, Pugeat, Jacquis, Coudert, Papillon, Lanier, Guillet, Jarricot, Peissel, Chavanne, Dury, Briand, Bailly-Salins, Eyraud, Marion, Duverne, Bourdillon.

2° Suppléants d'internes : MM. Gallet, Bruni, Béraud, Métral, Roux, Philippe, Pellandra, Garnier, Berthoye, Tignel, Tabusse, Bressot, Carriar, Geay. Brochier, Mazaré, de Chauvigny, Gay, Perreau, Francillon, Jeanjean, Rabatel, Grenot, Servelle, Barrié, Redon, Chattot, Lévy.

— **Le XI[e] Congrès annuel des anesthésistes** se tiendra à Philadelphie du 19 au 23 octobre 1936.

— **Centre-Ecole de « Puéricultrices-jardinières d'enfants » du Bastion 42.** — Le Centre a réouvert ses cours et stages pour l'exercice 1936-1937 le lundi 5 octobre (siège : boulevard Bessières, près de la Porte de Clichy, en face de la rue de la Jonquière).

La carrière sociale de « Jardinières d'enfants » est accessible aux jeunes filles de tous milieux sociaux ayant achevé leurs études primaires supérieures et secondaires (Durée des études : un an).

— **Don à la Maison du médecin.** — Le Docteur Fernand Masmonteil vient de nous adresser cent francs qu'il nous prie de remettre en son nom à la *Maison du médecin.* Nous remercions notre excellent confrère de s'intéresser à cette belle œuvre qui nous est chère. J. N.

— **Centre médico-pédagogique du Docteur Henriette Hoffer.** — La Doctoresse Henriette Hoffer, médecin-pédagogue, vient de transférer son centre médico-pédagogique pour enfants et adultes, 53, rue du Rocher, à Paris. Téléphone Laborde 80-60.

— **Association française des femmes médecins.** — La prochaine réunion aura lieu le dimanche matin 25 octobre, à 9 heures, aux Institutions municipales de Suresnes. Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIII[e]).

— **Æsculape.** *Sommaire d'octobre* 1936. — « Le Silence ». Tableau de B. Luini (1 ill.). — La vierge enceinte de Valence, par le Docteur J. Herber (de Sète) (3 ill.). — Les cœurs d'envoûtement, par M. Charbonneau-Lassay (6 ill.). — La santé d'un « homme heureux » Marmontel (1723-1799), par J. Nouaillac, agrégé de l'Université, docteur ès lettres (9 ill.). — L'hérédo-syphilis de Paul I[er] de Russie, par le Professeur Schrumpf-Pierron, du Caire (5 illustrations). — Le nez de Gérard de Lairesse, gravure de Schenck (XVIII[e] siècle) (1 ill.) — Un tableau du Musée du Vieux Lyon, relatif à la peste de 1720 (1 ill.). — Supplément (17 illustrations).

Le prélèvement de 10 % et les émoluments des médecins au service des collectivités publiques

Ainsi que nous l'avons déjà exposé à plusieurs reprises dans le *Concours Médical*, le décret-loi du 16 juillet 1935 instituant un prélèvement sur les dépenses publiques comportait deux dispositions distinctes : dans son article 1er il prévoyait un prélèvement au taux uniforme de 10 % applicable de manière générale à toute dépense incombant à une collectivité publique. Dans son article 2, il stipulait que les « dépenses de personnels », c'est-à-dires celle ayant le caractère d'un traitement, ne seraient soumises qu'à un prélèvement dégressif si les émoluments nets totaux reçus par l'intéressé des collectivités publiques (ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public telles que Compagnies de chemin de fer) étaient inférieurs à un plafond dont le chiffre a fait l'objet de modifications successives.

L'Administration prétendait jusqu'à maintenant n'appliquer le taux dégressif qu'aux personnels dont l'emploi public constituait la profession principale et prélevait en conséquence 10 % sur les traitements des médecins consacrant à son service une partie de leur activité, motif pris de ce qu'ils exerçaient en clientèle privée. Cette thèse dépourvue de tout fondement légal vient enfin d'être abandonnée, ainsi qu'il ressort d'une circulaire du ministre des Finances parue au *Journal Officiel* du 9 octobre 1936, page 10.644, que nous publions ci-dessous :

Instruction concernant l'application du prélèvement sur les traitements, soldes et salaires

Paris, le 8 octobre 1936

Le prélèvement général sur les dépenses publiques institué par le décret du 16 juillet 1935 a été appliqué, au taux uniforme de 10 %, aux rétributions allouées aux personnes employées, à titre auxiliaire, par les collectivités locales : vétérinaires, inspecteurs des viandes, professeurs de chant, de dessin, afficheurs, fossoyeurs, préposés aux horloges, porteurs de dépêches, gérants de cabines téléphoniques, balayeuses des locaux scolaires, sonneurs civils, etc.

L'on avait considéré, en effet, que les sommes ainsi accordées ne constituaient pas, à proprement parler, des traitements ou salaires, mais la rémunération d'activités accessoires et qui venaient généralement s'ajouter à la rémunération afférente à une autre profession ou fonction principale. L'application de ces dispositions avait d'ailleurs donné lieu, dans la pratique, à de nombreuses difficultés.

Il a été décidé que pour l'application du nouveau prélèvement les rémunérations de cette nature seraient considérées comme dépenses de personnels et ne seraient assujetties audit prélèvement que selon le barème progressif prévu par le décret du 25 juin 1936 pour les traitements et salaires. Seraient ainsi notamment exemptées du prélèvrement celles de ces rémunérations qui sont inférieures à 12.000 francs.

Cette mesure aura effet à compter du 20 juin 1936.

Le ministre des Finances,

VINCENT-AURIOL.

Nous ferons cependant une objection à cette circulaire : elle contient *in fine* la phrase : « cette mesure aura effet à compter du 20 juin 1936 ». Nous ne sommes nullement de cet avis, cette mesure doit avoir effet depuis le 17 juillet 1935 ; en effet de deux choses l'une : ou bien elle est contraire aux dispositions du décret-lois et dans ce cas elle est illégale, les circulaires ministérielles n'ayant pas, que nous sachions, le pouvoir de modifier les lois, ou bien elle constitue, ainsi que nous l'avons toujours soutenu, une application pure et simple de l'art. 2 du décret-loi, et en ce cas elle doit prendre effet dès le jour de son entrée en vigueur. Au reste nous rappellerons que nous avons déjà fait trancher le bien-fondé de notre thèse par la jurisprudence administrative, qui a fait application du prélèvement dégressif à des traitements concernant le troisième et le quatrième trimestres 1935 (arrêté du Conseil de Préfecture de Rouen, 21 juin 1936).

En conclusion les traitements reçus par les médecins des collectivités publiques ou assimilées ne doivent faire l'objet d'aucun prélèvement au titre du décret-loi du 16 juillet 1935, si leur total est inférieur à 12.000 francs, depuis le 20 juin 1936 (8.000 francs entre le 1er janvier et le 20 juin). S'ils sont compris entre 12.000 et 40.000 francs le prélèvement sur le total ne doit être (depuis le 20 juin 1936) que de 2 % de 12 à 15.000 francs, 4 % de 15 à 20.000 francs, 6 % de 20 à 30.000 francs et 8 % de 30 à 40.000 francs.

J. M.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel,

A TRAVERS L'OFFICIEL

23, 24 ET 26 SEPTEMBRE

Service de santé militaire

Par décision du 24 septembre 1936, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

A la région de Paris. — Le méd. col. Lorentz, 20e rég. ; le méd. capit. Hérault, 4e rég. ; les méd. lieut. : Patey, maint. (p. o.) ; Abrassart, 2e rég. ; Boivin, 20e rég. ; Noël, 20e rég. ; les médecins sous-lieut. : Bodet, 18e rég. ; Yaich, 19e C. A.

A la 1re rég. — Le méd. lieut. Bosquet, rég. de Paris.

A la 2e rég. — Les méd. lieut. : Demaret, rég. de Paris ; Oechsner de Coninck, 16e rég. ; le méd. sous-lieut. Boquet 6e rég.

A la 3e région. — Les méd. lieut. : Guyot, rég. de Paris; Pecker, rég. de Paris ; Sorel, 17e rég.

A la 4e rég. — Le méd. lieut.-col. Bahier, rég. de Paris ; les méd. lieut. : Carlotti, rég. de Paris ; Le Bourhis, 2e rég. ; les méd. sous-lieutenants : Lepart, rég. de Paris ; Barneville, 3e rég.

A la 5e région. — Le méd. lieut. Delalande, rég. de Paris.

A la 6e région. — Le méd. lieut. Hug., 20e région.

A la 7e région. — Le méd. capit. Stricker, 20e rég.

A la 9e région. — Le méd. lieut.-col. Pierrot, rég. de Paris ; les méd. lieut. : Ruffier, rég de Paris ; Jouanneau 2e rég.

A la 12e région. — Les méd. lieut. : Guyonnet, rég. de Paris ; Rinckenbach, rég. de Paris.

A la 13e région. — Les méd. lieut. Bons, rég. de Paris ; Chomet, rég. de Paris ; Lespinat, rég. de Paris.

A la 14e région. — Les méd. lieut. : Boulaud, rég. de Paris ; Vidal, rég. de Paris.

A la 15e région. — Le méd. sous-lieut. Salomon, 16e rég.

A la 17e région. — Le méd. comm. de Boissezon, 16e rég. ; les méd. lieut. : Moulard, 15e région ; Auriol, 18e rég.

A la 18e région. — Le méd. capit. Duron, 15e rég. ; les méd. lieut. : Emerit, rég. de Paris ; Labourgade, 20e rég. ; le méd. sous-lieut. Lebreton, 6e rég.

Au 19e C. A. — Le méd. lieut. Luccioni, 15e rég.

Aux troupes du Maroc — Le méd. comm. Legras, 5e rég.

Aux troupes de Tunisie. — Le méd. lieut. Lamarche, 16e rég. ; le méd. sous-lieut. Mariacci, 16e rég.

Aux troupes du Levant. — Le méd. lieut. Cerati, 15e rég.

Aux troupes du groupe du Pacifique. — Le méd. sous-lieut. Laine, rég. de Paris.

Affectations spéciales

Sont placés dans la position « hors cadres, affectation spéciale », au titre des tableaux des régions, et pour les durées indiquées ci-après les officiers de réserve du Service de santé dont les noms suivent :

A la région de Paris. — Le méd. comm. Dujarric de La Rivière, 2e rég. (tableau 3. Durée : trois mois) ; les méd. lieut. : Bretey, rég. de Paris (tabl. 3. Durée : 3 mois) ; Martin, rég. de Paris (tabl. 3. Durée : 3 mois) ; Prévot, rég. de Paris (tabl. 3. Durée : 3 mois) ; Thibault, 9e rég. (tabl. 3. Durée : 3 mois).

A la 14e rég. — Le méd. lieut. Ruet (tabl. 2. Durée : un mois).

Réintégrations

Les officiers de réserve du Service de santé placés dans la position « hors cadres, affectation spéciale » (tableau 2), ci-après désignés, sont réintégrés dans les cadres et reçoivent les affectations suivantes :

A la 2e région. — Le méd. capit. Poissonnier, rég. de Paris.

A la 9e région. — Le méd. comm. Arnaud, 19e C. A.

Au 19e C. A. — Le méd. lieut Fournier, 19e C. A.

Par décret du 21 septembre 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les médecins auxiliaires, non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, ci-après désignés :

(Rang du 23 septembre 1936)

De la 22e section d'inf. milit., affectés à la région de Paris :

Viterson Herch, *dit* Georges, Glaserman, Rauchbach, Arvay, Pariente, Gresse, Morhange, Grèverie, Gaudoin Fay, Andreota, Dartiguepeyrou, Bourier, Assailly.

De la 1re section d'inf. milit. à la 1re région ;

Bédrine, Watel, Duquénoy, Belbenoit, Hémez, Bastien, Renaux.

De la 2e section d'inf. milit. à la 2e rég. :

Rabourdin, Boulant, Monin, Monier, Maresselle, Fruchart.

De la 3e section d'inf. milit. à la 3e rég.:

Béquignon, Eurin, Veyres.

De la 4e section d'inf. milit. à la 4e rég. :

Couturier, Baudouin, Vaillant.

De la 5e section d'inf. milit. à la 5e rég. :

Dumont, Parrain, Pouget.

De la 6e section d'inf. milit. à la 6e rég. :

André, Le Gand, Bercovici, Gilland, Bertin, Lafont, Guir, Lorel, Biron, Le Bars, Oriat, Lesauvage, Guibourg.

De la 6e section d'inf. milit. à la rég. de Paris :

Stranza.

De la 7e section d'inf. milit. à la 7e rég.:

Meyer, Roussel, Rutler.

De la 8e section d'inf. milit. à la 8e rég. :

Verdier, Coirault, Poignant, Corny, Beltramelli, Delaunay, Buord, Cornaire.

De la 9e sect. d'inf. milit. à la 9e région :

Constant, Clus, Marton, Daraignez, Julien-Labruyère.

De la 11e sect. d'inf. milit. à la 11e rég.

Le Doze.

De la 13e sect. d'inf. milit. à la 13e rég. :

Ferrié, Maupeu, Fontanié, Laurent, Paimblant, Miffre.

De la 14e sect. d'inf. milit. à la 14e rég. :

Stéphant, Bonffet, Delignette, Lugand, Turchini, Plaisance, Masquin, Ricard, Rocher, Carrière, Flattot, Grange, Godinot, Lang, Voron, Naouri.

De la 15e sect. d'inf. milit., à la 15e rég. :

Fangous, Peretti, Jaujou, Julien, Abrial, Daniel, Lucchini, Nébbia, Monfort, Ferran.

De la 16e sect. d'inf. milit., à la 16e rég. :

Malet, Thévenin, Fabre, Valette, Talayrach, Guiraud, Valette.

De la 17e sect. d'inf. milit. à la 17e rég. :

Biboulet, Bouriannes, Revellat.

De la 18e sect. d'inf. milit. à la 18e rég. :

Sznitkiès *dit* Sénikiès, Corvest, Sègue-Buxerolle, Lapeyre, Perrier.

De la 23e sect d'inf. milit. à la 23e rég. :

Lobel, Auslander, Debray, Lapierre, Anglade, Elkaïm, Breitel, Herson, Cognard, Delzant.

De la 19e sect. d'inf. milit. au 19e C. A. :

Laffargue, Curtillet.
De la 20e sect. d'inf. milit. au 19e C. A. :
Laïk, Garcia, Caron, Drevon, Clauzel, Galon.
De la 21e sect. d'inf. milit. au 19e C. A. :
Biancardini, Cartron, Fricou, Rostan.
De la 25e sect. d'inf. milit. aux troupes de Tunisie :
Hochart, Antoine, Caillon.
De la 32e sect. d'inf. milit. aux troupes du Maroc :
Lipstejn, Grand-Clément, Magnin, Weil, Monnier.

Par décret du 2 septembre 1936, les officiers de réserve du Service de santé, rayés des cadres, ci-après désignés, sont réintégrés dans les cadres et, par décision du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Avec le grade de médecin lieutenant. — Maillefert, aff. 5e rég. ; Laferrière, aff. 14e rég.

27 SEPTEMBRE

Retraite des fonctionnaires

Décret du 26 septembre 1935 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 1er de la loi du 18 août 1936 concernant les mises à la retraite par ancienneté.

Extrait du tableau annexé audit décret

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE

Limite d'âge 70 ans (1er échelon)

Professeurs titulaires du Collège de France, professeurs titulaires du muséum d'histoire naturelle.

Limite d'âge 67 ans (2e échelon)

Néant.

Limite d'âge 65 ans (3e échelon)

Professeurs titulaires et professeurs sans chaire des Facultés et Instituts des Universités, professeurs titulaires de l'Ecole des chartes, professeurs titulaires de l'Ecole des langues orientales vivantes, professeurs titulaires des Ecoles de médecine et de pharmacie de plein exercice, professeurs titulaires des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, maîtres de conférences des Facultés ayant été antérieurement professeurs dans une autre Faculté, directeurs d'études de l'Ecole pratique des hautes études, directeurs et astronomes titulaires des Observatoires, directeur de l'Institut de physique du Globe, directeur et directeur adjoint de l'Ecole normale supérieure.

1er OCTOBRE

Code de la route

Arrêté du 29 septembre 1936 relatif au modèle et au mode de pose des plaques d'identité des automobiles

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

3 OCTOBRE

Conseiller technique sanitaire

Par arrêté en date du 30 septembre 1936, M. le Docteur Robert-Henri Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine,

est nommé conseiller technique sanitaire au ministère de la Santé publique pour les questions d'hygiène et de travail social.

3 OCTOBRE

Hygiène et Assistance sociales

Deuxième circulaire concernant la coordination des Services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales.

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Enseignement de la médecine

Avis de concours pour un emploi de professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 3 octobre 1936, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le lundi 26 avril 1937 devant la Faculté de médecine de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire

Droit des femmes de ménage aux congés payés

614. — M. Henri Becquart demande à M. le ministre du Travail : 1° dans quelle catégorie professionnelle doit être classée, pour l'application de la loi sur les congés payés, une femme de ménage travaillant par intermittence chez plusieurs particuliers; 2° si une femme de ménage travaillant chez un seul particulier quatre matinées de trois heures par semaine a droit au bénéfice de la loi sur les congés payés ; 3° dans quelles conditions un salarié occupé chaque jour par deux employeurs différents, dont l'un l'emploie cinq heures et l'autre trois heures par jour, pourra bénéficier de la loi sur les congés payés. (*Question du 28 juillet* 1936.)

Réponse. — 1° et 2° Les femmes de ménage doivent être considérées comme appartenant au personnel des services domestiques, pour lesquels un règlement d'administration publique doit déterminer les modalités d'application de la loi sur les congés payés; 3° un salarié visé à l'article 54 *f* du livre II du Code du travail occupé chaque jour par deux employeurs différents a droit à un congé annuel payé. Rien ne paraît s'opposer à ce que ce droit soit invoqué à l'égard de chaque employeur.

(*J. O.*, 13 septembre 1936).

Voir la suite page LV-2989.

PROPOS DU JOUR

LA LUTTE CONTRE LES AFFECTIONS VERMINEUSES

Le Docteur Marcel Lelong, médecin des hôpitaux de Paris, en tête du chapitre qu'il a consacré aux vers intestinaux dans le *Traité de médecine des Enfants* de Nobécourt et Babonneix, a constaté qu'après les études de Van Beneden en 1850, celles de Ruchemeister et de Zittau en 1852 et de Leuckart et de ses élèves, « l'helminthologie entra en sommeil ; par suite des travaux de Pasteur la microbiologie monopolisa l'enthousiasme des chercheurs ». Il a fallu attendre 1917 pour voir Rosan et Janicki étudier le botriocéphale et Stewart les ascaris. Depuis, en France, la parasitologie, et partant l'helminthologie, a donné lieu à de nombreux travaux de Ch. Joyeux, E. Brumpt, G. Rouillet et bien d'autres. En 1929, Scriabine et Schultze, à Moscou, Faust, en Amérique, et Baylis, à Londres, ont fait paraître de véritables traités ayant trait aux maladies vermineuses.

On néglige trop dans beaucoup de Facultés de médecine européennes, et notamment françaises, l'enseignement de l'helminthologie ; son étude est laissée aux professeurs de zoologie ou de parasitologie, alors qu'elle devrait relever d'un professeur de clinique. Aussi est-on surpris de la pauvreté des méthodes thérapeutiques employées parfois par les praticiens qui se bornent par exemple dans le traitement des oxyures à prescrire des lavements à l'ail, sans réfléchir à l'inactivité de ces lavements qui ne peuvent atteindre la région iléo-cœcale où se reproduisent les oxyures.

En U. R. S. S. la lutte contre les maladies vermineuses qui paraissent y faire infiniment plus de ravages qu'en France, a été systématiquement organisée, c'est ce qu'a exposé en détail dans le *Progrès Médical* du 12 septembre 1936, le Prof. Docteur K.-S. Scriabine, membre de l'Académie des sciences agricoles de Moscou, le principal protagoniste de cette lutte en Russie soviétique.

Il ne faut pas sous-estimer le rôle des helminthes. Ces parasites sont dangereux et causent de nombreux accidents même en France. On en a décrit plus de 150 espèces qui se développent surtout dans l'intestin, mais aussi dans les différents viscères. Ils agissent à la fois comme agents mécaniques et toxiques et provoquent souvent des maladies infectieuses microbiennes.

Combien de symptômes morbides don on ne parvient pas à déceler la cause sont provoqués par les vers intestinaux Le public en France att ibuait jadis toutes les maladies de l'enfance à l'action des vers ; les médecins réagirent contre cette opinion trop absolue, mais sans doute ils sont allés trop loin et ont à leur tour trop oublié l'importance des affections vermineuses.

Des troubles digestifs, des troubles nerveux, la dépression physique et intellectuelle, la diminution de la capacité de travail des ouvriers, l'inaptitude des écoliers à continuer utilement leurs études, le manque d'équilibre mental, l'hypochondrie, la prédisposition aux maladies infectieuses peuvent résulter souvent de l'action des helminthes. L'ankylostome qui détermine l'anémie des mineurs, peut arrêter le travail dans de vastes entreprises industrielles.

Aussi le Professeur Scriabine a-t-il organisé méthodiquement la lutte thérapeutique et prophylactique contre les helminthes, persuadé qu'elle intéresse au plus haut point la culture, l'économie et même l'eugénique.

En novembre 1920, Scriabine créa une section helminthologique à l'Institut de l'Etat expérimental vétérinaire. Cette section est devenue actuellement un Institut indépendant.

En 1923 fut ouvert le laboratoire helmintho-

logique à la Faculté physico-mathématique de Moscou. Dix ans plus tard était fondé le laboratoire d'helminthologie agronomique où médecins, vétérinaires et biologistes devaient travailler de concert.

Des investigations furent faites dans les diverses régions de l'U. R. S. S. sur les animaux et les hommes de façon à déterminer les foyers d'infection et à établir une sorte d'helminthogéographie. Un musée central à Moscou réunit toute la documentation nécessaire pour faciliter le diagnostic, notamment des maladies pulmono-vermineuses, non seulement chez l'homme, mais chez les ruminants, chez les porcs, chez les chevaux, les oiseaux, l'oie, etc.

Dès 1925, d'après Scriabine, des mesures de « déshelmintisation » furent prises portant sur les hommes, les animaux, le sol, l'eau, les légumes, les logements, les objets de toutes sortes, le linge... La thérapie était considérée elle aussi comme une mesure prophylactique.

On commençait par établir un diagnostic exact, par faire le choix du médicament indiqué et par fixer la dose à employer. Ce médicament devait varier avec les parasites (ovarsol, dérivant du stovarsol, contre le trichocéphale, carbonate de bismuth contre les oxyures).

Puis on préparait le patient et l'on appliquait la technique de la médication. Après l'expulsion des helminthes qu'il convenait de surveiller, on procédait à la toilette sanitaire prophylactique.

Il fallait en outre, en matière de prophylaxie, préserver les milieux extérieurs de la fécalisation, assurer une surveillance vétérinaire vigilante des produits animaux, des animaux eux-mêmes et des locaux où ils sont logés, inspecter les aliments, les conduites d'eau, assainir les marécages, procéder à la dératisation et à la désinfection. Tout ceci entre dans l'application des règles de l'hygiène générale.

On a fait plus, un enseignement scolaire sur les helminthes a été institué.

Pour débarrasser les individus des helminthes en appliquant les règles de la prophylaxie, on a créé des centres de traitement, des « déshelmintisatoires », où un personnel spécialement éduqué procède à des consultations et applique le traitement. Ces établissements sont les uns destinés aux hommes, les autres aux animaux. Faire entrer les personnes infectées d'helminthes dans un hôpital serait encombrant et trop coûteux ; il est préférable de les soigner dans un « déshelmintisatoire » où la durée du séjour est souvent de 1 heure et demie et ne dépasse pas 6 heures.

Par l'application méthodique de la lutte antihelmintique telle qu'il l'a organisée, le Professeur Scriabine est persuadé qu'il libérera en U. R. S. S. les hommes et les animaux de la verminalisation générale qui les menaçait. En somme le Professeur Scriabine a créé pour combattre les helminthes un véritable corps de spécialistes helminthologistes.

C'est peut-être une nécessité en U. R. S. S., mais, en France, nous n'en sommes pas là et nous espérons pouvoir nous passer de ce nouveau genre de spécialistes.

On a trop de tendance à abuser à notre époque de la spécialisation en médecine pratique. Naguère la spécialisation se bornait à l'exercice d'une branche de la médecine ou de la chirurgie exigeant une instrumentation et une technique sortant de la pratique courante ordinaire. Actuellement chaque maladie, chaque organe font les objets d'une spécialité. Nous comprenons que dans certains cas, pour lutter contre l'extension formidable de certains fléaux, on crée des praticiens spécialisés ; c'est le cas pour la maladie du sommeil dans nos colonies africaines, c'est peut-être le cas pour l'helminthiase en U. R. S. S. ; mais en France, pourrions-nous raisonnablement admettre l'organisation d'un corps de médecins helminthologistes pour combattre les maladies vermineuses ? !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SYNDROMES PARABASEDOWIENS

Par Marcel Labbé

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris

A côté de la maladie de Basedow vraie, il existe des états pathologiques qui lui ressemblent de très près et qu'on désigne le plus souvent sous le nom de maladie de Basedow fruste ; ces états sont assez difficiles à distinguer de la maladie de Basedow, et cependant la distinction est nécessaire, car l'évolution, le pronostic et la thérapeutique de ces états parabasedowiens diffèrent fortement de ceux de la maladie de Basedow.

Pour faire comprendre en quoi consistent ces deux catégories de faits, nous avons pensé, avec Azerad et Gilbert-Dreyfus, qu'on devait étudier la maladie de Basedow en dissociant ses éléments fondamentaux et en se laissant conduire par la physiologie pathologique. Cela nous a amenés à distinguer dans la maladie de Basedow complète deux grands syndromes : un syndrome d'hyperthyroïdie et un syndrome d'hypersympathicotonie.

Le syndrome d'hyperthyroïdie se traduit par le goitre avec hypersécrétion de thyroxine, la tachycardie, l'amaigrissement, et l'augmentation du métabolisme basal.

Le syndrome de déséquilibre neuro-végétatif se traduit par la tachycardie, l'exophtalmie, le tremblement, les bouffées de chaleur et de sueurs, les troubles digestifs, l'hyperémotivité et les troubles mentaux. La présence d'un goitre est facultative.

Ces deux syndromes se trouvent dans la pathologie, associés ou dissociés : 1° la maladie de Basedow est le résultat de l'association des deux syndromes ; 2° le goitre avec hyperthyroïdie d'une part ; 3° le goitre avec déséquilibre neuro-végétatif d'autre part, représentent les syndromes isolés qu'on peut désigner sous le nom de syndromes parabasedowiens.

C'est cette conception que nous avons exposée avec Azerad et Gilbert-Dreyfus au Congrès de Liége en 1930.

La distinction des syndromes parabasedowiens et particulièrement du syndrome sympathique basedowiforme, d'avec la maladie de Basedow, n'est pas toujours aisée. Après l'analyse soigneuse des symptômes, c'est, en définitive, sur la mesure du métabolisme basal que l'on doit s'appuyer pour établir la distinction.

Cette distinction est indispensable, car les deux états pathologiques comportent une thérapeutique essentiellement différente. La maladie de Basedow nécessite un traitement dont l'iode, la radiothérapie et la thyroïdectomie forment la base. Le syndrome sympathique basedowiforme réclame, au contraire, une médication sédative du système nerveux et principalement l'emploi de médicaments sympathicolytiques, alors que les médicaments de l'hyperthyroïdie, l'iode, les rayons X et la chirurgie, ne donnent ici aucun résultat.

Nous allons étudier aujourd'hui le cas d'un enfant de huit ans qui montrera la difficulté du diagnostic de certains syndromes parabasedowiens.

Obs. — Françoise M... nous est amenée dans le service par son oncle, médecin à Paris, parce qu'on constate depuis quelque temps chez elle une altération profonde du caractère, une petite exophtalmie et une polydipsie modérée avec une glycosurie légère et transitoire.

Pendant les premières années de sa vie, Françoise M... a joui d'une bonne santé ; elle n'a point d'hérédité morbide. C'est il y a un an qu'elle a présenté le premier trouble pathologique : une toux opiniâtre ayant duré deux mois dont on n'a pu découvrir la cause.

En septembre 1935, elle fut opérée pour des amygdales hypertrophiées et des végétations adénoïdes ; l'intervention fut compliquée par une hémorragie assez importante qui entraîna un léger degré d'anémie et fut suivie d'un amaigrissement de deux kilogs.

Au mois de décembre, alors qu'elle venait de traverser un épisode grippal mal caractérisé, on remarqua dans sa famille l'augmentation de volume de son cou et la saillie de ses globes oculaires. Ces phénomènes ayant persisté et une glycosurie de deux grammes ayant été découverte, elle nous fut amenée.

A première vue, nous sommes frappés par l'allongement du visage de l'enfant, sa pâleur, la saillie apparente de ses yeux avec élargissement de la fente palpébrale et un état d'agitation incessant.

On constate un goitre élastique, bilatéral, sans battements appréciables. Les yeux paraissent saillants, peut-être surtout en raison de l'élargissement de la fente palpébrale, car il ne semble pas y avoir d'exophtalmie véritable ; en effet, la mesure prise avec l'exophtalmomètre de Hertel par Mme Schiff-Wertheimer a donné les deux résultats de 17,5 à l'œil gauche, de 18,5 à l'œil droit, ce qui est à la limite de la normale.

L'existence du signe de De Græfe et de celui de Mœbius est discutable. Il n'y a pas de pigmentation péri-orbitaire, pas de paralysie des globes oculaires. Mme Schiff-Wertheimer a constaté quelques légères secousses nystagmiformes. Le front ne se plisse pas dans le regard en haut.

La tachycardie est constante, mais son intensité est très variable : au repos on compte de 100 à 144 pulsations suivant les jours ; elle s'exagère sous l'influence d'une émotion ; quand l'enfant a été conduite au laboratoire pour la mesure du métabolisme de base, ce qui a nécessité plusieurs tentatives successives, en raison de l'agitation de la petite fille, on a constaté, bien qu'elle fut au repos, des chiffres de 154 pulsations la première fois et 180 la deuxième ; cependant, un jour, lorsque je l'ai examinée moi-même, sa tachycardie faisait défaut, le pouls était à 76 et parfaitement régulier ; cette normocardie n'a pas été retrouvée dans la suite.

La pression artérielle est Max. : 11, Min. : 7 ; l'examen du cœur dénote un état d'éréthisme ; il n'y a pas de souffle à l'auscultation. L'enfant ne se plaint pas de palpitations.

Le tremblement fait défaut ; ce qu'on note plutôt, c'est une agitation des doigts, des membres supérieurs et même des membres inférieurs rappelant les mouvements choréiformes.

Les troubles vasomoteurs sont assez marqués ; en touchant la face antérieure du cou on y détermine facilement la tache rouge décrite par Maranon ; l'enfant est plutôt gênée par la chaleur ; elle n'est point frileuse ; ses mains sont moites et elle a des sueurs assez abondantes.

Elle est maigre et allongée. Sa taille est de 1 m. 40 ; son poids de 24 kgr. (normales pour cet âge : 1 m. 20 et 20 kgr.). Le thorax est étroit, les clavicules obliques d'avant en arrière, les mains effilées. L'enfant est assez agitée. Elle a des préoccupations intellectuelles un peu au-dessus de son âge bien que les progrès de ses études ne marquent point une avance sur ses camarades. Elle est constamment agitée, parlant sans cesse, incapable de tenir en place.

Les urines n'ont contenu, depuis son entrée dans le service, ni sucre ni albumine, mais quelques globules de pus.

La numération globulaire indique une très légère anémie : globules rouges 4.180.000 ; hémoglobine 95 % ; globules blancs 12.600 avec une formule leucocytaire normale.

La glycémie est de 0 gr. 95 à jeun. Il a été impossible en raison de l'état nerveux de l'enfant, de pratiquer l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.

***

En présence de ces symptômes, la première impression que l'on a, est celle d'une maladie de Basedow ; cependant, les anomalies dans la qualité des symptômes nous ont fait émettre un doute sur la réalité de la maladie. Le pouls, généralement supérieur à 100, a été trouvé une fois à 76-80, ses variations sont imprévisibles et plus grandes encore que dans la maladie de Basedow ; il n'y a pas de véritable tremblement, mais plutôt une exaltation choréiforme ; l'exophtalmie est plutôt une apparence qu'une réalité ; l'amaigrissement a été très modéré et peut être mis sur le compte de l'amygdalectomie. Dans ces conditions, seule la mesure du métabolisme basal pouvait nous permettre de trancher la question ; après deux essais infructueux, le métabolisme basal a été trouvé une première fois de + 2,9 %, la seconde fois de + 21 % ; ce n'est pas le métabolisme d'une maladie de Basedow. Nous sommes donc autorisés à rejeter le diagnostic de maladie de Basedow.

La rapidité de la croissance (20 cm. de plus que la taille moyenne), la tendance à l'exophtalmie, le léger hypermétabolisme constaté une fois nous ont fait poser la question d'une altération hypophysaire : hypothèse qui ne nous satisfait point, car l'enfant ne se plaint pas de maux de tête, il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel et la radiographie n'a pas décelé d'élargissement de la selle turcique.

L'ensemble des symptômes observés chez la malade peuvent être groupés sous le signe de l'hypersympathicotonie. La recherche du réflexe oculo-cardiaque a répondu en effet dans ce sens :

Avant la compression des globes oculaires : 100 pulsations.

Pendant la compression des globes oculaires 126 pulsations.

Après cessation de la compression : 92 pulsations.

C'est un réflexe oculo-cardiaque inversé, qui indique une hypersympathicotonie. Nous n'avons malheureusement pas pu employer l'épreuve à l'atropine qui représente le meilleur procédé pour évaluer la tonicité du système neuro-végétatif.

Le syndrome clinique observé chez notre petite malade rappelle les observations que j'ai publiées avec Gilbert-Dreyfus et avec Justin-Besançon, et celles qui ont servi de base à l'excellente thèse de Gilbert-Dreyfus.

Ce syndrome est caractérisé par l'existence fréquente d'un goitre modéré, persistant, quelquefois même congénital. La tachycardie y fait rarement défaut : le pouls est ordinairement aux environs de 100 ; il présente une extrême instabilité ; des variations considérables et rapides se produisent sous l'influence de la station debout, de l'effort et de l'émotion. L'état du cœur est variable d'un jour à l'autre ; nous avons vu dans un cas une tachycardie remplacée ultérieurement par de la bradycardie. Des palpitations et de l'éréthisme cardiaque accompagnent généralement la tachycardie.

Les troubles vasomoteurs, les rougeurs, les bouffées de chaleur, les sueurs abondantes sont très fréquents. Un tremblement léger s'observe souvent.

L'émotivité est très forte. Les troubles de la menstruation sont fréquents. Des troubles psychiques, allant de la simple irritabilité jusqu'à

un état d'agitation maniaque, s'observent dans la plupart des cas.

L'exophtalmie n'est pas rare ; elle peut, dans certains cas atteindre un degré considérable, et représenter le symptôme capital, presque le symptôme unique.

Enfin, l'existence de un ou plusieurs des petits signes oculaires du basedowisme est parfois notée.

Comme on le voit par cette description, le syndrome sympathique parabasedowien est parfois délicat à distinguer de la maladie de Basedow ; il comporte en effet, les symptômes neuro-végétatifs, qui sont les plus bruyants, de la maladie.

Le diagnostic repose sur l'absence d'élévation du métabolisme basal qui exclut l'hyperthyroïdie, et sur la constatation d'un état d'hypersympathicotonie par la recherche du réflexe oculo-cardiaque et de l'épreuve à l'atropine de Daniélopolu.

Le traitement consiste dans l'institution d'un régime alimentaire et d'un traitement hydrothérapique destinés à calmer l'éréthisme nerveux Les divers sédatifs du système nerveux (bromure, valériane, gardénal) sont indispensables ; ils doivent être associés à des médicaments sympathicolytiques qui combattent directement l'excitation du système neuro-végétatif, tels que l'ésérine, l'ergotamine (à condition de prendre de grandes précautions dans son administration), et quelques nouveaux médicaments découverts par M. Fourneau et Mlle Jeanne Lévy.

Nous avons déjà institué un traitement par l'ésérine chez notre petite malade ; il n'a pas encore donné grand résultat ; il n'y a pas lieu de s'en étonner, car le traitement de ces états pathologiques est beaucoup plus long et la guérison est plus difficile à obtenir que celle de la maladie de Basedow complète.

Nous devons surtout insister sur l'inutilité en pareil cas des traitements par l'iode, par les rayons X et par la thyroïdectomie. Nous avons, à plusieurs reprises, constaté leur inefficacité absolue ; et c'est même cet échec du traitement habituel de la maladie de Basedow dans des formes en apparence bénignes, qui nous a fait penser que ces formes, dites souvent frustes, devaient être distinguées nettement de la maladie de Basedow et décrites sous le nom de syndromes sympathiques basedowiformes ou de syndromes parabasedowiens.

Notre conception a été adoptée par beaucoup de cliniciens ; dans un livre récent écrit par MM. Courty et Ansel (de Lille), sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, ces auteurs la prennent comme base de classification. Dans *El Dia Medico*, le Docteur A. Raffo, J. Lugones et A.-R. Moreno en publient une observation très démonstrative. Cependant, elle reste encore inconnue ou discutée par quelques auteurs.

En septembre 1935, Alvarez, Ganem et Geary rapportent dans la *Revista medica del Rosario* (République argentine) des observations de goitre exophtalmique avec métabolisme basal normal et sans tachycardie. Ils croient, comme un certain nombre d'auteurs, que le métabolisme peut être normal dans les formes légères ou incipientes et que la mesure du métabolisme n'a pas une valeur absolue dans le diagnostic des goitres.

En octobre 1935, les Docteurs Carlos Wescamp et Clemente Alvarez rapportent des observations d'exophtalmie pure sans goitre, sans tachycardie, sans augmentation du pouls, sans tremblement et avec un métabolisme basal normal, qu'ils avaient d'abord cru pouvoir attribuer à une simple manifestation d'un déséquilibre du système nerveux végétatif selon l'opinion de Maranon, mais qu'aujourd'hui, suivant les nouvelles opinions de l'auteur espagnol, ils rattachent à une maladie de Basedow.

La lecture de leurs observations nous les fait reconnaître comme identiques aux nôtres et nous les considérons comme des exemples typiques du syndrome parabasedowien.

Tout récemment, le Prof. Bauer (de Wien) revient aussi sur cette question dans un article de la *Presse Médicale* et s'efforce de montrer qu'à la base des états que nous nommons parabasedowiens, il existe toujours un certain degré d'hyperthyroïdie ; selon lui, il s'agit d'un hyperthyroïdisme léger, suffisant pour exciter le sympathique et créer un syndrome d'hypersympathicotonie, mais insuffisant pour exciter le centre encéphalique du métabolisme, ce qui expliquerait la symptomatologie sympathique et l'absence d'élévation du métabolisme basal.

Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cette conception trop hypothétique ; elle ne nous explique pas en effet, pourquoi le traitement de l'hyperthyroïdie, qui guérit si bien les grandes hyperthyroïdies de la maladie de Basedow, n'arrive pas à guérir ces petites hyperthyroïdies si faibles qu'elles n'élèvent même pas le métabolisme.

Or, c'est la constatation de cette évolution différente des deux syndromes qui nous a forcés à établir la distinction que nous avons adoptée entre la maladie de Basedow et le syndrome sympathique parabasedowien. Ensuite, faisant, comme dans l'observation que nous venons de rapporter, l'analyse minutieuse des symptômes, nous avons reconnu que ceux-ci se présentaient avec une allure assez différente dans les deux syndromes, pour que l'on puisse déjà par le premier examen clinique, établir le diagnostic différentiel, entre la maladie de Basedow et le syndrome sympathique parabasedowien, étant bien entendu que le seul test de certitude est la mesure correctement faite du métabolisme basal.

On entrevoit facilement l'intérêt de ce dia-

gnostic qui déclenche aussitôt les indications thérapeutiques si différentes convenant à chaque maladie, et qui établit un pronostic de gravité si différent pour l'une et pour l'autre. Tout récemment encore, un médecin du Venezuela, soigné sans succès depuis huit ans pour une maladie de Basedow qui n'était qu'un syndrome parabasedowien, nous en témoignait sa reconnaissance.

BIBLIOGRAPHIE

ALVAREZ, GANEM et GEARY. — *Revista medica de Rosario,* République Argentine, sept. 1935, n° 9.

BAUER. — *Presse Médicale,* n° 11, 5 février 1936· Recherches nouvelles sur l'hyperthyroïdisme.

COURTY et ANSEL. — Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie. Doin édit., Paris, 1936.

GILBERT-DREYFUS. — Le syndrome parabasedowien. Thèse, Paris, 1930.

Marcel LABBÉ. — Les syndromes parabesedowiens *Journal médical français,* mars 1934.

Marcel LABBÉ, AZERAD et GILBERT-DREYFUS. — Les hyperthyroïdies. Rapport au Congrès fr. de méd. de Liége, sept. 1930. Soc. méd. Hôp. Paris, mars 1930.

A. RAFFO, J. LUGONES et A.-R. MORENO. — Bocio exoftalmico simpatico. *El dia medica,* 27 janvier 1936, Buenos-Aires.

C. WESCAMP et Cl. ALVAREZ. — *Revista medica del Rosario,* octobre 1935.

UN CAS D'EMPALEMENT

M. J. BOUYALA a rapporté à la Société de chirurgie de Marseille (6 avril 1936) un cas curieux d'empalement.

Il concerne un enfant de 10 ans qui, pour aller chercher un ballon tombé dans un jardin voisin de l'endroit où il jouait, grimpa sur le mur de clôture et tomba malencontreusement sur un piquet de fer où il s'empala. Transporté à l'hôpital, on constata une plaie de la partie interne de la cuisse, mais la blessure ne parut pas sérieuse de prime abord.

Le lendemain toutefois, au cours de sa visite, M. Bouyala fut intrigué par une douleur de la fosse iliaque droite, avec défense abdominale. L'exploration de la plaie fit découvrir un trajet conduisant dans la cavité abdominale par l'arcade crurale. Au cours d'une laparotomie exploratrice, le péritoine postérieur apparut déchiré par endroits et on distinguait nettement le trajet qu'avait suivi la barre de fer le long des vaisseaux iliaques. Il n'y avait aucune lésion d'organes, pas de trace d'hémorragie. Pourtant, à quelques centimètres au-dessous du foie, le péritoine postérieur était soulevé par une masse noirâtre qui n'était autre qu'un morceau de pantalon à côtes de velours, qui avait été arraché par l'extrémité de la barre, qu'il avait coiffée, et qui avait sans doute évité la blessure des vaisseaux.

Les suites de l'intervention furent particulièrement troublées : par une réaction péritonéale d'abord, puis une éviscération par la plaie laissée partiellement ouverte ; enfin, au bout de quinze jours, par une occlusion intestinale qui obligea à faire un anus contre-nature sur une anse grêle dilatée qui apparaissait entre les lèvres de la plaie.

Malgré ces complications le transit intestinal se rétablit, l'enfant guérit, mais conserva une fistule du grêle qui obligea à des soins prolongés. Tous les procédés de cicatrisation furent essayés, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Ce qui donna le meilleur résultat fut le bandage de hernie ombilicale avec pelote en caoutchouc. Dix mois après, l'enfant était en excellente santé générale ; la fistule coulait moins ; le meilleur état de l'épiderme permit la cure radicale de cette fistule.

C'est actuellement un superbe garçon de 15 ans, qui ne conserve de son aventure qu'un mauvais souvenir et un abdomen balafré, solide toutefois comme paroi et qui ne l'empêche pas de se livrer à des occupations fatigantes.

P. LACROIX.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL DE LA CONCEPTION DE MARSEILLE

LES CELLULITES PELVIENNES APRÈS HYSTÉRECTOMIES POUR SALPINGITES « REFROIDIES »

Par M. Albert ESCARRAS

Interne des Hôpitaux

Dans la grande majorité des cas, les suites opératoires des hystérectomies pratiquées à froid pour salpingite sont simples : les lésions amendées n'exposent en général pas à des difficultés opératoires bien grandes, et l'on est en droit de s'attendre à un dénouement heureux.

Pourtant les choses ne se passent pas toujours de façon aussi normale, et des poussées réactionnelles pelviennes, que rien ne faisait prévoir, viennent parfois troubler et allonger la convalescence de malades hystérectomisées pour lésions inflammatoires annexielles, au moment où l'on supposait que tout était rentré dans l'ordre et inquiéter sérieusement l'entourage de la malade... et le médecin traitant.

Schématiquement les cellulites pelviennes peuvent évoluer selon trois modalités qui se succèdent quelquefois dans le temps chez les mêmes malades, ou restent isolées, individualisant ainsi trois types cliniques différents :

1° En général, l'intervention n'a pas offert de difficultés particulières, les suites immédiates ont été excellentes ; pas ou très peu de température, le ventre est souple, les urines abondantes, l'état général parfait, on a enlevé le matériel de suture. Puis, au bout de quinze ou dix-huit jours la femme se plaint de douleurs pelviennes avec, souvent, irradiation dans les cuisses ; on pense à une phlegmatia : on n'en trouve aucun symptôme. Le ventre garde sa souplesse, mais est douloureux dans la région sus-symphysaire où n'existe cependant pas de défense. Quelques légères pertes surviennent. L'état général reste bon mais la courbe thermique subit une ascension notable à 38-38,5 ; le pouls suit ou ne suit pas la température dans son évolution.

Au toucher, le fond du vagin, ou les culs-de-sac latéraux apparaissent comme légèrement tendus, empâtés et douloureux. Le col, dans les subtotales, est mobilisable, le Douglas parfaitement indolore.

Ces signes subsistent de quatre à cinq jours, puis tout rentre rapidement dans l'ordre, souvent sous le simple effet du repos prolongé ;

2° Dans d'autres cas, les événements prennent une tournure plus sérieuse. Débutant comme nous venons de l'indiquer les signes cliniques sont immédiatement beaucoup plus intenses : les douleurs s'installent avec beaucoup plus d'acuité, irradient au niveau du pli génito-crural et sont éveillées par la miction à la fin de laquelle surviennent des cuissons intenses signant la participation vésicale à la réaction pelvienne. Le maximum douloureux siège cependant, à la palpation, aux deux points ovariens.

Des pertes assez abondantes et sans caractère spécial font leur apparition.

La température monte rapidement aux environs de 39° avec des poussées irrégulières dont certaines sont déclenchées par l'examen gynécologique. Le pouls est parallèle à la température; l'état général assez atteint, la constipation ordinaire.

Au toucher, on est frappé avant tout par l'empâtement des culs-de-sac latéraux ou du fond du vagin qui donnent au doigt explorateur une sensation de rénitence diffuse et dont la pression est en général très douloureuse. S'il existe un col restant on le trouve fixé, bloqué par l'infiltration pelvienne ; toute tentative de mobilisation en est douloureuse.

La marche de cet incident réactionnel est régulière : débutant comme nous l'avons dit par des douleurs légères et souvent irradiées, accompagnées d'une élévation thermique modérée, elles arrivent vers le quatrième ou le cinquième jour à leur acmé avec ascension de la température à 39°, puis les signes décroissent en lysis régulier. La durée totale moyenne est de dix à quinze jours, la terminaison ordinaire se faisant par la *restitutio ad integrum* et la rétrocession complète des signes énumérés, locaux et généraux.

3° Rarement enfin, les signes peuvent s'aggraver encore ou avoir d'emblée une allure plus sérieuse : l'affection revêt la symptomatologie classique du phlegmon pelvien sur laquelle nous ne saurions insister. A ce stade, on note une réaction péritonéale larvée, mais nette avec météorisme marqué ; l'état général est très atteint et des pertes abondantes s'installent, de caractère rapidement purulent ; les parois vaginales bombent fortement.

Les signes locaux subsistent très longtemps et ne rétrocèdent jamais complètement. Le paramètre est envahi par une sclérose cellulaire que l'on retrouve au toucher longtemps après la rémission.

L'explication de ces divers phénomènes doit

être cherchée dans les lésions anatomiques pré-opératoires : péritonite localisée, enkystée, péri-ovarienne, refroidie, mais en état de microbisme latent, dans les infections d'origine périphérique d'une part ;

Utérus métritique peu ou prou, mais toujours, infection para-utérine pelvienne enfin constante. Les ligaments larges épaissis ainsi que le péritoine péri-ovarien contiennent dans les fausses membranes d'une péritonite plastique ancienne des micro-abcès ou des foyers de réaction séreuse ; les lymphatiques du ligament large ayant servi de voie de migration à l'infection sont encore largement ensemencés. Enfin, les veines des pédicules ovariens et utérins sont, en général, hypertrophiées, sinueuses, congestionnées.

On opère : on libère les adhérences, on sectionne des brides, on fait irruption dans la cellulite para-utérine, on ouvre une muqueuse utérine malade, on traumatise des veines qui n'ont pas besoin de cela pour faire des lésions d'endo- et de péri-phlébite. Enfin, on péritonise par dessus le tout, isolant de la grande cavité, le délabrement que vient d'occasionner l'acte opératoire. L'infection larvée libérée reste latente, dans les cas d'hystérectomie totale tant que subsiste la brèche vaginale ; mais cela correspond à la phase d'incubation normale, car dans les subtotales les phénomènes se déclenchent dans les mêmes délais : ils sont réduits par la cloison péritonéale, localisés à l'espace sous-péritonéal donnant ainsi le tableau classique de cellulite pelvienne.

Dans certains cas, s'agit-il simplement de phlébites pelviennes ? Cette explication peut rendre compte de la genèse des événements ; cependant, l'évolution paraît bien courte et cadre assez peu avec celle d'une phlébite ordinaire : jamais on n'observe de propagation aux membres inférieurs, de signes urinaires nets et intenses tels que Ducuing les a décrits, de complications pulmonaires de type embolique. Enfin, rappelons que, pour la majorité des gynécologues, les infections opératoires et celles des organes enlevés ou traumatisés n'ont rien à voir avec les phlébites ou embolies : les thromboses sont très rares à la suite d'intervention pour foyers infectieux ; comme le dit Villard les phlébites sont presque toujours consécutives aux opérations aseptiques.

Mais l'inflammation est essentiellement un phénomène de vaso-dilatation active : or, il ne faut pas oublier qu'au cours de l'intervention, on a tiraillé, on a traumatisé le système sympathique pelvien, élonguant, sectionnant certaines de ses formations ; par contre-coup, une vaso-dilatation active secondaire et plus ou moins durable s'établit certainement dont l'évolution entraîne sans doute la formation d'un œdème qui pourrait bien constituer le substratum anatomique des deux manifestations premières que nous venons de décrire : quel terrain meilleur pour la flore microbienne qui, se greffant sur ces lésions mécaniques, va entraîner la suppuration ?

La thérapeutique employée est des plus simples : prolongation des soins post-opératoires et du repos allongé, glace sur le ventre, injections vaginales chaudes, lavements chauds, suffisent dans tous les cas à aider la résolution de ces incidents venus assombrir durant quelques jours une évolution post-opératoire qui s'annonçait comme sans nuages.

LE TRAITEMENT DES CICATRICES VICIEUSES PAR L'IONISATION

Les cicatrices vicieuses, les chéloïdes, sont fréquentes. Elles surviennent, en particulier, à la suite d'inflammations assez profondes des tissus du revêtement cutané, d'anthrax, de brûlures, etc... Elles offrent des inconvénients divers et sont surtout redoutées au point de vue esthétique par les jeunes filles et les jeunes femmes.

Un des traitement les plus avantageux de ces cicatrices, des chéloïdes principalement est l'ionisation, préconisée par Stéphane Leduc et Bourguignon. La technique de ce dernier auteur est simple : séances d'une demi-heure, avec la solution d'iode à 1 % et courant de 2 à 10 milliampères. P. L.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

La découverte d'un kyste suppuré de l'ovaire, sans réaction péritonéale, comme complication d'une congestion pulmonaire grippale

Un cas de ce genre, assez impressionnant et énigmatique au moment où le diagnostic reste hésitant, vient d'être étudié par le Docteur Louis Ramond (1). Il mérite d'être connu par les praticiens, livrés aux difficultés de la clinique quotidienne ; ceux-ci seront ainsi renseignés sur les écueils à éviter, mais qu'ils devront cependant envisager ; ils sauront dans quelles conditions il sera possible de découvrir, dans l'infection d'un kyste de l'ovaire latent, la vraie cause d'une reprise anormale de la température après une atteinte aiguë du poumon.

Chez la malade en question, le diagnostic de congestion pulmonaire avait été des plus simples, car tous les symptômes classiques se trouvaient réunis. Le neuvième jour, la défervescence s'était amorcée, et en quatre jours la fièvre était tombée de 40° à 39°5. Mais, fait déjà anormal, dès le treizième jour, elle s'était déjà immobilisée entre 38°5 et 39°.

Comment expliquer cette hyperthermie ? Aucun signe d'une suppuration secondaire pleurale ou pulmonaire ne pouvait être décelé. Néanmoins pour le cas d'un foyer suppuré profond, non reconnu, ou entreprend, par injections hypodermiques trois fois par semaine, une cure de vaccin polyvalent contre les infections pulmonaires et déjà, après quatre injections, au 21e jour de la maladie, la fièvre tombe à 37°6, avec amélioration de l'état général, sensation de détente, tout signe pulmonaire stéthacoustique ayant à peu près disparu.

Malheureusement, cette sédation ne dure pas. Au bout de quarante-huit heures, la température se met à remonter en lysis, et, dès le 25e jour, elle atteint de nouveau 39° pour se maintenir les jours suivants à ce chiffre. Cependant la malade s'amaigrit, se sent de plus en plus fatiguée ; son faciès commence à s'altérer.

Et pourtant, elle ne souffre d'aucun trouble fonctionnel ; l'*examen de son thorax, de son abdomen reste complètement négatif* ; il en est de même pour ses membres, son rhino-pharynx, ses urines.

Où donc siège le foyer infectieux dissimulé, qui existe à n'en pas douter ?

Le thorax est entièrement libéré. Les reins ne peuvent être le siège d'abcès corticaux en l'absence complète de toute douleur locale dans l'une ou l'autre fosse lombaire.

S'agit-il d'une tuberculose pulmonaire, dont le début aurait pris le masque d'une pneumopathie ? On ne le pense pas à cause de l'absence de tout antécédent tuberculeux héréditaire ou personnel, à cause aussi du début vraiment trop brusque et trop franc de son inflammation thoracique, dont les frissons ont marqué la période d'invasion, à cause des caractères stéthacoustiques des signes qui l'ont révélée (râles sous-crépitants ; ni hépatisation pulmonaire, ni souffle, ni pectoriloquie aphone), et de leur importance, à cause enfin de la disparition actuelle complète de tout symptôme thoracique, et de l'aspect d'infectée qu'a pris la malade.

Envisageant une septicémie, on s'apprête à faire une hémoculture ; mais, étant donné qu'un kyste de l'ovaire peut suppurer après une pneumopathie aiguë, et en raison aussi de ce fait que la malade, depuis quelques jours, souffre légèrement du bas-ventre, on pratique un toucher vaginal. Dans le pelvis est découverte une grosse masse arrondie du volume d'une tête de fœtus environ, dure, douloureuse en certains points, principalement à son pôle inférieur. Cette masse occupe une partie du petit bassin ; elle est tout à fait immobile et fixée. Un chirurgien confirme le diagnostic de *kyste suppuré de l'ovaire*.

Ainsi l'explication de la persistance de la fièvre chez cette malade se trouve dans l'infection d'un kyste de l'ovaire préexistant à sa congestion pulmonaire, et latent jusque-là.

L'infection kystique, — dont l'agent a été sans doute, comme dans la plupart des cas semblables, le pneumocoque — a eu son point de départ dans le foyer de congestion pulmonaire d'origine grippale. Elle a gagné ensuite l'ovaire par la voie sanguine.

Mais le fait particulièrement troublant, c'est que cette infection, loin de s'accompagner ici des signes locaux et généraux bruyants habituels — douleurs vives dans le bassin, troubles vésicaux, vomissements, fièvre de suppuration avec frissons et sueurs, rapide altération de l'état général — ou encore d'amaigrissement intense, d'œdèmes plus ou moins étendus, de diarrhée, de légère élévation thermique — simulant alors le néo-

(1) *La Presse Médicale*, 27 juin 1936.

plasme ou la tuberculose — ne s'est traduite que par une fièvre en plateau, régulière, avec de temps en temps de légères rémissions, sans grande atteinte de l'état général, et avec une absence presque complète de signes fonctionnels. Les petites douleurs abdominales, accusées par la patiente, étaient si peu marquées qu'elles ne pouvaient guère retenir l'attention.

« Eh bien, il faut savoir que, dans tous les cas où une femme offre un tableau clinique pareil, et bien qu'elle ne présente aucun symptôme pelvien, aucune réaction péritonéale de voisinage, et bien que le palper abdominal ne fournisse aucun renseignement, on doit penser à l'infection d'un kyste de l'ovaire latent. Alors une manœuvre s'impose — le toucher vaginal — que l'on pratiquera systématiquement et qui permettra de découvrir une tumeur latéro-utérine légèrement douloureuse.

« Inversement d'ailleurs, il ne faut jamais oublier que, devant une tumeur suppurée du petit bassin, la notion d'une infection pulmonaire antérieure récente doit orienter le diagnostic vers la possibilité d'un kyste de l'ovaire infecté, plutôt que vers les hypothèses de salpingite ou de fibrome suppuré. »

Epilogue

Le traitement de choix de ces kystes suppurés de l'ovaire consiste évidemment dans leur extirpation chirurgicale ; mais, la malade ayant refusé toute intervention de ce genre, il est intéressant de connaître quelles furent les suites heureuses du traitement médical.

On lui fit, séparées par un jour d'intervalle, trois injections intramusculaires profondes de bouillon-stock-vaccin (propidon). Cette thérapeutique remporta le succès le plus remarquable. Sous son influence, la température se mit immédiatement à tomber en lysis pour atteindre 37° le quarantième jour de la maladie, et rester ensuite définitivement à la normale.

Cependant le kyste ovarien persista au toucher vaginal, il est vrai plus mobile et entièrement indolore. Il est vraisemblable cependant que son exérèse constituera plus tard l'élément certain de la guérison définitive.

II

Les méfaits auriculaires des gifles

Il s'en faut de beaucoup que les gifles gardent toujours, pour celui qui les reçoit, le caractère purement symbolique d'une humiliation : elles peuvent occasionner des lésions traumatiques de l'appareil auditif.

Le Docteur F. Bonnet-Roy (1) a pu examiner, comme expert, deux enfants qui avaient reçu, en classe, un soufflet de leur maître, puis apprécier les conséquences de ce traumatisme sur leur appareil auditif. La symptomatologie était entièrement différente dans l'un et l'autre cas.

L'une de ces deux observations est fort simple. L'enfant, âgé d'une douzaine d'années, est giflé à la classe du matin. Il rentre chez lui, saignant de l'oreille gauche. Le médecin de famille l'examine à 13 h. 30 ; le soir même, un spécialiste le voit à son tour. L'un et l'autre constatent une perforation de la partie postérieure du tympan avec otorragie.

Aucune suppuration ne s'établit dans la suite. Un second spécialiste, deux mois après, confirme la lésion tympanale avec légère diminution de l'acuité auditive par atteinte de l'appareil de transmission.

Lorsque l'auteur vit l'enfant, près de quatre mois après le traumatisme, il constata une perforation sèche des quadrants postérieurs du tympan et une faible diminution de l'acuité auditive avec Rinne négatif, Schwabach prolongé, et Weber latéralisé du côté blessé. Cette diminution de capacité auditive entraînait une incapacité dont le taux ne dépassait pas 3 p. 100.

Dans ce cas, la suite des événements, la précocité et l'évidence des constatations ne laissaient aucun doute sur l'imputabilité de la perforation tympanale avec otorragie à la gifle donnée à l'enfant sur l'oreille gauche.

L'autre cas était infiniment plus complexe.

Un enfant de 13 ans reçoit, en classe, il y a six ans, une gifle d'un de ses maîtres.

Il n'a ni otorragie, ni otorrhée secondaire, mais il accuse dans la suite une forte surdité de l'oreille gauche. Il suit, pendant un certain temps, un traitement diathermique (?) chez un spécialiste de la ville qu'il habite. On le conduit à Paris, où un nouvel otologiste l'examine et conclut à une surdité quasi-totale et définitive de l'oreille gauche.

Cependant, les deux thèses s'affrontent. Le père de famille impute au soufflet reçu par son fils la surdité, dont celui-ci est atteint. Le directeur du pensionnat déclare que l'enfant était sourd antérieurement au traumatisme.

Le spécialiste, qui a examiné l'enfant le premier (huit jours après l'incident), mentionne dans un certificat : « Dès la première visite, j'ai attentivement examiné conduit auditif et tympan de l'oreille atteinte de surdité et, à aucun moment, je

(1) *Annales de la Société de médecine légale*, mai 1936.

n'ai pu trouver de trace de lésions traumatiques du tympan ou du conduit auditif, si minimes soient-elles ».

C'est dans ces circonstances que le Docteur Bonnet-Roy devait dire si la surdité de l'oreille gauche, dont se plaignait l'enfant, avait été « causée ou aggravée par les violences, dont il a été l'objet ».

L'examen objectif ne montrait aucune altération du tympan. L'examen fonctionnel révélait une surdité très marquée de l'oreille gauche, équivalant, pour cette oreille, à la perte de 80 p. 100 environ de l'acuité auditive physiologique. Cette surdité se présentait avec les caractères d'une atteinte de l'oreille interne, de l'oreille de perception, sans troubles de l'équilibration.

Dans ces conditions, une surdité de cette nature peut-elle être imputée à un traumatisme ?

Les surdités d'origine traumatique, qui traduisent une lésion de l'oreille interne, sont rares en comparaison de celles, qui résultent d'une atteinte de l'oreille moyenne. On en constate cependant après une violente déflagration ou après un « coup de pression » chez les ouvriers travaillant dans des cloches à plonger. Le « projectile air », comme on disait pendant la guerre, provoque généralement une rupture de la membrane tympanale (oreille moyenne) ; mais, si celle-ci résiste, sa pression est transmise brutalement à l'oreille interne par la chaîne des osselets et atteint l'appareil cochléo-vestibulaire.

Ce mécanisme peut être réalisé par un choc sur l'oreille, appliqué directement sur l'orifice du conduit auditif externe et provoquant une brusque augmentation de pression de l'air extérieur sur le tympan. Une gifle peut donc, à la rigueur, répondre à ces données, si elle est appliquée avec une extrême violence et directement sur le méat auditif. Cette éventualité, bien que tout à fait exceptionnelle, peut être considérée, théoriquement, comme susceptible de se réaliser ; d'ailleurs, le tympan, s'il reste intact, amortit dans une large mesure l'intensité du traumatisme et protège le limaçon ; le pronostic reste plus favorable ; il n'y a qu'exceptionnellement des troubles de l'équilibration.

En regard de cette interprétation, il faut invoquer également les surdités d'origine pathologique, qui peuvent se rencontrer chez un enfant. Sans parler de celles qui sont consécutives à une otite moyenne suppurée, qui laissent des traces objectives sur le tympan, et qui, par conséquent, ne pouvaient être retenues dans ce cas particulier, on sait que certaines maladies infectieuses, les oreillons notamment, la typhoïde, la méningite cérébro-spinale, etc., sont susceptibles de provoquer des névrites de la 8e paire. Parmi celles-ci les névrites ourliennes, au contraire des autres, sont plus souvent unilatérales que bilatérales.

Cette pathogénie devait donc être envisagée comme possible pour expliquer la surdité dont cet enfant était atteint.

En conséquence, deux hypothèses se présentaient :

Ou bien la surdité était traumatique, et il fallait pouvoir affirmer que la gifle reçue par le blessé avait été d'une exceptionnelle violence, et directement appliquée sur l'oreille.

Ou bien elle était antérieure au traumatisme et une enquête pouvait, semble-t-il, le démontrer.

Or, dans les conditions de l'examen, il était impossible de conclure formellement en faveur de l'une ou de l'autre supposition.

Le Tribunal débouta le père de l'enfant, et ce jugement fut confirmé en appel.

G. Fischer

BRIDE VULVAIRE TRANSVERSALE

Le Professeur Maurice Perrin a pu observer une curieuse observation de cette lésion ; il en a fait la relation à la Réunion dermatologique de Nancy.

Un jeune ménage avait fait de nombreuses tentatives pour consommer le mariage ; toutes avaient révélé une impression d'obstacle, et elles avaient occasionné à la jeune femme des douleurs vives, mais non durables ; néanmoins, tout nouvel essai avait été suspendu jusqu'au jour possible d'une consultation médicale.

Or, l'examen superficiel de la vulve révéla l'existence d'une bride charnue, insérée sur la moitié supérieure des petites lèvres. Cette bride tombait en boucle au-devant de l'hymen. En la déplaçant, le doigt se laissait introduire dans le vagin, soit par dessus, soit par dessous. L'hymen et le vagin ne présentaient aucune sensibilité particulière, non plus que les divers points de la vulve. Seules, les tractions sur la bride occasionnaient des douleurs ; il était donc logique de conclure que, dans les tentatives de coït, cette bride devait être entraînée dans son ensemble, et ses insertions tiraillées.

Elle fut simplement excisée à ses extrémités, mesurant environ 4 centimètres de longueur sur un diamètre de 4 à 5 millimètres ; son aspect était celui du tissu des petites lèvres, sur lesquelles, elle prenait naissance.

Cette heureuse intervention chirurgicale ne laissa, dans la suite, plus aucun ennui aux deux époux, qui bientôt constatèrent avec joie les prodromes d'une grossesse.

G. F.

LA CORTICO-SURRÉNALE ET SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Par le Dr Bayard

Les surrénales sont situées au-dessus des reins. Ce sont deux petites glandes à secrétion interne, du poids de 5 grammes environ, et de forme ovoïde.

La surrénale est formée d'une zone médullaire, qui sécrète l'adrénaline et du cortex, membrane mince périphérique qui sécrète plusieurs hormones, la cortine, le glutathion et le carotène.

Ces deux parties forment deux organes distincts très différenciés au point de vue histologique et ont un rôle physiologique tout à fait différent.

Elles ont un rôle aussi considérable que complexe, connu surtout depuis les travaux d'Addison en 1855, en rapport étroit avec le mécanisme fonctionnel des autres endocrines.

Elles ont fait depuis, l'objet de nombreuses recherches surtout depuis qu'on a mis en valeur le rôle capital de l'adrénaline, produit physiologique bien défini, isolé par Takamine en 1901, susceptible de provoquer l'hyperglycémie, d'agir comme hémostatique, et d'aider à la recalcification dans certaines maladies comme l'ostéomalacie et le rachitisme.

Nous verrons plus loin son rôle comme test de l'hyperexcitabilité sympathique (1).

Mais l'étude du cortex est moins connue. L'hormone qui en est dérivée, la cortine, a surtout un rôle antitoxique puissant, de même ordre que celui du foie. Elle a été isolée par Kuhle, puis étudiée en 1928 par Stewart et Rogoff. On l'appelle encore interrénine.

Elle peut être décelée dans l'urine au même titre que l'hormone hypophysaire ou folliculaire, mais on l'obtient surtout en partant du tissu surrénal de bœuf ou de veau, dont il faut enlever rigoureusement toute trace d'adrénaline.

C'est un stérol, se présentant sous forme d'une poudre blanchâtre, amorphe soluble dans l'alcool et les acides dilués, insoluble dans l'eau l'éther et le chloroforme.

Cette hormone résiste au chauffage à 80°, n'est pas détruite par les ferments digestifs et se conserve bien en présence des acides dilués.

C'est un produit rare et coûteux puisqu'il faut 4 à 5 kilos de tissu pour obtenir 100 c. c. d'extrait. Un centimètre cube représente 40 grammes d'organes frais ; 15 jours sont nécessaires pour la préparer, et il faut 2 bœufs pour obtenir cette faible quantité.

Elle commence seulement à être préparée en France, depuis le prodigieux développement de l'opothérapie cortico-surrénale encore ignorée il y a 4 ou 5 ans.

Recherches expérimentales

Tout d'abord et à la base de toute étude il faut connaître les deux grands syndromes cortico-surrénaux qu'a bien étudiés Sainton (conférences Hotel-Dieu).

1° **Syndrome d'hyperfonctionnement.** — On observe le pseudo-hermaphrodisme, la puberté précoce des fillettes avec développement des seins, ce sont de petites femmes dès l'âge de 6 ou 8 ans, le virilisme précoce des jeunes garçons développés en taille et en poids, le virilisme surrénal de l'adulte et l'hirsutisme.

2° **Syndrome d'hypofonctionnement.** — Le type en est la maladie d'Addison et ses formes frustes. Nous l'étudierons tout à l'heure.

C'est l'hypofonctionnement surrénal qui a fait l'objet de nombreuses recherches, surtout depuis la découverte de la cortine.

La plus employée est celle de Swingle et Pfiffner.

Pour traiter utilement un addisonien, il faut cinq centicubes *pro die* et même dans certains cas répéter cette dose deux fois par jour ; expérimentalement on emploie 1 centimètre cube de cortine *pro die* pour conserver la survie à 4 à 5 kilos d'animal décapsulé.

Grâce à cette dose utile et nécessaire « en « injectant la préparation de Swingle et de « Pfiffner, on obtient une survie quasi-illimitée ; « la tension artérielle, la glycémie, la réserve alca- « line et le métabolisme basal reviennent à la « normale, tandis que l'azotémie disparaît; « si l'on injecte de l'extrait cortical de Sappé « et Hartmann, on prolonge la vie de 30 à « 80 jours. »

« Si l'on injecte de l'adrénaline diluée dans du « sérum glucosé on chloruré, on n'obtient aucun « résultat » (R. Levent, *Gaz. Hôpitaux*, 6 mars « 1935).

Or, nous savons que si l'on supprime les cortico-surrénales chez un chien par exemple, il meurt en cinq où six jours présentant le syndrome clinique des addisoniens avec hypotension, hypothermie, vomissement, diarrhée, urémie, coma et collapsus.

(1) La surrénale contenant des cellules ganglionnaires sympathiques est essentiellement sous la dépendance fonctionnelle du sympathique.

Ces faits étant bien établis nous allons passer en revue son action thérapeutique dans les diverses affections pathologiques qui relèvent de son emploi.

Considérations générales

La cortico-surrénale a une influence prépondérante sur le système nerveux, sur l'appareil génital et sur les autres endocrines. Ce sont ses sécrétions glandulaires et ses hormones dont dépendent l'harmonie cellulaire et neuro-endocrinienne, le développement physique, l'énergie, l'activité génitale et intellectuelle de l'individu.

Comme la thyroïde elle joue un rôle considérable dans le «concert endocrinien», selon la belle expression de Léopold Levi. Pour obtenir une bonne santé, une harmonie aussi complète que possible dans le fonctionnement de nos divers organes, il faut un bon équilibre de toutes les fonctions digestives, circulatoires, respiratoires et de notre système nerveux végétatif qui en est le régulateur.

Or du fait de l'existence actuelle, les troubles fonctionnels glandulaires sont de plus en plus accentués, et ce déséquilibre permanent entraîne une augmentation de troubles neuro-végétatifs et sympathico-toniques même dans des conditions physiologiques qui ne sont pas encore rentrées dans un cadre pathologique : d'où interdépendance non seulement entre le fonctionnement l'activité et la secrétion des endocrines, mais encore avec le système neuro-végétatif.

Ce sont ces notions élémentaires que nous autres praticiens, devons toujours avoir présentes à l'esprit.

L'adrénaline. — L'adrénaline extraite de la médullaire a été employée depuis déjà très longtemps, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, sous forme de chlorydrate.

La surrénale étant un des organes régulateurs de la tension artérielle, il était tout naturel employer son extrait dans toutes les formes d'hypotension et particulièrement dans les insuffisances surrénales.

La découverte de l'adrénaline a ouvert des horizons considérables tant au point de vue expérimental, qu'au point de vue clinique. Elle exerce sur notre appareil neuro-végétatif une action en quelque sorte spécifique, au point que Laignel-Lavastine la considère comme la pierre de touche de l'hyperexcitabilité vagale, et qu'il obtient l'analyse de la personnalité psychique, physique et morphologique par la réaction du sujet à ce médicament.

Grâce à leur affinité physico-chimique sur le névraxe, l'adrénaline et l'ergot, médicaments antagonistes du sympathique, l'acétylcholine et l'atropine, médicaments du parasympathique, on peut connaître les réactions individuelles de chaque sujet et apprécier sur des bases précises leur activité et leurs effets.

Toutefois les effets de l'adrénaline sont inconstants et au point de vue thérapeutique pur, elle est fortement critiquée. Même à hautes doses, elle ne produit que des améliorations passagères (ce qui tient peut-être aux produits de synthèse employés au lieu de l'adrénaline organique lévogyre vraie).

Quoiqu'il en soit, elle est incomplète, parce qu'elle n'est qu'une sécrétion de la médullaire et nous verrons que l'hormone du cortex où même la glande totale donnera des effets beaucoup plus puissants dans les diverses affections que nous passerons en revue.

Mais son rôle hémostatique et vaso-contricteur reste indiscutable. En piqûres, elle doit-être maniée avec prudence, sans dépasser un demi ou un milligramme, et rigoureusement interdite par la voie veineuse à cause des accidents de schock effrayant qu'elle est susceptible de produire pouvant aller jusqu'à la mort en quelques minutes. (Hoxie, Morris, Boughton).

Nous savons tous, qu'il y a tant au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique, un antagonisme fonctionnel entre le sympathique et le para-sympathique, le premier agissant comme excitant, le second comme inhibiteur, comme paralysant.

Et cependant il ne faudrait pas déduire que l'adrénaline, qui est le médicament-type sympathicolitique, agit toujours et de la même façon chez tous les sujets.

Il y a des individus chez qui l'adrénaline ne provoque ni dilatation pupillaire, ni augmentation du pouls, et des battements cardiaques (Justin Besançon, conf. Pitié, 25 mars 1936).

Il y a des individus chez qui le R. O. C. est inversé, et justement parce qu'il y a un dysfonctionnement glandulaire provoquant des troubles humoraux et des modifications hormonales.

La complexité de l'innervation du sympathique et du vague est là pour démontrer combien le tonus physiologique est loin d'être facile à obtenir, combien leur mécanisme régulateur est fréquemment troublé, soit dans le travail, soit dans le sommeil, soit dans une intoxication avec ou sans fièvre.

Ces faits paradoxaux sont bien connus, mais assez inexpliqués en clinique, parce qu'il y a production d'autres substances antagonistes... Ce sont des hypothèses : on a parlé de substances chimiques (Elliot) Loewi a découvert la substance vagale... Cannon la sympathine. La première serait analogue à l'acétylcholine, la seconde à l'adrénaline... Peut-être serait-il aussi

simple de supposer qu'en présence d'une irritation neuro-végétative, d'une excitation cellulaire, on puisse augmenter ou diminuer le potentiel de charge de cette cellule... non seulement au point de vue électrique, mais au point de vue chimique, puisque en dehors des sécrétions hormonales et des substances de compensation, il existe des ions chimiques dont la cellule doit avoir un potentiel de charge suffisant et dont les principaux sont le calcium, le potassium, le soufre, etc...

Rien ne donne une idée plus juste de ces phénomènes complexes, qu'un réseau électrique dans lequel passent des courants primaires et à côté, des courants secondaires, indirects, nversés, polyphasés, qui viennent troubler ou iuppléer à une dysharmonie dans la distribution du courant.

Si l'on fait absorber du sucre à un sujet, on augmente la glycémie, en même temps qu'on excite la fonction glycogénique du foie, ceci est un phénomène bien connu.

Il se produit toujours un équilibre fonctionnel, « qui fait que telle activité glandulaire, du fait « de cette symbiose est rapidement contre-carrée « par l'activité réactionnelle d'une glande à sécré- « tion inverse ». (Guy Laroche).

Or il existe donc un mécanisme régulateur dont nous reparlerons tout à l'heure, qui permet d'obtenir l'équilibre humoral, hormonal et qui est sous la dépendance du système nerveux neuro-végétatif (sympathique, parasympathique et vague) et des glandes endocrines.

Ce mécanisme régulateur explique bien des expériences paradoxales.

Sans doute il y a antagonisme entre le sympathique et le vague, entre l'adrénaline et l'acétylcholine, entre l'ergotamine et l'atropine.

Mais l'adrénaline a petites doses abaisse la pression artérielle, alors qu'à hautes doses elle l'augmente, cela est admis et vérifié expérimentalement.

Nous connaissons aussi l'exemple particulièrement curieux du lobe antérieur d'hypophyse, qui règle l'activité de la thyroïde, agit sur la sécrétion de la cortico-surrénale et... règle les sécrétions testiculaires et ovariennes, en même temps qu'elle agit sur le métabolisme de l'eau, des graisses, et des processus d'oxydation de l'organisme.

Une observation aussi curieuse est celle de Klein. Injectant par voie sous-cutanée de l'hormone corticale à de jeunes rats mâles, il a observé chez ceux-ci un développement considérable des organes génitaux, d'autant plus marqué que l'animal était plus jeune.

Injectée à des femelles la même hormone diminuait le développement des ovaires et la folliculine !

Ainsi donc l'hormone cortico-surrénale, hormone de la masculinité et de l'énergie, aurait une action élective sur le développement des organes génitaux mâles, tandis que son action sur la femelle est nulle, ou agirait même en sens contraire (1).

Enfin l'adrénaline n'agit pas sur la sécrétion sudorale, comme la pilocarpine et l'acétylcholine, tandis que l'atropine inhibe cette sécrétion et l'ergotamine aussi !

Voilà encore une expérience paradoxale dans laquelle joue ce mécanisme régulateur susceptible de modifier dans l'organisme l'apport de l'adrénaline ou de l'acétylcholine, de l'évacuer ou d'en transformer la trop grande quantité, de produire cet équilibre indispensable à la vie, d'obtenir un équilibre acide-base du sang (difficile à mesurer) et dont la normale est à 7,35. A. 7.40 ou à 7.32 la mort est inéluctable !

Les renseignements que donne le pH urinaire sont plus incertains, et nous ne les citerons que pour mémoire, car il a moins de valeur et il varie plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

La normale est d'environ 5,8 à 6,2 et le praticien peut facilement l'établir avec des indicateurs colorés, sans l'aide du laboratoire.

Action sur le sang. — Augmentation des hématies et des lymphocytes, diminution des polynucléaires neutrophiles, abaissement de la glycémie, de la chlorémie et de la réserve alcaline.

Action sur les vitamines A, A et C. — Des observations déjà anciennes ont montré qu'il y avait un rapport étroit entre l'hypertrophie des surrénales dans les avitaminoses B et C et une atrophie chez les animaux en état d'avitaminose A.

Cela tient sans doute à ce que la médullaire est l'organe le plus riche en cholestérine.

Quant au carotène, beaucoup plus employé à l'étranger qu'en France, et qui se localise exclusivement dans le cortex « lorsqu'il est absorbé « par un animal, il est mis en réserve sans trans- « formation dans les surrénales et dans les « ovaires, puis une partie est transformée en « vitamine A et emmagasinée dans le foie ». (O. Bailly).

Enfin Demole a montré que l'avitaminose C provoquée expérimentalement sur le cobaye entraînait des troubles nerveux, de l'irritabilité et de l'apathie. Cette carence est susceptible, au même titre que les modifications de l'équilibre acide base, d'entraîner chez l'homme des troubles mentaux.

(1) Ces notes sont extraites des articles de A. Laporte dans les *Annales de Thérapie Biologique* (janvier 1934 et 1935).

Action sur le métabolisme du soufre. — Le cortex paraît avoir un rôle important dans la formation du glutathion aux dépens des corps aminés du sang et c'est probablement cet excès de corps aminés qui produit le pigment mélanique, la raréfaction du glutathion et le ralentissement des oxydo-réductions qui, dans le travail musculaire prolongé provoque la fatigue (1).

Tous ces troubles cèdent en quelques jours à l'opothérapie corticale.

Action antitoxique. — Chez les surrénalectomisés on observe une sensibilité exagérée à toutes les intoxications endo et exogènes.

D'autre part on connaît depuis longtemps l'hypertrophie du cortex dans toutes les intoxications prolongées.

L'extrait cortical amène un retour à la normale (Perla et Gottermann, Scott et Bradfort).

Action sur la thermo-régulation. — Les surrénalectomisés sont exagérément sensibles au froid parce que leurs muscles prématurément fatigués, sont incapables de produire les calories nécessaires ; ils sont exagérément sensibles à la chaleur, sans doute par trouble du métabolisme hydrique, ou carence de la fonction antitoxique.

L'extrait cortical régularise le centre thermo-régulateur : de même que dans le myxœdème la température est au-dessous de la normale, et le traitement thyroïdien régularise cette température, de même dans l'insuffisance surrénale expérimentale ou non, l'hypothermie est la règle.

L'asthénie. — Les cortico-surrénales étant les glandes de l'énergie, leur activité entraîne une sécrétion hormonale plus ou moins abondante : lorsque cette sécrétion est fortement déficitaire on observe alors une fatigue générale, une asthénie, une hypotension.

L'asthénie est un symptôme extrêmement fréquent dont les causes sont complexes et que l'on rencontre dans les affections les plus diverses, aussi bien dans le diabète, que dans le brightisme dans la tuberculose, comme dans la syphilis, dans les maladies infectieuses comme le paludisme, la typhoïde, la scarlatine, l'érysipèle, la diphtérie.

D'où l'importance extrême de l'opothérapie surrénalienne dans toutes ces affections.

On la rencontre chaque fois qu'il y a déficience de l'organisme et surtout chaque fois qu'il y a un trouble endocrinien intéressant une ou plusieurs glandes même celles qui semblent avoir un rapport éloigné, toujours à cause de l'interdépendance et de la corrélation dans leur fonctionnement. C'est ainsi que l'insuffisance hypophysaire amène une sorte d'apathie psychique, d'abattement avec hypotension : il en est de même de l'insuffisance thyroïdienne si bien décrite par Léopold Lévi avec neurasthénie, idées noires, phobies et tentatives de suicide.

Mêmes symptômes dans l'insuffisance thyro-hypophysaire et thyro-ovarienne.

Mêmes symptômes souvent très accusés dans

La maladie d'Addison. — Cliniquement elle se manifeste par asthénie, hypotension, hypothermie, troubles digestifs, auto-intoxication à cause de l'augmentation de l'azotémie et mélanodermie.

Biologiquement : diminution du NaCl, augmentation du K sanguin, hypoglycémie, diminution de la réserve alcaline.

En principe il y a lieu deconsidérer l'asthénie comme le symptôme primordial de l'insuffisance surrénale. Elle se manifeste par une lassitude, une fatigue intense : le malade ne peut se lever, il est plus fatigué le matin que le soir, sa tension est très basse, sa différentielle nulle, son état de déchéance, de somnolence, d'apathie est d'autant plus grand que le syndrome addisonien est plus complet. C'est un signe de début.

Les antécédents, l'hérédité jouent un rôle important et Maranon attire l'attention sur l'amaigrissement, le hoquet, les crises abdominales ayant une apparence inflammatoire ou toxique et sur la pigmentation de la face dorsale des doigts.

Toutefois depuis deux ou trois ans « et, surtout « depuis la découverte de la cortine, on est par- « venu à conserver des chats privés de leurs « glandes pendant un temps indéfini, en leur « injectant quotidiennement cet extrait glan- « dulaire. » (Rivoire. Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie). Mais si l'application aux addisoniens vrais, a produit dans quelques cas de véritables résurrections, il n'en est pas de même dans tous les cas.

Dans les cas heureux « l'efficacité du traite- « ment a été tout à fait nette sur les symptômes « digestifs, disparition des nausées et des vomis- « sements, le malade sort du collapsus, retrouve « de l'appétit, cesse de maigrir, et reprend du « poids, la tension remonte légèrement et la « pigmentation peut s'atténuer ». (Boudin).

Il en est de même des forces qui sont rapidement augmentées et de la disparition du symptôme fatigue. Le psychisme du malade retrouve un tonus élevé.

Malheureusement, il est nécessaire de continuer le traitement... pour ainsi dire indéfiniment, et nous avons dit, et les difficultés pour se procurer l'extrait total de glande fraîche, et son prix fort élevé.

Enfin, comme l'a observé Carnot, ces injections

(1) La glutathion diminue dans les muscles des rats décapsulés ; il augmente avec l'injection d'extrait cortical. La surrénale est l'organe le plus riche en glutathion.

perdent de leur activité : il semble qu'au bout d'un certain temps, il y a une sorte d'accoutumance et l'efficacité du traitement devient nulle. Ce phénomène biologique a été bien mis en lumière par Rivoire (*loc. cit.*) qui l'explique par la production dans le sang d'antihormones produites par la présence d'une hormone étrangère en excès. Enfin il est probable que la richesse en hormones est variable d'un animal à l'autre et qu'il existe une susceptibilité individuelle qui rendent les résultats inconstants quelle que soit la dose employée.

Maranon et Boudin ajoutent que le traitement par la cortine serait insuffisant si l'on n'y ajoutait un régime alimentaire riche en graisses et en hydrates de carbones et hyperchlorure surtout.

A ce propos Rivoire considère l'adjonction du NaCl à la dose de 5 à 6 gr. par jour, ou une injection de sérum salé à 10 % comme une acquision thérapeutique d'importance presque égale à celle de l'hormone corticale. C'est une médication de fond à prescrire dans tous les cas.

Il est bien évident qu'il faut être sûr de l'intégrité rénale et de sa perméabilité pour ne pas aggraver une néphrite albuminurique surajoutée et méconnue.

La maladie d'Addison évoluant par poussées successives, c'est surtout pendant les crises d'insuffisance surrénale qu'on doit appliquer ce double traitement. Or c'est pendant ces périodes que l'action est particulièrement nette et utile. La cortine s'emploie exclusivement par voie intraveineuse, à la dose de 10 c. c., mais son titrage n'est pas encore internationalisé en unité animal (1).

Enfin depuis peu d'années Rivoire et Boudin ont préconisé la cystéine en intraveineuses, mélangée au NaCl à 10 %. On injecte tous les deux jours 20 gr. de chlorhydrate de cystéine dissous dans 2 c. c. d'eau distillée et additionnés de 20 gr. de sérum salé à 10 % ; Boudin ajoute que, dans la maladie d'Addison, ces traitements constituent une acquisition remarquable et que la cystéine semble avoir une action certaine, et sur la tension artérielle, et sur la pigmentation. (*Concours Médical*, 19 janvier 1936).

(1) A cause des surrénales accessoires que l'on observe quelquefois chez le rat, l'unité est inconstante.

MORTELLE POUSSIÈRE DANS L'ŒIL

Il s'agit d'une complication rare de méningite après une kératite serpigineuse provoquée par un corps étranger. Le Docteur Dagorne (1) rapporte l'observation d'un ouvrier, sexagénaire, qui reçoit au cours de son travail une poussière sur la cornée gauche. Ayant continué ses occupations pendant plusieurs jours, il ne se décide à consulter que le 17 août. Un oculiste constate que déjà il présente, autour du foyer d'implantation, une infection d'aspect peu rassurant : ulcère serpigineux classique à pneumocoques avec hypopyon. Traitement habituel : dilatation pupillaire à l'atropine, coup de curette au centre, et cautérisation avec la pointe du galvano au pourtour blanchâtre et infiltré de l'ulcération. Les voies lacrymales sont vérifiées et, quoique saines et perméables, seront lavées quotidiennement.

L'infection oculaire se révèle exceptionnellement virulente. Le blessé est pansé trois fois par jour. Pas de sucre dans les urines. Le pus s'accumule dans les cul de sac et sur la cornée. Malgré tous les soins, malgré des cautérisations répétées, la marche envahissante de l'ulcère ne peut être arrêtée, et celui-ci gagne progressivement la presque totalité de la surface cornéenne.

Le 23 août, la cornée est perforée avec hernie des membranes ; douleur locale très vive, mais surt ut forte céphalée occipitale. La vision est irrémédiablement perdue ; le globe lui-même ne peut être sauvé, et, le 24 août au matin, on pratique l'énucléation dans les conditions les plus normales ; pas de panophtalmie ; le vitré n'est pas purulent. Suites orbitaires parfaites. Le patient se plaint toutefois encore de douleurs de tête. Brusquement, dans la nuit du 25 au 26, apparaît un délire aigu hallucinatoire, avec agitation considérable et tremblements. Le diagnostic de méningite s'impose. Après une première ponction lombaire infructueuse, une seconde ponction ne permet pas de retirer une seule goutte de liquide céphalo-rachidien, à cause de l'engainement couenneux de la moëlle et à cause des cloisonnements. Une injection rachidienne de sérum étant impossible, on fait du sérum antipneumococcique par voie intra-musculaire. Le blessé succombe dès le 27 août dans l'après-midi. Une autopsie démontre que le cerveau et la moëlle étaient tapissés par un épais exsudat purulent, jaunâtre, fibrineux, contenant de nombreux pneumocoques.

S'il est fréquent de voir un corps étranger de la cornée se compliquer de kératite serpigineuse à pneumocoques, il est rarissime que cette kératite arrive à se compliquer à son tour de méningite à pneumocoques. Ne faudrait-il pas qu'en pareil cas, en face d'une cornée résistant mal au pneumocoque, redouter le passage microbien par voie lymphatique dans le liquide céphalo-rachidien, et ne devrait-on pas, en conséquence, hâter l'énucléation.

(1) *Le Monde Médical*, 1er Octobre 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le problème du cancer.

Nous devons signaler le très important mémoire que publie aujourd'hui, sous une forme particulièrement documentée, et remarquablement illustrée, le Professeur Rappin. Cet auteur résume ses travaux remarquables entrepris depuis plus de 60 ans, dans le but d'apporter une nouvelle contribution à l'étude de l'étiologie du cancer.

Il faut travailler de plus en plus pour tenter, sinon peut-être de faire disparaître entièrement ce mal, du moins de le combattre enfin efficacement. Il faut bien reconnaître, en effet, que du côté de la thérapeutique anticancéreuse, nous restons désarmés malgré la multitude des agents et des moyens mis en œuvre. C'est que, tant que la cause initiale, le *primum movens* du cancer ne sera pas élucidée, bien mise en évidence, et ne sera pas venue nous guider, nous demeurerons dans l'incertitude sur sa genèse, et, par suite, sur les moyens curatifs à lui opposer.

On semble s'accorder maintenant à admettre et à reconnaître qu'en dernière analyse, il s'agit bien là d'une maladie de la cellule, et que c'est dans la cellule cancéreuse elle-même qu'il faut en rechercher la cause et l'origine. Les études doivent converger du côté de la physio-pathologie de la cellule cancéreuse au départ de la cellule normale. Un micro-organisme toujours le même est retrouvé dans la cellule cancéreuse ; on peut donc supposer qu'il n'est pas sans jouer un rôle, sinon comme cause initiale, du moins comme associé à la marche et à l'évolution des cancers. Si l'on s'en tient à l'étude de ses aspects morphologiques, de ses réactions tinctoriales et de cultures on est conduit à le considérer comme rentrant simplement dans la classe des staphylocoques, et à le regarder comme une variété de staphylococcus albus ; comme celui-ci est doué d'une véritable ubiquité, en somme dans toutes les régions éminemment cancérisables, on est conduit à penser qu'il n'y a peut-être pas lieu de rechercher plus loin le point de départ de la contamination de la cellule, par conséquent de l'infection cancéreuse, et que c'est de ce côté qu'il faut situer l'origine et la cause du cancer. Il semble bien établi maintenant que l'on doit, de plus en plus, soupçonner l'existence d'un ultravirus au sein même de la cellule. Il s'agirait, à l'origine de la carcinose, de phénomènes de fermentation intra-cellulaire.

Comme remède anticancéreux, on a préconisé la curiethérapie et les rayons Rœntgen, la métallothérapie, la sérothérapie, les vaccins antinéoplasiques ; peut-être l'antivirusthérapie pourrait-elle également être envisagée et étudiée, étant donné que la nature virulente du cancer semble bien admise de plus en plus. Il ne faut pas oublier non plus une idée directrice qui devra s'inspirer de ce fait que la carcinose revêt, par la formule même de la cellule cancéreuse, tous les caractères et la physionomie générale d'un processus fermentatif.

L'auteur a toujours considéré que le cancer, dans son évolution, devait être envisagé comme une infection à caractères particuliers ; l'agent qui en est la cause agit comme un ferment. Tous les phénomènes fermentatifs observés prenant leur point de départ dans un excès de taux glycémique du sang, il est bien indiqué de s'efforcer avant tout de lutter contre la fermentation lactique qui va se produire, en restituant autant que possible à l'organisme une glycémie normale par un régime alimentaire approprié, par une hygiène du foie, capable d'assurer une régulation convenable de la glycémie. *On ne négligera pas*, en attendant de découvrir le remède spécifique, toutes les méthodes de cure étudiées actuellement, et qui sont susceptibles d'être retenues comme les bases d'une thérapeutique anticancéreuse. (*Gazette médicale de Nantes*, juin 1936).

Réhabilitation de l'œuf.

L'œuf peut devenir, dans certaines conditions, un aliment toxique, difficile à digérer, et au total, plus dangereux qu'utile. Cette notion très répandue dans le public crée, d'après le Docteur René Mathieu, une véritable phobie de l'œuf. Cette toxicité appartient surtout aux albumines du blanc d'œuf ; elle est beaucoup moins accentuée dans le jaune. Une cuisson suffisante pour coaguler l'œuf (70°) atténue beaucoup la toxicité ; la cuisson à 100°, la supprime le plus souvent. Certains aliments riches en malt, en jaune d'œuf cru que l'on trouve dans le commerce sont très peu toxiques, bien que préparés à basse température et sous le vide.

L'utilité de l'œuf pour les enfants paraît incontestable, quand on connaît sa richesse en acides aminés, en minéraux, en vitamines B. D. A. Le jaune d'œuf est à peu près le seul aliment *naturel*

capable de prévenir et de guérir le rachitisme du nourrisson.

Les contre-indications de l'œuf chez le grand enfant sont moins fréquentes qu'on ne le pense habituellement. Un grand nombre de sujets considérés comme intolérants à l'œuf, souffrent de troubles digestifs entretenus par des carences alimentaires. Si l'on a soin de leur donner en abondance des fruits, des légumes verts, des vitamines, du fer, et parfois de l'acide chlorhydrique, la plupart guérissent et tolèrent admirablement l'œuf.

La crainte des carences devrait dominer la diététique du nourrisson. Une alimentation variée contenant des légumes, et même des œufs et de la viande, constitue la meilleure protection des enfants contre les infections, au cours du deuxième semestre de la vie. L'œuf permet d'alimenter des nourrissons atteints de diverses affections pathologiques ou qui ne tolèrent pas le lait. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1936.)

La colique appendiculaire de Talamon. Sa valeur en clinique.

Voici les conclusions du travail du Professeur J. Castaigne :

La colique appendiculaire dont, selon Dieulafoy, le terme même devrait disparaître, paraît donc, au contraire, correspondre à une entité clinique que le médecin praticien a grande utilité à connaître.

Si, en effet, sous ce nom, on décrit ces cas qu'on trouve souvent quand on a l'attention attirée sur eux et qui se caractérisent presque exclusivement par une douleur brusque et brutale de la région appendiculaire, avec ou sans vomissements, sans fièvre et sans phénomènes toxiques ou infectieux ; — si l'on est persuadé que ces crises de coliques peuvent être suivies d'accidents aussi graves que toutes les appendicites les mieux caractérisées, alors on n'hésitera pas à faire opérer les malades qui présentent ce syndrome, dès qu'on l'aura diagnostiqué. On obtiendra ainsi des résultats immédiats, toujours parfaits, car l'appendice n'a pas eu le temps d'être encore ni infecté ni infectant et l'on évitera toute une série d'accidents possibles immédiatement (complications multiples des appendicites) ou plus tard (appendicites chroniques sous toutes leurs formes).

Et ainsi, la connaissance exacte et complète de la colique appendiculaire aide à réaliser le beau vœu qu'il a formulé : « Avec un diagnostic précoce et avec une opération, faite en temps voulu et suivant les règles de l'art, on ne devrait plus mourir d'appendicite. » (*Journal méd. français*, juin 1936.)

L'intérêt pratique des variations du cholestérol sanguin au cours de la radiothérapie du corps thyroïde.

D'après les recherches de MM. Max Lévy et L. Gally, lorsque la dose de rayons X administrée a été suffisante, le patient est cliniquement amélioré, le pouls se ralentit, le poids s'accroît, le métabolisme basal s'abaisse et, simultanément, quel que soit son taux initial, le cholestérol s'élève.

On savait jusqu'à maintenant quelle était l'utilité, d'ailleurs toute relative, de la connaissance du taux du cholestérol chez les basedowiens ; une notion qui paraît plus importante du point de vue pratique, c'est l'étude des variations du cholestérol.

Chez les basedowiens, l'étude du cholestérol sanguin et de ses variations trouve ainsi sa place à côté de l'étude clinique du patient et de la recherche du métabolisme basal, qu'il complète heureusement et supplée parfois.

Les observations recueillies par les auteurs tendent à prouver que les variations du cholestérol au cours de la radiothérapie aident à préciser la sensibilité du corps thyroïde vis-à-vis des rayons, à mieux en régler les doses, à déterminer avec plus de précision la reprise du traitement.

Tout le monde connaît les excellents résultats de la radiothérapie thyroïdienne ; mais en serrant le problème de plus près, en apportant une plus grande précision à la mesure des effets du traitement, les échecs doivent devenir très rares, le traitement sera conduit plus rapidement, les guérisons seront plus vite et plus sûrement obtenues. Et si parfois, on constate un échec ou une insuffisance d'action des rayons X, il sera possible de le déterminer précocement et le malade, encore en bon état, sera dirigé vers le chirurgien. (*La Presse Médicale*, 15 juillet 1936.)

Les délires hallucinatoires dans la paralysie générale. Leurs rapports avec la malariathérapie

Le Professeur Henri Claude et M. F. Coste pensent que le rôle attribué à la malaria, qu'en pareil cas ils croient devoir être relativement restreint, ne doit intervenir en rien pour limiter l'emploi de ce mode thérapeutique. Dans ces conditions, il faut admettre que la genèse des délires secondaires dans la paralysie générale — traitée ou non traitée par la malaria — doit être attribuée plutôt aux prédispositions personnelles ou héréditaires des sujets, comme cela se voit dans les simples tabès non traités. Tout au plus peut-on penser que le choc provoqué par l'action pyrétogène favorise davantage l'éclosion de troubles les psychiques au même titre que traumatismes, comme on en connaît d'assez nombreux exemples. (*Gazette des hôpitaux*, 3 juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Rupture traumatique de la rate

(M. BOCQUENTIN, de Charleville.
Rapport de M. J. MADIER ; 17-6-1936)

M. Bocquentin présente deux observations de rupture traumatique de la rate. Dans les deux cas, la lésion était consécutive à un traumatisme violent (chute de 4 mètres, accident d'automobile). Le premier malade accusait, à l'entrée à l'hôpital, de violentes douleurs abdominales et une zone de contracture très nette dans l'hypochondre gauche. En revanche, bien que la quantité de sang épanché dans l'abdomen ait été évaluée, au moment de la laparotomie, à deux litres, il n'existait pas de symptômes de grande hémorragie : le faciès était normal, le pouls à 80. Ce défaut d'accélération du pouls, malgré l'importance de l'épanchement sanguin intra-abdominal, avait été déjà signalé par M. Jean Quénu.

Dans la deuxième observation, il s'est agi d'une de ces hémorragies retardées, déjà signalées aussi mais encore peu connues. Pendant une première période de latence de vingt-quatre heures il ne s'est produit aucun symptôme alarmant : le ventre était souple, le pouls normal. Puis, brusquement, survinrent des douleurs dans l'hypochondre gauche, de la contracture, de la matité du flanc gauche, un pouls à 110.

On connaît les discussions soulevées par la question de la contracture dans ses relations avec l'hémorragie intra-péritonéale. Certains chirurgiens veulent que la contracture soit la traduction d'une infection péritonéale et que l'hémorragie ne s'accompagne pas de ce symptôme. Pour d'autres, la seule présence de sang dans la cavité péritonéale peut donner lieu à de la contracture de la paroi. M. Madier pense que l'irruption de sang dans le péritoine ne détermine pas toujours de la contracture mais seulement dans certains cas spéciaux comportant un équilibre humoral particulier.

Quoi qu'il en soit, la constatation d'un degré appréciable de contracture, après un traumatisme ayant porté sur l'hypochondre gauche, fera penser, malgré la conservation d'un bon état général, à une rupture de la rate, s'il y a sensibilité locale et surtout un peu d'hyperthermie (J. Quénu).

— M. OUDARD croit qu'au terme d'hémorragie retardée pourrait être substitué, pour bien des cas, celui d'hémorragie à *symptomatologie* retardée.

— M. Jean QUÉNU admet l'interprétation de M. Oudard (hémorragie immédiate et symptomatologie retardée) pour un groupe de cas seulement. Lorsque les symptômes n'apparaissent que huit jours, quinze jours ou même un mois après le traumatisme, une telle explication semble peu satisfaisante. Peut-être y a-t-il, comme le soutenait Demoulin, hématome sous-capsulaire, d'abord circonscrit, puis se répandant dans le péritoine.

— M. MOULONGUET pense aussi qu'il y a des ruptures retardées vraies de la rate, ruptures en deux temps, sous-capsulaires d'abord, capsulaires ensuite.

Une localisation rare de métastases consécutives à un cancer du poumon

(MM. V. AUDIBERT, R. IMBERT et Ch. MATTÉI, de Marseille. Rapport de M. SENÈQUE ; 20-6-1936)

Un homme de cinquante-huit ans entre à la clinique médicale de Marseille pour amaigrissement, toux, état subfébrile, hémoptysies. L'examen radiographique conduit au diagnostic de cancer des lobes moyen et inférieur du poumon droit.

On est, d'autre part, frappé par l'existence, au niveau de l'annulaire et du médius de la main droite, d'une tuméfaction indolore, de couleur rouge sombre, intéressant l'extrémité de ces deux doigts. Ces lésions augmentent de volume dans les jours suivants, avec tendance à l'ulcération, et apparaissent comme une métastase probable du cancer du poumon. Une biopsie confirme d'ailleurs ce diagnostic.

Le malade ayant succombé quelques semaines plus tard, on trouva à l'autopsie, outre le cancer pulmonaire, des métastases dans le foie, le rein droit et les doigts.

Ces métastases digitales sont exceptionnelles.

Une fillette splanchnodyne

(M. L. OMBRÉDANNE ; 20-6-1936)

M. Ombrédanne relate l'observation d'une fillette de deux ans offrant une anomalie ano-génitale très rare : elle a deux vulves complètes ou à peu près, et deux anus. La duplicité du tube digestif remonte au-delà du rectum.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Le diagnostic radiologique du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte

(MM. C. Lian, M. Marchal et Abaza ; 15-5-36)

L'examen radiologique, à condition de porter, non sur le cœur et l'aorte, mais sur les côtes, révèle un signe d'une importance décisive : les érosions du bord inférieur des côtes. Les auteurs se proposent de préciser leurs caractères et de souligner leur grande valeur diagnostique.

Ces altérations costales sont facilement visibles : ce sont de petites érosions que l'on constate sur la moitié postérieure des neuf premières côtes. Le plus souvent, elles sont bilatérales ; dans les rares cas où elles sont unilatérales, elles siègent à droite, et cela est dû au siège du rétrécissement isthmique immédiatement avant la naissance de l'artère sous-clavière gauche. Ce sont des encoches semi-lunaires dont la concavité est dirigée vers le bas. Leur bord supérieur est renforcé par une sorte de sourcil osseux très densifié. Elles siègent toujours au bord inférieur des côtes, et, ce qui frappe, uniquement à la partie postérieure des neuf premières côtes. Les érosions sont accompagnées d'une autre anomalie costale : la présence d'une sorte de bavure du bord inférieur de la côte, qui correspond à l'exagération du sillon costal inférieur dans lequel se loge l'artère intercostale.

L'existence de ces érosions costales, un peu surprenante au premier abord, s'explique en réalité par les données suivantes :

On sait que la sténose de l'isthme de l'aorte a comme conséquence le développement d'une circulation collatérale artérielle qui conduit à l'aorte descendante une partie importante du sang de l'aorte ascendante.

Ce sont les vaisseaux artériels qui, nés de l'artère sous-clavière vont s'aboucher avec les artères intercostales. Ces rameaux sont en avant les artères mammaires internes, en arrière les branches perforantes de la sous-clavière. Ainsi se crée dans les artères intercostales un courant artériel important de suppléance qui, prenant une direction inverse de la direction physiologique, va des artères intercostales vers l'aorte descendante. De prime abord on a pu penser que les encoches costales étaient produites par les anastomoses perforantes passant perpendiculairement au bord inférieur de la côte, mais en réalité les autopsies ont démontré que les artères intercostales dilatées présentent par place de petits anévrismes dont l'action pulsatile destructrice a érodé le bord costal inférieur et donné naissance aux échancrures caractéristiques : en même temps les artères intercostales dilatées et fortement pulsatiles élargissent et amincissent le sillon costal inférieur dans lequel elles sont logées.

Ces érosions costales possèdent une grande valeur diagnostique. Elles sont caractéristiques du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. Elles méritent la plus grande attention car elles sont très fréquentes, et que bien souvent la radiologie à elle seule a conduit au diagnostic, alors qu'à l'auscultation les signes de la sténose isthmique étaient masqués par l'insuffisance aortique coexistante.

Quant aux renseignements fournis par l'examen radiographique du cœur et de l'aorte, ce ne sont que des nuances, toutes inconstantes, d'interprétation délicate et discutable. Toutefois, à ces données radiographiques cardio-aortiques, Lian, Marchal et Abaza ajoutent un nouveau signe, inconstant, mais caractéristique : c'est le signe du double bouton aortique. A l'intérieur de la saillie habituelle du bouton aortique (arc supérieur gauche en position frontale), on voit un autre cercle, beaucoup plus petit, projection de la partie de la crosse située en aval du rétrécissement isthmique : de ce petit cercle, en effet, part la projection de l'aorte descendante.

Modifications électrocardiographiques chez un enfant atteint de maladie de Friedreich, et chez son père

(MM. R. Debré, Julien Marie, P. Soulié et P. de Font-Réaulx ; 8-5-36)

Les troubles cardiaques de la maladie de Friedreich ont été précisés dans ces dernières années. Les tracés électrocardiographiques ont permis d'ajouter aux troubles rythmiques, si spéciaux, du syndrome cardio-bulbaire, des modifications morphologiques de la courbe électrique ; il est ainsi possible d'observer des déformations électriques rappelant le type coronarien dans des conditions où rien ne permet de penser à un trouble de la circulation coronaire.

Un autre point remarquable de cette observation est la constatation chez le père du malade, atteint d'une forme fruste de maladie de Friedreich, de troubles électrocardiographiques certains. Cet homme de trente-neuf ans se présente avec un tracé moins perturbé que celui de son fils, mais néanmoins anormal.

La plupart des auteurs insistent sur la signification grave des troubles rythmiques. Lorsqu'ils apparaissent, l'évolution est fatale en quelques mois. Cependant, MM. G. Guillain et P. Mollaret ne paraissent pas leur accorder le pronostic grave qui s'attache aux accidents du rythme. Dans leur observation, les modifications du tracé se sont progressivement accentuées sans qu'aucune manifestation clinique alarmante soit apparue.

L'évolution des cas rapportés semble, jusqu'alors, justifier leur opinion.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 3 juin 1936

Angioscopie rétinienne

M. Jean GALLOIS. — Avant l'apparition éventuelle de lésions hémorragiques ou exsudatives rétiniennes, l'aspect des vaisseaux de la rétine peut permettre d'apprécier l'état de la circulation générale ; l'auteur cite en exemple ses recherches sur l'artérite rétinienne précoce des sujets jeunes, chez qui l'on constate des angiospasmes périphériques, ses travaux avec Routier et avec Giroux sur la coexistence de ces états et d'altérations générales vasculaires telles que maladie de Raynaud ou angine de poitrine, ou altérations précoces de l'aorte ; avec Ch. Flandrin sur l'aspect d'élargissement des artères rétiniennes dans certaines formes d'hypotonie générale avec tension artérielle basse ; et d'autre part les recherches de Bonnamour et de l'école de Bonnet (de Lyon) sur les altérations vasculaires rétiniennes précoces de l'hypertension artérielle générale.

Le traitement du pied plat de l'adulte doit-il être chirurgical

M. C. RŒDERER. — Le pied plat de l'adulte tout comme le pied plat de l'adolescent ne relève pas d'un traitement unique, mais de traitements qui varient avec le degré de gravité.

Au premier stade, traitement physiothérapique et semelle. Au stade de la contracture, correction progressive des plâtres successifs pour faire retour au premier stade.

S'il y a rechute ou déformations confirmées, seulement alors on peut penser à une intervention.

Les indications opératoires malheureusement sont quelquefois mal posées et l'auteur montre plusieurs résultats de malades qui après un an ne peuvent pas reprendre la marche.

Les techniques ne sont pas toujours très bien observées d'ailleurs en ce qui concerne, en particulier, l'arthrodèse postérieure.

Chez l'adulte, il semble qu'il faille appliquer avec une très grande modération la chirurgie du pied. Elle ne permet pas le même modelage que chez l'enfant qui est son triomphe. Elle ne donne pas en moyenne de résultats supérieurs, loin de là, à ceux des méthodes orthopédiques faites de longueur et de précision

Les voies d'évacuation et de drainage dans les collections suppurées d'origine bucco-dentaire

M. Gérard MAUREL. — Dans les collections suppurées d'origine bucco-dentaire malgré les tentatives récentes, le traitement reste chirurgical : évacuation et drainage.

Dans les phlegmons gangréneux, évacuation toujours par voie externe ; dans les phlegmons non gangréneux, la voie d'évacuation (endo ou exobuccale) est variable suivant chaque variété et elle est à discuter pour chaque cas.

Lorsque l'évacuation par voie externe est nécessaire, il y a lieu de tenir compte de l'esthétique de la face et du cou et d'utiliser les zones d'incision précisées par l'auteur.

M. TRUFFERT considère que l'angine de Ludwig doit être mise à part ; elle constitue une affection très spéciale et qui dans l'état actuel de nos connaissances résiste à toute thérapeutique.

A propos d'un œdème de la main. Considérations pathogéniques

MM. P. DESCOMPS et S. DE SÈZE attirent l'attention sur les répercussions possibles de certaines lésions locales des parois artérielles, sur la vaso-motricité du territoire vasculaire correspondant.

Lille

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE

Syphilis polyrésistante, guérie par le néosilbersalvarsan

MM. DANEL et P. DAVID. — Syphilis tertiaire précoce, ayant résisté au 914, au mercure et au bismuth ; lésions vastes et profondes, complètement cicatrisées dès la quatrième injection de salvarsan à l'argent.

Les auteurs précisent la composition et les caractères du néosilbersalvarsan et ils soulignent son activité principalement à l'égard des syphilides ulcéreuses.

Les troubles de la glyco-régulation dans les pleuro-pneumococcies aiguës

MM. BERNARD et PAGET. — Dans les pneumonies et les congestions pulmonaires à pneumocoques l'hyperglycémie est presque la règle : les auteurs l'ont constatée chez dix-sept malades sur vingt-trois.

A cette occasion, ils passent en revue les divers mécanismes pathogéniques invoqués pour expliquer ce trouble de la glyco-régulation : hyperthermie, physio-pathologie du poumon, du foie, des endocrines, des centres nerveux, etc... Chacune des hypothèses peut se défendre, mais aucune d'elles ne peut satisfaire pleinement l'esprit. La connaissance de « l'état antérieur » du sujet semblerait devoir apporter un peu de clarté dans ce problème extrêmement complexe.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Erythème noueux et réactions tuberculiniques

MM. CODRAT et LASSERRE rapportent quatre cas d'érythème noueux avec réactions tuberculiniques

positives et notamment celui d'un enfant présentant en outre un foyer spléno-pneumonique parahilaire et une méningite aiguë lymphocytaire curable. Au contraire chez une adulte atteinte de rhumatisme articulaire aigu avec congestion pleuro-pulmonaire et érythème noueux, ces réactions furent constamment négatives ainsi qu'une hémoculture et une inoculation au cobaye. Mais l'intradermo-réaction à l'ultra-virus donna un nodule volumineux en tous points identiques à ceux de l'érythème noueux : ce fait est une confirmation de plus apportée aux travaux d'Arloing et Dufourt sur le rôle de l'ultra-virus tuberculeux dans la pathogénie de l'érythème noueux.

La colibacillose chez l'enfant

MM. H. Gadrat, Lasserre et Dousset. — Ce diagnostic ne peut être porté qu'après prélèvement aseptique des urines et ensemencement immédiat sur gélose lactosée tournesolée. La présence de nitrites (réaction de Griess) est dénuée de valeur.

Chez le nourrisson, le cathétérisme est très difficilement réalisable ; c'est-à-dire qu'il est rare de pouvoir affirmer chez lui l'infection colibacillaire.

Chez l'enfant au-dessus de trois ans, ces difficultés techniques sont plus faciles à surmonter. Sur cent hospitalisées de 3 à 13 ans, les auteurs ont constaté 5 pyélonéphrites, dont 4 hématuriques, évoluant avec quelques phénomènes généraux, mais sans signes digestifs particuliers. Indépendamment des 5 pyélonéphrites, ils ont observé 24 bactériuries (colibacilles purs ou associés à l'entérocoque) toujours latentes cliniquement et beaucoup plus fréquentes dans les maladies infectieuses qu'au cours des syndromes digestifs. Ces bactériuries pures ont sans doute fait beaucoup exagérer la fréquence et la gravité de la colibacillose infantile.

Au point de vue pathogénique, l'absence de colibacillémie, l'inconstance des troubles digestifs, l'atteinte plus fréquente de la fillette portent à admettre que l'infection des voies urinaires est réalisée plus souvent par voie ascendante que par voie sanguine.

De la tension artérielle chez les amputés

M. Valatx a examiné au point de vue de la tension artérielle un certain nombre d'amputés et de blessés à l'hôpital de Barèges. Les résultats ont été les suivants : après 40 ans, le pourcentage d'hypertendus chez les amputés de cuisse, de jambe et chez les fracturés du col du fémur est respectivement de 18,6 %, 19 %, 18 %. Chez les fracturés du fémur à la partie moyenne, il est seulement de 6 % et de 8 % chez les amputés du bras ; mais il est de 30 % chez les blessés ayant eu une section du nerf sciatique. Le nombre des blessés examinés est de 216.

L'auteur expose simplement les résultats obtenus sans rien préjuger des causes de l'hypertension chez ces blessés, mais il est à remarquer le rôle hypertensif des amputations du membre inférieur et surtout de la section du nerf sciatique.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Librairie Plon
8, rue Garancière

Dr J. Bourguet. — **La véritable chirurgie esthétique du visage**. Un vol. 166 p., avec 28 croquis et 299 photos hors texte.

Imprimerie Henry Muller et Cie
Cambrai

Dr V. L. — **Prisonnier de guerre.**

L'odyssée d'un aide-major fait prisonnier le 15 juillet 1918 sur le front de la Marne. Le champ de bataille, l'attaque ennemie, les premiers « feldgraü » qui surgissent, revolver au poing. Et puis le morne troupeau des prisonniers évacués vers l'arrière et qui gagne par étapes le fin fond de l'Allemagne. Un camp, aussi inhospitalier et misérable que tant d'autres : la faim, la maladie, les vexations. Souffrances cent fois contées déjà et qui reprennent chaque fois leur prestige d'horreur.

En même temps que ce livre où une amertume, vieille de vingt ans, crève comme un abcès lentement mûri, le hasard a voulu que me fût remis, pour l'analyser, un autre livre « Face au péril aéro-chimique ».

Hélas ! Docteur V. L., mon confrère et mon compatriote, nous jouons les Cassandre : les hommes ont déjà oublié ! G. L.

Editions Medicis
30, rue de Bellefond, Paris

Paul Bruère et Georges Vouloir. — **Face au péril aéro-chimique.**

Vous tous qui, prévoyant le pire, vous sentez néanmoins le courage de vivre pour contempler les horreurs promises, vous trouverez ici quelques leçons pratiques de lutte contre les gaz ; la façon d'aménager votre logis, des conseils pour choisir un masque, les premiers soins à donner aux blessés.

Et vous trouverez aussi une anticipation féroce de José Germain « La ville sous les bombes », c'est-à-dire Paris asphyxié. Ce sera, paraît-il, un carnage très réussi. Y a-t-il jamais eu au monde une époque aussi exécrable que la nôtre ?

G. L.

Les Thèses

P. — Dr J. Colonna d'Istria. — **Les services ouverts pour malades mentaux.** (Thèse 1936).

L'assistance psychiatrique, en France, s'est complétée, depuis quelques années, par la création d'organisations hospitalières nouvelles, connues sous le nom de « Services ouverts pour malades mentaux ».

Ces services s'adressent à une catégorie de malades calmes, lucides, non-protestataires, n'étant pas susceptibles de présenter des réactions dangereuses pour eux-mêmes ou pour autrui et acceptant d'être soignés, tels que les psychasthéniques, certains mélancoliques, les petits anxieux, les hypochondriaques, les obsédés, les scrupuleux, etc...

Ces services ouverts permettent d'éviter un internement souvent inutile, et, en facilitant une hospitalisation plus libre et plus précoce, réalisent les meilleures conditions possibles de traitement.

Il en est qui fonctionnent depuis longtemps dans certains grands hôpitaux. Ils ont leurs indications précises et peuvent donner d'excellents résultats, mais ils ne sont possibles que dans les très grands centres pourvus d'une installation matérielle appropriée et de médecins spécialistes.

Dans la majorité des cas, ces services offriront les meilleures garanties d'organisation en étant annexés à des asiles adaptés à la thérapeutique psychiatrique.

P. — Dr J. Petiton Saint Mard. — **Fausses grossesses tubaires.** (Thèse, 1936.)

La grossesse tubaire peut être simulée cliniquement par certaines variétés de grossesses utérines qui sont : la grossesse angulaire, la grossesse s'accompagnant de latéroflexion utérine, enfin la grossesse développée dans certains utérus doubles.

Dans tous ces cas, il peut exister des symptômes fonctionnels analogues à ceux que l'on rencontre habituellement au cours des grossesses tubaires : douleurs, petites hémorragies, survenant après un retard de règles plus ou moins prolongé.

D'autre part, l'examen physique faisant constater l'existence d'une masse latéro-utérine plus ou moins distincte de l'utérus, parfois séparée par un véritable sillon, on conçoit que dans ces conditions l'erreur soit difficilement évitable.

Lorsque, malgré un interrogatoire minutieux et un examen physique attentif le doute persiste, c'est-à-dire lorsque l'hypothèse d'une grossesse tubaire ne peut pas être franchement éliminée, la prudence consiste à intervenir, pour éviter le risque majeur.

La connaissance de ces fausses grossesses tubaires ne doit donc pas être considérée comme de nature à restreindre les indications chirurgicales en pareil cas. Néanmoins, elle permettra parfois, sous la garantie d'une stricte observation et d'examens répétés, d'éviter une laparotomie inutile.

P. — Dr G. Buord. — **Sténoses du pylore par calculs biliaires.** (Thèse, 1936.)

Le passage direct d'un calcul dans le duodénum est fréquent. L'enclavement du calcul dans le pylore, causant une sténose pylorique ou sous-pylorique est plus rare.

Cela donne lieu à un syndrome qui, aussi bien cliniquement que radiologiquement, demande un diagnostic précis.

Le traitement est uniquement chirurgical.

P. — Dr P. Chapireau. — **Traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère.** (Thèse, 1936.)

La cautérisation par le thermocautère permet de guérir les épithéliomas cutanés. Ce traitement s'applique surtout aux épithéliomas à leur début, en particulier aux épithéliomas plans érythémateux (érosif, ou plan cicatriciel), aux épithéliomas perlés, aux épithéliomas papillaires de petites dimensions et aux épithéliomas ulcéreux en surface.

On ne doit pas traiter par le themocautère les nævo-cancers, les épithéliomas cutanés avec atteinte ganglionnaire, les épithéliomas trop étendus : soit en surface (plus de 3 cm. 5 × 3 cm. 5 environ), soit en profondeur (adhérents aux plans profonds).

Il faut détruire l'épithélioma avec la lame plate du thermocautère portée au rouge sombre et maniée à plat.

On surveillera la cicatrice, les récidives n'étant pas exceptionnelles ; on peut les traiter par le même procédé. Sur 221 cas, 76 malades ont été revus avec 64 guérisons apparentes.

La destruction des épithéliomas cutanés par le thermocautère est, en résumé, un procédé commode à la portée de tous les praticiens.

P. — Dr El Ayari Seghir. — **La thérapeutique par le travail chez les psychopathes.** (Thèse, 1936.)

A la condition de faire un choix judicieux parmi les malades, il n'est pas de travaux auxquels on ne puisse adapter les infirmes mentaux s'ils n'ont pas atteint la déchéance complète (soins domestiques, travaux de culture, blanchissage, etc.).

Les ateliers avec des outils qui peuvent être des armes dangereuses ne seront ouverts qu'aux psychopathes dont l'état mental n'exige plus une grande surveillance.

Les chefs d'ateliers et les infirmiers qui surveilleront le travail ne seront pas seulement les gardiens du

malade, mais ses moniteurs patients et fermes qui travailleront avec lui, démontrant au malade par l'exemple que la tâche entreprise est intéressante et utile. Le travail d'un infirme mental sera toujours, il est vrai, très inférieur au travail fourni par un ouvrier sain d'esprit.

La liberté des psychopathes sera surveillée et soumise à certaines restrictions, mais elle est utile à leur amélioration par une rééducation au travail.

P. — Dr E. Martel. — **Etude radiologique de la cavité cotyloïde normale de l'adulte.** (Thèse 1936).

Cette étude, intéressante au point de vue radiologique, a permis à l'auteur de reconnaître tous les éléments de la cavité cotyloïde (pourtour, zone articulaire, cornes, arrière-fond), les éléments voisins, qui peuvent empiéter sur l'ombre de la cavité, l'appréciation de ses limites, etc.

Après avoir indiqué les conditions essentielles pour obtenir un bon cliché, l'auteur fournit tous détails pour la lecture complète de la radiographie de la cavité cotyloïde.

P. — Dr E. Sufrin. — **Traitement de la syphilis du nourrisson par le bismuth.** (Thèse 1936).

L'enfant, sauf exceptions, supporte bien les préparations bismuthiques dès sa naissance.

Le bismuth a une action thérapeutique nette dans le traitement d'attaque et d'entretien de la syphilis congénitale lorsqu'on se maintient aux doses inférieures aux doses toxiques.

Il a une indication de choix dans la syphilis osseuse et nerveuse et dans la syphilis massive du nourrisson.

C'est au traitement bismuthé qu'il faut recourir dans toutes les arséno-résistances et arséno-intolérances.

Les doses employées sont de cinq milligrammes par kilo de poids et par semaine en injections bihebdomadaires et par séries de 12 injections.

La médication bismuthique, exempte de dangers, constitue une thérapeutique puissante contre la syphilis congénitale du jeune enfant, qu'elle soit employée seule ou qu'elle soit utilisée associée aux autres médications anti-syphilitiques (arsenic, mercure, iode). Au point de vue social, elle a un rôle important dans la prophylaxie de la syphilis.

P. — Dr B. Poirier. — **L'hérédité des maladies mentales.** (Thèse 1936.)

Les caractères psychiques, comme les caractères somatiques sont transmis de génération en génération suivant l'un des modes, dominant ou récessif, de l'hérédité mendélienne. L'étude de l'hérédité des caractères mentaux est basée actuellement sur la doctrine des constitutions.

Les recherches statistiques montrent qu'il existe peut-être des facteurs héréditaires communs à la plupart des maladies mentales, constituant « l'hérédité névropathique ».

Il importe de distinguer nettement la constitution génotypique, déterminée dès la fécondation, de la somme des influences phénotypiques qui s'exercent sur l'individu dès le début de la vie intra-utérine.

Nos connaisssances ne sont pas encore assez solidement établies pour justifier une méthode prophylactique aussi brutale que la stérilisation. L'efficacité même de cette méthode est discutable dans les cas d'hérédité récessive. On doit se borner actuellement à agir sur les facteurs phénotypiques et avant tout sur la syphilis et sur l'alcoolisme.

P. — Dr J. Lesieur. — **Traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine de Ramon.** (Thèse 1936).

Les résultats du traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine Ramon, particulièrement favorables dans les furonculoses, un peu moins dans les pyodermites, sont plus inconstants dans les hydrosadénites, les acnés rebelles et le sycosis.

Même dans le cas le plus favorable, celui des furonculoses, ces résultats ne sont toutefois ni constants ni toujours définitifs. C'est ainsi que sur vingt-huit cas guéris ou très améliorés, l'auteur a observé six récidives.

Les accidents du traitement anatoxique sont le plus souvent bénins, se réduisant alors à de simples incidents locaux ou généraux. Leur nombre peut être réduit par la prudence à ne passer à une dose supérieure que lorsque la précédente a été bien tolérée.

Mieux vaut encore, comme le conseille Tzanck, faire précéder la première injection sous-cutanée d'anatoxine d'une injection intradermique de 1/40 c.c. Et selon la réaction observée le lendemain, forte, moyenne, négative, commencer le traitement par 1/10, 1/4, 1/2 c. c.

Dans l'interprétation de l'intra-dermo-réaction il faudra non seulement tenir compte de la réaction locale, mais encore de la poussée thermique qui l'accompagne, et qui est parfois isolée.

Les réactions graves sont exceptionnelles, puisque, sur des milliers de malades, on n'a pu en observer que trois cas. Ces accidents n'appartiennent d'ailleurs pas en propre à la médication ; ils ont été observés avec les autres vaccinothérapies. Leur gravité possible est cependant un avertissement et on peut se demander s'il ne convient pas, outre le test intradermique, de faire une sélection entre les sujets en éliminant les malades à tare organique et les hyperréactionnels (urticariens, asthmatiques).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

I

L'ÉVOLUTION D'UNE RÉVOLUTION

Le robuste percheron traîne, à l'accoutumée, sa charrette par les rues. Et à l'accoutumée aussi, le charretier boit un verre au zinc du bistrot.

Soudain l'animal (je parle du premier) dresse les oreilles ; son regard devient fixe ; un frisson lui parcourt le corps. Et il part comme une flèche, droit devant lui.

Que s'est-il passé ? Peut-être la piqûre d'un taon. Peut-être un coup de fouet qui, tout à l'heure, a réveillé de vieilles rancunes. Peut-être un obscur sentiment d'injustice chez un être altéré qui entend son maître se gargariser de vin frais. Peut être rien du tout : une lubie.

Mais c'est maintenant un cheval emballé qui, sa charrette au derrière, sème l'épouvante et la dévastation. Tout le chargement a roulé par terre, y compris la musette d'avoine, sa propre pitance. Il accroche d'autres voitures, défonce des boutiques, foule aux pieds des passants inoffensifs, s'enivre de tumulte. Véritablement ce cheval a la grandeur terrible d'un fléau.

Mais au bout d'un quart d'heure il a épuisé son potentiel de furie. Alors, les flancs couverts d'écume, hors d'haleine, il s'arrête.

« Et maintenant ? imbécile ».

Eh bien maintenant, l'imbécile est fort embarrassé. Il croyait avoir bondi hors de l'univers et il s'aperçoit soudain qu'il est toujours cheval, et, que son harnachement lacéré lui bat toujours les fesses et qu'il mâchonne toujours son mors. Alors il jette un regard éperdu autour de lui et modestement reprend le chemin de l'écurie.

***

Il arrive souvent aux peuples de faire la bête de cette façon-là. Et parce que nous l'avons fait avant eux, il doit nous être permis de dire aux Russes notre sentiment.

Sans effleurer même le redoutable côté politique de leur aventure, nous nous souvenons qu'ils avaient institué toutes sortes d'innovations dont la légalisation de l'avortement ne fut pas la moindre. Cela, c'était vraiment du nouveau, et le monde occidental en demeura pantois pendant plusieurs années. Les Russes ne tarissaient pas sur les avantages de leur système ; et ils n'étaient pas fâchés, je crois, de montrer aux Yankees une invention sensationnelle née de ce côté-ci de l'Atlantique.

Les lecteurs se souviennent peut-être que, il y a quelques semaines, j'avais analysé ici même certains passages d'un livre « L'inégalité humaine devant la maladie et la mort » où l'auteur chantait les louanges de l'avortement légalisé des soviets.

Il va falloir que cet auteur (un de nos confrères) fasse rapidement paraître une seconde édition de son livre en remaniant de fond en comble le chapitre en question. Car, depuis juillet dernier, l'avortement est désormais interdit en U. R. S. S.

C'est le Docteur Denier, de la Tour du Pin, qui, retour d'un séjour là-bas, nous en apporte la nouvelle. Cet aimable confrère a bien voulu m'envoyer la traduction d'un texte extrait de la *Pravda*.

« Cette loi sur l'interdiction de l'avortement est une preuve du soin qu'apporte le Gouvernemnet à améliorer la vie des citoyens soviétiques. Le pays soviétique a besoin de mères bien portantes, d'une jeune génération qui soit plus héroïque et plus créatrice encore que celle qui l'a précédée. Et tous ceux qui tenteront d'aller à l'encontre de ce juste désir du pays, tous ceux qui voudront gêner la lutte pour une famille saine en répondront comme d'une infraction à une loi d'Etat, et ils seront entourés du mépris général. La lutte contre les avortements est vraiment une lutte pour la défense de la femme. Elle n'est faite que dans l'intérêt de la santé de la femme soviétique. Par toutes sortes de mesures générales et particulières, le pays des Soviets s'efforce de supprimer l'ancienne situation de la femme, au temps où, avant la révolution, les ouvrières ne pouvaient avoir d'enfants par suite de la misère, de l'oppression et de l'infériorité juridique de tous les travailleurs et de la femme en particulier. »

« L'avortement n'est plus admis que dans les cas où la continuation de la grossesse est un danger pour la vie de la femme ou menace gravement sa santé, et lorsque le père et la mère

ont de graves maladies héréditaires ; encore ne peut-il être procédé à l'avortement que dans les hôpitaux et maternités. »

En somme, l'avortement est de nouveau interdit (comme ailleurs), les salaires varient avec le travail fourni (comme ailleurs), l'éducation des enfants est laissée aux soins des parents (comme ailleurs), et le respect dû aux parents par les enfants est de nouveau proclamé (comme ailleurs).

En somme, le cheval emballé rentre à l'écurie.

***

« Il faut savoir, ajoute le Docteur Dénier, que là-bas ils sont en perpétuelle expérience ; ce qui est la vérité d'aujourd'hui sera peut-être l'erreur de demain ».

Hier la théorie enseignait que la femme est maîtresse de son corps, qu'elle est libre de ne pas avoir d'enfants si elle n'en désire pas ; et l'avortement légal lui était offert comme un moyen de faire triompher sa volonté des nécessités physiologiques.

Mais aujourd'hui la pratique du Gouvernement et des relations internationales indique que, pour se défendre du péril jaune et de l'invasion allemande, il faut des enfants. Très simple : il suffit de prononcer « La loi sur l'avortement est abrogée : ce qui était permis est désormais défendu ».

Il y a quelque chose de plus déconcertant que l'outrecuidance des gouvernants : c'est la docilité des peuples aux mains de ceux qui savent les tenir en bride.

Et je ne dis par cela pour les Russes seulement !

G. Lavalée.

Le Docteur Smester, puisant dans sa manne aux souvenirs, qui paraît être particulièrement bien fournie, me conte une anecdote datant de 1879, et qui pourrait servir d'épilogue à mon histoire, contée ici-même, du boucher alcoolique.

Appelé au chevet d'un marchand de vins en crise de delirium, il soigne son malade puis se rend au commissariat du quartier, expose les faits et demande au commissaire d'intervenir pour en même temps désintoxiquer l'alcoolique et le mettre hors d'état de nuire.

« Impossible, répond le policier, tant qu'il n'a pas commis un délit ; nous ne pouvons intervenir préventivement ».

L'année suivante le marchand de vins tuait, au cours d'une nouvelle crise, sa femme et ses deux enfants.

II

LA MODERNE INQUISITION ET LE SAVANT HÉRÉTIQUE

Au fond du cœur de l'homme, si affranchi qu'il se croit, gît une inexplicable nostalgie : celle de la tyrannie. Et le goût de la liberté pourrait bien n'être que l'apport d'intellectuels anormaux.

Ainsi au moment où les religions, lasses de s'entredéchirer, sont parvenues au stade supérieur de la tolérance, ont surgi des doctrines politiques pour reprendre à leur compte le vieil appareil tortionnaire et vindicatif tombé en désuétude. Elles ont eu l'habileté d'enflammer leurs partisans d'une sorte de mystique au nom de laquelle tous les excès sont permis, la propagande ne connaît pas de freins, et nous voyons redevenir d'actualité « La fin justifie les moyens ».

Il y a peu de temps, j'analysais ici quelques travaux fort originaux et remarquables du Professeur Tchijevsky, de Moscou. En particulier il a conçu une théorie sur une nouvelle fonction des poumons : le courant d'air inspiré, passant entre les parois des fines bronchioles, y déterminerait la formation d'électricité, lui-même s'électrisant de signe contraire ; ainsi pourrait s'expliquer la constance du potentiel électrique du sang et de tout le milieu intérieur.

Aux lecteurs qui avaient lu avec curiosité l'énoncé de cette théorie et qui m'avaient écrit à ce sujet, j'ai à faire part d'une révoltante nouvelle : le Professeur Tchijevsky vient d'être brutalement frappé par le gouvernement des Soviets. Il a été destitué, privé et de sa chaire et de son laboratoire. Son forfait ? Le voici : il avait écrit que l'éclosion de mouvements révolutionnaires coïncide avec un maximum de taches solaires. Or « les masses » ont la prétention de se soustraire à l'influence des taches solaires, et si elles fomentent des troubles c'est leur propre « dynamisme » qui est seul en cause. Penser autrement est contraire à la bonne doctrine, et le publier est condamnable. C'est pourquoi Tchijevsky a été sommé d'écrire une lettre de rétractation.

Autrefois, Galilée, pour échapper aux griffes de l'Inquisition, dut solennellement abjurer sa découverte et reconnaître que la vérité était une erreur.

L'on pouvait tout de même espérer qu'après cinq cents ans écoulés la pensée scientifique avait conquis sa liberté.

Car elle en est plus éprise, elle, que les peuples ; s'il lui faut encore compter avec les dogmes, sans doute serait-il plus honnête de fermer les laboratoires et les Instituts de recherche, et d'envoyer les savants en congé plutôt que de les asservir de si dégradante façon.

G. Lavalée.

RÉFLEXIONS SUR LA JUSTICE DISCIPLINAIRE MÉDICALE

A propos d'un de mes articles, dans lequel je faisais état d'une correspondance avec le Docteur Ferry, de Paris, concernant certaines particularités du fonctionnement des conseils départementaux, en matière de soins aux pensionnés de guerre, un de nos lecteurs m'écrit, pour me faire part de sa propre opinion.

Il est de ceux qui redoutent ces juridictions mixtes, qui sont plus administratives que médicales. Il craint que, dans la coulisse, les bureaux des ministères intéressés ne puissent donner, des instructions, sinon des ordres, pour que progressivement le praticien soit amené à n'utiliser qu'une médecine administrative et ne soit plus libre, lorsqu'il s'agit de traiter aux frais de l'Etat certaines catégories de bénéficiaires, tels les réformés de guerre.

Vous craignez, dites-vous, m'écrit mon confrère, d'être considéré comme vous faisant l'avocat de médecins justement condamnés pour indignité professionnelle. Vous avez parfaitement raison. Cette catégorie n'est pas intéressante. Mais il y en a d'autres : ceux qui sont condamnés injustement, frappés de peines pécuniaires et même de suspension parce que leurs ordonnances au titre de l'art. 64, dépassent régulièrement la moyenne nationale. Ceux-là doivent être défendus.

Sans parler même de l'aggravation de peine que constitue l'application automatique du décret de 1934 aux confrères suspendus, il est intolérable qu'un médecin puisse être frappé d'une peine quelconque, même la plus minime, blâme, retenue sur ses mémoires, pour avoir prescrit : coton hydrophile 250 grammes, teinture d'iode 60 grammes, aspirine vingt comprimés, d'une façon habituelle à un réformé même à 10 %, sans que ce réformé ait fait l'objet d'un contrôle médical.

Le droit de prescription existe-t-il encore ? Un directeur du ministère, est-il maître absolu de laisser ou de retirer le droit d'exercer la médecine ? Toute la question est là !

Si les Syndicats médicaux ne réagissent pas violemment, ce qui se passe actuellement pour les bénéficiaires de l'art. 64, s'étendra demain aux assurés sociaux, aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, etc., bref à 75 % de la clientèle.

Qu'attend la Fédération des Syndicats pour intervenir et pour obtenir le vote d'un décret ainsi conçu :

Art. unique : Aucune sanction ne peut être appliquée à un médecin (sauf le cas d'indignité professionnelle) autrement que par l'intermédiaire du Conseil de famille de son Syndicat qui en discutera l'opportunité.

Dr G.

Cette lettre m'intéresse d'autant plus qu'elle est conforme à l'opinion personnelle que j'ai sur ce que devrait être un Conseil de l'Ordre.

A mon avis, point n'est besoin de créer un organique, tel l'Ordre des médecins, qui aurait tendance à supprimer les Syndicats ; mais il faudrait utiliser obligatoirement ce qui existe.

Nos Syndicats ont organisé une justice disciplinaire par l'intermédiaire des Conseils de famille départementaux avec appel devant le Conseil de famille national (appel uniquement pour les questions d'Assurances sociales).

Le fondement juridique de l'existence de ces Conseils de famille est basée sur l'article 1.142 du Code civil, autrement dit sur la libre acceptation par le candidat au Syndicat de la justice disciplinaire prévue dans les statuts dudit groupe corporatif.

Par avance, en sollicitant son adhésion au Syndicat, le candidat accepte de se soumettre à la juridiction du Conseil de famille.

Mais les non-syndiqués échappent complètement à ces Tribunaux confraternels, en dehors des litiges d'Assurances sociales.

A mon avis, la justice disciplinaire syndicale devrait être imposée à tous les médecins syndiqués ou non-syndiqués pour toutes les fautes ou abus au sujet desquels ils pourraient être recherchés dans l'application des lois sociales, telles que Assurances sociales, Loi des pensions, accidents du travail, etc...

La justice disciplinaire syndicale pourrait prononcer des pénalités légères telles qu'admonestations confraternelles, avertissements, blâmes et amendes.

Les peines plus graves telles que suspension temporaire ou définitive d'un service public ne pourraient être prononcées que par le Tribunal correctionnel sur réquisition du Conseil de famille qui se porterait accusateur devant la juridiction de droit commun.

J'estime en effet que lorsqu'on doit frapper un citoyen dans sa capacité de travail, les Tribunaux de droit commun doivent en connaître pour qu'aucune suspicion de partialité confraternelle ne puisse atteindre nos Conseils de famille.

Ainsi, le système que je propose ne viserait que la seule justice disciplinaire médicale, laissant subsister entièrement le cadre actuel syndical et sans qu'il soit possible de craindre une lutte entre Syndicats et Conseil de l'Ordre, étant donné que le projet de loi qui est actuellement en suspens à la Chambre accorde audit Conseil de l'Ordre, les même droits et pouvoirs que le Code du Travail donne aux Syndicats.

Bien entendu, mon projet comporte la réorganisation et le réajustement de certaines dispositions législatives ou réglementaires qui visent actuellement le redressement des abus médicaux dans le fonctionnement de certaines lois sociales.

C'est ainsi que pour les réformés de guerre, la première juridiction est la Commission tripartite départementale, qui a pour charge d'éplucher les mémoires litigieux des médecins et d'imputer aux praticiens les abus qu'ils auraient pu commettre contre les finances de l'Etat. En appel, la Commission supérieure de contrôle, qui siège à Paris, décide. S'il y a violation de la loi, un recours est possible devant le Conseil d'État.

Il n'appartient donc pas à un Directeur du ministère des Pensions d'imposer sa volonté en ce qui concerne la justice médicale, puisque, lorsque les médecins contrôleurs constatent des irrégularités, véritables ou apparentes, dans un mémoire d'honoraires, ils soumettent ces dites irrégularités à la connaissance et aux sanctions de la Commission départementale en premier ressort.

Dans le cas qui nous est exposé, la question des moyennes a fait l'objet d'un arrêt du Conseil d'Etat que j'ai publié et argumenté dans le *Concours Médical*. Ces moyennes ne peuvent servir que d'indication générale ; mais elles ne sauraient être opposées aux Commissions pour arbitrer le bien-fondé de mémoires d'honoraires des médecins.

Il en résulte que si un praticien ordonne à un réformé de guerre une prescription systématique de coton, teinture d'iode, aspirine, qui, prise séparément peut être explicable, mais qui, prise dans l'ensemble d'un trimestre peut paraître injustifiée sinon abusive, il appartient à la Commission départementale de demander au praticien, les motifs de sa conduite professionnelle.

La suggestion de mon correspondant est donc intéressante et mérite d'être reprise pour élucider ce problème encore mal défini de l'organisation de la justice syndicale professionnelle.

Conclusion

Des réflexions que nous recevons de certains confrères, nous devons retenir ceci :

La justice disciplinaire médicale a le devoir de frapper énergiquement tous les manquement aux règles de la probité professionnelle ; mai encore convient-il d'apporter certains tempéraments dans la rigueur parfois excessive des juge improvisés, qui sont, avant tout, des médecins et non des magistrats.

La peine de la suspension temporaire du droit de donner des soins soit aux pensionnés de guerre, soit aux assurés sociaux, soit enfin, aux assistés, comporte des répercussions terribles dans le gain journalier de la vie de nos confrères.

Certes, nous approuvons les mesures radicales, destinées à rayer du nombre des médecins honnêtes ceux qui ont gravement failli ; mais encore convient-il de ne réserver cette peine de la suspension qu'aux récidivistes. Pour la première faute, l'indulgence, le sursis, le pardon même ne doivent-ils pas être la règle ? Un peu de mansuétude confraternelle aura les mêmes effets, sur beaucoup qu'une excessive rigueur.

D'autant qu'en droit administratif, les pourvois en appel ou en Cassation (Conseil d'Etat) ne sont pas suspensifs ; de sorte, qu'un confrère, acquitté par une juridiction supérieure, n'en aura pas moins subi les effets désastreux d'une erreur ou d'une sévérité excessive des premiers juges.

Il appartient donc à la Confédération de réglementer notre droit pénal médical, de l'humaniser, d'y introduire la loi de sursis, que le Droit pénal ordinaire accorde aux délinquants, qui sont punis pour la première fois.

Il importe également, à la Confédération, d'obtenir des Pouvoir s publics qu'en matière pénale médico-administrative, les recours en appel, ou en Cassation aient un effet suspensif quant à l'application de la peine.

Je ne me fais certes pas le défenseur des confrères malhonnêtes, mais je plaide pour ceux qui, parfois sont condamnés par erreur, ou ont fauté pour la première fois, souvent par négligence, ignorance des textes, ou à cause de cet esprit d'indépendance médicale, qui conduit le médecin à croire que les lois et les règlements ne s'appliquent pas à ceux qui exercent la médecine.

Dr Paul Boudin.

LA RETRAITE DU MÉDECIN ET LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Nous publions, comme document intéressant, l'article d'un jeune juriste, distingué, notre collaborateur Jean Mignon. Nous doutons que son projet soit favorablement accueilli par la plupart des praticiens, car, dans certaines régions, nombreux seraient ceux qui ne retireraient aucun profit de ce système. Néanmoins Jean Mignon émet une idée qui mérite d'être méditée et qui, modifiée, pourrait donner lieu à des réalisations intéressantes. N. D. L. R.

Ces deux questions ont déjà fait couler beaucoup d'encres bien mieux qualifiées que la nôtre pour les traiter ; il en est ainsi particulièrement de cette malheureuse proposition de loi « Pomaret » qui, bien que récente encore, a déclenché une avalanche d'articles, d'ordres du jour, et de contre-propositions telle que son auteur doit en être encore stupéfié. Aussi, notre audace, à nous profane, est-elle bien grande d'oser nous mêler d'un tel débat, et de prendre la parole après tant d'autres sur ce sujet. Notre excuse, s'il en est besoin, est que nous espérons apporter à la discussion un point de vue nouveau, à savoir que la proposition « Pomaret » a de bons côtés, que le Corps médical pourrait la tourner à son profit, et qu'au lieu de lui opposer une hostilité négative, il paraîtrait préférable qu'il la reprenne à son compte pour agir à son égard de manière positive.

Il est en effet admis à l'heure actuelle par tout le monde que le chômage intellectuel en général et le pléthore médicale en particulier est un mal douloureux au double point de vue individuel et social et que tout doit être tenté pour y porter remède.

Il paraît incontestable d'autre part, ainsi que l'a fait ressortir le Bureau universitaire de statistique, et que le prouve l'exemple de certains pays étrangers, que la retraite des membres âgés d'une profession constitue une des mesures les plus propres à diminuer ce chômage.

D'un autre côté, il est évident que bien des médecins cesseraient d'exercer vers 65 ans s'ils pouvaient le faire. Leur donner les moyens nécessaires pour prendre un repos bien gagné, n'est donc nullement « secouer le cocotier », mais venir à leur aide dans leur propre intérêt.

Conclusion : il faut reprendre le principe de la proposition « Pomaret » en liaison avec la retraite du médecin, afin de donner à ces deux questions, d'importance vitale pour le Corps médical, une sanction et une consécration législative.

Il est certain toutefois que la proposition « Pomaret » est loin d'être parfaite. Il y a donc lieu d'étudier les objections qu'elle soulève et de voir s'il est possible d'y porter remède. Nous croyons que toutes ces objections peuvent se ramener aux deux suivantes :

1° Il est injuste de priver un médecin âgé de ses moyens d'existence. A l'appui de cette thèse, on invoque que l'Etat, en donnant son diplôme au médecin, lui a accordé le droit d'exercer et ne saurait rompre unilatéralement le contrat ainsi formé. Nous répondrons qu'il ne peut tout d'abord être question d'injustice, si la privation du droit au travail s'accompagne automatiquement et obligatoirement de l'allocation d'une pension de retraite suffisante. La proposition « Pomaret » contenait à cet égard les réserves désirables, car elle spécifiait que « cette interdiction ne prendra effet qu'à partir du 1er janvier 1939, afin de permettre aux groupements professionnels, en collaboration avec le Ministre du travail, de réaliser la mise en vigueur d'un régime approprié de retraite, auquel l'Etat ne pourra d'ailleurs apporter aucune contribution financière ».

La question du « droit acquis » du médecin est plus sérieuse. Nous croyons en effet que, sous notre régime économique actuel, l'Etat ne saurait, sans violer les principes de notre constitution, réglementer l'âge d'exercice d'une profession privée. Mais l'obstacle n'est pas insurmontable : il suffit de transformer l'interdiction légale en une simple faculté de renoncement, c'est-à-dire en une obligation que le médecin s'impose à lui-même de ne plus exercer.

2° Il est contraire à la fois à l'intérêt de la science et à celui des malades, d'interdire l'exercice de la médecine aux vieux médecins qui ont acquis « l'expérience qu'aucune science livres que, aucune connaissance théorique ne saurait remplacer ». Ces principes contiennent indiscutablement une grande part de vérité, mais ils ne visent nullement la question de la retraite, ils combattent seulement le principe d'interdiction posé par la proposition « Pomaret ». Il suffit donc, pour lever toute objection à cet égard, de transformer *l'obligation* de cessation d'exercice en une simple *faculté*, et de laisser, en tous cas, les médecins retraités libres de consacrer leur activité à l'enseignement de leur art ou à des recherches et travaux scientifiques.

Au reste la réaction du Corps médical à la proposition « Pomaret » n'a pas été uniquement hostile. Nous n'en voulons pour preuve que ces phrases extraites du *Médecin de France*, d'août 1936 : « Ce texte... contient un certain nombre de dispositions que nous ne pouvons qu'approuver dans leur esprit... L'idée de constituer une retraite à tout médecin âgé de 65 ans et n'exerçant plus est absolument normale... Il est sou-

haitable que tout médecin arrivant à un certain âge (acceptons 65 ans), s'il ne peut continuer à travailler, ou s'il consent à ne plus travailler, puisse recevoir les arrérages d'une retraite lui permettant de vivre »... « Le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux français... accepterait, par contre, le système de la retraite facultative... ceci sous la réserve que l'obligation du versement annuel sera rendue légale et que la collecte des versements sera faite par les agents du Trésor (les quotités étant fixées par la profession organisée elle-même). » On ne saurait donc approuver d'une manière plus nette et plus formelle le principe que nous avons posé dans notre introduction.

La cause paraît donc entendue, mais quelles sont donc les propositions positives qui pourraient être faites ? Le projet que nous présentons peut être formulé ainsi :

« *Tout médecin âgé de 65 ans peut conclure avec le Corps médical, représenté par les Syndicats professionnels, un contrat par lequel il s'engage à cesser l'exercice de son art et à procurer ainsi sa clientèle et son champ d'activité à ses autres confrères, le Corps médical s'engageant en contre-partie à lui verser une retraite suffisante pour le faire vivre* ».

Ce contrat contient une obligation à la charge de chacune des deux parties, qui constitue la condition même de l'existence de l'autre. Il y a lieu de les étudier successivement d'une manière plus précise :

1° *Obligation à la charge du médecin retraité.* Le médecin âgé de 65 ans possède une option : il peut, soit continuer à exercer, soit, s'il le désire, prendre sa retraite. Dans cette hypothèse, ce n'est donc pas la loi, c'est lui-même qui s'interdit d'exercer. Par suite, il peut toujours reprendre cet exercice s'il y trouve son intérêt ; au point de vue juridique il conserve en effet le droit d'exercer, ce fameux droit acquis dont nous parlions plus haut. S'il contrevient à son engagement, il n'encourt pas les peines d'exercice illégal de la médecine, mais seulement une responsabilité civile contractuelle à l'égard de son co-contractant, le Corps médical. Celui-ci, représenté par les Syndicats professionnels est alors en droit d'agir judiciairement contre lui afin d'obtenir soit une indemnité égale au préjudice subi (à savoir le montant des honoraires auxquels correspondent les actes médicaux accomplis) soit la résiliation du contrat pour inexécution de ses obligations (art. 1.184 du code civil) à savoir la suspension de la pension.

2° *Obligation incombant au Corps médical.* En échange de la clientèle que le médecin retraité lui abandonne, le Corps médical doit lui verser une pension suffisante pour lui permettre de vivre dignement. Il y a lieu à cet égard de tenir compte de l'importance du sacrifice consenti par le médecin en se retirant. Aussi croyons-nous que l'on pourrait suivre les règles admises en matière de pensions de fonctionnaires, c'est-à-dire que la pension devrait être égale à la moitié du revenu net professionnel moyen pendant les trois derniers exercices. Il pourrait être prévu, en outre un minimum vital de 12.000 francs et la reversion par moitié sur la tête de la veuve.

L'ensemble de ces pensions devrait être constitué et réparti par un organisme autonome, doué de la personnalité morale, et géré par des représentants de l'organe national des Syndicats médicaux sous le contrôle de l'Etat.

Quelles devraient être les modalités de constitution de cette retraite ? Celle-ci aurait pour base des versements effectués *à titre obligatoire par tous les médecins,* syndiqués ou non, exerçant en France à quelque titre que ce soit. Le nombre des médecins étant suffisamment élevé, à peu près constant, avec plutôt une tendance à l'augmentation, et le nombre des médecins pensionnés ainsi que le chiffre des pensions n'étant pas susceptibles eux aussi de grandes variations, il semble, sous réserve de calculs actuariels précis, qu'il serait inutile d'adopter le système de la *capitalisation.* Il paraît au contraire à la fois plus simple, moins onéreux et moins dangereux, étant donné l'incertitude des placements actuels, de recourir au système de la *répartition* : le montant des pensions dues pour une année déterminée serait réparti sur les revenus professionnels de tous les médecins en exercice, et supporté par chaque médecin proportionnellement à l'importance de son revenu net. Cette contribution obligatoire et assise sur le revenu net du médecin se présentant sous les mêmes aspects que l'impôt cédulaire, pourrait être recouvrée par l'Administration des Contributions Directes, en même temps et selon les mêmes règles que cet impôt.

Mais il ne suffit pas d'examiner le côté social et juridique du problème ; il y a lieu en outre d'en considérer l'aspect économique et de rechercher si l'institution de cette retraite ne serait pas une charge trop lourde pour le corps médical actif.

Il est malheureusement impossible d'aboutir à des résultats précis par suite de l'absence de statistiques sur le nombre de médecins de plus de 65 ans. Nous pouvons toutefois nous faire une idée de l'ordre de grandeur du versement retraite par le moyen suivant : d'après les tables de mortalité des Compagnies d'assurances françaises, le taux de rapport entre le nombre de vivants de 25 à 65 ans et celui de plus de 65 ans apparaît comme d'environ 16 %. Si nous tablons sur un revenu net moyen de 40.000 francs, et par suite sur une pension de 20.000 francs, le taux du ver-

sement retraite ressortira à 1/2 de 16 % = 8 %.

Mais ce chiffre est trop élevé pour deux raisons :

a) Nous avons supposé que tous les médecins de plus de 65 ans demanderaient à bénéficier de la retraite. Il n'en sera certainement pas ainsi, de nombreux médecins pouvant trouver plus d'intérêt à continuer leur profession. Si nous tablons sur un chiffre de retraités de 80 % (ce qui paraît large) le taux tombe ainsi à 6,4 %.

b) Nous avons fondé nos calculs sur le taux de rapport entre vivants entre 25 et 65 ans et vivants au delà de 65 ans, c'est-à-dire que nous avons supposé que le nombre annuel de nouveaux médecins restait constant. Les statistiques universitaires montrent qu'il n'en est rien et qu'au contraire le nombre des jeunes médecins va constamment en augmentant (1930 : 1.076 diplômes, 1931 : 1.102, 1932 : 1.297, 1933 : 1.464). Cette croissance continuera de manière certaine car elle est fondée sur deux causes inéluctables : la croissance de la population et des besoins, et le fait que la jeunesse se tourne de plus en plus vers les professions intellectuelles. Il s'en suit que le rapport entre les médecins atteignant 65 ans dans une année déterminée et le nombre de jeunes médecins entrant cette même année dans la carrière est plus faible que le rapport entre le nombre des vivants à 65 ans et le nombre des vivants à 25 ans. Le chiffre des pensions se répartissant chaque année sur un nombre plus important de médecins en exercice, le taux du versement retraite en est automatiquement abaissé. Il semble qu'en définitive il ne devrait pas dépasser 5 %.

Nous avons au reste recoupé ces calculs par une autre méthode : d'après un travail effectué par la Confédération des Syndicats médicaux, sur 11.333 médecins, 1.005 étaient âgés de plus de 65 ans, ce qui fait ressortir une proportion de 8,86 % (*Médecin de France*, novembre 1934, page 815). Le taux du versement retraite apparaîtrait donc ainsi de 4,5 % au maximum, 4 % environ en tablant comme plus haut sur un nombre de retraités de 80 %.

En résumé, il semble que le taux du versement oscillerait (en comptant largement) entre 4 et 5 %, c'est-à-dire que le montant du versement moyen varierait de 1.600 à 2.000 francs par an (pour un revenu de 40.000 francs). Il est bon de rapprocher ce chiffre de la cotisation annuelle nécessaire pour se constituer une retraite équivalente à la C. N. R. V. (âge du premier versement, 25 ans). Cette cotisation s'élève à environ 2.000 francs, c'est-à-dire à un chiffre plutôt supérieur. Il faut observer, en outre, que ce versement ne constituerait pas une charge absolument nouvelle pour les médecins. Elle viendrait se substituer aux primes des actuels contrats d'assurance-vie qu'ils souscrivent tous peu ou prou. Enfin cette charge supplémentaire (ne l'oublions pas, car c'est là la contre partie essentielle du contrat conclu avec le médecin retraité) serait plus que compensée par l'augmentation absolue des recettes provenant de la diminution de la concurrence.

On peut donc en conclure que le Corps médical pourrait très bien supporter le poids d'une loi de cette nature, et qu'il devrait au contraire s'y montrer favorable, car elle permettrait de résoudre à la fois ces deux graves problèmes : donner du repos aux vieux médecins, et faire de la place aux jeunes sans le secours du « cocotier ».

Jean MIGNON.

Proposition de loi concernant la retraite du médecin

ARTICLE 1er. — Tout médecin exerçant en France a droit, à l'âge de 65 ans, s'il cesse l'exercice de sa profession, à une pension de retraite constituée conformément aux articles 4 et suivants de la présente loi, et égale à la moitié de la moyenne de ses bénéfices professionnels pendant les trois exercices précédant celui où il fait la demande prévue à l'article 2 ci-dessous, tels qu'ils ressortent de son imposition cédulaire pendant ladite période. Cette pension ne saurait toutefois être inférieure à 12.000 francs. Elle est reversible par moitié sur la tête de la veuve.

ARTICLE 2. — Pour pouvoir prétendre à cette pension, le médecin doit souscrire auprès de son syndicat local, dans les trois premiers mois de l'année précédant, soit celle où il atteindra 65 ans, soit celle à laquelle il désire cesser d'exercer, une déclaration par laquelle il s'engage à ne plus prendre part habituellement et de façon suivie au traitement des maladies, à titre gratuit ou à titre onéreux. Il lui reste loisible toutefois de consacrer son activité à l'enseignement de son art ou à des recherches ou des publications de travaux scientifiques.

ARTICLE 3. — Toute contravention à cet engagement donne droit au syndicat local d'exercer contre l'intéressé une action en dommages-intérêts. L'indemnité accordée au syndicat ne pourra être inférieure au chiffre d'honoraires correspondants aux actes médicaux accomplis d'après le tarif syndical minimum de la région. En cas de récidive, le tribunal saisi à la diligence du syndicat peut en outre ordonner la suspension temporaire ou définitive de la pension.

ARTICLE 4. — La constitution et le service de la pension sont confiés à une caisse autonome de retraite gérée par l'organisme national des syndicats et associations professionnels de médecins, sous le contrôle de l'Etat et douée de la personnalité morale.

ARTICLE 5. — Cette caisse est alimentée par des versements annuels effectués à titre obligatoire par tous les médecins exerçant en France à quelque titre que ce soit, à l'exception toutefois des médecins fonctionnaires affiliés au régime des pensions civiles. Ces versements sont proportionnels au revenu net professionnel de chaque intéressé.

ARTICLE 6. — Ces versements, majorés dans une proportion qui sera déterminée par le décret d'application de la présente loi, pour frais de recouvrement et frais de gestion de la caisse autonome de retraites, s'ajoutent à l'impôt cédulaire professionnel du médecin, et sont recouvrés par l'Administration des contributions directes, selon les mêmes règles que ledit impôt.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

V. Valeur nutritive et valeur commerciale des aliments

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

La valeur nutritive des aliments s'exprime par le bénéfice réel que l'organisme peut retirer de leur consommation. La valeur commerciale dépend de l'abondance ou de la rareté des produits, de leur goût et de leur apparence extérieure ; elle varie suivant l'état de la production agricole et industrielle, suivant la mode et la publicité. La présentation des aliments joue un très grand rôle pour déterminer leur prix. La recherche de la belle apparence aboutit souvent à diminuer la valeur nutritive. Nous allons en citer plusieurs exemples.

***

Le plus grave égarement de l'industrie alimentaire poursuivant la recherche de la présentation aux dépens de la valeur nutritive a été le polissage systématique du riz.

Autrefois, le paysan asiatique décortiquait lui-même son riz à l'aide de moulins rudimentaires qui laissaient toujours un peu de son sur la graine. Les Indiens, les Annamites et les Chinois ne mangeaient pas une denrée bien blanche, mais cela leur suffisait ; ils se nourrissaient ainsi dans des conditions normales. Nous sommes venus dans ces pays et nous y avons introduit des moulins perfectionnés, au moyen desquels on enlève complètement l'enveloppe du riz pour le polir et le « glacer », pour lui donner un aspect engageant. C'est beau, mais cela donne le béribéri aux malheureux coolies, tirailleurs et autres, qui en font la base trop exclusive de leur nourriture. Cette erreur a causé des centaines de milliers de victimes. On se faisait illusion sur la qualité ; on avait blanchi le riz, on avait amélioré l'apparence et on croyait avoir réalisé un progrès.

Rien d'aussi grave ne s'est passé dans notre pays, bien que nous ayons, nous aussi, blanchi excessivement notre céréale de base, bien que nous ayons adopté le pain blanc. Il est incontestable que si le pain formait notre seule nourriture, sa blancheur serait un défaut capital. Mais nous ne mangeons pas que du pain. Le reste de notre ration nous apporte heureusement ce que le meunier enlève au grain de blé.

La discussion soulevée à propos du pain blanc a montré, entre autres choses, que l'on s'occupe de l'apparence avant de s'inquiéter de la valeur nutritive. Cette habitude des consommateurs est à peu près générale ; elle s'explique ; elle ne se justifie pas toujours ; elle s'explique parce que l'aspect agréable d'un mets est l'un des facteurs déterminants de l'appétit ; elle ne se justifie pas lorsque la belle apparence est incompatible avec la valeur nutritive.

Pour apprécier la valeur réelle de ce qu'on lui présente aux étalages, le simple consommateur n'a d'autre moyen que la vue et l'odorat ; il ne transporte pas avec lui un laboratoire pour analyser les produits. Il veut d'abord que les marchandises soient belles à voir. Ainsi, il achètera volontiers au prix fort de beaux fruits, même si leur goût est insignifiant. Il demandera par exemple de belles bananes, mais pas mûres, donc indigestes et laissera les fruits blets, bruns, tachés qui sont bien mûrs, aisément digestibles et de goût exquis. Les marchands de fruits sont tenus d'obéir aux exigences de la clientèle. Pour se faire pardonner de conserver dans un coin des bananes tachées, ils annoncent aux clients « convenables » que ces fruits « gâtés » sont destinés au personnel et aux pauvres gens. Alors, pour une fois, les prolétaires sont mieux servis que les riches.

***

Trop de producteurs s'occupent exclusivement d'apparence et de tonnage et négligent le progrès qualitatif. Cela peut avoir de sérieuses conséquences dans le domaine de l'alimentation, car, à force de rechercher les bas prix de revient, on en arrive à côtoyer la tromperie.

Tous les marchands soignent leur étiquette ; mais quelques-uns ne sont pas aussi attentifs qu'il le faudrait au contenu de leurs flacons.

L'administration de la répression des fraudes rend les plus grands services à la société en poursuivant les commerçants qui essaient de tromper sur les qualités substantielles de leurs marchandises. Mais, pendant que la technique loyale se perfectionne, les moyens des fraudeurs se développent aussi, de sorte que le rôle de cet important service au Ministère de l'Agriculture devient de plus en plus difficile.

La fraude la plus courante est celle qui consiste à mettre ou à laisser dans les produits une excessive proportion d'eau. Cependant, les mouillages du lait et du vin deviennent plus rares, à mesure que le contrôle officiel et la répression deviennent plus efficaces.

D'autres ne veulent pas pousser convenable-

ment la cuisson de leurs denrées, pour ne pas leur faire perdre du poids par évaporation de l'eau ; il arrive alors que les marchandises s'altèrent et que ces commerçants subissent des pertes très importantes et justifiées. Dans ce cas, la nature se charge d'infliger la punition puisque les produits se corrompent et doivent être jetés. Les germes de la putréfaction qui interviennent de cette manière pour déranger les calculs de ces spéculateurs poussent rapidement dès que le taux d'humidité s'élève ; ils paraissent avoir été créés pour rappeler certains individus aux règles de l'art ; ce sont des microbes providentiels, vengeurs ; ils peuvent être, de plus, pathogènes et toxiques.

Du côté de la production et de la préparation des aliments d'origine animale, la recherche excessive du profit a causé plusieurs erreurs. L'élevage, par exemple, étant parvenu, par toutes sortes de croisements et de sélections, à créer des variétés volumineuses, l'éleveur d'animaux de boucherie veut obtenir de gros poids de matière, en dépensant le moins possible ; il conduit aux foires des bœufs gras énormes et des porcs sphériques. On a importé d'Angleterre et d'ailleurs des races de porcs à croissance rapide, transformant la pomme de terre en saindoux en un minimum de temps. On a jeté sur le marché des viandes de plus en plus chargées de graisse, de plus en plus pauvres en tissu musculaire. On a amené sur la bascule des animaux dont la panse était bourrée et la peau distendue ; on ne s'occupait que du poids. Mais le consommateur s'est fâché ; ayant acheté sa côtelette au poids, il l'a vue fondre dans la poêle, se résoudre en eau et en graisse et finalement se ratatiner en une maigre noix comestible. La clientèle s'est défendue ; on s'est détourné de ces viandes trop grasses. Aujourd'hui, les animaux exagérément adipeux ont disparu.

***

Pour récolter des œufs en grandes quantités, on a choisi des races de volailles fortes pondeuses et on les a nourries de toutes sortes de déchets industriels, résidus de poissons, sang d'abattoir, etc., riches en azote, mais pas toujours frais. Les oiseaux construisent leurs œufs en partant de ces matières. Peut-on soutenir que ces œufs sont semblables à ceux que l'on avait autrefois lorsque les poules étaient nourries de grains ? Ne doit-on pas se demander si la fréquence de l'intolérance aux œufs n'est pas due pour une part, à cette évolution de l'aviculture ?

Rien n'est plus légitime que le souci de produire économiquement et de bien présenter les denrées alimentaires. Cependant, il ne faut pas que cette préoccupation fasse perdre de vue la chose principale, qui est la qualité substantielle.

***

En toutes saisons, même pendant les chaleurs de l'été, certains commerçants exposent aux poussières de la rue, aux mouches, à l'échauffement et à la corruption, des denrées qui devraient être tenues soigneusement au froid. Les poissons, les viandes, les viscères, etc., sont dehors. C'est que le marchand veut un étalage imposant, impressionnant, afin d'attirer et d'exciter la clientèle. Tant pis pour la fraîcheur des marchandises. On nous répond que si l'on n'exposait pas, le public n'achèterait pas. En effet, nous pouvons remarquer que les femmes, en particulier, qui vont faire leur marché, musardant aux vitres, ne savent guère d'avance ce qu'elles vont quérir ; l'inspiration leur vient à la vue des éventaires. Elles obligent ainsi les vendeurs à faire ces expositions et à laisser pourrir leurs provisions.

On ne connaît pas assez les vitrines refroidies, qui permettent de montrer les marchandises périssables, tout en les conservant.

***

Afin de donner satisfaction aux caprices et aux exigences des acheteurs, les fabricants cherchent toutes sortes de moyens pour enjoliver la forme, la couleur et la consistance des produits, parfois au détriment de la qualité. Exemples :

1° Des marchands de poudres destinées à la conservation des viandes sollicitent constamment les charcutiers et leur proposent des mélanges commerciaux de sels de composition généralement secrète, de très bel aspect, parfaitement blancs ou roses, ayant la propriété de communiquer aux viandes une couleur agréable.

Nous avons étudié un de ces produits, qui renfermait 78 % de son poids de bicarbonate de soude, pour savoir en quoi consistait son action prétendue conservatrice et nous avons vu que ce mélange alcalin communiquait bien à la viande une teinte rose agréable, mais qu'il n'avait aucune propriété conservatrice réelle, que, même à la dose élevée de 3 %, il ne gênait point la pullulation des bactéries, qu'au contraire, à cette dose, il favorisait la multiplication du bacille paratyphique B, c'est-à-dire d'une des espèces les plus dangereuses. C'est donc une erreur de présenter de semblables produits comme des conservateurs des viandes ; ils n'agissent que sur la couleur, sur l'apparence et peuvent être, le cas échéant, nuisibles.

2° Le public exige que certains gâteaux de pâtisserie et des pâtés de charcuterie, renfermant une forte proportion de graisse, soient fermes, pour qu'on puisse y couper de belles tranches qui se tiennent, qui ne s'écrasent pas sous le couteau. Alors, les fabricants et les cuisiniers sont amenés

à se servir abondamment de graisses dures pour satisfaire leurs clients. On prépare des saindoux durcis par hydrogénation, des margarines suifées, des graisses chargées de stéarine réfractaire à la digestion ; on délaisse les bonnes graisses molles, aisément assimilables. Les consommateurs ont des digestions pénibles et s'en étonnent; ils ne savent pas que leurs exigences touchant la présentation des aliments sont contraires à leur santé (1).

***

L'amateur de bonne chère ne mange pa s seulement pour vivre ; il veut aussi rester longtemps à table pour faire durer le plaisir ; il veut de l'agrément, non des calories. Pour composer ses régimes, il est bon de consulter les tables des valeurs nutritives des aliments ; on prend, dans la liste des denrées, celles qui apportent le minimum assimilable. Il est curieux de remarquer, à ce propos, que nos cuisiniers ont réussi empiriquement, à composer des menus pour riches, formés de plats représentant les aliments les moins nutritifs de la nomenclature. De cette manière, on peut manger des heures durant et avoir encore faim ; c'est l'idéal. Les techniciens de la cuisine ont même inventé des plats excellents de valeur nutritive nulle, par exemple, ce consommé ? rose que nous avons vu annoncé sur le menu somptueux d'un restaurant à la mode ; c'est un liquide soigneusement dégraissé, légèrement coloré par du jus de tomate ou du carmin ; sa valeur alimentaire ne dépasse guère six ou sept calories par 200 grammes ; on le sert quelquefois glacé, de sorte que nos gourmets sont obligés, pour mettre ces 200 grammes de liquide froid en équilibre de température avec leur organisme, de dépenser, pour une différence de trente degrés 30 × 200 : 1.000 = 6 calories, c'est-à-dire de perdre autant qu'ils reçoivent; au bilan de la nutrition, ce consommé de luxe s'inscrit donc pour zéro. Si le gourmand opulent commençait son repas par une soupe grasse, épaisse, il serait promptement rassasié et ne pourrait poursuivre davantage son festin. Il prend donc ce bouillon froid et dégraissé, qui ne renferme que quelques centigrammes de matières utiles. Quand il l'a bu, il n'a pas encore commencé à se vraiment nourrir.

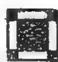
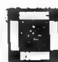
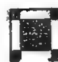
Il recherche les contrastes et les sensations fortes. Intransigeant sur la propreté du linge de table et de la vaisselle, il se fait pourtant servir des fromages fort mal odorants, tout moisis, parfois « habités » et cela non sur des assiettes, mais bien sur de la paille venant de l'écurie, afin, dit-il, de donner la couleur locale. Dans les restaurants chics, on lui présente ces fromages avec leurs paillassons, on empuantit la salle et la compagnie pour donner satisfaction à ce maniaque. Il veut que son charcutier lui réserve des andouilles « d'origine et qui sentent leur fruit ». Il ne s'inquiète pas de savoir quelle est l'origine véritable, inavouable, de ce parfum singulier, etc... Il a besoin d'excitants inattendus, même lorsque cela dégoûte les clients normaux et les fabricants sérieux.

Le consommateur pauvre a nécessairement moins d'exigence ; il doit s'occuper de la valeur nutritive réelle de ce qu'il achète pour lui et les siens ; il doit savoir à ce sujet qu'il n'y a aucun rapport entre la valeur alimentaire d'une denrée et son prix. Notons même que les marchandises les plus chères sont très souvent parmi les moins nourrissantes ; ainsi les truffes, dont on retrouve la plus grande partie, nullement digérée à l'autre bout du tube digestif .

Le public a des idées fausses concernant la valeur nutritive des aliments. La réclame commerciale contribue à répandre ces erreurs. On y emploie tous les moyens. Par exemple, sachant que la découverte des vitamines fut l'une des plus importantes de la science moderne, on annonce que des produits sans intérêt sont « vitaminés 100 pour 100 ». Le client se figure que c'est vrai ; il achète et tout le monde est content

Nous avons dit, dans un de nos précédents articles, que les usages se sont transformés par suite des progrès de la technique. Remarquons maintenant que la technique de l'illusion et du mensonge, par la presse, l'affiche, le cinéma, la T. S. F. etc., a progressé, elle aussi, dans ce domaine, autant et plus que les autres.

(1) Usages alimentaires illusoires. *Annales des Falsifications*, novembre 1931.
Annales d'Hygiène publique, février 1934, page 130.

LE PROBLÈME DES PNEUMOKONIOSES

Nous avons reçu sur cette question encore très controversée deux articles que nous publions comme suite à l'importante étude du Docteur Feil *parue dans notre numéro du* 23 *août* 1936.

I

La silicose est-elle une maladie autonome ?

Le problème des pneumokonioses reste toujours très controversé tant en France qu'à l'étranger. Si tout le monde est à peu près d'accord sur les rapports étroits qui les unissent à la tuberculose pulmonaire, de nombreuses discussions se sont élevées pour savoir si, sur le plan nosographique, les pneumokonioses offrent les caractères suffisants d'autonomie. La pneumokoniose attribuée aux poussières siliceuses a plus particulièrement retenu l'attention au cours de ces dernières années : des Congrès internationaux, des rapports du Bureau international du travail, de nombreuses publications, surtout dans les périodiques de langue anglaise, lui ont été consacrés. Le Docteur Rivero y Castro, qui a fait de solides études secondaires dans l'un des meilleurs établissements des Etats-Unis, était particulièrement qualifié pour entreprendre une étude d'ensemble de cette délicate question. Il vient de lui consacrer sa thèse inaugurale (1). Dans un premier chapitre, il étudie, à l'aide des documents sud-africains, la doctrine actuelle de la silicose ; sa genèse, son évolution. Il passe successivement en revue : les premières recherches ; la réglementation préliminaire ; il montre comment la silicose a été promue là-bas au rang de « maladie professionnelle », sanctionnée par la création du Bureau médical de la phtisie des mineurs. L'auteur étudie ensuite les fondements de cette doctrine : il expose les données cliniques, radiologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques, les recherches biologiques, les mesures thérapeutiques, en particulier les modalités de la cure sanatoriale, enfin les conséquences médico-sociales. Cet aperçu, très complet, aboutit à une note pessimiste : « trop d'intérêts sont désormais attachés à la question de la silicose dans l'Union sud-africaine pour qu'une constatation scientifique même la plus éclatante, la plus certaine, puisse en quoi que ce soit modifier les positions depuis longtemps occupées. Et l'étude des conséquences médico-sociales de la doctrine régnante montre qu'elles sont telles qu'il est impossible de concevoir le moindre espoir d'en modifier les effets par des études cliniques, biologiques et expérimentales ».

Dans un deuxième chapitre, le Docteur Rivero étudie l'historique des pneumokonioses ; il rappelle la période initiale où tout le problème se réduisait à celui de l'anthracose : il en donne la description clinique et anatomique pour exposer ensuite l'effondrement de la théorie de l'anthracose maladie autonome et arrive au développement de celle de chalicose et de silicose. Ce chapitre, encore, donne lieu à une note pessimiste :

« Mais aussitôt le fantôme de l'anthracose disparu, il a fallu, dans l'esprit des simples, lui en substituer un autre, car « c'est chose difficile », *dit Montaigne, « que de résoudre son jugement* contre les opinions communes : la persuasion prise du sujet même saisit les simples, de là elle s'étend aux habiles sous la couverture du nombre et l'ancienneté des témoignages ». Le charbon ayant été trouvé inoffensif, un nouveau spectre, celui de la « silicose » est venu gaillardement prendre la place du disparu. »

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de la silicose dans les différents pays. Parmi les pays étrangers, citons l'Angleterre, le Canada, l'Australie, l'Allemagne, la Belgique, les Etats-Unis, les Pays-Bas. Vient ensuite la silicose en France : l'auteur rappelle succinctement les observations françaises, les résume et en donne une revue critique : il rappelle ensuite les études d'ensemble faites sur cette question dans le Limousin, dans la Loire et dans le Nord.

Le quatrième chapitre met en relief l'inconsistance clinique de la doctrine de la silicose. Le dernier chapitre est consacré aux problèmes juridiques et économiques.

Vingt-trois clichés radiographiques terminent cet ouvrage clair et précis. Signalons enfin l'*avant-propos* qui est un délicat hommage à notre pays.

Dr Doubrow
Chef de Laboratoire à la Faculté de Paris

(1) Docteur Rivero y Castro. — La silicose est-elle une maladie autonome ? 1 vol., 136 pages, 23 radiographies, J.-B. Baillière, éd. Paris, 1936.

II

A propos des pneumokonioses

Silicose et tuberculose

Au temps lointain de ma folle jeunesse il me souvient d'avoir entendu chanter dans un café-concert du quartier de la Guillotière, à Lyon, cette scie :

« C'est la vapeur, c'est la vapeur
qui fait marcher les bateaux à vapeur ».

Aujourd'hui j'ai revu et modifié le texte de cette chanson ; et je répète sur le même air ces bien mauvaises rimes :

« C'est la poussière, c'est la poussière,
qui cause
Les pneumoconioses,
Scléroses pulmonaires,
Dues aux poussières. »

***

Je crains que cette lapalissade — dont je m'excuse — ne cause un sourire légitime à notre savant confrère le Docteur André Feil qui termine son article intitulé « Introduction à l'étude des pneumoconioses » publié dans le *Concours Médical* du 23 août 1936 par ce paragraphe :

« D'autres facteurs, parmi lesquels les facteurs infectieux interviennent certainement comme cause prédisposante ou occasionnelle de la sclérose pneumoconiotique ; parmi ces facteurs l'*imprégnation tuberculeuse et les affections pulmonaires antérieures jouent le rôle prépondérant* (c'est moi qui souligne).

***

Kœlsh a cependant affirmé ; « tout homme qui s'expose longtemps aux poussières sait ce à quoi il doit s'attendre : il doit s'attendre à une pneumoconiose ».

Oui, il doit s'attendre à une pneumoconiose ; mais plus ou moins tôt ou plus ou moins tard. Et parfois même — très exceptionnellement — contre toute attente et toute vraisemblance, cet homme, exposé très longtemps à l'inhalation de poussières nocives, ne devient pas une pneumoconiotique.

Dans ce dernier cas, ce qu'il s'agit d'expliquer, c'est l'exception à la règle, qui reste immuable ; l'inhalation prolongée de poussières produit les pneumoconioses.

Avouons tout de suite que pour expliquer ces très rares exceptions à la règle nous en sommes réduits aux hypothèses.

La première hypothèse à éliminer est celle de la préexistence constante d'une tuberculose pulmonaire évolutive chez les pneumoconiotiques.

Quand on choisit une équipe d'ouvriers pour travailler au rocher, on trie sur le volet des sujets forts et bien portants ; cependant, au bout de dix ans (j'en ai cité des exemples), ces foreurs de roche meurent tous de pneumopathie chronique.

Préexistence d'affections pulmonaires banales ? — Le Docteur Aurelio Rapado Pozas a rejeté cette hypothèse : « Les examens que j'ai pratiqués sur les expectorations de mes silicotiques m'ont toujours montré, dit-il, la rareté de la flore microbienne banale habituelle. Cette constatation donne à penser que les infections associées (la tuberculose mise à part), ne jouent qu'un bien faible rôle dans la genèse des altérations scléreuses des poumons, et que les poussières nocives, par le seul fait de leur présence dans le tissu pulmonaire sont bien la cause de l'apparition et du développement de la silicose ». « On sait aussi actuellement, ajoute-t-il, que la silicose n'a pas toujours besoin pour apparaître et se développer d'un terrain sensibilisé par une infection respiratoire de nature tuberculeuse ».

Faut-il admettre la moindre tendance à faire du tissu scléreux chez les individus longtemps exposés aux poussières et cependant indemnes de sclérose coniotique ? La constitution individuelle intervient-elle : type respiratoire, réflexes de défense du poumon, résistance particulière du système réticulo-endothélial comme le croit Mavrogardato ?

Hypothèses vagues et inconsistantes.

Plus sérieuse, l'explication tirée de l'insuffisante filtration des poussières par des voies naso-pharyngiennes défectueuses. Atrésie des fosses nasales, polypes, végétations, en obligeant les individus à respirer par la bouche permettent la pénétration plus profonde de plus de poussières dans les bronchioles et les alvéoles. Hayhurst cite le cas d'un carrier qui avait un bec-de-lièvre et qui, après deux ans et demi de travail, présentait des lésions de sclérose pulmonaire silicotique au troisième degré alors que tous ses camarades employés avec lui et depuis bien plus longtemps que lui à la même exploitation avaient des poumons absolument sains.

Autre hypothèse basée sur les faits suivants :

Piggot et Gilder ont rapporté le cas de plusieurs jeunes femmes employées à l'empaquetage

de poudre de savon mêlé à de la silice qui présentèrent des lésions de silicose grave après cinq ans de ce travail. Gerlack et Grander, en Allemagne, Chapman en Amérique constatèrent des cas de silicose à évolution rapide et grave chez de jeunes ouvriers employés à la manipulation de poudres abrasives très alcalines. Ces auteurs attribuent la rapidité de l'éclosion d'une sclérose coniotique chez leurs malades à l'action des substances alcalines mélangées à la silice.

Ils font remarquer que les méfaits de la silice sont dus à sa dissolution lente dans les liquides organiques alcalins du poumon. Le mélange de matières alcalines aux poussières favoriserait la dissolution de la silice et par conséquent l'apparition plus rapide d'une sclérose.

Il faudrait donc pour apprécier la capacité de défense d'un poumon contre les poussières, tenir compte du degré d'alcalinité de son plasma. C'est bien compliqué.

« Matière de bréviaire » dirait Rabelais. Je me suis laissé égarer. Mon intention, en commençant à écrire, était tout simplement de protester une fois de plus contre la thèse qui fait de la silicose, une tuberculose silicifiée.

Silicose et tuberculose : « Il s'agit bien là, déclare M. le Prof. Bähme de deux maladies tout à fait distinctes. Sans doute, la tuberculose vient souvent s'adjoindre à la silicose comme complication. Mais, c'est en luttant contre les poussières qu'on fera disparaître et la silicose et ses complications (tuberculeuses ou non). »

Partout où l'on a réussi à se débarrasser complètement des poussières de silice, on a vu disparaître les maladies pulmonaires chroniques d'origine coniotique, qu'elles soient pures ou qu'elles soient compliquées de tuberculose.

Dr J. MAGNIN, (de Bessèges)
Ancien interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

LE LANGAGE DU SYMPATHIQUE

Par le Docteur TÉTAU
Médaillé de l'Académie de médecine

C'est le système neuro-endocrino-sympathique qui est le trait d'union entre la vie psychique et la vie organique. A l'état normal, la vie végétative ne présente aucun phénomène permettant de se rendre compte de ce qui se passe en nous. Les fonctions organiques s'accomplissent en silence : ne citons par exemple, pour bien préciser notre pensée que les phénomènes de la circulation, de la digestion, de la respiration, ceux plus intimes de l'assimilation et de la dessasimilation, accomplissant leur évolution sans même que nous n'y prenions garde. Ils s'accomplissent sans que notre conscience en ait connaissance, aussi bien la nuit que le jour, que nous soyons éveillé, ou pendant le sommeil où notre conscience est physiologiquement supprimée ou à l'état latent.

Mais qu'un de ces nombreux phénomènes organiques vienne à se dévier de son fonctionnement normal, immédiatement notre conscience en est avertie par une sensation physiologique plus ou moins intense, plus ou moins pénible ou douloureuse, éveillant notre psychisme comme pour nous avertir d'un danger. Ce sont ces sensations soit physiologiques et normales comme la soif, la faim, le sommeil, le besoin de satisfaire à certaines évacuations naturelles, qui nous révèlent l'acte que nous devons accomplir, soit sensations pathologiques et douloureuses nous avertissant du danger d'un trouble fonctionnel qui se passe et nous invitant ainsi à y remédier.

Ces réactions se manifestent sous forme de sensations et c'est l'étude minutieuse de ces sensations que nous désignons sous le nom de langage du sympathique.

Ces sensations « sont des messages que les divers organes envoient sans cesse aux centres nerveux ; dans les conditions ordinaires de la vie, ils ne franchissent pas le seuil de la conscience tout en agissant obscurément sur elle en donnant une certaine couleur à nos pensées, à nos émotions et à nos actions. Parfois nos organes nous donnent de cette façon l'avertissement d'un danger. La conscience viscérale se trompe rarement ». (Alexis Carrel : L'homme cet inconnu).

Nous laisserons ici les sensations normales comme étant le langage des réactions qui font partie de l'activité physiologique de l'organisme. Ces sensations nous rendent compte immédiatement de la faim, de la soif, du besoin de sommeil et nous incitent ainsi à répondre à cet appel. Ce langage, nous le comprenons tous. Il est beaucoup plus difficile d'interpréter le langage du sympathique quand il s'agit de comprendre les troubles organiques : cela demande une attention extrême, un sens clinique développé, une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie. C'est une des particularités de l'homéo-

pathie d'analyser ce langage par l'étude des symptômes que la prise continue et progressive d'un médicament produit chez l'homme sain, symptômes que les travaux récents sur le système neuroendocrino-sympathique nous ont montrés comme étant l'extériorisation à nos sens de la souffrance fonctionnelle ou organique des divers systèmes de l'économie.

Nous n'étudierons dans ce court article que la grande voix qui se fait le mieux entendre : la douleur, laissant aux biologistes et aux physiologistes le soin d'approfondir ces études qui sont empreintes du plus grand intérêt pour le diagnostic et la thérapeutique des maladies.

Ce langage pathologique : c'est la sensibilité à la douleur, cris de souffrance de l'organisme. La douleur en effet, présente un certain nombre de caractères ou de modalités extrêmement diverses suivant les troubles morbides ou fonctionnels des organes. Au point de vue des sensations qu'elles produisent, les douleurs sont déchirantes, lancinantes comme dans certaines névralgies, pressives, tensives, comme dans les collections purulentes prêtes à s'ouvrir, constrictives, brûlantes comme dans le zona, de meurtrissures après les contusions, piquantes comme par des aiguilles de glace, ou par des aiguilles rougies au feu, dans certaines névrites, crampoïdes, fulgurantes et en éclair comme dans l'ataxie et les affections de la moelle, rhumatoïdes, pulsatiles, spasmodiques comme dans les contractures musculaires, fugaces et mobiles, de torsion comme dans la hernie étranglée, irradiantes par irritation des plexus.

Les douleurs ont encore des expressions variables suivant la périodicité, l'heure qu'elles se manifestent, la direction qu'elles prennent, leur durée, le côté du corps où elles se localisent, la rapidité avec laquelle elles apparaissent ou disparaissent, leur intensité, le maxima, le minima ; les réactions qu'elles produisent sur la peau, fourmillement, engourdissement, ce qui les aggrave ou les atténue : la chaleur, le froid sec ou humide, la position du corps, couché, assis, debout, la pression, leurs réactions aux influences météorologiques, etc., etc...

Toutes ces modalités de la douleur aident à fixer le diagnostic de la nature des lésions des organes et des indications thérapeutiques qui en découlent. Il n'est donc pas permis de sourire de la précision et de la multiplicité des symptômes décrits, mais au contraire chercher à les approfondir encore plus, pour en dégager par ce langage du sympathique, les troubles profonds qu'ils indiquent exister dans l'intimité des organes.

C'est de ces études approfondies du système neuro-endocrino-sympathique que pourra sortir la notion la plus exacte de la nature de l'homme et la notion de la vie. Devant ces réactions biologiques réglées par le fonctionnement équilibré des organes et du sympathique réagissant l'un sur l'autre ; devant les troubles fonctionnels résultant d'une dysfonction de l'un ou de l'autre, on trouvera l'explication de la vie organique et de la vie de relation ; de ces troubles de la mentalité elle-même. Tous ces phénomènes, variables pour chacun de nous suivant l'intensité plus ou moins grande des réactions, sont transmis à cet intratum vital qu'est la conscience, sentiment intérieur d'exister et de juger ce qui est bien et ce qui est mal, et de libre arbitre, c'est-à-dire de réagir ou non aux sensations qui y ont été transmises, principe vital doué de sensibilité psychique, principe immatériel présent partout ; localisé nulle part, aussi entier même après la perte d'un organe, d'un ou de plusieurs membres, et rentrant dans la vitalité universelle quand les réactions évolutives et créatrices par l'usure progressive des organes ont cessé de se manifester à lui. Devant les perspectives troublantes que nous offre l'endocrinologie (Docteur Blondel) nous terminerons cet article par ce mot de Carrel, l'illustre auteur de : L'Homme cet inconnu, disant dans un banquet où il était fêté : « Nous ne pouvons même plus dire où se conditionnent les sentiments humains. Est-ce dans le cerveau ? Est-ce dans les glandes endocrines ?... » Mystère.

Dr Tétau.

L'EXPOSITION DE CÉZANNE A L'ORANGERIE

Il était indispensable après les expositions de Renoir, Degas, Manet, de présenter des œuvres de Cézanne pour nous permettre une étude de la peinture moderne, de ce qu'il est convenu d'appeler l'impressionnisme. Nous connaissions l'artiste par quelques natures mortes de pommes et de fleurs, mais nous ignorions pour la plupart les autres manifestations de son art, ses portraits, ses paysages, ses scènes familières et ses nus.

Combien il est difficile d'apprécier Cézanne, ce grand méconnu, bafoué de son temps. Il est aujourd'hui réhabilité, porté aux nues, déifié peut-être avec une certaine exagération, mais on glorifie toujours les martyrs.

Cézanne est un impulsif, il veut peindre pour lui, à sa fantaisie sans préoccupations du qu'en dira-t-on, sans but lucratif. Il a une certaine mystique de la peinture qu'il essaie de poursuivre, mais devant laquelle il se sent parfois impuissant. C'est pourquoi tant de tableaux sont restés inachevés. Il n'arrive pas à parfaire son œuvre au point de la forme, de la couleur, des valeurs c'est pour ainsi dire un incomplet inégal, en face du projet qu'il veut réaliser mais un sincère poursuivant sa chimère, solitaire et indépendant Il s'apparente souvent au Greco.

Je pense avec beaucoup d'autres que la partie la moins discutable de l'œuvre de Cézanne est constituée par ses natures mortes. C'est avant tout le peintre de ce genre ; il y a des trouvailles de coloris, si les dessins manquent parfois de solidité et d'équilibre. Ses toiles les plus appréciées sont : la *Pendule au marbre noir* (11) avec un effet heureux tiré de la nappe blanche aux gros plis sur laquelle se voient un coquillage, une tasse, le pot vert et la bouilloire d'étain, traités avec une certaine habileté, *Le pot de grès à anse* et le verre de vin avec un couteau et quelques fruits (30), *les pommes de diverses tonalités sur une table* (36), *le compotier* contenant pommes et raisins et divers accessoires, couteau à manche d'ivoire et serviette (39). Il est regrettable que le compotier soit si défectueux comme équilibre. On remarque également la *Nature morte aux biscuits* une des meilleures de la série accosté d'un compotier rempli de fruits (34).

On connaît son *Bouquet dans un petit vase de Delft*, tableautin plein de qualité (31) et que je préfère au *Pot de géranium en fleurs* sur une table ou se trouvent des pommes et un encrier. L'artiste a fait aussi un grand bouquet de fleurs inachevé et cela s'explique. Nous savons que le peintre travaillait lentement, reprenant souvent son sujet. Si les fleurs étaient en quantité elles modifiaient leurs aspects, fanaient, ce qui amenait le découragement de l'exécutant. Dans les natures mortes il faut encore mentionner la *Toile des trois crânes sur un tapis d'Orient* à laquelle Cézanne a travaillé plusieurs mois.

L'exposition présente plusieurs portraits se ressentant tous de la méthode de Cézanne, travail lent s'adaptant plus facilement à la nature morte qu'à un portrait à la physionomie toujours mobile. Le meilleur, selon moi, est le *Portrait de son père* lisant le journal dans un grand fauteuil (3) pose pleine de naturel avec d'heureux coloris, mais non achevé comme beaucoup d'autres tableaux. Cézanne peint par lui même figure à plusieurs exemplaires à la rétrospective. C'est *Cézanne au chapeau melon* (41) à l'aspect misérable et deux autres portraits *Cézanne sur fond rose* et le même sur *fond bleu*, ce dernier semblant de qualité supérieure. Il y a aussi un portrait de lui peint au couteau d'une facture toute différente.

D'autres portraits fixent l'attention. C'est d'abord ceux *de Zola et Alexis*, ce dernier lisant ses œuvres à Zola assis sur un matelas. Il faut voir également le portrait de *Gustave Geffroy* (93) devant sa bibliothèque, de face assis à son bureau couvert de papiers, puis celui de *Vollard* (101) Ces deux tableaux ont nécessité de multiples séances de pose pour aboutir à une œuvre fatiguée et incomplète, ne réalisant pas le but proposé par l'auteur.

Je n'ai pas encore parlé des portraits de femmes c'est d'abord à plusieurs répétitions, ceux de *Madame Cézanne*. Qu'il s'agisse de celui à *La robe rayée* (58) ou de sa *Femme en bleu* (65) ou de *Deux autres en rouge* (76-84). La *Vieille au chapelet* en bonnet est d'une expression réaliste impressionnante, peut être un des meilleurs portraits de l'exposition (105). La *Femme à la cafetière* est bien figée et bien morne (86).

La jeune italienne accoudée sort un peu des formules habituelles de l'artiste (100). Tous ces portraits et en général, tous les tableaux à personnages, ont un défaut commun d'offrir de vilaines mains informes et grossières qui ne font pas oublier certaines qualités de coloris.

On pourrait presque classer parmi les portraits les scènes d'intérieur surtout les *Joueurs de cartes*. Il y en a deux, figurant le même motif, une à cinq personnages ou trois paysans jouant aux cartes sont accoudés à une table. Près d'eux un quatrième paysan la pipe à la bouche suit le jeu (83) c'est une des meilleures créations de cette exposition. Un autre tableau met en présence deux joueurs, cartes en mains, devant eux

sur la table une bouteille de vin (87). Je ne veux pas parler de cet essai de peinture religieuse, *Le Christ aux Limbes*, qui produit une impression pénible. Mais peut-on juger une simple ébauche ayant eu surtout pour but de mettre les acteurs en place (17).

Cézanne qui a voulu aborder tous les genres s'est attardé sur un certain nombre de scènes de nu académique. Il n'a pas cherché à idéaliser ses modèles féminins, le dessin est souvent fâcheux, les chairs manquent d'éclat. Par notre éducation nous sommes portés à apprécier les femmes aux formes que nous jugeons d'autant plus parfaites qu'elles se rapprochent du canon de l'art grec.

La pièce principale est la toile dite des *Grandes baigneuses* à laquelle l'artiste a travaillé plusieurs années. Je n'aime guère cette construction pyramidale formée d'arbres inclinés, formant le cadre de cette présentation (107). Il y a certain parallélisme des membres qui réalise un effet peu heureux. J'apprécie peu la forme inesthétique de la *Nouvelle Olympia* (16). Bornons-nous à signaler aussi *l'Idylle* exhibant plusieurs femmes nues devant un homme étendu sur l'herbe, *La tentation de Saint-Antoine* où le saint ne se laisse pas tenter et je le comprends, malgré les exhortations du diable présent. *La lutte amoureuse* avec une tentative assez réussie de groupement des acteurs. Bon *Ensemble de Baigneurs* (81).

Parmi les tableaux exposés à l'Orangerie ce qui m'a le plus séduit, c'est l'ensemble des paysages traités largement avec des finesses de coloration très appréciables. Une des plus belles choses, est *Le petit pont* aux charmants feuillages encadrant ce pont au milieu de la verdure. Très jolis effets dans le *Pont de Créteil* (74), dans le *Paysage de l'Ile-de-France*, peut-être de Melun, aux perspectives bien mises en place (47). Beaucoup de grandeur et d'atmosphère dans *La montagne Sainte Victoire au pin parasol*.

Bonne mention également au *Grand pin à Montbriaux* donnant dans l'échappée centrale un groupe de maisons et dans le lointain des collines (71). *L'estaque* avec un premier plan d'arbres et à l'horizon la mer et une côte rocheuse (35). Deux autres excellents paysages la *Maison du Pendu* groupement pittoresque de maisons et d'arbres et la *Maison du Docteur Gachet à Auvers* (25).

Il nous reste à signaler un aspect très bien venu de l'intérieur de *La Halle aux vins* (22) et une vue des *Quais de la Seine*, où nous voyons une charrette attelée de deux chevaux et dans le fond le pont d'Austerlitz. Cette toile non signée est attribuée par certains à Guillaumin.

La notoriété de Cézanne est actuellement tellement grande, qu'il est indispensable d'aller visiter cette rétrospective, pour se créer une opinion justifiée de la valeur de l'artiste.

Dr M. VIMONT.

MUSÉE CONDÉ A CHANTILLY
EXPOSITION DE RELIURES ARMORIÉES

C'est véritablement une page d'histoire de France que cette exposition de reliures armoriées que M. Henri Malo, conservateur adjoint du Musée Condé, a tirées du Cabinet des Livres du duc d'Aumale. La suite ininterrompue des rois est représentée depuis François Ier jusqu'à Louis-Philippe, par des exemplaires de premier ordre et avec les diverses variantes que comportent les fers des relieurs et la composition. Puis viennent une série de reines de France, et dans un ensemble la Maison d'Orléans, le roi, la reine Marie-Amélie, Ferdinand-Philippe, le fils aîné, et le duc d'Aumale.

Les reliures des Bourbon-Condé et de Henri II de Bourbon, père du Grand Condé et du Grand Condé lui-même, qui fut aussi un grand lettré, jusqu'au dernier de la race, le duc de Bourbon, mort en 1830 ; celles de la plupart des femmes de leur Maison se retrouvent auprès d'eux. Voici encore les Maisons de Conti, d'Orléans depuis Gaston, le frère de Louis XIII ; des princesses de la Maison royale, les Dauphins de France et les curieuses reliures des enfants de France, correspondant à leur bibliothèque enfantine ; enfin les princes de la Maison de Lorraine depuis les Guise, et les Montmorency, à commencer par le grand connétable dont les livres se retrouvent chez eux après plusieurs siècles écoulés.

Une vitrine est spécialement consacrée aux armoiries de villes, Paris, Lyon, etc., et les deux dernières à des papes, des rois, des princes et princesses étrangers, enfin à quelques personnages qui ont marqué dans l'histoire, tel le duc de Marlborough et autres.

Au total, une réconfortante impression de civilisation ; une fois de plus, cette exposition, dont les éléments sont comme pour les précédentes, uniquement tirés des collections du Musée Condé, dégage une de ces magnifiques vues synthétiques sur un ensemble d'art, de lettres ou de sciences dont le duc d'Aumale a su, au cours de cinquante-cinq ans de recherches et en suivant une méthode intelligente, érudite et sûre, réunir les éléments dans son château de Chantilly.

Dr M. V.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration

2 *juillet* 1936

Présents : MM. MAURAT, *président-honoraire* ; NOIR, *président* ; O'FOLLOWELL, PAMART et VIMONT, *vice-présidents* ; H. MIGNON, *secrétaire général* ; FISCHER, *trésorier* ; J. MIGNON, *trésorier adjoint* ; CHEVALLIER, HENNE, MAZEROUX et M. MIGNON, membres.

Lecture est donnée du procès-verbal de la séance du 2 avril dernier, qui est adopté sans observations.

Indemnités maladie-accident

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

ABEILHOU (Pyrénées-Orientales), 19 jours	190 fr.
ALAIN, Orléan, 6 jours	300 »
ARCHAMBAUD, Vernon (Eure), 3 mois	300 »
ARMAND, Albertville (Savoie), 3 mois	300 »
BAUSSET (Var), 18 jours	540 »
BAZIN, Le Blanc (Indre), 16 jours	640 »
BEAUPÈRE (Saône-et-Loire), 17 jours	170 »
BERNARD (Maine-et-Loire), 3 mois	300 »
BÉZY, Toulouse, 3 mois	300 »
BLANC, Carcassonne, 21 jours	840 »
BOBRIE, La Rochelle, 11 jours	220 »
BROT (Yonne), 13 jours + 1 mois + 11 jours, chr.	1.066 50
BURGARD (Seine-et-Oise), 22 jours	220 »
CADILHAC (Yonne), 3 mois	300 »
CASTAGNOUE, Bône (Algérie), 3 mois	300 »
CHASSAIGNE, Bordeaux, 10 jours	100 »
CHEVALLIER, Paris, 9 jours	90 »
COLARD (Doubs), 18 jours	540 »
CORTET (Côte-d'Or), 1 mois + 2 jours, chr.	306 65
COSSIN, Amiens, 58 jours	580 »
COSTE (Basses-Alpes), 3 mois	300 »
COUFFON (Mayenne), 1 mois + 10 jours, chr.	133 35
COUFFON (Henri), Château-Gontier (Mayenne), 5 jours	150 »
DAURAND (Vaucluse), 60 jours + 1 mois et 5 jours, chr.	716 65
DELUCQ (Gers), 3 mois	300 »
DENACLARA (Pyrénées-Orientales), 26 jours	260 »
DROUART (Aisne), 10 jours	500 »
DUHAMEL ; Agen, 3 mois	300 »
EYNARD (Drôme), 35 jours	700 »
FARRANDO (Aisne), 8 jours	400 »
FÉRÉ (Tunisie), 27 jours	1.350 »
FERRAND, Marseille, 3 mois	300 »
GARDETTE (Seine-et-Oise), 3 mois	300 »
GASSOT père (Loiret), 60 jours + 3 jours, chr.	610 »
GIRARD, Constantine (Algérie), 40 jours	400 »
GUILLERMIN, Chambéry (Savoie), 60 jours + 1 mois, chr.	700 »
GUINOISEAU (Haute-Marne), 37 jours	370 »
HARDY (Loire-Inférieure), 4 jours	160 »
HERVÉ (Pyr.-Orientales), 60 jours + 6 mois	1.200 »
JACQUIER (Landes), 33 jours	330 »
KERRIEN (Saint-Malo), 3 mois	300 »
LABLANCHERIE (Indre-et-Loire), 3 mois	300 »
DE LACROIX DE LAVALETTE (Seine-et-Oise), 60 jours + 1 mois, chr.	700 »
LAPEYRE (Lozère), 10 jours	200 »
LAURE (Aude), 13 jours	650 »
LEGRAND (Tunisie), 13 jours	130 »
LEIBOVICI (Seine), 3 mois	300 »
LEMARCHAND (Sarthe), 12 jours	120 »
LEPRÊTRE (Nord), 60 jours + 13 jours, chr.	3.216 50
LEROY (Manche), 3 mois	600 »
LETER, Valenton, 60 jours + 2 mois et 17 jours, chr.	856 55
MAINSBRECQ (Loir-et-Cher), 35 jours	700 »
MAKEREEL, Cannes, 60 jours	600 »
MATHIEU, Sotteville (Seine-Inférieure), 3 mois	300 »
MATTEI, Grenoble, 15 jours, chr.	200 »
MAURAT, Chantilly (Oise), 3 mois	300 »
MAYET (Savoie), 32 jours	1.600 »
MENDEL, Paris, 3 mois	300 »
MILLOT (Seine-et-Marne), 28 jours	280 »
MOLINÉRY, Saint-Mandé, 2 mois	200 »
MONS (Charente-Inférieure), 25 jours	500 »
ORSINI (Corse), 31 jours	310 »
PERDREAU (Maine-et-Loire), 9 jours	450 »
PIERSON (Meuse), 45 jours	900 »
PROBY, Thonon-les-Bains, 60 jours + 16 jours, chr.	3.266 40
RAULT, Rennes, 3 mois	600 »
RAYAN (Hérault), 57 jours	1.140 »
RENOULT (Calvados), 3 mois	600 »
REY (Garonne), 3 mois	300 »
RICHARD (Loir-et-Cher), 19 jours	190 »
RILHAC (Haute-Vienne), 3 mois	300 »
ROSSIGNEUX, Lyon, 3 mois	300 »
ROURE (Vaucluse), 3 mois	300 »
SALLES (Pyrénées-Orientales), 10 jours chr.	33 35
SERVENT, Evreux, 8 jours	160 »
TOUSSAINT, Amiens, 26 jours + 6 jours, chr.	280 »
TRABY (Pyrénées-Orientales), 3 mois	300 »
VITTET (Ardèche), 1 mois 1/2, chr.	750 »

Le secrétaire général attire l'attention du Conseil sur le cas du Docteur Hervé, des Escaldes, malade depuis novembre 1935, qui n'a jamais rien demandé à la Société. Sa situation actuelle l'obligeant à faire valoir ses droits, le Conseil d'administration décide à l'unanimité de faire partir son indemnité-maladie depuis la date réelle du début de son incapacité et ordonnance en conséquence le paiement au Docteur Hervé d'une somme de 1.200 fr. (60 jours à 10 fr. + 6 mois à 100 fr.).

Le Docteur Beaupré, membre de la combinaison B, expose ensuite le secrétaire général, demande s'il est suffisamment invalide pour pouvoir bénéficier des prestations-maladie. Il est actuellement âgé de 76 ans, et par suite des infirmités de la vieillesse, notamment de la baisse de sa vue, il est dans l'incapacité d'exercer, et se trouve à la charge de son fils. Le Conseil décide de lui accorder l'indemnité-maladie à dater de sa lettre, c'est-à-dire du 10 juin.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue pour leur pension du deuxième trimestre, les sommes suivantes à Mesdames :

42 Barret de Nazaris, Agen	150 »
38 Beauxis Lagrave, Aulnay-sous-Bois	150 »

43 Chevreux (Paris),	150	»
13 Deshusses (héritiers), Cruseilles (solde)	86	»
27 Gallois, Dijon	150	»
4 Lepage (Paris),	150	»
30 Roche, Sorgues (Vaucluse)	150	»
51 Rousselot, Joinville (Haute-Marne)...	150	»
45 Valot, Briançon	150	»

Ces sommes leur seront adressées sur production d'un certificat de vie au 30 juin 1936.

Ratification d'admission

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 2 avril 1936, le Conseil prononce l'admission définitive aux combinaisons-maladie suivantes, de Messieurs les docteurs :

Combinaison MA²

GUIDON (Robert), Dinan (Côtes-du-Nord).

Combinaison MA⁴

CLAUDEL (Jean), Antibes (Alpes-Maritimes).

Combinaison MA⁵

COLSON (Pierre), Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; TURCRY (Maurice), Audruicq (Pas-de-Calais) ; FORTWENBERG (Roger), Veynes (Hautes-Alpes), DASSONVILLE (Marc), Belle-Isle-en-Terre (Côte-du-Nord) ; GRANGE (Louis), Pau (Basses-Pyrénées) ; FOURCADE (Raymond), Marmande (Lot-et-Garonne) ; TARDIU (Jean), Salses (Pyrénées-Orientales) ; POULIQUEN (Noël), Douarnenez (Finistère) ; LE PETICHAUD (Louis), Pontrieux (Côtes-du-Nord) ; RAFFAULT (Jean), Noyant-Meon (Maine-et-Loire) ; LINVAL (Félix), Quimper (Finistère) ; LEGRAND (Robert), Le Neubourg (Eure) ; GALLAND (Peirre), Château-Gontier (Mayenne).

Admissions provisoires

Sur la présentation et sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire les admissions suivantes aux combinaisons d'indemnités maladie-accident.

Ces admissions seront rendues définitives au 1er janvier 1937 si aucune protestation ne survient à leur sujet avant cette date.

Combinaison MA²

2038 LAVARRE François, Oyonnax (Ain).

Combinaison MA⁵

2036 RAY (Henri), Paris (7e).
2037 GALTIER (Maurice), Vale-les-Bains (Ardèche).
2039 ZAKHAJM-LINGET (Jules), Le Mans (Sarthe).
2040 LEGRAND (Marcel), Le Havre (Seine-Inférieure).
2041 BOSCHE (Camille), Limoges (Haute-Vienne).
2042 BAILLEUL (Camille), Pont-sur-Sambre (Nord).
2043 UHRIG (Madeleine), Strasbourg (Bas-Rhin).
2044 MONNAMY (Paul), Laveveix-les-Mines (Creuse).
2045 COSSON (Henri), La Hye-Pesnel (Manche).

L'un des adhérents étant réformé de guerre à 40 % le Conseil décide de lui demander sa notification de guérison avant de ratifier de manière définitive son admission. Il estime qu'il ya lieu d'exclure de la garantie de la Société les cas de maladie provenant du motif de réforme.

A ce sujet le Docteur O'Followell propose d'insérer dans les statuts l'obligation pour tous les candidats réformés de guerre de produire la notification de leur pension. Le Conseil décide d'étudier cette suggestion lors de la prochaine revision des statuts, ainsi que celle tendant à faire préciser par les candidats le nom de la Compagnie les assurant sur la vie.

L'examen du Docteur Prallet ne permettant pas de d'aboutir à un diagnostic précis de son état, son admission est ajournée, et subordonnée à un nouvel examen par un spécialiste d'une ville de Faculté.

Le secrétaire général fait d'autre part connaître au Conseil qu'un médecin examinateur s'est étonné que des examens d'entrée soient confiés à des médecins exclus des syndicats ou non-sydiqués. Le Conseil, tout en se réservant de faire examiner ses candidats par les membres de la Société même non-syndiqués, décide de se mettre en rapport avec les Syndicats pour le choix de ses examinateurs. Il serait heureux que de leur côté les Syndicats lui fassent connaître les exclusions ou mises à l'index prononcées par eux afin de pouvoir en tenir compte.

Le secrétaire fait enfin remarquer que les admissions au cours de cette séance ont porté sur des candidats dont l'âge moyen est 31 ans et demi, ce qui tend à prouver que, fort heureusement, la Société rajeunit son recrutement.

Admissions aux caisses de retraites

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes aux combinaisons retraites.

Retraites P

425 UHRIG (Madeleine), Strasbourg (Bas-Rhin).

Retraites R

415 BAILLEUL (Camille), Pont-sur-Sambre (Nord).
416 MONNAMY (Paul), Lavaveix-les-Mines (Creuse).

Revision des statuts

Le secrétaire général rappelle au Conseil d'administration qu'il met actuellement à l'étude la revision des statuts de la Société. Cette revision tendra tout d'abord à en améliorer la présentation ; elle aura pour but en second lieu d'adapter les dispositions relatives à la trésorie à la situation nouvelle. Enfin il y aura lieu de tenir compte des résultats de l'inventaire et d'envisager la création de combinaisons nouvelles (indemnité-maladie supérieure à 50 francs, élévation des pensions maxima, création d'une combinaison retraite à capital réservé restreint) et d'un fond de réserve général prélevé sur les excédents des réserves mathématiques de certaines combinaisons afin d'aider au développement de la Société.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire des séances,
Dr P. BOUDIN.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Compte rendu du Salon de l'Automobile 1936

Au moment où s'ouvrait le 30e Salon de l'Automobile, on pouvait logiquement se demander si nos constructeurs — et ceux des autres nations — avaient pu trouver le moyen d'intéresser leurs clients par des nouveautés susceptibles d'éveiller leur désir d'achat.

Tant de perfectionnements ont été apportés à la fabrication des châssis, des moteurs, des pneumatiques et des divers accessoires, qu'il semblait impossible de faire mieux encore.

Point n'est besoin, cependant, de visiter beaucoup de stands, pour se rendre compte qu'une fois de plus, le miracle s'est accompli et que l'industrie automobile a continué sa tradition de recherche technique et de réalisation parfaite.

Ce point de vue, penseront peut-être certains lecteurs du *Concours Médical* qui auront déjà étudié d'autres comptes rendus, n'est pourtant pas celui que la presse, la grande presse surtout, a développé. Il semble en effet, que bien des chroniqueurs aient, au contraire, exprimé l'avis que le Salon 1936 était plutôt le Salon du perfectionnement des détails que celui des grandes innovations.

Eh bien, pour une fois, je n'hésite pas à déclarer nettement qu'à mon sens, cette opinion est peut-être utile à exprimer du point de vue commercial, mais que celle d'un observateur impartial et libre doit être diamétralement opposée.

J'irai même jusqu'à dire que j'ai l'impression que le Salon 1936 comptera parmi ceux qui engagent l'avenir pour plusieurs années.

Pour la première fois, en effet, on peut voir exposées des voitures munies de moteurs Diesel alimentées à l'huile lourde, et non plus des voitures grossières, uniquement destinées à l'usage commercial dans des conditions d'exploitation très spéciales, mais de véritables voitures de tourisme, en ayant toutes les apparences et les facilités habituelles de conduite.

Si ce n'est pas là une nouveauté sensationnelle, je me demande vraiment ce qui peut être considéré comme telle !

Le jour où la voiture à huile lourde remplacera la voiture à essence, la fabrication prendra de nouveau un formidable essor, dû à la réduction presque incroyable du prix de revient kilométrique du carburant et à la suppression du danger d'incendie.

Le silence de la presse française sur ce fait capital s'explique cependant, car, une fois n'est pas coutume, nous nous sommes laissés distancer dans ce domaine par l'industrie allemande, qui a toujours étudié avec prédilection les moteurs à huile lourde, de sorte qu'aucun fabricant national ne présente cette année des voitures de tourisme munies de moteurs Diesel, alors que Mercédès et Sturm offrent des modèles « livrables immédiatement ».

Pourquoi signaler ce regrettable retard, penserez-vous ? Cela peut nuire aux fabricants français.

Ce n'est pas mon avis. Si je supposais que cela puisse être, je ferais bien entendu comme la plupart de mes confrères, et garderais un silence prudent.

Mais j'estime au contraire qu'en éveillant la curiosité des automobilistes, en les alertant sur une question aussi importante, nous aiderons indirectement nos constructeurs qui — nous le savons — essayent actuellement de rattraper les Allemands, parce qu'ils sentiront une clientèle toute prête à les suivre, dès qu'ils sortiront à leur tour une voiture de ce genre parfaitement au point.

En attendant ce jour heureux, notre industrie, fortement défendue par les taxes douanières, n'a pas grand'chose à craindre.

Et maintenant, revenons aux voitures françaises.

Après toutes les secousses subies par les usines au cours de l'année qui s'écoule : grèves, hausses des salaires, mévente, conséquences de la soi-disant « coordination » du rail et de la route, on pouvait s'attendre à des prix prohibitifs et à un arrêt dans l'effort.

C'est donc avec un double sentiment d'admiration et de satisfaction que l'on constate les résultats de la volonté tenace des constructeurs de ne se laisser démoraliser par aucune adversité.

Là, ce sont des modèles nouveaux ; ici, des types, qui ont déjà fait leurs preuves et qui jouissent de la faveur du public, dont tout ce qui s'était révélé le moins du monde imparfait à l'usage a été judicieusement transformé.

Et partout, l'élégance, la ligne et le confort bien français ont retrouvé leur voie, après les tâtonnements des débuts de l'aérodynamisme.

En résumé, on peut affirmer qu'en voitures à essence, nous produisons actuellement en petites, moyennes et puissantes voitures, ce qui se fait de mieux dans le monde entier.

Comme chaque année, je vais, dès le prochain numéro m'efforcer de vous donner un aperçu aussi complet que possible des modèles des principaux fabricants.

En ce qui concerne les prix, il convient évidemment de tenir compte du fait que la dévalua-

tion du franc s'est produite au moment où le Salon ouvrait ses portes. Les tarifs aux anciens prix en francs non-dévalués étaient donc déjà imprimés. D'autre part, l'incidence éventuelle de la semaine de quarante heure n'y est pas calculée.

Combien de temps les prix en question pourront-ils être maintenus ? Nul ne le sait, mais, par contre chacun sait qu'acheter dès maintenant, que dis-je, acheter d'urgence est certainement une bonne, une très bonne affaire.

(*A suivre*). Marcel TOUSSAINT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **L'Ecole pratique de service social**, fondée avant la guerre, en 1913, a été reconnue administrativement par arrêté ministériel du 25 avril 1933.

Les études de l'école, qui se composent de cours théoriques, de leçons pratiques et de stages dans les institutions officielles et privées les mieux organisées, durent deux ans et sont sanctionnées depuis 1934 par le diplôme d'Etat de service social.

A l'heure où se pose pour tant de jeunes filles la question du choix d'une carrière, il est intéressant de connaître la variété des débouchés qu'ouvrent les études de service social. Citons entre autres : assistantes au service social à l'hôpital, assistantes aux caisses de compensation, aux caisses primaires d'assurances sociales, à l'office de protection maternelle et infantile, au service médico-social des habitations à bon marché, assistantes scolaires, directrices d'œuvres d'enfants, de crèches, de dispensaires, de maisons d'observation ou de rééducation, assistante s d'usine, résidentes sociales, secrétaires de foyers, assistantes au tribunal pour enfants, assistantes de police, assistantes aux services sociaux des cheminots.

Le siège social de l'Ecole pratique du service social est 139, boulevard Montparnasse, Paris (6e). On peut y demander gratuitement tous renseignements utiles sur les conditions d'admission et le programme des études.

— **Bureau des examens et concours.** *Examens et concours officiellement annoncés. — Adjoint technique des ponts et chaussées et des mines.* — Date : 8 mars 1937. Clôture des inscriptions : 8 décembre 1936. Age au 1er janvier 1937 : 18 à 25 ans plus services militaires obligatoires. Traitement de base : 10.500 francs plus indemnités. Diplôme exigé : Aucun.

Emplois à l'Office national météorologique. — Aide-météorologiste (16 postes). Météorologiste (29 places). Météorologiste principal (2 emplois). Conditions communes : avoir satisfait à la loi de recrutement. Limite d'âge supérieure : 30 ans plus services antérieurs. Aide météorologiste : Aucun diplôme. Traitement de base : 9.000 francs plus indemnités. Météorologiste : baccalauréat ou équivalence exigé. Traitement de début : 11.500 francs plus indemnités. Météorologiste principal : licence ès sciences avec certificat de physique. Traitement de base : 16.000 francs plus indemnités.

Secrétaire interprète de police en Tunisie. — Date : 19 novembre 1936. Avoir satisfait loi militaire. Age maximum : 30 ans plus services antérieurs. Traitements : de 10.500 à 22.500 francs plus 28 % et indemnités. Diplôme exigé : Aucun.

Rédacteur principal à la direction générale des contributions indirectes. — Date : 11 janvier 1937 (12 places vacantes). Clôture des inscriptions : 14 novembre. Concours ouvert aux inspecteurs, aux contrôleurs de 1re et de 2e classe comptant au moins 2 ans de service au 1er janvier 1937.

Commis à l'Assistance publique à Paris (20 emplois). — Dames admises à concourir. Date : 11 décembre 1936. Délai d'inscription : 21 novembre. Les candidats masculins doivent avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Age au 1er janveir 1936 : 20 à 30 ans plus services militaires obligatoires. Traitement de début : 10.500 francs plus indemnité. Aucun diplôme exigé.

Inspecteur police en A. O. F. — Date : 12 janvier 1937. Délai inscription : 12 novembre 1936. Age : 21 à 30 ans plus services militaires actifs. Traitement de base : 9.000 francs, plus 7/10, plus indemnité. Diplôme exigé : B. E. ou équivalence.

Pour obtenir programmes et renseignements, écrire en joignant un timbre de 0 fr. 50 au *Bureau des examens et concours*, 16, rue du Général-Malleterre, Paris (16e).

— **Institut scientifique panrusse du bactériophage.** — On inaugurera en 1937, à Tiflis, l'Institut scientifique panrusse pour l'étude du bactériophage qui sera dirigé par le Professeur Félix d'Hérelle, le créateur de la théorie de la bactériophagie.

— **La consommation de l'alcool dans le monde.** — D'après les statistiques de ces cinq dernières années, la France serait la consommatrice la plus forte d'alcool, avec 20 litres d'alcool pur par tête. L'Italie, la Suisse et l'Espagne consomment de 10 à 12 litres ; la Belgique, la GrandeBretagne, la Grèce, la Tchécoslovaquie, de 5 à 10 litres ; la Bulgarie, l'Estonie, la Suède, l'Allemagne, la Hongrie, l'Irlande, de 3 à 5 ; le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada, de 2 à 3 litres. (*Bruxelles Médical.*)

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

ORDRE DU JOUR

voté à l'unanimité par le Conseil d'administration de la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français dans sa séance du 1er octobre 1936

Le Conseil d'administration de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, réuni en séance trimestrielle le 1er octobre 1936, a voté à l'unanimité, l'ordre du jour suivant :

Le Conseil ;

Ayant pris connaissance d'un article publié dans le *Bulletin mensuel des Syndicats médicaux de l'Aube*, no 7, page 191, et du passage concernant la « Mutualité familiale »,

Tient à préciser que la cotisation de 3.900 francs citée dans cet article, correspond au maximum de tous les avantages qu'offre la société à un adhérent âgé de trente ans et à sa femme ; qu'elle ne prétend nullement présenter un caractère « extraordinaire », mais que, sagement calculée par un actuaire, elle donne droit, avec la certitude et la sécurité la plus entière :

1o A une indemnité de 50 francs par jour en cas d'incapacité de travail ;

2o A une retraite de 4.800 francs à 60 ans ;

3o A une retraite de 4.800 francs à 65 ans ;

4o Aux deux mêmes retraites, sur la tête de l'épouse ;

(soit une retraite totale de 19.200 francs à 65 ans, les primes étant contre-assurées).

5o A une pension viagère de 1.800 francs à la veuve et aux orphelins.

Qu'ainsi cette cotisation apparaît comme pouvant soutenir avantageusement la comparaison avec les « primes classiques que l'on trouve dans toutes les Compagnies ».

Considérant d'autre part que la phrase « *mais où passe la commission de courtage, dans cette combinaison* » ? peut être interprétée dans un sens injurieux pour les administrateurs de la Société.

Le Conseil d'administration, tout en se refusant à croire que telle ait été la pensée de son auteur,

Proteste énergiquement contre une telle insinuation,

Rappelle que la « Mutualité familiale » n'a aucun intérêt particulier à défendre, aucun bénéfice à distribuer, aucuns capitaux à rémunérer, qu'elle n'a en vue que le bien de ses adhérents, et que c'est grâce au caractère confraternel de sa gestion qu'elle est à même d'offrir tous ses avantages au Corps médical,

Rappelle enfin que sa comptabilité, contrôlée chaque année par un actuaire, et des commissaires aux comptes, fait l'objet d'une publication annuelle, et se trouve à la disposition de tout sociétaire désireux d'en prendre connaissance. P. C. C.

Le Président : J. Noir.

Ce texte a été transmis au *Bulletin mensuel des Syndicats médicaux de l'Aube* et le Conseil de la « Mutualité familiale » espère de la confraternelle courtoisie de ce dernier la publication de cet ordre du jour.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE
« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 22 septembre 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.118 Jean Boer, Thorigny (Seine-et-Marne). Syndicat médical de Seine-et-Marne.
12.119 Jacques Boulan, Valenciennes (Nord). Syndicat médical de Valenciennes.
12.120 Pierre Collart, 37, boulevard Bourdon, Paris (IVe). Association des médecins de la Seine.
12.121 L. Dambrin fils, 18, rue du Languedoc, Toulouse (Haute-Garonne). Syndicat des médecins de Toulouse.
12.122 Roger Dufour, 48, rue de Tolbiac, Paris (XIIIe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.123 Maurice Dumont, 159, rue de la Convention, Paris (XVe). Parrains : Docteurs Janin et Delort.
12.124 L. Fischer, Khroubs (Constantine). Parrains : Docteurs Méchin-Lecomte et Y. Pérès.
12.125 Pierre François, Brides-les-Bains (Savoie). Syndicat des médecins consultants de Brides-les-Bains.
12.126 Bernard Labbé, Saintes (Charente-Inférieure). Syndicat départemental de Charente-Inf.
12.127 P. Limbour, Le Faouët (Morbihan). Syndicat médical de Pontivy.
12.128 Marcon, Bandol (Var). Syndicat de Toulon.
12.129 Minet, Marcq-en-Barœul (Nord). Parrains : Docteurs Bizard et L'Herminé.
12.130 Mollard, 188, rue Lecourbe, Paris (XVe). Syndicat des médecins de la Seine.
12.131 Perdreau, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). Syndicat de Seine-et-Oise.
12.132 Pigheon, Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme). Syndicat médical de Clermont-Ferrand.
12.133 Veyssière, 3, rue Cortot, Paris (XVIIIe). Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.
12.134 Bollach, Tananarive (Madagascar). Parrains : Docteurs Noir et Fischer.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

Absence totale de la paroi abdominale chez un nouveau-né ou gastro-schisis

Fœtus *du sexe féminin* né à terme et vivant au bout de 4 mois. Poids à la naissance, 2 kgr. 250. Poids actuel à 4 mois, 3 kgr. 300. Très forte scoliose vertébrale avec aplatissement thoracique gauche ; radiographie : pas de troubles des corps vertébraux.

A la naissance, un feuillet transparent (comme du verre) remplaçait la paroi abdominale : feuillet qui s'est opacifié, a suppuré, a guéri par une cicatrice en laissant une tumeur herniaire abdominale volumineuse.

Pas d'antécédents hérédo-syphilitiques. Les R. W. du père et de la mère sont négatives. Les frictions Hg, elles, ont amélioré l'enfant ; on pense faire par la suite un traitement au sulfarsénol.

Dr Léon Verdan,
Lassigny (Oise).

CORRESPONDANCE

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.231. — Paiement d'un rapport sur le décès d'un pensionné de guerre

L'intendant militaire chargé du Service des Pensions me demande un rapport détaillé sur les circonstances de la maladie terminale et de la mort d'un blessé de guerre que j'ai soigné et dont la veuve demande une pension.

Je vous serai reconnaissant de me dire qui de l'Intendant militaire ou de la veuve doit me payer ce rapport, quel est le prix de ce rapport, et quelle est la procédure à suivre pour me faire honorer, la veuve étant récalcitrante.

Dr A.

Réponse

C'est à la veuve, qu'il appartient de vous honorer pour ce rapport, que vous tarifierez suivant vos habitudes personnelles dans votre clientèle.

L'intendant ne vous doit rien ; le rapport médico-légal figure parmi les pièces à fournir par l'intéressée pour la constitution de son dossier. A elle, de savoir si elle veut courir sa chance d'aboutir avec le maximum de garanties.

8.318. — Renouvellement de la carte de combattant

Titulaire de la carte du combattant, je dois la renouveler (elle n'était valable que pour cinq ans), je vous prie de bien vouloir m'indiquer à quel service administratif je dois m'adresser et les formalités à remplir.

Dr G.

Réponse

Adressez-vous à l'Office départemental du combattant qui, la première fois, vous a délivré votre carte de combattant. A votre demande, joignez deux photos d'identité, n'oubliez pas d'indiquer le numéro de votre carte actuelle. Surtout, détaillez avec soin les états de service de guerre, qui vous ont déjà valu l'attribution de cette carte, car, à l'occasion de son renouvellement, il est procédé à une vérification des titres. Celle-ci sera d'autant plus facile et rapideque vos indications seront plus précises et complètes. Vous conserverez votre ancienne carte, jusqu'à nouvelle décision.

ASSURANCES SOCIALES

7.950. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Un de mes malades qui a fait régulièrement ses versements aux Assurances sociales pendant le deuxième trimestre 1936 tombe malade le 1er juillet dernier.

La Caisse refuse les prestations dues sous prétexte que les trimestres de référence (pour cette maladie) sont le quatrième trimestre 1935 et le premier trimestre 1936.

Est-ce exact ? Le représentant local d'une autre Caisse affirme que non.

Dr F.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 7, paragr. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales « pour les maladies ou accidents survenus au cours des premiers mois de chaque trimestre, les périodes de référence à considérer pour la détermination du droit aux prestations de maladie sont celles antérieures au trimestre civil précédant celui de la maladie ou de l'accident », c'est-à-dire que l'assuré en question ne peut prétendre à ces prestations que s'il a subi par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale à 30 francs pendant le premier trimestre de 1936 et le quatrième trimestre de 1935, ou, s'il ne remplit pas ces conditions, s'il a subi une retenue de 60 francs pendant le premier trimestre 1936, le quatrième, troisième et deuxième de 1935.

Si l'une de ces deux conditions se trouve remplie, le refus de la Caisse d'assurances sociales n'est pas fondé et l'intéressé doit porter le différend devant la Commission d'arrondissement par lettre recommandée adressée à son Président au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la décision de refus.

8.218. — Un assuré social titulaire d'une pension d'invalidité peut continuer à travailler

Un assuré social, titulaire d'une pension de 3.900 francs environ pour invalidité de plus des deux tiers, a-t-il le droit de se livrer à un travail rémunéré pendant les périodes où sa maladie le lui permet ; existe-t-il un pourcentage d'heures, par jour ou par semaine correspondant à l'invalidité reconnue et à la diminution de sa capacité physique de travail ?

En la circonstance, il s'agit d'un grand diabétique avec acétonémie intermittente et amaigrissement considérable, auquel les expertises successives ont reconnu une invalidité de plus de 66 % et l'autorisation de bénéficier pendant plusieurs mois encore des prestations médicales et pharmaceutiques (surtout

insulinothérapie). Cet ouvrier, d'accord avec son patron, fournit actuellement cinq heures de travail au lieu de huit antérieurement ; les deux intéressés craignent que ce nombre d'heures relativement important aille à l'encontre de la pension actuellement attribuée et constitue une sorte de cumul.

Je tiens à vous informer que le pronostic reste à plus ou moins brève échéance des plus mauvais.

Il s'agit d'un diabète consomptif avec acidose qui subit actuellement un temps d'arrêt qui explique la reprise partielle et à mon avis très transitoire d'un travail d'ailleurs moins pénible que celui fourni précédemment.

Le patron, et il est très possible qu'il ait raison, est d'avis de réduire à 4 heures l'emploi de son ouvrier.

Qu'en penser ? La reprise de l'état général actuelle ne tiendra pas très probablement bien longtemps ; il y a donc lieu de prévoir des nouveaux arrêts plus ou moins prolongés, pendant lesquels, l'assuré n'aura plus droit à son demi-salaire, et il est bien probable qu'à ce moment la pension servie soit bien inférieure à la perte du gain journalier.

En résumé, un pensionné des Assurances sociales a-t-il le droit de se livrer à un travail rémunéré, et existe-t-il un rapport légal entre son degré d'incapacité reconnu dans les conditions les plus régulières et le nombre d'heures de travail qu'il peut momentanément fournir d'accord avec son patron et sans nuire à son état de santé.

Dr S.

Réponse

Les pensions d'invalidité accordées aux assurés par la législation sur les Assurances sociales n'étant pas proportionnelles au degré d'incapacité de travail de ces derniers et étant dues en cas d'incapacité permanente partielle à condition que celle-ci soit d'aumoins les deux tiers, il s'ensuit qu'un assuré bénéficiaire des prestations invalidité est parfaitement en droit de continuer à travailler et d'utiliser comme il l'entend, la faculté de travail qui lui reste. Toutefois, en vertu de l'art. 10, parag. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, le service de la pension peut être suspendu en tout ou en partie lorsque l'intéressé jouit sous forme de pension et de salaire ou de gains cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

D'autre part, la pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 %. Si donc, en l'espèce votre client ne totalise pas avec sa pension et son salaire une somme supérieure au salaire qu'il avait avant la diminution de sa capacité de travail, il peut parfaitement continuer ses occupations et cumuler ses deux revenus.

8.200. — Prestations auxquelles a droit un assuré social qui continue à travailler

Je soigne avec des piqûres d'or intraveineuses, un malade faisant partie des Assurances sociales et qui continue à travailler. Il faudra lui faire, de temps en temps des séries de piqûres ; le malade continuant toujours à travailler et se trouvant très bien, malgré 10 B. K. par champ !

Quelle sera sa situation vis-à-vis des Assurances sociales, quand ses six mois seront terminés alors qu'il n'aura pas cesser son travail ?

Dr D.

Réponse

La situation de votre malade est prévue par l'art. 6, paragraphe 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales. En vertu de cet article : « L'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail, reçoit s'il y a lieu pendant une durée de deux ans des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le règlement intérieur de la Caisse. »

Votre client ne relève donc pas des dispositions de l'art. 6, paragr. 13 relatif au délai de six mois et il n'y a pas lieu de rechercher si, à la fin de ce délai, il est ou non en état de guérison apparente.

Il peut prétendre aux prestations spéciales ci-dessus indiquées pendant un délai de deux ans. Il y a donc lieu de lui conseiller de demander à sa Caisse la communication des dispositions de son règlement intérieur et de son tarif de responsabilité et, en cas de refus de la Caisse de verser ces prestations, de la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de ladite Commission dans les dix jours de la réception de la décision de rejet.

8.072. — Les frais nécessités par le contrôle restent à la charge des assurés sociaux

Un assuré social est convoqué par le Service de contrôle d'une Caisse. Or, cet assuré a repris son travail. A qui incombent :

— les frais de voyage pour se rendre au siège de la Caisse ;

— le paiement de la demi-journée de salaire que l'assuré est obligé de perdre pour être examiné.

Dr L.

Réponse

Les frais exposés par un assuré social pour se rendre à une visite de contrôle, ainsi que le manque à gagner afferant ce voyage ne rentrent pas dans les prestations en espèces ou en nature prévues par la loi pour l'assurance-maladie.

Il s'ensuit que l'assuré doit supporter cette charge. Toutefois, le règlement d'administration publique du 19 mars 1936 a prévu à cet égard, dans son article 15, paragr. 4 : « que les Caisses doivent éviter que l'exécution de leur contrôle n'ait pour conséquence d'occasionner une perte de salaire pour l'assuré. Si la maladie entraîne la cessation du travail, le contrôle peut être effectué au lieu de visites fixé par la Caisse quand l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique de se déplacer ». Il y a donc là une recommandation de nature évidemment assez platonique pour les Caisses, de tenir compte de ces contingences et d'éviter de mettre à la charge de l'assuré, à l'occasion de leur contrôle, des frais qu'il lui est plus ou moins difficile de supporter.

8.146. – Les enfants des assurés sociaux ne bénéficient pas de l'assurance-maternité

La loi qui régit les Assurances sociales dit que les enfants d'un assuré social ont droit aux prestations médicales jusqu'à l'âge de 16 ans.

Ce droit s'étend-il à la fille d'un assuré social, fille mère qui va accoucher en octobre 1936 et qui n'aura 16 ans révolus que le 5 janvier 1937 ? La Caisse qui a reçu le certificat de grossesse prétend que ce droit ne s'étend pas aux accouchements. Cette prétention est-elle justifiée ?

Dr F.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'article 5, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935, instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'assurance-maladie couvre les frais de médecine ou de chirurgie concernant, tant l'assuré lui-même que son conjoint et les enfants à sa charge. Il résulte, d'autre part, de l'article 14 que, par enfant à charge, il faut entendre les enfants de moins de 16 ans, non-salariés, à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis ou adoptifs. Mais, les dispositions du décret-loi relatif à l'assurance-maternité ne prévoient aucune disposition de cette sorte ; il s'ensuit que les prestations en nature, en cas de maternité, ne bénéficient qu'à l'assurée ou à la femme de l'assuré et que les enfants de ce dernier ne sauraient y prétendre. Le refus qui est opposé, en l'espèce, par la Caisse d'assurances sociales est donc juridiquement fondé.

Toutefois, puisque, en vertu de l'article 9, paragraphe 3, l'assurée ou le bénéficiaire des prestations passe sous le régime de l'assurance-maladie en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, votre cliente pourrait prétendre aux prestations en nature des Assurances sociales, au cas *où il ne s'agirait* pas d'un accouchement normal.

QUESTIONS DIVERSES

8.281. — Assujettissement des médecins à la loi sur les allocations familiales

J'emploie deux bonnes : l'une comme cuisinière, l'autre comme femme de chambre. Mais cette dernière s'occupe particulièrement de répondre à la clientèle et prend soin de mon cabinet médical.

Est-ce que je dois payer pour ces deux bonnes à une Caisse de compensation ou seulement pour la seconde qui n'est d'ailleurs pas infirmière et ne donne jamais aucun soin médical.

Dans le cas de l'affirmative, voudriez-vous avoir la gentillesse de m'indiquer la Caisse à laquelle vous me conseillez de m'affilier.

Dr B.

Réponse

En principe, les professions médicales sont assujetties aux principes résultant de la loi du 11 mars 1932, sur les allocations familiales, depuis le 1er janvier 1935. Toutefois, le médecin n'est soumis à ces dispositions et n'est obligé de s'affilier à une Caisse de compensation que pour les employés professionnels qu'il a à son service. Dans le cas de personnel mixte, c'est-à-dire à la fois au service personnel et professionnel du médecin, il y a lieu d'appliquer les règles posées par une réponse ministérielle, n° 2.921. *Journal officiel*, 25 janvier 1935, d'après lesquelles le médecin est assujetti à la loi du 11 mars 1932 si le domestique qu'il emploie consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel; si donc vous comptez les frais résultant de votre seconde domestique pour plus de moitié dans vos dépenses professionnelles, il y a lieu de vous affilier pour elle à une Caisse de compensation et de payer à cette Caisse une cotisation calculée sur son salaire réel (salaire en espèce augmenté de la valeur des avantages en nature).

Nous vous conseillons, dans ce cas, de vous adresser à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales de Paris et de la Seine, 42, rue Lamartine, à Paris (IXe). Téléphone : Lamartine : 96-54.

8.440. — Droit des femmes de ménage aux congés payés

Je n'ai pas de domestique, mais j'emploie alternativement deux femmes de journée, l'une trois jours et l'autre quatre jours par semaine. Leur dois-je un congé payé ?

Dr C.

Réponse

La loi du 20 juin 1936 instituant en principe un droit au congé annuel payé par les employeurs de toutes les professions, ne s'applique pas encore à l'heure actuelle au personnel des services.

domestiques parmi lequel il faut ranger les femmes de ménage.

D'après les termes de la loi en effet, cette obligation n'aura lieu qu'après parution d'un règlement d'administration publique qui est encore attendu. Ce point n'est pas douteux, ayant été tranché par une réponse ministérielle, nº 614, parue au *Journal Officiel* du 13 septembre 1936. (Voir plus haut).

Vos deux femmes de ménage ne peuvent donc prétendre à l'heure actuelle à l'octroi d'un congé payé.

FISCALITÉ

8.501. — Patente en cas de changement de cabinet

J'ai exercé à S. du 20 janvier 1936 au 15 juillet 1936, La patente est-elle due ? (le poste médical n'existait pas le 1er janvier 1936).

Supprimant mon cabinet de S., quelles sont les démarches à faire pour éviter que l'Administration ignore sa disparition, afin de ne pas être inscrit pour la patente en 1937 ?

Dr C.

Réponse

Vous ne pouvez être imposé deux fois à la patente, si vous n'avez eu à la fois qu'un seul cabinet.

L'imposition est due à l'endroit où vous exerciez en janvier.

Si vous supprimez le poste de S., prévenez immédiatement le Contrôleur pour éviter l'imposition en 1937.

A. Martinot,
Conseil fiscal

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

8.284. — Pansements multiples avec surveillance prolongée et déplacement à pied

Le 11 septembre dernier, j'ai été appelé à 18 h. 30, auprès d'un ouvrier ayant fait une chute de 8 mètres de hauteur. Le blessé habite un village sans routes carossables et inaccessible en voiture. A chaque visite, je suis obligé de faire cinq kilomètres à pied. L'état du blessé a nécessité une *surveillance prolongée* jusqu'à 23 heures. De 19 h. 30 à 20 h. 30, j'ai fait trois pansements sur membres différents, points de suture, appareillage *provisoire de fracture réduite* plus tard par moi-même (le blessé présentait une blessure profonde à la tête, une blessure profonde au bras droit avec forte hémorragie, une blessure à la main gauche, fracture de l'extrémité inférieure du radius droit). De 20 h. 30 à 23 heures, j'ai surveillé

le malade très affaibli par l'hémorragie, et je lui ai fait plusieurs piqûres pour le remonter.

Je vous serais très reconnaissant si vous aviez l'obligeance de me dire :

1° Combien faut-il compter les kilomètres parcourus à pied (aucune mention n'est faite dans le tarif et cependant à 1 fr. 80 comme pour la voiture, le tarif serait trop bas pour monter à la montagne en escaladant des rochers, sur un sentier) ?

2° Combien faut-il compter les visites de surveillance étant donné qu'elles ont commencé avant 21 heures et fini après ?

Faut-il compter aussi 30 francs pour la visite de dérangement de nuit, dont vous faites mention dans un de vos derniers numéros ?

3° Puis-je compter la réduction et le maintien de la fracture du radius par un appareil provisoire et combien ? Dr M.

Réponse

1° Vous avez à compter le premier jour : *a*) Trois pansements chacun sur un membre différent : 15 × 3 = 45 francs + *b*) Surveillance prolongée (après pansements effectués) de 20 h. 30 à 23 heures, soit 5 visites à 15 francs = 75 francs (art. 6) + *c*) Si vous avez été obligé (ce qu'il faut prouver) de faire 5 kilom. à pied, comptez 5 × 5 = 25 francs. (Voir *in fine* de l'*Annexe* au Tarif : 3° Déplacements à pied). Donc 45 + 75 + 25 = 145 francs ;

2° Pas de dérangement de nuit puisqu'on est venu vous chercher avant 21 heures (voir art. 4).

3° Vous ne pouvez compter un appareillage provisoire que si la réduction et contention de la fracture du radius a été opérée ultérieurement par un autre médecin, ce que j'ignore.

Dr F. DECOURT.

8.081. — Le patron, ou son assureur n'a droit qu'à « une » épreuve avec « un » commentaire détaillé d'une radiographie

Je vous adresse en communication, la lettre de la Compagnie d'assurances « La P. », au sujet du règlement de mes honoraires, pour une radiographie. C'est la première fois qu'une Compagnie d'assurances et même que celle-là réduit mes honoraires pour ce motif. En pratique, rares sont les radiologistes, qui tirent des épreuves sur papier, lesquelles ne sont que des documents de deuxième ordre, pouvant se camoufler à volonté.

Avant de tenter une démarche quelconque, auprès de l'agent local de la Compagnie, je désirerais connaître, si la loi fait une obligation stricte de tirer des épreuves sur papier et si une acceptation de fait par cette même Compagnie, depuis plusieurs années ne constituerait pas une acceptation de principe à cette habitude. En cas de non-acceptation de ma part,

pour cette diminution d'honoraires, pourrai-je compter sur l'appui du « Sou Médical ».

Dr C.

Réponse

Le texte porte « Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves ... seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires... » Oui, c'est entendu ! Mais il est dit à la suite : « Un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé ». Il s'ensuit que l'assureur, en l'espèce, n'avait pas à réclamer pour lui « les deux épreuves » et qu'il est mal venu à modifier le tarif officiel à son profit sous ce prétexte injustifié.

Dr F. Decourt.

8.296. — L' « avis préalable » (art. 7) n'est pas l' « accord » indiqué à l'art. 27. Observations

Le 29 août, j'ai eu un blessé présentant un hématome, suite de contusion de la malléole externe droite.

Estimant utile l'emploi des infra-rouges, j'ai conformément à l'article 7 écrit une lettre recommandée au patron. Je reçois hier la lettre ci-jointe.

Depuis le 29 août, j'ai soigné mon blessé par les infra-rouges avec un bon résultat, résorbtion rapide de l'épanchement sanguin. Les douleurs tant spontanées qu'à la marche ont cédé. Le blessé est en bonne voie de guérison.

De lui-même, il se rend compte de l'efficacité du traitement.

En conséquence, je vous serais obligé de me faire connaître ce que dit la jurisprudence en l'occurrence.

Doit-on attendre l'autorisation du patron pour commencer les interventions à tarif spécial, si oui, pendant combien de temps.

Le fait de refuser peut peut-être jouer après la réception de la lettre, mais pas avant.

Je serais heureux d'avoir l'avis motivé pour savoir dans quelles conditions et pour quels cas, les infra-rouges peuvent être employés et le nombre de séances qu'on peut faire.

Dr A.

Réponse

L'accord entre le médecin traitant et celui du chef d'entreprise ou de son assureur substitué » n'est indiqué à « l'article 27 : observations », que pour « l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic ». Dans votre cas, c'est l'art. 7 qui est en jeu puisqu'il s'agit de « une série d'interventions à tarif spécial ». Dans ce cas, le médecin traitant doit seulement « en donner avis préalable par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué ». C'est ce que vous avez fait puisqu'il

vous a répondu à ce sujet. Au cas où il y aurait différend au sujet du paiement, vous pourriez demander à faire passer votre note devant la Commission d'arbitrage, envoyant demande et dossier explicatif, à M. Marcel Daniel, secrétaire de cette Commission, 15 *bis*, rue Laffitte, Paris (IXe). Cette Commission décidera du bien-fondé ou non de votre réclamation.

Dr F. DECOURT.

8.300B. — Le médecin traitant n'a pas d'honoraires pour une radiographie effectuée par un radiographe

J'ai assisté à la radiographie d'un grand blessé faite à son domicile, mon assistance s'est bornée à surveiller le blessé pendant cette radiographie et à donner un coup de main pour le montage des appareils.

Quel tarif dois-je appliquer et à quelle analogie dois-je me référer ?

Dr D.

Réponse

Il ne peut y avoir de « consultation entre confrères » (art. 5), quand il s'agit de radiographie. En effet, le tarif de toute radio comprend, la fourniture par le radiologue, de « deux exemplaires de chaque cliché... accompagné d'un commentaire détaillé en deux exemplaires » (art. 27, obs.). Le dit commentaire détaillé est la « consultation » fournie par le radiologue. D'autre part, la rémunération comme aide n'est tarifée qu'en cas de « intervention chirurgicale » (art. 11).

Dr F. DECOURT.

8.300. — Réduction et contention de fracture du bassin par extension continue

J'ai fait à un grand blessé et sur avis du chirurgien !

1° Blessé ayant une fracture de la ceinture pelvienne avec subluxation de l'os iliaque droit vers le haut ;

2° Double fracture obturatrice avec diastasis pelvien très prononcé (3 cent.). J'ai fait dis-je, une extension continue à 20 kgr. et contre-extension de la jambe droite (embrassant la totalité du membre).

Quel tarif dois-je appliquer et à quelle analogie dois-je me référer ?

Dr D.

Réponse

Il m'apparaît que vous avez à demander 250 francs par analogie avec « réduction et contention d'une fracture... ou par extension continue... Fracture du rachis : 250 francs (art. 19), en fournissant naturellement toutes précisions techniques sur le cas.

Dr F. DECOURT.

Cinquante-huitième année — N° 43 — 25 Octobre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : **70 fr.** — 1re Zone **85 fr.** — 2e Zone **110 fr.**

• • •

Renseignements

A la suite de l'article du Dr Desroziers paru dans le *Concours Médical* du 11 oct. sur « l'Usage de l'essence de térébenthine soluble dans les suppurations pulmonaires », de nombreuses demandes de renseignements nous sont parvenues. Nous prions MM. les médecins de s'adresser au Lab. de l'Ozothine, 23, rue Sébastien-Mercier, Paris (15e) qui fournira renseignements et échantillons.

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 277. — Doct. franç. n'exerç. plus désirerait oc.u. pat. de quelq. heures par jour près confr. ou dans clin. anesthésies, injections, etc.

Nº 278. — Nord-Est. Méd. propharm. âgé céderait sa client. contre indemn. Maison à louer ou à vend. Le success. serait mis au courant.

Nº 279. — Lévriers russes. Cause surnomb. à céder quelq. Barzoïs au sevrage et 2 adultes 1 an. Pédigrées L. O. F. origines illust. fourrures superbes. Prix confratern. Dr Bonnardel, 8, rue Bourgmayer, Bourg.

Nº 280. — Chirurg. de Paris ayant clin. en province, bonne client., cherche collabor. ex-interne chirurgie avec apport pour transform. maison de santé.

Nº 281. — Bel appartem. conven. à doct. dans immeub. mod. 1er ét., 34, av. Clichy (près pl. Clichy), 4 gr. p., 2 cab. toil., salle bains, gr. antich., ch. de bonne, cave, gr. esc. et esc. service, ascens. Loyer 8.500 ch. compr. Petite repr. justif. Visible de 15 à 18 h.

Nº 282. — Demande infirmière 35 ans environ, sérieuse, dévouée, pour petite clinique, 8 lits. Salle opération, stérilisation, soins aux malades. Pressé.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Très ancienne client. de quartier, gros rapport, grand appartement. Prix 60.000 dont 40.000 comptant.

Belle banlieue. Important cab. méd. générale et accouchem., beau pavillon. Indemnité 100.000 francs.

Région de l'Ouest, proximité grande ville, poste actif, à céder 30.000 francs.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *L'intoxication des ouvriers fabriquant des vêtements imperméables.* — Le ministre de la Santé publique et de l'Education physique a adressé à l'Académie une lettre lui demandant son avis sur le danger d'intoxication auquel sont exposés les ouvriers fabriquant des vêtements imperméables. L'Académie a nommé une Commission composée de la Section d'hygiène à laquelle ont été adjoints, comme chimistes, MM. Pouchet, Desgrez et Hugounenq.

— **Congrès français de chirurgie.** — Le Bureau pour 1937 est ainsi composé : président, M. Rouvillois (armée) ; vice-président, M. Léon Imbert (Marseille). *Questions à l'ordre du jour* : Physiologie pathologique des brûlures. — Traitement des fractures de jambe. — Traitement chirurgical des embolies artérielles des membres.

— **Société française d'orthopédie.** — *Bureau pour* 1937 : président : M. Sorrel ; vice-présidents : MM. Rocher (Bordeaux), Lance ; secrétaire général : M. Tavernier (Lyon) ; secrétaire général adjoint : M. Richard (Berck) ; trésorier : M. Leveuf, (Paris).

— **Ligue française contre le rhumatisme.** *Journée du* 10 *octobre* 1936. — La Ligue française contre le rhumatisme a organisé le 10 octobre 1936 une journée d'études consacrée au sujet suivant : rhumatismes et traumatismes.

Le matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Boppe, chirurgien des hôpitaux, a eu lieu une séance de présentation de malades et de radiographies.

M. Boppe a présenté des résultats et des clichés sur les conséquences des fractures intra-articulaires.

MM. Garnier et Courvoisier ont montré des cas d'altérations méniscales des genoux.

L'après-midi, s'est tenue à la Faculté de médecine une séance scientifique consacrée à l'exposé de rapports et de communications.

L'Assemblée, réunissant de nombreux membres étrangers, provinciaux et parisiens sous la présidence du Docteur Hazemann représentant M. H. Sellier, ministre de la Santé publique, a eu une haute signification ; les maladies rhumatismales ont enfin pris rang en France parmi les maladies sociales.

Depuis la fondation de la Ligue française par le Docteur Henri Forestier en 1928 l'indifférence des Pouvoirs publics devant ce fléau social n'avait cessé d'être *déplorée* ; c'est donc avec la plus vivre sympathie qu'a été accueillie l'allocution du Docteur Hazemann.

A) *Rapports* : 1° Rhumatismes chroniques et traumatismes. MM. Weissenbach et F. Françon ;

2° Les lésions du tissu cellulaire, des muscles, os et articulations dues aux traumatismes répétés d'ordre professionnel. MM. M. Duvoir et H. Desville ;

3° Rhumatisme et traumatisme de la colonne vertébrale. M. le Professeur E. Martin (Lyon) et M. Japiot ;

4° Les ostéoarthropathies consécutives aux gros traumatismes articulaires (luxations et fractures.) M. Boppe.

Ont pris part à la discussion : MM. J. Forestier, Gay, J. Lacapère, Terray, Van Breemen, M. P. Weill.

B) *Communications*. 1° M. le Professeur Prusik : L'effet du traumatisme avec les appareils pneumatiques et vibrants sur les articulations ;

2° M. Moulonguet : Un type d'arthrite post-traumatique. Les complications tardives des fractures ;

3° M. Forton : Traumatismes de la colonne vertébrale et rhumatismes vertébraux ;

4° M. Roederer : A propos de quelques traumatismes vertébraux suivis de phénomènes d'arthrite rhumatismale ;

5° MM. Weissenbach et Merklen : Traumatismes de l'épaule et rhumatisme psoriasique et accidents de la chrysothérapie ;

7° MM. Pauzat et Guichard : Subluxation vertébrale à la suite d'un traumatisme chez un rhumatisme latent ;

8° M. Violle : Tophi juxta articulaires.

Des conclusions de ces rapports et des discussions que celles-ci ont suscitées se dégagent les notions suivantes : I. Le traumatisme est capable de provoquer des lésions articulaires bien définies (arthrite ostéoporotique du type Leriche, avec, comme type régional, la spondylite traumatique type Kummel-Verneuil ; ostéoarthrite hypertrophique dégénérative secondaire à une arthrite traumatique. — Les traumatismes répétés sont des facteurs de localisation ou d'aggravation dans les différents rhumatismes. Ils ne sont que des causes adjuvantes. — L'importance du rôle des micro-traumatismes mise en doute par MM. Weissenbach et Françon est ardemment défendue par M. M.-P. Weill ainsi que l'existence des arthrites de posture.

II. « Certaines professions créent indiscutablement des altérations pathologiques de l'appareil locomoteur ; mais dans la plupart des cas il est nécessaire qu'un facteur individuel se surajoute au traumatisme ». — Les rapporteurs s'associent à M. E. Martin, de Lyon, pour émettre le vœu qu'une législation du travail plus compréhensive permette, comme dans certains pays étrangers, aux ouvriers atteints de maladies chroniques professionnelles de bénéficier de toutes les ressources thérapeutiques et des rémunérations auxquelles ils ont le droit.

III. L'existence du rhumatisme vertébral ostéophytique peut ne se révéler qu'à l'occasion d'un traumatisme (fractures des ostéophytes trouvées à l'autopsie de grands traumatisés ou lésions découvertes à l'examen radiographique). La plus grande prudence est donc nécessaire dans l'interprétation des causes traumatiques possibles des spondyloses : cependant MM. Martin et Japiot pensent que « l'état rhumatismal qui complique le traumatisme doit être incorporé en entier dans les conséquences du risque professionnel chez les blessés du travail relevant de la loi du 9 avril 1898 » et qu' « en matière de responsabilité civile (accident d'automobile) les caractères d'aggravation des blessures par le fait de la diathèse rhumatismale doivent être discutés ».

Ils insistent sur la nécessité de convaincre assureurs et médecins que tous les blessés doivent profiter de tous les procédés thérapeutiques utiles et en particulier des cures thermales. D'autre part, on doit admettre l'existence d'ostéo-arthrite post-traumatique lorsque, au moment de l'accident, l'articulation traumatisée ne présente aucun signe d'ostéo-arthrite dégénérative et que l'on constate ultérieurement des signes radiologiques nets de cette affection, les autres articulations étant absolument indemnes ; mais il faut faire des réserves si on trouve au niveau des autres articulations des signes d'ostéo-arthrite ; il est même difficile de croire que le traumatisme a une action aggravante, si, au moment de l'accident, les clichés montraient déjà des signes d'arthrite déformante au niveau de l'articulation traumatisée et plus tard des signes sur les autres articulations.

Les résultats éloignés de médicectomies présentés par M. Garnier semblent obéir aux mêmes considérations et les lésions d'arthrite chronique ne doivent pas être imputables à une faute de technique. En somme, on peut répéter cette phrase plusieurs fois entendue au cours de la journée : « Ne fait pas une arthrite déformante qui veut. »

R. MASSART.

— **Cercle des amitiés latines.** — Le dîner de rentrée du « Front Latin » aura lieu le jeudi 29 octobre 1936, à 20 h. 15 précises, au restaurant Voltaire, 21, rue de l'Odéon, sous la présidence du Docteur L. Dartigues, président de l'U. M. F. I. A. ou Union médicale latine. Ce dîner comporte une partie artistique. Tenue de ville.

Le nombre des places étant limité, s'inscrire aussitôt que possible. Téléphoner ou écrire : 7, rue Servandoni, Odéon 77-42. Prix du repas : 15 francs (service en sus).

— **Soirée des « Archives Hospitalières ».** — La première soirée des *Archives Hospitalières*, revue fondée il y a huit ans et dirigée par le Docteur Maurice Delort, a eu lieu le 10 octobre dans les salons George-V.

Parmi les médecins présents : MM. Cathelin,

Thierry de Martel, Clément Simon, Arthus, Aubourg, Baldenweck, Blechmann, Bour, Du Castel, Chabanier, Gleise, Dartigues, Eudel, Flandrin, J. Florand, J. Gallois, Gros, Hartenberg, Heitz, Boyer, Jacquelin, Jausion, Lagrange, Laporte, Leibovici, Lesourd, Lhermitte, Logre, Martiny, Massart, Gérard Maurel, Osty, Nepveu, Pochon, Récamier, Renaudeaux, Rœderer, Gilbert Robin, Roux Delimal, Savignac, Ségard, Séjournet, Schaeffer, Sourdel, Theillier, Thiroloix, Tournay, Trèves, Triboulet, Vaudescal, Voronoff, Weill, Winter, Zadoc Kahn.

Les *Archives* sont l'organe officiel de la Société et du Syndicat des hôpitaux libres.

— **Naissance.** — On nous prie d'annoncer la naissance de François PINEAU, fils du Docteur André Pineau et de Madame André Pineau et petit-fils du Docteur André Vallet et de Madame André Vallet.

Vernon (Eure), le 10 octobre 1936.

Nos sincères compliments.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 OCTOBRE

Asiles publics d'aliénés

Décret du 5 octobre 1936 fixant la limite d'âge des médecins des Asiles publics d'aliénés

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 2 février 1910 et 10 octobre 1919 ;

Vu le décret du 1er mars 1921 relatif à la limite d'âge des fonctions de médecin des Asiles publics d'aliénés.

Art. 1er. — Le décret susvisé du 1er mars 1921 est modifié comme suit

« La limite d'âge des fonctions de médecin des Asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-deux ans. »

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

8 OCTOBRE

Enseignement de la médecine

Par décret en date du 4 octobre 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, il est

créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims une chaire d'anatomie pathologique.

9 OCTOBRE

Prélèvement sur les traitements et salaires

Instruction du 8 octobre 1936 concernant l'application du prélèvement sur les traitements, soldes et salaires

Cette instruction a été publiée avec commentaire dans le *Concours Médical* du 18 octobre, page 2939.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Exemption de patente d'un médecin contrôleur de Compagnies d'assurances

3.759. — M. CABART-DANNEVILLE, sénateur, demande à M. le ministre des Finances si un médecin n'ayant pas de clientèle personnelle, mais ayant un contrat avec une ou plusieurs Compagnies d'assurances pour effectuer exclusivement le contrôle de leurs blessés et les renseigner sur leur état, n'effectuant pas de traitement médical et ne rédigeant pas d'ordonnances, n'ayant pas de traitement fixe, mais étant rémunéré seulement pour chaque visite faite d'après un tarif d'honoraires déterminé, peut être exempté de la patente, rentrant ainsi dans le cas prévu dans la décision du Conseil d'Etat du 6 janvier 1936 (Adam, Seine). (*Question du* 20 *juillet* 1936.)

Réponse. — Réponse affirmative, dans les circonstances de fait indiquées.

(*J. O.*, 29 septembre 1936.)

Forfait des frais d'accouchement des assurées sociales

3.770. — M. ARMBRUSTER, sénateur, expose à M. le ministre du Travail, que l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 stipule, dans son paragraphe 1er, premier alinéa, que l'assuré et la femme de l'assuré reçoivent une prestation représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites et demande si : 1° ce forfait, nécessairement le même pour toutes, comprend les frais de déplacement des médecins et des sages-femmes ; 2° si les Caisses peuvent ou doivent prévoir ces frais de déplacement en plus du forfait commun. (*Question du* 28 *juillet* 1936.)

Réponse. — Le forfait visé à l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935, comprend l'ensemble des frais afférents à l'accouchement. Il englobe donc jusqu'aux indemnités de déplacement du praticien et il appartient à la Caisse d'établir son forfait compte tenu des divers éléments qu'il est destiné à couvrir.

En particulier, rien ne s'oppose à ce qu'il soit

prévu, en dehors du tarif applicable aux accouchements pratiqués dans les localités où il existe un praticien, un second tarif spécial aux localités où il n'y a ni médecin, ni sage-femme.

Mais une fois que la Caisse a fixé son tarif, elle ne saurait, sous aucun prétexte, sans fausser le principe posé par le législateur, ajouter des suppléments quelconques à l'indemnité forfaitaire fixée par avance.

(*J. O.*, 29 septembre 1936).

Signature de l'attestation de payement des actes médicaux dans les Assurances sociales

488. — M. Marty expose à M. le ministre du Travail : *a*) qu'il arrive que, sur la feuille de maladie des assurés sociaux, le médecin ne signe pas l'attestation du payement de l'acte médical, car il se conforme à un vieil usage qui veut qu'on adresse au malade la note globale à la fin de la maladie ; *b*) que la Caisse d'assurance conserve les feuilles de maladie au fur et à mesure que le malade se présente devant ses guichets pour réclamer l'indemnité quotidienne et les frais pharmaceutiques ; et demande : 1° que doit faire le praticien lorsque, guéri, son client vient lui régler sa note d'honoraires ; 2° lorsque le médecin signe l'attestation du payement de l'acte médical, alors que son client ne l'a pas effectivement payé, s'il commet un acte répréhensible, s'il est passible de sanctions ; dans l'affirmative, de quel ordre ; 3° s'il s'agit d'un client sans ressources, que doit faire le médecin pour être payé sans que le client fasse intégralement l'avance de ces consultations. (*Question du 17 juillet 1936.*)

Réponse. — L'attestation du payement de chaque acte médical doit être faite par le praticien sur la feuille de maladie avant l'expiration de sa période de validité. L'assuré doit donc, en principe, payer chaque acte médical avant cette attestation. Toute Caisse qui a reçu des feuilles de maladie ne portant pas l'attestation du payement des honoraires du médecin a le droit de ne pas accorder les prestations. Les questions posées par l'honorable député comportent dès lors les réponses suivantes : 1° le médecin qui soigne un assuré social ne doit pas attendre la fin de la maladie de cet assuré pour se faire payer ses honoraires ; 2° le médecin qui attesterait le payement d'un acte médical, alors que son client, assuré social, ne l'aurait pas effectivement honoré, s'exposerait éventuellement aux sanctions prévues à l'article 27, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 si cette attestation avait pour but de faire obtenir indûment à l'assuré des prestations ; 3° l'assuré social qui, étant dénué de ressources, ne peut honorer son médecin, doit demander à sa Caisse une avance par application de l'article 6, paragraphe 5, du décret-loi du 28 octobre 1935.

(*J. O.*, 2 octobre 1936.)

Prescription de médicaments aux pensionnés de guerre

3.726. — M. Georges Maurice, sénateur, demande à M. le ministre des Pensions : 1° s'il existe un barème spécial de limitation des soins gratuits aux mutilés et si cette limitation oblige à supprimer certains médicaments utiles, notamment pour les tuberculeux ; 2° si un médecin, non averti de ce barème, est tenu lui-même de régler le montant de ces médicaments au pharmacien qui les a délivrés. (*Question du 1er juillet 1936.*)

Réponse. — 1° La nomenclature des produits pharmaceutiques utiles a été fixée par arrêté interministériel en date du 10 janvier 1935, *Journal officiel* du 24 janvier. Elle a été établie par les soins du ministère de la Santé publique avec la collaboration de techniciens avertis ; 2° il n'est pas concevable qu'un médecin soignant au compte de l'article 64 ignore les textes fondamentaux qui règlent le jeu de cet article. En tout cas les pharmaciens connaissent forcément la nomenclature susvisée puisqu'ils sont obligés de la consulter pour apporter à chacun des produits fournis le tarif qui est indiqué. Un médecin ayant prescrit un médicament non compris dans la nomenclature ne peut donc, si le pharmacien est attentif, qu'être prévenu par celui-ci de son erreur.

(*J. O.*, 29 septembre 1936.)

◆ ◆ ◆

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 6 octobre 1936, le Conseil a prononcé les admissions ci-après :

12.135 Aboulker, 15, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (VIIe). Parrains : Docteurs Benoit et Benguigui.

12.136 Benoist, 3, rue Roussel, Paris (XVIIe). Parrains : Docteurs Bramard et Vincent.

12.137 Biboulet, Daumazan (Ariège). Syndicat de l'Ariège.

12.138 Bourdeau, 15 *bis*, place Delille, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Parrains : Docteurs Grasset et Bardet.

12.139 Carras, Millau (Aveyron). Syndicat médical de l'arrondissement de Millau.

12.140 Cunault, Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir). Parrains : Docteurs Thalheimer et Philippon.

12.141 Dermer, 9, square Pierre-de-Geyter, Saint-Denis (Seine). Parrains : Docteurs Archambaud et Vaslin.

12.142 Geneuil, Montguyon (Charente-Inférieure). Syndicat médical de la Charente-Inférieure.

12.143 Goldenberg, Fontaine-la-Guyon (Eure-et-Loir). Syndicat médical d'Eure-et-Loir.

12.144 Jeannin, 19, rue Vauban, Dijon (Côte-d'Or). Syndicat de la Côte-d'Or.

12.145 Lecoutour, Mostaganem (Oran). Syndicat des médecins de la région de Mostaganem.
12.146 Lemiere, Cherbourg (Manche). Syndicat médical de Cherbourg.
12.147 Magnier, Souvigny (Allier). Syndicat de l'Allier.
12.148 May, Puiseaux (Loiret). Parrains : Docteurs Croisier et Vezin.
12.149 Poilleux, 175, boulevard Malesherbes, Paris (XVII^e^). Syndicat des médecins de la Seine.
12.150 Raybaut, 22, rue Marceau, Nice (Alpes-Maritimes). Parrains : Docteurs Dormoy et Jouglard.
12.151 Rocher, 33, boulevard Dugommier, Marseille (Bouches-du-Rhône). Parrains : Docteurs Lop et Lombard.
12.152 Rocchisani, Misserghin (Oran). Syndicat des médecins du département d'Oran.
12.153 Rosenberg, 33 *bis*, avenue de la Défense, Puteaux (Seine). Parrains : Docteurs Weber et Goutry.
12.154 Saliou, Perros-Guirec (Bouches-du-Nord). Syndicat de l'arrondissement de Lannion.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des Statuts).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

8.350. — Diastasis de l'articulation tibio-tarsienne sans fracture. Appareillage

J'ai soigné un blessé (accident du travail) pour entorse externe du cou-de-pied avec gonflement considérable et diastasis péronéo-tibial inférieur, sans lésion osseuse.

1° Immobilisation par un appareil silicaté et ouaté ;

2° Visites et massages consécutifs.

Je vous serais donc très obligé de vouloir bien me dire comment je dois établir ma note d'honoraires, le diastasis n'étant pas porté dans le tarif.

Dr D.

Réponse

1° S'il y a eu « diastasis » de l'articulation tibiotarsienne, on ne peut parler, ce me semble d'une simple « entorse ». On pourrait plutôt, chercher une analogie de tarification avec « contention de fracture simple... de jambe : 60 francs »,

Voir la suite page L1-3053

PROPOS DU JOUR

HYGIÈNE ET PROPRETÉ

Un grand chirurgien de nos maîtres nous contait qu'au retour d'un voyage en Danemark il avait été très péniblement impressionné par le contraste entre les villages de France et ceux de Danemark et de Hollande. Dans ces pays les maisons étaient peintes et coquettes, les portes et les fenêtres fréquemment lavées, des parterres fleuris entouraient les habitations les plus modestes ; dans le plus humble des hameaux, tout respirait la propreté et la fraîcheur. En France, les façades des habitations étaient lépreuses, les fenêtres souillées, les ordures s'amoncelaient devant les habitations, les cloaques encombraient les rues et notre maître concluait mélancoliquement que les Français n'étaient pas propres. Il nous serait facile de faire dans notre Paris des constatations analogues. Les papiers souillés et les immondices recouvrent les rues qui servent de marchés en plein air, les déjections de chiens, parfois fourmillant d'échinocoques, s'étalent sur les trottoirs. Quant aux maisons, aux monuments publics, il suffit pour être édifié de suivre la rue de Rivoli et d'y contempler la façade du Palais du Louvre sur laquelle s'accumule la poussière des années qui défigure lamentablement les statues des généraux de l'Empire qui la décorent. Quelle opinion les touristes étrangers, qui tous fréquentent ce quartier, peuvent-ils se faire sur la propreté et l'hygiène en France ?

On ne tarirait pas en anecdotes sur ce sujet. Notre ami Lavalée a le 13 septembre consacré un de ses toujours intéressants Bulletins d'actualité au *Droit à la crasse*. Un de nos lecteurs le Docteur H. Gontier-Lalande de Saint-Michel-en-l'Herm (Vendée) nous écrit à ce propos :

« Le dit droit est tellement ancré dans la cervelle de la majorité des Français que lorsqu'en clientèle on conseille de prendre un bain, on vous répond que : il n'y a que les gens sales qui se baignent.

S'il vous arrive par malheur de préconiser l'emploi du bidet, un regard indigné et une parole sèche vous fait souvenir qu'il n'y a que « les femmes de mauvaise vie qui en usent ».

En ce qui concerne la malpropreté corporelle, le Dr Gontier-Lalande cite le fait suivant :

« Dans une commune, un inspecteur primaire en tournée fit à l'école des filles une conférence sur l'Hygiène (avec un grand H).

« Convaincue par la parole inspectrice, la Directrice essaya à son tour de faire de l'Hygiène (avec un grand H).

« Ayant fait déchausser ses élèves, il lui fut facile de se rendre compte que toutes faisaient partie de la tribu des Pieds noirs. Elle décréta sur le champ que ne seraient admises à l'école que les écolières aux pieds blancs.

Dès le lendemain, l'inspection podologique fut passée et tous les pieds droits qui furent montrés étaient propres. L'inspection fut continuée pendant plusieurs semaines et les pieds droits présentés furent toujours propres.

« Un certain lundi, la maîtresse eut l'idée de se faire présenter le pied gauche. Catastrophe ! Tous étaient noirs. »

Nous pourrions conter maints faits de ce genre.

Dans un petit village du Quercy, une institutrice, femme très sérieuse, très estimée, mère de famille, crut de son devoir de donner quelques conseils de propreté à certaines jeunes paysannes de ses élèves qui avaient atteint l'âge de la puberté. Ce fut un beau scandale. Les mères de ces enfants lui adressèrent des protestations indignées. Ce fut tout juste si elles ne demandèrent pas à l'autorité académique le changement de cette maîtresse perverse qui portait maladroitement atteinte à l'innocence de leurs enfants. La pauvre maîtresse jura bien qu'on ne l'y reprendrait plus.

Dans notre enfance nous avons entendu en Auvergne une fillette dire à sa mère en montrant

◆◆

du doigt une de ses petites camarades : « Oh ! maman, la sale ! Elle a entre les doigts des mains ce que l'on a entre les doigts des pieds ».

Et qui n'a pas vu une jeune mère, parfois élégante, cracher sur son mouchoir pour nettoyer avec sa salive le museau de son moutard barbouillé de chocolat.

Nous citerons encore une histoire dont nous affirmons l'authenticité et qui puise son intérêt dans la profession future de celui qui en fut le héros :

Nous terminions notre scolarité et en sortant du restaurant, après déjeuner, nous allions quelques-uns prendre notre café dans un établissement du boulevard Saint-Michel au voisinage de l'Ecole de médecine. Un jour, nous nous servions machinalement d'un cure-dent :

Un de nos condisciples, licencié ès sciences et sur le point de devenir docteur, nous adressa cette prière : « Seriez-vous assez aimable pour me prêter votre cure-dent quand vous aurez fini de vous en servir ? »

Nous eûmes quelque peine à faire comprendre à ce futur médecin, et peut-être hygiéniste, que, selon le proverbe oriental, il y a trois choses qu'on ne saurait prêter même à son meilleur ami : sa femme, son cheval et .... son cure-dent.

A cette époque on enseignait peu l'hygiène à la Faculté et l'état de ses locaux (cela a quelque peu changé depuis) n'était pas pour inciter les élèves au respect de la propreté.

Enfin, pour terminer, rappelons une dernière anectode administrative que nous croyons avoir relatée au cours d'une discussion au Congrès d'hygiène des régions libérées en 1919.

Nous étions en 1918, médecin inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris. Notre service était fort chargé, car on y avait ajouté une circonscription supplémentaire dans le XIII^e^ arrondissement. Quelques cas de typhus exanthématique avaient été signalés à Paris. Une circulaire administrative attira notre attention sur le danger que les poux, vecteurs du typhus, pouvaient faire courir à la population, nous demanda de faire le dénombrement des enfants porteurs de parasites et de prendre les mesures nécessaires pour les en débarrasser. Nous tentâmes de répondre à ces légitimes exigences administratives. Dans le V^e^ arrondissement où se trouvait notre circonscription ordinaire, la tâche était aisée car, sauf de très rares exceptions, les enfants étaient propres, mais il était loin d'en être de même dans le XIII^e^ dont la population était alors des plus miséreuses. La directrice d'une école de filles nous fit remarquer que 75 pour 100 de ses élèves, soit près de 200, étaient infestées. Et comme nous lui demandions d'engager les mères à nettoyer leurs enfants, elle nous fit judicieusement remarquer que ces femmes qui travaillaient toute la journée dans les usines de guerre, ne passeraient pas la nuit à épouiller leurs filles. D'autre part le personnel de l'Ecole était insuffisant pour cela. Nous fîmes part de notre embarras à la Mairie et à l'Administration, demandant l'intervention de la Caisse des écoles pour payer quelques épouilleuses. Il nous fut répondu que ce n'était pas le but de la Caisse des écoles, mais qu'il y avait à la Salpêtrière un service d'épouillage. Toutefois ce service étant insuffisant, on nous engageait à n'y envoyer que les enfants *qui avaient le plus de poux* (textuel). Les fillettes gardèrent leurs parasites, et, heureusement, il n'y eut pas d'épidémie de typhus.

Depuis la guerre l'hygiène et la propreté ont fait quelques progrès en France, plus apparents que réels, s'il faut en croire les Docteurs Lavalée et Gontier-Lalande. Conclusion : tout cela démontre qu'il y a de sérieux efforts d'éducation à faire pour modifier sur ce point les mœurs et faire comprendre la nécessité de l'hygiène, et surtout de la propreté, à nos populations urbaines et rurales.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le Professeur Ombrédanne

Notes prises à la consultation du lundi (1)

Ce nourrisson de 3 mois et demi, né à 7 mois et demi, est amené à la consultation pour un angiome de la région dorsale. Il s'agit d'un *angiome exubérant* avec nécrose centrale.

Quel traitement allons-nous appliquer ?

Le radium ? Cet angiome est loin du cerveau et des cartilages d'accroissement, mais il est près de la moelle. La curiethérapie n'est donc pas peut-être sans inconvénients. La chirurgie ? Une intervention pourra avoir lieu plus tard, car chez le jeune nourrisson, on peut observer des accidents (pâleur, hypothermie).

Nous pouvons encore avoir recours, pour le moment, à la neige carbonique : elle a une action sur les angiomes lisses, mais ne supprime pas l'exubérance des angiomes dits exubérants : elle a l'inconvénient d'être douloureuse. Ce sera donc uniquement un traitement d'attente.

Voici encore un nourrisson de deux mois porteur d'un gros angiome de la joue gauche ; il est installé à la partie culminante d'un angiome bleu, qui infiltre presque toute la joue. A noter à son centre une petite croûte, ce qui prouve que cet angiome s'est infecté. Ces lésions sont assez fréquentes et sont dues soit au grattage, soit même à une ouverture spontanée de la tumeur ; ce n'est pas un épiphénomène dramatique, et cette petite complication peut même entraîner parfois la guérison. Partant de ce principe, il y a 60 ans, les médecins essayaient la vaccination antivariolique à ce niveau en comptant sur l'action rétractile de la cicatrice. Ce procédé a été abandonné, car il n'allait pas sans risques.

Le traitement chirurgical sera le seul possible, car les agents physiques appliqués au niveau de la tête sont dangereux. On aura une certaine peine à extirper cet angiome, car il est situé sur le trajet du facial.

Il eût été préférable évidemment d'intervenir dès le début, lorsque cet angiome était gros comme un pois ou une pièce de 0 fr. 50. Mais, d'un autre côté, l'intervention est d'autant plus délicate que l'enfant est plus jeune.

(1) Notes recueillies par le Docteur Certain.

Par ailleurs, plus on attendra, plus cet angiome sera étendu : nous n'avons plus le choix, il faut intervenir.

***

Hernie inguinale gauche, nous écrit le médecin qui nous envoie cette *fillette* de 7 ans.

Si, à cette petite fille debout nous demandons de pousser, en se fermant le nez (car elle ne sait pas tousser), nous voyons apparaître à l'orifice inguinal externe une hernie, qui est réductible avec un bruit de chaînon : c'est une *épiplocèle.*

Comme à cet âge, elle ne peut plus guérir seule, il faut procéder à une cure radicale.

Remarque importante : chez les filles, une hernie inguinale double existe presque toujours, du moins en puissance, par persistance du canal péritonéo-vaginal. Rappelons que ce canal est adjacent au ligament rond ; s'il se ferme dans sa partie supérieure on voit apparaître dans sa partie inférieure le kyste du canal de Nück chez la fille, équivalent du kyste du cordon chez le garçon.

Conclusion pratique : lorsqu'on procède à une cure radicale chez une fillette, il faut toujours *refermer le canal péritonéo-vaginal, de l'autre* côté, sinon, on risque de voir apparaître une hernie opposée trois ou quatre mois après la cure et les parents ne manqueront de critiquer sévèrement votre imprévoyance.

En opérant ainsi on ne risque pas de se tromper une fois sur 100 : c'est là un fait d'expérience.

***

Les bourses de ce garçon de 5 ans sont vides. A droite, le testicule existe, haut situé ; on peut le faire descendre jusqu'à la racine de la verge, mais il s'échappe et refuse de descendre plus bas.

A gauche, la glande est plus petite, médiocre, et ne peut pas descendre non plus jusque dans les bourses.

Une *orchidopexie* s'impose sans délai.

Il ne faut intervenir que *sur un côté à la fois* seulement, sinon on provoquerait par le croisement des cordons, la formation d'une sangle, comprimant l'urètre, d'où rétention possible avec accidents parfois graves.

En principe, on ne doit pas faire d'orchidopexie simultanée, sauf lorsque les testicules sont flottants, c'est-à-dire descendant bien. Mais alors, il n'est pas utile de les opérer, sauf cependant s'ils sont douloureux, ou s'ils provoquent par leur mouvement incessant de va-et-vient des érections constantes, cause de débilité, avec pâleur, et nervosité excessive. Il n'est pas impossible d'admettre qu'une sécrétion testiculaire interstitielle prématurée est à l'origine de ces troubles fonctionnels.

Dans ces cas de testicules flottants, on pourra opérer en un temps, mais ce sont là des cas d'exception, dans lesquels ne rentre pas notre petit malade.

***

Ce garçon de 14 ans présente une volumineuse tumeur sus-pubienne, médiane, du volume de la tête d'un fœtus et sur la droite de cette tumeur, une autre ovoïde, plus petite, qui est visiblement une hernie inguinale droite.

Au-dessous de la tumeur médiane, on aperçoit un gland unique avec un petit prépuce au-dessous de lui. En pareil cas, chez les filles, on trouve toujours le clitoris dédoublé. Le scrotum de notre garçon est vide.

De chaque côté du gland, on aperçoit deux masses recouvertes de muqueuse rouge qui font partie de la *vessie extrophiée* ; l'autre partie, la tumeur médiane est cette poche grisâtre qui se tend par l'effort et est plus volumineuse que le poing.

Il n'y a pas d'ombilic.

En abaissant le gland, on voit les orifices des uretères ; c'est donc bien une vessie extrophiée. Tout au plus aurait-on pu penser à une hernie ombilicale congénitale de la période fœtale. Mais souvent, en cas d'extrophie, la muqueuse vésicale s'épidermise petit à petit et de rouge devient blanchâtre, donnant l'impression d'une surface cutanée, mince et cicatricielle.

Notons la présence d'incrustations calcaires à la base des poils. C'est là un grave inconvénient, qui est à l'origine de douleurs parfois très violentes, qui sont épargnées aux tout petits, avant l'apparition du système pileux du pubis.

Traitement : une opération plastique cutanée n'est pas à envisager ; il vaudra mieux faire une dérivation des uretères dans le côlon sigmoïde.

***

Ce garçon de 10 ans est grand, il a les épaules remontées, le cou bref, une cyphose dorsale marquée, sans décollement des omoplates, qui sont surélevées, largement écartées et bien plaquées.

S'il se redresse, il améliore nettement sa cyphose. Nous avons affaire à une *double élévation congénitale des omoplates*. Lorsque cette élévation est unilatérale, elle a beaucoup plus d'inconvénient ; au contraire, dans le cas présent, il suffira de demander au tailleur de corriger par un veston *ad hoc* les deux cavités sus-claviculaires qui résultent de cette malformation congénitale.

Il peut coexister avec cette surélévation congénitale des malformations de la colonne cervicale : nous ferons donc faire une radiographie.

Comment traiter sa cyphose ? La gymnastique est un moyen excellent et avec de la volonté, on arrive à de bons résultats. Mais le professeur de gymnastique fera un cours d'une demi-heure trois fois par semaine. Et le reste du temps ? Les muscles resteront au repos. Le professeur de gymnastique idéal, de jour et de nuit, sera le corset de Spitzy ; c'est un corselet de cuir, prenant un solide point d'appui sur le bassin, avec une tige métallique flexible remontant derrière le dos. Sur elle se fixe un cordon qui entoure le cou du malade et l'oblige à redresser constamment le tronc pour éviter une pénible sensation de strangulation. C'est un moniteur incessant ; l'application de ce corset est extrêmement pénible et, au début, les malades ne peuvent le supporter que pendant quelques heures. Ce n'est que progressivement qu'on arrive à l'appliquer pendant vingt-quatre heures. Il se montre fort efficace.

***

Cette fillette de 5 ans, et ce garçon de 4 ans, présentent tous les deux, une malformation du pavillon de l'oreille qu'on a appelée les « *oreilles décollées* ».

Elle est caractérisée apparemment par la direction perpendiculaire du pavillon par rapport à la surface cranienne ; cette disposition est évidemment très disgracieuse.

On a dit qu'il s'agissait d'une mauvaise orientation de l'hélix par rapport à la conque et qu'il suffisait de modifier l'angle de jonction du pavillonet de la conque pour obtenir une bonne correction.

Nous n'avons jamais rencontré cette disposition. Les « oreilles décollées » sont toujours le résultat du développement excessif de la conque.

La correction n'est possible qu'à la condition de réséquer la totalité du cartilage de la conque et de faire adhérer le pavillon au crâne par une large surface cruentée. La surface d'excision sur le crâne devra être insignifiante.

Quand on a enlevé la pièce cartilagineuse, on voit que les deux surfaces de résection cutanée, pourtant inégales, s'appliquent l'une sur l'autre exactement ; on les suture ; les résultats sont très satisfaisants.

SUR L'ENCEPHALITE POST-VACCINALE EN BELGIQUE

Par les Docteurs

F. Van den Branden, Directeur du laboratoire central du Ministère de la Santé publique

et

P. Nélis, Inspecteur d'Hygiène attaché au laboratoire central du Ministère de la Santé publique

(Bruxelles)

Comparativement à la fréquence de l'encéphalite post-vaccinale dans d'autres pays, notamment en Angleterre et en Hollande, cette maladie est rare en Belgique, si nous en jugeons d'après les données de l'Office vaccinogène de l'Etat, à Bruxelles.

Il convient de remarquer que la valeur de ces données est toute relative : l'Office vaccinogène ne doit les renseignements recueillis qu'à la bonne volonté des médecins, à l'exclusion de toute obligation légale.

De juin 1932 au 30 juin 1936, onze cas *suspects d'encéphalite post-vaccinale* ont été signalés à l'Office prémentionné.

Nous rapportons succinctement l'histoire de chaque cas.

Observation I. — Le 8 décembre 1932, M. le Docteur Cresens, médecin vaccinateur de la ville de Diest, procède à la primo-vaccination antivariolique de 47 enfants en âge scolaire, avec le vaccin nº 3.357, préparé à l'Office vaccinogène de l'Etat. Tous les enfants, sauf un, réagissent au vaccin.

L'enfant Br. Georges, âgé de 6 ans et 6 mois, qui avait réagi positivement, présente le 20 décembre, soit douze jours après la vaccination, les symptômes suivants : troubles gastro-intestinaux, légère température vespérale, *somnolence prononcée,* raideur de la nuque, signe de Kernig, mais pas de symptômes de paralysie.

A partir du 26 décembre, ces signes cliniques s'amendent.

Nous voyons l'enfant le 28 décembre et il nous paraît guéri.

Notons que le liquide céphalo-rachidien n'a pas été examiné ; les parents refusant de laisser pratiquer la ponction lombaire.

Le Docteur Cresens nous a affirmé qu'il avait observé, durant ces dernières années, à Diest, deux cas suspects d'encéphalite post-vaccinale chez des enfants de 5 à 6 ans, primo-vaccinés.

M. le Professeur Bruynoghe, R. (1) a observé, en 1923, à Diest, une complication neuro-encéphalitique chez un enfant survenue à la suite de la vaccination, Celui-ci a présenté, quinze jours plus tard, un ensemble de troubles qui ont plus ou moins fait penser à une méningite. Après avoir pratiqué la ponction lombaire, le professeur Bruynoghe a déclaré à la famille que les troubles en question pouvaient constituer une complication de la vaccination antivariolique et, de ce fait, évoluer vers la guérison. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé. Le liquide céphalo-rachidien, hormis une légère lymphocytose, ne présentait rien de spécial et ne contenait pas de bactéries.

Observation II. — En février 1933, le major médecin Lefèvre, de l'hôpital militaire d'Anvers, diagnostique un cas suspect d'encéphalite post-vaccinale, chez un soldat, vacciné le 25 février 1933, par trois scarifications avec le vaccin nº 3.359. Le malade avait déjà subi, une primo-vaccination avec succès, en 1922.

Voici les symptômes cliniques observés : le malade est inconscient, il est couché sur le côté droit, en chien de fusil. La tête est renversée en arrière, les yeux grands ouverts sont révulsés en haut. Le bras gauche est agité de larges mouvements rythmés. Tout le corps est raide sans qu'il y ait cependant une raideur de nuque vraie. Pas de signe de Kernig ; les réflexes tendineux sont exagérés ; les réflexes *cutanés abdominaux sont abolis* ; le réflexe pharyngé existe. Signe de Babinski en flexion. Les réflexes oculaires existent tous ; il y a, à l'œil droit, un léger strabisme divergent. Le malade présente de l'incontinence des urines et des matières fécales ; pas de vomissements.

La température atteint 38°, le pouls 100. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, non hypertendu. L'examen de ce liquide donne les renseignements suivants : albuminose : 2 gr. 50 ‰ ; glycémie : normale ; 5 lymphocytes par millimètre cube ; réactions de Bordet-Wassermann et de Besredka négatives.

L'évolution de la maladie est favorable et rapide ; déjà le 8 mars, on peut parler de guérison clinique complète.

Cette observation présente deux points intéressants : 1° l'apparition d'une encéphalite post-vaccinale chez un adulte revacciné onze ans après une vaccination positive ; 2° la courte durée de l'incubation, trois jours.

La période d'incubation de l'encéphalite post-vaccinale oscille de neuf à douze jours. Exceptionnellement, on a signalé des périodes d'incubation de deux et de cinq jours (1).

Observation III. — En juillet 1933, le Docteur Bremans, de Hoogstraeten, observe un cas d'encéphalite post-vaccinale chez un enfant de deux ans, primo-vacciné avec le vaccin nº 3.357 de l'Office vaccinogène de l'Etat. L'accident est survenu dix jours après la vaccination. Le diagnostic avait été confirmé par M. le Docteur Borremans, neurologue à Anvers. L'enfant meurt dix jours après le début de l'accident post-vaccinal.

Observation IV. — Le 16 août 1934, le Docteur Heymans, d'Anderlecht, est appelé à examiner un enfant de 4 ans, vacciné avec succès pour la première fois à l'Office vaccinogène de l'Etat, le 2 août. L'enfant présente les symptômes suivants : *céphalée,* changement de caractère.

(1) *Revue Médicale de Louvain,* 1930, nº 6.

(1) Netter. — Encéphalite vaccinale. Efficacité des injections de sérum de sujets récemment vaccinés avec succès. Utilité de l'approvisionnement de ce sérum. Dans *Bull. et Mém. Hôp. de Paris,* séance du 11-12-31, p. 1916.

L'examen des poumons, du cœur, des viscères abdominaux ne révèle pas de symptômes cliniques intéressants. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. La température oscille aux environs de 37°5. Le 17 août, l'état de l'enfant est stationnaire ; le 18 août : amnésie, *somnolence*, signe de Babinski, réflexes exagérés.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les indications suivantes : 20 centigr. d'albumine par litre, 5 lymphocytes par millimètre cube du liquide.

Le 19 août, la température atteint 39°5, les réflexes sont abolis, *vomissements*, somnolence prononcée, mains crispées, facies cyanosé.

M. le Docteur Fagnart, pédiatre, appelé en consultation, pose le diagnostic d'encéphalite post-vaccinale.

L'enfant meurt dans la soirée du 19 août.

A notre avis il s'agit d'un cas très suspect d'encéphalite post-vaccinale. En effet, le tableau clinique esquissé par le Docteur Heymans est celui d'un désordre nerveux ayant comme symptômes : les maux de tête, la somnolence, les vomissements, la pyrexie, qui apparaissent habituellement vers le douzième jour après la vaccination antivariolique réussie. Dans l'encéphalite vaccinale, le liquide céphalo-rachidien ne présente pas d'anomalie. Dans quelques cas cependant, on a observé une augmentation de la teneur en chlorures, similaire à celle observée occasionnellement dans l'encéphalite léthargique.

En octobre 1934, le Docteur M. Meunier observe un cas d'encéphalite post-vaccinale chez un nourrisson. Nous reproduisons ci-après, l'observation détaillée que notre confrère a bien voulu nous communiquer.

Observation V. — De R. Gilbert, né le 9 mars 1934. Premier enfant, né à terme, bien constitué. Allaitement au sein. S'est développé admirablement jusqu'en septembre, où il a atteint le poids de 7 kg. 500.

A ce moment, on a voulu commencer un allaitement artificiel qui, mal organisé, a provoqué de l'entérite aiguë. J'ai été appelé à cette occasion : fièvre, vomissements, selles vertes, agitation. J'ai dû mettre l'enfant au babeurre, puis je l'ai ramené prudemment au lait avec un peu de farine. Au début d'octobre, l'enfant était guéri. Il avait été décidé qu'on le laisserait se remettre tout à fait et, sur la demande des parents, qu'on le vaccinerait vers le 10 octobre.

Intervint une grand'mère qui, trouvant l'enfant amaigri par son entérite récente, voulut forcer les doses de lait prescrites. Le 6 octobre, le bébé n'eut pas de selle, ainsi que le dimanche 7 octobre, au matin. A midi et demi, je fus appelé d'urgence parce que, brutalement, venaient de se déclarer des convulsions généralisées. Je fis de suite un lavement évacuant qui ramena d'abord une selle en boules, puis dure, puis plus molle, abondante et très fétide. Les convulsions qui avaient duré une demi-heure, cessèrent dès l'expulsion de cette selle. Il y eut ensuite une fièvre modérée (38° à 39°) et pendant trois jours encore des selles glaireuses, nauséabondes ; puis tout rentra dans l'ordre. On rendit progressivement son régime lacto-farineux avec du potage et du jus de fruits. Le 19, le poids était remonté à 8 kg. 050. A ce moment, l'enfant fit une rhinopharyngite anodine légère qui guérit rapidement.

Le 26 octobre, le bébé, ayant donc 7 mois 1/2, pesant ce jour-là 8 kg. 150, je pratiquai la vaccination, qui avait été différée de quinze jours, à cause des convulsions du 7. Je fis deux petites inoculations sur le bras gauche. Le 2 novembre, donc au huitième jour, l'enfant me fut présenté ; il avait deux pustules d'aspect normal et allait bien, sauf un peu de fièvre oscillant autour de 38° ; il avait continué à bien s'alimenter et son poids était passée à 8 kg. 260, c'est-à-dire qu'il avait encore gagné 110 grammes depuis les inoculations.

La nuit suivante, du 2 au 3 novembre (huitième jour de la vaccination) fut un peu agitée : l'enfant, plus fiévreux, se réveilla plusieurs fois. A 5 heures du matin, le 3 (fin du huitième jour), il fut pris soudain de convulsions généralisées violentes qui, en dépit de la thérapeutique immédiatement mise en œuvre, ne cédèrent pas pendant toute la matinée, en même temps que la fièvre s'élevait progressivement à 39°5 à 8 heures et 40°9 à midi et demi. Cependant, on avait vidé l'intestin de suite par lavement glycériné, fait des grands enveloppements tièdes, puis frais, des bains, instillé deux lavements médicamenteux avec 1 gramme de K Br et 20 ctgr. d'hydrate de chloral. A 7 h. 1/2 du matin, on lui avait injecté dans les muscles des cuisses 20 c. c. de sang paternel (père revacciné sans réaction en 1929). La ponction lombaire à 8 heures du matin donna un liquide clair, non tendu, normal d'aspect et normal à l'examen microscopique et chimique. Nombreuses selles, bonnes d'abord, puis molles (5 dans la matinée). Les convulsions, d'abord généralisées, furent, en fin de matinée, prédominantes à gauche, puis, l'après-midi, à droite ; elles ne cédèrent qu'à 13 heures (ayant donc duré sans arrêt pendant 8 heures) et par une chloroformisation profonde. Dans l'après-midi, l'enfant devint très pâle et tomba dans un profond coma, avec fièvre à 41°5, respiration très irrégulière, saccadée, pouls très rapide (180 à 200), nystagmus. On fit encore de grands pansements généraux, à 30°, alternant avec des bains courts à 20° ; application de glace sur la tête. Tout fut inutile et l'enfant succomba dans un coma très profond et en hyperthermie à 11 heures du soir.

Ce cas foudroyant (18 heures depuis les convulsions initiales jusqu'à la mort), appellerait des commentaires. J'attire l'attention sur la phase d'entérite, qui à peine guérie, fut suivie d'une phase d'intoxication digestive avec convulsions. A mon sens, ce fut chez cet enfant la cause prédisposante qui le sensibilisa à l'explosion de l'encéphalite trois semaines plus tard. Cet enfant était superbe, parfaitement bien constitué. Le vaccin que j'employai pour lui faisait partie d'un envoi qui ne donna aucun mécompte pour d'autres vaccinations. Je garde l'impression que c'est parce que l'enfant a été vacciné trop vite après des convulsions, après une irritation encéphalitique antérieure, qu'il s'est trouvé dans les conditions préparantes à la production d'une encéphalite post-vaccinale. Et, s'il faut en tirer une conclusion pratique, je ne vaccinerai plus aussi rapidement après un épisode morbide encéphalitique.

L'évolution extrêmement rapide du cas n'a pas permis au Docteur Meunier, de pratiquer une ponction lombaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous eût fixé sur l'existence ou l'absence d'une réaction méningée et de bactéries dans le liquide. C'est sans doute pour la même raison (évolution extrêmement rapide du cas) que ce praticien n'a pas observé chez son patient, de symptômes de somnolence et de paralysie, caractéristiques de l'encéphalite vaccinale. Nous ne pourrions pas affirmer avec certitude qu'il s'agit bien d'un cas d'encéphalite post-vaccinale.

Observation VI. — Dans le courant du mois de mars 1935, M. le Docteur J. Dagnelie, de Bruxelles, signale un cas d'encéphalite vaccinale *typique, d'après ce praticien*, apparue après la vaccination au moyen du vaccinifère 3.385.

Nous ne possédons pas d'autres renseignements sur ce cas.

Observation VII. — En juillet 1935, M. le Docteur Bremans, de Hoogstraeten, signale un cas d'encéphaltie post-vaccinale, à évolution mortelle, chez un enfant âgé de 3 ans, primo-vacciné. La maladie s'est déclarée dix jours après la vaccination. Le diagnostic a été confirmé par M. le Docteur Borremans, neurologue à Anvers.

Observation VIII. — Observation de M. le Docteur Van de Kerckhof, à Diest.

A Caggevinnelez-Diest, une fillette de 5 ans, en bonne santé et de forte constitution, vaccinée au début de juin 1936, présente douze jours après l'opération, des symptômes d'encéphalite. La maladie évolue vers la mort.

L'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas révélé l'existence d'une lymphocytose anormale, ni la présence de bacilles de Koch.

Observation IX. — Observation de M. le Docteur Van de Kerckhot, à Diest. Dans la même localité, une enfant de 4 ans présente, au mois de juin 1936, 12 jours après la vaccination, les symptômes suivants : fièvre élevée atteignant 41°, accompagnée de vomissements, ensuite mouvements convulsifs, strabisme, mydriase, aphasie complète, émission involontaire d'urine. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Sur notre conseil, le médecin fait à l'enfant des injections de sang total de la mère, vaccinée avec succès dans son enfance. Les injections, au nombre de cinq, chacune de 20 c. c., ont été pratiquées en cinq jours consécutifs. L'enfant guérit.

Observation X et XI. — M. le Docteur A. Robrechts, de Oolen, signale, en juillet 1936, deux cas d'encéphalite vaccinale, chez deux enfants primo-vaccinés. L'accident apparaît douze jours après la vaccination. Nous ne possédons pas de renseignements sur l'évolution de la maladie.

Influence saisonnière

D'après la Commission de l'encéphalite des Pays-Bas (1), la saison paraît avoir une influence sur l'éclosion de l'encéphalite vaccinale. En représentant par 100 les chances d'être atteint de la maladie en février, on trouve, pour mai, un chiffre correspondant à 15 seulement. Les onze cas signalés à l'Office vaccinogène de l'Etat et rapportés au début de cette étude, se sont produits : un en février, un en mars, deux en juin, quatre en juillet, un en août, un en octobre, un en décembre. Les cas signalés à l'Office vaccinogène sont donc survenus dans les quatre saisons, principalement en juillet toutefois.

Nous nous empressons de dire que nous ne tirons aucune déduction de ce qui précède ; nos observations étant évidemment beaucoup trop peu nombreuses pour nous permettre de nous faire une opinion sur l'influence saisonnière.

Influence de l'age

Les onze cas signalés à l'Office vaccinogène et rapportés ci-dessus, se répartissent comme suit du point de vue de l'âge des patients :

un cas chez un nourrisson ;

six cas chez des enfants de 2 à 7 ans ;

deux cas chez des enfants, sans indication d'âge ;

un cas sans aucune indication d'âge ;

un cas chez un adulte.

sans rien en conclure, bornons-nous à constater que de onze cas, certainement neuf sont survenus chez des enfants .

Etiologie de l'encéphalite vaccinale

H. Aldershof (2) attribue la cause de l'encéphalite post-vaccinale à la présence du Monilia dans le névraxe post-encéphalitique. Les Monilia sont des blastopores, qui abondent dans la nature où ils vivent en saprophytes. D'après E. Brumpt (1), certains Monilia peuvent devenir pathogènes pour l'homme ; beaucoup d'espèces signalées chez l'homme sont certainement des locataires inertes de l'organisme, qui traversent le corps humain sans s'y développer.

C. Kling, E. Wassen et J. Fraahraens ont ensemencé de la substance cérébrale recueillie à l'autopsie sur les milieux de culture ordinaires.

Aucune bactérie ne s'est développée, ni en aérobiose, ni en anaérobiose.

Ils ont également obtenu un résultat négatif sur les milieux solides et liquides recommandés par Aldershof pour déceler la présence de Monilia dans le cerveau.

Les mêmes auteurs ont eu l'occasion d'essayer le milieu de N.N.N. en y ensemençant la substance cérébrale provenant d'un cas d'encéphalite post-vaccinale. La culture est restée stérile.

D'autre part, C. Kling et ses collaborateurs (2, 3, 4, 5), signalent avoir mis en évidence dans la substance cérébrale, dans cinq cas d'encéphalite post-vaccinale, des corpuscules ronds et ovoïdes considérés par eux comme étant des protozoaires et ils ont envisagé leur rapport avec les modifications du névraxe.

A. Eckstein (6) et ses collaborateurs ont pu retrouver le virus vaccinal dans le sang, du sixième au huitième jour après la vaccination. Dans le liquide céphalo-rachidien, le virus n'a été décelé que dans un cas d'encéphalite vacci-

(1) Rapport d'ensemble de la Commission de l'encéphalite des Pays-Bas. Publié par le président du Conseil d'hygiène.

(2) H. Aldershof. — Recherches sur la cause de l'encéphalite post-vaccinale et la poliomyélite aiguë. *Bull. Acad. Méd.*, t. CIII, n° 20.

(1) E. Brumpt. — Précis de Parasitologie.

(2) C. Kling. — Undersökninger över den s. k. postvaccinala encephalitens orsak. *Svenska Lakaresällsk. Förhandl.*, 2/7, 1929.

(3) C. Kling, N. Lönberg et E. Wassen. — Sur l'encéphalite post-vaccinale en Suède. *Bull. Mensuel de l'Off. Int. Hyg. Publique*, t. XXI, année 1929, fasc. n° 12.

(4) C. Kling. — Expériences récentes faites en Suède sur l'encéphalite post-vaccinale. *Ibidem.*, t. XXIV, année 1932, fasc. n° 1.

(5) C. Kling, E. Wassen et J. Fraahraens. — Observations faites au cours des essais pour reproduire l'encéphalite post-vaccinale chez le singe. Communication à l'Administration médicale suédoise, le 18 décembre 1931.

(6) A. Eckstein, H. Herzberg. — *Deutsch. Med. Woch.*, t. LVI, n° 7, 14-2-30.

nale. Les auteurs opposent son absence normale dans le liquide céphalo-rachidien à sa présence dans le sang et ils insistent sur cette différence.

Ces faits leur paraissent confirmer l'hypothèse d'une infection générale normalement déterminée par la vaccination et susceptible parfois de gagner les espaces sous-arachnoïdiens en déterminant l'encéphalite post-vaccinale.

Rosenow accorde un rôle important au streptocoque viridans dans l'étiologie de l'encéphalite vaccinale. Par contre, E. B. Mc. Kinley (1) oppose à cette théorie des expériences qui prouvent que le streptocoque isolé des sujets sains provoque les mêmes phénomènes encéphalitiques que le streptocoque viridans. Le streptocoque viridans serait donc un germe banal qui ne joue pas dans l'encéphalite le rôle que Rosenow lui attribue.

La Commission de l'Encéphalite des Pays-Bas (2) a fait des recherches en vue de découvrir un ultra-virus dans la substance cérébrale et le liquide céphalo-rachidien. Elle a examiné, à cette fin, 11 cerveaux et 25 liquides lombaires provenant de malades. Le seul ultra-virus trouvé a été le virus vaccinal.

Glauzmann croit à la production de phénomènes anaphylactiques locaux au niveau du système nerveux central, alors que Levaditi, Schmutz et Willemin (3) invoquent l'activation du virus encéphalitique sous l'influence de la vaccination.

Netter attribue l'origine de l'encéphalite vaccinale à la façon de préparer la vaccine. Il déconseille, pour éviter la maladie, l'emploi de souches passées fréquemment sur lapin.

Clearkin, P. A. et Skan, D. A. (4) proposent le passage du virus de la vaccine chez le veau. Ces passages provoqueraient une diminution de son activité sans nuire à ses qualités immunisantes.

Nous voilà donc en présence d'une série de théories concernant l'étiologie de la maladie. L'avenir nous fixera sur la valeur de chacune. Mais la conclusion est que le problème de l'étiologie de l'encéphalite reste posé dans son ensemble.

Nature des lésions du névraxe

La Commission de l'Encéphalite des Pays-Bas a effectué des recherches sur la nature des lésions du névraxe (5).

Elle a pu faire l'examen histologique de treize cerveaux de personnes mortes d'encéphalite. « Deux sortes d'altérations ont été trouvées dans les parois des vaisseaux et autour de celles-ci, soit des manchons plus ou moins larges composés de cellules de microglie avec quelques cellules de macroglie autour des capillaires et dans les parois mêmes, soit des produits de réaction d'origine mésenchymale. Des hémorragies microscopiques ont été constatées de temps en temps. Le parenchyme nerveux présente de la démyélinisation et quelquefois de la neuronophagie. Beaucoup de cylindres-axes de petite dimension disparaissent, tandis que les grands persistent. Les changements histologiques se rencontrent surtout dans la substance blanche, quoique d'autres parties du cerveau, du cervelet et de la moelle puissent être atteintes. Pour ce qui est de la nature du processus, il faut attirer surtout l'attention sur la démyélinisation, ensuite sur l'infiltration cellulaire, suivie parfois de nécrose. Les changements histologiques constatés, ressemblent par plus d'un côté à ceux qui surviennent dans l'encéphalite consécutive à la rougeole, à la varicelle et autres maladies infectieuses et surtout, à ceux que l'on rencontre dans l'encéphalite disséminée ».

G. Kling et collaborateurs (6) ont étudié le caractère général des altérations histologiques du névraxe dans cinq cas d'encéphalite vaccinale et donnent le détail de leurs observations dans le tableau suivant.

Année	*Cas de maladie*	*Age*	*Période d'incubation*	*Durée de la maladie*	*Lésions microscopiques du névraxe*
1929	Berg	6 ans	12 jours	1 jour	Leptoméningite plus ou moins prononcée dans toutes les parties de l'encéphale, accentuées dans l'isthme, lésions péri-vasculaires (démyélinisation, infiltration adventitielles, manchons extra adventitiels, constitués par des cellules micro et macrogliques). Ça et là, nécroses plus ou moins étendues.
1929	Ahlgren	7 ans	13 jours	4 jours	Lésions analogues à celles du cas précédent.
1930	Forseth	7 ans	13 jours	7 jours	Lésions insignifiantes dans le cerveau antérieur ; par contre, très prononcées dans la tige encéphalique.
1930	Moeller	5 ans	14 jours	3 jours 1/2	Lésions analogues à celles des cas Berg et Ahlgren.
1931	Hoeglund	6 ans	12 jours	4 jours	Cerveau antérieur presque indemne, tige encéphalique surtout protubérance et moelle très affectées.

(1) Earl B. Mc. Kinley. — *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, t. XXVII, février 1930, p. 436.
(2) *Loco citato.*
(3) Levaditi, Schmutz et Willemin. — *Bull. Ac., Méd. Paris*, déc. 1930.
(4) Clearkin, P. A. et Skan, D. A. — *Brit. Journ. Exp. Path.*, t. XII, p. 322.
(5) *Loco citato.*
(6) *Loco citato.*

Prévention de l'encéphalite post-vaccinale

Comme nous l'avons dit précédemment, Glauzmann a supposé que l'étiologie de la maladie serait due à la production de phénomènes anaphylactiques au niveau du système nerveux central, alors que Levaditi et ses collaborateurs incriminent l'activation du virus encéphalitique sous l'influence de la vaccination.

La conséquence pratique de ces discussions devrait tendre à pratiquer une inoculation unique et peu étendue de vaccin et à ne pas multiplier les revaccinations.

Et c'est ainsi que beaucoup de médecins se bornent à faire une scarification peu étendue, afin d'éviter l'accident d'encéphalite vaccinale. Cette pratique donne assez souvent des résultats négatifs et peut être ne procure-t-elle pas au vacciné une immunité suffisamment solide.

Perantani (1) a recherché le nombre de succès après revaccination antivariolique, suivant le nombre de cicatrices vaccinales laissées par la primo-vaccination.

Sur 3.155 enfants âgés de 8 ans, soumis à la revaccination, 49,6 % ont réagi dans les proportions suivantes :

porteurs de trois cicatrices : 40 % ;
porteurs de deux cicatrices : 47,8 % ;
porteurs d'une cicatrice : 58,5 %.

A la suite de ses observations, Perantani attire l'attention sur le danger de réduire la vaccination antivariolique à une seule scarification.

Il ne paraît pas démontré d'une façon absolue qu'une seule scarification peu étendue écarte le danger d'éclosion de l'encéphalite vaccinale ; d'autre part, cette pratique a des inconvénients sérieux, notamment la non-réussite de la vaccination et la production d'une immunité insuffisamment solide.

Traitement de l'encéphalite vaccinale

Hekman (2) conseille d'administrer à l'enfant malade des injections intraveineuses de sérum provenant de personnes qui ont subi une vaccination antivariolique réussie, peu de temps auparavant. Si les parents du malade se trouvent dans ce cas, et, tout particulièrement, s'ils ont été vaccinés, avec succès, en même temps que leur enfant et avec le même vaccin, c'est évidemment leur sérum qu'il convient d'employer de préférence à tout autre. Cet auteur a ainsi obtenu 14 guérisons sur 16 cas traités et il conclut e ses résultats, que la maladie est due uniquement à la vaccine et non à des parasites décrits par plusieurs chercheurs.

(1) PERANTANI. — *Hygiene Moderne*, fév. 1934, t. XXVII, p. 57.

(2) HEKMAN (D.). — Die Serum-Behandlung der Encephalitis post-vaccinalis. *Med. Welt*, 4 ; 247-249. feb. 22, 1930.

Netter (1) rapporte également des observations d'encéphalite vaccinale traitée avec bon résultat par les injections intraveineuses de sérum de sujets ayant subi récemment la vaccination antivariolique réussie. D'après lui, ces résultats heureux sont dus à la présence dans le sang, d'antivirus dont l'existence est précoce.

Ledingham, Morgan et Pelrie (2) ont immunisé un cheval contre le virus de la vaccine pour obtenir un sérum capable de combattre l'encéphalite post-vaccinale. Le sérum obtenu par injection de virus vaccinal s'est montré doué de propriétés virulicides.

***

En résumé, de décembre 1932 à fin juin 1936, soit en l'espace de 43 mois, il a été signalé à l'Office vaccinogène de l'Etat, onze cas seulement *suspects* d'encéphalite vaccinale.

Ce nombre est très minime en regard du nombre des vaccinations et revaccinations effectuées chaque année dans notre pays. Il est intéressant de savoir que de 1932 à fin juin 1936, l'Office vaccinogène de l'Etat a délivré les quantités suivantes de *vaccin antivariolique :*

en 1932, 388.472 doses,
en 1933, 312.445 doses,
en 1934, 344.727 doses,
en 1935, 385.156 doses,
en 1936, 222.022 doses, pour les six premiers mois.

La proportion de cas déclarés comparés au nombre de doses délivrées pendant la période prémentionnée n'est, en chiffres ronds, que d'un cas pour 150.000 vaccinations.

D'après certaines sources de renseignements, on compterait en Angleterre et en Hollande environ un cas pour 5.000 vaccinations. Au Congo belge, on n'a jamais observé un seul cas d'encéphalite vaccinale, bien qu'on pratique, certaines années, un demi-million de vaccinations et de revaccinations.

***

Bref, on n'est pas encore fixé définitivement sur l'étiologie de la maladie. Diverses théories s'affrontent. L'avenir nous fixera sur la valeur de chacune.

La nature des lésions du névraxe a été établie.

Quant au traitement, il est recommandé d'essayer soit l'injection intraveineuse de sérum provenant de personnes ayant subi récemment une

(1) NETTER. — (A.), *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 11 déc. 1931.

(2) LEDINGHAM, MORGAN et PELRIE. — *British Journal of Experimental Pathology*, t. XII, p. 357.

vaccination antivariolique réussie, soit l'injection de sérum de cheval immunisé.

***

Nous avons tenu à signaler ces quelques cas suspects d'encéphalite vaccinale, observés en Belgique, de fin 1932 à fin juin 1936. Mais, nous insistons sur ceci : ils ne peuvent aucunement déterminer le médecin à suspendre son action préventive dans la variole par la vaccination des enfants. *Cette vaccination doit être effectuée de préférence entre 6 mois et un an, parce qu'à cet âge, les cas d'encéphalite sont rares.*

Pour expliquer les différences géographiques, manifestes, de la fréquence de l'encéphalite post-vaccinale, il ne paraît pas nécessaire d'invoquer d'autres causes que l'âge auquel on applique la vaccination dans ces divers pays.

En France, en Italie et en Yougoslavie, la primo-vaccination est pratiquée dès la première enfance.

En Pologne et en Roumanie, on vaccine les enfants avant l'âge d'un an et on les revaccine à l'âge d'école.

Dans ces divers pays, aucun cas n'a été signalé en 1928 et 1929.

En Hollande, 16.000 vaccinations pratiquées en-dessous de un an, n'ont entraîné aucun cas d'encéphalite post-vaccinale. Par contre, un cas s'est produit sur 3.487 enfants vaccinés entre 1 et 2 ans et un cas sur 815 vaccinés âgés de 6 à 11 ans.

En Angleterre et notamment à Bristol, ville de 400.000 habitants, on fit, à la suite de l'apparition de la variole à la fin octobre 1927, une active campagne de vaccination et de revaccination. On vaccina en quatre semaines, 9.000 écoliers et en vingt jours, on constata sept cas de maladie nerveuse post-vaccinale.

***

Pour finir, nous insistons sur le fait que la meilleure arme contre l'encéphalite post-vaccinale est la vaccination pratiquée dans le tout jeune âge.

(Annexe au mémoire précédent)

Note sur la vaccination antivariolique au Congo belge

La vaccination antivariolique est pratiquée sur une grande échelle au Congo Belge, où la variole est très répandue parmi la population indigène.

Certaines années, on effectue un demi-million de vaccinations et revaccinations (1). On procède habituellement en pratiquant trois larges scarifications.

Voici, à ce sujet, deux tableaux suggestifs :

1° Le premier comporte les cas de variole diagnostiqués par le service médical de 1929 à 1934 ;

2° Le second comprend les nombres de vaccinations et revaccinations effectuées de 1928 à 1934.

TABLEAU I

1929	1.337 cas	27 décès
1930	1.496 cas	10 décès
1931	966 cas	2 décès
1932	1.891 cas	7 décès
1933	3.088 cas	8 décès
1934	3.253 cas	108 décès

(1) Extrait des rapports sur l'hygiène publique au Congo Belge.

TABLEAU II

	Premières vaccinations	% positifs	Revaccinations
1929	462.104	48,1	186.125
1930	349.372	76,2	75.033
1931	230.944	67,4	111.439
1932	250.236	62,5	154.121
1933	283.686	73,0	120.418
1934	245.169	67,8	132.117

Le nombre de cas de variole relevés ne présente pas la totalité des cas survenus ; car beaucoup d'indigènes échappent encore au contrôle médical.

La plupart des cas diagnostiqués étaient de la « Variola minor », ce qui explique la faible mortalité.

***

Il est très intéressant de constater que, *malgré la fréquence de la variole parmi les indigènes* de tout âge *et le nombre élevé de vaccinations* et de revaccinations effectuées, *il n'a jamais été signalé, jusqu'à présent, de cas d'encéphalite post-vaccinale au Congo Belge.*

Fr. V. d. B. et P. N.

LA CORTICO-SURRÉNALE ET SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

par le Dr Bayard

II

Nous avons dit dans un précédent article (no 42 du 18 octobre), *le prodigieux développement qu'avait pris la cortico-surrénale, trop ignorée hier encore des médecins praticiens.*

Après avoir passé en revue les recherches expérimentales qui ont abouti à la découverte de ses hormones, nous avons successivement étudié le rôle de l'adrénaline et de la cortine, et montré son action dans la maladie d'Addison.

Action dans les psychasthénies et chez les déprimés anxieux. — L'action de la cortico-surrénale dans les psychasthénies est tout à fait remarquable, nous oserions presque dire qu'elle est aussi indispensable, aussi élective que la quinine aux paludéens. Mais ses effets sont beaucoup plus complets, et très notablement augmentés avec la glande totale, qu'avec la surrénale seule, ou avec l'adrénaline.

Dupré. Laignel-Lavastine a signalé que dans la mélancolie anxieuse chez les déprimés et les angoissés, il y a toujours un trouble endocrinien portant particulièrement sur la cortico-surrénale et sur l'hypophyse, créant des perturbations dans le domaine du sympathique.

L'émotivité produit une décharge d'hormones. C'est un fait démontré pour la sécrétion de l'adrénaline.

Le choc émotif bien qu'il n'entraîne pas d'accidents-immédiats a une répercussion profonde sur les endocrines, et sur le système neuro-végétatif : il amène tantôt une rougeur, tantôt une pâleur du visage et de l'instabilité vaso-motrice, mains froides et moites, peau chaude et brûlante, ou bien glacée avec frissons ; chez la femme on observe souvent une rougeur vive du visage, des bouffées de chaleur. Il se produit une décharge hormonale considérable portant surtout sur le pancréas, la surrénale et l'ovaire, d'autant plus grande qu'il y a eu plus d'émotions, plus de chagrins, plus d'ébranlements, plus de chocs incessants, même minimes.

Les deux fonctions pancréas et surrénales, bien que similaires et sécrétant une hormone identique sont antagonistes. Hasard a démontré avec Zung et La Barre que « toute sécrétion exagérée » d'insuline produisant une chute de la glycémie, entraîne une hypersécrétion d'adrénaline qui tend à relever la glycémie et inversement » d'où balancement et équilibre physiologique.

Il en est de même de la fonction ovarienne. Chez les névropathes, les neurasthéniques, les déprimés anxieux, on observe fréquemment des manifestations d'insuffisance cortico-surrénale, en rapport avec d'autres insuffisances endocriniennes, comme la thyroïde et l'ovaire « et on « peut considérer comme acquis que l'hormone « corticale a une action sur l'ovaire étant donné « que les femmes normales a qui on a injecté l'hor- « mone corticale, ont constaté une diminution « de la période intermenstruelle » (Hartmann, Brownell et Lockwood.)

Les troubles psychiques de la ménopause et de la période pré-menstruelle sont bien connus. Dans la ménopause particulièrement les troubles sont complexes. On remarque une rétention, azotée avec tendance à l'embonpoint, une augmentation de la glycémie, une hypocalcémie, diverses perturbations du système endocrinien, éblouissements, vertiges, frilosité, maux de tête, troubles vaso-moteurs, bourdonnements d'oreille, bouffées de chaleur, transpiration, hyperthermie, troubles de la régulation thermique. Les troubles psychiques sont aussi variés : ce sont des états dépressifs, une émotivité excessive, une irritabilité nerveuse avec agitation, de l'anxiété, des envies de pleurer, des obsessions, du délire, des troubles cardiaques, palpitations, tachycardie, extra-systoles, bradycardie, instabilité du pouls et de la tension artérielle, des spasmes, une respiration angoissée, entrecoupée de pauses, accélérée, de l'acrocyanose, etc. Ces accidents se produisent aussi dans les périodes menstruelles. Ils sont périodiques, amènent une fatigue extrême, un véritable anéantissement, une psychasthénie plus ou moins durable, une élévation fréquente de température dix ou douze jours avant les règles. Grâce à l'opothérapie ovaro-thyroïdienne l'anorexie mentale, les troubles du caractère, la sensation de froid, les psychonévroses sont déjà modifiées et améliorées.

Mais le traitement serait incomplet si l'on n'ajoutait pas la cortico-surrénale, qui amène la disparition quasi-immédiate de l'asthénie, de la faiblesse du myocarde, de la tendance au collapsus et de la fatigabilité musculaire. Ce sont des résultats constants et de haute valeur.

Il y a évidemment un équilibre opothérapique à trouver, sans craindre les hautes doses. Et il n'y a aucun inconvénient à donner 0 gr.50 1 gr. et même jusqu'à 1 gr. 50 par jour.

Nous tenons aussi à faire remarquer qu'il n'y a aucune importance à traiter un sujet hypertendu avec la cortico-surrénale lorsqu'il y a chez lui modification du tonus sympathique par déséquilibre du fonctionnement endocrinien (asthénie, aboulie, anxiété, angoisse).

Bien plus; chez des femmes hypertendues avec 18 et 20 au Laubry-Vaquez, nous n'avons pas observé d'augmentation permanente de la tension avec les injections de cortico-surrénale de Choay correspondant à 0,20 cent. d'extrait.

Léopold Lévi l'a utilisée comme régulatrice des troubles d'insuffisance ovarienne, et Pende l'a employée avec succès contre l'hypertension rénale et artérielle !

L'adrénaline, hypotensive à dose faible, a été utilisée par le même auteur contre l'hypertension de la néphrite et de l'artério-sclérose. Ces conceptions peuvent quelque peu troubler les idées classiques.

Du reste, nous l'avons dit, la quantité d'adrénaline sécrétée ou absorbée est toujours compensée par une augmentation de la sécrétion insuline, qui favorise l'équilibre glandulaire; en outre en donnant de l'adrénaline à un sujet, même à doses élevées, on n'augmente ni sa réserve adrénalinique, ni sa tension d'une façon permanente, parce qu'elle est en relations avec l'hypophyse, avec le pancréas, avec les autres hormones et que d'autres mécanismes physiologiques entrent en jeu.

Action au cours de la grossesse. — Brouha et Collin ont observé que pendant la gestation il y avait une susceptibilité particulière aux affections microbiennes et qu'il se produisait une excitation des endocrines et une activité dans la secrétion des hormones conférant une résistance plus grande aux maladies infectieuses.

L'hypophyse, la thyroïde, le pancréas, et surtout la cortico-surrénale subissent une hyperplasie et une hypertrophie considérable (Guiesse, Pélissier, Minervini, Ciacco, Watrin) pour augmenter la fonction antitoxique et anti-infectieuse par formation d'anticorps, pour protéger en quelque sorte la femme, la désensibiliser contre les affections microbiennes, et particulièrement le streptocoque. Néri a observé que le taux de l'adrénaline augmentait à mesure que la grossesse évoluait, et jusqu'à deux fois plus qu'à l'état normal ; il en est de même probablement de la cortine et des sécrétions hormonales.

Action sur l'asthme. — L'asthme est encore une affection complexe qui comporte trop d'inconnues pour que nous puissions échafauder une théorie pathogénique bien que nous ayons eu l'occasion d'en observer de nombreux cas. Si nous la considérons avant tout comme une névrose des voies respiratoires, comme un broncho-spasme justiciable d'un traitement antispasmodique, nous insistons tout particulièrement sur l'adrénaline, tant en piqûres, que *per os*, et dans la plus grande majorité des cas, nous obtenons des résultats plus durables encore avec la cortico-surrénale à doses progressives, à cause du syndrome hypo-cortico-surrénal qu'a décrit Sainton et qui est fréquent dans l'asthme larvé et dans les petites manifestations asthmatiformes avec hypotension.

De fait Joltrain au Congrès de l'asthme (juin 1932) insiste tout particulièrement sur l'emploi de l'adrénaline associée ou non à l'hypophyse qu'il considère comme le médicament le plus efficace contre la crise.

Action sur les spasmes. — De même qu'il y a toujours dans l'asthme un déséquilibre neurovégétatif et endocrinien, de même dans les spasmes avec irradiations au plexus solaire et au plexus sympathique abdominal, au pharynx, à l'œsophage, au cœur, avec quelquefois une impression de mort prochaine. Or le mal n'est pas à l'estomac, au poumon, ni au cœur !

« Ce sont les troubles endocriniens, associés « aux perturbations dans le domaine du grand « sympathique qui créent ce déséquilibre vital « profond » (Laignel-Lavastine) touchant tantôt l'appareil circulatoire, tantôt l'appareil pulmonaire ou digestif. Et c'est de ce côté que nous devons porter et notre diagnostic et notre thérapeutique.

Et combien de gastropathes, de dyspeptiques, d'estomacs fragiles, sans lésions organiques, traités sans succès par régimes et médicaments variés, ont un point de départ neuro-végétatif qui obéit parfaitement à l'association de la malonylurée, aux extraits glandulaires qui élevant le taux de la glycémie, rétablissent l'équilibre hormonal. Signalons encore que les migraineux sont souvent sujets aux spasmes par anémie transitoire, ou mieux vaso-constriction dans un territoire cérébral, et qu'ils sont justiciables et de l'adrénaline et de la cortico-surrénale. Il en est de même des vertiges si fréquents dans l'insuffisance surrénale avec ou sans hypotension et qui rentrent aussi dans le syndrome hypo-cortico-surrénal.

Action chez l'enfant. — La surveillance de l'enfant, de son équilibre neuro-psychique et de ses fonctions glandulaires doit être établie dès la puberté et même à l'âge de 8 ou 10 ans.

Combien de fois en clinique rencontre-t-on des enfants, des adolescents avec une pâleur bistrée, des yeux cernés, une apathie, une nonchalance que l'on considère comme de la paresse, ou comme des troubles de croissance, si bien étudiés par Gilbert-Robin.

Ce sont des perturbés endocriniens purs avec prédominance hypo-surrénale.

Mais fréquemment ces symptômes sont aussi

neuro-endocriniens ou endocrino-sympathiques et l'on observe chez eux émotivité, avec dépression morale et physique, psychasthénie, hypotension avec tendance syncopale, température audessous de la normale (1) souvent fonction d'une insuffisance polyglandulaire, surrénale pure ou associée. Chez ces enfants une thérapeutique idoine longtemps poursuivie donne des résultats merveilleux et transforme ces jeunes sujets, aussi bien dans leur santé générale que dans leur morphologie et dans leur caractère.

On a encore préconisé l'emploi de la corticosurrénale chez les insuffisants glandulaires génitaux et chez les schizophrènes ; Friemann et Hoskins ont diminué leur fatigabilité en augmentant la pression artérielle.

Conclusion

« Il n'y a de progrès en clinique que là où « l'on a trouvé le moyen soit de mieux connaî« tre les maladies, soit de les mieux combattre », écrivait F. Widal. Or, depuis quelques années l'étude des endocrines et de leurs hormones s'est prodigieusement développée, et a bouleversé nos conceptions pathologiques et pathogéniques, en même temps que notre thérapeutique parce que la pharmacologie s'est enrichie de corps nouveaux, organiques, d'une activité puissante. Il y a trente ou trente-cinq ans, nous ne connaissions guère « de l'endocrinologie que les maladies de « Basedow et d'Addison, et tout un amas de « symptômes isolés rapportés par pure hypothèse « à quelque dysfonctionnement endocrinien dont « il était difficile de préciser le mécanisme et la « nature (Gumon).

Nous étions encore aux travaux lointains de Claude Bernard (1855), d'Addison et de Brown-Séquard les pères de l'endocrinologie. C'était l'époque empirique et clinique, qui s'est poursuivie par la méthode expérimentale et analytique avant d'atteindre la méthode bio-chimique moderne, qui ne se contente plus de nébuleuses théories, mais se base sur des faits nets, précis et scientifiques, sapant les théories les mieux établies, lorsque la clinique est en opposition avec elles.

L'endocrinologie est un des chapitres les plus passionnants de la médecine moderne : elle nous fait saisir un grand nombre de faits biologiques, qui sont à la base du développement de l'individu, de sa croissance, de ses fonctions sexuelles, organiques, voire même de son psychisme et de son caractère.

Elle explique sa morphologie, son tempérament, elle individualise le sujet, en dissociant les agités, les coléreux, les excités, les anxieux, les insomniaques, les fatigués, les asthéniques, les émotifs, les timides, les frileux, les abouliques, les tachycardiques, les fiévreux, les ralentis, les instables, etc., etc., tous symptômes, toutes manifestations dues à un dysfonctionnement neuro-endocrinien. Elle nous fait penser « endocrinologiquement et sympathologiquement ». Elle nous permet d'agir avec une thérapeutique bien conduite, car tous ces sujets obéissent à l'opothérapie d'une façon souvent inespérée.

L'influence des hormones s'est tellement développée qu'elle embrasse toute la pathologie et qu'elle en déborde le cadre puisqu'elle s'adresse à tous ces cas que nous venons de citer et qui ne sont pas des maladies à proprement parler.

Cependant, ces hormones, dont beaucoup n'ont pu encore être isolées à l'état pur, nous réservent encore bien des surprises. Et pourtant nous connaissons déjà la thyroxine, la parathyrine extraite des parathyroïdes (dont la suppression ou l'*hypofonction entraîne la tétanie*, les spasmes, tandis que leur hypertrophie ou leur hyperfonctionnement conditionne l'ostéose de Recklinghausen), la folliculine, la lutéine avec le prolan, la vagotonine, les gonado-*stimulines, l'hormone* de croissance de l'hypophyse antérieure qui permet de faire grandir les nains ! (Engelbach, Schæffer et Brosius).

Le carotène qui est la base de la vitamine A, et dont l'ingestion peut parer à l'insuffisance surrénale commence à être connu et employé en France. Il est trois fois plus riche que dans l'ovaire, se transforme en vitamine, et est mis en réserve dans le foie. Le glutathion qui joue un rôle si considérable dans le métabolisme du soufre avec la cystéine (Loeper).

Enfin la cortine dont nous avons montré le rôle considérable dépasse de plus en plus le cadre de la physiologie expérimentale. Elle est entrée dans la thérapeutique courante, et quand nous connaîtrons mieux l'interdépendance de nos endocrines, en fonction de leurs sécrétions glandulaires antagonistes on de compensation, quand nos acquisitions biologiques et expérimentales seront encore plus étendues, nous pourrons préciser certains mécanismes, certaines réactions encore obscures, qui prendront une place de plus en plus grande en pathologie.

Tant il est vrai que dans cette science nouvelle qu'est l'endocrinologie nos connaissances sont encore bien modestes, bien imparfaites, et ce qui nous paraît vérité aujourd'hui, sera peut-être erreur demain... Nous sommes dans une forêt vierge, où nous avançons incontestablement, parce que nous percevons de temps à autre une faible lueur, un petit bout d'horizon. Il n'est pas de plus saine joie pour les chercheurs,

---

(1) L'enfant fait facilement de la température parce qu'il a une mise en défense puissante contre l'infection ; son centre thermo-régulateur et ses sécrétions endocriniennes sont encore insuffisamment développés dans l'insuffisance surrénale et dans le myxœdème, d'où hypothermie.

LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Une grossesse extra-utérine arrivée par exception à terme est rarement reconnue, tant que le fœtus est encore vivant

D'après les travaux du Professeur P. Bégouin (1) et ceux de M. Maurice Payet (2)

L'évolution habituelle d'une grossesse extra-utérine

Dans la grossesse extra-utérine, l'œuf, situé hors de l'utérus, ne se trouve pas dans des conditions favorables à son développement. Situé habituellement dans la trompe, quelquefois dans l'ovaire, il est placé dans un organe, de dimensions insuffisantes, aux parois trop minces, pour résister aux villosités choriales, qui, en rompant les vaisseaux, déterminent un décollement de l'œuf et une hémorragie, pour aboutir à un avortement ou à une rupture. Ces accidents, à peu près d'égale fréquence, surviennent presque toujours dans les trois premiers mois.

L'avortement, en cas de décollement dans une trompe résistante, aboutit à la formation d'un hémato-salpinx. Au niveau de l'utérus, c'est l'avortement tubo-utérin : le sang s'écoule par le vagin et le plus souvent, il est pris pour une fausse-couche. Au niveau du pavillon de la trompe : c'est l'avortement tubo-abdominal ; le sang, s'échappe dans le péritoine, d'où une hématocèle rétro-utérine, ou bien une inondation péritonéale.

La *rupture* donne naissance, elle aussi, soit à une hématocèle soit à une inondation péritonéale. Quelquefois, malgré son décollement, l'œuf, ne meurt pas et la grossesse continue. Très rarement, c'est dans la trompe même que l'évolution se poursuit. Presque toujours, l'œuf est tombé dans l'abdomen, et sous forme abdominale la grossesse continue à se développer: la paroi du sac fœtal se trouve alors constituée par l'intestin, l'épiploon, le ligament large et les parois pelvi-abdominales.

La période réellement critique de la grossesse extra-utérine s'étend ainsi jusqu'au troisième mois, parfois au cinquième mois. Une fois ce cap franchi , il en existe certaines variétés, qui peuvent atteindre le terme. Ce sont avant tout les grossesses ampullaires tubo-abdominales et péritonéales, c'est-à-dire celles qui se développent à l'orifice des *trompes ou sur le péritoine.*

Lorsque la grossesse parvient à terme, on assiste au déclenchement d'un faux travail, par une série de contractions douloureuses, rappelant celles de l'accouchement normal.

Le fœtus ne pouvant être expulsé présente souvent des mouvements convulsifs et meurt.

Dans les semaines suivantes, on assiste à la régression des signes sympathiques de grossesse et à une montée laiteuse.

Cette régression se traduit objectivement par la *réduction du volume du fœtus,* le plus souvent par macération, puis momification.

Le retour de couches se sera produit dans les délais normaux. Mais pratiquement, le fait le plus important consistera dans les modifications portant sur la circulation placento-maternelle qui se réduit considérablement. Aussi, une intervention retardée jusqu'à ce moment présenterait-elle des risques d'hémorragies infiniment moins importants.

Toutefois, des accidents infectieux précoces peuvent interrompre cette évolution. Ils demeurent locaux ou s'étendent au péritoine, complication extrêmement grave, avec possibilité d'accidents septicémiques mortels.

Le fœtus vivant cause l'imprécision du diagnostic, cependant capital, plus spécialement pour la vie de la mère

L'importance du faux travail

Une grossesse extra-utérine doit être interrompue le plus tôt possible par une intervention chirurgicale, car elle menace la vie de la femme, autant qu'une tumeur maligne (Bégouin). Ce principe reste vrai, avant comme après le cinquième mois.

Cette forme de la grossesse a pu prendre le masque de la grossesse normale, de la fausse couche, de l'annexite, ou d'une tumeur annexielle ; c'est le premier cas, que nous aurons plus particulièrement en vue.

Etant donné la rareté de la grossesse extra-utérine parvenue à terme, on la méconnaîtra souvent, la faute en sera principalement au fœtus vivant, dont les bruits du cœur et les mouvements actifs imposent le diagnostic de grossesse. On croit alors à une grossesse utérine, où

---

(1) Professeur P. Bégouin. — La grossesse extra-utérine. (Cours de perfectionnement des sages-femmes, Bordeaux, 1936.)

(2) Maurice Payet. — Grossesse extra-utérine aux environs du terme. (*Gaz. des hôpitaux*, 25 avril 1936.)

— comme ce que l'on prend pour l'utérus, est bosselé et irrégulier — à une grossesse dans un utérus fibromateux, ou encore à une grossesse coexistant avec une tumeur de l'ovaire.

Ce sera d'habitude, seulement après la mort du fœtus et durant sa longue phase de rétention, que le diagnostic exact sera enfin posé.

Cependant l'examen de la femme gravide doit permettre le diagnostic, avant terme, le fœtus étant encore vivant.

Des enseignements précieux seront déjà tirés de l'interrogatoire.

Presque toujours, il y aura eu, dans les trois premiers mois de cette grossesse, une *crise douloureuse pelvi-abdominale* ; elle correspondra à l'accident d'hématocèle, qui aura fait tomber dans le péritoine l'œuf pour y continuer son développement ; puis d'autres douleurs fréquentes auront fait suite, et les diagnostics les plus divers auront été posé : ceux d'entérite, d'appendicite, de pyélonéphrite, de salpingite.

Parfois un accident plus spécial de cette grossesse, évoluant vers le terme, doit retenir l'attention et faire penser à la grossesse extra-utérine. Ce sont de *petites poussées occlusives,* qui se seront répétées, avec météorisme abdominal et douleurs, mais qui auront abouti rarement au tableau de l'occlusion aiguë.

On aura noté également la *fréquence des accidents hémorragiques* : petites pertes de sang noir, accompagnées de quelques coliques utérines. Elles font en général, discuter la menace d'avortement ou l'accouchement prématuré.

Tous ces signes n'auront pas attiré l'attention sur le moment, mais l'interrogatoire permettra de les retrouver dans la grosse majorité des cas.

L'examen physique.

Il cherchera à mettre en évidence l'existence d'un « *utérus gravide à côté d'une poche gravide* ».

Voici de quelle manière le décrit M. Payet :

A. *Caractères de la poche gravide.* — 1) De forme ovoïde mais à grand axe souvent oblique, elle est moins régulière qu'un utérus gravide ;

2) *Sa consistance* est de même irrégulière ; souple par endroits, résistante et bosselée, à d'autres elle est plus ou moins *adhérent à la paroi* et ne se laisse pas mobiliser en massee comme un utérus gravide.

3) *Sa situation* est importante à préciser, elle est assez latérale, occupant toute une fosse iliaque et descendant parfois dans l'excavation.

4) *Absence de contraction au niveau de la poche* : c'est là un signe classique ; qui manque malheureusement assez souvent. La poche présente en réalité de « *fausses contractions* ». Dans ces cas l'œuf, en effet, est partiellement inclus dans la trompe et dans le ligament large dont les fibres se sont hypertrophiées. Leur contraction peut donner à la main une sensation de durcissement intermittent.

5) *On précisera enfin la situation du fœtus.* Il peut paraître plus superficiel que dans une grossesse normale. Très rarement, on perçoit la sensation de fœtus mobile sous la peau. Sa situation est très variable ; dans la majorité des cas, la présentation est longitudinale et peut même plonger profondément dans l'excavation. Enfin les bruits du cœur sont nettement perçus et affirment le diagnostic de grossesse en évolution.

B) *Recherche de l'utérus vide.* — L'utérus est du volume du poing environ, et ramolli. Son siège est, en règle, antérieur refoulé en avant par la tumeur, il est également remonté. Plus rarement, il peut être postérieur, et seulement accessible au toucher rectal.

Le toucher vaginal permet de préciser la situation du col. *Sa déviation* est, en effet, un des signes les plus importants. Il est remonté, plaqué derrière la symphyse pubienne, repoussé *du côté opposé à la tumeur, haut situé* dans un des culs-de-sac latéraux. En résumé, cette déviation lui donne une situation haute, antérieure, et latérale. Il n'y a pas de modification de sa longueur, ni de sa consistance. Toutefois, le ramollissement du corps, et surtout celui de l'isthme peuvent lui permettre une extrême mobilité.

Le toucher combiné au palper précisera les rapports du col et du corps. L'utérus peut être très difficile à sentir par suite d'un ramollissement excessif. De plus, il est plaqué et étalé contre la poche, coincé entre elle et la paroi, difficile à dissocier de la poche gravide.

L'existence de contractions permettra seule d'affirmer qu'il s'agit de l'utérus, tout en le rendant plus facilement palpable. Mais celles-ci peuvent être très espacées et ne pas se produire au moment de l'examen. Dans ce cas, on essaie de les provoquer par un massage discret de l'utérus. On a proposé de faire une injection d'hypophyse avant l'examen pour provoquer sûrement les contractions dans les cas, où le doute persiste.

Les difficultés de l'examen et de l'interprétation des signes tiennent le plus souvent au fait que l'utérus très ramolli est impossible à différencier de la poche gravide. Parfois celui-ci, siégeant en arrière, ne peut être atteint par le palper. Enfin, les contractions utérines se révèlent dans certains cas très espacées et très fugitives.

Des examens complémentaires sont alors nécessaires. — 1) Le cathétérisme vésical, donnant la situation exacte de la vessie ; 2) le toucher rec-

tal, permettant parfois de sentir le fond utérin ; 3) la recherche des contractions utérines après injection d'hypophyse.

Radiographie de l'abdomen : c'est une méthode d'interprétation difficile. On voit parfois que le fœtus est très élevé au-dessus du D. S., très replié sur lui-même, et tassé dans un œuf très petit.

Devant ces difficultés, si la femme est à terme ou près du terme, en milieu chirurgical, comme premier temps d'une intervention, on pratiquera un *cathétérisme du col*; celui-ci permettra de localiser le siège de l'utérus et d'en affirmer la vacuité, surtout il montrera dans certains cas un allongement très important du col.

Dans les mêmes conditions, on pourra recourir au *lipio*-diagnostic en injectant la cavité utérine afin de préciser exactement ses dimensions et sa situation.

***

Au moment du faux travail, le diagnostic reste difficile, tout au moins au début, car la femme présente des douleurs à intervalles réguliers, perd des glaires et un peu de sang.

A l'examen local : aucune modification du col, ou un col perméable, mais gardant toute sa longueur. La présentation parfois s'engage. On perçoit des bruits du cœur normaux.

Aux examens successifs : on ne note aucune progression du travail, mais un fait important a pu se produire, c'est : *l'expulsion de la caduque utérine* ; celle-ci dans certains cas est complète, formant une poche membraneuse épaisse, ou au contraire déchirée et plus difficilement reconnaissable ; son examen dans l'eau permettra facilitera les choses. Cette expulsion isolée de caduque a une valeur diagnostique de premier plan, elle permet d'affirmer la grossesse extra-utérine.

La durée de ce faux travail est variable, mais de quelques heures en moyenne. Puis le fœtus présente des mouvements convulsifs et les bruits du cœur disparaissent. Les douleurs s'espacent ; le faux travail prend fin. Bien souvent, le diagnostic n'est soupçonné qu'à ce moment.

***

A la phase de rétention, le diagnostic est facile, car l'interrogatoire réunit tous les éléments précédents et fait écarter immédiatement l'idée de grossesse utérine prolongée.

La poche gravide s'est réduite de volume, et *on n'entend plus de bruit du cœur à son niveau.* L'utérus a amorcé ou terminé son involution, mais il s'agit là de signes d'interprétation beaucoup plus difficile. Les phénomènes sympathiques de la grossesse ont disparu de même que les signes de compression pelvienne ; une montée laiteuse se produit les jours suivants.

Sans complication la durée *de cette phase de rétention* peut être indéfinie. Le fœtus ne constitue alors plus qu'une tumeur, qui n'est gênante que par son volume.

***

Traitement.

L'abstention a longtemps été préconisée. On attend dans ce cas, la mort du fœtus pour opérer quatre à six semaines après. L'avantage de cette méthode est surtout d'attendre la réduction de la circulation sanguine et de diminuer considérablement les risques d'hémorragie. Mais elle sacrifie délibérément le fœtus, et ne met pas la mère à l'abri des complications septiques qui, peuvent être très précoces.

L'intervention à terme rallie actuellement la majorité des auteurs. Plusieurs procédés sont possibles.

a) *Extirpation en un bloc de la poche gravide.*

b) *Marsupialisation.* Après incision de la poche et extraction du fœtus, on coupe le cordon au ras du placenta. La poche est alors fixée à la paroi, le placenta étant laissé en place. Le placenta s'éliminera, dans les mois suivants : l'avantage de ce procédé est de réduire le risque d'hémorragie immédiate. Mais il augmente les risques d'infection, et la possibilité d'une hémorragie secondaire importante en assombrit le pronostic.

c) *Extraction du fœtus et fermeture de la paroi sans drainage* : le placenta reste en place et se résorbera aseptiquement. Les résultats de cette méthode paraissent bons.

d) *Extraction du fœtus suivie du décollement du placenta.* C'est l'opération la plus rationnelle, mais elle est grevée de gros dangers d'hémorragie immédiatement mortelle.

M. Brindeau conseille d'être éclectique, tout en tendant à faire, à terme, une intervention aussi complète que possible. Incision large remontant au-dessus de l'ombilic et examen des possibilités opératoires ventre ouvert.

***

« En conclusion, les grossesses extra-utérines aux environs du terme tirent leur intérêt des difficultés de leur diagnostic, difficultés tenant surtout à ce qu'on envisage rarement leur possibilité, tant que le fœtus est vivant. Il faut savoir y penser, et les discuter en présence de toute anomalie de la grossesse à terme, pour ne pas laisser passer le moment où une intervention bien conduite permettra d'avoir un enfant vivant, sans toutefois faire courir à la mère un risque excessif ». (M. PAYET.)

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La recherche du bacille tuberculeux dans l'estomac. Sa valeur diagnostique

MM. P. ARMAND-DELILLE et KÉRAMBRUN, faisant connaître les résultats de cette investigation chez 1.288 enfants, reconnaissent à ce procédé une haute valeur chez les sujets jeunes et chez ceux qui ne crachent point.

Des chiffres qu'ils rapportent, on peut légitimement conclure à la haute valeur de ce procédé pour le diagnostic bactériologique de la tuberculose, en particulier chez les enfants et les sujets qui n'expectorent pas. La sensibilité est accrue par l'inoculation au cobaye et par l'emploi de l'ensemencement sur milieu de Lœwenstein ou Pétragnani qui permet d'obtenir une réponse beaucoup plus rapide, et qui se montre parfois positive alors que le cobaye ne présente aucune réaction.

Cette méthode permet de déceler des porteurs de germes tuberculeux, même chez les enfants qui paraissent n'avoir qu'une adénopathie trachéo-bronchique ; c'est donc non seulement un moyen de confirmation bactériologique, mais un moyen à employer dans les préventoria pour s'assurer que l'enfant doit être spécialement traité et risque ou non d'être une cause de contamination pour les autres enfants de son entourage ; c'est également un moyen de contrôler si un pneumothorax a permis la guérison et si un poumon, même bien rétabli, ne laisse plus des bacilles se déverser dans les voies bronchiales. (*La Médecine*, mai 1936.)

Sur le rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la genèse de la tuberculose

Le Docteur DUMAREST n'a pas la prétention d'épuiser ce vieux débat, ni de le clore. Cependant, apès avoir cherché à classer et à clarifier les données acquises, il tente d'en dégager l'hypothèse qui paraît pour le moment la plus vraisemblable. Ainsi propose-t-il les conclusions provisoires qui suivent :

1° L'hérédité existe, au double titre immunisant et prédisposant ;

2° L'immunisation acquise explique les tuberculoses bénignes et latentes ;

3° La contagion existe, et plus fréquente que les apparences ne l'indiquent ; mais, chez l'adulte de notre race et de notre pays, qui ne présente pas un terrain vierge et qui bénéficie d'une immunisation partielle, héréditaire ou personnelle, elle est relativement rare. Et de ces conclusions découlent deux conséquences pratiques de la plus haute importance.

a) Les mesures prophylactiques, qui tendent soit à la suppression des foyers infectieux, soit à la protection des jeunes sujets, sont justifiées. Mais elles n'ont qu'une portée limitée ; l'individu et surtout la race se défendent mieux par la lutte que par la fuite ;

b) Du fait de l'immunisation progressive, héréditaire et individuelle, la contamination directe entre adultes est rare. La phobie de la contagion tuberculeuse, qui exerce dans trop de milieux un désastreux effet, n'est donc pas justifiée, et les efforts des médecins doivent tendre à accréditer dans le public une notion juste de la contagiosité de la tuberculose, également éloignée d'une phobie panique et ridicule et d'une insouciance coupable. (*Le Bulletin Médical*, 30 mai 1936.)

Méningo-encéphalite traumatique à pneumocoques

Parmi les méningites et les méningo-encéphalites traumatiques, celles qui sont dues au pneumocoque occupent une place importante. Elles surviennent le plus souvent dans les fractures ou les fissures du crâne intéressant soit les sinus frontaux ou le toit des fosses nasales — lesquelles sont normalement infectées — soit l'os temporal (rocher, mastoïde), que l'oreille soit préalablement infectée (otite moyenne, labyrinthite, mastoïdite) ou qu'elle s'infecte secondairement. Les germes font irruption dans la cavité intra cranienne et envahissent les méninges.

A côté de ces cas de méningites pneumococciques par communication accidentelle avec des cavités infectées, il en est d'autres où le traumatisme, sans avoir causé de lésion osseuse ou même cutanée, crée par contusion cérébrale un *locus minoris resistentiæ* propice à la fixation et à la prolifération de microbes circulant dans le sang et provenant d'un gîte microbien que l'anamnèse, l'examen clinique ou la vérification nécropsique permettent parfois de situer. Il est vraisemblable qu'en l'absence d'un foyer septique décelable, il faut souvent incriminer, comme dans les méningites pneumococciques dites primitives, le récessus nasal ou pharyngé supérieur.

On sait l'extrême gravité des méningites pneumococciques et leur évolution pratiquement fatale vers la mort. Aussi s'est-on efforcé d'instituer un

traitement préventif, le plus souvent séro-thérapique, tout en procédant évidemment aux interventions chirurgicales correspondant à chaque cas particulier. Des résultats encourageants ont été obtenus par injections de propidon, dans les douze premières heures qui suivent une fracture de la base du crâne.

Le cas de méningo-encéphalite à pneumocoques, relaté par le Docteur E. Evrard, n'a pu malheureusement bénéficier de la sérothérapie soit préventive, soit curative. Il s'agissait d'un jeune ouvrier de 14 ans qui présenta, après un traumatisme cranien relativement peu intense, une méningo-encéphalite à pneumocoques déterminant la mort en quatre jours et demi. Il paraît vraisemblable d'admettre que le traumatisme cranien a déterminé une contusion méningo-encéphalique dans la région rolandique droite, constituant ainsi un endroit de moindre résistance où les pneumocoques circulant dans le sang ont trouvé un milieu favorable pour proliférer et créer un foyer méningo-encéphalitique, avec diffusion rapide de l'infection dans les méninges. (*Liége Médical*, 31 mai 1936.)

Les paralysies oculaires récidivantes et alternantes

Les paralysies des nerfs moteurs des globes oculaires, IIIe, IVe et VIe paires, sont d'observation fréquente en clinique neuro-ophtalmologique, qu'elles reconnaissent une étiologie traumatique, compressive ou inflammatoire, qu'elles constituent un fait pathologique isolé, ou qu'elles ne soient qu'une manifestation d'une symptomatologie plus riche. Elles aboutissent à la guérison sous l'influence de la thérapeutique appropriée ou laissent au contraire après elles, comme séquelle fixe et indélébile, une paralysie définitive, totale ou le plus souvent parcellaire, de la musculature extrinsèque d'un œil ou, beaucoup plus rarement, des deux yeux.

Dans ces cas, on a tendance, en l'absence d'un facteur étiologique certain, à toujours voir la syphilis à l'origine. Cette opinion paraît erronée au Docteur J.-A. Chavany. Il pense qu'on est en présence d'épisodes nerveux, d'étiologie imprécise (peut-être infection neurotropique), mais qu'il compare volontiers, dans son esprit, aux manifestations de la paralysie faciale périphérique, dite *a frigore*.

A côté de ces paralysies de la musculature oculaire qui guérissent ou se fixent, qui sont pour ainsi dire la règle, il est toute une série de faits, rares à la vérité, où les paralysies de la IIIe et de la VIe paire se montrent récidivantes et alternantes, s'échelonnant dans la vie de l'individu et évoluant par poussées successives, dans l'intervalle desquelles le sujet apparaît indemne de toute maladie. De tels faits méritent d'être connus et retenus, à cause de la bizarrerie de leur évolution clinique et de l'importance des problèmes étiologiques et diagnostiques qu'ils posent.

Ces paralysies oculaires périodiques constituent un syndrome, dans lequel on peut dégager deux groupes symptomatiques différents : les migraines ophtalmoplégiques et les ophtalmoplégies externes récidivantes et alternantes, ainsi qu'un groupement mixte qui fait trait d'union.

L'ophtalmoplégie externe récidivante et alternante possède certains caractères qui sont les suivants : début dans le jeune âge et dans l'adolescence ; évolution par poussées, dans l'intervalle desquelles les muscles oculaires retrouvent toute leur fonction ; absence de toute céphalée et de migraine ; caractère dissocié de l'atteinte du III avec intégrité de la musculature intrinsèque ; longue évolution sans aggravation progressive notable ; caractère alternant d'un côté à l'autre des paralysies observées ; fréquente association de la paralysie du VI.

Le cas observé par l'auteur apporte quelques constatations nouvelles : épisode infectieux ; participation transitoire de la musculature intrinsèque ; atteinte pendant certaines poussées des mouvements associés de convergence ; possibilité d'atteinte du releveur lisse de la paupière gauche ; augmentation de la durée des troubles oculaires.

Les cas de migraine ophtalmoplégique doivent immédiatement aiguiller vers la notion d'une lésion organique de la base du cerveau. Mais il faut bien savoir que souvent, il ne s'agit là que d'une trouvaille d'autopsie. Le cas rapporté par l'auteur fait penser à d'autres affections : une forme spéciale de l'encéphalite épidémique (mais aucune trace de l'épisode infectant, et jamais le trouble n'évolue vers le Parkinsonisme) ; syphilis nerveuse acquise ou héréditaire (aucune vérification clinique ni humorale, ni thérapeutique) ; myasthénie au début (seule l'évolution pourrait à très longue échéance, vérifier cette hypothèse).

En somme, il s'est agi là d'une maladie éminemment capricieuse ; toutes les thérapeutiques instituées (antisyphilitique, anti-infectieuse) sont apparues également inefficaces. Il convient cependant de connaître ce curieux syndrome de paralysie périodique, afin d'éviter aux malades des traitements prolongés qui, pour le moins qu'on puisse en dire, se montrent totalement inopérants. (*Paris Médical*, 30 mai 1936.) G. F.

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Abcès myositiques du muscle temporal

(M. J. HUSSENSTEIN, de Tours.
Rapport de M. D'ALLAINES ; 24-6-1936.)

Les observations relatées par M. Hussenstein rentrent dans la catégorie des faits rares : il s'agit de trois exemples de myosite (à pneumocoques) développée dans le muscle temporal.

Dans le premier cas, on notait une tuméfaction de la fosse temporale gauche, peu volumineuse, douloureuse, avec température à 38°2. Son origine resta inconnue : pas de lésion auriculaire, par de lésion osseuse. Une simple incision amena l'écoulement d'un peu de pus et une fistulisation de l'abcès. La guérison fut obtenue ultérieurement par l'excision du muscle temporal.

Dans la deuxième observation qui, cliniquement, présentait une symptomatologie analogue, on notait l'ablation, quelques jours auparavant, d'une grosse molaire supérieure. M. d'Allaines penserait plus volontiers qu'il s'est agi d'une cellulite suppurée de la région temporo-parotidienne consécutive à une affection dentaire.

Dans la troisième observation, se trouvant en présence du même syndrome de douleur, tuméfaction, trismus et fièvre, l'auteur ponctionna la région atteinte, retira du pus à pneumocoques et, ayant fait le diagnostic de myosite à pneumocoque du muscle temporal, décida de réséquer d'emblée le muscle. Le malade guérit en douze jours.

La myosite suppurée du muscle temporal, affection rare, est relativement peu douloureuse. L'évolution en est longue, cinq à six semaines en moyenne. La résection du muscle paraît un moyen de guérison plus rapide et plus radical.

Diagnostic des tumeurs des os

(M. Anselme SCHWARTZ ; 24-6-1936.)

M. Anselme Schwartz apporte une conclusion à la discussion qui a suivi sa communication, faite il y a un an, sur la difficulté du diagnostic des tumeurs osseuses.

Nous disposons à l'heure actuelle, pour établir le diagnostic d'une tumeur osseuse, de trois moyens d'exploration : la clinique, la radiographie, la biopsie.

L'examen clinique doit être approfondi, complet Il peut faire découvrir, en un point quelconque du corps, soit une lésion inflammatoire, soit un petit néoplasme méconnu, permettant ainsi de poser un diagnostic ou d'ostéomyélite ou de métastase osseuse secondaire.

Souvent pourtant, cet examen clinique n'aboutira pas à un diagnostic précis. L'examen radiologique a, incontestablement, une très grande valeur, à la condition de faire des radiographies multiples, sous plusieurs incidences et répétées à intervalles espacés. Son rôle, ainsi compris, est capital dans le diagnostic des tumeurs osseuses.

Néanmoins, l'examen radiologique, comme l'examen clinique, peut donner des indications insuffisantes et, surtout i peut induire en erreur. Des exemples nombreux en ont été cités. Reste l'examen histologique, la biopsie. Celle-ci, elle-même, peut être en défaut ou fournir des renseignements erronés, et il ne suffit pas de confier la pièce à un histologiste consommé pour éviter les imperfections. La biopsie n'est d'ailleurs pas toujours inoffensive. Nous savons, depuis quelques années, que dans les cancers du sein, la biopsie comme on la pratiquait jadis est dangereuse et a pu être suivie assez rapidement de généralisation. M. Schwartz est convaincu que la biopsie est un geste à redouter dans tous les cancers et plus encore dans les ostéo-sarcomes qui se généralisent par voie veineuse.

Ainsi donc, les trois moyens d'exploration que nous possédons en cette matière sont tous trois susceptibles d'être en défaut et de faire pratiquer inutilement une opération grave et mutilante.

A côté de ces méthodes classiques, on pourra parfois faire une place à l'artériographie, procédé qui n'est pas non plus anodin. Reste une autre épreuve, dont l'importance est considérable : *l'épreuve du temps.* Conclusion un peu inattendue : cette épreuve du temps, réprouvée pour nombre d'autres tumeurs (langue, sein, etc.) paraît offrir dans certains cas son utilité, pour le diagnostic des tumeurs des os. Même en présence d'un examen histologique positif, il ne faut pas trop se hâter et avant de prendre une décision savoir attendre... (Roux-Berger), dans les cas difficiles. Des examens cliniques et radiologiques répétés, l'évolution de la lésion révèleront alors b en souvent la véritable nature du mal. La grav té de l'opération, la rareté des guérisons dans les tumeurs malignes des os, justifient cette opinion, un peu en désaccord avec les règles courantes en matière de tumeurs malignes.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Deux nouvelles observations de septicémie à « bacillus funduliformis » (Forme ictérique et forme suraiguë)

(MM. E. Donzelot, A. Meyer et J. Olivier 8-5-1936)

Les septicémies à bacillus funduliformis semblent devenir plus fréquentes à mesure que l'on en connaît mieux l'aspect clinique si caractéristique et que l'on sait en identifier l'agent microbien causal.

Une première observation peut se résumer de la façon suivante : dix jours après le début d'un phlegmon amygdalien, un homme de 22 ans est pris de frissons violents avec élévation thermique importante. Le lendemain apparaît une arthrite du genou qui, considérée comme d'origine gonococcique amène son hospitalisation dans un service de chirurgie. Au bout de dix jours l'état général reste grave, la température élevée malgré la disparition de la douleur articulaire. L'apparition d'un ictère incite à pratiquer une hémoculture anaérobie. Elle révèle l'existence d'une septicémie à bacillus funduliformis. La mort survient le troisième jour de son hospitalisation dans le service des auteurs, quatorze jours après son entrée à l'hôpital, vingt-quatre jours après l'apparition du phlegmon de l'amygdale. L'autopsie montre de multiples abcès pulmonaires qui n'avaient entraîné aucune manifestation clinique et une dégénérescence hépatique sans collection suppurée.

Dans une deuxième observation, une jeune fille de 22 ans est soudain atteinte d'une amygdalite avec douleur violente le long du paquet vasculaire carotidien gauche le 4 septembre. Le 6 septembre surviennent, dans la soirée, des frissons et une élévation thermique à 40 °. Le 7 septembre, la malade est hospitalisée et on constate une grave atteinte de l'état général, une douleur vive de la région latérale gauche du cou, quelques signes de bronchite. Le 8 septembre, quatre jours après l'angine, deux jours après l'hospitalisation, la mort survient après que la malade eut présenté un épanchement pleural à gauche et une arthrite du coude gauche. L'hémoculture en milieu anaérobie mit en évidence une quantité énorme de colonies de bacillus funduliformis. A l'autopsie, outre des abcès pulmonaires assez récents, semble-t-il, on put vérifier l'existence d'une thrombose de la veine jugulaire gauche ; l'examen histologique permit d'affirmer qu'elle s'était constituée durant la vie.

La première de ces deux observations est surtout remarquable par l'existence d'un ictère franc. La seconde observation réalise tout à fait le type clinique de la forme pulmonaire à évolution suraiguë.

Société de médecine de Paris

Séance du 14 mai 1936

Les réactions intestinales chez le goutteux et l'uricémique

M. Schneider montre que depuis longtemps la clinique a permis de constater que l'intestin du goutteux ou de l'hyperuricémique se comportait autrement que celui du sujet normal. Cette catégorie de malades a très rarement les selles moulées ; s'ils ont parfois une seule selle par jour, ils peuvent en avoir deux ou trois ; chez eux la diarrhée post-prandiale est de règle après un excès alimentaire. Les fils de goutteux et les hyperuricémiques ont les mêmes réactions. A l'examen clinique l'intestin est rarement douloureux sauf dans la partie sigmoïdienne. La douleur à la pression profonde semble pathognomonique. Il ne faut pas la confondre avec la douleur urétérale si fréquente chez les hyperuricémiques. La selle est la plupart du temps bilieuse, riche en pigments biliaires présentant les caractères des matières à transit accéléré, contenant parfois du sable oxalique et urique ; son indice ammoniacal est la plupart du temps très élevé, elle est bien entendu alcaline. En revanche si la production de l'indol intestinal est augmentée, l'indoxyle ne semble pas l'être ; cliniquement, du reste, la colite, en dehors du point précis indiqué plus haut est rarement douloureuse ; c'est ce qui explique la possibilité de purger le goutteux ou l'hyperuricémique, c'est ce qui permet aussi chez lui l'usage du colchique qui serait si irritant pour l'intestin des autres.

Cinq observations de chirurgie rénale

M. P. Le Gac présente cinq observations de chirurgie rénale — une énorme pyonéphrose calculeuse — deux hydronéphroses — et deux tumeurs pararénales. Bien que dissemblables, elles ont un point commun : la tolérance des malades vis-à-vis de lésions importantes. D'autre part, leur rapprochement met en valeur les avantages de la pyélographie rétrograde, comme moyen diagnostique — et de la voie d'abord antérieure pour l'ablation de tumeurs rénales ou paranénales volumineuses.

Volumineux calcul vésical de 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large

M. P. Le Gac présente un calcul vésical de dimension vraiment considérable, enlevé par cystostomie — chez un malade de 72 ans chez lequel les phénomènes vésicaux ont débuté il y a une quinzaine d'années — calcul toléré relativement bien malgré son volume considérable.

G. F.

Les Congrès

XLV° CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1936

PREMIÈRE QUESTION. — **Résultats des greffes ovariennes**

A. Greffes expérimentales

Résumé du Rapport de M. Pierre MOCQUOT

M. Mocquot consacre son étude à des considérations générales sur les greffes ovariennes.

De nombreuses expériences ont démontré la possibilité de ces greffes.

Chez les mammifères supérieurs, il est facile avec des ovaires jeunes ou adultes, en activité, de réussir les transplantations autoplastiques, mais les greffons n'ont en tout cas qu'une durée limitée. Les transplantations homoplastiques prennent moins bien et durent moins longtemps que les autoplastiques ; leur réussite exige des précautions et des conditions particulières ; il semble que les ovaires très jeunes présentent des possibilités plus grandes que les ovaires adultes. Quant aux transplantations hétéroplastiques, leur échec, au moins chez les animaux supérieurs, paraît constant.

Une question se pose : peut-on dire, même dans le cas de succès, que l'on fait véritablement une greffe, analogue à ce que l'on obtient dans les greffes végétales, les greffes de plantes ?

La greffe est la transplantation d'un fragment emprunté à un organisme dans un autre point du même organisme, dans un organisme de la même espèce ou d'une espèce voisine, transplantation réalisée de telle sorte que le fragment provenant du donneur reste vivant, au moins en partie, et participe au métabolisme du receveur.

Ces conditions sont-elles toujours réalisées dans les transplantations ovariennes ? On peut se demander, répond M. Mocquot, s'il ne se produit pas parfois, non une greffe véritable, mais seulement une culture temporaire de tissus sur un milieu vivant.

B. Greffes chirurgicales

Résumé du rapport de M. GASTON COTTE, de Lyon

Au point de vue chirurgical, comme au point de vue expérimental, trois catégories de greffes ovariennes sont à considérer : les autogreffes, les homogreffes, les hétérogreffes. Seules ou à peu près seules, les premières ont une valeur biologique certaine. Chez la femme, les succès des homogreffes sont très discutables. Quant aux hétérogreffes, on s'accorde généralement pour convenir qu'elles sont à peu près fatalement appelées à se résorber. Les autogreffes ovariennes sont donc celles auxquelles on aura à s'adresser dans la majorité des cas, les homo et les hétérogreffes ne convenant qu'à certains cas particuliers.

Les auto-greffes ovariennes offrent deux indications principales : le traitement de la stérilité d'origine tubaire, et le traitement des troubles qui suivent la castration, cette dernière indication étant de beaucoup la plus importante.

Chez une femme atteinte d'oblitérations tubaires, mais dont les ovaires et l'utérus sont peu altérés, la transplantation de l'ovaire dans l'utérus permettra de *traiter certaines stérilités d'origine tubaire.*

La deuxième indication, la greffe ovarienne comme *traitement préventif des troubles consécutifs à* la castration, se présente plus fréquemment et avec plus de netteté. Elle est, théoriquement, d'une logique rigoureuse. Pratiquement, elle offre des côtés, assez nombreux, discutables. D'abord, la castration chirurgicale n'est pas constamment suivie de troubles endocriniens. D'autre part, la greffe ne suffit pas toujours non plus à prévenir ces troubles. Il n'en reste pas moins vrai que les phénomènes morbides endocriniens sont fréquents après la castration et que les greffes les préviennent dans bien des cas.

M. Cotte fait un tableau rapide de ces troubles, qui sont ceux de la ménopause : troubles vaso-moteurs ou cardio-vasculaires ; bouffées de chaleur, tachycardie hypertension artérielle ; troubles **neuro-végétatifs**, névralgies, cellulites, céphalées, vertige, prurit, etc. troubles du métabolisme : adiposité, douleurs osseuses ou articulaires liées à des perturbations dans le métabolisme du phosphore ou du calcium ; troubles psychiques : modifications du caractère, de l'émotivité, psychasthénie, et, dans les formes graves, accès de manie, états démentiels ; troubles de la sphère génitale : altération de l'instinct sexuel, modifications trophiques de la vulve et du vagin ; dysfonctionnement des glandes endocrines, thyroïde, surrénale, etc.

La possibilité de remédier dans une certaine mesure à ces phénomènes morbides par la greffe ne doit pas être une raison de réduire le champ des opérations conservatrices. Celles-ci seront, au contraire, un des objectifs de la gynécologie opératoire moderne. Toutes les opérations conservatrices possibles vaudront mieux que n'importe quelle greffe.

Cela dit, dans la chirurgie mutilatrice inévitable, il conviendra encore d'être mesuré. La greffe ovarienne avec conservation de l'utérus est préférable à l'hystérectomie subtotale avec greffe de l'ovaire sous la peau. La conservation de l'utérus donne aux greffes ovariennes une valeur beaucoup plus effective.

Dans ces conditions, les auto-greffes sans conservation utérine n'ont plus que des indications limitées, par le fait même d'une limitation de la castration totale.

L'auteur termine son rapport par quelques considérations sur les homo-greffes et les hétérogreffes ovariennes. Elles ont peu d'indications. Dans l'aplasie utéro-annexielle avec aménorrhée et stérilité, l'homogreffe peut être avantageusement remplacée par l'administration de la folliculine. Dans les autres troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme l'homo-greffe ne semble pas beaucoup plus justifiée.

Les hétérogreffes, qui visent surtout à la revitalisation de l'organisme, à la lutte contre la sénilité, son surtout testiculaires (même chez la femme). Les greffes d'ovaires sont peu actives à ce point de vue et d'ailleurs les transplantations hétéroplastiques d'ovaires échouent habituellement.

Deuxième question. — La chirurgie chez les diabétiques

A. Les conditions générales de la chirurgie chez les diabétiques

Résumé du rapport de M. Pierre Fredet

Le rapport de M. Pierre Fredet est une mise au point complète de la question du diabète, envisagé médicalement par un chirurgien. Le praticien y trouvera de nombreuses notions d'un grand intérêt.

L'insuffisance pancréatique, qui est prépondérante dans le diabète, se traduit par trois catégories de troubles métaboliques : un trouble du métabolisme des glucides d'où accumulation du glucose dans le sang et les tissus, et hyperélimination par le rein (glycosurie) ; un trouble du métabolisme des protéines qui ne peuvent être dégradées par le foie jusqu'à leur terme ordinaire, l'urée, d'où présence dans le sang, en quantité exagérée, d'acides aminés, de corps cétoniques, et acétonurie ; un trouble du métabolisme des corps gras, d'où production aussi de corps cétoniques. Les corps cétoniques contribuent à créer l'acidose. Celle-ci est sérieuse, dans sa signification, étant cause ou témoin des menaces de coma.

Au point de vue chirurgical, le diabétique est un sujet fragile et inquiétant. La flore microbienne trouve en lui un milieu sucré favorable à son développement. L'équilibre humoral du diabétique est instable et de plus, profondément troublé par le traumatisme opératoire et l'anesthésie. Aussi était-il de règle, il n'y a pas quinze ans encore (jusqu'à la découverte de l'insuline en 1922) de regarder le terrain diabétique comme presque interdit au chirurgien qui n'intervenait que dans les cas d'absolue nécessité. Aujourd'hui, depuis l'insuline, il n'en va plus ainsi. Les diabétiques peuvent être opérés et, si le pronostic des grandes affections chirurgicales diabétiques reste sérieux, il est notablement amélioré.

En principe, une opération ne doit être entreprise — sauf urgence — sur un diabétique que lorsque le métabolisme de celui-ci a été ramené à la normale, que la glycosurie a disparu, que la glycémie et les corps cétoniques ne dépassent pas les taux ordinaires. Du moins convient-il d'avoisiner le plus possible ces desiderata. Bien mieux ; en raison de nombreux cas de petits diabètes ignorés, le chirurgien doit s'enquérir, avant les opérations importantes, d'un diabète possible, par les épreuves révélatrices habituelles de cette affection.

Dans la pratique courante, la recherche du glucose dans l'urine se fait au moyen de la liqueur cupro-potassique de Fehling. Pour la recherche des corps cétoniques, on se contente en général de déceler l'acide diacétique au moyen de la réaction de Gerhardt. On verse dans un tube à essai, 9 centimètres cubes d'urine fraîchement émise, puis 1 centimètre cube de perchlorure de fer officinal. Le perchlorure tombe au fond du tube ; on agite, il se forme un précipité brun, qui se dissout aussitôt. On examine alors la teinte prise par l'urine. En l'absence d'acide diacétique, elle est jaune, un peu foncée. En présence d'acide diacétique, le liquide acquiert une couleur rouge, d'autant plus foncée que l'acide est plus abondant. Dans la pratique, on caractérise la teinte obtenue par un des quatre qualificatifs suivants : vin de Porto, Bourgogne vieux, Bordeaux, Malaga et l'on note ces valeurs par les signes +, ++, +++, ++++. Se méfier d'une cause d'erreur : la même réaction est fournie par l'urine des sujets qui ont absorbé du salicylate (salicylate de soude, aspirine). La réaction de Legal décèle tout à la fois l'acide diacétique et l'acétone.

D'autres moyens, plus complexes, révèleront le diabète : l'hyperglycémie habituelle, l'hyperglycémie provoquée. On devra aussi calculer la quantité de glycose éliminée par 24 heures, la tolérance apparente pour les glucides (Marcel Labbé). Si le sujet urine par exemple 50 gr. de glucose, alors que son alimentation lui a livré 100 gr. d'hydrates de carbone, il a une tolérance apparente de 50 gr. Mais si, pour 100 gr. d'hydrates de carbone, il urine 150 gr. de glucose, la tolérance apparente est nulle et même négative et l'on doit présumer que la quantité supplémentaire éliminée dérive des protéines et des graisses.

Les infections aiguës ou chroniques amènent des poussées d'hyperglycémie, de cétonurie et d'acidose. L'acte opératoire déclenche, d'autre part, si l'on n'y obvie, une véritable « maladie post-opératoire » caractérisée par des troubles métaboliques passagers capables d'aboutir aux conséquences les plus graves, parfois au coma. Aussi, chez le diabétique, l'asepsie doit-elle être rigoureuse, les manœuvres opératoires doivent-elles être douces, peu traumatisantes, les délabrements musculaires ou viscéraux réduits au minimum, les pertes sanguines diminuées le plus possible.

Parmi les facteurs qui contribuent à engendrer la maladie post-opératoire, un des plus redoutés est l'anesthésie. Chez les diabétiques, il y a lieu de proscrire l'usage du chloroforme et de l'éther qui, à leurs effets immédiats, déjà nuisibles, ajoutent une action tardive, très dommageable pour le foie et le rein. La même conclusion s'applique aux mélanges où ils figurent. Le chlorure d'éthyle semble moins dangereux. Le protoxyde d'azote, à condition qu'on ne l'associe pas à l'éther, et l'éthylène semblent dépourvus d'inconvénients. Les barbituriques également. Ce sont les anesthésies locales et régionales qui paraissent le mieux indiquées chez les diabétiques..

Les symptômes du diabète, en chirurgie comme en médecine, sont justiciables de deux moyens principaux de traitement : le régime alimentaire, qui réfrène surtout la glycosurie et la glycémie ; l'insuline qui agit électivement sur l'acidose. La médication par le régime est souvent employée seule ; l'insulinothérapie doit être associée à la diététique.

La plupart des diabètes médicaux sont des diabètes bénins, sans dénutrition azotée. Une hyperglycémie légère, une glycosurie modérée, une légère acétonurie sont compatibles médicalement avec une existence presque normale. Aussi, 80 % des diabètes médicaux n'ont-ils pas besoin d'insuline. Chirurgicalement il n'en va plus de même. L'opération, l'infection, chez le diabétique, même en état de stabilité, font apparaître un péril, une menace, qu'il faut détourner. C'est pourquoi le chirurgien est appelé, le plus souvent, à utiliser la médication insulinique en même temps que la diététique et on a pu dire, sans paradoxe excessif, que l'insuline offre plus de ressources au chirurgien qu'au médecin.

Les principes généraux de la diététique chez le diabétique sont de trois ordres : donner une ration suffisante (quantité) ; fournir les trois sortes d'aliments en réduisant ceux qui sont hyperglycémiants ou cétogènes (qualité) ; introduire les trois sortes d'aliments dans une proportion déterminée (dosage).

Un adulte au repos a besoin de 25 à 30 calories par kilogramme de poids corporel. Un diabétique adulte que l'on prépare à une opération ou que l'on tient à la chambre ou au lit après une opération peut, sans dépérir, se contenter de 1.600 à 1.800 calories. Ce total peut être fourni par un régime mixte en tenant compte que l'énergie accumulée dans un gramme de protéines ou d'hydrates de carbone est d'environ 4 calories, et de 9 calories dans un gramme de graisses.

Un minimum de protéines (de 0 gr. 50 à 1 gr. par kilogramme de poids corporel) est nécessaire pour sauvegarder l'équilibre azoté, soit 65 gr. de protéines pour un adulte de 65 kilogr. Cet adulte, qui reçoit 65 gr de protéines, équivalant à 260 calories, à besoin d'un supplément de 1.540 calories (1.800-260) qui lui seront fournies par les hydrates de carbone et les graisses. Il n'est pas indifférent de recourir aux uns ou aux autres. Une certaine quantité d'hydrates de carbone est indispensable pour que s'accomplisse correctement le métabolisme des graisses et des protéines (60 gr. en général), mais il ne suffit pas que ces hydrates de carbone soient ingérés, il faut qu'ils soient effectivement brûlés, ce qui n'est pas toujours possible chez les diabétiques sans le secours de l'insuline.

Pour instituer un régime de diabétique on peut mettre ces principes en pratique de deux manières Dans la première, on soumet le malade à une cure de jeûne ou mieux de légumes verts (acceptée plus facilement), pendant 48 heures, ce qui fait tomber la glycémie et l'acidose. On applique alors le régime mixte, en diminuant les hydrates de carbone s'ils dépassent la tolérance apparente, et les protéines s'il reste de la cétonurie. La stabilisation demande quelques jours, une semaine par exemple. Si à ce moment on constate un état normal, comme glycosurie, cétonurie, glycémie, on accroît progressivement le taux des glucides et des protéines ; sinon, on les diminue ou plutôt on donne de l'insuline pour lutter contre la cétonurie en augmentant les hydrates de carbone. En somme, avec cette technique, on part d'un régime réduit, que l'on améliore progressivement. Dans la seconde manière de faire, on procède en sens inverse, par réductions, en partant du régime mixte sans cure de jeûne préalable.

M. Pierre Fredet *étudie ensuite l'insuline, ses* antagonistes, ses inconvénients (syndrome hypoglycémique) et il esquisse le diagnostic du coma diabétique et du syndrome hypoglycémique. Il aborde enfin la préparation d'un malade diabétique pour une opération. Deux cas, suivant que l'opération n'est pas urgente ou est urgente.

a) L'opération n'est pas urgente. Il peut y avoir hyperglycémie seulement, ou hyperglycémie avec glycosurie, sans cétonurie. Instituer la cure de jeûne ou de légumes verts assaisonnés de corps gras pendant 2 à 3 jours. Si la glycémie et la glycosurie redeviennent normales, régime mixte avec faible taux des hydrates de carbone, taux qui est augmenté par paliers jusqu'à la tendance hyperglycémiqe. Si l'on ne peut obtenir la chute de la glycémie et de la glycosurie, recourir à l'insuline pour permettre un régime suffisant en hydrocarbonés qui facilite le métabolisme des corps cétogènes. Lorsqu'il y a diabète avec acétonurie, l'insuline est généralement nécessaire. Quand, grâce à l'association d'une diététique pauvre en protéines et de l'insuline, on est parvenu à faire disparaître les corps cétoniques, on peut relever la teneur du régime en protéines, s'occuper de la glycosurie (si elle n'est pas tombée déjà) et de la glycémie que l'on réduira, souvent par tâtonnements, jusqu'au minimum possible. Ce traitement sera poursuivi après l'opération et complété à ce moment par le sérum chloruré, les boissons abondantes, etc.

b) L'opération est urgente. Ne pouvant prétendre en quelques heures ramener la cétonurie, la glycosurie et la glycémie à la normale, on visera au plus pressé : prévenir le coma, par une cure insulinique immédiate.

(A suivre.) P. Lacroix.

Les Thèses

P. — Dr R. Viellard. — **Pancréatites aiguës hémorrhagiques.** (Thèse 1936).

La pancréatite aiguë hémorragique est due à l'autodigestion de la glande par la trypsine activée. Cette activation peut être réalisée par l'action de diverses substances et surtout par la bile.

Le diagnostic de pancréatite aiguë hémorragique doit être posé précocement.

C'est seulement en effet dans la période de début que les signes pourront être suffisamment caractéristiques pour permettre un diagnostic précis, si l'on pense à la possibilité de cette affection, plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois.

De toute façon, il suffit de décider l'intervention d'urgence ; le diagnostic, s'il n'avait pu être posé avec certitude après l'examen clinique, sera fait à ce moment.

Un diagnostic fait dès le début de l'affection permettra d'intervenir avant que les lésions locales de mortification ne soient trop étendues et les phénomènes d'intoxication générale trop prononcés.

Le drainage pancréatique n'a pas la valeur que la plupart des auteurs lui ont attribuée dans le traitement de la forme type. Le drainage systématique des voies biliaires constitue par contre une thérapeutique rationnelle et efficace.

P. — Dr H. Bertreux. — **Contribution à l'étude du choc chirurgical.** (Thèse, 1936.)

De nombreuses hypothèses se sont efforcées d'expliquer le choc chirurgical :

Théorie du choc nerveux.

Théorie du choc toxique.

Théorie du choc colloïdal.

A vrai dire, les barrières ne sont pas aussi nettement tranchées et des examens consciencieux montrent qu'on ne peut rattacher à un seul élément la pathogénie du choc chirurgical, bien que, dans les cas particuliers, un de ces éléments soit susceptible de prendre une place prépondérante.

P. — Dr P. Desseigne. — **Traitement des polyarthrites rhumatismales chroniques par la tuberculine associée aux sels d'or.** (Thèse 1936).

L'auteur a étudié l'action de la tuberculine seule ou associée à une chimiothérapie complexe (sels d'or, formine iodée) dans un certain nombre de cas de polyarthrites chroniques d'évolution progressive où les examens cliniques et de laboratoire pouvaient faire supposer une étiologie infectieuse.

Ce traitement est bien supporté. Il nécessite toutefois un examen sévère du malade, tant clinique que radiologique. Il faudra surveiller notamment l'appareil respiratoire où la découverte de toute lésion tuberculeuse, si minime soit-elle, contre-indique cette thérapeutique.

Les résultats ont été encourageants quoique le mécanisme d'action de cette tuberculino-thérapie seule ou associée à la chimiothérapie soit encore très mystérieux.

P. — Dr M.-F.-G. Canonne. — **Saturnisme d'origine hydrique observé en Anjou** (Thèse 1936).

Ce saturnisme est lié à l'absorption continue et prolongée d'eau de boisson qui s'est chargée du métal toxique dans une canalisation de plomb.

L'imprégnation de l'eau alimentaire dépend du tuyautage lui-même et des qualités de l'eau qui y circule. Plus le tuyau sera long, plus il présentera de soudures, plus sa pose sera récente, plus grand sera le danger. Plus l'eau sera pure, plus bas sera son degré hydrotimétrique, plus cette eau attaquera le métal et s'en chargera. Les eaux provenant d'un terrain granitique ou schisteux (il en est ainsi en Anjou), pauvres en sels calcaires, sont pures et essentiellement aptes à se charger du métal toxique.

La symptomatologie est celle du saturnisme chronique classique.

L'évolution semble progressive, mais rarement fatale, la guérison étant facilement obtenue par la suppression de l'eau ou par son épuration.

La prophylaxie se présente sous des aspects différents suivant les cas, la calcarification de l'eau restant un moyen précieux ; la vérification systématique de la teneur de l'eau en plomb est à coup sûr l'élément indispensable.

P. — Dr Jeanne Héon-Canonne. — **Provocation de l'évacuation utérine par agents médicamenteux et laminaires associés (Thèse 1936).**

Dans la provocation de l'évacuation utérine, bien que les résultats de l'emploi des ballons soient bons, on a cherché à utiliser des méthodes plus simples.

L'auteur a eu recours à l'association des médicaments ayant une action sur la fibre musculaire utérine, et de la mise en départ du travail par dilatation cervicale. La modification du col désirée peut, sans doute, être réalisée par des actes tels que la dilatation forcée ou l'introduction des bougies. Mais plus simple et plus efficace dans ses résultats est l emploi des laminaires.

Les laminaires seront introduites au moment voulu au nombre de 4 à 6, exerçant une pression réelle sur le col, aboutissant, en général, dans un délai de 6 à 18 heures, à une dilatation que complète rapidement, s'il est besoin, l'usage d'ocytociques à dose convenable

et appropriée, telle l'association de quinine et d'extrait hypophysaire.

P. — Dr W. Glucklich. — **Sur quelques syndromes d'infantilisme** (Thèse 1936).

Pour l'auteur, l'infantilisme doit se définir : un état dans lequel un sujet ayant dépassé l'âge de la puberté a conservé les caractères sexuels de l'enfance : aplasie des organes génitaux externes, absence des caractères sexuels secondaires, absence de l'instinct sexuel et du psychisme sexuel.

L'infantilisme est lié à une atteinte du système endocrinien tout entier, soit par action de la cause dystrophiante sur la totalité du système endocrinien, soit par action élective sur une glande prédominante, et participation des autres glandes du fait des interréactions glandulaires.

Les différents termes qui ont été employés par les auteurs pour désigner les infantilismes (thyroïdien, hypophysaire, surrénal, etc.), n'ont qu'une valeur de classification. Ils indiquent la participation prédominante dans le tableau clinique de telle ou telle glande au cours d'une affection qui, par définition, est avant tout constituée par le retard de la maturation des glandes sexuelles.

P. — Dr K. Kellner. — **Sur l'élimination de la sulfamido-chrysoïdine**. (Thèse 1936).

La sulfamido-chrysoïdine injectée à l'animal (chien ou lapin) par voie sous-cutanée ou intraveineuse s'élimine par les urines, en partie en nature et en partie à l'état d'hydrazoïque.

La sulfamido-chrysoïdine ingérée par l'homme peut subir dans le tube digestif une réduction complète ; le degré de cette réduction est subordonné aux fermentations intestinales.

La réduction incomplète de la sulfamido-chrysoïdine avec formation d'hydrazoïque observée chez l'animal, après injection parentérale, ne paraît pas se produire chez l'homme après ingestion.

THÉRAPEUTIQUE

Le gui et l'appareil circulatoire

La pression artérielle est l'un des plus important facteur de l'état fonctionnel et du travail de l'appareil cardio-vasculaire C'est aussi pour le médecin le témoin fidèle des modifications pathologiques de la circulation.

Le côté physique du phénomène est très simple ; le phénomène lui-même, ses éléments, et leurs relations avec les fonctions du cœur et des vaisseaux sont beaucoup plus complexes et sont bien loin d'être complètement élucidés.

En effet, la pression artérielle est la résultante de la capacité du segment artériel des vaisseaux, du volume de la systole cardiaque, de la résistance périphérique déterminée par la quantité du sang écoulé pendant le temps de cette systole, de la vitesse d'écoulement du sang dans les vaisseaux grands et moyens, de la qualité de la paroi élastique des vaisseaux, enfin, de la viscosité du sang.

Dans l'hypertension, qu'elle soit permanente ou paroxystique, tous ces divers facteurs entrent en jeu et, suivant les malades, l'un ou plusieurs d'entre eux peuvent intervenir avec une intensité plus ou moins marquée, déterminant l'établissement d'un équilibre circulatoire pathologique plus ou moins durable accompagné de symptômes accessoires diversifiés.

Il n'y a donc pas une hypertension mais des hypertendus et c'est ce qu'a bien mis en lumière Mariano R. Castex dans son récent travail sur l' « hypertension artérielle paroxystique » (Doin, 1936) lorsqu'il passe en revue l'étiopathogénie de l'hypertension, recherchant à mettre en évidence les mécanismes pathogéniques et les causes de cet état circulatoire. Il démontre clairement que l'hypertension du saturnisme n'est pas provoquée et déterminée de la même manière que celle de l'aortite, celle de la sclérose rénale, ou celle de l'éclampsie ou même celle consécutive à une tumeur surrénale et qu'en définitive, l'hypertension n'est que la réaction de l'appareil circulatoire s'accommodant d'un état pathologique constitué par des troubles de nutrition de provenance très diverses et le plus souvent sous l'influence de l'excitation du splanchnique.

Ces troubles de nutrition, qui sont à la base de l'hypertension, viennent d'être bien étudiés et synthétisés par Carrière et Huriez (Le sang des hypertendus, Doin 1936), qui arrivent à attribuer à cet état circulatoire un *substratum humoral propre*. Ils constatent que le sang des hypertendus est anormalement riche en ses principaux constituants, l'azotémie et la chlorémie étant peu augmentées, mais les lipides et les protides présentant un métabolisme profondément vicié, avec augmentation de la cholestérine pour les premiers, de la sérine pour les seconds.

Ces modifications chimiques conditionnent l'augmentation de la densité et de la viscosité sanguine et sérique. Comme dit le bon sens populaire, les hypertendus ont le « sang lourd ». Ces auteurs considèrent ces perturbations métaboliques et humorales comme liées à un dysfonc-

tionnement de multiples parenchymes glandulaires, surtout endocriniens, sous la dépendance de troubles du sympathique hyperexcitable ou déséquilibré, qui est en définitive, le grand régulateur.

La thérapeutique rationnelle de l'hypertension doit donc s'attacher à modifier la cause par laquelle elle est déterminée et non le phénomène lui-même par excitation des vaso-dilatateurs actifs, forcément transitoire ; les nitrites minéraux et organiques avaient été employés à la suite des théories de Huchard sur la vaso-constriction périphérique toxique des artério-scléreux, mais ils sont actuellement abandonnés, sauf cas d'urgence immédiate.

Le gui, primitivement, avait été classé parmi les hypotenseurs par R. Gaultier, Huchard, Leclerc, Roch, en raison des résultats thérapeutiques obtenus à la suite surtout de l'emploi de la guipsine ; mais si, contrairement aux autres médicaments de cette série, son emploi thérapeutique a persisté, c'est que l'étude approfondie de son action pharmacodynamique a montré que le mécanisme de son action était très différent et qu'il agissait surtout sur le système nerveux central et périphérique comme antispasmodique et comme sédatif du sympathique bulbo-médullaire (Chevallier, Busquet, Ebstein et Jarisch), et comme dépresseur du tonus des muscles à fibres lisses des vaisseaux périphériques (Fubini et Antonini) pouvant ainsi déterminer une chute durable de la tension sanguine de 10 à 20 % (Fubini et Antonini, O. K. Williamson, Mattei et Diaz Cavaroni).

D'autres auteurs tels que Pic et Bonnamour, Berges, Poulson, le considérèrent, en raison des résultats cliniques observés, surtout comme un modificateur des sécrétions, un diurétique azoturique et déchlorurant. Il est reconnu que, lors de l'élimination des principes actifs du gui, ils agissent comme diurétiques et conditionnent son pouvoir antialbuminurique dans les néphrites et l'éclampsie.

C'est cet ensemble de propriétés pharmacodynamiques qui ont fait de la guipsine un des médicaments les plus employés dans le traitement de l'hypertension, quelles qu'en soient les causes déterminantes, car la chute de la pression sanguine et l'amélioration du travail du cœur ne sont que la conséquence de la sédation du sympathique central et périphérique, qui provoque, avec la diminution du tonus des muscles à fibres lisses des vaisseaux, la régularisation de la circulation périphérique, la cessation de la vasoconstriction, la régularisation des sécrétions et excrétions glandulaires et, par voie de conséquence, les modifications de la densité et de la viscosité du sang que l'on constate à la suite de son emploi méthodique.

Tous les divers facteurs pathologiques qui conditionnent l'établissement de la pression à un taux élevé sont modifiés par la guipsine, que ce soit l'hypertension par artério-sclérose avec néphrite albumineuse ou sclérose rénale, troubles vasculaires endocriniens par hyperexcitabilité du sympathique, comme dans la ménopause, ou dans le diabète, les multiples symptômes présentés par les divers malades s'améliorent ou même disparaissent en même temps que la tension s'abaisse et que la nutrition générale se modifie.

La guipsine est surtout un *antispasmodique* réel, actif et sûr et, seulement par voie de conséquence, un *antihémorragique* et un *hypotenseur* vaso-dilatateur.

Dans la plupart des cas, pour obtenir un effet utile, rapide et certain, il faut prescrire six à dix pilules par jour ; faire prendre d'emblée une dose forte, une pilule toutes les heures ou deux heures, puis, au bout de deux à trois jours, lorsque l'effet sera obtenu, diminuer la dose ; la pression se maintient avec quatre ou six pilules seulement. Il faut toujours prolonger la cure (huit à quinze jours par mois) pour déterminer une sédation durable de l'hyperexcitabilité nerveuse et une réduction durable des spasmes artériels ; il n'y a à redouter ni intolérance ni accumulation.

Le fractionnement des doses est indispensable pour obtenir le maximum d'effet, l'élimination s'effectuant rapidement.

L'injection des ampoules de guipsine doit se faire intramusculaire ; elle doit être réservée aux cas d'urgence.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

TRAVAUX ORIGINAUX

Bulletin de l'Actualité

LES CONTRÔLES EN MÉDECINE SOCIALE

Leur nécessité — Les difficultés qu'ils soulèvent
Leur influence sur la pratique médicale courante

Les médecins qui exerçaient à la fin du siècle dernier seraient bien étonnés, s'ils revenaient aujourd'hui, de voir que tous nos actes médicaux dont le règlement total ou partiel est effectué par un tiers, sont soumis à un contrôle sévère dont l'importance augmente tous les jours.

Depuis le fonctionnement des Assurances sociales, le malade est pratiquement examiné deux fois, une fois par son médecin traitant, une fois par le médecin contrôleur de la Caisse, et cette dualité médicale est la source de discussions, de conflits, de réflexions désobligeantes, dont nous avons l'écho dans toutes nos réunions médicales.

Il est certain que le contrôle en médecine sociale n'a pas de statuts, pas de règlement, qu'il s'organise comme il le peut, au hasard des événements, qu'il satisfait ou qu'il mécontente, suivant les départements, suivant la personnalité de ceux qui l'exercent et qu'il constitue pour quelques-uns, encore trop nombreux, un moyen commode de satisfaire des vengeances mesquines ou de donner libre cours à une humeur atrabilaire.

Est-ce pour cela que le contrôle a été prévu en médecine sociale, est-ce pour en arriver là que nos Syndicats en ont si longtemps discuté ?

Je connais des praticiens timides, médecins honnêtes pleins de conscience que la manière de faire actuelle bouleverse, dont la pratique est troublée par l'idée qu'on viendra discuter leur action thérapeutique, qu'on les diminuera aux yeux des clients qu'ils soignent et qui m'écrivent me demandant ce qu'ils doivent faire contre ces brimades, contre ces abus de confrères qui paraissent ignorer jusqu'à l'existence de la déontologie.

* * *

La nécessité du contrôle est évidente dès qu'il y a tiers payant. Mon ami Decourt qui est mieux placé que quiconque, pour juger ce qui se passe dans la médecine des accidents du travail, m'a depuis longtemps fixé sur ce point. Il faut avoir vu ces mémoires où pour une lésion insignifiante on a mis en jeu les thérapeutiques les plus extraordinaires et ceci pendant de longs jours, pour se rendre compte de ce que feraient les écumeurs du tiers payant, si leur zèle thérapeutique n'était point freiné.

Dans la médecine des pensionnés de guerre, les fameux carnets ont assez fait parler d'eux pour que le médecin honnête comprenne que le contrôle est pour lui un appui, contre les exigences de ses clients. Il est bien tentant, pour une pauvre femme dont le mari est pensionné, de faire marquer sur le carnet les médicaments coûteux destinés aux enfants ; en l'absence de contrôle, cette fraude de l'Etat serait devenue, craignons-le, une habitude, alors qu'actuellement, la fraude expose le médecin au risque de ne point recevoir la juste rétribution de sa peine.

Dernièrement les Assurances sociales avaient émis la prétention de venir contrôler le spécialiste et le chirurgien jusque dans la salle d'opération ; cette mesure qui, au Syndicat, a soulevé l'indignation générale, doit avoir eu cependant pour cause un fait précis et il est probable que si nous réussissions à faire nous-mêmes la police de notre profession, nous n'aurions point à essuyer des camouflets de cette taille.

La nécessité du contrôle en médecine sociale apparaît à qui veut bien réfléchir comme une nécessité pour empêcher les excès, les abus, et les gaspillages dont nous aurions tous, comme contribuables, à supporter les effets. Je pense d'ailleurs que tout médecin sérieux, exerçant dignement sa profession, n'a pas à pâtir d'un contrôle bien fait, c'est-à-dire d'un contrôle constatant la réalité de la maladie, l'opportunité de la thérapeutique conseillée, et la sincérité de la somme réclamée.

Ce contrôle idéal devrait pouvoir s'exercer de confrère à confrère, presque à l'insu du malade, sans entamer la confiance que celui-ci a en son médecin, sans jeter le doute sur l'efficacité des thérapeutiques conseillées, sans le mêler à des discussions d'écoles qui n'ont rien à voir avec le vrai contrôle.

C'est en somme de l'absence de liaison entre contrôleur et médecin que naissent la plupart des difficultés.

Que de fois avec la médecine d'assurance, à propos d'accidents, une visite commune, une véritable consultation a aplani des difficultés ; chacun après l'examen et en l'absence du malade défend son point de vue, le confronte avec celui de la partie adverse, chacun prend la position que lui commande son rôle, défense de la Compagnie pour l'un, défense des intérêts du malade pour l'autre et si un expert nommé par les Tribunaux doit intervenir, on retrouve les mêmes adversaires courtois, que le tiers arbitre départage. En médecine sociale, en matière d'Assurances sociales rien de pareil. Si le contrôle syndical trop rare est respectueux des égards qu'on doit à un confrère, rien de pareil dans le contrôle des Caisses qui toujours dépasse le contrôle légal et cherche à donner des directives thérapeutiques et à juger devant le malade ce qui a été fait. *C'est là un fait inadmissible, et dont il importe d'obtenir la modification.* Je comprends que la Caisse ou plutôt son médecin délégué veuille faire plus que contrôler la réalité de la maladie, je comprends qu'il veuille voir s'il n'y a pas abus thérapeutique, si les fonds remboursés ne sont pas dilapidés, j'admettrais même qu'en cas d'abus présumé le praticien soit loyalement prié de fournir des explications, mais ce que je ne puis admettre c'est cette position prise par un contrôleur, de juger des thérapeutiques, de les commenter devant le malade, d'avoir des mots sévères pour un praticien absent et d'agir comme un mauvais confrère, au lieu d'avoir l'attitude correcte que doit avoir un médecin chargé d'une importante fonction.

J'ai pour ma part été plusieurs fois chargé de contrôles syndicaux, en particulier dans des cas difficiles et délicats, étant donné les personnalités en cause. J'ai toujours fait abstraction de l'homme que je devais contrôler, pour ne considérer que les faits qui m'étaient soumis, et je crois avoir établi avec équité les rapports qui m'étaient demandés.

J'ai par contre eu à me plaindre de médecins contrôleurs de Caisse que je ne connaissais point, dont les noms, d'ailleurs difficiles à se procurer, m'étaient inconnus, et j'ai trouvé que plusieurs fois ils avaient agi avec la plus grande incorrection, jugeant des méthodes et des techniques dont ils n'avaient aucune expérience et tenant même des propos que tout Conseil de famille aurait jugés avec sévérité.

Si de pareils faits sont courants, le contrôle n'atteint pas le but que le législateur avait voulu, il oppose de façon désagréable deux ordres de médecins : ceux qui soignent, ceux qui contrôlent rendant impossible tout rapport cordial entre eux.

C'est là qu'il importe d'apporter une réforme et ce point ne saurait échapper aux hommes de bonne volonté et aux dirigeants qui cherchent le moyen de faciliter le fonctionnement d'une loi nouvelle heurtant des principes, des traditions et constituant une vaste expérience de médecine sociale.

J'en arrive enfin à LA MAUVAISE INFLUENCE que peuvent avoir sur le traitement des malades de pareils procédés de contrôle.

Le praticien excédé de se voir continuellement maltraité par le contrôle arrivera à faire une médecine particulière pour les assurés sociaux. Il appliquera les formules et les traitements qui plaisent aux contrôles, il multipliera des examens souvent inutiles, pour ne point qu'on vienne lui reprocher comme je l'ai vu faire à un de mes amis, pédiatre distingué, de n'avoir pas examiné à la radio la selle turcique d'un enfant de 2 ans !

Ainsi se constituera peu à peu une manière de faire qui sera très éloignée de la bonne médecine française, de celle où la clinique faite d'observation et de bons sens a sa très large part. Les techniques, avant d'avoir l'agrément des contrôles, seront souvent entrées depuis longtemps dans la pratique et les assurés seront les seuls à ne point bénéficier des progrès nouveaux, car l'évolution de notre art est parfois rapide. Nous ne devons pas laisser la médecine sociale s'engager dans une voie aussi dangereuse, elle ne doit point devenir une médecine codifiée où il n'y a plus de malades, où il n'y a que des maladies, pour lesquelles des schémas thérapeutiques sont établis d'avance. Il faut se souvenir que dans toute médecine de soins il y a quantité d'inconnues sur lesquelles nous sommes sans action et où nous ne pouvons ni guérir ni soulager, mais où il nous reste la possibilité de consoler, et de tous nos rôles, c'est peut-être le plus noble.

Dr Raphaël MASSART.

ASSURANCES SOCIALES

I

Mode de remboursement des frais chirurgicaux

Assurés hospitalisés dans des établissements privés n'ayant pas contracté avec les Caisses

Dans un article précédent (*C. M.*, 1936, page 2170) nous avons exposé la nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation invoquée à l'heure actuelle par les Caisses pour limiter les droits de leurs assurés en cas de soins chirurgicaux donnés dans des cliniques privées n'ayant pas conclu de conventions avec elles. Sur la demande de nos lecteurs, nous croyons utile de reprendre cette importante question, afin de la préciser et de lui consacrer une étude détaillée.

De façon générale les droits des assurés sociaux à l'égard de leur Caisse en cas d'hospitalisation se posent de la manière suivante :

1° L'établissement a-t-il conclu une convention avec les Caisses ? Dans ce cas la Caisse verse directement à l'établissement les indemnités prévues d'une part pour frais de séjour, et d'autre part pour honoraires médicaux ou chirurgicaux ; l'assuré n'a à supporter que la différence éventuelle existant d'une part entre le tarif de la Caisse et le tarif des frais de séjour de l'établissement, et d'autre part entre l'indemnité pour honoraires, et les honoraires effectivement perçus par le médecin ou le chirurgien au cas où l'entente directe est de règle dans l'établissement.

2° L'établissement n'a-t-il au contraire aucun rapport contractuel avec les Caisses d'assurances sociales ? Jusqu'à maintenant cette hypothèse était réglée de la manière suivante : l'assuré était considéré comme soigné à domicile (circulaire du 22 septembre 1930. Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, 4 mai 1935, R. M. nos 16.018 et 16.019. *J. O.*, 24 avril, 1936). Il recevait donc les prestations ordinaires à savoir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux selon la nomenclature des actes de spécialités, et l'indemnité journalière intégrale sur laquelle il lui était possible de régler une partie de ses frais de séjour.

Mais deux faits nouveaux, qui sont d'ailleurs en étroite concordance, sont venus modifier l'attitude des Caisses à cet égard : d'une part l'article 6 §15 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales a expressément prévu que « la part à supporter par les Caisses dans les frais d'hospitalisation, *ainsi que dans les honoraires médicaux*, est fixée par leur tarif de responsabilité », d'où les Caisses ont conclu tout naturellement qu'elles étaient en droit d'appliquer leur tarif d'honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'hospitalisation *dans tous les cas où l'assuré n'est pas soigné à domicile* sans qu'il y ait lieu de rechercher si l'établissement envisagé a ou non contracté avec elles. D'autre part la Cour de Cassation a décidé récemment, à plusieurs reprises (V. not. arrêts des 8, 28 janvier, 24 mars et 11 mai 1936) que :

1° Les Caisses établissent librement leur tarif de responsabilité sous réserve de l'approbation de la Commission tripartite.

2° En vertu de l'article 36 du règlement type adopté par la plupart des Caisses d'assurances sociales, « le choix par l'assuré d'un régime d'hospitalisation autre que le régime commun de l'*hôpital public ne peut être pour la Caisse une* cause de dépenses supplémentaires ».

3° La circulaire ministérielle du 22 septembre 1930 n'a pas force de loi, et les dispositions relatives au tarif de réassurance ne sauraient s'appliquer au tarif de responsabilité des Caisses.

4° En conséquence les Caisses ayant prévu dans leur tarif un remboursement spécial pour frais médicaux en cas d'hospitalisation, remboursement correspondant à celui prévu dans les conventions hospitalières, *se libèrent valablement vis-à-vis d'un assuré traité dans un établissement n'ayant pas contracté avec les Caisses en lui versant ce qu'elles auraient déboursé s'il avait été soigné dans un hôpital public.*

Si bien que les Caisses se retranchent maintenant derrière ce principe et se refusent à appliquer le système de la circulaire du 22 septembre 1930, lequel aboutissait en fait à accorder à l'assuré se faisant traiter dans une clinique n'ayant pas traité avec les Caisses des indemnités plus fortes que dans le cas inverse.

Ce nouveau mode de remboursement, défavorable aux assurés sociaux et par voie indirecte aux établissements privés ainsi qu'aux chirurgiens opérant dans ces établissements, a fait l'objet de vives critiques. Nous citerons particulièrement l'ordre du jour adoptée par le Syndicat des chirurgiens français, le 29 juillet 1936 :

« L'Assemblée générale des chirurgiens français,

« Considérant que le remboursement à l'assuré opéré en maison de santé libre, remboursement basé par un certain nombre de Caisses sur le tarif de responsabilité établi pour les hôpitaux publics, est une atteinte directe au libre choix du praticien par le malade ;

« Considérant que le fait de pousser ainsi tout assuré social, justiciable d'une opération, vers l'hôpital public, réalise pour les assurés la « médecine pour pauvres » ;

« Considérant que les assurés sociaux du fait de leurs versements considérables, ont droit à des soins comparables à ceux qui sont dispensés aux malades libres de la clientèle ordinaire ;

« Considérant que l'exercice libre de la chirurgie se trouverait compromis pour une grande part si les errements signalés devaient continuer ;

« Fait confiance à la Confédération pour obtenir que soit réglée cette question dans le sens de l'équité et du respect de la liberté individuelle, et appuiera par tous les moyens l'action menée à cet effet ;

« Fait confiance à la Confédération pour obtenir :

« 1° Que les opérés en maisons de santé bénéficient du même remboursement que ceux qui sont traités à domicile ;

« 2° Que soient repris au plus tôt les travaux de la Commission nationale. »

Cet ordre du jour a été adopté à l'unanimité.

Ces critiques sont incontestablement fondées dans leur principe, car admettre la nouvelle façon d'agir revient à violer, indirectement, mais de manière certaine, le droit pour les assurés sociaux de choisir librement leur médecin et leur établissement de soins ; ce droit leur est formellement accordé par l'article 6 § 2 de la loi sur les Assurances sociales et oblige ainsi les assurés à se faire traiter dans les hôpitaux publics. On méconnaît donc non seulement la lettre, mais encore l'esprit même de la législation sur les Assurances sociales, qui veut que ses bénéficiaires, puisqu'ils contribuent eux-mêmes à son fonctionnement, soient traités comme des *assurés* et non comme des *assistés*.

Mais nous croyons que l'attitude prise à l'égard de cette jurisprudence n'est pas celle qu'il convient d'adopter et provient d'une méconnaissance de sa véritable portée. Il faut bien voir tout d'abord que le principe posé par la circulaire ministérielle du 22 septembre 1930, c'est-à-dire le remboursement sur la base du traitement à domicile, ne saurait subsister. Son application aboutit à des résultats inacceptables, et constituerait un obstacle à la passation de conventions avec les Caisses. Il est en effet tout à fait illogique qu'un assuré se faisant soigner dans une clinique n'ayant pas contracté avec sa Caisse soit traité pécuniairement mieux que dans le cas inverse. D'autre part, ainsi que nous l'avons vu plus haut, le nouvel article 6 § 15 autorise formellement les Caisses à prévoir un tarif pour frais médicaux et chirurgicaux en cas d'hospitalisation, sans distinguer les hypothèses ou il existe une convention et celles ou il n'en existe pas.

D'un autre côté on ne saurait faire grief à la Cour suprême d'avoir instauré de son plein chef ce nouveau mode de remboursement. Les décisions qu'elle a rendues à ce sujet ne sont que les conséquences logiques des principes incontestables que nous avons posés plus haut, et il ne lui était pas possible d'aboutir à une autre conclusion.

Quel doit donc être le terrain d'entente, et comment le Corps médical peut-il agir pour faire respecter, en même temps que ses droits propres, ceux des assurés avec lesquels il est à ce point de vue en étroite solidarité ? A notre avis, il y a lieu d'abandonner le principe du remboursement sur la base du traitement à domicile. Mais ceci ne veut nullement dire que les Caisses soient fondées à ne prévoir dans leur tarif de responsabilité qu'un mode de remboursement unique, applicable à tous les établissements publics ou privés, quelles que soient les conditions dans lesquelles les assurés sont traités dans ces établissements. Il faut au contraire repousser le principe d'assimilation avec les hôpitaux publics que veulent imposer les Caisses, et y substituer le principe suivant : *remboursement des frais médicaux et chirurgicaux en cas d'hospitalisation qu'il y ait ou non convention, d'après un tarif de responsabilité différencié, c'est-à-dire variant suivant la nature de l'établissement hospitalier et la façon dont les soins sont dispensés à l'assuré.*

Pour cela il faut, non pas essayer de combattre une jurisprudence qui ne peut être autre que ce qu'elle est étant donnés les textes en face desquels elle se trouve, textes qu'il ne lui appartient pas d'approuver ou de modifier, mais attaquer le mal à sa source en usant des moyens d'action que donne la loi au Corps médical contre l'élaboration de textes de cette nature.

En effet conformément à l'article 8 § 4 du décret-loi du 28 octobre 1935, « les tarifs de responsabilité établis par les Caisses en application de l'article 6 sont soumis à une Commission fonctionnant au siège de chaque région, composée pour un premier tiers de représentants de la Caisse, pour un second tiers de représentants des groupements professionnels, et pour le dernier tiers de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique », texte d'où la jurisprudence a déduit que les tarifs de responsabilité des Caisses n'acquièrent force obligatoire qu'autant qu'ils ont été homologués par ladite Commission (Trib. civ. de Bourg, 12 mars 1935). Il résulte d'autre part de l'article 31 dudit décret-loi que le règlement intérieur de toute Caisse ou Union « doit être approuvé par le ministre du Travail ». Bien entendu, les dispositions de ce règlement intérieur relatives à l'application du tarif de responsabilité doivent, elles aussi, être soumises à l'approbation de la Commission régionale tripar-

tite, comme l'est le tarif de responsabilité lui-même.

Par conséquent le Corps médical, par l'intermédiaire de ses représentants officiels, à savoir les Syndicats médicaux, doit intervenir auprès du ministre du travail pour qu'il refuse toute approbation à des règlements intérieurs contenant des dispositions analogues à celles de l'article 36 du règlement-type. D'autre part les Syndicat médicaux doivent s'opposer à ce que les Commissions régionales tripartites homologuent des tarifs de responsabilité contenant un mode de remboursement des frais chirurgicaux en cas d'hospitalisation identique quel que soit le régime de l'hospitalisation. Rappelons à cet égard que les décisions de ces Commissions sont susceptibles d'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Or celle-ci semble bien disposée à faire respecter les droits des assurés et du Corps médical, puisque, par une décision du 3 avril 1936, elle reconnaissait, dans un cas analogue à celui qui nous occupe (la tarification des actes de spécialités effectués à l'hôpital ou chez le praticien), que « *les tarifs de responsabilité des Caisses d'assurances sociales doivent tenir compte des conditions différentes dans lesquelles sont dispensés les soins, faute de quoi ils pourraient avoir pour effet de limiter le libre-choix du médecin pour l'assuré* » (Documentation Comité central des Assurances sociales, 1936, E. 29). Comme d'autre part les décisions de cette juridiction peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat, il serait possible ainsi de faire trancher par lui cette importante question de principe. Bien entendu, le cas échéant, le Sou Médical ne manquerait pas d'accorder son appui moral et pécuniaire, dans la proportion de ses adhérents membres de la Ligue, à un Syndicat désireux d'engager une telle procédure.

Telle est la ligne d'action que devrait, nous semble-t-il, adopter le Corps médical pour faire respecter, dans son intérêt propre et dans celui des malades, ce principe fondamental de la charte médicale et de la législation sur l'assurance-maladie ; le droit pour l'assuré de choisir librement le médecin auquel il se confie.

Dr P. Boudin et J. Mignon.

II

Frais d'hospitalisation — Valeur du chiffre-clé

Première question : Est-il exact que le chiffre-clé K, qui est de 8 francs soit doublé pour les opérations dont le coefficient dépasse K × 25 ?

Réponse. — Le chiffre K est déterminé d'une part par le Syndicat de praticiens et, d'autre part, par les Caisses du département. Ces dernières doivent, en effet, selon les termes de la loi, fixer leur tarif de responsabilité, compte tenu du tarif syndical local. Dans ces conditions, c'est la Convention départementale intervenue entre les Syndicats de praticiens et les Caisses, qui détermine et arrête la valeur de K.

De plus, d'après l'arrêté ministériel du 26 août 1933, article premier, le chiffre-clé de la nomenclature générale est ainsi fixé pour les actes de chirurgie ou de spécialités : 8 francs, lorsque le coefficient de l'acte ne dépasse pas 40 et 15 francs s'il est supérieur à 40.

L'article 2 dudit décret du 26 août 1933 décide qu'à l'hôpital public, ou dans les maisons de santé ayant passé convention avec les Caisses, une redevance de 4 francs sera allouée par journée d'hospitalisation, pour les soins en médecine. Quant à la chirurgie également 4 francs ; mais, pour l'intervention, application du chiffre-clé de 3 francs à la nomenclature générale des actes de chirurgie ou de spécialités lorsque le coefficient de l'acte spécialisé ne dépasse pas 24 et du chiffre-clé de 6 francs dans les autres cas.

Deuxième question : J'ai lu dans une de vos dernières chroniques que les Caisses paent l'hospitalisation dans une clinique privée au mêm taux qu'à l'hôpital public. A la Caisse locale, on m'assure que, dans ce cas, on ne paye que l'intervention et non les journées de clinique.

Réponse. — C'est encore question de convention intervenue entre les établissements publics ou privés d'hospitalisation et les Caisses. Ces dernières peuvent librement fixer leur tarif de responsabilité, à la condition de faire approuver les conventions par la Commssion interdépartementale.

Ce tarif est inséré dans la convention intervenue entre les Caisses et les Syndicats. Il détermine le prix de journée d'hospitalisation et le quantum des honoraires médicaux tant pour la médecine que pour la chirurgie et les spécialités.

D'ailleurs, les Caisses doivent d'une part, le prix de journée d'entretien dans l'établissement hospitalier et, en second lieu, les honoraires médicaux et chirurgicaux, fixés forfaitairement.

L'assuré conserve le droit de choisir librement l'établissement de soins, dans lequel il se fera

admettre ; mais plusieurs arrêts de la Cour de cassation décident que le remboursement par les Caisses conserve un caractère forfaitaire, quelle que soit la dépense réelle effectuée par l'assuré. De plus, la Cour de cassation spécifie que lorsque l'assuré a choisi un autre mode d'hospitalisation que le régime commun de l'hôpital public, la Caisse ne saurait supporter de dépenses supplémentaires ; elle ne doit, en conséquence, que le remboursement d'après le prix de journée d'hospitalisation établi par son tarif de responsabilité, plus les frais médicaux, qui sont également versés à l'hôpital et non aux praticiens ayants droit.

Certes, les arrêts précités décident que les Caisses ne doivent pas supporter le poids de dépenses supplémentaires au cas où l'assuré se ferait soigner ailleurs que dans l'hôpital public. Cependant, on peut discuter l'étendue de ces arrêts surtout lorsque rien, dans le règlement intérieur des Caisses, ne serait venu limiter la participation desdites Caisses dans le remboursement des frais d'hospitalisation en clinique, laquelle n'a pas passé de convention avec les Caisses.

Troisième question : Un malade, à l'hôpital, paie-t-il quelque chose en sus de ce que la Caisse doit verser ?

Réponse. — Si l'assuré demande à ne pas être soigné en salle commune, s'il réclame un confort supérieur à celui de la catégorie la plus inférieure des malades payants, il devra, de sa poche, supporter ces dépenses supplémentaires, qui ne sauraient être mises à la charge des Caisses.

Quatrième question : Le malade touche-t-il son demi-salaire à l'hôpital ?

Réponse. — En cas d'hospitalisation, l'indemnité en argent que touche l'assuré est diminuée d'un tiers, s'il a des enfants ou des ascendants à sa charge ; de la moitié, s'il est marié, mais sans enfant, des trois quarts dans les autres cas.

Dr Paul Boudin.

IMPOTS D'UNE MAISON D'ACCOUCHEMENTS

Il nous est demandé si les impôts sont les mêmes, alors qu'une sage-femme, qui reçoit des pensionnaires, intitule son établissement « clinique d'accouchements ou maison d'accouchements » ?

Nous pouvons répondre que la dénomination est sans influence sur l'imposition : du moment où les malades sont hospitalisés, reçoivent, contre payement, nourriture et coucher, l'établissement est considéré comme commercial. Plusieurs arrêts soit de la Cour de cassation, soit du Conseil d'Etat sont formels sur ce point.

Par suite, ce seront les impôts et taxes, qui frappent le commerce, qui devront être appliqués aux cliniques et maisons de santé.

Mais, si le praticien en est propriétaire, il devra séparer ses bénéfices commerciaux de ses bénéfices professionnels. Par exemple, lorsqu'on fait payer séparément au malade les frais d'accouchements et le prix des journées d'hospitalisation, les premiers seront compris dans la cédule des bénéfices professionnels et les seconds dans la cédule des bénéfices commerciaux et industriels.

Si le praticien demande, au contraire, un forfait englobant non seulement les journées de séjour, mais aussi les frais d'accouchement normal et des soins consécutifs, il sera bon d'opérer le partage de ce qui, dans ce forfait global, représente la nourriture et le coucher et les frais médicaux proprement dits (moitié, un tiers, un quart).

Dr Paul Boudin.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Revue syndicale

L'évolution sociale et l'avenir de la médecine

Dans un rapport présenté au IV[e] Congrès des médecins alsaciens-lorrains, le 5 juillet 1936, M. le Docteur Batier a développé de façon fort intéressante l'idée de prise en charge par le syndicalisme médical de toutes les organisations sanitaires créées ou à créer par les Pouvoirs publics.

Le Docteur Batier rappelle tout d'abord quelques principes incontestables : la pratique médicale doit avoir lieu en considération du milieu social où elle s'exerce, elle doit se plier aux conditions de la société elle-même. Or notre société est à l'heure actuelle en constante évolution et cette évolution s'accélère de plus en plus sous l'influence de la crise. Pourtant jusqu'à présent les médecins se sont bornés à adopter une attitude négative, de pure défense, qui n'a donné et n'a pu donner que des victoires parcellaires bien souvent illusoires. Il importe donc de réagir contre cette tendance et de rechercher d'autres moyens d'action.

Dans quel sens s'effectuent actuellement les transformations sociales ? Incontestablement dans un sens opposé au libéralisme, vers une réglementation et une organisation de la production. Cette donnée, le Corps médical ne peut en nier l'évidence ; il doit y adapter les conditions de son exercice professionnel. Il y a là certes un problème difficile à résoudre, le « travail » médical étant essentiellement individuel et personnel. Mais si le Corps médical, par son attitude négative, se laisse exclure de la transformation sociale en cours, il verra s'instituer des dispensateurs de soins, qui négligeront entièrement ses principes pour le plus grand danger des malades.

Au contraire le Corps médical doit profiter de ce que les Pouvoirs publics seront très heureux de trouver, dans la période de transition et de construction que nous traversons, des collaborateurs compétents, pour faire accepter son concours technique dans l'organisation sanitaire du pays.

Quelle forme pratique donner à cette collaboration ? Le Docteur Batier préconise la généralisation des conventions collectives entre Administration et Syndicats, et la prise en charge par ces derniers des services médicaux de toutes les organisations sanitaires, et peut-être même des services administratifs, à l'exemple des confrères de l'Armée. Par prise en charge, il faut entendre que l'Administration confie au Syndicat l'organisation du service, verse au Syndicat la rénumération convenue, à charge de la distribuer comme il l'entend, et laisse à ce dernier le soin d'instituer les contrôles nécessaires. Les exécutants ne sont responsables que devant le Syndicat, l'Etat, et les collectivités contractantes ne connaissent que le Syndicat.

Mais ceci exige naturellement une organisation corporative solide, une forte discipline intérieure, le respect des engagements pris et la volonté inébranlable de faire tenir à autrui les engagements contractés à l'égard de la collectivité médicale, enfin une justice professionnelle aussi ferme que bienveillante. Ainsi le Corps médical travaillera-t-il, non seulement pour lui-même, mais pour la population tout entière que sa mission est de soigner et de servir le mieux possible. (*Le médecin d'Alsace et de Lorraine,* août 1936).

J. M.

Informations judiciaires

Le prélèvement de 10% est-il applicable aux émoluments des médecins hospitaliers ?

Le decret-loi du 16 juillet 1935 qui a institué un prélèvement sur les dépenses publiques contient deux dispositions distinctes, la première figurant à l'article 1[er] pose le principe d'un prélèvement général de 10 % sur toutes les dépenses publiques, la seconde, dans l'article deux, prévoyant une exception à ce principe et l'application d'un prélèvement à taux dégressif aux « dépenses de personnel » lorsque l'intéressé ne reçoit que des émoluments nets totaux inférieurs à un certain plafond. Dans ses articles 1 et 2, le décret d'application du 30 juillet précisait d'autre part que par « émoluments nets totaux » il fallait entendre « la totalité des sommes revenant aux intéressés et assujetties au prélèvement à titre de traitement ».

Il fallait donc en déduire que les émoluments

des médecins des hôpitaux publics, constituant des dépenses de personnels puisque ces médecins sont liés avec l'Administration par un contrat de louage de services, ne devait être frappés que du prélèvement dégressif si les intéressés ne recevaient à titre de traitement des collectivités publiques ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public que des émoluments totaux inférieurs au maximum fixé par la loi. Les taux de ce prélèvement, ainsi que le maximum fait l'objet de fréquentes variations, et ont été réglés successivement par le décret du 30 juillet 1935, l'article 54 de la loi de finances du 31 décembre 1935 et enfin la loi du 20 juin 1936. Actuellement le maximum est de 40.000 francs, le taux du prélèvement est même réduit à zéro au-dessous de 12.000 francs.

Mais l'Administration s'est absolument refusée à appliquer aux médecins hospitaliers les dispositions de l'art. 2 du décret-loi. Elle a entendu au contraire retenir 10 % sur leurs émoluments, prétendant que « les indemnités ou émoluments destinés à rémunérer des services rendus par des personnels qui ne font pas partie à proprement parler des personnels de l'Etat, indemnité correspondant à une activité qui n'est que l'accessoire d'une profession principale, doivent supporter le prélèvement au taux uniforme de 10 % ».

Pour faire trancher le débat, le « Sou Médical » s'est ainsi vu amené à soumettre la question à la jurisprudence. Par son arrêté du 21 juin 1936 le Conseil de Préfecture interdépartemental de la Seine-Inférieure a rejeté implicitement la thèse de l'Administration en faisant application pure et simple des textes précités et en décidant que le traitement d'un médecin hospitalier ne doit être soumis qu'au prélèvement dégressif afférant aux « dépenses de personnel ». D'autres cas de ce genre sont actuellement en instance devant divers Conseils de Préfecture ; nous ne doutons plus d'obtenir devant eux des succès analogues. L'Administration s'incline d'ailleurs pour l'avenir ainsi que le prouve la circulaire ministérielle du 8 octobre 1936.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Introduction à la biologie de l'éducation physique

Qu'est-ce que la biologie appliquée à l'éducation physique ?

Elle procède de la tendance nouvelle de la médecine à se faire préventive. Cette tendance, après avoir fait naître des sciences telles que l'hygiène industrielle et urbaine, la puériculture, la science de la nutrition, la physiologie du travail, la sélection et l'orientation professionnelle, s'est trouvée devant la question « Qu'est-ce qu'un homme normal et comment augmenter sa santé ? »

De là est née la biologie de l'éducation physique qui a pour but *l'étude de l'homme normal au cours du travail musculaire sous toutes ses formes.*

Deux problèmes se posent, dit le Docteur Lucien Brouha :

1° Quelles sont les modifications apportées à l'organisme par le travail musculaire ?

2° Mise en pratique des enseignements ainsi reçus.

Pendant l'exercice, on note une accélération du pouls et de la respiration, une augmentation de la consommation d'oxygène et de la production de CO^2, du débit cardiaque et du métabolisme ; au bout d'un certain temps une élévation de la température interne, des modifications dans les sécrétions externes et internes. L'ensemble de ces phénomènes se traduisant en dernière analyse par un certain travail exprimé en kilogrammètres et par la fatigue.

Chez un sujet entraîné toutes ces modifications sont moins marquées ; il y a donc une meilleure utilisation de l'énergie musculaire et une plus grande résistance à la fatigue. Qu'est-ce donc que la fatigue ? Comment apparaît-elle ? Comment disparaît-elle ?

Passant maintenant à l'étude particulière des individus on note des différences considérables de l'un à l'autre, même chez des sujets biométriquement semblables.

Différences par les réponses de l'organisme à un même effort, différences aussi dans l'aptitude à l'entraînement.

C'est qu'il existe à côté de la biométrie anatomique une biométrie physiologique dont l'objet est l'étude des types humains « fonctionnels ».

Par ces études nous arrivons à déceler les aptitudes personnelles de chaque sujet à certaines modalités de travail musculaire, nous arrivons à mesurer non seulement les réactions physiologiques pures mais aussi les réactions psycho-motrices, la résistance, l'attention, l'énergie. Ce sont les bases scientifiques de l'orientation professionnelle et sportive ; par elles nous savons aussi fixer les limites à ne pas dépasser par certains sujets dans la pratique de l'éducation physique.

Et l'on arrive enfin à ce problème de biologie générale des plus importants et encore presque totalement irrésolu : qu'y a-t-il de transformable et d'intransformable dans la machine humaine ? (*Liège Médical*, 14 juin 1936.)

G. L.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de l'Automobile *(Suite)*

Citroën. — Le grand constructeur du quai de Javel a eu un tel succès avec ses 7 et 11 CV. qu'il a décidé de se limiter cette année encore à ces deux modèles. Mais que d'heureux perfectionnements il y a apportés.

Il faut mentionner tout d'abord la « direction à crémaillère », dispositif nouveau agissant par pignon hélicoïdal engrenant sur crémaillère coulissante, monté de telle sorte qu'aucun jeu ne peut se produire.

L'entretien des directions à crémaillère est insignifiant : il suffit d'un graissage tous les 20.000 kilomètres.

A signaler également le nouveau tableau de bord d'une conception très rationnelle.

Tous les automobilistes ont remarqué combien il est parfois difficile de lire les indications du tableau de bord quand il est placé sur le tablier. Le conducteur doit distraire son regard de la route, ce qui est évidemment assez dangereux.

Le nouveau tableau Citroën est placé sous le volant. Il est grand et lumineux. Le conducteur peut donc contrôler la bonne marche de sa voiture tout en ne perdant pas la route de vue.

Autre modification intéressante :

La tubulure d'échappement passe maintenant en avant du moteur, près du carburateur dont il est judicieusement isolé par un protecteur en amiante.

Ce dispositif assure un meilleur refroidissement et évite de gêner les passagers par le dégagement exagéré de chaleur que produisait le tuyau d'échappement passant en arrière du moteur.

CARACTÉRISTIQUES :

7 CV. — Carrosserie monocoque, 4 cylindres, soupapes en tête commandées par culbuteurs.

Bloc-cylindres à chemises amovibles.

Carburateur Solex à thermostarter. Moteur 72 × 100, puissance effective 35 CV à 3.200 t /m.

Boîte de vitesses synchronisées, 3 vitesses et marche AR.

Traction avant. Roues indépendantes. Suspension par barres de torsion, amortisseurs et freins hydrauliques.

11 CV. d° d° moteur 78 × 100. Puissance 42 CV à 3.200 t /m.

Prix : 7 CV à partir de 18.500 francs.
11 CV à partir de 21.500 francs.

Citroën livre aussi une 9 CV et une 11 CV à propulsion arrière.

Prix : 9 CV à partir de 20.000 francs.
11 CV à partir de 23.500 francs.

Tous les modèles sont munis de pneumatiques Michelin Super-Confort « Stop » à lamelles.

Peugeot. — L'année dernière, Peugeot sortait une nouvelle voiture, la 402, d'une conception et d'une forme si originales, qu'elle constituait l'un des clous du Salon 1936.

La forme extérieure était si particulière que l'œil eut quelque peine à s'y habituer. Quelle exagération disaient les uns C'est du snobisme, disaient les autres, et tous de penser : ça ne durera pas

Mais peu à peu, la calandre cintrée s'imposa à tel point que d'autres fabricants, et non des moindres, l'adoptèrent au cours de l'année.

Aujourd'hui, une voiture est presque démodée si sa ligne ne se rapproche pas plus ou moins de celle des 402.

C'est un joli succès pour Peugeot. Succès qu'il exploite judicieusement cette année en sortant la 302, sœur cadette de la 402.

Il faut ajouter pour être complet que la forme de la calandre et l'aérodynamisme de ces voitures ne sont pas les seuls facteurs qui ont fait leur vogue. Ce n'étaient là que des signes extérieurs du modernisme technique apporté à leur conception

Pour des raisons que je ne crois pas devoir exposer, je ne vous parlerai donc que des 402 et des 302.

Ce sont deux voitures admirablement réunies et qui méritent le slogan publicitaire de Peugeot qui dit qu'elles sont en avance de deux ans.

Et voici les principales caractéristiques :

302. Châssis bloctube à deux caissons superposés. Moteur, 4 cylindres à culbuteurs 10 /46 CV cylindrée 1.760 c. c. (78 × 92). Vilbrequin 3 paliers. Carburateur Solex inversé à Starter avec régulateur de consommation, commandé par manette sur la planche de bord. Roues avant indépendantes. Amortisseurs hydrauliques sur les 4 roues.

3 vitesses et marche AR (2e et 3e silencieuses et synchronisées). Pont arrière à roue et vis sans fin. Freins auto-serreurs Bendix sur les 4 roues. Réservoir AR de 53 litres.

Equipement électrique : 12 volts, 45 ampères, en 2 batteries de 6 volts. Allumage par batterie. Phares inclinables par commande sur la planche de bord. Pneus 140 × 40.

Prix conduite intérieure luxe, 4 portes, 5 places à partir de 19.500 francs.

Empattement : 2 m. 88.

Voie : 1 m. 28.

Renault. — Il est difficile de trouver d'aussi jolies voitures que les Renault, surtout aux prix qui étaient pratiqués au Salon.

Leur présentation est vraiment impeccable, jouant à s'y méprendre la voiture américaine, ce qui est à mon sens une qualité.

Chose curieuse et caractéristique de l'état d'esprit qui règne chez nos constructeurs, Renault a suivi la pente habituelle, c'est-à-dire que, en ce qui concerne la petite voiture, partant de la populaire 6 CV, il est arrivé insensiblement à sortir sa Celtaquatre, guère plus forte — en théorie, puisque c'est une 8 CV — mais qui est presque une grosse voiture.

Qu'importe, direz-vous, puisque le prix en est plus bas en francs or et que sa consommation en essence, huile, etc., est plutôt inférieure ?

C'est vrai, mais je ne peux m'empêcher d'éprouver un certain regret de cette tendance perpétuelle vers le plus grand et le plus puissant, car je m'imagine volontiers les miracles que réaliseraient un Renault, un Peugeot, un Citroën, s'ils établissaient à nouveau une voiture petite, sans prétention, de 5 ou de 6 CV nominaux, dotée de tout ce que leur science technique serait capable de créer, sans tomber cependant dans la voiture joujou !

Mais ceci n'est qu'une parenthèse. Revenons donc à la gamme actuelle des Renault, toutes fières de leur nouveau capot aérodynamique.

Celtaquatre. — 8 CV, moteur 4 cylindres 70 × 95 à culasse rapportée. Groupe monobloc formant carter supérieur. Soupapes latérales. Carburateur inversé à starter. Boîte 3 vitesses et marche AR (2e et 3e synchronisées). Nouvelle direction à vis globique et galet double, avec amortisseur de réactions au ressort avant gauche. Nouveaux freins à commande mécanique directe sur les quatre roues. Allumage par batterie. Equipement électrique 12 volts. Démarreur, dynamo généra-

trice facilement accessibles. Roues à voile ajouré. Nouvelle malle s'ouvrant à l'AR et de l'intérieur. Consommation 9 litres au x 100 kilomètres. Vitesse : 100 kilomètres à l'heure. Prix, à partir de 18.100 francs. Modèle Celtastandard, 15.400 francs.

Primaquatre. Moteur « 85 » à régime lent, 10 CV. 4 cylindres 85 × 105. Vilbrequin sur trois paliers. Culasse aluminium. Consommation 11 litres aux 100 kilomètres. Vitesse 120 kilomètres à l'heure. Prix à partir de 20.600 francs.

Vivaquatre. — 4 cylindres 85 × 105, 10 CV, allumage par batterie. Avance automatique et avance commandée à la main. Nouveau système de levage par nouveau système de cric portant sur les pa.es-chocs. Consommation 12 litres aux 100 kilomètres. Vitesse 105 kilomètres à l'heure. Carrosseries à 6 ou 8 places spacieuses. Type de la voiture familiale. Prix à partir de 23.800 francs.

Je mentionne également les magnifiques 6 et 8 cylindres des séries Vivasport, Vivagrandsport, Vivastella, nerva grand sport et nervastella.

Fiat Simca. — Avec la Société industrielle de mécanique et carrosserie automobile de Nanterre, qui exploite en France la licence Fiat, nous nous trouvons devant une conception toute différente.

Cette Société s'est spécialisée depuis sa création dans la voiture la plus économique possible, et elle est parvenue dans ce sens à faire de véritables miracles sans cependant aborder le problème qui a fait l'objet de ma « parenthèse » dans le chapitre consacré aux voitures Renault sous l'angle signalé.

Il n'en reste pas moins que ses Simca cinq et ses Simca six peuvent rendre d'énormes services à de jeunes médecins. C'est donc avec un intérêt particulier que j'en parlerai.

Simca cinq — Voiture ? C'est peut-être beaucoup dire Véhicule extraordinaire, plutôt ; gracieux, rapide, étonnamment économique et confortable, dont voici les caractéristiques :

Moteur 4 cylindres 52 × 67. Culasses aluminium. Carburateur avec starter et silencieux. Carrosserie aérodynamique tout acier. Freins hydrauliques sur les quatre roues. Amortisseurs hydrauliques. Roues avant indépendantes. Equipement électrique 12 volts. Allumage par batterie. 4 vitesse (3e silencieuse et synchronisée) et marche AR.

CONSOMMATION : performance effectuée sous le contrôle de l'A. C. F. sur Paris-Madrid et retour (2.498 kilomètres), 3 litres 624 aux 100 kilomètres.

VITESSE. — 105 kil. 532 couverts en une heure sur l'autodrome de Montlhéry sous le contrôle de l'A. C. F.

Carrosserie deux places *très spacieuses* sur fauteuils réglables à dossier rabattable. Places intérieures d'un accès facile, grâce aux grandes dimensions des portières. Emplacement pour bagages. Roue de secours encastrée à l'arrière. Empattement : 2 mètres. Voie AV : 1 m. 106. Voie AR : 1 m. 080. Prix à partir de 10.900 francs.

Simca six — La Simca six n'a pour ainsi dire pas subi de modifications cette année. Je n'en rappellerai donc que les principales caractéristiques : Moteur 4 cylindres, 65 × 75. Boîte 4 vitesses dont 2 silencieuses et synchronisées, freins et amortisseurs hydrauliques. Vilbrequin sur 3 paliers. Carburateur Solex à starter. Allumage par batterie. Avance automatique. 4 ressorts entiers. Prix à partir de 15.900 francs en conduite intérieure.

Simca 11 CV. — Avec la 11 CV, il semble que l'on sorte un peu du programme de la SIMCA. C'est là, en effet une belle, une très belle voiture, mais plutôt une grosse qu'une petite voiture. Prix à partir de 29.900 francs.

Hotchkiss. — Constatation très intéressante chez ce constructeur éminemment sérieux : un gros effort a été fait pour parer aux seuls inconvénients qu'on lui reprochait.

Les carrosseries sont nettement améliorées, tant au point de vue confort, emplacement disponible pour les passagers, que visibilité.

La consommation en essence a été réduite et pourtant la puissance a été encore accrue.

Il semble donc bien qu'Hotchkiss justifie pleinement maintenant sa devise : Le juste milieu — qualité totale.

Voici les quatre modèles les plus courants :

La 11 CV, 4 cylindres	80 × 99,5	à partir de	41.500 francs.
La 13 CV	—	86 × 99,5	—	42.900 francs.
La 17 CV, 6 cylindres	80 × 100	—	48.500 francs.
La 20 CV	—	86 × 100	—	61.500 francs.

Berliet. — Les « Dauphine » 9 et 11 CV conservent toujours leur vogue. Il est de fait qu'elles sont particulièrement spacieuses et robustes pour un prix avantageux :

9 CV mocteur 4 cyl. 68 × 111,7 à partir de 21.500 fr.
11 CV 80 × 99,6 — 23.900 francs.

Chenard et Walcker. — Trois modèles très réussis.

Aigle 20-12 CV, 4 cylindres 79,4 × 100 à partir de 27.500 francs.

Aigle 22-12 CV, 4 cylindres 79,4 × 100 à partir de 34.900 francs.

Aigle 8-20 CV, 8 cylindres, 79,4 × 90, à partir de 54.300 francs.

Delage. — Cette vieille maison bien française tient à sa réputation et elle le prouve. De sa 12 CV à sa 25 CV toutes ses voitures sont ravissantes. C'est un vrai régal pour les yeux... du profane, mais aussi du connaisseur, car la partie technique est encore plus étudiée, si possible que « la ligne ».

Parlant ici surtout des voitures utilitaires, je crois devoir ne donner les caractéristiques que des 12 et 14 CV.

DI-12, 12 CV, 4 cylindres 80 × 107, cylindrée 2 l. 151. Voie 1 m. 458. Empattement 2 m. 950. Pneus Dunlop 5,50 × 17. Carrosserie 5 places, à partir de 37.800 francs

D6, 60-14 CV, 6 cylindres 77 × 90,5, cylindrée 2 l. 528. Voie 1 m. 458. Empattement 3 m. 150. Pneus Dunlop 5,50 × 17. Prix à partir de 47.900 francs.

Delahaye. — Delahaye a une spécialité : ses voitures de tourisme ont l'air de voitures « sport », et ses voitures « sport » des voitures de tourisme ! Ce résultat exceptionnel est dû vraisemblablement au soin apporté à la « ligne », on serait même tenté d'écrire : à la « race ».

En tout cas, le stand Delahaye était certainement parmi les plus envahis par la foule, qui restait en admiration devant une splendide voiture sport, bien exposée sur une plateforme tournante qui permettait d'en voir tous les aspects.

Deux modèles à signaler particulièrement :

Une 12 CV, 4 cylindres 80 × 107, à partir de 37.900 francs.

Une 18 CV, 6 cylindres 80 × 107, à partir de 37.900 francs.

Je ne devrais par parler du type 135 sport 18 CV, mais je ne peux pas résister à la tentation

C'est une 6 cylindres 80 × 107, à 52.600 francs, qui a gagné la coupe des Alpes. Il n'y a rien à ajouter à cela !

La Licorne. — Autrefois, quand on voulait une voiture inusable, on achetait une Licorne. Elle n'était pas toujours très fine, mais on savait qu'elle roulerait des 100.000 kilomètres sans histoire.

Aujourd'hui, la garantie de solidité reste, mais Licorne y a ajouté des modèles de carrosserie absolument impeccables et les perfectionnements les plus modernes. Carrosserie tout acier monocoque. Roues

avant indépendantes. Moteur étudié pour consommer régulièrement du « poids lourd ». Châssis rigide faisant bloc. Isolement entre carrosserie et châssis par feutre épais.

Le distingué et réputé technicien de l'automobile A. Caputo, qui a essayé les Licornes 1937 parle du « Silence de marche » de ces voitures, comparables, dit-il, aux plus luxueux modèles américains, bien connus pour leur marche silencieuse.

C'est une qualité qui plaira à beaucoup d'usagers quotidiens de l'automobile.

Voici les caractéristiques des 5 types Licorne 1937 :

6 CV,	4 cylindres	67 × 80,	à partir de	19.500 francs.
8 CV,	—	76 × 80	—	20.950 francs.
10 CV,	—	76 × 99,8	—	25.950 francs.
11 CV,	—	80 × 99,8	—	28.500 francs.
14 CV,	—	84 × 110	—	36.500 francs.

Matford. — Depuis la fusion de Ford et de Mathis, il est agréable de pouvoir classer cette marque parmi les marques françaises.

Tout l'effort de Matford est maintenant consacré aux 8 cylindres. Et, quand on a conduit l'une de ces voitures, on ne peut s'empêcher de penser que Matford a raison.

Quelle souplesse ! Quel silence ! Quelles reprises ! Et pourtant, le prix d'achat n'atteint pas celui de bien des 4 cylindres, et la consommation n'est guère plus grande. Jugez-en :

Alsace U8-72, 13 CV, 8 cylindres 66 × 81,2, à partir de 25.400 francs.

Alsace U8-76, 21 CV., 8 cylindres, 77,7 × 95,2 à partir de 33.900 francs.

Alsace U8-68, 21 CV., 8 cylindres 77,7 × 95,2, à partir de 33.800 francs.

Panhard-Levassor. — La voiture ultra-confortable chic, dont le prix s'oublie grâce à l'absence des frais d'entretien.

Six modèles 6 cylindres. Un modèle 8 cylindres. 14 CV 6 cylindres, 72 × 103, à partir de 49.800 francs en conduite intérieure 7 places, 4 portes.

Un rappel doit être fait ici de la disposition spéciale des carrosseries Panhard « Panoramiques » dont le pare-brise est prolongé de chaque côté par une glace arrondie à très petits montants, assurant ainsi une visibilité remarquable.

Rosengart. — Toujours trois modèles ;

5 CV, 4 cylindres 56 × 76 à partir de 11.980 francs.
Super 5 CV, 4 — — 13.980 francs.
Super traction 9 CV, 4 cyl. 74,2 × 95 à partir de 25.950 francs.

Des perfectionnements très intéressants et une meilleure présentation caractérisent la production Rosengart 1937, dont la qualité est bien connue du public qui a suivi ses grands raids de 100.000 kilomètres avec admiration.

Salmson. — Un seul modèle mais toujours très étudié.

S4 D-9 CV, 4 cyl. 72 × 98 à partir de 32.800 francs.

Talbot. — Une série de quatre voitures, puissantes, fines, confortables :

11 CV,	6 cyl.	70 × 86,5	à partir de	39.900 francs.
15 CV,	—	74 × 104,5	—	49.900 francs.
17 CV,	—	78 × 104,5	—	53.500 francs.
23 CV,	—	90 × 104,5	—	85.000 francs.

Unic. — 2-11 CV, et 2-17 CV.

U4-11 CV, 4 cyl. 72,8 × 120 à partir de 41.250 francs
U6-17 CV, 6 cyl. 75 × 113 42.900 francs.

Voisin. — 1-19 CV, 6 cyl. 80 × 110 à 95.000 francs.
1-34 CV, 12 cyl. 76 × *110 à 125.000 francs.*

Voitures très curieuses, d'une conception spéciale, comme l'ont toujours été les Voisin.

Voitures étrangères

Toutes proportions gardées, je crois bien que la quantité de voitures étrangères était plus grande cette année que les précédentes.

La production américaine tient toujours le drapeau des innovations hardies et du progrès technique, ce qui s'explique par la puissance du marché américain, dix fois plus important que le nôtre, et aussi par la sagesse des gouvernements de la Maison-Blanche qui se sont toujours refusés à considérer l'automobile comme un article de luxe destiné, par les taxes dont on l'accable, à boucher tous les trous des budgets.

Je ne décrirai pas en détail les voitures exposées parce que, hélas, leur prix de vente en France en limite la diffusion, mais il suffira de citer des noms pour donner bien des regrets à ceux qui savent que là-bas, une Chrysler vaut quelque 8.000 francs :

Donc, stands de haut intérêt... *théorique*, chez Lincoln, Chrysler, Auburn, Dodge, Graham Paige, Packard, Cord, de Soto, Studebaker.

Tous ces constructeurs, qui n'ont pas à se préoccuper du prix de l'essence, font des moteurs de grande cylindrée, tournant relativement lentement, à formidable réserve de puissance.

La preuve est faite, cependant, que la France sait fabriquer d'aussi bonnes et d'aussi belles voitures, quand le côté financier n'intervient pas : témoin ; les Hispano, les grosses Panhard, mais ce qui est une exception chez nous est de pratique courante aux Etats-Unis.

L'Angleterre continue à étonner le monde avec les Rolls Royce, mais elle a su nous montrer cette année que le problème de la petite, et même de la très petite voiture, avait trouvé chez elle des solutions heureuses, sans qu'elle ait cependant négligé la voiture moyenne.

Donc, exposition remarquable chez Beutley, Austin, Hillman, Humber, Morgan, Rolls Royce, Swallow, Singer.

Cette dernière marque, Singer exposait deux ravissantes petites 6 CV, 4 cyl. 60 × 86, d'un fini de fabrication vraiment extraordinaire.

L'Italie avait fait également un effort très remarqué, et il y avait bien des admirateurs aux stands Alfa-Roméo, Bianchi, Fiat et Lancia.

Lancia qui a une usine en France, à Bonneuil-sur-Marne, sort cette année. Une 9 CV, 4 cyl. 72 × 83, à soupapes commandées par culbuteurs et arbre à cames en tête, 4 vitesses et marche AR. 4 freins Lockheed, pneus Michelin 140 × 40. Voie 1 m. 260, empattement 2 m. 750. Consommation 10/11 litres. Vitesse 125 kilomètres à l'heure. 4 roues indépendantes. Carburateur Zénith. Prix à partir de 36.500 francs.

Une 7 CV, 4 cyl. 69,85 × 78, à culbuteurs. Carburateur Zénith. 4 vitesses et marche AR. Roue libre. Roues AV indépendantes. Voie 1 m. 236. Empattement 2 m. 650. Consommation 9/10 litres. Vitesse 105 kilomètres à l'heure. Prix à partir de 29.900 francs.

L'Allemagne a largement rattrapé le retard qui l'avait handicapé après la guerre.

J'ai déjà dit, dès le début de ce compte rendu, ce que je pensais de ses réalisations en voitures de tourisme à moteur Diesel à huile lourde.

Dans tous les autres domaines, l'Allemagne marche également de l'avant. L'écho de ses victoires dans les grandes courses internationales n'est pas près de s'éteindre

Parmi les exposants, à citer :

Adler, Andi, D. K. W., Hanomag, Sturm, Harch, Maybach, Mercédès-Benz-Wanderer.

Voici quelques caractéristiques de la Mercédès, type 260 D, 15 CV à moteur Diesel, 4 cylindres, boîtes de vitesses surmultipliée, moteur flottant, cylindrée 2.600, puissance effective 45 CV. Consommation 9/11 litres d'huile lourde pour une vitesse de 90 kilomètres-heure.

(Je rappellerai ici que le Zeppelin « Hindenburg » est équipé de moteurs Diesel-Mercédès).

La Tchécoslovaquie était représentée par des voiture Skoda, de réputation universelle, et Tatra.

— Cette énumération confirme bien, n'est-il pas vrai, ce que je vous disais plus haut de l'importance de la participation étrangère au Salon 1936.

Il ne peut en résulter qu'une émulation profitable aux consommateurs, puisqu'elle reste raisonnablement assez freinée pour ne pas léser les intérêts des constructeurs français.

(*A suivre*). Marcel TOUSSAINT.

Nos Réunions Médicales

LE IX[e] CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

Du 5 au 10 octobre s'est tenu à Paris sous la présidence du Docteur Pont (de Lyon), le IX[e] Congrès de stomatologie. Celui-ci a été ouvert par M. le Doyen Roussy et la discussion des rapports du Docteur Soleil (de Lille) et du Docteur Duclos (de Lyon) sur *l'étude comparative des traitements des infections périapicales chroniques* s'est immédiatement engagée.

Pour les auteurs ce traitement est d'abord fonction de l'état général du sujet. Il doit, au début, consister en pansements locaux au formol. Puis les canaux dentaires seront alésés, des mèches y seront appliquées, renouvelées jusqu'à la guérison clinique. En cas d'échecs, il faut avoir recours à l'ionophorèse qui surtout s'il s'agit de kystes ou de granulomes, semble avoir donné de bons résultats. Essayer aussi la diathermie, ou mieux la haute fréquence. La guérison obtenue doit être confirmée par le contrôle radiographique et l'examen clinique périodiques.

Lorsque le traitement médical n'a pas obtenu ou ne semble pas devoir obtenir la guérison des lésions périapicales on doit, sans perdre de temps, aller supprimer chirurgicalement les foyers infectieux. Il faut se proposer deux buts :

1° Supprimer totalement les foyers infectieux dentaire et périapical ;

2° Conserver la dent si possible.

Après avoir rappelé les interventions aujourd'hui à peu près oubliées, l'un des auteurs passe en revue celles actuellement les plus employées : l'extraction avec curettage, la fistulisation provisoire, la cure radicale de grand kyste, et surtout le curettage complet des lésions périapicales avec ou sans résection d'apex.

Les indications opératoires se déduisent des raisons anatomiques, du degré des lésions dentaires, de l'étendue des foyers périapicaux, de l'état général et de diverses considérations non médicales : esthétiques, sociales, etc... Toujours se rappeler qu'il faut obtenir une guérison totale et mutiler le moins possible.

Le lendemain le Docteur Quintero (de Lyon) présentait son rapport sur les *contre-indications absolues et relatives des traitements orthodontiques* qu'il illustre par quelques exemples typiques.

Contre-indications d'ordre général à la suite de maladies aiguës (typhoïde par exemple) ou chroniques (tuberculose, etc.) ; contre-indications locales : tels certains becs-de-lièvre, arthrite temporo-maxillaire, hypertrophie des maxillaires, lésions infectieuses : kystes, dents incluses, etc...

La question de l'âge dans l'application d'un traitement orthodontique n'intervient qu'entre 9 et 11 ans. On peut à la rigueur le tenter jusqu'à 25 ans.

Songer toujours aux contre-indications d'ordre psychologique (nervosité de l'enfant), et d'ordre social : celui-ci moins fréquent qu'autrefois grâce à l'application de nouvelles lois qui permettent à toute une catégorie de malades de bénéficier de soins dentaires.

Dans la question mise en discussion sur le *traitement des complications immédiates et médiates des extractions*, Landais (de Nantes), passe successivement en revue les divers accidents qui peuvent se produire au cours de celles-ci et étudier les remèdes à y apporter. Tour à tour il développe :

Les *accidents immédiats* concernant :

— la dent à extraire (fracture coronaire ou radiculaire) ;

— les dents voisines ;

— la muqueuse (déchirure de la gencive, du plancher buccal ou de la muqueuse palatine) ;

— le maxillaire (fracture parcellaire de l'alvéole ou de la tubérosité, ou fracture totale du corps de la mandibule).

— le nerf dentaire inférieur ;

— les cavités annexes (sinus, muqueuse, voies digestives, voies respiratoires) ;

— l'articulation temporo-maxillaire ;

— les vaisseaux.

Les *accidents médiats* :

— portant sur les vaisseaux (hématome en nappe, hématome interstitiel) ;

— d'origine infectieuse, concernant :

— l'os (alvéolite, ostéite localisée, ostéite diffuse.

— les tissus périmaxillaires (fluxion, abcès, phleg-

mons périmaxillaires circonscrit, diffus, gangréneux, cellulite chronique) ;
— les ganglions (adénite, périadénite, adénophlegmon) ;
— les muscles (trismus, myosite) ;
— le sang (septicémies) ;

— d'origine nerveuse (anesthésie, paresthésie, névralgie, zona)
— d'origine traumatique ;

— concernant le tissu osseux (alvéole, sinus) ;
— concernant le tissu cellulaire (emphysème sous-cutané) ;

— concernant l'articulation temporo-maxillaire.

Et l'auteur termine par un chapitre sur les affections dentaires dans leurs rapports avec le cycle génital de la femme, puis avec les affections générales, soit qu'elles soient à l'origine de celles-ci (tétanos), soit qu'elles apparaissent au cours de différentes maladies.

Parmi les autres communications qui ont fait l'objet de ce IXe Congrès, il convient de citer tout particulièrement encore les conférences sur les avitaminoses par le Professeur Debré ; sur les hémorragies en stomatologie par le Docteur P.-E. Weill ; sur les névralgies de la face par le Professeur Leriche ; sur le lichen plan des muqueuses par le Professeur Gougerot ; sur les épithéliomas du maxillaire inférieur par le Professeur Lemaître.

Toutes obtinrent un grand succès. L'organisation due au zèle du Docteur Dechaume, l'actif secrétaire général, était parfaite et le temps consacré aux loisirs (visites de Chantilly, de Saint-Denis, de Sèvres, du Nouveau Beaujon... et des grands couturiers) fut peut-être aussi apprécié que celui consacré à la partie scientifique.

Les congressistes n'eurent à déplorer qu'un seul ennemi : la dureté des temps qui n'avait pas permis à beaucoup de leurs confrères de province et surtout de l'étranger de venir aussi nombreux en 1936 que les années précédentes.

La clôture eut lieu dans la plus grande cordialité, et les personnalités présentes se séparèrent dans l'espoir de voir bientôt réalisée l'union indispensable de tous les praticiens de l'art dentaire.

Dr P. Sassier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital Broussais, 96, rue Didot. Professeur : M. Emile Sergent.) — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques, le mercredi 18 novembre 1936, à 11 h, à l'hôpital Broussais.

I. Programme général de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. 30 : Visite dans les salles. — Lundi, mardi et jeudi, à 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique. — Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30 : Séance de pneumothorax artificiel sous la direction des Docteurs René Mignot et P. Lonjumeau, anciens chefs de clinique. — Mercredi, à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. le Docteur Aubin. — Samedi, à 10 heures : Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires. — Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures : Leçons de technique et de séméiologie élémentaire par le Professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, Demassary, Lonjumeau, Vibert, Imbert, Launay, Poumeau-Delille, Thiébaut, Mamou, Racine, Moricard, Patte, Gallot, Regaud et Fourestier, et les chefs de laboratoire : MM. H. Durand, Couvreux et Kourilsky. — Mercredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur. — Vendredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'Amphithéâtre, par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

II. Enseignement élémentaire des stagiaires. — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la Clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la séméiologie.

III. Enseignement complémentaire de perfectionnement. — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera quatre sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours.

1° Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (du 9 au 14 novembre) avec la co-direction du Docteur Lian, agrégé.

2° Un cours sur les suppurations de l'appareil respiratoire du 7 au 19 décembre inclus.

3° Un cours pratique de radiologie de l'appareil respiratoire, sous la direction du professeur et de M. Couvreux, chef du laboratoire de radiologie de la clinique, en avril.

4° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet.

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Concours de l'internat.** — *Epreuve écrite d'Anatomie.*

Question sortie : Nerf médian à partir du pli du coude. Ses branches collatérales, terminales et anastomotiques (sans histologie, ni physiologie).

Questions restées dans l'urne. — 1. Nerf récurrent gauche sans histologie, sans physiologie et sans embryologie. — 2. Anatomie descriptive de l'appareil ligamentaire et méniscal du genou, vaisseaux et nerfs, sans les rapports, sans l'histologie, sans la physiologie. — 3. Glande sous-maxillaire avec ses vaisseaux, ses nerfs et sa physiologie (sans le canal excréteur, sans histologie, sans embryologie). — 4. *Question sortie.* — 5. Configuration extérieure et rapports de la trachée (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 6. Anatomie descriptive et rapports de la tête du pancréas (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 7. Tronc de l'artère sous-clavière droite avec l'origine seule des branches (sans histologie, ni physiologie, ni embryologie). — 8. Les deux muscles ptérygoïdiens. Leurs vaisseaux, leurs nerfs et leur physiologie (sans l'histologie). — 9. Nerf phrénique gauche et la physiologie des nerfs phréniques (sans l'embryologie ni l'histologie).

Epreuve écrite de pathologie médicale. — Séance du 13 octobre. — *Question sortie* : Symptômes et diagnostic du cancer primitif du poumon.

Questions restées dans l'urne : 1. Symptômes et formes cliniques de la pneumonie franche lobaire aiguë (sans complications, ni diagnostic). — 2. Symptômes et diagnostic des angines et des néphrites de la scarlatine. — 3. Symptômes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. — 4. Symptômes, diagnostic des hémorragies et perforations intestinales de la fièvre typhoïde avec les indications thérapeutiques. — 5. Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques etcentrales. — 6. Séméiologie, diagnostic étiologique et différentiel des ascites. — 7. Symptômes, formes cliniques et diagnostic des zonas. — 8. *Question sortie.* — 9. Symptômes et diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Séance du 14 octobre. — Question sortie : Les phlegmons de la paume de la main.

Questions restées dans l'urne : 1. Fractures fermées récentes du tiers inférieur du fémur, chez l'adulte. — 2. Luxations récentes traumatiques antéro-internes de l'épaule, sans les luxations récidivantes. — 3. Examen d'un blessé atteint d'une plaie pénétrante de poitrine, siégeant dans la région précordiale. Indications thérapeutiques. — 4. Hémorragies et perforations de l'ulcère du duodénum. — 5. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — 6. Examen clinique et diagnostic des tumeurs du testicule. — 7. Tumeur blanche du genou chez l'enfant. — 8. Signes, diagnostic et traitement du cancer du côlon pelvien. — 9. *Question sortie.* »

Répartition du jury : *Anatomie.* — MM. Rivet, Barbé, Chifoliau, Toupet, Veil (Prosper).

Pathologie médicale. — MM. Péron, Richet, Courcoux, Laubry, Lelong.

Pathologie chirurgicale. — MM. Thalheimer, Bloch, Sorrel, Braine, Desnoyers.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Un concours pour deux places de stomatologiste des hôpitaux sera ouvert le 25 novembre 1936.

Les inscriptions sont reçues du 26 octobre au 4 novembre au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Prix Le Dantec.* — Le Prix Le Dantec, de 1.500 francs, sera décerné tous les ans à l'étudiant en médecine pourvu du certificat d'aptitude de médecine coloniale ou au docteur en médecine pourvu du diplôme de *médecin colonial de l'Université de Bordeaux*, qui aura écrit le meilleur travail sur un sujet de médecine tropicale.

Ne seront examinés que les travaux déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 31 décembre de l'année du concours.

Ces travaux devront être dactylographiés ou imprimés en français, être inédits ou avoir paru durant l'année du concours.

Ils seront accompagnés :

1° D'une note signée par le candidat indiquant ses nom et prénoms, adresse, nationalité, date et lieu de naissance, relevé de scolarité, exposé des titres et travaux scientifiques ;

2° D'un résumé de son mémoire faisant ressortir les points originaux.

— **L'Association fasciste italienne des donneurs volontaires de sang** a commencé une campagne pour décider tous les citoyens à faire établir leur groupe sanguin, ce renseignement facilitant beaucoup la mise en œuvre des transfusions urgentes.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

(ce qui serait différent de la réduction et contention de la fracture de jambe tarifée : 200 francs). Ce prix me semblerait équitable alors que vous avez dû faire appareil ouaté et silicaté.

2° Quant aux « massages consécutifs », ils n'ont pu avoir lieu qu'après enlèvement de l'appareil naturellement. Ce sont des visites simples puisque le massage est compris (art. 1er) dans le prix de la visite ou consultation.

Dr F. DECOURT.

7.743. — Omnipraticiens et spécialistes

J'ai soigné un blessé, accidenté du travail, atteint de corps étranger superficiel de l'œil gauche, que j'ai ôté.

J'ai envoyé ma note ainsi conçue :

20 juillet 1935 . consultation avec extraction de corps étranger plus deux certificats.	28 fr.
21 juillet 1935 : Consultation	20 fr.
22 juillet 1935 : Consultation	20 fr.
26 juillet 1935 : Consultation	20 fr.
	88 fr.

(Je réclamais 20 francs par consultation me fondant sur l'art. 15, puisqu'il s'agissait d'oculistique).

La Compagnie me propose de ramener les consultations à 15 francs, sous prétexte qu'il ne s'agit que de « pansements » (auquel cas, joue selon elle l'art. 1er) et non d' « intervention ».

Veuillez me donner votre avis que je suivrai.

Dr C.

Réponse

Le prix d'une consultation (qu'elle soit effectuée avec ou sans pansement c'est la même chose puisque le pansement y est « compris ») est fixé à 15 francs — sauf pour les « médecins spécialisés » où il est fixé à 20 francs (art. 1er). Il s'ensuit que, pour la visite ou consultation, vous n'avez droit qu'à 15 francs, tandis que s'il s'agissait d'une intervention ce serait le prix « inscrit dans la catégorie technique » (art. 14), que vous soyiez omnipraticien ou spécialiste.

Dr F. DECOURT.

8.331. — Certificat final descriptif et expertise du taux d'incapacité partielle permanente

La Compagnie qui assure un blessé que je soigne me demande « de donner de ses nouvelles et de lui dire quel peut-être, d'après moi, l'avenir des lésions ».

Je réponds ce jour en annonçant la consolidation de la blessure, mais en prévoyant une légère incapacité permanente partielle que j'estime à six pour cent, et j'en donne les raisons.

Quels honoraires dois-je demander pour ce certificas terminal descriptif et d'évolution d'incapacité permanente partielle et pour tous ceux qui m'ont été demandés par cette même Compagnie au cours du traitement ? Dr M.

Réponse

a) Vous aviez à dire à la Compagnie que vous prévoyiez une incapacité permanente partielle, mais sans en donner bénévolement le pourcentage avant que la Compagnie ne vous l'ait formellement demandé par lettre, ce qui vous aurait permis de demander des honoraires « d'expertise », donc plus élevés que les 15 francs du « certificat final descriptif » (Art. 30, alinéa 2).

Vous pourriez demander 50 francs par exemple, pour cette « expertise », mais la Compagnie, qui ne vous l'a pas demandée expressément ne sera pas dans l'obligation de vous payer plus de 15 francs.

b) Pour les certificats fournis au cours du traitement sur la demande de la Compagnie, le tarif est de 16 francs (art. 30, alinéa 4), sauf pour les « simples attestations de non-guérison ».

Dr F. Decourt.

8.571. — Abcès de la loge amygdalienne

Veuillez avoir l'obligeance de m'indiquer le prix que je dois facturer, au tarif des accidents du travail (il s'agit d'un assuré notoirement indigent), l'ouverture d'un abcès de la loge amygdalienne.

Dr B.

Réponse

Vous pourriez, ce me semble, — vu la place et la difficulté technique de l'incision qu'on ne saurait comparer avec un abcès superficiel, — demander 50 francs par analogie avec « incision d'un abcès sous-aponévrotique » (art. 17).

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

8.450. — Hospitalisation. Honoraires des praticiens

Au sujet de votre article, page 2710 du *Concours*, sur le tarif d'hospitalisation en clinique privée (Assurances sociales).

La Caisse rembourse le prix forfaitaire de journée d'hospitalisation arrêté pour l'hôpital public le plus voisin.

Mais le chirurgien a-t-il droit aux honoraires comme si le malade était opéré à son domicile ? Voilà la question intéressante à laquelle, je vous prie de vouloir bien me répondre.

Dr D.

Réponse

Le tarif de responsabilité des Caisses locales

et les Conventions qu'elles ont signées avec les établissements d'hospitalisation déterminent les droits aux honoraires que les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux peuvent avoir pour soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés.

En sus du prix de journée, le tarif général de réassurance, fixé par la Circulaire du 22 septembre 1930, décide qu'un prix forfaitaire de 4 francs par jour sera versé par les Caisses aux hôpitaux, pour les honoraires médicaux, pour soins donnés dans les salles de médecine et de chirurgie.

De plus, l'arrêté ministériel du 26 août 1933, qui modifie le tarif précédent, prévoit un chiffre-clé de 3 francs pour la nomenclature générale des actes de chirurgie ou de spécialités à l'hôpital, lorsque le coefficient de l'acte spécialisé ne dépasse pas 24 et de 6 francs dans le cas contraire.

Ces honoraires sont versés directement par les Caisses aux établissements d'hospitalisation, en même temps que le prix de journée. Ces établissements les répartissent ensuite entre les praticiens ayants droit.

Dr Paul BOUDIN.

8.326. — Avis de la première constatation médicale à donner à la Caisse

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir, si, par suite de nouveau décret concernant les A. M. G. Art. 59, disant notamment que les praticiens doivent dans un délai de trois jours prévenir la Caisse d'assurances sociales, il faut à chaque visite ou consultation envoyer nne lettre d'avertissement aux Assurances sociales ou simplement au début de la maladie, et, dans les cas de chroniques que l'on voit tous les quinze jours ou trois semaines faut-il prévenir à chaque fois ?

Dr T.

Réponse

En vertu de l'article 12 *in fine* du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales, le règlement les honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux indigents ne peut intervenir qu'autant que le médecin traitant a informé la Caisse d'assurances de la première constatation médicale de la maladie dans les trois jours suivants.

Cette obligation, imposée au médecin traitant, dans le cas des assurés indigents est l'homologue de celle imposée à l'assuré ordinaire par l'article 6 paragraphe 12. Aux termes de la loi, cette déclaration n'est imposée qu'en ce qui concerne la première constatation médicale, mais elle n'a nullement à intervenir pour chaque acte médical séparé. Pour déterminer, en cas d'affection chronique, si l'on se trouve ou non en face d'une première constatation, il y a lieu de rechercher si

l'assuré a déjà ou non épuisé ses droits aux six mois de prestations ; il y aurait, en effet, première constatation médicale au sens de l'article 19 précité lorsqu'un assuré prétendrait à nouveau aux prestations de l'assurance-maladie après avoir été, pendant plus de deux mois, en état de guérison apparente.

8.458. — Salaire minimum pour l'assujettissement aux Assurances sociales

Un de mes malades, garçon de 15 ans, travaille comme apprenti dans un garage. Il n'a pas de salaire fixe, mais le patron à la fin du mois pour le récompenser lui donne une gratification qui varie entre 40 et 100 francs par mois suivant les services rendus. Ce garçon doit-il être inscrit comme salarié aux Assurances sociales et doit-il verser ainsi, que son patron 3,50 % des sommes reçues, ou du fait qu'il reçoit moins de 1.500 francs par an ne doit-il rien aux Assurances sociales et n'a-t-il pas à être inscrit ?

Dr S.

Réponse

D'après l'art. 1er du décret-loi du 28 octobre 1935, sont affiliés obligatoires aux Assurances sociales toutes personnes de l'un ou l'autre sexe travaillant à quelque titre que ce soit pour un ou plusieurs employeurs, à condition toutefois que leur salaire habituel au cours de l'année ne soit pas inférieur à 1.500 francs.

Ce chiffre a toutefois été modifié par la loi du 26 août 1936 qui l'a abaissé à 1.000 fancs. Mais en vertu de l'art. 2 de ladite loi, ces dispositions n'entreront en vigueur qu'à dater du 1er janvier 1937. Jusqu'à cette date on ne saurait donc considérer votre malade comme assujetti obligatoire aux Assurances sociales.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.299. — Radiation des cadres

Je suis lieutenant de réserve ; j'appartiens à la classe 1907, qui sera libérée de toutes obligations militaires le 15 octobre prochain.

Il y a quelques semaines, la gendarmerie est venue me demander si je désirais être maintenu ou être rayé des cadres. J'ai opté pour cette dernière solution. Depuis, je n'ai reçu aucune nouvelle.

Dans ces conditions, et sans autre communication du Service de santé, quelles seront mes obligations à partir du 15 octobre.

En cas de mobilisation, dois-je rejoindre le poste auquel m'affecte la lettre de service encore en ma possession, ou bien puis-je me croire autorisé à rester chez moi, tout au moins jusqu'à nouvel ordre ?

Devrai-je, à cette date, renvoyer à la Direction du Service de santé ma lettre de service ?

Dr G.

Réponse

Les officiers de réserve, qui demandent à être libérés en même temps que les hommes de leur classe, ne sont rayés des cadres que sur décret ; celui-ci est pris aux environs du 15 octobre, plutôt une quinzaine de jours après cette date. Le Directeur du Service de santé le notifie ensuite individuellement aux intéressés, et leur demande de renvoyer leur ordre de mobilisation.

Jusqu'au reçu de cette notification, ces officiers demeurent soumis à toutes leurs obligations militaires, même en cas de mobilisation.

8.400. — Situation d'un officier honoraire

Je reçois aujourd'hui du Directeur du Service de santé de ma région, un avis me prévenant que j'allais être atteint par la limite d'âge de mon grade et me demandant en même temps si je désire être admis ou non à l'honorariat de mon grade. Je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner sur les avantages ou les inconvénients possibles de l'honorariat.

Dr V.

Réponse

Un officier honoraire est dispensé de toutes obligations militaires actives même en cas de mobilisation.

Il peut continuer à concourir pour la Légion d'honneur, sous certaines conditions de services encore rendus à la Préparation militaire et à l'Education physique.

Enfin, les officiers honoraires sont autorisés à porter l'uniforme aux revues, réunions, fêtes et cérémonies privées ou officielles, à l'exception de réunions publiques ou privées, ayant un caractère politique ou électoral.

8.678. — Promotion au grade de médecin capitaine

La Circulaire 11.228 K du 21 juillet 1936 dit que sont susceptibles de figurer au tableau d'avancement de 1937 (réserve et active) :

«..... Service de santé :

.....

.....

3o Médecins-lieutenants pour médecins capitaines : 31 décembre 1929, nés en 1902 et années antérieures. »

Né en août 1902, lieutenant de mai 1927, suivant les cours d'une école de perfectionnement depuis deux ans, titulaire de quarante-deux jours de période, serai-je nommé d'office ou y aurait-il quelque *démarche à effectuer ?*

Dr L.

Réponse

La promotion des officiers de réserve au grade de capitaine a lieu exclusivement au choix ; elle ne se fait jamais d'office.

L'année de naissance 1902, mentionnée par la Circulaire ministérielle, est une indication de choix très jeune, c'est-à-dire exceptionnel.

Malgré tous vos titres ou tous vos appuis, mieux vaut escompter encore quelque délai pour votre inscription au tableau d'avancement.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

8.000. — Allocations aux victimes d'accidents du travail anciens

Une de mes clientes, accidentée du travail, le 10 juillet 1930, a dû subir une amputation du bras gauche et a une ankylose partielle de la hanche droite. Elle a obtenu par décision du Tribunal en décembre 1930, une pension évaluée à 90 %, et basée sur un salaire de 14 francs par jour, le montant de sa rente annuelle étant de 1.775 francs. Peut-elle d'après les nouvelles lois, demander augmentation de sa pension, et dans ce cas, quelle est la marche à suivre ?

Dr B.

Réponse

Il est exact qu'une loi du 7 août 1936 a généralisé les allocations complémentaires précédemment réservées aux victimes d'accidents du travail survenus avant le 9 janvier 1927. Votre cliente, victime d'un accident le 10 juillet 1930 a donc droit au bénéfice de la loi nouvelle.

Son invalidité étant de 90 %, elle a droit à une allocation complémentaire de 3.195 francs sous cette réserve qu'en aucun cas, la rente augmentée de la majoration ne peut dépasser le niveau qu'elle atteindrait si elle était calculée sur un salaire annuel de 8.000 francs. Or, sur un salaire annuel de 8.000 francs, une incapacité de 90 % donnerait lieu à une rente de :

$$\frac{8.000 \times 90}{100 \times 2} = 3.600 \text{ francs}$$

Il en résulte que l'allocation due à votre cliente doit donc être, en définitive, de 3.600 francs — 1.775 francs = 1.825 francs.

Pour obtenir le versement de l'allocation, il faut que votre cliente adresse, à cet effet, une demande sur papier libre, au ministère du Travail, Contrôle des Assurances.

Sa demande devra contenir les indications suivantes : nom, prénoms et adresse, nationalité, date de l'accident, date de la dernière décision attributive de rente, montant du salaire qui a

servi à la fixation de la rente, taux d'incapacité, montant de la rente servie, nom et adresse de l'établissement qui fait le versement de la rente. L'allocation sera liquidée par le ministère du Travail sur le vu des documents fournis ; la liquidation opérée, le ministère enverra à votre cliente un certificat d'attribution d'allocation et le service de celle-ci, ainsi que le rappel qui pourra être dû, sera fait par l'établissement qui faisait, jusqu'à ce jour, le service de la rente elle-même. Nous devons ajouter que votre cliente pourrait en outre, bénéficier d'une bonification annuelle spéciale de 3.000 francs conformément à la loi du 30 avril 1931, si elle peut justifier de la nécessité de l'assistance d'une tierce personne pour se mouvoir, se conduire ou accomplir les actes essentiels de l'existence.

8.328. — La fracture d'un appareil dentaire n'est pas indemnisée

Un de mes clients au cours du travail reçoit un choc sur la figure (timon de voiture).

Quelques lésions de la lèvre sans importance, mais fracture en deux endroits d'un appareil de prothèse dentaire que portait l'accidenté. Est-il en droit d'exiger le remplacement ou réparation de cet appareil ? Avez-vous sur cette question, des jugements faisant jurisprudence ? Dr B.

Réponse

En raison du caractère forfaitaire des indemnités prévues par la législation sur les accidents du travail, les victimes d'accidents ne peuvent prétendre qu'aux indemnisations strictement prévues par la loi.

Celles-ci consistent uniquement dans le paiement du demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques pendant l'incapacité temporaire et dans le paiement d'une rente en cas d'incapacité permanente partielle ou totale. Aucune mesure n'est prévue par cette législation pour l'indemnisation des autres éléments de préjudice pouvant résulter de l'accident ; c'est ainsi que la détérioration des effets et le *pretium doloris* ne donnent lieu à aucune indemnité. Par conséquent, votre client ne peut obtenir la réparation de son dentier brisé dans l'accident, aux frais du patron responsable ou de l'Assurance.

8.336. — La gale du ciment n'est pas un accident du travail ni une maladie professionnelle garantie

Je serais obligé au *Concours Médical* de bien vouloir me dire si la « gale de ciment » est maintenant considérée comme accident du travail ou comme maladie professionnelle assimilée aux accidents du travail.

J'ai un cas net, avec avis conforme de l'hôpital Saint-Louis: Le Syndicat de garantie ne l'accepte pas.

J'ai cependant vu quelque part que, depuis le 1er juillet, cette affection était classée comme accident du travail.

Dr L.

Réponse

Il est exact qu'un décret du 12 juillet 1936 est intervenu pour compléter la liste des maladies professionnelles bénéficiant, par exception, de la législation sur les accidents du travail dressée par les lois du 25 octobre 1919 et 1er janvier 1931; ce décret a étendu le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 aux dermites primitives et piodermites ainsi qu'aux dermites secondaires eczématiformes (gale du ciment) provenant de la fabrication, de la manutention et de l'emploi du ciment. Mais, en vertu de l'article 3 de ce décret, ces dispositions n'entreront en vigueur que six mois après sa publication et ne seront donc applicables aux maladies ci-dessus déterminées que si elles surviennent après le 19 janvier 1937.

Jusqu'à maintenant de telles affections ne peuvent bénéficier de la protection légale que si elles n'ont pas un caractère morbide, c'est-à-dire si elles ne proviennent pas de l'action lente et progressive d'une cause tenant à l'exercice régulier de la profession, mais constituent un accident du travail, c'est-à-dire sont attribuables à l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain ; tel serait, par exemple, le cas d'un ouvrier victime d'une brûlure à la suite d'un contact brutal avec de la chaux ou du ciment.

S'il n'en n'est pas ainsi, en l'espèce, il ne faut pas en déduire cependant que l'intéressé soit dénué de tout recours à l'égard de son chef d'entreprise ; il est, en effet, en droit de le poursuivre en dommages-intérêts dans les termes du droit commun, c'est-à-dire en invoquant les articles 1.382 et suivants du Code civil et notamment l'article 1.384 qui présume responsable le gardien juridique d'une chose (c'est-à-dire, en principe, son propriétaire) des dommages causés par son fait. Ces principes ont déjà été appliqués par la jurisprudence dans des cas assez analogues à celui que vous nous exposez : lésions produites par l'action progressive du bichromate de potasse (Cour d'appel d'Amiens, 5 février 1936. *Gaz. Pal.*, 24 avril 1936), intoxication due à des poussières de manganèse (Tribunal civil de Boulogne-sur-Mer, 5 avril 1935, *Semaine Juridique*, 1935, page 614).

D'autre part, l'intéressé peut prétendre au versement des prestations en nature de l'assurance-maladie s'il est en règle vis-à-vis des Assurances sociales ; il importe peu en effet, que cette affection se soit produite aux temps et lieu du travail, les prestations des Assurances sociales

sont incontestablement dues puisque la victime n'est ni indemnisée ni susceptible de l'être en application de la loi de 1898.

QUESTIONS DIVERSES

8.611. — Les élèves stagiaires en pharmacie

Abonné au *Concours Médical*, je serais heureux que vous me fassiez connaître votre opinion sur une décision prise par le Syndicat des pharmaciens du département interdisant à tous ses membres de prendre chez eux des jeunes gens désirant accomplir leur année réglementaire de stage en vue des études de pharmacie.

Estimez-vous que ce soit régulier ?

Dr M.

Réponse

Le stage en pharmacie, prévu par les articles 8 et 9 de la loi du 21 Germinal, an XI et réglementé par le décret du 26 juillet 1909, ne peut être accompli que dans des officines dont les titulaires ont été agréés à cet effet par le recteur après avis des Facultés, écoles supérieures ou écoles de plein exercice de pharmacie. L'autorisation accordée par le recteur est toujours révocable.

Il en résulte que les propriétaires des officines pharmaceutiques restent entièrement libres d'accepter, ou de refuser de prendre des élèves stagiaires. Rien ne les oblige à solliciter l'agrément du recteur.

Un Syndicat pharmaceutique est donc en droit de voter une décision recommandant à ses membres de ne plus accepter désormais de stagiaires. C'est peut-être un moyen de remédier à la pléthore.

Dr Paul Boudin.

8.707. — Droit des domestiques des médecins aux congés payés

Membre du « Sou Médical » et vieil abonné au *Concours Médical*, j'ai recours à votre obligeance dans mes démêlés domestiques.

J'aurai voulu savoir :

1° Si actuellement une femme de ménage employée par moi vingt-six heures par semaine, rentre dans la catégorie des gens de maison ou des salariés de l'industrie et du commerce et si elle a droit aux quinze jours de congé payé annuels ;

2° En cas de réponse affirmative, est-ce que je peux la remercier, soit avant son départ, soit à son retour du congé payé et quel délai congé dois-je observer ?

Dr S.

Réponse

En principe, les dispositions de la loi du 20 juin 1936 sur les congés payés s'appliquent à tout ouvrier, employé ou apprenti occupé dans une profession industrielle, commerciale ou libérale, ainsi qu'au personnel des services domestiques. Toutefois, l'article 2 de la loi spécifie qu'un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application du droit au congé annuel payé en ce qui concerne ce personnel des services domestiques, dans lequel il y a naturellement lieu de comprendre les femmes de ménage.

Ce décret n'étant pas encore paru, il s'ensuit qu'à l'heure actuelle la femme que vous employez ne saurait en aucune manière prétendre à l'octroi d'un tel congé.

Lorsque la loi sera applicable à ce cas, votre droit de résiliation avant la prise du congé sera limité par les dispositions de l'art. 5 du décret du 1er août 1936. En vertu de cet article lorsque le contrat de travail d'un travailleur ayant au moins six mois de service continu est résilié par le fait de l'employeur avant que l'intéressé ait pu bénéficier de son congé et sans que cette résiliation soit provoquée par une faute de ce dernier, le travailleur peut prétendre à une indemnité correspondant au nombre de jours de congé dont il aurait dû bénéficier en raison de la durée des services accomplis.

8.754. — Privilège des honoraires en cas de faillite

Le 4 mai 1932, j'ai pratiqué une intervention sur une cliente qui est décédée le 16 février 1933. Quelques mois après son mari a été déclaré en faillite et j'ai produit au passif de cette faillite, à titre privilégié, pour le montant de mes honoraires.

J'invoquais le bénéfice de l'art. 2.101, paragraphe 3 du Code civil.

Or, les opérations de la faillite, qui avaient été arrêtées par certaines difficultés, reprennent à l'heure actuelle et mon homme d'affaires me précise que le Syndic conteste formellement ma production à titre privilégié.

Le Syndic soutient, en effet, que mes honoraires ne correspondant pas à la maladie du débiteur lui-même, mais qu'ils sont dus à l'occasion de la maladie d'un membre de sa famille, en l'espèce, sa femme il invoque un arrêt de la Cour de cassation du 3 août 1897 (D. P., 1898.I.394).

Mon homme d'affaires m'indiquant que la question est délicate, je vous serais reconnaissant de me dire ce que vous en pensez et si je puis maintenir ma production à titre privilégié.

Connaîtriez-vous notamment la jurisprudence récente à opposer à celle du Syndic ?

Dr P.

Réponse

La jurisprudence qu'oppose le Syndic de la faillite à votre demande d'admission au passif privilégié de la note d'honoraires que vous avez produite, pour les soins que vous avez donnés à la femme du failli, reste malheureusement toujours en vigueur.

Il est exact en effet que par une interprétation, à notre avis beaucoup trop restrictive de l'art. 12 de la loi du 30 novembre 1892 et de l'art. 2101 du Code civil, sont seuls considérés comme privilégiés en cas de faillite, les honoraires dus pour soins donnés au failli lui-même, à l'exclusion de ceux qui concernent les soins donnés à sa femme ou à ses enfants.

Nous serions donc désireux de faire à nouveau statuer sur cette importante question et nous serions disposés à pousser l'affaire jusque devant la Cour de cassation, mais nous préférerions pour cela une espèce où il serait question de soins donnés à des enfants mineurs. Notre position serait alors beaucoup plus solide que lorsqu'il s'agit de soins donnés à la femme.

ANTHOLOGIE

Les pigeons militaires (1)

Ces vers ont été inspirés par la récente inauguration à Lille d'un monument élevé par les Sociétés colombophiles et une émouvante allocution du maire de Verdun :

I. *Les courriers de Paris assiégé en* 1870

Que de vers ont chanté les timides colombes ?
Je veux glorifier leurs frères voyageurs.
A la guerre entraînés, ne craignant pas les bombes,
Du soldat intrépide intrépides sauveurs,
De Paris assiégé l'aérostat s'envole,
Emportant Gambetta, Nadar et des pigeons.
Au pays submergé ses talents, sa parole
Pourront-ils éviter les suprêmes plongeons ?
Comme les Allemands bombardaient avec rage
Et que la faim guettait l'héroïque Cité,
Il fallait chaque jour soutenir son courage
Par un espoir nouveau chaque jour apporté.
Il fallait que Paris sût que toute la France
A la voix du Tribun patriote s'armait,
Que grâce à Freycinet et pour sa délivrance
Une nouvelle armée hors Paris se formait.

(1) Fragment de *Colombophilie*, extrait des Rimes d'arrière-saison inédites.

C'est au pigeon-facteur qu'est échu le grand rôle
De survoler les coups de fusils ennemis ;
Il passe en ignorant la balle qui le frôle
Mais il subit l'instinct que la nature a mis
Dans le centre vital de sa fine cervelle
De rejoindre tout droit sa femelle et son nid.
Il apporte à son cou dans Paris la nouvelle
Qui soutient son espoir de vaincre ou le bannit ;
Il aura part plus tard aux honneurs non factices
Du Colonel Denfert, du Lion de Belfort,
De Mercié sculptant son *Gloria Victis*,
Du Gambetta de bronze en son suprême effort.
On a sculpté sur un monument symbolique,
Que fièrement Paris montre à tout visiteur,
Des pigeons entourant l'aéronef sphérique
Et sa nacelle prête à bondir en hauteur.

II. *Le pigeon de Verdun* 1916

L'histoire désormais de la brigade ailée
Du bon pigeon-soldat, fidèle messager,
A celle des Poilus sera toujours mêlée.
Il a droit à la gloire, ayant pris part au danger.
Aux grands jours de Verdun, la défense héroïque
Du fort de Vaux nous montre un pigeon voyageur,
Victime destinée au rôle de sauveur.
Le Commandant Raynal, chef tenace et stoïque,
Luttant sur les débris du fort démantelé,
Chaque jour expédie un Rapport méthodique,
Réclamant du secours par un facteur ailé.
Mais aucun messager n'a pu franchir l'espace
Qui sépare le fort du poste de Verdun,
Et des pigeons jadis apportés de la Place
Aucun ne reparaît : il n'en reste plus qu'un.
Comme un marin qui lance un signal de détresse
A l'heure où son navire est en perdition,
Raynal écrit ces mots : « Fort de Vaux, S. O. S. (esse)
« Plus d'obus, plus de pain : mort ou reddition. »
Du seul pigeon restant l'aspect dit la faiblesse :
Comme tous les soldats il est trop peu nourri.
Il cherche même à fuir la main qui le caresse
Pour fixer le message à son corps amaigri ;
Sa marche sur le sol est boiteuse, incertaine.
Quel espoir peut-on mettre en ce pauvre estropié ?
Il s'enlève pourtant ; mais, eût dit la Fontaine,
Il s'envole en « traînant l'aile et tirant le pié. »
Mais l'espoir du retour a doublé son courage :
Il arrive... et succombe, aussitôt arrivé,
Le Haut Commandement a reçu le message.

Il fait le nécessaire, — et le fort est sauvé.
Du courrier qui mourut en criant la Victoire
De Marathon, les Grecs ont gardé la mémoire :
Par ces vers j'ai voulu sauver le souvenir
Du bon Pigeon-soldat qui mourut pour servir.

Dr Paul Le Gendre.
de l'Académie de médecine

Cinquante-huitième année — N° 44 — 1er Novembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **70 fr.** — 1^re Zone **85 fr.** — 2^e Zone **110 fr.**

Renseignements

A la suite de l'article du Dr Desroziers paru dans le *Concours Médical* du 11 oct. sur « l'Usage de l'essence de térébenthine soluble dans les suppurations pulmonaires », de nombreuses demandes de renseignements nous sont parvenues. Nous prions MM. les médecins de s'adresser au Lab. de l'Ozothine, 23, rue Sébastien-Mercier, Paris (15e) qui fournira renseignem. et échantillons.

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 283. — Les laborat. du Dr Roussel recherch. deux collaborat. jeunes médecins, pour visiter corps médic. région Paris. Adresser demandes accompagnées curriculum vitæ aux laborat. de l'Hémostyl, 97, r. de Vaugirard, Paris (6e), où les candidats seront convoqués.

Nº 284. — Fils de médecin demande place comme secrétaire.

Nº 285. — Doct. franç. n'exerç. plus désirer. occupat. de quelques heures par jour près confrère ou dans clin. anesthésies, injections, etc.

Nº 286. — Nord-Est. Méd. propharm. âgé céderait sa clientèle contre indemnité. Maison à louer ou à vendre. Le success. serait mis au courant.

Nº 287. — Demande infirmière 35 ans environ, sérieuse, dévouée, pour pet. clinique 8 lits. Salle opérat., stérilisat., soins aux malades. Pressé.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Jolie station Côte d'Azur. Importante clientèle de médecine générale. Grande villa, Collaboration envisagée avec indemnité : 20.000 fr.

Ouest. A céder en ville, clientèle agréable d'un bon rapport. Maison particul. très confort. Prix à déb. suivant comptant versé.

Normandie. Bord de mer. Poste ancien seul médecin pour 4.000 hab. Belle villa. Prix 50.000 dont moitié cpt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Les études de sage-femme.* — La Commission chargée de l'examen des modifications à apporter au recrutement et à la formation technique des sages-femmes propose, dans un rapport présenté à l'Académie par M. Couvelaire, les conclusions suivantes :

1° Le décret de 1917, qui prévoit la suppression des maternités-écoles de sages-femmes ne justifiant pas d'une activité suffisante et d'une organisation convenable de l'enseignement, devra être appliqué ;

2° Les maternités-écoles de sages-femmes seront dotées d'un statut commun ;

3° Les titres initiaux exigés pour l'entrée dans les maternités-écoles des candidates au diplôme de sage-femme seront :

a) Comme titre universitaire minimum le brevet élémentaire :

b) Un diplôme d'infirmière d'Etat, la mention hospitalière étant nécessaire et suffisante ;

4° Au cours de la scolarité dans les Ecoles de sages-femmes, un enseignement théorique et pratique de la protection maternelle et infantile devra être réalisé dans les mêmes conditions que dans les Ecoles d'infirmières préparant au diplôme d'infirmière visiteuse de l'enfance.

Ces conclusions, mises aux voix, ont été adoptées par l'Académie.

— **Faculté de médecine de Lille.** *Diplôme de médecine légale et de psychiatrie.* — L'enseignement des matières figurant au programme de ce diplôme commencera le 10 novembre, à l'Institut de médecine légale et de médecine sociale de Lille (Directeur: Professeur J. Leclercq, boulevard P. Painlevé (Porte de Valenciennes). Tél. : 308-79.

Ce diplôme est accessible aux médecins français et étrangers et aux étudiants en médecine ayant satisfait à l'examen de cinquième année de doctorat.

L'enseignement, complet en un an, est assuré par M. le Professeur Leclercq, aidé de plusieurs de ses collègues et collaborateurs. Des conférences complémentaires sur des sujets spécialement à l'ordre du jour sont faites pendant les deux semestres par des professeurs français et étrangers appartenant à d'autres Universités et Facultés.

Les matières enseignées sont la médecine légale, la criminologie, la toxicologie clinique, la toxicologie chimique, la police technique, la médecine sociale, la pathologie traumatique, la déontologie. Tout cet enseignement est complété par des travaux et démonstrations pratiques (autopsies, recherches de laboratoire, expertises criminelles, expertises civiles). La partie psychiatrique du diplôme est enseignée à la Clinique d'Esquermes par M. le Professeur Raviart. Elle comprend un enseignement théo-

rique et pratique très détaillé. En plus, une consultation de psychiatrie médico-légale fonctionne à l'Institut tous les mardis.

Ces études sont sanctionnées par des examens écrits, oraux et pratiques, qui ont lieu fin juin.

Le diplôme est indispensable à ceux qui se destinent aux carrières médico-légales et psychiatriques. Il est très utile aux médecins des pays étrangers qui n'ont pas d'enseignement médico-légal similaire.

— **Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine.** —L'Assemblée générale annuelle s'est tenue à Paris le 4 octobre dernier sous la présidence du Professeur Baudouin. Parmi les questions mises à l'ordre du jour, trois retenaient particulièrement l'attention : l'âge des retraites, les cumuls, l'enseignement odonto-stomatologique. La nouvelle loi des retraites est maintenant connue ; pour les cumuls, un décret doit être pris incessamment. Relativement à la *spécialité odonto-stomatologique*, les vœux suivants, présentés par le Professeur Dubecq, ont été adoptés :

1° Que les Facultés de médecine soient consultées sur la question de savoir si la spécialité d'art dentaire doit être intégrée dans les études médicales, sous l'appellation de spécialité bucco-dentaire ou odonto-stomatologique, au même titre que les autres spécialités, et sanctionnée de façon identique par un diplôme unique, le « doctorat en médecine » ;

2° Qu'un membre du Corps enseignant des Facultés de médecine de l'Etat soit associé en toutes circonstances à la représentation officielle de la stomatologie française ;

3° Que soit rétabli pour les étudiants en médecine le caractère obligatoire de l'enseignement des éléments fondamentaux de l'odonto-stomatologie, par analogie avec les autres spécialités médico-chirurgicales ;

4° Que soit posée et étudiée par des organismes autorisés la question de l'opportunité d'une agrégation de la spécialité odonto-stomatologique.

— **Hommage au Professeur Fernand Lemaître.** — Les élèves, anciens élèves et amis du Professeur Fernand Lemaître désirant, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur et de sa vingt-cinquième année d'exercice comme oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, lui manifester leur respectueuse sympathie, ont décidé de faire frapper une médaille.

Cette médaille, gravée par M. G. Prud'homme, l'artiste bien connu, sera, en toute simplicité, remise au Professeur Lemaître le 10 décembre prochain, dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Les souscriptions (100 francs) sont reçues par le Docteur P. Jourdan, trésorier du Comité, 98, rue du Faubourg-Poissonnière, Paris (Xe).

— **XVe Congrès international d'hydrologie.** *Distinctions honorifiques.* — A l'occasion de ce Congrès, qui s'est tenu récemment à Belgrade, le Gouvernement yougoslave a décerné les distinctions suivantes :

Grand officier de la Couronne : M. le Professeur Rathery.

Officiers de la Couronne : MM. Françon (d'Aix-les-Bains), de Comtard (Clermont-Ferrand), René Fabre (Paris), Vlès (Strasbourg), Chabrol (Paris).

Commandeur de Saint-Sava : MM. Flurin (de Cauterets), le Professeur Piéry (de Lyon).

Officiers de Saint-Sava : MM. le Professeur Fontès (Strasbourg) et Justin-Besançon (Paris).

— **Médecins amis des vins de France.** — Les Médecins amis des vins de France ont vu se concrétiser l'effort de ces dernières années par le magnifique succès de leur Congrès annuel tenu en Bourgogne les 18, 19 et 20 septembre 1936. Il n'y eut que des satisfaits : les congressistes qui furent reçus d'inoubliable façon, nos hôtes bourguignons qui ont compris toute l'aide morale qu'est pour eux cette association, les organisateurs enfin.

Poursuivant sa tâche, cette association organise pour le 15 novembre prochain à Cognac une réunion des médecins de la région pour mettre sur pied sa section charentaise. Cette réunion présidée par le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde, président des médecins amis des vins de France, qu'accompagnera le Docteur Eylaud, secrétaire général, sera suivie d'un banquet.

Tous les médecins sympathisants sont priés de venir nombreux à cette manifestation sur laquelle les détails seront donnés ultérieurement par le Docteur Maronneaud, 238, avenue Denfert-Rochereau, La Rochelle-Pallice.

— **Conservatoire national des Arts-et-Métiers** (292, rue Saint-Martin). — *Cours de physiologie du travail, hygiène industrielle, orientation professionnelle* (2e année). Les mercredis et samedis à 21 h. 1/4, M. Laugier, professeur. Le cours ouvrira le mercredi 4 novembre. *Travaux pratiques*, le dimanche à 9 heures (ouverture le 8 novembre). M. Bonnardel, chef des travaux pratiques.

Les travaux pratiques porteront sur la biométrie et la biotypologie humaine. Les élèves seront initiés aux différentes mesures de tous ordres qui permettent de caractériser les fonctions d'un sujet, au repos et au travail, et, par suite, de différencier les individus en ce qui concerne leurs aptitudes et leur état physique et mental, à un moment donné.

Anthropométrie. — Mesures anthropométriques. Indices de robusticité et coefficients anthropométriques. Schématisation staturale des individus.

Système respiratoire. — Spirométrie, capacité vitale. Air courant. Débit respiratoire maximum. Pneumatométrie. Epreuve d'apnée volontaire maxima. Epreuves de Flach, Glatzer et Rosenthal. Epreuves fonctionnelles à l'effort.

Métabolisme. — Détermination de la *surface corporelle.* Mesure des échanges gazeux. Méthode du

circuit ouvert, méthode du circuit fermé. Appareil de Benedict. Métabolisme de base, de repos, de travail.

Système circulatoire. — Rythme cardiaque. — Enregistrement graphique du pouls. Pression artérielle. (Pressions maxima, minima, moyenne, différentielle). — Indice oscillométrique. Appareils de mesure. « Pulse-product ». Epreuves fonctionnelles à l'effort. Electrocardiographie. Etude du sang. Numérations globulaires. Taux d'hémoglobine. Valeur globulaire. Temps de saignement. Temps de coagulation. Groupes sanguins.

Système urinaire. — Recherche du sucre, de l'albumine, des corps acétoniques, des pigments biliaires. Indices cryoscopiques.

Système urinaire. — Recherche du sucre, de l'albumine, des corps acétoniques, des pigments biliaires Indices cryoscopiques.

Système musculaire. — Dynamométrie, mesures de la force des différents segments corporels. Ergographe de Mosso. Dynamographe de Ch. Henry, courbes de fatigue. Indices de fatigabilité. Indice de réparation neuro-musculaire (Fessart-Laugier).

Système nerveux. — Réflexes. Chronaximétrie humaine.

Organes de sens. — Vision. Myopie, hyperopie, astigmie, presbytie. Acuité visuelle (différentes échelles). Champ visuel. Vision stéréoscopique, appréciation des distances (test de Michotte). Hétérophorie. Vision chromatique (tests de Blum et Schaaf, d'Ishihara, de Pollack). Vision crépusculaire. Temps de réadaptation après éblouissement.

Audition. — Acuité absolue et discriminative. Audiomètres. Discrimination tonale. Tests d'aptitude musicale (tests de Seashore). Goût. Odorat. Sensibilités cutanées. Sens stéréognosique.

Aptitudes mentales et psychomotrices. — Tests d'habileté manuelle. Epreuves d'intelligence technique, d'intelligence logique, de performance. Attention, mémoire, temps de réaction simple et de choix. Batteries d'épreuve. Profils mentaux.

Eléments de statistique appliquée aux mesures biométriques. — Classement des résultats ; détermination des tendances centrales et des indices de dispersion des séries de mesures. Calcul des corrélations.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Docteur Lucien GAY, de Massy (Seine-et-Oise), avec Mademoiselle Simone MARTRES.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée à Paris, à l'Eglise Saint-Etienne du Mont. Nos plus vives félicitations et nos meilleurs souhaits.

J. N.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Maurice KAPLAN nous font part de la naissance de leur fille *Hélène.* Paris, 3 octobre 1936.

Nos sincères compliments.

— Jean-François, Marie-Anne et Lucette BERGOUIGNAN ont la joie de nous faire part de la naissance de leur petite sœur *Martine.*

Evreux, le 13 octobre 1936.

Nos félicitations à cette belle famille médicale.

IN MEMORIAM

Sous ce titre, notre confrère le *Bruxelles-Médical* rappelle toute la sollicitude que JEAN CHARCOT vouait aux croisières nordiques organisées depuis 1929 par ce journal, et auxquelles le *Concours Médical*, apportait également sa participation. Il reproduit une lettre de 1930 où le commandant du « Pourquoi-Pas » après avoir félicité les organisateurs de croiser sur les côtes de Jan Mayen, ajoute : « Que ne puis-je être avec vous pour vous en montrer les merveilles et jouir de l'étonnement de nos confrères ? Je souhaite vivement qu'une « Fortune de Mer » nous permette de nous rencontrer, et cela est fort possible. Si vous voulez me donner quelques dates un peu précises, je donnerai volontiers un coup d'épaule au hasard ». Ce coup d'épaule, Jean Charcot l'avait donné en effet, puisqu'il parvint à rejoindre le « Foucauld » aux îles Feroë. Nous nous trouvions à bord à cette époque et nous gardons le souvenir de l'accueil si simple et si amical que nous reçûmes sur le modeste voilier qui, pour nous accueillir, arrivait tout droit du Groenland. Et nous ne pouvons que nous associer à l'hommage rendu par notre confrère à la sollicitude et à la délicatesse de celui qui vient de disparaître si tragiquement.

P. S.

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris

Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies. — MM. Abeille, Adam, Albahary, Alison, Alpérine, Amado, Mlle Ancel, MM. André, Anquetil, Arnaud, Arnavielhe, Arsitch, Aslanian, Astié, Attali, Mlle Aubin, MM. Aubouy Marcel, Audoly, Audry, Aurégan, Aurenche, Azaiz, Azoulay.

MM. Bachet, Bailly, Ballade, Ballerin, Bancaud, Barbier Jacques-Pierre, Barbier Pierre-Louis, Bareau, Barré, Yves-Louis, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchart, Baudon, Bauer, Beaufils, Beaugrand, Belletoile, Mlle Bellettre, M. BenHaïm, Mme Benoit née Muller, Mlle Bentkowski, MM. Bernard Lucien-Edouard, Bernard Pierre, Bertrand Jean, Bessières, Bessil, Bibas, Blancard Pierre, Blanchon, Blestel, Blinder, Bolivar, Bolo, Bonduelle, Bonnet Jacques, Boreau, Bouche, Boudon, Boulay André, Bourdeau, Bourdin, Bourgine, Bourhy, Bourlière, Braconier-Leclerc, Brault, Bretton Roger, Bricaire, Mlle Brille, MM. Brisset, Brochenin, Buchenaud, Bugaut, Butet, Butzbach Jacques-René, Butzbach Jean-Camille, Buy.

MM. Cabrières, Cahen, Callerot, Campagne, Camus Jean-Louis, Capron, Carasso, Carballo, Carlotti,

Castaigne, Castany, Caufment, Mlle Caulliez, Mme Cauvy née Saint-Paul, MM. Chabasseur, Chalochet, Champagne Pierre-Louis, Champagne Raymond-Marcel, Chaouli, Chappé, Chartrain, Chessebeuf, di Chiara, Chigot, de Chirac, Clameran, Claracq, Clerfeuille, Clotteau, Cluzeau, Coblentz, Cohen José, Compagnon, Comte Joseph, Cornet, Mlle Corre, MM. Cossart, Costa, Cotillon, Courchet, Coutin, Coville, Cuvéreaux,

M. Dailly, Mlle Damiens, MM. Danel, Danion, Danset, Mme Darhowsky, MM. Darricau, Darris, Dastugue, Daverne, Debost, Debusschère, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delatour, Delcambre, Delormeau, Delouché, Demassieux, Denizet, Deprez, Desclaux, Desfosses, Deuil, Didier, Dissez, Dos-Ghali, Mlle Doumic, M. Douville, Mlle Dreulle, M. Druilhe, Mlle Dubois Cécile, MM. Dubost, Ducournau, Dufour Jean, Dufourmentel, Dufresne, Dugrenot, Mlle Dunand-Henry, MM. Dupuis, Durgeat, Durupt, Duval René,

MM. Ebstein, El Baz, Eman-Zadeh, Enel, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud,

MM. Faugeroux, Fayein, Mlle Feder, MM. Feld, Feldmann, Fénelon, Ferrand, Feuillette, Filippi, Fischgrund, Florès, Fonteix, Fortin, de Fourmestraux, Fournier, François, Fraquet, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froidefond, Froissant, Fronville.

MM. Gallaut, Gallimard, Galmiche, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Gatovsky, Gaulier, Gauthey, Gauthier, Geffriaud, Geismar, Genthou, Germain, Gertzberg, Gheorghiu, Gibert, Gibon, Gibrat, Gimaut, Giraud, Mlle Giret Rose-Marguerite, M. Girod, Mlle Gontcharoff, MM. Gougerot, Goulesque, Goury-Laffont, Grand, Mlle Granier Régine, MM. Granjon, Grislain, Mlles Grould, Grumbach, MM. Gueret, Guimezanes, Guiot, Gérard,

MM. Habas, Hadengue, Haguet, Hallé, Mlle Haller, MM. Haquin, Hardel, Hauser, Hausmann, Hébert, Hertzog, Mlle Heulot, MM. Houdart, Huber, Mlle Hufnagel.

MM. Isorni, Israel.

MM. Jacquemin, Jardel, Joinville, Joubli, Jouon, Joussemet.

MM. Kaeppelin, Kartun, Kavoussi, Klein, Klotz, Kreisler, Kropf, Kuss.

MM. Labayle, Lacombe, Lacroix, Mlle Laisney, M. Lajouanine, Mlle Lambert Alice-Amélie, MM. Lambert Léon-Claude, Lambert Raymond-Jean, Landau, Leneuville, Lang Paul, Lange Engène, Langevin, Lanvin, Larcelet, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Laumonnier, Leandri, Lebel, Leboff, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun, Lecœur, Lecointe, Mlle Lecuyer, M. Lefer, Mlle Lefèvre Jacqueline, MM. Le Foch, Leger, Legrand, Lelièvre, Lemanissier, Lemierre, Lenoël, Lenoir, Leprat, Lesca, Le Sourd, Mlle Leuthreau, MM. L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Lienard, de Lignières, Mlle Lindeux, MM. Lœper, Logeard, Loiseau James-Samuil-Henri, Lolmède, Mlle Lotte, M. Loubrieu,

Mlle Magallon-Graineau, M. Magder, Mlle Mage Edith-Marie-Henriette, MM. Mage Jean-Jacques-Louis, Maignan, Maillard Claude-Emile, Maillard Jean-Edouard, Maille, Maillez, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marchon, Mlle Maréchal Ernestine, MM. Mariani, Marmier, Martin Paul-Félix-Hubert, Martin de Frémont Henri, Martinet, Martinon, Masson René-Daniel, Matteï Marc, Mme Mitteï Marie-Madeleine, MM. Maurice, Meillon, Menanteau, Mendelsohn, Metzger, Mlle Meugé, MM. Meyer Henri, Mignon, Minkowski, Moch, Molimard, Momon, Monod Marc, Mlle Montalant, MM. Morel, Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Muller Jean-Noël, Musset René.

MM. Nadiras, Néel, Negellen, Nespoulous, Mlle de Neyman Marie-Lily, MM. Nguyen-Trung Nam, Nick.

MM. Olbinsky, Orgogozo, Orliac, Oudot.

MM. Pahmer, Paley, Mlle Papot, MM. Parant, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier Jean, de Paulo, Payer, Perigois, Pérol, Perrier, Pestel, Petit Camille-François, Petit Jacques-René-Marie, Petit Jean-Maurice, Petit Norbert-Georges-Edmond, Peyron, Phéline, Philippe Bernard, Philippe Mathieu-François, Piarrat, Piguet, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pineau, Pinet, Pinot, Placa, Pointeau, Poissonnet, Pons, Pouret, Poussier, Pradelle, Mlle Prettre, MM. Prin, Prochiantz, Mlle Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot,

MM. Radzievsky, Raymond Jean-Justin, Mlle Raymond Maria-Amalia, Raymondaud, Raynaud, Mlle Rémond Simone, MM. Renault, René-Boisneuf, Revel, Reynaud, Mlle Rist, M. Ristelhuber, Mlle Rivet, MM. Robert Jean, de Rocca Serra, Rochlin, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlle Rosental, MM. Rouault, Rouget, Roujon, Roulland, Rousset, Rouzaud, Roy Bernard, Ruel.

Mlle Sachnine, MM. Salet, Salinesi, Saltet de Sablet, Mlle Saulnier Micheline-Léonie, MM. Scebat, Schermann, Schneider, Sclafer, Sénechal André-Jean, Sénechal Jean-Jacques, Sénechal Robert-Louis-Paul, Serane, Mlle Seror, MM. Serre, Serreau, Sevileano Eugène, Sevileano Nicolas, Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard Pierre, Simon René, Sobieski, Sohier, Soulier, Sriber, Mlle Stahland, MM. Statlender, Stefani, Steinberg, Sterboul, Stevenin.

MM. Tahar, Ternier, Tetreau, Thaon, Thieblot, Thorel, Thoyer-Rozat, Tiret, Torre, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Toulouse, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Trémolières, Tricot, Tulou, Tzannelis.

M. Umdenstock.

MM. Vakili, Vasquez, Verdez, Verliac, Vermenouze Vernes, Verriez, Verstraete, Veyrieres, Vialard-Goudou, Viguié, Vila, Villanova, Villebrun, Vissian, Vittrant, Vivien.

MM. Weill, Wetterwald, Mlle Wetzlar, MM. Weyl, Wintrebert, Mlle Wolfromm Hélène-Jeanne, M. Wolfrom René.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 OCTOBRE

Service de santé militaire

Par décision du 7 octobre 1936, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle du même jour, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médec. colonel. — Schwartz, Peyroux, Legrand.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel. — Couvelaire, Spindler, Piollet, Lenard.

Avec le grade de médecin commandant. — Clerc, Français, Laignel-Lavastine, Galliot, Ravary, Brunschwig, Nurdin, Duballen, Leenharnt, Genova.

Avec le grade de médecin capitaine. — Cincin, Deglos, Guisoni, Bertrand, Caplet, Bernard, Chevallier, Duménil, Mazoux, Antoine, Meurice, Poussin, Houdard, Beaudot, Gouffon, Labuze, Sourice, Benon, Boulet, Ginet, Chatanay, Coste, Girard, Jeanney, Arnoux, Carlotti, Julien, Le Jemtel, Pinelli, Colombie, Cougoule, Ayraud, Gauzère, Morère, Morisson, Muller, Richou.

Avec le grade de médecin lieutenant. — Calvet, Figowski, Thiel, Gaulier, Jarnon, de Raymond, Deque, Perus.

15 OCTOBRE

Asiles publics d'aliénés

Le poste de médecin directeur de l'asile départemental d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Dide, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

17 OCTOBRE

Service de santé militaire

Par décret du 14 octobre 1936, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

(Rang du 21 sept. 1936), Lataix, él. off. de rés. de la 14e sect. d'inf. milit., aff. à la 14e région.

(Rang du 23 septembre 1936), Miguerès, méd. auxil. de la 19e sect. d'inf. milit., aff. au 19e C. A.

18 OCTOBRE

Hygiène publique

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé

Voir la suite page LV-3137

PROPOS DU JOUR

DE LA NÉCESSITÉ DE L'UNITÉ DE LA MÉDECINE

Notre siècle est l'époque de la spécialisation à outrance, surtout en médecine. Non seulement la spécialisation se manifeste dans le domaine de la technique, mais pour chaque organe, et pour chaque maladie. On va jusqu'à vouloir séparer la médecine préventive (hygiène et prophylaxie), de la médecine curative (clinique et thérapeutique), comme si elles n'étaient pas intimement liées et ne s'interpénétraient pas au même titre que la médecine et la chirurgie. Il n'y a qu'une médecine et le médecin véritable doit être complet. Il faut qu'il ait des clartés de tout. Nous ne voulons pas dire par là qu'il doive être omniscient et qu'il puisse emmagasiner dans son cerveau toutes les connaissances accumulées par les sciences médicales. Non. Mais il doit suffisamment les connaître pour avoir recours au cas échéant à un savant spécialisé qui le renseignera de façon plus précise, le guidera dans sa conduite et au besoin le secondera.

L'architecte qui construit une maison, a recours au maçon, au charpentier, à l'électricien, au sculpteur, au peintre-décorateur, aux ingénieurs qui font établir judicieusement les appareils de chauffage, de ventilation, les ascenseurs, etc., etc... L'architecte ne possède pas toutes les connaissances particulières de ces spécialistes.

N'empêche que c'est lui qui leur indique sur quels points doivent porter leurs efforts, c'est lui qui coordonne leurs travaux et en fait un tout harmonieux, remplissant le but qu'il s'est proposé.

Il en est de même du bon médecin. Le malade qui se livre à un savant très spécialisé, est le plus souvent mal soigné, comme la maison construite sans architecte par un maçon, un charpentier ou un ingénieur est ordinairement mal conçue et mal construite.

La médecine a évolué à notre époque comme toutes les sciences. Il faut savoir en établir les bases et en tracer les limites.

Dans la *Revue Anthropologique* (septembre 1936) le Docteur W. Jankowsky (de Breslau) a publié une très intéressante étude sur *les bases et les limites de l'anthropologie* qui répond bien à la conception que nous croyons devoir nous faire de la médecine, telle qu'elle se présente aujourd'hui.

L'anthropologie ou la science naturelle de l'homme peut être définie, la biologie humaine dirigée vers l'étude de l'individu. Elle a d'intimes relations avec la médecine, car si l'anthropologiste a pour but d'étudier l'homme à l'état normal, il est évident que le médecin qui étudie l'homme à l'état anormal de maladie doit commencer par le connaître à l'état normal. D'ailleurs le Docteur W. Jankowsky fait remarquer qu'il n'y a pas de séparations nettes entre le normal et l'anormal et partant entre l'anthropologie et la médecine.

Si tout anthropologiste n'est pas de ce fait un médecin, tout médecin, dans une certaine *mesure, doit être anthropologiste.*

Du reste la médecine a subi dans ses disciplines la même évolution que l'anthropologie comme d'ailleurs toutes les sciences qui rentrent dans les cadres de la biologie.

La biologie ancienne consistait en études abstraites ; elle créait des espèces qu'elle groupait par une classification avec un ordre méthodique qui, certes, avait une grande valeur pour ceux qui en entreprenaient l'étude et permettait de progresser dans la connaissance du domaine de l'inconnu. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que tout cela était artificiel, que ces conceptions abstraites étaient souvent en contradiction avec les faits, que ce genre de science poursuivait la recherche du normal, normal qui est une conception abstraite qui n'existe pas dans la réalité.

La biologie nouvelle a perdu ce caractère de généralité abstraite et en partie inexacte de l'ancienne ; elle est devenue individuelle, elle s'efforce d'étudier l'individu et les différences qui existent entre les individus.

La médecine et l'anthropologie plus que toutes les autres disciplines sont des sciences de l'individu. Il y a beau temps que nos cliniciens tout en reconnaissant l'utilité des nosologies et des pathologies pour faciliter les débutants dans l'étude de la médecine, ont proclamé qu'il n'y avait en réalité pas de maladies mais qu'il n'y avait que des malades, tant il est vrai que la science médicale par excellence, la clinique, est la

science des individus et des différences entre ces individus normaux et anormaux, c'est-à-dire malades.

Qu'on classe ces individus sains ou malades en des groupes, qu'on crée des types réunissant un certain nombre de caractères communs, ce sera une opération de l'esprit pour faciliter l'étude et en quelque sorte un moyen mnémotechnique permettant artificiellement de retenir les faits, mais il n'y a de réel et de vrai que le fait et l'individu.

Pour bien étudier dans leurs détails ces faits et ces individus, la nécessité de recourir à des spécialistes s'impose. Mais pour avoir une idée nette de l'individu à l'époque où on l'observe, pour se rendre compte de son évolution, de son développement à l'état de santé ou à l'état morbide dans les divers milieux où il est appelé à vivre, pour en tirer des conséquences d'hygiène, de prophylaxie, de thérapeutique, il faudra que, groupant toutes les données apportées par les divers spécialistes, le médecin procède à une synthèse qui ne sera pas une abstraction théorique, mais la résultante de l'étude des faits et l'établissement de la réalité dans la mesure du possible.

Aussi croyons-nous que la médecine doive être une ; qu'on ne saurait élever des cloisons étanches entre la médecine préventive et la médecine de soins ; qu'on ne saurait livrer le malade au spécialiste, quelle que soit sa valeur ; que la maladie ne se cantonne pas dans un organe, dans une fonction, mais que l'être humain tout entier est malade ou subit les effets généraux d'un organe qui souffre ou d'une fonction qui est troublée.

A notre époque, où plus que jamais, on donne une importance excessive aux procédés d'investigation mécaniques, physiques, chimiques ou autres il convient de proclamer que tous ces procédés nouveaux dont nous sommes loin de discuter l'utilité, ne sont que des auxiliaires de la médecine ; la médecine doit rester une et ne pas être, au sens général du mot, *spécialisée.*

J. Noir.

LA TAXATION DU LOYER DES ÉTUDIANTS AU MOYEN-AGE

Notre très érudit correspondant, le Docteur Paul Noury (de Rouen) nous a fait savoir qu'au XVe siècle « les Ecoliers de Caen possédaient un privilège assez analogue aux locataires actuels.

« Des jurés de par le Roi (le Recteur de l'Université et deux délégués de chaque Faculté, le Vicomte de Caen et deux ou trois notables) taxaient le prix du loyer que le propriétaire était tenu d'accepter. Ensuite l'écolier ne pouvait être expulsé que si le propriétaire venait lui-même habiter la maison après avoir prévenu son locataire au moins trois mois à l'avance. Si l'écolier expulsé s'apercevait que le propriétaire avait agi par fraude pour obtenir d'un nouveau locataire un prix de loyer supérieur, il pouvait faire condamner son ci-devant propriétaire à une amende égale au loyer d'une année ; cette amende était au profit de l'Université ».

Au XIIIe siècle à Paris, des mesures analogues avaient été prises.

Au début de ce siècle, il y eut un afflux considérable d'écoliers et les nombreux collèges de la Montagne Sainte-Geneviève ne suffisaient pas à les recevoir. Les protecteurs de l'Université dont le Légat du Saint-Siège, Robert de Courson, durent prendre dès 1215 des mesures pour assurer leur logement et le Roi Saint-Louis en 1244 établit par un édit une taxe des loyers sur le territoire de l'Université.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE LICHEN PLAN MUQUEUX BUCCO-LINGUAL

Son importance en pratique et traitement : Notions nouvelles

Par le Professeur H. Gougerot

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Le lichen plan cutané ou muqueux a été l'objet dans ces dernières années de nombreux travaux qui ont ouvert des horizons nouveaux : le lichen muqueux buccal mérite surtout d'être mieux connu en raison des erreurs de diagnostic, pronostic et thérapeutique. Ce n'est pas une rareté, c'est une lésion fréquente que le médecin de médecine générale rencontrera maintes fois dans la pratique courante.

Nous voudrions souligner les points suivants :

1° Au point de vue clinique :

I. Les formes anciennes typiques, précisées par A. Fournier et Louis Brocq semblent de plus en plus fréquentes.

II. Aux formes anciennes se sont ajoutées des formes nouvelles typiques.

III. Aux formes typiques et visibles se rattachent par des transitions insensibles des formes atypiques et des formes invisibles : névralgies, etc...

La gastroscopie systématique a même révêlé à Moutier et Paul Chevallier et leurs élèves du lichen plan gastrique (1).

IV. Au point de vue diagnostique, les hybrides de lichen et de leucoplasie syphilitique doivent être connues.

V. Au point de vue pathogénique, le déclenchement du lichen plan cutané et muqueux par de multiples médications, surtout par l'arsenic et plus encore par l'or, apparaît certain et fréquent, quoique difficile à expliquer. Ainsi doit-on reviser la stomatite aurique et peut-on affirmer que le plus souvent la soi-disant stomatite aurique est un lichen plan buccal déclenché par l'or.

VI. Au point de vue étiologique, le mystère reste encore impénétrable : mycose ? tuberculose ? L'hypothèse tuberculeuse est appuyée par deux séries nouvelles de travaux, les uns reliant au lichen plan le lichen nitidus qui semble être une tuberculide, les autres thérapeutiques démontrant l'action heureuse dans le lichen plan de l'or et de la tuberculine.

VII. Au point de vue thérapeutique, plusieurs traitements ont rénové nos concepts anciens : arsenicaux, radiothérapie, vaccins mycosiques, tuberculine, or, etc...

***

I. — Formes typiques anciennes

Les formes anciennes de lichen muqueux signalées par Erasme Wilson lui-même ont été décrites avec beaucoup de précision par A. Fournier, F. Brocq, etc. (2).

« Le lichen plan peut se développer sur toutes les muqueuses. On l'a décrit à la face interne du prépuce, au gland, sur la muqueuse uréthrale, à la vulve où il coïncide parfois avec du kraurosis, sur la muqueuse anale, au larynx, mais surtout aux lèvres, à la muqueuse buccale tout entière, y compris la voûte palatine » (Brocq) et même les amygdales (Gaucher et Lacapère)

« Il peut s'y développer primitivement et y demeurer localisé pendant toute son évolution : parfois les téguments se prennent quelques mois après qu'il a fait son apparition sur les muqueuses » (Brocq).

A la langue il peut revêtir trois formes :

I. *La variété « en réseau ». Sur la langue*, le lichen plan occupe surtout la face dorsale de l'organe.

« A mesure que les lésions évoluent dans les cas à éruption réellement intense, la surface dorsale de la langue prend peu à peu un aspect légèrement scléreux et atrophique, comme dépapillé, d'un rouge grisâtre, et sur ces plaques, dont la configuration est des plus irrégulières, on voit des stries blanches fort capricieuses, tantôt quasi parallèles, tantôt se coupant à angles plus ou moins ouverts, de manière à former un réseau sur lequel existent

(1) Paul Chevallier, François Moutier, M. Colin et R. Molines : Lichen plan gastrique. Société de dermatologie, n° 9, décembre 1934, p. 1939.

(2) Voir l'excellente mise au point de P. Fernet. *Paris Médical*, janvier 1930.)

ça et là des renflements blanchâtres et qui rappelle des mousses ou des fougères » (Brocq).

II. La *variété circinée* est rare, moins fréquente qu'à la joue. Brocq la décrit dans ses cliniques : « elle est caractérisée par une fine ligne blanchâtre, portant en certains points de petits renflements et figurant dans son ensemble un ovale de 7 à 8 millimètres de long sur 3 à 4 millimètres de large ; le centre de la circination paraît sain ».

III. Hallopeau, Alfred Fournier ont ajouté la « *forme en pain à cacheter* » ou *en plaques* « Ces dernières dites en « pain à cacheter » sont arrondies de 5 à 10 millimètres de diamètre, isolées ou confluant en nappe, d'un blanc bleuté, porcelainé, plus mates que les leucoplasies syphilitiques et non-parquetées. Minces, elles sont hérissées de papilles linguales ; épaisses, elles sont lisses. En vieillissant, l'enduit blanc s'atténue et peut laisser voir un réseau arborescent blanc, ou une sclérose superficielle identique à la glossite syphilitique. » (*La Dermatologie en clientèle*, 5e édition, page 254).

La variété *en nappe* est l'aboutissant des formes précédentes diffuses et confluentes.

A la *face interne des joues*, localisation la plus fréquente du lichen plan de la bouche, il est moins polymorphe, surtout réticulé et ponctué.

***

II. — Formes typiques nouvelles

A ces formes anciennes des observations récentes, en particulier celles de Milian et les nôtres, ont ajouté des formes nouvelles :

Forme **exulcéreuse** : Milian, Gaté (1), etc., ont individualisé cette forme rare :

« Les ulcérations extrêmement superficielles peuvent siéger sur la langue, bien plus fréquemment à la face interne des joues et font une légère saillie au-dessus de la muqueuse. Elles coexistent toujours avec des lésions typiques de lichen plan.

« On l'observe particulièrement dans les cas de lichen plan traité par l'arsenic, voire même, ainsi qu'il a été publié un cas par Gougerot, dans les formes déclenchées par la crysalbine ». (Fernet, Traité de Masson, t. VIII, pp. 158-159).

C'est l'équivalent muqueux du lichen plan bulleux de la peau (voir Pautrier, Traité de Masson, page 458) : dans les cas de Neuberger, de Mendès da Costa (2), des bulles sur la muqueuse buccale s'associaient aux bulles cutanées, et ces faits soulèvent la question insoluble actuellement des rapports des lichens et des pemphigus (et dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring).

Forme **pointillée**. — Avec Burnier et Olga Eliascheff en avril et décembre 1931 (3) j'ai décrit cette forme rarement pure :

« Les papilles sont coiffées de leucokératose comme d'une calotte lichénienne plus ou moins hémisphérique. Tantôt ce lichen ne touche qu'une ou peu de papilles ; tantôt ce lichen « peint » un placard ovalaire de 5 à 30 millimètres à bords plus ou moins estompés ; tantôt il envahit toute la face dorsale de la langue ». (Société de Dermatologie, 1931, n° 9, p. 1473).

Forme « **carrelée** » (en carreau). Avec Etienne Lortat-Jacob j'ai décrit en 1934 (1) cette forme nouvelle (malade n° 118.576) :

« La face dorsale de la langue a un aspect « carrelé », constitué par un assemblage de « carreaux », inégaux, véritable « damier ».

« Chaque « carreau », de coloration opaline, est assez irrégulièrement dessiné, de forme généralement pentagonale, mais de dimensions variables : les uns atteignant 15 millimètres, les autres n'excédant pas 5 millimètres.

« Certaines plaques sont juxtaposées, d'autres sont séparées par un très petit espace de muqueuse, dépapillée, semblant superficiellement scléreuse.

« L'aspect le plus curieux provient surtout de la figuration élégante « florale » du lichen plan qui remplit chaque élément pentagonal.

« En effet, chaque « carreau » est centré par une papille saillante hémisphérique, nettement hypertrophiée, de la taille d'une tête d'épingle, rose, lisse, brillante, non lichénienne, d'où rayonnent les stries de lichen opalines blanc bleuté, laiteuses, très fines, presque rectilignes, allant mourir sur les côtés du polygone. Cette forme de la lésion lui donne l'aspect d'une pâquerette dont le cœur est représenté par la papille et les pétales par les stries de lichen ou encore des cristaux de neige justaposés et posés sur la muqueuse linguale.

« La muqueuse est souple, ni infiltrée, ni scléreuse.

« Les joues sont indemnes. Mais sur la lèvre inférieure, à gauche, existe une petite plaque papuleuse de 3 millimètres, à bord sinueux, polygonale, typique, caractéristique du lichen classique habituel. »

Forme **scléreuse atrophique superficielle (syphiloïde)**. — Avec Burnier, Merklen, j'ai insisté depuis 1929 sur l'importance pratique de cette forme plus fréquente qu'on ne le croit (2) et qui peut exister sans syphilis, donc

---

(1) Lichen plan érosif par MILIAN. *Revue de dermatologie et de vénéréologie*, juin 1931, M. J. GATÉ. Société de dermatologie, Lyon, 17 avril 1930, p. 761.

(2) MENDÈS DA COSTA. — Ein Fall von Lichen pemphigoïde, Monatsheft fur pratik Dermatologie, 1904, p. 580.

(3) GOUGEROT, BURNIER et Mlle Olga ELIASCHEFF. — Lichen plan atrophique et pigmenté généralisé datant de 45 ans, lichen lingual papillaire pointillé, Société de dermatologie, 23 avril 1931, n° 4, p. 614 et *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, juin 1932, n° 14, p. 280 (2 fig.).

GOUGEROT. — Lichen pointillé papillaire lingual. Société de dermatologie, 10 décembre 1931, n° 9, p.1473 et *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, mars 1932, n° 13, p. 127,

(1) GOUGEROT, Etienne LORTAT-JACOB. — Histologie par Mlle Olga ELIASCHEFF : Lichen plan « carrelé » de la langue, Société de dermatologie, n° 8, novembre 1934, p. 1669 et *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, n° 24, décembre 1934, p. 476.

(2) GOUGEROT et BURNIER. — Lichen plan de la langue simulant la glossite syphilitique. Société de dermatologie, 14 novembre 1929, n° 8, p. 1041.

GOUGEROT et BURNIER. — Glossite lichénienne scléreuse atrophique superficielle syphiloïde, *Archives*,

sans qu'on puisse objecter l'existence de lésions mixtes.

« Les classiques affirment que l'aspect de sclérose atrophique superficielle de la langue si magistralement décrite par A. Fournier est spécifique de la glossite syphilitique et ils en ont fait un signe de syphilis ; nos observations dont la première a été présentée à la *Société de Dermatologie* (1) du 14 mars et du 14 novembre 1929 prouvent que le lichen plan peut reproduire le même aspect clinique et devant la glossite scléreuse atrophique superficielle il ne faut pas conclure à la syphilis avant de discuter et rejeter le diagnostic de lichen plan (2) » (*Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis,* mars 1932, p. 124).

Les lésions sont calquées les unes sur les autres :

« Par exemple, une malade traitée par deux cures d'acétylarsan en octobre-novembre 1929 et en janvier-février 1930, a guéri sans autre traitement sans radiothérapie, de ses lichens cutanés et de son prurit très marqué, de son lichen jugal. Les lésions de la langue ont été plus lentes à disparaître ; elles régressent peu à peu de février à avril 1930, mais en laissant un reliquat cicatriciel qu'elle revient nous montrer en mai 1930 parce que son dentiste l'a affolée en affirmant la syphilis.

« En effet, sa langue est le siège de deux bandes longitudinales à quelques millimètres de chaque côté de la ligne médiane et de placards isolés. Les bandes ont toute la longueur de la langue et ont de 5 à 8 millimètres de large, avec des bords nets, elles sont un peu déprimées, lisses et brillantes si la langue se tend, ou finement plicaturées si la muqueuse amincie se détend ; elles sont amincies à la palpation, reproduisant exactement tous les caractères de la glossite syphilitique atrophique superficielle ; en dehors on compte deux médaillons ovalaires à droite et un à gauche de 5 à 8 millimètres ayant les mêmes caractères d'atrophie cicatricielle.

« Ayant connu son lichen jugal, ayant suivi de quinzaine en quinzaine son évolution cicatricielle, nous pouvons affirmer la nature lichénienne de cette glossite et nous rejetons la syphilis ; du reste de nouveaux Bordet-Wassermann après réactivation redonnent encore des résultats normaux, mais on comprend à quelles pénibles conséquences morales conduisait l'erreur de diagnostic » (*Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis,* mars 1932, pp. 125-126).

La preuve indiscutable est parfois donnée par la transformation des lésions sous les yeux de l'observateur :

« Sous nos yeux, lentement, progressivement, le lichen guérit, et se transforme dans les lésions actuelles : sur la face dorsale de la langue, de chaque côté de la ligne médiane on aperçoit *deux bandes longitudinales longues de 40 millimètres, déprimées, à bords nets, lisses, si la langue est tendue, plicaturées si la langue se plie, amincies à l'œil et au doigt, blanches, identiques à la glossite syphilitique scléreuse superficielle atrophique,* mais en regardant de très près on découvre de rares *petits points d'un millimètre blanc-bleuté typiques de lichen plan* et le 1er décembre 1931 on découvre à la face interne de la joue gauche en avant et en bas un petit « polygone » de lichen muqueux caractéristique » (*Arch. Dermat. Syph. de la Cl. de Saint-Louis,* mars 1932, p. 126).

Forme xérostomique. — Avec Paul Blum et Bralez (1) nous avons en 1935, isolé cette forme nouvelle très curieuse (n° 109.952) :

« Les lésions chroniques de la muqueuse buccale, par leur aspect lisse et vernissé, rouge et *sec*, avaient fait penser à la « xérostomie » ou à une autre forme d'atrophie des glandes muqueuses ; on avait même craint une *dyskératose préépithéliale* ». La biopsie ne montrait rien de caractéristique.

« Or, il s'agissait d'un lichen atypique, comme le prouva la transformation, au bout de deux ans, de ces lésions atypiques en un lichen plan typique. »

Lichen nitidus. — Le lichen nitidus semble exister à la muqueuse buccale : l'aspect est variable, tantôt celui d'un lichen plan typique, tantôt de nodules atypiques blanc grisâtres (Arndt, Barber), le diagnostic n'est fait que par la biopsie qui montre une structure tuberculoïde.

On sait que le problème du lichen nitidus est en pleine évolution (2). Pour les uns, avec Civatte, c'est une variété de lichen plan, ce qui pour certains devient un argument en faveur de la nature tuberculeuse du lichen plan. Pour les autres, avec Audry, Chatellier, le lichen nitidus est une tuberculide. Pour d'autres, c'est une lésion autonome distincte du lichen plan et de nature inconnue.

---

dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, mars 1932, n° 13, p. 124.

Gougerot et F.-P. Merklen. — Diagnostic de la syphilis et du lichen plan lingual, glossite lichénienne, scléreuse, atrophique, superficielle, syphiloïde, unilatérale. *Annales des maladies vénériennes,* novembre 1932, n° 11, p. 845.

(1) Gougerot, Burnier et Photinos. — Stomatite leuco-kératosique ulcéreuse aurique, puis lichen plan bucco-lingual et lichen cutané d'abord atypique, déclenché par l'or (4 figures). Société de dermatologie, 14 mars 1929, n° 3, p. 254 et surtout nos *Archives*, sept. 1929, n° 3, p. 580, et déjà nous insistions, p. 586, sur l'identité du reliquat lichénien avec la syphilis : « il reste sur la face dorsale de la langue, une sclérose superficielle, diffuse, lisse, identique à celle de la syphilis ».

(2) Une observation similaire a été apportée par MM. Lortat-Jacob, Fernet et Flandin, chez une femme de 35 ans atteinte de lichen plan cutané et de glossite dépapillante de coloration rouge, vernissée, syphiloïde, occupant le tiers antérieur de la face dorsale et les bords droit et gauche de la langue, débordant d'un centimètre environ sur la face postérieure. Société de dermatologie, décembre 1929, p. 1184.

(1) Gougerot, Paul Blum et Bralez. — Forme nouvelle de lichen plan buccal atypique, forme xérostomique précédant de deux ans un lichen typique. Société de dermatologie, 14 mars 1935, n° 25, p. 62.

(2) Société de dermatologie, février 1935, p. 395, avril 1936, p. 715.

*
* *

III. — Formes atypiques et invisibles

Depuis l'avant-guerre je collectionne les formes atypiques (1) des dermatoses, allant dans l'atypie jusqu'à être invisibles (2). En particulier, j'ai groupé des formes atypiques et invisibles de lichen des muqueuses (3) :

I. *Lichen des muqueuses sans éruption de papules (troubles sensitifs, brûlures, névralgies)*

« Ces troubles sensitifs peuvent-ils exister sans éruption de lichen cutané ou muqueux ? Nous le croyons en nous appuyant sur les observations nombreuses et arguments suivants :

1° « *Troubles sensitifs de la muqueuse sans lichen muqueux,* précédant de vingt et un et de dix-sept mois le début du lichen muqueux.

2° « *Troubles sensitifs de la muqueuse en des points non atteints par le lichen muqueux.*

3° « *Persistance de brûlures muqueuses après guérison du lichen plan.*

4° « *Guérison de ces troubles sensitifs muqueux par l'arsénothérapie et parallélisme de guérison de ces troubles muqueux et du lichen cutané.*

« Chez deux malades atteints de ces troubles muqueux sans lichen muqueux ou cutané décelables, le même arsenic a amené la guérison rapide alors que les autres traitements étaient restés inefficaces ».

« OBSERVATION XVII. — Un homme de trente-deux ans sans lésions viscérales avec un Bordet-Wassermann réactivé négatif (le 7 février 1924 = H. 888, H 8, H 888) souffre depuis sept mois de douleurs et brûlures de la langue. Une cure à Saint-Christau et des traitements innombrables ont été inefficaces. Revue sept fois, la muqueuse paraît toujours normale, mais les douleurs persistent empêchant souvent le sommeil. De guerre lasse, il accepte du 13 octobre au 11 décembre 1925, une cure arsenicale : 0,15 à 0,90 de 914 veineux dépassant la dose totale de 7 grammes, la guérison est obtenue en dix-huit jours avant la fin de la cure. »

« OBSERVATION XVIII. — Un homme de 52 ans sans lésions viscérales avec Bordet-Wassermann négatif réactivé le 27 août 1925, se plaint de douleurs tantôt abominables, tantôt lancinantes, agaçantes, dans la moitié droite de la langue et diffusant vers la joue droite. Aussitôt nous lui proposons une cure arsenicale : 0,18 à 0,72 de sulfarsénol veineux dépassant 5 grammes du 27 août au 30 septembre 1925, la guérison est rapide et complète sans récidive ».

Aussi devant toute névralgie bucco-linguale rebelle, doit-on discuter l'hypothèse d'un lichen et tenter le traitement d'épreuve du lichen.

II. *Lichens atypiques ou invisibles pigmentogènes, c'est-à dire révélés par des pigmentations*

Le plus souvent ces lichens pigmentogènes sont cutanés, mais quelquefois muqueux.

« Par exemple, un malade non-syphilitique, mais syphilophobe, a des pigmentations pointillées de la face interne des joues, il s'observe plusieurs fois par jour, est vu par de nombreux médecins qui ne voient pas d'autres lésions que les pigmentations. Ces pigmentations augmentent lentement depuis cinq ans, malgré des traitements : bismuth et cyanure, etc., faits par principe.

« Or, un jour, il note sur la langue deux points blancs et à la face interne de la joue droite une étoile laiteuse ; il accourt me les montrer. C'est du lichen plan typique et indiscutable ; il n'y croit pas et refuse le traitement du lichen, ces pigmentations augmentent pendant six mois sans donner du lichen cutané.

« Il fait enfin la radiothérapie cervicale, trois séances à deux mois d'intervalle. Lentement le lichen blanc typique régresse, puis disparaît ; de même les pigmentations muqueuses diminuent, et peu à peu s'effacent presque complètement.

« Tous ces faits de démonstration plus ou moins com-

---

(1) Formes atypiques non-papuleuses du lichen plan. Prurit lichénien sans éruption. Formes érythémateuses et érythémato-squameuses sans papules. Glossodynie et névralgies muqueuses sans lichen muqueux. *Journal des Praticiens,* 25 septembre et 2 octobre 1926, n° 39 et 40, p. 641 et 658.

GOUGEROT, DUCOURTIAUX et Mlle TISSERAND. — Lichen plan érythémateux et érythémato-squameux atypique (non-papuleux). Société de dermatologie, 18 novembre 1926, n° 8, p. 611.

(2) Contribution à l'étude des dermatoses invisibles. Société de dermatologie, 14 décembre 1933, n° 8, p. 1619 et Monographie de la médecine, avril 1934, 40 pages (2 photos).

(3) Nous rappelons que c'est par le lichen typique de la bouche que nous avons reconnu les lichens atypiques de la peau. Voir ci-dessus et :

GOUGEROT et Paul BLUM. — Lichen atypique du tronc (lichen nummulaire érythémato-squameux et lichen pointillé). Lichen typique de la langue et des joues. Société de dermatologie, 12 décembre 1929, n° 9, p. 1214.

GOUGEROT, Jean MEYER et Paul LEFÈVRE. — Lichen plan atypique érythémato-squameux simulant une parakératose avec lichen plan typique jugal. Société de dermatologie, 23 avril 1931, n° 4, p. 609.

GOUGEROT, Jean MEYER. Histologie par Mlle Olga ELIASCHEFF. — Lichens plans atypiques érythémateux et érythémato-squameux simulant une parakératose et lichen plan muqueux (1 figure). *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis,* juin 1932, n° 14, p. 263.

GOUGEROT, Paul BLUM et J. DELAY. — Lichen atypique cutané, en éléments érythémato-squameux, diffus, en médaillons, en nappes verruqueuses pigmentées et lichen muqueux typique post-arsenical. Société de dermatologie, n° 3, mars 1933, p. 421.

Forme nouvelle de lichens atypiques ou invisibles : les lichens pigmentogènes relevés par des pigmentations. *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis,* mars 1935, n° 25, p. 54 et Société de dermatologie, 9 mai 1935, n° 5, p. 792 et 6 juin 1935, n° 6, p. 894.

plète ajoutent donc une nouvelle série de lichens atypiques ou invisibles, se traduisant par de la pigmentation, d'où le nom de lichen pigmentogène atypique ou invisible

« Ils complètent la série des lichens atypiques et invisible.

« Ils éclairent la pathogénie de plusieurs pigmentations dites primitives pour lesquelles il faut désormais discuter l'hypothèse de lichen.

« Ils permettent un traitement efficace de pigmentations jusque-là rebelles ».

***

IV. — Diagnostic et hybrides

Dans les cas habituels, les signes du lichen muqueux que nous rappelions au début, sont si nets que le diagnostic est facile avec la leucoplasie syphilitique pour un observateur prévenu.

Mais il est des cas « *mixtes* » *cliniquement* où le diagnostic hésite. On a en effet un mélange des signes de lichen : pointillé, lignes, réseaux, etc., et de leucoplasie syphilitique : leucokératose en nappe plus ou moins « parquetée » (c'est-à-dire parcourue de sillons).

Que représentent ces cas mixtes cliniquement ?

Tantôt ce sont des lichens confluents ou diffus, car la syphilis ne peut être démontrée et les lésions guérissent complètement par les seuls traitements des lichens.

Tantôt ce sont des *hybrides étiologiques*, et la preuve en est donnée par les antécédents, par l'histologie, par la dissociation thérapeutique : la partie lichénienne guérit par le traitement lichénien, la partie syphilitique reste irréductible.

***

V. — Pathogénie

Déclenchement par des médicaments Revision de la stomatite aurique

Des circonstances diverses peuvent déclencher le lichen, de nombreux médicaments depuis les arsénobenzènes jusqu'à l'émétine (1) ; mais avec une fréquence extraordinaire, c'est l'or qui déclenche le plus souvent le lichen plan, et, pour des raisons inconnues, plus fréquemment le lichen muqueux que cutané. Il est curieux de remarquer que l'arsenic et l'or qui peuvent le guérir déclenchent le lichen. Cette fréquence du lichen plan aurique nous a fait reviser avec Burnier en 1931 les stomatites auriques (2). Certes, il ne faut pas nous faire dire que toutes stomatites au cours de la chrysothérapie sont lichéniennes, ce serait inexact, et il en est de non-lichéniennes, mais la plupart sont lichéniennes.

« Dès le début de la chrysothérapie, on a signalé l'existence de lésions de la muqueuse buccale, se traduisant par un enduit blanchâtre des joues, plus rarement des lèvres, de la langue et du voile du palais.

« Cette stomatite nacrée a été observée dès 1931 par Kohrs (3) avec le krysolgan, en 1922 par Martenstein (1), en 1925 par Würtzen qui nota chez ses malades un enduit blanchâtre des joues et de la langue « comme s'ils avaient bu du lait ». En 1926, Peyri, Noguer-More, au Congrès de Bruxelles ; Jeanselme et Burnier (2), attirèrent à nouveau l'attention sur cette stomatite aurique.

« Cette stomatite fut particulièrement étudiée par les auteurs lyonnais qui en observèrent de nombreux cas chez les tuberculeux traités par l'or au sanatorium d'Hauteville. Nicolas (3) lui attribue les caractères suivants : « stomatite diffuse avec petites ulcérations punctiformes et cratériformes, avec aspect blanc, tomenteux de la muqueuse dans l'intervalle des ulcérations ». Gaté (3) précise que cette stomatite est « lichénoïde et épithéliale ; à l'érosion superficielle n'entamant pas la muqueuse, s'ajoutent des lésions blanchâtres, rappelant le lichen plan buccal. Parfois l'aspect lichénien fait place à une autre image : les érosions superficielles sont entourées par des lésions leuco-kératosiques. En somme stomatite spéciale, d'aspect lichénoïde, mais différente du lichen plan » (Gaté).

« Or, de l'étude attentive de cette « stomatite aurique », deux faits se dégagent, disons-nous :

« 1) Cette stomatite aurique n'est pas comparable aux autres stomatites, mercurielle ou bismuthique ; elle en est très différente cliniquement et pathogéniquement, car elle n'est pas causée par les microbes de la bouche et on n'a jamais trouvé d'association fuso-spirillaire dans la stomatite aurique nacrée.

« 2) Quand on étudie attentivement cette stomatite nacrée, on constate que l'enduit blanchâtre n'est pas uniforme, qu'il est réticulé, en plaques dentelliformes, comme dans le lichen plan buccal. Cette ressemblance est si frappante que Milian, nous-même, nous nous sommes demandé si cette stomatite nacrée aurique n'était pas simplement un lichen plan buccal déclenché par l'or.

« L'existence de petites ulcérations jugales n'est pas un argument à opposer à cette conception, car nous savons que le lichen plan jugal et lingual peut être ulcé-

(1) Gougerot et Paul Blum. — Lichen plan déclenché et aggravé par l'émétine. Société dermatologique 8 décembre 1932.

(2) Gougerot et Burnier. — Revision de la stomatite nacrée aurique. Fréquence du lichen plan buccal déclenché par l'or. Société de dermatologie, 8 novembre 1931, p. 1331. *Archives dermato-syphiligraphique de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, mars 1932, n° 13, p. 131.

Gougerot, Burnier et P. Photinos. — Eruption lichénoïde et stomatite leucokératosique ulcéreuse aurique. Société de dermatologie, 14 mars 1929, n° 3, p. 254.

Ou stomatite leucokératosique ulcéreuse aurique, puis lichen plan bucco-lingual et lichen cutané d'abord atypique déclenché par l'or. *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, septembre 1929, n° 3, p. 580 (4 fig.).

(3) Kohrs. — *Derm. Wochens.*, 1921, p. 181.

(1) Martenstein. — *Klin. Wochens.*, 1922, p. 2235.

(2) Jeanselme et Burnier. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1926.

(3) Nicolas, Gaté, cités par Ledœuf et Mollard. — *Presse Médicale*, 13 septembre 1930.

reux (Milian (1), Etienne Lortat-Jacob, Sézary (1), Pinard et Even (2), Lacassagne, Gaté (3).

« On connaît d'autre part quelques observations de lichen plan cutané déclenché par l'or. Les éruptions « lichénoïdes » généralisées observées par Noguer More, Sayé sont vraisemblablement des lichens plans véritables.

« Nous avons observé avec Photinos (4) un malade tuberculeux qui, à la suite d'injections d'allocrysine, fit une éruption cutanée de lichen plan d'abord atypique avec papules lichénoïdes disséminées sur le tronc, l'abdomen, le gland, les bourses, les faces palmaires et plantaires des extrémités. Histologiquement, il s'agissait d'un lichen plan typique. Le malade avait en outre un enduit blanchâtre uniforme de toute la muqueuse buccale et linguale et de la muqueuse du gland. Au fur et à mesure de la guérison de cette « stomatite », on aperçut le pointillé et le signe du réseau caractéristique du lichen plan ».

« Tous ces faits prouvent la fréquence des lichens plans déclenchés par l'or, ils nous incitent à reviser la « stomatite » aurique », et il importe de préciser ce qui appartient à la stomatite aurique et ce qui ressort du lichen plan.

I. « Les *stomatites associées aux érythrodermites auriques*, plus ou moins généralisées sont de véritables stomatites toxiques, mais exceptionnelles et différentes des stomatites mercurielles et bismuthiques ».

II. « Il faut mettre à part les *stomatites graves ulcéreuses*, exceptionnelles, qui creusent en bloc gencives, amygdales, voile du palais, joues, langues (Lebœuf et Mollard), les ulcérations des lèvres (Covisa), du palais, de la langue (L. Bernard) accompagnant une stomatite érythémato-pultacée, les stomatites gangréneuses (A. Lumière). Il s'agit sans doute dans ces cas de *stomatites toxiques avec infection secondaire*, et ce sont de véritables stomatites auriques, comparables à celles du mercure et du bismuth ».

III. « *L'énanthème à type d'hydroa buccal* décrit par Gaté et Barral, avec éclosion de bulles très nombreuses sur la langue, les joues, le voile du palais ; la stomatite vésiculeuse observée par Chargin sur fond rouge et desquamant, paraissent être un érythème polymorphe déclenché par l'or ».

IV. « *Les enduits nacrés blanc-bleuté* envahissant *toute* la langue, toute la muqueuse buccale ou presque toute la bouche sont-ils véritablement dus à l'or, donnant un type de stomatite leucokératosique très spécial par son aspect *nacré* et sa *généralisation* ? ou bien ne sont-ils qu'un lichen plan extraordinairement confluent et généralisé, en nappe, comme on n'en voit pas en dehors de la chrysothérapie, donc spécial à l'or ? » De nouvelles observations cliniques et histologiques nous prouvent que ce sont des lichens diffus et même les formes exulcéreuses sont à rattacher au lichen (Milian).

En résumé, concluons-nous, « les soi-disant stomatites auriques » localisées et la plupart des « taches blanches » dites « stomatite nacrée » post-aurique, ne sont que des lichens plans buccaux déclenchés par la chrysothérapie ».

« La solution de ce problème est importante non seulement au point de vue nosologique, mais elle a un intérêt pratique, car si la « stomatite aurique », n'est pas aurique, elle ne doit pas contre-indiquer la continuation de la chrysothérapie, et, si elle est lichénienne, elle indique la thérapeutique du lichen plan ».

***

VI. — Étiologie. — L'hypothèse tuberculeuse

Depuis E. Wilson on discute les causes du lichen plan ; il est classique et exact de constater un terrain « nerveux », mais la vraie cause reste mystérieuse, et cependant que de travaux anciens et nouveaux !

Brocq croyait à sa nature parasitaire en s'appuyant sur les « contagions » familiales. Mais tous les essais d'inoculation aux animaux, même au singe, sont restés négatifs (Pautrier), les bacilles trouvés sur lame ou en culture n'ont pas été retrouvés.

L'hypothèse syphilitique de Herxheimer n'a pas été confirmée.

L'hypothèse « mycoside » de Jausion ne s'appuye encore que sur des résultats thérapeutiques obtenus par des vaccins polymycosiques, résultats inconstants.

L'hypothèse tuberculeuse de Milian est actuellement la plus séduisante : statistiques et intradermo-réactions tuberculiniques positives ; déclenchement aurique s'expliquant par un biotropisme direct réveillant la tuberculose ; guérison par l'or ; formes de passage avec le lichen nitidus qui a la structure tuberculoïde ; comparaison avec les syphilides lichénoïdes qui sont un hybride syphilo-tuberculeux, etc... Burnier dans mon service a ajouté un argument important : la guérison rapide du lichen plan typique par la tuberculine (1).

(1) Milian et Fouquet. — Société de dermatologie, 12 décembre 1929, p. 1219 ; disc. Lortat-Jacob, Sézary, Milian, *Revue française de dermatologie*, juin 1931.

(2) Pinard et Even. — Société dermatologique, 13 février 1930, p. 239.

(3) Lacassagne, Gaté. — Société dermatologique, Lyon, 17 avril 1930.

(4) Gougerot, Burnier et Photinos. — *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, septembre 1929, n° 3, p. 580.

(1) Gougerot, Burnier. Histologie par Mlle Olga Eliascheff. — Lichen nitidus généralisé guéri par la tuberculine. Soc. de derm., 19 avril 1934, n° 4, p. 650.

Même si l'hypothèse tuberculeuse n'est pas confirmée, elle aura rendu service par ses résultats thérapeutiques.

Les théories humorales sont encore moins précises : arthritisme nerveux de Jacquet, toxémie gastro-intestinale de Du Bois, diathèse hyperkératosique congénitale ou acquise de Samberger, choc émotif, etc...

Il faut continuer de chercher.

***

VII. — Progrès thérapeutiques

Les travaux de ces dernières années ont complètement rénové le traitement du lichen :

Autrefois il se résumait en un régime évitant les excitants nerveux, médications calmantes (valériane, passiflore, bromure, etc.), hydrothérapie, cure de demi-altitude, sédative (Néris, etc.), effluves statiques (Brocq), liqueur de Fowler et cure arsenicale de la Bourboule, localement eau de Saint-Christau dans les lichens des muqueuses (et Saint-Christau reste le traitement local le meilleur).

De nombreux essais ont été préconisés : bains carbo-gazeux et sulfureux (Samberger et Gawalowski), injections veineuses d'eau d'Uriage (Nicolas, Chauchard), de bromure de K (Hubschmann), ponction lombaire (Thibierge et Ravaut), radiumthérapie de la rate (Sézary) trois à quatre fois répétée à huit à dix jours d'intervalle.

Deux faits de grand intérêt doivent être retenus :

— Pautrier a vu un lichen plan guérir après érythrodermie bismuthique (1), preuve nouvelle de l'influence heureuse des défenses cutanées.

— Ravaut (2) a publié des cas de guérison après anesthésie générale.

En pratique, les cinq meilleurs traitements actuels sont :

I. Arsenic en injections :

Cacodylate suivant la méthode de Ravaut : douze injections, veineuses si possible, trois fois par semaine à doses progressives de 1 à 10 c. c., d'une solution aqueuse à 10 %.

Acétylarsan (Audry et ses élèves), dix à douze injections fessières deux fois par semaine de 1, puis 2, puis 3 c. c.

Ou à défaut, ingestion de stovarsol, tréparsol, etc., 1 à 4 comprimés de 0,25 par jour, cinq jours sur sept pendant quatre à six semaines.

Arsénobenzènes (Milian), comme dans une syphilis secondaire : 0,15 à 0,75 de 914 ou 0,12 à 0,72 de sulfarsénol.

Milian a signalé des poussées ou réactivations médicamenteuses comparables au choc thérapeutique et à la réaction d'Herxheimer chez les syphilitiques.

Bien entendu, le malade doit être examiné *avant* afin de s'assurer de l'absence de contre-indications et surveillé *pendant* afin de déceler l'intolérance.

II. Or (Milian), comme dans les tuberculoses cutanées, telle que le lupus érythémateux par exemple : injections veineuses de crisalbine 0,05 à 0,25 deux fois par semaine jusqu'à totaliser 3 à 5 grammes, sauf intolérance.

III. Tuberculine (Burnier), comme dans les tuberculides, telle que l'érythème induré de Bazin. Après avoir envisagé les contre-indications, Burnier injecte sous la peau, en moyenne deux fois par semaine, la tuberculine de Calmette (tuberculine C. L. préparée par Poulenc), à doses croissantes de 1/100.000 de mmgr. à un milligramme, en graduant d'après les réactions.

IV. Radiothérapie à distance (Zimmern et Cottenot, Pautrier, Gouin, etc...).

Pautrier utilise une « irradiation semi-profonde de toute la colonne vertébrale de D_1 à L_5, à feux croisés ; la colonne vertébrale étant divisée en huit champs, quatre de chaque côté, chaque champ reçoit 4 H filtrés sur 5 millimètres Al. L'ampoule est inclinée à 45° afin d'éviter le plan des apophyses épineuses et de passer par celui des lames vertébrales », et il obtient 66 % de succès.

Gouin irradie seulement deux champs : « un champ interscapulaire centré sur D_4 ou champ principal et un champ accessoire lombaire centré sur D_{12}. Chaque champ reçoit 5 H nus non infiltrés, avec des rayons 7 B. En cas de lésions plus résistantes ou de lichen plan des muqueuses, on peut faire une séance supplémentaire de 4 H sur 10/10 ou même sur 30/10 d'Al. sur le champ dorsal supérieur. »

Avec Filliol, j'ai vu des échecs, des réactivations et l'apparition de lichen sur les « ronds rachidiens irradiés » (1).

---

(1) Société de dermatologie de Strasbourg, 1932.

(2) Ravaut, Saller et Bons. — Disparition de lichen plan et d'urticaire rebelle, sous l'action du chloroforme, de l'éther et du chlorure d'éthyle (*Bulletin de la Société française de dermat.*, juillet 1934, p. 1546).

P.-E. Weil. — Guérison immédiate d'un grand lichen plan cutané et muqueux par la splénectomie. (*Bulletin Soc. franç. de dermat.*, juin 1934, p. 877).

(1) Gougerot et Filliol. — Lichen plan. Echec de la radiothérapie. *Société de dermatologie*, 11 mars 1926, n° 3, p. 191.

Gougerot, Zimmern et Carteaud. — Lichen planet radiothérapie. *Société de dermatologie*, 12 janvier 1926 n°1, p. 12.

V. Traitements locaux. — Les bains de bouche d'eau de Saint-Christau gardent toute leur valeur ; nous ajoutons plusieurs fois par jour des petits pansements faits avec du coton mouillé d'eau de Saint-Christau, renouvelés toutes les quinze à vingt minutes pendant une à deux heures.

On peut leur substituer des eaux bicarbonatées et de l'eau de Saint-Christau artificielle, mais moins active (sulfate de cuivre 0,10, sel marin 7,50 pour un litre d'eau).

Les lésions rebelles seront laissées en surveillance, ou, si elles inquiètent un malade phobique, si elles augmentent, elles peuvent être détruites par de nombreux procédés : décortication chirurgicale, neige carbonique, électro-coagulation, douche filiforme, ultra-violet... Mais c'est l'exception.

On pourra associer ou alterner plusieurs de ces traitements : la tuberculine semble le traitement actuel le plus rapidement et le plus constamment actif.

***

Tels sont les faits nouveaux que je voulais vous résumer. Leur intérêt doctrinal et pratique s'impose non seulement pour les spécialistes en stomatologie et les dermato-syphiligraphes, mais aussi pour le médecin de médecine générale.

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA STÉNOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE CHEZ LE NOURRISSON

En 1907, Fredet a pratiqué ses premières pyloroplasties chez des nourrissons atteints de sténose hypertrophique du pylore et, devant les beaux résultats obtenus, la thérapeutique médicale mise en œuvre jusque-là dans cette affection a été progressivement abandonnée. On a, pour ainsi dire, posé en équation : sténose hypertrophique du pylore du nourrisson = pyloroplastie de Fredet.

Peut-être cette équation, malgré les succès de l'opération, n'est-elle pas définitive et peut-être y a-t-il place, pour quelques cas tout au moins, au traitement médical qui n'est pas, non plus, sans efficacité. Si l'on admet la théorie pathogénique de la malformation congénitale, la pyloroplastie apparaît certes comme la seule thérapeutique logique, mais si l'on accepte au contraire la pathogénie du spasme hypertrophiant, il y a une indication non négligeable pour la cure médicale.

Ce traitement médical vise à deux buts : lutter contre la dénutrition et lutter contre le spasme. Il comprend le régime, l'hydratation, les antispasmodiques (belladone, gardénal) et quelques moyens accessoires (cataplasmes chauds, diathermie).

Le Docteur Pierre Julien, dans sa thèse (Strasbourg, 1936), nous donne une formule de ce traitement, formule dérivée des enseignements du Professeur Rohmer.

Au point de vue alimentaire, accorder la préférence au lait de femme pur ou coupé de un quart de babeurre. A défaut, utiliser le lait en poudre, le lait condensé ou le lait de vache ordinaire, coagulé par le lab ferment. Le lait est coupé avec des décoctions de farine à 2 ou 3 % et sucré à 5 ou 10 %. La ration est répartie en de nombreux repas, dix ou douze par exemple, au début. Ils sont progressivement diminués de fréquence et augmentés de volume suivant les réactions de l'enfant de façon à atteindre le chiffre de huit, puis de six par jour.

Une pincée de sel est systématiquement ajoutée à chaque biberon pour prévenir la déchloruration.

Quand l'enfant est amené dans un état de déshydration intense, on peut lui faire quelques injections de 100 à 150 c. c. de sérum de Ringer. Si les vomissements sont abondants, la ration est complétée par du sérum glucosé, par voie rectale (petits lavements tièdes ou chauds d'environ 50 gr. répétés quatre à six fois par jour).

Les lavages d'estomac sont nettement indiqués quand il existe de la dilatation gastrique. Comme médicament, l'atropine semble utile. Haas l'administre en solution au millième, une goutte à chaque tétée environ, ou toutes les deux tétées. Employer plutôt la solution à 1/2.000e au début et *surveiller la tolérance* (mydriase, érythème, etc.), les susceptibilités individuelles étant très variables.

M. Julien pense que, malgré la valeur du traitement chirurgical, nombre de sténoses du pylore relèvent encore des méthodes médicales. Il en est ainsi des cas légers. Dans les cas graves, il faut opérer d'emblée. Pour les cas moyens, si l'on essaie la thérapeutique médicale, on ne la prolongera pas si la courbe reste stationnaire après trois ou quatre semaines, ou si elle descend, surtout si elle descend rapidement. Il y a là une contre-indication et il ne faudrait pas remettre alors l'intervention.

P. Lacroix.

AU CHEVET DES PATIENTS

Attention aux dangers possibles de « l'indéfrisable féminine »

Polyurie, diabète insipide...

On connaît la vogue de l'« indéfrisable », qui, pour les charmes féminins, a remplacé l'attrait de la belle et abondante chevelure de jadis. Hélas, les appareils destinés à donner à la frisure des cheveux un caractère permanent ne paraissent pas exempts de certains dangers, dont on comprend aisément la genèse, puisqu'il est nécessaire, afin d'obtenir le résultat cherché, de porter le chauffage du cheveu à une haute température, qui atteint le chiffre de 200° et plus !

Les appareils employés avaient maintes fois occasionné des brûlures plus ou moins importantes du cuir chevelu, quand ils n'étaient pas très perfectionnés. Or, bien avant, on savait que l'influence de la chaleur sur la tête pouvait déterminer des lésions plus profondes que celles du cuir chevelu, qui se traduisent par l'observation de la brûlure.

Voici à ce sujet la curieuse observation du Dr **Hallé** (1) qui remonte à l'incendie du Bazar de la Charité : « Un de mes amis, chirurgien très connu, était dans les salles au moment où éclata le sinistre. Il put sauver plusieurs personnes, rentrant chaque fois pour un nouvel exploit ; mais, brûlé lui-même, il dut s'échapper. Aux deux bras, il eut des brûlures, peu étendues et peu profondes à travers ses habits restés intacts. Mais, au cuir chevelu, il eut une atteinte superficielle étendue, faisant flamber ses cheveux, liée uniquement à la haute température de la salle. Or, il n'eut à peu près qu'un seul symptôme général de ces brûlures, une *polyurie considérable* quelques heures après l'accident, qui dura plusieurs jours, pour disparaître sans aucune trace. »

Plus récemment, le Docteur Feil, a publié l'histoire d'une fillette, chez qui on pouvait se demander si l'application pénible d'un appareil à indéfrisable ne devait pas être considéré comme ayant été la cause occasionnelle du déceloppement d'une méningite tuberculeuse.

Les accidents graves semblent cependant être d'une extrême rareté. Voici maintenant l'observation curieuse d'un *diabète insipide*, due à **Ph. Pagniez, A. Plichet et R. Pennet.**

Une femme de trente six ans un jour de juillet 1934, alors qu'elle était en parfait état de santé, se fait faire chez un coiffeur une « permanente ». L'appareil n'est pas suffisant pour traiter en une fois la totalité de la chevelure. Il est appliqué en deux temps, pendant six à huit minutes chaque fois. Pendant la deuxième application la malade se trouve très incommodée. Aussi, après enlèvement de l'appareil, on lui met sur la tête un casque à sécher les cheveux dans lequel on fait circuler de l'air froid. Le crâne refroidi, Mme F... sort de chez le coiffeur, mais toujours incommodée, la tête lourde. Le lendemain, elle souffre de la gorge. Le surlendemain, soit le 9 juillet, la malade a très soif et boit énormément ; le jour suivant, elle est obligée de boire sans cesse, et en même temps elle urine en proportion. Dès ce moment, le taux des urines monte à 13, 14 et 15 litres. Mme F... est entrée dans le grand diabète insipide.

Après quelques jours, le Dr Pannet consulté recourt à l'injection d'extrait hypophysaire postérieur, qui immédiatement calme la soif et fait tomber le taux des urines à un chiffre de 4 à 5 litres. Mais l'effet est, comme dans la règle, purement temporaire.

En octobre 1934, chez la malade hospitalisée à Saint-Antoine, on fait les constatations classiques en pareille circonstance. Le taux des urines est en moyenne de 13 litres. Elles sont de densité très basse, ne contiennent ni sucre, ni albumine et ont une teneur en chlorures de 1,34 par litre, en urée de 1,57. L'urée sanguine est à 0,38. Par ailleurs, l'examen ne révèle aucune anomalie : cœur et circulation ont un fonctionnement parfait. Tension artérielle : 14-8,5. Wassermann négatif. Pas d'anomalies du système nerveux. Réflexes tendineux et pupillaires normaux. Aucun trouble de l'équilibre. Pas de bourdonnements d'oreille. Pas de troubles oculaires, et spécialement aucun rétrécissement du champ visuel. Examen du fond d'œil : aucune anomalie. Pas de somnolence. Pas de maux de tête importants, mais quelques douleurs sourdes. Les règles sont normales, peu abondantes. Pas d'engraissement contemporain de la polyurie. Une radiographie du crâne montre une structure normale et en particulier une selle turcique de forme et de dimensions habituelles.

Depuis deux ans ce diabète insipide persiste, sans changement autre qu'une réduction du taux des urines due à la thérapeutique. La malade, en effet, a pu ramener et maintenir à un chiffre de 5 à 6 litres le taux de sont élimination urinaire en prisant quotidiennement de l'extrait hypophysaire postérieur en poudre.

Les premiers essais d'extrait hypophysaire absorbé par le nez avaient cependant donné des réactions pénibles : maux de tête, vertiges, vomissements. Mais, à condition de ne pas dépasser 25 milligrammes environ quotidiens, Mme F... n'éprouva plus aucun effet fâcheux, et cette dose moyenne répartie en trois prises lui rendit l'existence possible. Elle put, en effet, après quelques mois, reprendre son travail et l'accomplir pendant de longues périodes sans aucune interruption. A la condition de priser la dernière dose d'hypophyse vers minuit ou 1 heure, les nuits, rendues auparavant très pénibles par la polyurie, furent bonnes.

La malade, qui s'est adaptée à cette polyurie encore forte de 5 à 6 litres, préfère ne pas essayer de réduire davantage le taux des urines, ayant conservé un souvenir pénible des accidents que lui ont donnés la prise par le nez des fortes doses d'extrait hypophysaire.

En janvier dernier, la malade se fait refaire une « indéfrisable », mais chez un autre coiffeur. La durée de chauffe est de six minutes seulement. A la suite de cette

(1) Soc méd. des hôpitaux de Paris, 10 juillet 1936.

opération bien supportée, la malade, à sa grande surprise, voit la polyurie tomber et pendant trois jours elle urine presque normalement, sans avoir recours aux prises d'hypophyse. Puis la polyurie reparaît avec les caractères que nous avons décrits. Depuis six mois la situation est sans changement.

Pareille observation ne peut être enregistrée que comme « un fait d'attente », car son interprétation ne s'appuierait actuellement sur aucun fait expérimental ou clinique. Il est facile de dire qu'il ne s'est agi là que d'une pure coïncidence. Cependant, on ne trouve précisément aucune autre raison d'ordre traumatique, nerveux ou infectieux pour expliquer le diabète. La relation de causalité paraît nettement plus satisfaisante d'autant plus qu'une autre application d'appareil à indéfrisable a rompu pour un temps le rythme urinaire.

Des larmes de sang

Un homme âgé de 31 ans, vient un jour consulter le **Docteur G. Morand** (1), parce qu'il « pleure du sang depuis quelques jours... »

Dans la nuit du 8 février 1935, il est réveillé par une sensation d'écoulement liquide au niveau de l'œil droit. Le lendemain matin il constate que l'oreiller et le pourtour de son œil droit sont tachés de sang. Pensant s'être égratigné pendant son sommeil, il n'y attache pas autrement d'importance. Le matin suivant la même constatation.

Le 11 février, à 20 heures, il éprouve brusquement des picotements sous la paupière supérieure droite, un voile rouge s'étend devant son œil, et au grand étonnement de son entourage, une goutte de sang s'écoule de l'angle interne et glisse comme une larme sur la joue.

M. B..., consulte dès le lendemain. C'est un homme assez grand vigoureux, au visage coloré, en parfait état général. Cependant il lui arrive fréquemment de saigner du nez, principalement de la narine droite, ainsi que des gencives. En outre, quand il se coupe en se rasant, l'hémorragie est assez longue à tarir. Depuis une quinzaine de jours il a souffert à plusieurs reprises de maux de tête localisés à l'hémicrâne droit.

A l'examen, la paupière supérieure droite retournée est hyperémiée, surtout dans sa portion externe, sans rien d'anormal ailleurs. La paupière rabattue, on observe l'apparition d'un liseré rouge s'étendant rapidement à toute la fente palpébrale ; puis le sang se collecte au niveau de la caroncule et une grosse goutte s'écoule de là sur la joue. La paupière retournée à nouveau, on note que le sang provient de l'angle externe. Le malade, revu le 16 février, dit que durant ces quatre jours, l'hémorragie s'est produite quotidiennement, dans l'après-midi.

L'examen au microscope cornéen, paupière retournée, décèle tout à coup un point situé près du canthus externe, sur la conjonctive tarsienne, à 3 mm. du bord libre, qui donne issue à 1 c. c. environ de sang, s'étendant en nappe sur toute la muqueuse palpébrale. L'hémorragie tarie, il persiste une petite pétéchie, légèrement surélevée, à l'aspect framboisé. Huit jours après, les hémorragies ne se sont pas reproduites. La pétéchie conjonctivale persiste, mais affaissée.

L'examen des autres régions oculaires ne décèle aucune altération pathologique. Fond de l'œil et vision normaux. Examen somatique normal. Tension artérielle 14-8 au Vaquez.

Le sang renferme : Globules rouges, 3.720.000 ; globules blancs, 4.700 ; plaquettes, 240.000.

La formule leucocytaire donne pour 100 : polynucléaires neutrophiles, 36 ; polynucléaires éosinophiles, 1 ; petits lymphocytes, 19 ; grands lympho, 34 ; lympho-leucocytoïdes, 10 ; mono, 0. Temps de coagulation, 10 minutes ; temps de saignement, 6 minutes ; signe du lacet (Roskam) positif.

Près d'un an plus tard, l'hémorragie conjonctivale ne s'est plus reproduite. Les épistaxis et les gingivorragies sont apparues de façon épisodique sans cause apparente. La paupière retournée, on peut distinguer une petite télangiectasie siégeant à l'endroit précis, d'où provenaient les hémorragies observées. En outre, on note sur la peau de la paupière inférieure gauche une petite tumeur vasculaire, qui serait apparue depuis sept mois, et une autre sur la peau de la paupière supérieure droite, développée depuis deux mois.

En résumé : chez un sujet présentant une tendance aux hémorragies muqueuses nasale et gingivale, avec signe du lacet positif, sont survenues d'une façon tout à fait épisodique des hémorragies conjonctivales provenant vraisemblablement d'une lésion télangiectasique. Par la suite sont apparues deux petites tumeurs vasculaires cutanées des paupières.

Un fait paraît certain dans cette intéressante observation : c'est la fragilité des endothéliums capillaires du sujet. S'agit-il d'une affection, qui rentrerait dans le cadre de la petite hémogénie selon P.-E. Weill ? Toujours est-il que la forme conjonctivale de ce trouble général reste encore à décrire.

G. Fischer.

(1) Société de médecine d'Alger, 7 février 1936.

LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par E. LEMAIRE,

Lauréat de l'Académie de Médecine
Médecin expert près les Tribunaux

Pour avoir quelques chances d'être fructueux, le traitement de la méningite tuberculeuse doit être extrêmement précoce. L'usage de l'allergine dans cette affection est devenu pour ainsi dire un réflexe chez beaucoup de médecins, mais ces tentatives sont habituellement suivies d'un échec. C'est que le succès dépend surtout de trois facteurs : la virulence des microbes, le caractère massif ou discret de l'infection (ou si l'on préfère le nombre des microbes en cause), enfin la précocité de la thérapeutique. Si les deux premiers facteurs nous sont imposés par le hasard du cas, le dernier dépend essentiellement de la sagacité du clinicien qui aura suspecté assez tôt la possibilité d'une méningite tuberculeuse.

***

La relation d'une guérison récente illustrera mieux que des considérations abstraites dans quelles conditions le traitement doit être conduit. Mme D.. (Louise), ménagère, 34 ans, ne présente aucun antécédent personnel, mais quelques antécédents collatéraux de tuberculose. Soignée en 1931, pour encéphalite épidémique qui parut guérir complètement en sept mois, puis opérée en août 1934 pour appendicite subaiguë et ovarite droite, elle paraissait en bonne santé, présentant un aspect floride, mais se plaignait d'être assez vite fatiguée au travail.

Le jeudi 21 mai 1936, elle se rendit chez des parents pour les aider à la préparation d'un festin familial et resta la plus grande partie de la journée occupée au fourneau de cuisine. Elle rentra chez elle le soir, très fatiguée, et reprit sans s'inquiéter son existence coutumière.

Le dimanche 24 mai 1936, tandis que vers midi elle se trouvait dans son jardin, en l'absence d'un grand soleil, elle ressentit brusquement ses forces l'abandonner et présenta une obnubilation visuelle. Son mari la conduisit à grand'peine à son lit. La malade se mit à vomir.

Elle fut examinée *le jour même* à 16 heures : Semi-coma, marmottement, raideur de nuque légère, raie vaso-motrice très marquée, réflexes tendineux faibles, réflexes cutanés plantaires en flexion. Pupilles égales, ne réagissant qu'à peine. Température 38°5. Pouls 96. Tension 14-9. Pas de signe de localisation infectieuse. Vomissements en fusée.

En raison du tableau clinique, une ponction lombaire fut faite aussitôt, qui montra une hypertension nette du liquide céphalo-rachidien, justifiant une soustraction de 23 c.c. Immédiatement, injection sous-cutanée de 0,25 c. c. d'allergine, glace sur la tête, essais d'alimentation (il faut au moins faire boire ces malades).

L'analyse du liquide céphalo-rachidien montra les résultats suivants :

Albuminose 1,80 gr. pour mille.

Dosage des chlorures : 6,90 gr. pour mille.

Leucocytose : 260 par millimètre cube.

Formule leucocytaire : 92 pour cent de lymphocytes.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Réaction de Targowla légèrement positive.

Réaction de Nonne Apelt fortement positive.

Réaction de Weichbrodt négative.

Réaction de Pandy positive.

Recherche du bacille de Koch dans le culot de centrifugation de la totalité du liquide : cinq bacilles.

Nous rappelons à ce sujet, la nécessité absolue de rechercher systématiquement le bacille de Koch. Cette recherche apporte seule la preuve de la nature de la méningite : il faut centrifuger la totalité du liquide recueilli, pendant vingt minutes à la vitesse de 4.000 tours. Une recherche soigneuse de vingt minutes ou d'une demi-heure est presque toujours positive. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous avons encore récemment constaté que cette recherche est pratiquée sans persévérance ou même n'est pas faite « parce que l'on ne trouve jamais rien » ainsi que nous le répondait un confrère très en vue.

Or, avec une technique correcte et un peu de patience, on trouve le bacille dans la plupart des cas où il est en cause. Bien plus, le nombre des bacilles trouvés semble parfois un des éléments utilisables pour porter un pronostic : quand le nombre des bacilles trouvés est élevé (dans certians cas rares, 20, 30 ou 50), il n'y a aucune illusion à se faire sur l'utilité du traitement.

Toujours est-il que nous avons trouvé cinq bacilles dans le culot de centrifugation de notre malade.

Le lendemain, tandis que la fièvre causée par l'injection médicamenteuse s'élevait, la malade reprenait conscience.

Nous considérons que, dans la plupart des cas, le malade qui ne tire pas un profit très rapide du traitement, qui ne recommence pas à s'alimenter, est un malade qui ne guérira pas.

Le rythme des injections a été le suivant :

Le deuxième jour, 0,5 c. c. ; puis les injections suivantes ont été de 1 c. c. et pratiquées le troisième jour, le sixième jour, le onzième jour, puis tous les cinq jours environ pendant un mois ; enfin, tous les dix jours environ, le mois suivant.

Si l'amélioration ne s'était pas manifestée, la malade aurait, dès le deuxième jour, reçu du sérum antibacillaire à doses massives, soit 4 c. c. par kilo de poids corporel, après chaque injection d'allergine : c'est le moyen d'exploiter jusqu'au bout, toutes les possibilités de guérison, si aléatoires soient-elles.

Une réaction de Vernes-résorcine pratiquée le 5 juillet donna 5.

Le traitement fut suspendu après quatorze injections seulement, la dernière faite le 28 juillet 1936, soit deux mois environ après le début, mais la malade demeure, bien entendu, sous surveillance périodique.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : d'abord évidemment parce que la malade a guéri, mais aussi pour quelques autres points :

1° Rôle prédisposant possible d'une névraxite survenue trois ans auparavant ;

2° Rôle déclenchant vraisemblable d'un « coup de chaleur » à la suite d'un travail prolongé au fourneau de cuisine. L'application d'une ondulation « permanente » a déjà été signalée comme pouvant avoir la même action déclenchante ;

3° Début brutal ayant engagé l'entourage de la malade à faire appel immédiatement à l'intervention du médecin.

Habituellement, en effet, le début n'attire pas l'attention du côté des méninges : on parle d'asthénie, d'anémie, de grippe, d'embarras gastrique fébrile, d'entérite chronique, d'appendicite chronique, d'adénoïdite : ce tableau n'éveille pas l'inquiétude de l'entourage qui souvent soigne le malade sans avis médical. Bien plus, ce tablean donne souvent le change au médecin lui-même ; et lorsque les phénomènes méningés apparaissent, il n'est plus question de rien espérer du traitement.

***

On objectera à ce traitement que les classiques avaient décrit la « tuberculose méningée curable », mais cette forme était et demeure exceptionnelle : heureux les cliniciens en ayant observé un cas ou deux dans toute leur existence. Parfois, les malades succombaient quelques années plus tard à une rechute. Par contre, parmi les malades soignés à l'allergine et soignés précocement (1), on observe une proportion d'une guérison sur vingt ou trente cas, guérison qui se maintient si le malade est surveillé, et rend le malade a une vie pratiquement normale malgré les ménagements nécessaires.

Les guérisons paraissent d'ailleurs plus fréquentes chez l'enfant chez qui la maladie, évoluant souvent plus lentement que chez l'adulte, laisse une pius grande marge de temps pour agir.

Le pourcentage des guérisons constitue évidemment une infime minorité, mais il est susceptible de s'améliorer si les médecins pensent systématiquement à la maladie pour la soigner tôt ; et il justifie à nos yeux la peine que peut prendre le médecin qui, en pareil cas, n'a pas besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer.

LA CALCÉMIE DANS LA GROSSESSE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Au cours de ces dernières années, de nombreuses recherches d'hématologie chimique ont été faites, à la fois dans un but scientifique et dans un but pratique, visant à déduire certaines données cliniques et thérapeutiques des variations de la composition chimique du sang.

Pour ce qui concerne le calcium sanguin, on a noté que son taux, chez un individu normal, était remarquablement constant et s'établissait habituellement entre 95 et 105 milligrammes par litre de sang.

Quand on passe de l'état normal à l'état pathologique, la question apparaît beaucoup plus complexe. L'étude de certains bilans calciques, notamment dans les fractures, la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen, les rhumatismes, permet de se rendre compte de la difficulté qu'il y a encore à poser des règles trop absolues.

Les mêmes particularités se présentent au cours de la grossesse. Dans un travail récent (*Revista medica latina americana*, juin 1936), le Docteur Pierre Labignette, chef de laboratoire à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, signale qu'il a trouvé dans trois grossesses normales une calcémie également normale (95, 105, 108 milligr.) ; chez une femme présentant des vomissements incoercibles une calcémie de 128 milligr. ; chez deux éclamptiques, des chiffres de 104 et 118 ; chez plusieurs albuminuriques des chiffres assez variables.

Du mémoire de M. P. Labignette on peut conclure que la calcémie semble généralement normale dans la grossesse elle-même normale et qu'elle peut subir dans la grossesse pathologique des variations de taux dont on ne saurait déduire actuellement des données d'utilisation pratique précise.

P. Lacroix.

(1) Cette précocité, rarement obtenue à l'hôpital où les malades n'arrivent que pour mourir, est la condition primordiale du succès, si bien que nous avons fixé à cinq jours la limite des conditions de succès. Mais dans les autres tuberculoses la précocité n'est pas la règle.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Vaccin B. C. G. et principes de la prémunition contre la tuberculose

M. P.-F. Armand-Delille, après un bref historique de la vaccination par le B. C. G., déclare que ses résultats ne seront définitivement acquis que lorsque le recul des années aura permis de les apprécier. Il s'est manifesté, dans le public médical, depuis quelque temps une certaine méfiance, et même de la part de quelques pédiatres, une véritable hostilité conre le B. C. G. ; il ne semble pas que cette attitude soit légitime. Les quelques observations de manifestations tuberculeuses mortelles chez les enfants ayant reçu du B. C. G. antérieurement, ne devraient pas infirmer la valeur de la méthode étant données les centaines de milliers de vaccinations aujourd'hui réalisées, et qui plaident en faveur de l'innocuité du vaccin de Calmette et Guérin. Il faut se rappeler que les accidents incriminés sont proportionnellement moins nombreux que ceux qu'on a signalés au cours de la vaccination antityphique, dont cependant l'usage s'étend considérablement chaque jour, et de la vaccination antivarioleuse, dont l'usage est généralisé. La question de l'efficacité est au contraire encore discutable, et il est impossible à l'heure actuelle, pour ce qui est de l'enfant humain, d'établir quel est le taux et quelle est la durée de l'immunité déterminée par la vaccination de Calmette, qu'elle soit buccale ou souscutanée.

Il peut donc rester à perfectionner la méthode, et en attendant que son efficacité absolue soit établie, il est prudent d'employer pour les enfants vivant au contact de bacillifères tous les moyens de préservation réalisables, en particulier le placement familial à la campagne, suivant la méthode de Grancher.

Une série de constatations expérimentales intéressantes vient en effet de montrer qu'il est également possible au moyen d'autres races de bacilles que le B. C. G. (notamment avec le bacille humain, souche S), d'obtenir un état de résistance à la tuberculose, lequel prouve une véritable vaccination.

Si donc la vaccination par le B. C. G. n'apporte pas une sécurité absolue, si la résistance conférée par l'ingestion ou l'inoculation d'une certaine quantité de ces cultures n'est que relative, on peut dire que Calmette a ouvert la voie à une méthode fructueuse, et qu'en y apportant certaines modifications légères, on arrivera à donner à l'organisme humain une résistance complète à la tuberculose ; ainsi sera éliminé peu à peu ce redoutable fléau des agglomérations civilisées contemporaines. (*La Médecine*, mai 1936.)

La tuberculose ostéo-articulaire des indigènes algériens

Au cours d'une étude très longue et très documentée, le Docteur Goinard rapporte des faits d'observation, desquels se dégage la notion d'une entité anatomo-clinique assez spéciale. La tuberculose ostéo-articulaire est devenue beaucoup plus fréquente chez l'indigène algérien que chez l'Européen ; elle ressemble beaucoup moins à celle des Noirs qu'à celle de l'Européen, ou pour mieux dire, de l'enfant européen.

De beaucoup la plus fréquente est la localisation vertébrale. Viennent ensuite les abcès froids thoraciques et les localisations au coude, au genou, à la tibio-tarsienne. Le spina-ventosa est une forme assez commune chez l'adulte. Souvent multiples, les localisations ostéo-articulaires sont souvent aussi associées à d'autres tuberculoses : ganglionnaire, épididymaire ou pulmonaire, celle-ci, en général, dans ces cas, relativement bénigne.

Il y a une disproportion frappante entre le volume des abcès, de la réaction ganglionnaire et la bénignité relative de la lésion osseuse : abcès pottiques bilatéraux, à migrations lointaines ou postérieures, énormes manchons purulents de la cuisse ou de la jambe provenant d'une lésion minime du genou.

La fistulisation de ces collections est fréquente, précoce, fréquemment multiple, pas toujours désastreuse ; elle reste la grande complication chez l'indigène, le grand facteur de gravité. Néanmoins, dans un nombre de cas non négligeable (sans envisager le rhumatisme tuberculeux qui se voit rarement et seulement chez l'indigène vivant à l'européenne), la tuberculose ostéo-articulaire de l'indigène peut guérir spontanément.

Dans un sens ou dans l'autre, l'évolution est rapide. La mort survient plutôt par suite de l'insuffisance hépato-rénale due à l'infection fistuleuse lente que par généralisation, tuberculose viscérale ou méningée.

Radiologiquement, les signes osseux sont singulièrement minimes ; ils peuvent même faire défaut. En revanche, avant toute fistulisation, la réaction périostique, les ostéophytes sont de constatation fréquente. Le pronostic de la tuberculose ostéo-articulaire indigène demeure sé-

rieux, mais n'est point aussi critique qu'on l'a dit et que peut-être il l'a été. Elle est à considérer comme éminemment chirurgicale.

Quelles sont les raisons de ces particularités ? Faut-il les attribuer seulement à l'alimentation et surtout au défaut d'alimentation, au traitement par le repos trop tardif, compensés par l'action favorable du climat ?

Invoquer le terrain syphilitique, c'est faire une hypothèse logique et séduisante, mais dénuée encore de démonstration. Cependant, l'état circulatoire des membres est assez spécial chez l'indigène. Contrairement à toute attente, il est des cas de tuberculose ostéo-articulaire fistulisée dans lesquels l'indice oscillométrique du membre malade reste diminué, par rapport au côté sain.

Avant tout, il semble qu'on doive incriminer la récente contamination massive au contact des civilisés, à l'occasion notamment de la grande migration kabyle, ces dernières années, en France. Aujourd'hui, pratiquement, chez les indigènes hospitalisés, la cuti-réaction est positive. C'est dans leur état d'allergie qu'il faudrait placer avant tout l'explication des particularités de la maladie. (*L'Algérie médicale*, avril 1936.)

Les kystes aériens du poumon

Au cours d'une longue et intéressante étude fort documentée, le Professeur René PIERRET et le Docteur A. BRETON établissent que, grâce à des examens radiographiques plus fréquemment pratiqués, on arrive à diagnostiquer chez l'enfant des cas relativement nombreux de kystes aériens du poumon. Pour poser le bon diagnostic, il faut avant tout savoir qu'il s'agit là d'une affection congénitale du poumon et que celle-ci peut simuler en tous points, radiographiquement, la bacillose cavitaire.

Ces kystes congénitaux se présentent schématiquement sous trois aspects : volumineux et uniques, ils sont très difficiles à différencier des pneumothorax spontanés partiels ou totaux de la grande cavité. De moyen volume et multiples, ils peuvent être pris pour de grosses bulles d'emphysème, des cavernes, des abcès, voire des pleurésies purulentes. Petits et généralisés, ils simulent la bronchectasie banale avec insuffisance bronchique ou la maladie kystique du poumon avec laquelle ils se confondent peut-être d'ailleurs. Bref, quels que soient leurs formes et leur ordre de grandeur, ils sont la source d'erreurs d'interprétations dont les conséquences pratiques peuvent être des plus fâcheuses.

Sous le nom générique d'affection kystique congénitale du poumon, on groupe une série de malformations congénitales de l'appareil broncho-alvéolaire allant du grand kyste solitaire à la fine dilatation des bronches en passant par la maladie kystique de Bard.

Ces malformations représentent les degrés différents d'un même processus pathologique. Elles sont uniques ou multiples, latentes ou bruyantes ; en tout cas, ce ne sont pas des monstruosités rares, dénuées de tout intérêt clinique, appartenant uniquement au domaine anatomo-pathologique, donc pour le médecin à un domaine purement spéculatif. Au contraire, on les rencontre assez fréquemment, à la seule condition de savoir les découvrir et les reconnaître.

La clinique est incapable de poser par elle seule un diagnostic ferme de kyste aérien du poumon. La radiologie est, à ce sujet, d'un très utile secours ; les trois variétés de kystes aériens ne se différencient les unes des autres que par l'ordre de grandeur de malformation congénitale, et rentrent toutes dans le cadre de l'affection kystique du poumon.

La présence dans un poumon de dilatations congénitales ou de petits kystes multiples est souvent fort bien tolérée. Seule une infection venant se greffer sur ce terrain de moindre résistance peut déclencher l'apparition de troubles morbides : poussées intermittentes de bronchite interminable, abcès bronchectasiques, gangrène pulmonaire, métastases infectieuses à distance ou, pour ne citer que des accidents mineurs, asthme par épine irritative, sclérose pulmonaire.

En un mot, l'affection kystique voit « son évolution résumée dans l'existence d'épisodes aigus séparés par des périodes de disparition et de latence ».

Par contre, l'évolution des gros kystes volumineux du poumon est toute différente. Celle-ci, en effet, se termine *le plus souvent* comme le prouvent les observations publiées dès le début de l'existence : soit dans les premières semaines, soit dans les premiers mois, au milieu de troubles respiratoires et circulatoires, dus à des phénomènes de compression ; une amélioration pourrait être espérée à la suite d'une ponction du kyste, ou de son drainage en cas d'infection. (*Bruxelles-Médical*, 31 mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur la dilatation idiopathique de l'œsophage

(M. Raymond GRÉGOIRE ; 17-6-1936)

Depuis une douzaine d'années, les idées ont évolué quant aux possibilités du traitement chirurgical de la dilatation idiopathique de l'œsophage. Tant que l'on crut pouvoir considérer le méga-œsophage comme une malfaçon congénitale du conduit, les tentatives opératoires semblèrent illusoires ou trop graves.

Si l'on accepte, au contraire, l'idée que la dilatation a pour cause première un obstacle sur le trajet du conduit, l'indication d'une intervention supprimant ce barrage devient toute naturelle.

De là l'intérêt des études sur ce côté anatomo-pathologique de la question. Or, il apparaît que l'obstacle produisant la dilatation idiopathique n'est pas d'une nature unique. Il n'est pas toujours diaphragmatique ni toujours œsophagien ; il peut même porter à la fois sur l'œsophage et le diaphragme, d'où des directives différentes du traitement.

Traitement chirurgical des adénopathies du cancer de la langue

(M. A. TAILHEFER. — Rapport de M. ROUX-BERGER ; 24-6-1936.)

A la Fondation Curie, où les cancers de la langue sont traités par la radiumthérapie, M. Tailhefer s'est préoccupé de la cure chirurgicale complémentaire des adénopathies cervicales. S'appuyant sur un ensemble de 84 opérations de ce genre faites par lui-même ou par M. Roux-Berger, il conclut que l'évidement chirurgical large des régions cervicales donne, dans le cancer de la langue (lui-même soigné), des résultats éloignés intéressants. Sur 19 malades guéris, 12 avaient des ganglions envahis et il n'y a pas eu de récidive post-opératoire.

Il semble logique d'admettre que le pourcentage des guérisons puisse être amélioré en s'astreignant à suivre les règles classiques en pareils cas : précocité de l'évidement ganglionnaire et opération bilatérale lorsque le siège ou l'extension de la lésion primitive l'exige.

Malgré les ennuis d'une opération bilatérale, il faut intervenir des deux côtés du cou lorsque la lésion linguale n'est pas strictement unilatérale.

Sur la pathogénie des lésions pulmonaires post-opératoires

(MM. Pierre DUVAL et L. BINET ; 24-6-1936.)

Au cours d'expériences sur le chien, MM. Pierre Duval et Léon Binet ont vu se produire, à la suite d'injections de polypeptides dans le réseau de la veine porte, des lésions pulmonaires offrant toutes analogies avec les complications observées consécutivement aux opérations sur les voies digestives.

Le fait, toutefois, que les accidents post-opératoires ne se produisent que dans certains cas seulement, et non toujours, tant s'en faut heureusement, qu'ils surviennent légers, graves, même mortels, dans des conditions jusqu'ici imprévisibles, chez des sujets en parfait équilibre biologique apparent, incite à supposer que les patients faisant ces accidents post-opératoires sont préalablement sensibilisés aux produits toxiques nés de leurs propres tissus.

— M. Raymond GRÉGOIRE, ayant obtenu des phénomènes comparables à la suite d'injections d'albumines hétérogènes, se demande si ce sont bien les polypeptides qui provoquent les accidents pulmonaires en question.

Absence congénitale de vagin. Colpoplastie

(MM. Robert MONOD et Marc ISELIN ; 24-6-1936.)

Jeune fille de 20 ans, bien constituée. Organes sexuels secondaires (seins, vulve, etc.) bien développés. Pas de règles, pas d'*orifice* vaginal vulvaire. Utérus double minuscule, de la grosseur d'une noisette, ovaires de volume normal (constatation après laparotomie). Les auteurs ont eu recours à une colpoplastie par un procédé amélioré de greffes de Tiersch montées sur tuteur rigide.

Le néo-vagin obtenu admet l'index jusqu'à sa racine. La confection d'un tel vagin est, dans ce cas, plutôt une question psychologique. Elle ne saurait donner ni sensibilité génitale normale, ni maternité ultérieure.

— M. BAUMGARTNER a pratiqué trois fois la création d'un néo-vagin par le procédé de Baldwin (aux dépens des anses grêles). La technique est délicate mais l'opération n'a pas paru dangereuse à l'auteur, contrairement à l'opinion courante.

— M. ROUHIER a été appelé à faire un néo-vagin chez une jeune fille, par ailleurs bien constituée. Il a demandé à la malade qu'elle choisisse elle-même entre deux procédés possibles : l'un donnant de meilleurs résultats mai offrant une certaine gravité (le Baldwin), l'autre moins parfait mais sans gravité. Elle choisit le second. M. Rouhier eut recours au procédé autoplastique de Pozzi.

Ces néo-vagins valent ce que vaut le calibrage ultérieur que donne l'usage de l'organe. L'opérée de M. Rouhier s'est déclarée très satisfaite de son opération et cela quatre années après celle-ci.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Les ictères partiels

(MM. N. FIESSINGER et G. BOUDIN, 10-7-1936).

L'existence de certains faits où l'ictère se localise sur un segment du corps et le plus souvent sur le segment supérieur, c'est-à-dire à partir de la ceinture, mérite d'être signalée. Cette localisation de l'ictère n'est que la conséquence de l'infiltration œdémateuse des parties déclives. L'œdème semble laver l'ictère. Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer plusieurs faits au cours des cirrhoses et ont tenté d'en interpréter le déterminisme.

Les quatre observations qu'ils rapportent sont toutes semblables les unes aux autres. On peut les schématiser de la façon suivante : Cirrhoses du foie, présentant à leur début clinique un ictère franc généralisé de type rétentionnel, au déclin duquel apparaissent une ascite et les œdèmes des membres inférieurs. L'ascite et les œdèmes font disparaître l'ictère localement. L'ictère est net dans toute la moitié supérieure du corps, et contraste avec l'infiltration blanche de la moitié inférieure. C'est un véritable ictère partiel.

Le mécanisme de ces ictères partiels s'attache uniquement aux raisons de décoloration des régions infiltrées par l'œdème. La décoloration des téguments au niveau des zones œdématiées résulte donc d'une moindre charge en bilirubine du liquide d'œdème, dont il faut chercher la raison suivant les cas, soit dans une baisse de la bilirubine, soit dans une diffusion moins facile de la bilirubinémie.

La perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux

(MM. P. AMEUILLE et R. DUPERRAT ; 8-5-1936)

L'observation de douze cas de perforations survenues en quatre ans dans le service des tuberculeux de l'hôpital Cochin, l'étude d'un certain nombre de statistiques françaises et étrangères font croire aux auteurs, contrairement à l'opinion classique, que la perforation est loin d'être une rareté dans l'entérite ulcéreuse des tuberculeux, qu'elle se produit presque toujours dans la grande cavité péritonéale non cloisonnée, que cependant sa symptomatologie est fruste, ce qui explique que le plus souvent elle ne soit pas reconnue du vivant du malade et reste une découverte d'autopsie, et que par conséquent, la perforation en péritoine libre peut être comptée parmi les causes prochaines de la mort chez les tuberculeux pulmonaires.

Le fait sur lequel il faut attirer l'attention, c'est que chez 3 % des tuberculeux pulmonaires autopsiés, il existe une perforation intestinale. Constamment on a observé un fait, qui a semblé paradoxal : l'absence de lésions péritonéales limitatives. Sans doute existe-t-il dans le péritoine un liquide purulent ou fécaloïde plus ou moins abondant, mais : 1° il n'y a pas d'atteinte péritonéale antérieure et la cavité ne présente aucun cloisonnement ; 2° la réaction péritonéale à la perforation est extrêmement minime, l'organisme du patient ne pouvant sans doute plus présenter aucune défense. Il n'existe, en tout et pour tout, que quelques fausses membranes fragiles et friables qui ne peuvent jouer aucun rôle de protection.

Cliniquement, la perforation se présente de deux façons différentes : tantôt brutale, constituant un syndrome de péritonite aiguë ; tantôt latente, asthénique.

L'état pulmonaire dicte la conduite à suivre et s'oppose le plus souvent à toute thérapeutique active.

La relative fréquence de cette perforation a échappé jusqu'ici aux phtisiologues et on ne compte pas avec elle, parce qu'on ne sait pas qu'elle existe. Il est cependant nécessaire de la considérer comme une cause possible et assez commune de la défaillance terminale des tuberculeux pulmonaires.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

La vaccinothérapie des salpingites aiguës

(15-6-1936).

Le Docteur Maurice FAURE, résumant les données d'une discussion antérieure, s'efforce de déterminer l'heure à laquelle on peut faire utilement intervenir la vaccinothérapie, sans craindre de complications pour la malade. Il constate que la majorité de ses collègues n'emploie plus cette méthode dans la salpingite aiguë ; ses rares partisans à ce moment font d'ailleurs une distinction entre les salpingites gono ou non-gonococciques. Sans vouloir établir une règle absolue, il semble qu'il vaille mieux attendre la chute de la température et la fin de la période aiguë pour faire intervenir le vaccin, sans danger. La vaccinothérapie, employée suivant la méthode que préconise l'auteur, est susceptible de rendre d'immenses services en réduisant considérablement l'alitement de la malade, et en permettant, avec l'aide des traitements physiothérapiques, de la guérir très souvent et d'éloigner d'elle le spectre de la mutilation, but que l'on doit toujours inlassablement poursuivre.

M. DOUAY (Paris). Il y a lieu de séparer la vaccinothérapie de la sérothérapie préopératoire.

Le vaccin préopératoire n'est malheureusement pas capable de supprimer les accidents graves post-opératoires, lorsqu'ils doivent survenir. Cette méthode a l'inconvénient de nécessiter un séjour de dix jours à l'hôpital, en attendant un effet immunisant du vaccin ; ceci n'aurait pas grande importance si on était assuré de l'amélioration des résultats opératoires.

La sérothérapie pré-opératoire est un autre procédé qui consiste à fournir de suite à l'organisme les anticorps dont il va avoir besoin du fait de l'opération. Si on opère en milieu septique ou putride, il est utile de fournir à l'organisme le sérum immunisant mais je pense que cette sérothérapie doit être contemporaine ou très voisine de l'acte opératoire.

G. F.

Les Congrès

XLV^e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Paris, 5-10 octobre 1936

Deuxième question. — **La chirurgie chez les diabétiques**

B. La chirurgie chez les diabétiques

Résumé du rapport de M. G. Jeanneney, de Bordeaux

M. Jeanneney envisage successivement les infections chez les diabétiques (furoncles, anthrax, phlegmons, etc.), les gangrènes diabétiques des membres et les affections diverses chez ces malades.

1° *Les infections.*

Les infections pyogènes et les infections générales sont fréquentes chez les diabétiques. Elles sont toujours redoutables et demandent un traitement médico-chirurgical énergique et méthodique.

Les plaies, les érosions sont souvent à l'origine des infections locales. Les injections hypodermiques, les interventions chirurgicales, si elles ne sont pas faites avec la plus scrupuleuse asepsie, sont facilement suivies d'infection chez le diabétique. Souvent aussi, en pareil cas, l'infection locale a tendance à la généralisation.

L'hyperglycémie favorise la généralisation, la diffusion de l'infection. Il faut aussi relever la tendance des infections diabétiques à la nécrose, à la gangrène, la lenteur de leur réparation. Autre inconvénient : le diabète compliqué d'infection devient facilement insulino-résistant. Le drainage des foyers suppurés et nécrosés fait heureusement disparaître cette insulino-résistance.

La prophylaxie des infections dans le diabète repose d'abord sur une hygiène bien comprise : soins de la peau, en certains endroits particulièrement (Joslin a conseillé aux Etats-Unis la création d'un Institut de soins aux pieds pour diabétiques) ; applications aseptiques et *légèrement* antiseptiques sur les érosions, les érythèmes ; traitement précoce des furoncles et des lymphangites.

2° *Furonculose.*

La furonculose, dans le diabète, est rebelle, récidivante, grave. Son traitement visera d'abord à modifier le terrain. Quatre indications à ce sujet : réduire les hydrates de carbone par un régime convenable (suppression du pain, du sucre, des féculents) ; instituer une cure d'insuline dès qu'il existe de l'acidose ou une glycémie supérieure à 2 ; désensibiliser l'organisme contre le staphylocoque par l'autohémothérapie associée ou non à l'extrait de rate ; vacciner l'organisme par injection de propidon ou d'anatoxine staphylococcique de Ramon.

Appliquer ce traitement dès le début de la maladie. Y adjoindre le repos, les exercices en plein air.

Associer le traitement local : pulvérisations au sérum physiologique, badigeonnages au bleu de méthylène à 1 p. 100 ou au violet de gentiane à 2 p. 100. On évitera les antiseptiques caustiques (teinture d'iode) et les manœuvres brutales d'expression du foyer : quand le sommet du furoncle apparaîtra nettement fluctuant, on enlèvera le bourbillon. La radiothérapie a été utilisée avec succès. Pour éviter les réinoculations de voisinage, surtout au niveau de l'aisselle ou du cou, on supprimera tout pansement humide permanent ; la peau sera doucement savonnée, puis séchée et poudrée ou couverte d'un cérat à l'oléate de cuivre à 1 p. 100 (Mauté).

3° *Anthrax.*

La mortalité de l'anthrax chez les diabétiques est considérable (25 % en moyenne). Les complications fatales sont plus particulièrement à redouter dans les anthrax de la face en raison de la riche vascularisation de la région et de ses anastomoses avec les sinus intracraniens.

Le traitement doit être précoce, prudent et énergique (Rathery). Médical, il s'attaquera d'abord au diabète, proportionnant les doses d'insuline à la glycosurie, y ajoutant en cas d'acidose les injections intraveineuses de bicarbonate de soude. Faire localement des pulvérisations, en évitant cependant de déterminer la macération de la peau.

Le traitement chirurgical sera indiqué dans les gros anthrax de la nuque et du dos où il apparaît nécessaire, de toute évidence, de débarrasser l'organisme d'un foyer de résorption toxique grave et cause d'insulino-résistance. En dehors de ces cas graves, Rathery estime qu'il faut toucher le moins possible à l'anthrax et se borner à des nettoyages locaux, attendant pour intervenir que le centre de la lésion soit ramolli et commence à s'éliminer.

Rappelons néanmoins les deux techniques de l'intervention chirurgicale en matière d'anthrax : l'incision cruciale de Dupuytren, au thermocautère, et l'excision large de la tumeur. Les anthrax de la face, ceux de la lèvre supérieure en particulier, seront traités avec la plus grande douceur, en se gardant de les traumatiser, ce qui favoriserait la thrombophlébite des sinus veineux du crâne.

(1) V. *Concours médical* N° 43 du 25 octobre 1936.

4° *Lymphangites. Erysipèle.*

Au traitement insulinique on associera les enveloppements alcoolisés après badigeonnages légèrement iodés (Rocher, J. Villar), les injections de sérum antistreptococcique de Vincent, de sérum antigangréneux parfois, l'excision des escarres.

5° *Infection du tissu cellulaire (cellulites, phlegmons diffus).*

Il faut soigner minutieusement la moindre plaie chez un diabétique, tout en traitant le diabète.

Au cas de phlegmon diffus, le traitement général sera conduit énergiquement : il faut juguler le coma par de fortes doses d'insuline et neutraliser les toxines par le sérum de Vincent, le sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur. Localement, des débridements larges seront poursuivis jusqu'en zone saine.

6° *Gangrènes diabétiques.*

Fréquentes et graves, les gangrènes diabétiques des membres représentent une des complications les plus redoutables du diabète.

Le traitement insulinique occupe ici une place capitale autant comme préventif que comme curatif. Chez les sujets dont les oscillations sont diminuées aux membres inférieurs, et qui se plaignent de fourmillements et d'engourdissements pénibles, l'emploi régulier de l'insuline de manière à maintenir la glycémie à un taux normal, semble arrêter l'évolution de l'artérite.

Au point de vue local, on s'efforcera de prévenir tout traumatisme du pied, toute lésion pouvant ouvrir la porte à l'infection. On doit conseiller au diabétique d'éviter le froid, principalement le froid humide, de surveiller ses chaussures, d'avoir une propreté méticuleuse des orteils (savonnage, séchage, poudrage). La circulation sera stimulée par l'administration de l'acétylcholine, des iodures, du citrate de soude, par de légers massages du mollet, des bains chauds locaux, des exercices de gymnastique active, et des exercices passifs de Buerger ; ces derniers consistent en les manœuvres suivantes :

Elévation du pied sur plan incliné à angle variable (30 à 60°) au-dessus du lit, pendant une à trois minutes jusqu'à l'apparition de pâleur. Abaissement en déclive (une à cinq minutes) jusqu'à l'apparition de rougeur. Repos en position horizontale (trois à cinq minutes) avec douche d'air chaud.

Plusieurs interventions chirurgicales ont été essayées contre les spasmes artériels, les artérites au stade de prégangrène. Les plus intéressantes paraissent la novocaïnisation de la chaîne lombaire et la sympathectomie périfémorale.

Lorsque la gangrène est apparue, le traitement devra doubler d'attention. A ce moment, le malade devient chirurgical et relève d'un traitement local généralement mutilant, tantôt économique, tantôt plus large. L'amputation est rarement urgente et on a le temps, en général, de préparer le malade.

Les gangrènes sèches localisées à un orteil sont habituellement bénignes à condition de les préserver de toute infection. En attendant le sillon d'élimination, l'orteil sera momifié (nettoyage au Dakin baume du Pérou, poudre de Championnière).

Dans la gangrène humide des diabétiques, les conditions sont assez différentes. Contrairement à la gangrène sèche qui évolue lentement et pour laquelle on a tout le temps d'organiser son traitement, la gangrène humide, fréquente chez le diabétique, évolue rapidement et impose un traitement d'urgence.

Au début, on évitera autant que possible d'exciser la zone nécrosée, car les lèvres et le fond de la plaie opératoire risqueraient à leur tour de se sphacéler. Le mieux est de recourir aux applications de Dakin ou de bleu de méthylène. Une fois la gangrène humide constituée, instituer une thérapeutique médicale énergique (médication insulinique à doses fortes, sérum salé, sérums spécifiques, ect.) et un traitement local comportant la suppression chirurgicale du foyer toxique par drainage et amputation.

TROISIÈME QUESTION. — **Les pneumonectomies**

Résumé du Rapport de MM. ROBERT MONOD, de Paris, et ALBERT BONNIOT, de Grenoble

Les pneumonectomies enregistrent à ce jour de belles statistiques opératoires, réservées il est vrai à des équipes exceptionnelles, celles de Sauerbruch, Arschibald, Tudor Edwards, etc... Elles demeurent pour le moment des interventions de chirurgiens spécialisés, travaillant en équipe.

Obéissant à l'évolution habituelle des autres domaines de la chirurgie, celui de la pneumonectomie, jusqu'à présent cantonné dans le traitement des traumatismes et des suppurations, est en train d'entrer dans une nouvelle phase : celle, plus féconde, de la chirurgie des lésions aseptiques et des tumeurs.

Les résultats acquis démontrent qu'il est possible et logique aujourd'hui de traiter les tumeurs pulmonaires par l'exérèse, comme les autres tumeurs. Néanmoins, il est prudent de ne porter sur ces questions nouvelles que des jugements provisoires. Actuellement encore, les statistiques opératoires laissent persister bien des aléas. La pneumonectomie reste une opération sérieuse, plus sérieuse quand il s'agit de lésions septiques (lobectomie pour bronchectasie suppurée) que s'il s'agit de lésions non septiques (lobectomie pour tumeur).

Ce qui arrête l'essor de cette jeune chirurgie, ce sont surtout les difficultés de la clinique et la prévention que la majorité des médecins conserve à son égard. Sans doute, ces préventions disparaîtront-elles bientôt comme ont disparu les préventions à l'égard de la chirurgie utérine, intestinale, gastrique.

Tout comme la chirurgie gastro-intestinale, tout comme la neuro-chirurgie, ajoutent les rapporteurs, la chirurgie pulmonaire prendra, en toute probabilité, le même essor et connaîtra le même avenir fécond.

P. LACROIX

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris (VIe)

Mme A. FEUILLÉE-BILLOT. — **Les serins domestiques et exotiques.** Une broch. 60 pages. Prix : 4 fr. 50.

Chez MASSON et CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Pratique médico-chirurgicale, publiée sous la direction de A. COUVELAIRE, A. LEMIERRE, Ch. LENORMANT. Secrétaire général : André RAVINA. *Supplément* (tome IX). Un vol. 960 p., 276 fig., 1936. Prix : 165 fr.

Chez MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Dr Stephen CHAUVET. — **La médecine chez les peuples primitifs** (Préhistoriques et contemporains). Un vol. 144 pages, 63 figures, 1936.

Bosc frères, M. et L. RIOU
Imprimeurs éditeurs
42, quai Gailleton, Lyon

Dr BORREY. — **Aide-mémoire des indications de l'acuponcture chinoise** CLASSIQUE ET MODERNISÉE PAR LES AGENTS PHYSIQUES. Un vol. 86 pages avec tableaux et figures.

L'acuponcture chinoise a fait beaucoup parler d'elle depuis quelques années. Elle consiste à implanter en des points très divers de la peau, à une profondeur de un à six millimètres, des aiguilles de métal variable, or, cuivre, argent, platine, zinc, etc., chaque métal ayant, d'après les théories chinoises, une action différente, calmante ou excitante en général.

Ceux de nos lecteurs que la question intéresserait pourront lire le petit ouvrage du Docteur Borrey où ils trouveront : un bref rappel du principe de la méthode ; quelques données sur le mode opératoire ; une énumération des affections ou symptômes que les Chinois prétendent guérir par l'acuponcture avec la liste des points correspondants ; enfin une nomenclature des points avec cinq planches les représentant.

DOIN ET CIE, éditeurs
8, place de l'Odéon

Henry JOLY. — **La collapsothérapie hypotensive appliquée au traitement médico-chirurgical de la tuberculose pulmonaire.** Préface du Prof. Bezançon. Un vol. 316 pages avec fig. et radios, 1936.

La doctrine de l'immobilisation-compression, dit M. Henry Joly, a fait son temps. A la collapsothérapie compressive, il faut substituer la collapsothérapie hypotensive proposée dès 1912 par Ascoli. L'auteur étudie longuement cette méthode et son travail déborde le sujet qu'il s'est proposé d'envisager. Il nous fait assister à l'orientation actuelle des méthodes collapsothérapiques appliquées au traitement de la tuberculose pulmonaire.

Comme le fait observer le Prof. Bezançon dans sa préface de l'ouvrage, l'action thérapeutique, qu'il s'agisse de collapsothérapie chirurgicale ou de pneumothorax, ne doit pas être rigide mais au contraire varier selon la lésion. Le pneumothorax n'est pas une petite opération banale qui consiste à introduire un peu d'air dans la plèvre mais bien un acte de raisonnement renouvelé lors de chaque insufflation. Il y a un véritable art de la collapsothérapie, art que la lecture du travail de M. Joly aidera à acquérir.

P. L.

EDITIONS JEL
16, rue Ernest-Cresson, Paris

Dr Louis VAILLE. — **Essai sur la suggestion** (en vente chez l'auteur, à Abzac (Gironde).

Il y a la suggestion spontanée, celle que le poète tire du spectacle de la nature ; la suggestion passive reçue par Laennec d'enfants qui jouaient à taper sur une poutre de bois ; la suggestion active, quand elle s'accompagne de conscience chez le suggestionné et le suggestionneur

La thérapeutique, la médecine, l'éducation, l'invention, mettent souvent à profit le mystérieux mécanisme de la suggestion.

C'est ce mécanisme que, en médecin doublé d'un philosophe, le Docteur Vaille s'efforce avec beaucoup de perspicacité de démontrer pour nous en faire toucher tous les ressorts intimes.

MÉZELS. — **Poèmes du Querey.** (Ludovic Brindazur.)

« On ne peut, dit l'auteur, goûter la poésie que si l'on est en bonne santé. »

Et si l'on n'y est pas peut-être la poésie aide-t-elle à s'y mettre.

Nous vivons à une époque qui met à rude épreuve l'organisme, attaqué de toutes parts, dans son physique et dans son moral, par les adultérations de la vie moderne.

Ce petit recueil de poèmes rustiques est donc un antidote tout trouvé pour bien des gens. G. L.

Les Thèses

P. — Dr R. Belêtre. — **Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps de la clavicule** (Thèse 1936).

Les méthodes orthopédiques ambulatoires fournissent des résultats médiocres dans les fractures du corps de la clavicule dès que le déplacement est notable.

Parmi les traitements de position la méthode de Couteaud a fait ses preuves, à condition que le blessé en accepte la discipline, avec l'alitement prolongé qu'elle impose.

Le traitement sanglant, avec contention par le matériel classique d'ostéosynthèse entraîne le plus souvent des accidents d'intolérance. La cheville autogène centrale paraît être le matériel résorbable de choix. Le greffon est admirablement toléré. Il ne peut être qu'un excellent « stimulant biochimique ». Il réalise une réduction anatomique parfaite, sans saillie externe.

Dans les fractures très obliques, à trait classique, la résistance du greffon ne paraît plus suffisante et la méthode de choix est le cerclage par trois fils au minimum.

Dans les fractures obliques, à trait inverse, l'action musculaire tendant à rapprocher les fragments, l'enchevillement central reprend ses droits.

P. — Dr A. Gottschalk. — **La lèpre en Lettonie et Esthonie** (Thèse 1936).

En Lettonie et Esthonie la lèpre a diminué d'une façon relativement forte. Ces deux jeunes Républiques n'ont pas reculé devant les dépenses assez élevées qu'exige le traitement efficace de la lèpre.

Grâce aux progrès apportés ces temps derniers à la thérapeutique de la lèpre, le traitement de cette endémie tend à prendre le pas sur la prophylaxie. L'emploi des sels d'or et les applications de neige carbonique ont donné de bons résultats qui, souvent même, vont jusqu'à la guérison définitive.

P. — Dr M. Dugay, — **Le sulfate double d'orthoxyquinoléine et de potassium** (Thèse 1936).

Le sulfate double d'orthoxyquinoléine et de potassium possède :

In vitro, un pouvoir antiseptique considérable à l'égard de la plupart des germes pathogènes. Sans toxicité véritable, il peut être employé par la voie buccale soit comme fébrifuge, soit comme désinfectant et antiseptique interne.

Ses usages externes sont ceux des antiseptiques. Il a l'avantage de n'être ni caustique, ni toxique.

P. — Dr Cl. Mairesse. — **Thérapeutique médicale de la cholécystite non calculeuse chronique.** (Thèse 1936).

Alors que la thérapeutique de la lithiase vésiculaire semble relever presque exclusivement du traitement chirurgical, la thérapeutique de la cholécystite non calculeuse chronique appartient à la médecine.

On cherchera à diminuer l'infection vésiculaire par les antiseptiques biliaires dont le représentant le plus actif est l'hexaméthylène-tétramine. Mais le moyen thérapeutique le plus efficace sera sans conteste le drainage biliaire mécanique ou médicamenteux.

Les tubages duodénaux suivis de l'excrétion vésiculaire provoquée par le sulfate de magnésie activent la chasse biliaire, drainent foie et vésicule. Ils seront associés ou alternés, suivant les cas, avec une médication cholagogue et cholérétique prudente prescrite par séries courtes, du type huile de Haarlem, huile d'olive, atophan ou cholérétiques végétaux.

Les applications de diathermie ou d'ondes courtes apporteront une sédation remarquable aux réactions douloureuses de la vésicule.

Les troubles gastro-intestinaux seront traités au même titre que la lésion vésiculaire. On assurera enfin le bon fonctionnement du foie par une diététique appropriée complétée au besoin par une cure hydro-minérale du type Vichy ou Carlsbad.

Ce n'est que devant l'échec complet du traitement médical que l'on sera en droit de penser à la chirurgie.

P. — Dr L. Rossignol. — **Hépatites amibiennes frustes.** (Thèse 1936.)

Les hépatites amibiennes frustes sont trompeuses d'une part parce que la contamination peut être ancienne et oubliée par le malade, d'autre part, parce qu'elles peuvent simuler diverses affections : une fièvre typhoïde, des accès palustres, une fièvre ondulante, une tuberculose aiguë, dans leurs formes aiguës ; une dyspepsie banale, une anémie grave, une cachexie pseudo-néoplasique dans leurs formes chroniques.

Il ne faut pas s'attendre à ce que la recherche des amibes ou des kystes amibiens dans les selles donne toujours au clinicien la clef du diagnostic. Par contre, il est plus profitable de rechercher dans l'interrogatoire du malade une notion de contamination même douteuse, et de recourir à un radiologue compétent afin de reconnaître une modification même légère de l'ombre hépatique. L'épreuve du traitement confirmera le diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE

A propos des complications respiratoires de la grippe

Par le Dr N. Quénée

Nous avons eu, comme tous nos confrères, l'occasion d'observer au cours des hivers derniers, plusieurs cas graves de pneumopathie d'origine grippale. A ce sujet, il nous a semblé utile de mettre en évidence un facteur de gravité sur lequel classiquement on n'insiste peut-être pas assez : la rétention des crachats.

Il n'est point dans notre pensée de rappeler ici les grandes épidémies de grippe, comme celle de 1918-1919, sur lesquelles tout a été dit ou presque..... Nous voulons parler seulement de ces cas que l'on rencontre à chaque instant dans la pratique courante.

Un malade se sent pris brusquement de fièvre élevée, avec courbature, céphalée, signes d'infection aiguë; à localisation souvent rhino-pharyngée, puis au bout de quelques jours apparaissent des signes pulmonaires dont l'intensité sera variable avec l'âge du sujet, avec la gravité de l'infection, avec la saison (généralement plus graves en mars qu'en décembre) et avec l'état antérieur du malade.

Dans certains cas on observe une simple bronchite dont le pronostic sera essentiellement bénin. Dans d'autres cas cette bronchite peut se compliquer de foyers de congestion et parfois apparaîtra une broncho-pneumonie véritable dont la forme pseudo-lobaire est la plus fréquente, frappant soit l'un, soit même les deux poumons.

Il est heureusement rare que l'on observe maintenant les formes hypertoxiques avec hémorragies et œdème aigu du poumon que l'on a si souvent observées au cours des épidémies de guerre et d'après-guerre.

C'est au cours de ces affections, dont l'évolution est souvent multiforme, que l'on voit survenir, et plus fréquemment à une période où les signes généraux semblent devoir s'amender, un état d'oppression, d'angoisse qu'accompagne une nouvelle montée de fièvre. Le malade lui-même sent la respiration lui manquer, il entend des râles de plus en plus humides qui semblent monter de la base des poumons pour s'arrêter au pharynx, mais qui ne s'accompagnent pas d'expectoration. Il déclare que ces crachats qui ne peuvent sortir vont l'étouffer.

Et l'auscultation montre la réalité des assertions du malade. On entend de gros râles humides dans toute la moitié inférieure des poumons, plus spécialement du côté malade. On pense alors aux états bronchoplégiques classiques et l'on est amené à donner aux malades des médicaments qui auraient la propriété de faire contracter les muscles bronchiques parésiés : ergotine, hypophyse par exemple.

On constate alors l'échec de ces médications ; tout au contraire l'oppression et la gêne du malade s'aggravent ; il s'agite en proie à une dyspnée anxieuse qu'on ne peut calmer.

C'est que cet encombrement des voies respiratoires est dû en réalité à une hypersécrétion bronchique, s'accompagnant d'hypersensibilité et de spasmes retenant toutes les sécrétions.

Cette interprétation est peut-être schématique mais elle répond à la réalité des faits observés et elle conduit à leur solution pratique.

Cette rétention spasmodique des sécrétions bronchiques est certes connue depuis longtemps et lorsqu'on énumère en pharmacologie les expectorants, on classe à part ceux qui agissent sur la motricité des muscles bronchiques, soit en augmentant cette motricité dans les cas de parésie ou de congestion passive, soit au contraire en amenant la résolution de cette musculature dans les cas de spasme favorisant la rétention des sécrétions.

Nous voulons seulement attirer l'attention sur les cas où cette rétention nous a paru l'élément dominant du pronostic.

Observation I. — M. Paul F..., 53 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents.

En février 1936, grippe à début rapide par rachialgie, frissons, courbature générale, fièvre élevée, urines rares et foncées. Pas de signes pulmonaires, seulement la gorge un peu rouge. Au bout de 2 à 3 jours la fièvre tombe, pour remonter le sixième jour en même temps qu'apparaissent de violentes douleurs dans l'oreille droite ; une otite se forme avec perforation spontanée du tympan et suppuration consécutive. La température tombe pour remonter vers le neuvième jour. Alors apparaissent les signes de la formation à la base droite du bloc de condensation d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

A ce moment vaccinothérapie (vaccin de *Minet*), digitale, solucamphre et un peu de quinine.

La fièvre commence à baisser pour remonter au bout de quelques jours quand on trouve un nouveau foyer du côté gauche. Le tableau devient alors très alarmant. Le malade est assis en proie à une dyspnée angoissante que ne calme pas l'absorption d'oxygène. Il essaie de rejeter des crachats mousseux parfois purulents mais malgré ses efforts l'expectoration diminue. Le malade lui-même attire l'attention sur ce symptôme, il se sent étouffé par les crachats qui montent et qu'il ne peut rejeter.

Pour calmer son agitation et pour diminuer sa dyspnée nous lui faisons alors une injection sous-cutanée de spasmalgine. A ce moment une sédation apparaît brusquement ; les crachats sont rejetés en abondance, l'agitation diminue. Nous continuons la spalmalgine (trois injections par jour). L'expectoration augmente, puis les signes d'auscultation s'améliorent et la guérison survient, retardée par d'autres épisodes d'ordre oto-rhino-laryngologique.

Observation II. — M. Jules G.., 47 ans.

Pensionné de guerre pour bronchite chronique non tuberculeuse.

En mai 1936 j'ai l'occasion de soigner sa femme pour une grippe banale sans complication autre que la rhino-pharyngite habituelle. Cinq jours après je suis appelé auprès de M. G... qui souffre d'une vive douleur thoracique droite avec frissons et fièvre durant depuis déjà deux jours. Il rejette alors des crachats adhérents non rouillés. L'auscultation montre la présence d'un bloc pneumonique de la base droite, matité, souffle tubaire, etc.

Traitement classique par les toni-cardiaques, le solucamphre, l'eucalyptine, les expectorants (poudre de Dower + digitale).

Au neuvième jour la fièvre ne tombe pas ; elle continue à osciller entre 38°5 et 39°5. Vers le douzième jour elle monte à 40°2 en même temps que l'expectoration diminue puis s'arrête.

L'état du malade s'aggrave brusquement ; il étouffe, il délire. Nous donnons alors la spasmalgine (2 ampoules par jour) et nous voyons réapparaître l'expectoration qui précéda la guérison.

Observation III. — M. Alfred G..., 72 ans.

Vieux scléreux porteur d'une insuffisance mitrale plus ou moins bien compensée. Presque à chaque hiver fait une poussée aiguë étiquetée congestion pulmonaire cédant d'ordinaire aux ventouses et aux boissons chaudes.

En mai 1936, alors que de nombreux cas de grippe existent au village qu'il habite, il fait brusquement une broncho-pneumonie gauche avec un foyer à la base et un foyer de la région hilaire.

La dyspnée est pénible. Les signes généraux sont ceux d'une affection grave, la fièvre atteint presque 40°, le malade prostré veut cracher, mais ne le peut pas. Nous lui donnons de l'alcool intraveineux en plus du traitement classique : camphre. L'amélioration ne vient qu'avec la spasmalgine qui fait cracher et respirer le malade.

La guérison survint en deux semaines.

Ces trois observations nous semblent particulièrement démonstratives.

Nous ne prétendons pas donner ici un traitement spécifique des complications respiratoires de la grippe : nous voulons seulement attirer l'attention sur un point précis : au cours de bien des affections broncho-pulmonaires et particulièrement au cours de celles qui ont tendance à traîner en longueur, on voit souvent apparaître des complications dues à ce que les crachats s'accumulent dans les voies respiratoires au lieu de sortir librement.

Cette rétention des crachats nous semble tout à fait comparable par ses conséquences à la rétention de pus que l'on observe dans les collections purulentes mal drainées. Elle constitue une gêne mécanique par l'encombrement qu'elle occasionne dans les voies respiratoires. Elle est aussi la cause d'une rétention microbienne et toxique importante.

Lorsque cette rétention de crachats n'est pas due à une congestion passive des poumons, lorsqu'elle est due au contraire à un état d'hypersécrétion spasmodique des bronches, la thérapeutique devra, avant tout, faire cesser ce spasme pour assurer l'évacuation des sécrétions.

Il est bien évident qu'il faudra éviter de nuire aux autres organes souvent déjà affaiblis et intoxiqués. Seule la spalmalgine nous a paru, dans ces cas, pouvoir assurer sans danger un drainage efficace des voies respiratoires.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

POUR NE PLUS MOURIR DE CANCERS OU DE TUMEURS,

une hormono-prophylaxie sexuelle constituera-t-elle la méthode de demain ?

Chers confrères, voici un titre un peu scientifique qui ne va pas vous engager à lire ces quelques lignes. Aussi dois-je vous le traduire aussitôt en clair : si les ménages consentent à renoncer à tout « truquage », plus les femmes mettront d'enfants au monde, moins elles risqueront de succomber aux suites des tumeurs ; et même, plus elles auront de rejetons, plus elles augmenteront ces chances, surtout à partir du septième !

C'est là un remède facile à mettre en pratique, avouez-le : les avantages pécuniaires, accordés aux familles nombreuses par la Loi, ne sont-ils pas déjà appréciables..., et, d'autre part, quel encouragement à procréer ? Dame Nature ne nous dit-elle pas : « Croissez et multipliez » ! !

Nous en sommes encore au domaine des hypothèses sur cette question, et, en particulier, les sécrétions endocrines ne nous ont pas livré tous les secrets de leur mode d'action. Cependant déjà, Auguste Lumière insiste sur l'intérêt primordial des facteurs prédisposants aux cancers, attribuables aux conditions extérieures de la vie, ou bien aux états organiques et humoraux des individus. Leur connaissance permettrait sans doute de les éviter, pour une prophylaxie efficace de l'affection.

N'empêche que les faits d'observation, les statistiques semblent nous mettre en éveil, et encourager les chercheurs. Le Docteur Roujansky, depuis quelques années déjà, creuse ce problème intéressant (1). Si, un jour, la cause réelle pouvait être élucidée, la tâche serait bien facilitée.

Néanmoins un fait doit attirer l'attention : c'est l'actuelle augmentation des cas de cancers. Le Docteur Dally l'a établi dans les colonnes de ce journal, en se basant sur les statistiques des Compagnies d'assurances en Amérique. Par ailleurs n'a-t-on pas observé que, depuis la guerre, le cancer « s'était rajeuni » ?

Comment, d'autre part, ne pas mettre en parallèle ce facteur avec cette accentuation que nous observons dans la dénatalité au cours des dernières années, qui a suivi la crise d'accroissement des naissances à la période de l'après-guerre.

Enfin, ne semble-t-il pas que le cancer ait suivi une évolution ascendante à mesure des progrès de la civilisation, dans le sens particulier où elle restreignait la mise au monde des humains.

Pour quelle raison, les carcinomes et les tumeurs épithéliales restent-ils très rares chez les indigènes de la zone intertropicale (Le Dantec) ? Pourquoi aussi, le Professeur P. Delbet a-t-il noté la grande rareté du cancer chez les femmes noires, qui vivent en Afrique à l'état sauvage. Dans le Soudan français, en dix ans, on a observé deux tumeurs malignes seulement sur un total de 150.000 malades. Or, il ne s'agit pas là d'une résistance naturelle, offerte par une race déterminée, car, chez les noires d'Amérique, qui ont adopté les manières de vivre des blanches, le cancer est devenu fréquent.

Eh bien, pour le point qui nous intéresse, il est troublant de relever que tous les observateurs regardent l'augmentation de fréquence du cancer comme liée à la civilisation, en ce sens que celle-ci a répandu une « reproduction rationnelle », alors que cette dernière échappe aux sauvages, dont la prolificité est connue de tout le monde.

***

Nous en arrivons maintenant aux *données statistiques.*

Les Docteurs Ducuing et Guilhem; sur cinq cents cas de cancer du col utérin, ont trouvé une *majorité importante de femmes n'ayant accouché qu'un petit nombre de fois,* et non des multipares, comme ils s'y attendaient.

D'après le Prof. Jeanneney, l'allaitement jouerait un rôle parallèle à celui de la gestation C'est ainsi que le cancer du sein semblerait plus fréquent chez les femmes, qui n'ont pas nourri, que chez celles qui ont allaité.

Le Professeur Americo Valerio (de Rio de Janeiro) a écrit en 1935 : « J'ai observé les si fréquents fibromes utérins, presque toujours chez les femmes stériles ou peu fécondes ». Dans une première statistique, cet auteur, sur 142 cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, a relevé: 96 cas, où il n'y avait pas d'enfants; 26 cas, où il y avait un enfant, et 20 cas où il y avait deux enfants.

Dans une deuxième statistique, il s'agit de 88 cas de tumeurs bénignes ou malignes de l'utérus, entre

(1) Docteur ROUJANSKY. — Des enfants ou des tumeurs ? (Une brochure en vente chez l'auteur et chez les éditeurs Vigot, Maloine, Hachette, Prix 3 francs).

23 et 45 ans : sur 60 fibromes (dont 51 avec participation des annexes), 39 femmes n'avaient pas d'enfants, 12 en avaient un seul, et 9 en avaient 2 ; sur 28 dégénérescences malignes, 19 malades n'avaient pas d'enfants, 6 en avaient un, 2 en avaient deux, une seule en avait trois.

Enfin, une troisième statistique (114 cas) du même auteur comporte notamment :

Tumeurs du sein : 65 adénomes, dont 24 avec 0 enfant, 20 avec un enfant, 18 avec 2 et 3 enfants, 3 avec 4 enfants ; 12 cancers épithéliaux, dont 4 avec 0 enfant. Les tumeurs du rectum (26 cas) atteignent 11 femmes sans enfant.

Le Docteur Rives (de Valence) signale, d'autre part : 84 tumeurs bénignes, dont 25 à 0 enfant ; 48 à 1 ou 2 enfants ; 7 à 3 ou 4 enfants ; 1 et 2 à 5 et 6 enfants ; plus 86 tumeurs malignes, dont 19 à 0 enfant ; 38 à 1 ou 3 enfants, et le reste pour un plus grand nombre d'enfants.

Le Docteur Roujansky résume sa statistique personnelle : 67 observations de tumeurs avec 96 enfants, soit un peu plus d'un enfant par femme atteinte. Additionnant suivant le même mode de calcul sa statistique aux deux précédentes, il obtient un total de 581 tumeurs chez des femmes ayant mis au monde 649 enfants, soit environ un enfant par femme. C'est là, dit-il, un fait troublant.

***

Que nous apprend l'*expérimentation* ?

Il semble que la *suppression de l'ovaire soit nécessaire à la femelle pour éviter le cancer* ; or la *grossesse* n'est-elle pas précisément une suppression naturelle de la fonction ovarienne, et *l'allaitement* n'agit-il pas de même.

C'est ainsi qu'un biologiste américain Loeb a montré en 1923 qu'une castration *précoce* des souris femelles appartenant à une lignée, possédant héréditairement une grande quantité de cancers du sein, a pu réduire à zéro, ou presque, la fréquence du cancer ; ce qui démontre un rapport très étroit entre le fonctionnement génital de la souris et l'apparition du cancer. Cette castration, pour être efficace contre le cancer des souris, doit être précoce, autrement dit, les ovaires qui fonctionnent « à blanc » sans porter fruits, sont préjudiciables à l'organisme féminin, et le prédisposent assez tôt au cancer.

D'autre part, le Docteur Lacassagne, en injectant des doses importantes de folliculine, a pu provoquer le cancer mammaire chez les souris mâles, faisant partie d'une lignée, dans laquelle on observait 72 % de cancers du sein chez la femelle, et *aucun* chez les mâles.

Bagg a décrit l'influence de la *stimulation hormonale* dans le développement de certains cancers.

Mais aussi Lacassagne, Lœwe, Engle ont découvert dans les tissus cancéreux, des substances œstrogènes à un taux anormal. La nature veut qu'on se reproduise, et si elle trouve un obstacle, elle emploie ses forces à créer des tumeurs.

Que dire enfin, du *sperme total, antagoniste des néoformations atypiques* ? D'après R. Attendoli (1935) « le sperme total posséderait une *action inhibitrice* marquée à la fois sur la conjugaison des cellules somatiques, et sur certaines mitoses atypiques, ce qui est précisément le cas de la cancérisation. »

POUR CONCLURE, voici recommandée l'*hormono-prophylaxie* :

1° D'*une manière générale*, il est évident, dit V. Pauchet, que toutes les néoplasiques sont des insuffisantes polyglandulaires (hypothyroïdiens, hyposurrénaux, etc.), et il est certain que l'*endocrinothérapie*, en soutenant l'organisme, rend celui-ci moins apte à contracter le cancer.

M. Roujansky ajoute que d'ailleurs l'organisme humain, laboratoire des sécrétions internes, est certes troublé dans son fonctionnement endocrinien, lorsqu'une femme se marie tard, accomplit l'acte sexuel avec toutes sortes d'artifices, restreint le nombre de ses grossesses, n'allaite pas ses enfants.

2° D'*une manière* « *spéciale*, il est parfaitement possible, que la *maternité*, les *grossesses* créent une action favorable sur le pouvoir défensif des femmes à l'égard du cancer. »

Ceci pour deux raisons : Tout d'abord, en état de grossesse, la fonction ovarienne cesse, et ainsi l'aptitude morbide de l'organisme diminue. Ensuite, « l'*imprégnation spermatique* normale, naturelle, de l'organisme féminin, et tout ce qui en résulte (grossesses et allaitements répétés) sont susceptibles d'être un facteur, empêchant la néoformation » (Roujansky).

Et cet auteur, ayant cessé d'envisager le cas des femmes, n'oublie pas les heureux résultats de l'hormono-prophylaxie chez les hommes, en disant « la civilisation a apporté depuis des générations tant de perturbations dans le fonctionnement normal de l'organisme qu'il n'y aurait rien d'étonnant qu'après avoir frappé les femmes « coupables », la nature ait fixé ces déviations anormales, et, par voie de l'hérédité, préparé, même chez les *hommes*, un *terrain* propice à l'éclosion des tumeurs ».

Voici enfin tracée l'évolution normale de la vie génitale chez la femme : « Une femme, en n'écoutant que sa nature, abstraction faite de tous les facteurs sociaux, moraux, etc., devrait *être mère à l'âge de la puberté* ; si elle ne « *trichait pas* », avec la complicité de son partenaire souvent, elle devrait avoir *un grand nombre d'enfants*; la nature lui a, de plus, indiqué également son rôle de nourrice ».

Et maintenant, écoutez la voix de la Nature : « Croissez et multipliez ».

A vous de décider de votre sort !

Préférez-vous des enfants ou des tumeurs ?

G. FISCHER.

DIFFICULTÉS D'UN SYNDICAT MÉDICAL AVEC UNE CAISSE MUTUALISTE D'ASSURANCES SOCIALES

PREMIÈRE QUESTION : Une Mutualité peut-elle créer un service médical, ou dentaire « à prix réduits » et obliger ses ressortissants à s'y faire soigner ?

Réponse : En ce qui concerne le fonctionnement de la Mutualité, selon les directives de la loi du 1er avril 1898, sur les Sociétés de secours mutuels, nous devons répondre par l'affirmative. La loi ne précise en rien comment les soins seront dispensés aux ayants droit. De sorte que le Conseil d'administration ou l'assemblée générale de la Mutuelle reste tout puissant pour organiser des services médicaux ou de spécialités « à prix réduits » et à contraindre les mutualistes à s'y rendre, pour s'y faire soigner.

En ce qui concerne les Sociétés mutuelles, qui font en même temps fonction de Caisses primaires d'assurances sociales, il n'en est plus de même. Le libre choix du médecin est inscrit dans la loi ; de sorte que l'assuré social reste théoriquement en droit de déserter le service médical, ou dentaire « à prix réduit ». Mais, en sous-main, des pressions, des menaces, des promesses sont faites pour qu'en apparence, l'assuré choisisse « librement » le service à prix réduit.

C'est devant la Commission régionale que doit être portée pour approbation la convention intervenue entre une Caisse et un établissement hospitalier, ou de soins, public ou privé, ou avec une Société de secours mutuels (article 6 § 14 du décret du 28 octobre 1935).

DEUXIÈME QUESTION : Les praticiens (médecins ou dentistes) chargés de ce service « à prix réduits » ne devront-ils pas être habilités par le Syndicat de praticiens, pour avoir le droit de soigner des assurés sociaux ?

Réponse : L'habilitation d'un praticien par le Syndicat n'est pas nécessaire, puisque, selon les termes du décret du 19 mars 1936, portant règlement d'administration publique, article 10 il est spécifié que « le praticien, qui signe les « imprimés dont la production est exigée par « la Caisse, pour l'obtention des prestations, « est réputé avoir adhéré aux clauses de la conven- « tion passée entre la Caisse et le Syndicat ».

TROISIÈME QUESTION : Ces praticiens ne sont-ils pas répréhensibles s'ils se font payer par les Assurances sociales au-dessous du prix syndical minimum et cela ne peut-il pas être considéré comme une sorte de ristourne pour favoriser le détournement de clientèle ?

Réponse : Le médecin reste entièrement libre de prendre les honoraires que bon lui semble. Le tarif syndical ne s'impose pas à lui, s'il n'est pas syndiqué. Mais il lui est formellement interdit par la loi de favoriser l'assuré pour que ce dernier puisse toucher de sa Caisse plus qu'il n'a versé au praticien. La maladie ne doit pas devenir une source de profit pour l'assuré, en ce sens que, par la complicité du médecin, le malade serait remboursé par sa Caisse, de sommes supérieures à celles qu'il a versées au praticien.

QUATRIÈME QUESTION : Comment intervient le ticket modérateur ?

Réponse : Le praticien réclame directement à son malade les honoraires calculés sur son propre tarif. S'il est payé, il signe dans la colonne de l'acquit, sur la feuille de maladie.

L'assuré reçoit alors de sa Caisse une somme égale à celle prévue au tarif de remboursement, ou de responsabilité, diminuée de 20 %, qui représente le ticket modérateur.

Dans l'esprit premier du législateur de 1926, le ticket modérateur devait être la différence entre le tarif du médecin et celui de la Caisse, alors que ces deux tarifs auraient été arrêtés d'un commun accord et auraient été imposés aux praticiens.

Le Sénat ayant voté la liberté absolue du médecin, il en résulte que le ticket modérateur est défalqué sur le tarif de responsabilité de la Caisse. De sorte que le praticien peut légalement ne prendre que juste ce que le malade touchera de sa Caisse, mais rien en-dessous. Bien entendu il peut prendre au-dessus.

CINQUIÈME QUESTION : Si un assuré social mutualiste ne se fait pas soigner par les praticiens « à prix réduit » de la Mutualité, perd-il ses droits aux avantages divers que la Mutualité pourrait consentir à ses membres ?

Réponse : L'assuré social a droit au libre choix de son praticien, à la condition que celui-ci se prête aux divers contrôles, ainsi que le malade. Il conserve les avantages que lui confère la loi des Assurances sociales, à la condition de se conformer aux prescriptions du règlement intérieur de la Caisse.

Mais la Société de secours mutuels conserve le droit d'accorder à ses membres assurés sociaux des avantages supplémentaires à ceux conférés par la loi des Assurances sociales. Ces avantages ont, comme contre-partie, l'obéissance aux ordres

et directives de la dite Mutualité. Et c'est ainsi qu'on peut tourner la loi, violer le libre-choix et abaisser les tarifs. L'assuré mutualiste est réputé avoir choisi librement le praticien de la Mutualité et s'être soumis volontairement aux règles de la dite Mutualité, afin d'avoir le bénéfice d'indemnités supplémentaires.

Sixième question : Les Caisses d'assurances dépendant de la Mutualité ont rompu les conventions qui les liaient aux Syndicats médicaux. Elles n'ont pas de convention avec les Syndicats médicaux. Elles n'ont pas de convention avec les Syndicats dentaires. Ne peut-on pas les obliger à contracter ?

Réponse : Si la loi souhaite que des conventions puissent exister entre Caisses et Syndicats de praticiens, elle ne les impose pas. C'est au Syndicat départemental, ou à la Fédération départementale, de signer les conventions avec les Caisses et non aux Syndicats locaux. Si les Caisses ne veulent pas contracter, il est utile de prévenir la Confédération, pour qu'une démarche soit faite au ministère du Travail, si les efforts locaux sont restés sans effet auprès des Caisses.

Septième question : Une Caisse d'assurances sociales mutualiste, est en déficit de quelque 200.000 francs dont elle demande le remboursement à la Caisse régionale. Un membre de l'Union régionale des Caisses ne peut-il pas demander des explications sur ce déficit ?

Réponse : Oui, il en a le droit, mais aussi le devoir. Il faut faire la ventilation entre les dépenses des Assurances sociales et celles de la Mutualité pure. On ne peut pas combler un déficit, présenté sous la mention « Assurances sociales » alors qu'il est dû à une mauvaise gestion de la Mutualité, ou à des dépenses exagérées, ou imprudentes de cette dernière.

S'il y a mauvaise gestion, l'agrément peut être retiré à la Mutuelle, pour gérer la Caisse primaire des Assurances sociales, selon les dispositions de l'article 31 § 2 du décret du 28 octobre 1935.

Ce même décret, en son article 30, précise les conditions selon lesquelles des secours pécuniaires et subventions peuvent être accordés par les Unions régionales aux Caisses primaires. Il ne faut donc pas que les cotisations de prévoyance versées par les assurés sociaux puissent servir à combler le déficit de Sociétés de secours mutuels, dont la gestion financière a été défectueuse.

Huitième question : Comment organiser la médecine de contrôle et surtout la stabilité des fonctions des médecins contrôleurs ?

Réponse : Il appartient à la Confédération d'élaborer un règlement général, qui servirait de base pour les tractations locales ; mais d'ores et déjà, il importe que les Syndicats locaux puissent exiger la rédaction d'un contrat écrit, qui pourra non seulement déterminer les devoirs des médecins contrôleurs par rapport aux Caisses, aux malades et aux confrères, mais également devra fixer leurs droits, surtout en ce qui concerne la cessation des fonctions, autrement dit la révocation. Un Syndicat ne saurait permettre qu'un médecin de contrôle soit remercié du soir au lendemain, sans aucun préavis, ni délai congé.

Dr Paul Boudin.

REMBOURSEMENT PAR LES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES DES PRODUITS INJECTABLES OPOTHÉRAPIQUES, VACCINS, OU SÉRUMS

Un médecin contrôleur de caisse nous demande où il pourrait se procurer la liste des sérums, vaccins, ou produits opothérapiques injectables, autorisés en vertu de la loi du 22 juin 1934.

Cette nomenclature lui est indispensable, car, selon les termes du paragraphe 9 de l'article 6 du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des assurances sociales, le tarif de remboursement de 80 % est applicable aux produits thérapeutiques injectables autorisés en vertu de la loi du 24 juin 1934, modifiant celle du 25 avril 1915, sur les sérums et vaccins.

Pareille liste n'existe pas officiellement. Chaque maison intéressée fabricant un ou plusieurs produits sériques, ou opothérapiques, a dû solliciter, pour chacun de ses produits, l'autorisation gouvernementale après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur de l'Hygiène publique.

Le président de la République a signé des décrets individuels d'autorisation qui sont insérés à leur date au *Journal officiel*.

Il appartient donc à chaque maison spécialisée d'indiquer, lorsqu'on le lui demande, la date précise du décret, accordant l'autorisation pour chacun des produits injectables qu'elle fabrique. Au service de contrôle des caisses d'assurances sociales de faire cette demande aux maisons intéressées, lorsqu'il s'agit de déterminer si tel ou tel produit sera remboursé à 80 ou 60 %.

Dr Paul Boudin.

LE BANC D'ÉCOLE, L'ENTRÉE DANS LA VIE ET LES STATISTIQUES DE MORTALITÉ

Par le Docteur G. Ichok

Professeur à l'Institut de statistique de l'Université de Paris

La lutte contre la maladie évitable et la mort prématurée est devenue, dans la plupart des pays, l'objet d'une sollicitude spéciale. De multiples efforts sont déployés d'après un programme d'action qui impose, au budget, des sacrifices relativement importants. La manne céleste, en occurrence, l'intervention financière, est destinée avant tout à l'enfance. A juste raison, on veut protéger, en premier lieu, les petites victimes, menacées par toute une série de fléaux d'une comme un baromètre médico-social. Si à la place de la pression atmosphérique nous parlons de la tension en faveur d'une existence saine, nous enregistrons du temps de plus en plus beau, un ciel clair sans tristes nuages, dans la mesure où les Pouvoirs publics et les œuvres privées tendent, au maximum, vers l'élimination de tous les facteurs de morbidité et de mortalité.

Pour se rendre compte de la situation à l'âge scolaire, nous allons commencer par une incur-

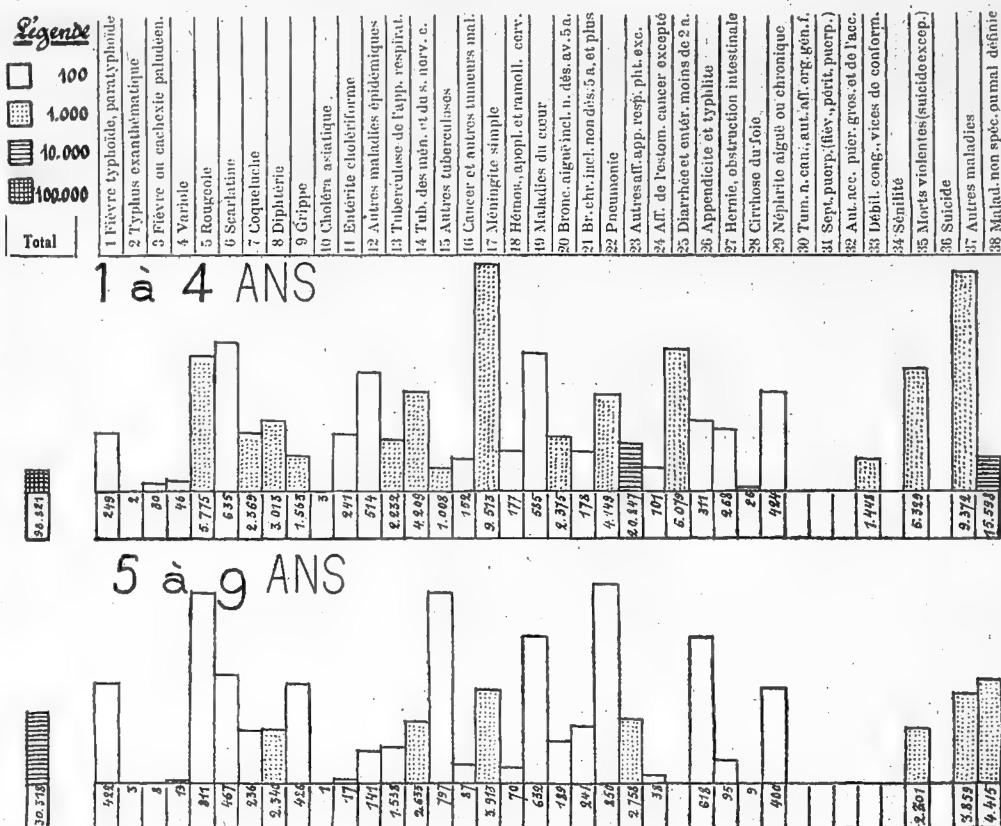


Fig. 1. — La mortalité en France. 1925-1928. 1 à 4 et 5 à 9 ans

valeur inégale, mais parfois suffisamment graves pour entraîner même la mort.

L'application de diverses règles, appelées à donner, à l'écolier, plus de joie et plus de santé, doit imprimer à la courbe de décès une tendance heureuse. Le succès d'une campagne d'assainissement se traduit par une baisse de la mortalité dont le taux se présente en quelque sorte sion dans les groupes d'âge précédents. Les statistiques nous imposent, dans ce domaine, quelques restrictions. Il n'est guère permis de grouper les années à volonté et nous sommes obligés d'envisager les catégories d'âges de 1 à 4, de 5 à 9, de 10 à 14, etc....

Avant de passer à l'analyse de la première figure, indiquons que la statistique du mouve-

ment de la population en France, éditée par le ministère du Travail, n'a commencé qu'en 1925, la publication des volumes instructifs et complets de décès par groupes d'âge et par sexe suivant la nomenclature internationale abrégée qui embrasse, comme on le sait, 38 causes. Notons en passant que les difficultés budgétaires ont obligé, après 1931, à suspendre le travail utile de documentation si précieuse. Voilà une économie qui nous paraît bien mal placée. Si l'on veut agir contre un mal, il faut être renseigné sur ses ravages. Or, à l'heure actuelle, on se dépense contre la mortalité sans bien la connaître.

Notre figure donne en même temps des chiffres et une présentation graphique. Celle-ci permet de s'orienter rapidement sur l'extension de la maladie mortelle, car les cinq espèces de carrés différents : en blanc, en pointillé, en hachure, quadrillé et en noir, nous montrent l'intensité de la mortalité (1).

Les 98.821 décès de 1 à 4 ans ne doivent pas nous faire oublier les 273.592 de 0 à 1 an. Pendant cette période une terrible sélection se produit. Par la suite, la mortalité diminue, mais pas d'une façon satisfaisante. Par ordre de grandeur, citons la méningite simple, la diarrhée et l'entérite, la rougeole, la méningite tuberculeuse, la pneumonie, etc....

Après quatre ans, vient le groupe scolaire qui nous intéresse. L'école maternelle s'occupe déjà de ces petits et il est intéressant de constater, dans notre première figure, un effet bienfaisant, puisque le total de décès descend à 30.318. Sans doute, il est possible d'objecter que la mortalité importante, aux groupes d'âge précédents, en faisant disparaître les plus faibles, les plus vulnérables, doit avoir forcément pour conséquence une diminution de décès plus tard. Cette supposition est juste, en partie, et elle nous met en garde contre une conclusion hâtive.

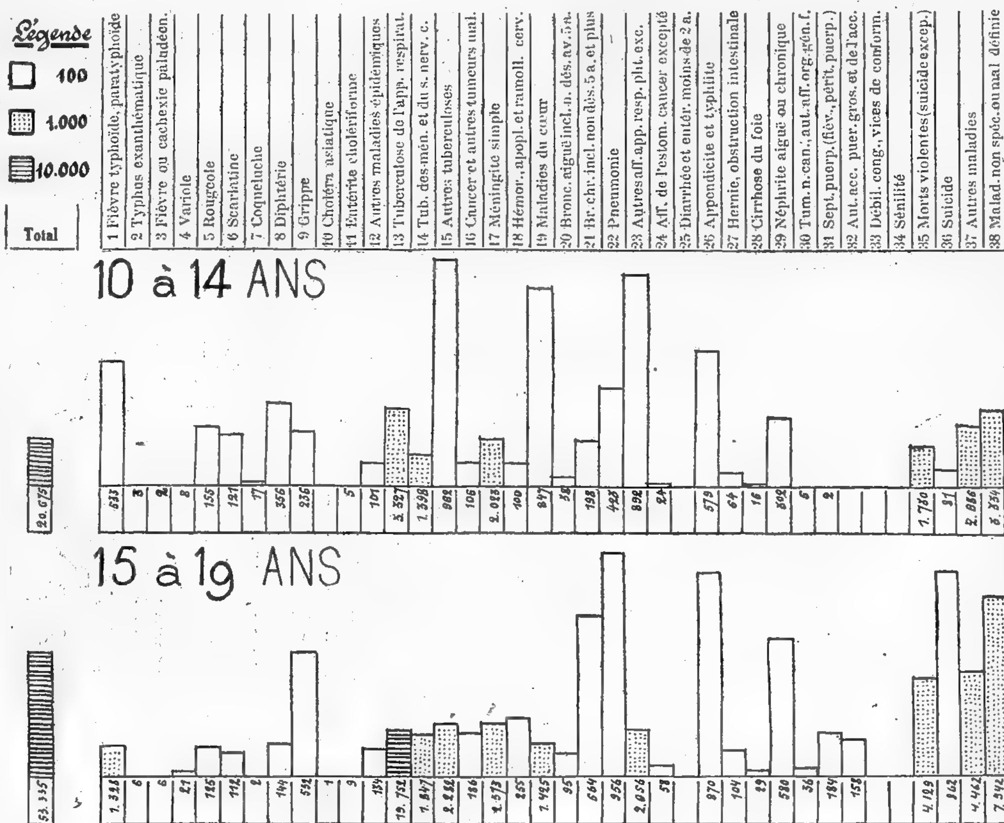


FIG. 2.— La mortalité en France 1925-1928. 10 à 14 et 15 à 19 ans.

La prudence d'interprétation, de rigueur pour tout statisticien qui se respecte et qui ne cherche pas à frapper l'imagination par une jonglerie chiffrée, n'empêchera pas de procéder à une certaine analyse. Comment ne pas être frappé par la figure 2. Notamment par la différence considérable entre les groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19. Toute l'élimination des faibles, pour nous servir d'un terme général n'a pas servi et de 20.675, à l'âge de 10 à 14 ans, nous passons à 53.335, de 15 à 19.

Après le banc d'école, nous avons l'entrée

(1) Voir aussi G. ICHOK. Etudes sur la population française. Edition de la *Biologie médicale*, Paris, 1932. Une monographie de 164 pages.

dans la vie, le contact avec ses dures réalités et, sans doute aucun, la mortalité en tire son profit. Pour nous faire une opinion exacte, pour confirmer notre hypothèse sur l'effet désastreux du passage de la vie scolaire à la vie tout court, nous avons établi la figure 3 pour Paris, en y étudiant, pendant dix années, la mortalité totale aux âges scolaire et post-scolaire.

Un coup d'œil même rapide est suffisant pour montrer que l'âge post-scolaire ou d'apprentissage se distingue par une augmentation considérable de la mortalité. La dernière année de guerre, 1918, nous fait entrevoir une période particulièrement tragique pour l'adolescent et même pour l'écolier de 10 à 14 ans. Pendant que l'on fêtait la victoire, l'inauguration de la période de paix était — hélas — pour beaucoup de jeunes celle de la paix éternelle.

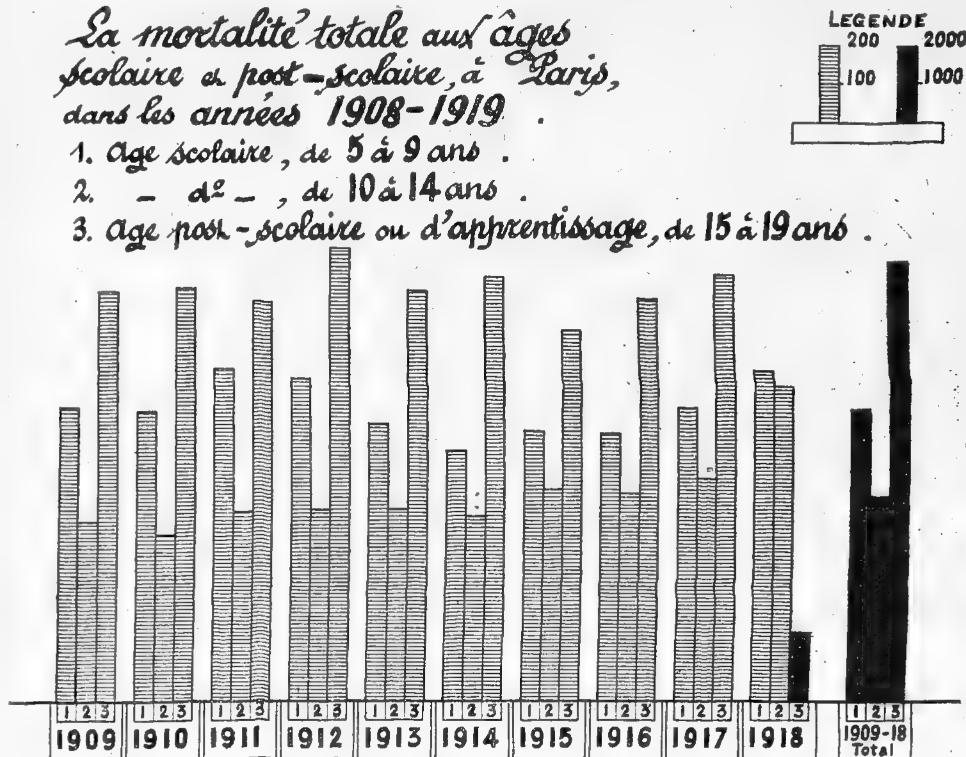


Fig. 3. — Mortalité générale scolaire et post-scolaire à Paris.

Avec la tuberculose, nous avons un moyen de mesurer l'effet de difficultés de toute sorte. Cette affection dite « sociale » par excellence s'empare de jeunes êtres désemparés, et la mortalité augmente en conséquence chaque fois que les circonstances créent de la misère.

D'après les figures 3 et 4 on se croit autorisé à dire, que l'hygiène, à l'âge préscolaire et scolaire, qui permet une prophylaxie plus ou moins efficace de la tuberculose et qui est devenue la base essentielle de la lutte rationnelle contre le fléau social a donné de la satisfaction aux pédiatres dont l'activité ne sera point attristée par le sentiment d'un avenir incertain. Malheureusement, le problème de la prophylaxie ne se trouve guère par ce fait résolu. Les observations nous enseignent qu'à la sortie de l'âge scolaire le nombre des atteints équilibre, pour ainsi dire, les résultats bienfaisants de conditions sanitaires favorables à l'école. Mis dans l'obligation de se préparer à la lutte quotidienne pour l'existence, les adolescents, sortis des écoles, ne sont plus sous la protection salutaire d'un régime imprégné de principes d'hygiène. Le contact avec la vie et ses exigences sans pitié n'admettent plus les précautions recommandées d'une conduite irréprochable au point de vue de la sauvegarde de la santé. Les personnes aisées peuvent — il est vrai — créer artificiellement l'atmosphère nécessaire et protéger leurs enfants contre l'influence parfois désastreuse des années où on s'initie à la bataille journalière, mais la grande majorité des adolescents n'est plus en mesure de s'entourer de moyens de défense, nécessaires pour tenir en échec la maladie mortelle ou même tout simplement pour combattre le fléchissement des forces, le prélude d'une grave affection.

Puisque l'on arrive (1), grâce à l'application de mesures appropriées à diminuer, d'une façon heureuse, la possibilité de la mort par la tuberculose à l'âge de la première enfance, on se verra obligé de regretter toute la dépense d'énergie et de bonne volonté, en constatant plus tard qu'il s'agissait non d'une victoire durable et définitive mais plutôt d'un échec retardé. Des statistiques de la mortalité infantile avantageuses, mises en face de chiffres concernant l'âge scolaire, se montrent alors dans une lumière qui est capable de paralyser l'action des promoteurs de la protection de l'enfance condamnée d'avance.

Loin de nous l'idée de nous décourager devant la courbe ascendante de décès à l'âge post-scolaire. Puisque le banc d'école laisse le souvenir d'une intervention efficace, que l'œuvre de protection de la Santé publique prolonge son action et n'oublie point la dure entrée dans la vie, période d'apprentissage et d'émancipation, années de préparation à la lutte pour l'existence.

La prolongation de la scolarité reculera le redoutable problème de la mortalité post-scolaire, sans aboutir à sa solution rationnelle. Dans ce but, il faudra réaliser l'orientation professionnelle, la règlementation du travail des adolescents, la protection de l'apprentissage et tant d'autres mesures que les praticiens, penchés sur la souffrance humaine, seront les premiers à réclamer au nom de la médecine préventive.

FIG. 4. — Mortalité scolaire et post-scolaire par tuberculose à Paris.

(1) G. ICHOK. — La lutte contre la morbidité et la mortalité à l'âge scolaire *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, t. 58, n° 7, 1936, p. 529-545.

LA CLINIQUE, ÉCOLE DE FORMATION SOCIALE DU MÉDECIN

Par le Professeur Maurice PERRIN (1)

Messieurs les étudiants, lorsque vous nous quitterez un jour, très instruits, vous serez aptes à bien diagnostiquer et pronostiquer, aptes à bien formuler ou à réussir une intervention manuelle, aptes aussi à adapter vos décisions aux cas particuliers,à ne pas faire une thérapeutique de distributeur automatique, à traiter non pas des malades théoriques, mais des malades, hélas, réels.

Ces malades, vous en aurez individualisé le tempérament, les prédispositions, les réactions individuelles. Vous en aurez pénétré les particularités organiques, et vous saurez prescrire ce qui convient à chacun d'eux du point de vue physiopathologique.

Mais ce ne sera pas tout. Il vous faudra tenir compte aussi des *facteurs moraux et de l'ambiance sociale*, envisager chaque malade dans son cadre habituel ou accidentel. C'est ici que l'hôpital s'avère être un centre de formation sociale.

Il l'est d'abord pour les malades. Tous peuvent regretter d'avoir perdu leur milieu familial et de se trouver en contact avec des inconnus ; mais ce sentiment ne se manifeste pas souvent, ou pas longtemps. En général, les malades acceptent avec résignation leur mélange à la foule. A l'hôpital, comme au régiment, on voit les caractères s'adapter ou s'assouplir, les défauts se corriger, les découragés se ressaisir peu à peu au contact de la misère d'autrui.

On voit aussi les incultes céder à l'exemple et prendre des habitudes de propreté et d'hygiène. Volontiers, un altruisme se manifeste à l'improviste : par exemple, à l'occasion d'incidents imprévus, des malades se lèvent (parfois eux-mêmes mal en point) pour apporter à la surveillante une collaboration souvent malhabile, mais toujours généreuse.

De même que la promiscuité de la caserne ou des armées mobilisées a créé des camaraderies inoubliables, l'hôpital réveille souvent ou développe les sentiments de fraternité humaine, et cela, non seulement chez ceux qu'illumine déjà une flamme supérieure, mais chez les êtres les moins idéalistes.

Nous ne manquerons jamais, bien entendu, de nous intéresser à cette ascension des malades, tout en y apportant beaucoup de discrétion ; nous les encouragerons aussi en améliorant, autant que faire se pourra, les conditions matérielles et morales de l'hospitalisation. Ce point de vue intéresse plus le professeur et ses collaborateurs immédiats que les stagiaires ; ceux-ci peuvent cependant observer et se souvenir plus tard.

Centre de formation sociale, l'hôpital le sera surtout pour vous, Messieurs les Etudiants, qui venez vous instruire auprès des lits des malades. *La clinique sera donc à la fois le centre de votre formation professionnelle et le centre de votre formation sociale.*

La formation sociale, elle est indispensable à l'élite dont vous voulez être. Le médecin en a besoin dans toutes circonstances ; la place occupée par des confrères dans les assemblées électives comme dans toutes les grandes entreprises nationales ou sociales en est la preuve. Cependant, elle vous sera surtout utile en tant que médecins, parce que, connaissant mieux vos malades, vous les traiterez mieux ; vous saurez adapter vos prescriptions aux possibilités pratiques, ou bien leur donner une ampleur supérieure à ce que comporterait le seul moment présent.

***

La première constatation que vous faites à la clinique est celle de la misère humaine.

Certes, je n'ignore pas que beaucoup d'étudiants ont déjà la notion nette de l'inégalité des conditions, et que certains se sont tournés avec sollicitude vers les malheureux, dès le collège. Je n'ignore pas non plus que dans bien des familles, les jeunes gens entendent parler de ces questions, que la fortune ne durcit pas le cœur et qu'il y a beaucoup de bons riches à côté des mauvais.

Faut-il vous rappeler des exemples classiques, en dehors de l'hagiographie ou de l'histoire de ceux ou de celles qui ont tout sacrifié à une vocation de dévouement ? Des livres récents ont attiré l'attention sur l'emploi du temps libre de Mme Elisabeth allant soigner de ses mains les malheureux des environs de Versailles, fondant et dirigeant dans son Château de Montreuil, une Goutte de lait et un dispensaire de soins ; sur les lettres de l'Impératrice Eugénie, se félicitant « d'aider à de malheureuses classes dénuées de tout, même d'ouvrage », et de « servir de médiatrice entre ceux qui souffrent et celui qui peut y porter remède » ; sur la profonde et minutieuse

(1) Extrait de sa leçon inaugurale, faite à Nancy le 25 février 1936. — Nous avons retardé la publication de cet extrait de la leçon du Prof. Maurice Perrin pour qu'elle coïncide avec le début de l'année universitaire et puisse être ainsi, pour les jeunes étudiants en médecine qui nous lisent, une introduction aux études médicales.

connaissance des maux sociaux et de leurs remèdes que révèle l'encyclique Rerum Novarum, etc. ; et récemment sur le dévouement aux malheureux de l'infortunée reine Astrid.

Je ne fais pas un grief aux tout jeunes étudiants d'être encore ignorants des problèmes sociaux : la claustration de l'internat scolaire, la préparation du baccalauréat et les sciences abstraites du P. C. B. ne laissent guère, par elles-mêmes, de possibilités d'étudier de telles questions, et n'orientent pas l'esprit vers elles. Mais, après la phase larvaire de la vie, après avoir travaillé pour acquérir l'instruction préparatoire indispensable, après avoir fréquenté livres et instruments, l'étudiant arrive à la Faculté de médecine pour y aborder les études qui le conduiront au doctorat. Il arrive ici, et ici, il trouve l'être humain comme objet de ses études ; et cet être humain est un malade, un malade d'hôpital, un de ceux dont le Prof. J. Schmitt disait : « Ils sont deux fois à plaindre, car ils sont malades et ils sont malheureux ; à ce double titre, ils ont droit à toute votre sollicitude, à tout votre dévouement, à tous vos respects ».

Cet homme malade, vous savez déjà, ou vous apprendrez qu'il faut le soigner lui-même et non soigner une maladie « entité ». C'est là le premier but de votre activité d'étudiant ; vous l'enseigner, c'est le but de la nôtre. Le nécessaire sera donc fait pour soigner ces troubles ou ces lésions organiques ; et pour le faire avec tact, vous saurez éviter dans vos interrogatoires, comme dans les réponses à vos questions, tout ce qui pourrait blesser ou impressionner les malades, et vous les traiterez avec toute la politesse que vous aurez plus tard, pour vos clients.

Mais à côté des souffrances corporelles, ce malade n'a-t-il pas d'autres souffrances, celles de son cœur, ou plus exactement de son âme, pour employer un terme qui n'a pas d'équivalent matériel et ne prête pas à confusion ? De telles souffrances peuvent venir du dedans et échapper à vos observations ; d'autres ont une origine extérieure. Il faut s'efforcer de les connaître et de s'y intéresser, en apportant à leur étude et à leur adoucissement toute la discrétion et toute la délicatesse nécessaires.

Dès l'abord, vous prendrez donc contact avec les misères matérielles. Combien de gens, aux prises avec « le terrible quotidien », ne mangent pas à leur faim ou sont soucieux du lendemain pour leurs enfants. Evidemment, il en est, comme la Cigale de la Fable, qui sont victimes de leur imprévoyance (ce qui ne doit pas nous dispenser de nous intéresser à eux) ; mais combien souvent il faut incriminer un concours de circonstances fâcheuses, le peu de libéralité de la nature qui répartit inégalement ses dons, les maladies prolongées des parents et des enfants, les phénomènes sociaux broyeurs d'hommes (crises financières, bouleversements locaux ou mondiaux, extension du chômage, etc.).

Si ces gens ont un garde-manger vide et manquent de moyens pour le garnir, comment le médecin pourra-t-il, à l'hôpital ou en clientèle, recommander tel aliment substantiel ou tel médicament plus ou moins coûteux. ? La prescription se heurte donc à un problème social, auquel il faut penser, et que chacun solutionnera suivant ses moyens.

Potain acheta très cher, en insistant, un chromo sans valeur qui lui rappelait, prétendait-il un souvenir de voyage ; il put ainsi permettre au malade d'exécuter ses prescriptions. C'était une aumône déguisée, qui pouvait être acceptée sans honte.

L'aumône, vous reconnaîtrez vite qu'elle est souvent nécessaire dans la société actuelle, comme dans les temps anciens, mais qu'elle ne résout pas tous les problèmes. Dans la généralité des cas, les familles pauvres ont besoin surtout d'occupations rémunératrices ; c'est souvent à l'occasion de la maladie que les malheureux laissent voir leur détresse et qu'ils commencent à bénéficier des interventions ou démarches des médecins, des infirmières visiteuses, des œuvres d'entr'aide sociale.

La question alimentaire ne se pose pas seulement pour les malades ; elle se pose plus encore pour leur famille, surtout si la maladie est longue ou menace de l'être. Le souci de ce qui se passe au foyer préoccupe les malades hospitalisés et nuit à leur guérison. De plus, ce souci matériel se double souvent, hélas, d'un souci moral.

Lorsque l'homme est malade, les ressources sont habituellement diminuées ; mais la mère continue à tenir son ménage, et les enfants restent abrités sous son aile. Quand c'est la mère qui a besoin d'être hospitalisée, surtout si c'est pour longtemps, la situation devient terrible : l'homme, seul au foyer, est généralement incapable d'être la vestale du feu familial, ce feu qui fait cuire les aliments et qui groupe autour de lui les enfants ; cet homme désemparé va volontiers au cabaret et s'y attarde, ne pensant plus que les enfants ont faim plusieurs fois par jour. Certaines personnes croient résoudre le problème en plaçant les enfants ; mais alors, ce peut être la fin du foyer familial.

Cet aspect social de l'hospitalisation prolongée des mères de famille est terrible ; il demande qu'on s'y attache avec attention. Il est, je crois, une conséquence de l'éparpillement des familles dans les grandes villes. A la campagne, les risques sont moindres ; car il se trouve d'ordinaire des grand'mères ou des tantes pour s'occuper des enfants et suppléer à l'absence de la mère.

***

Nos prescriptions d'hygiène aux malades ou

convalescents se heurtent trop souvent à la question du logement. Le taudis existe partout, même dans les campagnes. En interrogeant les malades, vous apprendrez dans quelles mauvaises conditions ils vivent, et cela vous expliquera souvent certains symptômes, certaines maladies, certaines rechutes.

On ne saurait donc trop encourager les propriétaires philanthropes qui sacrifient une partie de leurs loyers à améliorer leurs vieux logements ; les Œuvres d'habitations ouvrières à bon marché construisant, soit de petites maisons individuelles, soit des immeubles collectifs bien disposés, pour les familles que des raisons diverses vouent à la situation de locataires perpétuels. Evidemment, on peut toujours envisager le retour des déracinés à la terre ; mais cette solution se présente trop rarement sous un jour favorable.

***

L'alcoolisme : encore un fléau social dont vous verrez les effets à la clinique et qui vous apparaîtra dans ses redoutables conséquences individuelles, familiales et nationales (criminalité, etc.). Je ne saurais envisager ici les moyens de concilier les intérêts des producteurs, la sauvegarde de la santé publique, en même temps que le gagne-pain des négociants, qui ne seraient pas forcément ruinés si des limites judicieuses empêchaient leurs clients d'aller jusqu'à l'abus et de devenir victimes.

Et les conditions de travail, sont-elles toujours bonnes ? La législation des maladies professionnelles est la preuve qu'il y a des métiers insalubres. Certains autres, qui devraient être salubres, ne le sont pas toujours du fait d'installations mauvaises, de négligence, de l'ignorance de l'hygiène élémentaire, de l'insouciance qui fait omettre les appareils de protection et multiplie les accidents dus aux machines.

Bien des indisponibilités, bien des entrées à l'hôpital seraient évitées, si les patrons et les ouvriers, chacun en ce qui les concerne, savaient mieux collaborer pour leurs intérêts communs et respectifs, au lieu de se regarder trop souvent par dessus des fossés que les mauvais bergers du peuple cherchent à creuser tous les jours plus profondément.

La société a besoin, si l'on ne veut pas retomber dans une barbarie plus pénible que celle des premiers âges de l'humanité, d'une meilleure compléhension de la solidarité humaine. Le progrès social demande de l'union et non de la haine.

Nous, médecins, pouvons rappeler opportunément les connexions sociales et la fable d'Esope : « Les membres et l'estomac ». Ce faisant, nous ne sortirons pas, malgré les apparences, de notre rôle de cliniciens et d'hygiénistes, car nous ferons de la prophylaxie des maladies, des malaises moraux, des malheurs personnels ou familiaux.

Si vous jetez un regard sur ce qui se passe en dehors de l'hôpital, ou si des remplacements en fin d'études vous en fournissent l'occasion, vous remarquerez que souvent les conditions sociales gênent la régularité des soins, leur continuité, leur efficacité ; ce sont les régimes mal suivis, les préjugés, les superstitions, les remèdes de bonnes femmes qui se substituent aux prescriptions, l'incompréhension trop fréquente, la précarité du vocabulaire, l'oubli de ce que vous avez expliqué.

Quant à la *lutte contre les maladies épidémiques*, vous verrez vite comment elle se heurte à bien des impossibilités pratiques, par exemple au fait que le convalescent de diphtérie ou de scarlatine, écarté de l'école par la loi, et laissé seul au long des journées, va rejoindre dans la rue les camarades qu'il ne devrait pas fréquenter avant le délai réglementaire.

Le public a besoin qu'on l'instruise davantage de ce qu'est l'hygiène et de ce que vous désirez dans son intérêt bien compris. La clinique vous apprendra aussi à connaître la mentalité de vos futurs clients, et à ne pas vous fâcher, alors qu'il serait si naturel de le faire. Vous verrez à l'hôpital, en attendant de les voir dans votre future clientèle, des malades n'acceptant pas de reproche pour avoir couvert le sol de crachats bacillifères.

***

J'aurai au cours de nos visites quotidiennes à vous présenter des victimes d'autres maladies sociales, celles qu'on appelle maladies vénériennes et qui atteignent bien souvent des innocents par ricochet immédiat ou héréditaire. Vous apprendrez ici à ne pas mépriser ces malades, à les traiter aussi correctement que les autres, et à réserver vos rigueurs pour les profiteurs de l'immoralité.

La réglementation actuelle de la prostitution a pu, à une certaine époque, apparaître comme un mal nécessaire et comme une sauvegarde sociale. Certains médecins la croient encore opportune, mais les cliniciens les plus qualifiés ont renoncé à cette formule pour envisager des méthodes plus humaines. Après les conclusions définitives du Professeur Alfred Fournier, après les autres grands syphiligraphes A. Bayet, Queyrat, Ehlers, etc., après la Commission spéciale de la Société des Nations, après les gouvernements qui ont renoncé à défendre ce système ou même l'ont combattu, je me suis élevé contre lui, et j'ai protesté contre la réouverture injustifiée des maisons de tolérance de Nancy.

***

Beaucoup de malades ne s'inquiètent que d'une chose : cesser de souffrir. Cela fait le succès des illuminés, des charlatans et de tous les exploiteurs de la crédulité humaine.

Ceux-ci, à l'affût des nouveautés qui peuvent frapper les esprits, réussissent aussi bien en notre « siècle de lumières » que dans les époques de barbarie.

Nous devons défendre nos malades contre eux, par notre esprit scientifique et par notre valeur personnelle.

Il s'agit d'abord d'être prudent vis-à-vis des nouveautés. Je ne nie pas que l'organisme humain puisse percevoir certaines radiations ; mais j'ai trop suivi l'enseignement surtout d'Hippolyte Bernheim, pour ne pas me méfier toujours de l'auto-suggestion.

Le bon sens, j'en suis convaincu, ramènera un jour à de justes proportions toute la pseudo-science divinatoire qui veut actuellement écraser de son mépris et du prestige, quasi-surnaturel de ses officiants, les pauvres cliniciens que nous sommes, fidèles à l'inspection, à la palpation, à la percussion, à l'auscultation, etc., soucieux d'étudier longuement l'anatomie normale et l'anatomie pathologique des tissus et de leurs lésions, préoccupés de comprendre le pourquoi de l'action pharmaco-dynamique des médicaments.

Foin de tout cela, disent les nouveaux prophètes (auto-suggestionnés ou charlatans). « Un bon pendule, acheté chez le bon fournisseur et tenu par nos mains expertes, saura, quelle que soit l'absence de notre préparation scientifique, faire des diagnostics et prescrire des traitements ».

La divination, même avec des apparences miraculeuses, ne remplacera jamais le savoir. Si elle devait un jour nous être imposée comme méthode de recherche, elle ne saurait être que l'occasion de renseignements supplémentaires, et ceux-ci comporteraient toujours les risques inhérents au voisinage de l'imagination.

***

Nous devons maintenir notre *prestige*, si utile aux malades, en accroissant sans cesse notre *science* et en veillant sur notre *valeur morale*.

L'affirmation, par les actes, que l'on veut être quelqu'un et, de jour en jour, supérieur à soi-même pour le plus grand profit des malades, cet effort pour se perfectionner sans cesse par des lectures, des conversations entre confrères, la fréquentation des Sociétés savantes, des Journées médicales, des Congrès, c'est là une des caractéristiques du bon médecin, de celui qui ne veut pas se figer dans une auto-contemplation stérile, de celui qui, tout en agissant bien, cherche à être capable d'agir mieux encore, dans l'intérêt de ses malades et de la Société.

Pour ceux qui vous seront confiés, comme pour vous-mêmes, je vous rappellerai souvent l'importance de votre participation future à l'activité des Associations syndicales, soucieuses des légitimes intérêts des praticiens, ainsi que celles qui se préoccupent de la situation douloureuse des familles médicales touchées par l'adversité, à l'exemple de l'Association générale des médecins de France.

***

Bien entendu, ne tombez pas dans le compérage médico-pharmaceutique, aussi blâmable que la pratique de la dichotomie. Restez fidèles aux traditions de notre profession et au code de la déontologie.

***

Mes chers amis, en abordant les études médicales, vous avez visé à faire partie d'une *élite sociale*. Oui, vous serez dans l'élite si vous avez les qualités morales et intellectuelles nécessaires, car ceux à qui elles manquent pourront arriver au diplôme, mais se rangeront parmi les mauvais médecins.

Vous serez séparés de la masse des hommes par votre prestige et par les obligations morales de votre profession. N'est-elle pas la seule, ou presque, que l'on assimile à un sacerdoce ?

Vous serez dans l'élite, et vous n'oublierez pas qu'elle a le devoir de donner l'exemple en tout, de bien connaître les rouages de la Société actuelle, et aussi les leçons de l'histoire, de savoir comment vivent les autres hommes, et surtout les moins favorisés par le sort. Vous devrez être en mesure de remplir le rôle des chefs. Pour vous, votre manière de servir sera prescrire, instruire, soigner, *au mieux des intérêts de ceux qui vous seront confiés pour être dirigés, instruits, soignés.*

HYGIÈNE URBAINE

Villes de l'avenir : En Tchéco-Slovaquie. Zlin

Les hasards d'un voyage en Europe Centrale, nous ont valu de visiter Zlin, le grand centre de la chaussure. Les conceptions particulières qui ont présidé à l'éclosion, au développement et à l'organisation de cette ville intéressent tout d'abord l'industriel, mais à bien des points de vue aussi peuvent retenir l'attention de l'hygiéniste et du médecin.

Véritable république dans la république, Zlin représente, dans l'esprit de Bata, son fondateur, la « Cité future », telle qu'elle doit être établie en se basant sur le travail et la collaboration amicale de tous les membres de l'usine. On connaît les idées, empruntées à la technique américaine, sur la nécessité du travail collectif, de la centralisation et de la spécialisation en vue du maximum de rendement. Leur réalisation est là poussée à l'extrême. C'est ainsi que pour 21.000 ouvriers il existe 24.000 machines, réparties en des groupes d'usines spécialisés chacun pour leur propre compte et indépendants les uns des autres (chaque groupe paye son matériel, ses salaires, sa régie, etc...). L'ordre et la méthode y sont rigoureux.

L'ouvrier n'est cependant pas exempt de toute initiative. Outre qu'il se trouve capable, par un roulement approprié, de se servir de toutes les machines du circuit, le système des salaires est tel qu'il participe effectivement aux bénéfices. Ceux-ci sont faciles à vérifier puisque la comptabilité économique hebdomadaire et ses résultats sont mis sous les yeux de tous. Ainsi acquiert-il une volonté certaine de développement de l'entreprise.

Et cette entreprise s'est, en effet, développée considérablement. Zlin qui, il y quinze ans, comptait 3.000 habitants à peine, en a maintenant 40.000. Le problème s'est donc posé dès l'origine de loger, de nourrir, de soigner un personnel en voie d'accroissement continu. Aussi a-t-on, du premier coup, vu grand. A la suite d'études nombreuses où ont participé les plus renommés des architectes mondiaux, il a été décidé de raser les vieilles maisons et de bâtir une ville entièrement neuve.

Aujourd'hui, Zlin apparaît, au premier coup d'œil, comme une ville ouvrière extraordinaire, puisqu'elle est sans fumée et sans banlieue.

Sa situation en pleine campagne morave, sa ceinture de coteaux couverts de pins lui confèrent d'emblée une physionomie agréable, malgré son aspect imprévu, dans cette région retirée, uniformément cubique.

Le centre de la cité est occupé par les usines, la maison de vente, l'hôtel pour les étrangers — énorme, — le cinéma de 3.500 places, les garages, en un mot, tout ce qui représente le commerce. A une certaine distance à la périphérie sont disposés les habitations, l'hôpital, les terrains de sport.

Tout cela est ensoleillé, abondamment pourvu d'eau et de verdure rafraîchissante. Les rues, très larges, permettent le développement facile de la circulation des piétons et des automobiles. Etant donné qu'elles sont asphaltées ou pavées, bordées de pelouses gazonnées et de squares nombreux, elles n'ont presque pas de poussières.

Les poussières sont également rares dans les ateliers. Tout d'abord parce que ceux-ci sont faits de bâtiments de briques très élevés, spacieux, pourvus de larges fenêtres vitrées dont les dimensions intérieures son telles qu'ils permettent constamment une ample aération. Ensuite parce que le fonctionnement des machines par l'électricité apporte une grande propreté. Enfin, parce que d'énormes aspirateurs, situés sur l'aile de chaque bâtiment assurent la pureté de l'air dans chaque local.

Quant à la vie de l'ouvrier, elle est organisée aussi sainement que l'industrie le permet. C'est ainsi qu'il travaille 45 heures par semaine, à raison de 9 heures par jour : cette organisation lui laisse deux jours entiers de loisirs pendant lesquels les usines ferment complètement. D'autre part, deux heures lui sont accordées pour déjeuner : ce qui permet aux employés qui veulent le faire, de prendre leur repas chez eux. Pour les autres, il existe en plein cœur de la ville un énorme restaurant populaire où, pour un prix modique (5 couronnes) on se procure une nourriture saine et appétissante, telle la suivante: bouillon, viande au choix, salade ou compote, pommes de terre ou riz, gâteau, café. On se sert soi-même, d'abord sur une première chaîne sans fin où passent couverts et serviettes (lavées et séchées automatiquement), ensuite, sur d'autres chaînes analogues où l'on choisit les plats chauds que l'on désire. L''alcool est rigoureusement proscrit.

La journée finie, l'ouvrier retourne chez lui, sur les coteaux qui dominent la ville, dans le petit pavillon indépendant réservé à chaque famille. Ces pavillons, tous d'apparence semblable, — le nombre des pièces varie de deux à six — sont des cubes de briques, à baies vitrées très l rges, et orientées de telle sorte qu'à chaque moment de la journée, le maximum de soleil vient y péné-

trer. Ils sont tous pourvus de l'eau, de l'électricité d'une salle de bains, presque tous du gaz ; et entourés de jardinets coquets.

Le loyer se paye chaque semaine et varie de 15 à 45 couronnes (le pouvoir d'achat d'une couronne correspond au pouvoir d'achat d'un franc, un bon ouvrier peut arriver à gagner 400 à 500 couronnes par sema ne).

Les jeunes gens et jeunes femmes sont logés dans un internat pourvu de tout le confort. Les employés célibataires reçoivent un logement meublé.

Sur les coteaux opposés et en lisière de la forêt, se trouve l'hôpital, bâti suivant la conception horizontale : une série de petits pavillons séparés au milieu d'un parc fleuri. Il est départagé en deux sections : une prophylactique, une curative (il sera d'ailleurs très prochainement remplacé par un hôpital de style vertical).

La section prophylactique a son siège dans le bâtiment d'entrée. C'est là que le nouvel employé se fait immatriculer et examiner. S'il est reconnu apte pour le service usinier, on lui d livre une fiche et une radiographie pulmonaire et on l'inscrit à l'assurance-maladie. Chaque semestre, il doit passer une nouvelle visite de vérification et de dépistage.

Si, au cours de son travail, il vient à être blessé ou à tomber malade, il est alors transporté, à la porte de l'usine, au poste de secours pourvu d'une salle d'opérations et où peuvent être donnés les soins de première urgence.

Une ambulance, toujours prête, l'attend pour le transporter à l'hôpital ; examiné par un médecin de garde, il est alors dirigé sur le service adéquat. Les pavillons hospitaliers sont répartis en groupements chirurgicaux et médicaux ainsi qu'en sections pour les tuberculeux et les enfants. Y sont adjoints une maternité, un laboratoire et un service dentaire : ce dernier très développé (les soins dentaires ont, en Tchécoslovaquie, une grosse importance), puisqu'il comprend quatorze cabinets munis des derniers perfectionnments techniques. Bien entendu, comme dans le reste de la ville, tout est très dernier cri : les salles de malades sont vastes et aérées, les salles d'opérations très modernes.

L'hôpital Bata se devait de compter un service orthopédique particulièrement bien aménagé : c'est une véritable école de la physiologie normale et pathologique du pied à laquelle est contiguë une consultation pour la fabrication des chaussures.

L'établissement compte enfin un service d'assistance sociale très développé. Il publie régulièrement un journal d'hygiène et d'éducation populaire : *Zlin*. Il collabore avec la Croix-Rouge tchécoslovaque et dirige la formation d'infirmières volontaires.

Toutes ces sections sont administrées par cinq médecins chefs et deux médecins spécialistes dirigeants, auxquels sont adjoints d'autres médecins subalternes. Le Corps médical est nourri et logé gratuitement dans de petits pavillons attenant à l'hôpital. Chaque médecin travaille huit heures par jour et un roulement est établi, qui permet la présence continue de l'un d'entre eux en cas d'urgence. Ce personnel dépend de l'entreprise et est rémunéré par elle. Les médecins subalternes, qui sont tous très jeunes, touchent 1.200 couronnes par mois, les médecins-chefs arrivent à en gagner 6.000 : tous sont intéressés dans les bénéfices de l'usine qui leur assure ainsi un gain mensuel appréciable en plus de « leur salaire » régulier. Ils ne paraissent d'ailleurs pas mécontents de leur sort.

Leur tâche est assez absorbante, leur rôle prophylactique dépassant de beaucoup leur rôle curatif. C'est ainsi par exemple qu'outre leurs visites de dépistage, ils doivent par des examens répétés veiller sur la santé et le développement des jeunes gens qui font leurs études à Zlin et pour lesquels tout un programme scolaire a été établi en vue de leur apprendre à travailler, à entreprendre, à acquérir, à économiser.

Aux écoles maternelle et primaire va succéder l'école d'enseignement technique. Pendant trois ans, le jeune homme passe dans l'établissement de machine en machine, jusqu'à ce qu'il soit capable de fabriquer un produit parfait de ses propres mains. En plus des choses pratiques, on lui apprend dans des cours du soir : l'arithmétique, la comptabilité, le calcul, la correspondance, le dessin, le droit civique et les langues étrangères. Pendant tout ce temps, il est rémunéré, mais il doit gérer lui-même ses dépenses (nourriture, logement, école, vêtement, etc.), et faire au moins 10.000 couronnes d'économie.

Sa vie privée est l'objet d'un grand soin. Le médecin surveille rigoureusement sa santé et soigne son régime. Les élèves sont d'ailleurs astreints à une vie spartiate. Ils vivent en commun dans des habitations saines et aérées où ils sont répartis en camps de cent membres. L'alcool et le tabac leur sont interdits. Le temps libre est consacré aux sports et aux jeux : parmi les principales distractions prédominent le foot-ball, la boxe, et le tennis. L'aviation, et, en particulier, le vol à voile, est assez développé, mais les arts d'agrément, au premier rang desquels figurent le chant et la musique, ne sont pas non plus dédaignés.

Ce n'est là, paraît-il, qu'un premier pas. Et, dans la ville voisine de Batow qui en est aujourd'hui à sa création, mais qui sera terminée dans quelques mois, toutes ces conceptions seront reprises et améliorées : déjà des routes énormes, des canaux, des voies de communications, des terrains d'aviation, des postes émetteurs de T. S. F. ont été construits et d'hygié-

niques bâtiments presque entièrement de verre commencent à s'élever.

Qu'il s'agisse en somme de l'aspect extérieur de la ville, du confort intérieur des habitations, de la vie et du travail de l'ouvrier, de sa nourriture, des mesures prophylactiques ou des soins curatifs dont il est entouré, des loisirs qui lui sont accordés, de la formation, de la direction, de l'éducation des enfants, un grand effort a été tenté pour donner à la cité industrielle moderne le maximum de bien-être et d'hygiène que celle-ci doit comporter.

Tout cela est très savamment et très méthodiquement construit. Tout paraît prévu, combiné résolu. Certaines conceptions même ne manquent ni de grandeur ni de beauté.

Il n'en reste pas moins que, lorsqu'à midi, du haut du gratte-ciel de l'hôtel qui domine le centre de la ville, l'étranger contemple la fourmilière humaine — mot zoologique bien banal maintenant — qui, à ses pieds se précipite hors des usines, lorsqu'il la regarde dévorer son repas standard, se reprécipiter en trombe, entre 1 et 2 heures, au cinéma, puis recourir à l'usine ; lorsqu'il la voit à l'intérieur de celle-ci uniquement occupé à accélérer la cadence d'un même geste automatique qui ne lui permet pas la seconde de répit salutaire ; quand il la suit retournant à son cube d'habitation, semblable au cube du voisin, dormir dans une pièce en tous points pareille, étudier et économiser à des moments déterminés, s'amuser à heure fixe, se faire systématiquement examiné le jour dit, à l'heure H, par un médecin dont la moitié de la vie se passe à compiler, à classer, à signer des fiches administratives, une lassitude et presque un sentiment physique d'asphyxie le prennent.

Pourquoi toute cette monotonie ? Est-ce uniquement pour construire le rouage humain le meilleur qui rapportera à l'entreprise collective le maximum d'intérêt matériel ?

Et il songe qu'à dix kilomètres de là, à peine, au cœur de la Slovaquie, il existe encore de nombreux petits villages où de modestes isbas de bois s'égaient sans plan apparent le long des côteaux : elles sont simples, dissemblables, et propres. A l'intérieur, des meubles, diversement taillés et coloriés les décorent. A leurs fenêtres pendent des rideaux de broderie de couleurs disparates. Sur leur seuil, des femmes en toilette vive bavardent ou travaillent. Les enfants, vêtus de gais costumes locaux, conduisent, en s'amusant, les animaux à la prairie voisine. Les hommes, bottés et en ample tunique claire, sont aux champs. Ils vont bien aussi au cabaret, à l'ombre du clocher, où l'on boit le vin en chantant. Ils sont de bonne mine. Chacun semble aller suivant une fantaisie sagement ordonnée.

Et tout ce monde sait sourire.

Dr P. SASSIER.

COMMENT LES CHEVEUX SE DRESSENT SUR LA TÊTE

Faites asseoir un individu sur une chaise et que, dans un silence complet, il lise un livre pendant une demi-heure.

Vous l'aurez préalablement appareillé de la façon suivante : une hémisphère métallique (carton tapissé à l'intérieur de papier d'étain collé) est suspendue au plafond par un cordon de soie attaché à un isolateur. La partie métallique de l'hémisphère, effleurant les cheveux du sujet, est reliée par un fil métallique à un électromètre installé dans la chambre voisine, où se tient aussi l'observateur.

Soudain, et sans que le sujet s'y attende, claque un coup de revolver ou retentit un coup de cymbales. L'émotion, la frayeur brusque déterminent l'apparition sur la surface de la tête de potentiels considérables qui se transmettent aux instruments de précision. La charge électrique, d'un seul signe, amassée sur la tête, provoque un hérissement des cheveux qui se repoussent les uns les autres.

La grandeur de la charge électrostatique varie en fonction du degré d'excitation du système nerveux.

Et voilà une image littéraire accréditée par les découvertes les plus récentes de la science (1).

G. LAVALÉE.

(1) *Côte d'Azur médicale*, juin 1936, Professeur A.-L. Tchijevsky.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de l'Automobile

(Suite et fin)

Les accessoires. Il y a quelques années, le premier étage du Grand Palais était très fréquenté pendant le Salon de l'Automobile, par tous les usagers à la recherche des accessoires susceptibles de rendre la conduite des voitures plus agréable ou plus économique. Maintenant, les accessoires sont remplacés par des pièces de rechange, et, rares sont les stands qui présentent des nouveautés intéressantes sinon pour les constructeurs et les garagistes, non pas que l'esprit inventif des chercheurs subisse un déclin, mais plus simplement parce que les voitures sont livrées, en série, pratiquement munies de tous les accessoires utiles.

Le premier étage du Salon conserve cependant un attrait réel.

Les grands fabricants de pneumatiques, de carburateurs, de roues, d'accumulateurs, de peintures et vernis, de produits d'entretien y exposent leurs créations les plus récentes, et puis c'est peut-être en causant avec les quelques dizaines d'inventeurs qui continuent à chercher — et à trouver — des perfectionnements aux appareils de série, que l'on apprend le plus de choses intéressantes.

Je n'ai pas manqué, naturellement, de le parcourir longuement, à l'intention des lecteurs du *Concours Médical.*

Voici mes principales observations :

Pneumatiques. Après la documentation qui m'avait été fournie par la Maison Michelin et qui a été publiée ici, vous ne serez pas surpris que j'aie constaté un enthousiasme croissant en faveur des pneus à lamelles, type « Stop ».

L'idée géniale de Michelin fait son chemin, et plusieurs fabricants, tels que Englebert et Vigor, s'en inspirent pour rendre leurs pneus antidérapants.

Chez Dunlop, on fait grands cas des pneus « Forts » renforcés. Les Roues Dunlop et les coussins en caoutchouc « Dunloppillow » ont aussi toujours beaucoup de succès.

Goodrich, avec ses pneus « équilibrés », nous rappelle qu'une petite cause a souvent de grands effets.

Continental présente un dispositif spécial destiné à éviter l'échauffement de la « carcasse » qui peut être surtout utile pour des pneus à pression relativement forte, car pour ceux à basse ou très basse pression, type ballon, superballon, superconfort, tous les automobilistes savent que les pneus ne chauffent guère.

Bergougnan annonce un très gros effort sur le pneu auto. Cette vieille et sérieuse maison a envoyé une équipe d'ingénieurs aux Etats-Unis d'Amérique, qui a rapporté de là-bas des brevets et un matériel permettant la fabrication d'emblée des pneumatiques en tous points remarquables.

Carburateurs. — La nouveauté de l'année, c'est le carburateur à régulateur de vitesse et de consommation.

On voit que les automobilistes continuent à se plaindre, non sans raison, hélas, des prix trop élevés de l'essence en France. Leur désir d'user le moins possible d'essence a été pris en considération par nos deux grands constructeurs de carburateurs : Solex et Zénith, soit par la création de carburateurs spéciaux, soit au moyen de régulateurs ou de butée d'économie.

Accumulateurs. Les fréquents démarrages que l'on exige des batteries et l'habitude — habitude qui pour les médecins, entre autres, se double de la nécessité de sortir par tous les temps, a amené les fabricants d'accumulateurs à en augmenter le rendement et la durée.

A signaler les batteries Fulmen et Dinin-Porex.

Produits d'entretien. En matière d'entretien des carrosseries, chacun a ses idées. Aussi, les produits d'entretien se sont-ils classés d'eux-mêmes dans des catégories bien déterminées :

Produits en pâte.
Produits liquides.
Produits à employer sans lavage préalable.
Produits de rénovation de l'émail.

Je n'ai pas trouvé cette année de produits nouveaux, mais j'ai admiré avec un plaisir renouvelé les résultats obtenus par certains d'entre les anciens. Il faudrait en citer beaucoup. Voici ceux qui ont le plus retenu mon attention :

Produits en pâte : Simoniz.
Produits liquides : Tumbler-Quick (vitrifiant), Vulite, Eclat.
Produits à employer sans lavage préalable : La vulite.
Produits de rénovation de l'émail : Tumbler.

Une carrosserie complètement ternie redevient littéralement neuve quand elle est traitée au Tumbler.

Produits de nettoyage des mains.

Des savons spéciaux : 3/33. Savon de Briochin (ce dernier est à recommander particulièrement aux personnes qui ont la peau sensible).

Essuie-mains chimiques. Remarqué le Presto-luxe qui ne nécessite ni eau, ni savon.

Divers. La mauvaise qualité des essences a suscité la création de nombreux produits à ajouter à l'essence poids lourd ou tourisme pour en augmenter le rendement.

J'ai essayé personnellement les Tablettes Carbohyd et j'en ai été enchanté. Mon moteur a retrouvé grâce à elles une souplesse et un silence qui commençaient à lui faire défaut. Je me crois revenu au temps où il n'y avait pas d'alcool dans l'essence.

— Un inventeur a eu la bonne idée de fabriquer sous le nom de Kinoxyd des colliers d'attache en métal inattaquable à l'acide pour batteries d'accumulateurs. Que de pannes dues à l'oxydation ou à la rupture de colliers seront ainsi évitées.

— Autre nouveauté, mais en matière de carrosserie : sièges « Float-on-Air », qui se gonflent à la pression désirée comme une chambre à air.

Ça doit être bien agréable quand on roule beaucoup

— Un dispositif d'essuie-glace très ingénieux muni d'un bras articulé unique mais cependant capable de nettoyer à lui seul à peu près toute la surface du pare-brise.

— Pour les automobilistes disposés à changer de carrosserie, je recommande les carrosseries « Vutotal » dont le pare-brise et les glaces fabriqués dans un matériau nouveau, sont d'une telle résistance qu'ils sont montés sans pieds de caisse, traverses ou montants.

On peut s'imaginer l'augmentation de visibilité qui résulte d'un tel dispositif.

— Et je terminerai ce compte rendu, en parlant du brancard-couchette Dandine, monté sur roues très basses et vraiment pratique pour transporter un blessé ou un malade dans des voitures assez grandes, évidemment, munies d'une porte arrière, mais sans disposition intérieure particulière : Poids : 16 kg. Tout en tubes d'acier. Encombrement 1 m. 80 × 0 m. 53. Roues caoutchoutées. Matelas pneumatique. Accoudoir amovibles. Peut être véhiculé par un seul porteur, comme une brouette.

Marcel TOUSSAINT.

AUTOUR DES THÉATRES

Tour d'horizon — La grande vogue du Music-Hall

« Tout va trop bien » aux Nouveautés

La saison 1936-1937 s'annonce comme devant n'être ni inférieure ni supérieure à ses devancieres ; un seul fait cependant mérite d'être signalé, c'est la vogue de plus en plus croissante du music-hall sous forme d'attractions, de tours de chants ou de revues. Nous lisions dernièrement dans in compte rendu financier que la taxe sur le chffre d'affaires des théâtres, pour l'an dernier a été déficitaire pour tous les théâtres et cinémas, sauf pour les musics-hall ; nous avions prévu ici-même que la vogue du Cinéma sans la comparer cependant à un feu de paille se calmerait bien un jour particulièrement au profit des grandes et petites scènes de variétés, tant il est vrai que le public aime mieux une réalité presque tangible qu'une fiction. Les grands artistes de cinéma ne sont-ils pas plus courus par le public quand on les annonce au programme en chair et en os ?

Presque seuls donc, poussés par cette faveur, les musics-hall, et les théâtres d'opérettes ont pris la tête des scènes parisiennes. Le Casino de Paris et les Folies-Bergères, le premier avec Tino Rossi, l'autre avec Joséphine Backer ont commencé leur revue nouvelle, l'A B C qui n'a pas fermé cet été connaît toujours un succès inouï, l'Alhambra a réouvert ses portes et je puis vous dire par expérience que ses programmes sont de premier ordre, l'Empire, depuis le début de septembre a adopté définitivement la formule de son concurrent de la rue de Malte, et Mogador, une de nos plus grandes scènes d'opérettes de jadis, est venu ces jours-ci avec Duvallès et de nouvelles attractions américaines au genre que nous signalons ci-dessus. D'autres théâtres moins importants comme Bobino, Mayol et l'Européen poursuivent avec succès leur carrière ; quant à l'Alcazar il faut bien croire qu'il possède une clientèle de passage puisqu'il vient de ramener sur ses planches, pour peu de temps j'espère, la grande artiste Cécile Sorel qui n'y est guère à sa place.

Le théâtres de comédie dont la Capitale s'enorgueillit à juste titre (et je ne parlerai pas des subventionnés pour lesquels il semble qu'un sérieux effort ait été accompli par le Gouvernement), ne sont pas encore à l'unisson pour le renouveau de la saison. A part le théâtre de la Madeleine qui, ces jours-ci, donne deux pièces nouvelles de M. Sacha Guitry, le théâtre Pigalle où M. Henri Falk donne Saint Alphonse, pièce un peu laborieuse et compliquée, nous voyons de grandes scènes comme l'Athénée de Louis Jouvet, le Gymnase, la Michodière, le théâtre Saint-Georges qui reprennent d'anciens succès. Nous aurions aimé que, pour le Salon de l'Automobile, ces scènes si connues et si appréciées aient pu nous offrir de la nouveauté mais, après tout, c'est peut-être une question de propagande et de rendement pécuniaire, les étrangers et la province sont avides de connaître les pièces dont ils ont tant entendu parler ; nul doute d'ailleurs que des artistes comme Jouvet ou Bernstein ne nous préparent actuellement de nouveaux régals du cœur et de l'esprit.

J'ai passé une excellente soirée, l'autre jour au théâtre des Nouveautés où Rip et Willemetz donnent sous le nom de : « Tout va trop bien » une nouvelle version qui transforme complètement leur revue précédente : « Tout va très bien ». C'est la première fois, je crois que ces deux as de la satire et de l'esprit sont sur l'affiche en collaboration et le succès, qui couronne leur entreprise, est loin de s'atténue, rd'autant plus que l'interprétation est de premier choix avec de talentueuses et de gracieuses artistes parmi lesquelles Jane Aubert se distingue. Le chemin parcouru par cette artiste depuis ses débuts au Moulin-Rouge comme vedette il y a quelques années, est véritablement surprenant. Fine et élégante, Jane Aubert s'adapte à tous les rôles, elle a de la verve et de l'abatage, elle s'impose à son public, servie par une voix agréable, puissante et cultivée. Citons autour d'elle, Simone Barillier, Magdeleine Berubet, Dany-Lorys et de nombreuses jeunes femmes, toutes très intelligentes dans leur rôle. Parmi les hommes, Tramel, Robert Pizani, Duvaleix et Georgé dont l'éloge n'est plus à faire. L'actualité politique est à l'ordre du jour dans cette revue de même que l'optimisme et la confiance. Le rire et l'amusement n'ont pas besoin d'être de rigueur, car les mots spirituels, les scènes cocasses abondent, je n'en veux pour preuve que le premier et le dernier tableau représentant l'un, l'arrivée de la fameuse Marquise de la chanson, qui garde son sourire dans le malheur, l'autre les bavardages abracadabrants de vieilles dames de nationalités différentes dans le salon de la Société des Nations.

M. Valsien au pupitre soutient admirablement l'ardeur de toute la troupe au moyen du précieux concours de ses excellents musiciens.

Jean SÉJOURNET,
de la Société des Auteurs

Nos réunions médicales

LE XXIVe CONGRÈS DE MÉDECINE

Tous les ans, à pareille époque, la Faculté de médecine est le siège d'une agitation fébrile : de respectables melons et de nobles pardessus noirs se heurtent, au travers des portes de la Faculté, à des casquettes et des bourgerons bleus ; de puissantes limousines sombres coudoient des camionnettes à bâches vertes : c'est que le Congrès de chirurgie et le Congrès de médecine se succèdent à bref intervalle, et que les Congrès ne consistent pas seulement en séances de travail dans les amphithéâtres, mais aussi en une exposition des derniers médicaments inventés et des plus modernes appareils dans le vestibule de la Faculté, et la cour même, où se dresse pour l'occasion une splendide baraque de bois, tendue de magnifiques étoffes.

Cette année, le Congrès de chirurgie était à peine terminé que le 12 octobre se tenait la séance solennelle du 24e Congrès de médecine.

Cette séance aurait dû avoir lieu dans la matinée ; mais tous les membres du Congrès avaient tenu à honorer de leur présence les obsèques grandioses du Docteur Charcot, à Notre-Dame.

Aussi est-ce seulement à 3 heures que s'ouvrit le Congrès. La présidence était assurée par M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, assisté du Professeur Marcel Labbé, président du Congrès. Autour d'eux, à la table d'honneur avaient pris place M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, le Doyen Roussy, le Professeur Clerc ; le médecin général inspecteur Rouvillois, président du Congrès de chirurgie, entouré des plus éminents représentants de la médecine militaire, symbolisait par sa présence l'union intime qui règne à la fois entre la médecine et la chirurgie, la médecine militaire et la médecine civile. Le Professeur Harvier, secrétaire général, et le Docteur Justin Besançon, secrétaire adjoint du Congrès, pouvaient se féliciter de la nombreuse assistance qui emplissait tous les gradins du grand Amphithéâtre et parmi laquelle on pouvait reconnaître les figures les plus célèbres de la médecine de province et de l'étranger.

M. Jean Zay donne en premier lieu la parole au Professeur Marcel Labbé. Pour thème de son discours le président du 24e Congrès de médecine a choisi de montrer les rapports constants qui unissent clinique et laboratoire dans la médecine moderne. Un tel sujet, qui a été le but de la plupart de ses travaux, on comprend comment le Professeur Marcel Labbé sut magnifiquement le développer. Certes, pas une fois, il ne fit mention de ses travaux personnels : il ne cita pas l'auteur des « examens de sang dans les anémies », de l'étude de la leucocytose dans les infections, du cyto-diagnostic pratique, de la technique des examens dans les maladies des voies digestives ; il ne parla pas des enquêtes sur l'alimentation habituelle des ouvriers et employés parisiens, des cours d'hygiène alimentaire destinés aux instituteurs, aux futurs professeurs d'écoles normales, et aux infirmières scolaires ; il ne rappela ni ses travaux sur le phosphore, le métabolisme basal, l'acidose, ni surtout sur le diabète, dont la renommée est mondiale. Et pourtant combien est-ce à lui que sont redevables les malades et les médecins praticiens de l'application pratique de toutes ces acquisitions scientifiques récentes ! C'est en toute objectivité que le Professeur Labbé exposa l'importance des analyses du sang, du liquide céphalo-rachidien, de l'étude de l'équilibre acide-base, du métabolisme basal ; il montra le rôle de plus en plus grand que l'on doit accorder en physiologie à ces substances que l'on nomme vitamines, oxydases, diastases cellulaires, hormones ; il insista sur les actions et réactions constantes des endocrines et du sympathique que tout médecin doit toujours avoir présentes à l'esprit... Enfin, dans une éloquente péroraison, il nous fit entrevoir comment grâce aux progrès de la physico-chimie on pouvait expérer un jour voir disparaître l'hiatus qui sépare l'esprit de la matière...

Pendant le discours du président, les visages immobiles de tous les congressistes exprimaient l'intérêt qu'ils prenaient à ses paroles ; et il était émouvant de voir avec quelle attention un auditeur anonyme, modestement assis au dernier rang de l'amphithéâtre, suivait des yeux et des oreilles l'orateur : le Professeur Henri Labbé, collaborateur de son frère à tous les instants, écoutait le Professeur Marcel Labbé...

A la suite du président, le Professeur Harvier se leva pour souhaiter la bienvenue aux congressistes ; il dit combien il leur était reconnaissant d'être venus si nombreux et remercia M. Jean Zay de l'aide morale et matérielle que le Gouvernement avait bien voulu accorder au 24e Congrès de médecine.

Enfin le ministre de l'Education nationale prit la parole ; en phrases simples par la forme, mais combien élevées par le sens, il dit comment le Gouvernement avait à cœur de donner son appui à toute la science française, et en particulier à la médecine, dont le rôle social apparaît plus grand de jour en jour.

A 4 heures et demi, la séance solennelle était levée ; quelques instants plus tard, le 24e Congrès de médecine allait commencer ses travaux...

R. Fasquelle St Yves Ménard.

LE BANQUET DU XXIVe CONGRÈS DE MÉDECINE

Il a eu lieu au Centre Marcelin-Berthelot le 14 octobre. M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, avait délégué, pour le présider, son chef de cabinet, le Docteur Hazemann. Autour du représentant du ministre et du président du Congrès, le Professeur Marcel Labbé, avaient pris place les congressistes étrangers, les Professeurs Bezançon, Hartmann, Guillain, Laignel-Lavastine, Clerc, Fiessinger, le Docteur Lesné, de l'Académie de médecine, de nombreux agrégés et médecins des hôpitaux et des personnalités médicales venues de province.

Quelques toilettes féminimes atténuaient, autour des tables, la sévérité protocolaire du noir masculin.

Le menu, parfaitement ordonné, fut servi dans la grande salle du rez-de-chaussée où un modernisme sans outrances a déployé ses larges surfaces et ses trouvailles d'éclairage.

A l'heure des discours se leva d'abord le Professeur Snapper, d'Amsterdam. Il parla au nom des étrangers, dans une langue impeccabe et si aisée qu'il lui était bien inutile d'exprimer son amitié pour notre pays. Il remercia le président et les organisateurs du Congrès de l'atmosphère cordiale dont ses collègues et lui s'étaient sentis entourés.

Ensuite le Professeur Lesage, Canadien, évoqua avec une discrète émotion l'autre France, celle d'Outre-Atlantique, celle qui, à la façon de Rudyard Kipling, « sait attendre et ne pas se lasser d'attendre ». Et, rapportant le mot d'un Romain, avec qui il s'entretenait récemment « malgré tout, dit-il, la France est toujours la France ».

Comme pour apporter à ce mot son témoignage se leva le Professeur Maragliano. Vieillard plus qu'octogénaire,— il rappela qu'il avait connu et aimé tant de médecins français illustres, aujourd'hui disparus : Charcot, Cornil, Charles Richet, Landouzy, Teissier. Et il remercia les médecins français pour l'adresse qu'ils avaient envoyée, voici quelques mois, à leurs confrères italiens, à l'occasion de la guerre d'Ethiopie.

Le Professeur Olmer, de Marseille, lui succéda. Et ce fut pour, après avoir loué les organisateurs du XXIVe Congrès, dire que Marseille faisait son affaire du XXVe et convier tous les assistants à venir voir, à cette occasion, la métropole méditerranéenne.

Invitation qu'appuya le Professeur Marcel Labbé ; ayant remercié ceux qui avaient répondu à son invitation, il souhaite grand succès au Congrès de Marseille et longue prospérité à la science médicale française.

Enfin le Docteur Hazemann parla au nom du ministre. Il dit la claire compréhension de celui-ci de ce qu'est un ministère de la Santé publique et sa volonté de collaborer avec les médecins. « L'hygiène c'est de la médecine, et rien ne peut se faire en hygiène que par les médecins. »

Et sur ces mots, pleins de douces promesses, les dîneurs se séparèrent en se donnant rendez-vous, dans deux ans, sur la Canebière. G. LAVALÉE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de physique médicale** (M. André Strohl, professeur) et **Insititut du radium** (M. A. Debierne et Docteur Cl. Regaud, directeurs). — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris.

Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des Professeurs Regaud et Strohl et de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend : 1° un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ; 2° un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen. Le cours commencera le 3 novembre 1936.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 60 francs ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs ; un droit d'examen, 250 francs. Le nombre des places est limité.

II. Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris, durée : deux ans. Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, accomplis dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° la présentation d'un mémoire (dactylo-

graphié en cinq exemplaires) ; 3° une épreuve pratique ; 4° une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris. Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté. En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages. Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 150 francs, 300 francs ; deux droits annuels de bibliothèque à 60 francs, 120 francs ; un droit d'examen, 250 francs.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Asile clinique, 1, rue Cabanis, XIVe. Professeur : M. Henri Claude.) — M. le Professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le mercredi 18 novembre 1936, à 10 h. 30, et continuera son enseignement les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Le mercredi, à 10 h. 30 : Leçon policlinique avec présentation de malades.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie.** (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. Brindeau.) — M. le Professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1936, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Thèses. — Lundi 19 octobre. — Jury : MM. Fiessinger, Lemierre, Moreau, Troisier. — M. JUELLE : Les lésions splénohépatiques au cours de l'endocardite maligne.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **Parti social de la Santé publique** (2, rue Chauchat). *Vœu relatif aux locaux scolaires.* — Considérant que le malmenage scolaire dans les écoles primaires est dû pour une large part aux classes surpeuplées.

Considérant que la pénurie des locaux scolaires va se trouver aggravée par la prolongation de la scolarité,

Le *Parti social de la Santé publique* émet le vœu que les élèves des écoles primaires, à l'exception de ceux qui ont à passer en fin d'année le certificat d'études, n'aient à suivre que des *classes de demi-journée.*

Cette mesure permettrait d'utiliser les locaux actuels pour un plus grand nombre d'enfants, et éviterait la construction de nouveaux bâtiments scolaires onéreux. Elle nécessiterait uniquement des installations simples pour la pratique des travaux manuels, des exercices physiques et des jeux dirigés.

Vœu relatif à l'alimentation des enfants. — Le *Parti social de la Santé publique* convaincu que la croissance d'un grand nombre d'enfants durant la période scolaire est retardée par la sous-alimentation et que celle-ci a une répercussion fâcheuse sur leur état de santé, exprime le vœu que des organisations soient réalisées dans toute la France pour fournir le matin, à midi et au goûter, aux élèves des écoles maternelles et des écoles primaires insuffisamment nourris, les aliments nécessaires pour que leur ration soit convenable.

Vœu pour la revision de la loi de 1902. — Le *Parti social de la Santé publique* considérant que les maires soumis à l'élection ne peuvent, dans la grande majorité des cas, prendre les mesures nécessaires en matière d'hygiène, émet le vœu que soit révisée au plus tôt la loi de 1902 sur l'organisation de l'hygiène en France et que les maires ne soient plus à l'avenir que des agents d'exécution en matière de Santé publique.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Prix de médecine coloniale et d'études exotiques.* — La Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux décerne chaque année des récompenses aux docteurs en médecine et aux pharmaciens reçus par elle, à l'occasion des travaux scientifiques et des recherches médicales de toute nature qu'ils ont pu effectuer pendant leurs voyages ou leur séjour à l'étranger et aux colonies.

Ces récompenses, dont la valeur est prélevée sur une subvention spéciale mise à cet effet à la disposition de la Faculté par l'Institut colonial de Bordeaux, sont plus particulièrement attribuées à des études sur la géographie, l'histoire, les coutumes, mœurs, religions, etc., des pays étrangers ou des colonies.

Par exception, les docteurs en médecine reçus dans une Université autre que celle de Bordeaux peuvent prendre part au concours s'ils sont pourvus du diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux.

Les récompenses sont représentées par des médailles dont la valeur varie avec l'importance des travaux publiés. Elles sont proclamées à la séance de rentrée et figurent au palmarès.

Sont seuls admis au concours les travaux publiés dans les cinq dernières années, quel que soit le mode de publication : livres, brochures, articles de journaux ou de revues.

Les candidats peuvent s'inscrire à toute époque de l'année en envoyant deux exemplaires au moins de leurs travaux au secrétariat de la Faculté. Toutefois, les travaux reçus entre le 15 juillet et le jour de la distribution des prix seront examinés seulement en vue du concours de l'année scolaire suivante.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

publique, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Savoie.

La limite d'âge maximum est fixée à quarante-cinq ans et peut être reculée d'un temps égal à la durée des services civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les candidats devront être Français et s'ils sont naturalisés satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. Ils devront être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un diplôme d'hygiène universitaire français.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins hygiénistes déjà en fonctions remplissant les conditions ci-dessus indiquées.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être envoyées avant le 15 novembre 1936, au préfet de la Haute-Savoie, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement est fixé de 42.000 à 52 .000 francs en quatre classes.

Avis de vacance d'un poste de directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de Directeur du Bureau municipal d'hygiène de Lyon est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication pour adresser au ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 1er bureau) leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier, du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de trente-cinq ans, cette limite d'âge étant reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs militaires ou civils, ouvrant des droits à la retraite.

Le traitement de début est fixé à 45.000 francs avec augmentation éventuelle suivant décision du maire.

Le titulaire du poste n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

20 OCTOBRE

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours sur titres, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Gers.

Les candidats à cet emploi devront être âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus au 31 décembre 1936. La limite d'âme maximum peut être reculée d'un temps égal à la durée des services civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les candidats devront être Français. S'ils sont naturalisés, ils devront avoir satisfait aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. Ils devront être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un diplôme d'hygiène universitaire français.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins hygiénistes déjà en fonctions remplissant les conditions ci-dessus indiquées.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées, avant le 4 novembre 1936, au préfet du Gers, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement va, par échelons, de 47.000 à 59.000 francs. Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat.

Ecole du Service de santé militaire

Liste complémentaire des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1936 (section de médecine).

1° Candidats à quatre inscriptions : 87 Michel (A.-G.) ; 88 Caron (J.-D.-H.-P.) ; 89 Imbaud (G.).

2° Candidats P C B. — 41 Henri (P.-J.-F.) ; 42 Amar (D.-M.).

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône

Décision prise par l'Assemblée générale au sujet des médecins étrangers.

1° Aucune admission de médecins étrangers, naturalisés ou non, doit être prononcée.

2° Exception pourra être faite, *après enquête*, en faveur de ceux qui auront accompli leur service militaire en France.

3° L'Assemblée prie ses membres de borner leurs relations avec les médecins étrangers à un strict minimum nécessité par la santé des malades.

4° Enfin, elle engage ses adhérents à n'avoir en aucun cas, recours à des médecins étrangers, soit pour les remplacements, soit pour des cessions de clientèle. *Le secrétaire* : Dr G. RENARD.

Association corporative des Etudiants en médecine de Paris

Le Comité de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* adresse, en ce début d'année scolaire, un pressant appel aux médecins ayant des fils étudiants en médecine à Paris, et leur demande de les faire inscrire à l'Association corporative comme membres actifs.

Le jeune étudiant peut, en arrivant au Quartier Latin ignorer quelle est l'association utile pour celui qui a l'intention de faire des études sérieuses et vraiment médicales ; il peut également ignorer les services rendus par l'Association corporative à la cause de la profession médicale et ceux-ci ne sont pas des moindres.

Mais le praticien qui se tient au contact de ses associations professionnelles et qui lit les journaux médicaux n'ignore pas le rôle joué par l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris dans les campagnes tenaces menées depuis la guerre pour la réforme des études médicales et contre l'invasion médicale étrangère.

Le praticien n'ignore pas que le grade de médecin-auxiliaire dans l'armée qui devait disparaître en 1933 a été maintenu grâce aux incessantes interventions de l'Association corporative.

Tous les médecins français savent que c'est l'Association corporative qui, la première, a jeté le cri d'alarme en 1935 contre l'ébauche du projet de loi Pomaret ; ils savent aussi avec quelle verdeur de termes l'Association corporative a dénoncé en juin 1936 dans la presse, dans les milieux médicaux, et dans les couloirs du Parlement, l'ébauche du dit projet devenue la proposition de loi Pomaret.

Les médecins savent enfin que, de tout temps, l'Association corporative s'est essentiellement préoccupée, dans ce qu'on peut appeler sa politique intérieure, de la formation médicale de ses adhérents ; à cet effet elle dirige ceux-ci sur les services hospitaliers où elle compte des amis dans le personnel enseignant, et elle organise à leur intention des conférences très suivies pour la préparation de l'externat et de l'internat des hôpitaux.

Il sera donc facile aux médecins, dans un but de juste camaraderie, d'envoyer leurs fils à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, où ceux-ci trouveront, parmi les anciens, des camarades prêts à les guider dans leurs études.

Prière de s'adresser au siège social, 8, rue Dante, Paris (Ve).

Le délégué permanent de l'A. C. E. M.,

Maurice MORDAGNE.

CORRESPONDANCE

AVIS

Pour éviter toute interprétation inexacte d'une réponse parue récemment dans le *Concours*, au sujet de la retraite de la Mutualité familiale, le secrétaire général rappelle que *seules* les femmes épouses des membres de la Société peuvent participer au service des retraites.

Dr H. MIGNON.

Mutualité familiale du Corps médical Français

J'ai le plaisir de vous accuser réception de votre virement postal de 1.300 francs. Je dis le plaisir, car ces 1.300 francs sont les bienvenus. Vous pourrez le dire à tous ceux de la Mutualité Familiale. J'en fais partie depuis huit ans que je suis installé et comptais bien n'en pas avoir besoin tout de suite. Hélas ! sait-on ce qui nous attend, dans la profession que nous exerçons ?

Une angine diphtérique, des accidents sériques, tout cela m'a valu un mois de repos dans une période de trésorerie difficile et les 50 francs par jour de la Mutualité Familiale m'ont tiré une rude épine du pied.

Tous mes remerciements à tous et fasse le Ciel que les articles du *Concours* soient non seulement lus mais mis à profit, surtout par les jeunes. On a beau être solide, quand on a passé une année de clientèle avec un état sanitaire comme celui de cette année, on est fragile et il faut penser à l'imprévu.

Merci encore.

Dr M.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

8.371. — Pansement plus intervention

Je vous serais obligé de bien vouloir me préciser le point suivant en matière d'accidents du travail :

Le cumul est-il interdit entre les deux articles suivants, pansement, plus sérum antitétanique, comme il l'est par exemple entre visite et consultation plus sérum antitétanique ?

Il s'agit ce me semble de deux actes distincts.

Dr C.

Réponse

Le pansement est compris (Art. 1er) dans le prix de la visite ou consultation. Il suit donc

le sort de celle-ci et ne peut être compté en même temps qu'une intervention quelconque. Ce serait le cumul interdit par l'art. 13

Dr F. DECOURT.

8.684. — Pas de frais de déplacement en cas de plaie de main

Je suis appelé le 27 août 1936 dans une commune située à 4 kilomètres de chez moi pour un ouvrier agricole atteint pendant son travail d'une petite plaie de la main. Je fais sept visites-pansements et j'établis comme suit ma note d'honoraires que j'adresse à la Compagnie d'assurances en même temps que le certificat de guérison :

Le 27 août 1936 : deux certificats, 8 francs ; les 27,28, 29, 31 août ; 4, 7, 9, 10 septembre une visite chaque fois à 4 kilomètres soit 70 × 15 +

$$\frac{(4 \text{ kil.} \times 2 \times 1 \text{ fr. } 50)}{12} = 189 \text{ francs.}$$

Total : 197 francs.

Aujourd'hui la Compagnie me répond qu'elle supprime de mon mémoire la somme de 84 francs réclamée pour indemnité kilométrique étant donné qu'une plaie de la main n'empêchait pas le blessé de se rendre à ma consultation et elle m'offre 113 francs. Que dois-je faire ? Dois-je accepter l'offre de la Compagnie ou dois-je au contraire poursuivre le recouvrement intégral de ma facture ? Dr C.

Réponse

La Compagnie est dans son droit de supprimer vos frais de déplacement en se basant sur l'Art. 2 qui ne les accorde que lorsque le blessé « ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé ». Or, ce n'était pas le cas puisqu'il s'agissait d'une « petite plaie à la main », ce qui ne pouvait naturellement l'empêcher de marcher.

Dr F. DECOURT.

8.882. — Le certificat de reprise de travail est nécessaire dans l'intérêt de la Compagnie elle-même

Je serais heureux d'avoir votre avis sur la situation qui m'est exposée par un membre de mon Syndicat.

Telle Compagnie d'assurances a prescrit à ses assurés de ne pas retourner au cabinet médical demander le certificat de consolidation s'ils estiment être consolidés dans le délai prévu au certificat initial. Le confrère proteste, estimant sans doute que par ce mode il est frustré d'une consolidation.

J'ai répondu que si dans le certificat initial on a indiqué le nombre de jours d'incapacité prévue, le blessé n'est pas tenu de passer au cabinet médical pour une ultime consultation ; il *peut passer pour* demander un certificat de consolidation ; et la simple

délivrance de ce certificat est prévue gratuite par la loi ou le règlement d'administration publique.

D... suggère d'opposer à cette Compagnie le système suivant : dans le certificat de constat de blessure indiquer simplement « incapacité temporaire », sans préciser le nombre de jours. La loi en effet, il me semble, demande seulement de préciser s'il y aura « incapacité temporaire ou définitive ». Avec ce dispositif il semble que l'assuré sera obligé de venir demander le certificat de consolidation, lequel précisera la durée exacte de l'incapacité.

Cette question de droit vous semblera sans doute de faible intérêt. Elle mériterait de fixer l'attention si le système adopté par cette Compagnie d'assurances risquait de nuire aux intérêts du blessé ; mais ce risque existe-t-il pour lui de ce fait ? Je n'en suis pas certain.

Quoiqu'il en soit je serais heureux d'avoir votre avis.

Dr V.

Réponse

Une Compagnie d'assurances ne réclamant pas le certificat de reprise pour « gagner » les 15 francs d'une consultation ultime joue un jeu de dupe car parfois elle y perdra au sujet du nombre des journées à payer lorsque, par exemple, le pronostic du premier jour a paru plus sombre que les jours suivants, ce qui n'est pas exceptionnel. En tout cas, je ne suis pas de l'avis de D... conseillant de mettre simplement « incapacité temporaire » sur le certificat initial, alors qu'à l'art. 30 il est dit que ce certificat doit « constater de façon précise, le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable ». Comme « précision » la formule de D.. ne serait guère normale et pourrait être l'objet de critiques justifiées. Le mieux serait donc de mettre un nombre de jours plutôt minimisé, qu'exagéré, ce qui serait d'ailleurs équitable, ne fût-ce que psychologiquement pour le blessé qui d'ailleurs ne peut jamais y perdre puisque le certificat de reprise vient régulariser les faits et le nombre exact de jours ayant été nécessaires pour arriver à la guérison.

Dr F. Decourt.

8.886. — Certificat fourni au cours du traitement

Autrefois, les « renseignements fournis à l'Assurance » étaient tarifés 10 francs, pour les accidents du travail. Aujourd'hui, je ne les vois plus sur le tarif. Pourtant, non compris le timbre, il est certain qu'il faut 5 à 10 minutes de recherche et de rédaction pour répondre à un questionnaire, tel que celui que je vous adresse. Que faut-il demander à la Compagnie qui l'envoie ?

Dr P.

Réponse

Tout renseignement fourni à une Compagnie d'assurances — sur sa demande au cours du traitement — est tarifé 16 francs (Art. 20 alinéa 4). Seules ne sont pas tarifées « les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri. Or, suivant la demande que vous me communiquez de la Compagnie X..., celle-ci désire savoir non seulement s'il est guéri ou non, mais encore, si non-guéri « *à quelle date* il sera en état de reprendre son travail. ». Il s'ensuit qu'il s'agit là d'un certificat à 16 francs, surtout ce qui est naturel, si vous indiquez « les causes qui ont retardé la guérison » ; puisque c'est toujours à cause dudit retard que la Compagnie vous demande des renseignements.

Dr F. Decourt.

APPLICATION DU TARIF DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

8.867. — Les déplacements sont comptés du domicile du médecin à celui du malade

Je me permets de vous demander un renseignement au sujet du tarif à appliquer aux réformés et mutilés, *art.* 64 ; en cas de déplacement kilométrique, pour les malades domiciliés en dehors de l'agglomération, faut-il compter le nombre *de kilomètres, de la* demeure du malade à celle du médecin le plus proche? ou de la mairie de la commune de ce malade à celle du médecin le plus proche ? Cela a son importance à la campagne où, les villages sont très étendus et où les mairies sont parfois éloignées des « écarts ». Je suis actuellement en discussion avec la Commission de contrôle d'A, qui prétend régler mes déplacements jusqu'à la mairie des villages voisins et pas plus loin.

Il s'agit en somme de peu d'importance mais c'est une question de principe.

Dr G.

Réponse

Il ne me paraît pas douteux que la distance kilométrique, en matière de soins aux pensionnés de guerre, soit comptée du domicile du médecin à celui du pensionné. En voici les raisons : 1° A l'art. 64 du décret du 25 octobre 1922, il est dit, alinéa 3 : « L'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieure à un kilomètre ». 2° A l'art. 2 du décret du 21 mai 1924, il est dit : « Le médecin doit inscrire visiblement au recto du bulletin de visite..... le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant... ». Nulle part n'est inscrite la notion de distance basée sur la mairie du domicile du malade. On a dû confondre avec le Tarif des accidents du travail où (Art. 2) il est dit :

« Cette indemnité s'étendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade ». Et là encore d'ailleurs on ne parle pas de la mairie du domicile du malade, ce qui se comprend surtout à la campagne où le malade peut habiter à plusieurs kilomètres de la mairie de sa commune.

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

8.480. — Accident du travail causé par un tiers

Un cantonnier participant au goudronnage d'une route nationale est blessé par un automobiliste qui n'a pas averti et roulait trop vite. Est-ce un accident du travail ou s'agit-il d'un accident de droit commun ?

Dans le cas où la loi de 1898 jouerait, le blessé ne pourrait-il en outre poursuivre l'automobiliste pour obtenir le complément de salaire perdu et autres indemnités ?

Dr D.

Réponse

En principe, les départements, les communes et, de manière générale, les collectivités publiques, ne sont pas assujetties à la législation sur les accidents du travail ; il n'en va autrement, d'après la jurisprudence, que si ces collectivités publiques se conduisent comme une entreprise privée, c'est-à-dire exécutent ou font exécuter des travaux relevant normalement de l'industrie privée et rentrant dans le domaine d'application de la loi du 1er avril 1898. Les travaux exécutés par les cantonniers, lorsque ces derniers n'ont pas la qualité de fonctionnaires, c'est-à-dire ne sont pas affiliés au régime des pensions civiles, sont considérés comme rentrant dans cette définition et permettent à l'intéressé d'invoquer, à l'égard de son employeur, les dispositions protectrices sur le risque professionnel.

Le cantonnier en question est donc fondé à invoquer, à l'égard de son employeur, à savoir le département, l'article 7 de la loi du 9 avril 1898 relative aux accidents causés par le fait d'un tiers. En vertu de cet article, la victime possède une action ; elle peut tout d'abord se placer uniquement sur le terrain de droit commun et poursuivre l'auteur responsable de l'accident en versement d'une indemnité destinée à réparer intégralement le préjudice subi, à condition, naturellement, pour elle, d'établir la responsabilité dans les conditions des articles 1382 et suivants du Code civil.

Elle peut, en second lieu, se borner à invoquer les dispositions de la loi sur les accidents du travail et demander à son patron le verse-

ment des indemnités forfaitaires prévues par cette législation ; elle n'obtiendra ainsi qu'une réparation partielle du préjudice subi mais n'aura comme preuve à apporter que celle de la matérialité de l'accident et de sa survenance aux lieu et temps du travail.

Il est admis, d'ailleurs, que même dans ce dernier cas, l'intéressé peut exercer, contre l'auteur responsable une action de droit commun afin d'obtenir réparation de la part du préjudice non couverte par la législation sur les accidents du travail, c'est-à-dire de l'autre moitié de son demi-salaire et d'une rente ou d'un capital compensant l'incapacité permanente partielle non prise en charge par le chef d'entreprise.

8.821. — Les dermites sont-elles des maladies professionnelles garanties ?

Une de mes clientes ouvrière dans la fourrure est atteinte d'une dermite artificielle due vraisemblablement à la manipulation de produits chimiques (aniline, acide chromique). Sa maison me l'a envoyée avec un certificat d'accident du travail et lui a conseillé de faire déclarer son eczéma professionnel comme une brûlure. Je m'y suis refusé, et lui ai fait son certificat en la déclarant atteinte de sa maladie véritable ; l'intoxication par l'aniline et l'acide chromique doit en effet être obligatoirement déclarée. Mais on me signale que ces maladies professionnelles ne sont pas encore admises au régime des accidents du travail. Ne peut-on vraiment rien faire pour protéger ses droits et doit-on se contenter de la mettre à l'Assurance sociale ? D'autre part, n'y a-t-il pas une tolérance qui fait accepter par l'Assurance, dans un cas semblable (eczéma artificiel typique) le diagnostic de brûlure ?

Dr B.

Réponse

La législation sur le risque professionnel ne s'applique, en principe, qu'aux accidents survenus au lieu et au temps du travail, mais non aux maladies professionnelles à moins qu'elles ne figurent sur la liste de celles bénéficiant, par exception, de la protection légale, dressée par la loi du 25 octobre 1919 et ses modifications ultérieures. Or, les lésions de la peau provenant de l'action de produits caustiques ou autres ne figurent pas dans cette liste. Sont seulement prévues par le décret du 16 octobre 1935 relatif aux maladies d'origine professionnelle que les médecins doivent déclarer obligatoirement en vue d'une extension ultérieure de la protection légale (art. 1er, paragraphes 15e et 16e) les maladies causées par les alcalis caustiques et substances analogues, notamment la soude, l'ammoniaque, la chaux, le ciment et 16e les brais, les goudrons, le bitume,

les huiles minérales, paraffine et autres produits irritants pour la peau. Un décret du 16 juillet 1935 est bien venu étendre cette protection légale à certaines dermites, mais il ne s'agit que de celles causées par la fabrication et la manutention des ciments et ces dispositions n'entrent d'ailleurs en vigueur qu'à partir du 19 juillet 1937.

Il s'ensuit que l'accidenté ne pourra demander à son chef d'entreprise ou à son Assurance substituée le versement des indemnités légales que si elle établit qu'il s'agit d'un accident, c'est-à-dire d'une atteinte à son intégrité physique provenant de l'action violente et soudaine d'une chose extérieure et non d'une maladie, c'est-à-dire d'une lésion progressive tenant à l'action d'une cause inhérente à l'exercice régulier et continu de la profession. Il y aurait accident, à notre sens, si la dermite en question constituait une brûlure provenant d'une mise en contact brutale avec les substances caustiques ; il y aurait maladie, par contre, si l'inflammation s'était produite à la longue et sans caractère soudain.

Si nous nous trouvons dans la seconde hypothèse, le chef d'entreprise ou sa Compagnie d'assurances sont parfaitement fondés, au point de vue juridique à refuser le versement des indemnités légales. Ceci ne veut pas dire cependant que la victime soit dépourvue de toute action contre son patron ; elle peut, en effet, l'actionner en dommages-intérêts, conformément aux principes du droit commun, c'est-à-dire des articles 1382 et suivants du Code civil, en invoquant particulièrement l'article 1384 qui rend responsable le gardien juridique d'une chose, c'est-à-dire en principe son propriétaire, des dommages causés par son fait. Le principe de cette action est parfaitement reconnu par la jurisprudence ainsi qu'il ressort d'un jugement du Tribunal civil de Boulogne-sur-Mer (*Semaine Juridique*, 1935, page 614) (il s'agissait, dans ce cas d'une intoxication lente due à des poussières de manganèse) et d'un arrêt de la Cour d'Appel d'Amiens en date du 5 février 1936 (*Gaz. Pal.*, 24 avril 1936) relatif justement à des lésions provoquées par l'action lente et progressive d'acide bromique ou de bichromate de potasse.

D'autre part l'intéressée étant atteinte d'une maladie qui, malgré son caractère professionnel n'est ni indemnisée ni susceptible de l'être au titre de la législation sur les accidents du travail, est fondée à demander à sa Caisse d'assurances sociales le versement des prestations de l'assurance-maladie si, naturellement, elle est en règle dans ses cotisations.

FISCALITÉ

8.779. — Evaluation des bénéfices de la propharmacie

Je suis, la chose n'est pas rare, en discussion avec mon Contrôleur. Il est jeune, tout nouveau, son zèle ne se ralentit plus. Après m'avoir taxé mes revenus bruts à 66.000 francs il y a vingt jours, il me pose aujourd'hui la question suivante :

« Dans nos dépenses de 1934 et 1935 (je suis propharmacien) vous indiquez : 1934, pharmacie : 22.815 francs ; 1935, pharmacie : 18.175 (chiffres exacts).

Je vous prie de bien vouloir m'indiquer pour quelles sommes les recettes afférentes à la pharmacie entrent dans vos recettes brutes :

1934, pharmacie, recettes professionnelles. Total : 60.402 fr. 80 ;

1935, pharmacie, recettes professionnelles. Total : 57.586 francs.

Y a-t-il un pourcentage habituel ? Peut-on me demander cette division de recettes que je n'ai jamais envisagée et qui m'oblige à un relevé complet des années 1934-1935.

Je pense que mon Contrôleur est en train d'essayer de noyer un poisson fiscal.

J'ai toujours cru que nos recettes ne comportaient pas cette division en deux postes.

Dr X.

Réponse

La loi vous oblige à marquer chaque recette sur votre livre-journal, sans indiquer que les recettes de propharmacie doivent figurer à part, donc vous pouvez répondre au Contrôleur que vous n'avez aucun élément pour faire le travail qu'il demande.

Il n'y a aucun pourcentage entre les recettes de pharmacie et les autres, mais on peut évaluer les bénéfices nets de pharmacie à 33 % du chiffre d'achat, ce qui donnerait :

en 1934, bénéfice net pharmacie...... 7.000 fr.
en 1935, bénéfice net pharmacie...... 6.000 fr.

D'autre part, tous vos médicaments ne sont pas vendus, par conséquent, vous n'avez pas encore réalisé de bénéfice sur le stock. Voir à ce sujet l'article du *Concours Médical* du 7 juin, numéro 25.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

ASSURANCES SOCIALES

8.715. — Droit aux prestations de l'assurance-maternité

Une domestique a payé ses cotisations (et ses patrons aussi) depuis que la loi sur les Assurances sociales existe jusqu'au deuxième trimestre 1936

inclus. Elle s'est mariée en avril dernier : elle est enceinte de cinq mois et ne s'occupe que de son ménage depuis qu'elle a un mari employé salarié et inscrit aux Assurances sociales.

Quels sont ses droits en prestations en nature, soins médicaux et pharmaceutiques, assurance-maternité ?

Peut-elle verser pour le trimestre écoulé (le troisième) bien que son état l'ait empêchée d'aller en journée pendant un trimestre ?

Que devient l'assurance-vieillesse pour laquelle elle a versé depuis le début ? Même si elle ne peut plus cotiser (les assurances facultatives étant supprimées paraît-il).

Je m'excuse du dérangement que je vous cause, mais je ne puis trouver de renseignements clairs dans la documentation que je possède... et puis les lois changent si souvent ! !

Dr M.

Réponse

En vertu de l'art. 9 paragr. 6 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, l'assuré ou le conjoint de la bénéficiaire doit avoir subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs au cours des quatre trimestres civils précédant celui de l'accouchement, dont 15 francs au moins durant le premier de ces trimestres.

Puisque votre domestique, actuellement enceinte de cinq mois, ne s'occupe plus que de son ménage et par conséquent n'a plus la qualité d'assurée obligatoire, et qu'elle se trouvera ainsi dans l'incapacité d'avoir à son compte les cotisations nécessaires pendant les trimestres de référence, elle ne pourra bénéficier des prestations maternité en qualité d'assurée et ne pourra y avoir droit qu'à titre de conjointe d'assuré.

Dans ce cas naturellement, elle ne recevra que les prestations en nature, à savoir le forfait représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, mais non les prestations en espèces telles qu'indemnité journalière et prime d'allaitement.

Il ne lui est pas possible d'augmenter elle-même le montant des retenues portées à son compte afin de remplir les conditions légales. En effet, le nouveau régime des Assurances sociales a supprimé les dispositions de l'ancien, relatives aux versements facultatifs.

Pour cette même raison, les cotisations versées par votre ancienne domestique pour l'assurance-vieillesse sont perdues pour elle puisqu'elle n'a plus la qualité d'assurée obligatoire et ne pourraient lui être comptées que si elle reprenait plus tard du travail et par conséquent continuait à cotiser.

Cinquante-huitième année N° 45 8 Novembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

L'actualité Professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris

Reportage professionnel

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Luxembourg : **70 fr.** — 1re Zone **85 fr.** — 2e Zone **110 fr.**

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*) Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (**Les**) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard.
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* **167-95.**

N° 288. — Jeune méd. ayant relat. dans corps médic. désire représent. Laborat. comme visiteur médical.

N° 289. — On dem. médec,. milit. retraité pour visites médic. Paris et province.

N° 290. — Doct. en méd. installé à Paris, plus titres médico-scientif., au courant méd. géné. pet. chirurg., phtisiologie, libre demi-journée, cherche occupat. Paris

N° 291. — A vend. un tungar pour recharge petits accus. pour T. S. F. : 60 fr.

N° 292. — Les labor. du Dr Roussel recherch. deux collabor. jeunes médec., pour visiter corps méd. rég. Paris. Adresser dem. accomp. curriculum vitae aux laboratoires Hémostyl, 97, rue de Vaugirard, Paris, où les candidats seront convoqués.

N° 293. — Cause changement matériel, appar. radio à vendre, très bon état marche, table bascul. tube, access. 8.000 fr. comptant.

N° 294. — Doct. recomm. instamm. jeune fille dipl. aide-chimiste et aide-bactériol., référ. Prof. Faculté, plus. années pratique, cherch. place dans laborat.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Cabinet de consultations : gynécologie, voies urinaires. Clientèle ancienne avec cession de l'installation professionnelle complète : 110.000 dont 60.000 comptant.

Belle banlieue, à 1/2 heure Paris. Poste seul médecin. Bon chiffre d'affaires, pavillon conf., jardins, loyer 5.000. Prix demandé : 50.000 dont 30.000 cpt.

Paris. Importante clientèle médecine générale de quartier, peu d'accouchem. Appartement 5 p. s. b. Loyer 11.000. A céder : 60.000 dont 1/2 *comptant*.

Renseignements

A la suite de l'article du Dr Desroziers paru dans le *Concours Médical* du 11 oct. sur « l'Usage de l'essence de térébenthine soluble dans les suppurations pulmonaires », de nombreuses demandes de renseignements nous sont parvenues. Nous prions MM. les médecins de s'adresser au Lab. de l'Ozothine, 23, rue Sébastien-Mercier, Paris (15e) qui fournira renseignem. et échantillons.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).** — *Réunion du Conseil d'administration.* — Le Docteur Schüler (de Bâle) demande s'il ne serait pas possible de faire des échanges de professeurs entre la France et la Suisse, à l'exemple de ce qui existe entre l'Angleterre et la Suisse.

M. Molinéry, retour d'Amérique, parle de la propagande thermale et climatique aux Etats-Unis. M. Villaret signale qu'en ce moment s'élabore un livre résumant tout le thermalisme français, livre qui sera publié en français, en anglais et en espagnol.

M. Hartmann rend compte d'un échange d'étudiants entre la France, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie qui a eu lieu pendant les dernières vacances, grâce à l'A. D. R. M. C'est la première fois que pareil échange a lieu.

Deux professeurs français présentés par l'A. D. R. M. vont être nommés au Paraguay. Il est à désirer que les doyens des Facultés nous présentent des candidats pour des places de professeurs à Téhéran.

L'*Arztlichle Korrespondenz* demande qu'on lui envoie des extraits de travaux français pouvant particulièrement intéresser les praticiens et des mémoires originaux de médecins français, ses lecteurs demandant à être au courant de la science médicale

française. Le journal se chargera de faire les traductions en allemand.

Election d'un nouveau membre : M. le Professeur Mocquot.

— **Institut de statistique de l'Université de Paris.** — Un cours sur l'hygiène, la médecine et l'assistance sociale est fait par M. G. Ichok, tous les jeudis, à 17 h. 30, du 12 novembre 1936 au 28 janvier 1937 à la Sorbonne (Faculté des sciences), amphithéâtre Le Verrier, escalier E, 3e étage.

— **Société de psychothérapie.** *Séance annuelle.* — La séance annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le 17 novembre 1936, 49, rue Saint-André-des-Arts, à 16 h. 30, sous la présidence du Professeur Cunéo, professeur à la Faculté de médecine.

Question générale : *La douleur physique et la douleur morale. Psychothérapie préventive et curative.*

Des rapports et des communications se rattachant à la question générale seront faits par les Docteurs Sampson (de Londres), Ch. Fiessinger, Henri Berteaux, Bérillon, Marcel Viard, Paul Farez, Pierre Ménard, Artault de Vevey, Courtois, Derecq, Félix Regnault, Martinie-Dubousquet, Philippet, Hollande, Pierre Barbier, H. Lemesle (de Loches), Foveau de Courmelles, Prof. Peugniez, Bonnet-Lemaire, Prof. Franquet (de Reims), M. le Prof. Maignon (d'Alfort), MM. Lépinay, Legrand, Petit, méd.-vétérinaires.

A l'issue de la séance, le banquet annuel aura lieu à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis. Prix : 28 francs (service compris). Les dames sont conviées à assister au banquet. Tenue de ville.

Adresser les titres des communications, les adhésions à la Réunion et au banquet au Docteur Bérillon, président, 22, rue Vignon (IXe). Tél. : Opéra, 81-80, et au Docteur Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (XVIIe).

— **Association des médecins amateurs de jardins.** *Réunion du* 11 *octobre* 1936. — La réunion du 11 octobre a été consacrée à la visite des cultures de dahlias des établissements Truffaut et Vilmorin. M. Vernon, directeur du Service de dahlias des établissements Truffaut, fit un véritable cours pratique sur sa spécialité et insista entre autres choses sur la conservation des bulbes pendant l'hiver. Il importe que ceux-ci séjournent à une température qui ne descende pas au-dessous de 4° et soient dans un local sec.

Il a été décidé que la prochaine réunion serait en principe consacrée à la visite des cultures d'orchidées (décembre, janvier). Mission a été donnée au Conseil d'organiser cette visite, d'en fixer la date et de la porter aussitôt que possible par circulaire à la connaissance des membres.

Les confrères désireux de recevoir le bulletin de l'Association ou d'y adhérer sont priés de s'adresser au secrétaire général, Docteur Dejust, 58, rue Saint-Lazare, à Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise).

— **Réunion de morphologie médico-chirurgicale.** La prochaine séance de cette société aura lieu en novembre, à la Bibliothèque de la maison de santé Velpeau, 7, rue de la Chaise, Paris. S'adresser, pour y participer, au Docteur C. Claoué, 39, rue Scheffer, Paris.

— **Institut de puériculture de la Goutte de lait de Belleville** (126, boulevard de Belleville, Paris). — Le cours de vulgarisation, destiné aux dames et aux jeunes filles, portant sur les notions pratiques de puériculture que toute femme doit connaître, commencé le 5 novembre 1936, aura lieu jusqu'au 18 mars 1937. L'inscription est gratuite.

— **Le Comité de la Fédération nationale des médecins du front** rappelle aux camarades appartenant aux différentes Sociétés fédérées, ainsi qu'à tout le Corps médical présent à Paris ce jour-là, qu'il déposera une gerbe devant le monument funéraire, érigé à la Faculté de médecine de Paris, aux médecins tués ou morts de leurs blessures durant la guerre.

La cérémonie aura lieu, suivant la coutume, le 11 novembre, à 9 h. 1/2 du matin, en présence du Doyen de la Faculté de médecine, des délégués de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie, des représentants des Directeurs du Service de santé des ministères de la Guerre, de la Marine, et du Gouvernement militaire de Paris, enfin du Directeur du Val-de-Grâce, des délégués des Associations d'internes, d'externes et d'étudiants en médecine de Paris.

— **Institut du radium.** — L'Institut du radium demande un médecin assistant, jeune docteur ou étudiant en fin d'études. Se présenter, 26, rue d'Ulm (Laboratoire Pasteur), les mardis, jeudis, samedis, de 10 heures à midi, jusqu'au 30 novembre.

— **Le III^e Congrès de la Société de broncho-œsophagoscopie de langue française** a eu lieu à Paris, le 18 octobre 1936, sous la présidence de M. le Prof. Jacques (Nancy).

La nouvelle réunion de la Société a été fixée au mois de mai 1937.

— **Hôpitaux de Nancy.** *Internat.* — Jury : MM Weiss, Michel, Redon, Bodart, Girard.

Composition écrite ; sujet tiré au sort : Occlusion intestinale. Etiologie, physiologie pathologique et traitement. — *Sujet restés dans l'urne* : Thromboses artérielles. Epanchements sanguins intracraniens traumatiques.

Sont nommés internes : MM. Leichtmann, Picard, Lecoannet, Cordier et Heuilly.

Sont nommés externes en premier : MM. Castelain, Gayet, Ledoux, Demange et Herbeuval.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** — Un concours pour onze places d'assistant à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 16 novembre 1936, 17, rue Moreau.

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame Jean SEXE nous font part de la naissance de leur fille *Marie-Chantal*.

Besançon, 2, rue Vict. Delavelle, 17 octobre 1936.

Nos sincères compliments.

— **Légion d'honneur.** *Hommage au* Dr Marcel SÉNÉCHAL — Notre ami le Docteur Marcel Sénéchal, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, récemment promu officier de la Légion d'honneur, a reçu le mercredi 27 octobre sa rosette des mains de M. Langeron, préfet de police, en une cérémonie charmante, à laquelle le *Concours Médical* avait été aimablement convié.

Dans la vieille maison de Nanterre où il a été l'interne de Reymond et dont il est devenu le chirurgien, tous les parents et les amis du nouveau dignitaire étaient venus nombreux.

Le ministre de la Santé publique M. Henri Sellier, le préfet de police M. Langeron, le Conseiller général M. Auri, les médecins et les chirurgiens de l'hôpital, les infirmières, les internes, le personnel administratif exprimèrent à Sénéchal leur joie d'une récompense si méritée qui couronne la vie de labeur et de dévouement de notre ami.

Le *Concours Médical* en se joignant à eux a tenu à apporter à l'ardent syndicaliste qu'a été Sénéchal le témoignage de sa très vive sympathie et ses plus sincères félicitations.

Dr Raphaël MASSART.

La Journée médicale de l'Hôpital-Hospice de Niort

(18 octobre 1936)

Cette journée, organisée par la Commission administrative de l'hôpital de Niort et le Syndicat médical des Deux-Sèvres avait trait à l'hospitalisation. Elle fut présidée par le Docteur Dibos, ex-président de la Confédération des Syndicats médicaux, qui remplaçait M. le Docteur Louis Martin, empêché. Le ministre de la Santé était représenté par le Docteur Dequidt, inspecteur général des Services administratifs et par M. Delavente, secrétaire général de la Commission de répartition des fonds. On comptait environ 150 personnes présentes parmi lesquelles : le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération et de nombreux médecins, les sénateurs-maires de Périgueux et d'Albi, les maires de Mont-de-Marsan et de Saint-Brieuc et des délégués des Commissions administratives : Rochefort, Angoulême, Chateauroux, Cahors, Périgueux, Saint-Brieuc et de très nombreux médecins des Deux-Sèvres ou étrangers au département.

Le Docteur RÉNON exposa dans son rapport l'évolution que subit actuellement la vieille formule hospitalière.

L'hospitalisation doit faire en sorte que le malade, quel que soit son rang social, puisse jouir pleinement de la liberté de confiance, laquelle implique l'entente directe. L'établissement de soins doit permettre la collaboration médicale, il doit être en outre admirablement outillé.

Or, l'histoire de l'hospitalisation montre que si elle a suivi l'évolution de l'état social et du progrès technique, elle n'a jamais apporté une solution rationnelle et satisfaisante.

A Niort, au lieu de juxtaposer un hôpital pour pauvres et une maison de santé pour riches, la Commission a supprimé l'hôpital et offert à tous les malades une maison de santé où ils jouissent du libre choix intégral et de son corollaire l'entente directe.

Après une visite détaillée de tous les services hospitaliers la discussion du rapport fut ouverte.

Le Docteur Py, médecin administrateur d'un hôpital rural des Deux-Sèvres (Oiron) plaida la cause des petites formations hospitalières, qui doivent, à son sens, trouver leur place dans le plan rationnel de l'équipement hospitalier du pays.

Deux chirurgiens, le Docteur Baranger, du Mans et le Docteur Bernard (R.), chirurgien des hôpitaux de Paris, apportèrent d'autres critiques, tout en reconnaissant l'excellence de l'organisation technique de Niort. M. Baranger voudrait que les médecins d'hôpitaux fussent hiérarchisés ; qu'il y ait un chef de service, entouré d'assistants. M. R. Bernard a estimé que le système niortais allait nous précipiter dans l'étatisme comme en témoigne la dernière circulaire ministérielle dont il a pris prétexte pour souligner les dangers du système niortais.

M. Paul Garnal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, n'a pas caché son admiration pour l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de Niort, mettant en valeur la conjugaison des efforts administratifs et médicaux dont les malades sont les premiers et les principaux bénéficiaires.

Le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, attire l'attention sur la portée de l'expérience niortaise, montrant l'urgence d'une transformation fondamentale de notre législation hospitalière. Tout en se défendant d'entrer dans le détail d'une organisation qui n'est pas même ébauchée, il insista sur la nécessité de maintenir dans la forme actuelle les hôpitaux de grandes villes qui doivent rester des centres d'enseignement.

Mme Mathey-Cornat (Bordeaux) émet le vœu que le type hospitalier de Niort servit de modèle et de guide dans les villes de moyenne importance.

M. le Docteur Dequidt, représentant le ministère de la Santé publique s'associa aux éloges qu'avait provoqués, la visite de l'hôpital et donna l'assurance qu'il ferait au ministre un tableau exact de ce qu'il avait vu et appris à Niort et qu'il l'engagerait vivement à venir sur place se documenter. *Quant à la*

modification des lois hospitalières, il a assuré l'auditoire que le ministre de la Santé avait l'intention d'en demander la révision totale après consultation des intéressés.

Le Docteur Dibos, président, a conclu en montrant quels bienfaits les collectivités pouvaient retirer de la collaboration du Corps médical organisé et il a terminé par un vibrant appel en faveur du syndicalisme médical.

Le renouvellement des cartes du combattant

L'attention ayant été attirée sur les inconvénients des retards qui se produisent dans le renouvellement des cartes du combattant, M. Albert Rivière, ministre des Pensions, en plein accord avec M. Vincent Auriol, ministre des Finances, vient de prendre la décision suivante :

En échange de la carte remise pour renouvellement, les intéressés recevront un certificat provisoire ne préjugeant pas du droit à la carte dont une vérification décidera, mais permettant au titulaire en attendant la décision définitive d'encaisser les arrérages de la retraite ou de la pension dont il bénéficie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 OCTOBRE

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 21 octobre 1936, la médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à M. le Docteur Martin (Antonin), inspecteur sanitaire à Montpezat-sous-Bauzon (Ardèche), pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 21 octobre 1936, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume à Mlle Salembiez (Madeleine), interne à l'hôpital Trousseau, décédée des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Avis de concours pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental d'hygiène

Les délais d'inscription au concours pour l'emploi de médecin inspecteur départemental d'hygiène du Gers sont prorogés jusqu'au 15 novembre 1936.

Les conditions du concours ont été publiées au *Journal officiel* du 20 octobre 1936.

Fédération corporative des médecins de la région parisienne

Communiqué

A propos des projets sur le cumul, la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne nous transmet le vœu suivant, adressé le 26 octobre 1936 aux ministres de l'Education nationale et de la Santé publique :

« La Fédération corporative des médecins de la « Région parisienne, profondément émue d'apprendre qu'il est question de retirer aux Professeurs « chargés d'enseigner la médecine le droit de la pratiquer en clientèle ;

« Considérant qu'une telle mesure risque d'entraîner des démissions massives dans le Corps enseignant et de compromettre gravement la qualité de « son recrutement ultérieur ;

« Considérant, d'autre part, qu'un abaissement « scientifique du Corps médical enseignant porterait « un préjudice certain, non seulement au prestige de « la médecine française à l'étranger et à l'instruction « des futurs médecins, mais à la qualité des soins « donnés aux malades d'hôpital ;

« Considérant enfin que la médecine d'hôpital n'est « pas toute la médecine et qu'il est nécessaire qu'un « professeur de médecine puisse envisager la pathologie dans les différents milieux qui sont susceptibles d'imprimer chacun des caractères spéciaux à « diverses maladies ;

« Demande instamment à MM. les ministres de « l'Education nationale et de la Santé publique de « s'opposer à la réalisation de ce projet aux divers « points de vue envisagés ».

La Ligue médicale de Défense professionnelle : « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué

A propos des projets sur le cumul, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine communique la motion suivante :

« Le droit à la pratique de la clientèle est indispensable aux professeurs des Facultés et Ecoles de médecine pour assurer la maîtrise nécessaire à leur enseignement.

« Qu'ils soient en activité ou à la retraite, ce droit est indispensable pour les malades à qui ne peut être refusé le bénéfice d'une science et d'une expérience, alors qu'elles sont susceptibles de donner la plénitude de leurs effets.

« Des effets de restriction seraient d'autant moins justifiés que, tant pour le corps enseignant que pour le corps hospitalier, l'exercice de la profession médicale ne peut se pratiquer que de façon tardive, avec un retard de plusieurs années sur la plupart des autres professions.

« Elles auraient des conséquences désastreuses sur l'enseignement et les soins hospitaliers qui se trouveraient compromis par la diminution de qualité et les difficultés de recrutement. »

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

8.587. - Une radiographie ne fait pas partie des « interventions chirurgicales » mentionnées à l'article 10

Je vous serais extrêmement obligé de m'exposer votre façon de voir dans le cas ci-dessous. Je joins à une note des Chantiers de P., contestée, l'interprétation qui me paraît légitime.

Notre facture comme suit : Réduction d'une fracture de jambe (bi-malléolaire avec luxation du pied), immobilisation dans l'appareil plâtré, 200 francs ; première radiographie face et profil, 100 francs ; deuxième radiographie de contrôle sous appareil plâtré, une seule pose : normalement ce serait 85 francs, mais comme il s'agit d'une radiographie de la même région prise le même jour, il y a seulement les 75 % de 85 francs, soit 63 fr. 70, plus 30 francs parce que la radiographie a été faite sous appareil plâtré, donc 93 fr. 70.

Il n'a été demandé que 93 francs.

Voir la suite page I.V-3205

PROPOS DU JOUR

UN PANÉGYRIQUE DE LA CHIRURGIE

Une nouvelle branche de cet art : La chirurgie acrobatique

Il est de tradition et de mode de dénigrer la médecine et la chirurgie et dans la Grande Presse, à toute occasion et hors de propos, on vilipende médecins et chirurgiens, quitte à changer complètement d'opinion quand on a besoin de leurs services. Aussi avons-nous lu avec étonnement (et aussi avec satisfaction), le Panégyrique de la Chirurgie que, sous le titre de *La bataille contre la mort*, a publié M. Claude Blanchard dans *Paris-Soir Dimanche* du 13 septembre 1936.

Le sous-titre est pompeux et nous a donné à rêver ; nous nous sommes même demandé quelle était la part de l'ironie dans les questions dithyrambiques qu'y pose l'auteur. Les voici :

La chirurgie ayant vaincu le mal, saura-t-elle fabriquer des génies, des ouvriers à six bras, des coureurs de Marathon, des Don Juan, des Vénus ? Saura-t-elle recréer l'âge d'or ?

Tout cela est un peu beaucoup, mais néanmoins M. Claude Blanchard nous semble sincère, car, en lisant l'article, il nous a paru traduire avec un enthousiasme, un peu trop outré et grandiloquent, les constatations qu'il a faites et les renseignements que des chirurgiens très qualifiés lui ont donnés dans un des meilleurs services chirurgicaux de la capitale.

***

L'article a un frontispice. Il était assez logique d'y faire tout d'abord allusion à l'étymologie de chirurgien qui en grec veut dire textuellement manœuvre. Aussi sont-ce les mains d'un de nos plus célèbres maîtres opérateurs qui sont représentées en tête de l'éloge de la chirurgie.

Ces mains sont fines et délicates ; elles n'ont pas l'aspect calleux et rugueux des mains d'un ouvrier manuel ; elles sont soignées ; on dirait plutôt les mains d'un prélat ; admettons qu'elles se rapprochent des mains d'un horloger ou d'un orfèvre par déférence pour l'étymologie.

Cette image photographique de mains chirurgicales, est suivie de celle d'une salle d'opération, remplie de spectateurs affublés de masques et de blouses ; la légende suivante explique les figures :

En haut : les mains de magicien du Professeur Gosset qui vont une fois de plus livrer un match épuisant contre le mal.

Au-dessous : des étudiants venus des quatre coins du monde pour assister à une opération particulièrement délicate qui ne durera pas moins de six heures.

Une opération de six heures de durée, pratiquée par le Professeur Gosset dont tout le monde connaît la dextérité et admire la maîtrise opératoire, c'est à faire frémir ! Pauvre malade ! Pauvre patient !

M. Cl. Blanchard décrit toujours avec le même enthousiasme le service du Professeur Gosset, ses aides, la table opératoire ; il fait l'éloge de tous en des termes tels qu'on peut affirmer qu'il n'a pas le souci d'effaroucher leur modestie.

Puis il énumère les progrès de la chirurgie bien connus de tous : asepsie, anesthésie, hémostase ; il consacre tout un chapitre au bistouri électrique, fait l'exposé sommaire du rôle des hormones et des glandes qui les sécrètent sur lesquelles s'étend l'action du chirurgien. Il parle plaisamment des greffes et, chemin faisant, fait allusion à la chirurgie esthétique, applaudissant dans les termes suivants aux succès de notre ami Dartigues. « Ce nouveau Praxitèle pour qui le marbre de Paros s'est animé, réussit dans cette branche curieuse de son art de véritables métamorphoses du visage et du corps ; entre ses doigts, l'être humain n'est plus qu'une ébauche grossière avec laquelle il refait « quelqu'un d'autre ».

Certes nous connaissons bien l'habileté de Dartigues et avons apprécié ici à leur mérite les beaux résultats qu'il a obtenus. Nous n'aurions pas néanmoins osé sérieusement lui dire en face, bien que connaissant à quel point il admire la culture grécoromaine, qu'il travaille comme Praxitèle, ni faire allusion à la fable de Pygmalion et

◆◆

de Galathée quand, avec une adresse peu commune, il restaure une poitrine qui s'effondre et raffermit des seins par trop chancelants.

Mais M. Claude Blanchard n'a pas terminé ; la fin de son article nous apprend que la chirurgie est dotée d'une dernière branche, la chirurgie acrobatique, et cette péroraison, terminant son panégyrique, nous a rappelé les vers des *Châtiments* de Victor Hugo :

Commencer par Homère et finir par Calot,
Epopée ! Epopée ! oh ! quel dernier chapitre.

D'ailleurs voici :

« A ce propos et pour finir cet article, comme les acrobates au music-hall, sur un tour qu'on croyait impossible, je veux noter un ultime prodige ; l'opération de Tredelenburg, célèbre dans les hôpitaux des cinq continents. Elle consiste quand on a pu prévoir la menace d'une embolie, à préparer tout le nécessaire, puis à attendre l'accident fatal pour intervenir. Au moment précis où le mourant franchit le grand pas, le chirurgien qui dispose exactement de 45 secondes pour atteindre l'endroit de la catastrophe et dégager la circulation, bondit sur ses instruments. Il existe sur terre trois individus qui doivent à cette acrobatie insensée le bonheur de vivre. Sans craindre d'être trop aimables, ils n'ont pas assez du restant de leurs jours pour tirer toute la journée leur chapeau à celui qui les a ainsi retenus par le col du veston au bord du gouffre. »

Après cela, il n'y a plus rien à ajouter au triomphe de la chirurgie et à la gloire des chirurgiens. Nous sommes bien loin de l'époque où Ambroise Paré disait : « *Je le pansay, Dieu le guarist* ».

J. Noir.

LES PRIVILÈGES DE LA COMMUNAUTÉ DES VILLE ET FAUBOURGS DE HONFLEUR AU XVII^e^ SIÈCLE

Notre très érudit correspondant, le Docteur Paul Noury (de Rouen), dont la sollicitude à notre égard est inépuisable, nous communique le document suivant qui mérite d'être publié, *car il intéresse* tout particulièrement l'histoire de la profession médicale :

Le 27 août 1838, François Guizot, dans un discours prononcé à la Société des Antiquaires de Normandie, disait :

« ... Partout vous verrez que là où sont un respect affectueux pour la mémoire des générations passées et une sollicitude pleine d'espoir pour le sort des générations futures, là sont aussi la moralité et l'activité, la règle et la force, la stabilité et le progrès, tandis que partout où manquent ces deux nobles mobiles, vous ne rencontrerez que désordre, fluctuation, stérilité et abaissement... »

Cette réflexion est plus que jamais appliquable à notre époque. Aussi notre confrère de Rouen a relevé pour nous dans la séance du 3 avril 1925 de la même Société des Antiquaires de Normandie, la communication du Dr Montion, de Caen, d'une quittance du Trésorier des revenus casuels, établie le 13 mai 1693 pour 200 livres reçues de la Communauté des Médecins des Ville et Fauxbourgs de Honfleur. Cette quittance fut établie « pour la finance de l'Office de Conseiller du Roy, Médecin Ordinaire de S. M. dans l'étendue desdits lieux, créé héréditaire par Edit du mois de février 1692, ordonne estre uny au corps des médecins d'icelle, par arrest du Conseil du 27 janvier 1693 pour jouïr par lesdits Médecins en commun dudit Office de Médecin Royal et en partager les droits et émolumens entr'eux ainsi qu'ils aviseront. Ce faisant assister chacun à leur tour alternativement d'année à autre, ou de deux ans en deux ans comme bon leur semblera, aux examens et réceptions, des Aspirans à l'Art de chirurgie, Sages-Femmes, et autres cas esquels la présence des médecins est nécessaire, mesme aux visites et rapports des blessez, tuez, noyez, mutilez, soubçonnez d'empoisonnement, mort violente, et autres cas ; examiner et enregistrer les titres des médecins qui s'établiront cy après dans lesdites Ville, Fauxbourgs et dépendances de Honfleur, présider aux assemblées desdits médecins, garder les Titres et Registres de l'Agrégation, et jouïr des mesmes droits et fonctions, dont jouïssent les Médecins appelez aux Rapports dans la Ville de Paris. Et outre ce, pour jouïr par celuy d'entr'eux qui sera nommé pour exercer ledit Office du titre et qualité de Conseiller Médecin Ordinaire de S. M. et de l'exemption de toutes Commissions de Syndic de Communauté, de Collecte des Tailles, et autres impositions de Tutelle, Curatelle, Sequestre, guet et garde et de tous logemens de Gens de guerre, François et Etrangers, pendant le temps qu'il exercera ledit Office conformément audit Edit et aux Arrests du Conseil des 16 février, 22 avril, 2 septembre, 25 novembre et 2 décembre dernier et dudit jour 27 janvier 1693, sans que lesdits Médecins soient tenus de prendre pour le présent ny pour l'avenir, aucunes Lettres de provisions, confirmation ny rectification. »

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA DIAPHYSE FÉMORALE CHEZ L'ENFANT

Par le Docteur P. Hardouin,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes

La fracture de la diaphyse fémorale chez l'enfant est fréquente, d'observation quotidienne disait Broca, et l'une de celles dont le traitement est le plus intéressant à bien connaître pour le praticien. Elle embarrasse parfois le médecin de campagne, ayant tendance à assimiler la fracture de cuisse de son petit malade à celle de l'adulte, essayant souvent sans succès d'appliquer un appareil d'extension, difficile ici à bien placer, et que la turbulence de l'enfant empêchera la plupart du temps de remplir utilement son rôle.

Je rappelle rapidement que la fracture du fémur chez l'enfant affecte deux types principaux :

1° *Fracture transversale*, en rave, d'Ombrédanne, assez rare, mais avec un déplacement souvent assez marqué rappelant tout à fait dans son ensemble la fracture de l'adulte, avec un fragment inférieur attiré en dedans et en haut par les adducteurs, et un fragment supérieur entraîné en dehors par les fessiers, d'où angulation antéro-externe en crosse d'autant plus importante que le siège de la lésion est plus élevé.

Elle est parfois de réduction difficile et elle a pu dans certains cas nécessiter une intervention chirurgicale ;

2° *Fracture oblique* ou même très oblique avec un certain degré de chevauchement, en général peu accusé dans les cas habituels. Les extrémités osseuses ont, en effet, peu de tendance à glisser bien loin l'une sur l'autre, maintenues le plus souvent par le périoste incomplètement déchiré et parfois aussi par les insertions musculaires qui s'attachent à la fois sur les deux fragments. Nous en avons cependant observé avec des déplacements notables.

La plupart des auteurs notent que dans l'ensemble, et quels que soient les procédés employés, les résultats éloignés des fractures du fémur chez l'enfant sont bons. Broca avait déjà montré que même avec une réduction insuffisante, le cal, au moins chez le jeune enfant, a une tendances pontanée à se redresser et à s'allonger pour redonner au fémur lésé une direction et une longueur normales. Toutefois, la suractivité des cartilages de conjugaison est insuffisante pour corriger un raccourcissement important et Ombrédanne même, déclare que les raccourcissements fracturaires dus au chevauchement, sont chez l'enfant définitifs. Simon, de Strasbourg, partage cette opinion.

Dans un article très intéressant, Marique (1), de Bruxelles, reprend la question et après étude de statistiques nombreuses de David et de Levander, il montre que, dans presque tous les cas, où le membre fracturé a subi un raccourcissement, le fémur a tendance par la suite, à récupérer peu à peu *sa longueur normale, en s'accroissant plus rapidement* que du côté sain.

Dans 62 observations de fractures de cuisse où, après traitement, il persistait un raccourcissement notable, on constatait dans les mois qui suivaient la reprise de la marche, un rétablissement de l'égalité des fémurs dans 38 cas, et dans les 24 cas restant, le raccourcissement s'était fortement atténué.

Enfin, quelques auteurs ont même rapporté des faits anormaux où il se produisait du côté blessé un hyperallongement de l'os, pouvant atteindre deux centimètres en excès par rapport au côté sain (Tavernier, Truesdelle).

En résumé donc, constatons avec Marique qu'une fracture du fémur chez l'enfant entraîne dans un très grand nombre de cas, une accélération de la croissance de l'os atteint, mais retenons cependant que cet accroissement compensateur est seulement de l'ordre de deux centimètres en moyenne, et qu'il ne saurait arriver à corriger des déplacements plus importants. Enfin, s'il s'agit là d'une règle générale, elle comporte cependant des exceptions et des observations publiées par Ombrédanne, Simon, Marique lui-même, montrent qu'il ne faut pas toujours compter sur cette amélioration spontanée. Or, il importe tout particulièrement chez le jeune enfant d'obtenir une réduction parfaite, les séquelles qui peuvent résulter chez lui du raccourcissement d'un membre inférieur étant beaucoup plus impor-

(1) Marique. — *Presse Médicale*, décembre 1931.

tantes que chez l'adulte. Chez ce dernier, en effet, une diminution de longueur de la cuisse atteignant même trois à quatre centimètres, ne laisse après elle qu'une infirmité légère pourvu que l'axe du fémur soit bien conservé.

Au contraire, chez l'enfant, un raccourcissement minime de un à deux centimètres surtout s'il existe une angulation même légère, est bien souvent responsable de lésions articulaires douloureuses de la hanche et de scolioses plus ou moins graves, sans compter chez les petites filles, des déformations du bassin pouvant avoir pour l'avenir des conséquences fâcheuses.

Les modes de traitement utilisés chez l'enfant pour soigner une fracture de cuisse sont très nombreux. Nous pouvons les classer en trois groupes :

1° Traitement par les appareils d'extension ;

2° Traitement sanglant : ostéosynthèses ;

3° Traitement par les appareils plâtrés.

1° Les appareils d'extension genre Hennequin ou Tillaux, excellents chez l'adulte, surtout le premier, ne sauraient être de mise ici que sur des enfants déjà grands de 12 à 13 ans par exemple. Ils sont d'ailleurs difficiles à appliquer, chez des sujets remuants qui déplacent constamment leur appareil, et rendent quasi impossible une bonne immobilisation et le maintien de la réduction.

Chez les plus petits, ce genre d'appareillage est absolument impraticable.

Depuis les travaux de Codovilla, Steinmann et surtout Kirchner, on a préconisé de pratiquer l'extension en prenant point d'appui directement sur l'os, au moyen d'un fil d'acier transfixant le fémur et sur lequel on peut facilement placer un appareil de traction. Ombrédanne en particulier, emploie cette technique. La traction se fait « au Zénith ». L'enfant est allongé sur le dos, la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin et la traction, par l'intermédiaire de la broche osseuse est dirigée directement en haut, grâce à une poulie placée au-dessus du lit dans laquelle passe une corde entraînée par un contre-poids.

Ce poids doit être suffisant pour soulever au-dessus du lit la fesse du côté blessé, ce qui permet de maintenir plus facilement l'enfant en état de propreté.

Cette méthode demande une très grande surveillance et malgré son aspect séduisant ne donne pas toujours des résultats parfaits. « David rapporte une série de 71 cas de fractures diaphysaires du fémur chez l'enfant, traités par l'extension « au Zénith »... « Sur 71 cas, 9 seulement sont guéris sans raccourcissement ; dans 62 cas, lors de la suppression de l'extension, existe un raccourcissement (un demi à deux centimètres dans 56 cas), allant jusqu'à 5 centimètres dans un cas » (Marique).

Ombrédanne lui-même signale que des accidents sérieux peuvent succéder à l'application chez l'enfant des broches de Kirchner : « Chez l'enfant, l'os est coupé sous la traction du fil, et les accidents peuvent être graves quand le fil pénètre dans l'articulation ».

Je pense donc que c'est là une méthode d'exception. Elle est en tout cas réservée à des organisations chirurgicales spécialement outillées et n'est pas du domaine de la pratique courante ;

2° *Le traitement chirurgical* : l'ostéosynthèse, quelle que soit la méthode utilisée doit être, particulièrement chez l'enfant, considérée comme un procédé exceptionnel. Elle sera réservée exclusivement à certaines fractures en rave, et malgré les beaux résultats publiés par Alglave, Ombrédanne, Bréchot, Sorrel, etc... il faut considérer l'ostéosynthèse comme très sérieuse chez l'enfant. Ombrédanne, en particulier, a montré que des fractures itératives se produisent fréquemment dans les cas où l'on abandonne à demeure, au contact de l'os, le matériel de contention : « Toutes les ostéosynthèses à matériel perdu, qu'il s'agisse de fils, de rubans de Parham et de plaques sont chez l'enfant désastreuses..... L'ostéosynthèse, procédé d'exception, doit être temporaire sous peine de catastrophe ».

3° Le véritable traitement de la fracture diaphysaire de cuisse chez l'enfant doit être, dans l'immense majorité des cas, après réduction parfaite, *la contension dans un appareil plâtré*. Appliqué avec une bonne technique, il donne des résultats excellents, sans dangers et a le grand avantage de pouvoir être appliqué en tous lieux, par tout praticien instruit et soigneux, habitué à la confection d'un plâtre.

Le procédé, dans un certain nombre de cas, chez les enfants déjà grands, de 10 à 12 ans, pourra être associé à l'extension continue.

Cette méthode de traitement de la fracture de cuisse chez l'enfant par l'appareil plâtré est à l'heure actuelle considérée comme la méthode de choix par de nombreux chirurgiens. J'estime qu'elle doit se généraliser.

Déjà Ducroquet, Rœderer, Lance, l'ont employée depuis longtemps avec succès.

Conwell déclare : les meilleurs résultats avant 11 ans sont donnés par le plâtre.

Van Helst conclut : « Depuis l'emploi de cette méthode, mes résultats sont constants et tellement parfaits que je n'ai plus éprouvé la moindre envie d'en changer ».

Plus récemment Yovtchitch (Belgrade) disait à la Société de Chirurgie de Paris (1934) : « J'ai complètement abandonné l'extension continue, et ne l'emploie plus aujourd'hui que chez le nourrisson (au Zénith). Par contre, j'applique à présent à toutes les fractures récentes du fémur la réduction orthopédique sous l'anesthésie générale, que j'immobilise ensuite dans un appareil pelvi-pédieux ; j'obtiens d'habitude de cette façon... sur un ensemble de 88 cas étudiés, des

résultats très satisfaisants, aussi bien au point de vue anatomique que fonctionnel ».

Pour ma part, je traite toujours ainsi mes petits malades avec des guérisons excellentes et j'ai encore à l'heure actuelle dans mon service, trois enfants de 13 mois, 2 ans et 6 ans, dont la réduction sous anesthésie générale, maintenue par appareil plâtré, apparaît encore cette fois radiologiquement parfaite.

La technique est simple. L'enfant est recouvert d'un jersey prenant toute la partie inférieure du tronc depuis l'ombilic et descendant le long du membre fracturé jusqu'au bout du pied.

On pratique l'anesthésie générale et l'on dispose le petit blessé sur un pelvi-support, en position parfaitement horizontale. Un aide maintient les épaules en contre-extension pendant que l'opérateur exerce une traction lente, prolongée et suffisamment forte pour réduire complètement la fracture, ce qui est généralement facile.

On applique alors, sans relâcher l'extension, un appareil plâtré analogue au modèle que l'on emploie habituellement pour un coxalgique, allant de l'ombilic jusqu'à l'extrémité des orteils.

Suivant le type de la fracture et la tendance au déplacement, on pourra pratiquer une légère abduction de la cuisse. Enfin, on veillera à ce que le pied soit bien à angle droit sur la jambe, et l'on maintiendra la traction jusqu'à complète dessication de l'appareil.

Bien entendu, seront prises ici toutes les précautions ordinaires dans l'application d'un plâtre circulaire, en évitant la compression du membre. En cas de besoin, il sera facile et souvent utile de pratiquer des ouvertures dans l'appareil, pour dégager quelque peu les régions qui paraîtraient trop serrées.

Chaque fois que la chose sera possible une radio de contrôle permettra de s'assurer de la complète réduction des fragments.

L'extension continue sous appareil plâtré. — Nous avons dit plus haut que l'extension continue, procédé de choix pour les fractures de l'adulte, était difficilement applicable chez l'enfant à cause de sa turbulence. Chez les grands enfants, cependant, elle peut être employée conjointement avec l'application d'un appareil plâtré, celui-ci ayant surtout pour but d'empêcher les mouvements intempestifs du blessé.

Cette méthode mixte a été fréquemment appliquée avec succès par Calot, Mayet, Massabuau, Sorel, etc...

Voici la technique opératoire bien décrite par Margulies dans sa thèse :

« L'extension continue est appliquée à peu de chose près, comme dans la méthode de Tillaux. Avec des bandelettes adhésives, on commence par établir des points d'appui pour la traction. Les plus élevés de ces points d'appui affleurent en haut le siège de la fracture, d'autres sur le tiers inférieur de la cuisse, sur les faces latérales du genou, tout autour du tiers supérieur de la jambe, d'autres circulairement au-dessus des malléoles. On réalisera ainsi un lacis adhésif sur toute la région du membre située au-dessous de la fracture. Deux bandelettes longitudinales collées le long des faces latérales du membre dépasseront le talon de quelques centimètres pour former un *étrier auquel* viendra se fixer la cordelette de traction. Par-dessus, on disposera une fine épaisseur de coton cardé puis deux épaisseurs de tarlatane molle, de façon à ce que le membre soit bien isolé, qu'aucune adhérence ne soit un obstacle à son glissement sous le plâtre, que l'on construit ensuite, sous l'anesthésie générale, l'enfant placé sur un pelvi-rapport, le corps bien horizontal (plâtre constitué d'une ceinture pelvienne et d'un cuissard), cependant que la réduction est réalisée et maintenue par une traction sur l'étrier qui dépasse le pied. Après dessication, on transporte le petit malade dans son lit ; d'emblée on établit une traction de 3 à 4 kgr. que l'on augmentera les jours suivants. »

En résumé, donc, pour le praticien, le traitement de la fracture de la diaphyse fémorale chez l'enfant, rentre dans le cadre des actes de pratique courante qu'il doit être en état de réaliser partout, dans les cas habituels.

L'appareil plâtré seul, appliqué avec soin dans les conditions que nous avons dites, permet d'obtenir des résultats excellents et sans dangers. C'est la méthode de choix chez les enfants au-dessous de 10 à 12 ans.

Pour les plus grands, la méthode de l'extension continue associée au plâtre permettra d'adjoindre le bénéfice de l'immobilisation aux avantages de la traction et assurera, avec surveillance attentive du blessé, un résultat anatomique et fonctionnel parfait.

LA DIÉTÉTIQUE DES GOUTTEUX

LES RAISONS DE SON IMPORTANCE POUR ÉVITER LA GOUTTE AIGUË

La goutte est, comme on le sait, une affection essentiellement polymorphe, en ce sens que ses localisations peuvent atteindre de multiples organes. Qui plus est, beaucoup de ses lésions ne sont pas spécifiquement goutteuses, et ne constituent qu'une résultante, à côté d'autres, qui relèvent directement de la goutte. Ces dernières comprennent le tophus, les localisations articulaires et péri-articulaires, alors que des atteintes, sans signature spécifique de la goutte, vont au rein, au foie, à l'appareil cardio-vasculaire, à l'appareil respiratoire, au système nerveux.

Il s'agit en somme d'un état diathésique, qui s'installe progressivement chez l'individu, et qui se développe sournoisement pour constituer au bout d'un certain temps la goutte chronique.

Au cours de cette période latente s'accumulent peu à peu des déchets organiques, résultant d'un trouble métabolique général ; il s'y ajoute parfois des toxines. Tant que les émonctoires fonctionnent bien, que les régulateurs métaboliques, le foie par exemple, restent en bon état ou tout au moins capables de suppléer par un effort passager à une situation anormale, tout est pour le moins mal. Mais survienne un jour quelque défaillance organique ou fonctionnelle, et voilà l'état de crise aiguë déclaré.

Comme facteurs favorisants, on cite : l'usage immodéré des boissons alcooliques, et celui même modéré de certaines d'entre-elles chez des sujets hypersensibles ; le froid ; la fatigue physique ; le surmenage moral ; le traumatisme ; la gymnastique ; la marche ; le simple effort musculaire ; et parfois aussi l'effort intellectuel (M.-P. Weil et Polack).

Bref sous l'influence de ces causes, la surcharge toxique déclenche une crise aiguë avec toutes ses conséquences. C'est l'accès de goutte, atteignant dans sa forme typique les articulations du gros orteil, ou d'une manière atypique une autre région du pied, du genou, du poignet, du coude, d'un doigt, avec des caractères fluxionnaires et œdémateux. C'est encore sa forme polyarticulaire, simulant une maladie de Bouillaud, ou un pseudo-rhumatisme infectieux. Ce sont aussi les formes phlébitique ou pseudo-phlegmoneuse, d'allure parfois impressionnante, etc.

D'emblée cet état de latence entrecoupé de périodes de crises, ces manifestations polymorphes, d'aspect spécifique ou non, amènent à penser que la goutte relève de quelque cause générale, mieux encore d'un phénomène d'instabilité humorale. De fait, le Professeur Loeper et le Professeur agrégé Lemaire n'ont-ils pas rappelé récemment que ce dernier était la première condition indispensable pour la réalisation des accès, à la condition qu'il s'accompagne d'une hypersensibilité du système neuro-végétatif, avec répercussion sur la perméabilité rénale, en même temps que sur la stabilité du sang : d'où son caractère spécial chez les goutteux.

Et ces mêmes auteurs de préciser, par l'énumérations suivante, les données susceptibles d'expliquer, avant tout, aussi bien la pathogénie de la goutte que celle de ses accès et les manifestations tissulaires qui en résultent :

Hyperuricémie par manque d'élimination ; instabilité sanguine avec tendance exagérée à la précipitation (maladie précipitante) sous l'influence de la cholestérinémie et de certains facteurs neuro-végétatifs ; participation des histiocytes et du tissu réticulo-endothélial, ou mieux interactions hémo-tissulaires.

Déjà Chauffard écrivait : « L'accès de goutte est une rupture d'équilibre colloïdal, se produisant chez des sujets en état d'équilibre humoral instable, à l'occasion de causes diverses ». Il faisait ainsi ressortir la notion capitale d'un état de prédisposition, nécessaire au développement de la goutte, d'un *terrain* « arthritique » peut-être.

Et d'autre part, des arguments cliniques, biologiques et expérimentaux n'ont-ils pas suggéré depuis longtemps un rapprochement entre les diverses manifestations de la goutte et de l'anaphylaxie. Billard, Linossier, Léri ont pu ainsi invoquer les similitudes, qui existent parfois entre l'accès de goutte et les crises, s'observant dans les cas où un processus anaphylactique est en cause ; ils ont même insisté sur la production de l'accès chez certains malades après l'ingestion d'aliments spécifiques. Mais, en l'état actuel de nos connaissances, rien ne permet encore de poser une conclusion ferme sur cette question.

Toujours est-il qu'un traitement général s'impose, variable avec chaque sujet, non seulement pour lutter contre la goutte chronique afin d'espacer la production des accès, mais encore contre la goutte latente pour éviter leur

apparition chez les prédisposés. Comme dit le Professeur Maurice Perrin, à propos du traitement de la goutte chronique : « Sa difficulté, l'incertitude des résultats incitent à porter avant tout ses efforts vers le *traitement préventif*, notamment chez les descendants de goutteux ».

Ici la diététique prend le pas sur le médicament.

***

Une diététique rationnelle

« La goutte est fille de la bonne chère et de l'oisiveté physique, disent les anciens. L'histoire montre que la podagre a sévi dans tous les pays, où la richesse et le luxe ont permis des repas riches en viande et en bons vins. Le fait est encore exact dans les temps modernes. Le remède consiste, comme l'écrivait Pétrarque, à être pauvre et à vivre pauvrement » (Guy-Laroche).

De même, « la podagre respecta les Athéniens, tant qu'ils restèrent fidèles aux doctrines de leurs philosophes, enseignant que la sobriété et les exercices physiques assurent les qualités du corps, comme l'éducation morale et la philosophie assurent les qualités de l'âme » (E. Chabrol).

Et pour affirmer l'influence favorable de la diététique sur la goutte, faut-il remarquer avec L. de Gennes, que les formes franches de l'accès de goutte paraissent moins fréquentes qu'autrefois, alors que les autres manifestations et la diathèse, dite arthritique, semblent se multiplier. « Peut-être la modification survenue dans le mode et la quantité de l'alimentation est-elle un facteur étiologique de ce changement ». Mathieu-Pierre Weil et Ch. Polak reconnaissent également que la diffusion des principes d'hygiène tend à rendre moins fréquentes les gouttes uriques et à tophi.

Si l'on aborde le détail de cette question de thérapeutique préventive, on doit reconnaître toutd'abord, avec les auteurs précédents, que, loin d'être la cause de la crise de goutte, le trouble urique n'est, sans doute, qu'une expression éventuelle, en rapport peut-être même moins avec la maladie qu'avec les *troubles hépatiques*, « sans lesquels, sans doute, celle-ci ne saurait survenir ». Le foie des goutteux est toujours augmenté de volume ; et ainsi, il se classe mieux dans les gros foies de surcharges que dans les foies lésionnels. Pour le Professeur Noël Fiessinger, le foie agirait ici en laissant passer dans la circulation des purines non métabolisées ; celles-ci seraient la cause déterminante de la phlegmatie goutteuse ; l'acide urique n'apparaîtrait que lentement *in situ*, et ne passerait dans la circulation que comme un « produit mort ». L'inconnu chimique de la goutte, c'est le métabolisme des purines et des xanthènes. Le foie joue certes un rôle dans la purinolyse ; mais il n'est pas le seul à remplir cette fonction ; l'organisme tout entier entre en jeu.

A ce dernier titre le rein est généralement normal au début, il n'est touché qu'à la fin, et les lésions rénales de la goutte semblent liées au terrain particulier, sur lequel se développent goutte, gravelle, obésité, diabète (P. Abrami) ; il en résulte notamment une insuffisance d'élimination de l'acide urique.

Enfin il faut également insister sur le facteur : excès d'apport alimentaire.

D'autre part, Ch. Finck a relevé que les variations de l'uricémie, comme d'ailleurs celles de la cholestérolémie, étaient subordonnées à celles de l'équilibre acide-base ; cependant les facteurs d'*acidose*, qui provoquent la précipitation tissulaire de l'acide urique, ne seraient pas les mêmes que ceux qui entraînent celle du cholestérol.

Pour instituer la diététique rationnelle du goutteux, nous devons aussi nous rappeler que « le goutteux chronique acquis est un *intoxiqué* de longue date *par surmenage digestif et déficience du foie* (Maurice Perrin).

Avant de formuler un régime, le diététicien n'oubliera pas que, chez son malade, peuvent exister à un stade plus ou moins précoce des défaillances fonctionnelles hépatique, pancréatique, intestinale, rénale, des déréglages des systèmes nerveux et endocriniens, des troubles de métabolisme lipo-lipidique, glucidique, etc., souvent associés au trouble basal du métabolisme azoté et urique, enfin des foyers d'infection et d'intoxication, qui réclament des soins particuliers.

En conseillant un régime et en donnant des règles d'hygiène à un goutteux, de même qu'en lui prescrivant des médicaments, on doit se représenter le malade comme une personnalité clinique, résultat complexe d'une hérédité donnée et d'acquisitions toxi-infectieuses multiples.

L'expérience, dit le Professeur agrégé Guy Laroche montre qu'il faut :

1° régulariser les fonctions digestives, gas-

triques et intestinales si souvent déréglées chez les goutteux ;

2° mettre au repos le foie surmené ;

3° stimuler tous les émonctoires : le foie, les reins, les poumons, la peau ;

4° régler et calmer le système nerveux végétatif, et régulariser le fonctionnement des glandes endocrines, dont le rôle, encore obscur, n'est cependant pas douteux.

Quelles que soient les théories, il est un fait qui ressort de l'expérience clinique et des analyses biochimiques : c'est que le régime carné est préjudiciable aux goutteux, et que le régime végétarien leur est favorable. Cette constatation doit servir de directive aux prescriptions diététiques, ce qui n'empêche pas de supprimer à ces malades les aliments trop richess en purines et en oxalates.

On interdira également les boissons alcooliques. Il sera logique de prescrire en échange les eaux minérales alcalines ; ce qui offrira le double avantage de faire absorber des alcalins, solubilisants de l'acide urique, et celui de régulariser les fonctions digestives. La Reine de Vals semble particulièrement indiquée en tant qu'eau minérale alcaline faible : bicarbonatée sodique, carbo-gazeuse, elle est de plus très agréable à à boire de saveur fraîche, en raison de la grande quantité d'acide carbonique, qu'elle maintient en solution.

Le régime sera modifié d'ailleurs plus ou moins en cas de goutte compliquée de troubles hépatiques ou gastro-intestinaux, de diabète, d'obésité, d'une affection rénale, s'il s'agit d'un goutteux oxalurique ou présentant une forte hypercholestérolémie.

Pour mettre au repos un foie surmené, pour agir sur l'équilibre acido-basique d'un diabétique, on pourra recourir aux petites doses régulières de sulfate de soude ; et, s'il suffit d'obtenir des résultats moins accentués, il faudra se rappeler que les eaux minérales alcalines faibles ou moyennes produisent les plus heureux effets sur l'alcalinisation de l'organisme comme sur la fonction hépatique ; parmi elles, la Reine de Vals permettra d'ailleurs en même temps d'augmenter la diurèse, et d'opérer un véritable lavage du filtré rénal. Les eaux alcalines fortes seraient moins efficaces contre la congestion des gros foies, appelés par le Prof. N. Fiessinger foies de surcharge.

L'hygiène de la peau devra également être l'objet de soins attentifs et constants. Elle ne se limitera pas aux frictions et au port de la flanelle. La balnéation tiède, sous toutes ses formes, les bains de vapeur, thermo-résineux, etc., permettront à la peau d'éliminer des poisons que des reins, souvent insuffisants, ne peuvent pas toujours excréter.

Les mêmes principes d'hygiène alimentaire doivent s'appliquer aux enfants issus de race goutteuse, afin de corriger, le plus tôt possible, la tare héréditaire.

Pour être complets, disons enfin que l'hygiène générale des goutteux adultes, et des enfants de goutteux est aussi importante que leur régime alimentaire.

Parmi les moyens, qui sont en notre possession pour lutter contre la diathèse, il faut placer en tête les exercices physiques, avec respiration méthodique. Leur nécessité n'est pas douteuse, surtout pour les habitants des villes, dont l'activité physique très réduite ne compense plus une activité cérébrale excessive, et ne règle plus d'une façon harmonieuse le développement et le fonctionnement du corps humain. Chez les goutteux trop atteints pour bénéficier des exercices actifs, la gymnastique passive, avec ou sans appareils, sera utilisée pour dérouiller les jointures, empêcher les ankyloses et l'atrophie des muscles.

D[r] George.

■ ■ ■

LE ROLE DES ENDOCRINES DANS LE SOMMEIL

Par le Docteur BAYARD

On a souvent cherché quelles étaient les causes qui produisaient le sommeil où l'insomnie. Or il s'agit d'une fonction aussi nécessaire, aussi indispensable « que le manger et le boire ». Rendez-moi mon somme et reprenez vos cent écus » écrivait le fabuliste.

Plus que jamais, nous avons besoin de repos et de sommeil surtout dans la période de névrose et de déséquilibre nerveux dans laquelle nous vivons, et nous obtenons rarement cette bienfaisante détente qui nous permet de nous éveiller de bonne humeur et bien dispos.

Nous sommes d'autant plus sujets à l'insomnie, que nous avons été plus spasmés, plus trépidants, que notre système nerveux a vibré d'une façon anormale, que nous avons subi plus de chocs émotionnels, plus de préoccupations, plus de chagrins, qui auront sensibilisé notre émotivité, et notre impressionnabilité.

Bien plus, et à notre insu, nous sommes victimes de chocs, de décharges électriques, d'ondes électro-magnétiques, nous subissons des radiations solaires, terrestres, cosmiques, météorologiques, qui troublent notre repos et notre sommeil en fonction de la sensibilité de chacun.

Sous l'influence de notre système nerveux, en surtension, une contracture musculaire, une circulation plus intense, une sensibilité périphérique viennent augmenter le désarroi.

C'est alors que nos glandes endocrines réagissent, parce que leur mécanisme régulateur est bouleversé et qu'on observe des troubles de la régulation thermique, des décharges adrénaliniques, des modifications du pH sanguin et urinaire, de la glycémie, de la chlorémie, des corps aminés, de la fonction antitoxique et de la réserve alcaline, pour ne signaler que les plus connus.

Ces troubles sont essentiellement d'ordre neuro-végétatif et endocrinien.

Nous savons que pendant la nuit (et ceci se traduit par des modifications très appréciables du pH), le sympathique fonctionne au ralenti, tandis que le parasympathique retrouve son activité : les glandes sont au repos, le cœur aussi et la température est la plus basse.

Certains sujets qui font de la nuit le jour, perturbent leur fonction sommeil du fait de leur travail ou de leur plaisir.

Or, il y a des lois, des rythmes cosmiques, qui influent sur la santé, sur le sommeil, sur la vie, et qui correspondent à des échanges vitaux.

Elles finissent par créer des cas pathologiques, ou tout au moins un déséquilibre de la santé générale, parce que ces lois du repos nocturne de la terre ont une action sur le comportement des hommes, des bêtes et des plantes, et qu'on ne peut les violer impunément. Elles sont là une des causes physiologiques du sommeil.

Il faut suivre les lois de la Nature, avec l'activité diurne et solaire, avec l'inactivité nocturne et lunaire. C'est pourquoi les populations nordiques mènent pendant plusieurs mois de l'année une vie ralentie, où le sommeil tient une très grande place comme chez les animaux hibernants.

Nous avons dit plus haut : en fonction de la sensibilité de chacun, nous devons ajouter aussi en fonction de l'auto-intoxication alimentaire.

Nous n'avons pas à insister sur ce dernier point. Chacun sait que les suralimentés, les obèses, les pléthoriques, les constipés dorment souvent mal, et qu'après un bon repas arrosé de vins généreux, il est difficile de trouver le sommeil. Au contraire avec un repas frugal, légumes et fruits, par exemple, l'élimination des toxines alimentaires est aussi complète que possible.

Mais nous devons surtout insister sur le fonctionnement endocrinien et particulièrement de la thyroïde et de la surrénale.

Il y a des sujets qui sont des ralentis, des somnolents et qui ont besoin de sommeil ; d'autres au contraire, qui sont actifs, agités, jamais fatigués, et qui dorment peu, ce sont des faits établis depuis bien longtemps.

Or la fonction sommeil est sous la dépendance de nos endocrines (bien que le centre se trouve dans l'encéphale) et cette action a été démontrée par l'expérimentation, par la clinique et par le traitement opothérapique.

Rappelons en quelques lignes, que l'ablation de la thyroïde chez un animal le plonge dans un sommeil profond, alors que la thyroïde à doses élevées provoque l'insomnie.

On sait aussi que la suppression expérimentale de la thyroïde et des parathyroïdes amène une auto-intoxication, mortelle.

L'hypophyse joue un rôle important quoique moindre, particulièrement chez les obèses et les ralentis de la nutrition : il en est de même du foie et du pancréas.

Dans l'insuffisance ovarienne, surtout au moment de la ménopause, l'insomnie est fréquente ; les hormones ovariennes associées ou non ramènent le sommeil en favorisant l'équilibre neuro-glandulaire.

Mais c'est surtout la cortico-surrénale qui semble jouer le rôle le plus important, parce que l'on peut à volonté produire expérimentalement le sommeil ou l'insomnie.

La somnolence est un trouble caractéristique de l'insuffisance surrénale et inversement on provoque l'insomnie avec de fortes doses de glande (1 gr. 50 a 2 gr. par exemple).

L'ablation totale d'une capsule surrénale n'entraîne pas la mort parce qu'il se produit une hypertrophie compensatrice, de l'autre glande ou des glandes accessoires, mais l'ablation des deux organes amène la mort rapide par auto-intoxication avec asthénie, vomissements, diarrhée et collapsus. (Maladie d'Addison expérimentale).

Chose intéressante, l'ablation de la médullaire et par conséquent de la fonction adrénalinique seule, ne produit que peu de troubles, tandis que la suppression du cortex à cause du glutathion, de la cortine et de la cystéine modifiant considérablement la fonction soufrée entraîne des phénomènes toxiques, d'insuffisance cortico-surrénale et la mort.

Enfin la fonction sommeil est modifiée par la plus ou moins grande quantité de réserve calcium, qui doit être considérée comme un régulateur. Elle est améliorée par l'apport du Ca et les ions minéraux ont une grande importance dans le tonus neuro-endocrino-sympathique *puisque, si l'on prive un animal* de Ca, son potentiel de résistance tombe au minimum, qu'il se produit une avitaminose, puis une hypnotoxine qui entraînera la mort. Et comme nous l'avons dit dans un précédent article (1) cette hypnotoxine se produit avec les mêmes phénomènes par la privation absolue de sommeil.

Kraus et Zondek ont même avancé cette hypothèse que les ions Ca et K auraient une action identique à l'apport de l'adrénaline ou de l'acétylcholine dans l'organisme bien que leur constitution chimique soit complètement différente.

Il semble qu'il n'y ait là qu'un simple phénomène de comparaison sans identification.

La cellule est la base anatomique et physiologique de toute la vie ; cette vie se manifeste par des échanges continuels, par un double, courant de forces centripètes et centrifuges, par un apport nutritif, et par une élimination.

Elle a un potentiel de charge électro-chimique, qu'elle soit musculaire, nerveuse ou globule sanguin, et ne vit que grâce à l'équilibre d'osmose cellulaire.

Cette modification, cette métamerisation cellulaire se produit dans notre organisme des milliers de fois, par jour, par heure. Puis elle finit par s'user et mourir.

Sans conclure, on peut supposer que le sommeil se produit dans des conditions d'équilibre neuro-endocrinien, qu'il est provoqué par un équilibre du système sympathique et parasympathique, par un ralentissement de toutes les fonctions végétatives, de la respiration, de la circulation, de la digestion, des sécrétions glandulaires, que la cellule ne recevant plus d'excitation sympathique et vagale supprime ou diminue au maximum sa fonction hormonale et qu'ayant, de plus, reçu une charge suffisante en ions chimiques pendant la veille, elle reste en veilleuse, à l'état de vie ralentie.

En présence d'un insomniaque, d'un perturbé du sommeil, pensez au dysfonctionnement endocrinien et à son retentissement vago-sympathique.

Dans la grande majorité des cas, avec un traitement judicieux et éclectique, vous obtiendrez un sommeil physiologique naturel.

Conseillez en outre à vos sujets de se coucher de bonne heure, et à heure régulière surtout en hiver, de manger peu le soir, de faire une affusion tiède ou de prendre un bain aussi près que possible du coucher, et de dormir la fenêtre entr'ouverte.

(1) *Concours Médical*, 6 janvier 1935.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Quelques notions nouvelles dans la lutte contre la stérilité conjugale

D'après les travaux du Docteur DEVRAIGNE (1) et ceux du Docteur TURPAULT (2)

TROP SOUVENT ON SE CONTENTE D'EN RECHERCHER LES CAUSES GÉNITALES CHEZ LA FEMME

« Quand une femme vient consulter pour stérilité, le plus souvent après un interrogatoire très rapide, limité aux fonctions menstruelles, ou même sans interrogatoire, le médecin se contente de pratiquer un *examen uniquement génital.* Si rien d'anormal n'est constaté au niveau de l'utérus ou des annexes, ce qui est assez fréquent, la femme est adressée à un gynécologue ; celui-ci a trop souvent tendance depuis quelques années à faire en premier lieu un examen des trompes par insufflation ou par injection au lipiodol ; cette méthode, qui a rendu de très grands services, comporte cependant quelques risques ; elle ne doit être utilisée à notre avis qu'après avoir fait un examen clinique complet ». Ainsi s'exprime le Docteur Turpault ; nous y ajouterons : après un examen gynécologique et clinique complet.

Envisageons tout d'abord l'examen gynécologique. C'est avec raison que le Dr Devraigne insiste sur les affections du col utérin. L'exocervicite exige un prélèvement, suivi d'examen bactériologique, puis d'un traitement par des auto-vaccins, ou par l' « atomisage du col », véritable fumigation avec des antiseptiques variés. Quant à l'endocervicite, il faut reconnaître les bienfaits d'une diathermo-coagulation, judicieusement appliquée ; dans le service de consultation spécialisée à la Maternité de Lariboisière, le Docteur J.-E. Marcel a pratiqué jusqu'à présent plus de 1.200 coagulations du canal cervical dans les endocervicites, avec son instrumentation particulière. Toutes ces coagulations ne sont jamais suivies d'atrésie, quand elles sont bien faites : toutes les malades qui, ayant été coagulées, ont accouché, n'ont jamais présenté jusqu'alors de dystocie. Cependant, il est certains cas d'endocervicites sévères, où il est utile d'allier à la diathermo-coagulation une ou deux applications de caustique de Filhos.

L'émanothérapie sera employée le plus souvent chez les algiques, en lavements appliqués par les malades elles-mêmes, en pulvérisations dans certaines vaginites, et en injections au niveau des releveurs dans le vaginisme.

Les vaginites, le vaginisme, les algies pelviennes sont heureusement influencées par la diathermie chauffante (à distinguer de la diathermie excitatrice des endocrines) ; il en est ainsi également pour les annexites refroidies, avec ou sans adhérences, qu'il faut toujours rechercher.

Les rayons infra-rouges, qu'assez souvent les malades appliquent chez elles (après location d'un émetteur) sont réservés aux salpingites subaiguës, apyrétiques, d'abord avant la diathermie, puis en même temps qu'elle.

Les rayons ultra-violets employés dans certaines salpingites tuberculeuses, ou simplement dans certains hydro-salpinx soupçonnés bacillaires, sont d'ailleurs également utilisés comme toniques chez les génitales à mauvais état général.

Alors seulement se pose la question de la perméabilité des trompes. Avant tout il semble bien difficile d'admettre que des trompes, qui laissent écouler le sang menstruel, ne puissent pas admettre à leur tour l'ascension des spermatozoïdes. D'autre part, le temps n'est plus, où l'on se contentait de faire des dilatations variées et pénibles aux laminaires, aux bougies d'Hégar ; celles-ci étaient susceptibles de conduire à des désastres (poussées de salpingite ou de pelvi-péritonite), lorsqu'elles étaient faites par des praticiens non qualifiés.

Mieux vaut, mais avec toutes les garanties nécessaires, faire une utéro-salpingographie au lipiodol, et spécialement avec l'appareil de Seguy, dont le mécanisme de fermeture du col a toujours donné toute satisfaction. Cette exploration doit être pratiquée cinq à six jours après les règles ; six jours plus tard, on fait une radio de contrôle.

Ce n'est qu'après cet examen au lipiodol, qu'on entreprendra les interventions chirurgicales, jugées nécessaires. Le Docteur Devraigne a été surpris de la fréquence des hydrosalpinx chroniques révélés par le lipiodol, et qui n'avaient pas été perçus au toucher, combiné au palper : ceux-ci ont atteints la proportion de 20 %, sur plus de 800 hystéro-salpingographies. De nombreuses interventions plastiques sur les trompes, faites dans les meilleures conditions avec un bistouri électrique, n'ont donné que des insuccès en cas d'ovaires inclus dans un hydrosalpinx ancien.

(1) Dr DEVRAIGNE. — Dix années de consultation contre la stérilité conjugale à la maternité de Lariboisière. (*Bruxelles-Médical*, 20 septembre 1936.)

(2) M. TURPAULT. — Sur quelques causes peu connues ou trop oubliées de stérilité. (*Soc. française de gynécologie*, avril-mai 1936.)

Il n'en est pas de même des fixations d'utérus rétroversés ou rétrofléchis, qui permettent de libérer des adhérences des trompes, coudées en arrière de l'utérus et non malades, et qui ont donné des succès ; on doit noter le grand nombre de ce vice de position de l'utérus, observé chez les femmes stériles, alors que souvent, chez d'autres, il ne gêne pas la fécondation.

Il ne faut cependant pas méconnaitre l'origine extra-génitale de la stérilité

Et, en effet, pour ne citer qu'un exemple à l'appui de cette proposition : après injection tubaire de lipiodol, on compte seulement 10 % de grossesses ; autrement dit, il advient que, malgré l'existence de trompes perméables, la femme ne puisse devenir enceinte. C'est là une des preuves qu'il existe des causes extra-génitales de sa stérilité.

Parmi elles, on cite d'abord les *infections et les intoxications*. Il faut ici faire une place importante *à la syphilis* acquise, et surtout héréditaire. Il est classique d'y penser quand une malade a fait plusieurs avortements successifs, mais on oublie trop souvent d'en rechercher les signes cliniques et sérologiques, quand ils ne s'imposent pas du premier coup ; et cependant le traitement antisyphilitique peut guérir une stérilité, qui avait résisté jusque-là à de multiples traitements. Voici à cet égard une observation suivante du Dr Turpault :

Jeune femme de 24 ans, consultant pour stérilité, a subi sans résultat depuis trois ans, des traitements endocriniens, des dilatations du col, une insufflation tubaire, une cure à Luxeuil. Mariée depuis 4 ans 1/2. Toujours bien portante. Aucun trouble génital. 1 m. 70 et 68 kilogs. Elle paraît très bien constituée. L'attention est attirée par une dent d'Hutchinson et un père mort à 48 ans d'angine de poitrine. Un Wasserman est légèrement positif. Après un traitement Bismuth et Arsenic de 3 mois, elle devient enceinte ; le traitement est continué pendant la grossesse ; accouchement d'un enfant mâle bien constitué.

D'autres fois, on a noté des signes plus évidents de syphilis, et cependant passés inaperçus, puisque ces malades avaient toutes subi des traitements variés pour leur stérilité, et cela sans résultat. Dans l'ensemble, le traitement antisyphilitique institué *uniquement* pour stérilité, a donné à M. Turpault cinq grossesses sur quinze femmes présentant des signes cliniques ou sérologiques de syphilis, et venues consulter uniquement, parce qu'elles désiraient être mères.

De la syphilis, il faut rapprocher une autre maladie à protozoaires, le paludisme, comme cause de stérilité. On doit signaler également les oreillons, la diphtérie, et l'abus des coktails : deux sœurs, toutes deux atteintes de stérilité secondaire à la suite d'alcoolisme mondain, ont retrouvé la possibilité d'être mères, quatre mois après avoir cessé leurs funestes habitudes.

Le mauvais fonctionnement d'organes, autres que l'appareil génital, peut empêcher la grossesse de se produire.

Le *foie* paraît jouer ici un rôle très important ; car, sa fonction est importante dans le métabolisme général, en particulier dans le métabolisme des graisses et des stérols de la série aromatique, dont on connaît la filiation avec la folliculine, la lutéine, l'hormone mâle, et peut-être avec la vitamine E, cette dernière étant en rapports étroits avec le cholestérol. Suivant les cas, on peut ordonner du sulfate de magnésie, des peptones, du calomel, de l'uroformine et aussi parfois des extraits hépatiques. On obtient ainsi souvent des grossesses, dans des cas où tous les autres traitements avaient échoué.

Le *rein* n'est pas moins important ; le dosage dans le sang de l'urée et surtout des polypeptides paraît aussi nécessaire que celui de la cholestérine. L'extrait d'artichaut, les diurétiques joints à un régime ont permis d'obtenir la grossesse chez des femmes, dont le fonctionnement rénal, quoique peu touché, était cependant la cause de la stérilité.

Enfin, il ne faut pas oublier que les *acides animés et les vitamines*, spécialement la vitamine E peuvent avoir un rôle important pour favoriser la grossesse.

Les acides aminés (glycocolle, histidine, tryptophane) jouent un rôle capital dans la nutrition des cellules, et spécialement dans celle de l'ovule. Il n'est donc pas surprenant que la grossesse se produise moins facilement chez les femmes, qui éliminent en trop grande quantité leurs acides aminés, comme on peut s'en rendre compte en dosant dans l'urine la créatinine (dérivé du glycocolle). Au point de vue clinique, l'attention est attirée chez ces femmes, par leur maigreur, ou plus exactement par leur minceur, car leurs muscles sont petits, diminués.

Quant aux vitamines, à la vitamine E surtout, elles ont une action très nette sur la nutrition, sur la croissance, la reminéralisation, sur la résistance de l'organisme vis-à-vis des infections. La suppression de cette vitamine E chez les animaux empêche la reproduction ; chez les femmes, les vitamines auraient à plusieurs reprises favorisé la grossesse.

En utilisant le *magnésium*, on pourrait dans un certain nombre de cas, à l'exemple de la médecine vétérinaire, lutter contre la stérilité. Le Docteur Turpault en a réservé l'usage aux femmes chez qui l'examen (général et génital)

était négatif, et qui présentaient un tempérament lymphatique ou arthritique. Sur quatre femmes traitées uniquement par le magnésium, cet auteur a obtenu la grossesse chez d'eux d'entre elles, dont l'une avait subi sans succès l'examen au lipiodol, un an auparavant.

On ne doit pas négliger non plus les données nouvelles de l'endocrinologie, ni le moment favorable créé par les glaires alcalines translucides du col

Car les troubles dans le *métabolisme du calcium* peuvent être une cause de stérilité. Ou bien il s'agit de femmes présentant des signes de décalcification avec calcémie normale ou presque ; ou bien, sans signes nets de décalcification, le taux du calcium dans le sang est inférieur à la normale, et souvent alors, on observe des troubles du tonus neuro-musculaire.

Dans le premier cas, s'il y a *décalcification*, il faut donner du calcium (chlorure associé au lactate de strontium) à la dose de 4 à 5 gr. par jour *per os* ou en piqûres pendant un mois au minimum. On peut y ajouter des rayons ultra-violets sur les téguments, ou d'autres fixateurs du calcium tels que l'ergostérine irradiée.

Dans le second cas, s'il y a *hypocalcémie*, on s'adresse surtout à la parathyroïde à la dose de 20 unités par jour en piqûres, chaque fois que la calcémie tombe au-dessous de 0 gr. 09 ; c'est, en effet, la parathyroïde qui maintient à son taux normal le calcium sanguin. Le plus souvent il sera utile d'y ajouter du calcium pour éviter d'épuiser les réserves calciques tissulaires.

Voici à cet égard, les résultats, tels que les rapporte M. Turpault : « Dans cinq cas de stérilité, le seul traitement employé a été fait pour supprimer les troubles du métabolisme du calcium. J'ai obtenu la grossesse chez deux femmes n'ayant jamais eu d'enfants. Dans l'un de ces cas, où il y avait des signes de décalcification et une calcémie à 0gr. 085, j'ai employé le calcium et l'ergostérine irradiée ; et dans l'autre, où il y avait des troubles du tonus neuro-musculaire et une calcémie à 0 gr. 074, j'ai utilisé le calcium et la parathyroïde. La première de ces femmes avait été traitée sans résultat par les extraits de glandes endocrines, et la seconde avait subi deux dilatations du col sans résultat gravidique ».

On sait cependant que l'ovaire a une influence dans le métabolisme calcique et les deux cas ci-dessus montrent le rôle que peut jouer le métabolisme calcique ramené à la normale, pour favoriser l'apparition de la grossesse.

Quant au *pancréas*, glande endocrine, il est plus fréquemment en cause qu'on ne le croit. La grossesse n'est pas fréquente dans les cas d'hyperglycémie, ni en cas d'oligoménorrhée, ou même d'aménorrhée, quand la femme est maigre sans raison apparente on doit penser au pancréas. (En cas d'insuffisance ovarienne, il y a toujours augmentation de poids.)

Cependant, il n'est pas toujours facile de découvrir quelle est la glande endocrine responsable d'une stérilité. En dehors des méthodes habituelles, on peut recourir à l'électro-diagnostic de Ferrier, en comparant les résultats fournis par les dosages d'hormones et le curetage limité, biopsique, de la muqueuse utérine. Ce curetage, pratiqué pendant la période précédant immédiatement les règles chez neuf femmes, ne présentant pas de troubles pouvant expliquer leur stérilité, a permis trois fois de reconnaître que l'utérus n'avait pas subi la transformation produite par la lutéine : la muqueuse utérine était restée au stade de modifications d'origine folliculinique. Le Docteur Turpault pensant, ou que l'utérus réagissait mal à la lutéine, ou bien qu'il n'y en avait pas assez, est arrivé à injecter de fortes doses de ce corps, et il a obtenu une grossesse. Dans les deux autres cas, attribuant le trouble à l'hypophyse, il a injecté des extraits de cette glande, ayant l'idée de provoquer plus sûrement par ce moyen *l'éclatement du follicule* et la formation consécutive d'un corps jaune normal : sur ces deux cas, il a permis par ce dernier moyen une seule grossesse, mais c'est là un résultat très intéressant.

M. T. est persuadé que lorsqu'on veut agir sur l'ovaire, ce n'est pas la folliculine qu'il faut injecter, mais l'hormone antéhypophysaire. Si, au contraire, on veut influencer l'utérus, c'est à la folliculine qu'il faut recourir, mais à fortes doses (30 à 50 milligrammes de benzoate de dihydrofolliculine) ; dans certains cas la folliculine existe, mais en quantité insuffisante, témoin l'observation suivante, où le traitement a développé l'utérus, les seins, permis une grossesse et transformé l'aspect morphologique.

« Femme mariée, 21 ans, jamais réglée. Type thoracique. Grasse (57 kgr. pour 1 m. 53). Poils pubiens et axillaires peu fournis faisant penser à une insuffisance thyroïdienne, mais intelligence vive. Seins petits, noyés dans la graisse. Utérus de la grosseur de celui d'une enfant d'une douzaine d'années. J'ai fait six mois de traitement avec 30 milligrammes de benzoate de dihychofolliculine qui ont amené les règles, puis cinq mois après avec 10 milligrammes par mois auxquels j'ai ajouté du corps jaune, j'ai obtenu un utérus presque normal puis une grossesse (actuellement de six mois) » (M. Turpault).

Le Docteur Devraigne conseille l'emploi de la *diathermie excitatrice* (et non chauffante), à petites doses, comme traitement endocrinien : hypophysaire, mammaire, ovarien, ou thyroïdien.

Encore faut-il, au préalable, déterminer quelle est la glande déficiente, au moyen de l'électrodiagramme de Dausset et Ferrier. Cette méthode est basée sur le temps de réduction, au spectromètre, des deux raies de l'oxyhémoglobine dans le sang, au niveau de la circulation d'un espace interdigital, après excitation diathermique de chaque région glandulaire (1.)

Nous en arrivons au rôle des *glaires alcalines translucides du col.*

M. Seguy et Mlle Vimeux ont pu mettre en évidence une *perméabilité physiologique et temporaire du col utérin,* caractérisée par la présence d'une sécrétion glaireuse, claire, translucide, qui dure quelques jours seulement. Les glaires attirent littéralement les spermatozoïdes, qui le rendent vers l'utérus « en files impeccables ». Chez une femme, bien portante et même bien réglée, l'absence de glaires translucides est à coup sûr facteur de stérilité. D'après M. Turpault, ces glaires indiqueraient que l'utérus réagit bien à la folliculine, laquelle, quand on l'injecte, en cas d'insuffisance, est capable de provoquer leur sécrétion. Mais, pour que celles-ci agissent favorablement sur la fécondation, il faut au préalable une ovulation. Si cette ovulation coïncide avec les glaires, ce qui est fréquent, on conseillera le coït à cette époque, et on aura des chances d'obtenir la grossesse désirée.

Disons enfin que, dans la stérilité, on oublie trop souvent de rechercher le *pH du vagin,* au moment présumé de l'ovulation ; ce facteur est important pour la vitalité des spermatozoïdes

L'examen du conjoint s'impose en fin de compte

Le sperme étant tout d'abord considéré comme normal, il convient d'étudier, en cas de stérilité, la résistance de ses spermatozoïdes dans le milieu vaginal, et d'établir avec soin dans quel pH les spermatozoïdes du mari gardent le plus longtemps des mouvements d'amplitude normale. Il faut tâcher d'obtenir que le pH vaginal soit un plus acide que le pH, qui se révèlera optimum pour le sperme du mari, de façon à favoriser l'ascension du spermatozoïde vers le col qui, à l'état normal, possède ou se rapproche de ce pH optimum.

Quand il est nécessaire d'*augmenter l'acidité* vaginale, des injections faites avec de l'acide lactique ou mieux avec du glycogène, permettent aux bacilles lactiques de se développer et de produire l'acide lactique. Mais on peut encore injecter de la folliculine dans les muscles, ce qui favorise le dépôt de glycogène dans les cellules du tractus génital et de là, facilite la production d'acide lactique.

Si, au contraire, on désire *diminuer l'acidité* du vagin, on fait prendre des injections alcalines (bicarbonate de soude), ou encore de l'insuline, qui permettent parfois de brûler les réserves de glycogène existant dans les muqueuses génitales ; — par ce moyen les bacilles lactiques ont de la difficulté pour se développer et pour fabriquer de l'acide lactique. M. Turpault possède trois observations de grossesse chez des femmes, atteintes de stérilité primaire depuis plus de trois ans, où le seul traitement employé a été la correction du pH vaginal par les moyens ci-dessus

Cependant, on doit aussi penser que le sperme peut être déficient. Un examen complet, et plus spécialement local s'impose donc quant à l'urètre, à la prostate, aux vésicules, suivi d'urétroscopie, et complété de tous les examens de laboratoire : examen direct des sécrétions, des filaments et des urines, spermoculture, *gonoréaction,* et depuis peu intra-dermo-réaction aux polysaccharides gonococciques de Grimberg et Muttermilch. Les traitements réactionnels seront effectués.

Le Docteur Devraigne estime qu'il y a 12 %. d'azoospermies, 4 % d'oligospermies avec conservation de qualité, 14 % de déficience de qualité, donc 30 % d'insuffisance maritale.

« Mais, pour ces pauvres maris, les progrès de l'opothérapie, la découverte récente de l'hormone mâle peuvent encore nous laisser l'espoir d'améliorer leur sort. De même pour les femmes si nombreuses qui ont des troubles d'*insuffisance glandulaire,* nous devons nous efforcer d'en trouver la vraie cause, hérédo-syphilis larvée, souvent, passé pathologique, ou bien de dépister quelle est la glande ou les glandes déficientes dans ce concert harmonique des sécrétions internes, où toutes collaborent, de façon à faire l'opothérapie utile, soit par des extraits glandulaires, soit par la diathermie excitatrice, appuyée sur l'électrodiagramme de Dausset et Ferrier. Tous ces moyens semblent bien nous ouvrir de grands espoirs. »

G. Fischer.

(1) Voir l'exposé de cette méthode dans le prochain numéro du *Concours Médical.*

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La myocardie alcoolique ; le facteur névrite dans les myocardies

Le Professeur LANGERON fait remarquer qu'on observe assez fréquemment, chez des hommes d'âge moyen principalement, des signes d'insuffisance cardiaque souvent grave et progressive, pour l'explication de laquelle il n'existe, ni dans les antécédents, ni dans le tableau clinique, de cause évidente. A l'autopsie, on est surpris de ne rien trouver, dans les vaisseaux, dans les reins, dans les poumons, qui rend compte de cette évolution sévère ; l'examen histologique lui-même du cœur ne montre, la plupart du temps, rien d'anormal. Mais en fouillant les antécédents de tels malades, on arrive a découvrir facilement l'existence d'habitudes éthyliques plus ou moins anciennes et régulières ; celles-ci se traduisent volontiers par les signes digestifs, hépatiques ou nerveux de l'intoxication correspondante. La répétition de tels cas donne à penser qu'il existe un rapport entre cet éthylisme chronique, d'une part, et l'insuffisance cardiaque, d'autre part ; l'absence de lésions, même histologiques, du cœur conduit à expliquer cette insuffisance plus par une « myocardie » que par une « myocardite ».

Pour l'auteur, l'intoxication alcoolique chronique, à elle seule ou associée à d'autres causes dont surtout l'hypertension, a semblé responsable de beaucoup d'asystolies et de gros cœurs.

Le pronostic peut être variable, mais toujours mauvais ; la myocardie avérée ne rétrocède guère et se montre rebelle à toute thérapeutique ; la myocardie soupçonnée s'invétère à peu près fatalement parce que le malade, le plus souvent, ne consent pas à se plier aux règles hygiéniques qu'on prétend lui imposer, il n'en comprend pas la nécessité ou n'a pas le courage de les accepter et, après une phase d'amélioration passagère, retombe dans son intoxication qui le conduit, plus ou moins tôt, à l'asystolie confirmée et irréductible.

Les signes cliniques de gravité sont ici les mêmes qu'ailleurs, galop, œdèmes, souffles d'insuffisance, alternance, etc. ; notons l'absence fréquente jusqu'au bout d'albuminurie, avec un fonctionnement rénal peu touché et l'absence, aussi fréquente, d'altérations de l'électro-cardiogramme.

La possibilité d'amélioration tient, en définitive, à la précocité du diagnostic et à la suppression totale et définitive de tout alcool ; mais, ce cœur atteint une première fois, reste extrêmement sensible à toute rechute ultérieure, comme à toute autre cause de surmenage cardiaque. C'est une très mauvaise chose, pour un cardiaque, que d'être alcoolique. (*Journ. de méd. et de chirurg. pratique*, 2 5 mai 1936.)

Hygiène du pyorrhéique

Le dentifrice : poudre, pâte ou savon peut à la rigueur être accepté par les bouches, dont les gencives sont saines ; mais il est à rejeter pour le pyorrhéique.

L'hygiène de la bouche comprend deux temps : 1° l'entretien de l'état général ; 2° l'entretien de l'état local. Ce dernier nécessite une grande patience et une volonté soutenue sous peine de récidive ; il consiste essentiellement dans un brossage au moyen d'une brosse très dure.

Quant au produit à employer, il ne faut pas oublier que les savons contiennent de la potasse *nuisible aux tissus buccaux et que, d'autre part*, les poudres et pâtes renferment des produits pulvérulents, insolubles, qui s'introduisent dans les culs-de-sac pyorrhéiques et forment des noyaux sollicitant les sels calcaires. Ces derniers vont à l'encontre du but poursuivi, puisqu'ils empêchent les gencives d'adhérer davantage aux dents. Au point de vue antiseptique, les poudres et pâtes semblent n'avoir aucune action sur les dents ni sur la brosse.

Aussi le Docteur WILCKEN avait-il pris depuis longtemps l'habitude de conseiller à ses pyorrhéiques, en même temps que l'eau oxygénée ou le néol, l'emploi du bicarbonate de soude, dont la solubilité et l'alcalinité, neutralisant l'acidité buccale, paraît remplir, tout au moins en partie, les conditions exigées. Son usage cependant est quelque peu nauséeux, et donne une sensation de cuisson de la muqueuse.

Récemment le même auteur a utilisé un composé nouveau (néolodent), qui remplit toutes les conditions précédemment énumérées. Présenté en comprimés, il est réellement antiseptique sans nuire à la cellule ; contenant du chloral, du peroxyde de magnésie, du mercuro-chrome, très diffusible, il exerce une action spécifique sur le staphylocoque, le streptocoque et le colibacille ; ainsi la brosse ne garde aucune odeur de putréfaction. Autre avantage, les soies de celle-ci ne s'amollissent pas, mais au contraire deviennent plus dures. (*Le Progrès Médical*, 5 septembre 1936.)

Les doctrines de la contagion et de l'hérédité de la tuberculose

Le Docteur Ch. Lestocquoy résumant la question, met en présence deux théories :

Pour la majorité des phtisiologues, la tuberculose est une maladie contractée dans l'enfance, mais les manifestations n'en sont le plus habituellement évidentes qu'à l'âge adulte, lors d'un réveil de l'infection occasionné par une débilitation de l'organisme. Ainsi, la contamination infantile donnerait parfois naissance à une tuberculose aiguë pneumonique, mortelle par généralisation granulique ; beaucoup plus souvent la primo-infection ne déterminerait que des lésions de faible volume, cliniquement latentes ou bien subaiguës, qui entreraient rapidement en sommeil et resteraient inactives, non éteintes, pendant de longues années. Ces lésions primaires resteraient le point de départ de migrations bacillaires susceptibles d'entraîner à l'âge adulte le réveil, à distance, de la tuberculose pulmonaire chronique.

Pour les tenants de la doctrine de l'hérédité et A. Lumière en particulier, la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte serait radicalement différente de la tuberculose aiguë de l'enfant et sans aucun rapport avec elle. La tuberculose aiguë du petit enfant serait une maladie contagieuse mortelle méritant d'être isolée dans un cadre nosologique défini. Elle serait responsable de 2 à3.000 *décès d'enfants par an* en France, mais là se borneraient ses méfaits. La tuberculose pulmonaire de l'adolescent ou de l'adulte, toujours chronique, serait une maladie héréditaire, traduisant le réveil d'une infection transplacentaire par virus filtrant ; elle ne s'observerait que chez les descendants de parents tuberculeux, elle ne se rencontrerait jamais chez des jeunes gens issus de famille saine. Elle serait responsable, au minimum, de 65.000 décès déclarés annuellement en France.

L'auteur base son travail sur des investigations anatomiques d'une part et d'autre part, sur les résultats acquis au cours de trente années de fonctionnement de l'Œuvre Grancher, dans laquelle les enfants nés de parents tuberculeux grandissent, se développent, se marient et font souche d'enfants sains, dans les mêmes conditions et avec les mêmes résultats que les enfants nés de famille saine, qu'ils vivent à la ville ou qu'ils restent à la campagne. On peut retenir, dit-il, que la tuberculose du petit enfant est, dans l'immense majorité des cas, la conséquence de la [illegible]tagion familiale et dans quelques cas d'une [illegible]gion extra-familiale (nourrice, infirmière, [illegible]me, jardinière d'enfants, etc.). La tuber[illegible] [illegible]rand enfant et de l'adulte, dans l'im[illegible]ité des cas, n'est pas la conséquence [illegible]ation de date récente. Elle sur[illegible] [illegible]de la fatigue physique ou morale, du surmenage, des privations, de la misère, mais aucun de ces facteurs seconds ne suffit à la déterminer. On trouve, d'autre part, dans 60 % des cas, des antécédents familiaux tuberculeux contagieux, dans 10 % à 30 % des cas des contacts extra-familiaux avec un tuberculeux dans l'enfance. On ne peut pas, avec les seules données de l'enquête étiologique, aller plus avant et établir un lien précis soit entre la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte et la contamination de l'enfant, soit entre la tuberculose de l'adulte et l'infection transplacentaire du fœtus que M. A. Lumière considère comme cause première.

En résumé, l'auteur croit impossible d'admettre que la tuberculose aiguë du nourrisson est fondamentalement différente de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte ; l'une et l'autre sont faites des mêmes éléments, sous l'action d'un seul et même agent, le bacille de Koch. La filiation entre les deux grands types de tuberculose aiguë et chronique n'est pas encore établie d'une manière suffisante par l'expérimentation et par l'anatomie pathologique, mais les défenseurs de la doctrine de l'hérédité ne peuvent pas davantage établir une filiation anatomique et expérimentale entre les lésions de l'adulte tuberculeux et les lésions développées chez le fœtus pendant la vie intra-utérine.

En attendant les conclusions définitives et seules absolument démonstratives de l'expérimentation chez le singe, on peut affirmer qu'il existe des cas de contagion dûment constatés chez le grand enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte, ayant abouti à la tuberculose pulmonaire chronique, en dehors de toute possibilité d'hérédité tuberculeuse. On n'a pas, au contraire, la certitude qu'il existe réellement des cas de tuberculose notoirement héréditaire ou congénitale c'est-à-dire qu'on ne connaît pas de sujets, nés de parents tuberculeux, séparés d'eux depuis la naissance et cependant devenus tuberculeux en l'absence certaine de toute cause de contamination.

Il est commode de citer comme des cas démonstratifs des familles de tuberculeux osseux ou ganglionnaires dont les enfants sont devenus tuberculeux. Mais il faudrait produire la preuve que les parents n'étaient pas des cracheurs occasionnels de bacilles. Bref, la lutte contre la tuberculose doit : 1° préserver pardessus tout les enfants de la contamination ; 2° renforcer la résistance générale des enfants, des adolescents et des adultes par tous les moyens sociaux préconisés à l'heure actuelle. Il convient de rendre hommage au sens social éclairé de M. A. Lumière qui, dans sa lutte contre la notion de contagion a surtout cherché à mettre en valeur l'importance du terrain (jusqu'ici trop négligée) et des mesures générales d'hygiène sociale capables d'améliorer ce terrain. (*La Médecine*, mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lutte contre la contamination intérieure dans les hôpitaux d'enfants

(M. Robert DEBRÉ ; 13-10-1936).

Le fait d'entrer à l'hôpital constituait autrefois pour un enfant une menace de contracter une maladie infectieuse venant s'ajouter à la maladie ayant nécessité son admission. Aujourd'hui, cette menace s'est beaucoup atténuée grâce à l'aménagement et à la discipline des hôpitaux modernes d'enfants. On ne saurait dire cependant que le problème des contaminations hospitalières soit résolu et l'année dernière encore il était mis à l'ordre du jour de l'Association internationale de pédiatrie préventive. Malgré les mesures prises, les boxes individuels, la désinfection des locaux, le port des blouses, l'emploi des masques, le lavage des mains, les dispositifs appliqués aux visites des parents, il faut reconnaître que la contagion pénètre encore quelquefois dans les services d'enfants. M. Jules Renault, par exemple, a vu, dans son service si bien aménagé de l'hôpital Saint-Louis, que le box individuel n'empêchait point la propagation de la rougeole qui, de toutes les maladies contagieuses infantiles, diffuse le plus vite.

On ne saurait espérer, dans les salles d'un hôpital d'enfants, empêcher toujours l'entrée des malades contagieux. On ne saurait même isoler absolument dans leurs boxes individuels, les petits hospitalisés, des nécessités diverses (examens spéciaux, traitements non applicables dans un lit) obligeant à déplacer les petits malades. Partant de là, M. Robert Debré a imaginé d'associer aux mesures d'isolement et de prévention habituelles une autre méthode complémentaire, dont il confie l'exécution à un assistant spécial.

Le rôle de cet assistant spécial est, tout d'abord, de dépister et de repérer tous les cas de contagion. Pour cela, il visite chaque matin les entrants et note sur leur feuille d'admission les maladies contagieuses contre lesquelles ils sont immunisés (par une atteinte antérieure, une vaccination) et celles vis-à-vis desquelles ils sont réceptifs. Il se renseigne en outre sur les enfants suspects, ceux qui n'ont fait qu'un séjour éphémère dans la salle, ceux qui ont été évacués sur le service des douteux, où il va se renseigner quant au diagnostic porté. Il tient ainsi un état des éléments contagionnants qui ont pénétré les salles, et son attention étant éveillée sur les infections à prévoir, il peut en surveiller le début éventuel.

L'assistant pratique, d'autre part, les réactions de Schick et de Dick soit systématiquement, soit dans certains cas seulement. De même, pour le dépistage de la coqueluche par la culture du bacille de Bordet-Gengou, pour l'identification du bacille de la diphtérie isolé de la gorge des sujets considérés comme porteurs de germes.

Une autre partie des fonctions dont cet assistant spécialisé a la charge est l'immunisation des sujets réceptifs, exposés à la contagion : injection supplémentaire d'anatoxine diphtérique, injections de sérums de convalescents (rougeole, coqueluche, scarlatine, oreillons). L'assistant pourra enfin utilement se tenir en relation avec les médecins praticiens, les médecins inspecteurs des Ecoles, les directrices d'écoles maternelles.

M. Debré conclut qu'il faudrait envisager dans les divers hôpitaux d'enfants, la création d'un tel service spécial de lutte contre la contagion hospitalière. Cette création serait peu coûteuse et économiserait d'ailleurs, des journées d'hôpital, en raison des affections ainsi évitées.

Insuffisance rénale dans la scarlatine

(MM. SLATINEANU, BALTEANU, SIBI, FRANCHE, WEITH, BRITESCU et CANTACUZÈNE ; 21-4-1936)

Etablissant, d'abord, la distinction entre la néphrite et l'insuffisance rénale, les auteurs ont étudié cette dernière chez 50 scarlatineux.

5 % seulement n'ont présenté aucun signe d'insuffisance rénale. En général, 60 % des cas environ offraient des indices d'insuffisance rénale, en particulier une mauvaise élimination de la phénol-sulfonephtaléine. Chez certains, ces troubles n'apparaissaient qu'au moment de la convalescence.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Septicémie à staphylocoques. Action heureuse de l'anatoxine staphylococcique

(M. MIRALLIÉ, de Nantes.— Rapport de M. CAPETTE ; 1-7-1936.)

Chez un malade atteint de septico-pyohémie à staphylocoques, après essai de différentes thérapeutiques, M. Mirallié, au 35e jour de la maladie, alors que l'état du patient restait toujours grave, s'est adressé à l'anatoxine staphylococcique de l'Institut Pasteur. Trois injections ont été faites à cinq jours de distance. L'amélioration fut bientôt suivie d'une évolution vers la convalescence.

M. Capette, étant donné toutefois les multiples traitements employés d'abord, pense qu'il y a là une difficulté dans l'interprétation du rôle de l'anatoxine staphylococcique.

P. L.

Société médicale des hopitaux de Paris

A propos du traitement des syndromes post-encéphalitiques par la « cure bulgare »

(MM. M. Coste et M. Devèze ; 15-5-36)

Les auteurs n'y ont associé ni pilules de racine de belladone, ni poudre de charbon. Ils ont utilisé une racine de belladone recueillie en France. Ils n'ont pas de renseignements sur l'âge de cette racine, ni sur la nature du sol où elle a été récoltée. Leurs essais ne portent que sur neuf cas. Dans tous, l'efficacité du traitement est des plus nettes. L'amélioration apparaît peu de jours après le début du traitement. Elle est d'abord accusée par le malade qui constate l'atténuation de sa raideur. Cette amélioration s'affirme vite à l'entourage du malade. Les symptômes améliorés sont d'abord la salivation, et aussi l'hypertonie, qui est très rapidement atténuée. Les muscles de la face et les muscles masticateurs sont les premiers assouplis. La mimique devient expressive et les mouvements de mastication et de déglutition, si lents chez beaucoup de parkinsoniens, deviennent normaux. L'hypertonie des membres s'atténue dans un laps de temps un peu plus long.

Le tremblement est le symptôme le moins amélioré. Il est certain qu'il s'atténue, notamment le tremblement des muscles de la houppe du menton. Les auteurs n'ont jamais constaté la disparition complète du tremblement.

La quantité de drogue employée est variable. Il semble qu'on peut la fixer aux environs de six cuillères à café, c'est-à-dire 30 grammes de macération de racine de belladone à 5 % répartis dans la journée. Cette dose ne doit être atteinte que très progressivement.

Des doses plus élevées provoquent à la longue des accidents, d'ailleurs bénins, d'intolérance, caractérisés par des crises de vomissements durant quarante-huit heures. Ces accidents d'intolérance cèdent à quelques jours d'abstention thérapeutique. La médication est en général bien supportée aux doses habituelles. Ce traitement n'est malheureusement que palliatif.

Enfin il est utile de signaler que si la racine de belladone recueillie en France n'a peut-être pas une activité égale à celle des belladones recueillies en Italie et en Bulgarie, elle est cependant capable de soulager avec innocuité et très nettement la plupart des symptômes des syndromes post-encéphaliques.

La maladie hémolytique familiale. Etude de vingt-cinq cas personnels.

(MM. R. Debré, M. Lamy, G. Sée et Mme St. Schrameck ; 15-5-36)

Les auteurs préfèrent à la dénomination d'ictère hémolytique congénital celle, plus compréhensible, de maladie hémolytique. Cette étude, poursuivie dans neuf familles différentes, a montré que bien souvent la maladie se présente sous des traits assez différents de ceux des descriptions devenues classiques. C'est ainsi que la jaunisse n'est pas constante. L'anémie, quoique plus fréquente, ne l'est pas non plus.

Une splénomégalie d'une importance variable représente le signe clinique le plus constant ; les auteurs l'ont retrouvée dans tous les cas. Ces constatations illustrent le polymorphisme d'une maladie qui se révèle tantôt par une anémie splénique, tantôt par un ictère chronique, tantôt enfin par une splénomégalie isolée. Les cas frustes, seulement reconnus lors d'une enquête familiale systématique, grâce à la présence d'une splénomégalie de volume modéré, sont certainement fréquents.

En conclusion, il est nécessaire d'apporter des retouches au tableau de la maladie, tel qu'il a été brossé dans des descriptions devenues classiques. C'est ainsi qu'il faut souligner la fréquence des formes frustes révélées seulement par une splénomégalie isolée et l'inconstance de certains stigmates hématologiques, telle la diminution de résistance des hématies vis-à-vis des solutions hypotoniques. L'évolution de la maladie est assez souvent coupée d'épisodes paroxystiques, dont les crises aiguës de déglobulisation sont les plus redoutables. Ces épisodes si particuliers sont fréquemment l'occasion de lourdes erreurs de diagnostic. La maladie peut se compliquer d'un certain nombre d'accidents non signalés jusqu'ici : insuffisance cardiaque, infiltrations cornéennes, troubles du développement. La présence de malformations congénitales associées n'est pas exceptionnelle. La maladie hémolytique rentre dans le groupe des maladies familiales ; la tare morbide se transmet, selon les lois de Mendel, comme un caractère dominant et n'a aucun lien avec la syphilis. Il n'existe aucune thérapeutique efficace en dehors de la splénectomie.

A propos des troubles cardiaques de la maladie de Friedreich

(MM. Ch. Laubry et R. Heim de Balsac ; 8-5-36)

Un document anatomo-pathologique montre, à la suite d'injections mercurielles dans les coronaires, chez un sujet porteur d'une atteinte électrocardiographique évidente, une intégrité coronarienne particulièrement nette. Il est évidemment impossible de conclure sur l'examen d'une seule pièce ; mais cette étude anatomo-radiologique permet aux auteurs de penser que les troubles myoardiques, et en particulier électrocardiographiques, présentés par leurs malades, ne sont pas en rapport avec une coronarite.

G, F.

Les Congrès

XXII^e SESSION D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Assises nationales du 5 juillet 1936, à l'Hôtel-Dieu de Paris,

sous la présidence de M. Auguste PETTIT, Professeur à l'Institut Pasteur

La Poliomyélite aiguë (Diagnostic et traitement précoce)

Le sujet de la XXII[e] session d'assises concernait la POLIOMYÉLITE AIGUE (dépistage et traitement précoce). Présidées par le Prof. Pettit (de l'Institut Pasteur), les Assises départementales et nationales n'ont pu tirer de conclusions fermes en ce qui concerne le mode de contagion, la prophylaxie et la valeur *pratique* du sérum équin comparé au sérum humain. Le sujet fut loin d'être épuisé La belle figure d'A. NETTER n'était plus parmi nous. Evoquons ici la mémoire de ce Maître qui se passionna toute sa vie pour l'étude de la paralysie infantile.

Conclusions des assises départementales

La poliomyélite apparaît habituellement sporadique, avec alternatives de réveil et de trêve ; elle frappe dans la moitié des cas les enfants au-dessous de sept ans, garçons plus que filles, et pour une grande part, avant trois ans.

Il y a des années plus meurtrières telles que 1930 pour l'Alsace (précédée en 1929 d'un foyer vosgien), suivie d'éclosions de voisinage dans le Doubs, la Haute-Saône, jusqu'au Nord et même jusqu'à la Sarthe qui fut assez éprouvée.

Habituellement, les foyers épidémiques sont caractérisés par des « bouquets locaux », bouquets champêtres plus souvent que citadins. A la ville, les relations des cas s'estompent, alors qu'à la campagne le médecin n'ignore aucun cas avéré. Aussi ces assises furent particulièrement fécondes par le faisceau d'observations épidémiologiques de village ; elles ont permis de grouper les cas à provenance de foyers connus, de montrer l'existence de transmissions familiales, l'absence de contagion hospitalière, de diffusion dans l'armée et même la rareté de diffusion dans l'école. Par contre l'attention est attirée sur l'observation des cas ruraux et la possibilité du rôle des souillures animales — relations impossibles à identifier à la ville.

LE DIAGNOSTIC n'est pratiquement pas posé avant la période paralytique. Au préalable, la présomption s'appuie sur : *a) La douleur* myalgique et l'hyperesthésie cutanée ;

b) Les signes préparalytiques (diminution des réflexes, impotence cervicale (tête balante), signe de Deshayes d'Orléans ;

c) La réaction méningée aiguë, positive mais non spécifique, conférant intérêt à la ponction lombaire précoce.

THÉRAPEUTIQUE. — Ces assises montrent l'usage très répandu de la sérothérapie et la vigilance du médecin pour se procurer du sérum. Des observations apportées dans différentes provinces, il ressort que, dans les campagnes les plus reculées, des malades ont pu être traités le jour même, aussitôt que dans les grands centres. De tels exemples sont à l'honneur du corps médical et des services que ses artisans, jusqu'aux plus modestes, rendent à la Santé publique..... *bien au delà de l'âge fixé dans un projet de loi en cours et qui obligerait les malades à se priver de l'expérience professionnelle irremplaçable, si longue à acquérir.*

Nos sections du Nord, Pas-de-Calais, Meuse, Eure-et-Loir, Isère, Charente-Inférieure, Dordogne, Corrèze Lot, Pyrénées-Orientales, Hérault, Gard, Var, Alpes Maritimes sont favorables au sérum de Pettit.

L'utilisation du sérum humain s'est répandue progressivement depuis les travaux de Netter et Levaditi et l'organisation des centres de sérum de convalescents — Strasbourg, Toulouse, Clermont-Ferrand, Marseille, Bordeaux — ont enregistré des succès grâce à des animateurs, qui par leurs initiatives, pallient à la pénurie des ressources et aux difficultés de livraison. Les assises de Seine-et-Oise, Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Lot-et-Garonne se sont montrées favorables au sérum de convalescents. Pratiquement, ainsi que le formule l'Hérault, on donne la préférence au sérum qu'on peut se procurer au plus tôt et, dans le même but, on a recours au sang total de parents ou de vieillards (Charente-Inférieure, Bouches-du-Rhône).

On préconise l'adjonction de la radiothérapie initiale à la sérothérapie dans l'Eure, le Nord, la Loire-Inférieure, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, Lot, Corrèze, Loir-et-Cher, Isère et il y a unanimité pour considérer la thermothérapie (bain, air chaud) comme ayant une action sédative sur les douleurs et favorable à la régression des paralysies.

PROPHYLAXIE. — En l'absence de données suffisamment positives sur le mode de transmission de la maladie, la prophylaxie de la poliomyélite relève des mesures d'hygiène générale. La déclaration des cas constatés est une des mieux faites spontanément. Il est éminemment souhaitable qu'en liaison avec les services administratifs et les laboratoires de recherches, notamment l'Institut Pasteur, les enquêtes épidémiologiques soient multipliées, spécialement dans les campagnes où elles sont plus faciles et plus fécondes, afin de permettre d'élucider les modes d'éclosion et de contagion dont la connaissance assurera une prophylaxie efficace.

M. le Prof. CARNOT. — Je mets aux voix l'attribution du XIII[e] prix Debat au Docteur PONTHIEU, de Marseille (cette proposition est adoptée par acclamations). Je ne puis, sans une émotion que vous partagez tous, ne pas évoquer la grande figure de Netter, tombé à cette place, à nos dernières Assises. C'est lui qui devait présider ces Assises sur la poliomyélite, sujet qui lui était si cher et auquel il avait consacré une grande part de son activité féconde.

M. Auguste PETTIT, président des Assises nationales. — Merci du fond du cœur pour votre cordiale et féconde collaboration, grâce à laquelle a été établie l'efficacité du sérum antipoliomyélitique d'origine animale (S.P.A.)

M. H. GODLEWSKI. — M. Auguste Pettit disposa d'un seul singe pour les expériences qui devaient le conduire à la préparation du sérum de la poliomyélite. Flexner y avait échoué avec un matériel autrement important. Lorsqu'il fallut inoculer un cheval, M. Auguste Pettit disposa, après bien des démarches d'un malheureux poney que lui *prêta* M. Roux, auquel M. Pettit exprima une chaleureuse reconnaissance. Voilà comment en France on procède, dans le silence du laboratoire, avec les moyens les plus réduits, aux découvertes dont bénéficie l'humanité.

La clinique

M. DALARD, de Perpignan. — La poliomyélite est une affection très rare dans les Pyrénées-Orientales, si bien que la plupart de nos confrères, en quinze ou vingt ans d'exercice, et même davantage, n'en ont pas observé un seul cas, et que d'autres n'ont apporté à nos Assises qu'une vingtaine d'observations seulement, relevées pendant la même période.

M. DUHAMEL, d'Agen. — Le nombre des poliomyélites connues pour les dix dernières années en Lot-et-Garonne est de quarante. La notion de contagion a été mise en évidence une seule fois et pour deux cas seulement, ces deux malades habitant les fermes voisines.

M. L. MARRE, d'Orléans. — Le traitement et la prophylaxie ne peuvent être réellement efficaces qui si un diagnostic extrêmement précoce permet une thérapeutique précoce également. Les résultats en sont du reste inconstants et difficiles à juger.

M. Paul DURAND, de Courville. — Il m'a semblé que l'hyperesthésie cutanée et surtout musculaire, à plus forte raison quand elle était localisée, devait attirer l'attention ; j'en ai cité des exemples frappants.

En ce qui concerne la contagion, il y aurait peut-être à tenir compte, en fait de poliomyélite, d'une affection qui pourrait ête commune à l'homme et aux animaux.

M. DELUEN, de Saint-Brieuc. — A nos Assises, ce sont les cas à début fruste qui dominent de beaucoup.

M. MAUGER, de Versailles. — Notre thérapeutique, à dater de 1925, a consisté dans le trépied suivant : sérothérapie par le sérum Pettit, radiothérapie précoce, puis diathermie, suivant les indications de Bordier.

J'insiste en terminant, sur la nécessité d'approvisionnements régionaux en sérum antipoliomyélitique, et sur l'urgence de la création de centres régionaux de physiothérapie.

M. SCHMID, de Strasbourg. — A Strasbourg règne l'opinion unanime que lors d'une épidémie de poliomyélite, tout le monde est atteint par le virus au bout de peu de semaines, comme en témoigne la présence d'anticorps dans le sang.

M. J. RENAULT. — Il est important de rechercher s'il y a des animaux qui hébergent le virus filtrant de la poliomyélite. A l'heure actuelle, il n'y a pas de faits positifs.

M. LŒWENBERG, de Strasbourg. — Dans une maison où il y avait, cinq ans auparavant, en 1930, pendant l'épidémie, un cas de poliomyélite, un nouveau cas est survenu cinq ans après, frappant un enfant qui n'était pas encore au monde au moment de l'épidémie de 1930.

J'attribue ce cas à une longue survie du virus.

M. L. LAPLANE, de Marseille. — Pourquoi certains enfants font-ils des formes inapparentes, légères ou non nerveuses et d'autres des formes si graves. C'est la question du terrain qui se pose là comme ailleurs.

G. DE LAMOUREYRE, de Sallaumines. — La poliomyélite est rare dans la région minière du Pas-de-Calais.

Le dépistage

M. LECAT, de Billy-Montigny. — On vient de dire : si dans les quatre premiers jours vous faites la ponction lombaire dans de bonnes conditions, vous devez établir le diagnostic au moyen de cette ponction. Je voudrais savoir quel est le critérium de cette ponction lombaire ?

M. SCHMID, de Strasbourg. — D'après Rohmer, il existe au début de la poliomyélite une réaction méningée fugace de quatre jours qui se manifeste par une hyperalbuminose et une hyperleucocytose ; elle fait place ensuite à une lymphocytose. Les signes du liquide céphalo-rachidien ne permettent pas de poser le diagnostic, mais l'allure et l'évolution. Un seul examen ne suffit pas pour le diagnostic: il faut l'évolution.

M. Pettit, président. — Une méthode de diagnostic au lit du malade serait bien précieuse, c'est dans cette voie que nous devons travailler.

J'avais essayé expérimentalement la chronaxie, sans résultat pratique. Les troubles sont identifiés bien longtemps après la paralysie.

M. AMSLER, d'Angers. — Il n'y a pas de parallélisme entre les formules du liquide céphalo-rachidien et la gravité des cas considérés.

M. LŒWENBERG, de Strasbourg. — J'ai observé un cas de paralysie faciale suivi de poliomyélite qui n'a pas présenté de réaction méningée.

M. J. COMBY, de Paris. — La ponction lombaire, associée à l'examen clinique, permet d'éliminer la méningite tuberculeuse et les autres méningites à lymphocytes (syphilitiques, ourliennes, etc.) et après cette élimination relativement facile, on pensera aux formes méningées de la poliomyélite et on parviendra à un diagnostic, sinon de certitude absolue, du moins de très grande probabilité ; et c'est alors que la sérothérapie (sérum de convalescents de A. Netter, sérum de Pettit) aura quelque chance de succès. Diagnostic précoce implique sérothérapie précoce et le médecin aura fait son devoir.

Le sérum de Pettit

M. Henri GODLEWSKI, secrétaire général. — Nous avons reçu la documentation suivante du Professeur Casassa, de Turin : « Je crois pouvoir affirmer que le sérum Pettit (S. A. P.) est doué d'un pouvoir curatif incontestable. Il bloque le progrès poliomyélitique, peut guérir les paralysies et diminue sensiblement la gravité des séquelles. Il doit être employé massivement, préférablement par voie intrarachidienne, le plus tôt possible, et c'est bien si on peut l'administrer dans les premiers dix jours de maladie ».

MM. H. GRENET et L. LANGLOIS. — De l'étude de 14 cas de poliomyélite antérieure aiguë, il ressort que la sérothérapie présente une action manifeste sur l'évolution de la maladie, mais son efficacité est liée à la précocité du traitement.

M. René GAULTIER, de Paris. — Je conclurais dans le traitement de la poliomyélite, faire d'emblée aussi précocement que possible le traitement par de fortes doses de sérum de Pettit.

Le sérum de convalescent

M. LŒWENBERG, de Strasbourg. — J'ai créé le centre du sérum de convalescents de Strasbourg, en collaboration avec le Professeur Borrel en 1930. Le sérum de convalescent de poliomyélite distribué au cours des années par ce centre, se répartit ainsi :

en 1931	1.000 c. c.
en 1932	5.000 c. c.
en 1933	5.090 c. c.
en 1934	8.927 c. c.
en 1935	5.840 c. c.

Nous avons adressé du sérum de convalescent de poliomyélite à quarante-sept départements surtout en Gironde pendant l'épidémie qui y sévissait en 1934-35 et dans le département de la Seine. 61 % des départements français ont profité de notre organisation (57 % pour la poliomyélite) de même de l'étranger on nous a demandé du sérum.

Le mode d'appel particulièrement recommandable nous paraît l'appel téléphonique ou par télégramme en y indiquant :

1° Le nombre de malades à traiter ;

2° Leur âge ;

3° S'il s'agit d'un traitement préventif ou curatif. L'expédition du sérum a été souvent faite par avion, de sorte que le sérum de convalescent demandé le matin par téléphone ou télégraphe a pu être appliqué l'après-midi, surtout dans la région parisienne. On est même venu prendre du sérum par avion particulier.

Nous constatons une fois de plus que le traitement est d'autant plus efficace qu'il est précoce.

M. G. Blechmann. — Au cours de la réunion pédiatrique de Québec, en 1934, j'ai demandé si l'emploi de ce sérum avait paru efficace à nos confrères canadiens, qui venaient d'observer une épidémie assez sérieuse. Ceux-ci semblèrent assez hésitants.

Prennent ensuite la parole M. E. Lesné (sur la création de centres de traitement et d'orientation professionnelle), M. Trèves (sur le traitement orthopédique précoce), M. D. Huber (sur le vœu transmis à l'Assistance publique de centres de convalescence pour rééducation et traitement), de M. J. Renault (à propos des instructions prophylactiques qu'il doit mettre au point pour le Ministère de la Santé publique).

Conclusions des Assises nationales

Les médecins de famille ont apporté à ces Assises des études d'une grande richesse documentaire sur les foyers épidémiques évoluant en « bouquets locaux » : elles sont une nouvelle preuve de l'intérêt scientifique des observations de carrière confrontées.

Dans les plus petites bourgades, il est donné aujourd'hui les soins, hier réservés aux privilégiés de quelques hôpitaux : des malades ont pu y être utilement traités aussitôt qu'à la ville et recevoir le premier sérum en possession du médecin, sérum animal spécifique (S. A. P.), sérum humain de convalescents ou sang familial.

Ainsi, grâce à la valeur et au dévouement du *clinicien français, jusque* dans les campagnes les plus reculées, sont mises en pratique, pour le dépistage et le traitement précoces de la poliomyélite, les découvertes dues, pour une grande part, à notre regretté Netter et au président de cette session de notre assemblée, M. Auguste Pettit.

***

Les prochaines Assises nationales, consacrées à l'*incontinence nocturne infantile* (pathogénie et traitement), auront lieu à l'Hôtel-Dieu le dimanche 8 novembre, à 9 heures.

Blechmann

CONGRÈS DE CHIRURGIE

Cammunications

A la séance du 10 octobre 1936, MM. Calot et Fouchet (de Berck) ont fait une communication sur le sujet suivant : *sont des subluxations congénitales méconnues toutes les prétendues ostéochondrites ou coxas planas.*

Déjà, dans des Congrès antérieurs, M. Calot avait soumis à une critique minutieuse les radios qui lui avaient été objectées. Aujourd'hui, il conclut que les radios bien lues lui permettent d'affirmer à nouveau que les deux vocables ostéochondrite et coxa plana doivent disparaître de la nomenclature, l'une et l'autre étant des subluxations congénitales méconnues.

— A la même séance, M. Dupuy de Frenelle a étudié : *Le flottement de la tête fémorale*, ses conséquences et son traitement opératoire.

Les pesées de la tête fémorale flottante sur la paroi antérieure de la capsule articulaire déterminent, à la longue, des douleurs d'entorse qui sont aggravées par la marche et par la station debout. La pression digitale localise ces douleurs le long du bord antérieur de la branche ilio-pubienne.

Le jeu anormal qui s'établit dans le fonctionnement des surfaces articulaires en présence ovalise la tête fémorale. Il entraîne, à la longue, des déformations dont l'ultime aboutissant pourrait bien être l'incurable rhumatisme déformant. C'est pourquoi l'auteur propose de remédier de bonne heure au flottement de la tête fémorale.

Le traitement opératoire consiste à fixer solidement la tête fémorale contre le fond de la cavité cotyloïde par un puissant tendon de renne. L'auteur présente l'instrumentation électrique qui permet de réaliser cette opération, en toute sécurité, sans ouvrir l'articulation.

P. L.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi

Prof. André BINET. — **La vie sexuelle de la femme.** INTRODUCTION A LA GYNÉCOLOGIE. 2e édition, revue et augmentée. Un vol. 355 p., 72 fig. Prix : 40 francs.

Chez DOIN et Cie
8, Place de l'Odéon

J. LEROUX (Robert). — **Les épithéliomas intra-laryngés.** FORMES ANATOMO-CLINIQUES. VOIES D'EXTENSION. Etudes comparées, clinique, radiographique et anatomo-topographique. Préface du Docteur Hautant. Un vol. 172 p., 61 fig. Prix : 45 francs.

MASSON ET CIE, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Pratique médico-chirurgicale publiée sous la direction de A. COUVELAIRE, A. LEMIERRE, Ch. LENORMANT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire général : André RAVINA. — *Supplément* (tome IX). Un volume (17 × 25) de 960 pages avec 276 figures, relié tête dorée, 165 fr.

Les huit volumes de la *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale* ont paru en 1931.

Dès la publication de cet ouvrage, il avait été entendu que des *Suppléments* viendraient le tenir à jour et au besoin le compléter. A vrai dire, pendant plusieurs années, l'utilité d'un volume complémentaire ne s'est pas révélée. Les conceptions théoriques évoluent plus vite que la pratique médicale et chirurgicale, et les directeurs de la P. M. C. n'ont pas voulu sacrifier à une mode facile et se donner l'apparence de faire « du nouveau », alors que rien ne le justifiait.

C'est donc en septembre 1936 que paraît le premier de ces *Suppléments* qui s'ajoute à une œuvre encore vivante et pleinement adaptée aux besoins.

Ce volume (tome IX) comporte à la fois des *articles nouveaux*, dont l'intérêt s'est manifesté depuis la publication de la *P. M. C.* et des *compléments*. Exceptionnellement, quelques chapitres ont été repris entièrement pour permettre à des questions nouvelles de trouver leur place dans un exposé systématique.

Complétée ainsi par ce tome IX, la *P. M. C.* réalise une mise au point pratique et complète des données médicales actuelles.

Comme dans les autres volumes de la *P. M. C.* les sujets sont présentés dans l'ordre alphabétique, mais une table placée en tête du volume indique les articles additionnels, les compléments apportés aux exposés anciens, et enfin les articles nouveaux, entièrement substitués à ceux qui avaient été publiés précédemment.

P. L.

AMÉDÉE LEGRAND, éditeur, Paris

Drs Mme née KACHPEROFF et M. MACAIGNE. — **La vie dictée par la science.**

Les hommes ont employé leurs connaissances scientifiques à améliorer les races animales dont ils tirent profit. Mais leur propre race ils l'ont laissée aller à vau-l'eau. Incompréhensible et coupable indifférence !

Ce petit livre leur rappelle, en termes simples et pressants, ce qu'est la vie, les rapports de la matière vivante et des forces psycho-morales.

Et il les exhorte, à l'heure où l'édifice social craque de toutes parts, à ne pas méconnaître comment les sociétés humaines prospèrent, et comment elles déclinent vers le néant.

Chez l'auteur, 14, rue Trévise, Toulon.

Dr Jules REGNAULT. — **Biodynamique et radiations.**

Le Docteur J. Regnault ne se satisfait pas d'une vision banale et terre à terre du monde.

Le connu ne l'intéresse que comme une introduction à l'inconnu ; la plus récente découverte n'assouvit pas son impatience pour tout ce qui reste à découvrir.

Réunissant ici des chroniques parues dans « Hippocrate », Sciences et Voyages », il exprime cette idée que le moment est venu de considérer l'être vivant non plus seulement dans sa structure, mais avant tout dans sa bio-dynamique régie par les radiations : magnétisme terrestre, chaleur, infra-rouges, ultra-violets, rayons hertziens, musique, odeurs, lumière, influences astrales.

Et, de proche en proche, il en arrive ainsi à la radio-tellurie et à ces régions qu'il hante avec prédilection, les frontières mouvantes de la science et de la magie.

G. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

L'ANGOISSANTE QUESTION DES SANATORIUMS

S'ils sont vraiment utiles, il n'y en a pas assez : qu'on se hâte d'en construire d'autres.

Mais s'ils étaient inutiles ? S'il se découvrait même qu'ils fussent néfastes ?

Je ne pose pas cette question pour le malin (et assez pitoyable) plaisir de faire miroiter un paradoxe. Qu'il me soit seulement permis de vous conter les réflexions inspirées par ma journée du quatorze juillet.

Il faisait certes meilleur à humer l'air de la campagne qu'à renifler le fumets des rues parisiennes. Et l'on y goûtait une paix dégagée de tout concept politique. Comme ma pérégrination m'avait par hasard mené à ce petit village des environs de Paris, la masse imposante du sanatorium s'est tout à coup dressée devant moi, et j'ai eu la curiosité, bien naturelle à un médecin, d'y entrer.

Curiosité qu'avait aiguisée une conversation récente avec un client. Il en revenait justement, de ce sanatorium, après un séjour d'une dizaine de mois. L'an dernier, à la suite d'hémoptysies si abondantes que j'avais dû, un soir, l'envoyer d'urgence à l'hôpital l'office d'hygiène sociale avait décelé dans un de ses poumons un foyer d'infiltration d'assez mauvaise apparence. Malgré quelques essais, la plèvre ne s'était pas décollée. Le confrère du dispensaire avait très judicieusement conclu qu'un départ rapide vers le grand air s'imposait ; et, sitôt mon homme à peu près remis d'aplomb sur ses jambes, l'avait expédié à X.

Lorsque je revis ce malade, il y a environ deux mois, il était assez mal en point ; maigre, anhélant, fiévreux. De ceux enfin que l'on se hâte d'interroger sur eux-mêmes afin de tâter jusqu'à quel point l'on pourra mentir avec vraisemblance. Il ne se voyait pas si mal que cela, lui : les médecins du sanatorium lui avaient dit que son poumon allait bien, et que rentrer chez lui ferait un changement d'air salutaire ! Mais il n'était pas satisfait du « sana » : outre les reproches courants à la nourriture (quel hospitalisé ne se plaint pas de la nourriture ?) il racontait des choses surprenantes. Sitôt le couvre-feu sonné et les infirmières parties, les litres de vins sortaient d'un peu partout et des beuveries s'organisaient ; pas de soir où l'on ne vît tituber quelques ivrognes à travers le dortoir transformé en tabagie. Le moyen de dormir dans une telle atmosphère ? Certains, moins amateurs de spiritueux, descendaient l'escalier en tapinois, se perdaient dans le parc, allaient sauter le mur à un endroit désert et bien connu : le village, les âmes sœurs sont toutes proches.

Un peu interloqué par ce récit (mon client est un homme de 40 ans passés, rassis, et sa Bretagne natale est loin de la Canebière) j'avais ruminé quelques mélancoliques réflexions sur l'incurable stupidité des hommes. Me trouvant sur les lieux, quelques semaines plus tard, pouvais-je ne pas aller voir de plus près cet étonnant établissement ? La grille était grande ouverte et, parmi les allées et venues, c'était chose aisée d'entrer. Au milieu d'un grand parc planté d'arbres élancés quatre ou cinq bâtisses considérables, toutes neuves se dressent à flanc de coteau. Des rideaux de ramures verdoyantes les séparent les unes des autres. Les façades sont percées de larges baies qui s'ouvrent toutes grandes à l'air silvestre *; partout des fleurs, partout un air de* gaîté et de bon accueil et certainement plus l'aspect d'un hôtel de villégiature que d'un établissement pour malades. « N'est-ce pas ici, me disais-je, le refuge idéal où vivre dans la paix, dans l'oubli de ses maux, et en guérir ? La société les traite avec munificence : ils trouvent ici un confort, disons même un luxe que la plupart n'ont pas connus chez eux. Tout paraît rassemblé pour les mettre en possession d'un inestimable capital de résistance physique. Et eux, bêtement, gaspillent ce capital et dispersent leurs dernières chances. Que leur manque-t-il donc ? »

Ce qui leur manque ? Je ne devais pas tarder à l'apprendre. C'était l'heure de la sortie des visiteurs, des visiteuses surtout. Dans toutes les allées descendaient des couples, appelés par la trompe de l'autobus. Ils se tenaient enlacés et se parlaient bas. Devant la grille, après un dernier baiser, la jeune femme montait dans la voiture et l'homme restait planté sur la chaussée, un peu décontenancé. Le moteur ronflait, des mouchoirs s'agitaient aux portières, jusqu'au prochain tournant. Et les « sanatoriables » repassaient la grille après un dernier regard vers la route des bien-portants.

Je ne leur en voulais plus, non ! ni des litres d'alcool, ni des escapades nocturnes. Rien qu'à passer près d'eux, sans même leur adresser un mot, il était trop facile de déchiffrer leur grande misère. Une misère qui ne se mesure ni au thermomètre, ni à la bascule, ni en ombres radioscopiques. Moi-même, spectateur désintéressé, ne suivais-je pas en pensée *jusqu'à la gare, jusqu'à*

Paris ces charretées d'épouses ou d'amies qui rentraient seules dans la grande ville enfiévrée par les bals du quatorze juillet. Et n'ai-je pas refusé de juger celles, s'il s'en est trouvé, qu'auraient étourdies les frôlements agaçants de cette soirée-là ?

***

« Cure hygiéno-diététique » ont répété à l'envie, au chapitre du traitement de la tuberculose, les traités, les revues, les conférences et les séances de congrès. Là-dessus l'on s'est mis, tous les pays se sont mis, à construire des sanatoriums. Voilà l'hygiène, le grand air, le repos. Quant à la « diététique » les reproches qu'adressent souvent les malades à la cuisine de ces caravansérails sont-ils fondés ? Ce serait à éclaircir. Mais... est-ce tout ?

— « Non pas, se récrient les phtisiologues : les médecins de sanatoriums examinent régulièrement ceux qui leur sont confiés ; ils créent ou entretiennent les pneumothorax, pratiquent des phrénicectomies ou des injections intraveineuses de sels d'or. Tout l'arsenal antituberculeux est rassemblé là et mis en œuvre par des praticiens qualifiés, consciencieux : les travaux scientifiques qu'ils publient en sont des preuves suffisantes. »

— « En effet, et il ne saurait être question de mettre en cause les médecins de sanatoriums. Mais, encore une fois, est-ce tout ? »

— « Diable ! c'est qu'à cela se borne, pour le moment, le traitement de la tuberculose ».

— « Il est vrai que les traités et les communications académiques ne vont pas plus loin, ou guère. Restait à vous rappeler que vous n'avez pas en traitement *la* tuberculose mais *des* tuberculeux. Votre diagnostic tombe comme un coup de foudre sur une famille : du jour au lendemain c'est le présent bouleversé, l'avenir compromis. Vous avez formulé votre ukase : six mois, un an dix-huit mois de sanatorium (et l'on verra après, avez-vous souvent ajouté). Et vous vous retirez satisfait du point final mis à votre consultation, persuadé que vous venez de donner un fameux croc-en-jambe à la tuberculose.

Et au tuberculeux donc !

Examinons, si vous voulez bien, les choses d'un peu plus près. S'agit-il d'un enfant ? d'un adolescent ? Votre formule de sanatoriums paraît adéquate à son objet. Ce sont, en définitive des pensionnats d'écoliers malades. La vie peut s'y organiser assez peu différente de celle que mènent des écoliers de même âge ; même l'on peut concevoir un programme de travail. Il s'agit de jeunes âmes malléables que l'infortune ne marquera sans doute pas ineffaçablement, surtout si vous avez su la camoufler avec la tendresse que méritent toutes les enfances malheureuses.

Mais des jeunes hommes, des jeunes filles, des époux et des épouses, des pères et des mères de famille, comment avez-vous pu imaginer de leur faire mener cette vie claustrale ? Vous-êtes vous mis à leur place ? Accepteriez-vous ce long défilé de jours mornes, vides, sans autre objet que de rafistoler votre carcasse ? Elle vous deviendra vite odieuse votre carcasse dont la défaillance vous a menés dans cette impasse. Et peut-être chercherez-vous aussi les paradis artificiels ! Peut-être sauterez-vous aussi le mur !

***

De deux choses l'une, ou bien le « sanatoriable » est une chiffe qui accepte passivement son sort ; il sera docile, celui-là, et peut-être presque heureux ; il engraissera. Mais au bout d'un an, neuf fois sur dix, il sera devenu le plus fieffé paresseux qui soit, habile à jouer de sa maladie pour vivre aux crochets de sa famille. Nous en avons tous vu de ceux-là.

Ou bien il ronge son frein, fait effort pour profiter de la cure et guérir au plus vite. Il pense à son foyer avec inquiétude, avec humiliation, avec jalousie. Il pense à sa carrière et soupèse ses chances d'avenir. Peut-être le poumon se cicatrise-t-il. Mais la rage de la défaite est en lui, et la soif de revanche. Et de ceux-là combien sont-ils à avoir perdu en six mois, sitôt sortis, ce qu'ils avaient mis un an à gagner.

Alors ? Bien d'autres avant moi ont dit les tares de la lutte antituberculeuse actuelle, Depuis longtemps Rollier de Leysin ne fait-il pas travailler ses malades ? Depuis combien d'années les Anglais ont-ils créé leur village sanitaire où les tuberculeux vivent en famille ? On me dit que la tentative faite en France n'a pas donné les résultats espérés. Quelles sont les causes de cet échec ? Les a-t-on cherchées ? a-t-on essayé d'y remédier ? Il y a peut-être une autre formule possible. Cela vaudrait la peine d'y réfléchir.

Combien de millions draîne chaque année la lutte antituberculeuse ? Et le rapport du Docteur Dequidt, l'an dernier, nous en enseignait les piteux résultats. Il est de jour en jour plus évident que la solution est ailleurs que dans les sanatoriums et que seule une offensive de grand style attaquant le mal à ses germes même donnera des résultats.

Messieurs les parlementaires, dans votre programme de grands travaux, s'il reste une place pour la santé du pays, vous pourriez inscrire ce problème-là. Et vous pourriez, en attendant d'en avoir trouvé la solution, voter la démolition des quartiers insalubres ainsi que la lutte contre l'alcool. Mais sans doute direz-vous (ou si vous ne le dites pas vous le penserez) qu'il vous est commode de laisser « les masses » chercher dans l'alcool la source impétueuse de leur civisme.

G. Lavalée.

ASSURANCES SOCIALES — CONTRÔLE CONFLITS AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Un de nos confrères demande au SOU MÉDICAL (8541) de faire cesser les brimades, dont il serait l'objet, de la part d'un médecin contrôleur de Caisses d'assurances sociales. C'est ainsi qu'un contrôleur se serait rendu chez un malade, cinq jours après la visite du praticien, a demandé à voir les médicaments, a emporté un flacon de potion commencée, aux fins d'analyse, dit-il, et y a substitué un autre médicament, qu'il avait apporté avec lui.

Une autre fois, le même contrôleur a posé à un malade des questions indiscrètes concernant la clientèle du praticien dans la localité, pour savoir si le même jour, dans le même déplacement, d'autres clients n'étaient pas visités par le médecin.

Enfin, un conflit a été soulevé concernant une malade, soignée depuis près de six mois, pour une affection chronique. Une maladie intercurrente obligea le transport à l'hôpital, pour y faire subir une opération. S'agit-il d'une maladie nouvelle, interrompant le délai de six mois ? Non, assure le médecin contrôleur. L'opinion de ce dernier doit-elle faire foi et loi ?

Pour que notre confrère puisse agir avec certitude et profit, il nous faut lui indiquer quelles sont les situations juridiques en présence.

En quoi consiste le contrôle ?

La Caisse à le droit de se faire renseigner non seulement sur la maladie elle-même, mais également sur la bonne foi de celui qui se prétend malade. Ce dernier est-il un simulateur, qui, sous prétexte de maladie, prend deux ou trois jours de repos, pour se livrer à des occupations personnelles, ou pour faire un déplacement ? Est-il vraiment malade ; mais n'aggrave-t-il pas, ou n'entretient-il pas son état de maladie, par des sorties intempestives, ou par une négligence à suivre le traitement ordonné ? etc.

Pour effectuer ce contrôle, la Caisse emploie des personnes qui peuvent être, ou non, des médecins. Si un praticien est engagé, pour accomplir cette mission de surveillance, le rôle du contrôleur consiste à renseigner le mandant — la Caisse — de tout ce qu'il peut apprendre, surprendre, connaître, soupçonner, dans l'exercice de sa mission.

Signale-t-il à la Caisse des irrégularités dans le traitement, des erreurs de diagnostic possibles, la Caisse déclenche le contrôle technique du Syndicat, ou s'adresse à la Commission technique des trois médecins.

Le Syndicat a le droit de faire exécuter son contrôle technique par tel ou tel praticien qu'il désigne. Si celui-ci signale des abus, des irrégularités graves, il en réfère au Syndicat, lequel défère le praticien devant le Conseil de famille qui statuera après enquête et audition de témoins, s'il y a lieu.

Quant à la Commission technique des trois médecins, elle a pour mission légale d'arbitrer l'état du malade, lorsque le médecin contrôleur n'est pas de l'avis du médecin traitant ;

Cette Commission comprend un médecin désigné par la Caisse, le médecin traitant et un troisième praticien désigné par le Président du Tribunal civil.

Ajoutons que le médecin contrôleur ne doit, en aucune sorte, s'immiscer dans le traitement.

Fonctionnement pratique du contrôle médical

Il s'en suit que le médecin contrôleur, qui représente soit la Caisse, soit le Syndicat, doit avoir libre accès auprès du malade à toute heure, pour qu'il puisse se rendre compte de la manière dont le patient epécute les ordonnances et prescriptions du médecin traitant. Mais en outre, le contrôleur peut se documenter sur certains points de pratique médicale. Certes il doit le faire avec discrétion et doigté : mais il a cependant le droit de vérifier si le médecin traitant n'utilise pas des échantillons gratuits, qu'il peut faire payer à son malade — partant *à la Caisse — soit en faire cadeau à* l'assuré, tout en rédigeant une ordonnance, qui servira ensuite au client pour se faire rembourser indûment par la Caisse de ces médicaments qui étaient gratuits.

Mais saisir un flacon commencé « aux fins d'analyse » démontre, chez le contrôleur, une méconnaissance, non seulement des règles déontologiques, mais aussi de celles du droit. Pour qu'utilement les résultats d'une analyse soient opposés à un médecin, il aurait fallu que le flacon, remis par celui-ci au malade, ou délivré par un pharmacien, soit saisi par un huissier, au moment précis où le médicament est fourni au malade. Sinon, il est facile, pour la défense, de prétendre que le produit analysé a été substitué au véritable, etc.

Quant à remettre au patient un médicament à consommer à la place du produit saisi et emporté par le contrôleur c'est de la part de ce dernier une immixtion dans le traitement : ce qui lui est interdit.

Moyens de défense du médecin traitant

Tout d'abord se pose la question de savoir si la présence du médecin traitant à la visite de contrôle est obligatoire.

Disons de suite qu'une différence liminaire s'impose entre le fonctionnement du contrôle en matière d'accidents du travail et de celui des assurances sociales.

La loi du 9 avril 1898 prescrit la présence du médecin traitant aux côtés de la victime du travail. Ce praticien doit être prévenu par l'Assurance ou par le chef d'entreprise 48 heures à l'avance et par lettre recommandée. En effet, la loi ayant un caractère forfaitaire, la victime n'obtient que la moitié seulement de la réparation. Il est donc juste que ses intérêts soient défendus au même titre que ceux du patron, ou de l'Assurance.

Au contraire, en matière d'assurances sociales, la présence du médecin traitant n'est que facultative et aux frais du seul bénéficiaire l'assuré social, alors qu'en matière d'accidents du travail blessé et patron supportent ensemble les frais occasionnés par cette présence du médecin traitant.

Il appartient donc au malade, assuré social, de réclamer la présence de son médecin traitant, contre honoraires versés à ce dernier. Cette visite sera mentionnée sur la feuille de maladie comme une visite ordinaire. On ne peut pas inscrire C X 2,4 (*soit 60 francs*) car il ne s'agit pas d'une consultation avec confrère. Bien au contraire, le médecin traitant est lié par le secret professionnel au regard du médecin contrôleur, parce que celui-ci représente les intérêts d'un tiers : ceux de la Caisse. Tant que cette question du secret professionnel qui actuellement lie le médecin traitant par rapport à son confrère, médecin de contrôle, n'aura pas été résolue par une loi, il est prudent que le praticien, qui donne ses soins, puisse rester sur une prudente réserve, puisqu'il représente les intérêts du malade parfois contraires à ceux de la Caisse.

Si médecin traitant et contrôleur ne sont pas d'accord sur l'état du malade, la Caisse ou l'assuré pourra réclamer la réunion de la Commission technique des trois médecins, Commission à laquelle assiste le médecin traitant comme un de ses membres et qui statuera. Le médecin de contrôle n'est donc pas cru et suivi sans discussion.

Le médecin traitant a-t-il à se plaindre des procédés du contrôleur, procédés qu'il estime antidéontologiques ? Il peut saisir soit le Conseil de famille du Syndicat, soit porter plainte entre les mains du directeur de la Caisse, patron du contrôleur. Ce ne serait que dans les cas graves, de manquements sérieux aux règles de la déontologie et même de la simple politesse que les Tribunaux de droit commun pourraient être saisis. Mais alors faudrait-il apporter la preuve de la mauvaise foi du contrôleur et de son désir de nuire, ce qui sera assez difficile à démontrer, car *a priori* le médecin de contrôle reste dans les limites de ses attributions, en recherchant, de toutes manières, à remplir complètement la mission de surveillance qui lui a été confiée.

Certes, le contrôleur ne doit pas agir comme un gendarme, ou comme un magistrat correctionnel, qui voit des coupables partout. Une certaine discrétion s'impose. Principalement, le contrôleur doit s'abstenir de toute réflexion désobligeante à l'endroit du médecin traitant devant les malades, d'autant que des critiques, concernant le traitement, peuvent altérer la confiance du malade en son médecin et aboutir à un détournement indirect de clientèle.

Le médecin de contrôle n'est pas un sur-médecin. Il a sa pratique personnelle, pour soigner les maladies ; mais il ne possède pas la science médicale dans une rigueur mathématique, puisque chacun de nous est sujet à l'erreur, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Ayant constaté, ou soupçonné une irrégularité quelconque, le médecin de contrôle doit simplement en faire part à la Caisse — et à elle seule. — La Caisse verra si elle doit, ou non déclencher le contrôle technique du syndicat — s'il y a abus présumé — ou l'arbitrage de la Commission des trois médecins, s'il y a discussion sur l'état du malade.

C'est en nous inspirant de ces directives juridique qu'il sera possible d'envisager les situations de fait ainsi que les circonstance, pour décider de quelle manière on peut conseiller au médecin traitant une ligne de conduite, pour lui faire rendre justice, si besoin en est.

Dr Paul BOUDIN.

TOUJOURS LE PROBLÈME DE L'HOSPITALISATION PAYANTE. A CHARGES ÉGALES DROITS ÉGAUX

La mise en vigueur des dernières lois, sur la semaine de 40 heures, congés payés, etc., provoque une émotion justifiée, chez nos confrères, propriétaires ou directeurs de maisons de santé. Ces praticiens se demandent avec angoisse si, sous cette accumulation de charges, ils ne vont pas être réduits à fermer leurs établissements.

Par l'admission de malades payants, l'hôpital public leur fait une concurrence inégale, d'autant que, bénéficiant de l'étiquette de bienfaisance, parce que destiné en principe aux seuls pauvres, l'établissement public échappe à la plupart des impôts et charges fiscales commerciales, qui pèsent lourdement sur les maisons de santé.

Aujourd'hui un confrère nous écrit ses protestations. Parce que, pour des motifs d'ordre divers, il utilise une main d'œuvre laïque, il se trouve handicapé par l'établissement public qui fait appel à la main-d'œuvre congréganiste, et, de ce fait, échappe aux charges nouvelles qui viennent d'entrer en vigueur.

Dans la plupart des cas, les religieuses ne sont pas assujetties aux Assurances sociales. Une réponse ministérielle parue au *Journal officiel* du 24 avril 1934 indique que lorsque les religieuses sont employées en vertu d'une convention passée entre un établissement hospitalier et la congrégation autorisée, il n'y a pas de contrat individuel de travail entre l'établissement et les religieuses, lesquelles n'ont donc pas la qualité de salariée au regard de l'établissement qui les emploie.

Il n'en serait autrement que si chaque religieuse avait un contrat individuel de travail, ce qui la rendrait alors assujettisable au régime des Assurances sociales.

Aujourd'hui, les dispositions des nouvelles lois ne les concernent pas non plus. Aucune cotisation pour les allocations familiales, pas de semaine de 40 heures, pas de congés payés, pas de contrat collectif, etc., etc.

Notre correspondant s'indigne d'être contraint de payer, pour son personnel infirmier laïque (treize infirmières ou servants divers) environ 8.000 francs de cotisation pour l'assurance sociale et l'allocation familiale. Il devra désormais donner 14.500 francs à son cuisinier et environ 11.000 francs par an à son aide, ainsi qu'à toutes les gardes, nettoyeuses, sans compter les divers avantages (congés, salle de bains, etc.).

En face, à l'hôpital, qui reçoit des malades payants, un personnel congréganiste échappe à toutes ces lois et se contente d'un salaire d'un franc par jour, plus l'entretien. Et notre correspondant de se plaindre de cette inégalité de charges, en se demandant avec angoisse s'il ne va pas être contraint de fermer son établissement, ne pouvant plus soutenir une lutte inégale.

Laissant de côté les considérations confessionnelles, car toutes les opinions doivent être respectées, nous pouvons dire que ce problème de l'hospitalisation des malades payants est laissé volontairement, par nos dirigeants politiques, dans une anarchie légale voulue.

Si seulement les charges fiscales étaient égales pour tous, si tous les établissements publics ou privés étaient placés sur le même pied devant l'impôt, du moment où des malades payants sont hospitalisés, si le pavillon de la bienfaisance publique ne servait pas à l'hôpital pour couvrir une organisation nettement commerciale, le droit de nos confrères serait sauvegardé, lorsque, pour l'exercice de leur profession libérale, ils sont obligés de gérer des organisations commerciales : leurs maisons de santé.

De tout temps, les religieuses ont fait preuve d'une abnégation sans bornes, pour se dévouer au service des pauvres ; mais elles partagent ce monopole du dévouement avec de nombreuses infirmières laïques qui, dans certains de nos hôpitaux, ou maisons de santé, apportent toute la délicatesse féminine et même la sensibilité maternelle au soulagement des malades.

Au nom de la liberté du travail, les charges doivent être égales devant l'impôt : l'hôpital qui reçoit des malades payants doit supporter les mêmes charges fiscales que tous les autres établissements privés destinés au traitement des malades.

Il appartient donc au Syndicat des médecins-directeurs des maisons de santé privées, dirigé par le Docteur Hervé, des Escaldes, d'étudier ce problème et de soumettre ses conclusions à la Commission hospitalière de la Confédération afin de faire apporter par le Parlement et les Pouvoirs publics un peu plus de justice dans cette lutte occulte entre les doctrines d'étatisations et celles du libéralisme économique, en ce qui concerne les soins à donner aux malades, ailleurs qu'à leur propre domicile.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

La durée des prestations en nature de l'assurance-maladie et l'application du délai de six mois

Quels sont les droits des assurés en cas de maladies indépendantes ?

Par M. le Docteur Louis GUIEU

Ancien interne des Hôpitaux
Médecin contrôleur de la Caisse départementale des Assurances sociales de Marseille

L'ancien texte de la loi sur les Assurances sociales s'exprimait ainsi (article 4, § 10) : « Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive ». Il en résultait en raisonnant *a contrario* que « toute rechute survenue plus de deux mois après l'affection doit être considérée comme une maladie nouvelle au sens de la loi ».

Ce texte de loi avait donné lieu à deux interprétations, l'une administrative, l'autre jurisprudentielle.

D'après la thèse administrative, le délai de six mois ne s'appliquait pas à l'état de maladie, mais à une maladie déterminée ; l'assuré avait droit à plusieurs délais de six mois successifs, lorsqu'il présentait successivement plusieurs affections indépendantes ; mais en cas de rechute pour la même maladie plus de deux mois après, il n'avait droit à un nouveau délai de six mois que si la guérison apparente avait été obtenue.

D'après la thèse jurisprudentielle, la maladie ou l'affection ne devient plus que la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations, la rechute est le fait pour l'assuré de réclamer de nouvelles prestations ; la notion de guérison apparente est absolument inutile puisque l'assuré a droit à un nouveau délai de six mois chaque fois que les périodes de prestations sont séparées par l'intervalle de plus de deux mois. Par contre, le délai de six mois ne s'applique pas seulement à une maladie déterminée, mais à l'état de maladie, c'est-à-dire à l'ensemble des affections qui peuvent survenir au cours des six mois ; après un total de six mois de prestations, les droits à l'assurance-maladie sont épuisés, qu'il y ait eu une seule maladie ou plusieurs maladies successives.

Le décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des Assurances sociales a bouleversé complètement l'ancien texte de loi sur la rechute. Le nouveau texte (article 6, § 13) est ainsi conçu :

« Lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater, sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie, et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours. Il en est de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations. »

On remarque aussitôt dans la nouvelle rédaction de ce paragraphe que le mot rechute a disparu ; il n'est plus question que d'interruption des prestations pendant plus de deux mois. D'autre part, ce nouveau paragraphe comprend deux phrases :

— une première phrase très claire indiquant les droits des assurés après une interruption des prestations pendant plus de deux mois, en cas de guérison apparente ou de fin de l'état de maladie ;

— une deuxième phrase qui suit immédiatement, mais qui est moins précise.

En effet, cette deuxième phrase peut être interprétée de deux façons. Pour les uns, elle signifie que l'assuré a droit à autant de délais de six mois qu'il fait d'affections indépendantes et successives. Pour les autres, l'assuré n'a droit à un nouveau délai de six mois pour une affection indépendante, que lorsqu'il y a eu interruption des prestations pendant plus de deux mois.

On se rend compte immédiatement que, suivant l'interprétation adoptée le délai de six mois s'appliquera soit à une maladie déterminée soit à l'état de maladie. Autrement dit, les deux anciennes thèses administrative et jurisprudentielle peuvent encore s'affronter à propos de cette deuxième phrase.

Comment faut-il donc interpréter cette deuxième phrase ? Pour cela, il faut reprendre en entier le paragraphe 13 de l'article 6 du décret-loi et le suivre de très près.

Nous remarquons que ce paragraphe forme un bloc homogène, sans alinéa, composé de deux phrases. Il début par l'expression suivante : « Lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois ... » C'est donc un paragraphe destiné à préciser les droits des assurés après une interruption des prestations pendant plus de deux mois. La deuxième phrase, qui suit immédatement, sans aucun alinéa, débute ainsi : « Il en est de même si un assuré ... ». Cette deu-

xième phrase va donc s'occuper aussi du droit des assurés après interruption des prestations pendant plus de deux mois. Telle est la seule interprétation que l'on peut donner à cette deuxième phrase, si l'on suit exactement la construction grammaticale de tout le paragraphe.

En effet, toute autre interprétation de cette deuxième phrase ne pourrait être acceptée qu'en désaccord avec la syntaxe grammaticale. Si le législateur avait eu l'intention d'accorder un délai de six mois chaque fois qu'il y avait une affection indépendante, il semble bien que la rédaction de ce paragraphe eût été différente. Il aurait précisé sa pensée de la façon suivante au commencement de la deuxième phrase : « il en est de même, qu'il y ait ou non interruption des prestations pendant plus de deux mois . . . ». Ou bien, il n'aurait pas placé à la suite et dans un même paragraphe deux phrases, ne se rapportant pas au même sujet, il aurait fait au contraire avec ces deux phrases deux paragraphes distincts ou deux alinéas, dans le même paragraphe.

Par conséquent, si l'on interprète *stricto sensu* le texte législatif, on doit admettre qu'un nouveau délai de six mois n'est accordé en cas de maladie indépendante que lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois.

D'ailleurs, cette opinion se trouve encore mieux confirmée par le raisonnement *a contrario*, qui donne le texte suivant : « Lorsqu'il y a interruption des prestations pendant moins de deux mois, celles-ci ne peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie. Il en est de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations ».

Par le raisonnement *a contrario*, on s'aperçoit encore mieux qu'un nouveau délai de six mois ne peut intervenir pour une affection indépendante que lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois. On s'aperçoit même qu'il est presque impossible de trouver une autre solution, sans bouleverser complètement la loi. En effet, la notion de guérison apparente, et la notion de maladie indépendante sont absolument solidaires et dérivent d'un même principe. On ne peut rejeter l'une sans rejeter l'autre ; elles ne peuvent être séparées, car elles se complètent mutuellement. Si l'on raisonne *a contrario*, il est indiscutable que la notion de guérison apparente n'intervient pas, lorsqu'il y a interruption des prestations pendant moins de deux mois. Il en résulte inévitablement que l'affection indépendante n'a pas à intervenir non plus, lorsqu'il y a interruption des prestations pendant moins de deux mois.

Un nouvel argument en faveur de cette thèse est fournie par l'assurance-maternité. En cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques, l'assurance-maladie court à partir de la première constatation de l'état morbide jusqu'à six mois après l'accouchement. On sait très bien que la grossesse comme les suites de couches pathologiques ne résultent pas toujours d'une affection unique et déterminée, mais assez souvent de plusieurs affections indépendantes qui peuvent se succéder. Cependant, si l'on étudie les différents paragraphes de l'assurance-maternité, il est à peu près impossible de conclure que le législateur ait voulu accorder une série de délais de six mois pour chaque affection indépendante. Il est plus évident au contraire qu'il a voulu grouper plusieurs affections indépendantes sous le terme générique de grossesse ou de suites de couches pathologiques en se plaçant à un point de vue purement social. Il n'a donc accordé pour le remboursement des prestations qu'une seule période globale pour l'ensemble des affections pouvant intervenir durant la grossesse ou les suites de couches pathologiques, et non pas une série de délais de six mois pour chaque affection indépendante.

Enfin, le dernier argument en faveur de cette thèse sera donné par le régime de l'assurance-invalidité. Le règlement d'administration publique n'accorde *qu'un délai maximum de deux* mois pour statuer sur une demande de pension d'invalidité, ce qui laisse supposer qu'une décision doit être prise avant l'épuisement de ce délai si possible, dans le délai d'un mois par exemple. Et cependant, après expiration du délai de six mois, dans les deux mois qui suivent, l'assuré peut présenter une affection indépendante. Si l'assuré avait vraiment droit à une nouvelle période de six mois de prestations pour chaque affection indépendante, survenant après une interruption de prestations de moins de deux mois, le règlement d'administration publique n'aurait sans doute pas permis de pouvoir statuer sur une demande de pensions d'invalidité dans un délai de deux mois.

Nous pensons donc que l'assuré n'a droit à un nouveau délai de six mois pour une affection indépendante que lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois. Quelles sont les critiques que soulève cette interprétation ?

On peut estimer d'abord qu'il devient absolument inutile de mentionner l'affection indépendante, lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois. Cette critique n'est pas tout à fait exacte, car le texte législatif apporte ainsi une précision plus grande, particulièrement si l'on raisonne *a contrario*.

On peut estimer ensuite qu'il est injuste au point de vue social d'accorder la même durée de prestations à un assuré qui n'a été traité que pour une seule affection, et à un assuré qui a été

traité pour plusieurs affections successives et indépendantes. Cette critique est en partie exacte, car le délai de six mois sera nettement insuffisant lorsqu'il y aura plusieurs maladies successives à traiter. Mais cela ne prouve pas qu'un malade atteint de plusieurs maladies successives et indépendantes soit plus intéressant au point de vue social qu'un malade atteint d'une seule affection, mais d'une affection grave. Il n'y a aucune raison d'avantager un malade plutôt qu'un autre sous prétexte qu'il présente une seule affection ou plusieurs affections indépendantes. Au point de vue social, le facteur le plus important à déterminer sera la gravité d'une affection et non la multiplicité des affections, sinon ce serait vouloir favoriser toute une catégorie de malades atteints d'affections chroniques multiples, mais sans conséquences graves. C'est ainsi qu'en se faisant traiter tour à tour, mais séparément, pour des rhumatismes, de l'hypertension artérielle, une sciatique, un ulcère variqueux, un diabète, un assuré serait à la charge d'une Caisse-maladie pour une durée presque indéterminée, sans qu'il soit possible de faire intervenir l'assurance-invalidité.

Il y aurait là au contraire, un abus manifeste, qui irait à l'encontre de l'esprit de la loi. Sans parler des complications d'ordre administratif pour l'application du délai de carence à chaque nouvelle constatation médicale, il y aurait aussi une source de contestations sans fin, car les décisions de jurisprudence et la pratique nous montrent qu'il n'y a pas de texte précis permettant de dire si une maladie est indépendante d'une autre au point de vue médical. Des diagnostics au premier abord très différents, pourront concerner deux maladies étroitement liées entre elles et nullement indépendantes. Il y a donc intérêt à réduire au minima cette source de contestations éventuelles, c'est-à-dire à réduire le nombre de cas où devra être discutée l'indépendance de la maladie.

En conclusion :

1° Le délai de six mois ne s'applique pas à une maladie déterminée, mais à l'état de maladie ;

2° Lorsqu'il y a interruption des prestations pendant moins de deux mois, une affection même indépendante ne donne pas droit à un nouveau délai de six mois ;

3° Lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, une affection indépendante donne droit à un nouveau délai de six mois ;

4° Vis-à-vis de l'assurance-invalidité, si l'assuré, à l'expiration du délai de six mois, a fait une demande de pension d'invalidité, une affection ultérieure, même indépendante, pourra augmenter son taux d'incapacité, mais elle ne modifiera pas l'application de l'assurance-invalidité.

***

Discussion

Les dispositions du décret-loi du 28 octobre 1935, modifiant le régime des Assurances sociales ont posé, en ce qui concerne la durée des prestations en nature et l'application du délai de six mois, des règles nouvelles dont il importe, en l'absence encore de toute jurisprudence, de déterminer le sens et la portée. Cette question, fort complexe, avait déjà donné lieu sous le régime antérieur à une abondante jurisprudence. Dans quelle mesure l'article 6, § 13 nouveau a-t-il modifié ces règles jurisprudentielles en ce qui concerne la réouverture du droit aux prestations ? Les Assurances sociales indemnisent-elles une maladie déterminée ou l'état de maladie ? Autant de problèmes que M le Docteur Guieu s'efforce de résoudre à la seule lueur de textes législatifs. La publication de ses conclusions présente donc un indéniable intérêt car seule l'opposition des thèses peut aider à la formation de la doctrine et de la jurisprudence.

Nous n'entendons d'ailleurs pas nous faire faute d'user de ce droit de critique. Nous estimons en effet, et allons essayer de démontrer que la thèse de M. le Docteur Guieu, fort soutenable en théorie, n'est pas celle du décret-loi du 28 octobre 1935 et que le délai de six mois s'applique, non à l'état de maladie, mais à chaque maladie distincte et indépendante.

M. le Docteur Guieu fonde son argumentation sur une exégèse grammaticale du texte de loi. Cette méthode est en elle-même fort sujette à caution ; elle conduit à bien des erreurs si l'on ne prend pas soin de vivifier la lettre du texte par la recherche de l'esprit qui a animé le législateur. Aussi dire que le fait pour l'article 6, § 13 de ne former qu'un seul bloc signifie qu' «il en est de même »... s'applique à «lorsqu'il y a interruption de plus de deux mois», nous semble prêter au législateur une rigueur et une infaillibilité grammaticale qu'il a bien rarement, surtout lorsqu'il procède par décret-loi. Nous pensons au contraire que l'article 6, § 13 doit être interprété ainsi : » Les prestations peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, lorsqu'il y a eu interruption de plus de deux mois... Il en est de même en cas de maladie indé endante ». Autre-

ment dit les deux cas identiques envisagés par la loi sont non pas les cas d'interruption des prestations pendant plus de deux mois, mais la réouverture du droit aux prestations après un délai de 6 mois. Cette interprétation nous paraît conforme à l'esprit général du décret-loi, qui a entendu diminuer les charges de l'assurance-maladie ; cet article est, en effet intervenu à la suite de la jurisprudence de la Cour de cassation qui considérait surtout l'état de maladie, abstraction faite de sa nature médicale, et permettait aux assurés de recourir indéfiniment aux prestations en espaçant leur demande, tous les six mois, d'au moins deux mois de suspension. Les rédacteurs du décret-loi ont certainement entendu combattre cette jurisprudence en introduisant de manière formelle dans la loi la notion de guérison apparente et d'affection indépendante, termes qui ne figuraient pas dans celle de 1928-1930.

Quant à l'argument *a contrario* dont use M. le Docteur Guieu pour confirmer son raisonnement nous croyons qu'il a été appliqué par lui de manière erronée, et qu'il démontre à l'inverse la réalité de notre thèse. Si l'on entend raisonner de cette manière, il importe en effet de mettre au négatif les deux phrases de l'article considéré, et non seulement la première. Le texte devient alors le suivant : « Lorsqu'il y a interruption de prestation de moins de deux mois, les prestations ne peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois. Il n'en est pas de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle ... » ce qui prouve bien que la distinction entre maladies dépendantes et indépendantes garde tout son intérêt.

Le fait que l'article 9, § 3, limite à six mois le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-maladie en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques n'est guère topique lui non plus. Certes la loi a entendu viser l'état de grossesse morbide quelles qu'en soient les causes médicales ; mais il a seulement distingué un état maladif déterminé d'avec une quantité d'autres états tout à fait indépendants de la grossesse (fracture par exemple) qui ouvrirait certainement droit à un nouveau délai de six mois de prestations.

Enfin, s'il est fort soutenable que l'indemnisation de l'état de maladie constituerait un régime préférable, l'indemnisation de chaque maladie indépendante, à la fois au point de vue social et administratif, et supprimerait les difficiles recherches des liaisons entre affections au premier abord différentes, de tels arguments s'adressent au législateur chargé d'instituer un système d'assurance-maladie, et non au juriste chargé d'interpréter un texte formel.

Il est, d'autre part, un autre argument dont M. Guieu eût pu se servir pour étayer sa thèse, et que nous entendons détruire lui aussi : l'article 6, § B par le terme exprès de « fin de *l'état de maladie* ». A la vérité, il n'y a pas lieu de s'arrêter à ces termes ; le décret-loi, tel qu'il fut publié au *Journal Officiel* du 31 octobre 1935 contenait les mots « fin de la *période de maladie* », et la substitution du mot « état » au mot période est seulement le fait d'un erratum publié au *J. O.* du 7 novembre. Cet erratum, intervenu à une époque où le Gouvernement Laval n'avait plus le pouvoir de légiférer par décret-loi et n'ayant pas pour but la réparation d'une simple erreur matérielle, conformément à la jurisprudence (V not. Cour de Paris, 8 janvier 1936. *Gaz. Pal.*, 15 mars 1936), dénué de toute valeur obligatoire et le seul texte légal est le texte primitif.

Nous constatons enfin que notre interprétation est aussi celle de bien d'autres commentateurs du décret-loi. Nous relevons en effet dans *Le Médecin Conseil* (décembre 1935), les phrases suivantes : « Ainsi pour qu'il y ait droit à prestations pendant un nouveau délai maximum de six mois, les conditions suivantes doivent être remplies : Première hypothèse, la nouvelle affection est sans relation avec l'ancienne... ; deuxième hypothèse : il s'agit d'une même affection séparée de l'ancienne par une période d'amélioration, ou simplement d'absence de prestations, de plus de deux mois ». Cet article conclut sur ce point de la manière suivante : « De toutes façons, il n'y a plus aucune confusion possible comme avec l'ancien texte et un assuré ne pourra plus en mettant en avant certaine interprétation de jurisprudence ancienne prétendre à bénéficier régulièrement des prestations par périodes successives de six mois séparées par des intervalles de deux mois de non-prestations. » Nous lisons de même dans le « Manuel des Assurances sociales » édité par le Comité central des Assurances sociales que les nouvelles dispositions « entraînent nécessairement le principe fondamental suivant lequel le délai de six mois s'applique à une maladie déterminée... Il est en tout cas certain désormais qu'à l'encontre de la jurisprudence de la Cour de cassation le mot maladie ou affection doit prendre un sens strictement médical ».

Pour conclure, nous pourrions résumer ainsi le sens dans lequel à notre avis l'article 6, § 13 doit être compris :

En principe, les bénéficiaires des Assurances sociales ne peuvent prétendre aux prestations de l'assurance-maladie que pendant une période totale de soins de six mois, étant entendu que ce délai de six mois se compte en ajoutant les unes aux autres les périodes de soins sans tenir compte des périodes de non-prestations

Toutefois, les droits de l'assuré se rouvre pour un nouveau délai de six mois en cas de « maladie nouvelle ». Une maladie est nouvelle au point

de vue Assurances sociales dans les deux cas suivants :

1° Si l'assuré établit que cette affection est indépendante de celle qui a motivé précédemment l'attribution des prestations. C'est donc à l'assuré dans ce cas qu'incombe la charge de la preuve ; en cas de contestation, le litige devrait être tranché par la Commission technique. D'après le *Médecin Conseil*, « on ne pourra jamais considérer comme nouvelle maladie le seul fait de localisations différentes ou de complications d'une affection chronique ancienne ».

2° S'il s'agit de la nouvelle période d'activité d'une même affection, survenant plus de deux mois après la fin de la période antérieure. Ce que la loi considère alors comme maladie minuscule. C'est la période de crise d'une affection déterminée, empêchant l'intéressé de se livrer à ses occupations habituelles et l'obligeant à recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques. Toute période de cette nature est considérée comme maladies ditincte à la condition qu'elle soit séparée de la précédente par une période de guérison apparente supérieure à deux mois, le critérium de cette guérison apparente étant évidemment l'inverse de celui de la maladie. L'appréciation de cet état, en cas de contestation relèverait lui aussi de la Commission technique.

Une condition supplémentaire que l'on ne saurait d'ailleurs qu'approuver est désormais exigée par la loi : l'assuré doit faire constater sur la feuille de maladie, en cours, au moment de l'interruption, sa guérison apparente et en aviser sa Caisse dans les huit jours, afin que celle-ci puisse déclencher son contrôle médical en temps voulu. Il y a lieu d'observer à cet égard que la loi paraît avoir été mal comprise : on a déduit de son texte que la constatation de la guérison devait avoir lieu *au moment de l'interruption des prestations.*

Or, il n'y a pas forcément coïncidence entre la guérison et la cessation des prestations ; cette coïncidence ne se produit que si la guérison survient avant ou exactement à l'expiration des six mois. Admettre un tel principe serait alors priver l'assuré non guéri au bout de six mois et continuant à se soigner à ses frais de tout droit aux prestations pour cette affection, puisque sa guérison, si elle survient, serait postérieure à l'interruption. Une telle conséquence serait parfaitement inique. Il faut donc comprendre, à notre avis, que la constatation de la fin de la période de maladie doit avoir lieu lors de sa survenance mais qu'elle doit être portée sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption.

Jean MIGNON.

LA « SOUPE AU BLÉ » DE VAUBAN

C'est bien évidemment à ses travaux de fortifications que Vauban doit le plus clair de sa gloire. Lorsque, il y a trois ans, fut célébré le tricentenaire de sa naissance, qui donc se souvint de la « Dime royale » ce premier projet d'un impôt sur le revenu, où Vauban, ému par la misère du peuple et les concussions des fermiers généraux, proposait de faire peser l'impôt sur toutes les classes de la société et toutes les formes de la richesse. On sait le malheureux destin de cet ouvrage qui fut condamné par le Parlement, saisi et valut la disgrâce à son auteur.

Le cœur pitoyable de Vauban ne le poussa pas seulement à chercher une formule plus équitable de l'impôt. Vivant parmi les soldats, le grand constructeur se préoccupait de leur ravitaillement. Le soldat avait une nourriture suffisante quand le ravitaillement, donné à l'entreprise, fonctionnait bien. Il recevait alors quotidiennement une livre et demie de pain de munition, une demi-livre de pain pour la soupe, une demi-livre de viande, des légumes et du sel.

Mais les fournisseurs aux armées n'étaient pas (déjà !) sans reproches. Et il arrivait que le soldat eût à se débrouiller s'il voulait apaiser sa faim. Pour l'aider à se tirer d'affaire, Vauban inventa sa « soupe au blé », recette dont il se montrait, paraît-il, très fier, et qui avait l'avantage d'utiliser le blé non moulu, tel qu'on le trouve dans les granges, avec, pour seul accompagnement du lard, denrée abondante chez les paysans. Ceux-ci étaient donc tant soit peu pillés ; mais n'est-ce pas la coutume depuis que le monde est monde et qu'il y a des armées en campagne ?

Voici la recette de Vauban, transcrite de l'intéressante revue *Du blé au pain* (juillet-août 1936). On met le blé dans un récipient plein d'eau bouillante et l'on l'y fait tremper toute la nuit ; le lendemain on le fait crever dans de l'eau nouvelle portée à l'ébullition ; égoutté, on l'écrase « avec la cuiller à pot comme on fait des pois ». On fait fondre à part du lard coupé en petits morceaux avec un oignon, ou des poireaux, des ciboules « même de toute autre sorte de bonnes herbes coupées bien menu avec du sel. Le plus de lard ne saurait y rien gaster. On peut mettre aussi d'autre viande quand on en a ». Fricasser ensemble lard et blé, verser dans la marmite et laisser derechef bouillir un peu de temps. Puis servir chaud.

« Trois hommes, ajoute l'auteur, se régaleront avec une livre de blé et un quarteron de lard ainsi accommodés. Il est constant que cette nourriture entretiendra les hommes sains et gaillards et leur donnera de l'embonpoint ».

Elle n'est peut-être pas si mauvaise, la soupe de Vauban ! G. L.

LA MÉDECINE COLONIALE

Suite au précédent. — Le rôle des médecins annamites en Indo-Chine Celui des médecins malgaches à Madagascar.... sans omettre celui des étrangers dans les colonies françaises

Je suis reconnaissant au confrère qui, après lecture de mon dernier article sur l'installation des médecins annamites en France, a bien voulu me signaler un autre cas. Il s'agit, cette fois, d'un dispensaire de la banlieue immédiate de Paris, dont le service est exclusivement assuré par un médecin indochinois. Ce dispensaire fonctionne chaque jour, pendant deux heures. La vacation allouée au médecin annamite pour chacune de ces séances, est de cent cinquante francs.

Nos Syndicats parisiens ne pensent-ils pas que beaucoup de leurs membres seraient très satisfaits de se voir confier, dans les mêmes conditions pareilles fonctions ? Et les enfants, les femmes et tous les indigents qui composent la clientèle de ce dispensaire, ne seraient-ils pas réellement plus heureux, au moins moralement, de pouvoir être traités par un médecin de leur race ?

Qu'on veuille bien, dans cette affaire, nous entendre. Il n'entre nullement dans nos idées de jeter l'anathème sur les écoles quelles qu'elles soient qui ont été installées sur nos territoires d'outre-mer. Nous avons écrit ailleurs et cent fois que toute action colonisatrice doit s'accompagner d'efforts continus pour, dans les différents domaines envisagés, relever la race colonisée. Instruire les individus capables de former une élite qui, à son tour, servira d'intermédiaire et d'agent d'influence sur la masse des indigènes plus lente à évoluer, tel doit être le but poursuivi. Tel est aussi le but atteint en ce qui concerne nos écoles de médecine coloniales.

Nous y avons formé des sujets de choix, instruits des choses de l'hygiène et capables aussi d'exercer l'art de guérir. Possédant une expérience singulière des mœurs de leur pays, ces nouveaux élus auraient dû, mieux que les nôtres, trop rares, trop inexpérimentés au début, d'un prix de revient trop coûteux aussi, pouvoir faire pénétrer dans les foules restées ignorantes, les notions qu'ils ont acquises au contact de nos maîtres. Pourquoi faut-il que la réalité n'ait pas répondu aux efforts et aux sacrifices consentis ? A peine nantis de leur diplôme, en effet, nos médecins indigènes, loin de retourner en apôtres d'hygiène parmi les populations d'où ils étaient issus, ont recherché, avant toutes choses, à accroître leur gain et le confort de leur vie matérielle, se sont installés dans les centres où le besoin de leur activité ne se faisait cependant nullement sentir.

Il semble que leur évolution se soit arrêtée à l'acquisition stricte des notions scientifiques indispensables à l'obtention de leur parchemin, mais que les qualités supérieures d'altruisme, d'abnégation, de dévouement, de sacrifice qui font vraiment le médecin leur soient encore restées inaccessibles.

L'expérience a démontré cette assertion. Nous la trouvons confirmée par les documents que nous mentionnons ci-dessous.

Le premier est extrait du procès verbal d'une séance de la Commission d'hygiène de l'Indo-Chine. Le président y signale : « le nombre important de médecins indochinois sortant chaque année de l'Université d'Hanoï et que l'Administration se doit d'aider à exercer leurs connaissances. A cet égard, ne pourrait-on envisager d'installer ces médecins dans les villages où ils exerceraient librement et moyennant l'allocation d'une solde minime ? »

Nous trouvons là, la confirmation de ce que nous avons signalé jusqu'ici : 1° Le trop grand nombre de médecins indochinois formés à l'Ecole d'Hanoï ; 2° L'obligation où se trouve l'Administration de les caser ; 3° La suggestion de les placer dans les villages démunis de service sanitaire, moyennant une solde minime ; 4° Le but poursuivi par l'Administration, pour réaliser des économies, de remplacer les médecins français par ces médecins indigènes.

« Mais, répond au *président, l'Inspecteur* général de l'hygiène, tout le monde est d'accord là-dessus. Un essai de cet ordre est tenté depuis plusieurs années. On avait envisagé de créer, pour commencer quinze postes de cette nature, cinq en Cochinchine, cinq à Annam, et cinq au Tonkin. Il est regrettable que les candidats aient fait défaut : trois postes, seulement, un par pays, ont pu être pourvus.

L'Administration avait cependant prévu certains avantages pour les intéressés : un logement leur était réservé et une solde de 30 à 50 piastres par mois leur était allouée.

Les causes de cet insuccès ont été les suivantes :

Du côté des indigènes d'abord, le peu d'empressement à recevoir des soins d'un médecin étranger à leur village, *quand ces soins ne sont pas gratuits*, leur résistance ensuite à la médecine occidentale.

Du côté des médecins indigènes, le peu d'attrait qu'a pour eux l'exercice de leur profession dans des *postes excentriques*, mal desservis, et ne

rapportant pas. La population de ces centres ayant surtout recours à la médecine traditionnelle, ou, pour faire l'économie d'une consultation à des spécialités achetées directement et employés au petit bonheur.

Voilà pour l'Indochine !

A Madagascar, un décret du 22 décembre 1916 avait réglementé l'exercice de la médecine indigène. Il avait fixé les conditions dans lesquelles les praticiens d'origine malgache, diplômés de l'école de médecine indigène de Tananarive étaient autorisées à faire de la clientèle payante et à exercer librement leur art. Cette faculté n'était accordée en principe qu'à ceux qui ayant servi pendant un certain nombre d'années dans les postes de l'intérieur, avaient fait preuve de leur expérience technique, de leur loyalisme et de leur dévouement envers les tribus de leur race.

Cette réglementation se révéla à l'usage insuffisante à prévenir, chez quelques-uns, des abus dont certains portèrent atteinte au privilège des docteurs en médecine d'Etat installés dans la colonie. Citons, en particulier, le cas d'un Européen opéré par un médecin malgache pour des honoraires très élevés et aussi... une issue fatale.

Il parut donc nécessaire de reprendre cette règlementation et de la compléter en précisant strictement les limites, pour les médecins indigènes, de l'exercice de leur profession.

Tel a été le but du décret du 2 mai 1936 dont *les prescriptions*, sont les suivantes :

« 1° Les médecins, issus de l'école de médecine indigène de Tananarive, ne pourront désormais donner leurs soins qu'à la population malgache, sauf les cas d'urgence ou dans les localités dépourvues de médecin pourvu du diplôme d'Etat ou d'Université.

« Toutefois le Gouverneur général aura qualité pour prononcer le retrait de l'autorisation accordée, par mesure individuelle prise sur la proposition du Directeur des Services sanitaires.

« 2° Les médecins diplômés de l'Ecole de médecine indigène de Tananarive ne sont, en aucun cas, autorisés à pratiquer des interventions chirurgicales autres que les opérations de petite chirurgie, dont la liste sera établie par arrêté du Gouverneur général ;

« 3° Ils n'ont pas qualité pour servir d'expert devant les Tribunaux ou pratiquer des examens médico-légaux. Toutefois, en cas d'urgence, et à défaut d'un docteur en médecine d'Etat, patenté ou fonctionnaire, ils peuvent être requis par les autorités administratives ou judiciaires pour procéder à des constatations médico-légales. Ils transmettent, dans ce cas, obligatoirement leur rapport au médecin inspecteur de la circonscription médicale qui le fait parvenir après l'avoir apostillé et annoté, à l'autorité judiciaire compétente. Exceptionnellement, leurs constatations pourront être directement produites, comme élément d'appréciation, devant les Tribunaux indigènes des premier et deuxième degrés ;

« 4° D'autre part, les médecins sortant de l'Ecole de médecine indigène de Tananarive n'auront la faculté de s'installer comme praticiens libres qu'après cinq ans de service dans l'Assistance médicale indigène.

« Ils pourront cependant bénéficier d'une réduction de ce délai par décision du Gouverneur général, compte tenu d'une part de la situation des effectifs des cadres de l'A. M. I. et des nécessités du service, d'autre part, de la valeur professionnelle et morale des intéressés ainsi que des besoins des localités où ils auraient l'intention d'exercer. »

Comme il était facile de le présumer la promulgation de ces textes a soulevé les protestations de certains médecins malgaches directement intéressés. Faisant abstraction de l'intérêt général, des buts de haute moralité poursuivis, de la sauvegarde de la Santé publique, en général et de celle de nos colons, en particulier, des interventions pressantes n'ont pas tardé à se manifester. Il serait regrettable que les mesures décidées ne soient pas appliquées à la lettre, adoptées même par les autres colonies possédant une faculté de médecine indigène et opposées aux médecins qui en reçoivent l'investiture, d'autant plus facilement qu'il a été prévu qu'à titre transitoire, les praticiens établis antérieurement à la signature du décret, conserveront dans la localité où ils exercent la faculté de poursuivre l'exercice de leur clientèle parmi les Européens et assimilés.

Il serait contraire à toute logique d'ouvrir toutes grandes les portes de nos Colonies aux médecins étrangers. C'est cependant ce que l'on pourrait craindre aujourd'hui. On a pu voir récemment que le décret réglementant l'exercice de la médecine aux Colonies avait dû être rapporté en ce qu'il concernait le Togo et le Cameroun, territoires placés sous mandat et ne pouvant être fermés aux médecins étrangers.

Un danger plus grand menace aujourd'hui nos autres territoires africains. L'avènement du Gouvernement actuel a permis à tort ou à raison à certains médecins étrangers d'espérer que les postes de ces colonies ne leur seraient plus aussi strictement interdits. Le ministère de la rue Oudinot a reçu leurs sollicitations pressantes.

Faut-il interpréter comme une mesure favorable à leurs démarches, l'enquête que celui-ci a prescrite concernant les possibilités d'installation de médecins russes ou d'autres nationalités dans nos colonies ? On veut espérer ici que des situations ne seront faites à ces derniers qu'après qu'elles auront été offertes sans succès à des médecins français.

L. SASPORTAS.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

La responsabilité des établissements publics hospitaliers du fait de leur corps médical

La question dela responsabilité de l'Administration à l'égard des malades soignés dans les hôpitaux publics vient de se poser récemment devant la juridiction administrative dans deux cas analogues ; dans le premier (Aff. Loiseau), la demande d'indemnité était fondée sur la réduction défectueuse d'une fracture, dans le second (Aff. Philipponeau), la demanderesse alléguait une insuffisance de soins.

Le Conseil d'Etat s'est ainsi trouvé amené à préciser les règles de sa jurisprudence à cet égard.

Par deux arrêts, en date du 8 novembre 1935, cette haute juridiction a tout d'abord rappelé le principe suivant : l'administration hospitalière est responsable des fautes commises par les agents du service administratif de l'hôpital, à moins naturellement qu'il ne s'agisse d'une faute se détachant de l'exercice de la fonction et permettant à sa victime de poursuivre son auteur devant les tribunaux ordinaires.

En doit-il être de même en ce qui concerne le service médical, c'est-à-dire pour les fautes commises par les médecins ou chirurgiens de l'établissement? L'Administration soutint la négative en s'appuyant sur la jurisprudence civile d'après laquelle les médecins des hôpitaux ne recevant pas d'ordres ou d'instructions de la Commission administrative de l'établissement et assurant le traitement des maladie en toute indépendance technique, ne sont pas ses préposés (V. not. Cour de Bordeaux, 12 novembre 1930). Mais un tel point de vue ne tient pas compte de manière suffisante de la réalité : tout d'abord le rôle des médecins d'hôpitaux n'est pas purement médical ; ils sont au contraire chargés d'assurer le bon fonctionnement de leur service et doivent pour ce faire, observer les règles intérieures de l'établissement. Ils peuvent donc eux aussi se rendre coupables de fautes de services, de fautes administratives. D'un autre côté, le médecin n'est pas non plus, dans l'exercice de son art, sans liens avec l'Administration. Cette dernière, au contraire, choisit ses médecins d'après un concours dont elle fixe le règlement ; elle fournit, d'autre part, au service médical tous ses moyens d'action matériels. Aussi le Conseil d'Etat a-t-il posé le principe que la faute lourde du médecin engage la responsabilité de l'Administration.

On peut donc résumer à l'heure actuelle ce problème de la manière suivante :

a) L'Administration hospitalière est responsable des fautes de services commises par son corps médical, comme pour ses agents ordinaires ;

b) Elle est aussi responsable des fautes lourdes du service médical. Dans ces deux cas, la seule juridiction compétente est la juridiction administrative. D'autre part, conséquence fort importante pour les médecins, l'Administration n'a pas de recours contre eux pour obtenir le remboursement de l'indemnité versée, car d'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, le fonctionnaire responsable d'une faute de service n'a pas à en supporter le poids (V. not., arrêt du 8 mars 1935).

c) Le médecin est personnellement responsable en cas de faute se détachant de l'exercice de sa fonction, telle que le fait d'opérer un malade sans son consentement. Dans ce cas, les poursuites sont de la compétence des tribunaux ordinaires (Cour de Paris, 18 novembre 1933).

Dans son premier arrêt, le Conseil d'Etat a donné, en outre, à la question de la situation juridique des internes des hôpitaux une réponse que nous croyons intéressant d'exposer. En principe les internes ne remplissent pas les conditions nécessaires pour exercer la médecine. Tout le monde sait qu'en pratique, ils se livrent couramment à cet exercice. Y a-t-il là une illégalité qui, en cas de préjudice commis, engagerait gravement la responsabilité de l'Administration ? Le Conseil d'Etat a répondu par la négative, non pas en se fondant sur l'art. 6 de la loi de 1892 relative aux remplacements, mais en invoquant l'art. 16 qui prévoit « les élèves en médecine agissant comme aides d'un docteur ». Dès lors, et sous réserve que le règlement intérieur de l'hôpital ne contienne pas à cet égard de dispositions plus rigoureuses, un malade opéré par un interne n'est pas fondé à soutenir que ce fait constitue par lui-même une faute de service engageant la responsabilité de l'établissement.

J. M.

Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales
Tarification des actes de spécialités

La Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise avait, dans une convention conclue avec les hospices civils de Versailles, fixé un tarif de remboursement pour les consultations

externes, dont les coefficients différaient, pour un même acte médical, de ceux prévus pour le tarif de soins chez le praticien. La Commission tripartite départementale ayant refusé d'approuver cette convention, appel fut interjeté par la Caisse devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Celle-ci a décidé, le 3 avril 1936, que la Caisse n'a pas excédé ses pouvoirs en adoptant deux nomenclatures différentes pour des actes médicaux identiques, afin d'adapter ses remboursements aux situations locales. Mais la discrimination adoptée dans le barème en question ne tenait pas suffisamment compte des conditions différentes dans lesquelles sont dispensés les soins à l'hôpital et chez le praticien ; on ne saurait donc approuver une telle convention qui pourrait avoir pour effet de limiter le libre-choix du médecin. (*Doc. Comité central des A. S.*, 1936, *E.* 30.)

La Presse et les Sociétés

Comment on entre dans la prostitution.

Le Docteur Robert Rabut a institué, au Dispensaire de salubrité, une enquête fort intéressante et d'une grande valeur tant sociologique que morale. Par un interrogatoire systématique, il a recherché les antécédents de 200 insoumises, la plupart arrêtées pour la première fois.

Il ne se fait pas d'illusions sur la sincérité des intéressées, fort sujette à caution. Pas davantage ne s'en fait-il sur les difficultés dans l'interprétation de leurs tendances caractérielles et la discrimination de la dominante étiologique qui les a menées là où elles sont.

Ceci posé, voici résumés les résultats de cette enquête.

Sur les 200 prostituées, on compte :

— venues de province : 133 et de l'étranger : 8, soit 141 transplantées ;

— filles d'artisans, employés, ouvriers et paysans : 152. (A noter 5 venues de familles à professions libérales !) ;

— inexistence, déficience ou anomalie du foyer, par mort de l'un des parents, séparation des parents, mauvais rapports des parents, disparition ou déchéance des parents : 185 ;

— venues d'une famille de 5 enfants au moins : 58.

— éducation familiale normale en défaut (négligence ou brutalité des parents, éducation faite par grands-parents, tuteurs, assistance publique ou œuvres privées) : 124.

— n'ayant obtenu aucun diplôme scolaire : 136 ;

(A noter une ayant le baccalauréat, et même une ayant le P. C. B.). ;

— ayant antérieurement exercé le métier de domestique ou de fille de salle : 106 ;

— gagnant (en 1933-1934) moins de 650 francs par mois : 67 ;

(A noter que 27 gagnaient 1.000 francs et plus).

— défloration effectuée par prolétaire : 154 ;

— présentant aux tests Binet-Simon de la débilité mentale : 52, soit un pourcentage de 26 (contre 14 dans le milieu ouvrier témoin) ;

— présentant un caractère soit simplement émotif, soit psychasténique, schizoïde, paranoïaque, instable, pervers, etc. : 171 ;

— le « pourquoi » de la prostitution :

chômage, salaire insuffisant, misère : 118 ;

— le « Comment » :

entraînées par souteneur, entremetteuse, conseil d'amie : 78.

Tirons les conclusions de l'enquête du Docteur Rabut :

La prostituée est le plus souvent une pauvre fille isolée, mal éduquée, sans soutien moral et psychiquement anormale. Le corrupteur n'a pas grand effort à faire.

Si la classe prolétarienne fournit le plus de victimes, elle fournit aussi le plus de coupables (soit dit sans excuser les autres classes dont la culpabilité est peut-être moins massive, mais certainement plus perverse).

A côté de ce morne troupeau digne de toutes les pitiés on trouve des vicieuses élevées normalement, instruites, gagnant bien leur vie et qui semblent avoir réellement choisi leur singulier métier. Celles-là, quelle œuvre de relèvement peut espérer leur rendre un sentiment de dignité ?

G. L.

L'ÉVOLUTION — COMMENT L'EXPLIQUER ?

Dr H. Tuchmann

Licencié es-sciences

De tous temps l'humanité a été préoccupée de comprendre et d'expliquer l'énigme de l'origine et du passé.

La religion et la philosophie furent les premières à satisfaire notre curiosité ; mais l'une et l'autre ne nous fournirent que des solutions *a priori*.

C'est en accumulant les documents des différentes disciplines que les biologistes s'efforcent de résoudre rationnellement le problème.

Mais chaque fois que de nouvelles découvertes se font jour, changeant ou détruisant nos « conceptions classiques » des réactions salvatrices ou destructrices se produisent, sur les ruines de la théorie détruite s'étagent de nouvelles spéculations.

C'est d'ailleurs le cas de toutes les théories d'être partiellement inexactes, mais elles sont indispensables car des faits épars sans interprétation ne permettent pas de constituer une science. Alors qu'elles sont utiles à leur établissement, permettant de classer et même de prévoir les faits, il arrive un moment où l'imperfection de la théorie conduit à des prévisions inexactes et il faut la remplacer.

La fin du XIXe et le début du XXe siècle si riches en découvertes dans tous les domaines, eurent des conséquences inégales dans les différentes disciplines. Alors que la physique et la chimie enrichies rayonnent avec une lumière nouvelle, il n'est pas de même pour la biologie. Toutes les acquisitions nouvelles n'ont eu semble-t-il, pour effet, que de nous montrer l'imperfection et l'arbitraire des solutions qu'on nous apportait pour expliquer le « mystère de la vie ».

Frappé par la grande ressemblance morphologique des divers êtres d'un milieu donné, Lamark expose dans son « Discours d'ouverture » et son traité de « Philosophie biologique », ses vues sur le rapport des organismes d'avec le milieu considéré.

Momentanément éclipsées par le dogmatisme de Cuvier les idées Lamarkiennes renaissent avec toute leur force lorsque Darwin essait d'expliquer l'évolution par la « *concurrence vitale* » et la « *sélection du plus apte* ».

La disproportion considérable entre la quantité de germes émis et le nombre restreint de ceux qui se développent ne manqua pas d'impressionner Darwin. En réalité si tous les germes se développaient 3 à 4 générations suffiraient pour recouvrir toute la terre (le calcul est facile avec une culture de microbes, il y a progression géométrique).

Loin de voir dans ce fait indéniable la preuve d'un dynamisme vital presque illimité d'un gaspillage d'énergie à la fois inutile et illogique. Darwin lui donne une explication matérialiste.

De la surabondance résulterait une concurrence et une compétition avec lutte sans trêve ni merci, qui aboutirait à la victoire du plus apte. De la richesse des germes résulterait donc la transformation et l'amélioration des êtres vivants. L'évolution apparaissait comme un fait progressif et continu, tendant vers la réalisation d'individus de mieux en mieux adaptés et d'autant plus perfectionnés qu'ils s'élevaient dans l'échelle animale.

L'adaptation au milieu semblait aussi stricte que merveilleuse et l'individu était considéré comme une cire molle, façonné par le milieu et adapté aux exigences de la vie. Chaque organe a sa fonction et son but, et l'ensemble des parties constitutives de l'individu convergent vers le but utilitaire.

La paléontologie prêtait ses documents encore épars à toutes les spéculations et dans l'ontogenèse on s'évertuait de retrouver l'image éphémère de la philogenèse. Aussi les problèmes qui préoccupent l'humanité depuis qu'elle s'est penchée sur l'énigme de la vie semblaient avoir reçu une explication rationnelle. L'explicatfon satisfaisait l'esprit car elle donnait un sens logique à la vie.

Cependant aucune des théories classiques (préadaptation, transformisme, harmonie préétablie, etc.) ne résiste à la critique. Elles tiennent surtout compte de la morphologie de l'individu considérant de plus que l'évolution implique l'adaptation, c'est-à-dire concordance entre la structure morphologique et un genre de vie déterminé. De sorte qu'il y aurait une relation de cause à effet entre une forme considérée et une condition de vie déterminée.

Admettre que l'organisme subit passivement l'influence du milieu dans lequel il vit revient à nier l'hérédité. L'hérédité n'est-elle pas en effet un fait de continuité et de similitude.

Une très grande plasticité exclut toute variation héréditaire, car toute variation des conditions extérieures aurait pour conséquence une transformation de l'organisme envisagé, de sorte que les caractères morphologiques et le fonctionnement des organes ne persisteraient

que dans la mesure où persisteraient les causes qui les ont fait naître.

Or, nous savons que des animaux transplantés dans différents milieux, gardent une remarquable fixité morpho-physiologique.

Au cours du quaternaire les fortes variations du climat, déterminées par l'extension ou le retrait des glaciers n'ont eu d'autre effet qu'une variation géographique des espèces.

C'est précisément parce que l'individu possède cette fixité par laquelle il s'oppose aux fluctuations incessantes du milieu que ses caractères se transmettent héréditairement.

Certes, on ne peut guère considérer l'individu en faisant abstraction du milieu dans lequel il vit, de même qu'on ne devrait pas négliger l'action des organismes sur le milieu, bien que moins apparente. Il y a interaction réciproque et constante, mais *généralement de faible amplitude* et n'aboutissant pas à se transmettre à la descendance.

De même que le fonctionnement de chaque cellule est conditionné par la constitution et la réaction du « milieu intérieur », l'individu plongé dans son milieu est le siège d'une série de transformations à la fois anaboliques et cataboliques, qui tendent vers l'équilibre mais qui n'est jamais comp ètement réalisé.

C'est cette lutte contre le nivellement qui caractérise la vie (mesurable par la charge électrique des cellules) ; la vie résulte donc d'une sorte de contradiction, du fait qu'il y a destruction au fur et à mesure qu'il y a construction.

Il semble évident *a priori* que des variations intenses puissent atteindre le « germen » et devenir ainsi héréditaires, et d'autant plus facilement qu'elles porteront sur des individus plus jeunes avant la différenciation des éléments sexuels.

Cependant tous les essais expérimentaux entrepris depuis trente ans infirment l'hérédité des caractères acquis, l'objection reste ainsi tout entière. D'ailleurs le changement effectué peut-on admettre qu'il se fera obligatoirement dans un sens utilitaire pour l'individu ? Se poursuivra-t-il toujours dans le même sens pour aboutir à la sélection ?

D'autre part, l'évolution comporte-t-elle comme corollaire l'adaptation morphologique impliquant une concordance entre la forme et le fonctionnement des organes ?

La théorie de préadaption qui repose sur l'existence des « mutations » nous paraît encore plus arbitraire. Les mutations sont rares et généralement de faible amplitude elles ne peuvent expliquer que les variations au sein de l'espèce. Elle implique aussi pour l'individu la capacité de pouvoir changer son milieu et de choisir celui qui lui conviendra le mieux.

On ne saisit pas comment et par quelle mystérieuse inspiration l'insecte devenu aptère et aveugle trouvera la caverne qui l'abritera le mieux ; inutile d'ajouter que l'intuition ne suffirait pas aux plantes de se déplacer.

Conclusion. — Devant l'impossibilité de prouver expérimentalement l'évolution faut-il renoncer à toute explication ? Les naturalistes ne doutent pas de l'évolution, mais leurs avis restent partagés quant aux causes et au déterminisme des transformations du monde vivant.

Le problème se présente comme beaucoup plus complexe, ne permettant pas la généralisation d'un déterminisme commun et s'appliquant à tous les êtres. Les faits cruciaux autour desquels viendraient se ranger tous les phénomènes de la vie restent épars. Toute généralisation hâtive reste dangereuse et ne sert qu'à reculer le problème.

En effet chaque être possède sa constitution propre qui lui imprime son individualité et qui fait qu'il réagit différemment aux causes extérieures.

Alors que la thyroxine accélère les métamorphoses des têtards de grenouille, elle reste sans effet chez le triton.

Des modifications se produisent en agissant peut-être sur le métabolisme ; mais rien ne permet de dire qu'elles aboutissent fatalement à une bonne adaptation. Les variations qui en résultent peuvent être quelconques et même gênantes, aboutissant ainsi non à la sélection du plus apte, mais à l'*élimination du pire.*

Le grand développement des diverses disciplines qui nous a conduit à une connaissance remarquable de faits nous oblige de reviser des explications trop simplistes ne cadrant pas avec la complexité inconcevable des phénomènes de la vie. Le fait de l'évolution s'impose, son déterminisme nous reste encore obscur !

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DANS LES ASSISES DE JÉRUSALEM

Tout au début du XII[e] siècle, aussitôt après la fondation du royaume de Jérusalem, la Cour des Bourgeois rédigea un code de lois.

Le droit romain, les coutumes françaises et surtout les usages normands servirent de base à la rédaction de ce code, connu sous le nom d'Assises de Jérusalem.

Les pénalités prévues pour les fautes médicales et chirurgicales sont très rigoureuses, elles vont de la confiscation des biens et du bannissement jusqu'à l'amputation de la main droite et la pendaison. L. Guillouard avait pensé que cette législation draconienne avait eu pour but d'éloigner une bande d'aventuriers ignorants et rapaces qui s'étaient abattus sur le pays, en se qualifiant de miéges, afin d'exploiter les nouveaux maîtres du pays et toucher de gros honoraires. Il est probable que les Croisés craignaient d'être empoisonnés par des médecins, ou mutilés par des chirurgiens plus ou moins sympathisants avec les Sarrazins.

En rendant le médecin responsable de la mort du malade et le chirurgien de l'insuccès opératoire, et en punissant les fauteurs avec une extrême rigueur, les Croisés espéraient mettre leur vie à l'abri des perfides qui, sous l'égide de l'art médical, auraient attenté à leur existence. Guillaume de Tyr raconte qu'en 1173, Amaury I[er], roi de Jérusalem, fut soigné d'une fièvre dont il mourut, par des médecins grecs et syriens, étrangers douteux (... *præcipit ad se accessiri medicos græcos et syros et illarum nationum homines*).

Dans le royaume de Jérusalem, l'exercice de la médecine n'était pas libre, il fallait avoir été examiné et agréé. Les Assises déclarent qu'aucun médecin étranger ne sera admis à exercer son art dans une ville avant d'avoir été examiné par « *d'aultres mieges* (1), *les meillors de la terre, en la présence dou vesque de la terre devant qui se det estre faict* ». S'il était jugé capable, l'évêque lui remettait les lettres le constatant, sinon, il devait quitter la ville ou promettre de n'y pas exercer la médecine.

Il est conseillé aux malades et aux blessés de ne pas rester sans soins et de s'adresser, selon le cas, au médecin ou au chirurgien. « *Montrez vos essoignes* (2), disent les Assises, *a cestui miege, et il le det faire et cestui miege le det veir et taster son pos et veir son orine, et se est chose que le serorgien det connoistre, il det mos-trer sa blessure.* » Les soins au serf blessé étaient à la charge de son maître. « *Celuy qui fu seignor du serf est tenu de faire meger celui qui est naffré* (1) disent les Assises. Les Assises nous révèlent qu'avant d'entreprendre une cure, le médecin traitait du prix de ses soins à forfait ; il pouvait même, s'il s'agissait d'un serf, faire un autre marché et stipuler qu'en cas de guérison, il recevrait la moitié de la valeur du serf et que s'il décédait, il n'aurait rien. Dans cette dernière hypothèse, la responsabilité du médecin était garantie, celui-ci n'encourait aucune amende « *por ce qu'il y pert tot premier son travail.* »

Trois chapitres traitent successivement de la responsabilité des chirurgiens, des maréchaux-ferrants et des médecins. Il est assez curieux de voir le chapitre des chevaux et des mulets entre ceux des blessés et des malades.

Ch. CCXXXI. « *des mieges qui taillent au un naffré* (2) *autrement qu'il de devent et por ce meurt le naffré, quel dreit en deit estre de celuy miége* ?

Ch. CCXXXII « *aux mareschaus de beste qui par leur mau meger ou par leur mau ferrer mehaignent* (2) *aucune beste, qui deit amender cestui mahaing au chevalier ou au borgeis de qui la beste est* ?

Ch. CCXXXIII « *Ici orres la raison et le dreit des mecines et des euves de fisiens qui donnent a aucun malade aucun serobs ou aucune medessine ou aucun laituaire* (3) *dont il meurt par sa male garde* ».

Pour les chirurgiens, deux hypothèses se présentent, ou le blessé est mort après l'opération, ou il est resté infirme pour la vie. Dans le premier cas, s'il s'agit d'un serf, le miège devra payer au seigneur la valeur *qu'il avait au jour de* l'opération. La loi Aquilia (du VII[e] siècle avant notre ère) avait prévu le cas où le chirurgien, après avoir bien fait l'opération, laissait ensuite l'esclave blessé, sans soins. Mais Proculus interprétant cette loi, ajoutait que si l'opération avait été mal exécutée « *si medicus servum imperite secuerit* », la loi Aquilia était applicable et le maître pouvait réclamer une indemnité égale à la plus grande valeur que l'esclave avait eue dans l'année de sa mort.

Les Assises ajoutent une autre peine, le bannissement du miège : « *Et cil le deit encement la cort a celuy miege, congier* (4) *de la vile ou il fist ecle mau megerie.* » Si le blessé dont le miège a causé la mort était « *un franc home ou une franche femme* », le miège sera pendu et ses

(1) *Miege, Mege*, médecin. *Megier, Meger*, soigner, traiter médicalement.
(2) *Essoignes*, embarras, difficultés, soins.

(1) *Naffré, Navré*, blessé.
(2) *Meshaignier*, mutiler, estropier.
(3) *Laituaire, Lettuaires*, électuaire, médicament de consistance molle.
(4) *Congier*, donner congé, expulser.

biens confisqués au profit du seigneur : seulement, la coutume excepte de la confiscation, les honoraires qui auraient été payés au chirurgien, ils seront restitués à la famille du mort.

Si le blessé survit, mais infirme, le miège, s'il s'agit d'un serf, paiera au seigneur ce que le serf vaudra de moins, à raison de son infirmité : et, s'il s'agit « *d'un crestien ou d'une crestienne* », le miège aura « *le poin dextre coupé* ». De plus, il rendra au blessé ce qu'il lui aurait pris pour le « *meyer* ».

S'il s'agit d'un médecin qui a malencontreusement donné un « *serob ou une medessine* », la pénalité est la même : une amende, s'il s'agit d'un serf, la pendaison et la confiscation des biens, s'il s'agit d'un homme libre. Mais pour le médecin, les Assises ajoutent : avant qu'on le pende, « *det estre mené frustant* (1) *par la vile, un orinal en sa main, car ce est dreit et raison, por espoventer de ce mau faire.* »

L'Assise, en prononçant la peine capitale contre le médecin qui, par ignorance ou imprudence, causait la mort du malade, étendait au delà des vraies limites posées par Ulpien, le principe de la responsabilité des médecins. « Ainsi, dit Ulpien, on ne doit pas, en cas de mort, imputer au médecin, le résultat de la fragilité humaine, mais si le médecin a commis une faute par ignorance, il doit être responsable ; on ne doit pas, sous prétexte de fragilité humaine, admettre que la mort de l'homme, par impéritie, est un délit involontaire. » Dans ce cas, la pénalité devant réparer le dommage, n'était qu'une amende ou indemnité.

Comment jugeait-on les médecins et les chirurgiens ? On interrogeait des témoins. Les Assises énumèrent longuement les maladies connues à l'époque et les fautes que le médecin a pu commettre, tirer trop de sang, donner une médecine qui renferme trop « d'*escamounie* » (1), donner des choses « *laschatives* » alors qu'il fallait donner des choses « *estraignantes* » etc. Les témoins jugeront qu'ils ont vu donner les « *mecines et serobs* », que le malade est mort de ces médecines, et qu'ils lui ont entendu dire à lui-même qu'il sentait bien qu'il en mourrait. « *Et en cela médessine et tant d'escamounie* (1) *que celui fu mort si tost comme il lot beue.* » Avec cette preuve péremptoire, le médecin sera convaincu d'impéritie et pendu, après avoir été, au préalable, promené dans la ville, « *un orinal en sa main* » et exposé aux violences des assistants.

Si à notre époque, Thémis devient de plus en plus impitoyable pour les insuccès malencontreux des disciples d'Esculape, elle ne s'attaque qu'à leur bourse et cela est moins irréparable que la corde.

Dr P. Noury (de Rouen).

(1) *Fruster, Fuster*, fustiger, battre.

(1) *Escamounie, scammonée*, résine purgative.

DÉVALUATION, SPÉCULATION ILLICITE ET ESCROQUERIE DANS L'ANTIQUITÉ

Un de nos amis, qui relit *Plutarque*, y a déniché dans la vie de Solon ce qui suit :

« Par un décret, il annula toutes les dettes antérieures et interdit pour l'avenir, aux créanciers la contrainte par corps. Quelques-uns cependant — entre autres Androtion — ont écrit que Solon n'abolit point les dettes, mais qu'il en réduisit seulement les intérêts, et que les pauvres, ainsi allégés, donnèrent eux-mêmes à ce bienfait le nom de décharge.

« Du reste, le complément de la loi fut l'augmentation des mesures et du taux des monnaies. La mine ne valait que 73 drachmes. Elle fut portée à 100, de sorte que les débiteurs, en payant une égale valeur numérique, mais effectivement moindre, gagnèrent beaucoup sans rien faire perdre aux créanciers. »

C'est tout simplement une dévaluation de la monnaie...

Et voici la canaillerie des spéculateurs :

« Pendant que Solon s'occupait de l'abolition des dettes et *qu'il cherchait les termes les plus insinuants pour la rédaction du décret et un préambule convenable,* il communiqua son projet à trois de ses amis, ceux qui avaient son affection et sa confiance, Conon, Clinans, et Hipponicus. Il leur dit qu'il ne toucherait pas aux terres, mais qu'il abolirait les dettes. *Ceux-ci, saisissant l'occasion et prenant aussitôt les devants, empruntent à des riches des sommes considérables et achètent de grands fonds de terres : puis, le décret rendu, ils gardent les biens et ne rendent point l'argent qu'ils avaient emprunté* ».

O ministres modernes — américains, anglais, belges et même français — quand vous dévaluez la monnaie, vous n'êtes que de pâles imitateurs !

(*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine,* 1er novembre 1936).

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS (A.P.I.M.)

XIe Session du Conseil général (Amsterdam — Septembre 1936)

Le Conseil général de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) a tenu sa onzième session annuelle les 10, 11, 12 et 13 septembre 1936 à Amsterdam au siège social de la maison des médecins qui avait bien voulu mettre à la disposition du Conseil général de l'A.P.I.M. ses locaux admirablement installés.

Les trois premières sessions annuelles du Conseil général de l'A. P. I. M. eurent lieu à Paris ; la quatrième session se tint à Berlin, en 1929 ; la cinquième à Paris, en 1930 ; la sixième à Budapest, en 1931 ; la septième à Genève, en 1932 ; la huitième à Londres, en 1933 ; la neuvième à Paris, en 1934 ; la dixième à Bruxelles en 1935.

Treize nations étaient effectivement représentées par les correspondants nationaux de chaque pays, présidents ou secrétaires, ou membres du Conseil d'administration du Groupement professionnel national adhérent à l'A. P. I. M.

Ce sont : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Hollande, Hongrie, Luxembourg, Norvège, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie.

La Session a été présidée par le Dr Mattlet, président de la Fédération médicale belge.

***

L'Ordre du jour comprenait cette année comme principales questions :

1° *L'Enquête* (A. I.) sur : « Les assurances-maladie privées et facultatives concernant les classes moyennes et les professions libérales ». Rapporteur : Docteur de Csillery (Hongrie).

2° *L'Enquête* (A. J.) sur : « la répercussion de l'assurance-maladie sur l'exercice journalier de la médecine ». Rapporteur : Docteur Droogleever Fortuyn (Hollande).

3° *L'Enquête* (A. K.) sur : « l'organisation hospitalière et ses différents aspects dans les divers pays ». Rapporteur Dr Cibrie (France).

En outre des communications intéressantes ont été faites sur : 1° Les Chambres médicales et Groupements professionnels » d'après le rapport du Docteur Huszcza (Pologne).

2° Les premiers secours en cas d'accidents ». (Modifications depuis l'Enquête L), par le Dr Vuilleumier (Suisse) qui apporta en séance un complément d'informations à son rapport.

***

Nous reproduisons ci-dessous les *constatations, directives* et *conclusions* votées par le Conseil général de l'A. P. I. M. sur chacune des questions soumises à sa discussion.

I. « Les assurances-maladies privées et facultatives concernant les classes moyennes et les professions libérales ».

1° L'A. P. I. M. approuve le principe d'une assurance-maladie *privée et facultative*, en faveur des classes moyennes et des professions libérales. Mais comme il s'agit de classes d'un standard de vie supérieur à celui des assurés sociaux obligatoires, le Corps médical ne saurait accepter cette institution, en pratique, que si l'assuré continue à rester essentiellement, en face de son médecin de famille, dans la situation d'un malade de clientèle *privée*.

2° Toutefois, dans l'intérêt même de l'institution et de ses adhérents et pour assurer sa vitalité et son fonctionnement, l'A. P. I. M. est d'avis qu'une assurance-maladie privée facultative doit être établie et fonctionner en complet *accord* avec les Groupements *médicaux* professionnels.

3° De plus, ainsi que dans toute assurance-maladie, les principes primordiaux de la *Charte médicale internationale* doivent être toujours rigoureusement observés, à savoir :

a) *Le libre choix* du médecin, du chirurgien, du spécialiste, de la clinique, maison de santé ou hôpital, doit être entièrement conservé au malade, l'assurance ne fournissant jamais à son adhérent des prestations *en nature* mais uniquement des *prestations en espèces* en ce qui concerne les frais de traitement.

b) *Le paiement* des soins médicaux, chirurgicaux ou de spécialistes serait donc effectué par *le malade*, ainsi qu'en clientèle privée, et d'après les tarifs médicaux en vigueur dans la région ou, suivant les pays, établis préalablement en accord avec l'Assurance. Mais celle-ci n'interviendra jamais entre le malade et son médecin de famille : elle ne fera qu'avancer ou rembourser à son adhérent tout ou partie, suivant ses statuts, des honoraires médicaux et autres frais nécessités par le traitement effectué.

c) Le médecin traitant pourra donner à l'Assurance, par certificats ou signatures de feuilles de maladie, toutes précisions nécessaires sur les prestations effectuées par lui, mais le malade doit être assuré de l'observation absolue, par son médecin, *du secret professionnel*, vis-à-vis de l'Administration de l'Assurance.

d) *La liberté de prescription* doit être maintenue entière,

e) *Le contrôle administratif* sera établi par les services de l'Assurance. *Le contrôle technique* médical, ne pourrait être admis, s'il y a lieu en certains pays, qu'en accord avec le Corps médical organisé.

II. « LA RÉPERCUSSION DE L'ASSURANCE-MALADIE SUR L'EXERCICE JOURNALIER DE LA MÉDECINE ».

1° A l'effet de garantir un exercice normal de la médecine, dans l'intérêt primordial des malades, il y a lieu, par une action continue, d'exiger au moins l'introduction dans toutes les organisations d'assurances-maladies des préceptes de la charte médicale internationale.

2° Il est souhaitable que la possibilité de la collaboration des médecins au fonctionnement des diverses assurances-maladies, soit étendue dans chaque pays à la totalité des médecins praticiens. Chacun d'eux restant libre d'accepter ou de refuser sa collaboration personnelle.

3° Il y a lieu de s'opposer à la standardisation des traitements. La maladie est individuelle ; le traitement doit rester individuel. Seules les mesures d'hygiène et de préservation peuvent avoir un caractère collectif.

4° Pour que la Santé publique retire effectivement les bienfaits qu'on est en droit d'attendre du développement de l'assurance-maladie, il est indispensable que dans tous les pays les Associations nationales médicales soient toujours appelées à discuter avec les Pouvoirs publics et les Collectivités, l'organisation même de la partie technique (1) de l'assurance. Seule une collaboration loyale basée sur des accords librement discutés peut être féconde en résultats bienfaisants. Les bases mêmes de cette collaboration sont exprimées dans la Charte médicale internationale qui comporte :

a) Libre choix du médecin par le malade ; *b*) Respect du secret professionnel ; *c*) Pas de fonctionnarisation de la médecine de *soins*. Seuls pourraient être fonctionnarisés les médecins experts ou contrôleurs ; *d*) En matière de soins, le paiement à l'acte médical par l'assuré lui-même, avec ticket modérateur, semble être la modalité la meilleure en médecine sociale, en cas de tiers responsable ; *e*) Liberté de prescription, sous réserve d'un contrôle des abus ; *f*) En médecine sociale, en général, respect de la liberté du Corps médical avec contrats collectifs établis entre l'Etat ou les Collectivités et le Corps médical organisé.

5° Ces conditions étant obtenues le Corps médical ne peut que s'associer au développement des diverses assurances-maladies qui permettent aux assurés d'être plus facilement bien soignés.

(1) On doit entendre l'expression « partie technique » celle dont les médecins sont effectivement les « techniciens » (soins, prescriptions, délivrance d'appareils, hospitalisation, congés de convalescence, etc...).

III. « L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE ET SES DIFFÉRENTS ASPECTS DANS LES DIVERS PAYS »

1° L'A. P. I. M. constate l'inexistence dans nombre de pays, et spécialement dans les pays de territoire étendu, d'un plan sérieusement étudié *d'équipement hospitalier*.

Elle estime que cette situation doit cesser ;

Que partout un programme doit être établi compte-tenu des nécessités et des possibilités ;

Que, en tout état de cause, une coordination logique doit remplacer la répartition trop souvent défectueuse des établissements hospitaliers considérés dans leur ensemble (établissements *publics et privés*).

2° Après examen et discussion de l'enquête (A. K.) sur l'organisation hospitalière dans les différents pays, l'A. P. I. M. constate qu'il existe dans ces pays des conceptions actuellement trop différentes pour qu'on puisse en tirer, sur le plan international, des conclusions suffisamment nettes et utiles, en vue de l'établissement d'une *charte hospitalière internationale*.

***

Le Conseil général a décidé qu'au cours de l'année 1937 les sujets suivants feraient l'objet de grandes ENQUÊTES : 1° « *L'Organisation de la lutte anticancéreuse dans les différents pays* ». Enquête (A. L.). Proposition du Dr DECOURT, secrétaire général de l'A. P. I. M.

2° « *Le Contrôle en matière médico-sociale*. Enquête (A. M.). Proposition du Docteur CIBRIE (France).

3° « *Organisation du Service médical de nuit, dimanches et fêtes* ». Enquête (A. N.). Proposition du Docteur ZAHOR (Tchécoslovaquie).

Les Correspondants auront à répondre, en outre, à cinq QUESTIONS : 1° « *Les soins médicaux aux chômeurs* ». Question posé par le Docteur ZAHOR (Tchécoslovoquie) ;

2° « *Us et coutumes des cessions et reprises de clientèle médicale* ». Question posée par le Docteur MATTLET (Belgique).

3° « *Durée du travail du personnel hospitalier* (tous établissements publics ou privés). »

4° « *Budget affecté à la lutte antituberculeuse dans les différents pays* ».

5° « *Quels sont les pays dont le Corps médical possède des insignes particuliers pour les automobilistes* ».

Ces trois questions posées par le Docteur SCHAEFTGEN (Luxembourg).

La XIIe Session du Conseil général se tiendra en 1937 à Paris les 8, 9, 10 et 11 juillet, sous la présidence du Docteur Haedenkamp, membre du Conseil des dirigeants du Corps médical allemand et gérant du *Deutscher Arzteblatt*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et conférences.

Médecine légale. — Cours théoriques de médecine légale, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre, de médecine sociale.

Ces cours seront professés les lundis, mardis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 18 heures à 19 heures, pendant le semestre d'hiver, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le Professeur BALTHAZARD, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1936, et par M. PIÉDELIÈVRE, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1937 ;

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le Professeur HUGUENEY, de la Faculté de Droit, tous les samedis ;

3° Médecine du travail et intoxications professionnelles, par M. Duvoir, agrégé, chef des travaux pratiques (voir l'affiche de l'Institut d'hygiène industrielle) ;

4° Accidents du travail, maladies professionnelles, médecine sociale, tous les jeudis (voir le programme détaillé de l'affiche spéciale sur la médecine sociale).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 14 heures à 15 heures. Le mercredi, par M. le Professeur BALTHAZARD. Le lundi, par M. le Docteur PIÉDELIÈVRE, agrégé. Le vendredi, par M. le Docteur DUVOIR, agrégé, chef des travaux pratiques. Pendant le semestre d'été, les élèves procé deront eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les lundis, de 15 heures à 16 h. 30, sous la direction de M. le Docteur DUVOIR, agrégé, chef des travaux, avec le concours de M. le Docteur PIÉDELIÈVRE, agrégé, de M. le Docteur DÉROBERT, chef du laboratoire, et de M. le Docteur HAUSSER, préparateur du cours.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. KOHN-ABREST, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les vendredis, de 15 heures à 16 h. 30.

4° Expertises d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de pensions de guerre et d'assurances sociales, sous la direction de M. le Professeur BALTHAZARD, assisté de MM. les Docteurs DUVOIR et PIÉDELIÈVRE, le mercredi, à 15 heures, à partir du 6 janvier 1937 (Laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

Psychiatrie. — Cours de clinique psychiatrique : Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 h. 30, à la clinique des maladies mentales, et le dimanche matin, à la même heure (Asile Sainte-Anne). Les élèves devront également suivre les policliniques de M. le Professeur H. CLAUDE, les samedis matins.

Examen des malades et rédaction des rapports : M. le Docteur A. CEILLIER, médecin expert, dirigera ces exercices à la Clinique des maladies mentales, Asile Sainte-Anne, tous les jeudis, de 15 h. 30 à 17 h. 30.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de seize inscriptions A. R. ou vingt inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et psychiatrie après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 60 francs ; quatre droits trimestriels de laboratoire de 150 francs, soit 600 francs ; un droit d'examen, 20 francs.

— **Clinique des maladies mentales** (Professeur : M. Henri Claude). — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique* (année 1936-1937). — 22 novembre 1936, M. LÉVY-VALENSI : Généralités. Examen d'un psychopathe. — 29 novembre, M. BOREL : Hallucinations. — 6 décembre, M. CÉNAC : Idées délirantes. — 13 décembre, M. LÉVY-VALENSI : Syndromes d'excitation. — 20 décembre, M. LÉVY-VALENSI : Syndromes de dépression. — 10 janvier 1937, M. CÉNAC : Syndromes confusionnels (1re leçon). — 17 janvier, M. CÉNAC : Syndromes confusionnels (2e leçon). — 24 janvier, M. CELLIER : Troubles mentaux de l'épilepsie. — 31 janvier, M. CODET : M. Obsessions. Phobies. Impulsions. — 7 février, M. CODET : Perversions. Toxicomanies. — 14 février, M. BOREL : Syndromes démentiels (1re leçon). — 21 février, M. BOREL : Syndromes démentiels (2e leçon). — 28 février, M. BOREL : Syndromes démentiels (3e leçon). — 7 mars, M. BARUK : Psychiatrie infantile (1re leçon). — 14 mars, M. BARUK : Psychiatrie infantile (2e leçon). — 21 mars, M. CELLIER : Médecine légale psychiatrique (présentation des malades).

Ce cours, facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 h. 1/4 à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis (XIVe), à partir du dimanche 22 novembre 1936 ; à 10 h. 30, leçon clinique de M. le Professeur CLAUDE.

— **Clinique obstétricale** (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital. Professeur : M. Cyrille Jeannin). — M. le Professeur Cyrille JEANNIN a repris ses leçons à la Clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 5 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

— **Cours de médecine légale** (novembre et décembre 1936). — M. le Professeur BALTHAZARD commencera son cours le vendredi 13 novembre 1936, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis suivants, en novembre et en décembre.

SUJET DU COURS : Attentats à la pudeur. Viol et perversions sexuelles. — Hermaphrodisme. — Avortement criminel et infanticide. — Coups et blessures. — Le problème de l'identité. — Anthropométrie et dactyloscopie. — Examen des taches, poils, etc...

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Lariboisière.** — *Conférences de sémiologie radiologique à l'usage des praticiens* sous la direction du Docteur Charles Guilbert. — Ces conférences commenceront le mercredi 16 décembre pour être terminées le 24 décembre. Le matin, conférences avec projections, examens à l'écran, lecture de clichés.

Programme des cours. — 16 décembre : Conférence d'ouverture. Préparation des examens, méthodes spéciales. — 17 décembre : Poumons et plèvre, aspect normal et tuberculose. Poumons et plèvre, lésions aiguës et chroniques — 18 décembre : Tube digestif, estomac. Tube digestif, duodénum. — 19 décembre : Vésicule, périviscérite du carrefour supérieur et malformations duodénales. Côlon, carrefour inférieur. — 21 décembre : Tuberculose et syphilis osseuses. Lésions traumatiques des os et lésions diverses. — 22 décembre : Cœur. Vaisseaux de la base. — 23 décembre : Crâne et dents. Repérage des corps étrangers. — 24 décembre : Appareil urinaire. Avec le concours des Docteurs Devois, Corbier, Frain et Giron.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au Laboratoire central de radiologie de l'hôpital Lariboisière.

Des conférences de technique rœntgenthérapie (technique de la dose profonde) à l'usage des spécialistes et des étudiants, auront lieu les lundi et samedi à 11 heures par le Docteur Ch. Guilbert, chef de service, à partir du 1er mars 1937. Conférences gratuites sur inscription.

— **Hôpital Nouveau-Beaujon** (Clichy). — *Cours sur la tuberculose pulmonaire.* — M. Michel Léon-Kindberg fait tous les jeudis à 11 heures une leçon, avec projections, dans la salle de Conférence du Laboratoire central.

— **Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à douze places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie sera ouvert le 30 novembre 1936 à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria.

Inscriptions au Bureau du Service de santé de l'Administration, du lundi 9 au mardi 17 novembre 1936.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »*)*

— **XXXIXe Congrès de l'International Law Association pour la protection de la population civile contre la guerre moderne.** — Ce Congrès, qui s'est tenu au Palais de justice de Paris, a nommé une Commission chargée d'étudier, sous ses différents aspects, la protection des populations civiles et des Services de santé des armées contre les bombardements aériens et les nouveaux engins de guerre.

— **IIIe Session des « Journées Médicales de Paris ».** — Le Comité permanent des *Journées Médicales de Paris* vient de décider d'organiser du 26 au 30 juin 1937, à l'occasion de l'Exposition internationale, des journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales, celles des deux premières sessions (1926 et 1928) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français.

Elles seront présidées par le Prof. Carnot. Les vice-présidents seront : les Médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan ; les Professeurs Perrot, Gorris, Leclainche et Nicolas. Le secrétaire général : M. H. Godlewski. Le secrétaire général adjoint : M. Pierre-Bourgeois.

Le Comité français des Expositions a bien voulu se charger, comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles et en a confié la direction à M. Jean Faure. Les matinées seront consacrées aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Écoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale. Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : « Hormones et thérapeutique endocrinienne ». Première journée : L'hypophyse ; deuxième journée : Les glandes génitales ; troisième journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales ; quatrième journée : Le foie, le pancréas et le thymus. Les séances auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales. Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1928. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales de Paris 1937, sont priés de s'adresser au Service des Journées médicales (*Revue Médicale française*), 18, rue de Verneuil, Paris-VIIe. Cotisations : 50 francs ; 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

— **Préparation au diplôme d'herboriste.** — Pour la session de juin 1937, les cours de Mme Compin commenceront le 16 novembre. (Préparation en six mois.) Conditions spéciales pour familles médicales. Inscriptions mardi et vendredi, de 2 à 4 heures. Mme F. Compin, 11, rue de Turin, Paris (VIIIe).

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Cette note d'honoraires est contestée par les Chantiers de P. sur les deux points suivants.

1° Les chantiers de P. prétendent faire jouer l'article 10 pour la tarification de diverses opérations pratiquées dans la même journée. J'estime que l'article 10 concerne la répétition d'actes chirurgicaux, or, il y a là, un acte chirurgical plus un acte radiologique. Si j'avais envoyé mon blessé à un radiologiste il n'aurait pas pris les 75 % du tarif.

2° Les Chantiers de P. prétendent appliquer aux 30 francs de supplément radiologique dû au plâtre, les 75 %.

Or, je lis dans le Tarif de frais médicaux la phrase suivante : si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu quel que soit le nombre de poses un supplément de 30 francs.

Il n'y a donc pas, à mon avis, à demander les 75 % de 30 francs.

Je note d'autre part que les Chantiers de P. tarifient 80 francs au lieu de 85 l'examen de contrôle.

En conséquence la tarification doit avoir lieu comme plus haut. En troisième lieu, j'ai omis de faire remarquer dans ma note aux Chantiers de P., que l'intervention avait eu lieu aux environs de 20 h. 30 aussitôt après l'arrivée du blessé. Il me semble donc qu'il y a lieu d'ajouter aux honoraires les 25 % prévus par l'article 8, en cas d'urgence.

Donc : 200 + 100 + 93,70 = 393,70 + 25 %, *soit 98,42. Au total 492 fr. 10.*

Réduction et contention par appareil plâtré d'une fracture bi-malléolaire avec luxation	200 »
Première radiographie face et profil...	100 »
Deuxième radiographie : les 75 % de 85 francs donc	63 70
Supplément pour le plâtre........	30 »
25 % prévus par l'article 8 en cas d'urgence	98 42
	492 12

Le blessé ayant été anesthésié, il ne put repartir que le lendemain soir. Un jour de clinique à 27 francs, prix de l'hôpital en salle commune fut compté.

D[r] P.

Note des Chantiers de P.

Il serait équitable étant donné que ce blessé n'est resté qu'un jour à votre clinique, de faire jouer l'article 10 pour la tarification des diverses opérations qui ont été pratiquées dans la même journée soit :

Réduction d'une fracture	200 »
Radiographies les 50 % de 100.......	50 »
Contrôle 50 % de (80 + 30)........	55 »

La somme de 93 francs facturée ne nous paraît pas exacte et devrait être décomptée à notre avis comme suit :

Examen de contrôle	80	»
Supplément pour appareil	30	»
	110	»
Dont les 75 % sont	82	50

Réponse

Je n'ai jamais entendu dire qu'une radiographie soit « l'intervention chirurgicale », ni les « opérations concomitantes » dont il est parlé à l'art. 10. Celui-ci n'est donc pas en jeu, ni la minoration de 50 % qu'il envisage en son alinéa 2. En réalité, vous avez à compter 200 francs pour « réduction de fracture de jambe + 100 francs pour radiographie face et profil + 80, francs pour radio profil seul, moins 25 % puisque effectuée le même jour sur le même membre soit 63 fr. 70. Mais à cette somme, ajouter 30 francs pour radio « sans plâtre ». Donc au total 200 + 100 + 63,70 + 30 = 390 fr. 70.

Naturellement, vous avez dû envoyer à l'Assurance les trois clichés de vos radios « avec commentaires détaillés » (art. 27, observ.). Quant à votre majoration pour nuit (art. 8) de 25 %, il est regrettable que vous ne l'ayiez pas comptée dans votre première note d'honoraires et que vous la « rajoutiez » ultérieurement à la suite d'un différend. En tout cas, elle ne saurait s'appliquer qu'à la « réduction de fracture » puisque ledit art. 8 ne se rapporte qu'à un « acte opératoire », ce que n'est pas une radio comme je l'ai dit ci-dessus. Cette fois, cela se trouve « en sens inverse » pour vous, quant à votre demande.

D[r] F. Decourt.

8.937. — Opérations concomitantes et non indiquées dans le Tarif

Je vous serais obligé de résoudre mon embarras concernant le cas suivant (accidents du travail) :

Un charretier se fait, en tombant :

1° Au pied gauche, une fracture de la malléole péronière, avec diastasis. Nécessité d'un petit plâtre.

2° Au pied droit, une fracture identique, et une luxation médio-tarsienne totale plantaire, avec lésion de la peau au niveau de la tête de l'astragale. Cette luxation est réduite, et maintenue par une botte plâtrée.

Comment doit-je tarifier ces diverses interventions, plus l'injection antitétanique bien entendu ?

D[r] M.

Réponse

Vous pourriez compter : *a*) pied gauche appareil plâtré deux fractures de la malléole péronière avec diastasis : 100 francs, par analogie avec « réfection plâtre ordinaire » (art. 18, *in fine*) ; *b*) pied droit : luxation médiotarsienne réduite plus

réduction de la fracture de la malléole péronière et pose appareil plâtré : 150 francs, par analogie avec « réduction luxation radiocarpienne » (art. 19). Toutefois, ne comptez que 150 francs + 50 francs, soit 200 francs en tout, à cause de la minoration de 50 % d'une des deux interventions concomitantes (art. 10, alinéa 2).

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

8.852. — Droit du médecin en cas de faillite de la Compagnie d'assurances

J'ai une créance sur la Compagnie X concernant des radiographies. La blessée m'a été amenée par le patron à la demande du médecin traitant. Or la Compagnie est en faillite et le syndic dit qu'il versera au passif de la faillite ma note d'honoraires.

Je ne toucherai sans doute qu'un pourcentage réduit et quand ?

Dans ce cas, n'ai-je pas le droit d'exiger le paiement de ma note par le patron quitte à lui d'en obtenir le recouvrement par le syndic de cette société ?

Dr L.

Réponse

L'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail donne au médecin traitant choisi par le blessé, une action directe en paiement de ses honoraires, dans les limites du tarif, contre le patron responsable.

Suivant la jurisprudence de la Cour de Cassation, l'action ainsi réservée au médecin traitant est un démembrement de l'action du blessé lui-même et obéit aux mêmes règles que cette action.

Il s'ensuit qu'elle se prescrit dans les mêmes délais et que la créance du médecin traitant bénéficie des mêmes avantages que celle du blessé et notamment du privilège prévu par l'article 23 de la loi.

Par ailleurs, il n'existe absolument aucun lieu de droit entre le médecin traitant et l'Assurance qui couvre le patron.

Si, en principe, les Compagnies d'assurances se substituent à leurs assurés pour régler les honoraires médicaux, c'est qu'elles agissent comme mandataires ou gérants d'affaires de leurs clients. En produisant à la faillite de la Compagnie, vous agissez, en réalité, en exerçant les droits et actions du patron responsable et il est bien certain que vous ne pouvez alors être admis, à titre privilégié, au passif de cette Compagnie, les droits du patron à son encontre ne bénéficiant d'aucun privilège. Mais vous pouvez, et c'est le conseil que nous vous donnons, *renoncer à votre production à la faillite et* exiger du patron lui-même le paiement de vos

honoraires ; il lui appartiendra ensuite de se retourner contre la faillite de son Assurance sans que vous ayiez personnellement à intervenir.

Au cas où le patron refuserait de s'acquitter à l'amiable, il conviendrait de le citer devant le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent.

8.658. — Responsabilité d'un métayer en cas d'accident du travail

J'ai dans ma clientèle une journalière agricole accidentée au service d'un métayer non-assuré. L'accident remonte du 2 juillet dernier : plaie profonde du mollet droit, phlébite et embolie consécutive ; actuellement phlébite chronique ; encore deux mois pour se prononcer s'il restera une incapacité permanente partielle.

Le métayer a déclaré qu'il payerait ; mais maintenant, il ne veut plus rien faire. Quelles sont les procédures à suivre pour que cette brave femme arrive à se faire payer ? (il n'a pas été déposé à la mairie de certificat d'accident).

Le métayer de très évidente mauvaise foi, fait retomber sur moi la série des complications. Quelle conduite à tenir pour le faire taire ?

Dr S.

Réponse

Aux termes de l'art. 6 de la loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, lorsque le propriétaire n'exploite pas lui-même, le fermier, le métayer ou tout autre exploitant est seul responsable des indemnités vis-à-vis des victimes d'accidents ou de leurs ayants droit. Toutefois, lorsqu'il n'y a pas d'assurance, le métayer a un recours contre le bailleur jusqu'à concurrence de la moitié des indemnités nonobstant toute convention contraire.

Votre cliente a donc incontestablement le droit de poursuivre le métayer en payement des indemnités légales. Si ces indemnités lui sont refusées, qu'elle cite donc son patron devant le Juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent, en paiement de son demi-salaire.

De votre côté, vous pourrez vous joindre à l'action de votre cliente et introduire devant le même Juge de Paix une action en paiement de vos honoraires calculés conformément au Tarif des accidents du travail. Le succès de cette action sera sans doute suffisant pour mettre fin aux propos diffamatoires que répand sur votre compte le patron de votre client. Au cas toutefois où cette diffamation continuerait, elle pourrait faire l'objet d'une action distincte devant le Tribunal correctionnel, à la condition que vous soyez en état d'en rapporter la preuve.

Comme vous faites partie de notre Ligue,

nous pourrions demander à notre Conseil d'Administration de vous faire bénéficier de son appui dans cette affaire, si vous désirez lui donner une suite judiciaire.

9.241. — Délai de revision d'un accident du travail

Un blessé du travail : chute sur le dos et le sacrum il y a huit ans. Reste trois mois sans pouvoir travailler (soigné par un médecin qui ne fait pas faire de radio et parle de simple contusion).

Ce blessé depuis cette époque souffre. Les temps derniers, ces douleurs devenant plus vives, il vient me voir.

La radio montre une fracture de l'aileron du sacrum ! ! !

Le blessé peut-il reprendre son accident d'il y a huit ans ?

La Compagnie d'assurances est-elle totalement dégagée sans aucun recours contre elle ?

Si non, quelle conduite à tenir pour reprendre sa responsabilité ?

Dr A.

Réponse

Suivant l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation de l'infirmité de la victime est ouverte pendant trois ans à compter soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties, ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée. Puisque l'accident dont votre client a été victime remonte à huit ans, il est certain que le délai de trois ans prévu par l'article 19 est depuis longtemps expiré. Dans ces conditions, votre client se trouve actuellement forclos et ne peut absolument plus prétendre obtenir la révision.

9.077. — Accident survenu à l'école

Un petit garçon d'un de mes clients, écolier à l'école communale de son village, au cours d'une récréation régulière en plein air joue, sous la surveillance de l'institutrice, avec ses petits camarades.

L'un d'eux le pousse si malheureusement qu'il le fait tomber brutalement. Cette chute provoque une fracture du tibia de mon petit client.

Je préviens, dès le premier jour, les parents du petit fracturé que, au point de vue réglement d'honoraires médicaux, je ne veux connaître qu'eux.

Le temps passe. J'envoie et réenvoie ma note aux parents du petit fracturé. Ceux-ci, pas riches, m'affirment que la commune *a promis de payer* pour eux. J'écris au maire, qui me répond, que le

Préfet, questionné, sur ce sujet, a répondu que c'étaient aux parents du petit blessé à me payer.

Que dit la loi dans ce cas, et qui est-ce qu'elle astreint à payer ? Quels sont les jugements déjà rendus ?

J'ajoute que, au moment de l'accident, la commune n'avait pas d'assurance-accidents pour les enfants fréquentant son école communale.

Dr G.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'article 1384 du Code civil, les instituteurs et l'Etat lorsqu'il s'agit d'instituteurs publics, sont responsables, à l'égard des tiers, des dommages causés par le fait des élèves placés sous leur garde. Puisqu'en l'espèce, la fracture qui a motivé vos soins s'est produite par le fait d'un élève de l'école, les parents de l'enfant sont fondés à demander à l'Administration le versement d'une indemnité destinée à compenser le préjudice subi, à savoir, le *prétium doloris*, les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par le traitement de la fracture et, éventuellement, le versement d'une rente, au cas où leur enfant resterait atteint d'une infirmité permanente.

Le service de l'instruction publique n'étant pas un service communal, mais ayant un caractère national, la demande en dommages-intérêts doit être adressée, non pas à la commune intéressée, mais au Préfet du département en tant que représentant de l'Etat. Si ce dernier fait des difficultés pour régler le montant de l'indemnité, une action judiciaire, contre le Préfet, devrait être entreprise devant les Tribunaux civils ordinaires.

En ce qui vous concerne, personnellement, il est certain que vous avez une action personnelle et directe contre les parents de l'enfant que vous avez soigné ; ceux-ci ne sauraient refuser le paiement de ces honoraires motif pris de ce que la commune ou l'Etat seraient responsables à leur égard des suites de cet accident. Vous n'avez, en effet, à connaître que votre client ; vous n'avez pas à rechercher s'il peut ou non avoir des recours à exercer en ce qui concerne le montant des frais médicaux. Mais, en principe, si vous avez affaire à des gens peu solvables, il semblerait préférable de joindre votre note à leur demande de dommages-intérêts à la Préfecture afin que celle-ci vous soit réglée directement. Le montant de cette note devra, naturellement, être établi suivant le tarif de droit commun.

QUESTIONS DIVERSES

8.687. — Privilège des honoraires médicaux

J'ai l'honneur de venir vous demander votre appui et vos lumières pour les cas suivants :

1º M. P..., décédé et déclaré en faillite avant son décès, me doit 3.622 francs, pour soins et frais de clinique.

J'ai écrit au syndic, je vous joins sa réponse.

L'affaire se passe au Tribunal de B...

A qui dois-je adresser ma créance, faut-il prendre un avoué et un avocat pour faire respecter mes droits ?

Quand on parle de privilège total, on nous répond invariablement qu'on passe après les hypothèques.

2º J'ai devant le Tribunal de Saint-J... une autre histoire semblable.

3º Au sujet des privilèges généraux, les droits du propriétaire sur son locataire passent-ils avant les nantissements et les frais de dernière maladie ? Car j'ai eu un locataire décédé, dont les biens meubles ont été vendus (tonneaux de vin) sur lesquels un nantissement existait par un fournisseur de vin. Il m'est dû 5.000 francs, la vente a donné 10.000 francs. Si j'arrive en premier lieu, je serai couvert.

4º Le salaire du personnel employé est privilégié, mais à quel rang ?

Dr G.

Réponse

1º En cas de conflit entre les privilèges spéciaux mobiliers et les privilèges généraux, il est admis par la doctrine et par la jurisprudence qu'on doit observer l'ordre suivant : tout d'abord les frais de justice occasionnés par la liquidation ou la faillite, ensuite le privilège que possède le Trésor sur tous les biens du contribuable pour le payement des impôts directs (Cassation civ., 26 octobre 1926) puis, dans l'ordre adopté en cas de concours entre eux, les privilèges spéciaux mobiliers (tels que privilège du bailleur sur les meubles garnissant les lieux loués, privilège du garagiste, privilège en cas de nantissement de fond de commerce à l'exception du privilège du vendeur). Viennent alors les privilèges généraux autres que les frais de justice, dans l'ordre de préférence adopté par la loi, c'est-à-dire le privilège pour frais d'inhumation, privilège pour frais de dernière maladie, puis les autres privilèges généraux parmi lesquels se trouve notamment celui des ouvriers et gens de service. Enfin et après que les privilèges se sont exercés sur l'actif mobilier, le privilège du vendeur.

2º Si les privilèges généraux n'ont pu s'exécuter intégralement sur l'actif mobilier, ils s'exercent alors sur les immeubles du débiteur ; ils viennent alors en conflit avec les hypothèques et les privilèges immobiliers. Ce conflit est réglé par les dispositions de l'art. 2103 du Code civil qui accorde formellement aux privilèges généraux la priorité sur les privilèges spéciaux immobiliers.

Si le syndic de la faillite de votre client refuse de vous laisser exercer votre privilège sur les

immeubles avant les hypothèques pour la part de votre créance qui n'a pu être exécutée sur les meubles, ils y aurait lieu de soumettre le différend au Tribunal de la faillite en dirigeant votre action contre le syndic et en remettant pour cela votre affaire entre les mains d'un agréé près le Tribunal de Commerce ou d'un avocat. Le ministère d'avoué n'est pas nécessaire puisque nous sommes en matière de procédure commerciale. Si cette procédure s'avère nécessaire dans les deux cas que vous nous soumettez, vous voudrez bien nous en prévenir et nous demanderons à notre Conseil d'administration de vous faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour faire valoir vos droits.

8.980. — Diplômes exigés pour être directrice d'une crèche

Une dame sollicitée pour prendre, en nom du moins, la direction d'une crèche due à une initiative privée, m'a demandé si un diplôme était exigible pour cette fonction, et, dans l'affirmative, quel diplôme. Il s'agit d'une fonction qui ne serait pas rémunérée.

Dr C.

Réponse

Le règlement du 10 novembre 1923, pris en exécution du décret du 20 mai 1897, modifié par celui du 9 novembre 1923, décide, en son article 13, que la directrice doit avoir 21 ans accomplis et être agréée par le Préfet. Elle doit, en outre, fournir des titres, ou des références établissant qu'elle possède les aptitudes nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Or, comme, dans les crèches, aucun soin ne doit être donné et que le rôle du médecin inspecteur consiste à éloigner les enfants qui paraîtraient malades, la directrice n'a donc aucun diplôme à présenter. Toutefois, si elle possède le diplôme d'infirmière, prévu par le décret du 27 juin 1922, ou un certificat quelconque d'études de puériculture, elle remplira les conditions requises, pour prouver au Préfet ses aptitudes pour remplir ses fonctions.

Dr Paul Boudin.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

8.953. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Je fais partie de la classe de recrutement 1931. J'ai fait mon service d'octobre 1935 à octobre 1936. Après trois mois de peloton d'E. O. R., j'ai été envoyé au Maroc en février et en suis revenu à ma libération. J'ai été nommé médecin-auxiliaire le 1er juillet, et suis maintenant attaché à la *n* S. I. M.

Quand puis-je être nommé médecin sous-lieutenant de réserve ? (J'ai passé ma thèse le 30 janvier de cette année.)

Quand serais-je appelé à faire une période de réserve ?

Dr X.

Réponse

Pour être promu au grade de médecin sous-lieutenant, il faut d'abord en adresser la demande à votre Directeur du Service de santé, qui est chargé de constituer votre dossier. Ensuite, vous devrez prendre un peu de patience, surtout parce que tous les médecins auxiliaires ne sont pas actuellement nommés médecins sous-lieutenants dès qu'ils ont passé leur thèse, et cela en raison de l'encombrement des cadres.

En attendant votre promotion, vous aurez à effectuer, en qualité de médecin-auxiliaire, les mêmes périodes que les hommes de troupe de votre classe. Une fois médecin sous-lieutenant vous devrez obligatoirement faire une période pour être promu médecin-lieutenant.

9.102. — Les vaccinations dans l'armée

Quelle est la réglementation en vigueur actuellement dans l'armée pour les vaccinations antityphoïdiques et para ? L'autorité militaire accepte-elle toujours les certificats de vaccination effectuée par les praticiens dans leur clientèle préalablement à l'incorporation, et le choix du vaccin à employer est-il laissé au praticien, ou soumis à réglementation ? (Je me sers habituellement du lipo-vaccin).

L'institution des vaccinations associées par les anatoxines typhique-diphtérique-tétanique est-elle entrée en vigueur, et dans l'affirmation, comment la réaliser pour que les jeunes gens soient en règle vis-à-vis de l'armée ?

Dr P.

Réponse

La vaccination associée (antitypho-paratyphoïdique et antidiphtérique) avait déjà fait l'objet de dispositions réglementaires par une Circulaire ministérielle du 13 mars 1933. La loi du 14 août 1936 vient de rendre obligatoire sur décision des ministres intéressés, dans les armées de terre, de mer et de l'air, les vaccinations antidiphtérique et antitétanique, au même titre que la vaccination antityphoïdique. En conséquence le ministre de la Guerre a décidé d'appliquer ces mesures dès l'incorporation du mois d'octobre 1936. Une Circulaire ministérielle du 21 août 1936 règle les conditions d'appplication de ces vaccinations associées. Le vaccin est délivré tout préparé, le mélange étant réalisé avec la mise en ampoules. Ces vaccinations doivent être pratiquées au moins dix jours après

la vaccination jennérienne, et en tout cas pas avant que les réactions éventuellement provoquées par celle-ci ne soient éteintes. Même précaution préalable que pour la vaccination antitypho-parathyphoïdique, notamment en ce qui concerne l'intégrité de l'appareil urinaire et les contre-indications.

Les vaccins doivent être préparés soit au laboratoire de sérologie du Val-de-Grâce, soit à l'Institut Pasteur. Vous pourriez vous adresser à l'un de ces deux organismes. En ce qui concerne le T. A. B., la Circulaire du 13 mars 1933 prévoyait indifféremment le vaccin chauffé ou le lipo-vaccin.

Il est fait trois injections de vaccin triple dans le tissu cellulaire sous-cutané à la région sous-épineuse, suivant la technique habituelle, et à quinze jours d'intervalle et, pour chaque injection, à la dose de deux centimètres cubes. Si pour une raison quelconque, la série des injections a été interrompue, la vaccination serait éventuellement reprise au point où on l'a laissée. Toutefois, s'il s'est écoulé plus de trois mois depuis la dernière injection, on recommencera toute la série.

Nul doute que vos certificats de vaccination ne soient admis comme précédemment, surtout si vous prenez soin de décrire le procédé employé et d'indiquer le vaccin utilisé. Les jeunes gens ainsi traités par vous risqueront simplement d'être soumis à la revaccination, au moyen d'une seule injection de 2 c. c. de vaccin associé triple, un an après leur primo-vaccination.

8.927. — Fin des obligations militaires

Etant né le 14 août 1889, ayant été promu capitaine depuis quelques mois et étant célibataire, je voudrais bien savoir à quelle date exactement expirera le temps de service exigé dans les réserves.

Dans le cas où je préférerais être rayé des cadres, devrais-je faire spontanément ma déclaration en ce sens ou bien devrais-je attendre une demande préalable du ministre ? A quelle époque ma déclaration devrait-elle être faite éventuellement ?

Si j'optais pour la radiation, quelle serait ma situation militaire après la radiation ? En cas de mobilisation générale, serais-je repris ? Quel serait alors mon grade ? Dans quel service serais-je affecté : avant, arrière ou intérieur ?

Dr Z.

Réponse

Les hommes de votre classe (1909) seront libérés le 15 octobre 1938. Telle sera également la date de votre libération, à moins que vous ne demandiez à être maintenu dans les cadres des officiers de réserve.

Mieux vaudra, spontanément, vers le 15 septembre 1938, écrire à votre Directeur du Service

de santé que vous ne voulez pas être maintenu dans les cadres au delà de la date de libération normale des hommes de votre classe.

Cette libération, une fois prononcée pour vous par décret, sera définitive, sans aucune obligation militaire, même en cas de mobilisation.

ASSURANCES SOCIALES

8.674. — L'assurance sociale facultative est supprimée

Encore un conseil a vous demander en matière d'assurances sociales.

1° Ma domestique qui aura 60 ans le 1er octobre 1936, est inscrite aux Assurances sociales seulement depuis le 1er avril 1935.

Or elle vient de recevoir une lettre du Directeur du Service régional des Assurances sociales, lui faisant connaître quelle est radiée de l'assurance obligatoire à compter du 1er janvier 1937 et qu'il lui appartient donc de demander la liquidation de sa pension de vieillesse avant le 31 décembre 1936.

Comme sa pension serait sûrement bien minime, nous voudrions pouvoir continuer les versements trimestriels jusqu'à 65 ans. Est-ce possible ?

2° Comment faut-il s'y prendre pour obtenir satisfaction ? Et à qui faut-il s'adresser ?

Dr D.

Réponse

Le nouveau régime des Assurances sociales institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 est venu modifier les dispositions du régime antérieur et supprimer la faculté que ce régime accordait aux assurés de plus de 60 ans, de continuer à travailler et à cotiser, afin de suspendre la liquidation de leur retraite et d'augmenter ainsi le montant de cette dernière.

Dorénavant tout assuré est radié automatiquement des Assurances sociales à partir de l'âge de 60 ans. Comme d'autre part le nouveau régime a aussi supprimé les versements facultatifs, il s'ensuit que l'assuré âgé de 60 ans ne saurait en aucune manière retarder la liquidation de ses droits à l'assurance-vieillesse ni augmenter le montant de cette pension. Celle-ci s'élèvera à autant de trentièmes de la pension normale (c'est-à-dire 40 % du salaire moyen ayant servi de base aux cotisations) qu'il y a de retenues annuelles depuis l'âge d'entrée dans l'assurance.

8.873. — Examens de laboratoire

A l'égard des Assurances sociales, un médecin praticien a-t-il le droit de procéder à des examens de laboratoire ?

En d'autres termes, le malade qui lui aura payé un tel examen sera-t-il remboursé sans difficultés ?

Je n'envisage que des examens qui ne requièrent pas une installation de laboratoire spécialisé, et qu'un médecin initié aux travaux de laboratoire peut mener à bien.

Dr D.

Réponse

Le décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales n'a pas modifié les principes qui régissaient sous la législation antérieure la délivrance des prestations en nature de l'assurance-maladie. Notamment le médecin-traitant d'assuré social continue à bénéficier de la liberté de traitement et de prescriptions, conformément à l'art. 6, parag. 8 nouveau. Il est donc absolument libre de prescrire à son malade un examen de laboratoire dans le but de poser un diagnostic.

Mais il n'en va pas de même en ce qui concerne l'assuré qui est obligé, s'il entend réclamer à sa Caisse d'assurances sociales, le remboursement des frais médicaux exposés par lui, de se conformer aux dispositions du règlement intérieur de sa Caisse. Or ce règlement intérieur n'est pas laissé entièrement à l'arbitraire des Caisses d'assurances sociales. Le décret-loi du 28 octobre 1936 et surtout le règlement d'administration publique du 19 mars 1936 ont prévu certaines dispositions que doivent contenir obligatoirement ces règlements intérieurs. Entre autres ces règlements doivent prévoir, d'après l'art. 115, parag. 2, alinéa 4 du règlement d'administration publique « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille, s'il y a lieu à intervention d'un deuxième médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien ou d'un auxiliaire médical ».

Si donc vous entendez faire procéder à cette analyse par un tiers médecin ou non médecin, votre client devra auparavant se mettre d'accord avec le médecin-contrôleur de sa Caisse ou à défaut saisir du différend la Commission technique.

Si par contre vous entendez faire cette analyse vous-même sans l'intervention du spécialiste, d'un autre médecin ou d'un auxiliaire médical, les frais de cette analyse rentreront dans les frais de traitement normaux sans qu'il soit nécessaire de demander une autorisation à la Caisse.

Cinquante-huitième année | N° 46 | 15 Novembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Correspondance

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 295. — Doct. français n'exerçant plus, désire trouver occupat. quelques heures par jour, chez confrère, clinique ou para-médicale.

Nº 296. — Méd. français, 36 ans, marié, 3 enf., cherche poste 60.000 envir. bords Loire ou Anjou, Touraine. Facilités éducat. enfants, de préfér. pet. ville avec collège, ou proxim. ville.

Nº 297. — A céder double emploi : appar. diathermie Siemens, bistouri électr. III v. Mise au courant pour les premiers traitements.

Nº 298. — Jeune doct. français médec. génér., au courant oto-rhino, demande à faire remplacem. toute région.

Nº 299. — Sud-Est. A céder bon poste pro-pharmac. seul médecin. 20 kil. grande ville, jardin, garage, villa, loyer 4.500. Indemn. 35.000, dont 25.000 compt. Y compris pharmacie.

Nº 300. — Dr 27 ans, anc. interne hôp. St-Joseph, diplômé hyg. et microbiol., libéré service milit. en mars 1937, cherche poste méd. à reprendre, ou situation médicale, préfér. Sud-Est.

Nº 301. — Les Lab. du Dr Roussel, recherch. deux collabor. jeunes médec., pour visiter Corps médical région Paris. Adresser demandes accompagnées *curriculum vitæ* aux Labor. de l'Hémostyl, 97, rue de Vaugirard, Paris (VIe), où les candidats seront convoqués.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

90 kil. Paris, cause décès, à reprendre contre petite indemnité, poste seul médecin.

Province, ancien cabinet d'Y.-O.-R.-L. Clientèle intéressante, frais minimum. Fixes transmissibles. Grand appartement. Indemnité 65.000 dont partie comptant.

1 h. 30 Paris. Importante clientèle mi-agricole, mi-industrielle dans petit centre. Conditions avantag. vu l'urgence.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Prix Nobel de médecine de 1936.** — Le prix Nobel de médecine et de physiologie pour 1936 est partagé entre Sir Henry Dale et le Professeur Otto Lœwy.

Sir Henry Dale, directeur du National Institute of Medical Research, de Londres, est l'auteur d'importants travaux de pharmacologie, en particulier sur l'histamine, la pituitrine, et les principes endocriniens. Il est âgé de 61 ans.

Le Prof. Lœwy, originaire de Francfort, occupe la chaire de pharmacologie de l'Université de Gratz (Autriche).

Le montant du prix, pour l'année 1936, est de 159.850 couronnes suédoises, soit au cours actuel du change 868.000 francs.

— **Sorbonne.** *Cours libre sur l'Assistance médico-sociale.* — M. le Docteur P.-F. Armand-Delille fait tous les mercredis à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), des conférences sur l'Assistance médico-sociale et l'organisation du Service social.

Programme du cours : L'assistance sociale. Son origine, *son but.* — Importance de l'organisation systématique du Service social dans les collectivités contemporaines. Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Les grands problèmes médico-sociaux. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre la syphilis, le cancer, l'alcoolisme. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses ; Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels et dans les grandes agglomérations urbaines. — Habitations à bon marché et Service social. — Les centres sociaux. — Service médico-social dans les communes rurales. — Rôle du Service social dans l'orientation professionnelle. — Spécialisation dans le Service social : infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile. — Assistantes sociales des hôpitaux, assistantes sociales pour les Tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, directrices de Foyers sociaux, ingénieurs sociaux. — Développement du Service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Organisation de l'enseignement et préparation au Service social, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. — Les Ecoles de Service

social. — La préparation au diplôme de Service social. — Résultats obtenus par le développement du Service social en France et à l'étranger.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Le jeudi 29 octobre dernier a eu lieu la réunion de rentrée de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris. Etaient présents les Docteurs Astier, Esclavissat, Bourguet, Bory, Privat, Faulong, Tailhefer, Molinéry, Levy-Lebhar, Groc, Mirabail, Massip, Doazan, Constantin, Azema, Montagne, Fourès, Quériaud, Jausion, Pelous, Cambiès, Roule, Armengaud, Caraven, Mont-Refet, Delater, Duraud, Bouzat.

A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Docteur Groc, secrétaire général ; le Docteur Faulong qui proposa, à l'occasion de la Fête des Morts, de déposer, en pieux et amical souvenir, une gerbe de fleurs sur la tombe du Docteur Terson qui fut un des présidents de la Société et l'un de ses membres les plus actifs et les plus unanimement estimés et aimés : toute l'assemblée ratifia la proposition du Docteur Faulong. Le Docteur Molinéry présenta ensuite, avec un sens critique avisé les dernières manifestations intellectuelles de la Société : un ouvrage de dermatologie du Docteur Bory, « La veritable chirurgie esthétique du visage », du Docteur Bourguet, et « Moyennes » du Docteur Groc. Puis, comme l'on était du pays de Clémence Isaure et des Jeux Floraux, trois poètes-médecins dirent tour à tour des vers allant du sentimental au badin et qui obtinrent un vif succès. Enfin, le Professeur Roule, dans un discours étincelant de verve, évoqua Toulouse et ses débuts dans la carrière d'enseignement qui compte aujourd'hui cinquante années. Et l'on se sépara très tard sous le signe de l'amitié, heureux de cette bonne soirée d'intimité. La prochaine réunion aura lieu au début de janvier prochain.

— **Distinction honorifique.** — S. M. le Roi Carol vient d'élever à la dignité d'officier de l'Etoile de Roumanie, M. le Docteur Maurice Fabre, médecin gynécologue à Paris, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

— **La lutte antivénérienne.** — M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique, va déposer un projet de loi comportant une organisation nouvelle de la lutte antivénérienne. Le projet en question créerait le « délit » de contamination en matière de maladies vénériennes et, par un contrôle sévère des infections syphilitiques et blennorragiques, aboutirait, en pratique, à une interdiction des maisons de tolérance.

— **Deux médecins catholiques partent fonder un hôpital au Cameroun.** — Le Docteur Aujoulat, président de la Ligue missionnaire des étudiants de France, vient de partir pour le Cameroun afin de fonder un hôpital et un dispensaire avec un de ses confrères, le Docteur Gobert, membre lui aussi de la L. M. E. F. (*Agence Fides*).

— Groupement de défense des chirurgiens de France. — Le Groupement de défense des chirurgiens de France a été définitivement constitué à la suite de son Assemblée générale du 6 octobre 1936. Il comporte déjà plus de deux cents membres cotisants.

Son bureau est ainsi composé : président, J. Lanos, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris ; vice-présidents : Professeur Favreul, de Nantes, professeur agrégé Ph. Rochet, chirurgien des hôpitaux de Lyon ; secrétaire général, Raymond Bernard, chirurgien des hôpitaux de Paris ; secrétaires généraux adjoints, Georges Audain, ancien interne des hôpitaux de Paris, Luc Van der Elst, ancien interne des hôpitaux de Paris ; trésorier : Marcel Blondin Walter, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté.

Ce groupement a pour buts essentiels : 1° de lutter par l'intermédiaire du Syndicat contre la fonctionnarisation de la chirurgie ; 2° d'étudier les questions qui concernent les intérêts du corps chirurgical et des malades.

Pour les demandes de renseignements et d'adhésion, écrire au siège du Groupement, 18, rue de l'Université, Paris (VIIe).

— Société de stomatologie. — Les réunions de la Société de Stomatologie, 20, passage Dauphine, reprennent comme à l'habitude, le mardi suivant le troisième lundi de chaque mois.

— Recrutement d'un médecin inspecteur d'hygiène dans le Gers. — Le ministère de la Santé publique a fait connaître par la voie du *Journal officiel* qu'un concours sur titre allait avoir lieu pour le recrutement d'un médecin inspecteur d'hygiène dans le département du Gers.

Il a été indiqué dans les grandes lignes quel serait le statut de ce médecin inspecteur et notamment quelle est l'échelle de traitement qui a été votée par le Conseil général.

Il est important de noter que cette échelle de traitement établie sur la base de 47.000-59.000 francs sera présentement exclusive de toute indemnité de déplacement, le Conseil général du Gers se réservant d'examiner l'attribution éventuelle de cette indemnité lorsque sera publié le règlement d'administration publique prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935 sur la Protection de la santé publique.

A l'échelle de traitement ci-dessus indiquée s'ajouteront donc simplement les indemnités pour charges de famille et l'indemnité de résidence.

Nous rappelons que la limite d'âge maximum pour pouvoir participer au concours est fixée à 40 ans.

Le diplôme d'hygiène est requis pour pouvoir être autorisé à concourir.

— Etablissement thermal d'Enghien. — A la demande de nombreux médecins et malades, l'Etablissement thermal d'Enghien, restera ouvert jusqu'au 31 décembre prochain.

— **Cité universitaire.** — *Service médical.* — Les inscriptions en vue du concours pour la nomination d'un interne résident et la désignation de cinq internes suppléants sont reçues jusqu'au 21 novembre au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (bureau 6). Conditions : nationalité française ; 12 inscriptions.

— **Mariages.** — Nous apprenons le prochain mariage de M. Pierre CAMUS, interne des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Maurice Camus, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur et de Mme Maurice Camus, avec Mademoiselle Françoise TIFFENEAU, fille de M. Jules Tiffeneau, docteur en pharmacie, chevalier de la Légion d'honneur, et de Mme Jules Tiffeneau.

La bénédiction nuptiale leur sera donné le jeudi 19 novembre 1936, à midi précis en l'église Saint-Pierre-du-Gros-Caillou (92, rue Saint-Dominique).

Tous nos souhaits de bonheur aux futurs époux.

— Le jeudi 12 novembre 1936 a eu lieu le mariage de Mademoiselle Marie-Amélie LOIR, fille de Madame et du Docteur Adrien Loir, du Havre, correspondant de l'Académie de médecine, avec M. Jean LOUSTE diplômé de l'Ecole des sciences politiques, principá clerc d'avoué.

Nous adressons au Docteur et à Madame Adrien Loir tous nos compliments et aux jeunes époux nos plus sincères souhaits de bonheur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 OCTOBRE

Lutte antituberculeuse

Décret du 15 octobre 1936 modifiant le décret du 6 novembre 1930 relatif à la concession des congés de longue durée au personnel permanent des postes, télégraphes et téléphones atteints de tuberculose.

Art. 1er. — Le texte de l'article 9 du décret du 6 novembre 1930 est remplacé par le suivant :

Art. 9. — Nul ne peut reprendre un emploi dans l'Administration à l'expiration ou au cours d'un congé de longue durée qu'après examen et avis de la Commission prévue à l'article 2. Si cet avis est favorable, la Commission, tenant compte, le cas échéant, de la situation de famille de l'intéressé, indique les régions dans lesquelles il y aurait lieu de réintégrer celui-ci dans l'intérêt de sa santé. Le fonctionnaire, l'agent ou l'ouvrier est replacé dans l'emploi qu'il occupait avant son congé et, autant que possible, dans l'une des résidences situées dans les régions recommandées par la Commission. Il lui est attribué, le cas échéant, un tour de priorité immédiatement après les bénéficiaires de la loi du 30 décembre 1921

(rapprochement des époux). Cette priorité ne s'applique pas aux comptables et assimilés.

S'il n'existe aucun poste disponible dans ces régions, il est affecté dans une autre localité, de préférence, et sauf contre-indication médicale, dans son ancienne résidence, en attendant qu'il soit possible de lui accorder par priorité, dans les conditions ci-dessus, un poste répondant à l'avis de la Commission. S'il n'existe aucun poste disponible à ce moment, il recevra son traitement intégral jusqu'au jour où il sera possible de le réintégrer.

Si l'avis de la Commission est défavorable, le congé continue à courir ou, s'il était au terme d'une période est renouvelé pour six mois. Il en est ainsi jusqu'au moment où le fonctionnaire, agent ou ouvrier a épuisé le délai pendant lequel il peut obtenir des congés rétribués.

Art. 2. — Le ministre des Finances, le ministre de l'Economie nationale et le ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel*.

Mérite social

Décret du 25 octobre 1936 instituant une distinction honorifique dite du Mérite Social

Ce décret sera publié ultérieurement.

Pensions militaires

Arrêté du 26 octobre 1936 prorogeant les dispositions de l'arrêté du 26 mai 1936 établissant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Article unique. — Sont prorogées à partir du 1er juillet 1936 et pour une période de six mois les dispositions de l'arrêté du 26 mai 1936 établissant le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Sanatoriums publics

Avis de concours pour les postes de médecins adjoints des sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1937, être de nationalité française, et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exer-

cice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis.

Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique, elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes et en particulier du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies et références à l'appui ;

6° Toutes justifications d'une pratique suffisante de laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux ;

7° Un exemplaire de leur thèse et des études qu'ils ont publiées ;

8° Renseignements sur la situation de famille.

Les candidats désignés comme médecins adjoints devront au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 30 novembre 1936 au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (Direction du personnel 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Suspension de l'assurance-maladie pendant le service militaire

521. — M. Henri Becquart expose à M. le ministre du Travail qu'aux termes du paragraphe 1er de l'article 22 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période de service militaire, ou en cas d'appel sous les drapeaux et lui demande si, en cas de maladie survenant au cours du premier trimestre civil de son incorporation, l'assuré social n'est cependant pas fondé à invoquer pour lui, son conjoint et ses enfants, le bénéfice des prestations si, pendant les deux derniers trimestres précédant celui de la maladie, il a subi la retenue prévue par le paragraphe 2 de l'article 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 ; et lui rappelle que l'Administration centrale s'est prononcée pour l'affirmative lorsqu'il s'agit de maladies contractées en dehors du service, ou dont le début est antérieur à l'entrée au régiment ; que, dans ce cas, les prestations sont dues jusqu'à la fin de la maladie et au maximum jusqu'à l'expiration des six mois. (*Question du* 21 juillet 1936.)

Réponse. — Pendant que l'assuré accomplit son service militaire, il est privé, ainsi que ses ayants droit, du bénéfice de l'assurance-maladie. C'est la solution qui découle du texte même de l'article 22 paragraphe 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, aux termes duquel les seuls avantages maintenus pendant le service militaire concernent l'assurance-maternité, les majorations pour charges de famille et les prestations-décès. (*J. O.*, 2 octobre 1936.)

Prolongation de l'assurance-maladie avant l'admission au bénéfice de l'assurance-invalidité

713. — M. René Nicod signale à M. le ministre du Travail l'injustice qui est faite à certains assurés sociaux par l'application de l'article 33 du règlement général d'administration publique en date du 19 mars 1936, pris à la suite des décrets-lois intervenus les 28 et 30 octobre 1935, aux termes duquel les intéressés ne bénéficient plus des soins médicaux et pharémaceutiques gratuits que pendant deux périodes de six mois ; et lui demande s'il est dans ses intentions de faire rapporter les dispositions de ces deux décrets-lois qui viennent frapper une catégorie des plus intéressantes d'assurés sociaux. (*Question du* 1er *août* 1936.)

Réponse. — Pour une même affection les prestations maladie sont servies pendant une durée de six mois. A l'expiration de ce délai sous le régime antérieur au décret-loi du 28 octobre 1935 le bénéfice de l'assurance-invalidité n'était ouvert aux assurés que s'ils justifiaient d'une incapacité de travail des deux tiers. Toutefois, lorsqu'il s'agissait d une affection ou d'une infirmité lente n'ayant pas atteint son développement maximum à l'époque sus-indiquée, il était admis que les organismes d'assurance pouvaient surseoir à l'examen de la demande pour statuer ultérieurement sur le droit à pension ; les prestations maladie continuaient à être dispensées à l'intéressé. L'article 33 du règlement d'administration publique du 16 mars 1936, visé par l'honorable parlementaire, ne fait que consacrer cette pratique administrative, entièrement favorable aux assurés, puisqu'elle leur permet de conserver le bénéfice des prestations maladie pendant deux nouvelles périodes de six mois, tout en réservant leur droit à pension d'invalidité.

(*J. O.*, 2 octobre 1936).

Des enfants ou des tumeurs

Il serait intéressant de publier les statistiques, établissant le rapport possible entre la fréquence des tumeurs et le nombre des grossesses. C'est ce que nous suggère le Dr Roujansky (de Méru, Oise) qui a fait paraître récemment (chez Vigot) une intéressante étude, intitulée « Des enfants ou des tumeurs »

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

8.811. — Preuve d'un accident du travail. Etat antérieur

Un ouvrier est opéré pour un ulcus gastrique. Il ne souffre plus après son intervention. Un an après, il est victime d'un accident du travail, une pince se trouve violemment projetée sur son thorax. Depuis il souffre au niveau du sternum. Dans ses douleurs on retrouve quelques éléments des douleurs d'hyperchlorhydrie, mais rien de net. Il s'y ajoute une certaine oppression, le tout d'ailleurs exclusivement subjectif. Absolument rien cliniquement et radiologiquement.

Dans ces conditions, faut-il admettre ou non que le traumatisme a pu faire réapparaître des symptômes anciens — et qui auraient pu réapparaître spontanément — et doit être considéré comme responsable en totalité ou partiellement de l'incapacité partielle permanente dont se plaint l'ouvrier ?

Dr L.

Réponse

Il résulte d'une jurisprudence bien établie de la Cour de cassation, que toutes les lésions dont le travail, même normal a été la cause ou l'occasion, toute affection même préexistente qu'un accident précipite ou seulement décèle, doivent être tenues comme une conséquence de cet accident et bénéficier de la protection légale à moins que le chef d'entreprise ne puisse établir la preuve que ladite lésion vient uniquement des prédispositions de l'intéressé (voir notamment Cass. civ., 11 février 1935. *Gaz. Pal.,* 8 mai 1935 ; Cour de Rennes, 28 mai 1935. *Gaz. Pal.,* 24 décembre 1935). Il a été jugé de même que le chef d'entreprise ne peut se prévaloir des prédispositions de la victime comme d'une circonstance l'exonérant, au moins partiellement, de sa responsabilité car, lorsque la conjonction de deux événements a produit un dommage, chacun d'eux doit être considéré comme la cause de ce dommage pour le tout, puisque sans lui, il n'aurait pas été réalisé, même partiellement (Cour de Lyon, 26 mars 1934).

Conformément à ce principe, votre malade doit donc être considéré dans le doute et jusqu'à preuve du contraire, comme un accidenté du travail ; son chef d'entreprise est responsable, pour le tout, du versement des indemnités légales à moins qu'il ne puisse établir (et c'est à lui seul qu'incombe le fardeau de la preuve) que le traumatisme survenu au lieu et au temps du travail n'a eu aucune influence sur l'apparition ou l'évolution de la lésion de l'intéressé.

Voir la suite page XLVII-3265

PROPOS DU JOUR

L'ACCROISSEMENT DU MALAISE MÉDICAL

Autrefois et aujourd'hui. — Les deux faces de la médaille. — Trompeuses apparences

Il faut jeter un coup d'œil sur le passé pour bien apprécier le présent et entrevoir quel peut être l'avenir.

La profession médicale nous offre actuellement à ce sujet l'occasion de nous livrer à de sérieuses méditations. Si de tous temps, il y eut des médecins qui surent s'imposer à la confiance des grands et à l'admiration des foules, il n'est pas douteux que sous l'ancien régime, médecins et chirurgiens ne jouissaient que d'une très médiocre considération. Il ne faut pas les juger par leurs propres écrits, bien que la lecture de lettres, *telles que celles de Gui Patin*, montrent quelle opinion médiocre chacun avait de ses confrères ; il faut rechercher ailleurs dans les œuvres littéraires, les lettres et les mémoires de l'époque ce que l'on pensait d'eux et, hélas ! on n'en pensait pas que du bien.

Leur infériorité se manifestait même dans la pauvreté des locaux où ils se réunissaient. A Paris la Faculté, Corporation des médecins, qui monopolisait aussi l'enseignement, ne disposait à la fin du XVIII[e] siècle que de locaux exigus presque sordides. Si quelques chirurgiens favorisés, tels que Georges Mareschal et La Peyronnie avaient eu un geste généreux pour améliorer l'installation de leur communauté, leur exemple ne fut pas suivi par leurs frères ennemis de la Faculté. La Révolution vint à temps pour éviter aux médecins réfugiés dans les bâtiments en ruines de l'ancienne Ecole de Droit, la honte d'être jetés à la rue.

Le nouveau régime changea la situation. L'Etat prit à sa charge l'enseignement de la médecine, et de nouvelles écoles de médecine s'élevèrent. La corporation, séparée du corps enseignant, resta supprimée. Le médecin praticien livré à lui-même devint par la force des choses un individualiste qui ne devait guère compter que sur lui. Il en résulta une amélioration, sinon matérielle, du moins morale du Corps médical et jamais le médecin praticien ne jouit d'une considération plus grande et n'eut un plus grand souci de sa dignité qu'au cours du XIX[e] siècle. Mais cet individualisme, cet isolement au milieu d'une société en constante ébullition,se transformant tous les jours, devinrent bientôt pour les praticiens un danger ; il leur fallut se grouper de nouveau et naquit le syndicalisme médical qui, sur un autre plan, fit renaître la corporation ; mais l'emprise de l'Etat se maintint et même se développa sur tout ce qui touchait de près ou de loin à l'enseignement, à l'assistance et à l'hygiène.

Au point de vue matériel, nous vîmes les Facultés, les Instituts scientifiques médicaux, les cliniques hospitalières prendre un rapide développement, surtout depuis le début du XX[e] siècle. Certains furent établis dans de véritables palais. *Paris, Lyon, Nancy, Strasbourg, etc., furent* dotées de facultés, de laboratoires, d'instituts remarquablement outillés et tous les jours nous voyons surgir de nouvelles constructions.

La corporation médicale qui, cependant, ne disposait pas des ressources de l'Etat, suivit cet exemple. L'Union des Syndicats médicaux s'était contentée d'abord de locaux modestes ; transformée en Confédération des Syndicats médicaux français et son importance s'étant accrue tous les jours, elle voulut avoir pignon sur rue, d'où l'achat et l'aménagement de l'Hôtel Chambon, récemment abandonné pour le magnifique Hôtel de Juigné, véritable palais, luxueusement installé où la Confédération des Syndicats médicaux français a réuni tous ses services.

Il est certain que ces nouvelles installations donnent au public une haute idée de la médecine et des médecins et pourraient faire croire à une grande prospérité de la corporation médicale ; malheureusement il n'en est pas ainsi et si l'avers de la médaille que nous venons de décrire est brillant, il n'en est pas de même du revers.

Le malaise médical, qui débuta au milieu du XIX[e] siècle et qui provoqua la naissance et la prospérité apparente de notre syndicalisme, est allé en croissant et a pris en ces dernières années, un tel développement qu'il pourrait bien se terminer par une catastrophe.

La misère (le mot n'est pas trop fort) s'est abattue sur le monde médical et nous en constatons nous-mêmes des exemples déconcertants. Nous ne parlons pas des vieillards, des veuves, des orphelins de confrères, dans le dénûment le plus complet, qui quémandent des secours ré-

duits et précaires, de véritables aumônes, nous faisons allusion aux médecins jeunes ou en pleine vigueur qui, résolus à faire tous les efforts nécessaires, n'arrivent pas à gagner leur vie.

La crise actuelle frappe tous les âges et s'étend progressivement à toutes les régions. Que de visites, que de lettres avons nous reçues à ce sujet !

Ce sont de jeunes médecins, désireux de s'établir, dont la famille besogneuse ne peut faire les frais de leur installation, et qui même parfois se sont endettés pour terminer leurs études. Ils nous demandent avec anxiété si nous ne connaîtrions pas une Société qui leur ferait les avances nécessaires à un taux qui ne serait pas usuraire. Nous avons quelque peine à leur faire comprendre qu'au moment où tous se plaignent de la surabondance des médecins, ce serait une mauvaise action de créer des institutions de prêts qui pourraient engager, par l'espoir d'un secours pour faciliter leur installation, les jeunes gens, à entreprendre des études médicales.

Laissons les jeunes médecins dont cependant la situation est souvent douloureusement critique. Passons à leurs aînés qui déjà ont des charges de famille. Dans les grandes villes et surtout à Paris, avec le développement des hôpitaux, des consultations, des dispensaires et des cliniques semi-gratuits, le vide se fait dans leurs cabinets. Nous avons reçu les confidences de confrères bien considérés dans leur quartier et exerçant depuis 15 et 20 ans, qui nous ont affirmé passer des journées sans voir un malade et recevoir comme honoraires des sommes dont ne se contenterait pas l'ouvrier le moins qualifié.

Mais, nous dira-t-on, à la campagne, il est des régions où le médecin gagne largement sa vie. C'était certain naguère, c'est encore possible dans certaines régions, mais qu'on y prenne garde, la crise s'étend et il est à craindre qu'elle ne frappe avant peu tout le monde.

Nous avons reçu récemment la visite d'un médecin d'un certain âge, établi depuis une vingtaine d'années dans un petit bourg de la grande banlieue de Paris. Il possède quelques revenus et, n'ayant pas d'enfants et, de goûts très modestes, il se contentait de très peu et espérait bien pouvoir finir sa vie dans une aisance moins que modeste, mais qu'il jugeait suffisante. Or, deux jeunes médecins se sont établis dans le voisinage et ont diminué sa clientèle de moitié. De la modeste aisance, il est tombé dans la gêne. Il venait nous demander s'il ne trouverait pas quelque chose à Paris lui permettant de gagner sa vie.

Un autre confrère du Nord-Ouest nous écrit une lettre angoissante. Il s'est fixé, il y a déjà longtemps, dans une agglomération assez peuplée mais excessivement pauvre. Se basant sur le chiffre de la population, un jeune confrère, ne se rendant pas compte de la misère des habitants, est venu s'installer à ses côtés. Fatalement la clientèle du médecin le plus âgé a diminué. Or, ce malheureux a de lourdes charges, trois enfants, atteints de maladies incurables. Il ne peut joindre les deux bouts. « Trouvez-moi quelque chose, nous écrit-il affolé. Je suis prêt à tout tenter pour faire vivre ma pauvre famille. J'irai aux colonies, à l'étranger, n'importe où. J'accepterai n'importe quelle fonction. »

Que répondre à ce malheureux ? Il a dépassé l'âge où l'on peut chercher fortune aux colonies et d'ailleurs dans quelle colonie un médecin libre peut-il trouver un poste, lui permettant de vivre ? A l'étranger ! Nous voyons tous les jours des étrangers essayer de forcer les portes de notre profession et de tourner les lois qui nous protègent, quand, dans leur propre pays, le nombre des médecins est férocement limité.

Trouver une situation ? Dans une administration publique ? C'est absolument impossible. Dans une administration privée ? Il y a toujours au moins cinquante candidats pour le poste le moins rétribué.

Alors, tous ces médecins (et ici nous n'avons réuni que quelques cas typiques) nous disent franchement, ou nous laissent comprendre, que pour eux la fonctionnarisation de la médecine serait désirable, qu'ils seraient au moins sûrs de gagner leur pain quotidien, de faire vivre leur famille et de toucher une retraite à la fin de leur carrière.

Allez parler de la dignité, de l'indépendance du médecin à des gens que la faim guette ? Certes, nous avons lutté plus de quarante ans pour sauvegarder cette dignité, cette indépendance ; nous avons maintes fois demandé à nos syndicats de se préoccuper de l'organisation rationnelle de notre profession. Les praticiens ont, hélas ! trop suivi la politique du chien crevé et se sont laissé entraîner passivement par le torrent social. Nous n'avons pas été compris. Aujourd'hui nous sommes au bord du gouffre, parviendrons-nous à éviter d'y tomber ? Nous l'espérons par la cohésion syndicale, mais nous n'en sommes pas certains. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SYNDROMES DOULOUREUX DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

Conférence faite aux Cliniques médicale et chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

(Services du Professeur Carnot et du Professeur Cunéo).

Par M. le Docteur Rachet

Médecin des Hôpitaux

C'est là un des problèmes les plus difficiles de la pathologie digestive et pourtant le plus souvent posé. Les douleurs de la F. I. D. (1) sont le reflet ou d'appendicites aiguës, subaiguës ou chroniques, ou de « fausses appendicites », symptômes intestinaux ou para-intestinaux de la F. I. D. Leur diagnostic différentiel est d'autant plus important qu'il entraîne des déductions thérapeutiques opposées : intervention ou sage temporisation.

Disons tout de suite qu'il n'y a pas de symptômes cliniques absolument caractéristiques permettant de différencier ces deux ordres d'affections ; celui d'appendicite est, avant tout, un diagnostic d'élimination et encore l'erreur est-elle assez fréquente (témoins les « balafrés » de Châtel-Guyon et de Plombières).

Durant ces dernières années, la discussion diagnostique et partant thérapeutique a été vive.

Les opinions semblent avoir évolué en 3 périodes :

1° Pendant longtemps tout syndrome douloureux de la F. I. D. était une appendicite chronique, et les interventionnistes opéraient ;

2° Puis on a nié l'appendicite chronique ; c'était pour les abstentionnistes (en nombre restreint d'ailleurs) l'âge des « fausses appendicites » ;

3° Actuellement enfin, il existe des « modérés » des « opportunistes », qui admettent l'existence de l'appendicite chronique, mais aussi la réalité de nombreux syndromes douloureux de la F. I. D., non appendiculaires, et enfin et surtout des *affections mixtes*, de cette F. I. D.

En pratique, la question se pose de la façon suivante :

Y a-t-il appendicite ?

Y a-t-il des lésions intestinales de la F. I. D. ?

Personnellement, je crois à l'existence et à la fréquence de l'appendicite chronique *pure*, surtout chez l'*enfant* ; mais chez l'*adulte*, elle est le plus souvent *associée à des troubles intestinaux.*

Ces troubles sont-ils antérieurs ou postérieurs à l'appendicite ? en sont-ils la cause ou l'effet ? Est-ce une affection mixte qui touche à la fois le système lymphatique de l'intestin et de l'appendice ? (colo-appendicite) ? Peu importe la chronologie des faits, bien difficile d'ailleurs à établir, puisqu'il suffit de constater l'existence des troubles associés pour dicter la conduite à tenir.

— *Au point de vue clinique* on a affaire à deux grands ordres de malades :

— les uns se plaignent spontanément d'une douleur de la F. I. D. ;

— les autres accusent des troubles intestinaux ou des *troubles erratiques* et c'est au cours de l'examen systématique de ces malades que l'on découvre la douleur de la F. I. D.

Premier groupe. — 1° *Les douloureux.* — Aucun tableau clinique n'est caractéristique des vraies et des fausses appendicites. Schématiquement, cette douleur présente trois degrés dans son intensité.

a) *Petits douloureux* : les malades accusent une gêne permanente, plus ou moins marquée, du côté droit, avec des paroxysmes. Ou bien cette douleur est intermittente : elle dure trois ou quatre jours, puis s'atténue et disparaît, pour revenir de façon capricieuse, sans cause déclenchante nette, sans association de troubles intestinaux, tels que débâcles de diarrhée, par exemple. Ces malades sont, en général, plus des appendiculaires que des colitiques.

Si ces crises sont plus longues et surtout si elles laissent entre elles persister des malaises et des irrégularités de l'exonération, il est probable qu'on a alors plus affaire à une colopathie qu'à une appendicite pure.

(1) Fosse iliaque droite.

Quels sont les caractères de ces paroxysmes douloureux ? Ils peuvent être rythmés par les repas : la douleur apparaît vers cinq ou six heures du soir ; elle est alors provoquée par l'arrivée dans le cæcum du bol digestif, qui le distend douloureusement ; si cette douleur apparaît aussitôt après les repas, elle est due au réflexe gastro-colique.

Quelle est la cause déclenchante ? Souvent une erreur de régime (féculents, repas rapide) ; la station debout ou le décubitus dans certaines positions (s'observe surtout dans les colites et péricolites).

La douleur apparaissant sans cause nette, inopinément sans désordre intestinal associé, diarrhée ou dysenterie, est plutôt un signe d'appendicite.

Donc étudier les modalités et l'horaire de la douleur ;

b) *Douloureux par crises plus violentes.* — La crise est plus brutale, le malade est obligé de se coucher, mais la durée de cette crise est courte ; il éprouve une sensation de tension, il perçoit même parfois un bruit de passage des gaz dans un segment spasmé et se sent soulagé si l'émission des gaz se produit.

Si la crise se termine par cette émission de gaz ou par une selle souvent explosive, s'il n'y a pas de fièvre, penser plutôt à une crise colique douloureuse droite.

Si au contraire, un état douloureux permanent succède à la crise pendant deux ou trois jours, en s'estompant progressivement, avec une petite élévation thermique, le soir, si le malade est habituellement un nauséeux, penser plutôt à une appendicite.

c) *Douloureux permanents de la F. I. D.* — Le malade souffre alors nuit et jour, les rémissions sont incomplètes, les crises plus ou moins distantes. Les symptômes généraux sont toujours accusés : masque appendiculaire (facies terreux, traits tirés), fébricule, nausées, ballonnement après les repas, troubles variés vagotoniques (vagotonie appendiculaire).

Rien ne permet de différencier ce tableau de celui des colopathies (typhlectasiques douloureux).

Aucun symptôme, dans ces trois cas, ne permet un diagnostic ferme, car les lésions sont coexistantes le plus souvent.

Pourquoi discute-t-on tant ce diagnostic ? C'est que les causes d'erreur sont nombreuses :

1° Le côlon droit peut être douloureux organiquement certes, mais aussi fonctionnellement seulement sans qu'il s'agisse pour cela d'appendicite d'une part, de lésions organiques d'autre part ;

2° Ces douleurs de la F. I. D. peuvent irradier vers la vessie, l'estomac, les organes génito-urinaires et simuler en tous points une affection de ces organes.

Inversement des malades souffrent de la F. I. D. et sont des vésiculaires, des hépatiques, des rénaux, des génitaux.

3° Une dilatation cæcale (aérocolie droite, mégacôlon droit moins fréquent qu'à gauche), une névropathie, une névralgie peuvent en imposer pour une appendicite ;

4° Mais les fausses appendicites peuvent aussi être le reflet d'une lésion organique du colon ascendant.

Si le côlon ascendant est trop mobile, il peut se produire des plicatures ou des torsions (cæcum volvulé) sous le foie par exemple, d'où douleur dans la F. I. D.

La ptose du transverse, en guirlande, la ptose de l'ascendant entrainent des douleurs dans la F. I. D.

Ce sont là des syndromes mécaniques par excès de mobilité.

Si la mobilité est, au contraire, insuffisante, on peut observer des symptômes dus « à la fixation cæcale », des brides se forment provoquant des strictions plus ou moins hautes, d'où périviscérites ; le transverse peut s'accoler en canon de fusil au cæcum ; cet organe peut glisser vers les organes génitaux ; parmi ces brides les plus connues sont celle de Jackson, étalée devant le cæcum, celle de Lane, qui provoque une coudure en V, au niveau de l'abouchement iléal.

Toutes ces douleurs simulent l'appendicite.

DEUXIÈME GROUPE. — *Troubles erratiques.*

Ces malades consultent pour des troubles erratiques et la douleur n'est décelée chez eux que par un examen systématique.

Quels sont ces troubles ? Ils sont très variés et il faudrait résumer ici presque toute la pathologie.

Parmi eux, les troubles gastriques sont souvent les premiers : indigestion, nausées, vomissements. On ne trouve rien à l'estomac, ni radiologiquement, ni cliniquement, sauf quelquefois du spasme du pylore, mais ces signes peuvent être aussi bien d'origine vésiculaire qu'appendiculaire.

On peut observer des troubles dyspeptiques à forme hypersthénique ou hyposthénique ; les premiers rappellent le tableau de l'ulcus, mais les crises ne sont pas régulièrement intermittentes comme dans l'ulcère : le malade souffrira pendant cinq ou six jours, aura deux ou trois jours de répit, d'ailleurs plus ou moins complet, puis recommencera à souffrir.

Ces troubles peuvent simuler des coliques hépatiques ou vésiculaires : le problème est difficile à résoudre car des appendicites peuvent donner des signes vésiculaires. Inversement, il y a des cholécystites qui donnent une douleur dans la

F. I. D. Enfin, il existe des typhlo-cholécystites (où le cæcum, le côlon et la vésicule sont simultanément touchés) réalisant le syndrome entéro-vésiculaire.

Dans ces cas difficiles il faudra : rechercher le signe de Murphy, radiographier la vésicule ; faire un traitement d'épreuve d'abord vésiculaire, puis intestinal et essayer ainsi de départager ce qui revient à chacun de ces deux organes.

On fera appel au laboratoire : recherche de la cholestérine dans le sang, mais surtout mesure de la *bilirubinémie* ; c'est un test, qui, dans beaucoup de cas permet une différenciation : Si elle est augmentée : affection hépato-vésiculaire. Si elle est normale : affection plutôt intestinale.

Syndromes lombaires. — Ils sont caractérisés par du lumbago, de fausses coliques néphrétiques. Chercher l'appendice, mais se souvenir que l'uretère passe près de lui et que la lithiase urétérale peut en imposer pour une douleur appendiculaire.

Dans le petit bassin : on peut observer de la cystalgie, de la cystite. La différenciation sera quelquefois difficile, car le syndrome entéro-rénal est une réalité.

Organes génitaux. — Pensons au « flirt ovaro-appendiculaire », c'est-à-dire aux échanges de mauvais procédés entre ces différents organes : faisons un toucher vaginal et rectal.

La douleur peut aussi irradier dans le triangle de Scarpa ou à la face postérieure de la cuisse (syndrome pseudo-herniaire et sciatique). Il est vrai qu'il existe des sciatiques dues à l'appendicite et à la typhlite chronique. Elle peut encore irradier à la hanche droite (forme claudicante de certains auteurs).

Affections générales. — C'est la liste des faux-cardiaques, des faux tuberculeux, des faux pulmonaires. L'amaigrissement, le facies, la toux quinteuse, le fébricule en imposent pour une tuberculose inexistante. D'autres malades présentent de la céphalée, des indigestions fréquentes, de l'asthme permanent : quelques-uns de ces malades guérissent après appendicectomie.

***

Comment procéder a l'examen ?

a) Inspection. — Dans l'appendicite chronique elle donne peu de renseignements.

b) *Palpation.* — Beaucoup plus importante, elle doit être pratiquée très doucement et comparativement. Il faut palper très finement, à bout de doigt. On appréciera le manque de souplesse de la paroi et on tâchera d'obtenir le maximum de réponse au premier examen. On palpera avec les deux mains à plat, très finement, en ayant soin d'aller progressivement vers la profondeur.

On étudiera quatre grands ordres de signes :

1° La résistance de la paroi ;

2° La recherche d'un point ou d'une zone douloureuse.

C'est là un signe capital. Après avoir progressivement atteint le contact osseux, sur le bassin, on ramènera la main en dehors vers l'aile iliaque pour accrocher le bord interne du cæcum. Mais si, avec une pression même légère on détermine de la douleur en un point précis on a le droit de songer d'emblée à une appendicite ; si, au contraire, c'est toute une zone qui est douloureuse, pensons à une douleur plus diffuse et, par conséquent cæco-ascendante.

Cette palpation permet de préciser l'existence de la contracture, c'est-à-dire d'un segment de paroi moins élastique que les régions voisines. On prétend quelquefois pouvoir sentir l'appendice malade, mais j'avoue ne l'avoir jamais aussi finement repéré ! !

On a voulu multiplier les points électifs de la douleur appendiculaire (Mac Burney, Lenz, Clado, Morris), mais l'appendice est un organe mobile et nous savons d'autre part que la projection cutanée des douleurs ne répond pas forcément à l'organe sous-jacent.

Il faut revoir le malade plusieurs fois et savoir si ce point douloureux est net, fixe. L'examen radioscopique permettra de préciser si la douleur correspond au point d'implantation de l'appendice ;

3° On peut trouver une masse : Si elle est permanente, radiographier immédiatement le malade : on peut se trouver en présence d'un cancer ou d'une tuberculose du cæcum.

Mais, on peut avoir affaire aussi à un empâtement péricæcal, à des abcès chroniques enkystés post-appendiculaires, qui en imposent pour un cancer. Dans tous les cas, l'intervention exploratrice est de règle.

4° On ne trouve rien. Le diagnostic est alors très difficile. Y a-t-il des symptômes connexes ? c'est-à-dire une colopathie concomitante ? Examiner tout le côlon, faire le toucher rectal et vaginal, examiner la région lombaire, le carrefour vésiculaire, procéder, à l'examen radiologique de tout l'arbre digestif.

Dans ces cas, il y a deux erreurs à éviter : 1° prendre une cholécystite, une ptose rénale, un mal de Pott avec douleur dans la F. I. D. pour une appendicite ; 2° rejeter la possibilité de l'association des deux syndromes.

Que faire ? Aller à la radiologie. Mais se pénétrer de cette idée qu'on ne fait pas uniquement un diagnostic d'appendicite chronique avec la radiologie ; c'est simplement un élément complémentaire ; il faut déjà être orienté cliniquement et voir soi-même le malade derrière l'écran.

Il n'y a qu'un signe radiologique net : c'est le point douloureux fixe, au point d'implantation, dans toutes les positions et à deux ou trois exa-

mens successifs. Que l'appendice soit injecté ou non, cela n'a pas d'importance.

Des périviscérites (défaut de mobilité radiologiquement observé) sont souvent diagnostiquées à faux et inversement on peut croire à tort à des sténoses. On peut voir une dilatation du segment intestinal en amont de cette sténose, mais avant de se prononcer, donner de l'atropine et revoir le malade : si elle persiste on conclura à son organicité.

La formule hématologique ? C'est un argument complémentaire également ; penser si elle est normale à un syndrome mécanique ; s'il y a de la mononucléose à une appendicite simple ; s'il y a de la polynucléose à une appendicite réchauffée, en gardant ces notions comme un schéma et non pas comme une preuve absolue.

En résumé, le praticien devra se poser les questions suivantes : y a-t-il appendicite ? Y a-t-il fausse appendicite ? Y a-t-il appendicite pure ? Y a-t-il un syndrome fonctionnel ? Y a-t-il appendicite surajoutée à un typhlo-colite ?

Notons que chez l'enfant, en dehors de l'invagination, on a affaire presque toujours à une appendicite pure.

***

Ligne de conduite. — 1° *Appendicite pure : opérer ; il n'y a pas de traitement médical ;*

2° *Syndrome douloureux non appendiculaire* : opérer quelquefois, par exemple, quand il y a un obstacle net à la progression du contenu intestinal (sténose, bride). S'il n'y a pas un gros trouble de l'évacuation ne pas opérer, car les malades continueront à souffrir ; la chirurgie des adhérences, en particulier, donne bien des déboires.

3° *Syndrome colique et point douloureux dans la F. I. D.* En dehors de l'appendicite du jeune âge traiter d'abord médicalement les colites. Ce sont le plus souvent des constipés. Donc prescrire : 1° des mucilages et des huiles ; 2° de la belladone ; 3° du sous-nitrate de bismuth à hautes doses : c'est un antiseptique, un antiputride, il calme les douleurs ; tout à fait exceptionnelle est l'intoxication par ce médicament qui a une action remarquable (Bensaude).

Le kaolin est moins cher, mais donne de moins bons résultats.

La diathermie sera réservée aux périviscérites ; on a également utilisé des injections fibrolytiques (éther benzyl-cinnamique).

Les ultra-violets et les infra-rouges donnent de bons résultats contre la douleur.

Quant au régime, on peut le résumer ainsi : suppression des mets indigestes et des trois aliments suivants : pain, lait, œufs. Le pain sera remplacé par du pain grillé ou des biscottes, le lait par du kéfir ou du yoghourt, les œufs par contre peuvent être utilisés assez souvent, mais en petite quantité et de préférence incorporés à des gâteaux de semoule ou de tapioca ; les pâtes pourront être tolérées sauf chez les colitiques avec fermentation. On permettra des fruits cuits à petite pulpe, des compotes passées, des viandes grillées une fois par jour. Il faudra éviter l'hypo-nutrition.

Et alors, on se trouvera en présence de deux résultats :

1° Ou il y aura amélioration et on pourra compléter le traitement par des cures thermales : à Châtel-Guyon les peu douloureux, à Plombières, les grands spasmodiques, les asthéniques. Il y aura intérêt parfois à alterner les deux cures ;

2° Si l'amélioration est moins complète si les troubles intestinaux ont disparu, mais s'il persiste un point douloureux, on peut être amené après cette phase de traitement médical à conseiller une appendicectomie.

Et enfin, dans ce cas, ne pas oublier de dire au malade : « qu'il y a intérêt à supprimer ce foyer, mais qu'on ne s'engage pas par ce seul acte chirurgical à obtenir la guérison totale » (1).

(1) Conférence recueillie par M. le Docteur Certain.

CLASSIFICATION DES ÉTATS NERVEUX DÉPRESSIFS

Par le Docteur Legéard (de Nice)

A) Considérations générales

Sous le nom d'états dépressifs on a parfois rangé des états neuro-psychiques qui n'étaient pas ou qui n'étaient que très partiellement et à titre secondaire tributaires de l'asthénie.

C'est ainsi que certains médecins, voire certains psychiatres, nomment états dépressifs des états hypocondriaques graves ou légers, des poussées plus ou moins subaiguës de délire de persécution, des états de schizoïdie plus ou moins confirmée, des états hystériformes avec ou sans appoint dépressif et surtout des états anxieux et mélancoliques (Kraepelin), des poussées d'hyperémotivité morbide, confondant les névroses ou les psycho-névroses dysthymiques (*dus, thumos,* trouble de l'émotivité) avec les névroses ou les psycho-névroses dysthéniques (*dus, tsénos,* trouble de la force nerveuse).

Les états dépressifs vrais doivent relever essentiellement et primitivement de *l'asthénie,* ou en prenant ce terme dans son acception étymologique de la « neurasthénie », c'est-à-dire d'une diminution de la force nerveuse (du gr. *neuron,* nerf, *a* privatif et *sthenos,* force). Celle-ci suivant la prédominance de ses manifestations dans la sphère physique, se dénommera neurasthénie physique ou à forme « amyosthénique » (du gr. *a* privatif, *muôn,* muscle, *sthénos,* force), suivant la prédominance de ses manifestations dans la sphère psychique, se dénommera neurasthénie psychique, cérébrale ou à forme « psychasthénique », en prenant ce terme dans son sens étymologique (du *gr. psukhê,* âme, *a* privatif et *sthénos,* force).

Faisons remarquer, en passant que la *psychasthénie* entendue comme nous venons de le faire dans son sens littéral d'asthénie psychique ou selon une expression heureuse et imagée d'« abaissement de la tension psychologique » n'est pas une psycho-névrose autonome se différenciant de la neurasthénie. C'est tout simplement une variété symptomatologique plus spécialement cérébrale et psychique de l'asthénie. Aussi ne lui consacrons-nous pas un paragraphe spécial dans la classification des divers états dépressifs. Ceux-ci peuvent, tous et indistinctivement, réaliser une forme dépressive à tendance amyosthénique ou une forme dépressive à tendance psychasthénique.

B) Classification des états dépressifs proprement dits

Ayant bien établi que la diminution de la force nerveuse, l'asthénie, est la caractéristique des états dépressifs proprement dits, nous allons procéder maintenant à leur classification.

Celle-ci comprendra deux grands groupes dans lesquels nous rangerons en sous-variétés tous les états dépressifs.

Le premier groupement est constitué par :
Les états dépressifs constitutionnels.
Le second groupement est constitué par :
Les états dépressifs acquis.

I. — Les états dépressifs constitutionnels

Par états dépressifs constitutionnels, nous rangeons sous cette large rubrique qui comprend une assez grande variété de cas et de formes, tous les états chez lesquels l'asthénie fait partie de la constitution du sujet à un titre ou à un degré quelconque.

Sur la cause qui a rendu le sujet constitutionnellement déprimé ou candidat à l'asthénie nous ne nous étendrons pas. Disons seulement que tous les facteurs qui altèrent la santé, et partant la résistance du système nerveux, peuvent fixer dans la trame même d'un être un état dépressif ou un manque de résistance à la fatigue (alcoolisme et toxicomanie des parents, hérédo-syphilis, infections diverses, tuberculose, etc.).

Selon l'époque phylogénique à laquelle la cause neurasthénigène s'est exercée, les états dépressifs constitutionnels sont dits : *a*) héréditaires ou *b*) congénitaux.

A) Les états dépressifs constitutionnels héréditaires. — Dans ce groupe on retrouve chez les ascendants des malades les mêmes symptômes ou les mêmes tendances à un degré variable, tantôt plus marqués, tantôt plus frustes et plus légers (neurasthéniques héréditaires de Charcot).

B) Les états dépressifs constitutionnels congénitaux. — Ici symptomatologiquement, les malades peuvent être absolument semblables aux précédents, mais, dans la lignée familiale, l'asthénie ne semble pas remonter avant eux. Un accident malheureux, une cause quelconque a diminué leur résistance nerveuse, probablement durant leur vie fœtale ou dans leur prime enfance.

Appartenant aux états dépressifs constitutionnels, tant héréditaires que congénitaux nous pouvons distinguer :

1° *Les « déprimés constitutionnels ».* — Dans cette classe se rangent des malades qui de tout temps ont présenté les principaux stigmates des grands syndromes neurasthéniques.

Le nombre des déprimés constitutionnels dans le monde est relativement important ; d'après F. Achille Delmas, il atteindrait facilement le chiffre de 5 % des individus pris au hasard.

Chez ces malades, l'asthénie est plus une infirmité qu'une maladie ; ce sont des insuffisants de l'énergie et non pas des épuisés ou des inhibés comme le sont un assez grand nombre de déprimés.

A toutes les époques de leur existence et dans tous leurs actes, leurs pensées, dans leur comportement général, on retrouve le sceau de l'asthénie ; ils réagissent partout et toujours, sauf durant de courts intervalles d'euphorie et d'hypersthénie passagère, souvent provoquée artificiellement (émotion, alcool, café, toxiques, etc.), dans le sens de l'hypotension nerveuse et celle-ci imprègne et colore toute leur personnalité.

La littérature fourmille de déprimés constitutionnels et les Hamlet, les Manfred, les René, les Chatterton, les Werther, les Obermann, les Adolphe, les Dominique ont avec eux plus d'un point commun.

Certes, si la dépression constitutionnelle est une infirmité, par insuffisance du potentiel énergétique, qui accompagne le malade de son berceau à sa tombe, il existe dans la vie de chaque déprimé constitutionnel des périodes plus ou moins propices à l'épanouissement des symptômes dépressifs. Généralement la période pubérale (12 à 15 ans) et post-pubérale (15 à 20 ans) est une des plus mauvaises pour le déprimé constitutionnel. Par les perturbations endocriniennes qu'elle entraîne, certains excès qu'elle favorise (masturbation) et le surmenage qu'elle nécessite (lutte pour la vie, acquisition de nouvelles habitudes et de nouveaux automatismes, efforts multiples et épreuves diverses propres à la jeunesse qui est, pour le déprimé du moins, comme le remarque Pierre Janet très justement, non pas le bel âge, mais la période la plus débilitante et la plus fatigante de la vie, celle qui met le plus à l'épreuve la résistance du système nerveux), elle voit éclore des paroxysmes dépressifs sur un fond plus ou moins latent de dépression constitutionnelle.

La dépression constitutionnelle a des degrés divers suivant le sujet. Certains sont de légers insuffisants, d'autres au contraire de grands déprimés. Les premiers s'adapteront à une vie quasi-normale et si les circonstances les favorisent un peu, ils pourront connaître, eux aussi, la joie de vivre, et même être brillants, car ce sont des êtres souvent très distingués malgré leur infirmité. Leur rendement, dans certains cas, pourra être assez bon. Par la bonne volonté, une existence bien réglée, un surcroît d'effort, une intelligence supérieure, ils suppléront à leur insuffisance énergétique. Bien qu'il leur soit difficile, ils accompliront tout de même leur travail comme tout le monde. Il semble que c'est d'eux dont parlait Pascal en disant qu'ils « travaillent en gémissant ». Quant aux seconds ils ne pourront prétendre à une existence normale. S'ils veulent que l'existence ne leur soit point intolérable, il faudra qu'ils fassent la part du feu, qu'ils renoncent à certaines dépenses d'énergie légitimes pour tout autre homme, en un mot qu'ils vivent « en veilleuse », pour ne point vivre malheureux.

2° *Les prédisposés.* — Nous appellerons « prédisposés » les asthéniques tombés dans la dépression nerveuse sous l'action combinée d'un facteur neurasthénigène quelconque et d'une fragilité constitutionnelle du système nerveux soudainement révélée. Chez un homme sain et normal, la cause que l'on retrouve à l'origine de l'accès dépressif chez le « prédisposé » n'aurait pas suffi.

Ces malades sont en réalité de petits « insuffisants » ; ce sont presque de petits déprimés constitutionnels qui peuvent, si les circonstances de la vie les favorisent ne pas connaître les affres de l'asthénie et qui, par contre, tomberont sous l'action de certains facteurs qui n'abattront pas les êtres doués d'une résistance normale.

En somme, si le déprimé constitutionnel est plus ou moins un infirme, le « prédisposé » est un candidat vulnérable qui trébuchera à la première épreuve tant soit peu épuisante de l'existence.

3° *Les déprimés périodiques.* — Chez les « déprimés périodiques » l'asthénie est caractérisée par des accès intermittents de dépression survenant brusquement sans cause présentement connue et disparaissant de même. Tantôt le malade tombe dans un état dépressif en l'espace de quelques heures (il se réveille un beau matin tout différent de ce qu'il était la veille), tantôt la chute de son activité et le fléchissement de sa résistance sont un peu moins brusques mais toujours rapides (quelques jours).

Les accès de dépression périodique sont de plus ou moins longue durée (quelques années, quelques mois, parfois quelques semaines et même quelques jours seulement) et se répètent à intervalles plus ou moins éloignés (jours, mois, années).

Les accès dépressifs disparaissent tout seuls, spontanément, comme ils sont venus. La guérison est donc la règle, malheureusement elle n'est que provisoire et selon l'âge et le type dépressif du malade, un plus ou moins grand nombre de récidives, reste inscrit, dans un fatalisme absolu, sur les pages du livre de son inéluctable prédestination.

Sorti de son accès dépressif périodique, le malade redevient normal.

4° *Les déprimés cyclothymiques.* — Bien que les états cyclothymiques appartiennent plus fréquemment aux psychonévroses dysthymiques, c'est-à-dire aux troubles de l'émotivité et de l'affectivité (mélancolie), on les rencontre, cependant, à propos des troubles dépressifs proprement dits.

Les déprimés cyclothymiques se distinguent essentiellement des déprimés périodiques en ce que si ces derniers redeviennent après leur périodes de dépression nerveuse des êtres absolument normaux, doués d'une résistance nerveuse physique et cérébrale satisfaisante, eux, par contre, voient apparaître, après leur accès de dépression un accès d'excitation, d'hyperactivité, pour dire le mot exact, d'hypersthénie.

La vie de ces malades se passe donc en périodes d'asthénie plus ou moins profonde et en périodes dites de « manie », c'est-à-dire d'hypersthénie.

A propos des « déprimés cyclothymiques » on a parlé de « cyclosthénie » ou « cyclodysthénie » (Benon).

Il existe des cas, cependant, où après une période d'asthénie apparaît une période d'activité normale séparant, en quelque sorte, les deux périodes morbides ; dans d'autres cas, la période normale sépare deux accès asthénomaniaques, c'est-à-dire survient après une période d'hypersthénie apparue immédiatement après une période dépressive.

Premier type de dépression cyclothymique. — A l'accès maniaque ou hypersthénique fait suite sans transition un accès dépressif ou asthénique. L'état normal figuré par une ligne pointillée : .... n'est jamais réalisé. Le malade a son activité et ses forces nerveuses toujours en dessus ou en dessous du plan considéré comme normal. Ce type peut se dénommer psycho-névrose à double forme continue ou circulaire.

Deuxième type de dépression cyclothymique. — A l'accès de dépression ou d'asthénie fait suite une période normale de plus ou moins longue durée séparant deux périodes morbides : la période d'asthénie et la période de manie ou d'hypersthénie. Ce type peut se dénommer psycho-névrose à *double forme proprement dite* ou à accès séparés.

Troisième type de dépression cocylothymique. — La période normale sépare deux accès asthéno-maniaques. Il s'agit de la psycho-névrose à double forme intermittente ou à accès intermittents.

Remarque importante. — Dans le domaine des psychonévroses, c'est-à-dire des troubles nerveux n'entraînant pas l'internement et compatibles avec la lucidité des malades, il s'agit plus exactement « d'hypomanie » que d'accès de manie proprement dite.

II. — Les états dépressifs acquis

Par états dépressifs acquis il faut entendre tous les états dans lesquels l'asthénie, contrairement à celle que l'on rencontre dans les états précédemment vus, ne fait pas partie, à un titre quelconque, de la constitution du sujet, mais résulte directement de l'action d'un facteur neurasthénigène qui, à une période variable de l'existence, a mis le système nerveux du malade dans un état de moindre résistance, de dépression.

Le malade jusqu'à cette chute était normal du point de vue de sa force et de sa résistance nerveuse. Nulle trace d'asthénie ne pouvait être relevée dans ses manifestations vitales physiologiques ou psychologiques.

Nous dirons que, si l'asthénie dans les états dépressifs constitutionnels semble relever d'une prédestination, elle est accidentelle dans les états dépressifs acquis.

***

Appartenant aux états dépressifs acquis, nous pouvons distinguer :

1° Les états dépressifs organiques incurables. Parmi eux deux variétés : *a)* la première est constituée par des états, dont les causes extrêmement variées comme on peut aisément le supposer, sont au-dessus des ressources habituelles de la thérapeutique. Parmi ces causes nous citerons à titre d'exemple, la tuberculose avancée, le cancer, la maladie d'Addison, la paralysie générale dans ses formes graves résistant à la malariathérapie.

L'affection organique qui a engendré l'état dépressif étant incurable, on comprendra facilement que celui-ci le soit également.

b) *La seconde variété est constituée* par ce qu'on a appelé « l'*asthénie chronique séquelle* » (R. Benon).

« Les causes qui engendre l'*asthénie chronique séquelle* sont les mêmes que celles des asthénies épisodiques mais, après guérison de la maladie causale, l'asthénie dure, se prolonge des années et le plus souvent reste incurable ; l'affection nerveuse ne s'accompagne d'aucun signe physique actuellement décelable » (1).

2° Les états dépressifs organiques curables. Ce sont des états de causes également extrêmement variées, plus variées même que pour les états précédents mais accessibles à la thérapeutique et qui, soit par la disparition de l'affection organique neurasthénigène tout simplement, soit après cette disparition et un traitement neuro-tonique spécial, s'évanouissent complètement.

(1) R. Benon. — *In* L'Asthénie, p. 23.

Parmi eux nous pouvons citer :

a) *Les états dépressifs organiques chroniques* : Ces états durent longtemps, d'où leur nom de chroniques (ce qui ne veut pas dire incurable) parce que l'affection qui les conditionne est de longue évolution = tuberculose curable, syphilis, intoxications chroniques, auto-intoxications, diabète, etc., troubles nutritifs ;

b) *Les états dépressifs organiques épisodiques* : Ici le syndrome asthénie coïncide avec ou succède à des états organiques aigus et passagers tels que : maladies infectieuses (rhumatisme articulaire aigu, typhoïde, scarlatine, grippe, etc.).

L'asthénie, dans ces cas, est presque normale, physiologique, si l'on peut employer ce terme à propos d'une chose pathologique. On a prononcé le mot « d'asthénie de convalescence ».

Si le système nerveux n'a pas été trop endommagé, s'il a gardé intact son pouvoir de réaction et d'auto-régénération, l'affection organique causale ayant disparu, l'asthénie disparaîtra d'elle-même plus ou moins vite.

Si, au contraire, les centres nerveux ont été fortement impressionnés, si la fonction sthénogène a été profondément altérée, le malade ne reprendra pas de lui-même son potentiel nerveux antérieur. Il aura besoin d'un traitement névrosthénique spécial qui redonnera à son système nerveux son pouvoir de réaction, et l'orientera vers son équilibre énergétique. Sans lui les symptômes asthéniques auraient tendance à persister, parfois indéfiniment, malgré le repos et la disparition complète des causes occasionnelles.

C'est à propos de ces états dépressifs acquis et provoqués, mais devenus, dans leur persistance, indépendants des causes neurasthénigènes, que l'on peut parler de « *neurasthénie vraie* » tel que l'entendait par exemple : Maurice de Fleury.

On voit en quoi celle-ci se différencie, par son autonomie évolutive, de la simple asthénie physiologique ou de convalescence qui disparaît spontanément d'elle-même sans traitement spécifiquement névrosthénique.

Il est probable que ce qui distingue, sinon toujours du moins souvent, ces deux genres d'asthénie, c'est un certain degré de prédisposition plus ou moins latente occasionnellement révélée. Certes la virulence de la cause déterminente intervient pour une part importante. Bien des états ne deviennent des « neurasthénies vraies » proprement dites, avec tous leurs symptômes physiques et psychiques, que parce que le système nerveux des malades a été soumis à l'action d'un facteur débilitant d'une violence extrême. Il n'en demeure pas moins vrai que pour un grand nombre de cas il y a lieu de soupçonner une vulnérabilité plus ou moins marquée du système nerveux. Toutefois dans les cas que nous envisageons ici, celle-ci ne semble pas avoir une importance suffisante pour parler vraiment de « prédisposition ».

3° Les états dépressifs fonctionnels. — Ces états constituent une variété d'états dépressifs épisodiques.

La cause au lieu d'être organique a été fonctionnelle. Nous voulons parler des chocs émotionnels, des états pasionnels débilitants, du surmenage intellectuel ou musculaire, des irrégularités, des excès et des perturbations sexuelles (masturbation, etc.), en un mot, de tout ce qui débilite le système nerveux en troublant sa fonction sthénogène ou en épuisant ses réserves énergétiques.

Pour l'évolution de ces états mêmes remarques que pour les états dépressifs organiques épisodiques.

C) Conclusions

Comme on a pu s'en rendre compte, nous avons classé les états dépressifs non point du point de vue symptomatique mais du point de vue étiologique et d'après leur évolution.

Ce point de vue nous a paru être le plus intéressant, le diagnostic devant être plus étiologique que symptomatique dans l'intérêt même de la thérapeutique. La classification symptomatique est une classification secondaire, tant du point de vue nosologique que du point de vue thérapeutique. En effet le traitement névrosthénique proprement dit, dans ses grandes lignes, est le même — la psychothérapie mise à part — pour les diverses manifestations de l'asthénie. Les nombreuses formes de neurasthénie qui ont été décrites par certains auteurs (neurasthénie digestive, sexuelle, psychique et cérébrale, musculaire, cardiaque, sensorielle, etc.) ne sont que l'expression de l'asthénie nerveuse générale prédominant sur telle ou telle fonction et sur tel ou tel organe et dans tout état neurasthénique ou dépressif on retrouve toujours, plus ou moins atténué, parfois à l'état d'ébauche, les divers groupements symptomatiques qui ont permis de décrire ces multiples formes de neurasthénie.

LE LABORATOIRE AU GOUT DU JOUR

Une nouvelle méthode pour évaluer le fonctionnement des endocrines

L'électrodiagramme de Dausset et Ferrier

D'après le Docteur J.-E. MARCEL (*)

Certaines affections endocrines sont aujourd'hui parfaitement classées, et impliquent nettement par leurs symptômes le dysfonctionnement d'une *glande bien définie*. Il existe, par contre, des formes larvées, intriquées, de « petits états endocriniens », dans lesquels la pauvreté extrême des signes physiques s'oppose à la grande richesse des symptômes fonctionnels. Bien plus, du fait des interdépendances glandulaires, un même signe fonctionnel peut avoir à sa base le dérèglement d'une ou de plusieurs glandes différentes. C'est ainsi qu'à côté des signes majeurs pathognomoniques, qui aiguillent immédiatement vers telle ou telle glande, se dessine une foule de symptômes mineurs, communs au dérèglement de *plusieurs d'entre elles*. Il devient ainsi difficile, *par la seule clinique*, de définir la ou les glandes atteintes.

On conçoit, dès lors, que les auteurs se soient acharnés à chercher des *méthodes biologiques*, qui permissent de retrouver un fil d'Ariane dans le dédale inextricable des interrelations glandulaires. La plupart de ces méthodes ont le grand défaut de révéler le fonctionnement d'une seule glande. C'est précisément ce qui limite leur emploi à certaines affections endocriniennes, dont déjà la clinique soupçonne l'existence.

Il existe de ces *méthodes monoglandulaires*, qui nous renseignent sur l'état de la thyroïde : métabolisme de base ; temps de réduction de l'oxyhémoglobine dans le sang après arrêt de la circulation par une ligature ; détermination de l'angle d'impédance qu'oppose, comme tout électrolyte, le corps humain, quand il est traversé par un courant alternatif d'une certaine fréquence.

D'autres épreuves fournissent des renseignements sur l'ovaire ou sur l'hypophyse : dosage de la folliculine ou du prolan dans l'urine et dans le sang grâce à l'emploi d'un matériel animal convenable.

Quant aux *méthodes pluriglandulaires*, destinées à interroger l'ensemble du système endocrinien, une seule a été jusqu'alors étudiée : l'*interférométrie*. Celle-ci, de technique compliquée, a promis plus qu'elle n'a tenu, et, à l'heure actuelle, on n'est nullement autorisé à se baser sur les résultats fournis par cette épreuve pour affirmer qu'une glande est ou non déficiente.

C'est dans ces conditions que, Ferrier a repris le *test du temps de réduction de l'oxyhémoglobine dans le sang*, qui devait constituer la base de l'*électrodiagramme*, étudié par lui avec Dausset.

***

Envisageant la *diathermie essentiellement excitatrice, et non chauffante*, Ferrier a pu démontrer, pour commencer, que le métabolisme de base ne restait pas indifférent à l'excitation *diathermique* des différentes glandes à sécrétion interne : mais, il n'était influencé que lorsque la glande était déréglée.

Le métabolisme de base étant une épreuve complexe, cet auteur eut l'ingénieuse idée de s'adresser à un moyen infiniment plus pratique : le temps de réduction de l'oxyhémoglobine dans le sang. C'est ainsi qu'est né l'*électrodiagramme* de Dausset et Ferrier, mieux dénommé *diathermo-diagnostic endocrinien*.

Voici d'après ces auteurs, la technique de l'épreuve. Après arrêt de la circulation par une pince en cœur sur le pli interdigital, qu'une source lumineuse éclaire devant un spectroscope de fortune ou mieux, devant l'ingénieux spectro-réductomètre de Walter, on détermine tout d'abord le temps de réduction avant toute excitation diathermique. L'excitation commence ensuite sur la région thyroïdienne : on mesure à nouveau le temps de réduction. Puis on fait subir une nouvelle excitation électrique d'une autre région glandulaire : hypophyse, ovaire, glande mammaire, et même, parfois d'ailleurs plus difficilement, des surrénales. On détermine à chaque fois le temps de réduction de l'oxyhémoglobine. La durée de l'excitation est de 10 à 15 minutes pour chaque région endocrinienne, durée suffisante pour amener une variation. Il est très facile de noter sur une feuille la variation des temps de réduction en fonction des régions glandulaires soumises au courant d'excitation. On peut construire ainsi une courbe, dont les parties constituan-

(1) Société française de gynécologie, avril-mai 1936.

tes affectent, suivant les cas, les formes les plus variées, réalisant ensemble un « véritable diagramme endocrinien ».

Le diagramme obtenu, il faut pour l'interpréter en avoir une certaine habitude et, de plus, être un excellent endocrinologue. Il faut aussi s'aider d'un certain nombre de faits qui, pour Dausset et Ferrier sont incontestables ; les voici :

1° Le temps de réduction de l'oxyhémoglobine est une valeur sensiblement fixe chez un sujet donné.

2° Ce temps de réduction varie dans des proportions souvent considérables par excitation d'une région endocrinienne, sans que cette région soit forcément la thyro-parathyroïdienne.

3° Le temps de réduction de l'oxyhémoglobine ne varie pas sensiblement après une excitation d'une région du corps, dans laquelle ne se trouve pas de glande à sécrétion interne. Il ne varie pas lorsque l'excitation porte sur une région glandulaire dans laquelle la glande n'existe plus, par castration chirurgicale ou ménopause naturelle ancienne.

D'une façon générale on peut dire qu'avec de l'habitude l'interprétation des diagrammes n'est pas trop sujette à caution. Cependant, autant sont faciles à interpréter les courbes, dont les parties constituantes se trouvent situées entièrement au-dessus ou entièrement au-dessous de *la normale, autant il est difficile* d'interpréter, même du point de vue thérapeutique, celles qui oscillent très près de la normale. Le plus souvent, dans ces derniers cas, Dausset et Ferrier n'en tiennent pas compte.

RÉSULTATS. — Deux moyens de les apprécier : d'une part, le parallélisme du diagramme avec les autres tests jusqu'alors connus ; d'autre part, par les sanctions thérapeutiques.

1° Par rapport au dosage de la folliculine, Laurent Gérard a montré que d'une *façon générale* les réponses concordent dans l'ensemble.

2° L'expérience a établi, d'autre part, une correspondance à peu près constante entre l'électrodiagramme, le métabolisme de base et l'angle d'impédance.

3° Une simple lecture de diagramme permet de décrire, souvent avec exactitude, l'aspect physique des malades.

4° Enfin l'électrodiagramme confirme qu'un grand nombre de troubles menstruels, sinon la plupart, sont dûs à l'hyperfolliculinisme et que, par conséquent, la folie de folliculinothérapie actuelle est une véritable gageure !

On peut dire que d'une façon générale les indications fournies par le diagramme endocrinien ont donné des résultats thérapeutiques intéressants. On peut affirmer aussi que ces résultats sont infiniment supérieurs à ceux obtenus chez des malades similaires, qui n'avaient pas subi le test, et que le *diagramme* est, dans les cas favorables, *normalisé par le traitement.*

***

Cet électrodiagramme justifie cependant un certain nombre de critiques :

1° Les épreuves glandulaires sont rapportées à une normale, dont le chiffre exact demande encore à être précisé. Dausset et Ferrier ont montré, en effet, qu'il n'a de valeur que dans la mesure où il est complété par le dosage de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire de la quantité d'oxygène à consommer. L'introduction de cette notion dans les examens est actuellement à l'étude.

2° On a pu se demander aussi si le diagramme avait une certaine fixité, s'il représentait une « photographie posée » du système endocrinien ou un simple « instantané ». Le diagramme peut varier légèrement chez la femme avec certaines périodes du cycle ; mais on peut affirmer qu'en général il est d'une fixité remarquable, dans les mêmes conditions d'expérience.

3° On a reproché également à la méthode certaines imperfections, qui tiennent à la nature de l'excitation provocatrice : le courant portant sur une région (thyro-para-thyroïdienne, par exemple, et non sur une glande) et certaines régions glandulaires (surrénales), qui par leur situation anatomique, se prêtent mal à l'exploration.

Ces critiques font qu'il faut avoir pour le moment la sagesse de ne tenir compte que des faits *absolument certains,* des espoirs qu'ils peuvent susciter, et de n'interpréter les test qu'en *fonction des signes cliniques.*

CONCLUSION. — Il reste que l'on se trouve en présence d'un test simple, rapide, qui a l'avantage insigne d'envisager un diagnostic endocrinologique, non sous l'*angle limité d'une glande mais suivant une vue d'ensemble du système endocrinien.* Il faut que l'on connaisse ce test, qu'on en étudie l'expérimentation, de façon que l'on puisse bientôt, en connaissance de cause, apprécier le bien-fondé de l'électrodiagramme endocrinien de Dausset et Ferrier.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Quelques conséquences des rapports entre l'amygdalite et l'appendicite

Le Docteur L. LARROQUE expose qu'à cause de leur similitude anatomique, peut-être même à cause de leur rôle physiologique identique, les amygdales linguales et l'appendice iléo-cæcal présentent des poussées inflammatoires pathologiquement semblables. Il existe des angines post-appendicectomiques. Egalement l'appendicite après intervention sur le tissu lymphoïde pharyngien peut se présenter, surtout chez les jeunes enfants, comme une complication rapide, et parfois foudroyante, mais le plus souvent comme une complication sournoise ou à plus longue échéance.

Ces infections peuvent être concomitantes. L'exérèse d'un de ces organes peut provoquer dans certains cas, une réaction de l'organe restant. (*La Pratique médicale française*, juin 1936.)

Les gingivites de la grossesse

En général, elles surviennent vers le quatrième mois et disparaissent après l'accouchement ; parfois, elles recommencent au début de la lactation. Elles ne seraient pas en rapport avec l'état des dents ni des gencives ; elles seraient dues à des variations dans les hormones ovariennes, comme il s'en produit à la puberté et pendant la menstruation.

Le Docteur J. FORTIER a observé une malade qui, au cours de trois grossesses consécutives, a présenté chaque fois de la gingivite plus ou moins sérieuse. Les auteurs reconnaissent quatre formes de gingivites, qui peuvent être quatre phases de la même maladie, ou bien des maladies différentes. La première forme se manifeste simplement par des saignements de gencive. Dans la deuxième forme, le bord libre de la gencive est atteint, surtout au niveau des dents antérieures, et assume la couleur et l'apparence d'une petite fraise. Une hypertrophie de la gencive caractérise la troisième, et, chose curieuse, cette hypertrophie, au lieu de se généraliser, n'atteint qu'une partie de la muqueuse gingivale. Enfin, on reconnaît une quatrième forme décrite sous le nom de « tumeur gingivale de la grossesse ». Cette petite tumeur ressemble à un épulis, mais elle en diffère par le fait qu'elle diminue considérablement, et souvent disparaît complètement, après l'accouchement. (*L'Union médicale du Canada*, juin 1936).

Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle essentielle d'après la méthode de Pende

Le Professeur Nicolas PENDE a démontré expérimentalement que la section du nerf splanchnique gauche suffisait à réduire la sécrétion adrénalinique des deux glandes surrénales, et de plus, que cette opération devait réussir à supprimer le tonus d'un grand territoire vasculaire, et même à empêcher les réflexes hypertenseurs d'origine abdominale. Il a conçu la technique de cette opération qui a été réalisée avec succès chez l'homme. Plus tard, il a réalisé l'application de son principe au moyen du blocage anesthésique et alcoolique du nerf splanchnique gauche chez les hypertendus.

Cette anesthésie du splanchnique est, dit-il, parfois utile comme remède d'urgence des crises hypertensives qui menacent la vie des malades. L'alcoolisation peut donner des résultats plus durables chez les hypertendus, qu'on ne peut soumettre à la section du nerf. L'auteur pratique maintenant l'alcoolisation du splanchnique gauche, précédée par l'anesthésie novocaïnique du nerf.

L'avenir dira si le blocage du nerf splanchnique gauche, ou éventuellement des deux splanchniques, peut être substitué à l'opération de la section du nerf.

En tout cas, dans une maladie qui, comme l'hypertension essentielle grave et progressive, est des plus répandue et rebelle aux traitements médicaux, la méthode de Pende représente une nouvelle méthode de traitement, qui a, jusqu'à présent, tous les fondements et les avantages d'un traitement pathogénétique et l'appui d'une expérience clinique qui s'enrichit toujours plus de cas probants. (*Paris Médical*, 13 juin 1936.)

Le tintement métallique, signe acoustique de l'ulcus gastrique perforé

Le nombre de perforations gastriques à la suite d'ulcère est beaucoup plus considérable qu'on ne se l'imagine de prime abord.

Des antécédents gastriques précis, une douleur soudaine atroce dans la région sus-ombilicale et une contracture rigide de toute la paroi abdominale, avec maximum épigastrique, constituent les symptômes cardinaux de l'ulcus gastrique perforé. La gravité du pronostic opératoire augmente

rapidement avec la longueur du temps écoulé entre le moment de la perforation et l'acte opératoire.

Si le diagnostic est facile chez les malades présentant ce trépied symptomatique, par contre, il existe des sujets chez lesquels manquent quelques-uns de ces symptômes ; c'est alors qu'il faut recourir à l'étude des signes secondaires parmi lesquels le Prof. agr. A. Bellerose signale aujourd'hui le tintement métallique perçu à l'auscultation de l'abdomen.

Le tintement métallique est un bruit argentin survenant d'une façon irrégulière pendant les inspirations. Pour l'auteur, il est dû à l'éclatement d'un diaphragme liquide qui se forme sur la perforation, et cet éclatement est produit par le passage d'une bulle de gaz chassée de l'estomac. (*L'Union médicale du Canada*, juin 1936.)

Sur le traitement chirurgical des divisions palatines

Le défaut de toutes les techniques opératoires dans les divisions palatines est de remédier insuffisamment au manque de longueur du voile : c'est pourquoi la voix reste imparfaite. Le Docteur Dufourmentel nous fait connaître ses nouvelles recherches et décrit les récentes techniques opératoires ; elles sont intéressantes à connaître, car les méthodes actuelles visent à la correction du défaut précédemment signalé. (*La Pratique médicale française*, juin 1936.)

Un cas de grossesses tubaire et utérine concomitantes

Le Docteur Ch. Lefrançois rapporte l'histoire d'une malade chez qui, deux mois après un accouchement normal, on trouva à l'opération une grossesse tubo-abdominale suppurée avec un fœtus d'environ trois mois. La présence du placenta, du cordon et de quelques parties molles non encore résorbées, laissait croire que cette grossesse ampullaire ou tubo-abdominale ne devait pas dater de plus d'un an. On sait, en effet, que des grossesses extra-utérines, arrêtées dans leur développement par la mort du fœtus au troisième ou quatrième mois, peuvent être tolérées sans donner d'accident, pendant des années, quelquefois durant toute une vie ; dans ces cas, après la résorption des parties molles, le sac ovulaire et le squelette s'infiltrent de sels calcaires pour donner le lithopédion. Souvent cependant l'œuf s'infecte, suppure, et l'abcès non traité peut s'ouvrir spontanément vers le rectum ou la vessie. Dans ces cas, la présence dans l'urine ou les selles de petits ossements fera faire le diagnostic de grossesse tubaire suppurée.

Si l'on s'aperçoit à temps qu'il existe une grossesse extra-utérine suppurée, il est indiqué d'intervenir avant l'apparition d'accidents, qui peuvent aller jusqu'à la péritonite. Le diagnostic de ces rétentions est relativement facile : antérieurement, un retard de règles, de petites métrorragies et des douleurs. Cependant, le diagnostic est plus difficile quand une grossesse extra-utérine, évoluant simultanément avec une grossesse normale, s'arrête dans son développement et suppure, ou encore, quand une rétention de grossesse tubaire, datant de plusieurs mois ou plusieurs années, donne des symptômes immédiatement après un accouchement normal.

Dans le cas rapporté par l'auteur, il a semblé qu'il s'agissait de deux grossesses concomitantes ; l'avant-dernier accouchement remontait à trois ans et demi, et sans aucun accident intercalaire (retard, pertes sanguines, douleurs), la dernière grosssesse avait débuté normalement. Par contre, à partir du deuxième mois de celle-ci, la malade ressentit dans le côté droit des douleurs qu'elle n'avait jamais eues au cours de ses neuf grossesses antérieures ; il est très probable que la cause de ces douleurs fut l'œuf ectopique qui se développait en même temps que la grossesse normale. (*L'Union Médicale du Canada*, juin 1936.)

Le péril alcoolique. L'alcoolisme

Le Docteur Delobel établit une vue d'ensemble des maladies produites par l'alcoolisme ; celle-ci a certainement quelque utilité, car elle montre aussitôt les funestes effets qu'entraîne l'ingestion et l'absorption des diverses boissons alcooliques quelles qu'elles soient, boissons fermentées, boissons distillées, liqueurs aromatisées. L'organisme tout entier subit leur influence chez celui qui en fait un usage immodéré. Toutefois, l'intoxication alcoolique a ses organes de prédilection, tels le foie, le cerveau. L'alcoolisme est un fléau pour l'individu, pour la famille, pour l'espèce. La société, à son tour, est atteinte, par suite de l'affaiblissement de la race, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, et par le développement d'instincts mauvais, d'impulsions au crime, par les charges qui lui incombent, car l'alcoolisme conduit au paupérisme. (*Paris Médical*, 8 février 1936.)

Sur la méthode de culture des tissus néoplasiques « in vitro »

Le Professeur Turchini établit que la méthode de culture des tissus néoplasiques *in vitro* démontre qu'il existe, tout comme pour les tissus normaux, des races pures de cellules cancéreuses et que, dans la grande majorité des cas, il n'y a que des différences quantitatives, quoique définitives, entre ces cellules et leurs caractères spécifiques et les cellules normales correspondantes et les caractères qui leur sont propres. Elle a permis ensuite de tracer les courbes d'accroissement de divers néoplasmes, de préciser la vraie nature de certains d'entre eux, de suivre les processus de cancérisations et d'observer enfin l'action d'agents chimiques ou physiques sur les cultures tumorales. (*Montpellier Médical*, mai 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'immunité après vaccination associée anti-typhoïdique, anti-diphtérique et anti-tétanique

(MM. E. SACQUÉPÉE, PILOD et A. JUDE ; 13-10-1936)

Les auteurs ont étudié l'immunité antitétanique obtenue chez les sujets soumis aux vaccinations associées, en utilisant le dosage du taux d'antitoxine contenue dans le sérum sanguin, suivant la technique de M. Ramon. Ils ont trouvé une quantité appréciable d'antitoxine chez presque tous les sujets et l'immunité ainsi témoignée s'est montrée remarquablement stable. La diminution du pouvoir antitoxique apparaît toutefois perceptible vers la fin de la première année, moment où l'injection de rappel serait utile pour entretenir et accroître l'immunité. Bien entendu il faudra attendre, pour une conclusion définitive, le contrôle de l'expérience clinique.

Quant aux réactions pouvant être observées à la suite de ces vaccinations associées, M. Sacquépée remarque que les opérations de vaccination dont il parle ont porté sur un total de plus de 7.000 soldats et se sont déroulées sans incidents notables : les réactions vaccinales se sont bornées pour la plupart aux manifestations locales et à des poussées fébriles éphémères, comme on peut les voir après des injections de T. A. B. seul ou de T. A. B. + anatoxine diphtérique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur les accidents chirurgicaux des descentes en parachute

(M. REDON ; M. F.-M. CADENAT ; 1-7-1936.)

M. Redon a soigné un blessé qui, au cours d'une d scente brusquée en parachute, fut atteint de rupture mortelle de la rate. Voici très résumée, cette observation :

Le lieutenant X.., faisant fonction de mitrailleur dans un vol d'essai, est contraint à une descente en parachute, descente par ailleurs correcte. Il prit terre debout et tomba aussitôt en arrière sans être traîné sur le sol comme il arrive parfois. Le lieutenant est transporté inanimé dans un centre chirurgical voisin. Etat de choc. Pouls presque incomptable. Appelé à l'examiner le lendemain matin seulement, M. Redon constate quelques ecchymoses sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen (comme cela est fréquent chez les parachutés), un abdomen douloureux surtout à la région sous-costale gauche. Le diagnostic de rupture de la rate est posé, avec d'autant plus de rigueur que le blessé est paludéen. La mort survient à la fin de l'opération.

A quoi a été due la rupture splénique ? M. Redon estime qu'elle a été provoquée par la tension de la ceinture. Les modèles français de parachute sont maintenus par une ceinture placée au-dessus de l'ombilic et munie de bretelles dont le rôle est exclusivement de supporter le parachute.

M. Redon soulève, à ce propos, trois questions : 1° l'absence fréquente de postes de secours suffisamment outillés pour assurer le sauvetage des victimes d'accidents d'aviation ; 2° l'éventualité d'une interdiction des vols aériens aux paludéens ; 3° enfin, l'utilité (peut-être) d'une modification du harnachement des parachutes français. Les parachutes étrangers, tous dérivés plus ou moins du système Irwin, comportent des sangles sous-cuisses qui ont pour effet de répartir les pressions du déclenchement et d'assurer plus de confort pendant la descente.

— M. CADENAT est d'accord avec M. Redon sur l'importance d'une meilleure organisation des premiers soins sur les terrains d'aviation. Même accord sur l'intérêt de la chirurgie aéronautique et la nécessité pour le Corps médical de s'occuper de plus en plus des choses de l'air.

Toutefois, à l'origine de la rupture de la rate, dans l'observation actuelle, le harnachement du parachute ne lui paraît pas devoir être incriminé. Il ne semble pas qu'il y ait encore d'exemples de rupture splénique à la suite d'une descente normale en parachute. La ceinture avec bretelles suffit pour un parachute lorsqu'il s'agit d'avions de vitesse moyenne. Pour les appareils à grande vitesse (300 kilomètres et au-dessus), l'usage de sous-cuisses complémentaires permettant de répartir les pressions est adopté en France, tant dans l'aviation civile que militaire. Ce mode de fixation serait, il est vrai, à préférer pour les paludéens auxquels il est difficile d'interdire le vol, beaucoup d'excellents pilotes étant d'anciens coloniaux.

Pour ce qui concerne le blessé dont M. Redon a rapporté l'observation, il est vraisemblable que la rupture splénique a été due non au harnachement mais à un choc sur l'hypochondre au moment où le parachute s'est détaché de l'avion.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Insuffisance cardiaque secondaire à un état hydropigène pur. Le rôle de l'œdème dans son déterminisme. L'œdème facteur de myocardie.

(M. Ed. DOUMER ; 22-5-36)

Il ne semble pas qu'on ait songé jusqu'ici à attribuer parfois la défaillance cardiaque des néphrites œdémateuses à l'infiltration œdémateuse elle-même. Il ne semble pas surtout qu'on ait songé, en l'absence de signes de néphrite, à établir dans certains cas entre l'œdème et la défaillance cardiaque, une filiation en sens inverse de celle qui intervient d'habitude, c'est-à-dire à considérer la défaillance cardiaque comme une complication d'un état hydropigène primitif qui en serait directement responsable, l'énergie de contraction du myocarde se trouvant altérée du fait de l'œdème lui-même, ou du fait de l'intervention d'un des facteurs qui conditionnent l'œdème. Certains faits cliniques, rapportés par l'auteur, semblent indiquer qu'il en est ainsi.

Pour deux malades on a assisté au développement d'œdèmes abondants des membres inférieurs, du type des œdèmes dits rénaux, chez des sujets ne présentant aucun des troubles fonctionnels auxquels on reconnaît une tare cardiaque. Ils se sont développés sans albuminurie, sans réaction hypertensive, sans élévation du taux de l'urée sanguine. Secondairement ils se sont compliqués de dyspnée d'effort, dont l'apparition a suivi à plus de quinze jours de distance le début de l'infiltration œdémateuse. Cette dyspnée indiquait la défaillance cardiaque, que traduisaient de la tachycardie, du bruit de galop et une augmentation notable des dimensions de l'ombre du cœur sous l'écran.

La régression des œdèmes, qui survint dans un cas à la suite d'un traitement diurétique assez banal, et dans l'autre d'une manière spontanée, évolua de pair avec la réduction progressive de la dyspnée d'effort, des signes objectifs de défaillance cardiaque, ainsi que des dimensions radiologiques du cœur. Seule persista pendant un certain temps de la tachycardie, avec des signes d'éréthisme cardiaque, d'hyper-émotivité. Ces troubles disparurent bientôt et le rythme cardiaque redevint normal.

Il n'était pas possible d'attribuer ces œdèmes à la défaillance cardiaque, dont les premiers signes furent tardifs, et dont l'évolution fut bien différente de celle qu'aurait eue une cardiopathie assez grave pour entraîner des œdèmes périphériques. On s'est évidemment trouvé, dans ces deux cas, en présence d'un syndrome œdémateux primitif compliqué de défaillance cardiaque.

On peut ranger ce syndrome, qui n'est ni d'origine cardiaque, ni l'expression clinique d'une néphrite, parmi les états hydropigènes d'origine extra-rénale, qui relèvent de perturbations humorales encore mal connues, troublant ce qu'on appelle le métabolisme de l'eau, c'est-à-dire les conditions de la répartition de l'eau dans l'organisme.

Ces troubles cardiaques pourraient s'expliquer par un œdème du péricarde ou du cœur lui-même. En ce dernier cas, l'infiltration séreuse, même légère, pourrait avoir pour effet de modifier profondément la concentration, dans la fibre myocardique, des éléments minéraux nécessaires à son bon fonctionnement. Il n'est pas nécessaire que l'œdème soit très abondant. Il n'est même pas nécessaire qu'il soit apparent et nettement développé au niveau du myocarde. Il suffit qu'il y soit en puissance, au moins dans certains cas.

Ces faits méritent de retenir l'attention, et permettent de penser qu'en clinique les états hydropigènes, compliqués d'insuffisance cardiaque et faussement attribués à une cardiopathie primitive, ne sont pas exceptionnels.

Y a-t-il parfois une liaison entre l'asthme et la tuberculose ?

(MM. G. CAUSSADE et R. AMSLER ; 22-5-36)

Les auteurs ont voulu faire connaître combien parfois leur liaison est si intime qu'on ne saurait vraiment opérer entre elles aucune dissociation au cours de leur évolution simultanée. Ainsi, chez une patiente observée, dont l'hérédité et l'enfance sont indemnes de toute manifestation asthmatique (asthme et ses équivalents), les premières crises de cette affection ont débuté en même temps que se manifestaient les premiers symptômes de la tuberculose ; d'autre part, depuis plus d'un an, asthme et tuberculose pulmonaire ont évolué parallèlement, chaque poussée de tuberculose s'accompagnant de crises d'asthme ou réciproquement, chacune d'elles durant un temps sensiblement égal ; et, toutes deux ayant actuellement de la tendance à s'immobiliser. En pareil cas la tuberculose est atténuée, discrète, localisée, avec tendance à se stabiliser, à avorter, ou à évoluer vers la sclérose. Il faut encore insister sur deux autres caractéristiques, malgré des lésions pulmonaires minimes : l'hypersensibilité des asthmatiques tuberculeux à la tuberculine et l'inefficacité parfois absolue de l'adrénaline ou de toute médication reconnue efficace contre les crises d'asthme.

Dans ces conditions, il s'agit d'un neuro-arthritisme constitutionnel ou acquis. L'élément nerveux est aussi en cause ; il est question d'instabilité vago-sympathique, le plus souvent. A des titres divers, les infections déterminent des lésions pulmonaires et, dans ce cadre, la tuberculose figure en bonne place. L'asthme tuberculeux, ou l'asthme à propos de la tuberculose, est un asthme « fixé », assez spécial, sans équivalent ni cutané, ni intestinal, sur lequel n'ont pas de prise les médicaments ordinairement employés contre ces crises.

G. F.

Les Congrès

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

XXIVe Session — Paris, octobre 1936. Présidence du Professeur Marcel LABBÉ

PREMIÈRE QUESTION. — **Méningites aiguës curables**

A. Méningites aiguës bénignes chez l'adulte

Rapport de M. ROCH (de Genève)

Les diagnostics de méningite se basent aujourd'hui sur deux ordres de constatation : 1° un syndrome clinique, dont les éléments étaient bien connus des anciens médecins ; 2° un syndrome rachidien, de connaissance plus récente, groupant les renseignements procurés par la ponction lombaire.

La combinaison de ces deux groupes de symptômes et de signes donne lieu à des tableaux morbides variés. On peut distinguer parmi eux : la méningite, terme créé en 1803 par Herpin, désignant l'inflammation diffuse ou limitée des méninges ; le méningisme, état caractérisé par des symptômes cliniques de méningite sans modifications notables du liquide céphalo-rachidien ; la réaction méningée, inverse de l'affection précédente, état pathologique comportant des altérations du céphalo-rachidien sans signes cliniques caractérisés ; la méningite purulente ; la méningite séreuse ; la méningite lymphocytaire, où il y a une prédominance des lymphocytes, s'opposant à celle où se rencontrent surtout des polynucléaires.

Au terme de méningites curables, M. Roch préfère celui de méningites bénignes, la « bénignité » étant le caractère d'une maladie dont la guérison s'obtient facilement. Il les divise, d'autre part, en deux grands groupes : méningites phanérogénétiques et méningites cryptogénétiques.

1° *Méningites phanérogénétiques.* — En voici les principales variétés : méningites provoquées par la ponction lombaire ; méningites provoquées par introduction de substances hétérogènes dans le canal rachidien ; méningites par réactions anaphylactiques locales ; méningites par réactions anaphylactiques générales ou par réaction idio-syncrasique ; méningites vermineuses ; méningites toxiques ; méningites par auto-intoxication ; méningites bénignes provoquées par un traumatisme ; méningites provoquées par l'insolation ; méningites bénignes provoquées par un foyer infectieux de voisinage ; formes atténuées de méningites infectieuses ; méningites syphilitiques ; méningites dans les spirochétoses (leptospiroses) ; méningite des jeunes porchers ; méningite ourlienne ; méningite zosterienne ; méningites herpétiques ; méningites dans les affections aiguës du système nerveux central ; méningites polio-myélitiques ; méningites de l'encéphalite léthargique. On voit le grand nombre de variétés de ces méningites.

2° *Méningites cryptogénétiques : la méningite lymphocytaire bénigne.* — Ce type de méningite a été observé depuis surtout quinze ans, par nombre de cliniciens. Les cas rapportés par les auteurs relèvent presque tous d'une entité nosologique qui a provoqué une épidémie à dates variées, étendue au monde entier. Cette pandémie paraît avoir débuté en 1916 ; elle a pris un développement croissant à partir de 1923 et a eu son acmé vers 1930. Elle paraît actuellement en voie de diminution. Vraisemblablement, il s'agit d'une forme anormale de l'encéphalite épidémique sans que la preuve en soit apportée.

Le début en est généralement brusque. La céphalée est au premier plan ; elle s'accompagne de raideur de la nuque, du signe de Kernig, assez souvent de vomissements. La fièvre, *parfois élevée, ne dépasse* pas généralement 39°. La ponction lombaire ramène un liquide limpide ou opalescent, à forte lymphocytose. La durée de la maladie est assez courte.

Dans le diagnostic, il faudra éliminer la méningite tuberculeuse (pas de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien — négativité qui n'est d'ailleurs pas concluante ; absence de période prodromique), et les autres méningites à étiologie déterminée dont il a été question plus haut. On interrogera donc le malade et ses proches sur leurs antécédents familiaux, en ayant spécialement en vue les dispositions héréditaires (tuberculose, syphilis) et les possibilités de contagion (poliomyélite, encéphalite, infection herpétique) ; on se renseignera sur la profession et les habitudes du malade, en pensant aux spirochétoses des égoutiers, des plongeurs de restaurant, des amateurs de bains de rivière ; on se préoccupera des manifestations d'anaphylaxie que le patient a pu présenter antérieurement, des traumatismes auxquels il a pu être soumis ; on se renseignera quant aux possibilités d'une insolation ; on scrutera les cavités de la face avec l'idée d'y trouver un foyer d'infection, on examinera les parotides afin de dépister une atteinte ourlienne peu apparente, on recherchera les stigmates de syphilis, les parasites intestinaux, les éruptions cutanées, particulièrement zostériennes et herpétiques, celles-ci non seulement sur la face, mais au pourtour de l'anus et des orifices uro-génitaux ; on n'oubliera pas l'examen du système nerveux sachant qu'une lésion infectieuse localisée ou un foyer de désintégration peuvent rester plus ou moins latents, et ne se révéler parfois que par une réaction méningée.

Une polynucléose rachidienne persistante sera un

indice en faveur des méningites vermineuses ou traumatiques ; la présence des globules rouges dans le liquide céphalo-rachidien devra faire penser à l'insolation. Enfin, on recherchera avec attention les caractères propres à la méningite leucocytaire bénigne, dont aucun il est vrai n'est pathognomonique.

On voit que cette méningite lymphocytaire aiguë bénigne soulève un problème diagnostique fréquemment délicat. Elle est apparue, à diverses reprises, en foyers épidémiques, en Europe centrale surtout, fait à rapprocher des pandémies d'encéphalite léthargique, d'encéphalites post-vaccinales infantiles, de poliomyélite, de spirochétose, affections avec lesquelles la méningite leucocytaire bénigne a sans doute quelque parenté, ou identité.

B. Méningites lymphocytaires curables chez l'enfant

Rapport de MM. E. Lesné et Y. Boquien

Dans ces dernières années (et surtout depuis 1910), on a isolé une curieuse affection particulièrement fréquente dans le jeune âge, étroitement localisée aux méninges, bénigne dans son évolution, pour laquelle a prévalu le terme de méningite lymphocytaire curable ou encore de méningite séreuse curable. Ce n'est pas une maladie rare, bien que sa fréquence ait été appréciée différemment par les auteurs. Elle se montre avec une certaine prédilection dans la période estivo-automnale et entre 5 et 12 ans. Elle est observée sous tous les climats, les cas apparaissant plus nombreux dans les pays nordiques.

La symptomatologie, dans les cas nets, est la suivante : début en général brutal, constituant un des plus sûrs critères vis-à-vis de la méningite tuberculeuse. Le plus souvent, une élévation rapide de la température, jointe à des vomissements, à la céphalée surtout, est le premier signe de la maladie.

Une fois constituée, l'affection se reconnaît à un tableau symptomatique caractérisé. La céphalée, la rachialgie, les vomissements sont fréquents. La constipation, classique symptôme du « trépied méningitique », est également commune. La raideur de la nuque est de règle et s'accompagne de signe de Kernig. Quelquefois, on note la position couchée en chien de fusil, l'enfant tournant le dos à la lumière. Ces signes sont toutefois moins accusés que dans la méningite tuberculeuse. L'hyperesthésie est à l'habitude nette, les troubles vaso-moteurs s'observant également, d'une façon plus inconstante que dans la méningite tuberculeuse.

La fièvre peut atteindre 39° dès le premier ou le deuxième jour. Elle dure de quatre à quinze jours et parfois plus. Le pouls est ordinairement dissocié de la température, battant par exemple à 80, quand celle-ci est à 39° ou au-dessus. Quelques troubles psychiques peuvent s'observer, au cours de la maladie ; toutefois, le sujet reste très présent, répond aux questions de façon aisée, et ne manifeste pas la réticence qui est d'observation courante dans la méningite bacillaire.

Le liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire, est généralement eau de roche, légèrement trouble dans quelques cas. On peut considérer comme habituelle, au cours de cette affection, une énorme leucocytose et on se méfiera du diagnostic quand les leucocytes seront peu nombreux. Ce caractère a d'ailleurs valu à la maladie, son nom. Des examens bactériologiques du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués à de nombreuses reprises. La plupart des auteurs les ont toujours trouvés négatifs. Signalons, en passant, l'heureux effet de la ponction lombaire en pareil cas.

L'évolution est habituellement simple. La température tombe du sixième au dixième jour et l'amélioration est déjà très notable entre la deuxième et la cinquième semaine.

A côté de cette forme typique, il existe des formes larvées, frustes, à rechutes, des formes prolongées, une forme encéphalo-méningée.

Le pronostic est somme toute toujours bénin, l'absence de séquelles étant la règle à peu près absolue.

Le chapitre du diagnostic différentiel pourrait être un catalogue de toutes les réactions méningées survenant avec une certaine brusquerie dans l'enfance. Les réactions méningées avec ou sans convulsions apparaissant au début ou au décours d'une fièvre typhoïde, d'une grippe, d'une pneumonie, d'une fièvre éruptive seront rattachées sans trop de difficultés à la maladie causale. Il faudra penser également, pour les éliminer, aux syndromes méningés des parasitoses intestinales, à ceux des éruptions dentaires, de l'insolation.

Plus délicat est le diagnostic quand les réactions méningées éclatent d'une manière apparemment primitive. Le diagnostic le plus important à éliminer, est celui de la méningite tuberculeuse. L'existence d'une période prodromique assez longue dans cette dernière s'opposant au début brusque de la méningite lymphocytaire curable est peut-être le signe différentiel le plus important. Le tableau clinique est d'autre part différent : l'hostilité du malade, les signes basilaires et bulbaires (paralysies oculaires, troubles de la respiration, modifications du pouls), l'amaigrissement, la torpeur sont des indices importants en faveur de la méningite tuberculeuse. La cuti-réaction offre un grand intérêt, la négativité de la réaction ayant une valeur pratiquement absolue pour éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse. Un argument positif est la découverte du bacille de Koch dans le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien ; elle exige une recherche patiente du bacille.

L'inoculation au cobaye et l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lœwenstein modifié viendront fournir une base étiologique à un moment, il est vrai, où le plus souvent l'évolution aura confirmé le diagnostic. Les modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien sont notablement différentes dans les deux affections (albumine, glu-

cose, chlorures). Le diagnostic, cependant peut rester très délicat.

Passons plus rapidement sur d'autres méningites : les méningites méningococciques quand elles sont lymphocytaires (recherche du méningocoque, pas toujours facile à mettre en évidence ; autres signes accompagnateurs fréquents : purpura, érythèmes, arthralgies, herpès ; taux de l'albumine élevé ; effet moins favorable de la ponction lombaire) ; la spirochétose méningée, assez rare (myalgies, injection des conjonctives, rechute, épreuves de laboratoire) ; la maladie des jeunes porchers (liquide céphalo-rachidien clair, polynucléose avec hypercytose) ; la ménindite ourlienne (symptômes, nets ou frustes, de parotigite, notion de contagion) ; la méningite herpétique, discutable d'ailleurs, l'herpès n'étant probablement là qu'un virus de sortie ; la méningite séreuse de Quincke, affection mal déterminée ; les réactions méningées survenant à la faveur d'une infection des cavités de la face (sinus) et du crâne (otite).

La pathogénie de la méningite lymphocytaire curable ne comporte encore aucune espèce de certitude. Elle s'apparente probablement à l'encéphalite épidémique et à la poliomyélite. Certains auteurs, d'autre part, sont enclins à admettre son étiologie tuberculeuse et ceci nous amène, par transition au 3e rapport de ce Congrès, celui de M. Cruchet, qui a pour titre :l a méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Quelques mots, avant d'y arriver, quant à la thérapeutique de la méningite lymphocytaire curable, thérapeutique qui se ressent de l'obscurité que comporte l'étiologie de la maladie.

Le traitement le plus efficace, ici, est incontestablement la ponction lombaire. Les bains chauds ont un effet sédatif appréciable. La vessie de glace sur la tête calmera les céphalées violentes. Il est habituel enfin, l'administrer en pareil cas des médicaments anti-infectieux : uroformine, salicylate de soude.

C. La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Rapport de M. René Cruchet

La méningite tuberculeuse a été décrite en 1768 par Robert Whytt. Dans son remarquable mémoire Whytt avait noté déjà le caractère d'incurabilité de a maladie. Son opinion a d'ailleurs été celle de l'à peu près unanimité des pédiatres depuis cette époque. Pour Cadet de Gassicourt, les cas de guérison signalés par les auteurs concernaient des méningites non rléellement tuberculeuses.

Cette notion, établie au nom de la clinique seule, a été confirmée par les méthodes plus modernes de laboratoire, basées sur la présence du bacille de Koch, l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation au cobaye. La présence du bacille de Koch, en dehors même de la difficulté de le différencier d'un simple acido-résistant, n'est plus considérée a ujourd'hui comme une preuve absolue de méningite tuberculeuse. Un liquide céphalo-rachidien peut contenir des bacilles de Koch sans que l'on puisse affirmer qu'une méningite tuberculeuse est en cause.

M. Cruchet a écrit aux médecins les plus compétents de l'ancien et du nouveau monde. Leur réponse, à une écrasante majorité, a été : la méningite tuberculeuse est incurable.

Assurément, en présence d'une méningite tuberculeuse arrivée au terme de son évolution, on ne saurait, en aucun cas, espérer une amélioration et une guérison. Mais, ne peut-on pas envisager le problème différemment et, s'aidant des méthodes modernes, chercher à établir la curabilité possible de certains cas de méningites pouvant être qualifiées de tuberculeuses. M. Cruchet considère, à ce point de vue, successivement les cas de méningite tuberculeuse classique et les cas de réaction méningée avec réponse positive des épreuves de laboratoire.

Pour les cas de méningite tuberculeuse classique, les méthodes de laboratoire ont permis d'éliminer certaines erreurs de diagnostic (gommes syphilitiques, néoplasmes, encéphalites) mais elles n'apportent pas encore une précision complémentaire suffisante pour fixer un diagnostic entièrement certain. Cependant, elles réduisent les incertitudes du problème. Un certain nombre de cas ont été publiés de guérison, ou de rémission prolongée, de méningite tuberculeuse, étudiés cliniquement et par examens de laboratoire. Mlle Thérèse A. Jousset en a relaté quinze observations dans sa thèse de 1933. Parce qu'une récidive mortelle est signalée quelquefois, il ne faudrait pas conclure abusivement qu'il ne s'est agi toujours que de rémission.

Pour ce qui concerne les méningites tuberculeuses latentes, la curabilité de la maladie apparaît plus aisément acceptable.

Cliniquement, la symptomatologie est beaucoup plus réduite. Etant donné que l'on ne constate pas la symptomatologie habituelle de la méningite tuberculeuse, on concluerait volontiers qu'il ne s'agit pas de méningite tuberculeuse au sens propre du mot, mais d'une sorte de bacillémie des centres nerveux par exemple. N'est-ce pas se montrer trop rigorriste que de parler ainsi ? M. Cruchet le croit et admet qu'il existe des formes de méningite bacillaire, qui jusqu'ici n'avaient pu être dépistées, que les progrès de la science médicale, les méthodes de laboratoires ont établies et qui sont susceptibles de guérison dans un nombre appréciable de cas.

Point important pour le praticien : peut-on dire si la curabilité de la méningite tuberculeuse a trouvé dans les traitements contemporains une raison de meilleure espérance ? M. Cruchet signale, sans prendre part à ce débat délicat, les résultats favorables rapportés par Mme Jousset avec l'allergine et peut-être aussi avec le sérum de Jousset. Parmi les autres traitements, on a signalé les ponctions lombaires à répétition, les injections dans le cul-de-sac lombaire (sels d'or, métaux colloïdaux...), les frictions à la pommade de Credé, la radiothérapie (Bokay), les bains chauds, la créosote à hautes doses, etc...

P. Lacroix.

Les Thèses

P. — Dr J. JOMAIN. — **L'uréthrographie.** TECHNIQUE ET RÉSULTATS. (Thèse, 1936.)

L'uréthrographie a connu au cours de ces dernières années une très grande faveur, que justifie sa facilité et son innocuité, ainsi que les renseignements précieux qu'elle est susceptible de fournir dans la plupart des cas d'affection uréthro-prostatique. La qualité et la précision des renseignements qu'on en peut attendre, lui donnent une évidente supériorité sur les modes d'examen classiques, toucher rectal, et cathétérisme explorateur ; et son extrême douceur doit la faire préférer à l'uréthroscopie dans la très grande majorité des cas. Les accidents sont exceptionnels et bénins.

Au point de vue technique, le lipiodol s'est montré la substance de contraste la plus favorable, et a été adopté par la plupart des auteurs.

Les rétrécissements de l'urèthre sont admirablement dessinés par l'uréthrographie, mais c'est surtout dans l'étude des affections prostatiques (hypertrophie, cancer de la prostate, prostatites) que l'uréthrographie se montre un mode d'exploration incomparable.

P. — Dr M. VILLATTE. — **Contribution à l'étude des idées délirantes à type schizoïde.** (Thèse, 1936.)

La constitution schizoïde représente un terrain particulièrement favorable à l'élaboration de thèmes délirants.

Le délire se développe grâce à la tendance autiste de la constitution schizoïde par deux mécanismes :

a) soit fixation du regret morbide donnant toutes les formes de délires hypocondriaques.

b) soit évasion dans le domaine du rêve par un phénomène de compensation donnant des types variés de délire : imaginatif, interprétatif, substitutif.

P. — Dr L. STAERMAN. — **Traitement chirurgical du goitre simple et de ses récidives.** (Thèse, 1936.)

Pour l'auteur, sauf pour le goitre parenchymateux diffus des jeunes, qui rétrocède souvent par la médication iodée, les autres formes de goitre sporadique relèvent de la chirurgie.

Les procédés d'exérèse peuvent être groupés en deux grandes catégories : lobectomies subtotales et énucléations ou énucléations modifiées. La lobectomie totale a été à juste titre abandonnée, dans le traitement du goitre simple. Malgré la bénignité de l'énucléation, l'auteur préfère dans presque tous les cas, la lobectomie subtotale qui écarte dans la mesure du possible le danger des vraies récidives.

P. — Dr Ch. HENRY. — **La lutte antipaludique en Tunisie.** (Thèse, 1936.)

Le paludisme est une endémie grave en Tunisie. Elle est grave par son taux d'endémicité et par ses réveils épidémiques brusques qui entraînent une mortalité considérable.

Le paludisme tunisien exige une défense constante ; ses périodes d'accalmie sont traîtresses et ne doivent pas entraîner un optimisme qui n'aurait pour résultat que de diminuer les soins apportés à la lutte antipaludique.

Pays pauvre, la Tunisie doit porter ses efforts sur les moyens prophylactiques les moins coûteux et dont l'efficacité se montre immédiate : *a*) traitement curatif énergique des paludéens ; *b*) prophylaxie collective des centres de virulence ; *c*) délarvation méthodique.

Les grands travaux d'assainissement semblent dépasser pour longtemps les possibilités de la Tunisie. Ceux-ci seront à entreprendre surtout dans le cadre agricole.

Mp. — René MAS. — **Contribution à l'étude des infections du système nerveux avec dissociation albumino-cytologique chez l'enfant.** (Thèse, 1936.)

L'auteur souligne que la dissociation albumino-cytologique est souvent constatée en dehors des compressions et peut fort bien apparaître au cours des infections aiguës non suppurées du système nerveux. Les polynévrites avec dissociation albumino-cytologique spontanément curables que l'on rencontre chez l'adulte (syndrome de Guillain et Barré) sont beaucoup plus rares chez l'enfant, où la lésion nerveuse siège sur les neurones plutôt que sur leurs prolongements. La dissociation au cours des infections neurotropes n'est pas seulement l'apanage du système nerveux périphérique : on peut la rencontrer au cours d'atteintes centrales intéressant la moelle, les noyaux pré-centraux. Elle n'est pas toujours l'indice d'un pronostic favorable comme dans le syndrome de Guillain Barré. C'est ainsi que dans les atteintes centrales, la régression n'est pas toujours complète et il persiste parfois des impotences très marquées.

P. S.

P. — Dr A. COEN. — **Des facteurs de gravité de l'opération césarienne basse au cours du travail.** (Thèse, 1936.)

L'apparition en France, en 1920, sous l'influence de Schickelé, de l'opération césarienne basse, a fait naître de grands espoirs.

Des résultats surprenants ont été proclamés, des statistiques publiées qui ne comportaient aucune mortalité.

Cependant des insuccès, de plus en plus nombreux à mesure que s'accroissait l'audace des opérateurs, ont quelque peu tempéré les enthousiasmes de la première heure et conduit à reviser certains jugements.

M. Coen a repris toutes les opérations césariennes, conservatrices ou mutilatrices, au nombre de 805, pratiquées à la Clinique Baudelocque pendant une période de quinze ans, de 1920 à 1935, et il a étudié les résultats de l'opération césarienne basse en fonction de la précocité de l'intervention et des diverses circonstances aggravantes.

P. — Dr J. SALLET. — **Injections continues intra-vasculaires en physiologie et en thérapeutique.** (Thèse, 1936.)

La méthode des injections intravasculaires continues est d'un grand intérêt pratique pour les recherches expérimentales et pour l'administration de médicaments actifs, mais elle réclame la régularité parfaite du débit et la possibilité de connaître à tout moment la dose exacte du produit ainsi injecté. Cette condition ne peut être remplie efficacement que par une technique spéciale.

L'instrumentation que propose l'auteur comporte un moteur à vitesse constante et réglable en cours de marche et permet des vitesses très variables allant de 10 c. c. à plusieurs litres à l'heure, la vitesse optima étant de l'ordre du centimètre cube par minute.

Cette technique a permis à M. Sallet de reprendre l'étude de quelques problèmes physiologiques, concernant la tolérance-limite du glucose, l'élimination et la mise en réserve de l'acide cholalique et surtout les propriétés essentielles de l'adrénaline.

En thérapeutique, appliquées au traitement du choc chirurgical, les injections intraveineuses continues d'adrénaline ont donné six fois sur neuf une disparition rapide des accidents. La méthode est toutefois d'une technique délicate et demande une étroite surveillance des malades.

THÉRAPEUTIQUE

A propos d'une observation concernant l'emploi d'une nouvelle médication diurétique

L'introduction, dans le noyau de certains médicaments de la série xanthique d'ions mercuriels augmente considérablement leur action diurétique, en déterminant parfois une irritation du parenchyme rénal ou de la muqueuse intestinale, cependant d'heureuses associations de groupements organo-chimiques ont permis éviter cette action nocive.

C'est ce que nous avons observé en employant un nouveau diurétique, que nous avons été amené à expérimenter, et dont la formule O^{14} H^{24} O^{5} NHgNa correspond au sel sodique de l'allylamido-méthoxytriméthylcyclopentane-dicarbonate hydroxymercurique. Exempt d'ions mercuriels libres, dépourvu de toute toxicité, nocivité ou effet secondaire désagréable aux doses thérapeutiques actives, ce médicament agit en mobilisant le chlorure de sodium tissulaire et en diminuant la capacité de rétention hydrique des albuminoïdes de l'organisme ; d'autre part, il accélère le passage rapide des liquides dans les vaisseaux en agissant sur les colloïdes du parenchyme rénal, d'où production d'une diurèse abondante avec augmentation souvent considérable du chlorure de sodium.

La rapidité de l'action de ce composé (novurit) est telle que la diurèse commence une heure après l'injection intraveineuse d'une ampoule de 1 c. c., contenant 0 gr. 10 du sel mercurique et 0 gr. 05 de théophylline, pour atteindre son maximum après 3 ou 4 heures, et dans un délai double en cas d'injections intramusculaires. Dans un cas sur lequel nous insisterons, le produit étant administré par voie rectale, la diurèse commençait fréquemment 1 h. 1/2 après l'introduction du suppositoire pour se terminer 8 heures après, entraînant une élimination d'urine de 4 à 5 litres, augmentée par l'administration journalière *per os* de 4 à 6 grammes de chlorure d'ammonium la veille et le jour de l'introduction du suppositoire ou de l'injection.

Cette médication est indiquée dans tous les cas, où une élimination urinaire abondante est recherchée, et surtout lorsque les autres diurétiques sont demeurés impuissants ou ont épuisé leur action : œdèmes d'origine cardiaque, rénale, hépatique, infiltrations tissulaires, épanchements séreux, viscéraux ou articulaires, ascites, pleurésie, etc.

Les seules contre-indications consistent dans : les glomérulo-néphrites avec inflammation aiguë ou chronique et altération du parenchyme rénal ou de la muqueuse intestinale avec tendances diarrhéiques très prononcées ; les états cachectiques ou l'extrême défaillance du myocarde : une légère élévation de la température peut survenir dans les 4 à 6 heures qui suivent l'administration du médicament.

L'effet diurétique ne subsiste guère au delà de 24 heures, mais l'administration par injection ou suppositoire peut être renouvelée, suivant la résistance du cœur, dont on note un certain fléchissement avec tendances lypothymiques, après un repos de 3 à 5 jours, en augmentant ou diminuant la dose suivant l'effet obtenu et en évitant soigneusement d'injecter dans le tissu paraveineux ou dans le derme et, dans ce but, en utilisant pour les injections intramusculaires une aiguille de 6 à 7 centimètres de longueur enfoncée perpendiculairement à la peau.

Comme preuve de l'efficacité, de l'inocuité et de la persistance sans accoutumance de l'effet diurétique, nous citerons parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies celle qui nous a paru la plus impressionnante, et que nous avons pu établir d'autant plus minutieusement qu'il s'agissait d'un de nos proches.

M. S..., né en avril 1920, poids au 1er septembre 1936, 28 kg., taille 1 m. 28. Atteint depuis 1926 de troubles endocriniens complexes relevant les uns d'une instabilité (thyroïde et parathyroïde), les autres d'une insuffisance permanente (lobe antérieur de l'hypophyse, foie, rate, pancréas, appareil génital) ayant entraîné progressivement depuis l'âge de 6 ans une dermatose polymorphe à diagnostic déconcertant et rebelle à toute thérapeutique — chute des cheveux, des ongles et des dents, arrêt complet de dépeloppement depuis l'âge de 8 ans.

Au début de 1935 apparaissent des accidents attribués à un myxœdème présclerodermique traité par des doses progressives de corps thyroïde. En mars 1935 s'installe progressivement une tachycardie à 120 qui a persisté sans diminution jusqu'à ce jour, une accentuation de la sclérodermie, puis à partir de mai des signes de faiblesse cardiaque qui s'accentuèrent et, nécessitèrent au début d'octobre l'alitement et s'accompagnèrent d'une augmentation considérable du foie et de la rate, d'œdème tissulaire et des membres inférieurs et d'une ascite dont le volume ne cessa d'augmenter en dépit de l'usage des divers diurétiques théoxanthiques et végétaux et des divers toniques du cœur, digitale, strophantus.

Telle était la situation lorsque vers le 15 septembre furent pratiquées à cinq jours d'intervalle deux injections intraveineuses de novurit qui produisirent une augmentation de la diurèse, mais déterminèrent nausées, vomissements et une fatigue extrême de l'enfant dont l'état était très précaire au moment où fut commencé le traitement. C'est alors que nous eûmes recours à l'usage des suppositoires appliqués d'abord tous les cinq jours et actuellement tous les 7, 8 ou 10 jours suivant les indications, avec adjonction du chlorure d'ammonium à la dose de 4 grammes la veille et le jour du traitement. Les dernières applications de suppositoires effectuées aux dates des 15 (suppositoire mal supporté et rendu après 3/4 d'heure) 21 juillet (*Id*), 17 et 25 août ont donné 3 litres, 3 litres, 4 litres 1/2, 4 litres 200 d'urine alors que, pendant les jours intercalaires, la quantité était de 1/4 le lendemain et de 1/2 à 3/4 au matin les jours suivants ; le poids du malade oscillait de 28 kg. 500 à 28 kg. 900 le lendemain du suppositoire, augmentait de 500 à 900 grammes par jour par rétention des liquides pour passer de 32 kg. 580 à 28 kg. 500 du jour au lendemain de l'application du suppositoire, c'est-à-dire avant l'établissement et après la fin de la diurèse provoquée par lui.

Sous l'influence de ce traitement avec l'usage, sans résultat appréciable des divers diurétiques ou toniques du cœur dans l'intervalle des suppositoires, le volume des urines qui, précédemment obtenu variait de 3 à 700 grammes par jour, dépassait 4 litres, soit 1/8 du poids du malade qui diminuait de 4 kilogr. environ les 24 heures suivant l'introduction du suppositoire pour augmenter ensuite jusqu'à l'introduction suivante, dont nous pouvions retarder maintenant l'application de huit jours au lieu de cinq.

L'état de l'enfant s'est notablement amélioré : alors qu'il gardait continuellement le lit avant l'institution du traitement, il peut maintenant, sous réserve de l'obstacle constitué par la flexion sclérodermique des coudes, des genoux et des mains, évoluer dans l'appartement sans dyspnée ni modification du rythme cardiaque.

Les membres inférieurs ont progressivement éliminé : œdèmes, inflammations dermo-épidermiques, infiltration tissulaire qui semblent depuis trois semaines avoir disparu d'une façon permanente à en juger par la diminution de volume et la flaccidité des mollets et des cuisses ; néanmoins le foie et la rate conservent un volume impressionnant qui diminue de 3 à 5 centimètres de hauteur pour le premier et de 2 centimètre de largeur pour la seconde dans les 24 heures, suivant l'administration du suppositoire qui entraîne maintenant l'élimination quasi complète du liquide ascitique et vraisemblablement de l'infiltration liquide des tissus hépatiques et spléniques.

Notre but en écrivant cet article a été de souligner l'énorme service que nous a rendu la médication par le novurit dans ce cas, dont le diagnostic reste des plus incertains, mais qui nous semble relever d'une forme rare et anormale de maladie de Hogdkin avec spléno-hépatomégalie à phénomènes ascitiques et œdèmes, compliquée d'accidents scléro-dermiques et acrocyaniques. La maladie n'a pas été influencée, mais des symptômes particulièrement pénibles, et susceptibles d'entraîner une issue fatale imminente, ont pu être conjurés et enrayés plus de dix mois.

Dr Camille SAVOIRE.
Ancien chef de Laboratoire
de Clinique chirurgical
de la Faculté de Paris (Hôtel-Dieu)
Directeur médical honoraire du Dispensaire
antituberculeux de l'Hôpital Beaujon

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

POUR L'EAU POTABLE

Ce fut le sujet de l'un des derniers Congrès d'hygiène. Son importance, primordiale dans une nation moderne, se juge par des taux de mortalité et de morbidité, et l'on en trouvera quelques exemples cités ci-dessous. Que les maladies du groupe typhique et, en général, toutes les maladies d'origine hydrique, soient directement contre-battues par une politique de l'eau pure est d'une évidence qui confine à la lapalissade. Mais l'incidence du problème est plus vaste ; il y a une quarantaine d'années déjà Brouardel et Mosny avaient mis en relief la loi de corrélation entre la mortalité typhique et la mortalité générale. Cette loi a trouvé sa confirmation dans les travaux d'Allen Hazen ; selon cet auteur le gain de un décès par fièvre typhoïde entraîne le gain de deux ou trois décès pour l'ensemble des autres maladies.

C'est ainsi que, en France, la mortalité typhique pour 100.000 habitants étant passée de 9,4 en 1913 à 3,8 en 1932, la mortalité générale est tombée de 1.770 à 1.580 ; le même phénomène se reproduit dans tous les principaux pays d'Europe.

Ceci étant, le tableau statistique que j'ai sous les yeux (1) exprime en chiffres indiscutables l'urgence de mettre sur pied une politique éclairée et rigoureuse de l'eau potable en France.

Pour 100.000 habitants, la mortalité typhique, de 1868 à 1933, est passée :

Pour Paris	de	45,2	à	3,4
— Marseille	»	104,2	»	17,4
— Lyon	»	29,5	»	3,0
— Bordeaux	»	52,0	»	15,2
— Lille	»	19,5	»	2,5
— Nantes	»	51,7	»	14,4
— Saint-Etienne	»	28,7	»	2,8
— Le Havre	»	195,0	à	7,20
— Toulon	»	106,2	»	21,0

En comparaison, on relève :

Pour New-York	de	26,0	à	1,0
— Londres	»	15,0	à	0,5
— Bruxelles	»	22,0	»	1,2
— Amsterdam	»	21,0	»	0,7
— Berlin	»	14,0	»	0,6
— Vienne	»	11,0	»	1,6
— Rome	»	46,0	»	9,8
— Venise	»	38,0	»	15,7

(1) *Le Mouvement sanitaire*, septembre 1935.

Partout, sauf en Italie, l'étranger a donc fait baisser son taux de mortalité typhique bien au-dessous du nôtre.

Remarquons, en passant, la place de déshonneur qu'occupent dans cette statistique nos grands ports (influence certaine des coquillages consommés crus), et particulièrement ces deux places-fortes du bacille d'Eberth : Marseille et Toulon. Confrères, qui aux prochaines vacances vous dirigerez peut-être vers la Côte d'Azur, n'oubliez pas ces chiffres, et sachez résister à la mine appétissante des clovisses, oursins, huîtres et palourdes embusquées au coin du Vieux-Port.

***

Pour répandre en France les bienfaits de l'eau potable, que faut-il ? Beaucoup d'argent d'abord. Il est juste de reconnaître que l'Etat et un certain nombre de départements ont fait, dans ce sens, un gros effort financier en subventionnant les projets communaux. De 1929 à 1935 les sommes ainsi investies auraient atteint environ 1.400 millions ; et pourtant sur les 38.000 communes du territoire 11.000 environ seulement sont à l'heure qu'il est pourvues d'eau potable. Le plan Marquet de 1934 réservait des ressources spéciales pour de nouveaux travaux d'adduction. Le plan Frossard de 1935 intervint pour accélérer la mise en œuvre du plan Marquet. Nul doute que nous n'ayons un plan de 1936 pour améliorer encore le plan Frossard. Mais après tant d'éminents architectes le moindre constructeur ferait sans doute mieux notre affaire.

Si généreux puisse-t-il se montrer l'Etat n'aura encore fait qu'une partie, et la moins importante, de sa tâche.

Les géologues, techniciens et hygiénistes rassemblés au Congrès d'hygiène qui s'occupa de l'eau se sont mis d'accord sur un programme à réaliser d'urgence :

1° Etablir un inventaire précis de nos ressources hydrauliques. Il faut connaître l'importance des réseaux et des nappes, leurs oscillations, leurs propriétés physiques et chimiques, en un mot dresser la carte hydro-géologique et hydraulique souterraine de la France.

2° Réglementer l'exploitation de nos ressources hydrauliques souterraines, au besoin en faire une propriété nationale dont l'usage ne sera accordé que par concession.

3° Exiger la déclaration de tous les travaux de captage, de puits ou de forages, afin qu'on puisse éviter le gaspillage de nos ressources et la pollution de celles qui sont encore intactes.

4° Mettre un terme aux libertés prises par les mines et les obliger à respecter les gisements d'eau souterraine.

(Aux environs de Douai, la surface du sol qui était autrefois à la cote + 20 et sur laquelle s'épanchaient les forages artésiens, s'est affaissée dans la zone d'exploitation houillère jusqu'à la cote + 15 ; le plan de jaillissement des forages a donc été abaissé de 5 mètres et, pour éviter l'inondation qui menace toujours la région affaissée, des pompes électriques épuisent sans arrêt l'eau qui se déverse dans la cuvette d'affaissement ; d'où un cône de dépression qui s'étend très loin, supprime l'artésianisme et provoque des rentrées d'eaux contaminées de surface.

5° Assurer aux eaux souterraines une protection au moins égale à celle dont jouissent les cours d'eau et les rivières.

Faute de prendre, à bref délai, de rigoureuses mesures de protection il deviendra impossible, dans quelques années, de trouver dans le sol l'eau nécessaire à l'alimentation de l'homme. Les diverses industries, grosses et petites, pratiquent en effet avec une désinvolture rare l'usage des fosses, puits et forages absorbants. Il est coûteux d'épurer une eau, et beaucoup plus simple et moins onéreux de confier au sol les eaux nocives ; et l'on décèle ainsi à l'analyse chimique, souvent à des distances considérables des points d'introduction, des eaux chargées de sels de zinc, d'étain, d'huile, de goudrons, de phénol, de sulfocyanures et autres substances pour le moins anormales. Et ces manœuvres criminelles se font au grand jour !

En deçà de la nappe souterraine il faut s'inquiéter d'établir avec discernement la canalisation. Et, en premier lieu, il faut proscrire les réservoirs aériens. Ceux-ci, d'une capacité ordinaire de 300 à 800 mètres cubes, sont prévus pour une réserve d'eau de huit à quinze jours et, en outre, pour alimenter, le cas échéant, le service d'incendie. Pour avoir de la pression, on les élève à 20, 30 ou 40 mètres au-dessus du sol. A première vue le procédé est louable. En réalité de nombreux reproches peuvent lui être adressés :

D'abord les estimations faites par les ingénieurs (200 litres de consommation par habitant et par jour) sont exagérées. Un énorme volume d'eau est mis en réserve qui ne se renouvelle dans les cuves que dix à quatorze fois par an ; d'où stagnation trop longue et adultérationde l'eau

En outre, l'hiver les tuyauteries du réservoir gèlent et sautent. L'été l'eau, exposée des journées entières aux ardeurs du soleil, est portée à une température de 20 à 25 degrés. En sorte que les populations rurales, démunies d'eau l'hiver, et pourvues, l'été, d'une eau chaude et fade, reviennent en grande partie à leurs puits communaux et domestiques.

Il ne faut pas non plus oublier le risque de guerre et la merveilleuse cible qu'offrent aux coups de l'ennemi (ou les observatoires que peuvent devenir) les réservoirs aériens.

A ceux-ci substituons des réservoirs enterrés, sous pression d'air et de faible capacité.

Là où la distribution d'eau est inexistante, il convient :

1° De rendre obligatoires les mesures élémentaires de protection des puits publics (puits couverts, suppression du barbacane, cimentage du pourtour et de la paroi interne, périmètre de protection, étanchéité des fosses d'aisances et des fosses à purin).

2° D'installer un filtre en amont des fontaines publiques et un petit appareil automatique de javellisation sur les fontaines et les puits publics.

On voit que le problème de l'eau potable a été creusé par les hygiénistes. Il ne dépend pas d'eux que nos campagnes ne soient pourvues d'installations satisfaisantes et que nos taux de mortalité ne rétrocèdent au niveau enviable des pays étrangers.

G. LAVALÉE.

COMMENT PEUT SE QUALIFIER UN DOCTEUR EN PHARMACIE OU UN DOCTEUR VÉTÉRINAIRE ?

Un de nos abonnés me pose la question suivante : « Un pharmacien, ou un vétérinaire a-t-il le droit de libeller son ordonnance, ou sa plaque : Docteur X, pharmacien ; Docteur Y, vétérinaire ? Existe-t-il des textes légaux sur ce sujet ? »

J'ai plusieurs fois répondu à cette question dans les colonnes du *Concours*. Mes réponses m'ont valu des critiques aigres-douces de la part de certains docteurs en pharmacie, ou docteurs-vétérinaires, car, à l'heure présente, il est assez malaisé de discuter librement, en restant dans le domaine des idées. De suite, on prend figure d'ennemi et la critique devient parfois acerbe, quelquefois inamicale.

Mais passons et disons que, pour les vétérinaires une loi du 31 juillet 1923 oblige les titulaires du grade de « docteur-vétérinaire » à faire suivre le titre de docteur du titre de vétérinaire.

Rien de semblable pour les docteurs en pharmacie, ou autres docteurs en droit, en théologie ès sciences, etc.

Il en résulte que, *stricto sensu*, un docteur X, vétérinaire, doit libeller ses ordonnances : « M. X., docteur-vétérinaire », ou « Docteur-vétérinaire X ».

Les autres docteurs peuvent s'intituler « Docteur Y » si bon leur semble, s'ils sont possesseurs d'un diplôme de doctorat quelconque. Mais, si ces docteurs, qui ne sont pas docteurs en médecine, exercent une branche quelconque de l'art de guérir, il se peut que, s'intitulant « Docteur X », le public ne viennent à croire qu'ils sont docteurs en médecine et non pas docteurs en pharmacie, en droit, ou en lettres.

En effet, l'usage veut qu'en France, la dénomination de « docteur » désigne moins un grade universitaire, mais plutôt une profession. « Docteur » veut dire « médecin ». N'appelle-t-on pas « docteur » un chirurgien-dentiste ? On fait venir le « docteur » auprès d'un malade ce qui, en langage courant, signifie qu'on a eu recours au médecin.

Aucun texte légal ne s'oppose donc à ce qu'un docteur en pharmacie s'intitule sur la devanture de son officine, ou sur son papier à lettres « Docteur X, pharmacien ».

Mais le Corps médical local peut avoir intérêt à ne pas laisser abuser le public, qui croira de bonne foi que le pharmacien en question est docteur en médecine, partant qualifié pour donner des consultations médicales dans son local.

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 14 mars 1899 et un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine (10e Chambre) du 15 mai 1895 déclarent que le titre de docteur, joint au nom d'un dentiste, ne peut avoir pour le public d'autre signification que celle de docteur en médecine.

Quant à l'article 259 du Code pénal, modifié par la loi du 26 mars 1924, il réprime, par des peines correctionnelles, l'usage illicite d'un titre attaché à une profession légalement réglementée.

Dans le cadre de la loi de 1924 et de l'article 259 du Code pénal, ce seraient les titres de « docteur en médecine » ou de « médecin » qui seraient seuls protégés. *Stricto sensu*, la qualification de « docteur X » ne tomberait pas sous le coup de cet article 259, si celui qui utilise cette formule est docteur en une matière quelconque.

Ceci posé, lorsqu'un pharmacien, ou un vétérinaire se cantonne à l'exercice de sa profession, sans vouloir empiéter sur l'exercice de la médecine, il s'intitulera docteur-vétérinaire, ou docteur en pharmacie, sans chercher à laisser croire au public qu'il pourrait être docteur en médecine.

Mais, si des désaccords locaux se produisaient, j'estime que les Syndicats locaux de médecins, de pharmaciens, de dentistes, ou de vétérinaires, pourraient discuter ensemble de la question et résoudre le conflit local.

Si certains désirent porter le litige devant les Tribunaux, il nous faudra aller jusque devant la Cour de cassation, qui, au bout de quelques années, dira quelle doit être la discrimination à faire entre le droit des docteurs divers et le respect de l'usage français, qui a fait du titre de docteur, précédant un nom, la dénomination non pas d'un grade universitaire, mais de l'exercice d'une profession.

Dr Paul Boudin.

DROITS ET DEVOIRS DES MÉDECINS DE SANATORIA

PREMIÈRE QUESTION. — Dans un sanatorium, dont la direction administrative est confiée à une société et la direction médicale à un médecin, quels sont les droits et les devoirs des médecins assistants ?

Réponse. — Sous réserve des dispositions spéciales de la loi du 7 septembre 1919 et des décrets pris en application de cette loi, on peut déclarer que les médecins ne sont soumis à l'administration de l'établissement qu'en ce qui concerne la régularité du service. Ils sont entièrement indépendants pour soigner leurs malades comme bon leur semble et l'Administration ne saurait leur imposer une directive quelconque tant pour le traitement que pour la prescription des médicaments (Cour d'appel de Paris, 14 décembre 1922).

DEUXIÈME QUESTION. — Quelle est la responsabilité des médecins de sanatoria en cas de faute lourde ?

Réponse. — Parce que docteur en médecine, le praticien reste seul responsable des fautes, ou dommages résultant de ses actes cliniques ou thérapeutiques. Ce ne serait qu'en cas de faute administrative que l'Administration de l'établissement pourrait être recherchée comme responsable. Tel serait le cas de négligence dans la régularité du service, dans le cas de malades laissés plusieurs jours sans soins, etc.

Lorsqu'un sanatorium comprend un médecin-chef et des médecins adjoints, chaque praticien demeure responsable de ses actes professionnels. Ce ne serait que dans le cas où l'on pourrait prouver que le médecin-chef a imposé son diagnostic, ou son traitement à un adjoint que la responsabilité du premier serait ajoutée à celle du second, alors que celui-ci ne serait pas déchargé de culpabilité, car son diplôme de docteur en médecine lui donnait le droit — et même le devoir — de ne pas s'incliner devant un diagnostic, ou un traitement, qu'il considérerait comme inexact.

TROISIÈME QUESTION. — Les médecins de sanatoria ont-ils le droit de faire de la clientèle extérieure, ou de donner des consultations à des malades extérieurs, qui ne sont pas admis, ni hospitalisés dans l'établissement ?

Réponse. — En principe, les médecins de sanatoria ne doivent pas faire de clientèle en dehors de l'établissement ; néanmoins, l'article 22 du décret du 10 août 1920 reconnaît que ce droit peut leur être accordé par l'Administration du sana.

D'une manière générale, ils peuvent également consulter dans leur cabinet, dans l'établissement, des malades qui leur sont adressés par des confrères ; mais bien entendu leur service médical hospitalier ne doit jamais pâtir de cette faculté qui peut leur être accordée temporairement de faire un peu de clientèle payante à l'intérieur de l'établissement ou au sanatorium en dehors de leurs heures de service.

QUATRIÈME QUESTION. — Les médecins adjoints ont-ils le droit de s'attribuer, sans l'agrément du médecin-chef, la direction des soins à donner à des malades qui pourraient leur être adressés personnellement, ou bien la répartition des malades de l'établissement est-elle confiée au seul médecin directeur ?

Réponse. — Il faut éviter le caporalisme entre confrères. Le médecin-chef d'un établissement a des responsabilités directoriales, du fait qu'il est chargé de la direction et qu'il a la responsabilité de la conduite générale de l'établissement.

Mais ces fonctions administratives ne sauraient le transformer en chef des médecins : le titre de docteur en médecine donne à chacun de ses possesseurs une indépendance absolue pour traiter ses malades sous son entière responsabilité. Ce principe de l'indépendance du praticien a été maintes fois proclamée par les Tribunaux. C'est d'ailleurs, en vertu de ce principe, que le médecin adjoint est seul responsable de ses actes cliniques ou thérapeutiques et qu'il ne saurait entraîner la responsabilité du médecin-chef, si celui-ci n'a pas participé au traitement du malade plaignant.

Cependant, pour le bon ordre intérieur, il peut être utile que les malades soient inscrits sous la surveillance du médecin-directeur, quitte ensuite à être dirigés vers tel ou tel médecin adjoint auquel ils sont envoyés ou recommandés.

Dr Paul BOUDIN.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

XXXII[e] LETTRE

Dédiée à Messieurs, Mesdames les Ministres de la Santé publique, des Loisirs, de l'Enfance et de l'Education nationale.

La Plage aux Champs

Par le Docteur CAMESCASSE,

Ancien Interne des Hôpitaux
Ex-médecin à Saint-Arnoult-en-Yvelines

A peine avait-il parcouru le manuscrit de la SEMAINE DE QUARANTE HEURES (1), que mon surveillant entra *en transe* : je veux dire qu'il proféra les objections les plus variées, sinon les plus contradictoires (entre elles !)

A son habitude, il commença par l'arithmétique : « d'abord *votre* loi des quarante heures est « viciée à sa base ; il fallait écrire *quarante-deux* « heures, parce qu'il y a cent soixante-huit heu- « res dans une semaine (septaine) de sept jours « et que, 168, qui n'est pas divisible par 40, est « exactement divisible par 42, ce qui donne « exactement quatre équipes pour les industries « à feu continu ».

« Par exemple : POUR LES HOPITAUX DE PARIS ! »

Je ne lui répondis pas que cette Loi n'était pas ma loi — mais, pour ce qui est de l'arithmétique, je lui ai donné raison d'emblée.

D'autres objections me touchèrent au vif comme celle-ci :

— Ce chauffeur de taxi, qui possède un jardin-ouvrier, demande que l'Ecole communale ferme ses classes, le samedi, dès midi (pour ne les ouvrir que le lundi à la même heure). Cela serait commode à cet aristocrate (*seu* : propriétaire) qui pourrait ainsi coller sa nichetée aux champs, quarante heures et mieux, chaque semaine.

— Mais que deviendront les autres écoliers, — LA MASSE ? — Cette masse dont les mères ne savent déjà que faire tout au long du fastidieux *dimanche*.

Ici, il me faut bien crier au secours. *A moi* les gens de bien ! A moi ceux qui rêvent de ce Parc, propre à chaque Ecole, où de courtes leçons de gymnastique, courtes et variées, alterneront avec les jeux libres... et bruyants.

Un peu de musique, chantée, ne gâterait rien.

Par-dessus tout, ce qui ferait très bien — très, très bien — ce serait, entre 16 et 18 heures, un goûter tellement copieux qu'on n'aurait plus besoin de dîner..... et bien plus envie de dormir que d'aller au cinéma.

Le triste dimanche ? Le déplorable lundi matin ? Non ! ne demandons pas tant de choses à la fois. Et pourtant ! !

La Plage aux Champs
La corbeille des petits au goûter du 28 juillet 1936

(1) Voir *Concours Médical* des 28 juin et 2 août 1936.

Et pourtant mon voisin, dans mon village, a instauré la PLAGE AUX CHAMPS. Au départ, il n'y avait que ceci : mon voisin possède un champ que traverse notre rivière. De ce champ, le sous-sol est déplorable étant formé d'une couche épaisse de tourbe, recouverte d'une mince couche de sable... jaune. La flore spontanée est piteuse ; celle cultivée ne paye point.

La rivière est née à six kilomètres de là. Elle coule paresseusement — à la mode de l'Ile-de-France — prenant loisir de réchauffer ses eaux dès les premiers rayons du soleil de mai. Elle est profonde... de soixante-centimètres environ et même moins. Son débit, à l'étiage, n'en est pas moins de 423 mètres cubes (je n'ai jamais pu savoir en combien de temps). Ce qui importe, c'est qu'on s'y peut baigner en EAU COURANTE. La preuve en est que l'antique roue du moulin d'amont donne une puissance de un cheval et demi, et celle du moulin d'aval de un cheval un quart. Même on a dû protéger celui-ci par un RU de *mortes-eaux* (ainsi appelé parce que l'eau y coule *vive-ment*).

Chez mon voisin, cette tricherie n'existe pas : toute l'eau de la rivière coule dans sa rivière.

Pas besoin de *conditionner* l'eau de la piscine, de la régénérer à l'eau de Javel.

Si vous allez y voir aux heures d'affluence, vous vous étonnerez certainement de voir les gens se complaire dans ce *café au lait*.

Moi-même... la première fois... j'ai ouvert de grands yeux. J'avais tort : l'émulsion de ce sable jaune, plus ou moins tourbeux, englobe, entraîne certainement *les crasses* et les précipite. A telle enseigne que vers l'aval, à moins de deux cents mètres, l'eau coule *claire*.

Et puis le spectacle étant public, une certaine coquetterie intervient : sauf quelques gamins très malheureux, — qu'on laisse entrer, — qu'on laisse *systématiquement* entrer en fraude, — les clients viennent à la Plage avec les pieds propres. Les enfants ne sont guère habillés plus que tout nus. Les adultes hommes, hors l'instant du bain, se couvrent. Mais les dames et les demoiselles, — d'aucunes dès leur douzième année, — sont beaucoup moins dévêtues, que ce que nous montrent les illustrés des habituées de la terrasse des cafés de Deauville.

Nous avons eu cependant notre petite émotion certain jeudi : d'une cabine issait une dame déshabillée d'un *nageur* (1) du plus grand style !

Elle espérait évidemment un succès. Elle l'obtint : admirateurs et envieuses demeurèrent bouche bée, mais la fin fut celle du dernier Roi à la mode : une fillette, qui avait fait le tour du phénomène, s'en vint dire : « N'est-ce pas, « maman, que, par derrière, on croirait que la « dame est toute nue ».

Il est temps que j'en vienne aux choses sérieuses : cette plage est pourvue des ATTRACTIONS les plus variées. L'inventeur en abandonne le libre usage aux visiteurs qui n'ont eu à payer que les droits d'entrée et il consacre la majeure partie de cette unique recette à corser chaque année ces attractions.

Le jeu a commencé par un bateau qui allait aussi bien dans l'eau que sur l'eau... il est encore en service et même très demandé précisément à cause de cette paticularité qu'il a d'aller *dans* l'eau. Un autre bateau plus stable permet de pagayer. Un tobogan vous glisse jusque dans la rivière ; un autre vers un tas de sable... que les pluies ont quelque peu tassé. Il y a des balancelles formées d'une planche, du genre madrier, uo (plus modestement) de la variété basting, qui chevauche une bille de mauvais bois.

D'autres planches fournissent des tables de ping-pong... en plein air et même un ping-pong abrité de la pluie... mais pas du vent.

Enfin, dernière merveille... la recette ayant été bonne en 1935.....il y a un tennis. René Lacoste n'y amènerait pas son équipe, certes ! mais les sandales sans talon y étant seules admises, ce tennis suffit à la joie des apprentis et... des modestes.

L'année prochaine, nous y trouverons des barres parallèles...et les apports de sable seront plus fréquents et plus abondants.

En attendant, on va à la Plage... on y vient même de loin. Le dimanche, quand il fait beau, l'affluence est telle qu'on a dû augmenter le prix de l'entrée pour les hôtes qui ne sont que de passage..... les clients d'ici, eux, sont abonnés à l'année : vingt-quatre francs pour les grandes personnes, neuf francs pour les enfants... pour les familles nombreuses, cartes de groupe !

***

Tout cela n'est devenu possible qu'en fonction d'une modification profonde de nos mœurs, qui est désormais à la base de l'HYGIÈNE VÉCUE.

[La générosité ingénieuse de l'organisateur ; — je devrais souligner, mais il s'agit d'un ami, — eût été impuissante sans cette modification.]

C'est qu'il est normal, maintenant, que les enfants bravent, — en état de quasi-nudité, — le soleil, l'eau, le vent... aussi qu'ils crient, qu'ils se bousculent...... et QUE D'AUCUNS SE BLESSENT DE TEMPS A AUTRE.

Car ceci est inévitable !

Or, il y a bien peu d'années écoulées depuis que j'ai vu disparaître une équipe de foot-ball au lendemain du jour où l'un des joueurs eut la jambe cassée. Une maman d'aujourd'hui, pleure encore, dont le fils s'est cassé le bras, mais ELLE N'EN FAIT PLUS UNE HISTOIRE, s'exposant elle-

(1) NAGEUR ? Costume de plage aussi réduit que possible. On dit aussi *slip* (?)

même à bien pis que cela quand elle préfère l'automobile au train, — quand elle paye une *moto* à ce fils... et qu'elle monte sur le siège de derrière.

Notre Plage, en somme, c'est des Exercices physiques sans contrainte, mais c'est surtout de l'hygiène à BON MARCHÉ.

[A l'autre bout du village, et à l'ombre comme il convient, les gens sérieux ont reconstitué le Billoir qui fut cher aux aïeux. Ces gens sérieux portaient envie aux petits.]

Votre plage n'est qu'une barbotoire m'oppose un homme à plus vastes projets.

Soit ! Tout de même les enfants qui y barbotent ne seront plus de ces grelottants qu'on *élevait dans du coton*, ou de ces maladroits qui, comme moi, ne savent pas marcher pieds-nus autrement que sur un sable bien lisse... et encore ? (1)

Peut-être me demanderez-vous, pêle-mêle, combien notre Plage peut-elle recevoir d'hôtes à la fois et combien en reçoit-elle effectivement en juillet-août 1936 ? mois pluvieux.

Or, il se trouve que je peux répondre à ces deux questions pour y être allé voir moi-même, justement en juillet-août 1936. Malgré l'inclémence invraisemblable des phénomènes météorologiques, notre Plage n'a pas été désertée ; entre deux intempéries (variées), des jeunes y sont venus jouer, non pas quelquefois, mais souvent ; des petits y ont bravé l'ondée après un de ces coups de chaleur dont on dit ici « encore un bouillon « qui chauffe » ! des moins petits, des demi-grandes y ont appris à nager... parce que n'ayant pas peur dans quatre-vingts centimètres d'eau.

Quant à la contenance voici : le mardi 29 juillet, la dernière heure des classes venue, nos 180 écoliers (de 2 ans à 13 ans) ont été priés à goûter, par une dame aimable et généreuse — qui, pas plus que moi, ne croyait à la CAPACITÉ de la Plage.

Plus d'une heure durant les *cent quatre-vingts* ont pu jouer, sauter, faire les fous et crier à bouche que veux-tu..... on ne les a pas baignés, mais ils ont goûté à leur aise.... (2)

(1) Mon confrère de l'active s'appelait Comblant. Il m'invita, environ 1889, à une *pleine eau* dans la rivière la Vendée. Joie ! Mais il m'a fallu, *déchaussé*, parcourir la distance énorme de deux mètres sur ces cailloux que Comblant foulait sans la moindre gêne... à l'eau je le valais cependant. Au retour ce fut pire : de mes contorsions, de mon *à quatre pattes*, on eût fait un film exhilarant. Lui, point ! tranquillement il gagna son tertre loin derrière le mien.

Mais voici que je me retourne pour le féliciter de son adresse, au lieu de quoi je m'exclame « Comblant vous oubliez « vos chaussettes »

« Taisez-vous de grâce. Je suis fils de la montagne en « pays pauvre. J'ai toute mon enfance marché nu-pieds. « Pour le lycée j'ai, à grand'peine, appris les bottines « (à élastiques, en 1889), mais les chaussettes me sont » intolérables. Si la femme du colonel apprenait mon « infirmité ce serait un désastre ! »

« Et bien ! moi, je vous envie ! » Et, en 1936, j'envie encore les jeunes clients de la plage, qui sauront marcher nu-pieds, — car l'infirme c'est moi !

(2) Ils sont plus de quarante sur *la photo. jointe*.

Quand donc mon entreprenant ami me dit avoir compté trois ou quatre cents visiteurs certain dimanche de beau temps, — je le crois.

Je le crois, mais je le mets en garde contre les améliorations onéreuses : *élargir* la rivière ? Oui, mais peu ! la *surcreuser* ? non ! *Trottoirs-quais* en clayettes ? sur une petite longueur seulement, juste pour que les deux échelles permettent de sortir de l'eau sans s'ensabler les pieds.

Etc... Petites gens, petites dépenses, l'hygiène à bon marché, c'est de l'hygiène tout de même.

La PLAGE AUX CHAMPS ne prépare pas des *Bêtes à concours* (sportifs). Elle assure seulement le *petit entretien* d'un nombre substantiel d'individus, quelques grands, beaucoup de petits !...

Je trouve que ça n'est pas déjà si mal (1).

***

TROP BEAU, TROP GRAND, TROP CHER !

Une petite ville que je connais possédait un parc doté d'arbres anciens et de pelouses ensoleillées. Des mamans, des papas chômeurs et nombre de grand'mères amenaient les enfants en ce lieu où tous les ébats étaient permis. Les tas de sable eux-mêmes y étaient fréquemment renouvelés..... L'EAU manquait à la vérité et, faute de cette eau, manquaient aussi les costumes de plage, c'est-à-dire le quasi-nudisme infantile. De gros travaux d'hygiène (pour un égout intercommunal), vinrent couper le Parc. De beaux arbres ont disparu ; il le fallait !

Mais la Municipalité a vu grand, très grand... trop grand : on va créer, en supprimant la plus grande partie des délices de ce lieu, un TERRAIN DE SPORT, à grand renfort de ciment armé et en massacrant pelouses et grands arbres. Je dis bien : en massacrant nombre de grands arbres. La voilà la véritable hygiène ! celle qui vaut la peine qu'on s'y intéresse, celle *qui coûte beaucoup d'argent*. Une demi-douzaine de cyclistes viendront là ; tourneront doucement en rond des heures durant (*doucement* à moins que ce ne soit au sprint), sous les yeux de spectateurs bêlants, mais parfaitement immobiles. Le ballon rond y alternera avec le ballon ovale... et d'autres pour les dimanches intercalaires.

Il y aura une piscine, me direz-vous... mais pas de barbotoire, vous répondrai-je. Et les petits qu'on amenait tous les jours — et qui s'en donnaient — ? Je dois avouer qu'on ne leur a pas tout enlevé.

Mais les arbres, — *appareils sanitaires* entre tous ! On n'en a détruit que les trois quarts... de quoi vous plaignez-vous ?

Ne mesure-t-on pas la qualité des Œuvres d'hygiène aux sommes qu'il y a fallu dépenser (1).

(1) Voir « le Repas à la Crèche » dans la prochaine lettre sur l'HYGIÈNE A *BON MARCHÉ*.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RETRAITE DU MÉDECIN

I

Lettre ouverte à Monsieur Pomaret

Vous vous étonnez, dit-on, que votre projet de loi ne vous ait pas attiré du Corps médical l'approbation et la sympathie que vous en espériez.

C'est que, voyez-vous, la définition et l'état des membres des professions « dites » libérales. est fort éloigné de l'idée que vous vous en faites, Je vais m'efforcer de vous les résumer :

Un médecin ou un avocat, c'est un monsieur qui vit de son travail. C'est un monsieur, comme l'a écrit notre illustre confrère Georges Clemenceau, pour lequel l'école dure toute la vie. S'il travaille beaucoup, s'il aime son métier, et qu'il ait de la chance, il gagne confortablement sa vie. Mais s'il lui plaît de ne rien faire, et s'il se contente de gagner juste de quoi manger et payer ses impôts, il est libre d'aller à la pêche et de jouer au bridge. L'âge n'a rien à voir à cela. Vous connaissez comme moi des médecins âgés, qui n'ont pas et qui n'ont jamais eu de clientèle et d'autres très jeunes qui en ont une importante, *et qui le méritent, par leur talent* et par leur travail. Chez nous, pas de tableau d'avancement à l'ancienneté.

C'est en outre un monsieur qui présente quelques particularités caractéristiques et uniques dans la société, telles que les suivantes : il soigne une grande partie de ses malades et donne une grande partie de son travail quotidien gratuitement. Qu'il ait ou qu'il n'ait pas de clientèle, il paye une patente considérable, un impôt sur le revenu (qui est généralement le revenu de son travail) très élevé. Il paye même — tenez-vous bien — une patente sur son garage, sous le malin prétexte que sa voiture lui est nécessaire pour faire son métier, alors que les autres citoyens, dont la voiture sert à leurs promenades du dimanche, n'en payent point.

Il n'a pas quinze jours de congé payés, ni de loi de 40 heures, ni l'indemnité de chômage ou de maladie, ni même de retraite. Et pendant ses études, beaucoup plus longues que celles d'un polytechnicien, il n'est pas logé aux frais de l'Etat et ne touche pas de solde. Et, phénomène encore plus remarquable et que vous aurez de la peine à réaliser, il se trouve très bien comme cela, il est content de son sort, et il est capable de vivre heureux de son propre travail, avec tous les risques qu'il comporte, alors que tant d'autres ne conçoivent la vie possible qu'à condition qu'elle leur soit assurée jusqu'à la mort, par cette bonne Princesse.

Permettez-moi aussi de vous signaler cette particularité peu connue : quand un industriel, ou un commerçant augmentent leurs prix, on demande au médecin de baisser les siens. Quand un commerçant ou un industriel, ou un fonctionnaire, est malade, ses affaires continuent, car personne ici-bas n'est indispensable, sous la direction d'un fondé de pouvoir, d'un contremaître ou autre collaborateur. Quand un médecin ou un chirurgien est malade, même s'il fait les frais d'un assistant, sa clientèle tombe très exactement à zéro. Et il accepte ce risque, parce qu'il aime son métier.

Aussi permettez-moi de vous poser, en résumé, deux questions, qui peut-être vous toucheront davantage parce qu'elles sont matérielles et que le sentiment glisse en général sur les législateurs.

1° Etant donné que le médecin fait partie de cette catégorie de citoyens qui produisent et qui travaillent sans émarger sur les dépenses de l'Etat, étant donné, pour parler clair, qu'il fait partie de ces 10 millions de Français qui travaillent afin de pouvoir payer des impôts qui permettent à vingt millions d'autres Français de ne rien faire, pourriez-vous nous dire comment vous ferez, quand vous aurez fonctionnarisé ou supprimé tous les médecins, avocats, industriels, commerçants, qui par leur travail et leurs impôts vous permettent de boucler votre budget, pour trouver les cochons de payants, les patentés, et tous les imposables qui permettent à l'Etat de trouver l'argent nécessaire à entretenir ses fonctionnaires, ses retraités, ses chômeurs et ses députés ? Si vous connaissez le moyen d'entretenir tous les Français à ne rien faire, même avant 65 ans, en supprimant le droit au travail et par conséquent la matière imposable, alors vous êtes vraiment l'inventeur du Paradis terrestre. Mais nous attendons votre démonstration, et que vous ayez découvert la dynamo qui permettra de faire tourner une société exclusivement composée de fonctionnaires et de retraités. Il est vrai que, la matière imposable étant épuisée, vous pourrez déjà supprimer les percepteurs et autres contrôleurs du fisc, et que, comme il n'y aura pas de budget à voter, vous pourrez aussi supprimer les députés. Ce sera toujours cela de gagné !

2° Etes-vous d'avis qu'une démocratie moderne, qu'elle soit rouge, ou blanche, ou bleue, doive avoir pour premier principe le respect de

la parole donnée ? Or, l'une des raisons pour lesquelles nous avons accepté, au début de notre carrière, tous les risques matériels qu'elle comporte, est qu'on nous a promis que le parchemin qu'on nous a délivré nous donnait le droit d'exercer librement notre art tant que nous pourrions matériellement le faire.

Alors, moi qui suis aussi républicain et démocrate que vous pouvez l'être, je dis que les principes sacrés sur lesquels doit être basée toute société moderne digne de ce nom sont le respect de la liberté du travail, et le respect de la parole donnée.

Dr Robert JEUDON.

II

A propos de la retraite obligatoire (Loi Pomaret)

Par le Docteur Fernand MASMONTEIL.

L'émotion naturelle déclenchée par la proposition de loi Pomaret commence à se calmer, aussi le moment semble-t-il plus propice de voir si cette innovation est vraiment aussi extravagante qu'elle parut tout d'abord et si, au contraire, elle ne marquerait le début d'une ère plus heureuse pour notre profession. (Et du reste, ne vient-elle pas d'être décrétée en Irlande et n'est-elle pas en préparation en Italie ?)

Tout est-il actuellement chez nous pour le mieux dans le meilleur des mondes ? Est-il logique de voir un praticien âgé « se crever » à la besogne, tandis qu'un jeune confrère attend anxieusement la clientèle derrière les portes d'un salon vide ?, de savoir l'aîné courir les nuits, pendant que le jeune profite de son sommeil complet ?

Car, il faut bien le dire, si nos confrères travaillent jusqu'à la fin de leur vie, à part quelques-uns passionnés de leur profession et qui n'en ont pas besoin, c'est parce que la vie professionnelle ne leur a pas été clémente et ne leur a pas permis de réunir les rentes qui libéreraient leurs vieux jours. Parfois, imprévoyance, plus souvent impossibilité. Et cependant, le médecin n'a-t-il pas travaillé pour les autres, toute sa vie autant et plus que beaucoup ? Ce labeur ne mériterait-il pas de lui assurer la tranquilité et la sécurité de la vieillesse ; les services sociaux qu'il a rendus ne lui donnent-ils pas des droits à une retraite, égaux à ceux du fonctionnaire par exemple ? La suractivité fébrile de notre profession, conséquence du progrès social (automobile, téléphone) ne justifie-t-elle pas une retraite anticipée par rapport à celle de nos précédécesseurs ?

Et, d'autre part, la nature plus injuste et souvent plus cruelle encore que la loi humaine, ne contraint-elle pas beaucoup d'entre eux à la retraite d'office ?

Par conséquent, pour ceux que la vie a frappés, pour ceux que la loi obligera peut-être un jour à se reposer malgré eux, n'y a-t-il pas lieu d'envisager des mesures de prévoyance ?

Cette série de réflexions m'incite aujourd'hui à penser que la retraite obligatoire est une très bonne chose et une chose nécessaire et que loin de la rejeter de prime abord, il nous faut l'étudier et l'organiser, car il va sans dire qu'il ne saurait y avoir de cessation de travail sans un corollaire naturel : une retraite substantielle (de 24 000 francs par exemple). Mais, c'est de l'utopie, direz-vous. Pour s'assurer une retraite pareille, il faut vingt annuités de primes élevées de 25.000 francs par an avec les Assurances ordinaires, d'un peu moins avec les mutuelles. Où prendra-t-on l'argent ? Une organisation comme celle-ci ne peut pas fonctionner avant vingt années, pour permettre la capitalisation de ces sommes.

Tout cela est très juste, mais à cette conception qui repose *sur la prévoyance individuelle*, ne peut-on pas en substituer une autre, *celle de la solidarité professionnelle* ? Jusqu'ici, c'est le cotisant lui-même, qui, par des versements annuels, accumule un capital dont les rentes lui seront servies sous forme de retraite, si les aléas de gestion financière de la Compagnie ou une dévaluation ne sont pas intervenus ? N'est-il pas plus simple d'imaginer des versements faits directement par les membres actifs de la profession à ceux qui sont passés à la retraite. Ici, pas de capitalisation, les recettes sont transformées d'emblée en retraites ; les entrées sont égales aux sorties ; par conséquent, pas de période d'attente, avant l'entrée en jouissance ; pas de risques de dévaluation ou de pertes par faillites. La loi Pomaret prévoyait trois ans de mise en route, une période aussi longue n'est même pas nécessaire.

Les avantages de cette nouvelle organisation qu'il y aurait intérêt à réaliser dans le cadre du Syndicat, sont nombreux : repos et vieillesse tranquille pour nos anciens, activité accrue des confrères d'âge moyen, réduction de chômage chez les jeunes.

Et tous ces avantages pour une cotisation an-

nuelle relativement minime ; d'après les calculs rapides, une indemnité de 2.000 francs par an serait suffisante, donnant les mêmes avantages qu'une prime d'assurance de 20.000 francs ; des modalités pourraient être étudiées pour les femmes de nos confrères et les enfants mineurs. Si cette indemnité forfaitaire n'avait pas l'approbation unanime, on pourrait envisager la création d'une contribution proportionnelle à l'importance de la clientèle du praticien, basée par exemple sur le versement de la moitié du prix des certificats médicaux, (l'avalisation de la signature du praticien par le Syndicat deviendrait nécessaire, cela pour permettre le contrôle).

Il faut réfléchir, mais à des temps nouveaux doivent correspondre des organisations nouvelles. La Médecine traditionnelle qui s'appliquait parfaitement à la période où « labourage et pâturage étaient les deux mamelles de la France » ne correspond plus aussi bien à celle où cinq grandes corporations se disputent, en dehors des fonctionnaires, l'activité du pays : l'agriculture, le commerce, l'industrie, les assurances et banques, et la science. Ne peut-on pas penser que c'est dans le cadre corporatif ou syndicaliste que se résoudra la crise qui résulte de la concurrence et du manque d'équilibre de ces diverses branches de l'activité ?

NON-ARYENS

On a fait grand bruit de l'expulsion des Juifs d'Allemagne. Hitler a frappé des coups retentissants ; il a brisé la carrière de beaucoup d'intellectuels juifs, il a obligé des génies comme Einstein à changer de patrie, et nous avons vu arriver en France environ 30.000 sémites grands et petits que l'on a casés comme on a pu, sans tambour ni trompette, mais non sans protestations de la part des nationaux dont ils prenaient la place.

Supposons, ce qui est largement supposé, que cinq autres nations aient reçu le même contingent de non-aryens : cela fait, en tout, 350.000 Juifs expulsés. Mais qu'est-il advenu des 1.500.000 ou environ restés en Allemagne ? Faut-il penser que cette grande expulsion avait un but surtout politique, et que les indésirables étaient d'abord ceux que le national-socialisme n'aimait pas ?

Il reste en tout cas beaucoup de médecins juifs en Germanie. Les nouvelles ordonnances qui règlent la pratique de la médecine par les non-aryens le prouvent indiscutablement. Ces ordonnances sont prises en application de la Loi d'Empire du 15 novembre ; leur auteur est le Docteur Wagner, Führer national de la médecine. Elles tracent une distinction absolue entre « Juifs » et « Non-Juifs », sans même user de l'euphémisme de « Non-aryens ».

Il y a trois classes de médecins « Juifs ». D'abord les vrais Juifs, qui ont quatre grands parents juifs ; puis les 3/4 de Juifs qui n'en ont que trois ; enfin les 1/2 Juifs, ayant deux grands-parents juifs ou qui, avant le 15 novembre 1935 étaient membres d'une communauté juive ou bien le sont devenus depuis cette date ; on y ajoute les chrétiens qui ont un conjoint juif. Tous les autres médecins, même s'il y a des Juifs dans leurs ascendants, sont classés comme « Non-juifs », ce qui est libéral !

Un médecin « Non-Juif » ne peut pas se faire remplacer par un confrère « Juif », ni un « Juif » par un « Non-Juif ». Un médecin « Non-juif » ne doit envoyer ses clients qu'à un spécialiste « Non-Juif », ou à un hôpital ou sanatorium « Non-Juif ». La liste des parias de la profession a été soigneusement établie.

Dans l'avenir, d'ailleurs, il ne sera plus délivré de licence d'exercer à des « Juifs », pas plus qu'à des Allemands ou Allemandes mariés à des Juifs.

Il y a à Berlin 65 cliniques « Aryennes », et 10 « Non-aryennes », elles recevaient jusqu'à présent sans distinction les juifs et les goyms. Dorénavant la séparation sera absolue et chacun ira chez soi ; le mélange des torchons et des serviettes sera interdit.

Les professeurs d'Universités, qui n'ont pas été expulsés, sont mis à la retraite avec une pension. Les autres, assistants, conférenciers, même ceux qui ont fait la guerre, même ceux qui y ont été blessés, ont été informés que leur licence d'enseigner, la fameuse *venia legendi*, est devenue caduque.

Ph. DALLY.

LE SALON D'AUTOMNE AUX INVALIDES

Le salon d'Automne inaugure le premier palais élevé aux Invalides pour l'exposition de 1937 et destiné aux salons de peinture. Ce bâtiment est provisoire heureusement, car il est d'une architecture qui n'a rien d'artistique et ne mérite pas d'être conservé à nos arrières-neveux, sauf comme spécimen d'usine, mais il offre l'avantage d'être clair et lumineux et de mettre ainsi en valeur les œuvres exposées.

Du salon lui-même peu de choses à dire : pas de chefs-d'œuvres, un certain nombre de choses médiocres tout en soulignant l'effort d'un certain nombre d'artistes.

Parcourons les salles peu nombreuses. Nous remarquons d'abord les premières destinées à la gravure et aux dessins. Nous y avons remarqué les dessins à la détrempe de H. Simon chez le *mareyeur et au cabaret* (1) puis le très beau *Portrait de J. Guesde* en pointe sèche de de Herain (2), les dessins de Bernard Naudin et les amusantes fantaisies d'Hemard.

Largeteau nous montre salle 3 un portrait bien établi et Jane Nerée-Gauthier quelques charmantes *Natures mortes.* N'oublions pas non plus les *Jolies fleurs* d'Edelmann (4). Nous nous arrêtons avec plaisir devant *La marine* de Dumoulin et son heureux *Effet de neige* (5).

Adrienne Jouclard a toujours le sens du mouvement et de la vie. Nous en avons encore une preuve dans le grouillement de ses personnages à la *Guinguette au bord de la Marne* (6). Une des meilleures toiles du salon est le *Portrait de cet enfant jouant avec ses soldats de plomb* (6) de Constant le Breton. Du même paysage bien équilibré. Suzanne Fegdal nous présente un *Paysage* d'une charmante simplicité de tons et de coloris (7). Une œuvre pleine d'intérêt de Chapelain-Midy le *Départ* avec des gammes de couleurs bien étudiées. Dans une note très personnelle les fleurs d'Hélène Marre sont d'une agréable vision, grandes qualités dans son portrait de jeune homme d'extérieur un peu louche (7).

Nous avons remarqué salle 8 les deux tableaux de Mac Avoy *Vue de Saint-Malo* et *Paysage de Saint-Servan* d'un heureux effet *Le repas des pêcheurs* de Bompard dans des tons un peu sombres, mais d'une savante composition est un morceau de grande maîtrise (8).

Le portrait de Branly dû au pinceau d'Asselin est la pièce capitale de la salle 9, du même artiste agréable nu. Lotiron retient l'attention avec ses *Chalands sur la Seine* (9), l'*Ile Saint-Louis et son pont Marie,* deux bonnes natures mortes de Stival, *Nature morte à la bouteille, Nature morte à la pipe* (9), *Paysage feuillu* dans de tonalités grises de Savreux.

La salle 10 est consacrée à une rétrospective de Lehmann qui renferme quelques toiles qu'il faut voir. Signalons salle 11 les vues de *L'Acropole d'Athènes* et *La Palmeraie de Marrakech* que sait si bien mettre en valeur la palette de Mme Delpey-Maisné. La nature morte d'A. Delpey avec ses études de plat et de corbeille de fleurs sont toujours d'un maître en la matière.

Dans la même salle un certain nombre de tableaux sont à remarquer. Le double *Portrait de Baignères* une des meilleures choses de l'expositon. La vue du *Quai de l'Hôtel-de-Ville* avec sa vision de l'église Saint-Gervais-d'Urbain dans des notes grisâtres séduit par son harmonie (12) quel charme dans cette toile de l'*Enfant dans un jardin* d'Yvonne Maréchal. Il faut encore noter la *Danse des muses* de Flandrin, les *Vues de la Seine* de Renefer et le *Panneau décoratif* d'une fantaisie peut être exagérée de Lhote (13).

Van Dongen dans sa *Vénus de Kiki,* nous donne un nu capiteux selon sa formule habituelle. Les nus d'Othon Friez grisâtres dans un sombre paysage n'ont rien de bien passionnant (13). Utrillo est toujours fidèle à sa technique (13), Mantel (14) a peint une Annonciation ultra-réaliste. Deux agréables portraits d'enfants, un de Thomas Jean et un de Feuillâtre. Yves Brayer (15) dans ses *Saltimbanques* s'inspire de Vélasquez avec une note très personnelle. Pauline Peugniez a peint son *Soir romantique* et *Son soir bourgeois,* œuvres curieuses. *Le Bateleur* de Poncelet traduit sincèrement la bohème et la dèche. Bons détails dans la grande composition inachevée de Ch. Blanc, *Après l'alerte, La ville sans chef.* Consciencieux *Portrait de M. Alezard* par Corneau (1). Délicieuse *Nature morte* de Suzanne Roche, bouquet accosté de deux flambeaux (15). La toile la plus observée de la salle 16 est la *Loge de Tabarin* nature morte et nus dans une heureuse harmonie. Les *Fleurs de Kuapils* sont ravissantes (16) agréable paysage de Letellier.

Madeleine Luka (17) selon son habitude nous donne un *Portrait* d'une puérile naïveté. Quel contraste avec la vigoureuse peinture de nus d'une si parfaite anatomie de Liausu, *La Piscine.* Nous regardons avec plaisir (18) l'*Enfant à la cruche* de Ambourg, et cette pittoresque *Vue de la Dordogne à Pinsac* de Madeleine Vaury (18).

Quelques toiles intéressantes (19) d'abord le *Sous bois calme* de Berjonneau et sa *Rue de village* formant un contraste avec la *Fête foraine de Boulogne-sur-Mer* de Jacqueline Sueur. Le marchand de cruches de Mme Hertz-Eyrolles décèle de nombreuses qualités et j'aime assez le vase de fleurs et ses flambeaux de Suzanne Roche.

Le *Portrait de femme* étendue sur fauteuil transatlantique d'Etienne Marceau est plein de vie dans son réalisme. Une scène de douloureuse actualité l'*Anarchie espagnole* de Deletang place devant nos yeux l'horreur de la guerre civile (20), au voisinage de l'escalier délicieux *Portrait de fillette* d'Iris.

La section d'art religieux offre un certain nombre de productions discutables. Malgré le grand talent du maître Desvallières tout le monde ne prise pas ses œuvres. Signalons l'*Entrée à Jérusalem* d'Ernest Rouart, le *Christ en croix* de Théophilactos et la toile d'une naïveté voulue de Pauline Peugniez.

Beaucoup de bonnes choses en sculpture. D'abord un puissant *Nu de Yencesse*; la tombe de la *Femme au fichu* de Lamourdedieu, le *Nu féminin couché* de taille directe de Deluol, le *Dogue* de Coetlogon. Il est inutile, je pense de s'étendre sur les rétrospectives de Rodin, de Bourdelle, de Pompon, qui complètent si heureusement cette exposition.

Dr M. VIMONT.

QUELQUES RÉFLEXIONS DU PRINCE DE LIGNE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE MILITAIRE DE SON ÉPOQUE

Le Prince de Ligne fut un remarquable hygiéniste et organisateur militaire. Dans le IIIe volume de ses *Mémoires et mélanges historiques et militaires* (1), il consacre un chapitre à la médecine et un autre aux hôpitaux. Il a une médiocre confiance dans les médecins et chirurgiens de son époque, ni dans leur thérapeutique. « Ma science, à moi, écrit-il, n'est pas de guérir les maladies, mais de les prévenir. Ma médecine en vaut bien une autre ; pour en avoir même le ton, je dirai : *Ablatâ causâ, tollitur effectus.* »

Le mauvais pain, l'eau bourbeuse, les poëles trop chauffés dans les cantonnements, la vieille paille pourrie, les ordures, les vêtements trop serrés et trop étroits, l'exercice pendant la canicule, la surcharge des soldats, etc., sont pour lui les causes des maladies qui déciment les armées.

Il sait en termes galants juger les femmes de son temps qui s'occupent des blessés et fait le procès de la charpie. Le passage mérite d'être cité en entier : « Qui sait, écrit-il, que le linge des femmes est pernicieux ? *C'est un sexe charmant mais un peu incommode, dont il faut se garantir, même dans sa bienfaisance.* On voit nos dames en temps de guerre faire de la charpie, on ne peut pas ne pas les remercier de ce zèle pour l'humanité, et admirer leurs jolies petites mains qui y travaillent ; mais si ce n'est pas du linge des hommes ou de table, *au lieu de guérir c'est le poison qu'on introduit dans la plaie.* J'ai demandé si c'était peut-être le temps d'une santé déréglée ou bien réglée, comme on voudra l'appeler ; si c'était celui des accidents auxquels un mari ou un amant les rend sujettes. Dans tous les temps m'a dit l'habile homme qui en a fait l'expérience. En tout, je ne sais pas si l'usage trop fréquent de la charpie n'est pas un abus ; car il me semble qu'elle empêche les chairs de se rejoindre. »

(1) A. Dupont et Cie, libraires, Paris, 1827.

La conception (du Prince de Ligne) du chirurgien militaire qui, à son avis doit se borner à seconder la nature mérite encore d'être citée :

« Qu'un chirurgien-major, écrit-il, soit assez savant pour savoir qu'il ne sait rien : mais qu'il soit bien élevé, bien instruit, philosophe presque, fort expérimenté, encouragé par de bonnes récompenses dans sa vieillesse ; qu'il fasse de bons bandages pour les ruptures ; qu'il soit le confident et l'ami des soldats. Je parie ma tête qu'avec tout ce que j'écris ici depuis une heure et de tout mon cœur il n'y aura jamais plus de dix malades un jour portant l'autre à l'hôpital, et que l'hôpital ne coûtera pas cinquante ducats par an. Point tant de mercure, employé si légèrement, qu'il fait plus de mal que le mal même ; plus de précaution dans la manière de l'administrer ; point tant de sublimé corrosif ; beaucoup d'eau en dehors et en dedans ; des bains et de la tisane. » Le Prince de Ligne s'élève contre le manque d'humanité dans les hôpitaux où l'on ne cherche pas à adoucir les derniers moments des mourants. Il estime peu les infirmiers de son époque : « Pourquoi se servir d'infirmiers ? affirme-t-il. Si ce sont des jeunes gens, ils seront durs, et sont faits pour aller se faire blesser eux-mêmes ou en blesser d'autres ; s'ils sont vieux, ce sont des espèces de vieilles garde-malades qui leur donnent tout ce qu'ils demandent, à l'insu du chirurgien-major. »

Le Prince de Ligne n'était pas seulement, on le voit, un général réputé, un parfait gentilhomme, un écrivain spirituel, c'était en outre un homme de bon sens et de cœur.

J. NOIR.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Puériculture.** *Enseignement préparatoire au diplôme de puériculture.* — L'enseignement commencera le 16 novembre 1936, et aura lieu sous la direction de MM. les Professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le Docteur Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les Professeurs Gougerot, Terrien et Lemaitre.

Pour inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Ecole, 26, boulevard Brune, Paris (XIVe).

— **Chaire de médecine légale.** — *Lois sociales* (Accidents du travail et maladies professionnelles. Pensions aux mutilés de guerre. Assurances sociales. Assistance médicale gratuite.) — Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le Professeur Balthazard, tous les jeudis, à 18 heures, au grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les Assurances sociales et l'Assistance médicale gratuite.

19 et 26 novembre, M. Balthazard : Loi du 9 avril 1898 et lois complémentaires. Principes de la réparation des dommages causés par les accidents du travail. Professions assujetties à la loi. Définition de l'accident du travail. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Procédure, jurisprudence. Barème des incapacités permanentes. — 3 décembre, M. Laignel-Lavastine : Hémorragies méningées et cérébrales. Ramollissement traumatique. Commotion cérébrale. Méningites traumatiques. Paralysie générale. Tumeurs, abcès. — 10 décembre, M. Lévy-Valensi : Lésions médullaires. Affections de la moelle ; tabès. Névrites. — 17 décembre, M. Henri Claude : Psychoses et névroses traumatiques. — 7 janvier, M. Gougerot : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail. — 14 janvier, M. Piédelièvre : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail. — 21 janvier, M. Rathery : Traumatisme et diabète. — 28 janvier, M. Coste : Arthrites et rhumatismes dans leurs rapports avec les traumatismes. — 4 février, M. Belot : Applications de la radiographie aux accidents du travail. — 11 février, M. Duvoir : La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. — 18 février, M. Desoille : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928), assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), pensions aux mutilés de guerre.

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen d'ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 heures, à l'Institut médico-légal, place Mazas, sous la direction de M. le Professeur Balthazard, à partir du 6 janvier 1937.

— **Hôpital Necker.** — *Cours de clinique urologique.* (Clinique Guyon. Professeur : M. Marion.) — M. le Professeur Marion fera sa première leçon le mercredi 18 novembre 1936, à 9 h. 30, et continuera son enseignement aux jours, heures et lieux indiqués sur l'affiche des cours.

— **Chaire d'hygiène et médecine préventive** (Professeur : M. Tanon.) — M. le Professeur Tanon commencera son cours le mardi 17 novembre 1936, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

Sujet du cours : Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Joannon, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. le Professeur Hovelacque a commencé ces conférences le mardi 10 novembre 1936, à 16 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Anatomie du système nerveux central et du bassin.

— **Cours de pharmacologie.** — Mlle Jeanne Lévy, agrégée, a commencé ses leçons, le jeudi 5 novembre 1936, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de novembre et décembre 1936.

Objet du cours : Eléments de pharmacologie générale. Rapport entre la constitution chimique des médicaments et leur action pharmacodynamique.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. le Professeur Maurice Chevassu a commencé son cours le jeudi 12 novembre 1936, à 17 heures et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : Grands processus morbides, pathologie réno-urétérale.

— **Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. P. Lantuéjoul, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique, le jeudi 5 novembre 1936, à 17 heures (amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Objet des conférences : Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

— **Chaire d'histologie.** — M. le Professeur Mulon a commencé son cours le vendredi 13 novembre 1936, à 17 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : La cellule et les tissus. (Cytologie générale. Epithéliums. Tissus de soutien. Sang. Muscles. Tissu nerveux. Cellules reproductrices. Organes hématopoïétiques et lymphoïdes. Appareil respiratoire).

— **Clinique obstétricale** (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le Professeur Couvelaire a repris son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

— **Cours de médecine légale** (novembre et décembre 1936). — M. le Professeur Hugueney, de la Faculté de Droit, a commencé son cours le samedi 14 novembre 1936, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Fa-

culté de médecine ; le cours aura lieu tous les samedis de novembre et décembre.

SUJET DU COURS. — Législation et jurisprudence médicales.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu** (Professeur : M. F. Terrien). — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis, jeudis et samedis à 10 heures (amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades — Lundis et mercredis : Consultation expliquée. — Vendredis à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

— **Hôpital Broca** (111, rue Broca). — *Clinique gynécologique* (Fondation de la Ville de Paris). — M. Pierre MOCQUOT, professeur, a commencé son enseignement clinique le samedi 7 novembre 1936, à 11 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

— **Cours de pharmacologie** (Professeur : M. M. Tiffeneau). — M. le Professeur TIFFENEAU a commencé son cours le mercredi 4 novembre, à 16 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

SUJET DU COURS : Médicaments du système nerveux central et périphérique.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. F. Bezançon.) — *Cours complémentaire de chirurgie pleuro-pulmonaire* du 16 novembre au 28 novembre 1936 par MM. G. Lardennois, agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, et A. Maurer, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Rolland, Triboulet, Azoulay, Dreyfus-Le-Foyer, Olivier Monod, André Meyer, assistants à l'hôpital Laënnec.

Le cours comprendra : vingt-deux leçons sur la chirurgie pleuro-pulmonaire ; trois séances de démonstrations anatomiques et expérimentales des opérations ; l'assistance aux interventions de chirurgie pleuro-pulmonaire et aux consultations spéciales dans le service de chirurgie de l'hôpital Laënnec pendant les deux semaines que durera le cours complémentaire. — Droits : 200 francs. Le cours est gratuit pour les externes et les internes des hôpitaux de Paris. — Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Prix Adolphe Courtois 1937** (1.000 francs) — Le Docteur Adolphe Courtois (1903-1935) a consacré sa trop courte mais particulièrement féconde activité scientifique à l'étude des maladies mentales à base organique.

Ancien médecin assistant de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle à Paris, médecin chef des Asiles publics d'aliénés, il était, lorsqu'une mort brutale vint l'arracher à ses travaux, à l'âge de 32 ans, médecin-directeur de l'asile agricole de Chezal-Benoît (Cher).

Une association, composée de ses maîtres, de ses collaborateurs et de ses amis, s'est constituée dans le but d'honorer sa mémoire et de perpétuer son œuvre scientifique. Elle vient, dans ce but, de créer un prix scientifique qui sera attribué, en principe, annuellement.

Ce prix sera attribué, pour la première fois, en mars 1937, à l'auteur d'un mémoire portant sur le sujet suivant : *Les épines neuro-organiques de l'hystérie.*

Les candidats n'auront à justifier que de la qualité de docteur ou d'étudiant en médecine.

Les mémoires devront être rédigés en français, et être dactylographiés ou imprimés. Ils devront être, soit inédits, soit publiés postérieurement à la date du 30 juin 1936. Trois exemplaires, portant le nom et l'adresse de l'auteur, devront parvenir, au plus tard le 31 janvier 1937, au secrétaire général de l'Association (adresse ci-dessous).

Le jury sera choisi parmi les personnalités les plus marquantes de la neuro-psychiatrie française.

Sa composition sera publiée le 1er février 1937.

Il pourra ne pas attribuer de prix ou le partager en deux parts égales.

La somme de mille francs prévue étant décernée par une Association privée, n'est sujette à aucune retenue.

La plus grande liberté est laissée aux auteurs quant à la forme et au contenu de leur travail. Mais, dans le but de leur faciliter leurs recherches bibliographiques, particulièrement en ce qui concerne l'œuvre de A. Courtois le bureau de l'Association se tient à la disposition des candidats éventuels.

Prière d'adresser les mémoires ainsi que toutes demandes de renseignements au secrétaire général de l'Association des amis d'Adolphe Courtois, le Docteur Paul Sivadon, chef de clinique à la Faculté de Paris, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

— **Partez P. L. M.** — *Passez l'hiver au soleil.* — La Côte d'Azur à une nuit de Paris. Dix rapides par jour, places couchées, billets de famille ; billets de 40 jours ; collectifs à demi-tarif ; cartes d'excursions.

Services d'autocars P. L. M. : Marseille, Nice, Menton.

Par la route du littoral. Autorails rapides : Marseille-Nice et Nice-Menton.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

S'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'état antérieur de la victime et de ses prédispositions morbides en ce qui concerne l'application de la loi sur le risque professionnel, il n'en n'est pas de même, par contre, lorsque l'on se trouve en matière de droit commun. Dans ce cas, au contraire, l'auteur de l'accident ne peut être tenu pour entièrement responsable du préjudice subi par la victime que si cette dernière est à même d'établir l'existence d'un lien direct de cause à effet entre la faute et ce préjudice ; autrement dit, l'intéressé doit prouver que, sans la faute ou le fait reproché au défendeur, le dommage dont il se plaint ne se serait pas produit. Si donc, en l'espèce, le traumatisme subi par l'écolier du fait de ses camarades n'a été que l'occasion de l'apparition de son mal et si celui-ci se serait révélé tôt ou tard, de lui-même, indépendamment de ce traumatisme, la responsabilité de l'Etat ou de l'instituteur (ou de leurs Compagnies d'assurances substituées) ne doit être que partielle et il y a lieu de tenir compte, dans la détermination de l'indemnité, de ces prédispositions. On peut même dire, dans ce cas, que le préjudice à la charge des responsables réside seulement dans le fait de la production anticipée de l'état de la victime et non dans cet état lui-même. Nous croyons donc qu'il y aurait lieu de transiger sur ces bases *que notre connaissance insuffisante des* faits ne nous permet pas de préciser davantage.

9.079. — Date de la consolidation Prescription

Blessé le 16 janvier ouvrier de meunerie.

Sections tendineuses (extenseurs) quatrième et cinquième doigts. Sutures. Suppuration deux, à trois semaines. Elimination de fils et de fragments tendineux. Guérison intégrale, 6 octobre.

J'avais conseillé en août au blessé de reprendre le travail avec continuation des soins, ce qui fut fait.

Je réclame 1.014 francs. La note n'est pas discutée, mais la X. fait sauter les honoraires des trois derniers mois soit 235 francs. Elle argue de la décision d'un médecin expert qui donne la consolidation à dater du 25 juin. Or le blessé, le patron ni le médecin n'en ont rien su. Les soins ont été continués jusqu'en octobre. Le résultat a été très bon.

Premier point : Les frais sont dus jusqu'à guérison.

Deuxième point : Consolidation ne veut pas dire guérison.

Troisième point : La décision de l'expert était controversée par la continuation des soins.

Quatrième point : La décision de l'expert n'a été signifiée à personne. Ceci se passait en 1934.

Y-a-t-il matière à discussion, à réclamation, à *attaques juridiques ?*

Dr D.

Réponse

En vertu de la législation sur les accidents du travail, le chef d'entreprise ou son Assurance substituée n'est tenu au paiement des honoraires médicaux que jusqu'à la date de la consolidation de la lésion. Conformément à l'article 15 de la loi de 1898, la victime est consolidée au jour où elle se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale.

Si nous comprenons bien les indications de votre lettre, la difficulté porte uniquement, en l'espèce, sur la date de cette consolidation. Celle-ci serait fixée, par la Compagnie d'assurances, au mois de juin alors que les soins ont été effectivement continués au blessé jusqu'au mois d'octobre suivant. Mais il n'appartient pas au médecin de l'Assurance de fixer arbitrairement cette date. Au cas où le blessé se verrait privé injustement par son patron ou son Assurance substituée de l'indemnité journalière à une date déterminée sous prétexte de cette consolidation, il est fondé à faire trancher le litige par le Juge de paix du lieu de l'accident en poursuivant devant lui, le chef d'entreprise responsable ou son Assurance, et en demandant à ce dernier de fixer, par lui-même ou au moyen d'une expertise médicale, la date réelle de cette consolidation.

Mais cette action est, à l'heure actuelle impossible pour la victime. En effet, toutes les actions découlant d'un accident du travail se prescrivent d'après la loi de 1898 dans le délai d'une année à compter soit de la date de l'accident, soit de la fin de l'enquête du Juge de paix, soit de la cessation du paiement de l'indemnité journalière. Ce délai est, à l'heure actuelle, depuis longtemps déjà expiré puisque les faits se passaient en 1934. Il s'ensuit que la décision du chef d'entreprise ou de son Assurance ne peuvent plus faire, à l'heure actuelle, l'objet d'un recours juridique.

9.389. — Quand la consolidation de la blessure est-elle acquise ?

Une bien embarrassante histoire d'accident du travail m'oblige à demander des renseignements au Sou médical, ce dont je m'excuse par avance.

Voici les faits :

B... s'est brûlé aux services de V... il y a trois ans, vaste brûlure du 3e degré de la jambe ; depuis ce temps le blessé est soigné, opéré (greffes) par divers confrères. Une vaste plaie (deux paumes de main) persiste en arrière du tendon d'Achille, plaie qui se cicatrise très lentement. Des médecins experts ont fixé la date de consolidation au 14 août 1936. La Compagnie refuse donc de payer désormais les soins du blessé...

Je voudrais donc savoir :

1° Si on peut consolider un blessé dans de pareilles conditions puisqu'il a besoin du médecin tous les jours et que sa plaie évolue vers la guérison peut-être lentement mais certainement.

2° Ce que je dois faire en ce qui concerne son traitement. La Compagnie refusant de payer dois-je l'abandonner (il ne peut pas être payant) ; dois-je le faire figurer sur la liste des indigents et faire supporter les frais pharmaceutiques à la commune ? Je tiens à dire que ce blessé a besoin d'un important pansement tous les jours.

3° La Compagnie est-elle en droit d'imposer au blessé l'amputation pour mettre fin au mal, de toutes façons la jambe ne pouvant retrouver sa fonction même si le revêtement cutané se complétait ?

Dr B.

Réponse

Suivant le paragraphe 2 de l'art. 15 de la loi sur les accidents du travail, les indemnités temporaires sont dues jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente.

Si l'état de votre client est encore susceptible d'amélioration par un traitement médical, on ne peut donc considérer que la consolidation soit d'sormais acquise. Mais, dites-vous, des experts ont fixé la date de consolidation au 14 août 1936. Il convient tout d'abord de remarquer que les experts n'ont aucun pouvoir de décision propre mais qu'ils expriment seulement un avis dont le Juge du fond est libre de tenir compte ou non.

Puisque vous êtes d'un avis différent du leur, il convient donc que vous remettiez à votre client un certificat dans lequel vous déclarerez qu'il n'est pas encore entièrement guéri et que son état est susceptible d'amélioration. Muni de ce certificat, votre client pourra combattre le rapport d'expertise devant le Tribunal et demander, s'il y a lieu, qu'il soit procédé à une contre-expertise.

Mais lorsque la date de consolidation sera fixée d'une façon définitive par une décision judiciaire, tous les frais médicaux et pharmaceutiques postérieurs à cette date resteront à la charge du blessé seul.

A ce moment, si votre client n'est pas en état de faire lui-même les frais du traitement, il pourra solliciter son admission au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite.

D'autre part, un blessé du travail ne peut jamais être contraint de subir une amputation pouvant mettre en danger sa vie ou son intégrité physique. Votre client reste seul juge de savoir s'il veut ou non accepter l'amputation

qui lui est proposée, et s'il la refuse, son refus ne peut entraîner pour lui aucune conséquence en ce qui concerne l'allocation des indemnités légales.

QUESTIONS DIVERSES

8.951. — Situations fixes et contrat collectif

En me reportant au numéro du *Concours* du 27 septembre j'ai vu que vous traitez la question des médecins d'usine. J'ai dans mon rayon une usine qui occupe 800 ouvriers. Jusqu'à présent celle-ci avait un médecin attitré, logé dans l'établissement recevant un salaire pour les accidents du travail et faisant en plus ce qu'il pouvait comme Assurances sociales. Cette situation me paraissait comme « à peu près » normale. Ce médecin ayant été renvoyé pour une peccadille, l'usine a confié le service à un médecin de la ville voisine, située à 20 kilomètres alors que je suis à 6 kilomètres. Ne trouvez-vous pas que mes intérêts sont lésés du fait de la toute puissance de l'usinier, parce que je ne suis pas *persona grata* auprès d'un ex-infirmier promu subitement secrétaire de la Caisse primaire d'assurances sociales. Dans ces conditions le médecin ne peut que faire figure de valet, sinon il est méprisé au même titre que le dernier bricoleur de l'usine, quand il n'est pas traité de charlatan. C est d'ailleurs le mot qui est employé le plus souvent par cet illégal, car à titre d'ex-infirmier il ne se prive pas de faire de la médecine illégale pour désigner les médecins dont la clientèle est normale, à l'abri de toute compromission. Je ne suis même pas éloigné de croire que ce personnage reçoit des prébendes pour ses bons et loyaux services. J'ai donc porté plainte et le Conseil de famille du Syndicat a prononcé la radiation du confrère pour violation de la charte médicale, mais cette décision n'a pas reçu l'approbation de l'assemblée générale parce que les médecins des chemins de fer, des collèges, etc., se trouveraient dans ce cas. J'estime que outre ces deux interprétations il y a place pour une troisième, celle qui consiste à laisser au Syndicat la juste répartition des postes, qu'il s'agisse des usines ou des Administrations d'après certaines considérations d'ordre technique ou extrinsèques (clientèles transmises, situations acquises, situation politique). Si j'ai bien compris le mécanisme du contrat collectif, le Syndicat devrait pouvoir par ce moyen protéger les confrères brimés par les Administrations. Je vous serais très obligé de bien vouloir mener une campagne dans ce sens pour que la médecine ne sombre pas dans l'anarchie ou l'avilissement.

Dr B.

Réponse

A mon avis, le jour où les Syndicats médicaux et surtout leur Confédération voudront étudier les modalités pratiques, pour traiter par des

contrats collectifs de travail la réorganisation de la médecine dite « à situations fixes et à forfait », il en résultera un peu plus de justice parmi les praticiens.

Plus besoin ne sera de solliciter des places, de s'inscrire longtemps d'avance en vue d'une succession, de faire intervenir des influences politiques, confessionnelles ou autres pour déposséder le titulaire actuel ou pour s'assurer sa succession.

Par les contrats collectifs, les médecins d'un lieu pourront se partager les soins à donner à des malades d'Administrations diverses, de chemins de fer, d'usines, etc., etc.., laissant à ces Administrations le droit de faire exécuter les contrôles par les médecins de leur choix.

Le Conseil de famille syndical fera régner la concorde et le respect de la déontologie, car le contrat collectif reconnaîtra la compétence de la juridiction syndicale, en cas de plainte portée contre un médecin traitant.

Mais je crains que ce ne soit qu'un beau rêve et que les *beati possidentes* actuels ne s'opposent de toutes leurs forces à l'instauration de ces contrats collectifs, qui cependant seraient seuls capables de transformer la médecine salariée en pratiques conformes à la charte syndicale, c'est-à-dire libre choix, tarif à l'acte médical et respect du secret professionnel.

Dr Paul BOUDIN.

9.073. — Prélèvement de 10 % sur les honoraires médicaux

J'ai lu avec un vif intérêt l'article consacré au prélèvement de 10 % sur les émoluments des médecins, paru dans le *Concours Médical* du 18 octobre.

Si j'ai bien compris, les sommes touchées pour soins gratuits victimes de guerre, vaccination, Assistance médicale gratuite, certificats pour Administrations, expertises, rentrent dans la catégorie des émoluments exemptés du prélèvement de 10 %, au moins à partir du 20 juin 1936.

Les sommes déjà perçues devraient donc faire l'objet d'une augmentation en tant qu'elles ont déjà été amputée de 10 %.

Cette augmentation sera-t-elle faite d'office ou faut-il la réclamer ?

Dr H.

Réponse

Vous avez donné, à notre article relatif au prélèvement de 10 % et à la Circulaire ministérielle du 8 octobre 1936 qui l'accompagnait, une extension qu'ils n'ont pas. Le prélèvement de 10 % institué par l'article 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 continue à s'appliquer aux rémunérations reçues par les médecins des collectivités publiques ou des entreprises concessionnaires ou subventionnées assurant un service public, à titre d'honoraires, c'est-à-dire pour les actes médicaux

qui ne sont pas accomplis en exécution d'un contrat de louage de services Il en est notamment ainsi pour les sommes touchées au titre des soins aux pensionnés de guerre, aux assistés médicaux gratuits, aux assurés sociaux indigents. Dans tous ces cas, en effet, le médecin n'est nullement au service de l'Administration et se trouve, à l'égard de celle-ci, dans les mêmes conditions qu'en clientèle ordinaire.

Le prélèvement de 10 % ne s'applique pas, par contre, lorsqu'il s'agit de dépenses de personnel, c'est-à-dire de la rémunération versée à un médecin en exécution d'un contrat de louage de services. Dans ce cas, au contraire, il y a lieu à application d'un prélèvement dégressif, si les émoluments nets totaux reçus par l'intéressé des collectivités publiques ou des entreprises concessionnaires assurant un service public, sont inférieurs à 40.000 francs. Ce prélèvement est même réduit à zéro si ces émoluments ne dépassent pas 12.000 francs. Ne rentrent dans cette définition que les rémunérations accordées par exemple, aux médecins hospitaliers, médecins directeurs de bureaux d'hygiène, médecins de chemins de fer, médecins de dispensaires publics, médecins au service d'un bureau de bienfaisance communal et, peut-être, quoique le cas soit douteux, médecins vaccinateurs et médecins inspecteurs des écoles.

L'application de ces dispositions étant purement et simplement celles du décret-loi du 16 juillet 1935 devrait être faite d'office par les Administrations intéressées ; toutefois, la pratique démontre que ces dernières trouvent généralement plus simple d'appliquer un prélèvement uniforme de 10 % à toutes les sommes qu'elles versent à un titre quelconque ; il est donc préférable d'invoquer à leur égard, les dispositions légales et les instructions du ministère des Finances.

FISCALITÉ

9.007. — Amortissement du prix d'achat des automobiles

Jusqu'à présent je défalquais de mon revenu professionnel la totalité de la somme affectée à l'amortissement de ma voiture en me basant sur ce que, si je n'étais pas médecin, je ne posséderais pas de voiture. Or, cette année le Contrôleur ne me permet de défalquer du revenu professionnel que les trois quarts de cet amortissement. Le quatrième quart correspondrait à l'usage extra-professionnel de la voiture. Puis-je avec succès résister aux prétentions du Contrôleur ?

Il est bien entendu que je ne déduis du revenu professionnel que les trois quarts des frais d'entretien (huile, essence, etc.).

Dr S.

Réponse

Si votre voiture ne sert pas exclusivement à l'usage professionnel, vous ne devez déduire de votre revenu professionnel, que l'amortissement correspondant à cet usage.

De plus, si vous défalquez du revenu professionnel les trois quarts des frais d'entretien, il est naturel de n'amortir que la somme correspondant à ce taux.

A. MARTINOT
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

9.142. — Pas de préparation militaire spéciale pour les faibles de constitution

Mon fils, étudiant en droit de troisième année, 20 ans, de constitution peu robuste n'est certainement pas en état d'être accepté pour le service militaire, service armé. Peut-être pourra-t-il être accepté service auxiliaire.

Dans ces conditions, existe-t-il pour le service auxiliaire une préparation militaire spéciale, permettant de faire les derniers mois de service comme officier ? (administration, intendance, etc...). J'ajoute que mon fils ne pourrait sans doute pas suivre les cours et exercices de la préparation militaire supérieure, en raison de sa constitution physique. Mais je me suis laissé dire qu'il existait une préparation militaire surtout théorique à l'exclusion des exercices physiques pénibles et réservée aux services auxiliaires.

Voudriez-vous me documenter à ce sujet.

Dr H.

Réponse

Il n'existe pas de « préparation militaire » spéciale pour les faibles de constitution. La nomination au grade d'officier de réserve n'exige pas l'aptitude au service armé, mais simplement une aptitude physique suffisante pour remplir les fonctions attachées au grade. Le classement « service auxiliaire » n'est donc pas incompatible avec la nomination d'officier de réserve, cela d'autant mieux qu'on ne peut classer dans le service auxiliaire que les sujets « atteints d'une infirmité relative, *sans être faibles de constitution*, autrement dit : l'aptitude au service auxiliaire nécessite une constitution assez robuste pour permettre aux intéressés de résister aux fatigues inhérentes à la vie du soldat en temps de paix et en campagne (Instruction sur l'aptitude au Service militaire, *Bulletin Officiel*, vol. 68).

9.203. — Conditions d'admission dans la Légion d'honneur

Je vous serais obligé de vouloir bien me signaler les démarches à faire pour l'obtention de la Légion d'honneur : à titre militaire, à titre civil.

Dr C.

Réponse

En temps de paix, pour être admis dans la Légion d'honneur, il faut avoir exercé pendant vingt ans, avec distinction, des fonctions civiles ou militaires (art. 11 du Décret organique de la Légion d'honneur, 16 mars 1852).

En temps de paix comme en temps de guerre, les services extraordinaires dans les fonctions civiles ou militaires, les sciences et les arts, peuvent également dispenser de ces conditions, mais sous la réserve expresse de ne franchir aucun grade (art. 16, même décret).

Les propositions devront expliquer avec détail le fait pour lequel on demande la décoration ; elles seront adressées, par la voie hiérarchique, au ministre compétent, qui les transmettra au chef de l'Etat (art. 17, même décret).

Toute nomination dans la Légion d'honneur pour services exceptionnels ne pourra être accordée qu'après avis du Conseil de l'Ordre (Loi du 16 avril 1895, art. 34, Loi du 7 juillet 1927).

Pour les officiers de réserve, l'article 204 du décret du 1er mai 1914 a élevé le nombre minimum des annuités de 20 à 30 pour le grade de chevalier.

---

9 265. — Libération du service militaire

Faisant partie de la classe 1909, versé dans l'auxiliaire depuis un an, père de deux enfants, jusqu'à quel âge suis-je mobilisable ? Etant donné ma spécialisation où pourrai-je être affecté ?

Je suis médecin auxiliaire, classé service auxiliaire.

Dr X.

Réponse

Classe 1909, et médecin auxiliaire, vous serez libéré le 15 octobre 1938 en même temps que les hommes de votre contingent.

Ecrivez au Directeur du Service de santé, dont vous dépendez à la mobilisation, pour lui signaler, en même temps que votre situation militaire, votre spécialisation phtisiologue (avec pièces à l'appui autant que possible). Vous pourrez ainsi être affecté à un hôpital spécialisé de l'intérieur.

ASSURANCES SOCIALES

9.169. — Droit des assurés sociaux notoirement indigents au libre choix du médecin

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir si dans une commune qui s'administre elle-même, en ce qui concerne l'Assistance médicale (Bureau de bienfaisance autonome) les assurés médicaux gratuits faisant partie des Assurances sociales, ont droit au libre choix du médecin, ou s'ils sont obligés de se faire soigner par le médecin désigné par la Municipalité comme médecin du Bureau de bienfaisance, à l'exclusion de tout autre médecin.

Dr B.

Réponse

Ainsi que nous l'avons déjà exposé à de nombreuses reprises dans le *Concours Médical*, il n'est pas douteux, à notre avis, que les assurés sociaux notoirement indigents ont droit, comme les assurés sociaux ordinaires, au libre choix de leur médecin sans qu'il importe que l'Assistance médicale gratuite soit organisée dans le cadre départemental ou conformément à l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 dans le cadre de la commune. En effet, les assurés sociaux indigents ne doivent nullement être assimilés aux assistés médicaux gratuits et ne sont pas soumis aux dispositions du règlement départemental ou communal d'assistance. Ils doivent être traités, en principe, au contraire, sur le même pied que les assurés sociaux ordinaires, c'est-à-dire que la délivrance des prestations en nature les concernant est régie par les dispositions de la loi sur les Assurances sociales parmi lesquelles figure au premier chef, l'article 6 paragraphe 2, autorisant expressément l'assuré à choisir librement son praticien. Ces principes avaient déjà été consacrés par la jurisprudence sous la législation de 1928-1930 ainsi qu'il ressort d'un jugement du Tribunal civil de Reims en date du 4 décembre 1935 dans lequel il s'agissait justement d'une ville ayant une organisation autonome d'assistance, et enfin, par un arrêt de la Cour suprême du 24 juin 1936 dont nous vous faisons parvenir copie.

Cette thèse est encore moins douteuse à l'heure actuelle puisqu'en vertu de l'article 19 du décret-loi du 28 octobre instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les prestations à la charge des Caisses d'assurances sociales pour les assurés indigents sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés et sont accordées suivant les mêmes modalités et sous réserve du contrôle applicable à ces assurés. On ne saurait poser plus nettement le principe d'assimilation que nous soutenions plus haut.

Au cas où la collectivité d'assistance débitrice, à savoir la commune, refuserait de vous

régler vos honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux notoirement indigents, motif pris de ce que vous ne faites pas partie du Bureau de bienfaisance communal, il y aurait lieu de la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au président de cette Commission dans les dix jours de la réception de la décision de refus. En tant que membre de notre Ligue, l'appui de la Ligue vous serait certainement accordé pour faire valoir vos droits à ce sujet.

8.016. — Transfusion du sang

J'ai encore recours à votre obligeance pour me renseigner sur la tarification (Assurances sociales) de trois transfusions de sang sur la même personne à trois jours d'intervalle l'une de l'autre (avec le même donneur).

La première est tarifiée K × 40.

Je trouverais naturel de diminuer le prix des deux autres puisque l'innocuité du donneur a été reconnue et que les risques sont moins grands.

J'ai injecté chaque fois 400 c. c. de sang environ (donc grande transfusion).

Le chirurgien traitant est un oto-rhino. J'agis dans ce cas en tant que spécialiste demandé par un confrère.

Dr B.

Réponse

Je ne vois que K 40 d'indiqué et cela pour « transfusion massive » ce qui me paraît être en effet, le cas pour 400 c. c. Je ne vois nulle part marqué de prix inférieur. Dans le Tarif des accidents du travail, c'est 500 francs pour transfusion massive et 100 francs en cas de moins de 100 grammes, ce qui n'est pas votre cas. Dans chacun des deux tarifs, pas d'observation particulière en cas de transfusions : unique ou multiples.

Dr F. Decourt.

8.983. — Assurance-maladie ou assurance-invalidité

Il s'agit d'une malade de 56 ans, assurée sociale. Elle vient d'être malade pendant six mois et n'est pas guérie. Il s'agit d'une cardiaque qui a fait une crise de rhumatismes articulaires avec phlébite rhumatismale. Etat général très médiocre. La phlébite est guérie mais il en reste des séquelles et il subsiste des douleurs dues au rhumatisme mais sans fièvre.

La malade se demande où serait son intérêt ?

La signaler comme ayant une incapacité de plus de 60 p. 100 ? Mais alors toucherait-elle sa retraite à 60 ans, c'est-à-dire dans quatre ans dans les mêmes conditions que si elle payait jusqu'au bout ?

Ou bien, sans toutefois reprendre son travail puis-

qu'elle n'est pas guérie, recommencer à payer ses assurances sociales pendant quatre ans même si elle ne travaille pas pour toucher sa retraite au bout de ces quatre ans ? Dr G.

Réponse

Si votre cliente n'est pas à l'heure actuelle en état de guérison apparente, ayant bénéficié de six mois de soins, elle ne peut continuer à prétendre au paiement des prestations de l'assurance-maladie pour l'affection en question ou toutes les autres affections qui en dépendraient. Ses droits à l'égard de sa Caisse en ce qui concerne l'assurance-maladie, ne se référeront, conformément à l'art. 6, parag. 13, que lorsqu'il y aura interruption des prestations pendant plus de deux mois et à la condition que, pendant ce délai l'intéressée ait été en état de guérison apparente, c'est-à-dire que son affection ait traversé une période de stabilité lui permettant de reprendre ses occupations habituelles et la dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques. Il faudrait, en outre, que l'assurée ait fait constater la fin de sa période de maladie sur la feuille de maladie en cours et en avise sa Caisse dans les huit jours.

Mais, si votre cliente se trouve, à l'expiration du délai de six mois, atteinte d'une incapacité de travail d'au moins 66 %, elle est en droit de prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 10 du décret-loi sur les Assurances sociales, à condition qu'elle ait subi par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale à 60 francs pendant chacune des deux années précédant le trimestre civil au cours duquel s'est produite la première constatation de son affection. Dans ce cas, elle recevrait une pension d'invalidité égale à 40 % du salaire moyen ayant servi de base au calcul de ses cotisations depuis l'âge d'entrée dans l'Assurance, cette pension étant toutefois réduite d'un trentième par année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée si l'assurée a été immatriculée aux Assurances sociales après l'âge de 30 ans.

D'autre part, elle bénéficierait, conformément à l'art. 10, paragr. 8, pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans, des prestations en nature de l'assurance-maladie.

Bien entendu, lorsqu'elle aurait atteint l'âge de 60 ans, elle cesserait de recevoir la pension d'invalidité qui serait remplacée par les prestations de l'assurance-vieillesse, si elle remplit les conditions pour ce faire.

Nous vous signalons en tout cas que votre cliente ne saurait continuer à cotiser aux Assurances sociales pour augmenter le montant de sa pension-vieillesse, si elle ne reprend pas le travail. En effet, le nouveau régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935 a supprimé les dispositions de la législation antérieure concernant les versements facultatifs.

9.003. — Barème des incapacités de travail des assurés sociaux

Pourriez-vous me dire où je pourrais trouver le barème utilisé pour évaluer l'incapacité de travail des assurés sociaux, et à défaut d'indications le guide barème 1919.

Si le *Concours Médical* a fait éditer ces barèmes, je vous serais très reconnaissant de m'en faire parvenir un exemplaire que je vous règlerai par versement à votre compte postal.

Dr D.

Réponse

Il n'existe pas à proprement parler un barème fixant le taux des diverses incapacités de travail en matière d'Assurances sociales. Il a été seulement dressé par un arrêté ministériel du 5 août 1933, la liste des maladies et lésions entraînant une incapacité de travail égale au moins aux deux tiers.

Pour toutes les affections et infirmités qui ne figurent pas dans cet arrêté, l'incapacité est estimée provisoirement d'après les barèmes en usage pour l'application du décret du 31 mars 1919.

L'arrêté du 5 août 1933 a dû paraître en son temps dans le *Concours Médical* et a été publié *in extenso* dans l'Agenda-Memento du Praticien de 1936. Vous pourriez aussi vous le procurer auprès du *Journal officiel.*

La gale du ciment est-elle une maladie professionnelle indemnisable ?

Sous ce titre, a paru dans le *Concours Médical* du 4 octobre 1936, page 2808, une réponse dans laquelle nous concluions que les lésions morbides causées par l'action des ciments ne rentraient pas dans la liste des maladies professionnelles bénéficiant de la protection légale. Cette note a soulevé plusieurs protestations, des lecteurs nous ayant demandé si nous n'avions pas oublié de tenir compte du décret du 12 juillet 1936.

Or, la publication de cette réponse ne concernait qu'une demande de renseignements antérieure au décret en question. Au reste, à une question portant sur le même sujet, mais survenue depuis le 12 juillet dernier, nous avions répondu en indiquant la modification législative apportée par le décret en question et l'extension de principe de la protection légale aux dermites et gales du ciment. Cette réponse a paru dans le *Concours Médical* du 6 septembre 1936, page 2606, sous le numéro 6.852.

Toutefois indiquons que le sens de la réponse incriminée n'est nullement inexact, même actuellement, car aux termes du décret du 12 juillet 1936, son entrée en vigueur n'aura lieu que six mois après sa publication qui est du 18 juillet 1936. Les gales du ciment survenant antérieurement au 19 janvier 1937 doivent donc être *indemnisées* selon la législation antérieure.

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE DE PROPAGANDE du " CONCOURS MÉDICAL "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement le *Concours Médical* pendant deux mois, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteur en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg..	70 fr.
Etudiants..........	35 fr.	Première Zone........	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone........	110 fr.

LA DÉFENSE DU MÉDECIN

PAR LA

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE (Sou Médical)

A NOS LECTEURS

Le Sou MÉDICAL est une Ligue, qui groupe tous les praticiens soucieux de défendre leurs *intérêts particuliers.* Aux Syndicats, cette Ligue ne saurait enlever leur monopole des *intérêts généraux* de la profession ; c'est pour tous les confrères un véritable devoir de donner leur adhésion à ces organismes.

Le Sou Médical n'est pas une affaire commerciale ; jamais, il n'a réalisé le plus petit bénéfice. Il vit avec les seules cotisations de ses membres, n'est subventionné par personne, ne retire aucune ressource d'une publicité quelconque. Il est sagement et prudemment administré. Ses bilans sont publiés en style clair et adoptés par l'Assemblée générale en séance publique. Tous ses membres peuvent prendre connaissance de sa comptabilité, qui est parfaitement tenue.

Si le Sou Médical a des réserves, elles sont destinées à couvrir les frais des procès en cours, et le reliquat de ces réserves est versé à la Caisse de garantie, qui couvre jusqu'à 100.000 francs les dommages-intérêts, résultant de la responsabilité professionnelle. D'autre part, le *Concours Médical* porte à 500.000 francs la garantie de ses abonnés, adhérents au Sou Médical.

La plupart des confrères, qui ont eu recours au Sou Médical sont les premiers à le reconnaître, soit par des dons généreux, s'élevant jusqu'à 5 ou 6.000 francs par an, soit par des lettres d'une reconnaissance émue.

Nous en reproduisons ci-dessous deux d'entre elles. Ce sera le meilleur témoignage en faveur de notre Ligue.

I

Monsieur le Président du Sou Médical,

Au nom du Syndicat des médecins de Loir-et-Cher, je viens exprimer au Sou Médical toute la gratitude des médecins du département, pour l'aide

efficace, morale et pécuniaire, qu'il a apportée à notre confrère le Docteur V..., dans ses revendications contre le Préfet de Loir-et-Cher, au sujet des *honoraires dus pour les assurés assistés agricoles*.

L'arrêt, que grâce au Sou, le Docteur V... a pu obtenir, déborde le cadre départemental et intéresse les praticiens de la France entière. Aussi, englobons-nous dans l'expression de notre reconnaissance, et le Docteur V... que ses premiers déboires n'ont pas rebuté, et votre Ligue qui a soutenu et encouragé notre confrère.

Veuillez agréer......

Dr MONTAGNE,
Président du Syndicat des médecins de Loir-et-Cher.

II

16 octobre 1936.

Cher Confrère,

Très ancien abonné du *Concours*, je me permets de vous signaler le fait suivant concernant la légalité de l'application systématique par l'Administration des finances du *prélèvement de* 10 %, ordonné par les décrets-lois. J'imagine, en effet, que la publication de cette lettre rendra service à beaucoup de confrères.

Je suis médecin-chef de l'hôpital civil, au traitement de 4.000 francs. A l'occasion de l'encaissement au 1er octobre du mandat trimestriel de 1.000 francs, j'avais signalé au receveur municipal que le prélèvement ne me paraissait pas devoir être appliqué ; le fonctionnaire en avait référé au Receveur des finances de l'arrondissement, qui avait répondu en en affirmant la légalité.

Quelques jours après, j'avais la chance de lire l'article publié à ce sujet dans le *Concours* du 13 septembre, et, par des indications précises que vous donniez à votre correspondant, j'avais écrit au Maire pour protester contre cette retenue. Le Maire a communiqué ma lettre au même fonctionnaire, et ce dernier donne aujourd'hui un avis diamétralement opposé au premier. Il reconnaît que la retenue de 10 % ne doit pas être appliquée.

La thèse, que vous avez soutenue, est donc reconnue exacte. Si nous n'étions pas blasés, nous pourrions peut-être nous étonner qu'un fonctionnaire de l'Administration, que l'Europe a depuis longtemps et à juste titre cessé de nous envier, donne à *quelques jours d'intervalle*, sur une question précise, *un avis différent*. Les fonctionnaires n'ont pas toujours semble-t-il le souci, comme les médecins, de préciser un diagnostic exact. Et si je n'avais pas réclamé, il est bien probable que la somme indûment perçue ne m'aurait jamais été reversée.

Croyez..... Dr M. C.

Le Sou médical est en période de pleine prospérité, ainsi que le prouvent les listes d'adhésions publiées dans le *Concours Médical*. Il groupe à ce jour 7.475 membres, et il est riche à l'heure actuelle, de deux millions quatre cent

mille francs, tant dans sa Caisse de garantie que dans ses réserves.

Outre sa garantie contre le risque de la responsabilité civile, à l'occasion des actes cliniques et thérapeutiques : 100.000, plus 400.000 pour les abonnés au *Concours Médical* : total 500.000 *francs*, — le Sou Médical prend à sa charge tous les frais de procès. De plus, il donne aux confrères embarrassés tous les conseils juridiques et contentieux, dont ils peuvent avoir besoin : loyers, affaires fiscales, soins aux assurés sociaux, accidentés du travail, pensionnés de guerre, diffamation, exercice illégal, difficultés entre confrères, etc... Cette Ligue est donc réellement autre chose qu'une Compagnie d'assurances, laquelle représente une entreprise commerciale, d'un caractère parfaitement respectable, destinée à réaliser des bénéfices.

Confrères, qui me ferez l'honneur de lire cet exposé, n'oubliez pas que pour 160 francs par an (100 francs pour le Sou médical, 60 francs pour le *Concours Médical*) vous recevez chaque semaine un journal, bien informé, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel, et que vous serez garantis jusqu'à 500.000 francs par an, sans compter les charges d'un procès, et tous conseils et appuis juridiques. Si vous le voulez bien vous trouverez plus loin (page 3331) un bulletin d'adhésion au Sou Médical.

Dr G. Fischer
Secrétaire général adjoint

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Un document intéressant

Nous recevons la lettre suivante que nous nous faisons un devoir et un plaisir de publier sans commentaires.

Dr H. Mignon.

Je reçois ce matin votre chèque de 2.250 francs pour indemnité de ma dernière maladie.

En vous en accusant réception, je tiens à vous remercier de la rapidité avec laquelle a été opéré ce règlement.

Assuré à la Mutualité Familiale depuis quelques années seulement, j'ai dû y avoir recours deux fois dans la même année ! un peu plus d'un mois au début de l'année pour mon opération d'appendicite et cette fois-ci quarante-cinq jours pour un ictère sérieux qui n'en finissait pas de guérir. Comment aurais-je pu arriver sans la Mutualité ? Et dire que lorsque l'on s'assure contre la maladie, on hésite... parce qu'à ce moment on est en bonne santé !

Enfin, cette fois-ci je crois être rétabli complètement et mon plus grand désir serait de ne plus avoir à vous envoyer de certificats de maladie d'ici de nombreuses années.

Dr J. R. (Manche).

ACCIDENTS DU TRAVAIL

9.279. — Prescription des honoraires accidents

Membre du Sou médical depuis mon installation (1920), je viens vous demander votre appui dans un recouvrement d'honoraires d'accidenté du travail. Comme il y a un an le mois prochain que la consolidation est acquise, je suis obligé, je crois, de m'adresser à un avoué avant cette date, la Compagnie d'assurances ne répondant pas à mes lettres.

Dois-je en même temps, faire assigner le patron et l'ouvrier ?

Dr D

Réponse

En matière d'accidents du travail, le médecin traitant choisi par le blessé, a contre le patron responsable, pour le payement de ses honoraires, une action qui se prescrit, comme l'action du blessé lui-même, par un an à compter, suivant les cas, du jour de l'accident, du jour de la clôture de l'enquête du Juge de paix ou du jour de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.

Cette prescription, étant d'ordre public, peut être opposée en tout état de cause.

Puisque, d'après les indications que vous nous donnez, vous vous trouvez à un mois seulement de l'échéance du délai de prescription, il convient, sans plus tarder, que vous citiez le patron responsable en payement de vos honoraires, devant le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent. Cette procédure est peu coûteuse car elle est exempte de droits de timbre et d'enregistrement.

Il est regrettable que vous ne nous ayez pas avisés de l'affaire un peu plus tôt, car nous aurions pu, alors, faire une démarche au siège de la Compagnie d'assurances et tenter de vous faire obtenir satisfaction à l'amiable et sans procédure.

9.213. — Voies de fait par un ouvrier contre un contremaître en dehors du travail

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si peut être considéré comme accident du travail le cas suivant.

Un contremaître, fait pendant les heures de travail des observations à un ouvrier. A la fin du travail, en dehors du chantier l'ouvrier tombe à bras raccourcis sur son contremaître et lui fracture une clavicule. L'Administration des Travaux publics qui est assureur refuse d'admettre cet accident comme accident du travail.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir quel est votre point de vue sur ce point.

Dr B.

Réponse

D'une manière générale, d'après la jurisprudence, la législation sur les accidents du travail s'applique à tous les accidents survenus au lieu et au temps du travail. Mais il s'agit là d'une interprétation du texte de loi qui s'exprime en réalité de manière différente et répute accident protégé tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. La formule jurisprudentielle ne doit donc pas limiter la protection légale aux seuls accidents survenus sur le lieu et pendant le temps du travail. Cette protection doit s'étendre en outre aux accidents survenus en dehors de ce temps et de ce lieu, mais pour une cause se rattachant au travail, c'est-à-dire rentrant dans la première catégorie prévue par la loi : « les accidents survenus par le fait du travail ».

Il est admis en effet par la doctrine qu'il peut se présenter des circonstances où l'accident tout en ayant sa cause dans un fait d'exploitation, survient en dehors de la surveillance et de l'autorité du patron, tout en conservant un caractère professionnel. Ainsi le Conseiller à la Cour de cassation Sachet, auteur d'un traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail, considère que le contremaître victime d'une vengeance d'un ouvrier en dehors de l'exploitation à laquelle il est attaché, doit être considéré comme victime d'un risque inhérent aux fonctions dont il est investi. La jurisprudence a été amenée d'ailleurs à se prononcer sur des cas voisins de celui-ci. Un employé de chemin de fer avait emporté chez lui, au vu et au su de ses chefs, un pétard d'alarme et avait été victime d'un accident par suite de son explosion en cherchant à le fixer à la poignée de sa lanterne. Bien que cet accident soit survenu en dehors du lieu et du temps du travail, il a été cependant considéré comme se rattachant au travail par un lien de cause à effet et permettant à l'intéressé d'invoquer la protection légale (Cour de cassation, 24 juin 1905, Dalloz périodique 1908, 1re partie, 178).

En conclusion on doit faire, en ce qui concerne les accidents du travail, la distinction suivante : 1° la cause du traumatisme et 2° le traumatisme entraînant la blessure ou la lésion. En général ces deux éléments surviennent de façon concomitante et se confondent en un seul. C'est ce qui a lieu à l'intérieur d'une usine et durant le temps du travail. Mais il peut arriver exceptionnellement qu'un fait inhérent au travail provoque un accident après l'écoulement d'un certain temps et lorsque le travail lui-même a pris fin. L'accident ne doit pas pour cela cesser d'être garanti par la loi, à l'inverse de ce que paraît croire en l'espèce la Compagnie d'assurances. Nous conseillons donc à votre client de ne pas

s'incliner devant le refus qui lui est opposé et de faire valoir ses droits en poursuivant son chef d'entreprise devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident, afin de faire reconnaître l'applicabilité de la législation sur les risques professionnels.

9.147. — Accident survenu à un homme travaillant à la tâche

Vieil abonné du *Concours*, membre du Sou Médical, je viens une fois de plus faire appel à vos conseils.

En 1931 j'occupais deux jours par mois à raison de 15 francs par jour, un homme âgé de 70 ans, employé également dans plusieurs maisons quelques jours par mois. Le 4 mai 1931 cet homme en coupant du bois pour le chauffage eut un œil abîmé par un éclat de bois (plaie de la cornée, suppuration de la chambre antérieure) et comme conséquence définitive taie avec diminution d'environ 20 % de l'acuité visuelle de l'œil atteint.

En raison du peu de temps qu'il était occupé (deux jours par mois), je ne l'avais pas assuré. Lors de l'accident précité, j'ai payé les frais d'hôpital et lui ai payé ses journées d'incapacité. J'ai fait ma declaration à la Mairie.

A sa sortie de l'hôpital, cet homme a continué à faire des journées chez moi et ailleurs. Il n'y eut jamais d'autres suites. Actuellement il à 76 ans, il travaille toujours comme journalier avec une activité réduite par son âge. Il ne m'a jamais fait allusion à quoi que ce soit. Mais je voudrais savoir, si cet homme qui va être obligé de s'arrêter de travailler du fait de son âge pourrait cinq ans après essayer de me demander une rente arguant de ce vieil accident.

Dr M.

Réponse

Les dispositions protectrices de la législation sur les accidents du travail ne peuvent s'appliquer, en principe, que si l'on se trouve en présence de deux parties liées, entre elles, par un contrat de louage de services. La jurisprudence a reconnu, à maintes reprises, que l'existence d'un contrat de cette nature était la condition essentielle de l'applicabilité de la protection légale. Or, en l'espèce, il semble bien que l'on se trouvait, non pas en face d'un contrat de travail ordinaire, mais d'un simple contrat de louage d'ouvrage et que l'homme que vous employiez effectuait son travail en pleine indépendance technique.

D'un autre côté, en admettant même que la législation sur le risque professionnel ait été applicable en l'espèce, et que l'intéressé ait été en droit de vous demander le versement des indemnités légales, il se trouverait, à l'heure actuelle, dénué de tout droit à votre égard puisque, aux termes de l'article 19 de la loi du 9 avril

Voir la suite page XXXV-3325

PROPOS DU JOUR

CHARLATANISME MÉDICAL ET MALADIES VÉNÉRIENNES

Un de nos lecteurs nous a adressé en juillet dernier plusieurs numéros d'un organe corporatif, que son titre àlui seul rend très respectable où, sous la rubrique: *Chronique médicale*, un docteur en médecine *français*, après avoir succinctement exposé les dangers que font courir les maladies vénériennes, indique, en donnant son nom et son adresse, qu'il se met à la disposition de ce genre de malades ; il y ajoute son tarif à forfait pour le traitement de ces affections. A la fin de l'article nous avons relevé cette perle à l'adresse des malades suspects de blennorragie qui auraient envie de recourir à ses soins :

Lui envoyer la goutte pour aller plus vite (sic).

Nous avons cru devoir relever cette publicité charlatanesque :

1° Parce qu'elle est publiée dans un journal corporatif honorable et dont le titre seul nous paraît devoir inspirer confiance à tous ses lecteurs ;

2° Parce que cette publicité cynique constitue un danger manifeste pour la santé publique ;

3° Parce qu'elle porte atteinte au bon renom de dignité et de conscience du Corps médical ;

4° Parce que des articles de ce genre, publiés dans des journaux sérieux, sous le titre *Chronique médicale*, tendraient à déconsidérer les journalistes médicaux très distingués et très honorables qui rédigent dans les journaux les plus importants de la grande presse des revues d'hygiène ou de médecine scientifique. Ces revues sagement pensées ou écrites, en éclairant le public, ne peuvent que servir la réputation et même les intérêts bien compris des médecins praticiens.

Après avoir exposé l'article de publicité en question, nous avions ajouté :

Qu'en pense la Ligue nationale française contre le Péril vénérien ?

Or la Ligue est loin de se désintéresser de cette question et son très distingué directeur général, M. le Docteur Sicard de Plauzoles, a bien voulu nous écrire à ce sujet :

« La Ligue nationale française contre le Péril vénérien pense que les Pouvoirs publics ne sont pas suffisamment armés pour la répression du charlatanisme médical. Notre président, M. le Docteur Queyrat, avait rédigé et fait adopter par la *Commission de prophylaxie des maladies vénériennes*, en juin 1927, un projet de loi qui attend toujours que les ministres de la Santé publique le déposent sur le Bureau de la Chambre. »

Et M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue, pour bien nous montrer quelle est la vigilance de cette dernière, joint à sa lettre le numéro de mai 1936 de la revue « *La prophylaxie des maladies vénériennes* », organe officiel de la Ligue, où est publiée la réédition de ce projet de loi.

Voilà encore un bel exemple de la carence gouvernementale et parlementaire, lorsqu'il s'agit de projets de loi d'un intérêt social et sanitaire de premier ordre, qui malheureusement ne peuvent pas être exploités à des fins politiques et électorales.

Nous pourrions rappeler les projets de loi sur l'inspection médicale des Ecoles, qui s'échelonnent sans interruption depuis Condorcet et Robespierre jusqu'à nos jours ; ceux ayant trait à l'exercice de la pharmacie encore réglementé par la loi du 21 germinal, an XI, (11 avril 1803), et bien d'autres encore.

Comme c'est à force de signaler les méfaits de la négligence et de l'indifférence des Parlementaires qu'on a quelque chance d'attirer l'attention sur des réformes urgentes d'utilité publique, nous croyons nécessaire d'analyser à notre tour l'exposé des motifs qui précède le projet de loi portant répression du charlatanisme concernant les maladies vénériennes, adopté par la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes dans sa séance du 20 juillet 1927 sur rapport de MM. Queyrat et Pfeiffer.

Tout d'abord la Commission rappelle qu'elle a déjà adopté, sur le rapport du sénateur Poulle, un projet de loi concernant la communication d'une maladie vénérienne, (17 déc. 1924) ; qu'elle a le 1er avril 1925 adopté un projet de loi, proposé par M. le président Le Poittevin, concernant la prostitution et la prophylaxie des maladies vénériennes ; elle croit que, pour couronner et compléter ses efforts, il est nécessaire de s'occuper de la répression du char-

latanisme médical et pharmaceutique concernant les maladies vénériennes.

L'exploitation de la crédulité publique sur ce point revêt les formes les plus diverses : avis, annonces insérées dans les journaux ou périodiques, écrits, imprimés, prospectus, dessins, chansons, timbres, images cinématographiques, affiches, étiquettes, etc., etc.

Les auteurs du projet de loi font remarquer que les insertions dans les journaux et les publications ont pris dans ces dernières années une extension considérable et sont l'objet d'un commerce très lucratif, puisque tous les grands journaux quotidiens et la plupart des journaux hebdomadaires dits amusants insèrent ces annonces où les maladies sont souvent désignées par leur nom. Ajoutons la distribution de réclames dans les rues, l'apposition d'affiches, qui naguère encombraient les édicules et qu'on est parvenu à faire disparaître, tout au moins à Paris.

On a proposé de réprimer ce charlatanisme en lui appliquant les peines prévues par la loi du 2 août 1882, modifiée par celle du 7 avril 1908, qui s'appliquent au délit d'outrages aux bonnes mœurs, mais si les charlatans usent des mêmes procédés de publicité, il est difficile d'assimiler le texte de la plupart de leurs annonces à celles qui constituent un outrage aux mœurs.

On a proposé d'appliquer les textes de l'article 36 de la loi de germinal an XI, qui réglemente encore l'exercice de la pharmacie et qui interdit la vente et la délivrance de remèdes secrets. Mais le plus souvent cet article serait inapplicable en l'espèce.

Il serait donc nécessaire d'obtenir une loi nouvelle réprimant le délit de charlatanisme en matière de maladies vénériennes, loi analogue à celles qui sont appliquées en Angleterre et en Allemagne.

Mais ces lois sont loin d'être parfaites. La loi anglaise donne une longue énumération des cas qui tombent sous le coup de la répression. Or l'imagination ingénieuse des charlatans leur permet certainement de trouver des formules, qui ne sont pas prévues par la loi. La loi allemande au contraire se borne à viser les écrits, les images et les démonstrations destinées à assurer ce genre de publicité ; elle ne réprime pas tous les procédés publicitaires.

Le projet de loi proposé par la *Commission de prophylaxie des maladies vénériennes* n'est ni énumératif, ni limitatif, et s'efforce de viser tous procédés de publicité, quels qu'ils soient. Il prévoit les cas où les charlatans distribueraient au public des journaux ou périodiques, ayant l'apparence de publications exclusivement médicales pour que leur publicité spéciale échappât à la répression de la loi, tout en en exceptant les moyens légitimes, qui servent à mettre en garde contre le péril vénérien.

D'ailleurs voici le texte du projet qui date de dix ans mais est plus que jamais d'actualité :

PROJET DE LOI

Article premier. — Sera puni d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 5.000 à 25.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque aura, au moyen de tout procédé de publicité, quel qu'il soit, directement ou indirectement, proposé ou indiqué un traitement, un remède ou des soins quelconques destinés à prévenir, traiter, soulager, améliorer ou guérir les maladies vénériennes.

Art. 2. — Seront punis de la même peine ceux qui auront exposé sur la voie publique ou dans les lieux publics des médicaments ou instruments destinés au traitement des maladies vénériennes.

Art. 3. — Sont exceptés des dispositions de la présente loi :

1° Les avis, annonces ou toutes autres indications insérés dans les journaux ou publications, périodiques ou non, de médecine ou de pharmacie, sauf le cas où les dits journaux et publications parviendraient gratuitement à des personnes n'exerçant pas la profession de docteur en médecine, de pharmacien, chirurgien, dentiste ou sage-femme ;

2° Les indications de services ou de consultations affichées à la porte des hôpitaux, des dispensaires dépendant d'œuvres reconnues d'utilité publique ou poursuivant un but désintéressé, et au domicile des médecins ;

3° Les moyens de publicité utilisés par les autorités publiques ou les œuvres reconnues d'utilité publique.

Art. 4. — Les objets ayant servi à commettre le délit seront saisis. La destruction en sera ordonnée par le jugement de condamnation.

Art. 5. — Les peines pourront être portées au double si le délit a été commis envers des mineurs.

Art. 6. — L'article 463 du Code pénal sera applicable aux délits prévus par la présente loi en ce qui concerne la peine d'emprisonnement seulement.

Art. 7. — Sera considéré comme étant en état de récidive légale quiconque ayant été condamné par application de la présente loi aura, dans les cinq ans qui suivront la date à laquelle cette condamnation sera devenue définitive, commis un nouveau délit tombant sous l'application de la présente loi.

Au cas de récidive, la peine d'emprisonnement devra être appliquée.

Il y aurait bien quelques réserves de détails à faire sur ce projet ; peut-être pourrait-il prévoir d'une façon explicite par un article spécial le cas où un médecin diplômé se livrerait à la publicité incriminée, comme dans la chronique que nous avons visée ? S'il existait un Ordre des médecins, le cas ne serait pas à prévoir, car il entrerait tout naturellement dans le domaine du Conseil de l'Ordre, mais, en attendant, il nous paraît nécessaire d'attirer sur ce point l'attention du Ministère de la Santé publique et nous devons remercier la *Ligue nationale française contre le Péril vénérien* de reprendre ce projet de loi de pure salubrité publique, qu'en dix ans aucun Gouvernement n'a eu le courage de faire voter par le Parlement.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ACQUISE

Par le Professeur H. Gougerot

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Il est impossible de proposer un traitement unique s'appliquant à tous les syphilitiques, et, au contraire, il est nécessaire de varier le traitement, suivant le « terrain » de chaque malade.

***

I. — L'arsenal thérapeutique

Si l'on met à part l'iode et les iodures qui sont des médicaments de complément, le zinc, l'or, etc., qui ne servent qu'exceptionnellement et chez les syphilitiques *résistants*, — l'arsenal antisyphilitique renferme trois médicaments principaux : arsenic, bismuth, mercure.

On est d'accord pour admettre qu'au point de vue de l'efficacité immédiate et de la rapidité d'action, les trois médicaments se classent dans l'ordre suivant : As, Bi, Hg, et le plus souvent nous usons des cures plurimédicamenteuses, en insistant sur la nécessité des arrêts courts de 21 à 28 jours.

De même que le mercure, les iodures et iodiques sont à conserver, même en cette période arséno-bismuthique, non pas seuls, mais associés à As, Bi, Hg.

De plusieurs côtés et surtout sous l'influence de Levaditi, à la suite de la découverte inattendue du pouvoir antisyphilitique du Bi, on a réétudié les corps voisins d'As, Bi, Hg, et toute une série de corps nouveaux. Plusieurs ont une action antisyphilitique indiscutable, mais moindre que celle d'As, Bi, Hg, par conséquent leur emploi n'est pas courant à l'heure actuelle et ne s'adresse qu'à des exceptions :

Malades polyrésistants aux médications habituelles As, Bi, Hg.

Malades polyintolérants.

Mais je suis de ceux qui croient une erreur cet emploi exceptionnel ; je pense que l'on a intérêt à enrichir les cures pluri-médicamenteuses et de plus en plus, *j'associe aux cures As, Bi, Hg*, surtout *dans leurs intervalles*, donc pendant les « arrêts », d'autres antisyphilitiques : or (Levaditi), surtout s'il y a tuberculose ; zinc (Gréco) ; gallium (Levaditi) ; vanadium (Levaditi), etc.

La pyrétothérapie, surtout sous la forme de malariathérapie, ne doit plus être une méthode d'exception réservée aux P. G. P. avancées. Dès qu'une syphilis viscérale ou humorale, donc un simple B. W. irréductible [s'il n'est pas dû à un trouble humoral sans syphilis en activité (1)] ou un trouble latent du liquide céphalo-rachidien [syphilis préclinique de Ravaut (2)] résistent plus de deux ans aux chimiothérapies As, Bi, Hg, Ki, etc., et, dans les cas urgents, si en six mois As, Bi, Hg n'ont pas obtenu une amélioration décisive, il faut impaluder sans tarder.

Que l'on emploie la malaria ou n'importe quelle pyrétothérapie, la plupart des auteurs, avec Wagner von Jauregg (et notre expérience indépendamment d'eux, confirme ces auteurs), exigent la chimiothérapie, As si possible ou iodoquinate de Bi, après un arrêt aussi court que possible, dix à quinze jours après le dernier accès fébrile, et réclament des cures répétées prolongées comme dans les syphilis graves ; car, avec Dujardin, nous croyons que la malaria agit surtout en modifiant la syphilis, en la transformant, de syphilis quaternaire ou anallergique, en syphilis tertiaire ou allergique, c'est-à-dire sensible à As et Bi.

---

(1) Gougerot et Ragu. — *Société de Dermatologie, de Strasbourg*, 7 mai 1932, et *Presse Médicale*, 29 octobre 1932, p. 1631.

(2) P. Ravaut. — Voir notamment sa remarquable monographie du *Monde Médical*, la ponction lombaire, etc., n° 771 du 1er juin 1930 et 15 juillet 1932, p. 781, et son récent livre « une nouvelle syphilis nerveuse, ses formes cliniquement inapparentes » (chez Masson, 1934).

De plus en plus, nous attachons d'importance à la défense cutanée chez le syphilitique, autrement dit et depuis longtemps, nous groupons les faits suivants :

1° Raoul Bernard (1) oppose, en des statistiques impressionnantes, les syphilitiques porteurs de chancre (*avec B.-W.* +), traités avant la roséole, et les syphilitiques traités après la roséole ; les premiers à traitement égal, semblent avoir une évolution moins favorable de leur syphilis que les seconds. R. Bernard, Dujardin en concluent que, chez les seconds, l'immunisation spontanée s'est faite par l'éruption et que la roséole a permis une défense utile, donc que devant un syphilitique primaire ayant un B. W. positif, il vaut mieux (si l'on néglige le danger social des contagions possibles) attendre cette immunisation spontanée par la roséole ;

2° Ravaut (2), puis Buschke et Freymann et de nombreux auteurs, nous-même, avons montré le rôle souvent atténuateur de l'érythrodermie arsénobenzolique sur la syphilis ;

3° Depuis longtemps, nous avons remarqué que les syphilitiques porteurs d'une grande dermatose passagère (eczéma aigu) ou chronique, semblaient avoir une évolution plus bénigne de leur syphilis comme si l'irritation cutanée favorisait la défense et l'immunisation par la peau.

4° Montpellier (d'Alger) explique l'action spéciale dermotrope, donc bénigne, des syphilis nord-africaines, entre autres facteurs, par le, irritations cutanées multiples des indigènes leur malpropreté et leurs nombreuses dermatoses.

5° De nombreux auteurs, Hauptmann, Hesse, Breiger, etc., expliquent l'évolution dermotrope, donc la bénignité des syphilis exotiques, par l'insolation du tégument. On connaît les essais de traitement des B. W. irréductibles par les ultraviolets, seuls ou associés à l'autohémothérapie, (Edmond Rajka et Ernest Radurai) et les observations si curieuses de P. Fernet, Roberti et Odinet (*Société de Dermatologie*, 10 décembre 1931).

On voit l'intérêt considérable de tous ces faits, car s'ils se confirment, il en découlera des sanctions pratiques importantes.

Si l'immunisation « spécifique », c'est-à-dire par la roséole, est utile, il faudra attendre l'éruption secondaire avant de commencer le traitement.

Si les immunisations non-spécifiques [irritations cutanées par le soleil, ultraviolets, frictions (1), etc.] peuvent remplacer l'immunisation par la roséole, on pourra, d'une part, ne pas attendre la syphilis secondaire, et, d'autre part, à toutes les époques de la syphilis on devra associer les « irritations » cutanées afin de réaliser l'immunisation par la peau.

* * *

II. — Indications et contre-indications

Arsenic

Indications. — Les divergences sont nombreuses. Provisoirement, nous divisons les indications en impératives et facultatives.

I. Jusqu'à plus ample informé, c'est-à-dire jusqu'à démonstration de l'égalité du Bi et As, et sauf intolérance, nous croyons *indispensable* de faire de l'As dans :

1° *Syphilis primaire avant que le B. W. devienne positif, donc dans les quinze premiers jours.*

2° *Traitement prophylactique* ;

3° *Syphilis urgente qui détruit*, etc., par exemple syphilis maligne et syphilis, qui ronge une paupière, qui creuse.

4° *Grossesse* ;

5° *Syphilis active intolérante aux autres médicaments* (bouche en mauvais état, etc.) ;

6° *Syphilis « résistantes » (cliniques ou sérologiques) rebelles* aux autres médications ;

7° *Syphilis récidivant* sans cesse, malgré les autres cures ;

8° *Diagnostics douteux et urgents*, par exemple, lésion de la langue, pour laquelle on doit décider d'une opération ;

9° *Syphilis dangereuse socialement*, et qu'il importe de rendre non-contagieuse dans le minimum de temps : par exemple prostituée, mari n'ayant pas encore contaminé sa femme, etc.

II. **Facultativement**. Nous employons souvent les arsenicaux chez des malades sans tares, avant la cinquantaine, atteints de chancre avec B.-W. +), syphilis secondaires, syphilis tertiaires, etc.

Contre-indications. — Les divergences

(1) Raoul Bernard. — *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de Saint-Louis*, mai 1932, n° 13, p. 1, et Gougerot, *ibid.*, n° 13, p. 36.
Raoul Bernard,. — *Société belge de Dermatologie*, avril 1925, *in Bruxelles-Médical*, 19 juillet 1935.
(2) De l'importance des traitements internes en dermatologie, *Presse médicale*, 28 janvier 1920, n° 3).

(1) Ce serait l'explication de l'excellence des frictions mercurielles qui avaient tant de vogue autrefois, et qui seraient à reprendre systématiquement.

s'apaisent. Nous croyons pouvoir réduire la douzaine des contre-indications d'Ehrlich à trois contre-indications :

1° *Mauvais état viscéral, surtout du foie,* de la *surrénale,* des reins, du myocarde, etc., jugé par l'examen clinique et biologique ; en pratique, urobilinurie, pression artérielle, albuminurie, azotémie ; d'où la contre-indication fréquente chez les viscéraux, diabétiques, alcooliques, etc., et chez les sujets dépassant la cinquantaine ;

2° *Etat hémogénique et tendance aux hémorragies* : purpura, etc., qui est d'après nous une contre-indication formelle ;

3° *Etat de sensibilisation ou anaphylaxie,* surtout l'encéphalite et l'érythrodermie, qui sont d'après nous des contre-indications absolues même de longues années plus tard.

Certains ajoutent une quatrième contre-indication : les névrites optiques et acoustiques.

Bismuth

INDICATIONS. — Elles sont très étendues :

1° Toutes les syphilis en activité, que le Bi soit employé seul ou associé à As.

2° Syphilis rebelles cliniquement et humoralement aux autres médicaments (B. W. irréductibles, liquide céphalo-rachidien anormal, etc.), en particulier les syphilis arséno-résistantes et nos *demi*-arséno-résistants ;

3° Syphilis arséno-récidivantes ;

4° Syphilis intolérantes à As et Hg ;

5° Traitement de complément, lorsque l'As ou Hg sont donnés à doses insuffisantes ;

6° Traitement de consolidation et d'assurance contre la maladie.

CONTRE-INDICATIONS. — Elles sont très réduites et moindres que celles de l'As :

1° Mauvais état de la bouche (mais il suffit de remettre la denture et les gencives en état) ;

2° Coquetterie gingivale ;

3° Mauvais état viscéral, surtout des reins (les fragiles viscéraux et surtout les hépatiques, les surrénaux, les purpuriques tolèrent mieux Bi qu'As) ;

4° Mauvais état général, anémie, tuberculose ;

5° Bismutho-résistance et bismutho-récidive ;

6° Intolérants au bismuth par sensibilisation ou anaphylaxie ;

7° Impossibilités locales : abcès fessiers, etc.

Mercure

INDICATIONS. — Les indications du mercure sont toujours nombreuses :

1° Syphilis rebelles, cliniquement ou humoralement, aux autres traitements ;

2° Syphilis arséno- et bismutho-récidivantes ;

3° Syphilis intolérantes aux autres médicaments ;

4° Traitement de complément, lorsque As et Bi sont injectés à doses insuffisantes ;

5° Traitement de consolidation et d'assurance contre la maladie ;

et surtout :

6° *Syphilis nerveuses,* en particulier les *névrites,* avant, avec ou après As et Bi ou seul ;

7° *Syphilis oculaires* (surtout en cures prolongées de deux à six mois et même continues d'Abadie) ;

8° *Syphilis aortiques* ;

9° *Syphilis rénales,* c'est le traitement de choix, le cyanure est mieux toléré que As et Bi ;

10° *Syphilis hépatiques,* c'est le traitement de choix, car l'on se souvient que le cyanure est un excellent diurétique rénal dans l'ascite et les œdèmes ;

11° *Syphilis gastriques* (Leven) (1). ;

12° Brocq, Ravaut, Bernes, etc., ajoutent une dernière indication, le début de toute cure d'attaque.

CONTRE-INDICATIONS. — Elles sont rares :

1° Mauvais état de la bouche et stomatite ;

2° Mauvais état viscéral bien que le cyanure soit le mieux toléré par le rein et le foie des trois médicaments As, Bi, Hg ;

3° Mauvais état général, bien que le mercure soit moins anémiant que le bismuth ;

4° Hydrargyro-résistance et hydrargyro-récidive ;

5° Intolérance par sensibilisation ou anaphylaxie ;

6° Enfin, spécialement pour le cyanure, tendance à l'entérite, diarrhée, etc., surtout chez anciens coloniaux.

***

III. — CONDUITE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT

Depuis « presque toujours » je divise le traitement de la syphilis en trois périodes, et la vie du syphilitique en cinq phases.

Première période du traitement

Traitement d'attaque pour faire disparaître les accidents cliniques et humoraux (séro-réaction de B.-W., troubles du liquide céphalo-rachidien), quelle que soit la période de la syphilis, qu'elle soit récente ou ancienne ; mais il faut graduer

(1) LEVEN fait ce traitement avec des suppositoires mercuriels et de l'iodure buccal.

l'intensité de ces traitements d'après la résistance ou la tolérance de chaque malade : le même traitement ne peut, en effet, s'appliquer à un jeune homme sans tares organiques atteint de chancre et à un diabétique, dont les reins et le foie sont insuffisants. Ce traitement doit être continué jusqu'à disparition de tous les accidents cliniques et humoraux et dure en moyenne un an ; c'est le plus important de tous à le bien conduire, car, de lui, dépend l'avenir du syphilitique.

Ce traitement d'attaque sera :

— Aussi *précoce* que le permettra le diagnostic ;

— Aussi *intense* que le permettront la *tolérance du malade et sa résistance* ;

— *Aussi énergique pour une syphilis bénigne que pour une syphilis maligne.*

— Il atteint des doses suffisantes, et nous calculons la dose idéale d'après le poids du malade ; par exemple 0 mgr. 015 par kilogramme de poids de malade pour les 914, sulfarsénol, etc.

Mais il faut éviter les chocs inutiles : autant une dose massive d'emblée est nécessaire et importante au début de la syphilis, autant elle devient inutile et peut-être même nocive lorsque la syphilis est généralisée : en ce cas, beaucoup commencent la cure par quelques injections de cyanure d'Hg, afin d'éviter tout choc.

— Il ne faut pas trop espacer les injections, afin de ne pas laisser le virus sans attaque, et nous répétons la règle d'espacer d'un jour par 0 cgr. 15 de 914.

— Il sera *adapté aux réactions du malade*, qui sera *très minutieusement surveillé*, examiné et interrogé avant chaque nouvelle injection.

— Il cherchera à combiner, *associer* ou *alterner* les *meilleures médications* : arsenic, bismuth, mercure, iode, soufre, etc.

Type de traitement d'attaque. — Le plus souvent nous faisons cinq cures en environ une année :

— Première cure : arsénobenzène avec si possible bismuth.

— Deuxième cure : arsénobenzène avec mercure ou bismuth.

— Troisième cure : bismuth.

— Quatrième cure : mercure ou bismuth.

— Cinquième cure : arsénobenzène ou bismuth ou mercure suivant l'efficacité.

Et entre les cures des arrêts courts de vingt jours.

Ce traitement ne peut s'appliquer qu'à des malades tolérants à l'arsenic, l'arsenic sera donné par voie veineuse si possible, parce qu'elle est indolente, mais la voie musculaire est possible avec le sulfarsénol, le triluès, l'arsénomyl, etc... Comment réaliser ces cures ?

Première cure (As + Bi). — Elle variera suivant les cas, suivant la période de la syphilis et suivant le terrain du malade.

1° *Pour les syphilis en activité* « urgentes », surtout pour le *chancre avant le quinzième jour* (1), c'est-à-dire en période de B.-W. encore négatif :

Ou la technique de Milian, 0,45, 0,60 à 0,75, 0,90, 1,05 tous les cinq jours, etc.

Ou la modification que Marcel Pinard et nous-même avons proposée à la technique américaine de Politzer et Ormsby : faire le premier jour 0,15 afin de tâter la tolérance, et dès le lendemain, si cette dose de 0,15 a été supportée, 0,90 et de sept jours en sept jours, 0,90 ou même 1,05 jusqu'à totaliser 7 grammes (2). Comme il sera indiqué ci-dessous, nous intercalons, avec Ravaut, une fois par semaine une injection musculaire de Bi ;

2° Pour les *syphilis en activité sans urgence* (syphilis primaires avec B. W. positifs, syphilis secondaires, syphilis tertiaires) technique de Leredde, 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, 0,90 (= 0,015 par kilogramme), etc., en essayant de totaliser, sauf intolérance, 6 grammes (0 gr. 10 par kilogramme). Là encore nous intercalons une injection intramusculaire de Bi par semaine, mais seulement après 0,60 (pour deux raisons afin de juger si l'arsenic est bien toléré et si la syphilis est arséno-résistante).

Deuxième cure (As + Hg). — Pour les arsénobenzènes, elle se calquera sur la première cure.

Le mercure associé sera : ou du cyanure d'Hg, veineux si possible (ou musculaire), tous les jours ou tous les deux jours (0 cgr. 01 à 0 cgr. 02), ou une injection musculaire fessière hebdomadaire de 0 cgr. 08 d'amalgame de mercure et d'argent (arqueritol, sfeol, etc.), ou mieux de 0,05 à 0,15 de calomel si le malade peut le tolérer.

Troisième cure (Bismuth). — Sauf exception, la dose calculée en *bi-métal* est à chaque injection bi-hebdomadaire de 0 mgr. 001 à 0,0013, rarement 0,002 par kilogramme de malade, et la dose totale en une cure ou deux demi-cures est douze fois plus grande, soit 0,012 à 0,016 par kilogramme. L'espacement est de trois à quatre jours, donc injection deux fois par semaine. Parfois on n'injecte qu'une fois par semaine en doublant la dose.

Le plus souvent nous faisons :

La cure habituelle de douze injections musculaires fessières deux fois par semaine de camphocarbonate oléo-soluble ou de Bismuth métal (amphomuth, etc.) (2 centimètres cubes de la solution à 4 % de bi-métal), ou d'iodoquinate de Bi (2 à 3 centimètres cubes en suspension huileuse).

(1) Jules Renault, dans l'hérédo-syphilis urgente, a préconisé cette technique de la dose maxima d'emblée, 0 mgr. 015 par poids d'enfant.

(2) Si le malade pèse 70 kilogrammes.

Sauf contre-indication, nous faisons la onzième et douzième injection avec 3 centimètres cubes de curualuès ou de muthanol, afin de prolonger l'action du Bi pendant l'arrêt.

Quatrième cure : Mercure (ou bismuth). — Injections veineuses [ou musculaires (1)] de cyanure ou oxycyanure d'Hg tous les jours ou tous les deux jours, de 0 cgr. 01 à 0,02 pendant quatre semaines lorsqu'il y a urgence ; ou, en cas d'intolérance au cyanure (diarrhée, etc.), dose double de benzoate, de bibromure, de biiodure d'Hg.

Ou six injections musculaires fessières, une fois par semaine de 0,08 centigrammes d'huile grise argentique (2) ou de calomel lorsqu'il n'y a pas urgence.

Cinquième cure : arsénobenzène seul (comme à la première et deuxième cure) ou bismuth ou mercure (comme à la quatrième cure) en choisissant celui des trois médicaments, que la clinique et la sérologie auront montré le plus actif.

Il est d'autres types de traitement d'attaque — soit alterner à la façon de Milian les cures : arsénobenzol, bismuth, arsenobenzol, mercure, arsénobenzol, etc., — soit faire du bismuth seul en cures de 12 injections séparées par des entr'actes de 21 à 28 jours, soit du mercure seul en cures discontinues avec entr'actes de 21 à 28 jours, soit le cyanure en cures continues, c'est-à-dire sans arrêt à la façon d'Abadie.

Deuxième période de la vie du syphilitique

Traitement de consolidation. — La disparition des signes cliniques et humoraux étant obtenue, nous continuons le traitement afin de consolider ces résultats et éviter les récidives.

Les directives sont :

1° Faire l'éducation du malade afin qu'il comprenne la nécessité de ce traitement, même si les B. W. sont négatifs ;

2° S'assurer que le traitement d'attaque (première période) a été suffisant, sinon le compléter ;

3° Faire ce traitement plus ou moins intense et prolongé d'après la gravité de la syphilis et la date du début du traitement d''attaque.

4° Nous conseillons habituellement dans les syphilis récentes :

12 Bi en avril-mai, et octobre-novembre.

6 Hg en janvier et juillet (donc avec des arrêts de quarante-cinq à cinquante jours), en réalité ces arrêts sont moindres, car les dernières injections ne s'éliminent que lentement, et l'imprégnation continue.

Au contraire, dans les syphilis anciennes, le mercure est souvent préférable, notamment la tactique des « trois-dix » : chaque mois, du 1er au 10, mercure ; du 11 au 20, iodure ; du 21 au 31, médication utile « au terrain » du syphilitique : ail ou phosphore, etc. ;

5° On remarquera que contrairement à certains de nos collègues, nous ne faisons plus d'arsenic, car, à cette période, il n'y a plus l'espoir d'un meilleur résultat qu'avec Hg et bismuth, et il ne reste que le risque d'accident arsenical ;

6° Entre chaque cure trimestrielle, on fera le contrôle clinique et sérologique comme pendant le traitement d'attaque ;

7° Nous associons si possible deux fois par an « la défense cutanée ».

Troisième phase de la vie du syphilitique

Période d'observation de huit mois. — Après ce traitement de consolidation, nous arrêtons les cures et conseillons une *période d'observation.*

Aucune méthode ne donnant la certitude absolue de guérison, nous associons les meilleurs critères, au lieu de les opposer.

Avec Milian nous réclamons donc une réactivation du B.-W. sanguin.

Suivant les travaux français (confirmés à l'étranger et adoptés sous une autre forme par la Société des Nations) nous ne nous contentons pas du seul B.-W., mais nous employons systématiquement notre triade de B.-W. : 1° B.-W. classique ; 2° B.-W. Desmoulière (ou Harrison Wyler ou Sordelli-Miravent) ; 3° réaction de floculation (de Kahn).

Avec Paul Ravaut nous exigeons la ponction lombaire ; car Ravaut a, par des statistiques très précises, accumulées depuis de longues années, montré que le moment optimum de la *ponction lombaire* est, vers la fin de la troisième année ou le début de la quatrième année, ce qui correspond à la fin du traitement de consolidation, au moment décisif où l'on peut ralentir le traitement.

Enfin avec A. Vernes, nous adoptons le délai d'observation de huit mois.

Quatrième période de la vie du syphilitique
Traitement d'assurance contre la maladie

Nous tenons toujours le malade au courant des divergences de doctrine, nous le mettons devant sa responsabilité et nous lui donnons à choisir entre l'arrêt de tout traitement, qui comporte un risque exceptionnel de récidive, et le traitement d'assurance en le lui conseillant.

Cette rigueur étant discutée et « compliquant » le traitement de la syphilis, il est indispensable de résumer nos arguments :

1° *Observations de récidives,* ou de *contamination conjugale,* ou de *transmission héréditaire*

(1) Plusieurs spécialités avec anesthésiques sont bien tolérées : novargyre de Guillaumin, etc.

(2) L'amalgame d'Hg et As est à notre avis supérieur à l'ancienne huile grise, il est surtout mieux résorbé ; plusieurs spécialités contenant des anesthésiques sont bien tolérées : Arquéritol de Lesure, Sféol de Canonne, etc.

(Noiré, etc.) chez des malades n'ayant pas répété les cures au delà des cinq premières années ; c'est donc que les traitements de deux à quatre ans et les meilleurs critères actuels peuvent être insuffisants ;

2° *Les statistiques d'A. Fournier* prouvant que la période dangereuse de *l'éclosion des syphilis nerveuses s'étend de la cinquième année à la quinzième année* : 87 p. 100 des P. G. P. apparaissent de la sixième à la quinzième année avec un maximum vers la dixième année ;

3° *Gravité des récidives et souvent même leur irréductibilité* : car certains de nos contradicteurs répètent : laissez venir la récidive, il sera toujours temps de l'arrêter ; or, des aortites, des tabès, des P. G. P., des ictus, etc. (sans parler de la mort subite) sont toujours graves, parfois même pour la P. G. P., impossibles à arrêter, et il est lamentable de laisser se commettre des dégâts alors qu'on peut les prévenir ;

4° *L'innocuité des traitements surveillés de bismuth et de mercure.* Jamais nous n'avons observé d'accidents importants et durables, mais nous rappelons que ces traitements sont à base de Bi, Hg, Ki, et sauf exception, *sans* As.

5° Au contraire, ce traitement prolongé nous a mis à l'abri des récidives de la syphilis, et nous nous élevons non moins vigoureusement contre ceux qui le prétendent inefficace.

En résumé, tant que nous n'aurons pas de critère de guérison absolue (1), ou de signes avertisseurs sûrs de récidive, nous conseillons le traitement de sûreté, même si le syphilitique paraît guéri.

Modalités du traitement d'assurance contre la maladie.

Il s'atténuera progressivement de la troisième (ou *cinquième) à la vingtième année.*

Nous le commencerons aussitôt après l'arrêt des huit mois de la période d'observation.

De la troisième (ou cinquième) année à la dixième année nous ordonnons :

Deux cures, au printemps et à l'automne — avril et octobre par exemple — de douze injections musculaires de bismuth (les deux dernières injections étant faites avec 3 centimètres cubes de bismuth insoluble).

Deux cures mercurielles aux trimestres d'hiver et d'été (janvier et juillet par exemple), si possible sous forme d'injections, six injections musculaires fessières une fois par semaine, de 0 gr. 08 d'huile grise argentique, ou à défaut d'injections, des frictions, des suppositoires (ou calomel buccal).

L'iodure sera utile associé au mercure : 2 à 4 gr., d'iodure de potassium par jour, pendant toute la cure de mercure.

Nous ordonnons, *de la onzième à la vingtième année*, deux cures : cure printanière (en avril) et automnale (octobre) de six à douze injections fessières, deux fois par semaine, de bismuth, et aux trimestres d'hiver (janvier) et d'été (juillet), cure mercurielle *sans injection* : ou frictions comme ci-dessus, ou suppositores mercuriels, ou calomel buccal (ou six injections mercurielles d'Arquéritol ou Sféol comme ci-dessus) avec iodure de potassium.

Cinquième période de la vie du syphilitique
Surveillance indéfinie sans traitement

Au delà de ce traitement, tous nous sommes d'accord pour que, toute la vie, le syphilitique soit surveillé *cliniquement* et *sérologiquement* trois fois par an, puis deux fois, puis une fois par an ; car les accidents peuvent survenir quarante, quarante-neuf, soixante ans même après le chancre.

C'est seulement grâce à ce traitement de sûreté pendant les années des échéances dangereuses de Fournier, grâce à cette surveillance clinique, sérologique et humorale durant toute la vie du syphilitique ancien, que l'on se mettra à l'abri des récidives imprévues et qu'on obtiendra la guérison des syphilitiques, but de tous nos efforts.

---

(1) Ravaut écrit : « Lorsque les cures d'attaque successives ont fait disparaître les signes cliniques et biologiques de la maladie, lorsque, par leur prolongation, le médecin estime avoir détruit les foyers profonds latents ; en un mot, lorsqu'il croit avoir son malade à l'abri des récidives et des accidents ultérieurs, il semble qu'il serait rationnel de cesser tout traitement. Malheureusement nous ne possédons pas de critérium certain permettant d'affirmer la guérison et, dans le doute, je crois prudent de prolonger l'influence thérapeutique pendant encore assez longtemps. Ce traitement d'entretien ou de sécurité n'a pas besoin d'être actif. Alors que, par des cures d'attaque, il faut frapper rapidement et vigoureusement, dans les cures d'entretien, l'activité thérapeutique n'a plus la même nécessité ».

« Les meilleurs médicaments me paraissent être le bismuth, le mercure et l'iode. Le premier pourra être donné sous formes d'injections hebdomadaires de sels insolubles par séries de cinq ou six injections, trois ou quatre fois dans l'année. Le mercure pourra être administré sous forme de piqûres d'huile grise ou d'arquéritol, faites par séries de six, huit, dix, une tous les 8 ou 10 jours ; elles ne fatiguent pas le malade et ne le dérangent pas ; si les piqûres ne sont pas possibles, le traitement par voie buccale trouvera ici ses indications ». (Paul Ravaut).

LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DU CHOC POST-PARTUM

Par

Henri VIGNES, Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des Hôpitaux de Paris

et

Jean CHATAIN, Interne des Hôpitaux de Paris

DÉFINITION

On observe, de temps à autre, après l'accouchement ou après la délivrance, un état de malaise grave, avec ou sans hémorragie, auquel on a donné le nom de choc post-partum ou choc obstétrical. Il ne s'agit pas d'enclore, dans cette appellation, l'idée d'un syndrome différent des autres états de choc connus en médecine ou en chirurgie ; la pathogénie est sûrement la même ; mais le terrain gravidique et les circonstances obstétricales apportent quelques particularités au tableau clinique.

Il est difficile de définir le choc tout aussi bien en obstétrique qu'en chirurgie ; mais, étant donné que les manifestations les plus objectives du choc sont des manifestations circulatoires, j'ai pensé en chercher une *définition dans un* ouvrage de cardiologie et je me suis adressé au *Précis* de CLERC. Celui-ci étudie dans un même chapitre le choc et le collapsus. « Le mot collapsus, dérivé du latin *collabi* (s'affaisser, s'écrouler), s'applique à la perte rapide des forces et, surtout, de l'activité circulatoire... Le choc est la sidération de l'organisme, laquelle se marque par la dépression de toutes les fonctions, non seulement du cœur, mais encore des autres organes et, avant tout, des centres nerveux vasomoteurs. »

De ces deux états, CLERC, donne les symptômes suivants : prostation, pâleur cyanotique, refroidissement, pouls incomptable, effondrement de la tension artérielle. Ces symptômes se manifestent à des degrés divers. La terminaison peut être la mort avec insensibilité progressive, mydriase, vomissements ; elle peut être la guérison après un état de malaise, qui a duré quelques minutes, ou qui s'est prolongé plusieurs heures avec des périodes de rémission.

Les symptômes que l'on attribue, ainsi, au choc s'observent, également, dans les hémorragies graves ; en particulier, ils s'observent en pratique obstétricale après certaines hémorragies de la délivrance. Il nous semble, donc, logique d'examiner, au préalable, les faits que l'on peut appeler choc : hémorragique obstétrical.

***

Anémie aiguë post-partum et choc obstétrical

Lorsqu'une hémorragie obstétricale ou non obstétricale est assez importante pour retentir sur l'état général, ce retentissement est variable suivant la quantité de sang perdu, et DELAUNAY distingue trois degrés aux hémorragies, quelle qu'en soit la cause : l'hémorragie bien compensée, l'hémorragie grave (syncope, tachycardie, hypotension, tachypnée, pâleur) et l'hémorragie mortelle (avec bradycardie terminale).

L'hémorragie bien compensée est celle qui ne détermine pas de réactions cardio-vasculaires ou respiratoires.

Ces réactions caractéristiques du deuxième degré sont la réduction du calibre des vaisseaux, la tachycardie et la tachypnée.

1° La réduction du calibre vasculaire est l'effet d'une vaso-constriction ; celle-ci est due à l'excitation du centre bulbaire, soit par réflexe vago-presseur provenant de défaut de plénitude des veines, soit par action automatique provenant de mauvaise irrigation du bulbe, soit par action automatique provenant d'une excès de CO^2, soit par action automatique provenant d'une adrénalino-sécrétion, elle-même secondaire à l'hypotension.

2° Le mécanisme de la tachycardie est des plus simples ; on connaît la loi de Marey : le cœur bat d'autant plus fréquemment qu'il a moins de peine à se vider ; cependant, si la tension devient trop basse, il y a ralentissement qui explique le pronostic fatal à brève échéance des bradycardies terminales.

3° La tachypnée relève d'un mécanisme associé à la tachycardie. MARSHALL HALL a démontré, dès 1833, que les mouvements respiratoires s'accélèrent quand le pouls devient plus fréquent.

Tous ces degrés de l'anémie post-hémorragique s'accompagnent des mêmes symptômes que le

choc. Et il n'est pas toujours facile de dire si un blessé est saigné ou choqué, si une accouchée est sous l'effet d'une hémorragie ou d'un choc.

Avec Roux-Berger, à propos des chocs de guerre, j'ai insisté sur analogie entre état de choc et l'état d'anémie rapide (1). Il en est de même en pratique obstétricale : beaucoup de femmes choquées ont, en réalité, perdu de façon importante, plus importante qu'on ne se l'avoue. En présence d'un choc post-partum, on a pu dire que l'appréciation du sang perdu et la consistance de l'utérus permettent de différencier ces deux états. Grosse a pu suggérer que, rétrospectivement, à l'inverse des femmes saignées, la femme choquée est complètement rétablie le lendemain. Rien de tout cela n'est net ou, plus exactement, ce qui est net et qui s'impose, c'est qu'un très grand nombre des femmes ayant un choc obstétrical sont des femmes qui ont eu une hémorragie plus abondante que la moyenne. Un très grand nombre, dis-je ; mais, cependant, je n'irai pas jusqu'à dire la totalité des choquées.

Ceci posé, il serait inexact de conclure que le choc soit toujours en fonction directe de l'hémorragie. Deux éléments sont à considérer : la variation du seuil hémorragique suivant les sujets et la dissociation dans le temps entre l'écoulement du sang et l'apparition du choc.

1° La *différence entre la quantité minima* de sang détermine un choc, et la quantité maxima susceptible de ne pas en déterminer est étonnante. J'ai publié, récemment, l'observation d'une hémorragie considérable, plus de trois litres (2) ; or cette accouchée fut à peine choquée. Inversement d'autres femmes, qui perdent cinq cents grammes, font du choc ; si elles en perdent cent de plus, elles tombent dans un état grave. Il faut, donc, admettre l'existence d'un seuil individuel.

Ces variations du seuil, nous les comprenons parfois : la jeunesse supporte mieux la perte de sang, — l'inanition en augmente les effets, — l'hypotension préexistante accentue la tendance au choc, qu'il s'agisse d'une hypotension constitutionnelle ou d'une hypotension par hémorragie antepartum ; — la rapidité du saignement rend plus graves les effets de la spoliation sanguine. Tout cela s'explique. Mais, à côté de ces cas explicables de par les circonstances, il en est d'autres, dans lesquels le choc post-hémorragique ne s'explique pas ou appelle comme explication l'hypothèse d'une prédisposition. Cette prédisposition, nous la signalons maintenant et nous y reviendrons à propos des chocs sans hémorragie.

(1) Roux-Berger et Vignes. — Le shock. *Progrès Médical*, 9 février 1918, p. 49.

(2) H. Vignes. — Hémorragie importante de la délivrance. *Société d'hématologie*, séance du 5 novembre 1935.

2° Les phénomènes du choc ne se produisent pas immédiatement après l'hémorragie. Deux explications sont possibles. L'une est que le système circulatoire, adapté d'abord à sa déplétion par une réaction compensatrice de vaso-constriction, se relâche et que la femme repasse de l'état d'hémorragie compensée à l'état d'anémie grave. L'autre explication est que certaines réactions à l'hémorragie aggravent les dangers de l'hémorragie : une tachycardie trop forte rend la réplétion cardiaque impossible, une tachypnée nécessite un effort de mobilité toujours néfaste pour un organisme saigné et, aussi, elle détermine une élimination expiratoire de CO^2 avec tendance à l'acidose.

Choc cardiaque post-partum

Nous avons rappelé, en commençant, ce chapitre du *Précis* où le Professeur Clerc étudie, à la fois, le collapsus et le choc. C'est qu'en effet l'insuffisante réplétion du système vasculaire, propre aux états post-hémorragiques, et l'effondrement de l'énergie contractile cardiaque ont des effets analogues. Ceci expliquera que certains cas étiquettés choc post-partum relèvent, principalement, d'une insuffisance cardiaque connue ou méconnue. C'est qu'en effet, l'accouchement met le cœur à une rude épreuve : pendant la dilatation, le cœur s'accélère et la tension augmente, — pendant l'expulsion, les efforts gênent le retour du sang vers le cœur, — après la naissance, le cœur se ralentit et la tension s'abaisse, cependant qu'il y a hypertension dans la petite circulation. Certes tout ceci est à peine ébauché chez la femme normale. Mais il n'en est pas de même si le cœur est touché, peu ou beaucoup. Aussi, à côté des accidents de décompensation chez les cardiaques, asystolie et autres, il faut insister sur les insuffisances cardiaques à type de choc qui peuvent se réaliser brusquement, à l'occasion de l'accouchement. Schickelé, l'un des premiers dans la littérature de langue française a eu le mérite d'insister sur ces chocs par insuffisance cardiaque (1). La délivrance est, dans les cardiopathies, une période critique. Pas mal des accidents que nous appelons choc obsté-

(1) Le Professeur Paucot a publié deux observations de choc à type de collapsus cardiaque, pour lesquels il avait relevé la « confluence » de plusieurs éléments pathogènes : 1° décompression brusque (hydramnios et gros enfant) ; 2° réflexe inhibitoire par lésion grave des voies génitales ; 3° déficience du myocarde ; 4° éléments toxémiques par résorption de poisons tissulaires et microbiens inévitablement élaborés en la circonstance. D'autre part, plusieurs discussions ont eu lieu à la *Société d'Obstétrique de Bordeaux*, à laquelle ont pris part MM. Maurice Rivière, Bégouin, Andérodias, Marc Rivière, Favreau, Jeanneney, Balard, Faugère : elles ont abouti à cette conclusion que beaucoup d'accidents étiquetés choc obstétrical, sont des cas de défaillance cardiaque insoupçonnée ou mal appréciée jusque-là.

trical témoignent une défaillance cardiaque insoupçonnée ou mal appréciée jusque-là chez des patientes atteintes d'affection mitrale fruste, de myocardite fruste, de péricardite sèche, d'hypoplasie aortique (1) ou d'autres maladies susceptibles de gêner le travail cardiaque, telle une symphyse pleurale (2), telle une maladie de Basedow (3) avec tachycardie pendant l'accouchement et légère exophtalmie au moment de l'expulsion.

Ces cas de choc cardiaque, qui ne sont, en aucune façon, une asystolie comportent, cependant, quelques signes de la série asystolique, une légère turgescence des jugulaires, une légère teinte cyanotique du visage, une légère asphyxie des extrémités ; on a noté aussi, quelquefois, une tendance instinctive de la maladie à se redresser, la position allongée étant mal supportée par les cardiaques. Il sera habituellement difficile de préciser le diagnostic, les circonstances n'étant pas favorables à un examen méthodique du cœur. Notons, cependant, un signe qui est rapidement constaté, et dont BALARD conseille la recherche : pour lui, le choc obstétrical pur s'accompagne d'hypotension artérielle de la maxima et de la minima, tandis que, dans les accidents gravido-cardiaques, la tension maxima est basse par fléchissement du myocarde et la tension minima est relativement élevée par résistance due à la stase veineuse (4).

Du choc cardiaque, je voudrais rapprocher, aussi, l'angoisse consécutive aux injections d'ergot de seigle. Dans certains cas, le choc a correspondu au moment relativement tardif où diminuait l'action vaso-constrictive du médicament. Mais, le plus souvent, l'action nocive de l'ergot est immédiate, et elle est directement imputable au médicament : j'ai été très frappé, à diverses reprises, par des angoisses graves, des états rappelant l'angine de poitrine, après injection de préparations ergotées, voir même d'extraits hypophysaires (5), soit que ces accidents aient été observés à l'état isolé, l'ergot ayant été employé à titre prophylactique avant toute hémorragie, soit que l'angoisse ergotique soit venue ajouter ses sensations pénibles à ceux d'une saignée copieuse. BOURRET rappelle que l'ergot en cas d'anémie aiguë peut provoquer une ischémie du bulbe, qui a pour effet d'accroître l'état de choc (1) et ce mécanisme s'applique, sans doute, à certains cas. Mais, pour le plus grand nombre, l'action brutale de l'ergotamine sur le myocarde suffit à expliquer ces malaises graves, qui ne sont peut-être pas un véritable choc, mais qui s'intriquent avec les symptômes de celui-ci.

Les médicaments hémostatiques ne sont pas seuls à avoir de tels inconvénients, et il n'est pas jusqu'aux médicaments employés contre le choc lui-même qui ne soient capables de l'aggraver : ainsi une injection intraveineuse d'adrénaline, que POUGET avait pratiquée dans un cas de choc, créa un état d'angoisse inquiétant (2).

Choc post-partum essentiel

Dans tout ce que nous avons étudié jusqu'ici, il s'est agi de tendance au collapsus et au choc pour une raison tenant à l'hydraulique de la circulation : faiblesse contractile du cœur ou déplétion du système cardio-vasculaire. Choc cardiaque, choc hémorragique, avons-nous pu dire. A ces états, il faut en opposer d'autres qui surviennent chez des femmes apparemment non lésées et non-saignées, à la suite d'un accouchement normal, très normal, très facile, à la suite d'une délivrance normale, sans hémorragie. Il s'agissait, donc là, d'un choc obstétrical essentiel.

Comment comprendre ces drames du post-partum ? Au risque de rabâcher, je rappellerai que très souvent, ils relèvent, en réalité, d'une hémorragie, dont on a méconnu l'importance.

SCHICKELÉ avait bien raison lorsqu'il demandait à connaître exactement la quantité de sang perdue lors de la délivrance, autrement que par les expressions d'hémorragie moyenne ou hémorragie légère. Et, de plus, je rappellerai, aussi, que l'hémorragie est très diversement supportée. C'est ici qu'il nous faut revenir à notre définition empruntée au livre de CLERC, laquelle comporte la notion d'un trouble vaso-moteur : « dépression..... des centres nerveux vaso-moteurs ».

De plus en plus, la majorité des auteurs recherche la cause du choc obstétrical dans un trouble vago-sympathique, dans une défaillance de la régulation neuro-végétative, laquelle, habituellement, pare sans effort aux conséquences du déséquilibre momentané, déterminé par l'accouche-

(1) NICOLAUS ALDERS. — Geburtsschock. *Wiener Klinisch Wochenschrift*, t. XLIII, n° 51, 18 décembre 1930.

(2) ANDERODIAS et DARRIGADE. — Deux cas de mort rapide après accouchement. *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921, p. 469.

(3) BOURSIER et Marc RIVIÈRE. — Deux observations de shock dans le post-partum immédiat. *Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 189.

(4) BALARD. — Shock obstétrical et accidents gravido-cardiaques. Différenciation clinique et orientation thérapeutique par l'étude systématique de la tension artérielle. *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 janvier 1922.

(5) H. VIGNES. — A propos de l'emploi des préparations ergotées. *Progrès Médical*, 14 septembre 1929, p. 1535.

(1) BOURRET. — Le shock obstétrical. *Clinique et laboratoire*, 20 mai 1935, p. 97.

(2) POUGET. — L'adrénaline par la voie intraveineuse dans le shock obstétrical. *Bull. de la Soc. d'obt. et de gyn. de Paris*, mars 1927.

ment. Fruhinsholz insistait, en 1932, sur cette orientation des recherches qui, manifestement, fournit l'explication la plus satisfaisante des faits observés.

L'essentiel du choc est que, absolument comme dans l'hémorragie, le système cardio-vasculaire n'est pas rempli de façon adéquate (1) : dans l'hémorragie, le sang est de « sortie » ; dans le choc essentiel, il est mal réparti, il y a vaso-dilatation abdominale et péri-utérine, atonie veineuse ; il s'est produit, comme l'a dit Balard, une véritable hémorragie intravasculaire. Il en résulte de l'hypotension, puis, secondairement, de l'ischémie cérébro-bulbaire, qui augmente le trouble vaso-moteur et de l'asphyxie des organes, qui augmente l'atonie et la perméabilité des pillaires.

Lawrence M. Randall a pleinement raison de dire qu'il n'est pas de choc sans diminution du volume du sang — qu'il y ait perte de sang ou qu'il y ait stase régionale consécutive à la déplétion de l'abdomen.

Cette dilatation des vaisseaux abdominaux, cette impossibilité à se ressaisir est imputable à une insuffisance ou à une inhibition des éléments vaso-constricteurs, à une insuffisance ou à une inhibition de leurs centres nerveux. C'est dire que le sympathique est insuffisant à sa tâche, c'est dire que le vague devient prépondérant. Dans cet ordre d'idées, Henriet, très justement, fait remarquer que l'allure « ondulante des phénomènes cliniques traduit les prédominances successives du sympathique et du para-sympathique, les améliorations partielles et intermittentes représentant les reprises du tonus sympathique et, par conséquent, de la vaso-constriction.

On est, ainsi, amené à envisager que toutes circonstances diminuant le tonus du sympathique pourrait favoriser le déséquilibre circulatoire, au moment où il aurait fallu réaliser la réadaptation vasculaire après la déplétion abdominale. De ces circonstances, les unes sont actuelles liées à l'acte obstétrical, les autres sont constitutionnelles liées au tempérament de la femme, les unes et les autres aboutissant à l'insuffisance sympathique et à la prédominance vagale.

Circonstances actuelles prédisposant au choc. — 1° La fatigue, l'insomnie, l'inanition favorisent le choc. Ceci était bien connu pour les blessés de guerre ; ceci se retrouve souvent dans les chocs post-partum : la privation d'aliments dynamogènes, les vomissements répétés, la privation de boissons (et plus particulièrement lorsque la transpiration a été abondante) augmentent la tendance vagotonique. Ceci est particulièrement accentué chez certaines albuminuriques, qui ont été soumises à des régimes draconniens et absolument déchlorurés.

2° Le choc se voit souvent chez des femmes qui ont beaucoup souffert. L'intensité de la douleur est, également, un facteur de vagotonie. Il convient de rappeler, ici, la théorie de Crile attribuant le choc opératoire à un excès de sensations douloureuses et essayant de le prévenir par l'anoci-association (1).

Avant Crile, bien des chirurgiens, d'ailleurs, avaient soutenu la même idée ; Dupuytren disait que « la douleur tue aussi bien que l'hémorragie ». En obstétrique, dans les admirables leçons qu'il adressait aux élèves de la Maternité, mon maître Bonnaire aimait à comparer à l'hémorragie, la neurorrhagie par épuisement nerveux.

Schickelé a rapporté un cas de choc, sans hémorragie, du à l'intensité des contractions post-partum et calmé par la morphine. Une telle contraction d'une intensité tout à fait exceptionnelle et ressentie par la femme un peu délicale d'une façon violente, agit en irritant le nerf vague à l'instar du marteau de Glotz sur le ventre de la grenouille. De là, ralentissement du pouls et perte de connaissance.

Je viens de voir un choc marqué chez une femme dont le ventre restait douloureux depuis une salpingite grave, ayant évolué peu avant la fécondation. De tels phénomènes, qu'on observe lors des accouchements, méritent d'être nommés choc ; il s'agit, en effet, d'une sensation particulièrement forte, suivie de perte de connaissance. Si l'on veut, on pourra même, remarquait Schickelé, désigner cet état sous le nom de « choc obstétrical », puisque son principal déterminant est l'exagération de la douleur, phénomène physiologique de la parturition.

La douleur, la fatigue sont particulièrement ressenties par les femmes émotives, par les femmes inquiètes, celles qui sont sujettes aux émotions vives, celles qui sont sujettes à la panique : on peut mourir de peur comme on peut mourir de douleur. Besson fait très justement jouer un rôle extrêmement important à l'état psychasthénique antérieur dans la pathogénie du choc obstétrical (2).

3° Si les anesthésiques et les analgésiques ont le mérite de diminuer la douleur et, ainsi, de combattre le choc, ils ont l'inconvénient de déterminer des accidents d'intoxication qui favorisent le choc. L'anesthésie est, on le sait, plus fertile en incidents et accidents chez les vagotoniques que chez les sympathicotoniques, le chlo-

(1) Moon. — Syndrome du choc. *Annals of internal medicine*, 1935, t. VIII, p. 1633.

(1) Emploi combiné des sédatifs, des anesthésiques et du blokage local des nerfs par anesthésie locale.

(2) Besson. — Le shock post-partum. *Société médicale et anatomo-clinique de Lille*. Séance du 1er mars 1932.

roforme étant beaucoup plus nocif que le protoxyde d'azote (1).

4° On s'est demandé s'il n'existait pas des produits toxiques engendrés au niveau des organes génitaux comme conséquence du traumatisme obstétrical et susceptibles de contribuer à une intoxication vagotonisante.

Cette hypothèse avait été, déjà, proposée pour expliquer le choc de guerre : on avait pensé que la résorption des tissus modifiés par le traumatisme était un facteur capital du choc. Il est possible qu'il en ait été ainsi. Mais ceci n'a point été démontré de façon certaine par les recherches faites dans les ambulances ni par les données de laboratoire : ALIZOV, traumatisant les parties molles du membre postérieur chez les chiens et des rats, n'a observé, dans aucun cas, un abaissement de la pression comparable à ce qu'on observe en cas de choc.

Plusieurs accoucheurs, tel NICOLAUS ALDERS, tel MILES PHILIPS, ont appliqué cette théorie proposée pour le choc de guerre à l'explication du choc obstétrical. Ils font intervenir des substances toxiques, qui seraient dues à la désintégration des albumines (substances qui, pour certains, seraient voisines de l'histamine) et qui prendraient naissance dans les tissus endommagés, par le traumatisme.

Il n'est pas impossible que ce facteur joue un rôle, dans un accouchement très laborieux, pour augmenter le malaise de la femme. Mais il ne saurait intervenir dans un accouchement facile. On ne voit pas l'endroit où, pendant le travail, une lésion pourrait se produire, capable de libérer et de lancer dans la circulation des substances toxiques : 1° on a incriminé l'auto-attrition du myomètre par la contraction utérine ; mais il n'y a pas de destruction de tissus à tel point et, même si cela était, combien souvent le choc obstétrical devrait-il survenir ; 2° on a envisagé la plaie placentaire, mais s'il y a bien une lésion créée par le décollement des membranes et du placenta, il ne saurait y avoir une désintégration sensible des tissus.

Par ailleurs, SCHICKELÉ faisait remarquer qu'il existe des observations de dégâts utérins et vaginaux extrêmement importants sans que domine, dans les phénomènes consécutifs, l'image du choc (2).

Circonstances constitutionnelles prédisposant au choc. — Puisque le choc relève, pour une grande part, d'une insuffisance du sympathique, les femmes présentant les stigmates de la vagotonie y seront tout particulièrement exposées. On est, parfois, stupéfié de voir se produire le choc après un accouchement très facile et très normal. C'est ici, le lieu de rappeler combien certaines vagotoniques sont susceptibles d'accoucher avec une rapidité surprenante. Inversement, après des accouchements longs et fatiguants, on est parfois surpris de ne pas observer de choc ; c'est qu'alors, il s'agit de sympathicotoniques qui font si facilement de la contracture, qui, de ce fait, ont une dilatation interminable, qui saignent à la suite d'incision du col et qui, pourtant, ne se choquent pas et restent gaillardes.

La vagotonie est particulièrement nette chez certaines femmes, qui font du choc sans accélération du pouls ; j'en ai vu plus d'un cas.

Il nous faut passer en revue divers facteurs constitutionnels, qui sont apparentés à la vagotonie et qu'on retrouve souvent chez les femmes, faisant du choc post-partum.

1° L'hypocalcémie n'est pas rare chez les vagotoniques, et il en est de même chez les femmes prédisposées au choc obstétrical.

2° L'hypoglycémie est fréquente dans l'un et l'autre cas. On connaît le choc hypoglycémique, dont l'intensité est proportionnelle à l'abaissement du taux glycémique. Or, si une femme est naturellement hypoglycémique et si, à ceci vient s'ajouter l'hypoglycémie normale du post-partum, on conçoit qu'il y ait là les éléments d'une prédisposition. De ces cas doivent, sans doute, être rapprochés ceux où on a trouvé à l'autopsie d'importantes lésions hépatiques, telles les trois observations publiées par SCHICKELÉ (1).

3° S'il existe une tendance à l'acidose, on sait que celle-ci augmente l'irritabilité du pneumogastrique.

4° Le choc est fréquent chez les asthmatiques.

5° L'insuffisance surrénalienne est, parfois, associée intimement à la vagotonie et, parfois, elle favorise nettement le choc. On a vu des lésions des surrénales dans certains cas de choc post-partum, dont on a pu faire l'autopsie (2) : ceci n'est, donc, pas en vue de l'esprit.

Mais ce n'est pas tout d'incriminer la vagotonie, et il convient de chercher qu'elle peut en être l'origine. Or, FRUHINSHOLZ, très justement, a insisté sur la fréquence relative avec laquelle le choc obstétrical apparaît chez les sujets présentant une *syphilis congénitale*. Sur quinze observa-

---

(1) MILES H. PHILIPS. — Remarques sur le choc obstétrical. *British Medical Journal*, n° 3.671, 16 mai 1931.

(2) Dans cet ordre d'idées, je voudrais signaler que le malaise consécutif aux grands délabrements du plancher m'a semblé susceptible d'une autre interprétation : certaines femmes, dont le plancher a été largement déchiré, sont très incommodées parce que cette lésion supprime le point d'appui pelvien des organes abdominaux, et elles cessent d'être incommodées dès qu'une périnéorraphie a rendu aux viscères abdominaux ce soutien musculo-aponévrotique.

(1) SHICKELÉ. — Toxémie gravidique ou choc obstétrical. Mort subite après l'accouchement. *Gynécologie et obstétrie*, janvier 1924.

(2) OBERLING et JUNG. — Paragangliome de la surrénale avec hypertension artérielle, à propos du choc obstétrical. *Bull. de la Société d'obst. et de gyn. de Paris*, 1927, p. 279.

tions, son élève Poirot en relève neuf, où le choc se serait manifesté sur un terrain plus ou moins suspect de syphilis congénitale. Or, la prédisposition de ces sujets au choc obstétrical s'explique :

1° parce que, souvent (et pas toujours), un des effets de la syphilis congénitale est de réaliser un déséquilibre du système vago-sympathique ;

2° parce que, souvent (et pas toujours), la syphilis congénitale réalise des défaillances hépatiques, rénales, endocriniennes (1). Ce n'est pas dire qu'une femme traitée pour syphilis soit réfractaire au choc, ces états endocriniens résultant de tares qui sont les reliquats de processus morbides, ayant évolué *in utero* jusqu'à méiopragie définitive de l'organe lésé.

***

Traitement

De toute évidence le choc obstétrical comporte une prophylaxie dès la grossesse. Cette prophylaxie sera fondée sur la meilleure hygiène possible, sur la correction de toutes les tares et de toutes les défaillances d'organes et de tissus, sur le traitement de la syphilis congénitale qui est souvent à la base des états endocriniens ; et, d'autre part, on pensera au traitement de la vagotonie dans les cas où les femmes présentent des inconvénients liés à ce « tempérament ». Tout ceci sera particulièrement impérieux chez les femmes, qui ont fait du choc à une précédente parturition. Il faudra s'ingénier à les alimenter et à les soutenir pendant l'accouchement, il faudra employer les analgésiques de façon judicieuse, il faudra, après la délivrance, sangler soigneusement l'abdomen afin d'atténuer les réactions vasculaires secondaires à la décompression : c'est une petite pratique que connaissaient bien les plus anciennes matrones, et dont l'importance est considérable.

Enfin, s'il y a lieu de pratiquer une intervention, on ne négligera pas les précautions petites et grandes. John Osborn Polack recommande de ne pas faire d'intervention chez une femme ayant saigné, placenta prævia ou rupture utérine, sans faire au préalable une transfusion. C'est la sagesse même.

En cas de choc déclaré, il importera de « faire le point » rapidement. Le diagnostic du choc post-partum est habituellement aisé, et c'est exceptionnellement que l'on trouve une explication des malaises observés dans une dilatation aiguë de l'estomac (1), un pneumothorax spontané, une embolie (2), un œdème aigu du poumon, une fissure de la trachée (3).

Mais porter le diagnostic de choc obstétrical n'est pas tout et il faut, au point de vue pratique, rechercher des éléments étiologiques qui appellent un traitement spécial : l'inversion utérine, la rupture utérine, les cardiopathies, l'hémorragie de la délivrance.

Si une révision utérine et vaginale s'impose, il faut savoir s'y décider ; mais il ne faut pas en pratiquer d'inutiles, car l'introduction de la main dans l'utérus est élément d'aggravation.

Il ne faut se leurrer, il ne faut pas appeler choc hémorragique ce qui est principalement hémorragie. En tout cas, il faut assurer l'hémostase et n'avoir pas à revenir sur ce chapitre.

Il faudra, ensuite, d'urgence mettre la malade en position inclinée et, même, en position fortement inclinée. — Vayssière rappelle très justement cette pratique si simple : « Un escabeau sous les pieds du lit est supérieur à toutes les transfusions et médications tonicardiques. On cherche à agir sur le cœur, il faut agir mécaniquement sur le cerveau ». Et il donne quatre observations où, après des injections variées n'amenant qu'un mieux passager, la partie fut gagnée grâce à ce petit moyen (2).

Signalons, d'ailleurs, que cette position est plutôt néfaste en cas de choc cardiaque.

On s'occupera en même temps de réchauffer la malade.

On aura, très souvent, à rétablir le volume total de la masse sanguine. Le plus habituellement, le sérum sous-cutané est d'action trop lente, et ce sera par une injection de sérum intraveineux, qu'il faudra agir. Pour Nicolas Alders, le meil-

(1) H. Vignes. — *Maladies des femmes enceintes*, Masson, éd., 1935, t. I.

(2) Vermelin, Hartmann, Louyot et Lacour. — Embolie mortelle deux heures après l'accouchement. *Bull. de la Société d'obstétrique et de Gynécologie de Paris*, octobre 1935.

(3) Bourret. — Le shock obstétrical. *Clinique et Laboratoire*, mai 1935, p. 97. La fissure de la trachée a été observée à la suite d'efforts exagérés et se caractérise par un emphysème sous-cutané des régions cervicales et sous-scapulaires.

(1) Fruhinsholz. — Choc obstétrical et hérédo-syphilis. *Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, n° 8, octobre 1932.

(2) E. Vassière. — Le shock obstétrical. *Marseille Médical*, 15 juin 1932, p. 193.

leur traitement est l'injection de 300 à 500 c. c. d'une solution hypertonique de glucose à 10 ou 20 %, qui a l'avantage d'ouvrir la barrière hépatique et de supprimer la stase dans le système porte.

On a reproché aux solutions salées ou sucrées de s'éliminer vite, et de ne pas maintenir le volume sanguin pendant un temps suffisant. Aussi BAYLISS a-t-il proposé, pendant la guerre, l'injection de solution de gomme acacia à 60 pour 1.000 avec 9 grammes de chlorure de sodium. Ce traitement a été appliqué à l'obstétrique par LILIAN FARRAR et, sur quatorze malades, LAWRENCE M. RANDALL (1) en a obtenu d'excellents résultats.

La transfusion sanguine est préférable dans certains cas. Elle fait, parfois, merveille là où les autres moyens ont été inefficaces (2). Je me rappelle une multipare ayant saigné avant son accouchement par le fait d'une insertion basse et qui ne saigna plus à partir de 18 h. 15, heure de son accouchement. Choc à 19 h. 30 : on fait cinq cents grammes de sérum glucosé. Le choc se dissipe pour reparaître peu après. A 20 h. 45, une transfusion de trois cents grammes la rétablit instantanément et définitivement.

Les médicaments toni-cardiaques et, en particulier, l'huile camphrée et ses succédanés, rendent des services ; ils s'imposent plus particulièrement dans les cas de choc cardiaque où l'on emploiera, de plus, l'ouabaïne.

Dans la majorité des cas, il suffit d'ailleurs d'employer les toni-cardiaques courants qui constituent un remontant, et j'ajouterais un remontant durable n'exposant pas à des réactions secondaires néfastes. Dans cet ordre d'idées, il faut se méfier de l'alcool qui, après un coup de fouet momentané, détermine rapidement des symptômes dépressifs chez les femmes vagotoniques.

Peut-on faire davantage et peut-on tonifier les centres vaso-constricteurs ? Deux médicaments peuvent y contribuer, la strychnine et l'adrénaline.

(1) LAWRENCE M. RANDALL. — Shock in obstetrics. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 1929, t. 93, p. 845.

(2) D'ORGEVILLE. — Un cas de choc post-partum. *Société Médicale et anatomo-clinique de Lille*, 3 décembre 1935.

La strychnine m'a plusieurs fois rendu de signalés services. Je suis étonné de ne pas la voir utilisée plus souvent.

L'injection d'adrénaline est un vaso-constricteur énergique. Elle ne peut être employée par voie sous-cutanée ; car elle n'agit que lentement et, d'autre part, elle expose aux dangers de nécrose locale. La voie per-orale est plus satisfaisante, mais insuffisante. La voie de choix est la voie intraveineuse. POUGET a eu un beau succès en injectant par la voie veineuse un demi-milligramme. Mais la voie veineuse n'est pas sans présenter des inconvénients : chez certaines femmes qui y sont très sensibles, on a observé l'œdème aigu pulmonaire. Mais, surtout, l'action du médicament est brutale et transitoire. Aussi a-t-on cherché à réaliser des injections très lentes et continues. C'est ce qu'a obtenu le Prof. A. BAUDOUIN, et sa méthode a été appliquée très heureusement au choc obstétrical par LÉVY-SOLAL.

Celui-ci s'est servi de l'appareil de HENRY et JOUVELET, lequel permet de régler le débit entre 30 c. c. et 1.500 c. c. à l'heure ; il emploie l'adrénaline au taux de un, deux ou trois centimètres cubes pour 500 c. c. de sérum. On commence par régler le débit d'une façon empirique en mesurant de cinq minutes en cinq minutes la tension artérielle, le pouls et la respiration. Si, au bout d'un quart d'heure, la dose injectée est inefficace, on accélère la vitesse d'écoulement jusqu'à obtenir une pression voisine de la normale qui demeure constante. Quand l'état général est suffisamment amélioré, on réduit progressivement le débit en revenant à des valeurs qui suffisent ensuite à maintenir un état d'équilibre. C'est la seule manière d'éviter l'hypotension secondaire consécutive à l'arrêt de l'injection. La pression artérielle est mesurée à l'aide de l'appareil de Pachon qui permet de suivre les variations de l'indice oscillométrique. C'est cet indice qui marque, en premier, l'action de l'adrénaline par un accroissement progressif de sa valeur.

Cette méthode est rigoureuse. Elle ne peut être improvisée et elle nécessite des aides bien dressés.

Il ne faudrait pas terminer cette revue des toni-cardiaques et des vaso-constricteurs employés contre le choc sans indiquer la prudence, avec laquelle il faut les manier ; car, chez certaines femmes, dont l'équilibre neuro-végétatif est très imparfait, les médications énergiques dépassent facilement le but et déterminent des effets opposés à ce qu'on escomptait. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister.

LA CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE AU GOUT DU JOUR

Quant un traitement spécifique habituel reste inefficace...

D'après le Professeur J. CARLES (de Bordeaux)

PENSONS TOUT D'ABORD A RELEVER LA VALEUR DU TERRAIN ORGANIQUE

« Pour le traitement de la syphilis, comme pour celui de toutes les maladies infectieuses, une question capitale domine toutes les autres : c'est celle de la valeur du terrain organique, sur lequel se développe la maladie. »

Deux procédés s'offrent à nous pour le maintenir en bon état : des moyens généraux, et des moyens locaux.

Moyens généraux.

Il s'agira de mettre en œuvre les moyens capables de remanier l'état de défense générale d'un organisme, qui se révélera épuisé ou déficient. Par la suite des médicaments spécifiques, étant devenus inopérants, acquerront une valeur nouvelle ; ils pourront retrouver leur effet utile chez les syphilitiques, qui se trouvaient déprimés, avec un état général diminué.

Par cette explication se trouve justifiée l'action curieuse et si efficace des cures thermales sulfureuses chez les vieux syphilitiques, sursaturés de remèdes toxiques. « C'est aussi la raison de l'effet inattendu des médications modernes par la malariathérapie ou la pyrétothérapie dans la paralysie générale progressive et les syphilis graves. »

On se rappellera aussi que, lorsqu'il s'agit de traiter un syphilitique affaibli, il est indispensable de ne jamais mettre en œuvre une médication spécifique, par trop violente. En recherchant un effet spécifique élevé, on risquerait d'aller à l'encontre du but poursuivi.

Moyens locaux.

Au niveau de la surface cutanée s'exerce une défense particulière, qui prend un caractère particulier en matière de syphilis. Le Professeur Carles se demande même s'il n'y aurait pas lieu d'y voir l'intervention de la vitamine D, si active pour le maintien d'un bon état de nutrition générale ; ne faut-il pas, en effet, pour que cette vitamine devienne active dans l'organisme — en plus de l'action du phosphore, du calcium, de l'ergostérol — celle de la lumière *sur la peau* ? Et ce facteur mérite plus particulièrement de retenir l'attention. Sans l'action de cette vitamine, ce sont toutes les conséquences désastreuses, qu'entraîne le déséquilibre phospho-calcique au point de vue de la bonne tenue de l'organisme. On peut apercevoir aussitot l'une des raisons de l'action curieuse possible des *irritations cutanées* au point de vue de la défense générale de l'organisme chez les syphilitiques.

D'ailleurs, n'est-il pas, à peu près généralement, admis qu'un syphilitique, qui a fait, ou qui fait des manifestations cutanées, aura moins de chances qu'un autre de faire des localisations viscérales ?

N'est-ce point à leur parasitisme cutané constant, chronique, amenant des irritations incessantes de la peau, autant qu'à l'action constante du soleil sur leurs téguments, que les races africaines seraient redevables de leur immunité curieuse à l'égard des manifestations nerveuses de la syphilis ?

On a remarqué aussi qu'une excitation ou une irritation prolongée de la peau, au moment où s'établit la syphilis, et pendant les années où elle se développe, constituait une sorte de dérivatif, de préventif des plus efficaces vis-à-vis des manifestations graves profondes. D'où l'indication de se préoccuper des moyens de défense, propres à stimuler le revêtement cutané, quand il s'agit de traiter une syphilis rebelle à l'action du traitement spécifique habituel, ou bien une syphilis ancienne, et surtout une syphilis viscérale.

***

UNE OBSERVATION CONCLUANTE. LES RÉFLEXIONS QU'ELLE SUGGÈRE

Elle démontre que, chez bien des syphilitiques, avec localisations profondes, viscérales, il peut être utile de provoquer des irritations ou des lésions non dangereuses du côté de la peau. Dans ce cas particulier, les irritations légères provoquées pendant quelques semaines par des

(*) Prof. J. CARLES. — Variations inattendues de l'action du mercure selon ses voies d'introduction dans l'organisme. (*La Clinique*, juin 1936-A)

frictions d'onguent napolitain paraissent avoir eu un effet aussi puissant qu'inattendu.

Syphilis hépatique, résistant aux traitements classiques par les injections intraveineuses de Cy de Hg et intramusculaires de biiodure de Hg, guérie rapidement par des frictions d'onguent napolitain.

Joseph P..., 27 ans, cultivateur, entre le 7 avril 1935, à l'hôpital Saint-André, pour de l'ictère.

Il raconte que déjà, en 1931, il a également présenté de l'ictère, accompagné de fièvre, de vomissements et d'inappétence absolue. Les selles étaient décolorées, les urines couleur acajou. Cet état s'est prolongé quatre mois, puis peu à peu tout est rentré dans l'ordre, sauf la persistance très longue d'une profonde lassitude.

En 1931, nouvelle poussée d'ictère fébrile semblable à la première, avec, pendant deux mois, mêmes vomissements et même inappétence.

Enfin, en mars 1935, dernière poussée pour laquelle le malade est hospitalisé.

A ce moment, Joseph P... présente de l'ictère incomplet avec selles normalement colorées ; la rate est percutable, le foie gros, débordant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, lisse, de consistance un peu dure à la palpation.

Pendant un mois, la température irrégulière atteint, le soir, de 37°2 à 38° et même quelquefois, 38°7. Les urines contiennent 9 gr. 46 d'albumine ; ni sucre, ni acétone ; une petite quantité de pigments biliaires ; pas de cylindres. L'urée sanguine atteint 1 gr. 22. Le B.-W. est négatif. La tension artérielle au Pachon est : Mx 12, Mn 8, Pm 10. Léger engouement aux bases pulmonaires, surtout à droite.

Tous les examens de laboratoire restent négatifs (spirochétose, ictéro-hémorragique, fièvre de Malte, kyste hydatique, dysenterie amibienne).

On en arrive par exclusion à penser à un *gros foie syphilitique malgré le B.-W. négatif.*

Peu à peu la fièvre disparaît ainsi que l'ictère et l'azotémie. Persiste seulement le *gros foie*, dur, lourd, gênant pour le malade. On pratique chez le patient dix injections intrafessières de biiodure de Hg, puis quinze injections intraveineuses de cyanure de Hg (0 gr. 01). *Aucune modification dans l'état hépatique, si bien que l'idée d'une hépatite syphilitique est abandonnée.*

En octobre 1935, nouvelle poussée d'ictère fébrile qui dure trois semaines.

Enfin, en 1936, le testicule gauche révèle gros, lourd. Il s'agit manifestement d'un testicule syphilitique. Le foie, devenu volumineux, déborde de 5 trav. de doigt les fausses côtes.

A ce moment : deux séries de dix frictions mercurielles avec 10 gr. d'onguent napolitain par friction. En même temps, tous les 2 soirs un suppositoire avec 0 gr. 05 d'onguent napolitain.

En dix jours l'orchite rétrocède et guérit, mais en même temps la forte hépatomégalie, qui avait résisté jusqu'ici à tous les traitements antérieurs, disparaît à son tour. En quelques jours, le foie a repris ses proportions normales.

Aussitôt l'appétit revient, les troubles digestifs disparaissent. Le malade retrouve poids et forces et, quand il quitte l'hôpital, en février 1936, pour reprendre ses occupations, l'état de santé est satisfaisant et s'est maintenu depuis.

Quelques réflexions intéressantes

En présence de faits semblables, qui font ressortir la valeur du facteur cutané dans la défense de l'organisme, on ne peut pas ne pas se demander, « si le vieux cautère et le vieux séton, tant honnis, qu'affectionnaient nos pères dans les affections chroniques profondes, n'étaient pas en réalité des plus rationnels. Loin d'être des médicaments empiriques, ils étaient probablement le fruit de longues et sagaces observations cliniques. »

Ensuite se pose, dit le Prof. Carles, pour le traitement *de tous les* syphilitiques, la troublante question du *mode d'absorption des médicaments utilisés.*

Ne vivons-nous pas souvent dans une fâcheuse tranquillité, après avoir injecté du cyanure de mercure, des arsenobenzols dans les veines, du bismuth ou encore du mercure dans les muscles, croyant avoir fait un traitement d'extrême urgence, sur la certitude que le médicament agira au plus vite ?

« Bien souvent, le médicament injecté par voie intraveineuse traverse l'organisme comme un torrent, et il est rejeté au plus vite à l'extérieur par les divers émonctoires : corps étranger, indésirable et dangereux, contre lequel l'organisme s'insurge, et dont il se débarrasse au plus vite. A-t-il vraiment le temps d'agir sur les germes qu'il prétend atteindre, à côté desquels, le plus souvent d'ailleurs, il passe, sans seulement les effleurer, microbes et médicaments se comportant souvent dans le torrent circulatoire comme deux trains rapides qui, sur deux voies différentes, se côtoient sans jamais se rencontrer ?

Mais si les médicaments sont injectés par voie intramusculaire, l'incertitude ne reste pas moindre.

L'auteur cite le cas d'une malade dont les deux masses fessières, au bout de cinq ans, apparaissaient à la radiographie comme rembourrées d'une soixantaine de balles de plomb. Elles étaient le témoignage de piqûres de lipiodol faites cinq ans avant, et encore bien loin d'être résorbées.

Plus impressionnant et plus démonstratif encore fut le cas de cet homme hospitalisé dans son service pour une stomatite mercurielle intense, et qui fut longue et difficile à guérir. Elle était la suite lointaine d'injections intrafessières de calomel, qui lui avaient été faites deux ans avant. Il n'avait pris aucune autre préparation mercurielle depuis cette époque.

Enfin le malade de l'observation, rapportée plus haut, n'a-t-il pas guéri en quelques semaines de traitement, sous l'effet de simples frictions mercurielles, alors qu'il avait résisté à l'action, autrement intense *a priori*, d'injections intraveineuses de Cy de Hg, et intrafessières de biiodure de Hg ?

Il semblerait, en conséquence, que nos conceptions actuelles sur le mode d'absorption des médicaments, surtout par les voies intraveineuses et intramusculaires, soient loin de nous garantir la certitude et la précision, qu'on leur accorde généralement.

***

Chez tout syphilitique débilité, il convient donc de ne recourir qu'avec prudence à ce mode d'administration des médicaments, surtout à fortes doses. Mieux vaut s'occuper d'abord de relever chez lui les moyens de défense générale et surtout cutanée de l'organisme. Enfin, quand le traitement spécifique habituel reste inefficace, ne négligeons pas une action irritative exercée du côté de la peau ; celle-ci pourra avoir un effet thérapeutique inattendu ; elle permettra parfois d'obtenir la guérison là, où avaient échoué les médications habituelles considérées comme les plus puissantes, mais employées par d'autres voies que la voie cutanée.

G. FISCHER.

LES ICTÈRES « MÉDIATS » DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

On connaît déjà les caractères principaux des ictères qui surviennent habituellement au cours de la chimiothérapie. Du type de l'ictère catarrhal, ils apparaissent le plus souvent au cours, à la fin, et même un à deux mois après la fin de la série ; plus rarement, ce sont des accidents immédiats et contemporains de l'injection. Qu'ils soient à longue ou brève échéance, ils sont généralement précédés de prodromes digestifs : état saburral, anorexie, parfois même douleurs solaires, troubles intestinaux, diarrhée. Fait intéressant à signaler, ces ictères évoluent toujours, ou presque, pour leur propre compte. Ils ne s'accompagnent guère d'arthralgies, ni de purpura, ni de rashs éruptifs, ni de troubles sanguins appréciables. On n'observe pas de participation rénale. Le plus souvent apyrétiques et sans grands troubles de l'état général, ces manifestations sont, dans l'ensemble, bénignes et de pronostic habituellement favorable.

MM. A. TZANCK, F. LAYANI et Al. NEGREANU (1) ont individualisé d'autres manifestations ictériques de la chimiothérapie. Ils les désignent sous le nom « d'ictères médiats », car ils s'opposent entièrement aux précédents par leur allure clinique, leurs conditions d'apparition, leur fréquente gravité enfin. Et, en effet, déjà ils ont une date d'élection : ils apparaissent à la troisième, parfois à la deuxième et même à la première injection. Ils sont souvent précédés de quelques heures, parfois d'une journée, par une crise nitritoïde (et ceci déjà souligne les relations qui l'unissent aux perturbations du système neuro-végétatif). Ici, pas de phénomène digestif, pas de trouble viscéral, prémonitoire ; bien mieux, quand ces signes digestifs surviendront, l'ictère aura déjà fait son apparition.

Cette manifestation est soudaine, brusque, explosive, c'est du jour au lendemain, parfois d'une heure à l'autre, que l'ictère teinte les conjonctives et se généralise à l'ensemble des téguments. Des phénomènes sanguins ne tardent souvent pas à survenir : purpura, allongement du temps de coagulation, hémorragies des muqueuses et même hémorragies viscérales s'ajoutent à l'ictère ; ils peuvent dominer la scène.

D'autre part, il ne s'agit plus ici d'une manifestation isolée, mais de toute une série d'accidents qui font cortège à l'ictère : crochets fébriles, bouffées d'herpès, douleurs rhumatoïdes, urticaire, rashs éruptifs. Enfin, dans les formes graves, une albuminurie soudaine importante, massive, fait partie intégrante de la maladie, réalisant ainsi le tableau de l'hépato-néphrite.

(1) Soc. méd. des hôp. de Paris, 19 juin 1936.

MÉDICATIONS ADJUVANTES DANS LA SYPHILIS

Par R. Barthélemy
Ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis

En dehors de la tétrade thérapeutique, courante aujourd'hui contre la syphilis : arsénobenzols, mercure, bismuth, iodure de potassium, il existe toute une série de substances ou de procédés assez efficaces, et qui permettent de ne pas rester impuissant, ni désarmé devant un échec ou une impossibilité d'emploi des grands antisyphilitiques.

Les *indications* de ces médicaments ou agents mineurs ne sont d'ailleurs pas très rares. Ce sont d'abord les *intolérances*. Celles-ci sont rares d'emblée et se développent à l'ordinaire secondairement. Les arsénos n'ont pas toujours besoin d'une érythrodermie pour marquer qu'ils sont et resteront mal supportés. Poussées fébriles, prurit, ictère, diarrhée, vertiges, etc., n'engagent pas à les continuer sans nécessité impérieuse.

Ce sont ensuite les *résistances* (arséno, bismutho, multirésistances) à des traitements, même corrects, et marquées par la persistance, la récidive ou le réveil d'accidents qui cèdent d'ordinaire avec facilité à ces traitements.

Force est donc d'employer des succédanés, traitements locaux ou généraux, chimiothérapiques ou autres, dont on peut attendre, avec un bon maniement, de bons services.

L'*or* est un excellent antisyphilitique bien connu et utilisé autrefois par la bouche sous forme de sel de Chrestien, par exemple, c'est-à-dire de chlorure d'or et de sodium à raison de trois à cinq centigrammes par jour. Le bromure et le chlorure d'or simples ont aussi été prescrits en solution ni sucrée, ni acide, ou en pilules, à la dose maxima de dix milligrammes par jour.

Avant l'apparition des nouveaux sels d'or, qui ont été si fructueusement dressés contre la tuberculose, on injectait déjà, en intraveineuses, le cyanure double d'or et de potassium. La solution aqueuse à un pour cent était elle-même diluée, à la dose choisie (cinq centimètres cubes au plus), dans 50 à 100 centicubes d'eau physiologique, et injectée tous les deux ou trois jours, par courtes séries et avec une surveillance médicale sérieuse.

Plus maniables, surtout en suspension ou solution huileuse, sont les innombrables sels d'or. Il est indiqué, surtout pour l'imprégnation du système nerveux, d'user de fortes doses (0,50 ou 60 de Solganal *B* huileux, ou de Myochrysine, ou d'Oléochrysine par semaine).

Les accidents primaires ou secondaires s'effacent assez rapidement, moins vite toutefois qu'avec le bismuth et le 914. Les réactions sérologiques ne cèdent pas avec la même facilité, et c'est là un des reproches faits aux sels d'or. Pourtant des réactions irréductibles ont parfois obéi à l'emploi de ces produits (Luttenberger, Milian, Maleki), qui sont également efficaces contre la syphilis nerveuse, mais n'ont pas encore fait complètement leurs preuves dans la paralysie générale. Enfin, dans les associations syphilitico-tuberculeuses, l'or trouve sa meilleure indication comme dans les syphilis plurirésistantes aux médicaments classiques.

Mais la chrysothérapie, traitement actif et parfois non dépourvu d'inconvénients, impose une direction méthodique, la surveillance des émonctoires et des signes d'alarme d'une intoxication. Enfin, comme y insiste Perrault, il faudrait rechercher chimiquement, comme l'avait fait Ehrlich pour l'arsenic, des composés de plus en plus spécifiques « par leur copulation de l'or à un radical organique » selon des liaisons particulièrement efficaces, comparables à celles qu'Ehrlich, après un travail méthodique et opiniâtre, finit par rencontrer.

Le *chrome* a été essayé voici fort longtemps, notamment par Guntz. Il ne peut être utilisé par voie interne sous forme d'acide chromique, très caustique, mais le bichromate de potassium pur, absorbé en solution aqueuse étendue, peut être ingéré sans risque. Certains produits spécialisés du commerce l'associent au peroxyde de magnésium, au nitrate de potassium, etc... La dose habituelle pour l'adulte est d'une trentaine de centigrammes par jour, dix centigrammes dans un verre d'eau, trois fois par jour. L'action, si elle n'est pas *rigoureusement* spécifique, est en tout cas eutrophique et antitoxique.

Le *vanadium*, employé dès 1913 en clinique humaine par son composé le vanadate (tétra ou hexa) de sodium aux doses de 10 à 20 milligrammes du composé en injections intraveineuses, a été rendu plus maniable sous forme de tartro-vanadate de potassium (solution aqueuse à 2 pour 100, injection intramusculaire de 2 à 10 c. c. tous les deux ou trois jours).

On trouve dans le commerce une solution de métavanadate de sodium et de magnésium, à 5 p. 1.000, en gouttes (vingt à trente gouttes deux fois par jour) ou en ampoules injectables dans le muscle à 10 c. c. tous les deux ou trois jours, soit 20 milligrammes de vanadate ou 8 milligr. de vanadium métal.

L'*antimoine*, utilisé en *émétique* ou tartre stibié

dissous à 1 p. 1.000 dans l'eau physiologique, était injecté par Queyrat au taux de 5 à 10 centigrammes de sel en intraveineuses quotidiennes par séries de dix environ. Divers composés organiques, tels que l'antimoniothiomalate de lithium, sont injectables en intramusculaires. Ce dernier produit, qui contient 16 % d'antimoine, est en solution à 6 %, dont on injecte un à quatre centicubes deux fois par semaine.

Le *cadmium* n'est guère employé seul. Il se trouve associé à l'or et à l'iode dans un produit injectable spécialisé mis parfois à profit dans certaines associations syphilo-tuberculeuses.

Le *tellure*, antisyphilitique assez actif, n'est pas dépourvu de toxicité et, après ses essais par Levaditi, n'est pas passé dans la pratique.

La *quinine*, spécifique du paludisme, a également une action tréponémicide puissante, étudiée surtout par Schereschewsky sur le singe et sur le lapin. Chez des enfants atteints de kératite par syphilis congénitale, le même auteur a pu obtenir, avec des doses à la vérité assez élevées (1 gr. 50 par vingt-quatre heures), un éclaircissement rapide de la cornée.

Rappelons encore que le *bismuth*, bien peu employé par *voie buccale* comme antisyphilitique, a été récemment recommandé par Kolmer, qui utilise pour les traitements d'entretien ou de suppléance une solution de tartrobismuthate de potassium au 200e, dans parties égales de glycérine et d'eau distillée, à prendre par cuillerées à café, trois fois par jour après les repas.

L'*uranium* peut être donné en injections intramusculaires hebdomadaires d'une suspension huileuse d'uranate d'ammonium (0,15). Le *platine* (Feldt), n'est pas utilisé en clinique.

L'élévation de la température locale ou générale, l'*hyperthermie*, la *pyrétothérapie* ont été utilisées aux divers stades de la syphilis, soit comme traitements essentiels, soit comme adjuvants. Pour les premiers stades de la syphilis, la simple chaleur radiante, par l'exposition à la lampe à rayons infra-rouges, a permis à Epstein et Cohen de cicatriser les lésions primaires et secondaires avec disparition des tréponèmes, mais le Wassermann n'a jamais pu être négativé.

La fièvre malarique, la pyrétothérapie paludéenne par inoculation a été utilisée en Europe centrale dès les premières périodes de la syphilis. Malgré des résultats encourageants, elle n'a pas été poursuivie en raison des difficultés de son application et des risques de diffusion du paludisme. Mais avec d'autres agents pyrétogènes, des effets satisfaisants ont été obtenus par Ch. Richet fils. L'huile soufrée, le propidon, le vaccin T. A. B., l'électrargol, le lait, le dmelcos (vaccin antigonococcique) sont utilisables, mais les uns sont douloureux, les autres irréguliers dans leurs effets, ou fatigants ou anémiants. Le dmelcos, dont le cycle de réaction fébrile est régulier : incubation, ascension, plateau thermique et descente durant chacun trois heures, fournit 39° à 40° avec les doses faibles ou moyennes, plus de 40° avec les fortes doses, sans grande fatigue. Ce traitement, dont les injections peuvent être répétées à plusieurs reprises une ou deux fois par semaine, ne peut non plus être employé seul et doit être combiné à la chimiothérapie courante, dont il permet de restreindre les doses et d'employer les drogues, moins actives si elles sont mieux tolérées.

Par la simple *balnéothérapie locale* très chaude, Bessemans a eu des succès sur les accidents primaires et secondaires. La température à obtenir est de 42° pendant une heure. L'air chaud prolongé, la paraffine chaude ont aussi un bon rendement. Mais la diathermie et surtout les *ondes courtes* agissent non seulement sur les lésions locales mais encore sur les réactions humorales.

Nous mentionnerons, sans y insister, la grande indication de la pyrétothérapie qui fait la gloire de Wagner von Jauregg : paralysie générale, tabes, neuro-syphilis, car les modalités d'application sont connues et ne pourraient recevoir ici le développement convenable.

A la lisière de la pyrétothérapie et des autres médications, se rencontrent les traitements dits de choc, qui rendent des services surtout dans les syphilis qui, soit résistantes soit intolérantes, évoluent en outre sur un terrain aux réactions paresseuses, et atteint d'une sorte d'inertie humorale qu'il est légitime d'essayer de stimuler. On y parvient avec les injections intramusculaires de lait (5 à 10 centimètres cubes deux ou trois fois par semaine selon réaction), elles-mêmes assez souvent pyrétogènes ; ou encore par la protéinothérapie, l'autohémothérapie, etc...

Enfin l'état général peut être amélioré chez les pléthoriques, chez les déficients par les médications « dépuratives » ou toniques. Parmi ces dernières, l'opothérapie pluriglandulaire (Gougerot) ou seulement hépatique (Villaret) ou insulinienne sont indiquées si l'examen montre de ces côtés quelque anomalie.

Quant aux traitements locaux, il suffit de rappeler l'efficacité véritable des pansements mercuriels (onguent napolitain, emplâtre de Vigo) sur les lésions secondaires ou tertiaires, tenaces, celle des soins d'hygiène et de propreté sur les nappes de plaques muqueuses, celle du repos, des cautérisations légères, des pansements protecteurs simples à la Jacquet sur maintes syphilides rebelles.

Enfin l'alimentation, le grand air, la vie régulière, les cures d'air, de lumière, d'eau minérale (soufrée) ne doivent pas être négligées comme moyens adjuvants pour le praticien soigneux.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Traitement de certaines fractures articulaires par les infiltrations de novocaïne et la mobilisation active immédiate.

Dans des fractures articulaires, sans déplacement, ou avec un déplacement n'exigeant pas une exacte réduction, le Professeur R. LERICHE et M. F. FRŒHLICH ont infiltré les ligaments voisins, comme s'il s'agissait d'une entorse, et le foyer de fracture lui-même, de façon à bloquer les phénomènes vaso-moteurs, qui créent l'arthrite secondaire, et à permettre, par suppression de la douleur, une mobilisation active immédiate.

Les résultats obtenus ont dépassé ce qu'ils espéraient. Leurs malades ont guéri avec la plus grande facilité, dans un minimum de temps, et avec le résultat fonctionnel maximum.

L'effet de chaque infiltration durant de douze à vingt-quatre heures, les auteurs ont répété les injections aussi souvent qu'il fallait.

Sans multiplier les exemples, les auteurs illustrent leur travail de trois observations : fracture à plusieurs fragments du coude ; fracture de la tête radiale avec déplacement ; fracture de la rotule à trait transversal, sans déplacement.

Les résultats obtenus montrent que la méthode a une grande marge d'application dans tous les cas, où il n'y a pas nécessité absolue de réduction et de maintien de la réduction par appareil. Il est curieux de voir combien la reprise immédiate de la fonction et la suppression de la douleur, signe du déséquilibre vaso-moteur post-traumatique, améliorent la qualité du résultat. Le simple bon sens chirurgical suffit à marquer les limites de cette manière nouvelle de réaliser la mobilisation immédiate dans les fractures. (*La Presse Médicale,* 24 octobre 1936.)

L'intrication habituelle en clinique des différentes pneumopathies infectieuses aiguës

On trouve décrites dans les traités classiques au chapitre des affections pulmonaires aiguës : la pneumonie, les broncho-pneumonies, les congestions pulmonaires, et, pour celles-ci, quatre formes cliniques bien individualisées : la maladie de Woillez, la congestion pleuro-pulmonaire de Potain, la spléno-pneumonie de Grancher, la fluxion de poitrine de Dieulafoy.

L'étude du Prof. JEAN MINET et de MM. P. DUPIRE et ROOSE porte sur 63 observations : dans 57 cas, l'intrication des pneumopathies infectieuses aiguës entre elles était indiscutable, et six cas d'alvéolites pures réalisaient le tableau clinique de la pneumonie. Ainsi les auteurs ont-ils pu reconnaître cette fréquente intrication de syndromes divers : bronchiques, alvéolaires, conjonctifs et pleuraux. C'est ainsi qu'à l'exception de la pneumonie, les diverses broncho-pleuro-pneumopathies entrent dans un même cadre, où l'on peut seulement distinguer des formes prédominantes.

Ces intrications peuvent se faire selon différentes modalités : existence simultanée de syndromes différents, succession de syndromes différents en des régions différentes du thorax, succession de syndromes différents dans la même région du thorax.

A ces arguments cliniques s'ajoutent des arguments anatomiques et thérapeutiques. Une seule pneumopathie a été retrouvée à l'état pur, c'est la pneumonie, qui conserve donc une autonomie indiscutable. (*Paris Médical,* 24 octobre 1936.)

La maladie de Paget

MM. les Docteurs HONORÉ et P. BONHOMME en font une étude très complète. La maladie de Paget est une ostéite en général étendue à l'ensemble du squelette, mais surtout aux os longs, au crâne et à la colonne ; elle évolue lentement, mais progressivement et sans température. Cette ostéite est raréfiante ; ce qui explique les déformations progressives des os, déformations qui ne sont en général que l'augmentation des courbures normales. Elle est aussi hypertrophiante par de nouvelles appositions périostiques, qui en augmentent le volume.

La forme généralisée est, de loin, la plus fréquente ; mais on rencontre également des formes atypiques, où un seul ou plusieurs os sont touchés. Le diagnostic de maladie de Paget est aisé, quand elle est généralisée et revêt au complet ses caractéristiques ; on se base, avant tout, sur les déformations osseuses : augmentation de volume du crâne, incurvation de la colonne, déviation des os longs, intégrité de la face et des extrémités.

Dans les formes localisées, on se guide sur la déformation osseuse, mais surtout sur les signes

radiographiques ; ce sont d'ailleurs les rayons X qui servent à confirmer également le diagnostic de Paget généralisé. Le diagnostic différentiel le plus délicat est, en général, à faire avec une autre forme d'ostéite fibreuse : la maladie de Recklinghausen. Il est à faire également, entre autres, avec l'ostéomalacie, parfois avec certaines ostéopathies syphilitiques et, dans les cas localisés, avec le carcinome et l'ostéomyélite.

La thérapeutique de cette maladie a suivi les variations des hypothèses pathogéniques. Ceux qui admettent l'origine syphilitique ont évidemment prôné les traitements anti-spécifiques. Comme thérapeutique endocrinienne, on a surtout prescrit la para-hormone, qui donnerait certains résultats, en tout cas, contre les douleurs. Enfin, il faut lutter contre les déficits calciques en donnant des sels de calcium, de l'ergostérol et des ultra-violets. (*Liège médical*, 21 juin 1936.)

Les notions récentes sur la physiologie du thymus

MM. J. Worms et H. P. Klotz concluent que, s'il est possible de soupçonner une association fonctionnelle entre le thymus et des glandes endocrines, telles que : thyroïde, surrénale, hypophyse, un seul rapport est indéniable et bien précisé : celui qui relie le thymus aux organes génitaux. Leur développement est directement sous la dépendance d'un bon fonctionnement du thymus et leur maturité à la puberté provoque l'involution de cet organe, qui peut être retardée ou même empêchée par la castration. (*La Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1936.)

De la curabilité des cirrhoses

Les Docteurs Pallasse et Ledru ont vu récemment un malade quitter leur service après avoir subi un nombre anormal de ponctions évacuatrices que nécessitait une abondante ascite cirrhotique. Il était resté longtemps au même lit, il avait même fait plusieurs séjours dans le service pour la même affection. Il supporta sans trop de peine ce traitement réputé épuisant, qu'il réclamait même, lorsqu'il était trop gêné. Puis l'ascite ne se reforma plus à la suite d'une dernière ponction. On s'étonna. Le malade resta dans le service encore plusieurs mois : il partit, sans ascite, à première vue guéri. Les auteurs rapportent l'observation de ce patient ainsi que celle, étudiée par eux également, d'un autre cas analogue. Il s'agissait bien de deux cirrhoses de Laënnec, c'est-à-dire de cirrhoses atrophiques avec ascite. D'autres cliniciens ont, dans les mêmes conditions, assisté à des rétrocessions plus ou moins complètes et durables de l'ascite dans des cirrhoses de Laënnec nettement caractérisées.

C'est toute la question remise en cause de la guérison, ou du moins des améliorations durables de cette maladie.

Comment expliquer ces faits ? La chose est difficile, car la cirrhose de Laënnec, arrivée à la période ascitique, ne rétrocède généralement pas. Il est trop évident que les quelques observations, relevées dans la littérature médicale, doivent être considérées comme d'heureuses exceptions. En fait, la cirrhose ne rétrocède pas anatomiquement ; cliniquement, l'évolution fatale est la règle, à de rares exceptions près. On a voulu attribuer à chaque médication nouvellement mise à l'épreuve (opothérapie, auto-sérothérapie, diathermie transabdominale, splénectomies, injection d'amylase hépatique) le mérite de résultats exceptionnels : en fait, d'améliorations prolongées plutôt que de guérisons. La grande abondance même des moyens thérapeutiques proposés les rend suspects. On doit les connaître, et même les essayer, mais il ne faut pas leur demander plus qu'ils ne peuvent donner ; enfin ils ne s'appliquent pas à la majorité des cirrhoses.

A bien examiner les choses, pourquoi ne pas se contenter des anciens moyens : repos, diète, régime lacté, et surtout ponctions répétées qui déjà avaient permis d'observer quelques bons résultats.

A tout faire, la vieille ponction d'ascite reste un moyen pratique de rendre à peu près supportable la vie de ces malades. Elle est facile, d'un usage commode en tous lieux, elle offre peu d'accidents, la transformation purulente de l'épanchement est exceptionnelle, les fistulisations cèdent à la longue. Elle fait disparaître momentanément les œdèmes mécaniques ; elle n'affaiblit pas le malade autant qu'on l'a dit. Elle ne provoque pas les hémorragies.

En fait les malades observés par les auteurs de ce travail ont très bien supporté leurs nombreuses ponctions. La théorie classique, qui voyait la mort du malade arriver au bout de 5 à 6 paracentèses, ne vise donc que les cas les plus graves et les plus compliqués. Il faut savoir se servir de la tolérance des cirrhotiques pour les nombreuses ponctions. Mieux vaut une ponction nouvelle qui soulage à coup sûr, que de laisser souffrir un malade sans appétit, dyspnéique et tachycardique, dont les symptômes disparaîtront au moins momentanément, en vertu d'un principe de prudence que la clinique infirme le plus souvent. (*Lyon médical*, 21 juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

Séro-pronostic de la tuberculose pulmonaire

(MM. Paul Courmont et H. Gardère ; 20-10-1936)

Depuis longtemps, MM. Paul Courmont et Gardère ont signalé le pouvoir bactéricide, vis-à-vis du bacille de Koch, de la sérosité des pleurésies tuberculeuses et du sérum sanguin. Déjà ils avaient remarqué que, chez un tuberculeux pulmonaire, un pouvoir bactéricide élevé du sérum était un signe de bon pronostic, et inversement.

Les auteurs apportent aujourd'hui, sur cette question, des faits nouveaux, établissant avec plus de précision la valeur pronostique du pouvoir bactéricide du sérum sanguin dans la tuberculose pulmonaire, et permettant de parler d'un *séro-pronostic* de la tuberculose.

L'action bactéricide du sérum se manifeste par un arrêt ou un empêchement complet des cultures du bacille. La valeur du pouvoir bactéricide est mesurée par la technique suivante : dans quatre tubes de culture ensemencés, on ajoute 1/8, 1/4, 1/2, 1/1 de sérum et l'on note le tube où la culture a été nulle ; on dit le pouvoir bactéricide égal à 8, 4, 2, 1, selon qu'il s'agit du tube n° 1, n° 2, n° 3 ou n° 4.

Chez l'homme adulte normal, indemne de toute lésion tuberculeuse en activité, le sérum est légèrement bactéricide (chiffre + 2). Chez le tuberculeux, la valeur bactéricide peut s'élever à + 4 et même + 8. Mais, certains bacillaires ont un pouvoir bactéricide du sérum qui demeure à + 2 ou tombe à + 1, et même à 0. Au-dessous de + 2, il s'agit d'un chiffre faible.

Une cause d'erreur doit être signalée. Il faut savoir qu'une seule injection de sel d'or suffit à faire monter le pouvoir bactéricide. On comprend que, pour tirer des déductions de cette épreuve, il soit nécessaire de la rechercher avant toute thérapeutique aurique.

MM. Courmont et Gardère ont pu suivre 77 tuberculeux, chez lesquels ils avaient déterminé le pouvoir bactéricide du sérum. Sur ce groupe total, ils ont noté une mortalité globale de 50 % chez les malades ayant un pouvoir bactéricide faible, et de 13 % seulement chez ceux ayant un pouvoir bactéricide fort.

Dès lors, s'établirait ainsi un séro-pronostic de la tuberculose. Pouvoir bactéricide fort, à + 8 ou à + 4, pronostic favorable ; pouvoir bactéricide faible, au-dessous de + 4, pronostic défavorable.

Ces faits peuvent s'éclairer encore par l'étude du pouvoir bactéricide du sérum normal chez l'homme et les animaux. Les sérums de certains animaux résistant tout spécialement à la tuberculose, comme le cheval, ont un pouvoir bactéricide naturel très élevé, à + 4, + 8, + 10. Au contraire, les animaux facilement tuberculisables, comme le cobaye, ont un pouvoir bactéricide du sérum faible, à + 2.

Chez l'homme, le pouvoir bactéricide du sérum normal est également de + 2. Il peut s'élever chez les tuberculeux résistants. Au contraire, il reste à + 2 ou même s'abaisse dans beaucoup de cas d'infection bacillaire grave.

Académie de chirurgie

Nécroses osseuses consécutives à la curiethérapie interne

(M. Dechaume. — Rapport de M. Louis Bazy ; 14-10-1936)

La curiethérapie interne, les injections de sels radio-actifs, que l'on emploie dans la thérapeutique de certaines affections, peuvent offrir des inconvénients. Lacassagne les avait déjà signalés.

Dès 1925, des auteurs américains, Hoffmann et Martland, avaient attiré l'attention sur les nécroses des maxillaires observées chez les ouvriers qui peignent les cadrans lumineux des horloges, au moyen d'une préparation de sulfure de zinc, rendue phosphorescente par l'adjonction d'une très faible quantité d'un sel de radium. Les peintres en question avaient la fâcheuse habitude de porter leur pinceau à leurs lèvres pour en faciliter l'appointage. Il y avait là une véritable maladie professionnelle.

M. Dechaume, a observé de son côté trois cas de nécrose des maxillaires à la suite d'injections thérapeutiques de sels radio-actifs.

Le danger de ces injections est l'accumulation, dans l'organisme, de ces sels. Il s'écoule quelquefois un temps très long entre la fin du traitement et l'apparition des premiers symptômes cliniques.

Les éléments radio-actifs sont susceptibles de s'accumuler dans les os, et on comprend que les maxillaires soient plus spécialement touchés, l'action des radiations y étant favorisée par l'infection buccale et par l'élimination salivaire des sels.

La preuve clinique que la nécrose osseuse est bien due à la curiethérapie interne paraît toutefois difficile à apporter. On a pris des mesures pour éviter les maladies professionnelles relevant des corps radio-actifs. M. Dechaume et M. L. Bazy, à la suite de M. Lacassagne, pensent qu'il importerait de réduire l'emploi thérapeutique de ces substances à un minimum d'affections graves, non-curables par d'autres traitements.

— M. Moulonguet estime aussi que le diagnostic de radio-nécrose est difficile à établir.

— M. A. Béclère va plus loin encore que M. Louis Bazy. Il propose de renoncer à tout usage thérapeutique interne des substances radio-actives. P. L.

Remarques sur quelques cas d'artériographie pulmonaire chez l'homme vivant

(MM. Ameuille, Ronneaux, Hinault, Desgrez et J. M. Lemoine ; 8-5-36.)

La technique de l'artériographie pulmonaire nous paraît simple aujourd'hui. Il suffit d'introduire par une veine du pli du coude une sonde jusqu'au niveau de l'oreillette droite, d'y injecter une substance opaque et de prendre instantanément une radiographie. On met à nu une veine superficielle du pli du coude, on l'ouvre aux ciseaux et on y introduit tout doucement une sonde urétérale opaque, longue de 60 centimètres. Sous écran, on voit progresser la sonde que l'on pousse jusqu'au niveau de l'oreillette, ce qui correspond à peu près au bord inférieur de la troisième côte. Ce repérage n'est pas toujours facile d'ailleurs ; dans un gros thorax, dans un médiastin élargi, on suit assez mal le bout de la sonde et on doit, pour le repérage, chercher dans les incidences obliques celle qui permet le mieux de suivre la progression de la sonde. Une fois la sonde en place, on prépare l'appareillage pour la prise d'une radiographie et on injecte aussi vite que possible par la sonde 8 à 10 c. c. d'une solution d'iodure de sodium à 120 %. L'injection à peine terminée, on déclenche la prise du cliché.

Mais une angiopneumographie n'est pas réalisable à tous les coups. On éprouve souvent des difficultés à faire pénétrer la sonde. Et encore, lorsque la sonde a progressé facilement, que l'injection a été faite au bon moment, on trouve quelquefois un cliché flou, grisâtre, sans aucun contraste. En effet, quand on dit qu'il faut prendre le cliché aussi vite que possible après la fin de l'injection, cela n'a pas une valeur absolue, tout dépend du rythme cardiaque du sujet. Chez un tachycardique, il est bien évident que la substance opaque a souvent atteint au moment du cliché les capillaires et la circulation de retour. Fort heureusement, l'artériographie pulmonaire est réalisable dans un très grand nombre de cas : la sonde chemine avec beaucoup de facilité et arrive jusqu'à l'oreillette sans aucune gêne pour le malade. Mais n'y a-t-il pas quelques inconvénients à injecter par cette sonde, dans la circulation, une grande quantité d'iodure (10 grammes, et parfois beaucoup plus), alors qu'on se montre si parcimonieux pour donner de l'iodure, per os, aux tuberculeux. Cependant, alors que l'Ecole portugaise se sert d'une solution d'iodure à 120 %, les auteurs ont pu utiliser fréquemment une solution de 140 à 150 %, taux très voisin de la saturation, sans avoir plus d'ennuis. Aussitôt après l'injection, le malade est pris d'un accès de toux suivi rapidement d'une céphalée, parfois très vive, mais fugace, et généralement dissipée au bout de trois à quatre minutes. Ces deux incidents sont constants. Trois malades ont eu une selle diarrhéique immédiatement après l'injection. Quelques-uns ont observé une petite élévation thermique. Ajoutons, enfin, qu'un grand nombre de malades étaient des tuberculeux et que pas un n'a présenté d'expectoration hémoptoïque dans les jours qui ont suivi.

L'élimination de l'iode a été étudiée ; à aucun moment, on ne retrouve d'iodure dans les fèces ; il apparaît au contraire rapidement dans l'urine qui, au bout d'une demi-heure, contient 30 % de l'iodure total injecté. Au bout de 50 heures, on ne trouve plus que des traces d'iode dans l'urine.

L'artériographie pulmonaire a permis d'apporter la confirmation d'un certain nombre de faits connus : c'est ainsi, par exemple, que les régions hilaires tant de fois accusées de porter dans leur sein une adénopathie imaginaire et classées communément « hiles chargés » ou « hiles empâtés », se sont révélés uniquement constituées par des ombres vasculaires. Dans le domaine de la pathologie pulmonaire, cette méthode a donné également des résultats fort intéressants, mais peut-être pas aussi brillants jusqu'à maintenant que ceux attendus ; et encore paraissent-ils présenter peut-être moins d'intérêt que l'exploration du médiastin et de la physiologie de la circulation pulmonaire.

Un cas de cancer ulcériforme au début

(M. R. A. Gutmann, J. Charrier, I. Bertrand et G. Beaugeard ; 22-5-36)

L'observation communiquée montre l'importance des examens radiologiques successifs chez des malades paraissant avoir un ulcère gastrique.

C'était un jeune homme de 25 ans, qui avait présenté deux petites poussées douloureuses d'un caractère absolument banal. Ni la clinique, ni l'examen du suc gastrique (hyperchlorhydrie) n'étaient suspects. Radiologiquement, au cours même de ces accidents, tout semblait en faveur d'un ulcère : la forme de la niche, la spasmodicité de l'estomac, la rétraction de la petite courbure.

C'est en suivant les images, après que le malade a été cliniquement guéri, et alors que classiquement aucun examen ne s'imposait plus, que les auteurs ont pu, uniquement sur la persistance et l'augmentation de signes radiologiques, eux-mêmes plus ulcéreux que cancéreux, faire un diagnostic de cancer.

A l'examen macroscopique de la pièce, il semble s'agir d'un ulcère banal. A l'examen de la coupe au faible grossissement, on voit seulement que la lésion n'a absolument rien d'un ulcère. Il faut l'examen aux forts grossissements pour qu'apparaissent les aspects typiques de cancer au début qui justifient le diagnostic radiologique.

Peut-être de tels faits aideront-ils à préciser le diagnostic précoce du cancer gastrique.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

---

Bulletin de l'Actualité

LES RIVALITÉS PROFESSIONNELLES

Du train dont vont les choses, il n'est point douteux que, d'ici quelques années, la profession médicale, si elle n'a point été fonctionnarisée sera mise en tutelle, par de vastes organisations de soins et ceux, qui s'étonneront du changement profond survenu dans la pratique de la médecine et dans la vie même du médecin, auront du mal à comprendre comment ces transformations ont pu être aussi profondes, et comment le médecin a pu les laisser se réaliser sans mieux se défendre et sans plus réagir. Pour se rendre compte de ce qui se passe tous les jours et pour comprendre la faiblesse du Corps médical, en dépit des apparences, il suffit d'assister à n'importe laquelle de nos réunions, qu'elle soit scientifique, corporative ou syndicale. L'esprit le moins averti peut y constater la division des esprits et, en y regardant d'un peu plus près, voir qu'à la base de ces divisions continuelles règnent toujours des rivalités professionnelles.

Le *Pessima medicorum invidia* est aujourd'hui plus vrai que jamais. Pour n'avoir pas réussi à en triompher, notre profession voit diminuer chaque jour son caractère libéral, et le médecin risque de perdre la belle place qu'il aurait dû savoir se faire dans l'organisation moderne de la la Santé publique.

Les rivalités professionnelles existent à tous les degrés de l'exercice de la médecine ; elles sont aussi farouches dans la plus humble bourgade, où exercent deux praticiens, courbés sous le même labeur, vivant la même rude vie du praticien rural, que dans les cercles scientifiques les plus fermés, où l'on n'accède qu'après une succession d'épreuves, de concours, d'élections, qu'après avoir cueilli toutes les distinctions, tous les honneurs et tous les profits. Ce sont les mêmes reproches, les mêmes griefs qui s'expriment et, dans des termes si semblables, qu'il s'agit évidemment là d'une fâcheuse tournure d'esprit conceptionnelle, impossible à modifier.

Bien entendu ces rivalités ont pour prétextes de petits intérêts, des jalousies à peine expliquées, des réussites imprévues, des incompatibilités d'humeur, des différences de situation, mais elles tiennent avant tout à une fausse idée que chacun de nous se fait de ses devoirs, vis-à-vis du Corps médical tout entier et de chacun de ses membres. C'est cette fausse conception qui, dans le poste le plus modeste, dresse le jeune médecin frais émoulu de la Faculté contre le praticien à la tête chenue, alors que la différence d'âge, qui existe entre eux, devrait les rapprocher et leur permettre d'exercer l'un à côté de l'autre une profession, où la clientèle peut également tirer profit de l'expérience de l'un et de l'ardeur de l'autre.

Ce sont ces rivalités professionnelles, qui ont fait échouer les tentatives d'associations, dont ces chirurgiens avaient commencé à donnner l'exemple.

Pour un jeune médecin, qui au sortir de l'Ecole ne sait trop comment utiliser son diplôme, c'est une aubaine de rencontrer un confrère plus âgé, souvent ami de sa famille, ayant apprécié ses qualités de travail et d'esprit, qui vient à lui pour lui proposer une collaboration professionnelle. Pourquoi faut-il que trop souvent de pareilles associations, dont les avantages sont manifestes, n'aient abouti qu'à des brouilles, à des querelles et même à des procès, pour lesquels le Sou Médical a été plusieurs fois appelé à donner son appui ?

Il apparaît avec les années que la formule n'a pas donné les bons résultats qu'on devait en attendre et, qu'à quelques exceptions près, que l'on cite, ce sont des rivalités, ou des jalousies mesquines qui ont dressé l'un contre l'autre ceux-là même, dont l'intérêt immédiat était de s'entendre.

Et cependant, si nous avions su faire table rase de nos rivalités, n'y avait-il point là une merveilleuse formule pour permettre aux praticiens bien en place de rajeunir leurs habitudes, leurs méthodes, en s'adjoignant de jeunes collaborateurs.

La même formule permettait d'ailleurs aux jeunes de résoudre le problème complexe d'une entrée facile dans la carrière médicale à la suite

d'un aîné, dont les conseils et les avis ne sont pas toujours les radotages d'un vieil imbécile.

Parlerai-je du tort que font à la plupart des discussions scientifiques ces querelles d'école, qui ont à leur base des rivalités professionnelles et dont notre génération a eu à subir le contre-coup, alors que les jurys d'examens d'obstétrique pouvaient subir l'influence de l'un ou l'autre de ces deux grands accoucheurs ennemis.

Une génération jeune, élevée avec de pareils exemples, en garde forcément l'empreinte ; les conflits, les luttes et les discussions lui semblent nécessaires pour manifester la valeur et la supériorité de son esprit. Il ne faut plus alors s'étonner de voir de jeunes externes juger sévèrement leurs anciens, car le respect dû aux maîtres disparaît vite de nos écoles, remplacé par une espèce d'admiration intéressée, à laquelle beaucoup trop de chefs restent sensibles.

Cette admiration, d'autant mieux cultivée qu'on désire monter plus haut, ne laisse après elle rien de profond, et elle a pu s'exprimer un jour, en une phrase cynique d'un toast que rappelait Paul Reclus : « A la mort des vieux, pour qu'ils laissent la place aux jeunes ».

Nous la voyons aujourd'hui concrétisée par un projet de loi qui prie très gentiment tous ceux qui ont plus de 65 ans de déguerpir, car on pourrait perdre patience en attendant leur *mort*.

Si nous examinons ce qui se passe dans la pratique journalière pour la défense de nos intérêts communs, on voit que les mêmes rivalités exercent là aussi leurs déplorables effets.

Au lieu d'opposer à l'adversaire un front unique, une communauté de vue, qui fatalement lui montrerait que ses prétentions sont impossibles et incompatibles avec les principes et les habitudes de la médecine traditionnelle, que voyons-nous ?

Toujours une rivalité d'intérêts individuels, qui s'opposent aux intérêts communs.

Des actions isolées viennent compromettre l'action entreprise par ceux qui devraient nous défendre, et ces petites trahisons finissent par être si nombreuses que les organismes de soins savent qu'il leur est facile, en utilisant habilement les rivalités professionnelles, d'arriver à leur fins. Chacun de nous n'a qu'à regarder autour de lui pour m'éviter d'en donner des exemples et pour comprendre qu'aucune action commune ne sera efficace tant que persistera cette mentalité déplorable.

A CELA EXISTE-T-IL UN REMÈDE, *et faut-il se borner à constater le mal sans préconiser une thérapeutique* ?

Il y a bien longtemps déjà que Duchesne, avec cette finesse d'esprit que nous apprécions tant, m'expliquait que la seule bonne méthode était de se mieux connaître, de se voir davantage, d'établir des échanges de vues plus fréquents et il me citait, à l'appui de sa thérapeutique, l'exemple d'une ville qu'il connaissait bien et où régnait la meilleure entente, où les rivalités s'étaient apaisées entre les confrères par le seul fait que, tous les mois, les médecins dînaient l'un chez l'autre. Là, autour d'un excellent repas normand, on se faisait amicalement les reproches mérités, on s'expliquait sur des actes qui auraient pu être déformés ou mal interprétés, on réfrénait les agissements d'un confrère trop entreprenant et on se quittait tous amis, jusqu'au mois prochain. Le remède est je crois excellent ; l'exemple à Paris de nos réunions d'arrondissement nous montre quelle cordialité existe entre ceux qui les suivent, les amitiés qui s'y nouent, les conflits qui s'y apaisent et l'heureux rapprochement qui s'y fait à tous les degrés de la hiérarchie médicale.

Il y a quelques années, j'avais proposé à la « *Butte médicale* » que tout nouveau confrère s'installant dans l'arrondissement soit aimablement prié par ses anciens, de venir se présenter à la Société locale, et d'y exposer simplement le sujet de sa thèse. Je voyais là un moyen facile de montrer au nouveau que la famille médicale était quelque chose d'autre qu'un troupeau de loups ; on lui évitait les visites qui prennent du temps, et où la réception est quelquefois fraîche ; on se faisait une idée sur sa manière d'être, sur sa façon de se présenter ; on faisait sa connaissance et on pouvait échanger avec lui quelques paroles amicales, au hasard d'une rencontre dans un escalier.

Il ne suffit point pour supprimer ce qui nous divise, pour faire disparaître ce qui nous affaiblit, de changer un mot, et de remplacer l'Invidia par la Concordia, il faut faire dans ce sens un sérieux effort et, pour ma part, je reste persuadé qu'il est grand temps de s'y essayer, avant que le mal soit irréparable.

Dr Raphaël MASSART.

DÉCISIONS DE JURISPRUDENCE INÉDITES OBTENUES POUR DES PROCÈS SOUTENUS PAR LE SOU MÉDICAL EN 1936

Pour la défense des intérêts professionnels de ses membres, le *Sou Médical* obtient chaque année un certain nombre de jugements et d'arrêts, qui, trop nombreux, ne peuvent pas être publiés dans le *Concours Médical*. Aussi croyons-nous bien faire en donnant un rapide aperçu de ces documents inédits et nous restons à la disposition de nos confrères, ou de leurs avocats, pour leur communiquer telle ou telle décision qui pourrait leur être utile.

Responsabilité professionnelle

Non seulement le Sou défend ceux de ses adhérents, dont la responsabilité est mise en cause, par un client, mais encore il donne l'appui pécuniaire, pour que ceux-ci puissent néanmoins réclamer en justice leurs légitimes honoraires, malgré la menace d'une demande reconventionnelle, toute d'intimidation.

Nous tenons à bien insister sur ce fait qui démontre clairement que le Sou Médical est, avant tout, une Ligue de défense des praticiens : à sa demande d'honoraires, un de nos adhérents se voit opposer un refus de la part de son client, sous prétexte qu'il a été mal soigné ou mal guéri. Si le praticien passe outre et assigne, c'est un procès avec demande reconventionnelle du client.

Or, si le médecin est simplement assuré contre la responsabilité professionnelle, il hésitera à supporter lui seul les frais et les ennuis d'un procès, pour recouvrer ce qui lui est légitimement dû pour les soins donnés, puisque son assurance ne peut intervenir que lorsque la responsabilité sera mise en jeu.

Au contraire, le Sou accorde immédiatement son appui moral et pécuniaire, pour engager le procès en recouvrement d'honoraires, malgré les menaces et les procédés d'intimidation du client. La plupart du temps, ce dernier s'exécute et paie.

1° Erreur de diagnostic

Un confrère s'est vu accusé d'erreur de diagnostic chez un enfant atteint de rétention d'urines à répétition. Il avait pensé à une cystite calculeuse. La cystostomie fit découvrir la nature bacillaire de l'affection et les parents en prirent motif pour essayer de ne pas payer le médecin.

Le Sou Médical accorda son appui moral et pécuniaire pour poursuivre le recouvrement en justice des sommes dues au praticien. Demande reconventionnelle des adversaires. Par jugement du 29 mai 1934, le *Tribunal de Lorient* donna raison au médecin. Appel fut interjeté par les clients et, par arrêt du 17 juin 1936, la *Cour d'appel de Rennes* décida que l'erreur de diagnostic n'avait eu aucune influence sur le marche de l'affect on, ni sur le traitement chirurgical qui s'imposait. En conséquence, non seulement les clients furent déboutés de leur demande en dommages-intérêts, mais durent régler les honoraires réclamés par le praticien.

Confrères, n'hésitez pas à faire radiographier vos malades, non seulement pour constater les dégâts provoqués par un traumatisme, mais aussi pour vérifier si la réduction d'une fracture ou d'une luxation est correcte.

Pour avoir pris pour une fracture de l'humérus, une luxation sous coracoïdienne de l'épaule, pour n'avoir pas fait vérifier son diagnostic sous écran, ou cliché, un médecin a été condamné à 160.000 francs de dommages-intérêts, par jugement du *Tribunal civil de Sedan*, en date du 21 avril 1936.

Encore une luxation de l'épaule méconnue ; mais, dans ce cas, à la décharge du médecin, il fut prouvé, devant les experts, qu'il s'agissait d'une variété rare de luxation (en arrière et en dehors), difficile à diagnostiquer par les simples procédés de la clinique. En plus, le praticien affirma qu'à plusieurs reprises, il avait conseillé la radiographie, laquelle avait été refusée par ses clients, ce qui n'empêchait pas ces derniers de soutenir lors des débats, qu'il était du devoir du médecin d'avoir recours à tous les procédés modernes d'investigation.

Par jugement en date du 15 juillet 1936, le *tribunal civil de Clermont* déchargea notre confrère de toute responsabilité.

2° Accidents radiothérapiques

Mais les rayons X peuvent être nocifs, même pour un simple examen à l'écran. Témoin l'arrêt de la *Cour d'appel de Paris* (1re Chambre) du 17 juillet 1936, qui condamne un radiographe à 60.000 francs de dommages-intérêts, parce qu'un examen trop prolongé aurait provoqué des brûlures au patient. Avec l'appui du Sou, le confrère s'est pourvu en cassation.

3° Le tétanos

Faut-il faire des piqûres antitétaniques dans tous les cas ? Oui, semblerait-il, devant les attaques des clients.

A la suite d'une réclamation d'honoraires, une

veuve actionne reconventionnellement le médecin, pour n'avoir pas pratiqué d'injection préventive, dans un cas de fracture fermée de l'olécrane. La veuve alléguait qu'il y aurait eu quelques excoriations superficielles à la figure. Par jugement du 4 mars 1936, le *juge de paix de Mielan* a donné entièrement raison à notre adhérent, d'autant que le médecin traitant avait fait transporter le blessé dans une clinique, où l'on n'avait également constaté aucune plaie du visage.

Un cultivateur se blesse profondément un doigt avec une hache. Le médecin fait un pansement et ne conseille, ni propose une piqûre antitétanique. Le blessé est conduit à l'hôpital et refuse la piqûre. Le décès, par tétanos, ne saurait en conséquence être reproché au médecin, ainsi en décide le *tribunal civil de Besançon* le 13 mai 1936.

4° Décès au cours d'une opération

Par jugement du 28 mars 1936, le *tribunal civil d'Agen* déchargea de toute responsabilité un praticien, qui, ayant opéré une malade sous anesthésie locale, pour une affection oculaire, vit la patiente décéder subitement. L'autopsie ne révéla aucune lésion pouvant être imputable au chirurgien.

5° Appareil défectueux

Le tribunal civil de la Seine, 1re Chambre, 3e section, par jugement du 25 mai 1936 a décidé qu'il n'y avait pas de faute imputable au médecin, qui a pratiqué un examen nécessité par l'état du malade, examen correctement effectué à l'aide d'un appareil (un abaisse-langue électrique) dont rien ne permet de dire que l'entretien ou le fonctionnement était défectueux et dont l'usage est classique.

6° Oubli de déclaration de naissance

Dans les trois jours de l'accouchement, le médecin est tenu, comme toutes autres personnes qui ont assisté à l'accouchement, de déclarer la naissance de l'enfant, lorsque le père est absent. Pour avoir oublié cette règle, un praticien a été condamné à 16 francs d'amende, par le *tribunal de Chartres*, 17 juillet 1936.

7° Abandon de malade

Le médecin a le droit de refuser ses soins, lorsqu'il n'est pas lié par un contrat de louage de services. Or, la convention tacile qui intervient entre un malade et son médecin est un contrat à titre onéreux, qui oblige le client à régler les honoraires de celui qui lui donne des soins.

En conséquence n'est pas coupable le praticien qui, appelé auprès d'un mauvais payeur (il avait été averti par un confrère créancier impayé du malade) refuse de donner ses soins et rédige même un billet d'envoi à l'hôpital. (*Tribunal civil de Grasse*, 18 mai 1936).

8° Responsabilité du fait des aides

Une grosse affaire a retenu l'attention de nos confrères. Il s'agit d'un praticien ayant ordonné des piqûres, qui devaient être faites par une infirmière d'un sanatorium voisin. Erreur de cette dernière, qui pratique une injection quotidienne, au lieu de tous les trois ou quatre jours. Mort de l'enfant. Le *Tribunal correctionnel d'Abbeville*, par jugement du 24 octobre 1935, relaxa notre adhérent. Mais, en appel, la *Cour d'Amiens* par arrêt du 2 juillet 1936, condamna solidairement l'infirmière et le médecin à 12.000 francs. Le Sou a porté l'affaire devant la Cour de cassation.

Assistance médicale gratuite

Le médecin praticien peut-il pratiquer au domicile des indigents des interventions courantes de petite ou moyenne chirurgie ? Est-il contraint de faire opérer ces malades à l'hôpital ? Doit-il solliciter une autorisation préalable de l'Administration préfectorale ?

Défendu par le Sou Médical, un confrère a pu obtenir satisfaction complète par arrêté du *Conseil de préfecture de Chalons-sur-Marne*, en date du 30 novembre 1935. Le transport d'un indigent à l'hôpital ne doit être envisagé que lorsque ce malade ne peut pas recevoir chez lui les soins nécessaires à son état.

Sans préjuger du bien fondé de la réclamation d'honoraires d'un praticien, alors que son mémoire a été réduit de 30 % par la Commission de contrôle, puis par le préfet, le Sou Médical ne saurait tolérer qu'un de ses adhérents soit privé du droit de défense : il doit être mis à même de produire ses arguments et moyens de justification. Aussi avons-nous accordé l'appui pour faire annuler une décision préfectorale, par arrêté du *Conseil de préfecture de la Manche*, du 14 mai 1936 : le mémoire d'honoraires est renvoyé au préfet pour permettre au médecin de faire valoir ses moyens de défense.

Assurances sociales

En dehors des conflits courants, concernant le quantum des honoraires à réclamer, ou l'appréciation des chiffres-clé, etc., dont le Sou Médical doit se préoccuper, pour permettre à ses adhérents de se faire légitimement payer par qui de droit, ne retenons dans cet exposé que les litiges, qui ont eu leur solution devant la juridiction d'appel, ou devant la Cour de cassation.

A propos des assurés indigents, disons que certaines décisions perdent aujourd'hui de leur

valeur, du fait que le décret-loi du 28 octobre 1935 a modifié la loi du 30 avril 1930, sur le Assurances sociales.

Désormais, les frais médicaux et chirurgicaux seront calculés selon le tarif de responsabilité de la Caisse à laquelle sont inscrits les assurés sus-visés. Les honoraires des praticiens leur seront payés par les collectivités d'assistance, après règlement des prestations dues par les Caisses. Le médecin traitant doit prévenir la Caisse d'assistance dans les trois jours qui suivent la première constatation médicale chez un assuré assisté.

La Commission d'arrondissement de Louhans a décidé le 30 mai 1936 qu'ayant à soigner un assuré social indigent, le médecin doit être librement choisi par le malade et doit rester maître de son traitement, sans avoir à se conformer au règlement départemental de l'assistance médicale.

Ce principe a déjà été affirmé par la *Cour de cassation*, qui, par un nouvel arrêt, rendu pour un membre du Sou, a décidé le 7 avril 1936 que le tarif applicable aux assurés sociaux notoirement indigents était celui des accidents du travail.

Même séparation entre le service de l'Assistance médicale gratuite et celui des Assurances sociales affirmée par le *tribunal civil de Reims*, jugeant en appel le 4 décembre 1935.

Quel honoraire demander lorsque l'intervention pratiquée sur un assuré indigent, sous le régime de la loi de 1928-1930, ne figurait pas au tarif ministériel des accidents du travail ? Par exemple : accouchement ordinaire ou dystocique, ablation d'adénoïdes, etc...

Par quatre arrêts (8 janvier 1935, 28 janvier, 7 avril et 24 juin 1936), la *Cour de cassation*, Chambre civile, a décidé que le juge du fond possédait un souverain pouvoir d'appréciation pour fixer le montant des honoraires médicaux, lorsque ceux-ci ne sont pas déterminés par le tarif légal. Au reste, ces difficultés ne se poseront plus sous le régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, puisque les frais médicaux concernant les assurés sociaux indigents sont désormais réglés d'après le tarif de responsabilité des Caisses.

Enfin, le Tribunal des conflits vient de décider (26 octobre 1936) que doit être annulé l'arrêté de conflit pris par un préfet, qui soutenait que ni la Commission cantonale, ni, en appel, le Tribunal civil n'étaient compétents pour connaître d'une demande d'honoraires d'un médecin, pour soins donnés aux assurés indigents.

Le Tribunal des conflits affirme à son tour que bien qu'inscrit sur les listes de l'Assistance médicale gratuite, un assuré social n'en demeure pas moins un assuré conservant tous les avantages de l'assurance. En conséquence, la difficulté soulevée par la demande d'honoraires d'un médecin, pour soins donnés à un assuré indigent relève de la règle inscrite dans la loi des Assurances sociales, en son article 59 et non de celle du service de l'Assistance médicale gratuite.

Question de procédure

Un membre du Sou débouté de sa demande d'honoraires d'Assurances sociales devant la Commission cantonale, avait vu son appel déclaré irrecevable par le *tribunal civil de la Seine* par jugement du 29 mai 1935, sous le prétexte que les délais d'appel ne courent que du jour de la notification du jugement. Or, le greffier avait négligé de procéder à cette notification. La *Cour de cassation*, chambre civile, par arrêt du 6 mai 1935, a donné satisfaction à notre confrère, en décidant que les délais d'appel n'étaient pas subordonnés à la notification le jour même du prononcé du jugement.

Qui poursuivre, pour réclamer les honoraires concernant un assuré social indigent ? Est-ce le préfet, ou le maire de la commune de secours ? Autrement dit devant quelle Commission cantonale (actuellement Commission d'arrondissement) doit-on poursuivre ?

Par arrêt du 24 juin 1936, la *Cour de cassation*, Chambre civile et par jugement du 21 février 1936, le *Tribunal civil d'Avesnes* ont décidé que c'était le maire du domicile de secours de l'assuré social indigent qu'il fallait poursuivre devant la juridiction du siège de la commune.

Accidents du travail

Par deux arrêts du 15 juillet 1936, la Chambre civile de la *Cour de cassation* a proclamé une fois de plus le principe que, lorsque l'urgence nécessite le transport d'un blessé du travail dans une clinique privée, alors surtout que l'hôpital public n'était pas organisé pour donner les soins nécessaires, le « tout compris » n'est pas opposable à la clinique ni au chirurgien.

Loi des pensions

La Commission supérieure de contrôle est souveraine, pour apprécier si les soins donnés correspondent aux motifs de réforme et s'ils n'ont pas été exagérés (*Conseil d'Etat*, 26 mars 1936) ; mais encore convient-il que les motifs de la décision soient explicites et non pas vagues (*Conseil d'Etat*, 2 avril 1936).

La Commission départementale de contrôle n'a pas le droit de subordonner par voie réglementaire la prescription de certains médicaments à une autorisation préalable (*Conseil d'Etat*, 26 mars 1936).

Le contrôle médical exécuté trois mois et demi après la guérison d'un état aigu ne peut servir de base à la Commission départementale de contrôle pour diminuer la note d'honoraires du

médecin traitant, sous prétexte qu'il y a eu abus de visites (*Commission supérieure de contrôle*, 2 avril 1936).

Le prix d'un examen radioscopique pratiqué à l'occasion d'une insufflation thoracique, doit être payé en plus du prix de cette dernière (*Conseil d'Etat*, 26 mars 1936).

Le médecin qui n'a pas été mis en cause devant la Commission départementale, ne saurait être privé d'un degré de juridiction, alors qu'il est cité à se défendre devant la Commission supérieure. (*Conseil d'Etat*, 25 juin 1936).

Honoraires de droit commun

Nous laissons de côté les cas banaux, où il faut porter devant le juge la réclamation d'honoraires contre un débiteur qui se dérobe, chicane, excipe de toutes sortes de raisons pour ne pas payer, ou payer moins cher. Bien souvent lorsque le client s'aperçoit que, derrière le médecin,, se trouve une Ligue de défense professionnelle il s'exécute, ou demande un arrangement à l'amiable.

Ne retenons, dans cette année 1936, que les procès qui ont soulevé des questions plus élevées.

L'auteur d'un accident d'auto est venu chercher le médecin. Ce dernier n'a pas à déterminer qui doit le payer. Il assignera d'abord le bénéficiaire des soins, c'est-à-dire la victime et, avec elle, celui qui est venu le mettre en œuvre, c'est-à-dire l'automobiliste. Au juge de décider quel est le débiteur des soins. Ainsi jugé par *justice de paix de Belz* (Morbihan), le 28 mai 1936.

Toujours accident d'automobile. La victime réclame la note du médecin, ne fait aucune objection, la produit à l'appui de sa transaction avec l'assurance qui lui verse une somme globale et forfaitaire. Le *tribunal civil de Dijon*, par jugement du 12 décembre 1935, condamne le blessé à régler le praticien, puisque les honoraires réclamés ont figuré, sans protestation de quiconque, dans le règlement de l'indemnité qui fut versée à la victime.

Tant que le mariage n'est pas dissous, c'est le mari, en sa qualité d'administrateur légal de la communauté, qui est seul responsable des honoraires pour soins donnés à sa femme. Ainsi décidé par le *tribunal civil de la Seine* (9e chambre, le 10 juin 1936.

Hospices et hôpitaux

Un médecin, dont la révocation a été annulée par le Conseil d'Etat pour vice de forme (7 novembre 1934) peut obtenir une indemnité pour le préjudice causé, bien que l'instruction ait révélé que les motifs de la révocation étaient justifiés. (*Conseil de préfecture de Nice*, 6 mai 1936).

Médecine administrative

Le directeur d'une circonscription sanitaire maritime avait infligé un blâme à un médecin de santé, avec inscription sur son dossier. Cette mesure disciplinaire fut annulée par le *Conseil d'Etat*, par arrêt du 4 décembre 1935, parce que communication préalable du dossier n'avait pas été faite, comme le stipule l'article 65 de la loi du 22 avril 1905.

Un médecin recevait une subvention d'une commune et jouissait de certains avantages, tels que logement gratuit. Il se brouilla avec la municipalité, qui lui supprime ces subventions, pour les accorder à un autre praticien, qu'on fit venir dans la localité.

Ce dernier contrat avait été annulé par le *Conseil d'Etat* (26 octobre 1934) motifs pris que ce n'est que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles que certaines communes peuvent être autorisées à favoriser l'installation et la résidence d'un médecin, en lui octroyant certains avantages pécuniaires ou matériels.

Ainsi victorieux une première fois, notre confrère engagea une nouvelle instance pour obtenir des dommages intérêts, parce que l'installation d'un second praticien, dans la localité lui avait porté préjudice. Il succomba dans sa réclamation devant le *Conseil de préfecture de Bordeaux* (27 mars et 28 avril 1936) parce qu'il a obtenu une première satisfaction en faisant annuler, par le Conseil d'Etat, la subvention allouée à son confrère ; mais que l'erreur de la commune n'était pas génératrice de dommages envers lui.

Un praticien spécialement attaché à une clinique municipale, par nomination du maire, doit être considéré comme ayant droit, comme les fonctionnaires, à la communication préalable de son dossier, avant le prononcé de toute mesure disciplinaire contre lui. (*Conseil d'Etat*, 4 décembre 1935).

Impôts

De nombreux adhérents du Sou nous out soumis leurs réclamations au sujet de leurs impositions tant sur le revenu professionnel que sur la patente. Chacun des cas est examiné par notre conseiller fiscal, qui rédige un mémoire, pour former le recours devant la juridiction compétente.

Signalons en dehors de ces litiges très nombreux, un arrêt du *Conseil d'Etat* du 3 juin 1936 séparant les bénéfices professionnels des traitements et salaires. Toutefois, cette jurisprudence a perdu actuellement de son intérêt, puisqu'en vertu de l'article 101 du Code de l'impôt sur le revenu, les contribuables jouissant de deux revenus de cette nature sont imposés à la cédule à laquelle correspond le revenu net le plus élevé. Retenons seulement qu'en principe les rémunérations allouées aux médecins d'hôpitaux ou à

ceux attachés au service médical d'une entreprise constituent des traitements.

Quant à la retenue de 10 %, le *Conseil de préfecture de Rouen* a décidé par un arrêté du 8 mai 1936, qu'elle ne devait être effectuée en ce qui concerne les mémoires d'assistance médicale gratuite, que sur les honoraires correspondant à des actes médicaux accomplis avant le 17 juillet 1935, quelle que soit la date effective du paiement.

Secret professionnel

Par arrêt du 13 juillet 1936, la *Cour de cassation* a mis le point final à un procès engagé depuis plusieurs années. Ayant soigné une victime du travail, le médecin s'était refusé à déposer en justice sur les causes du décès. La Cour suprême vient de décider que le témoignage du médecin avait été requis sur un fait dont la divulgation ne pouvait porter aucune atteinte à la mémoire de la défunte, n'étant pas de ceux qui, par leur nature, ou les conséquences qui s'y rattachent, doivent être considérés comme rentrant dans les prévisions de l'article 378 du code pénal. D'où il suit que la Cour de cassation considère que le silence du médecin n'est obligatoire que sur les faits qui ont le caractère d'un secret.

Le *Tribunal civil de Casablanca*, 1 6 mars 1936, a décidé que ne commet aucune faute, le médecin qui délivre à sa malade elle-même et sur la demande de celle-ci un certificat concernant son état de santé, quitte à l'intéressée à faire ensuite de ce certificat l'usage qui lui plaît.

Aide aux Syndicats

Le *Sou Médical* accorde son appui pécuniaire aux Syndicats, dans leurs actions en justice, au prorata du nombre de leurs membres adhérents à la Ligue.

C'est dans ces conditions que le Syndicat du Var a été aidé pour faire décider par le *Conseil d'Etat*, le 31 janvier 1936 qu'est illégal l'arrêté préfectoral autorisant une crèche municipale à percevoir des rémunérations pour soins donnés, comme si elle fonctionnait à l'instar d'un hôpital.

Par contre, un arrêt du *Conseil d'Etat* du même jour, déboute le Syndicat de sa demande d'annulation de l'autorisation préfectorale pour cette pouponnière, qui recevait des enfants de plus de 4 ans et des débiles.

Aide également au Syndicat de Marseille pour défendre devant la Cour de cassation contre le pourvoi formé par un illégal condamné par la Cour d'appel d'Aix, le 23 janvier 1934. Par arrêt du 17 octobre 1936, la *Chambre criminelle* a rejeté le pourvoi.

Appui au Syndicat général des radiologues, pour faire admettre, par la *Cour d'appel de Lyon*, 1re Chambre, 15 juillet 1936, la recevabilité du Syndicat, dans un procès de responsabilité professionnelle engagé contre un radiologue.

Enfin appui pour défendre devant le *Tribunal civil de Clermont-Ferrand* (25 mai 1936) contre une demande en dommages-intérêts formée contre le Syndicat par un médecin non syndiqué, qui n'avait pas été porté sur une liste des médecins d'une station thermale agréés par le Syndicat.

Conflits confraternels

Par arrêt du 11 mars 1936, la *Cour d'appel d'Orléans* a liquidé un conflit entre un praticien et son successeur, celui-ci ne voulant pas régler ses engagements pécuniaires contractés avec son prédécesseur, sous prétexte que ce dernier n'avait pas fait le nécessaire pour lui assurer sa complète succession.

D'autre part, la *Cour d'appel de Poitiers* a décidé le 23 juin 1936 qu'est licite le contrat de collaboration entre deux praticiens, lorsque les malades conservent leur libre choix ; mais la Cour se refuse à considérer comme valable la clause par laquelle un médecin s'engage à ne pas exercer dans la ville au cas où le contrat serait rompu. Pourvoi en cassation, pour que la Cour suprême puisse dire le droit sur ce point, alors que d'autres arrêts ont décidé la parfaite légalité de pareille clause de non installation.

Diffamation, dénigrement

Le *Tribunal correctionnel du Havre*, 27 mai 1936, condamne à 5 francs d'amende et à 200 francs de dommages-intérêts des personnes ayant proféré contre un praticien des propos injurieux et l'atteignant dans sa dignité professionnelle.

Par arrêt du 26 mars 1936, la *Cour de cassation*, Chambre criminelle, a cassé un arrêt de la *Cour d'appel d'Amiens* du 26 octobre 1933, qui avait condamné un directeur et le secrétaire général d'une des plus grandes Compagnies d'assurances contre les accidents du travail, pour dénonciation calomnieuse envers un médecin.

Conclusion

De cette publication très écourtée des décisions de justice, obtenues avec l'aide du *Sou Médical*, décisions qui n'ont pas été publiées, sans oublier celles que nous avons déjà reproduites dans le *Concours Médical*, nous pouvons conclure que la défense des intérêts professionnels est considérable et que notre Ligue sait faire respecter le médecin non seulement lorsque sa responsabilité est mise en jeu, mais aussi toutes les fois que ses intérêts professionnels sont menacés.

Dr Paul Boudin.

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR SUR...

Les projets de révision de la législation sur les accidents du travail

Le principe de la protection légale du risque professionnel fait partie actuellement du droit commun du monde civilisé. Ce principe dont l'évidence s'était imposée au cours de la grande révolution industrielle du siècle dernier avait été justifié à l'origine par l'idée d' « entreprise » : celui qui encaisse les bénéfices d'une entreprise quelconque doit en contre-partie en supporter les risques et comprendre dans ses frais généraux le coût de l'usure et de remise en état de son personnel comme de son matériel. Comme cette responsabilité était indépendante de toute faute de la part du patron, et que l'accident pouvait provenir d'une négligence de l'ouvrier, la plupart des législations ont établi une sorte de transaction entre les deux parties et posé le principe d'une réparation seulement partielle et forfaitaire, évitant ainsi en outre d'imposer une trop lourde charge à l'économie nationale.

Mais le fondement de la protection du risque professionnel a évolué, et, à l'idée d'entreprise, on substitue maintenant de plus en plus celle du « risque créé » : celui qui, par son activité met en jeu des forces naturelles dont il n'est pas en mesure de limiter les effets doit être rendu responsable des dommages qu'elles causent aux tiers. Cette idée fait tendre de plus en plus le législateur vers une réparation intégrale de l'accident professionnel, dans la mesure où le permet l'état économique du pays. Elle conduit, en outre, à rendre applicable la législation sur le risque professionnel non seulement aux entreprises à but lucratif, mais à tous cas où pour son besoin personnel un individu fait courir un risque quelconque à d'autres personnes. Enfin, la protection légale doit évidemment exister dès qu'en fait existe le risque professionnel, sans qu'il y ait lieu de s'attacher à la nature juridique exacte des rapports intervenus entre celui qui l'encourt et celui qui profite de cette activité.

Comme d'autre part, on se trouve en face d'un risque fort général, ce risque est réparti de plus en plus sur l'ensemble des employeurs ou personnes responsables soit par le jeu d'assurances, facultatives ou non, soit même par l'incorporation pure et simple de cette institution dans l'ensemble des Assurances sociales.

Telles sont les idées dominantes qui ont transformé peu à peu la législation sur les accidents du travail et qui provoquent actuellement les projets de révision de cette législation en France. Rappelons qu'à l'heure actuelle, celle-ci résulte de la loi fondamentale du 9 avril 1898, relative au commerce et à l'industrie, de la loi du 15 décembre 1922 étendant ses dispositions à l'agriculture, et du 2 août 1923, l'étendant aux services domestiques. Les maladies professionnelles font l'objet d'un statut spécial résultant de la loi du 25 octobre 1919 modifiée par celle du 1er janvier 1931. Les principes fondamentaux de cette législation sont encore l'idée d'entreprise lucrative (sauf toutefois pour les services domestiques), la réparation forfaitaire, la responsabilité patronale, avec assurance facultative.

Le projet de révision actuellement en cours devant le Parlement n'a rien de révolutionnaire ; il conserve ces divers principes, mais étend toutefois le domaine d'application de la protection légale, en adoptant l'idée de « risque créé » et une définition plus souple des rapports juridiques qu'elle vise ; il élève d'autre part le taux de la réparation forfaitaire. A la vérité ce projet n'est pas récent, il fit déjà l'objet d'un vote de la Chambre, le 22 décembre 1927 et d'un rapport de la commission sénatoriale de juillet 1930. Après étude par les diverses commissions, un nouveau rapport fut déposé au Sénat en janvier 1936, et complété tout récemment le 26 juin 1936. D'autre part, le 5 juin dernier une cinquantaine de députés déposèrent une proposition de résolution tendant à faire aboutir la réforme en cours. On peut donc espérer que celle-ci verra le jour au cours de la présente législature. Nous nous placerons successivement, pour étudier ce projet, dans la mesure où il intéresse le Corps médical, aux points de vue suivants : champ d'application, formalités, prestations avant et après la consolidation, sanctions pénales.

1° Champ d'application

Ainsi que nous l'avons dit plus haut le projet substitue à l'idée d'entreprise cherchant à réaliser des bénéfices l'idée de risque créé, et ne s'attache pas à une définition stricte du contrat de louage de services. La protection légale existe désormais dès que l'on se trouve en face de deux parties dont l'une loue à l'autre ses services à un titre quelconque en étant placé à son égard dans une certaine dépendance économique, ce qu'il s'agisse de travailleurs manuels ou intellectuels, ou d'employeur ayant ou non pour but la recherche d'un bénéfice. En particulier, la législation sur les accidents du travail pourra désormais être invoquée par les employés des professions libérales, par les remplaçants, les assistants et les médecins au service d'une collectivité quelconque.

Toutefois, les fonctionnaires restent encore en dehors de son champ d'application. Le personnel des établissements publics hospitaliers ne pourra donc en bénéficier.

2° Formalités relatives à la constatation des droits de l'accidenté

Le nouveau régime oblige la victime à déclarer elle-même l'accident à son patron ou à ses préposés dans les quarante-huit heures. Le patron doit lui-même, dans ce délai, procéder comme auparavant à une déclaration au maire de la commune ; il doit, en outre, délivrer à l'accidenté un bulletin de visite que nous retrouverons plus bas. Le *praticien* auquel s'est adressé l'accidenté est tenu désormais d'adresser à l'employeur : dans les quarante-huit heures, une *carte-lettre* recommandée, signée, contre-signée par la victime, contenant un constat sommaire de l'accident, et dès que les conséquences en sont connues et au plus tard dans les huit jours, un *certificat* en double exemplaire, indiquant l'état de la victime et les suites probables de la lésion. L'employeur doit déposer ledit certificat à la mairie au plus tard dans les *dix jours* (et non 5 comme actuellement) et en délivrer copie à l'accidenté.

Ces diverses déclarations sont transmises au Juge de paix qui doit procéder à une enquête si l'un des certificats ci-dessus indiqués ou un certificat produit à tout autre moment laisse prévoir une incapacité permanente. Le Juge de paix est en droit, si les certificats en question ne lui paraissent pas suffisants, de désigner un médecin pour examiner le blessé. La victime peut toujours, d'autre part, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours. Comme actuellement, elle conserve le droit de procéder à la déclaration de l'accident dans l'année de sa survenance si l'employeur néglige cette formalité.

Durant la période d'incapacité temporaire, l'accidenté reste soumis comme par le passé à un *contrôle médical* de la part de l'employeur ou de son assurance. Le contrôle est exercé par un ou plusieurs médecins désignés *une fois pour toute* (et non à chaque occasion). Cette désignation visée par le Juge de paix donne au médecin contrôleur accès hebdomadaire auprès du blessé, en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. Le blessé ne peut se refuser à ce contrôle sous peine de suspension de ses indemnités.

La possibilité de reprise du travail peut être constatée par un certificat du médecin-contrôleur. Mais l'accidenté peut contester ces allégations, par lettre recommandée. Dans ce cas, lui ou le patron peut requérir du Juge de paix une expertise médicale qui doit avoir lieu dans les cinq jours.

La *date de la consolidation*, date à laquelle cesse le service des indemnités temporaires, est constatée, soit par le Juge de paix, s'il n'y a pas eu d'incapacité permanente, soit par le président du le Tribunal civil en cas contraire. Il est spécifié toutefois à cet égard que si la possibilité de reprise du travail n'a pas été contestée en temps utile comme il est dit ci-dessus, c'est la date de la reprise fixée par le médecin traitant qui sera adoptée. On peut espérer que, par toutes ces mesures, se trouveront désormais aplanies les difficultés que soulève actuellement la question de la consolidation.

3° Les prestations pendant la période d'incapacité temporaire

Elles comprennent tout d'abord l'*indemnité journalière*. Signalons tout de suite à ce sujet une des réformes essentielles du nouveau projet en ce qui concerne le *délai de carence*. Le texte voté par la Chambre en 1927 l'avait purement supprimé. Le projet sénatorial le maintient, au contraire, mais le réduit à quatre jours pleins et le fait jouer dans tous les cas, quelle qu'ait été la durée de l'incapacité. Les seules exceptions prévues sont les cas de mort immédiate ou d'incapacité permanente immédiatement évidente. Le *taux* de l'indemnité journalière porté à 75 % du salaire par la Chambre est maintenu en principe à 50 % par le Sénat. Ce taux s'élèverait toutefois aux deux tiers du salaire à partir du 35e jour d'incapacité. La nouvelle législation reconnaît expressément le droit pour l'accidenté en état d'incapacité temporaire de *reprendre partiellement* du travail. Si toutefois, cette reprise a lieu sans l'autorisation du médecin, l'intéressé doit en aviser son employeur. Si la rémunération reçue est supérieure au demi-salaire, celui-ci est exonéré à due concurrence.

Quant aux *frais médicaux et pharmaceutiques*, il y a lieu d'étudier successivement les deux cas suivants :

a) *Service médical.* — Notons dès l'abord que ces frais ne sont plus un accessoire de l'indemnité journalière. Ils incombent au patron, quelle que soit la durée de l'incapacité temporaire, et même s'il n'y a pas eu interruption de travail. Ils comprennent, d'autre part, désormais, non plus seulement les honoraires médicaux, mais encore ceux des *auxiliaires médicaux* prévus par le décret du 27 juin 1922. Ces derniers doivent toutefois agir d'après les prescriptions du médecin et sous son contrôle. Sont compris, en outre, les frais de transport de l'intéressé du lieu de l'accident à sa résidence ou à l'hôpital.

Le *libre choix* est maintenu dans son principe. Toutefois, ce libre-choix est limité : il ne peut s'exercer que sur les praticiens ayant déclaré se soumettre au contrôle syndical et accepter

la juridiction du conseil de famille avec possibilité d'appel devant le groupement national. Cette disposition étendrait ainsi le contrôle et la juridiction professionnelle aux médecins non syndiqués, comme en matière d'Assurances sociales. A l'inverse du régime actuel, l'*entente directe* est supprimée en principe ; le praticien doit adresser à l'employeur dans les quarante-huit heures une carte recommandée circulant en franchise détachée d'un carnet à souches mentionnant le constat sommaire de l'accident, ainsi que dans les huit jours, le certificat en double exemplaire dont nous avons parlé antérieurement. La sanction de ces prescriptions est la non responsabilité de l'employeur. Or, celui-ci est *seul* tenu des frais médicaux taxés par le Juge de paix selon un *tarif ministériel* établi par une Commission où les Syndicats professionnels sont représentés. L'action en complément d'honoraires dont l'existence est actuellement reconnue de manière constante par la Cour de cassation, n'existera plus que si la victime reçoit un salaire de plus de 12.000 francs ou s'il s'agit d'un petit patron agricole ayant adhéré pour lui-même à la législation sur le risque professionnel. Le *secret professionnel* n'existe évidemment pas entre médecin traitant et employeur, en ce qui concerne les lésions causées par l'accident ; il subsiste par contre, pour toute autre lésion dont le médecin aurait eu connaissance au cours de son ministère.

b) *Hospitalisation.* — La grande réforme en cette matière est la *suppression du « tout compris »*. L'entente directe reste supprimée : l'employeur est *seul* tenu de ces frais calculés, en ce qui concerne les frais de séjour proprement dits, au taux des malades payants de l'hôpital public, et en ce qui concerne les honoraires médicaux, selon le tarif de responsabilité patronal déterminé ci-dessus.

4° Les prestations après la consolidation

Les indemnités temporaires ne sont versées que jusqu'à la consolidation de la lésion. A partir de ce moment, la victime ne peut prétendre qu'à une rente compensant l'incapacité permanente partielle ou totale dont il reste atteint. Toutefois, innovation fort heureuse, le blessé peut réclamer en outre à son employeur la fourniture et le renouvellement des *appareils de prothèse* nécessités par son état même s'ils n'ont pas un caractère purement curatif. La rente reste fixée en principe à la moitié de la réduction que l'accident a fait subir au salaire. Le taux est toutefois porté aux trois quarts pour toute incapacité de plus de 50 % (soit 75 % pour une incapacité totale). Il est même de 100 % (+ 3.000 francs) en cas d'incapacité totale nécessitant l'assistance d'une tierce personne. Le *taux d'incapacité* n'est plus laissé à la seule appréciation du juge ou de l'expert ; le projet prévoit, en effet l'établissement d'un barême inspiré de celui des pensions militaires. Toutefois, ce barême n'aurait qu'une valeur indicative et ne lierait pas le juge. La rente est calculée d'après ce taux sur le salaire des douze mois précédant l'accident. Toutefois, ce salaire n'est retenu pour la totalité que jusqu'à 12.000 francs (actuellement 8.000 francs). Au-delà de ce chiffre les limitations actuelles continuent à jouer.

En cas de *rechute, d'aggravation ou d'atténuation*, le projet reprend en le précisant l'article 19 de la loi de 1898. Tout d'abord, l'employeur garde le droit de se faire renseigner sur l'état du blessé par un médecin spécialement désigné. Ce dernier a accès trimestriel auprès du blessé, mais il doit désormais prévenir ce dernier quatre jours à l'avance par lettre recommandée. D'autre part, le nouveau régime vient préciser formellement, à l'encontre de l'actuelle jurisprudence restrictive de la Cour suprême (que la Cour de Caen n'a d'ailleurs pas suivie dans son arrêt du 23 mai 1935), que la révision s'applique aussi bien aux indemnités temporaires qu'aux rentes, et que si l'aggravation entraîne une nouvelle incapacité temporaire, l'*employeur doit payer les frais médicaux y afférant.* Toutefois durant cette période le service de la rente est suspendue.

5° Les sanctions pénales

Le délit de violation du libre-choix est précisé ; il existe non seulement en cas de violation directe par renvoi ou refus des indemnités à un accidenté déterminé, mais aussi, par le fait de renvoi systématique d'ouvriers qui se seront adressés à un médecin autre que celui de l'entreprise ou de l'assurance. Les sanctions que la Chambre avait aggravées ont été maintenues par le Sénat à leur taux actuel ; elles sont toutefois pratiquement renforcées par suite de la suppression des circonstances atténuantes. Les mêmes peines s'appliquent, au médecin qui, par ristourne ou promesse d'argent, aurait attiré ou tenté d'attirer ou de retenir des accidentés dans son cabinet, ou aurait sciemment dénaturé dans un certificat les conséquences de l'accident.

En conclusion, le projet de revision en instance devant le Parlement se caractérise donc par une extension de la protection légale tant au point de vue domaine d'application que réparation des conséquences de l'accident. Au point de vue qui nous intéresse plus particulièrement, il accorde au Corps médical, la plupart des réformes qu'il réclamait, et la discipline corporative qu'il institue, à l'imitation de ce qui existe actuellement pour les Assurances sociales, paraît conforme à l'évolution actuelle des conditions d'exercice de la médecine. On ne peut donc en définitive que souhaiter l'aboutissement rapide de ces projets.

Jean MIGNON.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations judiciaires

Les clauses d'interdiction d'exercice et les contrats de collaboration entre médecins sont-ils juridiquement valables

Ces deux problèmes, de grande importance pratique pour le Corps médical, viennent de se poser récemment devant les Tribunaux dans les circonstances suivantes :

Un chirurgien de province, à la tête d'une importante clientèle, s'était adjoint comme collaborateur un jeune médecin venant d · terminer ses études. Cette collaboration était réglée par un contrat conclu sur les bases suivantes : après imputation des frais généraux du cabinet sur le produit brut de celui-ci, le solde était réparti entre les deux médecins selon un pourcentage d'abord faible pour le plus jeune, et augmentant d'année en année pour atteindre 50 % au bout de six ans. Un roulement était · tabli pour les dimanches, jours de fête et vacances. Il était stipulé d'autre part que cette collaboration durerait en principe dix années, mais qu'en cas de rupture avant ce terme, le nouveau collaborateur s'interdisait toute réinstallation dans la localité, et dans un rayon de 30 kilomètres pendant dix ans.

La rupture prévue au contrat vint à se produire, le chirurgien en question ayant eu à reprocher à son jeune associé une attitude des plus incorrectes au point de vue priv . Ce dernier ayant continué à exercer malgré la clause d'interdiction, son co-contractant se vit obligé d'en demander judiciairement l'application. Deux questions se posèrent alors au point de vue juridique :

1° Tout d'abord le contrat interv. nu entre ces deux médecins était-il valable ou nul pour le tout ?

2° Dans l'hypothèse de la validité, la clause d'interdiction avait-elle, elle aussi, ce même caractère ?

Le Tribunal civil de Niort, pa: son jugement du 28 décembre 1935, répondit affirmativement à ces deux questions. Le contrat *in globo* devait tout d'abord être considéré comme licite ; il ne constituait ni un contrat de société, puisqu'il n'y avait aucun actif commun, aucun partage des risques, ni un contrat de louage de services, à défaut de tout lier de subordination, mais un contrat *sui generis*, que l'on pourrait dénommer *contrat de collaboration médicale*, n'ayant rien de contraire à la loi ou à l'ordre public, puisque les malades conservaient la faculté de choisir leur médecin. Quant aux clauses d'interdiction d'exercice, elles doivent être considérées comme valables, d'après une jurisprudence certaine, lorsqu'elles sont comme en l'espèce limitées soit dans le temps, soit dans l'espace. Cette clause devait donc recevoir application.

Mais ce jugement fut déféré en appel à la Cour de Poitiers, qui eut ainsi à trancher à son tour ce double problème. Par son arrêt du 23 juin 1936, elle statua de la manière suivante :

En ce qui concerne tout d'abord la convention intervenue entre les deux médecins, celle-ci respecte le libre-choix des malades, elle n'a point pour objet l'exploitation d'une clientèle médicale mise en commun ; elle tend uniquement à instituer une collaboration où chaque médecin, dont l'indépendance demeure entière vis-à-vis de l'autre, apporte son titre, son activité dans le but de permettre à l'un de satisfaire plus aisément aux nécessités d'une clientèle importante, à l'autre de s'installer sans frais professionnels pour se constituer éventuellement une clientèle, dont il bénéficiera à l'expiration du contrat. Cette convention ne viole ni le droit, ni les usages de la profession médicale ; sa validité ne saurait donc être contestée. La Cour par ces attendus extrêmement intéressants, s'accorde donc avec le Tribunal pour reconnaître officiellement l'existence juridique de ce contrat de collaboration médicale.

Mais, et là nous ne saurions la suivre, la Cour continue en déclarant que la clause d'interdiction est nulle comme contraire à l'ordre public, parce que faisant échec au droit qu'à tout malade de choisir librement son médecin. Il importe peu qu'elle soit limitée dans le temps et dans l'espace, aucune assimilation ne pouvant être faite entre les règles s'appliquant aux professions libérales et celles relatives aux professions commerciales.

Admettre un tel principe serait rendre pratiquement impossible toute cession de clientèle, tout contrat de remplacement, et favoriser les médecins de mauvaise foi ainsi que le mépris des règles déontologiques. Au reste la jurisprudence a déjà reconnu qu'une clause d'interdiction portant sur l'exercice de la médecine, n'avait pas de ce fait un caractère illicite (V. notamment Cass. req., 13 mai 1861, Cour d'Amiens, 21 juillet 1926). Le Sou Médical a donc jugé bon de déférer cet

arrêt à la Cour suprême, afin de faire trancher de manière définitive ces deux questions de grande importance au point de vue de l'organ sation professionnelle de la médecine.

Jean MIGNON.

A quelle date un accidenté du travail est-il consolidé ?

En vertu de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, la victime d'un accident du travail est consolidée au jour où elle se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale. Mais la nature ne se prête guère à des discriminations aussi tranchées, et il est parfois fort difficile de dire, au point de vue médical, si l'état d'un blessé est devenu définitif et n'est plus susceptible d'amélioration ou d'aggravation. Bien souvent, le médecin traitant, de crainte d'encourager un abus à l'égard de la Compagnie d'assurances, délivre à l'accidenté un certificat de consolidation, et autorise la reprise du travail, alors que cette consolidation n'est qu'apparente et que des rechutes sont à craindre. En survient-il une, le patron et l'Assurance responsables ne manquent pas d'invoquer la consolidation pour refuser au blessé tout nouveau versement d'indemnité journalière et de frais médicaux, en se fondant sur la jurisprudence relative à l'art. 19 de la loi de 1898, d'après laquelle cet article n'a prévu, en cas de rechute et d'aggravation, que la révision des rentes allouées ou à allouer, mais non celle des indemnités temporaires (cette jurisprudence est d'ailleurs actuellement battue en brèche par un arrêt de la Cour de Caen en date du 23 mai 1935, D. H., 1935, 483).

La Cour d'appel de Dijon, dans son arrêt du 15 juin 1936, (*Gaz. Pal.*, 31 juillet 1936) vient de rappeler à cet égard quelques principes, que les Compagnies d'assurances ont trop souvent tendance à oublier : il n'y a consolidation au sens de l'article 15 de la loi de 1898 que lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme, qui appelle des soins médicaux ou autres, et que rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état. On doit donc tenir compte, non pas d'une consolidation apparente, même constatée de façon prématurée par des certificats médicaux et suivie d'une reprise du travail, mais bien de la consolidation réelle et définitive. Il a été ainsi décidé, plus particulièrement, que « la date de la consolidation d'un ouvrier atteint d'une synovite à grains riziformes, ne saurait être placée à une date à laquelle le blessé était encore en traitement, alors d'ailleurs que plusieurs mois après il a dû subir une intervention chirurgicale, et ne peut l'être qu'à la date ou postérieurement à cette intervention la consolidation est devenue définitive ».

On ne peut qu'approuver une telle jurisprudence, d'ailleurs conforme à celle de la Cour de cassation (V. not. Cass. civ., 20 juillet 1926, D. H., 1926.451.). Elle est, en effet, de nature à apporter plus de justice en cette matière, en assouplissant le jeu des dispositions légales, et en substituant au critère par trop formaliste du certificat et de la reprise du travail, celui bien préférable de la réalité des faits. J. M.

La Presse et les Sociétés

Aux partisans de corporatisme

Il est bien entendu que les corporations nouveau-style ne doivent ressembler en rien aux corporations de l'ancien régime ; et, là-dessus, les zélateurs du mouvement sont intarissables. Ils ont en tête toute une organisation qu'ils estiment infaillible. Soit ! mais que répondront-ils à cette information :

Un mouvement s'est déclenché, ces derniers mois, pour tenter d'obtenir, par décret-loi, la limitation du nombre des boulangeries ; cette tentative a été faite par les organisations patronales et ouvrières.

« Lorsqu'une convention collective, disait le texte auquel je fais allusion, sera intervenue entre les Syndicats patronaux et ouvriers de la boulangerie dans une région déterminée en vue de la réglementation de l'ouverture de nouvelles boulangeries et des conditions de travail des apprentis et ouvriers boulangers, le Préfet pourra, après consultation des Conseils municipaux intéressés, prendre un arrêté rendant obligatoire les clauses contenues dans ladite convention. »

Et parmi ces clauses : « Subordination de l'ouverture de toute nouvelle boulangerie à une autorisation du Préfet après avis d'une Commission nommée par le Préfet, composée des Syndicats patronaux et ouvriers les plus représentatifs dans la région de la corporation de la boulangerie, des représentants de Conseils municipaux intéressés et des représentants de l'Administration désignés par le Préfet. »

D'où impossibilité pour les consommateurs de s'associer pour la création de boulangeries coopératives. Les Syndicats patronaux et ouvriers s'entendent sur le dos des consommateurs qui n'auront à compter, pour leur défense, que sur les « représentants des Conseils municipaux intéressés ».

La menace du monopole se précise, et l'histoire d'avant 1789 recommence. (*Le Coopérateur de France*, cité par *Du blé au pain*, mai-juin, 1936.) G. L.

Variétés

LA SYMPATHICOTHÉRAPIE PARFUMÉE

Par le Docteur Briau

Dans notre marasme général, une seule branche de l'industrie paraît capable de résister aux multiples conséquences de la dévaluation : il s'agit de l'exploitation de la muqueuse pituitaire. Des confrères délurés s'assurent un rendement financier confortable en chatouillant à coups de stylets, plus ou moins fraisés, les cornets de nos concitoyens.

Cette méthode thérapeutique, si efficace comme rendement pécuniaire, a une base scientifique. La plupart de ceux, qui l'appliquent, voudraient bien faire croire que cette base est leur découverte personnelle. Chacun d'eux a institué une sous-méthode, seule capable de guérir avec la vraie vérité. Les plus consciencieux reconnaissent que cette thérapeutique a eu comme initiateur Pierre Bonnier. Celui-ci fit, avant la guerre, quelques communications très écoutées à l'Académie de médecine. Elles étaient basées sur des données physiologiques acceptées par tous, et les ambitions de l'auteur, aussi désintéressé qu'enthousiaste, étaient logiquement limitées à la guérison de quelques cas particuliers. Elles ne visaient que le rôle du sympathique dans le domaine de l'excrétion glandulaire et de la sensibilité du territoire facial.

Les néo-sympathicothérapeutes vont beaucoup plus loin. Ils proclament que les cas relevant de leur méthode forment un pourcentage imposant dans l'ensemble des maladies curables et incurables. Les lecteurs des journaux politiques et de certaines publications, luxueusement illustrées en bistre, sont éblouis. Ils mordent en foule à cet appât magnifique. Après tout, que risquent-ils ? Quelques-uns d'entre eux auraient pu être améliorés par Pierre Bonnier : ils le seront par leurs successeurs plus malins, comme ils l'auraient été d'une façon orthodoxe par des oto-rhino-laryngologistes réguliers. Les candidats aux miracles, clientèle assidue des sanctuaires, des zouaves Jacob, des père Antoine et des guérisseurs Philippe, pourront même voir surgir de rares, mais éblouissantes, guérisons. A part cela, que risquent les autres ? Deux choses : 1° de payer un forfait que la dévaluation ne rend pas négligeable ; 2° d'éternuer.

L'éternuement est l'effet le plus immédiat, le plus constatable et le plus constant de la méthode. Tous les malades, que nous avons interrogés après la cure au stylet, le proclament. Il faut conclure que l'éternuement est un spasme qui n'a pas été assez étudié. Il a mauvaise réputation : tu éternues, donc tu t'enrhumes. On n'aime pas un rhume qui commence, donc on n'aime pas l'éternuement. C'est injuste. L'éternuement est probablement un moyen de défense de l'organisme menacé.

De plus, si l'on éternue avec soin, si l'on s'applique, quand les prodromes tout à fait spéciaux l'annoncent, à faciliter l'éclosion complète du spasme, il peut procurer une sensation très plaisante. En tout cas, quelle bonne sensation d'avoir ensuite, momentanément, des fosses nasales bien dépouillées !

Nos vieux prédécesseurs qui, si l'on cherche bien, ont tout deviné, tout prévu, cultivaient mieux l'éternuement que nous. Les anciens codex contenaient une poudre sternutatoire, dont voilà la formule :

Poudre de feuilles sèches d'asarum ;
Poudre de feuilles sèches de bétoine ;
Poudre de feuilles sèches de marjolaine.
Poudre de fleurs sèches de muguet.
Parties égales.

L'ensemble sent bon.

Plus moderne, le vieux maître lyonnais Soulier dans son traité de Thérapeutique (1890) y ajoute comme indispensable : 4 centigrammes de vératrine par 10 grammes de poudre totale. Cet alcaloïde de l'ellébore blanc, que La Fontaine nous a appris à connaître dans notre prime enfance, est le sternutatoire par excellence. Le Docteur Coiffier (du Puy) (1) en 1884 a publié toute une étude sur l'utilisation de la vératrine pour dégager les bronches engorgées des pneumoniques asthéniques. En provoquant avec prudence et méthode des éternuements chez ces presque agonisants, il est arrivé à les ressusciter.

L'influence de ces poudres irritantes sur la pituitaire fait naturellement penser au tabac à priser. Le tabac à priser ne fait éternuer que le

(1) *Médecine et thérapeutique rationnelles*, Paris 1884, p. 359.

néophyte, car la muqueuse réagit d'abord avec vivacité, puis se blase vite. Le vrai priseur (en existe-t-il encore des priseurs ?) le vrai priseur, disons-nous, n'éternue jamais. On doit admettre cependant que ces grains de tabac, qui irritent comme autant de petits stylets la surface de la pituitaire, actionnent les points sensibles des terminaisons sympathiques. Ils agissent en aveugle, au hasard, direz-vous : mais êtes-vous sûrs que les sympathicothérapeutes tâtent le terrain avec beaucoup plus de précision ? En agissant sur des points multiples, on multiplie les chances de toucher les points utiles. Une prise moyenne contient beaucoup plus de grains tâtonneurs que la possibilité de tâtonnage du sympathicothérapeute, surmené par la vogue publicitaire.

Il est évident que beaucoup d'organismes ont besoin qu'on excite leur sympathique. Le tabac à priser a certainement soutenu longtemps le génie de Napoléon. Cet homme ne menait pas une vie très hygiénique : il mangeait très vite, dormait peu, était sans cesse secoué par sa voiture (le nombre de kilomètres parcourus par lui sur des ressorts brutaux est invraisemblable ; il dépasse largement ceux que parcourent les Présidents de la République dans leur train spécial si doux, ou dans leurs automobiles perfectionnées), et surtout le fait d'être sans cesse absorbé, par des cogitations importantes, provoquait souvent chez lui des dépressions végétatives. Il les combattait par des prises de tabac comme beaucoup d'hommes supérieurs l'ont fait avant et après lui : depuis Voltaire jusqu'à Karl Marx en passant par tous les prédicateurs célèbres.

Cette mystérieuse muqueuse pituitaire n'est pas seulement sensible aux excitants mécaniques — stylets ou particules solides irritantes. Elle supporte difficilement le contact des liquides, qui ne sont pas isotoniques : eau de mer ou eau pure.

La sensation ressentie, par suite des phénomènes d'exosmose ou d'endosmose est douloureuse, retentit très loin dans les sinus, ne fait pas éternuer et ne paraît pas utile dans le cas présent.

Certaines vapeurs ont une action beaucoup plus énergique : l'ammoniaque respirée a réveillé bien des morts ; l'éther si l'on pouvait en éviter les conséquences générales serait un stimulant efficace. Enfin l'acide acétique volatil peut très bien remplacer la vieille poudre sternutatoire et le tabac à priser trop méprisé actuellement. Et nous voilà amenés à regretter l'ancien flacon de sels anglais qui ne quittait jamais les aïeules de nos grand'mères.

Les femmes ardentes des siècles passés dépensaient souvent autant d'énergie physiologique qu'un grand stratège. La mondaine qui voulait tout en conservant son rang, gagner, puis garder l'amour d'un bel homme fournissaient autant de labeur que Napoléon pour vaincre à Marengo. L'usage du flacon de sels revigorait sans dommage leur sympathique surmené. Les mondaines actuelles n'ont pas moins de dépense nerveuse. Les moyens qu'elles emploient pour se soutenir sont autrement dangereux, drogues saugrenues, alcaloïdes, cocktails, etc... Que l'on ressuscite donc, en les modernisant par des arômes suaves, les vieux sels anglais si souvent vainqueurs de la fatigue féminine. Ils ont inspiré aux artistes d'antan des bijoux précieux pour les contenir. Les artistes modernes sauront rivaliser et, à côté du banal bâton de rouge, les sacs de nos jolies contemporaines, pourraient s'enrichir de merveilleux et très utiles petits flacons de cristal.

Le but de ce rapide exposé n'est pas de faire concurrence aux sympathicothérapeutes, pour lesquels les autres médecins n'ont évidemment pas une sympathie très accentuée. Je voudrais seulement :

1° Provoquer une étude trop négligée jusqu'ici (sauf par eux) de l'utilisation thérapeutique de l'éternuement ;

2° Ressusciter l'utilisation, sans danger et très élégante, des sels anglais et donner du travail aux ciseleurs d'orfèvrerie en chômage.

Et je termine en adressant aux quelques lecteurs, qui auront eu la patience de me lire jusqu'au bout, l'apostrophe de circonstance : à vos souhaits !

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« LE SOU MÉDICAL »

Extraits des procès-verbaux du Conseil d'administration

Admissions

Dans sa séance du 20 octobre 1936, le Conseil a prononcée les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

12.155 Hubert, Cogolin (Var). Synd. méd. de Draguignan.
12.156 Ballanger, Issoudun (Indre). Parrains : Docteurs Robert et Foltzer.
12.157 Baudin, Lérouville (Meuse). Parrains : Docteurs Ascher et Panis.
12.158 Bidault, Toul (Meurthe-et-Moselle). Parrains : Docteurs Druesne et Schneider.
12.159 Boursat, 4, avenue de Friedland, Paris (VIII^e^). Parrains : Docteurs Dalsace et Ménétrel.
12.160 Dardenne, Roye (Somme). Synd. méd. de la Somme.
12.161 Dauchy, Bertry (Nord). Parrains : Docteurs Samsoën et Cauët.
12.162 Desfarges, 32, avenue Ch.-Floquet, Paris (7^e^). Parrains : Docteurs Boudin et Lévy-Lebhar.
12.163 Dubois, Nîmes (Gard). Synd. méd. de Nîmes.
12.164 Gérard, Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, (S.-et-O.). Parrains : Docteurs Larget de Courtois.
12.165 Gilland, Etain (Meuse). Parrains : Docteurs Lafont et Houin.
12.166 Grange, 12, rue de la Néva, Paris (8^e^). Parrains : Docteurs J. Decourt et Van Bockstael.
12.167 Hécart, Rouen (Seine-Inf.). Synd. des méd. de Rouen.
12.168 Jagot, Saint-Nazaire (Loire-Inf.). Synd. de la région nazairienne.
12.169 Labourgade, Pau (Basses-Pyr.). Synd. des méd. de Pau.
12.170 Lambert, Breteuil-sur-Iton (Eure). Synd. méd.
12.171 Leclercq, Bondy (Seine). Association des anciens externes de Paris.
12.172 Penoyée, 28, rue Copernic, Paris (16^e^). Parrains : Docteurs Delort et Capot de Quissac.
12.173 Reverdy, Limoux (Aude). Parrains : Docteurs Girou et Lauze.
12.174 Ribert, Clamart (Seine). Parrains : Docteurs Thévenin et Moro.
12.175 Roux, Albi (Tarn). Synd. des méd. de la rég. d'Albi.
12.176 Roy-Camille, Fort-de-France (Martinique). Synd. des méd. de la Martinique.
12.177 Savère, 68, allées Jean-Jaurès, Toulouse (Haute-Gar.). Parrains : Docteurs de Coste et Molinéry.

Ces admissions deviendront définitives à défaut de prostestation dans les quinze jours de la présente publication (Art. 5 des statuts).

Le Conseil prend connaissance des dons ci-après qui sont faits à la Caisse de la Ligue et adresse ses remerciements à leurs auteurs :

40 francs par le Docteur V..., à la suite du règlement d'honoraires contestés.

33 fr. 25 abandonnés par le Docteur B..., sur 283 fr. 25 de frais qu'il a supportés dans une affaire de recouvrement d'honoraires accidents du travail.

72 francs, montant des frais à la charge du Docteur S..., dans une affaire de recouvrement d'honoraires.

100 francs, abandonnés par le Docteur B..., sur 1.000 francs d'honoraires recouvrés avec l'appui de la Ligue.

La Cour de Paris a confirmé purement et simplement, sur appel des adversaires, le jugement les condamnant à payer les honoraires du Docteur B..., dont ils mettaient en cause la responsabilité. Mais comme les adversaires ont quitté leur domicile sans laisser d'adresse, le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de l'avoué, qui s'élèvent à 1.420 fr. 85.

Les Docteurs C..., P..., M... et G... ayant été imposés à la patente d'une manière abusive, suivant l'avis de M. Martinot, le Conseil décide de les faire bénéficier de l'appui moral et pécuniaire de la Ligue pour présenter au Directeur des Contributions directes une réclamation dont M. Martinot a rédigé le texte.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale sont accordés à cinq membres de la Ligue, qui sont menacés de procès en responsabilité professionnelle ou assignés en dommages intérêts de ce chef.

Le Docteur M..., appelé à donner ses soins à un jeune homme majeur, au domicile et sur la demande de ses parents, a été débouté, à la suite du décès du malade, d'une demande en paiement de ses honoraires contre les parents, qui avaient renoncé à la succession.

Sur sa demande, l'appui lui est accordé pour interjeter appel dudit jugement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **XLI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — L'Assemblée générale du dernier Congrès a décidé que la XLI^e session se tiendrait à Nancy du 17 au 23 mai 1937.

Le président en sera le Docteur Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois ; le vice-président, le Docteur Th. Simon, médecin-directeur de l'hôpital Henri Rousselle ; le secrétaire général provisoire, le Prof. P. Combemale ; le secrétaire annuel, le Docteur Hamel, médecin-chef de l'Asile de Maréville près Nancy ; le trésorier le Docteur Vignaud, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e).

Ont été mises à l'ordre du jour les questions suivantes Pour la psychiatrie : Etude biologique des délires alcooliques aigus. Rapporteur : Docteur BARGUE, médecin-chef de l'Asile d'Agen. Pour la neurologie : Les atrophies cérébelleuses primitives. Rapporteur : Docteur PÉRON, médecin des hôpitaux de Paris. Pour la médecine légale : Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique pour l'incorporation des recrues. Rapporteur : Professeur Pomme, du Val-de-Grâce, à Paris.

L'Assemblée a décidé aussi que la XLII^e session se tiendrait à Alger du 7 au 12 avril 1938. Secrétaire local : le Professeur Porot, d'Alger. Le rapport de neurologie sur les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales sera confié au Professeur Santenoise, de Nancy ; le rapport de neurologie, traité par le Docteur Schmite, assistant de neuro-chirurgie à la Salpêtrière, portera sur les problèmes neurologique et psychiatrique immédiats et tardifs des traumatismes craniens ; le rapport d'assistance, confié au Docteur Aubin, médecin des Asiles et des troupes coloniales, traitera de l'assistance psychiatrique indigène aux colonies.

— **Création d'un Institut de crénothérapie au Japon.** — La Faculté de médecine de Tokio a décidé la création d'un Institut de crénothérapie à Izu. Une somme de 5 millions de francs sera consacrée à l'édification des bâtiments de cet Institut.

— **Thèses de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — Lundi 24 octobre 1936. — Jury. MM. Begouin, Papin, Charrier, Delmas-Marsalet. — M. GENTILHE : Contribution à l'étude de la luxation isolée récente de l'extrémité inférieure du cubitus en avant.

Mercredi 28 octobre 1936. — Jury : MM. Leuret, Guyot, Carles, Piéchaud. — M. FRANCESCHI : Aperçu sur le climat, la pathologie et l'hygiène sociale en Corse.

Vendredi 30 octobre 1936. — Jury : MM. Cruchet Creyx, Fabre, De Grailly. — M. VÉRITÉ : Contribution à l'étude de la thrombose cardiaque chez le nourrisson.

Lundi 19 octobre 1936. — I. Jury ; MM. Duvergey, Lande, R. Sigalas, Loubat. — M. FINANCE : Rupture traumatique d'un rein antérieurement malade.

II. Jury : MM. Réchou, Creyx, Fabre, Wangermez. — M. VINCENT : Contribution à l'étude des actions de la lumière sur le système neuro-végétatif.

— **Journées internationales de la santé publique** (1^er au 10 juillet 1937). — Mettre au point la question de la médecine préventive, définir le rôle que devront jouer les médecins et les sanitaires en matière de santé publique, en dehors de l'étatisation, la socialisation ou la fonctionnarisation, en collaborant avec les médecins hygiénistes et les fonctionnaires sanitaires, tel est le but poursuivi par les « Journées internationales et les états généraux de la santé publique » qui se tiendront du 1^er au 10 juillet 1937 à l'occasion de l'Exposition internationale et dans son enceinte.

Pour réaliser le programme prévu, dix sections ont été créées : 1° Journées de la maternité et de l'enfance ; 2° Journées de médecine scolaire ; 3° Journées d'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires ; 4° Journées de la Marine militaire ; 5° Journées médicales coloniales ; 6° Journées de la Marine marchande ; 7° Journées médico-sociales ; 8° Journées d'hygiène dentaire ; 9° Journées d'hygiène urbaine, rurale et sociale ; 10° Journées d'aviation sanitaire.

L'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à toutes les conférences de toutes les sections, fêtes, visites, réceptions, gala, etc...

Le Comité d'organisation a comme président le Professeur Tanon et comme secrétaire général le Docteur Georges Boyé.

A ces journées sont conviés tous ceux qui s'intéressent à la santé publique et qui en sont les artisans : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, architectes, urbanistes, ingénieurs, techniciens sanitaires, sages-femmes, infirmières sociales, infirmières, surintendantes d'usines, etc...

Reconnaissant l'importance de ces journées, le ministre de la Défense nationale a bien voulu accorder que soit comptée pour une période d'instruction la présence à ces manifestations des officiers du Service de santé.

Les congressistes participant aux fêtes, visites, réceptions, etc., profiteront de tous les avantages obtenus : réductions sur les prix des voyages, entrées à l'Exposition, conditions spéciales dans les hôtels, etc...

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris.

Congressistes : 100 francs ; familles des congressistes, étudiants, personnel des œuvres médico-sociales : 50 francs (chèques, mandats, chèques postaux au nom du Docteur Planson, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris. Compte chèques postaux : Paris 1781-39).

Les Voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, Tél. : Opéra 56-41, sont officiellement chargés de s'occuper des questions de voyage et séjour à Paris des participants aux Journées internationales de la santé publique, et d'organiser les excursions prévues par le Comité.

— **Allemagne.** *Pour prévenir les accidents d'automobile.* — Le Docteur Frick, ministre de l'Intérieur du Reich, a décidé de faire effectuer désormais des prises de sang sur tous ceux qui s'étant rendus coupables d'accidents de la route sembleraient être sous l'influence de l'alcool. La méthode employée est celle préconisée par Widmark (Suède). Le sang est conservé dans un tube pour être examiné ensuite au laboratoire de police où une attestation est immédiatement dressée. Les attestations sont destinées à établir « l'état de sobriété » ou « d'intoxication » de la personne sur laquelle la prise de sang a été effectuée et à fixer ainsi leur responsabilité civile et pénale. (*Bruxelles Médical.*)

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

1898, l'action en révision pour cause d'aggravation, tendant à l'octroi d'un supplément de rente ou d'une rente pour incapacité permanente partielle ou totale survenue depuis la consolidation n'est ouverte à la victime que durant trois années à compter de la date à laquelle l'indemnité journalière a cessé d'être due. Ce délai de trois ans se trouve, à l'heure actuelle, depuis longtemps expiré et l'intéressé est ainsi dénué de tout recours juridique à votre égard.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

9.205. — Les prix du Tarif ne comprennent pas les consultations ou interventions consécutives

Je viens de voir un accidenté par automobile sur la route.

Il avait une luxation de l'épaule en arrière. Je l'ai réduite comme d'habitude il en a pour un mois environ pour récupérer l'usage complet de son bras.

Je le suivrai pour faire du massage et des mouvements qu'il ne ferait pas de lui-même.

Je lis sur le Tarif accident du travail : « Réduction de luxation d'épaule : 150 francs ».

Veuillez me dire sur le *Concours Médical* si les 150 francs sont pour la réduction seule, ou si l'on doit compter les visites en supplément.

Dr G. L.

Réponse

Art. 10. — Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites consultations ou interventions consécutives à cet acte.

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

9.220. — Application de la loi sur les allocations familiales

J'occupe une infirmière deux heures par jour pour 900 francs par mois, et je l'ai déclarée à la Caisse d'allocations familiales.

Or j'ai lu dans un journal médical il y a quelques mois que le personnel à déclarer est seulement celui qui est employé toute la journée. J'ai alors écrit à la Caisse de rayer mon infirmière car elle ne travaille chez moi que deux heures par jour.

Voici la réponse de la Caisse. Vous seriez bien aimable de me dire qui a raison.

Dr F.

Réponse

Nous ne croyons pas que l'avis qui vous a été donné en ce qui concerne l'affiliation des employés et auxiliaires médicaux aux allocations

familiales soit exact. La loi n'a en effet pas distingué les cas d'emploi total ou d'emploi partiel des intéressés.

Il faut considérer au contraire que tout employeur occupant une personne dans une profession assujettie, quelle que soit la durée de cette occupation, est tenu de s'affilier pour lui à une Caisse de compensation des allocations familiales et de payer à cette Caisse une cotisation proportionnelle au salaire effectivement versé par lui à l'intéressé.

Nous donnons donc raison en définitive à la Caisse d'allocations familiales des professions médicales de Paris et de la Seine.

Il y a d'ailleurs lieu d'observer que vos cotisations à l'égard de cette Caisse seraient en pratique fort minimes puisque la cotisation s'élève à environ 1 ou 2 % du salaire annuel et que ce salaire doit être très faible en l'espèce puisque la durée de l'emploi ne dépasse pas deux heures par jour.

9.195. — Le prélèvement dégressif n'est applicable qu'aux dépenses de personnel

Je lis dans le *Concours Médical* du 18 octobre 1936 un article concernant « le prélèvement de 10 % et les émoluments des médecins au service des collectivités publiques ».

D'après cet article et l'Instruction parue au *Journal Officiel* qu'il cite, ce serait à tort que l'on m'a retenu 10 % sur les subventions (très inférieures à 12.000) que me donnent deux communes pour me rendre une fois par semaine dans leurs localités puisque le payement de ces subventions m'a été fait postérieurement au 20 juin 1936.

Le même article et la même instruction s'appliquent-ils aux honoraires des vaccinations de l'Assistance médicale gratuite, des pensions, etc ?

A qui et sous quelle forme faut-il s'adresser pour obtenir le payement du 10 % indûment retenu ?

D[r] G.

Réponse

L'Instruction ministérielle que nous avons publiée et commentée dans le *Concours Médical* du 18 octobre 1936 vise uniquement les rémunérations versées en exécution d'un contrat de louage de services, c'est-à-dire ayant le caractère d'un traitement ou d'un salaire. Elle n'est d'ailleurs que l'application de la loi du 20 juin 1936 qui a modifié les taux de prélèvement institués par l'art. 2 du décret-loi du 16 juillet 1935 sur les « dépenses de personnel ».

Par contre, les dispositions de l'article 1[er] dudit décret-loi n'ont subi jusqu'à présent aucune modification ni abrogation et restent entièrement en vigueur. Il s'ensuit que les collectivités publiques sont toujours fondées à retenir

10 % sur les rémunérations ou subventions versées aux médecins, en dehors d'un contrat de louage de services, c'est-à-dire dans tous les cas où le médecin se trouve, à l'égard de l'Administration dans les mêmes rapports qu'à l'égard d'un client privé. Cette retenue de 10 % continue donc à s'appliquer aux honoraires médicaux, pour soins donnés aux assurés indigents, aux assistés médicaux gratuits, aux pensionnés de guerre, ainsi qu'aux subventions que vous pouvez recevoir de certaines communes, s'il n'y a entre vous et elles aucune subordination administrative permettant de considérer qu'il s'agit là d'un traitement.

9.159. — Privilège des honoraires en cas de faillite

Un de mes clients, maçon, a fait faillite.

Il me devait une note d'honoraires pour un accouchement de sa femme et des soins donnés à ses enfants.

La femme est-elle responsable de cette dette ou bien cette créance rentre-t-elle dans le passif de la faillite ? Dr C.

Réponse

Si votre client se trouve actuellement en faillite vous êtes fondé à produire à cette faillite même en ce qui concerne les soins donnés à sa femme car il est incontestable que l'intéressé est tenu du payement des soins. La production a lieu par envoi de la note au syndic de la faillite, accompagnée de toutes les précisions utiles. Toutefois, pour la part de la note concernant les membres de la famille du failli, cette production ne peut avoir lieu qu'à titre simplement chirographaire et ne permet de prétendre qu'à un règlement au marc le franc. En effet, le privilège prévu par l'article 2.101-3° du Code civil ne s'applique, d'après la jurisprudence, qu'aux soins donnés au débiteur lui-même.

Pour la partie de cette note que la répartition de la faillite ne permettrait pas de régler, vous possédez un recours contre la femme de votre cliente qui est tenue du payement des soins dont elle a personnellement bénéficié, encore bien qu'elle n'ait pas fait elle-même appel à vos soins, ainsi que de ceux concernant ses propres enfants. Toutefois, cette action ne peut être exercée par vous que si la femme possède des biens propres.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

9.346. — Droits de la femme d'un militaire porté disparu

Je vous serais très obligé de bien vouloir me préciser si l'épouse d'un soldat porté disparu au cours

d'un combat, près de Verdun en avril 1914, n'a droit à aucune allocation ou pension.

Peut-elle être considérée comme une veuve de guerre, bien que son mari n'ait été signalé que « disparu » ? Toutes les démarches faites dans les formes habituelles sont restées vaines. Peut-elle se remettre en instance ?

Dr A. V.

Réponse

Pour qu'un homme « porté disparu » ouvre à sa femme des droits à une pension de veuve, il faut qu'un jugement soit rendu.

Que cette veuve adresse dès maintenant une demande de pension à l'Intendant départemental des pensions ; celui-ci lui donnera tous renseignements utiles sur les pièces à fournir pour la constitution de son dossier. Même si elle était déclarée frappée de forclusion, ce dossier prendrait rang et date, puisqu'une nouvelle loi, visant à proroger les délais de mise en instance, est devant le Sénat.

9.100. — Preuve de l'origine d'une maladie contractée au cours du service militaire

Un jeune soldat incorporé le 20 octobre 1935 entre à l'hôpital le 19 janvier avec une pleurésie séro-fibrineuse, dont actuellement il conserve des séquelles qui le maintiennent en convalescence jusqu'au 1er novembre prochain, et qui sont susceptibles d'entraîner sa réforme. Au cas où celle-ci serait prononcée, ce soldat doit-il être réformé avec ou sans pension ?

Au cas où il pourrait être réformé avec pension, a-t-il quelque chose à faire pour l'obtenir ?

Dr G.

Réponse

Ce jeune soldat ne bénéficie plus de la présomption légale d'origine depuis l'entrée en vigueur de la loi du 28 février 1933. Il lui appartient donc de faire la preuve que sa pleurésie peut reconnaître comme origine un fait de service ; par tous documents (attestations de chefs, de camarades, des médecins qui l'ont soigné au début), il devra établir une relation de cause à effet entre une circonstance de service (refroidissement prolongé, exposition à la pluie, etc.) et l'infirmité actuelle. S'il réussit, sa réforme avec pension fera l'objet d'une proposition au ministre. Dans le cas où l'autorité militaire ne le proposerait pas d'elle-même pour une pension au moment de sa réforme, il devrait en faire transmettre la demande au médecin-chef du Centre de réforme, par la voie hiérarchique de l'autorité militaire dont il dépend.

9.171. — Formalités pour toucher la retraite du combattant

Je vais avoir cinquante ans le 25 décembre prochain : titulaire de la carte du combattant, comment et à quelle date dois-je m'y prendre pour toucher la retraite du combattant ?

D[r] G.

Réponse

Pour la période entre 50 et 55 ans les arrérages ne sont réglés, à terme échu, que tous les six mois.

Il vous suffira donc, après le 25 décembre prochain, de vous faire délivrer le certificat de naissance nécessaire, et de le joindre avec deux photos-identité, au questionnaire que vous aurez rempli par les soins de l'Office départemental du combattant.

Vous devez trouver les imprimés nécessaires à la Mairie.

9.244. — Libération des obligations militaires

Vieil abonné du *Concours Médical*, j'ai recours à vous pour me donner quelques renseignements concernant ma situation militaire, et je vous en remercie vivement d'avance.

J'appartiens à la classe 1908 ; j'ai été mobilisé cinq ans ; j'ai deux enfants ; je suis depuis la guerre médecin lieutenant de réserve ; j'ai fait mes périodes obligatoires.

Etant donné que j'ai vingt-huit ans de service, je rentre dans la catégorie des officiers, auxquels on envoie une circulaire demandant s'ils veulent ou non leur radiation des cadres. Or, je n'ai rien reçu à ce sujet. Y a-t-il erreur de ma part ou omission de la part de l'autorité militaire, et quelle ligne de conduite dois-je suivre ?

D[r] X;

Réponse

Puisque vous appartenez à la classe 1908, c'est seulement le 15 octobre 1937 que vous serez définitivement libéré de toutes obligations militaires. C'est donc l'année prochaine à pareille époque, que vous devrez signaler au Directeur du Service de santé même sans aucune demande de sa part, que vous désirez être radié des cadres en même temps que les hommes de votre classe.

ASSURANCES SOCIALES

9.166. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie après rechute

Une de mes clientes accouche *en juillet 1934 et* reçoit à la suite de l'accouchement douze piqûres *d'allochrisine, soit douze semaines de traitement*

pour début de tuberculose (soins donnés de juillet 1934 à novembre 1934). Je la perds de vue jusqu'en juillet 1936. Je la soigne depuis cette date pour tuberculose pulmonaire. Femme d'assuré social, elle touche ses prestations maladie jusqu'au 16 septembre 1936. Depuis cette date la Caisse refuse tout payement sous prétexte qu'il s'agit de la même maladie et que la malade a reçu ses prestations pendant six mois. Remarquez qu'il y a eu interruption de soins de novembre 1934 à juillet 1936. Il me semble que la Caisse exagère.

Dr L.

Réponse

Il est exact, qu'en principe, les prestations de l'assurance-maladie ne sont dues que pendant une période totale de six mois de soins pour une même affection. Toutefois, ces principes ne vont pas sans dérogations. Il résultait, au contraire, sous le régime de la loi de 1928-1930, d'après la jurisprudence de la Cour de cassation interprétant l'article 4 paragraphe 10 de ladite loi que toute rechute survenant plus de deux mois après la fin de la maladie antérieure devait être considérée comme une maladie nouvelle rouvrant, pour six mois, le droit aux prestations. Il résultait, d'autre part, d'une définition donnée par l'Association des médecins-contrôleurs des Assurances sociales, qu'il fallait entendre, par « fin de période de maladie » et guérison apparente, la période pendant laquelle l'affection de l'assuré traversait une phase de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage. Ces principes ont, au reste, été introduits dans la législation nouvelle par l'article 6 paragraphe 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 qui s'exprime de la manière suivante : « lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater, sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours ». Il ressort donc de ce texte que le nouveau régime a maintenu les dispositions antérieures en se contentant d'ajouter une formalité supplémentaire, à savoir l'avis donné à la Caisse dans les huit jours de la guérison, afin qne celle-ci puisse la faire constater par son contrôle médical. Toutefois, l'obligation ne s'impose que pour les guérisons survenues postérieurement à la mise en application du nouveau régime, c'est-à-dire après le 1er janvier 1936.

Or, en l'espèce, la fin de la période de maladie, si elle est survenue, s'est produite, sans doute, sous le régime antérieur. On peut donc considérer, à l'heure actuelle, votre cliente comme en état de

rechute et, cette rechute survenant plus de deux mois après sa guérison apparente, lui permet de prétendre à nouveau, pendant six mois, aux prestations. En cas de contestation sur son état, entre elle et sa Caisse, le différend devra être porté devant la Commission technique prévue par l'article 8 paragraphe 3 du décret-loi et composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par le Président du Tribunal. Conformément à l'arrêté ministériel du 4 juillet 1936, la Commission est saisie par lettre recommandée adressée au greffier du Juge de paix du domicile de l'assuré. Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant indiquant la nature de l'affection. La Commission se réunit à la justice de paix du domicile de l'assuré. Elle statue sur pièces ou sur examen du malade. Elle se prononce exclusivement sur l'état du malade au point de vue médical et scientifique. Sa décision est sans recours mais est dénuée de force exécutoire. Si la partie perdante refuse d'en faire état, l'autre partie est fondée à saisir la Commission d'arrondissement du siège du défendeur, par lettre recommandée adressée au président de ladite Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification de la décision de rejet.

9.140. — Propriété des ordonnances médicales

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître par un texte explicite, dans quelle mesure je suis en droit d'exiger des Caisses d'assurances sociales, qu'elles restituent à mes malades les ordonnances que je leur prescris, après en avoir, si elles le désirent, pris connaissance ou même copie ; et dans quelle mesure je suis fondé à protester contre la prétention des Caisses, de faire de moi un bureaucrate adjoint, contraint d'établir les ordonnances en double exemplaire, si je veux que la malade en conserve un par devers lui, ou si j'y prescris des détails confidentiels intéressant le seul malade.

Dr A.

Réponse

Il n'est pas douteux que les assurés sociaux auxquels vous délivrez une ordonnance pour la délivrance des prestations pharmaceutiques auxquelles ils ont droit, sont comme des clients ordinaires propriétaires de cette pièce et que les Caisses d'assurances sociales ne sont pas fondées à les retenir par devers elles.

Vos clients (et non vous) seraient fondés en droit, d'exiger des Caisses intéressées la restitution de ces ordonnances. Bien entendu les Caisses doivent avoir communication de cette pièce pour établir le montant des prestations

---

qu'elles doivent à leurs assurés et, le cas échéant exercer sur ceux-ci leur contrôle médical. Mais cette communication doit se borner simplement à prendre connaissance de l'ordonnance et à en garder éventuellement la copie dans leur dossier. Cette pièce doit ensuite être restituée à l'intéressé sur sa demande.

Si vos clients ne désirent pas faire connaître à la Caisse certains détails confidentiels portés par vous sur cette pièce, le plus simple paraît qu'ils prennent eux-mêmes copie de l'ordonnance délivrée, en laissant de côté les faits secrets dont ils désirent éviter la révélation.

En tout cas, vous n'avez aucune obligation vis-à-vis de la Caisse à cet égard et l'établissement des ordonnances en double exemplaire de votre part a un caractère purement bénévole.

9.330. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie en cas de versement tardif des cotisations

Ainsi que je vous l'avais écrit il y a quelque temps, je me voyais dans l'obligation de verser à une ancienne bonne les prestations Assurances sociales pour maternité par suite d'un oubli de versement du dernier trimestre 1936. Depuis j'ai payé les cotisations afférentes à ce trimestre et les intérêts de droit.

Peut-on faire appel du refus de la Caisse ? celle-ci doit-elle verser les prestations puisque les cotisations sont payées ?

J'ai posé cette question au Service régional par lettre recommandée, puis par lettre de rappel. Pas de réponse : à qui puis-je bien m'adresser pour les obliger à répondre ? Ils sont coutumiers du fait.

Dr S.

Réponse

Il résulte de la jurisprudence bien établie de la Cour de cassation que le versement par le patron des cotisations arriérées majorées des intérêts de retard ne permet pas à l'assuré de réclamer le payement des prestations lorsque le précompte n'a pas été effectué en temps voulu sur son salaire, et c'est à lui qu'il appartient en tous cas d'apporter la preuve de ce précompte.

Puisqu'en l'espèce aucun précompte n'avait été exercé sur la rémunération versée à votre ancien domestique, la Caisse se trouve dans son droit en refusant le payement des prestations maternité malgré le versement opéré par vous depuis lors.

Nous ne pouvons donc pas vous conseiller de porter ce différend devant la Commission d'arrondissement car il est à peu près certain que vous n'obtiendriez pas gain de cause.

Cinquante-huitième année | N° 47 | 22 Novembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Demi-Colonnes

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz: Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix: de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (**Les**) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard,
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol.*, *derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Nº 302. — A céder double emploi Mathis 13 CV 6 cyl., 4 roues indépend., ayant fait 14.000 km., parfait état très avantageux, Dr Bailly-Salin, à Sens (Yonne).

Nº 303. — Jne doct. Franç. diplôme d'Etat, permis cond., ayant fait nombr. remplacem., ferait remplacem. toute durée, toute région.

Nº 304. — Dame expérim., excell. référ. désire direction économat ou emploi analog. dans préventor. ou maison d'enfants. Ecr. Besse, chez Ganche, 9, rue des Abbesses, Paris.

Nº 305. — Banlieue immédiate, près gare Médec. dispose immeuble susceptib. d'être loué par laborat. de spécialités pharm. ou similaire.

Nº 306. — A vend. cond. intér. Renault KZ 5, transformable en ambulance avec brancard et access. Moteur refait il y a qq mois. Carross. en très bon état.

Nº 307. — A vend. neuf ou à l'état neuf : 1 contact tournant 300.000 volts. Ionomètre Salomon. Groupe électrogène 115 v., 8 amp., Salvoxyl, Pied Ira p. ray. X, Téléph. de bureau, Clarinette, Thermocautère, Sonorette, Chargeur accus, Dépanax.

Nº 308. — Centre. A céder immédiat. pour rais. famille. Ancien poste bon chiffre. Condit. : 15.000 compt. Pressé.

Nº 309. — Dame disposant machine à écrire demande travaux à domicile, adresses, copies, etc...

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. — Bon quartier. Import. client. méd. gén. Appart. 5 p., grand conf. Prix : 60.000, 1/2 comptant.

Touraine. — Pays agréable (chasse, pêche). Bon chiffre d'aff. avec possib. faire radio. Maison vaste et très conf. Indemnité 45.000 dont 30.000 comptant.

Centre-Ouest. Poste très ancien de chef-lieu canton. Aucune perte. Indemn. 15.000 fr. comptant.

Renseignements

Qu'appelait-on **neurasthénie** ? C'est une intoxication gastro-intestinale qui a retenti sur l'axe cérébro-spinal. Le manganèse désintoxiquant le tractus gastro-intestinal, donnez au neurasthénique 4 à 5 TABLETTES DE MANGAÏNE au moment des malaises.

« La Soleillette », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, **Grasse.**

Les Fougères, par Brantôme (Dordogne). Mais. santé pour enf., surveil. méd. constante. Ecole. Prix à part. 15 frs.

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur Pierre ABRAMI fera sa leçon inaugurale le vendredi 27 novembre 1936, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Académie de médecine.** *Concours Vulfranc-Gerdy.* — Tous les deux ans, l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives, d'une mission dans une ville d'eaux.

Une indemnité annuelle de 3.000 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu, cette année, le mercredi 2 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, avant le 30 novembre, leur demande au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, Paris.

— **Université de Bruxelles.** *Visite médicale des étudiants en médecine.* — Suivant l'exemple des Facultés de médecine de Paris et de Bordeaux, la Faculté de Bruxelles se propose d'instaurer une

visite médicale pour les étudiants en médecine qui commencent leurs études.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Docteur Michel Dechaume vient, à la suite des nouveaux décrets, d'être nommé chef de laboratoire de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris. Nous sommes heureux de lui adresser toutes nos félicitations.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris** (Année 1936-1937). *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1936-1937 : 22 novembre, M. Bariéty : Septicémies à pneumocoques. — 29 novembre, M. Siredey : Diagnostic précoce du cancer utérin. — 6 décembre, M. René Bénard : L'éréthisme cardiaque des adolescents, son importance au point de vue individuel et social. — 13 décembre, M. Cattan : Les septicémies à gonocoques. — 20 décembre, M. Huber : Les règles de la sélection des enfants convalescents et tuberculeux.

— **Association française des femmes médecins.** — La réunion du 21 novembre de cette Association a eu à son ordre du jour une importante conférence de Madame Vandervelde, femme du ministre de la Santé publique de Belgique, sur *les résultats de cinq années d'application de la loi belge de défense sociale à l'égard des anormaux.*

— **Hommage au Docteur Darier.** — La Société française de dermatologie et de syphiligraphie, à l'occasion du 80e anniversaire du Docteur Darier, éditera une plaquette contenant son mémoire sur l'Historique de la dermatologie au cours des cinquante dernières années, présenté au Congrès de Budapest.

Chaque souscripteur de 30 francs recevra un exemplaire de la plaquette. Adresser les envois au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599).

— **Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.** *Conférences cliniques.* — MM. Logre, Heuyer et Brousseau font à l'infirmerie spéciale des aliénés, des conférences avec présentation de malades, réservées aux docteurs, étudiants en médecine et magistrats. S'inscrire : 3, quai de l'Horloge, Paris.

— **L'Ecole des parents,** 31, rue Guyot, Paris (XVIIe). *Cours d'éducatrices familiales.* — Les cours de première série, sur l'hygiène dans l'éducation familiale, commenceront le 4 décembre, à 17 heures.

—**Prix Chauvin** (O. R. L.). — Le jury, présidé par M. G. Laurens et composé de MM. Chatellier, Hautant, Lafite-Dupont, F. Lemaitre, Rebattu, Terracol, après examen des cinq mémoires présentés pour le sujet « Les indications opératoires dans les mastoïdites aiguës » a voté les attributions suivantes : MM. Aboulker et Coussieu (3.000 francs) ; M. Roger (2.000 francs) ; M. Piaget (1.000 francs).

— **Hôpitaux de Nancy**. *Externat.* — Questions sorties : Valvule mitrale ; souffles cardiaques. La plèvre ; signes physiques des épanchements liquides pleuraux. Rapports de la face postérieure des reins ; hématurie. Artère radiale ; tension artérielle. Veine cave inférieure ; traitement des hémorragies externes. La première côte ; fractures de côtes, complications. Extrémité supérieure du fémur, signes des fractures.

Sont nommés externes : M. Bertin, Mlle Noël, MM. Maulini, Paulin, Jacquet, Mlle Strubb, MM. Pire, Gibert, Mlle Petit, M. Roux.

Sont nommés externes à la suite : MM. Damey, Martinet, Mansuy, Laroche, Cochard.

— **Hôpitaux de Rouen**. *Externat.* — Le concours de l'externat des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 17 décembre 1936, à l'hospice général. S'inscrire au secrétariat des hospices, 1, rue Germont, à Rouen, avant le 1er décembre 1936.

— **Légion d'honneur**. — Dans les récentes promotions de la Légion d'honneur, nous relevons avec plaisir le nom de Monsieur Adrien Saint-Ange Plet, co-directeur des Laboratoires Drouet et Plet.

Nous sommes heureux d'adresser à M. Adrien Saint-Ange Plet nos plus sincères félicitations.

— **Nécrologie**. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Monsieur Henry Rogier, docteur en pharmacie, officier de la Légion d'honneur, directeur des laboratoires de l'Uraseptine Rogier.

Ses obsèques ont eu lieu le 13 novembre, à Paris, au milieu d'une grande affluence d'amis, venus lui apporter l'ultime hommage de leur affection. Grand travailleur et animateur de plusieurs groupements scientifiques et pharmaceutiques, Monsieur Henry Rogier laisse aussi l'impérissable souvenir d'un homme de bien.

Le *Concours Médical* prie sa veuve, Madame Henry Rogier, ses enfants, Madame et Monsieur le Docteur Boutin et ses petits enfants, Madame et Monsieur Michel Boutin, d'agréer ses vives condoléances et l'expression de sa douloureuse sympathie.

— Nous apprenons la mort du Docteur Victor Pauchet, ancien directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, ancien président du Congrès de chirurgie. Chirurgien de grande valeur, le Docteur Pauchet n'avait pu présider le Congrès de chirurgie de 1936 ayant eu un grave accident d'automobile, aux suites éloignées duquel il a succombé.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 NOVEMBRE

Médecine administrative

Décret du 28 mai 1936 portant réorganisation du service médical au ministère des Finances

Ce décret sera publié ultérieurement.

5 NOVEMBRE

Sanatoriums publics

Avis de concours pour l'emploi de médecin adjoint au sanatorium national Vancauwenberghe à Zuydcoote.

Un concours est ouvert pour un poste au moins de médecin adjoint résidant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote (hôpital maritime).

Le traitement de début est de 22.000 francs et peut atteindre 36.000 francs par avancements successifs.

Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Il est interdit de faire de la clientèle et d'accepter un emploi accessoire.

Les femmes sont admises à concourir. Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1936. Cette limite est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires.

Les candidats devront être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et compter au moins dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française.

Ne pourront prendre part à ce concours que les candidats anciens externes des hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'Ecole de médecine ou ceux pourvus d'un certificat de phtisiologie délivré par une Faculté de médecine.

Les candidats devront justifier de connaissances qu'ils pourraient avoir dans les recherches de laboratoire appliquées au diagnostic bactériologique et biologique de la tuberculose.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe), avant le 6 décembre 1936. Elles seront accompagnées des documents ci-après.

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Pièce établissant la nationalité française ou, s'il y a lieu, la naturalisation, et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Exposé des titres et fonctions remplies par le candidat, avec référence à l'appui ;

6° Dépôt de la thèse, des travaux et publications ;

7° Pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires ;

8° Renseignements sur la situation de famille ;

9° Eventuellement justification de la pratique du laboratoire.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur entrée en fonctions, subir les visites médicales exigées des candidats à un emploi public.

6 novembre

Tarif pharmaceutique

Arrêté du 4 novembre 1936 modifiant le tarif national pharmaceutique pour l'Assistance médicale gratuite.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin directeur est à pourvoir par suite de la création d'un Asile à Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

7 novembre

Hygiène publique

Avis de vacance d'un poste de directeur de Bureau municipal d'hygiène

La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Grasse est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 1er bureau), leur demande sur timbre accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français, avoir satisfait à la loi militaire et, en cas de naturalisation, faire attester par le préfet qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine.

Ils devront produire, en outre, une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat de situation militaire.

La limite d'âge est fixée à quarante-cinq ans.

Le traitement annuel est fixé à 22.000 francs.

Le titulaire du poste ne sera pas autorisé à faire de la clientèle.

8 novembre

Ecoles d'infirmières

Arrêté du 5 novembre 1936 nommant les membres du Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières soignantes et du Service social.

Art. 1er. — Sont nommés pour une durée de trois ans, membres du Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières soignantes et du Service social :

A. — Membres de droit

Délégué du ministre du Travail. — M. Laurent.
Délégué du ministre de l'Education nationale. — M. Rosier.
Délégué du ministre de la Justice. — M. Estève.
Délégué du ministre de l'Intérieur. — M. le Docteur Dequidt.
Délégué de M. le ministre de l'Agriculture. — M. Gay.
Représentant du Service de santé de l'armée. — M. Giraud.
Représentant du Service de santé de la marine. — M. Candiotti.
Représentant du Service de santé des colonies. — M. Marque.
Deux représentants du Conseil supérieur d'hygiène. — MM. les Docteurs J. Renault et Louis Martin.

B. — Délégués du ministre de la Santé publique

a) *Délégués choisis parmi les fonctionnaires et techniciens participant au fonctionnement de services administratifs et techniques touchant à la protection sociale.*

M. le Docteur Cavaillon, chef du Service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique.
Mme Yvonne Demene, représentant le sous-secrétaire d'Etat à la protection de l'enfance.
M. Serge Gas, directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance.
Mme Getting, vice-présidente du « Service social à l'hôpital ».
M. le Docteur R.-H. Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.
M. Max Lazare, membre du Conseil technique de l'Ecole pratique de Service social.
M. le Docteur X. Leclainche, chef du Service d'études techniques au ministère de la Santé publique.
M. le Professeur Rochaix, directeur de l'Institut d'hygiène de Lyon.
M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

b) *Délégués choisis parmi les personnes spécialement qualifiées dans la formation du personnel d'infirmières et du Service social.*

Mme Brunschwicg, vice-présidente de l'Ecole des surintendantes.
Mlle Chaptal, directrice de la Maison-Ecole d'infirmières privées.
Mme Dières-Montplaisir (sœur Stéphanie), surveillante générale de l'hôpital de Nantes, directrice de l'Ecole d'infirmières.

Mlle Fritsch, directrice de Service social.

Mlle Fumey, directrice de l'Ecole d'infirmières de Reims.

M. le Professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

M. de Lillers, président du Comité central de la Croix-Rouge française.

M. Voigt, secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

M. le Docteur Weill-Hallé, directeur de l'Ecole de puériculture.

c) *Délégués choisis parmi les administrateurs municipaux ou départementaux, ou participant à la gestion d'organismes de protection et de prophylaxie sociale.*

M. Boulonnois, chef des Services administratifs de Bureau d'hygiène.

Mlle Grenier, surveillante de l'Ecole de l'Assistance publique de Paris.

M. Grunebaum-Ballin, conseiller d'Etat.

Mlle de Hurtado, directrice du Service social de l'Office de protection maternelle et infantile de la Seine.

M. Marcel Martin, directeur général de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

M. Merma, représentant la Fédération des Services de santé.

Mlle Moulin, visiteuse-chef à l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

M. le Professeur Parisot, de la Faculté de médecine, directeur de l'Institut d'hygiène de Nancy.

M. le Docteur Rocaz, président de la Fédération girondine des œuvres de l'enfance.

Art. 2. — Sont nommés :

Vice-présidents

Mme Brunschuricg.
M. le Professeur Parisot.
M. le Docteur Jules Renault.

Secrétaires

M. le Docteur Hazemann.
M. Marcel Martin.
M. Voigt.

Art. 3. — La section permanente du Conseil de perfectionnement comprend, sous la présidence du ministre ou de son délégué, les trois vice-présidents et les trois secrétaires ci-dessus désignés, ainsi que les cinq membres ci-dessous mentionnés :

Mlle Chaptal.
Mme Yvonne Demene.
Mlle de Hurtado.
M. le Docteur X. Leclainche.
M. le Docteur Weill-Hallé.

Médecine Sanitaire maritime

Avis de vacance d'emploi de directeur de la Santé

Est déclaré vacant, au port de Saint-Nazaire, l'emploi de directeur de la Santé, chargé de la direction de la 3e circonscription sanitaire maritime.

Conformément à l'article 2 du décret du 24 mai 1930, les candidats ont un délai d'un mois à compter de la publication pour adresser au ministère bureau) de la Santé publique (Direction du personnel), 1er leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats devront être nécessairement pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Il leur sera tenu compte des diplômes spéciaux d'hygiène ou d'études médicales coloniales et de leurs connaissances touchant l'hygiène générale et l'hygiène de la navigation, la bactériologie, la parasitologie, l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies exotiques, ainsi que la pratique des services sanitaires, particulièrement en ce qui concerne la désinfection et l'application des règlements en vigueur.

Les candidats devront être de nationalité française. En cas de naturalisation, ils devront satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et ne pourront être nommés à cet emploi que s'ils comptent au moins dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française (loi du 19 juillet 1934).

Les candidats ne devront pas être âgés de plus de cinquante ans ; toutefois, aucune limite d'âge n'est exigée des candidats qui appartiennent déjà au cadre régulier du service sanitaire maritime.

Les demandes seront accompagnées des documents ci-après :

1º Extrait de l'acte de naissance ;

2º Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3º Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4º Copie certifiée conforme des diplômes et en particulier du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5º Indication des titres de toute nature et des fonctions remplies, avec références à l'appui ;

6º Un exemplaire de la thèse et des études publiées.

Le traitement est fixé à 16.000 francs.

La liste sera close le 9 décembre 1936.

Voir la suite page XLVII-3381

PROPOS DU JOUR

Quelques considérations sur la prudence nécessaire dans l'exercice de la médecine en général et de la chirurgie en particulier

Avec les années l'homme devient sententieux et raisonneur. Il se croit autorisé à donner des conseils sinon des leçons. Cela finit par devenir une douce manie qui fait hausser les épaules aux plus jeunes qui se gaussent, et non parfois sans raison, de ces réflexions qui tournent au radotage. Nous n'aurons garde de tomber dans ce défaut ; nous ne nous reconnaissons ni le droit, ni la compétence, ni l'autorité nécessaires pour donner des conseils ou des leçons à nos confrères quels qu'ils soient et si aujourd'hui nous nous permettons de les inciter à la prudence au cours de leur pratique médicale ou chirurgicale, c'est parce qu'une longue expérience des questions soumises chaque jour au *Sou Médical* nous ont révélé des faits où peut-être, la prudence qui doit être une des vertus cardinales du médecin praticien, n'a pas toujours été respectée. Sans doute ces confrères imprudents n'étaient pas des coupables, le plus souvent ils avaient des excuses sérieuses, toujours des circonstances atténuantes. N'empêche qu'ils ont porté un préjudice notable aux malades qui s'étaient confiés à leurs soins, qu'ils se sont fait un tort considérable en laissant suspecter par le public leur valeur ou leur conscience professionnelles et qu'ils ont creusé un trou, heureusement réparable, à la Caisse du *Sou Médical.* « Elle est faite pour cela, nous objectera-t-on. » D'accord, mais il ne faudrait pas la croire absolument inépuisable si par légèreté, inconscience ou imprudence évitables, on y pratiquait de trop fréquentes saignées, que les magistrats ont une tendance à rendre de plus en plus copieuses. Il est un fait indiscutable, c'est que la tendance à l'augmentation des cas de responsabilité professionnelle se manifeste progressivement chaque jour et dans l'intérêt de tous, nous croyons devoir crier à ce sujet : Prenez garde ! Attention !

Avant de citer quelques cas typiques d'imprudence ayant donné lieu à des procès, remarquons bien que le but du *Sou Médical* est de soutenir et de défendre ses adhérents et de couvrir en tout ou en partie leur responsabilité dans les procès d'ordre professionnel, mais il n'est pas destiné à réparer les dommages accidentels survenus à leurs clients, si la responsabilité des médecins n'est pas démontrée. C'est ce que paraissent ignorer quelques rares adhérents qui semblent croire que le *Sou Médical* doit subvenir aux frais imprévus d'une maladie qu'ils ont soignée. Il est arrivé que les ayants droit du malade après une complication imprévue de leur maladie, se sont adressés directement au *Sou Médical* sur les indications de leur médecin dont cependant la responsabilité n'était pas en jeu.

Les cas que les magistrats taxent d'imprudence ou de négligence sont assez nombreux et nous croyons devoir en rappeler quelques-uns :

Ce sont des appareils plâtrés parfois trop serrés dont le chirurgien ou le praticien confie la surveillance à un confrère qui ne les a pas vu appliquer, à une infirmière ou bien simplement à la famille. Le blessé se plaint de gêne ou de douleur ; on lui réplique qu'il manque de courage et de patience ; l'on temporise jusqu'au moment où l'on est obligé d'enlever l'appareil et on constate des ulcérations plus ou moins profondes sinon de la gangrène. Les suites peuvent être fort graves, nécessiter une amputation. parfois déterminer la mort et le plus souvent la responsabilité du praticien ne peut guère ici être discutée.

Dans certains cas, ce sont des applications radiologiques ou diathermiques, faites par des médecins manquant de l'expérience nécessaire en ces matières, ou même dans des cliniques où le spécialiste a laissé le malade momentanément sans surveillance ou confié à une infirmière inexpérimentée. Il en résulte parfois des brûlures plus ou moins graves et là encore la responsabilité du praticien est établie.

Actuellement l'examen radioscopique s'impose à la suite de tout accident, même lorsque le praticien croit avoir fait un diagnostic précis. Il peut malgré tout se tromper et, s'il n'a pas eu recours aux rayons, il est rendu responsable de son erreur.

Deux affaires récentes où est intervenu le *Sou Médical,* montrent combien il est imprudent de négliger l'examen aux rayons.

Dans la première, un médecin est appelé à soigner une blessée atteinte d'une luxation de l'épaule en arrière très difficile à diagnostiquer. La luxation méconnue ne fut pas réduite et il en résulta une impotence fonctionnelle permanente. Le mari, arguant de l'erreur de diagnostic et de l'absence d'examen radioscopique intenta à notre confrère un procès demandant des dom-

→→

mages-intérêts. Les experts désignés conclurent que la très grande difficulté du diagnostic rendait l'erreur tout à fait excusable, vu que le praticien avait demandé un examen radiographique que la malade avait obstinément refusé. Le mari objecta que jamais il n'avait entendu le médecin proposer un examen aux rayons, mais qu'il ne pouvait sur ce point être très affirmatif, n'ayant pas assisté à toutes les consultations.

Notre confrère fut acquitté. De cette affaire découle un enseignement, c'est que toutes les fois qu'un blessé refuse une radiographie, il faut faire constater ce refus par écrit ou par témoins.

L'autre affaire eut des conséquences plus graves, tout au moins pour le *Sou Médical.*

Le Docteur X., appelé à la suite d'un accident à soigner un blessé, porta le diagnostic de fracture comminutive de l'humérus. Comme un énorme épanchement s'était produit, il crut devoir en attendre la résorption pour appliquer un appareil. Le blessé insistait pour qu'on pratiquât une radiographie, le médecin jugeait qu'elle était inutile.

Dix-sept jours après le Docteur X. s'absenta. Son remplaçant, peu fixé sur l'état du blessé, fit faire une radiographie qui montra qu'il n'y avait pas de fracture mais bien une luxation sous coracoïdienne de l'épaule. La réduction fut opérée et le blessé fut consécutivement atteint de paralysie du bras droit. Les experts évaluèrent l'incapacité permanente à 75 pour 100.

L'infirme, âgé de 50 ans, était un artiste peintre distingué, ancien élève de l'Ecole des Beaux-Arts. Le dommage fut évalué à 300.000 francs, mais les experts déclarèrent qu'ils étaient dans l'incapacité de dire si le retard de la réduction était vraiment la cause de la paralysie. Les magistrats, se basant sur les dires des experts et sur le refus du Docteur X. de faire radiographier le blessé malgré ses demandes réitérées, estimèrent à 160.000 francs l'indemnité à verser à l'infirme. Heureusement pour lui, le Docteur X. était couvert par le *Sou Médical* et le *Concours Médical.*

Concluons : Il ne faut *jamais* considérer une radiographie comme inutile, surtout quand un blessé la réclame.

J. Noir.

Les dangers de trop se fier à des collaborateurs

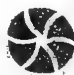
Nous avons fait précédemment remarquer que dans d'assez nombreux cas des médecins avaient été rendus responsables d'accidents causés à leurs clients par la surveillance insuffisante d'un confrère ou d'un collaborateur. Dans tout ce qui concerne la médecine il ne faut jamais avoir une foi trop aveugle en ses collaborateurs, surtout en matière d'expertises.

Un de nos lecteurs nous a communiqué un petit article du journal de la C. G. T., *Le Peuple*, où l'on a signalé une expertise médicale pour accident du travail, dans laquelle l'expert a relaté l'examen actuel d'un blessé, décrit la cicatrice de la plaie et conclu à la guérison. Or à la date du prétendu examen le blessé était mort depuis plusieurs mois.

Nous ne pouvons expliquer cette inconcevable erreur que par une trop grande confiance de l'expert en un collaborateur qui a sans doute examiné le blessé et rédigé le rapport quelques mois auparavant. Les chirurgiens surmenés ou les médecins hommes politiques, très occupés, à qui certains magistrats croient devoir confier des expertises, n'ont pas toujours le temps d'examiner les accidentés eux-mêmes et chargent de ce soin des collaborateurs. Sur les notes de ces derniers ils bâtissent ou font bâtir des rapports qui parfois s'égarent. Il peut en résulter des erreurs. C'est vraisemblablement une de ce genre qui peut expliquer le fait divers stupéfiant qu'a relaté *Le Peuple.*

Il y a vingt-cinq ans environ un blessé du travail fut victime d'une erreur analogue et comme l'auteur de l'expertise était un médecin légiste très puissant, il fallut l'intervention obstinée de Diverneresse et la publicité très large du *Concours Médical* pour faire donner satisfaction à la malheureuse victime, sacrifiée à l'amour-propre d'un maître, aujourd'hui disparu, qui se jugeait infaillible.

J. N.



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES VITAMINES

Professeur Y. Volmar (de Strasbourg)

La vie, ainsi que l'a montré Lavoisier, est une combustion qui doit être entretenue sans ralentissement par l'apport continue de substances oxydables qui constituent les aliments. Partant de cette idée qui a dominé tout le XIXe siècle, les physiologistes de l'école d'A. Gautier ont déterminé la nature et la quantité des divers éléments qui sont indispensables à l'organisme ; ils ont pu ainsi grouper les aliments en un certain nombre de types d'après leur composition et le nombre des calories que dégage leur combustion, et établir des régimes correspondant aux différents âges et aux différents modes d'existence. Récemment, Mme L. Randoin et ses élèves ont fait intervenir en plus la notion d'équilibres biochimiques et de rapports alimentaires (1).

Cette conception, purement physico-chimique de l'alimentation s'est rapidement montrée insuffisante et incapable d'expliquer un certain nombre de faits expérimentaux connus.

Dès 1912, Hopkins avait constaté que des rats albinos, soumis à un régime chimique normal, composé d'hydrates de carbone, de graisses, de matières protéiques et de sels minéraux, ne se développaient pas normalement, mais qu'il suffisait d'y ajouter 3 c. c. de lait par jour pour faire disparaître toute déficience.

Vers la même époque, Eijkman, à Batavia, avait signalé que les hommes et les animaux nourris avec du riz décortiqué sont atteints rapidement d'accidents paralytiques dus à une dégénérescence des nerfs périphériques qui constitue le béri-béri, tandis que ceux nourris avec du riz entier ne présentent aucun symptôme pathologique ; en outre, les individus atteints guérissent si on ajoute à leur régime du son de riz.

Ces observations se rapprochaient de faits signalés au XVe siècle, par Jacques Cartier et au XVIIIe par Cook dans leurs relations de voyage : des malades atteints de scorbut avaient pu être rapidement guéris par addition à leurs aliments d'un extrait de bourgeons de pin. Elles mettaient en évidence l'existence, à côté des aliments normaux, de « facteurs accessoires de la nutrition » jusqu'alors insoupçonnés, principes particuliers qui, en raison de leur dose infinitésimale, avaient échappé à toute analyse, infiniment petits jouant dans l'assimilation des aliments le même rôle que les diastases dans les phénomènes fermentaires.

Certains de ces « infiniments petits » sont d'origine minérale : zinc, magnésium, manganèse, vanadium, etc. ; les travaux de G. Bertrand et de ses élèves, de Jadin, de Javillier ont montré leur existence dans tous les tissus, et leur nécessité pour régulariser les phénomènes vitaux ; leur mode d'action est encore mal connu ; leur carence peut provoquer des accidents graves et certains auteurs admettent qu'elle favorise l'évolution du cancer.

Plus connus et mieux étudiés sont les infiniment petits organiques ou *vitamines* ; ils prennent naissance dans les tissus végétaux ; l'organisme animal auquel ils sont indispensables semble incapable de les produire lui-même et il doit les trouver dans ses aliments dont ils constituent « l'indéterminé alimentaire », échappant à toute analyse chimique. La meilleure définition en a été donnée, il y a quelques années, par Mme L. Randoin et Simonnet, elle est encore presque exacte aujourd'hui : « Les vitamines sont des substances mal déterminées chimiquement et physiquement, dont l'organisme animal serait incapable de faire la synthèse et qui possèdent les propriétés reconnues dans certaines fractions de l'indéterminé alimentaire, portions qui, à des doses minimes, de l'ordre du millième du poids de la ration quotidienne, sont indispensables à l'accomplissement des phénomènes vitaux pendant l'état adulte et au cours du développement de l'organisme animal, et dont l'absence détermine des troubles de la nutrition caractéristiques ».

Nos connaissances sur la nature et le mode d'action des vitamines étaient, jusqu'à ces dernières années, à peu près nulles et les biochimistes en étaient réduits à tirer des conclusions, souvent erronées, de faits et des données accumulés au hasard. Des progrès importants ont été réalisés récemment ; on est arrivé à isoler certaines de ces substances à l'état de pureté, à en déterminer la constitution et même à en

(1) Voir, *Concours Médical*, 1936, p. 1243.

reproduire quelques-unes synthétiquement. Une étude rationnelle et précise des vitamines devient donc possible, elle constituera un chapitre nouveau de la chimie organique. Actuellement, nous ne pouvons guère constater que le résultat de leur présence ou de leur absence. Leur carence provoque, après un temps plus ou moins long correspondant à la consommation des réserves préexistantes, des troubles variés et caractéristiques, béri-béri, scorbut, pellagre, rachitisme, etc. ; ces *avitaminoses* peuvent être reproduites artificiellement chez des animaux d'espèce définie par des régimes contenant tous les aliments nécessaires, sauf une vitamine déterminée, et guéris par l'apport de cette substance manquante.

Ces avitaminoses sont rares dans nos pays, les diverses vitamines existant en quantité suffisante dans les régimes habituels ; elles ne s'y manifestent que dans des conditions de vie anormale chez l'adulte, mais elles sont à redouter chez l'enfant, la thermolabilité des vitamines facilitant leur destruction au cours de toute stérilisation un peu prolongée. Elles sont plus fréquentes aux colonies et toutes les fois que les individus sont appelés à consommer surtout des conserves alimentaires.

À côté de ces accidents caractéristiques, Hopkins et Mouriquand ont signalé des cas de carence partielle, souvent d'apparence banale et difficiles à reconnaître, mais dont la prolongation peut entraîner des troubles aigus, une diminution de résistance aux infections et même des lésions définitives.

Les vitamines actuellement connues, isolées ou simplement caractérisées sont au nombre de douze ; cinq ont pu être obtenues à l'état cristallisé. On les classe en général, avec Mme Randoin et Simonnet, d'après l'action des principaux dissolvants, en :

I. *Vitamines liposolubles*, véritables catalyseurs jouant un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'organisme et le maintient des fonctions vitales : vitamines A, D, E.

II. *Vitamines hydrosolubles*, assurant le développement et l'édification de l'organisme : vitamines B_1, B_2, B_3, C (C_1 C_2), P.

Ces diverses vitamines se comportent de manière variable vis-à-vis de la chaleur, de la lumière, des agents d'oxydation, de réduction, de saponification, de précipitation, etc... Certaines (A et C), sont détruites par la cuisson et toutes les manipulations que l'industrie peut faire subir aux matières alimentaires et n'existent que dans les substances fraîches ; d'autres (B_1, B_2, B_3, E), sont, au contraire, beaucoup plus résistantes et peuvent se retrouver dans les aliments préparés et cuits.

I. Vitamines liposolubles

1° Vitamine A de croissance

Son origine est exclusivement végétale, on la rencontre surtout dans les feuilles, les tiges herbacées, certaines racines comme la carotte, les algues, les germes et le son des céréales. Des végétaux, elle passe chez les animaux herbivores et de là chez les carnivores auxquels elle est indispensable. On la retrouve dans certaines huiles végétales (huile d'olive) et surtout dans les huiles de poissons : l'huile de foie de morue en est la meilleure source. La lumière active sa formation mais elle est peu stable à la chaleur et aux agents d'oxydation (air) qui la détruisent rapidement.

Les travaux de Moor et Euler, de Karrer ont permis d'en déterminer la constitution et d'en réaliser la synthèse ; ils ont montré en particulier qu'elle n'existe pas toute formée dans les végétaux, mais à l'état de *provitamine* aux dépens de laquelle les organismes animaux peuvent en réaliser la synthèse. Cette provitamine est identique au carbure coloré qui donne aux carottes leur couleur rouge et qu'Arnaud avait isolé et étudié en 1886, la *carotène*.

La vitamine A est très active ; la dose minima nécessaire en est, d'après Javillier, 0,0001 milligramme par 100 grammes d'animal (rat blanc). Sa carence provoque l'affection oculaire connue sous le nom de xérophtalmie et des troubles graves de croissance.

2° Vitamine D antirachitique

Elle a été caractérisée pour la première fois dans l'huile de foie de morue où elle accompagne, ainsi d'ailleurs que dans toutes les huiles de poisson, la vitamine A ; les poissons la retirent eux-mêmes du plancton qui constitue leur nourriture, Dubin et Funk, Bourdillon, Webster ont pu l'isoler à l'état cristallisé, presque pur, et Windaus a établi sa constitution : elle est identique au *calciférol*, obtenu par isomérisation, sous l'influence de la lumière, de l'*ergostérol* de Tanret.

La vitamine D est plus résistante à la chaleur que la vitamine A, mais elle est rapidement détruite par oxydation ou réduction à chaud. Son activité est prodigieuse, elle est de l'ordre de 0,00002 milligramme par 100 grammes d'animal. Sa carence provoque les troubles d'ossification et de calcification qui constituent le rachitisme, Sa formation photochimique explique l'emploi avec un égal succès dans le traitement de cette affection de l'huile de foie de morue, des médicaments irradiés et de l'irradiation solaire elle même.

3° Vitamine E de reproduction

Elle a été signalée par Evans et Bishop dans certaines huiles végétales ; on la trouve dans les

tissus chlorophylliens et les embryons de certaines graines.

Sa constitution est encore inconnue, mais ses propriétés ont été étudiées par Evans, elle est très résistante tant à la chaleur qu'aux agents d'oxydation et de réduction. Sa dose active minime est 0,01 milligramme par 100 grammes d'animal. Son absence provoque, chez l'homme comme chez la femme, des troubles génitaux et la stérilité, mais elle semble sans influence sur la lactation.

II. Vitamines hydrosolubles

1° Vitamine B_1 antinévritique

C'est la plus anciennement connue des vitamines, appelée parfois *vitamine* ou *facteur antinévritique* B ; on la rencontre dans toutes les substances riches en noyaux cellulaires, dans les cellules en activité, le son des céréales, les graines non-décortiquées, la levure de bière, etc... Elle semble se former uniquement dans les tissus végétaux, mais une fois absorbée par les animaux, elle peut s'y accumuler dans certains de leurs organes, le cerveau, le foie ; elle passe également dans le jaune d'œuf.

Signalée par Eijkman et Funck qui montrèrent ses relations avec le béri-béri, elle a été isolée à l'état amorphe par Seidell dans la levure de bière, puis à l'état cristallisé par Jansen et Donath dans le son de riz, et par Windaus dans la levure. Sa constitution exacte est encore inconnue mais Williams a montré qu'elle devait renfermer un noyau purique azoté associé à un noyau thiazolique sulfuré.

La vitamine B_1 est assez sensible à la chaleur, aux alcalis, aux agents d'oxydation, mais la lumière ne l'altère pas. Sa dose active minima est de 0,01 milligramme par 100 grammes d'animal (pigeon). Sa carence provoque une avitaminose caractérisée par des troubles digestifs, vomissements, diarrhée, puis, par des troubles nerveux, névrites dont la forme la plus grave constitue le béri-béri.

2° Vitamines B_2 et B_3 d'utilisation nutritive

Elles accompagnent normalement la vitamine B_1 avec laquelle elles ont été longtemps confondues sous le nom de *vitamine* ou *facteur B*. Elles sont plus résistantes qu'elle à la chaleur et à l'oxydation, mais beaucoup plus sensibles à la lumière.

La vitamine B_2 a été retirée par Warburg et Theorell du *ferment jaune d'oxydation* et Györgyi et Kuhn ont montré qu'elle était constituée par un pigment jaune, la *lactoflavine*, doué d'une intense fluorescence jaune verdâtre et d'une extrême sensibilité à la lumière.

La vitamine B_3 a été encore peu étudiée, sa nature et sa constitution sont inconnues.

Ces deux substances régularisent l'assimilation des aliments, leur carence provoque des accidents de dénutrition, des troubles du métabolisme cellulaire.

3° Vitamine C (C_1 et C_2) antiscorbutique

La vitamine C existe dans tous les aliments frais, fruits ou légumes, mais disparaît rapidement par dessication ou fermentation ; elle est nécessaire à l'organisme à tous les âges : Rohmer a montré qu'au début de sa vie le nourrisson en faisait vraisemblablement la synthèse aux dépens du lait maternel, mais qu'à partir du sixième mois, il fallait lui en fournir sous forme de jus d'orange ou de citron.

Isolée du jus de citron, elle a pu être séparée par Szent et Györgyi, par distillation fractionnée dans un vide très poussé, en deux substances dont la présence simultanée est indispensable à la croissance comme à l'entretien de l'organisme :

a) La *vitamine C_1* dont la constitution, établie par Haworth et Hirst, montre l'identité avec un acide dérivé du sorbose, l'*acide ascorbique* ; Reichsten a pu la reproduire synthétiquement.

C'est la plus fragile des vitamines connues, elle ne résiste ni à la chaleur, ni à l'oxydation, surtout en milieu alcalin. Sa dose active minima est de 0,001 milligramme par 100 grammes d'animal.

b) La *vitamine C_2*, peu étudiée, encore moins stable que la précédente.

La carence de ces deux vitamines provoque des phénomènes d'avitaminose caractéristiques : anémie, douleurs osseuses, tuméfaction des articulations, hémorragies cutanées, constituant la maladie de Barlow chez l'enfant et le scorbut chez l'adulte.

4° Vitamine P antipellagreuse

Elle a été signalée dans un certain nombre d'aliments végétaux, légumes, graines, ainsi que dans le poisson et le jus de viande crue.

Elle n'a pas encore été isolée à l'état de pureté et sa constitution est inconnue ; elle semble avoir une résistance comparable à celle de la vitamine B_1. Sa carence provoque chez l'homme les accidents cutanés et digestifs connus sous le nom de pellagre.

D'autres vitamines ont été récemment signalées, par divers auteurs : vitamines B_4, B_5, H, etc. ; elles n'ont pas encore pu être isolées, leur étude est entièrement à faire — leur existence même est souvent discutée, car elle repose parfois sur des observations dont l'interprétation est des plus difficiles.

Les vitamines sont indispensables à l'organisme pendant toute la durée de son évolution, mais le degré de nécessité en varie avec l'âge : les facteurs A et D intéressent surtout l'enfant au cours de sa croissance, les facteurs B_1, B_2, B_3,

C, E, P surtout l'adulte. La nature les a si heureusement réparties dans les substances qui servent à notre alimentation que les accidents d'avitaminose sont rares dans nos pays ; cette répartition est résumée dans le tableau suivant, dû à Javillier, et relatif aux quatre principales vitamines A, B, C, D ; les aliments particulièrement riches en l'une ou l'autre ou en plusieurs des vitamines ont été soulignés mis en italiques pour faire ressortir leur importance.

I. — Aliments principaux renfermant des vitamines

	A	B	C	D
Aliments d'origine végétale :	*Epinard* *Chou* Laitue *Carotte* Pois Lentille Haricot *Tomate* Orange Citron Banane Noix, amande, Champignons Germes de céréales Pain complet	*Epinard* *Chou* Laitue Radis *Carotte* Navet Pois Lentille Oignon Pomme de terre Haricot Tomate Orange Citron Pomme, poire, prune Banane Raisin Noix, amande, Champignons *Germes de céréales* Pain complet *Levure de bière* *Vin*	Epinard *Chou* *Laitue* Carotte Navet Pois Oignon Pomme de terre Haricot *Tomate* *Orange* *Citron* Pomme, poire, Prune Banane Raisin	
Aliments d'origine animale :	Beurre Crème Jaune d'œuf Lait frais Lait concentré Fromages Foie, cervelle Huiles de poissons Huîtres	 Lait frais Lait concentré Foie, cervelle Jus de viande crue Huîtres	 Lait frais Jus de viande crue Huîtres	*Beurre* Crème *Jaune d'œuf* Lait frais Foie *Huiles de poissons* Hareng, Sardine Saumon

II. — Aliments ne renfermant pas de vitamines

Amidons. Fécules Farines Pain blanc Pâtes alimentaires Riz poli	Graisses végétales Saindoux Margarine Légumes décortiqués	Blanc d'œuf Sucre Chocolat Viandes en conserves

Ces indications concernent évidemment les aliments frais et non tels que nous les consommons en général ; les vitamines, fragiles et sensibles à la chaleur peuvent en effet disparaître par une cuisson trop prolongée ou une stérilisation trop poussée ; l'aliment frais et cru doit donc avoir sa place dans un régime alimentaire, à côté des substances cuites et conservées.

Le dosage des vitamines dans les divers aliments se fait soit par des méthodes biologiques basées sur la détermination de la quantité de substance nécessaire pour supprimer des phénomènes d'avitaminose provoqués sur un animal sensible, rat ou pigeon, soit par des méthodes physio-chimiques utilisant des réactions de coloration.

Ces deux séries de techniques, opérant par comparaison, exigent l'emploi de solutions, étalon de vitamines ; aussi une conférence internationale réunie à Londres en 1931 sous les auspices de la Société des Nations a-t-elle défini, pour les quatre principales vitamines, des étalons internationaux et des unités conventionnelles d'activité :

1) *Vitamine A* : L'étalon est le *carotène* du Laboratoire de physiologie de la nutrition de Paris et l'unité d'activité correspond à un milligramme de ce produit.

2° *Vitamine D* : l'étalon est une *solution dans* 10 *c. c. d'huile d'olive de un milligramme d'ergostérol irradié* du National Institute for Medical Research de Londres, et l'unité d'activité correspond à un milligramme de cette solution ;

3° *Vitamine B_1* : l'étalon est un produit d'adsorption préparé avec un *extrait de polissures de riz* au Laboratoire Medical de Batavia et l'unité d'activité correspond à 10 milligrammes de ce produit ;

4° *Vitamine C* : l'étalon est le *jus frais de citron décitraté* et l'unité d'activité correspond à 0 c. c. 1 de ce jus.

Le mode d'action de ces diverses vitamines dans l'organisme est encore à peu près inconnu ; s'il est facile de constater le résultat de leur action par la disparition des symptômes d'avitaminose, nous ne savons rien des processus ni des réactions chimiques qui sont réalisées en leur présence. Les plus récentes recherches, notamment celles de Karrer, tendent à faire admettre une parenté étroite entre les vitamines et les ferments. Warburg et von Euler ont montré l'identité de la vitamine B_2 avec le ferment jaune d'oxydation, Karrer a constaté que l'action de la cathepsine peut être influencée par la vitamine C ; il en serait de même d'un certain nombre de ferment ou diastases comme l'arginase, l'amylase, la catalase, etc...

On peut aujourd'hui conclure avec Karrer que « le rôle de plusieurs vitamines dans l'organisme consiste à agir sur les processus d'oxydation de la réduction, soit que les vitamines en se combinant à un porteur de ferment deviennent de véritables ferments, soit que leur présence influe sur le processus de la fermentation ».

FURONCLES DES LÈVRES ET RADIOTHÉRAPIE

On connaît la gravité des furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, qui peuvent, en raison de la vascularisation spéciale de la face, s'accompagner de phlébite faciale avec propagation aux sinus caverneux.

Le traitement médical (pulvérisations, propidon, vaccins, autohémothérapie par injections de sang du sujet autour du foyer ouvert, injections locales de bactériophage, anatoxine staphylococcique) ne donne pas toujours de résultat suffisant. Le traitement chirurgical, d'autre part, (ouverture au thermocautère) n'est pas très nettement défini. Le Prof. Delbet recommande même de ne pas toucher opératoirement à ces furoncles, sauf pour les évacuer doucement sans les traumatiser.

La radiothérapie, préconisée par plusieurs médecins en Allemagne, et par Solomon, en France, apparaît au contraire comme le traitement de choix. Elle exercerait, dit le Dr Eugène TERRIEN dans son excellent petit livre (*Pédiatrie pratique* ; Masson, édit.), une action locale remarquable, provoquant une forte phagocytose suivie de l'éclatement des lymphocytes chargés d'anticorps.

Cliniquement, d'après Solomon et Gibert, l'irradiation déterminerait une réaction variable suivant le stade où l'on est intervenu : « Si le foyer inflammatoire est traité de bonne heure, on observe une période indifférente pendant quelques heures ; puis, une période d'aggravation durant à son tour quatre à cinq heures ; la troisième période voit, parfois très brusquement, tous les phénomènes s'amender ; il n'est pas rare que le lendemain les phénomènes locaux aient tout à fait disparu ». Lorsque le malade est traité plus tardivement, l'évolution se fait également en trois phases : indifférente, d'exacerbation, d'accalmie. « On est souvent étonné de voir, dès le lendemain, l'*induration se limiter*, la fluctuation apparaître. Alors, deux alternatives peuvent se produire : ou bien, par un petit pertuis, s'écoule un peu de liquide louche et tout rentre dans l'ordre en trois ou quatre jours ; ou bien on perçoit une fluctuation, et il faut évacuer la petite collection ».

Fréquemment, une seule application suffit et comporte de petites doses de rayons. Quelquefois, on aura recours à une seconde application après quarante-huit heures.

Les résultats sont, en général, très favorables. Baensch, de Leipzig, a eu sur 103 cas de furoncles de la face ainsi traités une mortalité de 2 %, alors que sur le même nombre de cas soumis à d'autres traitements la mortalité a été de 10 %. Faure-Beaulieu, Gibert et Solomon ont obtenu dans six cas de furoncles de la lèvre supérieure six guérisons rapides.

P. LACROIX.

LA CLINIQUE AU GOUT DU JOUR

Sur la vaccination contre la fièvre typhoïde

I

L'immunité locale de l'intestin renforcée par la vaccination buccale

D'après M. Besredka (1)

La voie sous-cutanée a fait ses preuves avec le vaccin T. A. B. du Professeur H. Vincent. Il est même devenu indispensable d'y recourir depuis l'introduction dans l'armée des vaccinations associées, qui dès maintenant vont être mises en pratique, dans le but d'immuniser les militaires à la fois contre les fièvres typhoïde, paratyphoïde, le tétanos et la diphtérie.

La voie buccale reste cependant intéressante, en ce qu'elle arrive à renforcer une immunité locale de l'intestin, grâce à certain artifice.

Par elle-même, en effet, la muqueuse intestinale possède déjà une immunité locale naturelle. C'est ainsi que les bacilles du groupe typho-paratyphique, de même que d'autres germes, lorsqu'ils sont administrés *per os* aux animaux de laboratoire, se révèlent incapables de créer une infection locale, moins encore, une infection générale ; et cependant ces virus ont pu conserver la majeure partie de leurs caractères biologiques.

Néanmoins, il est démontré expérimentalement que la moindre lésion de la paroi intestinale devient capable de modifier, du tout au tout, la résistance de l'animal. Ainsi, les sujets vaccinés *per os* arrivent à posséder des anticorps — agglutinines et sensibilisatrices — et, sous ce rapport, ils n'ont rien à envier aux sujets vaccinés par la voie sous-cutanée. En voici une preuve : si, chez le lapin, on décape la muqueuse intestinale au moyen de la bile avant d'administrer le vaccin, on confère à l'intestin le pouvoir d'absorber ce vaccin, l'animal résiste dès lors à une dose sûrement mortelle de virus paratyphique vivant. Comme vérification, l'épreuve de contrôle nous apprend qu'administré *per os* aux mêmes doses à des lapins non préparés par la bile, le vaccin ne leur confère pas trace d'immunité.

Cette expérience, si simple, est devenue le point de départ de tout le problème relatif à la vaccination par voie buccale. Limitée d'abord aux fièvres typhoïde et paratyphoïde, cette vaccination fut ensuite étendue à un grand nombre de maladies, que caractérisait la prédominance des localisations intestinales, telles le choléra, la dysentérie, les colibacilloses, pour ne citer que les maladies courantes.

Toutes ces recherches ont abouti à démontrer que la *vaccination par voie buccale* pratiquée dans des conditions déterminées, *confère sûrement l'immunité.*

A l'heure actuelle, il y a par le monde des centaines de milliers d'individus, qui ont été vaccinés par la voie buccale. De l'ensemble des constatations faites, on peut conclure que la vaccination au moyen du vaccin bilié est d'une application *simple et pratique*, qu'elle ne s'accompagne d'*aucun trouble appréciable* et ne comporte *aucune contre-indication.*

Mais, la vaccination par voie buccale est-elle toujours efficace ?

On sait aujourd'hui que, malgré sa réussite chez les animaux de laboratoire, elle échoue parfois chez l'homme : témoin les cas de fièvre typhoïde observés chez les vaccinés, bien que ceux-ci soient en nombre infime par rapport à ceux qui, en temps d'épidémie, apparaissent chez les non-vaccinés.

Ainsi Kumagaï (d'Osaka) a relevé une morbidité de 2,7 p. 1.000 avec 11 décès sur des garde-malades non-vaccinées, alors qu'elle fut seulement de 0,57 pour 1.000, sans décès, chez les vaccinées.

Inouye, pour une morbidité de 16,96 pour 1.000 chez des sujets non-vaccinés, note seulement 1,25 pour 1.000 chez les vaccinés par voie buccale, et 2,47 pour 1.000 chez les vaccinés, par voie sous-cutanée. Il est à remarquer que ce dernier pourcentage tendrait également à prouver que, loin d'être inférieure à la voie sous-cutanée, la voie buccale est au moins aussi efficace, tout en ne comportant aucune contre-indication.

Ainsi, de même que la vaccination buccale, la vaccination sous-cutanée, dite classique, ne comporte pas réellement cette sécurité, que lui accordent certains cliniciens. Et pour cette dernière, on ne peut invoquer ni des fautes de techni-

(1) *La Presse médicale*, 26 septembre 1936.

que, ni des doses insuffisantes. C'est ainsique Montel, opérant dans un milieu régulièrement soumis à la vaccination antityphoïdique annuelle, par la peau écrit : « nous sommes obligés de reconnaître, d'accord en cela avec l'immense majorité des auteurs, que des sujets vaccinés complets quantitativement et qualitativement, sont susceptibles de contracter la maladie... La fièvre typhoïde frappe indifféremment uni- et poly-vaccinés, sans égard au nombre d'injections qu'ils ont reçues ».

Quant à la possibilité d'une *différence* entre les fièvres typhoïde, paratyphoïde A et paratyphoïde B *des vaccinés et celle des non-vaccinés*, le même auteur affirme leur identité absolue, se rendant compte qu'en cela il heurte de front une opinion médicale généralement admise, et d'après laquelle la fièvre typhoïde revêterait un caractère atténué, lorsqu'elle se déclare chez des vaccinés.

Le Docteur JOUVE-BALMELLE (1) confirme cette idée, et il est impossible d'incriminer la rectitude de ses observations, car elles sont appuyées par un diagnostic et une évolution clinique irréfutables, ainsi que par des examens de laboratoires démonstratifs, répétés plutôt deux fois qu'une ; d'autre part, aucun doute n'était possible sur l'authenticité de l'inscription des vaccinations, qu'il a relevée sur des livrets militaires. Il conclut que « les vaccinés préventivement peuvent, même bientôt après la vaccination, contracter une fièvre typhoïde, susceptible de présenter la même gravité que chez les non-vaccinés ».

Voici les preuves à l'appui, auxquelles il se réfère : la statistique de Rathery et Mathieu comportant 6 décès sur 75 vaccinés, et 2 décès sur 93 non-vaccinés ; celle fournie en 1932 par Laporte et Sabrazès, soit 14,5 % de mortalité chez les typhoïdiques préventivement vaccinés.

De plus, les tableaux de statistique de l'Armée eux-mêmes rapportent, au cours des dernières années, de nombreux cas de fièvre typhoïde chez les vaccinés avec une moyenne de 20 % de décès. Enfin, le 12 novembre 1935, Lancelin apportait à l'Académie de médecine la relation, chez des marins, *vaccinés et revaccinés*, de 401 cas de fièvre typhoïde observés à Toulon avec 42 décès.

L'époque de l'*apparition* de la maladie n'est pas *non plus reculée* chez les vaccinés. On peut en juger par le fait que les trois quarts des cas de fièvre typhoïde apparaissent dans la première année, qui suit la vaccination. A cet égard, les données de *Montel sont en plein accord avec les* statistiques antérieures de P. Hébert et M. Bloch, de Melnotte, *ainsi qu'avec* les statistiques officielles de l'Armée (en 1926). MM. Rathery et P. Mathieu ont écrit : « on ne peut qu'être frappé du nombre de cas de fièvre typhoïde, qui se sont déclarés moins d'*un an après la vaccination* ». Jouve-Balmelle a noté que parfois le sujet n'avait été vacciné qu'un mois ou deux avant l'invasion.

« Toutes ces observations s'adressent d'ailleurs aussi bien à la vaccination par la peau qu'à la vaccination par l'intestin ; les deux procédés comportent encore des défaillances chez l'homme ; cependant cette dernière, a pour effet de renforcer d'une façon spécifique, une immunité locale naturelle, et elle offre des avantages reconnus, d'ordre à la fois local et général ».

II

LA VACCINATION PAR VOIE BUCCALE : PRÉVENTIVE IMMÉDIATE, OU CURATIVE AU DÉBUT DE LA MALADIE

Le Docteur JOUVE-BALMELLE (1), dans ses études sur les effets de la prévention vaccinale, s'est particulièrement attaché à faire ressortir le rôle des coquillages dans la propagation de la fièvre typhoïde. Il a démontré, après l'observation de centaines de cas relevés depuis plus de vingt ans, que l'infection ostréaire était la cause la plus fréquente de la fièvre typhoïde, surtout endémique ; celle-ci causerait environ 45 % des cas, en ne comprenant que ceux dont l'origine était aussi précisée que possible. Si une étiologie hydrique peut être évoquée dans le cas d'épidémie éclatant brusquement dans une cité, du moins l'ingestion des huîtres, moules, clovisses, etc., est-elle certainement la cause la plus fréquente de la fièvre typhoïde dans les villes où, comme à Marseille, cette maladie règne à l'état endémique.

A noter qu'en dehors de la nocivité intrinsèque de ces coquillages, il faut ranger parmi les causes extrinsèques de leur pouvoir nocif, la pratique suivie par certains marchands, telle qu'on peut l'observer dans les rues de la cité phocéenne. Ces vendeurs arrosent l'étal, où est exposée la marchandise, avec de l'eau prise aux fontaines ou aux bouches d'arrosage, ou même simplement avec de l'eau d'arrosage, courant dans les ruisseaux. Dans tous les cas, cette eau, après avoir été répandue une première fois sur l'étalage et avoir entraîné la terre et les pous-

(1) Opinions d'un praticien sur l'étiologie et la prévention vaccinale de la fièvre typhoïde. (*Le Monde médical*, 1-15 septembre 1936.)

sières, vient s'écouler dans un récipient et sert ensuite aux arrosages successifs, auxquels sont soumis les coquillages, qui ne peuvent qu'être pénétrés par cette eau doublement contaminée.

Ainsi s'expliquent le fait que la fièvre typhoïde répandue de la sorte est, en général, particulièrement sévère, et l'observation, plus importante encore, que la vaccination antityphoïdique se révèle inefficace dans un nombre de cas supérieur à celui que l'on relève pour la fièvre typhoïde, lorqu'elle ne dépend pas de l'infection ostréaire.

Le même auteur insiste sur l'impossibilité, dans laquelle se trouve le praticien de promettre, avec la vaccination préventive parentérale, une immunisation certaine. « Vous n'avez pas le droit, ajoute-t-il, de donner cette affirmation qui, un jour ou l'autre, peut être démentie par les événements, et alors ce sera vous, le médecin, que connaît seul la famille, qui serez considéré comme responsable de l'échec et accusé de toutes les fautes. »

Ces faits sont aujourd'hui connus de tous ; on sait qu'il est possible d'observer chez ces vaccinés des cas de fièvre typhoïde, d'allure parfois sévère, et dans des délais assez rapprochés.

Pour le Docteur Jouve-Balmelle, toute *vaccination préventive définitive et de longue durée* est donc sujette à caution, et justifie les plus grandes réserves. Cet auteur n'arrive pas, d'ailleurs, à concevoir la possibilité de l'immunisation par un vaccin préventif « contre une *maladie, qui ne se vaccine pas par elle-même* ». Autrement dit, une maladie ne lui paraît pas justiciable d'une vaccination préventive, quand une première atteinte ne confère pas l'immunité au malade qui l'a déjà eue.

Voici ses propres termes : « Il est bien établi par de nombreuses observations que le même sujet peut, à des époques plus ou moins éloignées, et quelquefois à un an ou deux d'intervalle, contracter une nouvelle typhoïde — ou une nouvelle diphtérie, sans que l'évolution des récidives soit influencée favorablement par la première atteinte. J'ai eu l'occasion moi-même de constater des récidives de diphtérie et de fièvre typhoïde, affirmées par la clinique et confirmées par le laboratoire. Je citerai comme exemple le cas d'un sujet qui, dans l'espace de seize années, a présenté trois récidives de dothiénentérie, la dernière atteinte ayant affecté une forme particulièrement grave avec ataxo-adynamie et complications multiples, dont une artérite oblitérante ; le malade guérit, mais après une amputation de cuisse.

« Si la vaccination antivariolique, sous réserve d'inoculations régulièrement répétées a eu une efficacité certaine, dont personne ne peut douter, c'est parce que, en principe, une première atteinte de variole détermine l'immunité ou, tout au moins une immunité prolongée. »

En tant que vaccination préventive définitive ou de longue durée toutes les conclusions, exposées par M. Jouve-Balmelle au sujet du vaccin T. A. B., s'étendent dans son esprit à tous les vaccins introduits soit par voie parentérale (vaccin à l'éther, vaccin chauffé, lipo-vaccin, etc.), soit par voie buccale.

Cependant l'idée intéressante, émise par cet auteur, c'est qu'il est néanmoins admissible de penser que les vaccins liquides ou solides, *absorbés par voie buccale,* puissent avoir une action immunisante passagère sur un sujet en instance de fièvre typhoïde, par une modification de la flore intestinale au moment même où peut-être le développement des germes infectieux est à la veille de se produire ; ceux-ci agiraient ainsi à la manière de bouillons-vaccins de pansement, ou aussi d'autres vaccins ingérables, comme les vaccins anticolibacillaires, par exemple, dont l'action n'est pas douteuse. Dans ces conditions, devant une menace d'épidémie, conseiller ces vaccins *per os* offre du moins l'avantage de ne pas déterminer de réactions sérieuses, et de pouvoir les faire absorber à plusieurs reprises, à des époques plus ou moins éloignées.

Lorsqu'on a eu recours à titre curatif, au début de l'évolution dothiénentérique, à de pareils vaccins et aussi à certains vaccins injectables, on a pu constater chez plusieurs malades, une atténuation et un raccourcissement de la durée d'évolution.

« Si je doute de la valeur de la vaccination préventive de longue durée, j'espère cependant encore en l'*action momentanée* de certains vaccins employés comme vaccins *préventifs immédiats ou comme vaccins curatifs au début de la maladie* » (J. B.).

C'est là une conception nouvelle, qu'il peut être intéressant de retenir.

G. FISCHER.

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

XXXIIIe LETTRE

Cuti-réaction positive
Peut-on impunément répéter l'épreuve ?

Par le Docteur CAMESCASSE

N'éveillons pas le chat qui dort

Le schéma des trois observations qui suivent peut s'établir ainsi :

a) Une femme sait, dès longtemps, qu'elle fait un peu de FIÈVRE la veille (ou l'avant-veille) de ses règles, 37°,5.

b) Elle sait aussi que l'interposition d'un excès de fatigue augmentera l'intensité de ce mouvement fébrile, 38° ;

c) Enfin, elle connaît un remède à l'un et l'autre inconvénient, c'est de garder le lit le jour néfaste. Mais elle n'emploie pas cette médication parce que le *travail commande* ;

d) D'ailleurs l'exaspération signalée en *b*, ne se répète pas d'un mois sur l'autre ;

e) Celles de ces femmes qui se connaissent une localisation tuberculeuse ancienne, remarquent que le mouvement fébrile est accompagné d'un rappel de tel ou tel symptôme local comme, par exemple, *le point de côté* de la pleurite (Obs. II). Négligeable, ou nul, à l'occasion de la fébricule non aggravée, ce point de côté prend une certaine importance quand la fatigue est intervenue, comme il est dit en *b*.

f) Il arrive que l'appétit manque et qu'un certain *amaigrissement* soit mesurable, dans cette situation de fébricule *aggravée.*

g) *D'autre part*, cette femme est amenée à subir la recherche de la CUTI-RÉACTION. La réponse POSITIVE était prévue (antécédents notoires ou chances professionnelles de contamination). Il n'y aura donc pas d'émotion.

h) Mais, pour des raisons quelconques, cette femme est appelée à subir une deuxième, une troisième, — et même une quatrième, — inoculation de tuberculine ; autrement dit on recherche la CUTI-RÉACTION *deux, trois ou quatre fois*, à des intervalles inégaux.

A partir de quoi on notera les phénomènes suivants :

a) La plus prochaine période cataméniale sera précédée d'un mouvement fébrile plus accentué que de coutume. Le thermomètre accusera 39°, dépassant ainsi l'importance des effets d'un excès de fatigue *b*.

c) Il faudra se résigner à interrompre le travail, sans obtenir de ce repos une sédation complète.

d) Car, le mois suivant (ou les mois suivants), il y aura encore exaspération, 38°, 37°,8 ;

e) *Le point de côté* persistera, même après les règles. Le ganglion (obs. 1) restera sensible et saillant.

f) De *un* kilogramme, perte connue, l'*amaigrissement* passera à deux, trois kilogrammes et au delà.

g) D'autre part, il a été noté que la CUTI +, *faiblement* positive la première fois, devient de plus en plus nette ; — *de plus en plus positive* si l'on en juge, par l'aspect physique des stigmates : papules au lieu de macules ; papules indurées et nettement desquamantes, au lieu de papules simples — et persistance de ces stigmates pendant plusieurs semaines au lieu de quelques jours.

h) Enfin, et il me faut ici revenir sur mes pas, la FATIGABILITÉ notée en *b*, devient telle qu'un long repos, — une véritable CONVALESCENCE — s'imposera.

***

C'est à l'occasion de ces convalescences que ces femmes sont *revenues* me voir. Je ne suis pas leur médecin traitant ; elles me connaissent dès longtemps plutôt à titre de collaboratrices qu'autrement (1), appartenant toutes les trois à ce monde para-médical qui nous assiste de plus en plus.

Il n'est pas inutile d'insister sur un des côtés de leur profession : devant nos assistantes, nous parlons librement et ceci est inévitable (sinon nécessaire à de certaines heures) ; de cette liberté, il résulte que nous leur enseignons, *volens nolens*, des *fragments* de beaucoup de choses... y compris nos incertitudes.

C'est ce climat très spécial qui explique maint et maint détails des observations qu'on va lire ; qui explique, en particulier les périodes de découragement.

***

Je dois aussi expliquer mon émotion actuelle, car je suis touché, à mon tour, par la phtisiophobie ambiante.

(1) Sauf une que j'ai mise au monde, mais qui est devenue une infirmière (obs. I).

Si je n'avais vu qu'une seule de mes fébricitantes, j'aurais jugé le fait comme... très curieux.

Le deuxième cas, s'il s'était présenté après un assez long temps écoulé, ne m'eût peut-être pas rappelé le premier, — ni le troisième remémoré les deux autres.

Mais les choses ont évolué autrement : il s'est trouvé qu'elles se sont représentées à moi récemment et à des dates assez rapprochées : l'une par politesse ; les deux autres parce que, médecin-assermenté (au titre de l'ancienneté), j'ai dû leur délivrer des certificats de contrôle.

C'est ainsi que j'ai été amené à reconstituer ces observations, sur lesquelles je ne possédais que des notes éparses, tout au plus bonnes à me fournir des points de repère quant à quelques date.

Mais tout cela mérite-t-il que je pose cette question : sur un sujet à CUTI + peut-on réitérer IMPUNÉMENT la petite inoculation de tuberculine ?

Pour qu'on puisse en juger, voici les faits.

OBS. 1. — H. B., est née en décembre 1914, dans un de nos villages où sa mère, avec deux autres enfants, s'était *réfugiée*. Je l'ai vaccinée (Jenner) en juin 1915, à la mairie lors d'une séance de vaccination (et revaccination) gratuites. En raison d'amitiés persistantes, cette fillette a accompli ses années d'écolage dans le même village et je l'ai revaccinée (papules sans cicatrices) en mai 1925.

Pour ces vaccinations et revaccinations, j'utilise invariablement un stock-vaccin de la meilleure marque ; stock qui, mises à part quelques réactions locales exagérées laissant des cicatrices disgracieuses, ne m'a jamais donné d'ennuis. C'est dire que toujours les témoins sont nombreux, comme il appert des listes officielles conservées par la municipalité.

Il faudrait donc chercher ailleurs l'origine des événements qui vont être rapportés.

En 1927, retournée dans son pays d'origine (Meuse), H. B. devient grande fille non sans quelques malaises. En même temps, on constate l'apparition d'une petite tumeur douloureuse au bord de celle des cicatrices, de la vaccine légitime, qui déshonore la pointe du deltoïde.

Cette tumeur, d'abord tendue et douloureuse, s'affaisse spontanément dans l'intervalle des règles assez pour qu'on l'oublie. Mais elle se tend de nouveau pour annoncer les règles suivantes. On me la montre, dans ces conditions d'exacerbation, au cours des vacances de 1927. Mouvement fébrile léger — 37°5 le matin, 37°8 le soir.

Affaissement dès que le sang coule, mais je crois percevoir qu'il reste sous la peau une petite masse molle... fluctuante ? Je ne trouve ni ganglions axillaires, ni ganglions cervicaux.

J'écris aux parents de montrer cela au chirurgien, ce qui fut fait. Cette histoire est tellement suspecte que notre confrère procède à une ablation soignée, y compris celle de la cicatrice vicieuse.

Il n'a pas trouvé de ganglion : cette négation est consignée dans la lettre qu'il a bien voulu m'écrire. Cette lettre comporte le diagnostic *clinique* de gomme tuberculeuse.

Et cependant, ce ganglion existe. De son existence, la patiente ne sera avertie que vers 1930 quand, à la suite de fatigues scolaires, ses règles recommenceront à s'annoncer par un mouvement fébrile léger et par un point douloureux siégeant le long du bord libre du trapèze.

Puis, tout rentre dans l'ordre en apparence.

A plusieurs reprises cependant, on constatera qu'une fatigue exceptionnelle sera la cause d'un malaise lors de la prochaine menstrue. Le point douloureux cervical se réveille parfois, mais pas toujours.

Une palpation instinctive pratiquée lors d'une de ces poussées fera connaître « une petite boule ronde » qu'on ne retrouvera pas ensuite. La date de cette première constatation demeure incertaine.

Pendant tout ce temps, le développement physique s'est brillamment poursuivi. Les études (!) ont été faciles... baccalauréat compris.

En 1933, on aspire à un emploi d'infirmière sociale le dossier qu'il faut constituer à cet effet exige la recherche de la cuti-réaction.

Cette première CUTI aurait été *légèrement* positive et n'aurait été suivie d'aucun trouble pré-menstruel.

On trouve tout de même un emploi : celui d'infirmière visiteuse adjointe à un Dispensaire privé. Cet emploi n'impose aucun surmenage, mais il nous lie de bonne camaraderie avec celle des soignantes qui est chargée de la recherche des cuti-réactions.

Snobisme, bravade, curiosité ?..... peut-être le désir louable de donner le bon exemple ? Inutile d'approfondir, le fait étant qu'on subit une nouvelle CUTI ! qui donne une réaction *franchement* positive, à la grande stupéfaction de l'intéressée qui se *croyait* vaccinée, mais qui s'abstient de demander des explications.

Dès le début de 1934, une Circulaire administrative impose la recherche de la CUTI-réaction pour tout le personnel. On se garde bien de faire connaître la cuti volontaire de novembre 1933, moins de six mois en deçà ..... *cette fois-ci on doit être vaccinée.*

Réaction *fortement* positive avec persistance des macules pendant plus de dix jours. Explications cette fois-ci. Désespoir dans la crainte d'être remerciée.

Les règles sont annoncées par un mouvement fébrile très net : 38°8. Le point douloureux cervical amène à constater l'existence de la petite boule qui ne disparaîtra plus désormais, mais dont on se garde de parler..... à cause du gagne-pain.

A partir de cette date, toutes les époques seront guettées : le thermomètre donnera des inquiétudes décroissantes, mais le ganglion gonfle un peu à chaque fois.

Mais un autre élément perturbateur intervient au printemps de 1935, à savoir trois crises de surmenage, espacées de quinzaine en quinzaine, à l'occasion d'une épidémie de rougeole qui frappe presque tous les enfants des familles protégées par le Dispensaire. Amaigrissement 39°5 : avant les règles. Ganglion volumineux et nettement douloureux, demeurant tel après ces règles.

Cette fois-ci, il faut bien faire une confession complète et accepter l'exérèse. Biopsie positive.

En juillet 1936, la guérison paraît complètement assurée si l'on en juge sur les apparences et en l'absence de toute réaction fébrile.

Mais on a juré qu'on ne se soumettrait plus jamais à la recherche de la cuti-réaction.

OBS. II. — G. R. est née en 1900. Elle fait ses débuts à l'hôpital peu avant la terrible épidémie de grippe d'octobre 1918. Elle subit une atteinte grave, mais elle s'en tire.

Sa convalescence est troublée par l'apparition d'une pleurésie droite avec épanchement, puis d'une pleurésie gauche plus discrète. Le sommet gauche est nettement suspect.

Elle s'en tire encore mais elle a perdu 20 kilogrammes, soit le tiers de son poids normal.

Longue convalescence, prolongée par l'octroi d'un emploi relativement facile à la campagne. L'appétit est revenu, on reprend du poids ; tout son poids, mais à

l'occasion de telle ou telle *sortie*, on constate qu'on supporte très mal les fatigues, fussent-elles mondaines.

A la suite d'une promotion de grade à l'ancienneté il faut accepter un emploi plus actif avec un service, qui comporte de grandes irrégularités et parfois un surmenage certain quoique passager.

C'est, dans ces conditions, après trois ou quatre journées de ce surmenage professionnel, qu'on constate un malaise fébrile pré-menstruel, avec frisson léger et rappel de l'un des points de côté.

Ce petit tableau morbide se reproduira de mois en mois, en s'affaiblissant toutefois, puis disparaîtra.

Faits curieux, G. R. pourra contracter un érysipèle, puis la scarlatine sans que s'ensuive le rappel de ces troubles cataméniaux.

Dans ces deux circonstances, elle maigrira peu.

A une date quelconque, on recherchera la CUTI-réaction qui sera *positive* comme on s'y attendait. *Comme on s'y attendait* mais on s'y attendait *beaucoup moins* en raison des antécédents individuels qu'en raison de ce préjugé (du médecin traitant), qui veut que tout le personnel hospitalier (et lui-même) soit plus ou moins tuberculisé.

Radiographies, radioscopies, qui confirment les diagnostics cliniques d'adhérences pleurales aux deux bases et de cicatrice étoilée au sommet gauche.

Pas de recherches bactériologiques parce qu'on n'a plus jamais craché, et rarement toussé, depuis 1919 (guérison de la grippe).

En résumé, G. R. connaît très bien son cas : tuberculose avérée mais non évolutive et non contagieuse.

Elle connaît aussi ses limites : défense de courir ; défense de risquer les nuits blanches ; certitude de payer d'une fébricule pré-cataméniale, tous les excès de fatigue.

Ces fébricules s'accompagnent souvent du retour d'un des points de côté ; de perte de l'appétit et d'un amaigrissement rapide assez marqué (deux kilogr. en une semaine).

Tout cela demeure compatible avec une activité professionnelle indiscutable.

D'ordre administratif recherche de la CUTI-réaction en 1933. *Nettement positive* : les papules sont encore visibles et perceptibles le dixième jour.

On n'a noté alors aucune suite fâcheuse.

Fin 1934, chargée de pratiquer l'inoculation de la tuberculine aux hospitalisés qu'elle surveille, G. R. répète, pour le plaisir mais correctement, la petite opération sur elle-même. Réponse : CUTI + +.

Fièvre précataméniale très nette les deux mois suivants. Les petites complications déjà décrites s'affirment avec amaigrissement de plus de 4 kilogrammes qu'on ne recouvrera que très lentement.

Après Pâques 1935, nouvelle CUTI-réaction par ordre. (Nous sommes au plein de l'épidémie de phtisiophobie).

Grosse réaction positive. Les taches sont larges comme la pulpe du pouce ; franchement saillantes, elles sont de plus indurées. Sur l'une d'elles on trouvera, un jour, une pellicule flottante, témoin d'une esquisse de vésicule qui n'a pas été vue.

La résorption sera très lente, exigeant quatre semaines.

Mais ce qui est grave, c'est que les prochaines règles seront annoncées par un frisson qui impose le lit où le thermomètre affirme 39°8, Point de côté sous-claviculaire. Auscultation douteuse ; en raison de l'apnée douloureuse on ne peut pas conclure. Radiographie inutilisable.

Amaigrissement important. Sensation de fatigue continuelle. Appétit très irrégulier.

Puis répétition, de mois en mois, de ce petit drame avec aggravation, modérée il est vrai, de l'amaigrissement.

Enfin, découragement qui persiste malgré les résultats d'une longue radioscopie, suivie d'une radiographie, qui nient, l'une et l'autre, l'extension des lésions.

Plus d'une année écoulée depuis, malgré l'intervention de véritables vacances consacrées à se reposer au grand air, G. R. n'a pas recouvré son poids normal, — et fait encore un peu de fièvre avant ses règles.

OBS. III. — Cette troisième cliente avait exactement 40 ans quand elle est revenue à moi en juillet 1933. Je la connaissais dès longtemps : d'abord en sa qualité de garde-malade ; un peu plus tard, quand elle plaça son premier enfant en nourrice dans ma circonscription.

Elle avait fait l'apprentissage de sa profession paramédicale dans un service de médecine (pas de chirurgie) pendant la guerre.

Ce service remplissait deux fonctions : d'une part, on y soignait des *actuellement intransportables* atteints des maladies les plus diverses ; d'autre part, on y hospitalisait, plus ou moins provisoirement, mais dans une salle spéciale, des tuberculeux à évacuer... au plus tôt. Le personnel allait de l'un à l'autre selon que besoin était.

La santé de M. S. aurait été parfaite pendant cette période de sa vie, n'eût été une poussée d'herpès labial qui marquait (d'une façon bien désobligeante), tous ses mois. Elle n'avait pas connu ce désagrément auparavant. Elle affirme s'en être débarrassée par l'usage discontinu d'un régime végétarien poussé parfois jusqu'au fruitarisme (fruits crus). Ces expériences lui ont été grandement facilitées par ses emplois successifs, dans le milieu riche où elle a su se faire une clientèle, comme garde-de-nuit auprès des grands malades.

Parmi ces grands malades, M. S. compte, rétrospectivement, plusieurs vrais poitrinaires, qu'elle a assistés jusqu'à leur dernière heure.

Les nuits blanches sont cependant des nuits blanches ... qu'on doit, — dans la pensée de M. S — payer aux dépens de sa santé.

Un peu d'amaigrissement, un peu de fièvre par-ci par-là, n'étaient pour l'inquiéter. M. S. ne se rappelle pas avoir été obligée d'abandonner une cliente ; sa garde parachevée, elle prolongeait plus ou moins son repos, — et c'était tout, car elle retrouvait aussitôt son embonpoint et son entrain, oubliant ses petites fièvres qu'elle ne prenait pas la peine de situer.

M. S. ne fut pas autrement troublée quand une CUTI, recherchée par curiosité, s'affirma *positive*. Elle avait de petits accès de fièvre *auparavant* sans trop savoir pourquoi. Elle en eut après mais ne prit pas encore garde aux détails, aux dates : d'ailleurs c'était si peu de chose que M. S. n'utilisait le thermomètre que de loin en loin : 37°6-37°8.

Ce ne fut que quatre ou cinq ans plus tard que, au cours de soins prolongés, sa malade d'alors fit remarquer à M. S. *la coïncidence : l'accès de fièvre précédant régulièrement* les règles d'environ quarante-huit heures.

Puis, ayant nombre d'occasions de causer avec nombre de médecins, M. S. finit par apprendre que ce phénomène pouvait peut-être bien être un petit *symptôme* de tuberculose larvée (1). Avec la CUTI +, ça faisait deux.

Malgré toutes les apparences extérieures de la bonne santé, y compris la résistance à la fatigue des nuits troublées, M. S. commença à s'inquiéter en 1929.

Auscultations par divers. Radioscopies. Radiographies. Recherches des crachats, lors d'un rhume passager, avec examens microscopiques et même biologiques.

Les résultats sont invariablement négatifs.

En 1930, nouvelle CUTI si faiblement *positive* qu'un doute subsiste, car il y avait été procédé pendant les semaines intercalaires. M. S. attendra donc avec impatience d'avoir terminé sa garde en cours, — d'être en

(1) Sur la Côte-d'Azur, soit dit pour que le confrère qui a signalé cette..... coïncidence, puisse réclamer son bien.

plein repos professionnel, — pour rechercher sa *vraie* réaction. Cette fois-ci on inoculera la tuberculine *au cours d'un accès de fièvre* pré-menstruel.

Le temps perdu fut, en fait, de plus de trois mois avant que les circonstances permissent la réalisation de ce programme.

Troisième CUTI donc.

Mais cette fois, on obtint une réponse *fortement positive* : larges macules quasi-ecchymotiques, puis papules indurées qui demeureront perceptibles plus de trois semaines.

Période de démoralisation qu'aggrave — ou qui aggrave — le prochain accès de fièvre : léger frisson : 38°3, 39°4, 37°5, règles, 37°, 37°3, 37.

Je deviens, un instant, le médecin de confiance. J'envoie, en cure libre, en cure de simple repos, à la montagne ; affirmant que tous les médecins *et leurs aides* sont plus ou moins tuberculisés ; qu'ils s'en ressentent quand ils ont pêché par excès de travail, qu'alors ils ont besoin de longues détentes, etc... Qu'au surplus une femme n'est pas du tout entrain de faire une tuberculose *sérieuse* parce qu'elle présente ces deux symptômes convergents une fièvre pré-cataméniale et une CUTI + à l'exclusion de tous autres signes.

(A part moi, j'envoie à tous les diables, la multiplication des cutis, mais je ne sais pas bien pourquoi).

A quelques mois de là, une lettre de remerciements m'apprendra que la montagne et le repos ont donné tous les résultats espérés, ou presque. Force et sérénité sont recouvrées..... on a une bonne cliente pas exigeante du tout... tout irait bien si chaque mois un peu de fièvre ne survenait.

On s'habitue à cette misère si bien que, pour supprimer cette fébricule M. S. emploie le grand moyen : elle écarte systématiquement l'usage du thermomètre.

Elle écarte de même l'idée d'une nouvelle cuti-réaction : *ce n'est pas qu'elle reproche* à cette cuti de l'avoir rendue malade ; elle lui reproche seulement l'inquiétude causée par son caractère *fortement* positif.

Mariage. Grossesse normale. Un enfant bien vivant. Plus de gardes fatigantes ; on est dame chez soi et on a pu, joie suprême, régulariser la situation de l'autre enfant.

Drame stupide, le mari tué dans un accident. Il faut reprendre le métier. Cela ne va pas tout seul : beaucoup de choses ont changé ; les gens aussi... et les médecins donc.

On est en but à des reproches qu'on aurait bien voulu ne pas avoir mérités. D'autres déboires, puis accentuation du malaise mensuel jusqu'à des défaillances visibles pour les tiers ; d'ailleurs ces jours-là on perd l'appétit.

De fil en aiguille M. S. est amenée à accepter une quatrième CUTI-RÉACTION qui rate complètement : de faibles rougeurs, également passagères, à droite et à gauche : grattages sans et grattages avec tuberculine. Nous sommes en décembre 1932.

Discussions pénibles. On recommence... et nous voici entrés dans le drame.

Cinquième CUTI. Réaction *brutalement positive* avec un court accès de fièvre, —39°6 en fin de journée — que dissipe une nuit de repos.

Mais, le sixième jour, — on attend les règles, — frissons, chaleur, sueurs... 38°6, 39°8, 39°, 39°3, 38°3, 37°5, 37°7..... Les menstrues abondantes n'ont pas amené la défervescence habituelle comme il apparaît, étant survenues entre le matin du 39° et le soir du 39°3.

Il a fallu céder la place à une autre garde-malade.

Désespoir qu'entretient le retour d'accès de fièvre presque aussi violents de mois en mois et encore, fin juin 1933. Amaigrissement important.

Fait curieux : les meilleures oreilles ne découvrent aucune localisation ; les yeux les plus avertis ne discernent aucune ombre... quelqu'envie qu'on en ait.

C'est dans ces conditions générales qu'un conseil m'est demandé sous la forme particulière que voici :

« Puis-je accepter un poste de lingère, un peu infir-
« mière *de jour*, dans une Maison de santé sise à 800 mè-
« tres d'altitude ? » « On y reçoit des tuberculeux pul-
« monaires avérés et on y emploie volontiers, à titre
« temporaire, des quasi-ex-malades ». « Je pourrais pla-
« cer mes enfants assez près de la maison pour aller les
« voir à mon jour de sortie. »

Je pose une seule question :

— « Pourrez-vous aussi prendre le lit deux jours avant
« ces dates que vous connaissez trop bien ? »

Ce dernier desiratum fut accepté, ayant été jugé tout à fait raisonnable par notre confrère.

Je reçois des nouvelles deux fois l'an. La fin de l'histoire se résume ainsi : au bout de six mois seulement, les accès de fièvre sont devenus insignifiants, mais on n'a renoncé au décubitus préventif qu'après une année environ.

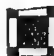
Juin 1936. — M. S. a recouvré son embonpoint, son *allant* de jadis et trouve juste de remplacer une fois par semaine, — mais pas la mauvaise semaine, — sa collègue de nuit.

CONCLUSIONS

Et pourtant, je ne peux pas apporter d'autre conclusion que le point d'interrogation de mon titre.

C'est que, au milieu des MILLIERS de femmes, même fébricitantes mensuelles, qui ont subi l'épreuve de la tuberculine trois, quatre, cinq... ... six fois et plus..... TROIS FAITS ne signifient rien.

Ma prétention sera donc des plus modestes : j'ai exposé la cause, seulement aux fins de *plus informer*.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Au sujet de l'étiologie du prurit vulvo-vaginal sénile et de son traitement rationnel par la folliculine

Le prurit vagino-vulvaire post-ménopausique, ou consécutif à la castration chez des femmes jeunes est d'origine folliculinoprive. Le Docteur A. SCHOCKAERT attire l'attention sur l'utilité de la folliculinothérapie dans le traitement rationnel du prurit vulvo-vaginal sénile, même accompagné de leucoplasie.

Puisque cette affection, qu'elle soit consécutive à la sénilité ou à la castration, est d'origine fonctionnelle et est due à l'atrophie des cellules vulvo-vaginales à la suite de la carence folliculinique, l'administration de folliculine à dose appropriée constitue un traitement rationnel et extrêmement efficace du prurit vulvo-vaginal.

L'action thérapeutique de la folliculine est également appréciable dans le prurit accompagné de leucoplasie vulvaire simple. Lorsqu'il existe des lésions kraurosiques, la folliculinothérapie telle que nous pouvons la pratiquer actuellement, ne donne pas encore de résultats satisfaisants.

L'administration de folliculine chez la femme en état de carence folliculinique, provoque une intense prolifération épithéliale au niveau du vagin. Celle-ci s'accompagne également d'une réactivation de l'état fonctionnel de l'épithélium vaginal. Il est probable que la folliculine stimule l'activité des cellules du tissu peaucier tout entier. Son administration peut être indiquée dans le prurit généralisé essentiel des vieilles femmes et dans les lésions trophiques cutanées de la ménopause et de la vieillesse. L'administration de folliculine par voie vulvo-vaginale sous forme d'ovules, peut suffire au traitement du prurit vaginal dans un certain nombre de cas choisis et cette administration ne s'accompagne des mêmes modifications morphologiques et fonctionnelles qu'après l'usage sous-cutané. (*Bruxelles Médical*, 13 sept. 1936.)

Diagnostic et traitement d'un décollement rétinien

Jusqu'à ces dernières années, cette redoutable affection était considérée comme à peu près incurable. Par contre, depuis cinq ou six ans, de grands progrès ont été faits dans le domaine de la thérapeutique. Aussi, actuellement, on peut affirmer, sans exagération, que la guérison peut être obtenue dans 50 % au moins des cas, par un traitement institué en temps utile.

C'est grâce aux travaux de GONIN, de Lausanne, et de SOURDILLE, de Nantes, qu'une ère nouvelle s'est ouverte dans l'étude du décollement de la rétine.

Le Professeur Félix TERRIEN étudie d'abord l'aspect clinique de cette maladie, qui, du point de vue anatomique, est constituée par la séparation de la rétine d'avec la choroïde, séparation plus ou moins étendue, suivant les cas. Il expose ensuite les méthodes de recherche de la ou des déchirures, le mécanisme du développement, puis le traitement et la prophylaxie.

On a beaucoup discuté la valeur des différents modes d'intervention. Quelle que soit la technique employée, il est des cas favorables et d'autres qui ne le sont pas. Car, si la cause générale du décollement nous échappe, elle n'en existe pas moins. De même les myopes, surtout les myopes forts, sont particulièrement exposés. Certains auteurs même ont vu dans la seule myopie une des causes principales du décollement. En réalité, celui-ci s'observe également sur l'œil emmétrope, et même sur l'œil hypermétrope. Certes, l'œil myope est plus exposé à ressentir le dommage causé par les multiples infections générales, telles que la syphilis, la tuberculose, les néphrites, le diabète, etc... Mais le rôle de ces infections dans la pathogénie du décollement prend une importance de jour en jour plus grande, et cela quelle que soit la réfraction de l'œil intéressé.

La méthode de Gonin est basée sur l'importance capitale que l'auteur attache à la déchirure, à la faveur de laquelle se produirait le décollement. Son oblitération est donc la condition de la guérison. Sa technique, dont dérivent toutes les autres, a l'inconvénient d'exiger une localisation très exacte et ne saurait s'appliquer aux très larges déchirures, aux déchirures multiples ou aux désinsertions de la rétine à l'ora serrata. Elle semble devoir être réservée aux décollements en poche saillante, irréductible, avec petites déchirures aisément abordables. Dans les cas où la déchirure est de plus de 2 mm., la cautérisation de Gonin ne suffit pas.

Toutes les autres méthodes dérivent de la précédente, et se proposent l'obturation de la ou des déchirures, mais elles permettent le contrôle ophtalmoscopique au cours de l'opération, point de toute importance. Les cautérisations chimiques ont été remplacées par la diathermo-coagulation (*méthode recommandée*) ou les

galvano-cautérisations juxta choroïdiennes. Quelles que soient les méthodes employées, il est des décollements opérables et d'autres inopérables, du fait de l'état général ou de l'état local. La constatation d'une ou plusieurs déchirures impose, en général, l'opération, qu'il est préférable de pratiquer le plus tôt possible, dès que le décollement s'est réappliqué par décubitus dorsal de 48 heures en bonne position. Si le décollement ne se réapplique pas, le pronostic est moins bon. Celui-ci d'ailleurs ne peut être apprécié à coup sûr. On se basera sur le nombre, l'étendue, le siège et la forme des déchirures. Moins les déchirures sont nombreuses, moins elles sont grandes avec une rétine en bon état, meilleur est le pronostic. Il sera relativement favorable pour les désinsertions traitées dès leur début. Le pronostic sera plus réservé pour les décollements précédés d'hémorragie du corps vitré ou d'emblée opaque ou d'aspect gris noirâtre.

Le pronostic de cette redoutable affection, considérée comme incurable il y a encore une douzaine d'années, a donc été transformé, depuis l'utilisation de la thérapeutique chirurgicale visant à l'obturation ou à l'exclusion des déchirures. (*Journal des praticiens*, 13 juin 1936.

Emploi des courants de haute fréquence et de très haute fréquence en gynécologie

MM. M. Francillon-Lobre et Leroy essayent de préciser les limites d'application de ces traitements et leur technique d'emploi. Ils précisent d'abord un point qui paraît essentiel pour la compréhension de l'action des ondes courtes ou de la diathermie. C'est que ces méthodes ne sont pas simplement un moyen d'apport de chaleur dans l'organisme. Les résultats thérapeutiques ne se manifestent nullement comme une conséquence directe de l'échauffement ; ils ne sont pas d'autant plus grands que la chaleur apportée a été plus grande, ni maintenue pendant plus de temps. Les actions physiologiques ne s'expliquent pas non plus par des propriétés vibratoires ou bactéricides des courants ; elles se prolongent postérieurement à l'application de ces courants, comme si les équilibres biochimiques avaient été modifiés au cours du traitement et ne retournaient que très lentement à leur état initial. On n'est donc pas en droit de penser que l'on obtient des résultats meilleurs en prolongeant une application ou en accroissant sa puissance. Mais l'expérience clinique montre que pour un traitement donné, il y a une technique d'application, une puissance, une durée du traitement qui donnent les résultats optima.

L'expérience prouve qu'il n'existe pas une technique unique et rigide d'application des ondes courtes. On peut cependant en appliquer facilement les conditions, et préciser la meilleure disposition des électrodes ainsi que le temps d'application nécessaire. Mais la difficulté apparaît quand on veut définir la quantité d'énergie à fournir. Il est délicat de considérer les énergies (forte, faible, etc.) d'après l'élévation de température qu'elles fournissent. Mieux vaut se référer à une « énergie de base ». Cette énergie est celle qui est mise en œuvre dans les tissus par les combustions de la vie, pour l'individu total. C'est l'énergie de métabolisme basal, correspondant, pour un individu moyen, à 200 ou 250 watts, c'est-à-dire sensiblement à 4 watts par kilog. Cette énergie de base est d'ailleurs variable selon les individus et selon les tissus. Elle peut être considérée comme une énergie faible ; c'est celle qui suffit à entretenir la température de l'organisme, celle que dissipent normalement ses moyens de refroidissement. Sur un tissu vivant, l'irradiation n'élève pas sa température d'une manière très sensible. Pour obtenir un échauffement important, il faut fournir une énergie au moins double (500 watts) de l'énergie de base, dans le cas d'un traitement général et quadruple, sinon décuple, dans le cas d'un traitement local. Ceci montre la puissance des défenses de l'organisme contre l'échauffement. Pour réaliser une augmentation de température, il faut dépenser une certaine valeur d'énergie, appelée par les auteurs : le seuil des phénomènes athermiques.

Quand on maintient pendant un temps déterminé une énergie thermique, on voit la température croître, d'abord rapidement, puis plus lentement, enfin atteindre un palier déterminé. Un second mécanisme de défense contre l'échauffement s'est déclenché, mécanisme qui fait surtout appel à la vaso-dilatation. Il est possible de vaincre à son tour cette défense : en utilisant des énergies dépassant une certaine valeur appelée seuil de l'érythème, on voit à la vaso-dilatation succéder une vaso-constriction, bientôt suivie d'une stase capillaire définitive.

En traitement général, le seuil d'athermie et le seuil d'érythème sont faciles à déterminer. Le premier est compris entre 300 et 375 watts, le second entre 800 et 1.200 watts. Dans les applications locales, la nature de la région traitée et ses dimensions déterminent des variations importantes. Les auteurs indiquent les valeurs à utiliser dans les cas particuliers des traitements gynécologiques, suivant les divers modes d'application utilisés. (*Le Bulletin médical*, 13 juin 1936.

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La kala-azar autochtone de l'adulte

(M. D'ŒLSNITZ ; 13-10-1936)

Le kala-azar autochtone de l'adulte est environ dix fois moins fréquent que celui de l'enfant. L'auteur en a observé, douze cas certains. Pour le diagnostic, il déconseille, dans la majorité des cas, la ponction splénique, passible d'accidents exceptionnels mais réels. Il préconise la ponction du manubrium sternal qui permet sans risque la découverte facile des parasites dans la moelle osseuse.

Le traitement spécifique, par les sels d'antimoine, provoque sans danger la guérison complète du malade à la condition d'utiliser des sels organiques peu toxiques et surtout d'appliquer d'emblée un traitement d'attaque énergique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Luxation des deux extrémités de la clavicule

(M. Pierre-Paul PRAT, de Nice. — Rapport de M. CADENAT ; 1-7-1936).

La clavicule se fracture plus facilement qu'elle ne se luxe et les cas de luxation bipolaire de cet os sont rares.

Ayant réuni, à la suite d'un cas personnel, vingt-sept autres exemples de cette lésion, M. Prat se demande s'il n'existe pas à son origine une certaine prédisposition congénitale, laxité ligamentaire ou défaut de coaptation des surfaces articulaires. Il rapporte l'exemple d'une jeune fille qui, à l'occasion d'un simple geste de toilette, présenta une luxation claviculaire double.

Réduire une semblable déformation est relativement facile ; la contenir est une tout autre chose. L'auteur a obtenu un bon résultat de la mise en place d'une simple agrafe de Jacoël à chaque extrémité. Si la luxation avait été complète, seule une syndesmopexie coraco-claviculaire, suivant les principes de M. Delbet, eût permis de maintenir la clavicule en place.

La stérilisation des salles d'opération

(MM. B. CUNÉO et ZAGDOUN ; 1-7-1936.)

La stérilisation des salles d'opération reste une des grandes préoccupations du chirurgien. Terrier, en 1890, pour purifier l'air des salles d'opérations, préconisait la précipitation des poussières par la vapeur d'eau. En 1902, Quénu avait substitué à la vapeur d'eau les pulvérisations d'eau oxygénée.

Récemment, le Professeur Gudin proposa une méthode de « stérilisation totale » par le formolage prolongé et sous pression du bloc opératoire.

Tout en reconnaissant l'intérêt des théories de Gudin, sa méthode offrant toutefois des insuffisances, M. Cunéo en a cherché la réalisation pratique par des moyens mieux appropriés. Il conçoit le bloc opératoire moderne appuyé sur deux bases : des modifications architecturales, le conditionnement et la filtration de l'air.

Au point de vue architectural, les salles d'opérations en question seront petites, étanches, devant ne contenir que le personnel indispensable (anesthésiste, chirurgien, ses deux aides, une panseuse). Les assistants ne pourront suivre l'intervention que du dehors, à travers des glaces transparentes. L'air, rapidement vicié, *doit être renouvelé régulièrement et climatisé*, c'est-à-dire maintenu à une température et à un degré hygrométrique constants, les chiffres optima étant : température 25°, degré hygrométrique 50 %.

Ces desiderata sont obtenus par le *conditionnement* de l'air, qui est couramment utilisé depuis plus de dix ans en Allemagne et en Amérique. Ce conditionnement procure le confort au chirurgien, réduisant sa fatigue et sa tension nerveuse, et fournit un air purifié, ce que M. Cunéo a pu établir par des expériences bactériologiques précises. Des ventilateurs aspirent l'air, préalablement chauffé et humidifié, et d'autres ventilateurs font sortir l'air vicié, à un rythme convenable.

Telle est dans ses principes le modèle-type que M. Cunéo se propose de réaliser dans son service.

— M. Pierre FREDET a visité à Vienne l'installation d'air conditionné de M. Trénel. La salle forme enceinte hermétique. L'air y est envoyé filtré, stérilisé, chauffé ou refroidi suivant les besoins et rationnellement humidifié. Il pénètre sous la pression de 4 millim. d'eau et s'évacue automatiquement en refoulant une sorte de soupape.

A l'institut Rockfeller, Carrel épure l'air au moyen de la vapeur d'eau — comme Terrier et Quénu, jadis — dans les pièces où il fait ses cultures de tissus. Au nouvel hôpital Beaujon, l'architecte, M. Walter, se sert du même procédé pour purifier l'air des salles d'opération. La vapeur d'eau, en se condensant sur le sol qui forme paroi froide, y entraîne les poussières qui sont ensuite facilement évacuées au dehors.

— M. ROUX-BERGER estime qu'on ne fera jamais trop pour améliorer l'asepsie des opérations. Une première chose à généraliser serait de ne jamais laisser entrer dans une salle d'opération qui que ce soit sans toque, sans bavette et sans bottes.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Radiothérapie à petites doses dans le traitement de certaines algies

(MM. F. COSTE, G. RONNEAUX, DESGREZ et J. FAUVET ; 8-5-36)

La radiothérapie occupe aujourd'hui la première place dans le traitement de nombreuses névralgies, en particulier des funiculites vertébrales (névralgie sciatique, cervicobrachiale, etc.) d'origine rhumatismale. La posologie est celle de la radiothérapie des états inflammatoires : on utilise de faibles doses, très inférieures à celles qui sont employées contre les cancers. On donne en général par séance, sur les funicules et les plexus douloureux, 75 à 250 r et l'on atteint au total 1.000 à 2.500 r. Certains utilisent même des quantités sensiblement plus fortes. Mais ils s'exposent à des exacerbations douloureuses. Leur fréquence est diversement appréciée. Il y a là un risque notable. Habituellement, la poussée algique réactionnelle cède vite et fait place à l'amélioration escomptée. Mais on voit des malades qui continuent à souffrir davantage, et pendant un temps plus ou moins long. Ils se considèrent à juste titre comme aggravés par les rayons, et, lorsqu'il s'agissait au départ d'une sciatique ou d'une cervicobrachialite hyperalgique, l'exacerbation entraîne des souffrances atroces et dramatiques. D'où la nécessité d'accentuer encore la prudence dans l'application des rayons X à cette catégorie de malades. On peut toutefois se demander, si, à réduire à l'excès les doses, on n'aboutit pas à priver la radiothérapie de cette merveilleuse efficacité qui a fait sa fortune dans le traitement des algies. Cependant des faits d'observation courante montrent qu'elle peut agir même à des doses infimes. Les auteurs ont été frappés de voir quelques sujets atteints de lumbosciatique ou de lumbago microtraumatique se déclarer soulagés après la prise de deux ou trois radiographies du rachis lombaire. La dose ainsi administrée est difficilement évaluable mais elle n'excède certainement pas quelques unités r.

La plupart des malades traités par les auteurs reçoivent des irradiations dont les caractéristiques sont les suivantes : petits champs correspondant aux funicules à atteindre (parfois aussi à une zone particulièrement précise de projection périphérique ou d'irradiation de l'algie). Tension : 180 KW ; filtration : 0,5 millimètres Cu + 2 millimètres Al ; distance focale : 30 à 40 centimètres ; intensité : 3 milliampères.

Ils retiennent pour l'instant 97 malades chez qui les résultats ont été exactement notés et avec un recul suffisant. (Bien entendu, la radiothérapie à faibles doses a été employée seule, sans aucun autre traitement). L'emploi de faibles doses paraît en somme comporter les avantages suivants : 1° il évite à peu près sûrement les poussées réactionnelles hyperalgiques ; 2° il épargne souvent au sujet la totalisation de doses qui, sans être énormes, n'en sont pas moins notables, et dont les auteurs ne sont pas absolument sûrs qu'elles soient sans risques pour l'avenir ; 3° il n'empêche pas, au cas d'inefficacité, d'appliquer ensuite des doses plus fortes, qui, d'ailleurs, ne seront pas toujours, loin de là, plus agissantes que les petites doses ; 4° enfin, en débutant par les petites doses, on tâte la susceptibilité du sujet, et l'on se rend mieux compte dans quelle mesure on peut recourir aux doses plus fortes.

L'efficacité des petites doses employées seules est insuffisante dans un certain nombre de cas. Mais c'est souvent une erreur de demander aux rayons X seuls le soulagement d'une névralgie. Le traitement médical doit collaborer avec eux : blocages anesthésiques tronculaires, paravertébraux ou épiduraux, révulsion profonde par injections irritantes placées à distance du nerf, injections modificatrices, traitement étiologique de la névralgie. L'utilisation simultanée de ces moyens permet presque toujours de compenser l'insuffisance d'activité des petites doses

Ictère à boue blanche

(MM. G. BOUDIN, A. GADJOS, Mlle S. GOTHIÉ et H. WALTER ; 22-5-36)

Dans le cas rapporté, il y avait ceci de particulier que l'ictère était attribuable à une boue blanche formée seulement de sels calcaires. Cette boue blanche épaisse, remplissait toutes les voies biliaires, voie directe et voie accessoire. C'était de la boue calcaire de la vésicule. Dans des cas analogues, la fréquence de l'obstruction calculeuse du cystique, soit rarement par calculs de carbonate de chaux, soit plus habituellement par un calcul de cholestérine, exceptionnellement par un néo, est telle qu'elle est considérée par tous les auteurs comme la cause du dépôt de chaux ; celui-ci serait sécrété par la paroi dans une vésicule hydropique.

Ici on était en présence d'un état tout différent : ce n'était pas à une maladie de la voie accessoire biliaire qu'on avait à faire : la vésicule n'était pas exclue, elle contenait d'ailleurs de la bile. Il ne s'agissait pas d'un processus local, mais d'un cas de dépôt calcique dans toutes les voies biliaires, avec ou sans calcibilie exagérée, sans modification de la calcémie.

Un cas de goutte ulcérée du pied avec importantes destructions osseuses

(MM. Ch. FLANDIN, G. POUMEAU-DELILLE et R. ISRAEL ; 8-5-1936)

Il s'agit d'un cas de goutte chronique avec des lésions ulcérées du pied, d'un stade si avancé que le diagnostic était difficile en dehors du contexte clinique. La radiographie a mis en évidence des lésions osseuses anormales par leur importance et leur caractère destructif.

G. F.

Les Congrès

XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (1)

DEUXIÈME QUESTION. — Les syndromes parathyroïdiens

A. Rapports entre les parathyroïdes et le squelette

Résumé du rapport de M. SNAPPER, d'Amsterdam

Les parathyroïdes sont de petits organes, de quelques millimètres de longueur, de un millimètre d'épaisseur, pesant environ 50 milligr. Chez l'homme, on trouve habituellement quatre de ces glandules situées contre la paroi postérieure de la glande thyroïde. Elles sont si minuscules qu'on ne les reconnaît à la dissection qu'avec beaucoup de difficulté. Aussi, n'est-il pas étonnant que leur découverte, par Sandström, date seulement de 1880.

Ces petits organes, malgré leur taille très réduite, ont une fonction spécifique importante. Ils assurent la régulation du calcium sanguin. Leur ablation est suivie d'une diminution de la calcémie et de symptômes de tétanie (tétanie parathyréoprive), symptômes dérivés de cette hypocalcémie et apparaissant lorsque la calcémie baisse au-dessous de 6 milligr. %.

Si l'hypofonctionnement des parathyroïdes conduit à une hypocalcémie, l'hyperfonctionnement de ces glandes, observé dans l'hyperplasie et l'adénome parathyroïdiens, peut aboutir à l'inverse, c'est-à-dire à une hypercalcémie. La calcémie s'élève par des prélèvements calciques sur le seul réservoir de calcium que possède l'organisme : le squelette. Il en résulte que l'adénome des parathyroïdes, ou l'hyperfonctionnement de ces glandes aboutira à une décalcification du squelette. Ainsi s'explique le rôle de l'adénome parathyroïdien dans la maladie osseuse de Recklinghausen.

En 1901, Recklinghausen, dans une étude sur l'ostéite fibreuse, a décrit la maladie ostéoporotique qui porte aujourd'hui son nom. Elle est caractérisée cliniquement par des douleurs osseuses atroces, une ostéite fibreuse qui attaque la totalité du squelette, d'où ramollissement des os, déformation du bassin, des extrémités et du thorax, fractures spontanées diverses, et le développement fréquent de kystes multiples. Chez ces malades, on trouve différents signes radiologiques et toute une série de modifications biochimiques : hypercalcémie, hypophosphatémie, hypercalciurie, hyperphosphaturie.

Le diagnostic différentiel de la maladie de Recklinghausen est considérablement facilité par l'examen biochimique du sang. Ce diagnostic est à établir avec la maladie de Paget, les métastases cancéreuses généralisées dans le squelette, les myélomes multiples, les ostéoporoses thyréogènes, la xanthomatose généralisée.

La maladie de Paget n'est pas une affection généralisée du squelette. Elle se présente au-dessus de 45 ans, alors que la maladie de Recklinghausen se rencontre aussi chez des sujets plus jeunes. Les douleurs de la maladie de Recklinghausen sont presque toujours insupportables. Les pagétiques se plaignent souvent de douleurs, mais d'habitude ce sont des douleurs profondes, modérées, névralgiformes. Dans la maladie de Paget, l'adénome parathyroïdien manque toujours, le taux du calcium et du phosphore dans le sérum et les urines étant ici normal. En outre, la maladie de Paget est une affection fréquente ; la maladie de Recklinghausen est au contraire très rare.

Le rôle étiologique de l'adénome parathyroïdien dans la maladie de Recklinghausen se prouve : par la disparition des symptômes de l'affection après ablation de l'adénome et par l'ostéite fibreuse généralisée que l'on peut réaliser expérimentalement en injectant à des animaux jeunes de fortes doses de parathormones.

L'opération de l'adénome peut être difficile quand il se développe aux dépens d'une parathyroïde aberrante. Après l'opération, la calcémie et la phosphatémie redeviennent normales. Les douleurs osseuses disparaissent, un nouveau squelette se forme et on obtient une amélioration surprenante, même une guérison clinique.

B. La tétanie parathyréoprive

Résumé du rapport de MM. Léon BÉRARD
et Maurice HENRY, de Lyon

Lorsqu'on pratique chez l'animal l'ablation totale de l'appareil parathyroïdien, on assiste à l'apparition d'un syndrome, caractérisé par de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire avec phénomènes tétaniques graves, rapidement mortels si une thérapeutique efficace n'est pas instituée. L'hémato-chimie révèle un abaissement notable du taux du calcium sanguin. C'est la tétanie parathyréoprive, bien connue depuis les travaux de Gley, Moussu, Mac Callum, Erdheim.

Chez l'homme, la tétanie parathyréoprive se montre à la suite de l'ablation des glandes parathyroïdes (tétanie post-opératoire). Les tétanies spontanées, de l'enfant et de l'adulte, rentreraient souvent, d'après certaines données, dans le même ordre de faits, mais la question n'est pas ici aussi simple.

Dans les syndromes nombreux de tétanie, il est des cas où manifestement les parathyroïdes ne peuvent être incriminées : ce sont les tétanies digestives, gastro-intestinales, les tétanies par hyperventilation et hyperpnée volontaire, les tétanies survenant après

(1) Voir *Concours Médical*, n° 46.

des interventions à distance de la région thyro-parathyroïdienne (appendicite, par exemple), les tétanies professionnelles (cordonniers, tailleurs), assez rares. Il est d'autres cas, au contraire, où les parathyroïdes paraissent nettement en cause (parathyroïdites hémorragiques, syphilitiques, etc.). Il en est, enfin, où, en l'absence de preuve certaine, l'origine parathyroïdienne de la tétanie peut être discutée : telles la tétanie des femmes enceintes et des nourrices, la tétanie infantile, etc.

La pathogénie de la tétanie parathyréoprive est complexe. L'hypocalcémie suit une évolution parallèle à celle des signes cliniques. Le taux du calcium sanguin diminue quand la tétanie s'aggrave et augmente quand elle s'améliore. L'injection et l'ingestion de sels calciques ont une influence curatrice remarquable. Diverses affections, qui s'accompagnent de troubles du métabolisme du calcium dans le sens d'un appauvrissement calcique de l'organisme (rachitisme, ostéomalacie) peuvent se compliquer de tétanie. Expérimentalement, encore, l'hypocalcémie peut déclencher des accidents tétaniques.

Cette action directe des sels de calcium s'expliquerait pour certains par leur pouvoir modérateur de l'excitabilité neuro-musculaire.

D'autres arguments, il est vrai, plaident en faveur de théories pathogéniques différentes, et font jouer un rôle à l'hyperphosphorémie, aux perturbations de l'équilibre acido-base, aux phénomènes toxiques. Peut-être, toute une série de causes diverses peuvent-elles déclencher les mêmes effets, en réalisant la mise en jeu d'un mécanisme encore obscur.

De toutes ces données, cependant, résulte une conduite thérapeutique. Celle-ci se propose de suppléer à la déficience des sécrétions parathyroïdiennes, par la greffe, l'opothérapie, la réactivation chirurgicale, de remédier aux troubles du métabolisme du calcium par l'absorption de sels calciques, l'emploi de l'ergostérine irradiée, de rétablir l'équilibre acido-base et de lutter contre les phénomènes toxiques.

En 1935, Collip a préparé un extrait parathyroïdien très efficace (parathormone). Ce produit fait rétrocéder les tétanies expérimentales et remonter la calcémie progressivement. L'administration se fait *per os* ou par injections sous-cutanées. Les effets sont, toutefois, passagers et il faut continuer les injections pendant un temps très long. La médication est onéreuse.

Depuis les travaux de Mac Callum et Vœgtlin, de nombreux auteurs ont expérimenté les injections de sels calciques dans le traitement de la tétanie. On a employé le gluconate, le lactate, le bromure et surtout le chlorure de calcium, par la bouche ou en injections intraveineuses. Surtout dans les cas aigus, il faut prescrire des doses assez importantes, au moins 5 grammes chaque jour par la bouche.

L'ergostérine irradiée et ses dérivés ont été largement employés dans le traitement de la tétanie. Citons encore le chlorure d'ammonium, le sulfate de magnésium, l'actinothérapie, etc...

C. Le rôle des endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os

Résumé du rapport de M. G. Coryn, de Bruxelles.

Quand on cherche à synthétiser les travaux faits sur les affections endocriniennes du squelette, on se trouve en présence d'une quantité d'observations et de notions, souvent contradictoires, qui dégagent une impression d'assez grande confusion.

Si l'on totalisait toutes les affirmations, on arriverait à la notion que chacune des glandes endocrines est capable de faire apparaître les lésions osseuses les plus variées et qu'une même lésion osseuse peut être provoquée par l'une quelconque de ces glandes. Il en est ainsi de l'hypophyse dont on connaît le rôle dans la croissance et que l'on a cherché à faire intervenir dans l'apparition de certaines arthrites, dans la calcification du squelette, etc... De même, des arthrites sèches, ont été successivement attribuées à l'hypophyse, à la thyroïde, voire aux surrénales. Rappelons encore les controverses relatives à l'origine parathyroïdienne des arthrites ankylosantes, à l'origine ovarienne de l'ostéomalacie, etc... L'interaction des endocrines les unes vis-à-vis des autres augmente la complexité du sujet.

Pierre Marie, en 1886, a décrit l'acromégalie et établi son origine hypophysaire. Depuis, le rôle des cellules éosinophiles du lobe antérieur de cette glande s'est précisé. Actuellement, la grande majorité des auteurs admettent que l'acromégalie est toujours due à un adénome ou à une hyperplasie desdites cellules. L'hypo-éosinophilisme hypophysaire (lobe antérieur) entraîne des modifications inverses. Les cellules en question semblent n'exercer aucune action sur la calcification du squelette, ni sur la substance fondamentale du cartilage.

Les parathyroïdes agissent, au contraire, sur la calcification du squelette et cela par l'intermédiaire de leur action sur le métabolisme du calcium.

La glande thyroïde, en hypofonctionnement, entraîne une hypercalcification du squelette, un arrêt de la prolifération et un retard de l'hypertrophie cellulaire. Ces différents troubles aboutissent à la formation d'un nain disproportionné, à squelette hypercalcifié et dont les articulations sont déformées.

Les glandes sexuelles influencent l'hypertrophie des cellules des cartilages de conjugaison. Celle-ci est retardée par la castration, accélérée par l'injection de folliculine. En clinique, les symptômes squelettiques de l'hypogénitalisme peuvent être ramenés à la persistance anormale de l'ostéogénèse enchondrale au niveau du cartilage de conjugaison. Les troubles de la calcification du squelette observés parfois après la castration ou la ménopause ne paraissent pas sous la dépendance directe des glandes sexuelles.

Les surrénales, dans leur hypofonctionnement, semblent être à l'origine de certaines polyarthrites ankylosantes généralisées progressives, affections qui tirent un avantage thérapeutique du traitement cortico-surrénalien.

P. Lacroix.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Vigot, frères,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

Prof. Géo Beltrami. — Alimentation et morphologie. — **La révolution alimentaire actuelle. Ses conséquences biologiques.** Illustration de R. Maurech. Un vol. 208 p., 60 fig., 1936. Prix : 30 francs.

Editions Delmas, Bordeaux

Dr Georges Laffitte. — **Le médecin. Sa formation, son rôle dans la société moderne.** Préface du Dr Ch. Fiessinger. Un vol. 902 pages, 1936. Prix : 90 fr.

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

G. Menegaux et D. Odiette. — **L'ostéosynthèse au point de vue biologique.** Influence de la nature du métal. Etude expérimentale. Un vol. 176 p. 71 fig. Prix : 35 francs.

Sélection médicale et scientifique
(Archives hospitalières),
1, Place d'Iéna, Paris (XVIe)

Dr A. Sargnon. — **Nez et œil.** Retentissement des affections du nez sur l'appareil orbito-oculaire. Préface du Professeur Lemaitre. Un vol. 488 pages avec fig. Prix : 35 francs.

Chez Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain

H. Vaquez et P. Gley. — **La pression moyenne de l'homme à l'état normal et pathologique.** Un vol., 126 p., 57 fig. Prix : 25 francs.

Chez Doin et Cie
8, place de l'Odéon

Jean Olmer, P. Buisson et M. Audier. — **Les interventions de pratique médicale courante.** Techniques. Indications. Un vol. 160 p. avec *fig., 1936. Prix : 15 francs.*

La Pratique médicale illustrée
(Directeurs : Prof. E. Sergent, R. Mignot, R. Turpin)

Le diabète infantile. Sémiologie, *diététique, insulinothérapie*, par G. Mouriquand et G. Charleux. Un vol. 80 p., *10 fig. Prix : 28 francs.*

Les splénomégalies. Diagnostic, traitement, par V. Cordier et P. Croizat. Un vol. 90 p., 16 fig. Prix : 35 francs.

Le tétanos, par F. Arloing et A. Dufourt. Un vol. de 60 p., avec fig. Prix : 26 francs.

Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)

André Binet, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. — **La vie sexuelle de la femme.** Introduction a la gynécologie. Un vol. 355 pages et 72 figures. *Seconde édition*, revue et augmentée. Prix : 40 fr.

La faveur avec laquelle a été accueillie la première édition du livre du Professeur André Binet, a obligé l'auteur à en publier une seconde, accrue de plus de cent pages. Certains chapitres sont entièrement nouveaux. Citons, par exemple : les incrétions ovariennes et hormones sexuelles, les troubles de l'ovulation, ceux des sécrétions ovariennes, ceux encore de l'innervation génitale, les hormones de la gestation, de la parturition et de l'allaitement maternel, etc... C'est toute la physiologie et même la psychologie gynécologique, qui nous sont présentées avec une netteté remarquable.

Malgré l'étendue du sujet, l'auteur a su conserver dans ce travail les deux directives essentielles, si goûtées des étudiants et des praticiens, qui ont fait le succès de tous ses écrits, à savoir la concision et la précision.

P. L.

Louis XI et ses médecins, par le Docteur Ludovic Ipcar. Collection Hippocrate.

Dans cet ouvrage, préfacé par le Docteur René Bénard, notre confrère s'emploie à détruire les légendes qui ont circulé sur Louis XI et à baser sur des tests plus scientifiques ou plus contrôlables, les rapports que le taciturne monarque eut avec ses médecins. Après avoir rappelé ce que l'on a écrit sur son caractère, il s'attache à nous préciser la lourde hérédité dont il était chargé et tente après une courte histoire de sa vie d'en dégager les côtés pathologiques. Comment arriver à tirer un tout concret de ce qu'ont raconté ou écrit les médecins, les astrologues, les chirurgiens,... et tout ce qu'a pu colporter l'entourage royal ? Après avoir dépouillé bien des archives, l'auteur aboutit à une conclusion ferme, qu'il défend avec des arguments susceptibles d'emporter la conviction, sans *a priori*, ni idées préconçues : Louis XI était atteint de néphrite chronique azotémique et hypertensive. Les divers symptômes présentés par le roi : troubles épileptiques, ictus hyperesthésie, asthénie, dermatoses, viennent s'ordonner logiquement autour de ce diagnostic.

P. S.

THÉRAPEUTIQUE

L'arsénothérapie précoce permet de guérir rapidement la mélitococcie

Par A. PERRAMOND (de Mauguio)

Les brucelloses se sont inscrites parmi les affections d'une observation courante, surtout dans les départements du sud de la France. Grâce au séro-diagnostic qu'il est facile d'obtenir actuellement, le praticien n'hésitera plus à mettre en œuvre un traitement précoce.

Parmi les diverses chimiothérapies proposées contre la fièvre de Malte, les composés arsenicaux organiques se sont révélés d'une grande activité. Le novarsénobenzol injectable exclusivement par voie veineuse peut comporter de ce fait certaines difficultés. Les arsenicaux pentavalents, d'une administration plus commode, semblent offrir une activité sensiblement égale à celle du novarsénobenzol ; dans les cas de contre-indications aux injections intraveineuses d'arsenic, ou de difficultés pratiques de réaliser ces injections, on peut espérer des résultats non moins rapides par l'acétylarsan. Quelques essais cliniques ont déjà mis en lumière l'efficacité de ce composé (1).

Les essais que nous avons poursuivis à l'aide de l'acétylarsan confirment pleinement les premiers résultats obtenus, mais un facteur important nous semble devoir être souligné : la nécessité d'entreprendre un traitement précoce, traitement impliquant un diagnostic précoce fondé sur la séro-agglutination. Les trois observations que nous allons rapporter ne démontrent pas seulement l'efficacité de l'arsénothérapie ; elles semblent indiquer que le succès du traitement est fonction de la précocité de la cure arsenicale.

Dans un premier cas de fièvre de Malte évoluant déjà depuis deux mois (le séro-diagnostic positif fut pratiqué tardivement), l'acétylarsan ne donna que des résultats médiocres et il fallut avoir recours à la gonacrine, puis au novarsénobenzol, l'acridinothérapie étant mal tolérée. Ce ne fut qu'après une série d'injections de novarsénobenzol (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75) que la guérison fut obtenue, cinq mois seulement après le début de la maladie.

Les deux autres observations concernent des malades traités précocement par l'acétylarsan, au lendemain des premiers symptômes. Or, l'action de la médication s'est révélée beaucoup plus prompte.

OBSERVATION I. — Mme B... O., âgée de 37 ans, habitant un village voisin de Mauguio, présente à partir du 19 août 1936 des symptômes de mélitococcie : transpiration, fièvre vespérale oscillant entre 38 et 38°5. L'état général est toutefois assez satisfaisant. Le séro-diagnostic pratiqué le 24 août est positif. Dès le 25 août, un traitement par l'acétylarsan est entrepris. La chute de la température se produit le soir qui suit la première injection. Les piqûres sont renouvelées à trois jours d'intervalle. Dès la deuxième injection, la température est revenue à la normale. L'état général est excellent, la malade reprend ses occupations et entreprend les vendanges sans retour de la fièvre. La série complète de dix injections d'acétylarsan est pratiquée afin de prévenir toute rechute.

OBSERVATION II. — S... E., ouvrier agricole âgé de 29 ans, habite à quelques kilomètres de Mauguio. Le 25 juillet, cet homme a des sueurs, une fièvre à 40°, se sent très fatigué et est atteint d'une courbature généralisée. Une séro-agglutination pratiquée le 31 juillet confirme le diagnostic de mélitococcie. Le traitement par l'acétylarsan est commencé le 2 août. Après la quatrième injection, la courbe de température s'abaisse et revient à la normale pour s'y maintenir pendant quinze jours, après une série de dix injections. Mais, à la faveur d'un refroidissement, la septicémie se réveille et la rechute s'annonce par l'apparition des sueurs, d'une fièvre à 39°5 et d'un état d'asthénie marquée avec lombalgie. L'acétylarsan est aussitôt repris et, dès la deuxième injection, la chute de la température se produit, cette fois définitive. Le malade reçut en tout seize injections d'acétylarsan, soit 2 gr. 40 d'arsenic.

En résumé, le traitement de la mélitococcie peut faire appel à l'acétylarsan comme au novarsénobenzol, mais les chances de succès paraissent liées surtout à la précocité de la cure, qui, en cas de rechute, devra être reprise dès le retour de la fièvre et prolongée un temps suffisant après la chute de la température.

(1) PERRAMOND. *Provence Médicale* du 15 février 1936. — RIMBAUD et ANSELME-MARTIN. *Concours Médical* du 27 septembre 1936.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LE MÉDECIN A CONFESSE

Ce serait bien son tour, à lui qui se fit le confesseur de tant de gens et leur parla d'un ton qu'il voulait plein d'autorité ou d'une émolliente bonhomie.

Nous sommes, confessons-le tout de go, de singuliers personnages qui se meuvent dans l'humanité à la façon des visiteurs du Musée Grévin. Sur tel visage austère, nous examinons un réflexe pupillaire fâcheux qui évoque quelque partie fine d'antan. L'intrépide conquérant se montre, dans l'attente du diagnostic, ratatiné de peur. Le foie de l'ecclésiastique nous raconte de franches (bien que secrètes) lippées. Et nous apprenons que des traits angéliques ne mettent pas une jeune fille à l'abri d'une fausse-couche.

Comment ne pas devenir ironiques au spectacle de tant de duperies ? impérieux quand il faut bousculer tant d'irrésolus ? Comment ne pas douter après avoir perdu tant de certitudes ? Comment accueillir le mouvement spontané où si souvent s'est découvert le calcul ? Et comment suivre le mouvement de son cœur sans laisser place à un peu de soupçon ?

De singuliers personnages, oui ! curieux par nécessité, indiscrets jusqu'à recevoir des confidences gênantes, qui mentent gravement comme s'ils disaient la vérité et plaisantent la vérité pour faire croire que c'est un mensonge.

Ah ! quelle déformation professionnelle est la nôtre ! L'on n'est pas impunément l'homme debout qui domine de sa stature des êtres allongés dans leurs couvertures, le bien portant qui apporte un air frais dans une chambre fleurant la tisane, le stratège donnant ses ordres à des troupes en débandade, la vedette de comédies et de drames où les autres jouent les utilités. Il nous faudrait être des saints pour n'en pas tirer avantage. Et, confessons-le, nous ne sommes pas des saints !

La nature se charge d'ailleurs de faire parfois tomber notre superbe. Et, du soir au matin, nous remet au rang des vagues et quelconques humanités. Nous nous sommes endormis pleins de vigueur et de confiance en nous-mêmes ; nous nous éveillons dolents et craintifs. De médecins, nous sommes devenus des malades. Voilà la main hésitante, le coup d'œil obscurci, le panache fripé. Quelle déchéance !

Un de nos confrères, le Docteur Lafont, de Clermont-Ferrand, a eu l'ingénieuse idée de demander à quelques médecins amis leurs impressions de malades (1). Soit qu'il ait su choisir ses correspondants, soit qu'il ait eu la main heureuse, le fait est qu'il a rassemblé des documents savoureux : lesdits médecins-malades se sont confessés avec bonne grâce et humour.

***

« Si, dit en manière d'introduction le Docteur Lafont, la maladie du médecin est une épreuve, elle est aussi, semble-t-il, d'un grand enseignement : elle lui permet de se mettre dans la peau d'un de ses clients, d'avoir des sensations nouvelles, quelquefois des idées neuves, et de voir « ce *qu'on ne voit pas* ».

Dans la peau d'un client ! Pas tout à fait. Le médecin malade demeure médecin et, soit dit sans offenser les amis du Docteur Lafont, il fait un piètre malade. J'ose même affirmer, en ajoutant aux autres ma propre confession, qu'il peut se flatter d'embêter son monde plus que quiconque.

D'abord il n'avoue pas, il n'arrive pas à admettre qu'il soit malade. Et il fait comme cet enragé qui, partant en vacances avec une piqûre infectée de la main, décide de monter tout de même en voiture, gesticule comme il peut entre son volant et son levier de vitesses, endure mort et damnation sur des routes de montagne, voit trente-six chandelles dans son pare-brise, dévore quelques centaines de kilomètres et, arrivé à l'étape, concède que puisque ce traitement ne l'a pas guéri, c'est qu'il a un phlegmon du bras. (J'en connais un autre qui, embarqué dans une semblable aventure, l'a terminée dans le fossé, accusant le Ciel de l'avoir trahi.)

Mais le médecin, capitulant devant l'évidence, s'est reconnu malade, et sa femme s'est pendue au téléphone pour appeler à l'aide les confrères

(1) *Progrès Médical*, 29 août et 5 septembre 1936.

voisins. C'est ici que nous allons connaître le bon et le mauvais confrère. Le mauvais confrère entrera à pas feutrés dans la chambre ; consciencieusement il interrogera, palpera, auscultera et, de peur d'avoir méconnu un commencement de souffle sous l'aisselle gauche, ou le téton droit, il réauscultera en tournant son homme sur toutes les faces ; et puis, il rédigera avec grand sérieux son ordonnance ; et enfin, ô comble de prétention, il voudra faire absorber des cachets et infliger des cataplasmes sinapisés. Voilà le mauvais confrère ! A peine, ses souhaits de bonne nuit proférés, aura-t-il tourné les talons que le médecin-malade lui jettera, à travers la porte, un regard chargé de rancune. « Il me croit déjà mort, ce vieil idiot ? » Et l'épouse qui survient avec son cataplasme fumant peut s'apprêter à en entendre de rudes.

Le bon confrère, au contraire, entrera avec un rire jovial. Cet homme au lit, il l'entretiendra de propos alertes, expurgés de toute médecine, ni plus ni moins que s'il rendait visite à une Madame Récamier. Et il lui donnera rendez-vous à la prochaine partie de chasse en affirmant que « c'est l'affaire de quarante-huit heures ».

Car, s'il est une tradition à laquelle le médecin-malade soit attaché, c'est celle qui interdit toute confiance aux drogues et autres diableries de pharmacien. Témoin celui-ci : ayant contracté la grippe au chevet d'un malade qui, en quelques jours mourut, il reçut la visite de plusieurs confrères qui prescrivirent des traitements en tous points différents. « Dans le doute, abstiens-toi », réfléchit notre homme. Et il institua lui-même sa médication, réduite à la diète et au jus de citron. Il eut la satisfaction de guérir et de vérifier par lui-même que le médecin qui ne nuit pas est déjà un grand médecin.

***

Le médecin-malade, s'il n'est pas trop abruti par la fièvre, use volontiers son temps à réfléchir. Il passe la revue de détail de son organisme : il inspecte sévèrement et à tour de rôle ses appareils et ses humeurs. Dans cette usine qui paraissait marcher à souhait et où se déclenche tout à coup la grève (c'est le cas de le dire !) « sur le tas », quel est le meneur, le faux-frère ? où est son cahier de revendications ? Le médecin-malade rassemble ses souvenirs, épie les symptômes, se livre à des pronostics. C'est toujours un moment de pris sur l'oisiveté forcée. « Je voulais bien mourir dit celui-ci atteint de sténose pylorique (cancer ? pas cancer ? on ne savait pas) mais il m'était désagréable de mourir de faim et sans savoir pourquoi ». Cette curiosité n'est-elle pas excusable ?

A se décortiquer ainsi, le médecin-malade découvre l'importance du détail infime, de la question oiseuse, et il fait « *in petto* », amende honorable pour tant d'interrogatoires hâtifs, aux heures où le salon est plein et où la parturiente fait téléphoner de demi-heure en demi-heure. « J'avais, depuis quelques jours, mal au pouce gauche : enflure, lourdeur : synovite. Et j'accusai ma nouvelle voiture dont la direction était à droite. Pour une raison quelconque je change de chambre et soudain mon pouce gauche est guéri, et mon pouce droit se prend à son tour. Ma direction était, elle, toujours à la même place. Le détail infime, le voici ; je couchais, dans la première chambre, sur le côté droit avec la main gauche hors du lit ; et, dans la seconde j'avais, à cause de l'état des lieux, inversé l'attitude. Ce point acquis, il m'a suffi d'enfiler des gants en me couchant pour guérir définitivement mes deux pouces. »

« Encore une veine, ajoute le narrateur, que cela soit tombé sur moi : jamais je n'aurais été capable d'expliquer à un client les processus secrets de cette synovite à bascule. »

Car (et c'est encore un trait qu'il nous faut confesser) le médecin préfère tout, même des pouces en boudins, à la vexation de passer pour un ignorant.

Il y a quelqu'un pour consoler le médecin-malade de son infortune : c'est le médecin convalescent qui a mystifié les médecins, bafoué la médecine et qui se sent doucement porté par un vent favorable vers les rives de la guérison. Il connaît alors une joie sans doute un peu sadique, mais qu'il savoure comme un cocktail pimenté.

Tel fut le cas de celui qui, atteint d'une entorse, qu'il savait être une fracture mais qu'il préférait, euphoriquement, appeler entorse, poussa le respect du terme jusqu'à traiter cette fracture par des massages et laisser à la Nature le soin de faire le reste. Il guérit ; il fit mieux que guérir ! Car, ayant eu jusqu'alors le pied en léger varus, un peu de raccourcissement du péroné lui seyait fort bien, et sa chaussure ne s'usait plus par le bord ! En somme, ce détournement verbal, qui n'était que frondeur, devint une excellente affaire. Et la médecine n'y vit que du feu !

C'est égal, on comprendrait qu'Esculape, s'il est toujours notre patron, infligeât à ces gaillards-là un bon « acte de contrition » !

G. Lavalée.

L'INANITÉ DE LA RÉPRESSION DU COLPORTAGE EN PHARMACIE

Une loi du 4 septembre 1936 est venue donner un semblant de satisfaction à ceux qui s'élevaient contre le colportage en pharmacie, qui s'étend de plus en plus dans les campagnes.

Or, en s'étonnant des termes de la circulaire du ministre de la Santé publique, mettant cette loi en application, un de nos confrères nous communique le prospectus suivant qui est distribué dans sa région par un pharmacien après énumération des produits plus variés, mis en vente : herboristerie, pâtes et pastilles, produits vétérinaires; articles d'hygiène et de toilette, bandages, ceintures, etc. annoncés aux prix les plus réduits de Paris, on trouve la communication ci-dessous.

> *M*
>
> *Je tiens à vous informer que le service bi-hebdomadaire que j'avais organisé dans votre région ne pourra plus avoir lieu.*
>
> *En conséquence, je vous prie de vouloir bien me* PASSER VOS COMMANDES PAR POSTE.
>
> *Ces commandes vous seront* LIVRÉES LE JOUR MÊME, LE LENDEMAIN AU PLUS TARD.
>
> *Les* FRAIS DE POSTE *vous seront* INTÉGRALEMENT REMBOURSÉS *et d'*IMPORTANTES REMISES VOUS SERONT FAITES.

Notre confrère ajoute :

La Circulaire de M. le ministre de la Santé publique, parue dans le *Concours* du 11 octobre relative au colportage des médicaments, me paraît appelée à rétablir purement et simplement ce colportage, que la nouvelle loi voulait interdire.

Certes, je reste profondément attaché à l'idée de la liberté que chacun a de prendre ses médicaments où bon lui semble et, ma situation de propharmacien ne me permettant de livrer des drogues qu'aux malades que je soigne, il ne peut pas m'être reproché d'attaquer une Circulaire qui ne me lèse en aucune façon.

Mais, s'il est véritablement et légalement interdit « de solliciter habituellement auprès du public des commandes », comment peut-on concevoir que des « coursiers » puissent prendre les commandes qui leur seront remises... sans les solliciter ? D'ailleurs ces employés « attachés à une pharmacie et chargés de passer dans les bourgs et hameaux *pour prendre les commandes des clients* et en assurer la livraison » *et qui ne sauraient tomber sous le coup de la nouvelle réglementation,* ont, il faut le reconnaître, toutes les autorisations requises pour *solliciter.*

Alors ? Que devient la nouvelle loi ?

Je joins à cette lettre un imprimé envoyé par un pharmacien voisin et qui sollicite des commandes par poste, ce qui est son droit ; mais, quand ce pharmacien, qui vient de cesser le colportage éhonté auquel il se livrait avant la dernière loi, va avoir pris connaissance de l'interprétation ministérielle de cette loi, il va pouvoir légalement recommencer ce colportage. Son « coursier » n'a qu'à repasser dans les bourgs et hameaux et prendre (sans les solliciter, s'il sait le faire), toutes les commandes qu'on voudra bien lui donner. Jusque là il sera dans la légalité ; mais, comme le coursier profitera de son passage pour donner un conseil sur le rhume du petit, sur les varices de maman, *sur les règles de la jeune fille, conseil* qu'on ne manquera pas de lui demander, il fera dès lors de l'illégalité ; il délivrera des médicaments qu'il aura jugé lui-même bon de donner, autrement dit qu'il aura prescrit, autre illégalité et quand le coursier sera entré dans cette illégalité, à laquelle le convie dans un louable esprit de justice M. le ministre de la Santé publique, nous aurons vu renaître dans toute son horreur le colportage lamentable, *mais cette fois-ci ministériellement admis.*

J'ai vu un « bouton » du cuir chevelu « coursièrement » soigné avec une savante pommade : c'était une teigne...

Je vous soumets ces réflexions en vous priant de songer aux inconvénients réels du colportage, qui peuvent parfois être de véritables dangers.

Je vous demande d'user de tout votre prestige pour e n *empêcher le retour* ; *et vous n'aurez* pas, croyez-moi, chargé votre conscience du remords que paraît redouter M. le ministre et qui naîtrait de la mise sur le pavé des coursiers maintenant sans travail : si le colportage cesse, des officines tuées par lui revivront, elles sont tout à fait indiquées pour assurer, légalement cette fois, l'existence des coursiers.

(Dr B. 10.076).

Commentaires

Une loi pénale doit toujours être appliquée dans son sens étroit, *stricto sensu.* Or, ce que définit la loi du 4 septembre 1936, interdisant le colportage de pharmacie, ne vise que les « *sollicitations* » de commandes tant par les pharmaciens, ou herboristes que par les employés. Pour que le délit soit consommé, partant punissable, il est nécessaire que le pharmacien sollicite habituellement des commandes auprès du public,

par l'intermédiaire de ses employés, coursiers, etc., ou qu'il procède par des distributions régulières à domicile à la livraison de produits pharmaceutiques dont les commandes auront été sollicitées.

Par suite, la Circulaire du ministre se comprend mieux, lorsqu'elle place en dehors de l'application de la loi le fait, pour des coursiers, de pharmacie, de collecter les ordonnances, ou commandes dans les villages, ou hameaux et de rapporter les livraisons le soir ou le lendemain. Aux yeux du ministre, il n'y a pas eu sollicitation, mais simplement exécution des ordres remises par le public, ou enfin service rendu aux populations pour leur éviter des déplacements, pour se rendre à la pharmacie.

Juridiquement, le ministre a raison, puisqu'il n'y a pas « *sollicitation* » de commandes. Pratiquement, il a tort, car la sollicitation sera difficile à prouver. La circulaire du pharmacien que nous reproduisons plus haut en est la preuve ; le pharmacien ne « sollicite » pas les commandes : il engage ses clients éventuels à utiliser les services de la poste pour adresser les commandes, qui seront exécutées et livrées par la même voie. Il n'y a qu'une objection à faire ; c'est que le pharmacien peut être accusé de sollicitation de commandes, puisqu'il s'engage à *prendre les frais* de poste entièrement à sa charge. C'est une prime accordée aux clients.

Je crois, pour ma part, que la loi contre le colportage est inopérante et que bien rarement il sera possible de mettre un frein à la commercialisation de la pharmacie. Je regrette personnellement de voir cette profession scientifique sombrer quelque peu dans la commercialisation. De mon jeune temps, le « potard » était considéré comme un savant, que, dans les villes ou villages, on consultait sur des questions de chimie, de pharmacie ou autres.

Aujourd'hui, l'ancienne officine, à caractère et aspect quelque peu alchimique a pris trop souvent l'allure d'un magasin de commerce, parfois d'un bazar, avec enseignes lumineuses, installation ultramoderne, nombreux employés débitant non seulement des drogues et médicaments, mais toutes sortes d'objets hétéroclites d'hygiène, ou même de boissons, bien que ce soit formellement interdit par l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI.

Est-ce un bien ? est-ce un mal ? Aux pharmaciens de le décider dans leurs Syndicats. Mais tant que ceux-ci existent comme représentants des intérêts professionnels, pourquoi ne s'entendraient-ils pas avec les Syndicats de médecins et celui des médecins-propharmaciens, pour déterminer un *modus vivendi*.

Réformer la loi de Germinal est un travail surhumain : le Parlement y a maintes fois renoncé. Pourquoi n'organiserions-nous pas nos deux professions, d'accord entre médecins et pharmaciens ? Nous aurions ensuite grande force pour faire accepter cet accord par les Pouvoirs publics, le jour, où, de concert, nous apporterions un projet étudié et bien au point, puisque nous parlerions au nom de la santé publique.

Je crois à l'avenir des Syndicats, à la condition qu'ils veuillent se donner la peine de se préoccuper de l'organisation de la profession. Sinon, nous serons débordés par les usages et l'Etat nous imposera sa volonté à moins qu'il ne trouve plus simple de nous fonctionnariser.

Dr Paul Boudin.

PSEUDONYME

Adjonction au nom patronymique

Un médecin peut-il ajouter à son nom patronymique celui de ses grands-parents maternels.

En principe, non : il est interdit de modifier son propre nom, sans en avoir obtenu l'autorisation par un décret, rendu après avis du Conseil d'Etat.

En droit commun, une certaine tolérance est admise : ne voit-on pas des personnes ajouter à leur propre nom celui de leur femme, surtout dans les petits pays, où plusieurs portant le même nom, il est indispensable de les différencier ainsi, ou en ajoutant un sobriquet.

Nombreux sont ceux qui n'ont pas droit à une particule, mais qui s'affublent d'un nom parfois de fantaisie, accolé à leur patronyme, Dr X de Y., Y étant le lieu de leur naissance.

Pour les médecins, la chose est plus délicate, étant donné que l'article 9, § 4 de la loi du 30 novembre 1892, interdit d'exercer sous un pseudonyme. Il n'y a rien en jurisprudence, concernant le nom composé, ou adjoint.

Je crois donc qu'il puisse être toléré à un médecin, qui ne masque pas sa propre personnalité, d'adjoindre à son nom celui de sa mère, ou même une particule précédant le nom de son lieu de naissance ; mais mon avis doit être accepté sous toutes réserves.

Dr Paul Boudin.

LE GLAUCOME

Accident du travail

Par Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

Le *Concours Médical* du 11 octobre 1936 dans une réponse (7951) à une question posée par un de ses correspondants a parfaitement établi qu'en conformité d'une jurisprudence constante le glaucome chronique, — son développement serait-il favorisé par la nature du travail journellement accompli, — ne pouvait bénéficier ni de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents ni de la législation plus récente du 25 octobre 1919, 1er janvier 1931, 12 décembre 1935 et du 12 juillet 1936 sur les maladies professionnelles.

Sous le couvert de la loi de 1898 en effet la qualification juridique de l'accident exige « une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure » et l'application de la loi sur les maladies professionnelles ne s'exerce qu'en faveur de celles comprises sur la liste dressée par décret. La plus récente est celle du 12 décembre 1935. Nous étudierons ces dernières dans un travail qui paraîtra prochainement dans le *Concours Médical.*

Il importe cependant de préciser que dans certains cas, « l'action soudaine » qui qualifie l'accident peut exister à l'origine des phénomènes glaucomateux et qu'alors — par le fait qu'accident il y a — est applicable la loi de 1898.

C'est le glaucome succédant à un traumatisme accidentel que nous nous proposons d'étudier. Encore devons-nous fixer les limites de notre sujet. Nous n'envisagerons pas les glaucomes se développant après plaies perforantes du globe ou lésions des milieux (corps étrangers intraoculaires, luxation du cristallin, etc.), car si l'origine traumatique est alors indiscutable, il s'agit en réalité de glaucomes secondaires.

Nous étudierons exclusivement les manifestations glaucomateuses consécutives aux contusions et traumatismes simples, ayant porté sur le globe.

Généralement, après ces actions contusionnantes, c'est l'hypotonie qui se produit. Plus exceptionnellement au contraire apparaît l'hypertonie, symptôme principal de l'accès glaucomateux. Cette exception seule nous intéresse. De Græfe ne l'admettait pas comme possible et ce ne fut qu'en 1887 (1) que Ferber en publia une observation démonstrative après violente contusion de l'œil. D'autres faits confirmatifs furent ensuite publiés par différents auteurs, notamment Peters et Sala, surtout par H. Villard (de Montpellier) qui les réunit dans un mémoire des *Annales d'Oculistique* (1905). Cependant malgré les précisions étiologiques établissant le rapport de cause à effet entre le traumatisme et le glaucome, ces observations n'apparurent pas « comme très concluantes » à Gama Pinto (1) dans l'Encyclopédie française d'ophtalmologie. La question fut reprise en 1907 par des observations nouvelles de Villard et dans une communication de Camille Fromaget (2) à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Lisle (3) consacra à ce sujet sa thèse inaugurale ; aux faits déjà publiés il ajouta deux observationsin inédites de Cabannes, et sa conclusion générale fut la suivante : « Le glaucome traumatique aigu est une entité morbide hors de conteste : entre le traumatisme et le glaucome, il y a une absolue et indéniable relation de cause à effet ». Favorolo (4) en 1924 à la Société italienne d'ophtalmologie, sans nier la possibilité du glaucome traumatique, en a souligné l'exception ; mais aussi exceptionnel qu'il soit, il n'en demeure pas moins une réalité. Nous en avons pour preuve confirmative les faits qui, depuis la thèse de Lisle ont été publiés par Cantonnet (5), Grenet (6) surtout dans le deuxième mémoire très important de Fromaget (1913), complète mise au point de la question.

Ainsi, nous pouvons donc considérer comme fixée la possibilité des manifestations glaucomateuses ayant pour cause un traumatisme. Cette donnée étiologique établie, il en découle que le glaucome apparaissant après un accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail » ouvre en faveur de l'ouvrier qui en est victime des droits au bénéfice de la loi du 9 avril 1898. C'est là l'application d'un principe général de droit. Encore faut-il que la matérialité de cet accident initial soit comme pour tout

(1) FERBER. — Dissertation, Berlin.

(1) GAMA PINTO. — Etiologie du glaucome, encyclopédie française d'ophtalmologie, t. V, p. 77.

(2) Camille FROMAGET. — Glaucome traumatique aigu. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 11 janvier 1907. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 9, 1907.

(3) LISLE. — Le glaucome traumatique aigu. Thèse de doctorat, Bordeaux, 1908.

(4) FAVOROLO. — Glaucome traumatique. *Société italienne d'ophtalmologique*, octobre 1924.

(5) CANTONNET. — *Presse médicale*, 1912.

(6) GENET. — Glaucome traumatique. *Société ophtalmologique de Lyon*, 15 février 1925.

(7) Camille et Henri FROMAGET. — Le glaucome traumatique. *Ann. d'Oculistique*, janvier 1913.

autre démontrée et que juridiquement il soit accepté qu'il a été la cause déterminante du glaucome. C'est précisément sur ce point qu'apparaissent les controverses de la procédure. Lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune n'ayant pas encore atteint la quarantaine, — comme le fait est assez fréquent d'après les observations recueillies dans la littérature, — l'étiologie prête moins à discussion ; dans un cas de Cabannes (thèse de Lisle) la malade âgée de 38 ans était suspecte d'hérédo-syphilis par le fait d'une kératite interstitielle ancienne et guérie. Peut-être pouvait-on incriminer cette infection que le traumatisme aurait réveillée. Mais généralement chez les glaucomateux jeunes rien dans les antécédents ne permet de faire intervenir en dehors du traumatisme une cause adjuvante. Il n'en est pas de même au contraire lorsque la victime a dépassé la quarantaine ; car alors elle est à l'âge où apparaît, même sans aucun traumatisme le glaucome. Il n'en est pas de même surtout dans les cas où à cette notion d'âge s'ajoutent des conditions prédisposantes pathologiques (goutte) artériosclérose, hypertension artérielle, etc.) même des accès glaucomateux antérieurs. A ce sujet l'observation suivante (personnelle) nous paraît typique.

Henri L..., 63 ans, chaudronnier au service d'une Compagnie de transports en commun de Bordeaux a été énucléé de l'œil droit en 1907 à la suite d'un accident de travail. Depuis lors, il avait bonne vision de l'œil gauche.

Le 8 janvier 1934, il est atteint à cet œil gauche par un éclat de pierre et sous anesthésie locale à la cocaïne un corps étranger de la cornée a été extrait. Le lendemain, il éprouva de violentes douleurs orbito-oculaires et il constata que sa vue baissait. Il fut néanmoins déclaré guéri. Le 13 janvier il se présentait à ma consultation. L'acuité visuelle de l'œil gauche était inférieure à 1/30. Cet œil était hypertendu au maximum. La pupille dilatée ne réagissait que très faiblement à la lumière. A l'ophtalmoscope la pupille était décolorée.

Le blessé était atteint de glaucome absolu et il en résultait, par le fait de l'énucléation de l'œil droit, un incapacité totale.

La Compagnie-employeur responsable fut prévenue de cet état. Par une lettre du 17 janvier, elle me fit savoir « qu'elle avait constaté depuis plus d'un mois avant l'accident du 3 janvier que l'ouvrier accomplissait son travail avec maladresse et d'une façon défectueuse qui ne lui était pas habituelle » et elle déclinait sa responsabilité « ces phénomènes glaucomateux devant trouver leur origine dans une période largement antérieure à l'accident... ».

L'affaire non encore réglée est, en ce moment, croyons-nous devant la Juridiction d'appel.

Cliniquement, à la lecture des observations il n'existe pas de symptômes particuliers permettant le diagnostic différentiel entre le glaucome spontané et le glaucome traumatique. Le début en est précoce ou tardif : il apparaît chez les uns de quelques secondes à quelques heures ; chez les autres plusieurs jours et parfois plusieurs semaines après l'accident (C. et H. Fromaget). Chez l'un comme chez l'autre le pronostic est le même ; il peut disparaître donc spontanément soit par une thérapeutique médicale ou chirurgicale ou aboutir à la cécité. Il ne semble pas davantage exister de relation entre la nature, la violence du traumatisme et les manifestations glaucomateuses ; chez certains, la force contusionnante a été intense (très souvent la projection d'un bouchon de champagne) dans une observation de Myers, elle s'accompagna de perte de connaissance ; chez d'autres au contraire elle a été minime et s'est réduite à la simple projection d'un corps étranger comme dans notre observation personnelle. Les manœuvres d'extraction par l'irritation qu'elles produisent sur la cornée et leur retentissement possible sur la zone ciliaire ne sont pas également sans importance et souvent aussi il faut tenir compte que des instillations de mydriatiques comme l'atropine dans un but thérapeutique indiqué au début peuvent contribuer à l'apparition de l'hypertension.

De diagnostic différentiel symptomatique ainsi impossible, reste à débattre la question médico-légale de responsabilité patronale.

C'est là plutôt affaire d'interprétation de jurisprudence. Le sujet serait-il de par son âge ou par ses antécédents pathologiques prédisposé au glaucome, en droit c'est toujours la question de l'état antérieur qui se trouve à la base du conflit. Il y a nous semble-t-il identité de situation entre le prédisposé au glaucome dont l'affection se développe après contusion oculaire et le tuberculeux ou le diabétique dont la tare pathologique aggrave le pronostic d'une lésion traumatique. Sur ce point plusieurs arrêts de la Cour de cassation, notamment du 13 novembre 1917 ont fixé que « ni les prédispositions morbides de la victime d'un accident du travail ni la faiblesse résultant de son âge qu'elles aient facilité l'accident ou qu'elles en aient aggravé les suites, ne doivent être prises en considération dans la détermination de la rente... » c'est en vertu de ces arrêts de la Cour Suprême que les droits des victimes ont été reconnus dans les cas cités par Villard, Fromaget, Scheer. Suivant la conclusion de la thèse de Lisle, conclusion médicalement exacte, il importe que le glaucome traumatique ne soit plus discuté et devienne notion classique. Sa méconnaissance serait un véritable injustice.

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Informations Parlementaires

Les travaux de la Commission de l'hygiène de la Chambre, sous la nouvelle législature

La Commission de l'hygiène de la Chambre des députés a demandé, au cours des séances du mois de juillet dernier, que lui soient renvoyés pour étude les rapports déposés par la même Commission au cours de la précédente législature, portant sur les sujets suivants : proposition de M. H. Léculier modifiant partiellement la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, proposition de M. Raoul Brandon concernant l'admission des malades et la prestation des soins dans les hôpitaux et dispensaires, proposition de M. Fié sur le statut légal des auxiliaires médicaux, proposition de résolution de M. Gardiol concernant l'équipement sanitaire du pays, et enfin proposition de loi de M. Xavier Vallat relative à l'institution d'un Ordre des pharmaciens.

Rappelons succinctement la teneur de ces diverses propositions de loi, ou de résolution. M. Léculier proposait tout d'abord d'apporter au régime des aliénés les réformes suivantes : agrandissement et modernisation des établissements publics d'aliénés, unification du mode de recrutement des médecins aliénistes, avec concours d'entrée, décrets fixant l'organisation des asiles et le nombre des places dans chacun d'eux ; en ce qui concerne le placement : création du placement spontané, organisation légale de sorties d'essai, limitation de la durée des mises en observation préalables à l'internement, extension aux aliénés interdits du droit de recours judiciaires. Enfin l'administration provisoire des biens des aliénés serait remaniée, ses pouvoirs étant élargis sous un contrôle précis.

Il n'est pas utile de s'étendre sur la proposition bien connue de M. R. Brandon. Indiquons rapidement qu'elle tend à réserver les hôpitaux et dispensaires publics aux indigents et personnes momentanément privées de ressources. Cette qualité serait déterminée par une Commission spéciale, où serait largement représenté le Corps médical, et qui jugerait sur pièces (quittances de loyers, enquête, etc.). Les seules exceptions à ce principe seraient les cas d'urgence, les cas de maladies contagieuses, les accidents du travail, les assurés sociaux et les pensionnés de guerre. Les mêmes règles seraient applicables aux dispensaires. La Commission de l'hygiène avait donné son approbation à cette proposition.

Elle avait de même conclu au vote, dans le plus bref délai, de la proposition relative au statut des auxiliaires médicaux. Il parut en effet indispensable de ne pas se contenter des dispositions du décret du 25 juin 1922 instituant des diplômes et des spécialisations, et d'améliorer la situation des auxiliaires de la médecine, en complétant leur connaissance et en les dotant d'un statut régulier, ce à la fois dans l'intérêt des médecins et des malades. Dans de nombreux pays étrangers la profession d'auxiliaire médical est aussi strictement réglementée que celle de médecin. La proposition en question tend donc à réserver l'exercice d'une telle profession aux personnes munies du diplôme d'Etat français, créé par le décret de 1922 ; elle règlemente en outre les conditions de cet exercice dans ses rapports avec les médecins (nécessité d'une ordonnance médicale) et l'administration (enregistrement du diplôme). L'exercice illégal par les personnes non diplomées serait sévèrement réprimé.

La Commission de l'hygiène avait d'autre part proposé à la Chambre l'adoption d'une résolution invitant le gouvernement, lors de l'élaboration d'un plan de grands travaux, à dresser un plan complémentaire spécialement affecté aux constructions relatives à la santé publique. Ce plan d'équipement aurait un triple but : l'organisation de services hospitaliers et de cure, l'organisation de centres de prévention et de prophylaxie permettant la lutte contre les fléaux sociaux, enfin l'aménagement de l'éducation physique par la création et le développement des terrains de jeux. Cette étude et cette organisation devrait se poursuivre surtout sur le plan régional, afin de doter la France de l'outillage sanitaire rural qui lui manque actuellement.

Enfin nous signalerons, parce que cette question fut elle aussi à l'ordre du jour pour les médecins, les projets de création d'un Ordre des pharmaciens. Ce projet est d'ailleurs fort rapproché de celui qui avait été adopté par la Chambre en ce qui concerne les médecins. Il y est rappelé que l'Ordre ne s'oppose nullement au Syndicat, que ces deux organismes doivent évoluer côte à côte, l'un défendant les côtés moraux, l'autre les intérêts matériels de la profession, et que ce texte loin d'affaiblir le corps pharmaceutique, le servira en l'aidant à maintenir ses vieilles traditions de science et d'honneur.

J. M.

La Presse et les Sociétés

Les assistantes de police en Suisse

Bien souvent l'application de certaines mesures, dans l'intérêt de la Santé publique, ne rencontrent point de difficultés, parce qu'elles s'appuient sur la crainte de l'intervention d'un agent autorisé muni d'un pouvoir coercitif. Dans ces conditions particulières, la police peut avoir un rôle préventif à remplir et même un rôle d'ordre curatif, notamment en ce qui concerne l'enfance. Toutefois cette besogne est délicate et exige beaucoup de tact. Aussi, dans divers pays, l'idée de doter la police d'auxiliaires féminines a-t-elle fait son chemin.

Le Docteur G. Ichok nous expose qu'en Suisse, où les œuvres pédagogiques se trouvent en très grand nombre, les sociétés d'assistance réclamaient depuis 1912 que les femmes fissent partie de la police pour s'occuper des cas spéciaux. Après un essai infructueux en 1919, on vit enfin le canton de Berne engager la première assistante de police en l'année 1921.

Tandis que l'Allemagne exige de ses candidates, en plus d'un diplôme d'Etat d'assistante sociale, une formation policière spéciale, la Suisse a jugé bon de faire tout autrement. Ce pays a estimé que si les assistantes sociales nommées devaient avoir une tâche nouvelle, elles ne devenaient pas, pour cette raison, fonctionnaires de la police. On devait retenir surtout, parmi les nombreuses candidates, les femmes qui avaient une longue pratique et une expérience approfondie du travail social.

Des assistantes de police existent actuellement presque dans tous les cantons. Leurs attributions ne sont pas rigoureusement déterminées par un règlement ; mais elles varient selon les idées des chefs locaux de police. C'est ainsi qu'à Berne, l'assistante de police, en dehors du travail social courant, est spécialisée dans les affaires criminelles. Elle s'occupe de vols, procède aux enquêtes, fait des perquisitions et recherche les criminels. Elle a le droit et même le devoir d'arrêter ; elle dispose aussi bien d'un revolver que de menottes. Toutefois elle n'intervient, en principe, que lorsqu'il s'agit de femmes et d'enfants.

Le domaine principal d'activité de la police féminine est celui de l'enfance coupable et malheureuse, dans l'instruction d'une affaire ou dans l'interrogatoire des enfants (garçons jusqu à 8 ans, filles jusqu'à 14 ans). De même, pour un délit de mœurs, les enquêtes sont menées entièrement par l'assistante de police. Les résultats une fois transmis au Procureur, le rôle de l'enquêteuse n'est pas terminé : chose extrêmement importante, c'est elle qui comparaît à l'audience, à la place de l'enfant. On évite ainsi à ce dernier toute la mise en scène, qui pourrait exercer une impression durable sur son état d'esprit ; enfin, de ce fait, ses moyens de défense se trouvent également renforcés. Même sans aller devant le Tribunal, l'assistante de police peut déjà exercer son action bienfaisante, si elle reçoit des plaintes dénonçant l'enfant malheureux, exposé aux brutalités et aux mauvais traitements. Dans ces situations, non seulement elle lance des convocations, mais elle procède à une enquête discrète aussi étendue que possible. Il lui sera parfois facile de lutter contre une situation intenable grâce à quelques conseils, quelques recommandations ou simplement en fournissant les adresses d'œuvres utiles. Les familles des inculpés ne sont pas non plus négligées.

L'assistante de police s'occupe également de visiter et de suivre les êtres malheureux, désaxés par l'idée de se supprimer, qui n'ont pas réussi une tentative de suicide. Le cas échéant, elle reste en contact avec les services sociaux de psychiâtrie, qui éventuellement peuvent appliquer le traitement nécessaire.

Enfin la police féminine participe à la lutte contre la prostitution ; comme son collègue masculin, elle a le droit d'arrêter et de réquisitionner. Quand une chance de succès se présente, elle tente d'amener les prostituées à un autre genre de vie.

Voilà des essais encourageants, qui montrent tout le bienfait, que l'on peut tirer de l'emploi des femmes dans certaines missions délicates de police. (*Paris Médical*, 3 octobre 1936.)

G. F.

La réparation de la pneumoconiose en Belgique

Un arrêté royal du 31 juillet 1936 est venu compléter la liste des maladies professionnelles protégées en y inscrivant les lésions de l'appareil respiratoire dues à l'action des poussières d'origine professionnelle. Il doit s'agir de lésions certaines et exclusives dues à l'agent nocif, ayant entraîné, soit la mort, soit une incapacité de travail permanente, totale ou partielle. (*Informations sociales*, 14 septembre 1936.)

J. M.

LA CROIX DU COMBATTANT A CERTAINS CHIRURGIENS MILITAIRES DES RÉSERVES

Une proposition de loi à la Chambre des Députés (1)

Il s'agit là d'une proposition éminemment juste qui consiste, pour certains chirurgiens des réserves, à voir reconnaître honorifiquement leurs services de guerre comme équivalents à ceux qui comportent attribution de la carte de combattant. Ces chirurgiens devront remplir deux conditions :

1° avoir été classés au cours de la guerre dans la catégorie A, dont les titulaires avaient charge des opérations les plus délicates et les plus graves ; comme tels, avoir été affectés, pendant trois mois au moins, à des formations sanitaires (autochir, hôpitaux d'évacuation, etc.) situées dans la zone des armées ;

2° avoir été à un moment donné titulaires de la carte de combattant. Ces spécialistes en resteront ainsi possesseurs même si les susdites formations ne font plus partie, d'après les règlements actuels, de celles qui sont automatiquement attributrices de la carte.

On sait qu'un certain nombre de combattants ont été, par le haut commandement, tenus volontairement à l'écart des postes qui confèrent le droit à la carte du combattant — et cela pour des raisons parfaitement justifiées. Il était indispensable, en effet, pour qu'ils pussent rendre tous les services que l'on attendait de leurs connaissances spéciales, de leur science, et de leur expérience exceptionnelle, qu'ils pussent disposer :

1° d'installations matérielles, qu'il était impossible d'installer sans risques dans les toutes premières lignes ;

2° d'un calme approximatif et d'une liberté de réflexes relative, sans lesquels leur savoir et leur talents n'auraient pu donner leur plein rendement.

Précisons qu'aux chirurgiens classés par le Service de santé, pendant la guerre, dans la catégorie A étaient confiées des opérations qu'il était impossible de réaliser dans les postes de secours et même dans les ambulances divisionnaires, puisqu'elles exigeaient une asepsie et un matériel (salles d'opérations bien équipées, radiologie, chambre noire pour l'extraction des projectiles, etc.), sans lesquels elles eussent été ou désastreuses ou impraticables.

Or, pour ces raisons indépendantes de leur volonté, ces chirurgiens sélectionnés ont été le plus souvent affectés à des formations relativement stables de la zone des armées et, en particulier, dans les auto-chir., H. O. E., etc., formations qui ne donnent pas droit automatiquement à la carte du combatteant.

Privés de cette carte, ils ont cependant conscience d'avoir rempli le seul devoir qu'on leur demandait, dans les postes qu'on leur imposait et, où ils couraient, d'ailleurs, les mêmes dangers que tant de leurs camarades affectés à des formations comportant la carte du combattant. Ne sait-on pas que les auto-chir, certains H. O. E et même certains hôpitaux temporaires, fonctionnaient très souvent dans la même région, dans le même village que les ambulances divisionnaires par exemple, c'est-à-dire à qluelques kilomètres des lignes.

Ces chirurgiens de la catégorie A ont d'ailleurs en même temps hautement servi la science française. C'est, en effet, dans les formations où ils exerçaient leurs qualités que s'est précisé le traitement de la gangrène gazeuse, du tétanos, des plaies cranio-cérébrales, des plaies articulaires et des plaies pénétrantes de l'abdomen qui, dans les guerres précédentes, avaient toujours été mortelles. C'est là encore qu'on a vu le miracle des transfusions sanguines entrer dans la pratique courante.

Voudrait-on continuer à pénaliser, en leur refusant la carte de combattant, ces hommes de science qui sont l'honneur de la chirurgie française ? Accepterons-nous qu'ils soient victimes de leur seule valeur technique en même temps que de leur esprit de discipline ? Car il est bien évident que s'ils avaient pu prévoir que, plus tard, on ne les considérerait pas comme de vrais combattants, ils auraient tout fait pour servir dans des formations qui ne les auraient pas privés de cette qualité.

Il paraît donc urgent que, au moins pour ceux qui — chirurgiens de la catégorie A ayant servi au front et obtenu une première fois la carte du combattant — s'en sont vu refuser le renouvellement par suite des règlements nouveaux, cette carte leur soit rendue.

On ne doit pas confondre ces hommes de talent et de mérite avec ceux qui furent en sécurité volontaire et abusive pendant la guerre, soit avec ceux qui restèrent pour des raisons d'insuffisance ou d'intérêt personnel (âge, situation physique, etc.) éloignés du danger commun.

G. F

Voici le texte de la proposition de loi, qui est à l'étude :

(1) *Journal Officiel*, 18-19 mai 1936.

Art. 1er. — Tout chirurgien militaire de réserve qui, classé au cours de la guerre dans la catégorie A, a été de ce fait affecté, pendant trois mois au moins à des formations sanitaires (autochir, hôpitaux d'évacuation, etc...) situées dans la zone des armées, s'il a été à un moment donné depuis la guerre, titulaire de la carte du combattant, en restera possesseur, même si ces formations ne font plus partie, d'après les règlements actuels, de celles qui sont automatiquement attributrices de la carte.

Art. 2. — La carte du combattant lui sera renouvelée dans les mêmes conditions où il l'avait reçue, et avec toutes les prérogatives qui s'y attachent ; mais cette nouvelle carte comportera un timbre gras précisant (par une sorte d'assimilation avec la Légion d'honneur sans pension) qu'elle ne donne pas droit à l'allocation du combattant.

Art. 3. — Tous les cas particuliers seront soumis à une commission spéciale, choisie parmi les cadres de l'Office du combattant et comportant un tiers au moins de médecins militaires de réserve.

VARIÉTÉS

L'enseignement de l'anatomie et la pratique de la dissection à la fin du XVIIIe siècle dans de vieilles tours à Paris, à Rouen et à Caen

L'enseignement de l'anatomie humaine rencontra de sérieux obstacles jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. La dissection était considérée comme une profanation. Médecins et chirurgiens à Paris se disputaient les rares cadavres de suppliciés qu'on leur permettait une ou deux *fois par an* d'acquérir pour faire publiquement des démonstrations anatomiques. Jusqu'au début du XIXe siècle anatomistes et étudiants, avec la complicité rétribuée des fossoyeurs, allaient nuitamment déterrer les corps récemment inhumés et les transportaient en secret chez eux ou dans leurs amphithéâtres. C'est ce que fit plus d'une fois le célèbre Xavier Bichat qui en 1797 enseignait l'anatomie dans une salle de la vieille tour de la Commanderie de Saint-Jean-de-Latran.

Cette tour reçut en son honneur le nom de Tour Bichat. L'origine de cette tour est fort ancienne. Son style la faisait remonter à Philippe-Auguste. Elle présentait à ses trois étages des salles gothiques assez spacieuses. C'est dans une d'elles que professait Bichat. Malgré la beauté architecturale de ce monument il fut démoli en 1854 lors de la percée de la rue des Ecoles. Il s'élevait en face du Collège de France et une plaque rappelait que l'illustre Bichat y avait fait ses leçons.

Il est assez curieux de constater que c'est dans les vieilles tours moyenâgeuses que souvent on aménageait les amphithéâtre d'anatomie.

Notre très érudit correspondant le Docteur Paul Noury (de Rouen) nous a signalé une annonce parue dans le *Journal de Rouen* du 25 octobre 1786, du Cours de myologie de M. Nicolas Laumonier, ancien chirurgien-major, démonstrateur des hôpitaux et amphithéâtres militaires, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, lithotomiste, pensionnaire de la même ville, membre de l'Académie royale des sciences et des arts de Metz, correspondant de la Société royale de médecine de Paris, professeur royal en anatomie et en chirurgie, qui eut pour successeur le père de Flaubert, à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Laumonier faisait son cours à l'amphithéâtre de la porte Bouvreuil. Cet amphithéâtre était une construction sommaire juchée sur les ruines du donjon du château de Rouen, élevé par Philippe-Auguste en 1204 et où avait été enfermée Jeanne d'Arc. Cette tour a été restaurée ou plutôt reconstruite en 1868-1869 sur les indications de Viollet le Duc.

A Caen, aussi, d'après le Docteur P. Noury, à la même époque, l'amphithéâtre d'anatomie était installé dans une des tours d'enceinte des fortifications de la ville, la tour Machard, aujourd'hui détruite. Le peintre Bénard raconte qu'en 1808, faisant ses études de chirurgie afin d'être enrôlé comme chirurgien d'armée, il y disséquait la nuit à la lueur d'une chandelle. Un hibou survint, éteignit la chandelle d'un coup d'aile et Bénard, terrifié, se trouva dans l'obscurité en face du cadavre. Il n'oublia jamais cette émotion et fit un croquis de la Tour Machard telle qu'elle existait à cette époque.

***

Sans doute, il n'y a aucun lien qui explique l'enseignement de l'anatomie dans ces vieilles tours à Paris, à Rouen et à Caen, mais n'est-il pas curieux de constater ce fait à la même époque ?

J. Noir.

MAINE DE BIRAN ET LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERGERAC

Sous ce titre le Docteur Pierre Lemay publie (1) le registre des séances de la Société que Maine de Biran avait fondée en 1806, alors qu'il était sous-préfet de cette petite ville.

Maine de Biran ! nom prestigieux qui hanta nos songeries de potaches philosophes. L'essentiel de sa doctrine, nous disait-on, c'est « le caractère infaillible de l'aperception immédiate intense qui nous fait saisir notre moi sous la forme d'une volonté entièrement libre, une et indécomposable ». Telle est la langue qu'affectionnent les philosophes !

Notre confrère Lemay présente par bonheur le personnage et la doctrine de façon moins absconse.

C'était le fils d'un médecin de Bergerac. A dix-huit ans il vient à Paris et s'engage dans la Compagnie des gardes du corps. Bien que séduit en 1789 par les idées révolutionnaires il se bat loyalement pour le roi aux journées des 5 et 6 octobre et y est blessé. Sous la Terreur il se réfugie au château maternel de Grateloup en Dordogne.

Après Thermidor, il devient administrateur de ce département, en 1797 est élu au Conseil des Cinq Cents, est destitué par le Directoire lors du Coup d'État du 18 Fructidor, devient conseiller de préfecture, puis sous-préfet, est élu en 1809 aux élections législatives, fait partie de la commission des cinq qui ose adresser des remontrances à Napoléon, applaudit au retour des Bourbons, est nommé questeur de la Chambre, meurt enfin en 1824 et reçoit des funérailles solennelles en présence d'Ampère, Cuvier, Victor Cousin, Guizot, Royer Collard, etc...

En somme figure de haut fonctionnaire, qui, comme de nos jours, tâte volontiers de la politique. Figure aussi d'homme cultivé qui brille dans les salons et recherche les couronnes académiques.

Sans se laisser influencer par de tels titres, notre confrère tient Maine de Biran pour un cyclothymique accompli et relève, dans le journal intime, les phases alternées d'euphorie et d'anxiété, d'activité et d'asthénie.

On le considère comme le psychologue le plus original et le plus profond de l'école française du XIX[e] siècle, et l'on a voulu voir en lui le rénovateur et le chef du spiritualisme. Le Docteur Lemay le range, quant à lui, dans l'école sensualiste de Condillac et de Cabanis. Et les citations qu'il donne en appui à cette thèse paraissent, en effet, assez démonstratives.

(1) Vigot frères, éditeurs, Paris.

« Les variations que chacun découvre en lui-même, dans différents temps, sont certainement proportionnelles à des changements dans l'état physique des organes intérieurs ».

« Ce qui élève l'homme au-dessus de la brute, ce sont les facultés intellectuelles ; néanmoins cette portion de notre être si grand, quelquefois si sublime, à combien peu de chose tient-elle ? un rien va le détruire : qu'un certain vent souffle, que l'atmosphère soit un peu plus pesante, qu'une digestion soit laborieuse, qu'une cause quelconque retarde la filtration du fluide nerveux, l'homme de génie va n'être plus qu'un sot ».

Nul plus que Maine de Biran n'a étudié son moi : « il se regardait vivre ». En somme il aurait été le vrai fondateur de la psychanalyse. André Gide et Marcel Proust seraient ses disciples, et Freud son contrefacteur.

On conçoit qu'un si bel esprit se soit trouvé bien dépourvu dans sa sous-préfecture de Bergerac et qu'il ait songé à fonder un cénacle digne de recueillir le fruit de ses méditations. Que le cénacle ait été uniquement composé de médecins, de chirurgiens, d'officiers de santé et de pharmaciens, il sied de lui en savoir gré et de nous en estimer fort honorés.

Convenons que le programme de cette société médicale était fort intelligemment conçu puisque, outre tout ce qui a trait à l'art de guérir et aux sciences accessoires, il comprend des observations météorologiques, une « topographie médicale », du département, la confrontation de faits ou d'observations sur la nature du sol, la qualité des eaux et de l'air, le régime, la nourriture, le tempérament, le *caractère et les mœurs des habitants*, les maladies habituelles ou accidentelles, les épizooties. Bref un ensemble qui préfigure de façon assez précise le programme des Assises de médecine et de l'Institut de météoro-pathologie de Nice.

De temps à autre Maine de Biran corsait l'attrait des réunions par la lecture d'un mémoire sur le système de Gall, ou bien sur « les impressions effectives internes et externes et sur les sympathies considérées sous le double rapport physique et moral » ou encore des « Nouvelles considérations sur le sommeil, les songes et le somnambulisme ».

Qu'advint-il de la Société médicale de Bergerac ?

Hélas ! Maine de Biran est obligé de constater, le 15 avril 1810, que les séances se sont espacées, les communications se sont raréfiées, les comptes

rendus ne sont même plus rédigés. « Il est impossible de se faire une plus longue illusion sur le relâchement progressif qui s'est introduit, sur l'éloignement, l'inexactitude et l'insouciance de plusieurs membres à s'acquitter des premières obligations que leur titre leur impose.

Il propose quelques réformes ; il propose aussi de fonder un cabinet médical et littéraire chargé d'assurer un service régulier de journaux et d'instruments même aux membres éloignés.

Enfin il verrait volontiers installer une consultation gratuite pour les indigents « qui viendront comme dans le temple d'Epidaure, implorer utilement tous les secours de l'art ».

Vains efforts ! Malgré le cabinet de lecture et la consultation gratuite Bergerac perdit sa Société médicale et Maine de Biran son auditoire.

G. LAVALÉE.

DAME NATURE

Pour donner à ses trois actes un sujet qui sortît de l'ordinaire, un auteur dramatique a imaginé de mettre en scène les jeux et les ris de deux galopins de quatorze ans, lui et elle. Mais les jeux ont été un peu loin et « Dame Nature » s'est montrée généreuse ; si bien que la fillette est enceinte ; elle accouche. Et le public s'ébahit de voir une enfant jouer à la poupée avec un marmot qu'elle vient de mettre au monde, tandis que le papa en culottes courtes contemple son héritier et sent vaguement s'ébranler en lui la fibre paternelle.

Il est probable que des faits-divers récents ont inspiré l'auteur. Depuis quelques mois l'on a entendu parler de plusieurs toutes jeunes filles qui devinrent mères : avec son appétit ordinaire pour les sujets croustillants et quelque peu scandaleux la presse n'a pas manqué d'en faire grand bruit. Elle a même relaté la fin du roman, du moins pour l'une des infortunées : le divorce rapide par lassitude du garçon, et la maladie de la fille épuisée par la précoce maternité. Quant à l'enfant ? ?, mais les médecins savent qu'il n'est généralement pas un bien bel échantillon d'humanité » et que se vérifie une fois de plus à son sujet la vieille malédiction qui fait retomber la faute des pères sur les enfants.

Si faute il y a en pareil cas. De quelle responsabilité pourrait-on charger des enfants alors que, plus valablement, ils seraient en droit de demander compte à leurs parents de leur éducation lâchée, de leur abandon moral.

Mais la faute certaine elle est au passif de l'auteur dramatique. Le plus grand respect, disaient les anciens, est dû aux enfants. Les peindre dans cette situation dont on ne saurait dire si elle est grotesque ou pitoyable ! Peut-on être à ce point dénuée de sujet pour imaginer celui-là.

Et chaque soir un public applaudit, paraît-il, les deux apprentis cabotins déniaisés par leurs rôles insolites et, paraît-il encore, magnifiques de naturel. Bravo !

Celui qui a écrit cette comédie peut se flatter de n'avoir pas perdu son temps : aux enfants il fournit un rare sujet de méditation, et aux grandes personnes l'occasion de se complaire en d'alléchantes perversités.

S'il me permet de lui donner un conseil, je lui suggérerais volontiers un sage parti. Il n'est pas du tout nécessaire, lorsqu'on a des loisirs, de les occuper à écrire trois actes de comédie. Le jeu du bilboquet fait très bien passer le temps ; et il a sur certains jeux littéraires l'avantage d'être inoffensif.

G. LAVALÉE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Clinique médicale des enfants.** (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt.) — M. Nobécourt a commencé le cours de clinique médicale des enfants, le mercredi 4 novembre 1936, à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. — Mardi, à 10 h. 30 : Leçon de médecine et thérapeutique des enfants, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les affections d'origine alimentaire, par M. Jean Cathala, agrégé. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon Tixier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur.

— **Clinique médicale propédeutique.** (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile Sergent. Hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot.) — *Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales*, du lundi 30 novembre au jeudi 10 10 décembre 1936 inclus, par MM. Sergent, Aubin, Baumgartner, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Marc Iselin, Mamou, Mignot, Robert Monod, Poumeau-Delille, Racine, Rouget.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Le droit d'inscription est de 250 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** *Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique*, du 30 novembre au 22 décembre 1936 sous la direction de M. le Professeur Gougerot.

Le cours aura lieu du lundi 30 novembre au mardi 22 décembre 1936, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie ; radiumthérapie ; photothérapie ; électrolyse ; haute fréquence ; neige carbonique ; scarifications ; frotte ; etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Le droit à verser est de 500 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures). Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers, à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi).

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (Professeur : M. Raymond Grégoire.) — M. le Professeur Grégoire a commencé ses leçons cliniques le jeudi 5 novembre 1936, à l'hôpital Saint-Antoine, à 11 heures.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 30 Leçon clinique au lit du malade. — Mardi, 11 heures Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires. — Jeudi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade. — Vendredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires. — Samedi, 9 h. 30 Examens de laboratoire. Séméiologie des maladies de l'appareil urinaire.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** (Professeur : M. Henri Claude.) — *Cours élémentaire de sémiologie psychiatrique.* — M. Lévy-Valensi, agrégé commencera ce cours avec la collaboration de MM. Baruk, Borel, Ceillier, Cénac et Codet, anciens chefs de clinique, le dimanche 22 novembre, à 9 h. 15, (Asile clinique, 1, rue Cabanis), et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Programme. — 1) Généralités, examen d'un psychopathe. — 2) Hallucinations. — 3) Idées délirantes. — 4) Syndromes d'excitation. — 5) Syndromes de dépression. — 6) Troubles mentaux de l'épilepsie. — 7 et 8) Syndromes confusionnels. — 9) Obsessions ; Phobies ; Impulsions. — 10) Perversions ; Toxicomanies. — 11, 12 et 13) Syndromes démentiels. — 14 et 15) Psychiatrie infantile. — 16) Médecine légale psychiatrique. — (Présentation de malades).

Ce cours public est particulièrement destiné aux internes et externes des hôpitaux dispensés du stage.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Sénèque, agrégé a commencé le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 6 novembre 1936, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme : Membre supérieur.

— **Clinique des maladies nerveuses.** — M. le Professeur Georges Guillain a commencé son cours de clinique, le vendredi 13 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (Policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (Amphithéâtre de la clinique Charcot).

— **Hospice de la Salpêtrière.** *Cours de clinique chirurgicale.* (Professeur : M. A. Gosset.) — M. le Professeur A. Gosset a commencé son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 12 novembre 1936, à 11 h. 1/4 et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— **Clinique de la tuberculose** (Hôpital Laennec. Professeur : M. Fernand Bezançon.) — M. le Professeur Bezançon commencera ses leçons à la salle des conférences de la clinique, le vendredi 4 décembre 1936, à

11 heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

SUJET DES LEÇONS : Tuberculose infection et tuberculose maladie.

A partir du 1er décembre, le mardi de 10 à 12 heures, à la salle de conférences : Présentation de malades et examen médico-chirurgicaux, en collaboration avce MM. LARDENNOIS, MAURER et ROLLAND.

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. le Professeur E. OLIVIER a commencé ces conférences le jeudi 5 novembre 1936, à 18 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : Anatomie de la tête, du cou et du thorax.

— **Cours de microbiologie.** (Chargé de cours : M. André PHILIBERT, agrégé.) — Le cours commencera le mardi 24 novembre 1936, à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier, et se continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : Vaccins et sérums dans la pratique médicale.

M. le Docteur Philibert, souffrant ne pourra commencer son cours à la date indiquée. Un avis ultérieur annoncera l'ouverture du cours.

— **Pathologie et thérapeutique générales.** (Professeur M. A. Baudouin.) — M. le Professeur BAUDOUIN a commencé son cours le lundi 16 novembre, à 18 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS : 1° Eléments de pathologie générale infectieuse : infection, réactions de l'organisme, immunité, anaphylaxie, allergie ; 2° Les viciations pathologiques des principaux équilibres métaboliques : métabolisme basal, équilibre acido-basique, métabolisme des graisses, des sucres, de l'azote.

— **Pathologie médicale**, (Professeur : M. Abrami.) — M. CATHALA, agrégé, a commencé ses leçons le mardi 10 novembre, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : Pathologie du foie.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— ***IXe Congrès international de médecine et pharmacie militaires*** (Bucarest, 8-14 mai 1937). — Comité exécutif : président, Méd. gén. Iliescu C. ; vice-président, Méd. col. Marinescu N. ; secrétaire général, Méd. cap. M. Popescu Buzeu.

Secrétariat général : secrétaire général, Méd. cap. M. Popescu Buzeu ; trésorier, adm. lt. Dogaru.

Programme scientifique. — 1. Organisation et fonctionnement du Service de santé dans les opérations combinées des armées de terre et de mer (Rapporteurs : Etats-Unis, Grande-Bretagne). — 2. Transport, hospitalisation et traitement des blessés gazés (Rapporteurs : Allemagne, U. R. S. S., Yougoslavie). — 3. Organisation et fonctionnement du service chirurgical dans les troupes motorisées (Rapporteurs : Espagne, Roumanie). — 4. Utilisation des méthodes colorimétriques en analyse dans les laboratoires (Rapporteurs : Japon, Suisse). — 5. Les édentés aux armées. Définition. Traitement. Appareillage. Utilisation militaire en temps de paix et en temps de guerre (Rapporteurs : Grèce, Pays-Bas). — 6. Etude comparative du ravitaillement en vivres et de l'alimentation des malades et des blessés en temps de paix et en temps de guerre (Rapporteurs : France, Turquie).

Voyage, logements, excursions. — Le Comité d'organisation a décidé, afin de faciliter le voyage des congressistes étrangers, de nommer la Compagnie Wagons-Lits /Cook, agent officiel du Congrès.

Séjour à Bucarest et à Sinaïa. — Huit jours pension complète, transport, autocar, depuis : 3.200 jusqu'à 6.000 lei, suivant la catégorie des hôtels.

Excursions. — Les excursions suivantes seront organisées après clôture du Congrès : 1. Delta ; 2. Mer Noire Roumanie ; 3. Monastères de la Bucovine. 4. Portes de fer.

Taxe de participation au Congrès. — 1.000 lei pour les membres titulaires et 600 lei pour les membres adhérents à verser à l'agence Wagons-Lits /Cook où l'on s'inscrit, ou par mandat postal international à la Trésorerie du Congrès.

Secrétaire général : M. Popescu Buzeu, Institut Sanitar Militar, Bucarest-IIe.

— **L'aviation sanitaire en U. R. S. S.** — L'aviation sanitaire a fait, en Russie Soviétique, des progrès intéressants à signaler. La Croix-Rouge est en train de former médecins et des infirmières parachutistes. On comprend l'utilité de ce personnel lorsqu'il s'agit de porter des secours d'urgence dans des endroits où l'atterrissage d'un avion peut être difficile ou impossible, soit à cause de la configuration ou du bouleversement du terrain, soit en raison des conditions atmosphériques. (*Bruxelles-Médical*).

— **Statistique des journaux professionnels.** — Il se publie en France près de 2.000 journaux professionnels, entre autres 260 journaux d'alimentation, 270 de finances, 134 d'organisation commerciale, 30 de métallurgie, 50 d'électricité, 25 de sténographie, 12 de magnétisme, 3 de pompes funèbres, 4 de concierges, 4 de sapeurs-pompiers.... et..... 250 journaux de médecine, environ

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

9.180. — Les médecins d'hôpitaux et les malades payants

La Commission administrative de l'hôpital m'a donné en communication aux titres de médecin de l'hôpital et de président du Syndicat, la Circulaire du ministre de la Santé publique relative au choix et à la rémunération des médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices, parue dans le *Concours* du 11 octobre 1936, pages 2872-73.

Avant de répondre à la Commission d'accord avec mon collègue B..., chirurgien, et le Docteur L..., tous les trois membres du Sou médical, je serais très heureux d'avoir votre avis sur la ligne de conduite que nous devons suivre.

Le règlement de l'hôpital permet l'entente directe pour les malades payants, mais cette clause devient illégale par suite de l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 21 février 1936 (Armateurs Français c Dr Dufour, La Rochelle).

Si cet arrêt n'a qu'une importance relative pour le médecin *il n'en est pas de même pour le chirurgien qui* fait toute sa chirurgie à l'hôpital (salles communes et chambres payantes), il n'y a pas de maison de santé à E...

Autre point, la Commission administrative ne paraît pas vouloir permettre l'accès de l'hôpital aux médecins en dehors de son personnel médical.

Situation embarrassante ! c'est pourquoi nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous donner votre avis autorisé.

Dr G.

Réponse

L'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936 relatif à la situation des médecins d'établissements publics hospitaliers, à l'égard des malades payants admis dans ces établissement, n'a nullement pour conséquence de priver les médecins ou chirurgiens d'hôpitaux du droit de recevoir une rémunération spéciale ou supplémentaire pour soins donnés à ces malades payants. Bien au contraire, le Conseiller d'Etat rapporteur de cette affaire a expressément reconnu le droit pour les médecins agents de ce service public, de ne pas prêter *leur assistance gratuite ou quasi-gratuite* aux malades qui ne sont pas privés de ressources. Il n'y a, dit-il, aucune impossibilité pratique, il y a au contraire les plus fortes raisons d'admettre dans tous les cas de ce genre une *rémunération particulière.*

Les seules conséquences de l'arrêt du Conseil

d'Etat en question sont seulement que cette rémunération ne peut plus être perçue ou recouvrée directement par le médecin sur les malades payants. Cette rémunération doit au contraire être fixée par le Règlement intérieur de l'établissement et être recouvrée par l'Administration hospitalière comme une taxe ordinaire. Elle est ensuite répartie à l'intérieur du Corps médical de l'établissement selon les statuts des différents intéressés et constitue pour ces derniers un supplément de traitement. En pratique, le Corps médical et chirurgical des hôpitaux doit donc se mettre d'accord avec les Commissions administratives des différents hôpitaux pour fixer avec elles le tarif auquel seront admises les différentes catégories de malades payants ainsi que les modalités de perception et de répartition des indemnités ainsi versées par ces derniers.

Le fait que la Circulaire ministérielle du 28 septembre 1936 publiée au *Journal Officiel* du 3 octobre dernier préconise pour tous hospices, cliniques ou maisons de santé édifiés avec le concours financier de l'Etat, des départements et des communes, l'une des deux solutions suivantes : 1° le traitement des malades payants suivant un prix de journée forfaitaire comprenant les soins médicaux et chirurgicaux avec limitation des interventions au seul personnel médical attaché à l'établissement ; 2° une rémunération à l'acte médical, mais avec suppression d'un monopole accordé à un petit nombre de chirurgiens ou de médecins attachés à l'établissement et avec ouverture de l'hôpital à une liste de praticiens offrant toutes garanties désirables, ne constitue simplement qu'une opinion doctrinale et non une injonction administrative ou une disposition réglementaire s'imposant aux Commission administratives.

En effet, d'après la loi actuelle sur les hôpitaux publics, les Commissions administratives possèdent l'autonomie la plus entière sous la seule limite des règles légales en ce qui concerne le recrutement de leur corps médical ou chirurgical. Elles sont parfaitement libres de refuser l'accès de leur établissement à tous les médecins locaux ou même aux médecins-praticiens présentant toute garantie technique suffisante et choisis par les Syndicats locaux.

En l'espèce, la Commission administrative de l'hôpital peut donc parfaitement réserver à son seul personnel médical les interventions relatives aux malades payants. Elle n'est pas obligée non plus d'instituer dans ce cas un prix de journée forfaitaire, ainsi que le voudrait la Circulaire ministérielle qui, d'ailleurs, exprime plus des vœux que des ordres (cette façon de procéder me paraît... j'estime... les malades peuvent...). Dans ce cas encore le chirurgien peut continuer à recevoir à titre de supplément de traitement la rémunération à l'acte médical accompli d'après

le tarif dressé d'accord entre lui et la Commission administrative.

Au reste, les rapports entre l'établissement et les malades payants sont juridiquement indépendants de ceux existant entre l'hôpital et le chirurgien et il n'est pas nécessaire qu'il existe un parallélisme complet entre les indemnités versées à l'hôpital par ces malades et la rémunération versée au chirurgien.

9.247. — La taxe d'enlèvement des ordures ménagères est à la charge du locataire

La ville que j'habite a voté au début de cette année une taxe de 4 % sur le revenu des immeubles desservis pour l'enlèvement des ordures ménagères. Le propriétaire a-t-il le droit de faire payer cette taxe par le locataire de l'immeuble ?

Dr D.

Réponse

La taxe d'enlèvement des ordures ménagères est un impôt à la charge du locataire et qui est porté, par l'Administration, au compte du propriétaire. Celui-ci est, en quelque sorte, le collecteur de cet impôt et doit se le faire rembourser par ses locataires au prorata de leur loyer.

Il n'en n'est autrement que dans le cas où une clause du bail précise que cet impôt doit rester à la charge personnelle du propriétaire.

A défaut de convention contraire dans les contrats de location, vous pourrez donc vous faire rembourser par vos locataires la nouvelle taxe imposée par la ville. Mais il convient d'observer que le remboursement ne pourrait être exigé de locataires qui jouiraient du bénéfice de la prorogation légale de la loi du 29 juin 1929 et qui rembourseraient les charges au propriétaire moyennant un forfait égal à 30 % de la valeur locative de 1914.

9.872. — Qui est responsable des honoraires pour un accident survenu dans une école

Habitant à proximité des écoles, il est très fréquent que des enfants blessés ou malades soient conduits chez moi. A qui dois-je adresser la note de mes honoraires ?

Dr R.

Réponse

En vertu de l'art. 1384 du Code civil, les instituteurs sont présumés responsables des accidents causés aux tiers par le fait des élèves placés sous leur garde. Il s'en suit que lorsqu'un élève d'une école a été victime d'un accident par le

fait de l'un de ses camarades, ses parents ont à l'égard de l'Etat un recours pour obtenir le remboursement des frais médicaux ou autres qu'ils ont dû exposer et la réparation de l'incapacité permanente partielle qui pourrait résulter de l'accident. Ce recours doit être dirigé contre le Préfet du département et est de la compétence des Tribunaux civils.

Par contre, aucun recours de ce genre n'existerait au cas où l'accident serait survenu sans le fait d'un camarade. Dans ce cas l'Etat ou l'Institution ne seraient responsables de cet accident que si les représentants légaux de l'enfant étaient en mesure d'établir à l'égard de ces derniers l'existence d'une faute et la relation de cause à effet entre cette faute et le préjudice subi. Cette action serait, s'il s'agit de l'Etat, de la compétence des Tribunaux administratifs. Dans ce cas, toutefois, les parents pourraient avoir un recours direct de la compétence des Tribunaux judiciaires ordinaires, au cas où l'accident serait attribuable à une faute de l'instituteur se détachant de sa fonction. L'action serait alors dirigée contre ce dernier et non plus contre l'Administration.

En ce qui vous concerne, vous n'avez théoriquement pas à vous préoccuper de ces recours successifs. Vous êtes toujours créancier des parents de l'enfant soigné par vous, même si ces derniers ne vous ont pas appelé auprès du malade. En effet, les parents sont tenus à son égard aux obligations alimentaires prévues par les articles 205 et suivants du Code civil et de vous payer les soins qui lui ont été donnés.

D'autre part, si vous avez été mis en œuvre par un instituteur ou un préposé du Directeur de l'école et si ce dernier ne vous a pas expressément fait connaître qu'il n'entendait pas prendre à sa charge le paiement de vos honoraires, il doit être considéré comme s'étant tacitement engagé à votre égard et pourrait être poursuivi directement par vous en payement de votre note.

Enfin, si vous avez affaire à des parents insolvables et si le Directeur de l'école n'a pas pris d'engagement tacite ou exprès à votre égard, il paraîtrait préférable que vous adressiez votre note directement au Préfet au cas où la responsabilité de l'Etat serait engagée dans les termes de l'article 1384 précité.

9.204. — Prélèvement sur les honoraires médicaux

Les « lois sociales » dernièrement votées ont, entre autres, abrogé le prélèvement de 10 % sur les salaires, traitements, etc.

Comment se fait-il que le Corps médical n'ait pu bénéficier de cette abrogation ?

L'Etat, les Administrations départementales, continuent à nous payer nos mémoires d'assistance, nos mémoires pour victimes de la guerre, etc., avec la réduction de 10 %. N'est-ce pas abusif ?

Dr C.

Réponse

Il est exact qu'une loi du 20 juin 1936 est venue non pas supprimer, mais réduire le montant du prélèvement institué sur les traitements et salaires par le décret-loi du 16 juillet 1935.

Mais les dispositions de cette loi s'appliquent uniquement aux rémunérations versées en exécution d'un contrat de louage de services et ne peuvent être invoquées lorsqu'il s'agit au contraire de sommes dues en exécution d'un contrat de louage d'ouvrage ordinaire, c'est-à-dire dans tous les cas où le médecin se trouve, à l'égard de l'Administration, dans la même situation qu'à l'égard d'un client ordinaire.

C'est donc à bon droit que les collectivités publiques continuent à retenir 10 % sur vos honoraires pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits, aux assurés indigents ou aux pensionnés de guerre.

ASSURANCES SOCIALES

8728. — Octroi des prestations-maladie au cas où les conditions de versements ne sont pas remplies

Je soigne une jeune fille qui a subi récemment une grave opération (incision du tibia pour ostéomyélite). C'est une assurée qui a été opérée en clinique et qui était persuadée qu'elle était bénéficiaire des Assurances sociales.

Or, après plusieurs réclamations, elle reçoit la réponse que je vous communique. Est-il possible que pour 0 fr. 10 en moins cette malade perde 5 à 6.000 francs. Ne pensez-vous pas qu'elle aurait gain de cause en réclamant ou tout au moins en sollicitant — mais à qui — une mesure gracieuse en sa faveur.

Si la est la loi certes... mais n'est-ce pas le cas de redire : la lettre tue et l'esprit vivifie !

Dr L.

Réponse

Il est certain qu'en vertu de l'art. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, l'assuré ne peut avoir droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie que si elle a subi par précompte sur son salaire une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, ou de 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédents.

Puisqu'en l'espèce cette condition n'est pas remplie, l'intéressée est dénuée de tout droit à l'égard de sa Caisse et perdrait certainement en cas de poursuites devant la Commission d'arrondissement, sans qu'il importe que le montant réel de ses cotisations ne soit inférieur que de 0 fr. 10 au chiffre minimum.

Il apparaît difficile en l'espèce que cette application stricte des règles juridiques ne soit pas observée par la Caisse d'assurances sociales, car elle est en effet liée à la fois par ses statuts et par les règles légales. En tout cas, la décision ne peut dépendre que d'elle seule puisqu'elle jouit dans une grande mesure d'une autonomie administrative et financière et qu'elle est régie par les dispositions de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels.

La seule manière d'obtenir une décision gracieuse à cet égard, serait que l'assurée fasse une demande au Conseil d'administration de sa Caisse qui, seul, aurait qualité pour prendre une décision, en invoquant les dispositions de l'art. 34, parag. 2 du décret-loi, c'est-à-dire en demandant que les prestations maladie auxquelles elle aurait eu droit si elle avait rempli les conditions de cotisation prescrites, lui soient versées à titre de prestations complémentaires par prélèvement sur les soldes bénéficiaires de cette Caisse.

9.216. — L'aliénation mentale au point de vue assurances sociales

Dans le numéro du *Concours Médical* du 11 octobre dernier, je lis à la page 2932 dans votre réponse à une question concernant le point de départ de la pension d'invalidité : « La pension d'invalidité d'un assuré social prend effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé. » Or, je viens de soigner un jeune homme actuellement interné dans un asile d'aliénés. Il est en traitement depuis plus de six mois. Il cotise depuis plus de quatre ans. Son état s'aggrave de plus en plus. Il est alimenté par une sonde nasale. Il ne fait aucun doute qu'il a droit à une pension d'invalidité. Mais son état mental le met dans l'impossibilité absolue de présenter lui-même sa demande de pension. Dans ce cas je voudrais bien savoir quelle est la personne qui pourrait la présenter à sa place et quelles sont les formalités à remplir en pareil cas. Je voudrais également savoir si les Assurances sociales assument la charge de participer aux frais d'internement et dans quelles proportions.

Dr C.

Réponse

Nous croyons qu'en effet votre client est en droit de prétendre aux prestations de l'assurance-

invalidité s'il remplit les conditions de cotisation prévues par la loi, au cours des huit trimestres civils précédant la première constatation de sa maladie.

Il résulte en effet de l'arrêté ministériel du 5 août 1933 dressant la liste des affections entraînant une invalidité de plus de 66 % que l'aliénation mentale justifiant l'internement, constitue une affection de cette nature. Les formalités à remplir pour demander les prestations invalidité sont les suivantes.

La demande doit être adressée à la Caisse primaire d'assurance-maladie, à laquelle est affilié l'intéressé et doit comprendre la carte d'immatriculation de l'assuré, un certificat de son médecin-traitant établi sur une formule conforme au modèle officiel, attestant que l'affection dont est atteint l'intéressé réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail, un extrait de son acte de naissance et, s'il a des charges de famille, un extrait de l'acte de naissance de chacun de ses enfants à charge.

En principe évidemment cette demande doit être formulée par l'assuré lui-même. Mais si ce dernier, par suite de son état, est dans l'incapacité juridique de faire valoir ses droits, la demande doit être formée alors par son représentant légal, à savoir son administrateur provisoire *s'il est interné, mais non interdit,* et dans le cas contraire le tuteur qui lui a été donné lors de son interdiction. S'il ne lui a été nommé aucun administrateur provisoire, cette nomination doit être faite par le Tribunal civil de son domicile sur demande de son conjoint ou de ses parents ou même du ministère public. En général lorsqu'il s'agit d'aliénés internés dans les asiles publics, l'administrateur provisoire est le directeur de l'établissement.

Il n'est pas douteux que les Assurances sociales doivent contribuer aux frais de traitement de l'aliéné. Les modalités de cette contribution ont été fixées par la Circulaire ministérielle du 16 février 1932 (*Journal Officiel* du 27 février). D'après cette circulaire il convient de faire application aux assurés sociaux aliénés de toutes les dispositions concernant l'assurance-maladie. Le traitement de l'aliénation mentale comportant normalement l'hospitalisation, les Caisses doivent passer des conventions avec les établissements qualifiés. En vertu de ces conventions, les prestations à la charge des Caisses se composent de deux parties distinctes : les frais d'hospitalisation tout d'abord comprenant les frais de séjour fixés au Tarif le plus bas des malades payants (Tarif auquel doit être admis l'assuré dans l'établissement s'il s'agit d'un Asile public) et en second lieu les honoraires médicaux tels qu'ils sont prévus en cas d'hospitalisation ordinaire. *Lorsqu'il s'agit d'asiles publics,* cette indemnité pour honoraires médicaux consiste

simplement dans le remboursement par la Caisse d'une fraction du traitement du médecin de l'asile. Il est spécifié dans la circulaire en question que dans le choix des asiles avec lesquels elles traitent et, partant, dans la détermination de leur tarif de responsabilité, les Caisses ne doivent pas tenir compte uniquement des raisons financières car si les prix de journée varient d'un asile à l'autre, il en va de même des conditions d'hospitalisation, d'organisation et de fonctionnement. Or il est essentiel que les services dans lesquels sont traités les assurés sociaux présentent toutes les garanties techniques susceptibles de permettre des soins convenables et un traitement approprié à leur état.

D'autre part, les assurés doivent de préférence être soignés dans les établissements proches du lieu de leur résidence, afin de permettre à leur famille de s'intéresser plus facilement à leur sort, et de laisser ainsi jouer un élément moral qui joue un rôle important dans le traitement de l'aliénation mentale.

9.155. — Signature de l'acquit des honoraires médicaux

J'ai des malades soignés au titre de l'Assurance sociale. Il arrive très souvent que ces malades ne peuvent pas m'acquitter de suite les honoraires. J'ai alors comme habitude de ne pas signer les feuilles à l'endroit marqué « signature du médecin donnant quittance ».

Mais il arrive la chose suivante : ces feuilles sont retournées aux malades en leur spécifiant cette signature sous peine de déchéance de tous leurs droits de recouvrements. J'ai été ainsi obligé pour permettre aux malades de toucher l'argent de signer, ce qui est en somme un faux.

Je voudrais donc savoir :

1° Suis-je obligé de signer ?

2° Et si non quel recours a le malade pour expliquer la cause de mon refus (c'est-à-dire parce qu'il n'a pas encore acquitté mes honoraires) ?

3° Est-ce légal le refus de la Caisse de rembourser le malade par défaut de ma signature ?

Dr J.

Réponse

Il est incontestable, au point de vue juridique, que le médecin traitant d'un assuré social ne doit jamais signer l'acquit, sur les feuilles de maladie de son client, avant d'avoir été intégralement réglé de ses honoraires par ce dernier. Toute contravention à cette règle, non seulement entraînerait pour le médecin, la perte de tout recours contre son client qui pourra toujours ultérieurement lui opposer cet acquit au cas où il viendrait à lui réclamer le solde de ses honoraires

mais encore le rendrait passible des peines prévues par l'article 27 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales. Conformément à cet article 27 paragraphe 1er, est passible d'une amende de 16 à 500 francs quiconque se rendrait coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues. Lorsque ce « quiconque » est un médecin, il peut être exclu en outre, du service de l'Assurance s'il s'agit d'une fausse déclaration intentionnelle. Si, en outre, il est coupable de collusion avec l'assuré, il est passible d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois. La signature anticipée de la feuille d'assurances sociales tombe aussi, d'ailleurs, sous le coup de l'article 27 paragraphe 3 qui punit d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, toute ristourne sur honoraires médicaux faite à des assurés dans le but d'attirer, de tenter d'attirer ou de retenir les assurés dans un cabinet médical. Toutefois, ce délit ne se trouve réalisé que si l'on établit l'intention délictueuse (attirer ou tenter d'attirer un assuré dans son cabinet) ce qui ne serait pas évidemment le cas, en l'espèce.

Le mieux serait, si vos clients ne sont pas toujours en mesure de faire l'avance de vos honoraires, qu'ils demandent à leurs Caisses conformément à l'article 6 paragraphe 5 du décret-loi, une avance sur la part qui leur sera remboursée ultérieurement. Les conditions de cette avance doivent, conformément à l'article 115 paragraphe H du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, être prévues obligatoirement par le règlement intérieur de la Caisse. L'assuré devrait donc demander à la Caisse communication de ce règlement afin d'être au courant des formalités qu'il peut avoir à remplir.

9.341. — Cotisations des femmes de ménage

Sauf les dimanches, j'emploie une femme de ménage pendant 1 h. 1 /2 par jour pour le prix de 5 fr. 50.

Suivant l'art. 1er du décret du 28 octobre 1935 il semble bien indiqué qu'elle doit être déclarée par mes soins aux Assurances sociales pour la somme annuelle de 1.721 francs (313 × 5,50).

Toutefois, *ce cas n'entrerait-il pas dans ceux visés* au nº 4.251 du *Concours Médical* du 14 juin 1936, c'est à-dire dans les cas concernant les domestiques et les gens de maison, dont les cotisations ont pour base un salaire forfaitaire qui a été établi pour 1936 par l'arrêté du 27 janvier 1936 ?

Dr R.

Réponse

Il est exact qu'en vertu de l'art. 2, parag. 14

du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les cotisations concernant les domestiques et gens de maison ne sont pas calculées sur le salaire réel de ces derniers, mais sur un salaire forfaitaire déterminé par arrêté ministériel.

Toutefois d'après l'opinion administrative, il n'y a pas lieu de considérer les femmes de ménage comme rentrant dans la catégorie des gens de maison. Ces dernières sont au contraire, lorsqu'elles ne sont pas attachées à un même employeur, ni logées et nourries par lui, considérées comme des salariées ordinaires et par conséquent doivent faire l'objet d'une déclaration par l'employeur, et voient leur double cotisation patronale et ouvrière calculée au taux de 7 % pour l'année 1936 et de 8 % pour l'année 1937 sur le chiffre de leur salaire réel.

9.795. — Cotisation patronale pour les salariés de plus de 60 ans

Faisant état de votre consultation n° 5.663, déclarant que les assurés sociaux, âgés de plus de 60 ans, ne peuvent plus prétendre aux prestations de l'assurance-maladie, j'ai refusé de payer la cotisation patronale pour ma cuisinière âgée de 64 ans, qui touche depuis un an sa pension de retraite. En effet, si, d'après le décret, l'assuré est radié de l'assurance, aucune cotisation n'est due.

Le Comité parisien des Assurances sociales me fait savoir que la cotisation patronale est toujours due et payable trimestriellement.

Je vous serais reconnaissant de me préciser le texte de la réponse 5.663.

Dr M.

Réponse

Il est exact qu'en vertu du nouveau régime des Assurances sociales, institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les assurés sociaux âgés de soixante ans ne peuvent plus continuer à faire partie des Assurances mais en sont automatiquement radiés dès qu'ils atteignent cet âge; ceci ne veut pas dire toutefois, que les patrons employant des salariés de plus de 60 ans soient libérés de toute obligation à l'égard des Assurances sociales en ce qui les concerne. Bien au contraire, en vertu de l'article 3 paragraphe 2 du décret-loi précité, la contribution patronale reste due pour l'emploi de tout salarié français ou étranger âgé de plus de 60 ans. Cette contribution doit être acquittée trimestriellement aux mêmes époques et dans les mêmes formes que la contribution patronale et ouvrière ordinaire et est versée périodiquement à un fond de solidarité dont le but est de verser aux assurés sociaux des allocations supplémentaires au delà des droits que leur accorde la loi.

Cette disposition est d'ailleurs fort logique

et son but est facile à comprendre : si la loi n'avait pas maintenu l'obligation pour les patrons de verser des cotisations normales pour les assurés de plus de 60 ans, ceux-ci se seraient trouvés favorisés par rapport aux salariés plus jeunes et le régime des Assurances sociales aurait pu être, pour ces derniers, une cause de difficulté pour trouver un emploi.

9.417. — Recouvrement des mémoires d'honoraires arriérés pour soins aux assurés sociaux indigents

Je me permets de vous poser une question à propos des assurés sociaux notoirement indigents.

Avec le nouveau système en vigueur depuis le 1er avril 1936, c'est le tarif de responsabilité des Caisses qui a cours, je crois, au lieu de celui des accidents du travail. Alors, en cas d'intervention autre que celles de pratique courante, le payement sur la base du K X exclut-il le payement des visites consécutives pendant vingt jours ? Par exemple une fracture de jambe avec appareil plâtré donne K20 ; mais il est nécessaire de revoir le blessé plusieurs fois pendant les vingt jours qui suivent l'application ; les visites faites durant ces vingt jours sont-elles intégrées dans le prix de K 20 ou payées en plus ? Je pense que les visites faites après les vingt jours sont dues par la Caisse.

Jusqu'à présent la Préfecture avait toujours refusé de régler les mémoires des indigents assurés sociaux, elle renvoyait les médecins aux Caisses qui elles-mêmes refusaient ou payaient selon leur tarif de responsabilité (12 francs la visite) ; il serait sans doute trop tard pour réclamer les sommes impayées de ce fait depuis plusieurs années jusqu'au 1er avril dernier.

Dr D.

Réponse

En vertu de l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, les honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents sont calculés non plus comme autrefois, d'après le tarif des accidents du travail, mais selon le tarif de responsabilité des Caisses des assurés. En ce qui concerne les actes de spécialités, ce tarif de responsabilité est établi suivant la nomenclature de la Confédération des Syndicats médicaux ; le remboursement forfaitaire correspondant à une intervention déterminée comprend, tout à la fois, les honoraires de cette intervention et le prix des visites consécutives pendant vingt jours. Mais bien entendu, *si, au delà de ce délai,* l'état de l'assuré nécessite des visites complémen-

taires, ces dernières ne sont pas comprises dans le forfait et doivent faire l'objet d'un remboursement spécial suivant le tarif ordinaire.

Nous ne pensons pas que la prescription soit encourue le moins du monde en ce qui concerne les mémoires arriérés pour soins donnés aux assurés sociaux notoirement indigents. Il résulte, en effet, d'une réponse ministérielle n° 6.697 parue au *Journal Officiel* du 18 avril 1934, qu'aucune prescription ne saurait être opposée à un praticien qui a produit, dans les conditions réglementaires, les justifications des sommes qui lui sont dues pour les dépenses prévues par l'article 59 de la loi sur les Assurances sociales. Autrement dit, le médecin qui a fait parvenir ses mémoires à la collectivité d'assistance débitrice de ses honoraires, c'est-à-dire soit à la commune de secours de ces assurés, soit au service départemental d'Assistance, ne saurait se voir refuser le payement de ses mémoires sous prétexte que l'Administration en a retardé le règlement. Il est toujours fondé à poursuivre judiciairement le recouvrement de ses honoraires en dirigeant son action contre la collectivité débitrice qui est d'après l'article 151 du règlement d'administration publique de la loi de 1930 et la jurisprudence de la Cour de cassation (en ce qui concerne le régime antérieur) la commune du domicile de secours de ses clients. Cette action doit être portée devant la Commission d'arrondissement du siège de cette commune. Pour cela, le médecin intéressé doit, tout d'abord, mettre en demeure le Maire de chaque commune débitrice, par lettre recommandée, avec avis de réception, d'avoir à opérer le règlement des mémoires en retard. La Commission compétente est ensuite saisie, par lettre recommandée, adressée à son président, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours du refus opposé par le Maire, ou, en cas de non réponse, de l'expiration d'un délai de deux mois équivalent à une décision implicite de rejet. Lorsque le médecin a obtenu une décision définitive condamnant la commune à lui payer ses honoraires, il peut poursuivre l'exécution de cette décision par les moyens du droit administratif, c'est-à-dire en demandant au Préfet l'inscription d'office, au budget de la commune, de sa créance. Au cas où le Préfet refuserait de procéder à cette inscription d'office, un recours peut être formé devant le Conseil d'Etat. La dépense inscrite d'office est payée sur les crédits des dépenses imprévues de la commune ou, s'il n'existe pas de crédits de ce genre, par le moyen de l'émission d'une contribution extraordinaire.

Telle est la procédure qu'il y aurait lien de suivre si vous voulez obtenir le règlement de vos mémoires arriérés.

Cinquante-huitième année N° 48 29 Novembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Propos du Jour

Partie Scientifique

L'Actualité Scientifique

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

A travers l'Officiel

Correspondance

● ● ●

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Rendre le médicament agréable, c'est doubler sa valeur thérapeutique, car l'estomac qui l'accepte bien le digère mieux. Dans les dyspepsies, donner des TABLETTES DE MANGAÏNE, c'est guérir vite et agréablement le malade.

Héliothérapie, Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Les Fougères, par Brantôme (Dordogne). Mais. santé pour enf., surveil. méd. constante. Ecole. Prix à part. 15 frs.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DEMANDES ET OFFRES

Nº 310. — Seine-et-Oise. Très urgent, 65 km. Paris, poste pro-pharmac., site agréab., chasse et pêche, pas de sage-femme, susceptib. augmentat. par confr. jeune et actif. Belle maison tout confort, garage, jardins, eau, électr. Loyer : 3.620. Prix demandé : 20.000 dont 10.000 comptant.

Nº 311. — Gde banlieue. Poste pro-pharmac. banlieue agréab. Paris, 50 km. Loyer 4.000. Tenu par le même depuis 8 ans, plein essor, départ cause santé. Affaire importante, fixes divers. Prix dem. 50.000 dont 30.000 compt. Longue présentat.

Nº 312. — A céder client. agréab. belle région sud Bretagne. Chiffre moyen suscept. augmentat. Belle maison tout confort, jardin. Loyer modéré.

Nº 313. — Praticien 55 ans, actif, disposant capitaux, reprendr. Marseille ou gr. ville Sud-Est, ancien et bon cabinet honorab. connu de méd. génér., accouch., gynécol., etc... A défaut, import. poste pro-pharmac., maison tout confort, mêmes régions.

Nº 314. — Jne doct. hab. Paris, non installé, désire aider confr. surchargé ou âgé, en vue ou non installat. ; ferait remplacem. ou donnerait consultat. dans hôpit.

Nº 315.— Personne connaiss. très à fond secrétariat et et conduisant parfait. auto, recherche situat. auprès docteur des hôpitaux.

Nº 316. — Confr. achète documents, plans, gravures, etc., concernant Thionville (Diedenhofen) et environs ; ferait évent. différ. échanges selon collect. Serait heureux recevoir offres.

Nº 317. — Jne méd. Faculté Paris, assist. sana. libre à partir 15 décemb., actif et sérieux, cherche place dans sana ou clin., aiderait confr. surchargé. Prétent. mod.

Nº 318. — Dame munie référ. médic., recomm. par confrère, désire trouver massages à exécuter à domicile ou dans cabinet médical.

Nº 319. — Situat. médicale dans gros bourg à reprendre. Indemnité minime. Très pressé.

Nº 320. — Méd. fatigué, gr. ville province, assurerait situat. à confr. actif, distingué, haute moral. travaill. avec lui ou le remplaç. durant absences. Conviendr. à électro-radiol. qualifié, ou à méd. franç, connaiss. bien une des branches médic. utilis. agents physiques et qui pourrait s'initier rapidement à leur emploi. Envoyer référ. curriculum. Pressé.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Banlieue parisienne. Très import. client. méd. gle, maison avec confort, jardin. Indemnité 90.000 dont 60.000 cpt.

Anjou. Cabinet d'Y. O. R. L. A céder faible indemnité. Urgent.

Seine-et-Oise. Belle résidence, clientèle facile, villa 8 p., jardin, conf. Indemnité : 20.000 dont 10.000 francs compt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur Charles LAUBRY, professeur de clinique cardiologique, a fait sa leçon inaugurale le 19 novembre, au grand amphithéâtre de la Faculté, devant un auditoire nombreux d'élèves, d'amis et de professeurs, venus témoigner à l'éminent maître leur profonde sympathie.

— **Faculté de médecine de Paris.** — La cérémonie de la pose de la première pierre des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine aura lieu le jeudi 3 décembre, à 15 heures, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale et en présence de M. le sous-secrétaire d'Etat à la recherche scientifique (angle du boulevard Saint-Germain et de la rue des Saints-Pères.)

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Le serment d'Hippocrate.* — Le serment d'Hippocrate vient d'être rétabli à la Faculté de médecine de Lyon. Sans doute, sera-t-il aussi rétabli bientôt à Lille et à Nancy, les deux dernières Facultés de médecine qui n'ont pas encore pris de décision à ce sujet. Quelle que soit la modalité du serment, on ne saurait nier qu'il ajoute *quelque chose* au caractère uniquement scientifique de la soutenance d'une thèse inaugurale de Doctorat et son retour dans toutes nos Facultés est assurément à souhaiter.

— **Médaille du Docteur Georges Labey.** — La remise de la médaille offerte au Docteur Georges Labey aura lieu le lundi 21 décembre, à 11 heures, à l'hôpital Boucicaut (78, rue de la Convention).

— **Cours d'hygiène sociale.** (Seizième année, 1936-1937.) La *lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race*, par le Docteur SICARD DE PLAUZOLES. — Ce cours public et gratuit aura lieu à la Faculté de médecine, salle de thèses n° 2, les lundis et vendredis, à 17 heures, du 11 janvier au 19 mars 1937. La première leçon sera faite le lundi 11 janvier 1937, à 17 heures.

— **Croisière helléno-latine.** — *Le XXIV^e centenaire d'Hippocrate à Cos, Athènes, Epidaure.* — L'Umfia ou Union médicale latine qui, tout en soutenant la cause de la civilisation latine, *n'a jamais* oublié d'exalter l'hellénisme dont cette civilisation et toute celle du bassin méditerranéen sont issues, se devait de fêter le génie grec sur le plan de la médecine, auquel il a tant contribué.

L'Union médicale latine ira donc l'été prochain fêter au pays de sa naissance, à Cos, puis à Athènes et à Epidaure, Hippocrate, le plus grand médecin de l'Antiquité.

Cette croisière aura lieu sous les auspices de l'Umfia et d'un grand nombre de personnalités médicales.

Le programme sera publié avant peu. Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Dartigues, bureau de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

— **Association des Anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.**— La fête de bienfaisance de l'Association amicale des anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux, organisée sous la présidence du médecin général inspecteur Lecomte, aura lieu les 1er et 2 décembre prochain à l'hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, à Paris.

— **Hôpitaux d'Angers.** — A la suite du concours qui a eu lieu les 6 et 7 novembre 1936, le Docteur Fronteau a été nommé médecin-stomatologiste des hôpitaux d'Angers.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Après concours, ont été nommés : médecin électro-radiologiste des hôpitaux, M. Jouen-Delamare ; médecins adjoints des hôpitaux, MM. Vaudour et Delaporte ; accoucheur des hôpitaux, M. Lauret.

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Internat.* — *Questions posées. Epreuves écrites* : Pathologie médicale : Diagnostic de la méningite tuberculeuse. Pathologie chirurgicale : Les hémorragies dans la grossesse tubaire.

Epreuves orales : Epreuve de garde : Diagnostic et traitement d'urgence de l'hémothorax traumatique. Anatomie et physiologie : Glandes sous-maxillaires (anatomie et physiologie). Rapports des ventricules latéraux du cerveau (physiologie du liquide céphalo-rachidien). Pathologie interne : Erythèmes scarlatiniformes. Diagnostic des dysenteries aiguës. Pathologie externe : Tumeurs à myéloplaxes des os longs. Diagnostic et traitement du cancer de la langue.

A la suite du concours, ont été proposés comme *internes titulaires* : MM. Paul Bétoulières, Jean Cheynel, Théodore Drouhet, Albert Gourty, Mlle Lucile Bougarel.

Comme *externes en premier* : Mme Deffuant (de Gaillande), MM. Claude Gros, André Vedel, Soulié.

— **Hôpitaux de Strasbourg.** *Internat et externat.* — *Questions posées* (internat) : Rate et ses rapports sans l'histologie. Physiologie du lobe antérieur de l'hypophyse. Diagnostic des septicémies. Signes, diagnostic et complications du cancer du rectum.

Sont nommés internes : MM. Muller, Germain, Gall (étranger en surnombre), Buck, Bernheim, Sommer, Kircher, Pfister, Mugler, Rohmer, Mlle Fitzenkam.

Questions posées (externat) : Nerf radial. Tube

urinaire. Physiologie de la thyroïde. Constituants constants azotés de l'urine. Pneumothorax. Adénites aiguës.

Sont nommés externes : MM. Buck, Vix ; Mlle Kahn ; MM. Kammerer, Ganghoffer, Mayer, Stoll, Wiener, Franck, Meisterheim, Brux (étranger en surnombre) ; Mlles Ziller, Schaller, Heil ; MM. Robert Gluck, Stricker, Uhl, Sar, Kerschenmeyer (étranger en surnombre), Stehlé, Wiest.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours de l'internat.* — Question sortie : Vaisseaux du rein. Formes cliniques des néphrites aigues, traitement excepté. Questions restées dans l'urne : Racines rachidiennes ; Zona (traitement excepté). Structure du myocarde ; complications de la diphtérie. Lobule pulmonaire ; formes cliniques des épanchements pleuraux d'origine tuberculeuse (traitement excepté). Rapports de l'utérus ; symptômes, évolution et diagnostic du cancer du col de l'utérus. Pédicule hépatique ; étiologie, signes et diagnostic des abcès sous-phréniques. Configuration et rapports de la vessie ; symptômes et diagnostic du cancer du rectum. Cordon spermatique ; diagnostic des tumeurs du sein.

— **Hôpitaux de Tours.** *Internat et externat.* — Le concours de l'internat de Tours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes résidants : Mlle Bissery, Mlle Sirand, M. Carrois. *Internes titulaires* : MM. Barbier, Boulard, Mlle Petit, M. Bouneau. *Externes en premier* : MM. Chevessier et Garnier.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : Mlle Brouillet, MM. Picard, Lebas, Sirot, Sergent, Mlle Zaigue, MM. Bonamy, Gaudeau, Giraud, Dubois, Loiseau, Salmon, Mlle Soulet, MM. Caillault, Guinsbourg, Rigolage, Pommeret, Reiss, Trautner, Petou, Bayle.

— **Médecins sanitaires maritimes.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 18 et 19 décembre 1936.

S'inscrire avant le 8 décembre prochain auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

— **Æsculape.** — *Sommaire du N° de novembre* 1936 : George Alexander, Nègre Pie (1 ill.). — Les céraunies ou pierres de foudre, par Jean Avalon (8 ill.). — A propos de l'exposition Vermeer à Rotterdam « La Lettre d'Amour », de Vermeer de Delft (1 ill.). — A propos de l'exposition Courbet à Zurich « La Jô, femme d'Irlande », de Gustave Courbet (1 ill.). — La santé d'un « Homme heureux » Marmontel (1723-1799) (*suite et fin*), par J. Nouaillac, agrégé de l'Université, docteur ès lettres (9 ill.). — Claude Seurat. Le squelette vivant, par le Docteur Henry Meige, *prof. d'anatomie à l'Ecole* nationale des Beaux-Arts (3 ill.). — Le coquelicot, par le Docteur Henry Leclerc (1 ill.). — *Supplément* (19 illustrations).

VICTOR-PAUCHET

Nous avions eu la peine de le voir quitter Paris, renoncer à la chirurgie, qu'il a si bien servie, pour se reposer du grave accident qu'il avait eu, et nous gardions malgré tout, l'espoir de le voir se remettre, revenir parmi nous, et rester dans sa retraite le grand ami et le bon conseiller qu'il a toujours été. Lundi dernier, en apprenant sa mort, nous avons compris qu'une aussi belle carrière appartenait maintenant au passé et qu'elle devait servir d'exemple à toutes les jeunes générations que la chirurgie fascine.

Victor-Pauchet n'a pas eu plus qu'un autre de dons merveilleux ; c'est par un travail continuel, c'est en remplissant tous les jours, la tâche qu'il s'était imposée, qu'il est parvenu au premier rang des grands maîtres, que son nom et ses méthodes ont franchi toutes les frontières et qu'il a porté très haut et partout le drapeau de la science française.

Si le jeune étudiant qui le 26 janvier 1892 voyait récompenser ses rudes efforts, en arrivant premier à l'internat des hôpitaux de Paris avait pu voir tracée d'avance l'extraordinaire carrière qui l'attendait, il aurait cru qu'il s'agissait d'un autre que lui. Toute son ambition d'alors, c'est de retourner au pays natal, sachant bien son métier et d'y faire de la bonne chirurgie, en profitant de ses années d'internat. Aussi, sans même tenter de s'engager dans la voie des concours, où ses brillantes qualités lui auraient assuré, avec la protection et l'appui de patrons bien choisis, une de ces carrières officielles qui tentent tant d'étudiants, Pauchet rentre à Amiens en 1897 : il à 28 ans.

Pendant des années, l'ancien premier d'internat, dont seuls les murs de la vieille salle de garde de la Charité transmettent le souvenir aux générations qui montent, l'ancien major de la promotion 1892, travaille en silence, dans le recueillement bienfaisant de sa province picarde.

Sans se laisser prendre à la routine d'un métier qu'il a bien appris à Paris, sans se laisser dominer par une clientèle qui apprécie chaque jour davantage ses qualités chirurgicales, Pauchet travaille et innove. Il comprend que les techniques ne sont pas immuables, que les progrès de la chirurgie sont continuels et il prend sur ses loisirs, sur ses vacances, sur ses occupations, cependant très prenantes, pour continuer à s'instruire. Il va partout, il voit opérer tous les chirurgiens d'Europe, il choisit et s'assimile parmi les techniques celles qu'il croit les meilleures, il les applique à Amiens, il les perfectionne, il y ajoute sa note personnelle, souvent d'ailleurs il les améliore, et ainsi, lentement, il atteint cette connaissance parfaite du métier qui va faire de lui un des plus grands. De temps à autre, des échos en parviennent jusqu'à nos sociétés ; on sait que sa réputation est grande dans Amiens, qu'elle s'étend aux départe-

ments voisins, que ses succès sont réels, mais combien peu nombreux sont les curieux qui franchissent les cent kilomètres séparant Amiens de la capitale.

Il aurait plus de visiteurs, s'il exerçait à Montevidéo ou à Caracas, mais Amiens c'est la province, et en province qu'y a-t-il à apprendre pour un Parisien !

Ses travaux retiennent l'attention de la Société de Chirurgie, il en est facilement nommé correspondant national, et souvent, à cette tribune, il vient exposer les résultats qu'il obtient, les méthodes qu'il emploie, soutenant des idées qui paraissent audacieuses, surprennent parfois, surtout en matière de chirurgie intestinale, mais elles n'y trouvent que de faibles échos.

En regagnant Amiens, il s'étonne des objections qu'on lui oppose, des critiques qu'on lui fait sur des techniques qu'il pratique constamment et qui lui paraissent simples et efficaces ; à l'étranger où il va beaucoup, il est plus écouté, et alors que sa renommée grandit, sa clientèle devient énorme, c'est le grand chirurgien, picard et nul habitant de la Somme ne songerait à s'adresser ailleurs.

C'est en pleine prospérité que la guerre le trouve, Amiens est envahi, la Somme est ruinée, les efforts de vingt ans sont anéantis. Pauchet apprend tout le tragique de ce qui lui arrive, comme hélas à tant d'autres, aux armées où dès la première heure il est parti avec ses collaborateurs habituels. Son activité n'a pas tardé à s'employer ; son sens chirurgical, sa sûreté opératoire, son désir de guérir les malheureux qui lui sont confiés, ne tardent pas à s'employer et il découvre les avantages de cette fameuse amputation en saucisson, qui dans les cas désespérés, met à l'abri de la mort rapide, par gangrène et infection généralisée.

Si le mot exprimait bien ce qu'il voulait dire, la comparaison ne plaisait point ; de sévères critiques lui furent adressées par les augures de l'arrière, mal placés pour juger des exigences de l'avant. J'ai cependant le souvenir d'avoir vu Lecène utiliser la méthode dans quelques cas désespérés qu'il trouva à son arrivée à Villers-Bretonneux, après la Marne et je lui ai entendu affirmer que ces opérés devaient la vie à l'amputation rapide et à la mise à plat du moignon, comme Pauchet le conseillait. Il n'est point je crois de jugement meilleur.

Le bruit fait autour du «saucisson», les discussions soulevées à ce propos ont été de ces impondérables qui influent sur l'orientation d'une carrière et c'est à la fois pour le mettre à l'arrière, sans le désavouer, tout en lui donnant un bon poste, que Pauchet fut mobilisé à Paris.

Alors commence pour lui cette vie chirurgicale étourdissante, qui va durer vingt ans. Il est mobilisé à Paris, à la Pitié, où Charles Walther lui abandonne ses malades. Il trouve là un service à sa taille et c'est une révélation. Tous les jeunes d'alors, et j'en étais, viennent lui rendre visite au cours de leurs permissions,

ils voient ce qu'ils n'ont jamais vu : une chirurgie simple, conduite avec méthode, des interventions sur l'estomac, sur le côlon, sur l'intestin, avec des suites sans complications, des guérisons dont on s'étonne. Et Pauchet, enseigneur né, heureux de trouver un auditoire attentif, des élèves curieux, des chirurgiens jeunes, réceptifs, désireux de s'instruire, expose ses techniques, dévoile ses trucs, ne cache aucun de ces détails qui font le succès, et de l'un à l'autre, on se donne le conseil, en passant par Paris, d'aller voir Pauchet.

Sa renommée dépasse les milieux médicaux et les malades vont à lui. Comme tant d'autres auxquels la chose paraît toute naturelle, il opère les militaires, les civils et la fin de la guerre le trouve à Paris où il a fait sa place.

Va-t-il repartir dans la Somme dévastée, dans la Somme ou il n'y a plus ni maisons, ni habitants, où les villages, les bourgs, les communes ont été rasés, va-t-il abandonner une situation qui s'offre à lui. Ses clients ordinaires d'Amiens, de Noyon, d'Albert, sont à Paris, ils sont réfugiés comme lui.

Sa décision est prise : il reste, et en restant il se crée des inimitiés et des haines qui le poursuivront toujours. Des Sociétés scientifiques modifient leurs règles pour l'atteindre ; on lui applique des décisions d'exception. A toutes ces critiques, à toutes ces attaques, il oppose sa vie absorbante de lutte et de travail et jamais il n'en manifesta, même à ses intimes, la moindre rancœur.

Une énorme clientèle vient à lui, son activité est incessante et le jour où l'hôpital Saint-Michel se l'attache comme chirurgien, il devient le maître de la chirurgie gastrique et l'éducateur de tous ceux qui veulent la pratiquer en clientèle, avec sécurité et succès.

La salle d'opérations de l'hôpital Saint-Michel d'abord modeste, puis reconstruite sur des plans originaux, a vu défiler les chirurgiens du monde entier, et tous exaltent ses merveilleuses qualités chirurgicales et tous en font le maître incontesté de la chirurgie gastrique française.

Les *Cahiers de pratique médico-chirurgicale* répandent ses techniques, ils constituent une des publications à succès qu'on s'arrache dès leur parution et n'était l'espèce de rigueur que lui tiennent quelques milieux officiels, il occupe une situation de tout premier plan. La consécration d'une aussi belle carrière, Pauchet devait cependant la recevoir, ses ennemis avaient désarmé, et en octobre 1934, l'Association française de chirurgie le choisissait sans concurrent pour présider le Congrès de 1936.

Nul ne pourra savoir quelle fut sa joie. Le petit chirurgien de province, à force de travail, à force d'étude, était parvenu au rang des plus grands, il était comblé par le succès et nul ne le discutait plus. Il est probable que l'éducation du chirurgien, tirée de son propre exemple, aurait fait le sujet de son discours au Congrès. Nous nous en entretenions gaiement un vendredi de novembre 1934, à la Société

des Chirurgiens de Paris où il aimait à venir retrouver ses plus jeunes collègues, dont il était le grand ami et le conseiller écouté.

Nous nous plaisions en le quittant à admirer son entrain, son aisance, sa verdeur et nous faisions avec lui des projets.....

....

Le lendemain un énorme camion venait écraser ce merveilleux cerveau et nous le retrouvions inanimé dans le service de Basset, au vieux Beaujon.

Nous n'avons jamais retrouvé depuis, notre grand Pauchet, les jours et les mois ont passé, des périodes d'amélioration et d'aggravation se sont succédées ranimant nos espoirs ou augmentant nos craintes, et lorsque la nouvelle si triste de sa mort nous est parvenue, nous le pleurions déjà.

Nous avons suivi dans Amiens le cortège imposant qui, de la clinique à l'église et de l'église au cimetière, a réuni, pour ce dernier hommage, la foule de ses amis, de ses élèves, de ses admirateurs et aussi de ses opérés reconnaissants.

Près de moi, pleurait silencieusement un homme âgé, et en parlant avec lui, tandis qu'il me confiait sa peine, il m'expliqua qu'atteint d'un ulcère du duodénum, perforé depuis plusieurs heures, Pauchet l'avait opéré et guéri. Tandis qu'il m'exprimait son chagrin, je comprenais que c'était là le plus bel hommage qui puisse être rendu au chirurgien, qu'il consolait de l'absence remarquée des représentants officiels de la chirurgie française et qu'il était la preuve sensible de la bonté et de l'humanité de celui que nous regretterons toujours.

Pour tous les siens, pour Madame Pauchet dont le dévouement pendant ces derniers mois a été admirable, il est une consolation à leur grande peine : l'action bienfaisante de leur cher disparu ne s'arrête pas avec la mort, elle se continue, elle se prolonge. Grâce aux élèves qu'il laisse, grâce aux techniques, aux méthodes, aux procédés opératoires qui lui survivent, elle se prolongera encore longtemps et son nom qui figure déjà partout à côté des plus connus, grandira encore, comme le firent ceux de ses devanciers, Péan et Doyen, ces pionniers de la chirurgie française.

Dr Raphaël MASSART.

Croix du combattant volontaire

Sur le rapport de MM. les ministres de la Défense nationale et de la Guerre, de la marine et de l'air (décret du 18 novembre 1936), le délai d'un an prévu à l'article 6 du décret du 28 novembre 1935, fixant les conditions d'attribution de la croix du combattant volontaire, est prorogé jusqu'au 1er décembre 1937 inclus.

• • •

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 NOVEMBRE

Asiles publics d'aliénés

Décret du 3 novembre 1936 modifiant le décret du 3 janvier 1922 relatif au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés.

Art. 1er. — L'article 18 du décret du 3 janvier 1922 est modifié ainsi qu'il suit :

Intercaler entre le quatrième et le cinquième paragraphe :

« Trois délégués du ministère, dont deux psychiatres, appartenant soit au corps des médecins des asiles, soit au corps des médecins des hôpitaux de l'Assistance publique, soit au corps enseignant dans une Faculté de médecine... ».

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Sanatoriums

Décret du 29 octobre 1936, modifiant le décret du 10 août 1920 relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums.

Ce décret sera publié ultérieurement.

Infirmières

Circulaire du 26 octobre 1936 relative aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Enseignement de la médecine

Le concours pour l'emploi de professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de pleinexercice de Clermont qui devait s'ouvrir le lundi 19 octobre 1936 devant la faculté de Toulouse est reporté au mardi 10 décembre 1936, devant la même faculté.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Prélèvement de 10 % sur les honoraires médicaux

3.707. — M. Georges Maurice, sénateur, demande à M. le ministre des Finances, s'il est régulier que les mémoires pour soins médicaux et fournitures pharmaceutiques au titre de l'Assistance médicale gratuite, échus au 1er octobre 1935 et portant sur les neuf premiers mois de l'année, supportent le prélèvement de 10 p. 100 dans leur totalité, alors que les mémoires, au titre de l'article 64 de la loi sur les soins

Voir la suite page LI-3445

PROPOS DU JOUR

LES BIENFAITEURS DU CORPS MÉDICAL

La liquidation définitive du legs Dard à l'Association générale des médecins de France
Le dévouement du Docteur Zipfel, administrateur de la succession
La succession Critzman dont « la Maison du Médecin » est légataire universelle

Nous ne saurions sans la plus noire ingratitude oublier de témoigner notre reconnaissance infinie aux grands bienfaiteurs du Corps médical que furent le Docteur Dard et Mme Dard (de Dijon) qui firent l'*Association générale des médecins de France* leur légataire universelle et le Docteur Critzman et Mme Critzman qui instituèrent aussi *la Maison du médecin* leur légataire universelle. Les deux épouses de nos généreux confrères leur survécurent pendant plusieurs années mais elles tinrent à respecter la volonté de leurs maris et à compléter de leur fortune personnelle les legs qui avaient été décidés.

Chacune de ces successions, déduction faite des legs particuliers prévus dans les testaments, s'élèvent à plusieurs millions. La succession Critzman est en voie de liquidation. Celle du Docteur et de Mme Dard vient seulement d'être définitivement liquidée *après vingt ans de discussions et de procès* dont est sorti vainqueur le très dévoué et distingué vice-président de l'Association, le Docteur Zipfel, de Dijon, désigné comme administrateur de la succession.

Aussi le Conseil général de l'Association, après avoir maintes fois voté et fait voter en Assemblée générale des remerciements au Docteur Zipfel, a tenu à lui laisser un témoignage durable de sa reconnai sance. A sa séance du 6 novembre aux acclamations de tous, le Président Chapon remit au Docteur Zipfel, une très belle plaquette en bronze de Dropsy. Trois femmes voilées, symbolisant les veuves auxquelles est destiné le legs Dard, gravissent éplorées les pentes du Calvaire.

***

Pour se rendre compte des difficultés auxquelles se butta notre confrère, il nous suffira de faire savoir que l'inventaire formait un volume de 464 pages de papier timbré, comprenant 2.090 numéros avec leur estimation. Le volume est actuellement conservé dans les Archives de l'Association.

Le Musée de Dijon est un des plus riches et des plus beaux musées de France. Aussi avec raison la Commission du Musée dans ses séances auxquelles prit part le Docteur Zipfel, élimina un certain nombre de tableaux et d'objets de second ordre qui revinrent à l'Association et qui, vendus le 1er avril 1933 à l'Hôtel des ventes de Paris, produisirent la somme de 22.000 francs.

La vigilance du Docteur Zipfel ne se borna pas là. Il s'aperçut encore qu'un certain nombre de tableaux et objets n'étaient pas exposés au Musée, que quelques-uns décoraient les salles de la mairie. C'était absolument contraire aux dispositions testamentaires. Le Docteur Zipfel en demanda la restitution au maire de Dijon qui dut les remettre à l'Association. Une seconde vente eut lieu et rapporta 19.000 francs. Ce qui fit en tout, grâce à l'activité opiniâtre de notre confrère, 41.000 francs de bénéfices pour lAssociation.

On comprendra maintenant pourquoi le Conseil général de l'Association des médecins de France a tenu à associer le Docteur Zipfel à la reconnaissance qu'il ne saurait trop témoigner à la mémoire de ses deux grands bienfaiteurs, M. le Docteur Paul Dard et Mme Paul Dard (de Dijon).

***

La succession du Docteur et de Madame Critzman dont la *Maison du médecin* est légataire universelle, est en voie de liquidation. Elle s'élèvera vraisemblablement à plusieurs millions, tous les legs et les frais payés. Une *première* vente de bijoux et objets d'art à l'Hôtel des ventes a donné 750.000 francs environ. Le très actif et dévoué secrétaire général de *la Maison du médecin*, notre ami et collaborateur, le Docteur Raphaël Massart, s'occupe de ce règlement. Espérons qu'il ne se buttera pas aux mêmes difficultés que le Docteur Zipfel et que la liquidation totale du legs Critzman ne mettra pas vingt ans à s'accomplir.

J. Noir.

LE SURMENAGE INTELLECTUEL DE LA JEUNESSE

Au lendemain de la grande guerre nous entrâmes en relations avec un Comité de Dames américaines qui avait pour mission la création d'écoles d'infirmières. Un soir nous échangions avec une de ces dames, femme d'une intelligence et d'une instruction supérieures, pourvue d'un grand bon sens et d'une haute élévation morale, nos idées sur les études de la jeunesse en France et en Amérique :

« En France, nous disait cette dame, vous poussez très loin, beaucoup trop loin à mon avis les études de vos jeunes gens. Vous voulez trop développer leurs connaissances intellectuelles et cela aux dépens de leur développement physique. En Amérique, c'est le contraire, on néglige la culture intellectuelle et on donne trop le pas sur elle à la culture physique. Il serait bon, il serait sage d'adopter pour nos jeunes gens, une moyenne mesure, d'éviter le surmenage intellectuel et de ne pas donner aux sports et aux exercices de gymnastique une importance excessive. Les deux cultures devraient s'équilibrer raisonnablement. »

Cette conversation avec la dame américaine nous a hantés depuis et nous avons toujours déploré le gavage auquel on soumet le cerveau de nos pauvres enfants. Ce gavage est à peu près inutile, car une fois les examens passés, l'élève s'empresse d'oublier la plupart des connaissances qu'on lui a enseignées et est dans l'impossiblité au bout d'un an ou deux de les utiliser. Notez que nous ne parlons pas pour le seul enseignement supérieur, mais surtout pour l'enseignement secondaire et même pour l'enseignement primaire.

Tous les médecins d'enfants, tous les médecins scolaires, tous les psycho-neurologistes sont d'une opinion unanime à ce sujet et n'ont cessé de la proclamer. Notons en passant que dans les commissions qui discutent ces questions et qui se réunissent périodiquement, les médecins brillent par leur absence ou bien n'y sont admis qu'en nombre infime.

Pour l'enseignement secondaire, ce sont des professeurs qui proposent les programmes au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Chacun pris individuellement, surtout s'il est père de famille, est d'avis qu'il faut notablement les réduire. Mais comme chacun aussi a une spécialité et ajoute une importance excessive à ce qu'il enseigne, il s'oppose farouchement à la réduction de son propre programme et, avec de très bons arguments à l'appui, obtient une légère augmentation.

Il s'en suit que la Commission, réunie pour amenuiser les programmes, termine ses travaux en les augmentant sensiblement.

Cette comédie serait ridicule si, en sacrifiant la santé de notre jeunesse, elle ne devenait odieuse. Un ministre de l'Instruction publique, M. Mario Roustan, tâcha un jour, en 1931, d'y remédier, mais il se borna à rédiger une circulaire ; les ministres sont chez nous éphémères et avec eux leurs recommandations les meilleures disparaissent.

Or, aujourd'hui, la question rebondit ; un professeur du lycée de Dinan qui a obtenu le Prix Goncourt, M. Roger Vercel, dans un article publié par la revue *Marianne*, proteste éloquemment contre le péril auquel on expose la jeunesse. Il fait remarquer que l'usine est plus favorisée que le lycée, qu'un interne y est soumis à un régime de dix heures et demie de classes et d'études par jour et que « le potache est moins protégé que l'apprenti ». Nous n'exposerons pas les conséquences de pareilles conditions d'existence peu compatibles avec les exigences les plus sommaires de l'hygiène et qui rendent toute culture physique tant soit peu efficace impossible, nos lecteurs connaissent ces fâcheux résultats aussi bien que nous. La courageuse protestation de M. Vercel est soutenue par la presse, notamment par *Le Temps* du 9 novembre 1936.

Maintenant que le lycée n'est plus réservé aux fils de « bourgeois », espérons que le gouvernement aura quelque souci d'appliquer aux malheureux écoliers la semaine de quarante heures.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Leçon clinique de M. le Professeur NOBÉCOURT

A propos d'une fille de 5 ans atteinte d'un diabète sucré ayant débuté à 23 mois. Glycémie faible pendant la première phase ; hépatomégalie et ralentissement de la croissance staturale (1)

Je vous présente Gisèle, dont l'observation a été recueillie par M. Paul Ducas, mon chef de clinique, avec le concours de Mme Laroche pour les analyses chimiques.

Son père est bien portant, sa mère a un léger goitre, probablement endémique, car elle habite la Corrèze où le goitre est fréquent. Son frère Bernard, né le 22 août 1932, a un développement régulier ; sa taille est supérieure à la moyenne.

Gisèle est née le 22 mai 1931, à terme, avec un poids de 2 k. 750. Elle a été élevée au sein et a reçu la première bouillie à 7 mois. Elle a marché à 14 mois. Elle n'a présenté rien de particulier, si ce n'est du strophulus à un moment donné. Elle a un développement régulier. Elle pèse : le 22 juin 1932, à 13 mois, 8 kg. 250 ; le 18 janvier 1933, à 20 mois, 10 kg., au lieu de 9 kg. 400 et 10 kg. 800, poids moyens pour ces âges. Son poids est donc un peu faible.

En avril 1933, à 23 mois, elle a une varicelle qui évolue régulièrement. Mais, pendant la convalescence apparaissent de l'anorexie, une soif exagérée, de l'énurésie nocturne ; son poids n'augmente plus ; elle a des selles glaireuses et quelques vomissements. On découvre dans les urines 5 gram. de glucose par 24 heures.

Le médecin prescrit un régime approprié ; les symptômes disparaissent ; mais la glycosurie augmente et atteint 22 gr. 72 par vingt-quatre heures.

Gisèle entre à la salle Parrot le 26 juin. Elle a 2 ans et 1 mois. Elle est bien constituée, quoique d'aspect un peu maigre. Elle mesure 81 cm. 5, au lieu de la moyenne 77 cm. 5. Elle pèse 10 k. 400, la moyenne pour son âge étant 11 k. 600, pour sa taille 12 k. 150. Elle est donc grande, mais un peu maigre.

L'examen clinique ne révèle rien de particulier.

On prescrit un régime comprenant :

Protides : 40 gr., soit 3 gr. 5 par kilog. ;
Glucides : 70 gr., soit 6 gr. 7 par kilog. ;
Lipides : 50 gr., soit 4 gr. 3 par kilog.

Très rapidement le sucre diminue et disparaît de l'urine ; il y a de l'acétone en grande quantité.

Quelque temps après nous élevons la ration des glucides à 80 gr., soit 7 gr. 6 par kilo. La glycosurie reparaît. Le 11 juillet, elle est de 15 gr. 70 par jour. Puis elle augmente et atteint 20 à 30 gr. par jour à la fin de juillet et au début d'août : 42 gr., le 11 octobre. L'acétone est toujours en quantité importante : 6 gr. 20 par litre, le 4 septembre, 7 gr. 66, le 12 septembre.

Pendant ce temps l'état général reste bon, mais le poids ne change pas ; il est, le 5 juillet de 10 kg. 500, l 11 octobre, de 10 kg. 800. A cette époque la glycémie à jeûn est faible ; le taux du glucose dans le sang est :

Le 1er juillet, 0 gr. 82 par litre ;
Le 19 juillet, 0 gr. 78 par litre ;
Le 25 juillet, 0 g. 90 par litre ;
Le 4 août, 0 gr. 72 par litre.

Le cholestérol n'est pas augmenté ; 1 gr. 58 °/₀₀.

On modifie à plusieurs reprises le régime dans sa teneur en glucides, en protides et en lipides. Ces modifications n'ont pas d'influence notable sur la glycosurie et sur l'acétonurie. Aussi malgré l'absence d'hyperglycémie, nous décidons de commencer l'insuline.

Du 11 octobre au 2 novembre, on injecte chaque jour 20 unités d'insuline. Ce traitement est bien supporté. La glycosurie tombe à 9 gr. par jour.

Du 3 au 15 novembre, on supprime l'insuline. La glycosurie remonte et atteint 50 gr. par jour, le 15 novembre. Le 16 novembre, on recommence 20 unités d'insuline par jour. La glycosurie diminue et tombe à 2 gr. par jour, le 21 novembre. Mais bientôt elle remonte.

On injecte dès lors 30 unités d'insuline.

L'état s'améliore ; le poids augmente ; il est :

Le 17 octobre, de 10 kg. 750 ;
Le 15 novembre, de 10 kg. 800 ;
Le 16 décembre, de 11 kg. 400.

La glycosurie et l'acétonurie diminuent.

A ce moment, la glycémie commence à augmenter : le 14 janvier 1934, on dose 1 gr. 30 de glucose par litre.

En janvier 1934, on essaie de supprimer l'insuline. L'enfant maigrit ; la polydipsie, la polyurie, l'énurésie nocturne reparaissent ; il y a beaucoup d'acétone et d'acide diacétique dans l'urine.

On reprend l'insuline à la dose moyenne de 30 unités par jour, abaissée quelquefois à 20 unités. Le régime comprend :

40 gr. de protides, soit 3 gr. 5 par kilo ;
80 gr. de glucides, soit 7 gr. par kilo ;
40 gr. de lipides, soit 3 gr. 5 par kilo.

Depuis cette époque nous constatons les faits suivants. La glycosurie par vingt-quatre heures est : en mai 1934, de 0 à 20 gr. ; en novembre, de 10 à 20 gr. ; en mai 1935, de 0 à 10 gr., en octobre de 20 à 30 gr.

Il y a seulement des traces d'acétone.

La glycémie augmente : 1 gr. 57 en mai 1934 ; 2 gr. 39 en novembre ; 2 gr. 10 en mai 1935 ; 3 gr. 98 en octobre.

Le cholestérol augmente légèrement. Au mois de mai 1934, il est de 2 gr. 10 par litre. Quant au poids, il augmente ; il est :

En mai 1934, de 12 k. 400 ;
En novembre, de 13 k. 600 ;
En mai 1935, de 14 k. 250 ;
En octobre, de 14 k. 850.

(1) Leçon du samedi 23 mai 1936.

Au cours de cette évolution surviennent des incidents, dont je parlerai tout à l'heure.

Actuellement, Gisèle est âgée de 5 ans. Elle reçoit toujours 30 unités d'insuline par jour Elle a l'apparence de la santé, mène l'existence des filles de son âge ; elle n'a pas de glycosurie et ses urines ne contiennent que des traces d'acétone. La glycémie est de 2 gr. 03 par litre. Le cholestérol du sang est de 1 gr. 76 par litre. Le poids était 15 kilos il y a quelques jours ; aujourd'hui il est de 14 kg. 400.

Cependant le ventre est gros, légèrement météorisé, le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal ; il n'est pas dur et il est moins gros et moins résistant qu'il n'a été ces temps dernier.

Telle est l'histoire brièvement résumée de Gisèle. Nous l'avons publiée plus en détail avec M. Paul Ducas au *Congrès de l'Association française de pédiatrie*, qui s'est tenu à Bordeaux le 28 mai, et dans un prochain numéro des *Archives de médecine des enfants*.

C'est un bel exemple du diabète sucré commun des enfants dont l'évolution est relativement bénigne, depuis qu'on le traite par l'insuline.

Les travaux sur le diabète des enfants sont très nombreux. Je leur ai pour ma part consacré plusieurs leçons dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Troubles de la nutrition et de la croissance*, édité en 1926, et dans divers journaux. M. Paul Ducas, en 1932, a soutenu une thèse très documentée sur le *Traitement du diabète des enfants par l'insuline* et, avec lui, j'ai écrit, dans le tome I du *Traité de médecine des Enfants*, l'article diabète.

Cependant l'histoire de Gisèle n'est pas l'histoire banale du diabète sucré des enfants; elle présente plusieurs particularités sur lesquelles je désire attirer votre attention.

Une première particularité est le DÉBUT CLINIQUE à *l'âge de* 23 *mois*. C'est à cet âge qu'apparaissent les premiers symptômes : la polydypsie, la polyurie, qui entraîne l'énurésie nocturne, l'anorexie, la stagnation du poids.

Or, le diabète débute assez rarement chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Il peut apparaître dans les tout premiers mois de la vie, mais les observations se comptent encore. Mlle Gilberte Roche, dans sa thèse soutenue à Paris en 1933, *Contribution à l'étude du diabète sucré chez les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans*, ne rapporte que quatre observations de diabète ayant débuté au même âge que chez Gisèle ; ce début a été, dans un cas, à 1 an 8 mois, dans deux cas, à 1 an 10 mois, dans un cas à 2 ans 2 mois.

Notons également le début pendant la *convalescence d'une varicelle*. Certes, on peut voir le diabète se manifester à la suite d'une maladie infectieuse, oreillons, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, voire même varicelle ou à la suite d'infections banales ; cependant, cette apparition à la suite d'une infection n'est pas très fréquente. Pour l'expliquer deux hypothèses peuvent être formulées :

Première hypothèse : la maladie infectieuse cause directement des lésions et en particulier des lésions du pancréas qui sont à l'origine du diabète. Deuxième hypothèse : la maladie infectieuse n'intervient qu'en exagérant et en extériorisant un trouble antérieur du métabolisme des hydrates de carbone.

Je pense que, chez Gisèle, c'est cette seconde hypothèse qu'il convient de retenir, mais je ne puis en fournir la preuve.

***

La GLYCÉMIE mérite de retenir l'attention.

Chez Gisèle, le taux de la *glycémie à jeun*, deux mois après le début clinique du diabète, est de 0 gr. 82 par litre. Pendant un mois, les taux sont de 0 gr. 78, 0 gr. 90, 0 gr. 72 par litre.

Or, chez les enfants non-diabétiques ce taux est de 0 gr. 70 à 1 gr. 50.

Chez Gisèle, on ne peut pas parler d'hypoglycémie, mais il est certain que le taux du glucose sanguin est plus faible que celui de 2 à 3 grammes rencontré habituellement dès ledébut du diabète des enfants. Chez elle, le *seuil du glucose*, c'est-à-dire le taux de la glycémie avec lequel apparaît la glycosurie, est très bas.

Chez Gisèle, il n'y a *pas de relation entre le taux de la glycémie et celui de la glycosurie*. C'est un fait d'ailleurs bien connu. Je l'ai signalé depuis longtemps dans mes leçons du 2 juin 1923 et du 15 novembre 1924 consacrées à des diabétiques traités par l'insuline. Dans la seconde, je dis : « ... il n'y a pas de relation constante entre le taux de la glycosurie et de la glycémie. Il peut y avoir des glycémies fortes avec des glycosuries faibles et même avec aglycosurie ». Inversement il peut y avoir des glycosuries fortes avec des glycémies faibles.

Après Major et Lewis en 1925, Karin Widnäss, en 1928, a observé des glycémies de 1 gr. 30 à 2 gr. 90 avec glycosurie, des glycémies de 2 gr. 52 sans glycosurie.

Chez Gisèle le *faible taux de la glycémie paraissait contre-indiquer l'insulinothérapie.*

En effet l'injection d'insuline détermine une baisse plus ou moins rapide et plus ou moins importante du taux de la glycémie suivant la dose utilisée; cette baisse atteint son maximum dans la troisième heure. Cette baisse de la glycémie peut entraîner des accidents d'hypoglycémie. On les évite en faisant ingérer, après l'injection d'insuline, des hydrates de carbone,

(sucre ou simplement pomme de terre.)

Toutefois une glycémie normale n'est pas une contre-indication absolue à l'insulinothérapie, à condition de prendre les précautions nécessaires. C'est ainsi que dans une communication sur l'*insuline dans l'athrepsie* à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 19 juillet 1925, j'ai avec M. Max-Lévy relaté les résultats favorables obtenus, par des injections d'insuline, à raison de 1 à 5 unités par kilogramme chez des athrepsiques dont le taux de la glycémie est normale.

Nous nous sommes décidés à instituer, chez Gisèle, cinq mois après le début du diabète, un traitement par l'insuline, parce que, malgré le régime imposé, le taux de la glycosurie augmentait et le poids restait stationnaire, l'acétonurie persistait. Les injections de 20 unités par jour ont été bien tolérées. Malgré ce traitement, au bout de trois mois, la glycosurie augmente et surtout le taux de la glycémie s'élève ; il est successivement de 1 gr. 30, 1 gr. 57, 2 gr. 27, 3 gr. 98 ; actuellement trois ans après le début du diabète, deux ans et demi après le début du traitement, il est de 2 gr. 03.

L'*augmentation de la glycémie* au cours du traitement par l'insuline n'est pas rare. Je l'ai notée dans ma leçon du 15 novembre 1924 : « Il semble, disais-je, qu'au cours de l'évolution du diabète, même traité par l'insuline, le taux de la glycémie ait tendance à s'élever, que le rein retienne de plus en plus le glucose, que le seuil de l'excrétion du glucose par les reins s'élève ».

Cependant, malgré cette augmentation de la glycémie, l'état de Gisèle s'améliore. L'acétone disparaît ou n'est plus qu'à l'état de traces, l'état général est de plus en plus satisfaisant, le poids augmente, la glycosurie diminue et, après avoir persisté pendant longtemps disparait. Actuellement, la glycosurie est nulle avec une glycémie de 2 gr. 03. Cette observation confirme l'opinion que j'émettais tout à l'heure, à savoir qu'il n'y a pas de relation entre le taux de la glycémie et le taux de la glycosurie et que le seuil du glucose s'élève au cours du traitement.

Un dernier problème est à considérer. Gisèle, au début, n'a pas d'hyperglycémie ; le taux de la glycémie est normal, plutôt même un peu faible. Aussi est-on en droit de se demander s'il s'agit bien d'un diabète sucré commun ou s'il ne s'agirait pas d'un *diabète rénal*.

Le diabète rénal est rare, surtout chez les enfants. Chez ceux-ci, il a été bien étudié par Falta, en 1930. Il présente les caractères suivants : les signes habituels du diabète font défaut ; la glycosurie est intermittente, légère, ne dépasse guère 10 à 15 grammes par vingt-quatre heures, est peu modifiée par l'augmentation ou la diminution de la teneur du régime en hydrates de carbone ; la glycémie à jeun est normale ou un peu faible et reste fixe après un repas d'hydrates de carbone.

La glycosurie peut être attribuée à un abaissement du seuil rénal pour le glucose ; les choses se passent comme s'il y avait une hyperperméabilité du rein pour le glucose et non pas une hypoperméabilité comme dans le diabète sucré. Parfois d'ailleurs il existe des lésions rénales ; le Professeur Fanconi a observé un cas de diabète rénal lié à une néphrose.

On admet que le diabète rénal ne se transforme pas en diabète vrai ; cette transformation est, tout au moins exceptionnelle.

Von Norden a relaté l'observation d'un enfant qui, à 11 ans, a de la glycosurie avec une glycémie normale, et qui, à partir de 11 ans 6 mois, à la suite d'une angine, présente une glycémie de plus en plus élevée et finit par mourir dans le coma. La limite entre le diabète rénal et le diabète sucré n'est *pas toujours facile à tracer.*

Chez Gisèle nous pensons qu'il s'agit d'un diabète sucré et non d'un diabète rénal, parce que, dès le début, les signes du diabète sont caractérisés ; glycosurie permanente, augmentant avec corps cétoniques dans l'urine ; une hyperglycémie progressive ne tarde pas à s'installer. En outre, on constate une hyperglycémie provoquée à type diabétique.

Deux épreuves faites, deux et trois ans après le début clinique du diabète, d'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de 30 grammes de glucose, donnent les résultats suivants :

	Mai 1935 Glycémie	Mai 1936 Glycémie
A 9 heures......	2 gr. 10 ‰	2 gr. 03 ‰
A 9 h. 45......	3 gr. 08	3 gr. 01
A 10 h. 30.......	3 gr. 40	3 gr. 61
A 11 h. 15.......	3 gr. 38	3 gr. 55
A 12 h...........	3 gr. 21	3 gr. 36

Donc, l'augmentation maxima de la glyémie une heure et demie après l'ingestion de glucose est de 1 gr. 30, en mai 1935, de 1 gr. 58 en mai 1936.

***

Etudions maintenant les INCIDENTS survenus pendant l'évolution. Les incidents qu'a présentés Gisèle sont de deux ordres : les uns dépendent du diabète lui-même ; les autres dépendent de l'insulinothérapie.

Les *incidents qui relèvent du diabète lui-même* sont généralement attribués à l'acidose ou, tout au moins, lui sont associés. Gisèle en a présenté à deux reprises.

La première fois, en novembre 1934, sept mois après le début clinique du diabète, la glycosurie persistant, on change d'insuline. Avec le nouveau traitement, la malade est fatiguée, nerveuse, la polydypsie reprend, la polyurie augmente. Dans

la nuit du 25 au 26 novembre, brusquement, l'enfant est prise de vomissements, de douleurs abdominales, d'intolérance gastrique, tous symptômes qui font penser à la possibilité d'une appendicite aiguë. Les parents constatent une forte odeur acétonique de l'haleine et de la tachypnée, font une injection d'insuline à neuf heures. M. Ducas appelé constate une grande torpeur, un ventre tendu et ballonné, un faciès amaigri et fatigué, de la tachycardie, une acétonurie importante. Il injecte 20 c. c. d'insuline et fait transporter la malade à l'hôpital. Là on lui fait d'heure en heure une injection de 10 unités d'insuline, des injections de sérum salé et de sérum glucosé. L'amélioration est rapide.

La deuxième fois, en septembre 1935, pendant la troisième année du diabète, l'enfant mange des tomates, pas fraîches ; à la suite apparaissent de la fièvre, des vomissements, des selles glaireuses et sanglantes. On institue la diète hydrique. L'acétone augmente dans les urines. M. Ducas appelé conseille la reprise de l'alimentation et augmente la dose d'insuline ; vingt-quatre heures après tout était terminé.

Les manifestations de ce genre étaient fréquentes au cours du diabète avant l'insuline ; elles aboutissaient très souvent au coma diabétique et à la mort. Aujourd'hui l'insuline permet de les juguler. Ces incidents ont une symptomatologie assez variée. Entre autres, comme chez notre malade, les symptômes abdominaux et digestifs tiennent souvent la première place : ce sont des nausées, des vomissements, de la diarrhée et même des selles sanglantes, une sensation de barre à l'épigastre, des douleurs localisées ou généralisées. Quand les douleurs se localisent à l'épigastre, elles peuvent faire penser à une pancréatite aiguë ; quand elles se localisent dans la fosse iliaque droite, à une appendicite aiguë, comme chez Gisèle.

Le diagnostic avec l'appendicite n'est pas toujours facile, car un enfant diabétique peut avoir une appendicite et celle-ci peut déclencher l'acidose. Aux Etats-Unis, Joselin et A. Hartman ont publié des faits de ce genre.

Les *incidents qui dépendent de l'insuline* surviennent à la suite de l'injection d'insuline, quand celle-ci entraîne une baisse rapide et importante de la glycémie.

Chez Gisèle ces incidents liés à l'insulinothérapie ont été fréquents, leur intensité a varié.

Tantôt ce sont des *petits accidents*. Dans certains cas, ils consistent dans des modifications du caractère, irritabilité, agitation, désobéissance, tendance à la colère. Dans d'autres cas, l'enfant a des cauchemars, des terreurs nocturnes : il se réveille brusquement en poussant des cris et en claquant des dents. Ces incidents sont de courte durée. Les parents, qui les connaissent, font manger à l'enfant quelques morceaux de sucre et tout rentre dans l'ordre.

Tantôt ce sont des *accidents graves*, véritablement dramatiques. Gisèle a présenté à plusieurs reprises un état syncopal et un coma, dont la durée a été courte, parce qu'ils ont été traités convenablement.

Par exemple, le 28 août 1934, pendant la deuxième année du diabète, au cours des vacances, alors que le traitement est un peu relâché, elle dîne et reçoit 20 unités d'insuline. Elle s'endort. Mais vers minuit elle se réveille brusquement et a une courte syncope ; on arrive à lui faire prendre huit morceaux de sucre et elle se rendort tranquillement.

D'autres fois, Gisèle a présenté des accès épileptiques. Le 14 février 1934 M. Ducas assiste à un de ces accès. L'enfant présente des secousses musculaires répétées ; ses réflexes rotuliens sont très vifs. Au bout de quelques minutes, il tombe dans le coma. A ce moment, on prélève du sang où on dose 0 gr. 40 de glucose par litre, la glycémie est donc très abaissée. On fait une injection de sérum glucosé, on donne à boire de l'eau très sucrée et l'enfant ne tarde pas à reprendre connaissance.

Ces divers incidents ont disparu, quand, au lieu de répartir les 20 unités d'insuline en deux doses on les a réparties en trois, en ayant soin de donner un repas immédiatement après.

Les incidents de l'insulinothérapie ne sont pas rares chez les enfants diabétiques. Ils peuvent être dus à des erreurs de technique : doses trop fortes d'insuline ou repas insuffisant en hydrates de carbone après l'injection. Souvent ils surviennent avec la technique la plus correcte ; comme chez Gisèle, ils peuvent être indépendants de la dose d'insuline, du taux de la glycosurie ou de la glycémie à jeun.

Chez elle, les accidents les plus graves sont apparus, alors que la glycosurie était de 10 grammes par jour, la glycémie de 2 grammes par litre, avec 20 unités d'insuline. Par contre, au début, quand la glycémie était normale ou même faible, avec cette même dose de 20 unités, l'enfant n'a présenté aucun accident.

L'absence d'accidents avec une glycémie faible est un fait bien connu, il a été signalé, notamment par K. Widnäss, Collins et Grayzell.

La rapidité de la chute de la glycémie à la suite de l'injection paraît plus importante que le taux de la baisse. Chez Gisèle nous avons observé le 14 mai 1936, à une épreuve d'hypoglycémie provoquée, les résultats suivants :

A jeun la glycémie est de 2 gr. 10 ‰ ;
A 9 h. 30, la glycémie est de 1 gr. 91 :
A 10 heures, la glycémie est de 1 gr. 47 ;
A 10 h. 45, la glycémie est de 0 gr. 94 ;
A 11 h. 30, la glycémie est de 0 gr. 85.

La glycémie a donc baissé de 1 gr. 25 en 2 h. 30, la chute est importante et rapide.

Tout d'abord Gisèle a très bien toléré l'insuline ; dans la suite elle est devenue plus sensible.

Elle est à rapprocher des enfants que le Professeur Pierre Mauriac et Marcel Traissac ont étudié dans *Paris Médical* du 27 juillet 1934, à propos desquels ils insistent sur l'*instabilité de la glycémie au cours de la cure d'insuline chez certains enfants diabétiques*, de ces enfants que M. Marcel Traissac, dans le livre publié en 1935 par M. P. Mauriac sur le *Diabète sucré*, groupe sous l'appellation de *diabètes juvéniles à réaction insulinique intense et brève*. Ils insistent sur l'action rapide et intense de l'insuline qui entraîne des accidents d'hypoglycémie. Certains enfants présentent un état d'équilibre instable, dont la pathogénie est mal élucidée. Pour M. Traissac ces états d'instabilité « ne sont pas explicables par la seule insuffisance pancréatique. Il faut invoquer pour eux un trouble complexe polyendocrinien et nerveux ». Il ajoute qu'on ne voit cette instabilité « que dans des diabètes très graves ou en phase d'aggravation ».

Ce n'est pas le cas de Gisèle ; elle n'a pas un diabète très grave et son état s'améliore.

***

Je vous ai dit que Gisèle avait de l'HÉPATOMÉGALIE.

Au début du diabète, en 1933, le foie a un volume normal ; pendant la deuxième année du diabète, en 1934, il commence à augmenter ; pendant la troisième année, en 1935 l'hépatomégalie continue à progresser et le ventre grossit.

Sur une photographie faite le 29 mai 1935, alors que l'enfant à 4 ans, on voit un ventre très gros. A cette époque, l'abdomen est météorisé, avec une circulation veineuse collatérale très discrète , il n'y a pas d'ascite. Le foie est gros, dépasse de trois travers de doigt le rebord costal ; il est hypertrophié dans sa totalité, ferme, un peu dur, indolent ; sa surface est lisse et régulière. Il n'y a pas de splénomégalie, pas d'ictère, pas de signes d'insuffisance hépatique.

Aujourd'hui, l'abdomen est moins volumineux le foie est moins gros et ne dépasse le rebord costal que de deux travers de doigts sa consistence est moins ferme.

***

Il est intéressant d'étudier les TAILLES et la CROISSANCE STATURALE de Gisèle.

Nous la mesurons, pour la première fois, le 26 juin 1933, à 2 ans 1 mois. Sa taille est de 81 cm. 5, supérieure de 4 cm., soit de 5,1 %, à la taille moyenne des filles de cet âge, qui est 77 cm. 5. Gisèle continue à grandir, mais la courbe de ses tailles se rapproche peu à peu de la courbe des tailles moyennes.

De 3 ans et demi à 4 ans, les deux courbes se confondent. Le 16 novembre 1934, à 3 ans et demi, Gisèle a une taille de 88 cm. 5, qui est exactement la taille moyenne ; le 19 juin 1935, à 4 ans et 1 mois, elle mesure 92 cm. et la taille moyenne est de 92 cm. 5 ; sa taille est donc exactement normale.

A partir de 4 ans, la courbe des tailles de Gisèle devient inférieure à la courbe des tailles moyennes, elle mesure 97 cm. Aujourd'hui, à 5 ans, elle mesure 96 cm. 5, alors que la moyenne est de 98 cm. ; la réduction staturale de 1 cm. 5, soit 1,5 %, est donc faible et reste dans les limites des variations physiologiques.

Quand on étudie les tailles de Gisèle, deux points sont à considérer :

Tout d'abord la *stature relativement élevée* au début du diabète. Beaucoup d'auteurs, aux Etats-Unis, notamment, et quelques-uns en France également, considèrent que le diabète des enfants apparaît de préférence chez ceux qui ont des hautes statures ; l'hypertrophie staturale serait, pour eux, facteur étiologique du diabète.

En réalité les tailles des enfants diabétiques sont très diverses. Dans une leçon publiée dans le *Journal des Praticiens* le 1er juin 1929 sur le *Diabète des filles à la période pubertaire*, j'ai relaté que, sur onze diabétiques de 7 à 11 ans, cinq avec des tailles moyennes, une de l'hypertrophie staturale, cinq de l'hypotrophie staturale. Dans sa thèse, M. Paul Ducas relate huit observations d'enfants diabétiques : six ont des tailles moyennes ; un a une hypertrophie staturale légère, un a une hypotrophie staturale.

Depuis 1919, j'ai insisté souvent sur une forme spéciale du diabète des enfants, le diabète avec hypotrophie staturale. Je ne pense donc pas que l'excès statural de 4 cm. présenté par Gisèle à 2 ans ait joué un rôle étiologique.

Le second point à considérer est le *ralentissement de la croissance staturale*.

Les auteurs que j'ai cités tout à l'heure disent que, chez les enfants qui ont de l'hypertrophie staturale au début du diabète, l'excès statural diminue rapidement au cours de la dexxième année et que, par suite, leurs tailles se rapprochent peu à peu de la moyenne.

Je n'ai pas constaté que le diabète ait une influence appréciable sur la croissance staturale. La taille des enfants diabétiques se comporte, à mon avis, comme celle des enfants qui ne le sont pas, c'est-à-dire revêt des modalités très diverses. Notons également que, chez Gisèle, la croissance staturale s'est ralentie au cours du traitement par l'insuline. Ce fait confirme mon opinion que l'insuline ne stimule pas la croissance.

Je veux maintenant attirer votre attention sur

la coexistence, chez Gisèle, du ralentissement de la croissance staturale, de l'apparition de l'hépatomégalie et d'un gros ventre.

Son observation rappelle celle que M. P. Mauriac a publiée en 1930, et qu'il a complétée, en 1935, dans son livre sur le *Diabète sucré*, dans un mémoire sur les *hépatomégalies de l'enfance avec troubles de la croissance et du métabolisme des glucides*. En deux mots voici l'histoire de sa malade.

Une fille est toujours bien portante. A 4 ans et demi débute un diabète qui est traité par l'insuline. Au bout de six mois, elle devient très sensible au traitement ; les injections provoquent dix-huit abcès. A ce moment, elle présente du coma dont on la tire avec une nouvelle insuline qui est tolérée. Le diabère s'améliore.

M. Mauriac revoit cette fille à 10 ans. Elle reçoit 40 unités d'insuline et a un régime comportant 200 grammes d'hydrates de carbone. La glycosurie est de 15 à 20 grammes ; il n'y a pas d'acétonurie. La croissance est arrêtée ; le ventre est gros, ballonné ; le foie dépasse de quatre travers de doigt le rebord costal, le visage présente un aspect bouffi.

Dans la suite, le foie continue de grossir, le ventre augmente et la circulation collatérale devient apparente, l'infiltration sous-cutanée se généralise ; la croissance est faible.

A 15 ans cette fille mesure 138 cm. au lieu de 152 cm., a un poids de 40 kilogrammes ; elle n'est pas réglée. Son abdomen est distendu ; son foie très gros. Avec 30 unités d'insuline, la glycosurie est de 10 grammes par jour.

Dans son dernier mémoire, M. Mauriac relate deux autres observations comparables.

Somme toute, le syndrome décrit par M. Mauriac est le suivant. Chez des enfants diabétiques traités par l'insuline, on voit apparaître une hépatomégalie variable à son début, puis progressive et finalement très forte sans splénomégalie, tardivement une circulation collatérale qui n'est pas très développée, un retard considérable de la croissance, une infiltration des tissus avec un faciès en « pleine lune » et un aspect « rappelant ce que l'on rencontre dans le syndrome adiposo-génital ». L'évolution est chronique, la survie longue.

MM. Mouriquand et Charleux, en 1931, ont relaté succinctement les observations de deux enfants diabétiques, traités par l'insuline pendant deux ou trois ans, qui avaient des gros foies, des grosses rates, avec circulation collatérale et légère aride et sont morts rapidement.

Le syndrome décrit par M. P. Mauriac est à rapprocher d'un syndrome généralement congénital, qui apparaît chez des enfants très jeunes et qui a été décrit par von Greveld, en 1922, von Gierke, en 1929, et par le Professeur Debré, en 1934. Ces enfants ne sont pas diabétiques.

M. Robert Debré, dans *La Presse Médicale* du 18 mai 1935, groupe ces faits dans un mémoire sur *Les polycories*. Ce qui, d'après lui, caractérise ces polycories, c'est une « hépatomégalie solitaire... presque toujours énorme », existant à la naissance ou se constituant peu après, une insuffisance de la croissance staturale, des troubles particuliers du métabolisme des glucides, hypoglycémie à jeun, glycémie alimentaire sans glycosurie, absence d'hyperglycémie adrénalinique, acidose fréquente et en outre, assez souvent, des troubles de la lipémie.

Ce syndrome peut exceptionnellement, aboutir au diabète. MM. J.-K. Parnass et Wagner, en 1921, relatent l'observation d'un enfant, qu'ils voient vers l'âge de 10 ans : cet enfant a un très gros foie datant du jeune âge, de l'hypoglycémie ; il n'a pas de glycosurie, mais a de l'acétonurie ; il ne présente pas de glycosurie ni de glycémie alimentaires, pas d'hyperglycémie après injection d'adrénaline. Cet enfant est revu à 16 ans par MM. Wagner et Priesel. A ce moment, l'hépatomégalie a régressé ; il existe un diabète sucré, commun, la croissance est insuffisante.

MM. Parnass et Wagner émettent l'hypothèse que le trouble particulier du métabolisme des hydrates de carbone présenté par leur malade consisterait en une accumulation du glycogène dans les cellules hépatiques.

M. von Gierke, dans un cas qu'il a observé et qui ne présente d'ailleurs aucune analogie clinique avec l'observation précédente, a constaté une infiltration massive de glycogène dans le foie et divers organes ; pour lui, il s'agit d'un véritable *glycogénose*, d'une *maladie glycogénique*.

Le Professeur Debré pense qu'il s'agit d'un trouble plus général portant également sur le métabolisme des graisses. Il s'agit d'une « polycorie » (πολὺ, beaucoup, et κόρος, satiété, rassasiement), d'une « accumulation pathologique de substances de réserve dans un organe aboutissant à son hypertrophie ».

Je ne peux m'arrêter sur les problèmes soulevés par la pathogénie de ce syndrome. M. Mauriac et M. Debré les ont exposés et discutés. Retenons que le syndrome décrit par M. Mauriac est rare chez les enfants diabétiques. Pour ma part et pour M. P. Ducas, Gisèle est le premier cas que nous ayons rencontré. Chez elle, d'ailleurs, le syndrome n'est pas bien caractérisé ; il n'est qu'ébauché ; il faut attendre son évolution pour une appréciation définitive.

La rareté du syndrome de Mauriac chez les enfants diabétiques traités par l'insuline implique l'intervention de facteurs particuliers.

Pour M. Mauriac et pour M. Debré, il s'agirait d'un trouble du système neuro-endocrinien.

Pour expliquer l'insuffisance de la croissance staturale, M. P. Mauriac émet une hypothèse basée sur le rôle attribué au foie, par MM. Ro-

bert Debré et André Busson, comme réservoir de vitamines A : « Les troubles de la croissance que nous avons constatés, écrit-il, sont-ils dus à ce que le gros foie a perdu son pouvoir pexique pour la vitamine A. Ce pouvoir pexique est-il entravé par le trouble fonctionnel pancréatique ? » Ce sont des question qu'il pose sans donner de réponse.

***

L'observation de Gisèle présente, vous le voyez, un grand intérêt ; elle nous apprend des faits et nous permet de poser des hypothèses.

Restant *sur le terrain des faits*, nous constatons deux particularités qui différencient le diabète de Gisèle du diabète commun des enfants :

Dans une première phase, à 22 mois, pendant la convalescence d'une varicelle apparaissent de la polydypsie, de l'énurésie, nocturne, de l'anorexie, une stagnation du poids ; on constate la glycosurie. Deux mois après, nous constatons une glycosurie modérée, qui progresse, de l'acétonurie ; ces phénomènes sont peu influencés par les changements de régime et persistent malgré le traitement par l'insuline.

Le fait particulier est qu'alors que nous nous attendions à trouver l'hyperglycémie habituelle dans le diabète, le taux du glucose sanguin est normal et même un peu faible.

A ce moment le volume du foie est normal.

Dans la seconde phase, l'état général est satisfaisant, la glycosurie persiste longtemps malgré l'insuline, d'autre part la glycémie augmente et l'hyperglycémie s'installe.

A partir de la deuxième année du diabète, on constate l'apparition d'une hépatomégalie qui progresse, d'un gros ventre météorisé et un ralentissement de la croissance staturale.

Cette association d'une hépatomégalie et d'un ralentissement de la croissance staturale rappelle le syndrome écrit par M. Mauriac.

Tels sont les faits ; ils sont précis ; pour les interpréter nous sommes réduits à des *hypothèses.*

Au début, la glycémie faible, l'acidose persistante avec une faible glycosurie, peuvent faire penser à la maladie, glycogénique. Mais des arguments plaident contre cette opinion. Gisèle a un diabète vrai alors que, dans la maladie glycogénique, la glycosurie fait défaut ; elle n'a pas d'hépatomégalie.

Plus tard, une hépatomégalie progressive apparaît. On est en droit de se demander si cette hépatomégalie est le fait, soit d'une glycogénose, soit d'une stéatose, soit d'une intrication des deux, d'une polycorie, pour employer le mot de M. Debré.

Mais alors Gisèle a un diabète vrai avec hyperglycémie ; on constate seulement des troubles du métabolisme des glucides sans troubles appréciables du métabolisme des lipides. En effet, la cholestérolémie reste dans les limites normales, l'embonpoint n'est pas exagéré et la répartition des graisses sous-cutanées est régulière.

Par ailleurs, rien ne nous autorise à admettre un facteur neuro-endocrinien. Gisèle n'a rien d'une hypothyroïdienne ; sa peau n'est pas infiltrée, elle est vive. Rien n'attire l'attention sur un trouble hypophysaire.

Mais notons que, pendant la première phase de son diabète, Gisèle était tolérante à l'insuline ; que, pendant la seconde phase, elle a présenté avec une fréquence particulière des accidents d'hypoglycémie à la suite des injections d'insuline ; ce qui témoigne, semble-t-il, d'une certaine instabilité de l'appareil neuro-endocrinen.

Somme toute, il me paraît impossible de donner, à l'heure actuelle, une explication des faits. Peut-être l'évolution de la maladie apportera-t-elle *une solution des divers problèmes.*

En tout cas, actuellement, Gisèle à un état satisfaisant ; la glycosurie et l'acétone ont disparu, l'hyperglycémie a *diminué. Nous allons* naturellement continuer l'insuline.

Le PRONOSTIC du diabète, qui date de trois ans, est celui du diabète des enfants traités par l'insuline ; très grave avant l'insuline, il est devenu beaucoup plus favorable depuis l'insuline ; les longues survies ne sont pas rares. On ne peut cependant pas parler de guérison.

Le pronostic de l'hématomégalie et du trouble de la croissance, comporte plus de réserves. Si nous en croyons M. Mauriac, « le syndrome de déséquilibre pluri-glandulaire a une allure chronique et permet une survie prolongée. Survie misérable, car, avec leur petite taille, leur gros ventre, les adiposité, ces enfants prennent figure de poussah. Et leur souffrance est autant morale que physique ».

Espérons que Gisèle n'en arrivera pas là. Je n'affirme pas du tout d'ailleurs qu'elle présente actuellement le syndrome décrit par M. Mauriac.

En dehors de l'insuline, il n'y a pas de thérapeutique susceptible d'arrêter cette évolution spéciale ; il ne ressort pas des observations de M. Mauriac qu'on puisse agir sur le trouble hépatique et sur le retard de la croissance. On peut essayer l'opothérapie ; pour Gisèle, quelques injections d'anté hypophyse ont augmenté l'acidose ; l'opothérapie thymique, les vitamines n'ont eu aucun effet appréciable.

AU SUJET DE LA GLOSSODYNIE

Par M. DUPERRAT

Interne des Hôpitaux de Paris

Mme C..., 69 ans, vient consulter le 2 novembre 1935 parce qu'elle souffre de la langue et parce qu'elle voudrait qu'on la débarrasse des « bosselures » qui s'y trouvent. Elle indique que douleurs et bosselures occupent tout le bord droit de la langue. Un simple examen montre qu'il n'existe aucune lésion anatomique et que la malade a pris pour des formations pathologiques ses papilles normales, comme cela arrive souvent chez les patients qui souffrent de leur langue et passent leur temps à l'examiner.

Nous apprenons que la douleur a fait son apparition trois mois auparavant : elle siège sur la moitié droite de la langue, plus marquée le long de la partie qui est en regard des arcades dentaires. En arrière elle s'étend à peu près jusqu'au V lingual ; en avant elle atteint la pointe de l'organe. C'est une douleur à type de cuisson, de brûlure superficielle, de plaie à vif, et ce caractère explique que, malgré les avis des médecins déjà consultés, la patiente soit persuadée qu'il existe une excoriation de la muqueuse. Parfois supportable, la douleur devient particulièrement vive au moment de la mastication, au point de gêner celle-ci. Les repas terminés, la douleur persiste avec une acuité variable. Il faut noter d'ailleurs que certains aliments acides semblaient l'exagérer. Parfois la douleur persiste toute la nuit.

A l'examen nous ne découvrons aucune lésion linguale : la muqueuse est d'aspect normal. Peut-être cependant les papilles sont-elles un peu turgescentes du côté douloureux. Il n'existe aucune ulcération, aucune induration. La palpation du muscle lingual ne décèle aucune tumeur. Enfin nous ne découvrons aucun trouble sécrétoire ni aucun trouble moteur. Seule doit être retenue une hyperesthésie modérée de la moitié droite de la langue. Les dents sont en bon état et ne présentent pas de saillies coupantes ou piquantes susceptibles de jouer un rôle d'irritation mécanique. Enfin l'examen des lèvres, du palais, du pharynx, est également négatif.

Par ailleurs, l'examen complet ne révèle aucun trouble nerveux, a cune lésion viscérale. La tension est à 11-8. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Ajoutons que les spécialistes à qui nous montrons la malade, stomatologiste et oto-rhino-laryngologiste ne découvrent rien d'anormal.

Nous nous trouvons donc en présence d'une douleur linguale isolée, tenace, ne s'accompagnant d'aucune lésion objective. Nous sommes d'autant plus tentés de croire à sa réalité que la malade paraît parfaitement calme, raisonnable.

Plusieurs médecins ont été consultés par elle : les traitements ordonnés n'ont amené aucune sédation de la douleur. Il semble au contraire que celle-ci soit plus vive depuis quelques jours. Nous convainquons la malade qu'il n'existe aucune ulcération et qu'elle souffre d'une simple « névralgie » et, dans l'impossibilité d'avoir recours à tout traitement physique (diathermie, ionisation ou autre) nous prescrivons simplement des granules d'aconitine, à la dose de 4 granules de 1/10 de milligramme par jour, à sucer lentement. La malade revient au bout d'une semaine, nullement soulagée.

On abandonne alors l'aconitine et on décide de pratiquer tous les deux jours une injection intralinguale de 2 c. c. d'une solution de cocaïne à 1 %, sans adrénaline, en enfonçant en plein muscle lingual une aiguille de 3 cm. Dix injections sont ainsi pratiquées. Chacune d'elles est suivie d'une sédation considérable de la douleur mais cette sédation est tout à fait passagère et ne dure que quelques heures. D'ailleurs, déçue par ce résultat imparfait, la malade abandonne son traitement ; elle revient du reste quelques jours plus tard parce que la sensation de brûlure est devenue continue. On combine alors les deux précédents essais : granules d'aconitine quotidiens et injections de cocaïne tous les deux jours, en s'efforçant de les faire « traçantes » le long du bord lingual. A notre grande surprise ce traitement paraît avoir d'heureux résultats, si rapides même qu'en deux semaines la malade se déclare délivrée.

Nous n'entendrons plus parler d'elle, jusqu'au mois de septembre 1936, date à laquelle elle revient parce que la sensation de cuisson et les élancements seraient de nouveau apparus. Elle demande qu'on répète le traitement qui l'a précédemment soulagée. De fait, en quelques jours, une sédation totale est obtenue.

Ainsi donc voici un cas de glossodynie qui a régressé à l'aide de moyens très simples. Sans doute la glossodynie était-elle récente (trois mois) et, à tout prendre, peu marquée dans son intensité. Peut-être avons-nous, sans le vouloir, pratiqué la psychothérapie par la confiance que nous paraissions accorder à nos soins ? Quoiqu'il en soit il nous a paru que l'association aconitine-cocaïne était rapidement venue à bout de ces phénomènes douloureux qui n'avaient été influencés par aucun autre analgésique. Peut-être y a-t-il là un procédé tout à fait simple de traitement des formes moyennes de la glossodynie ?

LA CLINIQUE VÉNÉRÉOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

Les dangers du gonocoque après l'accouchement

D'après le Docteur Bach-Anchel (*)

Déja la gestation peut préparer les accidents du post-partum

Certains auteurs n'ont-ils pas prétendu que 20 % des femmes enceintes étaient atteintes de blennorragie. Cependant, seuls sont susceptibles d'être sûrement diagnostiqués les cas de gonococcie aiguë au cours de la gestation, et très souvent la blennorragie est méconnue. Il faudrait pratiquer systématiquement chez toute femme enceinte un examen direct des pertes vaginales, une culture, et des recherches humorales. Et encore le diagnostic bactériologique ne donnerait-il même pas un critérium infaillible ; car s'il est positif, on peut affirmer la blennorragie ; mais s'il est négatif, on ne peut exclure l'infection gonococcique.

Sachons toutefois qu'au cours de la grossesse une infection latente peut se réveiller, surtout au cours des deux ou trois derniers mois, et que d'autre part, les symptômes d'infection gonococcique deviennent à cette période plus intenses et plus tenaces, du fait de la congestion de la zone génitale et de l'exagération des sécrétions glandulaires.

Ces symptômes traduisent surtout une cervicite blennorragique : il s'agit simplement de femmes, qui se plaignent de pertes blanches dès leur grossesse, surtout que celles-ci ne font que s'accentuer par la suite. Ce sont encore : une vaginite simple ; des végétations sur le pourtour de la vulve, parfois autour de l'anus ; ou une bartholinite. Enfin l'infection générale par le gonocoque aboutit facilement, vers la fin de la grossesse, à l'arthrite blennorragique, mono- ou poly-articulaire.

Signalons à ce propos que si certaines endométrites gonocciques ont pu être cause d'une interruption de la grossesse, la blennorragie n'est toutefois pas une grande avorteuse à l'égal de la syphilis.

A ces circonstances, *génératrices d'accidents* du post-partum, il faut ajouter que des cautérisations, appliquées sur le col pour une métrite cervicale, ont même été susceptibles de ralentir notablement la dilatation, au point d'être une cause de dangers pour la mère comme pour l'enfant.

Le rôle de l'infection gonococcique dans les suites de couches

Rare à la vérité, il ne doit pas être ignoré du praticien. Le gonocoque agit seul, ou bien il constitue la cause initiale, qui exalte la virulence des germes banaux, tout en disparaissant vite de la scène pour son propre compte.

Précocement, vers le deuxième ou le troisième jour après l'accouchement, on peut observer une modification des lochies, signe d'une *endométrite puerpérale gonococcique*. L'écoulement sanguin perd rapidement sa coloration rouge pour devenir rosé, puis séreux. Au cinquième, au sixième jour, il est séro-purulent ; les lochies sont plus abondantes, mais ne présentent aucune fétidité. L'utérus, légèrement douloureux à la pression, surtout au niveau du fond et des cornes, ne fait pas son involution normale.

On pourrait croire à une endométrite puerpérale banale, mais l'état général est peu touché : fièvre légère durant deux à trois jours, aux environs de 38°5, sans frissons, ni altération du facies. Assez souvent, l'examen bactériologique des lochies montre des gonocoques en abondance. L'évolution, ici rapide, se termine toujours du huitième au dixième jour du post-partum par la guérison, sans autres complications, immédiate tout au moins car l'ascension ultérieure des gonocoques dans les trompes devient cause de salpingites tardives.

Cependant, dès les premiers jours des suites de couches, une infection gonococcique antérieure est susceptible d'entraîner une autre variété de *salpingite*. Celle-ci, sans phase d'endométrite préalable, éclate très précocement, et emprunte le tableau classique *pelvi-péritonéal* des infections annexielles. Le début est brutal, marqué par des signes généraux bruyants : ascension brusque de la température à 39° ou 39°5, avec frissons et violentes douleurs dans la fosse iliaque. La fièvre reste élevée, ou, au contraire, elle prend un caractère oscillant ; le pouls est en concordance avec la température. Le toucher permet de localiser les lésions annexielles et d'en apprécier le volume.

La précocité du début de cette salpingite prouve bien qu'il ne s'agit pas d'un envahissement tubaire par des germes venus de l'utérus,

(1) Docteur Bach-Anchel. — Blennorragie et fonction de reproduction. *Le Bulletin médical*, 23 mai 1936.

l'infection, au contraire, était latente dès la gestation; elle a été réveillée au moment de l'accouchement par les contractions utérines, le déplacement brusque de l'utérus lors de son évacuation ou les manœuvres nécessitées par l'extraction de l'enfant ou la délivrance. Sous l'influence d'une thérapeutique appropriée, on voit, rétrocéder assez rapidement l'affection ; mais très souvent, il s'en suit de nouvelles poussées lors d'accouchements ultérieurs.

Parmi les complications générales, on note :

Le *rhumatisme blennorragique*, assez fréquent dans les suites de couches. Sa forme la plus commune est la forme articulaire pseudo-phlegmoneuse, disparaissant dans les premiers jours, après l'accouchement. Le début est en général aigu, la localisation articulaire précoce, les signes généraux très marqués. Rapidement, l'épanchement se forme, presque toujours purulent.

Le diagnostic de certitude se fera par la ponction intra-articulaire, qui ramènera un pus, où le gonocoque sera très facilement mis en évidence.

Les *septicémies gonococciques* sont à mettre sur le même plan, puisque la gonococcémie précède forcément les localisations articulaires. Leur diagnostic étiologique ne se fait que par les hémocultures ;elles évoluent avec le minimum de signes infectieux, démontrant leur bénignité relative. De fait, il est rare de les voir se compliquer d'endocardite, ou d'autres accidents de pronostic très sombre ; le plus souvent, elles guérissent à l'inverse des septicémies puerpérales classiques, qui relèvent du streptocoque.

Accidents puerpéro-gonorrhéiques. — Ce sont des accidents d'infection puerpérale banale chez des accouchées, dont on sait qu'elles sont blennorragiques, soit par leurs accidents antérieurs, soit par un examen positif de leurs sécrétions utérines. Mais les complications infectieuses ne présentent aucun caractère spécifique dans leur évolution clinique, et les examens bactériologiques ne décèlent plus que des germes banaux sans gonocoques. Le gonocoque semble bien, s'il n'agit pas spécifiquement par lui-même, disparaître rapidement, et ne faciliter en rien l'apparition de l'infection puerpérale. Et, en effet, il paraît bien démontré actuellement que les femmes en puissance de blennorragie ne sont pas plus prédisposées que les autres à l'infection puerpérale, qui survient, par les processus habituels.

Tardivement, de la troisième à la sixième semaine, se produisent des accidents annexiels.

Ces *salpingites tardives* sont différentes par leur pathogénie des salpingites précoces. Alors que ces dernières ne sont que des réveils d'une ancienne lésion gonococcique de la trompe, celles-ci sont dues à l'infection gonococcique, qui s'est faite au moment et à l'occasion de l'accouchement ; c'est donc une infection récente. Après une phase plus nette d'endométrite puerpérale gonococcique, l'infection a passé de l'utérus dans la trompe, où elle s'est localisée.

Les signes d'une annexite éclatent alors avec une allure, d'emblée bruyante et inquiétante : fièvre élevée à 39-40°, douleurs pelviennes vives, frissons, contracture abdominale en même temps que le toucher sent une masse latéro-utérine assez volumineuse et très douloureuse à l'examen.

Très vite, en quelques jours, ces symptômes aigus disparaissent : l'état général redevient bon, et les malades entrent en convalescence.

Cependant, il faut bien savoir que la guérison complète n'est qu'apparente ; les trompes restent touchées et leurs lésions entraînent fréquemment une stérilité définitive pour l'avenir ; ce sont là des cas, qu'il faut connaître, de stérilité secondaire par infection gonococcique tubaire à l'occasion d'un accouchement.

Quelques mots sur le traitement

Pendant la gestation, à titre préventif.

Les vaginites, les cervicites, les végétations seront traitées par injections au permanganate.

La bartholinite pose un problème plus délicat. Le médecin est placé entre deux alternatives :

1° Intervention sur la région vulvaire au cours de la grossesse, mais risque d'entraîner une interruption de celle-ci. 2° Abstention, peut être plus néfaste, car elle expose à des accidents infectieux graves du post-partum.

La conduite à tenir est la suivante : intervention limitée à la simple incision de la glande sans destruction, ni extirpation, qui sera remise à plus tard. Ainsi, on ne voit plus se produire n avortement, ni accouchement prématuré.

Après l'accouchement.

Il semble bien que le développement du gonocoque, en ce qui concerne les suites de couches, ait lieu dans les tout premiers jours, qui suivent l'accouchement et, qu'à cette époque, on le trouve à peu près seul. Mais il disparaît très vite, laissant à sa place d'autres germes en grande abondance.

Les complications localisées à l'utérus, telle l'endométrite, nécessitent simplement l'application d'une vessie de glace abdominale.

La salpingite, les accidents généraux peuvent, à juste titre, relever de la vaccinothérapie.

Enfin, le rhumatisme blennorragique de la grossesse, ou des suites de couches, indique la sérothérapie en injections intra-articulaires associées aux injections intra-musculaires.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le coma diabétique

M. Charles DARNAUD, au cours d'un exposé très complet de la question, précise tout d'abord que l'intoxication cétonique n'est pas facile à reconnaître à sa période initiale. Cliniquement, on la soupçonne plus qu'on ne l'identifie avec certitude. Certes les médecins n'ignorent pas l'utilité de l'insuline, mais ils ne se servent pas toujours de ce médicament sans appréhension ; car celui-ci est dangereux, s'il est manié sans un contrôle suffisant. Faute de connaître quelques règles précises, certains l'emploient avec trop de parcimonie. De ce fait, il est des malades qu'une thérapeutique précoce et énergique préserverait certainement du coma, mais qui succombent encore trop souvent à cette complication.

Grâce à une plus parfaite utilisation des sucres, chez les diabétiques, la combustion des graisses (ou des albuminoïdes) pourra être conduite jusqu'à son terme. Ainsi, la cause profonde de l'intoxication dite « cétonique » sera annihilée.

On devra restreindre autant que possible l'absorption des substances cétogènes (graisses et albuminoïdes), puis leur assurer une combustion normale en faisant absorber une plus grande quantité d'hydrates de carbone. Mais cet excès de sucre ne pourra être assimilé que sous l'effet de l'insuline. Il faudra donc prescrire ce médicament ou en augmenter la dose. Ces prescriptions devront être mises à exécution toutes les fois qu'un diabétique sera exposé à faire de l'acidose, et cela sans attendre l'apparition des corps cétoniques dans les urines.

Si l'acidose se déclare franchement, notre ligne de conduite devra être des plus strictes :

1° Nous exigerons que le malade se mette au lit. Ce lit devra être soigneusement bassiné et la température de la chambre devra être tempérée car l'hypothermie est fréquente au cours de l'acidose et il faut la combattre.

2° Un lavement glycériné assurera la vacuité du tube digestif ;

3° A aucun prix nous ne devrons laisser le malade à jeun. On répartira l'alimentaion en prises multiples et de faible valeur nutritive. On fera absorber l'une de ces rations avant chaque injection d'insuline ; il deviendra ainsi possible de manier ce médicament avec une plus grande marge de sécurité ;

4° Suivant les doses fixées par l'auteur, l'insuline sera toujours injectée sous la peau, car par la voie intraveineuse, si elle donne des effets immédiats, elle a une durée d'action extrêmement courte. Il est bien entendu qu'en période de crise, on répétera les injections d'insuline de nuit comme de jour.

Le traitement du coma confirmé sera réglé suivant les données habituelles ; au besoin, recourir d'emblée au goutte à goutte rectal de sérum glucosé à 47 pour mille et à la vitesse d'un litre par 80 minutes, pour l'alimentation du malade.

Enfin, il est indispensable d'administrer des toniques cardiaques aux diabétiques comateux. Il faut employer ceux qui agissent vite. L'huile camphrée caféinée ou sparté née, voire l'ouabaïne par voie intraveineuse, seront les médications de choix. On répète que l'efficacité du traitement dépend de la rapidité de son application. La guérison des accidents précomateux doit toujours être obtenue. Celle du coma est très aléatoire. A cette phase, un malade sur trois, en moyenne, pourra encore être sauvé. (*Toulouse médical*, 15 juin 1936.)

De la détection biologique des hormones gravidiques

Après une revue rapide et une mise au point des diverses théories invoquées en faveur de la production spécifique d'hormones gravidiques, MM. VAYSSIÈRE et DONNET exposent les résultats obtenus au cours de plusieurs années d'études. S'appuyant sur près de 600 réactions pratiquées suivant les techniques Friedman-A. Brouha et Brindeau-Hinglais, réactions quantitatives et qualitatives, les auteurs concluent que les causes d'erreurs sont pratiquement inexistantes (au maximum 0,4 %) quand la recherche biologique est correctement effectuée.

Le dosage des hormones permet de poser rapidement un diagnostic devant lequel le chirurgien hésite : grossesse arrêtée ou en évolution, rétention placentaire après avortement, grossesse extra-utérine avec œuf mort, môle hydatiforme, etc. (*Marseille Médical*, n° 5, 1936.)

Les algies des cardiaques

Les algies des cardiaques méritent de retenir l'attention du clinicien, car elles retentissent fortement sur le moral de tels malades. L'aortique, l'hypertendu décompensé sont hantés par le souvenir d'une crise d'œdème aigu du poumon ou d'asthme cardiaque.

Les médications vaso-dilatatrices proposées sont diverses et n'ont pas encore résolu, de façon définitive et univoque, le problème de la douleur des cardiaques.

C'est la raison qui a fait essayer l'aminophylline comme médication antalgique (Prof. Hazard).

Il résulte d'une étude du Docteur BONNET que cet effet antalgique est lié, en majeure partie, à l'action de l'aminophylline sur les vaisseaux coronaires qu'elle dilate, en même temps qu'elle lève le spasme, origine de la plupart des crises d'angine de poitrine.

On l'emploiera donc :

1° Dans l'*angine de poitrine*, comme préventif des crises, à la dose de 0 gr. 30 à 1 gramme par jour, en trois ou quatre fois. Elle éloigne indiscutablement le retour des crises et peut les supprimer définitivement. (Son action est beaucoup plus prolongée et beaucoup plus élective que celle des nitrites sur les coronaires) ;

2° Dans l'infarctus du myocarde, dans les douleurs atroces de la thrombose coronarienne, pendant la période qui succède à la phase aiguë, il faut recourir à l'aminophylline, qui dilate les coronaires, en l'administrant *per os*, ou sous forme de petits lavements à garder ;

3° Dans l'oppression douloureuse des cardiaques, des aortiques, des urémiques, l'aminophylline lève cette sensation de poids, de barre thoracique si particulière et si pénible. Les aortites, les insuffisances aortiques, les anévrysmes aortiques avec algie médiastinale devraient constituer des indications formelles. Chez les cardio-aortiques qui restent facilement anhélants après une cure toni-cardiaque, l'aminophylline fait disparaître l'oppression, notamment celle de décubitus, ainsi que l'insomnie.

L'aminophylline fournit une arme de choix avant d'entreprendre la morphine ou en la lui associant. C'est une médication antalgique, parfaitement tolérée et sans accoutumance, même après un usage quotidien de plusieurs mois ou de plusieurs années. (*Paris Médical*, 26 septembre 1936.)

Les azotémies par surcroît au cours des néphrites aiguës et chroniques

Voici les conclusions d'un exposé fort intéressant que fait sur cette question le Professeur CASTAIGNE.

Au cours des néphrites aiguës, subaiguës ou chroniques, l'azotémie que l'on constate est due certainement, tout au moins en partie, aux lésions des reins, mais à cette cause primordiale il s'en ajoute fréquemment d'autres qui provoquent une azotémie par surcroît.

Les facteurs principaux produisant ces azotémies par surcroît sont : l'oligurie quelle qu'en soit la cause, l'alimentation azotée en excès, la désassimilation exagérée des tissus de l'organisme, et la chloropénie.

Le médecin n'a pas le droit, en présence d'un taux élevé d'urée qui lui est fourni par un premier examen de sang, de porter (même au cours d'une néphrite chronique) le pronostic fatal qu'imposaient, naguère encore, les doses dépassant 3 grammes. Par un examen complet du malade, il mettra en évidence, le plus souvent, une des causes surajoutées signalées plus haut et organisera, contre elles, un traitement rationnel.

Après que cette thérapeutique aura été appliquée d'urgence et suivie pendant le temps nécessaire, un nouveau dosage sera pratiqué et par le chiffre d'urée sanguine qui sera alors trouvé, on pourra déceler la plus ou moins grande importance de l'azotémie par surcroît et surtout en se basant sur le dernier chiffre obtenu, porter un pronostic beaucoup plus précis qu'à la suite du premier dosage.

Au cours des néphrites aiguës, l'azotémie par surcroît est surtout due à l'histolyse des tissus et à la chloropénie et la thérapeutique de rechloruration fera souvent baisser très rapidement l'azotémie par surcroît ainsi causée.

Au cours des néphrites subaiguës et chroniques, toutes les causes étudiées ici peuvent intervenir et il faut bien étudier le malade pour les dépister et les traiter. Si, après cette thérapeutique des causes de l'azotémie par surcroît, le taux de l'urée sanguine est resté stationnaire au-dessus de 3 grammes ou même a augmenté, le pronostic doit être considéré comme fatal à bref délai ; si l'azotémie n'a pas baissé à 1 gramme, le pronostic est grave ; si elle se montre inférieure à 1 gramme, il s'agit de cas qui peuvent être prolongés longtemps par l'hygiène et le régime. (*Le Journal médical français*, mai 1936.)

De l'asystolie dans le cancer primitif du poumon

En conclusion de leur intéressant travail, MM. Ch. ROUBIER et Ph. BOUQUIN estiment que l'asystolie est une complication très rare du cancer primitif du poumon, qui n'a guère été observée que lorsque le néoplasme siège à gauche et occupe la région du hile. Elle peut égarer le clinicien et faire considérer à tort le cancéreux pulmonaire comme un cardiaque. Au point de vue pathogénique, elle trouve son explication dans l'extension au péricarde et au myocarde de la tumeur primitive. (*Lyon médical*, 14 juin 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La nécrose alcaline de l'utérus. Infarctus génital consécutif aux injections d'eau savonneuse

(M. SENÈQUE ; 8-7-1936.)

La question de l'infarctus génital a été soulevée pour la première fois à la tribune de l'Académie de chirurgie en 1932, par M. Mondor, qui a publié un certain nombre de cas de cette grave affection dans son travail sur *les avortements mortels*. L'étiologie la plus commune de ces infarctus est, en effet, l'injection intra-utérine d'eau savonneuse faite par les malades dans un but abortif. L'injection est rapidement suivie d'une altération destructive des tissus utérins, d'une nécrose « alcaline », avec infarctus génital et état rapidement grave, de syndrome ictéro-azotémique (Mondor), à terminaison généralement mortelle. Cette complication est d'autant plus lamentable que, chez certaines femmes, l'injection a été faite pour une grossesse inexistante, la femme ayant conclu d'un simple retard de règles de quelques jours à une gestation commençante.

M. Sénèque revient sur ce sujet dans un rapport qu'il présente sur deux cas d'infarctus génital suivis de mort, un cas de M. A. CHAUVENET (de Thouars) et un cas de M. REDON (de Paris).

L'observation de M. Chauvenet concerne une femme de 28 ans, mère de deux enfants, qui fut prise, assez brusquement, de violentes douleurs abdominales, vomissements, pertes sanguines par le vagin. Etat de choc accusé. L'abdomen est contracturé, très douloureux au palper. Le toucher montre un utérus augmenté de volume, très sensible. Température à 37°8, pouls à 120. La patiente nie toute manœuvre abortive.

M. Chauvenet pratique une laparotomie et constate un infarctus tubo-ovarien gauche. Hystérectomie. Mort à la suite d'hématuries et de rectorrhagies abondantes. L'examen anatomo-pathologique n'a montré aucun tissu d'aspect placentaire dans la cavité utérine.

L'étiologie de cet infarctus n'a pas été précisée: L'origine infectieuse semble devoir être éliminée, la température n'ayant pas d'ailleurs atteint 38°. Reste la possibilité de manœuvres intra-utérines, non avouées. La malade, ayant eu un retard de quelques jours lors des précédentes règles, a pu se croire enceinte, alors qu'elle ne l'était pas, et une manœuvre a pu être faite provoquant une complication mortelle.

Dans le cas de M. Redon, l'étiologie a, au contraire, été nette, la malade ayant avoué qu'elle s'était donné elle-même une injection intra-utérine d'eau savonneuse. Le lendemain, elle expulsait un fœtus et des caillots. Le soir l'état était grave, avec vives douleurs, dyspnée, ictère. Opérée dès le jour suivant, après admission d'urgence à l'hôpital, la mort se produisit le dixième jour, dans le tableau de l'ictère grave et de l'anurie presque complète.

Péritonite aiguë streptococcique primitive

(M. P. ROQUES. — Rapport de M. SENÈQUE ; 8-7-1936.)

M. Senèque rapporte, au nom de M. Roques, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application coloniale de Marseille, l'observation suivante :

Une jeune femme de vingt ans, récemment mariée, est prise brusquement, en se levant, de violente douleur dans le bas-ventre, avec diarrhée et température élevée. Transportée à l'hôpital, on constate une prostration intense, du ballonnement de l'abdomen, qui est uniformément douloureux sans contracture. Au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas est très douloureux, sans empâtement saillant. Température 39°4.

On pense à une appendicite, diagnostic que l'absence de tout signe de localisation ne permet pas de corroborer. A défaut d'indication précise, l'intervention est différée. Dix jours après le début de la maladie, un empâtement se montre dans la fosse iliaque droite, témoignant d'une collection purulente qui est incisée et drainée. L'examen bactériologique du pus révèle du streptocoque. Guérison.

En pratique, le diagnostic de péritonite à streptocoque est rarement posé, ce qui tient surtout à ce que la maladie étant rare, on n'y pense pas. Chez la malade de M. Roques, plusieurs des signes habituels de la péritonite à streptocoques étaient réunis : début brusque, frisson, ventre uniformément douloureux, diarrhée, collapsus, et même état angineux antérieur (la patiente avait déclaré être sujette aux angines).

Tout cela cependant n'ayant rien de caractérisé, M. Roques a préféré attendre et sa malade s'en est bien trouvée. Le pus s'est collecté et la femme a guéri alors que dans les cas de Grenet, de Marion, cités par Mondor, la mort est survenue après laparotomie pratiquée d'urgence. Ainsi se pose la question difficile de l'intervention précoce ou retardée dans les péritonites à streptocoques. Seule, la multiplication des observations pourra éclairer le problème. Il est à ajouter, d'autre part, que si le diagnostic avait pu être posé plus précocement (M. Mondor préconise la ponction du Douglas dans certains cas), le traitement spécifique par le sérum de Vincent eût été indiqué.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Oreillons à forme cérébrale, à début psychosique

(MM. C.-I. Urechia et N. Elekes ; 9-10-1936)

Parmi les complications nerveuses des oreillons, méningites, méningo-encéphalites, ou névrites, on peut distinguer des formes survenant dans le décours ou vers la fin de la maladie, et des formes primitives où le virus ourlien se traduit par des symptômes nerveux avant l'apparition de la fluxion glandulaire ou même indépendamment de toute autre localisation. Les cas communiqués rentrent dans cette dernière catégorie et frappent surtout par leur symptomatologie purement psychique.

En matière de psychose infectieuse ou exogène, il faut noter que le tableau maniaque est peut-être le plus rare. Enfin, les psychoses ourliennes prémonitoires ou initiales doivent être considérées comme graves, ainsi qu'il en est pour les autres infections.

Spirochétoses ictéro-hémorragiques

(M. H. Eschbach ; 8-5-1936)

L'auteur a observé l'été dernier quatre cas de spirochétose ictéro-hémorragique dont l'intérêt réside dans quelques particularités séméiologiques et dans leurs conditions d'apparition. Les deux premiers ont une origine commune, ils concernent deux ouvriers occupés au curage de ruisseaux aux abords de la ville. L'un venait d'abandonner ce travail quand il tomba malade, l'autre y était encore employé. Le premier mourut dans les quarante-huit heures, après avoir présenté notamment des taches purpuriques sur le corps. Chez le deuxième, l'ictère fut peu foncé, sans teinte rouge surajoutée. Malgré l'absence d'hémorragie des muqueuses, le corps fut couvert d'un grand nombre de petites taches purpuriques qui n'empêchèrent point la guérison.

Le troisième cas est curieux, par les circonstances qui l'ont occasionné et la guérison de symptômes urémiques graves sous l'influence, semble-t-il, d'une rechloruration plasmatique. L'origine de cette spirochétose provient de deux bains forcés pris, l'un huit jours avant les accidents, l'autre l'avant-veille du frisson initial. Le jeune homme pêchait aux engins dans une rivière, au voisinage d'abattoirs, où pullulent les rats, et il avait été les deux fois entraîné par son filet dans l'eau.

Une dernière observation présente le fait assez rare d'un rash en placards sur tout le corps accompagnant la rechute. Il s'agissait d'un vannier, qui travaillait de l'osier conservé, pour garder sa souplesse, dans l'eau noire et souillée des fossés de la ville.

Société de médecine de Paris

Séance du 30-5-1936

Valeur et interprétation des renseignements fournis dans l'évolution des impotences fonctionnelles par l'électro-diagnostic

M. Humbert nous dit que l'électro-diagnostic classique dont la portée est uniquement qualitative ne permet pas de reconnaître à coup sûr la cause et l'organicité de toutes les impotences fonctionnelles. Le caractère fruste de la symptomatologie, et l'absence de dégénérescence qui ne constitue qu'un élément négatif, ne sauraient en aucun cas prévaloir contre les renseignements fournis par la chronaximétrie.

Infection gonococcique expérimentale chez le cobaye

MM. A. Grimberg et S. Mutermilch ont inoculé directement dans la vésicule séminale du cobaye des cultures de gonocoques, colibacilles et staphylocoques. Les deux premiers de ces germes ont déterminé chez l'animal une infection locale spécifique (orchite, vésiculite, uréthrite), ce qui permettra, sans doute de serrer de plus près le problème des infections génito-urinaires.

Innocuité et avantages des injections intraveineuses d'huile camphrée

M. Guilleman dit que l'utilisation thérapeutique des injections intraveineuses d'huile camphrée date surtout de travaux récents qui ont montré leur innocuité absolue. Une statistique récente en rapporte 6.000 cas, sans le moindre incident. Ceci est dû à la « fonction lipopexique » du poumon, qui fixe l'huile et écarte ainsi tout danger d'embolie. L'huile camphrée intraveineuse, tout en agissant aussi rapidement, a l'avantage sur les autres préparations camphrées, et, en particulier les camphres solubles d'avoir une action plus douce et plus prolongée. On utilise, dans un minimum de temps et avec un maximum d'efficacité, les propriétés du camphre et plus particulièrement son action cardio-pulmonaire.

Présentation de malade, porteur d'une tumeur osseuse du fémur

M. Filderman présente, pour la deuxième fois après un intervalle de deux ans, un malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. Malgré le résultat d'une biopsie faite par M. le Prof. Ombrédanne et examinée par M. Delarue (ostéome pur, aucune image de malignité), le pronostic parut très sombre à plusieurs chirurgiens qui l'ont examiné à l'hôpital et à la Société de médecine. L'état du malade était mauvais, il présentait des ganglions dans l'aine, il souffrait et ne dormait pas. Actuellement, trois ans après la première radiographie, le malade est en bonne santé, il garde son fémur, il avait gagné jusqu'à 15 kilos. Ce résultat a été obtenu par l'hémo-endocrinothérapie.

G. F.

Les Congrès

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (1)

XXIVe session. — Paris, octobre 1936

(*Fin*)

TROISIÈME QUESTION

Les médications du sympathique

A. Les médicaments sympatholytiques

Résumé du rapport de Mlle Jeanne LÉVY et M. L. JUSTIN-BESANÇON

Les médicaments dits sympatholytiques sont, les uns naturels (ergot et ses alcaloïdes, yohimbine, etc.), les autres synthétiques.

L'ergot et ses alcaloïdes (ergotinine, ergotoxine) sont connus depuis longtemps. L'yohimbine est un alcaloïde extrait du Pansinistylia yohimbe, arbre du Cameroun et de l'Afrique tropicale. A côté de ces deux agents, se placent l'ustilago maïdis, parasite du maïs dont on emploie un extrait comme succédané de l'ergot, et la corynanthine, alcaloïde du pseudo-cinchona africana. Les sympatholytiques synthétiques, étudiés par Mlle J. Lévy et M. Fourneau, sont nombreux : des numéros d'ordre, allant de 407 à 1.180, les désignent.

Au point de vue pharmacologique, les uns inhibent les effets de l'excitation du sympathique et suppriment ou atténuent considérablement les effets de l'adrénaline ; les autres suppriment seulement les principales actions de l'adrénaline sans agir sur les effets du sympathique (sympatholytiques imparfaits ou adrénolytiques).

Les auteurs mettent en garde d'abord contre le danger d'une transposition directe à la clinique des données de la pharmacologie. Trop de différences séparent la physiologie des animaux de laboratoire de celle de l'homme pour qu'on puisse , sans réserves, inférer de ceux-là à celui-ci. Toutes les notions nouvelles, parties de la pharmacologie expérimentale, auraient donc besoin d'être reprises cliniquement avant d'entrer dans la pratique thérapeutique.

Parmi les difficultés que le clinicien rencontre pour transposer en thérapeutique humaine, les données de la pharmacodynamie concernant les sympatholytiques, il en est trois essentielles :

1° La toxicité propre à chaque sympatholytique, toxicité qui limite les doses utiles et efficaces ;

2° Les différences individuelles qui, d'un malade à l'autre, modifient l'effet des médicaments neurovégétatifs ;

3° La diversité des points d'attaque électifs des sympatholytiques utilisés en thérapeutique.

Il faut souligner, par exemple, le faible écart entre les doses actives d'ergotamine et celles qui déterminent des accidents. Aussi, convient-il de réserver l'emploi de toutes les préparations dérivées de l'ergot, et en particulier du tartrate d'ergotamine, uniquement aux cas où les indications thérapeutiques sont indiscutablement justifiées.

L'yohimbine a des propriétés vaso-dilatatrices qui se manifestent d'une façon tout à fait élective au niveau de la sphère génitale masculine. C'est à cela seulement que se résument les propriétés « aphrodisiaques » de ce médicament, car il ne constitue pas un aphrodisiaque véritable. L'action thérapeutique de l'yohimbine dans l'exophtalmie de type basedowien a été établie par les recherches cliniques de Marcel Labbé, Villaret, Justin-Besançon, Mme Wertheimer. *Toutefois, le médicament s'*adresse seulement aux exophtalmies résiduelles des basedowiens dont l'hyperthyroïdie a été effacée. Il ne doit pas être utilisé chez les basedowiens avec manifestations évidentes d'hyperthyroïdie (amaigrissement, tachycardie, élévation du métabolisme basal).

La corynanthine, isomère de l'yohimbine, substance relativement peu toxique, mériterait sans doute des essais *cliniques attentifs. M. F. Terrien l'a* employée en ophtalmologie.

A côté de ces sympatholytiques essentiels, on peut signaler d'autres substances qui possèdent accessoirement un pouvoir sympatholytique, tels que la quinine, la quinidine, la caféine, la théobromine, etc.

La notion des sympatholytiques est, en somme, à l'heure actuelle, beaucoup plus pharmacodynamique que thérapeutique. Il reste au clinicien la tâche de tirer parti du groupe énorme de travaux effectués par les expérimentateurs, en vue d'une utilisation thérapeutique.

B. La physiothérapie du sympathique

Résumé du rapport de M. Ch. WANGERMEZ.

Les agents physiothérapiques les plus efficaces dans le traitement des affections en relation avec un déséquilibre végétatif sont les rayons X. Il en sera

(1) V. *Concours Médical*, n° 46 et 47.

question dans un autre rapport. Néanmoins, les autres modalités de la physiothérapie offrent une utilité et des indications indéniables, que le déséquilibre neuro-végétatif explique totalement ou partiellement les troubles contre lesquels ils sont utilisés.

Signalons : contre les affections prurigineuses, la haute fréquence, les ondes courtes ; contre la pelade, les U. V., les ondes courtes ; contre l'asthme, les U. V., qui agiraient aussi rapidement que l'adrénaline, surtout sur l'asthme infantile ; contre l'hypertension, la diathermie, la haute fréquence ; contre les dyspepsies sthéniques, la galvanisation transabdominale ; contre la maladie de Basedow, la galvano-faradisation ; contre les sympathalgies faciales et viscérales, la diathermie, la galvanisation, l'ionisation.

C. La radiothérapie du sympathique

Résumé du rapport de MM. J. Gouin et A. Bienvenue, de Brest

L'action de la radiothérapie sur le sympathique a été méconnue jusqu'en 1924. A partir de cette époque parurent une série d'observations concernant les résultats fonctionnels, indirects, portant sur le système cutané et sur divers systèmes viscéraux et glandulaires.

Une série de preuves démontrent la réalité et précisent les modalités de l'action des rayons sur le sympathique. On peut exposer avec quelque netteté ce qui se passe à l'entrée des rayons. Mais quant aux voies empruntées dans l'organisme par les réflexes neuro-humoraux, et aux phénomènes qui s'y passent, on ne saurait s'en faire une idée schématique que par comparaison avec les effets analogues des autres médications.

D. Traitement médical des sympathalgies abdominales

Résumé du rapport de MM. Laignel-Lavastine et R. Bonnard

Le traitement médical rationnel des sympathalgies abdominales doit être, d'abord étiologique. Les causes de ces sympathalgies sont nombreuses et peuvent être classées en quatre groupes : lésions de voisinage ; ptoses viscérales ; lésions nerveuses ; causes toxiques et toxi-infectieuses.

Parmi les premières, citons : les ulcus gastro-intestinaux, les cancers digestifs, les entéro-colites, les affections hépato-vésiculaires, les affections pancréatiques, surrénales, l'aortite abdominale, les péritonites, les périviscérites. Les ptoses gastriques sont une cause fréquente de sympathalgie chronique. Parmi les lésions nerveuses, signalons le tabès, le zona. Parmi les causes toxiques se placent le saturnisme, les toxi-infections générales.

Considérant la thérapeutique proprement dite de la sympathalgie, en dehors du traitement étiologique, les rapporteurs envisagent successivement les sympathalgies aiguës *d'excitation*, les sympathalgies aiguës de paralysie et les sympathalgies chroniques.

Le traitement médical de la douleur, dans les sympathalgies abdominales d'excitation, trouve son expression dans la crise gastrique du tabès et dans la colique saturnine aiguë.

Les médications les plus disparates ont été proposées contre la douleur de la crise gastrique tabétique. Les applications locales, les topiques divers sont souvent plus encombrants qu'utiles. L'intolérance stomacale fait rejeter ordinairement tous les médicaments prescrits par voie buccale. Pal, attribuant la crise gastrique à un paroxysme hypertensif vasculaire, a proposé les inhalations de nitrite d'amyle ou l'injection de 1 à 4 c. c. de nitrite de soude à 1 %. Gutmann a eu des résultats intéressants par injections de 5 cgr. d'acétylcholine. Salès a utilisé le somnifène intraveineux, Lœwen l'injection épidurale de novocaïne. Horowitz a proposé, avec des succès souvent remarquables, l'injection intraveineuse de sulfate d'atropine à hautes doses (1/2 milligr., puis un milligramme et plus). La morphine calme assurément la douleur mais ne saurait être employée que pour des paroxysmes passagers et quand on a la main forcée, la répétition des crises créant un danger sérieux de morphinomanie.

Dans la colique de plomb, l'existence d'un spasme vasculaire a fait proposer, en dehors des thérapeutiques classiques (purgations, opium), l'usage de l'acétylcholine à la dose de 0 gr. 20 toutes les 15 minutes jusqu'à un gramme par jour (Justin-Besançon et Gutmann).

Le traitement médical des sympathalgies aiguës *de paralysie* se confond en réalité surtout avec celui de la cause, péritonite, pancréatite (glace, morphine, intervention chirurgicale).

Quant au traitement médical des sympathalgies abdominales *chroniques*, il comporte une gamme médicamenteuse des plus variées. Tel cancéreux inopérable est justiciable de la morphine malgré ses inconvénients ou de produits spéciaux tels que le venin de cobra.

Laignel-Lavastine et Koressios ont montré que dans nombre de cas d'algies abdominales consécutives à des tumeurs du pancréas, de l'estomac, du rein, de la colonne vertébrale, dans les crises solaires et les algies tabétiques, le venin de cobra donne souvent de bons résultats. Ce n'est pas un médicament spécifique de la douleur, ce qui explique les inégalités de son action. Il agit comme vaso-dilatateur, drainant les tissus dont l'œdème produit une compression mécanique des plexus sympathiques.

L'histidine a des effets sympathicotropes dans les syndromes abdominaux où la douleur semble en relation avec un spasme vasculaire ou autre.

A la vérité, la plupart des sympathalgiques abdominaux chroniques se plaignent de douleurs moins pénibles que celles dont il vient d'être question. A eux s'adresse une liste de médicaments d'action moins intense, qui sont : l'extrait fluide de valériane,

les bromures, le chlorure de calcium, les capsules d'éther amyl-valérianique, le phosphate de codéine, les glycérophosphates, la belladone, l'atropine, la jusquiame, les pilules de Méglin, le benzoate de benzyle, le bleu de méthylène, etc... Parmi ces médicaments, les uns sont des calmants généraux, les autres des toniques nerveux ; d'autres ont des effets plus particulièrement neuro-végétatifs.

Il est banal de dire que les malades en état d'hyperexcitabilité vagale, avec réflexe oculo-cardiaque exagéré, bénéficient de la belladone (30 à 120 gouttes de teinture par vingt-quatre heures). Il s'agit le plus ordinairement de dyspepsiques hyperchlorhydriques ou d'ulcéreux gastro-intestinaux. Il est utile de rappeler les résultats souvent remarquables obtenus grâce à l'ésérine ou à la génésérine dans les douleurs épigastriques ou les douleurs à distance des ptosés et des malades en état d'hyperexcitabilité orthosympathique (réflexe solaire exagéré).

Deux méthodes de petite chirurgie peuvent trouver leurs indications dans les sympathalgies abdominales résistant aux traitements médicaux usuels. Ce sont les injections paravertébrales de novocaïne et les injections intradermiques, aux points douloureux, de novocaïne ou de solution alcaline, nées de travaux de Lemaire. La technique de ces dernières est la suivante : repérer, en l'entourant de teinture d'iode, la région douloureuse. Avec une aiguille de 10 cm. de long, piquer successivement aux quatre coins de la région, en injectant une quantité assez grande de novocaïne à 1 p. 200.

E. Traitement des endosympathoses d'origine non endocrinienne

Résumé du rapport de MM. Etienne May et Henry M. Gallot

Aux *ectosympathoses* à manifestations extériorisées (la maladie de Raynaud, par exemple), les rapporteurs ont opposé les *endosympathoses*, désordres neuro-végétatifs qui ne se signalent que par des phénomènes purement subjectifs, des sensations cardio-vasculaires en particulier.

Ces endosympathoses, états morbides paroxystiques (crises sympathiques) se présentent cliniquement sous trois formes principales : une forme palpitante, une forme vaso-spasmodique et une forme lipothymique.

La *forme palpitante* comporte une symptomatologie où domine l'affolement du cœur, se traduisant par l'association de tachycardie, parfois avec extrasystoles, et de palpitations. L'élément subjectif dominant est le violent battement de cœur, associé à des phénomènes vaso-moteurs et émotifs. Palpitations, angoisse, réactions vaso-motrices résument les traits essentiels des endo-sympathoses palpitantes. La crise s'apparente à la tachycardie paroxystique dont elle diffère cependant par un pronostic meilleur, malgré un tableau d'angoisse plus pénible.

La *forme vaso-spasmodique* est caractérisée par une vaso-constriction paroxystique atteignant surtout les membres, la face, ayant aussi des localisations cérébrales avec troubles visuels, auriculaires, offrant encore généralement une note cardiaque, palpitations, douleur précordiale, anxiété.

Dans la *forme lipothymique*, ce qui domine c'est la tendance syncopale. Le malade a la sensation que son cœur va s'arrêter, ses extrémités sont froides. Ce type a quelque ressemblance avec les états de choc anaphylactique ou protéique.

Il va sans dire que ces trois variétés peuvent s'intriquer, se succéder dans le temps.

L'évolution des crises offre certains caractères un peu particuliers. Entre les accès, la période de calme n'est pas toujours complète. Toutefois, l'absence de symptômes organiques est une règle presque absolue. Les examens de laboratoire ne donnent pareillement que des résultats normaux. Bref, ces malades ont à l'analyse tous les éléments apparents de la santé.

Au point de vue pathogénique, les rapporteurs pensent que les formes palpitantes et spasmodiques correspondent à un syndrome d'excitation sympathique tandis que la forme lipothymique traduit une inhibition sympathique, avec prédominance vagale. Il ne faut pas, cependant, rester trop étroitement dans le cadre un peu schématique de la vagotonie et de la sympathicotonie.

Quelques considérations préalables sont à exposer avant d'aborder la question thérapeutique. Ces malades ne doivent pas être pris pour des psychopathes. Ce ne sont ni des pithiatiques, ni des hypochondriaques, ni des obsédés. Les modifications psychiques observées chez eux sont en quelque sorte raisonnées et raisonnables. On ne doit pas confondre les manifestations vaso-motrices des endosympathoses avec des affections viscérales organiques. Un des diagnostics les plus délicats est celui avec l'angine de poitrine vraie. On ne doit pas enfin considérer les endo-sympathoses comme relevant nécessairement de la pathologie endocrinienne.

La dernière étape d'un diagnostic complet a trait à l'étiologie et elle est capitale pour l'établissement du traitement. Une thérapeutique étiologique est possible dans la plupart des cas d'endo-sympathoses et c'est même la seule qui soit réellement efficace.

L'enquête étiologique s'inspirera de la règle suivante : les endo-sympathoses d'excitation ont essentiellement des *causes réflexes* ; les endosympathoses d'inhibition ont essentiellement des *causes toxiques*.

Toutes les causes d'excitation du sympathique peuvent être à l'origine des endo-sympathoses dites d'excitation. Mais le plus ordinairement il s'agit de lésions localisées souvent minimes. Au premier rang de celles-ci se placent les affections digestives, les dyspepsies, les entéro-colites chroniques, les cholécystites. Viennent ensuite les troubles génitaux, des états divers comme la cellulite précordiale, les irritations nasales, le froid, les émotions, etc.

Dans les endosympathoses d'inhibition, les intoxi-

cations les plus fréquemment en cause sont d'origine intestinale ou hépatique. Les gaz intestinaux jouent également un rôle en pareil cas.

Ces considérations étiologiques conduisent à un traitement dont l'importance est essentielle. A cette thérapeutique étiologique s'ajoutera le traitement neuro-végétatif proprement dit.

On distingue aujourd'hui des médicaments *vagomimétiques* et des médicaments *sympathomimétiques*. Que désignent ces expressions ? Les conceptions nouvelles admettent que l'excitation du sympathique ou du vague paraît avoir pour résultat de libérer une substance chimique définie, l'acétylcholine pour le vague, une sorte d'adrénaline pour le sympathique. Dale a parlé des fibres cholinergiques et des fibres adrénergiques. On parle en outre de substances non qui excitent le vague ou le sympathique mais qui produisent le même effet que cette excitation, autrement dit qui la *miment* : l'adrénaline serait le sympathomimétique parfait, le vagomimétique parfait étant représenté par l'acétylcholine.

Il existe toute une série de corps doués de pouvoir mimétique, les uns sympathomimétiques (adrénaline, éphédrine...), les autres vagomimétiques (acétylcholine, muscarine, pilocarpine...). A côté se placent les vago et les sympatholytiques, c'est-à-dire les substances qui suppriment les effets d'excitation du vague (atropine) ou du sympathique (yohimbine, ergotamine, sympatholytiques de synthèse, ésérine). La thérapeutique évoluera entre ces médicaments mimétiques et lytiques. Aux endosympathoses à forme palpitante ou vaso-spasmodique on donnera des sympatholytiques et des vagomimétiques (acétylcholine, yohimbine, ésérine) et aussi tous les calmants généraux (bromures, valériane, gardénal). La belladone est à rejeter. Les endosympathoses à forme lipothymiques, au contraire, sont défavorablement influencées par les dépriments du sympathique, en particulier le gardénal. La belladone, sympathomimétique, est ici la médication la plus active, associée à l'éphédrine, aux préparations sthéniques, strychnine, phosphore, arsenic.

Reste à considérer la question du terrain, souvent héréditairement prédisposé du sujet, du rôle des endocrines qui commandent dans une large mesure le tonus vago-sympathique. L'opothérapie toutefois devra toujours être conduite prudemment.

P. LACROIX

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

MASSON ET Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain

Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — **Les spasmes de la face et leur traitement.** Un vol. de 88 p. (Collection : Médecine et chirurgie. Recherches et applications, n° 1). Prix : 12 fr.

Jean BERGER. — **Gestes et procédés techniques de chirurgie générale.** Un vol. 138 pages, 124 fig. Prix : 32 fr.

A.-B. MARFAN. — **Etudes sur les maladies de l'enfance.** Scrofule, rachitisme, albuminurie intermittente, céphalée des écoliers, défécation involontaire, etc. Un vol. 192 p. Prix : 30 fr.

Librairie Marcel VIGNÉ,
11 et 13, rue de l'École-de-Médecine

Dr G. AVELINE. — **Mémoire sur les formes insoupçonnées du parasitisme. Une maladie nouvelle : l'anguillulose.** Un vol. 218 p. Prix : 30 fr.

MASSON et Cie, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

G. MENEGAUX, chirurgien des hôpitaux de Paris et D. ODIETTE, assistant à l'Institut du cancer. — **L'ostéosynthèse au point de vue biologique.** INFLUENCE DE LA NATURE DU MÉTAL. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE. Préface de J. Verne. Un volume de 176 pages avec 71 figures. Prix : 35 francs.

Les auteurs ont été frappés par les incidents et les échecs imprévus auxquels donnent lieu de temps à autre les ostéosynthèses, quelque rigoureuses qu'aient été les indications et la technique opératoire, ainsi que les soins ultérieurs. Eliminant les facteurs actuellement bien connus, ils ont été amenés à penser que la nature du métal utilisé pouvait avoir une importance.

Ils ont étudié ce problème du point de vue cellulaire en cherchant à mettre en présence les différents métaux expérimentés et l'ostéoblaste lui-même, considéré comme « primum movens » de toute consolidation osseuse.

Ils ont donc fait plusieurs séries d'expériences par la méthode des cultures de tissu. Ils ont voulu ensuite contrôler « in vivo » leurs résultats pour répondre à l'objection possible que leurs recherches « in vitro » n'avaient pas de portée pratique.

Ces deux méthodes, en apparence si dissemblables, leur ont donné des résultats concordants qu'ils exposent dans ce livre.

Les Thèses

P. — Dr E. Baré. — **Etude sur la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions militaires d'invalidité.** (Thèse, 1936.)

Après avoir exposé en détails la formation de cette loi, appelée à remplacer celle du 11 avril 1831, l'auteur suit sa discussion à la Chambre des Députés et au Sénat. Il en étudie spécialement l'application pour les affections pulmonaires : bronchite chronique et emphysème. Dans un chapitre spécial est indiquée quelle est présentement la situation des vrais gazés de la guerre, et ce qu'il faut penser des mentions « atteinte par les gaz » figurant sur les billets d'hôpitaux des bronchiteux et des emphysémateux, cela en raison des atteintes ultérieures de tuberculose pulmonaire. Enfin, sont envisagées, dans un esprit critique, certaines conséquences budgétaires et sociales de la loi du 31 mars 1919.

P. — Dr J. Dimier. — **L'histoire du pneumothorax artificiel** (Thèse, 1936.)

De nombreux chercheurs ont tenté pendant des siècles de traiter la phtisie en agissant directement sur le p umon.

C'est à Forlanini que revient le mérite d'avoir modifié complètement le pronostic de la tuberculose pulmonaire grâce au pneumothorax artificiel.

Il fit une description théorique de sa nouvelle méthode en 1882. Sa découverte ne fut pas due au hasard. Ce ne fut pas non plus le résultat d'expériences faites aveuglément. Bien au contraire, c'est à l'aide d'observations et de raisonnements précis qu'il mit au point le pneumothorax artificiel. Mais il ne voulut pas risquer de causer un préjudice quelconque à des malades et n'appliqua sa méthode que lorsqu'elle fut parfaitement au point, vers 1894, douze ans après sa première communication.

P. — Dr R. Fort. — **Contribution au traitement orthopédique des fractures de l'astragale.** (Thèse, 1936).

Si l'astragalectomie, actuellement préconisée par la plupart des chirurgiens, a, d'une façon indéniable, amélioré le pronostic des fractures de l'astragale, elle est loin de constituer un traitement idéal. Le traitement orthopédique peut donner souvent de meilleurs résultats.

La réduction sera faite *précocement* sous *anesthésie générale*, sous une *forte extension* convenablement orientée ; celle-ci sera obtenue par l'intermédiaire d'un étrier agissant directement sur le calcanéum.

En perfectionnant la technique, on peut étendre les indications du traitement orthopédique. Celui-ci peut être pratiqué non seulement pour les fractures du col de l'astragale, mais pour un grand nombre de fractures du corps de l'os.

Ce sont les cas où les lésions ligamentaires sont peu importantes, et où le fragment postérieur reste fixé sous la mortaise, qui sont les plus favorables.

Le traitement orthopédique sera naturellement contre-indiqué : en cas de fractures partielles, de fractures comminutives, de fractures associées, de fractures ouvertes et pour toutes les fractures anciennes.

Mp. — Dr L. Nichet. — **Le segment pharyngo-œsophagien.** (Thèse, 1936.)

La difficulté et surtout le danger de toute œsophagoscopie résident dans le franchissement du passage entre le pharynx et l'œsophage.

Ce passage, étudié dès l'introduction de l'œsophagoscopie *dans la pratique* courante par *les précurseurs* de la méthode, Killian et Chevallier-Jackson, a reçu des noms divers « bouche de l'œsophage », « pince crico-pharyngée ».

Ces termes paraissent à l'auteur trop restrictifs. Il n'existe pas un rétrécissement linéaire, mais toute une zone rétrécie pour laquelle il propose la dénomination de « segment pharyngo-œsophagien ».

Dans son ensemble, le défilé est constitué de la sorte : au centre, les fibres les plus inférieures du muscle constricteur inférieur ; au-dessus et au-dessous de ce sphincter, deux zones, l'une formant une sorte de vestibule tapissé sur sa face postérieure par la nappe musculaire du muscle constricteur inférieur et plus particulièrement par le faisceau cricoïdien, l'autre correspondant à la partie initiale rétrécie de l'œsophage.

Histologiquement, la partie centrale, le faisceau crico-pharyngé, s'affirme comme une formation sphinctérienne.

Pathologiquement, ce sphincter joue un rôle important dans diverses affections : le spasme, les diverticules, les corps étrangers, les ulcères dits de « décubitus ».

Mp. — Dr C. Granier. — **L'encéphalite post-vaccinale.** (Thèse, 1936).

L'encéphalite post-vaccinale est une complication exceptionnelle, eu égard au très grand nombre de vaccinations et revaccinations annuellement pratiquées.

En France, cette complication est encore plus rare qu'à l'Etranger. Il est probable que notre pays doit à *la pratique de la vaccination au cours de la pre-*

mière année, et à la régularité des revaccinations d'être si peu éprouvé par l'encéphalite post-vaccinale. Celle-ci *paraît, en effet, compliquer surtout les primo-vaccinations tardives.*

La question de la nature de l'encéphalite post-vaccinale reste obscure. Cependant, rapprochant l'encéphalite post-vaccinale des accidents encéphalo-méningés survenant à la suite de la coqueluche, de la rougeole, de la varicelle, de la variole, etc..., l'auteur tend à admettre la *nature « vaccinale »* des accidents, la maladie vaccinale étant susceptible, comme toute maladie infectieuse, d'acquérir un neurotropisme particulier.

P. — Dr J.-L. Millot. — **Etudes des formes anatomo-cliniques des épithéliomas du canal cervico-utérin.** (Thèse, 1936.)

Du point de vue clinique, les épithéliomas, nés aux dépens de la muqueuse endo-cervicale, n'ont un aspect particulier qu'au premier stade de leur développement. Leur évolution paraît s'effectuer plus lentement que celle des épithéliomas exo-cervicaux. Mais dès qu'ils ont franchi l'orifice externe du col on ne peut plus les en distinguer.

Du point de vue histologique, on retrouve parmi les épithéliomas endo-cervicaux toutes les formes de transition, allant des épithéliomas cylindriques aux épithéliomas malpighiens.

Par rapport à la totalité des épithéliomas du col, les épithéliomas endo-cervicaux représentent une proportion de 6,3 %.

P. — Dr Gilles Mabin — **La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses.** (Thèse, 1936.)

Etudiant la pathogénie des cas de gangrène gazeuse observée après injections médicamenteuses, l'auteur, après avoir rejeté comme improbables les rôles du médicament, du matériel et de l'insuffisante asepsie de la peau, propose comme la plus plausible l'hypothèse suivante : chez certains malades les anaérobies déterminent une bactériémie, une septicémie latente, qui peut exister sans se manifester par aucun symptôme clinique. Un jour l'injection d'un médicament réalise au point de la piqûre des conditions favorables à la virulence du microbe et une gangrène gazeuse se produit.

Mp. — Dr R. Lasbugues. — **Les colonies de vacances dans le Gard.** (Thèse, 1936.)

Il existe peu de colonies de vacances dans le Gard, bien que ce département réunisse d'excellentes conditions climatologiques pour la création desdites colonies. Pour telle ou telle colonie on tiendra compte d'indications et de contre-indications. Le choix exige la connaissance de « terrains » de l'enfant, de ses besoins, de ses aptitudes, de sa valeur fonctionnelle ; il exige aussi des connaissances climatologiques assez précises.

P. — Dr Bugiel Jean. — **Action des rayons U. V. sur la leucopénie rœntgennienne.** (Thèse, 1936.)

Les rayons ultra-violets ont une action certaine sur les globules blancs. Ils provoquent, avec la lampe à vapeur de mercure ou en action différée, une leucogenèse qui, semble-t-il, est le fait d'une excitation des organes hémato poïétiques par des produits chimiques élaborés dans la peau sous l'influence de l'ionisation ultra-violette.

L'action des rayons ultra-violets sur la leucopénie rœntgennienne est vraisemblablement due à un processus semblable.

L'auteur décrit ensuite la technique du traitement U. V. de la leucopénie causée par les rayons Rœntgen.

Mp. — Dr R. Joyeux. — **Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice en gynécologie.** (Thèse 1936.)

L'auteur envisage les avantages respectifs de la greffe ovarienne et de la conservation *in situ* de l'ovaire, dans la chirurgie gynécologique conservatrice. Il incline d'une manière générale vers la première solution.

Contrairement à ce que pourrait laisser croire l'anatomie pure, autant que l'on puisse en inférer de l'animal à l'homme et dans la mesure où une expérimentation réduite peut être interprétée utilement, la conservation de l'ovaire *in situ* dans la chirurgie gynécologique nécessite l'intégrité de son double pédicule artériel.

L'intervention opératoire, impliquant en général le sacrifice de l'un de ces pédicules, il paraît logique d'orienter la prophylaxie des troubles de carence ovarenne vers la greffe de la glande génitale plus que vers la conservation de l'ovaire *in situ*.

P. — Dr A. du Garay. — **L'insuffisance hépatique, l'asthme, l'urticaire et l'eczéma.** (Thèse, 1936.)

L'auteur enregistre le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse de l'asthme, de l'urticaire et de l'eczéma. Il a essayé, comme conclusion thérapeutique, l'action des extraits de foie dans ces affections.

Ayant ainsi traité deux cas d'asthme, un cas d'eczéma et dix cas d'urticaire ou dermatoses d'intolérance, il conclut qu'un dysfonctionnement hépatique souvent larvé prépare le terrain sur lequel des circonstances déclenchantes d'origine externe (froid, irritation cutanée) ou interne (alimentation, injections, chimiothérapie), provoqueront des réactions à modalités variables selon les individus : asthme, eczéma, urticaire.

Ces réactions, susceptibles d'alterner ou de se succéder chez un même sujet, peuvent être considérablement atténuées en intensité ou en fréquence et peuvent, dans certains cas, être supprimées par l'hépatothérapie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

LA PROFESSION MÉDICALE EN ALLEMAGNE

La limitation des clientèles par la fonctionnarisation d'Etat
Les rapports avec les Assurances sociales

La fonctionnarisation d'Etat comme remède à la pléthore médicale, voilà une solution qui ne nous conviendrait pas en France ; certes, c'est un remède, mais un mal pour un bien. Ce bien, nous avons pour le réaliser d'autres moyens par la solution du problème des étrangers, qui cherchent à s'installer sur notre territoire, et par une perfection toujours plus grande apportée aux études médicales ; d'une manière plus générale : par la réduction du nombre de ceux qui aspirent à devenir des intellectuels, et que faciliterait le retour à la terre ; enfin, dans une certaine proportion, par la réadaptation de la femme à ses devoirs dans le foyer familial.

« Fonctionnarisation d'Etat » est une expression, qui couvre un autoritarisme, dont on n'aperçoit pas aussitôt toutes les conséquences.

Vous imaginez-vous, par exemple, qu'il suffise d'avoir acquis le diplôme de docteur en médecine pour exercer la médecine en Allemagne ? Non, il faut de plus avoir été « nommé » pour obtenir le droit d'y faire de la thérapeutique en tant que médecin. Et par qui, cette nomination ? par un Führer-médecin, chef suprême de la profession, que désigne le Führer-chancelier, lui-même. Evidemment cette désignation est faite, en principe, par un arrêté du ministre de l'Intérieur, après l'avis d'une « Chambre des médecins » ; mais dans la pratique, c'est le Führer-médecin qui est tout puissant.

Ainsi a-t-il été ordonné par la loi du 13 décembre 1935 sur la profession de médecin (1).

Seul, le médecin « nommé » a le droit d'exercer ; et ne pensez pas qu'il soit facile de devenir médecin « nommé ». Oyez plutôt.

D'abord, des conditions normales : posséder une entière valeur morale ; ne pas avoir subi de pénalités antérieures ; n'êtes pas privé de ses droits civiques.

Mais ensuite : être un « pur » au point de vue national, ce qui est une innovation grave, imposée du national-socialisme.

Puis, en dépit de tous les titres scientifiques : ne pas être atteint d'une imperfection physique ou corporelle, ne pas présenter de penchants regrettables ou de faiblesse intellectuelle ; car, le national-socialisme commande de mettre la population à l'abri des dangers, qui peuvent résulter de l'activité d'un médecin, qui serait insuffisant de corps et d'esprit.

Il faut aussi être un pur Aryen, et, si l'on est marié, avoir épousé une pure aryenne ; cependant, un certain nombre de médecins de sang non-aryen peuvent être admis dans la proportion des habitants non-allemands, qui résident en Allemagne.

Le refus de la nomination peut encore être infligé en cas de cumul de revenus. Enfin, les cadres de la profession ne doivent pas être complets.

Le médecin est absolument tenu d'accepter la nomination, dont il a été l'objet, et il ne peut y renoncer qu'avec l'assentiment de la Chambre médicale du Reich.

Par contre, la qualification de médecin est protégée par la loi ; tout abus de cet ordre est passible de prison, d'amende, ou des deux à la fois.

Le médecin peut toutefois ne plus vouloir exercer ; il doit alors obtenir le consentement de la Chambre médicale du Reich ; mais, par la suite, il ne devra plus s'occuper de thérapeutique « professionnellement ou par habitude ». Il ne pourra même plus devenir guérisseur ; il n'aura plus le droit de faire de thérapeutique, alors que d'autres personnes, sans formation médicale, ont le droit d'en faire.

Même défense sera faite au médecin, qui aura été révoqué. Révoqué, il pourra l'être, en effet, soit par suppression de ses droits civiques (mesure purement politique), ou pour manque de

(1) Voir aussi *Le Concours médical*, 1936, page 1.557.

fidélité au national-socialisme, soit pour manquement grave aux lois pénales ou morales, soit enfin pour indignité reconnue par une juridiction professionnelle. (Ici apparaît, pour la première fois, la procédure corporative.) Dans ce dernier cas, la « profession » aura le droit de demander le retrait de la nomination, mais, seules, la Chambre des médecins du Führer-médecin sera qualifiée pour prononcer la réintégration.

Comment le médecin « nommé » va-t-il pouvoir *exercer la profession* ?

Avant tout, il doit se conformer au principe suivant : choisi par l'Etat, il est obligé, en tant que fonctionnaire d'Etat, d'être son mandataire pour l'application des règles de l'hygiène publique ; ainsi, en même temps que de la santé individuelle, il s'occupera de la santé collective.

La nomination vaut pour tout le territoire du Reich, *mais* la Chambre des médecins intervient pour le choix de la clientèle ; car *le nombre des médecins est limité,* en ce qu'il est proportionnel au nombre des habitants des villes et des campagnes. Le praticien ne peut donc s'installer où il veut.

D'autre part, la loi règle les rapports entre praticiens et malades à un triple point de vue : secret professionnel, traitement, honoraires.

Le secret, confié à l'occasion de la profession, ne peut être révélé sans délit ; mais l'auteur du délit est absous, s'il a dévoilé un secret soit pour accomplir un devoir légal ou moral soit pour répondre à un « sentiment populaire sain ».

La Chambre fixe, elle-même, les conditions dans lesquelles les médecins ont le droit de prescrire des remèdes et de donner des soins. A ces restrictions dans l'exercice de la médecine, s'ajoute un tarif des honoraires les plus élevés, qui ne peut être dépassé sans l'autorisation de la Chambre des médecins du Reich.

Des cours de perfectionnement sont imposés jusqu'à l'âge de 60 ans dans des maisons de santé ; ainsi l'Etat veille-t-il sur la valeur professionnelle.

Quant aux Assurances sociales, les Caisses ont perdu leur toute puissance d'antan ; mais les praticiens, qui préalablement étaient asservis par ces organismes, ont dû payer cher la victoire, qu'ils ont remportée dans cette lutte de suprématie, alors qu'ils la menaient depuis longtemps ; ils y ont perdu leur indépendance vis-à-vis de l'Etat, dont ils sont devenus les fonctionnaires.

Toutefois n'est pas médecin de Caisses, qui veut. Il faut que le médecin « nommé » ne dispose que d'un revenu professionnel inférieur à un chiffre fixé.

Il doit être choisi, suivant un effectif limité à un médecin pour 600 assurés, par une Commission de trois membres, qui sont désignés pour chaque circonscription par le médecin chef des Caisses d'Allemagne. L'admission ne devient définitive qu'après des stages assez longs : trois mois à la campagne ; vingt et un mois dans des maisons de santé, hôpitaux, sanatoriums ; douze mois dans des camps de travail ; six mois dans des Instituts scientifiques.

A noter que les médecins-femmes mariées ne peuvent être reçues que lorsque leur activité ne paraît pas absolument nécessaire à la sécurité économique de leur foyer.

Chaque comité directeur des Assurances pour un Etat allemand possède, d'autre part, un service d'inspection médicale, qui dorénavant ne dépend plus des diverses Sociétés d'assurances sanitaires.

L'organisation de la profession et la répression des fautes professionnelles

Sous le signe du national-socialisme, tout médecin *doit* appartenir à une organisation de district ; au-dessus de pareils groupements locaux, sont prévues des chambres régionales, mais aucune d'elles ne possède plus son autonomie, comme auparavant. Enfin, sur tout le Reich règne la Chambre médicale suprême qui est placée sous l'autorité du Führer-médecin.

Au Führer-médecin est adjoint un comité consultatif pour le conseiller et l'assister ; il doit demander l'avis de celui-ci, mais reste suprême arbitre pour les décisions à prendre.

La Chambre médicale suprême comprend les membres de ce Comité consultatif nommés par le ministre de l'Intérieur, le représentant du chef de l'Union des Caisses de malades d'Allemagne, et un représentant de chaque Chambre régionale de médecins.

Les directeurs des Associations de district et des Chambres régionales sont nommés par le ministre de l'Intérieur. Sur avis du Führer-médecin, les membres de leurs bureaux sont choisis par la Chambre des médecins parmi des candidats, qui ont été élus par leurs pairs. Ces deux organisations répondant à nos Syndicats.

Les droits des Associations de district sont restreints. Et il semble qu'aux seules Chambres régionales et à la Chambre suprême soient réservées des attributions consultatives, réglementaires et juridictionnelles.

Celles-ci donnent leur avis sur les questions de santé publique, dont elles sont saisies par l'Etat, les communes, et les établissements créés par le parti.

Elles prescrivent toutes mesures concernant

l'exercice de la profession (assurances des médecins, formation des médecins). Les confrères sont obligés de se conformer à leurs prescriptions thérapeutiques ; la violation de ces décisions est sanctionnée par des amendes d'un montant de 1.000 marks.

Les Chambres ont le droit de collaborer avec les divers organismes sociaux, notamment avec les Caisses d'assurances sociales, au service desquelles elles ont été mises pour la rédaction de rapports ou la désignation d'experts.

Les juridictions professionnelles sont organisées dans le cadre des Chambres régionales des médecins, et, en dernier ressort, de la Chambre du Reich.

A part les médecins de l'armée tous les médecins du Reich allemand, y compris les savants et les professeurs des Universités sont contrôlés par les Chambres médicales.

Au premier degré, la juridiction est composée de deux médecins et d'un président ayant satisfait à l'examen de juge ; au second degré, on trouve trois médecins, un président et un quatrième membre ayant satisfait à l'examen de juge. Les médecins sont désignés par la Chambre ; les autres membres par les ministres de l'Intérieur et de la Justice.

L'accusé est défendu par un avocat, un autre médecin ou une personne officiellement autorisée.

Les pénalités envisagées sont une amende de 10.000 R. M. au maximum, la suspension de l'activité médicale partielle ou totale ; la déclaration de l'inaptitude à exercer la profession.

Le ministre de l'Intérieur a le droit d'annuler les jugements comme les résolutions, s'ils vont à l'encontre des buts du Gouvernement.

Des appels peuvent être faits devant la Cour suprême des médecins ; l'arrêt rendu par cette Cour est définitif.

Momentanément, les membres de l'Association des Caisses-maladie conservent encore une juridiction spéciale. Des juristes professionnels président à cette justice, mais les médecins, membres du tribunal, ne sont plus élus par leurs pairs ; ils sont désignés par l'autorité supérieure.

***

« La profession de médecin dans ces conditions ne constitue plus une profession libérale : le médecin, admis à exercer, est placé dans une sphère déterminée, et son activité est limitée ; ses honoraires ne sont pas fixés librement. Enfin, la corporation, à laquelle il est obligé d'appartenir, n'est pas une émanation du Corps médical, mais un véritable organisme d'Etat ; elle contribue à accroître la dépendance du Corps médical à l'égard de l'Etat ». (G. Defoug).

***

Quelques réflexions appropriées

Sur le « mode français », l'exercice de la médecine privée ou collective est heureusement libre ; pour faire de la thérapeutique, il suffit de posséder le diplôme d'Etat ; aucune entrave n'est apportée ni par les questions d'aptitude physique, ni par les conceptions politiques ou religieuses.

Nous ne connaissons pas de « maître » tout puissant ; seuls ont été reconnus par nous les maîtres de la Faculté, lorsqu'ils nous ont enseigné la médecine. Nous ne voulons pas de discipline imposée ; mais une discipline consentie nous l'accorderons à nos organisations professionnelles, car, pour être forts, il faut être unis.

A nos syndicats, à notre Confédération générale, le devoir de défendre nos intérêts soit auprès des Pouvoirs publics, soit auprès des organismes qui se chargent d'assurer les soins collectifs.

Sous cette forme, c'est à nous-mêmes de savoir exercer notre prestige, imposer nos justes revendications. Pas de folles équipées ; pas de prétentions irraisonnées ; pas de fautes dans l'exercice de notre profession.

Commençons par nous respecter nous-mêmes, et nous forcerons le respect de tous, quels qu'ils soient.

G. Fischer.

PÉDICURE ET EXERCICE ILLÉGAL DE LA MEDECINE

Un de nos adhérents nous demande quels sont les droits exacts des pédicures. Peuvent-ils notamment extirper des verrues plantaires, des oignons, etc. ?

Nous devons répondre en nous appuyant sur la définition de l'exercice illégal de la médecine, tels que nous l'indiquent les arrêts de la Cour de cassation et l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. Exerce illégalement la médecine celui qui n'étant pas muni des diplômes requis par ladite loi, ou par celle du 26 juillet 1935, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales.

Si le pédicure était docteur en médecine — et nous connaissons un spécialiste très distingué à Paris, qui exerce cette spécialité, — la question ne se poserait pas. Le médecin qui s'adonne tout particulièrement à cette branche de l'art de guérir — malheureusement trop délaissée et même pas assez appréciée — peut poser des diagnostics, convenir des interventions à faire non seulement pour la guérison de certaines excroissances épidermiques douloureuses, mais aussi pour la disparition ou la guérison, ou l'atténuation par un traitement chirurgical ou orthopédique de certaines malformations digitales, osseuses, etc., telles qu'hallus valgus, orteil en marteau, exostoses.

Des infirmiers-pédicures qui peuvent obtenir le diplôme d'Etat (décret du 27 juin 1922) pourraient ensuite donner certains soins sous la direction et la surveillance suivie du docteur en médecine, celui-ci se réservant la pratique des interventions intéressant le derme, ou les parties osseuses.

Car, ne l'oublions pas, la pédicurie ou podothérapie est une branche de l'art de guérir : telle est la conclusion que nous tirons d'un jugement du *Tribunal correctionnel de la Seine*, 10e Chambre, 12 mars 1926 (*Concours Médical*, 1929. 839) : « Les pédicures doivent borner leurs soins aux « affections qui intéressent seulement l'épiderme, « mais ils ne doivent pas se livrer à l'extirpation « des verrues, ou poireaux, ces affections inté- « ressant le derme. Toute opération du pédicure, « qui nécessite l'emploi du bistouri, ou autres « instruments analogues, relève du domaine de « la petite chirurgie et ne peut être pratiquée que « par un pédicure muni du diplôme de docteur en « médecine. »

Ce jugement ne fait que corroborer les conclusions auxquelles était arrivée la discussion sur ce sujet, au Congrès de 1906, sur la répression de l'exercice illégal de la médecine. Au cours de ce Congrès, on avait signalé des cas malheureux, dont un mortel, provoqués soit par l'utilisation d'instruments mal stérilisés, soit par l'ignorance de l'état pathologique du patient (diabète, syphilis, etc.).

Conclusions

Nous devons conclure que la pédicurie est une branche de l'art de guérir qui ne devrait pas être laissée par les docteurs en médecine dans le discrédit et le dédain. Certaines interventions sont du ressort du médecin et même du chirurgien, car elles nécessitent une connaissance générale de notre art et une habileté manuelle qui est parfois celle du chirurgien de métier.

Les infirmités des pieds ne consistent pas seulement en l'apparition d'excroissantes épidermiques, ou dermiques. Des lésions osseuses, les malformations des orteils, les excroissances des os des doigts, ou des métatarsiens sont l'occasion de consultations réclamées par ceux qui en souffrent et demandent à l'homme de l'art le soulagement, sinon la guérison.

Pourquoi, dans notre ère de pléthore professionnelle, certains docteurs en médecine avertis ne s'éduqueraient-ils pas dans cette spécialisation médicale et ne travailleraient-ils pas au soulagement des misères physiques des hommes ? Ils pouraient se faire assister par des infirmiers pédicures dûment instruits et capables, qui s'occuperaient des cas bénins, sous la surveillance et la direction suivie du médecin diplômé.

Lorsqu'il s'agit de porter remède à la souffrance humaine, il n'y a pas de spécialisation nférieure et déconsidérée pour ceux qui ont le droit légal d'exercer la profession médicale.

Dr Paul BOUDIN.

LA PROPOSITION DE LOI POMARET

Réflexions de nos lecteurs

L'article que j'ai publié dans le *Concours* du 4 octobre dernier m'a valu un certain nombre de lettres, qui prouvent que nos confrères s'intéressent au sort des vieux confrères... tout en réclamant aide et protection pour les jeunes.

Que l'impôt des patentes soit consacré à la constitution d'un fonds commun de retraite, dont bénéficieraient les médecins, qui, volontairement, abandonneraient l'exercice de la profession à 65 ans : tout le monde est d'accord. Il appartient au législateur de combler par d'autres mesures fiscales le déficit apporté aux finances départementales ou communales par cette nouvelle affectation du produit de l'impôt des patentes.

Unanimité encore sur cette faculté de cesser la clientèle, car si les uns invoquent l'obligation pour certains de travailler pour vivre et faire vivre leur famille, d'autres s'insurgent contre ce brevet de vieillesse infligé aux confrères ayant dépassé l'âge fatidique de 65 ans.

Mais, dans la correspondance reçue, je tiens surtout à mentionner trois lettres.

L'une émane du Docteur Marguerite Boulle, de Bois-Colombes (Seine) qui, avec raison, fait observer que, dans la banlieue parisienne, l'Assistance médicale gratuite constitue souvent 50 % de la clientèle et environ le tiers ou le quart de rapport total annuel de revenu professionnel. D'autant que, les assistés choisissant leur médecin au début de l'année, ce seraient les praticiens les plus consciencieux et les plus humains qui supporteraient le poids de cet abandon d'honoraires, car ils sont choisis par les assistés, de préférence aux praticiens, qui font cette médecine des pauvres avec négligence. A noter de plus que nombreux praticiens, anciens internes, médecins des hôpitaux ou autres, ne participeraient pas à cet « impôt des retraites » tout en en étant plus tard les bénéficiaires.

Madame le Docteur Boulle préférerait voir imposer à chaque praticien une cotisation spéciale en vue de la constitution de ce fonds commun de retraite.

Mêmes objections contre cet abandon des honoraires d'Assistance médicale gratuite, émanant du Docteur Laurent, de Champrond-en-Gatine (Eure-et-Loir), qui, de plus, montre que le praticien installé en pays pauvre, obligé de soigner de nombreux indigents, serait défavorisé au profit de confrères résidant dans des régions riches, dans lesquelles les indigents sont très rares, ou peu nombreux.

Ne faudrait-il pas redouter l'exode des médecins de pays pauvres où le client paye mal, s'il n'est pas assisté, vers la ville voisine, ou dans les régions plus riches, parce qu'agricoles, ou industrielles ? Ce serait donc encore le sacrifice des confrères ayant de la peine à vivre dans des régions déshéritées au profit de praticiens ayant des clientèles faciles, payant bien et travaillant peu avec le service de l'Assistance médicale gratuite.

Dans le même ordre d'idées, je reproduis le passage d'une lettre, émanant d'un jeune : « Pourquoi parle-t-on toujours des jeunes médecins qui, s'installent et à qui un certain « décret-loi interdit de donner leurs soins aux « indigents, tant qu'ils n'ont pas été demandés le premier janvier de l'année ?

« On m'avait dit qu'il s'agissait-là d'une mesure administrative : je me suis aperçu depuis « que de vieux médecins syndiqués veillaient « attentivement à ce que ce règlement soit « strictement appliqué, de même qu'ils sont « cramponnés après tous les postes officiels, de « médecins de chemin de fer, de vaccinations, « de surveillance des nourrissons, etc., etc., et ne « craignent pas de réclamer pour eux la continuation de tous ces privilèges, au détriment « des jeunes confrères installés plus près, parfois même au centre du fief détenu par l'ancien qui réside à quelques dix kilomètres de « là ».

Maintes fois, nous avons reçu les échos des doléances de jeunes praticiens, qui voient la clientèle être dirigée vers le cabinet de confrères anciens qui occupent jusqu'à leur mort des situations fixes et souvent les comprennent dans l'annonce d'une cession de clientèle.

Oui, le Syndicat rend d'immenses services au corps médical ; mais si les jeunes se font tirer l'oreille pour adhérer au groupe professionnel, c'est parce qu'ils voudraient voir une nuit du 4 août par abandon des fixes sur l'autel de la confraternité pour le libre choix qui fait partie de la Charte syndicale.

Revenons à la proposition de loi Pomaret. Je suis heureux de recevoir des observations,

des critiques au sujet de mes suggestions. Je n'ai voulu prouver qu'une chose : c'est que si le Parlement veut imposer la retraite à 65 ans, il faut que le Trésor public supporte une partie du poids de ces retraites, puisque le législateur estime qu'à partir de 65 ans, un médecin peut devenir nocif pour la santé publique.

Mais, s'il faut que le Corps médical fasse, de son côté, un effort pécuniaire, pour la constitution de ces retraites, cherchons ensemble les propositions à faire au législateur, sans que les uns pâtissent au profit des autres. Un des buts du Syndicat, c'est de placer les praticiens d'une région sur un même pied d'égalité, pour la lutte pour la vie, sans que les uns soient favorisés au détriment des autres.

Que nos lecteurs nous fassent connaître leur façon de penser et notre but sera rempli.

Un projet de retraite du médecin vient d'être présenté par le Docteur Bausset, de Sainte-Maxime-sur-Mer au Syndicat médical du Var, qui l'a retenu. Notre confrère ne propose aucune cotisation, ni versement, pas d'encaissement, mais simplement quelques journées de travail, équitablement réparties.

Le principe du projet repose essentiellement sur des contrats collectifs que les Syndicats médicaux passeraient avec les collectivités publiques (départements, communes et Etat) pour être chargés du fonctionnement de la médecine préventive (Inspection médicale des écoles, vaccinations antivarioliques et antidiphtériques, consultations de nourrissons et inspection du premier âge, consultations prénatales).

Cette médecine préventive serait prise en charge par le Syndicat médical départemental sous sa direction, son contrôle, sa responsabilité. Elle serait assurée par voie de roulement entre les médecins syndiqués.

La retraite sera facultative, fixée à 24.000 francs, dont la moitié, soit 12.000 francs reversible sur la tête de la veuve. Auront droit à la retraite les médecins syndiqués âgés de 65 ans et comptant trente-cinq années de syndicalisme. Bien entendu des dispositions transitoires concerneraient les confrères actuels syndiqués et approchant de l'âge de la retraite.

Une retraite de 6.000 francs serait versée aux veuves des médecins morts avant l'âge de 65 ans.

Le Conseil de famille du Syndicat serait chargé, par contrat avec les collectivités publiques, de rechercher et de réprimer les abus, les défaillances ou les infractions aux règlements.

Cette retraite neserait nullement basée sur le principe de la capitalisation, mais sur celui de la répartition, dont la centralisation serait faite par les bons soins de la Confédération.

Enfin, notre confrère prévoit d'autres moyens, qui sont plutôt des procédés de défense de notre profession, contre l'envahissement, notamment par les étrangers. C'est ainsi qu'il propose qu'aucune naturalisation ne soit désormais accordée ; les médecins militaires ou fonctionnaires retraités ne pourront plus exercer. Toutefois ceux qui jouissent d'une situation acquise pourront continuer à l'exercer jusqu'à l'âge de 65 ans, époque à laquelle ils devront renoncer à l'exercice de leur art, sans avoir droit à la retraite syndicale.

Notre confrère fait suivre son projet d'un tableau des dépenses et recettes, pour prouver que son idée est matériellement réalisable.

Je ne puis que féliciter le Docteur Bausset de s'être ainsi penché sur les misères médicales, surtout lorsqu'on voit des médecins âgés, ou des veuves de praticiens se trouver dans un état voisin de la misère, malgré une vie de labeur et de dévouement.

Ce que je retiens avec le plus de faveur, c'est la proposition de contrat collectif entre Syndicat et Pouvoirs publics, pour la prise en charge, par le premier, de l'organisation d'une médecine préventive. Même si le projet de retraite du Docteur Bausset ne devait pas être retenu, il conviendrait cependant de s'inspirer de cette proposition de contrat collectif, qui, à mes yeux, est la voie du salut, pour notre profession, si nous voulons échapper à l'emprise de la fonctionnarisation.

Il est à souhaiter que la Confédération reçoive de nombreuses propositions, dans le genre de celle du Docteur Bausset, pour que nous puissions mettre sur pied un programme de retraite pour les médecins, qui ont peiné toute leur vie et ont droit à un repos bien mérité.

Dr Paul Boudin.

LA DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES POUSSIÈRES

Par André Feil

Nous avons étudié dans un article précédent les poussières et leur action nocive pour les poumons. L'air que nous respirons n'est jamais pur ; il contient toujours, en plus ou moins grande proportion, des poussières ; certaines industries en dégagent des quantités considérables, qui se répandent dans l'atelier.

i Par quelle voie ces poussières arrivent-elles aux poumons ? Comment l'organisme se défend-l contre leur pénétration ? Tels sont les deux points que nous voudrions examiner.

Voies de pénétration des poussières dans le poumon

La question des voies d'entrée des poussières dans le poumon a suscité de nombreuses controverses.

Pour les uns, les poussières pénètrent par les voies respiratoires supérieures en forçant les barrières naturelles. Cette voie aérienne par inhalation, qui fut la première admise, a été défendue par Ruppert, Carrieu, Claisse et Josué, Küss et Lobstein, Feliziani, etc...

Pour d'autres, la pneumoconiose est d'origine intestinale. Les poussières sont absorbées au niveau de l'intestin et apportées au poumon par les chylifères, le canal thoracique et la petite circulation (cœur droit, artère pulmonaire). Vanstenberghe et Grysez, qui ont soutenu ce mode de pénétration, à la suite des travaux de Calmette et Guérin sur l'origine digestive de la tuberculose pulmonaire, tirèrent de leurs expériences cette conclusion que « l'anthracose physiologique est due, dans la plupart des cas, à l'absorption intestinale des particules charbonneuses (1). »

L'intérêt de cette discussion est considérable ; elle se rattache à l'un des problèmes les plus essentiels et les plus controversés de la pathologie pulmonaire. Si les poussières peuvent pénétrer par voie aérienne jusqu'aux alvéoles pulmonaires, d'autres substances microscopiques doivent y pénétrer également. Parmi ces substances il faut envisager principalement le bacille de Koch, et l'on a ainsi la preuve qu'à côté de l'origine sanguine ou digestive possible de la tuberculose pulmonaire, il existe certainement une pénétration aérienne. C'est, en somme, toute la pathogénie des affections pulmonaires par inhalation que soulève cette discussion.

(1) Vanstenberghe et Grysez. — Sur l'anthracose pulmonaire physiologique d'origine intestinale. *Soc. de Biologie*, 8 décembre 1906.

Les conclusions de Vanstenberghe et Grysez furent âprement combattues. Certains expérimentateurs, tels que Remlinger, Basset, essayèrent sans succès de répéter les mêmes expériences.

De leur côté, Küss et Lobstein (1) firent ingérer à des animaux du noir de fumée ; ils n'obtinrent jamais l'anthracose pulmonaire et seulement dans des cas exceptionnels une coloration noire de ganglions mésentériques, tandis qu'ils réalisèrent facilement la pénétration aérienne des poussières en plaçant l'animal (dont les voies digestives étaient liées) dans une atmosphère légèrement chargée de noir de fumée.

Küss et Lobstein, comme la plupart des auteurs, se sont servis pour la commodité de leurs expériences d'une poudre colorée, le noir de fumée. Ils ont ainsi cherché à réaliser l'anthracose expérimentale, mais leurs conclusions sont pareillement valables pour les autres poussières.

De nombreux auteurs sont arrivés aux mêmes résultats que Küss et Lobstein : Feliziani, ayant nourri des cobayes à la sonde avec des aliments mêlés d'encre de Chine, n'a constaté aucune pigmentation pulmonaire.

Schultze ne put produire l'anthracose pulmonaire chez un lapin qu'il nourrit, par un orifice de gastrostomie, pendant deux mois, avec des aliments imprégnés de noir. Minonesco ne fut pas plus heureux en faisant pénétrer les poussières colorées dans l'estomac avec une sonde œsophagienne.

Il est cependant des faits indiscutables qui prouvent que les poussières peuvent traverser les voies digestives : les stucateurs présentent quelquefois des dépôts calcaires dans les ganglions mésentériques, ce qui démontre la pénétration par l'intestin. Faut-il aussi rappeler la malheureuse affaire de Lubeck ; ces dizaines d'enfants à qui on a fait absorber, par voie digestive, à la suite d'une coupable erreur, des bacilles de Koch virulents au lieu de B. C. G., et qui moururent de tuberculose rapide.

Il est donc prouvé que l'intestin peut servir de voie de pénétration ; mais cette voie n'est pas habituelle. Elle se manifeste seulement dans des cas exceptionnels, par exemple chez les nouveau-nés qui sont dépourvus de moyens de défense, ou chez les ouvriers de certaines professions qui vivent dans une atmosphère surchargée de poussières.

Il n'est pas niable que la voie de pénétration, de

(1) Küss et Lobstein. — *Bulletin Médical*, 21 nov. 1906.

beaucoup la plus fréquente des poussières vers le poumon est l'appareil respiratoire lui-même.

Défense des voies respiratoires contre la pénétration des poussières

Toutes les poussières que nous respirons ne pénètrent pas, à beaucoup près, dans le poumon. Les organes respiratoires sont, en effet, pourvus de moyens de défense efficace qui arrêtent les poussières ou les rejettent, lorsqu'elles ont pénétré dans le poumon. Parmi ces moyens de défense, citons : les sécrétions bronchiques, les cils vibratiles, qui arrêtent les poussières ; la toux, l'éternuement qui facilitent l'expulsion des poussières englobées dans les sécrétions muqueuses ; et surtout la disposition particulière des voies respiratoires supérieures. Celles-ci opposent à l'entrée des poussières de multiples obstacles : présence de poils à l'orifice des narines, coude formé par les cavités nasale et buccale, humidité des parois du nez et du pharynx, mouvement de l'épiglotte, etc...

Le nez, grâce à sa forme allongée, à ses sinuosités, à la présence de cornets disposés en « chicanes », joue un rôle de première importance pour la filtration de l'air inspiré. On admet que 50 pour 100 des poussières que nous respirons sont arrêtées par les muqueuses nasales et 15 p. 100 seulement par la bouche. La comparaison de ces deux chiffres indique la très grande supériorité de la respiration nasale.

Une autre preuve de cette supériorité est fournie par l'immunité relative des animaux (chevaux, chats) qui vivent dans les carrières et dans les mines. Cette immunité paraît due à la respiration exclusivement nasale de ces animaux en même temps qu'à la conformation de leurs fosses nasales, proportionnellement plus longues et plus complexes que celles de l'homme. En effet, si, chez un animal, on supprime la filtration des poussières, en faisant une trachéotomie, l'air pénètre directement dans la trachée et la pneumoconiose survient fréquemment (Balzer).

Ce rôle de filtre rempli par les fosses nasales explique sans doute les résultats contradictoires de beaucoup d'expériences chez les animaux, de même qu'il rend compte, vraisemblablement, des différences individuelles de pigmentation des poumons chez l'homme, et de la résistance particulière, inexpliquée, de certains ouvriers aux maladies à poussières.

Les recherches de Lehmann (1) apportent sur le sujet des renseignements d'un haut intérêt. Cet auteur a examiné un grand nombre de tailleurs de pierres ; il a mesuré, à l'aide d'un appareil spécial, la quantité de poussières qui se trouvent dans l'air à l'entrée et à la sortie des fosses nasales. Il a constaté que, chez certains, sujets le nez fonctionne très bien et retient 75 p. 100 des poussières ; chez d'autres la quantité retenue est pratiquement nulle. Or, d'après les recherches de l'auteur, ce sont les ouvriers à fonctionnement nasal insuffisant, qui groupent la plus forte proportion de pneumoconiose. Un pouvoir de fixation des poussières supérieur à 40 p. 100 empêcherait le plus souvent le développement de la silicose ; un pouvoir de fixation inférieur à 30 p. 100 y prédisposerait.

Lehmann a fait une autre remarque intéressante : il existerait pour chaque individu une constante de fixation des poussières ; c'est ainsi que certains nez ne fixeraient que 5 à 20 p. 100 ; que d'autres, à fonctionnement excellent, retiendraient de façon régulière 80 p. 100 des poussières. Kuss (1) avait déjà fait une constatation semblable, au cours de ses recherches expérimentales sur les animaux.

Donc, pour éviter que les poussières pénètrent dans le poumon, il ne suffit pas de respirer par le nez, il faut encore que celui-ci ait une fonction physiologique normale.

Deux conclusions importantes résultent de ces faits : 1° Un mauvais fonctionnement nasal est une cause de pneumoconiose ; 2° Il es nécessaire d'examiner très soigneusement les conditions de la respiration nasale chez les travailleurs des industries à poussières, et de n'embaucher dans ces professions que les seuls ouvriers, qui ont un fonctionnement nasal suffisant.

En conséquence, on évitera de prendre dans les industries très poussiéreuses les ouvriers, qui présentent des malformations nasales (atrésie, déviation de la cloison, hypertrophie des cornets, etc.) ; des lésions des premières voies respiratoires (végétations adénoïdes, polypes, coryza, etc.) ; des catarrhes aigus ou chroniques des voies respiratoires susceptibles de léser la muqueuse des bronches et d'empêcher la défense des cils vibratiles ; des lésions pulmonaires (tuberculose, emphysème, asthme) qui rendent malaisée la lutte contre les poussières et créent une prédisposition aux pneumoconioses.

Même chez les sujets normaux ne présentant aucun trouble de l'appareil respiratoire, même lorsque la respiration est régulière, l'action filtrante des premières voies respiratoires n'est pas parfaite. Son efficacité s'arrête aux grandes poussières ; les particules plus fines (moins de 5µ), et par conséquent plus légères, y échappent en partie. Or, ce sont ces fines particules qui pénètrent dans les dernières ramifications bron-

(1) Lehmann. — Die bedeutung der filtereigenschafen der nase für die entstehung der staublunge. *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 28 juillet 1933, p. 1166.

(1) Küss. — Détermination du coefficient de fixation dans les poumons des poussières sèches et des gouttelettes poussiéreuses en suspension dans l'air inspiré. Académie de Médecine, 4 avril 1922.

chiques et, sans doute, dans les alvéoles pulmonaires.

Un point important est de savoir dans quelle proportion les poussières inhalées restent fixées dans le poumon. Cette proportion diffère suivant l'ampleur de la respiration : il est certain qu'une inspiration profonde favorise davantage la pénétration qu'une respiration superficielle ; elle diffère aussi suivant l'état physiologique et pathologique des premières voies respiratoires. Elle peut atteindre jusqu'à 80 p. 100 des poussières aspirées si les fonctions du filtrage du nez, des muqueuses, sont diminuées ou empêchées par une affection des premières voies respiratoires. On admet généralement que la quantité de poussières retenues représente 30 à 50 p. 100 des poussières inhalées.

Ces chiffres donnés par les auteurs sont des chiffres globaux, qui ne séparent pas la proportion des poussières entrées en contact avec la surface des bronches et rejetées avec les crachats, et celles qui pénètrentet se fixent dans les bronchioles intralobulaires et les alvéoles. Or, au point de vue de l'étude des pneumoconioses, ce qu'il importe de connaître, c'est la proportion des poussières fixées dans les petites bronches et les alvéoles. On l'estime, un peu arbitrairement, de 4 à 20 p. 100.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Marseille, monitrice de Rome

Ce titre, qui a pourtant fière allure, je ne m'attends pas à ce qu'il surprenne les nobles citoyens de Marseille. Ils sont assez conscients du prestige de leur ville pour qu'un fleuron de plus à sa couronne ne les éblouisse pas.

Mais aux autres Français, et particulièrement aux médecins français, il sied de signaler le fait qui n'est pas du tout une galéjade.

Il n'est pas encore établi, on le sait, si la conquête de la Gaule par les Romains a été pour celle-ci un bienfait ou un désastre. Fustel de Coulanges, Jacques Bainville, tant d'autres professent que Jules César fut pour les Gaulois un envoyé du Ciel. Mais Camille Jullian et Funck-Brentano, reprochent auconquérant d'avoir étouffé notregénie national.

« La sève printanière, dit Funck-Brentano, d'un grand peuple qui s'épanouissait en une vie originale fut refoulée en ses ultimes racines, d'où il faudra dix siècles — et parmi tant de beaux spectacles offerts par l'histoire de France, voilà peut-être le plus beau — tout un millénaire pour remonter lentement, durement, obstinément à l'air libre, au soleil, au vent, à la pluie qui font vivre et y développer ses frondaisons. »

Quoi qu'il en soit, l'histoire de la médecine apporte une preuve saisissante à la thèse des deux historiens anti-Romains. « En médecine, écrit le Docteur E. Ravon (1), la Gaule ne dut rien à Rome et peut-être les Romains empruntèrent-ils aux Gaulois ? Les Romains étaient et restèrent des arriérés en matière de sciences ; ils méconnurent et étouffèrent l'admirable mouvement scientifique grec et, en particulier, la médecine qui, à Rome, fut surtout l'apanage de charlatans et d'ignorants, exploiteurs de la sottise et de la superstition des Romains. »

(1) *La Loire Médicale*, août 1936.

Alors que seulement en l'an 219 avant J.-Ch., le premier médecin libre, le grec Archagatos, vint exercer à Rome, depuis longtemps déjà Marseille, fondée 500 ans avant J.-C. par les Phocéens, jouissait des bienfaits de la médecine grecque et possédait une corporation médicale organisée. Son origine, le commerce qu'elle faisait avec la Grèce dont elle parlait la langue et à laquelle elle avait emprunté ses institutions littéraires et scientifiques la faisaient appeler l' « Athènes des Gaules ».

L. Barthélemy (1) nous apprend que lorsque Jules César envahit la Gaule, il trouva à Marseille une véritable Université dans l'acception actuelle du mot, où l'on enseignait les belles-lettres, le droit, la médecine, l'astronomie et les sciences naturelles. « Je ne serais pas éloigné de croire, dit Barthélemy, que c'est à la vue des bienfaits produits dans Marseille par la culture des sciences et à sa civilisation plus avancée que celle de Rome, qu'il faut attribuer le mouvement scientifique qui suivit le retour du vainqueur dans la capitale du monde. En effet, jusqu'à César, la médecine n'était pratiquée dans cette ville que par des étrangers, des affranchis et des esclaves qui n'y jouissaient d'aucune considération. Les médecins marseillais accourus à Rome dès le commencement de l'empire s'y firent remarquer par leur talent et leur succès. »

Il est donc certain que la Gaule a trouvé sur son sol même les éléments principaux de son initiation à une médecine plus avancée que celle des druides. Ce n'est pas au vainqueur qu'elle a dû ce progrès ..... »

Non, pas au vainqueur, mais à Marseille ! !

G. Lavalée.

(1) Les médecins à Marseille avant et pendant le Moyen-Age, 1885.

QUELLES SONT LES POSSIBILITÉS PROFESSIONNELLES DES AVEUGLES ?

Par le Docteur R. Bonnardel

L'ensemble des faits connus sur les activités professionnelles des aveugles laisse une impression assez pénible. Actuellement, à quelques exceptions près, la situation des aveugles civils est très précaire (1).

De la Sizeranne, en 1881, soulignait la situation trag'que des aveugles dans des phrases qui sont toujours d'actualité : « Pourquoi enlever le jeune aveugle à sa famille, le garder neuf ans dans une maison d'éducation, lui faire recevoir des leçons d'excellents maîtres, développer son intelligence, ouvrir, agrandir ses horizons intellectuels, faire de cet aveugle un bon ouvrier, un artiste de talent, si c'est pour lui refuser impitoyablement, à la sortie de l'école, le moyen de se servir d'un savoir laborieusement acquis, si c'est pour lui dire : va mendier ton pain ! Il valait mieux alors laisser l'enfant aveugle végéter dans l'ignorance... au moins il n'aurait jamais su ce qu'il était capable de faire... on lui aurait épargné ce raffinement de cruauté, qui consiste à donner de l'éducation à l'aveugle afin que, devenu par vos soins un mendiant instruit, il sente mieux l'horreur de sa position. »

« Le terrible, l'angoissant problème de tous les jours, c'est celui d'assurer du travail aux aveugles. » (Villey, 1910.)

Il semble que tous les moyens n'aient pas été utilisés méthodiquement pour solutionner ce problème.

Insistons sur ce que le choix d'une occupation pour l'aveugle devrait faire l'objet pour chaque cas, d'une étude approfondie. Les aptitudes professionnelles des aveugles diffèrent considérablement d'un cas à un autre. Il faut tenir compte du reste de vision, si faible soit-il, de l'âge d'apparition de la cécité, de la personnalité et du caractère de l'aveugle, dont dépend en grande partie sa faculté d'adaptation, de ses aptitudes intellectuelles, de son habileté manuelle, de son éducation.

Si l'on veut que les aveugles soient accueillis dans le monde des voyants, il faut les entraîner au rythme de la vie de ces derniers. C'est là une question de pédagogie, qui paraît être de première importance, et sur laquelle on ne saurait trop insister, car la seule grande difficulté que les aveugles rencontrent, lorsqu'ils cherchent à gagner leur vie, provient de la lenteur qu'ils apportent à l'accomplissement de leur tâche.

L'attention des voyants ne paraît pas avoir suffisamment été attirée sur les possibilités des aveugles et sur leurs productions. A qualité et à prix égal, il est certain que les voyants achèteraient plus volontiers des produits effectués par les aveugles. En Allemagne, les ouvrages des aveugles portent une marque, qui en indique la provenance. C'est, pensons-nous, une initiative intéressante.

Pour produire à prix égal, il faudrait que les ateliers d'aveugles soient équipés de machines modernes, qu'ils soient dirigés et gérés industriellement et que les aveugles soient éduqués et entraînés au travail à rythme rapide qui seul peut leur permettre de concurrencer les voyants dans certains travaux.

Le travail des aveugles dans l'usine devrait être étudié, en se plaçant dans les meilleures conditions possibles. Un certain nombre d'emplois pourraient, semble-t-il, convenir parfaitement à des aveugles bien sélectionnés et bien préparés. Ford ne disait-il pas, à la suite des essais tentés avec succès dans ses usines : « Il y a notamment plus d'emplois convenant à des aveugles qu'il n'y a d'aveugles à y mettre. »

Des initiatives gouvernementales devraient intervenir pour réserver aux aveugles certains emplois dans lesquels ils sont susceptibles de donner entière satisfaction ; par exemple, les postes de masseurs dans les hôpitaux.

Il faut souhaiter, pour conclure, que malgré l'âpreté de la lutte pour l'existence, les voyants tendent plus souvent une main généreuse aux aveugles. Ainsi que De la Zizeranne le rappelait (1892) : « Instruire l'aveugle, lui donner un état serait œuvre stérile, si des gens de cœur n'accueillaient favorablement l'aveugle travailleur ».

(1) Extrait de « Vision et Professions ». (*Conservatoire national des arts et métiers*, 292, rue du Faubourg-Saint-Martin, Paris).

VARIÉTÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Dames et Cavaliers, par Edmond PILON (Bernard Grasset, éditeur Paris 1936).

Toutes ces dames et ces cavaliers dont M. E. Pilon crayonne des portraits vrais et pittoresques, ne sont pas de frondeuses amazones, ni de galants courtisans, comme le fait remarquer l'auteur dans un préambule, mais toutes et tous ont « un peu de cet air de France qui les enveloppe d'un halo vaporeux, d'un sourire ou tendre ou résigné ».

C'est d'abord *Marguerite des amours*, la mère bien-aimée de l'illustre Amyot, gracieuse épouse d'un boulanger de Melun, qui entoura l'enfance et la jeunesse de son fils de la plus tendre sollicitude quand, quittant le foyer paternel, il vint à Paris au Collège du Cardinal Lemoine mener à bien ses savantes études.

Quel contraste avec *Bassompierre* le galant, le fat Bassompierre, dont E. Pilon nous conte l'aventure.

Bien qu'amoureux fou de Marie d'Entragues, et pressé par Henri IV de gagner Nancy où il était envoyé en ambassade, Bassompierre se laissa séduire par la belle lingère qui tenait boutique à l'Enseigne des Deux-Anges sur le Pont-Neuf.

Elle lui donna un rendez-vous dans un coupe-gorge, près de la rue aux Ours, aux confins des Halles, où l'amoureux seigneur au lieu et place de la belle, trouva des croque-morts du charnier des Innocents qui le reçurent assez fraîchement.

Singulier était *Montaigne en voyage* qui, ne pouvant souffrir ni coche, ni bateau, ayant grande crainte de la neige des montagnes et horreur des auberges sordides et des vins âcres, entreprit de gagner l'Italie à cheval en passant par l'Allemagne au début de l'été de l'année 1580.

Avec une parfaite imprévoyance, il s'arrêtait dans chaque station thermale pour y soigner à tort et à travers ses coliques néphrétiques, ce qui ne l'empêchait en même temps de faire bonne chère, de boire sec et le lendemain d'une crise douloureuse de rester toute la journée à cheval.

Touchante est l'histoire des amours chastes des *Deux Hélènes*. Une, Hélène de Sassenaze, dont Djem, le fils du sultan Mahomet II, réfugié en France sous le règne de Louis XI, était tombé éperdument amoureux.

L'autre, Hélène de Tournon, au XVIe siècle, fit la conquête de M. de Varanbon. Ce galant homme, apprenant qu'elle était malade à Liége, y arriva en grande hâte juste à temps pour assister à ses funérailles.

Passons sur le drame du *Pauvre Chastelard* qui paya de sa tête l'amour insensé, peut-être partagé, d'une reine, Marie Stuart.

Plus plaisante est l'histoire de ce *Jean Grillet « L'Emailleur des Déesses »*, poète et bouffon à ses heures, tout aussi bien qu'émailleur, et devant qui s'entr'ouvrirent parfois les portes de l'Hôtel de Rambouillet.

Voilà *Descôteaux, le joueur de flûte*, l'ami de Chapelle, de La Bruyère, de Molière qui l'invitait dans son jardin d'Auteuil avec Boileau et La Fontaine. Il jouait de la flûte chez la Duchesse du Maine, à Sceaux, et finit octogénaire, cultivant les tulipes du jardin du Luxembourg, ce qui était une autre de ses passions.

A l'amour que *Mademoiselle Serment, fille d'esprit*, conçut pour le vieux et peu séduisant Pierre Corneille, fait suite le tableau de *la vie de Madame Racine*, vie toute familiale et bourgeoise, retirée avec son mari assagi et ses enfants dans sa vieille maison de la rue des Marais (aujourd'hui rue Visconti) où le couple fit une fin édifiante.

Une esquisse pour un portrait de Vauban, donne une haute idée des mâles vertus de ce grand honnête homme, maréchal génial « preneur de villes ».

Nous découvrons ensuite le rôle modeste, mais considérable, que joua *un secrétaire du roi, Monsieur Rose*, Marquis de Coye, auprès de Louis XIV.

Accompagnons *Voltaire dans son jardin*, attendrissons nous sur *les souliers de la Reine Marie-Antoinette*; elle en perdit un en montant sur l'échafaud, et cette relique fut pieusement recueillie et conservée. Plaignons la triste destinée de *la fille de Cazotte* dont le père mourut encore sur l'échafaud et qui, ayant épousé le mari de son choix succomba à une opération césarienne.

Après avoir brossé le tableau de la fidélité des *Chamisso* et crayonné la curieuse physionomie de *Va-de-bon-cœur* le fils du pilote de la reine, devenu un modeste héros des armées de la République, Ed. Pilon nous conte l'histoire romantique de *Nadèje Fusil*, enfant recueillie dans les neiges parmi les mourants après le passage de la Bérésina, par l'actrice Mme Fusil qui l'adopta. Elle mourut à 20 ans alors que son talent, paraissait lui assurer un brillant avenir.

Enfin *Dames et Cavaliers* se terminent par une visite *au Pays de Joubert*. Dans sa vieille maison de Villeneuve-sur-Yonne le philosophe Joubert et sa femme donnaient asile à Châteaubriand et à la Vicomtesse et à Fontanes. Pauline de Beaumont quittait son château très voisin du Theil, pour venir oublier avec ses amis (et son amant Châteaubriand) les terribles années de la Terreur dont sa famille avait été victime. Joubert et elle nourrissaient l'un pour l'autre une affection très pure qui persista même quand l'Enchanteur eut ensorcelé Pauline et l'eût conduite mourir à Rome où il avait été attaché à l'ambassadeur, le Cardinal Fesch.

Ce fut dans la chambre verte de la Maison blanche

des Joubert, à Villeneuve, chambre qu'habita quelques temps Pauline de Beaumont, que Châteaubriand écrivit de longs passages des *Martyrs* et de son *Itinéraire*.

En lisant *Dames et Cavaliers*, il nous semble que nous tournons les pages d'un herbier où ont été conservées par un botaniste expert, avec un soin minutieux, des plantes et des fleurs desséchées qui exhalent encore leur parfum subtil. Nous ne saurions trop répéter que M. Edmond Pilon est un délicat et prestigieux évocateur du Passé.

J. Noir.

NOUVELLE MÉDECINE GERMANIQUE

C'est la « médecine naturelle ». Elle jouit d'une grande vogue outre-Rhin, et on lui fait une telle réclame, qu'elle submerge les médecins encore imbus des principes de la science expérimentale et de la clinique rationnelle.

Voici le *Manuel pratique de médecine biologique*, publié par le Professeur Martin, directeur du Musée d'Hygiène de Dresde, en collaboration avec trente-neuf « médecins et savants ». Ce livre est dédié au Docteur Wagner, le Führer de la médecine allemande, lequel est un « naturiste » convaincu, et l'a orné d'une préface.

« La médecine nouvelle », dit le Docteur Wagner, « ne doit pas être basée sur la science, au sens strict du mot, mais sur la conception du monde (*weltanschauung*) nationale-socialiste, *car elle s'inspire de la nature fondamentale* et des lois biologiques de chaque créature ». C'est cette idée, pour vague qu'elle soit, qui a guidé les nouveaux prophètes. Le chapitre de l'alimentation développe les techniqnes de Bircher-Benner, de Zurich, qui s'est fait par ses conférences et ses démonstrations une grande réputation en Allemagne. Les traitements physiques ont pris une extension considérable, et d'anciennes méthodes, que l'on aurait cru enfouies dans les profondeurs du passé, sont recommandées avec enthousiasme, comme par exemple les moxas et les sétons. Les préparations végétales supplantent les médications habituelles, dont quelques-unes seulement sont mentionnées, et encore à titre « provisoire ». Ainsi l'arsénobenzol. Mais on fait observer qu'à l'hôpital Rudolph Hesse, de Dresde, qui est consacré à ces méthodes nouvelles, la syphilis et la blennorragie sont traitées uniquement par des thérapeutiques naturistes.

Ce livre de 600 pages ne coûte que 3,50 Reichmarks ; il est écrit à la fois pour le public et pour le médecin, car la nouvelle médecine allemande supprime cette distinction et chacun doit savoir se soigner soi-même.

Cette propagande reçoit l'appui le plus large du gouvernement. Ses tenants ont une telle conviction, et un discours si absolument assertif, que toute discussion est impossible, d'autant que les faits les mieux établis sont totalement niés ou remis en question.

L'appendicite, par exemple, n'est plus opérée ; la chirurgie est en effet une méthode vaine et barbare, et il faut prescrire des clystères, des purgatifs, des cataplasmes, et le jeûne, comme on faisait au XVI^e siècle.

Le diagnostic même est renouvelé. Au mois de mai dernier s'est tenu à Nuremberg, autre citadelle de la médecine naturiste et du national socialisme, le « Deuxième Congrès de Diagnostic par les troubles iridiens » ; on y a parlé et préconisé comme certitude, dans le diagnostic des maladies, l'examen des méridiens de l'iris.

On devine la joie des charlatans, au milieu de ces extravagances. Voici, parmi d'autres, dans le même numéro du *Münchener medecinische Wochenschrift* qui rend compte du Congrès de Nuremberg, une annonce :

Magnétiseur thérapeute possédant un pouvoir complet et particulièrement développé de magnétisme, capable d'allumer à distance une lampe de 220 *volts, demande une situation.*

Ph. Dally.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration

Séance du 1er octobre 1936

Présents : MM. MAURAT, *président honoraire* ; NOIR, *président* ; O'FOLLOWELL, PAMART et VIMONT, *vice-présidents* ; H. MIGNON, *secrétaire général* ; FISCHER, *trésorier* ; J. MIGNON, *trésorier adjoint* ; CHEVALLIER, HENNE, MAZEROUX et M. MIGNON, *membres*.

Indemnités maladies-accidents

Sur le rapport du secrétaire général le Conseil vote les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons B et MA

1020	ABELLY, Avignon, 60 jours	600	»
133	ARCHAMBAUD (Eure), 3 mois	300	»
25	ARMAND (Savoie), 3 mois	300	»
1295	ASTIER (Vienne), 20 jours	200	»
778	BAUDRILLER (Maine-et-Loire), 23 jours	230	»
404	BEAUPÈRE (Saône-et-Loire), 43 jours + 1 mois et 19 jours chroniques	593	25
1363	BERNARD (Maine-et-Loire), 3 mois	300	»
748	BOUGON (Eure), 7 jours	70	»
569	CADILHAC (Aveyron), 3 mois	300	»
1799	CASTAGNONI, Bône (Algérie), 3 mois	300	»
360	CHEVALLIER, Paris, 1 mois chr.	100	»
1682	COPREAUX (Aube), 33 jours	330	»
1038	COSTE (Basses-Alpes), 25 jours chr.	83	25
1028	DEJEAN (Nièvre), 36 jours	360	»
504	DELUCQ (Gers), 3 mois	300	»
1898	DENACLARA (Pyrénées-Orientales), 4 jours	40	»
287	DEVAY (Lyon), 60 jours + 22 jours chroniques	673	25
457	DUBOIS, Blois, 1 jour	10	»
0000	DUHAMEL, Agen, 3 mois	300	»
1845	ELOIRE (Nord), 1 mois chronique	100	»
523	FERRAND, Marseille, 3 mois	300	»
908	GARDETTE (Seine-et-Oise), 3 mois	300	»
453	GAUJA, Bordeaux, 31 jours	310	»
3	GASSOT (Loiret), 3 mois	300	»
971	GIRARD, Constantine, 20 jours + 5 jours chroniques	216	65
885	GUILLERMIN, Chambéry, 3 mois	300	»
864	GUISSET (Pyrénées-Orientales), 1 mois chronique	100	»
482	HERVÉ (Pyrénées-Orientales), 3 mois	300	»
1998	HUCHON (Dijon), 50 jours	500	»
1527	JACQUIER (Landes), 27 jours + 2 mois et 3 jours chroniques	480	»
1281	KERRIEN (Ille-et-Vilaine), 3 mois	300	»
400	LABLANCHERIE (Indre-et-Loire), 3 m.	300	»
789	DE LACROIX DE LAVALETTE (Seine-et-Oise), 3 mois	300	»
1587	LACOMME (Saône-et-Loire), 1 mois chronique	100	»
1693	LEIBOVICI (Seine), 3 mois	300	»
1121	LEMARCHAND (Sarthe), 1 mois chr.	100	»
1731	MAKEREEL, Cannes, 27 jours + 2 mois et 3 jours chr.	476	65
1313	MATHIEU (Seine-Inférieure), 3 mois	300	»
2	MAURAT (Oise), 3 mois	300	»
910	MENDEL (Seine), 3 mois	300	»
1412	MILLOT (Seine-et-Marne), 32 jours + 25 jours chr.	403	25
1327	MITZORA, Paris, 18 jours	180	»
1968	MORÉ (Morbihan), 18 jours	360	»
626	MORIN, Lyon, 23 jours	230	»
375	PIERRHUGUES (Var), 26 jours	260	»
745	POTIÉ (Nord), 31 jours	310	»
1259	RILHAC (Haute-Vienne), 3 mois	300	»
367	ROSSIGNEUX, Lyon, 3 mois	300	»
1896	ROURE (Vaucluse), 3 mois	300	»
1815	SANEROT (Saône-et-Loire), 60 jours + 34 jours chr.	713	25
1002	TRABY (Pyrénées-Orientales), 3 mois.	300	»
1138	VIALLE (Corrèze), 29 jours	290	»

Combinaison MA²

639	BUGEAUD (Charente-Inférieure), 1 j.	20	»
1265	COULOMB, Nîmes, 1 mois chronique	200	»
1	DUVERNOY (Vosges), 60 jours et 12 jours chr.	1.326	55
524	FRAIKIN (Seine), 60 jours + 2 jours chronique	1.213	35
579	*LECLERC-MONTMOYEN, Paris, 45 j.*	*900*	»
1032	LEROUGE (Pas-de-Calais), 1 mois chr.	200	»
1069	LEROY (Manche), 3 mois	600	»
1627	MOSNIER (Gard), 34 jours	680	»
763	RAULT, Rennes, 3 mois	600	»
1172	RENOULT (Calvados), 3 mois	600	»
1986	ROULLET (Corrèze), 8 jours	160	»
1875	SABATIER, Marseille, 59 jours	1.180	»
1301	SERFATY (Seine), 60 jours + 27 jours chronique	1.379	80
26	VIRE (Isère), 16 jours	320	»
844	WILLEMETZ (Pas-de-Calais), 1 mois.	200	»

Combinaison MA³

426	BARTHE (Charente-Inférieure), 6 j.	180	»
811	BEAUPÈRE, Lyon, 28 jours	840	»
373	PÉRICHON (Indre), 11 jours	330	»

Combinaison MA⁴

1159	BAPT (Bouches-du-Rhône), 17 jours.	680	»
107	BENTKOWSKI (Gard), 18 jours	720	»
725	BLANC (Aude), 1 mois chronique	400	»
887	HARDY (Loire-Inférieure), 19 jours	760	»

Combinaison MA⁵

2007	BARBÉ, le Mans, 14 jours	700	»
1462	B..., 60 jours + 6 mois et 1 j. chr.	3.600	»
17	BONNETBLANC (Creuse), 37 jours	1.850	»
137	DROUART (Aisne), 6 jours	300	»
939	JAILLETTE (Nord), 7 jours	350	»
558	KAPLAN, Paris, 26 jours	1.300	»
788	LÉGER (Charente-Inférieure), 4 jours.	200	»
1471	LEPRÊTRE (Nord), 2 mois et 16 jours chronique	1.266	60
575	LIOTARD (Nice), 33 jours	1.650	»
329	LOUBRIAT, le Mans, 1 mois chr.	500	»
888	MAKSUD (Eure-et-Loir), 26 jours	1.300	»
832	ROCHAS (Manche), 45 jours	2.250	»
728	SOULIÉ (Corrèze), 60 jours + 24 jours chronique	3.400	»

1404 TAILLARD, Rennes, 6 jours .... 300 »
386 MAYET (Savoie), 10 jours.......... 500 »
271 BÉRAUD (Charente-Inférieure), 7 j. . 350 »

Ratification d'admission

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 2 juillet 1936, le Conseil prononce l'admission définitive aux combinaisons-maladies suivantes, de Messieurs des Docteurs :

Combinaison MA²

2038 LAVABRE (François), Oyonnax (Ain).

Combinaison MA⁵

2036 RAY (Henri), Paris (7e).
2037 GALTIER (Maurice), Vals-les-Bains (Ardèche).
2039 ZAKHAJM-LINGET (Jules), Le Mans (Sarthe).
2040 LEGRAND (Marcel), Le Havre (Seine-Inférieure).
2041 BOSCHE (Camille), Limoges (Haute-Vienne).
2042 BAILLEUL (Camille), Pont-sur-Sambre (Nord).
2043 UHRIG (Madeleine), Strasbourg (Bas-Rhin).
2044 MONNAMY (Paul), Laveveix-les-Mines (Creuse).
2045 COSSON (Henri), La Hye-Pesnel (Manche).

Admissions provisoires

Sur la présentation et sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce à titre provisoire les admissions suivantes aux combinaisons maladies-accidents.

Ces admissions seront rendues définitives au 1er janvier.

Combinaison MA⁵

2046 DEVILLER (René), Paris (16e).
2047 ANDRÉ (Roger), Paris (16e).
2048 MARTIN (Michel), Sancoins (Cher).
2049 FLEURY (Robert), Paris (20e).

Admissions aux caisses de retraites

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes aux combinaisons retraites.

Retraites P

426 ANDRÉ (Roger), Paris (16e).
427 ANDRÉ (Mme), Paris (16e).
428 PERSILLARD (Mme), Saint-Benoist-sur-Loire (Loiret).
429 TORLAY (Mme), Saint-Denis-d'Orgues (Sarthe).
430 CHATTOT (Mme), Le Creusot.

Retraites R

417 ANDRÉ (Roger), Paris (16e).
418 ANDRÉ (Mme), Paris (16e).
419 MARTIN (Michel), Sancoins (Cher).
420 ROUGELOT (Louis), Draguignan (Var).
421 PERSILLARD (Fernand), Saint-Benoist-sur-Loire (Loiret).
422 TORLAY (Eugène), Saint-Denis-d'Orgues (Sarthe).
423 CHATTOT (Jean-Baptiste), Le Creusot.

Questions diverses

Le Docteur O'Followell expose au Conseil les grandes lignes de son ouvrage « Pauvres veuves, Pauvres malades, Pauvres vieux » dans lequel il a traité de toutes les questions de prévoyance susceptibles d'intéresser les médecins, et des œuvres professionnelles auxquelles ces derniers peuvent s'adresser. Le Président de la Société, le Docteur Noir, remercie le Docteur O'Followell de la propagande qu'il a bien voulu faire à ce propos pour la Mutualité Familiale.

Lecture est donnée, à ce sujet, au Conseil d'administration, d'un article paru dans le *Bulletin* mensuel des Syndicats de l'Aube, nº 7, page 191 et du passage concernant la Mutualité Familiale. Le Conseil, consulté par le président, vote à l'unanimité, l'ordre du jour reproduit dans le nº 42 du *Concours Médical*, page 2989 (18 octobre 1936).

Revision des statuts

Le trésorier adjoint, M. J. Mignon, expose au Conseil d'administration l'avant-projet de revision des statuts et demande au Conseil de lui fournir à ce sujet ses suggestions et observations. Le Conseil est ainsi d'avis de conserver, comme par le passé, la limitation du recrutement aux seuls médecins français. En ce qui concerne les combinaisons-maladie, le Conseil adopte la limitation à trois de ces combinaisons, avec création d'une combinaison nouvelle plus élevée dont le taux sera fixé d'accord avec l'actuaire (par exemple 20 francs, 50 francs et 75 francs). Pour les combinaisons retraites, le chiffre minimum de la pension sera désormais fixé à 600 francs, le chiffre maximum étant relevé à 6.000 francs pour chacune des deux combinaisons. Aux modalités, actuelles, sera ajoutée la constitution de rentes à capital réservé spécial, en vertu de laquelle les ayants-droit de l'adhérent reçoivent toujours le remboursement des cotisations versées, quel que soit l'âge de son décès ; toutefois si ce décès survient après l'âge d'entrée en jouissance de la retraite, les cotisations versées ne sont remboursées que sous déduction des arrérages déjà touchés. Quant à la section des veuves et des orphelins, elle fera l'objet des modifications suivantes : fixation à 600 francs du minimum de la pension, élévation du maximum dans la mesure compatible avec le développement de cette section.

Cet avant-projet sera soumis pour adoption au Conseil d'administration réuni en séance spéciale au cours du mois de novembre prochain. Le projet définitif fera ensuite l'objet de la convocation d'une Assemblée générale extraordinaire dans le courant du mois de décembre, afin que les nouveaux statuts puissent prendre effet à compter du 1er janvier 1937.

Nos réunions médicales

I

LE XXIII[e] CONGRÈS D'HYGIÈNE

du 19 au 22 octobre 1936

Les Congrès d'hygiène se suivent avec une réussite assurée, mais ils ne se ressemblent pas : c'est une des raisons de leur succès. Ils sont organisés par la Société de médecine publique qui conserve soigneusement ses traditions grâce à la stabilité de son secrétariat général (actuellement le Docteur Dujarric de la Rivière en fonctions depuis plus de douze ans), mais sa tradition principale est de changer de président chaque année. Celui-ci est choisi parmi les personnages les plus marquants du monde de l'hygiène; une année c'est un médecin, l'an suivant un non médecin.

Cette diversité des présidents assure la diversité et l'intérêt des programmes qu'ils organisent. C'est ainsi que l'avant dernier Congrès (1895) dirigé par le Professeur Lereboullet s'occupa principalement de l'hygiène infantile. Il y eut des mises au point — notamment la climatisation des salles infantiles — qui furent pleines d'enseignements.

Le Congrès qui vient de finir avait été organisé sous la direction du président de 1936 le Professeur E. Leclainche qui put, grâce à sa grande autorité de biologiste et de vétérinaire, provoquer des communications de haute portée. Il démontra combien pouvait être féconde l'association de l'art médical et de l'art vétérinaire qui sont des frères trop longtemps séparés par des préjugés surannés philosophiques, protocolaires ou sociaux. Il n'y a qu'une espèce de matière vivante et les enseignements retirés de l'observation de la matière animale plus facile à manier ne peuvent que profiter à la conservation de la matière humaine. L'évolution moderne de la science rend même indispensable l'utilisation biologique de cette inépuisable réserve animale.

Professeur E. LECLAINCHE
Président du Congrès.

On peut dire en relatant les principales questions traitées au Congrès qu'aucune n'a séparé et n'aurait pu séparer les deux sciences.

L'épidémiologie en général, qui domine toute la santé publique, a été traitée, à titre d'introduction au Congrès, par deux rapporteurs jumelés : le Professeur Panisset, de l'Ecole d'Alfort et le Docteur Xavier Leclainche, du ministère de la Santé publique.

Puis sont venues des études sur des points particuliers, mais où médecins et vétérinaires sont associés : les brucelloses (Parisot, R. Lévy, Gréhant, Béchade), la psittacose (Tlheimer, Gréhant), la maladie des porchers (Prof. Penso, E. Durand, P. Giroud, Larrivé et Mestrallet).

Une part importante a été faite aux vaccinations associées. C'est une question devenue de premier plan. Non seulement elles ont été étudiées dans l'armée (Dopter, Sacquépée, Pilod), chez les adultes et les enfants (Loiseau, Lafaille, Debré, Bonnet, Lisbonne) mais aussi en médecine vétérinaire (Descazeau).

Les méthodes utilisées sont basées sur l'utilisation d'un énorme matériel biologique, ce qui unit d'une façon impérieuse le genre humain et la gent animale. Le rôle des vétérinaires se trouve ainsi de plus en plus relevé au niveau qui lui appartient. L'enseignement de l'hygiène dans les Ecoles vétérinaires (Simonet), le rôle des enquêtes vétérinaires (Frisson) ont été utilement exposés.

Ont été étudiées aussi, à titre épisodique, la varia-

tion des conceptions au sujet des désinfections (Lamy et R. Lévy, Lisbonne), la surveillance des coquillages (M. Belin). Enfin toute une matinée a été réservée, comme d'habitude, à la météorologie médicale qui paraît intéresser au plus haut point les sanitaires. Cette année ils ont écouté avec la plus vive attention les communications du président (Prof. Mouriquand), de ses élèves (Rollet), du Prof. Rochaix, et les interventions de M. Esclangon.

Le Pouvoir public s'est particulièrement mêlé, cette année, aux délibérations des hygiénistes. A tout seigneur, tout honneur : le ministre, M. Henri Sellier, est venu en personne prononcer un discours vigoureux qui a plu à l'auditoire : il a vitupé é l'immixtion de la politique dans l'Administration technique de l'hygiène. Les fonctionnaires sanitaires qu'il considère comme devant être de véritables préfets de la Santé publique doivent être à l'écart et à l'abri de toute influence, de toute préoccupation et de toute pression étrangère à leurs fonctions. Il est indispensable qu'ils ne dépendent que du pouvoir central. M. Henri Sellier a déploré également que l'administration des choses de l'hygiène soit éparpillée entre tous les ministères : l'Intérieur, les Colonies, l'Agriculture (pour les épizooties) et la répression des fraudes, la Marine marchande (pour les coquillages), l'Instruction publique (pour l'inspection des Ecoles), les Affaires étrangères (pour les grands mouvements épidémiques), les Finances (pour la rémunération du personnel). Il a donné l'impression qu'il considérait avec amertume les obstacles qui l'empêchaient de remplir son rôle aussi efficacement qu'il l'espérait.

Monsieur Henri SELLIER
Ministre de la Santé Publique.

Il a chargé son chef de cabinet technique, le Docteur Hazemann, hygiéniste de carrière, de suivre les travaux du Congrès et d'exposer à l'occasion ses propres conceptions, notamment sur les centres de santé et de travail social, et sur la prévention des brucelloses dans le nord et le nord-est de la France.

Telle fut la physionomie générale de ce Congrès qui fut attentivement suivi par les hygiénistes français. Il y eut à la suite une visite extrêmement intéressante de l'Ecole d'Alfort. Puis chacun retourna dans son département en attendant l'année prochaine et la physionomie nouvelle du futur Congrès.

Dr Briau.

II

LE BANQUET DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE PARIS ET DE LA SEINE

Jeudi, 19 novembre, a eu lieu dans la salle des Fêtes de la Mairie du Panthéon le banquet annuel de la Société des médecins-inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris et de la Seine. Le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique, assisté de M. le Recteur de l'Université de Paris et de M. le Préfet de la Seine, devait présider la fête. Le deuil imprévu qui a frappé le Gouvernement, a obligé le Ministre à déléguer son chef du cabinet technique, M. le Docteur Hazemann, pour le représenter, et M. le Recteur a eu à se faire suppléer par M. l'Inspecteur d'Académie Bréha. Aux côtés du Président du banquet, M. le Docteur Hazemann, et de M. le Docteur A. Moulin, président de la Société, avaient pris place M. le Docteur Lobl geois et M. le Professeur Rivet, conseillers municipaux, M. Vitran, président de l'Union des maires de Paris, M. Grandjean, directeur adjoint de l'Enseignement, et Mme Bonhomme, inspectrice.

De nombreux nouveaux médecins-inspecteurs, nommés après le dernier concours et de nombreuses dames, qui remplissent les fonctions de médecins inspecteurs, prenaient part au banquet.

Au dessert, le Docteur A. Moulin présenta les

excuses de plusieurs invités. Il remercia le Ministre d'avoir délégué pour le remplacer le confrère distingué qui est son chef de Cabinet technique, M. le Docteur Hazemann, qui connaît si bien l'importance de l'Inspection médicale des Ecoles. Il remercia les notabilités qui avaient répondu à son invitation, fit appel aux nouveaux collègues et remarqua le niveau de plus en plus élevé du recrutement des médecins inspecteurs qui comptent parmi eux, non seulement de nombreux chefs de clinique de la Faculté, mais le Professeur Harvier, les Docteurs Aubertin, Heuyer, Pinard, Weissmann-Netter, médecins des hôpitaux. Il évoqua le développement qu'avait pris l'inspection médicale des Ecoles, sans cependant être encore généralisée en France comme le demandaient, il y a un siècle et demi, Robespierre et Lepelletier. Ce discours d'une grande élévation de pensée, fut longuement applaudi.

M. le Docteur Lobligeois, conseiller municipal de Paris, électroradiologiste des hôpitaux, prit ensuite la parole. Il rappela qu'il était médecin inspecteur des Ecoles en disponibilité, assura ses collègues de sollicitude et leur laissa espérer le retrait prochain de la mesure qui fait retenir 10 pour cent sur leur modeste indemnité, tout au moins pour ceux dont les fonctions officielles ne rapporteraient pas 15.000 francs. Mlle Larèze, présidente de l'Association des assistantes d'hygiène scolaire, remercia les médecins inspecteurs des Ecoles de la confiance et de l'estime qu'ils accordaient aux assistantes scolaires et exprima l'espoir que dans un proche avenir la situation de ces utiles auxiliaires du médecin deviendrait plus stable et assurerait leur avenir.

M. le Docteur Hazemann prit en dernier lieu la parole ; après avoir renouvelé les excuses de M. le Ministre Henri Sellier, il insista sur l'importance de plus en plus grande de l'inspection médicale tant au point de vue préventif qu'au point de vue social. Il annonça que le Ministre allait incessamment déposer un projet de loi rendant obligatoire dans toute la France pour tous les établissements d'Enseignement l'inspection médicale sous le contrôle du médecin inspecteur départemental d'hygiène. Il fit ressortir le rôle si utile de l'Assistante scolaire qui, sous la direction du médecin-inspecteur, complète par son action sociale dans les familles les bienfaits de l'inspection. Il rendit hommage aux efforts du Président et des membres du Bureau de la Société et termina en faisant l'éloge du secrétaire général. Dufestel qui, depuis 45 ans, est médecin-inspecteur et dont le nom est connu des médecins scolaires du monde entier. Au nom du Ministre de la Santé publique et de la culture physique, M. Hazemann remit au Docteur Dufestel, la médaille d'Or de l'hygiène. Le discours du Docteur Hazemann et l'éloge du Docteur Dufestel furent longuement acclamés.

Le Docteur Dufestel s'est en effet entièrement dévoué à la médecine scolaire. Correspondant avec les médecins scolaires de toutes les nations, intervenant dans tous les congrès, veillant avec un soin jaloux à tout ce qui concerne l'hygiène des Ecoles, en relations constantes avec la direction de l'enseignement où il est parvenu à capter la confiance de M. M. Marbrou, directeur, de M. Grandjean, de Mlle Bonhomme, qui écoutent toujours favorablement ses observations et ses conseils, dictés par sa grande expérience et son dévouement aux enfants des Ecoles, le Docteur Dufestel est l'âme de la Société des médecins inspecteurs de Paris et de la Seine dont il rédige avec talent l'organe officiel, *l'Hygiène Scolaire.* Aussi la distinction dont il a été l'objet ne pouvait être accueillie qu'avec l'unanime enthousiasme de tous les convives.

J. N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours gratuit est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 3 décembre 1936 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — Jeudi 3 décembre, Prof. Brindeau : L'histoire de la césarienne. — Jeudi 10 décembre : M. M. Metzger : La cueillette du placenta. — Jeudi 17 décembre, M. P. Lantuéjoul : Les indications opératoires dans les cas de grossesses compliquées de fibromes utérins. — Jeudi 7 janvier, Prof. Gheorghiu (Bucarest) : Considérations sur les changements de situation de l'utérus en gestation, à terme et près du terme. — Jeudi 14 janvier, M. Suzor : Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie puerpérale. — Jeudi 21 janvier, Prof. Hauch (Copenhague) : De l'analgésie et de la narcose obstétricales. — Jeudi 28 janvier, M. Vaudescal : Les assurances sociales-maternité. — Jeudi 4 février, M. Ecalle : Rupture spontanée de l'utérus en fin de grossesse. — Jeudi 11 février, Prof. Bué (Lille) : Faut-il abandonner le forceps et la version dans les cas de dystocie pelvienne ? — Jeudi 18 février, Prof. Labhardt (Bâle) : L'obstétrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain. — Jeudi 25 février : M. H. Hinglais : Données récentes sur la biologie du placenta. — Jeudi 11 mars, Prof. M. Brouha (Liége) : Les chocs obstétricaux. — Jeudi 11 mars, Prof. M. Laffont (Alger) : Les douleurs à distance en gynécologie.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — (Service du Docteur H. Vignes.) — Enseignement organisé en décembre et janvier et du 1er mars à fin mars 1937.

Tous les vendredis, à 11 heures, M. Vignes : Physiologie et clinique obstétricales.

Le premier et troisième mercredis de chaque mois, à 11 h. 15, M. G. Blechmann : Hygiène et pathologie du nourrisson.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — *Jury après acceptation* : MM. Lemerle, Béliard, Fargin-Fayolle, Izard, Ruppe, Bergeret, Grenet.

— **Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.** — *Jury* : MM. Duhem, Béclère, Baugeard, Bréchot, Tzanck.

— **Concours des prix de l'internat** Médaille d'or : médecine). — *Jury* : MM. Kourilski, Tzanck, Chevalley, Ravina, Célice. Censeurs : MM. Decourt, G. Dreyfus.

— **Assistants de consultation.** — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria), avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi Colonnes »)

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Lucien Gaillard, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 84 ans ; de Lord Moynihan, professeur de clinique chirurgicale à *l'Université de Leeds, très connu pour ses travaux* de chirurgie abdominale ; du Docteur Ch. Harrison-Frazier, professeur à l'Université de Pensylvanie, chirurgien consultant de l'Armée américaine en France pendant la guerre.

— **La consommation du sucre dans divers pays.** — La consommation annuelle de sucre, par habitant, serait de 30 kilogr. en Suisse, de 22 kilogr. en France, de 20 kilogr. en Allemagne et de 6 kilogr. seulement en Italie.

— **Assemblées générales de la médecine française (1937).** — Les assises de 1937 débuteront le 10 janvier 1937 à Paris, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le Professeur Fernand Bezançon.

Question : *Primo-infection tuberculeuse.*

Dans les assises suivantes, on étudiera : la natalité, la fièvre typhoïde, l'éducation physique.

Les « Assises du Souvenir » se tiendront au château de Montaigne, en Périgord. Enfin, en septembre, un pèlerinage aura lieu à Saint-Servan, pour l'anniversaire de la mort de Jean Charcot et de ses compagnons du *Pourquoi Pas* ?

— **En Chine.** — Les autorités académiques chinoises ont édicté quelques mesures sévères concernant le vêtement et la tenue générale des étudiants. Sous peine de sanctions, les étudiants devront se vêtir d'habits confectionnés en tissus nati naux et devront être rasés ; les étudiantes ne seront plus admises dans les Ecoles si elles ont du rouge aux lèvres, ou de la poudre au visage ou des chaussures à hauts talons.

— **XVIe Congrès international d'hydrologie.** — A la suite du XVe Congrès international qui vient de se réunir à Belgrade, le bureau permanent a décidé, sur la proposition du Professeur Fontès, que le XVIe Congrès international aurait lieu en 1939 à Strasbourg.

— **Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux.** — Mercredi 4 novembre 1936. — Jury : MM. Cruchet, Petges, Fontan, Despons. — M. Maur : De l'attouchement de la muqueuse nasale par stylets.

Vendredi 13 novembre. — I. Jury : MM. Bonnin, Mandoul, R. Sigalas, Joulia. — M. Chevrier : L'ulcère phagédénique tropical.

II. Jury : MM. Sabrazès, Papin, de Grailly, Massé. — M. Caris : La biopsie du foie.

III. Jury : MM. Duvergey, Papin, Massé, Darget. — M. Bouquet : La prostatectomie d'urgence pour les hématuries graves de l'adénome prostatique.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

aux mutilés de guerre, échus de même au 1er octobre 1935 et portant sur le troisième trimestre, ne supportent le prélèvement que sur la partie des mémoires partant du 16 juillet 1935. (*Question du* 18 *juin* 1936.)

Réponse. — Aux termes de la Circulaire du 6 août 1935, fixant les modalités d'application du décret du 16 juillet 1935, les émoluments et honoraires qui résultent, en règle générale, de tarifs ou barèmes fixés ou approuvés par l'autorité publique, sont soumis au prélèvement de 10 p. 100.

Pour la détermination de l'échéance, il y a lieu de prendre en considération la date à laquelle la créance est exigible, c'est-à-dire la date à laquelle le payement aurait dû ou pu intervenir si la créance n'avait pas été assujettie à l'accomplissement des formalités de liquidation et d'ordonnancement.

(*J. O.*, 6 novembre 1936.)

Prestations en cas d'hospitalisation des assurés sociaux dans une clinique privée

1.048. — M. André Cointreau expose à M. le ministre du Travail que l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, sur les Assurances sociales, indique, dans l'énumération des garanties données par cette loi, en ce qui concerne le risque-maladie : les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure ; et demande, pour éviter toute erreur d'interprétation, si les cliniques sont, ou non, assimilées aux établissements de cure. (*Question du* 1er *octobre* 1936.)

Réponse. — En vue de l'application des dispositions de l'article 6 du décret-loi du 28 octobre 1935, qui a reproduit les dispositions de l'article 4 de la loi du 5 avril 1928, actuellement abrogé, les cliniques privées ayant passé convention avec la Caisse sont assimilées aux établissements de cure. Si l'assuré est hospitalisé dans l'une de ces cliniques, il a droit aux mêmes prestations que s'il était traité dans un hôpital public, c'est-à-dire au remboursement des frais d'hospitalisation et des honoraires médicaux jusqu'à concurrence du tarif de responsabilité de la Caisse. Au contraire, si l'assuré est soigné dans une clinique n'ayant pas conclu de convention avec la Caisse, il est considéré comme traité chez lui et a droit à l'application du tarif fixé pour les soins de spécialité, mais il ne reçoit aucune indemnité au titre des frais d'hospitalisation. Toutefois si, conformément à l'article 36 du règlement-type d'administration antérieure des Caisses primaires de répartition, la Caisse a prévu dans son règlement qu'en aucun cas le choix effectué par l'assuré d'un régime d'hospitalisation autre que le régime commun de l'hôpital public ne peut être pour la Caisse une cause de dépenses supplémentaires, l'assuré ne peut en tout état de cause recevoir plus, au titre des prestations en nature et en argent, que s'il avait été soigné dans un hôpital public. (*J. O.*, 6 novembre 1936).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 3 novembre 1936, le Conseil d'administration a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

12.178 ANDRÉ, Montmédy (Meuse). Parrains : Docteurs Panis et Spiral.
12.179 BADARAU, Soulaines-Dhuys (Aube). Syndicat médical de l'Aube.
12.180 BOUQUIN, Saint-Etienne (Loire). Syndicat médical.
12.181 FOURNIER, L'Absie (Deux-Sèvres). Parrains : Docteurs Princeteau et Rosenfeld.
12.182 JOLY, Passy-Sancellemoz (Haute-Savoie). Parrains : Docteurs Rautureau et Lowys.
12.183 JUILLIEN, Rosselange (Moselle). Syndicat médical de Thionville.
12.184 KLISZOWSKI, Vannes (Morbihan). Syndicat des médecins de l'arrondissement de Vannes.
12.185 LACOSTE, 1, Cours Saint-Louis, Bordeaux (Gironde). Parrains : Docteurs Aumont et Lassalle.
12.186 LAURENT, Biskra (Constantine). Syndicat des médecins de Constantine.
12.187 MURAT, Montmarault (Allier). Parrains : Docteurs Jeudon et Judet, fils.
12.188 PÉRY, Cercoux (Charente-Inférieure). Parrains: Docteurs Andérodias et Mangé.
12.189 PESCAROLO, 235, rue Lafayette, Paris (Xe). Parrains : Docteurs Philbert et G. Boudin.
12.190 SIMART, Barbonne-Fayel (Marne). Parrains : Docteurs Chazalnoël et Pland'y.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication. (Art. 5 des statuts).

Une douloureuse misère à soulager

Sous ce titre le *Journal des Débats* signale la situation tragique d'un confrère âgé de 66 ans, père de onze enfants relativement jeunes, frappé l'an dernier d'une hémorragie cérébrale. Il demande des secours immédiats pour cette pitoyable famille.

Nous pouvons affirmer que nos Associations bienfaisantes sont déjà venues en aide à cette famille, mais combien est précaire un secours pour empêcher une famille de onze enfants de mourir de faim.

Nous prions nos généreux lecteurs d'envoyer leur obole au *Journal des Débats*, rue des Prêtres-Saint-Germain-l'Auxerrois, à Paris.

Un confrère anonyme nous adresse un mandat de trente francs que nous adressons au *Journal des Débats*.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

9.659. — Fracture de l'épitrochlée ?

Je vous saurais gré de me renseigner sur le point suivant : un de mes blessés a été atteint de fracture de l'épitrochlée. Que dois-je demander comme honoraires, accident du travail ?

Réponse

Ce n'est pas la blessure, mais l'intervention médicale qui est tarifée. Qu'avez-vous fait — vous — à l'occasion de cet accident ? Voilà ce qu'il conviendrait, avant tout, de savoir car ici ce n'est pas la banale formule du Tarif « Réduction et contention d'une fracture de ......» alors que la fracture de l'épitrochlée n'est pas l'objet d'une tarification spéciale et qu'il faut chercher une analogie d'intervention.

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

9.637. — Affection antérieure à l'immatriculation de l'assuré social

Un garçon de 6 ans, fils d'un assuré social agricole facultatif (depuis 1932) va subir une intervention chirurgicale pour pied bot congénital. Aura-t-il droit aux prestations ?

Le Service répond négativement arguant de ce que l'affection est antérieure à l'inscription du père. Qu'en pensez-vous ?

Dr C.

Réponse

D'après les principes généraux en matière d'assurances qui s'appliquent au cas particulier des Assurances sociales, un contrat d'assurances ne saurait couvrir des éventualités déjà réalisées avant son point de départ. Autrement dit, un assuré ne peut avoir droit aux prestations en nature et en espèce de l'assurance-maladie, pour lui-même comme pour son conjoint et les enfants à sa charge, lorsqu'il s'agit d'une affection ou des conséquences d'un accident antérieurs à la mise en vigueur du régime des Assurances sociales ou à son immatriculation. Cette règle n'a pas été posée expressément par la loi sur les Assurances sociales mais, comme nous vous le disions plus haut, elle résulte du jeu des principes en la

matière et est reconnue par la doctrine administrative (Réponse ministérielle n° 2.380, *Journal officiel*, 12 janvier 1934) et par la jurisprudence (Trib. civ. d'Avesnes, 25 octobre 1934).

S'il s'agit, en l'espèce, d'un pied bot congénital et si le père de l'enfant ne fait partie des Assurances sociales que depuis la naissance de ce dernier, le refus opposé par la Caisse des Assurances sociales est juridiquement fondé.

9.338. — Contestation sur le pourcentage de l'invalidité

Abonné au *Concours* et membre du Sou, je vous serais très obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant concernant un de mes malades.

M. C., 58 ans, est atteint d'une sciatique bilatérale grave et tenace. Depuis le début de l'application de la loi sur les Assurances sociales, il a payé une cotisation de 40 francs par mois, et il payait antérieurement une cotisation pour les retraites ouvrières. Après les six mois prévus d'invalidité temporaire, je lui ai conseillé de demander une pension d'invalidité, pour la bonne raison qu'il est absolument hors d'état de se livrer au moindre travail. J'ajoute qu'il ne s'agit pas d'un simulateur.

Or, je vous transmets ci-joint en communication la réponse qui lui est faite. Le médecin contrôleur lui a dit en outre, au moment où il est venu l'examiner, qu'il n'avait pas besoin de pension parce qu'il avait des enfants qui pouvaient lui venir en aide ! !

Quel recours contre cette décision ? Et que doit faire ce malade, dont l'invalidité est évidemment supérieure au deux tiers, malgré l'évaluation parfaitement arbitraire du contrôleur.

Dr C.

Réponse

La décision du médecin-contrôleur de la Caisse d'assurances sociales ou de cette dernière n'est nullement dénuée de moyens de recours. Bien au contraire, en vertu de l'art. 10, parag. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935, si l'assuré conteste le pourcentage de l'incapacité qui lui a été notifié par la Caisse d'invalidité, l'état d'incapacité doit être apprécié par une Commission constituée pour chaque région et comprenant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré et un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité.

Les conditions de composition et de fonctionnement de ladite Commission ont été fixées par un arrêté ministériel du 29 mai 1936. En outre des deux médecins précités, elle comprend à titre de président un médecin désigné par le premier Président de la Cour d'appel, sur la liste des médecins-experts ou une liste établie par les Syndicats professionnels médicaux de la région.

Elle comprend enfin un médecin désigné

par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance-maladie.

La Commission saisie en cas de contestation est celle de la circonscription dans laquelle a son siège la Caisse-maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois. Elle est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de cette Commission, cette lettre devant indiquer le nom et l'adresse de l'assuré intéressé, la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle il appartient et le médecin désigné pour le représenter devant la Commission. Cette Commission se réunit au siège du service régional des Assurances sociales et ne peut valablement statuer que si trois de ses membres dont le président sont présents.

Les décisions de la Commission technique régionale deviennent définitives si elles n'ont pas fait l'objet d'un appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales dans un délai de quinze jours à compter de la date de la notification faite par le secrétaire.

Toutefois, les décisions de cette Commission ne peuvent avoir qu'un caractère technique et médical. Elles sont dénuées de force exécutoire. Si donc la partie perdante refuse de s'incliner, l'autre partie doit la poursuivre devant la Commission d'arrondissement de son siège par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification du refus.

En l'espèce, il n'est pas temps encore de saisir la Commission technique régionale puisque la lettre refusant de reconnaître que l'incapacité de votre client s'élève aux deux tiers n'émane que de l'Union des Sociétés de Secours mutuels. Il y a lieu d'attendre, conformément à l'art. 32 du Règlement d'administration publique du 19 mars 1936, que la Caisse d'assurance-invalidité est statué sur ce cas. Elle notifiera alors sa décision, par lettre recommandée, à l'intéressé, et c'est à ce moment, que la procédure devant la Commission technique pourra être déclenchée.

9.501. — Les auxiliaires médicaux et les Assurances sociales. Accouchement concernant une Assurée indigente.

Comme abonné au *Concours Médical*, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me préciser quelques notions paramédicales concernant le service des Assurances sociales.

1° Je fais pratiquer mes piqûres par une auxiliaire. Dans certains cas, celles-ci sont remboursées par les Assurances sociales, dans d'autres non.

Faut-il que cette personne touche elle-même ses honoraires ou que, après avoir inscrit sur l'ordonnance... « à faire par auxiliaire », je passe moi-même les toucher en inscrivant P. C. et en signant.

2° Dans un accouchement dystocique où j'ai besoin d'une anesthésie générale et non d'une sage-femme, le remboursement est-il de 500 (avec l'auxiliaire comprise) ou est-ce que je perds le bénéfice du remboursement de l'accouchement dystocique par le fait même que je n'ai pas appelé la sage-femme.

Dr L.

Réponse

Sous le régime institué par la loi de 1928-1930 sur les Assurances sociales, les soins donnés par les auxiliaires médicaux ne faisaient pas, en général, l'objet, dans le Tarif de responsabilité des Caisses d'assurances, d'un remboursement spécial mais se trouvaient comprises dans le remboursement des honoraires médicaux ou chirurgicaux, de manière forfaitaire. Mais, en vertu de l'article 6, paragraphe 6 du nouveau régime institué par le décret-loi du 28 octobre 1935, les Caisses doivent fixer, dans leur règlement intérieur, le montant et les conditions de leur participation au paiement des soins appliqués par les auxiliaires médicaux. Il est prévu seulement par l'article 115, paragraphe K du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 que le règlement intérieur des Caisses doit avoir obligatoirement une disposition concernant « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée sur ladite feuille s'il y a lieu à intervention d'un auxiliaire médical ». Pour lever toute difficulté à ce sujet, il serait sans doute plus simple que l'auxiliaire médical signe lui-même l'accomplissement des prestations et certifie avoir été payé de ses honoraires directement par l'assuré. Mais il semble possible que le médecin ou le chirurgien comprenne dans un prix global, les honoraires de ces aides et signe, sur la feuille, l'acquit de ce prix global. Il serait préférable cependant, que l'assuré prenne connaissance avant d'opérer ce paiement, des dispositions formelles du règlement intérieure de sa Caisse ; mais, de toute façon, le principe d'un remboursement spécial est acquit.

Le Tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales n'étant pas uniforme, mais pouvant varier dans certaines limites, pour chacune d'entre elles, il ne nous est pas possible de vous fixer sur le taux exact du remboursement d'un accouchement normal ou dystocique. Mais, en vertu de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, le Tarif des Caisses d'assurances sociales doit prévoir obligatoirement les majorations spéciales en cas d'accouchement dystocique ou plural. Il n'est nullement nécessaire, pour qu'un accouchement rentre dans la première catégorie que le médecin ait fait appel à une sage-femme puisqu'il a des pouvoirs et une compétence non seulement aussi étendus mais plus encore que cette dernière. Il s'agit, en définitive,

d'une question de fait qui doit être tranchée par rapports entre médecin traitant et médecin contrôleur et éventuellement, par la Commission technique dont le rôle est de statuer sur les différends s'élevant entre l'assuré et la Caisse en ce qui concerne l'état du malade.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

9.588. — Demande de maintien dans les cadres

Appartenant à la classe 1907 je dois, si je le désire, être rayé des cadres.

Mais pourrais-je demander à être maintenu, mais dans ce cas, pourrais-je aussi — et quand je le voudrais — être rayé, quand j'en ferais la demande ?

Dr X.

Réponse

Si vous désirez être maintenu dans les cadres au delà de la limite légale, il faudrait vous hâter d'en faire la demande au Directeur du Service de santé.

Une fois maintenu, vous ne pourrez plus démissionner jusqu'à la fin de vos nouvelles obligations. Seule une raison de santé, dûment constatée par des experts militaires et une Commissin de réforme, et vous mettant dans l'impossibilité de remplir vos fonctions militaires durant plus de six mois, serait à même de vous libérer à nouveau.

9.739. — Décorations militaires

A quelles décorations militaires, puis-je prétendre ?

Engagé volontaire à 18 ans le 9 septembre 1918 comme soldat de 2e classe, j'ai accompli quatre années de service militaire actif jusqu'en 1922, toujours dans l'intérieur au dépôt d'un régiment qui était en ligne.

Si j'ai droit à quelque décoration, à quelle autorité et sous quelle forme en adresser la demande.

Dr N.

Réponse

Vous avez droit à la médaille commémorative de la Grande Guerre (ruban blanc coupé de sept bandes rouges) sans en faire aucune demande ; il vous suffit de pouvoir justifier par vos pièces militaires que vous étiez présent durant *la guerre*, dans une unité française.

Quant à la barette « engagé volontaire », il faudrait que votre classe n'ait pas été susceptible d'appel dans les deux ans. Pour plus ample renseignement, adressez-vous, à cet égard, à la gendarmerie, ou à votre recrutement.

9.517. — Radiation des cadres

Classe 1907, j'ai reçu vers le milieu d'août, une demande du Service de santé, si je voulais être rayé des cadres ou non au 15 octobre dernier. Ayant répondu par l'affirmative, je n'ai depuis aucune nouvelle. Je serai désireux de savoir si je le puis.

Comment pourrais-je le savoir ? Car je ne désire nullement reporter l'uniforme.

Dr B.

Réponse

Comme suite à votre demande, vous serez rayé des cadres cette année ; mais pour cela, il faut un Décret qui, aussitôt signée, vous sera notifiée par le Directeur du Service de santé. Prenez patience, car cette notification ne vous sera guère transmise que vers la fin du mois de novembre.

9.539. — Suppression de la présomption d'origine pour les militaires

Membre du Sou Médical et abonné au *Concours*, je voudrais être fixé sur un terme employé dans les notifications de Centre de réforme.

Tous les jeunes soldats de ma clientèle, qui, à la suite d'une maladie contractée au cours de leur service, passent devant un Conseil de réforme, et sont réformés, reçoivent une feuille modèle 15, qui notifie leur réforme, et les signes qu'ils présentent sont inscrits sur cette feuille, toujours suivis de ce terme : (non imputable).

Je transcris pour plus de clarté une feuille que j'ai sous les yeux, qui concerne un jeune soldat qui a fait après quatre mois de service, deux pleurésies à quelques mois d'intervalle.

1° Cortico-pleurite des bases. Respiration obscure, etc., etc...

(*Non imputable* 30 % *sans pension*).

2° Tachycardie à 120 au repos (!!!) sans lésion organique.

(*Non imputable* 10 % *sans pension*).

Infirmité n'ouvrant pas droit à pension.

Je m'étais fait l'idée que toute maladie survenant après un mois de service, devait être imputable au service.

J'ai dans ma clientèle un réformé pour cardiopathie rhumatismale qui lui aussi a reçu une feuille avec ce « non imputable ».

Pourriez-vous m'éclairer à ce sujet, et dois-je conseiller aux intéressés d'attaquer cette décision ?

Dr R.

Réponse

La loi du 28 février 1933 a supprimé la présomption légale d'origine pour les militaires en service, même au bout de trois mois de présence sous les drapeaux, ainsi qu'il en était précédem-

ment. Ceux-ci pour obtenir une pension doivent à présent, faire la preuve d'une relation de cause à effet, entre un fait de service (refroidissement, maladie contagieuse contractée à la caserne) et l'infirmité actuelle.

ACCIDENTS

9.541. — Allocations complémentaires aux accidentés du travail

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer le texte de la loi du 7 août 1936 sur les allocations complémentaires en matière d'accident du travail.

D[r] F.

Réponse

Suivant le désir exprimé par votre lettre du 30 octobre, veuillez trouver ci-dessous le texte de la loi du 7 août 1936, sur les allocations complémentaires en matière d'accidents du travail :

« ART. 1[er]. — Le bénéfice de la loi du 8 juillet 1926 et des lois postérieures, ainsi que celui des lois des 15 août 1929, 27 juillet 1930 et 30 avril 1931, est étendu aux victimes des accidents du travail survenus postérieurement au 8 janvier 1927, ainsi qu'à leurs ayants droit.

« ART. 2. — Les majorations et allocations résultant de la présente loi seront liquidées et acquittées dans les conditions fixées par les art. 6 et 7, alinéa 1[er], de la loi du 15 juillet 1927, et par la loi du 15 juillet 1926 (B. L. D., 1926, p. 403), ainsi que par l'article 3 de la loi du 15 août 1929.

« Les taxes prévues et déterminées suivant les modalités fixées par la loi du 30 décembre 1922 seront modifiées chaque année par décret conformément à la loi du 29 mai 1909.

« Une contribution fixée dans les conditions prévues par un décret contresigné par les ministres du travail, des finances et de l'intérieur, sera versée par le budget algérien.

« ART. 3. — Dans les trois mois de la promulgation de la présente loi, un arrêté ministériel déterminera les conditions dans lesquelles des avantages équivalents seront alloués de plein droit aux bénéficiaires de rentes accidents servies par application du Code des Assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, *du Bas-Rhin et de la Moselle.*

« ART. 4. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi. »

9.530. — Accident du travail ; piqûre

Un ouvrier indigène, cuisinier chez un colon de la région, assuré à la Compagnie X..., s'est fait une piqûre à l'extrémité de l'annulaire de la main droite le 19 octobre 1936. Cette piqûre s'est infectée au point d'avoir provoqué un phlegmon intéressant tout le doigt et provoquant l'œdème de toute la main.

Le colon, employeur, mène lui-même son cuisinier le 19 octobre 1936 chez l'agent local pour lui demander de le mettre à l'assurance. L'agent déclare qu'il est guérissable sans le secours du docteur et qu'il suffira de quelques compresses chaudes appliquées sur la plaie. Quatre jours après le cuisinier, souffrant terriblement vient de lui-même me trouver. Ouverture du phlegmon, contre-ouverture, drainage, mise en place d'un drain, pansement et injection antitétanique. J'ai ensuite écrit à l'employeur pour l'informer que je venais de soigner son cuisinier, qu'il serait bon de déclarer son accident à l'Assurance ou sinon que les soins seraient à sa charge. Le lendemain l'employeur se présente lui-même seul, me déclare qu'il s'agit, en effet, d'un accident de travail, sans me donner la feuille d'assurance et me prie de faire les certificats de constatation nécessaires pour la déclaration. Il me demande de les remettre au blessé lorsqu'il viendra faire son pansement pour qu'il les remette lui-même à l'agent local. Ce qui fut fait le lendemain.

Le surlendemain renvoi par l'employeur des certificats accompagnés d'une lettre ne reconnaissant pas la nature accidentelle du phlegmon. Je sais pertinemment que cela est dû à l'agent local.

Comment pourrai-je faire régler mes honoraires et par qui ? Le cuisinier est indigent et ne pourra jamais me régler.

D'autre part, je désire savoir si l'agent local qui est épicier, a le droit de faire un premier examen des blessés, de décider s'ils doivent être ou non présentés au docteur, de conseiller des soins incompétents et de ne les envoyer à la visite médicale qu'après aggravation des cas. Ce fait se présente à chaque accident. Comment faire cesser cela ?

Dr V.

Réponse

Il n'est pas douteux qu'en l'espèce, il s'agit bien d'un accident du travail puisque la lésion dont se plaint votre client est survenue à la suite d'une piqûre au cours du travail, c'est-à-dire provient de « l'action violente et soudaine d'une cause extérieure portant atteinte à l'intégrité du corps humain, survenue au lieu et au temps du travail ». Il ne semble donc pas possible que la matérialité de l'accident puisse faire l'objet d'une contestation. L'attitude du patron et de la Compagnie d'assurances paraît dictée, en l'espèce, beaucoup plus par la mauvaise foi que par des raisons juridiques précises. Le mieux

serait que votre client opère lui-même la déclaration de l'accident à la mairie du lieu où il est survenu avant l'expiration de l'année de sa production, ainsi que lui en laisse le droit la loi du 9 avril 1898.

Si, d'autre part, il ne peut obtenir de son employeur ou de l'Assurance de ce dernier, le versement des indemnités légales (indemnités de demi-salaire et frais médicaux et pharmaceutiques), il devra en poursuivre le recouvrement devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident. Lorsqu'il aura fait, ainsi, trancher l'applicabilité de la législation sur les accidents du travail, il vous sera alors possible de demander au patron ou à l'Assurance, le paiement de vos honoraires suivant le tarif ministériel établi en exécution de la loi de 1898 en invoquant l'action directe que vous donne l'article 4, § 4 de ladite loi. Par contre, jusqu'à ce moment, vous ne possédez d'action que contre votre client, car il est de jurisprudence qu'il n'appartient pas au médecin traitant de faire trancher la question de savoir s'il s'agit ou non d'un accident du travail.

Quant à l'agent d'assurances, il lui est absolument défendu de prendre part, de quelque manière que ce soit, au traitement des accidentés du travail qui se présentent chez lui ou de leur conseiller un médecin ou un pharmacien. Les premiers agissements tombent sous le coup de la loi sur l'exercice de la médecine s'ils présentent une fréquence suffisante et s'il est possible d'en apporter la preuve ; quant aux seconds, ils sont prévus et punis par la loi de 1898 qui sanctionne la violation du droit que la loi accorde au blessé de choisir librement son médecin ou son praticien.

9.618. — Accident survenu à une élève à l'école

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire savoir si l'on peut considérer une directrice d'école communale comme responsable de l'accident survenu à une élève dans les circonstances suivantes : un après-midi, vers 15 heures, alors que les écolières quittaient la classe de chant pour aller en récréation, d'une d'elles fit une chute sur le sol qui était recouvert d'huile et entraîna, en tombant, une de ses condisciples ; celle-ci fut atteinte de fracture du tibia droit.

Le père de cette enfant me fit remarquer que, si le sol n'avait pas été glissant, la chute des deux élèves ne se serait pas produite et que, par suite, la responsabilité de la direction de l'école se trouve nettement engagée.

Vous rangez-vous à son avis ? Veuillez me le faire savoir, l'opinion dont vous me ferez part devant évidemment *influer sur la manière dont ma note d'ho-*

noraires devra être établie et me renseigner sur le destinataire de cette note.

Dr C.

Réponse

En vertu de l'article 1384 du Code civil, les instituteurs et l'Etat, lorsqu'il s'agit d'instituteurs publics, sont présumés responsables de tout accident causé aux tiers par le fait d'un élève placé sous leur garde. Il s'en suit que les parents de l'enfant qui s'est fracturée le tibia en tombant par suite de la poussée de l'une de ses camarades, sont fondés à invoquer les dispositions de cet article et à demander, au Préfet du département, le versement d'une indemnité compensant, à la fois, les frais médicaux et pharmaceutiques ou autres qu'ils ont dû exposer, ainsi que le *pretium doloris* et l'incapacité temporaire ou permanente dont a pu être atteint leur enfant. Ils n'ont nullement à prouver l'existence d'une faute de la part de l'instituteur ou du service, mais ils doivent se borner à rapporter la matérialité des faits. Au cas où une entente amiable ne pourrait être obtenue, l'action devrait être portée devant les Tribunaux judiciaires; la directrice ou l'institutrice de l'école communale ne pourraient être poursuivies à titre personnel que s'il était possible d'établir l'existence d'une faute se détachant de sa fonction, c'est-à-dire, non pas une simple faute de service, mais un fait particulièrement grave dont elle aurait à répondre personnellement. Une action de cette nature serait beaucoup plus aléatoire que celle qui se fonde sur l'article 1384 et, d'autre part, la réparation du dommage ne serait pas garantie par la solvabilité de l'Etat puisqu'elle incomberait uniquement à l'institutrice poursuivie.

En ce qui vous concerne, il est indubitable que vous possédez toujours une action de droit commun contre les parents de l'enfant bénéficiaire des soins, encore bien que ces derniers ne vous aient pas appelé ; vous pourriez, d'autre part, actionner directement la directrice de l'école au cas où celle-ci vous aurait demandé de venir donner vos soins à la blessée et n'aurait pas fait, à ce moment, les plus expresses réserves en ce qui concerne le paiement de vos honoraires. Vous ne possédez, par contre, aucune action directe contre l'Etat, cette action appartenant seulement aux parents de l'enfant. Si les choses se déroulent à l'amiable, le plus simple paraît que vous fassiez parvenir votre note au Préfet qui vous la paierait directement. Cette note devrait être établie suivant le tarif de droit commun.

Cinquante-huitième année | N° 49 | 6 Décembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Geard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St - Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard,
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

N° 321. — Doct., 20 ans méd. génér., cherche province confrère le mettant complètem. au courant physiothérapie, avec associat. ou achat futur possible.

N° 322. — Confr. recomm. chaleureusem. infirmière pour service chirurg.

N° 323. — Aude. Cause chauff. central, à vend. : 1° une chaufferette Godin, 2° un poêle phare, 3° une cheminée fonte, 4° un chauffe-bain ancien, au charbon, en cuivre. Désire acheter un chargeur accus auto, donner détails et prix.

N° 324. — Personne connaiss. très à fond secrétariat et conduisant auto, recherche situat. auprès docteur des hôpitaux.

N° 325. — Dame, instruite, st.-dactyl., rédactr., parlant allem., anc. secrét. méd. légiste, cherche emploi stable près doct. clinique ou laborat. Nombr. et sérieuses référ. S'ad. Mme G. Lefranc, 7, rue J.-d'Arc, St-Mandé (Seine).

N° 326. — Jeune méd. cherche poste à reprendre ou association, médec. génér., gynécologie, banlieue ou rég. parisienne. Urgent.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Gobet,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Ville de l'Ouest. Clientèle anc. et d'un gros rapport. Maison très conf. salle de bains. Garage. Indem. 65.000 dont 35.000 comptant.

Deux heures Paris. Centre industriel. Bon poste actif. Loyer 3.400. Maison 10 p. Indemn. 50.000 dont 30.000 compt.

Sud-Ouest. Seul médecin. Chiffre d'aff. intéressant, avec fixes. Maison agréable. Prix : une demi-annuité.

Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français

Assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire de la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français se réunira le mercredi 23 décembre prochain, à 2 h. 1/2, dans les bureaux du *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris, pour délibérer sur l'ordre du jour suivant :

ORDRE DU JOUR

1° Adoption du projet de révision des statuts présenté par le Conseil d'administration.

2° Fixation du chiffre des indemnités maladies-accidents pour l'année 1937.

Le Président : Dr J. NOIR.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Docteur « honoris causa ».* — A la séance de rentrée de l'Université, le titre de docteur *honoris causa* a été décerné au Professeur Albert Bessemans, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Gand et recteur de l'Université de cette ville.

— **Umfia ou Union médicale latine.** *Prochaine conférence des Voix latines.* — Le colonel médecin VONCKEN, de Liège, membre d'honneur de l'Umfia, directeur de l'Office international de médecine militaire, et le Professeur A. DE LA PRADELLE, de la Faculté de droit de Paris, directeur de l'Institut des Hautes études internationales, feront le vendredi 18 décembre prochain, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence du médecin général inspecteur Sieur, membre de l'Académie de médecine, membre d'honneur de l'Umfia, une conférence sur : L'humanité dans la guerre.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; à la Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain,

Paris (VIe) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) ; à la Librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur Blanche, Paris (XVIe).

— **Faculté de droit de Paris.** — Le Professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de *psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de droit, le jeudi 10 décembre 1936, à 11 heures, Amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Programme du cours. — 10 décembre 1936 : Expertise psychiatrique. — 17 décembre : Capacité pénale. — 7 janvier 1937 : Réactions antisociales des alcooliques. — 14 janvier : Réactions antisociales des toxicomanes. — 21 janvier : Réactions antisociales des déments. — 28 janvier Réactions antisociales des délirants. — 4 février : Réactions antisociales des déséquilibrés. — 11 février : L'homicide pathologique. — 18 février : Limites du vol morbide. — 25 février : Attentats aux mœurs. — 11 mars : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

— **Association des femmes médecins.** — La prochaine réunion aura lieu le mercredi 16 décembre, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

— **Hommage au Docteur Guillemot.** — Les élèves du Docteur Guillemot et le personnel de son service se réuniront le 20 décembre, à 11 heures, à l'hôpital Bretonneau, pour lui remettre un souvenir, en témoignage de leur reconnaissance et de leur affection.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur René Prieur, 77, avenue Kléber, Paris (XVIe).

— **Fédération de la Presse médicale latine.** *Dîner en l'honneur du Prof. R. Jorge.* — Un dîner, organisé en l'honneur du Professeur Ricardo Jorge, de Lisbonne, par la Fédération de la Presse médicale latine, a eu lieu le 29 octobre dernier, à l'Hôtel Lutetia.

Au cours de cette soirée, il fut parlé du Congrès de la Presse médicale latine qui se tiendra à Lisbonne, en 1938, pendant les vacances de Pâques.

— **Société médico-chirurgicale corse.** — Cette Société, fondée en juin 1936, a pour but l'étude de toutes les questions concernant l'art médical.

Pour renseignements s'adresser à M. Emile Peiffer, 13, avenue Carnot, Bastia (Corse).

— **Hôpital de Saint-Omer.** — Un concours pour le poste de médecin-chef de l'hôpital civil de Saint-Omer aura lieu à la Faculté de médecine de Lille le 21 décembre.

Inscription au secrétariat des hospices civils de Saint-Omer jusqu'au 14 décembre 1936.

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine).** *Internat.* — Un concours pour quatre places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire aura lieu à l'hôpital de Saint-Denis, les 11 et 12 janvier 1937.

Sont admis à prendre part au concours les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, ayant au moins 16 inscriptions nouveau régime et âgés de moins de trente ans au 1er janvier 1937.

Avantages : indemnité mensuelle de 550 francs, nourriture, logement et blanchissage.

Les inscriptions seront closes huit jours avant l'ouverture du concours. Renseignements à la Direction de l'hôpital, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis.

— **Hôpital de Pontoise.** *Internat.* — Ont été nommés internes, à la suite du dernier concours : MM. Duméry et Bernier.

— **Société de pathologie comparée.** — La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 8 décembre, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Jacqueline Le Roy des Barres, fille de Madame et du Docteur Maurice Le Roy de Barres, directeur de la Maison de santé d'Epinay, avec Monsieur Francis Dupuy.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le jeudi 3 décembre 1936 en l'église Saint-Honoré-d'Eylau

Tous nos compliments et nos souhaits de bonheur aux *jeunes époux*.

Réunion des médecins lyonnais de Paris

Un certain nombre d'anciens internes et externes des hôpitaux de Lyon se sont réunis mardi 24 novembre, autour d'un dîner amical. Seize présents, dix excusés.

Les convives ont manifesté leur joie de se retrouver après plusieurs années. Les vieux souvenirs d'études et d'hôpital furent échangés. Certains ont fait la connaissance des fils de leurs anciens patrons.

Bref, il a été convenu qu'un autre dîner amical aurait lieu le mardi 9 mars, au restaurant des Vosges 36, rue Ballu, car les membres présents ont décidé de se retrouver une fois par trimestre. Font partie de droit de ces agapes tous les « hospitaliers lyonnais », anciens internes et externes des hôpitaux ; mais les médecins d'origine lyonnaise, ainsi que les anciens élèves de l'Ecole de santé pourront également se faire inscrire, en se faisant présenter par un parrain « hospitalier ».

Deux confrères ont été choisis comme « permanents », pour répondre aux demandes diverses et assurer la liaison entre lyonnais. Ce sont les Docteurs Genil Perrin et Paul Boudin

Dr Paul Boudin.

● ● ●

Les ailes marquées de la Croix-Rouge

Le salon de l'aviation est, cette année, une des plus brillantes manifestations de notre essor économique, et la multitude de monstres extraordinaires qu'on y voit dans un décor féérique fait penser à quelque atelier magique que dirigerait Vulcain ; car ce sont pour la plupart des engins de guerre, tous ces beaux oiseaux qu'on nous montre ; tous n'ont pas leurs mitrailleuses ou leur canon, mais l'emplacement se devine ; et n'est-ce pas un symbole que de voir, dès l'entrée du salon, une torpille couchée sur le sol !

Pourtant, dans cette atmosphère de fièvre, de voyage et de guerre, nous avons entendu des paroles de paix exaltant devant nous les possibilités, pour l'avion, d'avoir un rôle vraiment humanitaire. Le Comité central d'aviation sanitaire nous a permis d'apprécier une courte conférence du Docteur Perrin de Brichambault que présenta le Docteur Behague.

L'aviation sanitaire est encore à l'état embryonnaire. Certes, son utilité est réduite dans un pays comme le nôtre, couvert de voies ferrées et de routes. Mais, aux colonies, dans certaines îles côtières, dans de nombreux pays étrangers, l'avion, par sa rapidité peut sauver des malades et des blessés. Il peut permettre des inspections sanitaires dans des bleds insalubres, des ravitaillements rapides en médicaments en zones d'épidémies, ou en aliments spéciaux en cas de scorbut. Le rôle humanitaire de l'avion est donc immense. Mais on se heurte à l'éternel refrain du manque de crédits. Et plutôt que de donner des beaux diplômes d'infirmières de l'air, et même, comme en certains pays, d'infirmières parachutistes, est-il nécessaire d'organiser de nombreux centres d'aviation sanitaire, partout où l'avion est le meilleur moyen de transport.

G. B.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris contre la limite d'âge pour les médecins

Le bureau de l'Association corporative des étudiants en médecine communique :

« L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a, la première, en juillet dernier, lancé l'anathème contre le principe de la limitation du droit d'exercer la médecine, énoncé dans la proposition de loi Pomaret. M. Mordagne, délégué permanent, avait demandé aux Syndicats médicaux que l'union des professions libérales soit réalisée pour faire échec aux articles de cette proposition de loi. Le Docteur Herpin, président de la Fédération des

Syndicats médicaux de la Seine, chargé de cette mission, l'a entièrement réussie.

Le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français, a fait voter un ordre du jour s'opposant à l'institution de la limite d'âge pour l'exercice de la médecine. La Confédération des travailleurs intellectuels vient de prendre récemment une position analogue en précisant que les carrières libérales exigent une maturité d'esprit et une expérience que l'âge seul peut donner.

Ces jours-ci, les avocats du barreau parisien viennent d'adopter la même attitude, affirmant que l'intérêt des justiciables n'est pas que les avocats expérimentés disparaissent des prétoires.

M. Mordagne se félicite de ces résultats et signale d'autre part que certains ont l'intention de demander aux grandes firmes pharmaceutiques de participer à la constitution des retraites envisagées pour les médecins ! Ceci tendrait à grever lourdement le budget des dites firmes et mettrait les médecins en tutelle de celles-ci en portant atteinte à la liberté des prescriptions médicales.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, au nom du principe de liberté, demande avec insistance l'abandon de la proposition de loi sur la retraite et la limite d'âge pour l'exercice des professions libérales. »

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 NOVEMBRE

Hygiène publique

Décret du 11 novembre 1936 relatif à la déclaration des maladies contagieuses

Art. 1er. — Le paragraphe 3 de l'article 2 du décret du 16 mai 1936 est modifié comme suit :

« La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, T pour la désinfection terminale). La désinfection est assurée au choix des familles, soit par leurs soins, soit par une entreprise privée et dans ces deux cas sous la direction du médecin et le contrôle de l'Inspecteur départemental d'hygiène, soit enfin par les Services publics. »

Art. 2. — Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

18 NOVEMBRE

Assistance publique

Arrêté du 12 novembre 1936 modifiant l'arrêté du 8 août 1936 relatif au concours pour les emplois de sous-inspecteurs et sous-inspectrices de l'Assistance publique

Art. 1er. — L'article 4 de l'arrêté du 5 août 1936

portant fixation des conditions des concours de sous-inspecteur de l'Assistance publique, est modifié comme suit :

« Une Commission, dont les membres sont nommés chaque année par arrêté, est chargée de procéder au concours.

« Elle est composée de :

« Un conseiller d'Etat, président.

« Un inspecteur général ou un inspecteur général adjoint des Services administratifs.

« Un conseiller technique sanitaire ou un membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

« Un membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

« Le chef du bureau chargé des Services de l'enfance.

« Le chef du bureau du personnel.

« Un inspecteur départemental de l'Assistance publique.

« Un rédacteur à l'Administration centrale remplissant les fonctions de secrétaire.

« La Commission règle les différentes questions relatives à son fonctionnement qui n'ont pas fait préalablement l'objet d'une décision ministérielle. »

Art. 2. — Le Conseiller d'Etat directeur général de l'Hygiène et de l'Assistance et le Directeur du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Service de santé militaire

Par décret du 14 novembre 1936 sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé les *officiers de réserve* ci-après désignés, qui, par décision de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant

Les médecins sous-lieut. : (rang du 22 mars 1936) Chambon, 5e rég. ; (rang du 29 mars 1936) Lecat, 1re rég. ; Decourt, 9e rég. ; Papazoglou, 9e rég. ; (rang du 5 avril 1936) Dubœuf, 13e rég. ; (rang du 24 avril 1936) Julien, 3e rég. ; (rang du 1er juin 1936) Foltzer, 9e rég.

(Rang du 24 juin 1936) Bietrix, rég. de Paris ; Browski, rég. de Paris ; Catonne, rég. de Paris ; Chassin, rég. de Paris ; Eliascheff, rég. de Paris ; Gelas, rég. de Paris ; Guyot, rég. de Paris ; Iliovici, rég. de Paris ; Ingrand, rég. de Paris ; Jamet, rég. de Paris ; Julia, rég. de Paris ; Mouchot, rég. de Paris ; Moulin, rég. de Paris ; Ossedat, rég. de Paris ; Rollin, rég. de Paris ; Rougean, rég. de Paris ; Ullmann, rég. de Paris ; Veiler, rég. de Paris ; Zwahlen, rég. de Paris ; Eissendock, 2e rég. ; Lafargue, 2e rég ; Becue, 3e rég. ; Blondel, 3e rég. ; Hauttement, 3e rég.

Jalley, 3e rég. ; Bouillier, 3e rég. ; Barrier, 4e rég. ; Dufet, 4e rég. ; Dufresne, 4e rég. ; Le Gac, 4e rég. ; Lepart, 4e rég. ; Saraudy, 4e rég. ; Veron, 4e rég. ; Dutray, 5e rég. ; Julien, 8e rég. ; Mahée, 8e rég. ; Biarnois, 9e rég. ; Delas, 9e rég. ; Durousseau-Dugontier, 9e rég. ; Fournier, 9e région ; Guichard, 9e rég. ; Guillaud-Vallée, 9e rég. ; Baldini, 13e rég. ; Gagnière, 13e rég. ; Lorin, 13e rég. ; Bompard, 15e rég. ; Boucarut, 15e rég. ; Frances' 15e rég. ; Granal, 15e rég. ; Guepin, 15e rég. ; Jean, 15e rég. ; Redares, 15e rég. ; Romain, 15e rég. ; Saddier, 15e rég. ; Velasque, 15e rég.

Boyals, 16e rég. ; Contou, 17e rég. ; Doupès, 17e rég. ; Issaly, 17e rég. ; Jouffreau, 17e rég. ; Lasserre, 17e rég. ; Mas, 17e rég. ; Roges, 17e rég. ; Bedouret, 18e rég. ; Bounhiol, 18e rég. ; Lacoste, 18e rég. ; Pachabat, 18e rég. ; Tarel, 18e rég. ; Attal, 19e C. A. ; Bayard, 19e C. A. ; Buisson, 19e C. A. ; Codaccioni, 19e C. A. ; Macabian, 19e C. A. ; Rudelle, 19e C. A. ; Sulem, 19e C. A. ; Nattaf, des troupes de Tunisie.

(Rang du 4 août 1936) Terrasson, 16e rég. ; (rang du 17 août 1936) Konqui, des troupes du Maroc ; (rang du 20 août 1936) Potin, rég. de Paris ; Royer, rég. de Paris ; Didierlaurent, 14e rég. ; Mathevon, 14e rég. ; Meneault, 14e rég. ; Ausilloux, 16e rég. ; de Bruz, 17e rég. ; (rang du 30 août 1936) Gaube, rég. de Paris ; Gross, rég. de Paris ; Mallet, rég. de Paris ; Morin, rég. de Paris ; Sauttier, rég. de Paris ; Sebeid, rég. de Paris ; Royer, 6e rég. ; Joly, 14e rég. ; Romagny, 14e rég.

(Rang du 1er sept. 1936) Boury, 2e rég. ; (rang du 7 sept. 1936) Boureau, 9e rég. ; (rang du 11 oct. 1936) Bosq, 17e rég. ; Cassaigne, 17e rég. ; Chaillou, 157e rég. ; Laguerre, 17e rég. ; (rang du 18 oct. 1936) Cabrit, 17e rég. ; Dedieu, 17e rég. ; Lombard, 17e rég. ; Sailhan, 17e rég.

19 NOVEMBRE

Sanatoriums publics

Avis de concours pour les postes de médecins directeurs des sanatoriums publics

Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 52.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois dans les sanatoriums de femmes et d'enfants.

Peuvent seuls être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur, les médecins adjoints des sanatoriums publics nommés régulièrement par le ministre de la Santé publique et ayant au moins deux ans de fonctions ou devant avoir deux ans de fonctions avant le 30 juin 1937.

Les médecins directeurs ne pourront être titularisés qu'après avoir effectivement dirigé un sanatorium, à titre provisoire, pendant une année au moins.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique par l'intermédiaire du préfet ; elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie, certifiée conforme, des diplômes et en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

5° Indication de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui,

notamment en ce qui concerne les fonctions administratives et les intérims de direction qu'ils auraient pu exercer ;

6° Un exemplaire de leur thèse et des études publiées ;

7° Renseignements sur la situation de famille ;

8° Notes du médecin directeur du sanatorium où ils exercent ;

9° Avis du préfet.

Les candidats qui seront désignés comme médecins directeurs devront, au moment de leur nomination, subir les visites médicales réglementaires.

Les demandes seront reçues jusqu'au 19 décembre 1936 au ministère de la Santé publique (Direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Infirmières des hôpitaux militaires

Avis de concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière stagiaire des hôpitaux militaires

Un concours sera ouvert le 25 janvier 1937.

Les infirmières stagiaires perçoivent une indemnité non soumise à retenue, de 9.000 francs, à laquelle s'ajoute une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de famille.

Traitement des infirmières titulaires : 9.950 francs à 16.750 francs.

Les personnes désirant prendre part au concours devront adresser leur demande d'inscription, accompagnée de leur dossier, au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (Direction du Service de santé) pour le 1er janvier 1937 au plus tard.

Pour tous renseignements, les candidats peuvent s'adresser, soit au Directeur du Service de santé de la région dont dépend leur résidence, soit au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau).

22 NOVEMBRE

Hygiène publique

Décret du 16 novembre 1936 portant création d'une Commission permanente du rhumatisme

Ce décret sera publié ultérieurement.

Décret du 19 novembre 1936 créant une Commission permanente des laboratoires

Ce décret sera publié ultérieurement.

Assistance publique

Circulaire du 20 novembre 1936 relative à l'application des lois sociales aux pupilles de l'Assistance publique

Cette Circulaire sera publiée ultérieurement.

Voir la suite page LV-3529

PROPOS DU JOUR

I

LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA COLLECTIVITÉ

Hygiène et service social

A la IIIe Conférence du Service social qui s'est réunie à Londres en juillet 1936 sous la présidence du Docteur René SAND, où 1.800 délégués représentaient vingt Nations, M. Henri SELLIER, ministre français de la Santé publique et de l'Education physique, et son chef du Cabinet technique, le Docteur R.-H. HAZEMANN, ont présenté un remarquable rapport sur *La santé publique et la collectivité* (Hygiène et Service social). Les rapporteurs ont traité la question avec objectivité, se rendant compte que les nations représentées n'avaient pas toutes la même organisation politique, le même passé, la même évolution sociale et qu'on ne pouvait leur conseiller d'appliquer les mêmes solutions. Aussi se sont-ils contentés parfois de poser une suite de questions sans y répondre. Mais ces questions d'un intérêt social considérable, donnent à réfléchir et montrent bien toutes les difficultés du problème qu'il convient cependant de résoudre sans trop tarder.

Pour nous médecins ces questions sont de première importance, car l'avenir de notre profession dépend entièrement de la manière dont elles seront résolues.

***

D'après MM. H. Sellier et Hazemann, l'hygiène doit concilier les intérêts de l'individu et de la collectivité. Elle agit directement sur l'individu par la *médecine* curative et préventive et indirectement sur le milieu où il vit par le *génie sanitaire.* Il y a souvent opposition entre la liberté individuelle et l'intérêt collectif qui doit être défendu par une hygiène de plus en plus éducative et de moins en moins répressive. Le *Service social* cherche à concilier ces deux intérêts divergents. L'homme d'action ne doit pas s'attarder en discussions stériles pour établir si l'homme est naturellement bon et la société mauvaise *et vice versa.* R. SAND et CARREL pensent que les progrès techniques conduisent l'humanité à la déchéance intellectuelle et morale. Les services d'hygiène doivent s'efforcer à guérir et à prévenir les maladies du corps et de l'esprit et à obtenir le plein épanouissement physique, intellectuel et moral de l'individu dans le cadre de la communauté humaine, sans sacrifier la collectivité à l'individu, ni ce dernier à la première.

En hygiène, le germe morbide doit passer au second plan, la question de terrain tient la place la plus importante, elle provoque l'examen du milieu. Le milieu familial qui est la cellule essentielle de la société, peut être influencé très utilement par la visiteuse d'hygiène.

Le milieu doit être considéré comme une entité vivante et ne doit pas être anatomiquement disséqué, aussi il est nécessaire de confondre en une seule personne l'infirmière visiteuse et l'assistante sociale, car l'hygiène dont elles doivent poursuivre l'application des règles, doit aboutir à l'épanouissement de l'individu et au développement de sa personnalité. La *Prévoyance sociale* (Mutualité, Assurance contre la maladie, l'invalidité, le chômage, la vieillesse) couronne les bienfaits de l'hygiène en assurant à l'individu la sécurité.

***

L'organisation de la défense de la santé publique doit comprendre tout d'abord un *service central* qui dirige, donne l'impulsion et assure des contrôles divers.

Ce service central se divise en service médical avec la médecine de soins (hôpitaux, cliniques, pharmacie, etc.) et en génie sanitaire (urbanisme, habitation, alimentation, eau, matières usées, etc.). Il conviendrait de compléter ce service par un *Ministère des affaires sociales*, réunissant tout ce qui a trait à la Prévoyance, à l'Assistance, aux Assurances sociales.

MM. H. Sellier et Hazemann exposent le plan qu'il conviendrait d'appliquer au *Service central technique d'hygiène.* Seul il devrait permettre, en dehors de toute ingérence politique ou autre, d'étudier des plans et des programmes d'ensemble, de coordonner les efforts, d'obtenir un rendement optimum avec un minimum de

dépenses. Il permettrait, tout en s'entourant de connaissances scientifiques, de données statistiques, de faire des enquêtes sur place pour déceler les besoins, de les classer selon leur urgence et de les réaliser selon les possibilités budgétaires. Il assurerait l'ordre dans le domaine financier, discriminant les frais de premier établissement des frais de fonctionnement, d'assistance, de prévention. Ces services centraux ne seraient pas des services d'exécution mais de direction, d'inspection. Ils étudieraient la répartition des subventions aux institutions et aux œuvres, s'assurant qu'elles s'adaptent à un plan et à un programme d'ensemble préalablement étudié, veillant à la correction du fonctionnement technique, demandant un effort financier proportionnel à la subvention sollicitée, exigeant des comptes rendus financiers et techniques pouvant être contrôlés. Tout ceci varierait selon les nations et les institutions ; dans certains pays l'Etat a monopolisé tous les services ; dans d'autres ces derniers sont assurés par les administrations locales ou des œuvres privées.

Le Service social doit faire régner l'ordre dans la Cité, éviter lui-même le désordre et le gaspillage et donner par suite l'exemple.

Au Service central feraient suite des *Services régionaux*. Ces Services régionaux disposeraient de techniciens spécialisés qualifiés, d'un outillage onéreux, assureraient les mesures trop compliquées ou d'intérêt régional et laisseraient aux autorités locales les choses simples.

Selon l'organisation politique de la nation, le Service régional dirigerait et inspirerait, ou bien exécuterait lui-même, ou contrôlerait et inspecterait les autorités locales.

Il disposerait d'un droit de regard technique pour éviter les empiètements de la politique locale, le prosélytisme, le manque de coordination, les doubles emplois, les chevauchements, la surenchère, les rivalités et la concurrence entre les œuvres.

Une sorte de confusion règne dans les pays anciens. Au cours des siècles, la défense de la santé s'est opérée par une sorte de stratification ; chaque besoin nouveau a exigé une création nouvelle, réglementée par un nouveau texte législatif. Il en résulte un morcellement, une intrication qui rendent le contrôle difficile. L'individu est pour ainsi dire découpé, on le secourt selon son âge, selon le germe pathogène dont il paraît atteint, selon sa situation sociale. Les œuvres privées font concurrence aux services publics.

Dans les pays où l'Etat est tout puissant, en U. R. S. S. par exemple, le Centre de santé réunit l'assistance, l'hygiène nationalisées et la médecine fonctionnarisée.

La conception du *Centre de santé* pourrait être adaptée à notre organisation. Il serait placé près d'un *Centre administratif des services d'hygiène*. Il serait doté d'un *Comité consultatif de coordination*, composé de membres des diverses œuvres ou institutions d'hygiène, d'assistance, d'assurances sociales. Ce Comité donnerait son avis pour la division de la région en secteurs et pour la répartition des subventions.

Le Centre de santé serait installé autant que possible dans un seul bâtiment où siégerait le directeur, les services d'hygiène, le fichier social avec son secrétariat permanent, le bureau des visiteuses, les services de protection de la mère et de l'enfant avec entrée spéciale, les consultations médicales spéciales, surtout pour les écoliers, les services antituberculeux, antivénériens, anticancéreux, antirhumatismaux; on y ajouterait un service de propreté (bains et douches), des cours d'éducation ménagère, de gymnastique médicale.

Des laboratoires importants seraient à la disposition de plusieurs centres, on éviterait la poussière de laboratoires insuffisamment outillés.

Dans certains Centres ruraux on créerait des services d'épouillage, de désinfection, on aménagerait un puits communal ; on installerait des techniciens sanitaires spécialisés en hygiène rurale.

On éviterait soigneusement l'intrusion de plusieurs visiteuses dans une même famille.

Le projet que nous venons de résumer, pourrait subir des modifications pour s'adapter aux divers pays et aux différentes régions.

En ce qui concerne le *personnel médical et auxiliaire*, MM. H. Sellier et Hazemann préconisent le travail en équipe, conseillent des réunions périodiques où médecins et travailleurs sociaux se rencontreraient. Ils prévoient une visiteuse multivalente (1) pour 2.500 à 5.000 habitants. Des monitrices spécialisées adjointes à la directrice pourraient être consultées par les visiteuses dans certains cas difficiles. Ils demandent un secrétariat avec cadre d'infirmières sédentaires pour éviter de faire sombrer les visiteuses dans la bureaucratie. Selon les pays, le centre pourrait ou non délivrer des soins médicaux. Ils consentiraient à ce que les soins gra-

(1) Nous félicitons les rapporteurs d'avoir substitué le terme correct *multivalent* à l'affreux barbarisme *polyvalent* trop souvent employé.

tuits donnés au Centre dans un but prophylactique (traitement antisyphilitique, pneumothorax artificiel, traitement antipaludéen, etc.) fussent réservés aux économiquement faibles et aux assistés régulièrement inscrits. Le Centre serait affecté au traitement des enfants des écoles qui ne pourraient être soignés par leurs familles. Les vaccinations diverses, les examens périodiques, etc., pourraient être pris en charge par les Syndicats médicaux qui signeraient avec les Services un contrat collectif.

La visiteuse et le Centre de santé ne négligeraient pas l'*éducation ménagère* d'une importance indiscutable, et qui serait conjuguée avec la puériculture. La *prophylaxie mentale* devrait s'exercer dès l'enfance et, pour être efficace, devrait se prolonger dans la famille par l'action de la visiteuse multivalente.

Un écueil auquel il faudrait veiller serait le rejet des déchets, résultant des services d'orientation professionnelle, qui risquerait de créer une classe de parias, élément de désintégration de la Société.

MM. H. Sellier et Hazemann abordent alors le problème médical qui est vraiment délicat dans notre pays. L'exercice actuel des médecins praticiens est un vestige de l'organisation *artisanale* du travail (1), comment le concilier avec la médecine nouvelle à tendances plus scientifiques ? Cette question inquiète les praticiens ; ils rejettent en majorité le salariat et la fonctionnarisation, tout en reconnaissant la nécessité de composer avec les tendances d'organisation collective qu'exige la défense de la santé publique. On admettrait de laisser la médecine de soins aux mains des praticiens actuels, réservant l'hgyiène à des fonctionnaires.

MM. H. Sellier et Hazemann posent alors une série de questions concernant l'exercice de la médecine et paraissent laisser aux Syndicats médicaux le soin d'y répondre :

Les Associations médicales, disent-ils en substance, veulent que les praticiens participent à la défense de la santé, non seulement comme exécutants mais comme promoteurs et dirigeants, mais le médecin artisan consentira-t-il à devenir salarié ou fonctionnaire, étant tenu de disposer d'une instrumentation coûteuse dont il ne peut individuellement faire les frais ? Sera-t-il entraîné dans la coopération qu'exigent la médecine de groupe, *l'usine à soins*, l'Administration ? Les bases de la charte médicale (libre-choix, entente directe, secret professionnel absolu) sont-elles compatibles en tout ou en partie avec l'exercice de la médecine dans la collectivité ? Ces bases n'exigeront-elles pas un réajustement pour s'adapter à une sorte de coopérative médicale ? (Ce qui nous semblerait à nous être la meilleure solution du problème.) Que vaudra cette médecine de groupe au point de vue scientifique ? Ne sera-t-elle pas trop onéreuse, ne devra-t-elle pas se transformer en service public qui ne sera pas soumis, lui, à la loi du prix de revient ?

MM. H. Sellier et Hazemann affirment que médecins praticiens, hygiénistes, travailleurs sociaux abordent toutes ces questions avec franchise et avec optimisme. Franchise oui ; mais nous faisons des réserves sur l'optimisme des médecins, le mot anxiété serait plus juste à leur égard.

Quoiqu'il en soit, nous sommes bien de l'avis des rapporteurs quand ils constatent l'évolution formidable de l'hygiène depuis la fin du dernier siècle, quand ils affirment qu'elle doit être vivifiée par l'esprit et la technique du Service social, quand ils proclament que la misère, l'ignorance et la maladie doivent être les seules victimes de la lutte entreprise (nous ajouterons « et non les médecins »), quand ils concluent que l'hygiène et le Service social doivent servir de médiateurs entre les notions trop étroites et trop absolues des doctrines individualistes et collectivistes.

J. NOIR.

(1) Ce fut Lafontaine qui, il y a plus de quinze ans, constata la similitude du médecin praticien et de l'artisan. Nous avons souligné nous-même à diverses reprises ce qu'il y avait de juste dans cette comparaison.

II

L'HISTOIRE ROMANESQUE D'UN ÉVADÉ DE LA MÉDECINE

Un jacobin savoyard, médecin, romancier et général

Il s'appelait Doppet et était né à Chambéry en 1753, d'une honnête famille d'artisans qui s'efforça de lui donner une bonne éducation.

Il s'engagea en France dans un régiment de cavalerie, puis servit trois ans comme garde française, puis, libéré, il retourna en Savoie et entreprit des études à l'Université de Turin, y devint docteur en médecine, visita les Universités de Paris, de Montpellier pour se perfectionner. Mesmer et le magnétisme animal lui inspirèrent à Paris un poème burlesque la Mesmériade, imprimé en 1794, et lui donnèrent l'idée d'étudier le magnétisme animal. Outre plusieurs ouvrages sur le magnétisme, il écrivit Le médecin philosophe, Le médecin de l'amour, une traduction du *De flagrorum use in re veneræ de Meibomium*. Il exerça à Chambéry où il fit imprimer une dissertation sur les morts apparentes, adressa à l'Académie de Turin une communication sur la manière de construire des bains de vapeur. Enfin en 1788 il publia un ouvrage intitulé Médecine occulte ou Traité de magie naturelle et médicinale.

Telle fut l'œuvre médicale de Doppet d'après l'intéressant article que lui consacre le Docteur G. Rouffiandis, médecin général, dans le n° d'octobre 1936 d'*Hippocrate*.

Mais là ne se borna pas toute l'activité du médecin savoyard et M. Rouffiandis étudie en détail, d'après de nombreux documents la vie singulière de Doppet.

Doppet fut un littérateur, une sorte de romancier. Il suffit de donner le titre de quelques-unes de ses productions pour en faire juger la moralité et la valeur. Il publia d'abord des *Mémoires* apocryphes *de Madame de Warens*, où maladroitement et assez grossièrement il chercha à justifier la mémoire de l'amie au cœur tendre de J.-J. Rousseau. On a de lui *Zélamire ou les liaisons bizarres*, *l'Art de rendre les femmes fidèles*, et enfin un titre qui à lui seul fait juger l'auteur : *Aphrodisiaque externe ou Traité du fouet et de ses effets sur le physique de l'amour*, *ouvrage médico-philosophique*, *suivi d'une dissertation sur tous les moyens capables d'exciter aux plaisirs de l'amour* (Genève, 1778).

En 1790 le Docteur Doppet devint le sans-culotte Doppet. Après avoir écrit quelques pamphlets révolutionnaires, il quitta Chambéry et vint à Paris comme secrétaire du député de l'Isère, Aubert du Bayet. Tour à tour affilié aux Jacobins et aux Cordeliers, membre du Club des Patriotes étrangers, puis du Club des Allobroges, il fut engagé comme soldat dans la Légion des Allobroges et fut bombardé du coup lieutenant-colonel. Il prit part à l'occupation de la Savoie par les troupes françaises du général de Montesquiou (sept. 1792). Nommé député de Chambéry, il fut mis à la tête des dragons, passa en 1793 de l'armée des Alpes à celle des Pyrénées, fut nommé chef de la brigade de la Légion des Allobroges et entra à Marseille le 25 août 1793 dans l'armée de Carteaux. Général de brigade, puis peu après général de division, il coopèra à la défense des côtes et de Toulon, et empêcha le pillage de Lyon. Là il connut Bonaparte qu'il sut apprécier tandis que Bonaparte porta sur lui un jugement sévère, car il le qualifia de « savoyard, médecin et méchant ». Cependant Doppet paraît s'être occupé de l'hygiène des soldats à l'armée des Pyrénées et y avoir mis quelque ordre. A la fin de 1793, il fut atteint d'une épidémie de grippe ou de fièvre typhoïde qui régnait dans l'armée.

Pendant sa maladie et sa convalescence, l'armée des Pyrénées, mal commandée, fut battue. Seize généraux furent destitués ou changés. Bonaparte attribua ces hécatombes à la méchanceté de Doppet, ce qui est contestable, car le général Dugommier, le vainqueur de Toulon, appréciait Doppet comme un bon général. Nommé commandant en chef des troupes de Cerdagne, il y remplaça Dagobert, mort de maladie. Il eut des alternatives de succès et d'insuccès, tomba de nouveau malade, fut nommé pendant peu de temps gouverneur de Metz. Elu au Conseil des Cinq-Cents en l'an VI, son élection fut annulée. Il vécut désormais oublié et mourut à Aix-en-Savoie vers 1800.

Somme toute, Doppet ne fut pas un brillant général, mais on ne peut contester sans injustice sa bravoure. Faible de caractère, doux et humain, il fut parfois victime de son enthousiasme révolutionnaire qu'il ne put toujours maîtriser.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES CYSTALGIES

Par M. le Professeur MARION

Sous le nom de cystalgies, on doit comprendre les douleurs vésicales existant sans lésion apparente de la vessie, des uretères ou de l'urètre, des organes qui l'entourent et sans modification des urines. En somme, il s'agit de véritables névralgies, telles qu'on peut en voir en n'importe quel point de l'organisme. Ce sont les *cystalgies vraies.* En pratique, il n'en est pas toujours ainsi et sont étiquetées cystalgies beaucoup d'états vésicaux douloureux provoqués par des lésions qu'on ne reconnaît pas soit parce qu'on les ignore, soit parce qu'on ne sait pas la relation qui peut exister entre elles et les douleurs vésicales : ce sont de *fausses cystalgies.*

Du reste, il faut le reconnaître, la classe des cystalgies vraies se réduit à mesure que nos connaissances en urologie s'augmentent et peut-être des causes que nous ignorons encore pourront-elles être reconnues plus tard pour expliquer certaines douleurs vésicales que nous rangeons aujourd'hui dans cette catégorie.

Il s'agit d'une question encore passablement obscure de la pathologie urinaire, tout d'abord parce qu'à chaque instant on confond les cystalgies vraies et les fausses cystalgies ; d'autre part, parce que la cystalgie est une affection que caractérise avant tout la douleur, phénomène très variable suivant les sujets et bic n mal caractérisé au point de vue de la localisation. Combien de femmes en particulier viennent se plaindre de douleurs de la vessie. Et quand on étudie ces douleurs, on apprend qu'elles sont exclusivement localisées à la vulve et correspondent à des vaginites, à des vulvites. Il faut donc avant d'admettre qu'un malade souffre de sa vessie, étudier avec soin les caractères, les localisations de ces douleurs avant d'admettre qu'elles ont la vessie comme point de départ.

Les cystalgies ou tout au moins ce qu'on dénomme cystalgie sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. On pense généralement que cela est dû à la fréquence plus grande de la nervosité chez la femme. La chose est possible, mais à mon avis, il y a une autre raison et celle-ci est d'ordre anatomique. D'une part, les douleurs vésicales chez la femme retentissent sur une région très localisée dont la vessie est le centre et, qu'une douleur d'une nature quelconque existe dans cette région, la femme la rapportera invariablement à sa vessie. Chez l'homme au contraire, la verge et le périnée reçoivent le contre-coup des troubles vésicaux et le malade n'en rapportera pas la localisation à la vessie.

C'est ainsi qu'un calcul de la vessie donnera des douleurs du gland, qu'un tube de cystostomie frottant sur une prostate provoquera également des douleurs de la verge et du gland, et le malade ne dira pas qu'il souffre de la vessie. D'autre part, les fausses cystalgies produites chez la femme par des lésions des organes génitaux sont assez fréquentes, et cette cause d'irritation vésicale n'existe pas chez l'homme.

Il est certain que les malades accusant des douleurs vésicales sont souvent des nerveux ou des neurasthéniques. Mais cet état de nervosité ou de neurasthénie peut-il être invoqué comme cause prédisposante ou comme effet des cystalgies ? On sait quel retentissement les douleurs existant dans la zone génito-urinaire ont sur le système nerveux et, à bien étudier les faits, on s'aperçoit que si les malades présentent des troubles nerveux, c'est à cause des douleurs qu'ils éprouvent. D'autant plus que devant l'intensité des douleurs et leur résistance fréquente à nos traitements, les malades en arrivent à considérer leur affection comme incurable et à considérer qu'ils sont atteints de cancer.

Pour parler de cystalgie, il faut tout d'abord bien caractériser les douleurs et ne pas considérer comme douleurs vésicales, toutes celles qui existent dans la zone vésicale. Il y a quelques jours encore, une malade venait se plaindre de « douleurs vésicales ». Elle n'avait aucun trouble de la miction et lorsqu'on lui faisait préciser le siège des douleurs, elle montrait la vulve et plus particulièrement le méat urinaire d'où sortaient de petits polypes inflammatoires : la malade était atteinte d'urétrite végétante.

Bien souvent aussi, les malades se plaignent de leur vessie alors que la douleur est localisée à la vulve et correspond à des lésions de kraurosis vulvæ que l'on voit apparaître après la ménopause.

Les douleurs vésicales existent au bas-ventre

et dans la région périnéale ; elles irradient à la vulve, chez la femme, à la verge chez l'homme. Elles ont certaines relations avec la miction : la plénitude de la vessie ou l'évacuation les réveillent. D'autre part, il est rare qu'elles ne s'accompagnent pas de pollakiurie.

En présence d'un tel tableau on fait uriner les malades, parce qu'on pense à une cystite et les urines apparaissent limpides. On élimine alors la cystite et l'on pense à la cystalgie.

Mais avant d'affirmer ce diagnostic, il faut procéder à une série d'explorations, car il est d'autres affections que la cystalgie qui se caractérisent par des douleurs vésicales et par des urines limpides ; ce sont les fausses cystalgies.

Tout d'abord, il faut pratiquer une cystoscopie, car des lésions vésicales peuvent provoquer des douleurs vésicales et ne pas s'accompagner d'urines troubles : le calcul, certaines ulcérations, des plaques d'œdème, provoquées par une lésion péri-vésicale adhérente à la vessie. Si on faisait examiner au microscope, les urines limpides, on y trouverait des traces de pus.

Si l'on ne trouve rien de net dans la vessie, il faut alors faire examiner les urines. Car des urines limpides à l'œil peuvent être purulentes, il s'agit d'urines bactériuriques au microscope ou à la culture. Et des urines bactériuriques peuvent provoquer les mêmes symptômes qu'une cystite.

D'autre part, certaines urines très chargées en cristaux peuvent provoquer des crises de fausse cystalgie, phosphaturie, oxalurie. Le microscope décélera ces cristaux.

Dans tous ces cas, on ne peut parler de cystalgie vraie, car une lésion ou un état quelconque de la vessie ou des urines est la cause des douleurs.

Mais les urines sont normales. Faut-il conclure à la cystalgie ? Non pas encore.

La vessie est un organe particulièrement irritable qui réagit vivement aux excitations provenant des organes qui aboutissent à elles ou qui en partent, aux excitations provenant du rein, et à celles qui prennent leur origine dans des lésions des organes qui sont à son contact. Cette susceptibilité s'oppose à la tolérance du rein dans lequel nous trouvons parfois des lésions considérables sans que le malade en ait véritablement souffert.

Il va donc falloir passer en revue l'urètre, l'uretère, le rein et tous les organes péri-vésicaux.

Chez la femme, il arrive très souvent qu'une infection de l'urètre, et, en particulier du col vésical, entretienne un état d'irritation déterminant des douleurs dites de cystalgie. Il faut penser aux urétrites chroniques chez la femme et en particulier aux urétrites que l'on peut appeler proliférantes. Dans ces cas, une urétroscopie démontrera des productions inflammatoires existant tout le long de l'urètre et souvent plus particulièrement au niveau du col. Ces lésions sont capables de déterminer des réactions vésicales que l'on interprétera faussement comme des cystalgies.

De même également chez l'homme, nous trouvons, pour expliquer des douleurs vésicales tenaces, des lésions de l'urètre postérieur qui ne déterminent, en somme, aucune modification sérieuse des urines, surtout si on les prélève dans la vessie. Les urines vésicales sont limpides, aseptiques, et cependant le malade souffre de sa vessie, ou tout au moins de douleurs que l'on rapporte à la vessie. Mais que l'on fasse une urétroscopie postérieure, que l'on fasse surtout une urétrographie et l'on verra qu'il existe dans l'urètre postérieur soit des polypes, soit des cavernes inflammatoires, dont la suppression amènera la disparition des troubles douloureux vésicaux.

Certaines lésions que nous ne voyons pas nettement peuvent aussi se caractériser et expliquer des douleurs dont la cause nous échappait. Ces cystalgies chez la femme ont été expliquées à un certain moment en les comparant aux douleurs de la fissure anale. Vous savez que la fissure anale détermine des douleurs après l'évacuation des matières, douleurs extrêmement vives, et que la dilatation fait disparaître ces douleurs. On a pensé que la cystalgie pouvait être l'analogue de la fissure anale et correspondre à une petite exulcération du col vésical. On a, dans ces cas-là, pratiqué des dilatations forcées du col vésical, en particulier chez la femme ; il faut bien le dire, sans aucun résultat ; mais il n'en est pas moins vrai que des lésions minimes du col vésical, qui pourraient même passer inaperçues à l'urétroscope, peuvent provoquer ces réactions douloureuses du côté de la vessie.

Il y a quelques années, chez une femme âgée atteinte de cystalgie, j'avais examiné avec soin tout l'appareil urinaire et n'avais rien trouvé pour expliquer des douleurs vésicales extrêmement nettes. Or, quelques mois après, examinant de nouveau la malade, je pus constater qu'il existait au niveau du col vésical un petit épithélioma que je n'avais pas pu constater à mon premier examen, soit parce qu'il m'avait échappé, soit parce qu'il n'avait pas encore déformé de façon notable le col vésical.

Récemment, M. Fey me rapportait l'observation d'une de ses malades, atteinte de cystalgie, qui avait été soulagée par la destruction du col vésical par étincelage. Il est certain que, dans ce cas, il devait exister à ce niveau de petites lésions inflammatoires que l'étincelage supprima.

Par conséquent, cette région du col vésical doit être examinée avec grand soin, et tel malade atteint de douleurs vésicales nettes avec des urines limpides sera reconnu atteint d'une lésion parfois minime existant, non pas dans la vessie, mais au contact même de la vessie, et susceptible d'expliquer les réactions douloureuses de celle-ci.

Un autre organe pouvant déterminer de même

des réactions douloureuses, sans modification des urines, sans lésion de la vessie, est l'uretère ; et des calculs engagés dans l'extrémité tout à fait inférieure du canal, au voisinage même de la vessie, peuvent déterminer du côté de cet organe des réactions douloureuses qu'en apparence rien n'explique et que nous rangerions dans les cystalgies si nous ne connaissions pas la possibilité de semblables réactions parties de l'uretère.

Le rein enfin peut être le point de départ de douleurs vésicales. Nous n'avons qu'à nous rappeler les phénomènes de réaction vésicale au cours de la colique néphrétique pour comprendre qu'un calcul du rein, une tuberculose puisse provoquer des douleurs vésicales qui ne doivent pas être appelées cystalgies.

Et lorsque nous aurons examiné tout l'appareil urinaire, il faudra encore étudier avec soin les organes qui se trouvent à son voisinage, chez la femme les organes génitaux, chez l'homme, les organes du petit bassin. Il n'est pas douteux en effet que chez la femme surtout, nous pouvons voir des troubles douloureux de la vessie en rapport avec des inflammations de voisinage, celles-ci agissant par contact sur la vessie.

Dans tous les cas précédents, il s'agit en somme de fausses cystalgies qui n'ont rien de commun avec les cystalgies vraies que nous allons étudier maintenant.

Toutes les explorations ont été négatives : l'urine est aseptique, l'urètre, soit féminin, soit masculin, est absolument indemne, les organes de voisinage apparaissent complètement indemnes, et, dans ces cas, nous pouvons vraiment parler de cystalgie, c'est-à-dire de *névralgie vésicale*, sans lésions d'aucun organe pouvant expliquer ces douleurs.

En somme, ces cystalgies peuvent apparaître comme très mystérieuses, quand on ne réfléchit pas à la pathologie générale ; mais il est évident que la vessie ne se comporte pas autrement qu'un organe quelconque de l'organisme. La vessie dépend par ses nerfs de la moelle et du sympathique et ces nerfs peuvent présenter des lésions déterminant des crises douloureuses vésicales : ce sont là les véritables névralgies vésicales, les véritables cystalgies. Elles peuvent être mal conçues parce que nous admettons difficilement que des nerfs comme ceux de la vessie puissent être atteints de névrite ; et cependant les cas sont fréquents dans lesquels nous provoquons en quelque sorte ces névrites.

Il y a quelques années, j'avais conseillé à un malade qui présentait des polypes vésicaux récidivants et tenaces de se faire faire une application de radium par les voies naturelles pour mettre fin à ces récidives de polypes. A la suite de cette application, les polypes ne reparurent plus mais pendant un an le malade eut des douleurs extrêmement violentes du côté de sa vessie, qui disparurent spontanément. Pendant cette longue période je l'examinai, il fut examiné par d'autres urologues, et personne ne trouva jamais rien du côté de la vessie ; les douleurs cessèrent un jour spontanément. Dans ce cas, il s'agissait évidemment d'une cystalgie due au radium. Nous savons, en effet, que le radium est capable de déterminer des névrites extrêmement douloureuses et persistant quelquefois très longtemps.

Quand nous mettons dans la vessie des aiguilles de radium pour des tumeurs, nous provoquons des douleurs extrêmement violentes durant plusieurs semaines ou plusieurs mois, douleurs qui n'existent pas quand nous enlevons ces tumeurs. Ce sont donc des faits qui peuvent nous servir à interpréter les névralgies vésicales que nous concevrions mal si nous ne pouvions admettre que les nerfs de la vessie puissent être atteints comme tous les nerfs de l'organisme de névrite déterminant des douleurs plus ou moins durables.

Or ces névrites, ces douleurs de cystalgie peuvent se présenter dans différentes circonstances. Nous pouvons d'abord les observer chez des malades, surtout femmes, qui ont eu à un moment donné des phénomènes de cystite. Les urines étaient troubles, septiques ; le traitement convenable a fait disparaître la cystite, les urines sont redevenues limpides, même les cultures ne décèlent plus de microbes dans l'urine, et cependant les malades continuent à avoir des douleurs. On pense naturellement à une urétrite inflammatoire de même origine que la cystite, et l'urètre ne présente aucune lésion ; même des cautérisations au nitrate ne donnent aucun résultat. Il n'y a plus d'infection et cependant, les douleurs persistent. Il faut penser dans ces cas que les malades ont vu sous l'influence de l'inflammation se développer des phénomènes de névrite qui donnent lieu à ces douleurs, qui, à un moment donné finissent en général par disparaître. Il faut bien reconnaître du reste que ces douleurs *n'existent en général* que chez des sujets particulièrement nerveux, quelquefois même neurasthéniques, et que ces douleurs peuvent être interprétées de même façon que des douleurs de tête, de la colonne vertébrale, ou d'autres organes, sans que l'on constate dans ces organes une lésion quelconque.

Il est d'autres lésions névritiques dont nous connaissons véritablement très mal l'origine : sont-ce des névrites d'origine syphilitique, d'origine alcoolique ou d'autre cause, nous l'ignorons. Ce sont des névrites dont un des types est celui qui apparaît après la ménopause, sans qu'on sache exactement pourquoi, chez certaines femmes, et provoque cette lésion si douloureuse, le kraurosis vulvæ.

Il y a un an, un an et demi, une malade qui avait été traitée pendant extrêmement longtemps pour de la cystite, pour de la métrite, pour de

la vaginite, m'était présentée et à l'examen, il fallait bien reconnaître qu'il n'y avait ni cystite, ni métrite, ni vaginite, mais qu'il existait manifestement des troubles trophiques du côté de la vulve, du vagin, troubles trophiques caractérisés par une rougeur spéciale sans sécrétion, par de la sclérose, de l'induration des tissus. Il n'y avait donc rien d'étonnant à ce que la malade souffrît de sa vessie, comme elle souffrait de son vagin, de sa vulve.

Après des essais multiples pour calmer ces phénomènes douloureux, la malade accepta de subir la résection d'un nerf qui agit sur les organes du périnée, le nerf pré-sacré. Je réséquai donc ce nerf pré-sacré, mais je ne poussai pas la résection plus loin, alors que j'aurais dû aller jusqu'au ganglion hypogastrique.

Or, à la suite de l'intervention, la malade vit disparaître complètement ses troubles vulvaires et vaginaux, mais conserva des troubles de cystalgie qui auraient été certainement amendés si j'avais complété la résection du nerf pré-sacré par l'ablation du ganglion hypogastrique ; mais je dois dire que la cause de cette névrite certaine m'échappait complètement et c'est en cela que nous sommes encore mal informés sur l'origine de certaines cystalgies.

D'autres douleurs également doivent être *rangées* dans les cystalgies vraies, ce sont les douleurs du tabès. De même que tout autre organe de l'organisme la vessie est souvent atteinte par le tabès. Très souvent, il s'agit de troubles moteurs, les malades perdant la contractilité vésicale ; souvent en même temps, ils font des rétentions, ils ont de l'incontinence. Ce sont des faits très connus, mais, à côté des troubles moteurs, le tabès peut déterminer des troubles sensitifs, de véritables cystalgies tabétiques comme existent les gastralgies tabétiques, etc. Il faut les connaître et les rechercher et l'on expliquera ainsi des douleurs que l'on aurait peine à expliquer autrement.

En présence de ce que l'on appelle couramment une cystalgie, il convient donc tout d'abord d'éliminer tout ce qui n'est pas cystalgie vraie et qui relève de lésions certaines soit des organes avoisinant la vessie, soit de modifications de l'urine, susceptibles d'agir sur la vessie. Ces faits qui sont mal connus encore pour beaucoup d'urologues, ne doivent pas rentrer dans les cystalgies vraies et doivent être traités suivant la lésion qui cause les douleurs de façon très différente : calcul de l'uretère, inflammation prostatique, inflammation de l'urètre postérieur chez la femme, bactériurie, etc., seront traités suivant les règles,

Mais il n'est pas douteux que beaucoup de malades souffrent de leur vessie parce que leur système nerveux lui-même souffre et est atteint de lésions que nous ne pouvons pas vérifier macroscopiquement, mais qui n'en existent pas moins.

Dans ce cas, quel est le traitement ?

Parfois la patience, les calmants de toute espèce, sont le seul traitement que nous puissions instituer : ce sont les cas de névrite, à la suite des applications de radium en particulier.

Pour les cystalgies du tabès, nous sommes évidemment désarmés et ne pouvons que tâcher de les atténuer par les calmants de toute espèce en attendant que les douleurs s'atténuent peu à peu pour disparaître spontanément, ce qui arrive généralement.

Dans les cas de névrite spontanée, on pourra agir sur le col vésical par étincelage comme M. Fey l'a réalisé dans un cas, et il est possible que cette cautérisation d'un col vésical puisse amener la disparition des douleurs que ressent le malade.

Ces cautérisations auront d'autant plus d'intérêt que l'on trouvera un point de la muqueuse, particulièrement sensible. Il y aura lieu alors de le détruire.

Mais lorsque, après avoir essayé différents traitements locaux susceptibles de modifier le col, la muqueuse vésicale ; après avoir essayé des calmants de toute espèce, le bromure, la valériane ; après avoir traité les malades par les courants de haute fréquence, la diathermie, nous n'avons obtenu aucun résultat et que les douleurs sont véritablement très violentes, il faut penser à intervenir sur les nerfs.

Cette intervention consistera en la résection du nerf présacré, complétée par celle du ganglion hypogastrique.

DIABÈTE ET PNEUMONIE

Par le Pr. Jean MINET et le Dr P. DUPIRE

La notion de la gravité de la pneumonie au cours du diabète est tellement classique que la plupart des auteurs considèrent cette affection comme étant, pour le diabétique, « une des façons de mourir ».

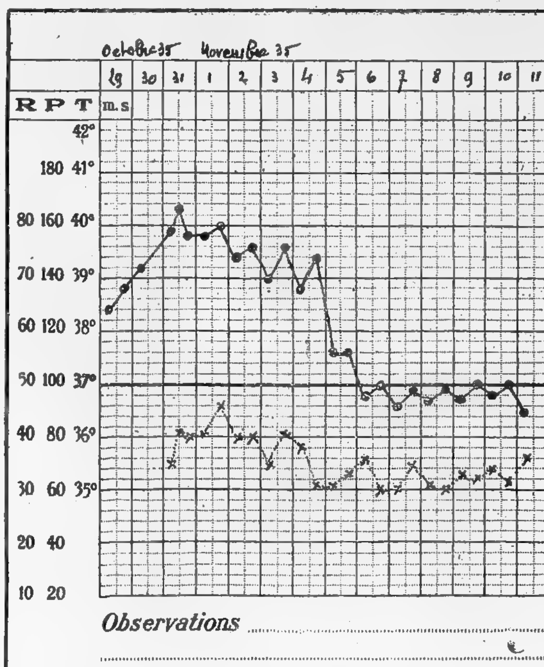
Il s'agit habituellement d'une pneumonie atypique, différente en bien des points de la pneumonie franche lobaire aiguë de l'adulte : localisée au sommet, comme chez l'alcoolique et le vieillard, elle réalise le type de la pneumonie adynamique : début insidieux, sans frisson, ni point de côté, marqué par une fatigue extrême, de la somnolence ; température peu élevée, ne dépassant guère 38° ; diminution de la glycosurie et de la polyurie ; signes d'auscultation difficiles à saisir ; par contre, dyspnée extrêmement marquée, hors de proportion avec le peu d'importance des autres signes cliniques. L'évolution fatale est la règle ; elle se fait rapidement, en quelques heures (Bouchardat) ou en quelques jours (Lépine). A l'autopsie, on trouve des lésions d'hépatisation grise. Dans ces conditions, le diagnostic ne peut être fait que par un examen attentif du malade. La sécheresse de la langue, la petitesse et la rapidité du pouls, la somnolence grandissante, la dyspnée, l'élévation thermique, aussi faible soit-elle, doivent faire craindre l'apparition de cette redoutable complication.

L'introduction de l'insuline dans le traitement du diabète a *considérablement modifié le pronostic* général de cette maladie ; si les infections aiguës de l'appareil respiratoire restent graves chez les diabétiques, elles ne doivent plus être considérées comme au-dessus des ressources de la thérapeutique, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation suivante :

M. D..., 66 ans, est vu en consultation par l'un de nous, le 30 octobre 1935, avec le Docteur Hurez, de Douai.

C'est un homme assez corpulent, porteur depuis de longues années d'un diabète à glycosurie moyenne qui, jusqu'à présent, n'a amené ni accident, ni incident.

Il y a quarante-huit heures, rapidement, sa température est montée à 40° ; elle se maintient depuis lors entre 39 et 40. Dans l'après-midi du 30 octobre, des crépitants sont apparus à la base droite. Depuis dix-sept ou dix-huit heures, ce même jour, il « s'endort en parlant ».



Vers 21 heures, on ne peut tirer de lui que quelques vagues paroles ; il répond aux questions de façon imprécise, peu distincte, puis s'endort d'un sommeil dont on le tire difficilement. Invité à se lever, il le fait dans un état de somnolence accentuée, titube, manque de tomber, et ne peut faire que quelques pas. La respiration a tantôt le type de Kussmaul, tantôt le type de Cheynes-Stockes. L'haleine répand une odeur d'acétone perceptible à plusieurs mètres. La température est à 39,9. Le pouls bat à 96, ample, régulier. L'auscultation du cœur ne révèle rien de particulier. L'examen du poumon permet de noter, dans la région inférieure droite, de la submatité, de l'exagération des vibrations, quelques crépitants, un souffle aigrelet. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. L'urine, analysée quelques heures auparavant, contient 14 grammes de sucre par litre, et une quantité importante d'acétone.

Devant l'impossibilité d'un traitement continu à domicile, on décide de transporter M. D... à Lille, à la clinique du Dr Cacan.

Avant son départ, il reçoit deux injections d'insuline, une sous-cutanée (10 unités) et une intraveineuse (5 unités).

Pendant le transport, le malade ne sort pas du sommeil profond qui s'est installé à la fin de la consultation. Les injections d'insuline, de camphre, ne sont pas perçues. C'est presque un comateux qui entre, à minuit 30 à la clinique.

On injecte par voie veineuse 20 unités d'insuline, d'heure en heure, à 1 heure, 2 heures, 3 heures, 4 heures, 5 heures. A 5 heures, le sucre a disparu de l'urine, et l'acétone ne s'y trouve plus qu'en petite quantité. La somnolence a diminué ; on peut dire que le malade est en demi-coma.

Dans la matinée du 31 octobre, la température atteint 40°3. L'état général est meilleur. L'auscultation permet d'entendre des crépitants et du souffle tubaire dans la région inférieure des deux poumons : la pneumonie de la veille est devenue double. Le malade reçoit dans la journée deux injections de vaccin antipneumonique et une injection de 5 unités d'insuline toutes les deux heures. On y ajoute des injections de camphre et de sérum glucosé. Le soir, la conscience réapparaît peu à peu ; le malade répond aux questions, tout en somnolant encore. L'urine ne contient plus ni sucre, ni acétone.

Les jours suivants, on continue l'insuline au taux de 20 unités par vingt-quatre heures, le vaccin antipneumonique, le camphre. Le 1er novembre, la conscience est revenue, la somnolence a disparu.

Dès le troisième jour, des crachats rouillés apparaissent ; ils ne se produisent pas pendant plus de vingt-quatre heures. A ce moment, la température commence à baisser ; les signes de pneumonie s'atténuent considérablement, comme si ces pneumonies « avortaient », écrit le Docteur Cacan qui suit le malade de très près.

Le cinquième jour, on assiste à une défervescence en deux temps, suivie très rapidement d'une disparition complète des signes locaux et généraux.

M D... a été revu, depuis lors, à plusieurs reprises. Il a récupéré sa belle santé apparente de jadis. Ses urines contiennent un à trois grammes de sucre. On y trouve parfois encore de minimes traces d'acétone. Le Dr Hurez continue à lui faire de petites doses régulières d'insuline.

Certains symptômes confèrent à cette observation un caractère classique. Telle est la somnolence progressive qui aboutit en que ques heures à un coma presque absolu, manifestation clinique d'une acidose objectivée par l'odeur de l'haleine et les signes urinaires. Notons également la faible glycosurie, sans que nous puissions préciser l'importance de la chute du sucre urinaire.

Par contre, l'allure générale de l'infection, la température élevée, l'existence de signes cliniques nets de pneumonie, n'entrent pas dans le cadre schématique que nous avons esquissé plus haut. Quant à l'évolution, elle fut si heureusement modifiée par le traitement, que la pneumonie évolua comme chez un sujet non-diabétique ; on serait même tenté de dire : mieux que chez un individu bien portant, compte tenu de l'âge du malade et du caractère abortif de deux foyers pneumoniques dûment constatés.

Cette évolution, en contradiction avec les données classiques, nous a incités à relater cette observation. Sans doute Marcel Labbé, dans diverses publications, s'est élevé contre la sévérité du pronostic attribué par les auteurs à la pneumonie chez les diabétiques. Mais, en dehors des travaux de M. Labbé, on ne retrouve cette idée exprimée nulle part dans la littérature médicale ; c'est pourquoi nous avons cru intéressant de revenir sur ce sujet.

Des travaux récents ont cherché à préciser la part qui revient à la pneumonie dans la mortalité des diabétiques. Pour Joslin, avant la découverte de l'insuline, la pneumonie comptait pour 4 pour cent dans cette mortalité ; après l'insuline, le taux s'est élevé à 8 pour cent. Ce résultat paradoxal tient probablement à ce que la récupération obtenue par l'insuline laisse les diabétiques exposés aux diverses causes de mort par infection aiguë ou chronique, les infections de l'appareil respiratoire en particulier.

Dans cet ordre d'idées, on remarque que les taux de mortalité par pneumonie et par tuberculose sont identiques aux Etats-Unis, alors que la tuberculose l'emporte de loin en Europe (40 % à l'hôpital). Cette différence tient peut-être à la moindre fréquence de la tuberculose pulmonaire aux Etats-Unis ; elle tient certainement à la fréquence et la gravité plus grande des pneumonies aiguës chez les Anglo-Saxons. L'expérience de la guerre 1914-1918 est probante en cette matière ; de nos jours, on pourrait s'étonner de l'importance que prennent dans la littérature américaine les travaux de biologie et surtout de thérapeutique relatifs à la pneumonie, si on ne connaissait cette particularité de race.

Le tableau classique de la pneumonie chez les diabétiques est un schéma qui ne tient pas compte de tous les faits observés. La gravité de l'association de la pneumonie et du diabète doit en effet être envisagée à deux points de vue, suivant que l'on considère l'évolution de la pneumonie chez le diabétique, ou l'évolution du diabète chez le pneumonique.

La gravité de la pneumonie chez le diabétique peut résulter :

a) Des déficiences organiques multiples, si fréquentes chez les diabétiques gras, gros mangeurs et gros buveurs, dont le foie et les reins sont souvent lésés, et dont le cœur, fatigué par une élévation tensionnelle permanente, ne peut faire les frais d'une infection surajoutée. Dans ce cas, la mort survient par insuffisance cardiaque.

b) De la tendance à la suppuration que prennent chez le diabétique les moindres incidents infectieux. C'est à cette évolution qu'il faut rapporter les cas d'hépatisation grise, les suppurations pleurales, les gangrènes pulmonaires.

En ce qui concerne le comportement du diabète au cours d'une pneumonie, les anciens auteurs avaient noté la diminution ou la disparition du sucre urinaire chez les diabétiques atteints de pneumonie aiguë. Lépine attribuait ce fait au défaut d'alimentation. On sait actuellement que la diminution de la glycosurie, allant de pair avec l'apparition ou l'augmentation des corps cétoniques dans l'urine, traduit une aggravation du trouble glyco-régulateur. Cette aggravation, au cours de la pneumonie, peut ne se manifester que par des signes urinaires mis en évidence par l'analyse méthodique des urines ; elle peut surtout se traduire par l'apparition du coma acidosique, avec le pronostic qu'il comporte.

Enfin, le pronostic peut résulter de l'association de ces différents facteurs de gravité, d'où la complexité du problème.

Pour Marcel Labbé, il faudrait ajouter aux causes précédentes la possibilité d'une évolution bacillaire, soit que l'on fasse intervenir l'action anergisante de la pneumopathie, soit

plutôt qu'on la considère comme la première manifestation d'une tuberculose dont la preuve serait faite ultérieurement. Mais une telle éventualité suppose la guérison du processus aigu et déborde le cadre de la question.

C'est en tenant compte de cette distinction entre les différentes causes de gravité qu'un traitement approprié sera mis en œuvre utilement.

En présence d'une pneumonie, chez un diabétique, la première condition du succès est de ne pas abandonner la partie, mais de soigner chacune des deux affections comme si elle était seule.

Pour la pneumonie, on se souviendra que si « l'affection est au poumon le danger est au cœur ». C'est dire qu'on usera largement des tonicardiaques, des injections de camphre soluble, de strychnine, et même d'adrénaline. Il y aura aussi intérêt à mettre en œuvre la vaccinothérapie polyvalente, susceptible de donner, comme chez l'enfant et le vieillard, de bons résultats, bien que nous ne puissions étayer notre opinion sur un nombre suffisant d'observations.

Mais par ailleurs, et avant tout, on aura recours à un traitement insulinique, précoce, suffisant et prolongé. Les doses nécessaires seront déterminées par l'analyse des urines (sucre, corps cétoniques) répétée avant chaque injection. Sans doute, Renaud et Turiaf, Renaud et Thésée (cités par Marcel Labbé) ont observé au cours d'états infectieux fébriles, des phénomènes d'insulino-résistance : c'est là une notion qu'il faut ne pas ignorer, mais qui ne doit pas entraver la mise en œuvre de l'insulinothérapie.

Nous avons utilisé, chez notre malade, la voie endoveineuse ; nous y avons associé des injections de sérum glucosé. Les résultats que nous avons obtenus n'ont pas démenti l'espoir que nous avions mis dans cette thérapeutique.

LA DIPHTÉRIE DES NOUVEAU-NÉS

La diphtérie des nouveau-nés a une allure clinique particulière. Au lieu d'être à prédominance pharyngée comme chez les sujets plus âgés, elle prend généralement une forme nasale et peut simuler une affection importante du nouveau-né, le coryza syphilitique.

La diphtérie chez ces tout petits, du moins dans les crèches et les agglomérations d'enfants, n'est pas une affection rare. A la maternité de Lariboisière, en 1935 et 1936, M. Devraigne en a observé quatre épidémies dont il a récemment entretenu l'Académie de médecine. L'ensemble a été de 54 cas, avec 9 décès.

Dans tous les cas, la maladie a affecté la forme nasale. Début insidieux ; l'enfant, abattu, pâle, tète mal. La courbe de poids est en descente malgré un allaitement bien réglé et l'on pense volontiers à une hérédité syphilitique, d'autant qu'il existe un coryza. Mais ce coryza est, au début du moins, unilatéral, comme l'a montré M. Marfan : il est séreux, muco-purulent, moins franchement purulent que le coryza syphilitique. Si, d'autre part, on a trouvé un gros placenta et que l'on ne pense pas à la diphtérie, que l'on ne recherche pas systématiquement le bacille de Lœffler, on incline à appliquer un traitement antisyphilitique. L'enfant pâlit encore, est déprimé, prostré, toxémié, et meurt si la sérothérapie n'est pas instituée.

M. Devraigne n'a jamais noté d'angine à fausses membranes, pas d'adénopathie sous-angulo-maxillaire. Tous les prélèvements faits dans l'arrière-bouche ont été négatifs. Trois fois seulement M a rencontré du Lœffler sur des plaques ptérygoïdiennes et deux enfants ont fait de la diphtérie oculaire diagnostiquée au service des yeux, où ils sont morts.

Les nourrissons peu vigoureux, dont le poids est inférieur à la normale, sont plus frappés que les autres.

En conclusion, tout coryza séreux ou muco-purulent chez un nouveau-né doit faire penser à la diphtérie et indique un ensemencement. En présence d'un coryza chez un nouveau-né, en particulier dans une crèche, on ne suspectera pas uniquement la syphilis, mais aussi la diphtérie et cela d'autant plus qu'elle est plus sournoise chez les tout petits.

P. Lacroix

LA PETITE CHIRURGIE AU GOÛT DU JOUR

L'avenir des luxations traumatiques de la hanche, lorsqu'elles ont pu être réduites par le praticien

D'après MM. Raphaël MASSART et G. VIDAL-NAQUET (1)

LES RAISONS D'UN PRONOSTIC RÉSERVÉ : L'ANKYLOSE, L'ARTHRITE DÉFORMANTE

Une remarque préliminaire :

Il ne s'agit ici que des luxations *traumatiques*, qui ont pu être réduites grâce à de simples manœuvres externes par tout praticien, sans l'intervention d'un chirurgien, de celles par conséquent qui n'ont nécessité ni intervention, ni délabrements. Ainsi se trouvent éliminées toutes les luxations traumatiques irréductibles ou récidivantes, dont les complications immédiates sont parfois la cause de mauvais résultats éloignés.

Or, volontiers on s'imagine que l'avenir de pareils accidents doit être parfait, surtout si l'on en croit la plupart des traités classiques, qui considèrent comme généralement bonnes les suites de ces luxations traumatiques de la hanche. Malheureusement l'examen de ces malades à des dates assez éloignées ainsi que des radiographies renouvelées font tomber cet optimisme, car on s'aperçoit vite que sur la hanche luxée, à plus ou moins brève échéance, peuvent se développer des lésions que l'on doit considérer comme importantes et fréquentes.

Nous ne nous étonnerons pas de cette constatation, si nous envisageons les facteurs indispensables au déboîtement d'une coxo-fémorale. C'est une force extrêmement vigoureuse, qu'il est nécessaire de mettre en jeu pour faire sortir la tête, en raison de la résistance énorme qu'opposent les puissants muscles péri-articulaires, ainsi que le ligament intra-articulaire particulièrement tenace. Aussi, la force brutale, subite, limite-t-elle rarement son acti n à la luxation ; elle entraîne toujours à sa suite des lésions plus ou moins graves des parties molles juxta-articulaires (muscles et tendons). Il se produit également un arrachement du surtout fibreux de la capsule et des vaisseaux qui la doublent, une désinsertion de ses fibres avec destruction du ligament rond ntra-articulaire, qui se déchire ou se rompt, au moment où la tête se déplace. Toutes ces lésions tissulaires, ces plaies vasculaires entraînent des hémorragies, dont il est difficile d'apprécier l'importance, mais qui déterminent des troubles circulatoires de la région, ainsi que des hématomes, parfois volumineux.

Sans entrer dans plus de détails, en tenant compte également de la possibilité d'arrachement osseux, on prévoit aussitôt la constitution d'un milieu favorable aux *ossifications anormales* et à la *formation des ostéomes*.

A ce traumatisme premier, il faut ajouter toujours celui de la réduction. Cette manœuvre s'appuie évidemment sur un procédé de force, qui, si bien soit-il exécuté, devient à son tour une cause importante, mais inévitable, d'arrachements, de ruptures, de nouveaux dégâts.

Deux complications sont ainsi à redouter : l'une relativement précoce, qui est l'ankylose de la hanche ; l'autre plus lointaine, dans ses manifestations cliniques, mais possible à dépister d'assez bonne heure par la radiographie, c'est l'arthrite déformante.

Et voici tout d'abord un exemple d'*ankylose de la hanche*.

Un robuste cultivateur, de 25 ans, victime d'un accident de motocyclette, se fait une luxation traumatique à type obturateur. Après plusieurs essais infructueux la réduction est effectuée, dix jours plus tard, par une brusque et puissante traction pour mobiliser la tête enclavée dans les masses musculaires de l'obturateur et du pectiné ; à noter qu'à ce moment déjà de nombreuses taches ecchymotiques et une infiltration hématique avaient envahi le membre et la fesse : la luxation obturatrice avait d'abord été transformée en iliaque, puis finalement réduite, sans craquement, ni arrachement perceptible. Immobilisation durant trois semaines dans un plâtre.

Revu au bout de deux mois, le malade ne souffrait plus, il marchait, mais les *mouvements de la hanche restaient limités* ; toute la région était encore empâtée et une radiographie montra le début d'ossifications périphériques partant du grand trochanter et du petit trochanter pour aller vers le bassin. Il s'agissait d'ostéomes en formation et, quelques mois plus tard, on en voyait l'entière constitution. Un premier pont osseux réalisant une véritable arthrodèse extra-articu-

(1) *Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, 3 juillet 1936.

laire, partait du grand trochanter pour se porter vers l'os iliaque à la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Ossification massive occupant tout l'espace compris entre la partie supérieure de la capsule et la masse musculaire du petit fessier. Une autre ossification partait de l'isch on et se dirigeait vers le petit trochanter sans l'atteindre. La hanche, complètement immobile, était solide, non douloureuse, avec un bon appui, et le blessé ayant retrouvé, malgré sa hanche raide, toute son activité avait repris sa vie pénible de cultivateur beauceron.

Ainsi *en quelques mois,* cinq exactement, la luxation traumatique réduite s'était compliquée d'une ankylose en *bonne* position, *non douloureuse,* peu gênante dans la marche et dans l'appui, mais qui, cliniquement et radiologiquement, unissait entièrement le fémur au bassin.

Dans un autre cas, une luxation de la hanche (accident de motocyclette) avait été accompagnée d'une commotion importante et de nombreuses contusions, si bien qu'on l'avait réduite par manœuvres externes seulement le vingt et unième jour ; après, le malade était immobilisé dans un plâtre. Sitôt libéré, celui-ci avait repris sa vie normale, mais peu à peu sa *hanche s'était immobilisée en flexion.* Un an après le début, il y avait *ostéome* formé entre le grand trochanter et la partie supérieure du sourcil cotyloïdien, sans implantation osseuse de ce côté. Cette néo-formation osseuse s'était développée entre la capsule et les fessiers, intimement liée à ceux-ci, sans adhérence avec la première. Après l'ablation de cet ostéome, l'articulation retrouva son entière liberté.

Et voici un cas d'*arthrite déformante.*

Un homme solide, musclé, exempt de toute tare, est atteint de luxation de la hanche droite, à la suite d'un accident d'auto. Dès le lendemain, la réduction est faite. Après un mois d'immobilisation le sujet avait repris sa vie normale, et pendant plus d'un an, il n'avait pas souffert, pas boité et se considérait comme guéri. Ce n'est qu'au *bout de dix-huit mois* qu'il avait commencé à traîner la jambe et à souffrir, pour présenter ensuite des phénomènes indiscutables d'arthrite chronique. L'examen radiographique montra une extrémité supérieure du fémur déjà déformée avec des plages d'ostéite condensante, et en particulier un état poreux de toute l'extrémité épiphysaire.

Une autre observation de William Stewart est assez comparable à la précédente.

« Un homme de vingt-deux ans vient consulter pour des douleurs de la hanche droite, avec impossibilité de s'appuyer sur le membre inférieur. « On apprend en l'interrogeant qu'un an avant, à la suite d'un accident d'auto, il avait eu une luxation de la hanche, qu'elle fut réduite quelques heures après et que, pendant un mois, il fut immobilisé sous plâtre.

« Une radio faite aussitôt montre une bonne réduction. Dans les jours qui suivent, le malade aurait eu un peu de fièvre. Quoi qu'il en soit, au bout de six semaines le malade marche, reprend son activité et *bien que ses mouvements* restent limités ne souffre plus.

« Ce n'est que *cinq mois après* que les douleurs devenant plus vives, il est gêné dans sa marche et doit reprendre ses cannes.

« La série de radios de la hanche faites 9, 11, 12, 15 et 17 mois après la luxation montrent, par étapes, l'*apparition* d'une *arthrite grave* de la hanche ».

Pareils faits ont été confirmés par des expériences, surtout par de nombreuses observations, avec contrôle radiographique ; elles font voir que souvent, après les luxations traumatiques de la hanche, les troubles qui surviennent au niveau de l'épiphyse fémorale sont liés à une nécrose partielle de l'os.

***

Mieux valent réduction et immobilisation immédiates, que réduction tardive

Il va de soi que la réduction *rapide* d'une luxation est plus facile, et que cette facilité provient en partie de ce que les arrachements de tissus, quels qu'ils soient, en sont restés à la première phase, sans que des hématomes importants, origine des ostéomes, aient eu le temps de se constituer. Pour cette même raison, à dégâts moins importants correspondront séquelles moins importantes. La réduction immédiate permet de faire repasser sans violence, à la tête du fémur, le chemin qu'elle avait suivi ; plus tard, il est nécessaire de rompre des adhérences, des anneaux fibreux, et on peut dire qu'il est impossible sans violence de remettre les choses en place. La plupart des cas, cités pour leurs complications, n'avaient pas été l'objet d'une réduction immédiate.

L'avenir de la hanche dépend donc surtout du moment où la réduction a été faite. C'est ce que les auteurs de cette étude ont observé pour leurs cas personnels. Alors que la réduction immédiate n'amène aucun trouble ultérieur, comme le montrent les radiographies, les réductions tardives laissent des séquelles articulaires.

Malheureusement, ces réductions tardives sont en l'état actuel, fréquentes après les accidents

graves d'auto, d'avion, de motocyclette, de sports d'hiver, plutôt parce que la luxation reste quelques jours méconnue, souvent aussi parce que l'état grave du blessé empêche de tenter une réduction.

Quant à la nécessité d'une *immobilisation* suffisamment prolongée, l'expérimentation nous l'explique. On connaît, en effet, la nécrose aseptique de la tête du fémur à la suite des luxations de la hanche, et, d'autre part, on sait l'importance particulière d'une intégrité de la capsule et du ligament rond, en raison des vaisseaux qu'ils contiennent, et du rôle capital de ceux-ci dans la nutrition de l'épiphyse du fémur.

Quelle que soit la disposition anatomique des artères du ligament rond, celles-ci sont presque toujours lésées et la luxation traumatique, en arrachant le ligament, supprime une voie de nutrition de la tête, l'arrachement de la capsule sur le col en supprime une autre. On s'explique ainsi que, privée d'une partie du sang dont elle a besoin, la tête fémorale soit le siège de ces phénomènes de *nécrose aseptique*, et que les suites des luxations soient très comparables aux désordres qu'on observe après certaines fractures du col du fémur. Cette nécrose évolue vers la substitution d'un os vivant nouveau à l'os mort, et c'est cette réhabitation qui se traduit radiographiquement par les aspects pommelés, cotonneux par ces géodes creusées dans la tête qu'on voit sur les clichés. Pendant toute cette période de substitution, l'os est fragile, il ne peut supporter le moindre appui et c'est parce qu'une *surcharge* amène de l'affaissement qu'on voit des déformations importantes chez les malades, qu'on n'a *point immobilisés à temps et qui ont continué à marcher.*

Tel est l'enseignement pratique, qu'il faut dégager de cette étude.

L'avenir des luxés de la hanche mérite donc de retenir davantage l'attention des chirurgiens; car, à n'en point douter, la luxation de la hanche est aujourd'hui beaucoup plus fréquente ; ce serait une erreur de croire et de laisser croire que le pronostic de cette lésion traumatique est toujours excellent.

G. FISCHER.

LA CICATRISATION PAR L'HYPERÉMIE

Il y a des affections contre lesquelles nos moyens d'action sont si faibles que nous voudrions bien parfois pouvoir nous en désintéresser.

Dans les plaies à cicatrisation ralentie il faut bien cependant modifier les pansements, chercher à lutter contre l'atonie ; mais le plus souvent c'est avec bien peu de conviction que l'on formule une prescription nouvelle, et si l'une d'elle est suivie de succès on pousse, en général, un soupir de soulagement en voyant enfin la cicatrisation se faire.

La constance des résultats obtenus au moyen de l'hémotherme, appareil de haute fréquence en d'Arsonval spécial qui ramène la chaleur vitale en rétablissant le cours normal de la circulation périphérique, autrement dit en provoquant l'hyperémie, ne peut manquer d'attirer l'attention et je puis dire que je ne suis jamais entré dans un service quelconque sans arriver à obtenir rapidement la cicatrisation de plaies diverses ou de fistules chez des malades qui occupaient des lits depuis de longs mois.

En quelques minutes, la plaie commence à changer d'aspect.

Il se produit un suintement séro-sanguin suivi d'un changement de coloration. La plaie devient rouge vif, elle se met à bourgeonner et de jour en jour sa surface diminue.

Pour les fistules, il va de soi que je ne m'adresse qu'à celles chez lesquelles toute possibilité de corps étranger ou d'esquille est exclue.

J'évite également celles qui ont un point de départ osseux.

Je me suis aperçu, en effet, que le tissu osseux n'accepte pas l'hyperémie, et, si l'on insistait, on provoquerait des douleurs vives et tenaces.

Je veux insister sur le fait que l'hyperémie qui, en thérapeutique, a des indications extrêmement nombreuses puisque, entre autres choses, elle calme et guérit les algies les plus graves, suffit par elle-même à remettre sur pied des malades atteints d'affections devant lesquelles on se trouvait pratiquement désarmé.

Dr H. TISSIER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Syndrome d'action extérieure. Sa valeur sémiologique

La clinique offre journellement l'exemple de malades persécutés qui doivent être distingués des véritables délires de persécution ; ceux-ci se développent suivant un certain plan et il s'agira soit de phénomènes hallucinatoires, soit de phénomènes interprétatifs, soit encore de phénomènes d'influence. Ceux-là, au contraire, entrent dans la phase pathologique par un sentiment de malaise, d'inadaptation, d'impossibilité de s'isoler, d'étrangeté ou encore de dépossession. Succédant à cette période, apparaissent des phénomènes d'ordre cénesthésique, sensoriel, interprétatif.

Ces troubles remarquables par leur intrication se greffent sur un fond constitutionnel soit paranoïaque, soit schizoïde, mais le plus fréquemment on retrouve un certain degré de débilité mentale.

Par la faible intensité des réactions (*ni sthénique*, ni revendication) le pronostic est moins sérieux que dans le délire systématisé. A l'origine, on trouve surtout une modification d'ordre affectif.

Le Professeur Henri CLAUDE a proposé de donner le nom de syndrome d'action extérieure à cet état qui se fait d'abord sentir sous une forme vague, qui est ensuite susceptible de s'amplifier, de se diffuser pour finir par s'objectiver à certains moments. Parfois ce syndrome apparaît comme une manifestation épisodique d'une gravité relative. Il s'agit alors d'un syndrome d'attente auquel peuvent succéder des troubles plus profonds et plus graves. Ce syndrome d'attente peut se développer chez des sujets le plus souvent débiles ou présentant une constitution particulière paranoïaque ou autre. Parfois il revêt alors un caractère épisodique, ou bien il signifie un début de psychose paranoïde. On évitera de faire d'emblée un pronostic trop grave ; préalablement il faudra rechercher l'existence possible d'un élément étranger à la psychose (excès de boisson, trauma, opération, défaillance cardiaque).

Le traitement consistera avant tout dans l'isolement, qui se traduira surtout chez des sujets débiles par une amélioration considérable.

Enfin, il ne faudra pas négliger l'action des conversations psycho-thérapiques avec ces malades. (*Journal des praticiens*, 6 juin 1936.)

Le problème de la cholécystatonie

MM. M. CHIRAY, I. PAVEL, A. LOMON et GEORGES-ROSANOFF donnent une description schématique de la cholécystatonie typique.

La cholécystatonie est une affection caractérisée anatomiquement par la distension atonique du réservoir biliaire, distension complètement indépendante de tout obstacle mécanique.

Cliniquement, il comporte des symptômes vésiculaires et des accidents dyspeptiques. Les premiers consistent en une sensation de pesanteur, ayant son maximum au niveau de la région vésiculaire et surtout en un point douloureux que provoque la palpation profonde du cholécyste. Les accidents dyspeptiques s'objectivent par un état saburral avec anorexie persistante, pesanteur post-prandiale et tendance aux nausées. Des vomissements biliaires s'y ajoutent parfois qui surviennent par crises. Divers éléments *complètent ce tableau, tels que l'amaigrissement*, la migraine biliaire et enfin, plus rarement, de petits troubles mentaux à tendance dépressive. Deux épreuves de laboratoire achèvent d'identifier l'affection. Ce sont l'excrétion vésiculaire provoquée et la cholécystographie. La première donne la clef du diagnostic en extériorisant en quelque sorte la déficience de la contractilité vésiculaire. Elle permet de recueillir une « bile B », vésiculaire, anormalement abondante, excessivement colorée et hyper-concentrée. En raison de la paresse vésiculaire, cette bile n'est d'ailleurs souvent récoltée qu'après deux ou trois injections de sulfate de magnésie ou seulement après instillation d'huile chaude, le plus énergique des cholécystokinétiques. L'examen radiologique enfin, caractérise la vésicule atone en montrant sa forme spéciale et les déformations passives qu'elle subit dans certaines positions. Elle figure, en effet, non plus une poche élastique régulièrement distendue par la bile, mais bien plutôt une musette à demi-remplie d'avoine. Enfin, un dernier caractère spécifique est fourni par l'épreuve du traitement, la plupart des éléments du syndrome cédant remarquablement au drainage médical biliaire.

C'est pourquoi les auteurs restent hostiles, en pareil cas, à la thérapeutique chirurgicale, cholécystectomie, cholécystostomie, ou interventions plastiques, malgré les beaux résultats rapportés par certains chirurgiens, en particuliers par Desplats et aussi par Lambret.

De toutes les critiques adressées à leur conception de la cholécystatonie, tant au point de vue de la physio-pathologie qu'à celui de la clinique ou de la thérapeutique, on voit qu'en somme, il reste peu de chose. Identifié sans grandes difficultés en clinique, facilement caractérisé par l'enquête radiologique, confirmé par le drainage médical biliaire qui en montre le substratum pathogénique et en assure le traitement, le syndrome de la cholécystatonie mérite de figurer comme une entité morbide bien définie dans la nosologie du réservoir biliaire. (*La Presse Médicale*, 20 juin 1936.)

La chrysothérapie prolongée dans les polyarthrites

De l'examen des observations et des courbes des réactions de sédimentation globulaire et de floculation à la résorcine de cinquante malades choisis parmi les plus anciens, ayant reçu au moins quatre séries d'injections d'or et observés pendant au moins trois années, Jacques Forestier et Andrée Certonciny tirent les conclusions suivantes :

1° La chrysothérapie constitue au cours des polyarthrites chroniques, non pas un traitement épisodique et accessoire, mais un traitement de fonds à employer, par séries répétées, sous surveillance des modifications cliniques et des réactions sanguines, tout comme on le fait pour le mercure, l'arsenic ou le bismuth dans la syphilis.

2° Les accidents de la chrysothérapie au cours du traitement des polyarthrites sont relativement fréquents ; mais en pratique, ils peuvent être d'une importance très modérée, si le sujet est soumis à une surveillance clinique active et s'il est averti, ainsi que le personnel infirmier, des symptômes d'alarme.

L'usage de nouveaux sels particulièrement peu toxiques et de corps accessoires injectés avec les sels d'or, permet de diminuer la fréquence et l'importance des accidents.

3° Les récidives au cours du traitement chrysothérapique constituent le point le plus délicat de cette méthode thérapeutique. Les récidives se produisent surtout lorsque les règles d'un traitement régulier et bien contrôlé n'ont pas été observées. Il reste un petit nombre de cas qui sont devenus secondairement chryso-résistants et qui, pour le moment, constituent les seuls échecs de la chrysothérapie.

4° Le traitement chrysothérapique ayant pour effet d'agir sur l'élément évolutif et les lésions inflammatoires, non organisées définitivement, voit son action limitée, si ces éléments ont disparu et qu'il reste seulement un état cicatriciel. Les médications internes surajoutées ne peuvent être que d'un appoint modéré pour augmenter la valeur des résultats thérapeutiques. Elles peuvent être conseillées en pratique, d'un point de vue psychologique. Mieux vaut ne pas alterner au cours des séries d'or, d'autres médications chimiques ou vaccinales.

Pour compléter l'action des sels d'or et faciliter la restauration fonctionnelle et même anatomique, les traitements physiothérapiques sont de la plus haute importance et doivent être employés avec persévérance, comme la chrysothérapie elle-même. La chrysothérapie prolongée doit rester le traitement de base des polyarthrites chroniques évolutives ; mais elle doit s'accompagner de toutes les autres méthodes accessoires et, en particulier, des traitements physiothérapiques qui permettent d'en augmenter la valeur et d'en perfectionner les résultats. (*Revue du Rhumatisme*, juin 1936.)

Un cas de spirochétose à forme fruste après une chute en Loire

Le malade de MM. Sébileau, Boiffin et Nicaud a présenté une symptomatologie fruste. Le début en a été rapide et brutal réalisant l'aspect « pseudo-grippal » déjà signalé par Kourilsky. Le malade a présenté en effet des courbatures généralisées intenses avec lassitude extrême, frissons, céphalée, anorexie, état saburral des voies digestives. Il ne présentait aucun signe méningé caractérisé et c'est la brusquerie de ces manifestations, leur intensité qui n'avaient pas fait accepter le diagnostic de dothiénentérie avec conviction.

Toute la maladie a évolué sans ictère et rapidement. Par contre, on a assisté à l'apparition frappante de rashs morbilliformes très intenses avec rougeur des téguments, de la peau en particulier et injection légère des conjonctives.

L'atteinte hépatique est demeurée discrète, mais le foie était un peu gros et sensible.

Cette hépatomégalie légère pouvait être mise à juste titre sur le compte de l'éthylisme certain du malade qui avait fait, il y a un an environ, une crise de delirium tremens.

Enfin, le système nerveux, qui est fréquemment touché dans la spirochétose, paraissait ici à peu près respecté. (*Gazette médicale de Nantes*, mai 1936).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Mortalité des enfants de cinq à quinze ans

(MM. A. LOIR et LEGANGNEUX, du Havre ; 20-10-1936)

MM. Loir et Legangneux font une communication sur la mortalité des enfants de cinq à quinze ans et présentent quelques considérations visant à réduire cette mortalité.

Dans les écoles de garçons, on trouve fréquemment des sujets chez qui l'auscultation du cœur révèle des lésions organiques dont le surmenage sportif est une cause commune. Au cours d'une inspection médicale des élèves de l'école primaire supérieure de jeunes filles du Havre, faite en 1935, les auteurs ont constaté un certain nombre de fois, chez ces jeunes filles pourtant sélectionnées par un examen de santé préalable, des troubles cardiaques. Une des jeunes élèves de l'école mourut même un matin subitement.

MM. Loir et Legangneux pensent que, dans la genèse des troubles cardiaques en question, plusieurs éléments ont dû intervenir. L'influence de la guerre, puisqu'il s'agit de sujets nés à la fin des hostilités ; l'influence aussi de l'alimentation, l'usage anormal du café, en particulier, qui est pris le matin, à midi et le soir, parfois même plus souvent encore. L'usage exagéré du café, sur ces cœurs jeunes principalement, peut en effet amener certaines perturbations cardiaques.

Envisageant, d'autre part, la mortalité générale des enfants d'âge scolaire, les auteurs ont relevé, au Havre, pour une période de seize ans (1920 à 1935) et pour un ensemble de 28.000 enfants de 5 à 15 ans, 1.210 décès. Sur ce total, on note 73 décès par maladie de cœur, 536 décès par tuberculose. Les maladies infectieuses n'interviennent dans la mortalité que pour une part d'importance moindre : diphtérie, 49 décès ; fièvre typhoïde, 33 décès ; scarlatine, 23 ; rougeole, 15.

Pour réduire ces chiffres, pour combattre efficacement la mortalité, ajoutent MM. Loir et Legangneux, il faudrait posséder des renseignements précis, avoir des statistiques exactes et complètes des maladies et des décès. Une bonne statistique joue le rôle d'un bon comptable dans une maison de commerce pour régler la marche des affaires.

Les bases d'une statistique exacte en cette matière ne sauraient être fournies que par les médecins praticiens et c'est à eux, en définitive, que les services d'hygiène doivent faire appel. La déclaration régulière des maladies contagieuses est l'un des fondements de la science de l'hygiène. La connaissance des causes des décès est nécessaire pour diminuer la mortalité.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Diabètes améliorés par une intervention chirurgicale

(MM. F. BERTRAND, SENDRAIL et LASSALE. — Rapport de M. Pierre FREDET ; 1-7-1936).

On connaît l'élément d'aggravation que constitue en général une opération chez un diabétique : menace d'acidose, menace de coma, et les nombreuses précautions que le chirurgien doit prendre en pareille circonstance. La question a été longuement étudiée, en particulier au dernier Congrès de chirurgie, dans les importants rapports de M. Pierre Frédet et de M. Jeanneney.

Mais, par un juste retour des choses, il peut arriver qu'un acte chirurgical non seulement n'aggrave pas le diabète, mais.... l'améliore. Le fait n'est pas exceptionnel. On a vu, dans nombre de cas, le diabète rétrocéder après des opérations entreprises pour les maladies les plus variées et portant sur les organes les plus divers, ceux mêmes auxquels on ne songe guère à attribuer le pouvoir de créer ou d'entretenir le diabète.

L'observation de M. Bertrand et de ses collaborateurs concerne un diabétique, atteint d'ulcus pylorique, dont le diabète, datant de neuf ans, a disparu à la suite d'une gastro-entérostomie. Comment expliquer un tel résultat ? Peut-être y a-t-il eu activation fonctionnelle du pancréas par amélioration du régime circulatoire local. M. Frédet ne croit pas à cette pathogénie, le rétablissement rapide du métabolisme des hydrates de carbone, après l'opération, semblant démontrer que le pancréas insulaire était peu touché. D'ailleurs, ne sait-on pas qu'il suffit d'un dixième de la masse totale de pancréas sain pour fournir la sécrétion hormonale qui assure un métabolisme normal. Deux causes ont pu intervenir : la suppression du foyer septique constitué par l'ulcus peptique (l'infection, particulièrement nuisible au diabétique, se traduit chez lui par une insulino-résistance) ; la suppression de l'action irritative locale sur les ganglions et les filets des plexus nerveux.

Quoi qu'il en soit, l'influence favorable possible d'une opération sur le diabète est une chose intéressante à noter.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Erythème annulaire rhumatismal et streptococcémie

(MM. R. DEBRÉ, M. LAMY et Mlle M.-L. JAMMET ; 9-10-1936)

Depuis fort longtemps, les auteurs essayent d'obtenir des cultures de germes microbiens par l'ensemencement du sang de rhumatisants. Leurs premières recherches datent de 1924 ; ils observèrent alors un enfant atteint d'un rhumatisme articulaire grave, et chez lui l'évolution progressive de lésions de pancardite, qui déterminèrent la mort au bout de plusieurs mois et furent vérifiées à l'autopsie. Or, à deux reprises, dans le sang de cet enfant, ils purent isoler un germe ayant tous les caractères du streptococcus viridens, isolé par eux dans le même temps du sang des sujets atteints d'une endocardite maligne à évolution lente. Cet enfant, fait à retenir, durant ses longs mois d'hospitalisation, avait présenté toute une série de manifestations éruptives : un érythème particulier apparaissant, puis disparaissant pour se manifester à nouveau.

Ils rapportent aujourd'hui trois nouvelles observations d'érythème rhumatismal, du type de Rayer. Son apparition précède parfois de plusieurs jours l'éclosion des manifestations articulaires et cardiaques de la maladie. C'est essentiellement sur le thorax, l'abdomen et les lombes que siègent les éléments, mais ils occupent parfois le cou, les bras et les avant-bras, les cuisses et les jambes. Les auteurs ne les ont jamais notés sur la face. Les muqueuses sont toujours indemnes. L'étendue de l'éruption est très variable ; parfois, il ne s'agit que de quelques éléments isolés ; quelquefois, l'érythème est étendu à presque toute la surface des téguments. Une des particularités de de l'éruption est sa fugacité et son caractère capricieux, son apparition rapide et sa disparition soudaine d'un jour et souvent d'une heure à l'autre. Un autre caractère essentiel est sa tendance à la répétition, au renouvellement, parfois interminable, des poussées éruptives. L'exanthème n'est jamais prurigineux et disparaît toujours sans laisser de pigmentation. L'aspect de l'éruption est très particulier. Il s'agit d'éléments de couleur rosée ou légèrement cuivrée, s'effaçant à la pression du doigt, non surélevés, maculeux, parfois en saillie légère à leur périphérie. Tant que leurs dimensions demeurent médiocres, les éléments gardent une teinte uniforme. Quand leur surface s'accroît, le centre pâlit, tandis que la périphérie garde ou prend une coloration plus vive. Parfois, se devinent sur la peau des sortes de festons, de guirlandes dont la coloration est d'ordinaire plus forte à la périphérie.

C'est essentiellement dans les formes sévères de la maladie que l'érythème se développe.

La présence de streptocoques dans le sang des rhumatisants est très inconstante, mais comme d'autres chercheurs, les auteurs ont pu isoler à nouveau le strep. viridens. Ces faits paraissent très significatifs parce que son passage dans le sang est très loin de constituer un phénomène banal. C'est dans les formes graves érythémateuses de la maladie de Bouillaud, ainsi que dans le nodule de Meynet, que l'on a le plus de chance d'isoler du sang un streptocoque du type viridens. La constatation, dans ces cas, d'un germe identique à celui de l'endocardite maligne à évolution lente, oriente vers l'idée d'une certaine parenté entre les deux entités nosologiques.

Hypersécrétion lacrymale périodique. Guérison par la radiothérapie locale

(M. L. LANGERON ; 8-5-36)

L'observation suivante tire son intérêt de sa singularité et de sa rareté certaine ; une jeune fille, sans antécédents, ni accidents particuliers, présente pendant plus de quatre ans, une hypersécrétion lacrymale isolée revenant périodiquement chaque jour ; de nombreuses thérapeutiques sont instituées, sans aucun résultat, jusqu'au jour où des applications locales de radiothérapie font définitivement cesser ce curieux phénomène.

Diabète insipide. Etude de l'élimination des chlorures et du pouvoir concentrateur du rein

(MM. R. DEBRÉ, J. MARIE, D. NACHMANSOHN et J. BERNARD ; 5-6-1936)

Il existe deux troubles fondamentaux dans le diabète insipide :

1° Un trouble du métabolisme de l'eau caractérisé par une polyurie, qui persiste malgré la suppression complète du sel, et qui disparaît par l'injection d'extrait post-hypophysaire ;

2° Un trouble du métabolisme des chlorures, caractérisé par la perte du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium. Cette impossibilité de concentrer le NaCl est le test biologique le plus fidèle de la polyurie insipide. On reconnaît le syndrome à ce signe, comme on reconnaît un diabète sucré au chiffre de la glycémie. Cette diminution du pouvoir concentrateur du rein pour le NaCl explique la diminution de la polyurie avec le régime déchloruré et son augmentation avec le régime chloruré. Ce trouble fonctionnel du rein est électif et n'intéresse que le NaCl ; toutes les autres substances sont capables d'être éliminées à leur concentration maxima. Cette diminution du pouvoir concentrateur du rein s'atténue sous l'influence de l'extrait de post-hypophyse, en ce sens que la quantité de chlorures urinaires éliminés par litre, augmente notablement ; ceux-ci peuvent atteindre le taux des chlorures sanguins, mais il est exceptionnel qu'ils réussissent à le dépasser. Cette élévation, lorsqu'elle se produit, est toujours passagère et peu marquée. Par conséquent, la difficulté qu'éprouve le rein du sujet atteint de diabète insipide à concentrer les chlorures persiste même pendant la période d'action de l'extrait post-hypophysaire.

Enfin, les auteurs signalent que leurs recherches, en démontrant la diminution élective du pouvoir concentrateur du rein pour le NaCl, plaident en faveur d'une dissociation possible des fonctions de concentration du rein vis-à-vis des diverses substances extractives.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(9-VII-1936)

Conseils de révision et prophylaxie sociale

M. A. POIRIER souligne l'importance de la liaison régulière entre les organismes d'hygiène sociale et la Commission médicale des Conseils de révision, dont la portée sociale, en ce qui concerne particulièrement le dépistage de la tuberculose pulmonaire, a depuis longtemps attiré l'attention du Service de santé militaire. L'auteur rapporte les résultats de ses constatations, faites à un an de distance au cours des opérations de révision dans le même arrondissement, en liaison avec les dispensaires de cet arrondissement.

A propos d'une forme clinique particulière de l'appendicite : l'appendicite chronique d'emblée

M. MONOT décrit le tableau anatomo-clinique qui caractérise, d'après lui, cette entité morbide. Cette forme d'appendicite serait loin d'être exceptionnelle et cette relative fréquence lui confère un intérêt chirurgical certain.

Considérations sur la granulie froide ; à propos d'une observation

MM. DIDIÉE, HUGONOT et PARNET rappellent à l'occasion d'une observation de granulie froide, les caractéristiques du syndrome individualisé par Brunang et Saye. Le décalage radioclinique avec précession des signes radiologiques, caractérise cette forme spéciale de la poussée granulique et justifie une place nosographique particulière. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une interprétation correcte des images granuleuses pulmonaires, et sur le fait qu'en tout cas la granulie froide reste d'un pronostic extrêmement grave.

Hémianopsie en quadrant avec objectivation radiologique des lésions

MM. B. POMME, M. FERRY, J. PARNET rapportent un cas d'hémianopsie en quadrant provoqué par des projectiles intracraniens. Le trajet de ces projectiles objectivé sur les clichés radiologiques par une fine poussière métallique, coupe la voie optique postérieure. La forme de cette hémianopsie et les données anatomiques dues aux travaux de A. MEYER, permettent d'affirmer une destruction de la moitié inférieure des fibres optiques temporales gauches. Les auteurs concluent à l'importance des examens radiologiques et ophtalmologiques systématiquement pratiqués chez tous les blessés du crâne.

A propos d'une observation de syphilis maligne précoce

M. Lucien JAME discute la pathogénie, écartant l'hypothèse d'un tréponème dermotrope et particulièrement virulent ; il fait jouer un rôle majeur au terrain entaché, dans le cas particulier, de paludisme et d'éthylisme et un rôle accessoire aux petites doses médicamenteuses appliquées au début du traitement.

Sur un bacille dysentérique atypique

MM. IZARD et E. AUJALEU, décrivent un bacille dysentérique trouvé en culture pure dans un cas de dysentérie chronique. Ce germe, si l'on n'avait recherché que les caractères courants, aurait pu être confondu avec le bacille de Shiga dont il ne possédait cependant pas l'agglutinabilité. Très pathogène pour le cobaye, le lapin et le jeune chat, il était doué d'un pouvoir entérotrope marqué. L'auto-vaccin obtenu à partir de ce germe a rapidement guéri le malade.

Œdème de Quincke et eczéma traités par l'auto-ourothérapie

MM. AUJALEU et COLOMBES rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus par l'auto-ourothérapie dans un cas d'œdème de Quincke et un cas d'eczéma qui tous deux duraient depuis plusieurs années et avaient résisté à toutes les thérapeutiques habituelles en pareil cas.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Atrésie congénitale de l'aqueduc de Sylvius avec hydrocéphalie retardée

MM. SENDRAIL, GADRAT, LASSERRE et L. TAMALET. — Observation d'hydrocéphalie considérable développée depuis trois semaines chez un enfant de trois mois. La ponction lombaire était restée blanche à trois reprises : par ponction cranienne on obtint un liquide xanthochromique avec légère albumine (0,35) sans cytose. L'autopsie montra une imperforation de l'aqueduc de Sylvius. Histologiquement, il ne s'agissait pas d'une imperforation totale, mais d'une atrésie du conduit qui, entre les deux extrémités perméables, se réduisait à quelques canalicules capillaires plus ou moins ramifiés représentant un obstacle pratiquement absolu à la circulation liquidienne. L'absence de toute réaction inflammatoire permet de penser qu'il s'agissait d'une atrésie congénitale, lésion qui ne serait pas exceptionnelle d'après les anatomistes.

Ce cas en tous points superposable aux hydrocéphalies expérimentales (Dandy et Blackfan, Riser) offre l'intérêt de souligner l'importance de l'origine plexuelle du liquide céphalo-rachidien (Riser) et de donner une idée de cette capacité de sécrétion (400 c. c. environ ont été retirés des ventricules latéraux à l'autopsie) en même temps que de la lenteur de cette sécrétion puisque l'enfant a pu vivre trois mois.

Remarques sur 2.000 vaccinations antidiphtéritiques

MM. Sendrail, Gadrat, Lasserre et L. Tamalet. — Cette statistique provient de la Clinique médicale infantile de la Faculté (Professeur Baylac). L'âge moyen des sujets ayant présenté des réactions est de sept ans : un tiers des observations se rapporte à des enfants de moins de cinq ans.

La première injection d'anatoxine à déclenché une réaction locale dans 1,2 % des cas : sept fois seulement on s'est trouvéen présence de réactions fortes, soit 0,35 %, chiffres moins élevés que ceux fournis par la plupart des auteurs (Bay, Thèse Bordeaux, 1932).

La deuxième injection a provoqué surtout une réaction générale : celle-ci a été observée dans 2,5 % des cas. Dans 0,1 % seulement des observations, la réaction fut violente : diarrhée, vomissements, prostration, température élevée. Aucune observation d'hémorragie, de néphrite, etc., n'a pu être relevée.

Il semble que les membres d'une même famille présentent les mêmes modalités de réaction vis-à-vis de l'anatoxine.

Un cas de tétanos post-abortum

MM. Laporte, L. Dambrin et L. Tamalet rapportent l'observation d'une femme de 20 ans entrée à l'hôpital pour tétanos survenu au sixième jour d'un avortement provoqué au troisième mois. Il s'agit d'une forme très grave avec prédominance de signes pharyngo-laryngés et crises dyspnéiques. Malgré un traitement intensif comprenant : d'une part 240.000 unités de sérum antitétanique intraveineux et intramusculaire avec alternance de somnifène et chloroformisation, d'autre part curettage léger suivi d'irrigation intra-utérine avec 40.000 unités de sérum dilué, la malade meurt vingt-quatre heures après son admission à l'hôpital. Les auteurs attirent l'attention sur la rareté des observations de cette forme étiologique. L'incubation courte et le spasme pharyngo-laryngé faisaient porter un pronostic fatal.

Un cas de maladie de Schlatter

M. Castay. — Il s'agit d'une fillette de 10 ans présentant depuis un mois environ, à la suite d'une chute sur le genou, une douleur exquise à la pression de la tubérosité antérieure du tibia, avec léger œdème des parties molles. Pas de température, bon état général.

La radiographie révéla une raréfaction très nette de tout le noyau tubérositaire qui est complètement transparent, tandis que le noyau du côté opposé très opaque présente une structure osseuse normale. Il paraît exister en outre une petite solution de continuité sur la face antérieure de la tubérosité malade.

Cet aspect fait songer immédiatement à l'apophysite antérieure ou maladie de Schlatter : celle-ci se caractérise en effet radiologiquement soit par une raréfaction uniforme et homogène du noyau, soit par une véritable fragmentation de ce noyau.

La pathogénie de cette affection est encore discutée : pour certains auteurs, il s'agirait d'un processus très discret d'ostéomyélite subaiguë ; pour d'autres, d'une manifestation bacillaire très localisée et bénigne. D'autres, plus nombreux, considèrent qu'il s'agit simplement d'un processus d'ostéochondrite analogue à celui que l'on peut rencontrer au niveau des autres épiphyses.

En tout cas, le pronostic est en général bon puisque le plus souvent cette affection guérit spontanément grâce à un repos plus ou moins prolongé du membre.

Densification du ligament interépineux lombaire

M. Castay. — Il s'agit d'un sujet de 55 ans dont la colonne vertébrale est absolument soudée par des proliférations ostéophytiques arciformes rejoignant entre eux les bords antérieurs et latéraux des vertèbres, mais qui présente en outre une traînée très opaque sur le cliché s'étendant sur toute la hauteur des apophyses épineuses lombaires. En somme véritable ossification du ligament interépineux ressemblant presque à l'aspect que donnerait une longue greffe d'Albee.

Influence du thorium X sur la colibacillose

M. Maurin. — Une jeune femme présentant une colibacillose rebelle à différentes thérapeutiques, a pris une ampoule de thorium X de 150 microgrammes par voie buccale. Cette dose a été répétée trois fois à une semaine d'intervalle. L'examen des urines pratiqué après cette épreuve a montré une amélioration très nette chez cette malade. Le colibacille avait presque complètement disparu et l'amélioration semble se continuer avantageusement.

J. P. Tourneux

Les Congrès

III° CONGRES DES MÉDECINS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

(8-9-10 octobre 1936)

COMMUNICATIONS

Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales chroniques. — Les Drs ROBERT et FORESTIER classent les affections ostéo-articulaires rhumatismales chroniques en deux grandes catégories : les arthroses (lésions dégénératives) et les arthrites (lésions infectieuses).

Au point de vue radiologique, les arthroses sont caractérisées par la production de lésions d'usure au niveau des points de friction articulaire, par des réactions de densification osseuse, par la formation de productions ostéophytiques et par l'évolution toujours lente et progressive des lésions. Les arthrites sont caractérisées par des troubles de décalcification locale et générale de l'os, par des images d'ulcération des contours de l'os et, au point de vue évolutif, par la possibilité de périodes d'arrêt des lésions ou même par des processus de reconstruction articulaire. Une place spéciale doit être faite aux affections inflammatoires déterminant une calcification des ligaments ; il s'agit dans ce cas du syndrome syndesmophytique, dont le diagnostic précoce a une grande importance sur le pronostic de cette affection grave.

Constitution du bord droit du cœur en position frontale et en O. A. G. — Drs ROUTIER et HEIM DE BALSAC. — L'opacification *post mortem* (méthode des auteurs) montre qu'en position frontale et en O. A. G. l'oreillette droite constitue à elle seule la totalité du bord droit du cœur ; la hauteur et la convexité permettent d'apprécier le volume de cette cavité. Il en est ainsi pour la totalité des sujets normaux et la majorité des cardiopathes. Les auteurs en projettent les aspects les plus typiques.

La radiothérapie à voltage élevé. — Cette question a fait l'objet des communications de MM. WANGERMEZ et AURIAC, du Docteur GUNSETT et de M. MATHEY-CORNAT.

Note sur la radiothérapie hypophysaire dans la maladie de Basedow. — Les Drs DELHERM et STUHL rappellent que depuis Aron, on sait que des extraits du lobe antérieur de l'hypophyse ont une action stimulante sur la thyroïde et qu'ils peuvent déterminer un syndrome net d'hyperthyroïdie ; on sait aussi que l'exophtalmie, si difficile à guérir, n'est pas un symptôme thyroïdien. Ces faits doivent inciter à avoir recours à la radiothérapie hypophysaire, toutes les fois que les modifications favorables se font quelque peu attendre ; de même qu'il faut parfois agir sur la surrénale et sur l'ovaire. Les auteurs rapportent quelques cas favorablement influencés par la radiothérapie hypophysaire alors qu'ils s'étaient montrés radio-résistants à la radiothérapie thyroïdienne.

Huit années de pratique de la radiothérapie des régions surrénales dans les artérites oblitérantes. — Les Drs DESPLATS et LANGERON sont restés fidèles à la méthode dont ils ont exposé la technique en janvier 1929. Leur expérience porte actuellement sur près de 200 cas avec un pourcentage voisin de 62,5 de bons résultats ; 5 d'échecs complets ; 22,5 de résultats partiels ; 10 cas dans lesquels la méthode ne pouvait rien donner du fait d'embolie, thrombus, anévrysme. Dans les artérites diabétiques, résultats pour ainsi dire constants. Dans les thrombo-angéites (artérites juvéniles) résultats encore favorables, mais avec une surveillance attentive et un certain nombre de cas au-dessus des possibilités. Dans les angioscléroses, beaucoup plus de succès relatifs, mais grand nombre d'amputations évitées, à condition d'une grande ténacité dans les soins. Au point de vue technique, les auteurs insistent sur les doses réfractées, 150 à 250 r par séance, mais prolongées, qui leur ont paru améliorer la proportion des succès.

La curiethérapie des fibromyomes utérins. — Le Dr GAUDUCHEAU a traité par curiethérapie intra-utérine des fibromes, des utérus fibromateux, des métrites hémorragiques, toutes formes extrêmement hémorragiques. Il s'agissait aussi parfois de malades résidant à grande distance du service de traitement, ou de malades dont les occupations trop prenantes faisaient souhaiter un arrêt rapide de leurs hémorragies. Les doses de stérilisation ont été de 21 à 30 millicuries détruits. Comme incidents et complications, l'auteur a noté l'existence d'un état nauséeux et parfois de vomissements. Chez une malade est survenue une phlébite avec plusieurs embolies pulmonaires non mortelles. Une seule malade a succcombé, à la suite de multiples imprudences, à une embolie, lors d'un lever prématuré. Il faut se défier des infections annexielles antérieures qui contre-indiquent la méthode et peuvent nécessiter l'interruption du traitement en cas d'élévation de température à 39° et de symptômes de pelvi-péri-

tonite. L'auteur a traité 29 malades depuis 1922, uniquement en clientèle. Un échec et un cas de mort, quoique le radium ne soit pas seul en cause. Toutes les autres malades ont guéri rapidement. La grosse qualité de la curiethérapie est sa rapidité d'action pour des malades saignées à blanc et intransportables. Mais cette méthode, malgré une aseptie rigoureuse, n'est pas exempte de quelques dangers; elle reste une méthode d'exception ; dans tous les autres cas, l'auteur préfère la rœntgenthérapie par la méthode de Béclère à laquelle il est resté fidèle.

Trois cas de sclérodermie généralisée transformés par la télérœntgenthérapie totale. — Le Dr Denier montre que la télérœntgenthérapie totale, par l'action totius substantiæ, mais surtout glandulaire, — voir l'excellente action dans la maladie d'Addison, — semble agir très favorablement. Le retour à la normale pour un des cas à évolution rapide avec momification donne de sérieux espoirs.

Sur la radiosensibilité et la thérapeutique des formes ganglionnaires médiastinales et des formes pleurales de la granulomatose maligne. — Les Drs Ponthus et Piante montrent par une série de dix observations que les formes ganglionnaires médiastinales de l'affection sont moins radiosensibles que les atteintes ganglionnaires superficielles; la thérapeutique peut néanmoins donner parfois de beaux résultats. Les atteintes pleurales sont pratiquement très radio-résistantes et leur disparition ne s'observe pas sous l'influence du traitement. La thérapeutique doit comporter l'association de la télérœntgenthérapie et de la rœntgenthérapie à courte distance et vastes champs séparés.

Radio-sensibilité cellulaire et histo-radiographie. — Le Dr Lamarque, après avoir rappelé la technique qu'il a imaginée, expose quelques réflexions qui lui ont été suggérées par l'examen d'un certain nombre d'histo-radiogrammes: les tissus et les cellules sont inégalement sensibles aux radiations de Rœntgen. Cette différence dans la sensibilité peut dépendre, soit de propriétés particulières caractéristiques de la matière vivante, purement biologiques ; soit de propriétés uniquement physico-chimiques, soit des deux à la fois. Si la radio-sensibilité est fonction des caractères physico-chimiques de la matière vivante, elle est étroitement liée aux phénomènes d'absorption. Or, les tissus les plus absorbants, se manifestent sur les histo-radiogrammes par une plus grande opacité. L'analyse de quelques clichés semble confirmer jusqu'ici une relation entre l'opacité et la radiosensibilité. D'autre part, dans certaines cellules, la partie la plus opaque répond au nucléole ; l'absorption doit donc se manifester électivement sur cet organe. Ce qui semble confirmer cette suggestion, c'est que la majorité des histologistes prétend que les premières radio-lésions sont constatées sur le noyau. Ces phénomènes ne seraient-ils pas dus au voisinage du noyau et du nucléole et à la plus grande énergie mécanique transportée par les photo-électrons émis par les éléments lourds du nucléole. L'auteur précise que ce sont seulement des hypothèses, que paraît justifier au moins sur quelques points la technique de l'histo-radiographie; elles demandent une vérification plus approfondie.

Un cas de pied plat douloureux traité par la diathermie hypophysaire. — Le Dr Cruche présente deux empreintes de pied plat douloureux avant et après traitement consistant en trente séances de diathermie céphalique selon la technique de Dausset et Ferrier, 20 minutes, trois fois par semaine. L'amélioration de l'aplomb est d'environ 50 % et le résultat fonctionnel est excellent. Le malade marche sans canne et sans fatigue.

Electrothérapie des métrites. — Les Drs Delherm et Fainsilber rappellent l'importance, qu'avant l'avènement de la chirurgie aseptique, a eu l'électrologie gynécologique avec Radfort, Tripier, Becquerel, Ciniselli et surtout avec Apostoli et Oudin. L'avènement de la rœntgenthérapie, de la curiethérapie, de la d'Arsonvalisation de tension et de quantité permet aujourd'hui aux médecins d'avoir entre les mains des procédés nouveaux qui viennent s'additionner avec les anciens courants, faradique, voltaïque, alternatif de basse tension. Dans le choix de la modalité électrothérapique, déclarent les auteurs, il faut tenir compte de l'évolution de la métrite, de sa localisation, de son étiologie. Si au stade aigu le nombre des modalités électriques est fort restreint, tout un arsenal de moyens thérapeutiques est à notre disposition lorsqu'il s'agit des stades subaigu ou chronique.

L'exocervicite présente toute une série de lésions : la déchirure, l'ectropion, l'hypertrophie, les ulcérations, les varicosités, les granulations, les œufs de Naboth, les érosions, l'adénome. La thérapeutique de ces lésions varie avec l'étendue et l'acuité de l'infection cervicale. La haute fréquence de tension, l'électrolyse (négative ou positive), la diathermo-coagulation mono et bi-polaire guérissent plus ou moins rapidement ces diverses lésions. Dans les ulcérations du col en particulier, le traitement de choix est la diathermo-coagulation mono ou bi-active, faite après soins hygiéniques, une ou deux semaines après les règles, avec ou sans anesthésie, en commençant par la lèvre postérieure, moins sensible, et par petites surfaces.

L'endocervicite varie selon l'agent pathogène causal. Elle peut être d'infection banale, tuberculeuse, syphilitique ou encore actinomycosique. Les auteurs soulignent le fait que le grand nombre des moyens thérapeutiques qu'on y emploie prouve le caractère rebelle de cette affection. Ils passent en revue tous ces moyens et s'attardent particulièrement sur l'électrolyse intra-utérine et sur la diathermo-coagulation intracervicale dont ils indiquent les avantages et les inconvénients. Les avantages sont : intervention rapide, douleur relativement modérée et

cicatrices souples. Les inconvénients les plus marqués sont les suivants : l'intervention est aveugle et ne permet pas de bien délimiter la profondeur de la coagulation. Si l'on ne procède pas avec prudence, par touches faibles ou de moyenne importance, on risque des destructions regrettables. La surveillance de la malade est indispensable, avant et après la chute de l'escarre, afin d'éviter toute réaction pelvienne. Il y a aussi possibilité d'hémorragie après la chute de l'escarre, ainsi que le réveil d'une annexite mal éteinte ou d'annexite somnolente. En particulier, il faut se montrer toujours précautionneux et s'assurer qu'une grossesse n'est pas en cours et, partant, n'intervenir qu'après la période menstruelle; s'assurer aussi que l'aseptie de l'intervention est parfaite, que l'utérus et les annexes sont en bon état. On doit encore recommander l'abstention de tout rapport génital jusqu'à la cicatrisation totale. De l'avis de certains auteurs, il est nécessaire de pratiquer une vaccination préalable. L'électrolyse intracervicale, soit avec une électrode impolarisable, soit avec une électrode d'argent, de cuivre ou de zinc est une méthode beaucoup plus douce, avec des intensités de courant toujours tolérables par les malades. Les séances ont lieu deux ou trois fois par semaine ; le traitement est parfois un peu plus prolongé. Le traitement des endocervicites symptomatiques, d'une atrésie, d'un polype ou d'une annexite varie avec leur étiologie. C'est l'endocervicite gonococcique qui est considérée comme étant la plus tenace. Les *métrites du corps*, endométrite et métrite parenchymateuse, sont de nature amicrobienne ou microbienne. La métrite amicrobienne peut être due à un prolapsus, à une déviation, à un état diathésique et surtout à des troubles endocriniens. La nature des métrites d'origine endocrinienne peut être recherchée par le test de Dausset et Ferrier, qui indique la glande déficiente, ce qui permet de fixer la thérapeutique diathermique à employer. Lorsque le résultat du traitement se fait attendre, les auteurs combinent la diathermie endocrinienne avec la faradisation, dont l'action est tonique, la voltaïsation intra-utérine, pratiquée avec précaution, et la radiothérapie du sympathique, ou sur l'ovaire ou encore sur l'hypophyse. Les métrites microbiennes d'infection banale sont les moins rebelles à la diathermie, aux ondes courtes, extra ou intravaginales, selon le procédé Delherm et Fainsilber ou à l'électrolyse. Par contre, les métrites gonococciques et colibacillaires sont particulièrement résistantes aux mêmes traitements.

Il faut souhaiter plus de succès aux méthodes utilisées par Roucayrol, Alphen et Auclair qui portent la température locale à un degré particulièrement élevé.

Tout en tenant compte de l'étiologie de chaque cas, le traitement devra se diriger selon le symptôme prédominant : leucorrhée, douleur, hémorragie. Nous possédons pour cela toute une gamme de modalités physiothérapiques. Les auteurs regrettent que la *radiothérapie* à petites doses, ressource précieuse, ne soit pas employée plus souvent.

P. LACROIX

FAITS CLINIQUES

Evolution rapide d'une orchite ourlienne

Pendant longtemps la seule thérapeutique dirigée contre les oreillons a été strictement palliative et l'on se bornait à des onctions sur les parotides ou autres procédés de peu d'intérêt.

En mai 1935, Fabre, faisait passer dans le *Concours Médical* une petite note concernant l'emploi du rhodanate de potassium dans les oreillons. A raison d'une goutte par année d'âge, trois fois par jour, chez l'enfant et de 10 à 20 gouttes, trois fois par jour, chez l'adulte, il obtint d'excellents résultats : diminution de la tuméfaction parotidienne et de la gêne à la déglutition, maladie écourtée, alimentation possible, convalescence plus brève. En outre, chez l'adulte jeune, il ne vit apparaître de complication d'aucune sorte.

Géraud dans sa thèse sur le rhodanate de potassium, rappelait ces faits et expliquait le mécanisme de cette action.

En effet, le rhodanate augmente la sécrétion parotidienne et s'élimine électivement par la salive parotidienne, sans provoquer ni irritation ni stomatite.

De plus, ce corps a un pouvoir antiseptique certain (Bachem l'utilise pour laver les suppurations de l'oreille moyenne).

Nous avons aussitôt essayé cette nouvelle thérapeutique et nous l'avons depuis donnée fréquemment avec d'excellents résultats.

De nos observations, il nous semble que la suivante est particulièrement convaincante.

Nous avons eu l'occasion l'an dernier de soigner un jeune homme de 15 ans 1/2 pour une gêne à la déglutition. L'examen a décelé un gon˜ement et une douleur à la pression (douleur peu vive d'ailleurs) des régions parotidiennes, caractéristiques des oreillons.

La température était de 38°. L'état général était excellent ; les réactions douloureuses étaient si peu marquées, que, contrairement à nos habitudes, nous nous sommes abstenus de prescrire

le rhodanate. Quelques compresses laudanisées et la solution de Bourget ont été nos seules prescriptions.

Quelques jours après notre visite, nous avons été appelé de toute urgence auprès de notre malade, qui présentait une localisation orchitique d'une intensité très grande. La température était à ce moment de 39°5.

L'emploi du rhodanate — quoique tardif — nous semblait justifié : 20 gouttes, matin, midi et soir, et quelques applications locales de Baume Tranquille nous ont semblé avoir eu un effet rapide sur l'évolution de cette orchite ourlienne. Les douleurs ont cédé en trente-six heures et la température était normale le cinquième jour. Nous regrettons de n'avoir pas conservé la feuille de température.

Devant ces faits, nous ne pouvons que nous associer aux vœux de Fabre et souhaiter que des observations, recueillies de différents côtés, permettent d'apprécier exactement l'intérêt de cette thérapeutique nouvelle, dans une maladie où l'on se trouvait particulièrement désarmé.

Dr E. DUCŒURJOLY.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître. . .

Chez MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

Prof. HOVELACQUE, Olivier MONOD et Henri EVRARD. — Le thorax. Anatomie médico-chirurgicale. Un vol. 356 pages, 125 pl. et fig. dessinées par A. Moreaux. Prix : 125 fr.

Chez J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille

Prof. J. SABRAZÈS et R. DE GRAILLY. — **Le milieu synovial physiologique et pathologique.** Introduction à l'étude de la pathologie articulaire. Un vol. 205 pages, 16 fig., 1 pl., 2 tableaux, 1936. Prix : 50 fr.

Docteur Jean DANIEL. — **Asthme et homéopathie.** Un vol. 126 pages.

Chez MASSON ET CIE
120, boulevard Saint-Germain

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. *XLe Session. Comptes rendus*, par Pierre COMBEMALE, secrétaire général. Un vol. 724 pages, 1936.

Gaston DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (6e)

Jean OLMER, médecin des hôpitaux de Marseille, P. BUISSON et M. AUDIER, chefs de clinique médicale à la Faculté de médecine de Marseille. — **Les interventions de pratique médicale courante.** Techniques. Indications. 1 vol. in-16 de 160 pages avec fig. : 15 fr.

Nombreuses sont les petites interventions que le médecin est chaque jour appelé à pratiquer au lit du malade, soit pour préciser un diagnostic, soit pour appliquer un traitement. Assurément, un certain nombre de techniques sont banales, mais d'autres, moins connues, méritent cependant d'être couramment employées. Ce petit livre décrit, aussi simplement que possible, sans aucun développement théorique et avec le seul souci d'être pratique, les techniques des diverses interventions médicales. Il précise aussi les résultats que fournissent les différentes méthodes, les renseignements qu'elles apportent à l'établissement d'un diagnostic en même temps que leur utilité au point de vue thérapeutique.

Table des matières. — Injections sous-cutanées ; injections intramusculaires ; Injections intraveineuses ; Cuti et intradermo-réactions ; Ponction de plèvre ; Ponction d'ascite ; Ponction du péricarde ; Ponction lombaire ; Ponction sous-occipitale ; Ponction de rate ; Tubage gastrique ; Tubage duodénal ; Injections de sérums ; Injections d'arsénobenzènes ; Injections intracardiaques ; Injection épidurale ; La saignée ; Scarifications ; Mouchetures et tubes de Southey ; Transfusion sanguine; Autohémothérapie ; Respiration artificielle ; L'oxygénothérapie ; La carbothérapie ; Tubage laryngé ; Trachéotomie ; Pneumothorax artificiel ; Abcès de fixation ; Addendum : matériel, son entretien, sa conservation, sa stérilisation.

Nez et Œil, par le Dr A. SARGNON, 1 vol. **Analgésie et anesthésie en chirurgie dentaire**, par J.-M. BRILLE, 1 vol.

Ces deux volumes sont les premiers d'une collection publiée par la Section médicale et scientifique des *Archives Hospitalières*. Le premier est préfacé par le Professeur Lemaître, le second par le Dr de Martel. Nous trouvons là, exposés clairement, des sujets un peu particuliers. Leur lecture sera des plus instructive pour le praticien auquel la spécialité garde encore des territoires mal connus, et il n'est pas douteux que cette collection conçue dans un tel esprit connaisse le succès.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

L'AVENIR DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Depuis la guerre, le Français moyen a pris facilement le chemin de l'hôpital, et ce n'est point une des moins curieuses transformations de nos clientèles, que celle qui a vu diriger vers les hôpitaux municipaux, pour y être soignées, des familles aisées, dont aucun des membres, avant 1914, n'aurait même osé en franchir le seuil.

Cette transformation de la mentalité de nos clients qui maintenant apparaît comme dangereuse, pour l'avenir de notre profession, c'est nous qui en sommes les responsables, et il apparaît bien difficile, maintenant que l'habitude en est prise, d'essayer de la modifier, et de faire un retour en arrière. La chose paraît d'autant moins facile que l'hôpital d'autrefois s'est transformé ; il s'est adapté à l'exercice de sa nouvelle clientèle et c'est d'un commun accord, que médecins des hôpitaux, malades et Commissions administratives se sont décidés à faire de la maison des pauvres, souvent sordide, toujours peu accueillante, une demeure claire, agréable, modernisée que le plus difficile accepte très facilement pour le court séjour que nécessite le traitement qu'il y vient chercher. La cuisine elle-même s'est améliorée et les légumes secs qu'aucune cuisson ne parvenait à attendrir, ont fait place à des menus très acceptables, même par les estomacs les plus délicats.

Cette transformation générale des hôpitaux municipaux, facilitée par une politique de grands travaux a certainement contribué à améliorer la santé publique, à décentraliser les spécialités, la chirurgie en particulier, elle a constitué un gros progrès social, mais comme elle s'est faite sans qu'une législation nouvelle soit venue codifier les rapports nouveaux entre médecins et malades, c'est maintenant le médecin qui en est la victime. Les décisions récentes du Conseil d'Etat que sont venues ratifier des circulaires du ministère de la Santé publique ne sont pas sans inquiéter tous ceux d'entre nous qui considéraient comme normale et définitive, une manière de faire, parfaitement illégale.

La Circulaire relative au choix et à la rémunération des médecins des hôpitaux et des hospices, datée du 28 septembre 1936 et parue au *Journal officiel* du 3 octobre 1936, page 10.450, vient mettre un terme à une situation de fait qui, depuis des années, s'est établie un peu partout.

Le ministre de la Santé publique s'adressant aux préfets rappelle tout d'abord la décision du Conseil d'Etat en date du 21 février 1936 qui estime que l'entente directe ne saurait être tolérée entre les praticiens et les malades usagers d'un service public, quels que soient le titre auquel les malades sont admis et le montant du prix de journée perçu.

La Circulaire s'élève ensuite contre une manière de faire qui, dans bien des endroits, avait transformé l'hôpital public en véritable clinique privée, édifiée avec les fonds publics et dont seuls quelques praticiens étaient les bénéficiaires.

Il est certain que presque toujours, les praticiens ainsi favorisés offraient toutes garanties morales et techniques, et que c'est parce que *précisément, on trouvait « the right man, in the right place »*, qu'une situation aussi anormale a pu s'établir un peu partout et se prolonger aussi longtemps.

Mais à côté de cela, combien de collègues sont venus me voir à la fin de leur internat, pour me dire les difficultés qu'ils rencontraient dans leurs installations. Ils me lisaient de longues listes de villes qui leur étaient fermée, parce qu'un monopole de fait existait à l'hôpital, et que sans l'hôpital, il était pratiquement impossible de faire de la clientèle. Ils étaient réduits à guetter les listes nécrologiques, les morts subites, ou accidentelles, pour décider de leur installation. Combien d'entre eux n'auraient pas eu la situation enviable qu'ils occupent actuellement, si l'auto meurtrière n'avait laissé vacante, du jour au lendemain, la place tant désirée.

Quelles luttes n'ont pas eu à soutenir beaucoup de jeunes confrères, instruits et pleins d'allant auxquels l'hôpital est resté interdit ou à peine entrouvert parce qu'un collègue plus âgé les avait vu venir d'un assez mauvais œil et avait réussi à leur en barrer l'entrée.

Le ministre de la Santé publique, se rendant parfaitement compte de ces situations anormales, voudrait que de tels monopoles, accordés à un très petit nombre de chirurgiens ou de médecins attachés aux établissements hospitaliers soient

supprimés. Il voudrait que le choix du malade puisse se porter *sur une liste suffisamment étendue*, dressée après consultation des Syndicats médicaux et dont le caractère serait tel, qu'un établissement construit avec des fonds publics ne puisse être exposé aux reproches de n'avoir pour objectif que la sauvegarde de certains intérêts particuliers.

Une telle manière d'envisager les choses qui risque de modifier profondément la médecine hospitalière est évidemment la conséquence de l'entrée à l'hôpital des malades payants et des revenus importants réalisés ainsi par le Corps médical.

Avec la formule ancienne, de l'hôpital aux indigents, on comprenait fort bien que le médecin d'hôpital soit choisi par sélection entre les meilleurs.

Il y avait une certaine coquetterie à penser que la société offrait au plus pauvre, des soins que le plus riche rémunérait largement ; il y avait pour celui qui était choisi la possibilité de trouver dans les indigents malades qui venaient chercher un asile, un vaste champ d'études. La si ua-tion était honorafique, elle ne comportait point d'avantages pécuniaires. Notre formule actuelle qui a brisé ces barrières, qui a transformé l'hôpital en un véritable centre de santé, qui l'a largement outillé, qui a mis à la disposition des malades des installations coûteuses que des médecins ne peuvent posséder, doit fatalement entraîner des modifications importantes dans l'organisation médicale des villes, et dans le recrutement des médecins destinés à utiliser pour leurs clients ces véritables centres de soins que sont devenus les hôpitaux.

Dans la plupart de nos villes, la formule ancienne est périmée, chaque médecin vient à l'hôpital soigner les malades de sa clientèle qui sont hospitalisés. A l'hôpital, comme cela existe d'ailleurs, dans la plupart des cliniques privées, les médecins, les chirurgiens et les spécialistes dont la compétence a été reconnue peuvent utiliser toutes les ressources qu'une administration intelligente à mises à leur disposition et il faut reconnaître que tous s'en trouvent bien. Des rapports plus fréquents et souvent cordiaux s'établissent entre des médecins qui se voient plus et se connaissent mieux, l'exercice de la clientèle mieux groupée est rendu plus facile, *le Corps médical dans son ensemble y a trouvé son avantage*. Les malades aussi.

En un moment difficile comme celui que nous vivons, rares sont devenus ceux qui peuvent faire les sacrifices d'autrefois, ils trouvent à l'hôpital de leur commune pour un prix modéré ce qu'ils allaient quelquefois chercher fort loin, la nouvelle situation leur convient parfaitement aussi on comprend l'émotion que la circulaire du ministre cause tant aux médecins qu'aux malades et il est probable qu'on arrivera par de nouvelles lois à rendre légal ce qui ne l'est point.

Dans cette transformation, bien des intérêts cependant se trouveront lésés. En tout premier lieu, ceux des propriétaires de cliniques qui, confiants dans la protection de la loi n'avaient jamais pensé qu'une concurrence puisse leur être opposée par des villes et des communes. Il ne leur était jamais venu à l'idée que des maisons édifiées avec le concours de l'Etat ou des départements viendraient les mettre dans l'impossibilité de vivre. Leurs protestations qui s'élèvent aujourd'hui, alors que partout des hôpitaux luxueux fonctionnent, sont parfaitement légitimes, mais pourquoi sont-elles si tardives ? Pourquoi avoir laissé faire et ne s'être point associés à ceux qui plus perspicaces voyaient le mal à ses débuts. Nous sommes bien placés au *Concours Médical* pour leur en faire l'amical reproche. Alors que nous essayions de montrer, dans ce journal, le danger qu'il y avait à laisser transformer l'hôpital en maison de santé, que notre ami Paul Boudin consacrait des chroniques à étudier la question sous son côté juridique, en en montrant toute l'illégalité, les maisons de santé laissaient faire et jamais il ne s'en est trouvé une seule pour faire le procès retentissant qu'il fallait engager et que d'ailleurs la Société des Armateurs français a su faire, pour obtenir finalement un arrêt du Conseil d'Etat, au grand dam du Corps médical.

Dans l'état actuel de la question, il est bien évident que deux solutions seules s'offrent à la médecine hospitalière :

La première, lui permet de rester une médecine privilégiée *en réservant aux seuls indigents* l'hôpital. C'est une solution qui demandera bien des luttes, qui rencontrera sur son chemin bien des obstacles. C'est celle que nous aurions du soutenir, car seule elle est compatible avec le libre exercice de la médecine ;

La seconde plus facile laissera l'hôpital devenir un centre de soins, le médecin y aura ses entrées, il y trouvera, lorsqu'il aura fait la preuve de sa compétence, de grandes facilités d'exercice et il y deviendra peu à peu un fonctionnaire de la Santé publique.

La Circulaire de M. Henri Sellier vient de donner à cette grave question, une actualité nouvelle, le moment n'est plus aux discours, aux atermoiements, aux solutions hybrides, le Corps médical doit examiner avec soin ce qu'il désire, où sont ses intérêts bien compris. Il est certain qu'aucune des deux solutions ne contentera tout le monde. Mais, il faut songer que dans l'alternative où nous place la Circulaire ministérielle, c'est de la décision qui sera prise que peut dépendre, en France, tout l'avenir de la médecine hospitalière.

Dr Raphaël MASSART

CONFLITS ENTRE PHARMACIENS ET MÉDECINS PROPHARMACIENS LA POSSESSION DE DEUX OFFICINES

Dans un département, le Syndicat des médecins et celui des pharmaciens cherchent à rétablir la concorde entre praticiens, qui, par ce temps de pléthore, entendent gagner leur vie, même en créant des situations juridiques nouvelles.

C'est ainsi que, dans une petite localité d'un pays pauvre, un médecin succède à un confrère propharmacien. (1) Il rachète l'approvisionnement pharmaceutique pour une certaine somme et commence à exercer, lorsque surgit un pharmacien diplômé, qui ouvre une officine.

Bien entendu, le médecin n'a qu'à se résigner et à cesser la propharmacie.

Mais, situation particulière, le pharmacien a épousé une pharmacienne, laquelle dirige une pharmacie dans une localité voisine. De sorte, que le ménage des deux diplômés gère deux officines.

Ce qui complique encore la situation, c'est que le pharmacien ferme chaque soir et va rejoindre le nid conjugal. Les habitants de la localité restent donc sans médicaments tant la nuit que les dimanches et jours fériés. Le médecin, qui a été dépossédé du privilège d'exercer la propharmacie, ne peut-il pas reprendre ses droits pendant les heures où la pharmacie est régulièrement fermée ? L'intérêt public n'est-il pas en jeu, puisqu'en cas d'urgence, le pays se trouve dépourvu de la possibilité de se fournir en médicaments ?

La question est très délicate à résoudre, car plusieurs problèmes juridiques doivent être tour à tour envisagés.

Faut-il considérer un ménage de pharmaciens, comme constituant une société, qui gérerait deux pharmacies ?

Faut-il, au contraire admettre que la communauté conjugale ne forme qu'une seule personne morale, laquelle posséderait deux pharmacies ?

Enfin, il convient de se demander quels peuvent être les droits d'un médecin, qui pourrait se croire autorisé à faire de la propharmacie, pendant les heures d'absence du pharmacien ayant officine ouverte.

Sociétés de pharmaciens

Une jurisprudence très abondante décide que le pharmacien doit être à la fois propriétaire et maître absolu de la gestion de son officine. Par suite, si deux pharmaciens forment entre eux une société, pour exploiter deux pharmacies, c'est à la condition expresse que chaque associé ait la gérance complète de son deuxofficine personnelle.

(1) Dossier 9.884.

Certes, la propriété collective des deux officines appartient à la personne morale, constituée par la société, mais chaque associé possède en fait un véritable droit de copropriété, ce qui rend ladite société légale (Cour d'appel de Riom, 16 juin 1909).

Par contre, serait illégale la société dans laquelle un des pharmaciens serait en état de dépendance par rapport à l'autre (Tribunal correctionnel de Nevers, 9 juin 1921 ; Cour d'appel de Bourges, 22 décembre 1921 ; Tribunal correctionnel de la Seine, 10e Chambre, 6 mars 1930).

Communauté conjugale

A la lumière de cette jurisprudence, comment devons-nous qualifier la situation légale de deux époux, qui gèrent chacun une officine ?

S'ils sont séparés de biens, chacun d'eux peut être propriétaire et gérant de son officine : la situation est licite. Mais, dans l'immense majorité des cas, *une communauté plus ou moins étendue* existe entre les époux, dont le mari est le gérant, le chef. En cas de divorce, ou de succession, c'est la valeur vénale et non le fonds de commerce, qui tombe en communauté, pour la séparation des patrimoines et leur partage entre les époux ou leurs ayants droit : la jurisprudence est abondante sur ces points.

Ne pourrait-on, dès lors, soutenir que lorsque deux pharmaciens, unis par lesliens du mariage, possèdent deux pharmacies et les gèrent, ils forment une société entre eux, dans laquelle la femme est dans une situation inférieure à son mari, puisque ce dernier est le gérant légal de la communauté et que, selon le Code civil, la femme doit obéissance à son mari ?

Je ne connais aucune décision de jurisprudence sur ce point ; mais il me semble que si la communauté légale possède deux officines qui sont gérées chacune par un des époux, en toute autonomie, les tribunaux pourraient trouverla situation licite, comme répondant à l'adaptation de la loi de germinal aux conditions de la vie moderne. Chaque époux a son activité sociale propre et peut exercer sa profession, à la condition que le mari ait donné à sa femme l'autorisation maritale, pour gérer sa propre pharmacie (Loi du 13 juillet 1907).

Possibilités de l'exercice de la propharmacie

Mais l'un des époux abandonne chaque soir son officine, pour regagner le domicile conjugal. Les dimanches et jours de fête ainsi que toutes les nuits, les malades ne pourront pas s'approvi-

sionner de médicaments, en cas d'urgence. Dans ces conditions, le médecin du pays peut-il débiter des médicaments à ses seuls clients, à la condition, toutefois qu'il n'existe aucune autre pharmacie dans la localité du domicile du médecin ?

Je répondrai qu'en principe, le médecin ne peut pas avoir ce droit : un pharmacien est entièrement libre de gérer son officine comme bon lui semble, de l'ouvrir et de la fermer quand bon lui plaît et même de se refuser à délivrer des médicaments, si tel est son bon plaisir. Aucune disposition légale n'oblige le pharmacien à fournir un médicament, comme au médecin de donner une consultation. Je laisse de côté, bien entendu, les cas de réquisitions légales, ou les devoirs d'humanité.

Certes, un arrêt de la Cour de cassation, du 4 mars 1905, décide que le médecin peut se substituer au pharmacien défaillant et délivrer des médicaments à ses propres malades, lorsque l'officine n'est ouverte que d'une manière intermittente. Mais il appartiendra alors aux Tribunaux d'apprécier la situation de fait et de décider si la fermeture d'une officine pendant la nuit et les jours fériés est suffisante pour autoriser le médecin de la localité à faire de la propharmacie.

Ce sera un procès entre médecin et pharmacien et même intervention du Syndicat des pharmaciens contre le Syndicat des médecins, pour faire juger cette *situation* de fait.

Aussi pour éviter la bataille entre deux professions sœurs, ne pourrait-on pas résoudre les conflits locaux de Syndicat à Syndicat ?

Tout d'abord, et d'une manière générale, le médecin peut délivrer des médicaments d'urgence à ses malades, à la condition de ne pas se les faire payer. S'il désire le remplacement des produits qu'il aura fournis la nuit, il rédigera une ordonnance que, le lendemain matin, les clients feront exécuter, lors de l'ouverture de la pharmacie. Ils pourront donc rendre au médecin les produits qu'il a utilisés la nuit ou le dimanche. Ainsi les bons rapports ne cesseront de régner entre médecin et pharmacien.

Si cette harmonie souhaitable ne pouvait exister, il appartiendrait au Syndicat des médecins de s'aboucher avec le Syndicat des pharmaciens, pour adopter un *modus vivendi* local.

Ce n'est que dans le cas où l'un des adversaires ne voudrait pas reconnaître la décision du Syndicat que les Tribunaux seraient appelés à trancher ce litige, né de l'évolution des mœurs, puisque aujourd'hui de nombreuses femmes ont obtenu le droit légal de gérer une pharmacie.

Installation d'un pharmacien aux côtés d'un médecin-propharmacien

Dans le même département, se produisent également des conflits locaux : un médecin propharmacien a de la peine à vivre, mais vit tout de même, grâce à l'appoint que la vente des médicaments à ses clients apporte aux honoraires médicaux.

Un pharmacien s'installe et ouvre une officine. Force est donc au médecin de cesser la propharmacie. Malheureusement, il ne peut plus vivre du rapport de l'exercice de la seule médecine ; il plie bagage et s'en va ailleurs tenter sa chance.

Le pays se trouve donc muni d'une pharmacie, mais n'a plus de médecin. D'où le résultat, c'est que le pharmacien sera conduit, par la force même des choses, à faire irrégulièrement de la médecine. Il prendra ainsi les lieu et place du prédécesseur, mais avec cette différence, c'est que le médecin exerçait légalement l'art de guérir et légalement aussi la propharmacie, celle-ci n'était qu'un complément à sa pratique, alors que désormais le pharmacien vendra licitement ses drogues, mais devra exercer illégalement la médecine, car il ne saurait refuser un conseil, un avis aux malades qui, privés de médecin, ou devant payer assez cher le déplacement d'un praticien voisin, réclameront à la fois conseil médical et débit de médicament.

Pour eux, le résultat sera le même que jadis, lorsqu'ils venaient consulter le médecin qui délivrait ensuite des médicaments ; mais juridiquement la situation change, car le médecin tenait légalement le droit de pratiquer la pharmacie, en vertu des dispositions de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, alors que désormais, le pharmacien, gérant régulièrement son officine, sera conduit, par la force des choses, à pratiquer illégalement la médecine.

Je laisse de côté les rivalités qui existent trop fréquemment entre praticiens de deux professions sœurs ; mais je vois difficilement comment sortir de cette situation délicate, en nous appuyant uniquement sur la législation vieillotte de germinal. Ce que le pharmacien fait, en ouvrant son officine, il a le droit légal de le faire et le médecin n'a qu'à disparaître, s'il ne peut plus vivre du produit de l'exercice de la seule médceine.

Mais, dans ces pays pauvres, où les habitants regardent à plusieurs fois avant de faire la dépense de la venue du médecin voisin, qui fera payer ses frais de déplacement, ne serait-il pas utile, au nom de la santé publique, que Confédération des Syndicats médicaux et Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France puissent étudier de concert ces situations, parfois paradoxales, afin de proposer au législateur un *modus vivendi*, pouvant respecter tous les intérêts en présence ?

La question mérite, me semble-t-il, d'être retenue.

Dr Paul Boudin

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Les travaux du Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1935

Nous croyons intéressant de relever, dans le rapport du secrétaire général, les travaux et conclusions du Conseil supérieur de l'Assistance publique intéressant spécialement le Corps médical.

Sur un rapport de M. le Docteur Boudin, la section dans sa séance du 29 janvier adopte tout d'abord le vœu « que soit reconnu comme accident du travail toute maladie survenue au personnel hospitalier dans les services de contagieux ».

Vient ensuite le 22 février la question du prix de journée d'hospitalisation des assurés assistés. Le ministère du Travail est d'avis que ce prix doit être celui de l'assistance médicale gratuite. Certains membres du Conseil insistent pour que la fixation du prix soit faite au tarif le plus bas des malades payants (assistés ou non assistés). Le Directeur général de l'Assistance publique prétend au contraire que les assurés assistés doivent être traités en cas d'hospitalisation comme les assistés non-assurés. La section ajourne la suite de cette discussion.

Le 29 mars, le Directeur général expose les grandes lignes d'un projet de loi tendant à la coordination des efforts de l'hygiène, de l'assistance et des Assurances sociales. Ce projet a pour but l'organisation d'un armement sanitaire, et le rapprochement des hôpitaux publics et des institutions d'Assurances sociales par l'introduction de représentants des Caisses dans les Commissions administratives. Il comporte en outre, une organisation d'office départemental d'hygiène sociale, et, sur le plan national, un élargissement de la représentation de l'Assistance et de l'Assurance sociale dans les deux Conseils supérieurs. La section, après discussion, demande que le nombre de représentants des Assurances sociales dans les Commissions administratives soit limité à deux.

Au cours de la séance du 28 juin, est déposé le rapport sur la demande d'avis concernant la proposition de loi Raoul BRANDON (admission des malades payants et prestations des soins dans les hôpitaux et dispensaires publics). Le rapporteur démontre que cette proposition tend à enlever aux Commissions administratives une partie de leurs droits. Il ne voit aucune raison justifiant une modification de la législation actuelle. Le Directeur général de l'Assistance publique remarque que ce projet ne concerne guère que les hôpitaux de Paris et ne s'adapte pas aux hôpitaux de province. Les conclusions du rapporteur sont adoptées à l'unanimité.

Lors d'une brève communication sur les principaux décrets-lois relatifs à la Santé publique du 30 octobre 1935, M. le Docteur Boudin expose, au cours de la séance du 29 novembre, les inconvénients de l'interdiction du cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un hôpital et de médecin de cet hôpital ; il y a là une disposition regrettable qu'il serait utile de signaler au ministre. La demande de M. le Docteur Boudin paraît justifiée à la Section, et il est souhaité que les situations actuelles puissent être maintenues. (*Revue des Etablissements et Œuvres de bienfaisance*, juillet 1936.)

J. M.

Le dépistage des malades vénériens négligeant leur traitement en Allemagne

Pour amener les malades vénériens à se soigner plus consciencieusement, l'Association des médecins traitants des assurés sociaux de Berlin a conclu avec le Bureau berlinois de la Santé publique une convention concernant le traitement efficace des malades et le dépistage précoce des sources d'infection. En vertu de la loi allemande sur la lutte contre les malades vénériennes la notification obligatoire n'a été prévue que pour les malades suspects de négliger le traitement médical nécessaire; dans ce cas, le médecin doit inviter le patient négligent à se soigner, et si cette invitation reste inefficace, le signaler au Bureau de la Santé publique.

Or les statistiques ont permis de constater qu'à Berlin en 1934, 4.720 hommes et 8.121 femmes avaient dû être signalés par les médecins traitants après la première invitation.

La nouvelle convention a été conclue sur la base de cette constatation. Il n'est plus adressé désormais d'invitation au patient, et le médecin traitant est tenu de signaler immédiatement le malade négligent au Bureau de la Santé publique. Le médecin traitant a, d'autre part, l'obligation de dépister soigneusement la source de l'infection, et de traiter le ou les personnes en question. S'il n'est pas en mesure de réaliser ce traitement il doit notifier la source de l'infection au Bureau de la Santé publique. (*Informations sociales*, 28 septembre 1936.)

J. M.

Les relations entre Assurances sociales et médecins au Luxembourg

Cette question fort délicate a fait l'objet d'un arrêté récent, en date du 30 mai 1936, qui est venu la réglementer d'une manière précise. Les conditions du concours des médecins au fonctionnement de l'assurance-maladie sont déterminées par contrat écrit, soit collectif, soit individuel. Alors que ces derniers ne lient que les parties signataires, les contrats collectifs lient tous les praticiens du ressort du groupement contractant ; ils ne peuvent naturellement être conclus que par les groupements suffisamment représentatifs.

Entre autres choses, le contrat détermine principalement le mode d'admission des praticiens au traitement, leurs obligations à l'égard des assurés et des institutions d'assurances, notamment en ce qui concerne la médication économique, l a montant et le mode de rémunération des services médicaux, et le mode de conciliation en cas de difficultés. Aucun contrat n'est valable avant d'avoir été approuvé par la Commission de conciliation et d'arbitrage, composée d'un fonctionnaire président, d'un membre patronal, d'un membre assuré et de deux médecins assesseurs.

En cas de défaut d'entente sur la teneur du contrat la Commission en question rend une sentence collective, qui en tient lieu, après homologation du Gouvernement.

Les contestations individuelles ou collectives s'élevant au sujet de l'application de ces contrats sont portées devant un Comité arbitral composé d'un Juge de paix, d'un fonctionnaire et d'un médecin. En cas d'infraction grave au règlement concernant la profession médicale, au contrat collectif, ou aux sentences rendues, le Comité d'arbitrage peut p ononcer contre les médecins fautifs la déchéance temporaire ou définitive des droits de pratique en matière d'assurance sociale. Toutefois, un recours est possible devant le Conseil supérieur de discipline du collège médical. (*Informations sociales*, 5 octobre 1936.)

J. M.

Bilan de la prostitution réglementée

Le Docteur Marcel PINARD, médecin des hôpitaux de Paris, et président du groupe médical abolitionniste a pris la parole le 3 juin 1936 à l'Assemblée générale de « l'Union temporaire ».

Il révéla comment certains hommes publics, reconnaissants envers la « maison » sont intervenus pour obtenir des suspensions de poursuites dans des cas de détournement de mineures ou autres délits analogues.

Il dénonça les pratiques de la Police des mœurs et, en particulier, celle du « Condé », ainsi que la corruption générale découlant de la réglementation dans ses rapports avec les municipalités, les agents électoraux, les hommes politiques.

Il insista à nouveau sur l'inefficacité et même la faillite totale du système au point de vue sanitaire. D'une seule maison de Paris sont partis *en deux mois* plusieurs centaines de cas de syphilis dont trente-deux sont venus se faire soigner au seul hôpital Saint-Louis.

Il cita la Suède abolissant en 1919 la règlementation et faisant tomber le nombre de cas de syphilis nouvelles de 5.827 en 1919 à 771 en 1932. Il cita aussi la Russie où la prostitution est devenue inexistante du fait de sanctions sévères contre les proxénètes.

Enfin il proposa un vœu, admis à l'unanimité, et demandant au Parlement « la suppression d'un régime condamné à la fois par le droit, la morale et l'hygiène modernes, et dont la survivance au XX^{e} siècle est un déshonneur pour notre pays » (*Bulletin de l'Union Temporaire*, 3 juin 1936.)

G. L.

La crise du crin de Florence

Il y a, ou il va y avoir une crise du crin de Florence et, à l'Académie de médecine, M. Rouvillois a montré la genèse de cette crise à l'occasion d'une communication de M. Goris.

Le crin de Florence nous vient d'Espagne. A l'instar de ces Mexicains qui ne sont pas Mexicains, ce n'est pas un crin, mais un gros fil de soie constitué par la glande séricigène étirée du *Bombyx mori*. Sa fabrication est concentrée dans la région de Murcie où les paysans élèvent les vers à soie spéciaux en question et p éparent les fils qui sont ensuite raffinés par les industriels murciens.

Or, les événements actuels font qu'actuellement l'importation des crins est nulle, et que la récolte de 1937 et peut-être de 1938 est très compromise. Il en résulte que dans cinq ou six mois il deviendra difficile de se procurer cette matière première.

Un essai de fabrication des crins a été tenté en France sous l'auspice de l'Ecole de sériciculture d'Alès. Cette tentative semble avoir été abandonnée. M. Rouvillois se demande si le moment n'est pas venu de favoriser en France l'exploitation du crin de Florence, d'usage courant en chirurgie. (*Académie de médecine*, 27 octobre 1936.)

P. L.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

VI. Alimentation expérimentale

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

L'extrême diversité de nos aliments et de nos procédés culinaires est le résultat d'innombrables expériences faites par les hommes qui nous ont précédés et qui ont dû essayer toutes sortes de substances et de méthodes de préparation avant d'acquérir et de nous transmettre la tradition alimentaire actuelle. Il y a toujours de ces hommes curieux de perfectionnement et de diversité : mais ils sont une exception, ainsi que le disait Pierre Mille, dans son discours présidentiel de 1929, à la Société d'acclimatation. La grande majorité des gens ne veulent rien entendre des innovations dans ce domaine. Certains prétendent même que la cuisine est un art désormais imperfectible et que toute invention dans l'ordre alimentaire est de la « chimie » néfaste ou tout au moins inutile.

Contrairement à ces routiniers, sceptiques et paresseux, je pense que le progrès technique est toujours possible, ici comme ailleurs et que l'alimentation expérimentale peut encore donner de fructueux résultats. En voici des exemples :

***

En 1923, la section d'aviculture de la Société nationale d'acclimatation entreprit des expériences pour voir l'influence de l'alimentation des oiseaux sur les qualités de leurs viandes (1). En collaboration avec la marquise de Noailles, nous avions constitué des lots de poulets de même race et de même âge. Il y avait des lots témoins que nous laissions au régime habituel des volailles dans la basse-cour, qui mangeaient, outre le grain qu'on leur distribuait, les diverses substances végétales ou animales qu'ils trouvaient en se promenant dans les champs ou en picorant sur le fumier de la ferme. D'autres lots de poulets étaient nourris exclusivement de riz blanc cuit et de lait. Ce dernier liquide était, après ébullition, ensemencé soit par des ferments lactiques, soit sucré et additionné de levure. Le régime était suivi pendant une huitaine de jours avant le sacrifice. Après celui-ci, nous avons pu constater que le contenu intestinal des poulets qui avaient suivi l'alimentation spéciale était presque inodore pendant que celui des lots témoins, sacrifiés dans les mêmes conditions répandait l'odeur désagréable, dite de poulailler.

L'action du régime purifié ne se limitait pas à l'intestin ; la chair elle-même, le tissu musculaire avait une odeur différente chez les uns et chez les autres. De plus, à la dégustation après rôtissage, on observait de notables différences de goût. Les opinions des dégustateurs ne furent pas concordantes sur la question de savoir quels étaient les meilleurs produits ; cependant, la plupart furent d'avis que les rôtis provenant des lots dits purifiés étaient d'une saveur plus agréable. Mais tous les membres de la Société participant à ces épreuves furent unanimes à reconnaître que ces goûts étaient différents d'un lot à l'autre, que, par conséquent, le régime alimentaire suivi par les bêtes a une influence évidente sur la saveur de la viande. Il existe donc une relation entre les fermentations intestinales et quelques-unes des qualités du muscle.

Remarquons, à ce propos, que la constitution de la flore microbienne de l'intestin dépend surtout de l'alimentation, beaucoup plus que de la nature des semences. Etant donné, en effet, un milieu de culture exposé à une grande variété de semences microbiennes, il se produit toujours, dans des conditions déterminées, une prédominance de certaines espèces bactériennes. C'est donc la nature des déchets digestifs qui se trouvent dans le gros intestin qui en conditionne la flore. On sait que l'alimentation sucrée et hydrocarbonée ne donne pas les mêmes résidus que l'alimentation formée de végétaux verts ou de viandes.

Dans d'autres expériences, nous avons noté que des canetons élevés au moyen de pains formés de farine, de son, de sang et de levure, mis à la broche à l'âge de deux mois, donnaient des viandes très différentes de celles des témoins ; leurs muscles étaient plus développés et plus rouges ; leur tissu graisseux moins abondant ; leur goût nettement meilleur que celui des produits similaires que l'on trouve habituellement dans le commerce.

L'analyse chimique des muscles aurait été sans doute incapable de déceler ce que notre odorat et notre goût ont permis de constater, de doser ou même d'indiquer quelles sont les substances constitutives des tissus qui apparaissent ou disparaissent dans les chairs lorsque changent les régimes.

(1) *Bulletin de l'Association scientifique avicole*, avril 1923.

Depuis que les travaux sur les vitamines et les hormones ont attiré l'attention sur le rôle et l'activité des infiniment petits alimentaires, il convient de tenir compte de ces faibles différences dans les propriétés de la matière vivante perceptibles par le sens olfactif et le goût, de ne pas les considérer comme négligeables.

Puisque le changement du régime est capable de modifier certaines qualités de la chair, c'est-à-dire du système musculaire, on est autorisé à penser que des organes aussi délicats que le cerveau peuvent être aussi influencés par ces actions alimentaires.

C'est en réfléchissant sur ces faits et sur quelques autres que l'on arrive à se persuader des répercussions des régimes sur toutes les fonctions physiologiques, y compris celles de l'encéphale, ainsi que je l'ai soutenu dans un de mes articles précédents.

Il est d'ailleurs d'observation courante que la facilité de l'opération intellectuelle dépend, dans une certaine mesure, de l'état de la fonction digestive. Au cours de digestions malaisées, le travail cérébral devient pénible ; on a de la migraine ; on est incapable d'une attention soutenue. Chacun a pu remarquer que l'esprit est plus libre à l'état de jeûne qu'après un repas copieux. Quelques-uns même ont noté que leur lucidité intellectuelle est plus ou moins nette suivant l'état de leurs fonctions intestinales.

Lorsqu'on modifie un régime alimentaire dans un sens favorable, par exemple lorsqu'on supprime les œufs ou la viande chez une personne qui supporte mal ces aliments, il est fréquent de constater non seulement une sensation de mieux-être, mais aussi plus de vivacité de l'esprit.

En tout cas, l'expérience chez les animaux montre que la construction de l'édifice vivant dépend, entre autres facteurs, des matériaux de construction que l'on y emploie, c'est-à-dire de l'alimentation.

***

Voilà donc des travaux scientifiques accomplis par des naturalistes dans un but utilitaire, relativement à l'élevage et à la cuisine, et qui ont conduit à des constatations fort intéressantes au point de vue de l'hygiène et même de la philosophie. Nous devons en remercier ici la Société nationale d'acclimatation et spécialement ses dévoués secrétaires-généraux, MM. Debreuil et Bressou.

Fondée au milieu du siècle dernier par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, reconnue d'utilité publique, cette société savante poursuit le but désintéressé d'étudier et de faire connaître les applications des sciences naturelles. Formée d'un millier de membres environ, métropolitains, coloniaux ou étrangers, cet important groupement scientifique se réunit chaque année en un banquet où l'on étudie des produits alimentaires nouveaux ou peu connus, d'origine animale ou végétale, et généralement de provenance exotique. Notre vingt-neuvième déjeuner annuel eut lieu le 1er juin dernier. On y a fait, comme d'habitude, de l'alimentation expérimentale.

Les journaux annoncent généralement ces agapes sous forme humoristique ; on s'étonne de voir manger des mets extraordinaires tels que du crocodile, du requin, etc... En réalité, les membres de la Société d'acclimatation sont des observateurs de la nature, des éleveurs ou des explorateurs, curieux de nouveautés, ennemis des routines et ne perdant aucune occasion de se documenter sur les produits de la terre, sur la faune et la flore de tous les pays. Les convives, quelles que soient leurs origines, ont ce caractère commun d'être dépourvus de préjugés en matière gastronomique ; ce sont des hommes sincères qui viennent là pour constater des résultats et des faits et pour appuyer leurs opinions sur des expériences ; ils tiennent la physiologie du goût pour aussi digne que toute autre spéculation de l'esprit. On n'y rencontre point de ces hypocrites solennels qui affichent du mépris pour la chose culinaire, alors qu'ils en éprouvent secrètement les bienfaits.

Nos repas sont préparés avec grand soin ; on s'en occupe plusieurs mois à l'avance. Ils comportent toujours une leçon pratique. Nous y réalisons la collaboration des naturalistes et des cuisiniers. La technique alimentaire ne peut que bénéficier de cette association, car il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine de l'application des sciences naturelles à l'alimentation. Ainsi, avant Parmentier, on négligeait la pomme de terre. En insistant sur la valeur nutritive du précieux légume, le naturaliste Parmentier rendit le plus grand service à l'économie publique et à la cuisine.

***

Le régime alimentaire des animaux que l'on utilise pour les recherches de médecine expérimentale doit être considéré avec beaucoup d'attention, car il a très souvent une influence sur les résultats des travaux, sur la marche des intoxications, des infections ou des thérapeutiques que l'on étudie. On l'oublie trop fréquemment dans les laboratoires. L'observation attentive des régimes des animaux d'expériences est aussi capable de donner des indications essentielles touchant l'évolution des maladies. En voici un exemple :

Pendant que je dirigeais les laboratoires qui s'appellent aujourd'hui l'Institut Pasteur du Tonkin, j'avais grand soin de la nourriture de

mes animaux d'expériences. Aux singes, notamment, on distribuait deux repas quotidiens, formés chacun d'une boule de riz cuit et d'une banane, en prenant la précaution d'éloigner tous les résidus des repas précédents avant d'apporter les provisions fraîches. Le volume des restes renseignait immédiatement sur l'appétit et, par conséquent, sur l'état de santé des bêtes. Cette mesure habituelle me permit de faire une observation fort intéressante :

Etant un jour atteint de la dengue, affection épidémique des pays chauds, je transmis ma maladie à l'un de mes singes, un jeune *Macacus rhesus*. A l'aide d'une lancette, je lui inoculai un peu de mon sang et, comme j'étais obligé de garder le lit, je fis apporter l'animal dans une cage, sous ma fenêtre, afin de l'observer commodément. Le jour de l'inoculation et le lendemain, il ne présenta rien d'anormal ; son appétit était intégralement conservé ; il mangeait rapidement sa banane et son riz. Le troisième jour au matin, son appétit diminua nettement ; il ne toucha pas à sa boule de riz et se contenta de manger lentement une partie de sa banane. Le lendemain, même inappétence. Le cinquième jour, l'appétit revint. Je prélevai une goutte de sang de ce premier singe et l'inoculai à un second. Celui-ci présenta, comme le premier, une perte de l'appétit qui dura pendant six jours. On ne remarqua aucun autre symptôme, si ce n'est une légère élévation de la température ; encore ce dernier signe est-il aléatoire, en raison de l'agitation de l'animal pendant sa contention. Alors que, chez l'homme, il y a une assez forte fièvre, des douleurs articulaires et des rougeurs de la peau, on ne voit rien de semblable chez le macaque. Cependant, je n'hésitai pas à conclure que la maladie de l'homme était transmissible au singe. Ce dernier avait fait une maladie inapparente, suivant l'expression proposée quelques années plus tard par Charles Nicolle (1).

(1) *Bulletins de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1915, p. 146.

***

La nature des aliments que l'on donne aux animaux dans les laboratoires de bactériologie est capable d'agir non seulement sur l'évolution des maladies expérimentales, mais encore de changer certains des caractères des microbes pathogènes que l'on étudie, notamment de modifier leur virulence, ainsi que le montre cette instructive observation de Lloyd Arnold (2) :

Plusieurs séries de rats sont nourris pendant sept jours avec un régime spécial (renfermant 18 p. 100 de caséine, 3 p. 100 de beurre, 2 p. 100 d'huile de foie de morue, 4 p. 100 de sels et 68 p. 100 d'hydrates de carbone ; 1 gramme de levure desséchée tous les jours). Ensuite, ils sont infectés par la voie buccale avec le *B. enteritidis* et nourris avec le même régime, additionné d'un ou de plusieurs aliments végétaux. L'auteur constate que les rats infectés, mais nourris par le régime spécial avec bananes ou pommes ou bien prunes, n'ont présenté aucune diarrhée, tandis que ce symptôme fut observé chez tous les animaux ayant reçu des tomates ou de l'amidon. D'autre part, les souches du *B. enteritidis*, isolées des selles des rats nourris avec des bananes ou des pommes et injectées dans le péritoine à des rats neufs, provoquaient la mort en sept à dix jours, tandis que la souche originelle tuait le rat en quarante-huit heures. L'auteur conclut que l'addition de certains fruits au régime normal empêche la manifestation du pouvoir pathogène de *B. enteritidis* et atténue nettement la virulence de ce microbe.

Tout cela contribue à nous rappeler combien il est nécessaire de surveiller les moindres détails de l'alimentation de nos malades et combien il y a encore d'inconnues dans ce problème.

(1) Lloyd ARNOLD. — A new mechanism of defence against bacteria through the use of certain foods. (Un nouveau mécanisme de défense contre les bactéries au moyen de certains régimes). *Am. Journ. publ. Health*, t. XXIV, août 1934, p. 854. Analyse de M. H. Goldie dans le *Bulletin de l'Institut Pasteur*, XXXIII, 4, 28 février 1935, p. 184.

LES VIRUS « RATICIDES » SONT-ILS DANGEREUX ? (1)

Par le Professeur Gabriel PETIT
de l'Académie de médecine

« Le danger de la dératisation par les virus », n'est pas une question nouvelle et, parcequ'il s'agit de cultures bactériennes *vivantes*, les virus en question auront toujours des adversaires et des détracteurs. Comme la méthode est parfaite en comparaison des autres et qu'il importerait d'intensifier partout, non de restreindre, la lutte contre les rats — il s'agit d'examiner si les risques de contamination humaine, résultant de l'emploi des virus, sont réels et sérieux, ou s'ils sont au contraire *pratiquement nuls*, ce qui est mon avis.

Il est clair que je n'envisage ici que les virus étroitement « spécifiques » émanant de laboratoires spécialisés, le « Danysz », le « Ratin », auquel vont mes préférences, et non des produits quelconques et douteux, comme il s'en est vu notamment en Allemagne, et sans doute ailleurs.

Depuis quarante ans que le « Danysz », par exemple, existe en France, avec des fortunes diverses ; a-t-il eu des répercussions fâcheuses sur la santé publique ? *J'affirme* que non, et défie bien qu'on prouve le contraire. Même chose pour le « Ratin », de si large diffusion en de nombreux pays, y compris désormais le nôtre. Les autres « virus » s'il en est, ne m'intéressent pas, je les ignore.

La découverte par Danysz de son microbe remonte à 1893, et celle du B. Ratin par le pharmacien danois Neumann, à l'année 1903. Dans le groupe des *Salmonella*, où ils se rangent, ces agents *voisinent*, en assez mauvaise compagnie, reconnaissons-le, — d'où la possibilité, lors de certaines toxi-infections accidentelles soumises à l'enquête, d'erreurs ou confusions bactériologiques — avec des germes redoutables, comme le B. enteritidis de Gaertner et celui d'Aertryck. D'où l'injuste suspicion, en laquelle le *B. Typhi murium* est parfois tenu. Ce qu'il faut bien savoir et ce qu'il importe de préciser, c'est que ce *B. Typhi murium*, qu'il s'agisse du « Danysz » ou du « Ratin », est un paratyphique *étroitement adapté aux Muridés*, encore pas tous, mais pas plus à l'homme qu'aux animaux domestiques.

***

Faire le procès des virus « raticides » sans distinction, en s'appuyant sur des affirmations plus ou moins tendancieuses ou superficielles, que rien ne justifie scientifiquement, serait en vérité trop simple ! Laissons parler quelques-uns de ceux qui les connaissent à merveille, pour les avoir largement expérimentés.

Le Virus Danysz

Voici l'opinion de MM. Robert Régnier, directeur du Laboratoire de zoologie agricole et du Muséum de Rouen et Roger Pussard, ingénieur-agronome, au sujet de sa virulence pour l'homme.

« Lors de ses essais de 1893, M. Danysz a montré, en expérimentant sur lui-même, que l'absorption du *B. Typhi murium* était sans danger. Depuis, des centaines de milliers d'hectares ont été traités ; des centaines de tonnes de cultures ont donc été livrées aux cultivateurs, sans qu'il en soit résulté, à notre connaissance, le moindre accident. En Seine-Inférieure et dans l'Eure, où nous avons suivi de très près les résultats obtenus au cours de ces trois dernières années, *jamais même un cas d'indisposition* ne nous fut signalé et pourtant, souventes fois, les traitements furent effectués par des périodes de temps déplorable, qui auraient pu favoriser le développement d'une maladie. »

« En novembre 1926, l'un de nous fut atteint d'une infection intestinale voisine de la fièvre typhoïde, et l'on put craindre un moment une infection par le *B. Typhi murium* ? Au cours de la maladie, quatre prises de sang furent effectuées ; ces prélèvements furent examinés par le Docteur Guerbet, chef du Laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Rouen, qui avait eu

---

(1) Le Professeur Petit nous écrit :

« Dans un article sur la destruction des rats, paru dans le *Concours Médical* du 4 octobre 1936, M. G. Fischer, s'inspirant d'idées émises par le Docteur Lamarque, dans la *Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux* (28 juin 1936) a cru devoir faire, en terminant, le procès des virus « raticides » qu'il estime dangereux pour la santé publique.

« J'ai l'honneur de vous adresser, ci-joint, l'article de mise au point que j'ai moi-même publié dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, en réponse, justement, à celui du Docteur Lamarque.

« Comme organisateur de deux grands Congrès internationaux et animateur de la lutte contre le *fléau social* que le rat représente, mon opinion motivée sur les virus, qui permettent seuls de larges hécatombes et sont pratiquement inoffensifs, est susceptible d'intéresser scientifiquement nombre de vos lecteurs. »

C'est avec plaisir que nous reproduisons les passages les plus importants de cette étude, fortement documentée, et nous remercions le Prof. Petit de sa communication, qui nous permet de rétablir les faits comme ils le méritent. G. F.

l'occasion de nous fabriquer des pieds de cuve à partir des ampoules de l'Institut Pasteur. *Les résultats furent toujours négatifs pour le paratyphique B. et le B. Typhi murrium* (1).

« Après une fabrication intensive comme celle des années 1923, 1924, 1925, 1936, nous pensons qu'il n'y a *aucun danger* à manipuler le *B Typhi murium*, à condition, bien entendu, de prendre des précautions élémentaires d'hygiène : s'abstenir de fumer pendant le traitement pour ne pas porter les mains à la bouche, se laver soigneusement après toute manipulation, et ne pas se servir de récipients culinaires. »

Le vétérinaire commandant H. Velu, directeur du Laboratoire de recherches du Service de l'élevage, à Casablanca, et membre correspondant de l'Académie de médecine, s'est lui-même exprimé comme suit : « L'emploi du virus Danysz et du danois « Ratin » n'a, à ma connaissance, jamais donné lieu au moindre accident ».

Le virus Ratin.

Statistiques danoises. — Le Département de l'Hygiène publique du Danemark a adressé, en avril 1922, une Circulaire aux médecins de vingt-deux villes, dans lesquelles avaient été employé, pendant de longues années et abondamment, le virus Ratin, pour leur demander si, en corrélation avec cet emploi, des cas de maladie chez l'homme auraient été constatés ? La question a reçu une réponse négative unanime.

Précisons, car c'est important : Le Danemark a fait la statistique des maladies intestinales observées chez l'homme pendant dix ans, de 1913 à 1923. M. le Docteur Th. Madsen, éminent bactériologiste, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations, a recueilli, sur cette base, les données exactes démontrant que le B. Ratin n'a exercé aucun effet pathogène : il se trouve, au contraire, que les cas d'entérite ont constamment diminué d'une année à l'autre, notamment après 1919-1920, bien qu'à cette époque même de grandes masses de cultures de Ratin aient été employées au Danemark, dans la lutte contre le rat.

Le Docteur Raebiger, directeur de l'Institut bactériologique de la Chambre d'agriculture pour la Province de Saxe écrit, d'autre part :

« Dans quinze districts comportant une population totale de 420.623 âmes et un chiffre de 2.468.012 animaux, 66.062 endroits ont été pourvus de cultures de Ratin, ainsi que de Ratinin (2). Les administrateurs ont déclaré qu'en moyenne 98,66 pour 100 de ces endroits ont été débarrassés des rats. Les dites administrations ont également fourni une autre constatation, savoir : qu'à la suite, *on n'avait pas signalé une seule perte parmi les animaux domestiques*, bien qu'il ait été démontré que ces animaux avaient absorbé « l'appât de Ratin » ; d'autre part, *il n'a pas été observé un seul cas de maladie parmi la population locale, ni parmi les personnes qui se sont occupées de la confection et de la répartition des cultures.*

L'expérience de Beyrouth. — A Beyrouth, où sévissait depuis longtemps la peste, malgré tous les moyens (primes, pièges, poisons, etc.), mis en œuvre pour se débarrasser des rats, on dut finalement recourir au système « Ratin », préalablement éprouvé par la Commission et reconnu d'une haute efficacité. Cinquante ouvriers et ouvrières furent spécialement embauchés pour la préparation quotidienne et la dispersion de 10 à 12.000 appâts virulents (avec des produits en provenance de Copenhague et non fabriqués sur place, ce qui compliquait singulièrement la question). Au cours d'une année, trois millions de ces appâts furent répartis judicieusement, au jour le jour. Opération nécessairement coûteuse et de longue haleine pour une grande ville de 200.000 habitants, mais opération dont les résultats furent estimés parfaits. *Aucun cas de contamination humaine n'est signalé, dans leur si intéressante relation, par le médecin général Jude et le médecin colonel Lubet.*

— Enfin, dans un article de mise au point paru en 1934, le Professeur de Vregille, directeur de l'Institut de recherches bactériologiques de la République Libanaise, s'est montré lui aussi très affirmatif sur l'innocuité du B. Ratin (1).

***

Une forte impression quant à l'insignifiance du danger résultant de l'emploi, si large qu'on le suppose, des virus « raticides », se dégage nettement de cet ensemble de documents et de témoignages émanant des personnalités les plus qualifiées. Je me permettrai d'y ajouter ma note personnelle, car j'ai la prétention d'avoir quelque compétence en la matière. Les expériences que j'ai conduites ou inspirées sont, en effet, non moins catégoriques. Le *B. Ratin* n'infecte même pas le rat noir ! On n'arrive pas non plus, au laboratoire, à contaminer le cobaye et le lapin, qui sont des rongeurs ; à plus forte raison les autres

(1) Ce qui montre comiben il faut être circonspect. Sans ces délicates vérifications, on eût sûrement incriminé le « Danysz », qui n'y était pour rien

(2) Le « Ratinin » est un poison très actif, à base de scille maritime, dont l'application complémentaire se fait trois semaines exactement après celle du « Ratin ».

(1) P. de Vregille. — La destruction des rats et le système Ratin du Docteur Bahr. (*Annales de la Faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth*, juillet 1934.)

espèces. J'ai pu faire absorber impunément à des chiens des quantités impressionnantes (1/4 de litre à la fois), de cultures fraîches très actives. D'autre part, je n'ai jamais constaté la moindre transmission aux animaux domestiques, y compris les animaux de basse-cour, — y compris les petits poussins — dans les fermes où j'ai opéré. J'ai dératisé expérimentalement de nombreux immeubles et des hôpitaux, sans le moindre incident consécutif, qu'on n'eût pas manqué de me signaler même si un seul cas de diarrhée suspecte était survenu.

Je n'ignore pas qu'à l'heure présente, en Allemagne, en Prusse notamment, la même réprobation, que nous n'avons aucune raison de partager, englobe indistinctement, et quelle qu'en soit d'ailleurs la destination, toutes les préparations commerciales à base de *bactéries vivantes* et ce, depuis la funeste erreur de Lübeck, où des cultures virulentes de tuberculose furent si tragiquement administrées à de nombreux enfants, au lieu et place du B. C. G., et l'on sait ce qu'il en advint ! Egalement, si je suis bien informé, depuis certaine extermination de campagnols en Silésie, qui aurait mal tourné, réalisée avec des cultures mixtes renfermant, ce qui est un comble, du bacille d'Aertryck ! L'extermination de Silésie (1933) aurait été fort imprudemment conduite, avec une préparation microbienne *fabriquée à Breslau* dans je ne sais quel laboratoire et contenant, avec diverses bactéries, celle d'Aertryck, dont on sait la nocivité. Le *B. Ratin fut totalement étranger à cette opération malencontreuse*, qui n'eût du reste aucune conséquence grave, alors que cette même année 1933 et les deux qui suivirent, on ne cessa de l'employer sans le moindre préjudice pour les gens ni les bêtes, si l'on peut ainsi s'exprimer, à la dératisation méthodique de plus de 5.000 « paroisses » (communes ou villages) en territoire allemand.

***

Il y a donc virus et virus, et seuls les virus « contrôlés », dont la provenance donne toute sécurité, méritent la considération du public et des administrations. Il serait absurde de jeter le discrédit sur *la seule méthode scientifique* qui permette, en tous lieux, de larges hécatombes, parce que certains expérimentateurs brouillons ou incompétents, assez obscurs d'ailleurs, auraient, à leurs risques et périls, fait usage de cultures mal venues, souillées de paratyphiques dangereux !

Est-ce à dire que le « Danysz » et que le « Ratin » sont aussi anodins que de l'eau distillée, par exemple ? Personne ne le prétend. Des microbes *étroitement adaptés aux Muridés*, c'est entendu, mais qui développent, chez ces rongeurs, une sorte de septicémie mortelle et contagieuse en ce qui les concerne, car tout est là, doivent être manipulés avec circonspection, évidemment. Et ajouterons-nous, pas par n'importe qui (1).

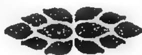
La plus grande prudence n'est-elle pas de rigueur quand il s'agit de poisons comme le phosphore, l'arsenic, la strychnine, le thallium, etc., dont la toxicité est redoutable, entrant dans la composition des diverses « mort-aux-rats » ? Ne parlons pas de l'acide cyanhydrique, que nous avons vu employer pour la dératisation des navires, mais qui, en raison du danger terrible résultant de son difficile emploi, est formellement interdit pour la dératisation et la « désinsectisation » des locaux.

Les virus ne sont rien à côté de ces poisons, qui ont causé et causeront encore tant d'accidents mortels.

Pour se mettre rigoureusement à l'abri de tout risque, il suffit, en vérité, de mesures bien simples, bien élémentaires, car il y a toujours un minimum de précautions, qui s'imposent quand on doit manier un produit de nature microbienne, quel qu'il soit : se laver soigneusement les mains après contact éviter de les porter à sa bouche, empêcher que les enfants ne jouent avec les appâts, ébouillanter les récipients (métalliques), qui les ont contenus, faire en sorte que ces récipients ne soient pas ceux utilisés pour la cuisine ou pour la table, etc... Tout cela tombe sous le sens !

Néanmoins, mieux vaut, à tous égards, que les applications soient faites par des gens à la hauteur, si l'on peut dire, plutôt que par les personnes elles-mêmes, en général incompétentes, qui désirent se débarrasser des rats.

(1) L'une des supériorités du système Ratin est justement que les produits ne sont pas dans le commerce courant, et que leur application incombe à des « techniciens », c'est-à-dire des équipes spécialisées, entraînées à cette opération qui n'est pas aussi simple qu'on pourrait croire.



LE TESTAMENT DU PROFESSEUR IVAN PAVLOW

C'est la lecture du compte rendu de la Causerie du Docteur Colombani, faite au *Concours Médical* le 17 juin dernier, qui évoqua dans mon esprit l'ombre du grand savant russe Ivan Pavlow.

Combien les maximes du Maréchal Lyautey, lorsqu'il dit : « L'homme qui vaincra sera celui qui a toujours devant lui un idéal, qui aime l'action, pour l'action, qui sans cesse s'ingénie, veut mieux... N'a-t-on pas l'éternité pour se reposer ? »... se rapprochent de celles de Pavlow. Pavlow considère qu'une vie ne peut suffire, que tout travail, toute étude doivent être animés par une passion ardente.

Le grand « Social » et le grand savant sont animés par les mêmes sentiments, par l'insatiable besoin d'action, de création ; ni l'un ni l'autre « ne ménagent leurs forces ». Seul le travail prime pour eux.

***

C'est en février dernier que la science a perdu l'un de ses collaborateurs les plus éminents. Le Professeur Ivan Pavlow est mort le 27 février 1936, d'une grippe compliquée de pneumonie double ; il était âgé de 86 ans.

Dès 1875, il se consacre à l'étude de la physiologie de la digestion. Plus tard, il se passionne pour l'étude des phénomènes psycho-physiologiques. C'est lui qui précise l'existence d'une relation entre les activités dépendantes de la volonté et les réflexes provenant de la moelle épinière.

Après la Révolution russe, il dirige l'Institut de médecine expérimentale, qui fut construit pour ses travaux. C'est là qu'il se consacre aux recherches sur les maladies du système nerveux et en particulier aux questions de psychiatrie.

Il serait trop long d'analyser l'œuvre du grand savant, et puis, n'est-elle point suffisamment connue du monde médical ?

Je voudrais simplement rapporter en quelques mots les idées principales émises par Pavlow dans un article publié peu avant sa mort et qui porte le caractère d'un testament dédié à la jeunesse intellectuelle. L'article est intitulé « Qu'aurais-je voulu souhaiter à la jeunesse de ma patrie ? »

Tout d'abord, de la suite dans les idées. On doit apprendre et accumuler son bagage scientifique suivant un rythme régulier. L'A. B. C. de la science doit être la base de toute étude ; il ne faut essayer d'atteindre les sommets qu'après avoir bien assimilé cet A. B. C., qui rebute si souvent les jeunes. Il ne faut pas s'attaquer aux questions plus compliquées avant d'avoir définitivement compris les points capitaux, simples. Ne point tenter de dissimuler son ignorance par des théories ou des hypothèses, même très hardies (chose qui hélas, arrive souvent !) S'habituer à la retenue en toutes choses, à la patience.

Ne point dédaigner le travail préparatoire, préliminaire, néeessaire à toute étude scientifique.

Pavlow donne une comparaison très simple et très éloquente que voici : l'aile de l'oiseau est parfaite, mais que pourrait un oiseau s'il n'y avait pas autour de lui l'air nécessaire à son vol ? Les faits sont pour le savant ce que l'air est pour l'oiseau, les idées ne peuvent prendre leur essor qu'ayant les faits pour les soutenir. Sans les faits précis, tous les efforts de l'esprit restent vains.

Etudiant, expérimentant, surveillant, il faut chercher à ne point se borner à l'examen superficiel des faits. Il faut s'efforcer à pénétrer le mystère de leur naissance, il faut chercher avec persévérance les lois qui les *dirigent*.

Autre point, non moins important, il faut être modeste, « Ne pensez jamais » dit le grand savant, « que vous savez déjà tout, ne vous fiez pas aux appréciations de votre entourage, même si on vous élève très haut, ayez le courage de vous dire : je suis encore ignorant ; ne laissez pas la fierté s'accaparer de votre esprit, de votre âme »...

Le troisième point sur lequel insiste le Prof. Pavlow est le suivant, point capital : la passion doit brûler en vous !

La science exige de l'homme qui s'y adonne, la totalité de son existence. Si on avait la possibilité de vivre deux vies, ces deux vies ne suffiraient pas à celui qui voudrait les consacrer à la science. Il faut être passionné dans son travail, dans ses recherches.

Tels sont les souhaits émis par Pavlow dans son dernier article adressé à la jeunesse de son pays.

J'ai eu le grand honneur de connaître personnellement le Prof. Pavlow ; je l'ai revu la dernière fois lors de sa visite à Paris, il y a de cela une dizaine d'années.

Combien les quelques lignes de son article-testament sont caractéristiques pour le grand

savant. Je le vois encore dans la petite chambre de la pension où il séjournait, rue du Docteur Roux (alors rue Dutot). Les meubles se réduisaient au strict nécessaire, une table, une chaise, un lit...

Il est assis là, si simple, si grand dans sa simplicité. Il s'anime lorsqu'on lui parle de ses travaux : « Je pense finir mon travail actuellement en train dans une dizaine d'années »... Dire cela à son âge, n'est-ce point oublier tout en dehors du travail ? La passion, il en a ! Cet homme, grand, un peu voûté, un peu cassé, avec des mains noueuses, abîmées par le rhumatisme, ce vieil homme rajeunit quand il parle de ses recherches. Ses yeux pétillent sous les sourcils épais, sa voix devient jeune. Il est tout feu, tout flamme. On se dit, pour lui non pas deux, mais trois vies ne suffiraient pas à assouvir sa soif scientifique. Il s'oublie, il ne pense qu'à son travail. Voici un petit fait rapporté dans les souvenirs de Gorki, fait très caractéristique.

En 1919, Gorki étant membre de la Commission formée pour l'aide aux savants, est venu à l'Institut de médecine expérimentale pour demander ce qui manquait au grand savant.

« Des chiens, des chiens, il nous faut des chiens, nous sommes réduits à aller les attraper dans les rues ... Du foin, de l'avoine... Deux ou trois chevaux pour le sérum... » Dans la pièce il faisait froid, Pavlow a son manteau, son bonnet de fourrure, il n'a pas de bois, pas de charbon pour se chauffer, qu'importe, pourvu qu'il ait tout pour son travail...

Il me semble tout indiqué d'empreinter à la causerie du Docteur Colombani les quelques phrases qui suivent et qui traduisent le sens de toute la vie et de l'activité du grand savant russe Pavlow.

« ... La conviction, le dévouement passionné à une idée, à une doctrine, auxquelles on croit, et le besoin irrésistible de les propager, non par amour-propre d'auteur et par infatuation, mais parce qu'on croit à leur vertu et qu'on veut en faire la propagande pour le bien qui en résulte »...

Dr J. MATOUSSÉVITCH
(Téhéran).

A PROPOS DU COLLAGE BLEU DES VINS (1)

Circulaire du Ministère de l'Intérieur d'Allemagne concernant le collage bleu des vins

Berlin, le 23 septembre 1936.

La clarification (fouettage) du vin à l'aide du ferrocyanure de potassium chimiquement pur est déjà autorisée depuis 1923 par l'ordonnance du 8 novembre 1923 modifiant les dispositions de la loi relative aux traitements du vin (Reich Gesetz feuillet 1, page 1084).

En ce qui concerne le but de son emploi, son exécution et ses avantages, une note annexée donne tous renseignements. Une traduction française est parue dans le *Bulletin de l'Office international du vin*, (Paris, 2e année, no de février 1929, pages 16 à 21.) Malgré l'extension générale de ce procédé de collage, aucun vin traité au ferro n'a donné lieu, que nous sachions, à des accidents nuisibles à la santé..

En considération de ce qui précède, l'emploi du ferro-cyanure de potassium qui, jusqu'ici n'avait été autorisé que pour les traitements du vin, a été également autorisé, après examen approfondi de la question par la Commission s'occupant des études relatives au vin, par la 3e ordonnance de la loi sur le vin du 5 mai 1936 (Reich Gesetzbuch §1 page 443), pour le traitement des *moûts de raisin*, et plus particulièrement aussi pour la consommation immédiate du moût appelé *moût de raisin doux*.

Signé : Dr FREY.

(1) Voir *Le Concours Médical*, 13 septembre 1936.

VARIÉTÉS

I

Existe-t-il une race juive ?

Cette question a fait l'objet d'une conférence du Docteur Emile JUNÈS à Tunis (1).

Au sens anatomique du mot, il ne saurait actuellement y avoir de véritables races. Anglo-Saxons, Germains, Français, Italiens, Slaves, etc., ne sauraient prétendre être des races pures. Cependant ils sont différents et chez beaucoup il est facile de les distinguer. Ils forment, sinon des races, du moins des ethnies dont les caractères ne sont pas zoologiques mais d'ordre social, d'ordre psychique. Il en est de même chez les Juifs.

Déjà dans l'Antiquité, on discutait l'origine des Israëlites. Flavius Josèphe dans *Contre Apion* s'efforce de réfuter avec des arguments assez faibles l'opinion de l'Egyptien Manéthos et de quelques alexandrins qui prétendent que les Juifs de l'Exode auraient été les derniers des Hyksos, des Pasteurs, qui conquirent et occupèrent le Delta du Nil durant plusieurs siècles et furent ensuite refoulés en Arabie par les anciens Egyptiens autochtones.

E. Pittard, le savant professeur d'anthropologie à l'Université de Genève, dans son livre *Les races et l'histoire* (2), fait remarquer que les Juifs de notre époque dans quelque pays qu'on les observe, n'ont aucun caractère anthropologique commun.

Leurs crânes vont de la dolichocéphalie la plus accentuée à la brachycéphalie excessive. Certains sont grands, d'autres de petite taille. S'ils sont généralement bruns, il en est de blonds aux yeux bleus. Beaucoup ont les caractères des Nations parmi lesquels ils vivent sans souvent se laisser assimiler. Il y a des Juifs noirs, négroïdes, des jaunes, chinois ou tartares. Il n'existe pas conclut Pittard au sens zoologique du mot de race juive. « Les Israëlites constituent une communauté religieuse et sociale certainement très puissante, très cohérente mais ses éléments sont extrêmement hétérogènes. » Cela ne saurait guère se discuter aujourd'hui dans les milieux compétents.

M. Junès, dans sa conférence, expose des constatations historiques et ethnographiques convaincantes. Arrivés en Palestine les Hébreux après l'Exode s'incorporèrent des éléments phéniciens et méditerranéens. Cela est démontré par les nombreux noms hébraïques que l'on trouve gravés sur les tombes puniques d'Utique et de Carthage. En outre quand les Assyriens d'abord, puis les Babyloniens emmenèrent en captivité les habitants des royaumes d'Israël et de Juda, il se forma un mélange judéo-assyroïde. La nation juive reconstituée subit des infiltrations gréco-romaines et quand les Romains, après la destruction du Temple de Jérusalem par Titus, disséminèrent les Juifs en dehors de la Palestine un peu partout dans l'Empire (la dispersion ou Diaspora) des races nouvelles d'israëlites se formèrent.

En Afrique du Nord, où les Juifs convertirent avant l'Islam assez facilement de nombreux Berbères (50 % des Israëlites algériens ou tunisiens ont les caractères des Berbères) ce sont des Judéo-Berbères ; beaucoup de Juifs de Tunis portent des noms berbères.

Jusqu'à l'époque des Croisades les Israëlites émigrés vécurent en bons termes avec les populations européennes payennes et chrétiennes, opérèrent des conversions au judaïsme et se mélangèrent avec nombre d'autochtones.

Il y aurait environ seize millions de Juifs dans le monde. Deux millions forment le groupe espagnol, le rite sefarad, et sont fixés dans l'Afrique du Nord, l'Europe du Sud, la Palestine, la Syrie, la Mésopotamie, la Perse, etc... Sur ces deux millions, 500.000 sont d'origine berbère, 1.500.000 sont d'origine palestinienne.

Les Juifs du groupe allemand, du rite aschkenaz, seraient quatorze millions, deux millions seulement seraient d'origine palestinienne. Ils sont disséminés en Europe orientale centrale et septentrionale et en Amérique.

Voilà en ce qui concerne les Juifs de races blanches. Mais il en est de nombreux de races jaunes et de races noires.

Nous ne prendrons pas au sérieux la fantaisiste légende qui fait des Japonais les descendants des dix tribus du royaume d'Israël, dispersées par les Assyriens et dont on n'a pu jusqu'ici retrouver la trace. Mais en Chine, il existe des communautés juives formées de Chinois de race authentique.

La Russie du Sud fut pendant deux cents ans occupée par un royaume judéo-tartare, celui des Khazars qui, bien que de religion juive, étaient proches parents des Turcs et des Bulgares. Dis-

---

(1) Dr Emile JUNÈS. — Existe-t-il une race juive ? Jules Carbonnel, édit., Alger, 1936.

(2) La Renaissance du livre, Paris, 1924.

persés par les Russes dans l'Empire Moscovite, ils ont donné naissance à des communautés dont le type est nettement tartare.

Les nègres juifs sont nombreux. A New-York il existe des communautés nègres juives qui parlent un jargon composé d'un mélange de yidisch, d'hébreu et d'anglais.

Les Juifs d'Abyssinie, les Falachas (exilés) qui se donnent pour des réfugiés de Jérusalem après la Diaspora, sont des nègres éthiopiens, mélangés sans doute à des palestiniens qui formèrent un royaume pendant un certain temps. Il en fut de même en Arabie où pendant trois cents ans exista un royaume de Juifs yéménites. Dans l'Inde dravidienne sont des Juifs négroïdes, les Tamils, qui auraient été convertis au judaïsme par des Judéo-Arabes yéménites. Certains ont la peau plus claire et s'intitulent meiouchasim (en hébreu, nobles).

Donc ni anthropologiquement, ni même historiquement, on ne saurait affirmer qu'il existe une race juive. Ce qui existe c'est un peuple juif, du fait de sa religion et pour les Juifs areligieux comme beaucoup de Sionistes ou d'Européens ou d'Américains assimilés, du fait de leurs coutumes, de leur croyance ferme en leurs légendes. Une des coutumes qui persiste même chez les Juifs qui se sont libérés de toutes les obligations de leur religion, est, d'après le Docteur Emile Junès, la circoncision, et encore il y aurait des Juifs libéraux qui affirment qu'il n'est nul besoin pour être Juif, d'avoir subi la circoncision, Moïse n'était pas circoncis (Exode, IV, 24-26).

J. Noir.

II

La piscine à l'américaine

Depuis quelques années, les Revues médicales ont rapporté de très nombreux cas de troubles divers survenus aux nageurs : sodoku ou spirochétoses après les bains de rivière, conjonctivites et otites après les bains de piscine. Et les hygiénistes se sont préoccupés de purifier l'eau où s'ébattent les amateurs de « crawl », et de l' « over arm stroke ».

Voici comment les Américains ont résolu la question (1) :

Pour construire une piscine extérieure moderne, il faut le conseil et l'assistance d'un architecte, d'un ingénieur, d'un expert en appareillage de filtration et purification des eaux, d'un représentant de l'Hygiène publique et de divers médecins, en particulier un bactériologiste, un ophtalmologiste, un oto-rhino-laryngologiste et un dermatologiste ; il n'est pas inutile de s'adjoindre aussi un architecte paysagiste afin de rendre la piscine aussi séduisante que possible aux yeux du public.

L'antique piscine du XIX[e] siècle, avec ses sordides cabines en bois et son mépris complet de l'hygiène est justement condamnée. Les gens lui préféraient souvent les bains de rivière où l'on peut, du reste, implanter aujourd'hui une hygiène relative en épandant sur le fond du gravier et quelques désinfectants.

L'on en est venu ensuite à la conception de piscines périodiquement vidées et remplies ; souvent existait en outre, de façon permanente, un faible courant traversant la masse d'eau. C'est une méthode exigeant de grandes quantités d'eau, coûteuse et relativement inefficace au point de vue de l'hygiène.

Le plan de la piscine moderne remonte à 1918 et n'a subi, depuis, que de légers perfectionnements.

Ses principes sanitaires sont les mêmes que pour l'épuration de l'eau de boisson dans les villes recevant une eau polluée. Ils s'appliquent aussi bien aux piscines extérieures et fermées, d'une capacité variant entre 200 et 8.000 mètres tubes.

L'eau est épurée par un passage à travers un système de filtres fonctionnant sous pression ou de bassins filtrants et par addition en quantités convenables de chlore et d'ammoniaque. En principe, le fonctionnement se fait de la façon suivante : une fois la piscine remplie par la conduite de ville, l'eau est soumise à un circuit à reprise par une canalisation dans le fond de la piscine ; elle traverse un épurateur en étoupe, reçoit la dose convenable de chlore, ensuite de l'alun et de la soude et rejoint la pompe aspirante et foulante. De là, elle passe en pression à travers les filtres et est additionnée d'ammoniaque. Elle est ensuite ramenée à la piscine.

Par exemple, pour une piscine de 2.000 mètres cubes, 5.000 litres d'eau traversent le circuit filtrant par minute et le contenu entier en huit heures. Les filtres sous pression consistent en trois grandes cuves contenant plusieurs couches de sable et de gravier, à travers lesquelles l'eau passe à la vitesse de 12 litres par minute et par pied carré.

L'alun et la soude sont ajoutés de façon à former au fond du filtre une sorte de gelée qui arrête les bactéries et alcalinise l'eau. La teneur

(1) *Staff meetings of the Mayo Clinic*, september 2, 1936.

en chlore et en ammoniaque est contrôlée par des chloromètres et des ammonimètres précis, identiques à ceux en usage pour l'épuration des eaux de ville. Toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant la charge de la piscine, ou lorsque les manomètres des filtres montrent une différence de pression de 2 kil. 500 entre l'entrée et la sortie de l'eau, les filtres sont lavés avec une pression égale à quatre fois celle du taux de filtration, et cette eau de lavage est envoyée dans les conduits de vidange.

Malgré la circulation continue, de la crasse et des corps étrangers se déposent sur le fond de la piscine ; ils sont enlevés par un aspirateur fonctionnant sous l'eau.

Si la teneur en chlore dépasse un demi-millionième, l'eau devient irritante aux yeux. En 1929, on a découvert que l'addition d'ammoniaque à l'eau chlorée forme de la chloramine, non irritante pour les yeux. Pour les piscines extérieures, ce corps est spécialement avantageux, car il rend le chlore plus stable au soleil et à l'air et empêche la croissance des algues. Il faut tenir le pH de l'eau entre 7,2 et 7,8 pour éviter la formation de nitrites. Trois fois par jour une analyse colorimétrique à l'orthotoluidine permet de se rendre compte de la proportion de chloramine.

Une barrière doit entourer la piscine pour empêcher d'approcher les spectateurs, les enfants et les chiens.

L'éclairage sous-marin des parties profondes de la piscine doit être prévu afin de guider les sauveteurs en cas d'accident.

L'établissement de bains moderne doit être clair, aéré, pourvu d'un pavement rugueux pour empêcher de glisser.

Il faut exiger, avant l'entrée dans la piscine, la douche savonneuse et le bain de pieds. Un bain de pieds contenant une solution au centième d'hypochlorite de soude ou de chaux évitera la propagation de la trichophytose. Le pavement doit être journellement arrosé avec la même solution.

Les moniteurs de natation doivent être familiarisés avec les infections cutanées ou respiratoires évidentes. Quelques recommandations d'hygiène sont aussi à afficher. Il est évident que certaines personnes ne devraient pas aller nager et, plus particulièrement, plonger : il en est ainsi de ceux dont la flore bactérienne peut être refoulée dans la trompe d'Eustache et infecter l'oreille moyenne, de ceux aussi qui, ayant eu une otite moyenne, gardent des tympans ouverts.

Outre le chlore et l'ammoniaque peut être utilisé, pour l'épuration de l'eau, l'hypochlorite de soude. Mais les rayons ultra-violets et l'ozone ne sont pas à recommander, car il ne reste pas un pouvoir purifiant suffisant après passage dans les filtres. Le système électrolytique à l'argent, employé dans certaines villes d'Allemagne, mérite un complément d'études.

G. LAVALÉE.

QUELQUES PROVERBES GÉORGIENS

D'une brochure que m'a aimablement adressée le Docteur R. Martial, et *qu'il consacre aux peuples du Caucase*, j'extrais les sentences ci-dessous qui m'ont semblé pleines de sel :

— L'ours ne savait pas mordre ; l'homme le lui a appris.

— Entre les mains de neuf nourrices le bébé est mort de faim.

— Le marchand d'oignons criait « Des oignons comme le miel » ; alors le marchand de miel se *demanda ce qu'il dirait de son miel.*

Et cette dernière dont je laisse toute la responsabilité aux Géorgiens :

— L'esprit de la femme a été écrit par Dieu sur la feuille de l'oignon ; la chèvre étant venue l'a mangé.

G. LAVALÉE.

CHRONIQUE FISCALE

Situation fiscale des médecins

Les professions libérales et surtout les médecins, sont, en ce moment, victimes de l'impossibilité où ils se trouvent de produire, comme les commerçants et industriels, une comptabilité exempte de toute critique et faisant ressortir d'une façon contrôlable leur bénéfice net.

Les médecins, auxquels le secret professionnel est imposé par la loi, ne peuvent inscrire sur le livre-journal que les recettes sans indication d'origine. Par conséquent, ce document repose sur la bonne foi du praticien et il n'est pris pour base de la taxation que si on n'invoque pas contre lui des présomptions prétendues graves, précises et concordantes.

Cette presque impossibilité d'exercer un contrôle certain incite l'Administration à chercher le moyen d'obtenir l'acceptation de majorations amiables des revenus déclarés et il arrive malheureusement souvent que, par crainte ou pour éviter tous ennuis, les intéressés n'osent pas refuser la transaction proposée.

Cette faiblesse est très dangereuse parce qu'elle semble démontrer que les déclarations sont inexactes et elle expose à des impositions encore plus arbitraires pour les années à venir.

Les médecins doivent réagir contre les prétentions injustifiées du fisc mais il faut qu'ils le fassent d'une façon efficace et nous leur donnerons toujours alors l'appui de nos conseils.

Nous nous chargerons même de les défendre devant l'Administration, les Commissions et les juridictions compétentes, à condition qu'ils nous fournissent, dans la mesure du possible, les moyens d'assurer la réussite des réclamations.

La défense comporte deux parties bien distinctes la question de fait et la question de droit.

La question de fait est locale, elle peut surtout être examinée par le président du Conseil de famille du Syndicat départemental, agissant en tant que préconciliateur fiscal.

La question de droit est de notre ressort.

Voici donc la procédure à suivre en cas de conflit avec le Contrôleur des Contributions directes :

Nous communiquer, sans retard, les demandes et notifications de ce fonctionnaire avec tous renseignements utiles.

Nous indiquons la réponse à faire et s'il y a lieu de saisir immédiatement le président conciliateur.

Les conclusions que fournira le rapport de ce dernier seront précieuses pour servir de base à la discussion de droit qui assurera l'annulation de la taxation supplémentaire.

Il est très important que les médecins qui peuvent s'adresser à nous pour leur défense ne fassent eux-mêmes aucune réclamation et qu'ils suivent les conseils que nous leur donnons plus haut, s'ils ne veulent pas compromettre le succès de leur réclamation et créer des précédents fâcheux pour tout le Corps médical.

A. MARTINOT

Conseil fiscal du « Sou Médical »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Institut d'hygiène.** *Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène* (Cours de perfectionnement), sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé. Sous directeur : M. Ph. Navarre ; chef des travaux : M. Marcel Clerc ; préparateurs : MM. N. Lantz et R. Bzowski.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène avec visites de différents services ; 4° des séances d'instruction dans les services d'hygiène.

Il commencera le 5 janvier, à 14 h. 1/2, pour la bactériologie, et le 2 mars, à 14 h. 1/2, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie et de parasitologie, les élèves qui produiront soit le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de médecine ; soit celui de l'Institut Pasteur de Paris, soit celui du Val-de-Grâce, soit le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE, sous la direction de M. le Professeur TANON et de M. MACAIGNE, agrégé. — *Technique de microbiologie appliquée à l'hygiène.* — Généralités. Le microscope. Examen à l'état frais. Colorations. Stérilisation. Milieux de culture. Séparation des germes. Inoculation aux animaux. Agglutinations, séro-diagnostic. Pus : staphylocoques, streptocoques. Crachats ; pneumocoques, tuberculose. Gangrènes. Exsudats bucco-pharyngés ; diphtérie. Syphilis : réaction de Bordet-Wassermann. Gonocoques. Méningocoques. Charbon, Tétanos. Lèpre. Peste. Choléra. Coli-

bacille. Bacilles typhiques et para-typhiques. Dysenterie. Eaux. Selles. Urines. Sang. Lait. Vaccins. Sérums.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DE PARASITOLOGIE, sous la direction de M. le Professeur BRUMPT : Les mycoses. Le paludisme. Les leishmanioses. La dysenterie amibienne. Les trypanosomiases. Coprologie (Recherche des parasites intestinaux). Leçons théoriques suivies de démonstrations pratiques.

ENSEIGNEMENT SPÉCIAL D'HYGIÈNE : *Hygiène et prophylaxie générale.* — MM. TANON, LEMIERRE, NATTAN-LARRIER, BÉNARD, BROQUET, CAMBESSÉDÈS, CLERC, CRUVEILHIER, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, FERRABOUC, JAME, JOANNON, LECLAINCHE, LIARD, LOIR, MARTIAL, NEVEU, POUILLOT, RAMON, REILLY, SACQUÉPÉE : Organisation générale de l'hygiène en France. Législation et administration générales. Commentaires de la loi de 1902. Hospitalisation et isolement. Police sanitaire maritime. Les conférences sanitaires internationales. L'hygiène des navires. Prophylaxie aux frontières de terre et de mer. Emigration. Organisation et fonctionnement d'un bureau d'hygiène. Diphtérie. Dysenterie. Fièvres typhoïdes et para-typhoïdes. Mélitococcie. Méningite cérébro-spinale. Rage. Rougeole. Scarlatine. Typhus exanthématique. Variole et Varicelle. Choléra. Fièvre jaune. Peste. Hygiène coloniale.

HYGIÈNE URBAINE. — MM. BESSON, BRUÈRE, CLERC, COT, DIÉNERT, GUILLERD, HAZEMANN, MARTIN, NAVARRE, NEVEU, PARTRIDGE : Les eaux d'alimentation, leur surveillance. Captage des sources. Stérilisation des eaux de boisson. Contrôle des eaux. Eléments d'hydrogéologie. Evacuation et traitement des eaux usées. Hygiène de l'habitation. Désinfection. Hygiène rurale. Méthodes de statistiques. Protection contre les gaz nocifs.

HYGIÈNE INDUSTRIELLE. — MM. COT, DUVOIR, KOHN-ABREST, MARTIN : Salubrité de l'atelier en général. Réglementation du travail dans les usines. Les fumées et les poussières dans les villes. Intoxications professionnelles. Eléments de toxicologie. Etude des atmosphères confinées. Asphyxies accidentelles.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — MM. CHRÉTIEN, FILAUDEAU, GIROUX, H. LABBÉ, NAVARRE, SACQUÉPÉE, TOUBEAU : Alimentation normale. Rations alimentaires. Pains et farines. Le lait. Boissons fermentées. Les viandes, leur contrôle. Infections et intoxications d'origine alimentaire. Fraudes alimentaires. Répression des fraudes.

PROPHYLAXIE DES MALADIES SOCIALES. — MM. TANON, BALTHAZARD, GOUGEROT, BIZARD, CAVAILLON, JOANNON, LEGROS, NAVARRE, NEVEU, POIX : Prophylaxie sociale de la syphilis. Surveillance de la prostitution. Bases scientifiques de la lutte antituberculeuse. Organisation antituberculeuse. Cancer. L'alcoolisme. Le service social, relations avec les services d'hygiène. Rôle social des visiteuses d'hygiène. Surveillance des maladies épidémiques. Assurances sociales.

HYGIÈNE INFANTILE. — M. COUVELAIRE, Mme JOUART, MM. LESNÉ, MAILLET, MARENGO, ROUBINOVITCH, VITRY, WEILL-HALLÉ : Mortalité et mortinalité infantile. Hygiène de la gestation. Hygiène du nouveau-né. Hygiène de l'enfant séparé de sa mère. Alimentation du nourrisson. La protection des enfants placés en nourrice. Réglementation et surveillance des crèches et pouponnières. Hygiène mentale de l'enfant.

VISITES ET STAGES. — Des visites et des démonstrations auront lieu dans les services de clinique et dans les établissements ou installations intéressant les diverses parties de l'enseignement de l'hygiène, sous la direction des professeurs. Des stages pratiques sont organisés dans divers services d'hygiène municipaux et départementaux.

Le programme détaillé pourra être demandé au Laboratoire d'hygiène. Il sera remis aux élèves au début du cours.

CONDITIONS D'ADMISSION. — Le cours est ouvert : 1° aux docteurs en médecine français ; aux étudiants n'ayant plus que la thèse à soutenir ; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « Médecine » ; 3° aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

DIPLÔME. — Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen. Les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen : 1° Le certificat de scolarité ; 2° Le certificat spécial de bactériologie indiqué plus haut. Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux docteurs en médecine français ou étrangers.

L'examen comporte : 1° des épreuves écrites sur des sujets d'hygiène traités dans le cours ; 2° des épreuves pratiques et l'établissement d'un rapport ou d'une enquête (les candidats admissibles aux épreuves écrites et pratiques seront seuls admis à subir les épreuves orales) ; 3° des épreuves orales portant sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 400 francs ; pour les travaux pratiques de parasitologie, 150 francs ; total, 550 francs.

Les droits à verser, pour le cours d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 60 francs ; un droit de laboratoire, 350 francs ; un droit d'examen, 200 francs ; total, 760 francs.

DIPLÔME DE MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — Les médecins français diplômés des Instituts d'hygiène universitaires peuvent être portés au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime (Décret du 15 mars 1930) à la condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation portant sur la législation sanitaire, l'hygiène et le droit maritimes. Cette interrogation a lieu au cours de l'examen sanitaire maritime organisé chaque année en juin par le ministre de la Marine marchande.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

— Laboratoire de bactériologie. — *Cours complémentaire.* — Le Professeur Robert Debré, assisté du Docteur Henri Bonnet, chef des travaux, commencera le lundi 14 décembre 1936, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure et cessera le 20 mars.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Cet enseignement sera complété par une série d'exposés et de démonstrations donnés par MM. Et. Burnet, Comandon, Debains, Professeur Ch. Dopter, Paul Durand, Gallerand, Gastinel, agrégé, Giroud, Laigret, M. Lamy, Professeur de Lavergne, Professeur Lavier, Leblois, Professeur Lemierre, Nélis, Névot, Pasteur Vallery-Radot, agrégé, Professeur Pilod, Sabouraud, Professeur Sacquépée, Troisier, agrégé, Professeur Valtis, Professeur Verge, et par une série de visites à l'Institut Pasteur, annexe de Garches, sous la direction de MM. G. Ramon et Le Métayer, au Laboratoire de la tuberculose, sous la direction de MM. Boquet, Guérin, Nègre, Saenz, et à l'Institut Alfred Fournier, sous la direction du Professeur Levaditi.

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de 500 francs. Le nombre des élèves étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 16 heures, avant de retirer leur bulletin de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la salle Béclard tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf samedi après-midi).

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital de la Pitié.** *Conférence.* — Le mardi 15 décembre 1936, à 10 h. 30, au grand amphithéâtre, le Docteur PAULIAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest, fera une conférence (avec projections) sur « l'Histoire des débuts de la neurologie et de la psychiatrie en Roumanie », sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — Candidats MM. Bornet, Cauhépé, Friez, Gencel, Maleplate, Marie, Mesnard, Vrasse.

Epreuve théorique anonyme. Question posée : Stigmates osseux et dentaires de la syphilis congénitale.

Questions restées dans l'urne : Etiologie, signes, diagnostic et traitement de la nécrose mandibulaire. Lithiase salivaire.

— **Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.** — Jury après acceptation : MM. Duhem, Delherm, Joly, Bréchot, Tzanck.

— **Concours des prix de l'internat.** — *Chirurgie et accouchement.* Jury après acceptation : MM. Basset, Parfonry, Küss, Robineau, Metzger. — Censeurs : MM. Maurer, Oberlin.

— *Médecine.* Jury après acceptation : MM. Kourilsky, Garcin, Chevalley, Ravina, Celice. — Censeurs : MM. Decourt, G. Dreyfus.

— **Concours de l'externat.** — Jury du concours : MM. Degos, Cachera, Cattan, Rouquès, Patel, Merler d'Aubigné, Sicard, Redon, Suzor.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et informations

(*Voir les* Dernières Nouvelles *en tête des* « Demi-Colonnes »)

— **Cours d'éducatrices familiales,** organisés par l'Ecole des Parents, au siège social de l'Ecole, 31, rue Guyot, Paris (XVII[e]). Ces cours ont lieu du début de décembre à fin mar s et comporte 16 leçons :

Pour obtenir le *diplôme d'éducatrice familiale,* décerné en fin de la première année, les élèves doivent justifier deleur assiduité aux seize conférences et de trois stages, organisés par l'Ecole des Parents, au mieux des convenances des candidates :

a) Un stage de 4 matinées dans un service d'enfant s déficients, à l'hôpital ; *b*) un stage de 15 demi-journées dans un jardin d'enfants désigné par l'Ecole des Parents; *b*) un stage de 30 demi-journées ou de 15 jours comme externe dans une famille, sous le contrôle de l'Ecole.

L'examen d'éducatrice familiale comprend trois séries d'épreuves distinctes :

a) Les stages ci-dessus indiqués dûment contrôlés et annotés ; *b*) trois rapports écrits sur ces stages ; *c*) quatre interrogations orales, ayant lieu dans le courant du mois de juin ou d'octobre et portant sur chacune des quatre séries de conférences.

Les jeunes femmes ou jeunes filles sont reçues aux cours d'éducatrices familiales à partir de l'âge de 18 ans. Aucun diplôme n'est exigé à l'entrée.

— **Vacances de Noël sur la Côte d'Azur.** — Nous rappelons que le XIV[e] Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, aura lieu du 26 décembre au 2 janvier. La concentration se fera à Nice, le samedi 26 décembre.

La Direction scientifique du voyage sera, comme de coutume, confiée à des professeurs. Des médecins, des historiens, des naturalistes, spécialisés dans l'étude de la région et des monuments visités, assureront les explications nécessaires. Tous les parcours seront effectués en auto-cars de luxe et les logements seront réservés dans les meilleurs hôtels. Les médecins et leurs femmes, les étudiants en médecine, recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables durant un mois sur les chemins de fer français. Les adhérents qui ne voudront point assister au voyage entier, pourront se joindre à une partie seulement et bénéficier d'une réduction correspondante de la cotisation.

A l'occasion du voyage, de magnifiques excursions auront lieu dans les Alpes (sports d'hiver), dans l'Estérel (Fréjus et ses ruines Romaines), Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants), en Corse, l'antique Cyrnos, Ile de Beauté, à partir du 2 janvier. Des séjours prolongés sur la Côte d'Azur seront mis aussi à la disposition des adhérents, dans les stations de leur choix.

Ecrire, dès à présent, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour renseignements complémentaires.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

Pensons aux nôtres...

M. le Secrétaire général de la *Mutualité familiale*,

Est-ce qu'un fils de médecin, non-médecin, peut être admis à vos Caisses de retraites et dans quelles conditions ? Je n'ai pas trouvé de réponse nette à cette question dans vos statuts.

Dr C., à N. (M.).

Réponse

Pour qu'un fils de médecin puisse participer à nos services de retraite, il faut deux conditions :

1° Que son père soit membre d'une combinaison quelconque de la Société.

2° Que lui-même soit majeur.

Car nous sommes une société « familiale ».

Tout membre peut inscrire chez nous, sa femme et ses enfants majeurs, même non-médecins, à nos Caisses de retraite.

Et j'insiste sur le fait qu'un ménage de médecins n'ayant pas dépassé 45 ans peut s'assurer 19.200 francs de pension à 65 ans.

Dites-moi votre âge, celui des vôtres, et je vous documenterai sur toutes vos possibilités compte tenu de vos disponibilités financières.

Dr H. Mignon.

Secrétaire Général de la Mutualité Familiale du Corps Médical
37, rue de Bellefond, Paris.

QUESTIONS DIVERSES

9.504. — Prescription des honoraires médicaux

Un de mes clients invoque la prescription pour ne pas payer des soins datant de huit ans. Or, j'ai cru lire dans je ne sais plus quel journal que la prescription était de trente ans lorsque le client ne soutenait pas avoir payé.

Prescription de deux ans quand le client prétend avoir payé, mais prescription de trente ans, si le client ne nie pas sa dette, mais se retranche simplement derrière la date des soins. Voulez-vous me dire si c'est exact et le cas échéant me donner les bases juridiques d'une action dans ce sens ?

D'autre part, des réclamations d'honoraires peuvent-elles, si elles sont prouvées, servir de point de départ à la prescription ?

Dr P.

Réponse

En vertu de l'art. 2272 du Code civil, la créance du médecin contre son client se prescrit par deux années à compter de la cessation des soins. Mais cette prescription ne constitue pas une déchéance de plein droit, elle est simplement une présomption de paiement qui souffre, dans certaines conditions, la preuve contraire. Cette preuve doit être rapportée, conformément aux règles admises en matière de « courte prescription », c'est-à-dire soit par serment déféré par le Juge à l'une des parties, soit par reconnaissance écrite de la part du débiteur, indiquant le chiffre exact de la créance, soit par aveu exprès ou tacite de sa part.

Or, il résulte de la jurisprudence que cet aveu peut résulter de la manière dont le débiteur présente sa défense. Il a été jugé ainsi que la prescription de deux ans ne saurait être invoquée par un débiteur niant avoir jamais contracté la dette en question (Cass. requête, 8 juin 1926, *Dalloz hebd.*, 1926, p. 396). L'attitude d'un débiteur qui se contente d'invoquer la prescription sans soutenir avoir payé, peut être considérée, elle aussi, comme faisant ressortir l'absence de paiement et comme permettant d'accorder le jeu de la prescription de deux ans en y substituant la prescription trentenaire. Toutefois, nous ne pouvons pas vous donner de jurisprudence formelle à cet égard. Il s'agit là d'un point dépendant de l'appréciation du Juge.

Par contre, les réclamations d'honoraires ne peuvent en aucun cas servir de point de départ au calcul de la prescription, car il n'est pas permis de se créer de titre à soi-même. Ce point de départ est la cessation des soins concernant une maladie déterminée.

9.499. — Le port de l'insigne de la Croix-Rouge

Une élève-infirmière a suivi les cours de l'U.F.F. pendant presque toute une année et fait un stage hospitalier, mais n'a pas fait l'examen. En cas de guerre, elle serait mobilisée comme infirmière au front sur sa demande. Est-il vrai qu'elle n'a pas le droit de continuer à porter la Croix-Rouge sur sa blouse et sur son voile, du fait qu'elle a interrompu ses études depuis deux ans ?

Dr L.

Réponse

En principe, les règlements des Croix-Rouges françaises autorisent leurs infirmières, munies du diplôme délivré après leurs trois années d'études, à porter une croix rouge avec l'indication « U. F. F. » — « S.S.B.M. » — « A. D. F. ».

Allant plus loin, nous pouvons dire que le port d'une simple croix rouge sans les initiales ci-dessus est interdit à toute infirmière qui n'est pas diplômée de la Croix-Rouge.

En effet, la convention de Genève du 3 juillet 1906 a réglementé l'autorisation très précise d'utilisation de cet emblème de la Croix de Genève, à tel point que certaines voitures d'ambulance, certaines devantures de pharmacies, etc., ne peuvent faire usage que d'une croix verte, d'une croix de Saint-André, ou autre, mais non pas de la croix rouge qui est réservée au Service de santé militaires, à ses dépendances et aux Sociétés de Croix-Rouge.

Dr Paul BOUDIN.

ASSURANCES SOCIALES

9.519. — Responsabilité du patron qui n'a pas fait immatriculer son salarié

Un de mes clients a un employé qui, comme cela est fréquent à la campagne, a toujours refusé énergiquement de faire partie de l'Assurance sociale... La femme de ce dernier fait un cancer du sein, et je l'envoie à l'hôpital.

Immédiatement, son mari s'agite et conseillé par de tierces personnes, veut poursuivre son patron.

Pourriez-vous me dire quel est, pour le patron, la condamnation à prévoir ?

Si un règlement à l'amiable intervient et que le patron accepte de régler la part habituellement supportée par l'Assurance sociale, quel est le coefficient de responsabilité de celle-ci :

1o Pour les journées d'hospitalisation ;

2o Pour les honoraires chirurgicaux.

Dr C.

Réponse

Il résulte en effet d'une jurisprudence maintenant bien établie que le patron qui n'a pas fait immatriculer aux Assurances sociales un affilié obligatoire, est responsable à l'égard de ce dernier, en cas de maladie, des prestations dont il se trouve ainsi privé.

Toutefois, il résulte de certains arrêts (notamment Cour de Poitiers, 6 mars 1935 ; Cour de cassation, 22 juillet 1935) que si l'employé était d'accord avec son patron pour ne pas se soumettre à la loi et si, ayant consenti ou participé à la faute de ce dernier, il a contribué à faire naître et à maintenir la situation dont il se plaint, il doit en supporter les conséquences dans une certaine mesure. La proportion en a été fixée au tiers par l'arrêt en question.

Quant à l'étendue du dommage, que le patron se trouve obligé de réparer, elle est égale à la valeur des prestations dont aurait bénéficié l'intéressé s'il avait été en règle à l'égard de son organisme d'assurance. Les tarifs de responsa-

bilité variant pour chaque Caisse, il ne nous est pas possible de vous donner un chiffre précis. Mais l'intéressée pourrait obtenir des renseignements à cet égard auprès des Caisses de sa région en demandant connaissance de leur Tarif de responsabilité pour les actes médicaux à domicile et pour le cas de l'hospitalisation.

9.385. — Droit aux prestations de l'assurance après plus de six mois de maladie

Sachant l'utilité de vos avis, je me permets de vous demander ce que doit faire une jeune cliente, assurée sociale atteinte de pleurésie séro-fibrineuse droite en décembre 1934. Dès mars 1935, la scopie ne montrait qu'une obscurité du sinus sans aucun signe pulmonaire et en mai 1935, les Assurances sociales cessaient toute prestation après plusieurs examens du médecin contrôleur.

Depuis cette époque, ma cliente a travaillé, tout à fait bien portante, jusqu'au début d'octobre 1936 où je lui trouve quelques signes discrets d'infiltration du sommet droit.

Après contrôle du médecin de la Caisse d'assurances sociales, elle se voit refuser toute prestation, « la maladie actuelle étant la même que celle ayant nécessité six mois de soins ».

Dr P.

Réponse

Il est exact qu'en principe, les prestations de l'assurance-maladie ne sont dues, pour une même affection, que pendant une période totale de six mois de soins. Ces dispositions qui figuraient dans l'article 4, paragraphe 18 du régime de la loi de 1928-1930 se trouvent maintenues par l'article 6, paragraphe 12 actuel. Mais il ne faut pas en déduire que tout assuré ayant bénéficié de ce délai de six mois de prestations se trouve, lors de son expiration, dénué de tout droit à l'égard de sa Caisse, pour cette affection ; bien au contraire, il résultait d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation (Cass. civ., 31 mai, 25 juillet et 12 août 1934) sous le régime de la loi de 1928-1930 que toute rechute d'une même affection survenant plus de deux mois après la fin de la période de maladie antérieure devait être considérée comme maladie nouvelle rouvrant, pour six mois, le droit aux prestations. Pour que cette réouverture ait lieu, il fallait donc que deux conditions soient remplies : 1° qu'il y ait interruption des prestations pendant plus de deux mois ; 2° que, durant cette période, l'assuré se soit trouvé en état de guérison apparente, c'est-à-dire que son affection, après avoir traversé une période d'activité, soit passée par une période de stabilité le dispensant de recourir aux soins médicaux et pharmaceutiques et lui permettant

de vaquer à ses occupations habituelles sans danger pour lui ou son entourage.

Le nouveau régime s'est borné à codifier les principes qui avaient été dégagés par la jurisprudence antérieure en stipulant dans son article 6, paragraphe 13 que, lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater, sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours. Cette disposition se borne à introduire, comme troisième condition, une formalité administrative dont l'utilité ne peut être contestée, à savoir la constatation de l'état de guérison apparente et le préavis donné à ce sujet à la Caisse dans un délai très bref afin de permettre, en temps utile, le déclenchement du contrôle médical et, en cas de contestations, l'intervention de la Commission technique.

Mais l'absence de cette formalité ne pourrait être, en l'espèce, opposée à votre cliente puisque sa guérison apparente ou la fin de la période de maladie antérieure est survenue en mai 1935, c'est-à-dire à une époque où le nouveau régime des Assurances sociales n'était pas encore institué. Par suite, si les conditions dans lesquelles elle se trouvait à cette époque, permettaient bien de la considérer comme en état de stabilité telle que nous l'avons définie plus haut, le refus que lui oppose actuellement la Caisse d'assurances sociales doit être considéré comme dénué de tout fondement juridique. Il y a donc lieu de conseiller à votre client de saisir du différend la Commission d'arrondissement du siège de sa Caisse, par lettre recommandée adressée au président de cette Commission, au Greffe du Tribunal civil, dans les dix jours de la notification de la décision de rejet.

9.844. — Radioscopie plus radiographie du tube digestif

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'éclairer sur les points suivants de nomenclature d'électro-radiologie médicale :

Un médecin m'a envoyé un malade pour étude radiologique du tube digestif. Le malade est assuré social.

J'ai fait les examens suivants :

1° Estomac : Radioscopie et deux radiographies ;

2° Duodénum : Quatre radiographies en série.

Sur l'Agenda-Memento du Praticien, je vois la nomenclature suivante :

Estomac : scopie avec calque K12 ; un cliché supplémentaire K4.

Duodénum : radiographies en série K16.

Dois-je marquer pour mon malade, sur la feuille de soins spéciaux :

K12 K4 K4 K16

Total: K36 ?

Ou dois-je simplement marquer K16 ?

Dr T.

Réponse

La « Nomenclature » porte : *a*) estomac : examen radioscopie = K5 — avec calque K7 — examen radioscopique avec un cliché = K10 ; *b*) pour le duodénum, vous trouverez : « Radiographie en série du tube digestif (indépendantes de l'examen) = K16 ; *c*) il me semble donc que vous avez à compter, en l'espèce : 1° *Estomac* : Radioscopie avec un cliché = K10 ; 2° *Duodénum* : Radiographies en séries = K16.

Vous mettriez sur la feuille, non pas K26 en bloc, mais K10 + K16, de façon à faciliter ultérieurement un contrôle éventuel de vos interventions.

Dr F. Decourt.

9.570. — Droit aux prestations de l'assurance-maladie

Mon client a été opéré d'appendicite aiguë au cours du troisième trimestre 1936.

En 1935, toutes les cotisations ont été payées.

En 1936, chômeur durant le premier trimestre, il a cessé ses versements après en avoir avisé régulièrement le maire de sa commune, deuxième et troisième trimestres, les cotisations ont été payées. On refuse le bénéfice des Assurances sociales pour le quatrième trimestre, que doit faire le malade ?

Dr L.

Réponse

En vertu de l'art. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie, l'assuré devra avoir subi, par précompte sur son salaire, une retenue au moins égale à 30 francs pendant les deux derniers trimestres civils précédant celui de la maladie ou de l'accident, ou 60 francs pendant les quatre trimestres civils précédents.

Si, en l'espèce, l'une ou l'autre de ces deux conditions est remplie, votre client a droit aux prestations de l'assurance-maladie sans qu'il importe qu'il n'ait rien versé durant le premier trimestre de 1936. Il doit donc ne pas s'incliner devant le refus de sa Caisse d'assurances et poursuivre cette dernière devant la Commission d'arrondissement de son siège, par lettre recommandée adressée au Président de ladite Commission au Greffe du Tribunal civil, dans un délai de dix jours à compter de la notification du refus.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

9.469. — Visite et injection antitétanique

Encore un renseignement à propos du cumul.

On ne peut compter à la même visite : une consultation ou visite, un pansement, une injection de sérum antitétanique, on fait donc le tout pour 20 francs. Mais à condition que le client ait dans sa poche le flacon de sérum nécessaire, or, il ne l'a pas.

J'emporte toujours avec moi du sérum. Il est donc logique que je fasse d'abord une première visite avec pansement à 15 francs. Puis je sors de la maison, vais à ma voiture chercher mon sérum, et refais une seconde visite avec injection de sérum, c'est peut-être un peu tiré par les cheveux, mais c'est très logique, et l'Assurance y gagne les kilomètres de la seconde visite, que je ne lui compte pas. Car enfin, nul ne m'oblige à avoir dans ma voiture du sérum ; je libelle ainsi ma note :

18 octobre 1936 : visite et pansement : 15 francs,
18 octobre 1936 : visite et injection de sérum : 20 francs,

et rien ainsi ne prouve que je n'ai pas fait deux visites, sauf l'absence de tarif kilométrique que je ne compte pas à la deuxième visite. Ai-je tort d'agir ainsi ?

Or, une Assurance refuse de me régler ce « cumul », sans du reste me démontrer que je n'ai pas fait effectivement deux visites. Que va-t-il arriver? C'est que désormais j'enverrai le client chercher un flacon de sérum, même la nuit comme cela m'est arrivé encore récemment, et je ferai effectivement une deuxième visite avec injection de sérum. J'y perdrai du temps, mais la Compagnie y perdra ses kilomètres, qu'elle devra me payer deux fois. Sans compter que si c'est la nuit, il y aura le tarif de nuit du pharmacien, plus une deuxième visite de nuit à 45 francs pour moi.

Est-ce que je n'ai pas le droit d'agir ainsi, et n'est-ce pas comme cela qu'il faut procéder ?

Dr G.

Réponse

Lorsqu'on compte une intervention quelconque, qu'il s'agisse d'une laparotomie ou d'une injection antitétanique, on ne peut compter la visite plus l'intervention, ce serait le cumul interdit par l'art. 13. D'autre part, il serait..... déloyal de compter deux visites quand on n'en a fait qu'une seule — et enfin très « tiré par les cheveux » de faire une deuxième visite inutilement alors que, comme presque tous les confrères de campagne (dont je suis) vous avez dans votre voiture le flacon de sérum nécessaire. Quant au réveil du pharmacien au milieu de la nuit pour une injection antitétanique simplement, c'est je crois d'une urgence... fantaisiste, alors qu'on peut la faire quelques heures plus tard, au grand

jour. Tout cela, voyez-vous confrère, ce sont des « combines » peu dignes de la profession médicale et que, j'en suis bien sûr, vous n'avez pas songé une minute à employer.

Dr F. Decourt,

9.323. — Ne pas confondre « avis préalable » (art. 7) et « accord préalable » (art. 27 obs.)

Encore un conseil à vous demander au sujet d'un accidenté du travail dont je vous ai déjà entretenu par ma lettre du 23 septembre 1936.

Il s'agit d'un jeune enfant de 11 ans que je soigne depuis le 17 août 1936 pour une entorse du cou-de-pied avec diastasis péronéo-tibial inférieur.

Après une immobilisation de quinze jours par appareil silicaté et ouaté, j'ai fait une vingtaine de massages.

Comme il présente une atrophie musculaire et marche encore péniblement, j'ai demandé à la Compagnie l'autorisation de faire pratiquer sans retard des séances d'électrothérapie. J'attends la réponse.

J'aurais aussi l'intention de faire visiter le blessé par un chirurgien pour mettre ma responsabilité à couvert, dans le cas où plus tard une complication d'arthrite se déclarerait au niveau de la région traumatisée.

Que me conseillez-vous de faire ?

Je dois vous faire remarquer très honoré confrère que j'ai toujours été très anxieux pour mes blessés comme pour mes malades. Et je ne voudrais pas avoir le moindre ennui après quarante-cinq ans d'exercice de la profession.

Dr D.

Réponse

Pour l'électrothérapie, vous n'aviez qu'à en donner « avis préalable » au tiers-payant (art. 7). Vous n'avez donc pas à vous mettre d'accord avec le médecin de celui-ci. Cet accord préalable n'existe que pour « l'exploration radiologique et l'électro-diagnostic » (art. 27. observ.), ce qui n'est pas votre cas puisqu'il s'agit bien d'électro-... mais « -thérapie » et non « -diagnostic ».

Dr F. Decourt.

9.362. — Cumul ou non-cumul

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir la tarification à appliquer au point de vue accident de travail dans les cas suivants :

1° Consultation avec un pansement et une injection antitétanique en une seule fois ?

2° Consultation avec un pansement, une injection antitétanique et l'ablation d'un écharde pour un seul accident ?

Dr C.

Réponse

1° On ne peut compter que le prix de l'injection antitétanique qui comprend la visite ou consultation. Autrement ce serait le cumul interdit par l'art. 13 ;

2° Consultation avec pansement : consultation simple. Donc même réponse que ci-dessus ;

3° Ablation de corps étranger superficiel plus injection hypodermique se comptent 20 + 20 = 40 francs puisqu'il y a là deux interventions médicales pour lesquelles « chaque acte est tarifé à part » (art. 14).

Dr F. DECOURT.

9.631. — Ne pas confondre certificat de consolidation portant sur la date de celle-ci avec une expertise concernant le prix de l'incapacité permanente partielle

J'ai donné mes soins ces temps derniers à un blessé, accidenté du travail : fracture du calcanéum.

Après consolidation, j'avais délivré un certificat sans estimer le degré d'invalidité permanente, la Compagnie d'assurances m'a demandé de rédiger, par la suite, un certificat indiquant le degré d'invalidité permanente.

Sur ma note d'honoraires, j'ai inscrit :

Certificat d'expertise constatant le degré d'incapacité permanente provisoire (accident de moyenne importance) : 50 francs.

Ce chiffre est contesté par la Compagnie (Compagnie pourtant sérieuse) et ramené à 15 francs.

J'ai préféré attendre votre avis, pour accepter la somme proposée par la Compagnie d'assurances.

Comme médecin traitant, mais requis par la Compagnie, ai-je le droit de tarifer la somme de 50 francs ?

Inscrit au Sou Médical, lecteur du *Concours Médical*, lui toujours dévoué, jeune praticien je ne suis pas encore très au courant de toutes ces choses administratives, m'excuse de vous importuner et vous en remercie bien vivement à l'avance

Dr J.

Réponse

Si vous avez la lettre de la Compagnie vous demandant de rédiger un certificat indiquant le quantum de l'incapacité permanente partielle, ce n'est pas un certificat à 15 francs qu'elle vous a demandé, mais une véritable expertise et le chiffre de 50 francs demandé par vous doit être conservé. Ceci n'est plus du ressort du Tarif accident du travail de responsabilité patronale. La Compagnie vous a demandé, elle-même, une expertise : c'est à elle d'accepter loyalement les honoraires « si normaux » que vous lui demandez, au sujet du travail qu'elle vous a prié d'effectuer « à son service » et dans son intérêt.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

9.887. — Libération des obligations militaires des pères [de six enfants

Père de six enfants, médecin lieutenant de réserve, j'ai demandé à être libéré de toute obligation militaire.

Or, depuis juin où j'ai donné ma réponse au Service de santé, je n'ai reçu aucune notification.

Dois-je écrire à nouveau à mon Directeur ?

En cas de mobilisation, suis-je toujours obligé de répondre à mon « ordre » ?

Réponse

L'art. 58 de la loi du 31 mars 1928 (recrutement de l'armée) prescrit que les pères de six enfants sont libérés de toutes obligations militaires dès la naissance de leur sixième enfant. Pour les officiers, il faut probablement la signature d'un décret. Mais depuis le mois de juin... c'est un peu long.

Peut-être y a-t-il eu un oubli. Réclamez donc à votre Directeur du Service de santé, en invoquant l'article précédent de la loi, car, en principe, tant que vous n'aurez pas reçu notification du décret, vous devez répondre à tout appel militaire.

9.930. — Nomination au grade de médecin sous-lieutenant

Je viens d'être incorporé comme médecin auxiliaire (ayant obtenu le brevet de P. M. S.), le 19 octobre dernier.

J'ai ma thèse de puis le 5 mai 1936 :

1° Dois-je faire une demande pour passer sous-lieutenant au bout de cinq ou six mois de service et à quelle date dois-je faire cette demande ? A qui, dois-je l'adresser ?

2° J'ai entendu dire que je pouvais dès cette année m'inscrire à l'Ecole de Perfectionnement des officiers de réserve en vue d'obtenir la carte de surclassement à la fin de mon service. Est-ce exact et à qui dois-je m'adresser ?

Dr R.

Réponse

1° Inutile de faire une demande spéciale ; votre chef de service, puis votre Directeur du Service de santé doivent, en temps opportun, vous proposer pour le grade de sous-lieutenant durant vos derniers mois de service. Tout au plus pourrez-vous rappeler votre légitime désir à votre chef de service vers le 1er janvier ;

2° Il résulte d'une Circulaire ministérielle de 1929, qu'obligatoirement vous êtes inscrit au cours de perfectionnement dès votre nomination au grade de médecin sous-lieutenant et si,

au moment de votre libération, vous avez assisté à un minimum de six séances, vous obtiendrez la carte de surclassement, mais à deux conditions :

a) Celle de vous engager à suivre assidûment les cours de perfectionnement dans l'année qui suivra votre libération ;

b) Celle d'avoir tenu cette promesse d'assiduité au 1er février, faute de quoi la carte de surclassement vous serait retirée.

Quand vous serez promu, et affecté à un autre service, il vous appartiendra de rappeler à votre nouveau chef qu'il doit vous inscrire aussitôt à l'Ecole de perfectionnement.

9.882. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Classe 1927. Libéré du service en octobre 1935. Nommé sous-lieutenant en septembre 1935 avec rang en 1932. J'ai été appelé au mois d'octobre 1936 à faire une période de huit jours au camp de C.......

Je désirerais savoir à quelle date je pourrai avoir mon second galon, si je dois faire une demande, et vers quelle date je peux penser faire une période et de quelle durée.

Dr L.

Réponse

Un médecin lieutenant est proposable pour le grade supérieur s'il a quatre ans de grade, et s'il a effectué (en qualité de médecin lieutenant), deux périodes d'instruction, l'une de sept jours, l'autre de vingt-cinq jours.

D'autre part, à moins d'une impossibilité absolue de suivre les cours de perfectionnement, les intéressés devront faire preuve d'une année d'assiduité à ces cours.

Enfin, cette année, le ministre a fixé pour les médecins lieutenants candidats une ancienneté minima du 31 décembre 1929 et comme millésime de naissance l'année 1902 ou années antérieures.

ACCIDENTS

9.786. — Prescription en matière d'honoraires accidents

Je donne mes soins depuis le 2 décembre 1935, à un jeune homme, 14 ou 15 ans, qui aurait été blessé sur le travail (maçon), le 30 novembre 1935. Il s'agissait d'une entorse tarso-métatarsienne du pied droit.

Mais très rapidement, la chose s'est compliquée : décalcification, puis abcès froids. Traitement par immobilisation et bains de soleil, après plusieurs consultations chirurgicales.

La Compagnie d'assurances avisée en son temps de l'évolution du traumatisme.

Actuellement, la Compagnie ne veut plus payer les demi-journées à l'accidenté. Elle nie l'accident qui n'a pas eu de témoins, mais elle a payé en une ou plusieurs fois 500 francs ou davantage d'acompte.

Bref, procès.

Quant à moi, médecin traitant, je n'ai jamais reçu de la Compagnie d'honoraires. Je ne lui ai d'ailleurs jamais adressé ma note, attendant une solution. Elle ne m'a jamais accusé réception de mes notes concernant l'état du blessé.

Veuillez me dire si les délais de prescription courent, accident datant de bientôt une année. Si oui, à qui dois-je m'adresser pour les interrompre ? A la Compagnie ou à l'employeur.

Notez que le blessé est le petit-fils de l'employeur auprès duquel il demeure avec son père et sa mère.

Je serais heureux d'avoir une réponse rapide. Bien entendu, je tiens à votre disposition des précisions et des détails, s'il y avait lieu de pousser l'affaire à fond.

Dr J.

Réponse

Tant qu'il n'aura pas été statué sur l'action introduite par votre client contre son employeur pour établir qu'il a bien été victime d'un accident du travail, vous ne posséderez de votre côté aucune action contre cet employeur en paiement de vos honoraires.

Cependant, pour ne pas laisser atteindre votre créance par la prescription, il conviendrait dès à présent de citer en payement le chef d'entreprise responsable devant le Juge de Paix du canton où l'accident s'est produit, seul compétent.

Une fois l'action introduite, vous pourriez demander au Juge de Paix de surseoir à statuer jusqu'à ce qu'une solution définitive soit intervenue sur la demande du blessé. En agissant ainsi vous éviteriez que la prescription puisse un jour vous être opposée.

D'autre part, si la Compagnie d'assurance en cause a son siège à Paris, nous pourrions faire faire une démarche auprès d'elle en vue d'obtenir qu'elle s'engage dès à présent à vous régler vos honoraires pour le cas où l'accident du travail serait reconnu.

Mais si, par la suite, il est jugé que votre client n'a pas été victime d'un accident du travail, votre action contre le patron tombera et vous n'aurez de recours que contre votre client seul, conformément au droit commun.

Cinquante-huitième année — N° 50 — 13 Décembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Faculté de Médecine de Paris

Reportage professionnel

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

Renseignements

Changements d'Adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande.)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

No 327. — Dr 26 ans, nomb. remplac., cherche emploi médical ou remplacem. avec ou sans success. préfér. Sud-Est, Algérie, et pro-pharmac. si possible. Dr Dumetz, 11 rue Rouget-de-l'Isle, Nice.

No 328. — Méd. 30 ans méd. génér., libre, cherche situation modeste dans clinique méd. génér. ou accid. trav.

No 329. — Aude. Cause chauff. centr. A vendre : 1o une chaufferette Godin ; 2o un poële phare ; 3o une cheminée fonte ; 4o un chauffe-bain ancien, au charbon, en cuivre. Désire acheter chargeur accus auto, donner détails et prix.

No 330. — Doct. Fac. Paris, hab. Paris, au courant dermatol., vénéréolog., pédiatrie, aiderait confr. surchargé. Ferait des remplacem.

No 331. — Jne doct. bien au cour. clientèle, 2 ans de remplacem. permis cond., cherche remplacem. toutes durée et région. Aiderait confr. surchargé. Dr Feller, 54, av. des Gobelins, Paris.

No 332. — Doct. actif, sérieux, célibat., 10 ans pratiq. méd. génér. intensive, meilleures référ., désirant se spécialiser cherche collabor. ou associat. spécialiste. Envisager. cession avenir plus ou moins éloigné. Paris, Amiens, Lille.

No 333. — Médecin grande habitude remplacements, assisterait ou remplacerait médecin surchargé. Permis de conduire. Toutes régions, toutes durées. Prétentions modérés.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet Breitel & Goret,
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Proche banlieue. — Très important cabinet, à reprendre d'urgence, après-décès. Belle villa. Prix : 100.000 francs dont 1/2 cpt.

Paris. — Quartier agréable, client. facile. A céder : 20.000 francs, appart. 5 p.

Banlieue proche. — Cabinet d'Y.-O.-R.-L. (3 après-midis par semaine) rapport intéressant, appart. profes. confort., loyer 3.000 (charges compr.) Prix : 40.000, dont comptant à débattre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — La séance annuelle de l'Académie de médecine au cours de laquelle ont été proclamés, par M. Hartmann, président, les prix et récompenses décernés en 1936, a eu lieu le 8 décembre.

M. Brouardel, secrétaire annuel, a présenté un rapport sur ces prix et M. Rist a prononcé l'éloge d'Hérard.

— **Société française d'hématologie.** — La séance solennelle annuelle de la Société française d'hématologie a eu lieu le mercredi 9 décembre 1936 à 10 heures, à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié.

— **Faculté de médecine de Bruxelles.** — M. le Professeur Leriche, de Strasbourg, fera, à la Faculté de médecine de Bruxelles les 14, 15 et 17 décembre, trois conférences intitulées :

La première : *Les enseignements et les réalisations des injections intratissulaires et intraveineuses de novocaïne.*

La deuxième : *Les réactivations d'organes glandulaires.*

La troisième : *Les aspects nouveaux de la maladie postopératoire et sa prévention.*

— **Faculté de médecine de Nancy.** *Diplôme d'hygiène* — L'enseignement spécial en vue du diplôme d'hygiène, destiné aux docteurs et étudiants en médecine en fin de scolarité, commencera le 12 janvier 1937. Le registre d'inscription sera ouvert à partir du 15 décembre au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'Institut d'Hygiène, 40, rue Lionnois, à Nancy.

— **Hommage au Professeur Gosset.** — L'épée d'honneur, offerte au Professeur Gosset par ses élèves et ses amis à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences, lui a été remise le 28 novembre à l'hôpital de la Salpêtrière.

Prirent tour à tour la parole au cours de cette cérémonie : le Prof. agrégé Petit-Dutaillis, au nom des élèves français du professeur Gosset ; le Prof. Daniel, de Bucarest, au nom des élèves étrangers ; le Prof. Roussy, Doyen de la Faculté de médecine ; le médecin général inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de chirurgie ; le Docteur Jean Berger, pour les chirurgiens des hôpitaux ; le Docteur Crouzon, pour les médecins de la Salpêtrière ; le Prof. Cunéo, le Prof. Leclainche ; le Docteur Calmels, M. de Fontenay, conseillers municipaux ; le Docteur

Mourier, directeur de l'Assistance publique; enfin, le Professeur Gosset, qui remercia en termes émus les précédents orateurs, ses élèves et ses amis.

— Conférence médicale de l'Hôtel Chambon. — La prochaine conférence sera donnée le mercredi 16 décembre, à 21 heures, dans la grande salle des conférences de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi.

Elle sera présidée par M. le Professeur Germain, directeur du Muséum national d'histoire naturelle, et sera faite par le Docteur J. Tissot; professeur de physiologie générale au Muséum national d'histoire naturelle ; elle a pour titre : La tuberculose est autogène, et le bacille de Koch formé par les tissus du malade.

— Ecole de médecine de Tours. — L'inauguration des nouveaux laboratoires aura lieu le dimanche 13 décembre, à 11 heures, à l'Ecole de médecine, boulevard Tonnelé, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale.

— Fédération de la Presse médicale latine. — Le Comité pemanent de la Fédération de la Presse médicale latine, réuni en séance extraordinaire le 28 novembre 1936, après avoir pris connaissance de l'appel de ses collègues espagnols :

Très ému des difficultés apportées jusqu'à ces derniers jours à l'expédition et à la diffusion à l'étranger de certains périodiques espagnols, purement scientifiques pourtant ;

Est heureux de constater que, dans un souci d'impartialité attendu, le Gouvernement français vient de prendre les mesures nécessaires pour faciliter cette diffusion en accélérant les envois ;

Espère que seront ainsi sauvegardés les échanges indispensables au progrès de la science médicale tant en France qu'en Espagne et que seront maintenues et renforcées les relations si amicales qui n'ont cessé d'exister entre les médecins des deux nations latines;

Et saisit cette occasion de renouveler à ses collègues espagnols, si atrocement éprouvés, l'expression de la sympathie profonde que la Fédération avait déjà formulée à Venise, au cours du 4e Congrès de la Presse médicale latine.

Pour le Comité, le Secrétaire général :
Dr L.-M. PIERRA.

— Hôpitaux de Reims. — A la suite d'un récent concours, le Docteur Pierre HECQUET a été nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Reims.

— Hôpitaux de Lille. *Internat et externat.* — Les concours d'internat des hôpitaux de Lille et des hôpitaux des Facultés catholiques ont eu lieu simultanément. En voici le résultat :

Internat des hôpitaux de Lille. — MM. Dehouck et Lagarde, internes titulaires ; M. Rogez, externe en premier. Classés à la suite : MM. Sorrant, Alexandre, Coustenoble.

Internat des hôpitaux des Facultés catholiques. — MM. Dehouck, Lagarde, Rogez et Sorrant, internes titulaires.

MM. Dehouck et Lagarde ayant opté pour les hôpitaux de Lille, MM. Rogez et Sorrant ont été affectés, conformément au règlement, à l'hôpital Saint-Philibert.

Concours d'externat. — Ont été nommés :

Externes des hôpitaux de Lille : MM. Parisis, Protin, Bradier, Boudailliez, Rémond, Desoutter, J. Delaoutre, Nolf.

Externes des hôpitaux des Facultés catholiques : MM. Parisis, Bradier, Nolf, Rémond, Protin, P. Delaoutre, Tréca, Dutilheul.

Classés à la suite : MM. Bernard, Blanc, Guennic.

— **Sanatoriums Calmette à Villiers-sur-Marne (Aisne) et Emile Roux, à Arnières près d'Evreux (Eure).** — Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert en vue d'établir une liste d'aptitude, pour deux médecins, aux fonctions de médecin des sanatoriums de la Renaissance sanitaire, valable pour l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs, auquel s'ajoute le bénéfice des avantages suivants : participation de 5 % à l'assurance-vieillesse, indemnité de charges de famille, logement, éclairage, chauffage et blanchissage pour le médecin et sa famille, possibilité de se procurer les vivres au prix d'achat de l'établissement.

Les candidats doivent et âgés de moins de 40 ans au 1er janvier 1937, et de nationalité française.

Les demandes sont reçues jusqu'au 31 décembre. Adresser la correspondance à M. le médecin-inspecteur des établissements de la Renaissance, 23, rue du Renard, Paris.

— **Le groupe de défeuse de la médecine libre** nous prie d'annoncer qu'il tiendra saon Assemblée générale le vendredi 17 décembre 1936, à 11 heures, à la Taverne Saint-Jacques, 84, boulevard Saint-Germain (métro Cluny). Tous les médecins adhérant au groupe ou sympathisants sont cordialement invités. Le présent avis tient lieu de convocation.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Edouard Goursat, membre de l'Institut, professeur honoraire à la Faculté des sciences de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, décédé le 25 novembre 1936 à Paris, dans sa 79e année.

Il était le père et le beau-père de Madame et du Docteur Georges Pasquet, à qui nous adressons l'expression de nos sincères condoléances.

— **Avis syndical.** — Les confrères sollicités à accepter un poste à Reims, au Dispensaire de la Mutualité, ont intérêt à prendre tous renseignements près du Syndicat : Président : Docteur Landry, place de l'Hôtel-de-Ville.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 NOVEMBRE

Service de santé militaire

Par décret du 19 novembre 1936 sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, à compter du jour de l'acceptation de la démission de leur grade, les officiers de réserve démissionnaires ci-après désignés qui, par décision de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

(Rang du 22 nov. 1930) Dauphin, ex-lieut. de rés. d'art., du c. m. art. 26, aff. rég. de Paris ; (rang du 17 mars 1933) Grouzelle, ex-lieut. de rés. d'art., du c. m. art. 1, aff. 1re rég. ; (rang du 11 mai 1933) Lamy, ex-lieut. de rés. d'art., du c. m. art. 61, aff. rég. de Paris (rang du 1er sept. 1933) Lagache, ex-sous-lieut. de rés. d'inf., du c. m. inf. 71, aff. rég. de Paris ; Soulas, ex-lieut. de rés. d'inf., du c. m. inf. 212, aff. rég. de Paris ; (rang du 8 sept. 1933) Mathieu, ex-lieut. de rés. d'art., au 64e rég. art. Afr., aff. tr. du Maroc ; (rang du 1er sept. 1934) Jean, ex-lieut. de rés. d'inf., du c. m. inf. 61, aff. rég. de Paris.

Assurances sociales

Avis de concours pour le recrutement d'un médecin contrôleur adjoint des Assurances sociales au ministère.

Il est ouvert un concours sur titres pour un emploi de contrôleur adjoint des Assurances sociales au ministère du Travail (les femmes ne sont pas admises à prendre part à ce concours).

Pour être admis à concourir, les candidats doivent satisfaire aux conditions ci-après :

1° Posséder la qualité de Français et être âgés de moins de quarante ans au 1er janvier 1937 ;

2° Etre titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et compter au minimum dix années de pratique médicale ;

3° Prendre l'engagement, en cas de nomination, d'effectuer, avant leur installation, un stage non rémunéré d'un mois, en vue de permettre leur mise au courant par leur prédécesseur ;

4° Prendre l'engagement de ne pas faire de clientèle ;

5° Envoyer leur demande d'admission au concours au ministère du Travail (bureau du personnel central et extérieur, 4e section, 127, rue de Grenelle, Paris (7e), avant le 1er janvier 1937.

Les candidats devront joindre à l'appui de leur demande d'admission au concours, établie sur papier timbré, les pièces suivantes :

Une expédition authentique de leur acte de naissance sur papier timbré et, le cas échéant, un certificat de nationalité ;

Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

Un état signalétique et des services militaires délivré par l'autorité militaire ;

Une note signée d'eux faisant connaître leurs antécédents, les études auxquelles il se sont livrés et tous renseignements afférents aux dix années de pratique médicale imposées aux candidats ;

Les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des fonctions antérieures ;

Le cas échéant, un certificat des services accomplis dans les Administrations de l'Etat, des départements, des communes ou des collectivités publiques ;

6° Produire un certificat médical délivré par un médecin assermenté de l'Administration constatant qu'ils sont physiquement aptes au service du contrôle.

En outre, le candidat reçu ne pourra être admis dans l'Administration que sur la production d'un certificat délivré, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 25 février 1930, par un médecin phtisiologue assermenté de l'Administration constatant qu'il est indemne de toute affection tuberculeuse.

25 NOVEMBRE

Hygiène et Assistance publiques

Circulaire du 24 novembre 1936 concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance sociales

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

Hygiène publique

Avis de concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène de la Charente-Inférieure.

Il sera ouvert à Paris, au ministère de la santé publique, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental des Services d'hygiène de la Charente-Inférieure.

Les candidats à cet emploi devront être Français et s'ils sont naturalisés satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine; ils devront être âgés de moins de quarante-cinq ans et avoir satisfait à la loi militaire ; ils devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et avoir exercé la médecine pendant au moins deux ans.

Un droit de priorité sera réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé pendant deux ans au moins des fonctions d'hygiéniste, ainsi qu'aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français.

Les demandes, rédigées sur timbres, devront être envoyées, avant le 15 décembre 1936, au Préfet de la Charente-Inférieure, à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Le traitement de début est fixé à 40.000 francs et

sera porté à 43.000 francs après une année de stage ; il peut atteindre 55.000 francs en cinq classes.

Il s'y ajoute les indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires de l'Etat.

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, par suite du départ de M. le Docteur Baruk.

27 NOVEMBRE

Le poste de médecin-chef directeur de l'asile départemental d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Pélissier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Cumul des fonctions de membre de la Commission administrative et de médecin d'un hôpital

3.773. — M. Cabart-Danneville, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique, si un docteur en médecine, maire et président de droit de la Commission administrative d'un hôpital, a le droit de toucher un traitement de médecin adjoint de cet hôpital. (*Question du 29 juillet 1736.*)

Réponse. — Réponse affirmative. Un décret-loi du 30 octobre 1935 avait interdit le cumul entre les fonctions de membre de la Commission administrative d'un établissement public hospitalier et de médecin-chef, médecin ou chirurgien de cet établissement. Toutefois, en raison des difficultés d'application de ce texte, la Circulaire du 7 février 1936, a stipulé qu'il serait sursis à sa mise en vigueur jusqu'au moment où le Parlement aurait statué sur les propositions de modifications qui vont lui être soumises.

(*Journal officiel*, 7 nov. 1936).

Durée des prestations de l'assurance-maladie

1.046. — M. André Cointreau demande à M. le ministre du Travail : 1° quel est le point de départ à prendre par une Caisse d'assurances, pour un assuré malade du 2 avril au 4 août, d'une affection épidémique, et qui, le 6 septembre, est victime d'un accident ; 2° si l'on devra prendre alors la date du 2 avril comme début de la période de six mois pour l'accident dont est victime l'assuré le 6 septembre, et ajoute que le paragraphe 13 de l'article 6 du décret-loi du 28 octobre 1935 semble indiquer qu'il faut au moins deux mois d'interruption de prestations, même

pour une nouvelle maladie pour que l'assuré bénéficie d'un nouveau délai de six mois. (*Question du 1er octobre* 1936.)

Réponse. — Pour chaque maladie ou chaque accident distinct d'une maladie ou d'un accident précédemment indemnisé ou en cours d'indemnisation, les prestations sont dues pendant un délai de six mois dont le point de départ est la première constatation de la maladie ou de l'accident. Ainsi, dans l'exemple cité par l'honorable parlementaire, les prestations seront dues, pour l'accident et ses suites, pendant un délai de six mois à compter du 6 septembre, si l'assuré a rempli les conditions légales de versements au cours des trimestres civils de référence précédant celui où l'accident s'est produit.

(*J. O.*, 6 novembre 1936.)

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Admissions

Au cours de sa réunion du 17 novembre 1936, le Conseil a prononcé l'admission de MM. les Docteurs :

12.191 Billant, Saint-Malo (I.-et-V.). Syndicat des méd. de l'arr. de Saint-Malo.
12.192 Brunet, 107, rue de l'Université, Paris (VIIe). Parrains : Docteurs Porcher et Dalsace.
12.193 Chassy, Arles (B.-du-R.). Synd. des méd. d'Arles.
12.194 Deschamps, Dun-le-Palleteau (Creuse). Parrains : Docteurs Marlaud et Faury.
12.195 Dubois, Mouliherne (M.-et-L.). Synd. méd. de l'arrond. de Baugé.
12.196 Girou, 77, rue Judaïque, Bordeaux (Gironde). Synd. méd. de Bordeaux.
12.197 Maleyrie, 40, av. du Parc de Montsouris, Paris (XIVe). As. ext. et anc. ext. des hôp. de Paris.
12.198 Mano, Beliet (Gironde). Parrains : Docteurs Loubic et Sedeilhan.
12.199 Pont, Autun (S.-et-L.). Synd. méd. de l'arr. d'Autun.
12.200 Colletas, Creil (Oise). Ass. des ext. et anc. ext. des hôp. de Paris.
12.201 Stefani, Avignon (Vaucluse). Synd. méd. d'Avignon.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours de la présente publication (art. 5 des statuts).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

9.905. — Ondes courtes

A quel tarif faut-il compter les séances d'ondes courtes en matière d'accident du travail.

La Compagnie d'assurances propose 25 francs. Or, il ne s'agit pas de diathermie ordinaire mais d'un traitement spécial, non prévu par le tarif officiel, exigeant l'emploi d'appareils nouveaux et pour lequel le prix de 25 francs me semble nettement insuffisant.

Dr F.

Réponse

J'ai consulté, au sujet de votre demande, le secrétaire du Syndicat des électro et radiologistes français, dont j'ai reçu la réponse suivante :

« Les ondes courtes ne sont qu'une variélé de d'Arsonvalisation inventée depuis la publication du barème de 1933. C'est pourquoi ce barème devrait être mis à jour étant donnés les progrès incessants de l'appareillage d'électro-radiologie. Il serait bon de le réviser en beaucoup de points pour l'adapter aux nouveaux actes de la pratique actuelle. Légalement, il me paraît difficile de demander plus de 25 francs par séance. En fait, il est bien certain que pas un électro-radiologiste ne demande aussi peu étant donné que les appareils de d'Arsonvalisation à ondes courtes sont plus coûteux que les appareils à ondes longues à éclateur, mais sensiblement du même prix quand il s'agit d'appareils à lampes électroniques. »

Dans les modifications soumises il y a plus d'un an à la Confédération pour la mise à jour du barème des Assurances sociales, nous avons demandé pour la diathermie à ondes courtes K4 pour une application localisée (abdomen, membres, tête) et K8 pour l'application généralisée dans le but de produire la fièvre artificielle (électropyrexie).

Dr F. DECOURT.

9.510. — Cautérisations multiples de la cornée

Je soigne actuellement un accidenté du travail qui présente un ulcère grave de la cornée avec hypopion, à marche envahissante. Quatre cautérisations ignées ont été nécessaires pour arrêter le mal.

Dois-je compter à la Compagnie une seule ou plusieurs cautérisations ?

Le tarif est fixé à 120 francs. Dr B.

Voir la suite page LV-3597

PROPOS DU JOUR

AU SUJET DE LA CRISE MÉDICALE

L'opinion d'un jeune médecin parisien

Dire que la crise de la médecine qui s'aggrave de plus en plus à Paris et dans les grandes villes, surtout chez les chirurgiens et les spécialistes, préoccupe nos confrères de tous les milieux et de tous les âges, est devenu un truisme. Chacun selon sa situation, son âge, son éducation, le milieu où il vit, les gens qu'il fréquente et nous ajouterons ses opinions politiques, propose un remède différent. Ces remèdes, tous parfaits en théorie (ou paraissant l'être) sont pratiquement d'une application singulièrement difficile. Certains n'envisagent que l'intérêt d'un groupe de médecins et ne sauraient convenir à tous. D'autres ne considèrent que l'intérêt du Corps médical et négligent l'intérêt public qui compte bien cependant pour quelque chose, car, quoiqu'en pensent quelques-uns, les médecins sont faits pour les malades et non les malades pour les médecins.

Nous nous sommes toujours efforcés ici de concilier l'intérêt des malades et de la Société avec celui du Corps médical, tâche qu'ont entreprise nos syndicats et que nous croyons toujours de réalisation possible.

Parmi les lettres que nous avons reçues à ce sujet, nous en publierons une qui ne reflète certes pas notre pensée, mais elle dépeint avec netteté la situation telle qu'elle est et propose avec courage une solution qui n'est sans doute pas celle que désire la majorité de nos confrères, mais qui, si nous en croyons notre correspondant, serait celle de jeunes praticiens de plus en plus nombreux.

Cette lettre émane d'un médecin qui exerce à Paris dans un arrondissement de la rive droite, dans un quartier qui n'est pas très fortuné.

Comme il a passé sa thèse en 1932, il peut être classé parmi les jeunes. Nous lui avons demandé l'autorisation de publier sa lettre. Il nous l'a donnée volontiers et a consenti même à ce que nous donnions son nom. Ce n'est donc pas une lettre anonyme, mais nous préférons ne pas indiquer le nom de l'auteur, car nous prévoyons que la solution qu'il donne provoquera de nombreuses et véhémentes protestations que nous désirons lui épargner.

Voici d'ailleurs le texte de cette lettre :

Paris, le 16 novembre 1936.

Mon cher confrère.

A propos de votre dernier article du *Concours Médical* (15-11-1936) de tous ceux que j'ai pu lire dans ce journal et ailleurs, je voudrais, si vous le permettez, vous soumettre quelques réflexions que j'ai faites sur ce sujet qui me tient à cœur parce qu'il me donne de grandes inquiétudes.

Premièrement, il y a un malentendu entre les jeunes, les vieux et les médecins dans la force de l'âge. Les jeunes meurent de faim (littéralement); les vieux ne peuvent envisager de se retirer, ni de changer le régime de leur profession ; les troisièmes, quoiqu'ils disent, se défendent encore assez bien contre la raréfaction de la clientèle et somme toute, assez humainement, désirent « voir » avant de souhaiter que ça change.

Il résulte de cet état d'esprit (que j'ai pu constater par les diverses interventions dans les réunions syndicales, vitupérations contre les jeunes à l'affût de petites situations semi officielles etc...) que j'ai acquis la certitude suivante : *C'est une erreur absolue de croire que les médecins se sauveront eux-mêmes.* Et par conséquent il faut bien en venir à souhaiter que l'Etat intervienne pour nous secourir.

Or sur cette question tout le monde semble d'accord pour se dépêcher de ne plus l'être dès qu'il s'agit de fixer quels moyens il convient de choisir pour ce sauvetage.

Nous voulons bien que l'Etat s'occupe de nous mais qu'il le fasse d'une façon absolument désintéressée et sans tenir compte ni de son intérêt ni de celui de la collectivité. Cela est impossible, inhumain et assez inintelligent.

Voyons quelques solutions proposées. Le *Concours Médical* s'est fait l'écho (moins tapageur et plus discret) d'une campagne assez curieuse contre les

◆◆

dispensaires et hôpitaux sous la formule : l'hôpital aux indigents et nécessiteux. J'avoue que cette formule me semble être avant tout une hypocrisie (1) et un instrument démagogique... à rebours, car, enfin, qu'est-ce qu'un indigent ou un nécessiteux et qui peut soutenir aujourd'hui les frais d'une opération grave ou d'une longue maladie ? Outre que cette façon de traquer le malade, de l'obliger a exposer sa misère, de justifier son droit à l'hôpital, de solliciter l'infamante carte d'indigence (oseriez-vous la solliciter cette carte si vous étiez malade ?) me semble peu digne d'une profession qui devrait n'avoir d'autre souci que de soigner des maladies et de soulager des malades. Je doute que cette mesure soit bien efficace, car la récupération forcée qu'elle permettrait serait infiniment insuffisante pour nous sauver et ne servirait qu'à nous discréditer complètement auprès du public.

Une meilleure répartition des médecins ? L'obligation pour les jeunes de s'installer en province ou aux colonies. Votre article du *Concours Médical* fait justice de cette illusion. Alors ?

L'Etat, l'Etat !

Oui mais ce que les médecins semblent vouloir ignorer, c'est que *le* politique (je ne dis pas *la* politique) prime tout depuis quelques années et qu'on ne peut pas demander à un Etat aux tendances socialisantes d'accepter une organisation fasciste de la médecine. Il faut dire et écrire cela sous peine d'aller à de grosses déconvenues. Que notre régime plaise ou déplaise aux médecins, peu importe ; il est — et tel qu'il est — ce ne sont pas les médecins hommes doux et dans l'ensemble peu révolutionnaires qui le renverseront.

La fonctionnarisation est-elle donc si redoutable ? Je ne le crois pas. La liberté, la liberté ! Et sommes-nous donc tellement libres que cela aujourd'hui ? Dépendant de tout et de tous, dérangés le jour, dérangés la nuit, n'ayant parfois rien à faire pendant plusieurs heures, voyons, je fais appel à tous les confrères sans leur donner de précisions; ils me comprendront ; ils savent à quelles compromissions, à quelles capitulations peu glorieuses nous sommes soumis. Ils savent ce que nous sommes obligés de faire pour conserver un client et ce qu'est cette lutte sournoise de médecin à médecin. Je n'insiste pas parce que ce n'est pas en disant des vérités désagréables qu'on enlève la conviction.

Fonctionnaires, serions-nous en si mauvaise compagnie ? Avec des maréchaux, avec de grands savants, avec le président de la Cour de cassation, que nous blesserions, je pense, si nous leur disions qu'ils sont des esclaves... avec pas mal de médecins aussi, militaires et civils, qui ne s'accommodent pas trop mal de leur servitude et qui me semblent travailler avec une certaine indépendance d'esprit.

Je crois d'ailleurs qu'une solution serait possible : la création d'un corps de médecins civils fonctionnaires auquel les médecins actuellement exerçant auraient la faculté d'adhérer ou non, la fonctionnarisation ne devenant obligatoire que pour les étudiants en médecine des années prochaines.

Cela équivaudrait, direz-vous, à la suppression de la médecine « libre » ? Bien certainement, mais ainsi des susceptibilités seraient sauves. Ceux qui croiraient pouvoir continuer à exercer individuellement auraient la faculté de le faire et le nouveau régime s'installerait doucement, sans trop de mécontentement, avec ménagements.

Et maintenant, voulez-vous mon opinion ? A cette fonctionnarisation « facultative » on aurait la surprise de voir adhérer une énorme majorité de médecins, et parmi ceux-ci nous serions sans doute bien surpris de retrouver une part de ceux qui criaient si fort à la liberté violée.

Voilà, mon cher confrère, ce que je pense de cette question. J'en pense encore beaucoup d'autres choses que je ne veux pas exposer pour ne pas vous fatiguer et je vous prie d'agréer mes sentiments très cordiaux et mes excuses pour le temps que je vous fais perdre.

Dr M.

(1) Beaucoup de ceux qui défendent avec passion cette formule collaborent plus ou moins bénévolement à des hôpitaux libres, des cliniques ou des dispensaires gratuits ou semi-gratuits qui ne reçoivent pas exclusivement des indigents. J. N.

Nous livrons l'opinion du Dr M. aux méditations de nos confrères. Elle montre qu'une évolution se fait dans l'esprit des jeunes générations et que beaucoup finissent par nous opposer l'adage.

Primo vivere, deinde philosophare.

Il y a plus de trente ans que nous appelons l'attention de nos confrères sur la nécessité de s'unir, de s'associer, de coopérer à une organisation nouvelle du Corps médical. Ils ont préféré, ils préfèrent encore se livrer à de vaines manifestations sans portée et sans résultats, à se jalouser, à amoindrir l'autorité et la faible puissance de notre syndicalisme en y mêlant de mesquines rancunes personnelles. De sorte que les confrères qui voient les choses plus objectivement comme notre correspondant finissent par conclure :

C'est une erreur absolue de croire que les médecins se sauveront eux-mêmes. Nous nous sommes longtemps laissés et nous nous laissons encore, peut-être, bercer par cette illusion.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures de la rotule

M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

Au cours de ces derniers mois, vous m'avez vu intervenir chez trois sujets, deux hommes et une femme, atteints tous les trois de la même lésion, une fracture de la rotule. Le moment me paraît donc tout à fait bien choisi pour reprendre avec vous l'étude de cette affection, qu'il vous importe de bien connaître, car vous la rencontrerez certainement à de multiples reprises au cours de votre carrière. Mais, comme il me paraît complètement inutile de vous rapporter tout au long les trois observations de nos malades, qui sont à peu près identiques, je me bornerai à vous en relater une seule, la plus démonstrative, en vous signalant d'ailleurs au cours de cette leçon les quelques points qui les font différer.

***

Il y a deux mois environ, entrait d'urgence un samedi matin le blessé qui a occupé pendant un certain temps, le nº 14 de la salle Saint-Pierre : il s'agissait d'un ouvrier tonnelier, âgé de 35 ans, de taille moyenne, de bonne constitution, assez bien musclé, qui, en travaillant les jambes à demi fléchies, voulut éviter une chute en arrière survenant à la suite d'un faux mouvement. Dans ce but, il essaya de se redresser brusquement, et ressentant alors une assez vive douleur dans le genou droit, tomba sur le sol. Après s'être relevé péniblement, il essaya à plusieurs reprises de faire quelques pas, mais ayant constaté que la marche lui était tout à fait impossible, il fut obligé d'appeler du secours. Des voisins se sont alors empressés de faire venir un médecin, qui, constatant l'existence d'une solution de continuité au niveau de la rotule droite, conseilla son envoi à l'Hôtel-Dieu, ce qui eut lieu sans perte de temps.

Dès que le blessé eut été déshabillé et couché dans le lit qu'il devait occuper, plusieurs d'entre vous ont immédiatement procédé devant moi à un examen, qui a été des plus faciles, car, l'accident ne datant que de deux heures environ, le genou ne présentait pas encore cette déformation globuleuse, qui ne tarde pas à se manifester après les traumatismes, et c'est ce qui vous a permis, en vous rendant un compte exact des lésions, de pouvoir confirmer le premier diagnostic posé.

En palpant donc ce genou, qui, à première inspection, ne présentait que peu de changements d'aspect, la rotule paraissant seulement allongée et aplatie, vous avez pu constater que la région occupée par cet os offrait vers sa partie médiane une dépression très nette, et que plaçant vos doigts dans cet enfoncement, vous sentiez à sa partie supérieure comme à sa partie inférieure la présence des bords de deux surfaces dures et résistantes, qui ne pouvaient être autre chose que des fragments osseux, distants l'un de l'autre, provenant de la rotule, et que, dans le fond de cette dépression, vous arriviez à toucher l'échancrure intercondylienne ainsi que les saillies latérales des condyles fémoraux.

L'intervalle qui séparait les deux fragments rotuliens l'un de l'autre mesurait environ deux centimètres et demi, et vous avez pu constater qu'il augmentait lorsque vous cherchiez à fléchir légèrement le genou, alors qu'il diminuait au contraire dans l'hyperextension du membre. Quant aux fragments osseux, s'il vous était très facile de les saisir entre les doigts et de les déplacer transversalement en sens inverse l'un de l'autre, vous ne parveniez pas à les faire mouvoir dans le sens vertical de façon à les amener au contact l'un de l'autre, afin de mettre en évidence la crépitation osseuse.

Mais, à défaut de ce symptôme si important d'ordinaire au point de vue du diagnostic, et qui ne présente pas ici la valeur qu'il acquiert dans les autres solutions de continuité osseuse, car on ne peut qu'exceptionnellement le mettre en évidence dans les fractures transversales de la rotule, les différentes constatations physiques qu'il vous a été permis de faire au cours de votre examen suffisaient amplement à votre conviction, qui ne pouvait qu'être renforcée encore par les divers symptômes fonctionnels présentés par le blessé.

En dehors d'une douleur assez vive et qui s'étendait plutôt diffusément sur tout le genou, notre sujet présentait une impotence fonctionnelle tout à fait caractéristique : couché il était, comme vous avez pu le constater vous-mêmes, dans l'impossibilité absolue de soulever son membre inférieur droit, et de détacher le talon du lit ; il pouvait bien fléchir la jambe sur la cuisse, mais il ne lui était pas permis de ramener la jambe fléchie dans l'extension. L'ayant fait mettre debout vous avez pu vous rendre également compte que la marche en avant ne pouvait pas non plus s'accomplir, car le blessé n'arrivait pas à lancer la jambe en avant, alors qu'il parvenait à exécuter quelques pas à reculon, mais en traînant le pied en arrière sur le sol et en maintenant fortement tendus, les muscles et les ligaments postérieurs, la jambe étant en quelque sorte en hyperextension passive sur la cuisse.

En présence des différents symptômes tant physiques que fonctionnels constatés, impotence particulière, diastasis interfragmentaire, mobilité anormale, le diagnostic ne pouvait être douteux : dans le cas présent, il s'imposait même avec une telle évidence que l'on ne pouvait penser à une autre lésion qu'à une fracture de la rotule siégeant au niveau de sa région moyenne et s'accompagnant vraisemblablement, vu le degré d'écartement des fragments osseux, d'une déchirure plus ou moins étendue des deux ailerons rotuliens.

Comme une pareille lésion nécessite toujours, ainsi que vous le verrez d'ailleurs dans un instant, un traitement opératoire, et qu'il importe de réunir à cet effet le maximum de conditions favorables, il convient par suite de ne pas intervenir de bonne heure en pleins phénomènes réactionnels, mais de savoir patienter quelques jours afin que l'hémarthrose, qui ne manque jamais, ait commencé à se résorber.

J'ai donc fait immobiliser le membre dans une gouttière convenablement capitonnée et j'ai attendu jusqu'à ce que le genou, dont l'aspect entre temps, s'était considérablement modifié, ait repris sa forme habituelle. Au bout d'une huitaine de jours, comme le blessé se portait aussi bien que possible, qu'il ne souffrait pas, que sa température et que son pouls ne dépassaient pas la normale, que les téguments commençaient à perdre leur teinte ecchymotique, que ses méplats rotuliens arrivaient à se dessiner et que les fragments osseux n'étaient plus totalement noyés dans une tuméfaction diffuse, tous symptômes qui m'indiquaient nettement que l'épanchement sanguin était en grande partie résorbé, j'ai pensé que le moment d'agir était venu et j'ai pratiqué le cerclage de la rotule, dont je vous exposerai la technique dans un moment.

Les suites opératoires ont été excellentes et comme après une quinzaine de jours d'immobilisation, notre sujet s'est soumis avec une docilité exemplaire à toutes les manœuvres de mobilisation qui lui ont été prescrites, le résultat final a été des plus satisfaisants, puisque son articulation a retrouvé son amplitude antérieure et que l'invalidité restante peut pratiquement être regardée comme nulle.

***

Les fractures de la rotule dont je viens de vous rapporter une observation des plus démonstratives, sont connues depuis la plus haute antiquité, puisque leur description fut faite par Seranus et Paul d'Egine. Elles s'observent beaucoup moins fréquemment que la situation superficielle de cet os, ainsi que l'importance de son rôle physiologique ne devraient le faire supposer : la raison en est à son ossification assez tardive, à sa grande résistance propre et à la position qu'il prend dans la flexion du genou.

Quoiqu'il en soit, ces solutions de continuité, qui ne représentent d'après les auteurs que 1,5 (Bruns) à 2,51 (Plagemann) de toutes les fractures, se voient à tout âge, mais avec des degrés de fréquence bien différents.

Tout à fait exceptionnelles chez l'enfant et rares également chez le vieillard, bien que la raréfaction osseuse ne manque pas à se produire à cette époque dans la rotule comme dans les autres os, leur maximum de fréquence s'observe de vingt à cinquante ans et plus particulièrement de trente à quarante.

Survenant moins souvent chez la femme que chez l'homme (125 cas contre 379 d'après Corner) comme d'ailleurs toutes les lésions traumatiques, les fractures de la rotule se rencontreraient un peu plus souvent du côté droit que du côté gauche (55 cas contre 43). Leur bilatéralité ne s'observe que dans une proportion infime, dans 1 p. 100 des cas, mais, par contre, il est assez fréquent de voir les deux rotules se fracturer successivement chez le même individu à intervalles variant de quelques jours à huit ou dix mois. Vous avez pu d'ailleurs en voir un fort beau cas chez notre deuxième sujet, jeune ouvrier de 25 ans, qui, après s'être fracturé la rotule droite en janvier dernier, vient de se rompre récemment la rotule gauche après un traumatisme presque insignifiant : il semble bien, comme l'avait déjà depuis longtemps signalé Malgaigne, que la fracture d'une rotule prédispose en quelque sorte à la fracture de l'autre.

Plusieurs mécanismes se partagent la pathogénie des fractures de la rotule, qui peuvent se produire spontanément ou bien être occasionnées par des violences soit directes, soit indirectes, ces deux causes s'associant dans les fractures dites mixtes.

Les *fractures spontanées* ne sont pas exceptionnelles au niveau de la rotule, car de nombreux auteurs en ont observé des cas au cours de la période préataxique du tabes ou en pleine évolution tabétique. Il est bien évident que, dans les faits rapportés, la fragilité spéciale de l'os a joué le rôle principal, car la fracture a toujours succédé à une contraction musculaire de très faible intensité.

Les *fractures de cause directe* s'observent dans la proportion de une pour quatorze fractures indirectes, et résultant soit d'un choc portant directement sur la rotule (coup de pied de cheval, coup de bâton, coup de feu, passage d'une roue de voiture), soit d'une chute sur le genou dont la flexion dépasse légèrement l'angle droit, seule position dans laquelle la rotule puisse frapper le sol. La fracture n'est qu'exceptionnellement à direction transversale, elle est ordinairement étoilée ou comminutive, et les téguments du genou portent la trace de la violence sous la forme d'une contusion plus ou moins étendue ou d'une plaie contuse.

Les *fractures par cause indirecte* sont de beaucoup les plus nombreuses ; ce sont des fractures par contraction musculaire, dont le quadriceps fémoral est l'agent actif, qui se produisent habituellement le genou étant en flexion, comme chez notre blessé et dont le mécanisme a été remarquablement exposé par Boyer. « La rotule, dont la face postérieure n'appuie alors que par un point sur la paroi antérieure des condyles fémoraux, se trouve placée entre la résistance du ligament qui la fixe au tibia et l'action des muscles droit antérieur et triceps crural. Si cette action est supérieure à la résistance de la rotule, la continuité de l'os est détruite. »

A la traction musculaire, qui représente la puissance, s'ajoute donc pour rompre la continuité des fibres osseuses la flexion de l'os sur ce point d'appui, et ce rôle de flexion est particulièrement important, ainsi que vous allez vous en rendre facilement compte. Vous savez, en effet, que la rotule supporte à tout instant d'énormes pressions, et qu'un sujet passant de la position accroupie à la position verticale exerce à un moment donné sur chaque rotule, un effort qui peut varier de 300 à 1.000 kilogrammes. Il s'en suit qu'une rotule saine ne saurait se briser par simple traction directe, et qu'il est nécessaire, pour qu'une solution de continuité puisse se produire, qu'à cette traction vienne s'ajouter un autre élément la flexion de l'os, qui, par ap ui sur les condyles, permet à la secousse musculaire de venir à bout du tissu osseux, surtout si l'on se souvient que dans la rotule le plan vertical des lamelles est coupé à angle droit par des plans transversaux qui s'écartent dans la flexion et se dissocient sans avoir presque à se fracturer.

Quelques auteurs, tels que Gosselin, Trélat, Berger, se sont demandé si les fractures par action musculaire ne pourraient pas s'expliquer par une fragilité spéciale de l'os, conséquence d'un trouble trophique ou d'une influence héréditaire. Le fait est assurément possible chez certains malades, comme chez ceux signalés par Le Dentu et par Goriveaud, et l'on est alors fondé à admettre l'existence d'un manque de résistance osseuse, conséquence de l'ostéoporose sénile, d'une diathèse ou des modifications qu'apporte l'évolution du cal dans le reste de l'os. On ne saurait du reste, comme l'a fait fort justement observer Tanton, formuler rien de précis, car il est incontestable, ainsi que le prouvent de nombreuses observations, celles de Hergott sur les bateliers du Rhin par exemple, que la contraction violente du triceps est capable à elle seule de fracturer une rotule.

Vous vous demanderez peut-être comment il se fait que, dans une fracture par action musculaire, ce ne soit pas le ligament rotulien ou le tendon quadricipital qui cède plutôt que la rotule. Il y a là, tout d'abord, la traduction locale d'un fait général, car un tendon se rompt rarement, et arrache plus volontiers son insertion osseuse et, en second lieu, il résulte des recherches expérimentales de Bahr que la fracture indirecte serait liée à la position de flexion moyenne du genou, alors que la rupture des tendons se produirait dans la position d'extension ou de flexion extrême.

Les *fractures de cause mixte* sont celles où la contraction musculaire et la violence directe s'associent pour fracturer l'os : très fréquentes d'après Maydl, mais beaucoup moins pour d'autres auteurs, qui pensent qu'il ne s'agit le plus souvent que de lésions résultant de la contraction musculaire seule, elles s'observent à la suite d'un mouvement brusque effectué sur le genou, au moment d'une chute, mais qui s'est produit, soit sur un terrain inégal, soit l'articulation se trouvant dans la moindre flexion possible, seules conditions, comme l'a bien montré Malgaigne, qui permettent à la rotule de prendre directement contact avec un obstacle par sa face antérieure et de réaliser ainsi l'association des deux causes directes et indirectes.

Les *fractures simultanées des deux rotules*, relativement rares, s'observent presque toujours à la suite d'une chute sur les deux genoux et sont ordinairement de cause mixte : les fractures par contraction musculaire pure, dont les cas rapportés par Boyer et par Desault constituent de fort beaux exemples sont tout à fait exceptionnels.

Quant aux *fractures successives des deux rotules* chez le même individu, certains avaient pensé que la répétition de ces lésions devait impliquer une altération préalable de l'os : cette hypothèse, bien que fort séduisante, ne saurait être retenue, et avec Malgaigne et Bromfield, il convient plutôt de faire intervenir les efforts successifs que subit une rotule saine chez un individu qui, obligé par sa profession à des efforts puissants, ménage sa rotule récemment fracturée et impose par suite un travail plus considérable à la jambe saine.

***

Au point de vue anatomo-pathologique, la rotule peut se fracturer partiellement ou en totalité.

Je ne m'étendrai guère sur les *fractures partielles*, qui ne sont généralement autre chose que des arrachements osseux limités siégeant d'ordinaire au niveau des insertions ligamentaires à la base ou à la pointe de la rotule. Exceptionnellement, elles peuvent dépendre de la face postérieure, et le fragment détaché tombe alors dans l'articulation du genou, où il constitue un véritable corps étranger avec toutes ses conséquences. J'ai eu l'occasion, au cours de la dernière guerre d'en voir un cas très net chez un lieutenant de dragons, qui avait reçu un coup de pied de cheval sur la rotule gauche : le fragment osseux, qui jouait le rôle de souris articulaire avec blocage complet, et qui put facilement être extrait par arthrotomie latérale externe, correspondait exactement à la perte de substance existant sur la face postérieure de la rotule.

Les *fractures totales*, au contraire sont beaucoup plus importantes et plus intéressantes : elles comprennent des fractures transversales, des fractures verticales qui peuvent être sagittales ou frontales, et des fractures étoilées ou comminutives.

Dans les *solutions de continuité transversales*, celles dont je m'occuperai surtout puisque vous en avez eu trois exemples sous les yeux, et qui représentent 86 % de la totalité des fractures de la rotule, le trait généralement bien transversal, mais quelquefois oblique en bas et en dedans, peut siéger en un point quelconque de la hauteur de l'os. Cependant, dans la majorité des cas, il en occupe les deux tiers inférieurs, plus rarement le tiers supérieur, exceptionnellement la pointe, comme j'ai eu l'occasion d'en voir un cas, il y a trois ans. Chez nos blessés, le trait était situé à la partie moyenne de l'os, ce qui a entraîné la production de deux fragments à peu près égaux : il est bien évident qu'il ne peut plus en être de même lorsque la fracture siège au niveau du tiers supérieur ou du tiers inférieur, l'un des fragments est alors sensiblement plus petit que l'autre, ce qui peut entraîner dans les cas extrêmes de grandes difficultés opératoires.

Dans toutes les fractures transversales, les fragments osseux subissent un déplacement qui s'effectue suivant la hauteur : les deux fragments s'écartent l'un de l'autre et il en résulte ainsi un diastasis interfragmentaire qui, peu accusé dans certains cas, où l'écartement est presque nul, est plus prononcé dans d'autres. En moyenne, il varie de un demi à 4 centimètres, mais il peut atteindre 6, 7 et même 8 centimètres. Dans quelques cas, il existe en outre, un déplacement transversal de quelques millimètres, le fragment supérieur étant alors attiré en dehors par la traction du vaste externe.

A cet écartement s'ajoute d'ordinaire une déviation angulaire : les fragments sollicités par leurs attaches basculent en effet de telle façon que les surfaces fracturées regardent obliquement en avant et en bas pour le fragment inférieur et en haut et en avant pour le fragment supérieur, formant par suite un angle ouvert en avant. Lorsque l'écartement des deux fragments est minime, ils peuvent rester au contact par leurs bords postérieurs, alors que les bords antérieurs sont sensiblement éloignés l'un de l'autre.

De tous ces déplacements, c'est le diastasis qui est de beaucoup le plus important, car son existence comme son étendue ne sont que fonction de l'état du surtout ligamenteux pré-rotulien et des expansions fibreuses latéro-rotuliennes émanant des vastes, les ailerons rotuliens. Si ces derniers demeurent intacts, le diastasis reste minime et ne dépasse pas un demi à un centimètre : un écartement des fragments supérieur à ce chiffre implique nécessairement leur déchirure, qui peut être très considérable, et s'étendre jusqu'aux ligaments latéraux du genou.

Cette déchirure peut se produire à deux moments différents : tantôt elle a lieu en même temps que la fracture, comme chez notre blessé, tantôt après la séparation osseuse, en quelque sorte en un second temps. Dans ce dernier cas, la fracture est d'abord sous-ligamenteuse sans déplacement, puis le blessé essayant de se lever et de marcher, la contraction musculaire entre en jeu. Le surtout fibreux résiste tout d'abord en vertu de son élasticité et s'étire, puis lorsque cette dernière se trouve dépassée, il se rompt et la déchirure s'étend plus ou moins loin sur les ailerons rotuliens.

Il convient de bien remarquer que la déchirure du surtout s'effectuant au dessous du trait de fracture, les lambeaux fibreux pendent plus ou moins effilochés, étirés, déchiquetés entre les surfaces fracturées qu'elles recouvrent d'une façon

plus ou moins complète tendant à s'opposer par suite à une réparation osseuse normale : c'est là un fait extrêmement important dont il faut tenir grand compte pour le traitement.

Je serai beaucoup plus bref sur les fractures verticales, tant sagittales que frontales, ainsi que sur les fractures comminutives.

En négligeant même les *fractures frontales*, dont on ne connaît que trois observations, et encore l'une d'entre elles serait fort douteuse d'après Malgaigne, je vous dirai que les *fractures sagittales*, considérées généralement comme assez rares, seraient suivant l'opinion de Tanton beaucoup plus fréquentes que ne peut le faire croire le petit nombre de cas publiés. La raison en serait à ce que bon nombre des cas passent totalement inaperçus ou restent confondus avec les entorses du genou. Le plus souvent, il s'agit de fractures de cause directe : cependant, l'action musculaire a pu également être invoquée dans quelques cas où la rotule, attirée en dehors sous l'action prédominante du vaste externe et du fascia lata et mise à cheval sur le condyle externe, s'est brisée à l'union de son tiers externe et de son tiers moyen. Le trait de fracture est vertico-sagittal ou un peu oblique en bas et en dehors : rarement, il sectionne la rotule par son milieu, car il passe d'ordinaire au niveau du tiers externe de l'os et comme le surtout ligamenteux demeure intact le diastasis est nul ou peut être considéré comme tel.

Quant aux *fractures comminutives*, toujours d'origine directe, elles sont relativement fréquentes, car elles représentent 10 % de la totalité des fractures rotuliennes. Le nombre des traits de fracture et, par suite, celui des fragments qu'ils isolent est assez variable : on a pu compter jusqu'à quinze fragments et dans bon nombre de cas, c'est d'un point central que semblent partir les fissures plus ou moins irradiées. Le diastasis est presque toujours nul et n'existe que lorsque le blessé, ayant essayé de marcher, a déchiré secondairement les ailerons rotuliens.

De quelle manière ces lésions, que je viens de vous décrire, vont-elles se réparer ? Par un cal osseux ou par un cal fibreux, dans certains cas, il ne se produira pas de soudure entre les fragments et il se constituera une pseudarthrose. Les cent louis d'or de Pibrac avaient autrefois consacré la rareté du cal osseux : il est actuellement d'observation courante depuis le traitement opératoire de ces fractures.

Le cal fibreux, par suite de l'écartement fragmentaire et de l'interposition des lambeaux du surtout rotulien, est la règle dans toutes les solutions de continuité persistantes : sa longueur varie suivant l'écartement des fragments et peut atteindre jusqu'à 18 centimètres. Lorsqu'il est court et inextensible, il s'insère sur toute l'étendue des deux surfaces fracturées : long et mince, il n'en occupe souvent que la partie postérieure et contracte dans bon nombre de cas par sa partie moyenne des adhérences avec le fascia superficialis et avec la peau.

Bien que la pseudarthrose puisse exister sans diastasis, puisque Chassaignac en a rapporté un cas indiscutable, elle ne survient en général que dans les cas d'écartement extrême. Le fragment supérieur remonte plus ou moins haut sur la cuisse et contracte alors des adhérences, parfois assez intimes, ce qui rend le traitement particulièrement délicat surtout lorsqu'il s'est produit un certain degré de rétraction musculaire.

***

Je ne reviendrai pas bien longuement sur la **symptomatologie** de ces lésions dont vous avez pu parfaitement vous rendre compte vous-mêmes au moment de l'interrogatoire et de l'examen de notre blessé, qui présentait un cas tout à fait typique des fractures de la rotule avec son impotence caractéristique, fonction de la désintertion quadricipitale, sa douleur diffuse, sa mobilité anormale, et un diastasis interfragmentaire si net et si facile à reconnaître.

Mais il ne faut pas oublier que ce cas a été particulièrement facile à examiner, le blessé ayant été transporté à l'Hôtel-Dieu peu de temps après son accident, alors que le genou n'était pas encore tuméfié. Dans les heures suivantes, l'épanchement sanguin intra-articulaire, l'hémarthrose qui est constante, n'a pas tardé à apparaître et à déformer toute la région, effaçant les méplats et rendant le genou globuleux. Vous comprenez aisément que l'examen devient alors plus délicat, car on sent mal la rotule et on arrive difficilement à en délimiter les fragments. La chose devient encore plus malaisée lorsque le cul-de-sac sous-tricipital cède sous l'épanchement sanguin, qui peut alors envahir la partie inférieure de la cuisse et produire une tuméfaction diffuse de cette région, s'associant ainsi à celle du genou : heureusement qu'une telle évolution est assez rare.

J'ai eu l'occasion d'observer dans un cas l'indolence complète du foyer de fracture que l'on pouvait palper sans aucun ménagement : ce fait, qui je vous l'avoue nous avait tout d'abord quelque peu dérouté, tenait à un début d'affection médullaire dont le blessé ne se doutait nullement et qui en fut la première révélation. Souvenez-vous que, comme toutes les autres solutions de continuité osseuse, les fractures de la rotule sont toujours le siège de phénomènes douloureux, moins localisés cependant et plus diffus qu'au niveau des autres foyers de fracture.

Enfin, il convient que je vous signale que, dans

quelques cas, le blessé perçoit lui-même un craquement au moment de la production de la fracture. Ce signe, qui, pour plusieurs auteurs serait constant et caractéristique des fractures indirectes, manque le plus souvent, comme il en a été chez nos trois blessés

L'évolution normale des fractures de la rotule, simple dans la grande majorité des cas, peut cependant être parfois entravée par l'apparition d'un certain nombre de complications, qui peuvent se manifester précocement ou tardivement et que je vais maintenant passer rapidement en revue.

C'est ainsi que le foyer de fracture peut *communiquer avec l'extérieur* : c'est là une complication qui s'observe particulièrement dans les fractures par violence directe. Elle est toujours grave en raison de l'infection articulaire à laquelle elle expose, aussi, bien que la pyohémie soit devenue actuellement exceptionnelle, son pronostic doit-il toujours être réservé.

A côté d'un cas de mort par *syncope*, dû à l'intensité de la douleur, rapporté par Malgaigne, on a signalé un certain nombre d'*embolies pulmonaires* consécutives à des thromboses veineuses et survenant d'ordinaire dans les seize jours qui ont suivi la fracture.

On a relevé de même quelques cas de coexistence de fracture rotulienne avec une *rupture du tendon quadricipital*, un *arrachement du ligament rotulien* ou une *fracture de la tubérosité antérieure du tibia*.

A côté de ces complications précoces survenant au moment même où la rotule est brisée, ou dans les jours qui suivent, il existe toute une série d'autres complications qui apparaissent ou manifestent leur présence un peu plus tard.

Les *corps étrangers intra-articulaires* détachés de la rotule par le traumatisme traduisent leur existence au moment de la reprise des mouvements par le phénomène de la souris articulaire.

Dans un autre ordre d'idées, les *réactions post-hémarthrosiques* peuvent lorsqu'elles sont très intenses, s'accompagner de brides fibreuses intra-articulaires, de réactions ligamenteuses et capsulaires péri-articulaires aboutissant à une ankylose fibreuse plus ou moins complète de l'articulation.

En dehors de l'*entorse du cal fibreux*, accident plutôt rare, qui se traduit par un léger épanchement, par des douleurs et par une impotence fonctionnelle transitoire, on observe plus fréquemment un *allongement secondaire* du cal fibreux, qui résulte d'une reprise trop hâtive de la marche, avant que le cal fibreux ait acquis une densité et une solidité suffisantes.

Plus importantes et plus fréquentes sont les *fractures itératives*, car la rotule semble bien être de tous les os celui qui se refracture le plus souvent. Se voyant davantage dans les rotules traitées par le massage et la mobilisation que dans les rotules suturées, la fracture itérative, qui peut se produire plusieurs fois de suite et au bout d'un laps de temps très variable, se présente sous deux types anatomiques différents suivant que le trait de fracture siège au niveau du cal ou en un point différent du premier foyer fracturé.

Les fractures du cal osseux sont très rares, au contraire celles du cal fibreux sont beaucoup plus fréquentes : quant aux fractures itératives vraies, qui passent pour se voir plus souvent que les ruptures du cal fibreux, elles sont favorisées par l'augmentation des dimensions de la rotule et par l'altération du tissu osseux dépendant soit de la première fracture, soit d'un trouble trophique plus général.

Pour les fractures de l'autre rotule, dont la fréquence est diversement appréciée, elles surviennent de quelques jours à quelques mois après la première fracture : aux causes invoquées par Malgaigne, Tanton pense qu'il conviendrait d'ajouter l'existence d'une prédisposition organique qui nous échappe encore, d'autant que les malades, qui font des fractures successives des deux rotules sont précisément ceux qui font des fractures itératives.

***

Si, dans certains cas, comme celui que vous avez eu sous les yeux, le **diagnostic** ne présente aucune difficulté, il n'en est pas toujours de même lorsque l'hémarthrose s'est établie. Aussi est-il parfois nécessaire, en présence d'épanchement considérable, et, avant de procéder à la palpation de l'articulation, de la vider préalablement du sang qui la distend, afin de pouvoir se rendre un compte exact des rapports osseux et de voir si l'on a véritablement affaire à une fracture de la rotule.

Quelles sont les affections que vous devez songer à éliminer ?

En premier lieu, se trouve la *rupture traumatique isolée et complète des tissus aponévrotiques prérotuliens*, dans laquelle, on trouve une tuméfaction globale, une dépression transversale et un écartement pouvant aller jusqu'à un centimètre dans la flexion, tous symptômes simulant bien au premier abord une solution de continuité rotulienne. Mais les conditions de l'écartement plus marqué à son centre que sur les bords, et disparaissant dans l'extension, la sensation d'un plan résistant au fond de la dépression, l'absence d'hémarthrose et de mobilité anormale, et l'intégrité de la marche composent un ensemble de symptômes suffisants pour éviter une erreur.

La *rupture du ligament rotulien* et celle du *tendon rotulien* présentent de nombreux symptômes communs aux fractures rotuliennes, parmi les

quels je vous citerai l'impotence fonctionnelle et l'hémarthrose. Mais la perception d'une rotule intacte, abaissée dans le premier cas et remontée dans le second, l'absence d'un deuxième fragment et l'existence d'une ecchymose en écharpe sus ou sous-rotulienne vous permettront aisément de poser le diagnostic.

Vous ne devrez cependant pas considérer votre examen comme terminé lorsque vous serez arrivés à reconnaître qu'il s'agit bien d'une fracture de la rotule : vous devrez encore vous enquérir de la disposition des fragments, de leurs rapports, de leurs volumes respectifs, et vous n'oublierez pas surtout de rechercher quel est le degré d'extension des lésions, c'est-à-dire si la rotule a été seule rompue ou si sa fracture se complique d'une déchirure plus ou moins étendue des ailerons rotuliens. C'est ce dernier point que vous chercherez particulièrement à élucider, car c'est lui qui devra décider ce que vous aurez à entreprendre au point de vue du traitement.

Enfin, vous n'oublierez pas que l'on doit toujours faire systématiquement pratiquer l'examen radiographique de tous lest raumatismes du genou : en agissant ainsi vous reconnaîtrez souvent la présence de petits corps étrangers intra-articulaires, et vous éviterez la production de toutes ces douleurs persistantes, de toutes ces atrophies localisées qui ont pour origine une fracture méconnue de la rotule.

***

Le **pronostic** fonctionnel de ces lésions est essentiellement variable : assurément personne n'oserait plus soutenir actuellement l'opinion de Malgaigne, qui déclarait n'avoir jamais vu un membre reprendre complètement ses fonctions, mais bien que considérablement amélioré par l'intervention chirurgicale, ce pronostic reste encore assez sérieux, car plus d'une fracture se termine par séquelles plus ou moins graves entraînant une diminution de capacité fonctionnelle, ce qui se traduit par de la faiblesse du membre inférieur, de l'hésitation dans la marche, de l'impossibilité de monter ou de descendre un escalier, de la raideur articulaire, de la limitation de la flexion et de l'insuffisance de l'extension.

A quelles causes devons-nous rattacher toutes ces séquelles ? On a incriminé pendant longtemps, et certains incriminent encore la persistance du diastasis : or, en réalité, le rôle de ce dernier n'est que bien secondaire, car on a observé de nombreux cas de fracturés de la rotule marchant fort bien avec des cals fibreux de 10, 12 et 15 centimètres (les cas rapportés par Hamilton, Gayet, Picquet, Bazy et Le Fort en font foi), alors que d'autres blessés présentaient de l'impotence fonctionnelle marquée avec un cal fibreux, très court (Berger) ou même avec un cal osseux (Mignon).

Retenez donc qu'il n'y a pas de rapport étroit entre la valeur fonctionnelle du genou et l'état de consolidation de la rotule, et qu'en fait, il faut tenir compte de plusieurs facteurs qui sont, l'état anatomique du cal et des parties fibreuses latéro-rotuliennes, l'état anatomique et physiologique du quadriceps, l'arthrite et la périarthrite concomitantes.

Par ses recherches, Chaput a bien montré le rôle mécanique que jouait le cal rotulien et l'entrave qu'il pouvait apporter aux mouvements du genou, en particulier à la flexion. Si la rotule est pourvue d'un cal osseux ou fibreux sans hypertrophie, ou si le cal fibreux peut facilement s'infléchir, les mouvements de flexion restent satisfaisants ; il n'en est plus de même si la rotule est hypertrophiée et rigide, ou si le fragment supérieur, surmontant un cal de deux à trois centimètres, est déformé et vient limiter la flexion en butant contre la crète articulaire qui bride la trochlée.

En ce qui concerne les parties fibreuses latérales, leur état anatomique est souvent plus important que celui du cal au point de vue du pronostic fonctionnel, car leur intégrité complète permet l'extension, malgré la fracture rotulienne, alors que leur déchirure avec écartement considérable supprime l'action de ces extenseurs accessoires et abolit la fonction.

L'atrophie musculaire du quadriceps et, en particulier, celle du droit antérieur, constitue également un facteur des plus qualifiés dans la limitation de l'extension. Pourtant, l'état anatomique du muscle n'est pas tout, et il convient de reconnaître que dans bon nombre de cas, le muscle se trouve dans l'impossibilité d'agir efficacement sur le fragment rotulien inférieur par suite de la longueur du cal, de son absence ou de la déchirure des ailerons.

En outre, il faut songer qu'arthrite et périarthrite jouent aussi un rôle dans la limitation de la flexion : conséquence forcée de l'hémarthrose, l'arthrite quand elle est bien développée s'accompagne toujours d'une inflammation plastique et de rétraction des tissus périarticulaires, ce qui entraîne par suite une diminution de l'amplitude des mouvements.

Vous voyez donc ainsi que tous ces différents facteurs s'associent les uns aux autres, à des degrés divers, il est vrai, dans le pronostic des fractures rotuliennes. Dans le cas de rétablissement du levier osseux, ce sont l'état de l'articulation, l'arthrite et l'atrophie musculaire qu'il faut prendre en considération : s'il existe un diastasis avec cal fibreux, c'est la longueur de ce cal et l'état des tissus fibreux péri-rotuliens qui interviennent.

Au point de vue de l'incapacité de travail définitive, vous devrez prendre pour base la diminution de valeur de l'extension et la gêne apportée à la flexion : insignifiante dans certains cas, elle atteindra en moyenne de 10 à 30 %, pour monter jusqu'à 60 lorsque l'extension sera totalement compromise.

Et j'en arrive pour terminer au **traitement**, question capitale que j'envisagerai tout d'abord au point de vue des fractures transversales, qui, ainsi que je vous l'ai montré sont les plus communes et, par conséquent, celles que vous aurez presque toujours à traiter.

En ce qui concerne ce traitement, s'il s'agit d'une fracture récente et non exposée, le but que vous devez chercher à remplir sera de rapprocher et de maintenir les fragments au contact l'un de l'autre, de faire disparaître l'hémarthrose, de prévenir l'atrophie musculaire en conservant au muscle toute sa puissance et à l'articulation toute sa souplesse.

Deux méthodes principales se proposent d'y parvenir, d'une part la méthode orthopédique non-sanglante, et, d'autre part, la méthode opératoire, l'ostéo-synthèse chirurgicale.

Je ne vous parlerai pas au sujet du *traitement orthopédique* des innombrables appareils qui ont été tour à tour préconisée pour rapprocher les fragments, le kiastre, l'appareil de Velpeau, celui de Boyer, celui de Baudens, etc., car il faut bannir absolument de votre pratique toute immobilisation prolongée dont les résultats sont complètement désastreux. L'atrophie du triceps, la raideur ou l'ankylose du genou y sont constantes pour une coaptation tout à fait illusoire.

Metzger, puis Tilanus ont montré qu'il fallait, en négligeant de parti pris la coaptation s'inquiéter avant tout de la restauration fonctionnelle et que l'on pouvait y parvenir par le massage et la mobilisation précoce. On fait tout d'abord de la compression élastique du genou pour aider à la résorption du sang épanché, que l'on facilite au besoin par une ponction évacuatrice, puis on commence le massage le troisième jour, et le blessé se mettra à marcher le douzième, sans qu'on lui ait appliqué d'appareil.

Le *traitement opératoire*, qui dérive des anciennes tentatives externes de Malgaigne, de Trélat, et de Duplay, ainsi que des procédés sous-cutanés de Volkmann et de Kocher, consiste en une arthrotomie large suivie de la suture des fragments. C'est là à vrai dire la seule méthode qui réalise les diverses conditions que je vous ai énumérées, conditions nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant. En effet, l'ostéo-synthèse procure une coaptation parfaite et, par suite une réunion osseuse avec conservation des dimensions normales de la rotule : elle permet une mobilisation très précoce et réduit enfin sensiblement la période d'invalidité.

Voici comment, elle doit être pratiquée : après une incision semi-lunaire à concavité inférieure, on relève le lambeau cutané, on vide ensuite l'articulation du sang et des caillots qu'elle renfermait, on abrase tous les tissus fibreux recouvrant les surfaces fracturées que l'on nettoie et que l'on avive d'un coup de curette. On procède ensuite à la coaptation des fragments par suture directe ou par cerclage.

La suture osseuse, verticale ou transversale, théoriquement plus solide, est assez difficile à pratiquer dans bon nombre de cas : elle est même parfois impossible lorsqu'un des fragments est très petit. Elle expose souvent à l'éclatement osseux et prédispose à l'ostéite raréfiante ainsi qu'à la nécrose. Le cerclage, plus facile à exécuter car il réduit au minimum les manœuvres intra-articulaires, donne une coaptation tout aussi solide. Il existe enfin un autre procédé, dû à Chaput, dans lequel négligeant la rotule, on se borne à la réfection des ailerons et du surtout péri-rotulien. Je ne vous le recommanderai pas, car bien qu'il soit vanté par plusieurs auteurs, il me paraît très inférieur aux deux autres procédés.

Mais, et c'est là un point des plus importants, souvenez-vous bien que l'arthrotomie du genou nécessite une pratique de l'asepsie aussi rigoureuse que pour une laparotomie et que trop souvent des arthrites suppurées suivies d'ankylose du genou ou même d'amputation de cuisse ont été la conséquence d'interventions entreprises dans de mauvaises conditions. Il ne faudra donc pratiquer l'ostéo-synthèse qu'en vous entourant des précautions les plus minutieuses, et en évitant surtout de toucher la peau et les fragments osseux avec les doigts.

Gardez-vous d'oublier également que les soins post-opératoires ont une très grande importance, et qu'une dizaine de jours après l'intervention, massage et mobilisation devront commencer afin d'empêcher l'atrophie musculaire et la raideur articulaire. Bien entendu, il faut que le sujet se prête de lui-même à toutes ces manœuvres, qu'il veuille bien nous seconder, et le résultat franchement mauvais que nous avons obtenu chez la malade qui a quitté le service, il y a deux mois environ, est dû assurément à la mauvaise volonté et à la force d'inertie qu'elle a opposées à toutes nos tentatives de mobilisation.

Quels sont les résultats obtenus avec l'une et l'autre de ces deux méthodes ? Actuellement, il est hors de doute que ceux de la méthode opératoire sont nettement supérieurs à ceux de la méthode orthopédique. Alors que cette dernière, ne procure que 45 à 50 % de bons résultats fonctionnels, la suture en donne de 80 à 95. En outre, alors que la durée de l'invalidité temporaire est de deux à trois mois chez les opérés, elle atteint six mois à un an chez les non-opérés, et 25 % de ceux-ci conservent encore un certain degré d'in-

validité permanente. Enfin, la consolidation fibreuse augmentant les dimensions de la rotule expose à une diminution de la flexion et à une rupture itérative du cal.

Et maintenant, à quelle méthode devrez-vous avoir recours ?

Dans les fractures où l'écartement des fragments n'atteindra pas un centimètre, ce qui laissera supposer l'intégrité des ailerons, vous pourrez faire usage de la méthode orthopédique. Dans tous les cas, au contraire, où le diastasis atteindra ou dépassera ce chiffre, se compliquant nécessairement de la déchirure des parties fibreuses latéro-rotuliennes, vous devrez intervenir chirurgicalement. Vous pourrez tenter la suture directe dans les rotules à tissu serré et solide, fracturées à leur partie moyenne, pour toutes les autres vous emploierez le cerclage.

Il est pourtant bien entendu que vous devrez vous abstenir d'intervention chez des sujets en puissance d'infection grave, de diabète, d'albuminurie, de tuberculose avancée : l'âge et le tabès, à la période préataxique tout au moins, ne constituent pas des contre-indications absolues.

Vous interviendrez de même dans les *fractures itératives* ainsi que dans les *fractures exposées*, mais en vous souvenant que, dans ce dernier cas, il s'agira d'une véritable opération d'urgence où s'imposera une désinfection minutieuse du foyer.

Au contraire, dans les *fractures longitudinales*, où le cal osseux est la règle en raison d'absence de diastasis et d'interposition fibreuse, le traitement orthopédique sera indiqué.

Enfin, en ce qui concerne les *fractures anciennes consolidées vicieusement*, vous ne devrez songer à opérer que les cas qui s'accompagneront d'impotence, de perte de l'extension active par suite de la désinsertion complète du triceps : lorsque la fonction sera suffisamment conservée mieux vaudra s'abstenir de tout acte opératoire.

L'intervention devra consister alors dans l'arthrotomie suivie de libération, d'avivement et d'ostéo-synthèse des fragments, mais vous vous heurterez souvent à des difficultés considérables lorsqu'il s'agira d'abaisser le fragment supérieur en raison de la rétraction musculaire. Il sera alors nécessaire de recourir à des opérations plus complexes s'adressant les unes aux muscles, les autres au ligament rotulien ou encore à la rotule elle-même.

PONCTION DE LA RATE

La ponction de la rate est une petite opération dont la technique n'offre pas de réelle difficulté et qui est susceptible de fournir au praticien de précieux renseignements. On ne l'emploie cependant qu'avec ménagement, en raison des accidents qui peuvent lui succéder, le principal de ces accidents étant l'hémorragie interne, parfois mortelle.

En clinique, la ponction de la rate permet de différencier les splénomégalies de diverses tumeurs non-spléniques de l'hypochondre gauche. Elle permet surtout de faire le diagnostic de la nature de certaines splénomégalies : splénomégalie due au kala-azar, grâce à la présence des corps de Leishman ; splénomégalie palustre, lorsque l'on trouve des hématozoaires ; splénomégalie tuberculeuse, si l'aiguille ramène du caséum ; splénomégalies myéloïdes, lymphoïdes ; maladie de Gaucher lorsqu'on retire les cellules endothéliales spéciales, caractéristiques.

Cette petite intervention consiste à introduire, dans la rate, une aiguille pour y recueillir de la pulpe splénique. Dans la règle, on est en présence d'une rate hypertrophiée, palpable. Voici quel est le mode opératoire, dont nous empruntons la description à l'excellent petit ouvrage de MM. Jean Olmer, P. Buisson et M. Audier (« Les interventions de Pratique médicale courante », Doin, éditeur, 1936). Comme matériel une aiguille de 7 centimètres, de 8 à 9/10es de diamètre, montée sur une seringue de 2 c. c., dont le corps et le piston ont été vaselinés pour permettre une meilleure aspiration.

La masse supposée splénique est ici palpable. Après asepsie de la région, on fera la ponction audessous du rebord des fausses côtes. Enfoncer l'aiguille (montée) d'environ un centimètre dans les tissus ; puis, le malade étant immobile en inspiration profonde, faire pénétrer l'aiguille de 4 à 6 centimètres pour que le biseau soit dans le parenchyme splénique. A ce moment, l'aiguille absolument immobile, aspirer fortement avec le piston. Laissant ensuite le piston, retirer franchement l'aiguille : il ne doit pas y avoir de sang dans la seringue. L'aiguille retirée, on la détache de l'embout ; aspirer de l'air dans la seringue, et réadapter celle-ci à l'aiguille. Enfin, en repoussant vivement le piston, projeter sur les lames des débris spléniques que l'on étale avec une lamelle. Dessécher rapidement par la chaleur.

Si la ponction ramène du sang, celui-ci pourra être examiné sur lamelle, mais il est préférable de recommencer l'opération, l'aspiration du sang troublant les examens. Si la ponction ne ramène rien, il faudra recommencer également.

Pour éviter l'hémorragie interne, laisser le malade au lit vingt-quatre heures avec une vessie de glace sur la région splénique. Si l'hémorragie se produit, faire le traitement des grandes hémorragies (transfusion, etc.).

P. LACROIX.

MÉNINGITE LYMPHOCYTAIRE CURABLE

par Georges Boudin
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris

La méningite lymphocytaire curable est une maladie d'acquisition récente, révélée par la pratique systématique de la ponction lombaire au moindre soupçon d'une réaction méningée ; outre l'intérêt de sa nouveauté, elle a suscité de nombreuses controverses sur sa nature et sa pathogénie, s'apparentant peut-être, selon les auteurs, à des maladies déjà connues telles que l'encéphalite épidémique, la spirochétose méningée, ou la poliomyélite. Du point de vue pratique, elle pose un diagnostic différentiel très important avec la méningite tuberculeuse, opposant son évolution curable au pronostic à peu près fatal de celle-ci.

Elle vient d'être l'objet de deux rapports au dernier Congrès français de médecine à Paris, et il nous a paru utile d'en dégager les enseignements à l'usage des praticiens.

***

C'est une notion qui heurte souvent de nombreux esprits que la description d'une nouvelle maladie. Mais n'est-ce pas le propre des choses humaines que leur éternel changement ; et, alors que certaines maladies, qui autrefois dévastaient le monde, ont presque entièrement disparu, est-il vraiment surprenant d'en voir de nouvelles apparaître ? Les maladies se modifient avec le temps, et, peut-être d'ailleurs, de meilleures méthodes actuelles d'investigation, où notre esprit critique peut s'aider de la clinique et du laboratoire, permettent-elles de découvrir certaines affections jusqu'alors ignorées.

La méningite lymphocytaire curable date de l'ère de la ponction lombaire, et c'est pratiquement surtout depuis 1910 qu'elle a pris figure d'entité morbide. De nombreux cas en ont été publiés dans tous les pays du monde, et, bien qu'il reste encore de nombreuses inconnues, en particulier sur son étiologie, on peut actuellement en établir une description assez précise.

***

Description clinique

La méningite lymphocytaire curable s'est imposée en clinique par des cas typiques, tous semblables les uns aux autres, réalisant un tableau homogène, dont actuellement tout praticien peut faire le diagnostic. Or, ce n'est pas une maladie rare, « et il n'est pas de médecin qui n'ait l'occasion d'en voir dans sa pratique courante » (Lesné et Boquien).

C'est une maladie qui touche *les sujets jeunes*, les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et particulièrement les garçons. On la rencontre surtout pendant l'été et l'automne, plus fréquemment certaines années où elle réalise une véritable épidémie.

Son début est brutal, sans prodromes ; le jeune malade est pris brusquement d'une céphalée, intense avec vomissements et fièvre à 39°. Il existe souvent de la dysphagie, liée à une angine érythémateuse ou pultacée. Ce début brutal est capital dans les éléments du diagnostic, et s'oppose entièrement au début progressif et insidieux de la méningite tuberculeuse, avec sa longue phase prodromique. Il peut être si brutal que certains auteurs ont décrit une véritable forme comateuse ; mais cependant, d'une manière très exceptionnelle, on a signalé la possibilité d'un début plus lent avec céphalée, lombalgie et constipation.

Une fois constituée, la méningite lymphocytaire curable présente un tableau symptomatique méningé évident. *La céphalée* est importante, diffuse à prédominance occipitale, violente avec des paroxysmes nocturnes entraînant de l'insomnie. Il s'y associe une *rachialgie* très pénible, plus ou moins marquée, et parfois des algies dans les membres.

Les *vomissements* sont fréquents, d'abord alimentaires, puis bilieux et muqueux. Ils peuvent avoir les caractères du vomissement cérébral, facile, sans effort, en fusée, mais cela d'une façon très inconstante.

La *constipation* vient compléter le trépied méningitique fonctionnel.

A l'examen on constate de la *raideur de la nuque*, signe précoce, généralement très net, et qui va persister longtemps. Le malade est souvent couché en *chien de fusil*, on note un *signe de Kernig*, un *signe de Brudzinski*. Les réflexes tendineux sont variables, soit vifs, soit affaiblis, parfois dysymétriques. Il n'existe *pas de signe de Babinski*, tout au plus note-t-on un phénomène d'éventail mais sans extension du gros orteil. Le tableau méningé est complété par la constatation d'une *hyperesthésie cutanée*, habituellement moins intense que dans la méningite tuberculeuse, et de troubles vaso-moteurs également moins importants, dont le principal est donné par le phénomène de la raie méningitique de

Trousseau. Enfin il n'est pas rare d'observer de la photophobie, avec douleur à la pression des globes oculaires ; les réflexes pupillaires sont normaux, mais on peut noter un strabisme par paralysie de la VIe paire, et *au fond d'œil* des signes de papillite, ou même d'œdème de la papille.

A ce tableau méningé extrêmement net, et qui simule si bien celui de la méningite tuberculeuse, s'associent des *signes généraux* assez importants : la fièvre est à 38°5, 39°, le pouls légèrement dissocié, moins rapide que ne l'indiquerait la température, *mais régulier*, et sans l'extrême variabilité qu'on lui connaît dans la pie-mérite. Les urines sont rares et contiennent des traces d'albumine. Le psychisme est bon, le malade est très présent, il n'existe *ni torpeur, ni hostilité* du malade. On a signalé la possibilité d'un herpès labial, et même d'érythèmes.

Tous ces symptômes cliniques, qui donnent cependant une allure bien spéciale à la méningite lymphocytaire curable, ne sont en réalité que des symptômes de présomption, et le véritable diagnostic en est fait par l'*étude du liquide céphalo-rachidien*.

La ponction lombaire ramène un *liquide clair, hypertendu, lymphocytaire, et elle soulage la céphalée.* C'est un liquide eau de roche qui peut cependant être trouble lorsque existe une très forte réaction cytologique, dépassant par exemple 600 éléments par millimètre cube. Il est *hypertendu*, coulant en jet ; son écoulement soulage immédiatement la céphalée et la rachialgie dont se plaint le malade ; la ponction lombaire, qui fait le diagnostic, est ainsi le meilleur traitement efficace dans la méningite lymphocytaire curable. La numération à la cellule de Nageotte montre une *hypercytose considérable*, en moyenne de 300 à 500 éléments par millimètre cube, et, dans un cas d'Eckstein, dépassant 5.600. Cette hypercytose n'a aucun parallélisme avec l'intensité des signes cliniques. Ce peuvent être au début des polynucléaires non altérés, mais dès le deuxième ou troisième jour, ce sont des mononucléaires, habituellement des lymphocytes, parfois des monocytes. L'albumine est légèrement élevée, mais toujours peu abondante, en général 0 gr. 40, 0 gr. 50 par litre, et il existe ainsi une véritable *dissociation cyto-albuminique*. Le taux du glucose et des chlorures est normal. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Celle du benjoin-colloïdal peut donner des précipitations de divers types, mais jamais dans la zone syphilitique uniquement.

Dans le sang, on note une leucocytose modérée, avec une formule variable, souvent lymphocytose et légère éosinophilie. L'hémoculture est négative, la réaction de Wassermann de même.

L'évolution de cette curieuse maladie se fait *vers la guérison* en deux à quatre semaines. On est frappé par l'*heureux résultat thérapeutique réalisé par la ponction lombaire* ; des ponctions successives permettent de suivre la diminution progressive du nombre des éléments, il ne reste plus habituellement que quelques lymphocytes par millimètre cube aux environs du quinzième jour. Les signes cliniques s'estompent, la raideur de la nuque est celui qui persiste le plus longtemps ; une crise urinaire se produit, et la guérison survient *sans séquelles, sans récidives, sans rechutes.*

***

Telle est la forme typique de la méningite lymphocytaire curable. Malheureusement rien n'est absolu, surtout en médecine, et on en a décrit des cas frontières, difficiles à classer, telles que les *formes encéphalo-méningées*. Ici le tableau méningé est moins net, des signes encéphalitiques sont dominants, convulsions généralisées ou localisées, phénomènes parétiques, troubles cérébelleux.

Mais ce qui est important, c'est de bien connaître le tableau de la forme typique de la méningite lymphocytaire curable, et de savoir que *son pronostic est bénin* : elle guérit sans séquelles presque toujours. Ce caractère rend extrêmement important son diagnostic avec la *méningite tuberculeuse*. Rappelons que dans celle-ci on constate un début lent après une phase prodromique, des signes basilaires et bulbaires (paralysies oculaires, troubles du pouls et de la respiration) associés au tableau méningé ; le malade est dans un état de torpeur particulière, il est hostile à l'examen, et on note un amaigrissement rapide. Surtout la ponction lombaire montre un liquide lymphocytaire, mais dans lequel on doit trouver le B. K., aussi est-il capital dans tous les cas de méningite à liquide clair de le rechercher très soigneusement dans l'étalement du culot de centrifugation, par l'inoculation au cobaye qui fait une tuberculose expérimentale type Voillemin, et par la culture sur milieu de Lœwenstein-Saenz.

Le diagnostic différentiel avec les autres méningites à liquide clair n'a pas la gravité pronostique de celui avec la méningite tuberculeuse. Cependant il est bon de savoir qu'un tableau voisin peut être réalisé par certaines formes lentes de *méningites à méningocoques* qui peuvent avoir une formule lymphocytaire, d'où la nécessité de toujours faire un ensemencement du liquide sur gélose-ascite. *La spirochétose méningée* est également un diagnostic important ; on s'aidera de la notion d'épidémie, on recherchera des symptômes d'hépato-néphrite (albuminurie, subictère, injection conjonctivale), et surtout on fera faire un séro-diagnostic

spirochétosique ; l'inoculation au cobaye de liquide céphalo-rachidien pourrait, pendant les premiers jours de la maladie, permettre d'observer une spirochétose expérimentale. Signalons encore la possibilité de *méningites ourliennes autonomes*, de méningites au début de nombreuses maladies infectieuses, de méningites syphilitiques, et de méningites herpétiques bien que pour cette dernière on puisse discuter l'hypothèse d'un virus de sortie.

***

Etiologie et pathogénie

L'étiologie et la pathogénie de la méningite lymphocytaire curable ont suscité de nombreux travaux. Ils n'ont, actuellement encore, abouti à aucune certitude, et les opinions diffèrent selon leurs auteurs.

On se heurte en effet à deux grandes difficultés dans l'étude de cette maladie : d'une part, cliniquement, existent, à côté des formes typiques au tableau si homogène, des cas disparates de formes-limites dont l'interprétation est délicate, rendant difficile la délimitation exacte de la maladie ; d'autre part, biologiquement, il n'existe aucun test permettant de contrôler son identité et la majorité des travaux expérimentaux ont abouti à des résultats négatifs.

On a soulevé l'hypothèse d'une forme anormale d'*encéphalite épidémique* et c'est l'opinion soutenue dans le récent rapport de Roch au Congrès de médecine. Cependant, habituellement les symptômes méningés, lorsqu'ils existent, sont frustes dans la maladie de von Economo-Cruchet ; on n'a d'autre part jamais vu évoluer de syndrome parkinsonien après une méningite lymphocytaire curable, et s'il est des cas où cette étiologie puisse se discuter, « nous estimons qu'il est, dans l'état actuel des choses, impossible de rattacher au virus encéphalitique, type von Economo, la totalité des méningites lymphocytaires curables » (Lesné et Boquien).

L'hypothèse d'une forme spéciale de *poliomyélite* a été envisagée : la réaction méningée, clinique et biologique y est, en effet, fréquente et en tous points superposable à celle de la méningite lymphocytaire curable. Mais, bien qu'on en ait noté la coexistence d'épidémies, on ne peut en inférer l'identité des virus et cette hypothèse ne peut être qu'une probabilité dans certains cas.

La *spirochétose méningée* a été, de même, envisagée, mais la négativité de tous les examens de laboratoire en particulier du sérodiagnostic, est un gros argument de différenciation.

Une hypothèse des plus curieuses est cella d'*une forme spéciale de tuberculose méningée*. On est loin de la méningite tuberculeuse, de la piemérite, mais certains auteurs, se basant sur la coexistence d'antécédents bacillaires qui est loin d'être rare, sur la fréquence d'une cuti-réaction à la tuberculine positive, se sont demandés s'il ne s'agirait pas d'une forme spéciale du virus tuberculeux, forme filtrante d'ultra-virus, qui pourrait, dans certains cas, donner par inoculation au cobaye et passages successifs une tuberculose atténuée type Calmette Valtis. Mais ces recherches ont échoué entre les mains d'autres expérimentateurs, et il est très difficile de conclure en présence de quelques cas isolés.

Enfin, de nombreux auteurs, sont partisans de l'hypothèse d'*un virus autonome* que quelques-uns d'entre eux seraient même arrivés à individualiser. Il s'agirait d'un virus filtrant, transmissible par voie transcérébrale au singe et au cobaye, et dans la diffusion duquel la souris jouerait peut-être le rôle d'hôte intermédiaire (Mollaret).

***

Ainsi à l'heure actuelle la méningite lymphocytaire curable nous apparaît-elle comme une affection extrêmement intéressante, dont l'origine est encore hypothétique, mais dont la clinique dans les cas typiques est caractéristique. C'est une méningite à liquide clair lymphocytaire, méningite à début brusque et à évolution curable, dont le gros intérêt pratique est le diagnostic différentiel d'avec la méningite tuberculeuse, en raison de la différence pronostique de ces deux maladies. Elles ont peut-être une liaison pathogénique en plus de leur ressemblance clinique, mais l'une guérit aussi souvent que l'autre conduit à la mort. Et ce seul caractère impose à tout praticien la connaissance de la méningite lymphocytaire curable.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Les diabètes-surprises de l'âge mûr

D'après MM. Maurice RENAUD et PETIT-MAIRE (1)

SYNDROMES, ET NON MALADIES, IL S'AGIT DE « DYSGLUCIES », EN RAPPORT AVEC LE VIEILLISSEMENT

Ces états diabétiques se rencontrent avec une extrême fréquence chez les sujets d'âge mûr, au seuil de la vieillesse. Pour cette raison, ils constituent un groupe parfaitement homogène, par leur individualisation clinique et étiologique. Néanmoins, les formes cliniques, sous lesquelles se groupent leurs manifestations sont si différentes, qu'on les trouve rangées parmi les diabètes vrais et légitimes, parmi les diabètes mineurs, ou même latents, ou relégués aux frontières du diabète dans les groupes confus des états paradiabétiques et des hyperglycémies.

La raison de ces diversités trouve son explication dans ce fait que, le plus souvent, ces états sont associés à d'autres altérations organiques ; la défaillance de la glyco-régulation, dont ils sont l'expression, reconnaît pour cause générale le vieillissement, qui, par la sclérose plus particulièrement, n'a pas manqué de marquer déjà le déclin d'autres aptitudes fonctionnelles, et d'autres modifications tissulaires.

La surprise dans la découverte de ces troubles de la série diabétique relève de cette même cause ; aussi se produit-elle à des occasions variées. Sans doute n'est-il pas impossible que les grands symptômes classiques du diabète, polydypsie, polyphagie, polyurie attirent l'attention, mais ce doit être l'exception.

Il s'agit le plus souvent de l'examen fortuit de sujets, qui ont dépassé la cinquantaine, jusqu'à cet âge, et parfois bien au delà, parfaitement bien portants, et sans que l'étude la plus serrée permette de retrouver une maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise, susceptible d'en être tenue pour la cause directe ou médiate.

Ainsi, un médecin de soixante-deux ans, bon vivant et particulièrement vigoureux, sans tares ni maladies, est pris dans l'après-midi de tremblement dans la moitié droite de la face et le bras. Les traits sont déviés, la parole embrouillée et difficile. L'atteinte cérébrale ne fait aucun doute. On trouve 120 grammes de sucre dans l'urine. Tension à 24. Constante à 110, et phénol à 40.

Repos, purgation, jeûne. *Le sucre disparaît en vingt-quatre heures*, la tension tombe à 20, les phénomènes paralytiques ne s'accentuent pas.

Par la suite, l'état redevient presque normal, et le malade, qui s'astreint à des cures régulières, mène fort correctement depuis cinq ans, et sans un seul arrêt, sa vie de médecin de quartier. L'urine renferme souvent un peu de sucre qui disparaît aussi vite qu'il revient.

Parfois aussi, la dysglucie est découverte à l'occasion d'un examen méthodique fait soit en raison de l'atteinte de l'état général (fatigue, amaigrissement, anorexie), soit à l'occasion d'un incident, infectieux, furoncle, prurit, gangrène, etc...

Un intellectuel, 54 ans, un peu corpulent, mais jusqu'alors fort bien portant, voit *sa santé chanceler*. Fatigue, lassitude, mauvais sommeil, amaigrissement, etc... On trouve 60 grammes de sucre dans les urines, et le mot diabète est immédiatement lâché. La mise à un régime restrictif n'apporte pas d'amélioration.

En réalité, il s'agit d'un cas complexe — la tension est à 14-22 — les fonctions rénales sont franchement mauvaises (K = 150 et phénol 35). La glycémie est à 2,25.

Dès le début d'une cure de repos et de laitages, *le sucre disparaît pour ne plus jamais reparaître* (la glycémie restera haute, à 160). Le sujet, évitant tout écart et pratiquant des cures régulières, a repris et mène depuis cinq ans une vie très active.

Le point capital, c'est que *ces troubles de la glyco-régulation ne sont jamais isolés.* Ils s'associent à une variété infinie de désordres et de troubles fonctionnels, que l'analyse clinique et physiologique permet de rapporter à l'atteinte des tissus et appareils, inégalement touchés.

Evolution et pronostic

Dans *les formes mineures*, les désordres sont passagers, ; il n'y a de permanente que l'hyperglycémie, la glycosurie étant accidentelle et transitoire.

Le devenir des malades ne dépend d'ailleurs que pour une part du diabète lui-même. On arrive à la conviction que la *dysglucie elle-même ne comporte pas une gravité particulière*. La plupart des sujets s'en accommodent assez bien et fort longtemps.

Dans *les formes plus poussées*, comme l'hyperglycémie, la glycosurie est permanente, extrêmement sensible aux variations de régime, mais elle reste toujours modérée. Parfois, enfin, tous les symptômes de la série diabétique sont au complet, et l'affection est en tous points semblable à celle des plus grands diabètes constitutionnels. Mais, chez les uns et chez autres, le désordre est indélébile, et s'accentue avec le temps, subissant toutes les influences, qui dérangent si aisément et si souvent l'équilibre de ces sujets.

(1) Soc. médic. des hôpitaux de Paris (29 mai 1936.)

Cependant le syndrome de dysglucie n'est qu'un élément d'une situation toujours complexe, et l'estimation exacte des désordres, qu'il entraîne, est inséparable du bilan des grandes fonctions. Les *grandes menaces viennent du rein, du myocarde et inopinément du cerveau.*

Un homme de 67 ans, traité depuis quelques années pour un diabète de moyenne intensité, a présenté à deux reprises des accidents graves, voisins du coma, avec acidose importante, dont il a d'ailleurs bien guéri, après avoir été traité par l'insuline. La glycosurie cède mal et incomplètement au régime. Même avec un régime réduit, la glycosurie atteint 60 à 90 grammes. Les désordres cardio-vasculaires sont importants. Fonctions rénales mauvaises. On peut dire ici : diabète grave.

A côté de ces facteurs, l'*infection garde un rôle pratique de première importance.* C'est, en effet au cours des états infectieux, auxquels ces sujets sont si exposés et si sensibles, que la dysglucie fait le plus lourdement sentir sa présence.

« Qu'il s'agisse d'états infectieux saisonniers, de lésions inflammatoires locales parmi lesquelles les pneumopathies et les anthrax occupent le premier rang, on voit aisément survenir l'acidose et l'adynamie. Que de *désastres et de morts inopinées chez des sujets de cinquante à soixante ans* ne relèvent pas d'un autre mécanisme ! » (on ferait une longue liste des intellectuels connus, morts dans ces conditions).

Contre les dangers de ces diabètes, des précautions précoces sont souveraines et toujours efficaces

Il faut s'efforcer d'atténuer les conséquences du désordre fonctionnel, en adaptant la manière de vivre de l'individu, son activité, son régime nutritif aux possibilités de son organisme. Nous citerons textuellement les auteurs, en raison de l'importante précision de leurs directives thérapeutiques.

Pour la correction de l'excès de glucides libres, qui altère l'équilibre humoral, il conviendra de tenir compte de l'ensemble des défaillances fonctionnelles, et de se garder par exemple, sous prétexte d'atténuer la glycémie, de substituer des protides aux hydrates de carbone, ce qui conduirait à un désordre bien plus grave : l'azotémie.

Repos et stimulation fonctionnelle seront à la base du traitement, le jeûne représentera le repos de la nutrition. L'atténuation de l'imprégnation glucidique sera demandée à une restriction alimentaire quantitative et non-qualitative.

En général, les incidents à l'occasion desquels a été découverte la dysglucie exigent un traitement rapide et sévère. Il faut d'abord assainir l'organisme, et rien ne conduit mieux au but que les journées de diète, repos avec boissons abondantes, dont le programme dépendra des habitudes de chacun. Elles comportent systématiquement, une grande purgation, du lacto-sérum et de l'eau en abondance (trois litres au total).

L'expérience montre que toute prise de lacto-sérum est suivie d'une chute souvent importante de la glycémie. Par un mécanisme aux ressorts multiples, il excite la muqueuse duodénale et met en action foie et pancréas, accentue la diurèse, abaisse le seuil d'élimination du sucre.

Son emploi aura tous les avantages du jeûne sans aucun de ses inconvénients. La réduction du sucre se réalisera avec une ration encore fort appréciable d'hydrates de carbone, et peut-être même à cause d'elle.

En fait, dans la plupart des cas, on voit disparaître le sucre de l'urine dès la première journée de cure (il est absolument exceptionnel qu'il y en ait encore au troisième jour), et la glycémie s'abaisse rapidement jusqu'à un taux qui marquera le plafond, fort stable de la dysglucie dans le cas donné. Parallèlement se produit l'amélioration de l'état général : mine meilleure, langue propre, sommeil, diurèse abondante.

Dès ce moment, la grande diète peut être atténuée. On établit alors un régime lacto-végétarien qu'on élargit peu à peu (tout en gardant la cure stricte de la matinée), pour revenir en quelques semaines à un régime mixte, limité quantitativement, bien plus que qualitativement.

On cherche si le sucre réapparaît, et à quel taux, Mais, s'il y a disparition complète et longue de la glycosurie, il ne faut avoir ni étonnement, ni inquiétude de sa réapparition.

Les sujets ne doivent reprendre qu'une vie, dont l'activité soit minutieusement réglée d'après leurs aptitudes et qu'on entrecoupera systématiquement de jours de cures. Chaque semaine ou tous les dix ou quinze jours, on impose le repos au lit, la cure, petite purgation et laitages. De plus, on fait reprendre systématiquement deux ou trois fois par an, même si la situation est parfaitement satisfaisante, et à plus forte raison si des troubles surviennent, des cures intégrales de quelques jours ou de quelques semaines.

Bref, il n'est nullement question de traitement curateur, mais seulement d'action opportuniste. On vise seulement à mettre l'organisme dans les meilleures conditions pour utiliser ce qui lui reste d'aptitudes. Le médecin ne peut donner ici que de sages conseils pour assurer une verte vieillesse.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Troubles digestifs et réactions cutanées chez l'enfant

Mme le Docteur J.-H. MONTLAUR base un long et intéressant exposé, tant sur ses observations personnelles que sur celles recueillies en collaboration avec son regretté mari, le Docteur Henri MONTLAUR. Il faut bien dire qu'objectivement, ces états morbides du tractus digestif se traduisent presque toujours par de la diarrhée ou de la constipation : symptômes qui tantôt constituent toute la maladie gastro-intestinale, tantôt représentent un épiphénomène au cours d'une affection grave, ou bien la perturbation initiale d'une réaction cutanée. D'autre part, la diarrhée ou la constipation ne correspondent pas particulièrement à une manifestation cutanée déterminée, et pour des troubles digestifs identiques, on sait que les dermatoses présentent une variabilité extrême. Les manifestations cutanées apparaissent même sans symptôme intestinal et ce n'est, dans certains cas, que par l'examen bactériologique et chimique des selles que la perturbation sera décelée. L'évolution de la dermatose peut se poursuivre alors même que le trouble digestif a cessé ; elle subit de nouvelles poussées avec le retour des incidents hépatiques ou intestinaux.

Quant à la thérapeutique, le traitement général est des plus importants. Il est un principe vital, c'est que l'enfant ne doit pas perdre de poids. Il y a intérêt à ne pas supprimer le lait, sauf dans les cas extrêmement rares, et partant très difficiles à traiter, d'intolérance absolue même pour le lait de femme. La diététique, les régimes bien réglés pourront amender, en partie, les troubles digestifs — ou tout au moins éviter les fautes qui les ont provoqués. Toutes les insuffisances, hépatique, endocriniennes, comportent des indications spéciales et leurs médications appropriées ; il en va de même pour l'appendicite chronique, les parasites intestinaux, etc... La syphilis héréditaire se réclame d'un traitement doux, car ici l'insuffisance hépatique qui l'accompagne habituellement ne tolère pas la méthode « vite et fort ». Il faut calmer l'enfant, permettre le sommeil, par des sédatifs du système neuro-végétatif. Enfin, toutes les conditions d'hygiène corporelle, générale, jouent un rôle important ; quasi-miraculeuse est l'action, assez difficile à expliquer, du séjour à la montagne en altitude, à la campagne ou à la mer et de la cure hydro-minérales, tant sur certaines dermatoses que sur leurs complications.

Quant à la désensibilisation, le véritable problème à résoudre dans le traitement des prurigos et des eczémas, c'est la recherche de l'antigène responsable. Les essais de désensibilisation spécifique n'ont donné que des résultats minimes et passagers qui ne sont pas en rapport avec le danger que l'on fait courir à l'enfant. Les méthodes de désensibilisation non-spécifique ont été utilisées par de nombreux auteurs : hémothérapie maternelle, peptonothérapie préprandiale. La place prépondérante revient à la vaccinothérapie ; elle constitue la méthode de choix capable de modifier l'état allergique. Dans les réactions cutanées d'origine entérococcique, elle peut être appliquée par intra dermo-injections ou par voie buccale d'un vaccin en faible concentration ou encore en hautes dilutions.

On peut dire que le traitement externe a fait son temps, les réactions cutanées ne relèvent plus des applications de pâtes ou de pommades. Ce qu'il faut demander au traitement externe, c'est calmer momentanément le prurit, nettoyer les infections secondaires et en empêcher le retour. (*Nutrition*, n° 2, 1936.)

La prophylaxie antituberculeuse dans les preventoria d'enfants

D'après quelques données récentes, E. LESNÉ et DREYFUS-SÉE estiment réellement indispensable de séparer nettement, aussi bien dans les établissements publics que privés, les enfants dont l'infection bacillaire ne paraît pas cliniquement et radiologiquement tout à fait inactive, de ceux qui présentent une allergie tuberculeuse sans aucun symptôme pathologique manifeste.

Les premiers relèvent de préventoria médicalement surveillés dans lesquels leur cure de repos ne fera place à une vie plus active que très progressivement et sous contrôle médical clinique et radiographique. Dans ce groupe rentreront les primo-infections en voie de régression ne nécessitant plus une cure sanatoriale stricte : les enfants ayant fait un séjour sanatorial, mais dont la guérison est encore incomplète ; les sujets ayant présenté récemment un épisode bacillaire : pleurésie, érythème noueux, etc. ; les enfants à cuti-réaction positive ayant une image radiologique douteuse qui ne permet pas d'affirmer l'inactivité des lésions, ou chez lesquels on trouve des signes cliniques qui font redouter la persistance ou la reprise de l'évolution bacillaire : aucun enfant à cuti-réaction négative ne devra

y être admis. Ces établissements seront situés de préférence à la montagne à faible altitude.

Par contre, un autre groupe de maisons de cure ou de convalescence pourra admettre, à côté des convalescents de maladies aiguës, ou des enfants chétifs, fatigables, hypotrophiques, nerveux, à cuti-réaction négative, des sujets allergiques ne présentant aucun signe suspect d'évolution bacillaire, des enfants appartenant à des milieux contaminés et qui doivent bénéficier d'un séjour préventorial prophylactique.

Pour ceux-ci, le mode de vie, sous surveillance médicale, sera plus actif.

Enfin, les enfants simplement fatigués, anémiés, à développement un peu ralenti, demeurent justiciables des écoles de plein air et des colonies de vacances maritimes, de plaine, ou d'altitude dans lesquelles la surveillance tout en demeurant nécessaire peut être plus discontinue et moins stricte.

Ces mesures de séparation, importantes pour assurer aux enfants, les meilleures conditions de cure, ne dispenseront d'aucune des précautions nécessaires pour éviter la contamination des enfants par les adultes, infiniment plus redoutable et plus fréquente. Dans les établissements de cure, tout le personnel soignant, administratif ou domestique, devra obligatoirement subir, à l'entrée en service, un examen médical clinique et radiologique, et sera soumis ultérieurement à un contrôle médical répété au moins une fois par an. L'accès des préventoria devra être interdit absolument à tous les malades. (*La Presse Médicale*, 24 juin 1936.)

Réflexions sur la pneumonie muette ; rôle de l'obstruction bronchique

Il résulte des travaux du Professeur A. Bernard les données suivantes : les faits cliniques et expérimentaux montrent que l'obstruction bronchique provoque un syndrome anatomo-pathologique identique à la pneumonie muette : condensation du parenchyme (avec cette différence que, dans l'atélectasie, le parenchyme densifié est rétracté alors qu'il conserve son volume normal dans la pneumonie) et silence respiratoire.

On comprend dès lors pourquoi la pneumonie peut être muette. L'exsudat fibrineux de la pneumonie est visqueux, adhérent aux parois bronchiques : on peut en juger par les caractères physiques des crachats. Il peut, suivant son abondance, obstruer soit une grosse bronche, soit plusieurs de ses collatérales et s'opposer à la pénétration de l'air dans le bloc hépatisé. Il n'y aura donc plus de propagation du souffle laryngo-trachéal au lobe pneumonique, et partant, pas de souffle tubaire. Il n'y aura pas non plus de râles crépitants puisque l'air ne pénétrera plus jusqu'aux alvéoles pour les déplisser.

Le mutisme de la pneumonie peut disparaître, lorsque, par l'expectoration, les bronches auront recouvré leur perméabilité au cours de la maladie.

Enfin, la pneumonie silencieuse s'observe beaucoup plus fréquemment chez l'enfant ; c'est que les bronches, de calibre plus petit que chez l'adulte, sont plus facilement obstruées chez l'enfant par l'exsudat adhésif de la pneumonie.

Il semble donc que le silence respiratoire d'une pneumonie lobaire est dû à l'obstruction de la bronche lobaire ou d'un grand nombre de bronches sus-lobulaires par la fibrine. L'air ne pénètre pas dans le lobe hépatisé : il ne peut donc pas y avoir de râles crépitants, ni de modification du souffle laryngo-trachéal, c'est-à-dire de souffle tubaire ; seules la matité ou la submatité sont perceptibles. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 5 juillet 1936.)

Le traitement du diabète sucré chez l'enfant par le régime de fruits et légumes, pauvre en albumine

D'après le Docteur Grivel, le régime de fruits et légumes, pauvre en albumine, est un régime physiologique, suivi facilement par l'enfant, plus volontiers que les régimes employés précédemment. Il peut être ordonné des mois et des années durant, sans amener de lassitude ou de dégoût. Il est facile à préparer, même à domicile et dans les milieux les plus simples. Il permet un développement et un accroissement de poids suffisants, tout en laissant un contrôle sur le régime du patient (alors que le régime libre, d'après Stolte, n'est limité que par l'appétit et l'instinct du malade).

Dans les cas de coma ou de précoma, tout aussi bien que dans les cas plus légers, l'urine devient très rapidement libre de sucre et d'acétone, et cela parfois de façon durable. Si bien que l'on peut rapidement diminuer, et, selon les cas, supprimer l'insuline.

L'emploi plus abondant des hydrates de carbone a déjà été préconisé et expérimenté, en Allemagne tout particulièrement (voir les travaux de Stolte, Berntano, Söderling, etc.). Mais le régime libre a été loin de donner des résultats aussi convaincants que ceux qui ont été obtenus par le régime de fruits et légumes. Celui-ci marque un progrès certain dans le traitement du diabète infantile, quoiqu'on ne puisse expliquer actuellement pourquoi les hydrates de carbone des fruits et des légumes sont mieux tolérés que les autres. En tout cas, la pauvreté du régime en albumine, surtout d'origine animale, joue un rôle éminemment favorable. Le seul cas d'adulte traité jusqu'à présent ne permet naturellement pas de conclusions, mais permet cependant d'espérer que, dans le traitement des adultes aussi, ce régime pourra rendre les mêmes services que dans celui des enfants. (*Bull. général de thérapeutique*, n° 4 de 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Académie de médecine

La vaccination contre la fièvre jaune avec le vaccin de Laigret

(MM. C. et M. Mathis et Durieux ; 20-10-1936)

A sa session de mai 1936, la Commission de la fièvre jaune de l'Office international d'hygiène publique, après avoir constaté que la vaccination continuait à tenir une place importante dans la prophylaxie antiamarile, a exprimé l'avis suivant :

1° La vaccination peut être conseillée aux personnes exposées aux risques de contracter la fièvre jaune, en raison de leur séjour dans une région où celle-ci sévit ; 2° la vaccination en masse n'est pas à envisager, quelle que soit la méthode employée et la plus grande prudence doit être recommandée à l'égard de l'emploi du virus neurotrope de souris.

Cette prudence excessive vis-à-vis de la méthode de Sellards et Laigret au virus de souris paraît exagérée à MM. Durieux et C. et M. Mathis. Ces auteurs estiment que les réactions observées avec le vaccin de Laigret sont non des accidents mais des phénomènes atténués de la maladie expérimentale réalisée par la vaccination.

Un progrès important a été obtenu, d'ailleurs, lorsque Ch. Nicolle et Laigret ont proposé d'utiliser le vaccin amaril de souris incorporé au jaune d'œuf et de réduire la vaccination à une seule injection.

Académie de chirurgie

Fistule urétéro-vaginale après hystérectomie

(MM. Mourgue-Molines et Truc, de Montpellier. Rapport de M. Gouverneur ; 8-7-1936.)

On sait qu'un des accidents de l'hystérectomie est la section de l'uretère que le chirurgien s'efforce le plus possible d'éviter. Cette section peut être seulement partielle, l'uretère n'étant alors le siège que d'une plaie latérale — plaie latérale se présentant tout différemment de la section complète du canal.

Il en fut ainsi dans l'observation de MM. Mourgue-Molines et Truc. Après une hystérectomie, les suites opératoires furent troublées par de la fièvre et un écoulement vaginal anormal qui s'est révélé, à l'examen, être de l'urine, la malade dégageant une forte odeur urineuse. L'examen cystoscopique montre un méat urétéral gauche très vascularisé, sans éjaculations rythmées d'urine. Une sonde enfoncée dans cet uretère bute à environ 8 à 9 centimètres. Une nouvelle tentative, faite le surlendemain, est couronnée de succès et on arrive sans trop de difficulté dans le bassinet. La sonde est maintenue à demeure et bien tolérée. Guérison.

M. Gouverneur a observé, de son côté, un cas personnel de fistule urétéro-vaginale partielle, par chute d'escarre survenue sous l'influence de l'infection, après une hystérectomie pour tumeur pelvienne.

Les fistules partielles ont été peu étudiées jusqu'à ce jour, l'attention ayant été surtout retenue par les sections totales du canal. Elles ont cependant une évolution différente. La fistule totale est habituellement permanente. Abandonnée à elle-même, le bout central subit un rétrécissement progressif compliqué d'infection rénale ascendante, qui aboutit à la destruction fonctionnelle du rein plus ou moins rapide et, dans les cas où ces fistules totales se tarissent, ce n'est que par l'atrophie du rein correspondant qu'elles y aboutissent. Par contre, la guérison d'une fistule partielle peut s'observer, avec conservation ou simple diminution de la valeur fonctionnelle du rein.

En France, ces fistules latérales sont considérées comme négligeables. L'échec d'une seule tentative de cathétérisme urétéral fait admettre qu'il s'agit d'une section complète du canal et on ne poursuit généralement aucun nouvel essai. Il apparaît cependant *qu'il y a utilité à renouveler la tentative* de cathétérisme puisque l'on peut hâter la guérison par le procédé simple qu'est la mise en place d'une sonde à demeure.

— M. Moulonguet a soigné dans son service une malade qui, à la suite d'une opération de fibrome, présentait un écoulement d'urine par le vagin. Un cathétérisme de l'uretère droit ayant été arrêté à 8 centimètres de l'orifice urétéral, on pensait à la néphrectomie. Or, la guérison se fit spontanément au bout de quelques semaines.

Dans des cas de ce genre, la sonde à demeure, joue un rôle favorable à la guérison, et doit être appliquée, si elle est possible.

Récidive ganglionnaire d'un cancer de la langue quinze ans après l'opération

(M. P. Moure ; 14-10-1936)

Un malade, opéré par M. Moure en 1921 d'un cancer de la langue et ayant refusé alors le curage ganglionnaire, avait été revu depuis cette époque sans que l'on ait pu constater rien d'anormal jusque-là. Or, quinze ans après l'opération, est apparu un ganglion carotidien nettement cancéreux. Une telle observation peut faire méditer sur ce que l'on appelle quelquefois la guérison des cancers.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Septicémie à streptocoques « viridans ».

(M. R. A. MARQUÉZY et Mlle S. HUGUET, 29-5-36)

La découverte du streptocoque viridans dans le sang, de façon quasi-constante, au cours de la maladie de Jaccoud-Osler est un fait classique. A côté des faits bien connus, il en est d'autres sur lesquels il faut insister : le streptocoque viridans peut, en effet, réaliser un autre type clinique, celui d'une maladie aiguë, à allure septicémique, évoluant chez des malades au cœur sain, ne se compliquant pas de localisation sur l'endocarde et comportant le plus souvent un pronostic favorable. Ces septicémies pures à streptocoques viridans doivent être différenciées des septicémies à streptocoque hémolytique, aussi bien cliniquement que bactériologiquement.

Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer un cas chez une jeune fille actuellement guérie depuis plus d'un an. L'affection a présenté cliniquement deux périodes : *a*) La première, du premier au neuvième jour, caractérisée par un début brusque, une température en plateau, de l'herpès, sans autre signe objectif. *b*) La seconde, du neuvième au vingtième jour environ : la température oscille, l'état général s'altère, la splénomégalie apparaît et persiste près d'un mois ; enfin, un syndrome spléno-pneumonique rapidement constitué fait place trois jours plus tard à un syndrome pseudo-cavitaire qui dure jusqu'à la convalescence et s'accompagne pendant une semaine d'une expectoration purulente, peu abondante, verdâtre, presque amicrobienne.

La découverte du streptocoque viridans dans le sang au neuvième jour de la maladie, au moment même où apparaissent les signes pleuro-pulmonaires et la splénomégalie permet, semble-t-il, de parler ici de septicémie apparemment primitive. Sinon, comment expliquer les neuf premiers jours de fièvre élevée sans localisation clinique ? La recherche d'une porte d'entrée du streptocoque resta peu fructueuse. La gorge fut à peine rouge. L'examen ne permit pas de découvrir la moindre infection ni du côté des sinus, ni du côté des oreilles, ni du côté des dents.

De tels faits sont assez exceptionnels. Cependant, on a retrouvé dans la littérature quelques cas comparables de septicémie pure chez des malades au cœur sain.

En somme, les méthodes habituelles de culture individualisent, dans un certain nombre d'états septicémiques curables, à symptomatologie réduite, un germe bien différencié. La distinction clinique des septicémies à streptocoque viridans ou hémolytique garde donc toute sa valeur. D'autre part, la connaissance de ces faits remet en question la guérison possible des cardiaques chez qui une ou même plusieurs hémocultures peuvent témoigner seulement d'une bactériémie passagère sans greffe endocardique et chez qui on n'a pas le droit de parler de guérison de maladie d'Osler. Enfin, une seule hémoculture positive chez un cardiaque fébrile depuis quelques jours seulement ne permet pas de porter d'emblée le diagnostic d'endocardite maligne avec le pronostic qu'il comporte.

Etude clinique et histopathologique d'un cas de nanisme au cours d'une néphropathie chronique

(MM. E. LESNÉ, Ch. OBERLING et Cl. LAUNAY ; 29-5-1936)

Les auteurs ont pu suivre durant toute sa maladie, de quatre ans et demi à neuf ans et demi, un enfant atteint de néphrite œdémateuse chronique avec nanisme ; l'autopsie a révélé, en dehors des lésions rénales, des altérations endocriniennes histologiques (surtout thyroïdiennes et hypophysaires). Les nombreux examens biologiques pratiqués pendant les cinq années que dura la maladie, et les découvertes histologiques, ont paru dignes d'être rapportées : les conclusions qui s'en dégagent constituent une contribution à la connaissance pathogénique du nanisme rénal. Il s'est agi, en résumé, d'une néphropathie avec arrêt de croissance, dont l'évolution, suivie pendant cinq ans, s'est faite en plusieurs périodes : le début est contemporain d'oreillons ; au cours même de la maladie, se constituent les symptômes d'une néphrite œdémateuse avec, d'emblée, hyperazotémie et syndrome humoral de néphrose lipoïdique au complet. La maladie se poursuit ainsi pendant plus d'une année, sans aucune amélioration. Après une rougeole bénigne et non-compliquée, brusquement, on assiste à la fonte des œdèmes, à une reprise de la diurèse, tandis que le syndrome humoral redevient peu à peu normal. L'azotémie reste cependant anormalement élevée. Chez cet enfant soumis à une carence solaire prolongée, une crise de tétanie se produit à ce moment en rapport avec une hypocalcémie importante. Six mois plus tard, sans raison apparente, les œdèmes reparaissent et deviennent une anasarque généralisée (ascite, hydrothorax) sur laquelle aucun des traitements institués n'a de prise. L'évolution chronique se poursuit pendant plusieurs années, au cours desquelles il se produit une primo-infection tuberculeuse. L'enfant succombe au cours d'un syndrome urémique de gravité croissante, à une granulie terminale.

L'étiologie de la néphrite reste inconnue (pas d'hérédo-syphilis, la tuberculose n'est apparue que comme une complication secondaire). Il est probable que les modifications du calcium et du phosphore observées, pourraient aisément s'expliquer à la fois par le régime restrictif auquel avait été soumis cet enfant, par la rétention rénale et par les altérations endocriniennes, sans qu'il soit possible de démêler la part de chacun de ces facteurs.

G. F.

Les Congrès

XXIII[e] CONGRÈS D'HYGIÈNE

(Paris, Institut Pasteur, 19-22 octobre 1936)

Rapports et communications

L'épidémiologie des maladies contagieuses de l'homme

Rapport du Docteur X. Leclainche

Les maladies épidémiques ont considérablement diminué de fréquence dans le monde, mais elles causent encore chaque année un nombre important de décès qui sont évitables dans une large mesure.

La réglementation en vigueur des services prophylactiques, qui repose sur les données pastoriennes de la première heure, est périmée sur de nombreux points.

Elle doit être remaniée en s'inspirant des acquisitions récentes de la science (ultra-virus, maladies inapparentes, porteurs de germes), et de la reviviscence des théories anciennes (rôle des causes secondes et du milieu épidémique, notion de la solidarité des collectivités, etc...)

On doit notamment : donner aux médecins praticiens de plus grandes facilités pour effectuer le diagnostic de ces maladies (multiplication des laboratoires) ; organiser la déclaration directe aux médecins hygiénistes ; poursuivre le dépistage et la stérilisation des porteurs de germes ; rendre obligatoire l'isolement ; limiter les désinfections à des opérations d'une utilité certaine, et les faire pratiquer par un personnel compétent (infirmières visiteuses) ; répandre les méthodes de vaccinations et multiplier les centres de sérums de convalescents ; développer l'hygiène générale (lutter contre les contaminations par l'air, par les voies digestives, etc.) ; intensifier l'éducation sanitaire des masses ; organiser le contrôle sanitaire des émigrants.

Le soin de coordonner, de diriger, d'animer, de contrôler l'ensemble de ces activités, doit être confié à un Service technique central d'épidémiologie.

Pour accomplir cette réforme, on s'inspirera utilement de l'organisation réalisée dans le Service de santé de l'armée.

Sur le plan international, la prophylaxie des maladies épidémiques est assurée dans les meilleures conditions par deux organismes fonctionnant en liaison : l'Office international d'hygiène publique de Paris, le Bureau des renseignements épidémiologiques de Genève.

Quelle que soit la perfection des organisations réalisées tant sur le plan national que sur le plan international, il ne semble pas que l'on doive s'attendre à une disparition complète des maladies épidémiques, mais leurs ravages peuvent être encore diminués dans de notables proportions.

L'épidémiologie des maladies infectieuses des animaux

Rapport de M. le Professeur L. Panisset

De temps immémorial la venue des grandes épizooties a frappé l'imagination des hommes. Leur répétition annuelle ou multiannuelle, leur rythme saisonnier ont été remarqués de tout temps. L'histoire épidémiologique nous renseigne sur les anciennes contagions, sur celles qui sont toujours présentes, celles qui ont disparu ou qui sont en voie de disparaître, celles qui naissent sous nos yeux.

L'épidémiologie nous apprend la cause des épidémies. Si la contagiosité reste l'élément primordial (pouvoir pathogène et réceptivité), les épidémies sont soumises à des influences cosmiques, *astronomiques* et météorologiques, à la température, à l'humidité, aux vents, à l'électricité ; le sol et l'eau ont une part importante. Le milieu animal (transports, rassemblements, guerres) a un rôle non moins considérable et l'homme n'est pas étranger à la vie des épizooties.

L'étude de l'épidémiologie des maladies infectieuses des animaux doit être poursuivie par l'observation, les statistiques et l'expérimentation.

La statistique au service de l'épidémiologie

M. G. Ichock, professeur à l'Institut de statistique de l'Université de Paris, montre le profit dont peut tirer la lutte contre les épidémies d'une documentation statistique, établie d'une façon rationnelle. Il envisage la création, au sein de la statistique générale, d'une section spéciale de statistique épidémiologique. Elle centraliserait les travaux touchant le traitement et la prophylaxie des maladies épidémiques, et constituerait un centre d'études dont la tâche essentielle serait de se prononcer sur la valeur pratique des diverses méthodes à appliquer, notamment sur les mesures préventives.

M. Ichok propose un modèle de bulletin de décès dont les sept rubriques sont consacrées à la cause du décès, aux vaccinations effectuées, à la profession du décédé, aux conditions d'habitation, etc....

L'hygiène publique et l'emploi dans les campagnes des toxiques utilisés dans la lutte contre les ennemis des cultures

MM. Fr. et H. Heim de Balsac

L'agriculteur est obligé de protéger ses cultures contre de multiples ennemis : cryptogames, insectes, rongeurs ; il trouve des armes efficaces dans un groupe de toxiques variés. D'où l'emploi chaque jour plus généralisé dans les campagnes d'un véritable arsenal de toxiques, dont la diffusion, le maniement par des personnes non-initiées, méritent de retenir l'attention de l'hygiéniste.

MM. Fr. et H. Heim de Balsac montrent comment nombre d'intoxications — non diagnostiquées comme telles — passent inaperçues, si elles n'ont pas une issue fatale (par maniement agricole des arsenicaux par exemple). Ils examinent successivement les cas des composés arsenicaux, plombiques, fluorés, du phosphore, du zinc, de la nicotine, des appâts à la strychnine.

La législation française interdit, actuellement, l'usage de certains composés organo-métalliques, fongicides très actifs, mais redoutables toxiques pour l'homme. Des précautions hygiéniques doivent être aussi imposées quant à la vente, à la circulation, au maniement d'autres toxiques qui entrent maintenant, couramment, à la ferme.

Ces produits ne devraient être livrés qu'avec étiquettes, tracts indiquant leur danger, être artificiellement colorés, odori érés pour inspirer une méfiance immédiate salutaire.

Il conviendrait d'encourager toutes études relatives à la substitution progressive aux agents antiparasitaires dangereux pour l'homme et le bétail, d'agents dont la toxicité n'existe que vis-à-vis des invertébrés et non vis-à-vis des vertébrés supérieurs, tels que nombre d'extraits végétaux ou de substances chimiquement caractérisées : extraits de lonchocarpus, roténone, alcaloïdes, anabasis, etc.

Les vaccinations associées dans l'armée

MM. Dopter, Sacquépée et Pilod.

Les vaccinations étant nécessaires dans les armées, il y a intérêt à en limiter le nombre au minimum indispensable ; la méthode des vaccinations associées de Ramon et Zoeller permet de résoudre ce difficile problème.

Depuis 1930 a été mise en usage la vaccination mixte (T A B + diphtérie) d'abord avec trois injections puis deux injections, dès qu'on a pu obtenir une anatoxine assez forte. Les réactions observées sont de même ordre qu'avec le T A B employé seul. Du point de vue prophylactique, les résultats obtenus se sont montrés remarquables ; les manifestations épidémiques cèdent presque toujours rapidement ; les manifestations endémiques ont parfois résisté davantage, mais pour finalement disparaître après application de la méthode à toutes les incorporations successives. Le nombre de diphtéries constatées chez les vaccinés est infime, et elles demeurent bénignes ; encore doit-il s'agir parfois plutôt d'angines simples chez les porteurs de germes. Dans l'ensemble, et bien que la vaccination antidiphtérique n'ait pas été généralisée jusqu'ici, la diphtérie a sensiblement rétrocédé.

La vaccination *triple*, en trois injections, donne des réactions de même ordre que la précédente, parfois cependant un peu moins éphémères. Les résultats ne peuvent pour le moment être appréciés que du point de vue sérologique, l'application étant trop limitée encore et trop récente pour permettre les observations épidémiologiques concluantes. Pour la diphtérie presque tous les vaccinés (99,38 p. 100) présentent dans leur sérum un pouvoir antitoxique susceptible de leur assurer vraisemblablement l'immunité, autant qu'on puisse le présumer d'après les faits actuellement connus. Vers le dixième mois, une faible proportion (10 p. 100) voient fléchir leur taux antitoxique. Pour le tétanos, autant qu'on en puisse juger par comparaison avec ce qui a été constaté chez le cheval, il est vraisemblable que le degré d'immunité antitoxique obtenu est suffisant pour assurer la protection chez à peu près tous les vaccinés, et cette protection persiste au moins un an.

La rareté des infections typho-parathyphoïdes n'a pas permis d'observations suivies à leur sujet. On sait cependant que l'immunité demeure inchangée à l'égard des infections paratyphoïdes B après vaccination double.

Dix années de vaccinations associées contre les infections typhoïdes et la diphtérie chez les adultes

MM. G. Loiseau et A. Laffaille.

Les auteurs qui, avec M. L. Martin, furent les premiers après Ramon et Zoeller à appliquer dans des collectivités d'adultes (écoles d'infirmières, école centrale, etc.) la méthode des vaccinations associées à la prophylaxie de la diphtérie et des infection typhoïdes, rapportent les résultats de dix années d'expérience (1926-1936).

Après avoir démontré la parfaite innocuité de la méthode, ils constatent que l'association d'antigènes différents (anatoxine diphtérique, vaccin T. A. B.) renforce leur activité propre. Le nombre des sujets immunisés par les vaccins associés est notablement plus élevé que lorsque l'on a recours séparément à la vaccination anatoxique et à la vaccination microbienne.

Cette immunisation polyvalente qui résiste à l'épreuve du temps et doit être suivie, du moins pour l'immunisation antidiphtérique, du contrôle par la réaction de Schick, mérite d'être désormais adoptée en médecine préventive : médecins, étudiants en médecine, agents hospitaliers, infirmières, plus particulièrement exposés à la toxi-infection diphtérique et à la fièvre typhoïde devant en être les premiers bénéficiaires.

Immunisations provoquées du personnel médical et infirmier des hôpitaux et dispensaires

M. le Dr R. CLÉMENT

Chaque année, étudiants, médecins et infirmières paient un lourd tribut aux maladies contagieuses contractées en service. Rien que pour la diphtérie, dans les hôpitaux d'enfants et à l'hôpital Claude Bernard, on a observé ces dernières années, une moyenne annuelle de 32 cas.

Pour supprimer, ou diminuer dans la mesure du possible cette redoutable morbidité, il faudrait, en dehors des mesures d'hygiène et de prophylaxie générales, que tous ceux qui peuvent être en contact avec les contagieux, soient immunisés préventivement contre les maladies pour lesquelles nous possédons une méthode de vaccination qui a fait ses preuves. Or, si une revaccination jennérienne récente est exigée de tous les étudiants en médecine et de toutes les infirmières, la vaccination antityphoïdique n'est obligatoire à Paris que pour les externes des hôpitaux et les infirmières de l'Assistance publique et l'immunisation antidiphtérique, ou la recherche de l'immunité spontanément acquise contre cette affection, n'est systématiquement pratiquée que dans quelques écoles d'infirmières et dans de trop rares services hospitaliers.

Il serait bon que tout étudiant en médecine ou tout infirmier ou infirmière, en service, stagiaire ou bénévole, soient immunisés, non seulement contre la variole, mais contre la diphtérie, la fièvre typhoïde et même le tétanos. Une loi récente vient de rendre la triple vaccination obligatoire dans l'armée. Il semble qu'il serait facile de l'exiger de tout le personnel médical et infirmier avant son admission dans un hôpital ou dispensaire.

Avec les précautions de technique proposées, ces immunisations peuvent être réalisées aisément et sans danger.

Vaccinations associées en médecine vétérinaire

M. DESCAZEAUX

Les travaux de Ramon ont montré qu'il était possible de vacciner les organismes, à la fois contre plusieurs maladies, en injectant les antigènes associés correspondants.

Cette découverte, en réduisant le nombre des interventions, sera très profitable pour la médecine vétérinaire.

D'autre part, l'association de certains antigènes (anatoxine tétanique) à des substances inertes (tapioca) a permis de vacciner efficacement les chevaux contre le tétanos.

L'addition de gélose et d'alun au premier vaccin Pasteur a permis d'obtenir chez les animaux, une immunité plus rapide, plus solide et plus durable, contre le charbon.

L'eau potable des animaux domestiques

M. Marcel JEAN-BLAIN

A l'heure actuelle les eaux de boisson des animaux domestiques proviennent des sources, des puits, des cours d'eau, des mares, des flaques. Elles sont susceptibles de provoquer parfois des intoxications, des infections et des infestations. Il faut prévoir de l'eau potable, en tout semblable à celle de l'homme, qui sera distribuée aux grands animaux au moyen de l'abreuvoir automatique. Les besoins d'un cheval de 500 kilos sont de 50 litres par jour. Ceux de la vache varient entre 40 et 120 litres, du bœuf entre 40 et 80 litres, du mouton entre 1 et 2 litres, du porc entre 7 et 20 litres.

Traitement des porteurs de germes par le sulfate d'o-oxyquinoléine

M. LISBONNE

L'insufflation biquotidienne d'une poudre légère constituée par un mélange de carbonate de bismuth et d'o-oxyquinoléine à 1 ou 2 % dans le rhino-pharynx des porteurs de germes diphtériques stérilise ces germes dans 80 % des cas en 6 jours au plus ; dans 15 %, le résultat négatif est obtenu entre 8 et 15 jours ; 4 à 5 % d'échecs.

L'enseignement de l'hygiène dans les écoles vétérinaires

Professeur M. SIMONNET

L'enseignement de l'hygiène vétérinaire a pour premier objet de prévenir les inconvénients ou les dangers que l'animal peut offrir pour l'homme. La connaissance des conditions de transmission des maladies parasitaires ou des maladies contagieuses par l'animal vivant ou par ses dépouilles constitue donc l'une des plus importantes préoccupations de l'hygiène vétérinaire. A ce point de vue, la coopération la plus étroite avec l'hygiène humaine est nécessaire.

L'auteur insiste ensuite sur les caractères particuliers de l'hygiène vétérinaire lorsqu'elle s'applique à l'animal, caractères qui l'opposent, dans une certaine mesure, à l'hygiène humaine. La notion de rendement domine en effet l'exploitation des animaux. Non seulement les mesures préventives propres à conserver l'état de santé sont indispensables, mais cet état doit être maintenu dans des conditions d'entretien (alimentation, conditions d'environnement) favorables au rendement, qui sont parfois antihygiéniques. A ce point de vue l'hygiène vétérinaire peut être considérée comme une sorte d'hygiène professionnelle dans laquelle l'hygiéniste est à la fois le technicien de l'exploitation et le médecin, et le sujet, une machine spécialisée.

Que penser de l'avant-projet de décret concernant la salubrité des coquillages

M. BELIN

Après treize années il est enfin admis que les mesures jugées indispensables pour assurer la salubrité des huîtres, doivent l'être également quand on

s'adresse aux autres coquillages mangés crus. Malheureusement on prévoit une épuration d'une efficacité discutable.

Les coquillages sont en France la principale cause des fièvres typhoïdes ; plus de 25.000 personnes ont succombé depuis quinze années ; cet avant-projet n'apparaît pas susceptible d'améliorer sérieusement la situation.

Antigènes et cholestérine associés dans la prophylaxie des maladies infectieuses

M. Fernand BARBARY

A la suite d'une expérience de plusieurs années, le Docteur Barbary a pu montrer les résultats obtenus par lui dans la prophylaxie ou le traitement des maladies infectieuses en associant aux antigènes (anatoxines, sérums) le cholestérol, sous forme d'injection de cholestérine (vingt centigrammes en solution dans 10 grammes d'huile camphrée).

Les observations s'accordent avec les expériences de laboratoire de Ramon, Lemetayer, Zoeller, aboutissant à cette conclusion que certaines substances, la lanoline et la cholestérine en particulier, ajoutées à l'antigène anatoxique exercent une action favorable sur le développement de l'immunité due à l'antigène.

P. LACROIX

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Amédée LEGRAND, éditeur
93, boulevard Saint-Germain

Dr M. FERRU. — **Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B.C.G.** Une brochure 94 pages. Prix : 5 francs.

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE CAMUGLI
6, rue de la Charité, Lyon

Dr Robert RENDU. — **Radiesthésie, Science et Morale.** 2e édition, 1936. Un vol. 74 pages. Prix : 5 francs.

M. CAMUS, éditeur
3, avenue de la Bibliothèque, Lyon

Dr R. RENDU. — **Une expérience suggestive de radiesthésie,** 2e édition, 1936. Lettre préface du Prof. Houllevigne. Une broch. 38 p. Prix : 3 fr.

Imprimerie WALLON, Vichy

Dr ALFRED ROUX. — **Vérités sur le diagnostic radiesthésique.** Un vol. 168 pages. Prix : 15 fr.

Pierre JOURDAN. — **La chirurgie thyroïdienne. Etude analytique des thyroïdectomies.** Marcel Vigné, éditeurs, 1936 (un volume, 92 pages).

Dans cet ouvrage essentiellement pratique, l'auteur, dans un style très personnel, expose ses idées sur une question qu'il connaît bien. Il s'agit là d'une chirurgie spéciale parce que cervicale et parce que glandulaire, d'où la nécessité de reprendre ou de mettre au clair tout d'abord quelques points de l'anatomie chirurgicale et de l'anatomie pathologique du corps thyroïde. Précisant ce qu'est pour l'opérateur la fixité du lobe thyroïdien et ses enveloppes, les dangers problématiques que l'on a de léser le récurrent et les parathyroïdes dans une opération bien conduite, Jourdan aborde avec une grande précision les différents temps de l'intervention.

Après avoir d'emblée insisté sur tout ce que la technique en cette circonstance doit à Halted, après avoir rappelé l'instrumentation nécessaire et les différents procédés opératoires, il étudie en détail l'opération telle qu'elle paraît pour lui devoir être standardisée. Avec la minutie qu'il attache à sa pratique, il insiste tour à tour sur les points importants de la cure chirurgicale, sur ce que doit-être l'installation de la malade, le champ opératoire, l'anesthésie où sa préférence va à l'anesthésie locale. Puis, passant sur l'intervention elle-même, il s'étend longuement sur ce que doit-être le traitement des plans extra-aponévrotiques, la traversée des plans musculo-aponévrotiques sous-thyroïdiens, l'attaque et l'extériorisation du lobe, la coupe intraparenchymateuse, l'hémostase, le drainage, la réparation des divers plans et la suture cutanée. Reprenant ensuite l'analyse de cette opération standard, il en fait une critique serrée, puis termine par un chapitre sur les thyroïdectomies hors le cancer et pour le cancer.

Malgré cette longue description d'une technique réglée comme une horloge, l'auteur sait ne pas rester dans la banalité et ne pas emprunter un masque d'ennui. En des phrases bien venues, il critique les attitudes foraines de trop de ses confrères et vante le souci de douceur et de moindre traumatisme qui doit présider à l'intervention qu'il décrit, en particulier en ce qui concerne l'hémostase.

Ce livre ne s'encombre pas de vaine statistiques, de bibliographie forcément incomplète, ou d'un langage scientifique si souvent incompréhensible. Il est clair, très jeune et très allant, et rendra certainement bien des services à ceux qui le consulteront.

P. S.

THÉRAPEUTIQUE NEURO-PATHOLOGIQUE

Le Lotus et le Nénuphar

Par le Docteur Paul MEYRAN, fils

S'il est un chapitre de la pathologie où le thérapeute ait à faire sien, l'aphorisme de BACON : « On ne vient à bout de la Nature qu'en lui obéissant », c'est bien celui qui a trait aux affections du système nerveux », qu'elles atteignent les centres chargés de présider aux actes de l'intelligence et de la volonté ou qu'elles aient pour domaine les appareils, auxquels est dévolu le rôle d'assurer les multiples fonctions de la vie organo-végétative. L'extrême sensibilité des éléments anatomiques qui constituent ces appareils, la facilité avec laquelle ils subissent l'influence des agents stimulants ou frénateurs, les phénomènes réactionnels que peut entraîner l'emploi de méthodes curatives trop énergiques commandent, de la part du praticien, une prudence telle qu'il n'ait pas à craindre de voir sa thérapeutique, en opposition avec le précepte *primo non nocere*, cesser d'être offensive et, par conséquent utile pour devenir offensante, c'est-à-dire nuisible. La liste serait longue des cas d'éréthisme nerveux, dans lesquels la mise en œuvre de modérateurs trop actifs des centres cérébro-spinaux ne détermine la sédation des phénomènes d'angoisse que pour y substituer un état plus ou moins accentué de dépression : non moins fréquents sont ceux où les substances destinées à agir sur le système neuro-végétatif, *à équilibrer* ses fonctions de stimulation et d'inhibition, dépassent le but qu'elles sont chargées d'atteindre et suivant l'expression de notre Maître Henri LECLERC, exposent les patients à devenir » de pauvres épaves cahotées entre le charybde du sympathique et le Scylla du vague ». C'est que, comme l'a si judicieusement fait remarquer le Docteur L. CHAUVOIS, dans un ouvrage d'une puissante originalité, on doit n'envisager qu'un seul système nerveux où la partie vasculo-viscéro-motrice sympathique et la partie musculo-motrice de relation sont constamment associées du fait de leur impressionnement commun par un troisième système : le système sensitif. Toute thérapeutique qui tendrait à trop dissocier ces trois éléments, à ne viser que l'un d'eux au détriment des autres, risquerait d'être d'un exclusivisme irrationnel et, le plus souvent, d'opérer « à côté », si ce n'est même « à rebours ». On voit donc de quel intérêt capital il est pour le médecin de disposer d'agents dont la composition leur permette d'agir synergiquement, de réaliser l'union sacrée entre les différents appareils, d'éviter toute prédominance d'une fonction sur une autre : comme le disait BRISSAUD, « La thérapeutique neuro-pathologique est affaire d'équilibriste et non d'acrobate ». C'est parce qu'elle est pleinement apte à répondre à ces desiderata qu'il nous paraît opportun d'attirer l'attention du public médical sur une nouvelle préparation, dans laquelle ont été choisies et réunies, avec un judicieux et méthodique éclectisme, diverses substances dont de récentes études ont établi l'efficacité comme sédatifs équilibrants des affections du système nerveux.

Le Lotier corniculé (*Lotus Corniculatus* L.) dont on doit l'introduction dans la pharmacopée à Henri LECLERC, à la suite de nombreuses et probantes expérimentations rend de réels services « pour calmer l'éréthisme nerveux tel qu'il se produit chez les éclopés du système neuro-végétatif, chez les psychasthéniques, dans la convalescence de certaines maladies aiguës, notamment à la suite de grippe : sous l'influence de la médication, on voit le plus souvent l'émotivité s'émousser et le sommeil redevenir normal, les troubles de la sensibilité réflexe disparaître. ». Le Docteur J. BREL en a également obtenu de bons effets dans nombre de cas de troubles nerveux, liés à des dystrophies du vague et du grand sympathique et déterminant des alternatives d'angoisse et de dépression, de l'agitation nocturne et des crises de tachy-arythmie.

Bien injustement oublié de nos jours, le Nénuphar (*Nymphaea alba* L.) mérite qu'on lui fasse crédit à cause des bons résultats qu'il fournit comme hypnotique exempt de toute nocivité, comme inhibiteur doux, mais sûr du parasympathique, chez les malades atteints de troubles nerveux avec prédominance de l'éréthisme génésique et de l'insomnie : H. LECLERC cite, à ce sujet, l'observation d'une femme qui, restée veuve assez jeune, était entraînée, par l'ardeur excessive de son tempérament, à des actes dont sa conscience était torturée et qui vit, grâce au Nénuphar, cesser, en moins de quinze jours, l'excitation sexuelle et les phantasmes malsains.

Depuis les travaux de JENNINGS, de REILLY, de H. HUCHARD, de L. RENON et de H. LECLERC, l'Aubépine (*Cratægus oxyacantha* L.) s'est acquis, dans la pharmacopée officielle, la place d'un médicament classique comme tonique du cœur, et à cause de l'action régul trice qu'elle exerce sur les vaisseaux en équilibrant la pression sanguine et la force de l'impulsion cardiaque : tel est le mécanisme par lequel elle atténue 'excitabilité du système nerveux et remédie en

particulier aux troubles congestifs de la ménopause, palpitations, bouffées de chaleur, insomnie, irritabilité. A côté de ce mode d'action cardio-vasculaire, elle possède des vertus antispasmodiques qui peuvent se manifester indépendamment des modifications subies par l'appareil circulatoire : c'est ainsi que H. Leclerc l'a vue « agir d'une façon très appréciable chez des malades sujets à des troubles nerveux (angoisse, insomnie, vertiges, bourdonnements d'oreille) dont ni le cœur, ni les vaisseaux ne pouvaient être incriminés. « De nombreuses observations ont également prouvé à L. Renon, son action équilibrante et régulatrice sur le plexus cardiaque, action procurant des améliorations considérables dans les névroses du pneumo-gastrique et dans les plexalgies cardiaques : « Cette propriété, dit-il, n'est pas limitée au système nerveux du cœur, elle s'exerce aussi sur les nerfs des vaisseaux. Dans les spasmes vasculaires dus à l'action vaso-constrictive nerveuse le Cratægus a une action vaso-dilatatrice indiscutable : c'est à ce titre, un médicament précieux de l'hypertension artérielle des neuro-arthritiques. »

La Valériane (*Valériana officinalis* L.), d'un usage courant comme antispasmodique, exerce son action, ainsi que l'a démontré J. Chevallier, sur les noyaux d'origine du pneumogastrique et se comporte comme un modérateur puissant du système cérébrospinal : en raison de l'altérabilité de ses principes constituants, on devra l'employer exclusivement sous la forme adoptée par l'inventeur du Nervantyl, c'est-à-dire à l'état d'extrait de plante stabilisée suivant le procédé de MM. les Professeurs E. Perrot et A. Goris.

Enfin, à côté de ces quatres substances empruntées à l'arsenal phytothérapique, figure un médicament fourni par la chimiothérapie, l'Ion calcium dont l'importance en neuropathologie est actuellement de notion courante. Loeb a démontré, en effet, qu'il joue un rôle modérateur vis-à-vis du système neuro-musculaire et que sa diminution dans les muscles permet d'y faire apparaître des contractures. Sabbatini a reconnu, en outre, qu'en appliquant sur le cortex une substance entraînant sa précipitation, on détermine des convulsions : un déficit de calcium agit donc comme un véritable irritant. Inversement de petites quantités de ce corps, mises en contact direct avec l'écorce cérébrale, en diminuent l'irritabilité. Depuis, Ronconi, Pic, Bonnamour et Raymon ont confirmé son action modératrice en supprimant chez la grenouille, par des injections sous-cutanées de chlorure de calcium, les secousses convulsives provoquées par la strychnine. L'importance de l'hypocalcémie dans la genèse des états spasmophiles a été démontrée par d'autres auteurs et les recherches de J. Gauthier lui ont prouvé que la maladie de Parkinson peut être rattachée à une perturbation du métabolisme calcique et que cette affection est à la fois le résultat d'une insuffisance thyro-parathyroïdenne et de l'incapacité des centres à fixer le Calcium. Enfin, les recherches de MM. Busquet et Pachon ont établi l'influence indiscutable de l'ion calcium sur le cœur et démontré que les sels qui le précipitent ou l'empêchent d'agir à l'état d'ion annulent l'action de l'appareil cardio-inhibiteur et que, si, dans le sang, il n'existe plus sous la forme ionisé, l'excitation du pneumogastrique n'arrête plus les battements cardiaques

Ces différentes substances se trouvent combinées dans le Nervantyl Miluc dont les observations suivantes montrent tout l'intérêt.

1° Bourdonnement d'oreille au cours de la ménopause.

Mme C. P., âgée de 50 ans a cessé d'être réglée depuis un an. En plus des symptômes auxquels donne habituellement lieu la disparition du flux cataménial (bouffées de chaleur, vertiges, palpitations), elle est sujette à des bourdonnements d'oreille qui sont particulièrement intenses et obsédants après les repas et à l'heure du coucher A peine la tête sur l'oreiller, elle perçoit des bruits variés, sifflements, tintements de cloches, eau qui bout, vols de mouches etc..., que ne peut atténuer aucun changement de position et qui rendent le sommeil impossible. La phobie de ces troubles subjectifs l'oblige à ne se mettre au lit que le plus tard possible : elle n'y trouve que quelques heures fugaces de repos d'où elle sort avec une extrême sensation de lassitude et de courbature. Après avoir essayé sans succès plusieurs traitements, elle est soumise à l'action du Nervantyl (1 cuill. à café au lever, 2 au coucher). Dès le cinquième jour de la médication, elle éprouve un mieux manifeste : au bout de quinze jours les phantasmes auditifs ont complètement disparu et leur cessation est suivie d'un retour du sommeil et d'une amélioration considérable de l'état général.

2° Ethylique avec hépatomégalie, tremblement, cauchemars, zoopsie. (40 ans).

Aucun effet du chloral (2 gr. p. j.) Nervantyl : 2 cuill. à café puis 3 cuill. pendant quatre jours et de nouveau 2 cuill. à café.

Diminution notable du tremblement, retour du sommeil et du calme. Plus de menace de délirium.

3° Pancardite rhumatismale, myocardite, rétrécissement mitral, crises de tachycardie paroxystiques avec angoisse, insomnie, nervosisme. Les barbituriques restent sans effet, tant sur les manifestations spasmodiques que sur les symptômes nerveux. Institution du traitement au Nervantyl donné à la dose de 2 à 3 cuill. à café, le soir au coucher. Amélioration nette, sédation des crises de faux angor, sensation d'euphorie et de bien être général, réapparition d'un sommeil calme et réparateur.

***

De cette esquisse pharmacodynamique, il est aisé de conclure que le Nervantyl Miluc emprunte aux éléments qui le constituent toutes les propriétés qu'exige une thérapeutique physiologique et rationnelle des affections du système nerveux et qu'il fournit aux praticiens une ressource d'autant plus précieuse qu'elle joint à la constance et à la sûreté de ses effets une innocuité absolue.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Bulletin de l'Actualité

I

LES NOUVEAUX BATIMENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

(3 Décembre 1936)

Notre aimable et éminent doyen, le Professeur Roussy, avait bien voulu nous convier mercredi et jeudi de la semaine dernière à visiter le chantier de démolition du vieil hôpital de la Charité, à prendre connaissance des plans de la future Faculté qui va s'élever sur cet emplacement, et à assister à la première coulée de béton.

Cette cérémonie officielle était rehaussée par la présence du ministre de l'Education nationale, du professeur Perrin, sous-secrétaire d'Etat, du recteur M. Charlety, du président du Conseil municipal, M. Raymond Laurent, des professeurs, et des nombreux membres du Corps médical parisien.

***

M. Roussy, prit le premier la parole. Après avoir remercié les personnalités présentes, il tint à rappeler les domiciles successifs de la Faculté de médecine, depuis la nef de Notre-Dame, l'amphithéâtre de Winslow, qui existe toujours rue de la Bûcherie, jusqu'aux bâtiments des écoles de chirurgie qui l'abritent encore aujourd'hui. Puis, faisant état de l'insuffisance des locaux actuels, M. Roussy regretta qu'il n'eût pas été possible de doter Paris d'une Faculté moderne, dont les différents services eussent pu se développer, harmonieusement groupés, sur un vaste terrain, avec à leur proximité, de grands services hospitaliers. Son désir eût été de créer à Paris ce que certaines Universités de France et de l'étranger ont pu réaliser, pour le plus haut intérêt de la recherche et de l'enseignement de la médecine. Mais, de toutes parts des difficultés surgirent. Il fallut céder, s'incliner devant la tradition, rester au cœur du vieux Quartier Latin , là où, quelque cinquante années plus tôt, nos prédécesseurs, après bien des hésitations et bien des discussions, vaincus par les mêmes exigences, étaient eux-mêmes demeurés.

Vue de l'Ecole de Médecine et de la Nouvelle Fontaine (vers 1800) dans la rue de l'Ecole de Médecine

Enfin, le doyen de la Faculté ajouta qu'il lui plairait que cette maison fût accueillante aux deux générations qui s'y rencontreront : les maîtres qui s'efforcent d'accroître le domaine de la connaissance, la jeunesse « en qui vibrent tous les possibles ».

M. Raymond-Laurent, président du Conseil municipal, soulignant les services que rend la Faculté de médecine, les secours que ses maîtres, ses anciens élèves et l'élite de ses étudiants dispensent chaque jour aux malades des hôpitaux parisiens, exprima la reconnaissance des édiles.

Rappelant qu'il avait été question de transférer la Faculté dans la périphérie, l'orateur nous dit :

« Paris ne serait plus ce qu'il est, si ses illustres établissements universitaires émigraient trop librement. Mais je ne suis pas certain qu'ils ne subiraient point eux-mêmes quelque dom-

mage moral s'ils brisaient trop brutalement le lien mystérieux, invisible et puissant qui les fixe au sol où ils sont nés.

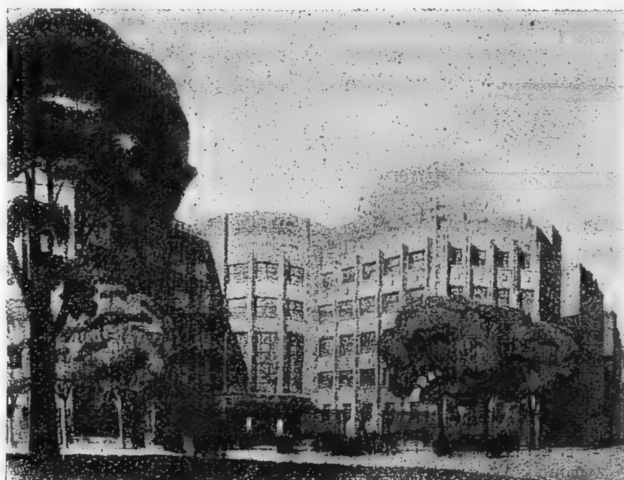
« Cette crainte a été partagée, ou plutôt cet attachement a été réciproque. Je remercie les corps constitués et les personnalités officielles dont la compréhension et l'autorité nous ont aidés à parvenir au résultat atteint. Qu'il me soit permis de réserver un hommage tout particulier à l'éminent doyen, à M. Roussy, dont la clairvoyance administrative vaut le diagnostic. »

M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, prit ensuite la parole, et termina son allocution par ces mots :

« Dans une époque où le conflit des intérêts matériels s'exaspère souvent, les pouvoirs publics ont pour mission essentielle de préserver les plus hautes valeurs de la nation, dans leurs personnes, dans les diplômes qui leur sont conférés, dans les conditions de vie et de carrière qui leur sont faites. Ils en éprouvent aujourd'hui tout particulièrement le sentiment, et je me réjouis d'apporter ici un pareil témoignage, sûr de traduire une opinion unanime qui n'est pas sans prix, ni sans signification ».

***

Ces nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine, qui vont s'élever en plein quartier latin, sur l'emplacement même de la vieille Charité, vont rendre possible une extension jusqu'à la rue de Rennes, abattant les immeubles du vieux quartier Saint-Benoit, élargissant la rue des Saints-Pères et la rue Jacob, et transformant des vieilles batisses sordides en un coin de verdure, d'où jaillira un immeuble moderne aux lignes audacieuses, dont la gravure que nous reproduisons peut donner une idée.



Nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine de Paris (1938)
Vue de l'entrée principale sur la rue de Rennes prolongée.

Nous avons ici même, il y a quelques mois, regretté de voir disparaître la Charité et tous les souvenirs qui s'y rattachent, mais les démolisseurs ont su respecter l'essentiel et ils nous ont conservé avec la vieille église du début du XVIIIe siècle, le petit amphithéâtre de Potain, où professèrent Laënnec et tant d'autres médecins illustres. Le passé va rejoindre l'avenir et le souvenir des grands cliniciens du XIXe siècle hantera encore les nouveaux locaux clairs, bien aérés, éclairés par les immenses verrières que seule permet la technique moderne.

Cette construction importante, à l'édification de laquelle ont collaboré MM. Debat-Ponsan Madeline, Gueritte et Walter, sera destinée à l'enseignement des deux premières années de médecine ; elle comprendra :

Aux *étages inférieurs* : la physique avec ses appareils fondés sur massifs spéciaux, à l'abri des vibrations parasites.

Aux *étages intermédiaires* : la chimie, la physiologie et l'histologie.

Aux *étages supérieurs* : l'anatomie avec des salles bien aérées et baignées de lumière.

Un certain nombre d'amphithéâtres s'y trouveront, dont le plus vaste pourra recevoir 1.500 personnes.

Ainsi à quelques centaines de mètres de l'ancienne Faculté, nous allons en voir naitre une nouvelle, à l'ombre du clocher de l'ancienne abbaye de Saint-Germain-des-Prés, dans le voisinage des Académies de Médecine, et de Chirurgie, tout près de l'Institut, si bien que le jeune étudiant du haut des verrières, où il apprendra à disséquer, pourra d'un seul coup d'œil, contempler ces temples de la recherche et du savoir et laisser courir librement le rêve de ses ambitions futures. Nous voudrions qu'à tous ceux qui viendront étudier la médecine, dans cette nouvelle demeure, et formeront la génération appelée à nous succéder, le souvenir de la Charité rappelle autre chose que des vieilles bâtisses sordides et des salles où pénétrait la pluie ; nous voudrions qu'au moins une fois l'an, y soit évoquée la mémoire de tous ceux qui y enseignèrent, de ceux qui s'y instruisirent, de ceux qui y souffrirent, pour permettre les progrès continuels de la médecine et de la chirurgie, comme on évoque encore, dans les parades militaires, les citations de ceux qui furent héroïques et restent comme de grands exemples.

Dr Raphaël MASSART.

II

RÉFLEXIONS SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Les soins aux médecins

Nos traditions confraternelles et le Code de déontologie veulent que tout médecin, appelé à donner ses soins à un confrère ou à sa famille, ne lui adresse jamais la note de ses honoraires. Cette coutume, qui est une des plus belles manifestations de notre solidarité médicale, n'est pas toujours absolument respectée, et nous voyons parfois nos conseils de famille appelés à décider ce qu'il eût été correct de faire, dans des cas très particuliers où des difficultés sont survenues, de ce fait.

Cette question mérite, je crois, d'être étudiée simplement, car si la déontologie crée des devoirs et des obligations pour celui qui donne ses soins, il est utile d'insister sur les devoirs et les obligations de ceux qui les reçoivent. C'est précisément lorsque le facteur de la reconnaissance ne joue pas, que des incidents pénibles se produisent que des lettres s'échangent, et que, finalement le Conseil de famille est appelé à donner son avis.

***

Il est extrêmement délicat quand un médecin ou un membre de sa famille est malade de faire appeler un confrère. Nous comprenons, mieux qu'un client, le dérangement que nous allons lui occasionner, le temps que nous allons lui faire perdre et l'impossibilité où nous sommes de le dédommager de sa peine, en lui offrant des honoraires.

Même dans le cercle de nos amis, de ceux avec lesquels, nous sommes en rapport de clientèle, nous hésitons, souvent trop longtemps, à leur demander conseil pour nous ou l'un des nôtres et finalement, il arrive que ce soient le médecin et les siens qui soient les plus mal soignés.

Ce scrupule excessif a sa contre-partie et il est, m'a-t-on dit, des confrères qui pour peu de chose ont recours aux avis éclairés de grands maîtres avec lesquels, ils n'ont aucune relation. Il faut reconnaître que la responsabilité du confrère est souvent très atténuée du fait qu'il obéit aux exigences et aux désirs de son entourage, qui n'a pas toujours une compréhension très claire des règles que doivent observer les médecins entre eux. Il commet, de ce fait, des incorrections dont il ne se rend pas suffisamment compte.

Il y a bien longtemps, c'était à l'époque de ma jeunesse, alors que je faisais des remplacements, j'avais été terriblement choqué par la femme d'un confrère, que je remplaçais et qui m'expliquait que lorsqu'elle attendait son premier enfant, elle avait été consulter successivement et à titre médical, cinq ou six accoucheurs, pour prendre celui qui lui plaisait le mieux.

Cette manière de faire une sélection entre tous ceux qui avaient été consultés, aurait été, à l'extrême rigueur, admissible chez une cliente honorant le médecin à chacune de ses consultations ; elle était inacceptable, à mon avis, de la part d'un confrère et de sa femme qui, pour leur satisfaction égoïste, faisaient perdre leur temps à des hommes qui pouvaient compter en échange, sinon sur plus de reconnaissance, du moins sur plus de correction.

Le cas de l'accouchement, s'il est exceptionnel, tel que je le retrace, se reproduit souvent dans d'autres branches de la médecine, et de la spécialité en particulier. Pour la même lésion, au lieu de bien réfléchir à qui l'on va se confier pour un diagnostic, pour une thérapeutique, on organise une sorte de circuit parmi quatre ou cinq noms, tout en se gardant bien d'en faire part à ceux que l'on consulte.

Au cours de l'examen qu'ils font, on pèse leurs paroles, on les compare à celles qui ont déjà été prononcées, on met le diagnostic et les indications de traitement en parallèle, et un beau jour, car tout se sait, les sélectionnés de ce circuit diagnostique apprennent les critiques dont ils ont été l'objet et l'épreuve cruelle à laquelle ils ont été soumis. Non seulement la consultation, qu'ils ont donnée avec toute leur science et tout leur dévouement, ne leur aura été d'aucun profit, mais ils auront été diminués, par l'espèce d'examen comparatif auquel inconsciemment ils se sont prêtés.

Je comprends certes bien qu'on veuille avant de prendre une décision grave s'entourer de plusieurs avis compétents. Le circuit chez le spécialiste est devenu chose courante en clientèle, et il est rare, en chirurgie en particulier, que ce soit celui qui le premier a découvert une lésion et en a posé les indications opératoires qui soit appelé à intervenir. Et cependant, n'est-ce point à celui-là que doive aller toute la reconnaissance

du malade ! Mais, ce qui est explicable chez un client l'est beaucoup moins chez un médecin qui, lui, est capable d'apprécier les difficultés d'un diagnostic, qui connaît les indications opératoires, et qui devrait semble-t-il être à même, si l'avis qui lui est donné ne le satisfait point, d'en discuter avec le consultant, de présenter des objections et de demander une autre consultation, mais au grand jour, sans avoir à s'en cacher. Au lieu de cela, l'avis quel qu'il soit, n'est jamais discuté, au cours de la consultation, mais sitôt dans l'escalier, la décision est prise de ne pas le suivre, de ne rien dire, de laisser tomber ce consultant, dont on n'accepte point les décisions, et d'aller voir ailleurs.

Et c'est ainsi que, d'avis en avis, on arrive quelquefois à en mettre en parallèle cinq ou six, avant de se décider à en suivre un.

Je crois que de telles manières de faire sont condamnables et que ce n'est point ce qu'a voulu la déontologie, en stipulant que le médecin ne devait d'honoraires, ni pour lui, ni pour les siens.

Il est bien certain que le fait d'avoir eu recours pour soi-même ou pour sa famille, aux soins éclairés d'un confrère, de l'avoir choisi entre tant d'autres est la preuve la plus éclatante de la confiance qu'on met en lui, de la compétence qu'on lui reconnaît et il paraîtrait naturel, pour lui témoigner sa gratitude, de lui demander conseil et avis toutes les fois que dans la clientèle on aura besoin d'une compétence. Il n'en est pas toujours ainsi. Beaucoup de spécialistes de chirurgiens, de consultants se plaignent de voir des médecins et leur famille, et de n'entendre jamais plus parler d'eux par la suite, de n'être jamais appelés par eux en consultation, comme si la confiance ne valait que pour eux-mêmes et jamais pour la clientèle habituelle. Or, il nous apparaît comme une obligation de la part de celui qui a demandé un conseil, qui a subi un examen difficile, une opération comportant toujours des risques, de témoigner de sa reconnaissance autrement que par un bronze ou un cadeau et d'oublier le bienfait reçu. En agissant ainsi, on manque aux habitudes traditionnelles de notre profession et on rend plus difficiles les rapports confraternels ultérieurs.

Il est inadmissible que le médecin adresse les siens à un de ses confrères, sans les accompagner, sous prétexte qu'il est très occupé. Le petit dérangement que cela risque de lui occasionner n'est rien en comparaison du plus grand qu'il cause à un confrère, dont le temps est au moins aussi précieux.

Nous arrivons à un point assez délicat qui souvent crée des conflits, c'est la manière dont certains spécialistes, les stomatologistes en particulier, doivent se comporter vis-à-vis de leurs confrères.

Il est évident que la stomatologie à côté des soins habituels, comporte une grosse part de prothèse, de travaux nécessitant d'avoir recours à des ouvriers d'art, d'utiliser des fournitures extrêmement coûteuses, des métaux précieux dont le prix est élevé, et un confrère ne saurait accepter que *cadeau lui soit fait* de sommes aussi importantes qui sont, en réalité, des débours.

Je crois que la coutume veut que tout ce qui est en dehors des soins, que tout ce qui est appareillage, prothèse, soit compté à un prix raisonnable, compte tenu des frais généraux que cela représente ; il serait bon que cette coutume devienne une règle.

A mon avis, cette pratique devrait s'étendre aux électro-radiologistes qui paient très cher leurs films, qui ont des amortissements très lourds et dont les prix demandés comprennent, en dehors de leurs honoraires, des dépenses importantes auxquelles ils doivent faire face. Je soumets la question à leur appréciation et serais heureux de connaître leur avis.

De pareilles questions devraient être réglées une fois pour toutes, pour l'ensemble de notre corporation ; leur solution mettrait fin à la situation gênante du médecin qui n'ose réclamer les soins ou les examens qu'il désire, car il comprend qu'il ne pourra pas les honorer, et elle mettrait à son aise le spécialiste auquel on impose bénévolement des dépenses, qui répétées risquent de compromettre son budget.

Un de mes amis me contait, à ce propos, le subterfuge qu'il avait employé pour soigner sa femme névropathe, réclamant sans cesse des soins et des visites médicales. Il avait pris la décision de la faire traiter comme une *parente*, sous son nom de jeune fille et le spécialiste, ignorant de son identité exacte, venait à chaque appel, prolongeait ses visites et obtenait des résultats thérapeutiques très supérieurs à tous ceux de ses prédécesseurs. Une note d'honoraires le dédommageait de sa peine et il a toujours ignoré qu'il donnait ses soins à la femme d'un confrère.

Je trouve cette manière de faire pleine de bon sens et j'approuve entièrement l'excellente idée de notre confrère, qui avait résolu le difficile problème de faire soigner sa femme comme une cliente ordinaire.

Il nous faut dire aussi un mot des dérangements importants et des consultations lointaines. On m'a conté dernièrement les difficultés survenues du fait qu'un médecin très malade avait désiré l'avis d'un grand consultant, habitant fort loin. Le cas était grave sinon désespéré et la famille, sans beaucoup réfléchir, n'hésita pas à réclamer la venue d'un médecin éminent auprès de son malade.

Des honoraires élevés furent demandés huit mille francs et actuellement, où le cas se révèle inguérissable, tous les membres de la famille

regrettent d'avoir versé une somme aussi importante et se plaignent un peu partout de l'exigence excessive du consultant, ce qui n'est pas sans lui faire un grand tort.

A mon avis, l'incorrection existe des deux côtés.

La famille du malade aurait dû se représenter quel dérangement c'est pour un homme occupé que de quitter sa clientèle, ses malades, de faire un voyage long, fatiguant, et elle aurait dû raisonner un peu plus son malade, lui représenter que son désir était impossible à satisfaire que ce n'était qu'un caprice, et qu'il était facile d'obtenir un avis aussi compétent, en s'adressant à un confrère moins éloigné. Je suis certain qu'avec un peu de diplomatie, on aurait réussi à persuader le confrère gravement malade.

Je n'approuve pas cependant le consultant qui connaît la tragique situation d'une famille médicale, dont le chef est malade, et qui doit comprendre que réclamer une somme importante, c'est amener forcément la gêne, même si elle ne rémunère qu'incomplètement sa peine, son temps perdu et sa valeur professionnelle. Il eût mieux valu pour lui ne point se déranger et trouver un prétexte, plutôt que de laisser le souvenir d'avoir demandé des honoraires qui ont paru excessifs, dans un milieu médical.

Toutes ces questions sont si délicates que j'ai plusieurs fois hésité à les traiter, mais je crois qu'il vaut mieux en parler, les exposer au grand jour, pour montrer qu'actuellement, où la vie est difficile pour tous, il ne faut jamais déranger un confrère avec lequel on n'a point de relations amicales, sans y avoir bien réfléchi, qu'il faut toujours le faire avec d'autant plus de discrétion que sa situation de consultant est plus importante et que, dans certains cas où des questions d'honoraires peuvent se poser, il ne faut pas hésiter à les traiter avant, pour éviter des surprises qui sont à l'origine de bien des conflits et laissent toujours de déplorables souvenirs là, où il ne devrait y avoir que de la reconnaissance et de la gratitude..

Nos habitudes traditionnelles veulent que nous n'hésitions pas à nous aider, à nous secourir, les médecins forment une vaste famille où chacun doit pouvoir trouver un appui ou un secours auprès d'un confrère, mais ces obligations sont toutes morales. Elles sont limitées par la gêne qu'elles peuvent occasionner, par les dépenses qu'elles peuvent entraîner, et si le Code de déontologie dans sa lettre dit qu'en aucun cas un confrère ne doit exiger d'honoraires d'un autre confrère, son esprit est tout autre. Il veut que le confrère ait assez de tact et de discernement pour ne pas mettre celui, qu'il appelle, dans l'obligation de refuser ses soins, ce qui, a mon avis, est encore préférable au fait de réclamer des honoraires qui, s'il n'honore guère celui qui les demande, laisse toujours le souvenir d'un acte anticonfraternel à celui qui les donne.

Dr Raphaël MASSART.

LA DIFFICULTÉ DU RECOUVREMENT DES HONORAIRES SERAIT-CE UN EFFET DE LA CRISE ?

Une note, publiée dans *La Fédération médicale* du Sud-Ouest de novembre 1936, note émanant d'une Commission de contrôle et signée Docteur J.-P. Tourneux, donne les résultats obtenus en neuf mois de fonctionnement par l'Office syndical de recouvrement de Toulouse.

Sur 41.118 francs d'honoraires à recouvrer, l'Office n'a pu encaisser que 11.782 francs.

Cette faible proportion de résultats positifs existe dans la plupart des Offices de recouvrement. Elle tient pour une grande part à la crise que nous traversons, qui, de plus en plus, affecte le Corps médical.

J. N.

SUPPLÉANCE D'UN CHEF DE SERVICE A L'HÔPITAL

Un praticien malade, ou partant en vacances, prend un remplaçant pour assurer sa clientèle de ville. Ce remplaçant peut-il également assurer le service hospitalier du remplacé ?

Du point de vue Droit administratif pur, une Commission administrative peut-elle se refuser d'accepter comme suppléant d'un service hospitalier le remplaçant que le praticien a choisi librement pour assurer sa clientèle de ville ?

Les Commissions administratives des hospices et hôpitaux publics sont absolument maîtresses de l'ordre et de la discipline intérieure de l'établissement. Selon les termes de leur règlement de santé, lequel doit avoir été soumis à l'approbation préfectorale, elles décident du fonctionnement des services médicaux, chirurgicaux et de spécialités. Notamment, elles précisent si, en cas d'absence d'un chef de service malade, en vacances, ou simplement empêché pour quelques jours, le remplacement sera fait soit par un médecin adjoint, ou suppléant, nommé après ou sans concours, soit par le remplaçant diplômé, ou étudiant en médecine, dont la scolarité est terminée, dûment autorisé par le Préfet à faire ce remplacement que le praticien aura choisi, pour répondre aux appels de sa clientèle de ville.

La Commission administrative ne saurait, en effet, ouvrir ses services hospitaliers à quiconque, qui, bien que celui-ci soit docteur en médecine, n'aurait pas reçu l'investiture pour faire un remplacement hospitalier. La Commission demeure responsable de la régularité du fonctionnement administratif des services hospitaliers ; elle peut être recherchée, du point de vue responsabilité civile, dans le cas où le service n'est pas assuré d'une façon régulière et même dans le cas où le remplaçant ne présenterait pas toutes les garanties professionnelles requises, pour remplir correctement une fonction médicale dans l'établissement.

De ceci résulte que si le règlement prévoit les médecins suppléants, ceux-ci seront seuls qualifiés pour remplacer un chef de service momentanément absent de l'hôpital. S'il n'y a pas de médecin suppléant, le chef de service doit présenter son remplaçant à l'agrément de la Commission administrative, pour que l'accès de l'hôpital soit permis audit remplaçant.

Dr Paul BOUDIN.

SUBSTITUTION DE MÉDICAMENTS PAR UN PHARMACIEN

Un médecin se plaint au *Sou Médical*, parce que le pharmacien voisin substitue volontiers aux médicaments, prescrits par lui, d'autres préparations personnelles. Que faire ?

Lorsqu'un pharmacien se permet de substituer un médicament à un autre, il se rend coupable de trois infractions :

1° Il contrevient aux dispositions de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, qui décide que le pharmacien ne peut livrer et débiter des préparations médicinales, ou drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine.

En second lieu, le pharmacien peut contrevenir aux dispositions de la loi sur les fraudes. Si le médecin prescrit un médicament, principalement une spécialité, c'est qu'il en a reconnu les mérites pour son malade. En substituant au produit ordonné un autre analogue, le pharmacien trompe son client et peut lui délivrer un produit inférieur comme qualité ou comme dosage.

En supposant même que le client ait été averti par le pharmacien de la substitution que celui-ci se propose de faire, le malade n'a pas la liberté d'esprit suffisante, pour savoir si ladite substitution lui sera profitable à tous les points de vue.

En troisième lieu, le pharmacien peut être recherché pour délit d'exercice illégal de la médecine. C'est prendre part au traitement des maladies que de donner des conseils en vue d'un traitement et pour cela de vendre des médicaments à la place de ceux prescrits par le docteur en médecine.

Au cas où ce dernier se serait trompé, il appartiendrait au pharmacien d'en référer au praticien, pour que celui-ci, puisse réformer son erreur, ou puisse maintenir sa première prescription, pour des motifs d'ordre médical.

Que faire contre de pareils procédés ? Avant toute chose, quelque mauvais que puissent être les rapports confraternels entre un médecin et le pharmacien voisin, ceux-ci ne doivent pas se traîner mutuellement devant les Tribunaux, car ils se donneraient en spectacle à la malignité publique et le bon renom de nos deux professions en pâtirait. Mieux vaut alerter le Syndicat médical, lequel agira auprès du Syndicat des pharmaciens. Un conseil de famille commun pourra entendre les doléances des deux adversaires et statuera. Souvent, à la suite d'explications plus ou moins orageuses, les deux adversaires font la paix, pour leur plus grand bien professionnel.

Dr Paul BOUDIN.

DE LA NÉCESSITÉ POUR LES MÉDECINS D'AVOIR QUELQUES CONNAISSANCES DE LA LOI DE 1838 ET DE PSYCHIATRIE

Quelques années d'expérience dans un service hospitalier réservé aux aliénés, désigné par la Préfecture sous le terme de « dépôt d'aliénés », hospitalisés avant d'être dirigés sur un asile, me permettent d'affirmer que, la plupart du temps, l'internement est une mesure qui paraît extrêmement grave aux médecins qui exerçent la médecine générale et qui ont de temps à autre, un certificat d'internement à rédiger.

Cette pratique hospitalière m'incite également à affirmer qu'il serait nécessaire de donner quelques notions indispensables de séméiologie psychiatrique élémentaire aux étudiants en médecine qui leur permettraient, par la suite, de faire le simple diagnostic d'aliénation mentale, sans précision, et de prendre nettement leurs responsabilités dans les conclusions d'un certificat d'internement, qu'il s'agisse d'un placement d'office ou d'un placement volontaire.

Je ne parlerai ici que du placement d'office, par l'autorité administrative, pour préciser, le Préfet, puisqu'*il s'agit* d'aliénés ou plutôt de malades considérés, au vu du certificat médical initial, comme aliénés, par l'Administration préfectorale, par conséquent « dangereux pour l'ordre ou la sécurité publique ».

Je me permets, pour justifier mes dires, de faire connaître le contenu de quelques certificats médicaux sur le vu desquels la Préfecture a considéré comme aliénés les malades qui en avaient fait l'objet.

I. « L'état de M. R... nécessite son admission dans le service de médecine. Ce monsieur présente un état d'excitation extrême, ce jour, sous l'influence d'un état fébrile éthylique habituel. Il ne peut être examiné et soigné chez lui, manquant de tout.

« L'entourage dit qu'il se promenait hier en chemise dans la cour.

« Serait à mettre en observation. Dangereux actuellement pour la maison. »

Ce malade a été considéré par l'Administration préfectorale comme aliéné, et interné au « dépôt d'aliénés » de l'Hôtel-Dieu.

II. « Je soussigné certifie que M. C... présente des symptômes de débilité mentale, qu'il ne se rend pas compte de l'importance de ses actes, qu'il se livre, aux dires des témoins, à des actes immoraux ;

« En raison de ces faits, il serait nécessaire pour la moralité publique, de l'admettre dans un établissement spécial ».

Cet homme a été considéré par l'Administration préfectorale comme aliéné.

Aucun de ces certificats ne mentionne que l'individu est dangereux pour l'ordre ou pour la sécurité publique.

Il ne ressort même pas desdits certificats que ces individus soient réellement dangereux.

Aucun de ces certificats médicaux n'est explicite. Tous se réduisent à quelques lignes.

Aucun fait ou dire dont le médecin aurait été témoin visuel ou auditif n'est relaté.

C'est à peine s'il est fait mention de dires ou d'actes relatés par l'entourage et qui pourraient témoigner d'aliénation mentale.

Il est seulement mentionné un état d'excitation ou de débilité mentale, ou plus simplement des troubles mentaux sans aucune énonciation de faits, d'actes, de paroles incohérents, désordonnés, etc.

D'autres certificats, réduits à quelques lignes, concluent bien à danger pour l'ordre ou pour la sécurité publique, mais sont à peu près muets ou même rigoureusement muets sur le syndrome d'aliénation mentale et même sur les symptômes présentés par le malade qui permettent de le faire considérer comme atteint d'aliénation mentale et dangereux.

En voici quelques exemples :

I. « Je soussigné... certifie que Mlle F..., âgée de 84 ans, est atteinte de troubles mentaux, qu'elle est dangereuse pour elle-même et pour les autres et qu'*il* y a *lieu* de *la* mettre en observation à l'hôpital de ..... »

La conclusion manque de logique. La malade est dangereuse et pourtant l'internement n'est pas demandé.

Bien entendu les services préfectoraux ont considéré la malade comme aliénée.

II. « Je soussigné.... certifie que Madame M.... est atteinte de troubles psychiques, qu'elle peut devenir dangreuse pour elle-même et pour son entourage.

« Elle doit être, d'urgence, mise en observation à l'hôpital de .... »

Il est logique de faire, à propos de ce cas, les mêmes observations que pour le précédent.

La malade peut devenir dangereuse mais son internement n'est pas demandé. Sa mise en observation d'urgence, est seulement demandée.

III. « Je soussigné.... certifie que M. D... présente des troubles mentaux et est dangereux pour lui et son entourage.

« Son hospitalisation est urgente ».

Certificat sommaire sans mention d'aucun symptôme. Conclusion incomplètement logique : danger, hospitalisation. Hospitalisation où ?

IV. « Je soussigné.... certifie que Mlle L... présente des signes d'excitation cérébrale qui la rendent dangereuse pour elle-même et ses concitoyens. »

C'est tout. Ce certificat sommaire atteste que la malade est dangereuse mais est dépourvu de conclusion.

La Préfecture a considéré cette malade comme aliénée.

V. « Je soussigné, certifie que Mme L.... est atteinte de troubles mentaux la rendant dangereuse pour elle-même et pour son entourage et qu'elle doit être hospitalisée d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour y être mise en observation ».

Voici donc une malade dangereuse, pour laquelle le médecin-traitant demande d'urgence.... non pas un internement, mais une mise en observation à l'hôpital.

Des certificats, plus explicites, rédigés dans un style courant, presque populaire, témoignent, irréfutablement, de l'embarras du médecin, ignorant les dispositions essentielles de la loi de 1838, qui hésite devant une responsabilité à prendre.

I. « Je soussigné.... certifie avoir visité ce jour M. S.... et constaté que cet homme a tenté de s'empoisonner en absorbant des cachets de véronal. Il présente un état de dépression nerveuse avec idées de suicide, a déjà tenté de s'asphyxier, dit qu'il a encore en réserve des cachets dont il ne peut pas donner la composition et avec lesquels il se donnera la mort.

« Il est urgent que ce malade soit admis en observation dans le service des maladies mentales car il peut être dangereux pour lui-même. »

Ce malade a été considéré comme aliéné par les services préfectoraux et « déposé suivant le terme consacré, au « dépôt d'aliénés » de l'Hôtel-Dieu, qui n'est qu'un gîte momentané avant l'internement.

II. « Je soussigné, certifie que M. B..., actuellement en traitement à l'hôpital-hospice de N... est dans un état d'agitation tel qu'on ne peut le garder dans cet établissement et qu'il est nécessaire de le mettre en observation afin de juger si un internement est obligatoire ».

« P. S. — En réponse à une observation de la mairie de N... il y a lieu de préciser que ce certificat n'est pas pour internement mais qu'il est destiné à obtenir une mise en observation tendant à éviter, si possible, l'internement, dans le cas où l'agitation du malade se calmerait, alors qu'à l'hôpital on n'a pas encore les moyens de l'isoler dans de bonnes conditions ».

A n'en pas douter, les termes de ce certificat trahissent l'embarras du médecin et de la municipalité.... « Le malade doit-il être interné, demande le maire, car le certificat ne parle que d'une mise en observation ? La loi de 1838 n'a pas prévu de mise en observation à l'asile ». Le médecin répond, troublé : « Je ne demande pas l'internement, celui-ci peut être évité. A l'hôpital, où il se trouve, nous n'avons pas les moyens de l'isoler ». Nous répondons : S'il faut l'isoler, c'est qu'il est donc, très certainement, une cause de trouble et de désordre pour les autres. Alors c'est l'internement.

Ce cas démontre en quel embarras se trouve parfois le médecin qui ne sait pas dans quels cas un certificat d'internement doit être rédigé ou qui a peur des responsabilités.

Enfin, voici un certificat qui est loin d'être rédigé dans des termes scientifiques, dans lequel le médecin semble obéir au scrupule de décrire des actes, qui les décrit et les redécrit, avant de conclure à un internement, non, avant de conclure à une mise en observation en vue d'un internement.

« Je soussigné.... certifie que M. H.... est atteint de folie de la persécution. Il voit partout des hommes, des femmes qui veulent pénétrer chez lui.

« Il se relève la nuit disant qu'ils sont dans les arbres qui environnent son jardin. Il les interpelle et menace de les tuer. Par moments, il pousse des cris qui ressemblent à des mugissements. Quand les siens lui font remarquer qu'il n'y a rien de fondé dans ses craintes, il devient furieux, les menace de coups de couteau, de coups de hâche et de bâton.

« Il devient dangereux pour son entourage et je redoute qu'un jour ou l'autre il fasse un mauvais coup. Il a également des gestes obscènes et prononce devant les personnes et même les enfants des paroles que je n'oserais reproduire sur le certificat.

« Il ne travaille pas, insulte les voisins qui sont prêts à certifier tout ce que j'avance.

« Bref, c'est un fou ancien alcoolique qui est bien près de faire un mauvais coup s'il n'est enfermé.

« Je certifie qu'il y a urgence à ce qu'il soit mis en observation à l'Hôtel-Dieu en vue de son internement. »

Dans ce certificat, le médecin obéit à la préoccupation de signaler ce qu'il y a d'anormal et d'incohérent dans la conduite de l'individu et dans des termes courants, précis, qui enlèvent la conviction. Ce qui ne l'empêche pas d'ajouter : les témoins sont prêts à certifier tout ce que j'avance.

J'ai choisi, évidemment, parmi les certificats qui sont passés sous mes yeux, les plus démonstratifs. Mais ils le sont presque tous plus ou moins. Les certificats rédigés d'une façon claire, explicite, énonçant les symptômes constatés et

dont les conclusions sont nettes, sont à peu près inexistants.

Pourtant, est-ce trop demander que de demander une rédaction précise, avec une énumération de symptômes, de dires, d'actes, de faits, semblable à une rédaction de certificat pour coups et blessures, énumérés, précisés, décrits, situés ?

Est-ce trop demander que de demander des conclusions nettes, semblables à celles-ci : les actes du malade sont tels, qu'il est dangereux pour l'ordre ou la sécurité publique et quel'internement dans une maison spéciale est nécessaire.

Toutes ces recommandations traînent dans tous les volumes qui traitent des certificats, dans nombre de journaux qui s'occupent des actes professionnels journaliers et même dans des formulaires très modernes. On trouve même dans ces divers ouvrages des modèles de certificats. Les auteurs s'acharnent à dire : « Les autorités ne vous demandent pas de faire un diagnostic précis psychiatrique, vous n'avez qu'à décrire l'état extérieur du malade, relater ses dires, ses gestes, ses mouvements, noter ses réflexions, ses affirmations, sans fausse pudeur, attirer surtout l'attention sur le comportement de l'individu dans le milieu social et tirer des conclusions nettes ».

Voilà tout.

Il paraît donc nécessaire que le jeune médecin soit muni d'un petit bagage psychiatrique avant d'exercer et qu'il connaisse les dispositions essentielles de la loi sur les aliénés de 1838 :

L'internement d'un psychopathe qui ne doit être fait qu'à bon escient, dépend exclusivement du médecin, dont le certificat est toujours, du moins en pratique, nécessaire.

Bien plus, il appartient aux médecins d'éclairer les municipalités sur leur rôle en présence d'un aliéné dangereux, car la plupart, pour ne pas dire toutes, à l'exception de celles des grandes villes, ne savent pas ce qu'elles ont à faire. Elles ignorent même que, dès qu'un aliéné leur est signalé et est dangereux, elles deviennent responsables moralement et... pécuniairement du dommage causé par l'aliéné.

Raison de plus pour exiger rigoureusement des jeunes médecins des notions psychiatriques suffisantes, et une connaissance élémentaire de la loi de 1838.

Dr D.

ENCORE LA LOI POMARET

Un journal hebdomadaire (*L'Europe Médicale*, octobre 1936), vient de publier une lettre de M. Pomaret lui-même, qui donne quelques précisions au sujet de ce projet de loi qui porte une si grave atteinte à l'exercice de toutes les professions libérales.

De cette lettre, je ne veux retenir que deux points nouveaux :

1° L'âge de 65 ans semble devoir être abandonné par l'auteur lui-même du projet, qui serait semble-t-il, disposé à envisager maintenant l'âge de 70 ans.

Il est certain que, ainsi modifié, le projet devient, sinon plus acceptable, du moins plus discutable. Toutefois, le fond du débat reste le même et il n'est pas plus admissible légalement de retirer à un diplômé d'Etat le droit de vivre de sa profession à 70 ans qu'à 65.

2° Le second point est celui de la retraite. Comment, dit M. Pomaret, alimenter le fonds des retraites libérales pour assurer une pension équitable ? « *Car, en vérité, il n'est pas question, pour assurer le service de ces pensions, de faire appel au concours financier de l'Etat.* »

Vous avez bien lu : « il n'est pas question ». Mais, justement, il nous semble qu'il est tout à fait question, et cela au nom du simple bon sens et de la justice la plus élémentaire.

En effet, du moment que l'Etat, déchirant un contrat, retire à un citoyen les moyens de gagner sa vie, il lui doit une retraite ; c'est d'ailleurs, ce qu'il fait avec tous ses fonctionnaires.

J'irai même plus loin : lorsque l'Etat nomme un instituteur ou un employé à l'âge de 20 ou 25 ans, ce dernier est prévenu qu'il sera à la retraite à 55 ou 60 ans ; il connaît le chiffre sur lequel, il pourra compter ; il a de longues années devant lui pour préparer sa vie de retraite, s'assurer sur la vieillesse ou choisir une occupation complémentaire.

Dans les professions libérales, rien de semblable : la plupart comptaient se retirer quand leurs moyens le leur auraient permis ; mais je dois dire que, depuis les difficultés de l'après-guerre, nombre d'entre eux ont dû abandonner ce beau rêve et se résigner à travailler jusqu'au dernier jour. Dans ces conditions, la retraite imposée est donc pour la plupart d'entre eux une catastrophe : à celui qui a produit la catastrophe d'essayer, sinon de la réparer, du moins de l'atténuer : en l'espèce, c'est l'Etat, et l'Etat seul qui doit supporter les frais de la retraite.

Dr Charles Aubertin,
agrégé,
médecin de la Pitié

INTRODUCTION A LA VIE DE MÉDECIN DE CAMPAGNE

XXXIVe LETTRE

Le repas à la crèche

Par le Docteur CAMESCASSE
Médecin touche-à-tout

Le soleil n'ayant pas encore eu le temps d'essuyer la rosée du matin, les cinquante petits, hospitalisés à la CRÈCHE, occupaient encore la salle de jeux et y menaient un grand tapage, que nous percevions — échos compris — par le fait des fenêtres largement ouvertes.

— « Comment ces femmes (celles de service) « peuvent-elles y tenir ? Pourquoi ne les font-« elles pas taire ? »

Pour ce qui est *d'y tenir*, c'est un état de grâce..... qu'on acquiert assez facilement.... tout au moins que, pour la généralité, les femmes acquièrent assez facilement.

Pour ce qui est de *les faire taire*, nul n'y songe ici...

Pis ! dès que l'un de ces mioches demeure trop longtemps sans pousser quelque hurlement, les gardiennes s'inquiètent de sa santé. Un enfant sage est, aux yeux avertis de ces dames, un enfant que quelque malaise tourmente, que quelque maladie menace.

— « Docteur, vous exagérez ! »

La onzième heure approchait qui est celle du déjeuner. Les portes m'étant ouvertes, je n'avais mieux à faire qu'introduire mon aimable interlocutrice au réfectoire... et à me sauver bien vite parce que la présence d'un médecin eut provoqué le silence et *gâté ainsi tout le plaisir du repas*. J'aurais, aussi, faussé le résultat de l'Enquête, mais j'ai d'abord songé au plaisir des gosses.

De ce qu'elle a vu — et entendu — la visiteuse m'a fait le rapport que je transcris ici sans y ajouter d'autre précision que celle-ci.

Dans cette crèche, en pleine campagne, sont hébergés, chacun trois mois durant (1), de jeunes enfants de la ville, (garçons et filles, pêle-mêle). Les plus vieux ont quatre ans,.... aux plus jeunes on demande seulement de savoir marcher : 18 mois quelquefois, deux ans, ordinairement.

LE REPAS DES FAUVES

Les murs du réfectoire sont peints en rose pâle. De place en place la monotonie en est rompue par de minuscules images parmi lesquelles les convives ont fait leur choix : c'est devant un gracieux pékinois que l'on s'arrête de préférence. Le sol est égayé d'une mosaïque rouge et grise.

Dans cette vaste pièce sont alignées quatre longues tables autour desquelles pourront prendre place les cinquante et quelques convives.

A mi-longueur deux tables auxiliaires. Sur la première sont disposés en pile ou en tas les couverts, les assiettes, les timbales (le tout en aluminium), aussi la corbeille à pain, et celle des serviettes. L'autre table est réservée aux marmites norvégiennes et aux plats accessoires qui arriveront de la cuisine quand on sera tous assis.

Onze heure moins le quart ! La rentrée est tapageuse : les enfants courent, se poussent, se bousculent pour prendre chacun *sa* place. Gare à l'intrus qui aura volé celle du voisin : on le tire, on le griffe... on le mordrait au besoin....

Cela ne va pas sans larmes, sans cris surtout... il faut intervenir : Madame fait les gros yeux ; parfois elle va jusqu'à...... mettre une serviette sur le nez d'un délinquant entêté. C'est l'humiliation suprême. Les autres rient, très fort.

Enfin tout le monde est installé ; on est presque calme quand commence un jeu singulier : les serviettes individuelles (le nom est écrit à même l'étoffe) sont distribuées *à la volée*.

A l'appel on répond en élevant les menottes qui rattrapent adroitement cette serviette.

Les nouveaux venus, encore ahuris, sont trop occupés à suivre les mouvements des anciens ; ils manquent leur tour : nouveaux rires et, aussi, quelques bousculades. En moins de deux jours, paraît-il, l'école mutuelle les aura mis au pas.

La distribution des cuillères n'est pas sans provoquer des réclamations individuelles : la mienne est plus petite ; la tienne a une fleur ; la sienne, une étoile.... au besoin on boude. Des malins escamotent ; les filles.... oui ! déjà ! à moins qu'elles ne donnent la leur, plus belle, à un petit.

Mais tous les yeux se sont tournés vers la porte : poussée par un garçon, arrive la voiture du Planteur de Caïffa, je veux dire la voiture aux vivres.

L'homme rit d'avance ; deux minutes durant il va être le plus grand personnage de la crèche.

Car on l'acclame !

On l'acclame, mais comme on ne sait pas son nom, ce n'est pas toujours le même homme d'ailleurs, on crie LA SOUPE !

---

(1) Des rallonges sont très facilement accordées, parfois mêmes offertes.

La soupe ! Chez eux, elle a manqué plus d'une fois sans doute. Ici, elle vient deux fois par jour régulièrement, ce qui est déjà miracle, et toujours suivie d'autres bonnes choses, ce qui est tout à fait incroyable.

Si affamés que nous aient faits les jeux, le grand air et la lumière, ou en aura tout son saoul. Le cri du ventre ne va pas sans sourires qui dépassent la voiture, les marmites norvégiennes, — voire même les dames, — et arrivent au voiturier.

Ces dames, elles, se hâtent de remplir, un peu plus qu'à demi, les assiettes qui circulent devant les yeux arrondis et les narines dilatées. Des deux mains on secoue cette assiette pour mieux voir son contenu.... pour que ça s'étale et fasse plus grand...... pour se mieux persuader que ça sent bon.

La soupe proprement dite a vite disparu. Quelques débutants sont en retard qui n'avaient jamais mangé seuls et qui, pris d'émulation, veulent faire comme les autres. Le premier jour, quelqu'un les aidera : une dame ou un voisin expérimenté.

Si cependant quelqu'un renacle, note est prise pour le thermomètre car bouder à la soupe c'est un symptôme avertisseur, comme de ne pas pousser des cris de joie.

Après la soupe, on fera honneur au plat du jour (avec la purée de pois, avec la purée de lentilles, il faudra le temps de faire connaissance.)

Il y a aussi un dessert. Ici, il est permis de ne plus avoir très faim ; cependant en général on prendra le temps d'essuyer soigneusement son assiette avec du pain.... pour ne rien perdre, on la lèchera au besoin.

Mais il y a des fantaisistes. Celui-ci s'est coiffé de cette assiette, plus ou moins propre, — plutôt moins que plus — et tape dessus avec sa cuillère (1). C'est sa manière de dire *merci* ; Madame ne se fâchera que si d'autres l'imitent, car une *bêtise* c'est permis, mais non trop de bêtises.

Sur une autre table, une assiette virevolte, quitte à terminer ses pirouettes par terre ; le maladroit baisse le nez.... ses voisins aussi.

Un instant de calme ! On se regarde. On regarde aussi trois ou quatre sacs de papier qui cachent la surprise et qu'explique la présence de la visiteuse, vers laquelle quelques yeux louchent

Surprise : les gâteaux secs sont acceptés presque en silence ; mangés dévotement par plusieurs, goulûment par d'autres, sagement par la plupart.

Ces sages cependant attendent encore quelque chose. La visiteuse s'inquiète de voir les regards suivre les pérégrinations de ses sacs vides : n'a-t-elle pas été assez généreuse ?

Point ! les yeux rient déjà. C'est que les dames ont gonflé chacun un sac en soufflant dedans et élèvent ce sac. Un !... deux !... trois ! Les mains libres ont frappé les sacs étranglés... c'est ce tonnerre qu'on attendait.

Trépignations, bousculades, cris délirants !

La visiteuse vient de comprendre : le jeu de ces dames, ça n'est pas de provoquer le tapage, C'EST DE SEMER LA JOIE.

Le bruit, ça n'est qu'un symptôme, mais il affirme que *ça va bien.* Il apparaît quand on ne peut pas rire assez fort. L'art de ces dames c'est un peu de saisir l'occasion mais c'est surtout de ne pas intervenir quand cette joie naît spontanément..... et leur mérite d'en supporter les éclats les plus bruyants. Aussi, d'en tolérer les manifestations désobligeantes jusqu'à l'extrême limite, comme nous allons voir.... car nous n'avions pas fini de rire : il y avait encore la formalité réglementaire du rince-bouche.

Je dis bien *réglementaire*, mais l'auteur de ce règlement n'est jamais venu y voir. Il ne se doute pas du tout, je pense, qu'il a organisé, cependant, un jeu des plus amusants.

Les timbales ont été, au quart, remplies d'eau. De cette eau il faut se remplir la bouche ; il faut remuer cette eau avec sa langue, avec ses joues ; il faut renverser la tête et faire gou-glou sans avaler ; il faut, finalement, envoyer habilement cette eau dans une des cuvettes qui circulent.... un beau jet est, en ce moment, signe d'habileté.

Quand on a moins de quatre ans, il arrive que le jet se trompe d'adresse ou bien que, pris de fou rire, on bave bel et bien sur son tablier. — « Ma serviette ? bah ! ma manche ! c'est plus vite fait ».

Les dames, d'ailleurs, semblent ne plus avoir la force de se fâcher.... ni les enfants, celle de rire. ils ont, eux, le ventre plein et cela alourdit

Ils ont quitté la table et, en *colonnes par un*, sans qu'un *commandement soit intervenu*, — sans même bavarder entre eux — les voilà qui défilent... Aujourd'hui qu'il fait beau, c'est vers la prairie qu'ils se dirigent. Sur des couvertures éparses, — ou bien à côté — on s'étend, ou bien on s'enroule, ou bien on se plie... et on s'endort.

La sieste. Rite sacré ! dont l'exacte observance a une telle importance pour les santés individuelles que ces dames n'osent guère essuyer — et pour ainsi dire *jamais*, laver — un visage par trop barbouillé.

Ce soin sera laissé à l'équipe de relève, celle qui guettera le réveil et les besoins pressants.

***

Ce n'est pas le hasard qui a amené la dame en visite à terminer son rapport, par ailleurs si

(1) Nous avons souvenir de certains jeunes, — moins jeunes que ceux dont il s'agit ici, — qui *manifestaient*... leur joie.... en faisant tam-tam sur leurs assiettes. (Note des éditeurs).

bienveillant, en soulignant cette faute évidente contre l'hygiène : des enfants vont se coucher qui ont les mains et le bec sales.

Pour n'avoir pas été mises en relief, d'autres fautes contre l'hygiène n'en ressortent pas moins tout au long du récit et, dès le début, celle-ci qui est capitale : *le personnel n'est pas assez nombreux.*

Trois ou quatre femmes sont absolument impuissantes à éviter, par exemple, les promiscuités, les échanges de serviettes, de cuillères, d'assiettes et de timbales.

Quant aux éclaboussures réciproques, on ne saurait évidemment pas s'en occuper.

Mais avant de blâmer, de condamner, ou seulement d'améliorer, il est prudent de considérer les choses de plus loin ; de poser la question : de *de quoi s'agit-il* ?

Il s'agit de faire bénéficier d'un temps de grand air, de lumière.... et D'ALIMENTATION SUFFISANTE..... des petits malheureux.

Ce temps sera toujours trop court : nous manquons d'argent, d'une part, et, d'autre part, il ne faut pas déshabituer les parents de la présence de leurs enfants au foyer familial. Il ne faut pas *priver*, même une fille mère, *du souci* de son petit, à moins qu'elle ne soit indigne (1).

Ces deux limites nous poignent. Une autre nous écrase que voici :

Au bout de ce temps trop court, il nous faudra *rendre* nos protégés à leurs mansardes. Pas de lumière, pas d'air, pas de place pour jouer...... peut-être pas le droit de faire du bruit... ça dérange les voisins !

A manger ? Quand ça se trouve et jamais assez.

Des vêtements ? Il faut avoir assisté une fois au déballage des nouveaux pour..... pleurer (2).

Alors nous ne devons pas faire de ces pauvres gosses des messieurs et des demoiselles ripolinés. Nous les lavons matin et soir. Nous ne les recouchons jamais dans des draps sales ; nous les baignons même..... peut-être pas tous, tous les jours, mais souvent.

C'est déjà du *grand luxe* et plus d'un, qui sait ce qui l'attend à la ville, sera affreusement triste en nous quittant.

Qu'aurons-nous donc fait pour lui ? Guérir son otite serait un mince rendement.

Lutter directement contre les tares ? Evidemment les médecins d'ici savent utiliser tour à tour le stovarsol, le mercure..... et les grands moyens quand quelque stigmate vient les avertir.

Il y a aussi les maladies contagieuses de l'enfance qui viennent nous visiter fréquemment, mais — à la crèche comme à la maison d'en face — ces maladies affectent une bénignité singulière.... la diphtérie elle-même n'a pas trouvé le moyen d'y devenir séro-résistante. Il s'agit évidemment d'un climat privilégié.

L'amélioration spontanée du petit rachitisme (bancals et cagneux) vient confirmer cette conception qu'affirment constamment les progrès de la vitalité, de l'activité.... de l'aspect extérieur.

La mystique qui nous conduit à persévérer est donc que nous consolidons l'état général— LE TERRAIN — et que, pour un certain laps de temps nos ex-pensionnaires sauront RÉSISTER aux maladies, aux misères de leur ambiance, si déplorable soit-elle.

Il y a des gens qui font — d'autres qui rêvent, — *plus grand, plus beau..... plus cher.* Nous, nous saurions nous contenter de quelques dames — soignantes et femmes de service — en plus de nos effectifs actuels.... mais, après leur copieux déjeuner, nous laisserions quand même nos gosses s'endormir avec le nez tout barbouillé de purée de pois, car il ne faut pas que le *mieux* devienne l'ennemi du *bien.*

(1) Ce qui arrive, hélas comme l'a vu trop souvent le médecin-inspecteur des nourrissons que je fus.

(2) Si vous avez des robes, des culottes, des chandails défraîchis, même usés à demi, envoyez-les à ces dames ; des chaussures aussi. Avant de les rendre, de vos *loques*, ces dames habilleront leurs protégés de *neuf*... car tout est relatif, ici bas.

LA RECHERCHE DE LA PATERNITÉ ET L'HÉRÉDITÉ DES GROUPES SANGUINS.

En France comme en Belgique, imprégnées toutes deux du Code Napoléon et de son adage « Pater semper incertus », la recherche de la paternité se pratique rarement.

Il en va différemment en Allemagne, au Danemark, en Pologne, en Tchéco-Slovaquie, en Autriche et, depuis quelque temps, en Italie Dans ces pays le Tribunal recourt volontiers à l'expertise des groupes sanguins. Le moment semble donc favorable à une mise au point de la question : les groupes sanguins sont-ils héréditaires ?

Des milliers d'observations déjà colligées, on peut tirer cette conclusion : c'est surtout pour le rejet d'une fausse imputation de paternité que les groupes sanguins trouvent leur plus large application médico-légale. Ce qui n'empêche que des pays comme l'Allemagne admettent la recherche de la paternité par la détermination des groupes O, A, B, AB, M, N et MN, aussi bien dans les affaires civiles que dans les affaires pénales. L'on trouve, par cette méthode, environ 15 % d'incompatibilités qui font conclure au rejet de la paternité. (*Annales de Médecine légale,* juillet 1936, P. MOUREAU.)

G. L.

VARIÉTÉS

La Vendée

De toutes les contrées de France qui ont conservé le plus leurs caractères régionaux, la Vendée ou Bas-Poitou tient un des premiers rangs. La Vendée cependant n'est pas une entité géographique, elle est composée de trois régions différentes, le Bocage, la Plaine et le Marais. Ses limites sont assez indécises. Elle dépasse la Sèvre Nantaise, qui au Nord-Est forme la frontière du département, car la région de Cholet ne diffère guère de celle de Montaigu et de Mortagne-sur-Sèvre. Le marais vendéen du Sud se continue avec le marais d'Aunis et la Sèvre Niortaise au Sud est une sorte de canal dont les deux rives sont identiques. Et cependant la Vendée a sa personnalité. Pour bien en saisir les caractères, il faut être du pays, connaître les mœurs de ses habitants, en aimer le terroir sous tous ses aspects. Toutes ces qualités notre confrère Jean Yole les possède et nul ne pouvait mieux que lui décrire la Vendée. Jean Yole connaît à fond l'âme paysanne de son pays natal ; il l'a déjà montré quand, il y a six ans, il s'est fait l'écho éloquent de ses plaintes en écrivant son livre : *Le Malaise Paysan* (1), aussi le nouvel ouvrage qu'il vient de publier sur *la Vendée* dans la Collection : *Gens et Pays de chez nous* (2), ouvrage admirablement illustré est un vrai poème en l'honneur de cette contrée.

***

La Vendée est une *région dont la lumière* grise, vaporeuse rappelle celle de la Hollande. Les brumes des marais et des cent étangs bocagers, la tamisent. La mer commande le pays

Les cours d'eaux de la région, le Ligneron, la Vie, le Jannay, les deux Lays, la Vendée, la Boulogne sont des rivières qui coulent sous les arbres, lentes et champêtres. Seule la Sèvre Nantaise a un cours assez rapide. Elles se perdent dans les lacs et les marais, forment des chapelets d'eau dormante, dont la plaine est imprégnée comme une éponge.

Ce pays tire son unité de l'histoire. Clovis y triompha des Wisigoths en 507, les Sarrazins y furent arrêtés en 732. Il subit les dévastations de la guerre de Cent ans et les quelques châteaux qu'y bâtit la Renaissance, furent des caprices de grands seigneurs. Les guerres de religion y furent surtout un prétexte pour permettre aux princes de vider leurs querelles. Après la prise de la Rochelle, Mortagne, Tiffauges, les Herbiers furent démantelés. Cent cinquante ans de paix et de vie rurale, rapprocha dans cette région la noblesse, le clergé et les paysans. La Révolution créa le département. Primitivement il devait s'appeler les Deux-Lays, comme celui des Deux-Sèvres, voisin, mais on craignit de ridiculiser par un jeu de mot facile les deux représentants du peuple de cette région et on le baptisa la Vendée. Quand la Convention toucha au château, à l'église, à l'indépendance des habitants par la conscription, spontanément les paysans se révoltèrent. Si parmi les chefs vendéens il y eut des nobles, Henri de La Rochejacquelein, d'Elbée, Charrette, etc., il y eut nombre de roturiers. Cathelineau qui fut généralissime de l'insurrection, était un voiturier et Stofflet un garde-chasse. Le tiers sud de la Vendée était gagné aux idées nouvelles, ce fut le berceau des Clemenceau ; la même ténacité, le même courage animaient les habitants de tout le pays et Jean Yole peut écrire : La Vendée, c'est à la fois Charrette et Clemenceau.

Le *Bocage* a pour capitale La Roche-sur-Yon qui fut créée de toutes pièces par Napoléon et qui fut successivement Napoléon-Vendée et Bourbon-Vendée. Le Bocage donne de loin l'illusion de la forêt, mais ce n'est pas une forêt ; c'est un pays formé de *champs encadrés d'arbres qui forment chacun une sorte de clairière où l'on* accède par des chemins creux. Au printemps tout le Bocage est couvert par la verdure des arbres. Cette configuration explique la résistance opiniâtre des Vendéens aux Armées de la République. Si la route était la voie des assaillants, le chemin creux était le lieu de la défense et de l'embuscade. En 1793, les villes et les villages furent incendiés, seules les églises et les abbayes restèrent avec leurs carcasses de pierre et l'on peut encore contempler les vieilles églises des Herbiers, de Pouzauges, de Bonpère, de Belleville, l'abbaye de la Grainetière-en-Ardelay.

Le Bocage très religieux est le pays des croix, croix peintes à la chaux au-dessus des portes des fermes, croix de pierre aux croisés des chemins et sur la place centrale des villages ou des hameaux. Et Jean Yole qualifie le Bocage mystérieux de Vendée aux lèvres closes scellées sur un signe de croix.

Bien différente est la *Plaine*, terre sèche et plate. Plus de champs encadrés d'arbres, de

(1) Jean Yole. — *Le Malaise paysan*, Editions Spès, Paris, 1930.

(2) J. de Gigord, édit., Paris.

longues rangées d'arbres sur le bord des routes. On s'y dirait en Beauce. L'eau est rare, les puits très profonds. Les maisons sont remarquablement propres. La terre est fertile et son aspect ne se prête pas au mysticisme ; la population robuste est peu religieuse. La commune y prime la paroisse et la mairie, l'église. A Fontenay-le-Comte la flèche de l'église du XV^{e} siècle, la fontaine des Quatre-Tias, œuvre de Léonard de Réau, le logis de Terre-Neuve, habité jadis par Nicolas Rapin, un des auteurs de la satire Menippée, rendent la ville pittoresque. Il s'y tient de grandes foires. Les habitants de la ville sont jaloux de leur indépendance. En 1631 les échevins refusèrent d'y laisser établir un évêché et deux siècles plus tard Fontenay s'opposa au passage du chemin de fer.

Fontenay a son Bois de Boulogne, la forêt de Mervent de 3.000 hectares, forêt druidique, féodale, familière. C'est la forêt de la fée Mélusine, celle de Geoffroy la Grande Dent, un émule de Barbe-Bleue. Ce fut le pays privilégié de la chasse où J. du Fouilloux écrivit son Traité de Vénerie qui eut plus de quarante éditions.

Les *Marais* sont des régions encore plus différentes. Ils sont deux : le marais poitevin du sud et le marais breton du Nord.

Le *Marais poitevin* a Luçon comme capitale. Luçon est une ville dévote, silencieuse qui rappelle Bruges-la-Morte. C'est aussi la ville des arbres fruitiers et des beaux jardins. Cinq abbayes florissantes étaient au voisinage. Le canal des Cinq abbés et celui du Roi évoquent les efforts faits pour le dessèchement par les moines et les souverains Louis XI, Henri IV, Louis XIII, Louis XIV et Napoléon. La région était jadis une baie. Le 31 octobre 1460, il y eut un brusque retrait de la mer à Maillezais. Les rivières apportent les alluvions fécondantes du Bocage en automne. Aussi le pays est extraordinairement fertile. Outre l'élevage, le vin et le grain font la richesse des cultivateurs. La nécessité de se défendre contre l'eau périodiquement envahissante a développé chez les Maraîchins l'esprit coopérateur. Le *marais d'Aunis* voisin est un marais mouillé, jamais desséché dont les voies d'eau sont bordées de saules, de frênes, de vergnes. Les grandes marées isolent le pays de la plaine et les habitants doivent monter la garde sur les digues. Ce sont de rudes Normands d'eau douce, récoltant leur foin, chassant, pêchant, âmes farouches, imbus des mêmes idées politiques que ceux de la Plaine.

Le *marais du Nord* ou de Challans est très habité, plus gracieux mais aussi plus tragique que celui du Sud. La natalité y est très grande. Les rivières (Vie, Ligneron, Grand Etier, Daim) ont un faible débit. Les inondations périodiques sont longues à se produire, mais plus longues à disparaître. Pendant les grandes eaux la « yole », sorte de bateau, sert à tous les transports et à tous les usages (baptêmes, enterrements, etc.). Au printemps et à l'automne il arrive qu'il y a trop d'eau pour les voitures et pas assez pour les yoles, on se sert alors de chemins de planches. Il arrive que le vent soulève des vagues qui envahissent les maisons. Les Maraîchins fabriquent des « bousats » pour brûler en hiver, sont charpentiers en yoles, élèvent des canards, pêchent les grenouilles et les sangsues. Le Maraîchin est fier. Il arrive souvent qu'un Maraîchin, domestique dans une ferme du Bocage, épouse la fille du patron, mais jamais un Bocain ne pourra épouser une Maraîchine. La population est très religieuse, c'est parmi elle que Charrette recrutait ses partisans.

Challans, la capitale, est le type de la ville paysanne. Ses foires sont très courues, surtout la foire aux oignons.

Jean Yole décrit encore les îles :

Noirmoutiers, l'île de Beauté, qui récolte le sel et la pomme de terre ; l'*île d'Yeu* qui a plus le caractère d'une île de Bretagne.

Il nous fait visiter le rivage, la forêt d'Olonne, le bois de chênes verts des Veillons, le château de Talmont, Croix-de-Vie, le plus vieux port de la côte où notre savant ami, le Docteur Marcel Baudouin, a créé un Musée préhistorique et où sa sœur, Mme Cacaud, a réuni au Musée de Bise-Dur une collection de coiffes maraîchines.

Il insiste sur les agréments de la belle plage des Sables-d'Olonne et sur la population côtière qu'il appelle avec raison les paysans de la mer.

Il énumère les pèlerinages, les missions, cite les trois villes saintes presque exclusivement monacales : Saint-Laurent-sur-Sèvre, Chavagnes-en-Paillers et Mormaison.

Tel est en résumé le livre de Jean Yole : La Vendée, mais ce qui défie toute analyse, c'est l'enthousiasme, l'éloquence, même la piété avec lesquels ce livre a été écrit par un véritable Vendéen.

J. NOIR.

AUTOUR DES THÉATRES

A la Michodière : **Fric-Frac**, pièce en cinq actes de M. Edouard Bourdet

M. Edouard Bourdet est vraiment un auteur merveilleux ; je n'en connais pas qui se mette au niveau comme lui du public auquel il s'adresse, ce public de la Michodière qui, il suffit de faire un tour à l'entracte au foyer, est l'expression même de la petite bourgeoisie à la page, très à la page, et que ne rebute aucune hardiesse ni en pensées ni en actions ni en fréquentations. A cette clientèle se mêlent ça et là quelques échantillons de cette aristocratie plus ou moins authentique pour laquelle il est de bon ton de s'aborder en argot ; quelques salons, paraît-il, se sont épris de ce langage tout récemment et là encore comme dans ses pièces précédentes, M. Edouard Bourdet flaire l'actualité, se l'assimile, la reproduit et, avec le concours d'artistes merveilleux, assure à son théâtre de prédilection un succès inépuisable.

Ce qu'il y a d'agréable dans cette pièce, c'est qu'elle est vraiment un délassement et un rire perpétuel aussi bien par le milieu dans lequel elle évolue que par le caractère des personnages qui la meublent et que, par surcroît, il n'est pas besoin de se creuser l'esprit pour en suivre les péripéties. C'est, à mon humble avis, le théâtre tel que ceux qui sont très occupés dans la vie l'admettent et le désirent : un délassement, un amusement.

Qu'est-ce donc qu'un « Fric-Frac » ? C'est tout simplement un cambriolage avec effraction et nous voici transportés au cours de ces cinq actes rendus nécessaires par l'action dans le milieu de la pègre, parlant son langage à lui avec des types tout ce qu'il y a de plus apaches et où l'intérêt s'anime de ce fait que s'égare dans ce milieu un excellent garçon aux mœurs simples et naïves, foncièrement honnête et droit, qui, sans s'en douter, prend l'ambiance et finalement, vu son honnêteté naturelle, s'en dégage de lui-même. Là encore est la finesse de M. Edouard Bourdet, c'est que tout en restant un honnête homme, cela ne veut pas dire qu'il en soit plus heureux.

Au hasard des fréquentations que l'on peut avoir dans l'existence, Marcel (M. Victor Boucher), caissier chez M. Mercandieu, expert en bijoux, se trouve au premier acte et dans une sortie à bicyclette, en contact avec Loulou (Mlle Arletty) et Jo (Michel Simon). Loulou est une fille du milieu dont le Coquin est à la Santé pour six mois. Jo, un cambrioleur de profession, accompagne Loulou, comme garde du corps ; le petit caissier honnête est lui-même suivi de Renée (Mme André Guize), la propre fille de Mercandieu, petite bourgeoise d'un caractère implacable, décidé et acariâtre, qui ne se rend pas bien compte avec qui elle se trouve dans cette sortie dominicale. Au cours des quatre actes suivants nous verrons le développement de ce hasard des rencontres et des camaraderies et Marcel sera l'instrument inespéré et irresponsable d'un « fric frac » chez Mercandieu, qui devra procurer l'argent nécessaire à Loulou pour aider à la libération de son Coquin.

Le second acte se passe dans la bijouterie de Mercandieu, le troisième dans le bistro de Fernand à la Chapelle, le quatrième dans la chambre même de Loulou et le cinquième se reporte dans la bijouterie elle-même. Nous laisserons à nos lecteurs le soin même de se délecter au cours du spectacle ; à la façon dont s'arrangent les choses, ce n'est pas par des accents de répugnance ou par des reproches cinglants que Marcel déjoue les projets de malveillance de ses compagnons de hasard, mais bien au contraire en donnant l'impression qu'il ne comprend rien à leur milieu et à leur machiavélisme ; bien qu'il se laisser aller à une ivresse truculente dans la chambre de Loulou, les projets des deux compères ne peuvent rien contre l'inertie naturelle de bonne éducation et de bons principes qu'il porte en lui et la triomphatrice de la comédie sera la fille même de l'expert en bijoux : Renée, dont nous avons dépeint plus haut le caractère, qui trouvera en la personne de Marcel un excellent mari qu'elle pourra à sa façon domestiquer et subjuguer.

Parmi les quelques vingt-trois personnages de la distribution, les cinq plus importants sont ceux que nous avons nommés, les autres qui ont des rôles plus épisodiques, ne méritent pas moins d'éloges, tels que : Georges Jamin, Henri Bonvallet et Louis Tunc. Tous concourent par leur talent et la conviction qu'ils communiquent au public, au succès de cette pièce qui fait honneur à son auteur et à ses interprètes et apportera à la Michodière des salles gaies et satisfaites pendant de nombreuses soirées.

Jean Séjournet,
de la Société des Auteurs

QUELQUES REMARQUES ET PROPOSITIONS SUR LES EXAMENS POUR LE BREVET D'ÉTAT DES INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES

Le jury qui a procédé dans le département du Nord aux examens pour l'obtention du brevet d'Etat d'infirmière hospitalière et que présidait la Professeur J. Vanverts, a cru devoir adresser à M. le ministre de la Santé publique les remarques et les propositions suivantes que nous croyons utile de publier bien qu'elles aient déjà paru dans la plupart des bulletins professionnels et malgré l'abondance des articles qui nous sont envoyés sur des questions similaires :

L'infirmière *hospitalière* — c'est-à-dire celle qui donne des soins aux malades, aux blessés, aux opérés — doit être l'*auxiliaire du médecin.* A ce titre, elle a à remplir un double rôle : 1° elle aide le médecin ou le chirurgien au cours des actes qu'il a à pratiquer ; 2° elle veille à l'exécution des prescriptions du médecin ou du chirurgien ou elle les exécute elle-même ; elle surveille les malades et les opérés ; elle pare, en attendant l'arrivée du médecin, aux accidents qui surviennent ; elle prépare les interventions que le médecin ou le chirurgien aura à exécuter.

Ce rôle est donc essentiellement pratique (1). C'est là un fait capital que, dans l'enseignement donné aux élèves infirmières, on ne doit jamais perdre de vue et qui entraîne à donner à cet enseignement un caractère surtout pratique.

La *théorie* est indispensable pour expliquer aux élèves les raisons des actes qu'elles auront à accomplir et pour leur éviter d'agir par simple routine, sans comprendre ce qu'elles font. Elle doit cependant rester au second plan, se garder de dépasser les limites de ce que l'infirmière a besoin de connaître et ne pas s'aventurer sur un terrain qui est réservé aux médecins.

Or, la partie théorique occupe, tant dans les programmes d'études que dans l'enseignement de certains professeurs et dans les examens probatoires, une importance excessive — ce qui aboutit à des résultats que l'on a le droit de déclarer déplorables : ce n'est pas sans préjudice pour leur santé physique et morale que l'on oblige les élèves — jeunes femmes de 20 à 25 ans — d'emmagasiner dans leurs cerveaux, au prix d'efforts longs et pénibles, des notions scientifiques qu'elles sont incapables d'assimiler et qui leur sont complètement inutiles. Au lieu de former des infirmières pratiquement et moralement préparées à leur profession, on crée des demi-médecins qui, se basant sur l'enseignement qu'on leur a donné, s'arrogent le droit de donner des conseils et d'exercer illégalement la médecine, au détriment de la santé des malades et de la collaboration qui doit exister entre médecins et infirmières se cantonnant dans leur rôle.

(1) A ce rôle de soins matériels s'ajoute un rôle moral dont on ne saurait trop souligner l'importance et qui est l'objet de la sollicitude des Directrices d'écoles.

La raison de cette regrettable situation est double : elle réside, d'une part, dans la composition des programmes, d'autre part, dans la manière dont certains professeurs comprennent l'enseignement et certains membres des jurys les examens :

1° LES PROGRAMMES. — Voici, sans entrer dans les détails, les modifications principales qui semblent désirables :

a) *Anatomie et physiologie.* — L'enseignement doit se limiter aux connaissances dont l'infirmière a besoin et éviter soigneusement de se perdre dans des détails inutiles ;

b) *Pathologie médicale et chirurgicale. Obstétrique.* — Il suffit d'indiquer aux élèves les principaux symptômes des principales maladies dont le nombre doit être diminué.

Il faut insister particulièrement sur les accidents qui peuvent survenir au cours de ces maladies et dont l'infirmière doit savoir dépister l'apparition afin de prévenir le médecin et de procéder, au besoin, au traitement d'urgence ;

c) *Thérapeutique.* — Une distinction doit être faite en cette matière. La technique de certains actes — injections sous-cutanées, application et surveillance d'un appareil de Murphy, manœuvres d'urgence pour arrêter une hémorragie, etc. — doit être parfaitement connue de l'infirmière. La technique d'autres actes — application d'un appareil définitif de fracture, injection intraveineuse, etc. — ne doit pas être enseignée à l'infirmière, car ces actes sont de la compétence exclusive du médecin.

Leur préparation incombe à l'infirmière, leur exécution ne la concerne pas.

d) *Pharmacologie et matière médicale.* — L'infirmière doit connaître les différents modes de présentation des médicaments et les diverses méthodes utilisées pour introduire ceux-ci dans l'organisme, la préparation des tisanes, etc., savoir reconnaître les principaux médicaments usuels.

Peut-être, en outre, doit-on lui énumérer rapidement les propriétés des principales substances et attirer son attention sur la toxicité de certaines d'entre elles. Il est, par contre, inutile de lui enseigner la posologie des médicaments, cette question étant exclusivement du ressort du mé-

decin, qui formule et donne toutes les indications utiles, et du pharmacien qui prépare et qui, si une dose lui paraît anormale, s'assure auprès du médecin qu'aucune erreur n'a été commise.

e) *Cuisine.* — Un enseignement théorique et pratique de la cuisine et de l'économie domestique doit être ajouté aux programmes.

2° Les Professeurs et les examinateurs. — La modification et la simplification des programmes d'enseignement ne peuvent avoir d'efficacité que si les professeurs des cours d'infirmières et les membres des jurys d'examens se rendent compte du but à atteindre et s'inspirent de celui-ci dans l'enseignement qu'ils donnent et dans les questions qu'ils posent. De graves erreurs sont souvent commises à ce sujet.

Une délimitation précise et une énumération détaillée des matières à enseigner, la fixation du nombre des heures de cours théoriques pour chaque branche de l'enseignement seront utiles à ce point de vue et guideront dans leur tâche ceux qui sont chargés d'enseigner et d'examiner.

En résumé, il faut : 1° que les programmes soient plus simples, moins théoriques, plus pratiques, moins médicaux, plus professionnels ; 2° que les professeurs suppriment de leur enseignement ce qui ne convient pas à l'infirmière ; 3° que les examinateurs n'exigent pas des malheureuses candidates des connaissances toujours plus théoriques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de clinique de la tuberculose** (Fondation du Conseil général de la Seine). Professeur : M. Fernand Bezançon, avec la collaboration de MM. Poix, Paul Braun, Baron, Triboulet, Azoulay, Valtis, Mme Frey-Ragu, Mlle Heimann, MM. Destouches, Fouquet, Gaucher, Langlois, et André Meyer, assistants ; de MM. Chadourne, Christian Paul, Lehmann, Cachin, chefs de clinique ; de MM. Pierre Bernal, Joly, Bousser, Mlle Delon, anciens chefs de clinique ; de MM. Pergola et Robert, anciens internes de service ; de MM. Guillaumin et Delarue, chefs de laboratoire.

L'enseignement pendant les vacances sera assuré par M. Etienne Bernard, agrégé.

Programme de l'enseignement. — Pendant chacun des deux semestres, il est institué un enseignement pratique de la tuberculose auquel peuvent participer tous les étudiants, mais qui est particulièrement réservé aux étudiants en médecine de 4e année, aux étudiants en fin d'études, et aux médecins qui se destinent à remplir les fonctions de médecins de dispensaires et de sanatoriums ou qui désirent compléter leur instruction en phtisiologie. Un certificat de stage pourra leur être délivré. Cet enseignement pourra être complété pendant la période de vacances par un stage dans un des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ou de la Renaissance sanitaire.

M. le Professeur Fernand Bezançon a commencé ses leçons cliniques le vendredi 1er décembre, à 11 heures, à la salle de conférences de la Clinique et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Sujet des leçons : Tuberculose infection et tuberculose maladie.

Lundi, de 10 heures à 12 heures : Examen clinique des entrants par M. Fernand Bezançon et les chefs de clinique. — Pratique du pneumothorax ; traitement des pneumothorax compliqués et sections de brides avec la collaboration de MM. Paul Braun, Poix, Baron, Triboulet et André Meyer.

Mardi de 10 heures à 11 heures : Présentation de malades à la salle de conférences ; de 11 heures à 12 heures : examens médico-chirurgicaux avec la collaboration de MM. Lardennois, Maurer et Rolland.

Mercredi de 10 heures à 12 heures : Consultation des maladies des voies respiratoires (asthme et emphysème) avec présentation de malades avec la collaboration de MM. André Jacquelin, Celice et Fr. Joly.

Jeudi de 10 heures à 12 heures : L'enseignement de la prophylaxie antituberculeuse : Consultation au dispensaire avec la collaboration de M. Paul Braun. Prophylaxie anténatale par Mme Frey-Ragu. Consultation de nourrissons avec la collaboration de M. Maurice Lamy et de Mme Frey-Ragu.

Vendredi de 10 heures à 11 heures : Présentation et révision des dossiers par M. Paul Braun.

Vendredi à 11 heures : Leçon clinique par le Professeur (salle de conférences).

Samedi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique et radiologique des malades en collaboration avec MM. Maingot et Azoulay. Lipiodolo-diagnostic (Docteur Azoulay).

Mercredi et vendredi à 9 heures : Opérations de chirurgie pulmonaire dans le service du Docteur Lardennois, par MM. Lardennois, Maurer et Dreyfus-Le Foyer.

Vendredi à 9 heures : Sections de brides par MM. Triboulet et André Meyer.

Au Dispensaire Léon-Bourgeois : Lundi à 14 h. 30, jeudi et samedi de 8 h. 30 à 12 heures : Consultation par les assistants avec directives médico-sociales. Les applications de la législation antituberculeuse par M. Poix.

Les élèves sont répartis par groupes pour participer à ces consultations.

Mercredi de 8 h. 30 à 12 heures : Séances de réinsufflations de pneumothorax.

Mercredi, jeudi, samedi à 11 heures : Examens bronchoscopiques par M. Soulas.

Lundi à 10 heures : Contre-visite pour l'Œuvre du Placement familial des tout-petits, par Mme Sussmann, présidente, et Mme le Docteur Frey-Ragu.

Mercredi à 11 heures : Contre-visite pour le placement familial d'enfants par M. Vitry.

Samedi à 9 h. 30 : Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium par M. André Martin.

Laboratoire de recherches : Bactériologie : M. Paul Braun ; Chimie : M. Guillaumin ; Anatomie pathologique : M. Delarue.

Pour les cours de perfectionnement et pour les stages dans le service un certain nombre de bourses peuvent être mises à la disposition des élèves par le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel auquel devront être adressées les demandes justifiées.

Au service de la Clinique sont annexés : une section du Service social à l'hôpital, présidente, Mme Getting,

assistantes sociales, Mlle VACHEZ et MORCRETTE ; l'Œuvre des amis de la Clinique de la tuberculose sous la direction de Mme Maurice HERBETTE ; une bibliothèque (bibliothèque Léon-Bernard) sous la direction de M. le Docteur ARNOULD.

— **Cours et travaux pratiques de physique médicale.** (Deuxième année. Professeur : M. A. Strohl). — M. le Professeur A. STROHL a commencé son cours le lundi 16 novembre, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

PROGRAMME : 1° Optique ; 2° Electrologie ; 3° Actinologie ; 4° Radiologie ; 5° Radioactivité.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Chef des travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

— **Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques** : (Professeur : M. Maurice Villaret.) — M. le Professeur Maurice VILLARET a commencé son cours, et continuera ses leçons, dans le Petit amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à 16 heures.

Le cours sera complété par des leçons d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques pratiques, avec présentation de malades, au centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris, le matin à 11 h. 30, à partir du mois de février 1937.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de ce dernier enseignement.

— **Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.** — M. le Professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours le lundi 16 novembre 1936, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et le continuera les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — *Histoire de la goutte et du rhumatisme* : 14 décembre : La goutte au Moyen-Age et à la Renaissance. — 21 décembre : La goutte du XVIIe au XIXe siècles. — 11 janvier 1937 : Le rhumatisme avant Bouillaud. — 18 janvier : Le rhumatisme articulaire aigu. — 25 janvier : Le cœur rhumatismal. — 1er février : Rhumatisme chronique et arthropathies : Charcot. — 15 février : Localisations articulaires des infections et intoxications. — 22 février : La rhumatologie ; la Ligue internationale contre le rhumatisme.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Clinique médicale.* M. Antonin CLERC, professeur. — Leçons cliniques (amphithéâtre des Cours) les mercredis à 11 heures.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Clinique oto-rhino-laryngologique.* (Professeur : M. Fernand Lemaitre.) — M. le Professeur Fernand LEMAITRE a commencé son cours dans le service de la clinique, à l'hôpital Lariboisière, et continuera ses leçons tous les mardis à 10 heures.

— **Clinicat.** — Des concours pour le clinicat de la tuberculose et le clinicat cardiologique s'ouvriront le 17 décembre Inscriptions jusqu'au 15 décembse.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Ve Congrès international des hôpitaux.** (Paris, 6-11 juillet 1937.) — Lors de son Congrès de 1935, l'Association internationale des hôpitaux a décidé de fixer le siège du Congrès de 1937 à Paris. Ainsi, après s'être réunie à Atlantic-City (Amérique), Vienne (Autriche), Knocke-sur-mer (Belgique), et Rome, l'Association internationale des hôpitaux aura les assises de son prochain Congrès à Paris. Elles se tiendront pendant le cours de l'Exposition internationale qui, sous le signe « Art et Technique », groupera la collaboration de plus de cinquante Etats.

Les séances auront lieu du 6 au 11 juillet 1937 ; elles seront complétées de visites techniques, notamment celles des grands hôpitaux de Paris, de l'Institut du cancer de Villejuif et des principaux établissements qui luttent pour la Santé publique. Des voyages techniques et touristiques sont aussi prévus dans les diverses régions de France.

Les congressistes bénéficieront de réductions importantes sur les chemins de fer français et étrangers, ainsi que des avantages donnés par l'Exposition à ses visiteurs

Le secrétariat général du Congrès est à Paris, au siège de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (IVe arrondissement). S'y adresser pour tous renseignements.

— **Société internationale de chirurgie.** — A l'occasion du Congrès français de chirurgie, dix-huit membres du Comité international se sont réunis à Paris et ont désigné les chirurgiens suivants pour constituer le Comité scientifique de la S. I. C. : langue allemande : MM. Anschütz (Kiel) et Ranzi (Vienne) ; langue anglaise : MM. Graham (Saint-Louis), Elsberg (New-York) et Grey Turner (Londres) ; langue espagnole : MM. J. Arce (Buenos Aires) et Corachan (Barcelone) ; langue française : MM. Leriche (Strasbourg) et de Quervain (Berne) ; langue italienne : MM. Donati (Milan) et Dominici (Naples) ; langue russe : M. Djanelitzé (Leningrad).

D'autre part, le Comité international a remis à l'examen du Congrès de Vienne (septembre 1938) l'étude du projet émané d'un groupe de chirurgiens américains visant à créer un collège international de chirurgiens, projet qui n'a pas été pris *a priori* en considération.

— **L'esperanto à l'Exposition internationale de Paris 1937.** — Une conférence technique : L'esperanto dans la vie moderne, se tiendra à Paris, dans le cadre de l'Exposition internationale de 1937, les 14, 15, 16 et 17 mai prochain.

Le Gérant : R. THIRON

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse

Vous trouverez art. 25 B. : « Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances : 120 francs ». Il n'y a donc pas de doute que vos quatre cautérisations seront payées en tout 120 francs.

Dr F. DECOURT.

9.787. — Ablation de la phalange de l'annulaire

Une Compagnie d'assurances est-elle en droit de refuser de payer une aide opératoire pour l'amputation d'une phalangette de l'annulaire ?

Cette Compagnie estime que cette aide était inutile, mais il me semble que le chirurgien est seul juge en l'espèce.

Dr X.

Réponse

a) *A priori* et sauf justification technique de votre part, il me paraît difficile d'admettre qu'on soit obligé de se mettre à deux médecins pour faire une ablation de la phalangette de l'annulaire ;

b) En cas de tiers payant, celui-ci a bien le droit de demander la justification technique d'une note litigieuse.

Dr F. DECOURT.

9.848. — Meniscotomie effectuée en maison de santé

Je vous serais très obligé de me faire connaître dans quelles conditions et suivant quel tarif on doit faire régler par une Compagnie d'accident du travail l'intervention autorisée suivante : Méniscectomie assimilée à arthrotomie avec intervention aseptique intra-articulaire.

Le blessé est resté hospitalisé dix jours, doit-on demander le montant de l'intervention soit 750 francs plus dix journées de clinique à x francs ?

Dr N.

Réponse

1° On ne peut compter en matière d'accident du travail : *a*) Intervention + *b*). séjour à l'hôpital (ou en clinique) en ce qui concerne le tarif de responsabilité patronale. S'il est considéré comme soigné à l'hôpital, le tarif journalier est celui de l'hôpital le plus proche (pour soins donnés aux bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite) majoré de 30 %. S'il est considéré comme soigné à domicile, il n'y a plus, naturellement, de frais d'hospitalisation à envisager, mais uniquement les soins ou interventions qui furent effectués par le médecin-traitant.

2° En ce qui concerne l'intervention, il s'agit ici, dites-vous, d'une « Méniscotomie » (du

genou, je pense, naturellement), auquel cas je ne vois d'assimilable que « arthrotomie avec interventions aseptiques intra-articulaires = 750 francs » (art. 20).

Dr F. DECOURT.

ACCIDENTS

9.793. — Libre choix du médecin par un accidenté du travail

Un ouvrier blessé à la main vient me trouver et, en mon absence, va trouver un confrère. Puis-je soigner par la suite, cet ouvrier pour son accident de travail ? la Compagnie d'assurance me remboursera-t-elle ?

Dans le cas où le blessé pourrait changer de médecin au cours du traitement dois-je en aviser la Compagnie ? Le confrère qui a vu le blessé pour la première fois habite en face de chez moi.

Dr V.

Réponse

La loi sur les accidents du travail reconnaît au blessé le droit absolu de choisir librement son médecin traitant.

Le fait que votre client se soit trouvé dans l'obligation de s'adresser, pour la consultation initiale, à un de vos confrères en raison de votre absence, ne vous empêche nullement de continuer le traitement par la suite et le patron responsable comme son Assurance seront tenus de vous payer vos honoraires.

Pour éviter d'ailleurs toute contestation, vous pourriez faire savoir immédiatement à l'Assurance que dorénavant, c'est vous qui donnerez vos soins au blessé.

9.502. — Accident survenu dans une école

Un enfant de 9 ans se blesse à l'école communale dans les conditions suivantes : a-t-elle un recours contre quelqu'un et qui ?

Pendant la récréation, l'enfant s'amuse. Dans la cour se trouve une vieille souche d'arbre surélevée de 50 centimètres. Au milieu de cette souche se trouve un trou. L'enfant monte sur la souche et son pied se prend dans le trou. Elle tombe en arrière et se reçoit sur les mains. Fracture du péroné ?

Veuillez me faire savoir selon vous à qui incombe la responsabilité de l'accident.

Dr T.

Réponse

Les instituteurs et l'Etat, lorsqu'il s'agit d'une Ecole publique, ne sont présumés responsables par l'art. 384 du Code civil que pour les accidents arrivés par le fait d'un élève placé sous leur garde. Lorsqu'au contraire l'accident envisagé est subi

par l'un des élèves sans le fait d'un camarade, il n'existe aucune présomption de responsabilité à l'égard de l'Etat ou de l'instituteur.

Pour que les parents de l'enfant puissent obtenir une indemnité compensant les frais médicaux exposés et l'invalidité pouvant subsister à la suite de cet accident, il est nécessaire qu'ils puissent établir soit l'existence d'une faute de service dont la responsabilité incomberait en ce cas à l'Etat, soit l'existence d'une faute de la part de l'instituteur, se détachant de sa fonction, auquel cas ce dernier serait personnellement responsable et pourrait être poursuivi devant les Tribunaux judiciaires.

Il a été ainsi jugé par la Cour de Cassation que le fait pour un instituteur public de laisser loin de sa surveillance un instrument dangereux à la portée d'enfants jeunes et inexpérimentés constitue une faute personnelle se détachant de sa fonction et engageant sa responsabilitéen cas où un élève se blesse lui-même en maniant cet instrument (Cass. requête 28 avril 1933). Dans cette espèce, il s'agissait d'une hachette pour fendre le bois. Cet instrument étant dangereux par sa nature, devait nécessiter une surveillance spéciale. Il ne semble pas qu'il en soit de même dans le cas que vous nous soumettez, la souche en question n'ayant rien de dangereux par sa nature.

On ne peut reprocher à l'instituteur qu'un simple défaut de surveillance sur les enfants, qui jouaient à l'intérieur de la cour de l'école, et ce défaut de surveillance constitue de sa part, une faute de service et non une faute personnelle. Il ne saurait en ce cas être poursuivi personnellement à ce sujet et la réparation du dommage ainsi causé incombe à l'Etat selon les règles de la responsabilité administrative. La juridiction compétente pour connaître de cette action serait alors la juridiction administrative, à savoir le Conseil d'Etat.

9.835. — Accident provenant d'une congestion

Un chauffeur mécanicien, 43 ans, aux Ponts et Chaussées depuis le 15 janvier 1922, conduit un camion des Ponts et pour leur compte, à 8 h. 30 du matin, pris de congestion cérébrale suraiguë, il en meurt le même jour vers 17 heures. Sa veuve et ses deux enfants peuvent-ils bénéficier de la loi des accidents du travail ou des Assurances sociales ou de quels autres droits ?

Dr P.

Réponse

Il résulte d'une jurisprudence constante de la Cour de cassation que toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme un accident du travail. Autrement dit

l'accidenté ou les ayants droit de ce dernier bénéficient à l'égard du patron ou de son Assurance d'une présomption de responsabilité. Il leur suffit d'établir que l'accident, c'est-à-dire la mort ou la survenance de la lésion, se sont produits au temps et au lieu du travail et le chef d'entreprise ne peut s'exonérer de sa responsabilité qu'à la condition d'établir que cette mort ou cette lésion est due uniquement aux prédispositions morbides ou à l'état antérieur de la victime, indépendamment de toute autre cause extérieure. Ainsi en a-t-il été décidé notamment par un arrêt de la Chambre civile en date du 25 mai 1936 dont nous vous faisons parvenir copie.

Si en l'espèce il est possible pour le patron, à savoir l'Administration des Ponts et Chaussées, de prouver que les circonstances du travail ont été sans aucune influence sur la production, la révélation ou l'évolution de cette congestion, il y aurait lieu alors de conseiller aux ayants droit de votre client, de demander le versement des prestations-décès aux Assurances sociales. Mais s'il y a doute, il serait préférable de faire trancher la question d'applicabilité de la législation sur les accidents du travail, afin d'éviter des difficultés à l'égard des Assurances sociales, ces dernières pouvant toujours invoquer l'art. 20, paragr. 1er, suivant lequel ne donnent lieu aux prestations en nature et en argent des assurances maladie, invalidité et décès, les maladies et blessures indemnisées ou susceptibles de l'être au titre de la législation sur les risques professionnel.

Nous vous rappelons à cet égard que l'Assistance judiciaire est de droit en matière d'accidents du travail.

10.043. — Accident survenu à l'ouvrier revenant de son travail

Un ouvrier rentre de son travail en moto. Il tombe et se blesse.

Est-ce que j'ai le droit de le soigner au titre des Assurances sociales ?

Dr R.

Réponse

D'après la jurisprudence, ne bénéficient de la protection légale que les accidents survenus au lieu et au temps du travail. Ceux qui se produisent pendant le trajet du domicile de l'ouvrier au lieu de l'exploitation ou inversement, ne rentrent donc pas, en principe, dans cette catégorie. Il n'en va autrement que si, par exception, ce trajet peut être considéré comme une prolongation du lieu du travail, soit parce que le chef d'entreprise prend à sa charge le transport des ouvriers, soit parce qu'il paye ces derniers

pendant les heures de déplacement, soit parce que l'accès de l'entreprise présente des difficultés ou des dangers spéciaux, soit enfin si l'accident a eu lieu après la fin du travail mais sur une dépendance de l'entreprise.

Si, en l'espèce, aucun élément de cette nature ne permet de considérer la chute dont a été victime votre client comme accident du travail, il ne peut invoquer, à l'égard de son patron, les dispositions de la loi de 1898 et doit se faire soigner au titre des Assurances sociales s'il est en de règle ses cotisations. Si, par contre, la question était douteuse, l'assuré pourrait invoquer à l'égard de sa Caisse les dispositions de l'article 20 paragraphe 4 du décret du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, d'après lequel l'assuré victime d'un accident du travail et dont le droit aux prestations prévues par la loi de 1898 est contesté par son employeur ou par l'Assurance substituée reçoit, à titre provisionnel, les prestations de l'assurance-maladie, s'il justifie avoir engagé à l'encontre de son patron, ou de son Assurance une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à la réparation au titre de la loi susvisée. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations qui sont versées restent acquises à l'assuré.

QUESTIONS DIVERSES

10.022. — A propos du projet de loi Pomaret

« Laissons les jeunes médecins..... Passons à leurs aînés...... » *Concours*, 15-XI-36.

Un médecin qui se retire à l'heure H (Pomaret), comme c'est mon cas, ne peut trouver à s'employer.

« Trouver une situation ? C'est absolument impossible ». (Même article).

Ce serait possible. J'ai cherché. J'en ai trouvé... mais toutes prises par des médecins militaires qui ont pour vivre de très belles retraites, toujours réadaptées, si besoin, à la dévaluation du franc.

Jamais le public n'a autant dépensé pour se soigner. Mais les milliards qu'il y consacre vont à la T. S. F., aux réclames, aux charlatans, aux instituts de beauté, aux masseurs, aux infirmiers et infirmières. Il n'y a plus que le médecin qui ne soigne plus de malades.

Et vous pourriez concevoir qu'il continue à se cantonner dans sa tour d'ivoire déontologique ?

Ou il sera fonctionnarisé (seul moyen qui lui reste pour demeurer propre) ; ou il sera contraint de faire, diplôme en poche, ce qui engraisse, parfois largement, cette armée de para-médicaux, qu'il a créée de toutes pièces, en voulant poser dans son village au petit professeur de Faculté devant les rombières de l'endroit.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on élève des petits chiens pour vous mordre.

Dans le dernier *Concours*, on demandait un « médecin militaire en retraite ». Il n'y a donc pas de médecins civils *sans retraite* à caser ?

Dr Le Duigou.

10.433. — Assujettissement des médecins à la loi sur les allocations familiales

Je vois dans divers journaux et dans le *Concours* divers articles sur les Caisses de sursalaire familial. J'ai, comme personnel : un chauffeur gagnant 630 francs par mois nets (marié, un enfant, un deuxième bientôt) ; une bonne à tout faire, 250 francs par mois (nourrie, logée, fille-mère deux enfants).

Y a-t-il actuellement obligation pour moi de les inscrire ? et où ?

Quelles seraient les cotisations à verser ?

Dr D.

Réponse

Il est exact que la loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales est applicable aux professions médicales depuis le 1er janvier 1935. De ce fait, les médecins se trouvent obligés de s'affilier à une Caisse de compensation pour leurs employés professionnels et de payer sur le salaire en espèces augmenté de la valeur des avantages en nature les concernant, une cotisation annuelle dont le taux dépend de chaque Caisse de compensation, mais varie entre 2 et 4 % de ce salaire.

Mais la loi du 11 mars 1932 n'est nullement applicable encore aux domestiques et gens de maison. Lorsqu'on se trouve en face d'employés mixtes, c'est-à-dire affectés à la fois à l'usage personnel et professionnel du médecin, la question doit être résolue d'après les règles posées par la réponse ministérielle nº 2.921 parue au *Journal Officiel* du 25 janvier 1935 : « le médecin est assujetti à la loi si la domestique qu'il emploie consacre la plus grande partie de son activité à son service professionnel ». C'est évidemment à vous qu'il appartient de résoudre cette question de fait en tenant compte pour ce faire de la façon dont vous comptez le salaire de votre chauffeur et de votre bonne dans vos dépenses professionnelles.

Si vous êtes obligé de les faire inscrire à une Caisse de Compensatian, nous vous conseillons de ne pas tarder à le faire, car vous seriez débiteur à l'égard de cette Caisse des cotisations arriérées majorées des intérêts de retard et d'autre part, vos domestiques seraient fondés à exercer contre vous une action en dommages-intérêts pour obtenir le versement d'une indemnité égale aux allocations dont ils se trouvent privés.

L'organisation des Caisses de compensation a lieu dans le cadre départemental. Il y aurait donc lieu de vous adresser, pour obtenir le nom de la Caisse dont vous pourriez faire partie, à votre Syndicat local.

9.396. — Prélèvement de 10% sur les honoraires d'assistance

Le prélèvement de 10 % sur les mémoires d'honoraires d'Assistance médicale ou autres n'a-t-il pas été abrogé depuis quand, et, dans l'affirmative, quelles démarches convient-il de faire pour en obtenir le remboursement ?

Dr B.

Réponse

L'article 1er du décret-loi du 16 juillet 1935 instituant le prélèvement de 10 % sur toutes les dépenses publiques n'a fait encore l'objet d'aucune abrogation législative. Certaines lois sont bien intervenues à ce sujet, notamment celle du 20 juin 1936 et ont abaissé le taux du prélèvement dégressif prévu par l'article 2 dudit décret-loi, concernant les dépenses de personnel, c'est-à-dire les rémunérations versées en exécution d'un contrat de louage de services. Par contre, les rémunérations touchées par les médecins des collectivités publiques, à titre d'honoraires, c'est-à-dire en exécution d'un contrat de louage d'ouvrage ordinaire, ne sont nullement exemptées du prélèvement de 10 % ni soumises au taux dégressif. Par conséquent, les retenues effectuées sur vos mémoires pour soins donnés aux assistés médicaux gratuits, aux assurés sociaux notoirement indigents ou aux pensionnés de guerre sont toujours juridiquement fondés.

10.490. — Prescription des honoraires médicaux

J'ai un client qui me doit trois accouchements et quelques visites. La dernière visite remonte à décembre 1934. Il ne m'a pas payé. Peut-il invoquer la prescription pour les trois accouchements dont le dernier est d'octobre 1934 ? S'il invoque la prescription puis-je le déférer au serment décisoire ?

Dr W.

Réponse

En vertu de l'article 2272 du Code civil, la créance du médecin en paiement de ses honoraires se prescrit par deux années à compter de la cessation des soins ; mais cette prescription joue par maladie ou par affection soignée et non pas simplement pour une même période de soins même continue. Puisque, en l'espèce, vos trois interventions auprès de votre cliente ont été

motivées par trois accouchements, la prescription a couru de manière séparée pour chacun de ses accouchements et à l'heure actuelle, seule votre créance d'honoraires pour le dernier accouchement n'est pas atteinte par la prescription de l'article 2.272.

Toutefois, vous n'êtes pas, par cela même déchu de tout droit pour les accouchements antérieurs. En effet, la prescription médicale ne constitue nullement une déchéance automatique et de plein droit mais présente, au contraire, les caractères des « courtes prescriptions », c'est-à-dire est fondée sur une présomption de paiement souffrant suivant certaines conditions, la preuve contraire. Cette preuve peut être rapportée par les trois moyens suivants : 1° au moyen d'une reconnaissance expresse émanant du débiteur et énonçant la nature et le chiffre de la créance ; dans ce cas la prescription de deux ans se trouve remplacée par la prescription trentenaire ; 2° par le serment déféré par le Juge à l'une des parties ; 3° par l'aveu exprès ou tacite du débiteur. La jurisprudence est, au reste, des plus larges, au sujet de l'appréciation des faits qui peuvent constituer un aveu tacite. Il a été ainsi reconnu, à diverses reprises, que cet aveu tacite peut résulter de la manière dont le débiteur présente sa défense. L'application de la prescription de deux ans devrait notamment être écartée lorsque le client du médecin nie l'existence de la dette ou en conteste l'étendue, ou lorsque le créancier peut produire des lettres émanant de ce dernier, demandant des délais de paiement ou offrant des paiements par acomptes.

FISCALITÉ

10.149. — Majoration d'une déclaration de bénéfices

Je crois avoir lu dans le *Concours* qu'il avait été jugé, je ne me souviens plus où, qu'un Contrôleur des Contributions ne pouvait, pour majorer une déclaration, se baser uniquement sur la « renommée » du déclarant.

Seriez-vous assez aimable pour me renseigner à ce sujet, et me donner, si possible, les date et lieu des jugements en question.

Dr C.

Réponse

Pour majorer une déclaration de bénéfices non-commerciaux, le Contrôleur pour former son opinion sur la valeur des renseignements produits, les confronter, soit avec les données certaines qu'il possède, soit avec les présomptions, graves, précises et concordantes qu'il a pu recueillir, en vertu de la circulaire de l'Administration du 31 janvier 1928, articles 238 et 241.

De plus si le Contrôleur trouve qu'en raison de la renommée du déclarant sa déclaration est insuffisante il doit préciser les motifs qui *lui paraissent justifier le redressement* (article 86 du décret du 27 décembre 1934).

A. MARTINOT
Conseil fiscal

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

10.003. — Situation militaire d'un père de deux enfants

Je suis né en 1890. En sursis au moment de la mobilisation, j'ai été incorporé le 4 août 1914. Je suis actuellement médecin lieutenant de réserve et j'ai deux enfants âgés de 13 et 8 ans.

Pourriez-vous me faire savoir à quelle date, je serai quitte de toute obligation militaire et quelles sont les démarches ou formalités que j'aurai à remplir pour me faire démobiliser ?

Si je n'avais pas d'enfants, je serais démobilisable le 15 octobre 1939, mais ayant deux enfants, je crois que je deviens démobilisable le 15 octobre 1937.

Dr X.

Réponse

Le nombre des enfants n'a pas pour effet de réduire la durée des obligations militaires ; il permet seulement à l'intéressé d'attendre le moment de sa libération normale en profitant des avantages accordés à une classe de la deuxième réserve plus ancienne que la sienne.

C'est ainsi que vous ne serez pas libéré avant le 15 octobre 1939, en même temps que les hommes de la classe 1910, à laquelle vous appartenez de par votre âge.

10.303. — Radiation des cadres pour raison de santé

A la suite d'un accident ayant entraîné chez moi une paralysie du sciatique poplité externe de la jambe gauche, j'ai été rayé des cadres par décision présidentielle, par application de l'article 13, deuxième partie, par. 1 de la loi du 8 janvier 1925.

Cette radiation est-elle définitive et puis-je être rappelé en cas de mobilisation soit à titre militaire soit à titre civil ?

Si oui, dans quelles conditions de grade et d'affectation ?

Je suis de la classe 1912, marié, sans enfants, ancien médecin lieutenant de réserve et titulaire de la carte de combattant

Dr X.

Réponse

Dans les conditions que vous nous indiquiez, votre radiation des cadres est définitive, puis-

qu'elle a été prise alors que vous étiez placé, pour raisons de santé, depuis plus de trois ans dans la position de non-disponibilité. Aucun rappel possible au titre militaire en cas de mobilisation. Cependant, vous pourriez toujours, si vous le désiriez, adresser un jour une demande d'être réintégré, et cela dans votre ancien grade, au cas où vous rempliriez encore les conditions d'aptitude physique nécessaires (art. 9 de la loi du 8 janvier 1925). Naturellement en cas de guerre, comme tout citoyen dégagé de ses obligations militaires, vous pourriez être requis au titre civil, pour exercer des fonctions dans la limite de vos moyens physiques et de vos possibilités ; c'est-à-dire que, étant donné votre radiation antérieure des cadres de la réserve, il vous serait possible de ne pas accepter.

10.242. — Délai pour demander une pension militaire

J'ai dans ma clientèle un malade souffrant de fréquentes crises d'asthme bronchique et de laryngite qui l'obligent à des chômages répétés.

Cet état est consécutif à une bronchite contractée durant le service militaire et ayant nécessité une hospitalisation de six semaines.

Il s'agit d'un soldat de la classe 1933, qui avait été pris bon, service armé.

Dans ces conditions ce malade est-il fondé à faire une demande de pension et comment doit-il procéder.

Dr T.

Réponse

Cet ancien militaire, de la classe 1933 bénéficie encore à l'heure actuelle du délai de cinq années durant lesquelles il peut demander une pension. Cependant il doit pouvoir apporter la preuve, par témoignages divers, de chefs, de médecins, de camarades, qu'il existe une relation de cause à effet entre une circonstance de service (refroidissement prolongé, intempéries exceptionnelles, etc.) et son infirmité actuelle.

Que par lettre recommandée, il adresse au médecin-chef du Centre de réforme, dont il dépend, une demande de visite pour indemnisation de ses infirmités ; il y donnera tous renseignements utiles et notamment un certificat médical qui constate son état actuel.

ASSURANCES SOCIALES

9.436. — Droit au remboursement des frais d'accouchement d'une femme d'assuré social indigent

Un de mes clients assuré social agricole verse 30 francs par trimestre pour sa part d'assurance. Il est

lui-même personnellement assuré-assisté. Il a toujours été remboursé lorsque ses enfants ont été malades.

J'ai accouché sa femme le 12 mai 1935. J'avais fait le certificat de grossesse le 18 février.

Il n'a pas été remboursé des frais d'accouchement. A-t-il droit à ce remboursement ? Il touche seulement la prime d'allaitement de 115 francs par trimestre.

Dr B.

Réponse

Les assurés sociaux agricoles ont, comme les assurés ordinaires, le droit de prétendre aux prestations de l'assurance-maladie pour leur conjoint. En l'espèce, votre client a donc droit au versement du forfait prévu par le Tarif de responsabilité de sa Caisse en ce qui concerne l'accouchement de sa femme, à condition, naturellement, qu'il soit en règle avec ses cotisations vis-à-vis de cette Caisse et que son immatriculation aux Assurances sociales soit antérieure à la grossesse.

Par contre, il ne peut prétendre être traité, en ce qui concerne cet accouchement, suivant le régime des assurés sociaux indigents si sa femme n'est pas inscrite personnellement conformément à l'article 13 de la loi du 15 juillet 1893, sur la liste d'assistance de sa commune. L'inscription du chef de famille sur ces listes n'entraîne pas, en effet, automatiquement, celle des autres membres de la famille. Dans l'absence de cette inscription, il se trouvera donc obligé de payer lui-même son médecin et ne pourra toucher le forfait relatif à l'accouchement qu'une fois que ce paiement aura été régulièrement effectué et que vous aurez porté l'acquit sur la feuille d'assurance-maladie.

9.718. — A qui adresser le préavis en cas de soins donnés à un assuré indigent ?

Il nous arrive fréquemment de donner des soins à des malades assurés sociaux indigents (art. 19) qui ne connaissent pas la Caisse à laquelle leurs maris cotisent.

Dans les trois jours qui suivent le premier acte médical concernant ces indigents, nous adressons à la Caisse départementale un avis par carte-lettre, selon les indications reçues, mais rarement cette Caisse nous répond.

Ce n'est qu'en fin de trimestre, après avoir établi le mémoire d'honoraires, que par suite des impayés aux Services préfectoraux, nous nous apercevons des erreurs de Caisses commises involontairement par nos malades.

Dans ces cas, avons-nous la possibilité de nous retourner vers les Caisses d'assurances que nous

découvrons un peu tardivement comme étant les véritables dispensatrices de prestations.

En un mot, devons-nous connaître pour régler nos mémoires (art. 19) les Services préfectoraux de notre département qui se chargerait de se retourner vers les Caisses d'assurances des départements voisins ou devons-nous alerter ces Caisses de notre propre chef ? Dr F.

Réponse

En vertu des termes formels de l'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, « le règlement des honoraires revenant aux médecins traitants des assurés sociaux indigents ne peut intervenir qu'autant que ces médecins traitants ont informé les Caisses d'assurances sociales de leurs clients de la première constatation médicale de la maladie, dans les trois jours suivants » Le préavis doit donc bien être donné à la Caisse elle-même et non pas au Service d'assistance bien que ce soit ce dernier auquel incombe le règlement de ces frais. D'autre part, le décret-loi ne prévoit nullement un accusé de réception de la part de la Caisse ; celle-ci n'est donc pas obligée d'en fournir un ; il suffit, pour que le médecin ne perde pas ses droits à l'égard de cette dernière, qu'il puisse justifier avoir adressé le préavis dans le temps voulu.

Il est évidement fort difficile au médecin de respecter cette prescription lorsque son client est dans l'impossiblité de lui dire quelle est la Caisse dont il fait partie. Toutefois, d'après les dispositions de la législation sur les Assurances sociales, les assurés bénéficient du libre choix de leurs Caisses, autrement dit, lors de leur immatriculation ils doivent remplir un imprimé sur lequel ils indiquent la Caisse dont ils entendent faire partie et qui est adressé par eux, au Service régional des Assurances sociales. Au cas où l'assuré ne remplit pas cet imprimé, et ne fait pas choix lui-même d'une Caisse pour son affiliation celle-ci a lieu, d'office, à la Caisse départementale des Assurances sociales. Par conséquent lorsque les assurés ne connaissent pas la Caisse dont ils font partie, c'est que, probablement ils n'ont pas exercé leur choix lors de leur immatriculation et que celle-ci a été faite d'office, conformément aux dispositions sus-indiquées. La méthode à suivre en pareil cas, paraît donc être de prévenir la Caisse départementale des Assurances sociales du lieu de travail de l'assuré.

Cinquante-huitième année — Nº 51 — 20 Décembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

• • •

Abonnés du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos abonnés qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Adda, Dana, Picard.
Amélie-les-Bains : Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot et Rozet, (*Mais. cur. hélio-mar.*), Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.
Beausoleil : Andoly.
Biarritz : Clavel Pierre, Lacour.
Biskra (Sud-Algérien) : Chatenier (*ophtalm.*)
Cambo-les-Bains : A. Camino, Chatard, Colbert, Trotot.
Cannes : Bourgeois-Gavardin, P.-E. Bousquet, Fournier, P. Houssiaux, Joublot, P. Roques (*Y. O. R. L.*), Makereël, Monod, R. Stauder.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-plage : E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chamonix : de Chabanolle.
Ciboure : P. Sousbielle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Brody, Chaumet.
Hyères : Fohanno, Pierruhgues, Valmyre, Verrier.
Jougne : P. Charlin.
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (*chir.*).
La Seyne : Grandjean, J.-M. Jaubert, Makereël.
Magagnose-de-Grasse : Gordon.
Mégève (Hte-Sav.) : M. Grenet, Jacqueline Grenet.
Menton : Camaret, P. de Lengenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice : Bernard, Brouxel (*Chir.*), Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Dormoy, Drapier, M. Faure, Gazzola, Gaudichon (*O. R. L.*), Guerry, E. Guérin, G. Henry (*Ray. X*), Kent-Monnet, Larue, Le Goard, (*mal. nerv.*) Lelongt Max, Liotard, Malaussène, (*Pn. art.*), Nafilyan, Nicolas, Phipps (*derm.*), Piettri, Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chi. acc.*), Vizerie.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet.
Rousses (Les) : R. Veisenburger (*Enf.*).
St-Didier : A. Masquin.
St-Gervais-les-Bains : Roux.
Ste-Maxime-sur-Mer : Bausset, Ficonetti.
St-Raphaël - Valescure : Léon Clément, (*clin. chir.*), Marcel Rochette (*stom.*), Théo Roux de Laroque.
Sanary-sur-Mer : P. Gaillard,
Saujon : Dubois.
Toulon : Jamin (*chir.*), Pignet (*urol., derm.*)
Vernet-les-Bains : Ponson
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.
Villard-de-Lans : Bassaget (*Mal. des enf.*), Hérault (*mal. enf.*), Suau (*Mal. enf.*)

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Nº 334. — Doct. actif, sérieux, célibat. 10 ans prat. méd. génér. intensive, meill. référ. désirant se spécialiser, cherche collaborat. ou associat. spécialiste envisageant cession avenir plus ou moins éloigné. Paris, Amiens, Lille.

Nº 335. — Ouest. Poste méd. pro-pharmac. à prendre d'urgence. Reprise du bail. Indemn. minime.

Nº 336. — Doct. jeune, plus. années prat. médic., demande remplac. ou aider confrère Paris ou environs, ou assurerait consultat. plus. heures par semaine.

Nº 337. — Doct. 26 ans, nombr. remplacem., perm. conduire, cherche remplacements, aider. confr. surchargé ou clinique. Ecr. Dr Emile Daniel, 2, av. Porte-Brunet, Paris (19e).

Nº 338. — Paris, 10 min. Saint-Lazare, dans imm. neuf, hôtel partic. R.-d.-c., cabinet, laborat., réception, belle installation ; 1er étage, appart. partic. Tout confort, garage. Pas de reprise. Très intéress.

Nº 339. — Anc. ext. et int. des hôpit. cherche remplacem. de méd. génér. ou aide clinique chirurgic. Paris ou banlieue proche.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Paris. Client. de quartier, très sérieuse, rapport intéres., appartem. tout conf., loyer 8.000. Indem. 30.000 dont 15.000 cpt.

Province. Région agréable. Client, demi-repos, à céd. d'urgence pour très petite indemnité.

Banlieue parisienne. Très import. cabinet avec fixes transmissibles. Loyer 4.500. Indemnité 90.000 (à débattre un peu).

Renseignements

« **La Soleillette** », Bandol-sur-Mer (Var). Soleil. Régime.

Remplacez les alcalins, les ferments digestifs, les tisanes, chez les dyspeptiques, par quelques TABLETTES DE MANGAÏNE et, en quelques jours, vous aurez acquis la reconnaissance de vos malades.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr Brody, Grasse.

Les Fougères, par Brantôme (Dordogne). Mais. santé pour enf., surveil. méd. constante. Ecole. Prix à part. 15 frs.

Les Laboratoires Rosa prient MM. les médecins de les excuser d'un léger retard survenu dans leur service d'échantillonnage de **Chophytol** dû à l'abondance des demandes.

Toutes les demandes, même tardives seront satisfaites.

AVIS

Agenda Memento du Praticien

L'expédition de l'édition 1937 qui a eu lieu par poste recommandée, est actuellement en cours. Les souscripteurs auront donc satisfaction à brève échéance.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 30 francs à notre compte de chèques postaux : *Concours médical*, Paris 167-95.

La mort du Docteur Amédée MAURAT

Au moment de mettre sous presse nous apprenons le décès de notre doyen et co-directeur le Docteur Amédée Maurat, de Chantilly.

Président d'honneur du *Sou médical* et membre de son Conseil d'administration, le Docteur Maurat prenait régulièrement part à toutes ses séances malgré son grand âge (90 ans).

Nous ferons prochainement connaître à nos lecteurs quelle utile collaboration le Docteur A. Maurat apporta dès leur origine au *Concours Médical* et à ses œuvres : Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, dont il fut longtemps le président, et Sou médical. Il mérite notre reconnaissance.

Nous adressons à ses deux fils, dont l'aîné est notre confrère, le Docteur Marc Maurat, de Chantilly, à Mlle Maurat et à tous les siens l'expression bien sincère de notre vive sympathie.

Le Conseil de direction du Concours Médical

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. Malvoz, de Liége, et Sir St Clair Thomson, de Londres, sont élus associés étrangers.

— **XIe Bal de la Médecine française.** — Le mercredi 3 mars 1937, veille de la Mi-Carême, sera donné le XIe bal de la Médecine française au profit des veuves et orphelins de médecins, dans les salons du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (VIIe).

Depuis 22 heures et sans interruption : bal, spectacle dans la salle de théâtre ; à minuit souper par petites tables. Au cours de la soirée, nombreuses attractions, orchestres, vente d'enveloppes-surprises, etc...

Pour tous renseignements s'adresser Société F.E.M. (Secours mutuels pour femmes et enfants de médecins), 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (VIIe). Téléphone : Invalides 55.90.

— **Les Journées médicales de Bruxelles 1937** (XVe session) auront lieu du 19 au 23 juin, sous la présidence de M. le Professeur Albert P. Dustin.

La conférence inaugurale sera faite par M. le Docteur Georges Duhamel, de l'Académie Française.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** (Prof. A. Gosset). — Deux places d'assistants libres sont actuellement vacantes à la consultation de gastro-entérologie. Les médecins que ces postes intéresseraient sont priés de vouloir ben écrire au Docteur R.-A. Gutmann, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris.

— **Prix de la Société des chirurgiens de Paris.** — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année trois prix de mille francs chacun : 1° Prix de chirurgie générale (Prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie gastro-intestinale (Prix Victor-Pauchet) ; 3° Prix de chirurgie gynécologique (Prix Paul Delbet).

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétariat général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille (VIIIe), avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence dactylographiés.

— **Amicale des médecins de Bretagne.** — Les médecins bretons se sont réunis le mercredi 2 décembre sous la présidence de M. Larcher, president en exercice.

A la table d'honneur, aux côtés du président, on remarquait : M. Baratoux, doyen d'âge, et président honoraire ; le médecin général inspecteur Rouvillois, le médecin général inspecteur Morvan, le médecin général Carayon, le médecin colonel Miorcec ; MM.

Liégard et Chappé, vice-présidents de la Société ; MM. Doré et Planson, présidents honoraires ; MM Allain-Conti, Arthus, Aurégan, Baratoux junior, Bréger, Briand, Bouroulec, Burill, Chauveau, Chéné, Colleu, Cousyn, Dauguer, Eiot, Fraboulet, Gérard, de la Feuje, Galla, Guilhenneuc, Hémon, Hervé, Jaugeon, Jubé, Laennec, Laperche, Le Bras, Le Gac, Lepennetier, Mazurié, Mounot, des Ouches, Rembault et quelques étudiants.

Le médecin général inspecteur Rouvillois fut nommé par acclamations président d'honneur de l'Association, puis M. Doré, président honoraire, voulut bien évoquer, en des anecdotes spirituelles et charmantes, les souvenirs de sa vie médicale aux Indes, comme médecin de S. A. le Maharadjah de Patiala, causerie très documentée, agrémentée de suggestives photographies.

Le prochain dîner tiendra lieu d'Assemblée générale et aura lieu en février.

Pour tous trenseignements et candidatures, s'adresser au siège social, chez le président, M. Larcher, 1, rue du Dôme, Paris (XVI^e^) (Tél. Passy 20-03).

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Internat des sanatoriums. — Questions posées*. Epreuves écrites : L'insuffisance ventriculaire gauche aiguë. Séméiologie clinique et radiologique des cavernes pulmonaires tuberculeuses. Epreuve orale : Symptômes des anévrysmes artério-veineux. Examen clinique : Examen d'un malade.

Classement des candidats : *Internes titulaires* : MM. Jean Bigonnet, Victor Fol. *Externes en premier* : MM. Franc Viala, Georges Porché.

— **Hôpitaux de Montpellier.** *Externat.* — Le concours d'externat de 1936 s'est terminé le 17 novembre.

Sujets donnés : 6e vertèbre cervicale. Les formations ligamenteuses intra-articulaires de l'articulation du genou. Le nerf récurrent gauche. Le canal cholédoque. Diagnostic de l'hémoptysie. Valeur séméiologique de l'expectoration. Les signes d'alarme dans l'anesthésie générale ; prophylaxie ; traitement. Evacuation de la vessie chez un rétentionniste.

Résultat du concours. — Ont été proposés à la Commission administrative des hospices pour la désignation :

1° *Comme externes titulaires* : MM. Alexis Bethoux, Georges Durand, Pierre Chalmeton, Robert Delord, Pierre Cazal, André Descure, Guy Michel, Emile Courbette, Jean Coste, François Joal, Pierre Naboudet, Mlle Simone Cavailles, MM. Raymond Carbasse, Jean Patounas, Mlles Madeleine Hedin, Lucile Thibon, Thérèse Payan, Monique Girard.

2° *Comme externes provisoires* : MM. Georges Sauret, Marcel Cassanas, Mlle Juliette Rabejac, MM. André Rolland, Georges Chaptal, Jean Etienne, Claude Baillet, Pierre Amiel, Mlle Geneviève Vinon.

— **Hôpitaux de Lille.** *Externat* (Faculté de l'Etat). —Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Verhaeghe, Renard, Mlle Lefebvre, MM. Alizon, Salembier, Foucart, Vermesch (H.), Mention, Desruelles, Schaepelynck, Tricart, Delemotte, Balizeaux, Leborgne, Delvallet, Darras Vanderbercq, Raoult, Vanderhaghen, Olivier et Marcelle. Sont proposés comme remplaçants d'externes : MM. Menez, Grumelart, Gaeremynck, Vuillemot, Hentgès (R).

La liste publiée dans notre dernier numéro concernait le concours des hôpitaux de la Faculté libre de Lille.

— **Hôpitaux de Mulhouse.** — A la suite de la retraite du titulaire actuel, la place de médecin-chef des hôpitaux civils de Mulhouse sera vacante à partir du 1er octobre 1937. Les postulants à cette place, âgés de moins de 45 ans, sont priés de produire leurs titres et de faire acte de candidature auprès du maire de la Ville de Mulhouse, président de la Commission administrative des hôpitaux civils, jusqu'au 1er janvier 1937. La connaissance des deux langues est indispensable.

— **Hôpital civil d'Oran.** — Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un chirurgien-adjoint à l'hôpital civil d'Oran sera ouvert à Alger le 1er mars 1937.

Pour renseignements, s'adresser à l'hôpital civil d'Oran (Direction), à la Préfecture d'Oran (Assistance) et au Gouverment général de l'Algérie (Direction de la Santé publique).

— **Sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne) et d'Arnières (Eure).** — Le concours annoncé antérieurement pour deux places de médecin dans les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne) et d'Arnières (Eure) de la Renaissance sanitaire, aura lieu le jeudi matin, 7 janvier, à 9 heures, à l'hôpital Laennec (Service de la clinique de la tuberculose de M. le Professeur Bezançon).

Il comprendra une épreuve avec examen de deux malades comportant pour chaque malade un quart d'heure de réflexion et un quart d'heure d'exposition (résultats de l'examen clinique, radiographie, diagnostic, indications prophylactiques et thérapeutiques).

Envoyer avant le 31 décembre les mêmes pièces que celles exigées pour les candidats aux fonctions des sanatoriums publics, à M. le médecin-inspecteur des Etablissements de la Renaissance, 23, rue du Renard, Paris.

— **Société amicale des médecins alsaciens** (27, rue de la Ville-l'Evêque, Paris-VIIIe). — La prochaine réunion de cette société aura lieu le mardi 22 décembre, à 19 h. 30, à l'Aéro-Club, 6, rue de Galilée. Elle sera suivie d'un dîner auquel les dames et les confrères de passage sont cordialement invités.

La liste des membres est en préparation et tous

sont instamment priés de faire parvenir les indications qu'ils désirent y voir figurer, avec leur cotisation, 20 francs, au trésorier, Docteur Brucker, 17, rue des Pyramides. Compte de chèques-postaux, Paris, 382.23.

— **Nécrologie.** — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Madame Irène O'Followell, femme du Docteur O'Followell, le dévoué vice-président de *la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français.* Le Conseil d'administration de la Mutualité familiale et le Conseil de Direction du *Concours Médical,* où le Docteur O'Followell ne compte que des amis, le prie d'agréer en cette douloureuse circonstance l'expression de ses vives sympathies.

— Le Docteur Rozoy, de Charleville, vient d'avoir l'immense douleur de perdre son fils âgé de 25 ans, ancien élève de l'Ecole normale supérieure et agrégé de l'Université.

Le *Concours* s'associe au malheur qui frappe un syndicaliste si dévoué et vieil ami de toujours des œuvres professionnelles. Nous lui présentons nos affectueuses condoléances.

La Maison du Médecin

La Maison du médecin a tenu le dimanche 6 décembre 1936, son Assemblée générale dans le grand Amphithéâtre de la Faculté sous la présidence du Docteur Bernard Cunéo, professeur de Clinique chirurgicale, président de l'Œuvre.

Le Professeur Cunéo dans son allocution a montré ce qu'en dix ans la Maison du médecin était devenue grâce à une gestion prudente, à des efforts continus, et à la confiance en l'avenir qu'ont eue ses dirigeants. Il a exprimé la gratitude du Corps médical pour ceux qui, à l'heure ultime où l'on songe à régler ses comptes avec l'éternité, ont voulu faire quelque chose pour leurs confrères déshérités et leur ont procuré cet *otium cum dignitate* qui est la devise de la Maison du médecin.

Le secrétaire général, le Docteur Raphaël Massart, dans son rapport moral, après avoir remercié tous les bienfaiteurs de l'œuvre, évoqué le souvenir des anciens dirigeants qui comme Coutard, le Professeur Reynier et Cazin eurent toujours confiance même aux moments les plus difficiles, exprima sa reconnaissance à tous les confrères qui chaque année prennent sur leurs honoraires, pourtant si diminués, pour adresser leur cotisation en y ajoutant même souvent, une offrande bénévole.

Le trésorier, le Docteur Dartigues, expose le bilan et avant de se séparer, l'Assemblée à propos d'une question posée par le Docteur Lobligeois, conseiller municipal de Paris, prit à l'unanimité, la décision de conserver à la Maison du médecin son caractère confraternel et de n'y recevoir ni les veuves dont les maris n'étaient pas pensionnaires de Valenton, ni leurs enfants.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine

Communiqué

Périodiquement, les médecins sont sollicités de fournir avec ou sans photographie, leur biographie scientifique avec une souscription en principe réservée à la fourniture de la publication. Les prétextes divers sont invoqués pour légitimer ces pratiques. La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir rappeler que, constituant une réclame plus ou moins déguisée, elles sont contraires au règlement de déontologie et que cette forme de publicité a été justement condamnée par les groupements médicaux.

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical.*

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 DÉCEMBRE

Service de santé militaire

Par décision du 24 novembre 1936, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, rayés des cadres par décision présidentielle du même jour, sont placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel

Lagriffe, Giry, Abadie.

Avec le grade de médecin commandant

Guillet, Lebreton, Le Play, Philibert, Savelli, Gerst, Lemercier, Baumann, Tassin, André, Rochette, Pince, Erlanger, Legrand.

Avec le grade de médecin capitaine

Grandjean, Khayatt, Lionnet, Bour, Moreau, Noiré Bonnenfant, Dubus, Eugène *dit* Joinville, Breton ; Chapotin, Richard, Tournay, Douvre, Aka, Fontaine, Gaillard, Pigeon, Rabier, Trifaud, Cornillon, Cousin, Genairon, Bec, Galippe, Granier, Lew, Trillier, Coste, Dollard, Favette, Houllier, Auzimour.

Avec le grade de médecin lieutenant

Hanique, Puy-le-Blanc, Rothureau, Blancard, Nicolas, Lelong, Marcorelles, Benezech, Forestier, Fay, Douffiagues.

Par décret du 30 novembre 1935, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et, par décision du même jours, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant

Les méd. auxil. titul. du B. P. M. S. ci-après désignés : (Rang du 21 oct. 1936) Fagard, 2e sect. infirm. milit., aff. 2e rég. ; (rang 28 oct. 1936) Avenier, 22e sec. infirm. milit., aff. rég. Paris.

5 DÉCEMBRE

Pensions militaires

Circulaire du 2 décembre 1936 relative à l'évaluation des infirmités siégeant sur un même membre

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

6 DÉCEMBRE

Asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise) est vacant, par suite du départ de M. le Docteur Guiard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires

Application du remboursement forfaitaire en matière d'assurance-maternité

1.065. — M. VOIRIN demande à M. le ministre du Travail : 1° si en cas d'accouchement normal, l'article 9, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 accorde une indemnité forfaitaire qui comprend tous les frais médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ; 2° les soins à donner nécessitant le déplacement du médecin ou de la sage-femme, si les Caisses doivent ajouter des frais de déplacement à l'indemnité forfaitaire. (*Question du 5 octobre* 1936.)

Réponse. — 2° Le forfait visé à l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 comprend, aux termes mêmes du texte légal, l'ensemble des frais afférents à l'accouchement. Il englobe donc les indemnités pour frais de déplacement du praticien, et il appartient à la Caisse d'établir son forfait en tenant compte des divers éléments qu'il est destiné à couvrir. Rien ne s'oppose à ce que la Caisse adopte un forfait différent suivant que les localités où résident les assurés ont un médecin, ou une sage-femme, ou n'ont ni médecin ni sage-femme.

(*J. O.*, 13 novembre 1936.)

Renouvellement des verres de lunettes pour les assurés sociaux atteints d'une affection oculaire

1.774. — M. André Parmentier expose à M. le ministre du Travail qu'un assuré social souffre d'une affection oculaire déterminée — en l'espèce une myopie — dont la gravité s'accentue d'année en année ; que l'intéressé doit renouveler les verres de ses lunettes chaque année sur une prescription du médecin oculiste ; et demande si la Caisse primaire doit payer chaque année le coût du renouvellement des verres et, dans l'affirmative, combien de fois elle doit renouveler ce payement, ou bien si elle doit s'en tenir à un seul remboursement du fait qu'il s'agit toujours de la même affection, sans guérison intermédiaire et que les prestations ne peuvent être payées que pendant les six premiers mois de maladie. (*Question du 27 octobre* 1936.)

Réponse. — La Caisse doit participer aux frais exposés par l'assuré chaque fois que le médecin traitant prescrit l'usage d'un appareil d'un type distinct correspondant à une évolution de l'infirmité. Chaque nouvelle phase de celle-ci doit être considérée, en effet, comme une affection distincte et donner lieu au remboursement de l'appareil nouveau, dès l'instant que les conditions de versement sont remplies au moment où le médecin constate la nécessité d'un nouvel appareil.

(*J. O.*, 25 novembre 1936.)

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

10.121. — Paiement des mémoires de frais de justice criminelle

J'exerce depuis plusieurs années à T... mais j'ai accepté depuis deux ans seulement d'être médecin légiste. Il m'arrive donc de produire mes mémoires. Jusqu'à présent je n'ai eu que quelques ennuis de paperasserie. Les choses changent cependant. La loi accorde un an, si je ne m'abuse, pour toucher ses honoraires. Il m'est arrivé d'adresser mes mémoires neuf et dix mois après les réquisitoires. J'avais encore deux à trois mois pour qu'il y ait une année écoulée. Je me croyais donc dans les limites permises par la loi.

Or par la lenteur des Services du Parquet, mes mémoires me sont retournés avec le visa de l'exécutoire trois ou quatre mois après leur envoi. En sorte que l'année est dépassée et que je dois faire des formalités à n'en plus finir pour obtenir le relevé de la déchéance.

Je voudrais savoir si la loi accorde un an pour présenter ses mémoires ou un an entre le réquisi-

Voir la suite page LV-3665

PROPOS DU JOUR

L'ÉLOGE D'HIPPOLYTE HÉRARD A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le sujet du discours d'usage, devant être prononcé à la séance solennelle annuelle de l'Académie de médecine, était, cette année, l'*éloge d'Hippolyte Hérard*, par M. Rist.

Je me fis un plaisir de m'y rendre.

D'abord, parce qu'il est toujours agréable d'entendre un orateur éloquent et bien pénétré de son sujet, comme M. Rist, ensuite parce que Hippolyte Hérard évoque en mon esprit des souvenirs qui me sont chers. Je fus de 1888 à 1891 élève du Prof. Cornil tant comme externe dans ses services de l'Hôtel-Dieu annexe et de Laënnec qu'à son laboratoire de la Faculté, je lui servis souvent de secrétaire, je l'assistais dans ses autopsies, il me chargea de recueillir son cours à la Faculté, qu'il publia dans son *Journal des Connaissances médicales* et, au cours des conversations dont m'honorait parfois mon excellent Maître, le nom d'Hérard dont il avait été l'interne préféré et le collaborateur, revenait souvent, ce qui me le fit connaître et aimer.

En 1905, je pris part au Congrès international de la tuberculose et je joignis mes applaudissements aux acclamations enthousiastes de l'Assemblée quand Hippolyte Hérard, toujours jeune, malgré ses 86 ans, vint occuper le fauteuil de la présidence.

Plus tard, j'appris qu'après sa mort, en 1913, dans sa 94e année, son gendre, le chirurgien réputé Paul Reynier, de l'Académie de médecine, et Mme Reynier, les grands bienfaiteurs de notre *Maison du Médecin*, gratifièrent le Château de Valenton du mobilier de leur père et ce sont les fauteuils d'Hippolyte Hérard qui meublent les salons de la Maison du Médecin. Enfin, notre très distingué ami, le Professeur Laignel-Lavastine, de l'Académie de médecine, est notre collègue à la vice-présidence de la Maison du Médecin.

Tout cela nous incitait à aller applaudir l'Eloge d'Hippolyte Hérard.

L'Académie de médecine lui devait bien cet honneur, elle l'avait accueilli dans son sein en 1867, désigné pour la présider en 1888 et elle compta plus tard son gendre et son petit-fils parmi ses membres.

***

M. Rist brossa d'abord un portrait très vivant du savant médecin, qui mena, sans bruit ni ambition, une vie simple, laborieuse et utile au cours de sa longue carrière.

Il conta les petits évènements de sa jeunesse au collège de Sens, ville où son père, ancien officier de Napoléon, avait pris sa retraite et eut à souffrir des tracasseries des fonctionnaires de la Restauration.

Le lendemain du triomphe de la Révolution de 1830, M. Hérard père, élu par ses concitoyens, devenait maire de Sens et commandant de la Garde nationale. Le jeune Hippolyte arrachait de sa tunique de collégien les boutons de cuivre ornés de la fleur de lys. Ce fut la seule manifestation politique de sa vie.

M. Rist l'accompagne à Paris, signale ses succès de lycéen à St-Louis, puis d'étudiant à la Faculté de Médecine. Il insiste sur son esprit curieux qui tâche de se renseigner sur les nouvelles découvertes qui illustrèrent cette époque. Il le montre courant voir ériger l'obélisque sur la place de la Concorde, puis allant à la gare des Batignolles, voir rouler la première locomotive de Saint-Germain, contempler la photographie nouvellement découverte et s'émerveillant au fonctionnement du premier télégraphe. Il vante sa belle voix et son talent de musicien qu'il considérait comme indispensables à ses études médicales.

Successivement externe des hôpitaux, interne, chef de clinique de Piorry, il abandonne ce chef qui donnait une importance excessive à la percussion, d'où résultaient de singulières erreurs de diagnostic. Médecin des hôpitaux, il se consacre presqu'exclusivement à l'étude de la tuberculose; a comme interne préféré Victor Cornil qu'il s'attache comme collaborateur et avec lequel il publie en 1867 un livre qui fit sensation à l'époque et fut assez longtemps classique, intitulé : *De la phtisie pulmonaire, étude anatomo-pathologique et clinique.*

Après la découverte de R. Koch ce livre fut mis au point et réédité en 1888 sous le titre : *La phtisie pulmonaire*, par Hérard, Cornil et Hanot.

Utilisant la méthode anatomo-clinique et les connaissances de Cornil en histologie, Hérard démontra l'unicité de la tuberculose pulmonaire que Virchow avait battu en brèche.

M. Rist profita de l'occasion pour faire un exposé des doctrines contradictoires qui furent émises à propos de la tuberculose.

Ces contradictions se perpétuèrent longtemps, et je n'oserais affirmer qu'elles ne persistent pas encore aujourd'hui.

Pour me rendre compte de ce qu'on pensait à ce sujet à la fin du XIX[e] siècle et tout au début du XX[e] siècle, j'ai eu la curiosité de feuilleter le *Traité de médecine de Charcot, Bouchard* et *Brissaud*, paru en 1893 ; je n'ai pas été peu surpris de voir que le nom de Hérard était à peine cité. Par contre, j'y ai relevé quelques affirmations qui me paraissent assez piquantes.

Ainsi M. Marfan a écrit dans le traité de Charcot, Bouchard et Brissaud, Tome IV, page 581.

« *L'hérédité de la phtisie est un des faits les mieux établis de la pathologie.* »

Et plus loin : « *L'hérédité, quoiqu'on en ait dit ces derniers temps, est indiscutable.* »

Voilà des affirmations nettes.

Or, un peu plus de trente ans après, M. Rist dans un très intéressant petit livre sur *La tuberculose*, écrit d'une façon tout aussi péremptoire :

« *Aucun facteur héréditaire n'intervient dans la genèse de la tuberculose pulmonaire.* »

Qui devons-nous croire ? L'hérédité a encore des partisans convaincus et l'importance de la contagion est singulièrement réduite de nos jours. Il semble qu'on peut évoquer la phrase de Sganarelle dans le *Médecin malgré lui* :

« Oui, cela était autrefois ainsi, mais nous avons changé cela, et nous faisons maintenant la médecine d'une méthode toute nouvelle. »

Hélas, sur bien des points dans l'étude de la tuberculose, l'incertitude règne comme à l'époque d'Hérard.

M. Rist en finissant son éloge, a trouvé dans la notion d'*allergie*, le flambeau qui paraît devoir dissiper toutes les obscurités, mais, cependant, il ne fut pas toujours absolument affirmatif à ce sujet et je suis heureux de constater qu'il laissat la porte entr'ouverte au doute, au doute scientifique bien entendu, car dans son livre : *La tuberculose*, il a écrit à propos de l'allergie :

« *Hypothèse singulière au premier abord et qui eût paru absurde il y a une vingtaine d'années ! Elle nous semble aujourd'hui non seulement légitime mais infiniment probable.* »

Voilà bien de ces singularités qu'on découvre surtout dans les doctrines médicales où ce qui a été qualifié d'absurde la veille, devient légitime et infiniment probable le lendemain ! J. Noir.

NOTE HISTORIQUE SUR L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Un jeune externe des hôpitaux de Paris, M. R. Fouilloy a fait d'intéressantes recherches sur l'histoire de l'externat des hôpitaux de Paris, et les a publiées sous le titre : *l'Externat à travers les âges*, article qui a paru dans le n° du 11 décembre 1936, du *Jeune médecin*, le journal si intéressant que dirige avec talent notre ami, le Docteur Crouzat.

M. R. Fouilloy fait remonter l'externat aux garçons chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, mi-élèves chirurgiens, mi-infirmiers qui secondaient les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu sous l'ancien régime. Nous nous contenterons de trouver l'acte de naissance de l'externat dans le *Règlement sur le Service de santé dans les hospices de Paris du 4 Ventôse an X* (10 février 1802) qui créait des élèves pour le service de la médecine et pour celui de la chirurge, distingués en internes et externes. Il y avait alors deux concours par an.

La limite d'âge était entre 18 et 24 ans. Après un an d'externat, les élèves pouvaient concourir pour l'internat.

Les candidats étaient questionnés sur les préliminaires de l'art de guérir, l'anatomie, la médecine et la chirurgie, ils devaient répondre par écrit. Ils étaient nommés pour trois ans. En 1830, on exigea une inscription prise à la Faculté et la limite d'âge fut ramenée à 23 ans, puis supprimée en 1839. Le concours consistait alors en une question écrite d'anatomie et une épreuve orale de médecine.

En 1868 les épreuves furent modifiées. Elles consistaient en une épreuve d'anatomie et une de médecine ou de petite chirurgie. Chacune devait être traitée oralement en cinq minutes. Après cinq minutes de préparation.

Ce système devait durer jusqu'en 1924, époque où l'on adopta le système actuel (concours écrit). On exigea quatre inscriptions. En 1882 le concours fut ouvert aux femmes.

M. R. Fouilloy a obtenu de l'Administration de l'A. P. quelques renseignements statistiques. De 1900 à 1903 le nombre des candidats oscille entre 630 et 730 pour 400 places. De 1904 à 1913 il n'y a plus que 420 candidats pour 210 places ; sauf en 1908 où il y eut 726 candidats.

Le concours fut suspendu pendant la guerre, le service fut assuré par des bénévoles. En 1919, le premier concours repris fut réservé aux mobilisés, il y eut 591 candidats pour 373 places. De 1922 à 1930, il y eut 7 à 800 candidats. Puis il y eut une augmentation constante jusqu'en 1932 où le chiffre atteignit 1.230. En 1935 il y avait 1.100 candidats pour 350 places. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DIAGNOSTICS CHIRURGICAUX AU LIT DU MALADE

Le diagnostic précoce des tumeurs intrarachidiennes

Par M. Barthélemy

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy

Des progrès si considérables ont été réalisés dans le diagnostic des tumeurs intrarachidiennes que le traitement de ces tumeurs est entré définitivement dans le domaine chirurgical. Ces progrès sont dus à l'étude chimique du liquide céphalo-rachidien, à l'étude radiologique du canal rachidien et aux acquisitions nouvelles qui en sont résultées.

Il y a deux groupes de tumeurs intra-rachidiennes.

Le groupe le plus important et malheureusement le moins intéressant pour le traitement chirurgical est le groupe des tumeurs secondairement intrarachidiennes. Ces tumeurs émanent des parois du rachis ou des tissus périvertébraux. Ce sont généralement des métastases, et le plus souvent des métastases d'un cancer du sein.

En pareil cas, le jour où paraissent les premiers signes de compression médullaire, le diagnostic de leur cause est hors de doute.

Beaucoup plus rarement, la tumeur primitive a passé inaperçue dans un viscère profond et les signes de compression médullaire sont les premiers en date. Le syndrome médullaire se traduit alors par une paraplégie douloureuse ; la phase clinique débute tantôt par une sensation de dérobement des membres inférieurs, accompagnée parfois de troubles urinaires, mictions impérieuses ou brusque rétention d'urine, tantôt par des douleurs radiculaires bilatérales extrêmement pénibles et plutôt aggravées par le repos, tandis que les douleurs des pottiques sont toujours calmées par le décubitus.

Puis la paraplégie s'installe, flasque ou spasmodique. Ce syndrome médullaire est toujours doublé d'un syndrome rachidien qu'il faut rechercher et étudier parce qu'il aide au diagnostic. Ce dernier syndrome comporte des douleurs spontanées et à la pression au niveau d'une série d'apophyses épineuses. Tout le segment rachidien intéressé est enraidi par une contracture de défense. Un beau jour, il se déforme, c'est le signe de l'effondrement. Il ne faut pas l'attendre pour faire pratiquer un examen radiologique. Cet examen montre dans les premiers stades l'évidement du corps vertébral indiqué par une tache claire, puis la déformation de l'os en coin ou par tassement sur toute la hauteur de la vertèbre cancérisée, tandis que le disque intervertébral est resté intact, alors que dans le mal de Pott, c'est sur le disque que portent les premières altérations.

En admettant bien entendu que la tumeur viscérale primitive soit restée méconnue, la métastase rachidienne ne pourra être confondue qu'avec un mal de Pott et l'erreur ne sera pas de longue durée. L'énormité habituelle des lésions osseuses au moment où se manifesteront les signes médullaires, l'évolution rapide et régulièrement progressive de la paraplégie des cancéreux, l'intensité et la persistance des douleurs malgré le repos, l'évolution des signes de cachexie générale ne sauraient laisser longtemps le diagnostic en suspens.

Le groupe des tumeurs primitivement intrarachidiennes, bien que beaucoup plus restreint est beaucoup plus intéressant à étudier au point de vue du diagnostic parce que la possibilité d'un diagnostic assez précoce et bien précis permet d'espérer une thérapeutique chirurgicale véritablement curatrice.

Les tumeurs intrarachidiennes, primitives sont en général, des gliomes.

Le plus grand nombre se développent aux dépens des méninges. Elles déforment la moelle par compression et leurs signes cliniques sont des signes de compression médullaire. Plus rarement, elles prennent naissance au centre du tube médullaire qu'elles déforment en le distendant et leurs signes cliniques essentiels sont des signes de syringomyélie.

Il faut mentionner à part les tumeurs qui prennent naissance sur les racines des nerfs. S'il s'agit de paires rachidiennes, la tumeur comprime la moelle comme une tumeur des méninges ; s'il

s'agit des nerfs du sac dural terminal, la tumeur provoque le syndrome de la queue de cheval.

Un premier point important à bien connaître est que toutes ces tumeurs se développent avec une lenteur remarquable. C'est donc avec une extrême lenteur qu'elles déforment progressivement la moelle. Et la moelle qui, tout comme le cerveau est des plus sensible à une compression brusque s'accommode comme lui fort longtemps d'une compression lente et progressive et reste pendant très longtemps sans manifester la moindre réaction motrice ni sensitive.

Après cette période de latence plus ou moins longue, vous verrez apparaître les premiers signes cliniques. Ces signes seront et pourront rester pendant très longtemps des troubles moteurs : d'abord fatigabilité rapide puis parésie, puis paraplégie spasmodique, sans aucun trouble sensitif. Comme l'a bien montré Bériel, dans ces conditions, une des différenciations les plus malaisées sera celle des affections médicales à paraplégie spasmodique pure, particulièrement les scléroses médullaires. Comme dans les scléroses médullaires, les troubles des réservoirs restent très discrets, paresse de la miction, constipation rebelle et c'est tout.

Quand un malade se présente dans les conditions que nous venons de préciser, la première phase du diagnostic se résume dans la solution de cette question : sclérose ou compression médullaire ?

Pour franchir cette étape, il est indispensable :

1° De rechercher avec soin l'existence de troubles sensitifs ;

2° D'avoir recours aux procédés modernes d'exploration auxquels nous avons fait allusion.

1° *Les troubles sensitifs.* — Il est exceptionnel de noter des troubles de la sensibilité d'une manière stable et définitive dans les cas de sclérose médullaire. La constatation d'une paraplégie sensitive doit immédiatement faire songer à une compression de la moelle. L'anesthésie n'est pas toujours complète ni précoce. Elle n'apparaît que très tardivement, mais elle est souvent précédée d'une paresthésie à topographie paraplégique.

Comme, pendant une assez longue période initiale, les troubles sensitifs peuvent manquer, il faut pouvoir s'en passer pour faire le diagnostic et savoir étayer ce diagnostic sur d'autres signes, les signes d'exploration ;

2° Les procédés d'exploration.

a) *L'épreuve manométrique de Queckenstedt.* — Elle s'effectue très simplement au lit du malade de la manière suivante. Faites une ponction lombaire ; adaptez à l'aiguille le manomètre de Claude, notez le chiffre de la tension, puis comprimez les jugulaires. Si les espaces sous-arachnoïdiens sont libres, l'hypertension intracranienne par cette compression digitale des jugulaires se communiquera aux espaces périmédullaires et vous verrez l'index du manomètre monter d'une façon impressionnante, de 15 à 40 par exemple. Si les espaces sous-arachnoïdiens périmédullaires sont bloqués par une compression intrarachidienne, l'index ne variera pas sensiblement ;

b) *L'étude chimique du liquide céphalo-rachidien.* — Sicard a montré qu'une hyperalbuminose franche sans hyperlymphocytose, c'est-à-dire un taux d'albumine dépassant 0 gr. 75 est un signe biologique important de compression médullaire. La coloration jaunâtre du liquide ou xantochromie et sa coagulation spontanée *in vitro* sont des signes qui plaident sérieusement dans le même sens ;

c) *L'étude radiographique du transit du lipiodol dans les espaces sous-arachnoïdiens.* — Ce lipiodol étant injecté par voie lombaire, le sujet est basculé progressivement en position déclive sous le contrôle radioscopique et radiographique. La traversée du rachis normal doit s'effectuer librement à l'aller et au retour. En cas de compression, le lipiodol reste accroché en route. C'est encore à Sicard que nous devons d'avoir mis en lumière l'importance de ce signe et d'en avoir précisé la technique.

Naturellement, aucun de ces signes n'est infaillible. Aucun d'eux pris isolément n'a de valeur absolue et ne doit emporter le diagnostic, et s'il en est un qui laisse le moindre doute, il doit être contrôlé par la répétition en série de l'épreuve douteuse. Non seulemnt, elle sera répétée, mais en la répétant, on devra apporter à la technique, certaines variantes qui permettront de contrôler les résultats obtenus. S'il s'agit de l'épreuve manométrique, on fera une série de ponctions étagées en renouvelant chaque fois la manœuvre de Queckenstedt. On pourra ainsi sonder les espaces sous-arachnoïdiens sur toute la hauteur du rachis et réussir à déceler la zone bloquée. S'il s'agit de l'épreuve du lipiodol, et que l'injection par voie lombaire ne donne pas de renseignements suffisants, on procédera secondairement à une injection analogue par voie sous-occipitale. En faisant varier la position du malade, proclive ou déclive, il sera quelquefois possible, comme l'a montré Robineau, de maintenir le lipiodol accroché à la fois au-dessus et au-dessous de l'obstacle et d'obtenir sur le même cliché, l'image du lipiodol encadrant la lésion.

Il reste bien entendu : 1° que, quelle que soit la précision de ces résultats, ils ne devront être pris en considération que s'ils sont appuyés sur un examen clinique sérieux et complet ; et 2° que, s'il persiste une divergence entre la clinique et le laboratoire, c'est toujours à la clinique que devra rester le dernier mot.

La notion de compression médullaire étant acquise, et le diagnostic de sclérose écarté, il reste à établir l'origine de cette compression. Elle peut avoir deux causes majeures un mal de Pott ou une tumeur intrarachidienne. Il ne s'agit pas bien entendu du mal de Pott à sa période d'état, en pleine évolution, dont le diagnostic ne se discute même pas.

Même à la période initiale, nous savons que, dans bien des cas, les signes radiologiques et notamment le pincement du ménisque peuvent indiquer nettement la nature tuberculeuse des lésions. Mais il est un petit nombre de cas où la solution du problème offre de très sérieuses difficultés. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, l'ostéite partie de la face postérieure d'un corps vertébral donne lieu à la production soit d'un abcès froid, soit d'une poussée de pachyméningite, véritable tuberculome qui joue beaucoup mieux encore la tumeur.

L'abcès froid déclenche des accidents qui évoluent rapidement et aboutissent en quelques semaines à une paraplégie complète. Au bout d'un an à dix-huit mois, les symptômes régressent et l'amélioration progressive est l'indice d'une résorption de l'abcès.

La pachyméningite, au contraire, évolue lentement et progressivement et les troubles moteurs qu'elle détermine peu à peu restent définitifs. C'est absolument le syndrome qui caractérise la tumeur intrarachidienne. Si la lésion osseuse reste si discrète qu'elle échappe à l'investigation radiographique, la confusion devient à peu près impossible à éviter. On devra alors prendre ses décisions thérapeutiques en partant de ce principe que s'il s'agit d'une tumeur, le moment opératoire une fois passé ne se retrouvera plus et que d'une temporisation exagérée, pourra résulter pour le malade une issue fatale. Au chirurgien incombera le devoir de prendre en connaissance de cause toutes ses responsabilités en opérant prudemment à la demande des lésions en évitant surtout l'ouverture intempestive de la dure-mère si l'exploration du foyer révèle la nature tuberculeuse de l'affection.

Dans les cas où les signes cliniques et les signes de laboratoire plaident nettement en faveur d'une tumeur intrarachidienne est-il possible de pousser le diagnostic plus avant ? En ce qui concerne la localisation en hauteur, oui, grâce à l'examen lipiodolé et aussi aux lois de Chipaut qui nous précisent le décalage des vertèbres par rapport à la moelle et aux paires rachidiennes. En ce qui concerne le siège extra ou intramédullaire de la tumeur, oui aussi, dans certains cas, la dissociation des troubles de sensibilité permettant de songer à une forme syringomyélitique, c'est-à-dire à une tumeur intramédullaire, dont le siège sera encore indiqué par l'accrochage du lipiodol au niveau où la moelle est déformée par le renflement néoplasique. Cette dernière distinction du siège extra ou intramédullaire de la tumeur est d'ailleurs beaucoup moins importante que la détermination de son niveau dans le rachis, seule notion capitale pour guider le bistouri du chirurgien.

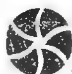
LA RADIOGRAPHIE DU LARYNX DANS LE DIAGNOSTIC DES ÉPITHÉLIOMAS INTRA-LARYNGÉS

La radiographie peut fournir des renseignements très utiles dans le diagnostic des épithéliomas intra-laryngés, ajoutant des données complémentaires souvent assez précises à celles procurées par la laryngoscopie et la biopsie.

Parmi les laryngologistes et les radiographes qui ont étudié cette question, nous citerons Baldenweck, Gauillard, Fraenkel, Contard, Bacelle, Leroux-Robert. Ce dernier auteur a publié un travail tout récemment sur ce sujet.

La radio se fait de profil. Pour en tirer des conclusions à l'état pathologique, il est nécessaire de bien connaître les différents aspects radiologiques du larynx normal, dans sa charpente ostéo-cartilagineuse, les parties molles qui la tapissent, et les espaces libres ainsi délimités. L'ombre néoplasique se projette en des zones différentes selon le siège de la tumeur. Elle permet de se rendre compte de l'extension d'une lésion que la laryngoscopie ne révèle que sous un aspect (si l'on peut dire) extérieur. Ainsi, la radiographie pourra apporter son appoint au diagnostic, souvent délicat, des épithéliomas intra-laryngés.

P. LACROIX.



TRANSMISSION ACCIDENTELLE DE THROMBO-ANGÉITE OBLITÉRANTE D'HOMME A HOMME

Sous ce titre assez ahurissant E.-V. Allen (1) publie une observation qui vaut la peine d'être rapportée.

Beaucoup de ceux qui ont étudié la thrombo-angéite oblitérante, dit-il, ont admis la probabilité que des microbes ou leurs toxines étaient d'importants facteurs étiologiques de la maladie. Et il donne une référence du journal *Surgery gynecology and obstetrics* où Léo Buerger lui-même, dès novembre 1914, se demandait si la thrombo-angéite qu'il venait de décrire était une maladie infectieuse. Certains faits expérimentaux le laissaient à penser, mais cependant aucun agent spécifique ne peut être isolé pas plus que les lésions ne purent être reproduites chez l'animal. Rabinowitz avait bien décrit des bacilles ne prenant pas le Gram dans le sang d'individus atteints de cette maladie et reproduisant des lésions vasculaires par injection sur des lapins. Jablous ne put confirmer ces résultats.

Hortin et Dorsey, reprenant le sujet en 1932, concluaient à la nature infectieuse de la thrombo-angéite et l'attribuaient au streptocoque.

En Allemagne enfin, Schmidt-Weyland, vers la même époque, assurait que des troubles circulatoires préexistants étaient nécessaires pour que les microbes ou leurs toxines puissent produire les lésions vasculaires.

Telles étaient les notions concernant l'origine microbienne de la thrombo-angéite, mais aucun cas de contagion n'avait encore été rapporté. Voici donc, d'après E.-V. Allen, le premier.

Un chirurgien, Ecossais, âgé de 45 ans, qui n'avait jamais été malade sauf de tuberculose pulmonaire, est examiné à la clinique Mayo en juillet 1936. Depuis vingt-cinq ans il fume quarante cigarettes par jour. Il n'a jamais présenté de phlébites superficielles. Or, six mois avant, amputant l'orteil d'un homme de 36 ans atteint de thrombo-angéite oblitérante, une épine osseuse de cet orteil se pique accidentellement dans la chair du chirurgien, au niveau de la face palmaire du troisième doigt de la main droite. Aucune réaction consécutive. Mais un mois plus tard la coloration de ce doigt change : c'est de la cyanose et de la pâleur sous l'action du froid et après usage de gants de caoutchouc. Au bout de trois semaines les mêmes phénomènes apparaissent aux quatrième et cinquième doigts de la même main. Depuis lors les symptômes avaient diminué graduellement mais sans disparaître entièrement.

L'examen fait à la clinique six mois après l'accident montre : existence évidente d'une tuberculose pulmonaire ; pulsations normales aux artères radiales, cubitales, fémorales, poplitées, pédieuses et tibiales postérieures ; abaissement de température de la peau des troisième, quatrième et cinquième doigts de la main droite ; pâleur anormale de ces mêmes doigts quand la main est tenue en l'air. Ni l'examen clinique ni la radiographie ne montrent l'existence d'une côte cervicale. La température cutanée des doigts incriminés est approximativement de 30° centigrades, alors que celle des doigts correspondants de la main gauche est de 35°. Après ingestion de 30 c. c. d'alcool la température cutanée des doigts droits monte à 34° et celle des doigts gauches à 36°5. Le diagnostic de thrombo-angéite oblitérante intéressant les artères digitales de la main droite est posé. Comme traitement on conseille de s'abstenir de tabac, de protéger soigneusement les doigts contre le froid, de baigner la main dans de l'eau alternativement chaude et froide, de faire par intermittences de l'aspiration et de la compression, et enfin d'injecter chaque semaine dans les veines une solution chlorurée hypertonique.

On ne peut raisonnablement douter que ce malade ne présente une lésion artérielle chronique occlusive. La maladie de Raynaud était à rejeter du fait de l'unilatéralité des lésions, de la pâleur des doigts à l'élévation de la main ; le relâchement des artères n'avait pas suivi l'ingestion d'alcool ; enfin il y avait le sexe du malade. La radio avait montré l'inexistence d'une côte cervicale.

L'on pourrait accuser une *coïncidence ;* mais la relation de cause à effet entre la blessure et la maladie est à peu près certainement prouvée par l'atteinte primitive du doigt blessé et l'absence de lésions artérielles dans le reste de l'organisme. La seule conclusion logique est d'admettre que l'agent de l'artérite occlusive a été apporté au troisième doigt de la main droite par l'aiguille osseuse du patient qui souffrait de la même maladie.

En conclusion ce fait confirme certaines expériences sur l'animal assignant à la thrombo-angéite oblitérante un agent transmissible et probablement bactérien. Le rôle du tabac est éclairé par les travaux de Schmidt-Weyland ; la vaso-constriction causée par le tabac prépare le terrain au micro-organisme.

Et la dernière conclusion à tirer est que le chirurgien amputant un malade atteint de thrombo-angéite oblitérante fera bien de se méfier.

G. LAVALÉE.

(1) Staff meetings of the Mayo clinic, octobre 7-1936.

LA COLIBACILLOSE DES PETITS ENFANTS

Par M. R. Liège

Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Parmi les affections du premier âge, la colibacillose est une de celles à côté de laquelle on passe le plus souvent, si l'on n'y pense pas et si l'on ne possède pas quelques points de repère indispensables à l'établissement de son diagnostic.

Dans cet article, essentiellement pratique, je me bornerai à donner une description de quelques types de colibacillose les plus souvent rencontrés dans les premiers mois de la vie, des moyens à mettre en œuvre pour les diagnostiquer, et des traitements qui peuvent leur être opposés.

***

Le type le plus fréquemment observé est la colibacillose avec pyurie ou colipyurie infantile.

La fréquence de la colibacillose urinaire des jeunes enfants est diversement appréciée. Les chiffres donnés par les auteurs varient un peu selon les pays et oscillent entre 2 % et 7 %.

La maladie est plus fréquente dans la première enfance que dans la seconde enfance, et plus fréquente dans la première année de la vie que dans la seconde.

Görter note 53 % de cas dans la première année.

Sur quarante observations recueillies par Still, il y a 28 nourrissons, dont 26 ont moins d'un an.

Relatant six cas observés à l'hôpital des Enfants-Malades, le Professeur Nobécourt écrit à ce sujet (1) : « Il existe avant un an une prédisposition manifeste à l'infection des reins et du bassinet ».

Les filles sont en général plus souvent atteintes que les garçons. Morquio, sur 74 cas observés, trouve 58 filles, soit 67,7 %, et 36 garçons, soit 38,2 %. Ces chiffres concernent les pyélonéphrites de l'enfance.

Pour les nourrissons les chiffres sont plus variables : entre 28 % et 50 % de garçons, selon les auteurs.

D'après Gorter, de Leyde, la prédominance des filles sur les garçons disparaît presque complètement chez les enfants au-dessus d'un an.

(1) P. Nobécourt. — Les pyélonéphrites des petits enfants. *Gaz. des hôpitaux*, nos 21 et 25, 13 et 27 mars 1935.

Debré et Semelaigne (1) notent 12 garçons contre 8 filles.

Le Professeur Nobécourt note 4 garçons et 2 filles.

Le colibacille est incontestablement l'agent microbien le plus fréquemment rencontré dans les infections de l'arbre urinaire des jeunes enfants. Le plus souvent il se trouve à l'état pur quelquefois associé à d'autres germes.

R. Bernheim (2) sur 350 urines de nourrissons examinées trouve 17 cas de pyurie. Sur ces 17 cas, le colibacille se rencontre seize fois seul. Dans 2 cas, il est associé au pneumocoque, dans un cas à l'entérocoque, dans le quatrième au micrococcus acidi-lactiti.

Dans une statistique d'ordre plus général, et englobant 206 cas de pyélonéphrites chez l'enfant, John Thomson et L. Findlay donnent les chiffres suivants:

— le colibacille pur se rencontre dans 75,8 % des cas ;

— le colibacille associé dans 17,10 % des cas ;

— le streptocoque pur dans 3,4 % des cas ;

— le streptocoque associé dans 13,5 % des cas.

Le colibacille se localise le plus souvent au niveau des reins et du bassinet, réalisant une pyélonéphrite.

***

Les pyélonéphrites des tout-petits surviennent assez souvent au cours d'affections gastro-intestinales ou d'affections des voies respiratoires. Leur apparition paraît favorisée par l'amaigrissement, la déshydratation, les tares héréditaires.

La colibacillose urinaire survient également chez des enfants en bonne santé apparente.

Les pyélonéphrites des nourrissons ne se présentent pas le plus souvent comme une affection des voies urinaires. Qu'elles soient primitives ou secondaires, c'est l'un des gros caractères cliniques de ces infections pyélorénales des jeunes enfants.

(1) Debré et Semelaigne. — La colibacillose urinaire du nourrisson.
Congrès nat. de la colibacillose, des infections et intoxications d'origine intestinale, Châtel-Guyon, 22-24 septembre 1934.

(2) R. Bernheim. — Les infections urinaires du nourrisson. Thèse de Paris, 1926.

En vérité, dans la plupart des cas la maladie n'est reconnue que lorsque l'on pratique de propos délibéré l'examen des urines.

La fièvre marque habituellement le début de l'affection. Elle apparaît brusquement, atteint rapidement 40°-41°, prenant par la suite des types très divers : tantôt la température se maintient élevée en plateau, tantôt elle est irrégulière, à grandes oscillations, ou affecte le type rémittent ou intermittent.

Cette fièvre s'accompagne d'un ensemble de signes généraux et fonctionnels souvent impressionnants, mais rien ne trahit en règle générale l'atteinte de l'arbre urinaire.

L'enfant est abattu, somnolent, prostré, pâle, prenant mal le sein ou le biberon, refusant même l'eau. La respiration et le pouls sont rapides.

Pour peu qu'à ce tableau, s'adjoignent quelques convulsions ou quelques vomissements, c'est vers une affection méningée que l'on a beaucoup plus de chances d'orienter son diagnostic que vers une affection de l'arbre urinaire.

L'examen du jeune bébé reste, en général, à peu près négatif. Aucun symptôme n'attire l'attention sur l'appareil urinaire, toutefois, une pâleur inaccoutumée, une légère bouffissure de la face sans œdèmes caractérisés, sont des signes qui peuvent faire penser à la possibilité d'une pyélonéphrite.

Ce diagnostic n'a en réalité qu'une seule base solide : l'examen des urines. Celles-ci doivent être recueillies aussi aseptiquement que possible.

S'il s'agit d'une fille on les recueillera par cathétérisme à l'aide de fines sondes métalliques. S'il s'agit d'un garçon, l'on se gardera du sondage et l'on se bornera à utiliser un tube aseptique en verre épais à bords mousses que l'on fixera à la verge par du diachylon.

Une fois recueillies, les urines seront examinées le plus rapidement possible. Au début, elles ne contiennent pas toujours du pus, mais simplement un peu d'albumine et quelques globules rouges, ce qui est insuffisant pour porter un diagnostic, mais une indication de renouveler les examens.

A la période d'état les urines sont troubles, ont un aspect moiré et laissent un dépôt d'importance variable. L'albumine y est plus ou moins abondante. Le taux de l'albumine ne semble pas en rapport avec l'abondance du pus mais avec les lésions des reins. Peu d'albumine et pus abondant semblent témoigner de la prédominance de la pyélite.

L'examen microscopique montre des polynucléaires altérés, des cellules épithéliales, des cylindres épithéliaux granuleux ou purulents et des bacilles gram négatif en grande quantité. On doit se contenter de l'examen chimique et d'un examen des urines entre lames et lamelles pour porter un diagnostic de colipyurie.

En matière de colibacillose urinaire comme l'écrivent G. Mouriquand et Mlle Schoen : « Plus on pousse l'examen, plus on augmente les chances d'erreurs » (1).

En effet, si l'on ne trouve à l'examen microcopique que quelques leucocytes et microbes et que l'on pratique un ensemencement, on obtiendra du colibacille en masse et l'on portera à tort le diagnostic de colibacillose urinaire.

Pratiquement donc la conduite à tenir est la suivante : un enfant présente une température d'origine indéterminée, et l'on suspecte une infection des voies urinaires. On recueillera les urines aussi aseptiquement que possible ; si au début on ne trouve qu'un peu d'albumine et à l'examen direct entre lames et lamelles que quelques globules rouges et quelques leucocytes, on renouvellera cet examen les jours suivants.

On ne sera autorisé à porter le diagnostic de colibacillose que si l'on trouve à l'*examen direct* de nombreux leucocytes et microbes.

Il faut en effet se rappeler qu'après centrifugation une urine normale peut contenir quelques globules blancs et quelques microbes, et que l'ensemencement peut être une cause d'erreur.

En réalité, l'ensemencement, que l'on doit faire sur gélose lactosée tournesolée ne saurait servir à l'établissement du diagnostic de colibacillose, les chances d'avoir une culture positive sont trop grandes. L'ensemencement ne doit servir qu'à l'*identification du germe.*

***

L'évolution de la pyélonéphrite des petits enfants est variable. La fièvre persiste plus ou moins longtemps, mais ne diminue guère avant le dix-huitième ou le trentième jour, laissant à sa suite un état subfébrile parfois entrecoupé de poussées de fièvre de courte durée.

L'état général de l'enfant est plus ou moins touché et l'on peut noter l'existence d'un syndrome de rétention hydrochlorurée et azotée témoignant l'atteinte rénale.

Les enfants sortent affaiblis et amaigris d'une maladie qui laisse souvent à sa suite une pyurie chronique ou de la colibacillurie et des possiblités de rechute ou de reprise à l'occasion du moindre épisode infectieux.

Du reste, la maladie est loin d'être toujours bénigne et la pyélonéphrite du nourrisson est une affection souvent sérieuse où la mort n'est pas exceptionnelle. Elle peut survenir au début et elle est beaucoup plus alors le fait de l'infection générale que de celle des voies urinaires,

(1) G. MOURIQUAND et Mlle SCHOEN. — Infections colibacillaires chez l'enfant. Congrès nat. de la colibacillose des enfants et intoxications d'origine intestinale. Châtel-Guyon, 22-24 septembre 1934.

au cours de l'évolution du fait d'une bronchopneumonie intercurrente, plus tardivement du fait de la cachexie qu'elle entraîne.

D'après le Professeur Nobécourt le taux moyen de la mortalité est d'environ 10 %.

Si à la suite d'une *colipyurie aiguë* s'installe une colipyurie chronique, un nouveau problème se pose pour le praticien : celui de la *possibilité d'une malformation de l'arbre urinaire* entretenant la suppuration, et des moyens à utiliser pour la déceler.

Une telle recherche est délicate à pratiquer, mais lorsqu'elle s'impose, il faut savoir que même chez de tout jeunes bébés, elle peut être faite avec une instrumentation appropriée.

On peut en effet utiliser la cystoscopie, la cystographie (après injection intravésicale d'une solution à 12,5 % d'iodure de potassium), et la pyélographie après injection intraveineuse d'urosélectan.

La mise en œuvre de ces méthodes sort du domaine de la pratique médicale courante et les enfants seront confiés au spécialiste, mais leur possibilité d'utilisation chez des tout petits ne doit pas être oubliée, car les malformations de l'arbre urinaire sont plus fréquentes que l'on ne le croit.

Bugbié et Wolbtein, cités par Mouriquand et Mlle Schoen, ont recherché systématiquement chez l'enfant les malformations urinaires dans 4.903 autopsies et les ont trouvées fréquentes : (six ectopies rénales, cinq reins rudimentaires, quinze reins polykystiques, dix reins en fer à cheval, treize calculs, neuf hydronéphroses : au total, anomalies urinaires dans 2,3 % des cas).

Boevé, de Rottherdam, cité par les mêmes auteurs, a publié huit cas d'interventions avec guérisons pour malformation avec pyurie à colibacilles chez l'enfant (sténose de l'uretère, diverticule, uretère double, hydronéphrose).

***

A côté des pyélonéphrites à colibacilles, affection dont il existe du reste des formes d'intensité très diverses, s'échelonnant entre les formes intenses à signes généraux bruyants, réalisant des tableaux cliniques alarmants et des formes légères à séméiologie fruste, la colibacillose infantile peut se manifester sous des formes variées, d'allure et de pronostic divers.

Les pyélonéphrites à colibacilles sont le plus souvent le fait d'une infection hématogène, et dans certains cas une hémoculture pratiquée au bon moment peut mettre en évidence le colibacille dans le sang. Cette septicémie à colibacilles est en règle de courte durée, assez comparable à la présence de pneumocoques dans le sang des sujets atteints de pneumonie.

Il existe des cas où la septicémie colibacillaire se trouve véritablement réalisée, et caractérisée par la présence répétée du colibacille dans le sang. Ces cas sont rares chez les tout jeunes enfants, mais il en existe cependant quelques observations intéressantes, accompagnées de localisations très diverses, telle cette observation de Dupenié, où le liquide céphalo-rachidien contenait du colibacille (1).

Curieuses également sont certaines observations de colibacillémie de nouveau-nés issus de mères atteintes de pyélonéphrites gravidiques ; et celle de Bernheim (de Lyon) qui a trait à un bébé de trois mois infecté par des injections de sang de sa mère atteinte de pyélonéphrite gravidique.

De tels faits sont heureusement rares et dans l'ensemble les septicémies colibacillaires ne présentent pas les caractères ni la gravité habituelle des autres septicémies.

D'après Vaucher et Woringer leurs caractéristiques sont les suivantes : « presque toujours le nombre des microbes en circulation est peu considérable. On observe de simples décharges bactériennes auxquelles correspondent des accès fébriles : les colibacilles ne restant pas dans le sang, une partie se fixe dans les organes, une partie est probablement aussi presque immédiatement détruite dans l'économie, enfin une partie s'élimine dans les urines ».

Personnellement, il ne nous a jamais été donné d'observer de septicémies à colibacilles chez des nourrissons bien qu'ayant pratiqué un nombre important d'hémocultures chez des nourrissons fébricitants.

***

TRAITEMENT. — A la période aiguë, on instituera le traitement symptomatique habituel des infections (bains, camphre), on donnera une alimentation réglée, en tenant compte de l'âge et de l'état du tube digestif de l'enfant (lait coupé d'eau d'orge, bouillies maltées au lait ou à l'eau, etc.).

Si les troubles digestifs sont importants, on institue la diète hydrique que l'on abandonnera dès que possible pour réalimenter l'enfant progressivement, puis lui donner une alimentation suffisante.

Contre l'infection des voies urinaires, plusieurs thérapeutiques peuvent être mises en œuvre : on peut utiliser les antiseptiques urinaires. Il en existe différentes variétés, les plus usitées chez l'enfant, sont :

a) *l'hexaméthylène tétramine,*
b) *le bleu de méthylène,*
c) *le sirop de térébenthine,* à 1 p. 100. On le

(1) DUPENIÉ. — *Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux.*

mélange à parties égales avec le sirop de tolu.

Ces médicaments que l'on donne d'une façon habituelle ne paraissent pas très actifs vis-à-vis du colibacille.

La vaccinothérapie est préconisée par certains auteurs qui disent en avoir obtenu de bons résultats. D'après le Professeur Nobécourt (1) « Il y a des cas où les résultats paraissent favorables, d'autres où ils sont nuls ».

Lorsqu'on décide de recourir à la vaccinothérapie, il semble préférable d'employer un auto-vaccin étant donnée la grande variété des colibacilles.

L'utilisation du bactériophage est également préconisée.

D'après M. Sickenga les injections de bactériophage ne semblent pas être d'une grande efficacité (2). Par cette méthode Rohmer et Mlle Vera Verg (3), sur cinq pyélites aiguës ont obtenu trois guérisons, mais dans sept cas de pyélites chroniques l'effet du traitement a été nul.

Debré et R. Bernheim ont eu deux échecs.

Comme pour la vaccinothérapie, il semble préférable de recourir à un auto-bactériophage. Le bactériophage doit être adopté à la lyse du colibacille du malade.

Quand celui-ci lyse le germe *in vitro*, il peut le lyser *in vivo*, mais ce n'est là que la condition *sine qua non*, car il peut rester sans effet.

La médication la plus utilisée à l'heure actuelle paraît être le sérum anticolibacillaire du Professeur H. Vincent. A la phase aiguë ce sérum s'emploie en injections sous-cutanées ; dans les cas graves, il peut être utilisé par voie intraveineuse dilué dans du sérum physiologique. Aux injections sous-cutanées on peut adjoindre l'absorption de sérum par voie buccale et par voie rectale.

Somme toute, dans les colibacilloses de l'enfance on peut manier le sérum anticolibacillaire comme on le fait du sérum antipneumococcique dans les pneumococcies infantiles (3). Les proportions de sérum à injecter chez l'enfant doivent être voisines de celles de l'adulte. La dose moyenne de 20 c. c. à 30 c. c. par jour peut être utilisée chez les tout petits.

Dans les infections graves elle peut être dépassée (30 à 40 c. c.). Les injections seront faites quotidiennement et la dose de sérum sera diminuée au fur et à mesure que l'état de l'enfant s'améliorera.

(1) P. Nobécourt. — *Loco citato.*

(2 et 3) Réunion combinée de la Soc. de Pédiatrie de Paris et à la Soc. Néerlandaise de pédiatrie ; Leyde, 1925.

(3) R. Liège. — Pneumococcies de l'enfance. *Annales de Thérapie biologique*, 15 février 1936.

Les résultats obtenus par le sérum de Vincent dans la colipyurie des petits enfants semblent classer ce mode de traitement parmi les thérapeutiques les plus efficaces de la colibacillose infantile. Les observations publiées jusqu'à ce jour sont intéressantes. J. Dayras et R. Bernheim (1) ont rapporté en 1929 les résultats obtenus sur quatre cas de pyurie du nourrisson. Chez une fille de vingt-six mois le sérum de Vincent a échoué comme avaient échoué précédemment les autres thérapeutiques : vaccinothérapie locale par les lavages vésicaux, autovaccinothérapie, alcalinisation des urines, urotropine à hautes doses. Les doses de sérum employées furent faibles et les auteurs se contentèrent de trois injections.

Chez un nourrisson de sept mois, sept injections de 5 c. c. améliorent les signes généraux et éclaircissent les urines, mais une varicelle et une rougeole étant survenues les urines reprennent leur caractère du début avec colibacilles et polynucléaires innombrables.

Chez un autre nourrisson de sept mois à la suite des injections de sérum on observe une baisse de la température, un éclaircissement des urines avec apparition de nombreux mononucléaires.

Chez une fille de seize mois, les injections de sérum amènent rapidement un éclaircissement complet des urines.

M. Ferru, en 1932, a rapporté à la même Société les observations de six cas de colipyurie infantile traités par le sérum anticolibacillaire de Vincent. La guérison a été obtenue cinq fois sur six, avec rapidité et l'échec, dit l'auteur : « semble nettement imputable à l'application trop tardive et trop timide de la sérothérapie ».

En conclusion, chez tout nourrisson qui présente une température plus ou moins élevée ne faisant pas sa preuve, il convient d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de colibacillose, dont la pyélonéphrite est la manifestation de beaucoup la plus fréquente. Seul l'examen systématique des urines permet de poser le diagnostic avec certitude.

Parmi les nombreuses thérapeutiques préconisées, toutes d'efficacité inconstante, il semble bien que ce soit au sérum anticolibacillaire que l'on doive recourir en premier lieu, en raison des résultats donnés jusqu'ici par ce sérum dans les cas de pyélonéphrite des nourrissons où il a été employé.

(1) J. Dayras et R. Bernheim. — Quatre cas d'infection des voies urinaires du nourrisson, traités par le sérum anticolibacillaire de Vincent. Soc. Pédiat., 22 janvier 1929.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOÛT DU JOUR

Pour mieux traiter les panaris

D'après le Docteur Raymond BERNARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris (1)

CONTRE LA DOULEUR : UNE IMMOBILISATION ABSOLUE DU DOIGT ET DE LA MAIN, PAS D'INCISION TROP PRÉCOCE

Parmi les infections, qui trop souvent sont traitées d'une façon inopportune, les panaris semblent tenir la première place.

Et tout d'abord se place l'application de cette loi générale, qu'il ne faut jamais irriter une lymphangite ; or les panaris, au début et jusqu'à la formation, puis à la collection du pus, ne sont, comme toutes les infections, que des lymphangites. Il faut donc éviter de les irriter par une incision trop précoce, et plutôt chercher à calmer l'inflammation par une immobilisation rapide absolue, du doigt et de la main, souvent même de l'avant-bras et du bras.

Trop de médecins ignorent que des opérations en terrain inflammatoire sont la cause de nombreuses complications et de fréquents désastres. On aggrave toujours une lymphangite en l'incisant, en la pressant, ou même en la taquinant sans utilité ; des interventions intempestives ou trop précoces peuvent aller jusqu'à entraîner des complications proches ou à distance, et même une septicémie.

Un panaris érythémateux, s'il est tripoté, se transforme volontiers en panaris sous-cutané ; il occasionne des quantités de phlegmons des gaines, ou d'ostéites graves. Des phlegmons de la main, qui entraîneront la perte fonctionnelle de l'organe, des arthrites du poignet, des adéno-phlegmons axillaires et des septicémies mortelles ont parfois compliqué des panaris, qui auraient pu guérir simplement, si l'on avait attendu un ou plusieurs jours pour les opérer.

On est certain que beaucoup de panaris sont incisés trop près de leur début. Or, en pareil cas, on peut ne pas trouver de pus, malgré une recherche attentive : a-t-on incisé « à côté du pus », comme on le croit généralement, ou plutôt incisé, avant qu'il en existe ? Quelle que soit l'incision faite, linéaire ou « en gueule de loup », elle ne permet de trouver du pus que s'il en existe ! Or, nulle part, du pus ne saurait se former d'emblée.

Il ne faut donc *pas inciser trop tôt* un panaris, même si le malade supplie son médecin de le faire « pour être soulagé ». Et, en effet, c'est souvent sous sa pression, qu'est réalisée une opération trop précoce ; un panaris étant très douloureux, la première pensée du patient est d'en réclamer l'incision, et le premier geste du médecin est trop fréquemment d'accorder au malade ce débridement tellement attendu, avec toutes ses conséquences.

Par contre, il est *risqué de ne pas inciser un panaris, dès que le pus est collecté*, et il devient désastreux d'inciser *trop tard*, lorsque l'os ou la gaine sont pris, ou lorsque le doigt est transformé en éponge de pus. On doit encore à la vérité de dire que tous les panaris graves ne sont pas des panaris, qu'on a incisés trop tôt ; bien nombreux sont aussi les cas, où l'infection a très vite progressé, sans qu'il y ait eu intervention.

Pour ces derniers, nous en arrivons à l'application d'une autre loi générale, qui ne compte pas d'exception : cette loi précise que la mobilité accordée à une région enflammée est un facteur d'aggravation et de propagation de l'inflammation, dont on ne soupçonne pas l'importance. On est donc certain que *la mobilité du doigt est un facteur essentiel de l'aggravation des panaris.*

A celui-ci, il faut opposer l'*immobilisation absolue*, qu'on devra parfois réaliser à l'aide d'un appareil plâtré.

Déjà, pour le traitement des arthrites aiguës, il est reconnu que l'immobilisation plâtrée peut quelquefois suffire pour amener la guérison ; de même, les fractures ouvertes guérissent sans suppuration dans une proportion inaccoutumée, si elles sont rigoureusement immobilisées après l'opération, et les ostéomyélites aiguës elles-mêmes voient leur pronostic amélioré par l'immobilisation. Aussi ne doit-on pas s'étonner que, pour les mêmes raisons, les panaris bénéficient d'une immobilisation précoce, tant pour un arrêt de leur évolution, que pour des guérisons à leur compte. Les doigts sont particulièrement riches en lymphatiques et en vaisseaux ; or, rien n'est plus mobile qu'un doigt placé au bout d'une main et d'un membre, eux-mêmes si mobiles.

(1) *La Presse médicale*, 28 octobre 1936.

Un malade, atteint d'un panaris, touche sans cesse à son doigt, il élève sa main douloureuse toutes les secondes, la pose sur tous les objets et l'enlève tour à tour, ne sachant au fond quoi faire de cet organe dépourvu de point fixe.

Pratiquement inextensible, très riche en filets nerveux, très douloureux, véritable pompe lymphatique, un doigt enflammé subit en somme un traumatisme permanent. L'immobilisation absolue seule peut l'en préserver.

***

TECHNIQUE DE L'IMMOBILISATION

L'immobilisation sera instituée *dès le début* d'un panaris.

« 1° Pour les panaris peu graves, un pansement semi-rigide suffira. Le pansement sera toujours très volumineux et prendra la main en même temps que le doigt. Cependant, on évitera toute inclusion dans le pansement, sous le prétexte d'en assurer la rigidité, d'un abaisse-langue ou d'une planchette. En effet, on immobilise ainsi le doigt en rectitude, ce qu'il faut éviter avec soin, comme il est dit plus loin. Pour achever le pansement, on utilisera, plutôt qu'une bande Velpeau ou qu'une bande de finette, une bande taillée dans de la tarlatane à plâtres, qui est empesée. Cette bande sera appliquée mouillée : en séchant, elle constituera un pansement parfaitement rigide.

« 2° Dès que le panaris est important ou lorsque le malade souffre beaucoup, on aura immédiatement recours à *l'immobilisation plâtrée.* Son efficacité est étonnante (Böhler).

« Elle sera réalisée par une attelle rectangulaire en six épaisseurs de 35 à 30 cm. de long sur 15. Cette attelle, trempée dans une bouillie plâtrée rapidement préparée, sera modelée pardessus le pansement sur toute l'étendue de la paume de la main et des doigts par une bande Velpeau, qui sera ensuite laissée. Pendant la dessiccation, la main, en extension sur le poignet, sera moulée sur un objet rond, boîte quelconque ou paquet de coton.

« L'immobilisation ne doit pas porter sur le seul doigt malade et la main, mais sur la main et sur tous les doigts. S'il subsistait encore un fond de douleur, le patient serait prié de garder le lit, la main posée et maintenue immobile sur un oreiller, ou bien l'on ferait un pansement encore plus important.

« 3° Si le panaris est très grave et s'accompagne de phlegmon de la main, on fera un énorme pansement *de tout le membre supérieur* avec, au besoin, une coquille plâtrée *dépassant le coude.*

« Dans ces situations graves, le malade sera naturellement maintenu au lit.

« En tous les cas, le doigt sera immobilisé dans le pansement, en flexion très forte : *position de fonction* comme l'appelle Iselin, qui insiste à juste titre sur ce point très important. Si, en effet, le doigt s'ankylose ou s'enraidit, il rendra dans cette attitude de très grands services, alors qu'il sera l'appendice gênant qu'on sait, s'il s'ankylose en rectitude. »

Résultats de cette méthode

Appliquée de bonne heure, l'immobilisation arrête l'évolution des panaris. Mais les effets de cette thérapeutique, que les malades apprécient le plus, sont un confort incomparable, ainsi que la *suppression de la douleur.*

Or, contre la douleur, on recommande généralement la multiplication des bains chauds. Certes, il ne faut pas nier l'importance des pansements humides. Mais les bains chauds répétés sont à rejeter, parce qu'ils provoquent un afflux sanguin excessif, parce que chaque bain mobilise le malade et sa main, oblige à défaire le pansement, puis à en refaire un autre ensuite.

Les bains chauds répétés vont à l'encontre du principe de l'immobilisation des infections.

C'est la raison, semble-t-il, pour laquelle ils n'améliorent pas toujours l'infection et non plus la douleur, *malgré* un bien-être momentané d'ailleurs fort inconstant. Au contraire, par le mécanisme indirect décrit plus haut, ils peuvent aboutir à un résultat opposé au but recherché.

La seule thérapeutique de la douleur est, pour R. Bernard, *l'immobilisation* : avec elle, le malade cesse de souffrir et retrouve le sommeil. « Aussi rien n'est plus facile que de faire admettre à des malades, qui souffrent, cette thérapeutique qui les soulage. »

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

A propos des fractures de la colonne vertébrale

Il semble naturel qu'un traumatisme violent portant sur la colonne vertébrale puisse provoquer une fracture ou une lésion grave. D'ailleurs, les signes cliniques que ces lésions entraînent peuvent en faire soupçonner souvent le diagnostic et l'examen radiologique, dans bien des cas, vient apporter la confirmation.

Mais s'il est aisé de faire le diagnostic quand il existe un trait de fracture évident, bien mis en valeur par des épreuves sous différentes incidences, les images radiographiques sont d'une interprétation infiniment plus délicate, quand il s'agit d'une fracture discrète que ni le traumatisme, ni les signes cliniques peu accusés ne peuvent faire prévoir. En effet, souvent des accidents insignifiants en apparence, portant de près ou de loin sur la colonne vertébrale, entraînent des troubles qui n'apparaissent que plus tardivement, par méconnaissance de la lésion initiale.

Le Docteur Belle démontre qu'en dehors d'un traumatisme direct — chute ou choc — un traumatisme minime, même à distance, peut créer une fracture vertébrale. La lésion peut ne provoquer aucun signe clinique bien précis, mais engendrer plus tardivement des manifestations que l'on mettra sur le compte de névralgies ou de rhumatisme et qui sont dues, en fait, à une lésion vertébrale méconnue. Enfin, l'existence de malformations anatomiques ignorées jusque-là peuvent rendre plus difficile l'interprétation d'une image radiologique et parfois créer un doute (Ve lombaire, 1re sacrée). Aussi est-il indispensable que de bonnes épreuves, faites suivant une technique rigoureuse et interprétées judicieusement, viennent affirmer ou infirmer le diagnostic.

Ce diagnostic est de la plus haute importance au point de vue médico-légal en particulier. S'il n'est pas fait à temps, les lésions qui restent stationnaires en apparence peuvent évoluer par la suite, soit en produisant des exostoses tardives qui s'accentuent de plus en plus, entraînant une gêne mécanique, des phénomènes de compression et de douleur, des paralysies, sans oublier l'affaissement progressif du corps vertébral lésé, autrement dit : syndrome de Kummel-Verneuil. Dans ce cas, une bonne thérapeutique appliquée à temps permettra la récupération du blessé et lui évitera les phénomènes tardifs.

Bref, les fractures de la colonne vertébrale paraissent relativement fréquentes, beaucoup restent méconnues. Si, dans les cas où la violence du traumatisme, son point d'action peuvent faire porter à coup sûr le diagnostic de fracture, que la radiographie vérifiera, il faut aussi penser, en présence du moindre doute, à ce mode d'investigation qui peut rendre les plus grands services, en apportant toutes les précisions désirables. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 26 juillet 1936.)

Paralysie labio-glosso-laryngée et masticatrice à évolution lente

L'atteinte motrice des noyaux des nerfs craniens qui président aux fonctions de phonation, de déglutition, de mastication, caractérise la paralysie bulbaire progressive. Il faut y joindre les centres bulbaires qui commandent la physiologie de la respiration et de la circulation. La progression des troubles et la succession des symptômes sont souvent aiguës ou subaiguës, mais parfois aussi lentes, retardées, rémittentes.

Le Docteur C.-A. Pierson (de Casablanca), rapporte un cas de cette dernière catégorie, qui représente précisément une forme rémittente de cette paralysie labio-glosso-laryngée dite progressive. La maladie termine à présent sa deuxième année d'évolution ; la progression anatomique est suspendue depuis quatre mois ; l'état se stabilise quelque peu.

Malgré le pronostic lointain, toujours aussi sombre, ce début de rémission incite à être moins formel quand il faut dans le temps prononcer un verdict de ce genre. (*Maroc Médical*, 1936).

Extension de la pluralité des méningocoques

M. Dopter expose que la notion de la pluralité des méningocoques est devenue classique ; elle s'est affirmée d'une façon éclatante pendant la guerre, où les recherches bactériologiques pratiquées chez les troupes belligérantes ont alors permis de déterminer que la proportion des atteintes causées par tel ou tel type de ces germes subissait des variations impressionnantes ; elles ont continué à se manifester depuis lors avec des modifications inattendues, non seulement en France, mais aussi à l'étranger.

Quoi qu'il en soit, il résulte des enquêtes bactériologiques poursuivies dans les régions où règne l'infection méningococcique, que les méningocoques les plus courants doivent être rapportés aux types A et B ; on peut y adjoindre le

type C, bien que ses manifestations soient actuellement beaucoup moins fréquentes. Quant au type D que l'auteur avait déterminé en 1914, il est exceptionnel. Avec le recul du temps, et en raison de l'extrême rareté suivant laquelle il a été rencontré, on peut maintenant lui concéder un caractère d'aberrance.

Il est d'un intérêt capital de connaître non seulement ces formes aberrantes, mais aussi la possibilité pour elles de se manifester d'une façon, soit sporadique, soit même épidémique. D'où la nécessité impérieuse d'en tenir compte en vue du diagnostic bactériologique, mais aussi et surtout de la sérothérapie, dont l'inefficacité ne saurait surprendre dans les cas où la spécificité microbienne se montre quelque peu différente de celle qu'on a l'habitude d'observer. D'où cette règle admise aujourd'hui par de nombreux auteurs, à savoir qu'il convient d'adapter la thérapeutique à l'étiologie spécifique de l'infection et de s'en inspirer pour la préparation du sérum et notamment le choix des antigènes qui doivent servir à son obtention ; mais pour atteindre ce but, il convient de suivre étroitement les modifications que peut subir dans une même région, la flore méningococcique, par mutation microbienne ou par tout autre procédé. Au demeurant, la liste de ces germes aberrants n'est peut-être pas encore close ; c'est la vigilance des laboratoires qui permettra de nous éclairer sur ce point au fur et à mesure des constatations qu'ils peuvent être appelés à effectuer. (*Paris Médical*, 27 juin 1936.)

La vitamine A

Le Professeur R. Debré et A. Busson arrivent à la conclusion thérapeutique suivante :

Quand on soupçonne une avitaminose A, le premier acte consiste à rétablir, si possible, un régime alimentaire comprenant une ration vitaminique journalière normale ; en seconde ligne, on doit, afin de développer ou de créer à nouveau des réserves hépatiques, fournir à l'organisme pendant quelques semaines un excès de facteur A. On pourra recourir soit au jus d'orange, de citron ou de carotte, soit à des extraits concentrés de facteur A (carotène) ou de vitamine A (huile de foie de morue ou de flétan). On prescrira des doses importantes sans craindre de déclencher des troubles pathologiques par hypervitaminose. Ceux-ci ont bien pu être provoqués chez l'animal, mais pareil fait ne peut se rencontrer chez l'homme : les doses de carotène que l'on a dû employer pour cela n'ont pas de rapport, même lointain, avec celles que l'on utilise en thérapeutique (20.000 unités-rat par jour, *per os*, chez des rats pesant 30 à 40 grammes).

Quant à l'application locale de vitamine A, son emploi est facile, l'alcool ou l'huile d'olive servant de véhicule au facteur A suivant les cas. Les succès obtenus dans certaines affections oculaires et dans la recto-colite ulcéro-hémorragique, doivent inciter à poursuivre les recherches dans la voie féconde de l'emploi de la vitamine A en thérapeutique locale cyto-phylactique. (*Le Monde Médical*, 1er-15 juin 1936.)

L'allaitement artificiel par le lait concentré sucré

Voici les conclusions du travail de MM. Leenhardt et Jeanjean. Si l'on compare les résultats obtenus dans l'allaitement artificiel par l'emploi du lait de vache et ceux obtenus par l'usage du lait concentré sucré, il est indiscutable que ces derniers sont infiniment supérieurs. Le développement de l'enfant nourri au lait concentré sucré, bien surveillé, est régulier, sans incident, parfois même tout à fait semblable à celui que donne l'allaitement maternel. Les incidents si fréquents dus au lait de vache sont presque inconnus avec le lait concentré, qui offre donc une sécurité infiniment plus grande pour l'alimentation du nourrisson.

Dans une région comme celle des auteurs, où la fourniture de lait de vache de bonne qualité est toujours incertaine, l'introduction du lait concentré sucré dans l'alimentation du nourrisson a transformé les résultats généraux de l'allaitement artificiel d'une façon si évidente, qu'ils peuvent dire que l'allaitement au lait de vache est pratiquement supprimé. Pendant les années qui ont précédé la guerre de 1914 plus de 500 biberons de lait de vache stérilisés et dosés pour chaque nourrisson étaient distribués chaque jour dans les œuvres de consultations de nourrissons et de gouttes de lait des auteurs. Depuis quinze ans, le lait concentré sucré a progressivement remplacé le lait de vache ; depuis plusieurs années déjà, il est seul employé pour le plus grand profit des nourrissons et de la lutte contre la mortalité infantile. (*Montpellier Médical*, juin 1936).

Les accidents de la chrysothérapie des rhumatismes chroniques

Le Docteur Louis Perles expose successivement les contre-indications de la chrysothérapie, ses indications et contre-indications relatives suivant le médicament employé, enfin les accidents et incidents de cette thérapeutique, ainsi que leur traitement.

Enfin, il conclut que s'il est important de savoir que la chrysothérapie n'est pas un traitement de tout repos, et qu'elle demande comme toute thérapeutique active à être surveillée de près, la connaissance des accidents qu'elle peut déclencher ne doit pas pourtant en empêcher l'emploi lorsqu'elle est indiquée. Ce serait priver les malades d'une thérapeutique utile et vraiment efficace, qu'une surveillance attentive et avertie permettra généralement d'employer sans risque sérieux. (*Revue du Rhumatisme*, juin 1936).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La recherche du bacille de Koch par la culture des selles

(MM. F. BEZANÇON, P. BRAUN et Mlle AVELINE ; 27-10-1936.)

La recherche du bacille de Koch dans les crachats est souvent aléatoire — chez les malades (femmes et enfants surtout) n'expectorant pas, par exemple — et, d'autre part, elle peut conduire à des erreurs, tels par exemple les examens négatifs d'expectorations provenant des voies respiratoires supérieures.

Pour pallier à ces insuffisances, on a eu recours à l'examen bactériologique du contenu gastrique prélevé à la sonde, méthode qui peut rendre de grands services.

M. Bezançon pense que la culture des selles, épreuve d'un genre analogue, mérite d'être retenue en pratique phtisiologique. N'exposant pas à des causes d'erreur, elle paraît devoir être utilisée dans les laboratoires d'analyses au même titre que la culture des crachats.

Les recherches de M. Bezançon et de ses collaborateurs ont porté sur 231 échantillons de selles, utilisant un matériel de 4.000 tubes environ. Pour 174 échantillons, les résultats ont été négatifs et ils ont été positifs dans 57 cas. Plusieurs de ces malades n'expectoraient pas, la positivité de la culture des selles étant venue alors préciser le diagnostic et affirmer la tuberculose.

Sur la coloration des crins de Florence

(MM. A. GORIS et MUHLEMANN ; 27-10-1936)

De l'Académie de chirurgie, où elle a été traitée par M. Métivet, la question des inconvénients des crins chirurgicaux colorés est passée à l'Académie de médecine, où elle a fait l'objet d'une communication de MM. Goris et Muhlemann.

Les matières généralement employées pour la coloration des fils à ligature sont désignées sous le nom global de couleurs d'aniline. Or, on connaît les accidents provoqués par les chaussures teintes au « noir d'aniline », ceux causés par la « chrysoïdine » des chaussures jaunes, relevant les uns et les autres d'une intoxication générale, ne se produisant d'ailleurs qu'avec des teintures anciennes, dans lesquelles la matière colorante a été transformée par oxydation. On connaît aussi les accidents d'un autre ordre (nécrose chimique locale) provoqués par les piqûres aux doigts avec des crayons d'aniline, crayons-encre, qui sont à base de violet de méthyle.

Pour ce qui concerne les crins de Florence colorés, si leur lavage a été fait convenablement, la matière colorante adhérente au crin ne peut guère se dissoudre dans les tissus et les accidents nécrotiques consécutifs à leur usage doivent être rares, relevant plutôt, comme le fait remarquer M. Charonnat, de sensibilités exceptionnelles que d'une toxicité protoplasmique élevée du produit chimique. Néanmoins ces accidents ont été observés et il importe de s'efforcer de les éviter.

M. Goris a essayé les colorants ne dérivant pas de l'aniline, colorants végétaux ou animaux. Ses essais ne lui ont pas donné de bons résultats. Il apparaît difficile de se passer des couleurs d'aniline, en pareil cas. Il y aurait lieu toutefois de supprimer le violet de méthyle pour la teinture des crins. Il faudrait en outre recommander un lavage prolongé des crins après leur coloration, pour s'assurer que toute la matière tinctoriale est bien fixée sur le fil et n'est pas susceptible de diffuser dans les tissus.

Le cholestérol et l'antigène méthylique associés dans le traitement de la tuberculose

(M. F. BARBARY, de Nice ; 20-10-1936)

M. Barbary emploie — en outre des autres thérapeutiques — le cholestérol et l'antigène méthylique associés dans le traitement de la tuberculose.

La préparation adoptée est représentée par la formule suivante :

Cinnamate de benzyle...........	0 c. c. 05
Cholestérine pure................	0 c. c. 10
Camphre	0 c. c. 125
Huile d'olive pure lavée à l'alcool...	5 c. c.

Avec une seringue de 10 cent. cubes, aspirer le contenu d'une ampoule de 5 grammes de solution cholestérinée-cinnamate, puis 1/2 ou 1 gramme de la solution d'antigène méthylique dilué de l'Institut Pasteur, et enfin le contenu d'une seconde ampoule de la solution cholestérinée-cinnamate. La seringue de 10 c. c. ainsi chargée, injecter le mélange très lentement dans le tissu sous-cutané de la région fessière haute. Au début, pendant deux semaines, injecter deux fois par semaine 10 grammes de mélange cholestérol et 1/2 c. c. d'antigène. Les jours intermédiaires, injecter deux ampoules de mélange sans antigène. Huit jours de repos puis, la semaine suivante, même technique en doublant la dose d'antigène. Continuer au même rythme.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Séance du 26 juin 1936

Septicémie à streptocoque « viridans » chez une malade porteuse d'une lésion mitrale antérieure. Guérison spontanée

M. Etienne May présente l'intéressante observation d'une malade porteuse d'une insuffisance mitrale ancienne et qui, au cours d'une forte poussée rhumatismale avec fièvre et arthralgies généralisées, fit une septicémie à streptocoque « viridans ». Le germe fut décelé par hémoculture pratiquée pendant un accès fébrile à 40°4. La guérison fut spontanée et, après avoir reçu quatre injections hebdomadaires de « cardio-streptine », la malade quitta l'hôpital le 25 mai 1932. Depuis cette époque, la guérison se maintient et Mme H... qui a repris une vie normale n'a jamais plus présenté ni accidents infectieux ni crise rhumatismale.

L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse là d'un cas de guérison de maladie d'Osler, mais simplement d'une bactériémie à streptocoque « viridans » chez une cardiaque. Le fait à retenir est que la septicémie a évolué sans fixation d'un streptocoque sur l'endocarde, bien que ce dernier soit déjà lésé. Cette observation doit donc se rattacher aux quatre cas exceptionnels déjà signalés par Marquésy et Mlle Huguet, de septicémies à « viridans » chez les cardiaques, sans endocardite greffée et ayant abouti à la guérison.

L'auteur se demande si sa malade n'a pas eu de rechute par suite de la vaccination qu'elle a subie, mais il estime que de toutes façons, il est indiqué de vacciner les sujets présentant des septicémies passagères à « viridans », de même qu'il faut vacciner au cours de la maladie d'Osler pendant les soi-disant périodes de rémission.

MM. Robert Debré, Laubry et H. Grenet apportèrent leurs conclusions.

Société de médecine de Paris

Séance du 9 *octobre* 1936

Extraits hépatiques et syphilithérapie

M. Galliot insiste sur l'intérêt de l'opothérapie hépatique comme médication adjuvante dans le traitement de la syphilis. L'auteur qui, depuis une quinzaine d'années, l'utilise au cours des traitements arsenicaux et bismuthés, a constaté qu'on pouvait ainsi diminuer considérablement les phénomènes d'intoxication et d'intolérance qui surviennent au cours de cette thérapeutique. La médication hépatique paraît, outre son pouvoir antitoxique, avoir une action stimulante sur le foie et permettre ainsi une action plus rapide et plus énergique de l'arsénobenzène et du bismuth.

Des pseudo-colibacilloses urinaires

M. Grimberg nous dit que le colibacille étant le plus souvent à l'origine du syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer on a tendance à l'incriminer toujours dans les cas de ce genre. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que d'autres bacilles peuvent être facilement confondus avec lui, si l'on n'utilise pas l'ensemble des techniques qui permettent de l'identifier à coup sûr. Confirmant des recherches antérieures dues à d'autres auteurs, MM. Agasse-Lafont, Mutermilch et A. Grimberg ont apporté une intéressante contribution à ces recherches, en étudiant 150 cas étiquetés colibacillose urinaire, et parmi lesquels ils ont décelé un cas dû en réalité au bacille de Friedlander et trois cas dus au pyocyanique. L'existence d'un grand nombre de variétés de coli-bacilles et en outre celles de pseudo-colibacilloses urinaires explique et justifie l'utilisation et le succès des auto-vaccins.

Séance du 13 *novembre* 1936

Contribution expérimentale à l'étude de quelques propriétés pharmaco-dynamiques du totum glycosidique de digitalis Lanata.

MM. Tison et A. Dugay étudient quelques propriétés pharmaco-dynamiques de la nouvelle digitale : Digitalis Lanata Ehr. Après avoir rappelé dans un bref préambule l'historique de l'introduction en France de cette nouvelle plante par le Prof. Perrot en 1930, ils passent plus spécialement à l'étude du totum glycosidique de la plante. Ils déterminent chez le cobaye la dose léthale du totum lui-même et de ses six composants. L'auteur étudie ensuite l'action du produit aux doses subléthales et enfin aux doses thérapeutiques (1/4 de milligr. par kilogr.) Puis vient une étude chez le lapin. Les injections faites chez cet animal par voie intraveineuse sont très bien tolérées. La dose de 0,0003 par kilogramme est continuée pendant trente jours consecutifs chez un lapin qui ne présente aucun trouble ni général ni local. Enfin, toujours chez le lapin, l'auteur étudie l'action immédiate du produit par voie intraveineuse, à la dose de 0,00028 par kilogramme. Il enregistre les modifications du rythme cardiaque consécutives à l'introduction du médicament. En conclusion l'auteur souligne les propriétés suivantes qui ont été mises en évidence au cours de son travail : *a*) toxicité relativement élevée ; *b*) innocuité remarquable aux doses thérapeutiques ; *c*) élimination parfaite sans accumulation ; *d*) aucune action sclérosante locale sur les parois vasculaires ; *e*) action cardiotonique remarquable rapide, intense, cyclique et sans aucune séquelle pathologique.

G. F.

Les Congrès

L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(*XXIIIe Session*)

L'énurésie

ASSISES NATIONALES

Par M. Germain BLECHMANN

Les Assises du 8 novembre dernier, tenues à l'Hôtel-Dieu, ont été présidées par un médecin de campagne, *Pierre Bernard, du Bugue-sur-Vézère, qui fut médecin de bataillon pendant la guerre — et « désigné parmi les meilleurs ».*

On félicite Eric Astrabaud, d'Ecommoy, titulaire du XIVe prix Debat, et la discussion commence *sur un sujet qui prête à des dissertations parfois un peu démesurées.*

Qu'on nous permette de donner notre impression finale par une phrase parodique : Enurésie pas morte!...

Synthèse des Conclusions des Assises départementales

(H. GODLEWSKI)

L'énurésie ou incontinence nocturne est considérée comme un trouble fonctionnel psycho-organique, le plus souvent simple retard d'établissement de la fonction cérébrale d'inhibition des réflexes médullaires. En effet, *la grande énurésie*, définitive et incurable, est rare, comparativement à la *petite énurésie*, temporaire et d'un pronostic favorable (Cher).

Normalement, entre 15 et 30 mois, l'enfant devient « propre ». On peut parler d'un retard de fonction, s'il n'en est pas ainsi passé l'âge de 3 ans (Bouches-du-Rhône). Cependant des enfants deviennent incontinents après une période de continence (Loiret).

Le plus grand nombre des enfants énurésiques, vus par le médecin, ont de 5 à 10 ans ; un petit nombre de ceux-ci reste incontinents jusqu'à la puberté, rarement après. Au régiment, il y a en moyenne un énurésique pour quatre à cinq mille recrues.

Un très grand nombre d'observations mettent en valeur le rôle du terrain familial : famille où plusieurs frères et sœurs sont énurésiques, parfois comme leurs parents (Vaucluse, Seine-et-Oise, Côtes-du-Nord, Charente-Inférieure, Dordogne, Cher, Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin, etc.). Le médecin ne manque pas de rechercher la syphilis héréditaire à l'origine de ces constatations (Isère). L'opinion la plus répandue, telle qu'elle résulte de ces Assises, est la suivante ; la syphilis paraît jouer un rôle incontestable, du moins chez les enfants arriérés (Doubs), mais on ne la trouve pas dans une infinité d'autres cas. Cette constatation est si souvent faite que plusieurs départements soulignent que la notion de syphilis héréditaire entre peu en ligne de compte et certains même nient toute corrélation (Loir-et-Cher, Eure-et-Loir, Pyrénées-Orientales, Bas-Rhin, Hérault, Cher, Ille-et-Vilaine). Aux résultats favorables du traitement spécifique, parfois mentionnés, il est opposé un bien plus grand nombre de résultats pour le moins médiocres ou décevants. L'alcoolisme et la tuberculose sont observés bien plus souvent que la syphilis dans l'hérédité des énurésiques.

On observe très généralement l'énurésie sur terrain névropathique ; elle coïncide fréquemment avec d'autres manifestations nerveuses, individuelles ou familiales, chez des sujets à développement névraxial retardé. Par contre, les malformations osseuses lombo-sacrées, jusqu'ici souvent invoquées, ne sont retrouvées, dans l'ensemble, ni par les cliniciens, ni par les radiologues : la plupart des spina constatés chez l'adulte n'ont pas donné lieu à énurésie.

Le rôle de l'hypnose retient beaucoup plus l'attention ; sommeil si rapidement profond des énurésiques, rêves déclenchant la miction, d'où les désignations proposées d' « incontinence hypnosique », « incontinence onirique », (Passarini, de Béziers).

Les malformations génito-urinaires (phimosis, hypospadias surtout), les troubles digestifs (vers intestinaux), l'adénoïdisme sont des causes souvent relevées et dont le traitement fait parfois cesser l'énurésie. De même ordre, semblent les succès des thérapeutiques variées, soit de petite chirurgie (injections périnéales ou épidurales), soit médicamenteuses (surtout modificateurs neuro-végétatifs, belladone et dérivés). Il y a plus de faveur pour : 1° la thérapeutique s'attachant à modifier le pH urinaire (en combattant l'alcalose fréquente par les solutions acides, surtout phosphoriques) ; 2° l'action sur les insuffisances glandulaires par l'opothérapie ; 3° l'utilité de l'hygiène générale et la physiothérapie.

Mais avant tout, les médecins et ces Assises mettent au premier plan le parti à tirer de *l'éducation* et de la *rééducation* des énurésiques, pour développer un *sens urinaire* défaillant (Curel, de Saint-Saturnin-les-Apt). L'éducation vésicale bien conduite est considérée comme la mesure prophylactique la plus efficace.

Discussion

M. Paul DURAND, de Courville. — Le facteur : « éducation familiale » joue un rôle de premier plan, à condition qu'il soit constant, patient et persévérant (témoin la proportion considérable des petits incontinents chez les enfants abandonnés).

M. D'ŒLSNITZ, — Comment ne pas invoquer l'élément psychique lorsqu'on observe l'influence curative de certains chocs émotifs ; soit dans l'enfance où la peur d'un chien, une chute inattendue ont guéri brusquement l'énurésie et même à l'âge adulte, où chez un nouveau marié, émerveillé d'une réussite nuptiale inespérée, une énurésie vieille d'une vingtaine d'années guérissait brusquement pendant la nuit de noces ?

M. Charles FIESSINGER. — Le choc émotif guérit la maladie. Au XVIIe siècle, Mme de Sévigné vente l'effroi produit sur les enfants par la présentation d'une souris grise au repas. Ils la mangeaient à midi et le soir étaient guéris.

M. Léon RENAULT, de Quimper. — Pratiquement — et en se basant sur la classification de J.-L. Petit — la menace de punition — ou, mieux encore, — d'application de pointes de feu en ayant soin de montrer à l'enfant la pointe rougie du thermocautère, donne d'excellents résultats quand on a affaire à des *paresseux*.

La strychnine et autres toniques musculaires doit être réservée aux grands *dormeurs* (qui sont souvent des lymphatiques).

Enfin le bromure, la belladone, la valériane paraissent surtout indiqués pour les *rêveurs*, les excités, les nerveux qui, sous l'influence d'une émotion agréable ou désagréable, font pipi le jour dans leur culotte et la nuit dans leur lit.

Mais, dans tous les cas, il y a lieu de soumettre l'enfant à un dressage sérieux et aussi précoce que possible.

Le médecin général inspecteur MORVAN. — Au régiment, d'après la statistique des onze dernières années (1925-1935), on constate 0,72 ‰ de cas d'incontinence. Beaucoup guérissent et sont maintenus au service. Cependant, 0,39 ‰ sont éliminés de l'armée par réforme.

M. Robert DUBOIS, de Saujon. — Comme je l'ai montré avec Dogny, de Saujon, en étudiant les modifications du pH urinaire chez les psychonévrosés, sous l'influence de l'hydrothérapie, l'application hydrothérapique tend, en général, à orienter le pH urinaire vers l'acidité et le traitement hydrothérapique à rétablir l'équilibre acido-basique troublé.

M. Charles GODLEWSKI, de Sorgues. — Au point de vue pathogénique, l'incontinence essentielle est due à ce que le Dr Curel a appelé le manque ou la défaillance du *sens urinaire*.

Les réservoirs s'éduquent aussi bien que la parole et que la marche.

Le médecin-lieutenant PEIFFER, de Bastia. — On a souvent l'occasion de rencontrer dans l'armée des jeunes soldats atteints d'incontinence nocturne d'urine, et cela est logique, car la pathologie du jeune soldat est le prolongement de celle de l'enfant.

La question race paraît peu importante.

Le facteur hérédité, le fond mental paraissent très importants, l'être inférieur, à hérédité chargée se rencontre souvent.

Paraissent intervenir aussi les troubles mentaux qui ont pour effet de faire régresser, en quelque sorte, le psychisme d'un sujet, par exemple la comitialité.

M. Germain BLECHMANN. — Rappelons à propos de cette discussion le souvenir d'André Collin, l'un des pionniers de la neuro-psychiatrie infantile et qui contribua avec Rollet à la création des tribunaux pour enfants. A. Collin a décrit, dans sa thèse de 1912, « le syndrome normal psycho-neuro-musculaire », qui se démembre du 22e au 33e mois, par disparition progressive du signe de Babinski, de la sur-réflectivité tendineuse, des syncinésies, de *l'incontinence d'urine*. Il a montré la fragilité de certains systèmes nerveux infantiles qui, sous l'influence d'une tare héréditaire ou d'une cause occasionnelle (traumatisme opératoire ou mental, affection intercurrente, trouble gastro-hépatique), présentent une réapparition partielle ou intégrale du syndrome neuro-musculaire qui avait totalement disparu. Ainsi s'explique le « retour » de l'incontinence après une période d'inhibition sphinctérienne.

M. Paul VIARD. — Le dépouillement de 2.000 fiches familiales nous a montré 14 % de cas d'énurésie, petite ou grande. Cette affection nous a paru frapper de préférence les mâles (2/3).

Traitement. — Il est simple et efficace :

Il faut acidifier ces jeunes organismes — même ceux qui présentent, paradoxalement un pH urinaire acide.

M. GAUDUCHEAU, de Nantes. — Comme tout le monde, j'ai appliqué en diverses circonstances : la faradisation, la galvanisation, les ondes courtes et la radiothérapie, avec des résultats inégaux, si bien que je considère surtout que leur action agit plutôt par choc émotif dans le plus grand nombre des cas.

M. CHAUVOIS. — *L'anatomo-physiologie des réservoirs et sphincters et les lois de leur innervation* avec leurs rapports profonds jusqu'à la sous corticalité et la corticalité, pourraient expliquer et justifier, tant — suivant les cas — les succès des traitements purement psychiques que de ceux organiques.

M. DOURY. — Je me rappelle que mon maître Variot, aux Enfants-Malades, effrayait des jeunes patients en leur promettant de les traiter par sa méthode des « pointes de feu profondes dans la région lombaire ». Il observait par cette menace des guérisons fréquentes.

M. PIRONNEAU. — Dans la pratique de la clientèle de ville, deux faits sont à relever :

1° La grande majorité des petites énurésiques qui nous sont montrés est composée de garçons ;

2° Il s'agit presque toujours d'enfants qui dans le jour sont très agités sans cesse en mouvement, souvent si fatigants pour l'entourage. On pourrait les comparer à ces jeunes chiens, débordants de vitalité, mais avec cette différence à l'avantage de ces derniers que la journée est entrecoupée de périodes de sommeil. Nos jeunes clients ne dorment plus le jour ; par contre la nuit, après tant de dépenses motrices, leur sommeil est profond et comparable, si on peut dire, à celui de l'anesthésie chirurgicale. Quoi d'étonnant que dans ces conditions, ils inondent leur lit sans être réveillés ni par la sensation de la déplétion vésicale ni par le contact de la peau du siège et des membres inférieurs avec le drap mouillé. Quand les mères nous disent qu'elles ont cependant soin de les faire uriner avant de regagner elles-mêmes leur chambre, elles ne se doutent pas qu'elles n'ont réalisé que très partiellement la précaution recherchée. Pourquoi ? Elles ont sorti du lit un enfant dans un état de relâchement musculaire complet pour lui imposer la station verticale, appuyé contre son épaule ; elles l'ont fait passer de la douce chaleur du lit à la température plus fraîche de la chambre ; ajoutez à cela le contact désagréable d'un vase froid avec les cuisses et voilà trois conditions réunies pour que l'enfant à qui on demande le relâchement des sphincters urétraux réalise l'inverse, c'est-à-dire la contraction réflexe de défense. L'émission d'urine sera partielle. Une fois rendormi profondément, il urinera dans son lit. Aussi, je conseille aux mamans de réveiller complètement l'enfant, de le faire jouer quelques instants et de l'asseoir sur son vase quand il aura retrouvé une conscience totale de ce qu'il fait. Alors, il videra sa vessie complètement et le lendemain, au réveil, ses draps seront secs.

H. CODET. — Il faut distinguer de l'énurésie, pour l'éliminer, l'incontinence d'urine liée manifestement à une lésion neurologique, une cause infectieuse, un trouble mécanique.

La psychothérapie donne le plus souvent d'excellents résultats, pratiquée avec patience et prudence par quelqu'un d'expérimenté. Elle demande la mise en confiance complète de l'enfant, avec la garantie absolue du secret médical, vis-à-vis même et surtout des parents. C'est du reste avec eux que le médecin rencontre le plus de difficultés : dissimulation de l'E. elle-même, gêne à avouer des erreurs éducatives, jalousie envers quelqu'un qui réussit mieux qu'eux, etc...

M. APERT. — Il ne faut pas vouloir rendre les enfants « propres » avant l'âge voulu, variable du reste selon les enfants. A ce moment, l'influence intelligente des parents peut beaucoup plus enrayer une mauvaise disposition menaçant de s'installer.

M. J. COMBY. — Ne croyant pas à l'origine syphilitique de l'énurésie infantile, je ne prescris le traitement

spécifique que s'il est indiqué par des manifestations concomitantes, non douteuses, d'hérédo-syphilis.

MM. Edmond Lesné et J.-A. Lièvre. — *L'incontinence d'urine banale de l'enfance est indépendante de toute lésion organique sérieuse ;*

Elle est souvent influencée par des facteurs psychiques et éducatifs : le trouble peut être suspendu par un effort volontaire ; sa guérison est vraisemblablement le résultat d'une rééducation, d'un « entraînement » vésico-urétral, peut-être d'un perfectionnement de la sensibilité ou de la réflectivité locale ;

L'énurésie comporte certainement aussi des facteurs physiologiques ; la réaction acido-basique des urines est un de ceux-ci, parmi ceux qui tiennent au terrain endocrinien, l'influence de la puberté est nette, comme le montre la fréquente guérison de l'infirmité à cette époque ;

L'emploi méthodique des traitements auxquels conduit l'étude du cas particulier, ainsi que l'utilisation de certains procédés empiriques, est très habituellement satisfaisant.

M. Molinéry. — La crénothérapie doit avoir son mot à dire dans le traitement causal de l'énurésie.

M. Gilbert Robin. — Pour les syndromes endocriniens, l'association des trois produits fait parfois merveille : thyroïde à doses variables suivant le degré d'insuffisance thyroïdienne, thymus, et surtout hypophyse antérieure, association bien étudiée par Caïn, thymus et hypophyse antérieure doivent être prescrit à doses fortes, tantôt par os, tantôt par injections suivant les cas.

M. R. Thurel (Paris). — Avec M. Alajouanine, nous avons découvert que la scopolamine était capable de diminuer le nombre des mictions automatiques et d'en atténuer le caractère impérieux. Nous avons publié dans la *Revue de Médecine* (mars 1933) et dans le *Monde Médical* (novembre 1934) nos résultats thérapeutiques dans l'énurésie et dans les mictions involontaires que l'on observe si souvent dans les lésions médullaires et cérébrales bilatérales.

M. Georges Caïn. — J'ai pu suivre 178 cas durant quatre mois à deux ans : je note 84 *échecs*, 64 *guérisons* et 30 *grandes améliorations*.

1° Si l'enfant présente un pH alcalin, on peut essayer d'acidifier ses urines par l'acide phosphorique à hautes doses.

2° Si l'enfant est vagotonique, je donne de la scopolamine à raison de deux fois 10 gouttes par jour en augmentant chaque semaine de 5 gouttes par jour, et en surveillant très attentivement les signes d'intolérance, surtout oculaires.

3° Enfin si l'enfant présente des signes de dysfonctionnement endocrinien, dans la très grande majorité des cas, je me sers uniquement de l'hypophyse antérieure à laquelle je suis redevable de 48 de mes 64 succès et de 21 de mes 30 grosses améliorations, appliquant cette thérapeutique, même aux enfants paraissant normaux, même aux hérédo-syphilitiques.

Je donne l'anté-hypophyse à doses progressives en commençant par 30 centigrammes par jour en trois fois les deux premières semaines, puis 60 centigrammes par jour les deux semaines suivantes, puis 90 centigrammes. Si au bout de deux mois, je n'ai aucune amélioration, j'essaie les extraits génitaux, soit per os, soit par la voie parentérale.

M. Jacques Sedillot. — Les uns pissent au lit, parce qu'ils ont un *sphincter vésical insuffisant*. C'est chez eux que les opothérapies excitatrices de la tonicité des fibres lisses donneront de brillants succès.

— les autres au contraire pissent au lit, parce qu'ils ont de l'*hypertonie des fibres lisses de leur vessie*, qui ne veut pas se laisser distendre jusqu'à la capacité physiologique : chez ceux-là échec, et souvent même aggravation par l'opothérapie.

C'est la distension extrême de la vessie qui entretient son hypertonie. Il faut tout faire pour que, ni le jour ni la nuit, la vessie n'arrive à cette distension extrême.

M. Siredey. — J'ai été consulté pour des jeunes filles avant le mariage.

Je n'ai pas eu à inventer le traitement. Il s'est trouvé, autour d'elles des mères, des tantes assez ingénieuses pour sauver la situation. On commençait d'abord par ne pas avertir le fiancé — je crois qu'on n'avait pas tort... — Ensuite, au moment où la vie conjugale allait commencer, on préparait habituellement le fiancé à cette idée qu'il avait le bonheur d'avoir une jeune fille innocente, d'une pureté idéale et tellement susceptible qu'elle avait tenu absolument à avoir un lit séparé de celui de son mari.

M. le Doyen Roussy. — Nous savons tous combien même dans beaucoup de fonctions organiques, la psychothérapie, la persuasion, peuvent jouer un rôle extrêmement important. Dire qu'une influence ou un facteur psychique a joué un rôle déterminant ne veut pas dire qu'il n'y a pas une lésion organique.

M. C. Rœderer. — La malformation la plus fréquemment accusée, depuis Delbet et Léri, d'être responsable de l'énurésie, est le *Spina bifida*. L'examen avec Lagrot, d'Alger, d'un millier de pièces osseuses nous a *révélé la présence d'un spina de la 1re sacrée chez un* individu sur cinq et d'un spina de la 5e lombaire chez un individu sur trois. Que de chances auraient les jeunes sujets de demeurer longtemps énurésiques !...

Conclusions des Assises nationales

L'incontinence nocturne a deux modalités d'évolution : la petite énurésie, la plus fréquente et qui guérit toujours ; la grande énurésie, rare et rebelle.

L'énurésie est un trouble fonctionnel, parfois familial. On retrouve dans les antécédents l'alcoolisme et la tuberculose, plus souvent que la syphilis héréditaire.

Aux traitements médicamenteux les plus variés, à chances inconstantes de succès, la thérapeutique moderne a joint les modificateurs du pH urinaire, l'opothérapie, la physiothérapie et tous les soins d'hygiène générale. Mais à ces Assises, les médecins ont mis en valeur, comme mesure prophylactique, l'éducation vésicale comme la plus utile au développement d'un sens urinaire défaillant.

***

Les prochaines Assises nationales seront consacrées à la primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte et auront lieu à Paris (Hôtel-Dieu, 9 heures) le dimanche 10 janvier 1937, sous la présidence de M. le Professeur Fernand Bezançon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Régimes chez l'Enfant

par L. Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (Enfants Annexe Grancher) (1)

On ne saurait trop se préoccuper des *régimes chez l'enfant*. Dans l'enfance du premier âge, le régime tient souvent et de beaucoup la place prépondérante dans la thérapeutique. Il en est parfois de même dans la seconde enfance et, chez l'enfant normal, la surveillance du régime joue un grand rôle dans la croissance et le développement. Certes il ne faut pas trop critiquer les régimes de nos pères ; comme le font ironiquement remarquer M. J. Renault et Mme C. de Tannenberg, « ils ont permis jusqu'ici à l'humanité de subsister et de s'accroître ». Mais la physiologie des échanges nutritifs a fait de grands progrès, l'étude des aliments a été poussée très loin et il est possible au pédiatre de donner des conseils plus éclairés sur le régime des enfants sains et de régler plus judicieusement le régime des enfants malades.

Quel praticien ne s'est pas trouvé souvent embarrassé pour donner une réponse précise à une mère qui le questionne sur l'alimentation d'un enfant qui tolère mal tel ou tel aliment ? Quel est le praticien qui ne s'est trouvé perplexe pour régler méthodiquement le régime d'un petit malade ? Aussi devons-nous être reconnaissants au Docteur Babonneix, le savant chef de service du pavillon des enfants de l'hôpital Saint-Louis, d'avoir réuni dans un volume important les résultats de ses recherches sur les régimes chez l'enfant en y ajoutant les conceptions dictées par sa grande expérience de trente ans de pratique de médecine infantile.

***

L'étude des régimes chez l'enfant demande la connaissance de *notions physiologiques*. L'alimentation a pour premier but de réparer les pertes. Les aliments se divisent en *glucides* (hydrates de carbone), en *lipides* (substances grasses), en *protides* (protéines, albuminoïdes), en *ferments*, en *sels* et en *eau*.

Nous ne saurions insister sur le rôle de chacun de ces éléments, ni sur les études des échanges nutritifs, de l'entretien de l'organisme, de l'équilibre acidobasique du sang. M. Babonneix expose avec clarté et netteté ces notions physiologiques en les appliquant à l'enfant. Aux notions classiques, il ajoute les notions nouvelles qui ont trait aux facteurs qualitatifs de l'alimentation à savoir :

(1) Masson et Cie, édit., 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1936. Vol. de 607 pages. Prix : 75 francs.

La *vitamine A* qui se trouve dans les graisses, les huiles de poisson, le beurre, les jaunes d'œufs surtout et qui a une action si grande sur la croissance des tissus, surtout des épithéliums.

Les *vitamines B* (enveloppes et germes des graines) qui sont des facteurs d'équilibre nerveux, favorisent la croissance cellulaire et l'entretien des tissus.

La *vitamine C* (fruits, légumes verts) antiscorbutique, anti-infectieux, antitoxique.

La *vitamine D* (huile de foie de morue et de poissons) antirachitique, qui assure la fixation calcique.

Ajoutons comme notions nouvelles, l'action connue d'autres substances minimales : de *métaux* : cuivre, manganèse, nickel, coblat, zinc ; des *métalloïdes* : arsenic, brome, fluor, iode, silicium ; d'*amino-acides* qui, comme le *tryptophane*, sont indispensables à l'entretien, ou comme l'*histidine*, la *cystine*, *la lysine*, le *glutathion*, agissent sur la croissance. M. Babonneix ajoute la nécessité de *substances de lest* qui agissent physiquement et insiste sur la nécessité d'équilibrer les aliments entre eux, si l'on veut éviter des troubles graves.

***

Une fois ces notions physiologiques exposées, l'auteur aborde l'étude de l'*alimentation du nourrisson*. Cette étude comprend celle du *lait* à laquelle M. Babonneix donne tout le développement qu'elle comporte. Il passe tour à tour en revue les propriétés physiques du lait, sa composition chimique, ses qualités biochimiques, ses falsifications et leur répression. Le lecteur comprendra que l'importance du sujet nous empêche même de l'effleurer ici.

Les règles et les incidents de l'*allaitement maternel*, ceux de *l'allaitement par nourrice mercenaire*, le choix de cette nourrice donnent lieu à des chapitres importants.

L'*allaitement artificiel* et *l'allaitement mixte* permettent à M. Babonneix d'exposer les conceptions actuelles qui recommandent de diminuer la quantité globale de lait et d'administrer précocement des farineux, de substituer à un régime monotone un régime de plus en plus varié.

Après avoir donné la technique du *sevrage* et de l'*ablactation*, l'auteur énumère les préparations lactées et les dérivés du lait, les composés protidiques autres que le lait (viande, farineux,

malt et ses dérivés, soja, tournesol, son, légumes et fruits).

La formule qui prescrit d'attendre le huitième mois, que l'enfant pèse 8 kilogr. et qu'il ait deux dents, pour donner d'autres aliments que le lait, est trop absolue. Certains enfants peuvent être alimentés autrement à partir de six mois et même avant.

Nous ne pouvons qu'appeler l'attention du lecteur sur les *Régimes dans les maladies du nourrisson*. M. Babonneix énumère chaque affection (elles sont nombreuses) et indique minutieusement le régime.

***

Il termine son excellent ouvrage par l'étude de l'*Alimentation des enfants de* 2 *à* 15 *ans*.

Chez l'enfant normal de plus de 2 ans, il convient de lui apporter par l'alimentation le nombre de calories nécessaires. Les aliments doivent être quantitativement et qualitativement suffisants. Le régime doit être bien équilibré, varié avec l'âge et il importe que les aliments soient agréablement présentés. Les menus doivent sensiblement varier à 2 ans, de 3 à 6 ans, de 7 à 10 ans et de 10 à 15 ans. M. Babonneix qui tient à être précis, donne plusieurs de ces menus pour chaque âge. Il énumère encore les menus-types imposés aux cantines scolaires de la Ville de Paris pour les écoles maternelles et les écoles primaires d'après M. Dufestel.

Enfin il termine par un chapitre intéressant sur les régimes chez les petits malades de la seconde enfance.

***

Nous n'avons pu faire qu'une énumération bien sommaire de l'important ouvrage de M. le Docteur Babonneix. Nous espérons avoir montré tout l'intérêt qu'il présente pour le praticien. Les détails minutieux qu'il donne permettra à ce dernier d'éviter dans de nombreux cas et dans une certaine mesure les hésitations et les tâtonnements toujours nuisibles aux petits malades.

J. NOIR.

Les Livres

OFFICE DE VULGARISATION PHARMACEUTIQUE
107, rue Lafayette, à Paris

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis VIDAL (*XVIIIe édition*, 1937), vient de paraître.

L'ouvrage, de 2.034 pages (10 1/2 × 16 1/2), de maniement commode, luxueusement relié, comprend trois parties :

1° Le Dictionnaire proprement dit, où sont groupées de nombreuses documentations nouvelles ; les textes anciens ont été souvent remaniés et complétés ; les prix sont mentionnés ; une sélection rigoureuse permet les prescriptions aux assurés sociaux sans risquer la moindre réaction administrative.

2° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques avec adresses des fabricants a également été mise à jour, ainsi que,

3° La nomenclature des spécialités, classées par laboratoires, qui permet de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le « Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques » doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

Libraire MALOINE, Paris

La médecine chez les peuples primitifs (PRÉHISTORIQUES ET CONTEMPORAINS).

« Comme on sait que tous les peuples primitifs sont passés par les mêmes étapes successives de perfectionnement de l'intelligence et de la structure sociale... on peut transposer chez les préhistoriques un très grand nombre des faits qui ont été observés chez les divers peuples d'Afrique et d'Océanie par les premiers explorateurs et navigateurs. »

Mettant en œuvre cette méthode dans un volume magnifiquement édité et illustré, le Docteur Stephen CHAUVET décrit les troubles morbides et les actes thérapeutiques des primitifs. Pas si primitifs, d'ailleurs, puisqu'il est forcé d'avouer que certaines consolidations de fractures et certaines réalisations chirurgicales pourraient faire envie aux civilisés.

G. L.

Les Thèses

P. — Dr J. Penot. — **Essais d'analgésie obstétricale par le soneryl (butyl-éthyl-malonylurée.)**

L'accouchement sans douleur est parfaitement légitime et d'un grand intérêt pratique. Sa réalisation n'était possible que si l'on pouvait être assuré de supprimer uniquement l'élément « douleur » sans nuire à la mère et à l'enfant et sans troubler la physiologie de l'acte obstétrical.

Le problème ainsi posé semble bien avoir été résolu, grâce au Soneryl, dérivé barbiturique dû aux travaux du Professeur Tiffeneau et utilisé avec succès par le Docteur Penot, dans le service du Professeur Vignes.

Les 12 observations qui illustrent la thèse du Docteur Penot permettent de dégager les conclusions les plus favorables à cette nouvelle méthode d'analgésie obstétricale.

La technique utilisée est simple : elle consiste, sans rien changer aux préparatifs de l'accouchement, à administrer un suppositoire dosé à 20 cgr. de Soneryl (Supponeryl) au moment où le col est dilaté entre 2 et 5 francs.

Cette méthode atteint strictement le but visé puisqu'elle atténue considérablement les douleurs, sans diminuer la contraction utérine et sans supprimer la conscience de la parturiente. Celle-ci cesse d'être agitée, devient même très légèrement somnolente, mais sans dépression. Elle peut répondre aux questions posées et conserve une connaissance parfaite du milieu extérieur.

Du point de vue obstétrical, le Soneryl peut être utilisé en toute sécurité sous la forme de suppositoires. *In utero*, l'état général de l'enfant n'est pas atteint, ainsi que le prouvent les bruits du cœur qui sont normaux et l'absence régulière de perte de méconium. A la naissance, l'enfant est bien vivant et le cri n'est pas retardé. Ce médicament ne comporte aucun inconvénient pour la santé de la mère, ne modifie nullement l'évolution du travail dont la durée reste normale. Son action, lorsqu'il est administré au moment voulu, se manifeste au bout d'un temps variant entre 1 heure et 4 h. 30 au maximum.

Le Soneryl, composé barbiturique, très peu toxique, permet de réaliser une méthode d'hypoalgésie obstétricale très pratique, exempte de dangers et qui, de ce fait, mérite d'être appliquée dans tous les cas, pour la plus grande satisfaction des parturientes.

P. — Dr X. Gellé. — **Traitement des ténosynovites aiguës carpiennes et digitales par l'incision « a minima »**. (Thèse, 1935.)

L'auteur expose tout d'abord l'évolution des idées sur la pathogénie de ces affections et sur les divers traitements proposés. Fort variés, ils avaient cependant un point commun : c'était l'incapacité fonctionnelle grave qu'ils laissaient après eux.

Puis il précise quelques données nouvelles sur l'anatomie et sur la topographie des gaines de la main, d'une importance capitale pour les interventions. Il expose avec détails sa tactique opératoire réduisant les dégâts au minimum. Enfin, il étudie la période post-opératoire, soit normale, soit dans ses complications ; traitement des fusées, pansements, position, tout est précisé par l'auteur qui termine par une esquisse de ce que pourrait être la rééducation fonctionnelle, presque toujours nécessaire et presque aussi souvent négligée.

P. — Dr G. Lauret. — **Contribution à l'étude du fonctionnement du corps thyroïde pendant la grossesse.** (Thèse 1936.)

Dans la grossesse normale, il existe une hypertrophie et un hyperfonctionnement du corps thyroïde dans environ deux tiers des cas.

La sécrétion d'iode thyroïdien est augmentée. L'iode thyroïdien et la thyroxine semblent pouvoir passer au travers du placenta.

Les mesures biologiques (métabolisme basal, épreuve de Kottmann et Ascoli), ont montré une activité thyroïdienne augmentée. Cette hyperactivité thyroïdienne serait nécessaire à l'évolution d'une grossesse normale. Son défaut pathologique pourrait intervenir dans la genèse des œdèmes, de l'albuminurie, etc., de la gestation. La déficience thyroïdienne joue aussi un rôle important dans les avortements à répétition.

P. — Dr Ch. Hanrion. — **Pleurésies séro-fibrineuses dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire.** (Thèse 1936.)

La menace d'une tuberculose pulmonaire pèse lourdement sur l'avenir des pleurétiques. Lorsqu'elle se réalise, la tuberculose envahit d'ordinaire le poumon entre la disparition du liquide et la troisième année, moins souvent entre la troisième et la cinquième année, plus rarement après.

Elle se localise du même côté que la pleurésie ancienne, presque toujours au lobe supérieur ; elle est en général unilatérale.

La plèvre est symphysée dans 90 % des cas et dans les 10 % restants la symphyse, quoique partielle, fait obstacle encore au pneumothorax. Le traitement de choix des tuberculoses post-pleurétiques reste donc la cure sanatoriale et la phrénicectomie, efficace chez 23 % des malades.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

L'EFFONDREMENT DE LA NATALITÉ

De 1.034.000 en 1868, pour 38 millions d'habitants, les naissances sont passées, en France, à 650.000 en 1935, pour 41 millions d'habitants. La France se dépeuple ; va-t-elle donc mourir ?

L'Alliance nationale contre la dépopulation édite une brochure de Fernand Boverat (1) où, par de nombreux graphiques, elle montre le caractère angoissant du problème.

La France est déjà le pays du monde qui compte le plus de vieillards (14 % d'individus de plus de 60 ans). Qui nourrira les vieillards au pays des sans-enfants ?

Car la dénatalité n'est pas seulement une menace aux frontières. Certes, il est dangereux pour la France de se trouver dans une Europe où tous les autres pays accroissent leur population et où, seule, elle se dépeuple. Tout ce que l'on peut dire de ce point de vue a déjà été dit.

Mais à l'intérieur aussi la dénatalité nous menace. Et Fernand Boverat expose quelques considérations indiscutables et auxquelles on ne songe pas assez.

La surproduction agricole ne peut se résorber dans un pays où les consommateurs diminuent chaque année de 150 ou 200.000. Même son de cloche pour l'industrie : sont-ce des vieillards assistés qui achèteront des meubles, des bicyclettes, des autos ?

Certains affirment que la réduction de la natalité entraînera la réduction du chômage. Raisonnement faux pour trois raisons :

1° Les jeunes femmes qui n'ont pas d'enfant ou n'en ont qu'un seul vont presque toutes travailler dans des usines ou des bureaux et y concurrencent les hommes ;

2° La diminution des naissances réduit pendant quinze ans le nombre des enfants, c'est-à-dire de consommateurs, avant de réduire le nombre de producteurs ;

3° Les chefs de familles nombreuses dépensent en temps de crise, car ils ne peuvent faire autrement. Les sans-enfants ou les parents d'enfants uniques dont les dépenses portent en partie sur du superflu restreignent leurs achats dès qu'une crise apparaît dans l'espoir d'acheter moins cher par la suite.

La dépopulation ruine les finances publiques, car tandis que le nombre des consommateurs et des producteurs, c'est-à-dire des contribuables, diminue rapidement, les frais généraux de la Nation ne décroissent, eux, que lentement. Un état qui se dépeuple ne peut emprunter pour équilibrer son budget car personne n'a confiance en son avenir. Il lui reste une seule ressource : émettre du papier-monnaie, c'est-à-dire dévaloriser sa monnaie, c'est-à-dire enfin ruiner les épargnants, spolier les fonctionnaires et les retraités.

Et le comble, c'est que toutes ces conséquences économiques, financières, militaires et morales se feront jour simultanément. Aucun pays ne peut espérer soutenir victorieusement de tels assauts. Le mal ainsi défini, voyons les remèdes.

***

La fécondité de nos ancêtres était due à leur respect des lois religieuses interdisant toute fraude sexuelle, et aussi à la profonde ignorance des faits physiologiques qui régnait alors dans le petit peuple.

Il nous faut, aujourd'hui, remonter un courant puissant fait du scepticisme des nouvelles générations et d'une formation intellectuelle où ont été perdus de vue les besoins primordiaux du pays.

Il nous faut, avant tout, des éducateurs qui conçoivent l'urgence du problème et sachent l'exprimer aux élèves dont ils ont la charge. En matière d'éducation nationale, tout ou presque tout est encore à faire aujourd'hui.

Et enfin, il faut abolir « la grande injustice des temps modernes », l'écart scandaleux qui sépare

(1) L'effondrement de la natalité, 217 rue du faubourg Saint-Honoré, Paris.

le niveau d'existence des sans-enfants de celui des pères et mères de famille.

Les enquêtes sur le coût de l'existence faites en de nombreux pays ont montré que là où il faut à un célibataire masculin des ressources égales à 100 pour un niveau d'existence donné, il faut 150 à un ménage sans enfant, 200 à un ménage ayant un enfant et ainsi de suite avec une majoration de 50 pour chaque enfant supplémentaire de moins de 16 ans.

Tel est, du reste, le barème adopté dans tous les pays civilisés, et notamment en France, pour les chômeurs.

Ce qu'on fait pour les chômeurs, il faut l'établir pour les travailleurs ; c'est la « péréquation des charges familiales ».

Un premier pas a été fait dans ce pays : les subventions accordées à la famille et les allocations professionnelles s'élèvent aujourd'hui à trois milliards par an. Considérons cet effort comme un premier pas et rien de plus.

Les primes à la natalité sont actuellement départementales, et un certain nombre de départements n'en distribuent pas encore. Que ces primes deviennent nationales, payables dès la naissance du deuxième enfant et de 500 francs au moins.

Relevons les allocations d'encouragement aux familles nombreuses (84 francs par an pour le troisième enfant ! 0 fr. 24 par jour ! !) et créons pour les veuves chargées d'enfants les pensions temporaires qui existent déjà au Canada, aux Etats-Unis, en Australie, en U. R. S. S., au Danemark. Que les orphelins de famille nombreuse soient assimilés aux pupilles de la Nation, et que les chefs de famille soient dégrevés d'une part de leurs impôts directs.

Il faudrait encore qu'en période de crise et de chômage, le travail fût donné en priorité aux chefs de famille. Il faudrait encore construire des logements sains et plutôt des maisonnettes entourées d'un jardin que des casernes comme on en voit partout.

Est-ce tout ? Non pas. Les mesures précédentes ne mesurent que l'effort matériel à fournir par la Nation. Il serait incomplet et menacé de caducité si la législation n'était pas remaniée : le divorce doit être supprimé ou, si l'on n'a pas ce courage, le responsable du divorce doit encourir une sanction pénale aggravée de dommages-intérêts. Quant à l'abandon de famille, il mérite un châtiment exemplaire. Il conviendrait de modifier le régime successoral qui incite les paysans à n'avoir qu'un enfant pour éviter le morcellement du bien. Et enfin, l'avortement doit être durement réprimé ; l'avortée est coupable, mais bien plus encore l'avorteuse. Or, la répression est à peu près nulle en France. En Allemagne dès que le Gouvernement hitlérien a commencé à envoyer les avorteuses dans les camps de concentration, le nombre des avortements a fortement diminué.

L'on a prôné, en divers pays, la stérilisation des anormaux. Si l'on combattait efficacement l'alcoolisme et la syphilis, il y aurait déjà de palpables résultats dans ce sens.

***

Cet ensemble de mesures, même si un Gouvernement de chez nous, en poursuivait la réalisation l'obtiendrait-il du Parlement ? Avec le mode de suffrage actuellement en vigueur, certainement non.

C'est pourquoi la première réforme à obtenir est l'institution du vote familial tel qu'il existe déjà en Tunisie et au Maroc. Le célibataire aurait une voix, tout ménage au moins deux voix, le ménage qui élève, trois, quatre enfants ou plus en aurait quatre.

Un pays qui veut relever sa natalité le peut. La preuve vient d'en être donnée par l'Allemagne : en 1935, elle a enregistré 300.000 naissances de plus qu'en 1933.

Ce programme, tel qu'il vient d'être esquissé, peut-on compter sur les Pouvoirs publics pour le réaliser ?

Indiscutablement non ! affirme M. Fernand Boverat. Seul un grand courant d'opinion sera efficace.

Et l'Alliance Nationale contre la dépopulation convie à se joindre à elle tous ceux qui, dans ce pays, pensent comme elle que l'avenir est menaçant.

G. Lavalée.

PANSEMENTS D'URGENCE FAITS DANS LES OFFICINES PHARMACEUTIQUES QUI DOIT LES PAYER ?

En jouant à l'école, un enfant est blessé. On l'emmène de suite dans une pharmacie pour qu'il y soit pansé. Qui doit payer les frais du pharmacien ? car, bien entendu, c'est à qui se refusera d'indemniser le praticien pour les dépenses en médicaments et pansements, sans compter le dérangement, l'officine plus ou moins salie ou souillée.

Au premier chef, c'est celui à qui les soins ont profité, c'est-à-dire la victime de l'accident et si celle-ci est mineure, ce sera le père de l'enfant qui le premier est responsable des dépenses occasionnées par les soins donnés à son fils.

Les parents ont, en effet, une dette alimentaire à l'égard de leurs descendants directs et les frais médicaux et pharmaceutiques sont compris dans cette obligation légale.

Mais comme l'enfant a été conduit à la pharmacie par un tiers, on peut soutenir que ce dernier s'est engagé en quelque sorte à payer les frais de pharmacie. La jurisprudence est abondante disant que l'intermédiaire doit être considéré comme responsable des frais médicaux et pharmaceutiques, alors surtout qu'il a un intérêt moral, ou familial à faire soigner le malade ou le blessé.

Malheureusement, un arrêt de la Cour de cassation, Chambre civile, du 4 décembre 1929, est venu décider, en matière d'accident d'automobile, que le tiers qui a fait appel à un médecin peut être considéré, vu les circonstances de fait, comme n'ayant été mû que par un devoir d'humanité et qu'en faisant appel au praticien pour donner des soins à la victime, il n'a pas été le *negotorium gestor* de celle-ci.

Il n'a pas non plus reconnu sa responsabilité par son geste comme auteur présumé de l'accident ; mais il a entendu seulement porter secours à un autre être humain blessé ou malade.

En troisième lieu, reste la responsabilité de l'instituteur ou du directeur de l'Ecole.

Ici encore, la jurisprudence est très abondante. Disons avec le Conseil d'Etat, arrêt du 16 janvier 1935, que le père d'un élève d'une école primaire n'a pas d'action pour la demande d'indemnité, formée contre l'Etat, s'il n'établit pas que le dommage subi a eu pour origine une faute du service de l'enseignement.

Disons également avec la Cour de cassation, Chambre des Requêtes du 6 février 1935, que la présomption de responsabilité de l'Etat édictée par l'article 1384, dernier alinéa, du Code civil, n'est détruite par aucune des circonstances de la cause, lorsque les juges du fond constatent que l'accident survenu à un élève s'est produit au cours d'une scène de dissipation qui n'aurait pas eu lieu si l'instituteur eût été présent.

Toutes ces discussions juridiques tendent à dire ceci :

Lorsqu'un accident arrive à l'école, la responsabilité de l'Etat est à présumer : il faut alors s'adresser aux Tribunaux administratifs pour faire juger la dite responsabilité ; mais si l'accident est dû, non pas à une faute du fonctionnaire, mais à une faute de l'homme, c'est aux Tribunaux judiciaires ordinaires qu'il convient de s'adresser.

Dans ces conditions, que faire pratiquement dans le cas qui m'est soumis ?

Le pharmacien fera savoir au père de l'enfant blessé que c'est lui qui est responsable des honoraires ou frais divers de pansements, médicaments, etc. et que s'il refuse de payer les fournitures pharmaceutiques pour soins donnés à son fils, c'est lui qui sera assigné devant le Juge de paix.

Au père de l'enfant d'appeler en garantie l'intermédiaire qui a conduit le petit blessé dans l'officine du pharmacien et de mettre en cause la responsabilité de l'instituteur.

Le Juge dira qui doit payer, à moins que ne soit soulevé un déclinatoire d'incompétence par le Préfet et que celui-ci ne vienne demander au Juge de paix de renvoyer le litige devant les Tribunaux administratifs, parce que la responsabilité de l'Etat serait mise en cause.

Dr Paul BOUDIN.

LES MALADIES OCULAIRES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Par M. le Docteur Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)

Lauréat de l'Institut, ophtalmologiste expert près les Tribunaux

Le décret-loi du 16 octobre 1935 a apporté des modifications à la législation du 25 octobre 1919 — 1er janvier 1931, étendant à certaines maladies d'origine professionnelle, la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Les modifications portent surtout sur la nomenclature des maladies assujetties dont la liste est plus étendue que précédemment.

Tout d'abord, pour la compréhension du sujet, nous devons rappeler les dispositions générales de la législation à laquelle nous nous reportons. Les lois du 9 avril 1898 — 22 mars 1902 — 31 mars 1905 sur les accidents du travail étaient restrictives en ce qui concernait les maladies professionnelles. Par accident, il fallait entendre, disait Georges Paulet (1), le résultat d'une action extérieure et soudaine en cours de travail. Ni la maladie professionnelle, conséquence lointaine des fatigues ou des insalubrités du métier, ni à plus forte raison, un accident survenu dans la vie de l'ouvrier, en dehors de sa vie industrielle, ne pouvaient ouvrir droit à réparation dans les termes de la loi de 1898.

De même, les différentes circulaires ministérielles provoquées par la mise en vigueur de la législation de 1898 (2) précisaient que « l'accident consistait dans une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure » et « que la loi ne s'appliquait pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable, telle que l'air vicié des locaux où s'effectuait le travail, la manipulation de substances vénéneuses, l'absorption de poussières nuisibles à la santé... ».

Quelques jugements et arrêts de jurisprudence se montrèrent, il est vrai, moins exclusifs en admettant la responsabilité patronale dans un cas de pustule maligne (Tribunal civil de Rennes, 8 mars 1901 ; Cour de Rennes, 1902 ; Cour de cassation, Ch. des Requêtes, 3 novembre 1903), et dans « les lésions oculaires nées et développées pendant le travail dans des conditions anormales » (Trib. de la Seine, février 1907). En réalité, cela était exceptionnel. La restriction était la règle.

Il apparaissait cependant « injuste et illogique » de maintenir « cette exclusion qui était condamnée unanimement par le Corps médical », disait M. Paul Pic, professeur à la Faculté de Droit de Lyon (1). MM. Verger et P. Lande (2) écrivaient à ce sujet : « On pourrait à bon droit s'étonner que le législateur si plein de sollicitude pour les accidents du travail ait laissé complètement de côté, dans la loi du 9 avril 1898, les maladies professionnelles, si on ne savait que cette importante question n'a pas cessé, en réalité, de préoccuper depuis plus de dix ans les milieux gouvernementaux et parlementaires ».

Après plusieurs propositions (Jules Breton, 3 juillet 1903, 13 juillet 1906, Dubief-Poincaré, 14 juin 1906), à cause des difficultés d'application ce ne fut que le 3 juillet 1913 que la loi fut votée par la Chambre des Députés ; la guerre en retarda la ratification par le Sénat qui ne fut obtenue qu'en octobre 1919.

Après cet exposé qui était nécessaire à la compréhension du sujet, nous étudierons exclusivement dans ce travail, les maladies oculaires d'origine professionnelle. Le premier tableau-annexe dressé en application de la loi du 25 octobre 1919 n'acceptait comme maladies professionnelles que celles engendrées par le plomb et ses composés (saturnisme professionnel), le mercure et ses composés (hydrargyrisme professionnel) ; encore, faut-il ajouter, la liste de ces maladies était-elle établie suivant leurs manifestations pathologiques ; c'est à peine si, parmi celles-ci on pouvait retenir dans leur généralité les paralysies mercurielles qui, dans quelques cas bien exceptionnels peuvent se localiser à la musculature oculaire. Le décret du 16 novembre 1929 (*Journal officiel* du 20 novembre 1929) fut moins restrictif. Sans précision symptomatique, il étendit le bénéfice de la loi à toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées non seulement comme précédemment par le plomb, le mercure et leurs composés, mais encore par d'autres substances ou travaux industriels. Déjà certaines affections oculaires, en sus de celles implicitement comprises dans les généralités étiologiques, étaient expressément dénommées dans la nomenclature. Le décret du 16 octobre 1935 est encore plus extensif. Les maladies professionnelles sont au nombre de 23 ; leurs causes sont divisées en quatre classes : 1° par agents chimiques ; 2° par agents physiques ; 3° par

(1) Georges PAULET. — Congrès international des accidents du travail et des Assurances sociales, 1900.

(2) Circulaires de M. LEBRET, garde des Sceaux, 10 juin 1899 et M. le ministre du Commerce, 24 août 1899.

(1) P. PIC. — Traité élémentaire de législation industrielle et ouvrière, 22 août 1901.

(2) H. VERGER et P. LANDE. — La loi en discussion sur les maladies professionnelles. Etude médico-légale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 16 novembre 1913.

agents végétaux ; 4° par agents animés. A celles-ci, il faut ajouter six groupes d'affections réunis sous la dénomination générale de cas professionnels.

I. Maladies ayant un caractère professionnel causées par :

A. — Agents chimiques

1° PLOMB, SES ALLIAGES, SES COMBINAISONS. — Les manifestations oculaires du saturnisme sont diverses, plus fréquentes qu'on ne suppose généralement, trop souvent graves, tenaces ou incurables. Elles peuvent exister à l'état isolé indépendamment de toute autre localisation morbide. Cela est exceptionnel. Dans la généralité des cas, elles apparaissent soit en même temps que celles portant sur les autres organes soit, ce qui est plus fréquent, secondairement et tardivement après celles-ci.

Signalées dans des publications anciennes de Tanquerel de Planches (1), les manifestations oculaires du saturnisme furent étudiées dans des travaux plus récents de de Lapersonne (2) qui décrivit l'œil saturnin, surtout dans une clinique de Terrien (3) parfaite, mise au point de la question.

Les troubles oculaires et visuels de cette origine portent sur l'appareil sensoriel ou sur l'appareil moteur de l'œil.

a) *Troubles oculo-sensoriels.* — Ils peuvent se produire en dehors de tout signe ophtalmoscopique appréciable du fond de l'œil. Le fait a été signalé par de Lapersonne. L'amaurose — cela n'est pas exceptionnel — est subite. Tout à coup, un ouvrier sent sa vision baisser ; en quelques jours, en quelques heures, il devient incapable de distinguer la lumière diurne de l'obscurité nocturne. Cette cécité porte sur un ou deux yeux. Elle s'accompagne de dilatation pupillaire avec abolition des réflexes. Une pareille amaurose brusque coïncide le plus généralement avec une attaque de colique saturnine. Il s'agit là, suivant l'expression pittoresque de Terrien « d'une sorte de colique de la rétine ». Le pronostic de ces amauroses subites est généralement favorable ; et si ce n'était de la dilatation pupillaire, elles pourraient être confondues avec la cécité hystérique. Dans d'autres cas, il existe à l'examen ophtalmoscopique des lésions chorio-rétiniennes coïncidant avec de la néphrite, de telle sorte qu'il est difficile d'affirmer s'il ne s'agit pas de chorio-rétinite brightique. De Lapersonne a également observé un cas de thrombose de la veine centrale de la rétine et, dans un autre, un glaucome hémorragique.

D'autres troubles sont liés à des lésions du nerf optique. Les névrites saturnines se manifestent par une diminution de l'acuité visuelle plus ou moins marquée, un rétrécissement concentrique du champ visuel pour le blanc et les couleurs, presque toujours bilatéral. Il est essentiel de noter que l'altération du champ visuel porte sur la périphérie, que la vision centrale est respectée, ce qui différencie l'amblyopie saturnine des amblyopies toxiques éthylo-nicotinique où, au contraire,le scotome central est le signe caractéristique. Cependant, il n'est pas asbolu. Truc (1) — dans un cas faisant exception à la règle — a observé une névrite double avec scotomes centraux. A l'ophtalmoscope, lorsque la névrite est rétrobulbaire, rien n'apparaît. Les lésions pupillaires constatables vont de la simple congestion, jusqu'à la névrite tantôt totale, tantôt partielle et à l'atrophie optique avec décoloration totale ou seulement d'une de ses moitiés. Il ne faut pas accorder à ces constatations ophtalmoscopiques une importance pronostique excessive. Même avec névrite et atrophie d'un segment limité et restreint à la condition que l'acuité visuelle ne soit pas trop abaissée, et que surtout l'intoxication ne soit pas trop ancienne, tout espoir de guérison n'est pas perdu.

b) *Troubles oculo-moteurs.* — Déjà, nous avons indiqué que dans certains cas, il avait été observé de la mydriase avec abolition des réflexes pupillaires, ce qui permet de supposer une atteinte de la musculature interne. Les troubles oculo-moteurs qui doivent plus particulièrement retenir notre attention sont ceux qui affectent la musculature extrinsèque. Ils sont plus fréquents qu'on ne pense généralement. Il est rare que tous les nerfs oculo-moteurs soient simultanément pris. L'ophtalmoplégie au sens qui doit être donné à ce terme est rare dans l'intoxication saturnine. Cependant, le fait est possible. Un exemple nous en est fourni dans l'observation qui servit de base à la Clinique de Terrien (2), où la paralysie portait à la fois sur la III[e], la IV[e] et la VI[e] paires. Le moteur oculaire commun peut être atteint — non seulement dans son innervation de la musculature interne déjà signalée — mais encore dans celle des muscles extrinsèques. La localisation la plus fréquente est celle du moteur oculaire externe. Le Professeur Félix Lagrange (3) a rapporté à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux en 1901, un cas de paralysie bilatérale dela VI[e] paire par intoxica-

(1) TANQUEREL DE PLANCHES. — Traité des maladies du plomb, 1839.
(2) DE LAPERSONNE. — L'œil saturnin, 24 novembre 1906.
(3) TERRIEN. — Manifestations oculaires du saturnisme. Clinique faite à l'Hôtel-Dieu, 1[er] septembre 1911.

(1) TRUC. — Hygiène oculaire et inspection du travail, p. 129.
(2) *Loc. cit.*
(3) LAGRANGE. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 octobre 1901.

tion saturnine. Prioux (de Reims) (1) en a rapporté un cas comme accident de début.

2° MERCURE, SES AMALGAMES ET SES COMBINAISONS. — L'hydrargyrisme professionnel est moins connu que le saturnisme. Il a été décrit dans ses formes symptomatiques par Letulle (2). Il existe du tremblement et des paralysies qui peuvent être circonscrites à certains groupes musculaires surtout aux extenseurs des membres supérieurs. Leur localisation oculo-motrice n'a pas été signalée. Cependant, Courtois-Suffit et Lévi-Sirugne (3) disent que ces paralysies peuvent s'accompagner de troubles sensoriels parmi lesquels, ils indiquent l'amblyopie. Peut être l'inscription parmi les maladies d'origine professionnelle des affections dues au mercure en attirant l'attention des praticiens sur les manifestations de l'hydrargyrisme permettra-t-elle de les mieux connaître et de découvrir leurs localisations oculaires.

3° L'ARSENIC et SES COMBINAISONS. — L'inhalation répétée des poussières arsenicales provoque des troubles semblables à ceux constatés dans l'intoxication criminelle ou accidentelle. Royer, Rollet et Basedow ont signalé des conjonctivites chez des ouvriers soit pour avoir broyé de l'arsenic, soit pour avoir gratté des murs peints au vert de schweinfurth, mélange d'une solution bouillante d'acétate de cuivre et d'acide arsénieux. Réellement, s'agit-il, dans ces cas d'action lente caractérisant la maladie professionnelle ; la cause accidentelle — au sens juridique — ne leur est-elle pas plutôt applicable sous le couvert de la loi du 9 avril 1898 ? L'arsenic métallique par lui-même est peu dangereux ; par contre, son produit d'oxydation l'acide arsénieux, les arsénites et les arséniates sont hautement toxiques. L'arsénicisme provoque des lésions cutanées sur la face et le front. Il a été constaté de l'œdème des paupières. Nous savons combien la thérapeutique arsénicale doit être prudente à cause des accidents qu'elle peut provoquer. Liebrecht (4) a rapporté l'observation d'un homme de 30 ans qui fut atteint de névrite rétrobulbaire après ingestion de pilules à base d'arsenic et les communications retentissantes d'Hallopeau à l'Académie de médecine, en 1907, nous ont mis en garde contre les retentissements graves sur le nerf optique des injections d'atoxyl et autres sels d'arsenic. Il est donc à présumer que si les troubles visuels consécutifs à l'intoxication professionnelle par l'arsenic sont encore peu signalés, ils ne doivent pas moins être surveillés chez les ouvriers tels les fabricants de couleurs, de papiers peints, les teinturiers, etc., etc., maniant ce toxique ou ses combinaisons.

4° PHOSPHORE, PHOSPHURES, CHLORURES DE PHOSPHORE, HYDROGÈNE PHOSPHORÉ ET ANHYDRIDIDE PHOSPHORIQUE. — Les accidents professionnels provoqués par le phosphore sont devenus moins fréquents depuis que l'industrie — particulièrement celle de la fabrication des allumettes — a substitué au phosphore rouge le sesquisulfure de phosphore. On sait que la grande terreur d'ailleurs justifiée des ouvriers était la nécrose des maxillaires. Cette nécrose ne restait pas limitée ; elle avait tendance à envahir progressivement les parties primitivement restées saines, particulièrement l'orbite. La nécrose phosphorée orbitaire était donc secondaire. Si l'interdiction de l'emploi du phosphore rouge a pour ainsi dire supprimé les accidents de nécrose, le sesquisulfure peut encore provoquer chez certains sujets susceptibles des manifestations cutanées ou affectant la conjonctive (hyperémie conjonctivale). Il faut savoir aussi que l'intoxication par vapeurs phosphorées peut déterminer dans certains cas ainsi que cela a été signalé par Niederhauser (1) de la congestion et des hémorragies de la rétine.

5° SULFURE DE CARBONE. — Depuis les travaux de Delpech (2) (1856), la toxicité du sulfure de carbone est bien démontrée. Dès cette première publication, Delpech disait ..... «...Les organes des sens spéciaux ont été le plus souvent influencés. La vue s'affaiblit à un très haut degré, sans que rien dans les milieux de l'œil explique cette altération ». On a noté de la conjonctivite avec épiphora, s'accompagnant d'anesthésie de la cornée [Bergeron et Pellegrino Lévi (3)]. Galezowski (4) a observé de l'asthénopie accommodative. Ce sont surtout les troubles portant sur les membranes profondes et les voies optiques déterminant de l'amblyopie forme toxique qui doivent retenir l'attention. Observée par Changarnier (5), Gand (6), Duboys de Lavi-

(1) PRIOUX (de Reims). — Paralysie oculaire primitive dans l'intoxication saturnine. (Soc. franç. d'opht., Congrès 1904).

(2) LETULLE. — Essai sur l'hydrargyrisme professionnel. *Rev. d'hygiène*, 1889.

(3) COURTOIS-SUFFIT et LÉVI-SIRUGNE. — *Hygiène industrielle*, p. 452.

(4) LIEBRECHT. — Névrite rétrobulbaire à la suite de l'usage interne de l'acide arsénieux. *Klin. Monatsbl. f. aug.*, mai 1891.

(1) Thèse de Zurich.

(2) DELPECH. — Accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur. Académie de médecine, janvier 1856.

(3) BERGERON et PELLEGRINO LÉVI. — Soc. bio., 1864, t. I, 49.

(4) GALEZOWSKI. — Troubles visuels consécutifs à l'intoxication par le sulfure de carbone. *Rec. d'opht.*, p. 121, 1877.

(5) CHANGARNIER. — Amblyopie par sulfure de carbone. *Rec. d'opht.*, 1886.

(6) GAND. — Amblyopie toxique. *Bul. de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts*, 1886.

gerie (1), Nuel et Leplat (2), Gallemaerts (3), l'amblyopie sulfo-carbonique n'apparaît généralement pas d'emblée ; elle est précédée d'une période de dépression nerveuse ; chez certains, il existe de la xanthopsie (Changarnier) ; la dyschromatopsie — rouge et vert — peut être très prononcée ou, au contraire à peine marquée. Dans tous les cas, la vision centrale est très abaissée et c'est là ce qui précisément la différencie — malgré les caractères communs du scotome central — de l'amblyopie éthylonicotinique. A l'examen ophtalmoscopique, aucune altération ne peut apparaître ou bien, il existe de la décoloration plus ou moins marquée de la papille.

6° Acide chromique et ses combinaisons avec les métaux alcalins. — Le Roux des Burres et Courtois-Suffit (4) ont signalé que, dans les fabriques de chromate, la perforation de la cloison des fosses nasales est un symptôme très frappant qui est précédé d'une vive irritation de la pituitaire et de la conjonctive.

7° Sels de nickel.

8° Bioxyde de manganèse et pyrolusite.

9° Zinc dans la fusion de ce métal, dans la fabrication de ses alliages et dans le travail au chalumeau de tôles galvanisées. — Dans le travail de J. Siegel (5) qui a étudié les accidents professionnels attribués au zinc et à ses alliages, connus sous le nom de fièvre des fondeurs, on ne relève pas mention de troubles oculaires.

10° Fluor-acide fluorhydrique, fluorures, fluosilicates alcalins. — Les vapeurs fluorhydriques chez les graveurs sur verre provoquent une irritation intense de la peau des paupières, de la conjonctive et désorganisent la cornée qu'elles ulcèrent.

11° Dérivés halogénés des hydrocarbures de la série grasse, notamment le chlorure de méthylène, le chloroforme, le tétrachlorure de carbone, le tétrachloréthane, le di et le trichloréthylène, le bromure de méthylène. — Le méthylène — dont les ouvriers ébénistes, apprêteurs de chapeaux, etc., sont exposés à respirer les vapeurs surtout lorsqu'il est impur — est nocif pour le nerf optique qu'il atrophie.

Il a été signalé chez les teinturiers de la kératite neuro-paralytique ou de l'atrophie optique dues au trichloréthylène.

12° Benzène et ses homologues — (toluène, kylène, etc.), et leurs dérivés halogénés, nitrés et aminés, notamment les chlorobenzènes, les nitrobenzènes, le dinitro et le trinitrophénol (acide picrique), le dinitro et le trinitrotoluène, l'aniline et ses dérivés, le paraphénylène diamine, les chloronaphtalènes. — La benzine serait peu toxique par elle-même ; elle le deviendrait par ses impuretés ou par ses dérivés. Les inhalations répétées de vapeurs de benzine par exemple chez les teinturiers, les dégraisseurs de gants, peuvent provoquer dans certaines formes chroniques des polynévrites dont la localisation peut porter sur les centres nerveux optiques. Peters a signalé de la névrite rétro-bulbaire. Le nitrobenzol, le dinitrobenzol, employés dans la fabrication des explosifs peuvent amener une coloration bleue grisâtre des téguments, des phénomènes généraux, nausées, vomissements et du côté de l'œil de la mydriase, des contractions oculo-motrices, du blépharospasme. Il a été observé de l'œdème de la papille, des hémorragies rétiniennes avec affaiblissement de la vision centrale et rétrécissement du champ visuel. Les couleurs d'aniline sont dangereuses pour l'œil lorsqu'elles sont basiques, ainsi que l'ont démontré les recherches expérimentales d'A. Vogt (1). Chez les ouvriers des fabriques de couleurs d'aniline, il a été constaté des conjonctivites et des kératites graves.

13° Gaz et vapeurs irritants, asphyxiants caustiques ou toxiques, notamment l'oxyde de carbone et ses combinaisons, le chlore et l'oxychlorure de carbone (phosgène), le brome, l'hydrogène sulfuré, le sulfhydrate d'ammoniaque, l'anhydride sulfureux, les vapeurs nitreuses, les vapeurs ammoniacales, l'acide cyanhydrique et les dérivés du cyanogène, l'aldéhyde formique (formol), l'acide sulfurique, l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, l'acide nitrique. — Parmi les symptômes de l'intoxication par l'oxyde de carbone les paralysies oculaires ont été signalées. Schmitz (2) a observé de la diminution de l'acuité centrale avec rétrécissement

(1) Duboys de Lavigerie. — Accidents oculaires produits par l'inhalation du sulfure de carbone. *Rec. d'opht.*, p. 585, 1887.

(2) Nuel et Leplat. — Amblyopie due à l'intoxication par le sulfure de carbone. *Ann. d'oculist.*, mars-avril, 1889, p. 147.

(3) Gallemaerts. — Amblyopie par le sulfure de carbone. Société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. *Annales d'oculistique,* 1890, t. CIV, p. 154.

(4) Le Roux des Burres et Courtois-Suffit. — Rapport Chambre des Députés. Proposition Breton session, 1906.

(5) Siegel. — *Vierteljahrschr-für gerichtl. Med.*, 1906, fasc. IV.

(1) A. Vogt. — Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des couleurs artificielles d'aniline sur la conjonctive. *Arch. d'opht.*, avril 1906, p. 202.

(2) Schmitz. — Sur l'action du gaz oxyde de carbone sur l'œil. (Festschrift zur feier des 25 Jührigen Jubilaunus des aerztl Vereines des Reg. Bez Arnsberg, *Wiesbaden, 1893.*

concentrique du champ visuel pour le blanc et les couleurs.

Soumis à l'action des vapeurs *chloreuses*, les ouvriers sont exposés à des manifestations aiguës qui, dans les formes légères peuvent être marquées en même temps que du coryza, du gonflement de la face, de la dyspnée, des hémoptysies par de l'épiphora et de la conjonctivite. Chez les ouvriers qui réparent les conduites de chlore pour recueillir le chlorure de chaux préparé par électrolyse, Fumouze (1) a constaté de la conjonctivite.

Les accidents provoqués par les vapeurs de brome sont comparables à ceux occasionnés par le chlore. Lewin signale parmi les symptômes de la conjonctivite.

Le sulfhydrisme professionnel peut provoquer des accidents aigus foudroyants connus sous le nom de *plomb* — ou des accidents plus lents... Dans la première forme la pupille est dilatée au maxima. Dans les autres formes, il n'a pas été signalé de troubles oculaires.

Les vapeurs sulfureuses sont irritantes pour les muqueuses et peuvent provoquer des ophtalmies.

Les vapeurs nitreuses qui se dégagent au cours de certaines opérations industrielles sont un mélange complexe d'acide azoteux hypoazotique et de divers bioxydes d'azote. Les accidents pulmonaires sont tellement graves — même dramatiques — que les manifestations oculaires sont peu retenues.

Même à faible quantité dans l'air, les vapeurs ammoniacales sont irritantes pour l'œil. La mitte des vidangeurs qui se produit par l'émanation s'exhalant des fosses d'aisance n'est pas autre chose. Il y a rougeur des conjonctives, douleur, photophobie et l'inflammation peut prendre, ainsi que l'a signalé Layet une forme croupale.

14° Peintures et vernis cellulosiques et autres peintures et vernis a séchage rapide dans leurs applications. — Les composés arsenico-cupriques qui entrent dans la composition de ces produits contribuent à leur action nocive. Mais, en dehors de ces éléments surajoutés, c'est la térébenthine qui doit être incriminée dans les phénomènes toxiques. Les travaux de Poincaré (2) ont fixé leur pathogénie et leur symptomatologie, après une enquête sur 282 ouvriers exerçant les professions de peintres en bâtiments, peintres en porcelaine, employés dans les maisons de vente en gros en térébenthine. S'ajoutant aux symptômes généraux céphalée, vertiges, troubles de l'équilibre sur les 282 ouvriers examinés, Poincaré a noté 136 cas de troubles oculaires : conjonctivite, épiphora, troubles visuels, héméralopie. D'abord passagers, ces troubles finissent par devenir permanents.

(1) Fumouze. — Thèse de Paris, 1901.
(2) Poincaré. — *Revue d'hygiène*, 1879, p. 439.

15° Alcalis caustiques et substances analogues, notamment la soude, l'ammoniaque, la chaux, les chaux hydrauliques, les ciments. — Par leur causticité et la rapidité de leur action, les alcalis, soude, ammoniaque, la chaux provoquent des accidents relevant généralement de la juridiction de 1898. Cependant, Trantas a signalé un cas de kératite superficielle à évolution lente chez un ouvrier occupé depuis un an et demi dans une usine à gaz où il est presque constamment exposé aux vapeurs d'ammoniaque. L'action de ces vapeurs ammoniacales est également comprise dans l'article 13° précédent où nous les avons déjà indiquées.

16° Brais, goudrons, bitume, asphalte, huiles minérales, paraffines et autres produits irritants pour la peau ou cancérigènes. — Le brai, résidu de la houille, est d'utilisation de plus en plus répandue dans l'industrie, où elle est notamment employée dans la constitution des boulets et agglomérés de charbon. Son action prolongée sur la peau et sur les muqueuses ne se produit pas sans déterminer des désordres qui, depuis longtemps, ont attiré l'attention des praticiens. Manouvriez (1), en 1876, s'occupant de l'hygiène des ouvriers des mines d'Anzin constatait chez ceux-ci par suite de la manipulation des goudrons et du brai parmi d'autres manifestations, telles que coryza et bronchites de la conjonctivite. Courtois-Suffit et Lévi-Sirugne (2) dans leur *Hygiène industrielle*, leur consacrent un long chapitre. Malluraz (3), Estas et Maisin ont fait ressortir la gravité de ces irritations locales susceptibles de provoquer le développement de certaines tumeurs cancéreuses. Dans un mémoire que nous avons publié en 1929 dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (4), nous avons signalé et décrit les blépharo-ophtalmoconioses que nous observons chez les ouvriers manipulant le brai. M. le Professeur Petges, dans une note qu'il a bien voulu nous remettre à ce sujet confirme nos constatations. Consécutivement, aux manifestations cutanées, il se produit des lésions des annexes de l'œil : blépharo-conjonctivite avec ectropion par éversement de la muqueuse conjonctivale infiltrée, boursouflée, rouge vif tomenteuse, sécrétant du muco-pus abondant. La muqueuse conjonc-

(1) Manouvriez. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, mai 1876.
(2) Courtois-Suffit et Lévi-Sirugne. — Hygiène industrielle, p. 493. Traité d'hygiène Cantemesse-Mosny.
(3) Malluraz. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 23 décembre 1928.
(4) Ginestous. — Les blépharo-ophtalmoconioses du brai. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 18 août 1929.

tivale a un aspect villeux, velvétique, rappelant les granulations (œil de ramonneur, de charbonnier pourrait-on dire). L'action nocive du brai ne se limite pas en effet à la peau palpébrale. Elle s'étend également à la muqueuse conjonctivale et même dans certains cas, à la cornée qu'elle infiltre. Si ce n'était sur la peau, le danger de la transformation carcinomateuse, nous dirions même que ces manifestations conjonctivales et cornéennes nous apparaissent comme étant les plus sérieuses. C'est ainsi que les ouvriers utilisés à la manipulation du brai présentent après un très court travail professionnel de l'hyperémie conjonctivale avec injection vasculaire marquée, légère sécrétion, cuisson larmoiement et photophobie. En retournant les paupières, les conjonctives palpébrales apparaissent rouges, injectées, présentant parfois des proliférations donnant à la muqueuse un aspect villeux mais n'ayant cependant pas le caractère clinique des granulations trachomateuses. Ces ophtalmoconioses sont tenaces et ne cèdent que difficilement à la thérapeutique.

17° FABRICATION OU MANIPULATION DE L'ÉMÉTINE, LA QUININE, LA COCAÏNE ET SES SUCCÉDANÉS ET LES ALCALOÏDES DE L'OPIUM. — Le Roys des Barres et Courtois-Suffit (1) ont signalé les éruptions constatées chez les ouvriers employés dans les fabriques de produits pharmaceutiques, particulièrement chez ceux qui mettent le sulfate de quinine en flacons. Ces éruptions avec gonflement œdémateux, rougeur de la peau, siègent le plus souvent aux mains, aux avant-bras ; elles peuvent également s'étendre à la face et aux paupières.

B. — Agents physiques

18° RADIATIONS DE COURTE LONGUEUR D'ONDE PAR RAPPORT A LA LUMIÈRE, NOTAMMENT LES RAYONS X ET LES RAYONS ULTRA-VIOLETS.

19° RADIUM ET AUTRES SUBSTANCES RADIO-ACTIVES. — Les lésions que peuvent produire sur l'œil, les rayons de courte longueur, sont connues depuis les recherches expérimentales de Mettey (2) et les observations cliniques de Sous (3), Panas (4), Terrien (5), Le Roux (6), Ginestous (1), Coullaud (2). Généralement, il se produit des manifestations rapides d'*ophtalmie électrique* et comme l'action a été soudaine à la suite d'un court-circuit, elles sont justiciables de la loi de 1898. Cependant — ce sont là les cas visés dans la législation des maladies professionnelles — c'est après une exposition prolongée aux rayons nocifs que se produisent les lésions pathologiques. Ce sont les rayons ultra-violets qui seraient incriminables. On leur a attribué une part dans la pathogénie de la cataracte des verriers, question discutable sur laquelle nous reviendrons. Il est bien certain que le séjour prolongé à des sources intensives de radiation de courte longueur d'onde ou ultra-violettes peut provoquer des lésions sur la rétine et des troubles visuels. Le personnel utilisé aux applications de rayons X et de radium — en même temps qu'ils risquent la radiodermite — y sont particulièrement exposés. Tronstam (3) qui a étudié l'action du radium sur l'œil a constaté des lésions dégénératives de la rétine avec œdème et disjonctions des éléments.

20° VARIATIONS BRUSQUES DE PRESSION DE L'AIR EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le travail à haute pression : travail des caissons, des scaphandriers : surtout au moment de la décompression peut entraîner différents accidents vertige de Menière, épistaxis, etc., même cécité passagère. Nous avons observé (4), un scaphandrier qui, à la suite d'une plongée rapide à deux mètres de profondeur, fut atteint d'une hémorragie très limitée de la conjonctive de l'œil droit.

C. — Agents végétaux

D. — Agents animés

22° BACTÉRIDIE CHARBONNEUSE, BACILLE DE LA MORVE, SPIROCHÈTE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE, BACILLE DU TÉTANOS ET BRUCELLŒ, EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Félix Brémond (5) reproduisant une circulaire du Conseil d'hygiène de la Seine dit « que le *charbon* peut se localiser aux mains, au

(1) LE ROY DES BARRES et COURTOIS-SUFFIT. — Documents parlementaires, n° 325. Chambre des Députés, 9e législature, session de 1906. — Proposition de loisur l'extension des maladies d'origine professionnelle p. 235.

(2) METTEY. — Recherches expérimentales sur le photo-traumatisme oculaire parla lumière électrique *Arch. d'opht.*, 1904, p. 227.

(3) SOUS. — Conjonctivite électrique, *J. de méd. de Bruxelles*, 1887.

(4) PANAS. — Amblyopie et amaurose par décharge électrique. *Arch. d'opht.*, 1902, p. 626.

(5) TERRIEN. — Du pronostic des troubles visuels d'origine électrique. *Arch. d'opht.*, 1902, p. 692.

(6) LE ROUX et RENAUD. — Sur un cas de photo-traumatisme oculaire par la lumière électrique. *Arch. d'opht.* juin 1908.

(1) GINESTOUS. — Ophtalmie électrique. *Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 2 décembre 1906.

(2) COULLAUD. — Huit cas d'ophtalmie électrique. *Arch. d'opht.*, janvier 1909.

(3) TRONSTAM. — Sur l'influence des rayons du radium sur diverses parties de l'œil normal (surtout la rétine). Thèse de Saint-Pétersbourg, 1907.

(4) GINESTOUS et CRUCHET. — Ecchymose sous-conjonctivale chez un scaphandrier. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 17 décembre 1920.

(5) Félix BRÉMOND. — Les intoxications professionnelles par les virus. Proposition de loi sur les maladies professionnelles présenté par Louis Breton. Chambre des Députés, session 1906, n° 325, p. 220.

cou, au visage, aux paupières, se manifestant par une enflure avec ou sans point apparent d'inoculation au centre de l'enflure. Celle-ci augmente peu à peu de volume. Elle se termine le plus souvent par la mort ». Dans le même document parlementaire, Leclerc de Pulligny (1) précise que « quand le charbon se déclare à une paupière il peut nécessiter une suture et une occlusion palpébrale de longue durée (14 mois dans un cas)... Dans les mêmes circonstances, il peut causer une ophtalmie qui se termine par la perte d'un œil... »

Il existe dans la littérature quelques cas de localisation de la morve sur la conjonctive, sur les paupières (Krajewski-Tarnawski).

La *spirochétose ictéro-hémorragique* (maladie de Weil, de Vidal et Abrami). Son ictère infectieux peut s'accompagner de troubles visuels, tels qu'héméralopie et d'hémorragies rétiniennes.

Le tétanos par la date d'apparition des phénomènes et sa relation avec une lésion traumatique d'entrée relève davantage de la loi de 1898 que de la législation sur les maladies professionnelles. Cependant, à côté des formes subaiguës et aiguës, il existe des formes à évolution lente et chronique à incubation prolongée dans lesquelles il devient difficile de découvrir la cause occasionnelle initiale. Son début peut se manifester par des symptômes oculaires, du blépharospasme avec paralysies oculo-motrices extrinsèques et intrinsèques, ptosis et mydriase.

23° Ankylostome. — L'ankylostomiase est chez nous une maladie professionnelle (Courmont (2). Causée par un ver l'ankylostome duodénal, elle a été observée chez les mineurs du Nord de la France, dans le bassin de Saint-Etienne. Elle provoque l'anémie des mineurs. Comme symptômes oculaires, on peut constater à la période d'état de l'œdème de la face et des paupières, de la mydriase et comme dans toutes les altérations sanguines à polynucléaires éosinophiles des hémorragies rétiniennes que certains auteurs comme Bozzolo disent cependant n'avoir jamais rencontrées.

II. Cas professionnels

Sous ce titre, le décret du 15 octobre 1935 envisage différentes affections, les dermatoses, les manifestations pulmonaires, celles du tissu cellulaire sous-cutané, la surdité, enfin les affections oculaires et le nystagmus.

Affections oculaires causées par les sources industrielles intenses de chaleur et de lumière, les vapeurs irritantes ou caustiques et les poussières. — Déjà ces affections ont été examinées précédemment. Nous reviendrons cependant sur certaines de ces manifestations qui méritent de retenir l'attention.

Ainsi que nous l'avons indiqué, le travail prolongé auprès des sources intenses de chaleur ou de lumière peut provoquer des troubles oculaires et visuels graves. Les éblouissements par court-circuit qui déterminent des réactions conjonctivales même des lésions rétiniennes (ophtalmie électrique, photo-traumatisme) respectent généralement le cristallin (Terrien) (1). Certains auteurs parmi lesquels Himly ont prétendu que l'opacification cristallinienne par fulguration ou électrocution serait due à l'action nocive des rayons ultraviolets se développant avec une intensité extrême au moment de la lueur du court-circuit ; ce serait une cataracte par coup de soleil électrique. Cette explication est contredite par les faits expérimentaux. Ni Lescaret (2), ni Terrien (3) n'ont réussi à provoquer le trouble du cristallin par l'action de la lumière électrique sur des yeux d'animaux. Elle est contredite également par les observations cliniques. Un des blessés de Gonin (4) fut atteint au sommet de la tête par le fil d'une sonnerie électrique sur laquelle était tombée la foudre. Il ne put être exposé à la lueur de l'éclair, car il en était protégé par la construction où il travaillait. La théorie pathogénique la plus acceptable est celle qui fait tout simplement intervenir le traumatisme. Cependant, ainsi que l'a fait observer Charles Roche il faut aussi tenir compte de l'action élective de l'électricité sur les éléments épithéliaux dont nous trouvons la manifestation pathologique dans la radiodermite.

Les cataractes par fulguration et par électrocution se présentent à l'observation avec des caractères symptomatiques communs mais par certains côtés différents. D'après Terrien la cataracte par décharge électrique pourrait être considérée comme une cataracte tardive, tandis que la cataracte par fulguration serait d'apparition plus précoce. Cela ressort des observations de Brixa et Charles Roche, de Terrien et de Le Roux. Nous avons personnellement observé un mécanicien qui électrocuté par un courant de 13.000 volts ne fut atteint de cataracte double que quatre mois après. Mais ce n'est pas là une règle absolue : dans certains cas l'apparition peut être beaucoup plus rapide, un jour (Meykoper) deux à trois jours (Knies Verlæghe).

Par contre, l'action lente, prolongée de la

(1) Leclerc de Pulligny. — Rapport général de la Commission d'hygiène industrielle. La septicémie professionnelle, p. 265.

(2) Courmont. — Maladies professionnelles infectantes. In *Hygiène Industrielle*, p. 550.

(1) Terrien. — *Archives d'ophtalmologie*, 1902, p. 692.

(2) Lescarret. — Thèse de Doctorat, Bordeaux, 1901.

(3) Terrien. — Cataracte par décharge électrique. *Archives d'ophtalmologie*, novembre 1908.

(4) Gonin. — Lésions oculaires causées par la foudre. (*Ann. d'oculistique*, 1904, t. CXXXI, p. 99.)

chaleur et de la lumière produit sur le cristallin des désordres connus. Furnari (1) recherchant les causes de la cataracte dit que « les pathologistes s'accordent à reconnaître que jouent un grand rôle dans la production de l'opacité du cristallin l'exposition à une vive lumière... l'exposition à une chaleur artificielle très vive « et nous lisons dans Desmarres (2) que « si l'on en croit la plupart des auteurs certaines professions joueraient un rôle important dans la production de la cataracte. Ces professions seraient surtout celles dans lesquelles l'œil est soumis à l'action d'une lumière intense : les forgerons les verriers, les émailleurs... » Mais à ce sujet Desmarres ajoute : « C'est là pour nous une observation absolument inexacte... » Sur ce point Desmarres avait tort. Neyhoefer (3) a démontré par des statistiques portant sur 505 verriers que 11 % âgés de 40 ans étaient atteints de troubles cristalliniens. Hirschberg, Schwchberg, Robinson ont fourni des observations analogues. D'après ces auteurs, il faudrait incriminer comme cause de ces cataractes de verriers l'action des rayons caloriques qui hydrateraient les albumines cristalliniennes. Cette théorie pathogénique est appuyée par ce fait que la cataracte se développe surtout chez les ouvriers enfermés durant de longues heures à une température de 65°. Dans des travaux récents Goldman (4) (de Berne) et Vogt (5) ont accepté cette origine thermique et éliminé l'action des ultraviolets.

Les poussières produisent sur les yeux et les paupières des manifestations pathologiques dénommées *ophtalmoconioses*. Le Roys des Barres et Courtois-Suffit (6) en ont donné une classification et une description complètes. Les lésions oculaires provoquées par les poussières diffèrent de gravité suivant que la matière pulvérulente agit d'une façon purement mécanique (poussières pierreuses) ou qu'elle agit en outre par ses qualités chimiques, escharotiques ou caustiques (poussières salines) ou qu'elle possède une action nécrobiosique (poussières organiques ou organisées.)

La localisation aux paupières est appelée *blépharoconiose*. On peut rencontrer soit une simple rougeur du rebord palpébral, soit une série de petits nodules de nature furonculeuse, soit une forme ulcéreuse avec production de croûtelles au niveau des cils ou dans leurs intervalles. Cette dernière variété se rencontre surtout chez les ouvriers exposés à l'action des poussières caustiques : arsenicales, chroniques, alcalines diverses. La blépharite cicatriculaire est caractérisée par la présence de petites cicatrices dues à des brûlures produites par des paillettes incandescentes : forgeron, serruriers, fondeurs.

A citer parmi les blépharoconioses les plus rebelles celles des scieurs de long, des tourneurs sur bois, des jaugeurs de blé, des droguistes, des broyeurs d'écorces médicinales, des ouvriers des filatures de lin et de chanvre.

La conjonctive peut être le siège de conjonctivite hyperhémique folliculaire. Les travailleurs des champs y sont particulièrement exposés. Les poussières végétales pénètrent dans les culs-de-sac conjonctivaux et provoquent des inflammations tenaces chez les jaugeurs de blé. C'est surtout de juin à août, au moment du soufrage des vignes que se manifestent chez les paysans des conjonctivites professionnelles dues au soufrage des vignes (Buisson de Montpellier) (1).

La pénétration répétée de poussières sur la conjonctive contribue au développement du *pterygion* (maçons, plâtriers, etc.) qui peut aboutir à des conséquences très fâcheuses sur la vision lorsqu'il envahit le centre cornéen.

Sur la cornée des fragments de végétaux, épines, barbes d'épi, poils, crins peuvent en déterminer la nécrobiose, particulièrement grave en cas d'infection lacrymale : kératite des moissonneurs, des équarrisseurs d'arbres, des batteurs de blé, des scieurs de bois, etc...

Nystagmus notamment chez les mineurs. — Le type le plus connu de *nystagmus professionnel* est celui des mieurs ou des houilleurs. D'après Dransart (2) qui a publié sur ce sujet des statistiques très importantes, la proportion des mineurs atteints serait de 10 %. Romiée (3) estime la proportion plus élevée 1 sur 5 ouvriers. En ce qui concerne les causes du nystagmus, il faut les rechercher dans les conditions spéciales où se trouvent placés les mineurs. L'ouvrier travaille la tête baissée et la position couchée sur le ventre ou sur le côté épuise les forces du travailleur. Ces conditions sont de plus excessi-

(1) Furnari. — Traité pratique des maladies des yeux, t. II, p. 31.

(2) Desmarres. — Traité des maladies des yeux, t. II, p.31.

(3) Neyhoefer. — *Klin. Monastsbl.*, XXIII, 49, 1886.

(4) Goldman (Berne). — Cataracte des verriers. *Ann. d'ocul.*, 1934, p. 13.

(5) Vogt. — L'ultraviolet contribue-t-il à provoquer la cataracte des verriers. *Kl. Mon. f. Ang.*, janvier-juin, 1931.

(6) Le Roy des Barres et Courtois-Suffit. — Les dermatoses d'origine professionnelle. Rapport sur la proposition de loi Louis Breton. Chambre des Députés. Session 1906, pp. 242-243.

(1) Buisson. — Note sur l'ophtalmie produite par le soufrage des vignes. (Compte rendu des séances, 10 août 1863).

(2) Dranzart. — Le nystagmus des mineurs dans le Nord de la France. (Société française d'ophtalmologie, 4 mai 1891.)

(3) Romiée (de Liége). — Etude sur le nystagmus des houilleurs. *Ann. d'oculistique*, 1892, t. CVIII.

vement fâcheuses paur la vue ; en effet, plus la tête se penche, plus les yeux doivent se diriger vers le haut. L'obscurité joue également un rôle important parce qu'elle rend plus pénible l'action de voir et de fixer (de Lapersonne) (1). A vrai dire, il est à présumer que ces conditions ne sont qu'adjuvantes, et que la véritable cause doit résider dans la toxicité des gaz du milieu minier, qui en même temps qu'elle provoque l'anémie retentit sur les centres oculo-moteurs.

UNE PROPOSITION ORIGINALE ET LOGIQUE

Confrères, défendons-nous.
Nous ne sommes pas les employés de bureau de certaines Administrations
Restons praticiens et seulement praticiens

Il faut organiser la défense du temps du médecin. Ce temps doit être utilisé à questionner le malade, à l'examiner et à lui établir un traitement. Ce temps ne doit pas être dépensé à faire revenir le client avec un dossier plus ou moins incomplet d'Assurances sociales *et avec une carte d'identité portant photographie*, toutes choses indispensables pour pouvoir décider :

1º Si le malade est bien celui dont le nom est porté sur la feuille ;

2º S'il a droit à ce que le médecin signe cette feuille ; car celui-ci pourrait ainsi devenir le complice bien involontaire d'un délit de fraude, si ce malade ne doit pas toucher le moindre centime des Assurances sociales pour une raison x ou y (indéchiffrable, le plus souvent, dans le fatras de règlements plus ou moins... caméléons)...

J'ai alors eu l'idée d'établir le tampon ci-dessous :

> Ma signature sur cette feuille est annulée si le malade n'a pas droit à en bénéficier, ce que (médecin et non employé-contrôleur d'Administration) je n'ai ni autorité, ni compétence pour juger.
>
> Dr Paul CHAVANON, spécialiste O.R.L.
> 56, rue de Lisbonne, Paris (8e.)

J'appose ce tampon dans la case de la feuille d'Assurances sociales et je prie mes confrères d'observer que son texte est rédigé de façon à pouvoir être utilisé sur les feuilles de toutes les Administrations et de toutes les bureaucraties.

Ces bureaucraties ont des employés dont le travail est (à raison de quarante heures de travail toujours toutes payées, par semaine) de contrôler si le malade a droit ou non à tel ou tel remboursement.

Il est pratique que le médecin puisse ainsi préciser (*sans perdre plus de temps qu'à opposer un autre timbre, qui ne comporterait que ses nom, spécialité et adresse*), qu'il entend porter seulement, sur la feuille, attestation que tel malade est venu le voir, qu'il a fait un acte médical égal à une valeur de Kxn, qu'il lui a fait un traitement, qu'il a perçu ou non des honoraires... ET... C'EST TOUT !... Là doit se borner l'acte paperassier du praticien, dont le travail est et doit rester de médecine et de science pures. Le reste doit être réservé aux médecins contrôleurs ou aux contrôleurs non-médecins ; c'est leur travail ; ils sont là pour cela, rémunérés pour cela.

A-t-on jamais demandé à un professeur, faisant passer les examens du bachot, de s'occuper au secrétariat de l'inscription des candidats à cet examen ? C'est exactement comparable.

Si tous les médecins décidaient de mettre un tel tampon sur toutes les feuilles d'assurances et autres papiers, bureaucratiques, cela représenterait une telle unanimité automatique de protestations faciles et sans perte de temps, que l'on serait forcé de nous respecter, au lieu de chercher à nous bureaucratiser.

Il est juste que nous acceptions de signer les feuilles (afin que le malade en bénéficie *s'il y a droit*), mais là doit se borner l'idée dirigeant notre acte.

Jamais nous ne protesterons assez fort dans ce sens. Le Corps médical est l'élite intellectuelle et scientifique du pays ; on l'oublie trop ; rappelons-le.

Ce tampon ne coûterait, d'ailleurs, que quelques francs, si la Confédération des Syndicats médicaux acceptait de la faire faire en grande série et de le céder à tous les confrères au prix coûtant.

Dr Paul CHAVANON.

(1) DE LAPERSONNE. — Le nystagmus des mineurs. (*Echo médical du Nord*, avril 1900.)

L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

La Presse et les Sociétés

Le projet de loi portant création d'un ordre des médecins en Belgique

En exécution du vœu émis par le 28e Congrès de médecine professionnelle, tenu à Liége les 4 et 5 juillet 1936, une Commission créée par la Fédération médicale belge a élaboré un projet de loi sur la création d'un Ordre des médecins en Belgique, projet qui sera porté prochainement devant l'Assemblée générale de la F. M. B. et soumis ensuite au Parlement.

Le principe d'un Ordre des médecins a fait l'objet déjà de nombreux travaux et discussions. Il semble adopté à l'heure actuelle par la plupart des Unions professionnelles et la grande majorité du Corps médical belge. Mais les détails de son institution n'avaient pas encore été fixés. Aussi croyons-nous intéressant d'exposer la façon dont le projet qui vient d'être établi résoud les problèmes qui s'étaient déjà posés en France, lorsque cette question avait été à l'ordre du jour.

L'Ordre des médecins est conçu comme un organisme jouissant de la personnalité civile. Par définition même, il comprend obligatoirement tous les docteurs en médecine domiciliés en Belgique et régulièrement autorisés à y pratiquer l'art de guérir. L'un des points les plus délicats d'une telle institution est la délimitation exacte du rôle de l'Ordre, dans ses rapports notamment avec les organisations syndicales. Ce problème est réglé avec précision : l'Ordre est chargé de veiller au respect par ses membres des traditions de dignité, de délicatesse et de probité professionnelle, et de défendre l'honneur du Corps médical, mais toute ingérence dans le domaine religieux, philosophique, politique et *syndical* lui est interdite. L'Ordre n'aboutira donc nullement à enlever leurs raisons d'être aux organismes actuels de défense professionnelle, ni à se substituer à eux ; le Corps médical belge restera libre dans ses droits d'association pour la défense de ses intérêts matériels, car ces questions seront exclues de la compétence de l'Ordre. Il est même expressément spécifié que les Conseils de l'Ordre n'auront pas qualité pour apprécier le mode ou le taux des honoraires, « hors le cas où l'exagération répétée de ceux-ci constitue un manquement à la probité professionnelle ». Ainsi seront levées les appréhensions des médecins qui craignaient que les dirigeants syndicaux, membres des Conseils de l'Ordre, ne viennent à considérer comme manquement à la dignité professionnelle une dérogation aux prescriptions syndicales en matière de contrats ou de prestations de service. « Une telle coercition, dit l'exposé des motifs, serait absolument abusive. » Notons enfin que l'Ordre aurait qualité pour représenter les intérêts moraux collectifs du Corps médical devant toutes les juridictions.

A la tête de l'Ordre siège dans chaque province un Conseil désigné par les médecins domiciliés dans la province, au scrutin secret. Le vote est obligatoire, l'abstention sanctionnée. Les présidents des Conseils provinciaux constituent le Conseil supérieur de l'Ordre sis à Bruxelles dont le rôle est de créer les « pandectes » de la déontologie médicale, par la réunion des divers jugements des divers Conseils. Un problème difficile à résoudre est celui de la composition de ces Conseils, et l'on peut même dire que c'est à défaut d'accord sur ce point que le projet de création d'un Ordre des médecins a échoué en France. Deux tendances doivent être conciliées : s'agissant de questions professionnelles médicales, il faut laisser une large place aux médecins, mais ceux-ci n'ont pas les qualités ni les compétences nécessaires pour l'administration de la justice ; il est donc indispensable de les faire assister de techniciens, c'est-à-dire de magistrats afin de donner ainsi des garanties contre l'arbitraire et les passions partisanes. Auquel de ces deux éléments donner la majorité ? Le projet belge résoud le problème ainsi : en première instance, l'essentiel résidant dans l'appréciation des faits, de la compétence exclusive des médecins, le Conseil est seulement assisté d'un magistrat ayant voix consultative. En appel au contraire les éléments juridiques sont les plus importants ; le Conseil se compose alors de trois médecins membres du Conseil supérieur, et de trois conseillers à la Cour d'appel, l'un faisant fonction de président et ayant voix prépondérante.

La mise en marche de la procédure a lieu sur plainte d'un médecin ou d'un tiers. Cette plainte est instruite par le bureau du Conseil, qui soumet ensuite la cause au Conseil lui-même. Appel peut être formé dans le délai d'un mois. Les sanctions dont dispose l'Ordre sont les suivantes : avertissement, censure, réprimande, suspension pendant un terme qui ne peut excéder une année, et enfin interdiction définitive de pratiquer en Belgique. (*Bruxelles-Médical*, 29 novembre 1936.)

Jean MIGNON.

Les troubles morbides dus à la chaleur

Limitons le sujet, dit E-G. Wakefield, M. D. (1), aux troubles causés par les conditions extérieures ou atmosphériques sans modifications importantes de la surface du corps.

Les troubles dus à la chaleur comprennent le coup de soleil, le collapsus, les crampes, les brûlures superficielles et la sensibilité générale à la chaleur atmosphérique.

Le coup de soleil se produit dans des conditions tout à fait différentes de celles qui favorisent le collapsus et les crampes. Il survient dans une atmosphère très humide et très chaude; le collapsus, au contraire, dans une chaleur sèche ; les crampes (crampes des chauffeurs) par application directe d'une chaleur élevée dans une atmosphère sèche.

Il faut se rappeler, pour élucider l'étiologie des troubles dus à la chaleur, certaines considérations physiologiques sur les pertes de chaleur dans le corps humain. Ces pertes ont lieu par quatre voies différentes : par les excréta, par le chauffage de l'air inspiré, par l'évaporation d'eau à la surface de la muqueuse pulmonaire, enfin par l'évaporation, l'irradiation et la conduction qui se passent au niveau de la peau. Des quatre c'est la dernière qui est la plus importante. On s'explique ainsi l'importance du degré hygrométrique de l'air : en atmosphère humide le coup de soleil est possible puisque l'humidité affecte l'irradiation et l'évaporation par la peau; en atmosphère sèche et s'il y. a eu des pertes d'eau considérables, c'est le collapsus qui se produit. Il peut y avoir tous les degrés et toutes les combinaisons de lésions. Les milieux militaires ont, pour ces études, l'avantage de fournir à l'observation des hommes jeunes, en bonnes conditions physiques, nourris et habillés pratiquement de la même façon, astreints aux mêmes exercices coupés des mêmes repos.

La symptomatologie varie dans ces différentes formes.

Dans le coup de soleil il s'agit surtout de coma et de maux de tête précédant ou suivant celui-ci ; on trouve couramment une température de 44° centigrades, quelquefois de la diarrhée, le pouls est plein et bondissant, la peau chaude et sèche. Les troubles circulatoires sont importants car ils sont probablement la cause commune de la mort.

Par contre dans le collapsus la peau est moite et fraîche, le pouls faible, le malade paraît épuisé ; le shock et la déshydratation sont les caractéristiques principales.

Les crampes se font sentir dans les bras et les jambes et s'accompagnent de fièvre : La déshydratation et la fatigue sont d'importants facteurs de prédisposition.

Les troubles dus à la chaleur se présentent différemment en pratique civile. Ils surviennent généralement chez des gens malades ou débiles. Beaucoup de ceux qui en sont atteints ont un système thermo-régulateur dérangé par suite d'une atteinte antérieure. Un malade qui a souffert d'un coup de soleil est pour toujours fragilisé à la chaleur.

La question de l'acclimatement semble importante aux profanes : nous ne pouvons donner sur ce point d'indications nettes. Sur 29.000 marins composés d'hommes du Nord et d'hommes du Sud, il y eut, dans une période donnée, 121 malades de la chaleur chez les nordistes et 89 chez les Sudistes.

Dans le diagnostic différentiel, il y a lieu de penser au paludisme pernicieux, et, si le malade est âgé, à l'hémorragie cérébrale. Il faudra discuter aussi le coma diabétique, l'épilepsie, l'alcoolisme aigu, la dengue, le shock. En examinant un sujet comateux, ne pas perdre de vue la température extérieure.

Au point de vue du traitement,depuis que Flynn, en 1925) à montré la concentration sanguine dans le collapsus dû à la chaleur, s'est instituée la coutume de faire boire une solution faible de chlorure de sodium, à titre préventif, aux personnes exposées à de hautes température. Il semble qu'une telle mesure ait son intérêt pour prévenir le collapsus et les crampes ; l'injection intraveineuse de la solution chlorurée physiologique est donc le traitement systématique. Cependant il faut être prudent dans les injections intraveineuses tant que la température n'est pas descendue à 39° au moins, car l'œdème pulmonaire ou l'asystolie aiguë peut survenir à tout moment. Dans ce cas c'est la saignée qui serait indiquée.

Le traitement du coup de soleil, alors que l'asystolie aiguë est tout à fait vraisemblable, consiste à abaisser la température du corps par tous les moyens et à se tenir prêt à la saignée. En cas de convulsions, user d'un anesthésique.

Dans le collapsus, relever la température si elle est au-dessous de la normale et réhydrater, surtout si l'on a noté de la concentration sanguine.

Enfin, pour les crampes, c'est le soulagement de la douleur qui passe au premier plan. Employer les opiacés.

G. Lavalée.

(1) *Staff meetings of the Mayo clinic.*, July 29-1936.

« L'INSTINCT MATERNEL »

Parmi les sentiments multiples que peut renfermer l'âme féminine, il en est un qui occupe une place prépondérante : l'amour maternel. A ce sentiment, M. le Professeur Binet, dans un ouvrage remarquable « la vie sexuelle de la femme » (1), a consacré un important chapitre, et l'étude qu'il en a faite ne repose pas seulement sur des données de physiologie pure, mais comporte une grande part de philosophie.

Qu'est-ce donc que le « sens maternel » ? Si M. Gaston Rageot y voit le résultat de la civilisation, les sauvages ne tuent-ils pas volontiers leur progéniture, pour M. le Professeur Binet ce « goût des petits » fait partie intégrante de l'instinct de reproduction. Il présente en effet tous les caractères del'instinct ; il est d'abord naturel et inné ; il est, aussi, infaillible, servant les intérêts de l'individu, puisqu'il assure l'épanouissement organique et psychique de la femme, et servant les intérêts de l'espèce ; on le retrouve enfin aussi bien dans la race animale que dans la race humaine, dans toutes les classes sociales de l'humanité. Seuls, les difficultés de la vie et le relâchement des mœurs peuvent, chez certaines femmes, en atténuer les manifestations.

L'origine de l'instinct maternel a été des plus discutée, et reste encore des moins précises. Faut-il admettre l'action des sécrétions internes dans son développement ? Il ne semble pas que l'on doive être trop exclusif dans ce sens ; et si le fait de ne voir apparaître cet instinct, chez l'animal, que pendant la gestation a autorisé MM. Athias et Steinach à incriminer les sécrétions du corps jaune cependant que Sand faisait naître ce sens maternel, chez un cobaye châtré, par une greffe d'ovaires, de tels faits, tout en gardant une réelle valeur scientifique, ne permettent pas de conclure d'une façon absolue. Ce que l'on peut affirmer par contre, c'est que « instinct maternel et sexuel » se développent parallèlement et harmonieusement pour concourir à la reproduction. Que l'équilibre se rompe entre ces deux tendances : ce n'est qu'exceptionnellement que l'impulsion maternelle triomphe ; plus fréquemment l'instinct sexuel domine, comme il arrive si souvent à notre époque, et comme il en est dans toutes les périodes de décadence, étouffant dans la femme toute idée de conception.

On a pu se demander de quel caractère égoïste ou altruiste était composé l'instinct maternel. Dans quelques cas, il semblerait que le sentiment égoïste doive seul être envisagé. Déjà au XVIII[e] siècle Bonnet, puis au XIX[e] Cabanis, soutenaient que les soins donnés par la mère à ses petits constituaient pour elle un instrument de plaisir. Cette théorie a trouvé écho à notre époque, et les arguments de ses défenseurs ne sont pas sans fondement. Il est certaines femmes, en effet, qui tirent de l'étreinte de leur enfant, une satisfaction intense, peut-être parce qu'elle leur rappelle l'étreinte sexuelle ; il en est d'autres qui ressentent au cours de l'allaitement, une émotion indicible, véritablement d'ordre vénérien. Les cas cités par Háwelock-Ellis, le Professeur Maranon, Néré et Scard en font foi.

D'ailleurs, les sensations purement voluptueuses ne sont pas les seules raisons qui puissent expliquer, parfois, l'amour maternel ; et pour M. Pierre Janet, les enfants ne seraient qu'une annexe de la mère qui se retrouverait en eux, épanouie.

Une pareille thèse, on le conçoit, est sujette à discussion. Aussi M. le Professeur Binet prend-il pleinement partie pour la théorie altruiste. L'amour maternel ne s'accommode-t-il pas, en effet de la laideur et de la souffrance ; n'augmente-t-il pas dans l'épreuve ; n'est-il pas souvent le point de départ de grandioses sacrifices ! Ainsi envisagé, il apparaît alors « comme le plus doux et le plus généreux mouvement de l'instinct de reproduction. »

Il peut être malaisé de dire à quel moment s'observe l'instinct maternel. Chez les animaux, il précède de peu la naissance des petits et ne se poursuit que pendant le temps nécessaire à leur entretien. Dans l'espèce humaine, il en est autrement. Il se manifeste dès l'enfance — c'est donc bien ici un instinct véritable — et l'amour des poupées chez la fillette, plus tard, chez la jeune fille, la joie de s'occuper des petits, n'en sont qu'un puissant reflet ; qui pourra jamais dire, s'il est, dans ce premier stade, le résultat d'un phénomène d'imitation ou d'une expérience ancestrale ! Vient la procréation ; le sens maternel qui a grandi au cours de la grossesse — il peut exceptionnellement ne se dévoiler qu'alors — et a enfin trouvé son objet, se modifie. Il perd son caractère instinctif, devient conscient et raisonné ; il a pour base, dès ce moment, la mémoire affective.

Mais, quel que soit le moment auquel il apparaisse, les modalités qu'il peut revêtir sont extrêmement variables. Tantôt, il demeure superficiel, et peut, s'il est contrarié ou ne s'exerce pas, dépérir. Tantôt, tout en ne se manifestant que d'une façon pondérée, il possède des racines profondes : « L'amour s'envole, l'amitié s'altère,

(1) « La vie sexuelle de la femme ». Edition de l'Expansion scientifique française, 2[e] édition.

l'ambition faiblit, l'instinct maternel seul demeure », et ce n'est parfois qu'à l'occasion de drames intimes que l'on peut mesurer l'intensité de la vocation maternelle.

Dans d'autres cas, enfin, il peut exister une exubérance de cet instinct, accaparant à lui seul toute la vie affective. Qui n'a pas rencontré de ces femmes, ne vivant que dans l'espoir de réaliser leur rêve : avoir un enfant ! Quelquefois pourtant cet immense désir ne s'est manifesté chez elles que trop tardivement, alors que l'usage, jusque-là, de pratiques anticonceptionnelles où les rigueurs de l'âge ont entraîné leur stérilité. Il ne leur reste plus alors qu'un grand regret ou qu'un violent remord. Heureuses sont-elles encore, si la mélancolie, qu'elles trouvent dans leur solitude, ne réagit pas sur leur état mental, et n'entraîne pas des troubles psychiques parfois chroniques, souvent aigus.

C'est devant de tels faits, que l'on comprend toute la portée de la conclusion de M. le Professeur Binet dans son ouvrage : la mission véritable de la femme, le couronnement de sa jeunesse, réside en la maternité.

P. MOLINÉRY.

BIBLIOGRAPHIE

RAYMOND GROC. — **Moyennes (Maximes, réflexions, notes)**
Edit. Le Bon Plaisir, 2, rue Romiguières, Toulouse, 1936

Notre confrère Raymond GROC sait :

Passer du grave au doux du plaisant au sévère.

Il nous avait égayé, car il est impossible de nous scandaliser, par la verve cynique de ses poèmes : Le désir mis à nu, Etrennes galantes, Impertinences ou Vérités premières, etc., etc.

Aujourd'hui, il publie un livre de réflexions *Moyennes*, dont certaines trouveraient leur place à côté des Pensées de Pascal, des Maximes de La Rochefoucauld, des Caractères de La Bruyère ou des œuvres de Vauvenargues et de Joubert.

Certaines de ses maximes sont vraiment plaisantes. Telles les suivantes :

Le journalisme mène à tout à condition de n'en jamais sortir.

Ce sont ordinairement les gens qui *se font des cheveux* qui sont chauves.

Un moyen économique de s'assurer le vivre et le couvert : dévorer sa honte et s'enfermer dans son mutisme.

D'autres, toujours ironiques, sont plus graves :

Une qualité indispensable chez les gens vertueux, l'indulgence ; sans elle, la Vertu devient tyrannique et haïssable.

« *Le travail c'est la Liberté !* »

Evidemment, mais seulement pour ceux qui font travailler.

Il en est qui méritent d'être méditées à notre époque. Exemples :

Il importe que la crapule triomphe de temps à autre — pour vaincre l'apathie des honnêtes gens.

« La parole est d'argent et le silence est d'or ». Parbleu ! Parce que l'on peut le monnayer un bon prix.

R. Groc ne se fait d'ailleurs aucune illusion sur la portée de son œuvre :

Le faiseur de maximes, écrit-il, est, en général, un homme incapable d'action ou que l'âge ou les déboires lassèrent d'agir : il se borne à consigner et à définir les mobiles d'action d'autrui et surtout ceux qui, jadis, le poussèrent à agir. Aussi n'est-il jamais pris au sérieux par ses contemporains qui, à tous ses sages avis, préfèrent les œuvres fades ou belles de ceux qui se contentent de raconter ce qu'ils voient autour d'eux, sans chercher trop à en démêler le pourquoi et le comment.

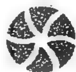
Sous cette prétendue sagesse, exposée avec ironie, souvent avec esprit, Raymond Groc paraît cacher un fond de cruelle désillusion et de pessimisme.

Il écrit surtout par dilettantisme et il ne le cache pas, car il termine par cette pensée :

L'homme qui n'a pas de *violon d'Ingres* est dangereux pour les autres et pour lui-même

Nous croyons bien que c'est vrai.

J. NOIR.



LA PAGE SANS MÉDECINE

..... *Mais cette éclipse de l'esprit critique n'a qu'un temps.....*

Pierre MAURIAC

1. Charles MAURRAS. — **L'amitié de Platon.** Un vol. 12 × 16 tiré à 395 ex. numérotés sur les presses de Darantière. *Editions du Cadran,* 1936.

L'ÉDITION de luxe durement touchée par la crise, se meurt littéralement. A peine de loin en loin un beau livre... Celui-ci vient à son heure, comme un rayon de soleil entre deux orages. Son auteur, hors de toute considération politique, examine avec sa coutumière fermeté dialectique les raisons de durée du dogme platonicien. Chacun de nous, à cette heure grave de nos destinées, peut se délasser à cette lecture ou serait-il déjà vrai que nous n'avons plus besoin de cerveaux et que commence (comme je l'écrivais ces mois derniers !) le règne triste des analphabètes ? On a accumulé (j'en viens au vif de mon sujet !) sur Platon les sottises les plus solennelles. En se jouant M. Maurras en fait justice. Il restera sans doute, après sa docte critique, de vivaces erreurs, fades nourritures des clercs, des préjugés de politique ou de sentiment touchant l'œuvre qu'il dépouille de ses ambiguïtés, mais il est bien difficile quand on a parcouru sa plaquette de ne pas souscrire à sa conclusion : « *Dans toute la longue succession de purs philosophes, il n'y en a pas un qui ait conçu des mondes où tourne un plus grand nombre de possibles amis....* Cette universalité des dogmes de Platon est remarquablement mise en lumière et (ce me paraît le point capital de cette magnifique argumentation) débarrassée des tendancieuses interprétations qui au cours des siècles en ont artificieusement diminué la portée philosophique. Une belle habileté dialectique enchaîne le raisonnement, souple, aimablement sinueux. Il ne manque à ce robuste édifice qu'une ironique dédicace à Monsieur Gide. La typographie a la coutumière noblesse des œuvres sorties du « *Cadran* » et un bois de Decaris y met la note quiète du conformisme.

2. André THÉRIVE. — **Fils du jour.** Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions Bernard Grasset,* Paris, 1936. 15 fr.

LES héros de Monsieur Thérive appartiennent au monde fermé des bien-pensants. Les mésaventures fondent sur eux sans égard pour cette qualité. Leur contact avec les bas-fonds urbains est âprement décrit par le romancier et présente toute l'effervescente aigreur d'une réaction chimique entre incompatibles malencontreusement mêlés au creuset ! Mieux encore qu'un roman cette œuvre est une calme satire des préjugés, des illusions douillettes où se complaisait ce que l'on était convenu d'appeler la bourgeoisie. Et qui conduit toute une famille vivant entre les œillières de ses conventions aux pires catastrophes. Tout ce microcosme fade est impitoyablement buriné, avec ses relents et ses obscures hypocrisies, ses mesquineries et sa grisaille.

3. Joseph DE PESQUIDOUX, de l'Académie française. — **La harde.** Un vol. 12 × 19. *Editions Plon,* Paris, 1936 : 15 fr.

MON éminent voisin traite méthodiquement la continuation de sa glorification de la terre, un peu comme s'il poursuivait familièrement d'amples géorgiques de Gascogne. Dans son nouveau livre, construit avec la sérénité d'un livre de raison où il aurait ajouté la minutie du talent descriptif, il nous présente la palombière, l'élevage pour courses landaises, la sorcière, le charron, l'éleveur de perruches, la chasse au lièvre. Il réserve quelques lignes émues au vieux médecin d'Armagnac qu'il connut : « *Je tairai même son nom, mais il apparaîtra, en effet sous cet anonymat, comme le type de ces praticiens d'autrefois, volontairement effacés au fond de nos campagnes, dont ils étaient la providence, presque à l'égal du prêtre* ». Ces tableaux, ces billets, ces souvenirs ont le ferme dessin et la précision des lumineux paysages qu'ils évoquent.

4. Luc DURTAIN. — **Le globe sous le bras.** Un vol. 12 × 19. *Editions Flammarion,* Paris, 1936, 15 fr.

LUC Durtain, grand voyageur, ne s'arrête pas lui non plus au pittoresque des panoramas. Il promène sur la planète « malade » son regard aigu de médecin : saisissant le détail, martelant une remarque, ramenant à l'échelle humaine les convulsions politiques, les mystiques, les reliques d'art, les sites qu'il délimite avec un égal bonheur d'expression. Je ne lui ferai qu'un reproche : il parcourt la Russie avec une âme touchante et naïve de pèlerin.....

5. Henri POURRAT. — **Contes de la bucheronne.** Un vol. cartonné sous toile 12 × 19. *Editions Mame,* Tours, 1936.

APRÈS une érudite préface où Pourrat nous montre l'enseignement du conte et souhaite sa survivance, nous revoici en compagnie de

l'ogre, du fils du roi, de la belle et (comme dans la vie !) de la bête ; mais en récits où le folklore et toute cette « petite mythologie » de la montagne d'Auvergne sont rustiquement façonnés jusqu'à garder leur candeur et leur fraîcheur.

6. Marcel AYMÉ. — **Le moulin de la sourdine**. Roman. Un vol. 12 × 19. *Editions de la N. R. F.*, Paris, 1936, 15 fr.

Le titre a je ne sais quel séduisant romantisme dont s'éloigne le récit, mitigé de roman-policier et d'habile populisme. Marcel Aymé qui a de solides qualités de romancier les gaspille en pitreries et intermittentes célineries dans cette histoire qui oscille du macabre au vaudeville et dont on parle cependant pour le prochain Goncourt !

7. Jérome et Jean THARAUD. — **Le passant d'Ethiopie**. Un vol. 12 × 19. *Editions Plon*. Paris, 1936, 15 fr.

La proverbiale concision des Tharaud leur a permis de rassembler dans ce livre, avant les péripéties de la récente conquête, toute l'histoire d'Abyssinie. Conteurs merveilleux ils ont donné à leur prose ce relief si particulier qui fait de tous leurs livres de vivants documents. Du Négus dont ils furent les hôtes aux vainqueurs romains qu'ils visitent ensuite à Rome (avec une humoristique halte au Vatican) ils brossent d'inoubliables portraits où la plus fine psychologie perce à chaque ligne sous les mots d'une paradoxale simplicité.

Varia***

Chez Valère, 8, rue de l'Arrivée, à Paris, en souscription, le « *Malheureux petit voyage* » de Gabriel Soulages qui sera accompagné de 75 compositions en couleurs de Carlègle.

* Dans « *Mesures* » d'octobre une curieuse présentation de Louis-Claude de Saint-Martin par notre érudit confrère, Octave Béliard ; fragments d'autobiographie de Denys Zecaire ; poèmes posthumes de Beddoes ; un essai de Ramuz.

* Dans le « *Figaro Illustré* » d'octobre l'annuelle rétrospective de l'auto ; de vives chroniques ; un bel article sur Rodin et des notes illustrées très documentées sur la mode d'hiver.

* Dans le « *Mercure de France* » du 1er novembre : l'évolution psychologique d'Arthur Rimbaud ; Racine et la musique ; dans le numéro du 1er octobre un essai où il y a beaucoup à glaner sur l'intelligence et le parti-pris par le Doyen Pierre Mauriac.

* Le « *Crapouillot* » de septembre traite des « Juifs ».

* La « *Nouvelle Revue Française* » d'octobre donne une notice nécrologique de Dabit et des extraits inédits ; un remarquable « Labyrinthe » de Fargue et de pertinentes remarques de Jean Paulhan sur la chose littéraire.

31 octobre 1936

Dr Jean SÉVAL.

HÔPITAUX DE LONDRES

Le système actuel des assurances contre la maladie a complètement transformé, à Londres, la condition des hôpitaux, et bouleversé de vieilles coutumes qui semblaient inaltérables. Un rapport récent de l'Association médicale britannique nous expose tout au long les transformations récentes.

Au commencement du siècle, les pauvres pouvaient obtenir des soins médicaux excellents dans les « Voluntary Hospitals », ainsi nommés parce qu'ils étaient entretenus par des fonds privés et entièrement indépendants du gouvernement. Ces hôpitaux, actuellement, sont pour les quatre cinquièmes consacrés à des spécialités. L'assurance-maladie, ou certaines modalités d'assurance privée, en effet, couvrent maintenant les frais médicaux de toute la population nécessiteuse, et indemnise les médecins, mais pas les spécialistes, qui d'autre part ont besoin pour exercer leur pratique d'hôpitaux parfaitement outillés. L'Association médicale britannique est satisfaite de ce système, demandant pourtant que les malades ne soient reçus dans ces hôpitaux spécialisés, sauf en cas d'urgence que sur la demande du médecin traitant.

Un autre groupe d'hôpitaux, les « Poor Law Hospitals », qui offraient deux fois plus de lits que les « Voluntary Hospitals », étaient entretenus par des taxes municipales, et leurs médecins étaient *full-time*, c'est-à-dire ne faisaient pas de clientèle privée. Ces « Poor Law Hospitals » n'étaient pas très modernes, et représentaient ce que nous appelons en France des hospices. Leur clientèle était donc presque exclusivement de pauvres. Aujourd'hui ils se sont transformés ; leur équipement est parfait, et ils reçoivent des malades payants ou du moins taxés suivant leurs ressources. La différence entre eux et les « Voluntary Hospitals » est surtout dans le corps médical ; dans les « Poor Law Hospitals » les médecins sont des fonctionnaires, et il ne s'y fait aucun enseignement ; dans les « Voluntary Hospitals », sous leur forme nouvelle, on peut trouver les meilleurs spécialistes de Londres. Mais cette distinction va s'atténuer avec le temps.

Ph. DALLY.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Roues indépendantes — Roues à essieu rigide

L'indépendance des roues, et particulièrement des roues avant, constitue à première vue un perfectionnement considérable dans la suspension et la tenue de route des voitures. Et cependant, de grands constructeurs, comme par exemple Renault, sont restés fidèles à l'essieu rigide.

Il paraît en conséquence intéressant d'étudier l'action des roues indépendantes, encore moins connu que celle des roues montées sur essieu rigide. En France, c'est Peugeot qui a sorti le premier en grande série des voitures munies de roues avant indépendantes, bientôt suivi par Citroën, avec ses 7 et 11 CV à quatre roues indépendantes.

Il est évident que ce sont les roues avant, qui influent plus particulièrement sur la direction et la suspension.

Si la tenue de route, la sûreté de direction et la suspension sont naturellement améliorées par l'indépendance des roues, puisque, lorsqu'une roue est seule sollicitée par un obstacle, elle se déplace seule aussi, le but principal recherché par les ingénieurs en la circonstance a été de soustraire l'ensemble du mécanisme mobile, et surtout les organes de direction, aux efforts importants résultant des phénomènes gyroscopiques.

Le gyroscope et ses effets ont été vulgarisés par les toupies-gyroscopes, capables de se tenir en équilibre dans des positions extraordinaires.

Or, comme le font judicieusement remarquer les notices de Peugeot, on retrouve en automobile des gyroscopes dans tous les organes tournant à grande vitesse et dont la forme se rapproche du disque aplati.

Une roue d'automobile, avec son pneu, sa jante et sa poulie de frein, constitue, quand elle tourne, un excellent et puissant gyroscope.

Mais le gyroscope n'est pas toujours un élément stabilisateur. Dans certaines circonstances, il devient même un facteur de troubles.

Si l'on déplace un gyroscope de telle façon que le plan de rotation reste constamment parallèle à lui-même, il ne se produit aucun phénomène gyroscopique.

Si on le déplace dans un autre plan, le gyroscope réagit et sa réaction s'exerce dans une nouvelle direction qui n'est pas opposée à la direction première mais à 90° de celle-ci.

Il est facile de vérifier l'importance de ce curieux phénomène en faisant tourner rapidement une roue de bicyclette garnie de son pneu, et tenue par les deux extrémités de l'axe. Déplacée verticalement ou horizontalement l'axe toujours maintenu parallèle à lui-même, aucune réaction n'est perçue par les mains.

Elevée rapidement et verticalement, tenue par une seule extrémité de l'axe, la roue cherche à se déplacer en éventail dans le plan horizontal. La force qui tend ainsi à braquer la roue est d'autant plus grande que la vitesse de rotation de la roue est plus rapide et que le mouvement d'élévation d'un des côtés de l'axe est plus prompt.

Or, ce mouvement se reproduit sur les voitures à essieu avant rigide, chaque fois qu'une roue est soulevée seule par un obstacle. A ce moment, en effet, tout l'ensemble de l'essieu pivote suivant un arc de cercle, dont le centre est le point de contact de la seconde roue avec le sol. Dans ce mouvement, les deux roues gyroscopes déplacées dans des plans non-parallèles à elles-mêmes luttent contre les organes de direction et cherchent à se braquer.

Un mouvement inverse se produit quand la roue redescend de l'obstacle.

Tous ces mouvements se traduisent par un battement incessant du volant de direction.

Quand la voiture roule sur un terrain légèrement raboteux, le conducteur a l'impression que les roues avant « frissonnent ».

Si la voiture est en mauvais état, si la direction a trop de jeu, le battement des roues s'accentue et est susceptible de produire ce que l'on a appelé le « shimmy ».

Dans les voitures à essieu avant rigide bien construites, ces phénomènes gyroscopiques sont absorbés par des dispositifs spéciaux, mais c'est toujours au détriment de la suspension.

Tous les phénomènes gyroscopiques sont supprimés par un système de train avant, tel que les roues se déplacent verticalement en restant constamment parallèles à elles-mêmes.

L'amélioration de la suspension est consécutive, avec ce dispositif, à la possibilité d'admettre des déplacements importants des roues avant dans le sens vertical.

La souplesse des ressorts avant n'a plus besoin d'être limitée.

Les ressorts très flexibles et les roues — indépendantes — soustraient en fait les voyageurs aux chocs qui, dans les autres solutions, ne peuvent pas être aussi complètement absorbés.

En outre, et comme conséquence directe, le volant de direction devient un organe inerte. Il n'est plus nécessaire de corriger sans cesse la direction pour tenir la ligne droite.

La sûreté de direction est accrue en même temps que sa sensibilité, ce qui est très important sur les routes glissantes, car le conducteur sent les réactions de la route avant même d'en constater les effets dans la trajectoire de sa voiture, effets d'ailleurs infiniment moindres que sur les voitures à essieu rigide.

(*A suivre.*) Marcel Toussaint.

DOCUMENTS OFFICIELS

DIRECTION DES AFFAIRES DÉPARTEMENTALES — PRÉFECTURE DE LA SEINE

Service des Soins gratuits aux Victimes de la Guerre

(Loi du 31 mars 1919) art. 64

Liste des Etablissements hospitaliers privés agréés par les Commissions départementales de contrôle, conformément an paragr. 1 de l'article 31 du décret du 25 octobre 1932.

1er ARR. — Clinique du Pont-Neuf, 15, place du Pont-Neuf.

Ve ARR. — Institut du Radium, 26, rue d'Ulm.

VIe ARR. — Clinique ophtalmologique des Docteurs Dehenne et Bailliart, 24, rue Monsieur-le-Prince ; Maison de Santé du Docteur Lacat (maladies des yeux), 18, rue du Dragon.

VIIe ARR. — Maison de Santé du Docteur Virenque, 3, rue Edmond-Valentin.

VIIIe ARR. — Clinique-Maison de Santé ophtalmologique (Docteur Chappe), 72, rue d'Amsterdam.

IXe ARR. — Maison de Santé chirurgicale du Docteur Levillain, 5, rue Henner.

XIIIe ARR. — Maison de Santé des Gardiens de la Paix, 35, boulevard Saint-Marcel ; Hôpital-Ecole de la Croix-Rouge, rue des Peupliers ; Hôpital Péan, 11, rue de la Santé ; Dispensaire-Hôpital-Ecole « Heine-Fould », 35, rue de la Glacière ; Hôpital Foch, 60, rue Vergniaud.

XIVe ARR. — Hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse ; Notre-Dame-de Bon-Secours, 66, rue des Plantes ; Dispensaire Marie-Madeleine, 75, rue de la Tombe-Issoire ; Hôpital de l'Association « Léopold-Bellan », 7, rue du Texel ; Hôpital privé de Chirurgie et d'Obstétrique du Docteur Martel, 219, rue Vercingétorix.

XVe ARR. — Maison de Santé, 60, rue Violet ; Dispensaire de l'Espérance, rue de la Convention ; Hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres ; Maison de Santé internationale du Docteur Bilhaut, 180, rue de Vaugirard ; Clinique orthopédique du Docteur Privat, 79, rue de l'Eglise ; Clinique chirurgicale du Docteur Judet, 3, square Desaix.

XVIe ARR. — Institut biologique de radio-activité, 36, rue Copernic ; Maison de Santé de l'Etoile, 5, rue du Dôme ; Clinique urologique et chirurgicale, du Docteur Lefur, 21, rue Rémusat ; Hôpital de l'Association des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange ; Clinique Franklin (Docteur Petit de la Villéon) en son nom personnel, 15, rue Franklin ; Maison de Santé Mozart, 2, rue du Docteur-Blanche ; Maison de Santé « Villa Eugène-Manuel », 7 *bis*, rue Eugène-Manuel.

XVIIe ARR. — Maison de Santé « Brochant » (Docteur Combault), 23, rue Brochant ; Société en nom collectif du Docteur Dedet et Cie (Maison de Santé), 74 et 76, rue Laugier ; Hôpital-Ecole, Dispensaire de l'Union des Femmes de France, 32, rue de la Jonquière.

XVIIIe ARR. — Fondation Mathilde-Henri de Rotschild, 199, rue Marcadet.

XIXe ARR. — Clinique Rémy de Gourmont, 18, rue Rémy-de-Gourmont.

XXe ARR. — Œuvre de la Croix-Saint-Simon, 18, rue de la Croix-Saint-Simon.

COURBEVOIE. — Maison de Santé médico-chirurgicale « La Montagne », 12, rue de la Montagne ; Maison de Santé « Villa Médicis », 49 *bis*, rue de Bezons ; Clinique « Les Violettes », 41, rue de Colombes.

LEVALLOIS-PERRET. — M. Maurice Plicque, administrateur de l'hôpital du Perpétuel-Secours, rue de Villiers et 2, rue Kléber. ; Fondation Isaac-Péreire, Société civile des Fondations Isaac Péreire, 107, rue Gide.

MONTROUGE. — Villa du Parc, clinique chirurgicale, 75, Grande-Rue.

NEUILLY-SUR-SEINE. — Maison de Santé chirurgicale Saint-Pierre, 18, rue Saint-Pierre ; Clinique du Professeur Cunéo, 26, Boulevard Victor-Hugo ; Hôpital communal de Neuilly, 34 et 36, boulevard Bourdon ; Maison de Santé, 5, rue Pierre-Cherest.

SAINT-OUEN. — Clinique du Docteur Masmonteil dite du « Landy » (Clinique chirurgicale), 4, rue Rabelais.

NOGENT-SUR-MARNE. — Maison de Santé chirurgicale dite « Sainte-Marie (Propriété du Docteur Gentil), 2, rue Jacques-Kablé.

ASNIÈRES. — Maison de Santé d'Asnières, 2, rue de la Concorde (près le marché).

AUBERVILLIERS. — Maison de Santé de l'Orangerie (Docteur Abi-Colombet), 11, boulevard Anatole-France.

SAINT-MANDÉ. — Maison de Santé du Docteur Roulland (Service de Chirurgie), 48, Chaussée de l'Etang.

VILLEJUIF. — Maison de Santé du Docteur Lacroix, 50, route de Fontainebleau.

CHARENTON. — Maison de Santé « Villa Gravelle », 37, rue des Ecoles.

BOIS-COLOMBES. — Etablissements médicaux de la Région parisienne, 25, rue Jean-Jaurès.

MALAKOFF. — Clinique médico-chirurgicale du Docteur Poujade, 85, avenue Pierre-Larousse.

BOURG-LA-REINE. — Maison de l'Assomption, 24, avenue Victor-Hugo.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Chaire de thérapeutique.** (Professeur : M. Paul Harvier.) — *Cours spéciaux sur la physiothérapie, la diététique et la thérapeutique dermatologique.* (Grand amphithéâtre de la Faculté.) — Vendredi 8 janvier, à 17 heures, Docteur P. Duhem, électro-radiologiste des Enfants-Malades : Electro-radiothérapie des maladies du système nerveux. — Samedi 9 janvier, à 16 heures, Docteur L. Delherm, électro-radiologiste de la Pitié : Physiothérapie des algies. — Vendredi 15 janvier, à 17 heures, Docteur J. Belot, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis : Physiothérapie des affections cutanées. — Samedi 16 janvier, à 16 heures, Docteur Turpin, agrégé : Alimentation du nourrisson normal. — Vendredi 22 janvier, à 17 heures, Docteur Turpin, agrégé : Alimentation du nourrisson normal (*suite*). — Samedi 23 janvier, à 16 heures, Docteur J. Huber, médecin de l'hôpital Ambroise Paré : Sevrage et alimentation après le sevrage. — Vendredi 29 janvier, à 17 heures. Docteur E. Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau : Régime des affections gastro-intestinales du nourrisson. — Samedi 30 janvier, à 16 heures, Docteur J. Decourt, médecin des hôpitaux : Traitement de l'anaphylaxie d'origine alimentaire.

Vendredi 5 février, à 17 heures, Docteur Bariéty, agrégé : Traitement des avitaminoses. — Samedi 6 février, à 16 heures, Docteur G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des infections cutanées. — Vendredi 12 février, à 17 heures, Docteur G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des infections cutanées (*suite*). — Samedi 13 février, à 16 heures, Docteur R. Degos, médecin des hôpitaux : Thérapeutique externe des dermatoses. — Vendredi 19 février, à 17 heures, Docteur P. Chevallier, agrégé : Traitement des prurits. — Samedi 20 février, à 16 heures, Docteur Sézary, agrégé : Traitement de l'eczéma.

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Wilmoth, agrégé, commencera son cours le vendredi 8 janvier 1937, à 17 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme. — Pathologie chirurgicale de l'appareil génital de la femme

— **Cours de pathologie chirurgicale.** — M. Petit-Dutaillis, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le jeudi 7 janvier 1937, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Programme. — Affections de la tête et du cou.

— **Hôpital de la Pitié.** — M. le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Georges Rosenthal, Jean Vinchon, Robert Largeau, H.-M. Gallot, Georges d'Heucqueville, H.-M. Fay, Mme Lecomte et M. Jean Noailles, a commencé ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades, et les continue tous les mercredis à 10 heures.

Objet du cours : Neurologie.

Horaire du Service : tous les matins, à 9 heures, visite. — Lundi, à 10 heures, M. Largeau : Examens endocrino-pathologiques. — Lundi, à 11 heures, M. H.-M. Gallot : Conférence de séméiologie. — Mardi à 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Consultation de neurologie. — Mercredi, à 10 heures, M Laignel-Lavastine : Présentation de malades. — Jeudi, à 10 heures, M. Fay : Consultation de neuro-psychiatrie infantile. — Vendredi, à 10 heures, M. Vinchon : Consultation neuro-psychiatrique. — Vendredi, à 11 heures, M. Laignel-Lavastine : Clinique psychiatrique. — Samedi, à 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Consultation endocrino-sympathologique.

— **Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques.** (Professeur : Maurice Villaret.) — En janvier et février 1937 seront traitées les 14 leçons suivantes : Crénothérapie des pneumopathies non tuberculeuses. Indications cliniques. — Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire : Indications cliniques. — Thalassothérapie et créno-climatothérapie des tuberculoses extra-pulmonaires. Indications cliniques. — Crénothérapie des maladies du foie et des voies biliaires. — Crénothérapie des maladies de l'estomac et de l'intestin. — Stations créno-climatologiques des maladies du tube digestif (foie et estomac). — Stations créno-climatologiques des maladies du tube digestif (intestin). — Créno-climatothérapie du diabète. — Créno-climatothérapie de la goutte, de l'oxalémie et de l'obésité. — Créno-climatothérapie du rhumatisme chronique. — Créno-climatothérapie des affection du système nerveux. — Créno-climatothérapie des affections gynécologiques. — Créno-climatothérapie de la syphilis et des maladies de la peau. — Créno-climatothérapie des maladies des enfants.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.* (Clinique Parrot). — Organisation de l'enseignement. — Tous les matins, à 10 heures, visite par le Professeur Lereboullet et le Docteur Marcel Lelong, agrégé, médecin des hôpitaux, dans les salles de médecine et les nourriceries.

Le lundi, à 11 heures : Conférence sur les maladies du tube digestif dans la première enfance, par M. Marcel Lelong, agrégé, à l'amphithéâtre Parrot.

Le mardi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, consultation de neuro-psychiatrie infantile, par le Docteur Pichon, médecin des hôpitaux. Consultation de dermato-syphiligraphie infantile, par le Docteur M. Benoist, ancien chef de clinique ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot.

Le mercredi, à 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre Parrot, par le Professeur Lereboullet.

Le jeudi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson ; à 11 heures : Leçon d'hygiène et de clinique du premier âge, par M. Marcel Lelong, dans le service de médecine.

Le vendredi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, consultation de médecine infantile et de dermato-syphiligraphie ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot et conférence de diététique et de thérapeutique infantile, par le Professeur Lereboullet.

Le samedi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot.

En outre, pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) : Enseignement pratique de puériculture (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine). S'inscrire pour cet enseignement au laboratoire. Il sera suivi de 11 heures à midi d'une consultation de nourrissons à l'amphithéâtre Parrot.

HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Enseignement, concours, avis divers

— **Hôpital Saint-Louis.** — Un cours pratique de thérapeutique dermatologique aura lieu dans le service de M. Sézary, du 18 au 31 janvier 1937. Droit : 400 francs. S'adresser le matin à l'hôpital Saint-Louis, service du Docteur Sézary.

— **Concours de stomatologiste des hôpitaux.** — *Admissibilité.* — Epreuve théorique. — Ont obtenu : MM. Bornet, 19 ; Cauhépé, 28 ; Friez, 18 ; Gencel, 20 ; Maleplate, 19 ; Marie, 25 ; Mesnards, 13 ; Vrasse, 12.

Composition écrite générale. Ont obtenu : MM. Bornet, 16 ; Cauhépé, 12 ; Friez, 18 ; Gencel, 11 ; Maleplate, 10 ; Marie, 17 ; Mesnards, 10 ; Vrasse, 19.

Composition écrite dentaire. Ont obtenu : MM. Bornet, 13 ; Cauhépé, 12 ; Friez, 14 ; Gencel, 16 ; Maleplate, 12 ; Maris, 14 ; Mesnards, 14 ; Vrasse, 12.

Total des points obtenus : MM. Bornet, 48 ; Cauhépé, 52 ; Friez, 50 ; Gencel, 47 ; Maleplate, 41 ; Marie, 56 ; Mesnard, 37 ; Vrasse, 43.

Admissibles : MM. Marie, Cauhépé, Friez, Bornet.

Nomination. Epreuve orale théorique. Question donnée : Causes, prophylaxie et traitement de l'hémorragie consécutive à l'avulsion dentaire.

Ont obtenu : MM. Bornet, 13 ; Cauhépé, 16 ; Friez, 15 ; Marie, 19.

Epreuve orale de prothèse. Ont obtenu : MM. Bornet, 10 ; Cauhépé, 19 ; Friez, 16 ; Marie, 18.

Composition écrite. Ont obtenu : MM. Bornet, 29 ; Cauhépé, 30 ; Friez, 30 ; Marie, 30.

Total des points obtenus : MM. Bornet, 100 ; Cauhépé, 117 ; Friez 111 ; Marie, 123.

Sont nommés stomatologistes des hôpitaux : MM. Marie, Cauhépé.

— **Concours d'assistant d'électro-radiologie.** — Epreuve sur titres. Ont obtenu : MM. Codet, 12 ; Duchamp, 14 ; Guillaumont, 15 ; Lamy, 12 ; Le Camus, 14 ; Le Canuet, 14 ; Monmignault, 15 ; Pizon, 15 ; Simon, 12.

Séance du 2 décembre. Radiologie. Question posée : Technique générale d'un examen radioscopique du poumon.

Questions restées dans l'urne : Le rapport entre les mesures usuelles en radiothérapie. H. R. V. — Effectuer une radiographie de la hanche droite. Au cours de cette opération, exposer au jury ce que l'on fait.

Ont obtenu : MM. Codet, 10 ; Duchamp, 14 ; Guillaumont, 12 ; Lamy, 16 ; Le Camus, 13 ; Le Canuet, 12 ; Monmignault, 13 ; Pizon, 15 ; Simon, 9.

Séance du 4 décembre. Electrologie. — Ont obtenu : MM. Cadet, 8 ; Duchamp, 14 ; Guillaumont, 13 ; Lamy, 13 ; Le Camus, 13 ; Le Canuet, 12 ; Monmigault, 17 ; Pizon, 16 ; Simon 8.

— **Mutations dans les services d'électro-radiologie.** — A Bretonneau (en remplacement de M. le Docteur Lobligeois, atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Lomon, de l'hôpital Hérold.

A Hérold, M. le Docteur Gibet, titularisé.

A Bichat (en remplacement de M. le Docteur Beaujard, atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Lehman, de l'hôpital Broca.

A Broca, M. le Docteur Gilson, de l'hôpital Tenon.

A Tenon, M. le Docteur Lepennetier, titularisé.

A la clinique Baudelocque (en remplacement de Mme de Brancas, décédée), M. le Docteur Petit, titularisé.

— **Mutations dans les services d'oto-rhino-laryngologie.** — A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. le Docteur Grivot, atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Halphen, de l'hôpital Saint-Louis.

A Saint-Louis, M. le Docteur Bouchet, titularisé.

A la consultation de l'hôpital Ambroise-Paré, M. le Docteur Leroux, de la consultation de Cochin.

A la consultation de l'hôpital Cochin, M. le Docteur Maduro.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(*Voir les* **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi-Colonnes** »)

— **Prix de l'Académie des Sciences.** — *Prix Montyon* : Un prix de 2.500 francs à M. Léon Delhoume ; un prix de 2.500 francs à M. Marius Piéry ; un prix de 2.500 francs à M. Pierre Rigaud. Trois mentions honorables de 1.500 francs sont attribuées : à MM. Jacques Courtois et Raoul Lecocq, à M. André Feil, à M. Maurice Sourdille. Sont cités : MM. Emile Gilbrin et Georges Fabiani. — *Prix Barbier* (2.000 francs), à M. Bernard Gouzon. — *Prix Bréant*, à M. Jean Laigret. — *Prix Godard* (1.000 francs), à M. Pierre Feyel. — *Prix Mège* (1.000 francs), à M. Joseph Magrou. — *Prix Bellion* (1.400 francs), à M. Marcel Belin. — *Prix du baron Larrey* (1.000 francs), à M. Pierre Oudard. — *Fonds Charles Bouchard*, à M. Mario Lebel . — *Prix Jean-Dagnan-Bouveret* (15.000 francs), à M. Claudius Regaud.

Cancer et tuberculose. — *Fondation Roy-Vaucouloux* (6.000 francs), à M. Léon Velluz. — *Prix Louise-Darracq*, à MM. Charles Oberling et Maurice Guérin. — *Prix Eugène-et-Amélie-Dupuis* (4.000 francs), à M. Ernest Coulaud.

— **Croisières à prix minime, en Allemagne et en Italie.** — Dans un but de santé et d'hygiène, il est organisé en Allemagne et en Italie des croisières à prix minime, à bord de paquebots en chômage. Les voyageurs apportent eux-mêmes leurs provisions alimentaires qui sont mises en commun dans des frigidaires. Ils paient au total 8 ou 15 marks seulement pour une croisière de 8 ou 15 jours, soit un mark par jour. C'est vraiment la croisière pour tous !

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

toire et l'exécutoire. Il est bien évident que si les mémoires se couvrent de poussière dans les tiroirs du Parquet pendant quatre ou six mois je risque encore longtemps de ne jamais les présenter à temps et d'être obligé de recourir à toute la série de la paperasserie tracassière que je voudrais bien ignorer.

D[r] G.

Réponse

Suivant l'article 143 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, « les mémoires qui n'ont pas été présentés à la taxe du Juge dans le délai d'une année à partir de l'époque à laquelle les frais ont été faits, ou dont le paiement n'a pas été réclamé dans les six mois de la date de l'ordonnancement, ne peuvent être acquittés qu'autant que les retards ne sont point imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire ». Pour que la prescription soit interrompue, il faut donc que vos mémoires, non seulement aient été vérifiés par le Parquet, mais encore qu'ils aient été présentés à la taxe du juge avant qu'un an se soit écoulé depuis l'expertise ; il ne suffit pas que les mémoires aient été remis au Parquet en temps utile.

En raison des délais particulièrement longs que nécessite, dans votre ressort, l'accomplissement des formalités, il serait bon, pour éviter toute difficulté, que vous envoyiez vos mémoires au Parquet aussitôt après vos expertises.

9.749. — Calcul de la rémunération en nature des infirmières

Dans le numéro du *Concours Médical* 37-13-IX-36 LVII.2671 je relève la question n° 7.550 « Obligations du médecin à l'égard de ses domestiques » et principalement paragraphe 5 » à combien doit-on évaluer le prix de la nourriture journalière ; auriez-vous l'obligeance de m'indiquer une réponse pour ce même paragraphe, mais en l'appliquant aux infirmières.

D[r] B.

Réponse

Au point de vue Assurances sociales, les infirmières ne sont pas rangées dans la catégorie des domestiques et gens de maison puisqu'elles ne sont pas attachées exclusivement au service personnel de leurs employeurs, mais sont, au contraire considérées comme employées professionnelles et relèvent. Au point de vue cotisation, du régime général autrement dit, les doubles cotisations patronale et ouvrière les concernant sont calculées au taux de 8 % sur le montant de leur salaire, c'est-à-dire de la rémunération en espèce qui leur est versée, augmentée de la valeur des avantages en nature. L'évaluation des avantages en nature est faite de manière forfaitaire et résulte d'un arrêté ministériel en date du 10 janvier 1936 (*Journal Officiel* du 12 janvier). Dans les villes de 5.000 à 200.000

habitants, la nourriture est évaluée à 105 francs par mois, le logement à 33 et les avantages accessoires à 12 ; le total ressort ainsi à 150 francs. Dans les communes de moins de 5.000 habitants, la nourriture est fixée à 64 fr. 50, le logement à 16 fr. 50 et les avantages à 9, au total 90 francs.

10.081. — Examen de santé concernant le personnel d'un hôpital

Je suis seul médecin, à titre bénévole, d'un hospice de vieillards départemental situé dans la localité. En raison des nouvelles lois sociales, le maire m'a chargé d'examiner à fond chaque membre du personnel hospitalier (infirmiers, femmes de salle, dactylos, cuisinières, etc.), afin de constituer pour chacun une fiche médicale, indiquant l'état de santé actuel. Tout employé nouveau sera également examiné à son entrée.

Cette visite aurait pour but :

1° d'avoir un personnel sain et robuste ;

2° d'éviter plus tard toutes contestations, si un employé prétendait avoir contracté une maladie en service, pendant son séjour à l'hospice.

J'ai fait cet examen très sérieusement (pour lequel j'ai demandé des honoraires) et ai noté pour le moment sur des feuilles volantes mes constatations.

L'économe me demande un modèle de fiches médicales, qu'il fera imprimer, et dont il me délivrera une quantité suffisante pour noter mes observations sur chaque employé, cet examen ayant été demandé sérieux et détaillé.

Je me permets de vous demander ceci :

1° Puis-je faire établir des fiches dans le genre de celles des collèges pour l'examen médical d'entrée des élèves, avec les indications suivantes :

Antécédents personnels, héréditaires, appareil respiratoire, circulatoire, etc., examen des urines, etc. ?

2° Etant donné que je remettrai toutes ces fiches à l'économe, qui évidemment les tiendra au secret, ne puis-je pas avoir d'ennuis au sujet du secret professionnel ?

Dr S.

Réponse

Dans le cas que vous nous exposez, le secret professionnel ne se pose pas dans vos rapports avec les personnes que vous avez à examiner.

En effet, en raison de votre rôle de médecin d'hôpital ou d'hospice, vous êtes considéré comme ayant en partie la qualité de fonctionnaire. Ainsi en décident de nombreux arrêts de la Cour de cassation ou du Conseil d'Etat.

Vous êtes donc dans l'obligation de déférer aux ordres qui vous sont donnés par vos supérieurs hiérarchiques, c'est-à-dire par la Commission administrative de l'établissement hospitalier représenté par son président : le maire.

Les infirmiers ou autres membres du personnel ou les candidats savent donc pertinemment que le résultat de votre examen sera consigné sur des fiches qui seront la propriété de l'Administration. S'ils veulent que leurs secrets soient conservés, ils n'ont qu'à ne pas se prêter à cet examen et par conséquent à renoncer à leur travail.

D'autre part, comme ces fiches ne concerneront que des membres du personnel subalterne de l'hôpital qui seraient agréés ou conservés dans leurs fonctions, elles ne mentionneront que des choses qui ne sont pas secrètes de leur nature, puisque votre examen doit faire ressortir l'existence d'une maladie qui soit incompatible avec le travail hospitalier et si l'individu doit ou non être congédié et licencié pour cause de déficience de santé.

D'ailleurs, vous pouvez vous entendre avec la Commission administrative ou le maire pour ne pas porter de diagnostic lorsque votre examen conclut au licenciement d'un infirmier ou au rejet de la demande d'un candidat, vos fiches ne devant concerner que le personnel qui sera susceptible de rester en fonctions à l'hospice. Si plus tard une de ces personnes avait à se plaindre d'une fuite quelconque, ce n'est pas à vous qu'elle pourrait s'en prendre, mais au bureau de l'Economat.

Dr Paul BOUDIN.

10.456. — Prescription des honoraires médicaux

Membre du « Sou médical », je viens vous demander un renseignement concernant l'irritante question du recouvrement d'honoraires : quelle est, actuellement, la durée de la prescription de cette matière, quand le client (de droit commun, ni assuré social, ni accidenté du travail, etc.), s'est engagé par écrit (je conserve précieusement son engagement à me payer) à me solder mes honoraires ?

Dr C.

Réponse

Les honoraires médicaux en matière de droit commun se prescrivent par deux ans. Quant à l'action du médecin-traitant choisi par le blessé en paiement de la partie de ses honoraires que la loi met à la charge du patron responsable en matière d'accident du travail, elle se prescrit comme l'action du blessé lui-même, par un an à compter de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité temporaire.

Mais il y a une différence considérable entre ces deux prescriptions, la première ne constituant qu'une présomption de paiement qui peut tomber devant la preuve contraire, et notamment devant l'aveu du débiteur que le paiement n'a pas été effectué ; tandis que la seconde au contraire est d'ordre public et ne peut être cou-

verte que par une reconnaissance de dette formelle ou par une renonciation.

Dans tous les cas lorsque le débiteur reconnaît sa dette, soit par un billet soit même par une lettre qui contient l'indication du chiffre de la dette et forme titre par elle-même, la créance n'est plus prescriptible que par trente ans, car, dans ce cas, l'acte en question a opéré novation en substituant à l'ancien titre de créance un titre nouveau complet et efficace par lui-même. Mais pour que la novation se produise, il est essentiel que l'acte qui constate la dette en indique le chiffre précis.

ASSURANCES SOCIALES

9.728. — Injections sclérosantes en matières d'Assurances sociales

Pour le tarif de responsabilité des Assurances sociales quelles indications porter sur la feuille de l'assuré pour les interventions suivantes (afin de lui assurer le remboursement maximum) :

1° Injection pour fibrose curatrice des varices ;

2° Injection pour fibrose curatrice des hémorroïdes.

Dr D.

Réponse

Ce sont là des interventions dites de « petite chirurgie » dépendant comme tarification non pas de la « Nomenclature générale des actes de chirurgie et de spécialités » donc d'ordre « national » mais du Tarif syndical minimum de la région, donc d'ordre « départemental ». En tout cas, d'une façon générale, si vous êtes embarrassé sur la tarification à établir soit en fonction de P. C. soit en fonction de K, vous n'avez qu'à mettre (sans diagnostic) le prix en francs que vous avez réclamé et touché de l'intéressé. De cette façon, vous serez assuré de n'avoir aucun ennui dans la suite.

Dr F. Decourt.

9.826. — 1° Recto ou sigmoïdoscopie ; 2° Examen histologique d'une biopsie

Je ne trouve pas mentionnées dans la nomenclature des Assurances sociales les interventions suivantes : rectoscopie sans biopsie, rectoscopie avec biopsie, sigmoïdoscopie sans biopsie, sigmoïdoscopie avec biopsie, cure des hémorroïdes par injections sclérosantes (technique de Bensaude).

Ces interventions sont assez fréquentes dans la pratique de spécialité digestive et je vous serais reconnaissant de me dire quel coefficient on peut porter sur les feuilles de maladie.

Dr V.

Réponse

a) La « biopsie » est un acte à compter à part. Vous trouverez K4 en O. R. L., en stomatologie et en dermatologie : « biopsie pour examen histologique » ou « pour examen histopathologique ». Vous trouverez également K8 en dermatologie : « Examen histologique d'une biopsie ».

b) Restent la rectoscopie ou sigmoïdoscopie : Je n'ai rien trouvé àce sujet dans la nomenclature. On pourrait toutefois, ce me semble mettre K4 par analogie avec « Uréthroscopie » (?)

Dr F. Decourt.

9.798. — 1° Soins en maison de santé ou non ; 2° Ne pas confondre K et P. C.

Le fils d'un assuré social obligatoire a présenté, il y a trois mois et demi, après un accident de bicyclette, un grave scalp fronto-occipital, avec état commotionnel sérieux. Au jour de l'accident, j'ai pratiqué une longue intervention de nettoyage et de régularisation, au lendemain, fusées purulentes qui m'ont obligé à pratiquer exérèse, contre incision, drainages, etc... Les suites favorables ont été toutefois très lentes, entrecoupées de petits incidents ayant nécessité des petites interventions de retouche, des irradiations violettes, vaporisations, etc...

Pour les deux premières interventions, j'avais noté ensemble K30.

Pour les interventions et pansements suivants, il y avait en fin de maladie : PC3 × 25 ; PC2 18 × ; PC1 × 3.

Ces gens ont payé mes honoraires demandés, mais je suis surpris d'apprendre par le reçu qu'on leur adresse des Assurances sociales qu'on ne leur rembourse du point de vue médico-chirurgical que 466 fr. 40.

Pensez-vous que droit leur a été fait.

J'ajoute que cet enfant a été hospitalisé en clinique privée et que les frais d'hospitalisation, soit 35 francs par jour ont été entièrement à la charge des parents, fait non connu des Assurances sociales.

Dr P.

Réponse

A. Assurances sociales : Si l'assuré social ou un enfant de celui-ci est soigné en maison de santé officiellement, c'est le « Tarif hospitalier de chirurgie » qui compte, dans lequel il y a 4 francs par jour pour le médecin d'hôpital, tout compris (en général, mais il faut, en l'espèce, connaître la convention hôpitaux-Caisse de votre région). S'il n'y a pas « maison de santé » en jeu, c'est le tarif des « soins à domicile ».

B. Dans ce cas, il s'agit, d'après votre lettre :

1° le jour de l'accident : d'un épluchage, mais sans suture par première intention, donc d'un pansement avec nettoyage de la plaie, ce qui n'est pas un acte inscrit dans la « Nomenclature » officielle de chirurgie, mais dans la « Petite chirurgie » dont il est parlé dans le Tarif syndical minimum de votre région. Mais je ne comprends pas votre K30 qui n'a aucun rapport avec le cas indiqué par vous.

2° La valeur de P. C. étant d'ordre régional, je ne saurais vous donner d'avis sur ceux indiqué par vous, pour les jours suivants.

Dr F. DECOURT.

FISCALITÉ

10.491. — Justification des déclarations de bénéfices professionnels

Je reçois du Contrôleur des Contributions directes la lettre dont je vous donne copie :

« En vue de l'établissement de votre impôt sur les bénéfices non-commerciaux pour les années 1933 à 1936, j'ai l'honneur de vous prier de me fournir les renseignements suivants :

« Décompositions de vos recettes en 1933, 1934, 1935, suivant leur provenance ; 1° Administrations (Préfecture, commune, office, hôpital, hospice, Compagnie de chemins de fer, enregistrement pour les frais de justice) ; 2° Compagnies d'assurances (vie, accidents) ; 3° Usines et entreprises qui sont leur propre assureur ; 4° Clientèle particulière. »

Je vous serais reconnaissant de me dire si cette demande est légale et si je suis tenu de fournir ces renseignements.

Dr H.

Réponse

L'article 86 du décret du 27 décembre 1934 dit que le Contrôleur peut demander les renseignements qu'il croit susceptibles de justifier l'exactitude des déclarations.

D'autre part, l'article 92 du même décret n'oblige le médecin qu'à inscrire chaque recette à sa date sans autre indication.

En conséquence, il semble que les praticiens manquent d'éléments comptables pour fournir les renseignements qui vous sont demandés et que les deux articles précités sont incompatibles.

Dans ces conditions, nous croyons de l'intérêt des médecins, pour ne pas être regardés comme des contribuables récalcitrants, de fournir lesdits renseignements aussi exactement que possible en tenant compter des chiffres qui ont servi de base aux déclarations.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

10.482. — Spécialiste ou non

Une Compagnie d'assurances a-t-elle le droit de refuser de me régler une note d'honoraires pour accident du travail au tarif « spécialité » en se basant sur le fait que je pratique la chirurgie générale, et non pas exclusivement l'ophtalmologie ?

Je suis membre du syndicat des oculistes depuis 1905 ou 1906. Je m'inclinerai, bien entendu, devant votre décision.

Dr V.

Réponse

Voir art. 1er : le tarif de la visite ou consultation est de 15 francs pour les omnipraticiens et de 20 francs pour les spécialistes nommément désignés, ce que vous n'êtes pas d'après l'entête même de votre lettre. Le « spécialiste » est celui qui ne fait pas de la médecine générale. Or, votre entête ne spécifie aucune spécialité dans laquelle vous cantonneriez votre pratique médicale.

Dr F. Decourt.

10.447. — Plaies multiples sur des membres différents

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

On a amené chez moi cet été un jeune homme grièvement blessé dans un accident d'auto : une plaie de la tête ; une plaie de la face ; une plaie du devant de la poitrine ; une plaie du bras.

Le tout a nécessité la pose de 42 griffes. Le blessé est resté une heure et demie sur ma table. On me demande ma note d'honoraires. Que dois-je compter ?

Dr B.

Réponse

Il ne s'agit pas là, ce me semble, d'accident du travail, mais d'un accident de droit commun. Auquel cas, c'est le Tarif syndical de votre région qui entre en jeu. En matière d'accident du travail (à titre indicatif seulement) vous auriez à compter : « plaies multiples sur tête et face : 20 francs ; thorax : 15 francs ; bras : 15 francs (art. 16, premier poste). C'est d'ailleurs le maximum de 50 francs (*ibidem*), que vous pouvez compter.

Dr F. Decourt.

9.870. — Brûlure d'un œil et frais de déplacement du médecin

J'ai donné pendant quatre mois des soins répétés à un ouvrier atteint de brûlures graves de l'œil gauche et habitant à quatre kilomètres d'ici, un hameau sans moyens de communications autres que la route à pied ou à bicyclette.

Ce blessé avait des douleurs violentes et une photophobie marquée de l'œil sain. Il lui eût été impossible pendant deux mois de venir à mon cabinet sans l'aide d'une autre personne et d'un véhicule. Je suis donc allé le panser chez lui un certain temps.

Or, la Compagnie d'assurances refuse de me payer l'indemnité kilométrique, sauf le premier jour de l'accident, et ce sans être renseignée sur le cas ci-dessus, sous prétexte que le blessé a pu aller trois ou quatre fois chez l'oculiste pendant ladite période.

Pour ce faire, il a payé quelqu'un pour l'accompagner, et s'est fait transporter. Ce qu'il n'aurait pu faire chaque jour pour venir me voir.

Il me semble que la Compagnie La X., ne pouvait exiger cela du blessé sans lui rembourser les frais engagés.

En même temps, que son refus de payer les déplacements, et sans doute pour m'inviter à accepter, La X... m'envoie un chèque barré de la somme réduite.

Dites-moi, votre avis. Le préjudice qui m'est causé serait d'environ 400 francs que je ne pourrais récupérer sur le blessé pauvre et chargé de famille.

Donnez-moi un avis autorisé dont je pourrai me servir auprès de la Compagnie.

Dr M.

Réponse

L'art. 2 dit : « Les visites faites au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu, etc... ». Un blessé atteint de « brûlure de l'œil gauche » ne pouvait-il — pendant deux mois — venir à votre consultation « sans inconvénient pour sa santé » ? Toute la question est là et pour pouvoir justifier vos propres déplacements, il faudrait des précisions techniques très nettes. Je crains qu'il vous soit difficile de les donner surtout qu'à la même époque, il s'est déplacé pour se rendre chez l'oculiste. Toutefois, si vous êtes à même de fournir des justifications techniques précises au sujet de toute impossibilité de déplacement pour le blessé, vous pouvez demander que l'affaire soit soumise à la Commission d'arbitrage en envoyant demande et dossier complet à M. Marcel Daniel, secrétaire de cette Commission, 15 *bis*, rue Laffitte, Paris (IXe). Personnellement, je ne saurais vraiment vous le conseiller ferme.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

10.595. — Majoration de pension d'ascendant du chef de plusieurs enfants victimes de la guerre

Une veuve touche une pension de 1.800 francs environ pour un fils tué à la guerre.

Un autre de ses enfants marié, meurt des suites d'une maladie ayant motivé une pension. La veuve reçoit une pension pour ce motif.

Est-ce que la mère qui touche déjà une pension pour un fils tué à la guerre non marié, a droit à un supplément de pension pour son deuxième fils mort des suites de ses blessures, mais celui-là marié ayant laissé une veuve qui reçoit déjà une pension pour son mari ?

En résumé, la mère déjà pensionnée a-t-elle droit à un supplément de pension, un deuxième fils, marié, mourant des suites de ses blessures ?

Dr P.

Réponse

L'article 31 de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions d'invalidité de guerre est ainsi libellé :

« Si le père ou la mère ont perdu plusieurs enfants des suites de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées sous les drapeaux, l'allocation sera augmentée de 100 francs pour chaque enfant décédé à partir du second inclusivement. »

Aucune autre réserve n'est imposée par la loi, et puisque la mère en question touche déjà une pension d'ascendant pour son premier fils, c'est-à-dire puisqu'elle réunit les conditions voulues pour être pensionnée, elle aura droit pour son deuxième fils à un supplément de 100 francs, plus la majoration de 140 %, soit 240 francs.

ACCIDENTS

9.997. — Accident survenu au cours d'un déplacement

Un domestique agricole payé à l'année, s'absente de chez son employeur avec l'autorisation de celui-ci, pour aller dans une localité voisine faire une course personnelle et n'ayant rien de commun avec le travai, ni les intérêts de l'employeur.

Au retour, en quittant une route nationale pour s'engager dans un chemin privé, conduisant chez son patron, l'employé, prend mal l'angle des deux voies, tombe de sa bicyclette, se fracture une jambe et présente actuellement une impotence relative. Sa chute a eu lieu à deux mètres environ de la route nationale, dans la voie privée.

Est-ce le patron qui est responsable (accidents du travail) ? Le blessé relève-t-il des Assurances sociales?

Dr A.

Réponse

D'après la jurisprudence, est accident du travail tout accident survenu au lieu et au temps du travail. En principe, on ne saurait donc considérer comme tels ceux qui viennent à se produire au cours des trajets d'aller et de retour du domicile de l'ouvrier au lieu de l'exploitation. Il en va autrement lorsque ces trajets peuvent être considérés comme une prolongation du travail soit parce que l'employeur prend à sa charge le

transport ou paye l'ouvrier pendant ses heures de déplacement, soit encore parce que l'entreprise présente des difficultés d'accès spéciales, soit enfin, si l'accident survient alors que l'intéressé parcourait une dépendance de l'entreprise.

Il a été ainsi décidé par un arrêt de la Cour de cassation en date du 19 mai 1930 (D. H., 1930, p. 428), qu'un ouvrier agricole blessé en suivant, pour rentrer chez lui, un chemin pratiqué dans la propriété de l'employeur et qui constituait la route normale la plus courte reliant cette propriété à la voie publique, doit être considéré comme victime d'un accident du travail. En effet, dit la Cour « c'est en exécution des stipulations memes du contrat de travail que l'ouvrier se trouvait au moment de l'accident sur la propriété de son patron, sous la surveillance et l'autorité de celui-ci. Il importe peu que la voie suivie par lui ne lui ait été ni désignée ni imposée par le chef d'entreprise et n'offrit aucun danger pour la circulation, dès l'instant qu'au vu et avec l'assentiment du patron, l'usage en était familier à l'ouvrier qui était obligé de prendre cette voie pour se rendre à son travail ou en revenir ». Dans un autre arrêt en date du 3 novembre 1932 (*Gaz. Pal.*, 1933.1.56), la Cour suprême a reconnu l'applicabilité de la législation sur le risque professionnel à une chute de bicyclette faite par l'ouvrier d'une entreprise d'ardoisières dans un chemin à 150 mètres du chantier qu'il venait de quitter, « car le chemin dont il s'agissait était un chemin d'exploitation créé par différents propriétaires, dont l'employeur, qui en avaient, par suite, la surveillance ; et, d'autre part, ce chemin étant le seul permettant à l'ouvrier d'accéder à la voie publique, constituait, puisqu'il n'y en avait pas d'autre, l'itinéraire assigné aux ouvriers ».

Puisqu'en l'espèce, la chute de votre client s'est produite non pas à l'angle de la route nationale et du chemin privé, mais à deux mètres environ de cette route nationale, il s'agit, en l'espèce, d'un accident du travail permettant à l'ouvrier d'invoquer la protection légale. Mais s'il y a contestation sur l'applicabilité de la loi de 1898, l'intéressé peut invoquer, à l'égard de sa Caisse d'assurances sociales, les dispositions de l'article 20, paragraphe 4 du décret-loi du 28 octobre 1935 en vertu duquel l'assuré victime d'un accident du travail et dont le droit aux prestations prévues par la loi de 1898 est contesté par son employeur ou par l'Assurance substituée reçoit, à titre provisionnel, les prestations de l'assurance-maladie, s'il justifie avoir engagé à l'encontre de son patron ou de son assurance une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à la réparation au titre de la loi susvisée. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations qui sont versées restent acquises à l'assuré.

10.444. — Fixation de la date de consolidation d'un accident du travail

Un ouvrier blessé le 27 juillet 1936 présente une fracture des métatarsiens. Le 19 octobre, considérant sa blessure comme consolidée, je lui délivre un certificat de reprise du travail avec incapacité permanente partielle.

Le 16 novembre, il revient avec un œdème du pied rendant la marche impossible. Je lui fournis un certificat de nouvelle incapacité. Mais a-t-il droit à son indemnité journalière et aux soins médicaux ?

Ce problème se pose assez souvent en pratique : les blessés désirant reprendre leur travail avant la guérison ou la cicatrisation complète d'une plaie. Dans ce cas, je mets habituellement sur mon certificat : « peut tenter de reprendre le travail... ».

Cette expression sauvegarde-t-elle les droits du blessé ? Le cas est le même que pour une blessure légère n'entraînant pas immédiatement d'incapacité temporaire, mais nécessitant secondairement — par suite de complication — un arrêt du travail.

Autre question : en cas d'incapacité permanente partielle, quelles sont les démarches à effectuer, pour hâter la liquidation de l'affaire ?

Dr D.

Réponse

En vertu de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, « la victime d'un accident du travail est considérée comme consolidée au jour où elle se trouve soit complètement guérie soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale ». Il peut être parfois difficile, au point de vue médical, de dire si l'état d'un blessé est définitivement stabilisé et s'il n'est plus susceptible d'améliorations. Mais la délivrance d'un certificat de reprise du travail effectuée alors que cette consolidation n'est pas encore acquise ne saurait en rien préjudicier aux droits de l'accidenté. Il est en effet, reconnu par la jurisprudence qu'il n'y a consolidation, au sens de l'article 15 que « lorsque l'accidenté ne ressent plus aucun symptôme appelant des soins médicaux ou autres et lorsque rien ne peut plus être fait ou tenté qui puisse modifier son état. Il faut donc tenir compte, non pas d'une consolidation apparente, même constatée de manière prématurée par des certificats médicaux et suivie d'une reprise effective du travail mais bien de la consolidation réelle et définitive » (Cour de Dijon, 15 juin 1936. *Gaz. Pal.*, 31 juillet 1936).

Mais il ne faut pas oublier, d'autre part, que la reprise du travail par l'ouvrier ne constitue nullement une présomption de consolidation. Il a, en effet été reconnu par la jurisprudence, à plusieurs reprises, qu'un accidenté du travail en état d'incapacité temporaire est en droit d'utiliser, comme bon lui semble, les facultés qui lui

restent soit dans la même, soit dans une autre entreprise que celle où a eu lieu l'accident. Le médecin traitant peut même, dans ces cas, délivrer à son client un certificat lui permettant cette reprise partielle afin d'établir que celle-ci n'a pas lieu en contradiction avec les prescriptions médicales. Cette reprise partielle, pendant la période d'incapacité temporaire, est tellement considérée comme parfaitement légitime que les projets de révision de la législation sur les accidents du travail l'ont introduite expressément dans la loi.

Il s'ensuit qu'en l'espèce, votre blessé est fondé à contester la fixation de la date de la consolidation au 19 octobre et peut demander sa prolongation jusqu'à la consolidation réelle et définitive en poursuivant son chef d'entreprise ou son Assurance substituée en paiement de l'indemnité journalière devant le Tribunal de paix du lieu de l'accident. S'il obtient gain de cause et fait ainsi trancher la question de la date à laquelle il a été définitivement consolidé vous pourrez, jusqu'à cette date, exercer contre le chef d'entreprise l'action directe prévue par l'article 4, § 4 de la loi de 1898 en paiement de vos honoraires établis conformément au tarif ministériel.

En admettant même que le recul de la date de la consolidation ne soit pas admis par le Juge, il ne s'ensuivrait pas forcément, pour cela, que votre client serait dénué de tout recours contre son chef d'entreprise pour les frais médicaux afférant à sa rechute. Contrairement à une jurisprudence par trop restrictive, la Cour de Caen, a en effet, reconnu récemment, par un arrêt en date du 23 mai 1935 (D. H. 1935-483), que « l'article 19 de la loi de 1898 prévoyant la révision des indemnités en cas d'aggravation de la lésion s'applique, tout à la fois, à la rente, à l'indemnité de de demi-salaire et au remboursement des frais médicaux exposés à l'occasion de cette aggravation ».

En ce qui concerne la liquidation des droits de l'accidenté pour incapacité permanente partielle, celle-ci sera effectuée par convocation des parties (patron, assureur et accidenté) devant le Président du Tribunal du lieu de l'accident ; le Président essaye de concilier les parties, constate leur accord ou, si cet accord est impossible renvoie devant le Tribunal qui statue.

Cinquante-huitième année — N° 52 — 27 Décembre 1936

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Faculté de Médecine de Paris

Reportage professionnel

Demi-Colonnes

TARIF DES ABONNEMENTS

FRANCE		ÉTRANGER	
Docteurs en Médecine	60 fr.	Belgique et Luxembourg...	70 fr.
Etudiants	35 fr.	Première Zone	85 fr.
Le Numéro..........	1.25	Deuxième Zone	110 fr.

• • •

Renseignements

Les Fougères, par Brantôme (Dordogne). Mais. santé pour enf., surveil. méd. constante. Ecole. Prix à part. 15 frs.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Remplacez l'huile de foie de morue nauséeuse, le fer constipant, l'arsenic irritant, chez vos petits malades pâles et mal venus, par quelques TABLETTES DE MANGAÏNE, selon la méthode usitée par Camescasse à l'Hôpital de Forges, et vous obtiendrez la guérison de l'enfant, en même temps que la reconnaissance de la maman.

Héliothérapie. Maison santé Hélios. Dr BRODY, Grasse.

AVIS

Envoi de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

DEMANDES ET OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné personnellement.)***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte de chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

N° 340. — Morbihan. Suite décès à céder d'urgence bon poste méd. génér. dans gros ch.-lieu cant. région agricole, proxim. mer. Maison et jardin à louer, pas d'indemn.

N° 341. — Client. agréable, sud Bretagne, chiffre moyen, suscep. augmentat. maison tout confort. Loyer modéré.

N° 342. — Anc. ext. et int. des hôpit. cherche remplacem. méd. génér. ou aide clinique chirurgicale, Paris ou banlieue proche.

N° 343. — Ouest. Poste méd. pro-pharmac. à prendre d'urgence. Reprise du bail, indemn. minime.

N° 344. — Doct. jeune, plus. années prat. médic., demande remplac. ou aider confr. Paris ou environs, ou assurer. consultat. plus. heures par semaine.

N° 345. — Doct. 26 ans, nombr. remplacem., permis cond., cherche remplacem., aiderait confrère surchargé ou clinique. Ecr. Docteur Emile Daniel, 2, av. Porte-Brunet, Paris, 19e.

Joindre un timbre pour toute demande de renseignements.

Cabinet BREITEL & GORET,

1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46

Provence. Seul médecin. Gros rapport. Client. datant de 30 ans, avec fixes. Prix 40.000 1/2 cpt.

100 km. Paris. Belle région. Client. rurale d'un rapport très important. Grande maison d'habitat. avec jardins. Prix 80.000 1/2 comptant.

Anjou. Pro-pharmacien. Poste facile à desservir avec fixe transmissibe. Loyer 1800 fr., maison 8 p., jardin. Indemnité : 10.000 fr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le Professeur Th. HERNANDO, de la Faculté de médecine de Madrid, fera le jeudi 14 janvier 1937, à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du Professeur Loeper), une leçon sur : *la porphyrie, ses manifestations digestives, cutanées et oculaires.*

— **Académie de chirurgie.** — La séance annuelle de l'Académie de chirurgie aura lieu le 27 janvier 1937.

Président de l'Académie de chirurgie pour 1937 : M. Baumgartner. Vice-président : M. Chevassu.

— **Les Journées vétérinaires d'Alfort de 1937** se tiendront les vendredi 11, samedi 12 et dimanche 13 juin 1937.

— **Société de radiologie médicale de France.** — Bureau pour 1937 : Président, M. Mahar ; vice-président, M. Bordet ; vice-président pour les sociétés de province, M. Spéder ; secrétaire général, M. Dariaux ; trésorier, M. Nadal ; secrétaire des séances, MM. Morel-Kahn et Degrez.

— **Cours d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Portmann** (1937). — Ces cours auront lieu : 1° *à Bordeaux* : enseignement clinique ; cours spéciaux sur les nerfs craniens (18 janvier 1937) ; broncho-œsophagoscopie (5-10 avril 1937) ; anatomie pathologique (12 avril-1er mai 1937) ; cours de perfectionnement en français (5-17 juillet 1937) ; American Course (26 juillet 1937).

Pour renseignements, s'adresser au Professeur G. Portmann, 25, cours de Verdun, à Bordeaux.

2° *A Paris* : enseignement clinique ; cours spéciaux sur les nerfs craniens (20 janvier 1937) ; broncho-œsophagoscopie (7 juin-12 juin 1937) ; pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique (octobre 1937).

Pour renseignements, s'adresser au Professeur G. Portmann, clinique Franklin, 15, rue Franklin, Paris.

— **Association des étudiants en médecine de Paris.** — L'Association des étudiants en médecine, continuatrice de la section médicale de l'A. G., vient d'inaugurer ses nouveaux locaux, 6, rue Antoine-Dubois.

— **Concours de médecins de Saint-Lazare.** — Ce concours a eu lieu le 20 novembre à la Préfecture de police.

Ont obtenu : Epreuve sur titres : MM. Durel, 19 ; Golé, 17 1/2 ; Lortat-Jacob, 18 ; Peney, 14 ; Ragu, 19. — Epreuve écrite (Question posée : Chancre

mixte) : MM. Durel, 28 ; Golé, 25 ; Lortat-Jacob, 25 ; Ragu, 25 — Consultations : *a*) MM. Durel, 19 ; Golé, 18 ; Lortat-Jacob, 19 ; Ragu , 18 ; *b*) MM. Durel, 19 ; Golé 18 1/2 ; Lortat-Jacob, 17 ; Ragu, 18. — Epreuve orale (Question posée : Mal perforant plantaire) : MM. Durel, 18 ; Golé, 18 ; Lortat-Jacob, 18 1/2 ; Ragu, 19.

Sont nommés : M. DUREL (103 points) et M. RAGU (99 points).

— **Hôpitaux de Paris**. *Concours de l'externat.* — *Questions posées* : *Anatomie* : Trou ovale (constitution et contenu). Description du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne. Insertions et innervations du muscle petit pectoral. Rapports de l'artère fémorale, à son origine, sous l'arcade crurale. Enumérer sans les décrire les muscles du pouce et indiquer leur innervation.

Pathologie médicale : Description du frottement péricardiaque. Renseignements fournis par le laboratoire pour le diagnostic de la fièvre typhoïde à ses différentes périodes (sans la description des techniques). Caractères du foie dans l'asystolie. Examen de la cavité bucco-pharyngée dans la scarlatine non compliquée. Manière de rechercher la raideur méningée. Examen physique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

Pathologie chirurgicale : Signes physiques de la luxation antéro-interne récente de l'épaule (variété sous-coracoïdienne) sans la radiographie. Diagnostic différentiel entre l'hydrocèle vaginale et la hernie inguino-scrotale. Signes physiques de l'abcès du sein au cours de l'allaitement. Enumérer les principales cause d'hématurie d'origine rénale.

Composition du jury : *Anatomie* : MM. Redon, Patel, Cattan. — *Pathologie médicale*: MM. Cachera, Rouquès, Degos. — *Pathologie chirurgicale* : MM. Merle d'Aubigné, Sicard, Suzor.

— **Hôpitaux de Lille**. *Internat* (Faculté de médecine de l'Etat). — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : *internes titulaires* : MM. Legrand, Linguette, Omez, Lecomte, Lainé, Dhalluin, Chayvialle.

Externes en premier : MM. Roussel, Dupret, Merlen, Salembier, Watel, Hulot, Delerue.

— **Æsculape**. — *Sommaire de décembre* 1936 : La femme au lis Martagnon, dessin du maître E. S. (1 ill.). — Le tatouage en Polynésie, par Ch. FLORANGE (3 ill.). — Les gueux mutilés d'Istanbul, vus par le peintre Preziosi, par le Professeur agrégé A. SUHEYL UNVER, directeur de l'Institut d'histoire de la médecine à l'Université d'Istanbul (10 ill.). — La ceinture de la Vierge à Quintin qui aide aux heureuses délivrances, par le Docteur F. LEJEUNE (de Quintin) (4 ill.). — Le poisson de Tobie et le bas-relief de Lagraulière, par le Docteur A. MAZEYRIE (de Tulle) (3 illustrations). — Le chien qui se gratte ; Le faucon qui s'épuce (2 illustrations).

— **Naissance.** — Le Docteur et Madame VERDIER nous font part de la naissance de leur fille *Marie-Rose.*

Trie-sur-Baïse (Hautes-Pyrénées), le 29 novembre 1936.

Nos meilleurs compliments.

— **Société de médecine de Paris.** — Le bureau pour 1937 est composé comme suit :

Président : M. Hartenberg.

Vice-présidents : MM. Dupuy de Frenelle, C. Rœderer et Georges Luys.

Secrétaire général : M. A. Bé art.

Secrétaire général adjoint : M. G. Luquet.

Secrétaires des séances : MM. Debidour, Glénard, Séjournet et A. Tardieu.

Trésorier : M. Tison.

Trésorier adjoint : M. Judet.

Archiviste : M. E. Debrigode.

Conseil d'administration : MM. Delort, Galliot, M. Joly, Guy Laroche, Lhermitte, Peugniez, P. Prost.

— **Avis syndical.** — Une place de *médecin contrôleur des Assurances sociales du Morbihan* est vacante.

D'après la décision de la Fédération des Syndicats médicaux du Morbihan, le confrère qui assumera ces fonctions, devra éviter de faire le moindre acte de clientèle, de remplir des fonctions de médecin de Compagnies d'assurances, de faire des expertises judiciaires ou toutes autres expertises.

L'Assemblée générale annuelle de la Confédération des Syndicats médicaux

La Confédération des Syndicats médicaux a tenu sa réunion générale annuelle les 18 et 19 décembre 1936, sous la présidence du Docteur Chalier.

Le banquet fut présidé par M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique. Dans un important discours, le ministre exposa ses conceptions quant au rôle de la médecine et des médecins dans l'Etat. Il déclara notamment que le Corps médical constitue l'armature essentielle de la lutte pour la santé publique et que rien ne peut être fait dans cette voie sans l'avis des groupements professionnels médicaux. Ayant affirmé sa volonté totale de collaboration avec les médecins praticiens, qui seuls ont connaissance du milieu où vivent les malades, M. Sellier fut vivement applaudi lorsqu'il ajouta : *Je suis nettement hostile à la fonctionnarisation du Corps médical.* Et le ministre termina sur ces mots :

« Je vous considère, quelles que peuvent être vos idées politiques personnelles ou vos sentiments à mon égard, comme les artisans indispensables de la lutte que je mène contre la maladie ».

◆ ◆ ◆

◆

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 DÉCEMBRE

Asiles publics d'aliénés

Avis de vacance de postes de médecin-directeur d'asiles publics d'aliénés

Le poste de médecin-directeur de l'asile public de Saint-Venant (Pas-de-Calais) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Halberstadt, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin-directeur de l'asile départemental d'aliénés de la Chartreuse (Côte-d'Or) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Castin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin-directeur de l'asile public d'aliénés d'Auch (Gers) est vacant par suite du départ de M. le Docteur Robert, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

10 DÉCEMBRE

Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), par suite du départ de M. le Docteur Lagriffe, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

11 DÉCEMBRE

Enseignement

Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

(Art. 13 du décret du 7 mars 1936)

1° *Histologie* : M. Klein, assistant à Strasbourg.

2° *Hygiène et bactériologie* : M. Boyer, chef de travaux, délégué à Marseille ; M. Couture, assistant à Lyon.

3° *Physiologie* : M. Petiteau, assistant à Bordeaux ; M. Bicard, assistant à Lille.

4° *Physique* : M. Kofmann, assistant à Lyon ; M. Sagols, assistant à Montpellier.

5° *Chimie* : M. Dumazert, chef de travaux délégué à Marseille ; M. Guillemet, assistant à Strasbourg ; M. Valdiguié, assistant à Toulouse.

6° *Pharmacologie* : M. Delphaut, chef de travaux délégué à Marseille.

7° *Histoire naturelle* : Mlle Mathou, assistante à Toulouse.

8° *Pharmacie* : M. Guillot, chef de travaux délégué à Marseille.

Service médical de l'armée de l'air

Décret du 8 décembre 1936

Art. 1er. — Il est créé une inspection des services

médico-physiologiques de l'armée de l'air, chargée de centraliser l'étude de l'adaptation de l'organisme humain à l'utilisation optima du matériel aéronautique.

Art. 2. — Cet organisme, placé sous les ordres d'un médecin, en principe officier général, prévoit, dirige et contrôle toutes les recherches susceptibles de résoudre les problèmes biologiques et médicaux que pose le retentissement de l'évolution du matériel sur la navigation aérienne et sur l'emploi militaire des aéronefs.

Il fournit au ministre, au commandement de l'armée de l'air, aux services civils intéressés, des avis techniques médicaux sur la sélection, l'adaptation physiologique et la protection du personnel navigant militaire en vue d'accroître la sécurité en vol et le rendement de ce personnel.

Les questions de service de santé général commun à toutes armes demeurent en dehors des attributions de cette inspection.

Art. 3. — L'inspection des services médico-physiologique de l'armée de l'air constitue un organe militaire considéré comme service extérieur et rattaché à la direction du personnel militaire.

Les modalités de son fonctionnement et de son administration sont fixées par décision ministérielle.

Art. 4. — Le ministre de l'Air est chargé de l'exécution du présent décret.

13 DÉCEMBRE

Légion d'honneur

Sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur au titre du ministère de la Santé publique :

Commandeurs : MM. les Docteurs Béclère et Moinson, de Paris.

Officiers : MM. les Docteurs Berthelon, de Sainte-Fère ; Giroux, de Paris ; Gunsett, de Strasbourg.

Chevaliers : MM. les Docteurs Codet, de Paris ; Colas-Pelletier, de Vannes ; Halberschadt, de Saint-Venant ; Huyghe, de Dunkerque.

Assistance publique

Médailles d'honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or : Docteur Guyonnet, de Belabre (Indre).

Médaille de bronze : Docteur Cart, de Paris.

Protection de l'enfance

Circulaire du 11 décembre 1936 relative à la protection de l'enfance déficiente

Cette circulaire sera publiée ultérieurement.

◆ ◆ ◆

Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris

Liste alphabétique des candidats admissibles

MM. Albahary, 33 ; Alison, 30 ; Mlle Ancel, 22 ; MM. Marcel Auboüy, 22 ; Audoly, 24 ; Aubry, 32 ; Aubregan, 29 ; Aurenche, 39 ; Azouay, 31.

MM. Bachet, 24 ; Ballade, 23 ; Bancaud, 38 ; Jacques-Pierre Barbier, 22 ; P.-Louis Barbier, 29 ; Bareau, 31 ; Yves-Louis Barre, 24 ; Bastin, 23 ; Bauer, 22 ; Beaufils, 36 ; Bellétoille, 26 ; Ben-Haim, 23 ; Mlle Bentkowski, 30 ; MM. Pierre Bernard, 25 ; Jean Bertrand, 29 ; Bessil, 27 ; Bibas, 33 ; Pierre Blancard, 29 ; Blinder, 31 ; Bolivar, 22 ; Bolo, 22 ; Bonduelle, 26 ; Bouche, 26 ; Boudon, 29 ; Bourdeau, 28 ; Bourdin, 24 ; Bourgine, 32 ; Brault, 30 ; Roger Bretton, 33 ; Bricaire, 32 ; Mlle Brille, 35 ; MM. Butet, 27 ; Jean-Camille Butzbach, 26 ; Buy, 33.

MM. Cahen, 25 ; Callerot, 24 ; Campagne, 25 ; Carrssso, 31 ; Castaigne, 27 ; Castany, 28 ; Caufment, 27 ; Chalochet, 31 ; Pierre Champagne, 29 ; Chartrain, 28 ; Di Chiara, 25 ; Claracq, 33 ; Coblentz, 36 ; Joseph Comte, 27 ; Cornet, 31 ; Mlle Corre, 27 ; MM. Cossart, 24 ; Costa, 39 ; Cotillon, 26 ; Courchet, 22 ; Coville, 23 ; Cuvereaux, 36.

Mlle Damiens, 35 ; MM. Danel, 28 ; Danion, 24 ; Mme Darhowsky, 28 ; MM. Darricau, 22 ; Deguillaume, 27 ; Delabroise, 29 ; Delatour, 28 ; Delouche, 23 ; Demassieux, 24 ; Deniret, 22 ; Deprez, 29 ; Desfossés, 26 ; Deuil, 22 ; Douville, 28 ; Mlle Dreulle, 31 ; MM. Dufourmentel, 29 ; Dugrenot, 25 ; Durupt, 23.

MM. Ebstein, 36 ; El-Baz, 33 ; Eman-Zadeh, 25 ; Enel, 22 ; Etienne, 28 ; Eudel, 26 ; Mlle Eyraud, 31.

Mlle Feder, 26 ; MM. Feld, 28 ; Feldmann, 25 ; Fénelon, 28 ; Feuillette, 26 ; Filippi, 22 ; Fischgrund 30 ; François, 33 ; Frebet, 33 ; Freret, 30 ; Fressinaud-Masdefeix, 33 ; Froidefond, 29 ; Froissant, 25.

MM. Gallaut, 29 ; Gallimard, 22 ; Galmiche, 22 ; Germain, 41 ; Gert berg, 26 ; Gimaut, 29 ; Mlle Giret, 29 ; MM. Gougerot, 27 ; Goulesque, 38 ; Goury-Laffont, 24 ; Granjon, 27 ; Grislain, 30 ; Gérard, Guiot, 31.

MM. Hardel, 29 ; Hauser, 22 ; Hertzog, 23 ; Huber, 24 ;

M. Israël, 30.

MM. Jardel, 27 ; Joinville, 26 ; Joussemet, 23.

MM. Kaeppelin, 29 ; Klein, 22 ; Klotz, 43.

MM. Labayc, 24 ; Lacombe, 31 ; Lacroix, 23 ; Lajouanine, 35 ; Léon Lambert, 25 ; Landau, 24 ; Laneuville, 23 ; Eugène Lange, 30 ; Langevin, 27 ; Mlle de Larminat, 29 ; MM. Lartigue, 37 ; Laumonnier, 25 ; Lebel, 23 ; Lebovici, 26 ; Le Bozec, 24 ; Le Brigand, 25 ; Lecœur, 23 ; Lecointe, 29 ; Lemanissier, 24 ; Lenoël, 42 ; Lesca, 29 ; L'Hirondel, 22 ; Liénard, 24 ; De Lignières, 31 ; Mlle Lindeux, 26 ; MM. Loeper,

26 ; James-Samuel Loiseau, 38 ; Mlle Lotte, 34 ; M. Loubrieu, 23.

M. Magder, 34 ; Mlle Edith Mage, 34 ; MM. Maignan, 27 ; Claude Maillard, 25 ; Mantoux, 28 ; Marchon, 25 ; Mariani, 26 ; Mme Marie Matéi, 23 ; MM. Maurice, 22 ; Menanteau, 25 ; Mendeelsohn, 28 ; Metzger, 34 ; Henri Meyer, 32 ; Minkowski, 24 ; Molimard, 26 ; Mlle Montalant, 30 ; MM. Motte, 22 ; Mouchot, 25 ; Moulle, 25 ; René Musset, 32.

MM. Nadiras, 26 ; Neel, 22 ; Mlle de Neyman, 32 ; M. Nick, 43.

M. Oudot, 26.

M. Pahmer, 27 ; Mlle Du Pasquier, 23 ; MM. Jean Pastier, 23 ; De Paulo, 27 ; Camille Petit, 23 ; Phéline 22 ; Mathieu Philippe, 31 ; Piguet, 23 ; Mlle Pinard 30 ; MM. Pinet, 29 ; Placa, 24 ; Pointeau, 23 ; Poissonnet, 26 ; Poussier, 29 ; Mlle Prêtre, 22 ; Prin, 26 ; Prochiantz, 28.

Mlle Maria Raymond, 24 ; MM. Raymondaud, 36 ; Raynaud, 27 ; Renault, 27 ; Revel, 22 ; Mlle Rist, 26 ; MM. Jean Robert, 34 ; De Rocca Serra, 24 ; Rochlin, 32 ; Rognon, 23 ; Rometti, 35 ; Ronsin, 22 ; Rouault, 26 ; Rougon, 25 ; Roulland, 24 ; Rousset, 34 ; Rouzaud, 29 ; Bernard Roy, 24.

Mlle Sachnine, 27 ; MM. Salet, 25 ; Scebat, 26 ; Schneider, 34 ; Sclafer, 26 ; André-Jean Sénéchal, 32 ; Robert Sénéchal, 23 ; Serane, 34 ; Serreau, 25 ; Eugène, Sevileano, 25 ; Nicolas Sevileano, 24 ; Seyer, 26 ; René Simon, 22 ; Soulier, 31 ; Mlle Stahland, 29 ; MM. Statlander, 28 ; Stefani, 34.

MM. Tétreau, 26 ; Thaon, 27 ; Thieblot, 26 ; Thorel, 34 ; Thoyer-Rozat, 41 ; Tiret, 26 ; Torre, 28 ; Toufesco, 29 ; Trémolières, 32 ; Tricot, 27 ; Tulou, 36.

MM. Vakili, 25 ; Vernemouze, 27 ; Vernes, 28 ; Verriez, 23 ; Verstraete, 24 ; Veyrières, 22 ; Villanova 42 ; Vivien, 30.

MM. Weill, 30 ; Wetterwald, 29 ; Weyl, 27 ; Wintrebert, 30 ; Mlle Hélène Wolfromm, 25 ; M. René Wolfrom, 30.

ORAL. — *Jury après tirage au sort* : MM. Fiessinger, Peron, Laignel-Lavastine, Milhit, Haguenau, J. Berger, Boppe, Redon, Riche, Jeannin.

Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris

Service des remplacements

Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie et toutes spécialités) doivent adresser leur demande au Secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir Delavigne, Paris (VIe). Tél. : Danton 09-60.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris

Le Bureau de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* communique :

Contre le projet de création du grade de docteur-dentiste

Le Comité de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, dans sa séance du 16 décembre 1936, a pris connaissance d'un projet de réforme des études dentaires qui doit être présenté incessamment à l'examen de la Confédération des Syndicats médicaux français sous forme d'avant-projet gouvernemental. Celui-ci tend à la suppression du gradede chirurgien-dentiste, les soins dentaires devant rentrer désormais dans le cadre de la *médecine* proprement dite.

Le Comité déclare rester partisan de l'obligation projetée d'être docteur en médecine d'Etat pour donner les soins dentaires, comme il l'a plusieurs fois précisé lors des discussions de la proposition de loi Milan-Rio en 1931-32 devant les groupements de médecins parisiens.

Mais il dénonce le danger des mesures transitoires qui donneraient aux chirurgiens-dentistes en exercice, et déjà diplômés d'une Faculté de médecine, le titre de *docteur-dentiste.*

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a toujours eu le souci de la protection des titres universitaires qui assurent à la profession médicale un minimum de garantie.

Aussi est-elle opposée à la création d'un nouveau doctorat délivré sans études probatoires et avec dispense du baccalauréat. L'existence des nouveaux docteurs « *sans doctorat* », outre le précédent néfaste qu'ils constitueraient, diminuerait du tout au tout, la valeur du doctorat en médecine d'Etat, car le doctorat-dentaire, s'il était créé, prêterait à confusion avec lui, attendu qu'il serait, comme lui, délivré par la Faculté de médecine.

Le Comité demande le retrait pur et simple des mesures transitoires proposées à la demande seulement de certains groupes de dentistes ».

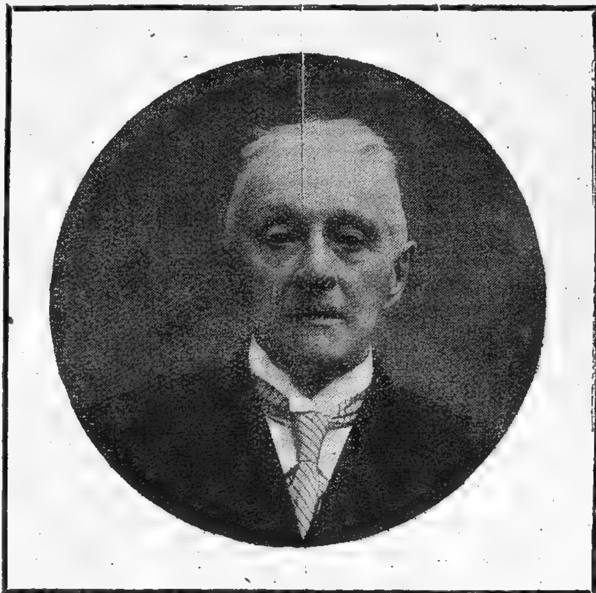
• • •

Voir la suite page XLVII-3725

Le Docteur AMÉDÉE MAURAT

1847-1936

Amédée - Firmin MAURAT, Doyen d'âge du Conseil de Direction du *Concours Médical*, Président d'honneur de la Mutualité familiale du Corps médical français et du Sou Médical, qui vient de mourir dans sa 90e année, naquit à Civray en novembre 1847. Son père, professeur de mathématiques au lycée de Poitiers, mourut prématurément et le laissa très jeune orphelin, aîné d'une famille de huit enfants. Il fut recueilli par un grand-père maternel, et passa une partie de son enfance à Dissay (Vienne) dans une propriété, ancien rendez-vous de chasse des princes de Condé. Ce fut là que se développa son amour de la nature et sa passion pour la culture des roses qui fut la distraction favorite de toute sa vie.



Il y avait dans cette propriété de Dissay un cèdre du Liban centenaire. La légende voulait que ce cèdre ait été un des trois que B. de Jussieu avait rapportés en France. Maurat qui aimait à évoquer ses souvenirs d'enfance et de jeunesse, nous faisait part du mépris que lui avait inspiré le cèdre du Jardin des Plantes qui était loin d'atteindre les proportions gigantesques du cèdre de Lissay. Il ajoutait mélancoliquement que ce dernier avait eu une plus triste destinée. La propriété de Lissay fut vendue et le cèdre, cédé à un marchand, fut, au grand scandale de tous les habitants de la région, transformé en allumettes.

Le jeune Maurat avait l'esprit aventureux. Il rêvait de devenir marin. Sa mère, navrée de cette vocation dut céder à ses instances. Avec l'espoir secret de le dégoûter de la carrière de marin, elle le confia à un vieil ami, capitaine au long cours, qui l'embarqua comme mousse sur son bateau à voiles. Il devait gagner, en doublant le cap de Bonne Espérance, l'île de la Réunion. Il était entendu que le capitaine donnerait des leçons au jeune homme et le préparerait au Borda, qui était alors le siège de l'Ecole navale. Excellent mousse, mais écolier rebelle, Maurat préférait grimper dans les cordages que travailler dans la cabine du capitaine. A la Réunion le bateau prit une cargaison de sucre. Le voyage qui avait été heureux à l'aller, le fut moins au retour. En traversant le golfe de Gascogne le navire essuya une violente tempête et perdit ses mâts et sa cargaison. L'entrée au port fut pénible et lamentable. Malgré cela, le jeune Maurat dont la volonté était tenace, persista à vouloir devenir un marin et prépara le Borda. Une grave atteinte de scarlatine l'empêcha de donner suite à ses projets. Ce fut alors qu'il décida de se destiner aux études médicales. Il se souvenait que son grand-père paternel avait été chirurgien de la Grande Armée. Il vint donc à Paris et se trouva en butte à mille difficultés pour mener à bien de sérieuses études avec des ressources plus que réduites. Il persévéra courageusement.

Survint la guerre de 1870-1871. Maurat s'engagea dans le corps des francs-tireurs de l'armée de la Loire dont il suivit la fortune et les infortunes. Entreprenant et même téméraire, il multiplia les coups d'audace dont l'épopée de ce corps franc fut si riche. Il aimait à raconter comment, simple fantassin, il devint un jour chef d'une patrouille d'éclaireurs montés, ayant réussi dans une embuscade à capturer les chevaux d'un peloton de uhlans.

La guerre terminée, Maurat reprit ses études. Il dut, pour les mener à bien, entrer comme répétiteur de mathématiques au Collège Rollin, puis au lycée Descartes. Enfin le 27 avril 1877, il soutint sa thèse de doctorat sur *Les fractures du fémur chez les enfants. Leur traitement.*

Le voilà docteur, un parent l'attire à Saint-

Leu-d'Esserent où il fit ses débuts comme médecin de campagne, parcourant jour et nuit cette région de l'Oise, à cheval ou en cabriolet. Il se fixa peu après à Gouvieux, bourg de la même région mais beaucoup plus important. Là, il fit la connaissance d'Auguste Cézilly qui, en 1885, l'attira à Chantilly, où il se fixa définitivement et s'assura une belle clientèle.

Dès 1884, Aug. Cézilly proposa à Amédée Maurat d'entrer au *Concours Médical* qu'il avait fondé cinq ans auparavant et dont le succès commençait à s'affirmer. Mus tous les deux par une foi profonde dans l'avenir du syndicalisme, ils collaborèrent à la Société civile du *Concours Médical* dont Maurat devint le 27 juillet 1884. secrétaire, et au développement du Syndicat des médecins de l'Oise dont il fut président.

Maurat ne fut pas à proprement parler un journaliste, il dépensa son activité en collaborant aux œuvres du *Concours Médical*. Il fut trésorier de l'Union des Syndicats médicaux de France. Il contribua en 1893 à fonder et à organiser sur bases solides l'*Association Amicale des médecins français*, plus connue sous le nom d'*Amicale Maladie*, qui devint en 1911, en créant une branche pour les retraites, la *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français*. Vice-président de cette Société le 3 décembre 1893, il en devint président le 18 novembre 1900, quand la maladie obligea Cézilly à se démettre de la présidence.

Aux réunions du *Concours Médical*, Gassot, Maurat et Jeanne formaient un triumvirat qui se concertait et proposait à Cézilly la réalisation de ses idées. Ce furent eux qui songèrent à créer le Sou Médical. En 1897, tous les praticiens furent émus par la condamnation du Docteur Laporte qui, à la suite d'un accouchement dystocique malheureux, opéré dans des circonstances vraiment dramatiques, avait été poursuivi et condamné en correctionnelle pour homicide par imprudence. Une souscription avait été ouverte pour assurer la défense de ce pauvre confrère sans ressources. Maurat nous a conté qu'en devisant sur le boulevard Magenta avec Gassot et Jeanne, ils émirent l'idée de créer une Ligue de défense individuelle du médecin.

Ils s'en ouvrirent à Cézilly qui se montra tout d'abord sceptique sur l'avenir de la fondation nouvelle. Il finit par céder à leurs instances, et comme la cotisation était fixée à un sou par jour, la Ligue prit le nom du *Sou Médical*. Maurat en fut le vice-président, puis en devint président après la retraite de Cézilly. Un an après, la Ligue comptait 500 adhérents, elle en réunit aujourd'hui 7.500.

Toute l'activité de Maurat, tous ses efforts, se concentrèrent au développement et au bon fonctionnement des deux filiales du *Concours Médical*. Avec une exactitude ponctuelle, il venait régulièrement à toutes les séances qu'il dirigeait avec autorité et l'âge ne diminua en rien sa fermeté et son énergie. Même pendant la Grande Guerre, Maurat qui, à Chantilly, n'était pas complètement à l'abri des attaques allemandes, venait à Paris prendre part à nos réunions.

Lorsque le 18 novembre 1929 fut célébré le cinquantenaire du *Concours Médical*, notre regretté G. Duchesne, au cours de sa magnifique histoire de notre œuvre, fit allusion en ces termes, à l'entrée de Maurat au *Concours Médical*:

« Et cette autre recrue, faite par Cézilly, en la personne d'Amédée Maurat, son successeur à Chantilly et qui s'inscrira sur les contrôles de l'équipe du *Concours Médical* en 1884. Il n'en sortira plus jamais, trésorier ici, secrétaire là, président ailleurs... Et vous le retrouvez à nos côtés, droit et sec comme un hêtre de sa forêt cantilienne, nous faisant toujours bénéficier de son expérience. »

Malgré un caractère en apparence distant et quelque peu bourru, qui s'efforçait de cacher les sentiments d'affection qu'il avait pour les siens et ses amis, Amédée Maurat était un agréable et précieux convive.

Jusqu'à 88 ans, il vécut sans la plus petite infirmité. A cette époque il craignit qu'un début de cataracte ne mît un terme à son activité. Cette idée lui fut insupportable et il exigea d'être opéré. Peu après il fut victime d'une chute malencontreuse qui le rendit sérieusement malade pendant quelques mois et l'opération ne réussit qu'à moitié. Cependant il se remit et durant huit mois eut encore la possibilité de se rendre seul tous les quinze jours à Paris aux séances du Sou Médical. Il assista pour la dernière fois à celle du 1er décembre. Le 15 décembre, il succombait à une courte maladie.

Le souvenir d'Amédée Maurat restera dans nos cœurs. Il fut un modèle de persévérance et d'énergie, et sa foi dans l'avenir du *Concours Médical* et de ses œuvres ne se démentit jamais.

« La mort qui prévient la caducité arrive plus à propos que celle qui la termine », a écrit La Bruyère. Bien que nonagénaire, Amédée Maurat échappa à la caducité et malgré la douleur de sa famille, malgré nos profonds regrets, nous pouvons affirmer que la mort lui fut clémente.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES STOMATITES

Par le Docteur Pierre SASSIER
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Les stomatites sont des affections que le médecin a souvent l'occasion d'observer en clientèle et peut-être est-il intéressant d'en rappeler ici quelques points d'ordre pratique.

Leur apparition est commandée :
— par une altération de la muqueuse buccale d'origine traumatique ou toxique, à laquelle l'infection viendra s'ajouter.
— par une perturbation dans la sécrétion et le chimisme salivaire ;
— par un affaiblissement des défenses générales de l'organisme (le résultat est une perte intense de la vitalité des tissus, propice au réveil et à l'exaltation de la flore locale la plus variée, saprophyte ou pathogène, au premier rang de laquelle prédominent, à côté des microbes spécifiques, les pyogènes habituels, les fusospirilles, plus rarement les ultravirus).

Les affections les plus diverses réagissent ou peuvent réagir sur la muqueuse buccale. Le mécanisme d'apparition est le même pour toutes. C'est dire qu'elles revêtent, quelle qu'en soient leurs causes, une symptomatologie analogue. Elles sont en effet susceptibles de passer par les mêmes stades, d'aboutir à un même terme ultime.

Donc, selon qu'elles intéresseront plus ou moins profondément l'épithélium ou le derme, elles revêtiront un aspect catarrhal, érythémato-pultacé, ulcéro-membraneux ou nécrotique.

Tel est le cadre anatomo-pathologique schématique. En voici rapidement les points cliniques saillants :

Stomatite catarrhale. — Qu'elles s'étendent à tout ou partie de la muqueuse, les lésions, à cette phase, attirent peu l'attention. Seules, les gencives sont rouges, gonflées, saignent parfois très facilement. Les joues et la langue gardent l'empreinte des dents. L'haleine est forte. La phonation et la mastication sont gênées. La bouche est sèche. Les liquides chauds ou froids sont mal supportés. Et c'est tout.

Stomatite érythémato-pultacée. — L'attaque microbienne a été plus profonde. L'apparition d'un liséré grisâtre et d'un enduit pultacé en regard des points de moindre résistance (languettes interdentaires, collets des dents, face interne des lèvres, muqueuse jugale, etc.) traduit la desquamation épithéliale. L'haleine est fétide et les signes fonctionnels se bornent à une légère exagération des signes de la période précédente.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Dans cette forme les lésions sont profondes et moins localisées. Elles s'accompagnent surtout de *symptômes fonctionnels* plus accentués. Elles prédominent aux points de moindre résistance et tendent rapidement à gagner les régions avoisinantes pour se diffuser sur les joues, la langue, les piliers, etc., en ulcérations typiques, irrégulières, festonnées, déchiquetées, verticales au niveau des gencives, ovalaires à la face interne des joues.

Enfouies dans un dépôt putrilagineux plus ou moins épais, plus ou moins étendu, facile à déterger, on les trouvera donc surtout au niveau des dents cariées et des racines, au niveau des capuchons muqueux des dents de sagesse, dans le sillon rétro-molaire, chez les individus pyorrhéiques et chez ceux dont l'hygiène buccale est particulièrement défectueuse.

Quant aux tissus voisins (langue, joues, lèvres, gorge), ils se congestionnent et se tuméfient à leur tour. Certains viennent se léser contre les arcades dentaires, créant ainsi des points d'appel nouveaux pour d'autres localisations d'ulcérations pseudo-membraneuses et amenant une gêne dans l'ouverture de la bouche. L'engorgement ganglionnaire est léger.

Les signes fonctionnels sont marqués. Salivation considérablement exagérée, fétidité de l'haleine, sensation de brûlure dans la bouche, exaspérée par les moindres mouvements de mastication et de déglutition, sont les symptômes les plus frappants.

L'état général, par suite de la déglutition de produits septiques est assez touché. Le facies est

creux et tiré, la température oscille de 38 à 39. La diarrhée n'est pas rare.

Stomatite nécrotique. — Là, le *syndrome infectieux* domine l'ensemble du tableau clinique. L'état général est profondément altéré. Le malade a les narines dilatées, il est pâle, asthénié, subictérique, secoué de frissons. Son pouls se précipite, sa température oscille entre 38 et 40 et s'accompagne de tachycardie et d'hypotension. Il a l'aspect d'un septicémique. Les lésions locales se caractérisent par leur allure nécrotique et phagédénique. Elles apparaissent au milieu de tissus œdémateux, sous forme d'ulcérations rongeantes, sphacéliques, fétides, très douloureuses, à bords décollés, livides. Elles siègent sur les gencives ou au niveau des amygdales, plus rarement sur la joue ou la lèvre. Elles se réunissent en un cloaque putride et peuvent amener des délabrements rapides intenses telle qu'une perforation du voile. Elles saignent fréquemment et ce sang extravasé leur donne une teinte noirâtre. Elles s'accompagnent de dysphagie, de salivation roussâtre abondante extrêmement fétide, parfois de trismus.

Dans les cas graves, nombreux, les signes de septicémie s'exagèrent et la mort survient en un temps qui ne dépasse pas en général trois semaines après le début des accidents.

Tels sont les quatre aspects anatomo-pathologiques qui conditionnent le tableau clinique d'une stomatite. Mais, suivant les cas, les modalités en seront plus ou moins tranchées : tantôt l'affection s'arrêtant dans son évolution à un stade précis ; tantôt celle-ci apparaissant grave d'emblée par suite de la brièveté d'une ou plusieurs phases intermédiaires.

Diagnostic. Autant il est aisé d'après les signes locaux d'affirmer l'existence d'une stomatite, autant il est difficile sur l'aspect seul des lésions de préjuger de leur étiologie. Aussi les antécédents, le degré des symptômes fonctionnels et généraux concomitants, les examens de laboratoire aideront à leur différenciation.

Autant il est facile d'éliminer :

— les *plaques blanches* d'une *leucoplasie* ou d'un *lichen*,

— les *lésions pigmentaires* telles qu'elles existent *physiologiquement*, dans des affections telles que la *syphilis*, la *maladie d'Addison*.

— des *liserés toxiques*,

autant il est délicat de rapporter à leur véritable cause certaines *érosions humides* en l'absence des lésions vésiculeuses, bulleuses ou pustuleuses qui les ont précédées ou coexistent encore avec elles.

Aussi importe-t-il en premier lieu de rechercher s'il n'existe pas une *lésion locale initiale* capable de mettre sur la voie du diagnostic.

Celle-ci est-elle *indolente* ? Il peut s'agir d'une vésicule polycyclique *d'herpès*, d'un élément *aphteux* surtout si l'on a affaire à un dyspeptique, à un entéritique (penser aux antipyrinides qui peuvent simuler l'un et l'autre.)

Est-elle *douloureuse* et coexiste-t-elle avec des lésions cutanées ? (et ceci est beaucoup plus rare). C'est à une éruption *zostérienne*, un *hydroa vésiculeux de Bazin* ou une *dermatite polymorphe de Duhring* même, exceptionnellement au *pemphigus* qu'il faut songer.

En réalité, la présence d'une lésion visible concomitante est rare eu égard à la fréquence des stomatites, et quand elle n'existe pas on rapportera la lésion buccale soit à une cause irritative locale, soit à une cause générale.

Cause irritative locale. Il s'agit :

— d'une *ulcération mécanique* de la muqueuse ;

— d'une *gingivite tartrique* ;

— d'une *stomatite odontiasique* (Chompret), plus fréquemment.

La dent de sagesse est alors en cause, en général. La péricoronarite saute aux yeux et le diagnostic est facile, d'autant que la pression fait sourdre du pus sous le capuchon de la dernière molaire.

Cause générale : infectieuse ou toxique :

1° *Infectieuse. La stomatite coexiste avec : une fièvre éruptive* : rougeole, scarlatine, varicelle, variole., etc. ;

— une *maladie infectieuse*, fréquemment une *diphtérie*, mais elle s'accompagne d'angine avec fausses membranes adhérentes, pullulant de bacilles de Klebs-Lœffler.

Elle apparaît au cours d'une maladie chronique cachectique :

— chez un *rénal* (haleine ammoniacale, langue sèche, pronostic sévère), un *hépatique*, un *entéritique*, un *diabétique*.

— au cours d'une *maladie de la nutrition* : *scorbut, maladie de Barlow* (forme spéciale avec hypertrophie des gencives et suffusions sanguines).

Elle peut être le symptôme d'alarme d'une maladie du sang ou dominer son tableau clinique, soit que rarement il s'agisse d'un trouble portant sur les globules rouges (*anémie pernicieuse*, glossite de Hunter) soit que plus fréquemment la perturbation sanguine porte sur les globules blancs. Qu'il s'agisse de *leucémie* ou *d'agranulocytose*, il y a presque toujours opposition entre la gravité moyenne des lésions buccales et l'état général, très altéré. La stomatite est alors remarquable par son polymorphisme, sa gravité, sa tendance à la nécrose,

sans autre caractère capable de lui assigner une symptomatologie propre. « Leur diagnostic est à la fois très facile et très difficile : très facile parce qu'il suffit d'y penser, et très difficile, parce qu'il faut y penser » (Aubertin).

2° *Toxique.* Cette forme de stomatite est de beaucoup la plus fréquente. C'est à elle qu'il faut d'abord songer.

Elle apparaît à la faveur de l'intoxication et du fléchissement de la résistance organique qu'elle entraîne : il se produit une exaltation de la virulence des microbes buccaux qui se multiplient et provoquent des accidents.

Au premier rang de celles-ci viennent se placer les stomatites mercurielles et bismuthique.

Stomatite mercurielle.

Elle apparaît au cours d'une intoxication chronique ou d'une intoxication aiguë. Le plus souvent on l'observe à l'occasion d'un traitement antisyphilitique, d'un traitement à l'huile grise en particulier (celle-ci s'accumule au niveau du point injecté et opère par décharges, parfois massives).

Elle débute par une hémistomatite médiane inférieure. Puis, la région rétromolaire d'abord, la langue et le voile ensuite se trouvent envahis. Toute la muqueuse buccale peut être prise à l'exception de l'isthme du gosier. A ceci s'ajoute une adénopathie constante, bilatérale, très douloureuse.

Mais surtout, le tableau clinique se trouve dominé par les signes fonctionnels. Les douleurs atteignent une violence des plus pénibles (il existe même une véritable forme névragique). Le trismus n'est pas rare, souvent intense. La salivation est extrêmement abondante et typique : un litre, deux litres, parfois davantage. La fétidité de l'haleine est accentuée, devenant dans les cas sévères insupportable pour le malade et son entourage. L'état général est profondément atteint, le facies est celui d'un grand infecté, la température est élevée.

A côté de la stomatite, l'intoxication mercurielle fait son œuvre, lésant le foie et les reins. Les urines arrivent à contenir une grande quantité d'albumine. Les crises de colite avec diarrhée sanglante sont fréquentes.

Il existe encore des formes plus *graves* (forme historique de Fournier) qui aboutissent à la nécrose et à la séquestration osseuse et des formes *frustes*, catarrhales, localisées au voile et aux piliers.

Stomatite bismuthique.

« Incident plutôt qu'accident de la médication bismuthée », la stomatite vraie se trouve précédée d'une phase d'imprégnation de la muqueuse qui se manifeste en certains points électifs réalisant au niveau des gencives un liséré marginal ; sur les lèvres et la face interne des joues un véritable tatouage, dans le sillon gingivo-jugal inférieur des stries verticales ; au niveau de la langue une coloration uniformément bleuâtre.

Au stade de stomatite, la gingivite médiane inférieure est la forme de début la plus courante, mais jamais la muqueuse ne se trouve très tuméfiée.

Les ulcérations apparaissent superficielles sur les zones pigmentées et se recouvrent d'un enduit blanc, crémeux, épais, peu adhérent, à l'inverse de ce qui se produit pour la fausse membrane. L'adénopathie est légère.

De même que les signes locaux sont peu marqués, de même les signes fonctionnels et généraux se trouvent réduits à peu de chose. Il y a peu de salivation, peu de fétidité de l'haleine, peu de douleurs. Les signes d'intoxication sont minimes : peu ou pas de retentissement hépatique ou rénal. Parfois cependant surviennent quelques hématuries modérées : le plus souvent la teinte foncée des urines dans le bocal n'est due qu'à une transformation en sulfure, du bismuth qu'elles contiennent.

Les formes sévères, diffuses sont exceptionnelles.

Autres stomatites toxiques.

— *Aurique* : du fait de l'emploi de la chimiothérapie dans le traitement de la tuberculose, elle est devenue plus fréquente. D'abord marquée par un simple érythème muqueux à début sublingual *déjà douloureux*, elle prend bientôt l'allure de gingivite exfoliatrice ulcéreuse *presque généralisée d'emblée* et peut aboutir à des ulcérations profondes, les aurides, de développement insolite très grave.

Une forme bien particulière est la stomatite bulleuse.

— *Arsenicale* : les mêmes symptômes s'y rencontrent.

La forme *aiguë* est :

— érythémateuse ;

— ulcéreuse, intense, étendue, s'accompagnant d'une forte adénopathie ;

— nécrosante, à allure d'ostéomyélite, mais ne frappant que les parois alvéolaires.

La forme *chronique* se traduit par un liséré gingival blanc.

Exceptionnellement seront rencontrées :

— la gingivo-stomatite *cuprique* (liséré violacé et réaction fongueuse des gencives) ;

— la gingivo-stomatite *phosphorique* (aspect de stomatite mercurielle) ;

— les gingivo-stomatites *argyrique, antimoniale, gonacrinique.*

Seule la notion d'antécédents thérapeutiques permettra d'établir une discrimination.

Traitement. — Du mécanisme d'apparition des stomatites, de leur symptomatologie découle que ce traitement doit être local et général.

LOCAL. — Dans toute stomatite, et quelle qu'en soit la cause, il faut d'abord lutter contre la septicité buccale et contre la douleur.

1° Après ablation des dépôts tartriques, faire de grands lavages de bouche au bock avec des solutions étendues d'eau oxygénée additionnée de borate de soude.

Les alterner avec des bains de bouche chloralés ou phéniqués.

Dans les formes ulcéro-membraneuses, recommander l'écouvillonnage léger des ulcérations au borate de soude.

Toujours lutter contre l'association fuso-spirillaire par l'emploi de pâtes dentifrices appropriées, par l'attouchement des lésions au bleu de méthylène (contre les microbes superficiels), et surtout le novarsenobenzol en collutoire glycérino-résorciné (actif à toute profondeur) ;

2° Contre la douleur pratiquer des attouchements gingivaux avec des collutoires à base de cocaïne ou d'huile scuroformée.

Détruire les clapiers en les cautérisant avec de l'acide trichloracétique.

GÉNÉRAL. — Une fois disparue la lésion irritative (extraction de la dent coupable) il faut combattre les *maladies infectieuses* ou la *maladie chronique* en cause : cirrhose, diabète, urémie, etc....

En cas de *scorbut* ou de *maladie de Barlow*, outre la médication vitaminée, prescrire contre les états fongueux des gencives les astringents en collutoires ou bains de bouche : tanin, ratanhia, quinquina.

En cas de *maladie du sang* le traitement général est décevant. Il ne peut viser qu'à un but palliatif étant donnée l'évolution navrante des affections qui président à la naissance de ces stomatites. Le traitement local peut procurer au contraire de grands soulagements : ce qui prouve que l'apparition de la stomatite dépend beaucoup de l'état antérieur de la bouche.

La modération opératoire doit être de règle tant doit être redoutée une intervention intempestive susceptible de déclencher un coup de fouet.

En cas de stomatite *toxique* : espacer ou arrêter tout d'abord le traitement (mercure, bismuth, or, arsenic).

Ensuite, s'il s'agit de *mercure*, en faciliter son élimination par l'ingesstion d'eau sulfureuse (Challes-Uriage), d'iodure de potassium à faible dose, et surveiller l'état intestinal et rénal.

Si l'on se trouve en présence d'une stomatite *bismuthique* faire de même avec des purgatifs légers (rhubarbe et soufre), des diurétiques et s'attaquer au liseré gingival par de petites scarifications fines suivies d'application d'acide trichloracétique.

En conclusion, il est inutile de souligner, semble-t-il, tout l'intérêt que comporte pour le médecin la connaissance des stomatites :

— intérêt de fréquence, tant sont nombreuses les affections qui peuvent retentir sur la muqueuse buccale ;

— intérêt clinique : les stomatites ont, quelle qu'en soit leur origine, une symptomatologie si souvent analogue qu'il apparaît fréquemment difficile, sur leur aspect seul, de pouvoir en déterminer la cause ;

— intérêt diagnostique, qui découle de ces constatations. Qu'il s'agisse de lésions traumatiques, de maladies infectieuses, de lésions sanguines, d'avitaminoses... les agents infectieux locaux restent les mêmes : c'est une partie de la pathologie qu'il faut passer en revue quand on se trouve en présence d'une stomatite, parfois première manifestation d'une lésion jusqu'alors méconnue.

— intérêt thérapeutique enfin puisque par des moyens très simples, visant à combattre la septicité buccale, le médecin parviendra aisément à améliorer l'état local, et qu'un traitement plus général amènera souvent la rétrocession de lésions à distance, connues ou méconnues.

COMPLICATIONS VASCULAIRES DES FRACTURES FERMÉES

Par le Docteur F. Masmonteil, de Paris

Les complications vasculaires au cours des fractures fermées sont assez peu connues ; les fractures sont généralement considérées comme une entité indépendante caractérisée par une lésion isolée du squelette et justiciables les unes d'un traitement orthopédique, les autres d'un traitement chirurgical.

Et cependant à la réflexion, il est difficile de concevoir qu'un traumatisme puisse briser la charpente d'un membre, c'est-à-dire sa partie la plus résistante, tout en laissant indemnes les parties molles.

La flexibilité et l'élasticité des vaisseaux leur permet certes d'échapper parfois à l'action de l'agent vulnérant ; mais il n'en est pas toujours ainsi et nombreux sont les cas où les artères et les veines peuvent être lésées.

Parfois le paquet vasculaire est soumis à l'action du corps vulnérant qui l'atteint directement le contusionnant ou même le sectionnant contre le plan profond et résistant de l'os ; mais inversement le squelette peut agir à son tour et se retourner après la fracture contre les parties molles ; c'est ainsi qu'une esquille peut piquer ou sectionner un vaisseau important. Reboul a rapporté un cas de lésion de la sous-clavière par une esquille de la clavicule, Küster de même et Volkmann un cas de section de la fémorale par un fragment du fémur qui a nécessité ensuite l'amputation de la cuisse.

Dans d'autres cas, le membre après la fracture est entraîné par l'agent traumatique et soumis à des phénomènes d'élongation qui altèrent les tuniques des vaisseaux ; ainsi se font des ruptures partielles ou complètes de ces tuniques qui aboutissent à des thromboses localisées ou extensives, surtout chez les sujets athéromateux ou acrodyniques.

Plus rarement le paquet vasculaire à la suite du déplacement post-fracturaire, vient se placer entre les fragments ; il y est soumis à des phénomènes de compression tantôt passagers, tantôt continus qui pourront aboutir soit à sa thrombose, soit à sa rupture.

Quelqu'en soit le mécanisme, on peut OBSERVER DU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE, trois groupes de lésions : les *unes primitives*, contemporaines de l'accident, les autres *secondaires*, se développant dans les premières semaines au cours de la période de réparation, les *autres tardives* après la consolidation, véritables séquelles.

Les *lésions primitives* vont depuis la simple attrition pariétale jusqu'à la section complète du vaisseau. Si l'attrition est peu accusée, il se fait une suffusion sanguine très localisée qui ne laisse après elle aucune séquelle ; mais si l'action a été plus accentuée, on observe en premier lieu une rupture de la tunique interne, point de départ d'une thrombose plus ou moins étendue à tendance parfois extensive ou d'embolies distales.

Si toutes les tuniques sont lésées, le sang s'épanche dans les tissus formant un anévrysme diffus, comme on le voit fréquemment dans certains éclatements du radius ou même encore dans certaines fractures de l'extrémité supérieure des os de la jambe. Il se fait alors une infiltration de sang dans tous les tissus avec surpression, au point de supprimer parfois toute circulation dans la partie distale du membre. Parfois le sang s'épanche dans la gaine périvasculaire comprimant l'artère et les veines qui y sont contenues.

C'est ainsi, que suivant l'étendue et la gravité des lésions vasculaires, on observera l'apparition des zones nécrotiques localisées ou généralisées : localisées, elles se présentent sous le type de placards circonscrits, ne représentant que le processus ultime des phlyctènes si couramment observées dans les fractures ; généralisées, elles se voient plutôt chez les sujets artério-scléreux, en imminence de troubles graves ; chez eux, l'accident vient bloquer les voies jusqu'ici perméables.

Tandis que les lésions primitives atteignent plutôt les artères, *les lésions secondaires* se portent de préférence sur les veines ; les artérites infectieuses sont en effet exceptionnelles, tandis que les phlébites offrent une fréquence surprenante ; elles se voient en dehors de toute lésion cutanée et l'expérience montre qu'elles sont, contrairement à ce qu'on pourrait penser, beaucoup plus couramment observées après les fractures fermées qu'après les fractures ouvertes. C'est même là un point assez mystérieux et qui n'est pas fait pour éclairer leur pathogénie.

Quant aux *lésions tardives* ou plutôt aux séquelles révélatrices des lésions latentes, il ne faut retenir d'une part que les troubles ischémiques, consécutifs aux lésions artérielles et dont le type le mieux connu est à l'avant-bras, la rétraction ischémique de Volkmann, et d'autre part les œdèmes consécutifs aux oblitérations veineuses.

Etude clinique :

I. — Lors du traumatisme ou dans les heures qui suivent, tout blessé atteint de fracture doit être

l'objet d'un examen minutieux ; le pouls périphérique doit être recherché aussi bien que les troubles de sensibilité, mais deux ordres de symptômes doivent éveiller avant tout l'attention.

1° L'apparition d'un gonflement très prononcé du membre avec ecchymoses diffuses souvent violacées et tension accentuée des tissus ; l'impression est alors celle d'un membre « gonflé à bloc », où les suffusions hémorragiques sont considérables, les loges aponévrotiques sous tension. Ce tableau est celui des graves fractures épiphysaires ; on le voit parfois au poignet, au coude, mais le lieu d'élection est le genou (fracture des plateaux tibiaux). Si des phénomènes d'irradiation douloureuse distale apparaissent, si des fourmillements avec paresthésie se précisent, il faut penser que la circulation est compromise et des mesures s'imposent rapidement.

2° Parfois ce ne sont pas les troubles physiques qui donnent l'alarme, mais des signes fonctionnels : la douleur.

Une fracture bien immobilisée, mise dans un appareil provisoire ne doit pas être à proprement parler douloureuse ; il persiste bien des phénomènes de tension, d'engourdissement, mais il ne doit pas y avoir de crises aiguës avec paroxysmes empêchant le sommeil ; l'apparition de telles douleurs doit faire procéder à un examen immédiat du membre et on découvrira les signes physiques en rapport avec un trouble circulatoire, que nous avons déjà signalés.

Dans certains cas on observe des troubles paradoxaux : la douleur est moins accusée, si le membre est abandonné à lui-même, que si on le ramène par une réduction dans une position voisine de la normale ; parfois même la réduction s'accompagne d'une douleur brutale en éclair, très aiguë qui devient insupportable pour le malade ; la réduction au lieu de calmer les douleurs, les a exacerbées, ce signe est presque pathognomonique d'une interposition des vaisseaux ou des nerfs entre les fragments ; dans un cas semblable, l'intervention sanglante acceptée par le malade pour une fracture oblique de jambe au tiers inférieur nous a permis de découvrir la présence entre les fragments du paquet vasculo-nerveux tibial antérieur. Que serait-il advenu dans ce cas particulier, si au lieu de recourir au traitement sanglant nous avions appliqué un appareil plâtré immobilisateur ? les douleurs auraient continué, suivies peut-être de l'apparition d'une gangrène localisée au territoire de l'artère pincée et on n'aurait pas manqué d'attribuer cette nécrose à l'apparition d'un appareil trop serré. Ces faits ont besoin d'être connus si on veut que nos confrères ne soient pas injustement poursuivis dans des cas semblables.

II. — Dans les jours qui suivent, d'autres accidents peuvent survenir ; généralement leur apparition se fait du huitième au quinzième jour ; mais dans certains cas, on peut les voir plus précocement à partir du quatrième jour, ou exceptionnellement du deuxième jour, ou plus tardivement jusqu'au 100e jour, comme nous en avons observé un cas (embolie massive avec mort après une fracture ouverte de jambe).

Tantôt on assiste à l'apparition brutale des signes de l'embolie pulmonaire : point de côté suivi de dyspnée avec troubles d'asphyxie ou avec collapsus cardiaque, hémoptysie, tachycardie ; c'est l'embolie moyenne ; tantôt on observe une forme foudroyante avec mort immédiate (embolies graves) ; tantôt il se présente des formes larvées caractérisées par des signes pulmonaires directs ou des phénomènes d'insuffisance cardiaque légère et dont la nature embolique n'est pas toujours soupçonnée. C'est le groupe des phlébites à début embolique.

Mais plus souvent la phlébite se révèle autrement ; il s'agit d'un blessé appareillé depuis quelques jours et qui se trouvait bien de son appareil, quand vers le douzième ou quinzième jour, il se plaint tout à coup d'être gêné ; des douleurs sont apparues, ont parfois même interrompu le sommeil ; le membre a gonflé faisant hernie entre les deux lèvres de la gouttière, entre les attelles, si on a utilisé les appareils de Delbet, à l'extrémité du membre, s'il s'agit d'un appareil plâtré circulaire ; le malade qui a l'impression d'être trop serré dans l'appareil réclame son ablation immédiate, et le praticien acceptant cette opinion le retire, tout surpris de ne pas voir les douleurs céder. Dans ces cas, il faut bien se garder d'enlever l'appareil ; il s'agit d'une poussée de phlébite contre-signée souvent par une ascension thermique et la tachycardie ; toute mobilisation intempestive est dangereuse, car elle expose aux embolies. Précisons bien notre pensée ; il ne faut jamais enlever un appareil plâtré qui a été bien toléré durant quelques jours, et n'a donné lieu que plus tard à des phénomènes douloureux.

Mais le diagnostic n'est pas toujours facile, notamment dans les fractures ouvertes ou dans les fractures opérées. Lorsque les douleurs surviennent dans ces cas, elles affectent souvent le type névralgique sous forme de crises bi ou triquotidiennes ; elles s'accompagnent d'une poussée thermique plus élevée, d'un gonflement du membre ; on pense d'abord à une immobilisation insuffisante ; on renouvelle les appareils plâtrés ou on change les appareils d'immobilisation sans obtenir aucun soulagement ; s'il s'agit d'un os voisin d'un nerf, on ne manque pas de penser à une compression par une esquille, un fragment ou le cal en formation ; si une poussée thermique apparaît, on pose le diagnostic d'ostéomyélite. Et

cependant le problème thérapeutique est d'importance : s'il s'agit d'ostéomyélite, il faut ouvrir le foyer et drainer ; s'il s'agit de phlébite, il faut devenir plus sévère encore au point de vue de l'immobilisation et l'abstention opératoire est absolue. Deux conduites opposées et aussi dangereuses l'une que l'autre en cas d'erreur. En effet, celle qui consiste à prendre une ostéomyélite pour une phlébite, conduit à laisser passer le moment favorable pour une intervention de désinfection et expose le malade à la septicémie. L'erreur inverse qui fait prendre une phlébite pour une ostéomyélite, entraîne à pratiquer une intervention dangereuse, facteur d'embolies mortelles qui déclenchées pendant l'intervention, seront faussement rapportées à un accident d'anesthésie.

On peut concevoir ainsi la situation dramatique dans laquelle peut se trouver le clinicien, car de son diagnostic dépend d'une façon absolue la vie ou la mort du malade ; aussi est-il nécessaire d'insister sur les signes différentiels de l'ostéomyélite et de la phlébite. Tous les symptômes ont leur valeur.

Les signes généraux sont habituellement plus importants dans l'ostéomyélite que dans la phlébite ; la fièvre est plus élevée, le pouls plus rapide, les phénomènes d'intoxication plus accusés : langue saburrale, parfois sèche, teint plombé, subictère, dyspnée toxique ; certaines phlébites peuvent bien s'accompagner parfois d'une température élevée, mais le cortège des phénomènes d'infection grave manque presque toujours.

L'infection osseuse fait son apparition plus précocement que l'infection veineuse ; c'est vers le deuxième ou le troisième jour ou le soir même de l'opération ou de l'accident qu'elle apparaît, tandis que la phlébite se révèle du huitième au dixième jour.

Les signes physiques sont plus précieux pour la différenciation des lésions. Tandis que les phénomènes phlegmoneux sont centrés sur le foyer de fracture dans l'ostéomyélite, ils sont sous-jacents à lui dans la phlébite. Tandis que la lésion osseuse donne lieu aux phénomènes inflammatoires caractéristiques, rougeur, tumeur, chaleur, douleur à la hauteur du foyer de fracture, la lésion veineuse ne donne lieu qu'à un œdème blanc très étendu à développement excentrique vers la partie terminale du membre ; à ce niveau les veines sont dilatées et très sensibles à la palpation.

La douleur est toujours plus vive dans la phlébite que dans l'ostéomyélite ; constante et d'intensité égale en cas d'ostéomyélite, elle présente des acmés souvent très vives dans la phlébite.

C'est enfin l'évolution qui peut trancher les dernières hésitations ; l'immobilisation n'améliore pas ou peu la situation en cas d'ostéomyélite ; elle produit au contraire une régression rapide des symptômes en cas de phlébite.

De toutes façons, c'est un diagnostic difficile et la radiographie n'est pas d'un grand secours au moment où se pose le problème thérapeutique, car ni les lésions osseuses au début, ni les lésions veineuses ne se révèlent sur les clichés ; il n'en est pas de même plus tard, au bout de quelques mois ; les séquestres et l'ostéite raréfiante de l'ostéomyélite sautent aux yeux ; les phlébites elles-mêmes peuvent se dévoiler après l'ossification du thrombus donnant lieu à l'apparition de phlébolithes ; mais ce sont là des diagnostics rétrospectifs qui n'ont plus qu'un intérêt purement spéculatif.

III. Quand la consolidation d'une fracture est faite, les lésions vasculaires deviennent l'exception, tandis que les lésions nerveuses sont plus fréquentes ; aussi le tableau clinique est bien simple ; il se limite à l'étude des séquelles.

Pour les lésions artérielles, ce sont les phénomènes de rétraction ischémique (type Volkmann) si fréquents après les lésions du coude et après les fractures de l'avant-bras. Pendant longtemps, on a attribué ce syndrome à l'application d'un appareil plâtré trop serré. M. Mouchet a fort heureusement réagi contre cette tendance en apportant à l'appui de son opinion, des cas de rétraction ischémique survenue chez des sujets immobilisés en gouttière, sans qu'aucune compression ait pu accentuer l'action des lésions traumatiques ; ce sont des faits très importants au point de vue médico-légal.

Pour les lésions veineuses, nous n'insisterons pas sur les œdèmes et les troubles trophiques qui persistent pendant plusieurs mois ou plusieurs années après l'accident ; dans les fractures non compliquées, cet œdème est parfois assez important et nous avons déjà nous-mêmes signalé sa fréquence en cas de réduction insuffisante ; ils tiennent à la disparition du canal médullaire qui joue un rôle de premier plan pour la circulation veineuse de retour. Mais dans les fractures compliquées de lésions veineuses, l'œdème et les troubles trophiques sont beaucoup plus accentués et peuvent importuner les malades gravement pendant des mois et des années.

Traitement :

Il est permis de dire d'après ce que nous avons vu précédemment, que dans la pratique, les lésions immédiates portent sur les artères, les lésions secondaires sur les veines, les lésions tardives sur les nerfs ; aussi les conclusions thérapeutiques sont-elles faciles à donner.

1° Dans les lésions vasculaires immédiates, on observera très attentivement le membre ; si l'on acquiert la conviction que la circulation est

profondément touchée et que sa nutrition est compromise, il faut sans délai intervenir. L'opération sera dirigée soit sur le foyer de fracture lui-même, soit sur les gros vaisseaux de la région; elle pourra se borner à une simple aponévrotomie de décompression à un débridement de la gaine vasculaire, à une suture ou ligature des vaisseaux touchés, ou au contraire se terminer par une intervention sur le foyer de fracture ablation d'esquilles ou ostéosynthèse. Ce sont des considérations que nous ne pouvons qu'ébaucher ici.

2° Dans les lésions vasculaires secondaires, l'abstention est la règle. Toute fracture qui devient douloureuse vers le dixième jour et s'accompagne de gonflement dans l'appareil, ne doit pas être touchée, il s'agit d'une phlébite ; tout au plus desserrera-t-on une gouttière dont les bords menaceraient les parties molles, mais jamais l'appareil ne sera changé, car il n'en résulterait aucun bénéfice et on ferait au contraire courir au malade le risque d'une embolie (cas de Riedel).

3° Dans les lésions vasculaires tardives, ou plutôt dans leurs séquelles, on conseillera à ces malades une cure dans une station thermale : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Bagnères-de-Luchon dans les fractures simples, Bagnoles-de-l'Orne, dans les fractures compliquées de phlébites.

LUXATION DE LA TÊTE DU Ve MÉTATARSIEN

Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques jours, une luxation de ce genre. Elle paraît assez rare, et, par conséquent, digne d'être signalée.

L'accident est arrivé vers 18 heures, le blessé a été vu à 19 heures. Menuisier de son métier, il était occupé sur un échafaudage, à 3 mètres du sol, quand celui-ci céda à l'extrémité opposée à celle où il se trouvait. Il glissa tout le long de la planche où il se trouvait, en restant à peu près debout sur l'échafaudage incliné à environ 75°. Il entra en contact avec le sol par le bord externe du pied, et ressentit immédiatement une vive douleur. La marche était impossible.

A l'examen, le pied est très œdématié, surtout à la partie externe et dorsale. L'exploration est très douloureuse et difficile, en raison de l'œdème. Les deux malléoles et le calcanéum paraissent cependant intacts, et les mouvements passifs de la tibio-tarsienne ne sont pas douloureux. On pense surtout à une fracture d'un métatarsien.

La radiographie montre un écartement anormal entre le Ve métatarsien et le IIIe cunéiforme. Les métatarsiens sont intacts.

La réduction fut obtenue sans peine, par pression sur la tête luxée en haut. Rien ne permettait cependant de penser que la luxation ne se reproduirait as.

Cependant, aux examens ultérieurs, le Ve métatarsien avait gardé sa position normale, et le blessé *put reprendre la marche très vite.*

Nous devons signaler qu'il s'est produit des ecchymose très étendues au pied et *au mollet*, et une phlyctène à la face dorsale.

On sait que les ligaments plantaires de l'articulation tarso-métatarsienne sont peu résistants, et qu'ils « diminuent d'importance à mesure qu'on se rapproche du bord externe du pied ». Le grand ligament de la plante, calcanéo-cuboïdien inférieur, s'insère bien au delà de la gouttière du tendon du long péronier latéral, sur les extrémités proximales des derniers métatarsiens, mais surtout, semble-t-il, sur le troisième et le quatrième. L'aponévrose plantaire, enfin est très forte à sa partie moyenne, et moins à sa partie externe.

Cet ensemble ligamenteux offre une grande résistance à l'affaissement de la voûte plantaire, et la lésion du pied, la plus fréquemment observée, lors d'une chute verticale sur le pied, est précisément la fracture du calcanéum, bien plutôt qu'une luxation des articulations du tarse.

Ici, il ne s'est pas produit vraiment une chute verticale ; le point d'application du traumatisme fut nettement le bord externe du pied ; peut-être, la portion proximale du Ve métatarsien est-elle entrée — la première — en contact avec un objet saillant, planche, ou morceau de bois quelconque. En cette occurrence, l'appareil ligamenteux protecteur de la voûte ne pouvait servir à rien, et la tête du Ve métatarsien fut comme repoussée sur la face dorsale du pied. Mais les ligaments plantaires furent respectés dans le traumatisme, et ce fait explique bien la reprise rapide de la marche.

Dr Jacques CLERC
Saint-Pierre-d'Albigny.

FISSURES NARINAIRES

Par R. BARTHÉLEMY
Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

L'orifice narinaire est un lieu de transit où le froid, le chaud, les poussières, les agents pathogènes infectieux ou autres, germes, gaz irritants, sécrétions, etc., passent inévitablement et, souvent, mordent au passage. Le tégument délicat et transitionnel de la narine en est parfois lésé d'une façon apparemment insignifiante, mais cette effraction peut être à l'origine de désordres variés et plus ou moins importants.

On peut dire qu'il existe deux classes de fissures narinaires, aiguës et chroniques. Pour les premières, la cause habituelle est un petit traumatisme, coup de mouchoir ou d'ongle chez les enfants surtout. Il s'agit d'une érosion banale, mais vraiment presque toujours fissuraire, et siégeant sur la lisière cutanéo-muqueuse, à la partie antérieure, dans l'angle aigu situé pointe en avant de l'orifice narinaire. Douleur vive, petit saignement, croûtelle brunâtre vite constituée, vite déracinée aussi trop souvent par un nouveau coup d'ongle, et, si celui-ci n'a rien inoculé, cicatrisation rapide et complète en deux ou trois jours, tel est le minuscule tableau clinique de cette lésion insignifiante.

Mais la gêne légère qu'entraînent la présence de la croûtelle ou la rétraction du tégument, amènent les réactions du sujet. S'il est tant soit peu nerveux, il se livrera à tout instant à un curage digital de sa narine, arrachant jusqu'aux poils enrobés dans la sérosité coagulée.

La fissure reste ouverte et saignante, ou sécrète tout au moins avec une certaine abondance, et les pyogènes à l'affût s'y installent. On voit rarement le staphylocoque y donner une suppuration franche. Mais les bords sont rouges et douloureux, le centre s'épidermise sous tension et une sérosité louche, mais peu abondante maintient la béance fissuraire ou la cavité sous-crustacée ou sous-épidermique c'est devenu une des formes chroniques. Une autre est la *folliculite* narinaire ; nous y reviendrons.

Le streptocoque peut, quoique rarement, faire une réaction plus ou moins franchement érysipélateuse. Forte rougeur brusque et douloureuse, avec tension et battements, peau luisante et même bourrelet marginal, mouvement fébrile plus ou moins vif, adénite préauriculaire discrète mais sensible, atteinte possible de l'état général, telle en est l'allure, avec l'évolution et les complications possibles d'un authentique érysipèle.

Heureusement le streptocoque cutané est souvent moins brutal, sinon moins tenace. Il se contente d'ordinaire des lésions impétigineuses que Sabouraud a su lui attribuer. Ce sont alors les croûtelles blondes, mielleuses, indolentes qui peuvent rester longtemps cantonnées sur la fissure ou son voisinage immédiat, mais peuvent aussi envahir le visage excentriquement, comme les cercles des sorcières envahissent les prairies. Il lui arrive aussi de border la fissure d'une marge spongieuse et grisâtre, véritable perlèche nasale.

Chez des sujets prédisposés, à état général fragile, à téguments sans défense, on peut voir les érysipèles *récidivants*, quoique peu extensifs, ni violents qui, avec un lobule du nez transformé en cerise, avec une courte fièvre sans grands troubles généraux, témoignent d'une sorte de symbiose entre le malade et son streptocoque, peuvent se reproduire durant des années avec des mois de silence faisant croire à la rémission définitive, et amènent quelquefois un œdème chronique, déformant par soufflure lymphatique, lequel à son degré extrême, fort rare d'ailleurs à la seule région nasale, a pu être classé parmi les éléphantiasis.

En somme, on voit que le tégument narinaire, facile à fissurer, facile à infecter, jouit toutefois pour l'infection aiguë de la capacité de défense des orifices naturels, mais que, infectée ou non, la fissure aiguë traumatique a une tendance fâcheuse à la chronicité.

Que la fissure soit due au froid plutôt qu'à un coup d'ongle, le résultat est le même. On observe toutefois alors une gerçure, simple ou multiple, plutôt qu'une fissure, et c'est plutôt l'épiderme cutané que la zone de transition qui est atteinte.

Pendant les mois d'hiver, chez les sujets blonds, jeunes filles en mal de règles surtout, on voit fréquemment, avec ou sans coryza chronique vrai, une desquamation légère, mais permanente du rebord narinaire. Celui-ci humecté par la « goutte au nez », trop pâle ou trop rouge, donc nourri et irrigué de sang par à-coups, souvent irrité par les mouchages ou les frottements répétés, s'excorie et se fissure. Les corps gras et la modération du mouchoir suffisent d'ailleurs en général à tout faire rentrer dans l'ordre. C'est là une forme saisonnière, plutôt que chronique, et d'ailleurs bénigne, de la fissure narinaire.

Une véritable complication chronique, née de la fissure et y ramenant souvent, est la *folliculite intra-nasale*, mentionnée plus haut. Elle mérite plus qu'une mention, car elle peut persécuter certains malades pendant des années et à tout âge. Conditionnée par la présence et la répartition des poils, elle est quelquefois orificielle et

facilement visible. On observe alors le tableau classique de la folliculite staphylococcique : avec ou sans démangeaison préalable, à la base d'un poil, apparition d'une papule rouge, bientôt douloureuse et centrée en deux jours d'une pustule blanc-verdâtre accuminée et tendue. Ce véritable petit furoncle a même quelquefois un léger retentissement sur les ganglions préauriculaires ou sous-angulo-maxillaires, nettement douloureux spontanément ou, en tout cas à la pression, même s'ils ne sont pas accrus en volume. Qu'on l'ouvre ou qu'elle perce, cette folliculite peut rester solitaire. Mais bien souvent elle passe au follicule voisin.

Moins visible, mais plus persécutrice est la folliculite du *cul-de-sac narinaire antérieur*. Là siège un bouquet de poils toujours bien développés et donc chacun à son tour, à intervalles irréguliers, mais avec une ténacité souvent désespérante, « s'offre » sa folliculite. Enervé, le malade, quels que soient son âge et sa maîtrise de soi, finit toujours par dilacérer sa folliculite, arracher son poil, refaire au doigt une fissure traumatique. Et le cycle recommence.

La fissure, saignante ou suintante de sérosité, n'est alors pas toujours visible, n'entamant pas l'éperon du bord libre. Mais on la décèle souvent par son impression séro-sanguinolente, linéaire, sur la compresse ou le mouchoir coiffant un doigt introduit d'arrière en avant vers le cul-de-sac narino-lobulaire.

Bien que le chancre syphilitique narinaire soit rare, on doit y penser et ne pas le méconnaître, si la fissure est atone, peu sensible, traînante, et accompagnée d'un ganglion relativement indolent et d'un volume excessif pour l'importance apparente de la fissure. Ainsi Weissenbach, Basch et Le Baron ont observé récemment une lésion minime, fissurette bifide de la narine, avec un ganglion sous-angulaire gros comme une noix. L'ultra-microscope montra la présence de tréponèmes.

Rarement aussi la fissure chronique, peu douloureuse, peu infectée, mais béante et durable, sera en relation avec un lupus intra-nasal plus ou moins inaperçu, avec une mycose, avec un sycosis sans champignon, mais dû à un pyogène très peu virulent, dont les folliculites successives, en rapport avec un coryza chronique et macérateur, détruisent peu à peu la moustache selon le trajet des gouttières sous-narinaires, avec une épidermisation lisse, rouge, mince et souvent craquelée, conservant ou reproduisant des fissures.

A ces étiologies variées répondent certes des indications thérapeutiques diverses. Mais elles doivent être précises : on évitera notamment les iodures si l'on n'a pas la certitude d'une mycose.

On évitera le flux permanent des antiseptiques — ou soi-disant tels — huileux ou non, qui mettent si souvent à mal la muqueuse ou l'épiderme qu'ils devraient protéger. L'adrénaline et l'éphédrine m'ont paru favoriser le saignement facile, paradoxe que je ne chercherai pas à expliquer.

Le menthol est très irritant pour certaines marges narinaires, ainsi que l'alcool, pur ou iodé trop généreusement.

Certaines pommades vaccinantes sont aussi irritantes, soit par les bouillons microbiens, soit par les produits chimiques surajoutés ou « associés ». D'autres, par un curieux phénomène, font naître sous un pansement de généreux semis de pustulettes qu'il faut espérer amicrobiennes.

La modération thérapeutique est donc de rigueur. Le traitement est borné en outre par le fait que les applications colorées sont mal acceptées par la clientèle, sans quoi les solutions de nitrate d'argent surtout (1 pour 10 à 30), de mercuro-chrome, de bleu de méthylène, etc., seraient recommandées et efficaces. La solution aqueuse d'ichtyol vrai (1 pour 50), moins « teinturière » et moins adhérente, est plus consentie, mais moins active. On peut l'additionner de résorcine (1 p. 100), de borate de soude pour des attouchements bi-quotidiens.

Sur une fissure *non* infectée, on peut essayer avec prudence un collodion ichtyolé à 5 ou 10 pour 100, ou un peu du vieux stérésol. Mais l'occlusion est souvent risquée.

L'oxyde jaune de mercure est le meilleur antiseptique cutanéo-muqueux de cette région. On l'utilisera en pâte à 10 pour cent, soit seul, soit avec acide salicylique et résorcine (1 à 5 p. 100), selon Darier, et avec ichtyol, camphre, acide borique selon les cas. Le sulfate de cuivre reste à la mode pour les complications staphylococciques, sous forme d'eau d'Alibour *étendue* ou de pommades simples ou composées. Il n'est pas toujours aussi efficace ni innocent qu'on l'a soutenu. Tout au moins son maniement est-il délicat.

Les folliculites réclament l'épilation. La désinfection du cul-de-sac antérieur nécessite un nez sec, non traumatisé, mais soigneusement écouvillonné d'*arrière en avant* avec une baguette, l'allumette d'autrefois, garnie de coton et de solution ou de pommade.

Enfin, un traitement général, non de la fissure mais du terrain, peut être indiqué. Les règles, les défaillances hépatiques, la fatigue générale, la constipation, le diabète, les gros soucis moraux, etc., méritent attention. De même l'infection dentaire, sinusale, oto-mastoïdienne, amygdalienne, etc...

Les scrofuleux, les hérédos, les tarés sont à traiter pour leur diathèse. Ainsi la fissure chronique peut-elle servir la médecine préventive.

AU CHEVET DES PATIENTS

La tuberculose inoculée a la vulve d'une jeune mariée

Un jeune homme de vingt-deux ans se marie à une jeune fille de vingt ans, qui est en parfaite santé. Six semaines environ après la défloration, la jeune femme présente au niveau de la fourchette une exulcération sans aucun caractère spécial, puis une double adénopathie. Le syndrome est celui d'une poradénite. Le Frei est négatif. On examine le mari : il a une orchi-épididymite, apparue elle aussi après le mariage. Les urines du mari, le pus ganglionnaire de la femme sont riches en bacilles de Koch.

Voici les faits, tels que les ont rapporté le Dr **Paul Chevallier** et ses collaborateurs (1) ; il convient maintenant de les examiner en détail.

La femme n'était pas tuberculeuse avant cette contamination par la voie génitale.

Dès les premiers rapports sexuels, elle a souffert d'une assez forte irritation vulvaire, avec douleur au moment du coït, mais elle ne peut préciser à quel moment est apparue l'ulcération actuelle. Au moment de son hospitalisation (deux mois après son mariage), la patiente déclare que, surtout depuis trente jours environ, une certaine gêne douloureuse dans la région inguinale, notamment à la marche, elle a constaté l'existence de gros ganglions.

L'examen montre une double tuméfaction siégeant à la partie interne du pli de l'aine, près du pubis, juste au-dessus de l'arcade crurale. A droite, c'est un ganglion gros comme une noix, dur, mobile sous la peau et sur le plan profond. A gauche, c'est aussi une mono-adénite du volume d'une petite mandarine ; elle adhère partiellement à la peau sur une zone légèrement inflammatoire, au niveau de laquelle on trouve un point de fluctuation. Légère douleur au palper. Pas d'autres adénopathies, pas de ganglions iliaques profonds. A la vulve, on découvre une ulcération de la dimension d'une pièce d'un franc sur la partie droite de la fourchette, empiétant sur les caroncules myrtiformes voisines et sur la face interne de la petite lèvre. C'est une lésion propre, rose, plus foncée que la muqueuse adjacente, non suintante, plane ; les bords en sont nets, mais seulement décollés ou surélevés. Le palper ne révèle aucune induration.

L'examen général de la malade ne permet de découvrir aucun autre signe pathologique. La température est à 38°.

Cette jeune femme s'est jusqu'à présent toujours bien portée ; aucun antécédent de tuberculose ; une cuti-réaction, faite il y a quatre ans, a été négative. Malgré l'absence d'adénopathies iliaques, on pense d'abord à une poradénite. Examen à l'ultra-microscope de la sérosité de l'ulcération vulvaire : absence de tréponèmes. Wassermann, Kahn et Hecht négatifs. Auto-inoculation négative. Réaction de Frei négative. Cutituberculinique fortement positive.

La ponction du ganglion inguinal droit montre, à l'examen direct de la sérosité purulente, la présence de bacilles alcalo-et acido-résistants. Un frottis fait à partir de l'ulcération vulvaire n'a pas montré de bacille de Koch. Recueilli après incision des abcès ganglionnaires, le pus contient des bacilles de Koch ; des colonies de ce bacille se développent sur milieu de Lœwenstein ; des cobayes inoculés sont encore en vie, sans adénopathie, mais amaigris. L'examen direct et la culture n'ont montré aucun microbe associé. L'examen histologique d'une caroncule myrtiforme très œdématiée, sur le bord de l'ulcération, montre un tissu dissocié par l'œdème et infiltré de cellules ; par des coupes en série, on tombe sur un follicule tuberculeux typique, avec au centre une cellule géante de Langhans (à nombreux noyaux). Cet aspect tuberculeux des tissus et la richesse des *ganglions en bacilles de Koch* sont d'autant plus remarquables que l'évolution des lésions semble favorable.

L'état général est bon. Aux rayons X, examen direct et sur film, champs pulmonaires normaux.

Le mari n'était pas indemne de tuberculose.

Une dizaine de jours après son mariage (époque des premiers signes chez la femme), il a constaté dans les bourses à gauche, une grosseur nodulaire, qui lui paraissait distincte du testicule. Cette grosseur, non douloureuse, s'est mise à grossir. Examiné, deux mois plus tard, il présente un testicule gros comme une orange, dur, lisse, régulier, un peu douloureux à la pression. L'épididyme, gros comme une noix, coiffe le testicule, il est ferme, régulier, lisse, sans bosselures. Le cordon est normal, de même que la prostate, mais la vésicule séminale gauche est légèrement tuméfiée ; absence d'hydrocèle.

Après un léger massage prostato-vésiculaire, émission d'urines troubles avec assez nombreux filaments trapus et lourds. Cependant, pas de troubles urinaires antérieurs, pas de blennorragie, ni d'écoulement urétral. Pas de fièvre, mais amaigrissement (2 à 3 kilos) depuis deux mois.

Il y a deux ans, cependant, pleurésie séro-fibrineuse gauche, avec un épanchement liquide peu abondant, qui s'est résorbé spontanément. Actuellement, Wasserman et Frei négatifs. Réaction de Frei négative. Cuti-réaction à la tuberculine : faiblement positive. Intradermo-réaction tuberculinique à 1/10, positive.

L'examen de culot de centrifugation des *urines*, recueillies après léger massage prostatique a révélé la présence, à l'examen direct, d'assez nombreux *bacilles de Koch.* Par contre, les urines émises après cathétérisme des uretères ne contenaient ni pus, ni bacilles tuberculeux. La vessie est normale sur le cliché radiographique pulmonaire on ne voit aucune lésion évolutive.

Une pleurésie apparemment guérie, avait laissé à sa suite une *tuberculose latente des vésicules séminales.*

Quelques réflexions s'imposent au sujet des *inoculations tuberculeuses par la voie cutanée.*

Au point de vue de la pathologie générale, cette observation démontre qu'un homme, s'il est atteint de tuberculose latente, peut contaminer sa femme par la *voie génitale.* On peut d'ailleurs penser que si les contaminations vulvaires sont rarissimes, les contaminations cervico-utérines le sont moins.

(1) *Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 13 novembre 1936.

Ce qu'il y a de troublant, c'est que la lésion cutanée n'avait ici aucun caractère d'une ulcération tuberculeuse classique ; elle ressemblait beaucoup plus à un ulcère de poradénite ; qui plus est, l'adénopathie, elle aussi, rappelait l'apparence et l'évolution d'une poradénite banale non ouverte ; mieux encore, quand elle se ramollit et fut incisée, elle donna lieu à l'issue d'un pus non granuleux, blanc jaunâtre, qui aurait pu égal ment être pris pour celui d'une paradénite. Et cependant ce pus était riche en bacilles de Koch.

Ainsi donc, comme conclus on pratique, lorsqu'on se trouve en présence d'un syndrome, qui peut faire penser à la poradénite, sans permettre de l'affirmer, on doit rechercher la tuberculose, sans cependant exagérer la probabilité de cette hypothèse.

On ne peut encore préjuger de l'avenir de cette femme ainsi contaminée ; mais la régression des lésions semble bien annoncer la guérison locale.

Chez le nourrisson, la contamination tuberculeuse par voie cutanée présente une lésion et une évolution spéciale. M. R. Debré estime que, sans être fréquente, elle est moins exceptionnelle que celle de l'adulte. On constate en pareil cas un chancre caractéristique, contenant de bacilles tuberculeux, une adénopathie caséeuse similaire et, ultérieurement en règle presque absolue, une généralisation, dont l'issue est fatale : le chancre et l'adénopa hie ne manifestent aucune tendance à a guérison. Il faut ajouter, ait intéressant, que la sensibilité cutanée à la tuberculine, décelée par la méthode de Pirquet, peut apparaître un certain temps après le développement du chancre.

Mais, si les primo-infections cutanées, que l'on a observées à diverses reprises chez l'enfant, comportent, semble-t-il, un pronostic grave, il y a une autre localisation extra-pulmonaire de la primo-infectio tuberculeuse, qui évolue de façon plus bénigne, qu'on était porté jadis à le croire : c'est *l'inoculation conjonctivale*. M. Rist en a étudié sept cas, qui, tous, ont guéri sans séquelles, et n'ont pas donné lieu à une généralisation de la tuberculose.

La lésion conjonctivale a guéri complètement de même que l'adénopathie pétragienne, qui l'accompagne toujours : il ne s'est produit ni propagation, ni généralisation de l'infection tuberculeuse.

***

L'auscultation du cœur par voie épigastrique

L'auscultation du cœur par voie épigastrique mérite de retenir l'attention du praticien dans certaines circonstances. Elle n'est certes praticable que chez une petite minorité d'individus. Le Docteur **Ch. Mantoux** (1) rappelle ainsi que, chez la plupart, l'auscultation de l'épigastre est muette, et ne donne qu'une perception atténuée des bruits du cœur, moins distincte que l'auscultation du thorax. Par contre, il est des sujets maigres, à cage thoracique évasée, chez lesquels la seule inspection de l'épigastre décèle les secousses rythmées des battements cardiaques. La palpation les fait sentir avec une telle force qu'il semble que le cœur batte dans la main.

L'oreille, appliquée sur l'épigastre, permet de percevoir les bruits du cœur, mais il est préférable d'employer le stéthoscope bi auriculaire. On déprime la paroi, puis on enfonce le pavillon de l'instrument sous le rebord costal gauche, sous l'angle costo-xiphoïdien, sous l'appendice xiphoïde lui-même, de manière à aller au-devant du cœur : ses bruits sont alors perçus avec une surprenante netteté. La position assise, buste penché en avant, la station debout favorisent la méthode.

Quel est l'intérêt présenté par ce mode particulier d'auscultation cardiaque ?

C'est que l'auscultation épigastrique peut être employée chez des sujets dont les bruits du cœur sont difficilement perceptibles par la voie normale d'auscultation thoracique. Ce sont surtout les emphysémateux, dont le cœur est séparé de la paroi par une épaisse couche de tissu pulmonaire, comme encore certains bronchitiques en état de dyspnée, qui suspendent difficilement leur respiration, et dont les ronchus et les sibilances rendent impossible toute auscultation du cœur. On peut aussi ausculter des cœurs, inaudibles par voie thoracique ; percevoir non seulement la fréquence et le rythme de leurs battements, mais des bruits de souffle impossibles à déceler en auscultant le seul thorax. « La voie épigastrique permet de mener à bien certaines auscultations que les procédés classiques n'arrivent pas à réaliser. Elle paraît à ce titre mériter d'entrer dans la pratique habituelle de l'exploration cardiaque ».

G. Fischer

(1) *La Presse Médicale*, 19 décembre 1936.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Du traitement des varices par l'électrothérapie

Le Docteur Berthomier termine son travail par les considérations suivantes :

Les varices par insuffisance valvulaire seront tributaires de la chirurgie ou de la fibro-sclérose, de même que les paquets variqueux qui ont perdu leur tonicité. Par contre, les varices avec insuffisance des fibres lisses, avec déficience de leur contractilité, compliquées de troubles circulatoires, d'œdème et d'affections cutanées bénéficieront de l'électrothérapie. Ce traitement peut toujours être bien supporté par les malades, si l'on a soin de donner à chacun la dose qui lui convient. Il a le grand avantage de ne pas immobiliser le malade ni d'exiger son séjour dans une clinique. L'électrothérapie présente encore cet avantage sur la chirurgie et la fibro-sclérose d'être conservatrice, de tonifier les veines profondes, de conserver toutes les veines superficielles en augmentant leur tonicité et leurs fonctions. Pour Delater et Gerson, une atteinte sérieuse de la circulation des veines profondes, une atteinte même légère des artères, constitue une contre-indication à la sclérose des veines. Dans ces cas, l'électrothérapie n'est pas désarmée ; il y a encore le choix suivant les cas, entre la galvanisation, la diathermie, les ondes courtes, et s'il y a lieu, associer l'électrothérapie à la radiothérapie du sympathique.

Comme contre-indications à l'emploi de l'électricité, on n'a à signaler que les états fébriles. (*La Clinique*, juin 1936).

Sur les vitamines

Le Docteur L. Babonneix, en fin de ses conclusions générales sur cet intéressant sujet, développé tout au long dans *Le Monde Médical* par chacun des spécialistes des différentes vitamines, nous fournit quelques renseignements sur la vitamine E.

Celle-ci, dit-il, existe dans certains aliments naturels dont, surtout, le germe de blé. Elle exerce une action stimulante sur la croissance des tissus et aurait, en applications locales, une action favorable sur la cicatrisation des plaies. Elle n'est pas détruite par les sucs digestifs. Chez les volailles, l'introduction, dans le régime, de grains de blé, favorise la reproduction. Elle semble donner d'excellents résultats, chez la vache, dans les avortements qui sont dus à une infection par le B. abortus ; chez la femme, dans les avortements habituels de cause inconnue.

Nous voilà loin des idées anciennes. Comme les autres substances minimales : substances de lest, amino-acides, les vitamines nous apparaissent aujourd'hui comme des facteurs, non accessoires, mais décisifs, de l'entretien et du développement. Nous savons le rôle infiniment grand que jouent, en physiologie et en pathologie, ces infiniment petits. Nous pouvons, grâce aux recherches dont elles ont été l'objet, mieux comprendre que jadis, certains des phénomènes de la vie. Nous sommes en mesure d'en interpréter un nombre plus considérable. (*Le Monde Médical*, 1er-15 juin 1936.)

Perforation intestinale à la suite d'un taxis sur une hernie crurale opérée et récidivée

La malade du Docteur Massardier était âgée de 57 ans. Toute son histoire chirurgicale se ramène à celle d'une hernie crurale droite qui s'est révélée à elle par un étranglement il y a quinze ans et dont elle a été opérée à l'hôpital de Bellevue.

Les suites de cette première intervention ont été très simples : elle a quitté l'hôpital quinze jours après son opération. Malheureusement, sa hernie a récidivé dans le mois suivant, mais sans amener aucun trouble jusqu'à ce mois dernier. Quand la hernie sortait la malade la faisait rentrer très facilement, une fois par semaine ou par quinzaine environ. Un jour, à la suite d'un taxis malencontreux, se produisit une perforation intestinale. Celle-ci fut rapidement opérée sans suites appréciables.

Un médecin devrait penser à la possibilité de pareil accident quand il pratique un taxis ; en présence d'un syndrome péritonéal coïncidant avec un traumatisme même léger d'une hernie, la survie du malade dépendra probablement de la rapidité avec laquelle celui-ci sera dirigé sur un centre chirurgical. (*La Loire Médicale*, juillet 1936.)

A propos de six cas de diabète infantile traités par l'insuline

Le Docteur Chaptal expose les différents détails qui intéressent le traitement des enfants diabétiques traités par l'insuline ; il a étudié ensuite leur croissance ainsi que les maladies intercurrentes qu'ils peuvent présenter.

Les enfants qu'il a traités par l'insuline ont tous effectué leur puberté sans dystrophie notable. Des accidents graves de coma débutant, que l'on aurait pu considérer comme irrémédiables autrefois, ont été guéris par l'insuline. Certains ont réalisé et supporté vaillamment les infections aiguës auxquelles ils étaient exposés dans la vie courante. Sur ces six enfants, l'un est mort d'un accident d'automobile, et l'autre a succombé dans les conditions considérées classiques de tuberculisation au cours du diabète.

En somme, malgré des incidents, à la vérité assez rares, et malgré la continuité du traitement auquel ils sont astreints, l'insulinothérapie a rendu supportable et presque normale l'existence de ces sujets, pour lesquels autrefois, on aurait porté un pronostic grave. (*Montpellier Médical*, juin 1936.)

Syndromes nerveux dans le cancer de l'œsophage

Le Professeur Loeper, Mlle Riom et M. Perreau, en conclusion de leur travail, estiment que le néoplasme de l'œsophage ne se traduit pas toujours par des phénomènes purement dysphagiques avec régurgitations. Il peut s'accompagner de douleurs, de réactions spasmodiques, dyspnéiques, de paralysies et ces symptômes nerveux divers, que n'expliquent pas la seule irritation ou la compression des nerfs, donnent à certains néoplasmes une *allure* assez particulière qui égare pour un temps le diagnostic. (*La Presse Médicale*, 24 juin 1936.)

Sur l'association génoscopolamine-bromure dans certains syndromes d'anxiété ou d'excitation psychomotrice

Voici les règles de pratique courante que le Docteur Pierson observe pour la prescription de la génoscopolamine bromurée : 1° en éviter l'usage au-dessous de 18 ans ; 2° s'assurer de la susceptibilité personnelle du sujet et de l'intégrité suffisante de l'appareil cardio-rénal ; 3° en limiter l'emploi strictement aux cas qui nécessitent une telle thérapeutique ; 4° ne pas prolonger les fortes doses plus de cinq jours consécutifs, préférer l'alternance d'un jour sur deux ; 5° enfin, exiger la station couchée dans les heures qui suivent la piqûre.

Grâce à ces précautions, l'auteur n'a eu à enregistrer aucun accident d'aucune sorte, après de longs mois de pratique. (*Le Bulletin Médical*, 7 mars 1936.)

Du traitement des furoncles et anthrax par le bactériophage

J. Marion estime que les résultats qu'il a acquis par cette méthode sont suffisamment constants pour que le bactériophage, pratiqué avec une technique convenable, apparaisse comme la meilleure thérapeutique dans les furoncles et anthrax de la face. Sans doute sont-ils le plus souvent bénins et capables de guérir tout seuls ou sous l'influence du traitement médical le plus simple ; mais combien parmi ceux-là se transforment spontanément ou plus souvent peut-être sous l'influence de thérapeutiques aggressives auxquelles certains médecins ont encore trop volontiers recours, en des formes malignes, graves, d'un pronostic nettement sévère. Contre celles-là, la bactériophagie, employée avec une technique tenant compte des principes nécessaires et de l'expérience, apparaît, pense l'auteur, comme la thérapeutique à la fois la plus simple et la plus sûre. (*Lyon Médical*, 5 juillet 1936.)

Le phénomène du « refus » dans les dystrophies irréversibles

Divers exemples cités amènent le Professeur G. Mouriquand aux conclusions suivantes. Nombre de dystrophies, quelle que soit leur cause primordiale (et même quand cette cause a disparu) livrées à leur évolution progressive, parviennent après une phase « eutrophique » (où agissent les médications surtout spécifiques) à une phase dystrophique. A ce moment l'action thérapeutique même « spécifique » (cas des avitaminoses) devient progressivement inopérante pour aboutir à un refus total d'utilisation des médicaments et des aliments.

Ce refus, cette irréversibilité sont souvent absolus (dans l'état actuel de nos pouvoirs thérapeutiques), mais ils peuvent n'être que partiels, céder lorsque, à la médication tenue pour essentielle, se surajoutent certains adjuvants (cas de refus calcique cédant à la parathyroïdectomie, au traitement antisyphilitique, etc.).

Il ne faut donc admettre l'état « d'athrepsie cellulaire » vrai, total, incurable qu'après l'avoir attaqué par tous les moyens connus.

Divers exemples relatés montrent que la sagacité du thérapeute peut, dans certains états apparemment incurables, faire céder le refus cellulaire et l'irréversibilité de la dystrophie. (*La Presse Médicale*, 3 octobre 1936.)

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Acide ascorbique et sclérose en plaques

(MM. Jean LÉPINE, F. ARLOING, A. MOREL et A. JOSSERAND ; 27-10-1936)

MM. Marinesco, Buttu et Olteanu ont signalé dernièrement les variations de l'acide ascorbique trouvées dans le liquide céphalo-rachidien et ils ont, en particulier, attiré l'attention sur la diminution de ce produit dans la sclérose en plaques.

M. J. Lépine et ses collaborateurs estiment que ce phénomène peut avoir quelque relation avec les propriétés stimulantes de certains composés ascorbiques. Pensant, d'autre part, que sur le trouble trophique initial de la sclérose en plaques, les propriétés ascorbiques stimulantes trouvent leur indication, ils ont eu recours à un composé ferriscorbique associé au magnésium. Cette ferriscorbine magnésienne a été injectée en solution aqueuse à la dose de 0 gr. 025 dans les veines des malades, par séries de quinze à vingt injections, une tous les deux jours.

Chez plusieurs malades atteints de sclérose en plaques, l'amélioration a été considérable, dépassant notablement ce que donnent les rémissions spontanées.

Sur la lutte contre les contaminations intérieures dans les hôpitaux d'enfants

(M. Robert DEBRÉ ; 17-11-1936)

L'Académie adopte, sur cette question, les conclusions qui suivent, du rapport de M. Debré :

1° Le dispositif en boxes individuels doit être généralisé à tous les hôpitaux d'enfants ;

2° Des dispositions doivent être prises pour éviter dans les consultations et les services spéciaux (service radiologique, service des rayons ultra-violets, etc.), le contact des enfants hospitalisés entre eux et des enfants hospitalisés avec les enfants venus du dehors ;

3° Les disciplines prophylactiques imposées au personnel infirmier et médical et aux étudiants en médecine doivent être renforcées ;

4° Les visites des familles doivent être supprimées dans les pavillons de nourrissons et sévèrement réglementées dans les pavillons de grands enfants ;

5° Le triage des enfants suspects dans les consultations doit être mieux assuré, notamment par l'adjonction d'un interne supplémentaire ;

6° Il est tout particulièrement recommandé de créer un service spécial de lutte contre les contaminations intérieures dans chaque hôpital d'enfants.

Les globinates de fer, cuivre et magnésie, dans l'anémie

(MM. Georges FONTÈS et L. THIVOLLE ; 3-11-1936)

Les auteurs ont employé dans divers cas d'anémie (anémie post-hémorragique, anémie post-infectieuse, etc.), les comprimés suivants qui réunissent différents agents hématogènes :

l-tryptophane...............	2 milligr. 5
Monochlorhydrate de l-histidine	5 milligr.
Globine.....................	16 milligr. 6
Globinate de fer	66 milligr. 6
Globinate de cuivre...........	3 milligr. 6
Globinate de manganèse.......	0 milligr. 6

Excipient, q. s. pour un comprimé de 0 gr. 15.

Ces comprimés ont été donnés à la dose de six par jour, deux au début des trois repas, de manière que le fer du globinate se trouve dans l'estomac en présence du maximum d'acide chlorhydrique possible. Le fer ne peut être absorbé que s'il est ionisé par le suc gastrique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Un cas de lymphangite avec gangrène de la main

(M. G. MÉTIVET ; 14-10-1936)

Un homme de 38 ans, tailleur, se pique la face dorsale de la main avec un fragment de vieux bois. Quelques heures plus tard apparaît, au niveau de la piqûre, une phlyctène douloureuse. Le soir, état fébrile, céphalée, courbature. Le lendemain, on constate de la lymphangite avec légère tuméfaction des doigts. Le surlendemain, la main est enflée dans son ensemble avec phlyctènes à contenu brunâtre au niveau des trois premiers doigts. Ces doigts (pouce, index, annulaire) sont le siège de douleurs spontanées atroces.

Le troisième jour, le patient entre dans le service de M. Métivet. Malade pâle, déprimé, fébricitant. Gonflement en battoir de la main gauche et larges phlyctènes. Sur la face dorsale des trois premiers doigts, phlyctènes à contenu séro-hémorragique, processus gangréneux. Traitement : ablation de l'épiderme décollé, pansements humides, sérum de Vincent, sérum antigangréneux, acécholine, etc... La guérison, par cicatrisation, fut obtenue lentement.

Rien dans l'examen du malade (oscillométrie, glycémie) n'a paru suceptible d'expliquer une telle complication d'une lymphangite. Peut-être faut-il faire jouer un rôle à l'association streptocoque-staphylocoque constatée dans la sérosité des phlyctènes.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Renseignements fournis par l'épreuve de la galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires soumis à la chrysothérapie

(MM. R. BENDA et H. SALMONA ; 5-6-1936)

Il s'agit d'étudier ce que devient l'une des plus importantes fonctions du foie au cours du traitement par les sels d'or. Deux questions essentielles se posent :

1° L'hépatite constatable chez certains phtisiques — qu'il s'agisse d'une hépatite consécutive à la tuberculose, ou d'une hépatite responsable de la maladie — influence-t-elle toujours l'évolution des lésions pulmonaires dans le sens d'une aggravation ?

2° L'or, toxique pour la cellule hépatique, améliore-t-il ou au contraire, aggrave-t-il l'hépatite des tuberculeux ?

De cette étude on peut retenir deux constatations essentielles :

1° Là où il existait primitivement un dysfonctionnement hépatique, les auteurs l'ont vu s'accroître d'une façon quasi-constante, et parfois dans des proportions considérables, à la suite d'un traitement par les sels d'or.

2° Là où il n'existait au préalable aucun trouble du fonctionnement hépatique, les perturbations n'ont eu lieu que d'une façon inconstante et variable.

Il en résulte au point de vue pratique que : avant de commencer un traitement par les sels d'or, il est indispensable d'étudier avec soin la valeur fonctionnelle du foie, et à cet égard, l'épreuve de la galactosurie provoquée semble tout à fait indiquée. Si celle-ci révèle un trouble hépatique, la sagesse commande de s'abstenir de tout traitement aurique. Si, au contraire, le foie conserve son fonctionnement normal, on pourra entreprendre le traitement, mais avec une extrême prudence, en multipliant les épreuves fonctionnelles au cours de la cure et en interrompant immédiatement les injections au moindre signe de défaillance de la cellule hépatique. On doit en effet ne jamais oublier qu'un tuberculeux a sans cesse besoin de son foie pour mener à bien la lutte qu'il a engagée contre l'infection bacillaire.

Importance de l'examen radiologique de l'œsophage en position de face dans le diagnostic du rétrécissement mitral ou tricuspidien

(MM. C. LIAN et M. MARCHAL ; 5-6-1936)

Ce que les auteurs ont voulu mettre en relief, c'est le grand intérêt de l'examen radiologique de l'œsophage en position frontale pour apprécier les dimensions des oreillettes, spécialement de l'oreillette gauche et par conséquent pour porter le diagnostic de rétrécissement mitral, parfois pour aider à discuter le diagnostic de rétrécissement tricuspidien.

Normalement, l'examen radiologique en position frontale montre l'œsophage baryté, déformé en haut par une ou deux encoches à concavité gauche, dues à l'aorte, puis à la bronche gauche. Plus bas, il a une direction sensiblement rectiligne jusqu'au voisinage du diaphragme, où il s'incline vers la gauche pour atteindre le cardia.

Le rétrécissement mitral, associé ou non à une insuffisance mitrale, donne dans la plupart des cas (95 %), à l'examen radiologique en position frontale, une déviation de l'œsophage à droite, avec formation d'une courbe régulièrement convexe à droite. Cette déviation est due à la dilatation de l'oreillette gauche. Dans les cas de rétrécissement mitral, où les auteurs ont vu l'œsophage rectiligne, le cœur avait une forme allongée, se rapprochant de celle dite « cœur en goutte » et ne présentait pas de saillie de l'arc moyen.

Par conséquent, la constatation radiologique en position frontale d'une déviation de l'œsophage à droite, est un excellent argument en faveur de l'existence d'une grosse oreillette gauche et d'un rétrécissement mitral.

Cette donnée est d'une appréciation beaucoup plus facile que celle fournie par l'examen de l'œsophage dans les positions obliques ou transverses : en effet, dans ces positions l'œsophage est souvent un peu convexe en arrière, à l'état physiologique ou pour une augmentation de volume cardiaque globale et non limitée à une oreillette.

Sauf quelques cas exceptionnels, la direction rectiligne de l'œsophage en position frontale, dans les cas où il existe une saillie de l'arc moyen, est un argument contre l'existence d'un rétrécissement mitral, et invite à rattacher à une autre affection la dilatation de l'artère pulmonaire, dont témoigne la saillie de l'arc moyen.

Une déviation œsophagienne à gauche (convexité regardant à gauche) est un fait rare, qui est en faveur de l'existence d'une très grande dilatation auriculaire droite et d'un rétrécissement tricuspidien.

Dans l'interprétation des déviations œsophagiennes, il faut tenir compte des déviations dont la cause n'est pas cardiaque : anévrismes aortiques, tumeurs médiastinales, sclérose rétractile pleuro-pulmonaire, etc... Mais il est facile, radiologiquement, de reconnaître toutes ces causes extra-cardiaques.

Donc l'examen radiologique en position frontale de l'œsophage baryté est à la fois très facile et très riche en déductions cliniques. Il fournit des données capitales pour le diagnostic du rétrécissement mitral et peut, à titre exceptionnel, orienter le diagnostic vers l'existence d'un rétrécissement tricuspidien.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 7 octobre 1936

Tumeur de Grawitz méconnue

M. F. CATHELIN. — Une malade est opérée du rein trois fois en douze ans et le diagnostic, malgré des examens répétés, est resté en suspens pendant ces douze ans. L'estampille histologique récente est venue mettre un point final à cette histoire, mais la pathogénie reste encore obscure en l'absence d'autopsie. Le diagnostic de cancer ne pouvait être posé à la première intervention et il est peu probable que la malade fût restée un aussi long temps sans accidents fâcheux avec un diagnostic aussi sévère. Que s'est-il donc passé ? L'auteur croit que cette tumeur s'est développée dans un kyste ancien autrefois infecté, mais alors sans nature maligne. C'est la seule hypothèse plausible devant cette poche considérable qu'une hémorragie spontanée a dû remplir.

A propos du traitement des épididymites gonococciques par la vaccination à la porte d'entrée (type Basset-Poincloux)

MM. MACHTOU, H.-R. BORDIER, BEN CHADLI. — Les auteurs, à l'hôpital franco-musulman, ont réuni 29 observations. Dans 20 cas, trois injections de vaccin Pasteur selon ce procédé, ont guéri les malades en une semaine. Dans cinq cas, il a fallu cinq injections. Il y a eu quatre échecs : l'un complet, les trois autres partiels. La réaction fébrile, souvent élevée, n'agit pas seule, puisque dans cinq cas, elle a été extrêmement légère ou nulle. Le vaccin agit donc par lui-même et parce qu'il est injecté à la porte d'entrée.

Les auteurs avaient auparavant essayé le vaccin Pasteur sous-cutané, intramusculaire et même intraveineux ; ils avaient essayé le Dmelcos, le propidon sans grand résultat. Pendant une semaine les malades gardent le lit avec la planchette ouatée habituelle sous les bourses. Ainsi en huit jours est obtenu le noyau résiduel épididymaire.

— M. J.-E. MARCEL croit qu'il faut réserver ce traitement particulièrement violent, nullement spécifique et agissant par choc correspondant à une véritable injection intracapillaire de vaccin par la porte « supposée » d'entrée, à une infime minorité d'épididymites. La plupart d'entre elles guérissent, en effet, en 9 à 14 jours, par le traitement classique auquel on peut quelquefois adjoindre le propidon.

— M. JAUSION estime que la vaccinothérapie de Poincloux guérit en partie par son effet de choc. Il préfère, quant à lui, l'association des nouveaux sels d'acridine aux vaccins lysés.

— M. LONJUMEAU a eu l'occasion d'injecter directement dans la vaginale de malades atteints d'orchite épipidymique blennorragique, du vaccin antigonococcique avec des résultats très satisfaisants. D'ailleurs, le vaccin paraît bien agir uniquement en provoquant un choc. Comme M. Jausion, ayant exceptionnellement trouvé du gonocoque dans le liquide vaginal, il a obtenu exactement les mêmes résultats en se servant d'un vaccin non-spécifique. Mais, l'injection étant suivie de phénomènes douloureux et généraux assez intenses, on a dû abandonner ce procédé.

— M. CATHELIN rappelle que les méthodes classiques lui ont donné toute satisfaction et qu'il ne voit pas d'avantage à se servir des méthodes nouvelles.

— M. Clément SIMON tient à faire remarquer l'efficacité presque constante du vaccin antichancrelleux : c'est probablement le vaccin le plus actif. Il serait donc fâcheux que l'on jette un discrédit sur ce moyen thérapeutique de premier ordre.

Electropuncture de haute fréquence

— MM. ROUSSEAU et DE LA FUYE. — Cette méthode de thérapeutique, réflexothérapie dérivée de l'acupuncture chinoise, consiste à pratiquer des punctures superficielles avec un appareil de haute fréquence en des points déterminés, choisis d'après les règles de la méthode chinoise et d'après la méthode de Weihl. Les résultats qu'elle permet d'obtenir paraissent plus rapides et plus stables qu'avec l'acupuncture chinoise simple (sans courant électrique). Les cas sont relatifs surtout à des algies et à des contractures.

— M. A. ARTHUS. — Des essais ont été faits pour contrôler l'activité thérapeutique de cette méthode d'électropuncture. Il est impossible pour le moment de se faire une idée d'ensemble. Nous avons constaté simplement que certains malades présentaient à la suite du traitement de brusques modifications du nombre des hématies. D'autres essais, plus systématiques, tendront à préciser la nature du mécanisme de cette hyperglobulie.

— M. L. RUAUD est surpris de l'observation d'une sinusite chronique ancienne guérie par cette méthode : chez ces malades, la muqueuse sinusale prolifère, devient polypoïde et n'a été modifiée jusqu'à présent que par une action caustique ou chirurgicale.

Les acquisitions nouvelles de physiothérapie en thérapeutique endocrinienne

— M. J. A. HUET. — L'auteur : *a*) au point de vue *diagnostique* signale les examens suivants : spectroréductomètre de Ferrier, angle d'impédance (méthode de Limy), détermination de l'hormone directrice et des hormones satellites de J.-A. Huet.

b) Au point de vue thérapeutique il préconise : les rayons X, radiothérapie de l'hypophyse dans les syndromes adiposo-génitaux et dans les troubles du métabolisme de base, des liquides et des lipides ; d'arsonvalisation mammaire ; la lumière : priapisme expérimental ; les courants exponentiels de Lego : endocrinopathies.

c) Au point de vue *pronostique* il considère trois points importants : réponse de l'excitation électrique ; réponse des différents relais ; absence de réponse.

THÉRAPEUTIQUE

Un hémostatique nouveau : Le venin de vipère Daboïa

Il était connu, depuis longtemps, que les propriétés les plus caractéristiques des venins étaient d'agir sur le sang, soit pour le coaguler, soit pour le rendre incoagulable. De tous les venins coagulants, le plus puissant était celui de la vipère Daboïa, vipère des Indes particulièrement venimeuse.

Jusqu'à ce jour, les hémostatiques habituels, tels que le perchlorure de fer, l'antipyrine, etc., paraissaient agir davantage sur les tissus que sur la coagulation elle-même, et les hémostatiques indirects tels que l'ergotine ou l'adrénaline n'agissaient également pas sur la coagulation du sang.

On a donc été forcé de recourir aux extraits leucocytaires et aux extraits d'organe frais ou de muscle d'oiseau.

Mais, si ces produits étaient particulièrement opérants *in vitro*, leurs résultats étaient contestables *in vivo*. Tout au moins, l'application du muscle de pigeon, prélevé extemporanément, s'avérait d'un emploi difficile.

Le venin de vipère Daboïa présente les avantages d'une utilisation facile, puisqu'il s'emploie en tamponnements, et semble par ses remarquables propriétés de coagulation apporter une révolution en thérapeutique, ainsi qu'en témoignent les travaux de Laignel-Lavastine et Koressios en médecine, de P.-C. Huet et de R. Tramuset en laryngologie.

Les auteurs nous disent, en effet, qu'il suffit de verser le contenu d'une ampoule de venin dans un récipient plat contenant 50 centicubes de sang frais prélevé à l'humérale, pour que celui-ci coagule en une minute.

Dans les observations rapportées par le Docteur R. Tramuset, des hémorragies en nappe consécutives à l'opération de kystes du maxillaire, rebelles aux traitements habituels, ont cédé à quelques tamponnements au venin de vipère Daboïa (1).

Nous savons que ce vénin peut arrêter les hémorragies chez les sujets hémophiles, les épistaxis rebelles (Docteur Aubry) et les hémorragies diverses relevant du domaine de l'oto-rhino-laryngologie et de la stomatologie.

Au point de vue physiologique, le venin de vipère Daboïa réunit les qualités d'un complexe fermentaire, c'est-à-dire qu'il contient les ferments d'origine hépatique et cellulaire qui interviennent dans la coagulation (sérozyme et cytozyme). Ces ferments, nous le savons, peuvent être isolés par des processus de laboratoire, de chauffage notamment.

Il est permis d'espérer que la thérapeutique trouvera des indications de plus en plus fréquentes de l'emploi de ce venin, d'autant plus qu'il est très peu toxique, les doses employées en thérapeutique humaine n'arrivant pas à tuer la souris.

Il est certain que les médecins praticiens en étendront eux-mêmes les applications en l'utilisant dans tous les domaines, en gynécologie et en petite chirurgie notamment.

(1) N. D. L. R. Spécialisé sous le nom de Daboïne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Bulletin de l'Actualité

OÙ VA LA MÉDECINE ? OÙ VA LA THÉRAPEUTIQUE ?

La médecine doit aller à son propre but, qui est la connaissance de l'homme physique tout entier, afin de le soulager, si son équilibre organique est détruit, de le guérir si possible et de retarder le moment de sa mort.

C'est en ce sens que le Professeur René LERICHE, dans le tome VI de l'*Encyclopédie française*, dont il a assumé la direction, a précisé l'évolution actuelle de la médecine, étant entendu qu'il ne s'agissait pas de la pratique même de l'art médical, mais seulement des idées qui le guident et l'inspirent. Or, tout en paraissant vivre seulement d'un empirisme traditionnel, la pratique de la médecine s'appuie chaque jour davantage sur les leçons de la recherche pure. C'est elle qui, sans cesse et souvent inaperçue, règle les gestes les plus humbles de nos activités professionnelles. Comme dans toutes les sciences, elle part ici de l'observation, s'élève jusqu'à l'idée, sur laquelle elle raisonne par induction ou déduction, et à l'occasion de laquelle elle expérimente : chercher où va la médecine, c'est donc essayer de définir le monde d'idées, où elle vit présentement, le monde des idées, qui la mènent. Malgré la perfection toujours accrue de ses instruments de recherche, la médecine contemporaine n'est cependant pas à l'abri des erreurs, puisque toujours c'est l'esprit qui guide la marche de ces instruments, et que l'esprit est faillible, malgré tout.

Nous devons donc rester modestes, pénétrés de la relativité de nos connaissances et de nos idées. L'infirmité de notre situation d'homme, qui ne nous permet de voir les choses qu'en nous-mêmes, par nous-mêmes, ne nous empêchera t-elle pas toujours peut-être de connaître l'absolu biologique du monde vivant ?

D'autre part, nous ne devons pas oublier que le progrès dans la connaissance ne s'est jamais fait d'une façon continue et suivant une ligne ascendante. Castiglioni n'a-t-il pas écrit : « C'est avec les plus étranges interférences et les plus extraordinaires retours que la pensée médicale est allée du démonisme des anciens à la thérapeutique suggestive des modernes, de l'organothérapie biblique à l'opothérapie, de la pathologie humorale d'Hippocrate à l'endocrinologie. Souvent, l'idée de prophètes audacieux, de précurseurs géniaux, fut abandonnée et enterrée, et d'antiques erreurs, qui semblaient oubliées pour toujours, revinrent à la lumière. »

La médecine va tout d'abord à la recherche d'une meilleure connaissance de la vie normale. Elle a besoin d'en pénétrer les ressorts secrets, parce que la maladie ne se réalise qu'en les utilisant ou en les faussant. Elle pense que la vie de l'homme n'est ni un agrégat d'éléments cellulaires ni une réunion de faits tissulaires, qu'elle résulte d'un ensemble d'actions physico-chimiques ; et il importe d'autant plus de les définir que, derrière elles, on trouve toujours un ordre, une liaison, dont le mécanique nous échappe encore. Cette question se pose dès le germe pour pénétrer son devenir ; quelles sont les virtualités incluses dans ce germe quant à ses qualités phy-

sico-chimiques, en ce qu'elles permettent à l'individu d'évoluer suivant la ligne de l'hérédité et suivant la loi de l'espèce, à partir d'un peu de chromatine ? Le problème est, au reste, le même pour tout ce qui vit sur terre : l'inconnue de la graine n'est pas différente de celle du petit d'homme.

Les mystères de la vie de l'adulte sont également multiples, et, dans toutes les directions, la médecine cherche à les élucider. Mais la grande inconnue demeure le mode réel des coordinations chimiques et nerveuses de la vie. C'est que cette coordination est à une échelle singulière. La médecine a acquis la notion de la folle prodigalité du plan de la vie. Comme les animaux, l'homme est construit avec une surabondance de moyens, qui nous étonne. Il a de tout, beaucoup plus qu'il ne lui en faut. On peut lui enlever presque toute sa thyroïde, sans qu'il y ait un signe apparent de déficience dans les phénomènes, que règle cette glande. On peut lui enlever plus de la moitié de ses glandes à sécrétion interne, sans qu'apparaisse à nos yeux un signe réel de déficit. On peut enlever à des animaux la totalité des nerfs sympathiques, sans voir de troubles notables dans les fonctions, que paraît assurer le sympathique. D'autre part, chaque organe, chaque tissu semble indépendant du tout, quand on l'envisage d'une certaine façon. Et cependant, malgré cette autonomie, chaque organe, chaque tissu dépend, d'une manière évidente, et sans cesse, de l'ensemble. Comment se font les liaisons ? Serait-ce par des réflexes, ou par des actions chimiques, en fin de compte sous des apparences nerveuses ? Mais, si elles sont chimiques, qu'est-ce qui en ordonne les divers éléments ? Nous ne savons pas, et nous retrouvons toujours le problème de l'ordre.

L'analyse scientifique de l'homme bien portant et de l'homme malade, comme objets de connaissance, date seulement d'hier. Or, les sciences d'observation rencontrent des obstacles presque insurmontables, que ne trouvent pas les sciences de raisonnement. Aussi, chose singulière, l'homme d'aujourd'hui sait-il encore peu de choses de lui-même, en tant qu'être physique. Et surtout, il ne connaît presque rien du jeu de son cerveau, qui cependant lui a permis de tout connaître. En ce qui concerne l'assimilation, l'oxygène était considéré comme un facteur essentiel. Il y a vingt-cinq ans, on pouvait croire que le chapitre des besoins alimentaires de l'homme était un des mieux connus de la physiologie. On savait le nombre des calories, qui lui étaient nécessaires, pour ses différents besoins, et de là on avait établi mathématiquement ses exigences en protides, graisses, hydrates de carbone ; or, voici qu'en 1912 un biologiste découvrait que la composition chimique des aliments n'était pas tout ; il y avait, de plus, dans la nature, un élément dont l'homme, l'enfant surtout, ne peuvent se passer : c'étaient les vitamines. On étudia aussi plus à fond le système sympathique, et, l'on découvrit la présence de ses ramifications infinies, dans les tissus, le long des vaisseaux et des troncs nerveux, jusque dans les mailles du tissu conjonctif. Cette distribution ubiquitaire suggéra immédiatement l'idée d'y trouver l'élément d'une ordonnance générale des activités conjonctives, et des phénomènes de la vie des tissus. Puis on s'aperçut que toutes ses actions localisées se réduisaient à des faits d'ordre circulatoire. Ce fut aussi le tour des hormones, produits chimiques fabriqués par les glandes à sécrétion interne, de calibre souvent minime ; or, ces messagers chimiques semblent bien désormais servir à la régulation de la vie, mais ils restent intriqués avec les activités nerveuses. Les hormones, par leurs qualités et leurs quantités, règlent pour chacun de nous les conditions de sa vie propre : vertus physiques, aspect extérieur, tempérament, etc... L'équilibre général est fait de leur équilibre ; mais elles ne sont pas la vie, elles ne font pas la vie ; elles donnent à chacun son accent propre. Bref, si autrefois l'homme pouvait faire figure d'un pantin, dont le système nerveux tirait les ficelles, — sous le règne des hormones, cette conception est aujourd'hui reléguée dans le tiroir des enfantillages.

Quant à la compréhension des maladies, il semble qu'elle s'éloigne de cette notion de spécificité, qui fut si tyrannique dans les esprits aux premières années de l'épopée pastorienne. La maladie semble moins habituellement, moins exclusivement qu'il y a quelques années, un fait pastorien ; beaucoup de maladies paraissent rester en dehors du champ des maladies pastoriennes. Le microbe n'est qu'un des éléments de la maladie ; le rôle du terrain est chaque jour plus évident. Revenant à l'hippocratisme, la médecine se met à la recherche de l'homme plus qu'à celle du microbe. Beaucoup de maladies semblent rattachables à des déséquilibres intérieurs — primitifs ou acquis — dans les stabilisateurs de l'équilibre de l'homme. Déséquilibre de l'innervation surtout sympathique, déséquilibres hormonaux sont à l'origine de maladies, apparemment primitives quand elles se montrent cliniquement. C'est cette phase préclinique mystérieuse, et que rien ne traduit à l'extérieur, qu'il importe de mettre en lumière, puisque la maladie n'est plus comme un parasite vivant sur l'homme, puisqu'elle est la conséquence d'une déviation initialement minime de l'ordre physiologique. Un ulcère de l'estomac est là, radiologiquement visible, alors que l'homme ne souffre pas, et n'a aucun malaise ; et le jour où il devient malade, l'ulcère n'a morphologiquement pas changé. Sous les mêmes dehors

anatomiques, on est malade ou on ne l'est pas. Nous soupçonnons des actions climatiques, saisonnières, cosmiques, d'ordre physique en somme, mais nous n'en avons encore rien analysé, ou si peu de chose ? Cette représentation nouvelle de la maladie conduit le médecin à prendre un contact plus étroit avec la physiologie, c'est-à-dire avec la science des fonctions, à s'occuper au moins autant de la physiologie pathologique que de l'anatomie pathologique. Il n'est, pour le comprendre, que de songer à l'anaphylaxie, à la colloïdoclasie, et à tant d'autres états fonctionnels aigus ou chroniques pour s'incliner vers un humorisme nouveau.

Quelles seront les conquêtes de demain en thérapeutique ?

Bien des problèmes restent en suspens. Sans rien oublier des réalisations admirables de la médecine préventive, des immunisations par vaccination prophylactique, malgré les réussites extraordinaires de certaines vaccinothérapies et de quelques sérothérapies, les bienfaisantes méthodes de l'ordre pastorien butent souvent contre des inconnues irritantes. Certains agents semblent leur résister définitivement ; d'autres microbes ne sont influencés que par caprice. La bactériothérapeutique n'a pas en tous les domaines cette constance d'effets, qui la caractérise ailleurs. D'autre part, nous ne connaissons rien qui s'oppose à la permanence du microbisme latent, à des réveils d'infection sous des causes apparemment insignifiantes. Nous avons conçu dans toutes ces questions des espoirs, qui ne se sont pas réalisés. La chimiothérapie, si efficace dans le domaine des affections spirillaires, des spirochétoses, a échoué jusqu'ici dans le traitement des infections ; il en est de même pour la physiothérapie et la radiothérapie.

Dans la thérapeutique du cancer, même piétinement. La chirurgie, malgré le perfectionnement de ses techniques, n'a guère augmenté le pourcentage de ses résultats.

On est désormais convaincu qu'il faut chercher la solution des problèmes thérapeutiques dans l'analyse raisonnée des conditions physiologiques de la maladie. Si grand que soit encore le champ des médications symptomatiques, si grand que soit l'effort pour l'explorer, c'est plus haut que visent maintenant les meilleurs espoirs de la médecine. Les thérapeutiques de substitution et d'endocrinologie marquent sans cesse des progrès nouveaux ; l'ancienne opothérapie est depuis longtemps dépassée.

Nulle part, peut-être cette orientation décisive ne se marque mieux que dans la chirurgie contemporaine. Celle-ci, débordant la médecine, s'efforce, depuis quelques années, de produire par des interventions limitées des effets physiologiques inverses de ceux que la maladie réalise, sans s'inquiéter outre mesure de la lésion. Elle cherche à adapter, par des neurotomies variées et par des actions endocriniennes, la physiologie de l'homme malade à l'état nouveau qui est le sien, à instaurer un nouvel équilibre. Les résultats les plus anciens, les récentes acquisitions de cette chirurgie physiologique, montrent que l'idée, qui l'inspire, est juste. Elle est dans la ligne que suit la médecine, qui s'efforce de mettre à sa place l'homme malade, à côté de l'homme normal, suivant l'enseignement de Claude Bernard.

***

Toutes ces notions, et plus généralement celles qui concernent l'*Etre humain*, normal ou malade, se trouvent exposées dans le tome VI de l'Encyclopédie Française, qui vient de paraître. La direction de cet ouvrage d'une haute tenue, a été confiée à l'éminent chirurgien de Strasbourg, le Professeur René Leriche, qui possède pleinement la maîtrise de son métier. Celui-ci a su choisir comme collaborateurs une véritable élite de médecins, de chirurgiens, de biologistes. Parmi eux, notre excellent ami, M. le Docteur J. Noir, directeur du *Concours Médical* a su traiter avec toute la compétence qu'il possède, avec une longue expérience acquise dans la médecine professionnelle, le chapitre de « La pratique médicale », qu'il a exposé clairement dans tous ses détails. Notons que ce tome VI est effectivement un inventaire critique de ce que nous ignorons, savons ou croyons savoir positivement, sur tout ce que posent de problèmes la vie physique de l'être humain, sa vie normale ou pathologique, son état de santé ou de maladie. Ce n'est pas un livre de médecine populaire, qui permet au lecteur ingénu de diagnostiquer sur lui-même quelque mal de haute qualité, baptisé d'un nom hermétique à souhait. C'est, au contraire, un ouvrage d'information, qui fournira des directives générales à ceux qui veulent travailler. Beaucoup d'hommes jeunes sont curieux et désireux de recherche, mais souvent ils ne savent à quoi s'attaquer.

G. Fischer.

LE CONTROLE DES ASSURANCES SOCIALES CONFLITS AVEC UN SPÉCIALISTE

Un de nos confrères (dossier 9.795), nous demande pourquoi certaines Caisses d'assurances sociales exigent qu'un médecin, spécialisé en phtisiologie et médecin chef d'un dispensaire d'hygiène sociale, communique les fiches de malades qui sont proposés par lui pour un séjour en sanatorium, ou dans un préventorium. Le médecin contrôleur de la Caisse, auquel ces renseignements seraient adressés, n'a aucune spécialisation en matière de tuberculose : son avis ne saurait donc prévaloir sur celui du spécialiste.

N'y a-t-il pas ainsi une violation du secret professionnel, violation inutile pour les intérêts de la Caisse, mais qui peut avoir des répercussions néfastes sur le compte du malade en jeu ?

C'est parce que le fonctionnement des lois sociales actuelles n'a pas été mis en concordance avec les obligations anciennes des codes et des lois de droit commun que de nombreux conflits peuvent éclater.

Certes, les Caisses d'assurances sociales ont le droit d'être renseignées sur l'état de leurs ressortissants malades, puisqu'elles doivent supporter partie des frais occasionnés par les soins donnés. Mais ce droit de regard ne saurait empiéter sur les obligations qui s'imposent aux médecins, notamment en ce qui concerne le respect du secret professionnel.

Si les médecins contrôleurs étaient, par une loi, déchargés de l'obligation d'avoir à donner des précisions scientifiques aux Caisses, si celles-ci devaient se contenter de l'avis non motivé de leurs médecins de contrôle, ces derniers resteraient comme leurs autres confrères assujettis au secret professionnel.

Médecin traitant et médecin de contrôle pourraient librement discuter de l'état du malade, le premier sachant que le second gardera secrets, vis-à-vis de la Caisse, le diagnostic et les renseignements qui lui sont fournis.

Malheureusement, en l'état actuel de la législation, le médecin contrôleur n'est que le représentant de la Caisse ; sa qualité de mandataire le met dans l'obligation de révéler à son mandant — la Caisse — si celle-ci l'exige, tout ce qu'il a appris sur le compte des malades contrôlés. Il ne peut donc y avoir de confidence ni de discussion entre médecin traitant et médecin de contrôle, du moment où celui-ci devra révéler à la Caisse tout ce qu'on lui a confié.

Mais la question posée est un peu particulière : une Caisse désire savoir, par l'intermédiaire de son médecin de contrôle, l'état exact d'un assuré social, que le médecin d'un dispensaire d'hygiène sociale veut diriger sur un sanatorium ou sur un préventorium.

A première vue, rien de plus légitime, d'autant que le malade étant soigné dans un dispensaire anti tuberculeux, le diagnostic de bacillose n'est plus secret, mais presque de notoriété publique. Il semble donc, *a priori*, qu'il serait difficile pour le médecin traitant du sana, ou du dispensaire, de se retrancher derrière le secret professionnel.

Cependant, ce praticien est spécialisé, il a fait des études complémentaires en phtisiologie. Il est donc plus compétent que le médecin de contrôle, pour indiquer l'état du malade à placer en sana.

Il serait donc très simple de faire admettre par la Caisse que le médecin du dispensaire d'hygiène sociale remette à son malade un certificat précisant les motifs du placement dans un établissement spécialisé, ou que, sur son autorisation écrite, il transmette directement à la Caisse le certificat nécessaire pour l'admission en sanatorium.

Malheureusement, cette pratique serait trop simple pour les Administrations, qui compliquent à l'envi le fonctionnement de nos lois. Les Caisses exigent que leur médecin contrôleur — qui n'est pas spécialisé en tuberculose — vienne « contrôler » le diagnostic d'un confrère idoine en la matière. D'où des conflits d'attributions, de préséance ou de simple confraternité, de déontologie.

Une contestation viendrait-elle à surgir entre les deux praticiens ? Le médecin spécialiste du dispensaire d'hygiène sociale estime que l'état du malade, assuré social, nécessite le séjour en sanatorium ; de son côté, le médecin contrôleur peut, pour certains motifs, parfois inspirés par la Caisse dans un esprit d'économie, décider qu'il n'y a pas lieu à une hospitalisation dans un établissement spécialisé.

Le différend devra être porté devant la Commission technique, composée du médecin traitant, du médecin de la Caisse et d'un troisième désigné par le président du Tribunal civil. Encore serait-il désirable que ce magistrat puisse faire choix d'un spécialiste en tuberculose.

Cette Commission technique aura qualité pour se prononcer sur l'état du malade et de décider s'il y a lieu, ou non de le faire soigner dans un sanatorium, ou dans un preventorium.

Je pense que tant que les Syndicats médicaux n'auront pas réglementé cette médecine de contrôle, de nombreuses contestations confraternelles surgiront de plus en plus. Au Syndicat mé-

dical local de proposer, soit aux Caisses de la région, soit mieux à la Confédération des Syndicats médicaux un *modus vivendi*, règlementant les attributions des médecins chargés du contrôle, au regard de leurs confrères, médecins traitants liés par le secret professionnel.

Un texte de loi serait nécessaire pour concilier cette opposition du respect du secret, imposé par l'article 378 du Code pénal, avec le fonctionnement des lois sociales. D'autant que les employés de bureau des Assurances sociales, parce qu'incompétents en matière médicale, n'ont pas besoin de connaître les diagnostics portés tant par le médecin traitant que par le contrôleur : ils n'ont qu'à faire foi, dans les déclarations de ces derniers, la loi à intervenir devant décharger ces contrôleurs de l'obligation de donner les diagnostics exacts aux Caisses, lorsque ces dernières l'exigent de leurs mandataires, comme c'est leur droit absolu.

Malheureusement, je crains que beaucoup de temps ne s'écoule avant que cette agaçante question du secret professionnel soit enfin réglementée non seulement dans l'intérêt primordial et supérieur des malades, mais aussi dans celui du tiers, qui doit supporter tout ou partie des soins médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINS CONCURRENCÉS PAR DES RELIGIEUSES INFIRMIÈRES

Un de nos confrères (dossier 9.968) nous demande secours, car il ne peut plus vivre du produit de l'exercice de sa profession. Bien qu'il soit foncièrement croyant et pratiquant, il proteste cependant contre les agissements de deux congrégations religieuses, lesquelles ont installé dans les campagnes de nombreuses sœurs, munies de leur diplôme d'infirmière, lesquelles visitent les malades à domicile, donnent des soins, qu'on paye en nature à la communauté et vendent même force médicaments.

Si le cas paraît grave, le malade est rabattu vers la ville voisine et adressé à la clinique, propriété de la congrégation, dirigée et administrée par les sœurs du même ordre.

Par le troc, les clients paient la communauté des soins donnés par les « bonnes sœurs », achètent contre deniers comptant la pharmacie, apportée par les religieuses et achalandent la clinique de la ville.

Que reste-t-il donc aux médecins de campagne, pour pouvoir vivre honorablement et joindre les deux bouts ?

Le Syndicat médical local a fait une démarche auprès des supérieures générales des deux congrégations, pour essayer d'obtenir qu'un peu d'apaisement soit apporté au zèle des sœurs infirmières. Réponse : « nos religieuses sont placées à la campagne depuis la fondation de l'ordre. Elles rendent tellement de services aux gens que ceux-ci se révolteraient, si je les enlevais de leurs postes ».

Vainement a-t-on parlé de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Vainement a-t-on montré la détresse de certains praticiens, chargés d famille, ne pouvant plus lutter contre cette concurrence déloyale et intensive. Rien n'y a fait.

Tout ce qui a été accordé, c'est le déplacement de deux religieuses, qui faisaient par trop ouvertement de la pratique illégale et apportaient un zèle intempestif tant dans la vente des médicaments que dans le recrutement de la clinique de la ville.

Notre confrère ajoute que son rayon d'action diminue chaque année, par l'installation nouvelle de médecins, de pharmaciens, de dentistes et de sages-femmes, qui entendent gagner leur vie. Cette pléthore de praticiens légalement diplômés accroît donc le malaise provenant de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, pratiqué par les bonnes sœurs.

On comprend d'autre part pourquoi le Syndicat médical ou pharmaceutique ne peut se résoudre à porter plainte au Parquet. Le Procureur de la République, ainsi que le Juge d'instruction auraient tendance à ne pas donner suite à la plainte, de peur de voir la population pauvre et très pratiquante se soulever pour conserver ses « bonnes sœurs » qui lui rendent tant de services et qu'on ne paie, pour les soins médicaux, qu'avec les produits du sol, par un troc.

Alors que faire, pour protéger le droit à l'existence de ceux qui ont conquis leurs diplômes légaux ?

Laissons de côté toute idée confessionnelle. N'envisageons que le point de vue juridique de manière à voir ce que nous pouvons faire.

La loi du 30 novembre 1892, en son article 16, est formelle :

« Exerce illégalement la médecine quiconque, « n'étant pas muni du diplôme de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, « prend part habituellement ou par une direction « suivie, au traitement des maladies. »

Le diplôme d'Etat d'infirmière obtenu en vertu du décret du 27 juin 1922 n'est qu'un certificat d'études, qui ne donne à ses titulaires aucun droit légal.

Les infirmiers qui en sont munis peuvent s'en servir

comme accréditif de connaissances techniques pour être les aides des docteurs en médecine, et pouvoir travailler sous leur surveillance et leur direction suivies.

Ceci posé, il est évident que jadis les sœurs ont pu rendre de très grands services auprès des populations besogneuses, qui trouveraient près d'elles, à bon marché, des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques. D'autant que les honoraires sont payés fréquemment suivant la loi du troc, c'est-à-dire en nature, en produits de la terre et non pas en argent.

Mais à l'heure actuelle, le téléphone, l'automobile, les transports en commun, la pléthore médicale et pharmaceutique permettent à ces populations d'avoir des soins prodigués par l'homme de l'art et non pas par des personnes, pleines de bonne volonté et d'altruisme certes, mais ne possédant pas les capacités médicales requises par la loi.

Donc, ce qui pouvait être toléré jadis ne le saurait être maintenant, à l'heure où des diplômés meurent de faim et qu'une proposition de loi (celle de M. Pomaret) cherche à apporter un soulagement au chômage des travailleurs intellectuels.

Le Corps médical a donc raison de s'opposer à cet exercice illégal en laissant de côté, je le répète, toute idée confessionnelle.

Tout d'abord, il appartient au Syndicat médical local de prendre en main cette affaire et de mener la lutte.

Trois voies s'ouvrent alors devant nous :

La première est la voie judiciaire.

Le Syndicat peut s'adresser au Sou médical, demander à cette Ligue de défense professionnelle son appui moral et matériel, celui-ci étant accordé au prorata du nombre des Syndiqués locaux adhérents du Sou médical.

Plainte est déposée entre les mains du Procureur de la République en fournissant à ce dernier des cas typiques d'exercice illégal.

Si ce magistrat hésite à faire poursuivre l'instruction, le Syndicat peut consigner par avance les frais qui incombent à la partie civile.

Mais cette voie n'est pas sans danger.

Tout d'abord, la mystique confessionnelle va surgir. Les populations, surtout si elles sont pratiquantes, ne comprendront pas qu'on puisse poursuivre les « bonnes sœurs qui font tant de bien et viennent au secours de l'humanité souffrante ».

Une réaction plus ou moins violente peut donc se produire contre le Corps médical et c'est peut-être pour cela que le Procureur de la République et le Juge d'instruction hésiteront à donner à cette affaire la suite qu'elle comporte. C'est pour cela aussi qu'on risque de placer les sœurs sur un piédestal en leur apportant l'auréole du martyre.

A toutes ces difficultés, joignons la quasi-impossibilité de trouver des témoins qui pourraient apporter leur concours à cette œuvre d'assainissement légale. Les témoins se défileront, auront des absences de *mémoire, parfois même se contrediront.*

Je connais bien la région en cause et c'est pour cela que je crains que l'action judiciaire n'échoue.

La seconde voie est plus oblique.

Le Syndicat médical local peut s'adresser à l'évêché en lui faisant parvenir un mémoire indiquant les causes du conflit.

Mis au courant de la nécessité de réprimer cet exercice illégal puisque ceux qui sont munis d'un diplôme légal ont le droit à l'existence et doivent élever leur famille, peut-être que l'évêque fera de justes remontrances aux supérieures des établissements en question pour les inviter à mettre une sourdine à leurs pratiques illégales.

L'évêché aura peur du scandale si un procès correctionnel était engagé par le Syndicat.

La troisième voie est une adresse faite au ministère de la Santé publique et au ministère de la Justice.

On peut signaler au ministre de la Santé publique le danger que font courir ces pratiques des illégaux. On peut lui demander d'aider le Syndicat médical auprès du ministre de la Justice pour que celui-ci puisse signer avec son collègue de la Santé publique une circulaire adressée aux préfets des départements.

Ces représentants locaux du ministre pourront convoquer dans leur cabinet les supérieures des Congrégations et les inviter, au nom du Gouvernement, à mettre une sérieuse discrétion aux pratiques illégales des sœurs qui sont sous leur obédience.

Mais je comprends très bien que le Syndicat local puisse hésiter à faire toutes ces démarches.

L'opinion publique et, malheureusement, les politiciens pourront reprocher aux médecins locaux de n'envisager que leurs seuls intérêts personnels alors que « l'aide aux populations besogneuses, l'éloignement des médecins, les tarifs médicaux hors de proportions (?) avec la chèreté de la vie, obligent les gens de conditions modeste à avoir recours aux sœurs si bienfaisantes, si bonnes, si généreuses ».

Je me demande alors s'il n'appartiendrait pas à la Confédération des Syndicats de prendre en main la plainte du Syndicat local et d'adresser une supplique tant à l'évêché qu'au ministre pour qu'un rappel à la légalité soit donné à des personnes qui, tout en étant qualifiées de « bonnes sœurs », tirent cependant un profit lucratif de l'exercice illégal de la médecine.

M. Pomaret, député, veut, par une proposition de loi protéger le chômage intellectuel et permettre aux professions libérales de vivre honorablement. La Confédération des Syndicats médicaux ne pourrait-elle pas obtenir de l'honorable député de reprendre la proposition de loi Nast, sur la répression de l'exercice illégal de la médecine. Ce serait plus urgent, que de discuter les modalités de retraite à octroyer aux médecins âgés de 65 ans.

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINE COLONIALE

En Algérie et en Océanie

La situation en Algérie des médecins de colonisation prête à ambiguïté. Considérés comme fonctionnaires ou comme praticiens libres, suivant que l'Administration trouve ses avantages dans l'une ou l'autre alternative, ils se voient chargés des mille besognes de l'Assistance médicale dans un cas, et privés dans l'autre de tous les avantages matériels ordinairement dévolus aux personnels des Services publics.

Fonctionnaires, en effet, ils le sont par l'arrêté du 13 avril 1934 qui fixe leur statut, les conditions d'admission dans leurs cadres, leur hiérarchie depuis la quatrième classe après un an de stage, jusqu'à la première hors classe, leurs soldes s'échelonnent de 17.500 francs à 36.000 francs après trois ou cinq ans d'ancienneté dans chacune de ces classes, les indemnités algériennes de 28 % dont ils bénéficient en plus de leur traitement, les prélèvements qu'ils subissent pour la constitution d'une pension de retraite.

Ce même arrêté fixe aussi leurs obligations : résidence dans les postes assignés, assistance médicale gratuite pour tous les indigents (ceux-ci sont si nombreux qu'il a paru préférable d'établir dans chaque commune la liste des non-indigents), visite des enfants assistés, assistance aux femmes en couches, tournées périodiques dans les douars, consultations périodiques gratuites, prophylaxie des épidémies, inspection des écoles, assistance aux mères et aux nourrissons. Il convient d'ajouter à cela que la récente « réorganisation » de la Direction de la Santé publique avait mis à la charge des mêmes médecins de colonisation toute la médecine sociale.

Nos confrères devaient s'employer à la défense contre la tuberculose, à la lutte contre le trachome, au traitement gratuit des maladies vénériennes, à la lutte antipaludique, à la protection maternelle et infantile.

Cette charge professionnelle considérable, cette responsabilité morale pouvaient faire envisager comme insuffisantes les soldes attribuées aux médecins de colonisation, comparées à celles d'autres catégories de fonctionnaires. Survenait alors un argument administratif auquel il semble jusqu'ici qu'il ait été vain d'opposer quelque raison que ce soit. « Les médecins de colonisation sont autorisés à faire de la clientèle payante, les fonctions publiques dont ils sont chargés ne constituant que l'accessoire de leurs professions », et certains ajoutaient même : « Les médecins ? de quoi se plaignent-ils ! quelques-uns parmi eux gagnent plus de cent mille francs l'an ! »

A cause de cela les indemnités de charges de famille leur ont été supprimées, contre toute justice, puisqu'elles ont été maintenues à d'autres fonctionnaires, ayant comme les médecins des revenus autres que ceux de leur fonction publique : interprètes judiciaires, cadis, caïds, bachaghas, ingénieurs des Travaux publics qui sont aussi receveurs municipaux, etc., et que d'autres fonctionnaires ayant 100.000 francs ou plus de traitement continuent à en bénéficier.

A cause de cela aussi ils sont tenus à des tournées périodiques, sans remboursement de leurs frais de déplacement. Une circulaire n° 7.816 du 13 septembre 1934 a bien laissé les communes libres d'indemniser ces praticiens ou de mettre à leur disposition les moyens de locomotion dont elles disposent, mais aucune commune n'a suivi ce conseil.

Or, tous les agents de la Santé publique, infirmières visiteuses, adjoints techniques, sans compter d'autres fonctionnaires perçoivent des indemnités de frais de tournées. Les médecins, seuls, parce qu'ils sont susceptibles de rencontrer des clients payants, se voient l'objet d'une mesure spéciale.

Or « la clientèle rurale est devenue insignifiante, d'un rapport pratiquement nul. Elle n'est composée que de colons consolidés, c'est-à-dire indigents, d'ouvriers en chômage, de fonctionnaires dont le budget a été réduit. Quant aux indigènes les neuf dixièmes sont indigents. Enfin, au cours de ces tournées le médecin de colonisation ne pourra pas faire des visites de clientèle payante. En effet, il devra parcourir de nombreux kilomètres toutes les semaines, pour aller dans un centre de sa circonscription, où la population aisée se fera soigner par un médecin libre dont la résidence sera plus rapprochée, et ce qui est vrai pour les centres l'est à plus forte raison pour les douars » (1).

Enfin, c'est toujours parce qu'il leur est tenu compte de la faculté qu'ils ont de faire de la clientèle que les médecins de colonisation ne sont admis à voyager soit en bateau, soit en chemin de fer qu'en deuxième classe, alors que d'autres fonctionnaires, tels que les Administrateurs de commune mixte, les ingénieurs des ponts et chaussées, les ingénieurs des P. T. T., les inspecteurs des différentes contributions, et même les inspecteurs de la culture des tabacs, ont droit à la première classe.

Or, il convient de le répéter, seuls quelques

(1) *Bulletin* du Syndicat professionnel des médecins de colonisation d'Alger (janvier 1936).

rares anciens ont une clientèle suffisante pour améliorer sensiblement leur traitement. Sur 110 postes de médecins de colonisation, il en existe quarante dits «postes déshérités», dont le titulaire reçoit une indemnité annuelle de 10.000 francs en compensation d'une clientèle nulle ou insuffisante. Un plus grand nombre de postes, déshérités tout autant, mériteraient de se voir allouer pareille indemnité.

Les médecins de colonisation de l'Algérie, ainsi diminués matériellement, ont-ils du moins la considération morale à laquelle les sacrifices, qui leur sont demandés, pourraient leur donner droit ? Leur attitude fut discutée à la section arabe des Délégations financières de l'an dernier. Si des confrères faisant partie de cette assemblée surent déclarer « que les médecins de colonisation exerçent un véritable sacerdoce, que leur tâche est ingrate et leur traitement insuffisant », on put entendre un délégué arabe affirmer » qu'il serait plutôt partisan de la suppression totale des médecins de colonisation et de leur remplacement par des médecins communaux. Le corps des médecins de colonisation, en effet, obère le budget sans grand profit pour les masses indigènes rurales ». Un autre souhaita que « ces fonctionnaires soient installés au cœur des douars, et non dans les villes où ils concurrencent sans profit les médecins civils ».

Telle est la situation des médecins de colonisation en Algérie. Accaparés par leurs fonctions administratives, mais jouissant de traitements dérisoires, parce qu'ils ont le droit de faire appel à une clientèle aléatoire, ils doivent cependant prendre sur leurs soirées, leurs dimanches, leurs nuits pour s'assurer ce casuel.

Ce n'est certainement pas sans quelque étonnement que l'on apprendra que les médecins de colonisation, atteints d'une maladie contractée en service, étaient jusqu'en 1933 hospitalisés et mouraient *à leurs frais*. Il a fallu attendre cette époque, pour que fut introduit dans le budget de l'Algérie un article « prévoyant les frais d'hospitalisation des médecins de colonisation atteints d'une maladie contractée en service commandé ».

La lettre officielle, annonçant cette mesure prise après combien de réclamations de la part des médecins, semblait la présenter comme une très insigne faveur.

***

En Océanie française la situation des médecins civils a subi certaines vicissitudes. Il faut considérer d'abord que, lorsqu'il est question de cette multitude d'îles qui composent nos établissements français du Pacifique, on n'envisage généralement comme résidence médicale que celle de Papeete, le chef-lieu. La population de ce centre oscille entre 5.000 et 6.000 habitants, celle de l'île de Tahiti tout entière autour de 14.000 à 15.000.

Le Service de santé de la Colonie est assuré par le Corps de santé des troupes coloniales et la Colonie entretient, à poste fixe ou en mission de durée limitée dans les centres éloignés où aucun médecin civil n'ira jamais s'installer de lui-même (Marquise, Gambier, Iles-sous-le-Vent, Tuamotus) des éléments militaires.

A Papeete, les différents services de l'hôpital sont de même assurés par nos confrères des troupes coloniales, auxquels sont confiés aussi l'arraisonnement des navires, les dispensaires, le laboratoire, la léproserie, etc... C'est dire que l'activité des médecins civils n'aura lieu de s'exercer à Papeete que parmi sa population stable, augmentée de celle flottante de Tahiti ou des archipels. Or, la crise économique a diminué dans des proportions considérables les ressources des colons, des indigènes ou des Chinois. Quant aux touristes, il semble bien que l'on ne rencontre plus maintenant là-bas que des voyageurs qui, désabusés du vieux monde, vont se réfugier dans nos îles pour y jouir de son climat, de sa tranquillité et des facilités de son existence.

J'avais obtenu en 1926 que fut stabilisée par un statut la situation des médecins civils installés en Océanie, et le gouverneur Solari, auquel je dois d'avoir pu faire construire la Maternité de Papeete, prit l'arrêté du 10 août créant un cadre des médecins du Service local. Les soldes s'échelonnaient de 16 à 24.000, avec le supplément colonial de 7/10e. Nous fûmes trois à faire partie de ce cadre, le Docteur Cassiau décédé aujourd'hui, le Docteur Rollin toujours en service à Taravao et moi-même. Pour des raisons budgétaires ce cadre fut supprimé le 17 décembre 1932, n'ayant pas offert d'avantages suffisants pour faciliter le recrutement d'autres confrères.

L'état de choses actuel, peu encourageant, n'a pas empêché au cours de ces dernières années d'attirer quelques médecins. Certains d'entre eux, après avoir alimenté la chronique locale, ont dû quitter la Colonie. Le nombre de ceux qui restent semble être suffisant pour assurer les besoins de la clientèle existante. On ne saurait encourager quiconque, s'il ne dispose que de ses propres moyens, à exposer des frais élevés pour chercher là-bas des désillusions professionnelles.

Une transformation complète du Service de santé, une réorganisation totale sur des bases nouvelles, seraient seules susceptibles d'ouvrir des débouchés nouveaux.

L. Sasportas.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

VII. L'intrasauce

Par le Docteur A. GAUDUCHEAU

Dans la série des études qui ont été publiées à cette place depuis six mois, nous avons examiné quelques-unes des conséquences biologiques de l'industrie alimentaire moderne ; nous avons vu que nos régimes actuels sont devenus très différents de ce qu'était la nourriture naturelle de l'homme primitif, que cette évolution des usages se poursuit à l'époque contemporaine, suivant un rythme accéléré et que les changements qui s'opèrent dans la structure de la ration paraissent assez profonds pour exercer une influence même sur les qualités morales des individus et des peuples. L'homme éprouve les effets de ce qu'il mange et de ce qu'il boit et de tout ce qu'il invente pour modifier les conditions naturelles de son existence. *L'homme, ce résultat,* avons-nous dit pour résumer cette opinion.

Quittant pour aujourd'hui ces spéculations philosophiques, nous allons envisager un autre aspect, plus immédiatement pratique, de l'hygiène alimentaire et nous occuper de cuisine.

***

Au mois de janvier 1935, inaugurant au Collège de France, un musée des souvenirs de Claude Bernard, M. d'Arsonval rappela plusieurs anecdotes inédites ou peu connues concernant la vie de son maître. Il nous apprit, entre autres choses, que l'illustre physiologiste s'étant trouvé un moment dans la misère, avait eu l'intention de faire de la cuisine pour gagner sa vie. Ce projet, qui ne fut jamais mis à exécution, ni même publié, a été rapporté par M. Tripier, dans une lettre qu'il écrivait à M. d'Arsonval, le 9 septembre 1906, et que celui-ci a bien voulu me communiquer. Il est dit, dans cette lettre, que Claude Bernard, « durant la période de détresse dont fut faite son existence jusqu'à la création à la Sorbonne de sa chaire de physiologie générale songea à renoncer à la science et qu'il eut l'idée d'un commerce de volailles et gibiers injectés par la carotide avec les sauces les plus variées ».

D'autre part, j'ai appris de M. Regaud, directeur de l'Institut du radium, que Fochier, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lyon, célèbre par son invention des abcès de fixation, avait pratiqué des injections de cognac, de vins et de macérations aromatiques dans les muscles, au moyen de la seringue de Pravaz, dans un but culinaire.

Continuant sans le savoir les travaux de ces éminents devanciers, j'ai tenté, moi aussi, de transformer le goût naturel des viandes par des injections. Ces recherches, poursuivies pendant quelques années, ne m'avaient donné aucun résultat pratique intéressant, lorsque je m'aperçus que les condiments les plus estimés de la cuisine (que je destinais aux injections artérielles) ne pouvaient être bien dissous que dans les corps gras. Cette remarque me conduisit à injecter, par voie sanguine, des solutions grasses d'aromates, de l'huile et du beurre fondu et j'obtins ainsi, en même temps que l'assaisonnement des viandes, leur engraissement artificiel.

Lorsque les animaux ont été tués et saignés, les artères, les veines et les vaisseaux capillaires sont vides. Je propose de les remplir en y poussant, par voie artérielle, des graisses liquides ou fondues et des condiments. En injectant ces « intrasauces », on remplit tout le système circulatoire ; alors, les muscles et les viscères qui, pendant la vie étaient rouges de sang, deviennent pleins de graisse et sont en même temps assaisonnés de façon uniforme. Par ce moyen, une bête maigre devient grasse instantanément.

Alors qu'il est d'usage universel, en cuisine classique de disposer les sauces à l'extérieur des morceaux de viande, de façon que ceux-ci soient imprégnés de dehors en dedans, les intrasauces sont amenées de dedans en dehors, par le système circulatoire, c'est-à-dire par le chemin que suit le sang durant la vie pour se rendre dans les tissus. Ces liquides sont introduits sous pression, au moyen d'une seringue ou d'une pompe.

A titre d'exemple, voici comment on opère pour intrasaucer un lapin :

On prépare d'abord les assaisonnements. Ceux-ci doivent être adaptés à chaque sorte de viande. Il ne faut pas donner des saveurs trop prédominantes, comme je le faisais au début de mes travaux Les fumets excessifs ne plaisent à personne. Il faut que l'arome ajouté soit « fondu » avec celui de la viande et à peine sensible après cuisson. Pour le lapin, on utilisera la formule suivante :

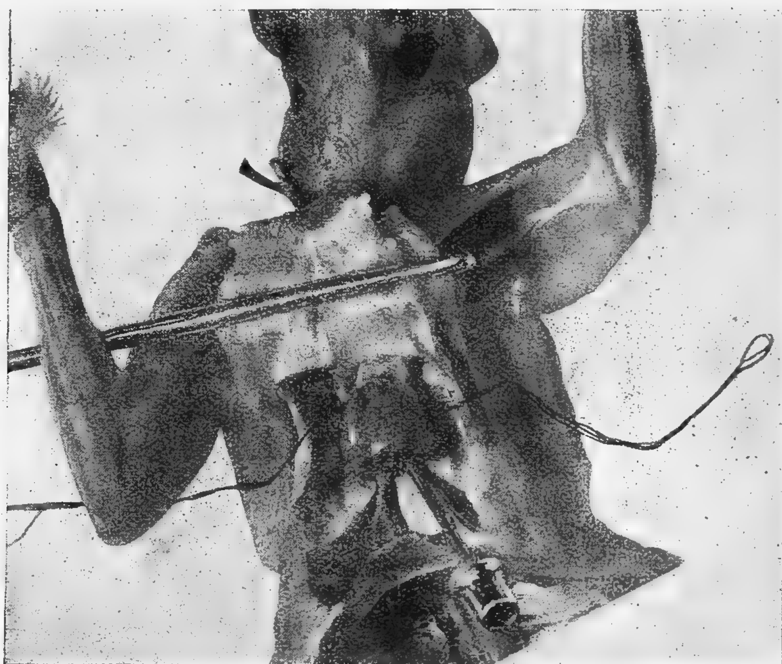
Huile aromatisée d'ail...............	2 grammes
— — de tomate et d'oignon frit............	60 grammes
Eau salée presque saturée (à 23 %).....	38 grammes
Essence naturelle de poivre...........	1/40 de goutte
— — serpolet.........	1/4 de goutte

Pour préparer des huiles aromatisées d'ail,

d'oignon ou d'échalote, hacher ou broyer les bulbes et gousses de ces légumes, puis les additionner de 25 pour 100 de leur poids de sel et quatre fois leur poids d'huile d'arachide. Agiter le mélange de temps en temps. Après quelques jours de contact, l'huile s'est chargée des aromes; on la passe sur étamine et on récolte un liquide à gros dépôt salé qui se conserve indéfiniment.

L'huile d'oignon frit se prépare en faisant « revenir » à la poêle une partie de ce légume avec deux ou trois parties d'huile très chaude, jusqu'à ce que l'eau de végétation soit complètement évaporée et que les oignons soient devenus roux. Opérer de même pour faire des huiles de tomates, de marrons frits, etc.

en arrière de la plaie de saignée, afin de fermer les carotides. Ouvrir la paroi thoracique par une incision contournant le sternum autour de sa pointe et sur ses côtés, incision courbe, en forme d'U, à concavité tournée vers la tête, intéressant plusieurs côtes et ne lésant aucun gros vaisseaux. Soulever cette partie du thorax et la maintenir relevée au moyen d'une pince. On aperçoit alors le cœur que l'on sectionne transversalement en tranchant d'un coup de ciseaux les deux ventricules. Par le ventricule gauche ainsi ouvert, faire pénétrer la canule de la seringue dans l'aorte. S'assurer que cette canule est bien en place et n'a pas été dirigée par erreur du côté de l'oreillette. Puis, placer une ligature



Photographie de la partie antérieure du corps d'un lapin. Le thorax a été ouvert par une incision en U découpant largement le plastron sternal qui est relevé et qui est maintenu par une pince. Le cœur a été mis à nu et sectionné transversalement. La canule de la seringue a pénétré dans l'aorte par le ventricule gauche. Tous les vaisseaux de la base du cœur sont serrés en bloc par un nœud de fil sur cette canule, de sorte que la voie aortique est seule ouverte. Le cou est serré pour fermer les carotides. Près de la tête on voit les deux orifices de la saignée.

On y ajoute, au moment de l'emploi, un peu d'eau salée concentrée et diverses matières aromatiques dont le cognac à l'estragon ou à la truffe. Ces derniers produits sont préparés par macération à froid d'une partie du végétal dans trois ou quatre parties de cognac. Ne pas en abuser car l'alcool à forte dose communique aux viandes un goût de faisandé.

On choisira donc un beau lapin de quatre à cinq livres, pas trop vieux et pas chargé de graisse. L'ayant tué et saigné à fond, au cou, près de la tête, le dépouiller de sa peau sans détacher l'extrémité des pattes et sans le vider. Lier fortement le cou, à deux ou trois centimètres

de fil fermant en bloc tous les vaisseaux de la base du cœur et serrant la canule. Pousser l'intrasauce dans la circulation générale. Il en faut environ 200 grammes pour un lapin de 2 kgr. 500.

Si l'on veut, couper le bout de la queue et presser sur le moignon ; une goutte sort qui sent le serpolet. Cela prouve que le corps est tout plein.

On vide l'animal une heure après l'injection. On laisse séjourner l'intrasauce dans la viande vers +10° ou +15°, pendant quarante-huit heures, avant de faire rôtir, pour que le mélange devienne intime entre l'huile, les condi-

ments et les chairs. Pendant ce séjour, il se produit une maturation spéciale qui donne à l'ensemble un moelleux estimable.

Ensuite, on découpe et on fait sauter au beurre ou au saindoux, à la cocotte ou à la casserole. Lorsque les morceaux ont pris couleur, on ajoute un demi-verre d'eau chaude et deux ou trois grammes de sel ; on couvre l'ustensile et on cuit à fond, pendant une heure environ, comme d'habitude. Ne pas faire de cuissons prolongées au four, car les aromates s'évaporeraient.

A la dégustation du lapin ainsi préparé, on constate que la viande est onctueuse, supérieurement relevée et légèrement aromatisée ; les rognons surtout sentent le serpolet. Les sucs qui se sont écoulés à la cuisson ont formé une sauce extérieure délicieuse, agréablement colorée en jaune d'or par la tomate (1).

***

Le présent article étant destiné à paraître aux environs de Noël, au moment des agapes traditionnelles de fin d'année, je souhaite que nos confrères profitent de cette occasion pour essayer le procédé que je viens de décrire. Ils y trouveront, en même temps qu'une amusante distraction, un moyen économique de préparer des mets nouveaux variés et agréables.

RAPPORT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMEMT DU SERVICE DE SANTÉ PENDANT LA GUERRE D'ABYSSINIE

Le chef de Service de santé de l'armée italienne en Abyssinie, le sénateur Castellani, a remis dernièrement son rapport sur l'organisation et le fonctionnement du Service de santé au cours de la campagne.

Nous extrayons de ce rapport les intéressants passages suivants :

Bien avant la guerre, des reconnaissances avaient été exécutées pour reconnaître les régions dangereuses des colonies et des territoires abyssins voisins ; on avait préparé dans la métropole beaucoup de vaccins, savoir trois millions de fioles de vaccin contre le typhus et les autres maladies infectieuses tropicales.

Pour un effectif de 500.000 soldats en chiffres ronds et 100.000 ouvriers, on avait prévu 2.500 médecins et près de 17.000 infirmiers et brancardiers ; avant leur départ sur le terrain des opérations, les médecins avaient été instruits de leurs devoirs auprès de l'Institut des maladies tropicales de Rome.

Le nombre des hôpitaux de campagne qui furent installés en Abyssinie et colonies italiennes voisines fut de 135 grands hôpitaux et 55 petits ; en outre, 13 stations chirurgicales, 15 services de rayons Roentgen, onze stations de dentistes, cinq grands laboratoires, douze offices de désinfection, 139 stations d'eau potable et quatre grands dépôts de matériel de santé.

Il faut ajouter à ces chiffres ceux concernant la marine ; 20 infirmeries et 8 hôpitaux sur bâtiments de la marine ; pour l'aviation, 20 infirmeries ; en plus, 30 hôpitaux permanents aux colonies et aux îles du Dodécanèse ; le personnel du Service de santé a été, aux époques de moindre travail, occupé à des travaux de routes, de puits et de fortifications.

Les principales maladies que le corps de santé a eu à soigner ont été : la malaria, la dysenterie, le typhus, diverses maladies de peau et le scorbut ; grâce à d'énormes précautions, le pourcentage des maladies a été extrêmement petit ; pour la malaria, 1.240 cas seulement, dont 23 ont été mortels.

Les soldats, pour prévenir toute maladie, ont reçu chaque jour trois comprimés de quinine à absorber avant les repas ; on avait, par ailleurs, pris la précaution de transporter dès leur arrivée les troupes dans des camps d'acclimatement et il y eut peu de cas de coups de chaleur : trente cas, dont sept mortels.

A titre préventif, chaque soldat était obligé de porter le casque colonial et il n'avait pas le droit de consommer d'alcool ; on lui remettait un citron par jour.

Pour lutter contre les maladies de la peau et la vermine, on pratiqua une très grande propreté ; on cimenta les planchers des locaux habités et des désinfections journalières furent assurées.

Le Professeur Catellani fait observer dans son rapport qu'aucun soldat du corps expéditionnaire n'a péri de morsure de serpent ou de crocodile comme des journaux étrangers l'avaient raconté.

On a fait usage, autant qu'il a été possible de le faire, de l'avion comme moyen de transport pour les opérations ; grâce à toutes ces mesures, il n'a été constaté que 516 cas de mort, dus à des maladies, dans tout le corps expéditionnaire.

(*La France militaire*, 10 déc. 1936.)

(1) *Traité de l'amélioration des viandes par voie artérielle*, par le Docteur A. GAUDUCHEAU, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

VARIÉTÉ LITTÉRAIRE

Voyages autour du monde d'un écrivain anglais

Deux auteurs nous ont écrit la *Vie de Lawrence*, peut-être le plus grand écrivain anglais de ce demi-siècle. Une Américaine, Mabel Dodge-Luhan, un Français, Alfred Fabre-Luce (1). Nous aident-ils à pénétrer vraiment derrière les secrets de l'âme d'un homme, ceux de l'esprit britannique ? Le mystère, le sens vrai des choses, des individualités, des races se livrent difficilement. L' « anecdote » suivante en témoigne.

Emile-François Julia dans *Les Mille et une Nuits et l'Enchanteur Mardrus* (2) nous relate cette promenade au Louvre, de l'admirable traducteur des contes arabes. « *Il visitait les salles égyptiennes, au milieu de ce peuple de statues, parmi tant de reliques dessinées ou écrites qui lui sont si familières et qui parlent si intimement à son esprit et à son cœur. Tout à coup, le rire mardrusien fuse en cascades tandis que les visiteurs s'arrêtent devant une petite stèle noble et charmante : figure qui leur est familière, à la fois hiératique et gracieuse, en son geste de bras harmonieusement arrondi vers la bouche qu'effleure à peine un doigt plein d'éloquence et de lumière. Au-dessous d'elle, ces mots étaient tracéspar quelque conservateur distrait* : « *Jeune femme à sa toilette se teignant les lèvres* ». *Et Mardrus de corriger aussitôt* : « *Ramsès II, enfant, explique par son geste hermétique que toute Magie vient du verbe* ».

Lawrence — (nous verrons ensuite, si possible, l'Angleterre à travers lui) — pourrait-il nous apparaître sous l'apparence de cette « jeune femme » et la réalité d'un « Ramsès » ? Il porta sa vie entière, en effet, un double aspect. Névropathe et tuberculeux, toujours poussé par une désespérante inquiétude à voyager de par le monde, il se montrait sous des manifestations « féminines » — (dans la mauvaise acception du terme pour un homme) — ayant toujours raison quoiqu'il agit toujours à faux et fît ungâchis de la vie, de l'amitié et de l'amour, et ayant toujours tort, agissant à faux parce qu'il n'apprit jamais à se contrôler, mais laissa décider la vie. Ainsi parle Mabel. Et ces lignes de Frieda, la femme de l'écrivain dévoilent son agitation intérieure constante qui ne lui permettra de long séjour nulle part : Nous al ions directement chez vous à Taos (chez Mabel Dodge Luhan), et voici que non. Lawrence dit qu'il ne peut pas encore affronter l'Amérique, il ne se sent pas assez fort. Aussi allons-nous d'abord vers l'Orient, à Ceylan. (Les Lawrence étaient alors en Italie). Nous avons acquis des amis là-bas, deux Américains bouddhistes. Fortifiés par Bouddha, il nous sera plus facile de tenir tête à la bruyante, impétueuse Amérique. Dans ma pensée, je vivais déjà à Taos, et, alors que notre départ était fixé, voici que Lawrence me jette soudain Ceylan à la tête. Je suis sûre que l'Orient nous guérirait de cette Europe malade ; (nous sommes en 1922) pour affronter l'Amérique on doit être fort et se tenir solidement sur ses jambes, au dedans et au dehors.

Mais il y a l'autre aspect. Celui du créateur. *Amants et Fils, la Femme et la Bête, l'Homme et la poupée, l'Amant de Lady Chatterley, la Fille perdue* et nombre d'autres œuvres filles du puissant talent de David — Herbert Lawrence. Sur ce plan, son « démon » avait toujours raison. C'est pourquoi Mabel put écrire : Les psychanalystes se trompaient. « S'adapter », prétendaient-ils. Mais bien qu'il ne s' « adaptât » jamais, ni ne s'accommodât à son entourage ; bien qu'il souffrît et fît souffrir quiconque l'approchait avec son turbulent et intraitable caractère, — oui, par delà la raison et les convenances, par delà la loyauté courante, qui pratiquement s'interdit tout jugement, et bien par delà le plaisir, Lawrence avait raison. L'activité consciente est « de ce monde ». Pouvons-nous nous satisfaire de nous limiter à elle, même en vue du bonheur.

Voilà qui intéresse les médecins. L' « inconscient » de Lawrence et derrière lui, l' « inconscient collectif » de l'Angleterre. Lorsque nous pensons aux voyages à travers le monde de Lawrence nous ne nous fixons pas uniquement à la matière visible de ses déplacements en Europe, Asie ou Amérique, mais à la substance mystérieuse lawrencienne, au moi plus profond de l'homme qui voyage, ce « monde obscur », comme l'appelle l'auteur de *Fantaisie de l'Inconscient.*

Incessante préoccupation du romancier que ce ténébreux univers en nous. Alfred Fabre Luce l'explique : « Pour Lawrence, l'homme et la femme doivent seulement former entre eux le courant qui les reliera au « monde obscur ». Ensuite, ils n'auront même plus besoin de rapports physiques. La parfaite volupté est précisément ce qui permet la chasteté vivante. L'accomplissement sexuel n'est pas seulement créateur d'un monde de responsabilités humaines où la sensation consacre le passé et engage l'avenir. C'est aussi le sceau d'une réconciliation avec la nature. Dans sa *Défense de Lady Chatterley*, Lawrence évoque le monde primitif où les rapports sexuels se trouvaient interdits pendant le

(1) Les deux ouvrages chez Bernard Grasset, éditeur.
(2) Malfère, éditeur.

repos hivernal et commandés par les rites au moment des grandes noces végétales du printemps. Ces vieux rites, Lawrence en cherchera les traces ou les survivances à travers l'Amérique et l'Australie... En vérité, quand il fixe dans le langage, les plus secrets, les plus beaux, les éternels mystères de l'amour, ne lui dites pas qu'il a précisé, défloré : insulte à son talent. Lawrence prétend qu'un véritable amant lira son livre comme une prière. Et son critique français Alfred Fabre-Luce a raison d'écrire : L'imagination de Lawrence est elle-même sexuée, réceptive et toutes les semences éparses célèbrent leurs noces dans son esprit. Frieda, en ouvrant ses bras, lui a ouvert le monde.

Cette constante illumination des sens sera la force par quoi tous les secrets du « monde obscur » en l'homme (et en Lawrence lui-même) se révèleront à ce puissant écrivain.

Les « voyages » de Lawrence commencent, en pleine guerre, provoqués par sa rupture avec la société anglaise. « Je me sens tout à fait antisocial, contre le monde tel qu'il existe. Mais ma manière de tirer sur la société d'aujourd'hui, avec des balles silencieuses qui lui explosent dans l'âme, est peut-être plus satisfaisante. » Notre monde doit s'écrouler dans la violence, l'injustice et la destruction. Heureusement, le poète ajoute : « Personne ne peut rien faire, autant essayer d'arrêter le printemps ». Pour Lawrence ce sont, comme pour la terre végétale, des morts et des renaissances successives. « Ressuscité d'entre les morts, je sais que nous ressusciterons tous et marcherons, redevenus sains, entiers et neufs, vers un immense héritage sur cette terre ». Je ne m'étends pas ici sur les conflits de plus en plus aigus qui rendront hostiles à Lawrence la société, les éditeurs et la police britanniques. C'est dans sa pensée, dans ses œuvres, dans « les balles silencieuses qui explosent dans l'âme, plus que dans les faits matériels, que le lecteur reconnaîtra les causes pour lesquelles, suivant l'expression d'Alfred Fabre-Luce, ce poète d'apparence inoffensive devient le plus dangereux des ennemis de l'absurde police. L'armistice proche, le vaste monde sera rendu au créateur et l'Angleterre, enfin quittée, s'enfoncera derrière lui dans la mer « comme un triste cercueil gris ». Lawrence va courir la terre « à la recherche d'une société ».

Il savait voir, sentir, s'émerveiller. Il serait le seul être capable de *voir* le pays de Taos et ses Indiens, et de le décrire de telle sorte qu'il soit aussi vivant entre les pages d'un livre que dans la réalité. En effet, dans son livre *la Psychanalyse et l'Inconscient* n'avait-il pas révélé, par allusions, certaines capacités qui lui permettraient de comprendre l'esprit invisible, mais tout puissant qui plane sur la vallée de Taos. Le mari de Mabel disait : « Les Blancs aiment Taos et son *climat*. Est-ce qu'ils savent ce que c'est qu'un *climat* ? Est-ce qu'ils savent pourquoi le soleil est meilleur à Taos et pourquoi ils s'y sentent heureux ? » Les Indiens étaient-ils responsables de l'esprit du lieu ou existait-il au-dessus d'eux une force inconsciente qui imprégnait le pays ? Lawrence pénétrerait, définirait cette magie où les blancs se mouvaient, mais qu'ils étaient impuissants à comprendre.

Si les Indiens croient que l'éloquence est de l'énergie perdue et que seul l'homme silencieux et secret est puissant — ne peut-on affirmer que l'Anglais porte avec lui beaucoup de « silence » et de « secret » dans le contrôle de lui-même. Lawrence qui, névropathe et tuberculeux, possédait si peu, sans doute à cause de sa maladie, la maîtrise de lui-même, gardait le « silence » et le « secret » sur nombre de choses. Seuls ses livres le « dévoilaient ». Et c'est Lawrence, cet Anglais, qui « perdu, précipité du monde familier de l'empire britannique sur cette scène persistera — il l'écrit lui-même — à se croire au théâtre et non dans un monde réel ».

Lawrence comprit le mystère de la vie indienne, les constantes relations de celle-ci avec « l'autre monde », comme il s'exprimait lui-même. Et il semble que, suivant le désir de Mabel, il apprend la vérité sur l'Amérique : à côté de la nouvelle, superficielle et fausse de l'Est, il y a l'Amérique authentique, originelle et inconnue qui s'est conservée vivante dans le sang des Indiens. Nombre de pages de Lawrence en témoignent. Peut-être a-t-il senti, lui si sensitif et clairvoyant, que l'Amérique future suivrait, à nouveau — le passé, le présent, l'avenir ne sont qu'éternel présent — la voie que tout cet « hier » des Peaux-Rouges a creusé, durant des siècles dans les souterrains les plus profonds du sol et de l'âme américains ? Lui qui savait fouiller les souterrains, l'inconscient, l'esprit le plus voilé de chaque continent qu'il visitait et de ses habitants...

Et Lawrence savait « voir », puis raconter par la parole et par la plume. Son amie Mabel ne s'est point souvenue de ses entretiens avec lui. Parce que, dit-elle, une conversation est aussi inattendue et surprenante pour chacun des interlocuteurs qu'un phénomène naturel. Les paroles soufflent de l'un à l'autre comme le vent ; elles sont aussi soudaines et aussi vite disparues que les jeux des flammes, des nuages, des vagues ou du sable. On ne peut pas se rappeler textuellement une conversation. On ne peut pas se rappeler les mouvements rapides, évanescents de l'âme humaine. Tout ce qu'on peut faire, après plusieurs années, c'est de rendre le sens général d'une longue conversation, son atmosphère.

Or, cette atmosphère, les héros de Lawrence l'ont gardée, ils l'évoquent. Lawrence perçoit l'existence mystique des montagnes, des puissances invisibles, combat tout ce qui n'est point pal-

pable, définissable, concret. D'autres fois, relate Mabel, las des étroites limites de la vie matérielle, oubliant la présence de Frieda ou même défiant sa femme, il parle admirablement, avec des inductions qui vont loin, du pouvoir de la conscience, du perfectionnement de l'âme, de sa domination et de ses triomphes.

« Je déteste tous ces bavardages sur l'*âme* » grommelait Frieda, penchée sur sa broderie.

Mais là-même est cette « âme » européenne, asiatique, indienne-américaine, « humaine » en un mot que Lawrence a pénétrée en écrivain « psychanalyste » avec la puissance, la magie évocatrice de son talent. Ame de tous les pays de notre globe ? Certes. Car n'est-ce pas voyager autour du monde que d'écrire un roman à la manière de Lawrence, c'est-à-dire, suivant la conception que cet écrivain s'est faite du roman.

Le roman, d'après cet Anglais, est une grande découverte, bien plus grande que le télescope de Galilée ou le sans-fil de quelque autre. Le roman représente la plus haute forme d'expression humaine. Pour quoi ? Parce qu'il s'avère tellement incapable d'absolu. Le roman a tout porté. Des milliers et des milliers de lamentables crucifixions et d'autohéroïsmes. Dans le grand roman, la flamme inconnue, mais « sentie », s'élève derrière les personnages et dans tous leurs mots ou leurs gestes se trouve un reflet de sa présence. Le roman ne contient aucun absolu didactique. Tout ce qui est vif et tout ce qui est dit et fait dans le vif est, en quelque sorte, divin. Mais tout est relatif. « Mon cher, dit aimablement le roman, chaque dieu est relatif à un autre dieu, jusqu'à ce qu'il devienne organisation. Alors, cela ne regarde plus que le sergent de ville. » — « Mais que faut-il que je fasse, s'écrie le romancier désespéré... « Evite de t'accrocher Mais sois honnête ! » Honnête ! Mais les dieux sont comme l'arc-en-ciel, de toutes couleurs.Et. puisque la lumière elle-même est invisible, toute manifestation doit être rose ou noire ou bleue ou jaune, ou « teintée » (1).

En ces expressions les âmes lawrencienne et anglaise fusionnent. Partie du sensitif, partie du réaliste. L'anglais collectif et Lawrence, dans leur sensitivité, perçoivent derrière les personnages et dans tous leurs mots et leurs gestes la flamme inconnue et projettent leur volonté dans l'éther habité par les dieux invisibles. Mais ensuite l'Anglais collectif et Lawrence, redeviennent relatifs, réalistes. Ils laissent les dieux pénétrer en eux, ne s'inquiètent plus de la lumière invisible et n'étudient, ne vivent que leurs manifestations pratiques, utilitaires, « roses ou noires, bleues ou jaunes, teintées ». Une silhouette mystique de l'être, puis instantanément, le nom, la précision, la pertinence. Lawrence veut que le vieux moi qui est en lui et dans le monde entier puisse céder la place à un moi nouveau et vivant. Mais le réaliste, à ce sujet, ajoute dans sa lettre à Mabel : Admettez les limitations. Par-dessus tout, tâchez de rester tranquille, en possession de vous-même, sans toujours vous précipiter tête baissée dans l'action. Rappelez-vous qu'une certaine forme d'immobilité devient la plus parfaite forme de l'action ; une graine peut attendre. Nos actions devraient naître d'une immobilité parvenue à maturation, au lieu d'être une bousculade. » Influence asiatique, bouddhique ? Peut-être ? Il semble que les amis bouddhistes de Lawrence s'expriment par son truchement. Mais aussi réalisme serein britannique. Et n'est-ce point le contraste frappant et qui rend si énigmatique l'âme anglaise, entre l'aspiration sensitive et la volonté réaliste, que révèle cette double attitude de Lawrence. Il s'intériorise, s'exclut du plaisir de danser avec les Indiens, avec Mabel et ses amis, s'enferme « dans la tombe de son corps récalcitrant », contemple la vie indienne qui n'est pas seulement cérébrale, perçoit derrière la chair brun-rouge le frémissement de cette vie constante qui irradie une sorte de sourire, le magnétisme qu'elle dégage, — « dans la peine ou la colère, leur dos, leur ventre lui-même en dit plus long que leurs lèvres » — puis il s'extériorise se laisse entraîner par « l'irrésistible d'une pièce remplie d'Indiens dansant au son des tambourins, trouve son vrai délassement, et se précipite dans la ronde, dansant, step-step, entre deux figures bronzées, tournant, tournant, pendant des heures ».

C'est ainsi qu'à travers la vie, l'œuvre, l'esprit, d'un écrivain se situant malgré quelques particularités nettement individuelles dans une lignée traditionnelle se découvre l'âme complexe, riche, grandement individualisée dans ses manifestations propres, du peuple britannique.

Marc SEMENOFF.

(1) Cette pensée de Lawrence est extraite de *Paradoxes sur le roman* dont la traduction est encore inédite en France. Une page vient d'en paraître dans la *Revue hebdomadaire*.

AUTOUR DES THÉATRES

AU CASINO DE PARIS : **Tout Paris chante**

Revue en 2 actes et 34 tableaux

Cette Revue a débuté dans les premiers jours d'octobre et comme toute Revue au Casino de Paris elle durera bien encore quelques mois ; nous ne sommes donc pas pressés pour en rendre compte à nos lecteurs. Je dois ajouter très sincèrement que si vraiment le spectacle du Casino de Paris avait réalisé une formule nouvelle, dans la continuité des traditions des Revues à grand spectacle, nous nous serions peut-être fait un devoir d'en écrire plus tôt la narration

Il faut, en effet, distinguer entre un spectacle de music-hall proprement dit où les numéros d'attractions se succèdent sans liaison, tels que les présente l'Alhambra, Mogador ou l'Empire et une Revue à grand spectacle. Nous avons été accoutumés depuis de nombreuses années à ce que, dans une Revue, une vedette soit le pôle attractif de la soirée, entraîne dans son sillage de nombreux artistes aux talents variés auxquels elle imprime une note particulière et personnelle, nous avons été habitués aussi à une certaine liaison entre les diverses scènes de ce spectacle ; c'est ainsi que jadis nous avons pu apprécier les concours de Mistinguett, Joséphine Baker, Marie Dubas et même Jane Aubert et il n'y a pas longtemps encore, Jacqueline Claude, Miss Bartira, avaient tout au moins servi de sujets principaux animant le spectacle d'une autorité réelle au cours de son développement.

Cette fois M. Henri Vernes a voulu en faisant de Tino Rossi la grande attraction de sa Revue utiliser les réels talents de cet artiste dans le but d'amener au Casino toutes les personnes désirant l'entendre et le voir en chair et en os, mais malgré que Tino Rossi soit le sujet principal d'un table au au premier acte sur la Légion étrangère et qu'au deuxième il tienne le plateau la moitié du temps, Tino Rossi est seul en son genre, et il manque à côté de lui une vedette féminine, qui, selon mon humble avis, n'aurait pu en aucun cas atténuer ses mérites et son succès.

Tout en reconnaissant en ce chanteur, sa voix agréable et sa parfaite présentation, nous regrettons donc cette sorte de spécialisation dans le succès d'un seul artiste qui semble être la formule actuelle de la Revue du Casino de Paris.

Il y a bien Marthe Ferrare et Alice Méva, mais Marthe Ferrare est elle-même une chanteuse d'Opéra-Comique qui rend brillamment dans une scène faite spécialement pour elle et ne peut prétendre (ce qui n'est pas une critique) à être une vedette dans le genre de celles que nous citons plus haut ; quant à Alice Méva, la Critique parisienne a été unanime à penser qu'elle a été insuffisamment utilisée, elle est agréable à voir, possède une aisance parfaite en scène et cette appréciation fera peut-être plus tard que nous la reverrons dan un rôle à sa taille.

Nous ne nous étendrons pas sur les scènes de la Revue, nous signalerons cependant au premier acte les « Frivolités pour Hommes » où la réclame pour une marque de dessous masculins ne perd pas ses droits, la scène des « Jeux de Couleurs » qui est vraiment bien appelée et qui est un véritable succès pour ceux qui, soit aux projecteurs de la salle, soit aux éclairages de côtés, réalisent une telle merveille de lumière dans la variété et le mélange des blancs, des verts et des violets. Les danseurs Liliane et Mario se font applaudir et c'est justice, les 18 Héléna Stars, et les French Beauties concourent à son succès.

La finale du premier acte parodie les chansons à succès des toutes dernières années et mélange sur le plateau les bergères, les gendarmes, les pompiers et les marins.

Au second acte voici tout d'abord un rappel des plaisirs de l'enfance, sous le signe des loisirs obligatoires des lois récentes ; glissons rapidement sur un sketch assez grossier qui a pour titre : une soirée à la sous-préfecture et dont de bons acteurs comme Foujane, Jacques Lerner, Dinan et Dellys, ne parviennent pas à atténuer la platitude ; et voici les Cristiani, excellents équilibristes et acrobates qui figurent les chiffres embrouillés dans le crâne de M. Vincent Auriol, enfin la soirée se termine sur les vedettes diverses d'un Jazz en folie.

Mettant à part l'agréable voix de M. Tino Rossi, la science et l'art des couleurs et des lumières dans quelques scènes, l'attrait et l'intérêt apporté par les 6 Fratelli-Christani et les danseurs Liliane et Mario déjà cités, il reste peu de choses dans cette revue de transition qui aurait gagné à être enrichie et agrémentée d'une plastique féminine plus parfaite à laquelle on nous avait précédemment habitués.

Jean SÉJOURNET
de la Société des Auteurs

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Enseignement et actes de la Faculté

— **Cours de pharmacologie.** — M. René Hazard agrégé, commencera ses leçons le mardi 5 janvier 1937, à 16 heures (Amphithéâtre Vulpian), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1937.

Objet du cours. — Médicaments cardio-vasculaires (tonicardiaques, vaso-constricteurs, vaso-dilatateurs) : diurétiques ; médicaments aliments ; médicaments opothérapiques ; anthelminthiques ; antiseptiques ; antisyphilitiques.

— **Cours de médecine légale.** (Janvier et février 1937). — M. Piédelièvre, agrégé, commencera son cours le lundi 4 janvier 1937, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours aura lieu les lundi, mercredi et vendredi, de janvier et février.

Sujet du cours. — Morts suspectes ; phénomènes cadavériques ; asphyxies mécaniques ; asphyxies par les gaz et les vapeurs ; empoisonnements.

— **Clinique gynécologique de l'hôpital Broca.** — Un *cours de perfectionnement* aura lieu, sous la direction de M. le Professeur P. Mocquot, du 4 au 16 janvier 1937.

Droit : 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

— **Clinique médicale de la Pitié.** — Sous la direction de M. le Professeur A. Clerc et de M. Ch. Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié, un *cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux* commencera le 11 janvier 1937, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, pavillon La Rochefoucauld (service 6).

Prix du cours complet : 250 francs S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

— **Thèses.** — Mardi 20 octobre. — Jury : MM. Roussy, Pierre Duval, Jeannin, Mocquot. — M. Saillant : Etude du traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — M. Fagard : Etude de la thérapeutique des maladies infectieuses. — M. Esquerol : L'hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés. — M. Cametol : La sténose hypertrophique du cardia.

Jeudi 22 octobre. — Jury : MM. Tanon, Huguenin, Joannon, Richet. — M. Duive : Etude du mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine. — M. Dupuis : Traitement des péritonites tuberculeuses. — M. Pitat : Prophylaxie de la lèpre à la Guadeloupe.

Samedi 24 octobre. — Jury : MM. Bezançon, Carnot, Gougerot, Chabrol. — M. Rubinstyn : Rôle des facteurs sociaux et moraux dans la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel. — M. Mercadier : Etude de l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés. — M. Coquelin : Les maladies professionnelles des dentistes.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

(Voir les **Dernières Nouvelles** *en tête des* « **Demi Colonnes** »)

— **Second Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne.** — Le second Congrès de « l'enfant et de l'adolescent à la mer, à la campagne et à la montagne » sera tenu du 22 au 27 mars 1937, à Nice et sur la Côte d'Azur, sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, ancien Président de la République française, et la présidence effective de M. le Docteur Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris. Le Comité régional de réception sera présidé par M. le Docteur Edouard Grinda, ancien ministre et ancien chirurgien des hôpitaux de Nice.

Le thème général demeure le même que celui du Congrès précédent, savoir : l'étude des climats à la mer, à la plaine, à la montagne, et leurs applications à l'hygiène, à la prophylaxie et à la thérapeutique de l'enfance et de l'adolescence.

Voici les sujets des rapports et communications actuellement inscrits à l'ordre du jour : 1° Les variations des radiations solaires et cosmiques selon les climats ; 2° Le rôle du climat dans l'éducation physique des adolescents ; 3° L'enfant et l'adolescent sur les hauts plateaux ; 4° L'enfant et l'adolescent dans les climats tropicaux ; 5° Les modifications de l'ionisation et de l'électricité atmosphérique selon les lieux ; 6° Les microclimats ; 7° L'organisation des séjours de vacances ; 8° Les installations dans les divers climats ; 9° L'assainissement des plages ; 10° Les bains de rivière.

Pour toute demande de renseignement, adhésion ou communication, s'adresser au Secrétariat du Congrès : 24, rue Verdi, à Nice.

Le Gérant : R. Thiron

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1936

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs). — M. Sotirios B. Briskas, à Paris.

Prix Amussat (1.500 francs). — M. le Docteur Barthélemy, de Nancy.

Prix Apostoli (1.000 francs). — MM. Halphen et Auclair, de Paris.

Prix Argut (800 francs). — M. le Docteur Jean Cottet, de Paris.

Prix François Audiffred (Un titre de rente de 24.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement les subventions suivantes : M. Jacques Delarue, de Paris, 5.000 fr. ; M. André Meyer, de Paris, 4.000 francs ; M. Bretey, de Bellevue (Seine-et-Oise), 3.000 francs ; MM. Macheboeuf et Diéryck, de Paris, 3.000 francs.

Prix Baillarger (2.500 francs). — M. Daumezon, de Paris.

Prix du Baron Barbier (2.500 francs). — M. le Docteur Gajdos, de Paris, 1.000 francs, et Mlle le Docteur Marie-Thérèse Comby, de Paris, 1.500 francs.

Prix Berraute (Un titre de rente 3 % de 3.092 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle partage les arrérages disponibles entre M. Thomas, de Paris, 1.546 francs, et MM. Troisier et Sifferlen, de Paris, 773 francs à chacun.

Prix Charles Boullard (2.000 francs). — M. le Docteur Covaciu-Ulmeanu, de Paris.

Prix Boulongne (6.000 francs). — M. le Docteur Bernard-Ménétrel, de Paris.

Prix Bourceret (1.200 francs). (Circulation du sang, schéma nouveau). — M. le Docteur Chauvois, de Paris.

Prix Jules Brault (5.000 francs). — L Académie partage le prix : 1° M. le Docteur Jean Hesse, 3.000 francs ; 2° M. le Docteur André Maurice, de Paris, 1.000 francs ; et 3° M. le Docteur Lipstein, de Paris, 1.000 francs.

Prix Henri Buignet (1.600 francs). — M. le Docteur Tanret, de Paris.

Prix Cailleret (500 francs). — M. le Docteur Carel, Paris.

de*Prix Campbell-Dupierris* (3.000 francs). — M. le Docteur Jean Régnier, de Paris.

Prix Capuron (2.000 francs). — M. le Docteur E. David, à Salies-de-Béarn.

Prix Marie-Chevallier (9.000 francs). — MM. les Docteurs Mignot et Mollard, de Paris.

Prix Chevillon (3.000 francs). — Mme le Docteur Jeanne Delon.

Prix Clarens (500 francs). — M. Guillaume, de Strasbourg.

Prix au Docteur Emile Combe (3.000 francs). — MM. les Professeurs Cornil et Mosinger, de Marseille.

Prix de la Fondation Day (deux titres de rente de 3.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement une somme de 6.000 francs à la Ligue nationale contre l'alcoolisme, dont le siège social est à Paris.

Prix Desporte (1.500 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le Docteur Cohen, de Paris, 1.000 francs, et M. Dumesnil, de Paris, 500 francs.

Prix Georges Dieulafoy (2.000 francs). — M. le Docteur André Bosquet, de Paris.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). — Les arrérages sont attribués à M. Daniel Mahoudeau, de Paris.

Prix Ernest Gaucher (1.800 francs). — Mme le Docteur Amy Bernard-Pichon, de Paris.

Prix Godard (1.000 francs). — L'Académie attribue le prix à M. le Docteur Anglade, de Paris. Elle décerne une mention honorable à M. le Docteur J.-J. Gillon, de Paris.

Prix Guérétin (1.500 francs). — MM. Marchal et Mallet, de Paris ; M. le Docteur François Joly, de Paris ; R. le docteur Meyer, de Strasbourg.

Prix Guillaumet (1.500 francs). — Mme le Docteur Lièvre, de Paris.

Prix Théodore-Guinchard (8.000 francs). — M. le Docteur Poulain, de Saint-Etienne.

Prix Guzman (un titre de rente de 2.500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle attribue les arrérages disponibles à M. le Docteur Patey, en mission à Tokio.

Prix Catherine Hadot (3.600 francs). — M. Fiehrer, du Kremlin-Bicêtre, 2.400 francs ; M. Jacquelin, de Paris, 1.200 francs.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs). — MM. Marinesco et Kreindler, de la Faculté de médecine de Bucarest.

Prix du Comte Hugo (1.000 francs). — M. Piéry, de Lyon ; M. Roshem, de Cannes.

Prix Itard (2.400 francs). — M. le Docteur Jules Comby, de Paris.

Prix Laborie (8.000 francs). — M. le Docteur Roger Couvelaire de Paris.

Prix du Baron Larrey (500 francs). — M. le capitaine Mayonade, d'Amiens.

Fondation Laval (1.200 francs). — M. Ristelhueber, externe des hôpitaux.

Prix Leveau (2.000 francs). — MM. Vallery-Radot et Hamburger, de Paris.

Prix Clotilde Liard (5.000 francs). — Mme le Docteur Zagdoun-Valentin, de Paris.

Prix Magitot (1.000 francs). — Mlle Thierry, de Paris.

Prix Magnan (3.500 francs). — M. Jean Dublineau, d'Armentières.

Prix A.-J. Marmottan (100.000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle attribue, à titre

d'encouragement, une somme de 4.000 francs, prélevée sur les arrérages de la Fondation, au Docteur Jean Bernard, de Paris.

Prix A.-J. Martin (1.000 francs). — M. le Docteur Champsaur, de Paris.

Prix Merville (1.800 francs). — Mme Denise Pierre-Bourgeois, de Paris.

Prix Georges Merzbac (12.000 francs). — MM. le médecin général Jullien, le médecin lieutenant-colonel Sieur et le médecin capitaine Dutrey, du Mans.

Prix Meynot (3.000 francs). — M. le Docteur Alain Gaston, de Paris.

Prix Monbinne (1.500 francs). — M. Bacq, de Liége, 1.000 francs, et M. Mouchet, de Stamboul, 500 francs.

Prix Orfila (3.000 francs). — M. Roger Coquoin, de Paris.

Prix Oulmont (1.000 francs). — M. Mialaret, de Paris.

Prix Pannetier (4.000 francs). — MM. Chevalier Jackson, Chevalier L. Jackson, de Philadelphie, et Jacques Vialle, de Nice.

Prix Potain (2.400 francs). — MM. les Docteurs Courtois Suffit et Zedet.

Prix Pourat (1.500 francs). — M. le Docteur Schriever, de Paris.

Prix Redard (5.000 francs). — M. le Docteur Putti, de Bologne.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 francs). — M. le Docteur Valdiguié, de Toulouse.

Prix Ricaux (tuberculose) (5.000 francs). — L'Académie décerne le titre de lauréat aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon ci-après : M. le Docteur Berthet, de Grenoble, 2.500 francs ; M. le Docteur Nico, de Courbevoie, 2.500 francs.

Prix Robin (600 francs). — M. Léonardon, d'Angers.

Prix Sabatier (600 francs). — M. le Docteur Lucien Dermer, de Saint-Denis.

Prix Saintour (5.000 francs). — M. Bessemans, de Gand.

Prix Stanski (1.500 francs). — M. Berthelot et Mlle Amoureux, de Paris.

Prix Tarnier (4.000 francs). — L'Académie attribue le prix à Mlle Kourilsky, de Paris. Elle accorde une mention honorable à MM. les Docteurs Courtois et Lecocq, de Saint-Germain-en-Laye.

Prix Vautrin-George (1.000 francs). — MM. Marchal et Jaubert, de Paris.

Prix Vernois (800 francs). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. Lamy, de Melun, 200 francs ; MM. Lafenêtre et Dedieu, de Montpellier, 300 francs ; M. le Docteur Feil, de Paris, 300 francs.

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 1er décembre 1936, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

12.203 AUSSEIL, Espalion (Aveyron). Synd. méd. de l'Aveyron.

12.204 BAUDIN, Vouzon (Loir-et-Cher). Synd. des méd. de Loir-et-Cher.

12.205 CAZOTTES, Bourg-de-Visa (T.-et-G.). Synd. méd. de T.-et-G.

12.206 CORBEAU, Courthezon (Vaucluse). Parrains : Docteurs Godlewski et Guignot.

12.207 CORNETET, Gérardmer (Vosges). Parrains : Docteur Delille et Valot.

12.208 CORVEST, Bizanos (Basses-Pyr.). Parrains : Docteurs Carcy et Larrieu.

12.209 DASSENCOURT, Pontoise (S.-et-O.). Parrains : Docteurs Breton et Tiby.

12.210 FENEULLE, Metz (Moselle). Parrains : Docteurs Jung et Coiquaud.

12.211 GRANGE, Le Creusot (S.-et-L.). Parrains : Docteurs Clair et Drizard.

12.212 LARDIN, Breuvannes (Haute-Marne). Synd. méd. de la Haute-Marne.

12.213 LORAUX, Coulommiers (S.-et-M.). Synd. des méd. de Seine-et-Marne.

12.214 MAURY, 18, rue de Chazelles, Paris (XVIIe). Synd. méd. de Seine-et-Oise.

12.215 MÉRIGOT, Vierzon (Cher). Ass. fr. de chirurgie.

12.216 POMMEREAU, 44, avenue de Wagram, Paris (VIIIe). Synd. nation. des O.-R.-L. français.

12.217 REMBERT, Tourcoing (Nord). Synd. méd. de Tourcoing.

12.218 REUVELLAT DE CUSSAC, Saint-Raphaël (Var). Synd. méd. du Var.

12.219 RUPPE, 99, boulevard Haussmann, Paris (VIIIe) S. M. S.

12.220 TEYSSANDIER, Lorient (Morbihan). Synd. de Lorient.

12.221 THOMAS, Albestroff (Moselle). Synd. de l'arr. de Château-Salins.

12.222 VIENNOIS, Saint-Etienne (Loire). Parrains : Docteurs Cochet-Balmey et Dubœuf.

Ces admissions deviendront définitives si elles ne font l'objet d'aucune protestation dans les quinze jours suivant la présente publication (art. 5 des statuts).

La Ligue médicale de Défense professionnelle « Le Sou Médical » a deux objets principaux :

1° Tout d'abord elle garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 100.000 francs. Et cette garantie est portée à 500.000 francs pour ceux d'entre eux qui sont en même temps abonnés au *Concours Médical*.

2° En outre, elle leur donne conseils et soutien dans toutes les difficultés et les procès d'ordre professionnel.

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

10.092. — A propos de la proposition de loi Pomaret

I

Puisque le *Concours* veut bien solliciter l'avis des praticiens au sujet de la retraite du Corps médical, je me permets de joindre ces quelques lignes aux nombreuses lettres déjà reçues, lesquelles prouvent (et le contraire eût été étonnant), l'intérêt que les médecins portent à cette question..... question particulière qui pourrait évidemment être considérée comme une petite partie d'une vaste question générale, à savoir celle de l'organisation économique des Nations — laquelle est, elle aussi, dominée par cette notion d'obligation (point névralgique de la proposition de loi Pomaret), au sujet de laquelle s'affrontent partisans de la continuation de l'Economie dite libérale, avec sa loi liminaire de l' « offre et de la demande », loi empirique dont le jeu finit peut-être à la longue, au prix des misères de certaines générations, par arranger tant bien que mal les choses pour les générations suivantes — et partisans de la substitution à l'Economie libérale d'une nouvelle économie dite dirigée avec, évidemment, toutes ses contraintes.....

Mais des volumes ne suffisant pas à épuiser cette controverse, revenons à ce qui regarde particulièrement la retraite du Corps médical français.....

Cette question de retraite n'a dû évidemment laisser indifférents (et encore « la roue tourne » !) que les gros pontifes, les « industriels » de la médecine et les possesseurs d'une grosse fortune — et nous devons remercier M. Pomaret de l'avoir soulevée.....

Remarquons d'abord que les médecins qui le veulent bien peuvent, par des versements annuels à divers organismes [Caisse nationale des Retraites pour la vieillesse, par exemple (chiffre de la retraite pratiquement illimité), ou Mutualité familiale du Corps médical français (chiffre de la retraite limité, mais substantiel)] se constituer une retraite. Mais ces organismes ne connaissent que le système de la capitalisation, vraiment hasardeux hélas ! à notre époque troublée. Que vaudra le franc dans 15, 20 ou 30 ans ? Personne ne peut le dire... et avec une retraite de 24.000 francs, le praticien de 1960 sera peut-être aussi misérable que le praticien de 1936 qui en aurait une de 2.400 francs ou même beaucoup moins !

Personnellement le système de la répartition me paraîtrait donc actuellement, comme au Docteur Bausset, devoir être retenu.

L'octroi d'une retraite aux médecins d'un certain âge (je ne dis pas très âgés parce qu'alors, il n'y au-

rait pratiquement rien de changé) me semble une bonne arme pour *lutter contre la pléthore*, laquelle, qu'on le veuille ou non, — dans notre système d'économie libérale où les gens se soignent suivant leurs possibilités pécuniaires et non suivant les besoins de leur santé — existe et commence à faire sentir bigrement ses effets même dans les campagnes .....

Parmi les médecins de plus de 65 ans, y en a-t-il vraiment beaucoup qui exercent par plaisir ?

Mais le « point névralgique », comme je l'écrivais plus haut, demeure la question d'*obligation* (versements obligatoires, retraite obligatoire), et cette question me semble devoir être située dans le temps : à l'heure actuelle l'obligation pour les médecins de cesser tout travail à 65 ans paraît difficile à retenir (lois en vigueur sur l'exercice de la médecine, octroi d'une retraite suffisante aux ayants droit).

Pour ce qui est de l'avenir, se heurtent ici partisans de l'économie libérale et partisans de l'économie dirigée précitées :

Pour l'instant, aucun doute : les individualistes, libéraux, l'emportent encore dans le Corps médical. Nous ne sommes pas tombés encore assez bas, mais certains symptômes montrent que nous descendons la pente à grande vitesse — quand ce ne serait, par exemple, que l'annonce parue dans l'avant-dernier numéro du *Concours*, offrant à un médecin de moins de 45 ans, en lui interdisant toute activité autre, une place de Directeur de Bureau d'hygiène, à 22.000 francs par an !

Attendons donc quelques années (1), et ces mêmes « libéraux » pourraient, en grand nombre, avoir changé d'avis et être passés dans le camp des « Dirigistes » (si l'on me permet ce néologisme). *Primum vivere, deinde philosophari.* La notion d'obligation ne leur apparaîtra plus sous le même angle qu'à l'heure actuelle ; ils demanderont « à cor et à cri » un Pomaret : le trouveront-ils ?

Dr E.

II

Je reçois ce matin le *Concours* du 29, et je viens, en déjeunant de lire votre article sur la proposition de loi Pomaret.

Mon père, après trente-huit ans d'exercice de la médecine, est décédé en 1931, à 71 ans. Il n'était ni gâteux, ni incapable, et frappé d'apoplexie, consultait encore la veille de sa mort. Le jour même de son décès, je dus revoir quelques-unes de ses urgences, je m'incline très respectueusement devant sa parfaite lucidité d'esprit et son remarquable sens clinique jusqu'aux portes du tombeau.

Jusqu'à l'âge de 73 ans, le Docteur Sémiac a exercé à La Teste ; c'était un clinicien averti et consciencieux, lui aussi est mort à la tâche.

Je réprouve donc entièrement et du plus profondé-

(1) Mais d'ici quelques années, que d'eau passera sous les ponts.

ment de moi-même la ridicule proposition du citoyen camarade Pomaret, attentatoire à la liberté humaine et au bon sens.

Mais ce n'est point le but de cette épitre.

Si je suis opposé à la retraite obligatoire du médecin, je suis au contraire un ardent partisan de la retraite facultative.

Et puisqu'il est question de rechercher des fonds pour constituer une maison de retraite, voici ce que je propose :

Emission par l'Etat, ou plutôt (mais là je suis sûr de ne pas avoir gain de cause) par la Confédération des Syndicats médicaux, d'un timbre fiscal médical. Ce timbre devrait être apposé sur chaque ordonnance (étant entendu que certaines catégories en seraient exemptes, comme d'ailleurs du timbre fiscal pour les accidents du travail). Le prix de ce timbre oscillant aux environs de 0 fr. 50 pourrait être supporté par le malade car nos honoraires sont toujours à 15 francs dévalués (malgré augmentation de 15 % du coût moyen de la vie, session du Conseil général de la Gironde), et même 12 francs et moins pour A. M. G. et autres tiers payants (mais quand donc les supprimera-t-on ces odieux tiers payants ?)

Dans le cas où l'ordonnance parviendrait non timbrée, timbre annulé par la signature datée du médecin, au pharmacien, ce dernier serait tenu sous peine de contravention d'apposer un double timbre médico-fiscal (soit 1 franc) qu'il annulerait avec son tampon dateur et qu'il encaisserait avec le montant de l'ordonnance.

Et quelle belle caisse de retraite cela ferait (car même les resquilleurs d'ordonnances gratuites paieraient le timbre !)

Dr G. L.

APPLICATION DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

10.650. — Visite à un blessé décédé sur le coup

Appelé à la suite d'un accident ayant entraîné la mort immédiate (un charretier est écrasé par la roue de son chariot) je me suis déplacé d'un kilomètre environ sur le territoire de ma commune sur la route ; à la suite de l'enquête faite par la gendarmerie je suis resté quelque trois quarts d'heure sur les lieux. D'autre part, j'a eu a fournir deux certificats pour l'état civil (un pour la mairie du pays où a eu lieu l'accident, l'autre pour la mairie du lieu de résidence de l'accidenté) et un certificat pour la gendarmerie. Quel tarif appliquer et en outre à qui réclamer le montant des trois derniers certificats envisagés.

Dr J.

Réponse

a) Vous avez à réclamer au patron ou à son

assureur substitué : une visite, 15 francs plus déplacement s'il y a plus d'un kilomètre (art. 2, alinéa 7) et qu'il s'agisse d'un lieu en dehors de l'agglomération principale ; plus un certificat d'accident en double exemplaire : 8 francs ou 15 francs s'il est descriptif (art. 3 alinéa 1).

b) Pour le certificat de décès et son double pour la gendarmerie, c'est à la famille du décédé (à défaut du payement probable par la mairie) qu'il faut vous adresser car cela n'est plus du ressort de la « responsabilité patronale » mais de droit commun.

Dr F. DECOURT.

19.391. — Réduction de fractures par broches

Abonné au *Concours Médical*, j'ai eu à diverses occasions, la chance de recevoir de vous d'excellents avis. Cette fois, d'accord avec le Docteur P., chirurgien, je viens vous demander comment il faut tarifer le nouveau traitement des fractures par broches.

Dans le cas présent il s'agit de deux broches au calcanéum pour fracture basse de jambe.

Dr S.

Réponse

N'ayant conservé aucun document concernant les tarifications variées des accidents du travail, je suis bien embarrassé pour répondre à la question que vous me posez. Il me semble que c'est plus que la simple réduction avec appareil plâtré et beaucoup moins qne l'ostéosynthèse. En outre, la surveillance doit être plus rigoureuse qu'avec le plâtre et légitime un plus grand nombre de visites.

D'après la réponse du Professeur Lenormant, à qui je m'étais adressé pour vous donner un avis autorisé, et qui est comme moi membre de la Commission ministérielle du Tarif des accidents du travail, le nouveau « traitement des fractures par broches » on ne pourrait songer à compter ni « réduction simple de fracture, ni ostéopathie ». Il faudrait donc prendre un prix spécial pour les fractures dont on a effectué la réduction par broches. Auquel cas, je proposerais sous toutes réserves en attendant une réunion de la Commission du Tarif, que l'on compte (par analogie avec l'art. 20 F. chirurgie des os) : « Débridement, esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et orteils) avec réduction, etc., 375 francs ». Mais ce n'est là je le répète, qu'une simple suggestion personnelle.

Le nombre des visites consécutives dont parle le Professeur Lenormant n'entre pas ici en ligne de compte puisque (art. 10) : « le prix de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opé-

ratoire et non les visites, consultations, ou interventions consécutives à cet acte.

Dr F. DECOURT.

10.606. — Supplément d'honoraires pour visite d'urgence

Pourriez-vous me dire sur quel texte m'appuyer pour réclamer en accident du travail agricole un supplément de 50 % sur le prix de la visite, supplément motivé par l'urgence (ayant dû cesser mes occupations pour me rendre immédiatement près du blessé. La Compagnie d'assurances me refusant le règlement supplémentaire, soit 7 fr. 50.

Dr B.

Réponse

Il n'y a pas de texte parlant d'un supplément d'honoraires pour une visite faite « d'urgence » à un blessé du travail auprès duquel, en principe, on doit toujours se rendre dès que possible. Il n'y a de supplément qu'en cas de visite dominicale (art. 3-6) ou de visite de nuit (art. 5) ou enfin de « visite suivie d'une surveillance prolongée » (art. 6).

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS MÉDICO-MILITAIRES

10.368. — Conséquences de la réforme pour maladie contractée au service

Pris bon service armé, je faisais mon service militaire comme élève officier de réserve, lorsque après quarante jours de service, j'ai eu une hémoptysie deux jours après une injection de vaccin T. A. B.

On m'a réformé temporairement sans pension au bout d'un séjour d'une semaine à l'hôpital militaire, voici environ six mois.

Je désirerais savoir :

1° S'il est normal que l'on réforme un militaire incorporé, sans le soigner ? Attendu qu'aux visites d'incorporation, j'ai été déclaré normal et qu'à l'hôpital des recherches de bacilles dans les crachats ont été négatives ainsi qu'une radiographie ?

2° Comment puis-je me faire dédommager ? j'ai réclamé une pension comme accidenté à la suite du choc vaccinal ;

3° Je suis complètement rétabli de la poussée évolutive engendrée par le choc vaccinal ; va-t-on me reprendre pour mon service ? et le temps passé chez moi à me soigner me sera-t-il compté ?

Dr X.

Réponse

Un homme réformé, même temporairement, est aussitôt renvoyé dans ses foyers, à moins qu'un état de santé grave n'exige son maintien

momentané à l'hôpital : ce qui exige une autorisation ministérielle.

Dans votre cas, il faut réclamer le bénéfice d'une réforme temporaire n° 1, c'est-à-dire avec reconnaissance que votre infirmité, cause de cette réforme, est imputable au service. Vous ne bénéficiez pas de la présomption légale d'origine, c'est entendu, mais les rapports circonstanciés entre l'hémoptysie et la date de votre vaccination T. A. B. constituent largement un élément de preuve.

Réclamez, et d'urgence, par lettre recommandée, au médecin-chef du Centre de réforme, car le temps passé en réforme temporaire n° 1 compte pour la durée légale du service militaire.

10.196. — Promotion au grade de médecin lieutenant

Classe 1927. Service actif fait octobre 1934 à octobre 1935. Nommé sous-lieutenant septembre 1935 avec rang 1932. Période de sept jours effectuée au camp de X... en octobre 1935.

1° Quand serai-je appelé pour une autre période ?

2° Quand puis-je espérer être nommé lieutenant (ayant rang 1932, cela me fait quatre ans d'ancienneté) ?

3° Dois-je faire des démarches ?

Dr N.

Réponse

Vous allez être incessamment promu au grade de médecin lieutenant, puisque, dans le grade de sous-lieutenant, vous comptez quatre années de grade, et que vous avez accompli votre période d'instruction réglementaire. Aucune démarche n'est utile, puisque cette promotion est automatique.

Dans les premières années de votre grade de lieutenant, vous serez appelé pour une période, et, un peu plus tard, pour une autre période.

ASSURANCES SOCIALES

9.993. — Droit à l'assurance-vieillesse. Prescription des cotisations

1° Une femme de 52 ans est placée comme bonne depuis quatre ans et a régulièrement, depuis ce moment, payé les cotisations personnelle et patronale. Auparavant, elle travaillait chez elle ou allait en journée.

Que doit-elle faire pour pouvoir, à 60 ans, toucher sa retraite-vieillesse ?

2° Y a-t-il un délai de prescription pour les cotisations ouvrières ou patronales ? Je veux dire par là : après un certain temps (et lequel ?) ne peut-on plus réclamer des cotisations ouvrières ou patronales qui n'ont pas été versées alors qu'elles auraient dû

l'être ? De la même façon qu'après cinq ans, je crois, ne peuvent plus être réclamés ou rectifiés certains impôts.

Il me semble qu'il doit y avoir, en effet, un délai de prescription. Lorsque les Assurances sociales existeront depuis longtemps, on voit mal réclamer des cotisations dues quinze ou vingt ans auparavant. Et il est probable que les reçus que délivre la poste n'ont pas à être gardés éternellement.

Dr B.

Réponse

1° Aucune condition minimum d'immatriculation ou de versements n'est exigée pour l'obtention des prestations vieillesse des Assurances sociales.

La retraite prévue par l'assurance-vieillesse est versée à tout assuré arrivé à l'âge de 60 ans et est liquidée sur la base des versements effectifs que cet assuré a à son compte. Si donc, la femme en question a cotisé régulièrement depuis quatre ans aux Assurances sociales et continue de cotiser ainsi jusqu'à l'âge de 60 ans, elle pourra prétendre à cette époque, à une pension dont le montant ne saurait être fixé dès aujourd'hui puisqu'il dépendra de l'importance de ses cotisations. Elle ne pourra, par contre, prétendre au bénéfice minimum garanti, celui-ci étant réservé en ce qui concerne les assurés entrés dans l'assurance après l'âge de 30 ans, à ceux dont les versements ont commencé dès le 1er juillet 1930.

2° D'après l'article 4, paragraphe 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 instituant le nouveau régime des Assurances sociales, toute poursuite en recouvrement des cotisations patronales et ouvrières arriérées doit être obligatoirement précédée d'un avertissement par lettre recommandée invitant l'employeur à régulariser sa situation. Or, cet avertissement ne peut concerner que les périodes d'emploi comprises dans les cinq années qui précèdent la date de son envoi. D'autre part, en vertu de l'article 4, paragraphe 12, l'action civile à intenter en recouvrement des contributions patronales et ouvrières se prescrit par cinq ans à dater de l'expiration du délai suivant l'avertissement prévu ci-dessus. Il s'en suit qu'à l'heure actuelle, les patrons ne peuvent se voir réclamer des cotisations arriérées que pour les périodes d'emploi de 1931 à 1936 et que, d'autre part, les actions en recouvrement qui n'auraient pas été intentées dans les cinq années de la mise en demeure seraient actuellement prescrites.

10.087. — Situation des auxiliaires médicaux

Un diplôme est-il indispensable pour exercer la profession d'infirmière ? Quand un médecin indique une personne qu'il sait avoir les qualités requises, compétence et discrétion, une Caisse d'assurances sociales pourrait-elle refuser le remboursement des

soins donnés par cette auxiliaire, pour le seul motif qu'elle n'a pas de diplôme ?

Dr B.

Réponse

A l'heure actuelle, il a été institué un certain nombre de diplômes constatant la capacité des auxiliaires médicaux, infirmiers et infirmières. Ces diplômes sont régis, au point de vue légal, par un décret du 27 juin 1922 qui a créé cinq catégories d'infirmières différentes. Il a été question, à plusieurs reprises, de rendre obligatoire la possession de ce diplôme pour l'exercice de la profession d'auxiliaire médical. Une proposition de loi a été déposée, dans ce sens, par M. Fié et soumise à la Commission d'hygiène de la Chambre, au cours de la précédente législature. La Commission actuelle a, du reste, demandé récemment la retransmission de ce rapport afin de procéder à une nouvelle étude de la question. Mais ce projet de statut légal des auxiliaires médicaux qui serait analogue à celui des médecins, n'est pas encore voté, bien loin de là et à l'heure actuelle, tout le monde peut exercer cette profession sans avoir à justifier d'un des diplômes prévus par le décret précité.

Au point de vue Assurances sociales, la situation des auxiliaires médicaux a été améliorée par le décret-loi du 28 octobre 1935. En vertu de l'article 6, paragraphe 6, les Caisses doivent fixer, dorénavant, dans leurs règlements intérieurs, le montant et les conditions de leur participation, alors que sous le régime de la loi de 1928-1930 le remboursement de leurs honoraires était compris dans le Tarif forfaitaire. Il est toutefois prévu par l'article 115, paragraphe 3 alinéa k du règlement d'administration publique du 19 mars 1936 que les règlements intérieurs des Caisses doivent prévoir obligatoirement « la délivrance à l'assuré d'une autorisation spéciale annexée à la feuille de maladie ou apposée à ladite feuille s'il y a lieu à intervention d'un second médecin, d'un spécialiste, d'un chirurgien *ou d'un auxiliaire médical* » ; par conséquent, lorsqu'un assuré doit avoir recours à un infirmier ou à une infirmière, il est prudent, s'il désire s'en faire rembourser le coût par sa Caisse d'assurances sociales, qu'il se mette d'accord avec le médecin contrôleur de cette dernière.

Dans ce cas, évidemment, la Caisse pourrait subordonner son autorisation à la possession, de la part de l'auxiliaire médical, de l'un des diplômes prévu par le décret de 1922, ce diplôme certifiant, chez celui qui le possède, l'existence de capacités professionnelles plus grandes que chez un autre et, par conséquent donnant à la Caisse la garantie que les soins seront mieux appliqués. Toutefois, la Caisse doit agir dans ce sens avec la plus grande prudence afin de ne pas violer l'article 6, paragraphe 2 du décret-loi en vertu duquel l'assuré choisit librement son praticien.

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

"L'Officiel Médical"

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Code de la route

Modèle et mode de pose des plaques d'identité des automobiles.

Arrêté du 29 septembre 1936.

Art. 1er. — Tout véhicule automobile doit être pourvu de deux plaques d'identité portant un numéro d'ordre. Les numéros d'ordre à attribuer aux automobiles sont délivrés par les préfets du département où le véhicule est mis en circulation.

Ce numéro est porté sur le récépissé de déclaration (carte grise) qui doit être remis à l'intéressé en exécution de l'article 28 du décret du 31 décembre 1922.

Art. 2. — Le numéro d'ordre des séries normales est formé d'un groupe de chiffres arabes constituant le numéro d'ordre proprement dit, puis des lettres majuscules romaines caractéristiques du département où le véhicule est immatriculé, suivis ou non d'un indice numérique.

Exemples : 1 à 9999 A B ;
1 à 9999 A B 1 à 9.

Ce numéro est reproduit sur chaque plaque d'identité en caractères blancs sur fond noir.

Le numéro d'ordre des séries T. T. (véhicules circulants en franchise temporaire des droits et taxes dus au Trésor) est formé d'un groupe de chiffres arabes suivi des lettres majuscules T. T. d'un chiffre correspondant au dernier chiffre du millésime de l'année de la délivrance et d'une lettre caractéristique du département où a été faite la déclaration de mise en circulation.

Exemple : 2340 — T. T. C. R.

Ce numéro est reproduit sur chaque plaque d'identité en caractères blancs sur fond rouge.

Le numéro d'ordre des séries C. D. (véhicules appartenant aux représentants du corps diplomatique) est formé des lettres majuscules C. D. suivies d'un groupe de chiffres arabes et d'une lettre caractéristique du département où a été faite la déclaration de mise en circulation (lettre attribuée aux numéros des séries T. T.).

Exemble : C. D. 2340 Z.

Ce numéro est reproduit sur chaque plaque d'identité, en caractères blancs sur fond jaune foncé.

Pour les trois séries de numéros d'ordre, les chiffres et lettres doivent avoir les dimensions suivantes :

	Plaque avant millimètres	Plaque arrière millimètres
Hauteur des chiffres ou lettres....	70	100
Largeur uniforme du trait......	10	12
Largeur du chiffre ou des lettres..	40	60
Espace libre entre les chiffres ou les lettres (sauf entre le chiffre des dizaines et celui des centaines).....................	15	20
Espace libre entre le chiffre des dizaines et celui des centaines..	23	35

L'ensemble pourra être inscrit sur une seule ligne ou sur deux lignes superposées.

Dans le premier cas, le premier groupe de chiffres sera séparé du groupe des lettres par un trait horizontal placé à moitié de la hauteur de la plaque avec les dimensions suivantes :

	Plaque avant millimètres	Plaque arrière millimètres
Largeur dans le sens vertical.....	10	12
Longueur dans le sens horizontal.	30	30
Espace libre entre le trait et les chiffres ou lettres.............	15	20

et la hauteur de la plaque sera de 90 millimètres pour la plaque avant et 120 millimètres pour la plaque arrière.

Dans le second cas, le numéro d'ordre proprement dit sera seul inscrit sur la ligne supérieure et les lettres caractéristiques et le numéro de série seront inscrits sur la ligne inférieure. Les deux lignes seront séparées l'une de l'autre par un trait continu s'étendant sous tous les chiffres et satisfaisant aux conditions suivantes :

Largeur dans le sens vertical : 6 millimètres.

Espace libre entre le trait et les chiffres ou lettres : 9 millimètres.

Les dimensions de la plaque seront, dans le second cas, déterminées par la condition de laisser entre les chiffres ou lettres et le bord de la plaque un espace libre d'au moins 9 millimètres pour les bords supérieur et inférieur et 15 millimètres pour les bords latéraux.

Art. 3. — Les plaques seront placées de façon à être toujours en évidence dans les plans verticaux perpendiculaires à l'axe longitudinal du véhicule, le centre de la plaque étant, autant que possible, sur cet axe longitudinal. Chacune des plaques pourra être constituée par une surface plane, perpendiculaire à l'axe longitudinal du véhicule, faisant partie intégrante du châssis ou de la carrosserie, et sur laquelle le numéro sera reproduit d'une manière inamovible. Dans ce dernier cas, la surface dont il s'agit pourra ne pas être rigoureusement plane, à la condition expresse qu'il ne puisse résulter de la courbure tolérée aucune déformation des chiffres et lettres de nature à nuire à la lisibilité du numéro d'immatriculation.

A défaut de cette disposition, le numéro sera reproduit, d'une manière inamovible, sur une plaque rigide, en métal ou en substance non fragile offrant des qualités équivalentes de solidité et de résistance aux intempéries, invariablement rivée au châssis ou à la carrosserie.

Par tolérance, la plaque arrière peut être placée sur le garde-boue.

Dans tous les cas, la hauteur au-dessus du sol du bord inférieur de la plaque arrière sera d'au moins 30 centimètres.

Art. 4 — Dès la chute du jour, la plaque arrière sera éclairée par réflexion au moyen d'une ou plusieurs sources lumineuses en parfait état de fonctionnement, la disposition et l'orientation du faisceau ou des faisceaux lumineux étant telles que l'éclairement de l'inscription soit à peu près uniforme et ait la même intensité pour les caractères extrêmes.

Toutefois, le véhicule pourra porter à l'arrière, dans un emplacement satisfaisant aux conditions de l'article 3, indépendamment de la plaque fixe réglementaire, une lanterne à réflecteur en parfait état, qui éclairera, par transparence, un verre laiteux recouvert d'une plaque ajourée ou un dispositif équivalent, faisant apparaître le numéro soit en caractères lumineux sur fond obscur, soit en caractères noirs sur fond lumineux avec les dispositions et dimensions spécifiées à l'article 2 dans ce cas, la plaque fixe arrière ne sera pas; éclairée la nuit.

Quel que soit le moyen adopté pour la signalisation nocturne du numéro arrière, la source ou les sources lumineuses employées devront avoir une intensité suffisante pour que ce numéro puisse être lu, pendant la nuit, de la distance de 25 mètres par temps clair prévue par l'article 24 du Code de la route. Les appareils d'éclairage devront, dans tous les cas, être disposés de manière à ne porter aucunement atteinte à la visibilité de la plaque arrière fixe pendant le jour.

Art. 5. — En ce qui touche les cycle-cars, quadricycles, tricycles, bicyclettes à moteur et motocyclettes, les dimensions des plaques d'identité pourront être réduites conformément aux indications ci-après :

	a) Cyclecars, tricycles, quadricycles Millimètres	b) Bicyclettes à moteur, motocyclettes Millimètres
Hauteur des chiffres ou lettres............	60	50
Largeur uniforme du trait.............	8	7

	a) CYCLECARS, tricycles, quadricycles	b) BICYCLETTES à moteur, motocyclettes
	Millimètres	Millimètres
Largeur du chiffre ou de la lettre.........	35	30
Espace libre entre les chiffres ou lettres (sauf entre le chiffre des dizaines et celui des centaines)......	12	10
Espace libre entre le chiffre des dizaines et celui des centaines...	23	20
Hauteur de la plaque..	80	70

L'ensemble pourra être inscrit sur une seule ligne ou sur deux lignes superposées.

Dans le premier cas, le groupe des chiffres sera séparé des lettres par un trait horizontal placé à moitié de la hauteur de la plaque avec les dimensions suivantes :

	a) CYCLECARS, tricycles, quadricycles	b) BICYCLETTES à moteur, motocyclettes
	Millimètres	Millimètres
Longueur dans le sens horizontal	20	15
Largeur dans le sens vertical	8	7
Espace libre entre le trait et les chiffres ou lettres	5	5

Dans le second cas, le numéro d'ordre proprement dit sera seul inscrit sur la ligne supérieure et les lettres caractéristiques et le numéro de série seront inscrits sur la ligne inférieure. Les deux lignes seront séparées l'une de l'autre par un trait continu s'étendant sous tous les chiffres et satisfaisant aux conditions suivantes :

	a) CYCLECARS, tricycles, quadricycles	b) BICYCLETTES à moteur, motocyclettes
	Millimètres	Millimètres
Largeur dans le sens vertical	4	5
Espace libre entre le trait et les chiffres ou lettres	6	5

Les dimensions de la plaque seront, dans le second cas, déterminées par la condition de laisser entre les chiffres ou lettres et le bord de la plaque un espace libre d'au moins 5 millimètres pour les bords supérieur et inférieur et de 9 millimètres pour les bords latéraux.

Art. 6. — La plaque avant des bicyclettes à moteur et motocyclettes pourra être placée dans le prolongement de l'axe du cadre de l'appareil, sous réserve que l'inscription du numéro réglementaire soit reproduite sur les deux faces de la plaque.

Art. 7. — Les numéros d'immatriculation attribués aux maisons de commerce ou de construction, empruntés aux séries W (automobiles à vendre) et WW (automobiles à exporter), pourront être inscrits sur des plaques *amovibles.*

Les dimensions de ces plaques seront celles prévues pour chaque catégorie aux articles 2 et 5 du présent arrêté.

Art. 8. — Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux automobiles militaire et aux omnibus dont l'exploitation est affermée à la « société des transports en commun de la région parisienne », sous les réserves ci-après :

a) Automobiles militaires. — Les numéros d'ordre de ces voitures continueront à être fixés par l'autorité militaire. Ils se composeront au maximum de cinq chiffres sans lettre caractéristique et seront précédés d'une bande verticale aux trois couleurs nationales qui restera la caractéristique exclusive des automobiles militaires.

b) Omnibus exploités par la « société des transports en commun de la région parisienne ». — Les numéros d'ordre des omnibus automobiles, dont l'exploitation est affermée à la « société des transports en commun de la région parisienne », seront fixés par le préfet de police. Ces numéros seront composés de quatre chiffres au maximum, sans lettre caractéristique. Les numéros d'avant pourront être inscrits en noir sur fond clair ; ceux d'arrière seront à caractères ajourés et éclairés la nuit par transparence.

Les dimensions uniformes des chiffres inscrits à l'avant et à l'arrière seront les suivantes :

Hauteur des chiffres : 85 millimètres.

Largeur uniforme du trait : 12 millimètres.

Largeur des chiffres : 40 millimètres.

Espace libre entre les chiffres : 15 millimètres.

Art. 9. — Par dérogation aux dispositions du présent arrêté, les véhicules étrangers admis à circuler en France sous le régime des conventions internationales conservent le numéro d'ordre qui leur a été attribué dans le pays où ils sont immatriculés et qui est indiqué sur le certificat international dont le véhicule doit être accompagné. Ils doivent avoir, en outre, en évidence, à l'arrière comme marque distincte du pays d'origine, une plaque ovale de 30 centimètres de largeur sur 18 centimètres de hauteur portant une ou deux lettres peintes en noir sur fond blanc. Les lettres sont formées de caractères latins majuscules. Elles ont, au minimum, 10 centimètres de hauteur ; leurs traits ont 15 millimètres d'épaisseur.

Art. 10. — Le présent arrêté entrera en vigueur à partir du 1er décembre 1936, date à laquelle les arrêtés des 26 juin 1922, 8 décembre 1927, 16 juillet 1931 et 10 octobre 1933 seront abrogés.

(*J. O.*, 1er octobre 1936.)

Enseignement de la médecine

Décret du 7 mars 1936 fixant le statut des agrégés, chefs de travaux et assistants des Facultés de médecine

TITRE Ier

DES AGRÉGÉS

Art. 1er. — Les agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont institués pour neuf ans à l'issue d'un concours dont les conditions sont fixées par arrêté ministériel.

Art. 2. — Les agrégés participent aux examens.

Ils remplacent pour une durée d'un mois au maximum les professeurs absents.

Ils sont chargés des cours prévus par les articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885. Ils peuvent également être chargés de diriger les travaux pratiques. D'une façon générale, les agrégés remplissent une fonction d'enseignement théorique, technique ou clinique, soit dans les enseignements préparatoires au doctorat en médecine et au diplôme de pharmacien, soit dans les enseignements complémentaires.

Art. 3. — Les agrégés en exercice siègent à l'assemblée de la Faculté en nombre au plus égal aux deux tiers du nombre des chaires.

Quand l'effectif des agrégés est supérieur au nombre ainsi déterminé, la priorité est accordée en premier lieu aux agrégés pérennisés, en second lieu aux agrégés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques et aux chefs de travaux agrégés, en troisième lieu aux agrégés chargés d'une autre fonction d'ordre didactique, technique ou clinique.

Dans chaque catégorie, la priorité est déterminée par l'ancienneté d'agrégation et, le cas échéant, par l'âge.

Art. 4. — Seuls les agrégés peuvent être pourvus d'un enseignement théorique régulier dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 5. — Toutefois il peut être dérogé à cette règle, après avis du Conseil de la Faculté :

1° Lorsqu'il s'agit d'une suppléance temporaire ne dépassant pas un an ;

2° Lorsqu'il s'agit d'un enseignement complémentaire spécial pour lequel il n'y aurait aucun candidat agrégé ;

3° A l'égard de personnalités savantes, en raison de l'importance de leurs travaux, après avis favorable de la Commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public ;

4° A l'égard de personnes qui, au moment de la publication du présent décret, seront chargées d'enseignement dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 6. — Dans la limite des emplois inscrits aux budgets de l'Etat et des Universités, les agrégés chargés depuis trois ans au moins d'un service normal d'enseignement ou de travaux pratiques correspondant à une moyenne de trois séances par semaine pendant l'année scolaire sont, dans les formes et sous les réserves prévues aux articles ci-après, pérennisés dans leurs fonctions jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions fixées par la loi pour l'obtention d'une pension de retraite.

Art. 7. — La pérennisation est prononcée par le ministre, sur proposition du Conseil de la Faculté et après avis conforme de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public, qui établit, le cas échéant, un ordre de priorité.

Art. 8. — Les agrégés inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales ne peuvent faire l'objet d'une proposition de pérennisation.

Tout agrégé qui s'inscrit à la patente postérieurement à sa pérennisation, perd le bénéfice de celle-ci. S'il a dépassé sa neuvième année d'exercice, il cesse aussitôt ses fonctions.

Art. 9. — Par dérogation à la règle prévue à l'article 8, les agrégés en exercice au moment de la publication du présent décret et inscrits à la patente restent soumis aux dispositions du décret du 4 mars 1914 relatives à la pérennisation.

Art. 10. — Suivant les besoins du service, et dans la limite des emplois disponibles, les agrégés arrivés au terme de leur neuvième année et les agrégés libres peuvent être rappelés à l'exercice, sur proposition du Conseil de la Faculté et après avis favorable de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public. Ce rappel à l'exercice est accordé pour une période de un, deux ou trois ans. Il est renouvelable.

Les agrégés rappelés à l'exercice peuvent être pérennisés dans les conditions prévus au présent décret.

TITRE II

DES CHEFS DE TRAVAUX

Art. 11. — Le service des travaux pratiques dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie est assuré, en principe, par des chefs de travaux ; ceux-ci reçoivent les directives des professeurs intéressés.

Une direction de travaux pratiques ne peut constituer un emploi autonome que si elle correspond à un service normal d'au moins trois séances par semaine pendant l'année scolaire. Les travaux pratiques de deux disciplines voisines peuvent constituer un emploi autonome si la somme des deux services satisfait à la règle ci-dessus.

Dans les autres cas, la direction des travaux pratiques est soit intégrée dans le service normal d'un agrégé chargé d'enseignement ou d'un assistant, soit rétribuée par une indemnité calculée sur le taux des cours complémentaires. Une séance de travaux pratiques est considérée comme équivalente à une heure de cours.

Art. 12. — Les chefs de travaux sont nommés pour un an par le ministre, après proposition du Conseil de la Faculté. Leur nomination est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 13. — Nul ne peut être nommé chef de travaux s'il ne satisfait à l'une des deux conditions ci-dessous :

1° Avoir été institué agrégé d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ;

2° Etre titulaire de l'un des grades suivants : docteur en médecine, pharmacien, docteur ès sciences, et être inscrit sur une liste d'aptitude dressée par la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public, dans les conditions prévues à l'article 2 du décret du 12 janvier 1912.

Art. 14. — Les chefs de travaux qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales peuvent être titularisés dans leurs fonctions après un stage de trois ans, sur la proposition du Conseil de la Faculté et après avis favorable de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

Les années d'agrégation valables pour la pérennisation entrent en compte dans les trois années de stage.

Tout chef de travaux titulaire qui se fait inscrire à la patente perd le bénéfice de sa titularisation et est soumis au renouvellement annuel de sa nomination.

Art. 15. — A titre de mesure transitoire, les chefs de travaux en exercice dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie au moment de la publication du présent décret et soumis à la nomination annuelle pourront être renouvelés dans leurs fonctions et pourront également être titularisés dans les formes prévues aux articles 12 et 14.

Art. 16. — Par dérogation aux dispositions de l'article 13, le ministre peut, sur proposition du Conseil de Faculté intéressé, déléguer un chef de travaux temporaire, sous réserve qu'il justifie soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de pharmacien, soit du grade de docteur ès sciences.

La délégation est accordée pour un an au plus. Elle peut être renouvelée, sans jamais excéder une durée totale de trois ans.

Tout chef de travaux délégué temporairement ne perçoit qu'une indemnité non soumise à retenues pour la constitution d'une pension de retraite et, au plus égale au traitement net de la dernière classe des chefs de travaux.

Art. 17. — Un agrégé en exercice nommé chef de travaux titulaire cesse d'appartenir au cadre des agrégés et il est soumis aux obligations de son nouveau cadre. Toutefois, il continue à participer aux examens ; il siège à l'assemblée de la Faculté, dans les conditions prévues à l'article 3.

Art. 18. — Un chef de travaux titulaire s'il a été institué agrégé depuis plus de trois ans peut être nommé agrégé pérennisé dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles 6, 7, 8, et 9 ci-dessus.

Il assure alors une fonction d'enseignement et abandonne son emploi de chef de travaux.

TITRE III

DES ASSISTANTS

Art. 19. — Les professeurs des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie disposent d'assistants pour les seconder dans les laboratoires de recherches et pour les travaux pratiques.

Un emploi d'assistant correspond obligatoirement à un service normal pendant toute l'année scolaire. Deux services relevant de disciplines voisines peuvent être réunis pour constituer un emploi d'assistant.

En dehors de cette exception et du cas où le service d'assistant est complété par la direction de travaux pratiques (art. 11, § 3), tout service incomplet ne peut être confié qu'à des préparateurs temporaires rétribués par une indemnité non soumise à retenues pour pensions civiles, exclusive de toute autre indemnité

Art. 20. — Les assistants sont nommés pour un an par les recteurs d'académie, après pro-

position du Conseil de la Faculté. Leur nomination est renouvelable dans les mêmes conditions.

Les préparateurs temporaires sont nommés pour un an par les recteurs d'Académie sur proposition du doyen. Leur nomination est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 21. — Nul ne peut être nommé assistant s'il ne justifie, soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de pharmacien, soit du grade de licencié ès sciences.

Art. 22. — Les assistants qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales peuvent être titularisés dans leurs fonctions après un stage de trois ans. La titularisation est prononcée par le recteur sur proposition du chef de service et après avis conforme du Conseil de la Faculté.

Le stage préalable n'est pas exigé des assistants qui remplissent les conditions prévues à l'article 13 pour être nommé chef de travaux.

Tout assistant titulaire qui s'inscrit à la patente perd le bénéfice de sa titularisation et est soumis au renouvellement annuel de sa nomination.

Art. 23. — Les agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie peuvent occuper des emplois d'assistants.

Quand ils sont nommés assistants titulaires, ils cessent d'appartenir au cadre des agrégés et sont soumis aux obligations de leur nouveau cadre.

Toutefois, ils continuent à participer aux examens ; ils siègent à l'assemblée de la Faculté dans les conditions prévues à l'article 3.

Art. 24. — Les assistants stagiaires en fonction au moment de la publication du présent décret ne seront pas soumis aux dispositions des articles 21 et 22 ci-dessus. Aucune autre dérogation ne pourra être accordée.

TITRE IV

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 25. — Toutes dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées, en particulier le titre III du statut du 16 novembre 1874 et les décrets du 4 mars 1914 et du 13 mars 1924.

Art. 26. — Le ministre de l'Education nationale est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 13 mars 1936.)

Expertises

Mode de rétribution des médecins experts adjoints aux médecins chefs des centres d'appareillage

Décret du 7 février 1936

Art. 1er. — Des médecins experts dans les diverses spécialités de l'appareillage peuvent être adjoints aux médecins chefs des centres d'appareillage toutes les fois que leur concours est reconnu nécessaire.

Art. 2. — Ces médecins sont désignés par le ministre des Pensions.

Leur concours a un caractère temporaire et peut cesser à tout moment sur ordre du ministre.

Art. 3. — La rémunération de ces médecins est fixée par le ministre des Pensions :

Soit sous la forme d'indemnité forfaitaire dans la limite d'un maximum de 600 francs par mois, suivant la nature et l'importance du service ;

Soit sous forme de vacations (de trois heures) de 40 à 80 francs, suivant l'importance et la nature du service et sans qu'il puisse être payé plus de deux vacations par jour ouvrable, à un même médecin. Toutefois, le taux de ces vacations pourra, à titre exceptionnel, et pour trois médecins au maximum, être porté à 90 francs.

Cette rémunération est exclusive de toutes indemnités de résidence, charges de famille ou autre, en dehors de celles qui pourraient être expressément attribuées par un décret contresigné du ministre des Finances.

La dépense totale pour l'ensemble des centres d'appareillage ne peut dépasser le montant des crédits ouverts au budget expressément pour cet objet.

Art. 4. — Le nombre maximum des vacations à effectuer dans chaque centre d'appareillage est fixé par le ministre des pensions suivant l'importance des centres d'appareillage et des sous-centres qui y sont rattachés.

Art. 5. — En cas de déplacements hors de la ville siège du centre d'appareillage, les médecins experts reçoivent des frais de déplacement dans les conditions et d'après les tarifs applicables aux fonctionnaires appartenant au groupe II du décret du 5 septembre 1934.

Art. 6. — Le ministre des Pensions et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. (*J. O.*, 7 mars 1936.)

Assurances sociales

Conditions de fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité prévue à l'article 10, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifiant le régime des Assurances sociales.

Arrêté du 29 mai 1936

Art. 1er. — La Commission technique régionale prévue à l'article 10, paragraphe 3, du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé, comprend un médecin président, désigné chaque année par le premier président de la Cour d'appel, soit sur une liste des médecins experts près la Cour d'appel, soit sur une liste établie par les Syndicats ou Associations de médecins de la région ; un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité intéressée ; un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance-maladie-maternité ; un médecin désigné par l'assuré.

Art. 2. — Le secrétariat de la Commission technique régionale est assuré par un secrétaire et, s'il y a lieu, un secrétaire adjoint, désignés par le directeur du Service régional parmi les agents de ce Service.

Art. 3. — La Commission technique régionale compétente, en cas de contestation des décisions prises par la Caisse d'assurance-invalidité en vertu des articles 32 et 34 du décret du 19 mars susvisé, est celle dans la circonscription de laquelle a son siège la Caisse maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail.

Art. 4. — La lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la Commission technique régionale en application de l'article 35, paragraphe 1er, du décret susvisé du 19 mars 1936, doit indiquer le nom et l'adresse de l'assuré intéressé, la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle il appartient et le médecin désigné par la partie qui saisit la Commission.

Le secrétaire de la Commission invite les autres parties ou organismes intéressés à désigner dans la huitaine le médecin appelé à les représenter.

Art. 5. — Le secrétaire convoque les membres de la Commission, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dix jours au moins à l'avance.

La Commission se réunit au siège du Service régional des Assurances sociales. Elle ne peut valablement statuer que si trois de ses membres, dont le président, sont présents.

Art. 6. — La Commission est libre de procéder, par les moyens qui lui paraîtront les meilleurs, à l'instruction de l'affaire, soit en jugeant sur pièces, soit en examinant elle-même le malade. Elle peut prescrire tout examen du malade et toutes analyses qu'elle jugera utiles. Ces examens et analyses seront faits au lieu désigné par la Commission et le résultat devra lui en être communiqué dans es quinze jours suivant la date de leur prescription. Si le malade ne peut pas se déplacer, la Commission pourra déléguer un ou plusieurs de ses membres pour l'examiner à domicile.

Art. 7. — Chacun des membres de la Commission expose son opinion.

Le médecin désigné par l'assuré, s'il n'est pas le médecin traitant, communique en outre à la Commission les renseignements que le médecin traitant a pu lui faire parvenir.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 8. — Un procès-verbal est dressé par le président. Il énumère les points litigieux soumis à l'appréciation de la Commission et donne cette appréciation. Il indique si la décision a été prise à l'unanimité ou à la majorité des voix. Le président signe le procès-verbal et le fait signer par les autres médecins présents lors de la décision.

Le secrétaire de la Commission notifie dans les cinq jours la décision aux parties intéressées, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Art. 9. — La décision de la Commission technique régionale devient définitive si, dans un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification qui en a été faite par le secrétaire, elle n'a pas fait l'objet d'un appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Art. 10. — Si la partie perdante refuse de se conformer à la décision intervenue conformément aux articles précédents, l'autre partie est fondée à la poursuivre devant la Commission d'arrondissement, conformément à l'article 36, paragraphe 1er, du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé dans un délai de dix jours à compter de la date de la réception de la notification du refus opposé par la partie perdante.

Art 11. — L'assuré, la Caisse d'invalidité et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires du médecin qu'ils ont désigné.

La partie perdante a en outre la charge des frais d'expertise, s'il y a lieu. Ces frais sont

fixés, conformément au tarif établi par le premier président de la cour d'appel. Ils sont, dans tous les cas, réglés par la Caisse d'assurance-invalidité ; s'ils ne lui incombent pas en définitive, le montant en est réclamé par elle à la partie perdante. En cas de non-payement par l'assuré desdits frais, le montant en est imputé sur le montant des prestations d'invalidité qui seraient dues à l'intéressé.

Les honoraires du président sont fixés et réglés dans les conditions prévues par le décret visé à l'article 175 du règlement d'administration publique du 19 mars 1935 susvisé.

Art. 12. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J. O.*, 30 mai 1936).

Infirmières

Décret du 28 août 1936 instituant un Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières soignantes et du Service social

Art. 1er. — Est constitué un Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières soignantes et du Service social, chargé de donner son avis sur les modifications et améliorations à apporter aux conditions de recrutement des infirmières soignantes ou du Service social ; sur les programmes d'enseignement dans les Ecoles dont les règlements sont soumis à l'approbation ministérielle ; sur les conditions d'attribution du diplôme d'Etat et la délivrance du brevet de capacité professionnelle permettant de porter l'un des titres attachés à la possession du diplôme de l'Etat français.

Art. 2. — Ce Conseil de perfectionnement sera composé de trente-sept membres, dont vingt-sept membres désignés par le ministre de la Santé publique et dix membres de droit.

Les membres de droit comprennent : un délégué du ministre du Travail, un délégué du ministre de l'Education nationale, un délégué du ministre de la Justice, un délégué du ministre de l'Intérieur, un délégué du ministre de l'Agriculture, deux membres désignés par le Conseil supérieur d'hygiène publique, un membre du Service de santé militaire désigné par le ministre de la guerre, un membre du Service de santé militaire de la Marine, désigné par le ministre de la Marine, et un membre du Service de santé militaire des colonies, désigné par le ministre des Colonies.

Les délégués du ministre de la Santé publique sont choisis :

Un tiers parmi les fonctionnaires et techniciens participant au fonctionnement de services administratifs et techniques touchant à la protection sociale ;

Un tiers parmi les personnes spécialement qualifiées dans la formation du personnel d'infirmières et de Service social ;

Un tiers parmi les administrateurs municipaux et départementaux, ou participant à la gestion d'organismes de protection et de prophylaxie sociale.

Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de trois ans et sont renouvelables.

Les mandats sont gratuits.

Art. 3. — Le Comité de perfectionnement est présidé par le ministre de la Santé publique ou son délégué. Il comporte trois vice-présidents, désignés par le ministre de la Santé publique et choisis dans chacune des trois catégories.

Il comporte également trois secrétaires nommés dans les mêmes conditions.

Art. 4. — Le Comité de perfectionnement se réunit deux fois par an au minimum. Il comporte une section permanente composée du bureau et de cinq membres désignés par un arrêté ministériel.

Cette section a pour mission de donner son avis sur toutes les questions présentant un caractère d'urgence soulevées en dehors des réunions du Conseil de perfectionnement, notamment les conditions d'admission dans les Ecoles, dispenses de stage pratique, dérogations aux conditions d'admission aux examens de l'Etat, constitution des jurys, etc.

Elle étudiera en outre les questions à soumettre à l'avis du Conseil de perfectionnement.

Art. 5. — Sont abrogées les dispositions de l'article 3 du décret du 27 juin 1922 « concernant l'institution du brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier ou d'infirmière diplômés de l'Etat français », les articles 4 et 5 du décret du 12 janvier 1932 « portant institution d'un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante du service social, diplômés de l'Etat français ». (*J. O.* 30 août 1936.)

Soins aux victimes des accidents électriques

Instruction sur les premiers soins à donner aux victimes des accidents électriques.

Arrêté du 27 novembre 1935.

Art. 1er. — L'instruction sur les premiers soins à donner aux victimes des accidents électriques, que les chefs d'établissement, directeurs ou préposés sont tenus, en exécution de l'article 40 du décret du 4 août 1935 concernant la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques, d'afficher dans un endroit apparent des locaux contenant des installations de deuxième ou de troisième catégorie, reproduire en caractères facilement lisibles, le texte annexé au présent arrêté.

Art. 2. — L'arrêté du 6 juin 1929 fixant les termes de l'instruction sur les premiers soins à donner aux victimes des accidents électriques est abrogé.

ANNEXE

A L'ARRÊTÉ DU 27 NOVEMBRE 1935 FIXANT LES TERMES DE L'INSTRUCTION SUR LES PREMIERS SOINS A DONNER AUX VICTIMES DES ACCIDENTS ÉLECTRIQUES.

Instructions cancernant les dangers présentés par les courants électriques

Tout contact avec des conducteurs électriques en charge est dangereux.

Même si la tension de régime entre conducteurs est faible, comme c'est le cas des basses tensions des circuits d'utilisation, ce contact peut, dans des conditions spéciales de conductibilité, provoquer un accident mortel

Ces conditions, quoique spéciales, ne sont pas exceptionnelles.

Pour qu'elles se réalisent, il suffit que la résistance normale du corps au passage du courant électrique diminue sensiblement et qu'en même temps se produise, à travers le corps, une dérivation à la terre.

Les mains moites, une forte transpiration, sont parmi les circonstances qui agissent le plus fortement dans le premier sens ; un sol humide, un contact direct avec des outils ou des pièces métalliques reliées à la terre, des robinets, des canalisations d'eau, de gaz, de vapeur, facilitent très dangereusement la dérivation du corps à terre.

Ne l'oubliez pas, tout particulièrement en maniant des lampes portatives, des machines outils ou des appareils électriques quelconques mobiles.

Prenez toujours vos précautions en vous isolant convenablement du sol, particulièrement s'il est humide.

Les installations électriques doivent être fréquemment vérifiées : c'est le moyen le plus sûr d'éviter les accidents.

Secours à donner aux personnes victimes d'accidents élecriques.

Soustraire le plus rapidement possible la victime aux effets du courant en se conformant rigoureusement aux prescriptions ci-dessous indiquées pour ne pas s'exposer personnellement au danger.

NOTA. — L'humidité rend le sauvetage particulièrement dangereux. Dans tous les cas, prévenir un médecin.

I. — TENSIONS AU PLUS ÉGALES A :

Courant continu : 600 volts.
Courant alternatif simple : 250 volts.
Courant alternatif triphasé : 250/430 volts.

Ecarter immédiatement le conducteur de la victime en prenant la précaution de ne pas se mettre en contact direct ou par l'intermédiaire d'un objet métallique avec le conducteur sous tension.

II. — TENSIONS SUPÉRIEURES AUX PRÉCÉDENTES ET AU PLUS ÉGALES A :

Courant continu : 6.000 volts.
Courant alternatif simple : 6.000 volts.
Courant alternatif triphasé : 3.500/6.000 volts.

Tenter de supprimer le courant, mais, si la victime est suspendue, prévoir auparavant sa chute, en préparant sur le sol : matelas, bottes de paille, etc.

Tant que le courant ne sera pas supprimé, n'entreprendre le sauvetage qu'en suivant les prescriptions suivantes :

Ecartement des fils. — Sans toucher la victime, écarter le fil avec les crochets à manches isolants prévus par l'article 38 du décret du 4 août 1935 (1) ; ces crochets ne doivent pas être humides.

(1) A défaut de ces crochets, se servir de bâtons, de cannes ou d'outils à manches isolants, à l'exclusion d'un parapluie : ces objets ne doivent pas être humides.

Lors que le fil est tombé sur le sol et touche la victime, se placer sur le tabouret de bois verni avec pieds terminés par des pièces de porcelaine ou de verre, tabouret prévu par l'article 38 du décret du 4 août 1935 (2).

Déplacement et dégagement de la victime. — S'il est plus facile de déplacer la victime que d'écarter les fils, le faire en observant exactement les mêmes précautions.

Dans toutes ces opérations, éviter que le fil ne vienne toucher le visage ou d'autres parties nues du corps.

III. — Tensions supérieures A

Courant continu : 6.000 volts.

Courant alternatif simple : 6.000 volts.

Courant alternatif triphasé : 3.500 /6.000volts.

Supprimer le courant, sinon le sauvetage sera toujours très dangereux.

Ne l'entreprendre alors qu'en respectant scrupuleusement les précautions suivantes :

Isoler le sauveteur à la fois du côté du courant et du côté de la terre ; employer les crochets à manches isolants prévus par l'article 38 du décret du 4 août 1935 (1).

Se placer sur le tabouret de bois verni avec pieds terminés par des pièces de porcelaine ou de verre, tabouret prévu par l'article 38 du décret du 4 août 1935 (2).

Si la victime est suspendue, ne faire supprimer le courant qu'après avoir prévu sa chute.

Premiers soins à donner en attendant l'arrivée du médecin.

Donner à la victime, dès qu'elle a été soustraite aux effets du courant, les soins ci-après indiqués, même dans le cas où elle présenterait les apparences de la mort.

Transporter d'abord la victime dans un local aéré, où on ne conservera qu'un petit nombre d'aides, trois ou quatre, les autres personnes étant écartées.

Desserrer les vêtements et s'efforcer, le plus rapidement possible, de rétablir la respiration et la circulation.

Pour rétablir la respiration, on doit avoir recours à la respiration artificielle.

Chercher concurremment à ramener la circulation, en frictionnant la surface du corvs, en flagellant le tronc avec les mains ou avec des serviettes mouillées, en jetant de temps en temps de l'eau froide sur la figure, en faisant respirer de l'ammoniaque ou du vinaigre.

Les inhalations d'oxygène, quand on dispose de ce gaz, accélèrent le retour à la vie. Elles doivent être pratiquées par les voies respiratoires, dans les conditions qui auront été prescrites par le médecin présent.

Il est interdit de faire respirer ce gaz sous pression.

Méthode de la respiration artificielle (Schafer)

Coucher la victime sur le ventre, les bras étendus le long de la tête. Le sauveteur se place à genoux, à cheval sur la victime, de manière à pouvoir s'asseoir sur les mollets ; il étend les bras et pose les mains ouvertes sur le dos du sujet, au niveau des dernières côtes, les pouces se touchant presque. Il appuie progressivement et de tout son podis sur le thorax, de manière à provoquer l'expiration, puis il cesse de presser, tout en laissant ses mains en place ; l'inspiration se produit alors par l'élasticité des côtes et de l'abdomen. Le sauveteur recommence les mêmes pressions et continue ainsi à raison d'une quinzaine de pressions par minute, réglées sur la propre respiration.

Ces mouvements doivent être répétés jusqu'au rétablissement de la respiration naturelle, rétablissement qui peut demander plusieurs heures.

N'abandonnez jamais un électrocuté sans avoir des signes certains de sa mort.

Vu et approuvé pour être annexé à l'arrêté du 27 novembre 1935.

Paris, le 27 novembre 1935.

Le ministre du Travail,
L.-O. Frossard

(*J. O.*, 7 décembre 1935).

(2) A défaut de ce tabouret, se placer sur une chaise en bois sèche ou construire un tabouret isolant de fortune en disposant sur le sol des planches sur lesquelles on place des isolateurs ou, à défaut, des objets solides très isolants (bouteilles vides, bols de faïence, etc.), le tout surmonté par de nouvelles planches aussi sèches que possible.

Sérums thérapeutiques

I

Décret du 26 août 1936 concernant les demandes d'autorisation de fabrication ou de vente de sérums (*Extraits*).

Demandes d'autorisation de fabrication ou de vente et délivrance de l'autorisation

Art. 1er. — Toute demande, ayant pour objet d'obtenir par application de la loi du 14 juin 1934 sur les sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique, l'autorisation de fabriquer ou d'importer, en vue du débit à titre gratuit ou onéreux, l'une de ces substances, doit être adressée au ministre de la Santé publique.

Un arrêté du ministre de la Santé publique déterminera : 1° La forme de la demande ainsi que les renseignements d'ordre technique que devra fournir son auteur : 2° Les conditions dans lesquelles l'intéressé devra acquitter les frais relatifs à la délivrance de l'autorisation ainsi que les frais d'enquête ; 3° Les conditions spéciales imposées pour la délivrance de l'autorisation d'importation de produits visés par la loi du 14 juin 1934 et destinés au débit.

Art. 2. — Toute demande d'autorisation fait l'objet d'une enquête préalable à laquelle il est procédé par la Commission des sérums constituée par le décret du 28 novembre 1934.

Cette enquête porte sur l'origine des produits ainsi que sur leur provenance, leur appellation, leur fabrication, les moyens de leur identification et de leur teneur en substances utiles.

Art. 3. — Il est statué sur les demandes d'autorisation par décret rendu sur la proposition du ministre de la Santé publique, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

L'autorisation, toujours révocable sans indemnité, est donnée pour cinq ans au maximum. Une demande de renouvellement peut être introduite dans les trois premiers mois de la dernière année, elle est instruite dans les mêmes formes que la demande initiale.

Toute modification apportée aux conditions auxquelles a été subordonnée l'autorisation initiale doit faire l'objet d'une demande spéciale d'autorisation.

....

Art. 5. — Tout fabricant ou importateur doit tenir, pour tout produit dont la fabrication ou l'importation a été autorisée, un registre spécial côté sur lequel chaque lot provenant d'une même série d'opérations de fabrication est désigné par un numéro d'ordre.

Ce registre, qui est conservé pendant au moins cinq ans, doit obligatoirement mentionner pour chaque lot numéroté : Les délais de sa préparation, les essais de qualité effectués, la date du dernier essai.

Le nombre des récipents dans lesquels sa répartition a été effectuée et, au fur et à mesure du débit, les noms et adresses des destinataires.

Utilisation pour essais thérapeutiques de produits préparés à l'étranger ou fabriqués en France et non encore autorisés.

Art. 6. — Toute importation pour essais thérapeutiques de produits visés par la loi du 14 juin 1934, préparés à l'étranger et non encore autorisés en France, est subordonnée à l'autorisation du ministre de la Santé publique. La demande d'autorisation d'importation ne peut être faite que par un médecin.

....

Recherche et constatation des fraudes sur les sérums et produits d'origine organique

Art. 8. — Les infractions à la loi du 1er août 1905, en ce qui concerne les sérums thérapeutiques et produits d'origine organique visés par la loi du 14 juin 1934, sont recherchées et constatées conformément aux dispositions du présent décret.

Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que la preuve desdites infractions puisse être établie par toutes voies de droit commun.

Art. 9. — Les inspecteurs et inspecteurs adjoints qualifiés aux termes du décret du 5 août 1908 pour assurer l'application des lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie, le commerce des substances vénéneuses et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, les inspecteurs de la répression des fraudes, les membres et les membres adjoints de la Commission des sérums, les directeurs des services vétérinaires départementaux, les inspecteurs des abattoirs, les inspecteurs départementaux d'hygiène peuvent, concurremment avec tous officiers de police judiciaire, procéder aux recherches, opérer d'office des prélèvements d'échantillons et, s'il y a lieu, effectuer des saisies dans les établissements hospitaliers, les maisons de santé, les pharmacies, les dépôts de médicaments tenus par les médecins, et, en général, dans tous les lieux où sont préparés, entreposés, en vue de livraison, débités et mis

en vente, des sérums et produits d'origine organique. Ces prélèvements peuvent être effectués notamment dans les laboratoires et leurs dépendances, magasins, boutiques, ateliers, voitures servant au commerce, lieux de fabrication, contenant des produits destinés à la vente ou à la livraison, ainsi que dans les entrepôts, dans les gares, ports de dépôt et d'arrivée et dans les abattoirs où sont prélevés les organes servant à la préparation des produits d'origine organique.

Art. 10. — Dans les locaux particuliers, tels que lieux de fabrication appartenant ou occupés par des personnes non patentées, ils ne peuvent pénétrer et procéder auxdites opérations contre la volonté de ces personnes ou exploitants qu'en vertu d'une ordonnance du Juge de paix du canton. Le consentement doit être constaté dans le procès-verbal. Les prélèvements et les saisies ne peuvent être opérés dans les locaux que sur des produits destinés à la vente ou à la livraison.

....

Art. 12. — Les saisies ne peuvent être faites, en dehors d'une ordonnance du Juge d'instruction, que dans les cas de flagrants délits, de falsification ou dans le cas où les produits sont reconnus corrompus. Dans ce dernier cas, la saisie est obligatoire.

Art. 13. — Les agents désignés à l'article 9, témoins d'un flagrant délit ou de la mise en vente de produits corrompus, sont tenus d'en faire la constatation immédiate. Un procès-verbal est dressé à cet effet ; son auteur y contresigne, avec les mentions prévues à l'article 11 du décret du 22 janvier 1919, toutes les circonstances de nature à établir devant l'autorité judiciaire, la valeur des constatations faites.

Ce procès-verbal est envoyé dans les vingt-quatre heures au Procureur de la République, et copie en est transmise au préfet ainsi qu'au président de la Commission des sérums.

Art. 14. — Les produits saisis sont placés sous scellés et envoyés au Procureur de la République, en même temps que le procès-verbal. Si leur envoi immédiat est impossible, ils sont placés dans un lieu choisi par l'auteur du procès-verbal. S'il s'agit de produits reconnus corrompus, l'auteur du procès-verbal peut procéder à leur destruction, à leur stérilisation où à leur dénaturation. Les opérations sont relatées et justifiées dans le procès-verbal.

Art. 15. — Sauf les exceptions prévues aux articles 16, 17, 18 ci-après, les formalités prescrites par les articles 10, 11, 12 (§ 1er), 13, 14, 15 et 16 du décret du 22 janvier 1919 pour les prélèvements d'échantillons, la rédaction des procès-verbaux, l'apposition des scellés, la délivrance des récépissés, l'avis des échantillons et des procès-verbaux sont applicables aux opérations effectuées par les agents désignés à l'article 9, en ce qui concerne les produits visés par la loi du 22 juin 1934. Toutefois, le talon de l'étiquette à apposer sur les échantillons prélevés portera, outre les indications énumérées par l'article 13 (1°) du décret du 22 janvier 1919, les indications suivantes : utilisation du produit profession du vendeur ou détenteur.

Art. 16. — Lorsqu'en raison de la qualité ou de la quantité d'un produit ou d'une préparation, la division en quatre échantillons est impossible, l'agent qui effectue le prélèvement place sous scellés, en un échantillon unique, le récipient contenant le sérum ou le produit organique. Il transmet ce scellé dans les vingt-quatre heures avec son procès-verbal et toutes pièces utiles au Procureur de la République. Copie du procès-verbal est adressée au préfet ainsi qu'au président de laCommission des sérums.

Art. 17. — Lorsque l'un des agents désignés à l'article 23, usant de la faculté que prévoit l'article 4 du décret du 5 août 1908, a requis un officier de police judiciaire d'effectuer un prélèvement d'un produit ou d'une préparation, le produit prélevé est placé sous scellé en un échantillon unique. Ce scellé, ainsi que le procès-verbal, sont adressés dans les vingt-quatre heures par l'agent verbalisateur, à l'agent qui a signé la réquisition.

Art. 18. — Si le produit sous scellé peut être divisé en quatre échantillons, le signataire de la réquisition procède à cette opération en présence du vendeur ou du détenteur ou lui dûment appelé ou représenté et scelle ces quatre échantillons. Il en laisse un au vendeur ou détenteur du produit et transmet les trois autres au préfet en se conformant aux articles 15 et 16 du décret du 22 janvier 1919. Si le produit n'est pas divisible en quatre échantillons, il transmet le scellé primitif ua Procureur de la République comme il est prescrit à l'article 16 ci-dessus.

Art. 19. — L'analyse des échantillons prélevés est confiée au laboratoire de contrôle du ministère de la Santé publique et de l'Académie de médecine. Ces analyses sont à la fois d'ordre qualitatif et d'ordre quantitatif ; l'examen comprend les recherches organoleptiques, physiques, chimiques, micrographiques, physiologiques et autres, susceptibles de fournir les indications sur la pureté des produits, leur identité et leur composition.

Art. 20. — Si le rapport établi par le laboratoire ne conclut pas à une présomption d'infraction, le ministre en avise sans délai l'intéressé.

Dans ce cas, si le remboursement des échantillons est demandé, il s'effectue, d'après leur valeur réelle au jour du prélèvement, aux frais de l'Etat, au moyen d'un mandat délivré par le préfet sur présentation du récépissé prévu à l'article 14 du décret du 22 janvier 1919.

Art. 21. — Dans le cas où le rapport conclut à une présomption d'infraction, le ministre transmet ce rapport au Procureur de la République par l'intermédiaire du préfet ; celui-ci y joint le procès-verbal et les échantillons réservés.

....

Art. 23. — Le Procureur de la République, s'il estime, à la suite du procès-verbal ou du rapport de laboratoire et au besoin après enquête préalable, qu'une poursuite doit être engagée ou une information ouverte, saisit suivant le cas le Tribunal ou le Juge d'instruction.

En tous les cas, et dans un délai d'un mois à compter de la réception du procès-verbal, le Procureur avise le président de la Commission des sérums de la suite donnée audit procès-verbal. S'il y a lieu à expertise, il est procédé conformément aux règles ci-après.

Art. 24. — Dans le cas où la présomption d'infraction résulte de l'analyse faite au laboratoire, l'auteur présumé de la fraude ou de la falsification est avisé par le Procureur de la République qu'il peut prendre communication du rapport du laboratoire, et qu'un délai de trois jours francs lui est imparti pour présenter ses observations et pour faire connaître s'il réclame l'expertise contradictoire prévue à l'article 12 de la loi du 1er août 1905.

Art. 25. — Lorsque l'expertise a été réclamée, il est désigné deux experts, l'un par le Juge d'instruction, l'autre par l'intéressé. Un délai est imparti à cet effet par le magistrat instructeur à ce dernier qui a, toutefois, le droit de renoncer explicitement à cette désignation, et de s'en rapporter aux conclusions de l'expert désigné par le Juge.

Si l'intéressé, sans avoir renoncé à son droit, n'a pas désigné son expert dans le délai qui lui a été imparti, cet expert est nommé d'office par le Juge d'instruction. Les experts sont choisis sur les listes spéciales de chimistes biologiques, dressées dans chaque ressort par les Cours d'appel ou les Tribunaux civils.

L'intéressé a le droit de choisir son expert en dehors des listes officielles, mais s'il use de cette faculté, son choix est subordonné à l'agrément du Juge d'instruction.

Tout expert doit être pourvu d'un des diplômes suivants : Docteur en médecine ; Docteur en pharmacie ou pharmacien ; Docteur vétérinaire ou vétérinaire ; Certificat de chimie biologique, s'il est, en outre, titulaire d'un diplôme d'études supérieures ou du doctorat ès sciences.

L'ordonnance du Juge d'instruction définit la mission donnée aux experts.

Art. 26. — Après vérification de l'intégrité des scellés, les deux experts sont mis en possession tant de l'échantillon précédemment remis à l'intéressé que de l'un des deux autres échantillons.

Le Juge d'instruction donne communication aux experts des procès-verbaux de prélèvement ainsi que du rapport du laboratoire, des ordonnances médicales, des factures, des lettres de voiture, pièces de régie et, d'une façon générale, de tous les documents que la personne en cause a jugé utile de produire ou que le juge s'est fait remettre.

Il les commet, en outre, à l'expertise de tous les échantillons de comparaison qui ont pu être relevés administrativement, ou qui pourront être prélevés par la suite sur son ordre.

Ils doivent discuter en commun leurs conclusions et dresser un seul rapport. S'ils sont d'avis différents, ou s'ils ont des réserves à formuler, sur des conclusions communes, chacun d'eux indique son opinion ou ses réserves et les motifs à l'appui. Ce rapport est déposé dans le délai fixé par le Juge.

Art. 27. — Si l'intéressé ne représente par son échantillon intact, dans le délai fixé par le Juge d'instruction, il ne doit plus être fait, à aucun moment, état de cet échantillon.

Les deux experts sont, dans ce cas, commis à l'examen d'un échantillon unique, le quatrième échantillon étant réservé pour arbitrage éventuel prévu à l'article suivant. Lorsque, au cours ou à la suite de leurs recherches, les experts sont conduits à présumer qu'une substitution d'échantillons a été opérée, ils sont tenus d'en informer aussitôt le juge d'instruction et de tenir à sa disposition toutes pièces à conviction susceptibles de révéler la substitution.

Art. 28. — Si les experts sont en désaccord, un tiers expert est désigné par le président du Tribunal civil. Le tiers expert peut être choisi en dehors des listes officielles.

Art. 29. — Dans le cas prévu à l'article 16 ci-dessus, le Procureur de la République notifie à l'intéressé que l'échantillon unique va être soumis à l'expertise et l'informe qu'il a trois jours francs pour faire connaître s'il entend user du droit de désigner un expert.

Si ce droit est réclamé, il est procédé, dans le délai fixé par le Juge d'instruction, à la nomination simultanée, tant des deux experts prévus à l'article 25 que du tiers prévu à l'article 28. Les trois experts procèdent ensemble à l'examen de l'échantillon unique. Toutefois, il n'est nommé qu'un seul expert si l'intéressé a déclaré, avant l'expiration du délai prévu au paragraphe précédent, s'en rapporter aux conclusions de l'expert désigné par le Juge.

....

Art. 31. — En cas de non-lieu ou d'acquittement, le remboursement de la valeur des échantillons s'effectue dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessus, sauf quand l'existence d'une infraction est constatée par l'ordonnance de non-lieu ou par le jugement d'acquittement,

Dispositions spéciales à certains produits.

Art. 32. — Un arrêté ministériel, pris après avis, de la Commission des sérums, déterminera les conditions particulières auxquelles devront lépondre au point de vue de leur origine, de reur provenance, de leur appellation, de leur fabrication, des moyens de leur identification et de leur teneur en substances utiles, les sérums, les vaccins, auto-vaccins, toxines, venins, produits biologiques, substances injectables d'origine organique, non définies chimiquement, faisant l'objet d'une demande d'autorisation de fabrication ou d'importation.

....

(*J. O.*, 2 septembre 1936.)

II

Décret du 19 février 1936, autorisant la préparation et la mise en vente de produits.

Art. 1er. — La préparation et la mise en vente de produits visés par la loi du 14 juin 1934 est autorisée dans les établissements ci-après désignés et dans les conditions déterminées, savoir :

I. — M. le Docteur Debat, 60, rue Monceau, à Paris ; laboratoires à Garches (Seine-et-Oise):

1° Une solution d'extrait hydroalcoolique de foie de porc titrée de manière à représenter 100 grammes d'organe frais par centimètre cube, additionnée de 1 p. 1.000 de sunnoxol (sulfate d'orthoxyquinoléine) et répartie en ampoules de deux centimètres cubes ;

2° Une solution d'extrait hydroalcoolique de rate de porc titrée de manière à représenter 15 grammes d'organe frais par centimètre cube, additionnée de 1 p. 1.000 de sunnoxol et répartie en ampoules de deux centimètres cubes ;

3° Un filtrat-vaccin liquide pour tamponnements et instillations vaginales, obtenu par filtration à la bougie de cultures de quinze jours de diplodocoque de Neisser et répartition en ampoules de 10 centimètres cubes ;

4° Un filtrat-vaccin en gelée pour instillations urétrales chez l'homme préparé par incorporation de 96 parties du filtrat liquide ci-dessus défini à 4 parties de mucilage végétal.

Autorisations accordées sous la réserve que pour les solutions injectables d'extraits organiques, le dosage exprimé en poids d'organe frais pour un centimètre cube de préparation sera complété par l'indication de la teneur moyenne en extrait sec pour le même volume.

II. — La société des laboratoires Virultra, à Launay, par Serquigny (Eure), directeur technique : M. le Docteur Pierre Logeais :

1° Un filtra-vaccin polyvalent à administrer par voie buccale, obtenu par filtration à la bougie et répartition aseptique en ampoules de 5 centimètres cubes de diverses cultures microbiennes en bouillon, maintenues à 37 degrés pendant quinze jours et mélangées avant filtration dans les proportions suivantes :

	Pour 100 centimètres cubes
Culture de colibacilles (intestinaux et urinaires)...............	50 parties.
Culture d'entérocoques (intestinaux et urinaires)...............	20 —
Culture de bacilles de Gaertner.	15 —
Culture de bacilles de Flexner..	5 —
Culture de bacilles de Shiga.....	5 —
Culture de bacilles pyocyaniques..........................	5 —

2° Une pommade vaccin-polyvalente pour pansements, préparée en incorporant à un mélange de lanoline et d'huile de vaseline un poids égal et filtrat mixte de cultures en bouillon de staphylocoques, de streptocoques, de bacilles pyocyaniques et de microcoques tétragènes maintenues pendant douze jours à 37 degrés et mélangées avant filtration à la bougie en proportions égales de chaque culture.

Autorisation accordée sous la réserve que les indications de nature et de composition à faire figurer sur les étiquettes et notices seront conformes aux dénominations ci-dessus employées pour désigner et caractériser chacune des deux préparations.

III. — M. Maronneau, pharmacien, administrateur des laboratoires Maronneau-Morel, 43-45, rue des Fauvelles, à Courbevoie (Seine) ; directeur technique : M. le Docteur Canoz :

1° Un vaccin à administrer par la voie buccale et constitué par une émulsion en soluté physiologique des corps microbiens provenant de cultures jeunes de bacterium coli dont les souches ont été isolées d'urines de malades renfermant ce germe à l'état virulent.

Le vaccin, dosé à 4 milliards de germes par centimètre cube, est présenté en ampoules de 5 centimètres cubes ;

2° Un filtrat vaccin anticolibacillaire, pour pansements et instillations, obtenu en filtrant à la bougie, après un séjour de quinze jours à l'é-

tuve à 37°, des cultures en bouillon de bacterium coli dont les souches ont été isolées d'urines de malades renfermant ce germe à l'état virulent.

Ce vaccin est présenté en ampoules dont chacune contient 20 centimètres cubes du filtrat.

Autorisations accordées sous réserve d'indication de la nature et de la composition des vaccins d'après les données ci-dessus et du délai d'utilisation qui ne devra pas dépasser dix-huit mois.

IV. — M. Deslandre, pharmacien, directeur technique du laboratoire de thérapeutique générale, 48, rue de la Procession, à Paris ;

1° Une solution injectable d'extrait alcoolique de foie délipoïdé et désalbuminé, titrée pour représenter par centimètre cube 20 grammes d'organe frais traité, rendue isotonique par addition de glucose et stérilisée par filtration à la bougie suivie d'une répartition aseptique en ampoules ;

2° Une solution injectable d'extrait alcoolique de glande orchitique délipoïdé et désalbuminé, titrée pour représenter par centimètre cube 5 grammes d'organe frais traité, rendue isotonique par addition de glucose et stérilisée par filtration à la bougie suivie d'une répartition aseptique en ampoules ;

3° Une solution injectable d'extrait alcoolique d'ovaire délipoïdé, désalbuminé et dépourvu de folliculine, titrée de manière à représenter par centimètre cube 5 grammes d'organe frais traité, rendue isotonique par addition de glucose et stérilisée par filtration à la bougie suivie d'une répartition aseptique en ampoules ;

4° Une solution injectable d'extrait alcoolique de glande cortico-surrénale, délipoïdé, désalbuminé et dépourvu d'adrénaline, titrée de manière à représenter par centimètre cube 50 grammes de surrénale totale fraîche traitée, rendue isotonique par le chlorure de sodium, additionnée de 2 p. 1.000 d'acide benzoïque et stérilisée par filtration suivie d'une répartition aseptique en ampoules.

Les indications de nature et de composition des produits mis en vente seront conformes aux données ci-dessus et, au titrage exprimé en organe frais, sera ajoutée la teneur moyenne en extrait sec par centimètre cube de solution.

V. — M. Charles Weiss, pharmacien, 10, rue Crillon, à Paris, directeur technique des laboratoires Hoffmann-la-Roche, 59, rue Pasteur, à Fontenay-sous-Bois (Seine) ;

Une solution injectable d'un extrait fermentaire préparé par traitement approprié de foies de porc recueillis aux abattoirs.

L'extrait déprotéiné et contenant les ferments lipolytiques de la glande hépatique est dissous en liqueur aqueuse légèrement alcaline, qui est filtrée à la bougie et répartie aseptiquement en ampoules de 5 centimètres cubes.

La constance d'action fermentaire de la préparation sera obtenue par titrage chimique de l'extrait en fonction de son action saponifiante sur la tributyrine et l'activité sera exprimée en unités conventionnelles de butyrase (U. B.) chaque centimètre cube de solution devant correspondre en moyenne à 10 de ces unités définies par le fabricant.

Autorisation accordée sous réserve que la dénomination d'extrait d'estérases hépatiques sera remplacée par celle « d'extrait fermentaire lipolytique de foie ».

VI. — MM. Cuny et C° (produits biologiques Carrion), 54, rue du Faubourg-Saint-Honoré, à Paris ; directeurs techniques : MM. Cuny, docteur en pharmacie et Bauer, docteur en médecine :

1° Quinze solutions injectables d'extraits aqueux des organes suivants :

1. Duodénum ; 2. Glande pinéale ; 3. Ganglions lymphatiques ; 4. Hypophyse (lobe antérieur) ; 5. Mamelle ; 6. Moelle épinière ; 7. Muqueuse gastrique ; 8. Muscle ; 9. Myocarde ; 10. Ovaire sans corps jaune ; 11. Poumon ; 12. Rate ; 13. Substance grise ; 14. Surrénale (cortex) ; 15. Utérus.

Un centimètre cube de chaque solution correspond à 25 centigrammes d'organe frais ;

2° Une solution injectable d'extrait aqueux de parathyroïde dont un centimètre cube correspond à 50 milligrammes d'organe frais ;

3° Une solution injectable d'extrait aqueux de lobe postérieur d'hypophyse titrée à 0,5 U. I. par centimètre cube et préparée de la même manière que les deux solutions injectables de même nature, titrées respectivement à 2 U. I. et à 10 U. I. dont le débit a été autorisé par décret du 15 mars 1934.

La nature des préparations sera indiquée sur les étiquettes conformément aux données ci-dessus. Pour les préparations pour lesquelles un titrage biologique n'est pas encore possible, l'activité sera exprimée en poids d'organe frais par centimètre cube de solution injectable avec indication du poids d'extrait sec correspondant.

VII. — La Société des laboratoires Fournier frères, 7, rue Biscornet, à Paris ; directeur technique : M. le Docteur Albert Fournier :

1° Quatorze solutions injectables monoglandulaires d'extraits alcooliques des organes suivants :

1. Cerveau ; 2. Cœur ; 3. Foie ; 4. Mamelle ; 5. Moelle épinière ; 6. Moelle osseuse ; 7. Muqueuse gastrique ; 8. Muqueuse intestinale ; 9. Pancréas ; 10. Placenta ; 11. Poumon ; 12. Prostate ; 13. Rein ; 14. Thymus.

Chaque préparation, présentée en ampoules

de 2 centimètres cubes, est obtenue par dissolution en soluté physiologique normal d'un extrait sec obtenu par dessication dans le vide du produit d'épuisement par l'alcool à 70 degrés de l'organe broyé à l'état frais, séché, délipoïdé et dégraissé. La correspondance en organe frais par centimètre cube de la préparation varie avec la nature de l'organe utilisé ;

2° Une solution injectable pluriglandulaire présentée en ampoules de 2 centimètres cubes et obtenue par dissolution en soluté physiologique normal d'un mélange d'extraits d'organes obtenus par la méthode exposée ci-dessus. La solution répond à la composition suivante :

	Grammes par centimètre cube
Extrait sec de glande surrénale totale	0.014
Extrait sec de glande orchitique	0.010
Extrait sec d'hypophyse totale	0.005
Extrait sec de foie	0.012
Extrait sec de thyroïde	0.000075
Extrait sec de parathyroïde	0.000075

3° Une solution injectable monoglandulaire présentée en ampoules de 3 centimètres cubes et obtenue par dissolution en soluté physiologique normal d'un extrait sec de rate obtenu par dessication dans le vide du produit décanté d'une macération dans l'alcool à 95 degrés de l'organe frais broyé.

Cette solution est présentée sous trois concentrations correspondant respectivement à 5, 10 et 20 grammes d'organe frais par centimètre cube.

Autorisations accordées sous réserve de l'indication sur les étiquettes de la nature des préparations conformément aux données ci-dessus et du titrage exprimé en poids d'organe frais par centimètre cube avec indication de la teneur en extrait sec pour le même volume de préparation.

VIII. — M. Lalanne, pharmacien, administrateur des établissements Chatelain, 111, boulevard de la Mission-Marchand, à Courbevoie (Seine) ;

Une solution injectable présenté en ampoules de 2 centimètres cubes répondant à la composition suivante pour un centimètre cube de solution injectable :

Extrait d'ovaire exprimé en poids de glande fraîche, 0 gr. 25.

Extrait de mamelle exprimé en poids de glande fraîche, 0 gr. 25.

Chlorhydrate de cotarnine, 0 gr. 25.

Soluté physiologique, quantité suffisante pour un centimètre cube.

La teneur moyenne de cette solution en extrait mixte, considéré à l'état sec, est de 0 gr. 005 par centimètre cube.

La nature d'extrait mixte de mamelle et d'ovaire sera indiquée d'une manière très apparente sur les étiquettes de la préparation ainsi que sa composition sous la forme indiquée ci-dessus et avec mention de la teneur moyenne en extrait sec par centimètre cube de préparation.

IX. — M. Bourck, pharmacien, directeur technique des laboratoires Uvé, 18, rue Saint-Amand, à Paris :

L'autorisation accordée par décret du 21 février 1933 de débiter un extrait injectable contenant l'hormone folliculaire de l'ovaire de truie dont la préparation s'effectuait tout d'abord dans un local aménagé 21, rue du Pont-de-Flandre, pour un premier traitement, des organes prélevés à l'abattoir et pour le reste du traitement dans un autre local aménagé, 20, rue Duranton, est maintenue après transfert de la fabrication dans de nouveaux locaux situés, 21, rue du Pont-de-Flandre pour le premier traitement, et, 1, rue du Docteur-Lannelongue pour le second traitement.

Art. 2. — Indépendamment de toute dénomination commerciale et sans préjudice des réserves particulières formulées ci-dessus, tous les tubes ou ampoules et les emballages contenant les produits autorisés seront obligatoirement revêtus d'une étiquette sur laquelle devront figurer exclusivement les mentions suivantes :

Nature et composition exacte du produit telle qu'elle est libellée dans le présent décret ; mode d'administration, date limite d'utilisation, marque du lieu d'origine, et, immédiatement au-dessous du nom du produit, la mention :

« Décret n° 86 du 19 février 1936. »

Art. 3. — La mention précédente exceptée, toute forme de publicité relative à l'autorisation est interdite sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices, etc...

Art. 4. — Les produits ci-dessus visés peuvent être débités à titre gratuit ou onéreux, l'autorisation dont ils font l'objet est temporaire et révocable, ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE

" L'Officiel Médical "

Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

Hygiène publique

I

Deuxième circulaire (du 26 septembre 1936) concernant la coordination des services et institutions d'hygiène et d'assistance

Le Ministre de la Santé publique
à MM. les Préfets,

Notre circulaire du 26 août 1936 a souligné que les conditions préalables à tout effort cohérent, inspiré par une politique vigoureuse d'organisation et de défense sanitaire de la nation, résidaient dans la mise en ordre des multiples initiatives publiques ou privées qui se sont développées antérieurement, sans plan ni méthode, sur les diverses parties du territoire.

Nous avons suggéré que, pour assurer le maximum de rendement matériel et moral aux institutions actuellement existantes, avant d'envisager les mesures à prendre pour combler les lacunes que la coordination laissera apparaître, il importait immédiatement :

1° De fédérer en « unions départementales » placées sous le contrôle direct que vous devez, en mon nom, exercer sur leur activité, l'ensemble des institutions privées de protection de la santé publique et d'assistance sociale, travaillant avec le concours financier de l'Etat, du département ou des communes ;

2° D'organiser au sein d'un « Comité départemental de coordination sanitaire et sociale », la collaboration étroite des institutions publiques et privées, en vue d'assurer, avec le minimum de charges financières, le maximum utile d'efficacité.

Les communications qui nous ont été adressées par un certain nombre de préfets, l'intérêt qu'ils ont porté à la méthode d'organisation ainsi suggérée, marquent la volonté certaine de l'Administration préfectorale d'apporter au Gouvernement, dans un domaine jusqu'ici trop négligé, une collaboration dont nous apprécions toute la valeur, et que notre ferme volonté est de maintenir particulièrement étroite.

En matière de santé publique et de protection sociale, plus qu'en toute autre, les initiatives de l'Etat exigent, pour être fécondes, que leur mise en œuvre soit au maximum décentra-

lisée et que les autorités locales y apportent le maximum d'attention vigilante.

Les demandes d'information complémentaire, qui me sont parvenues, inspirées de préoccupations identiques, soulignent certaines lacunes dans la circulaire du 26 août, que les présentes instructions ont pour objectif de combler.

I. — *Composition du comité départemental de coordination sanitaire et sociale.*

1° Certains préfets, dans le ressort desquels avaient été antérieurement organisés, sous forme d'organismes publics ou privés, des offices ou associations remplissant non seulement le rôle de « dispensaire public », tel que l'a prévu la loi du 15 avril 1916, mais aussi celui de services de prophylaxie polyvalente et de propagande sanitaire, ont pensé que ces groupements étaient susceptibles de jouer le rôle de comités départementaux prévus à la circulaire du 26 août 1936.

Je considère que cette méthode serait fâcheuse. Quel que soit le caractère fédératif de l'organisme départemental susvisé, il a une personnalité indépendante des œuvres et institutions qui le constituent, et qui, chacune conservent leur vie et leur action propre non coordonnée.

Il est donc indispensable que l'un et les autres soient appelés à harmoniser leur action et à se répartir d'un commun accord, les missions qui entrent dans leur programme.

Sans doute, il arrivera fréquemment que les mêmes personnalités participeront à la gestion de l'Office ou de l'Association départementale d'hygiène et à celle du comité de coordination. Cette circonstance ne présente certes que des avantages, mais elle ne saurait empêcher la distinction rigoureuse des deux organismes ;

2° Il ne saurait, de même, *a fortiori*, être admis que le rôle de coordination dont il s'agit soit rempli par le « Conseil départemental d'Assistance publique et privée », défini par la loi du 14 janvier 1933, même si vous estimez que la participation de ce Conseil, qui ne possède aucune attribution sanitaire ou prophylactique, à l'organisation de la coordination, est susceptible de le qualifier pour être représenté au Comité.

Il paraît enfin superflu de souligner les raisons, pour lesquelles l'Union départementale des institutions privées ne saurait se confondre avec le Comité de coordination ;

3° Nombre de Préfets ont sollicité des instructions, en ce qui concerne la composition éventuelle du Comité de coordination, qui, aux termes de notre circulaire du 26 août 1936, doit comprendre des délégués des diverses catégories d'organismes collaborant à la défense sanitaire et sociale.

J'estime que, conformément aux précédents légaux intervenus pour des organismes parallèles, Offices d'habitations à bon marché, Comités de patronages d'habitations à bon marché ou dispensaires de la loi du 15 avril 1916, le Comité doit avoir un caractère tripartite. Il doit comprendre pour un tiers des représentants des corps élus et des organismes légaux d'hygiène et de protection sociale, pour un tiers des représentants des œuvres d'un caractère entièrement privé, ou poursuivant des intérêts professionnels, pour un tiers des fonctionnaires techniquement qualifiés, des délégués de groupements, associations ou services intéressés à l'objectif poursuivi.

a) Dans la première catégorie, je rangerai des représentants de l'assemblée départementale, des communes très importantes, des Associations municipales, des Commissions administratives des hôpitaux et hospices, des Bureaux de bienfaisance, des offices, dispensaires ou associations ayant un caractère semi-public en remplissant le rôle : Conseil départemental et Bureaux municipaux d'hygiène, Centre départemental et régional antivénérien ;

b) Dans la deuxième, les délégués des Associations privées, en les groupant autant que possible par catégories : protection de la maternité et de la première enfance, protection de la seconde enfance (Caisses des écoles, Colonies de vacances), lutte antituberculeuse, prophylaxie antivénérienne, Sociétés de Croix-Rouge, à qui il est indispensable d'imposer un accord, aboutissant à la désignation d'un seul délégué. (Nous entendons, en effet, réagir contre le morcellement regrettable des Associations de Croix-Rouge, ne connaître aucune d'elles isolément, et les considérer comme constituant un ensemble).

c) La troisième catégorie comportera les délégués des Caisses d'assurances sociales, des Mutualités, des Syndicats médicaux, des Unions de Syndicats ouvriers ou patronaux, Chambres de commerce, d'agriculture, d'artisanat, mutualités agricoles, etc., les fonctionnaires qualifiés de votre Administration, notamment l'inspecteur départemental d'hygiène et celui de l'Assistance publique.

Il est superflu de souligner les raisons qui, en ce qui concerne les organismes corporatifs, imposeront une parité de représentation ouvrière et patronale ;

4° Bien entendu, les indications ci-dessus n'ont qu'un caractère relatif, et il appartient aux Préfets de les adapter aux circonstances locales. De même, le nombre des membres du Comité variera en tenant compte de contingences personnelles ou organiques, que, seuls, les fonctionnaires locaux sont qualifiés pour apprécier.

Nous considérons qu'en tout cas, il est désirable que le Comité soit largement ouvert au

maximum de collaborations, et que les femmes y soient largement représentées.

Il ne paraît pas devoir comporter un nombre de membres inférieur à 15. Il n'y a aucun inconvénient à ce que sa composition numérique soit étendue. Les graves difficultés que comporte l'action d'assemblées trop nombreuses seront corrigées par ce fait que, pratiquement, la plupart des attributions actives du Comité devront être déléguées à une « section permanente ».

Cette section, outre le président à votre nomination, et qui devra évidemment être désigné en dehors de toute considération d'ordre politique ou tenant à l'influence de la personnalité choisie, dans un domaine étranger à la prophylaxie sanitaire, comportera trois vice-présidents, élus par le Comité lui-même, et choisis chacun dans l'une des trois catégories de membres du Comité.

Elle comprendra également le secrétariat général assuré par l'inspecteur départemental d'hygiène, assisté de deux fonctionnaires qualifiés, rapporteurs, l'un pour les questions d'hygiène, l'autre pour celles qui intéressent l'aide sociale.

Nous attacherions le plus grand prix à ce que le secrétariat ainsi constitué, et dont il est superflu de vous souligner l'importance, dispose de moyens matériels suffisants pour mener à bien sa mission.

II. — *Le sens de la coordination.*

La mission dévolue au Comité lui est immédiatement tracée par la nécessité de veiller à ce que soit assurée, sur toute l'étendue du territoire départemental, l'application des dispositions réglementaires touchant à la prophylaxie et la protection sociale.

Sous peine d'ajouter un nouvel élément de désordre aux multiples incohérences, gaspillages d'efforts et d'argent, trop souvent dénoncés, il n'a, en aucun cas, à exercer lui-même une mission dévolue exclusivement aux organismes dont il est l'émanation et que son rôle exclusif est d'animer.

Il doit, par contre, délimiter étroitement, tant au point de vue de la compétence territoriale que de la capacité technique, l'action des diverses institutions départementales.

Pour cela, il importe que, préalablement, l'inventaire complet des institutions existantes, des ressources dont elles disposent, de leurs moyens d'action, soit mis au point.

J'attacherai le plus grand prix à être saisi des résultats de ce travail pendant le premier mois de l'année prochaine.

Immédiatement, la suppression des superfétations et doubles emplois devra être rigoureusement poursuivie. Il est, par exemple, inadmissible, en ce qui concerne l'aide financière des collectivités, que deux institutions poursuivent le même objectif dans un même secteur territorial, qu'une région quelconque comporte pléthore de consultations de nourrissons, de dispensaires antituberculeux ou antivénériens, quand d'autres régions du département en sont dépourvues.

De même, je ne saurais admettre que des Comités départementaux d'hygiène sociale et de lutte antituberculeuse refusent d'abriter dans leurs locaux des consultations antivénériennes.

L'effort du Comité devra également porter sur la rationaliation du Service social. En attendant que la réglementation actuellement à l'étude aboutisse à l'unification des diplômes divers de travailleuses sociales, il importe d'éviter au maximum qu'une famille soit visitée par plusieurs infirmières et assistantes, déléguées par des institutions différentes ; les Associations et Institutions intéressées devront tendre à la constitution d'un organisme unique de Service social ; c'est le seul point sur lequel le Comité de coordination pourrait exercer une intervention effective, en prenant à son compte et sous sa direction, la création d'un Service social départemental, utilisant l'ensemble des infirmières et assistantes actuellement en service.

Nous pensons bien que cet effort de coordination ne laissera pas de rencontrer quelques résistances. La pratique met trop souvent en évidence le fait qu'à côté d'œuvres animées d'un véritable esprit philanthropique et dont on ne saurait trop désirer la collaboration, nombre de formations parasitairess onéreuses pour les budgets publics plus que pour les ressources personnelles des fondateurs ou dirigeants, s'installent dans les espaces déjà défrichés, suivent sans effort les sillons laborieusement tracés par d'autres, et satisfont ainsi sans labeur ni sacrifices au désir de gloire et de distinctions honorifiques de leurs animateurs, sinon à leur souci de prosélytisme politique ou religieux.

Il va sans dire qu'un des objectifs essentiels de l'organisation envisagée réside dans la disparition radicale et rapide des cancers de la philanthropie et de la prophylaxie sanitaire.

Que l'esprit de tradition, le souci de garder une façade qui facilite telle propagande étrangère à l'objectif avoué, ou plus fréquemment le prurit des titres et des honneurs suscite la résistance des formations condamnées, nul ne pourra s'en étonner.

Sans doute, la liberté d'association existe en France, et nous ne saurions songer à y porter atteinte, même pour enrayer les abus auxquels elle peut donner lieu. Mais si les groupements

indésirables ont latitude complète de subsister et de poursuivre une action qui va fréquemment à l'encontre du but apparemment, parfois même sincèrement poursuivi, il serait inadmissible que le concours matériel public continue à être assuré à un effort négatif ou dissolvant.

III. — L'attribution des subventions.

Le rôle de filtrage dévolu par la circulaire du 26 août au Comité de coordination, en ce qui concerne les demandes de subventions doit être entendu comme devant s'appliquer à tous les concours matériels ou moraux de quelque nature qu'ils soient, attribués par les Pouvoirs publics, Etat, départements, communes, établissements publics aux institutions d'hygiène, d'assistance et de prévoyance sociale, dépendant du ministère de la Santé publique, à l'exclusion de celles qui poursuivent l'application de la législation sur les habitations à bon marché.

Dorénavant, en principe rigoureux — et votre mission légale de tutelle devra à cet égard s'appliquer avec sévérité aux budgets locaux — aucune organisation, aucune œuvre ne pourra donc bénéficier de subventions sur un budget public, sans l'avis motivé du Comité départemental de coordination.

Devront être exclues sans réserve de toutes attributions de subventions les institutions qui refuseraient de se plier aux règles d'action arrêtées par le Comité de coordination.

Ces règles viseront bien entendu, tout d'abord, l'incorporation de l'œuvre subventionnée dans le plan général de protection sanitaire et sociale arrêté pour le département. Elles comporteront ensuite certaines garanties techniques élémentaires en ce qui concerne la qualité du personnel occupé et des collaborateurs actifs : l'obligation, par exemple, d'écarter des centres de soins, de prophylaxie et de service social, toute infirmières ou assistante ne justifiant pas du diplôme d'Etat. Cette condition, rigoureuse pour l'avenir, ne mettra pas obstacle à ce que soient sauvegardées les situations de fait antérieures au 1er octobre 1936, sous réserve que, sous chaque espèce, une autorisation spéciale soit accordée par le ministre de la Santé publique, après avis du Comité de coordination.

Enfin, il va sans dire que ne sauraient bénéficier de concours publics que les organismes exerçant leur action avec la neutralité politique et religieuse la plus rigoureuse.

S'il est bien entendu qu'aucune considération tenant à l'opinion, à la qualité politique ou aux conceptions philosophiques des personnalités susceptibles d'apporter un concours utile à la croisade sanitaire ne saurait, en aucun cas, être envisagée, il serait par contre intolérable que les subventions publiques alimentent indirectement une action de propagande politique ou électorale, comme de prosélytisme confessionnel.

Le Gouvernement républicain attache le plus grand prix à ce que le maximum de libéralisme et de tolérance domine le choix des personnes, dans un domaine où tous les gens de cœur peuvent agir avec un objectif commun ; mais il insiste très vivement pour qu'aucune institution bénéficiant de concours ou patronages publics ne manque à la règle de neutralité rigoureuse qui s'impose à tous vis-à-vis des esprits affaiblis par la maladie ou affectés par la misère.

Nous vous invitons à exercer à cet égard la mission de contrôle qui vous est déléguée avec vigilance et fermeté et à rappeler aux institutions intéressées la nécessité de surveiller à cet égard l'attitude de leurs collaborateurs.

En ce qui concerne l'importance de concours publics, aucune règle absolue ne peut évidemment être posée. On ne saurait notamment établir des barèmes fallacieux, calculant la subvention d'après l'importance du budget total des institutions ou des cotisations privées dont bénéficient les organismes.

Certaines activités sont susceptibles de créer des recettes ; dans d'autres cas, au contraire, les ressources sont limitées aux souscriptions particulières, aux subventions publiques. L'intérêt d'une institution ne peut, *a priori*, être mesuré à l'importance de ses dépenses. La valeur technique, scientifique d'une collaboration peut compenser son absence d'effort financier.

Mais il est de toute évidence qu'il n'y a lieu de n'accorder de support public à une institution privée que dans la mesure où la mission qu'elle remplit ne serait pas aussi favorablement accomplie ou à des conditions plus onéreuses par service public.

Si l'organisme privé est exclusivement ou quasi exclusivement alimenté par des subventions publiques, s'il n'apporte par ailleurs aucun concours matériel ou technique de qualité, il n'a pas de raison d'être et doit, quelles que soient les influences qu'il peut promouvoir, être rigoureusement écarté.

Une fois son avis émis, le Comité de coordination devra surveiller le sort fait à la demande de subvention et établir un fichier enregistrant les avantages de toute nature attribués aux œuvres par les collectivités.

Le double de ces renseignements étant transmis aux services du ministère de la Santé publique ceux-ci auront la possibilité d'établir une sorte de casier central des subventions permettant d'éviter au maximum des abus scandaleux et maintes fois dénoncés. J'ajoute que nous sommes disposés à faire la plus large con-

fiance aux autorités locales pour la détermination des subventions de l'Etat.

Sauf des circonstances exceptionnelles, celles-ci dans notre esprit, devraient exclusivement comporter une participation — qui, au lieu d'avoir un caractère arbitraire pourrait être réglementée — aux dépenses engagées par les communes et les départements, soit directement, soit par l'intermédiaire d'institutions qu'ils sont seuls qualifiés pour agréer, à l'application des mesures envisagées dans le programme arrêté au sein du Comité de coordination.

Le contrôle exercé directement par les intéressés eux-mêmes aurait le maximum d'efficacité ; il serait renforcé par celui des inspecteurs départementaux d'hygiène et des fonctionnaires sédentaires ou actifs de l'administration centrale.

IV. — *Décentralisation du Comité de coordination*

Dans la plupart des départements l'importance de la population et la superficie, les développements des centres particuliers, des institutions d'hygiène et de protection sanitaire, seront de nature à amener le Comité de coordination, à décentraliser son action et à l'appuyer sur des organismes locaux de secteurs ou de communes dont la composition aura le même caractère que la sienne propre et qui lui serviront de correspondants.

Il va sans dire que ces groupements de secteurs locaux devront être représentés au sein du Comité départemental, soit que certains de leurs membres prépondérants y figurent déjà, soit qu'ils y soient adjoints à titre consultatif. La présidence en tout cas devra plus naturellement dans le cas où l'organisme aura un caractère communal, être assurée par le maire ou son délégué, et si le secteur s'étend à l'arrondissement, il serait opportun que le sous-préfet sous votre autorité, en prenne la direction.

La liaison directe entre les Comités locaux et le Centre départemental serait assurée avec le maximum d'efficacité, si le secrétariat de chacun de ces organismes décentralisés pouvait être dirigé par l'inspecteur départemental d'hygiène ou son délégué, qui, dans les communes importantes notamment, pourra être l'agent administratif ou le directeur du bureau municipal d'hygiène.

Pour éviter une confusion de titres entre l'organisme départemental et ses groupements locaux, j'aimerais qu'il soit dénommé « Comité de coordination du centre de santé », étant entendu sous ce nom l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné que ces organismes, comme cela serait souhaitable, soient groupés, dans le même immeuble ou qu'ils fonctionnent, comme c'est le plus souvent le cas, dans des locaux distincts.

Les « Comités de coordination du centre de santé » ainsi constitués, pourront jouer un rôle extrêmement important, particulièrement en ce qui concerne la coordination du Service social, en vue de mettre fin aux multiples et fâcheux aspects qu'il peut présenter à l'heure actuelle, grouper les éléments qui participent pour assurer la polyvalence suivant les principes que nous avons exposés ci-dessus, et éventuellement prendre sous leur direction la création du Service social polyvalent rentrant dans le cadre de celui que le Comité départemental de coordination peut être appelé à envisager sur l'ensemble du territoire.

V. — *Elaboration d'un rapport annuel.*

Enfin, nous tenons essentiellement à ce que l'effort sanitaire et social poursuivi dans chaque département en liaison avec le plan national, soit régulièrement suivi par l'Administration centrale.

C'est pourquoi je vous demanderai de vouloir bien m'adresser en temps utile, pour qu'il soit déposé au Conseil général avant la session d'avril, un exposé du Comité de coordination, établi suivant un plan qui vous sera adressé ultérieurement.

Vous voudrez bien en même temps formuler votre point de vue sur le programme dont vous entendez saisir l'assemblée départementale à sa session budgétaire.

Chaque année, ultérieurement, le Comité de coordination établira sur son activité au cours de l'année précédente, les institutions créées, exploitées et développées, les constatations de la statistique sanitaire du département, un rapport d'ensemble dont les conclusions devront servir de base à l'élaboration des propositions que vous aurez à formuler à l'Assemblée départementale.

La concentration des renseignements fournis par l'ensemble des rapports départementaux permettra aux services centraux d'envisager les réformes et améliorations administratives et techniques à apporter aux institutions, ainsi que les mesures à solliciter, s'il y a lieu, au Parlement.

Tous les membres de l'Administration préfectorale sont trop pénétrés de l'importance croissante que prennent dans notre pays les mesures de prophylaxie, de protection sanitaire des enfants et des adultes, de renforcement de la natalité en nombre et en quantité, pour ne pas apporter à l'application des présentes instructions, toute la vigilance qu'elles exigent.

Nous comptons sur eux pour une collaboration sans réserve à un effort essentiel de salut national.

Suzanne LACORRE. Henri SELLIER.

(*J. O.*, 3 octobre 1936.)

II

Décret du 26 avril 1936 instituant en Algérie un règlement sanitaire départemental

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 5 août 1908 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 1er. — Dans tous les départements le préfet est tenu, afin de protéger la santé publique, d'établir un règlement sanitaire applicable à toutes les communes du département.

Ce règlement est établi sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Il détermine :

1° Les précautions à prendre par l'autorité municipale, notamment en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 et de la législation spéciale aux communes mixtes et indigènes pour prévenir et faire cesser les maladies transmissibles et spécialement les mesures propres à assurer la protection des denrées alimentaires mises en vente, la désinfection ou la destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leur dépendance, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et autres agglomérations, quelle qu'en soit la nature ;

3° Les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable et à la surveillance des puits, à l'évacuation des matières usées et aux conditions auxquelles doivent satisfaire les fosses d'aisance.

Les dispositions du paragraphe précédent ne font pas obstacle au droit de l'autorité municipale de prendre, après avis du Conseil municipal ou de la Commission municipale, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions particulières qu'elle jugera utile dans sa commune en vue d'assurer la protection de la Santé publique.

Les règlements sanitaires pris ou à prendre par l'autorité municipale en exécution de l'article 1er du décret du 5 août 1908, resteront provisoirement en vigueur jusqu'à la publication du règlement sanitaire départemental.

Art. 2. — L'article 10 du décret du 5 août 1908 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 10. — Dans les communes où un bureau d'hygiène aura été institué conformément à l'article 18 du décret du 5 août 1908, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire, sur avis motivé du médecin inspecteur d'hygiène constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 1er du présent décret sont observées.

A défaut par le maire de statuer dans le délai de vingt jours à partir du dépôt à la mairie de la demande de construire, dont il sera délivré récépissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux.

L'autorisation de construire peut être donnée par le préfet en cas de refus du maire.

Si l'autorisation n'a pas été demandée ou si les prescrptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées, il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant. Les immeubles destinés à l'habitation ne pourront être occupés, leur construction achevée, qu'après délivrance du permis d'habiter accordé par le maire sur le rapport du service sanitaire, constatant que les prescriptions du règlement sanitaire ont bien été observées.

Ce permis doit être délivré dans un délai de vingt et un jours à partir du dépôt à la mairie du procès-verbal attestant que les travaux sont terminés. A défaut par le maire de statuer dans ce délai, le permis est réputé accordé. S'il est constaté que la construction n'est pas conforme aux plans et documents sur le vu desquels a été délivré le permis de construire et qu'elle ne répond plus aux prescriptions du règlement sanitaire, l'interdiction d'habiter sera prononcée d'office et le titulaire du permis de construire sera passible des sanctions prévues à l'article 2 du présent décret.

Art. 3. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Journal officiel* de l'Algérie.

(*J. O.*, 30 avril 1936).

Hôpitaux

Circulaire relative au choix et à la rémunération des médecins des hôpitaux et des hospices

Paris, le 28 septembre 1936

Le Ministre de la Santé publique
à MM. les Préfets,

J'ai l'honneur d'appeler de façon toute particulière votre attention sur la décision en date du 21 février 1936 par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux (affaire société « Les Armateurs français » c/Dr Dufour), a déclaré illégale une délibération de la Commission administrative des hospices de La Rochelle autorisant le Corps hospitalier à réclamer directement des honoraires aux malades payants.

Prenant en considération le caractère d'établissement public des hôpitaux et hospices et, par suite, la qualité spéciale des médecins qui y sont attachés, le Conseil d'Etat a estimé que l'entente directe ne saurait être tolérée entre les praticiens et les malades usagers d'un service public, quels que soient le titre auquel les malades y sont admis et le montant du prix de journée perçu.

Je vous serais obligé de vouloir bien notifier cette décision aux Commissions administratives des hôpitaux et hospices de votre département et de les inviter expressément à se reporter au règlement modèle des hôpitaux et hospices qui a fait l'objet de la circulaire du 31 mars 1926, en leur suggérant de s'en inspirer pour fixer immédiatement, d'une part, les tarifs de remboursement des malades payants et, d'autre part, le mode de rémunération des médecins.

Cette façon de procéder n'est d'ailleurs pas incompatible avec la conception du libre choix et je considère que, dans toute la mesure du possible et partout où les circonstances matérielles le permettront, le principe de la liberté du malade de choisir son médecin doit être respecté, ce choix pouvant éventuellement être limité à une liste de praticiens offrant les garanties techniques et morales désirables, établie par la Commission administrative, avec la collaboration éventuelle des Syndicats médicaux.

Cette façon de procéder me paraît également devoir obligatoirement s'imposer aux hospices, cliniques ou maisons de santé édifiés avec le concours financier de l'Etat, des départements et des communes.

Il ne saurait en effet être admis, comme cela s'est produit en certaines circonstances, que de véritables cliniques privées soient édifiées avec des fonds publics.

J'estime, en conséquence que, dans tous les hôpitaux, hospices, sanatoriums, établissements de cure, créés par des Sociétés ou Associations d'utilité publique dont le premier établissement a été subventionné par l'Etat ou couvert par des avances fournies par l'Etat, les communes, les départements, ou garanti par eux, deux méthodes d'exploitation seulement sont à envisager.

Les malades peuvent y être reçus au prix de journée, les soins médicaux et produits pharmaceutiques, les actes médicaux et chirurgicaux constituant une sorte de forfait compris dans le prix de journée.

Il est alors loisible à l'établissement de limiter les interventions médicales ou chirurgicales au seul personnel qui lui est attaché.

Si, au contraire, les actes médicaux, chirurgicaux et certains soins spéciaux comportent une rémunération à l'acte médical, les rapports financiers directs entre les praticiens et les malades doivent être rigoureusement interdits.

Conformément à la décision du Conseil d'Etat, la rémunération des actes médicaux doit être assurée par l'établissement, suivant des tarifs dressés par la Commission administrative, après avis, s'il y a lieu, des Syndicats médicaux, compte tenu, dans la plus large mesure, des tarifs similaires appliqués pour les Assurances sociales ; mais il ne peut alors être question d'un monopole accordé à un très petit nombre de chirurgiens ou de médecins attachés à l'établissement.

Si la liberté totale ne peut être laissée aux malades d'introduire dans l'hôpital tel ou tel praticien qui ne présenterait pas de garanties suffisantes, il est indispensable que ce choix puisse se porter sur une liste suffisamment étendue, dressée, elle aussi, après consultation des Syndicats médicaux et dont le caractère soit tel que, comme je l'ai indiqué ci-dessus, un établissement construit avec des fonds publics ne puisse être exposé aux reproches d'avoir pour objectif la sauvegarde de certains intérêts particuliers.

Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire et me tenir au courant des mesures qui auront été prises à ce sujet dans les établissements de votre département.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 3 octobre 1936).

Exercice de la médecine aux Colonies

Décret du 2 mai 1936 modifiant le décret du 22 décembre 1916 portant réglementation de la médecine indigène et de la profession de sage-femme à Madagascar

Art. 1er. — En dehors des exceptions prévues à l'article 2 du présent décret, les médecins diplômés de l'école de médecine de Tananarive ne peuvent donner leurs soins qu'à la population malgache.

Art. 2. — Dans les localités où n'exerce ni docteur en médecine diplômé d'Etat, ni médecin pourvu du diplôme d'Université, les médecins diplômés de l'Ecole de médecine de Tananarive sont autorisés à donner des soins médicaux et obstétricaux aux Européens et assimilés. Le Gouverneur général peut, toutefois prononcer le retrait de cette autorisation par mesure individuelle prise sur la proposition du directeur des Services sanitaires.

En cas d'urgence, les médecins de l'Ecole de médecine de Tananarive donnent leurs soins aux malades de toute origine et en quelque lieu que ce soit.

Art. 3. — Les médecins diplômés de l'Ecole de médecine de Tananarive ne sont en aucun cas autorisés à pratiquer des interventions chirurgicales autres que les opérations de petite chirurgie dont la liste sera établie par arrêté du Gouverneur général.

Art. 4. — Ils n'ont pas qualité pour servir d'expert devant les Tribunaux ou pratiquer des examens médico-légaux. Toutefois, en cas d'urgence et à défaut d'un docteur en médecine d'Etat patenté ou fonctionnaire, ils peuvent être requis par les autorités administratives ou judiciaires pour procéder à des constatations médico-légales. Ils transmettent obligatoirement leur rapport au médecin inspecteur de la circonscription médicale qui le fera parvenir, après avoir apostillé et annoté, à l'autorité judiciaire compétente.

Exceptionnellement, leurs constatations peuvent être directement produites comme élément d'appréciation devant les Tribunaux indigènes des premier et deuxième degrés.

Art. 5. — A titre transitoire, les médecins titulaires du diplôme de docteur en médecine d'Université établis à Madagascar antérieurement à la promulagtion du présent décret conservent dans la localité où ils exercent, la Faculté de poursuivre la clientèle parmi les Européens et assimilés.

Art. 6. —L'article 3 du décret du 22 décembre 1916, complété par le décret du 5 décembre 1933, est remplacé par les dispositions suivantes : « Les médecins et sages-femmes sortant de l'Ecole de médecine de Tananarive n'ont la faculté de s'installer comme praticiens libres qu'après cinq ans de service dans l'A. M. I. Ils peuvent, toutefois, bénéficier d'une réduction de ce délai par décision du Gouverneur général compte tenu d'une part de la situation des effectifs des cadres de l'A. M. I. et des nécessités du service, d'autre part de la valeur professionnelle et morale des intéressés ainsi que des besoins des localités où ils ont l'intention d'exercer. »

Art. 7. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 8.— Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

(*J. O.*, 9 mai 1936).

Décret du 13 mars 1936 portant addendum au décret du 18 janvier 1936 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux Colonies

Art. 1er. — Les dispositions du décret du 18 janvier 1936 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux colonies ne sont pas applicables dans les territoires placés sous mandat français du Togo et du Cameroun.

Art. 2. — Dans ces pays, l'exercice de la médecine et de l'art dentaire par des médecins ou des chirurgiens-dentistes étrangers, munis de diplômes français ou étrangers, est subordonné à une autorisation accordée par arrêté du commissaire de la République sous réserve de l'approbation du ministre des Colonies dans un délai de six mois.

Art. 3. — Le décret du 29 mars 1934 modifiant le décret du 23 juillet 1933 relatif à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire aux colonies est abrogé.

Art. 4.— Le ministre des Colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des Colonies. (*J. O.*, 10 avril 1936.)

L'aéronautique civile

EXAMEN MÉDICAL

Arrêté du 16 mars 1936 relatif à l'examen médical du personnel navigant de l'aéronautique civile

Art. 1er. — L'instruction relative à l'examen médical du personnel navigant de l'aéronautique civile en date du 10 février 1926, l'arrêté du 9 août 1932 relatif à l'examen médical des candidats au brevet de pilote de tourisme et le dernier alinéa des instructions du 26 mars 1935 relatives à la délivrance des brevets de pilote de transport public et de tourisme sont abrogés.

Les candidats aux brevets et licence du personnel navigant de l'aéronautique civile et les titulaires de ces brevets sont soumis aux règles de l'annexe E (section IV) de la convention internationale du 13 octobre 1919 portant réglementation de la navigation aérienne, actuellement en vigueur et reproduites dans l'annexe du présent arrêté. Ils seront également soumis aux modifications ultérieures adoptées par la Commission internationale de la navigation aérienne. Ces modifications ainsi que leur date d'entrée en vigueur seront portées à la connaissance des intéressés par un avis inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin de la navigation aérienne.*

Art. 2. — Tout candidat qui doit suivre un enseignement pratique en vol en vue de recevoir un brevet de pilote de transport public ou de tourisme doit passer un examen médical pour être reconnu apte à suivre son entraînement dans une école.

Il sera soumis aux conditions correspondant à la nature du brevet dont il se propose de solliciter l'obtention.

Art. 3. — L'examen médical prévu pour les candidats aux brevets et licence de pilote de transport public, de navigateur aérien, de pilote de dirigeable et de mécanicien d'aéronef affectés aux transports publics et pour les titulaires de ces brevets et licences est passé devant les centres médicaux d'examen et d'études organisés par le décret du 27 février 1935.

Art. 4. — L'examen initial prévu pour la délivrance du brevet de pilote de tourisme est passé devant les centres médicaux d'examens et d'études organisés par le décret du 27 février 1935 devant les médecins experts des centres spéciaux de réforme du ministère des pensions ou devant les centres médicaux réduits autorisés par décision ministérielle pour les visites initiales et de renouvellement des pilotes de tourisme.

Art. 5. — L'examen périodique obligatoire pour le renouvellement des licences prévu par l'instruction relative à la délivrance et au renouvellement des brevets de pilote de tourisme peut être passé devant les médecins désignés à l'article 4, ou devant des médecins choisis par les titulaires des brevets porteurs du duplicata de leur dossier médical initial. Toutefois, le certificat qui doit être délivré à l'issue des examens suivants les dispositions de l'article 8 du présent arrêté et qui doit être produit au moment du renouvellement de la licence ne peut être établi que par les médecins désignés à l'article 4.

Art. 6. — Pour les membres du personnel navigant de l'aéronautique militaire appartenant à l'active (ou aux réserves lorsqu'ils s'entraînent régulièrement) candidats au brevet de pilote de tourisme, l'examen médical initial pourra être remplacé par un examen analogue à l'examen périodique prévu pour le renouvellement de la licence. La première visite devra être passée devant les centres médicaux de l'aéronautique civile. Elle pourra également, de même les visites de renouvellement, être passée devant les médecins-chefs des formations militaires.

Art. 7. — Les autorités médicales visées au articles 3 et 4 ne doivent donner aucun renseignement, sauf à l'intéressé, sur les détails de l'examen, mais seulement en indiquer le résultat par les mentions : « apte », « ajourné », « inapte ».

Art. 8. — Le résultat de l'examen médical passé devant les Commissions ou devant les médecins désignés aux articles 3 et 4 ou établi sur l'avis de médecins particuliers, dans les conditions fixées à l'article 5, et qui devra être produit pour obtenir la licence ou la faire renouveler sera établi suivant le modèle ci-après (type A) :

CENTRE D'EXAMEN MÉDICAL
de l'aéronautique civile

Valable jusqu'au..........

CERTIFICAT DE VISITE
(type A)

Je soussigné docteur..........................
certifie que M. (1)..........................
né à ...., le ....

(1) Noms et prénoms.

domicilié à ...., a subi les épreuves de l'examen d'aptitude physique et qu'il a été reconnu (1) .... à servir dans le personnel navigant comme (barrer les mentions inutiles) :

Pilote de tourisme.
Pilote de transport public.
Pilote de dirigeable de 2e ou 3e classe.
Pilote de dirigeable de 1re classe.
Navigateur.
Mécanicien d'aéronef.

(Signature).

NOTA. — Les brevets et licences ne pourront être délivrés ou renouvelés que sur production du présent certificat ou des certificats délivrés par les médecins des formations militaires dans les conditions fixées à l'article 6.

Lorsque l'examen médical prévu pour le renouvellement des licences du personnel chargé de la conduite des aéronefs civils utilisés pour le tourisme sera passé devant des médecins, autres que ceux désignés à l'article 4, il sera établi un certificat conforme au modèle ci-après (type B).

Sur le vu de ce certificat et dans les conditions fixées à l'article 2, 2e alinéa, la commission médicale établira un certificat du type A qui est seul valable pour obtenir le renouvellement de la licence.

CERTIFICAT DE VISITE
(Type B)

Je soussigné docteur......................., habitant à......................., certifie avoir examiné ce jour M. (nom et prénoms) ...., titulaire du brevet de ...., n°........, demeurant à................., et constaté que ses conditions physiques sont conformes aux indications du livret médical ci-joint, sur lequel figure le résultat des examens médicaux passés à ...., le ...., devant la Commission désignée par M. le ministre de l'Air

A................, le ....

(Signature).

Observations particulières du médecin :

Nota. — Le présent certificat doit être envoyé au centre d'examen médical de l'aéronautique civile, qui délivrera en échange un certificat du type A.

(1) Apte, inapte, ajourné.

ANNEXE

Convention internationale du 13 octobre 1919

ANNEXE E

Section IV § 8

Conditions médicales exigées pour la licence de pilote d'aérodyne de tourisme (aérodyne muni d'un organe motopropulseur).

L'examen médical portera sur les conditions suivantes d'aptitude physique et mentale :

a) Les antécédents héréditaires et personnels et, en particulier, l'équilibre du système nerveux, renseignements qui feront l'objet d'une déclaration du candidat signée de lui et reconnue suffisante par le médecin examinateur ;

b) Examen chirurgical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune blessure ni lésion, n'avoir subi aucune opération, ne présenter aucune anomalie congénitale ou acquise qui puissent être un obstacle à la sécurité de la manœuvre, dans les conditions ordinaires, d'un aérodyne de tourisme.

La palpation de l'abdomen et des viscères abdominaux, en particulier des régions pylorique, vésiculaire, duodénale et appendiculaire, ne devra révéler aucune tuméfaction, ni douleur nette sans être complétée par un examen radioscopique et radiographique.

Toute lésion anatomique d'une partie quelconque du tube digestif dans ses parois, tout rétrécissement dans son calibre, tous calculs et corps étrangers, toute lésion péritonéale constatés par les examens cliniques ou de laboratoire, seront éliminatoires. Exception pourra être faite pour les rétrécissements spasmodiques non accompagnés d'autres troubles et pour les ptoses compensées par une bonne musculature abdominale.

Tout candidat ayant subi une intervention chirurgicale sur les voies biliaires ou le tube digestif, sauf l'appendice, comportant une ablation totale ou partielle, ou une dérivation d'un de ces organes, sera déclaré inapte, à moins qu'une période de deux ans ne se soit écoulée depuis l'intervention chirurgicale et que les suites opératoires ne paraissent plus susceptibles de déterminer une incapacité subite en vol, ou qu'une attestation délivrée par un chirurgien ayant connaissance de la nature de l'affection qui a nécessité l'intervention, ne certifie qu'aucune suite immédiate ni future n'est à craindre.

Les affections du foie (y compris celles des voies biliaires) et du pancréas seront, dans les cas où on le jugera nécessaire, vérifiées par les examens de laboratoire, en particulier par la radiographie ainsi que par un examen du

sang et des urines et elles ne seront éliminatoires que si elles correspondent à l'existence d'un calcul, d'une tumeur ou d'une lésion entraînant un mauvais fonctionnement persistant de ces organes ;

c) Examen médical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune maladie ou affection capable de le rendre soudainement impropre à la conduite d'un aéronef. Il doit posséder un cœur, des poumons et un système nerveux en état de supporter les effets de l'altitude. Il doit être exempt d'affections rénales, ne doit présenter aucun signe clinique de syphilis, ni être atteint de lésion cardiaque.

d) Examen des yeux : le candidat devra présenter, au besoin avec verres correcteurs, une acuité visuelle égale au moins à 80 p. 100 de l'acuité visuelle normale pour chaque œil pris isolément ou 90 p. 100 pour un œil et 70 p. 100 pour l'autre, l'acuité visuelle étant mesurée au moyen de caractères d'imprimerie standardisés puissamment éclairés, mais de façon telle que la lumière n'éblouisse pas les yeux du sujet examiné. La vision binoculaire, la motilité oculaire, le champ visuel de chaque œil et la perception des couleurs doivent être normaux.

En ce qui concerne la perception des couleurs, un candidat atteint de daltonisme pourra cependant être admis, à condition que sa licence ne soit rendue valable que pour le vol de jour, c'est-à-dire entre le lever et le coucher du soleil ;

e) Examen des oreilles : l'oreille moyenne doit être normale. Le candidat doit posséder une acuité auditive correspondant au moins à la perception de la voix chuchotée à un mètre. L'appareil vestibulaire doit être intact et non hyperexcitable. Il doit y avoir égalité des deux côtés ;

f) Examen du nez, de la gorge et de la bouche : le candidat doit avoir une perméabilité tubaire totale des deux côtés.

Paragraphe 9

Conditions médicales exigées pour la licence de pilote d'aérodyne de transport public ou de travail aérien (aérodyne muni d'un organe motopropulseur).

1° Le candidat devra satisfaire aux conditions générales suivantes :

Le candidat devra avoir l'utilisation fonctionnelle intégrale de ses quatre membres, ne pas être privé de l'usage complet d'un œil, n'être atteint d'aucune affection ou infection médicale ou chirurgicale aiguë ou chronique, en évolution, ne présenter aucune mutilation ni blessure entraînant un degré d'incapacité fonctionnelle qui puisse être un obstacle à la sécurité de manœuvre d'un aérodyne, à toute altitude, même en cas de vol prolongé ou difficile, n'être porteur d'aucune hernie, n'être atteint d'aucune lésion sensorielle apparente, n'être notoirement sujet à aucune manifestation morbide psychique ou nerveuse ;

2° L'examen médical portera en plus sur les conditions suivantes d'aptitude physique et mentale :

a) Le candidat sera interrogé sur ses antécédents héréditaires et personnels ;

b) Examen du système nerveux. — L'examen du système nerveux du candidat comportera un interrogatoire très approfondi sur ses antécédents héréditaires, familiaux, et personnels. Les renseignements obtenus feront l'objet d'une déclaration écrite et signée par le acndidat et accompagnée, si possible, d'une attestation relative surtout aux pertes de connaissance, aux absences et aux convulsions de toute sorte et délivrée par le médecin habituel du candidat ou une personne digne de foi et le connaissant depuis longtemps. Cette déclanation et cette attestation devront être reconrues suffisantes par le médecin examinateur.

Le candidat ne devra présenter ni trouble mental ou trophique, ni tremblement pathologique, ni laisser présumer une épilepsie latente. La motilité, la sensibilité, les réflexes tendineux, cutanés et pupillaires, la coordination des mouvements et les fonctions cérébelleuses devront être normaux ; une exception pourra être faite pour les troubles périphériques localisés de la sensibilité dus à la section accidentelle d'un rameau nerveux.

Les fractures ayant intéressé la table interne de la boîte cranienne, même sans troubles apparents, entraîneront une inaptitude provisoire de deux ans à dater de l'époque de la fracture.

Toute présomption de syphilis nerveuse sera éliminatoire, à moins que cette présomption soit reconnue mal fondé à la suite d'un examen du sang et d'un examen du liquide céphalo-rachidien faits avec l'assentiment du candidat.

c) Examen chirurgical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune blessure ni lésion, n'avoir subi aucune opération, ne présenter aucune anomalie congénitale ou acquise qui puissent être un obstacle à la sécurité de manœuvre d'un aérodyne à toute altitude, même en cas de vol prolongé ou difficile.

La palpation de l'abdomen et des viscères abdominaux, en particulier des régions pylorique, vésiculaire, duodénale et appendiculaire, ne devra révéler aucune tuméfaction ni douleur nette sans être complétée par un examen radioscopique et radiographique.

Toute lésion anatomique d'une partie quelconque du tube digestif dans ses parois, tout

rétrécissement dans son calibre, tous calculs et corps étrangers, toute lésion péritonéale, constatés par les examens cliniques ou de laboratoires, seront éliminatoires. Exception pourra être faite pour les rétrécissements spasmodiques non accompagnés d'autres troubles et pour les ptoses compensées par une bonne musculature abdominale.

Tout candidat ayant subi une intervention chirurgicale sur les voies biliaires ou le tube digestif, sauf l'appendice, comportant une ablation totale ou partielle ou une dérivation d'un de ces organes, sera déclaré inapte, à moins qu'une période de deux ans ne soit écoulée depuis l'intervention chirurgicale et que les suites opératoires ne paraissent plus susceptibles de déterminer une incapacité subite en vol, ou qu'une attestation délivrée par un chirurgien ayant connaissance de la nature de l'affection, ne certifie qu'aucune suite immédiate ni future n'est à craindre.

Les affections du foie (y compris celles des voies biliaires) et du pancréas seront, dans les cas où on le jugera nécessaire, vérifiées par les examens de laboratoire, en particulier par la radiographie ainsi que par un examen du sang et des urines et elles ne seront éliminatoires que si elles correspondent à l'existence d'un calcul, d'une tumeur ou d'une lésion entraînant un mauvais fonctionnement persistant de ces organes.

d) Examen médical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune maladie ou affection capable de le rendre soudainement impropre à la conduite d'un aéronef. Sa force musculaire doit être suffisante pour manœuvrer les types d'aérodynes qu'il aura à piloter ou les appareils dont il devra se servir.

Il ne doit être porteur d'aucun anévrisme des gros troncs artériels ni être atteint de lésion cardiaque même bien compensée ; le cœur doit être intact, son fonctionnement doit être normal et seules l'arythmie respiratoire, la tachycardie émotive ou d'effort, et la bradycardie totale non accompagnée de dissociation aurico-ventriculaire seront tolérées.

Le candidat ne doit souffrir d'aucune affection aiguë des poumons, ne présenter aucune lésion cicatricielle des poumons, n'être atteint ni de tuberculose pouvant être révélée par les procédés cliniques habituels ni d'adénopathie trachéo-bronchique, ni d'emphysème pulmonaire même léger.

Toutefois, lors de la constatation du maintien de l'aptitude du pilote, l'emphysème pulmonaire deviendra seulement éliminatoire lorsque la capacité pulmonaire tombera au-dessous de 3 litres et demi au repos après une expiration et une inspiration forcées et lorsque la durée de la suspension respiratoire tombera au repos au-dessous de 50 secondes ou seulement de 40 secondes si le candidat est d'une taille inférieure à un mètre soixante-cinq ou s'il est du sexe féminin.

En outre, chaque examen comportera une fiche de radioscopie dans les cas cliniques douteux.

Lorsque l'examen de la rate et des zones ganglionnaires décélera une hypertrophie de ces organes, le candidat sera déclaré inapte, à moins qu'un examen hématologique n'ait démontré qu'il ne s'agit pas d'une affection primitive des organes hématopoïétiques. L'hémoglobinurie, l'hémophilie et les purpuras entraîneront également l'inaptitude, à moins qu'un examen hématologique montre qu'il ne s'agit que de troubles passagers.

Le candidat ne doit présenter aucun signe d'affection organique des reins, ceux-ci doivent être indolores à la palpation et d'un volume normal. La ptose rénale sera éliminatoire ; toutefois, pour le maintien de l'aptitude, cette règle n'aura pas d'effet si la ptose rénale n'entraîne pas de troubles fonctionnels. Les urines ne doivent contenir aucun élément pathologique. Les affections des voies urinaires et des organes génitaux, même la blennorrhagie, pourront entraîner une inaptitude temporaire ou définitive, une exception pouvant être faite en ce qui concerne le maintien de l'aptitude dans le cas de l'orchi-épididymite tuberculeuse dans la forme bénigne ou localisée.

Les candidats du sexe féminin devront présenter un utérus et des annexes normaux. Les cas dans lesquels une intervention chirurgicale aura lieu seront considérés individuellement. Toute présomption de grossesse sera éliminatoire. Après accouchement ou avortement, la titulaire d'une licence ne pourra reprendre son service aérien qu'après avoir subi un nouvel examen médical.

Le candidat ne doit présenter aucun signe clinique de syphilis.

La dysenterie sera considérée comme une affection aiguë ; toutefois, la présomption d'affection dysentérique sera éliminatoire, à moins que le médecin examinateur n'estime que les phénomènes cliniques ont disparu.

e) Examen des yeux. — Le candidat doit posséder un degré d'acuité visuelle compatible avec les nécessités de ses fonctions. La vision binoculaire, la motilité oculaire, le champ visuel de chaque œil et la perception des couleurs doivent être normaux.

Il devra présenter, sans verres correcteurs, une acuité visuelle égale à au moins 80 p. 100 de l'acuité visuelle normale pour chaque œil pris isolément ou 90 p. 100 pour un œil et 70 p. 100 pour l'autre, l'acuité visuelle étant mesurée au moyen de caractères d'imprimerie

standardisés puissamment éclairés, mais de façon telle que la lumière n'éblouisse pas les yeux du sujet examiné.

f) Examen des oreilles. — L'oreille moyenne doit être normale. Le candidat doit posséder une acuité auditive correspondant au moins à la perception normale de 64 vibrations à la seconde, de 256 vibrations à la seconde, de 4.086 vibrations à la seconde, les branches des diapasons étant tenues perpendiculairement au sol, à un centimètre du conduit auditif. L'appareil vestibulaire doit être intact et non hyperexcitable ; il doit y avoir égalité des deux côtés.

g) Examen du nez, de la gorge et de la bouche. — Le candidat doit avoir une perméabilité nasale et une perméabilité tubaire totales, des deux côtés, et n'être atteint d'aucune affection sérieuse, aiguë ou chronique, de la cavité buccale ou des voies respiratoires supérieures.

Paragraphe 10.

Conditions médicales exigées pour la licence de pilote de ballon libre.

L'examen médical sera analogue, en principe, à celui qui est prescrit pour les pilotes d'aérodyne de tourisme (aérodynes munis d'un organe motopropulseur).

Toutefois, on insistera spécialement sur la perception normale des couleurs.

Paragraphe 11.

Conditions médicales exigées pour la licence de pilote de dirigeable de 3e classe.

L'examen médical sera analogue à celui qui est prescrit pour les pilotes d'aérodynes de transport public ou de travail aérien (aérodynes munis d'un organe motopropulseur).

Paragraphe 12.

Conditions médicales exigées pour la licence de pilote de dirigeable de 2e classe.

L'examen médical sera analogue à celui qui est prescrit pour les pilotes d'aérodynes de transport public ou de travail aérien (aérodynes munis d'un organe motopropulseur).

Paragraphe 13.

Conditions médicales exigées pour la licence de pilote de dirigeable de 1re classe.

L'examen médical sera analogue, en principe, à celui qui est prescrit pour les pilotes d'aérodynes de tourisme (aérodynes munis d'un organe motopropulseur).

Toutefois, on insistera spécialement sur la perception normale des couleurs.

Si le candidat satisfait encore aux conditions médicales exigées pour la licence de pilote de dirigeable de deuxième ou de troisième classe, mention pourra sur sa demande en être faite sur sa licence.

Paragraphe 14.

Conditions médicales exigées pour les licences de navigateur de 2e classe et de 1re classe.

L'examen médical portera sur les conditions suivantes d'aptitude physique et mentale :

a) Les antécédents héréditaires et personnels et, en particulier, l'équilibre du système nerveux, renseignements qui feront l'objet d'une déclaration du candidat signée de lui et reconnue suffisante par le médecin examinateur.

b) Examen chirurgical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune blessure ni lésion, n'avoir subi aucune opération, ne présenter aucune anomalie congénitale ou acquise qui puissent le gêner dans l'exercice de ses fonctions.

La palpation de l'abdomen et des viscères abdominaux, en particulier des régions pylorique, vésiculaire, duodénale et appendiculaire, ne devra révéler aucune tuméfaction ni douleur nette sans être complétée par un examen radioscopique ou radiographique.

Toute lésion anatomique d'une partie quelconque du tube digestif dans ses parois, tout rétrécissement, dans son calibre, tous calculs et corps étrangers, toute lésion péritonéale, constatés par les examens cliniques ou de laboratoire, seront éliminatoires. Exception pourra être faite pour les rétrécissements spasmodiques non accompagnés d'autres troubles et pour les ptoses compensées par une bonne musculature abdominale.

Tout candidat ayant subi une intervention chirurgicale sur les voies biliaires ou le tube digestif, sauf l'appendice, comportant une ablation totale ou partielle, ou une dérivation d'un de ces organes, sera déclaré inapte, à moins qu'une période de deux ans ne se soit écoulée depuis l'intervention chirurgicale et que les suites opératoires ne paraissent plus susceptibles de déterminer une incapacité subite en vol, ou qu'une attestation, délivrée par un chirurgien ayant connaissance de la nature de l'affection qui a nécessité l'intervention, ne certifie qu'aucune suite immédiate ou future n'est à craindre.

Les affections du foie (y compris celles des voies biliaires) et du pancréas seront, dans les cas où on le jugera nécessaire, vérifiées par les examens de laboratoire, en particulier par la radiographie, ainsi que par un examen du sang et des urines, et elles ne seront élimi-

natoires que si elles correspondent à l'existence d'un calcul, d'une tumeur ou d'une lésion entraînant un mauvais fonctionnement persistant de ces organes.

c) Examen médical général : le candidat ne doit souffrir d'aucune maladie ou affection qui puisse le gêner dans l'exercice de ses fonctions. Il doit posséder un cœur, des poumons et un système nerveux en état de supporter les effets de l'altitude. Il doit être exempt d'affections rénales, ne doit présenter aucun signe clinique de syphilis, ni être atteint de lésion cardiaque.

d) Examen des yeux : le candidat devra présenter, sans verre correcteurs, une acuité visuelle égale à au moins 80 p. 100 de l'acuité visuelle normale pour chaque œil pris isolément ou 90 p. 100 pour un œil et 70 p. 100 pour l'autre, l'acuité visuelle étant mesurée au moyen de caractères d'imprimerie standardisés puissamment éclairés, mais de façon telle que la lumière n'éblouisse pas les yeux du sujet examiné. La vision binoculaire, la motilité oculaire, le champ visuel de chaque œil et la perception des couleurs doivent être normaux.

e) Examen des oreilles : l'oreille moyenne doit être normale. Le candidat doit posséder une acuité auditive correspondant au moins à la perception de la voix chuchotée à un mètre. L'appareil vestibulaire doit être intact et non hyperexcitable. Il doit y avoir égalité des deux côtés.

f) Examen du nez, de la gorge et de la bouche : le candidat doit avoir une perméabilité tubaire totale des deux côtés.

Paragraphe 15.

Conditions médicales exigées pour les licences d'opérateurs radiotélégraphistes et d'opérateurs radiotéléphonistes.

1° L'examen médical sera analogue en principe à celui qui est prescrit pour les pilotes d'aérodynes de tourisme (aérodynes munis d'un organe motopropulseur).

2° On admettra toutefois :

a) Que la perception normale des couleurs ne soit pas exigée ;

b) Que la vision binoculaire et la motilité oculaire pourront être subnormales ;

c) Que l'acuité visuelle pourra être réduite, pour les deux yeux, après correction par des verres, à un total de 50 p. 100 de l'acuité visuelle normale, étant admis qu'un œil pourra manquer totalement.

3° On insistera spécialement sur les conditions suivantes :

a) Perméabilité nasale suffisante ;

b) Perméabilité tubaire parfaite ;

c) Absence d'otite moyenne en évolution ; absence de bouchons cérumineux ;

d) Audition de la voix chuchotée à une distance égale ou supérieure à 2 m. 50 pour chacune des oreilles ;

e) Perception parfaite des vibrations par voie aérienne de 512 à 2.048 ;

f) Absence de troubles labyrinthiques spontanés ou provoqués grossiers (vertiges, vomissements, perte de l'équilibration).

Paragraphe 15 *bis*.

Conditions médicales exigées pour la licence de mécanicien à bord d'aérodyne de transport public (aérodyne muni d'un organe motopropulseur), pour la licence de mécanicien à bord d'un dirigeable et pour la licence de timonier de dirigeable.

1° L'examen médical sera analogue en principe à celui qui est prescrit pour les pilotes d'aérodynes de tourisme (aérodynes munis d'un organe motopropulseur).

2° Toutefois, on insistera spécialement sur les conditions suivantes :

a) Utilisation fonctionnelle des quatre membres ;

b) Perméabilité nasale suffisante ;

c) Perméabilité tubaire parfaite ;

d) Absence d'otite moyenne en évolution ; absence de bouchons cérumineux ou épidermiques ;

e) Audition de la voix chuchotée à une distance égale ou supérieure à 2 m. 50 pour chacune des oreilles ;

f) Perception parfaite des vibrations par voie aérienne de 512 à 2.048 ;

g) Absence de troubles labyrinthiques spontanés ou provoqués grossiers (vertiges, vomissements, perte de l'équilibration) ;

h) Perception normale des couleurs.

(*J. O.*, 19 mars 1936).

Mérite social

Décret du 25 octobre 1936 instituant une distinction honorifique dite du Mérite social

Art. 1er. — Il est institué au ministère du Travail une distinction honorifique dite du « Mérite social », qui se substitue aux médailles de la Mutualité, de la Prévoyance sociale, et des Assurances sociales actuellement attribuées par ce département.

Art. 2. — Le Mérite social est destiné à récompenser les personnes ayant rendu des services désintéressés aux œuvres ou institutoins ressortissant à la législation sur la Mutualité, la Prévoyance et les Assurances sociales.

Art. 3. — Le Mérite social comprend les trois grades suivants :

Commandeur.
Officier.
Chevalier.

Art. 4. — Les nominations et promotions ont lieu chaque année à l'occasion du 1er janvier et de la fête nationale du 14 juillet.

Les commandeurs et les officiers sont promus par décrets rendus sur la proposition du ministre du Travail.

Les chevaliers sont nommés par arrêté du ministre.

Les décrets et arrêtés sont insérés au *Journal Officiel*.

Dans l'intervalle des promotions semestrielles, il ne peut être décerné de récompenses qu'à l'occasion de cérémonies présidées par un membre du Gouvernement ou son représentant.

Les distinctions ainsi décernées sont imputées sur le contingent de la promotion semestrielle suivante, et sont comprises dans l'arrêté ou le décret relatif à cette promotion.

Art. 5. — Le contingent semestriel attribué aux différents grades est fixé ainsi qu'il suit :

25 commandeurs.
600 officiers.
4.000 chevaliers.

Art. 6. — Pour être nommé chevalier du Mérite social il faut être âgé de trente-deux ans au moins, jouir de ses droits civils et justifier de cinq ans de services rendus aux institutions ou œuvres visées à l'article 2.

La promotion au grade d'officier est subordonnée à une ancienneté de huit ans au moins dans le grade de chevalier ; la promotion au grade de commandeur, à une ancienneté de cinq ans au moins dans le grade d'officier.

Nul ne peut obtenir le Mérite social avec un grade supérieur à celui de chevalier.

Aucune dérogation à quelque titre que ce soit ne peut être apportée à ces conditions.

Art. 7. — Le Mérite social peut être décerné aux étrangers au même titre et pour les mêmes services que les citoyens français.

Toutefois, le nombre des récompenses ainsi attribuées ne sera pas imputé sur le contingent prévu à l'article 5.

Art. 8. — La radiation des titulaires du Mérite social pourra être prononcée pour cause d'indignité.

Elle se fera pour les chevaliers par arrêté du ministre du Travail, pour les officiers et les commandeurs par décret rendu sur le rapport du ministre du Travail.

Art. 9. — La croix du Mérite social est formée d'une étoile à sept branches émaillées bleues, réunies par une couronne de laurier au centre de laquelle figure une effigie de la République française vue de face, et, en exergue, l'inscription « Mérite social » sur fond d'émail blanc. Au centre du revers, les mots « Ministère du Travail ».

La croix de chevalier, d'un diamètre de 40 millimètres, en argent, est suspendue à un ruban de 32 millimètres de largeur, composé d'une bande médiane orange de 21 millimètres, bordée de chaque côté d'une bande bleue de 6 millimètres.

La croix d'officier, d'un diamètre de 40 millimètres, en vermeil, est suspendue à un ruban, avec rosette de 22 millimètres.

La croix de commandeur, d'un diamètre de 60 millimètres, en vermeil, est suspendue à une cravate ; l'étoile est surmontée d'une couronne de laurier.

Le ruban peut être porté sans décoration.

Les officiers portent une rosette.

Les commandeurs portent une rosette posée sur un galon d'argent.

Art. 10. — Les candidats aux divers grades du Mérite social doivent saisir de leur candidature le préfet de leur domicile et lui adresser à cet effet :

Une demande établie sur papier libre.

Une notice individuelle dûment remplie.

Cette notice sera conforme au modèle annexé au présent décret.

Ces pièces sont transmises au ministère du Travail par le Préfet, qui fait connaître après enquête, son avis motivé sur chaque candidature et certifie que le casier judiciaire du candidat est indemne.

Les demandes formulées à l'occasion de cérémonies présidées par un membre du Gouver-

nement ou son représentant sont déposées au ministère du Travail.

Art. 11. — Les dossiers de candidatures doivent parvenir au ministère :

Pour être compris dans la promotion du 1er janvier :

Le 31 octobre au plus tard ;

et, pour être compris dans la promotion de la fête nationale du 14 juillet :

Le 15 mai au plus tard.

Tout dossier parvenant postérieurement à ces dates ne pourra être examiné.

Art. 12. — Les propositions qui auront fait l'objet d'une décision d'ajournement ne pourront être étudiées lors d'une promotion suivante que si elles ont été renouvelées.

Art. 13. — A titre transitoire, seront, de plein droit, admis :

Au grade de chevalier :

Les titulaires des médailles de bronze ou d'argent de la Mutualité, de la Prévoyance sociale et des Assurances sociales.

Au grade d'officier :

Les titulaires des médailles d'or de la Mutualité, de la Prévoyance sociale et des Assurances sociales.

Au grade de commandeur :

Les titulaires du rappel de médaille d'or de la mutualité

Art. 14. — Sont abrogées, à compter du 1er avril 1937, les dispositions des décrets des 26 mars 1852 et 27 mars 1858, du 1er décembre 1922, modifié par le décret du 27 janvier 1923 et du 27 février 1923, et de l'arrêté du 22 septembre 1926 instituant respectivement la médaille d'honneur de la Mutualité, la médaille de la Prévoyance sociale, la médaille d'honneur des Assurances sociales, et le rappel de médaille d'or de la Mutualité.

Art. 15. — Le ministre du Travail est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et qui aura effet à compter du 1er avril 1937.

(*J. O.*,28 octobre 1936)

Pharmacie

Circulaire relative à l'application de la loi du 4 septembre 1936 sur le colportage des médicaments

Paris, le 1er octobre 1936.

Le ministre de la Santé publique
à MM. les Préfets,

La loi du 4 septembre 1936, concernant le colportage des médicaments et produits pharmaceutiques, contient la disposition suivante : Il est également interdit aux pharmaciens et aux herboristes de solliciter habituellement, auprès du public, des commandes, soit par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers, soit par des dépôts de commandes à caractère commercial et de procéder, par les mêmes moyens ou par des services réguliers et organisés, au trafic ou à la distribution à domicile des produits dont la commande aurait été ainsi sollicitée.

Mon attention a été appelée à ce sujet, sur la situation des « coursiers », c'est-à-dire des livreurs attachés à une pharmacie et chargés de passer dans les bourgs et hameaux pour prendre les commandes des clients et en assurer la livraison. J'estime que ces employés ne sauraient tomber sous le coup de la nouvelle réglementation, dès l'instant qu'ils se bornent à prendre les commandes qui leur sont remises, sans solliciter la clientèle et livrer lesdites commandes sans transporter avec eux d'autres produits que ceux qui font l'objet des livraisons.

Une telle interprétation n'est pas seulement conforme à l'esprit de la loi, laquelle a entendu uniquement réprimer les agissements des courtiers peu scrupuleux qui, trouvant le moyen de se procurer au rabais des médicaments, allaient les revendre dans les campagnes, elle a en outre l'avantage de maintenir aux populations rurales le bénéfice de commodités certaines et de ne pas réduire au chômage de nombreux salariés.

Henri SELLIER.

(*J. O.*, 3 octobre 1936).

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

SUPPLÉMENT DOCUMENTAIRE
"L'Officiel Médical"
Médecine sociale - Législation - Décrets - Règlements
Pièces officielles - Tarifs, etc.

SOMMAIRE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail (1)

Arrêté du 5 *février* 1932, *modifié par l'arrêté ministériel du* 13 *février* 1933

TITRE Ier

Dispositions générales et tarifications des actes fondamentaux

ARTICLE 1er

Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 15 francs.

Ce prix comprend les différents procédés d'examens courants : toucher rectal ou vaginal, examen au speculum et les petits actes techniques tels que pansements, massages, injections hypodermiques, pointes de feu, ventouses.

Pour les médecins spécialisés en urologie, oculistique, oto-rhino-laryngologie, stomatologie et électro-radiologie, ce prix est de 20 francs.

ARTICLE 2

Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue (2), 3 francs par visite, quelle que soit la distance ;

2° Dans les autres villes et les campagnes, 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

(1) A la demande d'un certain nombre de nos lecteurs, nous publions à nouveau le *Tarif des Accidents du Travail*.

(2) Voir Annexe.

a) Départements et localités visés à l'annexe (2° *a*) (1)..................... 1.80

b) Départements et localités visés à l'annexe (2° *b*) (2)..................... 2.25

c) Déplacements où par manque de viabilité ou excès d'intempéries (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied : par kilomètre parcouru à pied..................... 5 »

Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité horo-kilométrique ; les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme 1 kilomètre.

Cette indemnité s'étendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou groupes d'habitations différents situés sur le territoire d'une même commune, et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un kilomètre, l'indemnité horo-kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

(1) (2) Voir Annexe.

Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à la moitié de l'indemnité horo-kilométrique correspondant à la distance entre le domicile du blessé et le domicile du médecin le plus rapproché.

L'indemnité horo-kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

ARTICLE 3

Le prix de la visite est augmenté de 50 p. 100 :

a) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905 ;

b) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent, les dimanches et jours fériés.

Lorsque plu ieurs des visites sus-visées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100.

ARTICLE 4

Le prix de la visite ou de la consultation est triplé lorsque, dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre vingt-et-une heures et six heures.

ARTICLE 5

Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif horo-kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

ARTICLE 6

Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite de plus, dans les limites d'un maximum de cinq visites.

ARTICLE 7

Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série d'interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron et à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste, ou après la première des interventions susvisées (1).

ARTICLE 8

Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 p. 100. tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

ARTICLE 9

Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

En cas de divergence, on recourra à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord avec le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

ARTICLE 10

Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein ; les autres sont comptées au demi-tarif.

ARTICLE 11

Pour les interventions chirurgicales, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée à 80 fr. plus l'indemnité horo-kilométrique de déplacement s'il y a lieu.

Au cas où la présence d'un second aide serait nécessaire, l'opérateur devra produire une justification technique.

ARTICLE 12

L'anesthésie locale est comprise dans tous les prix du présent tarif.

Pour les opérations comportant l'anesthésie générale ou régionale, le médecin anesthésiste reçoit les honoraires fixés à l'article 11 ci dessus (2).

---

(1) Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série d'interventions à tarif spécial : il n'agit plus alors, en effet, comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même un médecin traitant.

(2) Il n'y a anesthésie régionale que dans le cas où l'anesthésie est pratiquée sur les troncs nerveux d'une région ou au niveau du rachis. L'anesthésie pratiquée à la racine d'un doigt (anesthésie en bague) ne saurait être considérée comme régionale. L'anesthésie quel que soit son mode, ne comporte d'honoraires que si elle est pratiquée par un médecin autre que l'opérateur.

Article 13

Les opérations de petite, de grande chirurgie et de spécialités sont tarifiées aux articles suivants. Les prix qu'elles comportent ne peuvent se cumuler avec le prix de la visite ou de la consultation.

Article 14

Dans le cas de blessures ou d'actes médicaux multiples, hors le cas de pansements sur un même membre, chaque acte est tarifé à part, sous réserve, en cas d'intervention chirurgicale, de l'application du deuxième paragraphe de l'article 10. Exemple :

Une fracture de bras et une fracture de jambe.

Article 15

Les interventions qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques.

TITRE II

Petite chirurgie et chirurgie élémentaire des plaies et traumatismes

Article 16

Pansements

Pansements multiples sur des membres différents (1) chacun........ 15 »
avec maximum de 50 francs.

Pansements multiples sur le même membres (1).................. 20 »

Pansements de brûlures (2).

Petite et moyenne brûlure (un ou deux doigts ou orteils, main, pied ou surfaces comparables). 15 »

Brûlure comprenant deux segments de membre ou un segment de membre, avec partie adjacente du tronc ou surface équivalente .... 30 »

Brûlure moyenne de la face (étendue comparable à la paume de la main).................... 30 »

Grande brûlure :

a) Comprenant les trois segments d'un membre ou surface comparable .... 50 »

b) Brûlure de la majeure partie de la face ou du tronc........ 50 »

c) Deux membres .... 75 »

Vaste brûlure (1) au 1er degré..... 50 »

Vaste et profonde brûlure au 2e degré et au-dessus .... 100 »

Lorsque les brûlures, quelle que soit leur étendue, sont du premier degré (flambée), le prix est diminué de 50 p. 100.

Injections sous-cutanées

De sérum physiologique .... 25 »

De sérum antitétanique :

En une seule fois .... 20 »

En plusieurs fois (Besredka)...... 25 »

Injections intraveineuses

De sérum ou de médicaments :

Isolées .... 30 »

En séries .... 25 »

Pratiques hématiques

Prise de sang pour analyses........ 20 »

Saignée .... 40 »

Transfusion du sang :

De moins de 100 centimètres cubes 100 »

Massive .... 500 »

(non compris l'indemnité au donneur).

Ponctions

Ponction exploratrice .... 20 »

Ponction d'abcès froids, avec ou sans injection modificatrice :

En série....................... 25 »

(1) Chaque membre comprend trois segments : bras, avant-bras, main ; cuisse, jambe, pied. Les articulations ne constituent pas un segment de membre, mais n'en sont que les extrémités.

(2) Le pansement de brûlures étant une intervention à tarif spécial, avis préalable doit être donné au patron ou à son assureur substitué de toute série de pansements de brûlure à prévoir, ainsi qu'il est prescrit a l'article 7 ci-dessus.

(1) Au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation la plaie diminuant d'étendue, il va de soi que les catégories de pansements suivent la même diminution. On doit entendre par vaste brûlure, toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres. Toute plaie survenant après la cicatrisation d'une ancienne brûlure ne peut plus être considérée comme une brûlure et son pansement est tarifé comme pansement simple.

Isolée .... 30 »

Ponction d'abcès froid de la fosse iliaque ,et ponction lombaire .... 60 »

Ponction de la plèvre avec évacuation .... 75 »

Ponction du genou (au trocart ou au bistouri) .... 60 »

Ponction d'ascite .... 50 »

Ponction de la vessie .... 80 »

Ponction de la vaginale .... 40 »

Ponction de la vaginale avec injection modificatrice .... 75 »

Pneumothorax

Sous contrôle de la radioscopie et y compris ce contrôle :

Le premier .... 200 »

Les suivants .... 100 »

Petites interventions courantes

Cathétérisme évacuateur de la vessie .... 25 »

Lavage de la vessie :

Le premier .... 30 »

Les suivants .... 25 »

Taxis .... 30 »

Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales .... 30 »

Traitement de l'asphyxie (avec traction rythmée de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus) .... 50 »

Article 17

Suture simple de la peau .... 25 »

Sutures multiples sur un même membre ou parties voisines du corps .... 40 »

Régularisation, épluchage et suture (1) d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main ou du pied .... 40 »

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde, mais n'intéressant ni les tendons, ni les troncs nerveux. .... 100 »

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des doigts ou des orteils avec suture des tendons extenseurs ou lésions ostéo-articulaires .... 100 »

Suture du tendon d'Achille .... 200 »

(1) Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessaitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (art. 12 du tarif), et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri ou aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants, et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.

Ligature dans la plaie des deux bouts des artères, radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale, arcades palmaires et plantaires, tibiale, péronière, poplitée, axillaire, fémorale .... 150 »

Extraction de corps étrangers superficiels, visibles ou palpables .... 20 »

Extraction de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique .... 50 »

Extraction de corps étrangers profonds nécessitant un repérage radiologique .... 100 »

Extraction de corps étrangers profonds effectuée sous écran .... 300 »

Amputation ou désarticulation d'un doigt ou d'un orteil :

Partielle .... 75 »

Totale .... 150 »

(avec ou sans une partie du métacarpien ou du métatarsien).

Amputation ou désarticulation simultanée de plusieurs doigts ou orteils :

Partielle .... 200 »

Totale .... 250 »

(avec ou sans une partie des métacarpiens ou des métatarsiens).

Incision d'un abcès ou hématome ou d'un panaris superficiel .... 25 »

Incision d'un panaris de la gaine ou d'un abcès sous-aponévrotique .... 50 »

Incision d'abcès profonds non viscéraux ou évacuation d'un gros hématome .... 100 »

Débridement d'un phlegmon diffus .... 150 »

Débridement d'un phlegmon de la main (phlegmon des gaines) .... 400 »

Article 18

Fractures fermées

Réduction et contention d'une fracture simple sans appareils plâtrés ou silicatés, ni extension :

Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplates, sternum .... 35 »

Maxillaire inférieur sans appareillage .... 35 »

Clavicule .... 50 »

Rotule .... 30 »

Péroné .... 30 »

Humérus, avant-bras .... 60 »

Cuisse, jambe .... 60 »

Calcanéum .... 40 »

Rachis .... 100 »

Bassin .... 50 »

Réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré ou silicaté ou par extension continue :		
Un seul os de l'avant-bras	60	»
Extrémité inférieure du radius	100	»
Poignet	100	»
Deux os de l'avant-bras	150	»
Humérus	200	»
Fracture de jambe	200	»
Fracture de cuisse	250	»
Fracture du rachis	250	»
Appareillage provisoire d'un membre effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin	100	»
Réfection plâtre ordinaire	100	»
Réfection plâtre (type coxalgie ou corset)	150	»

ARTICLE 19

Luxations

Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante :		
Doigt ou orteil	40	»
Maxillaire inférieur	60	»
Clavicule (luxation de l'extrémité interne)	60	»
Pouce	75	»
Coude	100	»
Epaule, radio-carpienne	150	»
Genou (y compris luxation de la rotule)	200	»
Hanche	200	»
Colonne vertébrale	300	»

TITRE III

Chirurgie générale

ARTICLE 20

Chirurgie des tissus

A. — Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :		
Sutures secondaires de vastes plaies superficielles après avivement	190	»
Régularisation de cicatrices vicieuses importantes	190	»
Greffes épidermiques	190	»
Autoplasties à lambeaux	375	»
B. — Chirurgie du système lymphatique :		
Incision des adéno-phlegmons profonds nécessitant l'anesthésie générale	190	»
C. — Chirurgie des muscles, tendons et synoviales :		
Suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils	200	»
Régularisation, épuchage et suture d'une plaie des membres nécessitant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses ou nerveuses, ou d'une plaie profonde et étendue des parois thoraco-abdominales, avec ou sans lésion osseuse concomitante, et nécessitant les mêmes interventions	375	»
Débridement des phlegmons des gaines	375	»
Intervention sur les muscles (rupture sous-cutanée, hernie)	375	»
Intervention sur les tendons (suture après cicatrisation de la plaie, anastomose et greffe)	375	»
Ablation d'hygroma	190	»
D. — Chirurgie des vaisseaux :		
Ligatures faites isolément comme opérations spéciales :		
Des artères des membres	375	»
De carotide, sous-clavière, hypogastrique	750	»
Cure des anévrismes (sauf par ligature simple. V. ci-dessus)	750	»
Résection veineuse	375	»
Suture et anastomose vasculaire	750	»
E. — Chirurgie des nerfs :		
Suture nerveuse primitive, y compris le traitement de la plaie	375	»
Suture nerveuse secondaire faite isolément, libération d'un nerf comprimé, sympathectomie	750	»
F. — Chirurgie des os :		
Débridement, esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et orteils) avec réduction par gouttière ou appareil à extension, nécessitant l'anesthésie générale ou régionale	375	»
Avec réduction par appareil plâtré	560	»
Avec ostéosynthèse (appareil compris)	750	»
Curetage et évidement (avec anesthésie générale ou régionale)	375	»

Ostéosynthèse (y compris les appareils de contention) .... 750 »
Grandes résections (y compris les appareils de contention) .... 1.125 »
Greffes osseuses (y compris les appareils de contention) .... 1.125 »

G. — Chirurgie articulaire :

Traitement d'une plaie avec ouverture de l'articulation (régularisation, épluchage, suture) :

Les petites articulations .... 185 »
Les grandes articulations ...... 375 »
Arthrotomies de drainage des grandes articulations .... 375 »
Arthrotomies avec interventions aseptiques intra-articulaires ... 750 »
Réduction par voie sanglante d'une luxation irréductible du pouce. 375 »

Résections et arthrodèses :

Petites articulations (doigts et orteils) .... 375 »
Les autres articulations .... 1.125 »
Arthroplasties .... 1.200 »

ARTICLE 21

Chirurgie des régions

A. — Membres, amputations et désarticulations :

Traitement des pieds bots acquis :
Par ténotomie et plâtre .... 375 »
Par résection osseuse .... 750 »
Résection ou énucléation des os du carpe .... 750 »
Astragalectomie .... 1.125 »
Désarticulation ou résection de la totalité d'un ou de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens avec ou sans leur doigt .... 375 »
Amputation ou désarticulation du poignet à l'épaule incluse .... 750 »
Amputation ou désarticulation du torse à la hanche incluse .... 750 »
Désarticulation inter-scapulo-thoracique de la hanche .... 1.125 »
Désarticulation inter-ilio-abdominale .... 1.200 »

Réfection des moignons :

Doigts et orteils .... 110 »
Autres moignons .... 375 »

B. — Tête :

Régularisation, esquillectomie et suture d'une fracture ouverte de la voûte intéressant la table interne .... 375 »
Avec intervention intracranienne, telle qu'ablation de corps étranger .... 750 »
Trépanations exécutées sans plaies préalables (par exemple embarrure) .... 750 »
Avec intervention intracranienne 1.125 »
Résection des maxillaires .... 1.125 »

C. — Cou

Traitement opératoire des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères ... 750 »
Œsophagotomie externe .... 750 »
Trachéotomie .... 375 »

D. — Thorax :

Traitement opératoire des plaies de poitrine :
Avec fractures ouvertes de côtes .... 375 »
Avec lésions viscérales du poumon .... 1.125 »
Avec plaies du cœur .... 1.200 »
Avec lésions du médiastin, œsophage compris .... 1.200 »
Pleurotomie simple .... 190 »
Pleurotomie avec résection costale, péricardotomie .... 375 »
Thoracoplastie .... 1.125 »
Phrénicectomie .... 375 »

E. — Rachis :

Intervention sanglante pour luxation ou fracture de la colonne vertébrale .... 1.125 »
Laminectomie avec intervention sur la moelle .... 1.200 »

F. — Paroi abdominale, hernies :

Laparotomie seule (exploratrice ou évacuatrice) .... 500 »
Incision des phlegmons de la paroi 190 »
Cure radicale des hernies et éventrations étranglées ou non ..... 750 »
Avec résection intestinale .... 1.125 »
Hernie double (1 /3 en plus).

ARTICLE 22

Chirurgie des viscères abdomino-pelviens

A. — Appareil digestif :

Traitement des plaies et contusions de l'abdomen par laparotomie seule .... 500 »

Avec intervention sur les viscères :

Ne comportant que des sutures ... 750 »
Comportant des résections .... 1.125 »

Traitement des plaies de la région anale :

Avec lésions de l'anus .... 375 »
Avec lésions du rectum .... 750 »

B. — Appareil urinaire. (Voir infra, urologie, art. 23.)

C. — Appareil génital mâle (Voir infra, urologie, art. 23).

D. — Appareil génital femelle :

Accouchement d'origine traumatique sans complication	375 »
Avortement thérapeutique	375 »
Fausse-couche non compliquée	190 »
Traitement de la rétention placentaire (curetage)	190 »
Accouchement provoqué	750 »
Césarienne abdominale	1.125 »
Périnéorraphie immédiate, mais étendue (1)	190 »
Périnéorraphie après cicatrisation	375 »

TITRE IV

Spécialités

Article 23

Urologie

Cathétérisme de l'urèthre pour traumatisme	37 50
Dilatation simple (bougie ou béniqué) par séance	30 »
Dilatation électrolytique	45 »
Traitement diathermique ou électrolytique des lésions de l'urèthre, la séance	75 »
Instillations, par séance	75 »
Urétroscopie	75 »
Cystoscopie	150 »
Cathétérisme des uretères et séparation des urines	300 »
Urétrotomie interne	375 »
Urétrotomie externe	750 »
Castration	375 »
Double (un tiers en plus).	
Amputation de la verge	750 »
Méatotomie simple	75 »
Lavage et instillation du bassinet	300 »
Circoncision	190 »
Electrolyse linéaire ou circulaire en un temps	375 »
Urétrotomie externe avec taille hypogastrique	1.125 »
Cure radicale des épanchements traumatiques de la vaginale	375 »
Ouverture d'abcès périnéaux	185 »
Infiltration d'urine (traitement par débridements)	750 »
Incision des abcès de la prostate	375 »
Cystostomie ou cystotomie	375 »
Débridement du phlegmon périnéphrétique	375 »
Néphropexie	750 »
Néphrectomie	1.125 »
Néphrotomie ou urétérotomie	750 »
Extraction de corps étrangers urétraux ou vésicaux par les voies naturelles	375 »
Refection de l'urèthre avec taille hypogastrique	1.125 »
Traitement des fistules vésico-vaginales par avivement et suture	375 »
Par procédé complexe	1.125 »

Article 24

Oto-rhino-laryngologie

Prix de la consultation qui comprend le cathétérisme de la trompe, le badigeonnage rétropharyngien, les cautérisations et pointes de feu (sauf sur le larynx), massage, air chaud, instillation intra-pharyngée	20 »

Naso-pharynx et pharynx :

Ablation de la luette	75 »
Suture du voile du palais	250 »
Réparation d'une lésion traumatique du palais osseux	500 »
Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	100 »

Nez et sinus :

Hémostase nécessitant l'intervention du spécialiste	75 »
Corps étrangers des fosses nasales :	
Sans intervention sanglante	40 »
Avec intervention sanglante	150 »
Cornétomie	150 »
Résection d'une crête de la cloison	450 »
Incision d'un hématome suppuré traumatique de la cloison	150 »
Résection sous-muqueuse de la cloison	400 »
Réduction d'une fracture récente du nez	100 »
Réduction d'une fracture du nez vicieusement coaptée	750 »
Réfection de la pyramide nasale partiellement détruite	750 »
Ponction du sinus maxillaire	40 »

(1) Les déchirures superficielles du périnée ne comportant que quelques points de suture sont comprises dans le prix de l'accouchement.

Trépanation du sinus :

Maxillaire	750	»
Frontal	750	»
Sphénoïdal	1.000	»
Fronto-ethmoïdal	1.000	»

Oreilles :

Extraction de corps étranger simple	40	»
Extraction de corps étranger nécessitant une opération sanglante avec décollement du pavillon	250	»
Abcès profond du conduit auditif externe	40	»
Paracentèse du tympan	75	»
Ablation des osselets par voie naturelle	300	»
Trépanation de la mastoïde	750	»
Evidemment pétro-mastoïdien	1.000	»
Examen de l'audition (rapport compris)	50	»
Examen labyrinthique (rapport compris)	100	»

Larynx, œsophage, trachée, bronches :

Galvano-cautérisation du larynx :

La première séance	75	»
Les suivantes	40	»

Tubage du larynx :

La première séance	200	»
Les suivantes	100	»
Trachéotomie	400	»
Laryngotomie	750	»
Œsophagoscopie	150	»

Extraction de corps étrangers de l'œsophage :

Par œsophagoscopie	350	»
Par œsophagotomie externe	750	»

Extraction des corps étrangers du larynx et des bronches.

Par bronchoscopie supérieure	350	»
Par bronchoscopie inférieure (trachéotomie comprise)	750	»
Dilatation des sténoses laryngées ou œsophagiennes : la séance	50	»

ARTICLE 25

Ophtalmologie

Prix de la consultation, qui comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages, les instillations de collyre et l'extraction de corps étrangers superficiels .... 20 »

A. — Opérations à 30 francs, telles que : 30 »

Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales ;
Injection sous-conjonctivale ;
Extraction sous anesthésie locale d'un corps étranger profond, ou de corps étrangers multiples superficiels, fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale ;
Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale ;
Pansement de vaste plaie de la région orbito-faciale ;
Saignée de la région périorbitaire (ventouse de Heurteloup) ;
Ouverture du sac lacrymal ;
Scarification conjonctivale ;

A *bis*. — Opérations à 40 francs telles que : 40 »

Extraction, sous anesthésie locale, de corps étrangers profonds fixés sur la cornée, la conjonctive ou sous-conjonctivale.

B. — Opérations à 120 francs, telles que : 120 »

Extraction d'un corps étranger des parties molles (œil ou orbite non compris) ;
Extraction d'un corps étranger profond de la sclérotique ;
Application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire ;
Cautérisation de la cornée pour ulcère infectieux en une ou plusieurs séances ;
Péritomie ;
Péricautérisation en une ou plusieurs séances ;
Paracentèse, kératotomie ;
Ponction du globe ;
Tatouage de la cornée ;
Ectropion ou entropion partiel ;

C. — Opérations à 225 francs, telles que : 225 »

Hernie de l'iris ;
Electrolyse lacrymale ou ciliaire en une ou plusieurs séances ;
Suture de plaies étendues ou compliquées (paupière et globe) ;
Recouvrement conjonctival ou occlusion chirurgicale des paupières ;
Opération sur le sac ou la glande lacrymale ;

D. — Opérations à 375 francs, telles que : 375 »

Libération de cicatrices palpébrales, en une ou plusieurs séances ;
Iridectomie.

E. — Opérations à 600 francs, telles que : 600 »

Cataracte ;
Cataracte secondaire, capsulectomie ;
Corps étranger intraoculaire ;
Enucléation, éviscération ;
Exentération du globe ;
Ectropion ou entropion total ;
Ptosis ;
Opération sur les muscles de l'œil ;
Opération plastique des paupières

F. — Opérations à 800 francs, telles que : 800 »

Opération antiglaucomateuse (Elliot-Lagrange) ;
Résection des nerfs de l'orbite ;
Amputation du segment antérieur ou opération plastique du globe en vue de la prothèse ;
Opération intraorbitaire ;
Réfection complète des paupière ;
Libération et réfection du cul-de-sac conjonctival en une ou plusieurs séances ;
Dacryocystorhinostomie.

Article 26

Stomatologie

Extraction d'une dent sous anesthésie locale	25 »
Pansement pulpaire ou radiculaire :	
Le premier	25 »
Les suivants	20 »
Obturation simple (ciment ou amalgame d'argent)	30 »
Incision d'un abcès sous-muqueux d'origine dentaire	20 »
Esquillectomie alvéolaire	30 »
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie secondaire post-opératoire	20 »
Tamponnement pour hémorragie incoercible, par exemple chez un hémophile (1)	80 »
Extraction d'une racine de dent fracturée traumatiquement	50 »
Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire	60 »
Extraction d'une dent au cours de complications aiguës nécessitant une anesthésie régionale	90 »
Trépanation et lavage du sinus maxillaire par la voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite maxillaire aiguë	200 »
Réduction et contention d'une fracture des maxillaires n'intéressant que la région alvéolaire, par attelle métallique ligaturée	150 »
Réduction et contention d'une fracture complète des maxillaires supérieur ou inférieur, par attelles métalliques ligaturées (ficelage, blocage, inter-maxillaire, etc.) (1).	400 »

(1) Les dispositions de l'article 6 ne jouent pas dans ce cas.

(1) Si la réduction et la contention imposent un appareillage mécano-prothétique (gouttières coulées guides, bielles, etc.), les appareils construits feront l'objet d'un devis particulier.

Article 27

Radiologie et électroradiologie

Consultation écrite d'un électroradiologiste (2)	20 »

1° Radiographie osseuse

Doigt, orteil, un ou plusieurs (face et profil)	40 »
Main, poignet, pied (face ou profil)	65 »
Main, poignet, pied (face et profil)	80 »
Avant-bras (face ou profil)	65 »
Avant-bras (face et profil)	100 »
Coude, diaphyse humérale (face ou profil)	80 »
Coude, diaphyse humérale (face et profil)	125 »
Epaule (de face)	125 »
Epaule (de profil)	200 »
Epaule (de face et de profil)	290 »
Crâne (de face ou de profil)	165 »
Crâne (de face et de profil)	250 »
Crâne (en projection verticale)	250 »
Orbite (de face et de profil)	180 »
Dents, méthode intrabuccale, une plaque	65 »
Dents, chaque plaque supplémentaire	30 »
Maxillaire inférieur	135 »
Hémi-thorax (côte ou omoplate)	170 »
Thorax (de face ou de profil)	200 »
Pied (face ou profil)	65 »
Pied (face et profil)	80 »
Pied (face et profil, avec projection verticale du calcanéum)	130 »
Cou-de-pied jambe (face ou profil)	85 »
Cou-de-pied, jambe (face et profil)	100 »
Genou, diaphyhse fémorale (face ou profil)	100 »
Genou, diaphyse fémorale (face et profil)	150 »
Hanche (de face)	150 »
Hanche (de profil)	200 »

(2) Le commentaire qui doit accompagner le cliché ou la radioscopie ne donne pas lieu à honoraires supplémentaires.

Hanche (de face et de profil) .... 320 »
Rachis cervical (de face ou de profil) . 135 »
Rachis cervical (de face et de profil) .. 200 »
Rachis dorsal (de face ou de profil) ... 165 »
Rachis dorsal (de face et de profil) ... 335 »
Rachis lombaire (de face ou de profil) 165 »
Rachis lombaire (de face et de profil). 335 »
Rachis en entier (de face ou de profil) 335 »
Rachis en entier (de face et de profil). 450 »
Sacrum (de face) .... 170 »
Sacrum (de face et de profil) .... 320 »
Bassin .... 200 »

2° Examens radioscopiques

Bras ou jambe .... 80 »
Thorax, tête ou abdomen .... 100 »

3° Radiodiagnostic des viscères

Poumons :

Examen à l'écran .... 100 »
— avec calque .... 135 »
— radioscopie et une radiographie .... 200 »

Poumons :

2 clichés avec radioscopie, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit de face et de profil, soit de face et en position oblique 335 »

Cœur, aorte :

Examen à l'écran .... 100 »
— calque orthodiagramme.. 150 »
— radioscopie et 1 téléradiographie .... 200 »
— radioscopie et 2 téléradiographies .... 335 »

Œsophage et estomac :

Examen à l'écran .... 100 »
— avec calque .... 135 »
— radioscopie et 1 radiographie .... 200 »

Estomac avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre de séances :

Examen à l'écran .... 200 »
— avec un ou plusieurs calques .... 250 »
— avec radioscopie et 1 ou 2 radiographies ...... 335 »

Tube digestif complet, étude du transit en plusieurs journées :

Examen à l'écran .... 335 »
— avec calque .... 400 »
— radioscopies et 2 radiographies .... 500 »

Foie (après préparation spéciale) :

Examen à l'écran .... 135 »
— avec calque .... 170 »
— radioscopie et 2 radiographies .... 200 »

Vessie :

1 rein ou 1 uretère .... 170 »
2 reins ou 2 uretères .... 250 »
1 rein et 1 uretère .... 335 »

Système urinaire complet en plusieurs clichés .... 500 »
Système urinaire en un seul cliché ... 200 »

4° Radiographies stéréoscopiques

Le double d'un cliché ordinaire.

5° Electrodiagnostic

Examen électrodiagnostic avec rapport sur cet examen seul .... 70 »

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain, ou l'examen des deux membres semblables, ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il faut examiner le sujet tout entier.

6° Electrothérapie

Traitement galvanique et faradique simple : par séance, quel que soit le nombre de séances .... 25 »

Ce prix sera augmenté de :

Si l'on est obligé de soigner deux régions .... 10 »
Si l'on est obligé de soigner trois régions .... 20 »
Traitement électrique à domicile par un spécialiste avec appareil transportable, les prix ci-dessus augmentés d'une indemnité de transport de l'appareil .... 15 »
Traitement comprenant l'électrisation complète (courant de Morton, air chaud, etc.), chaque séance .... 25 »
Diathermie .... 25 »
Séance de rayons ultra-violets et infra-rouges .... 25 »
Electrolyse de l'œsophage ou du rectum .... 250 »
Lavement au domicile du malade.... 335 »

7° Curiethérapie

Au-dessous de 50 mmgr. journée, les 10 mmgr. journée de radium élément	150 »
De 50 à 200 mmgr. les 10 mmg. de radium élément	125 »
Au-dessus de 200 mmgr. journée de radium élément	100 »

8° Roentgenthérapie

Radiothérapie superficielle, les 500 unités R., en surface (80.000 à 100.000 volts)	50 »
Radiothérapie moyennement pénétrante (100.000 à 180.000 volts)	100 »
Radiothérapie pénétrante (180.000 volts et plus)	150 »

Ces prix s'entendent pour une distance focale minimum de 30 centimètres, et :

1° Une filtration de 5 millimètres d'aluminium pour la radiothérapie moyennement pénétrante ;

2° Une filtration de 0 millimètre 5 au moins de métal lourd pour la radiothérapie pénétrante.

OBSERVATIONS

Les prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée :

18/24	10 »
24/30	12 »
30/40	15 »

Toutes autres radiographies de la même région, prises le même jour, dans une autre position, seront comptées chacune 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose.

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu par région, quel que soit le nombre de clichés ou de poses, un supplément de	30 »

Sauf les cas d'extrême urgence (1), l'exploration radiologique et l'électrodiagnostic doivent être prescrits par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours, à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

(1) Il y a « extrême urgence », lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique ou l'électrodiagnostic.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise, ou son assureur substitué, sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir deux exemplaires de chaque cliché, les épreuves datées et signées par lui porteront le nom du blessé, seront accompagnées d'un commentaire détaillé en deux exemplaires : un exemplaire des radiographies et un exemplaire du commentaire seront remis au patron ou à l'assureur, l'autre au blessé.

Les radiographises : épaule de profil, crâne position verticale ; thorax ou poumon, en deux positions : pied, en projection verticale, hanche ou sacrum de profil, ne pourront être faites que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef de l'entreprise ou de son assureur substitué.

La recherche de la chronaxie ne devra être faite que sur demande expressément formulée par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Au cas où l'épreuve radiographique serait reconnue insuffisante par le médecin contrôleur, celui-ci pourra, par lettre recommandée, dans les dix jours qui suivront la réception de l'épreuve, demander en communication le film lui-même. Au cas où le médecin contrôleur jugerait notoirement insuffisants l'épreuve et le film, le payement sera obligatoirement soumis à la Commission d'arbitrage, où le radiologiste pourra donner les raisons de cette insuffisance.

Toute application radiologique au domicile du malade sera tarifée :

1° Le prix ordinaire de ou des examens ;

2° Une indemnité de déplacement de 75 francs ;

3° Le prix de location des appareils, du jour de l'examen demandé par le constructeur ;

4° Lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité basé sur la distance kilométrique.

ARTICLE 28

Séance de massage, de mobilisation ou d'air chaud	15 »
Mobilisation par appareil de mécanothérapie, la séance, avec ou sans massage	20 »

ARTICLE 29

Examens biologiques

Urines :

Analyse simple (dosage d'un élément)	15 »
Analyse chimique, dite complète	50 »
Examen cytologique et bactériologique :	
Sans culture, recherche du bacille de Koch	50 »
Avec culture	100 »

Sang :

Dosage de l'urée (selon la méthode) 40 » à	50 »
Dosage du glucose	60 »
Constante d'Ambard	80 »
Recherche des hématozoaires	75 »
Hémoculture	125 »
Séro T. A. B.	100 »
Réaction de Bordet-Wassermann et Hecht	100 »
Coagulation et temps de saignement	60 »
Etude des groupes sanguins	50 »

Liquide rachidien :

Examen cytologique et bactériologique :	
(Sans culture)	100 »
(Avec culture)	150 »
Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal	150 »

Pus, liquides de ponction ;

Cyto-bactériologie :	
(Sans culture)	60 »
(Avec culture)	100 »
Suc gastrique. — Analyse complète	100 »

Exsudats :

Nasopharyngé (culture sur sérum)	50 »
Uréthral :	
(Sans culture)	35 »
(Avec culture)	100 »
Sperme. — Examen cytobactériologique	100 »
Expectoration. — Recherche du bacille de Koch, homogénéisation	60 »

Selles :

Recherche des parasites, vers, amibes	75 »
Examen microscopique sans culture	60 »
Examen bactériologique avec culture	150 »
Calculs. — Recherche dans l'urine et les selles	60 »
Autovaccins et bactériophages	150 »
Examens histopathologiques	150 »

Prélèvements :

Tubage gastrique	50 »
Biopsie pour examen histologique	120 »

OBSERVATIONS

I. — Il est entendu qu'une réduction de 5 p. 100 s'appliquera aux prix ci-dessus des examens biologiques, à raison de la même réduction imposée aux pharmaciens.

II. — Sauf le cas d'extrême urgence (1), l'examen biologique doit être prescrit par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Ce dernier médecin devra, en cas de refus, donner un avis techniquement motivé dans les trois jours à compter de la date de la réception de la lettre recommandée dudit médecin traitant, lettre qui devra contenir également un avis techniquement motivé.

Dans les cas d'extrême urgence, le chef d'entreprise, ou son assureur substitué, sera prévenu sans délai par le médecin traitant.

En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'examen biologique.

TITRE V

Certificats. — Arbitrage. — Exécution de l'arrêté

ARTICLE 30

Certificat initial (1) constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable, y compris la copie : 8 francs.

Donneront droit à une indemnité spéciale de 15 francs : 1° en cas de blessures graves, le certificat initial descriptif de l'état du blessé ; 2° le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave ; 3° le certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa

(1) Le certificat médical n'est pas un certificat descriptif détaillé, comme le certificat d'incapacité permanente, il n'en est pas moins *précis*.

dernière consultation la possibilité de reprise du travail, la guérison ou la consolidation du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifié à 16 francs. Ne sont pas considérées comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

Article 31

Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires par blessé signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant ;
2° Les nom et adresse du blessé ;
3° Les nom et adresse du chef d'entreprise ;
4° La date de l'accident ;
5° L'endroit où le blessé a été soigné ;
6° L'indication de la distance, s'il y a lieu à tarif kilométrique ;
7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnité de déplacement, etc.), qui peuvent en modifier le prix ;
8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;
9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;
10° Le coût des honoraires.

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Article 32

En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif, les parties intéressées pourront les déférer aux commissions d'arbitrage.

Article 33

Le présent arrêté prendra effet le 15 février 1933. Il vaudra pour une durée d'un an.

ANNEXE A L'ARTICLE 2

Art. 2. — Les visites faites au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue, 3 francs par visite, quelle que soit la distance.

La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres ;

Arrond. de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, Taverny, le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des dites villes ;

2° Dans les autres villes et les campagnes, 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, sauf les cas prévus ci-après :

a) *Le chiffre ci-dessus est porté a* 1 *fr.* 80 *par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes* :

Ardèche, Basses-Alpes, Cantal, Corrèze, Creuse, Haute-Vienne, Haute-Loire, Lozère, Vosges, Pyrénées-Orientales, Alpes-Maritimes : tout le département.

Corse, arrondissements de Bastia, d'Ajaccio, de Sartène : tous les cantons sauf ceux énumérés au paragraphe *b*) ; arrondissement de Corté : cantons de Venaco, Omessa, Moïta (commune d'Aléria), Ghisoni (commune de Ghisonaccia) Corté.

Puy-de-Dôme et Haute-Savoie : cantons et communes autres que ceux énumérés au paragraphe *b*).

Ariège

Le canton d'Ax-les-Thermes ;

Dans le canton de la Bastide-de-Sérou, les sections d'Aron et d'Unjat de la commune de la Bastide-de-Sérou, la section de Serre-de-Cor de la commune de Cadarcet et les autres communes du canton, à l'exception de Durban et de Montels.

Le canton des Cabannes ;
Le canton de Foix, excepté Saint-Jean-de-Verges ;
Le canton de Quérigut ;
Le canton de Tarascon ;
Le canton de Vicdessos ;
Les communes de Camarade, Gabre, Montfa, du canton du Mas-d'Azil ;
Le canton de Castillon ;
Le canton de Massat ;
Les communes d'Alos, Clermont, Encourtiech, Erp, Esplas, Lacourt, Montégut, Moulis, Riverenert, du canton de Saint Girons ;
Les communes de Betchat, Cazavet, Mauvozin-de-Prat, Montesquieu-Avantès, Montgauch, Montjoie, du canton de Saint-Lizier ;

Le canton d'Oust ;

Les communes de Bagert, Barjac, Bédeille, Lasserre et Mauvezin-de-Sainte-Croix, du canton de Sainte-Croix.

AVEYRON

Arrondissement d'Espalion.

NIEVRE

Région du Morvan :

Arrondissement de Château-Chinon : Les cantons de Château-Chinon ; de Luzy ; de Montsauche ; de Moulins-Engilbert ;

Les communes de Chougny, de Dun-sur-Grandry, de Limanton (du canton de Châtillon).

Arrondissement de Clamecy : le canton de Lormes.

CORSE

Arrondissement de Bastia, d'Ajaccio, de Sartène : tous les cantons sauf ceux énumérés au paragraphe b).

Arrondissement de Corté : cantons de Venaco, Omessa, Moïta (commune d'Aleria), Ghisoni (commune de Ghisonaccio), Corté.

RHÔNE

Les cantons d'Amplepuis, l'Arbresle, Beaujeu, le Bois-d'Oingt, Lamure, Mornant, Saint-Genis, Saint-Laurent, Saint-Symphorien, Tarare, Thizy et la commune d'Ecully.

TARN

Le canton de Mazamet.

b) L'indemnité est portée à 2 fr. 25 par kilomètre parcouru pour les déplacements effectués dans les zones suivantes :

AIN

Arrondissement de Gex.

Arrondissement de Nantua.

Arrondissement de Belley, sauf le canton de Lagnieu.

Arrondissement de Bourg : cantons de Ceyzériat, de Treffort, sauf Saint-Etienne-du-Bois ; canton de Coligny, sauf les communes de Beaupont, Beny, Domsure, Marboz, Pirajoux et Villemotier.

CORSE

Arrondissement de Bastia : cantons de la Porta, Campile, Campitello, Olmi-Capella, Calenzana (communes de Galeria et Manso).

Arrondissement d'Ajaccio : cantons d'Evisa, Soccia, Vico, Salice, Zicavo.

Arrondissement de Corté : tout l'arrondissement, sauf les cantons et communes énumérés au paragraphe *a*).

HAUTES-ALPES

Arrondissement de Briançon.

Canton d'Aiguilles. — Communes d'Abries, Chateau-Ville-Vieille, Arvieux, Molines, Ristolas, Saint-Véran.

Canton de l'Argentière. — Communes de Pelvoux, Puy-Saint-Vincent, Roche-de-Rame, Saint-Martin-de-Queyrières, Vallouise, les Vigneaux.

Canton de Briançon. — Communes de Cerrières, Montgenèvre, Nevache, Puy-Saint-André, Puy-Saint-Pierre, Val-des-Prés, Villard-Saint-Pancrace.

Canton de la Grave. — Commune de Villard-d'Arène.

Canton de Guillestre. — Communes de Ceillac, Champcella, Eygliers, Freissinières, Mont-Dauphin, Réotier, Risoul, Saint-Clément, Saint-Crépin, Vars.

Canton de Monetier-les-Bains. — Communes de Saint-Chaffrey, la Salle.

Arrondissement d'Embrun.

Communes de Baratier, Châteauroux, Crevoux, les Crottes, les Orres, Saint-André-d'Embrun, Saint-Sauveur.

Vallée du Drac.

Canton de Saint-Bonnet. — Communes d'Ancelle, Benevent-en-Charbillac, Buissard, Chabottes, Chabottonnes, les Costes, la Fare, Forest-Saint-Julien, les Infournas, Laye, Molines-en-Champsaur, Le Noyer, Poligny, Saint-Eusèbe Saint-Julien-en-Champsaur, Saint-Laurent-du-Cros, Saint-Léger, Saint-Michel-de-Chaillol.

Canton d'Orcières. — Communes de Champoléon, Saint-Jean-Saint-Nicolas.

Vallée de la Séveraissé.

Canton de Saint-Firmin. — Communes d'Aspres-les-Corps, Chauffeyer, Clémence-d'Ambel, le Glaizil, Guillaume-Peyreuse, Saint-Jacques, Saint-Maurice, Villar-Loubière.

Vallée de Devoluy.

Canton de Saint-Etienne-en-Devoluy. — Communes d'Agnières, la Cluse, Saint-Dizier.

DOUBS

Cantons d'Amancey, de Besançon-Sud, d'Ornans, de Pierrefontaine, de Quingey, de Vercel, d'Hérimoncourt, de Maiche, de Pont-de-Roide, de Russey, de Saint-Hippolyte, de Levier, de Montbenoit, de Morteau, de Mouthe, de Pontarlier.

JURA

Tous les cantons de l'arrondissement de Saint-Claude.

Dans l'arrondissement de Poligny, les cantons de : Champagnole, de Nozeroy, de Planches, de Salins.

Puy-de-Dome

Arrondissement de Clermont-Ferrand

Cantons d'Herment, de Bourg-Lastic, de Rochefort-Montagne, de Saint-Amand-Tallende.

Arrondissement d'Issoire.

Cantons de Bosse, d'Ardes-sur-Couze, de Sauxillanges.

Arrondissement d'Ambert.

Cantons de Saint-Germain-d'Herm, d'Arlane, de Viverols, de Saint-Antheme, d'Ambert, d'Olliergues, de Saint-Amand-Roche-Savine, de Cunlhat.

Arrondissement de Thiers.

Canton de Thiers, de Saint-Remy-sur-Durolle, de Chateldon, de Courpierre.

Arrondissement de Riom.

Cantons de Saint-Gervais-d'Auvergne, de Manzat, de Pontaumur, de Pontgibaud.

Savoie

Arrondissement de Chambéry.

Aillon-le-Jeune.
Aillon-le-Vieux.
Ansigny.
Arith.
Arvillard.
Avressieux.
Ayn.
Bellecombe-en-Bauges.
Billienne.
Bissy.
Bourget-en-Huile.
Bridoire (la)
Cessens.
Chambéry-le-Vieux.
Champlaurent.
Chanaz.
Chapelle-Blanche (la).
Chapelle - du - Mont-du - Chat (la).
Chatelard (le).
Chindrieux.
Conjux.
Corbel.
Croix-de-la-Rochette (la).
Curienne.
Déserts (les).
Doncy-en-Bauges.
Durmettaz-Clarafond.
Dullin.
Entremont-le-Vieux.
Epersy.
Etable.
Gerbais.
Grésin.
Hauteville.
Jacob-Bellecombelle.
Lescheraines.
Loisieux.
Marcieux.
Méry.
Montagnole.
Montcel (le).
Montendry.
Motz.
Mouxy.
Novalaise.
Noyer (le).
Ontex.
Pontet (le).
Presle.
Pagny-Chatenod.
Puygros.
Rochefort.
Rochette (la).
Ruffieux.
Serrières-en-Chautagne.
Saint-Cassin.
Saint-Franc.
Saint-François-de-Sales.
Saint-Germain.
Saint-Genix-sur-Guiers.
Saint-Jean-d'Alvey.
Sainte-Marie-d'Alvey.
St-Maurice-de-Rotherens.
Saint-Offenge-Dessous.
Saint-Offenge-Dessus.
Saint-Ours.
Saint-Paul-sur-Yenne.
Saint-Pierre-d'Alvey.
Saint-Pierre-de-Curtille.
Saint-Pierre-d'Entremont.
Saint-Pierre-de-Soucy.
Saint-Sulpice.
Table (la).
Thoiry.
Thuile (la).
Traize.
Tresserve.
Treviguin.
Verel-Pragondran.
Verel-de-Monthel.
Verneil (le).
Villard-d'Héry.
Villaroux
Vimines.
Vions.

Arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne.

Albane.
Albiez-le-Jeune.
Albiez-le-Vieux.
Aussois.
Avrieux.
Beaune.
Bessans.
Bonneval-sur-Arc.
Bonvillaret.
Chatel (le).
Fontcouverte.
Hermillon.
Jarrier.
Lanslebourg.
Lansvillard.
Modane.
Montaimont.
Mont-Denis (le).
Montgellafrey.
Montgilbert.
Montpascal.
Montricher.
Montrond.
Montsapey.
Montvernier.
Notre-Dame-du-Cruet.
Randens.
Saint-Alban-des-Villards.
Saint-André.
Saint - Colomban - des-Villards.
Saint-Etienne-de-Cuines.
Saint - François -sur-Bugeon.
Saint-Jean-d'Aryes.
Saint - Michel - de-Maurienne.
Sainte-Marie-de-Cuines.
Saint-Martin-d'Arc.
Saint - Martin-sur - la - Chambre.
Saint - Michel-de - Maurienne.
Saint-Pancrace.
Saint-Sorlin-d'Arves.
Thyle.
Valloire.
Valmeinier.
Villarambert.
Villarodin.

Arrondissement d'Albertville.

Aigueblanche.
Aline.
Albertville.
Allondaz.
Allues (les).
Arèches.
Evanchers (les).
Beaufort-sur-Doron.
Bellecombe (Tarentaise).
Bellentre.
Bois (le).
Bonneval.
Bonvillard.
Bourg-Saint-Maurice.
Borel.
Brides-les-Bains.
Celliers.
Césarches.
Champagny.
Chapelles (les).
Cléry.
Cohennoz.
Côte-d'Aime (la).
Doucy-Tarentaise.
Feissons-sur-Isère.
Feissons-sur-Salins.
Flumet.
Fontaine-le-Puits.
Giettaz (la).
Grand-Cœur (le).
Granier.
Hautecour.
Hauteluce.
Hauteville-Gondon.
Héry-sur-Ugine.
Landry.
Longefoy.
Macot.
Marthod.
Mercury-Gemilly.
Montagny.
Montgirod.
Montvalezan.
Moutiers.
Naves.
Notre - Dame - de - Belle - combe.
Notre-Dame-de-Briançon.
Notre-Dame-du-Pré.
Pallud.
Peisey.
Perrière (la).
Petit-Cœur (le).
Planay.
Plancherine.
Plognan.
Pussy.
Queige.
Salins.
Séez.
Saint-Bon.
Saint-Foy.
Saint-Jean-de-Belleville.
Saint - Laurent - de - la-Côte.
Saint-Marcel.
Saint -Martin - de - Belleville.
Saint - Nicolas - la- Chapelle.
Saint-Oyen.
Saint-Paul-sur-Isère.
Tessens.
Thénésol.
Tignes.
Ugine.
Val-d'Isère.
Valezan.
Venthon.
Verrens-Arvey.
Villard-sur-Doron.
Villargerel.
Villarturin.
Villaroger.
Villette.

Haute Savoie

Arrondissement d'Annecy.

Alby-sur-Chéran.
Alex.
Archamps.
Arcine.
Balme-de-Sillingy.
Balme-de-Thuy.
Balmont.
Beaumont.
Bonneguète.
Bouchet-de-Serraval (le).
Cercier.
Cernex.
Chainaz-les-Frasses.
Challonges.
Clapery.
Charvonnex.
Chaumont.
Chavannaz.
Chavenod.
Chêne-en-Semine.
Chénex.
Chessenaz.
Chevrier.
Chilly.
Choisy.
Clarafond.
Clefs (les).
Clermont.
Clusaz (la).
Collonges-sous-Salève.
Crempigny.
Cruseilles.
Cusy.
Cuvat.
Desingy.
Dingy-en-Vuache.
Dingy-Saint-Clair.
Droisy.
Entrevernes.
Epagny.
Etercy.
Evires.
Faverges.
Ferrières.
Frangy.
Grand-Bornand.
Groisy.
Héry-sur-Alby.
Jonzier-Epagny.
Lathuile.
Lornay.
Manigod.
Marcellaz-Albanais.
Marlens.
Massingy.
Menthon.
Menthonnex-en-Bornes.
Minzier.
Montmin.
Moye.
Naves.
Ollières (les).
Presilly.
Saint-André-Val-de-Fier.
Saint-Blaise.
Saint-Eusèbe.
Saint-Eustache.
Saint-Félix.
Saint-Ferréol.
Saint-Germain-sur-Rhône.
Saint-Jean-de-Sixt.
Saint-Sylvestre.
Sallenoves.
Sappey (le).
Savigny.
Serraval.
Seyssel.
Seythenex.
Talloires.
Thones.
Thorens.
Thusy.
Usinens.
Vallières.
Vaulx.
Versonnex.
Veyrier.
Vieugy.
Villard-sur-Thones.
Villaz.
Villy-le-Bouveret.
Viuz-la-Chiesaz.
Vovray.
Vulbens.

Arrondissement de Bonnevile.

Araches.
Arbusigny.
Ayze.
Brison.
Chamonix.
Chapelle-Rambaud.
Châtillon-sur-Cluses.
Combloux.
Contamine.
Cordon.
Côte-d'Arbroz (la).
Côte-d'Hyot (la).
Demi-Quartier.
Domancy.
Esery.
Esserts-Salève.
Eteaux.
Fillinges.
Frasse (la).
Gets (les).
Houches (les).
Magland.
Marignier.
Megève.
Mégevette.
Mieussy.
Monnetier.
Mont-Saxonnex.
Morillon.
Murax (la).
Nancy-sur-Cluses.
Onnion.
Passy.
Pers-Jussy.
Petit-Bornand (le).
Pontchy.
Pratz-sur-Arly.
Reignier.
Reposoir (le).
Rivière-Enverse.
Roche (la).
Saint-Gervais.
Saint-Jean-de-Tholome.
Saint-Laurent.
Saint-Martin.
Saint-Nicolas-de-Veroce.
Saint-Roch.
Saint-Sigismond.
Saint-Sixt.
Sallanches.
Samoens.
Servoz.
Sixt.
Taninges.
Thiez.
Vallorcine.
Verchaix.
Ville-en-Sallaz.
Viuz-en-Sallaz.

Arrondissement de Thonon.

Abondance.
Baume (la).
Bellevaux.
Bernex.
Biot (le).
Boège.
Bogève.
Bonne-sur-Méroge.
Bonnevaux.
Brenthonne.
Burdiguin.
Chapelle-d'Abondance (la).
Chevenoz.
Cranves-Sales.
Draillant.
Feternes.
Forclaz (la).
Habère-Lullin.
Larringes.
Lucinges.
Lagrin.
Lullin.
Lyaud (le).
Montriond.
Morzine.
Novel.
Orcier.
Perrignier.
Reyvroz.
Saint-André-sur-Boëge.
Saint-Cergues.
Saint-Jean-d'Aulph.
Saint-Paul.
Vacheresse.
Vailly.
Vernaz (la).
Villard-sur-Boge.
Vinzier.

3° Déplacement où, par manque de viabilité ou excès d'intempérie (neige), le médecin est obligé de parcourir plus d'un kilomètre à pied, 5 francs, par kilomètre parcouru.

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — R. C. Clermont 4264

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

LISTE DES CONGRÈS ET MANIFESTATIONS MÉDICALES EN 1937

7-9 Février. — II^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DES RADIATIONS SOLAIRES, TERRESTRES ET COSMIQUES, NICE, CANNES.

Renseignements au secrétariat de l'Association, 24, rue Verdi, Nice.

Mars. — RÉUNION HYDROLOGIQUE DE MONTPELLIER.

Renseignements : M. le Professeur Puech, laboratoire d'hydrologie et de climatologie, 1, rue du Cannau, Montpellier.

Mars. — XXXII^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES ANATOMISTES, MARSEILLE.

22-24 *mars.* — CONGRÈS DES SOCIÉTÉS DES SCIENCES MÉDICALES DE L'AFRIQUE DU NORD, ALGER.

Secrétaires : M. le Professeur Senevet, Faculté de médecine, Alger et M. Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

22-27 *mars.* — II^e CONGRÈS DE L'ENFANT A LA MER ET A LA MONTAGNE, NICE.

Renseignements au secrétariat du Congrès, 24, rue Verdi, Nice.

29-31 *mars.* — I^er CONGRÈS INTERNATIONAL DE PYRÉTOTHÉRAPIE, NEW-YORK.

Secretaire : M. William Bierman, 47, Park avenue, New-York, City (U.S.A.).

Secrétariat géneral pour la France : MM. A. Halphen et J. Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIII^e).

Mai. — X^e CONGRÈS DES SOCIÉTÉS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE, GENÈVE.

Secrétaire général : M. A. Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris.

10-16 *mai.* — I^er CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTER-

NATIONALE D'ANTHROPOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CRIMINELLE, ROME.

Renseignements : M. le Professeur Benigno di Tullio, via Giulia, 52, Rome.

15-18 *mai.* — VI[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE, TOULOUSE.

Secrétaire général : M. M. Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris.

15-18 *mai.* — CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ EUROPÉENNE D'ORTHODONTIE, BRUXELLES.

Secrétaire : M. G.-F. Cale-Metthews, 95, Newhall street, Birminghan (Angleterre).

17-22 *mai.* — XLI[e] SESSION DU CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE, NANCY.

Renseignements, à M. le Professeur Combemale, roule d'Ypres, Bailleul (Nord).

18-22 *mai.* — LXX[e] CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES, PARIS.

Renseignements au 2[e] bureau de la direction de l'Enseignement supérieur, ministère de l'Education nationale.

18-24 *mai.* — XI[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, PARIS.

Renseignements à l'Association française pour l'avancement des sciences, 28, rue Serpente, Paris.

19-21 *mai.* — CONGRÈS INTERNATIONAL DE THÉRAPEUTIQUE, BERNE.

Inscriptions : M. Gordonoff, Humboldtstrasse, 53, Berne.

Juin. — II[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE SPORTIVE, PARIS.

2-10 *juin.* — IX[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, BUCAREST.

Secrétaire général : M. Propescu Buzeu, Institutul sanitar militar, Bucarest II.

Juin. — VII[e] SESSION DE L'OFFICE INTERNATIONAL DE DOCUMENTATION DE MÉDECINE MILITAIRE, BUCAREST.

11-13 *juin.* — VI[es] JOURNÉES VÉTÉRINAIRES D'ALFORT.

19-23 *juin.* — XVI[e] SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES BELGES.

Secrétaire général : M. Beckers, 141, rue Belliard, Bruxelles.

26-30 *juin.* — III[e] SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS.

Renseignements à la Revue médicale française, 18, rue de Verneuil, Paris.

Début juillet. — L[e] CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE, PARIS.

Secrétaire général : M. Onfray, 6, avenue La Motte-Picquet, Paris.

Juillet. — III[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS AUTOMOBILISTES, PARIS.

Secrétaire général : M. A. Lafond, 89, boulevard Magenta, Paris. — *Renseignements* : Association des médecins automobilistes de France, 89, boulevard Magenta, Paris.

1-10 *juillet.* — JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE, PARIS.

Journées de la maternité et de l'enfance.

Journées de médecine scolaire.

Journées de l'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires.

Journées de la marine militaire.

Journées de médecine coloniale.

Journées de la marine marchande.

Journées médico-sociales.

Journées d'hygiène dentaire.

Journée de l'urbanisme, de l'habitation et de l'organisation sociale.

Journée de l'aviation sanitaire.

Renseignements : Au secrétaire général, 2, rue Chauchat, Paris.

4 *juillet*. — RÉUNION INTERNATIONALE DE MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE, PARIS.

6-11 *juillet*. — V^e CONGRÈS INTERNATIONAL DES HÔPITAUX, PARIS.

Secrétariat général du Congrès : Siège de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IV^e).

8-14 *juillet*. — XVI^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE, PARIS.

Secrétaire général : M. O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

8-11 *juillet*. — XII^e SESSION DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS, PARIS.

Secrétaire général : M. Decourt, 20, avenue Rapp, Paris.

12-17 *juillet*. — II^e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SANATORIA ET MAISONS DE SANTÉ PRIVÉS, PARIS.

Secrétariat : M. Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

13 *juillet*. — JOURNÉE MÉDICALE INTERNATIONALE DE CHANT, PARIS.

Renseignements : à M. Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris.

12-21 *juillet*. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE, PARIS.

19-23 *juillet*. — II^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE, PARIS.

Inscriptions : au secrétaire administratif du Congrès, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XV^e).

25-31 *juillet*. — XI^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE, PARIS.

Secrétariat du Congrès : Laboratoire de psychologie de la Sorbonne, Paris (V^e).

Août. — IX^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHILOSOPHIE, PARIS.

Septembre. — II^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE, PARIS.

Renseignements : au Centre de la transfusion sanguine, hôpital Saint-Antoine, Paris.

13-15 *septembre*. — II^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE, PARIS.

Secrétaire général : M. Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.

13-17 *septembre*. — V^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE, CHICAGO (Illinois, U. S. A.).

Secrétaire général : M. Benjamin H. Orndoff M. D., 2516, North Clark Street, Chicago (U.S.A.).

16-18 *septembre.* — CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE, VICHY.

Secrétaire général : M. J. Aimard, 24, boulevard des Capucines, Paris.

27-30 *septembre.* — IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PÉDIATRIE, ROME.

Secrétaire : M. le Professeur Vitelti, Institut de clinique pédiatrique (policlinique), Rome.

Octobre. — Ve CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHONIATRIE, PARIS.

Secrétaire général : M. Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris.

Octobre. — XXIVe CONGRÈS D'HYGIÈNE, PARIS.

Secrétaire général : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris.

4-8 *octobre.* — IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE, ROME.

4-9 *octobre.* — XLVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.

Secrétariat : 12, rue de Seine, Paris.

4-9 *octobre.* — XXXVIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE, PARIS.

Secrétaire général : M. L. Michon, 40, rue Barbet-de Jouy, Paris.

7-9 *octobre.* — JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE PARIS.

8 *octobre.* — XXIXe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE, PARIS.

Inscriptions : M. Rœderer, 10, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe).

17 *octobre.* — IVe CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE DE LANGUE FRANÇAISE, PARIS.

Secrétaire général : M. Soulas, 14, rue de Magdebourg, Paris.

25-28 Novembre. — XIVes JOURNÉES DENTAIRES, PARIS.

Secrétaire général : K. Sudaka, 143, avenue Emile-Zola, Paris.

1er *décembre.* — CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE, LE CAIRE.

Secrétaire général : M. Van Duyse, 13, place Van-Artevelde, Gand (Belgique).

Décembre. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PROPHYLAXIE DE LA CÉCITÉ, LE CAIRE.

Renseignements : Association internationale de Prophylaxie de la cécité, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

* * *

Sont encore prévus pour 1937 :

RÉUNION DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE LA SOCIÉTÉ D'EUGÉNIQUE, PARIS.

Renseignement : M. Schreiber, 26, avenue du Recteur-Poincaré, Paris.

VIIe CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE.

XVIe CONGRÈS ANNUEL DES ANESTHÉSISTES.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

N. B. — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques*.

ANNÉE 1936

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Bibliographie. — V. Suppléments documentaires.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

Q

R

S

T

U

V

II

Partie Professionnelle (1)

(1) Les chiffres romains indiqués entre parenthèses à la suite des chiffres arabes, signifient que le document visé a été inséré dans un « supplément documentaire » mensuel, et ils indiquent le mois de l'année, à la fin duquel est paru le dit « supplément documentaire ». Exemple : 1318 (VI), reportent à la page 1318 du « supplément documentaire » paru au mois de juin.

B

C

D

E

F

G

H

I

L

M

R

S

T

V

III

Suppléments Documentaires

A

IV

NOMS DES AUTEURS

M

N

O

P

R

S

T

V

Bibliographie

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

Le Gérant : R. THIRON

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.— R. C. Clermont 4234.